



會訊

第60期

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

❁ 吐納園地

❁ 活動集錦

❁ 會訊委刊廣告贊助回函

台灣胸腔暨重症加護醫學會 (TSPCCM)

理事長	陳育民
理事	王金洲 古世基 何肇基 杭良文 林基正 林鴻銓 施金元 夏德椿 彭忠衍 彭殿王 陽光耀 黃明賢 楊政達 賴俊良 鍾欽文 鄭世隆
常務監事	林恒毅
監事	徐武輝 陳昌文 黃崇旂 謝俊民
秘書長	周昆達
副秘書長	劉景隆 張博瑞 江起陸
執行秘書	羅柏鈞 洪緯欣 張山岳

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 115年06月 第60期

發行人 Publisher	陳育民 Yuh-Min Chen
主編 Editor-in-Chief	彭忠衍 Chung-Kan Peng
副主編 Deputy Editor-in-Chief	陳美音 Mei-Yin Chen
編輯委員 Editorial Commissioners	張晟瑜 Cheng-Yu Chang 唐士恩 Shih-En Tang 蕭逸函 Yi-Han Hsiao 陳冠宇 Kuan-Yu Chen 徐培菘 Pei-Sung Hsu 張克威 Ko-Wei Chang 邱國樑 Kuo-Liang Chiu 王守正 Shou-Cheng Wang 黃國棟 Kuo-Tung Huang 蔡明儒 Ming-Ju Tsai 陳逸婷 Yi-Ting Chen
執行編輯 Executive Editors	黃雨婕 Yu-Chieh Huang 吳寬澧 Kuan-Li Wu 潘奕宏 Yi-Hung Pan 鄭至宏 Chih-Hung Cheng 張旭良 Hsu-Liang Chang 莊政皓 Cheng-Hao Chuang
執行秘書 Executive Secretary	張山岳 Shan-Yueh Chang
編輯顧問 Editorial Consultant	賴俊良 Chun-Liang Lai

學會秘書處

會 址：108002 台北市萬華區中華路一段74號4樓
電 話：(02) 2314-4089
E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net
網 址：www.tspccm.org.tw



印刷公司：星采設計有限公司
地址：新北市新店區二十張路一巷一弄七號一樓 電話：(02) 8911-6904

※本會訊由台灣胸腔暨重症加護醫學會以季刊發行，
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。
中華郵政高雄雜字第238號執照登記為雜誌交寄



目錄

理事長的話.....	3
主編的話.....	4
會務活動	
活動訊息.....	6
會議記錄	
第十九屆第十次理、監事聯席會會議紀錄.....	8
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A Rapidly Worsening Chest Condition in a 71-Year-Old Woman with Dermatomyositis	
提供：黃雨婕 Yu-Chieh Huang、鄭至宏 Chih-Hung Cheng 醫師	
高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科.....	18
醫學新知	
• 吸入型曲前列素 (Inhaled Treprostinil) 於特發性型肺纖維化之治療 (TETON-2臨床試驗) Inhaled Treprostinil for Idiopathic Pulmonary Fibrosis	
編譯：潘奕宏 Yi-Hung Pan 醫師 安泰醫療社團法人安泰醫院 胸腔內科.....	20
• FLAURA2試驗最終分析：Osimertinib合併化學治療於EGFR突變晚期非小細胞肺癌之總生存效益 Survival with Osimertinib plus Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC	
編譯：莊政皓 Cheng-Hao Chuang 醫師	
高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科.....	23
• 重症相關高血糖與新發生糖尿病：回溯性世代研究 Critical Illness-Associated Hyperglycemia and New-Onset Diabetes: A Retrospective Cohort Study	
編譯：張旭良 Hsu-Liang Chang 醫師 高雄市立小港醫院 胸腔內科.....	27
通訊繼續教育.....	30
吐納園地	
Mayo Clinic進修雜感	
作者：吳寬澧 Kuan-Li Wu 醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科.....	38
活動集錦.....	43
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	50



理事長的話

親愛的會員朋友們，大家好：

近期國際局勢持續動盪，從地區衝突升溫、能源價格波動，到全球氣候異常與極端天氣頻繁發生，都對民眾健康與醫療體系帶來新的挑戰。尤其高溫、空氣品質不穩定及傳染病型態改變，對呼吸道疾病與重症照護造成更大壓力；同時全球多國也面臨醫護人力不足與醫療資源分配不均等問題，更凸顯胸腔暨重症醫學的重要性與責任。面對快速變動的醫療環境，我們更需要持續精進專業、深化跨領域合作，並與國際醫學趨勢保持接軌。



本會第60期會訊彙整了今年4月至6月的重要學術活動與繼續教育課程，包括氣喘、COPD、重症照護、肺癌精準醫療、免疫治療與感染症等多元領域，共舉辦十餘場實體及線上研討會與認證課程，充分展現學會在臨床教育與專業推廣上的持續努力。其中包括IL-5 COPD Expert Dialogue、Immunology Summit、2026 Post ATS Symposium、肺癌精準醫療工作坊、機械通氣重症繼續教育課程，以及即將於六月底在高雄萬豪酒店舉辦的年度夏季會等重要活動。感謝各委員會、工作小組及所有講師與會員朋友的熱情參與，也特別感謝主編彭忠衍院長與編輯團隊的辛勞，讓本期會訊內容更加豐富精彩。

今年學會也持續推動多項重要工作，包括 Asthma 與 COPD 認證課程、重症聯甄認證制度，以及年底的 2026 台灣胸腔暨重症加護醫學年會規劃。隨著部定重症專科制度逐步推進，學會將持續與相關醫學會及主管機關密切溝通，希望建立更完善且符合臨床需求的制度，保障會員權益並提升整體醫療品質。同時，學會也持續關注呼吸器、肺功能相關檢測及新型生物製劑等健保給付議題，積極為會員與病人爭取更完善的醫療環境。

本期會訊除精彩活動報導外，也特別收錄胸腔重症案例分享、三篇最新醫學新知，以及深受會員喜愛的「吐納園地」，希望透過臨床經驗交流與新知分享，讓會員朋友在忙碌的臨床工作之餘，仍能獲得實用而多元的學習內容。

六月夏季會即將到來，誠摯邀請各位會員朋友踴躍參與，一同交流臨床經驗、掌握最新醫學進展，也藉由與國內外專家的互動，提升台灣胸腔暨重症醫學在國際舞台上的能見度與影響力。

祝福各位會員朋友
身體健康、工作順利、萬事如意。

理事長

陳育民

敬上



主編的話

時序進入梅雨季節，呼吸道疾病也似乎隨著潮濕氣候悄然升溫。一如以往，本期精選一則臨床重症案例與三篇國內外最新研究，期望在繁忙臨床工作之餘，為讀者帶來兼具深度與實用性的知識交流。

本期胸腔暨重症案例由高雄醫學大學附設中和紀念醫院胸腔內科黃雨婕及鄭至宏醫師提供：一名 71 歲女性因數週以來逐漸惡化的全身無力住院，後續診斷為皮肌炎 (dermatomyositis)，接受免疫抑制劑與靜脈注射類固醇治療。住院期間病人出現發燒、呼吸困難加劇及低血氧惡化，在皮肌炎及強力免疫抑制治療背景下，合併白血球低下與進行性呼吸衰竭，需高度懷疑伺機性感染。此類病人臨床表現複雜，早期支氣管鏡檢查與肺組織病理評估，有助於鑑別感染、藥物性肺炎及間質性肺病 (ILD) 急性惡化，以利及早介入治療並改善預後。



本期亦精選三篇近期重要研究。第一篇由安泰醫療社團法人安泰醫院胸腔內科潘奕宏醫師選讀，刊登於《N Engl J Med》2026 年關於特發性肺纖維化 (IPF) 治療的新進展。IPF 為進行性肺部纖維化疾病，目前仍以 Pirfenidone 與 Nintedanib 等抗纖維化藥物為主要治療。近期 TETON-2 第三期試驗評估吸入型 Treprostinil 於 IPF 患者中的療效，共納入 593 位病人。研究結果顯示，接受 52 週治療後，Treprostinil 組肺功能下降幅度明顯小於安慰劑組，且臨床惡化事件較少，顯示其可有效延緩疾病進展。由於約 75% 病人同時接受既有抗纖維化藥物治療，因此 Treprostinil 未來較可能作為加成治療策略使用。雖然最常見副作用為咳嗽，且停藥率偏高，顯示耐受性仍待進一步評估，但整體而言，吸入型 Treprostinil 為 IPF 治療提供了新的方向，未來有望成為標準治療的重要補充。

第二篇為 FLAURA2 試驗最終分析：Osimertinib 合併化學治療於 EGFR 突變晚期非小細胞肺癌之總生存效益，由高雄醫學大學附設中和紀念醫院胸腔內科莊政皓醫師選讀。研究結果顯示，對於 EGFR 突變晚期非小細胞肺癌患者，第一線使用 Osimertinib 合併含鉑化療及 Pemetrexed，相較單用 Osimertinib，可顯著延長整體存活期 (47.5 個月 vs. 37.6 個月)。此結果證實，早期採取標靶合併化療策略，不僅能延長疾病控制時間，也能帶來實際存活獲益，進一步鞏固合併治療於 EGFR 突變晚期肺癌第一線治療中的地位。然而，合併治療亦伴隨較高副作用風險，第 3 級以上不良事件發生率高於單藥治療，因此臨床上仍需依病人體能狀況與治療耐受性，審慎選擇最適合的策略。



第三篇則聚焦於重症相關高血糖與新發生糖尿病之關聯，由高雄市立小港醫院胸腔內科張旭良醫師選讀一篇回溯性世代研究。研究顯示，無糖尿病病史的加護病房病人，若住院期間出現重症相關高血糖 (critical illness-associated hyperglycemia, CIAH) 並需使用胰島素控制血糖，其未來五年內發展為糖尿病的風險約增加兩倍。本研究共分析 6,633 位 ICU 存活者，結果發現 CIAH 組糖尿病發生率明顯高於非 CIAH 組 (4.1% vs. 1.8%)。研究認為，CIAH 可能反映潛在胰島素阻抗或早期代謝異常，因此對於 ICU 期間曾出現高血糖的病人，出院後應加強糖尿病篩檢與長期追蹤，以利早期介入與慢性病管理。

此外，本期「吐納園地」專欄由高雄醫學大學附設中和紀念醫院胸腔內科吳寬澧醫師分享赴 Mayo Clinic 進修一年的心得。吳醫師於 Mayo Clinic 擔任 research fellow，從繁忙臨床工作轉入基礎研究，重新學習以較緩慢而深入的節奏思考醫學與研究。他深刻感受到 Mayo「患者需求優先」的文化，以及高度開放的跨領域合作精神；同時也觀察到美國對工作與生活平衡的重視。在嚴寒冬季、極光、節慶與滑雪等生活體驗中，他重新思考醫師角色與人生節奏。對他而言，出國進修最大的收穫，不僅是研究成果，更是在陌生環境中重新認識自己，也鼓勵所有心中懷抱想法的人，勇敢踏出舒適圈，迎向不同的人生視野。

2026 年適逢民間俗稱六十年一遇的「赤馬紅羊年」，象徵能量旺盛、變動快速，也提醒我們在高壓與變局中，更需保持冷靜與節奏。面對充滿挑戰的一年，或許更需要「以柔克剛」的智慧，凡事穩健推進、循序漸進，避免因急躁而過度消耗。也祝福各位讀者，在繁忙的臨床與研究工作之外，仍能保有充沛而穩定的生命能量，從容迎接每一次挑戰。

祝福各位會員朋友
歲歲端陽，吉慶安康

主編

彭忠衍

敬上

115年 研討會、繼續教育課程行事曆

日期	名稱	地點
04月09日 (星期四)	IL-5 COPD Expert Dialogue-taipei	台北喜來登 B2 星月廳+線上會議
04月10日 (星期五)	IL-5 COPD Expert Dialogue- taichung	台中日月千禧+線上會議
04月12日 (星期日)	Asthma 認證課程 (羅東博愛)	羅東博愛醫院住院大樓二樓視聽中心
04月12日 (星期日)	COPD 認證課程 (台北馬偕)	台北馬偕紀念醫院 平安樓 15 樓 階梯講堂
04月14日 (星期二)	COPD P4P 的進化：從全球指引到台灣的 精準落地	線上會議
04月24日 (星期五)	IMMNOLOGY SUMMIT	台北喜來登 B2 壽廳+線上會議
04月25日 (星期六)	IMMNOLOGY SUMMIT – Severe Asthma Forum	林酒店
05月09日 (星期六)	Clearing the Clouds: Next-generation Antimicrobials and Cross-Disciplinary Strategies	高雄 H2O 水京棧國際酒店 2 樓 宴會 A 廳
05月10日 (星期日)	機械通氣重症繼續教育課程(中區)	中國醫藥大學附設醫院癌症中心 階梯教室
05月23日 (星期六)	大師系列講座--醫療團隊的影響力文化： 與新世代共融的關鍵密碼	松山區復興北路 99 號 2 樓 犇亞會議中心 201 會議室
05月23日 (星期六)	PRECISION MEDICINE WORKSHOP: Collaborative Precision in NSCLC: A Multidisciplinary Dialogue on NGS Application and Resistance Management	線上會議
05月24日 (星期日)	COPD 認證課程 (羅東博愛)	羅東博愛醫院行政大樓二樓視聽中心
06月06日 (星期六)	2026 Post ATS Symposium	台大醫學院 403 講堂 (線上+實體)
06月06日 (星期六)	Precision Practice Impact: Driving Real-World Evolution in Lung Cancer	台南晶英酒店 四樓風逸軒 (線上+實體)
06月12日 (星期五)	From Evidence to Practice: Global Insights on Maintenance and Second-Line Therapy in SCLC	晶華酒店 4F 第 1 貴賓廳
06月14日 (星期日)	COPD 認證課程 (花蓮慈濟)	花蓮慈濟醫院
06月27日 (星期日)	夏季會	高雄萬豪酒店



下述活動現正規劃中

- Asthma認證課程
- COPD認證課程
- 重症聯甄認證課程
- 2026台灣胸腔暨重症加護醫學會年會

以上所有活動，最終細節以本會網頁(<https://www.tspccm.org.tw/>)公告為主



台灣胸腔暨重症加護醫學會 第19屆第10次理、監事聯席會會議紀錄

日期：民國 115 年 03 月 17 日 (二) 18:30

地點：君品酒店 5F + 線上會議

主席：陳育民 理事長

紀錄：劉軒吟

應出席人員：理事 17 位、監事 5 位。(依姓名筆畫)

- (一) 理事長陳育民、理事王金洲、理事古世基、理事何肇基、理事杭良文、理事林基正、理事林鴻銓、理事施金元、理事夏德椿、理事彭忠衍、理事彭殿王、理事陽光耀、理事黃明賢、理事楊政達、理事賴俊良、理事鍾飲文、理事鄭世隆
- (二) 常務監事林恒毅、監事徐武輝、監事陳昌文、監事黃崇旂、監事謝俊民
- (三) 列席人員：秘書長周昆達、副秘書長劉景隆、副秘書長張博瑞、副秘書長江起陸、執行秘書張山岳、執行秘書羅柏鈞、執行秘書洪緯欣、秘書劉軒吟、秘書陳妍安、秘書柯羽亭、秘書黃鈺婷

實到人員：理事 15 位、監事 5 位。(依姓名筆畫)

- (一) 理事長陳育民、理事王金洲 (線上)、理事何肇基、理事杭良文 (線上)、理事林基正 (線上)、理事林鴻銓 (線上)、理事施金元 (線上)、理事夏德椿 (線上)、理事彭忠衍 (線上)、理事陽光耀、理事黃明賢、理事楊政達、理事賴俊良 (線上)、理事鍾飲文 (線上)、理事鄭世隆 (線上)
- (二) 常務監事林恒毅 (線上)、監事徐武輝 (線上)、監事黃崇旂 (線上)、監事陳昌文、監事謝俊民 (線上)
- (三) 列席人員：秘書長周昆達、副秘書長劉景隆、副秘書長張博瑞、副秘書長江起陸、執行秘書張山岳、執行秘書羅柏鈞、秘書劉軒吟、秘書陳妍安、秘書柯羽亭、秘書黃僑眉

請假人員：理事 2 位、監事 0 位

- (一) 理事古世基、理事彭殿王

報告事項：

一、理事長陳育民報告。

二、常務監事報告。

三、秘書長周昆達報告：

(1)第九次理監事聯席會議決議事項執行進度：

- 討論案一：審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 4 位。
執行進度：錢穎群、孫傳硯、羅柏鈞、林文仁已完成通知並更新資料。

附件連結





- 討論案二：審核「申請榮譽會員」申請案，共 4 位。
執行進度：葉仁和、賴永發、張漢煜、蔡俊明已完成通知並更新資料。
- 討論案三：審查「114 年度胸腔暨重症醫學專科醫師訓練報備暨準會員入會」申請案，共 41 位。
執行進度：已完成入會作業。
- 討論案四：審查「台灣胸腔暨重症加護醫學會 114 年度胸腔暨重症醫學專科醫師甄審通過入會一般會員」申請案，共 34 位提出。
執行進度：已完成入會作業。
- 討論案五：審核「支氣管內視鏡超音波專業認證」申請案，通過人數共計 1 人。
執行進度：已核發證書於柯宏勸醫師。
- 討論案六：提議編制「肺功能檢查手冊」。
執行進度：由呼吸道疾病委員會統籌辦理。
- 討論案七：提請討論修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會章程」第四章「組織及職權」十條。
執行進度：已於 114 年度會員大會通過。
- 討論案八：提請討論修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會章程」第五章「會議」二十三條。
執行進度：已於 114 年度會員大會通過。

(2)2026 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會於 06 月 27 日(星期六)至 06 月 28 日(星期日)於高雄萬豪酒店舉辦，年會議程請參閱(附件一)。

四、本季公家機關來函：

(1)衛生福利部中央健康保險署(附件二)

115 年 1 月 9 日健保審字第 1150670041 號「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬定會議特材部份第 80 次會議(115 年 1 月)」討論案第 1 案「“賽耐司”諾瓦讓體外循環管組」納入健保給付案。

辦理情形：。

(2)衛生福利部中央健康保險署

115 年 1 月 29 日健保審字第 1150670041 號「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬定會議特材部份第 80 次會議(115 年 1 月)」會議記錄一份。

辦理情形：學會存查。

(3)衛生福利部中央健康保險署(附件三)

115 年 1 月 16 日健保醫字第 1150660038 號有關本署與臺灣阿斯特捷利康股份有限公司 (AZ)MOU 合作項目於慢性阻塞性肺病 (COPD) 防治領域，訂於 115 年 1 月 26 日假本署召開 COPD 成果發表會案。

辦理情形：學會存查秘書處派員出席。

(4)衛生福利部中央健康保險署(附件四)

115 年 1 月 19 日健保醫字第 1150660007 號「檢送本署 114 年 12 月 24 日召開「全民健康保險醫療服務支付項目及支付標準共同擬訂會議」114 年第 4 次會議紀錄」。

28006C 支氣管鏡檢查 Bronchoscopy(支付點數 1,680 調整至 2,938)

30022C 特異過敏原免疫檢驗(適應症修正)

辦理情形：學會存查。

(5)衛生福利部中央健康保險署(附件五)

115 年 2 月 9 日健保醫字第 1150102270 號有關「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」(下稱氣喘方案)之修正建議(附件)，請貴會協助於文到一個月內提供專業意見，請查照。

辦理情形：由呼吸道疾病委員會於 115 年 3 月 12 日回覆健保署。

(6)衛生福利部中央健康保險署(附件六)

115 年 2 月 10 日健保醫字第 1140057653 號檢送本署 115 年 1 月 26 日舉辦與臺灣阿斯特捷利康股份有限公司(AZ)MOU 合作項目於慢性阻塞性肺病(COPD)防治領域成果發表會之會議備忘錄(附件)，請查照。

結論：存查並轉知公共事務小組。

(7)衛生福利部中央健康保險署(附件七)

115 年 2 月 10 日健保審字第 1150670370 號為「研議尚未納入健保給付特殊材料之「貝聲門下抽吸管腔之氣管內管」計 2 品項納入健保給付案，請貴會於文到 1 個月內惠示卓見供參，請查照惠復。」

辦理情形：由肺感染及結核病委員會於 115 年 3 月 6 日回覆健保署。

(8)衛生福利部國民健康署(附件八)

115 年 2 月 10 日國健婦字第 1150460488 號「為建立本署罕見疾病個案通報審查專家名單，惠請貴學會推薦專科醫師擔任 115 年審查專家，請查照。」

辦理情形：由肺血管及肺高壓委員會於 3 月 7 日回覆國民健康署(委員名單：徐紹勛專家、劉景隆專家)

(9)衛生福利部(附件九)

115 年 2 月 25 日衛部醫字第 1151661783 號「重症醫學科納入部定專科之配套措施研商會議」

辦理情形：由重症委員會推派陽光耀醫師代表學會出席。

(10)衛生福利部國民健康署(附件十)

115 年 3 月 4 日國健婦字第 1150460606 號「醫療性生育保存補助試辦方案」擴大補助對象第 1 次討論會議」

辦理情形：由肺腫瘤委員會推派郭志熙醫師代表學會出席。

五、各委員會以及任務工作小組會議：

- (1)115 年度「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」。
- (2)學術委員會(附件十一)
 - 2026 年繼續教育課程安排。
 - 2026 年夏季會議程安排。
- (3)財務委員會
- (4)教育與出版委員會
 - 預計 115 年 5 月 23 日假犇亞會議中心舉辦醫學人文相關課程。
- (5)胸腔醫學編輯委員會
 - 2026 年 03 月第 41 卷第 1 期已完成出刊。
 - 目前審稿中 Original article 12 篇、Case report 21 篇、已接受未刊登 Original article 11 篇、Case report 10 篇。
- (6)呼吸道疾病委員會(附件十二)
 - 115 年度肺阻塞與氣喘認證課程已公告至自在呼吸健康網。
 - 嚴重氣喘生物製劑使用個案登錄研究進行收案中。
 - Asthma 及 COPD 手冊、肺功能檢查手冊編撰中。
 - 113 年度專案計畫(延續進度):
 - ◆ 支氣管擴張症研究(進行中研究)。
 - ◆ Taiwan Bronchiectasis Registry study 收案中。
 - ◆ BEST 及 Eradication study 持續進行收案中。
- (7)肺腫瘤委員會
 - 2024 台灣肺癌共識指引(投稿期刊審查中)。
 - 登錄計畫執行中項目。
 - ◆ Taiwan ROS1 Lung Cancer Registry 登錄工作將持續收案。
 - ◆ HER2 alteration 肺癌病例登錄計畫。
 - ◆ ALK/rare fusion 肺癌病例登錄計畫。
 - ◆ 台灣廣泛期小細胞肺癌患者一線免疫化療療效之回溯性研究。
- (8)睡眠醫學委員會
 - 居家睡眠檢查(HSAT)新增健保給付案，說明內容以及成本分析修正中。
 - 2026 睡眠醫學工作坊(PSG檢查)，預定 6 月份舉辦，籌備中。
 - 胸重夏季會睡眠醫學領域預計演講 ICSD-3-TR 以及臨床實例，籌備中。
- (9)重症醫學委員會(附件十三)
 - 規劃 115 年度重症聯甄認證課程北中區共兩場，並推舉負責委員。
 - 規劃夏季會重症聯甄課程主題。
 - 推舉重症聯甄筆試、口試及核心課程負責委員。
 - 推派年度機械通氣北區課程負責委員。
 - 協助規畫部定重症專科醫師訓練與認證相關事宜。

- (10)重症醫學專科醫師聯合甄審委員會
- 協助衛福部規畫部定重症專科醫師訓練與認證制度。
- (11)間質性肺病及罕見疾病委員會
- 115年02月25日於嘉楠風華酒店舉辦2026 Interstitial Lung disease Multi-disciplinary discussion。
 - 115年03月17日於台北國泰萬怡酒店2樓荷花廳、茶花廳舉辦Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion。
- (12)肺部環境及職業醫學委員會
- 2026年夏季會議程演講、題目之規劃。
- (13)肺感染及結核病委員會
- 115年03月28日於台北六福萬怡酒店舉辦「Navigating the Nexus: Precision Strategies for Complex Respiratory Infections」研討會。
- (14)肺部介入委員會
- 籌備2026 Intervention pulmonology 論壇。
 - 籌備2026支氣管鏡內視鏡超音波及實作課程。
 - 籌備2026支氣管鏡技術師認證課程。
- (15)外科委員會
- (16)呼吸治療委員會
- (17)肺血管及肺高壓委員會
- Pulmonary Hypertension Webinar。2026年03月07日(星期六)北區地點：臺大醫院，實體與線上與會人數：90名。
- (18)健保及醫療政策工作小組

項目	提案日期		適應症/點值	追蹤動向
「六分鐘步行測試」支付規範案	111年12月23日	健保碼：17023B	原本適應症：肺高壓，新增中度肺阻塞（ICD-10-CM: J41-J44）病患，FEV1 < 80% predicted 以及間質性肺病（ICD-10-CM: J84） 一年最多申報二次 建議點值：900	115年3月3日回覆醫藥品查驗中心來信詢問相關問題
建議修訂診療項目「支氣管鏡檢查(28006C)」	113年8月19日	28006C	建議點值：由1680提升至2938 適應症：無變動	114/12/24健保署共擬會議已通過，115年2月23日詢問目前於衛生服利部覆核中。
侵襲性呼吸器優化管理計畫	113年8月30日	待設立	侵襲性呼吸器優化管理胸腔科醫師診察費 建議點值：1000 1. 適應症：於加護病房使用侵襲性呼吸器大於3天，但21天(含)內之病人。 2. 須完成「加護病房入住呼吸衰竭與呼吸器脫離評估」並併入病人之病歷紀錄備查。 3. 每位患者每7天至多申報2次。 4. 每位患者總計不得申報超過6次 5. 1位醫師每次申報最多為20位使用侵襲性呼吸器病人	114年09月03日健保專家會議：通過，待進共擬會議。 已於9/25，總額協商通過「114年健保署新增「加護病房侵襲性呼吸器優化管理計畫」2.5億元」 待調整方案內容後，將進行醫院研商會議



項目	提案日期		適應症/點值	追蹤動向
脈衝振盪肺功能 (IOS)	113年5月29日	待設立	1. 適用範圍：診斷為肺阻塞(J41-J44)、氣喘(J45-J46)，且符合下列任一條件： (1) 肺量計檢查(17003C)結果無異常，且有症狀需執行呼吸功能檢測者。 (2) 3-7歲之兒童符合上述診斷者。 2. 申報專科別：內科、兒科 3. 申報次數：一年最多申報1次。 4. 申報費用時必要附件：IOS圖形檢查紀錄、醫師判讀報告、執行技術員與判讀醫師之認證證明。 5. 執行限制：限受過操作訓練之醫療人員，執行技術人員與判讀醫師需修習由台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會共同制定之「兒童IOS操作技術員認證課程」及「兒童IOS判讀認證課程」。 6. 兒童加成項目。 建議點值:715	115年3月12日專家會議已通過，待進共擬會議研議。
特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 為全民健康保險重大傷病項目	113年09月23日	待設立		書面審查中 (114/11/25)

(19)公共事務工作小組

(20)國際學術交流工作小組

• 2026 國際醫學學術會議補助

會議	實體		補助總金額	會議日期	申請截止日期
	補助人數	補助費用			
SCCM 會議	4 位	每位 5 萬	20 萬	03/22-03/24	02/26
ATS 會議	11 位	每位 5 萬	55 萬	05/17-05/20	04/17
ASCO 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	05/29-06/02	04/29
WCLC 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	09/12-09/15	08/12
ESMO 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	10/23-10/27	09/23
ERS 會議	11 位	每位 5 萬	55 萬	09/05-09/09	08/05
ESICM 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	10/10-10/14	09/10
APSR 會議	5 位	每位 3 萬	15 萬	11/19-11/22	10/19

(21)青年工作小組

• 2026 年夏季會議程演講、題目之規劃及如何提昇青年醫師參與課程活動意願。

(22)四地X光教學連線

壹、討論事項

一、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 7 位。

說明：本學會認可之胸腔內科暨重症或胸腔外科暨重症指導醫師必須在「胸腔醫學雜誌」或「Respirology」雜誌以第一作者或correspondent發表一篇原著學術論文以取得胸腔專科指導醫師資格條件之一：

- (1)取得本學會胸腔暨重症專科醫師資格滿 3 年，以及重症加護專科醫師或聯委會核發給之重症專科醫師資格，並仍從事胸腔及重症相關疾病臨床照護工作者。
- (2)取得本學會胸腔暨重症專科醫師，以及重症加護專科醫師資格或聯委會核發給之重症專科醫師資格，且具部定講師資格(含)以上者。
- (3)取得其他專科學會胸腔外科專科醫師資格滿 3 年，且實際從事胸腔外科臨床及教學業務者，需檢具相關資料，並由甄審委員會個別認證。

序號	會籍	姓名	會號	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	取得學會	聯委重專取得日	服務單位	備註：其它資格文件/胸腔醫學雜誌原著論文/Respirology 原著論文	符合資格
1	一般會員	莊政皓	1705	1527	助理教授	2021/12/11	3457	胸重	2022/12/24	高醫	prognostic implications of Pneumococcal Urine Antigen positivity in Critically Ill COVID-19 Patients	符合
2	一般會員	黃國揚	1434	1257	NA	2013/12/7	2790	胸重	2015/1/1	彰基	High Mortality Rates of Pneumocystis jirovecii Pneumonia in Non-HIV-Positive Patients with Malignant Tumors: A Retrospective Observational Study	符合
3	一般會員	胡栢璋	1675	1497	講師	2020/12/12	3403	胸重	2022/1/1	陽大	Correlations between blood vessel distribution, lung function and structural change in idiopathic pulmonary fibrosis	符合
4	一般會員	陳沛興	1684	1506	講師	2021/12/11	3360	胸重	2021/12/25	台大	Three-Dimensional Reconstruction for Mediastinal Surgery in a Patient with Left-Sided Superior Vena Cava	符合
5	一般會員	郭鈞璋	1648	1470	助理教授	2019/12/7	3299	胸重	2020/12/19	成大	Comparative Survival Analysis of Using Different Doses of Cisplatin and Carboplatin Doublets as Adjuvant Chemotherapy in Resected Early-Stage Non-Small Cell Lung Cancer: A Single Center Retrospective Cohort Study	符合
6	一般會員	羅永鴻	1368	1192	助理教授	2012/12/8	2629	胸重	2013/12/22	北榮	Real-world Efficacy of Dacomitinib in Patients with Previously EGFR-TKI-treated Pulmonary Adenocarcinoma	符合
7	一般會員	陳明珠	1637	1459	講師	2019/12/7	3290	胸重	2020/12/19	三總	Successful Weaning Predictive Model for Respiratory Care Center Patients	符合

※結論：照案通過。

二、審核「申請榮譽會員」申請案，共 4 位。

說明：(1)依照本會章程第三章第五條第二款之規定：一般會員年齡屆滿六十五歲且入會年資滿二十五年者，自願申請本會之榮譽會員。

(2)本會章程第三章第六條第二項：一般會員具有選舉權、被選舉權，榮譽會員及準會員無表決權、選舉權、被選舉權及罷免權。

序號	姓名	會號	入會時間	年齡	符合資格
1	吳政元	429	1991/10/31	67	V
2	梁生澤	343	1989/2/24	73	V
3	楊文達	591	2000/2/18	67	V
4	賴信良	94	1983/10/4	72	V

※結論：照案通過。

三、審查「台灣胸腔暨重症加護醫學會 114 年度胸腔暨重症醫學專科醫師甄審通過入會一般會員」申請案，共 4 位提出申請。

說明：相關規定如下，依本會章程第三章第五條第一項規定：凡國內外醫學院學系(科)畢業，持有醫師證書滿五年，且在教學醫院從事胸腔疾病有關之醫療、教學或研究工作二年以上，持有證明者，經由本會會員二人之介紹申請入會，經理監事會審查通過者得為一般會員。

序號	會號	姓名	胸專證號	服務單位/訓練單位	科別
1	1845	江侑洵	1667	臺北榮民總醫院	胸腔內科
2	1847	傅昱璋	1669	中國醫藥大學附設醫院	胸腔內科
3	1859	李彥辰	1681	新竹馬偕醫院	胸腔內科
4	1868	嚴閱騰	1690	國立臺灣大學附設醫院新竹臺大分院	胸腔內科

※結論：照案通過。

貳、臨時動議

LDCT聯合發布新聞稿一事

說明：【聯合聲明稿】針對近期低劑量電腦斷層 (LDCT) 肺癌篩檢之相關討論說明

※結論：經討論後，決議由各醫學會自行發布聲明，不採取聯合發布方式。

參、下次會議時間：

肆、散會



2026
台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會
2026 Summer Workshop of Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

June 27-28, 2026 (Sat-Sun)
高雄萬豪酒店
Kaohsiung Marriott Hotel



第十九屆第十次理、監事聯席會會議紀錄

Jun 27 SAT

TIME	萬享宴會廳 B	萬享宴會廳 C	萬享宴會廳 D	萬享宴會廳 E
11:30	報到【請持身份證刷到】			
12:00 13:10				友華生技醫藥股份有限公司 Extrafine Triple Therapy: A New Approach to Asthma Control 講師：陳彥甫 醫師 座長：陳崇裕 醫師 Targeting Small Airways with Extrafine ICS/LABA in Asthma 講師：陳威志 醫師 座長：鄭世隆 醫師
13:20 14:00	呼吸道疾病 (Airway Disease) Obesity-Related Response to Biologics in Severe Asthma: How to Choose? 講師：黃俊凱 醫師 座長：陳育民 醫師	間質性肺病 (Interstitial Lung Disease) Acute Exacerbation of Interstitial Lung Disease: Early Diagnosis and Treatment 講師：林玠模 醫師 座長：林鴻銓 醫師	肺部介入 (Interventional Bronchoscopy) Advances in Mediastinal Tissue Acquisition in the Era of Interventional Pulmonology 講師：黃彥翔 醫師 座長：何肇基 醫師	青年工作小組 (Youth Committee) From 'Seeing' to 'Reaching': Practical Clinical Applications of CT Navigation and Lung Tumor Ablation 講師：張凌愷 醫師 座長：徐武輝 醫師
14:00 14:40	呼吸道疾病 (Airway Disease) Biological Treatment in COPD: What Is Promising? 講師：黃偉彰 醫師 座長：彭殿王 醫師	間質性肺病 (Interstitial Lung Disease) Comorbidities in Idiopathic Pulmonary Fibrosis and Progressive Pulmonary Fibrosis 講師：唐士恩 醫師 座長：杭良文 醫師	肺部介入 (Interventional Bronchoscopy) Endobronchial Microwave Ablation- A Single Center Experience 講師：施慧瑄 醫師 座長：夏德椿 醫師	青年工作小組 (Youth Committee) From Clinical Data to High- Impact Publications: Translational Strategies for Building and Publishing ILD Cohort Studies 講師：傅彬貴 醫師 座長：賴俊良 醫師
14:40 15:10	Coffee Break			
15:10 15:50	呼吸道疾病 (Airway Disease) Comparative Effectiveness of Biologic Classes in Severe Asthma 講師：吳秉宸 醫師 座長：黃崇旂 醫師	肺感染及結核病 (Tuberculosis and Infection Control) Promises and Pitfalls: Respiratory Vaccines in Patients with Chronic Lung Diseases 講師：鄭孟軒 醫師 座長：謝俊民 醫師	睡眠醫學 (Sleep Medicine) 15:10-15:30 Sleep-Related Breathing Disorders – CSA 講師：廖培雅 醫師 座長：陳濤宏 醫師 15:30-15:50 Sleep-Related Breathing Disorders – OSA 講師：孫傳琨 醫師 座長：陳濤宏 醫師	肺部環境與職業醫學 (Pulmonary Environment and Occupation Medicine) The Health Burden of Air Pollution in Taiwan 講師：蘇一峰 醫師 座長：彭忠衍 醫師
15:50 16:30	呼吸道疾病 (Airway Disease) COPD or Severe Asthma: from Clinical, Functional and Pathological Views 講師：吳玟韜 醫師 座長：鄭世隆 醫師	肺感染及結核病 (Tuberculosis and Infection Control) Less Is More? The Potential Role of Short-Course Tuberculosis Therapy in Taiwan 講師：樹金忠 醫師 座長：古世基 醫師	睡眠醫學 (Sleep Medicine) 15:50-16:10 Sleep-Related Hypoventilation (SRH) Disorders: Pathophysiology and Clinical Subtypes 講師：鍾心珮 醫師 座長：鍾欽文 醫師 16:10-16:30 Sleep-Related Hypoxemia: Pathophysiology and Clinical Implications 講師：鄭至宏 醫師 座長：鍾欽文 醫師	肺部環境與職業醫學 (Pulmonary Environment and Occupation Medicine) Work-Related Asthma 講師：潘奕宏 醫師 座長：林基正 醫師
16:30 17:40	台灣百靈佳格翰股份有限公司 Balancing Efficacy and Safety: A Holistic Approach to Adjusting Inhaled Corticosteroid Intensity 講師：黃俊凱 醫師 座長：王金洲 醫師 Acute Exacerbation in IPF 講師：陳威志 醫師 座長：陽光耀 醫師	賽諾菲股份有限公司 Precision Biologic Selection: Unlocking Higher Clinical Remission in Severe Asthma 講師：Prof. Atsuyasu Sato 座長：李岡遠 醫師 Dupilumab Across Respiratory Indications: Evidence from Clinical Trials and Real World Practice 講師：蕭逸函 醫師 座長：簡榮彥 醫師	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司 台灣分公司 座長：林鴻銓 醫師 GOLD Highlights: COPD Exacerbation and RSV related CV-risk 講師：許健威 醫師 Early Optimization With Triple Therapy 講師：蕭惠元 醫師 Anti-IL5 Therapy for eosinophilic COPD 講師：莊立邦 醫師	臺灣阿斯特捷利康股份有限公司 Navigating the First-Line Challenge: Using Evidence-Led Strategies to Secure Durable Survival 講師：楊景堯 醫師 座長：施金元 醫師 Overcoming the Gap in Recurrence Risk with Adjuvant Therapy for Early-Stage EGFRm NSCLC 講師：莊政皓 醫師 座長：王金洲 醫師
18:00 21:00	晚宴 (萬享宴會廳 A)			



Jun 28 SUN

TIME	萬享宴會廳 B	萬享宴會廳 C	萬享宴會廳 D
08:30	報到【請持身份證刷到】		
09:00 09:40	 <p>鏈結國際視野 Connecting Horizons: TSPCCM Meets APSR</p> <p>09:00-09:05 Opening Remarks Moderator: Prof. Yuh-Min Chen</p> <p>09:05-09:35 A Paradigm Shift in COPD Management: Deciphering the Role of Type 2 Targeted Therapy in CoPD Speaker: Prof. Atsuyasu Sato Moderator: Prof. Chul-Gyu Yoo</p> <p>09:35-09:45 Q & A</p>	<p>重症聯甄 (Critical Care Medicine) Resuscitation & Post-Cardiac Arrest Care: 2025 Guideline Updates 講師：張維安 醫師 座長：陽光耀 醫師</p>	<p>肺腫瘤 (Thoracic Oncology) Review of Small Cell Lung Cancer Treatment 講師：江起陸 醫師 座長：王金洲 醫師</p>
09:40 10:20	<p>09:45-10:15 Publishing in Respiriology Speaker: Prof. David CL Lam Moderator: Prof. Yoshinori Hasegawa</p> <p>10:15-10:25 Q & A</p>	<p>重症聯甄 (Critical Care Medicine) Hemodynamic Monitoring & Shock Management: From Guidelines to Precision Resuscitation 講師：陳鍾岳 醫師 座長：林恒毅 醫師</p>	<p>肺腫瘤 (Thoracic Oncology) Review of Pre/Post Operation Treatment in Lung Cancer 講師：鄭文建 醫師 座長：黃明賢 醫師</p>
10:20 10:50	Coffee Break		
10:50 11:30	<p>10:50-11:20 Emerging Advances in Lung Cancer Speaker: Prof. Yung-Hung Luo Moderator: Prof. Yuh-Min Chen</p> <p>11:20-11:30 Panel Discussion & Q&A All Speakers/Moderators</p>	<p>重症聯甄 (Critical Care Medicine) Beyond Survival: Optimizing Patient-Centered Outcomes via the PADIS Framework 講師：趙文震 醫師 座長：陳昌文 醫師</p>	<p>肺腫瘤 (Thoracic Oncology) Review of Immunotherapy in Lung Cancer 講師：蘇柏嵐 醫師 座長：施金元 醫師</p>
11:30 12:10		<p>重症聯甄 (Critical Care Medicine) Automated Closed-Loop Versus Protocolized Conventional Ventilation in Critically Ill Adults 講師：郭耀文 醫師 座長：林孟志 醫師</p>	<p>肺腫瘤 (Thoracic Oncology) Review of TKIs in Lung Cancer (Besides of EGFR & ALK) 講師：吳寬澧 醫師 座長：楊政達 醫師</p>
12:10 13:20	<p style="text-align: center;">萬享宴會廳 D</p> <p>台灣百靈佳格翰股份有限公司 The Marathon of Targeted Therapy: Navigating Long-Term Care in the TKI Era 講師：陳友木 醫師 座長：王金洲 醫師</p> <p>Precision Medicine in NSCLC: Navigating the Landscape of HER2 mutations 講師：王馨儀 醫師 座長：何肇基 醫師</p>	<p style="text-align: center;">萬享宴會廳 E</p> <p>臺灣阿斯特捷利康股份有限公司 三重優勢 共懸驅動！別讓肺傷心！ 講師：陳家弘 醫師 座長：陽光耀 醫師</p> <p>TSLP in Mixed-Phenotype Severe Asthma: From Mechanism to Clinical Impact 講師：蕭逸函 醫師 座長：魏裕峯 醫師</p>	
13:20	大會結束		



胸腔暨重症案例

[Case]

A 71-year-old woman was admitted to the general medical ward with a several-week history of progressively worsening generalized weakness. She was diagnosed with dermatomyositis and subsequently treated with immunosuppressive therapy along with intravenous corticosteroids. During hospitalization, she developed fever, progressive dyspnea, and worsening oxygen desaturation. Initial laboratory investigations revealed leukopenia (WBC 1,710/ μ L) and a markedly elevated C-reactive protein (CRP) level of 57.24 mg/L. Rapid antigen tests for COVID-19 and influenza were negative.

提供：黃雨婕 Yu-Chieh Huang、鄭至宏 Chih-Hung Cheng 醫師
高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科

[Question]

What is your diagnosis?

- A. Bacterial pneumonia
- B. Invasive pulmonary aspergillosis
- C. Interstitial lung disease with acute exacerbation
- D. Cytomegalovirus pneumonitis

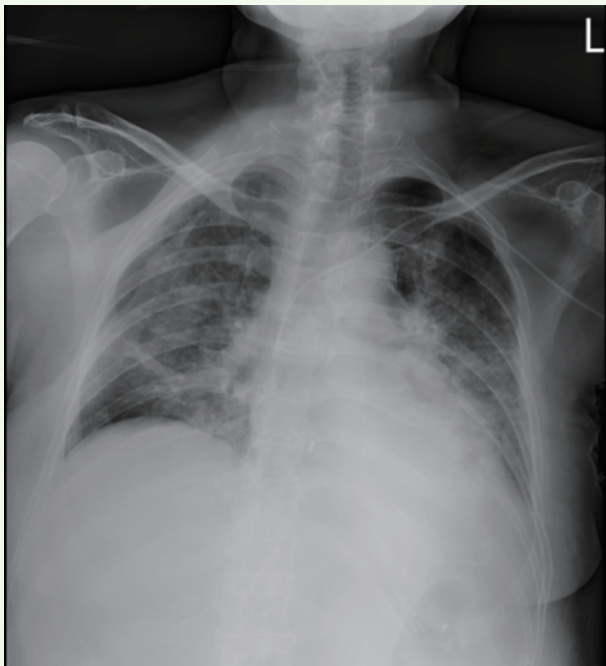


Figure 1. Chest radiograph.

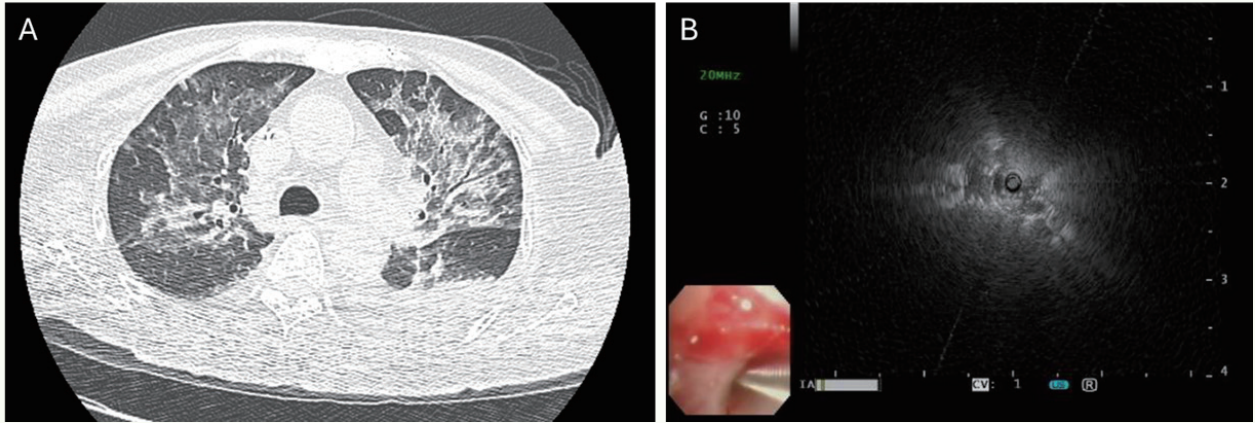


Figure 2. (A) Computed tomography (CT) of the chest.
(B) Radial probe endobronchial ultrasound (R-EBUS) was performed to localize the lesion in the left B3 (LB3) segment.

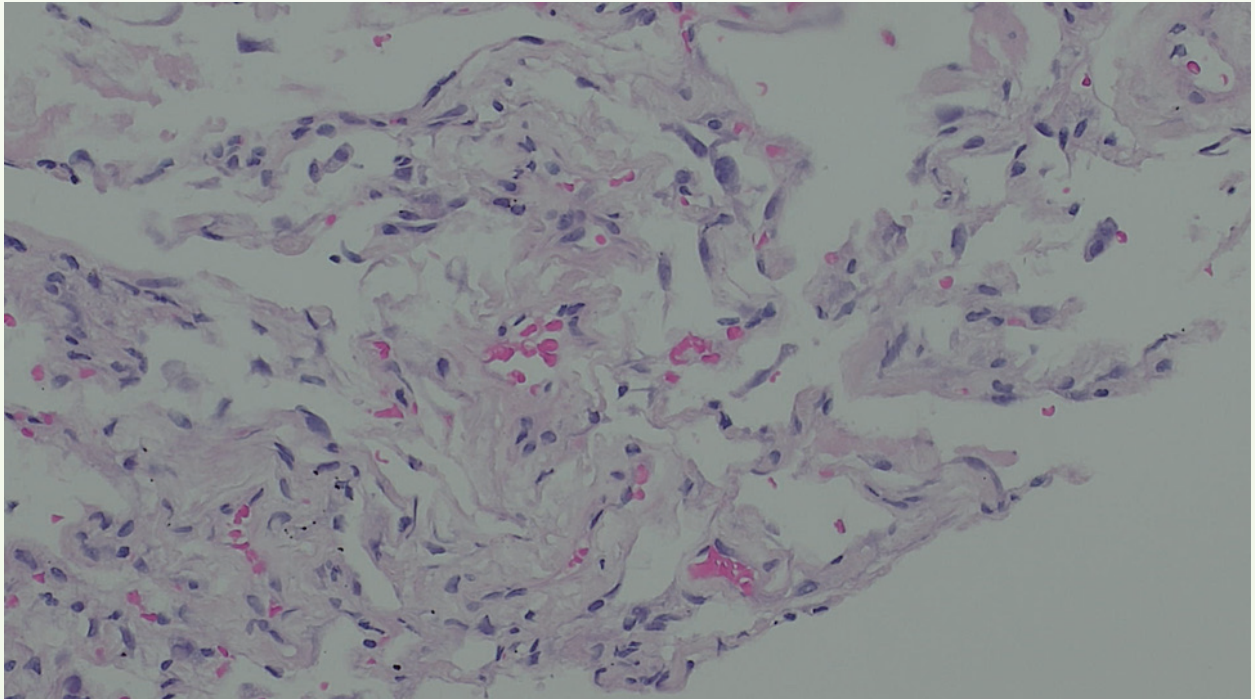


Figure 3. Hematoxylin and eosin (H&E) staining of the transbronchial lung biopsy (TBLB) specimen (original magnification: 200×).

醫學新知I

吸入型曲前列素 (Inhaled Treprostinil) 於特發性型肺纖維化之治療 (TETON-2臨床試驗)

摘自：Nathan SD, Smith P, Deng C, et al. Inhaled Treprostinil for Idiopathic Pulmonary Fibrosis. N Engl J Med 2026; doi: 10.1056/NEJMoa2512911 (Online ahead of print).

編譯：潘奕宏 Yi-Hung Pan 醫師 安泰醫療社團法人安泰醫院 胸腔內科

背景

臨床前研究顯示，吸入型曲前列素 (treprostinil) 可能透過抗纖維化機轉，對特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 具有治療潛力，且已有臨床觀察支持此一假設。

方法

本研究為第三期、雙盲、隨機分派試驗，將 IPF 病人分配接受吸入型 treprostinil 或安慰劑治療 (每日 4 次，每次 12 吸)，治療期間為 52 週。

主要終點為第 52 週時用力呼氣肺活量 (forced vital capacity，FVC) 相較基期之絕對變化量。

次要終點依預設順序分析以控制多重比較 (multiplicity)，包括：臨床惡化與 IPF 急性發作 (均以時間至事件分析)、第 52 週前死亡、第 52 週時預測值百分比 FVC 之變化、生活品質、一氧化碳肺擴散能力 (diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide，DLCO) 之變化。試驗亦對安全性進行評估。

結果

共 593 名病人接受隨機分派並至少接受一次治療 (treprostinil 組 298 人，安慰劑組 295 人)。其中 463 人 (treprostinil 組 224 人，安慰劑組 239 人) 完成 52 週評估。病人平均年齡為 71.7 歲，80.1% 為男性，基期平均 FVC 為預測值 76.8%，且 75.4% 病人已同時在接受抗纖維化治療。第 52 週時 FVC 中位數變化：treprostinil 組 - 49.9 mL (95% 信賴區間 [confidence interval，CI]：- 79.2 至 - 19.5)，安慰劑組 - 136.4 mL (95% CI：- 172.5 至 - 104.0)，兩組差異為 95.6 mL (95% CI, 52.2 至 139.0； $P < 0.001$)。臨床惡化事件發生率：treprostinil 組 81 人 (27.2%)，安慰劑組 115 人 (39.0%) (風險比 [HR]：0.71；95% CI：0.53 至 0.95； $P = 0.02$)。由於兩組在 IPF 急性發作時間上未達顯著差異，因此後續次要終點未進行推論性分析。最常見不良事件為咳嗽 (treprostinil 組 48.3%，安慰劑組 24.1%)。Treprostinil 組與安慰劑組的停藥率分別為 33.6% 與 24.7%，其中約半數病人停藥的主要因為不良事件。



結論

在 IPF 病人中，相較於安慰劑，為期 52 週的吸入型 treprostinil 治療可顯著減緩 FVC 下降，並降低臨床惡化事件。

編譯者評論

IPF 藥物治療在過去十餘年間，主要依賴兩項經第三期臨床試驗證實之抗纖維化藥物——pirfenidone 與 nintedanib。近年來新型抗纖維化藥物逐漸進入後期臨床試驗階段，例如 nerandomilast 亦已取得適應症，使治療選項逐步擴展。

Treprostinil 原為肺動脈高壓治療藥物，其後被發現具有抗纖維化潛力。本研究 TETON-2 為其於 IPF 之關鍵第三期試驗之一（另一為 TETON-1），顯示吸入型給藥可在既有治療背景下進一步減緩肺功能下降，具有重要臨床意義。

值得注意的是，本試驗約 75% 患者同時接受既有抗纖維化治療，顯示 treprostinil 可能作為加成（add-on）治療策略，而非單一替代療法。此外，吸入型給藥理論上可降低全身性副作用與藥物交互作用，亦符合慢性肺部疾病治療的藥物遞送邏輯。

然而，本研究亦有數項限制：一、IPF 急性惡化未達統計顯著，導致後續次要終點無法進行序列推論；二、尚未提供完整次族群分析（例如不同背景抗纖維化藥物之交互影響）；三、停藥率偏高（約三成），顯示耐受性仍需進一步評估。

整體而言，吸入型 treprostinil 為 IPF 治療提供了新的作用機轉與給藥途徑，未來若 TETON-1 試驗結果一致，並進一步釐清與現行抗纖維化治療之最佳併用策略，將可能改變 IPF 的標準治療模式。

Inhaled Treprostinil for Idiopathic Pulmonary Fibrosis

Nathan SD, Smith P, Deng C, et al. Inhaled Treprostinil for Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med* 2026; doi: 10.1056/NEJMoa2512911 (Online ahead of print).

Background: Preclinical data indicate that inhaled treprostinil may be useful for the treatment of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) through an antifibrotic mechanism, a premise that is supported by clinical observation.

Methods: In this phase 3, double-blind trial, we randomly assigned patients with IPF to receive inhaled treprostinil or placebo (12 breaths four times daily) over a period of 52 weeks. The primary end point was the change from baseline in the absolute forced vital capacity (FVC) at week 52. Secondary end points, which were analyzed in a prespecified order to control for multiplicity, were clinical worsening and acute exacerbation of IPF (each assessed in a time-to-event analysis), death by week 52, and the change from baseline in the percentage of predicted FVC, quality of life, and the diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide by week 52. Safety was also assessed.

Results: A total of 593 patients underwent randomization and received at least one dose of treprostinil (298 patients) or placebo (295 patients). Of these, 463 patients (224 in the treprostinil group and 239 in the placebo group) completed the trial assessments through week 52. The mean age of the patients was 71.7 years, 80.1% were men, the mean FVC at baseline was 76.8%, and 75.4% of the patients were receiving background antifibrotic therapy. The median change in FVC at week 52 was -49.9 ml (95% confidence interval [CI], -79.2 to -19.5) in the treprostinil group and -136.4 ml (95% CI, -172.5 to -104.0) in the placebo group; the between-group difference in the change in FVC was 95.6 ml (95% CI, 52.2 to 139.0; $P < 0.001$). Clinical worsening occurred in 81 patients (27.2%) in the treprostinil group and 115 patients (39.0%) in the placebo group (hazard ratio, 0.71; 95% CI, 0.53 to 0.95; $P = 0.02$). No substantial between-group difference in the time to IPF exacerbation was observed, and so no further inferences with regard to subsequent secondary end points were made. The most common adverse event was cough, reported in 48.3% of the patients in the treprostinil group and 24.1% of those in the placebo group. Discontinuation of treprostinil or placebo occurred in 33.6% and 24.7%, respectively, with approximately half these patients citing adverse events as the primary reason for discontinuation.

Conclusions: In patients with IPF, inhaled treprostinil was associated with a smaller decline in FVC and fewer clinical-worsening events than placebo over a period of 52 weeks. (Funded by United Therapeutics; TETON-2 ClinicalTrials.gov number, NCT05255991.).

醫學新知II

FLAURA2 試驗最終分析： Osimertinib 合併化學治療於 EGFR 突變晚期非小細胞肺癌之總生存效益

摘自：Jänne PA, Planchard D, Kobayashi K, et al. Survival with Osimertinib plus Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC. N Engl J Med 2026; 394(1):27-38.

編編譯：莊政皓 Cheng-Hao Chuang 醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科

背景

此試驗先前的主要分析已顯示，對於表皮生長因子受體 (epidermal growth factor receptor, EGFR) 突變之晚期非小細胞肺癌 (non-small-cell lung cancer, NSCLC) 患者，第一線使用 osimertinib 合併含鉑藥物及 pemetrexed 化學治療，較 osimertinib 單藥治療可顯著延長無惡化存活期 (progression-free survival, PFS)。本次報告為預先規劃之整體存活期 (overall survival, OS) 最終分析結果。

Osimertinib 為第三代 EGFR-TKI，可選擇性地抑制 EGFR 敏感性突變 (EGFR-TKI-sensitizing) 及 T790M 耐藥性突變。既往臨床數據顯示，於標靶治療中加入化療可能進一步延長 EGFR-TKI 的臨床療效，FLAURA2 研究即為驗證此一概念而設計。先前結果已證實，針對 EGFR 突變的晚期非小細胞肺癌 (NSCLC) 患者，第一線使用 Osimertinib 併用含鉑類藥物及 Pemetrexed 化療，其無惡化生存期 (Progression-free survival, PFS) 顯著優於 Osimertinib 單藥治療。本報告旨在呈現該研究預設之總生存期 (Overall Survival, OS) 最終分析。

研究方法

本研究為第三期、國際性、開放標籤 (open-label) 隨機試驗。納入對象為未曾接受晚期疾病治療、且帶有 EGFR 突變 (第 19 外顯子缺失 [exon 19 deletion] 或 L858R 突變) 之晚期 NSCLC 患者。受試者以 1:1 比例隨機分派接受下列治療之一：

- 合併治療組：osimertinib 80 mg 每日 1 次，合併 pemetrexed 500 mg/m² 及含鉑藥物 [cisplatin 75 mg/m² 或 carboplatin (依藥動學導引劑量)]
- 單藥治療組：osimertinib 80 mg 每日 1 次

本研究的關鍵次要終點 (key secondary end point) 為整體存活期。

研究結果

共 557 位患者接受隨機分派，合併治療組 279 人，單藥治療組 278 人。

合併治療組的中位整體存活期為 47.5 個月，單藥治療組為 37.6 個月；死亡風險比 (hazard ratio, HR) 為 0.77 (95% 信賴區間 [confidence interval, CI] · 0.61 至 0.96 ; P=0.02) · 顯示合併治療可顯著延長整體存活期。

任何原因造成的第 3 級以上不良事件，在合併治療組與單藥治療組的發生率分別為 70% 與 34%。因不良事件而導致 osimertinib 停藥的比例，分別為 12% 與 7%。

共有 557 位患者參與隨機分配 (聯合治療組 279 人；單獨治療組 278 人)。總生存期 (OS)：合併治療組的中位總生存期 (mOS) 達 47.5 個月，顯著優於單獨治療組的 37.6 個月 (死亡風險比 [HR]: 0.77; 95% CI: 0.61–0.96; P = 0.02)。安全性分析：合併治療組發生第 3 級或以上不良事件的比例為 70%，而單獨治療組為 34%。因不良事件導致 Osimertinib 停藥的比例，在合併治療組為 12%，單獨治療組則為 7%。

結論

對於 EGFR 突變晚期 NSCLC 患者，第一線使用 osimertinib 合併含鉑藥物與 pemetrexed 化學治療，較 osimertinib 單藥治療可顯著延長整體存活期，但也伴隨較高風險的第 3 級以上可逆性不良事件。

針對 EGFR 突變的晚期 NSCLC 患者，第一線使用 Osimertinib 併用含鉑類及 Pemetrexed 化療，較單獨使用 Osimertinib 能顯著改善其總生存期。雖然合併療法與較高頻率的 3 級或以上可逆性不良事件相關，但其所帶來的生存獲益 (Survival benefit) 相當顯著。

編譯者評論

隨著對非小細胞肺癌分子致病機轉的理解日益深入，以及標靶藥物持續發展，過去二十年間肺癌精準醫療已為病人帶來顯著的生存獲益與生活品質改善。EGFR 突變是台灣及亞洲族群晚期非小細胞肺癌最常見的驅動基因異常之一，而 EGFR 標靶治療的發展，亦大幅改變了這群患者的治療策略與預後。

在先前的 FLAURA 研究中，第一線 osimertinib 已將 EGFR 突變晚期 NSCLC 患者的中位無惡化存活期與中位整體存活期分別提升至 18.9 個月與 38.6 個月。如何在此基礎上進一步延長存活，一直是近年臨床研究的重要方向。FLAURA2 的最終分析顯示，osimertinib 合併含鉑藥物及 pemetrexed 化學治療，可將中位整體存活期進一步推進至 47.5 個月，證實此合併策略不僅改善 PFS，也帶來具統計顯著性的 OS 獲益。

此結果的臨床意義在於，第一線治療已不再僅著眼於疾病控制時間的延長，更進一步證明早期採取較積極的合併治療策略，有機會轉化為實質的存活改善。尤其在 EGFR 突變晚



期NSCLC中，OS的提升具有高度臨床價值，也使FLAURA2成為現行第一線治療策略的重要依據之一。

然而，這樣的存活獲益並非沒有代價。與單用osimertinib相比，合併治療組第3級以上不良事件比例明顯增加，顯示治療強度提升的同時，也必須更審慎評估病人的體能狀態、共病情形、骨髓儲備及對副作用的耐受能力。因此，未來臨床實務上的關鍵，不僅在於證明合併治療有效，更在於如何挑選最適合接受此策略的患者，以在療效與安全性之間取得最佳平衡。

整體而言，FLAURA2最終分析進一步鞏固了osimertinib合併化學治療在EGFR突變晚期NSCLC第一線治療中的地位。對於適合接受較積極治療的患者，此策略提供了比單一標靶治療更佳的長期存活機會；但在實際應用上，仍需依個別病人的臨床特徵進行精準選擇。

隨著對於非小細胞肺癌病生理學的了解與藥物發展的進步，過去二十年肺癌的精準醫療為病人帶來顯著的生存獲益與生活改善。EGFR突變是台灣乃至於亞洲族群最常見的晚期非小細胞肺癌基因突變，EGFR標靶藥物的問世改變了這群病人的治療全貌；在過去使用第一線osimertinib治療的FLAURA study將這群病人的無惡化存活期與整體存活期中位數分別推展至18.9個月與38.6個月。如何讓這群EGFR突變的患者獲得更好的治療，是過去五年來大家進一步追尋的目標；科學家們不斷探索包括抗藥性機轉、腫瘤幹細胞與免疫微環境等課題，也試圖在臨床試驗中驗證理論的可行性。在FLAURA2研究中，我們看見合併治療將病人的整體存活期推進至47.5個月的中位數，在次族群分析中也展現對於過去預後不佳的L858R突變及腦部轉移次族群有相當優異的治療成績。重要的是，在過去我們顧慮的是病人的後續治療選項會影響整體存活的數據，但在FLAURA2研究中，合併治療的試驗組和osimertinib單方治療的控制組接受後續治療的比例分別是69%和77%，高比例的病人均接受後續治療減少了因為後續治療的不同導致整體存活時間差異的顧慮。另一方面，在FLUARA2研究中治療組和控制組接受後續治療的比例均高於FLAURA研究中osimertinib治療組和一代EGFR TKI控制組的60%，這也象徵了隨著病人照顧的進步與治療武器庫的擴展，能接受後續治療的病人比例上升。基於在無惡化存活期與整體存活期的優勢，合併治療在近一年已成為國外許多臨床指引及專家學者推薦的一線治療選項。但不可避免的，不論是合併化學治療的FLAURA2研究或合併amivantamab的MARIPOSA研究，副作用的比例與嚴重度都較單一標靶藥物治療來的明顯；如何挑選適當的病人最大化合併治療的好處並在治療過程盡可能減少合併治療的副作用將是臨床醫師與病人下一階段的挑戰。



Survival with Osimertinib plus Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC

Jänne PA, Planchard D, Kobayashi K, et al. Survival with Osimertinib plus Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC. *N Engl J Med* 2026; 394(1):27-38.

Background: The primary analysis of this trial showed that first-line treatment with osimertinib plus chemotherapy with a platinum-based agent and pemetrexed led to significantly longer progression-free survival than osimertinib monotherapy among patients with epidermal growth factor receptor (EGFR)-mutated advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC). Results from the planned final analysis of overall survival are needed.

Methods: In this phase 3, international, open-label trial, we randomly assigned in a 1:1 ratio patients with EGFR-mutated (exon 19 deletion or L858R mutation) advanced NSCLC who had not previously received treatment for advanced disease to receive either osimertinib (80 mg once daily) plus chemotherapy with pemetrexed (500 mg per square meter of body-surface area) and a platinum-based agent (cisplatin [75 mg per square meter] or carboplatin [pharmacologically guided dose]) or osimertinib monotherapy (80 mg once daily). The key secondary end point was overall survival.

Results: A total of 557 patients were randomly assigned to the osimertinib plus platinum-pemetrexed group (279 patients) or the osimertinib monotherapy group (278 patients). The median overall survival was 47.5 months in the osimertinib plus platinum-pemetrexed group and 37.6 months in the osimertinib monotherapy group (hazard ratio for death, 0.77; 95% confidence interval, 0.61 to 0.96; $P = 0.02$). Grade 3 or higher adverse events of any cause were reported in 70% of the patients in the osimertinib plus platinum-pemetrexed group and in 34% of the patients in the osimertinib monotherapy group; adverse events leading to the discontinuation of osimertinib were reported in 12% and 7%, respectively.

Conclusions: Among patients with EGFR-mutated advanced NSCLC, first-line treatment with osimertinib plus platinum-pemetrexed led to significantly longer overall survival than osimertinib monotherapy and was associated with an increased risk of reversible adverse events of grade 3 or higher. (Funded by AstraZeneca; FLAURA2 ClinicalTrials.gov number, NCT04035486.)

醫學新知III

重症相關高血糖與新發生糖尿病：回溯性世代研究

摘自：Soltani N, Häbel H, Nelson D, Mårtensson J. Critical Illness-Associated Hyperglycemia and New-Onset Diabetes: A Retrospective Cohort Study. Crit Care Med 2025;53(12):e2562-e2572.

編譯：張旭良 Hsu-Liang Chang 醫師

高雄市立小港醫院 (委託財團法人私立高雄醫學大學經營) 胸腔內科

摘要

研究目的

評估加護病房治療期間出現的重症相關高血糖 (critical illness-associated hyperglycemia · CIAH) · 是否與無既往糖尿病或糖尿病前期病史之加護病房存活性 · 日後發展為新發生糖尿病 (incident diabetes) 有關。

研究設計

回溯性觀察性研究。

研究地點

瑞典斯德哥爾摩 4 家大學醫院加護病房。

研究對象

共納入 2010 至 2021 年間入住加護病房的 6,633 名存活性；所有受試者於瑞典國家糖尿病登記系統 (National Diabetes Register · NDR) 中皆無既往糖尿病診斷紀錄 · 且入院時糖化血色素 (HbA1c) 低於 42 mmol/mol (6%)。

介入措施

無。

測量與主要結果

重症相關高血糖 (CIAH) 定義為：在加護病房住院期間 · 需使用胰島素以維持血糖在 6-10mmol/L (108-180mg/dL)。新發生糖尿病定義為：出院超過 30 天後 · 至 2023 年 9 月前 · 在瑞典國家糖尿病登記系統中新增糖尿病登錄。整體而言 · 共有 3,100 名病人 (46.7%) 在加護病房期間出現 CIAH。5 年累積糖尿病發生率在 CIAH 組較非 CIAH 組高 (CIAH 組為 4.1% · 95% 信賴區間 [confidence interval · CI]: 3.4%-4.9%); 非 CIAH 組為 1.8% · 95%CI: 1.3%-2.3%)。多變項 Cox 迴歸分析顯示 · CIAH 病人新發生糖尿病之校正後風險比 (adjusted hazard ratio) 為 2.15 (95%CI: 1.52-3.03)。此外 · 多變項競爭風險分析亦顯示 · CIAH 之校正後次風險比 (adjusted sub-hazard ratio) 為 2.20 (95%CI: 1.57-3.08)。

結論

在無既往糖尿病或糖尿病前期病史的加護病房病人中 · 若於加護病房治療期間出現重症相關高血糖 (CIAH) · 與出院後 5 年內發展為新發生糖尿病的風險增加有顯著相關。

編譯者評論

重症相關高血糖 (CIAH) 可能反映潛在代謝功能異常、早期胰島素阻抗，或重症壓力反應下葡萄糖恆定失衡，因此與後續新發生糖尿病風險增加存在生物學上的合理性。值得注意的是，處於早期胰島素阻抗階段的病人，在入住加護病房前未必已出現明顯高血糖或 HbA1c 升高，因此即使本研究已對 HbA1c 與 BMI 進行調整，仍無法完全排除潛在代謝異常的影響。

此外，本研究缺乏更直接的代謝評估資料，例如口服葡萄糖耐受試驗 (oral glucose tolerance test, OGTT)、C- 胜肽 (C-peptide) 或血脂檢測，因此對於 CIAH 究竟是壓力反應的表現，或已揭露潛在糖代謝異常，仍無法進一步區辨。研究亦缺乏種族與族群相關資訊，因此無法評估不同遺傳背景對糖尿病風險的影響。

另一方面，壓力性高血糖常見於敗血症等重症狀態，但本研究在特定疾病亞群，尤其敗血症病人的分析能力有限，未來仍需更大規模研究，以進一步釐清不同重症病因下 CIAH 與新發生糖尿病之關聯強度。

整體而言，本研究顯示：對於原本無糖尿病或糖尿病前期病史、且入院 HbA1c 低於 6% 的加護病房存活者，若在加護病房期間需使用胰島素以維持血糖於 108–180mg/dL，其出院後發展為糖尿病的風險顯著增加。此結果提示，對於這類病人，出院後主動安排糖尿病篩檢與後續追蹤照護，具有重要臨床價值。



Critical Illness-Associated Hyperglycemia and New-Onset Diabetes: A Retrospective Cohort Study

Soltani N, Häbel H, Nelson D, Mårtensson J. Critical Illness-Associated Hyperglycemia and New-Onset Diabetes: A Retrospective Cohort Study. *Crit Care Med* 2025;53(12):e2562-e2572.

Objective: To evaluate the relationship between critical illness-associated hyperglycemia (CIAH) during ICU treatment and the development of incident diabetes in ICU survivors without pre-existing diabetes or prediabetes.

Design: Retrospective observational study.

Setting: Four university hospital ICUs in Stockholm, Sweden.

Patients: A total of 6633 ICU survivors admitted between 2010 and 2021, with no prior diabetes diagnosis recorded in the Swedish National Diabetes Register (NDR) and a glycated hemoglobin A1c level below 42 mmol/mol (6%) at admission.

Interventions: None.

Measurements and main results: CIAH was defined as insulin administration to maintain blood glucose between 6 and 10 mmol/L (108-180 mg/dL) in ICU. Incident diabetes was defined as an NDR registration after ICU discharge, occurring beyond 30 days until September 2023. Overall, 3100 (46.7%) patients developed CIAH in the ICU. The 5-year cumulative diabetes incidence was higher in patients with CIAH (4.1%, 95% CI, 3.4-4.9%) compared with those without CIAH (1.8%, 95% CI, 1.3-2.3%). On multivariable Cox regression, the adjusted hazard ratio for incident diabetes was 2.15 (95% CI, 1.52-3.03) in patients with CIAH. Similarly, multivariable competing risk analysis revealed an adjusted sub-hazard ratio of 2.20 (95% CI, 1.57-3.08) for CIAH.

Conclusions: CIAH in ICU patients without pre-existing diabetes or prediabetes was associated with a higher risk of developing incident diabetes within 5 years of ICU discharge.



通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：2026年06月30日
- 當期作答分數須達(含)80分以上，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：(本題10分)

[Case]

A 71-year-old woman was admitted to the general medical ward with a several-week history of progressively worsening generalized weakness. She was diagnosed with dermatomyositis and subsequently treated with immunosuppressive therapy along with intravenous corticosteroids. During hospitalization, she developed fever, progressive dyspnea, and worsening oxygen desaturation. Initial laboratory investigations revealed leukopenia (WBC 1,710/ μ L) and a markedly elevated C-reactive protein (CRP) level of 57.24 mg/L. Rapid antigen tests for COVID-19 and influenza were negative.

提供：黃雨婕 Yu-Chieh Huang、鄭至宏 Chih-Hung Cheng 醫師
高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科

[Question]

What is your diagnosis?

- A. Bacterial pneumonia
- B. Invasive pulmonary aspergillosis
- C. Interstitial lung disease with acute exacerbation
- D. Cytomegalovirus pneumonitis

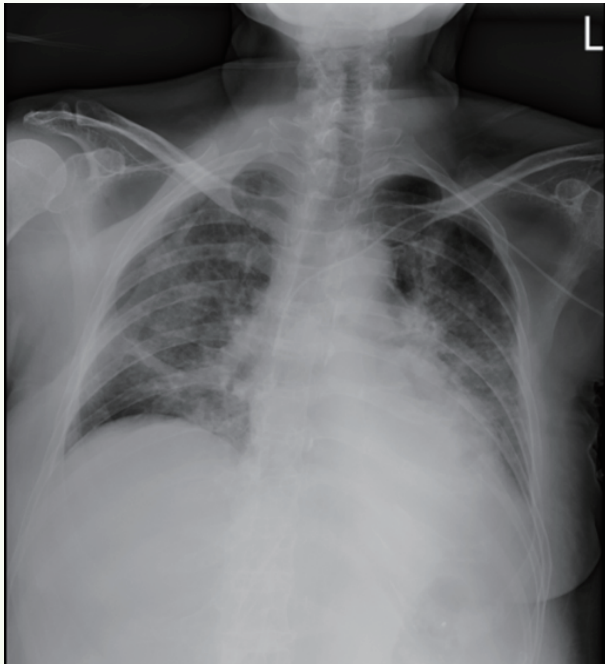


Figure 1. Chest radiograph revealed bilateral diffuse infiltrates with associated pleural effusions.

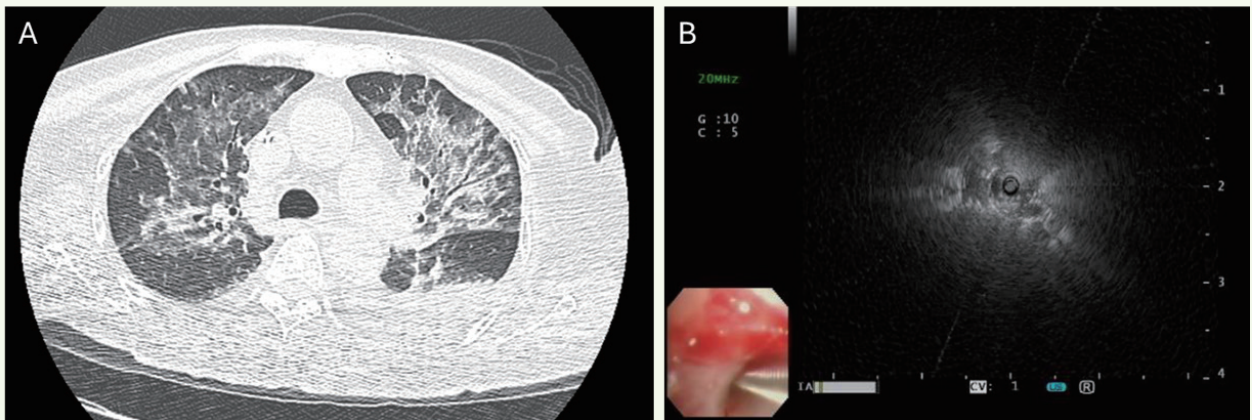


Figure 2. (A) Computed tomography (CT) of the chest demonstrated diffuse ground-glass opacities with focal consolidation. (B) Radial probe endobronchial ultrasound (R-EBUS) was performed to localize the lesion in the left B3 (LB3) segment.

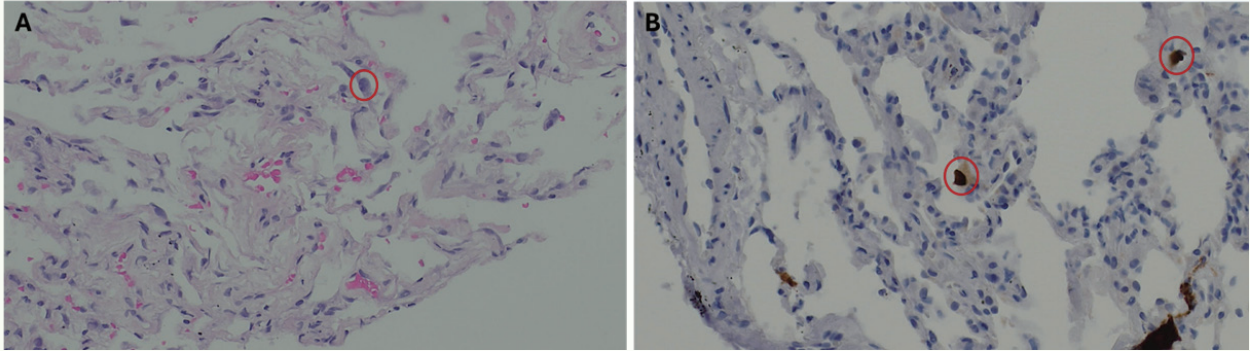


Figure 3. (A) Hematoxylin and eosin (H&E) staining of the transbronchial lung biopsy (TBLB) specimen reveals chronic inflammatory changes and scattered enlarged pneumocytes with suspicious intranuclear inclusion bodies (red circle) (original magnification: 200×). (B) Immunohistochemical (IHC) staining is positive for cytomegalovirus (CMV) (red circle) (original magnification: 200×).

選擇題：(每題 15 分)

2. 在 TETON-2 臨床試驗中，下列何者是吸入型 treprostinil 的主要試驗終點 (primary endpoint) ?

- (A) 全因死亡率
- (B) 用力呼氣肺活量 (FVC) 相較基期之絕對變化量
- (C) 六分鐘行走距離 (6-minute walk distance, 6MWD) 之變化
- (D) 一氧化碳肺擴散能力 (DLCO) 之變化

3. 在 TETON-2 臨床試驗中，下列敘述何者錯誤？

- (A) 多數受試者同時接受抗纖維化治療 (如 pirfenidone 或 nintedanib)
- (B) IPF 急性發作之時間至事件分析未達統計顯著差異
- (C) 本研究顯示 treprostinil 主要透過改善肺動脈高壓來提升 FVC
- (D) 吸入型 treprostinil 最常見的藥物不良反應為咳嗽

4. 根據 FLAURA2 試驗的最終分析結果，關於合併治療組 (osimertinib 併用化學治療) 與單藥治療組 (單用 osimertinib) 的整體存活期 (OS) 比較，下列敘述何者正確？

- (A) 合併治療組的中位整體存活期為 37.6 個月，顯著優於單藥治療組
- (B) 合併治療組與單藥治療組的整體存活期相近，無統計顯著差異
- (C) 合併治療組的中位整體存活期為 47.5 個月，較單藥治療組顯著延長
- (D) 單藥治療組的死亡風險比優於合併治療組



5. 關於 FLAURA2 試驗的安全性結果，下列何者最符合研究結果？
- (A) 合併治療組第 3 級以上不良事件發生率低於單藥治療組
 - (B) 合併治療雖增加高級別不良事件風險，但可帶來顯著整體存活獲益
 - (C) 合併治療組因不良事件導致 osimertinib 停藥的比例高達 70%
 - (D) 單藥治療組的安全性較差，因此不建議作為第一線治療
6. 下列何者最能解釋重症相關高血糖 (CIAH) 與日後新發生糖尿病風險增加之可能關聯？
- (A) 潛藏代謝功能異常
 - (B) 早期胰島素阻抗
 - (C) 重症壓力反應可能揭露原先未被診斷的糖代謝異常
 - (D) 以上皆是
7. 以下敘述何者正確？
- (A) 早期胰島素阻抗與肥胖或代謝異常無關
 - (B) 敗血症病人通常不易出現壓力性高血糖
 - (C) 糖尿病風險與族群或遺傳背景完全無關
 - (D) 在無既往糖尿病或糖尿病前期之加護病房病人中，CIAH 與出院後 5 年內新發生糖尿病風險增加有顯著相關

測驗回函

截止日：2026年06月30日

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

◎ 作答完畢後請以 E-mail 方式回覆至學會秘書處。

★ 學會秘書處

電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net



上期解答

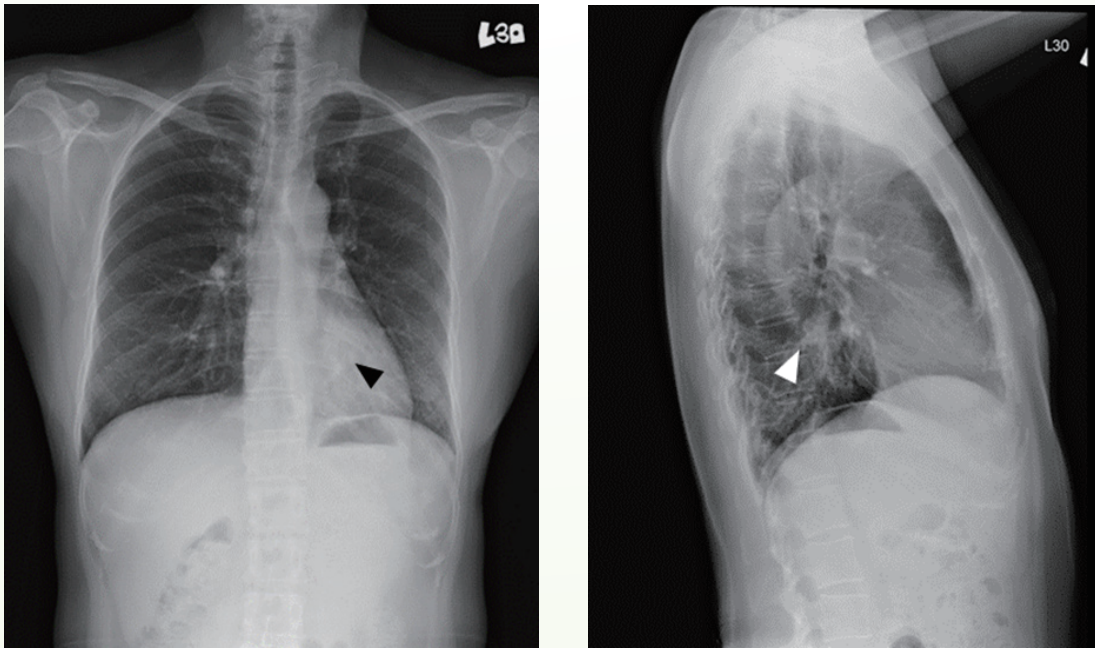


Fig.1: Chest plain film revealed a retrocardiac opacity in left lower lung (black and white arrowheads).

[Case]

A 40-year-old woman presented to the pulmonary clinic after an abnormal finding on a screening CXR. She had no significant past medical history and was a non-smoker. She denied cough, hemoptysis, chest pain, dyspnea, or weight loss. No palpable lymphadenopathy or abnormal breath sounds were noted. She had no prior history of pulmonary disease or related hospitalizations.

[Questions]

1. 您的診斷為何?
 - (A) Lung cancer
 - (B) Lung abscess
 - (C) Bronchogenic cyst
 - (D) Pulmonary sequestration
 - (E) Arteriovenous malformation.

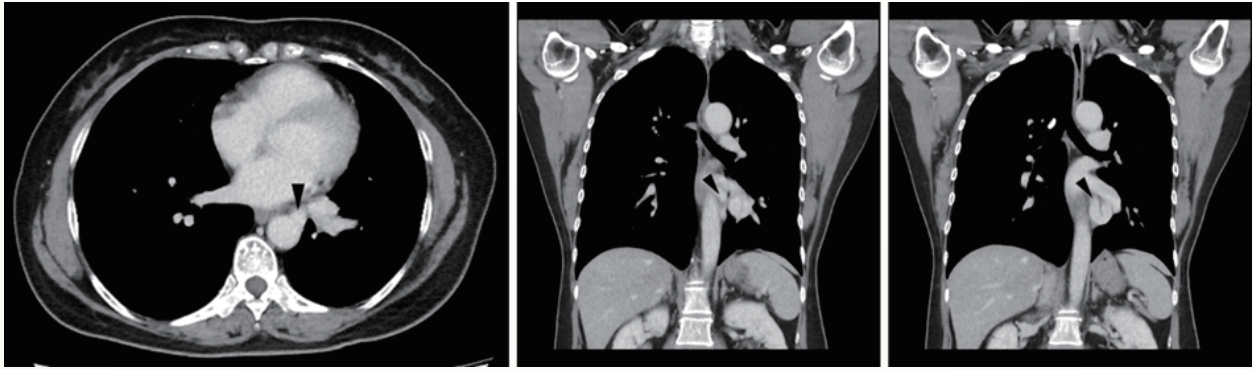


Fig.2: Contrast-enhanced CT images (axial and coronal views) demonstrate a thoracic aorta-to-left inferior pulmonary vein fistula (black arrowheads).

[Answer]

(E) Arteriovenous malformation: thoracic aorta-to- left inferior pulmonary vein fistula

Thoracic aorta-to-pulmonary vein fistula is an exceptionally rare vascular anomaly in which a systemic artery, usually the descending thoracic aorta, communicates directly or functionally with a pulmonary vein, producing a left-to-left shunt. This abnormal pathway allows high-pressure systemic blood to return rapidly to the left atrium, increasing left-sided volume load and potentially causing left atrial/left ventricular enlargement, mitral regurgitation, heart failure, or hemoptysis. Treatment now favors transcatheter embolization or vascular plug occlusion in suitable cases, while surgery remains an option for complex anatomy or failed intervention. Clinically, long-term follow-up remains necessary for patients who do not yet have obvious symptoms.

選擇題：

2. 根據本研究結果，下列何者最能描述吸菸者小氣道病變與肺氣腫之間的關係？

- (A) 肺氣腫通常先於終末細支氣管減少出現
- (B) 終末細支氣管減少僅出現在 COPD 患者，而非吸菸者
- (C) 小氣道阻塞與終末細支氣管減少可能在肺氣腫出現之前即已存在
- (D) 小氣道病變僅在末期 COPD 患者中可觀察到

答案：(C)



3. 本研究在組織病理學上觀察到的網狀結構型 (web-like obstruction) 主要與下列何種病理機轉相關？

- (A) 小氣道平滑肌增生
- (B) 黏液栓塞 (mucus plugs)
- (C) 肺泡間隔纖維化
- (D) 支氣管軟骨增厚

答案：(B)

4. 下列關於 sacituzumab tirumotecan 的敘述何者正確？

- (A) 為 PD-1 免疫檢查點抑制劑
- (B) 為 TROP-2 標靶抗體藥物複合體 (ADC)
- (C) 為第三代 EGFR-TKI
- (D) 為 VEGF 抑制劑

答案：(B)

5. 在 OptiTROP-Lung04 第三期試驗中，與鉑類化療相比，sacituzumab tirumotecan 的效果為何？

- (A) 無惡化存活期顯著縮短
- (B) 客觀反應率低於化療
- (C) 無惡化存活期與整體存活期均顯著改善
- (D) 治療相關副作用完全沒有發生

答案：(C)

6. 關於 Tirzepatide 在這項試驗中的表現與作用機制，下列敘述何者錯誤？

- (A) Tirzepatide 是一種 GIP 與 GLP-1 受體的雙重促進劑，可降低食物攝取量。
- (B) 試驗結果顯示，Tirzepatide 組在降低 AHI 及減輕體重方面皆優於安慰劑組。
- (C) 約有 50.2% 的受試者在治療一年後，其 AHI 降至臨床上可考慮停用 PAP 的程度。
- (D) 此研究證實 Tirzepatide 對於「正常體重」的 OSA 患者同樣具有顯著療效。

答案：(D)

7. 根據這項發表於 NEJM 的研究，關於 Tirzepatide 對於肥胖且患有 OSA 患者的生理指標影響，下列敘述何者正確？

- (A) 相較於安慰劑組，Tirzepatide 組在 AHI 的平均減少量較少。
- (B) 除了改善呼吸暫停外，Tirzepatide 對於收縮壓與發炎指標 (hsCRP) 並無顯著改善。
- (C) 試驗中觀察到最常見的副作用為心血管不良事件。
- (D) Tirzepatide 能顯著降低患者的缺氧負荷 (hypoxic burden) 並改善主觀睡眠品質。

答案：(D)

吐納園地

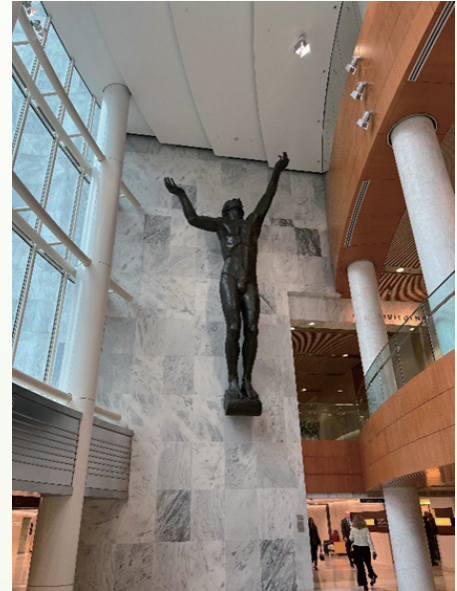
Mayo Clinic 進修雜感

吳寬澧 Kuan-Li Wu 醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科

飛機降落的那一刻，我透過舷窗往外看，只見一片平坦的農田與稀疏的樹林，延伸到視線的盡頭。我在心裡默默想：「這地方，真的很荒涼。」

Rochester，明尼蘇達州第三大城市，人口約十二萬三千人，卻比我居住高雄市的一個行政區還少。從機場開往市區的路上，沿途除了偶爾出現的加油站，幾乎看不到什麼建築。我不禁懷疑：舉世聞名的 Mayo Clinic，真的在這裡嗎？

到了之後，才慢慢理解，那種「荒涼感」其實是一種錯覺。Rochester 因為 Mayo Clinic 而聞名（當地人稱這裡為 Med-City），Mayo Clinic 也因為 Rochester 的沉靜而得以專心。偏遠，恰好把雜訊隔開，留下的，是醫學本身。



Saint Mary's Hospital, 是 Mayo Clinic 建立初期的醫院建築

龍捲風吹來的醫院

Mayo Clinic 的誕生，源自一場災難。1883 年，一場龍捲風摧毀了 Rochester，傷亡慘重。Mayo 醫師父子三人當時全力投入傷患救治。災後，當地的修女團體有感於醫療資源的不足，遂與 Mayo 家族合作，提議建立一間正式醫院。幾十年後，Mayo 家族完成了一項影響深遠的轉變：他們不再將醫院視為私人事業，而是將其轉型為以公共利益為核心的非營利機構，使醫療真正回歸服務社會的本質。

這個決定，奠定了 Mayo Clinic 的靈魂。“The needs of the patient come first”——患者的需求永遠優先——不是貼在牆上的口號，而是制度設計的起點。在這裡待久了，你會感受到這句話如何滲透到每一層決策之中：醫師怎麼排班、研究怎麼申請資源、跨科的合作怎麼發生。不是因為規定，而是因為那是 Mayo 人共同相信的事。

這讓我不禁想到台灣的醫療環境。我們從不缺使命感，也不缺認真投入的醫師，但在現行制度之下，使命感正一點一滴被消耗。它消耗在健保體制的框架中，消耗在永無止盡的門診人次與壓縮的診療時間裡，也消耗在繁瑣的行政作業與逐漸失衡的工作與生活之間。使命感變得昂貴，昂貴在時間、昂貴在精力，更昂貴在那些被文書與電腦系統吞噬的午後。

Mayo 讓我看見的，不是台灣做不到，而是我們仍未找到一個能夠承載使命感、讓專業得以長久發揮的制度結構。



Man and Freedom雕像，是Gonda Building大廳的經典標誌。

臨床醫師重新學做實驗

我在 Mayo 的身份是 research fellow，有整整一年的時間從臨床工作中抽離，全心投入實驗室。剛開始很不習慣。身為胸腔科醫師，日常是門診、查房、開會、教學，那種節奏是快的、有立即回饋的。實驗室的時間感完全不同：一個 Western blot 要等一整天，一組細胞實驗要跑好幾週。剛開始那幾個月，我常坐在實驗台前，不確定自己是否在對的地方。

但慢慢地，我開始欣賞這種慢。研究的時間是拉長的，思考也隨之拉長了。我在胸腔科多年養成的臨床直覺：哪個病人可能轉壞、哪個症狀要提高警覺，開始以另一種形式運作：哪個實驗結果可能是假陽性、哪個數據值得再追一輪。直覺的底層邏輯其實相通，只是換了一個場景。

我的研究主題是以反義寡核苷酸 (ASO) 治療肺腺癌。我們設計並測試了很多 ASO，再以脂質奈米顆粒 (LNP) 作為體內遞送的載體進行實驗。Mayo 的研究環境在這個過程中至關重要。需要 LNP 合成的專家？發一封信，幾天內就能坐下來討論。這種開放的合作文化不是偶然，而是被制度支撐的。這一點，深深影響了我回台灣之後推動合作的方式。

春天時，我從 Rochester 驅車六小時到芝加哥，參加 AACR 年會。美國癌症研究學會的年會是基礎腫瘤研究最重要的盛會之一，能在那個舞台上發表，是我多年的心願。站在展示壁報前，面對來自世界各地的研究者提問，補充我研究不足處之外，有著更多的交流。我意識到：人要走得夠遠，才能把近處的事情看清楚。

另一種工作觀

在 Mayo，我觀察到一件讓我持續思考的事：美國同事對工作與生活界線的態度，和我們有根本上的不同。到了下班時間，他們真的下班。家庭活動、親子時間、個人興趣，不是說說而已，是真實執行的。

起初我有些不解，心想研究不是應該拼到底嗎？但時間久了，開始理解：這不是不認真，而是一種不同的持久策略。他們把精力當作有限的資源在管理，而不是當作可以無限透支的本金。

實驗室裡的亞裔研究員，來自中國、日本、印度、韓國、越南各地都有。共通的特質是普遍留在實驗室的時間比美國同事長。我們常因為相近的工作節奏自然地成為好友，每天在實驗室並肩到深夜。某次聊天，一位中國同事笑說：「難怪我們英文都沒什麼進步，因為還是說中文的時間比英文多。」我笑著點頭，心裡卻也在想：這種努力的方式，到底是我們的優勢，還是某種我們還沒意識到的代價？

我沒有答案，但我帶回了這個問題。

零下三十度的生活

明尼蘇達的冬天，是我人生中從未想像過的冷。

屋中暖氣被嚴格要求整個冬天不能關，原因是怕關了隔天管線可能就凍裂。而萬一家中暖氣發生故障，那可是大事，當地人稱作 emergency，即便半夜也要趕快找人維修。

氣溫到零下二十度，學校就會停課，但大人還是得要上班。有一次早上開車出門，發現擋風玻璃上原本被小石子敲到的細小凹陷，在車內暖氣開啟後，直接裂成了近六十公分的一道長縫——不是撞到什麼，只是因為車內外溫差太大。後續更換擋風玻璃的 2700 美金帳單更是令人瞠目結舌，當然那又是另一個文化衝擊的故事了。

但北國的冬天，也有它無可取代的美。

十月某個夜晚，我在後院，看見了極光。不是旅遊廣告裡那種，而是真實的、靜默的、沒有觀光客的極光，在我租的小屋後方天空緩緩流動。我站在那裡，完全不知道該說什麼。手機拍不出那個感覺，只能讓自己繼續站著看。還有第一次見到結冰的瀑布，整片瀑布在嚴冬中靜止，成了一面巨大的冰牆，像時間被按下暫停鍵。



零下24度的Minnehaha Falls，位於Twin City內。



後院門打開就能看到極光，大人小孩第一次見到，直呼幸運極了。



滿滿儀式感的美國人

生活裡的儀式感也讓我著迷。萬聖節，鄰居們認真佈置院子，從小孩到父母全家變裝，那種真心投入讓我肅然起敬。我第一次刻南瓜，刻得歪歪扭扭，放上蠟燭之後卻覺得好看極了。復活節，大人們刻意安排了彩蛋活動，讓孩子們搶著找藏好的彩蛋，笑聲比陽光更燦爛，融化了草地上未退盡的殘雪。

這些節日對美國人是日常，對我是一一次次提醒：生活裡的儀式感，是對時間流逝的一種溫柔抵抗。我們的臨床生活往往是連續的、沒有斷點的，而這些節日強迫人停下來，說：今天不一樣。

在某次當地展覽中，我意外看見一件藝術作品：用靛染工藝呈現的DNA雙股螺旋。靛染是一種費工費時的傳統手藝，染料要一層一層浸透布料，急不得。我站在那件作品前想了很久：我們每天在實驗室裡操弄的基因結構，在另一個人的手裡，成了一幅安靜的工藝品。科學與文化原來可以在一個意想不到的地方相遇，而那個交會點，就在明尼蘇達一個不起眼的小展廳裡。

困難會過去，而美好會留下來

去年冬天，我學了滑雪板。

出發前猶豫了很久，心想自己這個年紀，沒有基礎，大概不行。但最後還是去了。第一天摔了很多次，第二天能滑一小段，第三天開始覺得風吹在臉上的感覺很不錯。

以為很難的事，開始了之後，往往沒那麼難。

這句話，是我這一年最誠實的總結。出發前，我擔心研究能不能做出成果、語言夠不夠用、錢夠不夠花，小朋友到異地會不會適應不良等。這些擔心都有道理，但沒有一個讓我後悔出去。



萬聖節的變裝秀。在美國，大人小孩都樂在其中。



刻南瓜燈，著實考驗內科醫師動刀的能力。



Indigo Dyeing Craft. 精緻的DNA圖樣展現在靛染布上。讓人讚嘆創作者的巧手。值得一提的是，作者也是在Mayo Clinic服務的研究人員。



學滑雪，實在是體力與心境上的挑戰和突破。

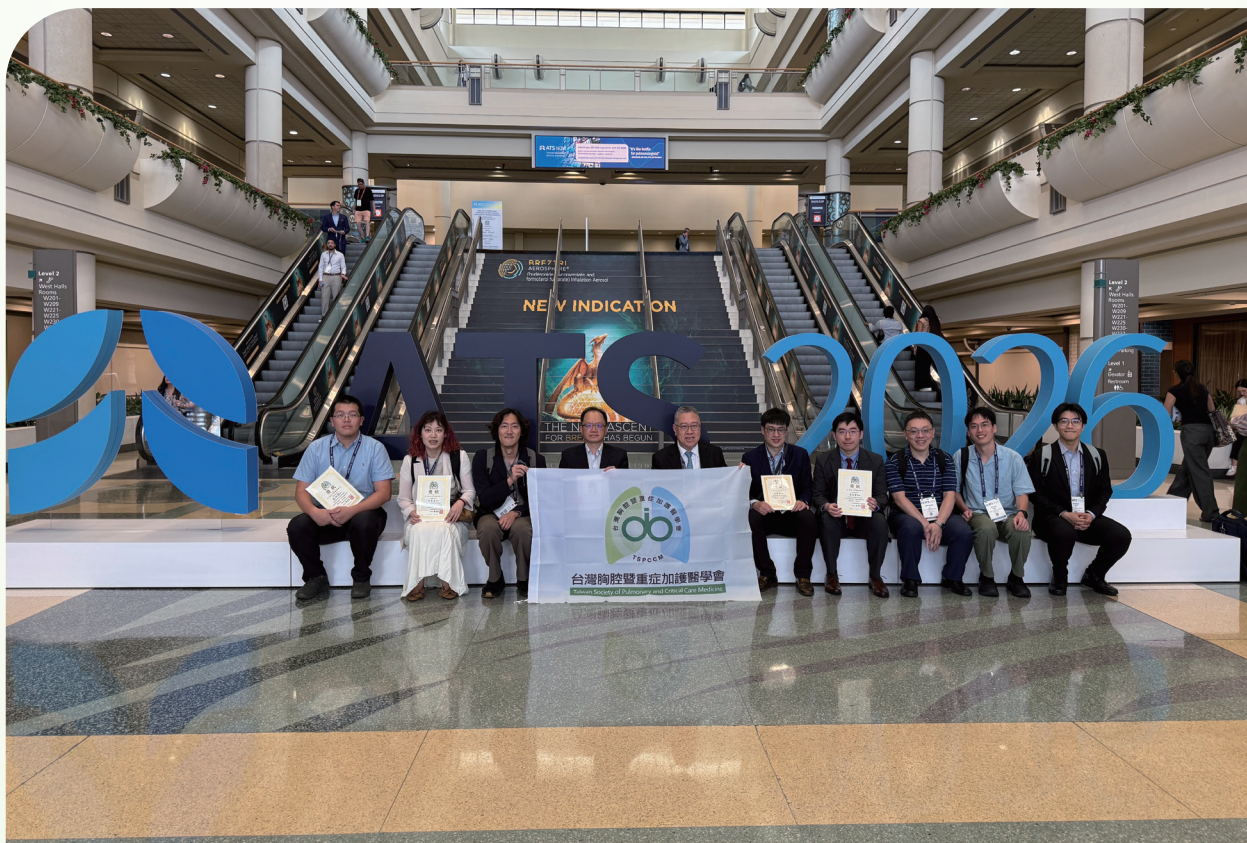
我不想用「開拓視野」這個詞，因為它太大、太模糊。具體一點說：這一年，我學會了用不同的節奏思考研究；學會了在陌生的環境裡主動開口、找到合作的可能；也學會了在沒有人認識我的地方，重新確認自己是誰，以及想成為什麼樣的醫師。

如果你也在考慮出國進修，我只有一句話：不要再想了，去吧！你不會後悔的。不是因為一切都會順利，而是因為那些不順利的地方，往往才是真正讓你回味再三的部分。

活動集錦

2026 ATS





世界氣喘日



李河泉大師講座











「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函

本學會擬刊登廣告之位置、頁數、刊登年限和總價，請自行勾選。

(定價請參閱會訊委刊廣告辦法需知)。

廣告位置	頁數	刊登期數	總價	廣告產品
<input type="checkbox"/> 封面內	<input type="checkbox"/> 1 頁	___ 期	NT ___ 萬	
<input type="checkbox"/> 封底內	<input type="checkbox"/> 1 頁	___ 期	NT ___ 萬	
<input type="checkbox"/> 封底外	<input type="checkbox"/> 1 頁	___ 期	NT ___ 萬	
<input type="checkbox"/> 一般內頁	<input type="checkbox"/> ___ 頁	___ 期	NT ___ 萬	
<input type="checkbox"/> 信封袋底	<input type="checkbox"/> 1 頁	___ 期	NT ___ 萬	

- 廣告產品請填寫擬刊登廣告之名稱。
- 廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：
長 30.3cm * 寬 21.6cm，解析度 (像素) 350 dpi 以上
(此為預留每邊出血各 0.3cm 之大小，實際廣告尺寸為 29.7cm*21cm)

企業全名 (贊助款收據抬頭) : _____ 股份有限公司

統一編號 : _____

聯絡人 / 職稱 : _____

電話 : (O) _____ 手機 : _____

Email : _____

地址 : _____

請將贊助表以 E-mail 方式回覆台灣胸腔暨重症加護醫學會：
電話：(02)2314-4089
E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net



會訊委刊廣告辦法需知

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 接受優良廠商委託刊登廣告。

本會刊為季刊，每年 3、6、9、12 月發刊，共 4 期，提供數位版本供所有會員閱覽。

凡有意願者，填妥「會訊」廣告贊助申請表 E-mail 至本會俾憑辦理。

本會委刊廣告版面以滿頁為一單位。以一年 4 期為單位。
本次為接受民國 114 年之廣告版面。
請自行選擇廣告位置以及期數。
同一位置若同時有多家公司申請時，以抽籤決定。

廣告位置和定價：

- >>封面內(單頁)：NT 25 萬 元/頁/年(4 期)
- >>封底內(單頁)：NT 20 萬 元/頁/年(4 期)
- >>封底外(單頁)：NT 30 萬 元/頁/年(4 期)
- >>一般內頁(無限制頁數)：NT 10 萬 元/頁/年(4 期)
- >>信封袋底(單頁)：NT 30 萬 元/頁/年(4 期)

廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：

長 30.3cm * 寬 21.6cm，解析度 (像素) 350 dpi 以上

(此為預留每邊出血各 0.3cm 之大小，實際廣告尺寸為 29.7cm*21cm)

確認刊登月份後，敬請於刊登前一個月中內將檔案資料寄給秘書處並將廣告費用匯入銀行帳戶，並請加註“會訊委刊廣告費”以及“匯款人名稱”。

匯款銀行：合作金庫(銀行代號 006)，台大分行
銀行戶名：社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會
銀行帳號：**1346872003417**
若有疑慮者，敬請與本會聯繫
電話：(02)2314-4089

本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。



台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine