會訊

第22期
2018.12

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

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) 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會訊 107 年 12 月第 22 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	吳秉儒 Biing-Ru Wu	沈孟芳 Meng-Fang Shen
	郭耀文 Yao-Wen Kuo	陳韋成 Wei-Cheng Chen
	陳家弘 Chia-Hung Chen	鄭文建 Wen-Chien Cheng
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

本期封面：2018 年胸腔專科醫師合照

目　　錄

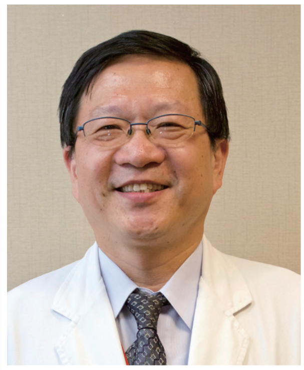
在本期會訊出刊的時候，在台北舉行的 2018 APSR 亞太胸腔醫學會年會已經成功圓滿落幕了，除感謝各位會員的積極參加之外也再次謝謝余前理事長及多位親身參與籌劃工作的理監事和會員同仁們，我們藉由此次的國際會議，展現我們學會會員的學術能量及跟國際學會合作的能力。就在最近我也推舉了 9 位專家會員參與 APSR 各種不同的 assemblies 將來領導主席的競選，讓我們大家一起齊心努力，向國際舞台邁進發展。

戒菸是胸腔疾病診治當中非常重要的一環，之前學會並未有機會舉辦相關戒菸的相關課程。在 10 月 27 日，我們第一次經由國健署王英偉署長和長官們的指導協助，舉辦了第一場戒菸治療醫師教育訓練基礎課程，共有北中南超過 200 名會員經由視訊共同參與，國健署菸害防制組羅素英組長親自來授課“胸腔疾病與戒菸服務”，之後連接 Post ERS 教育課程。希望藉由學會首次主辦的教育訓練，增加會員成為戒菸治療醫師的比例，也能提升取證後實際執行戒菸的比例，協助更多的病患戒菸，明年學會預計會再多辦幾場認證課程，協助大家，也幫助病患的健康。

十月底已順利結束了本年度的胸腔暨重症專科醫師考試，本年度共有 27 名考生(24 名內科，3 名外科)，通過率為 80%。今年考生數比去年 19 名略為增加，期待在眾人的努力之下再喚起年輕內科住院醫師對胸腔暨重症醫學專科的熱情，也增加社會對我們專業的重視，能招募到更多新血進入我們的行列。

歲末時節，先預祝大家 2019 年健康快樂順利平安，豬年行大運。

理事長 林孟志



金風送爽，丹桂飄香。白露時節剛過，轉眼又到了冬季，也是胸腔專科醫師最忙碌的季節。請大家照顧病人之餘，也要多多關心自己。

本期的吐納園地，很高興有年輕的沈孟芳醫師發表她參加2018歐洲呼吸病年會的心得。比對他與台大郭耀文醫師的心得，可以發現雖然他們參加的目的與任務不盡相同，但他們對於台灣是否能夠與世界接軌，或者讓地球村的人們可以了解台灣的心情是一致的。希望他們的心得報告可以讓更多的年輕醫師有興趣參加國際的學術活動，除了自己積極的參與，更能夠將台灣介紹給全世界且將台灣推上全球的舞台。

本期的病例個案討論由中國醫藥大學附設醫院陳韋成醫師提供了一位毒癮患者，因為肺部有多發性的空洞病灶合併呼吸困難而住院，住院期間甚至發生了多器官功能衰竭，這是在重症加護病房我們必須要常常照護的標準病人之一，影像學的多變，也可以提供我們很多的診療資訊。

吳秉儒醫師編譯了本年度刊載在BMC Pulmonary Medicine上的一篇很有趣的文章。本文探討了支氣管熱形成術對於嚴重氣喘患者症狀之改善的另一個可能原因 ，雖然收集的病人數並不多，但是藉由組織病理學變化似乎也提供了我們另外一個可能可以讓嚴重氣喘患者生活品質改善的治療模式。

陳家弘醫師摘器官錄的醫學新知文章，討論了經支氣管冷凍切片與胸腔內視鏡輔助手術對於間質性肺病變診斷的差異性。經氣管冷凍切片在台灣雖然尚未全面普及，但經由本文我們可以知道它們的安全性較高，醫療的花費較傳統的胸腔內視鏡輔助手術低，所以應該也是胸腔科醫師可以常常用來輔助診斷的利器之一。

鄭文健醫師選了五月份刊載在Am J Crit Care Med的一篇利用Zephyr支氣管內單向活瓣治療高異質性肺氣腫的文章，這是一個多中心隨機臨床試驗的結果發表。得到的結果是除了在肺功能、運動耐受性、呼吸困難的症狀以及生活品質上都有至少12個月的臨床助益。也提供了一個未來我們可能可以幫忙肺氣腫病人的治療方式。

本期刊載的醫學新知文章著重在氣道或肺疾病的新穎診療模式，期待台灣很快地普及這一類的診療方式嘉惠我們的患者。

祝各位醫學先進、胸腔科夥伴，順利平安！

主編 敬上

秘書室組織架構圖

理監事會

- 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會：陽光耀主席/胡漢忠副秘書長/詠瑩
- 教育與出版委員會：夏德椿主席/涂智彥副秘書長/智惠
- 「胸腔醫學」雜誌編輯委員會：彭殿王主席/王金洲秘書長/智惠
- 學術委員會：陳育民主席/王金洲秘書長/軒吟
- 財務委員會：林恆毅主席/王金洲秘書長
- 健保及醫療政策工作小組：林慶雄主席/林聖皓副秘書長/軒吟
- 公共事務工作小組：邱國欽主席/林智斌副秘書長/軒吟
- 國際學術交流工作小組：李岡遠主席/魏裕峰副秘書長/軒吟
- 永久會址特別小組：余忠仁主席/王金洲秘書長

外科委員會	劉會平主席	胡漢忠副秘書長	
肺腫瘤委員會	張基晟主席	蘇健副秘書長	
介入性支氣管內視鏡委員會	涂智彥主席	張晃智副秘書長	家榕
間質性肺病及罕見疾病委員會	陶啟偉主席	張晃智副秘書長	詠瑩
肺血管及肺高壓委員會	徐紹勛主席	蘇健副秘書長	軒吟
呼吸道疾病委員會	王鶴健主席	林聖皓副秘書長	家榕
肺結核病及感染委員會	黃伊文主席	涂智彥副秘書長	詠瑩
呼吸治療委員會	黃坤崙主席	林智斌副秘書長	家榕
重症醫學委員會	陽光耀主席	胡漢忠副秘書長	詠瑩
睡眠醫學委員會	陳濘宏主席	胡漢忠副秘書長	家榕
肺部環境及職業醫學委員會	許超群主席	魏裕峰副秘書長	

TSPCCM

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
COPD 記者會：「擺脫吸管人生」一分鐘358，正視肺阻塞	原訂 107 年 11 月 13 日延期改至 107 年 12 月 25 日 (星期二)	台北凱薩飯店 4F 北京廳
Oxygen Therapy and Mechanical Ventilation Workshop	107 年 12 月 23 日 (星期日)	台北凱撒飯店 4F 寶島廳

※ 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
第十七屆第四次理、監事聯席會會議記錄

日期地點： 107 年 10 月 12 日 (星期五) 下午 6 點
台北君品酒店 17 樓頤宮中餐廳 (台北市大同區承德路一段 3 號)

主　　席： 第 17 屆理事長林孟志

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

出席監事： 林恒毅、徐武輝、陳晉興、薛尊仁、蘇維鈞

列席人員： 2018 APSR 會議秘書長何肇基、秘書長王金洲、副秘書長張晃智、副秘書長胡漢忠、副秘書長蘇健、副秘書長涂智彥、副秘書長林智斌、副秘書長魏裕峰、副秘書長林聖皓、秘書劉軒吟、秘書施詠瑩、秘書張家榕、秘書蔡宜庭

壹、報告事項：

一、理事長林孟志報告：

感謝各位百忙之中播空出席，先祝重症醫學會 20 週年生日快樂，議程內會跟各位報告，胸專考試狀況，以及準會員報備進度，另外請各理監事們關心住院醫師工時的狀況，謝謝大家。

二、常務監事林恒毅報告。

三、秘書長王金洲報告上次 107 年 6 月 15 日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 年使用全數使用完畢，亦經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)

(二) 107 年夏季會於 7 月 21 日 (星期六) 至 7 月 22 日 (星期日) 在台中中國醫藥大學立夫教學大樓舉行，活動順利完成。

(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。

「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

  -- 以上進度目前已經完成目前正在校稿文字及封面 --
- 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、2018 APSR 秘書長何肇基報告籌備進度

目前 APSR 台灣地區報名人數 962 位

五、2018 年 11 月 29 日兩岸會議工作進度

(一) 11 月 29 日 (星期四) 在台北國際會議中心舉行 (台北市信義路 5 段 1 號)

(二) 兩岸會議議程分三大主題與暫定議程 (附件一)

(三) 11 月 29 日 (四) 晚上 6 點招待晚宴，凱悅飯店 3F 燕翔廳

(四) 各醫院支援出席人數 (待討論)

(五) 每主題擬核發 A 類學分 4 分

六、107 年度「胸腔暨重症專科醫師甄審」，筆試與 X 光考試於 9 月 30 日三軍總醫院舉行

- 應屆 23 人，重考 4 人；外科 3 人，內科 24 人；共 27 人
- 筆試：24 位考生，3 位不及格，通過率：86.9%
- 影像學：27 位考生，6 位不及格，通過率：77.7%
- 內科通過率：79.2% (19/24)。整體通過率：74.1% (20/27)
- 重考生 2 位、外科 1 位、內科 19 位，共 22 人進入口試。(10 月 21 日，台大睡眠中心)

七、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，已聘請 1 位研究計畫專案助理。目前工作進度：

(一) 追蹤各院收案進度

(二) 問卷回收進度追蹤 (目前回收 124 份)

(三) 籌備 workshop 衛教工作坊

(四) 籌備 COPD 宣導活動

(五) 社區醫療群早篩收案說明

(六) 各院早篩收案問題回覆

八、本季健保署來函：

(一) 107 年 9 月 11 日有關現行「慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」之「肺部復原及呼吸

訓練項目」建議執行醫令項目，協助於 9 月 14 日前提供專業意見供研議參考。(進行中)

九、本會推薦 107 年內科醫學會年會專題演講 (附件二)

十、秘書處組織架構 (請參閱本期會訊第 5 頁)

十一、各委員會以及任務工作小組會議：

(一) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會：

● 「2018 年重症醫學核心教育課程」於 9 月 2 日、8 日、9 日結束

● 107 年重症專科醫學專科甄審於 11 月 17 日舉行

(二) 教育與出版委員會：

● 會於會訊 (紙本 / 電子檔) 出刊前發出網頁公告通知會員

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

● On line 進度 (進行中)

(四) 學術委員會：

● 自 107 年 6 月 23 日起，共舉辦七場重症聯甄課程

1. 6 月 23 日，台中福華飯店「2018 中區重症聯和討論會」

2. 7 月 14 日，嘉義長庚「基礎呼吸器課程，設定圖形與脫離」

3. 7 月 21 日，中國附醫「Critical Care Medicine and Infection」

4. 8 月 12 日，中榮「機械通氣訓練繼續教育 (中區)」

5. 8 月 19 日，台大「機械通氣訓練繼續教育 (北區)」

6. 8 月 26 日，馬偕「胸部影像判讀繼續教育 (北區)」

7. 9 月 16 日，高長「胸部影像判讀繼續教育 (南區)」

8. 107 年進階呼吸器課程 (北區、南區) 籌備中

● APSR 學分預計 A 類 40 分、胸腔重症 20 分 (待決議)

(五) 重症醫學委員會：

● 預計於 12 月舉辦進階呼吸器課程

● 與呼吸治療委員會聯合會議，討論重症安寧緩和醫療照護健保支付標準

(六) 健保及醫療政策工作小組：

● 目前正在爭取 FENO 健保開放

(七) 公共事務工作小組：

● 擬辦 COPD 記者會兩場 (107 年 10 月 23 日百靈佳藥廠，晶華酒店 4 樓貴賓廳 1；107 年 11 月 13 日葛蘭素藥廠，台北喜來登 B1 彩蝶 + 逸絢廳)

(八) 國際學術交流工作小組：

● 會員參加國際會議贊助審查

(九) 呼吸治療委員會：

● 與重症醫學委員會聯合會議，討論重症安寧緩和醫療照護健保支付標準

(十) 呼吸道疾病委員會：

- 107 年度 COPD 認證課程參與人數
- 107 年度氣喘改善方案繼續教育課程參與人數
- 台灣成人氣喘指引完稿及公布
- 9 月 30 日，舉辦成人氣喘指引推廣會議
- 完成氣喘照護精要第一次 revision
- 完成肺阻塞照護精要第二次 revision
- 6 月 23 日，台北亞都麗緻飯店、台中裕元花園酒店、高雄漢來飯店「Post-ATS Symposium (三地連線)」
- 6 月 30 日，台北六福皇宮「Severe-Asthma workshop」
- 9 月 22 日，高雄國賓大飯店「Severe-Asthma workshop」
- Asthma TTT (氣喘改善方案種子訓練營) 2 場 (4 月 14 日，台中林酒店；預計 12 月 15 日，高雄漢來飯店)
- 自在呼吸健康網維護
- 10 月 24 日，預計召開呼吸道疾病委員會第二次會議。討論事宜：
  - COPD 指引 revision
  - COPD 與 Asthma 繼續教育認證課程
  - Severe Asthma Consensus
  - Bronchiectasis 與 Pulmonary Rehabilitation workshop

(十一) 間質性肺病及罕見肺疾病委員會：
- 北、中、南學術研討會
- Case Book 1、2…

(十二) 肺血管及肺高壓委員會：

(十三) 肺腫瘤委員會：
- 建置肺癌治療登錄系統 (進行中)

(十四) 肺部環境及職業醫學委員會：
- 北中南學術會議
- 空汙手冊 (進行中)

(十五) 睡眠醫學委員會

(十六) 外科委員會
- 是否於明年年初與台灣胸腔外科舉辦聯合年會 (今年三月新成立)

(十七) 介入性支氣管內視鏡委員會
- 9月2日，「支氣管內視鏡超音波推廣及實際操作課程」(因報名人數不足10人，取消)
- 出國補助贊助事宜 (因應本學會成功承攬 5 年後亞太支氣管鏡會議於台灣舉辦，為增加舉辦經驗及提高會議的可看性，有委員建議，希望學會能提供補助得以出國觀摩相關性質之會議)

(十八) 肺結核病及感染委員會

貳、討論事項：

一、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 4 位提出申請。

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。

二、審查「107 年度胸腔暨重症醫學專科醫師訓練報備暨準會員入會」申請案，共 19 位提出申請。

(一) 依專科訓練及考試章程規定受訓基本條件：取得中華民國醫師執照，完成 3 年 (36 個月) 內科或外科專科醫師訓練之醫師。

(二) 在本會審定合格之『胸腔內科暨重症專科、胸腔外科暨重症專科醫師訓練醫院』接受 2 年以上之胸腔暨重症醫學專業訓練，訓練年資計算至參加該年度專科醫師考試的 10 月 31 日截止，並在報考胸腔暨重症專科考試時須持有台灣內科醫學會或台灣外科醫學會審定合格之專科醫師證書；受訓醫師若無法在同一訓練單位接受連續 2 年以上之專科醫師訓練，訓練期間必須在 3 年內完成。而分段接受專科醫師訓練者，必須在同一訓練單位接受連續 9 個月以上之訓練，各分段訓練期間不得間隔 1 年以上，受訓醫師若更動訓練單位須向學會核備 (提交新服務單位在職證明正本與變更後的醫師執業執照正反面影本送交理監事聯席會議審查)。代訓醫師須檢附訓練醫院出具之胸腔專科醫師訓練資歷公文 (即代訓醫院回覆送訓醫院之同意代訓公文影本)。

(三) 師資：胸腔內科暨重症醫學專科醫師訓練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。

(四) 師資：胸腔外科暨重症醫學專科醫師訓練至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 2 人、胸腔外科暨重症指導醫師 2 人。

(五) 每 2 名專科指導醫師，每年可訓練 1 名訓練醫院。每 2 名專科指導醫師訓練 1 名專科醫師準會員，如該院之指導醫師為單數等，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到指導醫師之總數 (如，該院有 5 名指導醫師，若前 1 年訓練 2 名專科醫師準會員，則第 2 年可接受 3 名專科醫師準會員受訓)。

(六) 若當年度報備訓練醫師人數未超過訓練容額，當年度訓練容額無法繼續累計至隔年度。

三、審查「胸腔暨重症專科醫師證書」展延換證。

● 107 年 12 月共 145 人證照到期，目前 114 位已達換證資格，31 位未達換證標準。

四、是否開放台灣胸腔及心臟血管外科學會與台灣胸腔外科醫學會之指導醫師納入訓練指導計畫之指導醫師資格。

五、108 年度台灣胸腔暨重症加護醫學年會暨學術研討會：

●夏季會：6 月 22 日至 23 日於宜蘭晶英酒店

●年會：12 月 7 日至 8 日於高雄展覽館

參、臨時動議

肆、散會

附件一

2018 兩岸會議：呼吸道(第七屆海峽兩岸暨香港、澳門慢性氣道疾病防治研討會)

Date：November 29 (Thu), 2018
Venue：Taipei international convention center (TICC)　4F 雅軒廳

Time		Topic	Speaker	Moderaotr
09:00	09:10	Opening remark	林孟志 理事長	
09:10	09:30	Treatable trait in asthma management	李岡遠 教授	余忠仁 教授 劉曉民 教授
09:30	09:50	Bronchial thermoplasty for severe asthma: clinical practice and challenge in mainland China	林江濤 教授	
09:50	10:10	The role of eosinophil in COPD	鄭世隆 教授	彭殿王 教授 鄧潁佳 醫生
10:10	10:30	Sequelae of Endobronchial Tuberculosis	任立峰 醫師	
10:30	10:50	**Break**		
10:50	11:10	Cough Variant asthma and eosinophilic bronchitis: universality and difference	周　新 教授	劉輝國 教授 黃慕蓮 醫師
11:10	11:30	Excessive Central Airway Collapse in COPD	俞佳琳 醫師	
11:30	11:50	Life expectancy and loss of life expetancy for severe COPD	陳炯睿 醫師	王鶴健 教授 姜淑娟 教授
11:50	12:10	Advance and Challenge of COPD study in mainland China	文富强 教授	
12:10	12:20	closing remark		林江濤 教授
12:20	12:30	**團體照**		

2018 年兩岸議程：介入性支氣管研討會(Cross Strait Chinese Respiratory Medicine Meeting) – Interventional Pulmonology

Date：November 29 (Thu), 2018
Venue：Taipei international convention center (TICC)　4F 悅軒廳

Time		Topic	Speaker	Moderator
8:30	9:00	Registration		
9:00	9:05	Opening remark	李　強教授	
9:05	9:25	Experience of endobronchial localization assisted thoracoscopic surgery	林敬凱 醫師	徐武輝 副院長
9:25	9:45	良性氣道狹窄的臨床分類及腔內介入治療策略	張　傑 教授	李時悅 教授
9:45	10:05	軟式支氣管鏡冷凍治療與切片經驗	鍾福財 主任	楊政達 院長
10:05	10:05	**Q&A**		
10:15	10:45	**Coffee Break**		
10:45	11:05	OCT 在慢性氣道疾病診斷與評估中的應用	李時悅 教授	李　強 教授
11:05	11:25	Endobronchial management under ECMO support	趙恒勝 醫師	陳育民 主任
11:25	11:45	介入呼吸病學在中國大陸 20 年的發展歷程及展望	李　強 教授	張　傑 教授
11:45	11:55	Q&A		
11:55	12:00	Closing remark	林孟志理事長	

附件一

2018 年兩岸會議：特發性肺纖維化研討會(Cross Strait Chinese Respiratory Medicine Meeting: idiopathic pulmonary fibrosis)

Date：November 29 (Thu), 2018
Venue：Taipei international convention center (TICC)　4F 悅軒廳

Time		Topic	Speaker	Moderator
14:00	14:10	Opening remark	林孟志 理事長	
14:10	14:30	IPF/ILD in Taiwan	王鶴健 教授	林孟志 理事長
14:30	14:50	IPF/ILD in China	代華平 教授	陳榮昌 教授
14:50	15:10	IPF/ILD in Hong Kong	繆佩玲 醫師	陶啟偉 主任
15:10	15:30	NICEFIT study: IPF registry in Taiwan	鄭世隆 主任	余忠仁 教授
15:30	15:50	**Coffee Break**		
15:50	16:10	IPF Early Intervention and case sharing	葉　俏 教授	鍾南山 教授
16:10	16:30	AE-IPF management	李惠萍 教授	鍾南山 教授
16:30	16:50	ILD rare case: PPFE	郭耀文 醫師	彭殿王 教授
16:50	17:10	Panel discussion and closing remark	鍾南山 教授	

中國大陸醫師參訪台大醫院行程內容(暫定)

日期：11/28 (星期三)
人數：目前暫定 26 人

暫定內容：
1. 迎賓說明會：(主持人：余忠仁副院長、施金元主任、何肇基醫師)
　　臺大醫院介紹、胸腔內科介紹、雙方討論
2. 胸腔超音波檢查室(負責人：吳惠東醫師)
3. 肺功能室(負責人：吳惠東醫師、郭耀文醫師)
4. 肺復原中心(負責人：簡榮彥醫師)
5. 支氣管鏡室(負責人：王秀伯主任)
6. 內科加護病房(負責人：古世基主任、心慈護理長)
7. 細胞室(詹一秀醫師、鄭祖耀醫師)
8. 睡眠中心(負責人：李佩玲主任)

附件二

【台灣內科醫學會 107 年年會】 台灣胸腔暨重症加護醫學會演講議程

主題	子題	講者	主持人
【教育演講】 肺癌-由篩檢到治療 Lung cancer-from early diagnosis to treatment 12/1(六)08:30-10:00	空氣污染與肺癌 The connection between air-pollution and lung cancer	洪仁宇 醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院	楊政達 院長 桃園長庚紀念醫院
	台灣的肺癌篩檢 Lung cancer screen in Taiwan	邱昭華 醫師 臺北榮民總醫院	
	非小細胞肺癌的免疫療法 The Evolving Role of Immunotherapy in NSCLC	楊景堯 醫師 臺大醫院	陳育民 主任 臺北榮民總醫院
	肺腺癌的標靶治療 Treatment of lung adenocarcinoma by molecular-targeted therapy	廖唯昱 醫師 臺大醫院	
【臨床指引】 台灣成人氣喘診療指引 Asthma guideline-an update 12/1(六)10:20-12:00	台灣氣喘的現況成因與防治 Bronchial asthma in Taiwan	簡榮彥 醫師 臺大醫院	薛尊仁 教授 成大醫院
	氣喘的診斷與評估 Asthma：Diagnosis and monitoring	林聖皓 醫師 彰化基督教醫院	
	氣喘的治療與處理 Asthma: Treatment & management	周百謙 醫師 臺北醫學大學附設醫院	林慶雄 醫療長 彰化基督教醫院
	嚴重氣喘的防治與處理 Severe asthma: Prevention & management	鄭世隆 醫師 亞東紀念醫院	
【專題討論】 阻塞性睡眠呼吸中止症及相關併發症 Obstructive sleep apnea and co-morbidities 12/1(六)13:30-15:00	阻塞性睡眠呼吸中止症及心臟心律不整 Obstructive sleep apnea and cardiac arrhythmia	蘇茂昌 醫師 高雄長庚紀念醫院	林孟志 副院長 高雄長庚紀念醫院
	阻塞性睡眠呼吸中止症及糖尿病 Obstructive sleep apnea and diabetes mellitus	劉景隆 醫師 馬偕紀念醫院	
	阻塞性睡眠呼吸中止症及相關肝併發症 Obstructive sleep apnea and complicated liver disease	杭良文 醫師 中國醫藥大學附設醫院	林恒毅 院長 新店耕莘醫院
	阻塞性睡眠呼吸中止症及慢性阻塞性肺病 Obstructive sleep apnea and COPD	林嘉謨 醫師 新光吳火獅紀念醫院	
【臨床指引】 最新肺炎指引 Pneumonia guideline-an update 12/2(日)15:20-17:00	社區型肺炎 Community-acquired pneumonia update 2018	吳杰亮 醫師 台中榮民總醫院	余忠仁 副院長 臺大醫院
	院內感染肺炎 Hospital-acquired pneumonia & ventilator-assoicated pneumonia update 2018	馮嘉毅 醫師 臺北榮民總醫院	
	罕見致病菌之肺炎 Pneumonia with uncommon pathogens	李欣蓉 醫師 高雄榮民總醫院	徐武輝 副院長 中國醫藥大學附設醫院
	嚴重肺炎之處置 Management of severe pneumonia	詹明澄 醫師 台中榮民總醫院	

台灣胸腔暨重症加護醫學會
外科委員會會議記錄

日期地點：107 年 6 月 29 日 (星期五) 下午 18:00
台北辦公室富比仕大樓 (台北市重慶南路 1 段 57 號 14F 會議室)

主 持 人：劉會平教授

出席人員：劉會平教授、黃文傑主任、陳晉興主任、吳玉琮主任、黃才旺主任、莊政諺主任、曾堯麟主任

列席人員：副秘書長胡漢忠醫師、劉軒吟秘書

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

二、討論議題：

(一) 外科委員會於胸腔醫學會協助事項。

(二) 參與協助台灣胸腔暨重症醫學會會務運作。

(三) 協助及安排外科相關之教育訓練課程。

- 黃才旺主任報告重症支氣管整合，推崇重症計畫，可以開培訓課程推廣。

(四) 協助本會準會員之教育訓練，可由 EMB 推廣出去，開啟一些培訓課程。

(五) 協助本會其他委員會之合作事宜。

- 可從內科會議 topic 延伸至外科的 topic。

(六) 與本會其他委員會之合作交流與相互認證。

- 莊政諺主任建議利用年會 (共識會) 交流，分享外科最新資訊與內科分享。

三、補充：

(一) 胸外聯合年會 (今年三月新成立胸腔外科醫學會) 合辦預計明年初。

(二) 教育訓練課程 (北、中、南)，合計學分。

四、下半年原預計活動欲可加入外科活動：

(一) 微型會議。

(二) 教育訓練內科用藥方式互相交流。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議記錄

日　　期：民國 107 年 7 月 6 日
出席人員：林孟志理事長、陶啟偉主任、蘇維鈞主任、王鶴健教授、郭炳宏主任、邱銘煌主任、鄭世隆主任、高國晉副部長、彭忠衎主任、許正園主任、曹世明主任、林慶雄醫療長、陳家弘醫師、李政宏醫師、許超群主任、方文豐主任
列席人員：秘書長王金洲主任、副秘書長張晃智醫師、柯信國醫師、秘書軒吟

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

二、討論議題：2018 年度工作計劃與期中成果報告

(一) ILD academy 計畫北、中、南一年共舉辦兩場。
4/28 台北場由陶啟偉醫師負責，已順利舉行。
10/20 台中場由曹世明主任籌辦 ILD academy (at 台中日月千禧，10/20~21) - Agenda will be provided soon……

(二) ILD multidisciplinary discussion meeting：北中南各區每三至四個月視需要舉辦一次，已於 6/29, 6/7, 7/7 北中南各完成一場。

(三) 第一屆台日 IPF MDD 網路視訊研討會
- 第一次於 3/31 台北場由陶啟偉醫師籌劃，已順利舉辦。
- 第二次預於 9/8 於高雄，委由方文豐主任負責。

(四) TSPCCM 夏季會 IPF 相關課程
7/20 晚上會前會 (Shionogi)：台中林酒店
7/21 Lunch symposium：立夫教學大樓 1 樓 101 講堂 (11:40~13:00)
7/21 Plenary session (1)：立夫教學大樓 B1 國際會議廳 (13:15~13:45)
- 題目：Long-term Outcome of Anti-fibrotic Therapy in Japan
- 講師：小倉 高志教授 副院長神奈川縣立循環器呼吸器病中心
- 座長：余忠仁 副院長 臺大醫院

7/22 Plenary session(2)：立夫教學大樓 B1 國際會議廳 (09:00~09:30)
- 題目：IPF Rambling: From Pathogenesis, Therapy, and Current Treatment Situation in Taiwan
- 講師：曾敬閔醫師 振興醫院呼吸治療科
- 座長：林恆毅 院長 新店耕莘醫院院長

(五) ILD 衛教訓練營：今年舉辦兩次 (南北各一場)
- 第一次台北場在振興舉行，由陶啟偉醫師籌劃，於 3/17 舉行。
- 第二次預計在 11 月舉行，由方主任與執秘張醫師籌劃，並預期強化肺復原及營養等

相關課題。

(六) ILD Case Book 1：

1. Case Book 1 繁體中文版已請 Case Book 1 執行秘書 (傅彬貴醫師與溫岳峰醫師) 進行校閱，預於今年 APSR 與兩岸會前出刊，與英文版做成精裝合輯。屆時 Case Book 1 兩本是否要由學會名義在對岸申請版權出版？是否要出簡體版？理監事會委託出版社？版權費談判？ (請理監事會與理事長裁示)

2. ILD Case Book 2：

Text Langue：中、英文兩版併進 (有需要再委請 BI 翻成簡體)

Case collection：

因罕病種類繁多，大部分人經驗少，所以計畫收集每種罕病二至三個個案，因厚度考量，可能分成兩至三本出刊。日後是否常態出書再視需求。

2018 目標：於 APSR 之前先完成 ILD Case Book 2: IPF 與肺部罕病。

預計交稿時間：7/15

Imaging reviewer：因影像部分很多，擬委託台大張允中教授代表放射線醫學會成立 review committee board，並推舉成員。

Pathology reviewer：請建議委員推薦適合人選

出刊時學會掛名：是否台灣胸腔暨重症加護醫學會與中華民國放射線醫學會聯合掛名，請理事長裁示？

(七) TSPCCM 公版 IPF 民眾衛教資料

衛教單張：委員會的衛教單張修改與追認。(可以配合各醫師修改院名，醫師大名與門診時間。並將公版上網，以供會員與民眾下載與參閱？)

衛教手冊：衛教手冊部分，已請兩家將目前的資料提供給執秘，修改為委員會公版，已經討論通過，將公布電子版並出刊。

貳、臨時動議：

一、為增加 casebook 的可看性和病例的多樣化，但由於 ILD 為罕見疾病，委員提議是否挪用胸腔醫學的 case report 案例？

二、Casebook 案例以能取得受試者同意書為原則，但如果年代久遠或失聯者，經 IRB 委員專家建議只要無從辨識病人身分既可，因此所有 case 盡量做到無法辨識，加速收案速度。

三、因考慮本學會可能會在大陸發行一些胸腔疾病相關書籍，為維持學會相關之權益，是否在大陸地區先申請版權或由理監事會議提出相關議題討論，對於學會相關刊物如何在大陸地區申請版權之模式，請理事長裁示，BI 願將協助處理相關事宜。(待諮詢法律顧問相關議題)

四、林慶雄醫療長提議會訊網頁中開闢 IPF 專區，建議委員推薦適合人選負責規劃。委員會委員表示同意。並將陸續協助規劃間質性肺病與肺部罕見疾病專區。

五、IPF 健保申請審查條件應一致化：

(一) 因最近屢有專科會員反映，於申請抗纖維化藥物時，屢遇審查委員要求超出健保規範要求以外的項目，如 DL_{CO} 或 biomarker 或續申請時肺功能要求過於嚴苛，因而容易造成治療上的困擾。本委員會中各專家與委員經討論後，建議各會員與健保審查委員，為考

量病人權益，宜謹依健保條文規範要求提送檢查資料，以防止公文往返，曠日廢時，影響病人權益。同時肺功能變化之要求亦須符合申請規範的一致性。

(二) 有關申請用藥規範部分提議，是否加上在會訊中通知提醒會員。

(三) 另建議是否由學會輔導成立病友會，或與風免病友會等友會結合，再藉由民間力量，向官方爭取用藥的適應性。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
肺腫瘤委員會會議記錄

日期地點：107 年 7 月 13 日 (星期五) 下午 6 點
台北辦公室 (台北市中正區重慶南路 1 段 57 號 4 樓會議室)
主　　席：林孟志理事長
主 持 人：召集委員張基晟醫師
記　　錄：秘書劉軒吟小姐
出席人員：召委張基晟醫師、委員楊政達醫師、委員陳志毅醫師、委員高尚志醫師、委員黃明賢醫師、委員王金洲醫師
列席人員：副秘書長蘇健醫師、秘書劉軒吟
請假人員：林孟志理事長

壹、會議議程：

一、建置肺癌治療登陸系統
肺腫瘤委員會發文通知各位委員，在各家醫院裡面開視訊會議 (北中南)
發文給醫學院中心給胸腔科

二、肺癌與環境因素探討 (包含空氣汙染，LDCT...)
(一) 回朔性研究、空汙能見度探討 DATA10 年前，中山 (勇伯) 癌症基因地圖與空汙做連結
(二) 病人資料無須公開，只要知道病人鄉鎮居住地建立資料庫 (與 IRB 申請) LCDT
(三) 學院幫忙聯絡各家醫院：
台大詹鼎正院長，江靜如負責人；雙和醫院曾建華、莊教授
(四) 國民健康署計劃案 (研究案) 學會幫忙找醫院
(五) 環保署空汙需再升入研究 (北、中、南)
(六) COPD 來連結，呼吸道委員會一起參與肺腫瘤委員會
(七) NGS 基因檢測 - 日本南韓法國 20 德國 20 美國
(八) 日本 200 個基因 NGS 基因與美國其他地區去做比對
(九) 健保署 mri 韓國要付 35%

三、張基晟委員提案，基於個人化精準醫療需求，NGS 在各國已是政府承擔醫療服務的一環。肺癌在精準醫學方面亦有領先發展。健請政府醫療健保相關單位依預算及國人常見基因變異，建置合理的 NGS 醫療健保服務。

貳、下次開會時間 107 年 10 月 26 日 (五) 6:00PM 以視訊會議為主

台灣胸腔暨重症加護醫學會
介入性支氣管內視鏡委員會會議記錄

日期地點：107 年 7 月 22 日 (星期日) 上午 10 點
台中中國醫藥大學 立夫教學大樓 1F 104 講堂

主 持 人：召委涂智彥主任

記　　錄：秘書劉軒吟小姐

出席人員：涂智彥主任、林敬凱醫師、趙恒勝醫師、鍾福財醫師、陳家弘醫師、張哲嘉醫師、蘇柏嵐醫師、鍾聿修醫師

列席人員：副秘書長張晃智醫師、秘書劉軒吟小姐

壹、會議議程：

一、討論 107 年 8 月內視鏡氣管鏡培訓課程：

決議：最後決議暫訂 9/02 假借中國附醫場地舉辦今年度內視鏡氣管鏡培訓課程，預計需一個月準備期，併發通知書給會員告知內視鏡氣管鏡培訓課程訊息。

二、討論 107 年度會議計畫：

兩岸交流會議規劃：為豐富年底亞太醫學會 APSR 內容，及加強兩岸之交流，規劃於 11/29 增加介入性支氣管內視鏡會議，由兩岸各派 3 位學者演講相關議題，台灣方面題目暫定。

(一) The experience of ECMO use in IP -- 趙恆勝 (北榮)

(二) The experience of endobronchial complication management of lung transplantation patients -- 徐紹勳 (台大)

(三) The experience of transbronchial lung cryobiopsy in Taiwan -- 鍾福財醫師 (林長)

Opening：余忠仁理事長，Closing：林孟志理事長

座長原則上以每位講者之直屬長官出任

貳、臨時動議：

一、因應本學會成功承攬 5 年後亞太支氣管鏡會議於台灣舉辦，為增加舉辦經驗及提高會議的可看性，有委員建議，希望學會能提供補助得以出國觀摩相關性質之會議

決議：提報理監事會，請理監事委員討論出國補助相關議題及規則

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
重症醫學專科醫師聯合甄審委員會會議記錄

日期地點：民國 107 年 7 月 27 日 (星期五)18：30
台大醫院東址二樓第四會議室 (台北市中山南路七號)
主　　席：林孟志理事長

壹、會議議程：

一、主席報告：略

二、確認上次會議記錄 (107/3/22)

事項：建議新增特殊貢獻者得延展二年通則：國外進修、特殊任務不在台灣本島服務者，得經本人提出申請再延長 1 年 (共 2 年) 累積足夠聯甄學分換證。

說明：原則同意提出，相關條文於下次聯甄會議修正。

結論：請輪值學會修正專科醫師展延相關條文後於下次會議提出。

(一) 審查「107 年重症醫學專科醫師聯合甄審簡章」

提案學會：台灣胸腔暨重症加護醫學會

說　　明：1. 筆試日期為 107 年 11 月 17 日 (六)，地點為台大醫學院 501 講堂。
2. 口試日期地點待中華民國重症醫學會確認後，由輪值學會修改於簡章上。
3. 討論公告日期。（受理報名日期暫訂為 9 月 1 日至 10 月 16 日）

結　　論：說明 2，重症醫學專科醫師甄審報名表，口試選項新增□外科□內科，大頭照更改為兩張 (准考證用)。其他皆通過。說明 3. 公告日期為 9 月 1 日。

(二) 審查「107 年重症專科醫師聯合甄審筆試命題等相關事宜」

提案學會：台灣胸腔暨重症加護醫學會

事　　項：

1. 推舉筆試當天監考之學會。
2. 筆試考題共 100 題單選題。試卷是否分 A、B 卷。
3. 確認 107 年 7 月 17 日核心課程籌備委員會議的決議：

新出試題：50% (90 題)
核心課程試題：30% (72 題)
考古題：20%

(1) 新出試題：每學會根據自己負責主題範圍提供 15 道題
15 道題 ×6 個學會 =90 題→筆試委員會議選出 50 題當考題。

學會	主題 1 (約 7-8 題)	主題 2 (約 7-8 題)
心臟學會	心臟血管系統	腎臟、泌尿系統、安寧、感染
胸腔學會	呼吸系統	血流動力、急救、鎮靜等
麻醉學會	神經、腦死、移植、外傷、ECMO	血流動力、急救、鎮靜等

外科學會	神經、腦死、移植、外傷、ECMO	腸胃道系統、營養等
重症學會	呼吸系統	腎臟、泌尿系統、安寧、感染
急加學會	心臟血管系統	腸胃道系統、營養等

(2) 核心課程的試題：每位核心講師出 3 道試題 ×8 堂課 ×3 天 =72 題 (由核心課程講師於 9/30 提供給輪值學會) →於筆試委員會議選出 30 題當考題。

(3) 考古題：於筆試委員會議從 104-106 年考古題中選出 20 題當考題。

(4) 請各學會於 8 月 15 日前提供筆試委員名單，各新出試題 15 道，請筆試出題委員將繕打完成之試題於 9 月 30 日前 e-mail 至輪值學會的承辦秘書。

(5) 筆試委員會議暫定 11/12(一) 18:00 邀請各學會派代表參與選題。

4. 出題費：比照往例，一道題 NT$200。

5. 出題原則：

(1) 以最新版的 Textbook 及 Guideline 為出題準則，避免有爭議性題目。

(2) 以中文命題，專有名詞及藥名需加註英文，避免文字冗長，單選題（四選一），附答案。註明出處、難易度、形式（記憶、理解、應用、分析、綜合、評鑑）。

(3) 答案選項避免『以上皆非』、『以上皆是』及單選中的複選 (答案多項組合)。

(4) 避免一串承上題的出題方式。

6. 輪值秘書處提供出題格式電子檔予出題委員。

7. 於 11 月 15 日 (週四) 完成試題付梓並彌封。

8. 於 11 月 17 日 15:10，筆試結束後考場外及網站公佈筆試題目及答案。由工作人員 (數名) 改考卷並登錄筆試分數之分佈情形。

9. 簡章已註明 11 月 22 日中午 12:00 前接受考生對考題疑義之申覆，因此訂於 11 月 27 日 18:30 召開筆試委員會議，決定修正分數及筆試錄取分數，基本上援例以 60 分為及格分數。

10. 錄取分數決定後拆彌封，登錄考生成績並公告錄取名單，由各學會通知考生筆試結果。依往例，未通過者筆試可再試。

11. 通知考生筆試函 (草案)。

12. 考場規則將印製於准考證背面，通知函及准考證套印電子檔將由輪值學會提供予其他學會。

結論：事項 1. 決議推舉胸腔與重症為當天監考學會。事項 2. 決議試卷不分 AB 卷，採梅花坐。事項 3. 決議筆試題目直接由輪值學會 (胸腔) 選題。事項 9. 決議筆試委員會議訂於 11 月 27 日，地點待定。事項 11. 筆試成績、口試地點及口試相關事宜於 11 月 28 日公告，口試相關待定。其他皆通過。

(三) 審查「107 年重症專科醫師聯合甄審口試相關事宜」

提案學會：中華民國重症醫學會

說明：專醫口試地點及日期

1. 地點：擬建議台大診間

2. 日期：擬建議 12 月 15 日，或 22 日 (星期六) 下午

●星期日暫不建議，因診間於 12 月星期日會進行機電檢查 (目前尚未確定哪個星期)

●下午方便外縣市考官及考生交通往來

3. 口試委員會議預定 11 月中旬

結論：暫定 12 月 22 日 (六) 13:00-17:00，地點為台大診間。

(四) 確認「107 年重症醫學專科醫師訓練計畫之訓練容額」

提案學會：台灣胸腔暨重症加護醫學會

說　　明：

●計畫名稱變更申請確認 (尚缺正式公文)：

訓練單位編號	原計畫名稱	變更後
036	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院 (內科)
041	中國醫藥大學北港附設醫院	中國醫藥大學北港附設醫院 (內科)
042	台南市立醫院	台南市立醫院 (委託秀傳醫療社團法人經營)
067	衛生福利部豐原醫院 (內科部)	衛生福利部豐原醫院

●計畫主持人變更申請確認：

訓練單位	原主持人	變更後
(018) 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	丁良文	楊智傑
(067) 衛生福利部豐原醫院 (內科部)	江俊士	張一誠

結論：計畫名稱變更單位 (編號 036、041、042、067)，須有正式公文來函及重送計畫訓練表後再議。計畫主持人變更 (018、067) 皆同意。

(五) 審查「聯甄重症專科指導醫師」申請案，共八位

提案學會：台灣外科醫學會 (1 位)、中華民國重症醫學會 (4 位)、台灣胸腔暨重症加護醫學會 (3 位)

說　　明： 共有 8 位醫師申請重專指導醫師資格並通過母學會審查。

結　　論：高 X 宏 (序號 1) 因尚缺條件一 - 重症臨床工作證明，因此決議於 8/3(五) 前補件後，給予通過。其他皆通過。

(六) 審查「聯甄重症專科醫師證書」展延換證，共六十二位

提案學會：台灣外科醫學會 (6 位)、中華民國急救加護醫學會 (4 位)、中華民國重症醫學會 (6 位)、台灣胸腔暨重症加護醫學會 (45 位)、台灣麻醉醫學會 (1 位)

說　　明：展延換證一共提報 62 人，其中 1 位醫師 (編號：62) 麻重申請延期一年換發聯甄重症證書 (106.06.07 聯甄會議同意延期換證)，107.07.20 輪值核發聯甄證號 (03122)。

結　　論：通過。

(七) 審查「107 年到期之訓練計劃與訓練容額認定審查」

提案學會：台灣胸腔暨重症加護醫學會

說　　明：

1. 共 2 個訓練單位提出訓練計畫，皆為 107 年 6 月 30 日資格到期申請效期展延。

2. 審查委員須迴避任職的醫院及同體系醫院，一個計畫 2 位委員書面審查。

3. 因訓練單位送件太晚，審查結果待下次會議討論。

序號	重症醫學專科醫師訓練計畫 (單位) 資格效期	重症醫學專科醫師訓練計畫 (醫療機構訓練單位) 名稱	107 年書面審查得分
065	104 年 7 月 1 日～ 107 年 6 月 30 日	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院 (外科部)	
066	104 年 7 月 1 日～ 107 年 6 月 30 日	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院 (斗六)	

結　　論：待書面審查結果，於下次會議討論。

(八) 原專醫證書失效是否可重考不須重新報備訓練？

提案學會：中華民國重症醫學會

說　　明：

1. 高雄榮總心臟內科 梁興禮醫師
因原專醫證書失效，擬申請重考重專，提報聯甄會討論是否同意。
高雄榮民總醫院容額 13.5，106 年報備 5 位。訓練計劃主持人黃偉春醫師提請討論，因梁醫師已曾取得重症專醫，資歷已足，是否可直接重考，不須再報備一年訓練明年再考並同意佔高榮去年一個容額。

2. 90 年取得重症，95 展延第一次，100 年過期未展延，所以當初的甄審資料年代過久已經未留檔案。

結　　論：同意，決議梁興禮醫師若符合報考學分時數，即可直接重考。

(九) 擬定下次會議時間：107 年 11 月 1 日 (四) 18:00

● 107 年重症專科醫師考試筆試資格審 (請各學會先自審後提出)

貳、臨時動議：

一、由輪值學會發函給各訓練單位，請於 10/31 前提報受訓醫師 (訓練報備申請表)。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
呼吸治療委員會 & 重症醫學委員會聯合會議記錄

日期地點： 107 年 8 月 2 日 (四)
臺大醫院東址二樓第五會議室
主 持 人： 重症醫學委員會 召集委員 陽光耀主任
呼吸治療委員會 召集委員 黃坤崙主任
出席人員： 黃坤崙主任、陽光耀主任、黃崇旂主任、詹明澄主任、陳志強院長、高國晉主任、古世基醫師、陳昌文主任、許超群主任
列席人員： 副秘書長胡漢忠、張厚台醫師、秘書劉軒吟小姐、秘書張家榕小姐、秘書施詠瑩小姐

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

二、討論事項：

(一) 重症安寧緩和醫療照護健保支付標準修訂建議 (草案)。
經修正後之草案如「附件一」所示。
1. 項目 02020B- 建議支付標準：
【第一條】
(1) 若於加護中心實施，支付點數為 4,500 點，係以診療費 (4 倍) 折衷計算。
(2) 依現行支付標準維持為每人每院限報 2 次。
2. 項目 PxxxxB- 建議支付標準：
【第一條】修正為
支付 20,000 點，並由張厚台醫師提供相關參考資料為支付依據。
【第二條】修正為
依法完成重症安寧緩和照護處置後，撤除維生醫療系統。
【第三條】修正為
限定使用侵入性呼吸器之病患。
【第四條】修正為
限加護病房 (ICU) 或呼吸照護整合性規劃 (IDS) 之病患。
【第五條】修正為
病人心跳停止後撤除維生醫療系統，不予支付。
3. 項目 PxxxxB- 說明：
獎勵完成重症安寧照護及處置修正為，「執行」完成重症安寧照護及處置。

散會。

附件一、重症安寧緩和醫療照護健保支付標準修訂建議(草案)

項目	現行支付標準	建議支付標準	說明
02020B 緩和醫療家庭諮詢費	1. 每人每院限報 2 次，支付點數為 2,250 點 2. 諮詢時間至少 1 小時，且有諮詢記錄病歷 3. 已參與安寧共同照護、安寧住院、安寧居家後，不得再申報	1. 每人每院限報 2 次，支付點數為 2,250 點；若於加護中心實施，支付點數為 4,500 點，但每人每院限報 2 次，且限由具重症安寧照護資格醫師申報 2. 諮詢時間至少 1 小時，且有諮詢記錄病歷 3. 已參與安寧共同照護、安寧住院、安寧居家後，不得再申報	重症病人疾病複雜度高，病情變化較難預測，安寧照護家庭諮詢需要更多醫療團隊成員的參與，並需要投入更多的醫療資源，才得以完成。
P4401B 安寧首次共同照護費	1. 每人限申報 1 次，支付點數為 2,025 點 2. 安寧共同照護小組(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視，每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名 3. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付	1. 每人限申報 1 次，支付點數為 2,025 點；若於加護中心實施，支付點數為 4,050 點，但限由具重症安寧照護資格醫師申報 2. 安寧共同照護小組(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視，每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名 3. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付	
P4402B 後續安寧照護團隊照護費(含醫師)	1. 每次支付 1,575 點 2. 每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各乙次 3. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄 4. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報 5. 每次訪視時間至少 30 分鐘	1. 每次支付 1,575 點 2. 每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各乙次；若於加護中心實施，支付點數為 3,150 點，但限由具重症安寧照護資格醫師申報 3. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄 4. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報 5. 每次訪視時間至少 30 分鐘	

項目	現行支付標準	建議支付標準	說明
P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)	1. 每次支付 1,275 點 2. 每週護理人員之基本訪視次數至少乙次 3. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄 4. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報 5. 每次訪視時間至少 30 分鐘	1. 每次支付 1,275 點 2. 每週護理人員之基本訪視次數至少乙次 3. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄 4. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報 5. 每次訪視時間至少 30 分鐘	
PxxxxB 完成重症安寧照護，並撤除維生醫療系統	無	1. 支付 20,000 點 2. 依法完成重症安寧緩和照護處置後，撤除維生醫療系統。 3. 限定使用侵入性呼吸器之病患。 4. 限加護病房(ICU)或呼吸照護整合性規劃(IDS)之病患。 5. 病人心跳停止後撤除維生醫療系統，不予支付。	新增。執行完成重症安寧照護之處置費，以減少無效醫療之醫療支出

重症安寧照護醫師資格

一、 需接受過 20 小時以上重症安寧緩和醫療之相關教育訓練

二、 教育訓練內容需包含：

1. 安寧緩和醫療倫理與法律介紹(2)
2. 重症末期症狀控制(4)
3. 重症維生醫療系統介紹(4)
4. 重症末期病人及家屬之心理社會與靈性照護(2)
5. 重症末期病人與遺族之哀傷輔導(2)
6. 加護中心重症安寧照護處置個案見習(6)

三、 訓練課程得委由重症相關醫學會舉辦或明訂於各重症相關專科醫師訓練課程中，並於專科醫師考試中呈現其訓練成效

台灣胸腔暨重症加護醫學會
重症醫學委員會會議記錄

日期地點：107 年 8 月 2 日 (四)
臺大醫院東址二樓第五會議室

主 持 人：重症醫學委員會 召集委員 陽光耀主任

出席人員：陽光耀主任、高國晉副部長、古世基醫師、陳昌文主任、許超群主任

列席人員：副秘書長胡漢忠主任、秘書劉軒吟小姐、秘書張家榕小姐、秘書施詠瑩小姐

請假人員：林孟志副院長、蘇一峰醫師

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

二、討論事項：

(一) 本會聯甄核心課程內容定案。

(二) 重症聯甄筆試由高國晉副部長協助出題；口試由古世基醫師、方文豐主任協助出題。

(三) 預計於 12 月舉辦進階呼吸器課程，北區由高國晉主任負責，南區由陳昌文主任負責。

(四) 本學會為重症聯甄輪值學會，由委員協助審核重症醫學專科醫師訓練計畫申請書。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
肺部環境及職業醫學委員會會議記錄

日期地點：107 年 8 月 22 日 (三)
台中日月千禧 (台中市西屯區市政路 77 號 5 樓) 5 樓 VEE05
主 持 人：肺部環境及職業醫學委員會召集委員 許超群主任
出席人員：蘇一峰醫師、傅彬貴醫師、曾健華醫師、副秘書長魏裕峰、秘書劉軒吟、秘書蔡宜庭

壹、會議議程：
一、主席致詞：略
二、討論事項：
(一) 議程
委員名單及委員會職責內容
年度計劃
空氣污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
(二) 職責內容
肺部疾病相關之環境與職業醫學知識推廣，並規畫相關主題之研討會。
積極參與肺部環境與職業醫學相關之醫學研究和醫療衛生政策制定。
(三) 大型研討會／座談會
主題：空氣污染與肺部疾病
日期：12 月中旬 (12/22 or 12/23)
對象：政府官員、國內學者、胸腔會員
全日研討會
預計明年會聚焦在：Air pollution, lung cancer
(四) 空污相關研究
學會主導
多中心
前瞻性
跨領域
(五) 空污手冊
主要對象：胸腔科醫師
次要對象：其他醫師、病人及家屬、一般民眾
主題：空氣污染與肺部健康

時程：

8 月：決定內容及作者

9-10 月：初稿

11 月：校訂

12 月：排版發行

(六) 章節分配

空氣污染是什麼	曾健華醫師
如何看懂空氣污染指標	曾健華醫師
空氣污染如何危害人體健康	傅彬貴醫師
空氣污染與成人氣喘	蘇一峰醫師
空氣污染與兒童氣喘	葉國偉理事長
空氣污染與肺阻塞	傅彬貴醫師
空氣污染與肺癌	魏裕峰主任
如何減少空氣污染之危害	蘇一峰醫師

字數：約 1,000~1,500

架構：簡介 1~200 字

聚焦在室外空污

手冊不用附文獻

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
胸腔醫學雜誌會議記錄

日期地點：民國 107 年 09 月 04 日 (星期二) 下午 6 點
濟南路蘇杭餐廳 (台北市中正區濟南路一段 2-1 號)
主 持 人：彭殿王醫師
出席單位：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
出席人員：彭殿王醫師、周蘭娣常務理事、王振源醫師、莊立邦醫師、趙恆勝醫師、胡漢忠醫師、
余智惠小姐
記　　錄：余智惠

壹、會議議程：

一、主席致詞：代表胸腔暨重症加護醫學會感謝大家的參與，今天討論的事項為如何共同努力提升雜誌的質與量，甚而能夠 online 後有可以申請 SCI 的機會，以增加會員所發表之文章於國際的能見度，造福各學會之會員。

二、報告事項：

(一) 雜誌名稱決議沿用現有之“Thoracic Medicine”當作共同的 Title，並在標題底下說明“The Official Journal of Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine, Taiwan Lung Cancer Society, Taiwan Society for Respiratory Therapy, Taiwan Society of Sleep Medicine and Taiwan Society of Tuberculosis and Lung Diseases”。

(二) Online 後依據發行量每年可能至少需要 10-12 萬美金，所需費用之分配比例建議如下：台灣胸腔暨重症加護醫學會負擔 60%、台灣肺癌學會負擔 25%、台灣呼吸治療學會負擔 5%、台灣睡眠醫學學會負擔 5%、台灣結核暨肺部疾病學會負擔 5%。

三、討論事項：

(一) 關於胸腔醫學 Editorial team 的初期規劃建議如下：

Editor-in-Chief	彭殿王醫師
Deputy Editor-in-Chief	胡漢忠醫師
Editorial Board	分為五個 section，各學會負責一個 section，提供 5 位 Editorial member，總共 25 人。下屆 Editor-in-Chief 則可考慮此 25 位投票選出。 1. airway disease (胸重負責) 2. thoracic oncology (肺癌負責) 3. critical care and respiratory therapy (呼治負責) 4. sleep medicine (睡眠負責) 5. tuberculosis and infectious disease (結核負責)

Advisory Board	五個 section，各提供 5 位 (2 位 local+3 位 international)，總共 25 人，建議屆時於 homepage 上呈現各委員照片
Editors Emeriti	自五家學會合作後開始編列歷屆主編欄位

(二) 如何鼓勵會員投稿增加稿源？

請各學會集思廣益，針對本身之會員，思考可採取哪些獎勵措施，提升會員投稿至本雜誌的意願，以增加稿源。一旦稿源穩定後，再考慮如何提升品質。譬如胸重醫學會我們預計提出下列措施在下次理監事會議中討論：

1. 本會準會員須有原著論文投稿至 Thoracic Medicine 並被接受，方可取得胸腔專科醫師的報考資格。一旦有一篇原著論文，日後可順利取得重症專科醫師的指導資格。
2. 提高投稿文章為原著論文者在胸專考試中的加分分數。目前一篇為 1.5 分誘因不足，建議應更高 (如提高至 5 分) (落日條款之前)。
3. 提高每年年度原著優秀論文獎金，原第一名 5 萬、第二名 3 萬、第三名 2 萬提高至 10 萬、6 萬、4 萬。

決議：將於理監事會議報告。

(三) 日後投稿至本雜誌之文章，只要 First author 為五家學會之會員，經評選為原著優秀論文者均可獲得獎勵，並至年會中發表。

(四) 待胸腔醫學 Editorial team 以及期刊封面等確認後，稿源逐漸穩定後，即可考慮邀請國內 invited reviewer 寫 review article，給予適當的報酬 (如每一篇文章給予台幣一至兩萬元，由 5 家學會輪流邀約。一期預計 2 篇文章，一年 6 期共 12 篇文章。(online 前此費用會由胸腔暨重症加護醫學會支付，會於胸重會理監事會中提出)

(五) 建議整合五家學會年會時投稿的精選文章為胸腔醫學雜誌 special issue。(不限中英文)

貳、臨時動議：無

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
健保及醫療政策工作小組會議記錄

日期地點：107 年 9 月 11 日 (二)
台中烏日高鐵食堂
主 持 人：彰化基督教醫院 林慶雄醫療長
出席人員：林孟志理事長、林慶雄醫療長、黃忠智院長、徐武輝副院長、林恒毅院長、
黃伊文部長
列席人員：副秘書長林聖皓主任、秘書劉軒吟小姐

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

二、討論事項：

(一) 目前已與國民健康署署長約好於 2018 年 9 月 28 日到國健署洽談學會舉辦戒菸治療醫師的課程舉辦，以及後續學會相關作業時程。

(二) 學會面由理事長、余忠仁理事與林慶雄理事共同到國健署一同與署長商討相關議程。

(三) 鑑於年底 APSR 會議，第一次戒菸醫師教育訓練課程訂在 10 月 27 日與 post-ERS symposium 合辦。

(四) 目前 FENO 的健保檢查項目只有開放在兒童使用，學會應爭取成人能夠同時開放。

(五) Sputum induction 目前在氣喘嚴重程度可以做為治療上的參考，學會應爭取新增項目的開放，作為會員在診察上的協助。

(六) 上述 FENO 與 sputum induction 暫定於 AZ 公司協助，於理監事會議上報告後再行決議。

散會。

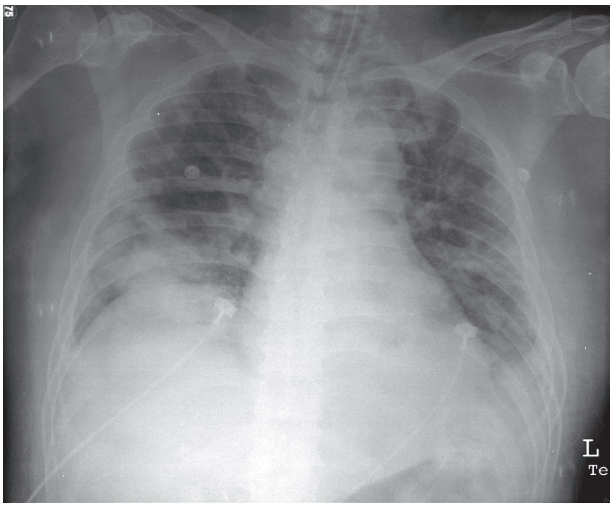


Figure 1: CXR on admission

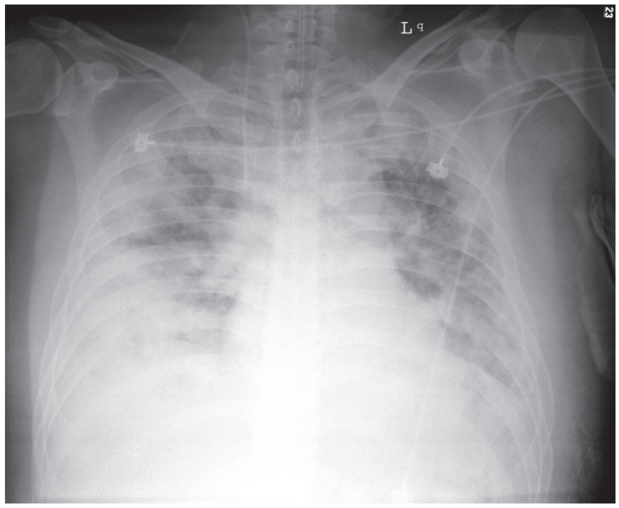


Figure 2: CXR on Day 3

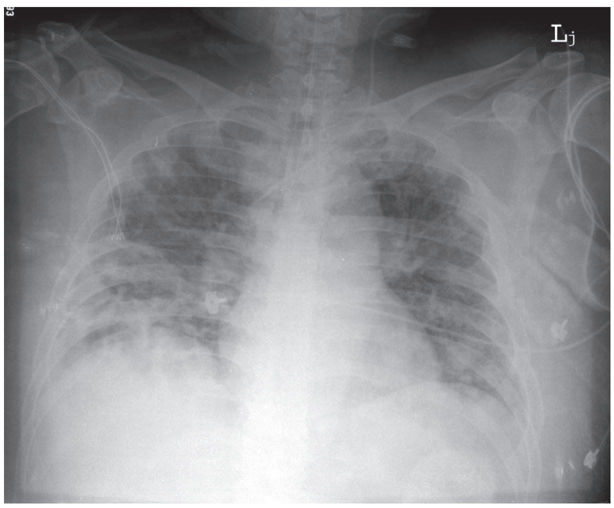


Figure 3: CXR on Day 14

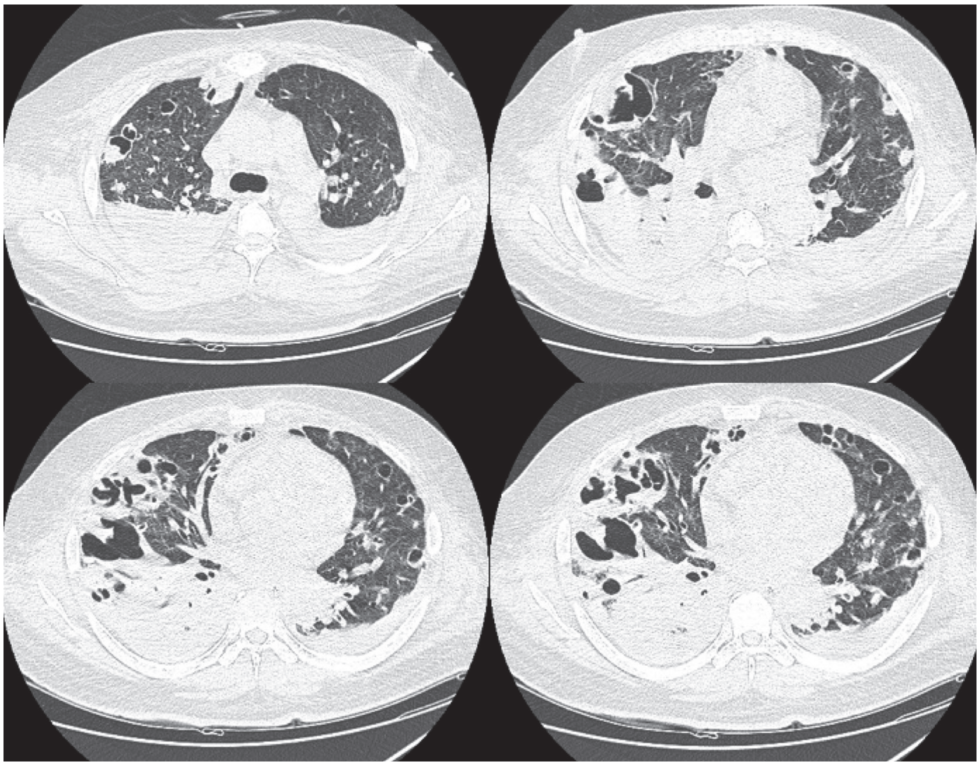


Figure 4a: Computed tomography on Day 15

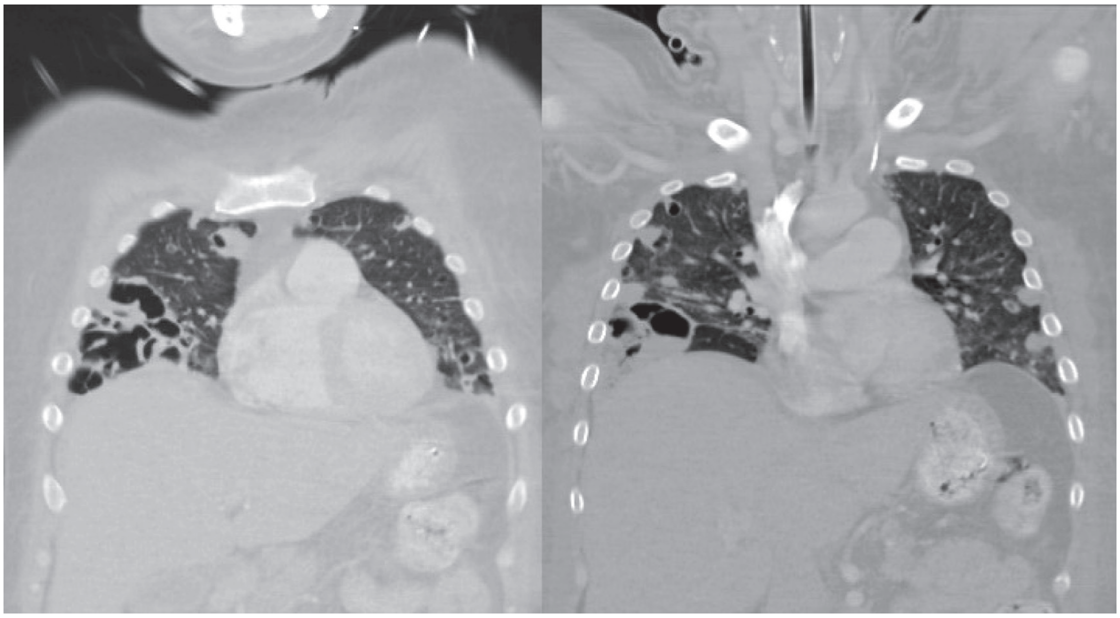


Figure 4b: Computed tomography on Day 15

提供：中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科 陳韋成醫師

[Case]

A 40-year-old man with heroin abuse was admitted via emergency room due to fever for 4 days, accompanied with progressive dyspnea, productive cough, and right chest pain.

He was diagnosed with severe community acquired pneumonia (Figure 1), complicated with acute respiratory failure, septic shock, and multiple organ failure (acute kidney injury, poor digestion, unclear consciousness). Intubation was done with ventilator support. Fluid challenge, norepinephrine, and vasopressin pump were used for shock. He admitted to ICU. Continuous renal replacement therapy was done for the septic shock with oliguria and lactatic acidosis.

Acute respiratory distress syndrome (Figure 2) was diagnosed on the 3rd day after admission, and lung protective strategy, sedation for ventilator synchronization, and prone position were done. After the empiric antibiotics based on the risk factors, the hypoxemia and shock got improving. Two week after admission, chest tomography (Figure 4a & b) was done for delayed resolution pneumonia (Figure 3).

醫學新知 I

嚴重氣喘患者接受支氣管熱成形術 (Bronchial thermoplasty) 後神經消融 (Nerve ablation)，可持續改善

摘自：BMC Pulmonary Medicine (2018) 18: 29

編譯：吳秉儒醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

研究背景：

支氣管熱成形術 (BT) 是一種針對嚴重氣喘的非藥物介入性療法，其作用機制尚未能完全以減少氣道平滑肌 (ASM) 來解釋。在這項研究中，分析了 BT 對 1 年時支氣管粘膜中神經纖維和炎症成分的影響。

方法：

此研究從 12 名患有嚴重氣喘的受試者 (平均年齡 47±11.3 歲，50% 男性) 獲得支氣管內活組織檢查 (Endobronchial Biopsy)。在 BT 後基線 (T0) 和第 1 (T1)，2 (T2) 和 12 (T12) 個月進行活組織檢查，並在顯微鏡免疫細胞化學染色下 (immunocytochemistry) 進行研究觀察。臨床數據包括氣喘生活質量問卷 (AQLQ) 和氣喘控制問卷 (ACQ) 評分，惡化史，住院史，是否使用口服皮質類固醇也在同一時間點收集。

結果：

與 T0 時相比，在粘膜下層和 ASM 中觀察到神經纖維在 T1，T2 和 T12 時可降低達到顯著統計學意義。在炎性細胞中，只有 CD68 在所有時間點都顯示出顯著的變化。記錄呈現所有臨床結果的改善並在追縱隨訪結束時持續存在。

結論：

上皮和 ASM 中神經纖維的減少發生得更早，並且在 BT 後一年持續存在。研究結果顯示推論 BT 在嚴重氣喘中的助益可能是經由神經消融減少所貢獻。

〔編譯者評論〕

減少 ASM 的數量及收縮性普遍認為可能是緩解症狀和改善氣喘患者臨床症狀及生活質量的一種方法。支氣管熱成形術 (BT) 是一種臨床上較新的氣喘介入治療措施，可將受控的熱能 (65ºC) 輸送到氣道壁，從而導致氣道平滑肌 (ASM) 質量的持續減少。

BT 的作用機制仍然有很大程度的未知，除了 ASM 質量減少之外，其它的組織病理學變化也曾經由一些研究提出闡述並嘗試論證之，舉例來說：BT 術後造成第 I 型膠原蛋白 (type I collagen) 沉積減少導致的網狀基底膜 (reticular basement membrane) 厚度的減少，以及結構對神經內分泌上

皮細胞和支氣管神經末梢的影響，在粘膜下層和 ASM 中神經纖維的減少，均有助於症狀減輕。此篇是第一個證明 BT 術後 12 個月時神經纖維持續減少的論文，並與其它研究結果發表一致，有助臨床數據的改善，包括氣喘生活質量問卷 (AQLQ) 和氣喘控制問卷 (ACQ) 評分，惡化史，住院史，是否使用口服皮質類固醇。

實證推論，氣喘患者症狀減輕可藉由減少 ASM 功能來達成，而 ASM 功能的減少是來自於 ASM 質量減少，或者是減少刺激 ASM 的神經，這些仍然需要未來進一步研究的合理論證及解釋。台灣礙於現況，尚未引進支氣管熱成形術，即便如此，目前已有多數證據顯示支氣管熱成形術是安全可靠的，可顯著降低類固醇惡化率、住院率和急診就診率，將來若有機會引進台灣，實是同業先進治療嚴重氣喘患者的選項之一。

Nerve ablation after bronchial thermoplasty and sustained improvement in severe asthma

BMC Pulmonary Medicine 2018 Feb 8; 18(1): 29

N. Facciolongo, A. Di Stefano, V. Pietrini, *et al*.

Abstract

Background:

Bronchial thermoplasty (BT) is a non-pharmacological intervention for severe asthma whose mechanism of action is not completely explained by a reduction of airway smooth muscle (ASM). In this study we analyzed the effect of BT on nerve fibers and inflammatory components in the bronchial mucosa at 1 year.

Methods:

Endobronchial biopsies were obtained from 12 subjects (mean age 47 ± 11.3 years, 50% male) with severe asthma. Biopsies were performed at baseline (T0) and after 1 (T1), 2 (T2) and 12 (T12) months post-BT, and studied with immunocytochemistry and microscopy methods. Clinical data including Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) and Asthma Control Questionnaire (ACQ) scores, exacerbations, hospitalizations, oral corticosteroids use were also collected at the same time points.

Results:

A statistically significant reduction at T1, T2 and T12 of nerve fibers was observed in the submucosa and in ASM compared to T0. Among inflammatory cells, only CD68 showed significant changes at all time points. Improvement of all clinical outcomes was documented and persisted at the end of follow up.

Conclusions:

A reduction of nerve fibers in epithelium and in ASM occurs earlier and persists at one year after BT. We propose that nerve ablation may contribute to mediate the beneficial effects of BT in severe asthma.

醫學新知 II

經氣管冷凍切片與胸腔內視鏡輔助手術針對瀰漫間質性肺部疾病診斷的差異 - 統合分析探討診斷的正確性

摘自：Ann Am Thorac Soc Vol 14, No 7, pp 1197-1211, Jul 2017
編譯：陳家弘醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔暨重症系

緣由：

經氣管冷凍切片近年來逐漸使用在瀰漫間質性的肺部疾病評估上，愈來愈多的研究顯示經氣管冷凍切片比起傳統使用切片夾的方式能夠得到更大的組織，也因此能夠使得診斷率大幅的提升，然而，經氣管冷凍切片的方式可能會有較高出血的風險，其他的併發症也可能會增加，這仍舊是使用經氣管冷凍切片需要小心的地方。

目的：

希望從已經發表的文獻中去比較經氣管冷凍切片與胸腔內視鏡輔助手術針對瀰漫間質性肺部疾病診斷的正確性並進一步討論經氣管冷凍切片的安全性。

方法：

搜尋從 Medline 以及 PubMed 上相關的文章至 2016 年 12 月為止，選錄的文章必須使用這兩種切片方式中的一種來診斷瀰漫間質性肺部疾病，檢查的安全性以及相關預後會統一紀錄，誤差的風險會使用診斷正確性的品質量表工具來做評估，使用統合分析的方式來得到診斷正確率的摘要性估計。

結果：

經氣管冷凍切片的診斷率為 83.7% (76.9-88.8%)，敏感性為 87% (85-89%)，特異性為 57% (40-73%)，胸腔內視鏡輔助手術的診斷率為 92.7% (87.6-95.8%)，敏感性為 91.0% (89-92%)，特異性為 58% (31-81%)，經氣管冷凍切片出現第二級 (中度至重度) 的氣管內出血比例 4.9% (2.2-10.7%)，而出現檢查後氣胸的比例則為 9.5% (5.9-14.9%)。

結論：

雖然經氣管冷凍切片的正確診斷率較胸腔內視鏡輔助手術的診斷率為低，但安全性是可以接受的，而且所需的醫療花費明顯減少，因此面對瀰漫間質性的肺部疾病，經氣管冷凍切片仍舊是可以考慮的診斷方式。

〔編譯者評論〕

這是一篇統合性的分析，主要在比較經氣管冷凍切片與胸腔內視鏡輔助手術針對瀰漫間質性肺部疾病診斷的正確性並進一步討論經氣管冷凍切片的安全性，選取這篇文章的目的主要在於近年來經氣管冷凍切片的診斷方式在國外逐漸風行，但是診斷的正確性以及與胸腔內視鏡輔助手術的比較仍不一致，因此希望藉由這篇統合分析，可以供臨床醫師知道目前經氣管冷凍切片來診斷瀰漫間質性肺部疾病的診斷率以及安全性，這篇文章從 2000 年到 2016 年總共選取了 16 篇經氣管冷凍切片以及 11 篇胸腔內視鏡輔助手術來診斷瀰漫間質性肺部疾病，統合分析的結果可以見到針對瀰漫間質性的肺部疾病，經氣管冷凍切片的診斷率雖然仍舊不如胸腔內視鏡輔助手術，但已經遠遠超過傳統切片的診斷率，同時檢查醫師在意的出血以及氣胸的比例都是可以接受的，而且醫療的花費遠遠小於胸腔內視鏡輔助手術，美中不足的地方在於這 27 篇論文只有 8 篇是前瞻性的收案方式，而其餘皆是回溯性的統計方式，因此在未來，或許也可以等待更多大型前瞻性的試驗來更加證實這樣的結果。

目前在台灣使用經氣管冷凍切片來診斷瀰漫間質性肺部疾病的醫院仍不多，或許藉由這篇統合分析的結論，可以告訴臨床醫師在針對瀰漫間質性肺部疾病，經氣管冷凍切片仍舊可以是一個高診斷率，安全有效而且低成本的診斷方式。

Transbronchial Lung Cryobiopsy and Video-assisted Thoracoscopic Lung Biopsy in the Diagnosis of Diffuse Parenchymal Lung Disease A Meta-analysis of Diagnostic Test Accuracy

Ann Am Thorac Soc Vol 14, No 7, pp 1197-1211, Jul 2017

Imran H. Iftikhar, Lana Alghothani, Alejandro Sardi, *et al*.

Abstract

Rationale:

Transbronchial lung cryobiopsy is increasingly being used for the assessment of diffuse parenchymal lung diseases. Several studies have shown larger biopsy samples and higher yields compared with conventional transbronchial biopsies. However, the higher risk of bleeding and other complications has raised concerns for widespread use of this modality.

Objectives:

To study the diagnostic accuracy and safety profile of transbronchial lung cryobiopsy and compare with video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) by reviewing available evidence from the literature.

Methods:

Medline and PubMed were searched from inception until December 2016. Data on diagnostic performance were abstracted by constructing two-by-two contingency tables for each study. Data on a priori selected safety outcomes were collected. Risk of bias was assessed with the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies tool. Random effects meta-analyses were performed to obtain summary estimates of the diagnostic accuracy.

Results:

The pooled diagnostic yield, pooled sensitivity, and pooled specificity of transbronchial lung cryobiopsywere 83.7% (76.9-88.8%), 87% (85-89%), and 57% (40-73%), respectively. The pooled diagnostic yield, pooled sensitivity, and pooled specificity of VATS were 92.7% (87.6-95.8%), 91.0% (89-92%), and 58% (31-81%), respectively. The incidence of grade 2 (moderate to severe) endobronchial bleeding after transbronchial lung cryobiopsy and of post-procedural pneumothorax was 4.9% (2.2-10.7%) and 9.5% (5.9-14.9%), respectively.

Conclusions:

Although the diagnostic test accuracy measures of transbronchial lung cryobiopsy lag behind those of VATS, with an acceptable safety profile and potential cost savings, the former could be considered as an alternative in the evaluation of patients with diffuse parenchymal lung diseases.

醫學新知Ⅲ

Zephyr 支氣管內單向活瓣在高異質性肺氣腫的治療：多中心隨機臨床試驗

摘自：Am J Respir Crit Care Med. 2018 May 22. doi: 10.1164/rccm.201803-0590OC

編譯：鄭文建醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

背景：

這是第一篇多中心，隨機分配，臨床試驗，去評估 Zephyr 支氣管內單向活瓣 (EBV)，在鮮少有或甚至無側枝通氣 (collateral ventilation) 的肺氣腫病人，置放 12 個月內的有效性及安全性。

目的：

評估 Zephyr 支氣管內單向活瓣 (EBV) 在異質性大且鮮少有，甚至無側枝通氣 (collateral ventilation) 肺氣腫的肺葉其有效性及安全性。

方法：

研究對象從 24 個中心，以 2:1 的方式隨機分為兩組 (EBV 和標準治療 (SoC))，主要指標 (primary outcome) 為這兩組研究對象 (EBV 和標準治療 (SoC))，在第 12 個月使用擴張劑後第一秒吐氣量 (post BD FEV_1) 比起基準值改善大於 15% 改善。次要指標 (secondary outcome) 為使用擴張劑後第一秒吐氣量 (post BD FEV_1)，及六分鐘行走距離 (6MWD)，聖喬治呼吸量表 (SGRQ) 的絕對值。

結果：

190 位研究對象，128 位使用支氣管內單向活瓣 (EBV)，62 位使用標準治療方式 (SoC)。在第 12 個月，使用支氣管內單向活瓣 EBV 這一組及標準治療 SoC 分別有 47.7% 及 16.8% 的病人有使用擴張劑後第一秒吐氣量比起基準值改善大於 15% 改善。($p<0.001$) 在第 12 個月 EBV 和標準治療 (SoC) 之間的差距 (ΔEBV-SoC) 在以下指標都達到臨床及統計上的意義：第一秒吐氣量 (FEV_1) 0.106 L ($p<0.001$)，六分鐘行走距離 (6MWD)+39.31 公尺 ($p=0.002$)，聖喬治呼吸量表 (SGRQ) -7.05 分 ($p=0.004$)。EBV 和標準治療 (SoC) 之間的差距 (ΔEBV-SoC) 另外在以下指標也達到統計上意義：在肺部過度充氣 (RV -522; $p<0.001$)，呼吸困難評估量表 (mMRC -0.8 分；$p<0.001$)，BODE 指數 (-1.2 分)。氣胸是在治療時期最常見的嚴重副作用 (置放後 45 天)，在治療組發生率為 34/128 (26.6%)。在治療組中，有四位於治療時期死亡，另外兩組各有一位在置放完 46 天至一年中死亡。

結論：

Zephyr 支氣管內單向活瓣 EBV，對於鮮少有或甚至無側枝通氣 (collateral ventilation) 肺葉，除了在肺功能，運動耐受性，喘的症狀及生活品質上提供了至少 12 個月的臨床上有意義的助益，而且是一個安全暨可行的方法。

〔編譯者評論〕

肺氣腫是肺阻塞的一種主要表現，因肺部過度充氣，導致呼吸困難，生活品質下降，影響生活甚巨。肺減容手術 (LVRS) 已經被廣泛研究，在特定病人族群，經過肺減容手術，可以因為減少肺部過度充氣而改善肺功能，喘的症狀，改善運動耐受性，進而延長病人生命。但畢竟肺減容手術，仍然是一個比較侵入性手術，增加了術後所導致的併發症或是死亡。Zephyr 支氣管內單向活瓣 EBV 可以藉由支氣管鏡，放置到一個過度充氣的肺葉，導致肺葉的塌陷，如同肺減容手術，進而達到肺部減容的效果。在這之前的研究也指出，在特定的肺氣腫病人，有完整的肺間列隙，及鮮少有或甚至無側枝通氣 (collateral ventilation)，使用支氣管內單向活瓣可達到減容，且減少手術併發症。LIBERATE 是第一篇大型多中心的隨機研究，嚴重肺氣腫且鮮少有或甚至無側枝通氣的病人，Zephyr 支氣管內單向活瓣 EBV 比起傳統藥物治療在 12 個月內是一個有效且安全的治療方式。

A Multicenter RCT of Zephyr® Endobronchial Valve Treatment in Heterogeneous Emphysema (LIBERATE)

Am J Respir Crit Care Med. 2018 May 22. doi: 10.1164/rccm.201803-0590OC

Criner GJ, Sue R, Wright S, *et al*.

Abstract

Rationale:

This is the first multicenter RCT to evaluate the effectiveness and safety ofZephyr. Endobronchial Valve EBV. in patients with little to no collateral ventilation (CV) out to 12-months.

Objectives:

To evaluate the effectiveness and safety of Zephyr EBV in heterogeneous emphysema with little to no collateral ventilation in the treated lobe.

Methods:

Subjects were enrolled with a 2:1 randomization (EBV: Standard-of-Care (SoC)) at 24 sites. Primary outcome at 12-months was the ΔEBV-SoC of subjects with a post-bronchodilator FEV_1 improvement from baseline of ≥15%. Secondary endpoints included absolute changes in post-BD FEV_1, Six-Minute Walk Distance (6MWD), and St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) scores.

Results:

190 subjects, 128 EBV and 62 SoC were randomized. At 12-months, 47.7% EBV and 16.8% SoC subjects had a ΔFEV_1 ≥15% (p<0.001). ΔEBV-SoC at 12-monthswas statistically and clinically significant: for FEV_1 (L), 0.106 L (p<0.001); 6MWD, +39.31 m (p=0.002); and SGRQ, -7.05 points (p=0.004). Significant ΔEBV-SoC were also observed in hyperinflation (RV, -522 ml; p<0.001), mMRC, -0.8 points (p<0.001), and the BODE Index (-1.2 points). Pneumothorax was the most common serious adverse event in the Treatment Period (procedure to 45 days), in 34/128 (26.6%) of EBV subjects. Four deaths occurred in the EBV group during this phase, and one each in the EBV and SoC groups between 46 days and 12-months.

Conclusions:

Zephyr EBV provides clinically meaningful benefits in lung function, exercise tolerance, dyspnea and quality of life out to at least 12-months, with an acceptable safety profile in patients with little or no collateral ventilation in the target lobe.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：108 年 01 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 35)

1. A 40-year-old man with heroin abuse was admitted via emergency room due to fever for 4 days, accompanied with progressive dyspnea, productive cough, and right chest pain.
   He was diagnosed with severe community acquired pneumonia (Figure 1), complicated with acute respiratory failure, septic shock, and multiple organ failure (acute kidney injury, poor digestion, unclear consciousness). Intubation was done with ventilator support. Fluid challenge, norepinephrine, and vasopressin pump were used for shock. He admitted to ICU. Continuous renal replacement therapy was done for the septic shock with oliguria and lactatic acidosis.
   Acute respiratory distress syndrome (Figure 2) was diagnosed on the 3rd day after admission, and lung protective strategy, sedation for ventilator synchronization, and prone position were done. After the empiric antibiotics based on the risk factors, the hypoxemia and shock got improving. Two week after admission, chest tomography (Figure 4a & b) was done for delayed resolution pneumonia (Figure 3).
   What was the possible cause of the patient?
   (A) Pulmonary embolism with infarction and necrosis
   (B) Pulmonary tuberculosis
   (C) Methicillin-resistant Staphylococcus aureus bacteremia with septic emboli and lung abscess
   (D) Aspergillus pneumonia

選擇題： (每題 15 分)

2. 下列經氣管冷凍切片來診斷瀰漫間質性肺部疾病的描述，何者正確？
   (A) 可以當作一種替代性的診斷方式
   (B) 產生的併發症不高
   (C) 相對的醫療成本較低
   (D) 以上皆是

3. 下列何者是經氣管冷凍切片來診斷瀰漫間質性肺部疾病最有可能產生的併發症？
   (A) 氣胸
   (B) 醫原性肺炎
   (C) 發燒
   (D) 呼吸衰竭

4. 下列何者為 Zephyr 支氣管內單向活瓣置放後所產生嚴重的副作用？
   (A) 咳血
   (B) 感染
   (C) 氣胸
   (D) 塌陷

5. LIBERATE study 指出 Zephyr 支氣管內單向活瓣置放在鮮少有或甚至無側枝通氣 (collateral ventilation) 的肺氣腫病人，在除了哪一項目得到好處？
   (A) 肺功能
   (B) 生活品質
   (C) 六分鐘行走距離
   (D) 肺阻塞急性發作

6. 支氣管熱成形術 (BT) 是一種針對嚴重氣喘的非藥物介入性療法，我們可能在接受 BT 後氣喘患者的氣道活檢組織病理學上看到何種變化？
   (A) 氣道平滑肌 ASM 減少
   (B) 第 I 型膠原蛋白 (type I collagen) 沉積減少
   (C) 粘膜下層和 ASM 中觀察到神經纖維減少
   (D) 以上皆是

7. 有關於支氣管熱成形術 (BT)，以下敘述，何者錯誤？
   (A) BT 是一種臨床上介入治療的措施，藉由將受控的熱能 (65ºC) 輸送到氣道壁來治療嚴重氣喘
   (B) 目前研究證據顯示，BT 在嚴重氣喘中的助益可能是經由神經消融減少所貢獻
   (C) 證據顯示接受 BT 的嚴重氣喘患者可顯著降低類固醇惡化率、住院率和急診就診率
   (D) 由於 BT 的風險及併發症太高，效果不顯著，台灣目前不考慮引進

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：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

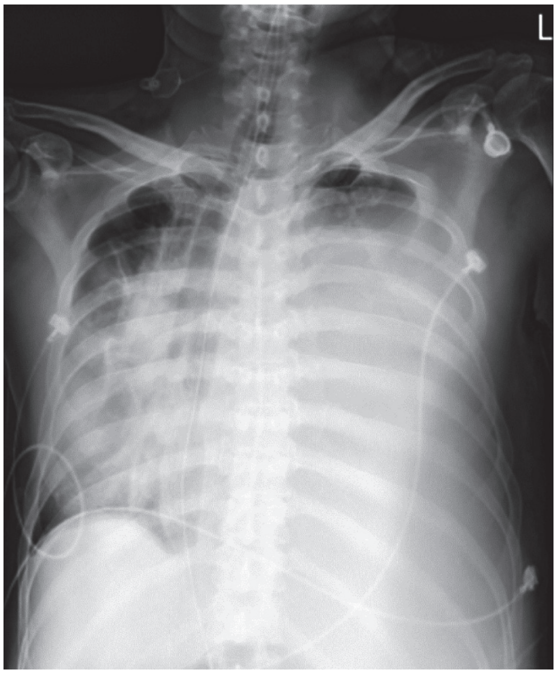


Figure 1: The chest X-ray of this patient when he arrived to emergent room

提供：高雄醫學大學附設醫院 胸腔內科 張維安醫師

1. [Case]

A 50 years old male suffered from dyspnea for 2 weeks. He had the history of liposarcoma on 2 years ago and he had received operation and chemotherapy. He also complained tenderness of left chest wall, especially when taking deep breathing and cough. He was brought to emergent room due to progressive dyspnea. When he arrived emergent room, his consciousness was clear. Blood pressure: 119/62 mmHg, Heart rate: 110/min, Respiratory rate: 23/min, no fever. Blood gas: PH: 7.408, pCO_2: 37.48 HCO_3^-: 29.1. PaO_2: 61 mmHg, SpO_2: 90% (FiO_2: 80%). Due to progressive desaturation, he received endotracheal intubation. His chest X-ray was showed in Figure 1.

[Question]

Which diagnosis is most likely?

(A) Bilateral lobar pneumonia

(B) Left side massive pleural effusion leading to trachea deviation to right side

(C) Recurrent intra-thoracic tumor leading to mediastinum deviation to right side

(D) Massive pericardial effusion

(E) Pulmonary hemorrhage

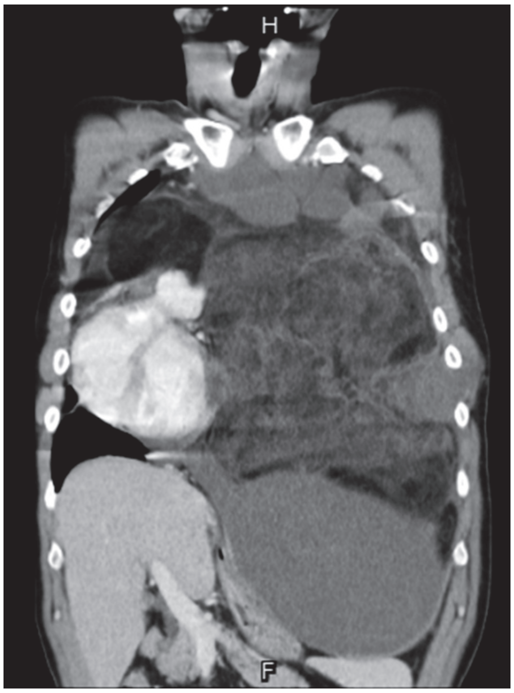


Figure 2: Recurrent liposarcoma in left thorax and leading to mediastinum deviation to right side

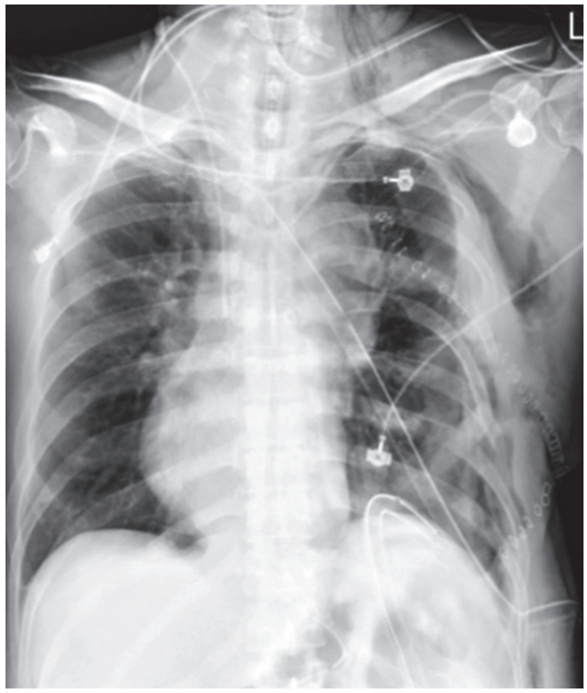


Figure 3: After exploratory thoracotomy, his tumor in left thorax was removed and his left lung re-expanded

[Answer]

(C) Recurrent intra-thoracic tumor leading to mediastinum deviation to right side

選擇題：

2. 針對已轉移的非鱗狀非小細胞肺癌病人，下列免疫檢查點抑制劑 (Immune check point inhibitors) 中，何者是抗 PD-L1 的單株抗體？
   (A) Nivolumab
   (B) Pembrolizumab
   (C) Atezolizumab

(D) Ipilimumab

答案 (C)

3. 根據 IMpower 150 臨床試驗，化學治療合併抗血管內皮生長因子再加上免疫治療，在已轉移的非鱗狀非小細胞肺癌病人的治療，何者為是？

(A) 僅對 PD-L1 高表現的病人有更好的療效

(B) 對含 EGFR 及 ALK 突變的病人，是否加上免疫治療無顯著差異

(C) 即使病人合併肝轉移，加上免疫治療療效仍更佳

(D) 整體存活期無差異

答案 (C)

4. 下列何者不屬於呼吸器相關事件 (VAE) ？

(A) 呼吸器相關疾病 VAC

(B) 呼吸器相關感染合併症 IVAC

(C) 呼吸器肺炎 VAP

(D) 可能的呼吸器肺炎 (possible VAP)

答案 (C)

5. 下列何者與長時間使用呼吸器重症患者死亡率最相關？

(A) 呼吸器相關疾病 VAC

(B) 呼吸器相關感染合併症 IVAC

(C) 呼吸器肺炎 VAP

(D) 可能的呼吸器肺炎 (possible VAP)

答案 (B)

6. 下列何者最不適合單獨常規用於治療氣喘？

(A) 吸入型 salmeterol

(B) 吸入型 fluticasone

(C) 吸入型 budesonide

(D) 吸入型 ciclesonide

答案 (A)

7. 對於氣喘藥物治療，下列敘述何者錯誤？

(A) 單獨使用長效乙二型刺激劑 (LABA) 治療氣喘會造成死亡率增加

(B) 吸入性類固醇 (ICS) 是氣喘治療的主要藥物

(C) 結合使用 ICS 和 LABA (ICS+LABA) 與單用 ICS 相比會造成死亡率增加

(D) 結合使用 ICS 和 LABA (ICS+LABA) 與單用 ICS 相比可顯著減少氣喘發作

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…

2018 ERS 會議參加心得

沈孟芳醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科總醫師

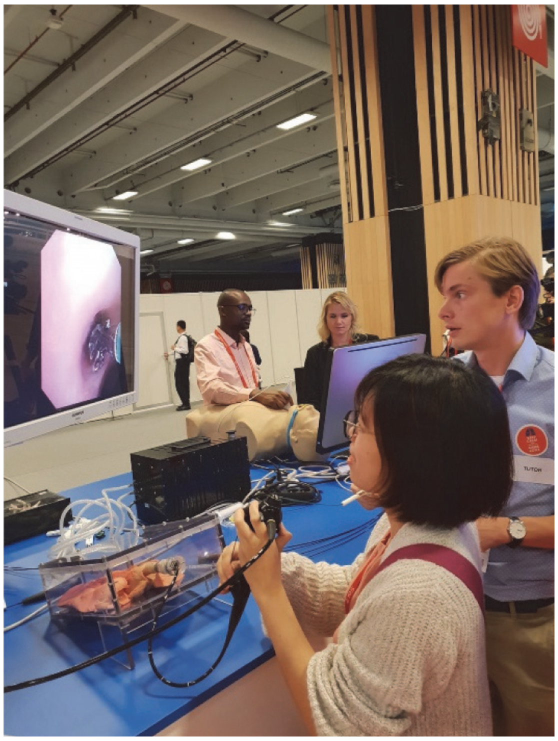
在我得知有機會可以到巴黎參加 ERS 當然是很興奮，這是我第一次參與國際大型學術會議，所以完全沒什麼概念，只知道以前當住院醫師的時候看著學長姊一起出國參加會議心裡總是很羨慕，現在終於要輪到我了；但說實在的，更讓我興奮的，是對巴黎這個城市的想像，美國作家海明威曾經這樣對一個朋友說：「如果你夠幸運，在年輕時待過巴黎，那麼巴黎將永遠跟著你，因為巴黎是一席流動的饗宴」這段話勾起許多讀者對巴黎的嚮往，它是歐洲時尚、藝術以及文化的中心，也是許多人一生中一定要去的城市，我偷偷想著，如果是單純去旅遊，那該有多好啊。

在醫院工作的忙碌讓時間過得很快，突然間發現飛往巴黎的日子要到了，只好劈哩啪啦把手上所有的事情處理到一個段落，就像電影裡的跳接鏡頭，下一秒我出現在 ERS 的會場，在偌大的會場，有著不同膚色、不同口音來自各國的參加者，有人看起來是風度翩翩的學者，有人看起來是充滿熱血的後起之秀，縱然大家是如此不同，相同的是大家對胸腔科這個領域的熱情。ERS 的節目本大概跟熱病一樣大，裡面密密麻麻的寫著每天豐富的課程內容，作為的初次參加國際會議的菜鳥，必聽的應該是 year review 跟 guideline 的 update 了；Year review 請來各領域的專家為大家回顧近一年重大研究發現，幫助大家很快掌握各領域最新的知識，聽完後讓我不禁感嘆胸腔雖然是內科的一個次專科，但它的內容其實是很多元的，Airway disease 適合細心、具有內科特質的人；Intervention pulmonology 則需要有迅速果決、喜歡動手做的人；如果喜歡刺激，喜歡挑戰，那 intensive care 就是一個不錯的選擇。Guideline update 的 section 更是人山人海，會場幾乎座無虛席，還有很多人必須透過場外的小螢幕觀看，這個 section 除了講述 guideline 內容之外，也讓我知道平常在網路上 google 一下就出來的 guideline，看似信手拈來，實則需要許多人的努力研究，讓 guideline 有所依據。

此外我也深深體會到語言的重要性，每場演講結束後大家都熱烈的討論發問，或許是因為民族性跟語言的關係，提問的總是西方人，他們的英文並不全然是美國口音，可是都還算流利溝通無礙。英文只是語言，但它是讓我們跟全世界接軌的工具，如果沒辦法用英文溝通，縱使有再好再優異的研究，也是會有所侷限。

在巴黎開會是一種享受，人生何其有幸，Fellow 訓練期間，能在兩位資深學長帶領之下除了更加了解胸腔重症的知識領域，更能將巴黎美景盡收眼底。此次不僅僅開啟了知識領域之門，也讓我對於歐洲更加嚮往。歐洲詩人卡夫卡曾說：生命之所以有意義是因為它會停止。旅行之於生

命，就如同知識之於生活，能在人生短暫數十載中同時擁有，更加值得珍惜。但願往後行醫之路，我能窮盡所學，才不枉此行所帶來的意義。



體驗經支氣管鏡活瓣置入

ERS 開會現場

ERS 會場 world village 2018 APSR 宣傳海報

羅浮宮希臘雙翼勝利女神雕像

於 ERS 2018 宣傳 ARSR 2018 心得

郭耀文醫師 台大醫院

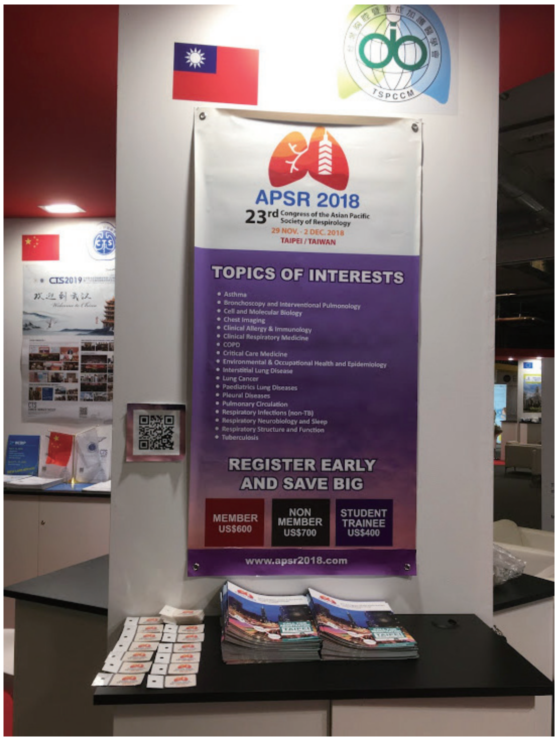
APSR 2018 將在今年 11/29-12/2 於台北舉行，我在 APSR 秘書長何肇基醫師的推薦下，代表學會前往法國參加 ERS International Congress 2018 (15-19 September) 進行 promotion plan, ERS 是胸腔科醫師年度的盛會，今年舉辦地點在法國巴黎、尤其吸引人。

ERS 在展示會場特別設置了 World Village，共有全世界 60 個 National / Affiliated Societies (包括 TSPCCM，日本的 JRS，菲律賓的 PCCP 等學會)、6 個 regional societies (the Union、PATS、ATS、CHEST、APSR、ALAT) 及病患組織共襄盛舉。各攤位上都有該學會近一年內將舉辦的國際會議文宣，精美小贈品，及各國名產點心，吸引並提供給來訪的與會代表，TSPCCM 的攤位也放置了 APSR2018 宣傳手冊及小贈品清潔墊 (cleaning pad)；在大會節目的空檔，會有大批人潮湧入 world village，此時也是宣傳 APSR2018 的最佳時機，一開始我會先等與會代表在看到宣傳海報駐足停留時給予詳細說明，但隨即改為主動出擊，只要有路過學會攤位的與會代表就會給予宣傳手冊，雖然大部份的與會代表都反應時間過於倉促，很難在 2 個月內決定成行，但至少能有機會跟各國與會代表介紹 Taiwan，也跟少數的與會代表解釋 Taiwan 和 Thailand 是不一樣的；當然最溫暖的，還是台灣的與會代表前來 TSPCCM 攤位拍照打卡兼打氣。

World Village 內有一個演講廳 World Village Theater、在 9 月 16 日到 19 日的 4 天會議期間，各學會都有 30 分鐘的時間可用來介紹自己的學會；其中的亮點是 16 日下午余忠仁理事長於 APSR 學會的時間宣傳 APSR 2018，17 日上午林孟志理事長，王鶴健教授及李崗遠教授介紹 TSPCCM，其中肺阻塞醫療給付改善方案的介紹，更是吸引新加坡學者的高度關注。

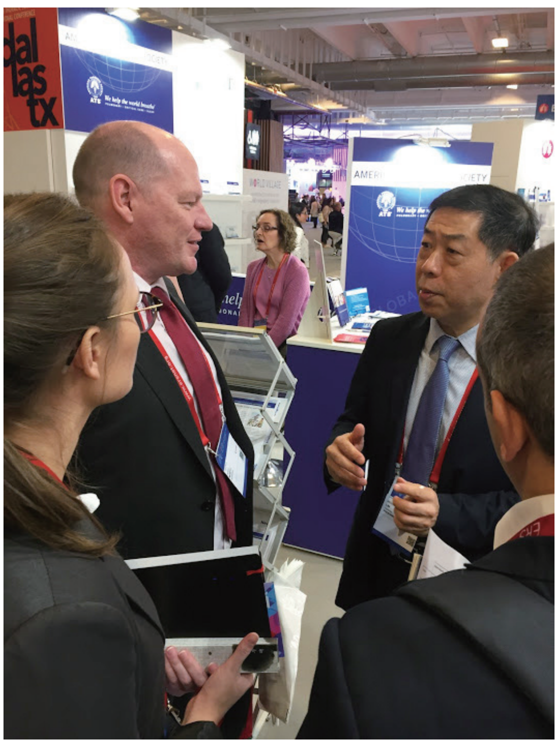
主辦單位 ERS 十分用心，工作人員也都提供相關協助，ERS 負責 fellowship 訓練的 Dr. Rory Morty，到各學會攤位宣傳 fellowship training program，也跟林孟志理事長討論台灣年輕醫師來歐洲訓練合作的可能；ERS 現任主席 Mina Gaga 及下任主席 Tobias Welte 也在 17 日下午來到 World Village，花了一個多小時拜訪各學會攤位，給予鼓勵並留影紀念。

這次代表學會參加 ERS 宣傳 APSR 2018 是很難得的經驗，國際會議除了有豐富的專業知識課程，同時也有許多機會可以讓各國學會及與會代表之間建立 networking 及 connections，互相交流，最後預祝今年 APSR 2018 能圓滿成功。



TSPCCM 攤位，宣傳手冊及小贈品清潔墊 (cleaning pad)

林孟志理事長及余忠仁理事長於 TSPCCM 攤位合影



ERS Dr. Rory Morty 與林孟志理事長討論台灣年輕醫師至歐洲 fellowship 訓練

ERS 下任主席 Tobias Welte 參訪 TSPCCM 攤位

TSPCCM 在 World Village Theater

ERS 主席 Mina Gaga (右二) 參訪 TSPCCM 攤位

更多照片

活動集錦

107 年 10 月 27 日 POST ERS

107 年 11 月 29 日 2018 兩岸會議

107 年 11 月 29 日 2018 兩岸會議





107 年 11 月 29 日 ~12 月 2 日 2018 APSR

107 年 11 月 29 日 ~12 月 2 日 2018 APSR