會訊

第 18 期
2018.04

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

理事長的話
主編的話
會務活動
學術專欄
通訊繼續教育
吐納園地
活動集錦

總會地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號 高雄長庚胸腔內科轉台灣胸腔暨重症加護醫學會
電話：(07) 731-7123 分機 2651
分會地址：10045 台北市中正區重慶南路一段 57 號 6 樓之一
電話：(02) 2314-4089
網　　址：www.tspccm.org.tw

台灣胸腔暨重症加護醫學會 (TSPCCM)

理 事 長　林孟志

理　　事　王鶴健　余忠仁　李岡遠　林慶雄　施金元　夏德椿　張基晟
曹昌堯　陳育民　彭殿王　黃坤崙　黃明賢　楊政達　楊泮池
蔡熒煌　鍾飲文

常務監事　林恒毅

監　　事　徐武輝　陳晉興　薛尊仁　蘇維鈞

秘 書 長　王金洲

執行秘書　蘇　健　胡漢忠　林聖皓　涂智彥　張晃智　魏裕峰　林智斌

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 107 年 4 月第 18 期

發行人 Publisher　林孟志 Meng-Chih Lin

主編 Editor-in-Chief　夏德椿 Te-Chun Hsia

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
陳濘宏 Ning-Hung Chen　陳鴻仁 Hung-Jen Chen
陽光耀 Kuang-Yao Yang　黃坤崙 Kun-Lun Huang

執行編輯 Executive Editors　李和昇 Ho-Sheng Lee　陳鍾岳 Jung-Yueh Chen
許棨逵 Chi-Kuei Hsu　蔡昆道 Kuen-Daw Tsai
魏裕峰 Yu-Feng Wei

執行秘書 Executive Secretary　涂智彥 Chih-Yen Tu

編輯顧問 Editorial Consultant　鍾飲文 Inn-Wen Chong

學會秘書處
總會地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號　高雄長庚胸腔內科轉台灣胸腔暨重症加護醫學會
電話：(07) 731-7123 分機 2651
分會地址：10045 台北市中正區重慶南路一段 57 號 6 樓之一
電話：(02) 2314-4089
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。

本期封面：107 年 4 月 7 日於廣州呼吸研究院舉辦粵台胸腔科醫師交流會

目　　錄

理事長的話.....3

主編的話.....4

會務活動

活動訊息

研討會、繼續教育課程行事曆.....5

會議記錄

第十七屆第二次理、監事聯席會會議記錄.....6

學術委員會會議記錄.....18

學術專欄

胸腔暨重症案例

本期案例：A 61-year- old man presented to the chest clinic due to abnormal CXR and LDCT aftera health check-up

提供：義大醫院 呼吸胸腔內科 魏裕峰醫師.....20

醫學新知

■ Omalizumab versus Mepolizumab as add-on therapy in asthma patients not well controlled on at least an inhaled corticosteroid: A network meta-analysis

比較 Omalizumab 與 Mepolizumab 在已使用吸入性類固醇仍未達良好控制的氣喘病人作為輔助治療 (add-on therapy) 的網絡統合分析 (network meta-analysis)

編譯：李和昇醫師 義大醫院 呼吸胸腔內科.....22

■ Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non–Small-Cell Lung Cancer

Osimertinib 對於未經治療、具有 EGFR 突變的後期非小細胞肺癌之療效

編譯：陳鍾岳醫師 義大醫院 呼吸胸腔內科.....25

■ Adjunctive Glucocorticoid Therapy in Patients with Septic Shock

在敗血性休克病患使用葡萄糖皮質素作為輔助性治療的成效評估

編譯：許棨逵醫師 義大醫院 呼吸胸腔內科.....28

通訊繼續教育.....31

吐納園地

稱意的偏鄉之旅

作者：蔡昆道主任 中國醫藥大學北港附設醫院 內科部.....39

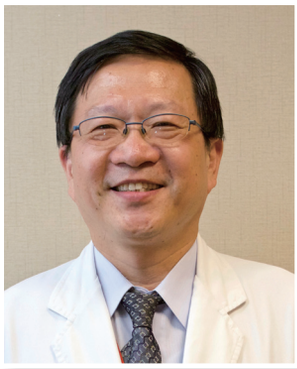
活動集錦.....43

時序進入了春夏交替，氣溫回暖，理論上空氣汙染，PM 2.5 的影響應該稍緩和，但是 3 月中旬國民健康署陳潤秋副署長協同癌篩組同仁專程南下訪視台灣南部嚴重的空汙問題，特別提及肺癌的高盛行率可否用低劑量電腦斷層在較嚴重汙染地區多執行來早期篩檢的可行性，身為肺部健康守護者的我們會員，自然對此一議題不陌生，但是如何正確地向民眾說明什麼是肺癌的高危險群，如何使用 low dose computed tomography (LDCT) 早期篩檢發現並診治是我們會員的專長，學會會在專業的前瞻性研究及徵詢更多專家共識後讓會員大家有更一致的說辭。

在上一期的會訊中，「理事長願景」的文章 (17 期，P.5) 裡我有圖示理監事會議下設 11 個專業 (疾病) 的委員會組織架構圖，其中有 4 個委員會名稱內容與之前稍有變更，在此向大家說明：1. 肺腫瘤委員會是由原肺癌委員會更改，期待討論除肺癌之外也能包含肋膜間皮瘤、基因、生物因子檢測等議題；2. 間質性肺病及罕見肺疾病委員會是由原間質性肺病委員會更改，希望能包含討論肺部罕見疾病如 Alveolar Proteinosis 或 Lymangioleimyomatosis (LAM) 等相關議題；3. 肺血管及肺高壓委員會是由原肺高壓委員會更改，期待涵蓋除肺高壓外，全面探討其他肺血管疾病如肺栓塞、肺血管炎等不同疾患的診治；4. 肺結核病及感染委員會則由原肺結核病委員會更改，我們學會最近已與感染症醫學會合作完成最新肺炎治療指引，即將出版給大家參考，這個委員會負擔了相當大的專業付出與責任。

美國胸腔年會 ATS 2018 將在 5 月 18 日於加州聖地牙哥市舉行，本會許多會員均有投稿，國際學術交流小組也遴選了數名年輕會員給予旅費補助，其中台大醫院樹金忠醫師，林書永醫師及高雄醫學大學附設醫院陳家閔醫師的研究投稿被 APSR 及 International Symposium on Respiratory Diseases (ISRD) 聯合會議選為最佳論文獎，並要在會中口頭宣讀報，在此特別恭喜，也期待大家有機會多做國際學術交流。

理事長 林孟志



各位會員朋友，本次的會訊眼尖的人應該發現有所改變。主要的變化在於醫學新知選讀者的年輕化，這是學會目前努力的目標之一。希望有更多的胸腔暨重症專科醫師投入學會的公益活動，當然這也是林理事長去年年底競選時的承諾之一，希望新血注入，讓學會延續傳統，老幹新枝，翠綠華蓋，永續發展，維持台灣第一。

本次會訊在義大醫院魏主任的領軍之下，先提了一個有趣的胸部 X 光不正常的病人病例讓大家探討。氣道疾病部分，李醫師選讀的文章取自於 J Asthma，主要在於比較 Omalizumab 與 Mepolizumab 在已經使用吸入類固醇仍未達良好控制的氣喘病人作為輔助治療的療效分析。目前我們對於嚴重氣喘控制仍然未臻完善的狀況之下看來，兩種藥物都有一定的改善程度，但是何者較佳仍需有更多的臨床研究來分析比較。

肺癌部分，陳醫師選讀了 Osimertinib 對於未經治療且具有上皮生長因子受體突變的晚期非小細胞肺癌之療效一文。本文出自 NEJM，初步看來第三代 EGFRTKI 用於一線治療，的確看到了一些好處，譬如說無病存活期的延長以及較低的副作用，但是也留下了幾個問題仍需釐清或者解決。

重症醫學部分，許醫師也選讀了一篇來自 NEJM 的文章。敗血性休克患者使用葡萄糖皮質類固醇作為輔助性治療的成效評估。該文似乎仍然無法推翻 1963 年以來至今，使用類固醇無法降低敗血性休克死亡率的觀點。但在 secondary outcome 上，可以看到使用氫化皮質酮能讓敗血性休克患者復原較快，也較早脫離呼吸器。所以類固醇在於敗血性休克病人到底能夠得到什麼樣的好處，仍然有待後續的研究與觀察。

吐納園地，特別邀請中國醫藥大學北港附設醫院內科部的蔡主任談一談胸腔暨重症專科醫師在偏鄉的醫院能夠為我們台灣的百姓做些什麼。在人口老化，鄉村年輕人口外移的台灣社會中，的確需要有更多的同道投入基層病人的照護。希望蔡主任的這篇文章也能夠得到一定的回響。會訊除了提供醫學新知，也更希望有更多的會員提供站在不同角度對台灣未來胸腔暨重症醫療的發展和看法。

另外，會訊對於會員的持續教育部分，在不久的未來，我們希望發展視訊教育，但必須有更多的會員願意加入錄製教育影片的行列，未來如有拜託大家的部分仍懇請各位的幫忙。祝各位醫務平安，健康快樂。

主編 夏德壽 敬上

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
2018 呼吸重症暨肺感染症研討會	107 年 4 月 22 日 (星期日) 107 年 5 月 27 日 (星期日) 107 年 6 月 17 日 (星期日)	(台中) 台中榮總研究大樓第二會場 (台北) 台大醫學院 101 講堂 (高雄) 高醫啟川大樓六樓 第二講堂
健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程	107 年 4 月 22 日 (星期日) 107 年 5 月 27 日 (星期日) 107 年 6 月 24 日 (星期日)	(北區) 新店耕莘醫院 A 棟 10 樓大禮堂 (南區) 台南生活美學館 (北區) 台大醫學院 101 講堂
民國 107 年上半年北區胸腔暨重症病例討論會	107 年 5 月 4 日 (星期五) 107 年 5 月 25 日 (星期五) 107 年 6 月 1 日 (星期五) 107 年 6 月 8 日 (星期五) 107 年 6 月 15 日 (星期五)	台大景福館一樓會議室 台大醫院東址 3C 加護病房教室 台大景福館一樓會議室 台大景福館一樓會議室 台大景福館一樓會議室
呼吸道委員會 Post-ATS symposium (三地連線)	107 年 6 月 23 日 (星期六)	(台北) 亞都麗緻大飯店 (台中) 日月千禧飯店 (高雄) 林皇宮飯店
夏季年會	107 年 7 月 21 日 ~ 22 日 (星期六 ~ 日)	中國醫藥大學
APSR	107 年 11 月 29 日 ~ 12 月 2 日 (星期四 ~ 日)	台北

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

台灣胸腔暨重症加護醫學會
第十七屆第二次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 107 年 3 月 2 日 (星期五) 下午 6 點至下午 20 點 14 分
台北喜來登飯店 B1 辰園餐廳包廂 (台北市忠孝東路 1 段 12 號)

主　　席：第 17 屆理事長林孟志

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：王鶴健、余忠仁、李岡遠、林孟志、林慶雄、施金元、夏德椿、張基晟、陳育民、彭殿王、黃坤崙、曹昌堯、楊泮池、蔡熒煌等 14 位

出席監事：林恒毅、陳晉興、薛尊仁、蘇維鈞等 4 位

列席人員：秘書長王金洲、執行秘書蘇健、執行秘書胡漢忠、執行秘書林聖皓、執行秘書張晃智、執行秘書魏裕峰、執行秘書林智斌、2018 APSR 秘書長何肇基等 8 位

請假人員：

理事：鍾飲文、楊政達、黃明賢等 3 位

監事：徐武輝

壹、報告事項：

一、**理事長林孟志報告：**感謝各位理事、監事撥冗出席今天的會議，向各位理、監事報告秘書處人員安排以及設置學會新會址：

(一) 秘書長請高雄長庚王金洲醫師擔任。

(二) 執行秘書增設為七位，北區分別請馬偕醫院蘇健醫師、林口長庚醫院胡漢忠醫師，中區請中國醫藥大學附醫涂智彥醫師、彰化基督教醫院林聖皓醫師，南區請義大醫院魏裕峰醫師、高雄長庚醫院張晃智醫師，東區是請花蓮慈濟醫院林智斌醫師擔任。

(三) 學會會址原設在台北市常德街 1 號台大景福館 2 樓，因辦公室租賃合約到期，學會會址已新設置在台北市重慶南路 1 段 57 號 6 樓之 3，也在高雄長庚醫院醫學大樓 B1 增設一個學會南區辦公室。

二、**常務監事林恒毅報告：**感謝各位參加今天的會議，自今年開始將請學會的贊助公司必須在會議一個月前填寫「會議申請表」，載明舉辦的日期、地點、會議預算，以利學會執行會務及安排繼續教育課程及學術會議的年度行事曆。

三、**秘書長王金洲報告：**2017.11.25 理、監事聯席會議決議事項及執行情形：

(一) 學會 2017.1.9 與記憶工程股份有限公司 (蔡篤堅教授工作團隊) 簽訂新版「委任契約書」及新版「編纂委託計畫書」，文稿已請 6 位資深會員陸坤泰教授、郭壽雄教授、彭瑞鵬院長、謝文斌副院長、郭許達院長、沈建業教授閱稿及回覆意見，部分文稿內容將再修改、重寫後縮減為 10 萬字，待完成後請各位理、監事協助閱稿，也請各位提供台灣胸腔醫學歷史的珍貴史料及照片。

理事余忠仁補充報告：最初是由郭許達院長提議撰寫「胸腔醫學史」，學會第 2 次與蔡篤堅教授工作團隊重新簽訂新合約，在 2017 年中完成文稿書寫，經過本會 6 位資深會員閱稿、回覆意見皆是建議請蔡篤堅教授務必將撰稿內容逐字校稿。蔡教授表示希望工作團隊進行美術編輯及校對，請資深會員協助提供更多的照片。

(二) APSR 秘書長何肇基報告：APSR 2018 會議於 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：

- 會議主網頁【https://www.apsr2018.com/】
- 【Call for Abstracts】Submission Deadline: 31 May 2018
- APSR Travel Award
  - ☆ Eligible for international travelers only
  - ☆ Free Registration
  - ☆ Travel Grant: US$ 500
- APSR Young Investigator Award
  - ☆ Age limit: under 40 at the time of the Congress
  - ☆ Free Registration
  - ☆ Travel Grant: US$1,000
- Scientific Committee 進度：

Tentative Agenda

	Thursday, November 29	Friday, November 30			Saturday, December 1			Sunday, December 2		
08:15-08:45		Plenary Lecture Presidential Lecture			Plenary Lecture Memorial Lecture 1			Plenary Lecture Memorial Lecture 2		
09:00-10:30	Post-Graduate Courses 09:00-17:00	Symposia 1-3	Oral Session 1	Poster	Symposia 13-15	Oral Session 5	Poster	Symposia 25-27	Oral Session 9	Poster
10:30-11:00		Coffee Break			Coffee Break			Coffee Break		
11:00-12:30		Symposia 4-6	Oral Session 2	Poster	Symposia 16-18	Oral Session 6	Poster	Symposia 28-30	Oral Session 10	Poster
12:45-13:45		Lunch Symosia 1-4			Lunch Symosia 5-8			Closing Ceremony 12:30-13:00 Half-day Tour 13:00-18:00		
14:00-15:30		Symposia 7-9	Oral Session 3	Poster	Symposia 19-21	Oral Session 7	Poster			
15:30-16:00		Coffee Break			Coffee Break					
16:00-17:30		Symposia 10-12	Oral Session 4	Poster	Symposia 22-24	Oral Session 8	Poster			
17:45-18:45	Opening Ceremony 17:30-18:30 Welcome Reception 18:30-20:00	Evening Symosia 1-4			Evening Symosia 5-8					
19:00-21:00					Gala Dinner					

Plenary Lectures Category: Asthma

No.	Session Title	Remarks
1	Airway Microbiota in Respiratory Diseases	Proposed by Kang-Yun Lee M.D.
2	Global burden of asthma	

Workshops (Full Day)

No.	Session Title	Type	Topics & Speakers	Remarks
1	Interventional Pulmonology	Full Day	Topic 1- Introduction of CPAP Topic 2- New developemt of Home NIV Topic 3- Titration strategy for OSA, OHS, CSA, and restrictive/obstructive lung disease	Proposed by Chih-Yen Tu M.D. & Jang-Ming Lee M.D.
2	The home ventilator	Full Day	Topic 4- Remote management of home ventilator Topic 5- Humidifier Topic 6- Mask and accessary for home ventilator Topic 7- Hand On	Proposed by Ning-Hung Chen M.D.
No.	Session Title	Type	Topics & Speakers	Remarks
3	China Day (TBD)	Half Day		Proposed by Prof. Chong-Jen Yu
4	Severe Asthma	Half Day	Topic 1- Biologics Topic 2- Thermoplasty for severe asthma Topic 3- TBD	Proposed by Kang-Yun Lee M.D., approved by Assembly
5	How to approach small Lung module (CT guide)	Half Day		Proposed by Yeun-Chung Chang M.D. & Hsao-Hsun Hsu M.D.
6	Ultrasound	Half Day		Prosed by Hao-Chien Wang M.D.

7	Evidence-based Approaches for The diagnosis and treatment of Advanced Lung Diseases	Half Day	Topic 1- Advanced GWAS in IPF Topic 2- Metabolomics associated with breathe condensates from severe asthma patients Topic 3- Evidence-Based Signaling in Lung Diseases: What do they have in common?	Proposed by Reen Wu
8	Upper and Lower Respiratory Infections	Half Day		Prosed by Po-Ren Hsueh M.D.
9	TBD	Half Day	Topic 1- IPF treatment guideline update Topic 2- IPF real world experience in Taiwan Topic 3- Real world challenges in the treatment of IPF	Prosed by Hao-Chien Wang M.D.

Symposia Sessions- Topics Overview

	Topics	Sessions	Approved by Assembly
1	Clinical Respiratory Medicine	3	
2	Cell and Molecular Biology	1	
3	Clinical Allergy and Immunology	1	V
4	Environmental & Occupational Health and Epidemiology	1	V
5	Respiratory Infections (non-TB)	2	V
6	Tuberculosis	2	V
7	COPD	2	
8	Asthma	2	V
9	Lung Cancer	3	
10	Respiratory Neurobiology and Sleep	2	
11	No.	2	V
12	Bronchoscopy and Interventional Techniques	1	
13	Paediatric Lung Disease	2	
14	Respiratory Structure and Function	1	

15	Pulmonary Circulation	2	V
16	Interstitial Lung Disease	2	

Current proposed: 29 Sessions (Assembly approved: 12 Sessions)

Total required: 30 Sessions

- APSR 2018 Promotion Plan：本會將補助何肇基、簡榮彥、郭耀文等 3 位醫師參加國際會議相關費用。

  ☆指派本會會員何肇基醫師代表本會參加 Japanese Respiratory Society 58th Annual Meeting 2018 (JRS 2018), Osaka, Japan

  ☆指派本會會員簡榮彥醫師代表本會參加 2018 International Conference of AMERICAN THORACIC SOCIETY, San Diego, USA

  ☆指派本會會員郭耀文醫師代表本會參加 2018 International Congress of European Respiratory Society (ERS 2018), Paris, France

- Financial Committee 進度：邀請廠商贊助，依贊助金額分為 Diamond、Platinum、GOLD、Silver。

(三) 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，合作內容：

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

(四) 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：

1. 參與 5 天見習之證明。若不是台灣安寧緩和醫學學會認定通過之安寧緩和醫學專科醫師訓練醫院，而該醫院提出訓練計畫且經由台灣安寧緩和醫學學會確認者，該醫院是否可開立 5 天見習之證明？
2. 台灣胸腔暨重症加護醫學至少推派兩位代表參與安寧緩和學會的專家工作小組之檢定作業認證事宜。
3. 申請參與安寧緩和醫療檢定且符合規定者，是否即取得安寧緩和學會核發之安寧緩和專科醫師資格？

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。

106.11.25 理、監事聯席會議決議：下屆理、監事會議再討論。

106.11.25 理事吳清平建議：本會應自行辦理重症末期安寧緩和照護專科醫師認證。

107.3.2 理事蔡熒煌補充說明：建議本會自行辦理認證課程時，先徵求衛福部及健保署認同。

(五) 本會與感染症醫學會聯合制訂新版「Pneumonia Guideline」，編輯進度：本會、感染症醫學會、鄭德齡醫學發展基金會將於今年 3 月 10 日 (星期六) 09:30-12:40 假高雄榮總急診大樓 6 樓第 5 會議室共同辦理「肺炎研討會暨建議治療準則制定會議」。

四、理事余忠仁報告：本會、台灣肺癌學會、台灣臨床腫瘤醫學會推動「加速癌症免疫療法健保給付」。

說明：為考量讓第四期鱗狀細胞肺癌患者或 PD-L1 表現量大於 50% 的第四期非鱗狀非小細胞肺癌患者接受第三線之免疫療法，根據專家估計，每年將新增 600 名第四期患者可接受「晚期非小細胞肺癌免疫療法」治療。為加速癌症免疫療法納入健保給付，本會、台灣肺癌學會、台灣臨床腫瘤醫學會共同提案，由立委召開協調會議並邀請健保署相關人員就免疫療法新藥討論可能的使用人數及預算評估。

五、本會將派 12 位本會會員代表參加今年 4 月 6 日至 4 月 8 日在大陸廣州呼吸研究所辦理「兩岸呼吸道交流會議」(大陸廣東省廣州市沿江西路 151 號呼吸疾病國家重點實驗室)。

六、本會於今年 3 月 31 日至 4 月 1 日在台北張榮發基金會國際會議中心與亞澳肺臟病理學會、台灣病理學會共同舉辦「第五屆亞澳肺臟病理學會年度學術研討會」。

七、2018 年上半年胸腔及重症病例討論會北、中、南遠距連線 X 光判讀模擬考試分別於 3 月 23 日 (星期五)、4 月 27 日、5 月 11 日、6 月 22 日舉辦。

貳、討論事項：

一、學會會址原設在台北市常德街 1 號台大景福館 2 樓，因辦公室租賃合約到期，學會會址已遷設置在台北市重慶南路 1 段 57 號 6 樓之 3，屆時聯絡電話及傳真亦遷至新會址並通知會員及

各個單位，另在高雄長庚醫院醫學大樓 B1 增設一個學會南區辦公室。

決議：通過。

二、設立常設委員會以及任務工作小組 (委員會名單，請至學會網頁詳閱 http://www.tspccm.org.tw/km/1014)

(一) 胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會

(二) 第 17 屆重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

職責內容：

● 整合國內重症醫學相關之臨床及學術資源。

● 對於重症照護之品質監控及臨床工作，製定準則或規範，供各醫療單位參考。

● 積極參與重症醫學政策之制定與修正，與健保署協商提高給付以保障本會會員權益。

● 加強對會員的重症醫學新知推廣，並規畫相關主題之研討會與講習會。

召集委員：陽光耀，副召集委員：高國晉

委　　員：古世基、彭萬誠、詹明澄、蘇一峰、陳昌文、方文豐、許超群

執行秘書：胡漢忠

(三) 第 17 屆教育與出版委員會

職責內容：

● 針對本會年輕以及非胸腔科醫師設計教育課程。

● 負責學會會訊編輯出版。

召集委員：夏德椿，副召集委員：楊政達

顧　　問：鍾飲文

委　　員：余明治、吳杰亮、林慶雄、施金元、洪仁宇、陳鴻仁、陳濘宏、黃坤崙、王金洲

執行秘書：涂智彥

(四) 第 17 屆「胸腔醫學」雜誌編輯委員會，主編彭殿王

職責內容：審查與刊登胸腔醫學之教育性文稿與活動報導，如原著、病例報告、胸部 X 光解說、綜覽、醫學期刊論文摘要及各醫院有關胸腔醫學活動。

(五) 第 17 屆學術委員會

職責內容：設計繼續教育課 (胸部影像判讀課程、機械通氣課程、重症醫學認證課程等) 以及胸腔年會學術節目。

召集委員：陳育民，副召集委員：施金元

委　　員：黃崇旂、蘇維鈞、林鴻銓、涂智彥、許超群、陽光耀、李岡遠、賴俊良

執行秘書：王金洲

(六) 第 17 屆健保及醫療政策工作小組

職責內容：

● 積極參與胸腔醫學相關之醫療衛生政策的制定或修正。

● 建議及因應胸腔醫學相關之醫療健保制度及支付。

召集委員：林慶雄，副召集委員：林恒毅

顧　　問：蔡熒煌

委　　員：黃忠智、吳杰亮、高尚志、吳清平、邱國欽、徐武輝、黃伊文、林明憲

執行秘書：林聖皓

(七) 第 17 屆公共事務工作小組

職責內容：

● 建立與醫療事業有關政府機構之良好關係。

● 與醫學團體定期聯繫。

● 加強與媒體之聯繫。

● 會員需求與意見調查。

召集委員：邱國欽

顧　　問：曹昌堯

委　　員：古世基、簡榮彥、洪仁宇、柯信國、劉景隆、傅彬貴、陳世彬、蘇茂昌

執行秘書：林智斌

(八) 第 17 屆國際學術交流工作小組

職責內容：

● 規劃並參與胸腔醫學相關之國際與兩岸學術活動。

● 促進國際與兩岸學術及臨床交流。

● 促成胸腔醫學相關之國際與兩岸合作計劃。

● 針對會員國外進修，提供方向建議及實務協助。

召集委員：李岡遠

顧　　問：楊政達

委　　員：何肇基、彭忠衍、江振源、郭志熙、杭良文、詹明澄

執行秘書：魏裕峰

(九) 第 17 屆呼吸治療委員會

職責內容：

● 針對主管機關對於呼吸照護政策之修正，提供專業評估及建議。

● 對於各階段呼吸照護之品質監控及臨床工作，製定準則或規範，供各醫療單位參考。

● 整合國內各種呼吸照護相關之臨床及學術資源。

召集委員：黃坤崙

顧　　問：吳清平

委　　員：陽光耀、黃崇旂、程味兒、詹明澄、陳志強、蔡忠榮、李琳、方文豐

執行秘書：林智斌

(十) 第 17 屆肺感染及結核病委員會

職責內容：

● 積極參與國家結核病政策之制定與修正。

● 對於結核病照護之品質監控及臨床工作，製定準則或規範，供各醫療單位參考。

● 結核病繼續教育與學術活動之設計。

召集委員：黃伊文，副召集委員：吳杰亮

委　　員：王振源、江振源、林恕民、鄭孟軒、馮嘉毅、謝孟哲、簡順添、簡榮彥

執行秘書：涂智彥

(十一) 第 17 屆呼吸道疾病委員會

職責內容：

● 加強對會員對於氣喘、慢性阻塞性肺病等阻塞性。

● 呼吸道疾病的醫學新知推廣，並規畫相關主題之研討會與講習會。

召集委員：王鶴健，副召集委員：鄭世隆

委　　員：林慶雄、柯信國、邱國欽、林鴻銓、詹明澄、杭良文、林明憲、簡榮彥、劉世豐、許超群、陳炯睿、謝孟哲

執行秘書：林聖皓

(十二) 第 17 屆間質性肺病及罕見肺疾病委員會

職責內容：

● 對於間質性肺病品質監控及臨床工作，製定準則或規範。

● 間質性肺病繼續教育與學術活動之設計。

召集委員：陶啟偉

委　　員：蘇維鈞、王鶴健、高國晉、許正園、林慶雄、陳家弘、李政宏、許超群、方文豐、鄭世隆、彭忠衍、曹世明、郭炳宏、邱銘煌

執行秘書：張晃智

(十三) 第 17 屆肺血管及肺高壓委員會

職責內容：

● 對於肺高壓診斷及治療，製定準則或規範。

● 肺高壓繼續教育與學術活動之設計。

召集委員：徐紹勛

委　　員：郭炳宏、劉景隆、陶啟偉、廖偉志、廖信閔

執行秘書：蘇健

(十四) 第 17 屆介入性支氣管內視鏡委員會

職責內容：

● 介入性支氣管內視鏡的推廣、教育訓練及品質監控，製定準則或規範。

● 介入性支氣管內視鏡繼續教育與學術活動之設計。

召集委員：涂智彥

委　　員：陳家弘、林敬凱、趙恒勝、鍾福財、張哲嘉、蘇柏嵐、鍾聿修

(十五) 第 17 屆肺腫瘤委員會

職責內容：協助本會與相關學會協同推動肺癌防治之臨床工作及肺癌繼續教育與學術活動之設計。

召集委員：張基晟

委　　員：余忠仁、楊政達、陳志毅、陳育民、高尚志、夏德椿、黃明賢、王金洲

執行秘書：蘇健

(十六) 第 17 屆肺部環境及職業醫學委員會

召集委員：許超群

委　　員：余忠仁、王金洲、傅彬貴、曾健華、黃明賢、蘇一峰

執行秘書：魏裕峰

(十七) 第 17 屆外科委員會

職責內容：規畫胸腔外科相關主題之研討會與講習會，並加強對會員的胸腔外科新知推廣。

召集委員：劉會平，副召集委員：陳晉興

委　　員：吳玉琮、趙盈凱、黃才旺、黃文傑、莊政諺、曾堯麟、周世華

執行秘書：胡漢忠

決議：通過。

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

決議：2018 夏季會日期訂於 7 月 21 日至 7 月 22 日 (星期六、日)，地點：台中中國醫藥大學，會議議程安排如下：

2018 年 7 月 21 日 (星期六) 台中中國醫藥大學		
11:00-12:00	會員報到	
12:00-13:00	Satellite Symposia (四間會議室同步)	
13:15-13:45	主題：ILD	主題：Vaccine & infection
13:45-14:15	主題：Lung Cancer (1)	主題：Critical Care (1)
14:15-14:45	主題：Lung Cancer (2)	主題：Critical Care (2)
14:45-15:00	Coffee break	
15:00-15:30	主題：Lung Cancer (1)	主題：Sleep Apnea (1)
15:30-16:00	主題：Lung Cancer (2)	主題：Sleep Apnea (2)
16:00-16:30	(1) Special topics	
16:30-17:00	(2) Special topics	
17:15-18:15	Satellite Symposia (四間會議室同步)	
18:30-21:30	會議晚宴	
2018 年 7 月 22 日 (星期日) 台中中國醫藥大學		
09:00-09:30	主題：ILD	主題：Vaccine & infection
09:30-10:00	主題：Airway disease (1)	主題：TB (1)
10:00-10:30	主題：Airway disease (2)	主題：TB (2)
10:30-10:45	Coffee break	
10:45-11:15	主題：Airway disease (1)	主題：Intervention Bronchology (1)
11:15-11:45	主題：Airway disease (2)	主題：Intervention Bronchology (2)
12:00-13:00	Satellite Symposia (四間會議室同步)	

四、指定 2018 年「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」召集委員與委員。

決議：請台北榮總彭殿王教授擔任甄試主任委員，甄試委員由主委聘請。

五、理事林慶雄報告：學會參與國健署「慢性阻塞性肺病個案早期介入發展計劃」(107 年至 108 年) 採購案。

(一) 工作計畫概要說明：

- 透過前端菸害防治策略，持續衛教傳播民眾相關識能，如菸害防制、戒菸及拒吸二手菸等觀念。
- 推動肺阻塞專業知識研習課程，強化對民眾相關疾病防治識能。
- 增進專業人員衛教照護的品質。
- 透過健保資料庫針對有關及病之診斷關連或相關用藥找出未被確診的高風險群，提昇肺阻塞性疾病早期之確診率。
- 以北、中、南地區各擇不同層級之醫院和社區醫療群為試辦點，針對高關連族群或風險群予轉介肺功能檢查，以早期確定診斷，提高診斷率，進而早期介入早期治療。

決議：通過，準備投標資格審查文件。

六、審核：(1) 七位一般會員申請為本會胸腔指導醫師名單。(2) 一位準會員申請為一般會員。(3) 四位一般會員申請為榮譽會員。

(一) 申請本會胸腔指導醫師規定：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：

- 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。
- 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。
- 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。

(二) 申請為本會一般會員規定：

第三章第五條：本會會員分為一般會員、準會員及榮譽會員三種：

- 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。
- 凡向本學會申請報備訓練之醫師經專科醫師甄審委員會審查通過者，即為本學會準會員。
- 第六章費第 28 條：本會會員連續二年不繳納會費者，視為自動退會。

(三) 申請為本會榮譽會員規定：

本會章程第三章第五條凡本會一般會員年齡屆滿六十五歲且入會年資滿二十五年者自願申請為榮譽會員。

決議：

(一) 審核通過馮嘉毅、黃俊雄、李忠恕、陳崇裕等 4 位一般會員為本會胸腔暨重症專科指導

醫師。

(二) 審核通過準會員林奇模醫師為本會一般會員。

(三) 學會再通知四位一般會員並向其說明申請為榮譽會員後，胸腔專科醫師資格展延，為維持其專科醫師權益與專科醫師證書效力，必須每 6 年提出資格之再認證，換證時須於 6 年內累積達到最低要求學分數。

參、臨時動議：

一、理事彭殿王提議：2018 Jan. 胸腔醫學雜誌 Thoracic Medicine Online Program。

決議：請彭殿王教授協助擬訂以下細節，於下次會議討論。

(一) 成立編輯委員會。

(二) 尋求合作對象發行商，可協助本期刊上線。

(三) 評估刊物的發行費用。

(四) Journal 的內容 case report 會降低分子的分數，所以盡量 original article 還有 review article 為主。

(五) PubMed online 的申請需透過發行商，整個 review 的時間可能延長，期刊內容必須全文上線，方便讀者查閱。

(六) 改變雜誌編輯的架構。

(七) 增加 original article and review article 的投稿數量。

(八) 擬定日落條款時間及獎勵方式。

(九) 修訂胸腔專科醫師甄審辦法之投稿規定。

二、理事王鶴健提議：成立學術研究交流平台 (如 REDcap 登錄平台)，聘用專門人員協助各個臨床試驗或研究計畫或醫學中心合作計畫案上傳資料。

決議：通過，下次會議討論細節。

肆、散會：下午 20 點 14 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 107 年 2 月 9 日 (星期五) 下午 6 點 30 分
台北辦公室 (台北重慶南路 1 段 57 號 4 樓會議室)

主　　席：召集人陳育民主任

記　　錄：執行秘書張晃智醫師

出席人員：林孟志理事長、陳育民主任、蘇維鈞主任、施金元主任、涂智彥主任、許超群主任、陽光耀主任

列席人員：執行秘書張晃智、秘書張雅雯、秘書王箐安

請假人員：黃崇旂主任、林鴻銓主任、李岡遠主任、賴俊良副院長

壹、會議議程：

一、新增副召集人：施金元主任

二、107 影像判讀講習班辦理兩場，邀請籌備人協助規畫課程內容及邀請講員：

(一) 北區，馬偕呂衍達主任

(二) 南區，高長方文豐主任

三、107 年機械通氣繼續教育課程繼續教育課程

(一) 北區，林口長庚醫院高國晉副部長

(二) 中區，台中榮總詹明澄主任

四、107 重症聯甄課辦理三場

說明：北中南各區可擬訂相同的 topic 及 speaker，或是再邀請地區其他講員

(一) 北區，5/27 台大

(二) 中區，4/22 中榮

(三) 南區，6/17 高醫

五、本年度胸腔年會，不再規劃學會的 section，全部由 APSR 大會執行

六、胸腔年會夏季年會日期訂在 7/21、7/22 兩天在中國醫藥大學學校場地

規劃 7/21(星期六) 上午：2 hrs，下午：4 hrs。7/22 (星期日) 上午：3 hrs

Satellite symposium 7/21 午、晚，7/22 午，各 4 場 X3 個時段 = 共 12 場

每場半小時 (30 分鐘) 共 18 場

Intervention bronchology：涂智彥，2 個 TOPIC

TB：蘇維鈞，2 個 TOPIC

Airway：李岡遠，2 個

Lung cancer：施金元，2 個

Critical care：陽光耀，2 個

ILD：陶啟偉

Sleep：李佩玲

Vaccine & infection：許超群

Special topics：林孟志副院長 (預計邀請健保署署長及國健署署長)，2 個

下次會議暫定理監事會議前一周，預計 6/11 召開第二次學術委員會。

散會

胸腔暨重症案例

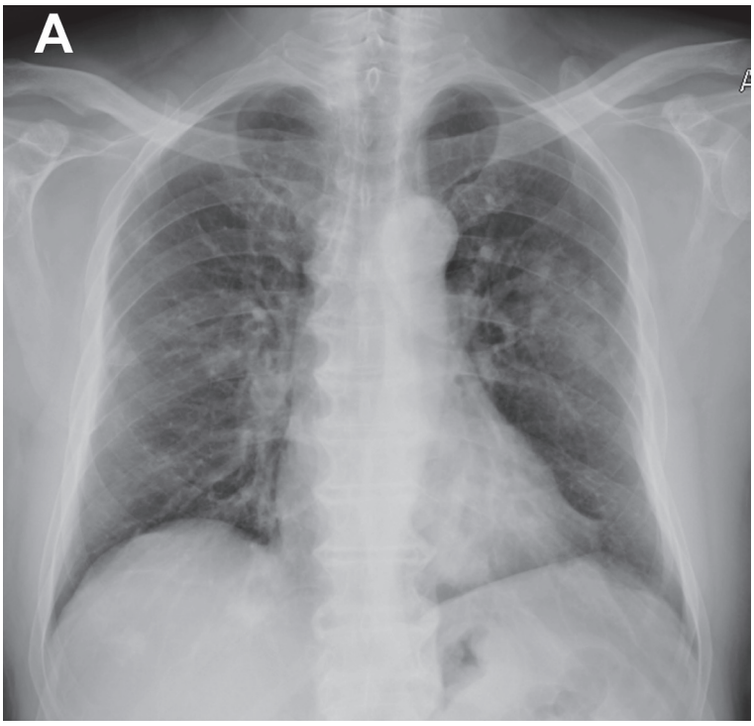


Figure A: Chest radiography revealed opacity lesions over left middle lung field and right subpleural areas

Figure B: Low-dose computed tomography (LDCT) showed multiple consolidative lesions over bilateral lung fields, parenchymal nodular lesions were also presented over bilateral subpleural areas

TSPCCM

提供：義大醫院 呼吸胸腔內科 魏裕峰醫師

[Case]

A 61-year-old man presented to the chest clinic due to abnormal chest radiography (Figure A) and low-dose computed tomography (LDCT) (Figure B) after a health check-up. He complained of intermittent cough with scanty sputum for 3 months. He reported no fever, dyspnea, or body weight loss. No smoking history, noxious gas exposure history, or systemic disease were mentioned. Physical examinations were unremarkable.

醫學新知 I

比較 Omalizumab 與 Mepolizumab 在已使用吸入性類固醇仍未達良好控制的氣喘病人作為輔助治療 (add-on therapy) 的網絡統合分析 (network meta-analysis)

摘自：J Asthma. 2018 Jan; 55(1): 89-100. DOI: 10.1080/02770903.2017.1306548.

編譯：李和昇醫師 義大醫院 呼吸胸腔內科

目的：

本試驗目的在於使用網絡統合分析的方式檢驗 Omalizumab (OMA) 和 Mepolizumab (Mepo) 在治療嚴重氣喘上是否成效相當。

研究方法：

資料來源：在四個資料庫中作系統性的文獻回顧，文獻的時間從資料庫成立開始到 2016 年二月為止。

文獻選擇：

包含隨機對照試驗和世代研究。這些研究必須著重於 OMA 和 Mepo 各自在治療已使用吸入性類固醇但未達良好控制的氣喘病人的成效。可以再併用或不併用其他治療藥物。

研究結果：

在氣喘生活品質問卷 (Asthma Quality of Life Questionnaire) 的改善上，OMA 明顯優於 Mepo，平均數差異 (mean difference) 為 0.38，信賴區間 (confidence interval) 0.21-0.55，$p<0.0001$，但未達到 0.5 的最小臨床重要差異值 (minimal clinically important difference)。在氣喘控制問卷 (Asthma Control Questionnaire)，第一秒用力呼氣量 (FEV_1)，尖峰呼氣流速 (PEFR) 等項目從病人基礎值 (baseline) 的改善程度上則沒有明顯差異。這兩種藥物與安慰劑相比，都可以成功的降低氣喘急性惡化的年化發作率 (calculated annualized rate) 大約 50%。在除了 PEFR 之外的不同比較的異質性得分 (heterogeneity score) 都有上升。

結論：

在經由網絡統合分析做間接比較時，OMA 和 Mepo 在治療已使用高劑量吸入性類固醇卻仍未達良好控制的氣喘病人時的效力 (efficacy) 是相似的。觀察到的高異質性以及在使用這兩種藥物時的不同的選擇標準，讓我們無法對在被研究的這些族群該優先使用 OMA 或 Mepo 做出明確的建議。因此，依目前的資料無法告訴我們在效力上是否有重大的不同。

〔編譯者評論〕

目前氣喘的治療仍以吸入性類固醇為中心，大部份的氣喘病人在使用吸入性類固醇 (ICS) 合併長效型乙二型交感神經促效劑 (LABA) 就可以達到良好控制。但過敏性氣喘病人若是已經使用 ICS 合併 LABA 卻仍未達良好控制時，加上 Omalizumab (Xolair) 或 Mepolizumab (Nucala) 作輔助治療 (add-on therapy) 是一個可行的方法。雖然這兩種藥物針對的病人族群很相似，但他們的機轉並不相同。Omalizumab 是抗 IgE 的人源化單株抗體，可以抑制 IgE 和 mast cell 或嗜鹼性球上的 IgE 接受器結合，減少會造成過敏現象的介質的釋放。Mepolizumab 也是人源化的單株抗體，會和 interlukin-5 結合，防止 IL-5 和其接受器結合，尤其是嗜酸性球表面的 IL-5 receptor alpha subunit，進而減輕後續的過敏反應。因此，在選擇病人時，Omalizumab 是針對過敏性氣喘病人，已使用 ICS+LABA 仍控制不佳，而且有血清 IgE 濃度上升的情形時使用，而 Mepolizumab 則是嚴重氣喘病人已使用 ICS+LABA 仍控制不佳，而且有血中 eosinophil 數量上升的情形時使用。這兩種藥物都是嚴重過敏性氣喘病人的救星，都是高價藥物，而且在臨床試驗上都有良好的表現，因此，到底哪一個藥物更有效一直是引人好奇的問題。

這篇網絡統合分析回顧了截至 2016 年二月前的文獻，包含隨機對照試驗和世代研究，來比較 OMA 和 Mepo 的效力。但如同前述，這兩種藥物在使用時的選擇標準是不同的，因此各個臨床試驗間的異質性會很高，使得很難以網絡統合分析間接的比較方式作出明確的結論。而雖然在氣喘生活品質問卷上，OMA 的改善程度明顯優於 Mepo，但兩個藥物只差距 0.38 分，沒有達到最小臨床重要差異值的 0.5 分。在其他項目的比較上，兩個藥物的效力則沒有明顯差別。因此，以目前的資料來說，無法做出明確的建議說哪一個藥物優於另一個，但這兩個藥物與安慰劑相比，都可以讓已使用 ICS 的嚴重過敏性氣喘病人減少每年急性發作的比率達到 50%，成效良好。因此，臨床醫師還是要仔細觀察病人，蒐集病史，完成完整的相關檢驗和檢查，才能選出最適合病人的藥物，讓藥物發揮它最大的功效，病人得到最好的改善。

Omalizumab versus Mepolizumab as add-on therapy in asthma patients not well controlled on at least an inhaled corticosteroid: A network meta-analysis

J Asthma. 2018 Jan; 55(1): 89-100. DOI: 10.1080/02770903.2017.1306548.

Nachef Z, Krishnan A, Mashtare T, *et al*.

Abstract

OBJECTIVE:

The purpose of this study is to examine the comparative efficacy of Omalizumab (OMA) and Mepolizumab (Mepo) in the treatment of severe asthma by performing a network meta-analysis.

METHOD:

Data Sources: A systematic review of the literature was performed through four databases from their inception to February 2016.

STUDY SELECTIONS:

Randomized control trials and cohort studies were considered if they addressed the individual efficacy of OMA and Mepo in the treatment of asthma that was not well controlled on inhaled corticosteroids (ICSs) with or without other agents.

RESULTS:

OMA was significantly better than Mepo in improving the Asthma Quality of Life Questionnaire with a mean difference of 0.38 and a confidence interval of (0.21-0.55), $p<0.0001$, without reaching the minimal clinically important difference of 0.5. No significant difference was seen in Asthma Control Questionnaire, forced expiratory volume in second 1 (FEV_1), and Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) improvement from baseline. Both medications were successful in reducing the calculated annualized rates of asthma exacerbations (AEs) vs placebo by approximately 50%. The heterogeneity score for the different comparisons were elevated except for the PEFR.

CONCLUSION:

When compared indirectly via a network meta-analysis, the efficacy of OMA and Mepo was similar in the treatment of asthma that was not well controlled on at least high-dose ICS. The high heterogeneity observed and the different selection criteria for the use of the two drugs do not permit us to make any definitive recommendations for the preferential use of OMA vs Mepo in the patient populations studied. However, the current data do not suggest any major differences in efficacy.

醫學新知Ⅱ

Osimertinib 對於未經治療、具有 EGFR 突變的後期非小細胞肺癌之療效

摘自：N Engl J Med 2018; 378: 113-125 DOI: 10.1056/NEJMoa1713137.

編譯：陳鍾岳醫師 義大醫院 呼吸胸腔內科

背景：

Osimertinib 為第三代，不可逆的 EGFR 標靶治療。此藥物對於典型的有效突變及對傳統標靶藥物具抗藥性的 T790M 突變皆有顯著效果。本研究直接比較 osimertinib 以及第一代標靶治療，對於未經治療、具有 EGFR 突變的後期非小細胞肺癌之療效。

研究方法：

雙盲，第三期的大規模研究 (FLAURA Trial)，將 556 位未經治療、具有 EGFR 突變 (Exon 19 deletion 或 L858R) 的後期非小細胞肺癌病人隨機 1:1 分成兩組，研究組使用口服 Osimertinib 80 毫克一天一次，控制組使用傳統第一代標靶治療 (gefitinib 250 毫克或 erlotinib 150 毫克一天一次)。主要終點 (Primary end point) 設定為觀察者評估之無惡化存活時間 (Progression-free survival, PFS)。

研究結果：

研究組 (Osimertinib) 相較於控制組，中位數 PFS 時間顯著較長 (18.9 個月 vs. 10.2 個月，HR 0.46; $P<0.001$)；反應率兩組相當 (80% vs. 76%, OR 1.27; $P=0.24$)；中位數治療有效時間 (Duration of Response) 為 17.2 個月比 8.5 個月。總生存時間 (Overall survival, OS) 在期中分析時數據尚未成熟；18 個月的存活比率在 Osimertinib 組較高趨勢 (83% vs 71%, HR 0.63)。藥物副作用部分，Osimertinib 等級三以上副作用比率較控制組低 (34% vs. 45%)。

結論：

Osimertinib 相較於標準一線標靶治療，在 EGFR 突變之後期非小細胞肺癌病人，療效較佳，藥物安全性相當，且嚴重副作用的比率較低。

〔編譯者評論〕

自從標靶治療廣泛使用在 EGFR 突變之後期非小細胞肺癌病人後，中位數總存活時間從原本不到一年可以延長到兩年左右；但是抗藥性突變的產生，尤其是 T790M 突變，是傳統標靶治療失效的主要原因。此外，傳統標靶藥物在中樞神經 (CNS) 的濃度較低，因此部分病人因中樞神經轉移而必須改變治療。Osimertinib 已經在 AURA3 研究證實在使用一線標靶藥物產生 T790M 突變導致疾病惡化的後期非小細胞肺癌病人，相較傳統化療，有顯著較佳的 PFS (10.1 個月 vs 4.4 個月)；

在中樞神經轉移的次族群分析也獲得正面的效果。但受限於病患身體狀況未必能接受再次切片，有些轉移部位不易切片，而再次切片的組織可能有偽陰性結果，再加上抽血檢驗 ctDNA 的準確度僅約七成；若以目前標準流程需檢測出 T790M 突變再給予 Osimertinib，勢必有些病人無法接受治療。本研究顯示 Osimertinib 在一線 EGFR 突變之非小細胞肺癌治療相較傳統第一代標靶有顯著較長的 PFS，副作用較低，而且不需檢測 T790M 突變，未來有可能成為第一線的標準治療。但是是否真能取代現有標靶治療有幾點需要考量：1. FLAURA trial 尚未提供 OS 結果，此結果勢必會與 AURA3 的 OS 結果比較；2. FLAURA 的 OS 結果，和第二代標靶 (Afatinib, Dacomitinib) 加上二線 Osimertinib 的 OS 結果孰優孰劣？ 3. 當 Osimertinib 產生抗藥性以後，治療的選擇及預後仍待後續研究。

Osimertinib in Untreated EGFR-Mutated Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer

N Engl J Med 2018; 378: 113-125 DOI: 10.1056/NEJMoa1713137.

J.-C. Soria, Y. Ohe, J. Vansteenkiste, *et al*.

Abstract

BACKGROUND

Osimertinib is an oral, third-generation, irreversible epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor (EGFR-TKI) that selectively inhibits both EGFR-TKI-sensitizing and EGFR T790M resistance mutations. We compared osimertinib with standard EGFR-TKIs in patients with previously untreated, EGFR mutation-positive advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC).

METHODS

In this double-blind, phase 3 trial, we randomly assigned 556 patients with previously untreated, EGFR mutation-positive (exon 19 deletion or L858R) advanced NSCLC in a 1:1 ratio to receive either osimertinib (at a dose of 80 mg once daily) or a standard EGFR-TKI (gefitinib at a dose of 250 mg once daily or erlotinib at a dose of 150 mg once daily). The primary end point was investigator-assessed progression free survival.

RESULTS

The median progression-free survival was significantly longer with osimertinib than with standard EGFR-TKIs (18.9 months vs. 10.2 months; hazard ratio for disease progression or death, 0.46; 95% confidence interval [CI], 0.37 to 0.57; $P<0.001$). The objective response rate was similar in the two groups: 80% with osimertinib and 76% with standard EGFR-TKIs (odds ratio, 1.27; 95% CI, 0.85 to 1.90; $P=0.24$). The median duration of response was 17.2 months (95% CI, 13.8 to 22.0) with osimertinib versus 8.5 months (95% CI, 7.3 to 9.8) with standard EGFR-TKIs. Data on overall survival were immature at the interim analysis (25% maturity). The survival rate at 18 months was 83% (95% CI, 78 to 87) with osimertinib and 71% (95% CI, 65 to 76) with standard EGFR-TKIs (hazard ratio for death, 0.63; 95% CI, 0.45 to 0.88; $P=0.007$ [nonsignificant in the interim analysis]). Adverse events of grade 3 or higher were less frequent with osimertinib than with standard EGFR-TKIs (34% vs. 45%).

CONCLUSIONS

Osimertinib showed efficacy superior to that of standard EGFR-TKIs in the first-line treatment of EGFR mutation-positive advanced NSCLC, with a similar safety profile and lower rates of serious adverse events.

醫學新知Ⅲ

在敗血性休克病患使用葡萄糖皮質素作為輔助性治療的成效評估

摘自：N Engl J Med 2018; 378: 797-808. DOI: 10.1056/NEJMoa1705835

編譯：許棨逵醫師 義大醫院 呼吸胸腔內科

背景：

氫化皮質酮 (hydrocortisone) 是否能減少敗血性休克病患的死亡率，目前療效仍未明朗。

方法：

這是一個跨國際，多中心的雙盲性，平行設計，隨機對照的研究。研究地點在五個國家，69 個中心的成人內外科加護病房。收案條件包括正在使用侵襲性機械通氣以及因敗血性休克而須使用升壓劑的病人。除了給予適當的抗生素以及輸液治療外，並隨機分派病患接受每日 200 毫克氫化皮質酮 (研究組) 或是安慰劑，治療期間為 7 天或是治療到病患死亡或是至轉出加護病房 (看何者先到)。主要指標 (primary outcome) 是第 90 天的全因死亡率 (all-cause mortality)。

研究結果：

自 2013 年 3 月至 2017 年 4 月，共有 3,800 位病人接受了隨機分派試驗。其中的 3,658 個病人符合條件可確認主要指標 (研究組：1,832 人，安慰劑組：1,826 人)。在第 90 天時，研究組有 511 位病患 (27.9%)，安慰劑組有 526 位病患 (28.8%) 死亡 (勝算比 odds ratio: 0.95；95% confidence interval [CI], 0.82 to 1.10; *P*=0.50) 在預先設定的 6 個次分組中，療效均相似。研究組的病患休克的情況較快復原 (中位數：研究組 3 天，安慰劑組 4 天。hazard ratio, 1.32; 95% CI, 1.23 to 1.41; *P*<0.001) 研究組的病患在第一次呼吸衰竭接受機械通氣時，較快脫離呼吸器 (中位數：研究組 6 天，安慰劑組 7 天。hazard ratio, 1.13; 95% CI, 1.05 to 1.22; *P*<0.001)。但若是再次呼吸衰竭時，兩組脫離呼吸器所需時間則沒有顯著差異。研究組病患較安慰劑組較少接受輸血 (37.0% vs. 41.7%; odds ratio, 0.82; 95% CI, 0.72 to 0.94; *P*=0.004)。其他結果包括在第 28 天死亡率、休克的復發率、轉出加護病房後的存活天數、出院後的存活天數、再次呼吸衰竭的發生率、使用腎臟替代療法 (renal replacement therapy) 的比例、新發生菌血症或黴菌血症的發生率，兩組均無差別。

結論：

在接受侵襲性機械通氣的敗血性休克病患中，給予持續性滴注氫化皮質酮，相較於給予安慰劑，並無法降低 90 天的死亡率。(由澳洲國家健康和醫學研究委員會以及其他單位贊助研究，ADRENAL ClinicalTrials.gov number, NCT01448109)

〔編譯者評論〕

第一篇探討氫化皮質酮用來治療嚴重感染的雙盲性研究發表於 1963 年的 JAMA。當時的研究者雖然提出皮質類固醇具有抗內毒素 (antiendotoxic) 以及解熱 (antipyretic) 和影響血管反應性 (reactivity) 效用的觀點，但研究結果發現低劑量的氫化皮質酮並無法改善嚴重敗血症病人的死亡率。其後的研究從給予壓力型劑量氫化皮質酮 (stress dose：每日 200~300 mg，連續五至七日) 到給予超高劑量 (壓力型劑量的十至四十倍，給予一至兩日) 都有人嘗試過，病人接受超高劑量的氫化皮質酮因預後更差，已不再有研究者使用。而過去半世紀以來的統合分析 (meta analysis) 和系統性回顧 (systemic review) 的文獻對於葡萄糖皮質素在敗血症的治療角色仍無一致性的看法。在本期的 NEJM 雜誌中，同時也刊登了另外一篇使用皮質類固醇來治療敗血性休克的文章 (“APROCCHSS” trial)，有趣的是該篇研究卻呈現出對於 90 天死亡率有改善的結果。“APROCCHSS” trial 中使用的是氫化皮質酮加上 fludrocortisone (一種礦物性皮質素) 與安慰劑組的比較。“APROCCHSS” trial 中研究組與對照組的死亡率均超過四成 (43.0% with hydrocortisone plus fludrocortisone vs. 49.1% with placebo [P=0.03])，但有統計學上有意義的差異。本篇 (ADRENAL trial) 中兩組的死亡率均在三成以下，統計學上無差異。(27.9% in the hydrocortisone group Vs. 28.8% in the placebo group, P=0.50) 這或許與兩個 trials 使用的嚴重度評估量表不同有關 (ADRENAL trial 使用 APACHE II，APROCCHSS trial 使用 SOFA score and Simplified Acute Physiology Score II)。雖然在降低死亡率上兩個 trials 結論不一致，但在 secondary outcome 上，兩篇研究卻都呈現出使用氫化皮質酮能讓敗血性休克較快復原，病患也較早脫離呼吸器。因此在臨床的應用上，選擇某些特定的病患，給予氫化皮質酮，或許是一個可以思考的方向

Adjunctive Glucocorticoid Therapy in Patients with Septic Shock

N Engl J Med 2018; 378: 797-808. DOI: 10.1056/NEJMoa1705835

B. Venkatesh, S. Finfer, J. Cohen, *et al*.

Abstract

BACKGROUND

Whether hydrocortisone reduces mortality among patients with septic shock is unclear.

METHODS

We randomly assigned patients with septic shock who were undergoing mechanical ventilation to receive hydrocortisone (at a dose of 200 mg per day) or placebo for 7 days or until death or discharge from the intensive care unit (ICU), whichever came first. The primary outcome was death from any cause at 90 days.

RESULTS

From March 2013 through April 2017, a total of 3,800 patients underwent randomization. Status with respect to the primary outcome was ascertained in 3,658 patients (1,832 of whom had been assigned to the hydrocortisone group and 1,826 to the placebo group). At 90 days, 511 patients (27.9%) in the hydrocortisone group and 526 (28.8%) in the placebo group had died (odds ratio, 0.95; 95% confidence interval [CI], 0.82 to 1.10; P=0.50). The effect of the trial regimen was similar in six prespecified subgroups. Patients who had been assigned to receive hydrocortisone had faster resolution of shock than those assigned to the placebo group (median duration, 3 days [interquartile range, 2 to 5] vs. 4 days [interquartile range, 2 to 9]; hazard ratio, 1.32; 95% CI, 1.23 to 1.41; P<0.001).Patients in the hydrocortisone group had a shorter duration of the initial episode of mechanical ventilation than those in the placebo group (median, 6 days [interquartile range, 3 to 18] vs. 7 days [interquartile range, 3 to 24]; hazard ratio, 1.13; 95% CI, 1.05 to 1.22; P<0.001), but taking into account episodes of recurrence of ventilation, there were no significant differences in the number of days alive and free from mechanical ventilation. Fewer patients in the hydrocortisone group than in the placebo group received a blood transfusion (37.0% vs. 41.7%; odds ratio, 0.82; 95% CI, 0.72 to 0.94; P=0.004). There were no significant between-group differences with respect to mortality at 28 days, the rate of recurrence of shock, the number of days alive and out of the ICU, the number of days alive and out of the hospital, the recurrence of mechanical ventilation, the rate of renal-replacement therapy, and the incidence of new-onset bacteremia or fungemia.

CONCLUSIONS

Among patients with septic shock undergoing mechanical ventilation, a continuous infusion of hydrocortisone did not result in lower 90-day mortality than placebo. (Funded by the National Health and Medical Research Council of Australia and others; ADRENAL ClinicalTrials.gov number, NCT01448109.)

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：107 年 05 月 15 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 20)

1. A 61-year-old man presented to the chest clinic due to abnormal chest radiography (Figure A) and low-dose computed tomography (LDCT) (Figure B) after a health check-up. He complained of intermittent cough with scanty sputum for 3 months. He reported no fever, dyspnea, or body weight loss. No smoking history, noxious gas exposure history, or systemic disease were mentioned. Physical examinations were unremarkable.
   What is your diagnosis in this patient?
   (A) Lung cancer with lymphangitis carcinomatosis
   (B) Pulmonary tuberculosis
   (C) Cryptococcal infection
   (D) Sarcoidosis
   (E) Cryptogenic organizing pneumonia

選擇題：(每題 15 分)

2. 下列何項敘述並非 2018 NEJM 刊登的 “ADRENAL trial ” 所獲得之結論？
   (A) 氫化皮質酮 (hydrocortisone) 治療組的第 28 天與第 90 天死亡率，和安慰劑組相比無差異
   (B) 氫化皮質酮 (hydrocortisone) 治療組的休克情況較快復原
   (C) 在安慰劑組的敗血性休克病患，第一次呼吸衰竭時使用機械通氣的時間較久
   (D) 兩組接受輸血的比例相同

3. 氫化皮質酮 (hydrocortisone) 具有哪些作用，來做為輔助治療敗血性休克的立基？
   1. 抗內毒素，2. 改變血管反應性 (reactivity)，3. 昇糖效應，4. 解熱 (antipyretic)
   (A) 1+2+3
   (B) 1+3+4
   (C) 2+3+4
   (D) 1+2+4

4. Osimertinib 為第三代 EGFR Tyrosine Kinase Inhibitor 標靶藥物，請問此藥物對下列哪一種突變無效？
   (A) L858R
   (B) KRAS
   (C) Exon 19 deletion
   (D) T790M

5. 根據本研究 (FLAURA trial) 結果，研究組 (Osimertinib) 和對照組相比，何者為非？
   (A) Osimertinib 有顯著較長的 Progression Free Survival (PFS)
   (B) Osimertinib 等級三以上副作用比率較控制組低
   (C) Osimertinib 有顯著較長的 Overall Survival (OS)
   (D) 反應率兩組相當

6. Omalizumab (Xolair) 和 Mepolizumab (Nucala) 治療嚴重過敏性氣喘的作用機轉，下列敘述何者正確？
   (A) Omalizumab 和 Mepolizumab 都是抗 IgE 抗體，抑制 IgE 和其接受器結合
   (B) Omalizumab 和 Mepolizumab 都是抗 interlukin-5 抗體，抑制 IL-5 和接受器結合
   (C) Omalizumab 是抗 IgE 抗體，抑制 IgE 和其接受器結合；Mepolizumab 是抗 interlukin-5 抗體，抑制 IL-5 和其接受器結合
   (D) Omalizumab 是抗 interlukin-5 抗體，抑制 IL-5 和其接受器結合；Mepolizumab 是抗 IgE 抗體，抑制 IgE 和其接受器結合

7. 下列關於 Omalizumab (Xolair) 和 Mepolizumab (Nucala) 治療嚴重過敏性氣喘的敘述，何者為非？
   (A) 對於已經使用 ICS 合併 LABA 仍未達良好控制的過敏性氣喘病人，可以考慮使用 Omalizumab 或 Mepolizumab 作輔助治療 (add-on therapy)
   (B) 對於已經使用 ICS 合併 LABA 仍未達良好控制的過敏性氣喘病人，要選擇 Omalizumab 或 Mepolizumab 作輔助治療 (add-on therapy) 都可以，兩個藥物的選擇條件是相同的
   (C) 以目前的資料來說，與安慰劑相比，Omalizumab 或 Mepolizumab 這兩個藥物都可以讓已經使用 ICS 仍未達良好控制的過敏性氣喘病人的急性惡化的年化發生率下降約 50%
   (D) 以目前的資料來說，對於已經使用 ICS 仍未達良好控制的過敏性氣喘病人，Omalizumab 或 Mepolizumab 作為輔助治療的效力是相當的，沒有證據說誰效力更好

測驗回函

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且務必電話確認收件，以免損失權益。

★學會秘書處

高雄聯絡電話：(07) 731-7123 分機 2651

台北聯絡電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

提供：台中榮民總醫院 重症醫學部 傅彬貴醫師

1. [Case]

A 53 y/o man presented to ER with fever, chills and productive cough for 3 days after contact with influenza infected patient. He had history of type 2 diabetes, liver cirrhosis child class B, COPD under ICS/LABA control for years. The lab data upon presentation were as below: WBC: 13037/cumm, Seg: 80.9%, CRP: 28.3 mg/dL. He was admitted to chest ward under the impression of CAP and has been treated with Ceftriaxone 2g qd. After 5 days course of antibiotic treatment, fever persisted and the CXR on 5/22 showed new lesions over Right upper lung and RLL fields. He was intubated and was transferred to ICU for intensive care due to septic shock and respiratory failure. Bronchoscopic exam has been done in the ICU. The BAL Aspergillus galacgtomannan antigen test (GM test) ratio was 0.782.

[Question]

您的臆測可能的致病菌為何？

(A) Multiple drug resistance pathogens related treatment failure

(B) Pulmonary tuberculosis

(C) Pulmonary aspergillosis

(D) Pulmonary actinomycosis

(E) Community-acquired MRSA

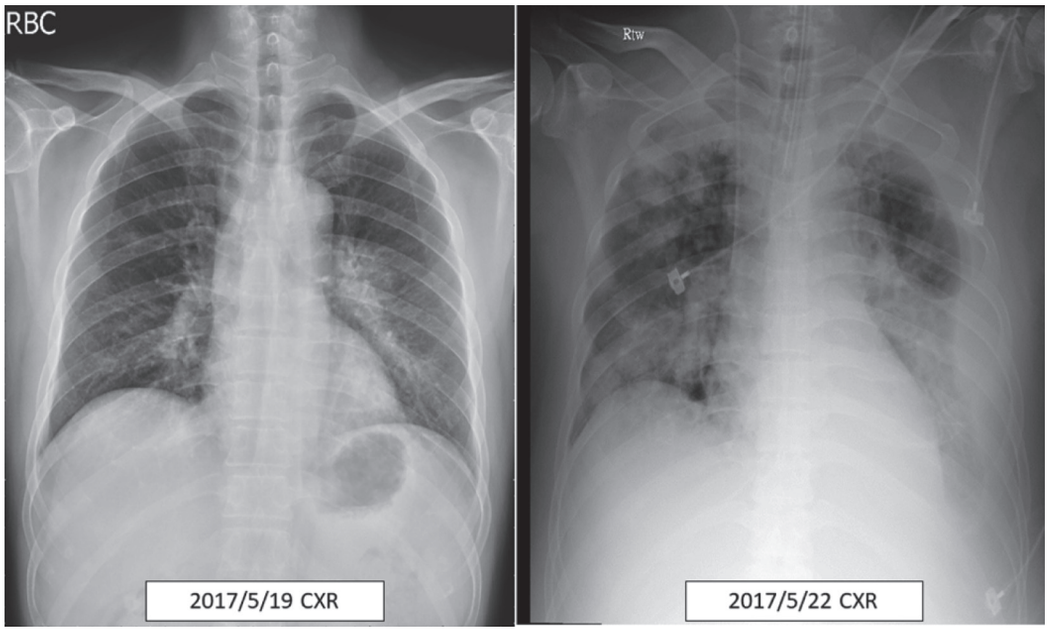


Figure 1: 5/19 CAP over LLLL. 5/22: CXR revealed RUL and RLL acinar nodule lesions, LLL consolidation with pleural effusion. Some cavitary lesions over RUL and RLL was also found.

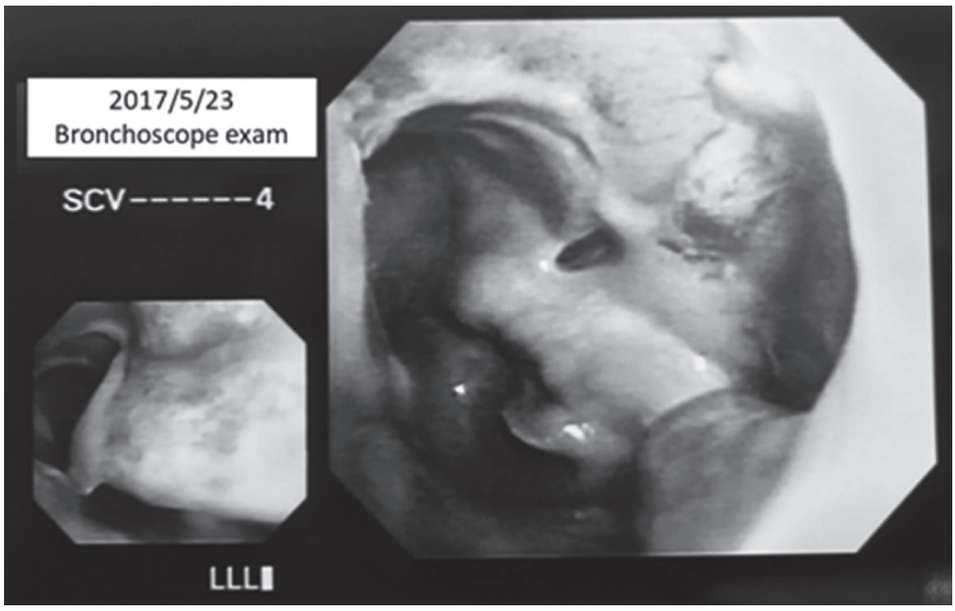


Figure 2: Bronchoscopic exam revealed mucosa hyperemia and wide, raised and cream-colored plaques. Culture from BAL revealed Aspergillus Fumigatus.

醫檢師　：　　工作號　：　　檢體　：Bronchial washing
採檢時間：2017/05/22 10:54 簽收時間：2017/05/22 15:07 報告時間：2017/05/24 14:38
申請序號：　　檢驗項目：Fungal Culture
醫囑　：

陰性結果：

陽性結果	菌落數目
Aspergillus fumigatus	

Amphotericin B	Anidulafugine	Caspofungine	Flucytosine

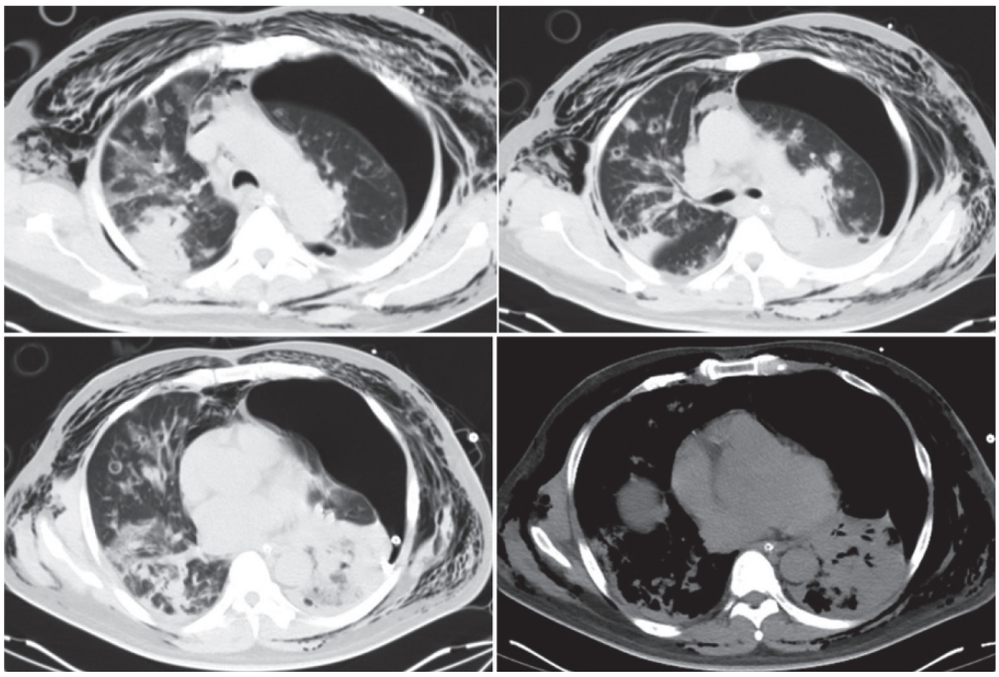


Figure 3: 5/29 Chest CT scan showed subcutaneous emphysema, left side pneumothorax, pneumomediastinum. Lung windows revealed multiple cavitary lesions over bilateral lung fields. LLL consolidation and abscess formation was found.

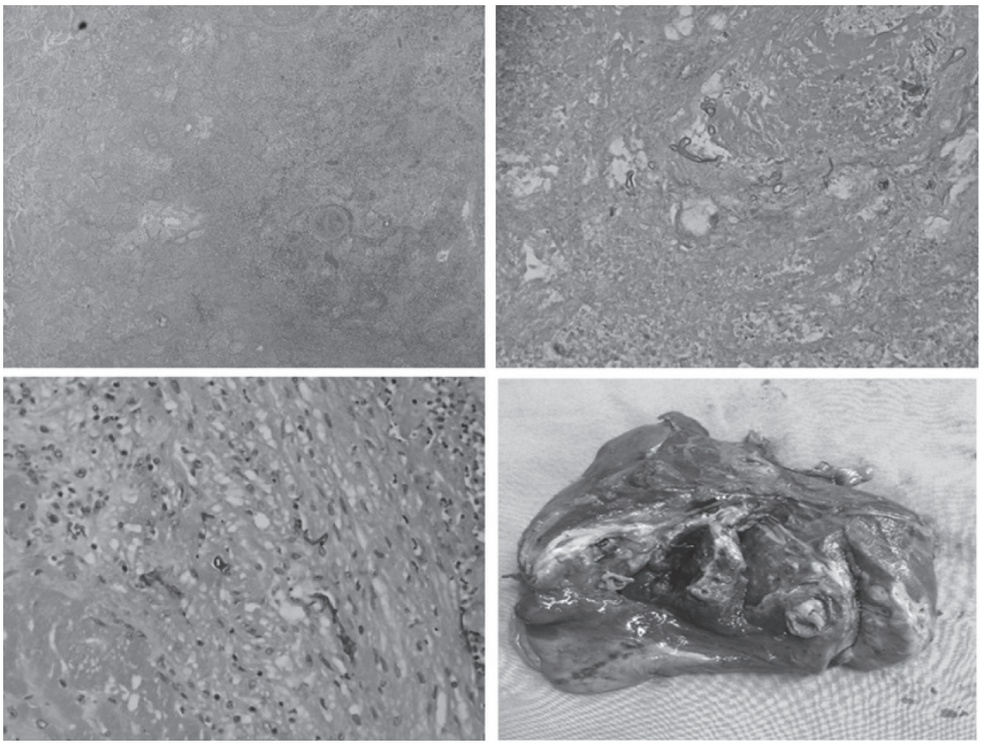


Figure 4: Due to persisted empyema and air-leak, surgical intervention was done on 5/29. Gross necrosis of Left lower lung was found. The pathologic report: Invasive fungal infection with acute necrotizing inflammation and abscess formation; PAS stain (+).

[Answer]

(C) Pulmonary aspergillosis

The pathology of LLL lobectomy demonstrated Invasive fungal infection with acute necrotizing inflammation and abscess formation. The PAS stain showed positive result. The pathology of trans-bronchoscopic biopsy also demonstrated necortic tissue and fungal elements in the airway and lung parenchyma. Acid-fast stain and TB culture showed were negative finding. Sputum culture and BAL culture yield Aspergillus fumigatus.

選擇題：

2. 根據 2017 年所進行的一項多中心、隨機、雙盲、安慰劑對照研究，請問在 GOLD I-II 期的肺阻塞患者治療中，使用長效型支氣管擴張劑 Tiotropium 無法達到以下哪個治療目標？
   (A) 改善肺功能，延緩肺功能下降
   (B) 延緩急性惡化的發生，並降低急性惡化發生率
   (C) 減少患者死亡率
   (D) 改善患者症狀及生活品質
   答案 (C)

3. 針對本篇 Tiotropium 治療慢性阻塞性肺病研究的結果，下列敘述何者正確？
   (A) 本試驗針對中重度 (GOLD III~IV) 病患來看 Tiotropium 治療效果
   (B) 使用 tiotroium 相較於安慰組在任何的不良事件上，皆無明顯差距
   (C) 使用 tiotropium 相較於安慰組可以減少早期病人肺阻塞的急性惡化
   (D) 使用 tiotroium 相較於安慰組對於改善生活品質與安慰劑相同
   答案 (C)

4. 下列何者原因是目前已知可能會導致特發性肺部纖維化的機轉？
   (A) 基因的變化
   (B) 環境因子 (例如抽菸)
   (C) 職業上的暴露 (例如金屬或是木頭粉塵的刺激)
   (D) 以上皆是
   答案 (D)

5. 在諸多空氣汙染中，研究顯示目前最有可能導致特發性肺部纖維化發生機率增加的是何種物質？
   (A) 臭氧
   (B) 二氧化氮
   (C) PM10 的懸浮微粒
   (D) 二氧化碳
   答案 (B)

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…

稱意的偏鄉之旅

蔡昆道主任 中國醫藥大學北港附設醫院 內科部

雲林是我的故鄉，每每談起總讓人想起「黑道的故鄉」，「台西風雲」和沿海無止境的地層下陷，冬天強烈的東北季風裡飛沙走石，料想不到台灣也有此欣賞沙塵暴勝地。除了六輕石化產業外，幾乎沒什麼大型的工商業發展，人口外移老化嚴重，讓許多年輕醫師望之卻步，老婆聞之喪膽，千百般理由“捨不得”你的到來，而我卻意外地踏上這奇幻之旅。

15 年前的仲夏，從台中附設醫院完成住院醫師、總醫師、胸腔專科及重症專責醫師訓練後，開始思考未來自己發展的方向，選擇離開那居住十幾年 (含學生時代) 的都市生活，幾經波折，毅然決然加入中國體系內的北港附設醫院 (媽祖醫院)，邁向人生另一個旅程。其實北港對大家而言並不陌生，它是一個宗教聖地，有著朝天宮媽祖庇佑，廣澤信眾，建構全國首間媽祖醫院造福地方。但各位總是來去匆匆，對我而言，就有著截然不同的感受，看盡它三十幾年前的繁華至今的沒落，缺乏便捷的交通網路連結高速公路及鐵路。民眾健康照顧及就醫格外不便，急需在地醫療的改善，而這意外之旅，就這樣開啟我另外一個契機。

國、高中時的我，是一個充滿點子喜好理化生物實驗的小夥子，念南一中時也享受過全校僅兩、三人及格而你是那其中之一的勝利快感，然而時不我予也，語文是天敵，小時了了，在主治醫師之後，漸漸發覺自己不適合醫學中心裡的研究論文壓力，但在服務病人及學生後輩教學上，絕對是佼佼者。於是尋覓著自己想要的工作環境，來到媽祖醫院。當時的它，是一間地區教學醫院，景色依舊，遼闊的田野就是北大 (北港分部大一) 生活的寫照，在唯一的道路椰林大道上，面對著蔗園練功吐納，現在再回來，只是我長大了，從學校分部的學生轉換進入附設醫院的醫生，人生的進行式，就這樣繼續著。完成報到站在工作岡位上，可以發現醫院裡各科共同的特點就是一人科，至多兩人科為主，各憑本事自由發揮，胸腔內科亦不例外，當時由前輩顏至慶主任、張振田醫師陣守於此，在既有的穩定基礎上，我的加入突破兩人的僵局，有了新的生機。當然，對自己的期許，希望是給大家強心針，而不只是安慰劑。

我是一個充滿著熱枕、使命感的年輕人，有著許許多多的好奇心、抱負理想和目標。對新環境的適應力也很強，很快的一切都上手，也對這新的團隊有著莫名的好感。菜菜的阿道發現一個重要元素，從專科護理師到每位醫師，都相當的資深 (不能說老，哈！)，講話也很 local (地方化、在地化)，勝過我的少年白所表達的穩重，經驗的傳承是很重要的，地區醫院的人力，設備及財力實在不能與醫學中心相比。因此、先前各階段的醫學訓練扎實是很重要的，很感謝台中總院及

洪瑞松、徐武輝等教授給予這種實力以應付不同的疾病，臨床危症及隨機應變能力。而朝夕相處的夥伴們，不吝掏心掏肺的幫忙。這種感動讓我對於後進的學弟妹們亦是如此真心相待，傳授自己所學。回到故鄉這裡，我有比別人更多的優勢，親朋好友眾多，亦有高於常人的壓力存在，因為不能丟父母的臉。儘管學校教了很多課本裡的知識和做人處事的大道理，如果認為那就夠了，相信你的挫折會層出不窮，因為人的學習過程中，社會學是高深莫測的，親身的經歷與朋友長輩的協助提醒，點破每一件事情的稜稜角角，絕對是蛻變自己更加成熟的不二法門。北港的生活不像台中那樣簡單（上班、下班、念書和睡覺），維持基本良好的醫病關係、同儕相處及圓融處事，大概就已經足夠了，相對於到這第三年即接任胸腔科主任，接著隔年內科部主任，行政歷練與社會互動會來得較晚，機會也較少，我都笑稱自己社會學的經驗是從零開始的，經歷過一段段的慘痛經歷，才慢慢累積下寶貴的經驗。慶幸這，我有許多前輩可以效法，也受到他們的提攜，漸漸地加入許多民間社團，結識許多地方士紳，結識甚多好友，“廣結善緣”，自然中也行銷了自己和媽祖醫院，「媽祖心，北港情」，衷心感謝帶過我成長的每一個人。

前進社區與民眾互動的時候，你會更了解到他們的需求與心聲，以及對於自己醫院的期許。學生時代，也深深感受到親人 (阿公) 生病時在自己附設醫院的無助與稍稍的冷淡，轉而體驗了當時長庚醫療體系醫護住院照顧的愛與關懷，讓人銘刻在心。於是心中有了要“改變”的意念，且堅定不移。一開始從胸腔科做起，即時的服務、全人的照顧及假日主治醫師查房，成效不錯。以身作則及同仁耳濡目染下逐漸擴及各科，雖有阻力但力道不大，以病人的角度去感同身受，當時的我們並沒有任何口號，卻逐步踏實默默的改變，執行著「安全、即時、有用、效率、平等及病人為中心」的六大品質照顧。民眾也給予我們正面的掌聲與回響，門診及住院量迄今已倍數成長，他們不用再大老遠到都市或醫學中心即可獲得相同品質的醫療照顧。我都跟同仁互勉說 :「我們要翻轉過去，讓躺著進來的都能走著出去」。努力的過程是辛苦的，有時看著他們咬緊牙根，笑容卻是依舊甜美。也會不厭其煩，輕聲反覆細說從前讓家屬瞭解及安心，這種齊心努力的革命情感實屬得來不易。感恩北媽這群帥哥學長和年紀“不”大的美少女們一路相挺，和醫療團隊的付出，改變了我們自己，也造福了民眾。

人生的過程本就應勇於「挑戰」和「創新」，從個人到團隊要有不同的思考方向和作為。這兒得天獨厚，會主動鼓勵大家進修，因緣際會下，考取了中正大學分生所博士班，從宏觀的人體到分子的基因蛋白，想必路程艱辛，但這卻是未來時勢所趨，且可能發展到治療的新境界，現今的標靶治療及免疫療法不就是如此嗎？從博一至畢業，自己就像是多頭燒的蠟燭或像是轉不停的陀螺，忙得不可開交，每天醫院學校來回跑，每年三萬公里以上的里程數，就像開計程車一樣，於是就這樣買了一部強壯的車 XC90 包著，帶著我去完成免疫與癌症的分子領域的涉略及研究，同時也能平安地去維持高品質醫療服務。

醫院的規模不同，目標就不一樣，本院就像五臟俱全的麻雀一樣，每科都有，但就只那麼 1 到 2 人，面對老化人口多重疾病，要清楚的次專科照顧相對困難，因此特色的全人照顧有其必要性，且服務的即時性及效率很重要，章魚理論的應用很不錯，以內科專科當身體，各次專科是爪，同心協力互相幫忙，發展出在地民眾及病患期待的醫療特色 - 最有經濟效益，而非高貴奢華。另外，中西醫結合醫療對於呼吸道疾病、免疫調節及癌症亦有相當的幫助。不僅如此，在我整個中草藥研究的過程中，發現不管以病找藥或以藥試病，有著驚奇發現，期許對新藥的發現與開發能有所貢獻。

醫學的進步與實證的應用一日千里，醫學的教育制度亦是日新月異，如變形金剛一樣，不變的是大家每日一樣多，剩下的歲月是越來越少。年過五十可以明顯感受到體力大不如從前，偏鄉的醫療更讓妳擔憂後繼無人，期待新血的注入，來體驗有別於都市不同的人生經驗，享受那充份揮灑自己的自由特有的人情味。不過眼前的事實知道這是一件難事，記得那時的我們，每屆報考胸腔重專即上百人，如今只剩三十人左右，內專的成熟訓練亦略為往後，加上住院醫師先納入勞基法的工時保障，及科待遇不如人，每位責任制的主治醫師還得多撐點，不能老的太快，好好保持強健體魄。偏鄉的醫療機構勢必面臨更嚴峻的挑戰。

不過記得莫忘踏入醫學的初衷，去追逐自己的夢想，「有夢最美，希望相隨」。我抱著感恩的心情回到故鄉，回饋鄉里，造福地方人群。也找回小時候關愛過我的眾多親朋好友，他們的風華逐漸被更多的白髮取代，適時的你我回來，即是給予他們最好的、最溫暖的支持與照顧。這個過程我已在進行式，從扎根的功夫做起，學校及住院醫師的扎實訓練很重要，全人照顧的各科基本功要好，才不會害怕，或漏東漏西，沒去注意，人命關天，不容任何閃失，以至於後來的次專訓練亦是如此。這點做到了，但不滿足，我想把觸角伸展的更廣，包含緊急醫療與重症醫療結合，呼吸整合照顧和緩和醫療照護，老人醫學與長照結合等。深入社區服務，提供完整後續醫療照顧，對此我深具信心，因為我有著一群富有革命情感夥伴的支持，不管老少總是帶著熱忱的心，完成等待下一個起點。「慈悲心、感恩情、人間愛、普世善」，大家一起努力，也期待你 (妳) 加入 - 曼妙而稱意的偏鄉之旅。

隨著時間的過去，大自然人文有著迥異的變化，風力電廠的風車讓冷颼颼的季風有了能量，一畝一畝的樹林擋住漫天砂石，沿海低窪地和魚塭匯集成候鳥棲息的濕地和觀光休憩兼滯洪湖泊，飛天藝術與農業博覽改變了過去打打殺殺的刻板印象。中央山脈就在嘉南大平原的東方，在這裡你可以眺望欣賞不一樣的日出和美不勝收的夕陽，迎著風乘浪起伏的雲霧，總讓人捉摸不定它的心情，只有晴空風平浪靜時，極美的晚霞五顏六色嬌柔爭艷。北港小鎮依舊，人來人往，穿梭巷弄尋覓口齒留香的小吃和地方名產，廟前兩旁店家叫賣著大餅、花生、蠶豆及番薯糖。朝天宮香火依然鼎盛，媽祖慈悲呵護著所有信眾，給了大家心靈的依託，夜裡，在現代藝術燈光的點綴下，更顯古意盎然。春天來了，北港溪畔的風鈴木盛開著花，難得的休閒騎著單車在自行車道，或行走在堤岸上的步道，享受那黃色花海的美麗和舊鐵道橫跨嘉義、雲林的田野，偏鄉的美有了生命。每日忙碌不曾停過，熱忱不減，快樂中工作，廣結善緣，逐夢改變，挑戰創新，繼續那稱意的偏鄉旅程。

口湖鄉滯洪池

河堤鐵道

耶誕節火雞餐

雲嘉南國家公園風景區夕陽

媽祖婆婆回娘家抬轎

媽祖醫院的美

活動集錦

107 年 2 月 25 日於台大 101 講堂舉辦 COPD 認證課程

107 年 4 月 7 日林孟志理事長及前理事長余忠仁帶領胸腔幾位會員與
廣州呼吸研究院陳榮昌院長及鍾南山院士進行為期 2 天的學術交流