

台灣家庭醫學醫學會 109 年度學術研討會  
109 年 7 月 19 日 (星期日) 台大醫院國際會議中心

一般演講論文邀稿

I、如何準備您的論文報告摘要：

- 1、A4 紙張格式，邊界：上、下、左、右 各 1.5cm，二頁為限。行高固定 18pt。
- 2、字體：中文---新細明體。 英文---Times New Roman。
- 3、標題 14 級，對齊方式置中，字型樣式粗體。內文 12 級，對齊方式左右對齊。
- 4、標題、作者姓名及服務單位需中、英文並列，英文標題除介詞、冠詞和連接詞外之第一個字母大寫。
- 5、請於報告者姓名底下加橫線辨識。通訊作者（第一作者）請加註於文末。
- 6、作者服務單位之標示，請統一以阿拉伯數字加註上標於中、英文姓名右上方，如：黃信彰<sup>1</sup>、陳慶餘<sup>2</sup>。Shinn-Jang Hwang<sup>1</sup>, Ching-Yu Chen<sup>2</sup>
- 7、英文姓名方式：名+姓，第一字大寫，其餘小寫，如：Shinn-Jang Hwang。
- 8、論文需未在雜誌或會議上發表過。
- 9、摘要由以下幾部份組成：
  - a.標題（儘量簡短）
  - b.作者（至多 6 位）
  - c.單位
  - d.研究目的（Background / Aims）
  - e.研究方法（Methods）
  - f.結果（Results）
  - g.結論（Discussion / Conclusions）
- 10、文章中所涉及的縮寫應在第一次出現時標明。
- 11、不要列入參考文獻。
- 12、全文字數含標題、作者、單位及內容限 1,000 字以內，請勿使用照片及圖表。
- 13、病例報告內容可以不分研究目的，研究方法，結果，結論；但仍需分段。

II、投稿方式：(E-mail：paper@tafm.org.tw) --109 年 4 月 20 日至 5 月 3 日截止收件

- 1、電子郵件：論文及報名表請用 MS Word 格式以附件的方式投寄，主旨：海報展示投稿--（類別）；**一經錄取，均以原稿刊登，恕不受理修改或抽換。**
- 2、檔名：為避免無法辨識或覆蓋，檔名請以類別+報告者姓名+現職單位，投稿多篇者請再加篇數依序命名。例如投稿三篇，家庭醫學-王大明-台大 01，家庭醫學-王大明-台大 02，預防醫學-王大明-台大 01。同一位作者，同一篇論文(相同題目)請勿重複投稿。

※投稿類別：1.家庭醫學 2.基層醫療 3.行為科學 4.預防醫學

3、報名表：請用 MS Word 格式以附件的方式投寄，檔名請以報名表+類別+報告者姓名+現職單位，例如：報名表-家庭醫學-王大明-台大

## 台灣家庭醫學醫學會

### 109 年度學術研討會「一般演講」論文投稿

#### 報名表

投稿論文未曾投稿其他雜誌

投稿類別： 家庭醫學、 基層醫療、 行為科學、 預防醫學

論文題目：\_\_\_\_\_

報告者姓名：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

服務單位：\_\_\_\_\_

通訊作者姓名：\_\_\_\_\_  同報告者

報告者與通訊作者電子郵件

姓名	電子郵件

備註：參加本次學術研討會海報展示之本學會會員及準會員，得填寫申請函\*並檢具研討會節目表壹份，向繼續教育委員會申請換發繼續教育證明；其積分認定之原則為：每篇海報展示，其報告人予以積分三點，其餘之作者每人均予以積分一點。

\*申請函可由學會網站作業規定項下之積分認定辦法下載。

## 台灣就業人口超時工作與肝功能異常之相關性研究

**The Relationship between Overtime Working and Elevated ALT Level in Taiwanese Employment Population**陳俊銘<sup>1</sup>、林啟民<sup>2</sup>、黃麗卿<sup>1</sup>、黃鈞源<sup>3</sup>、黃偉新<sup>1</sup>、鄒孟婷<sup>1</sup>Chun-Ming Chen<sup>1</sup>, Chi-Min Lin<sup>2</sup>, Lee-Ching Huang<sup>1</sup>, Chun-Yuan Huang<sup>3</sup>, Wei-Hsin Huang<sup>1</sup>,Meng-Ting Tsou<sup>1</sup>

1馬偕紀念醫院家庭醫學科

2馬偕紀念醫院新竹分院家庭醫學科

3中國醫藥大學附設醫院台北分院家庭醫學科

1The Department of Family Medicine, Mackay Memorial Hospital

2The Department of Family Medicine, Mackay Memorial Hospital Hsinchu Branch

3Departments of Family Medicine, Chinese Medical University Hospital Taipei Branch

**研究目的：**

台灣每年因肝病死亡人數高達13,000人，找出導致肝功能異常的危險因子是重要課題。其中，超時工作和肝功能異常的關聯性仍未有定論，本研究的目的是探討兩者之相關性，期望能對台灣民眾預防肝功能異常與進一步工時合理化有所貢獻。

**研究方法：**

收集10年來北部某健康檢查中心受檢者年齡30至65歲，完整問卷包含工時，睡眠時數，飲酒習慣，運動習慣之問卷，且執行抽血檢驗包含丙氨酸轉胺酶(Alanine Aminotransferase, ALT)、B型肝炎表面抗原(Hepatitis B Surface Antigen, HBsAg)、C型肝炎抗體(Hepatitis C Antibody, HCV ab)與經腹部超音波者檢查者為分析對象。登錄資料並測量身高、體重，將資料依性別分層分析，以SPSS 22版軟體進行多變項邏輯迴歸模式檢定。

**研究結果：**

共9,862名檢查受試者符合以上條件，其中6,582名男性，3,280名女性。經由抽血檢查結果，全體受檢者肝功能異常(定義為ALT>40)盛行率為19.9%，其中男性為26.8%，女性為6.0%。在基本資料與肝功能異常與否之單變項分析中，可以發現在男性族群，年齡、身體質量指數、工作時數、脂肪肝有無、B型肝炎、C型肝炎、飲酒與運動習慣等變項皆有統計學上之顯著差異。在控制上述變項後，超時工作4小時以上的受試者和正常工時(根據本國勞務部定義,勞工正常工作時間每日不得超過8小時)者相比肝功能異常比例較高，勝算比為1.41(95% CI, 1.08-1.83)。有規則運動習慣者肝功能異常比例較低，勝算比為0.65(95% CI, 0.57-0.75)。在女性族群上超時工作與肝功能異常之關連性則未達統計學上之差異。

**結論：**

本研究發現此就業人口族群肝功能異常比例為19.9%，男性明顯高於女性。且在男性族群，超時工作4小時以上的受試者和正常工時者相比會增加41%肝功能異常機率。

**通訊作者：黃麗卿**

類別：基層醫療

聯絡人：陳俊銘 職稱：住院醫師 單位：馬偕醫院家醫科 電子郵件：○○○手機：○○○ (供得獎聯絡)

## 某台灣不同肥胖與代謝異常族群對慢性腎臟病影響之相關性研究

**The Association of Different Subtypes of Obesity and Metabolic Abnormalities with Chronic Kidney Disease in a Taiwanese Population**陳泓毓<sup>1</sup>、盧豐華<sup>1,2</sup>、張智仁<sup>1,2</sup>、王如雪<sup>1</sup>、楊宜青<sup>1,2</sup>、張尹凡<sup>1</sup>、吳晉祥<sup>1,2</sup>Hung-Yu Chen<sup>1</sup>, Feng-Hwa Lu<sup>1,2</sup>, Chih-Jen Chang<sup>1,2</sup>, Ru-Hsueh Wang<sup>1</sup>, Yi-Ching Yang<sup>1,2</sup>,  
Yin-Fan Chang<sup>1</sup>, Jin-Shang Wu<sup>1,2</sup>

1 成大醫院家庭醫學部

2 國立成功大學醫學院家庭醫學部

1Department of Family Medicine, National Cheng Kung University Hospital

2Department of Family Medicine, College of Medicine, National Cheng Kung University

**Background:**

Obesity is associated with cardiovascular disease and has been reported to be a risk factor for chronic kidney disease (CKD), but there is still inconclusive whether obesity itself or the metabolic abnormalities link to CKD. Because metabolically healthy obesity (MHO) phenotype has a low burden of metabolic abnormalities and previous studies applied inconsistent definition of both MHO and CKD, we conducted a cross-sectional study to examine the association of different subtypes of obesity and metabolic abnormalities with CKD in a Taiwanese population.

**Methods:**

This study enrolled 15886 subjects after excluding subjects with age < 18 years, BMI < 18.5 kg/m<sup>2</sup>, heavy drinking, renal transplantation, and incomplete data. Individuals were stratified into 6 groups by body mass index (normal weight, overweight, and obesity defined as a body mass index of 18.5-23.9, 24-26.9, and ≥ 27 kg/m<sup>2</sup>, respectively) and the status of metabolic syndrome (Adult Treatment Panel-III criteria). Metabolic healthy phenotype was defined as the absence of metabolic syndrome and any known history of DM, coronary artery disease, stroke, hypertension or dyslipidemia. CKD was defined as eGFR < 60 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup>, proteinuria, or structural abnormalities, based on serum creatinine, urine analysis and renal sonography. CKD was further classified into early and advanced stages.

**Results:**

There were 1013(6.4%) participants diagnosed as CKD. The prevalence of CKD was 3.0, 3.7, 4.4, 11.7, 10.2, and 11.5% in subjects with metabolically healthy normal weight (MHNO), metabolically healthy overweight (MHOW), MHO, metabolically unhealthy normal weight (MUNO), metabolically unhealthy overweight (MUOW), and metabolically unhealthy obesity (MUO). In multiple logistic regression analysis, the associated risk, shown by odds ratio, of early CKD were 1.47 (95% CI 1.02-2.13, P=0.04), 1.55 (95% CI 1.11-2.16, P=0.01), and 1.85 (95% CI 1.34-2.54, P<0.001) in MUNO, MUOW, and MUO groups, respectively. For advanced CKD, the odds ratio was 2.03 (95% CI 1.31-3.13, P=0.001), 1.75 (95% CI 1.15-2.65, P=0.009), and 2.74 (95% CI 1.83-4.12, P<0.001) in MUNO, MUOW, and MAO groups. In contrast, the associated risks of early

and advanced CKDs were not significant in MHOW and MHO group, as compared with MHNO.

**Conclusions:**

MHO phenotype was not associated with increased risk of CKD, but metabolically abnormal phenotypes were. The detrimental effect of metabolic abnormalities seems to be more than obesity per se on CKD.

通訊作者：吳晉祥

家庭醫學類

聯絡人：陳泓毓 職稱：總住院醫師 單位：成大醫院家庭醫學部 Email：○○ 手機：○○（供得獎聯絡）