

張之

檔 號：  
保存年限：

# 社團法人台灣急診醫學會 函

機關地址：10041臺北市忠孝西路1段5  
0號12樓之35

承辦人：陳崑瑤  
電話：02-23719817#13  
傳真：02-23704797  
電子信箱：byc@sem.org.tw

受文者：財團法人仁愛綜合醫院

教研部公告周知  
呈  
教研部主任：  
教學副院長：  
張之  
黃祥生  
張之光  
副院長  
98-13

發文日期：中華民國98年1月8日

發文字號：急榮字第字第0980000014號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：1. 論文摘要投稿說明

2. 圖片展示投稿說明 (0000014AN0\_ATTCH1.pdf、0000014AN0\_ATTCH2.pdf)

主旨：本會僅訂於98年06月27日至28日假台大醫院國際會議中心舉辦「第八屆第二次會員大會暨學術研討會」，請鼓勵所屬踴躍參與論文發表及圖片展示之投稿，請查照。

說明：

- 一、截稿日期：98年03月31日(二)。
- 二、隨函檢附投稿格式及注意事項，相關資訊亦可至本會網站下載(<http://www.sem.org.tw/>)。

正本：財團法人仁愛綜合醫院

副本：

張之  
98. 1. 09 日  
98-13



截止日：98年03月31日(二)

徵求病患原始臨床照片、病理標本、革蘭式染色、心電圖、以及放射檢查或其他影像資料，以發表於2009年6月於台大醫院國際會議中心舉行之台灣急診醫學會年會。稿件投稿時需描述和急診醫學實務或特殊、有趣並具有教育意義之診斷的相關發現。接受的稿件將於年會中展示發表，評選出最優秀者於會員大會中頒發最佳圖片獎，並作為日後住院醫師「視覺診斷」競賽或甄試時之題材。

每一個投稿病例以3張為原則，每張皆需沖洗成亮面照片(8 x 10)，並均需附數位照片檔案光碟 (JPEG或TIFF格式，解析度至少 1280 x 960)

照片的背後需要書寫投稿者之姓名、醫院名稱、次序、張貼方向。投稿稿件請用紙板保護，並務必填寫「投稿聲明書」親筆簽名後以掛號郵件投遞。

投稿圖片需附簡要之病史敘述，請依照附件說明線上投稿。全文中文不超過250字，英文不超過250字。如果投稿獲接受後台灣急診醫學會學術委員會有權針對內容加以修訂。稿件選擇的依據包括：是否具有教育價值、與急診醫學的相關性、照片品質、病史的描述、以及是否適合於公開展示。展示時會標示照片提供者之姓名、單位。台灣急診醫學會保留使用投稿的照片做為未來教育或甄試用途的權利。投稿照片在本次急診醫學會年會前不得發表於其他雜誌。病患(臉部)必須予以適度的保護遮掩。若是照片可能透露患者之身分，則投稿者必須宣示照片已取得患者或監護人同意。

投稿格式及聲明書請見附件。信封請註明「年會圖片展示投稿」。圖片展示由急診醫學會「學術委員會」策劃，如有疑問請洽 [byc@sem.org.tw](mailto:byc@sem.org.tw)。

稿件請以掛號郵寄至：100台北市忠孝西路一段50號12樓之35，台灣急診醫學會。聯絡電話(02)2371-9817、傳真為(02)2370-4797。



### 照片投稿格式及聲明書

投稿截止日期：98年03月31日(二)

投稿方式：98年03月31日前至學會網站(<http://www.sem.org.tw/>)投稿！

★會員投稿：請至學會網站→會員登入→我要投稿→點選年會投稿

★非會員投稿：請至學會網站→我要投稿→新註冊→取得認證信後→學會網站→我要投稿

※主訴 (CC)：(一行)

※病史 (HPI)：(中文大約三行，英文大約五行)

※理學檢查 (PE)：(只描述相關的正常或異常處，不需要描述照片上的發現)

檢驗資料 Lab (只描述相關之處)：

放射線檢查 Imaging (只描述相關，並且未出現在題目上之處)：

※問題 (Question)：(只需簡短回答的問題，不要超過兩個問題)

※答案 (Answers)：

※討論 (Discussion)：(1-2行，不要超過150字)

※本題欲闡明的重點 (Take Home Points)：(三點以內)

附註：未依投稿規定格式投稿者，學會將退件，恕不採用。

### 聲明書

本人 \_\_\_\_\_ 投稿照片至台灣急診醫學會2009年年會。病患(臉部)已予以適度的保護遮掩。若照片可能透露患者之身分，本人宣示照片已取得患者或監護人同意。於年會後歸還照片，台灣急診醫學會保留使用投稿的照片做為未來教育或甄試用途的權利。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**【原著論文投稿範例】**

07WW00

急診部罹患社區發生菌血症病患的早期和晚期死亡預測指標

Predicting Early and Late Mortality from Community-acquired Bacteremia in the Emergency Department Patients

李維瑛 陳世英 蘇展平 江文富 陳石池 陳文鏗  
國立台灣大學醫學院附設醫院急診部

Background: Correlates of mortality prediction in community-onset bacteremia are relatively undeveloped for the emergency department.

Objective: To characterize the clinical predictors for early and late mortality from community-onset bacteremia in the ED patients.

Methods: From November 2002 to October 2003, 945 consecutive patients admitted to the ED of National Taiwan University Hospital with microbiologically documented bloodstream infection were prospectively enrolled. Detailed clinical information was recorded using standardized form. Early mortality was defined as mortality occurred within 3 days and late mortality as mortality on 3 to 30 days. Statistical analysis was using X<sup>2</sup> test or Fischer exact test for univariate analysis and polytomous logistic regression model for multivariate analysis.

Results: Overall 30-day mortality was 16.2% (153/945), approximately half of which (48.3%) died within 72 hours of ED admission. Five variables identified to be associated with both early and late mortality were underlying solid malignancy, intra-abdominal infection, hypoxemia, altered conscious level, acute renal failure, and thrombocytopenia. Leukopenia, bacteremia, hypotension, and age independently predicted early mortality, while central nervous system infection, spontaneous bacterial peritonitis, liver cirrhosis, anemia, pneumonia, and intravenous catheters predicted late mortality.

Conclusion: To the best of our knowledge, the study is by far the largest case series on community-onset bacteremia. Predictors identified in this study may help emergency physicians on treatment decisions and patient disposition, which is of special importance in Taiwan, where retention of patients in ED observation units more than 48 hours is common.

發表形式：(務必填寫)

- 限口頭報告，不接受海報發表
- 限海報發表，不接受口頭報告
- 口頭報告或海報發表均可

※ 請依照投稿規定及字數限制，只接受未刊登於國內外期刊或從未於國內其他醫學會發表之原著論文，截稿日期：98年03月31日(二)止，逾期或未投按投稿規則將不予受理。

投稿方式：逕至學會網站(<http://www.sem.org.tw/>)投稿！

★會員投稿：請至學會網站→會員登入→我要投稿→點選年會投稿

★非會員投稿：請至學會網站→我要投稿→新註冊→取得認證信後→學會網站→我要投稿

**說明**

— 請預留編號

— 中文標題 (標楷體 11 號粗體)

— 英文標題 (Arial 10 號粗體)

— 中文作者 (新細明體 10 號)

— 中文單位 (新細明體 10 號)

— 中文(標楷體 10 號)或英文內文(Arial 10 號)：依 Background(背景)、Objective(目的)、Methods(方法)、Results(結果)、Conclusion(結論)之順序，單行間距。

(字數之限制：若以英文為主，全部總字數不可超過 350 字；若以中文投稿總字數不可超過 700 字)

**【病例報告(case report)投稿範例】**

07WW00

使用沙利竇妥治療肝癌產生急性腫瘤溶解症

Acute Tumor Lysis Syndrome after Thalidomide Therapy in Advanced Hepatocellular Carcinoma

李維瑛<sup>1</sup> 吳元碩<sup>2</sup> 呂宗諒<sup>1</sup> 柯昭穎<sup>1</sup> 陳文鏗<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>國立台灣大學醫學院附設醫院急診部，<sup>2</sup>亞東醫院急診醫學部

Introduction: Recently, tumor lysis syndrome (TLS) has been reported in patients with multiple myeloma treated with thalidomide, but such complication has not been reported in HCC. We reported herein a rare case of TLS after thalidomide therapy in HCC to alert the clinician to this potentially life-threatening complication.

Case Report: A 62-year-old male presented to the emergency department (ED) with acute onset shortness of breath. He had a history of HCC diagnosed 6 months earlier, when an 8 cm hepatic tumor was found on screening sonography with an elevated serum alpha-fetoprotein level of 7426 ng/mL. On 2003 April, tumor recurrence was noted and compassionate thalidomide therapy was suggested. He started to receive low dose (200 mg/24 h) thalidomide monotherapy 2 weeks ago, and increased the dose to 300mg/24h 5 days before this admission. On examination, jaundice and a distended abdomen with right upper quadrant tenderness were noted. Laboratory exam showed an increased serum creatinine (3.6 mg/dL) and lactate dehydrogenase level (1453 u/dL), hyperkalemia (6.2 mg/dL), hyperphosphotemia (6.8 mg/dL), hyperuricemia (11.4 mg/dL), and metabolic acidosis. Three weeks before, he had a normal renal function with a serum creatinine level of 1.0 mg/dL (Table 2). Sonographic examination revealed a reduced tumor of 6 cm in diameter, compared with 9 cm 2 weeks earlier. Under the impression of TLS, thalidomide treatment was stopped. Symptomatic treatment with diuretics, allopurinol, alkalinization, and anti-hyperkalemia measures such as insulin plus glucose infusion were started.

Discussion: Until now, only few renal complications associated with thalidomide therapy have been reported. Renal excretion is not the major route elimination of thalidomide, with an excretion rate of only 0.7%. myeloma treated with thalidomide. In our case, the patient developed acute renal failure with hyperphosphatemia, and hiperuricemia and showed some evidence of tumor response to thalidomide on sonography, supporting the diagnosis of TLS. Since such patients usually present with a fulminant manifestation, close monitoring and prevention of TLS are warranted at the beginning of the therapy.

發表形式：限海報發表，不接受口頭報告

※ 請依照投稿規定及字數限制，只接受未刊登於國內外期刊或從未於國內其他醫學會發表之原著論文，截稿日期：98年03月31日(二)止，逾期或未投按投稿規則將不予受理。

投稿方式：逕至學會網站(<http://www.sem.org.tw/>)投稿！

★會員投稿：請至學會網站→會員登入→我要投稿→點選年會投稿

★非會員投稿：請至學會網站→我要投稿→新註冊→取得認證信後→學會網站→我要投稿

**說明**

— 請預留編號

— 中文標題 (標楷體 11 號粗體)

— 英文標題 (Arial 10 號粗體)

— 中文作者 (新細明體 10 號)

— 中文單位 (新細明體 10 號)

— 中文(標楷體 10 號)或英文內文(Arial 10 號)：依 Introduction(引言)、Case Report(病例報告)、Discussion(討論)之順序，單行間距。

(字數之限制：若以英文為主，全部總字數不可超過 350 字；若以中文投稿總字數不可超過 700 字)