會訊

第 12 期
2017.04

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

理事長的話
主編的話
會務活動
學術專欄
通訊繼續教育
2016國際會議論文發表
吐納園地
活動集錦

10048 台北市常德街 1 號　台大景福館轉胸腔暨重症加護醫學會
Tel: +886-2-23144089　Fax: +886-2-23141289　Website: www.tspccm.org.tw

台灣胸腔暨重症加護醫學會 (TSPCCM)

理 事 長　余忠仁

理　　事　吳杰亮　吳清平　李毓芹　林孟志
林恒毅　徐武輝　郭漢彬　陳志毅
彭萬誠　黃明賢　楊泮池　楊政達
蔡熒煌　薛尊仁　鍾飲文　蘇維鈞

常務監事　高尚志

監　　事　王鶴健　李章銘　林慶雄　許正園

秘 書 長　何肇基

執行秘書　王金洲　詹明澄　簡榮彥

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 106 年 4 月第 12 期

發行人 Publisher　余忠仁 Chong-Jen Yu

主編 Editor-in-Chief　鍾飲文 Inn-Wen Chong

副主編 Deputy Editor-in-Chief　楊政達 Cheng-Ta Yang

編輯委員 Editorial Commissioners　王金洲 Chin-Chou Wang　余明治 Ming-Chih Yu
吳杰亮 Chieh-Liang Wu　林慶雄 Ching-Hsiung Lin
施金元 Jin-Yuan Shih　洪仁宇 Jen-Yu Hung
夏德椿 Te-Chun Hsia　陳濘宏 Ning-Hung Chen
陽光耀 Kuang-Yao Yang　黃坤崙 Kun-Lun Huang

執行編輯 Executive Editors　吳杰亮 Chieh-Liang Wu　李仁智 Jen-Jyh Lee
林慶雄 Ching-Hsiung Lin　柯信國 Hsin-Kuo Ko
夏德椿 Te-Chun Hsia　陽光耀 Kuang-Yao Yang
趙文震 Wen-Cheng Chao　簡榮彥 Jung-Yien Chien

學會秘書處
地　　址：10048 台北市常德街 1 號　台大景福館轉胸腔暨重症加護醫學會
電　　話：(02)2314-4089　傳真：(02)2314-1289　E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net
網　　址：www.tspccm.org.tw
編輯部助理：余智惠
電　　話：(06)235-3535 轉 5401　E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

印刷公司：天生行印刷有限公司
地址：台北市博愛路 52 號　　電話：(02) 2361-5281

※ 本會訊由台灣胸腔暨重症加護醫學會以雙月刊發行，
版權屬台灣胸腔暨重症加護醫學會所有，非經許可不得任意轉載或以任何方式摘錄。

目　　錄

理事長的話.....3

主編的話.....4

會務活動

活動訊息

研討會、繼續教育課程行事曆.....5

會議記錄

第十六屆第十次理、監事聯席會會議記錄.....6

肺癌委員會會議記錄.....20

學術委員會會議記錄.....22

學術專欄

胸腔暨重症案例

本期案例：A 25-year-old male with cough and progressive shortness of breath for four days

提供：台中榮總 胸腔內科 趙文震醫師 / 吳杰亮醫師 24

醫學新知

■ Can high-flow nasal cannula reduce the rate of endotracheal intubation in adult patients with acute respiratory failure compared with conventional oxygen therapy and noninvasive positive pressure ventilation? A systematic review and meta-analysis

高流量鼻導管相較於常規氧氣治療以及非侵襲性正壓呼吸器，是否能減少成人急性呼吸衰竭的插管機會？系統性回顧與分析

編譯：林慶雄醫師 彰化基督教醫院 胸腔內科 25

■ Aspirin reduces lipopolysaccharide-induced pulmonary inflammation in human models of ARDS

阿斯匹林可降低脂多醣 (lipopolysaccharide, LPS) 誘導的急性呼吸窘迫症候群人體模型的肺部炎症

編譯：夏德椿醫師 中國醫藥大學附設醫院 內科部 胸腔內科 28

■ Noninvasive Ventilation of Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. Insights from the LUNG SAFE Study

非侵襲性呼吸器於急性呼吸窘迫症患者之使用

編譯：柯信國醫師 / 陽光耀醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部 呼吸治療科 31

通訊繼續教育.....34

2016 國際會議論文發表.....41

吐納園地

東臺灣的結核病防治工作

作者：李仁智主任 花蓮慈濟醫院 胸腔內科.....42

活動集錦.....46

各位會員大家好：

中央健保署已於 106 年 1 月 26 日公告「慢性阻塞性肺疾病論質計酬改善方案」，並訂於 4 月 1 日施行。學會作為此方案的推手，有義務協助參與本方案的非胸腔科醫師了解肺阻塞的診斷與治療，使能具有「正確診斷，正確治療」的知識與能力，並配合轉診轉檢措施。學會成立的肺阻塞方案推動小組，目前正進行積極佈署與推動各項措施，包括舉辦說明會與認證課程，設置推動轉診、疾病警覺與衛教的各項配套措施。從 106 年 1 月 15 日種子教師訓練營後，將於 4 月 1 日前完成 13 場教育訓練認證課程，也針對會員與非會員醫師舉辦多場分區說明會，報名參與者場場爆滿。肺阻塞方案推動小組並推出「自在呼吸健康網站」，務必使成為所有相關醫事人員要了解及參與此方案的入口網站，而國家版肺阻塞臨床照護指引在 3 月 1 日的及時上線，更讓此醫療改善方案具有明確的指引可以遵循。學會在 3 月 28 日與國民健康署、中央健保署聯合舉辦「遠離肺阻塞、自在深呼吸」記者會，將肺阻塞臨床照護指引、論質計酬改善方案以及自在呼吸健康網介紹給國人，並邀請醫師公會全國聯合會共襄勝舉。這是胸腔暨重症加護醫學會劃時代的一刻，經由內部的團結整合與努力，取得國家的支持與資源，使能推出對民眾健康與整體醫療體制有重大幫助的醫療方案。個人衷心期望此方案能順利推行，不僅提升基層診療能力，建立醫院與基層相互轉診機制，給予肺阻塞病人優質的醫療照護。

關於重症給付調整，目前多頭競逐，百家爭鳴。學會與中華民國重症醫學會合作，提出多項重症給付調整建議，學會將繼續堅持，爭取落實重症給付調整。期許讓從事重症醫療的醫師能獲得合理的回報與尊重，醫院願意投入資源給重症醫療。學會持續著力於推廣重症，目前協同重症醫學會，包括重症品質監測、重症緩和醫療以及重症醫學研究，希望厚植國內重症能量。

敬祝 大家健康愉快，諸事如意。

理事長 余忠仁

本期的醫學新知內容聚焦於急性呼吸衰竭和急性呼吸窘迫症候群的處理。彰基林慶雄醫師為我們介紹一篇系統性回顧與分析的文章，來探討高流量鼻導管在治療成人急性呼吸衰竭之角色。高流量鼻導管(HFNC)在幼兒呼吸衰竭的臨床應用上，已經有許多的研究被證實是有幫助的，然而在成人呼吸衰竭使用上的角色則尚待釐清。本篇藉由系統性回顧與分析，確認了高流量鼻導管在成人急性呼吸衰竭的使用，雖然與非侵襲性陽壓呼吸器(NIPPV)相較，在插管率的改善、ICU 死亡率與住院天數並無明顯差異，但較常規氧氣治療可以更有效地降低氣管內插管之機率，可做 NIPPV 之外可靠的替代性選擇。

中國醫大附設醫院夏德椿醫師則是介紹了一個傳統的藥物「阿斯匹林」，在急性呼吸窘迫症候群 ARDS 的人體模型上可以降低因為脂多醣(lipopolysaccharide, LPS)誘導引起的肺部發炎情形。研究的出發點是血小板在急性呼吸窘迫症候群的病理機轉上扮演了相當重要的角色，而一個在傳統上可以抑制血小板功能，又可以抗發炎的藥物「阿斯匹林」，有沒有機會用於治療急性呼吸窘迫症候群？在這個以健康成人接受脂多醣誘導產生肺部發炎的實驗，發現阿斯匹林的使用，的確可以降低肺臟中的嗜中性球與一些跟發炎相關的細胞介質。這是第一個證實阿斯匹林的使用可以降低肺部與嗜中性球相關之發炎，未來仍需要更多的臨床研究來證實阿斯匹林是否可以用於預防或是治療急性呼吸窘迫症候群。

台北榮總柯信國醫師／陽光耀醫師介紹非侵襲性陽壓呼吸器在急性呼吸窘迫症患者使用之情形。文章介紹了非侵襲性陽壓呼吸器(NIV)在 ARDS 的病患使用的情形以及其跟病患死亡率之相關性。在當病患之 PaO_2/FiO_2 小於 150 mmHg 的情形之下，NIV 的使用可能有較高的加護病房死亡率，所以臨床醫師在選擇 NIV 作為嚴重 ARDS 患者之呼吸支持時應特別謹慎。

本期的吐納園地，花蓮慈濟醫院李仁智醫師為會員介紹東台灣的結核病防治工作的進展。李醫師從花蓮慈濟醫院專屬的結核病病房之開設，結核菌實驗室之建立，談到精神病院與山地鄉的結核防治，以及都治計畫在花東區之推動。李醫師一步一腳印，在花東地區推展結核病的防治工作近 30 年，因為他的堅持、投入和奉獻，獲得第 25 屆厚生基金會醫療奉獻獎的肯定。也非常感謝他以文字將過程記錄下來與會員分享，希望藉著這篇專文鼓勵更多的年輕後進，繼續投入防癆工作，也期待經由大家的共同努力，能夠早日達成無「核」家園的願望。

主編 鍾啟文 敬上

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案－基層醫師、呼吸治療師、個管師說明會	中區 106 年 3 月 12 日 (星期日)	台中榮總研究大樓第二會議室
	北區 106 年 3 月 26 日 (星期日)	台大醫學院 501 講堂
	南區 106 年 3 月 26 日 (星期日)	嘉義基督教路嘉堂第二會議室
	高屏區 106 年 3 月 26 日 (星期日)	高雄長庚兒童醫院醫院紅廳
	花蓮 106 年 4 月 9 日 (星期日)	花蓮慈濟醫院協力樓 1 樓協力講堂
全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案－基層醫師、呼吸治療師、個管師資格認證課程	北區 106 年 3 月 5 日 (星期日)	壢新醫院第五會議室
	中區 106 年 3 月 5 日 (星期日)	彰基福懋大樓 B1 彰基國際培訓中心
	東區 106 年 3 月 12 日 (星期日)	宜蘭羅東博愛醫院 5 樓大禮堂
	南區 106 年 3 月 12 日 (星期日)	台南生活美學館 3 會議室
	高屏區 106 年 3 月 12 日 (星期日)	高雄長庚兒童醫院 6 樓 國際會議廳紅廳
	北區 106 年 3 月 19 日 (星期日)	台大醫學院 5 樓 501 講堂
	北區 106 年 3 月 19 日 (星期日)	林口長庚醫院醫學大樓 1 樓 第 2 會議廳
	東區 106 年 3 月 19 日 (星期日)	花蓮慈濟醫院協力樓 1 樓協力講堂
全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案－胸腔會員說明會	中區 106 年 3 月 5 日 (星期日) 14:00~16:20	台中中山醫學大學正心樓 1 樓 112 教室
	南區 106 年 3 月 4 日 (星期六) 14:00-15:30	高雄蓮潭會館國際二廳
2017 呼吸重症暨肺部感染症研討會	106 年 4 月 9 日 (星期日)	臺中榮總研究大樓 1 樓第 2 會場
睡眠與胸腔暨重症聯合研討會	106 年 6 月 4 日 (星期日)	台大醫學院 101 講堂

※ 詳情請參閱學會網站 (http://www.tspccm.org.tw/)

台灣胸腔暨重症加護醫學會
第十六屆第十次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 106 年 2 月 10 日 (星期五) 下午 6 點
台北喜來登飯店辰園餐廳包廂 (台北市忠孝東一段 12 號 B1)

主　　席：理事長余忠仁、常務監事高尚志

記　　錄：秘書張雅雯

出席人員：應出席理事 17 位、監事 5 位

出席理事：余忠仁、李毓芹、鍾飲文、陳志毅、薛尊仁、徐武輝、蔡熒煌、林孟志、林恒毅、楊政達、彭萬誠、蘇維鈞、吳杰亮等 13 位。

出席監事：高尚志、許正園、王鶴健、林慶雄等 4 位。

列席人員：秘書長何肇基、執行秘書簡榮彥、執行秘書詹明澄、秘書張雅雯、秘書王箐安等 5 位。

請假人員：

理事：楊泮池、吳清平、黃明賢、郭漢彬等 4 位。

監事：李章銘

列席人員：執行秘書王金洲。

壹、報告事項：

一、理事長余忠仁報告：大家好，感謝各位參加今天的會議，在各位的支持下學會會務皆能順利推動。健保署在今年 1 月 28 日公告新增「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」並自 106 年 4 月 1 日起正式生效，委託學會舉辦包含內科、兒科、耳鼻喉科、家醫科專科醫師、呼吸治療師、個案管理師等參與此方案的資格認證課程及給付說明會，於 2、3、4 月陸續在北、中、南、宜蘭、花蓮各區分別辦理以及胸腔會員的說明會，稍後請監事林慶雄做說明。學會向衛福部及健保署呼籲，重視重症醫療並爭取到醫療保險給付 60 億，健保署尚在規畫細節中，今年學會再持續與衛生主管機關溝通，調高重症醫療不合理的保險給付。以下進行各項會務執行報告及 2018 APSR 會議籌備進度。

二、常務監事高尚志報告：大家新年快樂，去年學會的會務都已在各個委員會運作之下按工作進度表順利執行。新的年度開始有許多新的會務需要執行，稍後將向各位報告。

三、秘書長何肇基報告上次會議決議事項及執行情形：

(一) 2016.11.25 理、監事聯席會議決議事項及執行情形報告。

1. 學會 (乙方) 106.1.9 與記憶工程股份有限公司 (蔡篤堅教授工作團隊，甲方) 簽訂新版「委任契約書」及新版「台灣胸腔醫學史編纂委託計畫書」。
   合約更新如下：
   第三條 報酬之給付等

乙方同意支付甲方新台幣參佰零玖萬伍仟陸佰元整（含稅），作為甲方受任處理本契約事務之報酬，並同意依下例方式支付：

一、本契約簽訂後，支付甲方第一期報酬款玖拾壹萬元整。

二、於甲方完成乙方「口述歷史」訪談完稿後交付乙方，支付第二期報酬款壹佰零玖萬貳仟捌佰元整。

三、於甲方完成及交付「著作」予乙方後，支付尾款壹佰零玖萬貳仟捌佰元整。

第四條 整理工作之完成

一、乙方於提供全部完整之口述歷史內容予甲方後二個月內，甲方同意完成乙方口述歷史內容電子資料檔案之整理工作，惟此工作不能晚於民國 106 年 2 月 28 日完成。

二、乙方同意依甲方之請求，隨時協助甲方進行口述歷史內容之整理，並配合完成本著作文稿之校對。如其對內容或呈現方式有任何意見或有任何錯誤，於甲方交付完成之口述歷史內容電子資料檔案二個月內，應隨時告知甲方。

第五條 本著作之完成

甲方同意於雙方簽訂契約書後六個月內完成，並提供交付本著作予乙方，惟此工作不能晚於民國 106 年 6 月 30 日完成。

第八條 權利轉讓

二、違約情事 (新合約新增內容)

a) 甲方未按計劃進行本著作，乙方有權要求其實施本著作並採取補救措施。甲方逾期四個星期不按時實施進行本著作，乙方有權選擇解除或終止本合約。甲方應當支付數額為本合約總額 15% 的違約金及相應損害賠償。

b) 本著作工作成果部分不符合約定條件時，甲方應當返還部分經費並支付數額為本合約總額 15% 的違約金及相應損害賠償。

內容：

(1) 充實台灣胸腔醫學歷史的珍貴史料

(2) 留下口述歷史訪談記錄

(3) 完成 110 人次訪談

(4) 完成 110 人次逐字稿

(5) 完成《台灣胸腔醫學史》文稿撰寫

(6) 完成《台灣胸腔醫學史》文字編輯

(7) 完成《台灣胸腔醫學史》美術編輯

(8) 完成《台灣胸腔醫學史》封面、封底、及內頁版型設計

(9) 完成出版專業印刷 1,600 本。

(10) 完成書籍印製送達一指定地點。

理、監事聯席會議決議：通過，學會再將成立胸腔醫學史編輯工作委員會，邀請資深會員協助胸腔醫學史文稿之校稿工作。

2. 本會將於 2018 年 11 月 29 日至 12 月 2 日在台北國際會議中心舉辦 APSR 國際會議，籌備進度：

(1) 場地合約 / 租金＋招標，台北國際會議中心 (TICC) 將於 2017 年 3 月 1 日開始場租漲價 5%，如在 3 月前完成簽約及繳費 (3 成訂金) 可避免少部分漲幅 (僅簽確認的部分)。

(2) 籌備委員名單：

Scientific committee

鍾飲文 (Chair)、江振源、黃伊文、李岡遠、彭殿王、許超群、楊志新、楊政達、高國晉、陽光耀、陳濘宏、涂智彥、李章銘、劉會平、王鶴健、張允中、薛博仁、周德盈、徐紹勛、黃裕欽、吳忍。

Finance committee

林孟志 (Chair)、高尚志、林恒毅、蘇維鈞、徐武輝、林慶雄。

Secretary General

何肇基

理、監事聯席會議決議：將請承辦會議公司評估台北國際會議中心場地費漲幅範圍是否影響招標作業，也另向衛福部、科技部申請國際會議補助經費。以上是 committee 邀請名單，後續再廣邀相關領域的專家學者參與 committee 運作及籌備會議議程。預計今年 4 月開始進行第 1 次會議招商作業。

3. 安寧緩和學會再次與本會討論「延攬胸腔暨重症專科醫師參與安寧緩和醫療檢定辦法」草案 (新版)。

【說明】

(1-1) 105.9.16 安寧緩和學會提議延攬胸腔暨重症醫學專科醫師參與呼吸道疾病安寧緩和醫療檢定辦法。

(1) 參與對象：

- 取得衛生福利部認可之專科醫師 15 年以上，並取得台灣胸腔暨重症加護醫學會發給之胸腔暨重症醫學專科醫師資格者。
- 從事胸腔內 (外) 科暨重症臨床照護工作證明。
- 現任安寧緩和學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院相關科、部 (中心) 醫師計 23 家醫院。

(2) 申請參與安寧緩和醫療檢定之胸腔暨重症醫學專科醫師，完成本學會辦理之專科醫師訓練核心課程，及完成 5 天見習 (符合健保安寧共同照護之醫師資格規定)，並參與本學會認定通過之安寧療護機構團隊會議 5 次以上。

(3) 受理申請至中華民國 106 年 6 月 30 日止。

(1-2) 105.9.16 理、監事聯席會議決議：本會不同意安寧緩和學會所擬「延攬胸腔暨重症醫學專科醫師參與呼吸道疾病安寧緩和醫療檢定辦法(草案)」之現行條文。

本會原先規畫本會會員取得安寧緩和專科醫師資格，參與安寧緩和療護工作，包含重

症末期病患安寧照護及健保給付，本會會員在加護病房已是專責醫師，且每天實際從事直接照護工作，對重症末期安寧照護熟悉度勝過安寧緩和學會會員，衛生主管機關自開辦安寧照護服務癌症末期病人，安寧緩和學會就已先參與其中，相關健保給付規定以安寧療護專科醫師為主，本會與安寧緩和學會合作細節需要再詳細評估。

(1-3) 105.9.16 會議決議修改延攬辦法：

- 名稱修改為「延攬胸腔暨重症醫學專科醫師參與胸腔暨重症安寧緩和醫療檢定辦法」。
- 第二章第三條 1 取得衛生福利部認可之專科醫師 10 年以上，並取得台灣胸腔暨重症加護醫學會發給之胸腔暨重症醫學專科醫師資格者。
- 第二章第三條 3 刪除：現任安寧緩和學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院相關科、部 (中心) 醫師。

(2-1) 106.2.10 安寧緩和學會提議【修改版】：延攬胸腔暨重症醫學專科醫師參與胸腔暨重症安寧緩和醫療檢定辦法 (草案)

第 1 條：延攬胸腔暨重症醫學專科醫師參與安寧緩和醫療服務，特訂定「延攬胸腔暨重症醫學專科醫師參與胸腔暨重症安寧緩和醫療檢定辦法」。

第 3 條參與對象：

- 取得衛生福利部認可之專科醫師 10 年以上，並取得台灣胸腔暨重症加護醫學會發給之胸腔暨重症醫學專科醫師資格者。
- 從事胸腔內 (外) 科暨重症臨床照護工作證明。
- 現任本學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院註 1 相關科、部 (中心) 醫師，若非本學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院，該院需提出訓練計畫，由本學會認定。

第 4 條：申請參與安寧緩和醫療檢定之胸腔暨重症醫學專科醫師，完成本學會辦理之專科醫師訓練核心課程，及完成 5 天見習 (符合健保安寧共同照護之醫師資格規定)，並參與本學會認定通過之安寧療護機構團隊會議 5 次以上。

第 5 條：受理申請至中華民國 106 年 6 月 30 日止。

(2-2) 106.2.10 理、監事聯席會議決議：請秘書長何肇基與安寧緩和學會再確認如下：

延攬胸腔暨重症醫學專科醫師參與胸腔暨重症安寧緩和醫療檢定辦法 (草案)

第 7 條：合乎第三條規定之胸腔暨重症醫學專科醫師，得檢具下列證件，向台灣安寧緩和學會提出申請其中：

第四項，現任本學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院 (註 1) 相關科、部 (中心) 醫師，若非本學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院，該院需提出訓練計畫，由台灣安寧緩和醫學學會確認。

第六項，參與 5 天見習之證明。

提問 (1)：參與 5 天見習之證明。若不是台灣安寧緩和醫學學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院，而該醫院提出訓練計畫且經由台灣安寧緩和醫學學會確認

者，該醫院是否可開立 5 天見習之證明？

第 8 條：台灣安寧緩和醫學學會甄審委員會得邀請專家組成工作小組，辦理檢定作業之認定事宜。

提問 (2)：台灣胸腔暨重症加護醫學至少推派兩位代表參與安寧緩和學會的專家工作小組之檢定作業認證事宜。

第 9 條：安寧緩和學會辦理檢定作業及製發檢定合格證書，得酌收費用，其額度比照當年度安寧緩和學會辦理安寧緩和醫學專科醫師甄審之各項標準辦理。

提問 (3)：申請參與安寧緩和醫療檢定且符合規定者，是否即取得安寧緩和學會核發之安寧緩和專科醫師資格？

(二) 2016 年胸腔年會暨會員大會討論事項及執行情形：

一般會員張志誠提議：

(1) 建議理事、監事之改選方式改為無記名限制連記法，未來再改為無記名單記法。

(2) 建議理事長改由會員直選。

(3) 建議會員的領票及投票時間調整為一天。在會員大會會議當天再經會員表決決定理事、監事之選舉方式由「無記名連記法」改為「無記名限制連記法」，時間過於匆促，建議投票方式改為網路投票。

說明：

(1) 人民團體選舉罷免法第 4 條：人民團體之選舉，其應選出名額為一名時，採用無記名單記法；二名以上時，採用無記名連記法。但以集會方式選舉者，得經出席會議人數三分之一以上之同意，採用無記名限制連記法。

前項無記名限制連記法，其限制連記額數為應選出名額之二分之一以內，並不得再作限制名額之主張。

(2) 學會章程第四章組織及職權第十條：本會設理事十七人、候補理事五人、監事五人、候補監事一人，均於會員大會開會時由會員以無記名連記法票選之。

(3) 依內政部函文 (台內團字第 1030178449 號) 回復指示：本會理事、監事之改選，依照人民團體選舉罷免法規定以無記名連記法方式規畫，惟如會員大會出席會員三分之一以上同意採無記名限制連記法方式辦理。

四、2017 胸腔年會暨會員大會於 12 月 9 至 10 日 (星期六、日) 在台大國際會議中心舉行 (台北市徐州路 2 號)。

五、「阻塞性呼吸道疾病委員會」，召委林慶雄報告：

健保署 106.1.26 公告新增「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」並自中華民國一百零六年四月一日起生效。

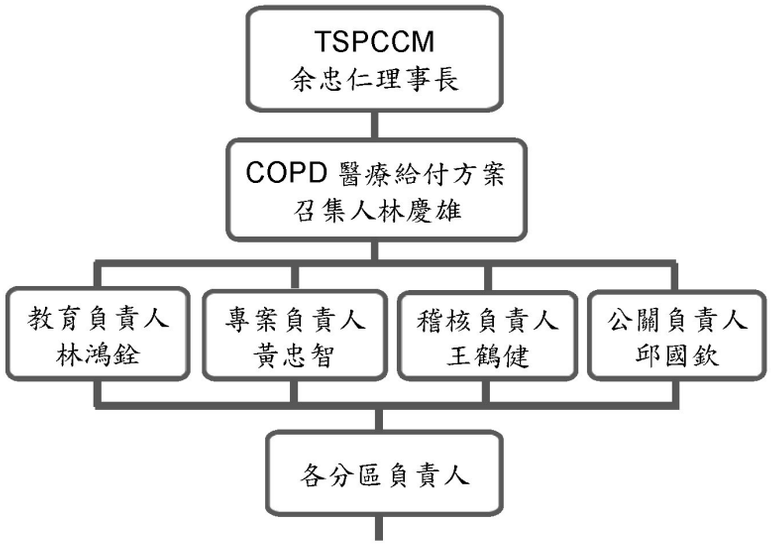
(一) 推動現況報告。

1. 健保署提問：參與 COPD 方案如醫師具有「胸腔外科暨重症專科指導醫師證書」可否視為具有胸腔暨重症專科醫師資格。

理、監事聯席會議決議：單只持有「胸腔外科暨重症專科指導醫師證書」者，是不能視

為具有「胸腔暨重症專科醫師」資格。

(二) 推動工作小組成立，增聘專案助理一位，負責認證課程推動、協助計畫執行及稽核小組工作。



台北區 彭殿王		各分區縣市負責人	
	台北市	三軍總醫院	簡志峰
		馬偕醫院	劉景隆
		台大醫院	簡榮彥
		台北榮總	柯信國
		北醫附設醫院	鍾啟禮
	基隆市	基隆長庚醫院	吳黃平
	宜蘭縣	羅東博愛醫院	邱國欽
	金門縣	部立金門醫院	王邵瑜
	連江縣		
北區 鄭世隆		各分區縣市負責人	
	新北市	部立雙和醫院	李岡遠
		新店耕莘醫院	王誠一
		台北慈濟醫院	藍胄進
	新竹市	台大新竹醫院	柯政昌
	桃園縣	林口長庚醫院	周百謙

中區 徐武輝		台中縣市 負責人	
		台中榮總	詹明澄
		中國醫藥附醫	陳家弘
		中山醫大附醫	吳子卿
		台中慈濟醫院	邱國樑
		童綜合醫院	賴炳村
	彰化縣	部立彰化醫院	黃伊文
		彰化基督教醫院	林慶雄
	南投縣	中榮埔里分院	王俊傑
南區 楊聰明		各分區縣市負責人	
	嘉義縣	嘉義長庚醫院	楊聰明
	台南市	成大醫院	李政宏
	雲林縣	台大雲林醫院	陳崇裕
高屏區 許超群		各分區縣市負責人	
	高雄市	高雄長庚醫院	方文豐
		高雄榮總	朱國安
		義大醫院	魏裕峰
	屏東縣	屏東安泰醫院	林基正
	澎湖縣		
東區 林智斌主任		各分區縣市負責人	
	花蓮縣	花蓮慈濟醫院	張恩庭
		北榮玉里分院	楊崇德
		花蓮門諾醫院	孫宏傑
	台東縣	台東馬偕醫院	吳哲慰

1 月 15 日辦理種子教師共識會議，請種子教師將 COPD 整合方案核心教材標準化，後續再規畫進階課程教材。首先辦理 13 場 GP 醫師、呼吸治療師、個管師之資格認證課程 (提供 2,250 位名額)，課程報名及認證全程電子化，安排前後測問卷以提供教材改進參考。辦理 5 場 GP 醫師說明會及 3 場胸腔會員方案說明會，以下為說明會內容：

- 台灣肺阻塞臨床照護指引之導讀
- 肺阻塞醫療資源整合方案實施綱要及收案相關事項
- 院所間轉診轉檢相關配合機制及資訊平台

- 學會提供之病人衛教工具介紹
- 自在呼吸健康網及肺阻塞醫療資源整合方案專區

(三) 配套計劃：

- 轉診 / 轉檢同心共好計畫：開發台灣轉診 / 轉檢資訊平台 (T-COPD) 方案品質指標是依上轉率、下轉率為指標，為提振基層診所對改善方案的執行效率以提高方案利用率及落實分級照護，須仰賴基層院所與第一類院所間的密切合作，同心共好計畫建置資訊平台 (T-COPD)，將病患就醫紀錄及電子病歷等資訊數位化，並建立第一 / 第二類院所資料庫方便查詢，同時設有溝通平台以利病人能安心 / 安全無縫轉檢。平台內也將設置各項方案相關訊息及醫藥公司廣告。此計畫請傅彬貴醫師擔任連絡人。
- COPD 衛教改善輔導計劃：學會將公益提供 COPD 病人自我照護教材及輔助工具。將建置標準化肺阻塞衛教流程及工具以因應方案的需求，第一階段讓參與方案的院所測試衛教輔助工具，第二階段根據醫院需求提供相關輔導。此計畫請林聖皓醫師擔任聯絡人。

(四) 台灣肺阻塞臨床照護指引出版報告：

- 今年 3 月由國健署出版，有 5 章及 201 頁，以最受肯定的 Grade 方法編寫。由台灣胸腔暨重症加護醫學會、考科藍台灣研究中心、台灣實證醫學會、衛生福利部國民健康署合著。
- 學會預計出版簡明版之「台灣肺阻塞臨床照護指引」(內容約 50 頁)，以提供醫療院所快速參閱。
- 預定 3 月 28 日辦理聯合記者會，將邀請國健署王英偉署長、健保署李伯璋署長與余理事長共同主持，宣傳國健署出版「台灣肺阻塞臨床照護指引」、健保署新增醫療服務「肺阻塞醫療給付改善方案」以及學會「2017 年自在呼吸健康網」衛教宣導。

(五) 自在呼吸健康網工作報告：

- 設立肺阻塞醫療給付改善方案醫療人員專區，受理 COPD 給付改善方案教育課程及說明會線上報名。
- 宣導正確之阻塞性呼吸道疾病相關疾病常識。
- 增加及提高學會曝光率。
- 成為國健署、健保署連結推薦網站。

六、衛福部 105.12.26 召開 106 年醫院緊急醫療能力分級評定交流會議。

執行秘書簡榮彥報告結論：

(一) 106 年醫院緊急醫療能力分級評定基準 (草案)，落實簡化各類評鑑 / 認證 / 訪查之政策，緊急醫療能力分級改革。

- 評量方式，參考 106 年醫院評鑑基準，採「符合 / 不符合」方式，刪除原先「部分符合」。

- 合格效期，將搭配醫院評鑑效期，拉齊兩者效期，採同週辦理實地評鑑 / 訪查。
- 實地評鑑委員安排，將比照醫院評鑑，人數減為 3 位，採跨章節評量，未來亦將加強委員教育訓練。
- 此次基準研修將一併考量 106 年新法規定及政策 (如：勞基法、住院醫師工時等)，另針對醫療資源不足或偏遠地區之評定基準，建議放寬。

(二) 106 年緊急醫療能力分級評定各章節修訂，部分摘要：

第六章加護病房照護品質

- 基準 6.1.2「加護病房每 10 床應有專責主治醫師 1 人以上，負責加護病房醫療業務，並具備相關人員諮詢」放寬醫療資源不足地區，修訂【評量方法】第 9 點增列：重度及醫院若設置一個以上加護病房實，人力需分別計之，惟醫療資源不足地區之醫院得合併採計。
- 基準 6.1.3「24 小時均應有醫師於加護病房值班」

  (1) 修訂【重度級】評分說明：

  第 1 點，24 小時有醫師 (不含畢業後一般醫學訓練學員) 於加護病房值班。

  第 2 點，醫師於加護病房值班不得兼值其他病房、一般會診及手術 (緊急會診不在此限)，且各加護病房人力分開計算。

  (2) 修訂【中度級】評分說明：

  第 1 點，24 小時有醫師於加護病房值班，不得兼值其他病房及手術。醫療資源不足地區之醫院、或加護病房每日平均住院人數小於 5 人以下者可兼值其他病房。

  修訂【評量方法】第 4 點：請醫院具體陳述如何執行緊急會診之方式及支援人力情形，實地訪查時請備會診紀錄以供查閱及確認其合適性。
- 基準 6.3.4「有重症緩和醫療」整併為【評量方法】第 2、3 點為：病歷紀錄、家庭會議紀錄。

(三) 各專業團體提出的資料表研修意見將納入後續修訂表單之參考。

(四) 本次會議未共識之內容將提至衛福部高階主管會議再進行討論。

七、健保署 106 年醫院醫療服務審查勞務案委託由台灣醫院協會承接，台灣醫院協會於 106.1.13 召開 106 年醫院醫療服務審查醫界共識座談會。

秘書長何肇基報告結論：

(一) 放大回推比例，不超過 4 倍，目前仍依全民健保醫療費用申報與核付及醫療服務審辦法第 22 條辦理。

- 醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。
- 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。
- 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減率或補付率之計算基礎。

(二) 依據健保署 105.12.28 公告，醫院總額全部科別之醫療費用案件符合特定情況者，得採專業雙審方式辦理審查作業。

得採專業雙審情況：

- DRG 或醫療費用案件整件核減者。
- 住院高額或特定案件 (案件分類 3 者)。
- 急診案件有核減者。
- 案件核減點數或核減率超過一定範圍者 (其範圍由各區業務組自行訂定)。
- 基於醫療費用核付合理性之需要，需再徵詢第二意見者。

(三) 公開具名審查

- 醫院總額之婦產科、兒科、眼科、耳鼻喉科、神經科及精神科等 6 科。
- 審查醫藥專家填寫「配合全民健康保險醫療費用審查作業公開姓名之授權及同意書」，授權使用「姓名」資料。
- 經雙審有核減共識之案件皆需具名，另考量具名審查醫藥專家與該審查個案之個人資料安全，健保署核減明細將加註勿以任何方式轉載。

(四) 方案調整機制

- 該科轄區聘任願意公開具名審查醫藥專家人數小於 6 人。
- 公開具名審查醫藥專家因執行審查業務致隱私權遭受侵犯、威脅、攻擊、利誘與網路媒體霸凌或涉及訴訟。
- 方案試辦期間之浮動點值較去年同期變動率大於 5%、申報件數及醫療費用點數較去年同期變動率大於 5%。
- 核減率較去年同期變動率大於 10%。

(五) 健保署 105.12.30 公告「全民健保醫院總額醫療費用案件專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果報告：

- 主張 106 年度醫院總額醫療費用案件先暫停實施公開具名審查，並由台灣醫院協會審查執行會另訂異常管理機制配套措施。
- 依健保署 105 年 12 月 28 日公告就符合特定條件之案件，得採專業雙審作業。
- 建議維持全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 22 條：立意及隨機抽樣，其立意抽樣不予回推，而隨機抽樣則依現行方案按比例抽樣，費用部分按健保分科後費用類別回推。

八、健保署 106.1.5 召開會議討論「106 年醫院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過一定比率，超過部分，不予分配之執行方式。」

理事林恒毅報告結論：

(一) 健保署於 105 年 11 月 16 日、12 月 7 日邀集相關代表，初步決議先就各專科分層級別，計算前 100 項 ICD-10 疾病碼人次等相關資料，並進行初步篩選，再送各請專科醫學會依疾病輕重緩急排序。

(二) 專家學者參考實際 ICD-10-CM 申報資料定義初級照護代碼，初步篩選初級照護項目約

500 項，初步對應各專科醫學會之初級照護項目並請各專科學會表示意見。

健保署 106.2.7 召開第 2 次會議結論：

(一) 以 105 年西醫門診申報主診斷件數排名前 500 項為基礎，經討論可納為 106 年醫學中心及區域醫院初級照護部分管控項目者計 205 項。

(二) 另於計算「件數不得超過 105 年之 90%」時應予排除範圍如下：

1. 急診
2. 特定項目之兒科 (6 歲以下)
3. 論質試辦計畫
4. 轉診
5. 次診斷為重大傷病
6. 該項目在醫學中心及區域醫院合計之件數占率 < 一定比率
7. 預防保健
8. 代辦案件
9. 代檢案件
10. 出院後回診

(三) 依上述決議試算並研擬執行作業細節，另於研商議事會議繼續討論。

九、2017 年上半年胸腔及重症病例討論會北、中、南區遠距連線分別於 3 月 31 日、4 月 28 日、5 月 26 日、6 月 23 日舉辦。

十、委員會以及任務工作小組會議結論：

(一) 秘書長何肇基代報告 105.11.29、105.12.9「肺高壓工作小組會議」會議結論：

1. CTEPH 手冊 (慢性血栓栓塞性肺高壓實證診斷及處置指引) 出版。
2. 預計於 106 年開始執行 CTEPH 登錄計畫報告
3. 105 年 12 月 9 日 (五) 在晶華酒店舉辦 2016 TSPCCM Pulmonary Hypertension Pre-meeting
4. 106 年在北、中、南區各辦理一場 CTEPH 登錄計畫講習座談會，以利收案進行，並使各區會員能面對面交流與溝通，協助病患診治。
5. 106 年第二季邀請外賓演講肺動脈高壓相關議題。
6. 各醫院 CTEPH PI meeting，共同研究計畫主持人：

台大醫院胸腔外科	徐紹勛醫師
振興醫院呼吸治療科	陶啟偉醫師
中國醫藥大學附設醫院胸腔內科	廖偉志醫師
馬偕醫院 (台北、新竹、台東) 胸腔內科	劉景隆醫師
成大醫院胸腔內科	蘇柏嵐醫師
高雄榮總心臟內科	黃偉春醫師、鄭錦昌醫師

7. CIRB 送件。

(二) 召委高尚志報告 106.1.13「肺癌委員會議」會議結論：

1. 加強教學訓練與學術活動，暫不編列「肺癌診療指引」，仿照 JCO (Journal of Clinical Oncology)，定期把最新的治療方式、演進等放在學會網站上，提供會員參考。
2. 規畫 2017 年肺癌繼續教育與學術活動：
   - 內容為肺癌的基礎教育訓練，由台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣臨床腫瘤醫學會、台灣肺癌學會共同設計，針對一般臨床醫師設計課程。
   - 每二個月周六下午 13:30-17:30 舉辦一次，以北中南視訊連線會議，北區、中區、南區輪流主辦。
   - 後續如有單位辦理胸腔腫瘤醫學的課程或會議，但會議內容與胸腔腫瘤醫學及醫療研究領域無相關，將視情況斟酌核學分。
3. 建議邀請外科醫師加入肺癌委員會。

(三) 召委徐武輝報告 106.2.7「學術委員會」會議結論：

1. 106 年胸部影像判讀講習班 (聯甄認證學分課程)：
   - 北區委請鄭之勛在台大醫學院籌辦。
   - 中區委請曹世明在中山醫學大學附設醫院籌辦。
2. 106 年機械通氣繼續教育課程 (聯甄認證學分課程)：
   - 南區委請許超群在高雄醫學大學附設醫院籌辦。
   - 北區委請陽光耀在台大醫學院籌辦。
3. 106 年重症聯甄課程：
   - 呼吸重症暨肺部感染症研討會 4 月 9 日 (星期日) 台中榮總研究大樓第 2 會場，委請吳杰亮、詹明澄籌辦。
   - 北區聯甄課程，委請黃崇旂、高國晉籌辦，題目與地點再確認。
   - 南區聯甄課程，委請賴瑞生籌辦，題目與地點再確認。
   - Sleep in ICU Patients，6 月 4 日 (星期日) 台大醫學院 101 講堂，委請陳濘宏籌辦。

貳、討論事項：

一、討論年會主題以及建議邀請講者名單由「學術委員會」擬定，提交理監事聯席會議決定。

決議：年會外賓邀請和主題如下：

2017 Annual Meeting of Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

Dec 9 (Sat) 2017 台大國際會議中心			Dec 10 (Sun) 2017 台大國際會議中心	
08:30-08:55	Registration		08:30-08:55	Registration
08:55-09:00	Opening remarks		08:55-09:00	Opening remarks
Symposium: Sleep (委請陳濘宏籌辦)			Symposium: Year Review	
09:00-09:30			09:00-09:50	Cancer 外賓演講 (委請施金元籌辦)
09:30-10:00			09:50-10:40	Sleep 外賓演講 (委請陳濘宏籌辦)
10:00-10:40				
10:40-11:00			Coffee Break	
Symposium: Airway Disease (委請林鴻銓籌辦)			Symposium: Year Review	
11:00-11:40			11:00-11:40	Airway 外賓演講 (委請林鴻銓籌辦)
11:40-12:20	COPD (委請林慶雄籌辦)		11:40-12:20	Critical Care 外賓演講 (委請黃崇旂籌辦)
12:30-13:30	Lunch Symposia		12:30-13:30	Lunch Symposia
13:30-14:00	Membership Meeting 會員大會		13:30-14:18	2017 Young Investigator Award Oral Presentation
14:00-14:50	Oral Presentation		14:20-14:50	Lung Research Award (1) 頒發胸腔醫學雜誌優秀論文獎 (2) 頒發 Young Investigator Award (3) 頒發口頭報告,海報展示優秀論文獎 (4) 頒發專科醫師證書 (5) 理、監事暨專科醫師團體合照
	會議室 1	會議室 2		
	會議室 3	會議室 4		
14:50-15:10	Coffee Break		Poster Presentation 台大國際會議中心(台北市徐州路2號)	
Symposium: TB+NTM (委請蘇維鈞籌辦)				
15:10-15:45				
15:45-16:20				
16:20-16:55				
Symposium: Critical Care (委請黃崇旂籌辦)				
15:10-15:50				
15:50-16:30				
16:30-17:10				
Symposium: ILD (委請王鶴健籌辦)				
15:10-15:50				
15:50-16:30				
16:30-17:10				
Symposium: Poster Discussion (15:10-16:30)				
15:10-15:50	預計選取 5～8 篇海報論文			
15:50-16:30	預計選取 5～8 篇海報論文			
16:30-17:10	預計選取 5～8 篇海報論文			
17:10-18:10	Satellite Symposia			
18:30-20:00	Congress Dinner			

二、指定 2017 年「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」召集委員與委員。

決議：邀請理事彭萬誠擔任今年考試召集委員，並聘任考試出題委員。

三、審核通過張時杰、吳東翰、江起陸等 3 位醫師申請本會胸腔專科指導醫師。

四、一般會員沈建業，現職為恭紀念醫院院長，申請為本會榮譽會員。一般會員郭許達，現職馬偕醫院胸腔內科醫師，申請為本會榮譽會員。

說明：凡本會一般會員年齡屆滿六十五歲且入會年資滿二十五年者自願申請為榮譽會員。

決議：通過。

參、臨時動議：無。

肆、散會：下午 7 時 48 分。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
肺癌委員會會議記錄

日期地點：民國 106 年 1 月 13 日 (星期五) 下午 6 點 30 分
台大醫院新大樓 2 樓第 6 會議室 (台北市中山南路 7 號)

主　　席：肺癌委員會召集委員高尚志主任

記　　錄：秘書王箐安小姐

出席人員：余忠仁理事長、高尚志主任、施金元主任、王金洲主任、夏德椿主任、黃明賢教授、張基晟主任、羅永鴻醫師 (代陳育民教授)

列席人員：秘書長何肇基醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

請假人員：陳培然醫師、執行秘書簡榮彥醫師

壹、會議議程：

一、編輯 2017 肺癌診療指引。

討論：

(一) 各個醫院皆有自己的診療指引，也一直持續更新中，而且每家醫院的檢測項目不同、無法制定檢查標準 (例如分子醫學診斷)。

(二) 建議改為介紹肺癌診療新知，並告知會員新的診療方式的優缺點應更有教育意義。

(三) 加強教學訓練與學術活動比編修肺癌診療指引更重要。

(四) 因健保給付有諸多規定與限制，不建議編修肺癌診療指引。

(五) TNM 一直在改變、新的藥物一直出，治療方式也一直更新，編修肺癌診療指引緩不濟急。

(六) 本會會員都有能力閱讀英文版 NCCN Guideline，不建議編修肺癌診療指引民眾版，還不如集結三個學會 (台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣臨床腫瘤醫學會、台灣肺癌學會) 的力量促請健保署增加給付的速度，造福病患。

(七) 肺癌診治團隊包含胸腔科、放射科、腫瘤科、呼吸治療科、外科等團隊，如要編寫 Guideline 整合上較為困難。

(八) 建議仿照 JCO (Journal of Clinical Oncology)，定期把最新的治療方式、演進等放在學會網站上，提供會員參考。

結論：上述論點提交理監事會議決議。

二、規畫 2017 年肺癌繼續教育與學術活動。

(一) 課程由三個學會 (台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣臨床腫瘤醫學會、台灣肺癌學會) 共同設計，對象為一般臨床醫師。

(二) 課程內容為肺癌的基礎教育訓練、進階課程、肺癌最新的治療趨勢及發展等。

例如：肺癌如何篩選？肺癌如何治療？早期診斷→影像判讀→治療 (包含化學治療、標靶治療、免疫治療等)；臨床案例分享 (邀請放射線、病理部、腫瘤科、呼吸治療科、外科等團隊的專家來經驗分享)。

(三) 暫定每二個月的周六下午 13:30-17:30 舉辦一次，以北中南視訊連線舉辦，北區、中區、南區輪流主辦。

(四) 請在座委員於一周內提供講題、講員給羅永鴻醫師設計課表 (一年六次)，羅醫師再將擬訂的課表交由委員們審閱修改後，再將定案的課表公告會員知曉。

(五) 後續如有單位辦理胸腔腫瘤醫學的課程或會議，但會議內容與胸腔腫瘤醫學及醫療研究領域無相關，將視情況斟酌核學分。

貳、臨時動議：

建議邀請外科醫師加入肺癌委員會

請各位委員提供外科醫師名單，下次會議討論。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
學術委員會會議記錄

日期地點：民國 106 年 2 月 7 日 (星期二) 下午 6 點 30 分
台大醫院 2 樓第 6 會議室

主　　席：召委徐武輝主任

記　　錄：秘書王箐安

出席人員：徐武輝主任、黃崇旂主任、施金元主任、鄭之勛醫師、蘇維鈞主任、陳濘宏主任、林鴻銓主任、涂智彥主任、許超群主任

列席人員：何肇基秘書長、簡榮彥執行秘書、張雅雯小姐、王箐安小姐

請假人員：賴瑞生主任、曹世明主任

壹、會議議程：

一、106 年胸部影像判讀講習班

活動	地點	籌辦人	說明
胸部影像判讀繼續教育課程 (北區)	台大醫學院 (暫定)	鄭之勛醫師	聯甄認證 8 分
一般胸部影像及重症醫學影像判讀教育課程 (台中)	中山醫學大學附設醫院 (暫定)	曹世明主任	聯甄認證 8 分

二、106 年機械通氣繼續教育課程

活動	地點	籌辦人	說明
機械通氣繼續教育課程 (南區)	高雄醫學大學附設醫院 (暫定)	許超群主任	聯甄認證 8 分
機械通氣繼續教育課程 (北區)	台大醫學院 (暫定)	陽光耀主任	聯甄認證 8 分

三、106 年重症聯甄課程

日期	活動	地點	籌辦人	說明
4 月 9 日 (日)	呼吸重症暨肺部感染症研討會	台中榮總研究大樓第 2 會場	吳杰亮主任、詹明澄主任	聯甄認證 8 分
(再確認)	流感暨流感重症研討會	台大醫學院 (暫定)	黃崇旂主任	聯甄認證 8 分
(再確認)	重症醫學新版診療指引研討會	(再確認)	賴瑞生主任	聯甄認證 8 分
6 月 4 日 (日)	Sleep in ICU Patients	台大醫學院 101 講堂	陳濘宏主任	聯甄認證 4 分

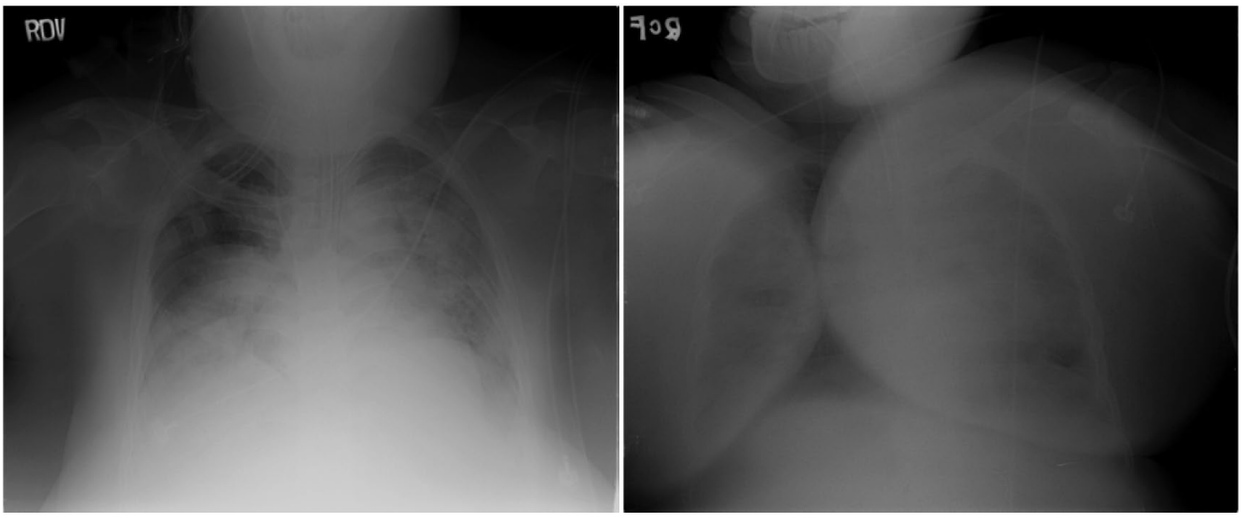
四、2017 年胸腔年會外賓邀請和主題如下，提請理監事會議決議。

2017 Annual Meeting of Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

Dec 9 (Sat) 2017			**Dec 10 (Sun) 2017**	
08:30-08:55	Registration		08:30-08:55	Registration
08:55-09:00	Opening remarks		08:55-09:00	Opening remarks
Symposium: Sleep (委請陳濘宏籌辦)			**Symposium: Year Review**	
09:00-09:30			09:00-09:50	Cancer 外賓演講(**委請施金元籌辦**)
09:30-10:00			09:50-10:40	Sleep 外賓演講(**委請陳濘宏籌辦**)
10:00-10:40				
10:40-11:00	Coffee Break			
Symposium: Airway Disease (委請林鴻銓籌辦)			**Symposium: Year Review**	
11:00-11:40			11:00-11:40	**Airway 外賓演講(委請林鴻銓籌辦)**
11:40-12:20	COPD (**委請林慶雄籌辦**)		11:40-12:20	**Critical Care 外賓演講(委請黃崇旂籌辦)**
12:30-13:30	Lunch Symposia		12:30-13:30	Lunch Symposia
13:30-14:00	Membership Meeting 會員大會		13:30-14:18	2017 Young Investigator Award Oral Presentation
14:00-14:50	Oral Presentation		14:20-14:50	Lung Research Award (1)頒發胸腔醫學雜誌優秀論文獎 (2)頒發 Young Investigator Award (3)頒發口頭報告、海報展示優秀論文獎 (4)頒發專科醫師證書 (5)理、監事暨專科醫師團體合照
	會議室 1	會議室 2		
	會議室 3	會議室 4		
14:50-15:10	Coffee Break		**Poster Presentation**	
Symposium: TB+NTM(委請蘇維鈞籌辦)				
15:10-15:45				
15:45-16:20				
16:20-16:55				
Symposium: Critical Care (委請黃崇旂籌辦)				
15:10-15:50				
15:50-16:30				
16:30-17:10				
Symposium: ILD (**委請王鶴健籌辦**)				
15:10-15:50				
15:50-16:30				
16:30-17:10				
Symposium:Poster Discussion (暫 15:10-16:30)				
15:10-15:50	預計選取 5-8 篇 paper			
15:50-16:30	預計選取 5-8 篇 paper			
16:30-17:10	預計選取 5-8 篇 paper			
17:10-18:10	Satellite Symposia			
18:30-20:00	Congress Dinner			

散會

胸腔暨重症案例



急診與入 ICU 後第一張 CXR

提供：台中榮總 胸腔內科 趙文震醫師 / 吳杰亮醫師

[Case]

A 25-year-old female school teacher presented to the medical emergent department with a cough, fever, and progressive dyspnea for approximately four days. She denied recent travel history; however, some of her colleagues had a cough and fever. She was intubated immediately due to profound cyanosis and the major abnormal laboratory data and ventilatory parameters were as follows: WBC: 12970 count/mL, CRP: 15.44 mg/dL, lactate 13.9 mg/dL, Influenza rapid diagnostic test (+), FiO_2 70%, PEEP: 16 cmH_2O, PaO_2/FiO_2 ratio: 98, TV 300 ml (BW: 109 kgs, IBW: 52 kgs)

醫學新知 I

高流量鼻導管相較於常規氧氣治療以及非侵襲性正壓呼吸器，是否能減少成人急性呼吸衰竭的插管機會？系統性回顧與分析

摘自：Chest. 2017 Jan 13. pii: S0012-3692(17) 30011-9. doi: 10.1016/j.chest.2017.01.004.

編譯：林慶雄醫師 彰化基督教醫院 胸腔內科

背景：

高流量鼻導管在成人呼吸衰竭治療的角色，一直以來都有所爭議，本研究旨在進一步確定與非侵襲性陽壓呼吸器 (NIPPV) 和常規氧氣治療 (COT) 相比，高流量鼻導管 (HFNC) 在降低急性呼吸衰竭成人患者的氣管內管插管機率。

方法：

本研究收錄了包含 Pubmed, Embase, Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) 以及 Information Sciences Institute (ISI) 等所有比較高流量鼻導管 (HFNC) 與非侵襲性陽壓呼吸器 (NIPPV) 和常規氧氣治療 (COT) 在成人呼吸衰竭的研究。主要評估結果為氣管內插管的機率是否增加？次要結果則為 ICU 死亡率與 ICU 住院天數的差異。

結果：

搜尋結果有 8 個研究共 3,881 名患者進入我們的研究分析。相較於 HFNC 與 NIPPV，除了 ICU 死亡率 (I^2=67%, χ^2=12.21, P=0.02) 以及插管率 (I^2=63%, χ^2=13.51, P=0.02) 之外，兩者在預後評估上並無明顯差異。相對於 COT，高流量鼻導管則提供了較低的氣管內插管率 (Z=2.55, P=0.01)；然而與 NIPPV 相比，高流量鼻導管在插管率的改善上並無明顯勝出 (Z=1.40, P=0.16)。在 ICU 死亡率與 ICU 住院天數的比較上，HFNC 也未顯著優於 COT 與 NIPPV。

結論：

面對急性呼吸衰竭的患者，高流量鼻導管是 NIPPV 之外可靠的替代性選擇，相較於常規氧氣治療，可有效降低氣管內插管的機率。

〔編譯者評論〕

非侵襲性陽壓呼吸器 (NIPPV) 在過去許多的研究及臨床經驗中，可有效的提供呼吸支持，尤其是在 COPD、氣喘、心因性肺水腫、免疫不全、拔管後、術後等患者，能有效減少插管率、住院天數以及感染率。然而 NIPPV 也有許多使用上的禁忌症以及併發症，更常見的是造成患者的不適與排斥。高流量鼻導管 (HFNC) 在幼兒呼吸衰竭的臨床應用上已有許多的研究證實，然而在成

人呼吸衰竭的使用上則尚有許多問題還須釐清。本系統性回顧研究確認了 HFNC 在成人呼吸衰竭明顯優於常規氧氣治療的角色，可有效降低氣管內插管的機率，可為呼吸衰竭患者可靠的治療選擇之一，也可避免 NIPPV 的併發症與不適；然而 HFNC 在成人患者是否能取代 NIPPV，以及何為其最佳適應症與禁忌症則有待更多大型研究予以證實。

Can high-flow nasal cannula reduce the rate of endotracheal intubation in adult patients with acute respiratory failure compared with conventional oxygen therapy and noninvasive positive pressure ventilation? A systematic review and meta-analysis

Chest. 2017 Jan 13. pii: S0012-3692(17) 30011-9. doi: 10.1016/j.chest.2017.01.004.

Ni YN, Luo J, Yu H, Liu D, Zhong N, Cheng J, Liang BM, Liang ZA

Abstract

BACKGROUND:

The effects of high flow nasal cannula (HFNC) on adult patients with acute respiratory failure (ARF) are controversial. We aimed to further determine the effectiveness of HFNC in reducing the rate of endotracheal intubation in adult patients with ARF by comparison to noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV) and conventional oxygen therapy (COT).

METHODS:

The Pubmed, Embase, Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) as well as the Information Sciences Institute (ISI) Web of Science were searched for all the controlled studies that compared HFNC with NIPPV and COT in adult patients having ARF. The primary outcome was the rate of endotracheal intubation and the secondary outcomes were intensive care unit (ICU) mortality and length of ICU stay (ICU LOS).

RESULTS:

Eighteen trials with a total of 3,881 patients were pooled in our final studies. Except for ICU mortality (I^2=67%, χ^2=12.21, P=0.02) and rate of endotracheal intubation (I^2=63%, χ^2=13.51, P=0.02) between HFNC and NIPPV, no significant heterogeneity was found in outcome measures. Compared with COT, HFNC was associated with a lower rate of endotracheal intubation (Z=2.55, P=0.01), while no significant difference was found in the comparison with NIPPV (Z=1.40, P=0.16). As for the ICU mortality and ICU LOS, HFNC did not show any advantage over either COT or NIPPV.

CONCLUSIONS:

In patients with ARF, HFNC is a more reliable alternative of NIPPV to reduce rate of endotracheal intubation than COT.

醫學新知Ⅱ

阿斯匹林可降低脂多醣 (lipopolysaccharide, LPS) 誘導的急性呼吸窘迫症候群人體模型的肺部炎症

摘自：Thorax. 2017 Jan 12. pii: thoraxjnl-2016-208571.
doi:10.1136/thoraxjnl-2016-208571. [Epub ahead of print]

編譯：夏德椿醫師 中國醫藥大學附設醫院 內科部 胸腔內科

背景：

血小板在急性呼吸窘迫症候群的發病機制中發揮了積極的作用。動物實驗和觀察性研究顯示阿斯匹林的抗血小板和免疫調節作用可能對急性呼吸窘迫症候群是有益的。

方法：

在這個雙盲、隨機、安慰劑對照、隱瞞分組的研究中，研究人員將健康志願者隨機分組，在吸入脂多醣 (LPS) 7 天前分別接受安慰劑或 75 毫克的阿斯匹林治療。吸入 50 μg LPS 後 6 小時研究者對參與者進行了支氣管肺泡灌洗 (BAL)。該研究的主要結果測量值為 BAL 中 IL-8 水準。次要結果測量值包括肺泡炎症標誌物 (BAL 嗜中性白血球、細胞激素、嗜中性白血球蛋白酶)、肺泡上皮細胞損傷程度、全身炎症反應 (嗜中性白血球和血漿 C 反應蛋白 (CRP) 和血小板活化 (血栓素 B2、TXB2)。進行灌注和體外通氣 (EVLP) 的患者肺臟隨機接受安慰劑或 24 毫克的阿斯匹林治療，並採用 LPS 誘導肺部損傷。4 小時後進行了 BAL，研究人員通過 BAL 細胞計數和組織學變化來評估發炎程度。

結果：

在健康志願者 (n=33) 模型中，阿斯匹林組的資料整合後發現，阿斯匹林並不能降低 BAL 中 IL-8 濃度；然而，阿斯匹林能夠降低肺嗜中性白血球和組織損傷嗜中性白血球蛋白酶 (基質金屬蛋白酶 (MMP)-8/-9)，降低 BAL 中腫瘤壞死因子 α 濃度，以及降低全身和肺部 TXB2 的量。使用高劑量與低劑量阿斯匹林並無顯著性差異，在 EVLP 模型中，阿斯匹林可以降低 BAL 嗜中性白血球數目和降低透過組織學測量得知的肺泡損傷。

結論：

這是第一個前瞻性人體研究，其資料表明無論是低劑量還是高劑量阿斯匹林都能夠抑制肺嗜中性白血球性炎症。進一步的臨床研究可以評估阿斯匹林在急性呼吸窘迫症候群的預防和治療中的作用。

〔編譯者評論〕

血小板在急性呼吸窘迫症候群的發病機制中發揮了積極的作用。動物實驗和觀察性研究顯示阿斯匹林的抗血小板和免疫調節作用可能對急性呼吸窘迫症候群是有益的。近日，胸部疾病領域權威雜誌 Thorax 上發表了一篇研究文章，研究人員試圖驗證阿斯匹林在臨床相關的人類模型中減少炎症的假說，該模型概括涉及了急性呼吸窘迫症候群發展的病理生理機制。

Aspirin reduces lipopolysaccharide-induced pulmonary inflammation in human models of ARDS

Thorax. 2017 Jan 12. pii: thoraxjnl-2016-208571. doi:10.1136/thoraxjnl-2016-208571.
[Epub ahead of print]

Hamid U, Krasnodembskaya A, Fitzgerald M, Shyamsundar M, Kissenpfennig A, Scott C, Lefrancais E, Looney MR, Verghis R, Scott J, Simpson AJ, McNamee J, McAuley DF, O'Kane CM

Abstract

RATIONALE:

Platelets play an active role in the pathogenesis of acute respiratory distress syndrome (ARDS). Animal and observational studies have shown aspirin's antiplatelet and immunomodulatory effects may be beneficial in ARDS.

OBJECTIVE:

To test the hypothesis that aspirin reduces inflammation in clinically relevant human models that recapitulate pathophysiological mechanisms implicated in the development of ARDS.

METHODS:

Healthy volunteers were randomised to receive placebo or aspirin 75 or 1200 mg (1:1:1) for seven days prior to lipopolysaccharide (LPS) inhalation, in a double-blind, placebo-controlled, allocation-concealed study. Bronchoalveolar lavage (BAL) was performed 6 hours after inhaling 50 μg of LPS. The primary outcome measure was BAL IL-8. Secondary outcome measures included markers of alveolar inflammation (BAL neutrophils, cytokines, neutrophil proteases), alveolar epithelial cell injury, systemic inflammation (neutrophils and plasma C-reactive protein (CRP)) and platelet activation (thromboxane B2, TXB2). Human lungs, perfused and ventilated ex vivo (EVLP) were randomised to placebo or 24 mg aspirin and injured with LPS. BAL was carried out 4 hours later. Inflammation was assessed by BAL differential cell counts and histological changes.

RESULTS:

In the healthy volunteer (n=33) model, data for the aspirin groups were combined. Aspirin did not reduce BAL IL-8. However, aspirin reduced pulmonary neutrophilia and tissue damaging neutrophil proteases (Matrix Metalloproteinase (MMP)-8/-9), reduced BAL concentrations of tumour necrosis factor α and reduced systemic and pulmonary TXB2. There was no difference between high-dose and low-dose aspirin. In the EVLP model, aspirin reduced BAL neutrophilia and alveolar injury as measured by histological damage.

CONCLUSIONS:

These are the first prospective human data indicating that aspirin inhibits pulmonary neutrophilic inflammation, at both low and high doses. Further clinical studies are indicated to assess the role of aspirin in the prevention and treatment of ARDS.

醫學新知Ⅲ

非侵襲性呼吸器於急性呼吸窘迫症患者之使用

摘自：Am J Respir Crit Care Med. 2017 Jan 1; 195(1): 67-77. doi: 10.1164/rccm.201606-1306OC.

編譯：柯信國醫師 / 陽光耀醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部 呼吸治療科

背景：

雖然非侵襲性呼吸器 (noninvasive ventilation, NIV) 已被應用於急性呼吸窘迫症 (acute respiratory distress syndrome, ARDS) 患者之呼吸支持治療，但是臨床研究之證據力仍然相當缺乏。

目的：

在 ARDS 病患使用 NIV 時，是否柏林定義中依據 PaO_2/FiO_2 所分類 ARDS 疾病嚴重度對於其臨床預後有所影響。

方法：

利用 LUNGSAFE (Large Observational Study to Understand the Global Impact of Severe Acute Respiratory Failure) 的資料進行次族群分析研究，依柏林定義將 ARDS 疾病嚴重度依據 PaO_2/FiO_2 分組為輕度、中度及重度三組後，探討 NIV 於 ARDS 之使用現況及其對疾病預後之影響。NIV 使用的定義為符合診斷 ARDS 且於第一天及第二天連續使用 NIV，使用侵襲性呼吸器 (invasive-MV) 之定義為診斷 ARDS 第一天或第二天使用侵襲性呼吸器之患者。

結果：

收案 ARDS 患者的 422 個加護病房中，207 個 (49.1%) 加護病房單位使用 NIV 進行呼吸支持治療，2,813 位 ARDS 收案患者中，436 位 (15.5%) 使用 NIV 進行呼吸支持治療；隨著 ARDS 疾病嚴重度增加，結果顯示加護病房停留天數增加、加護病房死亡率增加 (NIV 組：21.8%, 27.8%, 40%, p=0.017; invasive-MV 組：26.8%, 31.7%, 39.7%, p<0.001)，且臨床醫師對 ARDS 診斷的認知在 invasive-MV 組內增加 (24.9%, 33.6%, 42.4%, p<0.001)，在插管前無治療限制下，NIV 治療失敗的比率也隨著 ARDS 疾病嚴重度增加而上升 (22.2%, 42.3%, 47.1%; p=0.008)，接受 NIV 呼吸治療方式與較低的 ARDS 診斷認知為獨立相關 (odds ratio 0.585; 95% confidence interval 0.45-0.76)。

NIV 組病人的潮氣容量及每分鐘換氣量比較 invasive-MV 組患者後統計上均較高 (tidal volume: 8.39 vs. 7.61 ml/kg PBW, minute ventilation: 13.18 vs. 9.49 L/min)，在 349 位無治療限制的 NIV 病人中，131 位 (37.5%) 的病人 NIV 治療失敗轉而使用 invasive 呼吸器，與 NIV 治療失敗相關的獨立因子為較高的 non-pulmonary SOFA score、較低的 PaO_2/FiO_2 及治療前兩天 $PaCO_2$ 增加比率較高者；NIV 治療失敗的患者比較 NIV 治療成功者，non-pulmonary SOFA score 較高且加護病房死亡率 (42.7% vs. 10.6%, p<0.001) 和住院死亡率 (45.4% vs. 16.1%, p<0.001) 皆較高，以多變項 Cox 迴

歸分析後結果顯示 NIV 使用會增加 ICU 死亡率 (hazard ratio 1.446, 95% CI 1.159-1.805)，然而以 propensity score 的方式配對 355 個 NIV 與 invasive-MV 患者，兩者死亡率的差別只有在 PaO_2/FiO_2 < 150 mmHg 時有統計上的意義 (36.2% vs. 24.7%, p=0.033)。

結論：

15%ARDS 患者會使用 NIV 進行呼吸治療支持，當 PaO_2/FiO_2 < 150 mmHg 時，NIV 使用可能會有較高的加護病房死亡率。

〔編譯者評論〕

本研究結果顯示 NIV 使用於 ARDS 的呼吸支持治療，可能有三分之一患者會治療失敗，且隨著 ARDS 疾病嚴重度增加，NIV 失敗的比率隨之上升且加護病房死亡率也增加，所以臨床醫師在選擇NIV 作為嚴重 ARDS 患者之呼吸支持時應特別謹慎，尤其是當患者 PaO_2/FiO_2 < 150 mmHg 時；另一項值得注意的是臨床上 ARDS 發生初期時，診斷認知在 NIV 及 invasive-MV 均較低的情形下 (23.2% and 33.1%)，使用的潮氣容量均未能符合目前 6 ml/kg PBW 之建議，也可能進一步造成呼吸器相關肺損傷之發生而影響病人預後。

Noninvasive Ventilation of Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. Insights from the LUNG SAFE Study

Am J Respir Crit Care Med. 2017 Jan 1; 195(1): 67-77. doi: 10.1164/rccm.201606-1306OC.

Bellani G, Laffey JG, Pham T, Madotto F, Fan E, Brochard L, Esteban A, Gattinoni L, Bumbasirevic V, Piquilloud L, van Haren F, Larsson A, McAuley DF, Bauer PR, Arabi YM, Ranieri M, Antonelli M, Rubenfeld GD, Thompson BT, Wrigge H, Slutsky AS, Pesenti A; LUNG SAFE Investigators; ESICM Trials Group

Abstract

RATIONALE:

Noninvasive ventilation (NIV) is increasingly used in patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS). The evidence supporting NIV use in patients with ARDS remains relatively sparse.

OBJECTIVES:

To determine whether, during NIV, the categorization of ARDS severity based on the PaO_2/FiO_2 Berlin criteria is useful.

METHODS:

The LUNG SAFE (Large Observational Study to Understand the Global Impact of Severe Acute Respiratory Failure) study described the management of patients with ARDS. This substudy examines the current practice of NIV use in ARDS, the utility of the PaO_2/FiO_2 ratio in classifying patients receiving NIV, and the impact of NIV on outcome.

MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS:

Of 2,813 patients with ARDS, 436 (15.5%) were managed with NIV on Days 1 and 2 following fulfillment of diagnostic criteria. Classification of ARDS severity based on PaO_2/FiO_2 ratio was associated with an increase in intensity of ventilatory support, NIV failure, and intensive care unit (ICU) mortality. NIV failure occurred in 22.2% of mild, 42.3% of moderate, and 47.1% of patients with severe ARDS. Hospital mortality in patients with NIV success and failure was 16.1% and 45.4%, respectively. NIV use was independently associated with increased ICU (hazard ratio, 1.446 [95% confidence interval, 1.159-1.805]), but not hospital, mortality. In a propensity matched analysis, ICU mortality was higher in NIV than invasively ventilated patients with a PaO_2/FiO_2 lower than 150 mmHg.

CONCLUSIONS:

NIV was used in 15% of patients with ARDS, irrespective of severity category. NIV seems to be associated with higher ICU mortality in patients with a PaO_2/FiO_2 lower than 150 mmHg. Clinical trial registered with www.clinicaltrials.gov (NCT 02010073).

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：106 年 05 月 15 日
- 當期作答分數須達 80 分以上 (第 1~2 題，每題 5 分；第 3~8 題，每題 15 分)，每期給予教育積分 A 類 3 分，上限為 6 年內不得超過 60 分。
- 敬請會員踴躍參與作答，以便累積學會積分；僅限台灣胸腔暨重症加護醫學會會員作答。(正確解答請參閱下期會訊)。

胸腔暨重症案例：(每題 5 分)(請參閱 page 24)

A 25-year-old female school teacher presented to the medical emergent department with a cough, fever, and progressive dyspnea for approximately four days. She denied recent travel history; however, some of her colleagues had a cough and fever. She was intubated immediately due to profound cyanosis and the major abnormal laboratory data and ventilatory parameters were as follows: WBC: 12,970 count/mL, CRP: 15.44 mg/dL, lactate 13.9 mg/dL, Influenza rapid diagnostic test (+), FiO_2 70%, PEEP: 16 cmH_2O, PaO_2/FiO_2 ratio: 98, TV 300 ml (BW: 109 kgs, IBW: 52 kgs)

1. 您的判斷最適合的臆斷
   (A) Acute pulmonary edema
   (B) Pulmonary hemorrhage
   (C) Severe complicated influenza with respiratory failure and ARDS
   (D) Severe complicated influenza with respiratory failure and ARDS under prone-ventilation

2. 接續上題目，P/F ratio『第一天』由 98 改善提升為 155 之原因，何者可能性最低？
   (A) Prone-ventilation
   (B) Optimal use of sedative agent and neuromuscular blockade
   (C) Diuretic
   (D) PEEP

選擇題：(每題 15 分)

3. 下列何者無法有效治療急性呼吸衰竭？
   (A) 非侵襲性陽壓呼吸器 (NIPPV)
   (B) 常規氧氣治療 (COT)
   (C) 高流量鼻導管 (HFNC)
   (D) 侵入性呼吸器

4. 下列敘述何者正確？
   (A) 非侵襲性陽壓呼吸器 (NIPPV) 比高流量鼻導管 (HFNC) 有效減少插管機率
   (B) 高流量鼻導管 (HFNC) 相較於常規氧氣治療 (COT) 可減少 ICU 死亡率與住院天數
   (C) 高流量鼻導管 (HFNC) 相較於常規氧氣治療 (COT) 可減少插管機率
   (D) 高流量鼻導管 (HFNC) 相較於非侵襲性陽壓呼吸器 (NIPPV) 的呼吸治療效果為佳

5. 本研究認為阿斯匹林可以？
   (A) 降低 BAL 中的 IL-8 的濃度
   (B) 使血液中的嗜中性球數目增加
   (C) 增加 BAL 中的腫瘤壞死因子濃度
   (D) 降低 BAL 嗜中性球蛋白酶的濃度

6. 本研究使用阿斯匹林希望能夠降低急性呼吸窘迫症候群的肺臟發炎程度，結果發現
   (A) 可使 BAL 中的血栓素 B2 上升且血液中的 TXB2 下降
   (B) 高劑量的阿斯匹林抑制發炎的效果較佳
   (C) 阿斯匹林可使肺泡的損傷程度減輕
   (D) 本研究證實阿斯匹林對肺部炎症的抑制毫無效果

7. 根據 LUNGSAFE (Large Observational Study to Understand the Global Impact of Severe Acute Respiratory Failure) 的資料進行次族群分析研究，在 acute respiratory distress syndrome 患者使用 noninvasive ventilation 時，與其失敗相關的獨立因子為何？
   (A) 較低的 non-pulmonary SOFA score
   (B) 較低的 PaO_2/FiO_2
   (C) 治療前兩天 $PaCO_2$ 增加比率較低者
   (D) 年紀較大

8. 在 noninvasive ventilation (NIV) 使用於 acute respiratory distress syndrome (ARDS) 患者之臨床呼吸治療現況，由 LUNGSAFE study 得知以下結果，何者為非：
   (A) 隨著 ARDS 疾病依 PaO_2/FiO_2 分組之嚴重度增加，NIV 患者其加護病房停留天數增加且加護病房死亡率增加
   (B) 在插管前無治療限制下，NIV 治療失敗的比率也隨著 ARDS 疾病嚴重度增加而上升
   (C) 在選擇 NIV 作為嚴重 ARDS 患者之呼吸支持時應特別注意 $PaO_2/FiO_2 < 150$ mmHg 時，患者之加護病房死亡率比起 invasive mechanical ventilation 患者會較高
   (D) Noninvasive ventilation 比起 invasive-mechanical ventilation 患者通氣上有較低潮氣容量

測驗回函

會員編號：_____　　姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7		8	

- 作答完畢後請以傳真 /Scan/E-mail 方式回覆至學會秘書處且務必電話確認收件，以免損失權益。

★學會秘書處

電話：(02)2314-4089　　傳真：(02)2314-1289

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

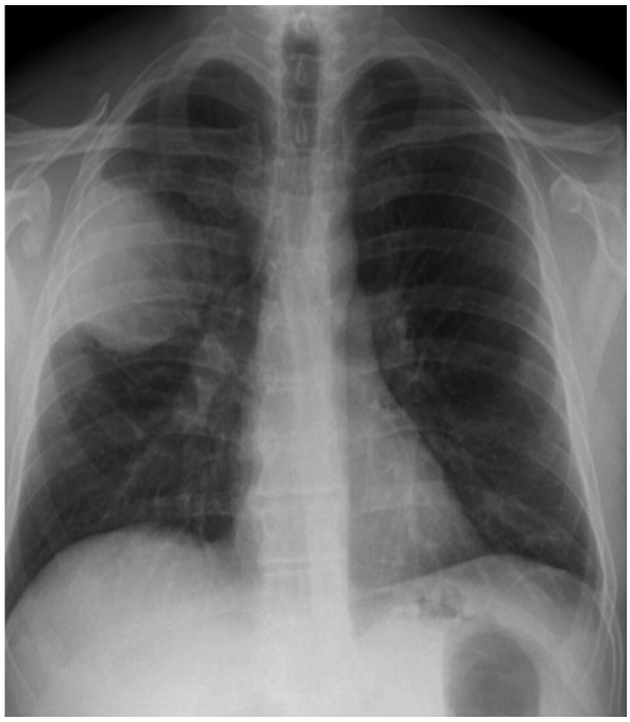


Figure 1: CXR made on 08/JUN/2016 revealing a radiodense round shadow in right upper lobe lung and hospitalized on the same day.

提供：中國醫藥大學附設醫院 內科部 夏德椿醫師

1.[Case]

A 65 y/o gentleman who was admitted due to intermittent fever for 5 days. One day before admission, cough with scanty brown blood-tinged sputum developed. Underlying: atrial fibrillation with aspirin 100 mg daily for 6 years. Family history: mother died of lung cancer five years ago. On admission day, body temperature was 39.5^{o}C, pulse rate 124/min, respiratory rate 25/min, Blood pressure 88/60 mmHg. Crackles were audible below right scapular area. Heart sound: irregular irregularity. WBC 12,900/mcL, neutrophil 88%. Hb 12 g/dL. Platelet 240, 000/dL. Procalcitonin 0.1 ng/ml. ECG: AF with RVR.

[Question]

What's your diagnosis?

(A) Lung cancer

(B) Tuberculosis

(C) Pneumonia

(D) Empyema

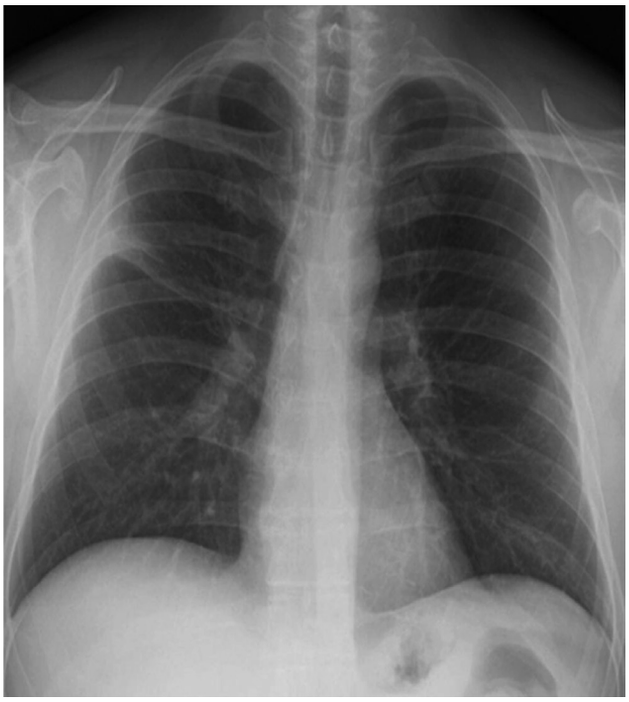


Figure 2: CXR made on 10/JUL/2016 revealing radiodense round shadow resolved in right upper lung.

Hospitalization course:

Bronchoscopy: no tumor growth. Sputum AFS: negative. Atypical pneumonia studies: negative. Gram's stain: Gram positive coccus, favor Streptococcus. Under the diagnosis of spherical (round) pneumonia, Moxifloxacin was given intravenously. Fever subsided three days later. Chest X-ray was taken again one month later, as figure 2.

[Answer]

(C) Round pneumonia

Spherical pneumonia, a benign cause of round lesions seen on chest X-ray, can often be difficult to distinguish from lung cancer, granuloma…etc. Although no so common in adults, this entity will probably be seen in most radiology practices and may lead to CT and biopsy. Although round pneumonia is easily treated with antibiotics, this diagnosis should be considered in all patients with a spherical lesion, keeping in mind that lung cancer is much more frequent. A trial of antibiotics followed by a second chest X-ray in 2-4 weeks may be indicated in symptomatic or younger patients but should be considered in all patients with a solitary pulmonary nodule, because round pneumonia can occur in patients of any age and may be clinically silent. Any patient with a solitary pulmonary nodule that does not decrease in size or resolution after antibiotic treatment should be further assessed with bronchoscopy, transthoracic needle biopsy, or other diagnostic procedures.

選擇題：

2. COPD 常與其他疾病共存 (稱之為共病症)，可能會顯著影響 COPD 預後。包括？
   (A) 心血管疾病
   (B) 代謝症候群
   (C) 骨質疏鬆
   (D) 以上皆是
   答案 (D)

3. 根據 EORP-AF 登錄資料庫的分析報告指出，AF 患者被診斷有 COPD 的病患中，下列何者正確？
   (A) 更高的心血管疾病死亡率
   (B) 更高的所有死亡因素死亡率
   (C) COPD 為所有死亡因素的增加的獨立相關變數
   (D) 以上皆是
   答案 (D)

4. 接受第一代，第二代的表皮生長因子受體酪胺酸激酶抑制劑 (EGFR TKI) 治療之後產生的基因突變為
   (A) Exon 20 S768i
   (B) Exon 20 T790M
   (C) Exon 19 del747
   (D) Exon 21 L858R
   答案 (B)

5. 下列敘述何者為非？
   (A) 血漿基因分型 T790M 陰性的病人，就不需要再做腫瘤切片了
   (B) 血漿基因分型 T790M 陽性的病人，與腫瘤組織 T790M 陽性的病患對於 osimertinib 藥物有著相近的療效
   (C) 血漿基因分型 T790M 陰性的病患仍建議接受腫瘤組織切片
   (D) 腫瘤組織 T790M 陽性的病患約有 70% 可以用無侵襲性的血漿基因分型檢測出來
   答案 (A)

6. 到 2016 年 11 月為止，第三期臨床試驗已經證實免疫核對點抑制劑，用於晚期肺癌使用過含鉑化學治療後，可以比 Docetaxel 有較長存活，哪一藥物還沒被證實？
   (A) nivolumab
   (B) pembrolizumab
   (C) atezolizumab
   (D) ipilimumab
   答案 (D)

7. 對有至少 50% 癌細胞表現 PD-L1 的晚期非小細胞肺癌病患，Pembrolizumab 組比含鉑的化學治療有較長的疾病未惡化存活期及整體存活期且較少的副作用，此臨床試驗使用的免疫組織染色，使用哪一抗體？

(A) Atezolizumab

(B) Ventana SP263

(C) Dako 28-8

(D) Dako 22C3

答案 (D)

2016 國際會議論文發表

ERS

北市立聯合和平院區 朱曦 (Hsi Chu) 醫師：

- Long-Term Risk of Cardiovascular Events in Patients with Chronic Kidney Disease Who Have Survived Sepsis.

Hsi Chu
TAIPEI CITY HOSPITAL
MEDICAL SCHOOL OF NATIONAL YANG-MING UNIVERSITY, TAIPEI TAIWAN

Abstract

Objective: To examine the risk of subsequent cardiovascular events in patients with chronic kidney disease (CKD) discharged after hospitalization for sepsis in Taiwan.

Design, setting, & patients: Using complete claims data for patients with CKD from Taiwan's National Health Insurance Research Database, we identified subjects with sepsis who survived hospitalization between 2000 and 2010. Each sepsis survivor was propensity score-matched to one non-sepsis hospitalized control subject. Cox regression models were used to estimate the hazard ratios (HRs) of clinical outcomes, including major adverse cardiovascular events (myocardial infarction and ischemic stroke), hospitalization for heart failure, and all-cause death.

Measurements and Main Results: Among 66,961 sepsis survivors, the incidence rates of all-cause mortality and major adverse cardiovascular events during the study period were 288.51 and 74.64 per 1,000 person years, respectively. In comparison with matched hospitalized non-sepsis control subjects, sepsis survivors had greater risks of major adverse cardiovascular events (HR, 1.35; 95% confidence interval [CI], 1.31-1.38), myocardial infarction (HR, 1.39; 95% CI, 1.32-1.47) ischemic stroke (HR, 1.46; 95% CI, 1.40-1.52), hospitalization for heart failure (HR, 1.55; 95% CI, 1.51-1.59), and all-cause mortality (HR, 1.56; 95% CI, 1.54-1.58). The results remained unchanged in analyses of several subgroups of patients, and were similar in analyses accounting for the competing risk of death.

Conclusions: Our findings highlight the association of sepsis with a significantly increased long-term risk of cardiovascular events among survivors in the CKD population.

吐納園地

…在充實嚴肅的會務活動與學術交流之後，我們特留一畦園地，讓會員在為病患爭一口氣之餘，也能喘息一下，交換對專科醫療的所見、所聞、所思、所樂及所憂。期待您的珠璣片羽來串連彼此…

東臺灣的結核病防治工作

李仁智主任 花蓮慈濟醫院 胸腔內科

單薄的身軀，失血的容顏，
於情緒激昂時猛烈地咳嗽、咳血！
人們目擊那血絲將潔白的手巾染紅，
來自胸膛的鮮紅色澤是多麼令人動容。

結核病是臺灣傳染病通報病例數的第一名，也是傳染病死亡病例的第一名。東臺灣更是結核病盛行的地區，花蓮縣的結核病發生率曾經高達每十萬人口 160.8 人 (2004 年)，臺東縣曾高達每十萬人口 175.2 人 (2002 年)(圖一)。1988 年 7 月，我毅然辭去臺灣省防癆局的主任職務，轉到花蓮慈濟醫院擔任內科主任，原因很多，一方面是與慈濟的因緣、另一重要原因是花東地區為結核病高盛行的地區，身為結核病專家正是一展所學的好地方。慈濟醫院建院於 1986 年，剛開始規模較小，只是 300 床的區域醫院，但是擴展迅速，很快就變成近千床的醫學中心，我於 1998 年提出計劃書，一直到 2001 年，花蓮慈濟醫院終於成立專屬的結核病病房及結核菌實驗室。向衛生署方面爭取到三百萬元的補助，完成結核病房的負壓隔離設備，整個病房最多可以收治 32 位病人，是東部最大的結核病收治中心。

獨立的結核菌實驗室附設於結核病病房，由早期的一位助理，逐漸成長到目前的四位醫檢師專任做檢驗。並且在 2003 年加入衛生署規劃的結核菌代檢網業務，目前已是第 15 年了，專門負責花東兩縣的結核菌檢驗工作，業務量從 2004 年的 10,000 件，成長到 2015 年的 20,000 件，分枝桿菌培養的陽性率約為 9~10%。

結核菌實驗室在 2001 年引入快速培養的新方法 MGIT 960 系統，為了證實此項新方法的優點，我們進行了半年的研究，證實新方法的液態培養基培養陽性率最高，遠高於傳統的固態培養基，也證明可以在平均 11.6 天內獲得陽性結果，大大縮短了結核菌培養的時間，此篇研究順利地發表在 2003 年國際抗癆聯盟的雜誌上 [1]。

後來，結核菌實驗室在 2000 年引進新的 Cobas TaqMan MTB Test 系統，利用 PCR 技術偵測結核桿菌時，和台大醫院共同合作，收集了 592 例痰檢體，發現此方法的敏感性達 82.7%、專一性達 96.5% [2]。

在偶然的機會中看到一份 X 光車巡檢的報表，整個臺灣 X 光車巡檢發現病人的比率是十萬分之 150，但是花蓮縣的精神病院高達十萬分之 1,661，花蓮縣的山地鄉也高達十萬分之 888。這明顯表示此兩個地方結核病疫情嚴重，有必要採取特殊的介入行動。進一步查證發現玉里榮民醫院有 2,000 多名慢性精神病患長期住院，結核病通報病例確實有逐年增加的趨勢 (1999 年 25 例，2000 年 31 例，2001 年 57 例)。臺灣疾病管制局、花蓮慈濟醫院、玉里榮民醫院、衛生福利部玉里醫院、花蓮縣衛生局共同合作加強兩家精神病院 (玉里榮民醫院和部立玉里醫院) 的院內感控、結核病個案發現及個案治療。

首先全面替住院的精神病患照胸部 X 光片。由我負責判讀，疑似結核病的病患連續驗三套痰，並開始治療，開放性結核病個案轉到慈濟醫院負壓隔離病房住院。陽性菌株由疾管局昆陽實驗室代做分子生物學檢查。經過兩年 (2002 和 2003 年) 的努力，在玉里榮民醫院的精神病患者中培養出 30 支菌株，在衛生福利部玉里醫院精神病患者中培養出 8 支菌株。玉里榮民醫院的菌株 56.7% 有聚集現象，衛生福利部玉里醫院的菌株皆無聚集現象，顯示玉里榮民醫院確實有院內感染現象。經過加強個案發現和積極治療後，這兩家醫院的結核病病例明顯下降。上述調查成果已於 2008 年刊登於臺灣醫學雜誌 [3]。

完成精神病院的工作後，進一步處理山地鄉的疫情。秀林鄉幾乎是全國之冠，發生率高達每十萬人口 647 人 (2004 年)，約為全國平均的十倍。我們於 2004 年和 2005 年在花蓮縣的三個山地鄉 (秀林鄉、萬榮鄉和卓溪鄉) 加強個案發現的工作，積極地進行 X 光檢查和接觸者檢查。每週上網查詢通報名單，每個通報個案都要求驗痰三套。兩年下來，我們在秀林鄉收集到 217 病例的菌株，萬榮鄉收集到 58 病例的菌株，卓溪鄉收集到 40 例的菌株。總共 315 株菌株都送到昆陽實驗室做分子生物學的檢查，273 株菌株順利完成 RFLP 的檢驗，發現有 56.4% 的聚集現象，此比例非常地高，遠高於舊金山的 40%、紐約的 37.5%、阿姆斯特丹的 47%、巴黎的 35.7% 和南非礦工的 50%。這表示在花蓮縣山地鄉，結核病還是持續地人傳人。這些結果已在 2007 年底國際抗癆聯盟的世界大會中報告。

為了瞭解肺結核病人的治療結果，我們統計了 2002 年在慈濟醫院通報的肺結核病人，追蹤 18 個月判定他們治療成果，結果發現治療成功率只有 71.7%、死亡率 16.3%、失落率 9.0%。成績明顯地不佳，此篇文章刊登於 2007 年的臺灣醫學雜誌 [4]。

短程直接監督治療 (DOTS) 是世界衛生組織極力推薦的結核病防治策略，但是缺點是需要大量的經費及人力資源。為了減少人力資源，大多採用間歇治療 (每週兩次或三次)，國內醫學界對間歇治療少有經驗。為了探討 DOTS 在臺灣是否可行，向疾管局申請三年的經費，從事前導性研究，慈濟醫院和門諾醫院共同合作於 2004 年到 2006 年在花蓮縣共收集 116 位塗片陽性的肺結核新個案，接受每週兩次的間歇治療，治療期間為六個月或九個月。所有劑量都由研究助理送到家中或工作地點監督服藥。初步成果顯示治療成功率高達 88%、失敗率 4.8%、失落率 1.2% 和死亡率 1.2%。上述成績和以往臺灣的成績相比進步很多，非常值得推薦 [5]。臺灣疾管局有鑑於初步成果非常良好，終於痛下決心於 2006 年 4 月在全國施行 DOTS。

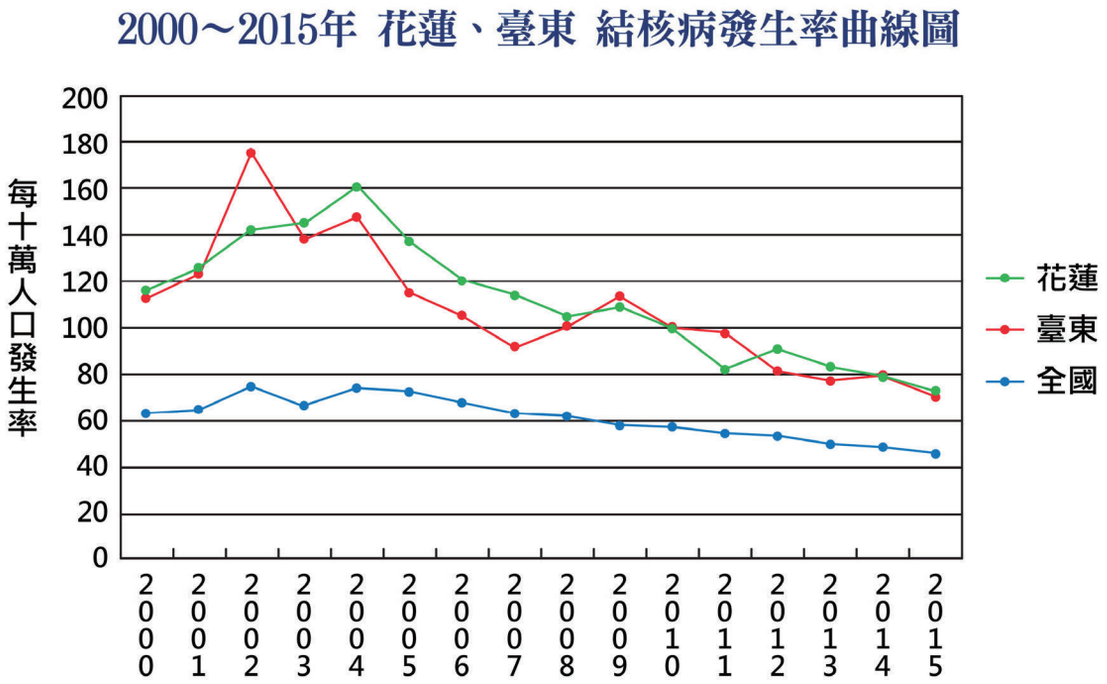
疾管局在 2007 年又推出新計劃——針對多重抗藥性結核病 (MDR-TB) 病患的進階監督治療 DOTS-Plus 計劃。此計劃的技術更加困難，需要醫療團隊的全程參與。因此我在東部邀請了六家醫院——花蓮慈濟醫院、花蓮門諾醫院、衛生福利部花蓮醫院、鳳林榮民醫院、臺東馬偕醫院、衛生福利部臺東醫院——組成團隊，由六家醫院的十位醫師共同合作，並由中華民國防癆協會出名爭取為東臺灣的負責團隊，於 2007 年五月份開始施行。在這十年中，東臺灣 MDR-TB 團隊發現並治療 177 位病人，目前 (2016 年 12 月) 尚有 14 位正在治療中，其餘的 163 位多重抗藥性結核病患者的治療成功率高達 78% (127/163)，失落率只有 1.2% (2/163)，23 位死亡 (14.1%)，9 位治療失敗 (5.5%)，2 位轉出。這個成績不僅比 WHO 統計的全世界治療成功率 48% 高出許多，也比 90 年代臺灣的 MDR-TB 治療成功率 50% 高出許多。

臺灣疾管局在 2006 年提出「結核病十年減半全民動員計畫」，希望能在十年間，臺灣的結核病發生率可以從 2005 年的 72 人 / 每十萬人口，降到 2015 年的 36 人 / 每十萬人口。政府提供適當的經費資源，並且確實執行多種策略，如：短程直接監督治療 (DOTS)、進階監督治療 (DOTS-Plus)、強化接觸者檢查、設置結核病實驗室代檢網、潛伏感染的治療…等。結核病的發生率逐年下降，到了 2015 年雖然無法達到減半的目標，但是全國的發生率下降了 36.9%，變成 45.7 人 / 每十萬人口；臺東縣的發生率下降 39.4%；花蓮縣的發生率下降 47.0%，成績不錯，東臺灣的進步明顯可見 (圖一)。

我在 1998 年向花蓮慈濟醫院提出成立結核病病房的計劃時，曾在計劃書中提及：『第五屆醫療奉獻獎團體獎頒給愛滋病工作人員，第六屆頒給慈濟骨髓銀行。職相信並且衷心地希望在不久的將來此獎會頒發給在結核病防治工作上有卓越成就的單位。』事隔廿年後，小弟榮獲第 25 屆的厚生基金會醫療奉獻獎 (圖二)，廿多年以來的努力終獲得肯定，但是防癆工作是個長期的工作，不是一個人可以完成的，需要有堅強的團隊合作才能永續經營。因此，如何加強防癆團隊、如何鼓勵後進繼續投入防癆工作，是我們應當努力的方向，希望經由大家的努力，能夠早日達成「無核家園」的願望。

參考文獻

1. Lee JJ, Suo J, Lin CB, et al. Comparative evaluation of the BACTEC MGIT 960 system with solid medium for isolation of mycobacteria. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003; 7: 569-574.
2. Lee MR, Chung KP, Wang HC, et al. Evaluation of the Cobas TaqMan MTB real-time PCR assay for direct detection of Mycobacterium tuberculosis in respiratory specimens. *J Med Microbiol*. 2013; 62: 1160-1164.
3. Huang HY, Jou R, Chiang CY, et al. Nosocomial Transmission of Tuberculosis in Two Hospitals for Mentally Handicapped Patients. *J Formos Med Assoc*. 2007; 106: 999-1006.
4. Lee JJ, Wu RL, Lee YS, et al. Treatment outcome of Pulmonary Tuberculosis in Eastern Taiwan-an Experience at a Medical Center. *J Formos Med Assoc*. 2007; 106: 25-30.
5. Lin CB, Tang M, Hsu AH, et al. Pilot Study of Twice-weekly Therapy for Pulmonary Tuberculosis in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2011; 110: 438-445.



圖一　2000~2015 年花蓮、臺東結核病發生率曲線圖

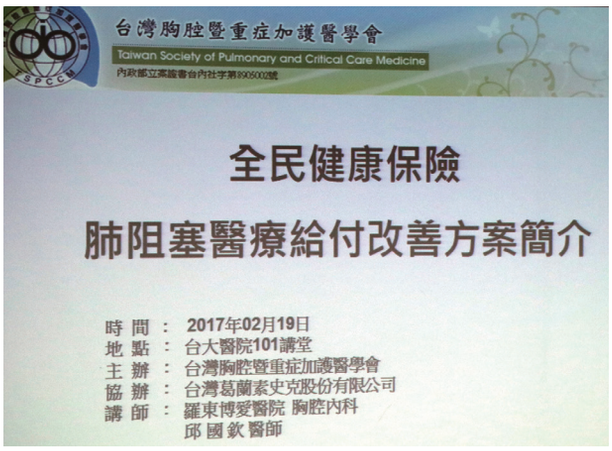
圖二　獲頒醫療奉獻獎時與馬總統合影 (2015)

活動集錦

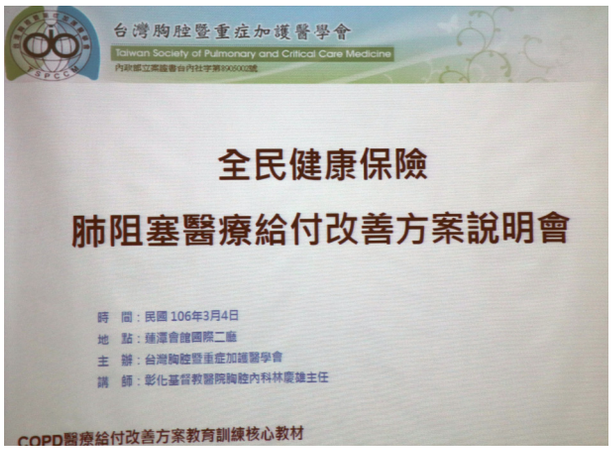
106 年 2 月 12 日 氣喘慢性照護醫師訓練課程 - 亞東醫院

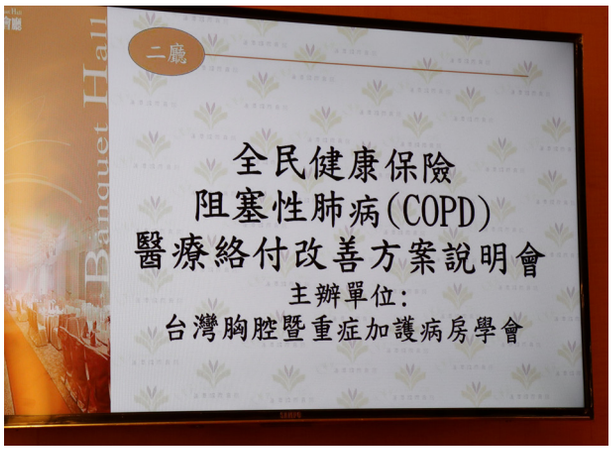
106 年 2 月 19 日 COPD 醫療給付改善方案教育訓練課程 - 亞東醫院

106 年 2 月 19 日 健保給付慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案，胸腔會員說明會 - 台大 101 講堂

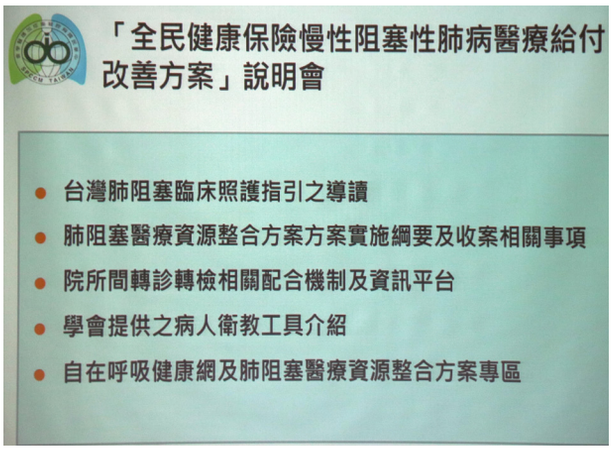


106 年 3 月 4 日健保給付慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案，胸腔會員說明會 - 高雄蓮潭會館國際二廳

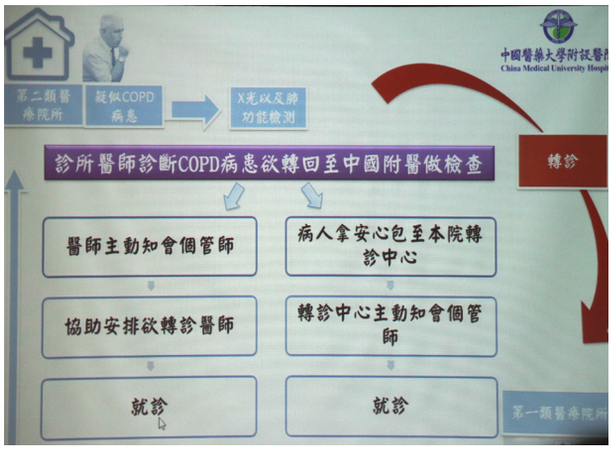




106 年 3 月 5 日健保給付慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案，胸腔會員說明會 - 台中中山醫學大學正心樓一樓 112 教室



COPD 論質計酬第一類院所
1. 台中榮民總醫院
2. 中山醫學大學附設醫院
3. 中國醫藥大學附設醫院
4. 財團法人彰化基督教醫院
5. 童綜合醫療社團法人童綜合醫院
6. 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院
7. 秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
8. 衛生福利部豐原醫院
9. 澄清醫院中港分院
10. 林新醫院
北區分局
中區分局
南區分局
東區分局
高屏分局
宜蘭縣
花蓮縣
臺東縣
南投縣
雲林縣
嘉義縣
屏東縣
苗栗縣
彰化縣
新竹縣
桃園市
新北市
基隆市
臺北市
新竹市
臺中市
臺南市
高雄市


中國醫藥大學附設醫院
China Medical University Hospital
第二類醫療院所
疑似COPD病患
X光以及肺功能檢測
診所醫師診斷COPD病患欲轉回至中國附醫做檢查
轉診
醫師主動知會個管師
病人拿安心包至本院轉診中心
協助安排欲轉診醫師
轉診中心主動知會個管師
就診
就診
第一類醫療院所

中山醫學大學