



會訊

第 16 期
2017.12

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

學術專欄

吐納園地

主編的話

通訊繼續教育

活動集錦

會務活動

國際會議論文發表

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 12 月第 16 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	陳淳宏 Ning-Hung Chen	
	陽光耀 Kuang-Yao Yang	黃坤崙 Kun-Lun Huang	
		李聰明 Chun-Ming Lee	
執行編輯 Executive Editors	王金洲 Chin-Chou Wang	洪仁宇 Jen-Yu Hung	
	施金元 Jin-Yuan Shih	黃國棟 Kuo-Tung Huang	
	夏德椿 Te-Chun Hsia		
	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 5399、2589 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。

理事長的話.....	3
主編的話.....	4
會務活動	
會議記錄	
第十六屆第十二次理、監事聯席會會議記錄.....	5
學術委員會會議記錄.....	16
公共事務小組會議記錄.....	18
間質性肺病小組會議記錄.....	21
介入性支氣管內視鏡工作小組會議記錄.....	24
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：Necrotizing pancreatitis	
提供：高雄長庚紀念醫院 胸腔內科 黃國棟醫師 / 王金洲醫師	25
醫學新知	
■ Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer	
Alectinib 與 Crizotinib 在未經治療的晚期非小細胞肺癌 ALK 陽性患者療效之比較	
編譯：洪仁宇醫師 高雄醫學大學附設醫院 胸腔內科	27
■ Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer	
Durvalumab 治療放化療後疾病未進展的不可手術切除的局部晚期 (III 期) 非小細胞肺癌	
編譯：夏德椿醫師 中國醫藥大學附設醫院 內科部 胸腔內科	
施金元醫師 臺大醫院 胸腔內科	30
通訊繼續教育.....	33
國際會議論文發表.....	40
吐納園地	
～大醫院小醫生！小醫院大醫生？～傳記	
作者：李聰明院長 雲林虎尾若瑟醫院.....	56
活動集錦.....	60

各位會員朋友，大家好：

很快的，接任理事長已滿三年，在 12 月 9 日會員選出新任理監事後，於 12 月 22 日順利完成交接。

猶記得三年前擬定的工作目標如下：

1. 強化各委員會的組成與任務，擴大各層級和各領域胸腔醫師的參與，以發揮實際功能。
2. 建立與衛福部、健保署溝通管道，改善目前給付不合理狀況，包括由學會爭取主導各區健保審查委員審查共識、爭取對 RCC/RCW、重症醫療的合理審查等。
3. 爭取急救責任醫院急重症分級 ICU 主導權。
4. 推動各種慢性胸腔疾病整合照護及品質提升之論質給付計畫。
5. 建立與胸腔重症相關友會在學術研究與業務上的合作關係。
6. 加強各胸腔領域之學術及臨床繼續教育，研討會應考量區域均衡，便利會員就地參與。
7. 積極推動區域與國際合作。
8. 培養國內胸腔學界領導人才，避免斷層，延續優良傳承。
9. 規畫並爭取能吸引新人加入的專科醫師訓練內容與執業環境。



以上規劃的目的是為了學會能組織健全(16個委員會與小組)、運作透明，擴大參與，溝通順暢、快速反應，讓所有胸腔科醫師與協力團體在共同目標願景下共同學習成長，同心協力，得以永續經營。雖說這三年來，尚未百分百達成所有的目標，但會訊穩定出刊(感謝鍾飲文理事及教育與出版委員會)，推動肺阻塞醫療品質給付改善方案(感謝林慶雄監事與阻塞性呼吸道疾病委員會)，調升加護病房醫師診察費(感謝蔡熒煌理事與健保及醫療政策委員會)，爭取到亞太呼吸學會 2018 年大會主辦權(感謝林孟志理事與國際學術交流委員會)，出版多本診治指引與衛教手冊(包括氣喘、肺阻塞、特發性肺纖維化、肺高壓指引與手冊及明年將出版的氣喘與肺炎指引(感謝各相關委員會與工作小組)，舉辦多場記者會宣傳(感謝邱國欽醫師與公共事務小組)，擴展各項學術活動與豐富年會節目內容(感謝徐武輝理事與學術委員會)。其他還有許多創新與嘗試，無法一一臚列。但相信各位會員都能感受到這一屆理監事能齊心向前，為台灣的胸腔科醫師開疆闢土，締造新猷。

期許學會能在現有基礎上穩定傳承，學會的活動層面與影響力能更深更廣，是為會員與全民之福。

祝各位身體健康，萬事如意！

理事長

余忠仁



隨著液態切片 (liquid biopsy) 和次世代基因定序 (next generation sequencing) 技術的發展，為精準醫學尤其是肺癌的診斷和治療帶來新的契機。而免疫治療，尤其是免疫節點抑制劑 (immune checkpoint inhibitors) 則透過不同的思維，增強免疫細胞的功能，為肺癌的治療開啓一個新的方向。以往的免疫治療主要針對晚期的病人，最近則有一些臨床試驗開始探討免疫治療在較早期，尤其是第三期肺癌病人的治療療效。本期臺大施金元教授與中國醫大夏德椿主任不約而同地選擇了同一篇文章，可見這篇文章臨床意義的重要性。對於無法手術切

除的第三期非小細胞肺癌病人的治療方式，在過去數十年來並沒有突破性的進展，只是確立了同步化學治療與放射治療為這一類病患之標準治療。這兩位醫師介紹的這一個免疫藥物 durvalumab，使用於同步化療放療之後，作為維持療法，可以將病患的無惡化存活期 (PFS) 由 5.6 個月延長為 16.8 個月。最新的 NCCN 治療準則已經將這一藥物 durvalumab 加入第三期非小細胞肺癌病人的治療建議。這一個研究對於免疫治療的意義在於免疫治療開始從治療第四期非小細胞肺癌病患的角色，所謂的姑息性治療，要進展 / 突破到第三期非小細胞肺癌病人的根治性治療。我們期待在試驗追蹤時間更久之後，可以提供整體存活期 (OS) 的數據，以確立免疫治療的角色。

高醫附設醫院洪仁宇醫師則為我們介紹另外一個重要的臨床試驗 ALEX trial，探討用於治療 ALK 陽性的晚期非小細胞肺癌病人的兩個藥物 alectinib 和 crizotinib 療效的比較。Alectinib 已經被證實在治療 ALK 陽性的晚期非小細胞肺癌病人時，同時具有全身性與中樞神經系統之療效。此研究結果顯示試驗主持人判定的無惡化存活率，alectinib 顯著高於 crizotinib。同時，在中樞神經系統惡化事件的比較上，alectinib 僅 18 位病患發生此類事件，而 crizotinib 組則有 68 位病患發生。相較於 crizotinib，alectinib 用於 ALK 陽性非小細胞肺癌患者的治療，在這一第三期的臨床試驗被證實有較佳的療效與較低的毒性。針對 ALK 陽性的晚期非小細胞肺癌治療的藥物，在複製了 EGFR-TKI 藥物發展的歷程，近年來發展的相當迅速。我們期待這一族群的病患因為這些藥物的發展，有更長的存活時間與更佳的生活品質。

本期會訊的吐納園地，來自苗栗苑裡，現職雲林虎尾若瑟醫院的李聰明院長，詳細的描述他自進入馬偕醫療體系接受訓練，至台東馬偕服務偏鄉，再回到台北馬偕，擔任感染科創科主任，並曾先後兩屆被選為台灣感染管制學會的理事長，致力推展感染科與感染控制業務。他並退而不休，在 60 歲的時候申請中山醫學大學醫學臨床博士班。李院長在他人生不同的時期，面對不同的挑戰時，皆秉持著他的信念，完成他階段性的任務，並朝下一個目標邁進。我們期待，目前擔任已有一甲子歷史的雲林若瑟醫院院長的李聰明院長，能如往常一般實現他對自我的期許，帶領若瑟醫院邁向下一個 60 年。

主編 鍾欽文 敬上

台灣胸腔暨重症加護醫學會

第十六屆第十二次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 106 年 11 月 14 日 (星期二) 下午 6 點

台大醫院 2 樓第 5 會議室 (台北市中山南路 7 號)

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、徐武輝、蘇維鈞、蔡熒煌、吳清平、林恒毅、楊政達、吳杰亮、黃明賢等 11 位

出席監事：高尚志、許正園、李章銘、王鶴健、林慶雄 5 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

請假人員：

理事：楊泮池、陳志毅、薛尊仁、林孟志、郭漢彬、彭萬誠等 6 位

監事：無

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：

今年健保醫院總額中提撥用於調高重症支付標準的 60 億元的實際調整方案，並於今年 10 月 1 日開始，其中真正屬於重症的部分為調高各級加護病房住院診察費 80%，估計總金額為 15.96 億元。調高加護病房診察費對於在加護病房中辛苦工作的諸位會員具有實質的報酬，但目前調整的幅度對於重度級加護病房中工作的醫師仍未達合理給付，學會應該還要持續爭取。

感謝各位這三年來為學會盡心盡力，使得會務很順利的推動，也請各位撥冗參加 12 月 9 日星期六晚上 6 點 30 分在台大醫院國際會議中心 101 會議室舉行的年會晚宴以及理、監事團體合照。

二、常務監事高尚志報告：

各位晚安，今天是本屆最後一次理、監事聯席會議，在余理事長領導之下，成立 16 個委員會，各委員會承擔重要的職責及任務，感謝大家的努力及盡心，使得會務依 106 年度工作計畫表按表順利進行，稍後請各位審閱 107 年度收支預算表及工作計畫表，送交今年度會員大會討論通過。

三、上次會議 (106/7/28) 決議事項執行情形：

將 105 年度收支結餘經費留用至 108 年度使用，並依「教育文化公益慈善機關或團體免納所得稅適用標準」規定，編列 105 年度結餘經費留用具體計畫書、詳細之使用計畫書，送交內政部函轉財政部稅捐機關申請日後留用。

四、2017 胸腔年會，秘書長何肇基報告籌備進度：12 月 9、10 日（星期六、日）台大醫院國際會議中心 1~4 樓會議室舉行。

（一）胸腔年會議程、會場平面圖，詳細請至學會網站 2017 年會專區瀏覽 <http://www.tspccm.org.tw/km/4411>。

（二）Satellite Symposia：

安排 19 場次，分別在 2 樓 (202、203、205 會議室)，3 樓 (301 會議室)，4 樓 (401、403、405 會議室)

● 12 月 9 日 (星期六) 12:30-13:30，計 6 場 (提供會議午餐盒)。

● 12 月 9 日 (星期六) 15:00-17:00，1 場 (4 樓 405 會議室)。

● 12 月 9 日 (星期六) 17:10-18:10，計 6 場。

● 12 月 11 日 (星期日) 12:30-13:30，計 6 場 (提供會議午餐盒)。

（三）年會晚宴 12 月 9 日 (星期六) 18:30-20:00，台大醫院國際會議中心 1 樓 101 樓會議室。

（四）Lung Research Award 12 月 10 日 (星期日) 14:20-14:40，1 樓 101 樓會議室。

1. 頒發胸腔醫學雜誌優秀論文獎

2. 頒發 Young Investigator Award

3. 頒發口頭報告以及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

五、學術召委徐武輝報告 11 月 13 日會議評選胸腔年會學術論文結論：

（一）口頭報告原著論文評選結果：會員投稿原著論文 95 篇、病例報告 33 篇，口頭報告原著論文 20 篇，請 20 篇論文之第 1 作者在 12 月 9 日 (星期六) 14:00~14:50 口頭報告，由評選委員以及主持座長現場共同評分，總評於 12 月 10 日 (星期日計) 上午公告於 1 樓大廳報到處。

（二）「Young Investigator Award」評選結果：13 位會員提交 16 篇原著學術論文參加評選，評選 4 篇得獎論文，第 1 作者於 12 月 10 日 (星期日) 13:30~14:18 在 1 樓 101 會議室口頭報告，Lung Research Award 領取優秀論文獎金。

（三）Poster Discussion 評選結果：

評選會員投稿原著論文海報展示 12 篇，請論文第 1 作者在 12 月 9 日 (星期六) 15:10~17:10，2 樓 203 會議室討論，由評選委員現場共同評分，總評於 12 月 10 日 (星期日計) 上午公告於 1 樓大廳報到處。

（四）說明：

● 評選口頭報告原著論文 4 篇，優秀論文獎金 (第 1 作者) 每位 NT 2 萬元及獎狀，另 16 篇優秀論文獎金 (第 1 作者) 每位 NT 5 千元及獎狀。

● 評選海報展示論文 5 篇 (原著 3 篇、病例報告 2 篇)，優秀論文獎金 (第 1 作者) 每位 NT 5 千元及獎狀。

● 評選 Young Investigator Award 4 篇，優秀論文獎金每位 NT 3 萬元及獎狀。

● 評選原著論文海報展示 Poster Discussion 3 篇，優秀論文獎金每位 NT 5 千元及獎狀。

● 獲選年會優秀論文獎之第 1 作者 (口頭報告、海報展示論文、Young Investigator

Award)，須於 12 月 10 日 (星期日) 14:20~14:50，本人親自出席領取獎金、獎狀，若無法出席視為自動棄權。

六、「胸腔醫學雜誌」優秀原著論文評選結果，秘書長何肇基代報告：

獲選雜誌優秀論文獎金，依序第 1 名 NT 5 萬元、第 2 名 NT 3 萬元、第 3 名 NT 2 萬元。

優秀論文獎第 1 名：方映棠醫師，高雄長庚醫院內科部胸腔內科

論文題目：Risk factors and associated outcomes of ventilator- associated conditions among patients with severe sepsis

優秀論文獎第 2 名：馮嘉毅醫師，台北榮民總醫院胸腔部

論文題目：Cigarette smoking increases the risk of latent Tuberculosis infection: A cross-sectional study in a TB-Endemic area

優秀論文獎第 3 名：黃鴻育醫師，林口長庚醫院胸腔內科系

論文題目：Outcome and predictors of prolonged mechanical ventilation in patients with heart failure observational study

七、第 17 屆第 1 次會員大會 12 月 9 日 (星期六) 13:30~14:00 在台大醫院國際會議中心 1 樓 101 會議室舉行。

編列 107 年度工作計劃表及 107 年度收支預算表，送交本年度會員大會討論通過。

八、依「人民團體選舉罷免辦法」辦理第 17 屆理事、監事選舉。本會設理事 17 人、候補理事 5 人、監事 5 人、候補監事 1 人，均於會員大會開會時由會員以無記名連記法票選之。

(一) 一般會員報到及投票時間地點：12 月 9 日 (星期六) 14:00~17:10 於台大醫院國際會議中心 4 樓 402 會議室辦理一般會員報到領票及投票。

(二) 一般會員登記參選第 17 屆理事 (依姓名筆劃順序)：

王鶴健、余忠仁、吳玉琮、吳杰亮、李岡遠、林孟志、林慶雄、施金元、柯政昌、夏德椿、張西川、張志誠、張基晟、曹昌堯、許正園、陳志毅、陳秀丹、陳育民、陳昌文、彭殿王、黃坤崙、黃明賢、楊政達、楊泮池、劉會平、蔡榮煌、賴瑞生、鍾飲文、蘇健等 29 位。

一般會員登記參選第 17 屆監事 (依姓名筆劃順序)：

江啟輝、吳清平、李章銘、林恒毅、施純明、徐武輝、陳晉興、薛尊仁、蘇維鈞等 9 位。

九、2018 APSR 會議 11 月 29 日 (四) 至 12 月 2 日 (日) 在台北國際會議中心舉行 (台北市信義區信義路 5 段 1 號)，籌備進度：

(一) 2017 APSR (Sydney)：本會將在 2017 Sydney 會議展覽現場設置 1 個攤位宣傳 2018 在 TICC 舉辦。

(二) Scientific Committee 召委鍾飲文報告規畫議程如下：

Workshop - 2

● Cell & Molecular Biology (1)

■ Evidence-based Approaches for the diagnosis and treatment of Advanced Lung Diseases

● Respiratory Neurobiology and Sleep (1)

■ The home ventilator

Plenary Lectures - 2

● Airway Microbiota in Respiratory Diseases

● Global burden of asthma

Symposia - 28

● Asthma (2)

■ Phenotypes of severe asthma and evolving treatment

■ Novel pathogenesis of severe asthma

● Bronchoscopy & Interventional Pulmonology (1)

■ TBD

● Cell & Molecular Biology (1)

■ Molecule- and Cell-based Therapeutics in Advanced Lung Diseases or Novel Therapeutics in Advanced Lung Diseases: Cellular and Molecular Perspective

● Chest Imaging (1)

■ Recent advance in thoracic imaging biomarker and functional imaging of the chest

● Clinical Allergy & Immunology (1)

■ TBD

● Clinical Respiratory Medicine (2)

■ Noninvasive ventilator in respiratory failure

- Kuang-Yao Yang, Frank M. P. van Haren, Jean-Pierre Frat

■ Lung transplantation

- Hsao-Hsun Hsu, Hiroshi Date, Shaf Keshavjee

● COPD (2)

■ TBD

■ TBD

● Critical Care Medicine (1)

■ Update in critical care

● Environmental & Occupational Health & Epidemiology (1)

■ TBD

● Interstitial Lung Diseases (2)

■ Pathology of Interstitial Lung Diseases

■ TBD

● Lung Cancer (2)

■ TBD

● Paediatric Lung Diseases (2)

■ Is bronchopulmonary dysplasia preventable?

■ Pediatric Asthma

● Pleural Diseases (1)

■ TBD

● Pulmonary Circulation (2)

■ Diagnosis, management and registry for pulmonary hypertension

- Medical and surgical interventions for congenital and adult pulmonary hypertension
- Respiratory Infection (non-TB) (2)
 - Hot topics in invasive pulmonary fungal infection
 - Pulmonary diseases caused by nontuberculous diseases (NTM)
- Respiratory Neurobiology and Sleep (2)
 - Impact of OSA
 - Phenotype and genotype of OSA
- Pulmonary Structure and Function (1)
 - Emerging Technology for Pulmonary Structure and Function
- Tuberculosis (2)
 - Management of latent TB infection (LTBI): an update
 - Addressing MDR-TB in the era of End TB strategy
- IPF (1) *extra proposal
 - TBD

(三) Financial Committee 召委林孟志報告：已聯絡並邀請各醫藥器材公司參與贊助，各公司也將依大會議程及講員來規畫贊助項目。本會將向 APSR 日本總會爭取胸腔會員會議註冊費優惠價。

十、106/11/3 學會與台灣阿斯特捷利康公司簽署健康肺簽約 (Health Lung project MOU)：有三個將來合作項目，合作細節將交由下屆理、監事會作決定：

- Policy Shaping
- Education
- Patient care-Asthma center of Excellence

十一、理事吳杰亮報告，本會與感染症醫學會聯合制訂新版「Pneumonia Guideline」，編輯進度：今年3月起規畫指引撰寫時程，8月開始啟動指引撰寫計畫、編輯會議並召開第一次專家共識會議，分三部分：

第1部分：肺炎抗生素治療 (CAP, HCAP, HAP, VAP)：

包括 antibiotic time-out & de-escalation。

第2部分：HAP & VAP 之診斷和預防 (VAP bundle etc)。

第3部分：CAP 之診斷和預防 (HCAP in RCW, 長照；vaccination)。

預定 107 年 3 月舉行「肺炎研討會暨建議治療準則制定會議」，本會將撥付 20 萬元與感染症醫學會及鄭德齡基金會共同合辦。

十二、本會與安寧緩和學會討論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「106.10.13 修改草案」。

說明：106.2.10 胸腔理監事會議決議：

(一) 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？

(二) 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。

(三) 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？

台灣安寧緩和醫學學會回覆如下：

	內容	回應
問題一	在這 24 家以外的醫院，送訓練計畫可以在原醫院完成 5 天見習嗎？	應至本學會認定通過之 24 家安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院完成 5 天見習。
問題二	完成所有學分，見習及團隊會議拿到的是檢定證明，還是專科醫師？可以申報甲類安寧給付？	(1) 完成所有課程、見習及團隊會議可取得檢定證明。 (2) 完成專科醫師訓練核心課程及 5 天見習，即可向健保署申報甲類給付。
要求	要求訓練計畫由安寧緩和醫學學會及胸腔暨重症加護醫學會一同審核。	訓練計畫由本學會另訂辦法認定之。

本次理、監事聯席會議決議：下屆理、監事會議再討論。

吳清平理事建議：本會應自行辦理重症末期安寧緩和照護專科醫師認證。

十三、監事許正園報告，本會受衛生福利部委託辦理「106 年度末期病人撤除呼吸器作業指引計畫」，為廣納各方臨床醫事人員對作業指引之建議，據以修正指引草案，以提供衛生福利部作為未來推動政策之具體建議，8 月 21 日召開第 1 次專家會議，10 月 20 日(五)於台中榮總召開公聽會，11 月 10 日(五)召開第 2 次專家會議，專家會議及公聽會共識及建議結論：

- (一) 作業指引內容將調整為較具柔性，若過於簡略或詳細對執行醫師會造成困擾，並把該項目欲達目標先列出。前言處先釐清該指引的運用方式，避免成為執行者的限制。
- (二) 建議作業指引應回歸主題旨意，以安寧緩和醫療條例為主要考量，暫不考慮病主法之適用性。
- (三) 針對指引內呼吸器的調整設定有許多意見反應，描述過於詳細且不具個別性，容易造成執行人員的誤解。故將在修正寫法，以原則建議性的方式描述，讓參考指引者能彈性運用。

十四、委員會以及任務工作小組會議結論：

(一) 「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」考試主委彭萬誠報告：

1. 第 1 階段筆試、影像學考試，9 月 24 日(星期日)在內湖三總 1 樓門診舉行，有 19 位內科醫師、4 位外科醫師報考，實際到考內科 18 位，外科 3 位。第 1 階段錄取內科 16 位(內科筆試錄取 17 位、內科影像學錄取 15 位)；外科醫師錄取 3 位。
2. 第 2 階段實務口試 10 月 22 日(星期日)在台大醫院西址內科門診舉行，13 位內科醫師口試成績通過，2 位口試成績不通過且 107 年必須重考口試，1 位醫師口試成績保留 3 個月必須接受胸腔超音波檢查 3 個月的加強訓練，今年專科醫師考試錄取 16 位醫師(13 位內科、3 位外科)。

(二) 106.8.9「公共事務小組會議」，秘書長何肇基代報告：

今年 3 月 24 日世界 TB 日宣傳記者會，由公關組聯絡公關公司及邀約媒體記者協助發新聞稿，以引起社會大眾對於結核病防治議題的關心：世界結核病日籲「揮別潛伏感染，遠離結核威脅」咳嗽、咳血、盜汗、食慾差、消瘦、疲憊、胸悶、胸痛需警覺。

(三)「阻塞性呼吸道疾病委員會」召委林慶雄報告：

1. 邀請國健署及北市府長官出席 10 月 27 日(五)上午 10 至 12 點在北市中強公園辦理「篩檢生活化！肺阻塞衛教山揭幕記者會」及象山步道爬山登階衛教活動，另於 11 月 11 日(六)高雄市壽山、11 月 28 日(二)彰化大佛環山文學步道辦理爬山登階的衛教活動(肺阻塞風險評估量表設計圖)，將肺阻塞風險評估指標融入民眾日常生活，讓民眾利用 1 分鐘爬山登階數，評估罹患肺阻塞風險值，達到早期發現、積極治療的目的。
2. 為響應今年世界 COPD 日，本會於 11 月 14 日(二)14:00~15:30 在台北喜來登飯店舉行「肺阻塞完整照護・台灣領先走暨 2017 世界 COPD 日記者會」，邀請健保署長官以及醫師公會全聯會邱泰源理事長擔任記者會貴賓，也邀請 COPD 方案第一類及第二類醫療院所一同分享經驗。
3. 預定於 10 月 29 日在台北喜來登飯店、11 月 12 日在高雄福華飯店、11 月 19 日在台中日月千禧飯店辦理 COPD 給付方案進階課程，邀請基層醫療人員參加，介紹肺功能檢查與肺量計、COPD 急性發作的確認及治療、病患衛教溝通以及案例分享。
4. 自在呼吸健康網新增「肺阻塞 COPD 方案 VPN & 轉診資訊服務平台 T-COPD」線上操作說明影音教學。
5. 編輯台灣成人氣喘指引以及氣喘核心課程教材。

(四) 106.11.9「重症專科聯合甄審委員」會議結論，召委彭萬誠報告：

1. 重症專科聯合筆試、口試：

麻醉學會(輪值學會)主辦筆試，11 月 18 日(星期六)下午在台大醫學院 501 講堂舉行，聯甄重症筆試 94 位報考，胸腔 26 位，麻醉 1 位，外科 25 位，急加 4 位，重症 16 位，心臟 22 位。

本會(2018 年輪值學會)主辦口試，12 月 16 日(星期六)13:00~17:00 在台大醫院西址內科門診區辦理，口試分為兩部份，實務考試(包括呼吸器、血流動力學、影像醫學)、個別口試。

2. 106 年重症醫學專科醫師訓練報備 122 位。
3. 106 年聯甄重症專醫訓練單位有 67 個醫療單位(訓練計畫)完成複評(提報訓練容額 106.07.01~107.06.30)。

(五) 106.9.19「間質性肺病小組會議」，召委王鶴健報告：

1. 105 年 10 月 22 日(六)台北萬豪酒店舉辦 2016 ILD Academy，參加人數 95 位。
2. 106 年 6 月 11 日(日)台北萬豪酒店舉辦 2017 ILD academy，參加人數 78 位。
3. 106 年 8 月 19 日(六)高雄漢來飯店舉辦 ILD Academy_South，參加人數 56 位。
4. 未來計畫北中南一年舉辦二場次課程。
5. ILD MDD meeting：

- 以區域型討論會進行，請當區醫師提供案例分享，加強會員對 IPF 疾病的經驗累積、傳承。希望未來能邀請放射線科、風濕過敏免疫科、病理科醫師加入各區討論會。

- 106 年 5 月 12 日 (五) 台北喜來登飯店舉辦 HRCT of IPF Consensus with RSROC，除了郭炳宏醫師外，與會者多數是放射線科醫師，會議結束後張允中醫師發表一篇「高解析度電腦斷層於特發性肺纖維化診斷共識」在生物醫學第十卷第二期 (<http://www.biomedicine.org.tw/biomedicine/Upload/11.pdf>)

6. IPF Case Book 編輯：為了與 IPF guideline 區隔，本書主要是以案例分享為主，提供給胸腔科醫師、住院醫師或對 IPF 疾病有興趣的醫師參考，以英文書寫，希望能在年底會員大會提供給全體會員。

7. IPF epidemiology survey (real world IPF management survey) & upcoming studies

- Improved management of IPF depend on epidemiology data (diagnostic spectrum, outcome analysis)
- Characteristics
- Diagnostic procedures
- Treatment patterns
- Quality of life
- Long term outcome for emerging therapies

目前 IRB 申請中，分十個 center，每個 center 收案十位病患：

台大醫院王鶴健醫師、台北榮總彭殿王醫師、三軍總醫院簡志峯醫師、林口長庚醫院高國晉醫師、亞東醫院鄭世隆醫師、台中榮總許正園醫師、中國附醫杭良文醫師、彰基林慶雄醫師、高雄附醫許超群醫師、高雄長庚醫院方文豐醫師。

8. Program in plan：

- IPF patient education booklet
- IPF online registry (REDCap 登錄平台，台大郭律成醫師)
- IPF biomarker program (北榮柯信國醫師)

(六) 106.10.13「介入性支氣管內視鏡工作小組會議」，秘書長何肇基代表告：

1. 支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程南區執行報告：

106.9.17 高雄長庚醫院醫學大樓 2F 胸腔內科檢查區辦理，有 9 位醫師參加，每位學員皆能實際操作演練，滿意度非常高，建議未來課程人數上限應不超過 20 位，並分 8 組進行實作，每年只辦一場，北中南輪流辦理，地點由理監事會議決定。

2. 介入性氣管鏡證書學分及繼續教育學分制定：核發「支氣管內視鏡超音波專業認證醫師」證書時，過程已非常嚴謹，不需再另外制定學分辦理換證，應與胸腔超音波證書一樣，隨胸腔暨重症專科醫師證書換證。

3. 2017-11-11 中國附醫氣管鏡會議及培訓課程。11 月 11 日中國附醫辦理 2017 CMUH Interventional Bronchology and Live Demo 課程，辦理的課程須經由理監事會議同意並核發 A 類學分才能公告全體會員。

(七) 106.8.8 依專科醫師甄審章程規定發函通知各「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構」

更新胸腔暨重症專科指導醫師(胸腔內科、胸腔外科)人數，並請各訓練診療機構於9月5日(星期二)前回覆指導醫師名單，統計106年可提報訓練醫師容額並公告於學會網頁(會務，專科訓練醫院名單、提報訓練醫師容額，www.tspccm.org.tw/km/2698)。

訓練診療機構須於當年度10月31日前向學會提報當年度胸腔內科、胸腔外科受訓醫師名單(資格審查資料)送會議審查通過者，由學會發予訓練許可證明。爾後受訓練醫師才可參加2年後專科醫師甄審考試之報名。

(八) 繼續教育課程、學術研討會執行情形。

1. 「COPD給付方案，COPD肺阻塞衛教學院」，邀請50位呼吸治療師及個案管理師(任職之醫院已申請加入健保慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案之第一類院所)
7月16日(星期日)12:00~18:40 台北晶華酒店
8月5日(星期六)12:00~18:40 台中僑園大飯店2樓麗宮舍
8月13日(星期日)12:00~18:40 高雄君鴻酒店42樓紫翠廳+珍珠廳+瑪瑙廳
2. 「106年機械通氣繼續教育課程」
8月6日(星期日)08:40~16:30 高雄醫學大學附設醫院啟川大樓6樓第一講堂，62位參加。
9月3日(星期日)08:00~16:50 台大醫學院302講堂，160位參加。
3. 「106年胸部影像判讀繼續教育課程」
8月13日(星期日)08:00~17:00 台大醫學院3樓301講堂，157位參加。
4. 年輕醫師胸腔學教育訓練課程
8月12日(星期六)08:00~17:10 高雄醫學大學附設醫院啟川大樓6樓，18位醫師參加。
8月19日(星期六)08:00~17:10 林口長庚兒童醫院B2臨床技能中心，47位參加。
9月2日(星期六)08:00~17:10 中國醫藥大學立夫教學大樓1樓103講堂，22位參加。
5. 「CTEPH Workshop(北區)」
8月19日(星期六)14:00~17:00 台大醫學院101講堂，58位醫師參加。
11月25日(星期六)14:00~17:00 高雄林皇宮2F匯悅廳。
6. 支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程(南區)
9月17日(星期日)08:40~15:10 高雄長庚醫學大樓2F胸腔內科檢查區，9位醫師參加。
7. 阻塞性呼吸道疾病研討會2017 Post-ERS(北、中、南三區視訊連線會議)
10月14日(星期六)13:30~17:40 台北萬豪酒店、台中日月千禧酒店、高雄H2O水京棧酒店，109人。
8. 2017 Taiwan COPD Management Guideline Symposium
11月5日(星期日)09:00~12:50 台中林皇宮花園1F紫幻影A廳，25位醫師參加。
9. 106.11.18(星期六)14:00~18:00 台大醫學院101講堂
本會與台灣胸腔暨重症醫療管理學會合辦「2017胸腔及重症醫學醫療經濟暨成本效益論壇，品質-存活-費用」。
10. Respiratory advancement: Post APSR 2017(北中南三區視訊會議)

12月16日(星期六) 13:30~17:10 台北君悅酒店、台中日月千禧飯店、高雄漢來飯店。

貳、討論事項：

一、審核：(一)申請本會胸腔指導醫師名單。(二)一般會員入會名單。(三)準會員入會暨胸腔暨重症醫學專科醫師報備名單。

決議：

- (一)審核通過黃萬均、陳兆弘、陳克誠、林彥廷、林聖哲、林倬漢、李佳穎等7位醫師為胸腔暨重症專科指導醫師。
 - (二)審核通過丘偉鴻、莊樹憲、姜佑承、許淳翔、陳映守、陳秋帆、陳永瑄、張立群、陳奕森、林珮瑜、洪緯欣、彭士軒、林靖傑、宋立強、陳穎毅、曾穎凡、范馨月等17位醫師為一般會員。
 - (三)審核通過準會員入會暨106年度胸腔暨重症醫學專科醫師訓練報備：林苑欣、李奕嫻、楊漢清、陳論哲、陳祐易、汪政德、余秉宗、陳彥昌、黃柏瑞、沈佳儀、邱華彥、何建輝、沈祥熙、陳明琮、劉秉奇、張建群、高晨育、陳亨翔、黃宗楨、黃繼賢、柯孟呈、沈伯全、吳珈潤、鄭哲融、李雨哲、陳爾倫、蔡尚峯、郭鈞璋、吳昱蔚、蔡政軒、莊逸群、鄭博斌等32位內科醫師；審核通過：陳震謙、林逸翰、蕭丞皓、黃子旻、李威億、洪維亨等6位外科醫師。審核通過沈孟芳醫師自106.8.1起更換訓練單位於中國附醫胸腔內科接受為期二年的胸腔暨重症專科訓練(原訓練資歷自105.8.1起至106.1.31在新店慈濟醫院胸腔內科接受訓練，期間僅有6個月、未達9個月以上，不列入訓練資歷計算)。
- 二、台灣主辦第10屆亞太氣管鏡年會(2023年，每2年辦理1次會議)。

決議：通過。

三、台灣腎臟醫學會於2018年9月21日(星期五)至24日(星期一)台北萬豪酒店主辦2018 Asia Pacific AKI CRRT 2018 Congress，邀請本會參與協辦。

決議：本會將提供建議的講員名單。

四、一般會員張道文醫師(229號1953/6/15)，基隆佳安診所開業，自願退會，102年起106年止已連續6年未繳會費。

決議：通過。

五、本會向法院辦理社團法人登記，購置不動產作為學會固定會址，送交本年度第17屆第1次會員大會討論。

決議：通過。

六、學會成立「台灣特發性肺纖維化臨床研究」計畫。

說明：

(一)計畫總主持人：台大醫院王鶴健醫師，計畫共同主持人：台大醫院余忠仁醫師、台北榮總彭殿王醫師、三軍總醫院簡志峯醫師；林口長庚醫院高國晉醫師、亞東醫院鄭世隆醫師、台中榮總許正園醫師、中國醫藥大學附設醫院杭良文醫師；彰化基督教醫院林慶雄醫師、高雄醫學大學附設醫院許超群醫師、高雄長庚醫院方文豐醫師。

(二)計畫進行地點：台大醫院、台北榮總、三軍總醫院、林口長庚醫院、亞東醫院、台中榮

總、中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫院、高雄醫學大學附設醫院、高雄長庚醫院。

(三) 計畫執行期間：2018 年 01 月 01 日至 2020 年 12 月 31 日。

(四) 將另行籌募研究計畫經費。

決議：通過。

參、臨時動議：

一、本會推薦理事林恒毅擔任醫策會評鑑委員。

決議：通過。

二、理事吳清平提議：請各位及將來下一屆理、監事能持續關注並思考胸腔科醫師在加護病房擔任角色及價值，擴大我們胸腔科醫師的在加護病房的影響力。

決議：通過。

三、監事許正園與理事長余忠仁提議：學會成立菸害與空污防治委員會，討論及關心空污及菸害等重要議題。

決議：通過。

四、理事長余忠仁提議：有鑒於林慶雄院長在這三年期間對於學會的貢獻，提議在年會頒與“特殊貢獻獎”，以表彰對於推動“肺阻塞醫療給付改善方案”的規劃與推動，台灣肺阻塞與氣喘診治指引編輯的用心，多本阻塞性氣道疾病衛教手冊的編撰及自在呼吸健康網站的建立。

決議：通過。

肆、散會：下午 19 點 56 分。

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 11 月 13 日 (星期一) 下午 6 點

台大醫院 2 樓第 6 會議室 (台北市中山南路 7 號)

主 席：召委徐武輝主任

記 錄：秘書王簪安

出席人員：徐武輝主任、施金元主任、黃崇旂主任、曹世明主任、陳寧宏主任、林鴻銓主任、許超群主任、鄭之勛醫師、蘇維鈞主任

列席人員：何肇基秘書長、簡榮彥執行秘書、張雅雯小姐、王簪安小姐

請假人員：賴瑞生主任、涂智彥主任

壹、會議議程：

一、胸腔年會學術論文審查，Young Investigator Award 選出四篇：

16 篇原著論文申請參加評選，11 月 13 日會議評選 4 篇得獎論文，論文審查編號：Y01、Y06、Y07、Y08

第 1 作者分別為蘇柏嵐醫師 (成大醫院)、陳韋成醫師 (中國醫藥大學附設醫院)、潘聖衛醫師 (台北榮總)、李孟叡醫師 (台大醫院新竹分院)，請四位作者於 12 月 10 日 (星期日) 13:30~14:18 在台大國際會議中心 1 樓 101 會議室口頭報告，Lung Research Award 領取優秀論文獎金。

二、評選口頭報告原著論文 20 篇：

(一) Critical Care Medicine 選出 5 篇：編號 A94、A24、A15、A30、A38

(二) Airway Disease、Sleep Medicine 選出 5 篇：編號 A12、A14、A02、A45、A05

(三) Thoracic Oncology 選出 5 篇：編號 A71、A67、A70、A74、A75

(四) Tuberculosis、Diagnosis、Interstitial Lung Disease、Intervention Bronchoscopy、Others 選出 5 篇：編號 A47、A50、A58、A93、A56

請 20 篇論文之第 1 作者在 12 月 9 日 (星期六) 14:00~14:50 口頭報告，由評選委員以及主持座長現場共同評分，總評於 12 月 10 日 (星期日計) 上午公告於 1 樓大廳報到處。

三、Poster Discussion 評選

(一) Critical Care Medicine 選出 4 篇：編號 A22、A18、A29、A41

(二) Airway Disease、Sleep Medicine 選出 4 篇：編號 A10、A11、A01、A06

(三) Thoracic Oncology 選出 4 篇：編號 A69、A73、A78、A80

請論文第 1 作者在 12 月 9 日 (星期六) 15:10~17:10，2 樓 203 會議室討論，由評選委員現場共同評分，總評於 12 月 10 日 (星期日計) 上午公告於 1 樓大廳報到處。

四、獎項說明：

●評選口頭報告原著論文 4 篇，優秀論文獎金 (第 1 作者) 每位 NT 2 萬元及獎狀，另 16 篇

優秀論文獎金 (第 1 作者) 每位 NT 5 仟元及獎狀。

- 評選海報展示論文 5 篇 (原著 3 篇、病例報告 2 篇)，優秀論文獎金 (第 1 作者) 每位 NT 5 仟元及獎狀。
- 評選 Young Investigator Award 4 篇，優秀論文獎金每位 NT 3 萬元及獎狀。
- 評選原著論文海報展示 Poster Discussion 3 篇，優秀論文獎金每位 NT 5 仟元及獎狀。
- 獲選年會優秀論文獎之第 1 作者 (口頭報告、海報展示論文、Young Investigator Award)，須於 12 月 10 日 (星期日) 14:20~14:50，本人親自出席領取獎金、獎狀，若無法出席視同為自動棄權。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 公共事務小組會議記錄

日期地點：民國 106 年 8 月 9 日 (星期三) 下午 6 點 30 分

台大醫院新大樓 2 樓第 6 會議室 (台北市中正區中山南路 7 號)

主 席：公共事務小組召集委員邱國欽副院長

記 錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、邱國欽副院長、鄭世隆主任、蘇茂昌醫師、柯信國醫師、劉景隆醫師、陳世彬醫師

列席人員：秘書長何肇基醫師、洪明輝醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

請假人員：林慶雄院長、簡榮彥醫師、高國晉副部長

壹、議程：

一、2016 及 2017 上半年工作報告。

(一) 2016 年 COPD 命名活動：2016/9/19-2016/10/15

國語組：肺阻塞；台語組：肺塞病 (肺ㄈ一`，塞ㄘㄩ，病ㄅㄟㄣ)

命名結果公告記者會：2016/11/10(四) 14:00 喜來登 B2 壽廳

媒體露出統計 (截至 105/11/17 為止) 共計 123 則以上露出：報紙：9 則、網路 95 則、廣播 3 則 (中廣新聞、News98、台灣廣播)、電視 6 台 16 則。

(二) 2017 年 3.24 世界 TB 日宣傳記者會，由公關組聯絡公關公司及邀約媒體記者協助發新聞稿，以引起社會大眾對於結核病防治議題的關心：世界結核病日籲「揮別潛伏感染，遠離結核威脅」咳嗽、咳血、盜汗、食慾差、消瘦、疲憊、胸悶、胸痛需警覺。

二、2017 年 COPD 日活動提案。

(一) 2017 世界 COPD 日記者會宣傳企劃：

建議時間：106 年 11 月 14 日 建議地點：台北喜來登大飯店 B1 月星廳

活動流程：14:00(媒體接待) 14:10~15:30 (正式活動)

Key messages：提升患者疾病意識，在出現早期徵兆時即可就醫進行治療，避免惡化、宣傳肺阻塞照護網，包括推行改善方案、發表台灣本土指引，建置全中文衛教網站等都是台灣領先的策略、學會分享已加入改善方案的院所數字、已收案的 COPD 照護人數，以及流病資料。

記者會流程：(待確認)

時間	主題	來賓	說明
13:30-14:00	報到		
14:00-14:05	開場	主持人	活動主題與來賓介紹
14:05-14:08	健保署長官致詞	健保署長官(待邀約)	宣傳改善方案
14:08-14:11	World COPD Day 前瞻 與願景 / 理事長致詞	余忠仁理事長	台灣 COPD 最新流病學 分享
14:11-14:14	全聯會長官致詞	全聯會長官(待邀約)	改善方案的初期成果分享
14:14-14:17	學會長官致詞	學會長官(待確認)	學會 2017 推動 COPD 防 治的主軸與進展
14:17-14:32	改善方案經驗分享	醫師(待邀約)	第一類醫療院所改善方案 的經驗分享
	改善方案的患者實例 分享	醫師 / 患者(待邀約)	第二類醫療院所 / 患者參 與改善方案後的經驗分享
14:32-14:38	照護網拼圖活動與大 合照	ALL	
14:38-15:30	媒體聯訪	ALL	

記者會任務分配：

任務編號	任務項目	說明	負責人
1	台灣 COPD 最新流病學分享	內容擬定 (3 mins)	亞典行銷
2	健保署邀請	健保署長官邀請致詞	余忠仁理事長 林慶雄院長
3	全聯會邀請	全聯會長官邀請致詞	邱國欽副院長
4	2017 學會推動 COPD 防治 主軸與進展	內容擬定 (3 mins)	柯信國醫師
5	• 邀請兩位醫師與一位患者 • 提供案例分享	• 第一和第二類醫療院所之 醫師分享 • 上轉和下轉之實際案例與 患者	陳世彬醫師 林慶雄院長 鄭世隆主任
其他	衛教影片審閱	審閱影片製作時之分鏡、腳 本、完稿	蘇茂昌醫師 陳世彬醫師 邱國欽副院長



(二) 學會與健保署合作全民健康保險慢性肺阻塞肺病醫療改善給付方案，為了提升病患對疾病認識、增加民眾就醫率，預計辦理北中南衛教山活動，邀請長者邊爬山邊篩檢是否罹患肺阻塞疾病，北部 10 月 27 日 (五) 於象山、中部 11 月 4 日 (六) 於彰化大佛、南部 11 月 11 日 (六) 於柴山舉辦。活動前一日邀請記者採訪醫師，並於中南部電台廣告。簡易肺阻塞平量表設計委請劉景隆醫師負責。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 間質性肺病小組會議記錄

日期地點：民國 106 年 9 月 19 日 (星期二) 下午 6 點 30 分

台大醫院新大樓 2 樓第 6 會議室 (台北市中正區中山南路 7 號)

主 席：召集委員 王鶴健醫師

記 錄：秘書王箐安

出席人員：王鶴健醫師、鍾飲文院長、許正園主任、蘇維鈞主任、陳寧宏主任、簡志峯主任、黃國棟醫師 (代林孟志副院長)

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師，秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

請假人員：林慶雄副院長、杭良文主任、李政宏醫師

壹、會議議程：

一、過去一年已完成和未來工作重點：

(一) ILD education：

ILD academy：

A. 105 年 10 月 22 日 (六) 台北萬豪酒店舉辦 2016 ILD Academy，參加人數 95 位。

B. 106 年 6 月 11 日 (日) 台北萬豪酒店舉辦 2017 ILD Academy，參加人數 78 位。

C. 106 年 8 月 19 日 (六) 高雄漢來飯店舉辦 ILD Academy-South，參加人數 56 位。

D. 未來計畫北中南一年舉辦二場次課程。

(二) ILD multidisciplinary discussion meeting：

以區域型討論會進行，請當區醫師提供案例分享，加強會員對 IPF 疾病的經驗累積、傳承。希望未來能邀請放射線科、風濕過敏免疫科、病理科醫師加入各區討論會，以利病患福祉。

106 年 5 月 12 日 (五) 台北喜來登飯店舉辦 HRCT of IPF Consensus with 中華民國放射線醫學，除了郭炳宏醫師外，與會者多數是放射線科醫師，會議結束後張允中醫師發表一篇 [高解析度電腦斷層於特發性肺纖維化診斷共識] 在生物醫學第十卷第二期 (請參考：<http://www.biomedicine.org.tw/biomedicine/Upload/11.pdf>)

(三) IPF Case Book 編輯：

為了與 IPF guideline 區隔，本書主要是以案例分享為主，提供給胸腔科醫師、住院醫師或對 IPF 疾病有興趣的醫師參考，以英文書寫，希望能在年底會員大會提供給全體會員。目前架構如下表：

架構	負責人
整本書 introduction	王鶴健主任
<u>IPF 的診斷</u> typical case(UIP)— <u>成大黃堂修醫師</u> Atypical case (possible UIP, without Honeycombing)— <u>長庚高國晉醫師</u> IPF with Emphysema— <u>東港安泰林基正醫師</u> asymmetric IPF (兩肺無對稱)— <u>台大張立群醫師</u> IPF with Lung-cancer case (中國附醫徐武輝醫師)	柯信國醫師
<u>IPF 的鑑別診斷</u> Mimicry: CHP-End stage— <u>台大郭炳宏醫師</u> Drug induce— <u>馬偕劉景隆醫師</u> NSIP (Sjögren's syndrome) — <u>高醫許超群醫師</u>	王鶴健主任
<u>IPF 的治療</u> 用 OFEV 案例 (無副作用)— <u>振興陶啟偉醫師</u> 用 OFEV 案例 (有腹瀉副作用)— <u>北榮柯信國醫師</u> Lung transplant— <u>長庚高國晉醫師</u>	許超群醫師
<u>IPF 的病程及相關處置</u> IPF with AE— <u>三總彭萬誠主任</u> IPF END stage (安寧緩和・氧氣治療・復健)— <u>中榮傅彬貴醫師</u>	高國晉主任
其他：影像校閱及統一格式>>張允中主任。(先提供 dicom 檔) 病理校閱>>周德盈主任。	

(四) IPF epidemiology survey (real world IPF management survey) & upcoming studies :

- Improved management of IPF depend on epidemiology data (diagnostic spectrum, outcome analysis)
 - Characteristics
 - Diagnostic procedures
 - Treatment patterns
 - Quality of life
 - Long term outcome for emerging therapies

目前 IRB 申請中，分十個 center，每個 center 收案十位病患

1. 臺大醫院 王鶴健 醫師
2. 台北榮總醫院 彭殿王 醫師
3. 三軍總醫院 簡志峯 醫師
4. 林口長庚醫院 高國晉 醫師
5. 亞東醫院 鄭世隆 醫師
6. 台中榮總醫院 許正園 醫師
7. 中國附醫 杭良文 醫師

8. 彰基醫院 林慶雄 醫師
9. 高雄附醫 許超群 醫師
10. 高雄長庚醫院 方文豐 醫師

(五) Program in plan :

- IPF patient education booklet
- IPF online registry (REDCap 登錄平台，台大郭律成醫師)
- IPF biomarker program (北榮柯信國醫師)
- 2018 APSR ILD section (台大王鶴健醫師)

二、未來會議時程

2018 APSR ILD meeting program (proposed)

ILD

Date	Time	Topic	Speaker	Moderator
TBD	40 minutes	Overview of fibrosing ILD	Prof. Fernando Martinez, USA	TBD
(11/29~12/2)	40 minutes	Clinical study update of SSc-ILD	Prof. Christopher Denton, UK	TBD
	MDD for ILD diagnosis			TBD
	10 minutes	Case 1	Taiwan expert	
	10 minutes	Case 2	Taiwan expert	
	10 minutes	Case 3	Taiwan expert	
	10 minutes	Panel discussion	ALL	

IPF

Date	Time	Topic	Speaker	Moderator
TBD	40 minutes	IPF treatment guideline update	Prof. Yoshikazu Inoue, Japan	TBD
(11/29~12/2)	40 minutes	IPF real world experience in Taiwan	Taiwan expert	TBD
	40 minutes	Real world challenges in the treatment of IPF	Prof. Luca Richeldi, UK	TBD

2017 annual TSPCCM meeting (ILD topics)

Date	Time	Topic	Speaker	Moderator
2017/12/9 (Sat.)	15:10-15:50	Interstitial Lung Disease: Current Trends and Management (TBD)	Prof. Ganesh Raghu (USA)	TBD
	15:50-16:20	HRCT of fibrosing ILD: Now and Future (TBD)	RSROC 張允中 理事長	TBD
	16:20-17:00	IPF treatment guideline update (TBD)	亞東醫院 鄭世隆 主任	TBD

貳、臨時動議：

- 一、IPF Case Book建議E化置放於學會網站上提供會員看診時可以隨時查詢(攜帶書本較不方便)，會員比較需要的是 IPF 如何診斷？如何申請藥品？如何治療？
- 二、建議爭取 IPF early stage 治療給付。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 介入性支氣管內視鏡工作小組會議記錄

日期地點：106 年 10 月 13 日 (星期五) 下午 6 點

台大醫院 2 樓第 6 會議室 (台北市中山南路 7 號)

主 席：召委涂智彥主任

記 錄：秘書王箐安

出席人員：涂智彥主任、何肇基醫師、鍾聿修醫師、趙恒勝醫師、鍾福財醫師、張哲嘉醫師、胡漢忠醫師、林敬凱醫師

列席人員：執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

壹、議程：

一、檢討未來 hand on 模式

鍾聿修醫師報告：

9 月 17 日於高雄長庚醫院舉辦 Hands-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程，原訂於臨床技能中心辦理，因報名人數九位，改至胸腔內科檢查室舉行，上午為 EBUS-TBNA 簡介及操作介紹、EBUS-GS and radial probe 簡介及操作介紹及 Bronchoscopic cryotherapy 簡介及操作介紹課程，下午進行四組實作，(A) EBUS-TBNA (B) TBNA needl 解說、氣囊組裝、檢體處理 (C) EBUS-radial probe+GS (D) Cryotherapy，因學員較少，每位學員皆能實際操作演練，滿意度非常高。建議未來課程人數上限應不超過 20 位，並分 8 組進行實作。

涂智彥主任：

建議未來每年只辦一場，北中南輪流辦理。

趙恒勝醫師：

應將每年通過胸專考試人數加入課程規劃考慮。

決議：未來每年只辦一場，地點由理監事會議決定。

二、介入性氣管鏡證書學分及繼續教育學分制定

決議：核發「支氣管內視鏡超音波專業認證醫師」證書時，過程已非常嚴謹，不需再另外制定學分辦理換證，應與胸腔超音波證書一樣，隨胸腔暨重症專科醫師證書換證。

三、2017-11-11 中國附醫氣管鏡會議及培訓課程。

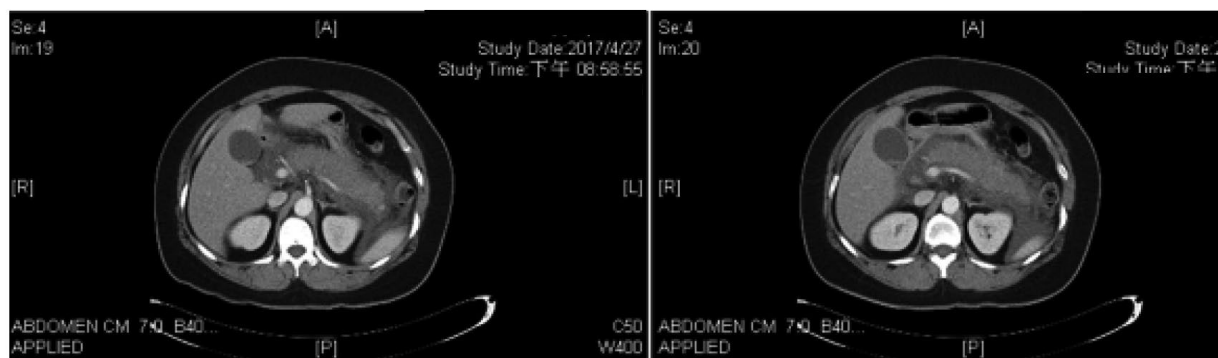
涂智彥主任：11 月 11 日中國附醫辦理 2017 CMUH Interventional Bronchology and Live Demo 課程，希望大家踴躍參加。建議往後無論是哪一區要辦理氣管鏡會議及培訓課程，學會是否可以公告給全體會員知道？

決議：應遵守學會規定，所有課程一定要經由理監事會議同意並核發 A 類學分才能公告全體會員。

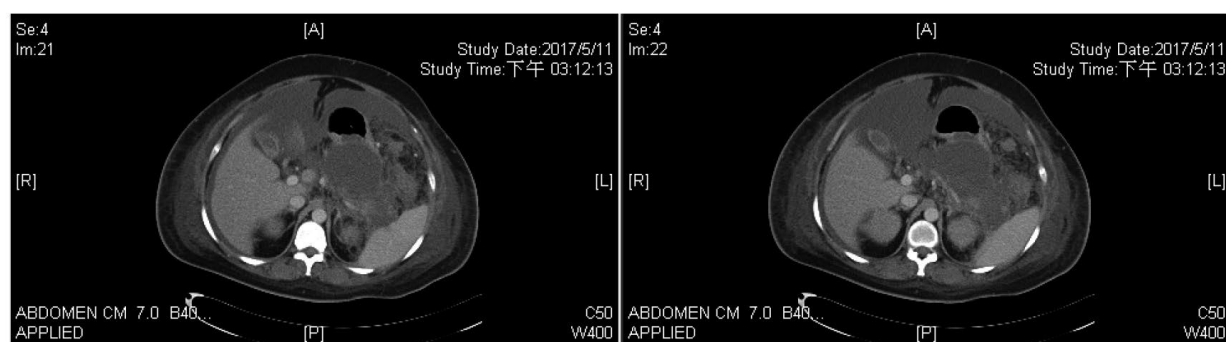
散會

胸腔暨重症案例

(A)



(B)



(C)

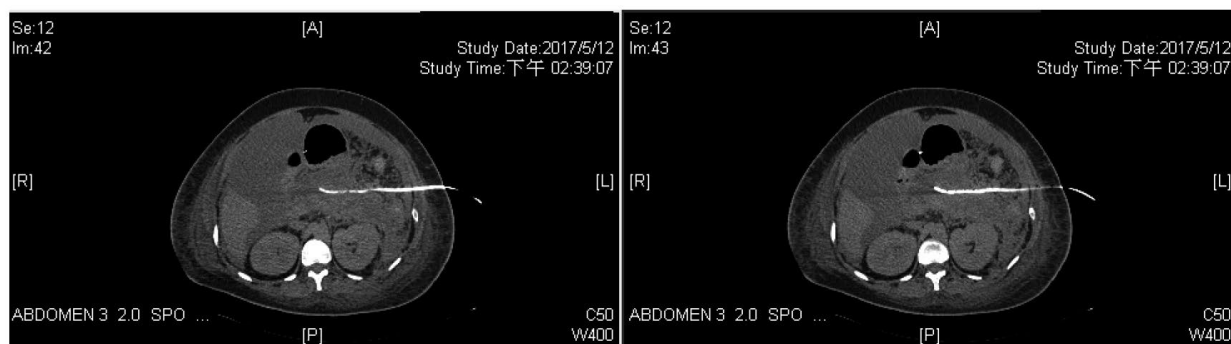


Figure: Serial abdominal CT during hospitalization. (A): Day 1; (B): Day14; (C): post drainage tube insertion

提供：高雄長庚紀念醫院 胸腔內科 黃國棟醫師 / 王金洲醫師

[Case]

A 41 year-old obese woman was transferred from local hospital under the diagnosis of acute necrotizing pancreatitis with severe sepsis and multi-organ dysfunction syndrome (respiratory failure, kidney injury, liver injury and shock). The serial abdominal CT revealed progressive intra-abdominal fluid collection with necrosis and the tube drainage was performed on the day 15 (Figure), and she was immediately transferred to our ICU. The multi-drug resistant pathogens were discovered from drainage fluid including the MDR-AB, VRE, *Stenotrophomonas maltophilia*, and *Ps. aeruginosa*-CR strain.

Alectinib 與 Crizotinib 在未經治療的晚期非小細胞肺癌 ALK 陽性患者療效之比較

摘自：N Engl J Med. 2017 Aug 31; 377(9): 829-838.

編譯：洪仁宇醫師 高雄醫學大學附設醫院 胸腔內科

背景：

Alectinib 為一高度選擇性的間變性淋巴瘤激酶 (ALK) 抑制劑，它已經被證實在治療 ALK 陽性晚期非小細胞肺癌 (NSCLC) 時，具有全身性和中樞神經系統之療效。這個臨床試驗針對未經治療的 ALK 陽性晚期非小細胞肺癌患者 (包括無症狀腦部轉移患者)，探討 alectinib 相較於 crizotinib 的療效。

研究方法：

在一項隨機分配、開放標記的第三期臨床試驗中，303 名未經治療的 ALK 陽性晚期非小細胞肺癌患者隨機分配至 alectinib 治療組 (每日兩次 600 mg) 或 crizotinib 治療組 (每日兩次 250 mg)。主要評估指標為試驗主持人判定的無惡化存活期。次要評估指標為獨立審查委員會判定的無惡化存活期、中樞神經系統惡化時間、客觀反應率和整體存活期。

結果：

在中位數分別為 17.6 個月 (crizotinib) 和 18.6 個月 (alectinib) 的追蹤期間內，alectinib 組的 152 名患者中，62 名 (41%) 發生疾病惡化或死亡事件，而 crizotinib 組的 151 名患者中則有 102 名 (68%)。試驗主持人判定的無惡化存活率，alectinib 顯著高於 crizotinib (alectinib 的 12 個月無事件存活率為 68.4% [95% 信賴區間 (CI)，61.0 至 75.9]，crizotinib 則為 48.7% [95% CI，40.4 至 56.9]；疾病惡化或死亡危險比為 0.47 [95% CI，0.34 至 0.65]； $P<0.001$)；而 alectinib 並未達到無惡化存活期中位數。獨立審查委員會判定的無惡化存活結果，與主要評估指標結果一致。Alectinib 組總計有 18 名患者 (12%) 發生中樞神經系統惡化事件，而 crizotinib 組則有 68 名 (45%) (cause-specific hazard ratio 0.16；95% CI，0.10 至 0.28； $P<0.001$)。Alectinib 組有 126 名患者發生治療反應 (反應率為 82.9%；95% CI，76.0 至 88.5)，而 crizotinib 組則為 114 名 (反應率為 75.5%；95% CI，67.8 至 82.1) ($P=0.09$)。Alectinib 的第 3 級至第 5 級不良事件較不常見 (41%，而 crizotinib 為 50%)。

結論：

相較於 crizotinib，alectinib 用於 ALK 陽性非小細胞肺癌患者的治療，在這一第三期的臨床試驗被證實有較佳的療效與較低的毒性。

〔編譯者評論〕

ALK 陽性之非小細胞肺癌，約佔所有非鱗狀非小細胞肺癌患者的 5%，台灣的病患與其他國家相較，並無人種上的差異。針對已經無法手術治療的晚期 ALK 陽性病患的治療藥物，近來發展的速度相當迅速。Alectinib 為第三個引進台灣治療 ALK 陽性非小細胞病患的藥物，期待這一群的病患在有更多藥物的治療選擇之後，可以更加延長他們的存活時間並擁有更好的生活品質。

Alectinib versus Crizotinib in Untreated ALK-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer

N Engl J Med. 2017 Aug 31; 377(9): 829-838.

Solange Peters, D. Ross Camidge, Alice T. Shaw, *et al.*

Abstract

BACKGROUND:

Alectinib, a highly selective inhibitor of anaplastic lymphoma kinase (ALK), has shown systemic and central nervous system (CNS) efficacy in the treatment of ALK-positive non-small-cell lung cancer (NSCLC). We investigated alectinib as compared with crizotinib in patients with previously untreated, advanced ALK-positive NSCLC, including those with asymptomatic CNS disease.

METHODS:

In a randomized, open-label, phase 3 trial, we randomly assigned 303 patients with previously untreated, advanced ALK-positive NSCLC to receive either alectinib (600 mg twice daily) or crizotinib (250 mg twice daily). The primary end point was investigator-assessed progression-free survival. Secondary end points were independent review committee-assessed progression-free survival, time to CNS progression, objective response rate, and overall survival.

RESULTS:

During a median follow-up of 17.6 months (crizotinib) and 18.6 months (alectinib), an event of disease progression or death occurred in 62 of 152 patients (41%) in the alectinib group and 102 of 151 patients (68%) in the crizotinib group. The rate of investigator-assessed progression-free survival was significantly higher with alectinib than with crizotinib (12-month event-free survival rate, 68.4% [95% confidence interval (CI), 61.0 to 75.9] with alectinib vs. 48.7% [95% CI, 40.4 to 56.9] with crizotinib; hazard ratio for disease progression or death, 0.47 [95% CI, 0.34 to 0.65]; $P<0.001$); the median progression-free survival with alectinib was not reached. The results for independent review committee-assessed progression-free survival were consistent with those for the primary end point. A total of 18 patients (12%) in the alectinib group had an event of CNS progression, as compared with 68 patients (45%) in the crizotinib group (cause-specific hazard ratio, 0.16; 95% CI, 0.10 to 0.28; $P<0.001$). A response occurred in 126 patients in the alectinib group (response rate, 82.9%; 95% CI, 76.0 to 88.5) and in 114 patients in the crizotinib group (response rate, 75.5%; 95% CI, 67.8 to 82.1) ($P=0.09$). Grade 3 to 5 adverse events were less frequent with alectinib (41% vs. 50% with crizotinib).

CONCLUSION:

As compared with crizotinib, alectinib showed superior efficacy and lower toxicity in primary treatment of ALK-positive NSCLC. (Funded by F. Hoffmann-La Roche; ALEX ClinicalTrials.gov number, NCT02075840)

醫學新知 II

Durvalumab 治療放化療後疾病未進展的不可手術切除的局部晚期 (III 期) 非小細胞肺癌

摘自：N Engl J Med 2017 Sep 8. doi: 10.1056/NEJMoa1709937.

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：

PACIFIC 研究是一項隨機、雙盲、安慰劑對照的大型多中心 III 期臨床研究，旨在評估 Durvalumab 在經含鉑方案同步放、化療後未發生疾病進展的局部晚期 NSCLC (III 期) 患者中鞏固治療的療效。

研究設計：

PACIFIC 研究開始於 2014 年 5 月，預計於 2019 年 7 月結束。全球 26 個國家共 235 個醫學中心參與該項研究。計畫納入病人 983 例，截止 2017 年 2 月已納入病人 712 例，按 2:1 比例隨機為 Durvalumab 鞏固治療組 (Durvalumab, 10 mg/kg, 2 周為 1 週期，最長治療 12 個月) 468 例，安慰劑對照組 234 例。

PACIFIC 研究的主要研究終點為無病存活期 (PFS) 和總生存期 (OS)，其他研究終點包括客觀緩解率 (ORR)，治療中位有效時間，12 月、18 月患者 PFS 率或 OS 率，24 個月 OS 率，死亡或遠處轉移時間等。同時，該研究也進行藥物安全性的評估，並根據患者分組時年齡 (<65 歲或 ≥65 歲)、性別及吸煙史進行分層分析。

研究結果：

療效：

結果顯示，Durvalumab 鞏固治療組患者 PFS 得到顯著的提高，達 16.8 個月，而安慰劑對照組為 5.6 個月 [風險比 (HR) 為 0.52，95% 可信區間 (CI) 為 0.42~0.65， $P<0.0001$]。在治療的中位有效時間方面，Durvalumab 鞏固治療組目前尚無法計算 (藥物繼續有效)，而安慰劑對照組為 13.8 個月。ORR 方面 (以同步放化療結束後評價為基礎進行比較)，Durvalumab 鞏固治療組患者達到 28.4% (95%CI 為 28.28~32.89)，安慰劑對照組為 16.0% (95%CI 為 11.31~21.59)， $P<0.001$ 。

安全性：

與安慰劑治療組相比，Durvalumab 鞏固治療組患者最常見的藥物不良反應 (AE) 包括咳嗽 (35.4% 對 25.2%)，肺炎、放射性肺炎 (33.9% 對 24.8%)，乏力 (23.8% 對 20.5%)，呼吸困難 (22.3% 對 23.9%) 以及腹瀉 (18.3% 對 18.8%)。3 級或 4 級 AE 在 Durvalumab 鞏固治療組和安慰劑對照組分別為 29.9% 和 26.1%。Durvalumab 鞏固治療組中，有 15.4% 的患者因不可耐受的 AE 而停止治療，而在安慰劑對照組中，這一比例為 9.8%。

解讀：

刊登在《新英格蘭醫學期刊》並在 2017 年歐洲腫瘤內科學會年會上公佈的 III 期 PACIFIC 試驗結果顯示，相比安慰劑治療，PD-L1 抑制劑 durvalumab 治療使放化療後疾病未進展的不可手術切除的局部晚期 (III 期) 非小細胞肺癌 (NSCLC) 患者的無進展生存期中值延長了 11.2 個月。

〔編譯者評論〕

第三期局部侵犯型肺癌。近十年來在治療上都沒有很大的突破。化療合併放射線治療的方案，或者是化療或放療以後接續使用放射線治療或化療的方案似乎得到臨床好處但仍多爭議。本研究使用免疫藥物當作第三期肺癌的標準治療後的維持治療，讓病人的無病存活期 (PFS) 明顯的延長，可稱為近十年來對於第三期肺癌治療的一個小小突破。未來將免疫療法用於此類病人的類似臨床研究必當前撲後繼，也希望這樣子的治療方式對我們的病人有所助益。結合 PACIFIC 研究，也似乎進一步說明放療可能促使 NSCLC 腫瘤微環境的改變，使其變得更加適用免疫治療。雖然其機制尚未完全闡明，但是就目前的研究結果來看，PD-L1 抑制劑極有可能成為局部晚期或晚期 NSCLC 患者放化療後鞏固治療的極佳選擇。此項研究給免疫治療藥物從 IV 期非小細胞肺癌治療擴展到局部晚期 III 期 NSCLC 治療，從姑息性治療擴展到根治性治療提供了依據。結果同步發表於 NEJM 也是對該研究臨床資料及其帶來的臨床意義的肯定與認可。同時，在 PD-L1 與放化療的聯合作用機制、最佳聯合方式、最優給藥方案與時機等多個方面，還需要開展進一步研究。

〔施金元醫師 臺大醫院胸腔內科 評論〕

臨床醫師對第三期肺癌的目標是疾病痊癒，而非只是延長存活。此臨床試驗對第三期肺癌病患提供一線曙光。之前數十年的試驗只確立同步化療放療是不能開刀第三期肺癌的標準治療。雖然同步化療放療後，很大一部份病人，肺癌仍然惡化。而同步化療放療前的前導性化療或強化性化療都沒有能改善病人的存活。在 RTOG 0617 第三期試驗發現，即便增加放療劑量 (74Gy) 或加上 cetuximab 並沒有改善病人的存活。而本試驗加上 durvalumab (免疫治療) 做為強化治療，可以把無惡化存活期增加為 3 倍 (5.6 個月→ 16.8 個月)。最新 NCCN 治療準則 (2017.9) 已經將 durvalumab 加入第三期非小細胞肺癌的治療建議。但最重要的整體存活期仍待更長的追蹤證實。大家都期待經由免疫治療加在同步化療放療之後，能真正增加第三期肺癌的治癒率。

而大家最擔心的 pneumonitis 發生率並沒有增加，這點跟最近發表的回溯性研究吻合 (JAMA Oncol. 2017 Sep 27. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.3808)。

Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer

N Engl J Med 2017 Sep 8. doi: 10.1056/NEJMoa1709937.

Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, *et al.*

Abstract

Background

Most patients with locally advanced, unresectable, non-small-cell lung cancer (NSCLC) have disease progression despite definitive chemoradiotherapy (chemotherapy plus concurrent radiation therapy). This phase 3 study compared the anti-programmed death ligand 1 antibody durvalumab as consolidation therapy with placebo in patients with stage III NSCLC who did not have disease progression after two or more cycles of platinum-based chemoradiotherapy.

Methods

We randomly assigned patients, in a 2:1 ratio, to receive durvalumab (at a dose of 10 mg per kilogram of body weight intravenously) or placebo every 2 weeks for up to 12 months. The study drug was administered 1 to 42 days after the patients had received chemoradiotherapy. The coprimary end points were progression-free survival (as assessed by means of blinded independent central review) and overall survival (unplanned for the interim analysis). Secondary end points included 12-month and 18-month progression-free survival rates, the objective response rate, the duration of response, the time to death or distant metastasis, and safety.

Results

Of 713 patients who underwent randomization, 709 received consolidation therapy (473 received durvalumab and 236 received placebo). The median progression-free survival from randomization was 16.8 months (95% confidence interval [CI], 13.0 to 18.1) with durvalumab versus 5.6 months (95% CI, 4.6 to 7.8) with placebo (stratified hazard ratio for disease progression or death, 0.52; 95% CI, 0.42 to 0.65; $P<0.001$); the 12-month progression-free survival rate was 55.9% versus 35.3%, and the 18-month progression-free survival rate was 44.2% versus 27.0%. The response rate was higher with durvalumab than with placebo (28.4% vs. 16.0%; $P<0.001$), and the median duration of response was longer (72.8% vs. 46.8% of the patients had an ongoing response at 18 months). The median time to death or distant metastasis was longer with durvalumab than with placebo (23.2 months vs. 14.6 months; $P<0.001$). Grade 3 or 4 adverse events occurred in 29.9% of the patients who received durvalumab and 26.1% of those who received placebo; the most common adverse event of grade 3 or 4 was pneumonia (4.4% and 3.8%, respectively). A total of 15.4% of patients in the durvalumab group and 9.8% of those in the placebo group discontinued the study drug because of adverse events.

Conclusions

Progression-free survival was significantly longer with durvalumab than with placebo. The secondary end points also favored durvalumab, and safety was similar between the groups. (Funded by AstraZeneca; PACIFIC ClinicalTrials.gov number, NCT02125461)

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：107 年 01 月 22 日
- 當期作答分數須達 80 分以上 (第 1 題 10 分；第 2~7 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：(本題 10 分)(請參閱 page 25)

1. A 41 year-old obese woman was transferred from local hospital under the diagnosis of acute necrotizing pancreatitis with severe sepsis and multi-organ dysfunction syndrome (respiratory failure, kidney injury, liver injury and shock). The serial abdominal CT revealed progressive intra-abdominal fluid collection with necrosis and the tube drainage was performed on the day 15 (Figure), and she was immediately transferred to our ICU. The multi-drug resistant pathogens were discovered from drainage fluid including the MDR-AB, VRE, *Stenotrophomonas maltophilia*, and *Ps. aeruginosa*-CR strain. What is the best management plan for this case?
- (A) Combination therapy with high dose antibiotics including the Daptomycin/Colistin/Tigecycline/Levofloxacin
- (B) Hospice care and adequate pain control
- (C) Surgical intervention to debride the all necrotic tissue and infectious fluid
- (D) All above
- (E) None above

選擇題：(每題 15 分)

2. 一位 60 歲女性無其他疾病，身體狀況良好罹患第三期 B (T2N3M0) 肺腺癌，N3 是經由細胞穿刺證實，PET-CT 及腦部核磁共振未發現遠處轉移，EGFR 突變為 del in exon19，最適當的治療方式為？
- (A) EGFR TKI 標靶治療
- (B) 手術切除
- (C) 同步化療放射治療
- (D) 單獨放療
3. 下列敘述何者正確？
- (A) durvalumab 是免疫核對點抑制劑，為抗 PD-1 抗體
- (B) durvalumab 用於第三期無法開刀已接受同步化療放療非小細胞肺癌病人，可以延長整治存活 (overall survival)
- (C) durvalumab 比安慰劑有顯著較高的反應率
- (D) durvalumab 比安慰劑有顯著較高的肺炎發生率

4. 所有非鱗狀非小細胞肺癌患者之中，ALK 陽性病患所佔比率約為？
- (A) 55%
 - (B) 30%
 - (C) 20%
 - (D) 5%
5. 下列有關 alectinib 的敘述，何者是正確的？
- (A) 可以有效的延長所有非小細胞肺癌病患存活的時間
 - (B) 沒有中樞神經系統轉移病灶的療效
 - (C) 可以有效的延長晚期 EGFR 陽性非小細胞肺癌病患無惡化存活時間
 - (D) 可以有效的延長晚期 ALK 陽性非小細胞肺癌病患無惡化存活時間
6. Pacific 研究，Durvalumab 鞏固治療組，患者 PFS 得到顯著的提高，達到？
- (A) 16.8 個月
 - (B) 5.6 個月
 - (C) 11.2 個月
 - (D) 13.8 個月
7. 在 durvalumab 治療組和安慰劑治療組中，導致患者停藥的最常見不良事件是？
- (A) 局限性肺炎或放射性肺炎
 - (B) 腹瀉
 - (C) 皮疹和瘙癢
 - (D) 內分泌病變

測驗回函

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

- 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: Chest plain film revealed lung markings decreased in right lung field and consolidation in left lower lung field.

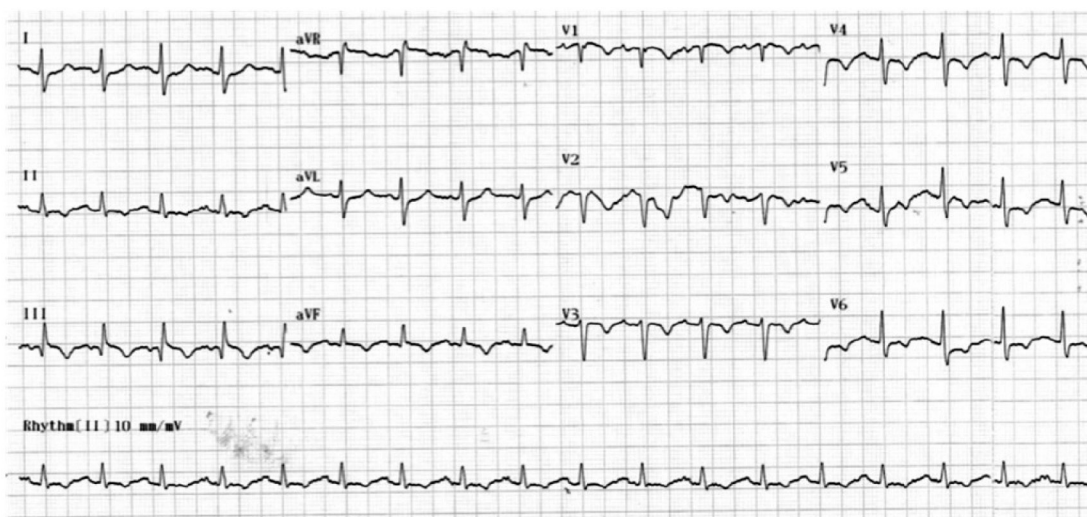


Figure 2: The 12 lead EKG showed sinus tachycardia, S1Q3T3 and inverted T wave at lead III, aVF, V2~V6.

1. [Case]

A 68 y/o male patient without systemic disease suffered from sudden onset of shortness of breath for 1 day. He had chest discomfort without radiation and dry cough for 3-4 days. He denied fever, chills, cold sweating, nausea, vomiting, abdominal pain. Vital signs as below: BT: 36 degree, HR: 109/min, RR: 22/min, BP: 119/88 mmHg. The lab. data upon presentation showed WBC: 14,430/ul, Hb.: 14.3g/dl, PLT: 178,000/ul, CPK: 135 IU/L, CK-MB: 5.4 ng/ml, Tn-I: 0.472 ng/ml, arterial blood gas (room air): pH: 7.371, PCO₂: 41.2 mmHg, PO₂: 45 mmHg, HCO₃: 23.3 mmol/L, SaO₂: 80.2%. The hepatic and renal functions were normal. Progressive dyspnea and desaturation developed followed by intubation with ventilator support.

[Question]

Which diagnosis is likely?

- (A) Lung abscess
- (B) Acute myocardial infarction
- (C) Acute pulmonary embolism
- (D) Aortic dissection
- (E) Cardiac tamponade

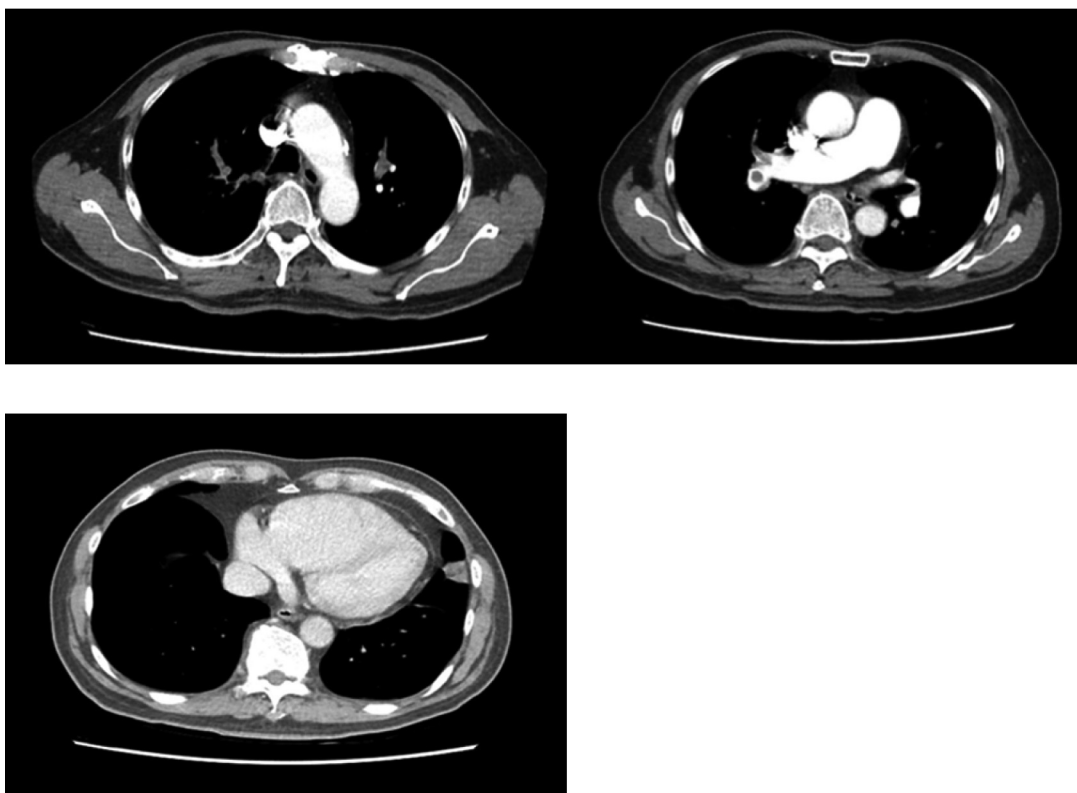


Figure 3: The enhanced chest CT revealed bilateral pulmonary artery thrombosis and consolidation in the peripheral region of left lower lobe.

[Answer]

(C) Acute pulmonary embolism

The A-a gradient was high estimated by arterial blood gas. The 12 lead EKG showed sinus tachycardia, S1Q3T3 (S wave > 1.5 mm at lead I, Q wave at lead III, inverted T wave at lead III) and inverted T wave at aVF, V2~V6. The enhanced chest CT revealed bilateral pulmonary artery thrombosis and consolidation in the peripheral region of left lower lobe. The D-dimer showed 6.91 ug/ml. The diagnosis of acute pulmonary embolism was confirmed by enhanced chest CT.

選擇題：

2. 依據目前證據，有關嚴重敗血症或敗血症休克患者“第一天”相對比較適合之輸液總量，下列何者為相對較合理之選擇？

- (A) 約 2 L
- (B) 約 5 L
- (C) 約 15 L
- (D) 約 20 L

答案 (B)

3. 有關 Early Goal Directed Therapy (EGDT) 之議題，下列何者為“非”？

- (A) EGDT 已一無是處，不應該再採用
- (B) EGDT 強調之“Early”仍是敗血症治療之核心觀念之一
- (C) 輸液給予之評估目前朝向動態 (dynamic) 性評估
- (D) 輸液給予之評估目前朝向評估“fluid responsiveness”而非只是“fluid status”

答案 (A)

4. 從紐約州衛生部的資料庫中，分析出敗血症及敗血性休克病人有何特色？

- (A) 大部分病人無法在 3 小時內完成 3 小時的組合式照護
- (B) 3 小時組合式照護包含血液培養、廣效性抗生素以及血中乳酸測量
- (C) 完成組合式照護所需時間較短者有較高的經過風險調整後的院內死亡率
- (D) 給予抗生素之前所需時間較短者有較高的經過風險調整後的院內死亡率

答案 (B)

5. 從紐約州衛生部的資料庫中，分析出敗血症及敗血性休克病人之死亡率，下列何者正確？

- (A) 完成初始快速靜脈輸液所需時間長短與病人死亡率無顯著相關
- (B) 完成組合式照護所需時間較長者有較高的經過風險調整後的院內死亡率
- (C) 給予抗生素之前所需時間較長者有較高的經過風險調整後的院內死亡率
- (D) 以上皆是

答案 (D)

6. 根據本篇研究結論，以氧合能力指標評估低肺內分流病人，下列敘述何者錯誤？

- (A) 調降吸入氧濃度將低估肺功能
- (B) 嚴重貧血將低估肺功能
- (C) 增加組織耗氧量將低估肺功能
- (D) 二氧化碳滯積不影響評量準確性

答案 (B)

7. 下列何種情況較合適以氧合能力指標評量病人的肺功能？

- (A) 急性呼吸窘迫症
- (B) 大量輸血引致急性肺損傷
- (C) 嚴重熱衰竭
- (D) 心肌梗塞使用 ECMO

答案 (A)

2017 國際會議論文發表

ATS

台大醫院 阮聖元 (Sheng-Yuan Ruan) 醫師：

- **Neuromuscular blockers in pneumonia and non-pneumonia related hypoxemic respiratory failure.**

Sheng-Yuan Ruan, Chun-Ta Huang, Jung-Yien Chien, Huey-Dong Wu, Chong-Jen Yu
Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

Abstract

Introduction: Neuromuscular blockers are suggested for treating severe hypoxemic respiratory failure because of the advantage on reducing ventilator-induced lung injury. However, the use of neuromuscular blockers also has negative impact on airway clearance which is important for the recovery of pneumonia. This study aimed to compare the therapeutic effects of neuromuscular blockers in pneumonia and non-pneumonia related hypoxemic respiratory failure.

Methods: This cohort study used a mechanical ventilation database in a medical center in Taiwan. From October 2014 to April 2015, 265 patients with acute hypoxemic respiratory failure and a $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio <300 mm-Hg were screened. After excluding 69 (26%) with hydrostatic lung edema, 196 patients were included in the analysis. Multivariable logistic regression was used to evaluate the effects of neuromuscular blockers on 30-day mortality in pneumonia and non-pneumonia groups.

Results: Among the 196 patients, 125 (64%) were pneumonia related and 71 (36%) were non-pneumonia related hypoxemic respiratory failure. Neuromuscular blockers were used in 33 (26%) and 13 (18%) patients in pneumonia and non-pneumonia groups, respectively. The crude odds ratios for death associated with neuromuscular blockers were 3.18 (95%CI, 1.40-7.24, $p=0.006$) in the pneumonia group and 0.89 (95%CI, 0.26-3.04, $p=0.85$) in the non-pneumonia group. After controlling for demographics, respiratory parameters and comorbidities, the adjusted odds ratios were 2.77 (95%CI, 1.05-7.30, $p=0.04$) in the pneumonia group and 0.75 (95%CI, 0.12-4.58, $p=0.76$) in the non-pneumonia group (p for interaction=0.07).

Conclusions: Neuromuscular blockers appeared to have different effects on mortality between pneumonia and non-pneumonia patient populations. Neuromuscular blockers should be used with caution for pneumonia related hypoxemic respiratory failure.

台大醫院 陳永瑄 (Yung-Hsuan Chen) 醫師：

- Burn Size and Albumin Level Were Associated with Liberation from Mechanical Ventilation in Patients with Respiratory Failure in the Formosa Fun Coast Water Park Explosion.

Yung-Hsuan Chen¹, Jia-Yih Feng², Han-Chung Hu³, Cheng-Liang Tsai⁴, Fang-Ming Hung⁵, Kuang-Yao Yang², Kuo-Chin Kao³, Kun-Lun Huang⁴, Jung-Yien Chien¹, Chong-Jen Yu¹

¹National Taiwan University Hospital, ²Taipei Veterans General Hospital, ³Chang Gung Memorial Hospital, ⁴Tri-Service General Hospital, ⁵Far Eastern Memorial Hospital

Abstract

Background

A flammable starch-based powder explosion that injured 499 patients occurred in Taiwan on June 27th, 2015. The average total body surface area (TBSA) of the victims was 44%.¹

Objectives

To identify the risk factors associated with unfavorable outcomes (death and invasive mechanical ventilation (iMV) use more than 14 days) among patients with respiratory failure in the explosion.

Methods

A total of 88 patients with respiratory failure and iMV use in five referral medical centers in northern Taiwan was reviewed retrospectively. The statistical analysis was performed via SPSS Statistics. The multivariate Cox proportional hazards regression model was used to study the risk factors for extubation.



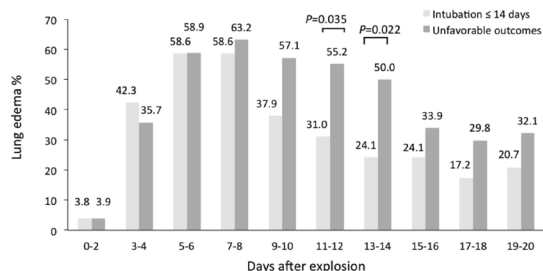
Results

1. Among the 88 patients, 59 (67.0%) patients had unfavorable outcomes, including five patient died.
2. The averages of burn size (TBSA) and MV days of the studied patients were 60.9% and 25.3 days.

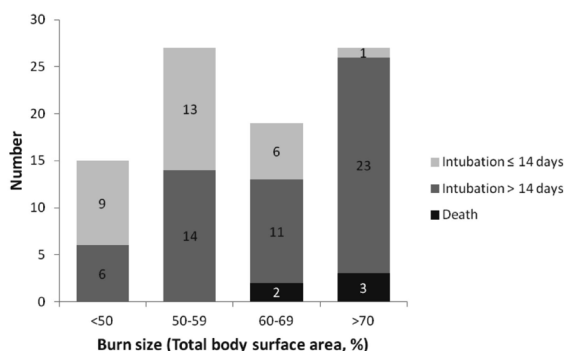
Variable	All (n=88)	Intubation ≤ 14 days (n=29)	Unfavorable outcomes (n=59)	P-value
Age (yr)	21.3 (4.1)	21.6 (4.1)	21.2 (4.2)	0.698
Male (%)	47.7	44.8	49.2	0.704
TBSA (%)	60.9 (15.8)	51.1 (11.0)	65.7 (15.6)	<0.001
Facial burn	64/88 (72.7)	18/29 (62.1)	46/59 (78.0)	0.118
Inhalation injury	56/71 (78.9)	16/19 (84.2)	40/52 (76.9)	0.508
Grade 1	39/71 (54.9)	8/19 (42.1)	31/52 (59.6)	0.281
Grade 2-3	17/71 (23.9)	8/19 (42.1)	9/52 (17.4)	0.056
APACHEII score	15.7 (6.9)	13.5 (5.8)	16.9 (7.2)	0.066
WBC, /μl (D1-2)	25496 (9955)	20887 (7363)	27591 (10361)	0.029
Plt, 1000/μl (D1-2)	213.8 (106.4)	217.0 (92.2)	212.2 (113.7)	0.846
ALT, U/L (D1-2)	19.4 (9.0)	18.1 (10.8)	20.1 (8.1)	0.499
T-bil, μmol/L (D1-2)	1.1 (0.7)	0.8 (0.3)	1.2 (0.8)	0.294
Alb, g/dL				
D1-2	2.1 (0.8)	2.5 (1.0)	2.0 (0.6)	0.008
D3	2.1 (0.5)	2.2 (0.2)	2.1 (0.6)	0.275
D4	2.7 (0.5)	2.8 (0.3)	2.7 (0.6)	0.877
D5	3.2 (0.4)	3.1 (0.3)	3.2 (0.5)	0.227
D7	3.2 (0.4)	3.4 (0.3)	3.6 (0.4)	0.193
Cre, mg/dL (D1-2)	0.8 (0.4)	0.8 (0.3)	0.8 (0.4)	0.868
Na mmol/L (D1-2)	136.1 (3.9)	135.6 (2.5)	136.4 (4.1)	0.363
Lactate, mmol/L (D1-2)	4.5 (3.0)	4.9 (3.8)	4.2 (2.5)	0.618
INR (D1-2)	1.3 (0.3)	1.3 (0.3)	1.3 (0.3)	0.559
Bacteremia (Y/N)	21.0 (23.9)	5.0 (17.2)	16.0 (27.1)	0.310
PF ratio				
D1-2	334.2 (139.1)	361.9 (176.5)	323.1 (124.7)	0.515
D7	352.2 (114.2)	406.6 (57.1)	336.5 (122.0)	0.050
D14	376.7 (101.9)	361.6 (6.3)	377.5 (104.5)	0.833
MV days	25.3 (26.0)	8.3 (3.3)	33.7 (28.2)	<0.001
ICU days	50.0 (33.1)	34.6 (25.6)	57.6 (33.8)	0.002
Hospital days	97.0 (39.8)	88.1 (41.2)	101.7 (38.7)	0.139
Tracheostomy	8/88 (9.1)	0/29 (0)	8/55 (14.5)	0.032

Data are presented as n (% or SD).

- Higher burn size (65.7% vs 51.1%, $P < 0.001$), lower albumin level at the first two days (2.0 vs 2.5 g/dL, $P < 0.008$), and more persistent lung edema > 10 days (55.2% vs 31.0%, $P = 0.035$) were observed in the unfavorable outcome group.



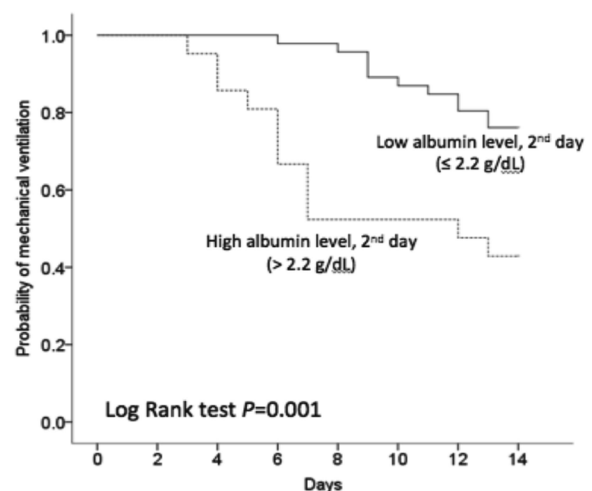
	Days after explosion											
	1/26 (3.8)	11/26 (42.3)	17/29 (58.6)	17/29 (58.6)	11/29 (37.9)	9/29 (31.0)	7/29 (24.1)	7/29 (24.1)	5/29 (17.2)	6/29 (20.7)		
Intubation ≤ 14 days (n=29)												
Unfavorable outcomes (n=59)	2/51 (3.9)	20/56 (35.7)	33/56 (58.9)	36/57 (63.2)	32/56 (57.1)	32/58 (55.2)	29/58 (50.0)	19/56 (33.9)	17/57 (29.8)	18/56 (32.1)		



- Facial burn, inhalation injury, and APACHE II score were not significantly associated with longer duration of ventilator use.
- The predominant organism found in sputum cultures was *Acinetobacter baumannii* and it was not associated with poor outcomes.

- Multivariate Cox regression analysis found burn size and the albumin level at the second day were significantly independent factors associated with extubation.

	Univariate analysis			Multivariate analysis		
	Hazard ratio	95% confidence interval	P value	Hazard ratio	95% confidence interval	P value
Burn size, TBSA (%)	0.94	0.92 - 0.97	<0.001	0.94	0.90 - 0.97	<0.001
Albumin level at the second day, g/dL	2.08	1.35 - 3.22	0.001	1.78	1.08 - 2.94	0.023
Resolution of lung edema within 10 days	2.32	1.06 - 5.11	0.036	1.70	0.72 - 4.02	0.226



Conclusions

Among the patients with respiratory failure in the explosion, less TBSA and higher albumin level at the first two days were associated with earlier liberation from mechanical ventilation.

台大醫院 黃俊達 (Chun-Ta Huang) 醫師：

- The Prognostic Role of Type 2 Diabetes in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Chun-Ta Huang^{1,2,3}, Te-Wei Ho⁴, Sheng-Yuan Ruan¹, Feipei Lai⁴, Chong-Jen Yu¹

Department of Internal Medicine¹ and Traumatology², National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan, Graduate Institute of Clinical Medicine³ and Biomedical Electronics and Bioinformatics⁴, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

Abstract

Rationale: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the leading cause of morbidity and mortality worldwide. There is evidence to support a connection between COPD and type 2 diabetes (T2D), another common medical disorder. However, additional researches are required to improve our knowledge of these relationships and their possible implications. In this study, we aimed to investigate the impact of T2D on patient outcomes through the clinical course of COPD.

Methods: We conducted a cohort study using the Taiwan Longitudinal Health Insurance Database between 2000 and 2013. Patients with COPD were identified and assessed for pre-existing and incident T2D. A Cox proportional hazard model was built to identify factors associated with incident T2D and to explore the prognostic effects of T2D on COPD patients. COPD patients with incident T2D were matched to controls without incident T2D using a propensity score method.

Results: Pre-existing T2D was present in 332 (16%) of 2015 COPD patients and these had a significantly higher hazard ratio (HR) [1.244, 95% confidence interval (CI) 1.010-1.532] for mortality compared with COPD patients without pre-existing T2D after adjusting for demographics and other potential confounders. During the 10-year follow-up period, 304 (19%) out of 1568 COPD patients developed incident T2D, and comorbid hypertension (HR 1.810, 95% CI 1.363-2.403), cerebrovascular disease (HR 1.517, 95% CI 1.146-2.008) and coronary artery disease (HR 1.408, 95% CI 1.089-1.820) were significant factors associated with incident T2D. Patients with either 2 of the 3 comorbidities were more likely to develop incident DM as compared to those without these comorbidities (Figure 1). Comparisons between COPD patients with incident T2D and matched controls without incident T2D showed a higher risk of mortality for the former (HR 1.502, 95% CI 1.046-2.156).

Conclusions: T2D, either pre-existing or incident, exerts a prognostic impact on COPD patients. An integrated approach to addressing this comorbidity and continuous surveillance of dysglycemia should be incorporated into standard care for patients with COPD.

台大醫院 樹金忠 (C.C. Shu) 醫師：

- **Attenuated lymphocyte immune response in *Mycobacterium avium* complex-lung disease by increasing expression of programmed death-1 receptor on lymphocytes.**

C.C. Shu¹, J.Y. Wang¹, M.F. Wu², B.L. Chiang¹, C.J. Yu¹

¹National Taiwan University Hospital Taipei/TW, ²Academia Sinica, Taiwan Taipei/TW

Abstract

Background: *Mycobacterium avium* complex-lung disease (MAC-LD) is important, especially in those with underlying dysfunctional cellular immunity. Programmed cell death (PD)-1 associated attenuated cellular immunity might play a critical pathophysiological mechanism for MAC-LD but lacks of investigation.

Methods: This prospective study conducted in a tertiary referral center in Taiwan enrolled 113 participants, including 50 patients with MAC-LD, 33 with MAC pulmonary contamination, and 30 healthy controls. Peripheral blood mononuclear cells (PBMC) and monocyte-derived macrophages were used for MAC antigen stimulation. Cytokine production and PD-1, PD ligand, and apoptosis markers on T lymphocytes were measured and compared between the MAC-LD and other groups.

Results: Patients with MAC-LD had lower tumor necrosis factor- α and interferon- γ response than those of healthy controls in PBMC stimulation assay by the MAC bacilli. The responses improved after MAC treatment. Using flow cytometry, the expression of PD-1 and PD ligand and apoptosis status were higher in lymphocytes of MAC-LD patients than in those of controls. PD-1 and apoptosis over T lymphocytes were significantly increased in MAC-LD patients, either by MAC directly stimulating or MAC-priming macrophage activation. Blockage of PD-1 and PD ligand antibodies in PBMC stimulation assay significantly increased cytokine production and decreased apoptosis over T lymphocytes.

Conclusions: Patients with MAC-LD have attenuated lymphocyte immunity and increased apoptosis, probably through PD-1 and PD-1 ligand activation. Blocking these improved both lymphocyte function of secreting IFN- γ and apoptosis. Future targeted therapy involving the PD-1 pathway might be a potential MAC-LD treatment.

台北榮總 陳威志 (Wei-Chih Chen) 醫師：

- Risk Factors Analysis Of Hospital-acquired Bacterial Pneumonia In 2016 Pandemic Influenza Related ARDS In Taiwan.

Wei-Chih Chen^{1,2}, Kuang-Yao Yang^{1,2,3}, TSIRC (Taiwan Severe Influenza Research Consortium)

¹Department of Chest Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan, ²Faculty of Medicine,

³Institute of Emergency and Critical Care Medicine, School of Medicine, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

Abstract

Introduction: Bacterial coinfection in influenza contributes to substantial morbidities and mortalities. Diagnosis of coinfection makes clinicians a great challenge. Effective and timely empiric antibiotics improve patients outcome. The aim of this study is to analyze the characteristics of hospital-acquired bacterial pneumonia in 2016 pandemic influenza related ARDS in Taiwan.

Material and method: This is a retrospective observational study conducted by Taiwan Severe Influenza Research Consortium (TSIRC) which includes eight tertiary referral medical centers. Patients with virology-proven influenza infection admitted to intensive care unit between January and March 2016 were included for analysis. Patient characteristics, including demographics, symptoms, laboratory data, influenza subtypes, severity scores, treatment and outcomes were recorded and interpreted. Hospital-acquired bacterial pneumonia were defined by pathogens confirmed by tracheal aspirate, sputum, bronchoalveolar lavage fluid, or pleural fluid cultures with effective antibiotics treatment for at least 7 days.

Results

Table 1. Characteristics of the 250 subjects with influenza-related ARDS categorized by hospital-acquired bacterial pneumonia

	HABP (N=72)	Without HABP (N=178)	P value
Basic data			
Age (years)	61.0 ± 13.6	58.8 ± 14.8	0.282
Male %	47 (65.3%)	110 (61.8%)	0.606
Body mass index (kg/m ²)	25.1 ± 4.9	25.3 ± 5.7	0.789
Malignancy	11 (15.3%)	21 (11.8%)	0.456
Type II diabetes mellitus	22 (30.6%)	51 (28.7%)	0.764
Cerebrovascular disease	5 (6.9%)	15 (8.4%)	0.696
End-stage renal disease	6 (8.3%)	9 (5.1%)	0.379
Congestive heart failure	5 (6.9%)	19 (10.7%)	0.365
Immunosuppressant use ^a	9 (12.5%)	5 (2.8%)	0.005
Subtypes of influenza			
Type A (%)	57 (79.2%)	141 (79.2%)	0.989
Type B (%)	6 (8.3%)	14 (7.9%)	
Positive, unknown subtype (%)	9 (12.5%)	23 (12.9%)	
Laboratory data			
White blood cell count (count/μl)	11003.4 ± 6595.7	10446.0 ± 6334.7	0.536
Hemoglobin (g/dL)	12.0 ± 2.5	11.9 ± 2.6	0.855
Platelet (10 ³ /μL)	157.4 ± 111.0	163.6 ± 83.8	0.631
Albumin (mg/dL)	2.8 ± 0.5	2.8 ± 0.6	0.770
Creatinine (mg/dL)	1.6 ± 1.3	2.0 ± 2.3	0.076
Serum C-reactive protein(mg/dL)	15.4 ± 9.4	15.3 ± 10.6	0.959
Serum lactate level (mg/dL)	24.8 ± 24.3	31.9 ± 41.5	0.200
Severity scores			
Pneumonia Severity Index	125.0 ± 41.0	117.6 ± 46.7	0.244
APACHE II	23.7 ± 8.5	23.6 ± 8.5	0.914
SOFA score			
Day-1	11.4 ± 3.4	10.3 ± 4.2	0.174
Day-3	10.6 ± 4.1	9.7 ± 4.5	0.254
Day-7	8.9 ± 3.4	8.2 ± 4.6	0.437
PaO ₂ /FiO ₂	102.0 ± 66.3	107.9 ± 61.1	0.510
ARDS ^b			0.777
Mild ARDS (%)	8 (11.1%)	19 (10.7%)	
Moderate ARDS (%)	19 (26.4%)	55 (30.9%)	
Severe ARDS (%)	45 (62.5%)	104 (58.4%)	

Table 1. (cont)

	HABP (N=72)	Without bacterial HABP (N=178)	P value
Management and outcomes			
Prone-ventilation (%)	17 (23.6%)	41 (23.0%)	0.922
ECMO (%)	21 (29.2%)	26 (14.6%)	0.008
Renal replacement therapy ^c (%)	5 (6.9%)	25 (14.0%)	0.118
Vasopressor (days)	5.9 ± 6.1	4.4 ± 6.9	0.156
Sedation (days)	14.7 ± 10.9	8.7 ± 8.4	<0.001
Neuromuscular blockade (days)	8.6 ± 5.5	5.2 ± 5.3	<0.001
Steroid dosage (mg) ^d	1537.4 ± 2289.3	863.4 ± 1218.8	0.022
Ventilator-day (days)	26.8 ± 18.3	13.6 ± 11.0	<0.001
ICU-stay (days)	30.4 ± 21.5	15.1 ± 13.0	<0.001
Hospital-stay (days)	47.9 ± 36.7	25.6 ± 18.6	<0.001
30-days Mortality	14 (19.4%)	45 (25.3%)	0.325
In-hospital mortality	34 (47.2%)	51 (28.7%)	<0.001

a Oral prednisolone equivalent dosage more than 5mg every day or more than 150mg cumulative dose for more than 1 month; using other immunosuppressant for more than 1 month. b In accordance with Berlin definition. c Excluding those with end-stage renal disease receiving regular hemodialysis. d Steroid cumulative dosage for 14 days by prednisolone equivalent dose (mg) after onset of ARDS. Data were presented as mean ± SD and N (%). ARDS: Acute Respiratory Distress Syndrome; APACHEII: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation; ICU: Intensive Care Unit; MDR-bacteria: Multidrug resistant bacteria; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment.

Table 2. Prevalence of pathogens isolated in influenza-related ARDS patients with hospital-acquired bacterial pneumonia

Pathogen	No.
<i>Acinetobacter baumannii</i>	29 (26.6%) (96.6% CRAB)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	16 (14.7%)
<i>Burkholderia cepacia</i>	12 (11.0%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	10 (9.2%) (100% MRSA)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5 (4.6%) (40% CRPA)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4 (3.7%) (100% CRKP)
<i>Serratia marcescens</i>	4 (3.7%)
<i>Chryseobacterium indologenes</i>	4 (3.7%)
<i>Enterobacter</i> species	3 (2.8%)
Others	22 (20.0%)

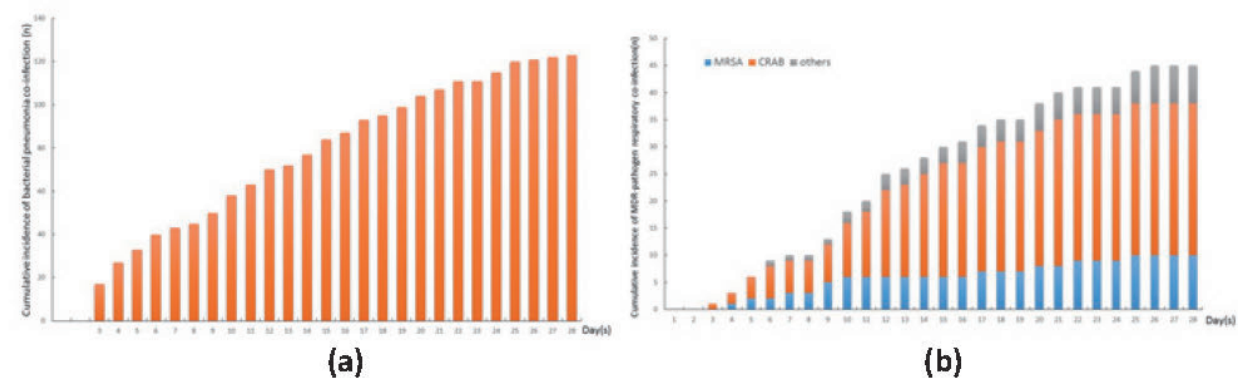
ARDS: Acute respiratory distress syndrome; CRAB: Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*; CRKP: Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*; CRPA: Carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa*; MRSA: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

Table 3. Risk factor for hospital-acquired bacterial pneumonia by univariate and multivariate logistic regression analysis

	Univariate			Multivariate		
	Odds ratio	95% confidence interval	P value	Odds ratio	95% confidence interval	P value
Immunosuppressant use ^a	4.943	1.596-15.311	0.006	8.338	1.168-59.499	0.034
ECMO	2.407	1.248-4.624	0.009	1.601	0.487-5.623	0.439
Sedation, days	1.078	1.033-1.126	0.001	0.987	0.913-1.067	0.743
Muscle relaxant days	1.118	1.056-1.184	<0.001	1.034	0.932-1.146	0.530
Steroid dosage	1.000	1.000-1.000	0.006	1.000	1.000-1.000	0.064
Ventilator days	1.068	1.040-1.096	<0.001	1.023	1.023-1.109	0.002

^a Oral prednisolone equivalent dosage more than 5mg every day or more than 150mg cumulative dose for more than 1 month; using other immunosuppressant for more than 1 month. ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation

Figure 1. Cumulative incidence of hospital-acquired bacterial pneumonia in pandemic influenza related ARDS (a) and Cumulative incidence of hospital-acquired multidrug-resistant bacterial pneumonia in pandemic influenza related ARDS (b)



Conclusion

- Use of immunosuppressant and ventilator days independently predict hospital-acquired bacterial pneumonia in influenza related ARDS.
- Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* was the most frequent encountered bacterial pathogens.

林口長庚醫院 李忠恕 (Chung-Shu Lee) 醫師：

- Sequential Organ Failure Assessment Score for Successful Weaning in Prolonged Mechanical Ventilation Patients.

Chung-Shu Lee, Hung-Yu Huang, Chih-Hao Chang

Department of Thoracic Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Chang Gung Medical Foundation, Linkou and Taipei, Taiwan

Abstract

RATIONALE: Patients with prolonged mechanical ventilation (PMV), which is defined as use of mechanical ventilator for more than 21 days, is an important issue in modern times as more respirator use. PMV patients required more skills, techniques and special care than simple or difficult weaning for weaning from ventilator. Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score was designed for describing the severity of a patient's illness resulted from the affected degree of six organ failure or dysfunction, and each item score ranged from zero to four. The six organ systems included respiratory, cardiovascular, nervous, coagulation, renal and hepatic systems. The SOFA score was first for evaluating patients with sepsis in the intensive care unit. There was little known about application of SOFA scoring system in prolonged mechanical ventilation. This retrospective study was to investigate the relationship between PMV weaning and SOFA score.

METHODS: We collected 100 patients from a respiratory care center, an ICU step-down medical facility in tertiary medical center, from January 2014 to May 2014. Patients' SOFA score and weaning outcome were collected. SOFA score was recorded in the first day of admission of respiratory care center. We also gathered the basic and demographic data of patients.

Statistical analysis: Continuous variables are presented as mean±standard deviation (SD) while categorical data expressed are as frequencies and percentage. Clinical characteristics and baseline respiratory assessment are compared using independent two sample *t* test or Chi-Square test. The receiver operating characteristic (ROC) curve was calculated for testing discrimination. Data were analyzed by SPSS 18.0 software (SPSS Inc, Chicago, IL) and a *p* value <0.05 was considered statistically significant.

RESULTS: Among 100 patients, the average age was 69.9±15.9 years old, and there was 67% man. 54% patients received tracheostomy. Overall weaning rate of these patients was 50%, and the mortality rate was 23%. The average of SOFA score from the first day of admission of respiratory care center was 5.5±2.3. The average of albumin level of patients' nutrition status was up to 2.8 mg/dL. The average of RSBI was 113.9±82.2. The area under curve of receiver operating characteristic (ROC) curve of SOFA score was 0.645 (*P* value=0.012). The optimal cut-off point of SOFA score for weaning predict was 4.5 with 72.0% sensitivity and 54.0% specificity.

CONCLUSIONS: In our study, SOFA score may offer an alternative predict value up to 4.5 with successful weaning among prolonged mechanical ventilation patients.

林口長庚醫院 張克威 (Ko-Wei Chang) 醫師：

- **Comparison of Early Prone Positioning and Extracorporeal Membrane Oxygenation in Influenza-Related Acute Respiratory Distress Syndrome.**

Ko-Wei Chang, Li-Chung Chiu, Han-Chung Hu, Kuo-Chin Kao, Taiwan Severe Influenza Research Consortium (TSIRC)

Division of Thoracic Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan, Taiwan

Abstract

RATIONALE: The efficacy of prone positioning had been demonstrated in acute respiratory distress syndrome (ARDS) patients who were $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ less than 150 mmHg and receiving lung-protective ventilation. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) allows reduction in ventilator setting to reduce the risk factor of ventilator-induced lung injury but there is no strong evidence for its efficacy in severe ARDS patients. Two observational studies of ECMO had showed some survival benefit in H1N1 influenza A-related severe ARDS patients. The purpose of this study is to compare the efficacy of early prone positioning and ECMO in severe ARDS patients who were influenza-related.

METHODS: A retrospective observational study conducted by Taiwan Severe Influenza Research Consortium (TSIRC) which consists of the eight tertiary referral centers in Taiwan, and enrolled virology-proven subjects admitted to the eight hospitals due to severe complicated influenza between Oct 2015 and March in 2016. All patients who were severe influenza pneumonia-related ARDS with $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ less than 150 and treated with prone positioning or ECMO were included for analysis.

RESULTS: A total of 336 subjects with severe influenza pneumonia and 263 subjects who met the Berlin definition of ARDS were screened. Of these 263 ARDS patients after excluding patients with $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ more than 150 mmHg, 56 patients had prone positioning and 32 patients had ECMO. The baseline characteristics were not significantly different between these two groups including age, gender, body mass index, comorbidity, subtype of influenza and APACHE II score. The prone positioning group had lower Pneumonia Severity Index and CURB-65 than ECMO group (114 ± 42 vs 136 ± 44 , $p=0.021$; 2.1 ± 1.1 vs 2.7 ± 1.1 , $p=0.013$). The initial FiO_2 , PEEP and $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ were not significant difference between these two groups (0.9 ± 0.1 vs 0.9 ± 0.1 , $p=0.442$; 14 ± 3 vs 14 ± 3 , $p=0.691$; 78 ± 28 vs 68 ± 21 , $p=0.074$). In terms of the outcomes, 30 days mortality rate, length of stay of ICU and hospital and ventilator free days were not significant difference between these two groups except the prone positioning group had lower 45 days and 60 days mortality rate than ECMO group (26.2% vs 42.2% , $p=0.008$; 27.7% vs 46.7% , $p=0.002$).

CONCLUSIONS: Prone positioning group seemed to have better survival outcome than ECMO group in patients with severe influenza pneumonia-related ARDS. To choose the rescue therapy for refractory hypoxemia, prone positioning might be considered prior to ECMO in patients with influenza pneumonia complicated with severe ARDS. This observation should be further evaluated in the randomized controlled trial in the future.

林口長庚醫院 郭志熙 (Chih-Hsi Scott Kuo) 醫師：

- Genome-Wide Transcriptomic Analysis of Bronchoalveolar Lavage Cells from Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Identifies Characteristic Gene Expression in Local Tumor Environment.

Chih-Hsi Scott Kuo¹, Chien-Ying Liu¹, Chih-Hung Chen¹, Chih-Liang Wang¹, Fu-Tsai Chung¹, Tin-Yu Lin¹, Tsai-Yu Wang², Yu-Lun Lo², Wen-Yan Wang¹, Tzu-Hao Wang³, Cheng-Ta Yang¹

¹Division of Lung Cancer and Interventional Bronchoscopy, Department of Thoracic Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Taipei, Taiwan, ²Division of Airway Diseases, Department of Thoracic Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Taipei, Taiwan, ³Genomic Medicine Research Core Laboratory, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou, Taiwan

Abstract

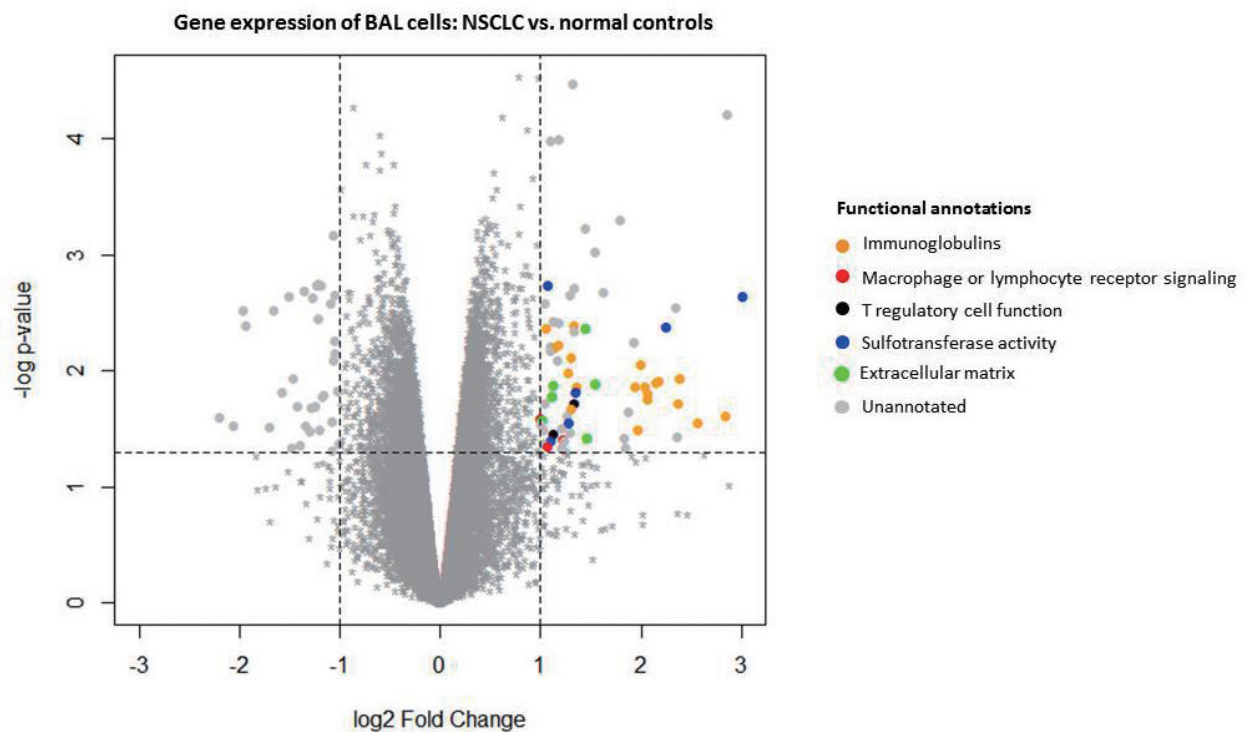
Rationale: Bronchoalveolar lavage (BAL) cells collected from local lung parenchyma in which tumor resides are important samples for reasoning the actual immunological profile of tumor microenvironment (Domagala *et al. Respiration* 2003, 70: 43), particularly in advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) where tumor resection is never possible. We hypothesized that analyzing transcriptomic features of these BAL cells may identify characteristic gene expression pattern with immunological significance in advanced NSCLC.

Methods: BAL cells were collected from 14 patients of advanced NSCLC and 6 normal controls. In NSCLC group, lavage was performed from the lung segment where tumor was located. BAL samples were immediately preserved in 4°C and cells pelleted for RNA extraction in 1.5 hour using QIAGEN RN easy kit. RNA was quality controlled for purity (Nanodrop 1000) and integrity (Agilent 2100 Bioanalyzer) and hybridized using Affymetrix HG-U133 plus2 transcriptomic microarray. Raw intensity data of microarray was normalized by Robust Multi-Array Average and analyzed for differential expressed genes (DEGs) using Linear Model for Microarray Data (Bioconductor R limma package).

Results: All RNA samples studied had high quality with OD260/280>2.0 and RNA integrity number >9. After adjusting the covariates of age, sex and technical batches, the comparison of NSCLC versus normal control identified a total 108 DEGs with nominal *p*-value >0.05 and Fold Change >2. Pathway analysis from GO, KEGG and REACTOME database revealed these DEGs to be over-represented in circulating immune complex (GO:0042571, *p*=3.9×10⁻⁹), FCGR activation (REAC:2029481, *p*=4.9×10⁻⁹), binding and uptake of ligands by scavenger receptors (REAC:2173782, *p*=2.7×10⁻⁸), regulation of immune system process (GO:0002682, *p*=2.0×10⁻⁵), sulfotransferase activity (GO:0008146, *p*=9.4×10⁻³) and extracellular matrix (ECM) receptor interaction (KEGG:04512, *p*=2.1×10⁻²). We later functionally categorized the up-regulated DEGs with specific biological relevance into 5 sets of signatures linking to immunoglobulins, macrophage or lymphocyte receptor signaling, regulatory T cell function, ECM interaction and sulfotransferase involving glycosaminoglycan biosynthesis (Figure). Gene Set Variation Analysis (Sonja *et al. BMC Bioinformatics* 2013, 14: 7) was applied to calculate the enrichment score for each signature in each patient. Significant inter-signature relationships of immunoglobulin with ECM interaction (Pearson's

correlation: 0.89, $p=2.4\times10^{-4}$), with regulatory T cell function (Pearson's correlation: 0.80, $p=3.1\times10^{-3}$) and with macrophage or lymphocyte receptor signaling (Pearson's correlation: 0.66, $p=2.7\times10^{-2}$) were identified.

Conclusion: Transcriptome of BAL cells around tumor of advanced NSCLC presents characteristic features with unique immunological relevance. Humoral immunity revealed by immunoglobulin genes may play a significant role in tumor development.



三軍總醫院 蔡遠明 (Yuan-Ming Tsai) 醫師：

- Outcomes of Patients with Blunt Chest Trauma Encountered at Emergency Department and Possible Risk Factors Affecting Mortality.

Yuan-Ming Tsai, Hsu-Kai Huang, Hung Chang, Shih-Chun Lee, Tsai-Wang Huang

Division of Thoracic Surgery, Department of Surgery, Tri-Service General Hospital, National Defense Medical Center, Taiwan

Abstract

Background: Blunt chest trauma has a high risk of mortality. Respiratory complications can require prolonged ventilation and result in death. The objectives of the study were to investigate possible signs of trauma and the prognosis of trauma patients with thoracic injury, as well as identify risk factors for mortality.

Methods: A retrospective study (January 2010 to December 2013) was performed to investigate the clinical characteristics and treatment outcomes of trauma patients with blunt chest injury who underwent thoracic computed tomography upon emergency department arrival. We excluded patients with brain injury. The prognostic values of age, sex, type of trauma, injury severity score, revised trauma score, ventilatory requirements, intensive care units days, total length of stay, associated thoracic injury, and laboratory examinations, including arterial blood gas were performed.

Results: Thirty patients were analysed. Fifteen patients died during ICU stay. We divided the patients into two groups (survivors and non-survivors). There were statistically significant differences in the revised trauma score ($p=0.002$), mechanical ventilation requirement ($p=0.007$), total length of stay ($p=0.009$), and presence of hemothorax ($p=0.030$) between the groups. However, no significant difference was found in incidence of pneumothorax, rib fractures, and results of blood tests, including arterial blood gas analysis between the two groups.

Conclusion: Trauma patients with blunt thoracic injury who are admitted to hospital have higher mortality with risk factors for revised trauma score, need for mechanical ventilation, and longer hospital stay. In cases of hemothorax, patients should receive multidisciplinary care and a high level of monitoring to improve survival.

南投竹山秀傳醫院 沈德群 (Te-Chun Shen) 醫師：

- Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Women of Reproductive Age with Pelvic Inflammatory Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study.

Te-Chun Shen^{1,2,3}, Chia-Hsiang Li², Chih-Yen Tu², Te-Chun Hsia^{1,2}

¹Graduate Institute of Clinical Medicine Science, College of Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan, ²Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Internal Medicine, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan, ³Division of Pulmonary Medicine and Intensive Care Unit, Chu Shang Show Chwan Hospital, Nantou, Taiwan

Abstract

Rationale: Pelvic inflammatory disease (PID) is associated with chronic and systemic inflammation and cardiovascular comorbidities such as coronary artery disease and stroke. The association between PID and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has not been investigated to date. We aimed to evaluate the risk of COPD among women of reproductive age with PID.

Methods: We conducted a retrospective cohort study using the National Health Insurance Research Database of Taiwan. The PID group consisted of 80,097 women of reproductive age (13-50 years) diagnosed between 2000 and 2010. The non-PID group consisted of the same number of women without PID matched with a propensity score, including age, year of diagnosis, occupation category, monthly income, urbanization of living area, and comorbidities of hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, ischemic heart disease, cerebrovascular disease, chronic kidney disease, endometriosis, tobacco use disorders, alcohol-related diseases, and obesity. The occurrence of COPD was monitored until the end of 2011. The adjusted hazard ratios (HRs) for COPD were estimated using the Cox proportional hazards model.

Results: The mean age was 29.4±11.9 years in the PID group and 29.5±8.67 years in the non-PID group. The mean follow-up time was 9.70±2.36 years in the PID group and 8.74±3.75 years in the non-PID group. The overall incidence of COPD was 26% higher in the PID group than in the non-PID group (2.31 vs. 1.84/1,000 person-years, $p<0.001$), with an adjusted HR of 1.53 [95% confidence interval (CI)=1.42-1.65]. The incidences of COPD, as stratified by age group, occupation category, monthly income, urbanization of living area, and presence of comorbidity, were higher in the PID group than in the non-PID group. We further evaluated the incidences and HRs of COPD associated with the cumulative medical visits for PID. Adjusted HRs increased to 1.33 (95% CI=1.22-1.45) for PID patients with ≤10 medical visits and to 1.84 (95% CI=1.69-2.01) for those with >10 medical visits.

Conclusion: The risk of COPD is significantly higher in women of reproductive age with PID than in those without PID. A dose-response relationship between the cumulative medical visits for PID and the risk of COPD development was observed. Further studies for the detailed mechanisms are recommended.

高雄長庚醫院 陳永哲 (Yung-Che Chen) 醫師：

- Aberrant Formyl Peptide Receptor Expressions and M1/M2 Polarization of Blood Immune Cells in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Yung-Che Chen^{a,b}, Meng-Chih Lin^{a,b}, Chih-Hung Lee^{b,c}, Shih-Feng Liu^{a,d}, Chin-Chou Wang^{a,e}, Wen-Feng Fang^{a,e}, Tung-Ying Chao^a, Chao-Chien Wu^a, Yu-Feng Wei^f, Huang-Chih Chang^a, Chia-Cheng Tsen^a, Hung-Chen Chen^a, Taiwan Clinical Trial Consortium of Respiratory Disease (TCORE) group

^aDivision of Pulmonary and Critical Care Medicine, ^cDepartment of Dermatology, ^dDepartment of Respiratory Therapy, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University College of Medicine, Kaohsiung, Taiwan, ^bMedical department, College of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan, ^eChang Gung University of Science and Technology, Chia-yi, Taiwan, ^fDepartment of Internal Medicine, E-Da Hospital, I-Shou University, Kaohsiung, Taiwan

Abstract

Controversy exists in previous studies on macrophage M1/M2 polarization in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). We hypothesized that formyl peptide receptor (FPR), a marker of efferocytosis and mediator of M1/M2 polarization, may be involved in the development of COPD. We examined FPR 1/2/3 expressions of blood M1/M2a monocyte, neutrophil, natural killer (NK) cell, NK T cell, T helper (Th) cell, and T cytotoxic (Tc) cell by flowcytometry method in 40 patients with cigarette smoking-related COPD and 16 healthy non-smokers.

The COPD patients had lower M2a percentage and higher percentages of NK, NK T, Th, and Tc cells than the healthy non-smokers. FPR2 expressions on Th/Tc cells, and FPR3 expression of M1, M2a, NK, NK T, Th, and Tc cells were all decreased in the COPD patients as compared with that in the healthy non-smokers. FPR1 expression on neutrophil was increased in the COPD patient with a high MMRC dyspnea scale, while FPR2 expression on neutrophil was decreased in the COPD patients with a history of frequent moderate exacerbation (≥ 2 events in the past 1 year). In 10 COPD patients whose blood samples were collected again after 1-year treatment, M2a percentage, FPR3 expressions of M1/NK/Th cells, FPR2 expression on Th cell, and FPR1 expression on neutrophil were all reversed to normal, in parallel with partial improvement in small airway dysfunction.

Our findings provide evidence for defective FPR2/3 expression that, associated with decreased M2a polarization, might be involved in the development of cigarette smoking induced persistent airflow limitation in COPD.

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…

～大醫院小醫生！小醫院大醫生？～傳記

李聰明院長 雲林虎尾若瑟醫院

我於 1950 年盛夏生於苗栗苑裡，父母務農很辛苦的拉拔家中八個兄弟姊妹。自幼學業成績優異，小學畢業後直升鄉下的初中，當時國內還沒有實施九年國民義務教育。初中以第一名畢業，順利考取城裡的學校台中一中。原本最初的興趣是在理工科，但就讀高中時，見到母親長年受胃病所苦，加上鄉下醫療資源缺乏，因此高三那年選擇丙組 - 醫科，也如願的考上台北醫學院（台北醫學大學前身）。憶起這段久遠的往事，在當時，在故鄉小鎮裡可也是一件大事呢！

醫學院畢業後接受兩年海軍義務役，期間也因任務需要第一次出國到新加坡，見識到不同的國家面貌。退役後便進入馬偕醫院的醫療體系工作，在馬偕一待就是 40 年多年。1987 年，馬偕醫院選擇在交通最不方便，醫療資源極度缺乏的後山 - 台東，開設分院。當時，憶起自己習醫的初衷，是為讓醫療資源挹注到偏鄉，因此在當時的副院長也是胸腔科前輩，我的恩師 - 黃文鉅醫師的鼓勵下毅然自願前往，在台東前後服務了五年，除了在第一線接觸就醫民眾，為病人看診外；最後兩年也接下行政管理職務，擔任馬偕台東分院的副院長。全心全力投入當地的醫療事工和社會服務事項。使偏鄉的民眾能得到最基本的醫療照護，免於孤獨無助和南北奔波。

當時已擠身醫學中心行列的馬偕醫院，並沒有感染科和感染科次專科醫師。由於感染疾病和感染管制工作日趨重要，尤其在醫學中心。於是我強烈建議院方應該要新設感染科，最後終於得到院方和董事會同意。身為胸腔科專科醫師的我，同時也具備感染科專科證照，因此被請回台北，接下馬偕醫院感染科主任的職務，同時還是一直兼做胸腔科業務至今。

擔任感染科主任和醫務專員前後約 20 年間，致力於推展感染科和感染管制業務，當時也開始接受一般醫師甚至感染科的醫師都不願意診治的愛滋病病人，並規定進入感染科的醫師一定要看愛滋病的病人。至今回顧當初的堅持是對的。對於感染管制工作，力主感染管制概念的落實及日常化，不僅得到醫界同業的認同與肯定，也讓民眾對於感染管制相關的衛生教育，有了更多接觸與認識的機會。同時期，也承擔了許多感染管制學會的工作，擔任理、監事，並在 2009 年及 2015 年，先後兩屆被選為台灣感染管制學會的理事長。並秉持『病人的安全是醫院的基石，感染管制是病人安全的基石』理念，竭盡全力去推展和提升國內感染管制概念和作為並引進國外感染管制新觀念。

對於感染管制的作法和思維，除了需要有創新的好點子外，與國外感染管制相關團體往來，進行專業上的學術交流與觀摩合作是必要的。在感染管制學會理事長最後一年即 2015 年，更邀請

來自全球 40 多國的感染管制專家來台，在台北國際會議廳，成功的舉辦了台灣首次的國際感染管制大會，即「第七屆亞太管制國際會議」，讓大家親眼見證台灣感染管制的軟實力，成功達成自我期許的「感管專業化，專業國際化」的目標。當時與會者人數達 4,000 位左右，在國際舞台上，點亮台灣。

投身醫療服務工作的 40 多年內，並未因自己的專業而有優越感，秉持果斷而謙卑的特色，曾留學英、日、美、泰等國家精進其專業，對內科、肺結核、胸腔病、愛滋病以及熱帶醫學和衛生頗有研究，並熱心參與國內外義診服務。2003 年，全台灣、甚至是全亞洲，陷入 SARS 風暴的危機中，當時除了負責院內 SARS 的防疫工作外，也積極投入北區醫療院所的輔導工作，提供正向而具有建設性的指導意見，協助各家醫療院所提升感染管制的能力，並且培養出許多感染管制領域中的優秀人才，讓優質的感染管制作為及觀念遍地開花。

活到老，學到老。年輕時一直忙於臨床和行政的工作，在醫院規定要辦理退休的 60 歲後終於有自己較多的時間去做自己一直想做的事，就是再回到學校再學習。於是毅然地去申請醫學臨床博士班，感謝中山醫學大學臨床研究所並不嫌棄我的年齡，願意錄取我，也感謝一直指導我的台大薛博仁教授和中山醫學大學李孟智教授。「專業精湛，為醫界共同認定的感控權威；品德高尚，視病猶親，待人接物誠懇正直，普受敬重；領導有方，無論在醫務管理或是學會治均圓滿順暢；研發創新，具國際經驗及研發能力，已有許多著作發表。」這是現任衛生福利部台中醫院院長，李孟智教授，在寫給若瑟醫院董事會的親筆推薦信函中，對我的評語。

過去曾擔任行政院衛生福利部醫院評鑑委員多年，以及醫策會和疾病管制署多種科技和品質改善計畫的主持人；尤其主導近幾年感染管制的查核與評鑑基準的修定。並導入及大力推廣國外新的“組合式照護感染管制模式”，可以說翻轉既往的感染管制觀念，對國內醫療照護的感染管制品質提升、健保醫療費用節省和最重要的是挽救許多病人免於醫療照護相關感染而死亡。在擔任醫院評鑑委員多年來，與全台各地大小規模不同的醫療機構的多方接觸中，深深體會在目前健保的給付制度下，醫療環境競爭激烈、醫病關係緊張與轉診制度無法落實，中小型醫院普遍都面臨經營困難的問題，尤其是背後沒有大財團或醫學中心支撐的醫院。這樣的問題特別發生在中小型的教會醫院，尤其是以無私奉獻的精神設立在偏鄉或山地部落的教會醫院，在經營上除了面臨人力、財力和物力資源極度不平衡的狀況之外，醫護、藥師、醫技專業人力缺乏的情況更是嚴重。就像一般人常說的“美國很近，台灣很遠”。過去，教會以醫療傳愛為唯一目標，台灣的教會醫院，無論規模大小，幾乎全靠國內外教會與慈善團體的奧援支持，還有許多外籍傳教士們無私的奉獻犧牲，奔走全球各國為台灣社會募款，以教會名義設立醫院，確實彌補了那個年代台灣社會醫療缺乏的問題，使台灣的醫療發展有長足的進步，守護了人民的健康，在醫療史上寫下了輝煌的一頁。如今，由於環境與時空的變化，台灣在國際社會間，已不再被列入低所得國家，海外的慈善經濟援助已大不如前，外籍傳教士也多先後的老化或離去，而國內城鄉差距的問題仍在，且社會慈善資源極度分配不均，加上健保制度捉襟見肘，再再都使得國內教會醫院的營運和生存更為困難。有時常常會想，百年來外國人都願意離鄉背景，一輩子都獻身遙遠的台灣，尤其是偏遠落後的地區；為什麼我們自己臺灣人反而不能關心我們自己的土地和人民？

服務馬偕醫院 40 年，見證馬偕醫院的興盛、衰退，以及近年來成功再造的工程與景象。深信，萬物的興起與衰退、沉寂與繁盛，都有神的旨意！然而，面對醫療環境的變遷和全民健保的財務壓力，全國的教會醫院，無論是天主教或基督教，除了少數較大規模的醫院仍得以持續成長和生存，其餘都面臨經營模式改變的現實，若無法持續生存便無法永續經營，醫療傳愛的重要使命也

將無以延續。在深知教會醫院在台灣處境與困難的情況下，從馬偕醫院退休之後，並未選擇安適快意的退休生活，卻相反的去到陌生的雲林，下鄉接下若瑟醫院院長的職務，勇敢擔當起連續五年虧損，且在全國醫院經營績效名單中經常敬陪末坐，但已有一甲子歷史的若瑟醫院在往後經營發展的重大社會責任。

隨著時代巨輪的翻滾和各項法令政策的要求規範，希望可以帶領若瑟醫院逐漸轉型，並且具有效率管理模式的醫院，且保有天主教醫院的特色與價值。醫院需維持常年在地方上建立起的良好形象，朝著逐步深耕基層、建構長照的方向邁進。期望將雲林的醫療資源做橫向與縱向的整合 - 即與地方診所、地區、區域醫院與醫學中心進行「醫療合作」同時也有「品質競爭」。在建構長期照護方面，則是將若瑟醫院過去在長照的經驗發揚光大，並配合國家長期照護政策，擴大社區參與，希望提供長者晚年舒適、有品質且有尊嚴的生活。落實『陪你在地來老化，願你健康呷百二』的長照理念。

對醫院也提出「文化 - 以病人安全為中心、以若瑟精神為主體的文化；品質 - 提升行政管理效率、醫療照護和教學研究的品質；傳愛 - 擴大健康照護的廣度和深度、成為雲林人最信賴的近人」為經營理念。在追求「品質」的道路上，擴大服務是必需的；具備符合經濟效益的成本觀念也是重要的；在資源有限的條件下，這些都需要付出更多的努力。而員工，是機構最重要的資產，尊重員工的態度能夠凝聚向心力，更能鼓舞士氣，方可人盡其才、政通人和。相信「員工優質化」和「資產活絡化」能有效創造經營績效並產生合理的盈收，便可使醫院有能力再投資先進儀器與設備或進行其他規劃，且能適度發放獎金、激勵員工，有助於優質團隊的建立與運作，進而提升教學研究的品質以符合醫療、護理專業團體及醫院評鑑的標準，且提供給民眾「身、心、靈」的全人照護，除了照顧生理上的疾病，解決其苦痛之外，對其心理上與社會層面等方面的了解與滿足也要一併考量，給予綜合性、持續性及整體性的完整照顧。

現階段的若瑟醫院，處於一個充滿挑戰，需要轉變以尋求發展契機的歷史性時刻，在醫院的就職典禮的演說中我也向全體若瑟夥伴們承諾，願與大家在天主的保佑、協助與引導之下，懷著馬偕醫院的核心價值「寧願燒盡、不願鏽壞」與若瑟醫院的核心價值「全犧牲、真愛人、常喜樂」的精神，與所有夥伴共同打拼。「醫院就像是早期農家常用的木桶，用一片片的木片組裝，不同專才的員工們就像是每一片的木片，院長的角色就如同是圈住木片們的鐵線圈（箍），把人才框在一起、兜在一塊，保持木桶的穩妥堅固，它便能發揮最大的功能，且能滴水不漏。」期許自己能以宏觀的視野、開闊的格局和務實的執行力，成為一位開創新局面的院長，帶領若瑟醫院再邁向下一個 60 年。

于 20171003 中秋前夕



1987 馬偕台東分院



2003 馬偕醫院



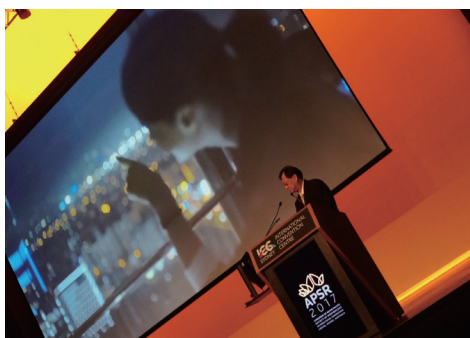
2016 虎尾若瑟醫院

活動集錦

106 年 9 月 23 日余忠仁理事長與林慶雄監事參加中華醫學會呼吸分會舉辦的兩岸四地呼吸論壇



余忠仁理事長於 2017 年雪梨 APSR 閉幕式致詞與交接會旗



106 年 12 月 1-2 日學會理監事與幾位專家參與大陸福建省福州市舉辦的海峽兩岸衛生交流協會呼吸病專業委員會之兩岸論壇



106 年 10 月 13 日 支氣管鏡委員會合照



106 年 10 月 30 日 澎湖 COPD 認證課程



106 年 11 月 13 日 學術委員會合照



106 年 11 月 11~12 日於揚州舉辦的兩岸四地呼吸論壇



106 年 12 月 9~10 日 於台大醫院舉辦 2017 年胸腔年會暨第 17 屆第 1 次會員大會



















