



會訊

第 20 期
2018.08

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

活動集錦

主編的話

通訊繼續教育

會務活動

吐納園地

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) 735-3917

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 8 月第 20 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 陳濤宏 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	王振宇 Chen-Yu Wang 林志洵 Chih-Hsun Lin 張開明 Kai-Ming Chang 陳昌文 Chang-Wen Chen 陳建維 Jinwei Chen 陳逸婷 Yi-Ting Chen
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) 735-3917

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 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	
活動訊息	
研討會、繼續教育課程行事曆.....	5
會議記錄	
第十七屆第三次理、監事聯席會會議記錄.....	6
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 51 years old male with flu B and progressive dyspnea	
提供：成大醫院 胸腔內科 陳建維醫師 / 陳昌文醫師	18
醫學新知	
■ Enteral versus parenteral early nutrition in ventilated adults with shock: a randomised, controlled, multicentre, open-label, parallel-group study (NUTRIREA-2)	
使用呼吸器的休克病患早期該使用腸道營養或是靜脈營養：隨機、多中心、開放式的平行試驗 (NUTRIREA-2)	
編譯：王振宇醫師 臺中榮民總醫院 重症醫學部	19
■ Obstructive Sleep Apnea is an Independent Risk Factor for Hospital Readmission	
阻塞型睡眠呼吸中止為患者出院後再入院之危險因子	
編譯：張開明醫師 臺中榮總 胸腔內科	22
■ Corticosteroids for pneumonia	
皮質類固醇在肺炎治療的角色	
編譯：陳逸婷醫師 花蓮慈濟醫院 胸腔內科	24
通訊繼續教育.....	29
吐納園地	
後山 10 年的心情故事	
作者：林志洵主任 臺北榮民總醫院 玉里分院 內科部.....	37
活動集錦.....	39

感謝大家熱烈參與在台中的首屆夏季會，大會圓滿成功，明年六月我們將在宜蘭羅東再聚會！



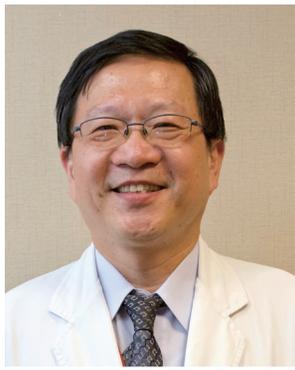
我們學會在民國 75 年創刊的「胸腔醫學」雜誌 (Thoracic Medicine) 一向是全體會員最重要的學術研究發表刊物之一，再加上過去的 15 年來規定要考胸專的準會員均至少貢獻投稿一篇研究論文，使得「胸腔醫學」的稿源不虞匱乏，但就在這兩年，由於醫學系學制改變及社會醫療諸多因素影響，加入胸腔重症行列的年輕醫師人數急遽減少，使得雙月出版的胸腔醫學稿源遭受極大的挑戰，因應此一現象，我們亟需投入更大心力來構思將來。現任胸腔醫學雜誌主編彭殿王教授在日前邀集了台灣結核暨肺部疾病學會、台灣睡眠醫學學會、台灣肺癌學會和台灣呼吸治療學會代表參與討論，期待結合各領域及各學會共同努力，朝「medline 接受 Online 發行」及「獲得 SCI impact factor」方向前進，目標達成會需要一段時間，希望會員們亦支持此一改革方案。

談及出版品，呼吸道疾病委員會與考科藍台灣研究中心共同合作的「台灣成人氣喘診療指引」歷經 10 個月努力，即將在七月底正式出刊。另外，與感染症醫學會共同製作的「2018 台灣肺炎指引」也在 105 位兩會會員，經過 12 個月的齊心討論整理努力下，也將在八月底出版，間質性肺病及罕見肺疾病委員會也正為第二本 case book 積極準備中，這都是眾人嘔心瀝血之創作，請大家拭目以待。

胸重科醫師不僅是大內科部重要一員，也是各大小醫院的急重難症照護的核心成員，夏季會前學會調查會員們對重症照護的回覆意見在收集整理分析後會再向大家報告，讓我們為自己再加油打氣。

理事長

林孟志



本期出刊剛好接在世足杯之後，本次賽事法國奪冠，但克羅埃西亞的奮戰精神更為球迷們推崇。台北榮民總醫院玉里分院內科部林志洵主任在吐納園地寫給我們的“後山十年的心情故事”就像是克羅埃西亞的奮戰。在花東地區醫院的經營不是軍備競賽，而是必需要落實全人照護，醫師們也必須十八般武藝樣樣皆通。奮鬥的過程是艱苦的，但收穫的果實是甜蜜的。我們祝福在所有偏鄉服務醫師雖有酸苦終將回甘。

胸腔暨重症案例由成大的胸腔內科陳建維醫師主筆，陳昌文醫師指導，提供一例迅速惡化的混合型呼吸衰竭病例，供大家腦力激盪。

醫學新知，先由台中榮總王振宇醫師回顧了使用呼吸器的休克病患，早期是否應該儘早使用腸道營養，這個大型實驗雖不足以反駁腸道營養帶來的優點，但也提醒我們腸道併發症的警覺。

第二篇，張開明醫師的“阻塞性睡眠呼吸中止為患者出院後再入院之危險因子”。研究發現阻塞性睡眠呼吸中止症為患者出院後 30 天內再入院之獨立危險因子。正壓呼吸器治療使用率偏低或許與研究的結論有關。

花蓮慈濟醫院陳逸婷醫師幫我們回顧了“皮質類固醇在肺炎治療的角色”。本文納入 17 個隨機對照試驗，2,264 位病人的資料。研究結論提供我們或許類固醇在嚴重肺炎住院患者可以加速臨床穩定、縮短住院天數、甚至可減少死亡率的訊息。

本期會訊分享了重症和睡眠醫學的部分爭議性研究訊息，希望會員都有收穫。祝夏日平安。

主編

A handwritten signature in black ink, appearing to be '陳逸婷' (Chen Yiting). The signature is written in a cursive, flowing style.

敬上

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
Air Pollution and Airway Diseases	107 年 8 月 12 日 (星期日)	高雄 H2O 水京棧飯店 2F 宴會廳 B
健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程	107 年 8 月 26 日 (星期日)	(中區) 台中榮總研究大樓 1 樓第 2 會議室 (南區) 高雄長庚醫院 6 樓藍廳
107 年胸部影像判讀繼續教育課程	107 年 8 月 26 日 (星期日)	馬偕紀念醫院平安樓 15 樓階梯講堂
Severe asthma workshop	107 年 9 月 22 日 (星期六)	高雄國賓大飯店 2F 聯誼廳
Center Taiwan Pulmonary Disease Joint Meeting	107 年 10 月 13 日 (星期六)	台中日月千禧酒店五樓 Vee 3 & 4
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 第十七屆第三次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：2018年6月15日(星期五)下午6點至8點41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、張基晟、陳育民、彭殿王、黃坤崙、曹昌堯、蔡熒煌等12位

出席監事：林恒毅、薛尊仁等2位

列席人員：秘書長王金洲、2018 APSR 會議秘書長何肇基、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、秘書張雅雯、秘書王箒安等9位

請假人員：

理事：楊泮池、鍾飲文、楊政達、黃明賢、夏德椿等5位

監事：徐武輝、陳晉興、蘇維鈞等3位

列席人員：執行秘書林智斌

壹、報告事項：

一、理事長林孟志報告：大家晚安，先祝各位端午節快樂，感謝各位理、監事在連休假期撥冗出席理、監事聯席會議，以下各項會務執行報告：

(一) 本會派12位會員代表在4月6日至8日前往大陸廣州市呼吸研究院舉辦「兩岸呼吸道交流會議」。

(二) 學會已在今年年初遷移至高雄長庚醫院醫學大樓的B1辦公室。

(三) 胸腔會訊「理事長的話」專欄將不定期派員邀請資深會員、理事、監事接受訪談，撰寫「理事的話」。

(四) 今年4月3日與國健署癌防組肺癌篩檢LDCT討論。

(五) 4月3日與衛福部醫事司石崇良司長討論次專科醫師人力分佈情形。

(六) 5月1日辦理世界氣喘日，在台北花博公園辦理健走宣傳活動。

(七) 5月4日至立法院與立委及醫師全聯會及相關學會代表等人召開協調會，討論DRG支付制度與重症醫療之影響。

(八) 5月15日邀請國健署及健保署兩位署長出席今年7月21至22日在台中國醫藥大學舉辦夏季會並擔任特別演講貴賓。

(九) 國健署黃巧文科長邀請8月1日世界肺癌日SDM記者會。

(十) 今年承接國健署委託「慢性阻塞性肺病疾病個案早期介入模式發展計畫107年至108

年」。

(十一) 11 月 29 日至 12 月 2 日在台北 TICC 舉辦 2018 APSR 國際會議。

(十二) 「胸腔醫學史」預計於今年 9 月完成。

(十三) 2019 年夏季年會將在宜蘭羅東舉辦。

(十四) 2019 冬季年會在高雄展覽館舉辦。

二、常務監事林恒毅報告：大家晚安，首先簡單向各位報告，本屆理事長是由高雄長庚醫院林孟志副院長擔任，所以將學會辦公室設置在高雄。因為今年辦理 APSR 國際會議，今年的收支結餘款若未在今年達到內政部令頒「工商團體財務處理辦法」以及學會捐助及組織章程之規定，須再向內政部申請辦理保留款日後留用，再請大家思考購置永久辦公室。稍後請張會計師報告學會 106 年度財務狀況及查帳結果，並將 106 年度財務報表將送交今年會員大會討論。

三、大誠聯合會計師事務所張會計師 106 年財務查核簽證報告：依「一般公認審計準則」、內政部令頒「工商團體財務處理辦法」以及學會捐助及組織章程之規定執行查核工作，學會機構用於與創設目的有關活動之支出已達 63.32%，業已符合所得稅法及「教育文化、公益、慈善團體免納所得稅適用標準」。

四、秘書長王金洲報告上次 107/3/2 會議決議事項及執行情形：

(一) 學會依規定向內政部申請 105 年度收支結餘經費留用具體計畫，並變更自 106 年至 107 年全數使用完畢，經台北市國稅局回文列入追蹤列管。申請結餘款支用項目如下：

1. 106 年會員大會暨學術研討會
2. 106 年「台灣嚴重氣喘流行病調查與發炎激素分析」研究計畫
3. 106 年肺阻塞衛教輔助計畫 (第 1 階段)
4. 107 年肺阻塞衛教輔助計畫 (第 2 階段)
5. 107 年編纂「台灣胸腔醫學史」
6. 106 年辦理第 23 屆亞太呼吸學國際會議 (APSR 2018)
7. 107 年辦理第 23 屆亞太呼吸學國際會議 (APSR 2018)

說明：內政部 107/6/11 回覆文同意學會向北市國稅局申請 105 年度結餘款全數保留、免納 105 年營業稅，併案副本送台北市國稅局。

(二) 2018 夏季會於 7 月 21 日 (星期六) 上午 10:30 至 7 月 22 日 (星期日) 13:20 在台中中國醫藥大學立夫教學大樓舉行，籌備進度：

1. 夏季會議程、會場平面圖，詳細請至學會網站 2018 夏季會專區瀏覽 <http://www.tspccm.org.tw/km/7964>
2. Satellite Symposia 中國醫藥大學立夫教學大樓 1 樓 101,102,103,104 & 2 樓 201 講堂辦理，安排 12 場次：
 - 7 月 21 日 (星期六) 11:40~13:00，4 場 (提供會議午餐盒)，101,102,103,104 講堂。
 - 7 月 21 日 (星期六) 17:10~18:30，5 場，101,102,103,104,201 講堂。
 - 7 月 22 日 (星期日) 12:00~13:20，3 場 (提供會議午餐盒)，102,103,104 講堂。
3. 夏季會晚宴 7 月 21 日 (星期六) 18:30~21:30 在台中全國大飯店 B1 國際會議廳舉行 (台中市西區館前路 57 號)。
4. 夏季會 7 月 21 日 (星期六) 13:00~15:15 在中國醫藥大學立夫教學大樓 1 樓 101 講堂

辦理聯甄認證學分課程 3 學分「Critical Care Medicine and Infection」。

(三) 記憶工程股份有限公司(蔡篤堅教授工作團隊)「台灣胸腔醫學史」文稿撰寫及編輯進度。

說明：林孟志理事長於 4 月 20 日在台北天成飯店與蔡篤堅教授召開「台灣胸腔醫學史」書稿討論會議，邀請余忠仁副院長、高尚志副院長、蕭光明主任、蔡熒煌院長、鍾飲文院長共同參與閱稿編輯工作，繼續請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、沈建業教授協助閱稿及提供意見。

「台灣胸腔醫學史」委任工作內容：

- 充實台灣胸腔醫學歷史的珍貴史料
- 留下口述歷史訪談記錄
- 完成 110 人次訪談
- 完成 110 人次逐字稿
- 完成《台灣胸腔醫學史》文稿撰寫
- 完成《台灣胸腔醫學史》文字編輯
- 完成《台灣胸腔醫學史》美術編輯
- 完成《台灣胸腔醫學史》封面、封底、及內頁版型設計
- 完成出版專業印刷 1,600 本。
- 完成書籍印製送達一指定地點。

(四) 學會另聘 COPD 醫療給付改善方案推動工作組專案助理 1 位，協助認證課程推動及計畫執行。

(五) 學會於元大銀行澄清分行設定台幣定期存款及綜合活期存款帳戶。

(六) 學會秘書工作職責。

五、2018 APSR 秘書長何肇基報告籌備進度：

11 月 29 日(星期四)至 12 月 2 日(星期日)在台北國際會議中心舉行(台北市信義路 5 段 1 號)

- 會議主網頁【<https://www.apsr2018.com/>】，【Call for Abstracts】
- Scientific Committee 進度

Tentative Agenda

	Thursday, 29 November	Friday, 30 November	Saturday, 1 December	Sunday, 2 December	
07:15-08:15		APSR Assembly Meetings			
08:20-09:00		Plenary Lecture Presidential Lecture	Plenary Lecture Memorial Lecture 1	Plenary Lecture Memorial Lecture 2	
09:00-10:30	APSR EC, AGM & CCC Meeting Post-congress Workshops 09:00-17:00	Symposium 1-3	Symposium 13-15	Symposium 25-27	
10:30-11:00		Oral Session 1-3	Oral Session 13-15	Oral Session 25	
11:00-12:30		Poster	Poster	Poster	
12:45-13:45		Coffee Break		Coffee Break	
14:00-15:30		Symposium 4-6	Symposium 16-18	Symposium 28-30	
15:30-16:00		Oral Session 4-6	Oral Session 16-18	Oral Session 26	
16:00-17:30		Poster	Poster	Poster	
17:45-18:45		Lunch Symposium 1-5	Lunch Symposium 6-10	Closing Ceremony 12:30-13:00 Half-day Tour 13:00- 18:00	
18:00-19:00		Symposium 7-9	Symposium 19-21		
19:00-21:00		Oral Session 7-9	Oral Session 19-21		
	Coffee Break	Coffee Break			
	Symposium 10-12	Symposium 22-24			
	Oral Session 10-12	Oral Session 22-24			
	Poster	Poster			
	Evening Symposium 1-5	Evening Symposium 6-10			
	Opening Ceremony 17:30-18:30 Welcome Reception 18:30-20:00	Gala Dinner			

Abstracts and Awards

Country	Submission	Country	Submission
Australia	18	Russia	26
Bangladesh	12	Singapore	26
Cambodia	1	South Korea	87
China	330	Sri Lanka	17
Hong Kong	9	Switzerland	1
India	24	Taiwan	111 (10.5%)
Indonesia	61	Thailand	18
Japan	162	Turkey	14
Macau	1	Ukraine	5
Malaysia	20	United Arab Emirates	1
Nepal	1	United States	8
New Zealand	3	Uzbekistan	12
Pakistan	3	Vietnam	10
Philippines	76	Total	1,057

- 【Call for Abstracts】 Abstract Submission Deadline , extended to 23:59, 24 June (GMT+8) 。
 - Financial Committee 進度：
邀請廠商贊助，依贊助金額分為 Diamond、Platinum、GOLD、Silver 。
- Confirmed Sponsorship:
Booth: 56 sold+4 free 個，Sponsored Symposium: 17 個。

- APSR 2018 Promotion Plan 執行：
 - 何肇基醫師代表參加 Japanese Respiratory Society 58th Annual Meeting 2018 (JRS 2018), Osaka, Japan
 - 簡榮彥醫師代表本會參加 2018 International Conference of AMERICAN THORACIC SOCIETY, San Diego, USA
 - 郭耀文醫師代表本會參加 2018 International Congress of European Respiratory Society (ERS 2018), Paris, France
- 本會參加今年4月6日至4月8日在大陸廣州呼吸研究所(廣州市呼吸疾病國家重點實驗室)辦理「兩岸呼吸道交流會議」。
- 兩岸會議：
 - IPF (廣州陳榮昌教授)
 - Intervention pulmonology (上海李強教授)
 - 第7屆兩岸四地慢性氣道疾病防治研討會(北京林江濤教授)
 - 第四屆海醫會呼吸病學專業委員會海峽兩岸呼吸疾病高峰論壇(杭州沈華浩教授)
 - APSR China Day (APSR-ISR)(上海白春學教授)
- 建議及討論：**
 - IPF (廣州陳榮昌教授)
 - Intervention pulmonology (上海李強教授)
 - Airway disease (北京林江濤教授)

合併前3個會議建議使用 Join-in Meeting 名稱，11月29日(星期四)在 TICC 各辦理3小時的會議。

本會會員報名費。
- 其他學會捐贈款項贊助本會辦理 2018 APSR 會議。
- 本會會員參加 2018 APS 會議得以取得胸腔 A 類 60 分及胸腔重症 60 分。
- 六、本會與 APSR 簽訂 MOU between APSR and TSPCCM 2018 至 2020 年，本會參與 APSR 團體會員增加至 600 位(新增 50 位)
- 七、本會與台北醫學大學考科藍臺灣研究中心、台灣實證醫學學會成立氣喘診療指引編輯小組，編修新版「台灣成人氣喘診療指引」。
- 八、本會與感染症醫學會聯合制訂新版「Pneumonia Guideline」執行結論：本會撥付 \$244,278 元與感染症醫學會及鄭德齡基金會共同編輯「2017 台灣肺炎診治指引」。
- 九、衛福部來函詢問各次專科人力狀況，提供近五年次專科醫師人力分布情形。
- 十、本會承接國健署委託業務「慢性阻塞性肺病疾病個案早期介入模式發展計畫(107 至 108 年)」委請理事林慶雄撰寫計畫，並新增聘 1 位研究計畫專案助理：
 - (一) 第一年計畫工作項目：肺阻塞個案早期發現、診斷、轉介及追蹤流程模式建立。
 - 探討各層級醫療院所及參與醫師對給付改善方案之收案率差異原因及建議。
 - 提昇肺阻塞性疾病早期之確診率。
 - 規劃早期介入模式及研提相關介入成效指標。
 - 建立專科轉診制度及個案管理標準。

- 肺阻塞早期介入模式推動。
- 培養肺阻塞及病之衛教人才，辦理醫事人員肺阻塞衛生教育之工作坊 (workshop) 至少 2 場。
- 全國性宣導活動。

(二) 6/5 (星期二) 於台中高鐵食堂召開第一次工作小組會議。

(三) 6/13 (星期三) 依規定交付計畫第一項工作項目成果報告。

十一、健保署來函：

(一) 107/4/3 居家醫療照護整合計畫第 2 次會議結論：新增「緊急訪視費」診療項目，建議之適應症及支付成數。

(二) 107/5/7 提供全民健保檔案分析審查異常不予支付指標準，相關增修訂建議。

(三) 107/4/13 學會文回覆：藥品專家諮詢會議建議研修含 erlotinib 成分藥品 (如 Tarceva) 及含 gefitinib 成分藥品 (如 Iressa) 之給付範圍。

(四) 107/4/19，研議 20 類重要檢查(驗)管理方案同病人再次執行符合醫療常規之合理區間，徵詢意見。

(五) 107/5/23，提供專業領域低效益醫療服務項目管理指標及增修健保醫療費用審查注意事項。

(六) 107/6/7，健保署彙整院所提報支付標準未列項目，徵詢意見。

(七) 107/6/11，健保署 107/7/1 實施 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及逐步導入第 3-5 階段項目，徵詢意見及提出執行上有困難之 DRG 項目及理由。

(八) 107/6/11，健保署改善氣喘照護率及照護品質，徵詢意見。

十二、本會推薦 107 年內科醫學會年會專題演講：

(一) 專題討論 - Obstructive Sleep Apnea and co-morbidities

- Obstructive Sleep Apnea and Cardiac arrhythmia
- Obstructive Sleep Apnea and Diabetes Mellitus
- Obstructive Sleep Apnea and Liver disease
- Obstructive Sleep Apnea and COPD

(二) 教育演講 - Lung Cancer-from early diagnosis to treatment

- Lung cancer-air pollution
- Lung cancer-screen
- Lung cancer and immunotherapy
- Lung cancer and target therapy

(三) 臨床指引，今年 5 月發表最新台灣成人氣喘診療指引

- Asthma guideline-an update
- Bronchial asthma in Taiwa
- Asthma diagnosis and monitorin
- Asthma treatment
- Severe asthma

(四) 臨床指引，今年 7 月完成與台灣感染症醫學會共同編輯的最新肺炎指引。

- Pneumonia guideline-an update
- Community acquired pneumonia
- Hospital acquired pneumonia
- Ventilator acquired pneumonia
- Severe Pneumonia – an emerging issue

十三、各委員會以及任務工作小組會議執行結論：

(一)「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」

- 內科筆試、內科影像學考試 9 月 30 日 (星期日) 內湖三軍總醫院。
- 胸外專科聯合筆試 8 月 19 日 (星期日) 在台大兒童醫院 2 樓診間舉行。
- 內科實務口試 10 月 21 日 (星期日)。

(二) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會：

今年學會參與聯甄會委員：林孟志理事長、陽光耀主任、高國晉副部長及陳昌文主任，本會為 2018 輪值單位，同時會協調安排核心課程及考試相關事宜。

- 核心課程負責委員：邀請彭萬誠主任及陳昌文主任。
- 筆試負責委員：邀請高國晉副部長及古世基醫師。
- 口試負責委員：邀請陽光耀主任及方文豐主任。
- 預計上半年於北區、下半年於台南各辦一場聯甄課程，邀請古世基醫師及陳昌文主任規畫。
- 建議學會敦請醫策會急重症評鑑應納入本會會員參與評鑑委員，以突顯胸腔科醫師於重症醫療的需要性。

(三) 教育與出版委員會：

- 年度會訊 (第 19~24 期) 工作分配，每期的會訊將安排 1 位主要負責的委員提供 1 篇胸腔暨重症案例、3 篇醫學新知導讀和 7 題通訊繼續教育考題 (選擇題) 以及 1 篇吐納園地文章。
- “理事長的話”或“理事的話”：標題將依每期實際撰稿者來變更。
 - ★ “理事長的話”專欄將不定期派員邀請訪問理事，撰寫「理事的話」。
 - ★ “理事的話”期數，將須請示理事長。
 - ★ 107 年 6 月第 19 期會訊委請簡榮彥醫師訪談楊泮池院長撰稿「理事的話」。
- 國際會議論文發表
 - ★ 學會補助的論文必刊登其 Abstract。
 - ★ 提議：為鼓勵中小型醫院投稿國際論文發表，凡以 oral presentation 或 poster 型式發表於 ATS /APSR /ERS 者，將其 Abstract 投稿至會訊可抵 A 類 1 學分。

理、監事會議決議：下次會議再討論補助細節。

(四) 胸腔醫學雜誌「Thoracic Medicine Online Program」：

今年 4 月 24 日召開胸腔醫學雜誌會議，邀請台灣結核暨肺部疾病學會、台灣睡眠醫學學會、台灣肺癌學會、社團法人台灣呼吸治療學會代表參與討論：

- 根據國際出版社的建議，將來 online，一般雜誌一期 original article 要有八篇，另外可以有 invited review article，搭配一至兩篇 case report，如此較利於上線。現礙於稿

源之質與量均不足，期待結合各領域及各學會共同努力。

- 若沿用現有之“Thoracic Medicine”並在 homepage 說明“Thoracic Medicine – on behalf of 上列學會”做為各學會之 official journal，不涉及名稱改變。
- Online 費用：依據發行人每年可能至少需要約 10 至 12 萬美金，暫估胸腔醫學會負擔約 60% 費用，其他學會暫估負擔約 10%。此部分請各學會代表攜回至理監事會議再討論。
- Editorial board 將重新聘任，每個學會將有 Section editor 加入編輯委員會，亦可邀請 foreign editor，負責自己 section 的邀稿及審稿工作。Online 前每一期可以邀請一位 invited reviewer，每一篇文章給予台幣兩萬元。
- 日後投稿至本雜誌之文章不論作者屬於哪個學會，經評選為最佳論文者均可獲得獎勵，並至年會中發表。獎勵種類，是否要區分醫師類及非醫師類，獎勵獎金及名額，細節再討論。

(五) 學術委員會議：

- 重症聯甄課程已辦理三場：4/22 中榮、5/27 台大、6/17 高醫。
- 新增 6/23 台中福華飯店「中區重症聯合討論會」、7/14 嘉義長庚「基礎呼吸器課程，設定圖形與脫離」。
- 107 年影像判讀講習班、機械通氣繼續教育課程籌備中。
- 提議：2018 胸腔夏季年會，學分建議 A 類 20 分、胸腔重症 20 分。
決議：通過。
- 提議：7 月夏季會辦理重症聯甄認證 3 學分課程，收取 \$150/1 位課程費：
Update on bacterial pneumonia and prevention
Update management of ARDS: the role of driving pressure
Role of steroids in the management of septic shock
決議：通過。
- 學會已接洽視訊連線會議系統，待場地、設備確定後，之後的委員會可採取視訊方式開會，免去委員舟車勞頓。

(六) 健保及醫療政策工作小組會議：

- 慢性阻塞性肺病給付改善方案認證課程，開放藥師報名參加學會主辦之認證課程，但不主動配合藥師全聯會主辦之認證課程。
- 肺阻塞給付方案項目爭取金額上調：
 1. 放寬第一、二類院所收案資格。
 2. 第二類院所開放具有部定專科醫師經過認證即可收案。
 3. 提高 COPD 追蹤管理照護費及肺部復原評估費。
- COPD 藥物核刪比率：
 1. 建議健保署提供相關資料。
 2. 符合條件不應核刪。
 3. 建議由胸腔科醫師專案審查。
 4. 學會願意協調由醫院組來幫忙審查。

- 肺復原給付調整

1. 建議可以比照中、重度復健的 package 方式，讓胸腔科醫師開立，來增加肺復原給付改善的增加。
2. 由學會先來計算中重度包裹的範圍項目，比較與現行方式給付看看差異有多少，再具體提出包裹方案跟健保署討論。

(七) 公共事務工作小組：

- 世界 COPD 日活動，由葛蘭素藥廠舉辦記者會、諾華藥廠辦理 COPD 民眾衛教活動。
- 8 月 1 日世界肺癌日活動，由肺癌委員會與公共事務小組委員會共同舉辦，默沙東藥廠協助辦理。
- COPD & IPF series 活動，由百靈佳藥廠延續去年衛教山一分鐘登階活動、IPF 衛教活動由百靈佳藥廠協助與全聯藥局及 7-11 便利店推廣。
- 會員需求與意見調查表，預計七月夏季會提供會員匿名填寫。

(八) 國際學術交流工作小組：

- 今年 APSR 在台灣舉行，為鼓勵胸腔會員投稿，原定 APSR 會議補助 15 位會員 / 每位補助新台幣 3 萬元。
提議：今年補助至上限 45 位且有投稿之胸腔會員，每位補助新台幣 1 萬元 (口頭報告不另增加補助金額)。補助順序以口頭論文報告、學術論文較優者、及入會年資較少者優先。

決議：通過。

- 今年已有 20 位會員申請 2018 ATS 會議補助，但年度補助上限為 11 位會員 / 每位補助新台幣 5 萬元。今年 SCCM 會議預計補助 4 位，每位補助新台幣 5 萬元，但無人申請。

提議：挪用原補助 SCCM 會議經費，改為補助符合申請 ATS 會議之會員。

決議：通過。

(九) 呼吸治療委員會議：

- 胸腔重症安寧照護：慢性氣道阻塞疾病，其他未歸類者，肺部其他疾病。
- 健保支付標準。
- 安寧共同照護小組。
- 教育訓練，台灣胸腔暨重症醫學會安寧緩和醫療教育訓練課程。
- 重症安寧緩和照護處置獎勵。

(十) 呼吸道疾病委員會議：

- 今年呼吸道委員會將依據四個不同的疾病分組，分別是 COPD 鄭世隆主任，asthma 許超群主任，bronchiectasis 林鴻銓教授，pulmonary rehabilitation 簡榮彥醫師來協助，呼吸道委員會將規畫辦理春季會、秋季會及擬訂演講題目。
- COPD 給付改善方案的收案人數報告，今年有訂定目標值，敬請各位協助在醫院廣為宣傳以增加收案人數。
- 今年將 COPD 給付改善方案認證課程辦理的相關說明更為詳細，主要為報名人數未滿 20 人取消認證課程，基層醫師參加意願不高，建議學會採取措施鼓勵基層診所報

名參加。

- 藥師今年也可以取得 COPD 個管師的認證，相信應該後續的 COPD 給付改善方案的認證課程應該報名會更加踴躍。
- 健保署委託的氣喘改善方案的課程規劃今年開始希望由學會主導，今年預計舉辦 11 個場次，以及針對課程的講師舉辦訓練營，參加講師由 19 家醫學中心推派三位醫師參加，下半年會在舉辦一場講師訓練營，則改由區域及地區醫院的醫師為主要訓練對象。
- 有關肺阻塞大眾宣導公關計畫，由學會來主辦，北、中、南各三場，由呼吸道疾病委員會與公共事務小組共同推動。今年應該重視推動民眾對於 COPD 的 public awareness。繼續邀請公署部門(國健署、健保署等政府機關)來參與宣傳活動，包括拍攝微電影、動畫等，增加學會的能見度及掌握話語權。
- 自在呼吸健康網維護費用將由學會依慣例邀請相關公司全力支援及持續贊助。

(十一) 間質性肺病及罕見肺疾病委員會：

- ILD academy 計畫北中南一年共舉辦兩場。計畫於北區舉辦 -4/28，本年度第二次由台中主辦，日期再議，並委由曹世明主任負責。
- ILD multidisciplinary discussion meeting：北中南各區每三至四個月視需要舉辦一次。
- 第一屆台日 IPF MDD 網路視訊研討會：
 - ★第一次於 3 月 25 日邀請蘇維鈞教授主持。
 - ★第二次預於 9 月 1 日在高雄舉辦，邀請方文豐主任與張晃智醫師負責。
- 12 月 APSR 前兩岸會議增加 ILD 議程 (2018 APSR ILD section)，委託台大王鶴健教授全程規劃。
- ILD 衛教訓練營：今年舉辦兩次(南北各一場)
- 第一次北區於 3 月 17 日舉行，參加人數為 38 人。
- 第二次預計高雄長庚醫院舉行，委請方文豐主任與張晃智醫師促成。
- ILD Case Book：內容擴大為所有 ILD 疾病。
- 因考慮內容擴大，編輯群待討論(盡量交由年輕醫師參與編輯)，於 2018 年底兩岸會議前刊出，與第一本一起贈送大陸相關專家參閱。
- 其他議題。
 - ★ IPF epidemiology survey：決議增加 site，邀請柯信國醫師規畫，請曾敬閔醫師與張晃智醫師共同負責與聯絡。
 - ★ Program in plan：
 - IPF patient education booklet- 待今年 ILD 衛教訓練營兩階段課程結束，依回饋反映籌劃，預計於 2019 年 6 月出版(下次議程報告進度)。
 - IPF online registry (REDCap)，邀請台大醫院郭律城醫師規劃。
 - IPF biomarker program，邀請台北榮總柯信國醫師規劃。
 - 2018 APSR ILD section，邀請台大醫院王鶴健教授規劃。
- ILD Case Book 翻譯成繁體中文版(內容維持不變)，再與英文版兩冊合送外賓，第二冊同時進行編審。

- IPF 健保申請審查條件應一致化。

(十二) 肺血管及肺高壓委員會議：

- 本學會將與中華民國心臟學會及中華民國風濕病醫學會合作，針對肺高壓議題，舉辦跨學會的聯合學術研討會，活絡不同學科醫師間的交流。
- 學會將於今年舉辦 APSR 2018，有關 Pulmonary Circulation 之兩場 Symposium 的 speaker 和 topic 都已確定。
- 全國 CTEPH 登錄計畫已經開始收案，鼓勵大家積極參與，讓台灣能有自己的 data 可和會員及醫界分享。
- 建議，除肺高壓外，未來本委員會可以新增肺血管相關疾病的討論，並以此為主軸來安排後續的研討會。

(十三) 肺腫瘤委員會議：

- 建置肺癌治療登錄系統
- 肺癌與環境因素探討 (包含空氣汙染，LDCT...)

(十四) 肺部環境及職業醫學委員會議：

- 空氣汙染與呼吸道疾病研討會
- 空污手冊
- 大型空污研討會
- 空污相關研究
- Air Pollution and Airway Diseases 分別在北中南辦理三場：
 - 107 年 6 月 9 日 (星期六) 台中福華飯店
 - 107 年 7 月 14 日 (星期六) 台北君品酒店
 - 107 年 8 月 12 日 (星期日) 高雄 H2O 水京棧酒店

(十五) 睡眠醫學委員會議：

- 建請胸腔醫師專科的訓練中也可適度納入更完整的睡眠醫學專科訓練辦法。
- 爭取呼吸器之殘障補助。
- 共同參與胸腔會訊的撰寫。
- 以胸腔醫學會名義主辦睡眠醫學專題教育訓練，或者與其他如呼吸道委員會或重症委員會合辦。
- 建議未來規畫每年一次、或胸腔學會與睡眠醫學會合辦為期一天的 workshop，安排核心課程，以建立 fellow 的基本能力訓練，同時吸引更多有興趣的會員投入睡眠領域。

十三、學會將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，於 7 月底前回覆以統計 107 年可提報訓練醫師容額並公告於學會網頁，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。

貳、討論事項：

一、台大醫院胸腔內科、高雄義大醫院胸腔內科申請為「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構(聯合共訓, 提報胸腔內科訓練醫師)」。

說明：擔任訓練診療機構(提報胸腔內科暨重症醫學專科訓練醫師)至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師3人、及胸腔外科暨重症指導醫師1人。每2名胸腔內科暨重症指導醫師, 每年可訓練1名胸腔內科暨重症專科訓練醫師(準會員)。

決議：兩個訓練診療機構不需合併為一訓練單位, 建議請將受訓醫師名單送下次會議審查訓練報備資格。

二、審核申請為胸腔指導醫師名單。

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

(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。

(二) 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。

(三) 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。

決議：審核通過一般會員李凱靈醫師為胸腔暨重症專科指導醫師。李明璟醫師提供學術論文並非是「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, 故審查未通過。

參、臨時動議：

一、林孟志理事長提議：心胸外醫學會大家討論如何因應。

決議：下次會議討論。

二、王鶴健理事提案：訂定學會秘書工作職責與考核機制。

說明：本學會現任秘書雅雯未交辦學會理監事會議與各委員會之交辦事項, 導致學會會員權益受損。

決議：由秘書處訂定學會秘書工作職責與考核機制, 下次會議討論。

肆、散會：下午8點41分。

胸腔暨重症案例



Figure 1: Bilateral lung patchy infiltrates and consolidation (2018/01/31)

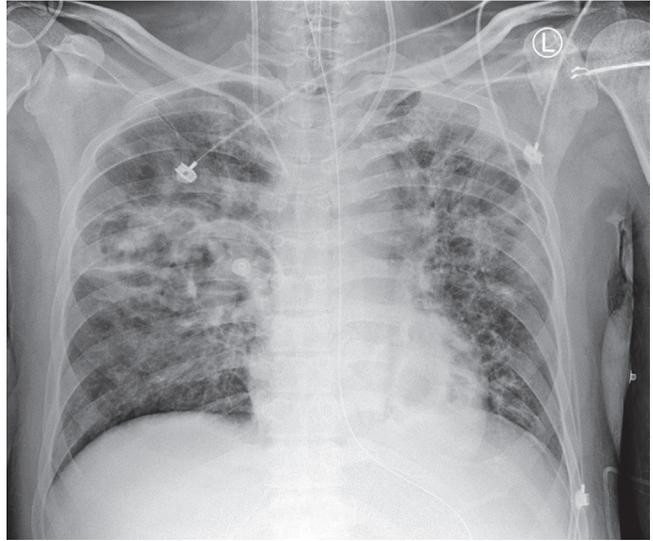


Figure 2: Bilateral ill-defined patches with cavitation were noted (2018/02/15)

提供：成大醫院 胸腔內科 陳建維醫師 / 陳昌文醫師

[Case]

A 51 years old male presented to our emergency service with high fever and productive cough for 5 days. His past history was unremarkable. He was immediately intubated for severe hypoxemia and hypercapnia. Sputum influenza B virus was positive.

醫學新知 I

使用呼吸器的休克病患早期該使用腸道營養或是靜脈營養： 隨機、多中心、開放式的平行試驗 (NUTRIREA-2)

摘自：Lancet. 2018 Jan 13; 391(10116): 133-143.

編譯：王振宇醫師 臺中榮民總醫院 重症醫學部

背景：

重症病患早期營養來源對預後的影響目前還有爭議，本研究的假說是早期以腸道營養給予重症病人的預後優於早期靜脈營養。

方法：

本研究是一個隨機、多中心、開放式的平行試驗 (NUTRIREA-2 trial)。試驗地點為法國的 44 個加護病房，對象為大於 18 歲、呼吸衰竭並使用升壓劑的休克病人。受試對象以隨機方式分成 1:1 的兩組，在氣管插管後 24 小時內分別接受腸道營養或靜脈營養，兩組的目標熱量都是 20-25 大卡 / 公斤 / 天，隨機方式採塊狀排列隨機分派，因營養途徑無法採盲性進行，所以採開放式非盲性進行。靜脈營養組在接受靜脈營養至少 72 小時且休克矯正後，可以更改成腸道營養 (連續 24 小時未使用升壓劑而且動脈乳酸值低於 <2 mmol/L)。試驗原始目標為意圖治療群體 (intention-to-treat-population) 隨機分派後第 28 天死亡率。

結果：

期中分析發現兩組差距不顯著，建議提早停止受試者的招募。在 2013.3.22-2015.6.30 試驗期間，共納入 2,410 個受試者，1,202 個為腸道營養組，1,208 個為靜脈營養組。第 28 天時，腸道營養組有 443 (37%) 個案死亡，靜脈營養組有 422 (35%) 個案死亡，兩組差為 2.0%:[95% CI-1.9 to 5.8]; $p=0.33$)。兩組的加護病房感染率也沒有差異 (腸道營養組 14%，靜脈營養組 16%，hazard ratio [HR] 0.89 [95% CI 0.72-1.09]; $p=0.25$)。與靜脈營養組相比，腸道營養組有較高嘔吐的發生率 (406 [34%] vs 246 [20%]; HR: 1.89 [1.62-2.20]; $p<0.0001$)，腹瀉 (432 [36%] vs 393 [33%]; 1.20 [1.05-1.37]; $p=0.009$)，較高腸缺血比率 (19 [2%] vs 5 [$<1\%$]; 3.84 [1.43-10.3]; $p=0.007$)，以及急性大腸假性阻塞比率 (11 [1%] vs 3 [$<1\%$]; 3.7 [1.03-13.2]; $p=0.04$)。

結論：

合併休克的重症病人中，早期給予靜脈營養與腸道營養相比，給予腸道營養並不會降低死亡率或感染風險，反而增加腸道併發症風險。

〔編譯者評論〕

重症營養在近十年才有比較多大型的隨機對照試驗發表，但是對預後的討論不是沒有差異，就是聚焦在脫離呼吸器時間或減少感染率這類較次要的預後選項，對血循動力學不穩定病人的灌食方式，只在專家意見層次做建議，這篇文章是第一篇研究對象針對休克病人的大型研究，也提供了重症營養研究中一塊重要拼圖；未來是不是休克病患都該改成早期靜脈營養，甚至量該給到多少，以本篇文章的研究設計並不足以回答這個問題，至少在靜脈營養該延後給予的主流意見上，提供了早期靜脈營養的實證支持；本篇文章提出早期腸道營養增加休克病人腸道併發症風險論點，雖然還不足以反駁腸道營養帶來的優點，至少提醒我們對腸道併發症特別是缺血性腸炎的警覺。

Enteral versus parenteral early nutrition in ventilated adults with shock: a randomised, controlled, multicentre, open-label, parallel-group study (NUTRIREA-2)

Lancet. 2018 Jan 13; 391(10116): 133-143.

Jean Reignier, Julie Boisramé-Helms, Laurent Brisard, *et al.*

Abstract

Background

Whether the route of early feeding affects outcomes of patients with severe critical illnesses is controversial. We hypothesised that outcomes were better with early first-line enteral nutrition than with early firstline parenteral nutrition.

Methods

In this randomised, controlled, multicentre, open-label, parallel-group study (NUTRIREA-2 trial) done at 44 French intensive-care units (ICUs), adults (18 years or older) receiving invasive mechanical ventilation and vasopressor support for shock were randomly assigned (1:1) to either parenteral nutrition or enteral nutrition, both targeting normocaloric goals (20-25 kcal/kg per day), within 24 h after intubation. Randomisation was stratified by centre using permutation blocks of variable sizes. Given that route of nutrition cannot be masked, blinding of the physicians and nurses was not feasible. Patients receiving parenteral nutrition could be switched to enteral nutrition after at least 72 h in the event of shock resolution (no vasopressor support for 24 consecutive hours and arterial lactate <2 mmol/L). The primary endpoint was mortality on day 28 after randomisation in the intention-to-treat-population. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01802099.

Findings

After the second interim analysis, the independent Data Safety and Monitoring Board deemed that completing patient enrolment was unlikely to significantly change the results of the trial and recommended stopping patient recruitment. Between March 22, 2013, and June 30, 2015, 2410 patients were enrolled and randomly assigned; 1,202 to the enteral group and 1,208 to the parenteral group. By day 28, 443 (37%) of 1,202 patients in the enteral group and 422 (35%) of 1,208 patients in the parenteral group had died (absolute difference estimate 2.0%; [95% CI-1.9 to 5.8]; $p=0.33$). Cumulative incidence of patients with ICU-acquired infections did not differ between the enteral group (173 [14%]) and the parenteral group (194 [16%]; hazard ratio [HR] 0.89 [95% CI 0.72-1.09]; $p=0.25$). Compared with the parenteral group, the enteral group had higher cumulative incidences of patients with vomiting (406 [34%] vs 246 [20%]; HR 1.89 [1.62-2.20]; $p<0.0001$), diarrhoea (432 [36%] vs 393 [33%]; 1.20 [1.05-1.37]; $p=0.009$), bowel ischaemia (19 [2%] vs five [$<1\%$]; 3.84 [1.43-10.3]; $p=0.007$), and acute colonic pseudo-obstruction (11 [1%] vs three [$<1\%$]; 3.7 [1.03-13.2; $p=0.04$).

Interpretation

In critically ill adults with shock, early isocaloric enteral nutrition did not reduce mortality or the risk of secondary infections but was associated with a greater risk of digestive complications compared with early isocaloric parenteral nutrition.

醫學新知 II

阻塞型睡眠呼吸中止為患者出院後再入院之危險因子

摘自：J Clin sleep Med 2018 May 15; 14(5): 753-758.

編譯：張開明醫師 臺中榮總 胸腔內科

研究目標：

出院後再入院率為病患安全及照護品質的重要指標之一。此研究旨在探求出院後再入院率與阻塞型睡眠呼吸中止症之間的相關性。若能進一步了解以上兩者的相關性，則能藉此運用以開發降低出院後再入院率的預防性措施。

方法：

本研究是回溯性回顧於美國某醫院在兩年期間之出院患者。醫療紀錄回顧包含基本資料，有否出現阻塞型睡眠呼吸中止症 (OSA) 及其他疾病，以及出院三十天內是否再入院。統計分析主要評估再入院的危險因子，及多變項分析。共 125 位再入院患者有阻塞型睡眠呼吸中止症，也隨機與未再入院的配對群組進行詳細病例回顧及比對。

結果：

在 22,261 位出院患者之中，有 1,899 位再入院 (8.5%)。患者罹患阻塞型睡眠呼吸中止症的再入院率為 11.4%，相較於患者沒有罹患阻塞型睡眠呼吸中止症的再入院率為 7.6% ($P < .00001$)。多變項分析顯示患者罹患阻塞型睡眠呼吸中止症的再入院之 odds ratio 為 1.46。而在配對群組進行詳細病例回顧的 250 位罹患阻塞型睡眠呼吸中止症患者中（是或否再入院），僅住院天數有明顯差異，其餘 AHI 數值，以及住院中或是門診追蹤是否使用正壓呼吸器治療的比率均無明顯差異。

結論：

此研究發現阻塞型睡眠呼吸中止症 (OSA) 為患者出院後三十天內再入院之獨立危險因子。對於患者已罹患阻塞型睡眠呼吸中止症，正壓呼吸器治療的使用率明顯過低。我們需要更進一步的研究來確認阻塞型睡眠呼吸中止症，正壓呼吸器治療的順應性以及出院後再入院率之間的相關性。

〔編譯者評論〕

阻塞型睡眠呼吸中止症 (OSA) 主要是睡眠中上呼吸道反覆阻塞。近年來的發生率不斷上升，男性，年齡，肥胖為其主要的危險因子。而 OSA 也成為許多疾病的獨立危險因子，例如高血壓，冠心症，腦中風，糖尿病等。正壓呼吸器可以有效改善 OSA 造成的病生理傷害，但其使用的順應性仍不佳。治療 OSA 對於住院患者的健康也十分重要。此研究主要在顯示出院後再入院率與阻塞型睡眠呼吸中止症 (OSA) 之間的相關性，而此回溯式研究中，分析發現 CHF, COPD, Atrial fibrillation, ACS (急性)，OSA 均屬有意義的獨立危險因子，而 GERD 年齡則對出院後再入院率無統計學上有意義的差異性。至於 case control 研究部分則無法顯示出 OSA 患者有無再入院組間，其嚴重度 (AHI 數值) 或是使用正壓呼吸器治療順應性，兩組之間有明顯差異，但是 OSA 患者不論在住院或是 OPD 期間其正壓呼吸器治療的使用率均偏低。

Obstructive Sleep Apnea is an Independent Risk Factor for Hospital Readmission

J Clin Sleep Med. 2018 May 15; 14(5): 753-758.

Nicholas J. Scalzitti, Peter D. O'Connor, Skyler W. Nielsen, *et al.*

Abstract

Study Objectives:

Hospital readmissions are an important metric of quality and safety. This study seeks to characterize the relationship between readmissions and obstructive sleep apnea (OSA). A better understanding of this relationship could be utilized to develop preventative measures and reduce readmission rates.

Methods:

A retrospective review of patients discharged over a 24-month period to a Department of Defense hospital was conducted. Medical records review provided demographic data, presence of OSA and comorbid diseases, and whether readmission occurred within 30 days of discharge. Statistical analysis assessed risk factors for readmission, and multivariate analysis was performed. Next, 125 readmitted patients with OSA were randomly selected for detailed chart review and compared to a matched cohort that was not readmitted.

Results:

Of 22,261 unique patients discharged, 1,899 (8.5%) were readmitted. Patients with OSA had a readmission rate of 11.4% versus 7.6% for patients without OSA ($P < .00001$). Multivariable analysis revealed an odds ratio of 1.46 for readmission in patients with OSA ($P < .0001$). For the detailed chart review of 250 patients, length of hospital stay differed for the readmitted and non-readmitted groups (5.1 versus 3.6 days; $P = .007$). Apnea-hypopnea index (24.1 versus 27.2 events/h; $P = .48$) was similar between the groups. Also, inpatient (27.2% versus 26.4%) and outpatient (38.4% versus 37.6%) positive airway pressure (PAP) treatment rates were not different.

Conclusions:

This study found OSA to be an independent risk factor for readmission within 30 days of discharge. PAP therapy appears to be underutilized in patients with known OSA. Additional studies are needed to define the relationship between OSA, PAP adherence, and hospital readmission.

醫學新知 III

皮質類固醇在肺炎治療的角色

摘自：Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 13; 12: CD007720.

doi: 10.1002/14651858.CD007720.pub3.

編譯：陳逸婷醫師 花蓮慈濟醫院 胸腔內科

背景：

皮質類固醇已被建議用於數種不同類型的感染症，但它在肺炎治療的角色仍不清楚。本文為考科藍於 2011 年所發布評論的更新。

目的：

評估皮質類固醇治療肺炎的療效和安全性。

搜尋方式：

我們於 2017 年 3 月 3 日，搜索考科藍急性呼吸道感染組的專業註冊、CENTRAL、MEDLINE、Embase 和 LILACS 等資料庫，以及相關的會議記錄和已確定試驗的參考文獻。此外，也搜尋到三個已註冊登記，但尚在進行中或還未發表的臨床試驗。

選擇標準：

納入條件為隨機對照試驗，以全身性皮質類固醇作為抗生素外的輔助治療，與安慰劑或無皮質類固醇相比，治療成人和兒童肺炎成效評估的臨床研究。

資料收集和分析：

我們採取 Cochrane 預期的標準方法學程序。兩位評讀作者，各自獨立評估各研究的誤差風險，並萃取資料。我們聯繫了各研究作者以取得更多資訊。條件許可時，我們使用 Mantel-Haenszel 固定效應模型來匯總資料，以估計風險比 (Risk Ratio, RR)。

主要結果：

我們納入了 17 個隨機對照試驗，共有 2,264 名受試者；其中 13 個隨機對照試驗中有 1,954 名成人參與者，其餘 4 個試驗共 310 名兒童參與。和 2011 年的版本相較，本次系統性回顧納入了 12 項新試驗，排除了之前曾納入的一項研究，並排除了 5 項新試驗。所有試驗收案對象皆是社區性肺炎的住院患者。

經過評估，所有試驗的選擇性誤差 (selection bias) 和損耗性誤差 (attrition bias) 的風險皆為低或不明。表現性誤差 (performance bias) 有 9 項試驗風險低，1 項試驗不明，7 項試驗有較高風險。通報性誤差 (reporting bias) 則有 3 項試驗屬低風險，其餘 14 項試驗風險較高。

統合分析發現，皮質類固醇顯著降低了嚴重肺炎患者的死亡率 (RR 0.58，95% CI 0.40~0.84；中等品質證據)，但在成人的非嚴重肺炎則否 (RR 0.95，95% CI 0.45~2.00)。而不論在重度或輕度的肺炎住院患者，皮質類固醇皆能顯著降低早期臨床失敗率 (定義為在第 5 至第 8 天發生任何原因造成的死亡、影像上的惡化、或臨床上的不穩定)(嚴重肺炎 RR 0.32，95% CI 0.15~0.7；非嚴重肺炎 RR 0.68，95% CI 0.56~0.83；高品質證據)。皮質類固醇縮短了臨床治癒時間、總住院天數、加護病房住院天數、就醫後發生的呼吸衰竭或休克、以及肺炎併發症的發生率。根據兩項小型、有臨床異質性的研究，在患有細菌性肺炎的兒童中，皮質類固醇降低了早期臨床失敗率 (RR 0.41，95% CI 0.24~0.70；高品質證據)，以及縮短臨床治癒時間。在接受皮質類固醇治療的成人中，較常發生高血糖 (RR 1.72，95% CI 1.38~2.14)。其他的不良反應或繼發感染事件，皮質類固醇組和對照組無顯著差異 (RR 1.19，95% CI 0.73~1.93)。

作者的結論：

皮質類固醇治療可降低成人嚴重社區型肺炎患者的死亡率和併發症；每治療 18 名患者 (95% CI 12~49)，可減少 1 名死亡。對於患有非嚴重社區型肺炎的成人和兒童，皮質類固醇治療降低併發症，但沒有改變死亡率。皮質類固醇治療和較多不良事件有關，尤其是高血糖，但危害似乎並沒有超過其益處。

〔編譯者評論〕

需要住院治療的社區型肺炎每年發生率，在美國約是千分之 2.48，隨年齡增加，65 到 79 歲族群是千分之 6.3，80 歲以上達千分之 16.4。[1] 台灣的發生率應該更高。根據衛生福利部統計，台灣肺炎死亡率逐年攀升，10 年成長 2 倍，在 105 年和 106 年成為國人十大死因的第 3 名。[2] 台灣肺炎死亡率高出鄰近國家，為日本的 1.3 倍、韓國的 1.8 倍、美國的 3.4 倍。[3] 在肺炎的預防及治療上，值得我們多投注心力。

因為能減少人體過度的細胞激素發炎反應，及阻斷可能的 Jarisch-Herxheimer-like 反應，皮質類固醇在肺囊蟲肺炎、細菌性腦炎、結核菌中樞神經或心包膜感染、敗血性休克等感染症治療的輔助角色減趨明確。在一般社區型肺炎治療上，2011 年的考科藍評論指出，皮質類固醇雖然對改善病患死亡率無幫助，但可以加速病患復原。[4] 雖然如此，目前各國的肺炎診療指引仍尚未著墨此療法。此後有數個大型的臨床隨機對照試驗欲探討皮質類固醇在輔助肺炎治療的角色，其中規模最大的是 Blum 等學者於 2015 發表在 *The Lancet* 的雙盲研究，發現在住院病患中，使用 prednisolone 50 mg QD 連續 7 天，可以使臨床症狀穩定所需時間中位數由 4.4 天縮短為 3 天 ($p<0.0001$)，住院天數由 7 天減為 6 天 ($p=0.012$)。[5] 其他研究也陸續驗證程度不等的臨床助益，但對死亡率皆看不出影響。因此，Stern 等學者去年針對此議題，重新做了系統性文獻回顧及統合分析，結果指出皮質類固醇可降低嚴重的成人肺炎住院併發症及死亡率，而在非嚴重的肺炎住院病人，也可減少併發症。

在這篇考科藍文章刊出後，今年一月又有一篇以住院成人為對象、相同主題、搜尋至 2017 年 7 月的系統性文獻回顧及統合分析，發表在 *Clinical Infectious Diseases* 期刊，也得到皮質類固醇組可以減少死亡率及縮短住院天數的結論，但有較多的高血糖及肺炎相關再入院率 (5.0%，對照組 2.7%)。而本篇研究並未發現皮質類固醇的效益在不同嚴重程度的肺炎住院病人有顯著差異。[6]

考科藍文章所納入的各項以成人為對象的研究，皆依當地肺炎診療指引選擇抗生素，其中實驗組的皮質類固醇給法，以 prednisolone 50 mg 每天口服共 7 天，或 hydrocortisone 針劑 200 mg ST + 10 mg/hr 連續靜脈注射共 7 天這兩種為大宗，到院 12~24 小時內或給抗生素前開始投藥，並會排除燒燙傷、消化道出血風險、肺結核、免疫不全等患者。第 7 天會直接停用類固醇。因為台灣的肺炎常見菌種中，例如克雷伯氏肺炎桿菌 (*Klebsiella pneumonia*)，在歐美並不多見，尚不清楚類固醇輔助療法是否同樣適用此類患者。

從這些研究看來，嚴重肺炎住院患者在治療初期除了適當的抗生素外，開始皮質類固醇輔助治療，可以加速臨床穩定，縮短住院天數，甚至可減少死亡率，對病情及對醫療經濟考量都有助益，在面臨 DRG 壓力的時代，可在對副作用有適當監控下，慎重考慮採納此療法。

- [1] N Engl J Med. 2015 Jul 30; 373(5): 415-27. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults. Jain S, Self WH.
- [2] 衛生福利部統計處 105，106 年死因統計年報
- [3] 民國 105 年死因統計年報－各國標準化死亡率之國際比較
- [4] Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar 16; (3): CD007720. Corticosteroids for pneumonia. Chen Y, *et al.*
- [5] Lancet. 2015 Apr 18; 385(9977): 1511-8. Adjunct prednisone therapy for patients with community-acquired pneumonia: a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Blum CA, *et al.*
- [6] Clin Infect Dis. 2018 Jan 18; 66(3): 346-354. Corticosteroids in Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia: Systematic Review and Individual Patient Data Metaanalysis. Briel M, *et al.*

Corticosteroids for pneumonia

Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 13; 12: CD007720. doi: 10.1002/14651858.CD007720.pub3.

Stern A, Skalsky K, Avni T, *et al.*

Abstract

BACKGROUND:

Pneumonia is a common and potentially serious illness. Corticosteroids have been suggested for the treatment of different types of infection, however their role in the treatment of pneumonia remains unclear. This is an update of a review published in 2011.

OBJECTIVES:

To assess the efficacy and safety of corticosteroids in the treatment of pneumonia.

SEARCH METHODS:

We searched the Cochrane Acute Respiratory Infections Group's Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, and LILACS on 3 March 2017, together with relevant conference proceedings and references of identified trials. We also searched three trials registers for ongoing and unpublished trials.

SELECTION CRITERIA:

We included randomised controlled trials (RCTs) that assessed systemic corticosteroid therapy, given as adjunct to antibiotic treatment, versus placebo or no corticosteroids for adults and children with pneumonia.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS:

We used standard methodological procedures expected by Cochrane. Two review authors independently assessed risk of bias and extracted data. We contacted study authors for additional information. We estimated risk ratios (RR) with 95% confidence intervals (CI) and pooled data using the Mantel-Haenszel fixed-effect model when possible.

MAIN RESULTS:

We included 17 RCTs comprising a total of 2,264 participants; 13 RCTs included 1,954 adult participants, and four RCTs included 310 children. This update included 12 new studies, excluded one previously included study, and excluded five new trials. One trial awaits classification. All trials limited inclusion to inpatients with community-acquired pneumonia (CAP), with or without healthcare-associated pneumonia (HCAP). We assessed the risk of selection bias and attrition bias as low or unclear overall. We assessed performance bias risk as low for nine trials, unclear for one trial, and high for seven trials. We assessed reporting bias risk as low for three trials and high for the remaining 14 trials. Corticosteroids significantly reduced mortality in adults with severe pneumonia (RR 0.58, 95% CI 0.40 to 0.84; moderate-quality evidence), but not in adults with non-severe pneumonia (RR 0.95, 95% CI 0.45 to 2.00). Early clinical failure rates (defined as death from any cause, radiographic progression, or clinical instability at day 5 to 8) were significantly reduced with corticosteroids in people with severe and non-severe pneumonia (RR 0.32, 95% CI 0.15 to 0.7; and RR 0.68, 95% CI 0.56 to 0.83, respectively; high-quality evidence). Corticosteroids reduced time to clinical cure, length of hospital and intensive care unit stays, development of respiratory failure or shock not present at pneumonia onset, and rates of pneumonia

complications. Among children with bacterial pneumonia, corticosteroids reduced early clinical failure rates (defined as for adults, RR 0.41, 95% CI 0.24 to 0.70; high-quality evidence) based on two small, clinically heterogeneous trials, and reduced time to clinical cure. Hyperglycaemia was significantly more common in adults treated with corticosteroids (RR 1.72, 95% CI 1.38 to 2.14). There were no significant differences between corticosteroid-treated people and controls for other adverse events or secondary infections (RR 1.19, 95% CI 0.73 to 1.93).

AUTHORS' CONCLUSIONS:

Corticosteroid therapy reduced mortality and morbidity in adults with severe CAP; the number needed to treat for an additional beneficial outcome was 18 patients (95% CI 12 to 49) to prevent one death. Corticosteroid therapy reduced morbidity, but not mortality, for adults and children with non-severe CAP. Corticosteroid therapy was associated with more adverse events, especially hyperglycaemia, but the harms did not seem to outweigh the benefits.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：107 年 09 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 18)

1. A 51 years old male presented to our emergency service with high fever and productive cough for 5 days. His past history was unremarkable. He was immediately intubated for severe hypoxemia and hypercapnia. Sputum influenza B virus was positive.

您認為最可能的診斷是？

- (A) PJP pneumonia
- (B) Pulmonary tuberculosis
- (C) Klebsiella pneumonia
- (D) Staphylococcus aureus pneumonia
- (E) Lung neoplasm

選擇題：(每題 15 分)

2. 對於血循動力學不穩定重症病患，何者為是？

- (A) 一律給予腸道營養
- (B) 即便 full resuscitation，也不建議給予腸道營養
- (C) 給予小腸管灌食就不會有胃餘容量 (GRV) 太高問題
- (D) 根據 NUTRIREA-2 study，前三天早期靜脈營養是一個安全的選擇

3. 根據 NUTRIREA-2 敘述何者為非？

- (A) 早期靜脈營養明顯優於腸道營養
- (B) 是少數以休克病患為對象的多中心重症營養研究
- (C) 早期靜脈組在 72 小時後可以回到腸道營養選擇，說明腸道營養還是大部份重症病患需要的營養途徑
- (D) 休克病患給予腸道營養時要提高對缺血性腸炎的警覺

4. 出院後再入院為病患安全及照護品質的重要指標之一。以下何者不是出院後再入院率上升的獨立危險因子？

- (A) CHF
- (B) GERD

- (C) OSA
 - (D) ACS (急性冠心症)
 - (E) COPD
5. 以下何者為非？
- (A) OSA 主要是睡眠中上呼吸道反覆阻塞
 - (B) OSA 患者接受正壓呼吸器治療的順應性普遍十分良好
 - (C) OSA 對於住院患者健康也有顯著影響
 - (D) OSA 對於患者出院後再入院的影響十分顯著
 - (E) OSA 患者住院中接受正壓呼吸器治療的比率更低
6. 2017 年台灣民眾的十大死因，肺炎排名為何？
- (A) 第二
 - (B) 第三
 - (C) 第四
 - (D) 第五
7. 從實證醫學角度，治療嚴重社區型肺炎住院患者，一開始除了適當抗生素，若併用口服或針劑皮質類固醇 7 天，可以得到的益處，下列何者除外？
- (A) 減少死亡率
 - (B) 減少住院天數
 - (C) 減少出院後的再入院率
 - (D) 減少肺炎併發症 (如呼吸衰竭、休克、膿胸、肺膿瘍、氣胸等)

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

高雄聯絡電話：(07) 735-3917 傳真：(07) 735-3147

E-mail：tspecm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

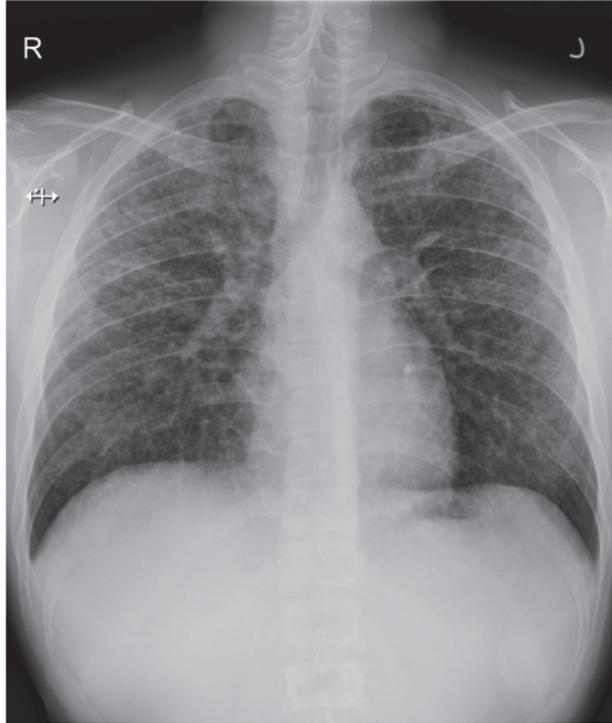


Figure 1

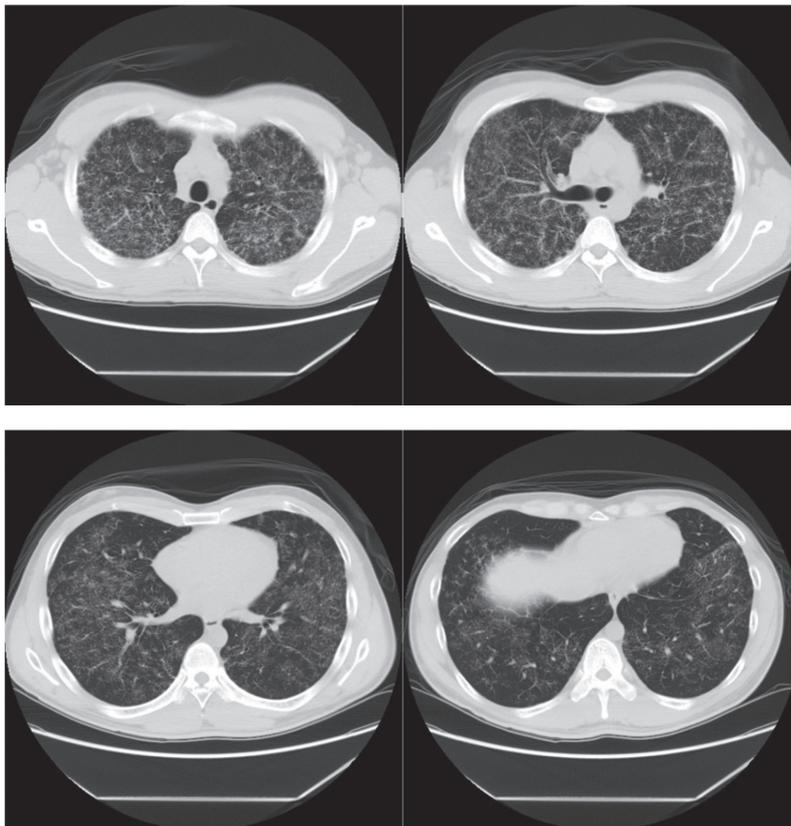


Figure 2

1. [Case]

The 28-year-old man had history of allergic rhinitis and atopic dermatitis. He is a current smoker with 1 PPD for 12 years, and works in an acrylic factory with some dust exposure. He suffered from chronic cough for 2 years. The cough aggravated in the night and early morning. Exertional dyspnea was noted for 6 months. Two episodes of left chest tightness with pain was noticed for weeks, and it subsided spontaneously. He had a dog at home, and no other animal contact history was noted. Physical examination revealed coarse breathing sounds without wheeze or crackles. Several small lymph nodes over right neck were noted. Lung function test showed normal spirometry with moderate impaired diffusion capacity (FEV₁ 3.38L, 90.3% predicted, FVC 4.10L, 96.8% predicted, FEV₁/FVC 82.4%, DLCO 17.85 ml/min/mmHg, 58.2% predicted)

[Question]

What is your first impression?

- (A) Pneumoconiosis
- (B) Sarcoidosis
- (C) Pulmonary tuberculosis
- (D) Langerhans cell histiocytosis (LCH)
- (E) Hypersensitivity pneumonitis

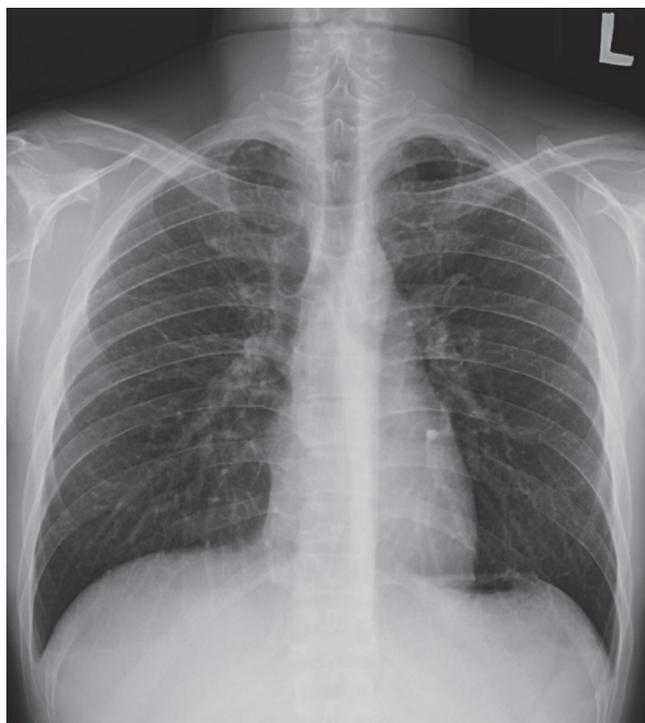


Figure 3

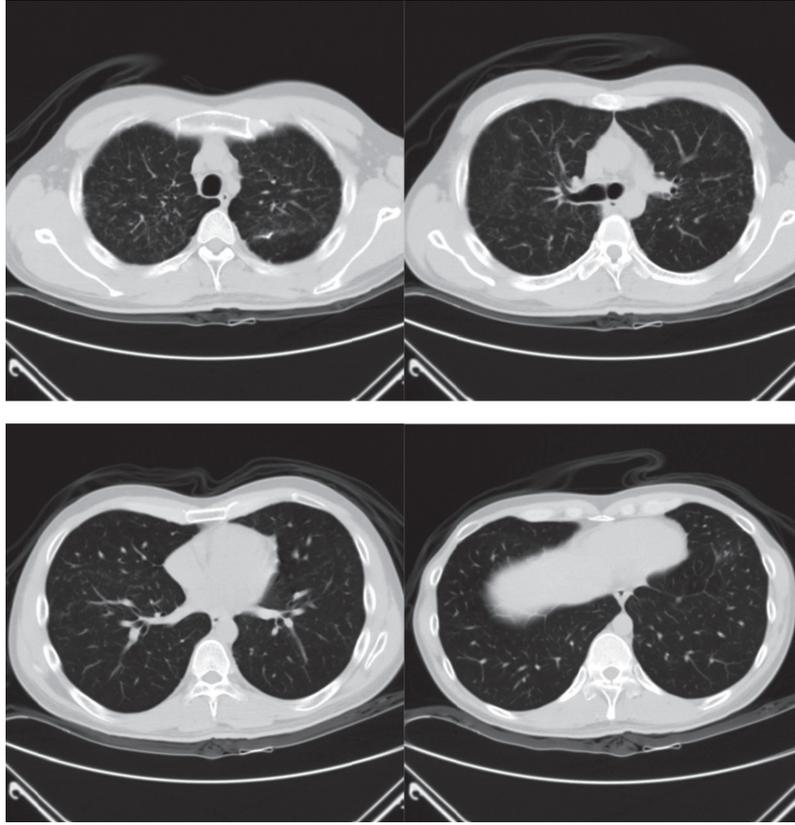


Figure 4

[Answer]**(B) Sarcoidosis**

Bronchoscopy with transbronchial lung biopsy, video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) biopsy over left lower lobe and right neck lymph node biopsy all showed noncaseating granulomatous inflammation without positive acid-fast stain. Pulmonary sarcoidosis with neck lymph node involvement was impressed. The patient received prednisolone 10 mg bid initially. Exertional dyspnea, and productive cough improved gradually. We decreased prednisolone dosage slowly and kept total treatment course to 12 months. Follow up CXR and chest CT (Figure 3, 4) showed improved interstitial infiltration. Lung function showed increased FEV₁, FVC and DLCO (FEV₁ 3.85L, 104.1% predicted, FVC 4.29L, 102.3% predicted, FEV₁/FVC 89.7%, DLCO 22.0 ml/min/mmHg, 73.3% predicted). No disease recurrence is noted after completing treatment 6 months.

選擇題：

2. Group D COPD 病人在使用 dual bronchodilator 之後仍時常 exacerbation，下列哪一種情形預期加上吸入性類固醇最有效？

- (A) 血中中性球增加
- (B) 血中嗜酸性球增加
- (C) 血中嗜鹼性球增加
- (D) 血中巨噬細胞增加

答案 (B)

3. 下面哪種治療組合預期發生肺炎的機會最小？

- (A) ICS+LABA
- (B) ICS+LAMA
- (C) ICS+LABA+LAMA
- (D) LABA+LAMA

答案 (D)

4. 目前實證醫學的證據顯示在特發性肺纖維化 (IPF) 合併胃食道逆流的患者，使用制酸劑的效果下列何者為是？

- (A) 可以小幅減少肺功能惡化
- (B) 可以減少急性惡化
- (C) 可以降低死亡率
- (D) 以上皆是

答案 (A)

5. 何謂不死時間偏差 (immortal time bias) ？

- (A) 是一種錯誤分類 (misclassification) 或選擇性偏差 (selection bias)
- (B) 存活分析中，會因為此偏差而將藥物的治療效果偏差性地放大
- (C) 常出現於觀察性研究中
- (D) 以上皆是

答案 (D)

6. 晚期已轉移的非小細胞肺癌的病人，下列哪些為目前可供選擇的適合治療？

- (A) 合併白金之化學治療
- (B) 免疫治療
- (C) 標靶藥物
- (D) 以上皆是

答案 (D)

7. 根據 Keynote 189 臨床試驗，含愛寧達 (pemetrexed) 及白金 (carboplatin) 的化療合併免疫治療 (pembrolizumab)，在晚期非小細胞肺癌的病人的療效，何者為是？
- (A) 與化療相比的存活期差異不顯著
 - (B) 僅對 PD-L1 \geq 50% 的病人較有效 (比化療佳)，若 PD-L1 < 50% 則療效與化療相同
 - (C) 超過第三級以上的副作用比率，兩組相比差別不大
 - (D) 對於具有驅動基因突變的病人，如表皮生長因子受體 (Epidermal growth factor receptor)，化療與免疫合用會比標靶治療更有效

答案 (C)

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…

後山 10 年的心情故事

林志洵主任 臺北榮民總醫院 玉里分院 內科部

故事的開始，是民國 94 年初，因為高雄榮民總醫院接獲輔導會交辦的經管台東榮民醫院的任務，接受時任胸腔外科主任的許宏基醫師徵召，一起到台東打拼，也在同年 4 月 1 日愚人節當天正式踏上從未來過的後山淨土。在民國 95 年 5 月完成階段性任務，回到高雄榮總繼續服務。但是由於前段的因緣，也造就了於民國 97 年 4 月再次支援並調任當時已經成為玉里榮民醫院經管的台東榮民醫院服務，算一算，到今年也已屆滿 10 年了。

民國 94 年初到台東之時，當時的台東榮院正式在馬蘭榮家旁的新院區開始營運，當時只有一般內外科，醫師人力欠缺，高雄榮總也因路途遙遠，支援吃重，體驗到台灣護國神山的威力，期間也歷經颱風洪水將鐵公路沖段之後，台東到高雄必須繞道台北，真正體驗了沒有南迴鐵路時的『難回』，也因此最後無法繼續支援而脫離高雄榮總的經管。由玉里榮院整合鳳林及台東成為玉鳳台花東三院，由玉里當領頭羊，繼續走下去，而在 101 年隨著玉里榮院與台北榮總完成最後整合的榮民醫院，成為台北榮總的一部份。

花東後山是台灣開發較晚的區塊，卻也因而保留較為原始天真的風貌，然而人口因年輕人外流工作而使老化問題更為明顯，人口數也逐漸減少，在台灣地廣人稀的狀況也只有在台東可以看見，所服務的患者就是年齡極高的長者，行動不便的傷者，還有路途遙遠的就醫者。因此，醫院的經營方向就不能是軍備競賽，與唯一的區域教學醫院競爭急重症的發展而是向著全人照顧的社區醫院，提供急症後復健，到宅居家服務及臨終安寧照顧。醫師也要由專精單一科目的專科醫師轉成十八般武藝樣樣精通的專科家庭醫師。

每週一次的居家訪視，不僅查看患者的呼吸狀態，還要整個個人都要查看，包括進食，消化，營養，泌尿，復健，感染，皮膚等等各種器官的狀態，甚至家庭供電，居住房間的溫度溼度等空調狀態也都要關心協助。當時版圖最南端在大武鄉的南田部落，最北端在成功鎮的三仙台，相距超過一百公里。每次家訪就是一個旅遊行程，分成市區旅遊，台 9 線山線旅遊，台 11 線東海岸旅遊及南向大武線旅遊。近的市區旅遊可以騎著單車，遠的旅遊可以騎著檔車，沿路享受陽光風景，又是工作又是旅遊，一方面患者不用舟車勞頓，一方面自己也可以放鬆心情，一舉兩得。

這 10 年，由時任玉里榮院的副院長親自領軍，在台東開設身心科勝利院區，醫療收入漸趨穩定，另一方面積極招募醫師，力求每個醫師有自己的發揮舞台，在公費生分發場上，志願由後段班漸漸成為前段班，台東榮院從慘淡經營，入不敷出，醫師人力進進出出，公費醫師服務期滿就離開尋找自己的天空，在社區群眾觀念裡還是『退伍兵醫院』，到今日的人力穩定，績效蒸蒸日上，公費期滿後願意再留任服務，也成為社區群眾的好鄰居，實在有顯著的改變。其間的心路歷程也是由當初的忐忑不安走到現在的穩定踏實。最後，在現在一片哀鴻遍野的空汙災難中，也唯有在後山還能看到蔚藍的天空，更覺得這些年來離鄉背井是值得的。



活動集錦

107年7月14日於嘉義長庚醫院舉辦重症醫學專科醫師聯合甄審委員會學分認證課程（基礎呼吸器課程設定圖形與脫離）



107年7月21-22日於立夫教學大樓 B1 國際會議廳舉辦 2018 胸腔夏季會



107年7月21-22日於立夫教學大樓B1國際會議廳舉辦2018胸腔夏季會



林理事長與國民健康署 王英偉署長和中央健保局 李純馥組長合照

