

2019 台灣結核暨肺部疾病醫學會專科醫師考試筆試命題

1. 有關結核菌的感染與發病的敘述，下列何者最適當？
 - (A) 結核菌的接觸者，有 1/2 以上可能成為潛伏感染者。
 - (B) 潛伏感染後，終其一生約有 10%的發病機會。
 - (C) 在潛伏感染後，每年約有 10%的發病率。
 - (D) 判斷是否有潛伏感染，最主要的診斷工具是胸部電腦斷層檢查。
2. 依據疾病管制署的新案監測資料，2017 年台灣的結核病發生率以那個縣市最高？
 - (A) 台北市
 - (B) 花蓮縣
 - (C) 台東縣
 - (D) 屏東縣
3. 依據疾病管制署的新案監測資料，2017 年台灣的結核病發生率為？
 - (A) 每十萬人口 41.4 人
 - (B) 每十萬人口 43.9 人
 - (C) 每十萬人口 45.7 人
 - (D) 每十萬人口 48.4 人
4. 對於分枝桿菌培養與鑑定的說明，下列何者正確？
 - (A) 培養比塗片顯微鏡檢更敏感，每 mL 標本中含有 1-10 隻細菌即可偵測到。
 - (B) 自動化液體培養基系統約需 6-8 星期能得到陽性結果。
 - (C) 側向流量免疫層析檢測法(Lateral flow immunochromatographic test, ICT)，偵測是否含有結核菌的特異抗原 MPB64，用來分別結核菌和非結核分枝桿菌，有很高的敏感性和特異性。
 - (D) 目前台灣的實驗室所分離之分枝桿菌中，非結核分枝桿菌的比例逐年增加，大部分實驗室都約為 15%的分離率。

5. 關於世界衛生組織 the END TB Strategy 的願景(Vision)與目標(Target) , 以下何者不正確 ?
- (A) 願景(Vision)是零結核死亡 , 疾病 , 和受苦(zero deaths, disease and suffering due to TB) 。
 - (B) 2035 年時將 2015 年之結核死亡數(reduction in number of TB deaths compared with 2015) 降低 95% 。
 - (C) 2025 年時將 2015 年之結核發生率(reduction in TB incidence rate compared with 2015)降低 50% 。
 - (D) 2020 年時將因結核病而面臨災難性鉅額支出的家庭(TB-affected families facing catastrophic costs due to TB)降低 30% 。
6. 關於世界衛生組織 Global Tuberculosis Report 2018 對全球結核疫情的報告 , 以下何者最不正確 ?
- (A) 2017 年全球約有 46 萬新發生 MDR-TB 病人 。
 - (B) 2017 年全球約有 60 萬人死於結核病 。
 - (C) 2017 年全球新發生結核病人估計數為 1,000 萬 。
 - (D) 2016 年全球新結核病人治療成功率為 82% 。
7. 關於糖尿病對結核的影響 , 以下何者最正確 ?
- (A) 糖尿病人比非糖尿病人有較低的罹患結核病的風險 。
 - (B) 血糖控制有助於降低糖尿病患者罹患結核病的風險 。
 - (C) Baker 等人以台灣的資料分析 , 顯示糖尿病患者無併發症者 , 罹患結核病的風險與糖尿病患者有併發症者相當 。
 - (D) 結核病合併糖尿病人痰塗片陽性的比例比非糖尿病人低 。
8. 關於肺外結核的敘述 , 下列何者有誤 ?
- (A) 在懷疑的肺外部位取得適當檢體作結核菌的檢驗 。
 - (B) 診斷肺外結核的病人建議都須作胸部 X 光檢查 。
 - (C) IGRA 陽性 , 不能用來診斷肺外結核 。
 - (D) IGRA 陰性 , 可用來排除肺外結核 。

9. 對於潛伏結核感染的診斷與治療，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 世界衛生組織建議使用結核菌素皮膚試驗或是血液丙型干擾素釋放試驗來進行潛伏結核感染的診斷。
 - (B) 若個案曾經接受過結核病完整治療，結核菌素皮膚試驗無法分辨是否為再次感染，血液丙型干擾素釋放試驗陽性則可判定為再次感染。
 - (C) 接受腫瘤壞死因子治療的病人，建議應定期檢測潛伏結核感染。
 - (D) 開始治療潛伏結核感染之前，首要工作就是排除活動性結核病。
10. 對於 TST 和 IGRA 用於潛伏結核感染的診斷的敘述，何者錯誤？
- (A) 對於接種過卡介苗的個案，結核菌素皮膚試驗陽性無法分辨是否為潛伏結核感染，血液丙型干擾素釋放試驗陽性則可判定為潛伏結核感染。
 - (B) 兩種檢查都依賴健全的 T 細胞免疫功能，T 細胞功能低下時，都可能會有偽陰性的可能。
 - (C) IGRA 的敏感度高，若 IGRA 陰性，臨床上可以排除結核病的可能。
 - (D) 過去有接種過卡介苗的結核接觸者，優先使用 IGRA，以減少卡介苗引起的偽陽性和不必要的潛伏結核感染治療。
11. 對於 pyrazinamide 的說明，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 早期殺菌力不若 INH 或 RMP，但對巨噬細胞內酸性(pH5.5)環境中生長緩慢的結核分枝桿菌最具殺菌力。
 - (B) 組織穿透力佳，具滅菌功能(sterilizing activity)。
 - (C) 對 *Mycobacterium bovis* 及 *Mycobacterium kansasii* 沒有作用。
 - (D) ✓ 在液態培養基中最低抑菌濃度(MIC)穩定，因此 PZA 的藥物感受性試驗是常規檢查。
12. 對於 pyrazinamide 的副作用說明，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 高劑量使用會增加肝毒性的風險。
 - (B) 腎功能不全者，建議將一日劑量分散給藥，調整給藥頻率為每日三次。
 - (C) 與 INH 及 RMP 同時使用會增加肝毒性的機會。
 - (D) 干擾尿酸代謝，可能引起高尿酸血症，無症狀的高尿酸血症，若濃度小於 13mg/dL 時，通常不需要藥物調整。

13. 對於跨國的 PREVENT TB 臨床試驗中，有關結核接觸者潛伏結核感染治療，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 3 個月速克伏處方和 9 個月的 INH 的治療完成率分別為 84% 和 69%，3 個月速克伏處方完成率明顯較高。
 - (B) 3 個月速克伏處方的肝毒性相關不良反應發生率，較 9 個月 INH 處方低。
 - (C) 3 個月速克伏處方因不良反應而中斷治療的比率，較 9 個月 INH 處方低。
 - (D) 3 個月速克伏處方預防結核病發病的保護力，不低於 9 個月 INH 處方。
14. 對於目前結核接觸者潛伏結核感染治療處方的說明，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 3 個月速克伏處方，12 歲以上的個案，INH 的建議劑量是 15mg/kg 體重，每周一劑。
 - (B) 3 個月速克伏處方，2-11 歲的個案，INH 的建議劑量是 25mg/kg 體重，每周一劑。
 - (C) 9 個月 INH 處方，12 歲以上的個案，INH 的建議劑量是 5mg/kg 體重，每天一劑。
 - (D) 9 個月 INH 處方，2-11 歲的個案，INH 的建議劑量是 5mg/kg 體重，每天一劑。
15. 對於目前結核接觸者潛伏結核感染治療處方的說明，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 3 個月速克伏處方，最常見導致永久停藥的不良反應是肝毒性。
 - (B) 9 個月 INH 處方，13 歲以上的個案，最常見導致永久停藥的不良反應是肝毒性。
 - (C) 9 個月 INH 處方，小於 13 歲的個案，最常見導致永久停藥的不良反應是皮膚相關的癢疹。
 - (D) 3 個月速克伏處方，較嚴重的全身性反應，絕大多數發生在第三到第四個劑量。

16. 對於臨床上免疫風濕病病人使用抗腫瘤壞死因子治療時，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 免疫風濕病病人，本身的免疫失衡，若再加上類固醇或免疫抑制劑治療，發生結核病及死亡的風險高於一般民眾。
 - (B) 依據健保署事前審查規定，結核病病人未經完整抗結核治療，不得使用腫瘤壞死因子的阻抗劑治療。
 - (C) 若合併潛伏結核感染，目前疾病管制署推薦三個月速克服處方是治療首選。
 - (D) 若丙型干擾素測試在抗腫瘤壞死因子治療期間由陰性轉為陽性，宜先評估排除活動性結核病的可能。
17. 對於結核菌的抗藥基因，下列配對，何者錯誤？
- (A) katG: INH 抗藥。
 - (B) katG: Prothionamide 抗藥。
 - (C) rpoB: pyrazinamide 抗藥。
 - (D) pncA: pyrazinamide 抗藥。
18. 下列抗結核藥物引起的不良反應的組合，何者發生的機會最低？
- (A) Pyrazinamide: 肝功能異常。
 - (B) Ethambutol: 肝功能異常。
 - (C) Streptomycin: 聽力損傷。
 - (D) Prothionamide: 甲狀腺功能低下。
19. 下列抗結核藥物相關的藥物交互作用，下列敘述，何者錯誤？
- (A) Rifampicin 會增加口服避孕藥在肝代謝的速率，可能導致避孕失敗。
 - (B) INH 會抑制 phenytoin 的代謝速率，增加其血中濃度，需小心監測，必要時調整用量。
 - (C) Quinolones 和制酸劑或鐵劑同時服用，可能會減低 Quinolones 的腸胃吸收，應間隔至少二小時。
 - (D) Rifampicin 會降低 rivaroxaban 在肝代謝的速率，可能導致出血的風險增加，應減低抗凝血劑的劑量。

20. 下列關於使用 Streptomycin 說明，下列敘述，何者錯誤？
- (A) 對細胞外之結核菌具殺菌力，特別是空洞病灶。
 - (B) 主要經腎臟排泄，在腎功能不全者，半衰期會延長，腎毒性和耳毒性的風險會增加。
 - (C) 對血腦屏障穿透力差。
 - (D) 對於大型空洞病灶個案，調整給藥頻率由每日一次改為每天三次分散給藥，可以提高殺菌力。
21. 下列抗結核藥物治療時發生的肝功能異常，下列說明，何者錯誤？
- (A) 如果病人同時罹患 B 型或是 C 型肝炎，應考慮檢測病毒量來確定是否因為病毒性肝炎引起的肝功能異常。
 - (B) 若病人有疲倦、食慾減低等不適，肝功能上升超過正常值 3 倍以上，應即刻調整治療處方。
 - (C) 年齡愈大的病人，發生肝毒性的機會愈高。
 - (D) 若在標準 HREZ 處方開始治療的 7 天內發生肝毒性合併黃疸，最可能是 rifampicin 所引起的肝功能異常，可以將處方改為 HEZ，並加上 fluoroquinolone 補強處方。
22. 下列抗結核藥物治療時發生副作用的處理方式，何者最不恰當？
- (A) 血小板下降合併紫斑，應將 rifampicin 改為 rifabutin。
 - (B) GOT 上升超過 5 倍，沒有肝炎相關症狀，停用所有結核藥物，並應留意其它肝功能障礙的可能原因。
 - (C) 高尿酸血症合併急性腎功能惡化，停用 pyrazinamide，並依腎功能障礙的程度，可能需要調整 ethambutol 的劑量。
 - (D) 輕度的皮膚搔癢，開立抗組織胺劑，暫不需停用抗結核藥物。

23. 下列對於結核病診斷的說明，何者最不恰當？

- (A) X光雙肺上葉開洞病灶，痰液結核分枝桿菌核酸放大檢驗陽性，診斷肺結核給予標準 HREZ 處方。
- (B) X光右中葉支氣管擴張病灶，痰液耐酸菌染色陽性，結核分枝桿菌核酸放大檢驗陰性，可能不是肺結核。
- (C) X光右上葉 fibronodular 浸潤，痰液耐酸菌染色三套均陰性，結核分枝桿菌核酸放大檢驗陽性，可能是結核分枝桿菌核酸放大檢驗偽陽性。不需通報給藥。
- (D) 痰液分枝桿菌培養陽性，Immunochromatographic test(MPT 64)陰性，應可初步診斷為非結核分枝桿菌。

24. 關於結核菌藥物感受性試驗，下列說明，何者錯誤？

- (A) Isoniazid 的感受性試驗有很高的準確性。
- (B) Rifampicin 的感受性試驗有很高的準確性。
- (C) Pyrazinamide 的感受性試驗有很高的準確性。
- (D) 藉由 rpoB 基因突變來判別 Rifampicin 的感受性，有很高的敏感度(95%)，相較於傳統感受性試驗感，能在診斷的早期就偵測到 rifampicin 抗藥，可以應用在 rifampicin 抗藥高風險族群。

25. 何者不須作傳染病通報？

- (A) 病人有符合伴隨乾酪性壞死之肉芽腫變化等典型結核菌感染之病理報告者。
- (B) 痰液耐酸菌染色陽性，但分支桿菌培養為非結核分枝桿菌，醫師判斷不需使用抗結核藥物的個案。
- (C) 肺炎病人死亡 3 週後，痰結核菌培養報告出來為 *Mycobacterium tuberculosis complex*(MTBC)陽性。
- (D) 痰液分枝桿菌培養陰性，接受抗結核藥物治療之結核病人。

26. 關於結核性腦膜炎的敘述，以下何者有誤？

- (A) Streptomycin 的 CNS 穿透力不佳。
- (B) 症狀主要是頭痛、神智不清、頸部僵硬，過半數病人的胸部 X 光片有結核病灶。
- (C) 診斷需要抽取脊髓液做鑑別診斷，但是細菌學確診困難，分枝桿菌培養的時效性差，但延遲使用抗結核藥物對病人的神經學預後影響很大，因此對懷疑結核性腦膜炎的病人，在細菌學證據不足時，仍應考慮即早投藥。
- (D) 依據台灣結核病診治指引，結核性腦膜炎應採用 6 個月的治療。

27. 有關新的抗結核藥物 Bedaquiline (Sirturo) 敘述何者有誤？

- (A) 其作用在抑制結核菌的 ATP Synthase 而達到殺菌效果。
- (B) 美國 FDA 已核准用於治療 18 歲以上的 MDR-TB 病人。
- (C) Bedaquiline 已經 WHO 認定用於抗結核一線藥物，可縮短療程。
- (D) QT 延長是其特別的副作用。

28. Rifampin 和下列那些藥物因交互作用嚴重而須避免同時使用，何者為非？

- (A) 抗排斥藥：Cyclosporin。
- (B) AIDS 用藥 Etravirine (NNRTI, Non-nucleoside reverse transcription inhibitors)。
- (C) AIDS 用藥：所有的 Protease inhibitors (PI)。
- (D) 會減低 insulin 作用，宜加強口服降血糖藥物。

29. 當結核病人中斷 (interruption) 治療時，下列何者不是後續處置考慮的重點？

- (A) 中斷發生在 initial phase 或是 continuation phase。
- (B) 中斷治療的時間長短。
- (C) 中斷時是否仍痰抹片或痰培養陽性。
- (D) 是否為高血壓病人。

30. 40 歲男性，因咳血至急診，CXR 有典型 TB 變化，但病人無 TB 治療史及 MDR-TB 接觸史，亦非來自於 MDR-TB 高盛行率國家，GeneXpert 結果顯示 TB 陽性，Rifampicin 抗藥，最好的做法為何？

- (A) 直接開立 MDR-TB 處方，再等傳統藥敏報告。
- (B) 再送一次 GeneXpert 或 GenoType 來確認，再決定治療處方。
- (C) 仍先給與 HERZ 治療，再等傳統藥敏試驗。
- (D) 先給與 HERZ+SM，再等傳統藥敏試驗。

31. 50 歲，女性病人，其先生是 primary MDR-TB 病人，病人於接觸者檢查時 CXR 正常，一年後，病人發現乳癌，於乳癌檢查時，胸部 CT 發現小於 1 公分之結節，切除後病理報告為：caseous necrotic granulomatous inflammation, AFB(-)，下列作法可能是較為正確：(a)病灶已完全切除，觀察即可 (b)病人須接受化學治療，仍建議 TB 治療，給與 HERZ+SM (c)被先生傳染為最有可能，依先生之藥物敏感性試驗結果給與 MDR-TB 治療 (d)切下肺檢體送 TB 菌培養。

- (A) ad
- (B) bd
- (C) cd
- (D) d

32. MDR-TB 的治療時間是太長，病人不易完成治療，WHO 2016 年正式推薦 9 至 12 個月的短程治療，治療成功率可達 85% 以上，復發率小於 3%，其主要藥物為：

- (A) High dose moxifloxacin + clofazimine
- (B) Gatifloxacin + clofazimine
- (C) Clofazimine + linezolid
- (D) Linezolid + bedaquilline

33. 有關 Rifabutin(Mycobutin)的陳述，下列何者正確：(a)相較於 Rifampicin，Rifabutin 較不會有 drug-drug 交互作用 (b)如果 rifampicin 之藥物敏感性試驗有效，則 Rifabutin 幾乎 100%有效，可相互取代，不用再取得 Rifabutin 之藥物敏感性試驗 (c)Rifampicin 若抗藥，則 Rifabutin 也會隨之抗藥，臨床上即不再使用 (d)rifabutin 發生肝炎的機會低於 rifampicin，如果 rifampicin 引起肝炎，可嘗試使用 rifabutin。
- (A) abcd
(B) abc
(C) **abd**
(D) acd
34. 下列那種肺外結核在治療時，強烈建議合併類固醇治療？
- (A) 結核性肋膜炎。
(B) 結核性腹膜炎。
(C) 支氣管內結核。
(D) **結核性腦膜炎。**
35. 結核病治療時的原則，下列何者錯誤？
- (A) 提高藥物順從性很重要，應鼓勵病人參加都治計畫 (directly observed therapy, short-course)。
(B) **年紀大的新病人，PZA 導致肝炎副作用的機會較大，因此治療時應一開始就以 9 個月的 isoniazid + rifampin + ethambutol 來取代六個月的標準治療。**
(C) 由於治療前需評估罹患抗藥性結核病風險的高低，因此，務必詢問過去是否罹患、或治療過結核病。
(D) 詢問結核接觸史，有助於評估抗藥性結核病風險的高低。
36. 落實 directly observed therapy 對結核病的影響，不包括下列何者？
- (A) **很快降低發生率。**
(B) 逐漸降低原發性抗藥。
(C) 降低復發率。
(D) 降低續發性抗藥。

37. 開始抗結核藥物治療時，下列考慮何者錯誤？

- (A) 須合併多種藥物治療。
- (B) 基於療效的考量，第一線抗結核藥物 (first-line anti-tuberculosis drugs) 應該每天一次給予 (single dose)。
- (C) 第一線抗結核藥物當中，Rifampin 與 Isoniazid 的 bactericidal activity，明顯優於其他藥物，所以處方中儘量加入這兩個藥物。
- (D) Ethambutol 對於預防抗藥性發生的能力，比 Pyrazinamide 好，所以，如果 HERZ 藥物敏感性試驗均有效，仍強烈建議應使用 Isoniazid + Rifampin + Ethambutol+Pyrazinamide 治療。

38. 35 歲男性，重度肺結核，痰塗片耐酸菌陽性，培養中，藥物敏感性試驗仍未知；因居無定所，無法確實都治，體重 62 公斤，處方 INH 300mg qd，RMP 450mg qd，PZA 1500mg qd。請問：這個處方有何不妥？

- (A) 劑量有誤。
- (B) 藥物種類不夠。
- (C) 沒有用複方藥。
- (D) 以上皆是。

39. 60 歲女性，重度空洞肺結核，痰塗片耐酸菌陽性，體重 53 公斤。病人在治療前肝炎指數正常，沒有 B 型肝炎或 C 型肝炎，也沒有飲酒或吃不明藥物。用 Rifater (每錠含 Isoniazid 80mg、RMP 120mg 和 PZA 250mg) 5# + EMB (ethambutol) 800mg qd 治療 1 週後，GOT 132 IU，GPT 243 IU，病人仍持續發燒。請問以下處置，何者為宜？

- (A) 停用 RFT，改用 Rifinah (INH + RMP)。
- (B) 停用 RFT 和 EMB，追蹤肝炎指數。
- (C) 停用 RFT，改用 SM+EMB+Levofloxacin。
- (D) 停用 RFT，改用 RMP + EMB。

40. 58 歲男性，患有 DM，因咳嗽 3 個月，最近有發燒及喘而至急診。體溫 39°C。呼吸 22/min，SpO2 92%(room air)，心跳 111/分，胸部 X 光為右下肺野浸潤，左上肺浸潤併開洞且合併肺積水，WBC 13,000/mm³，Neutrophil 80%，CRP 24 mg/dl，procalcitonin 5 ng/dl，下列處置何者最不適當？

- (A) 診斷為社區性肺炎，但無法排除肺結核，先收至隔離病房治療。
- (B) 社區型肺炎，給與收集三套痰，驗 AFB 染色和分枝桿菌培養後，按社區型肺炎治療建議。
- (C) 高度懷疑肺結核，即使三套痰 AFB 染色均陰性，先給與 HERZ 標準治療。
- (D) 應是嚴重社區型肺炎，DM 病人須考慮 K. pneumoniae 菌，給與第三代 cephalosporin，並開立三套痰，驗 AFB 染色和分枝桿菌培養。

41. 60 歲男性病人，無結核病史及接觸史，有 DM，因發燒咳嗽而診斷肺結核。CXR 兩上肺重度浸潤開洞，AFB+++，給與 HERZ 治療，1 個月後病人不再咳嗽發燒；2 個月後，藥物敏感性試驗發現 INH 高低濃度抗藥，EMB 為抗藥，rifampicin，SM 為有效，驗痰 AFB++，CXR 仍有空洞，下列處置何者最為適當？

- (A) 續使用 HERZ，再等培養。
- (B) 改用 RZ+moxifloxacin，送結核病審決定處方。
- (C) 改用 RZ+KM+moxifloxacin+prothionamide，送驗 GeneXpert 或 GenoType MTBDRplus。
- (D) 改用 HRZ+SM，再等培養。

42. 50 歲台商，於中國大陸山西經商多年；春節回台省親，因發燒及喘入急診求診，胸部 X 光為重度雙側浸潤合併開洞，痰 AFB 染色陽性，TB-PCR 陽性，入住隔離病房，請問下列處置，何者最為適當？

- (A) 當與 HERZ，再等傳統 DST。
- (B) 先給與 HERZ+SM，痰送驗 GeneXpert。
- (C) 先給與 HERZ+KM+Prothionamide+Cycloserine，痰送疾管署昆陽實驗室做 GeneXpert。
- (D) 高度懷疑 INH 抗藥，給對 HERZ+SM，等傳統藥物敏感性試驗。

43. 在無法使用標準處方或有抗性的情形性，設計處方會碰到那些問題： (a)二線藥物的敏感性試驗準確性不高 (b)INH 抗藥時，Prothionamide 有 30%左右會抗藥 (c)無法馬上得知 PZA 藥敏結果 (d)GeneXpert 對 Rifampicin 抗藥偵測能力未能達 100%。
- (A) abcd
(B) abc
(C) bcd
(D) acd
44. 傳染病防治法規定：結核病屬於第幾類傳染病？
- (A) 第一類。
(B) 第二類。
(C) 第三類。
(D) 第四類。
45. 下列何者不是 XDR-TB ？
- (A) INH, RMP, EMB, Moxifloxacin, Streptomycin, Cycloserine 抗藥。
(B) INH, RMP, PZA, Moxifloxacin, Kanamycin 抗藥。
(C) INH, RMP, Prothionamide, Moxifloxacin, Amikacin 抗藥。
(D) INH, RMP, Levofloxacin, Capreomycin 抗藥。
46. 下列抗結核藥物副作用，何者只需密切觀察且不必症狀治療及停藥？
- (A) 無症狀而 AST/ALT 未超過正常上限的五倍。
(B) 有肝炎症狀而 AST/ALT 超過正常上限的三倍。
(C) 皮膚癢感無法忍受。
(D) 視力嚴重模糊。
47. 18 歲女性，右頸鎖骨附近發生 2 顆無痛性淋巴腺腫，經切片檢查為乾酪肉芽腫性發炎，組織檢體培養為結核菌，請問下列處置何者最適當？
- (A) 開始標準抗結核治療(HERZ)。
(B) 開始標準抗結核治療(HERZ)，並把剩餘淋巴腺腫切除。
(C) 開始標準抗結核治療(HERZ)，並加入類固醇治療。
(D) 不須藥物治療，但必須將剩餘淋巴腺切除乾淨。

48. 接觸者被感染到結核菌風險的高低，會受到下列因素影響，何者除外？
- (A) 指標個案的傳染性。
 - (B) 指標個案的性別。
 - (C) 接觸者的易感受性。
 - (D) 接觸者與指標個案親密接觸的時間和所在空間結核菌的密度。
49. 依據疾病管制署結核病診治指引第 6 版：關於肺結核的診斷流程，以下敘述何者錯誤？
- (A) 胸部 X 光檢查高度懷疑結核，應立即給予進行 2~3 次的痰塗片、NAA 檢驗 (核酸增幅檢驗, nucleic acid amplification test) 及培養檢驗。
 - (B) 胸部 X 光檢查高度懷疑結核，但塗片陰性、NAA 檢測陽性，可依臨床判斷診斷為肺結核或再進行第二次 NAA 檢測。
 - (C) 如胸部 X 光檢查高度懷疑結核，且塗片陽性，雖然臨床醫師可直接下診斷為肺結核，但建議仍應進行 NAA 檢驗。
 - (D) NAA 檢驗應等待痰塗片陽性時，再用來鑑別診斷是否為結核菌或非結核分枝桿菌，而不應用於痰塗片陰性檢體。
50. 關於台灣地區結核病的說明，以下何者不正確？
- (A) 男性病人較女性為多。
 - (B) 約一半以上的病人，是年齡大於 65 歲以上的高齡個案。
 - (C) Isoniazid 單一抗藥是最常見的抗藥型態。
 - (D) 65 歲以上的病人，因為治療處方不正確，是導致結核治療期間死亡的最主要原因。