

申請繼續教育積分講師基本資料表

(一) 課程主題摘要內容

主講題目	潛伏性結核診斷與治療
摘要內容 (約200-500字)	為達成國家衛生政策清除肺結核，潛伏性結核的治療便相對重要，而這些病人該如何診斷，一般來說接觸者有 1/3 的可能會被傳染而成為潛伏感染者，潛伏感染後終其一生大概有 10%的發病機會，50%的發病多集中在曝露後前兩年內。又哪些病人該如何治療也是相當重要，目前 LTBI 的治療上有 3HP，3HR，4R，9H，各有各相對應適合的族群，每種治療方式又有不同的副作用，而不同治療方式除了依據病人狀況外也應盡可能使病人提升服藥遵從性以達完整的治療，此課程便主要介紹 LTBI 的診斷及治療以及各處方間的差異。

(二) 課程主題摘要內容

主講題目	結核個案討論-泌尿道結核 (genitourinary tuberculosis)
摘要內容 (約200-500字)	第一位個案是因急性腎衰竭住院，經查發現有雙側腎水腫，無泌尿道結石的證據，在放置經皮腎引流管後腎功能暫時改善。尿液檢查發現有持續的無菌性膿尿，膀胱鏡切片檢查發現有肉芽性發炎及抗酸菌染色陽性之桿菌存在，而尿液之結核菌快速聚合酶連鎖反應及培養均證實有對 rifampin 具有抗藥性之結核菌，故確診為泌尿道結核感染。第二位個案為一膀胱泌尿道上皮癌患者，在 2019 年初接受過為期兩個月的 BCG 膀胱灌注治療。在 2021 年末開始有解尿疼痛及血尿，合併有雙側腎水腫。電腦斷層顯示膀胱壁有不規則增厚之情形，懷疑有慢性膀胱炎，而膀胱切片發現有肉芽腫樣的組織增生。後經尿液培養出牛型分枝桿菌，故診斷為因 BCG 膀胱灌注造成的泌尿道結核。泌尿道結核在肺外結核感染裡的比例並不高，且不管是抗酸性染色、分枝桿菌培養或聚合酶連鎖反應的敏感度都不高，臨床上診斷實屬不易。此兩位個案都經微生物學培養證實有泌尿結核感染，是相對少見的個案。

(三) 課程主題摘要內容

主講題目	肺結核診斷治療與副作用處理
摘要內容 (約200-500字)	<p>要診斷肺結核病，必須綜合臨床表現，加上放射線學變化，再以實驗室檢驗加以證實；必要時，甚至必須佐以病理的變化及組織的培養才算完整。因此，必須特別強調：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對任何疑似肺結核病人，臨床醫師必須儘可能取得細菌學檢查陽性的證據。 2. 對於細菌學檢查陰性的疑似肺結核病人，並不能完全排除肺結核的可能性。如近幾年臺灣確診的肺結核病人中，痰塗片陽性者僅約為40%，而痰培養檢查陽性者也僅約為80%。因此，若病人有典型的肺結核臨床表現及胸部

X光變化，經完整的檢查與評估後，再投予抗結核藥物治療；即使是痰塗片、NAA test及細菌培養均為陰性，觀察其治療後之臨床及胸部X光反應，仍應足夠作為診斷之依據。

3. 為加速肺結核的正確診斷，對於疑似結核病人皆建議應進行NAA test。同時，由於非結核分枝桿菌所佔的比率日益增多，因此對於胸部X光檢查顯示肺結核可能性不高並不符合肺結核典型變化但是塗片陽性者，更是務必進行NAA test，儘速鑑別診斷是否為非結核分枝桿菌，而非貿然下診斷為肺結核。

當病人開始接受抗結核藥物之後，診治醫師應在治療過程中，定期安排追蹤檢查，以評估病人的臨床反應與治療成效，同時早期發現並及時處理藥物的不良反應，以提高治療的成功率。結核病治療過程中發生藥物不良反應，常造成病人無法持續治療或不願規則服藥，這些都是導致治療中斷與抗藥性產生的主要原因。因此，無論病人抱怨的不良反應如何微不足道、多麼千奇百怪、匪夷所思，只要足以影響病人服藥意願，診治醫師即應認真面對。除本章內容中所建議之處置外，診治醫師應隨時根據病人臨床狀況判斷，及時安排各項相關檢查。

此外，在治療結核病的過程中，病人體內細菌的數量、細菌對藥物的反應都處於變動的狀態。不同時間點發生藥物不良反應、中斷服藥，對治療結果的衝擊往往是不同的。因此，治療病人要從頭到尾根據完整的疾病過程來整體評估。本章針對發生藥物不良反應之後的建議處方，僅為一般情況下的較佳選擇，供診治醫師參考，多半沒有實證的依據。由於臨床考慮諸多，決不可拘泥於這些專家建議處方而忽略了病人個體差異與犧牲了醫療處置上不可或缺的應變。診治醫師可以為病人量身設計處方，保留治療的彈性，但是這種調整，請儘可能和結核病專家共同討論決定，或將病人轉介到疾病管制署指定的醫療團隊，以免產生抗藥性。