

# 行政院及所屬各機關出國報告書

(出國類別：開會、參訪)

編碼：

## 參加第二屆國際腎臟血液透析年會 暨參訪香港衛生署之出國報告

服務機關：行政院衛生署國民健康局

出國人員：徐組長瑞祥、魏薦任技士幸瑜

出國地區：香港

出國期間：98年8月26日至8月30日

報告日期：98年11月

## 行政院及所屬各機關出國報告提要

出國報告名稱：第二屆國際腎臟血液透析年會暨參訪香港衛生署

頁數\_\_\_\_\_ 含附件：是否

出國計畫主辦機關/聯絡人/電話：

出國人員姓名/服務機關/單位/職稱/電話：

姓名	服務機關	服務單位	職稱	電話
徐瑞祥	行政院衛生署 國民健康局	成人及中老 年保健組	組長	04-22550177#500
魏幸瑜	行政院衛生署 國民健康局	成人及中老 年保健組	薦任技士	04-22550177#531

出國類別：1 考察2 進修3 研究4 實習5 其他

出國期間：98年8月26日至8月30日

報告日期：98年11月

關鍵詞：血液透析、健康促進、疾病防治、香港

內容摘要：

會議目的：

了解香港非傳染控制、長者健康服務與健康促進目前推動之相關計畫推展概況、經驗及各項健康政策之發展與研究，以作為我國規劃及推動各項健康促進、疾病防治等工作的參考。主要會議、參訪機關：(1) 參訪香港衛生署衛生防護中心、長者服務及醫院管理局 (2) 參加第二屆國際腎臟血液透析年會。

心得與建議：

- 一、本次順利完成參訪香港衛生署相關部門，主要是透過疾病管制局過去和香港衛生署之密切關係，又，參訪前，準備相關資料，並事先將所需資料 e-mail 給參訪機構，因此收穫頗豐。
- 二、本次會議不僅了解血液透析治療技術發展情形，更重要發現許多國家希望效法台灣推動慢性腎臟病防治，因此，建議我們仍需持續加強慢性腎臟病防治工作，未來更參與慢性腎臟病防治相關會議，以提供台灣之經驗。
- 三、參訪香港衛生署所轄的單位，我們發現不同議題，他們都能制定一套執行框架、執行策略或計畫，並印製成冊，如：非傳染病防治框架制定、長者服務執行策略和計畫……等，未來台灣應加強此部分資料匯出印製，以利用這些具體之策略及成果，作為未來推動國際外交之具體實材。
- 四、香港衛生署針對長者健康促進有一統一之部門，因此，製作許多衛教教材，以推動許多長者健康服務工作，而台灣這部分資料較缺乏，未來我們將可參採該地相關資料製作教材。
- 五、有關血液透析先進技術之引進居家血液透析治療，許多國家都已經推行多年，建議健保局未來可收集更多實證基礎，以考量推行與否。

## 目 次

壹、出國目的.....	5
貳、參加會議與參訪單位及行程.....	5
參、參訪香港衛生署衛生防護中心、長者健康服務、醫院管理局.....	7
一、香港衛生署衛生防護中心暨非傳染病防治及健康促進業務推動.....	7
二、衛生署長者健康服務.....	17
肆、參加第二屆國際腎臟血液透析年會.....	27
一、會議過程.....	27
二、會議重點與感想.....	27
伍、心得及建議.....	33
陸、附表.....	35
Agenda（會議議程）.....	35
柒、附圖.....	40
一、促進健康：香港非傳染病防控策略框架.....	40
二、衛生署長者健康服務單位製作重要手冊.....	41
三、參訪照片及參與會議之照片.....	42

# 參加第二屆國際腎臟血液透析年會暨參訪香港衛生署

## 壹、出國目的

- 1.藉由參與會議，展示本局 93-97 年慢性腎臟病之成果。
- 2.吸取各國之經驗，以規劃相關政策。

## 二、參訪香港衛生署

### 一、參與會議

- 1.藉由參訪衛生署衛生防護中心，了解該單位非傳染病之疾病預防及控制（含慢性腎臟病防治），另該單位也推動健康促進業務（包括：健康飲食、健康體能），併同參訪，以吸取香港相關政策推動經驗，作為本局政策參考依據。
- 2.隨者人口老化，香港衛生署設有長者健康服務，藉由瞭解該單位如何提供優質基層健康服務，促進長者健康，以作為政策參考依據。
- 3.藉由參訪醫院管理局，了解該單位腎臟病治療之策略及執行現況，以作為本局政策參考依據。

## 貳、參加會議與參訪單位及行程

### 一、參加會議與參訪單位

- （一）第二屆國際腎臟血液透析年會；
- （二）衛生署衛生防護中心；
- （三）衛生署長者健康服務；

(四) 醫院管理局。

## 二、行程

1. 出國期間：98年8月26日(三)至8月30日(日)

### 2. 日程表

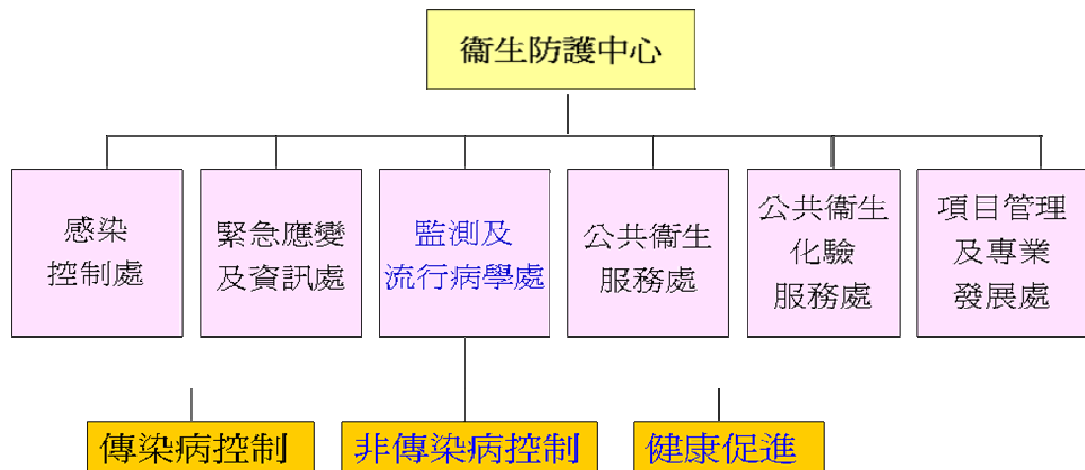
日期	行程內容	場所
8/26	啟程	
8/27 上午	非傳染病之疾病預防及控制、 健康促進業務(健康飲食、健康體能)	衛生署衛生 防護中心
8/27 下午	促進長者健康	衛生署長者 健康服務
8/28 上午	腎臟病防治暨腎臟替代療法	醫院管理局
8/28-30	參加「第二屆國際腎臟血液透析年會 會議」	
8/30	下午結束返程	

## 參、參訪香港衛生署衛生防護中心、長者健康服務、醫院管理局

### 一、香港衛生署衛生防護中心暨非傳染病防治及健康促進業務推動

#### 組織架構

香港衛生署，由署長統領各個部門，下設一位副署長（掌管家庭及長者健康服務、特別衛生事務、中醫藥、衛生行政與策劃、行政與政策、專科服務等）、衛生防護中心總監（掌管監測及流行病學處、項目管理及專業發展處、緊急應變及資訊處、公共衛生服務處……等6個處）及牙科服務主任顧問醫師。



衛生防護中心（[Centre for Health Protection](#)），其理想為『成為卓越的疾病預防及控制中心』，其使命為『與本港及國際的主要衛生機構合作，有效地預防及控制疾病』。

與本局慢性病防治有關之重要單位為衛生防護中心之監測及流行病學處，其負責傳染病及非傳染病的監察、預防及控制工作制定策略，並推行有關措施，包括評估公眾健康問題和需要、策劃及推行健康計劃，及進行研究和檢討。分別就三個單位職掌說明：

## 傳染病控制

- 負責就疫症爆發進行流行病學調查，和監測及控制香港的傳染病。

## 非傳染病控制

- 負責監測及控制對香港市民有重要影響的非傳染病，並制定有關預防策略及計劃。

## 健康促進

- 負責促進以知識為據、由需求帶動、具有成效及協調妥善的健康推廣工作；積極向社區及各區議會提供與公眾健康相關的意見；協調本地及國際組織加公眾健康的活動；及推行健康促進活動。

### (一) 非傳染病控制業務推動

香港的健康指標之佳已躋身世界前列，在許多方面都位列榜首，少部分則位列第二。2006年出生的男嬰其預期壽命約為79歲，女嬰更預期可活到86歲。過去20年間，香港的嬰兒死亡率及五歲以下兒童死亡率一直持續下降。2006年的嬰兒死亡率處於極低水平，每千名活產嬰兒中只有1.8人夭折，而五歲以下兒童死亡率按每千人口計算則為0.7人。

香港研究顯示，不健康飲食、缺乏體能活動和吸煙等不健康的生活方式，以及過重和肥胖、高血壓或血脂及血糖水平欠佳等生物醫學風險因素，在香港人口中相當普遍。於2006年，約61%死亡個案是由四大主要但可預防的非傳染病引致，它們是癌症(32.3%)、心臟病(15.0%)、中風(8.8%)和慢性下呼吸道疾病(5.1%)。以75歲為分界來計算的潛在減壽



年數，可有助評估整體人口早逝的情況。於2006年，癌症佔潛在減壽總年數的五分之二，而損傷及中毒則約佔五分之一。

爰上，隨著人口迅速老化和人口健康風險的轉變，都是導致非傳染病負擔不斷加重的因素。非傳染病除了對個人、家庭、社會和醫護服務帶來沉重壓力外，也對公共衛生構成重大的挑戰。證據顯示，預防非傳染病並施以有效治療，可改善市民的健康狀況，從而為社會帶來可觀的經濟裨益。為阻止及扭轉非傳染病日益增加的趨勢，香港政府認為必須採取策略性方針，同心協力推行有效的措施。

2008年10月香港政府制定「香港非傳染病防控策略框架」，希望藉由此策略框架成功推行後，香港獲得下列願景：

1. **高水平健康意識**的人口，能為自己的健康盡責；
2. **關懷互愛的社會**，公私營界別攜手，以確保公眾可享有更健康的選擇；
3. **具實力的醫護專業**，把健康促進和疾病預防的醫療服務視為主要工作；
4. **可持續的醫療體系**，加強為市民提供健康促進、疾病預防及醫療護理等服務，從而大幅減少由非傳染病引致的殘疾及早逝負擔。

本次拜訪香港衛生署非傳染病防治控制單位，主要介紹香港非傳染病防控策略框架之形成及主要內容，分述如下：

1. 框架之形成
  - 1). 召開專家會議：

衛生署與來自不同專業和界別的40多位代表舉行專家小組會議，制訂香港的非傳染病防控框架。

2). 採用公共衛生學的指導概念：

在制訂策略框架時，採用了以下的公共衛生學指導概念

—

- 根據公共衛生學的觀點來審視健康；
- 了解健康決定因素；
- 闡釋風險因素羣組；
- 採取貫穿人生歷程的措施；
- 確定預防策略；
- 平衡以人羣和以個人為本的模式；
- 考慮健康方面的差距；
- 確認健康認知水平和社會市場學對傳達健康訊息的重要性；
- 設定公共衛生工作的優先次序。

3). 參考世衛決議：

- WHA 51.12 健康促進(1998)；
- WHA 53.17 預防和控制非傳染病(2000)；
- WHA 56.1 世衛煙草控制框架公約(2003)；
- WHA 57.16 健康促進和健康的生活方式(2004)；
- WHA 57.17 飲食、身體活動與健康全球戰略(2004)；
- WHA 58.16 加強積極和健康的老齡化(2005)；

- WHA 58.22 預防和控制癌症(2005)；
  - WHA 60.23 預防和控制非傳染病：實施全球戰略(2007)；
  - WHA 60.24 全球化世界中的健康促進(2007)。
- 4). 參考其他國家防控非傳染病的相關工作經驗
- 加拿大健康生活策略(Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy)：加拿大自2002年開始發展綜合泛加拿大健康生活策略(Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy)。這套策略根據健康生活的理念定出可長遠實行的框架，並於2005年在聯邦、省、地區衛生部門首長周年大會上通過。策略的目標是促進健康及縮窄健康差距。
  - 英國Saving Lives: Our Healthier Nation (1999)白皮書：英國政府雖然沒有具體定出非傳染病策略，但該白皮書實際上已設定處理同類疾病(包括冠心病及中風、癌症及意外)的框架。
  - 瑞典公共衛生目標草案 (Public Health Objectives Bill)：2003年，瑞典國會通過政府的公共衛生目標草案 (Public Health Objectives Bill)，推行國家公共衛生政策 (National Public Health Policy)。
  - 澳洲預防慢性病的策略框架：過去10年，澳洲推出多項政策以應付日益普遍的慢性病。2001年，在澳洲衛生部長議會(Australian Health Minister's Advisory Council)支持下，國家公共衛生伙伴小組(National Public Health Partnership Group)，聯同全國策略協調小組(National

Strategies Coordination Working Group)及國家衛生優次行動局ational Health Priority Action Council)，提出預防慢性病的策略框架。此框架的目的在於提供全面、實證為本的公共衛生對策以應對優先的疾病及健康問題。

- 新加坡疾病管理框架：由2000年開始，新加坡衛生部開展了多元化的疾病管理框架，以控制主要慢性疾病的情況。其目的在於減少主要慢性疾病如心血管疾病所導致的死亡及疾病負擔。

## 2. 主要內容

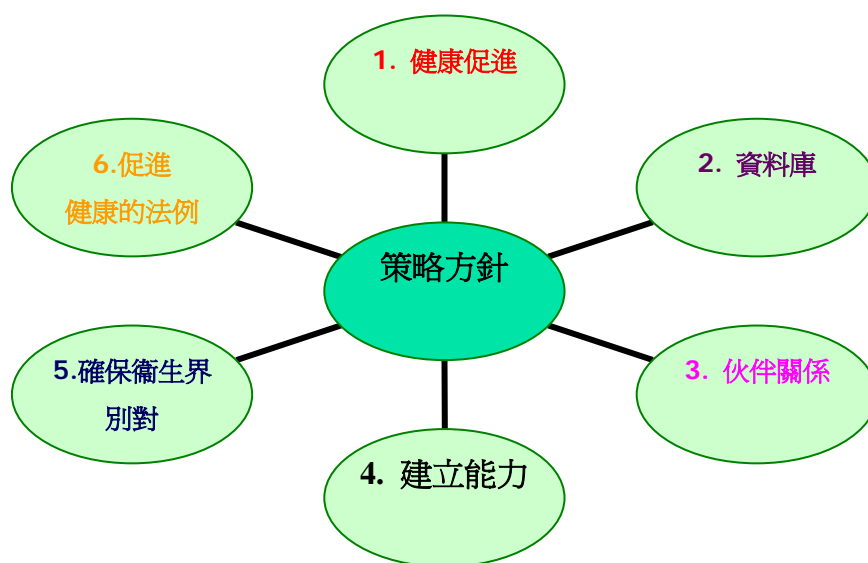
### 1). 目標：

- 締造有助促進健康的環境；
- 推動市民促進個人、家人以至社區的健康；
- 預防個人及各人口組別患上非傳染病及／或延緩發病；
- 減低非傳染病患者病情惡化和出現併發症的機會；
- 減少非必要的住院及醫護程序；以及
- 提供優質的非傳染病護理服務，以保障市民的健康及防止患者病情惡化。

### 2). 策略方針：

- **方針一**：支援全新及加強現有與本策略觀點一致的健康促進和非傳染病預防措施或活動；
- **方針二**：建立有效的資料庫和系統，按各病程階段需採取的行動提供指引；

- **方針三**：加強伙伴關係及促進相關各方的參與
- **方針四**：建立抗禦非傳染病的能力；
- **方針五**：確保醫療衛生界別能回應非傳染病的挑戰，並改善護理系統；
- **方針六**：加強及制訂有助促進健康的法例。



### 3). 推行策略框架的主要元素(PEOPLE)：

- **伙伴關係(Partnership)**: 匯聚多界別具不同知識和技能的人才。
- **生活環境(Environment)**: 把健康促進和疾病預防與整體環境連接起來生活環境，是決定人類健康與否的重要因素之一，包括居住、學習和工作以及社交環境。社會應締造有利促進健康的環境，讓市民可作出健康的選擇及有健康的生活。以環境為本的健康促進例子包括健康城市、健康學校、健康工作間、健康食肆和健康市場。

- **以成效為重點(Outcome-focused):** 通過積極跟進各項健康工作，確保善用資源，以取得最大的健康成效。要在改善市民健康方面取得成果，關鍵在於監察健康成效及決定介入措施所取得的健康效益。此外，亦須向有關方面和香港市民傳達健康工作的成效。
- **人羣為本的介入措施(Population-based intervention):** 以促進全民健康為工作重點。鑑於與健康相關的因素之間互有影響，而人羣為本的介入措施正是通過推廣健康行為、控制患病的決定因素，來達致減低全民的整體健康風險。
- **採取貫穿人生歷程的措施(Life-course approach):** 通過促進終身健康，以解決日積月累的毛病。罹患非傳染病的風險隨着年齡增長而累積，同時也受到生命中各階段出現的各項因素所影響。在各階段把握先機，或能減少早逝和殘疾，並讓更多人可享受優質的生活和積極的晚年，以及減少醫護方面的開支。
- **提升能力(Empowerment):** 讓每人有機會充分發揮潛能。提升能力是健康促進和疾病預防的核心方法。為此，不論是醫護還是非醫護界別的人士，都必須具備健康促進和疾病預防的知識和技能，包括改進行為、及早發現疾病、適當使用醫療衛生服務和為病人提供持續支援服務。

## (二) 健康促進業務推動

依據香港2007年Behavioural Risk Factor Survey顯示，一個禮拜外食超過5次或更多者，午餐佔52%、早餐佔30%、晚餐佔11%，又外食者認為餐廳之飲食太油、缺乏水果、缺乏蔬菜分別佔60%、84%、53%，因此，推動Healthy eating工作，包括：“2+3” project、EatSmart at school和restaurant。



在台灣，本署食品衛生處積極推動每日五蔬果活動，另本署與教育部會銜發布「學校餐廳廚房員工生消費合作社衛生管理辦法」，規定高級中等以下學校販售之飲品及點心，應取得國家農業標準(CAS)或良好作業規範(GMP)標誌認證，並具有營養標示。公告「校園飲品及點心販售範圍」及訂定「高級中等以下學校執行校園食品規範督導考核要點」，並進行抽查作業。

在推動健康進業務之過程，香港參考渥太華伍大憲章綱領，制定其行動框架包括：Education and empowerment、Publicity and advocacy、Community participation、Supportive environment、Research and evaluation，以確實執行每項健康促進業務。

健康促進業務推動之議題除了上述健康飲食外，另外一項為健康體能，因全球每年有多達二百萬人因缺乏運動而死亡，令推廣體能活動成為一項重要的公共健康舉措。

醫護人員在鼓勵其服務使用者進行體能活動上，扮演著舉足輕重的角色，而向病者按其需要處方適切的運動建議，並提供一份個人化及可供細閱的運動處方概念，早於澳洲、美國及英國等地的醫護界別中試行及取得良好效果。香港衛生署亦於二零零三年進行了一項隨機對照試驗，以評估將這個概念融入治療過程的成效，試驗結果也顯示，病人進行體能活動的動機有顯著改善。故，香港推動運動處方計畫，目的是透過政府、醫生、從事促進運動的機構及社區團體的通力合作，向大眾推廣體能活動。

另，香港環境地狹人稠，高樓大廈林立，推動“爬樓梯運動”，為健康體能之一個好方法，香港各社區、機構、學校、商業大樓都共同推動此運動。



本局辦理健走活動也相當有成效，推動「每日一萬步，健康有保證」，民眾大多能嚶嚶上口，但是執行面仍需更加落實。

針對學校部分，在健康體位方面，教育部自 93 年度起推動「中小學生健康體位五年計畫」、本署亦於 94 年度針對國小高年級學童進行「守護天使—健康飲食評量記錄活



動」、95 年度推動「提昇學童正確飲食認知與行為宣導計畫」，並於 94-95 年度積極辦理「提昇青少年正確飲食觀念宣導計畫」，以互動式宣導活動破除其錯誤體型意識，傳遞正確體型意識及飲食觀念。本署與教育部於 93 年起共同推動「健康促進學校計畫」，健康體位(含健康飲食及健康體能)列為其自選議題之一，期輔導學生建立健康行為，也使健康促進學校可永續發展與紮根。儘管各項計畫積極展開，惟相關調查資料顯示，國內仍約 60% 學生尚未養成規律運動習慣，肥胖學生比率未能明顯下降，學生對體型意識仍有迷失；加上升學掛帥觀念、都市化、科技化、資訊化、運動場地不足、飲食文化等環境影響，學生參與規律運動及攝取均衡飲食的行為與習慣，仍待強化。

## 二、衛生署長者健康服務

### 組織簡介

香港衛生署於一九九八年成立長者健康服務，在全港十八區每區各設一間長者健康中心和一支長者健康外展隊伍，以加強為長者提供的基層健康服務，從而提高他們的自我照顧能力，鼓勵他們培養良好的生活習慣，同時鼓勵家人加強照顧長者，減低他們染病及罹患殘疾的機會。其理想、使命、信念分述如下：

### 理想

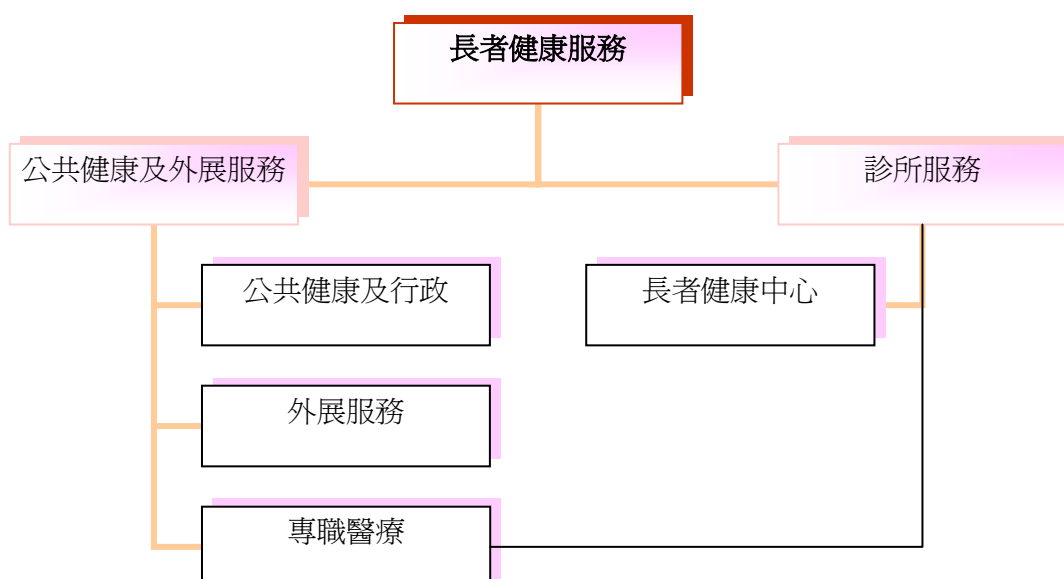
提供優質基層健康服務，致力促進長者健康。

## 使命

1. 提供以客為本的服務；
2. 由綜合專業隊伍合力照顧長者的整體健康需要；
3. 發揮專長，提高長者基層健康服務的專業質素；
4. 加強各界人士合作，鼓勵市民參與。

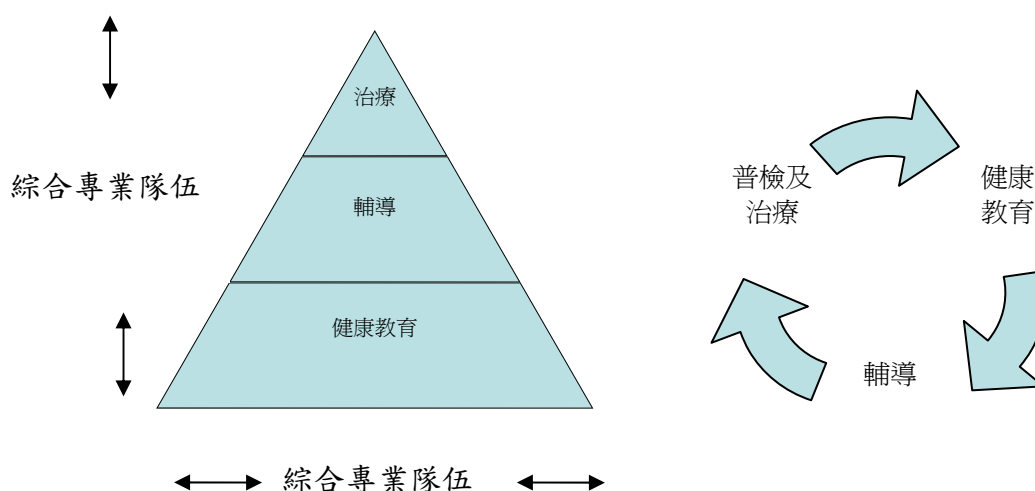
## 信念

1. **專業質素**：精益求精，致力提供優質服務。
2. **以客為本**：竭誠服務，顧客為本，素質為先。
3. **精益求精**：不斷求進，精益求精，配合社會需要。
4. **群策群力**：由綜合專業隊伍合力推行長者健康服務，加強各界人士合作，鼓勵市民參與。
5. **高瞻遠矚**：居安思危，防患未然。



香港衛生署希望藉由健康教育、輔導及普檢和治療等三項途

徑完成上述各項使命。透過長者健康外展隊伍和長者健康中心，提供健康教育；輔導工作，大部分由長者健康中心負責，中心會以個人或分組的方式，為長者提供輔導；長者健康中心會針對某些長者較常染上的疾病，提供普檢服務，部分普檢服務則會由長者健康外展隊伍提供。



## 目標

1. 秉承基層健康服務的原則，為長者提供全面的健康服務。
2. 互相合作，彼此配合，以協助綜合專業隊伍的工作：由綜合專業隊伍合力提供服務，在長者健康中心派駐臨床心理學家、營養師、物理治療師、職能治療師和手足治療員等專業人員，輔助醫療、護理人員的工作，而組成一個綜合專業隊伍；另由上述醫療或輔助醫療人員為長者健康外展隊伍提供支援。
3. 各界人士合作，推廣基層健康服務：與公營及私營機構緊密合作，為長者提供服務。
4. 提供訓練，提高專業水平：為各級人員提供足夠訓練，並運用最新的知識及最有效方法，為長者提供健康服務。

5. 設立長者公共健康資料庫：有系統地搜集資料並加以分析，以了解長者的健康狀況，及參與相關的研究工作。

香港衛生署長者服務部門，透過社區服務，為長者提供以客為本，素質為先的基層服務，並以綜合專業隊伍的模式，合力照顧長者的整體健康需要，以及鼓勵社區人士，包括長者在內，盡力參與，致力促進長者健康。該部門因為擁有綜合專業團隊，隨時能夠提供針對不同社區長者之健康型態，提供不同之服務。除其擁有綜合專業團隊外，其整合長者服務工作，所有長者服務之內容，舉凡長者健康飲食、運動、心理輔導層面及預防老年癡呆等議題健康教育，以及健康檢查工作和治療等工作都能由同一個部門做全面性考量，不像台灣目前長者服務工作，分散於不同單位，需要具有強而有力之單位整合，才能提供民眾完善的長者健康服務。

長者健康服務單位擁有綜合專業團隊，以整合所有長者相關健康服務工作，因此，該單位擁有豐富的衛教教材，包括：資料單張、書本、視像光碟，各項教材目錄如下：

#### 資料單張

- 自我鬆弛法 (pdf 915KB)
- 精神健康齊關注 (pdf 1.19MB)
- 肌肉鬆弛練習-漸進式 (pdf 1.46MB)
- 預防跌倒 (pdf 284KB)
- 與長者溝通的技巧 (pdf 1,083 KB)
- 長者精神健康十大信訊 (pdf 1733 KB)
- 長者保溫錦囊 (pdf 487KB)
- 熱身運動及靜止前運動 (pdf 229KB)

- 活力長者健康操 (pdf 497KB)
- 退化性膝關節炎：護理及運動 (pdf 995KB)
- 日日運動身體好，男女老幼做得到 (pdf 1.20MB)

### 書本

- 「投資健康人生」第1冊及第2冊
- 「康健樂頤年」運動促進健康資料手冊
- 「身心康健樂頤年促進長者社交心理健康資料手冊」
- 「健康家常食譜」
- 「老年癡呆症常見疑問」
- 「健康飲食小百科」
- 「護膝防痛齊開步」

### 視像光碟

- 護老錦囊 --- 老年癡呆症照顧篇(二)中度至嚴重程度
- 健康小食及烹調示範特輯
- 「護老錦囊之 - 中風後的適應」
- 《快樂人生之「夕陽無限好，不怕近黃昏」》
- 扶抱技巧及位置轉移
- 長者簡易保健運動
- 運動樂頤年
- 識飲識食購物篇
- 靈活溝通顯關懷
- 護老錦囊 --- 老年癡呆症照顧篇

## 推動業務

在全港 18 區各設有 1 間長者健康中心，為 65 歲或以上的長者提供綜合基層健康護理服務，會員在首次入會及其後續會時接受詳盡健康評估及身體檢查，日後以多專業團隊（醫生、護士、專職醫療人員）安排個別輔導、覆診及治療等服務。

長者健康外展隊伍，鼓勵社區參與，透過與其他服務人員合作，提供外展社區健康教育，協助護老者的培訓，促進長者健康，辦理老年癡呆症推廣活動；服務環境 – 社區、院舍、長者屋，另並為居住於安老院舍的長者提供每年一度的免費流行性感冒疫苗注射。辦理互助小組活動，包括：戒烟、減肥、預防跌倒、睡眠健康。

另，辦理私營安老院舍服務質素改善計劃，提升相關技能，包括：個人健康記錄、護理技巧、膳食安排、社交心理健康、運動、感染控制 藥物管理。

因長者健康服務擁有綜合專業團隊，所以可以利用不同專業提供不同服務或結合專業辦理相關活動，以下就不同專業之服務內容：

### 物理治療師

在社區健康推廣之活動，包括：膝關節保健--水中膝關節保健運動及護膝防痛、腰部保健運動、長者防跌保健運動、物理治療盆底肌肉訓練運動，另分別針對不同體力狀態設計不同運動，如：較健壯的長者--推動活力長者健康操、太極拳，較體弱的長者--長者簡易運動。在長者健康外展服務從事健康教育及推廣，以減低長者健康/患病風險、加強照顧者的照顧能力和

技巧、促進對物理治療儀器、運動器材及助行器具的正確使用，辦理安全扶抱及轉移技巧及助行器具及輪椅的使用等講座，至私人長者院舍或其他有關長者的機構，支援護老者。在長者健康中心，從事會員之診斷、評估工作，並提供健康教育、諮詢服務（家居治療、家居護理及照顧）。

### 職業治療師

在長者健康中心，從事職業治療服務，個別評估及輔導、舉辦小組、工作坊、家居評估。在長者健康外展隊伍，針對居家長者，與各區的家務助理隊伍合作及為居家體弱的長者提供家居評估服務；. 針對安老院舍長者，提供活動推廣諮詢服務及透過講座，鼓勵院友參與，安老院舉辦康樂活動，另並透過諮詢服務為安老院建議適合的活動。另辦理相關社區健康推廣之活動。

### 營養師

服務推動重點，包括：健康飲食原則、營養治療原則、營養護理原則，服務對象，包括：個人、專業組別（社區長者服務單位的主管和員工、安老院舍之護老者）及公眾。長者健康中心，個別營養評估、面談、提供飲食治療輔導及帶領小組，並做治療輔導，包括：保持健康（體重管理）、臨床復康（營養不良、糖尿病、高膽固醇、痛風症等）。在社區外展層面，透過健康教育活動，加強護老者對長者營養狀況、營養需要及膳食安排的知識及技巧，另辦理有關長者營養的健康教育講座、「聚餐安排工作坊」、「高纖膳食計劃」、「營養諮詢服務」。另從事相關實證研究，包括：「獨居長者的飲食調查」、「長者肥胖與疾病風險」研究。最後，配合社區及大眾推廣制訂相關健康教

育手冊。

### 心理學家

在長者健康中心，執行心理評估和諮詢服務、個別和小組心理輔導，以鼓勵長者學習用正面的方法處理情緒和壓力，並積極投入社區活動，享受退休生活，發現一般長者常見問題，其主要情緒問題，包括：抑鬱、自殺傾向、焦慮、失眠、複雜/過長的哀傷反應、初期失智症、適應困難，其健康問題為：痛症 – 如關節炎、功能障礙– 跌倒、中風後、聽覺、視力衰退、長期病患 – 糖尿病、哮喘及末期病患 – 癌症，其心理社交壓力，包括：喪親和哀傷、關係(婚姻、媳婿、兒女)、照顧者壓力(癡呆症、中風、精神病患、孫兒)、虐老問題、經濟居住問題、適應轉變(老化、退休、子女空巢)。在長者健康外展隊，跨專業的合作及辦理講座，以提高對心理衛生的關注、讓長者學習正向情緒和處理不同問題的壓力、幫助護老者了解長者的心理需要、教育護老者及早察覺和介入有情緒困擾的長者。最後加強教育推廣活動並制訂相關健康教育手冊。

### 三、醫院管理局

八十年代香港公營醫療發展的環境不佳，如：管理不理想、資源使用欠效率、政府醫院環境擠迫惡劣、市民對醫療服務質素失去信心、醫護人員流失率高，士氣低落，因此，於1990年12月通過立法成立醫院管理局。

#### 願景 (Vision)

市民健康、員工關心、大眾信賴 (Healthy People, Happy Staff, Trusted by the Community)



## 使命 (Mission)

與民攜手、保健安康 (Helping People Stay Healthy)

## 核心價值 (Values)

以人為本 (People-centred Care)

專業為本 (Professional Service)

敬業樂業 (Committed Staff)

群策群力 (Teamwork)

醫管局的職能，包括下列幾項：

1. 管理及發展公立醫院系統；
2. 設立公立醫院；
3. 就公眾對醫院服務的需求及應付該等需求所需的資源，向政府提供意見；
4. 就公眾使用醫院服務須付的費用，向食物及衛生局建議恰當的政策；
5. 促進、協助及參與醫管局員工的教育及培訓，以及有關醫院服務的研究。

醫管局提供的服務，包括下列幾項：

1. 41 間公立醫院，超過 27,200 張病床；
2. 48 間專科門診及 74 間普通科門診；
3. 住院/日間病人出院及死亡總人數：約 130 萬；
4. 急症室總求診人次：約 210 萬；

5. 專科門診總求診人次：約 780 萬；
6. 普通科門診總求診人次：約 500 萬；
7. 2009/10 年度政府撥款：超過 330 億港元。

本次我們參訪香港醫院管理局，主要是要了解該地區腎臟病防治業務之推動，該地區目前未推動慢性腎臟病防治工作，但是其透析治療以腹膜透析為主，實是台灣可以學習的部份，因此，當局介紹腹膜透析治療現況。2006 年台灣腹膜透析率（PD/PD+HD）為 7.6%和美國相當(7.4%)，而略高於日本（3.4%），但是遠低於以腹膜透析為主之香港（81.3%）。

#### 香港透析治療的發展

1980 年聯合醫院首次引入連續可活動性腹膜透析(CAPD)服務，明愛醫院稍後亦作出嘗試，當時政府未有提供額外資助，所以初期只於上述兩間醫院提供有限的服務，事隔 3 年（1983），東華醫院也首次引入使用 Travenol spike system 之 CAPD，並由政府提供資助，至此，因為政府開始投入資源，接受服務的病人名額每年逐漸增加，且陸續設立更多腹膜透析中心，而後於 1985 年 7 月醫管局成立中央腎科委員會，其主要功能為：1. 籌劃香港醫管局的腎科服務及制定有關之發展政策；2. 制定服務水平；3. 中央登記腎病病人資料；4. 提倡並發展腎臟移植服務。

由於腹膜透析擁有許多優點，包括：1. 技術簡單； 2. 無需先進儀器 (APD 除外)；3. 無需大量電力及水源；4. 只佔極少空間；5. 由病人自己操作，提高病人自主能力； 6. 生活模式更自主，時間安排更有彈性； 7. 可於家中或辦公室內操作；8. 穩定的體內水份及電解質控制，再加上醫管局與專科醫護合作發展成立中央腎

科委員會及行政架構配合和熱心投入的前線醫護人員，致使香港致力於推動腹膜透析治療，之後雖然針對於不適用腹膜透析患者，政府可提供血液透析服務，但經分析每年血液透析成本大幅高於腹膜透析，更加深其推動腹膜透析治療，如:2009年一位腹膜透析費用為5萬4000元港幣，而血液透析費用則耗用27萬1440元港幣。

## 肆、參加第二屆國際腎臟血液透析年會

### 一、會議過程

此會議是由香港腎臟學會（*Hong Kong Society of Nephrology*）暨國際血液透析學會（*International society of Hemodialysis*）舉辦，國際血液透析學會於1999年成立，並於2008年在義大利召開第一屆年會，本次會議為第二屆會議，參與者大部分來自亞洲，亦有來自美洲、歐洲、非洲及澳洲，會議時間為98年08月28日至08月30日。

本次會議內容，不僅針對血液透析研究發展、臨床血液透析病患管理及照護工作，另討論腎臟病加護病房照護議題，希望使臨床醫師、基礎科學研究者、小兒及成人腎臟專科醫師、醫師、護士、營養師等參與者，皆能於此獲得相關資訊。而本局自92年辦理腎臟病業務，業累積相關成果，因此，藉由此會議擬展示本局93-97年慢性腎臟病之成果。

### 二、會議重點與感想

第1天Plenary Symposium是由國際血液透析學會（*International society of Hemodialysis*）大會主席 Claudio

Ronco，主講血液透析之今昔及未來發展（Hemodialysis：Yesterday, Today, Tomorrow）。16世紀比利時Andreas Vesalius建立現代解剖學，人類便對腎臟器官做大體上的解剖記錄及分析其功能，礙於科學儀器及技術的不足，醫學進步一直滯緩，直到100年前開始提倡臨床與病理研究，再加上科學儀器的引進應用，開始對腎臟做顯微觀察而逐漸瞭解其生理及病理。腎臟生檢、血液透析治療及腎臟移植堪稱腎臟醫學領域的三大要事，沒有腎臟生檢技術就無法對腎臟疾病詳實診斷、治療及判知預後；透析治療的來臨提供急、慢性腎衰竭患者的支持性治療；腎臟移植醫學的進步更實足提供尿毒患者的一道曙光。而血液透析技術在臨床上治療急性腎功能衰竭和慢性腎功能衰竭已有50多年歷史，這種治療技術的出現，在醫學領域是具有時代現實意義，取得令人矚目的臨床療效，並得到世人的公認。又，血液透析治療是目前大多數國家於腎臟替代療法中最主要使用之方法，隨者技術不斷提高與完善，甚而從血液透析一種方法發展到現在的血液透析、血液濾過、血液透析濾過、腹膜透析等，血液透析機器的大小及精密度等隨著生物醫學工程發展也逐漸改良為小而美之機器，又能符合其效能，甚至於推動在家血液透析治療，以不影響個人生活，使罹病者能夠重新回到其工作崗位並提高生活品質，再且更要推動可攜式人工腎臟，藉由小巧之設計，使每個洗腎患者能不受其機器影響生活。最後，該主席更勉勵與會者，經過歲月的流逝，雖然技術更新很多，但是我們仍須要有創新的理念，將醫學結合藝術，以設計出最好之技術，提供病患使用，不僅延長生命，也讓其生命過得更有價值及意義。

## Advance in Dialysis Technique

第 2 天 Plenary Symposium 之主題為 Advance in Dialysis Technique，其中瑞典 Dr. Ingrid Ledebø 發表 The best dialysis therapy? 係與國際血液透析學會主席 Claudio Ronco 發表於 2008 年 NDT 雜誌上，發表內容乃藉由 2007 年全球五個國際透析和腎臟大會，調查 6595 位代表（57% 醫生、28% 護士），發現結果腹膜透析為一般計畫性病人最初選擇之治療方法，針對大部份的病人長時期最好的治療為每周三次之居家或自我照護之透析治療，體外透析治療對歐洲國家最佳選擇為高流量血液透析過濾【High-volume hemodiafiltration (HDF)】，相對於亞洲和美洲國家最佳選擇則為高透量血液透析 (High flux hemodialysis)。

有關血液透析過濾術 (HDF)，早在 1969 年由 Shinaberger 氏提出治療的理論基礎。直到 1997 年由 Leber 及 Hunitomo 氏實際應用到臨床治療。當時由於受限於補充液的昂貴 (每次治療最少要用四袋，每袋五公升的補充液)，無法廣泛的利用而停止。直到現在由於發明線上 (on-line) 直接由透析機產生便宜純淨的補充液而節省花費，進而推廣到全世界。迄今仍以歐洲地區利用最廣最久，美國 FDA 仍未通過 HDF 的使用。血液透析過濾術的原理乃是利用血液透析 (hemodialysis, HD) 以擴散 (diffusion) 作用，及血液過濾 (hemofiltration, HF) 以對流作用 (convection) 原理來清除尿毒。所以血液透析過濾 (HDF) = 血液透析 (HD) + 血液過濾 (HF)。由於血液透析 (HD) 清除中、小分子尿毒效果好，血液過濾 (HF) 清除大分子效果好，血液過濾中，先將血液中的水份大量移除，再給予乾淨的補充液，置換補充液給予體積越多，大分子清除率越高，因此血液透析過濾應是目前較好的透析治療方法。但是相對的，其花費也是目前所有透

析治療中較昂貴。

另，高透量血液透析(High flux hemodialysis)高透量透析，即是使用高透量膜的透析器進行透析治療的稱呼。凡是透析器的膜有較大的洞，及較高的水份超過濾率(Ultrafiltration,  $K_{uf} > 15$  ml/min/mmHg)即稱為高透量膜。高透量膜可清除中、大分子的尿毒，並在短時間移除大量水份及小分子尿毒。因此，高透量透析治療即是高效率透析治療的一種。高透量膜透析器，如同傳統的低透量膜透析器一樣，目前在市場上可區分為人工合成膜及天然纖維素膜二大類。含 polysulfone, PMMA, AN-69; polyamide, cellulose triacetate 等。由於高透量膜的特殊結構，因此容易發生逆過濾(Backfiltration)的現象，特別是在透析器的下半部，如果超過濾負壓不強的候時；透析液容易倒灌進入血流中。如果透析液不乾淨，則血液容易受到細菌內毒素及致熱原的污染。長久暴露，容易發生健康的傷害。因此，高透量透析如高效率透析的配合條件外，還須要相當純淨的透析液及水，才能發揮其促進健康的功能。

根據美國國家最近大規模的統計(1989-1993 的病患)證實高效率透析及高透量透析存活率較傳統的血液透析好，平均減少 10% 死亡的相對危險( $p=0.0002$ )。其最主要原因乃在於增加透析治療劑量  $Kt/V$  所致，根據大規模的統計顯示如果  $Kt/V$  由 1.2 增加到 1.4，則死亡的相對危險則減少 30- 40%。但同樣的報告也發現透析劑量在糖尿病患大於 1.6，或在一般病患大於 1.4，則健康助益較不明顯。

### **Home Hemodialysis**

第 3 天上午 Symposium 之主題為 Home Hemodialysis，由

於近幾年來科技發展成熟，除了讓病患延長壽命外，也重視其生活品質，因此，如何讓洗腎患者血液透析品質好，又能讓透析過程不妨礙其生活，是大家一直想要克服的部分。於 2001 年澳洲開始執行居家血液透析，其執行成果不錯，隨後加拿大、美國、荷蘭等歐美國家也陸續推行。為何大家要推動此呢？居家夜間血液透析（Nocturnal home hemodialysis, NHHD）相較於到醫院進行洗腎，有多項優點，例如居家血液透析是利用病患睡眠時間，每兩天在家透過機器進行血液透析 6-8 個小時，比起每週 3 次到洗腎中心透析 4 個小時，不但洗得更加乾淨，且有更足夠的時間代謝體內廢物，冠狀動脈心臟病、高血壓、心臟衰竭、貧血、營養不良（慢性發炎）、鈣磷不平衡、腎骨病變、副甲狀腺亢進、不由自主的腿部顫抖、失眠、睡眠呼吸中止症候群、皮膚癢、性功能障礙等長期透析常見的併發症，均可減少或改善，也比較不會發生感染的情形，且因時間長，尿毒消除率也較乾淨，大部分的病人都可以減少高血壓的用藥；不像在洗腎中心進行的血液透析，病患須到醫院排班，每週排班 3 次，不免影響生活規劃，且因每次須在 4 小時內完成透析，過程中快速脫水，容易導致血壓不穩及抽筋等現象。另，相較於腹膜透析病人，雖其一樣可以在家操作，但是每 4-6 小時就要換 1 次藥水，且平均約 3-5 年後會發生腹膜炎併發症。此外，居家血液透析清除小分子尿毒及磷等的效果好。

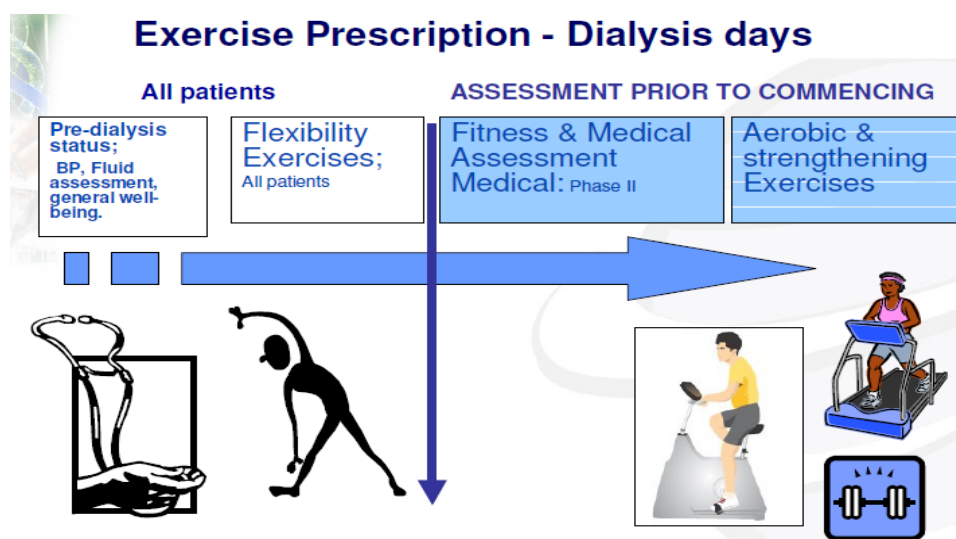
據國外研究，病人實施居家血液透析的 10 年存活率可達 80%，為了病人著想，近兩年香港及中國也開始推行，目前台灣透析治療仍以洗腎中心做血液透析及居家腹膜透析二途，台灣腎臟醫學會前理事長黃秋錦也試圖引進，未來如更多國家經實證研究所得，該治療方法不僅擁有良好透析品質，又可提供

病患更佳之生活品質，將可考量推廣於台灣病患使用。

## Patient Education

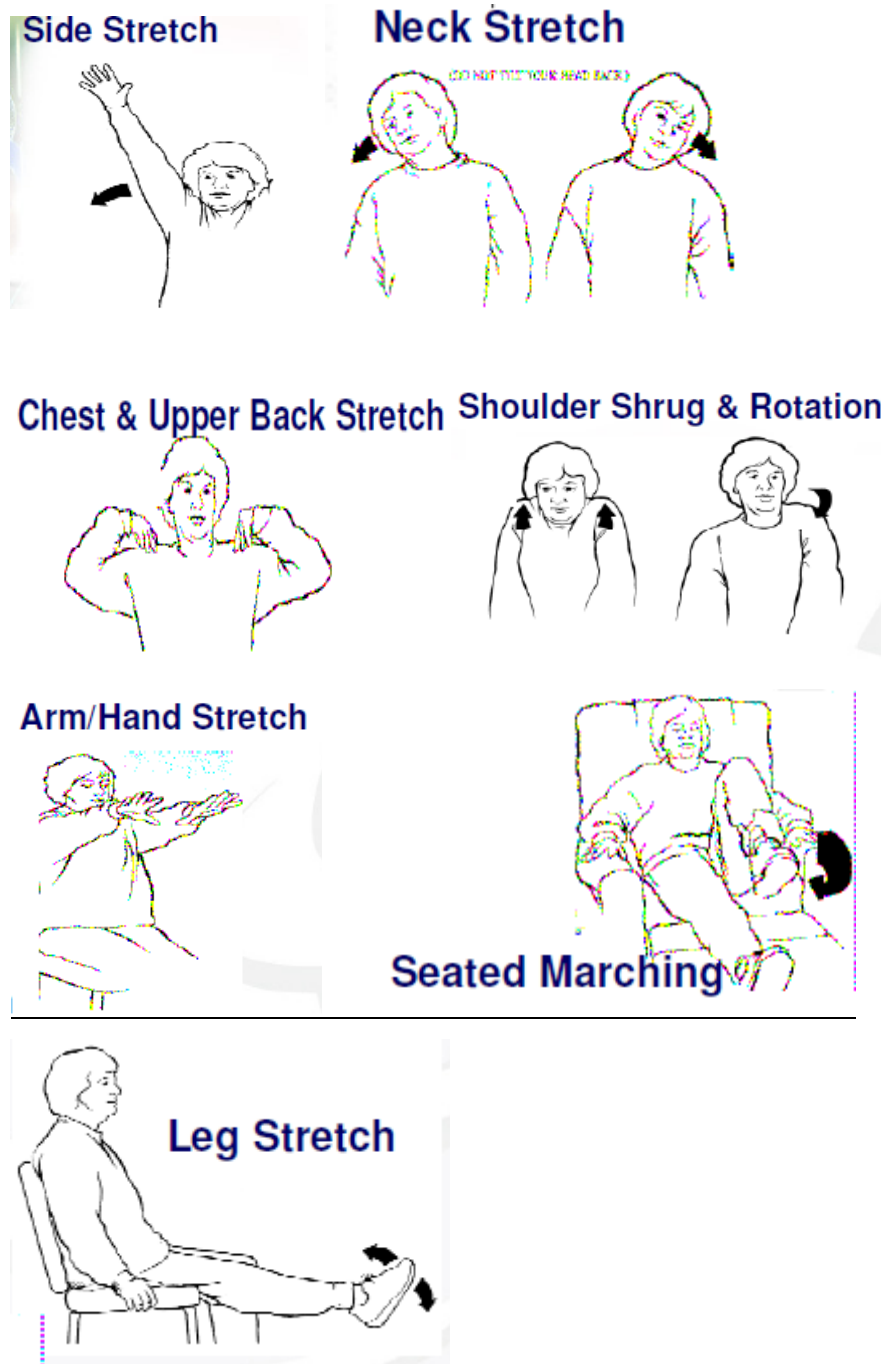
第 3 天下午 Symposium 之主題為 Patient Education，第一個部分為建立自我照顧 (self-care) 能力，許多研究報告指出，自我照顧 (self-care) 能力建立，可提升個人自我效能，不僅使身心狀況及社會功能角色都獲得改善。Landis A, et al (1997) 報告指出自我照顧者比全部由他人照顧者，其死亡率減少 46%。Curtin R.B., et al (2001) 報告指出可自我照顧之血液透析患者，可成功活超過 15 年，且會積極自我管理任何健康照顧活動。因此，要加強洗腎病患自我照顧能力之建立。

第二部分為 Exercise for the dialysis patient，美國腎臟基金會訂定之 KDOQI 指引中提出，透析病患需經由醫護人員指導加強健康體能活動，因為增加運動，可提升肌肉強度、改善血壓控制、改善血脂控制、增進血糖之調控、增進食慾、增進心靈健康，減少焦慮及憂鬱、及參與愉悅之社交活動，另外針對疾病增進血液廓清率及減少發炎現象發生。因此，須衛教病患各項健康體能活動，其運動處方如下圖：





衛教指導的項目可包括下列項目：



## 伍、心得及建議

- 一、本次順利完成參訪香港衛生署相關部門，主要是透過衛生署疾病管制局過去和香港衛生署之密切關係，又，參訪前，準備相關資料（如想要瞭解、釐清之政策...），並事先將所需資料 e-mail 給參訪機構，因此收穫頗豐。至國外參訪之機會難能可

貴，建議參訪國外機構前，有充分的準備，將使參訪過程更順利、參訪會議更有效率，且可獲得更多的資訊，認識更多有助於國內業務推動之人員，此外，對參訪機構而言，也會相對感受到參訪者之重視。另，我們仍須和各國或本署不同部門間加強聯繫，以助於業務推動，並可藉此拓展國際外交。

- 二、參訪香港衛生署所轄的單位，我們發現不同議題，他們都能制定一套執行框架、執行策略或計畫，並印製成冊，如：非傳染病防治框架制定、長者服務執行策略和計畫……等，雖然事實上許多業務或許沒有台灣推行的完善，舉例來說，台灣在慢性病防治之工作中不管疾病防治或健康促進工作都推動比香港落實，但是我們較缺乏具體策略或框架架構之手冊，以讓民眾了解國家政策推動情形，因此，台灣應加強此部分資料匯出印製，未來可利用這些具體之策略及成果，作為未來推動國際外交之具體實材。
- 三、香港衛生署針對長者健康促進有一統一之部門，因此，不僅推動許多長者健康服務工作，更製作許多衛教教材，而台灣這部分資料較缺乏，未來我們將可參採該地相關資料，製作健康育教材。
- 四、有關血液透析先進技術之引進居家血液透析治療，許多國家都已經推行多年，建議健保局未來可收集更多實證基礎，以考量推行與否。
- 五、本次會議不僅略為了解血液透析治療技術發展情形，更重要是想要與與會者了解各國推動慢性腎臟病防治之情形，發現香港及中國都未推動此方案，當與其交流，其發現台灣推動慢性腎臟病防治之成果，幾位院士級人士皆讚不絕口，並表示要回去推動此業務，因此，建議我們仍需持續加強慢性腎臟病防治工作，未來更參與慢性腎臟病防治相關會議提供台灣之經驗。

## 陸、附表

### Agenda (會議議程)

Day 1 28 August 2009, Friday		
Time	Program	Speaker
09:00 – 09:05	Welcome and Introduction	
09:05 – 09:35	Solute Transport and Assessment of Dialysis Adequacy	Dr. Feidhlim Woods
09:35 – 10:05	Inter-relationship between Volume, Thirst and Compliance	Dr. John Agar
10:05 – 10:35	Vascular Access Infection - Prevention and Treatment	Prof. Bernard Canaud
10:35 – 10:45	Q & A	
10:45 – 11:05	<b>Coffee break</b>	
11:05 – 11:35	Routine Monitoring and Investigations for Chronic Hemodialysis Patients	Dr. YL Cheng
11:35 – 12:05	Managing Arterial Hypertension and Hypotension in Hemodialysis	Dr. Angel L de Francisco
12:05 – 12:35	Post-op Monitoring and Vascular Access Failure	Ms Lesley Dinwiddie
12:35 – 12:45	Q & A	
12:45 – 14:00	<b>Lunch break</b>	
14:00 – 14:30	Water Treatment for Hemodialysis	Prof. Peter Kerr
14:30 – 15:00	Infection Control in Hemodialysis Unit	Dr. Raymond Lai
15:00 – 15:30	Complications During Hemodialysis – Case Illustrations	Dr. Madhukar Misra
15:30 – 15:40	Q & A	
17:00 – 17:30	<b>Opening Ceremony</b>	
17:30 – 18:15	<b>Plenary Symposium I</b> <i>Hemodialysis Yesterday, Today, Tomorrow</i>	Prof. Claudio Ronco
18:15 – 20:00	<b>Cocktail Reception</b>	

**Day 2 29 August 2009, Saturday**

<b>Time</b>	<b>Program</b>	<b>Speaker</b>
<b>08:30 – 10:00</b>	<b>Plenary Symposium 2</b> <i>Advances in Dialysis Techniques</i>	
08:30 – 08:45	The best dialysis therapy? Results from an international survey among nephrology professionals	Dr. Ingrid Ledebø
08:45 – 09:10	Advances in dialysis membrane material & configuration	Prof. Claudio Ronco
09:10 – 09:35	Online Hemodiafiltration	Prof. Bernard Canaud
09:35 – 10:00	Wearable artificial kidney & artificial nephron system	Dr. Victor Gura
<b>10:00 – 11:00</b>	<b>Poster Viewing</b>	
<b>11:00 – 12:30</b>	<b>Symposium 1</b> <i>Hemodialysis Dose and Flux</i>	
11:00 – 11:30	What is most important in HD: Treatment Frequency, Treatment Time, Dose or Membrane Flux ?	Prof. Peter Kerr
11:30 – 12:00	High Flux dialysis : lessons learned from MPO and HEMO studies	Prof. Francesco Locatelli
12:00 – 12:30	Adequacy of Dialysis: Update on KT/V and Volume Control	Dr. Madhukar Misra
<b>11:00 – 12:30</b>	<b>Symposium 2</b> <i>Cardiovascular Disease</i>	
11:00 – 11:30	Advances in Our Understanding of Vascular Calcification	Dr. Kosaku Nitta
11:30 – 12:00	Brain Natriuretic Peptide – Marker or Therapeutic Agent ?	Dr. Carmine Zoccali
12:00 – 12:30	Controversies in the Treatment of Hyperlipidaemia in Dialysis Patients	Dr. Bonnie CH Kwan
<b>12:30 – 14:00</b>	<b>Lunch Symposium ( sponsored by FMC )</b>	
12:30 – 13:10	Achieving superior outcomes in dialysis patients	Prof. Bernard Canaud
13:10 – 13:50	Achieving superior outcomes in dialysis patients	Dr. Feidhlim Woods
<b>12:30 – 14:00</b>	<b>Lunch Symposium (sponsored by Kyowa Kirin )</b> <i>Advances in Secondary Hyperparathyroidism Treatment by Calcimimetic Agent</i>	
12:30 – 13:00	Phosphate control in Hemodialysis “Cinacalcet in Control of Secondary Hyperparathyroidism”	Dr. Angel L de Francisco
13:00 – 13:30	Impact of cinacalcet on the management of CKD-MBD: Asian	Prof. Tadao Akizawa

	Perspectives	
<b>14:00 – 15:30</b>	<b>Symposium 3</b> <b><i>Nursing Matters in Hemodialysis</i></b>	
14:00 – 14:30	Roles of Renal Nurse in a Hemodialysis Unit	Ms. Miki Hiramatsu
14:30 – 15:00	Vascular Access Management	Ms. Lesley Dinwiddie
15:00 – 15:30	Nocturnal Home Hemodialysis Training programme in Hong Kong	Ms. Irene Kong
<b>14:00 – 15:30</b>	<b>Free Communications 1 &amp; 2</b>	
15:30 – 16:00	<b>Coffee break</b>	
<b>16:00 – 17:30</b>	<b>Symposium 4</b> <b><i>Vascular Access</i></b>	
16:00 – 16:30	Drug Therapy for Prevention of Vascular Access Stenosis	Dr. Akira Saito
16:30 – 17:00	Intervention Radiology for Vascular Access Problems	Dr. Philip CH Kwok
17:00 – 17:30	Medication Lock for Dialysis Catheter- When, and What is the Evidence ?	Dr. KM Chow
<b>16:00 – 17:30</b>	<b>Symposium 5</b> <b><i>Hemodialysis in Children</i></b>	
16:00 – 16:30	Practice of Continuous Renal Replacement Therapy in Children	Prof. Hui-Kim Yap
16:30 – 17:00	Vascular Access in Children	Dr MK Yiu
17:00 – 17:30	Nutrition and Dietary Management of Pediatric Dialysis Patients	Prof. Hui-Kim Yap
<b>17:30 – 19:00</b>	<b>Evening Symposium ( sponsored by Baxter )</b> <b><i>Advances in Home Dialysis Therapy</i></b>	
	Debate on the role of APD in ESRD in Asia Pacific – all alternative to ICHD	Dr. WK Lo
	Debate on the role of APD in ESRD in Asia Pacific – all alternative to ICHD	Prof. Peter Kerr
19:15 – 22:00	<b>Gala Dinner</b>	

Day 3 30 August 2009, Sunday		
Time	Program	Speaker
<b>08:45 – 10:15</b>	<b>Symposium 6</b> <b><i>Critical Care Nephrology</i></b>	
08:45 – 09:15	Sorbents : from bench to bedside in critical care nephrology	Prof. Claudio Ronco
09:15 – 09:45	Anticoagulation in CRRT	Dr. Wing Wa Yan
09:45 – 10:15	Fluid balance and renal recovery following acute kidney injury	Dr. RL Mehta
<b>08:45 – 10:15</b>	<b>Symposium 7</b> <b><i>Practical problems in Hemodialysis Patients</i></b>	
08:45 – 09:15	Centenarian/ Elderly in HD	Dr. Akira Saito
09:15 – 09:45	Neuromuscular Problems in Hemodialysis Patients	Dr. John Agar
09:45 – 10:15	The Itchy Patient – What are the Treatment Options ?	Dr. Henry Chan
10:15 – 11:00	<b>Poster Viewing</b>	
<b>11:00 – 12:30</b>	<b>Symposium 8</b> <b><i>Biocompatible Dialysis</i></b>	
11:00 – 11:30	Inflammation in Hemodialysis & its consequences: Adipokines, oxidative stress and chronic inflammation in hemodialysis	Dr. Carmine Zoccali
11:30 – 12:00	Membrane biocompatibility	Dr. Madhukar Misra
12:00 – 12:30	Controversies in water treatment standard	Prof. Peter Kerr
<b>11:00 – 12:30</b>	<b>Symposium 9</b> <b><i>Home Hemodialysis</i></b>	
11:00 – 11:30	Current status and Practice of Home HD and Nocturnal Home HD; Quality of life and Home HD/NHHD; Medical Economics and Home HD/NHHD	Dr. John Agar
11:30 – 11:45	Hong Kong Experience	Dr. KL Tong
11:45 – 12:10	Home Hemodialysis – perspectives from Japan	Prof. Tadao Akizawa
12:10 – 12:25	Beijing Experience	Prof. Tao Wang
<b>12:30 – 14:00</b>	<b>Lunch Symposium (sponsored by Gambro)</b> <b><i>Convective therapies in the HD unit and the ICU</i></b>	

12:30 – 13:10	Long-term benefits of convective therapies –opinions and evidence	Dr. Ingrid Ledebø
13:10 – 13:50	The role of convection in different dialysis modalities used for AKI	Dr. William R Clark
<b>12:30 – 14:00 Lunch Symposium (sponsored by Roche)</b>		
12:30 – 13:10	Management of Anemia in Hemodialysis “ESA in Treatment of Renal Anemia”	Prof. Francesco Locatelli
<b>14:00 – 15:30</b>	<b>Symposium 10</b> <b><i>Patient Education</i></b>	
14:00 – 14:20	How to set up Self Care Program for In-centre patients?	Ms. Flora Wong
14:20 – 14:40	How to teach patients to self cannulate?	Ms. Lesley Dinwiddie
14:40 – 15:10	Rehabilitation program – how to make it successful ?	Ms. Janice Tay
15:10 – 15:30	Exercise for dialysis patients	Ms. Suzie Burford
<b>14:00 – 15:30 Free Communications 3 &amp; 4</b>		
<b>15:30 – 16:00 Coffee break</b>		
<b>16:00 – 17:30 Plenary Symposium 3</b> <b><i>RRT for Renal Disaster (Tribute to Sichuan Earthquake )</i></b>		
16:00 – 16:10	Renal Relief for Sichuan Disaster : ISN and HKSN perspectives	Prof. Philip Li
16:10 – 16:30	Treatment of Acute Kidney Injury during Sichuan Earthquake	Dr. Li Wang
16:30 – 17:00	Comparing dialysis modalities for critically ill patients	Dr. RL Mehta
17:00 – 17:30	Dose of CRRT, does t really matter?	Dr. William R Clark
17:30 – 17:45	<b>Concluding Remarks</b>	

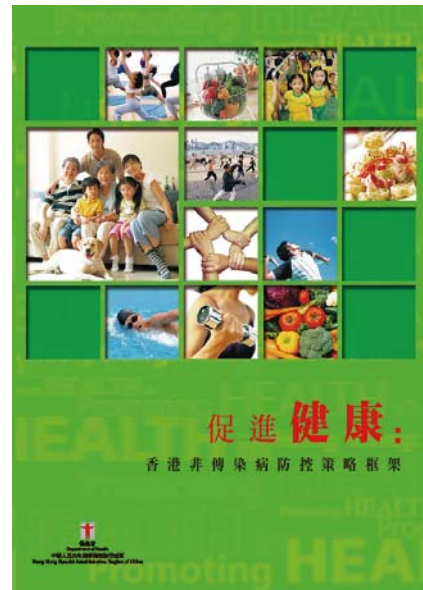
## 柒、附圖

### 一、促進健康：香港非傳染病防控策略框架

序言

文件摘要

1. 引言
2. 防控非傳染病的概念基礎
3. 防控非傳染病的全球觀點
4. 本港情況概覽
5. 策略框架
6. 推行策略框架的主要元素
7. 落實策略





## 二、衛生署長者健康服務單位製作重要手冊



### 序言

### 目錄

- 一. 康健樂頤年的概念
- 二. 對老年的謬誤
- 三. 長者的生理健康
- 四. 均衡飲食
- 五. 恆常運動篇
- 六. 遠離煙草篇
- 七. 健康普查篇
- 八. 用藥守則
- 九. 建議的社區活動計劃
- 十. 其他參考資料目錄
- 十一. 附錄

### 三、參訪照片及參與會議之照片



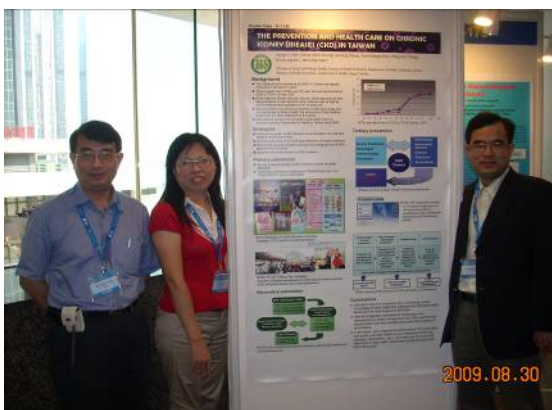
圖一參訪衛生署防護中心



圖二參訪衛生署長者服務



圖三參訪醫院管理局



圖四參與會議展示海報



圖五參與會議與大會主席合影



圖六參與會議與大陸學者交流