

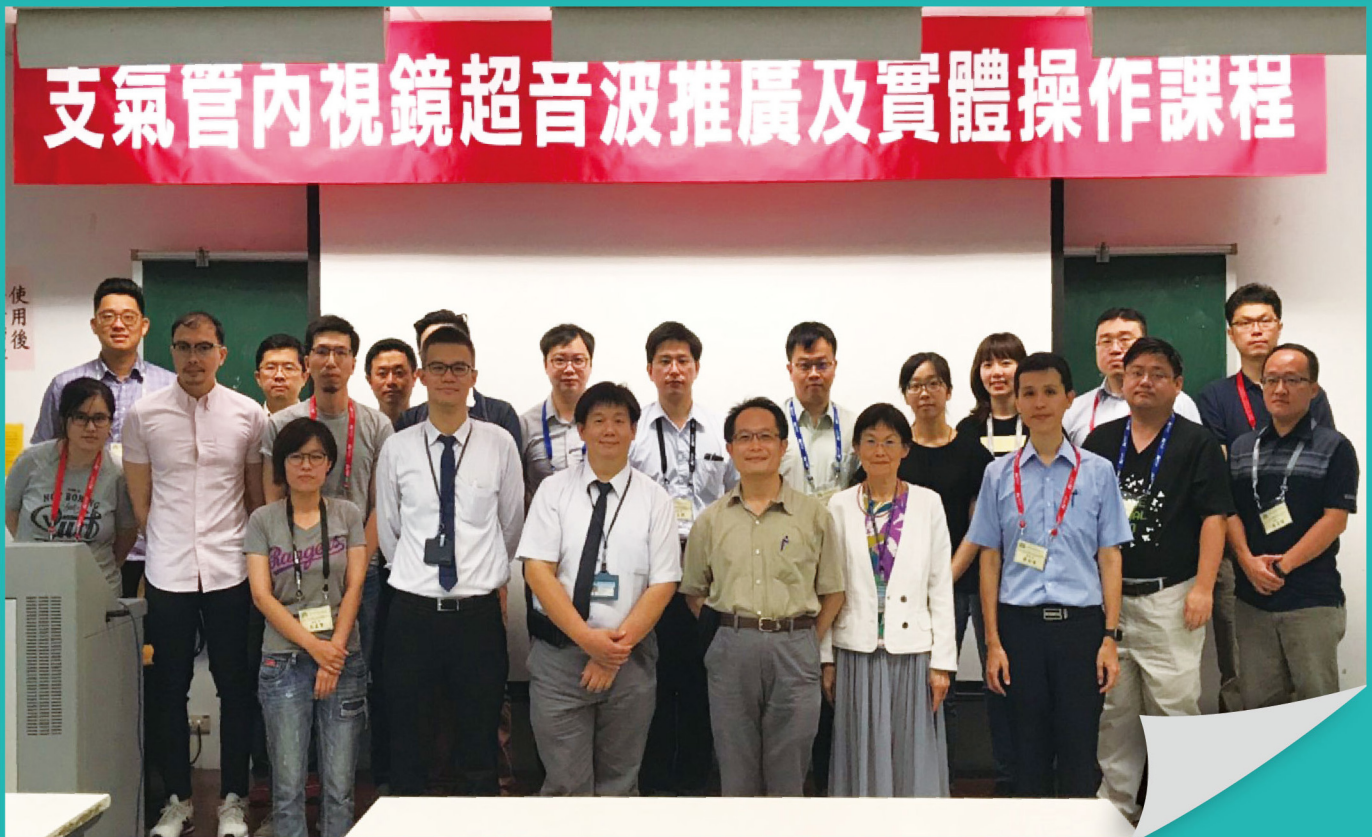


會訊

第 25 期
2019.06

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

常務監事的勉勵

主編的話

會務活動

學術專欄

通訊繼續教育

活動集錦

總會地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號 B1 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 3

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
副秘書長 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 108 年 6 月第 25 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 陳淳宏 Ning-Hung Chen 陳鴻仁 Hung-Jen Chen 彭忠衍 Chung-Kan Peng 黃坤崙 Kun-Lun Huang
執行編輯 Executive Editors	王誠一 Cheng-Yi Wang 李玫萱 Mei-Hsuan Lee 林恒毅 Hen-I Lin 陳家閔 Chia-Min Chen 潘奕宏 Yi-Hung Pan 蔡英明 Ying-Ming Tsai
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 B1 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 3

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
常務監事的勉勵.....	4
主編的話.....	5
會務活動	
活動訊息	
研討會、繼續教育課程行事曆.....	6
會議記錄	
第十七屆第六次理、監事聯席會會議記錄.....	7
重症醫學委員會會議記錄.....	14
重症醫學專科醫師聯合甄審委員會會議記錄.....	17
睡眠醫學委員會會議記錄.....	20
學術委員會會議記錄.....	22
健保及醫療政策工作小組會議記錄.....	26
公共事務小組會議記錄.....	28
呼吸道疾病委員會會議記錄.....	30
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 64 years old woman with lung cancer suffered from hypoxemic respiratory failure 提供：高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科 陳家閔醫師.....	35
醫學新知	
■ Dacomitinib in the Management of Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer	
Dacomitinib 在晚期非小細胞肺癌之治療	
編譯：李玫萱醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科.....	36
■ Effect of lung deflation with indacaterol plus glycopyrronium on ventricular filling in patients with hyperinflation and COPD (CLAIM): a double-blind, randomised, crossover, placebo-controlled, single-centre trial	
Indacaterol 和 glycopyrronium 在肺部過度充氣 (hyperinflation) 之肺阻塞 (COPD) 病患 改善過度充氣 (deflation) 對心室灌流之影響：一個隨機分配安慰劑對照組雙盲實驗， 在單一醫學中心的交叉試驗	
編譯：潘奕宏醫師 屏東東港安泰醫院 胸腔內科.....	39
■ Pulmonary rehabilitation in bronchiectasis: a propensity matched study	
肺復原運動在支氣管擴張症的角色	
編譯：蔡英明醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科.....	43
通訊繼續教育.....	46
活動集錦.....	54



各位會員大家好！

在本文撰稿時剛由美國達拉斯參加 2019ATS（美國胸腔醫學會）回來，這是我記憶裡ATS第一次在德州達拉斯舉辦年會。本次大會共有超過 30 名我們台灣醫師會員投稿 abstract，其中有超過 20 名向學會申請與會補助，名額比去年還多。看到許多年輕醫師努力研究並在國際大會投稿發表海報或口頭報告，值得大家鼓勵、讚賞，尤其是台大（包含台北及雲林院區）、林口長庚、台北榮總、中榮、高醫等都有年輕醫師一同結伴參加，除了聆聽最新醫學知識也藉此機會國際接軌相互交流。在會中我也遇到一位中榮的 fellow，申請到佛州大學攻讀公共衛生碩士，期待將來能有更進一步的發展。本次大會也是台灣胸重學會第一次接受 ATS 的邀請，第一次有屬於本學會的攤位，在為期六天的會期裡，有機會直接向國際社會介紹，讓大家認識台灣胸腔及重症醫學會的歷史及使命。許多外國醫師、學者都到攤位來詢問、致意，在此也感謝兩位副秘書長林口長庚胡漢忠主任及高長張晃智醫師的用心協助。

胸腔復原是慢性阻塞性肺病非藥物治療的必要選項之一，這個議題在過往由於需要跨團隊合作除了不容易執行也常常被忽略，不過在兩年前 COPD P4P 的執行之後，由於是其中重要項目，因此各層級醫院和醫師均很重視執行過程內容，本會也在 4 月 13 日由台大簡榮彥醫師籌劃作了北中南三地連線學術研討，邀請各醫院的醫師共同參與，估計參與研討會的醫師超過近 150 名，也邀請美國科羅拉多州丹佛大學醫學中心的 Barry Mike 教授做專題演講。對於胸腔復原的推展，本會已邀集專家預計在近期內完成胸腔復原精要手冊，日後會再跟各會員說明及介紹。

從今年 4 月 1 日起，健保署已開始給付八種癌症的免疫療法健保給付，對於各不同癌症，尤其是肺癌的治療影響甚為鉅大，但由於給付條件非常嚴格，申請很不容易通過。本會也在召集肺癌專家共同研議後向健保署做給付條件改善的建議，將來希望醫師們在做肺癌診療時，能在以病人為中心的考量下更容易通過給付申請，使用免疫療法嘉惠於病患治療。學會也會對不同健保相關議題，保持高度關注並且會給與專業的建議，希望各位會員如有任何的意見，也請向學會做相關的反應。

秘書處最近作了會員會籍的普查，統計到 5 月底，目前本學會共有 1,762 名會員，其中一般（專科）會員 1,389 名，準會員 134 名，榮譽會員 34 名，進一步分析結果將在日後再向大家報告。最後，在出刊時，在宜蘭羅東舉行的第二次夏季會即將展開，也希望夏季會圓滿成功，大家熱烈參與，謝謝各位。

理事長

林孟志



林恒毅教授 新店耕莘醫院院長 輔大醫學系教授
林恒毅常務監事口述 / 王誠一醫師整理記錄

創立近 50 年的「台灣胸腔暨重症醫學會」在胸腔及重症照護領域上的努力有目共睹，個人有幸身為胸腔科專科醫師，一路走來，見證了學會許多的成就，透過各會員醫院緊密的聯繫與合作，讓胸腔照護相關領域卓然成長，如呼吸道疾病、感染、肺結核、呼吸治療、睡眠醫學、肺癌及重症醫學等，藉由學會整合平台的力量，匯聚大家的力量，不斷向上提升，為學會下一個 50 年的茁壯厚實基礎。

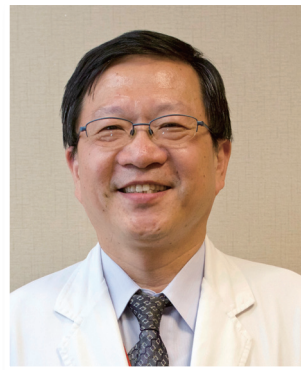
近年來，空汙的議題沸沸揚揚，可說成為社會各界所關心的重要課題，這也給了學會一個責無旁貸的任務，那就是如何在改善環境空氣品質的過程中，讓胸腔及重症照護領域的教學研究、照護服務及保健宣導肩負起教育民眾、守護民眾健康的責任，而這有賴我們共同的持續努力。

此外，台灣即將邁入超高齡社會，人口高齡化的速度加快，對於胸腔及重症照護的醫療服務與需求勢必更多；面對不可逆的未來趨勢，個人深信，唯有永續強化學會功能、資源整合互享、創新服務思想、運用醫療科技，才能為這塊我們熱愛的土地與民眾回饋心力與善盡社會責任。

面對未來的挑戰與展望，個人期盼能鼓勵更多年輕、優秀的胸腔科醫師多多參與學會的各項運作與學習各醫療領域新知，以壯大厚植學會發展的原力；並期在學會諸位先進的傳承、支持及引領，學會會務定能承先啓後、攜手共進、蓬勃發展，讓胸腔暨重症醫學照護領域的醫療水準不斷的創新、精進，且與國際並駕齊驅，為所有民眾的健康福祉永續把關。

常務監事 **林恒毅**

「時雨及芒種，四野皆插秧。家家麥飯美，處處菱歌長。」這是宋朝陸游的一首詩，對照本刊發行時的台灣狀況極為相似。因為馬上就過了端午，進入立夏，夏天的來臨，台灣的各式傳染病又開始增加，尤其南部的醫生更是辛苦，除了炎熱還必須面臨登革熱。更奇特的是這些病人常常會收治到胸腔暨重症專科醫師的名下，所以只能說大家辛苦了，但也得多小心。



本期第一篇文章由高雄醫學大學附設中和紀念醫院陳家閔醫師提了一位肺癌病人但卻突發第一型呼吸衰竭，鑒別診斷當然有許多，從癌症的復發到感染等等都有可能，但這也是從事肺癌診療醫師常常會面臨的實際臨床狀況，可讓大家腦力激盪一下。

李玫萱醫師選了一篇第二代上皮生長因子抑制劑的臨床試驗研究文章。本研究使用Dacomitinb為第一線來治療上皮生長因子受體基因突變的病人，比照以往的藥物似乎無病存活期來得更長。但李醫師也提到本研究的過程當中發生許多嚴重的毒副作用，甚至高達三分之二的病人必須減藥量或者停藥。另外本研究也排除了腦轉移的病人，所以在使用此類藥物必須要有所斟酌。

屏東東港安泰醫院的潘奕宏醫師摘錄了一個單一醫學中心交叉實驗的臨床研究結果。本研究利用indacaterol和glycopyrronium治療肺部過度脹氣(hyperinflation)的慢性阻塞性肺病病人，但重點是在評估是否會對心室灌流有影響。此類研究大多著重於肺部通氣功能的改善，這篇文章給我們一種另類思考，值得關注。

肺部復原運動對於慢性阻塞性肺病病人，可以改善症狀，提升生活品質已有許多文獻報告。但在支氣管擴張症的角色則鮮少研究。蔡英明醫師選了一篇肺部復原運動在支氣管擴張症的角色之研究，看來也可以讓這類病人症狀改善，生活品質有所提升。支氣管擴張症在胸腔科不少見，值得我們仔細思考好好利用肺部復原運動於此類的病人。

此次出刊十分感謝洪仁宇主任和高雄醫學大學附設中和紀念醫院及屏東東港安泰醫院鼎力協助，也祝大家夏日平安順利！

主編

A handwritten signature in black ink, appearing to be '丁德勝' (Ding Desheng).

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
Post-ATS symposium (三地連線)	108年6月15日(星期六)	【北區】台北美福大飯店 9F 鴻福廳 【中區】台中亞緻大飯店 27F Room 1 【南區】福華大飯店 M3F 福華庭
肺癌學術研討會	108年6月15日(星期六)	嘉義嘉南風華酒店
【線上報名】健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程	108年6月16日(星期日) 108年7月7日(星期日) 108年7月28日(星期日) 108年8月18日(星期日)	【台北區】國立臺大醫學院第101講堂 【高屏區】高雄榮民總醫院門診大樓一樓第二會議室 【南區】台南成大 成杏校區醫學大樓一樓第三講堂 【中區】中山醫學大學正心樓 0211 教室
重症病例討論會	108年6月21日(星期五)	台大景福館
【線上報名】胸重辦理, Critical Care and Academy of Hospice Palliative Medicine	108年6月22日(星期六)	宜蘭蘭城晶英酒店九芎廳
X光病例討論會	108年6月28日(星期五)	台大景福館
Precision Lung Cancer Medicine Workshop	108年6月29日(星期六) 108年7月20日(星期六)	【台中場】台中金典酒店 13樓 玫瑰2廳 【台南場】ISABATI 義薩芭蒂 義法料理餐廳
【線上報名】胸重辦理, 108年機械通氣重症繼續教育課程(北區)	108年7月7日(星期日)	國立臺灣大學醫學院 301 講堂
Optimizing Treatment of I-O Agents for Advanced Lung Cancer (草稿)	108年8月10日(星期六)	台北 W-Hotel
夏季年會	108年6月22~23日(星期六~日)	宜蘭晶英酒店

※ 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

第十七屆第六次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 108 年 3 月 22 日 (星期五) PM18:30

台北君品酒店 -5F 巴斯卡 + 伏爾泰會議室

壹、報告事項：

- 一、理事長林孟志報告。
- 二、常務監事林恒毅報告。
- 三、秘書長王金洲報告上次 108 年 1 月 11 日會議決議事項及執行情形：
 - (一) 108 年夏季會在 6 月 22 日 (星期六) 至 6 月 23 日 (星期日) 於宜蘭蘭城晶英酒店舉行。
 - (二) 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」，由鍾飲文教授擔任召集人，負責整合歷屆理事口述歷史資料。
 - (三) 台灣胸腔暨重症加護醫學會秘書工作職責 (附件一)。
- 四、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)-108 年度」。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) 108 年 3 月 5 日召開計畫審查會議，待議價通知。
- 五、本季健保署來函：
 - (一) 108 年 1 月 15 日為持續檢討「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」之醫療品質指標，請貴單位於 108 年 3 月 15 日前，依附表格式提供增刪或修正意見，俾利彙辦，請查照見復。
 - (二) 108 年 1 月 24 日有關貴會建議修正「門診跨院 28 日內再執行電腦斷層 (CT) 及磁振造影 (MRI) 卻未讀取調閱影像及報告之案件」一案，復如說明，請查照。
 - (三) 108 年 1 月 31 日為利各專科醫學會及公協會提供「全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標」相關增修訂建議，敬請於 108 年 7 月 5 日前，依所附增修訂提案表格式提送本署研擬，請查照。
 - (四) 108 年 2 月 11 日檢送本署 108 年 1 月 24 日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」108 年第 1 次臨時會議會議紀錄，請查照。
 - (五) 108 年 2 月 15 日檢陳修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」草案，請鑒核。
- 六、會員資料普查，目前更新約 530 份。
- 七、國健署薦舉余忠仁理事獲頒衛生福利專業獎章。
- 八、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
 - 108 年 3 月 28 日將交接給中華民國重症醫學會作為輪值單位
 - 「108 年核心課程」訂於 8 月 10、11、18 日舉辦
 - (二) 健保及醫療政策工作小組

- 有關中華民國藥師公會全國聯合會建議將藥師納入「全民健康保險慢性病阻塞性肺病醫療改善方案」並檢附文件，討論後決議無須再新增社區健保藥局，不適用單一藥師作業。

(三) 教育與出版委員會

(四) 公共事務工作小組

- 世界氣喘日活動籌備 (問卷進度先由傅彬貴醫師初步開始做調查)，將由學會統一發出公告。
- 世界 COPD 日活動籌備 (延續衛教山活動)，先開放部分醫院申請試辦。

(五) 「胸腔醫學」雜誌編輯委員會

- 封面討論
- 廣告贊助

(六) 國際學術交流工作小組

(七) 學術委員會

- 2019 年夏季會、年會議程擬定。
- 施金元主任提案「如何撰寫研究計畫」系列演講加入夏季會議題。
- 108 年度繼續教育訓練課程籌備中。

(八) 呼吸道疾病委員會

- COPD 指引編修，進行中。
- 肺部復原手冊，進行中。
- Severe asthma consensus 與 casebook，進行中。

(九) 肺結核病及感染委員會

(十) 肺血管及肺高壓委員會

- Flolan 使用手冊：編修完成，將於夏季年會發送。

(十一) 呼吸治療委員會

(十二) 間質性肺病及罕見疾病委員會

(十三) 重症醫學委員會

- 108 年度重症醫學專科委員名單
 - A. 核心教育課程委員：許超群主任、古世基主任
 - B. 108 年度甄審筆試出題委員：詹明澄主任、蘇一峰醫師
 - C. 108 年度甄審口試委：陳昌文主任、高國晉副部長
- 希望區域醫院層級以上之內科 R1-R3，經由該院內科部主任或胸腔科主任造冊推薦，可以免報名費參加胸重學會之年會活動，增加新進醫師。

(十四) 介入性支氣管內視鏡委員會

(十五) 睡眠醫學委員會

- 胸專訓練加入睡眠訓練項目。

(十六) 肺腫瘤委員會

- RedCap 癌登

(十七) 肺部環境及職業醫學委員會

● CaseBook 進行中

(十八) 外科委員會

貳、討論事項：

一、審核「支氣管內視鏡超音波專業認證」申請案，經介入性支氣管內視鏡委員會審核，通過人數共計 1 人。

說明：105 年 12 月 1 日之後持有胸專證書(有效期內)之會員，請提交資格審查資料，經「介入性支氣管內視鏡工作小組」審查通過後核給【支氣管內視鏡超音波專業認證】。

(一) 至見習醫院見習，【事前報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。

以下擇一：

1. 見習醫院開立受訓證明。
2. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章。

(二) 已在見習醫院見習中，【補報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。

以下擇一：

1. 見習醫院開立受訓證明。
2. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章。

(三) 已在見習醫院見習結束，【補報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。

以下擇一：

1. 見習醫院開立受訓證明。
2. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章。

序號	姓名	胸專	醫院	受訓證明 30 份 EBUS 檢查 報告(二擇一)	本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明	審查結果
1	楊 O 國	169	花蓮慈濟醫院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過

二、提請討論「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計劃綱要」，胸腔內科暨重症專科醫師訓練內容是否加入睡眠訓練？

(一) 受訓完成之醫師，對於各種常見與罕見之胸腔疾病，包含阻塞性肺疾病(含哮喘、肺氣腫、支氣管炎、支氣管擴張症等)、胸腔腫瘤、各種感染性肺疾(含結核病、黴菌感染、免疫不全病例之感染等)、瀰漫性間質性肺病、血管性肺病(含肺動脈高血壓、血管炎、肺血管栓塞及肺出血症候群等)、醫源性傷害(含藥物誘發性肺疾病等)、急性肺損傷、全身性疾病之肺表癥、肋膜疾病、先天性異常、睡眠障礙等，必須有充分之專業性診療知識。

- (二) 受訓完成之醫師，對於各種胸腔專業技能，包含支氣管鏡檢查、胸腔超音波檢查、肋膜穿刺術、肺功能檢查、血液氣體分析、睡眠檢查、結核菌檢查、人工呼吸器、濕氣與氣霧治療、姿勢引流、胸腔物理治療等，必須專精純熟。
- (三) 受訓完成之醫師，對於各種呼吸治療相關重症照護(包含呼吸照護中心及呼吸加護病房)之工作，必須專精純熟。
- (四) 訓練醫師在 2 年之期間內，至少須有 2 年之期間，實地負責胸腔病患之直接照護工作。
- (五) 胸腔內科暨重症專科醫師訓練，原則上採用輪調或與其相當之方式行之，訓練細則包含下列內容：

1. 加護病房工作 6 個月
2. 呼吸治療訓練 3 個月
3. 支氣管內視鏡檢查至少 80 例
4. 超音波檢查至少 100 例
5. 呼吸生理及睡眠醫學相關檢查 1 個月至 3 個月
6. 胸部影像學判讀每週至少 2 小時為期 2 年
7. 胸腔病討論每週 1 小時為期 2 年
8. 細胞病理、肺病理、X 光科訓練為選修訓練項目，其餘時間從事胸腔病為主的內科診療，包括會診、急診等。

以下為新增之睡眠訓練：

9. 10 例多頻道睡眠檢查 (polysomnography)。
 10. 5 例正壓呼吸器治療壓力檢定 (PAP titration)。
- (六) 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。

三、審核「申請榮譽會員」申請案，共 1 位。

說明：

- (一) 依照本會章程第三章第五條第二款之規定：一般會員年齡屆滿六十五歲且入會年資滿二十五年者，自願申請本會之榮譽會員。
- (二) 本會章程第三章第六條第二項：一般會員具有選舉權、被選舉權，榮譽會員及準會員無表決權、選舉權、被選舉權及罷免權。

姓名	會號	入會時間	年齡
顧 O 賢	185	民國 71 年	70

四、胸腔暨重症醫學專科指導醫師

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。

姓名	會號	胸專證號	服務單位	經歷
周O安	1534	1357	義大癌治療醫院	2015年12月12日

五、提請討論學會各委員會視訊會議是否增設中區視訊

說明：目前視訊地點為北(台大醫院)、高(高長學會秘書處)。

六、選擇「Thoracic Medicine Online Program」Online 封面

說明：封面修訂完成

七、學會由「人民團體」變更為「社團法人」

說明：

(一) 聲請人先向本院服務中心售狀處購買法人登記聲請書一份或於本院網站下載，逐欄詳細填寫，由聲請人全體理事簽名或蓋章，並加蓋法人印信。

(二) 附送之文件：(第4至12項加蓋法人印信)

1. 主管機關核准設立之公函影本一份。
2. 立案證書及負責人當選證書影本。
3. 法人印信(圖記)啟用備查函影本。
4. 主管機關備案之章程一份(章程應符合民法總則及人民團體法之規定，並應載明訂立之日期)。
5. 社員(代表)成立大會會議記錄(選舉產生理、監事及通過程、年度工作計劃案、收支預算案...等。會議紀錄末端，應由主席及紀錄簽章，附件應裝訂於會議紀錄後，以期文件完整)。
6. 理、監事會議紀錄(互選產生理事長、常務理事、常務監事等。會議紀錄末端，應由主席及紀錄簽章，附件應裝訂於會議紀錄後，以期文件完整)。
7. 理、監事名冊一份(載明屆別及任期起訖期間，理、監事住址應記載戶籍地址)。
8. 理、監事願任同意書一份(註明屆別及任期起訖期間)。
9. 法人印信(圖記)及理、監事簽名式或印鑑式正本二份(以蓋在同一張印鑑式為宜。印信(圖記)及簽名式或印鑑章應與聲請書、願任同意書等文件之簽名或印鑑章相符。嗣後如有任何聲請，並以此印鑑章或簽名式為準)。
10. 理、監事戶籍謄本或身分證正、背面影本一份。
11. 財產清冊一份及其證明文件。
12. 會員名冊。
13. 代理人應附具委任狀載明住所及送達處所、連絡電話號碼(由聲請人、代理人簽名或蓋章，並加蓋法人印信)。
14. 聲請費新台幣1,000元。

參、臨時動議

肆、下次會議時間、地點

伍、散會

(附件一)

台灣胸腔暨重症加護醫學會秘書工作職責

台灣胸腔暨重症加護醫學會(下簡稱甲方)，為應需要及確認會務之運作順暢，制訂學會秘書(下簡稱乙方)工作職責內容如下：

一、乙方之工作與工作處所：

1. 乙方應在甲方指定之辦公處所及時間辦理甲方指定之工作內容(如下述)，乙方不得異議。
乙方須執行學會理監事會議、各委員會與工作小組、理事長之交辦事項。相關進度須隨時報告理事長與秘書長，並呈學會理監事會議。
2. 乙方須辦理學會理監事會議、各委員會與工作小組、理事長與對外相關機構之連繫。相關進度須隨時報告理事長與秘書長，並呈學會理監事會議。
3. 乙方須維護學會相關重要事項與事物之完整性(學會會員名冊、資產與物品整清單、學會印信印章、帳冊、現金存摺與支票存摺、與各重要文件證書)，並報告理事長與秘書長，並呈學會理監事會議。

二、乙方之薪給與補助：

1. 薪資、年終獎金、加班費與休假制度依現行制度辦理(平常日不報加班；星期六與日，出差學會相關活動報依勞基法報請加班)。
 - A. 起薪薪資：依國科會核定補助專題研究計畫專任助理人員工作酬金給薪。
 - B. 調薪：
 - (1) 每年一月統一調薪。
 - (2) 調薪幅度依本薪調升百分比，由甲方視個人表現(經由理事長與理監事考核)與大環境經濟條件而訂。
 - (3) 三節與年終獎金：中秋、端午佳節禮金為本薪 0.25 個月，年終獎金為本薪 1.5 個月。
 - (4) 加班費：至外縣市開會加班時數 5 小時；於本縣市開會加班時數 3 小時；週六加班 4 小時以內者，以 4 小時計、逾 4 小時至 8 小時以內者、以 8 小時計；週日加班皆以 8 小時計算，另加倍給薪(或選擇補休)。
 - (5) 休假制度：
 - a. 國定假日：內政部所定應放假之紀念日、節日、勞動節及其他中央主管機關指定應放假之日。
 - b. 特別休假：

年資	休假天數
6 個月至未滿 1 年	3 日 / 年
工作滿第 1 年	7 日 / 年
工作滿第 2 年	10 日 / 年
工作滿第 3~4 年	14 日 / 年
工作滿第 5~9 年	15 日 / 年
工作滿第 10 年	16 日 / 年
工作滿第 11 年後	每年增加 1 日，最多至 30 日

- c. 婚假：8 日。
- d. 喪假：父母、養父母、繼父母、配偶喪亡者，喪假 8 日；祖父母、子女、配偶之父母、配偶之養父母或繼父母喪亡者，喪假 6 日；曾祖父母、兄弟姊妹、配偶之祖父母喪亡者，喪假 3 日。
- e. 普通傷病假 (給付半薪)：未住院者，1 年內合計不得超過 30 日；住院者，2 年內合計不得超過 1 年；未住院傷病假與住院傷病假 2 年內合計不得超過 1 年；經醫師診斷，罹患癌症 (含原位癌) 採門診方式治療或懷孕期間須安胎修養者，其治療或休養期間，併入住院傷病假計算。
- f. 公傷病假：因職業災害而致殘廢、傷害或疾病者，其治療、休養期間，給予公傷病假。
- g. 事假 (給付半薪)：1 年內合計不得超過 14 日。
- h. 公假：依法令規定應給予公假者。
2. 補助：至外地公差住宿補助 \$3,000/ 人 / 晚。
- 三、考核事項：乙方是否有違反下列情形之一。
1. 乙方須常駐高雄辦公室或常駐台北辦公室。乙方應在甲方指定之處所及時間辦理甲方指定之工作內容 (如下述)，乙方不得異議。
 2. 乙方須執行學會理監事會議、各委員會與工作小組、理事長之交辦事項。相關進度須隨時報告理事長與秘書長，並呈學會理監事會議。
 3. 乙方須理學會理監事會議、各委員會與工作小組、理事長與對外相關機構之連繫。相關進度須隨時報告理事長與秘書長，並呈學會理監事會議。
 4. 乙方須維護學會相關重要事項與事物之完整性 (學會會員名冊、資產與物品整清單、學會印信印章、賬冊、現金存摺與支票存摺、與各重要文件證書)，並報告理事長與秘書長，並呈學會理監事會議。

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：民國 108 年 1 月 15 日 (星期二) 下午 6 點

臺大醫院兒童醫療大樓第一會議室 (台北市中山南路 8 號 B1)

主 席：重症醫學委員會 召集委員 陽光耀主任

出席人員：高國晉主任、古世基主任、陳昌文主任、許超群主任、詹明澄主任、方文豐主任

請假人員：林孟志理事長、彭萬誠主任、蘇一峰醫師、王金洲主任

列席人員：副秘書長胡漢忠、秘書施詠瑩

壹、主席報告：略

貳、討論事項：

一、審查「重症專科指導醫師申請」乙案

說明：王 O 瀛醫師於 107 年 12 月 25 日提出重症醫學專科指導醫師申請

聯甄專科證書證號	姓名	聯甄專科證書初始核發日	聯甄專科證書展延迄日	取得聯甄專證後，繼續從事重症臨床工作满三年 (有；無)	A. 聯甄專證六年內，重症原著論文，第一或通訊作者 (題目 / 期刊名稱 / 刊登年月；無)	B. 具部定講師級以上 (教師等級 / 年資起計日；無)
重聯 01774	王 O 瀛	100.1.1	111.12.31	有	Induced Pluripotent Stem Cells Without c-Myc Reduce Airway Responsiveness and Allergic Reaction in Sensitized Mice / Transplantation / 2013.12.15	助理教授 / 101.02 / 助理字第 034684

※ 結論：初審通過，但原著論文與重症無關，於聯委會提出審核時僅提出 B 項部定講師級以上即可。

二、擬定「重症醫學專科醫師展延 / 換證申請表」與統一換證申請流程

說明：制定六個所屬學會之統一換證流程，避免重複通知、換證的情況。實施流程如下。

(一) 各學會於學會網站上公告「重症醫學專科醫師展延 / 換證申請表」。

(二) 寄發換證通知時，隨信提供申請表。

(三) 會員向所選擇的換證 (受理) 學會提出展延 (或換證) 申請。

(四) 受理學會憑申請書彙整名單後提交輪值學會並通知所有學會，待重症聯甄委員會議 (季會) 中提報展延 (換證) 名單確認並通過。

(五) 受理學會通知會員繳證書費，印製並寄出新證書。

※ **結論**：通過。

三、108 年度聯甄試務委員推派：

說明：所需負責項目與人數如下

- (一) 重症醫學專科核心教育課程，二位規劃委員
- (二) 重症醫學專科醫師聯合甄審 - 筆試，出題委員二位 (新出試題 X 題)
- (三) 重症醫學專科醫師聯合甄審 - 口試委員二位 (出題實務題 1 題、口試題 2 題)

※ **結論**：核心課程規劃委員為許超群主任、古世基主任；聯甄筆試委員為詹明澄主任、蘇一峰醫師；聯甄口試委員為陳昌文主任、高國晉副部長。

四、108 年重症年度活動場次

說明：上次會議提到的場次與主辦人如下

- (一) 3 月，南區，許超群主任主辦
- (二) 4 月，中區，詹明澄主任主辦
- (三) 10 月 (約 26、27 日)，北區，古世基主任主辦
- (四) 6 月 22、23 日，夏季會，宜蘭晶英酒店
- (五) 12 月 7、8 日，年會，高雄展覽館
- (六) 日期待定，Oxygen Therapy and MV workshop，高國晉副部長主辦

※ **結論**：3 月南區與 4 月中區的課程主題以「呼吸重症暨肺部感染症研討會」為主題，詳細日期待定；10 月北區課程以「Hemodynamic 為主」；夏季會、年會待學術委員會確定議程後再議，以與重症相關的 AI、sepsis (高國晉副部長有講者可以推薦)、或與臨床相關研究設計等主題為方向，或讓年輕醫師進行 debate，並且年會將邀請一位加拿大外賓；MV workshop 預定一樣於年底進行，另外會再有一個 NIV workshoip 在北區，三月底或四月初。

五、重症安寧給付案最新進展

說明：107 年 8 月 2 日與呼吸治療委員會聯合會議後提出的「重症安寧緩和醫療照護健保支付標準修訂建議」初步遭到駁回，目前由重症醫學會秘書長洪芳明主任進行精算當中，有確切結果以後會再重新送交健保署。

※ **結論**：有新進度以後會再向大家報告。

六、107 年夏季會問卷內有關重症事項的討論

說明：上次會議討論事項與決議內容如下

與呼吸治療委員會進行聯合會議，討論呼吸器給付調整

結論：提供呼吸治療委員會作為討論呼吸器給付調整的方向：

- 可討論先將 NIV (原 900 點) 調高至與 IMV 相同
- 可討論以操作費、設定費、協同照護費、觀察費、訪視費或者是諮詢費等名目，增加呼吸器給付細項
- 建議先算出 20 年前與現在呼吸器的使用的成本差距 (儀器、耗材、三班人力…等所有項目)

呼吸器給付調整草案出來後，可請台灣呼吸治療學會給予意見

※ **結論**：需要呼吸器的使用成本，或者參考國外的呼吸器給付，最後決定由高國晉副部長找人

對 NIV、IMV 的呼吸器給付相關費用進行了解。

七、關於如何增加新進醫師選擇重症專科的誘因

說明：區域醫院層級以上之內科 R1-R3，經由該院胸腔內科主任推薦造冊，可以免報名費參加胸重學會之年會活動

※ **結論：**原則上贊成，建議擴展至內科主任或胸腔科主任造冊推薦。下次會議進一步擬定條文，讓內科 R1-R3 免費報名參加胸重學會之年會活動。

參、臨時動議：無

肆、下次開會時間：108 年 4 月 9 日 (星期二)

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 108 年 1 月 17 日 (星期四) 18:30

臺大醫院兒童醫療大樓第一會議室 (台北市中山南路 8 號地下一樓)

主 席：陽光耀主任

壹、主席報告：略

貳、確認上次會議記 (民國 107 年 11 月 1 日)

參、會務報告

一、「107 年重症醫學專科醫師聯合甄試」結果

提案學會：台灣胸腔暨重症加護醫學會 (筆試)、中華民國重症醫學會 (口試)

說 明：整體通過率為 88.61%。

107 年 11 月 17 日，台灣胸腔暨重症加護醫學會承辦筆試

學 會	急加	胸腔	重症	心臟	外科	麻醉	小計
應到人數	2	16	16	13	13	1	61
缺考人數		1					1
實到人數	2	15	16	13	13	1	60
通過人數	2	15	15	13	12	1	58
通過率	100.00%	100.00%	93.75%	100.00%	92.31%	100.00%	96.67%

107 年 12 月 22 日，中華民國重症醫學會承辦口試

學 會	急加	胸腔	重症	心臟	外科	麻醉	小計
應到人數	2	15	15	13	12	1	58
口試再試	0	1	1	0	3	0	5
實到人數	2	16	15	13	13	1	60
通過人數	2	16	14	11	11	1	55
通過率	100.00%	100.00%	93.33%	84.62%	84.62%	100.00%	91.67%

※ 結 論：通過。

二、擬定「重症醫學專科醫師展延換證申請表」與統一申請流程

提案學會：台灣外科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會

說 明：制定六個所屬學會之統一換證流程，避免重複通知、換證的情況。申請書詳見附件一，實施流程如下。

- (一) 各學會於學會網站上公告「重症醫學專科醫師展延 / 換證申請表」。
- (二) 寄發換證通知時，隨信提供申請表。
- (三) 會員向所選擇的換證 (受理) 學會提出展延 (或換證) 申請。
- (四) 受理學會憑申請書彙整名單後提交輪值學會並通知所有學會，待重症聯甄委員會議 (季

會)中提報展延(換證)名單確認並通過。

(五)受理學會通知會員繳證書費,印製並寄出新證書。

※ 結 論:通過。

三、審查「107年重症醫學專科醫師訓練報備申請」,共120名

提案學會:中華民國急救加護醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國重症醫學會、台灣外科醫學會、台灣麻醉醫學會、社團法人中華民國心臟學會。

說 明:

(一)序號012,陳O宇於11月21日送出申請表,請裁示是否受理(申請表截止日期為10月31日)。

(二)序號040(李O穎)、102(張O侃)報備申請起訖日為106.01.01至108.12.31,請裁示是否依申請表規定,訓練日期僅追溯至107年7月。

(三)序號031、032,以主專報備,受訓日期須為兩年。

(四)序號046、062、082,證書影本尚未補件。

※ 結 論:第1點,逾期報備為該名醫師之任職單位行政疏失所致,故從寬認定,報備審核通過。以後若因類似緣由而逾期報備者,需檢附書面說明資料連同報備申請表一同送交輪值學會,並提交聯甄會議進行審核決議。第2點,兩位醫師之訓練資格依規定追溯自107年7月1日開始。第3點,兩位醫師之訓練資格依規定為2年。第4點,三位醫師於108年1月25日前完成補件手續,即可完成報備手續(備註,於108年1月21日皆完成補件)。

四、審查「聯甄重症專科指導醫師」申請案,共4位。

提案學會:台灣胸腔暨重症加護醫學會(1位)、中華民國重症醫學會(3位)。

說 明:共有4位醫師申請重專指導醫師資格,皆通過母學會審查。

※ 結 論:通過。

五、審查「聯甄重症專科醫師證書」42位展延,1位換證。

提案學會:中華民國急救加護醫學會(22位展延,1位換證)、台灣胸腔暨重症加護醫學會(7位展延)、中華民國重症醫學會(7位展延)、台灣外科醫學會(6位展延)。

說 明:展延一共提報43人,其中序號18更改姓名換證。

※ 結 論:通過。

六、報告「108年核心課程」舉辦日期及地點

提案學會:中華民國重症醫學會

說 明:

(一)日期:8月10、11、18日三場核心課程24分。

(二)地點:國泰人壽大樓B1會議廳。

(三)預定4月召開核心課程會議。

※ 結 論:通過。

七、「107年度重症醫學專科醫師聯合甄審委員會」財務報告

提案學會:台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國重症醫學會

說 明:107年度重症聯甄委員會相關經費收支表與甄審筆試明細、甄審口試明細,以及

依規定之分攤比例計算之總表。

※ 結 論：通過，請輪值學會會後與各學會秘書處聯繫。

八、下次會議時間：2019 年 3 月 21 日 (星期四)，18:30。

肆、臨時動議

一、關於「EUROASIA 2019 第三屆歐亞年會」申請聯甄學分

提案學會：中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會

說 明：

申請項目	課程時間	申請聯甄學分
Master Class AM	2019 April 14 08:00-11:30	3
Master Class PM	2019 April 14 12:00-15:30	3
Whole Conference	2019 April 14 16:00-17:00	16
	2019 April 15 07:45-18:45	
	2019 April 16 07:45-15:45	
One-day Pass A	2019 April 14 16:00-17:00	8
	2019 April 15 07:45-18:45	
One-day Pass B	2019 April 16 07:45-15:45	8

※ 結 論：此為首次國際學術會議申請聯甄學分，故核發項目以 Conference 為主，並且比照國內學會年會申請聯甄學分之模式。此次學分核發對象須完成 EUROASIA 大會註冊，且報名參加聯甄學分認證，並憑該次歐亞年會之出席證明由協辦學會 (中華民國急救加護醫學會或中華民國重症醫學會) 協助取得聯甄學分認證。

二、建立課程平台

提案學會：中華民國急救加護醫學會

說 明：聯甄認證課程開設場次較多，時間、地點容易重疊。故希望建置課程平台以便六學會秘書彙整課程資訊，錯開課程日期，或協助學員選擇欲參與之課程。

※ 結 論：由中華民國急救加護醫學會擬定辦法於下次會議中提出討論。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 睡眠醫學委員會會議記錄

日期地點：民國 108 年 2 月 14 日 (星期四) 19:00

台北 - 臺大醫院兒童醫療大樓第一會議室 (台北市中山南路 8 號地下一樓)

高雄 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室 (高雄市鳥松區大埤路 123 號)

主 席：陳濤宏主任

出席人員：林孟志理事長、陳濤宏主任、杭良文主任、邱國樑主任、周昆達執行長、蘇茂昌醫師、李佩玲主任、莊立邦醫師

列席人員：秘書長王金洲主任、秘書張家榕小姐、秘書施詠瑩小姐

壹、主席報告：略

貳、討論事項

一、睡眠醫學納入胸腔暨重症專科醫師訓練內容

說 明：

擬將睡眠訓練內容納入胸專訓練中，擬案討論如下。

(一) 是否須事先報備？

(二) 是否可折抵睡專訓練時間？胸專訓練中若有包含睡眠醫學，原本須額外訓練一年才可報考睡眠醫學專科醫師，是否可縮短為「半年」？

(三) 胸專訓練中睡眠醫學在所佔的時間，需 full time 或 part time ？

(四) 是否須進入 sleep Lab ？

(五) 睡眠訓練之 Scoring tests 數目是否需調整，是否參考現行睡專訓練內容 (註一) ？

(六) 對於沒有睡眠中心之醫院是否會對睡眠訓練有所衝擊？是否屬非強制性，可報考胸專但無法折抵睡專；亦或可與所屬醫院協調至他院短期受訓？

註一：現行睡專訓練內容如下

1. 不少於判讀 20 例多頻道睡眠檢查 (polysomnography) 的原始資料。
2. 不少於判讀 5 例多次入睡時間檢查 (multiple sleep latency test) 的原始資料。
3. 不少於進行 5 例正壓呼吸器治療壓力檢定 (PAP titration)。
4. 擁有獨立操作多頻道睡眠檢查中電極黏貼、感應器安置、訊號連結 (hook up)，生理訊號校正 (calibration) 及雜訊處理 (trouble shooting) 的能力。
5. 受訓期間應積極參與睡眠機構之定期睡眠醫學會議 (如文獻選讀及個案討論) 與臨床工作 (如睡眠障礙門診)，並有相關資料足資佐證。

※ 結 論：

(一) 於台灣胸腔暨重症加護醫學會之胸專考試中，不須事先報備。

(二) 折抵訓練時間交由台灣睡眠醫學學會決議。

(三) 睡眠醫學在胸專訓練中所佔的時間，採 part time 方式執行。

- (四) 是否須進入 sleep Lab ? 因執行 scoring 已進入睡眠中心，故無需特別要求進入 sleep Lab。
- (五) Scoring tests 數目是否需調整？
1. MSLT 應為睡專訓練所需，故在胸重醫學會專科醫師訓練中，不須列入訓練。
 2. PSG 由 20 例降低至 10 例。
 3. PAP titration 維持 5 例。
- (六) 對於沒有睡眠中心之醫院是否會有衝擊？由台灣睡眠醫學學會討論，胸專部分只需關切是否有睡眠訓練即可。
- (七) 若胸專報備訓練醫院因設備無法完成睡眠訓練，可與他院撰寫共訓計畫，以確保受訓學生之權益。

散會。

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 108 年 02 月 22 日 (星期五) 下午 6 點 30 分

臺大醫院東址第三會議室 (視訊：高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室)

主 席：召集人陳育民主任

出席人員：陳育民主任、蘇維鈞主任、施金元主任、許超群主任、陽光耀主任、賴俊良副院長、
涂智彥主任

列席人員：秘書長王金洲主任、秘書劉軒吟

壹、討論事項：

一、討論 2019 年學會夏季會議程。

說明：2019 年學會夏季會，日期訂在 2019 年 6/22、6/23 兩天在宜蘭蘭城晶英酒店舉行。

Satellite symposium 6/22 中午與傍晚，6/23 中午；3 個時段，各 4 場，共 12 場。學術演講共 16 場，每場 40 分鐘 (30 分鐘演講、10 分鐘討論)，主題與籌劃委員如下：

結論：由秘書處協助處理通知籌劃委員負責主題於 3/15(五) 前回覆秘書處於下次會議報告

二、2019 年 12 月 7 至 8 日冬季年會 50 周年會議 (高雄展覽館)- 主題與籌劃每場分鐘 (演講、討論)

說明：先由理事長裁示活動方向，由秘書處製作議程，再由委員會決議 (每場 40 分鐘) 12 月 7 日上午 9 點開始至 12 月 8 日下午結束

結論：下一次開會決議

三、108 年度繼續教育訓練課程籌辦

說明：由秘書處於 3 月底前聯絡負責籌畫委員

(一) 108 年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：

- (1) 北區，三總彭忠衍主任
- (2) 中區，中國涂智彥主任

(二) 108 年機械通氣繼續教育課程繼續教育課程 (申請聯甄學分)

- (1) 北區，台大簡榮彥
- (2) 南區，高榮李琳主任

(三) 108 重症聯甄課辦理三場 (訂定時間為 6 月中旬過後)

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。

- (1) 北區，台大鄭之勛
- (2) 中區，中榮詹明澄
- (3) 南區，高醫許超群

結論：通過

貳、臨時動議：

一、由施金元主任主持科技部計畫能加入夏季年會議題

二、下次會議預定時間 108 年 5 月 10 日第五次學術委員會。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 2019 年胸腔年會暨第 17 屆第 2 次會員大會

Dec 7 (Sat) 高雄展覽館 3 樓 Kaohsiung Exhibition Center 3F Conference Room				
TIME	301A	301B	304A	304B
08:00-	Registration			
08:30-08:40	Opening	Opening	Opening	Opening
08:40-09:20	間質性肺病及 罕見肺疾病 陶啟偉	肺部環境及職 業醫學 許超群	睡眠醫學會	胸腔外科醫學會
09:20-10:00	重症醫學&安寧 緩和 1 陽光耀	肺感染及結核 病 1 蘇維鈞	睡眠醫學會	胸腔外科醫學會
10:00-10:30	Coffee break			
10:30-11:10	重症醫學&安寧 緩和 2	肺感染及結核 病 2	睡眠醫學會	胸腔外科醫學會
11:10-11:50	職業醫學 (職安署)	Young investigator	睡眠醫學會	胸腔外科醫學會
12:00-13:20	Satellite symposium	Satellite symposium	Satellite symposium	Satellite symposium
13:30-14:10	會員大會, 特別演講, 頒發專科醫師證書			
14:10-15:00	重症醫學& 安寧緩和 3	肺感染及 結核病 3	呼吸治療 醫學會	胸腔外科醫學會
15:00-15:30	Coffee break			
15:30-16:10	Oral presentation	Oral presentation	呼吸治療 醫學會	胸腔外科醫學會
16:10-16:50	Oral presentation	Oral presentation	呼吸治療 醫學會	胸腔外科醫學會
17:00-18:20	Satellite symposium	Satellite symposium	Satellite symposium	Satellite symposium
18:30-20:30	晚宴 頒發胸腔醫學雜誌優秀論文獎, 頒發 Young Investigator Award 頒發口頭報告以及海報展示優秀論文獎, 資深會員表揚			

(30 分鐘 演講, 10 分鐘 討論)

台灣胸腔暨重症加護醫學會 2019 年胸腔年會暨第 17 屆第 2 次會員大會

Dec 8 (Sun) 高雄展覽館 3 樓 Kaohsiung Exhibition Center 3F Conference Room				
TIME	301A	301B	304A	304B
08:00-	Registration			
08:30-08:40	Opening	Opening		
08:40-09:20	肺血管及肺高壓 徐紹勛	介入性支氣管鏡 涂智彥		
09:20-10:00	呼吸道疾病 1 李岡遠	肺腫瘤 1 施金元		
10:00-10:30	Coffee break			
10:30-11:10	呼吸道疾病 2	肺腫瘤 2		
11:10-11:50	呼吸道疾病 3	肺腫瘤 3		
12:00-13:20	Satellite symposium	Satellite symposium	Satellite symposium	Satellite symposium
13:30-14:10	呼吸道疾病 4	肺腫瘤 4		

(30 分鐘 演講, 10 分鐘 討論)

主題分列

呼吸道疾病:	4 section (召集人: 李岡遠主任)
肺腫瘤:	4 section (召集人: 施金元主任)
肺感染及結核病:	3 (-1)section (召集人: 蘇維鈞主任)
重症醫學 & 安寧緩和:	3 (-1)section (召集人: 陽光耀主任)
間質性肺病及罕見肺疾病:	1 section (召集人: 陶啟偉主任)
介入性支氣管鏡:	1 section (召集人: 涂智彥主任)
肺血管及肺高壓:	1 section (召集人: 徐紹勛醫師)
肺部環境及職業醫學:	1 section (召集人: 許超群主任)
Young investigator:	1 section
Oral presentation:	4 section (口頭報告)
職業醫學(職安署):	1 section
睡眠醫學會:	4 section
呼吸治療醫學會:	3 section
胸腔外科醫學會:	7 section

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：民國 108 年 3 月 6 日 (星期四) 下午 6 點 30 分

台中高鐵食堂 2F

主 席：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、吳杰亮主任、林恒毅院長、黃伊文部長、林明憲醫療長

列席人員：副秘書長林聖皓主任、秘書劉軒吟小姐

壹、主席報告

貳、討論事項

一、關於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之新增診療項目建議乙案

※ 結論：關於新增診療項目建議乙案，預估納入健保支付五年後執行人數總次數會有變動，內容調查人數須做修正，經費比例需重新調整。請廠商協助調查數據，由林聖皓主任修正。

二、關於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之現有診療項目修訂建議表乙案

※ 結論：現有診療項目編號 17022B (FeNO)，支付健保點數 748，申報專科別為兒科。修訂建議新增，六歲以上確認氣喘患者追蹤使用。支付規範不變，申報科別新增胸腔內科。

三、中華民國藥師公會全國聯合會建議將藥師納入「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」。

說明：擬增加參與醫療院所或醫事機構資格

(一) 第一類院所：第一類醫院。

(二) 第二類院所：第二類醫院、基層診所之外，新增社區健保藥局。

(三) 第三類院所 (新增)：新增社區健保藥局。以提升民眾 COPD 用藥諮詢與醫療照護之可近性完整性。

※ 結論：

(一) 本計畫備有完善的系統建檔規劃，病患開始診斷至衛教都有完整的紀錄。對於病患來說至各大院所都可以追蹤到完整記錄。

(二) 目前的分級醫療不包含社區藥局，COPD 的衛教不單純只有用藥衛教治療衛教當中，目前分級醫療品質 COPD 管理承面完全落實以及控制，故則不需要再新增社區健保藥局。

(三) COPD 為一專案，需要團隊的照護系統，不適用單一藥師作業。

(四) 不建議增設第三類醫療院所。

四、覆「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」相關意見乙案

※ 結論：目前提報全民健康保險醫療品質資訊公開指標項目內容，並無增刪意見，僅此回復。

五、為利各專科醫學會及公協會提供「全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標」相關增修訂建議。

說明：

(一) 貴單位新增指標，建議以實證醫學及民眾就醫權益納入考量，以兼顧醫療資源合理使用及醫療品質之提升。

(二) 現行各總額部分檔案分析審查異常不予支付指標完整內容，請至本署全球資訊網 / 醫事機構 / 醫療費用支付 / 專業醫療審查 / 檔案分析審查異常不予支付指標專區查詢。

※ **結論：**目前並無提案與意見。

六、「介入性戒菸治療 - 吸菸減量模式發展計畫」

說明：擇選試辦 20 家戒菸門診特約醫療院所 20 家 (北、中、南、東四區)

※ **結論：**由對策小組洽詢國健署後於今年優先辦理戒菸醫師與衛教師訓練課程。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 公共事務小組會議記錄

日期地點：民國 108 年 3 月 7 日 (星期四) 下午 6 點 30 分

台大景福館 B1 會議室 (100 台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：公共事務工作小組 召集委員 邱國欽副院長

出席人員：林孟志理事長、邱國欽副院長、古世基主任、簡榮彥醫師、柯信國醫師、蘇茂昌醫師

列席人員：副秘書長林智斌主任、秘書劉軒吟、台灣百靈佳殷格翰股份有限公司代表、台灣阿斯
特捷利康股份有限公司代表

壹、主席報告：公共事務小組這一年來為學會增加了很多曝光度，大眾的認知、醫療以及政府機關相關主動來尋找資源、衛教，對於公部門建立良好的窗口，環境醫學委員會，也有勞動部希望本學會協助相關議題介入。可以達成學會的共識，對於罕見疾病或肺血管疾病之後再多多參與，謝謝

貳、討論項目

一、世界氣喘日活動籌備 (問卷進度)

提案項目：台灣阿斯特捷利康提案 2019 World Asthma Day 記者會

說 明：初步問卷調查，台灣民眾對氣喘的認知，傅彬貴醫師研擬問卷 (附件一)。世界氣喘日，有不一樣的想法，基礎醫療的部分已經近日市場，可以利用問卷的方式對氣喘的認知。由傅醫師初步調查，再由本委員會協助調查，經費部分由諾華、AZ 一同贊助，收案費用 100 元，參與醫師給予一些主持人費，後續論文分析作業費用，款項由我來尋找，問卷方向鎖定 asthma 醫療行為，為主。

※ **結論：**通過。

二、世界 COPD 日活動籌備 (衛教山活動)

提案項目：由 BI 協助，世界 COPD 日活動籌備。

說 明：去年衛教山活動的延伸，今年出發點希望由胸腔科衛教的建立，由院內開始發起，由學會發公文給醫院，實施狀況可能由幾家醫院出發，由學會發起開放醫院申請意願，病人對象找誰，希望加強疾病認知，操作方式、等等。不要重複衛教師就已原有的工作，補足衛教師的其他時間。

※ **結論：**同意，釋放給幾家醫院申請。

三、IPF 日活動籌備

提案項目：設立 IPF DAY 日期為 9/19

說 明：IPF 日活動目的，IPF 隨著治療的進步逐漸受到重視，國內可設立 IPF Day，以提高國人對 IPF 的認識，並協助患者得以及早治療。IPF 日建議日期：9/19。IPF 的症狀如何可以更早發現 IPF DAY 的成立，還是要透過間質性肺病及罕見疾病委員會同意後再呈報至理監事會，電視傳播的方式，可以換另一種方式，從家屬的角

度切入專業度提高。

提高基層、健檢的一般改善，症狀的明確度。

※ **結論**：呈送至間質性肺病及罕見疾病委員後再決定。

參、臨時動議：公部門提議開聯合記者會對抽菸議題，由廠商提案，建議以菸害防治的方式開記者會。文案內容變更為菸害防治議題為基礎。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 呼吸道疾病委員會會議記錄

日期地點：民國 108 年 3 月 13 日 (星期三) 18:00-20:30

台北 - 臺大醫院兒童醫療大樓第二會議室 (台北市中山南路 8 號地下一樓)

高雄 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室 (高雄市鳥松區大埤路 123 號)

主 席：王鶴健教授

出席人員：王鶴健教授、鄭世隆主任、林慶雄醫療長、柯信國醫師、杭良文主任、簡榮彥醫師、劉世豐主任、許超群主任、陳炯睿醫師、謝孟哲副部長

列席人員：秘書長王金洲主任、副秘書長林聖皓主任、秘書張家榕小姐、秘書盧筱婷小姐、秘書施詠瑩小姐

壹、主席報告：略

貳、討論事項：

一、中華民國藥師公會全國聯合會建議將藥師納入「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」。

說明：

擬增加參與醫療院所或醫事機構資格

(一) 第一類院所：第一類醫院

(二) 第二類院所：第二類醫院、基層診所之外，新增社區健保藥局。

(三) 第三類院所 (新增)：新增社區健保藥局。以提升民眾 COPD 用藥諮詢與醫療照護之可近性完整性。

※ 結論：

(一) 108 年 3 月 6 日健保及醫療政策工作小組已針對此提案建議為「不建議增設社區健保藥局」，原因如下：

1. 本計畫備有完善的系統建檔規劃，病患開始診斷至衛教都有完整的紀錄。對於病患來說至各大院所都可以追蹤到完整記錄。

2. 目前的分級醫療不包含社區藥局，COPD 的衛教不單純只有用藥衛教治療衛教當中，目前分級醫療品質 COPD 管理層面完全落實以及控制，故則不需要再新增社區健保藥局。

3. COPD 為一專案，需要團隊的照護系統，不適用單一藥師作業。

(二) 呼吸道疾病委員會同意健保醫療小組之決議，以不建議增設方向回函至健保署。

二、COPD & Asthma 認證課程時間規劃。

說明：

(一) 由各區負責人協助規劃。

※ 結論：

(一) COPD 因滿三年需重新訓練，故今年下半年度可由學會通知參加過的醫師們此資訊，並開放報名權限。

(二)

COPD 認證課程			
區域	日期	地點	贊助廠商
台北區	108/02/24	台北榮總	OEP
	108/05/26	台大醫院	GSK
	108/08/25	台大醫院	Novartis
	108/11/24	台北榮總	BI
北區	108/03/10	亞東醫院	BI
	108/06/16	待確認	Novartis
	108/08/04	待確認	GSK
	108/10/27	待確認	AZ
中區	108/07/21	中國醫	BI
	108/09/15	彰基	Novartis
	108/10/20	台中榮總	
	108/12/15	中山醫	OEP
南區	108/05/26	台大雲林分院	AZ
	108/08/18	嘉基	BI
	108/12/22	成大醫院	Novartis
高屏區	108/03/17	高雄榮總	BI
	108/05/26	高雄長庚	Novartis
	108/08/11	衛生福利部屏東醫院	GSK
	108/11/10	高醫附院	BI
東區	108/04/28	花蓮慈濟	OEP
	108/11 月(待確認)	待確認	GSK

Asthma 認證課程			
區域	日期	地點	贊助廠商
台北區	108/06/16	台大醫院	GSK
	108/04/28	台北榮總	OEP
	108/09/22	台大醫院	GSK
	108/12/15	台大醫院	AZ
北區	108/03/24	亞東醫院	OEP
	108/05/05	新店慈濟	AZ
	108/08/25	待確認	GSK
	108/12/15	待確認	BI
中區	108/03/17	台中永豐棧	OEP
	108/05/19	臺中亞緻飯店	AZ
	108/08/18	待確認	
	108/11/17	待確認	GSK
南區	108/07/28	成大醫院	OEP
	108/10/20	嘉基	AZ
高屏區	108/02/24	高醫附院	GSK
	108/04/21	衛生福利部屏東醫院	Novartis
	108/07/07	高雄榮總	AZ
	108/10/06	高雄長庚	OEP
東區	108/10/20	花蓮慈濟	BI
	108/12 月(待確認)	待確認	Novartis

三、COPD 指引編修進度

※ 結論：

(一) 指引工作時程規劃：

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1. 107/12/08 | COPD 指引第一次會議 |
| 2. 107/12/09-108/03/15 | 各章節小組會議 |
| 3. 108/03/16 | 期中會議 (了解給章節編修狀況與內容) |
| 4. 108/03/17-108/07/05 | 各章節小組會議 |
| 5. 108/07/06 | 期末會議 |
| 6. 108/07/07-108/08/09 | 開始審核 (組內校稿) |
| 7. 108/08/10 | 權益關係人會議 (指引設計及審核完成) |

(二) 權益關係人會議之後啟動簡明版編修

(三) 預計召開三次會議定稿

(四) 預計 2019/12 年會前完成

(五) COPD 指引推廣活動，預計於權益關係人會議之後啟動，2019 年下半年於北中南各地舉辦各一場推廣活動。

(六) 認證課程核心教材，因指引改版較多，各預計於 7-8 月編輯完後，同步啟動核心教材編修。

四、Severe asthma 進度

※ 結論：

(一) 嚴重氣喘共識會議：

1. 北區：2019/03/23 (星期六)
2. 中區：2019/03/02 (星期六)
3. 南區：2019/03/03 (星期日)
4. 待北中南召開完共識會，再次召開 Final 會議，整合各為專家之意見。

(二) Severe Asthma Casebook

1. 預計於夏季會時提供給會員
2. 發行人：林孟志理事長
 總編輯：王鶴健醫師
 執行編輯：許超群醫師
 編輯委員：林慶雄醫師、林鴻銓醫師、李岡遠醫師、鄭世隆醫師、詹明澄醫師、柯信國醫師、林聖皓醫師

3. 手冊內容規劃：

章節	主題	作者	責任編輯
1	Consensus Statement		
	Consensus definition	許超群醫師	王鶴健醫師
	Diagnostic algorithm	詹明澄醫師	王鶴健醫師
2	Clinical Cases (10-15 cases)		
	Difficult-to-treat asthma		柯信國醫師
	Severe allergic asthma		林聖皓醫師
	Severe eosinophilic asthma		林慶雄醫師
	Overlap phenotype		鄭世隆醫師
	Severe neutrophilic asthma		李岡遠醫師
	Paucigranulocytic asthma		林鴻銓醫師

由林聖皓醫師、柯信國醫師協助個案挑選

五、肺復原手冊進度

※ 結論：

(一) 工作時程規劃：

1. 108/01/13 第一次編輯會議
2. 108/04/27 期中會議 (章節內容定版，各章節會邀請 RT 加入編寫指引)
3. 108/07/20 期末會議 (開始審稿、校稿)
4. 期末會議後預計開始編撰訓練教材、規劃訓練推廣課。

(二) 各章節小組任務負責人：

章節	主題	內容	成員
第一章	肺復原的目的與組成	目的、組成內容、病患選擇、介入時機、教育及病人自我管理訓練、整合照護計畫	簡榮彥醫師
第二章	病人評估及目標設定	病人評估、生活品質、預後評估、目標設定	詹明澄醫師 林聖皓醫師
第三章	肺部呼吸治療及訓練	呼吸技巧、肺擴張訓練、柔軟訓練、日常生活節能技巧	胡漢忠醫師 陳炯睿醫師
第四章	肺部物理治療及訓練	咳痰技巧、姿位引流、拍痰、高頻振動、震動吐氣末正壓	林鴻銓醫師 王秉槐醫師
第五章	運動評估及訓練	運動測試及反應評估、處方、呼吸肌訓練、居家運動規劃	劉文德醫師 藍胃進醫師
第六章	氧氣與輔助治療	評估、氧氣治療器材、非侵入式機械換氣、負壓呼吸器	柯信國醫師 劉世豐醫師
第七章	特殊肺部疾病的肺復原方案	Asthma、Bronchiectasis、Interstitial lung disease、Lung cancer	蔡忠榮醫師 杭良文醫師

(三) 將於 108/04/13 舉辦肺復原高峰會議，邀請外賓共同參與，並採三地連線方式辦理。

六、Bronchiectasis 會議規劃

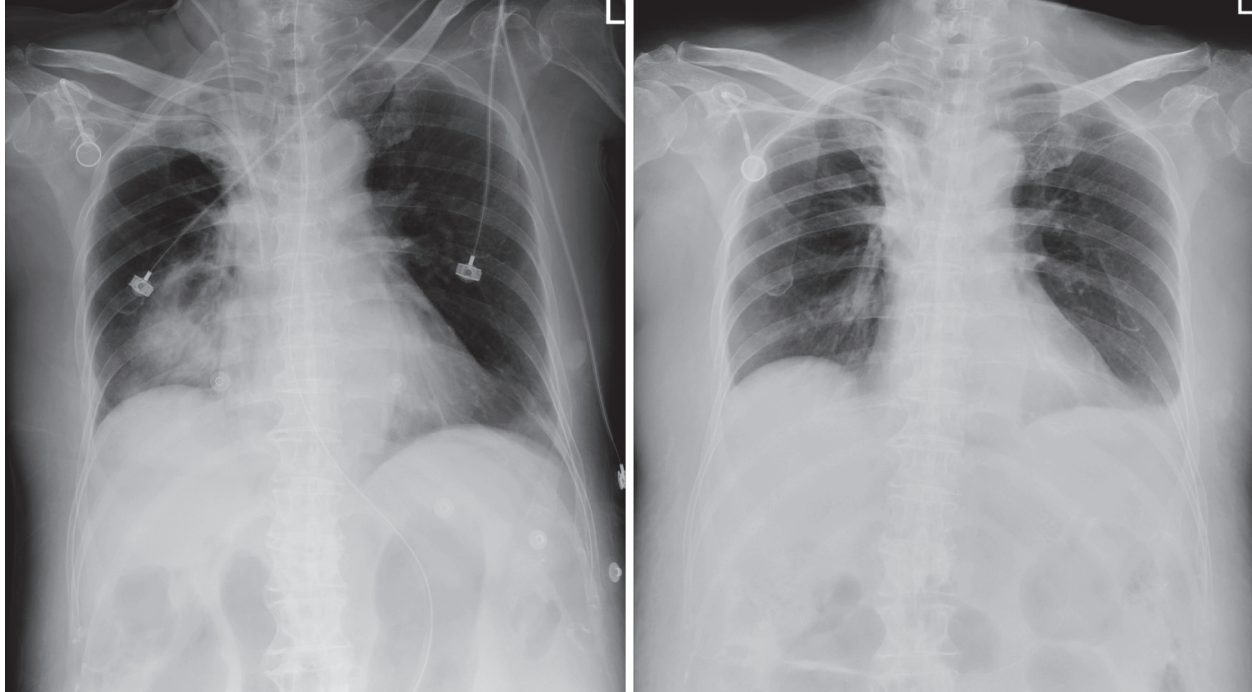
※ 結論：

(一) 議程規劃如下，預計於 108 年 7 月份辦理。

Time	Topic	Speaker	Moderator
13:30 ~ 14:00	報到		
14:00 ~ 14:10	Opening Remark		
14:10 ~ 14:50	Cutting Edge of Bronchiectasis		
14:50 ~ 15:30	Airway Impairment and Comorbidity of Bronchiectasis		
15:30 ~ 15:40	Discussion		
15:40 ~ 16:00	Break		
16:00 ~ 16:40	Pulmonary Rehabilitation for Bronchiectasis		
16:40 ~ 17:20	Pharmacologic Treatment for Bronchiectasis		
17:20 ~ 17:30	Discussion		
17:30 ~ 17:40	Closing		

散會。

胸腔暨重症案例



ICU admission

Baseline

提供：高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科 陳家閱醫師

[Case]

This 64 years old woman suffered from progressive shortness of breath for 2 days and admitted to ICU due to hypoxemic respiratory failure. The associated symptoms included productive cough without fever. She had the history of lung cancer, adenocarcinoma with brain metastasis and received loratinib and dexamethasone at OPD. The lab data was as below: WBC 8,580/uL, Band 27.2% CRP 181 mg/L, GOT 134 IU/L, GPT 104 IU/L. The renal function was normal.

醫學新知 I

Dacomitinib 在晚期非小細胞肺癌之治療

摘自：Drugs. 2019 May 8. doi: 10.1007/s40265-019-01115-y.

編譯：李玟萱醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科

上皮細胞生長因子受體抑制劑的標靶藥物開啟了晚期非小細胞肺癌治療的里程碑，至今已有許多此類型的標靶藥物可供病人臨床上使用。Dacomitinib 是第二代的不可逆上皮細胞生長因子受體抑制劑，已有一些早期階段的臨床試驗證實了它在非小細胞肺癌病人身上的療效。在近期一個第三階段的臨床試驗 ARCHER 1050 中，針對晚期非小細胞肺癌合併有上皮細胞生長因子受體基因突變且無腦部轉移的病人，每日給予 45 mg Dacomitinib 為第一線治療會比使用第一代上皮細胞生長因子受體抑制劑 Gefitinib 提供更為優秀的無惡化存活時間及整體存活期。根據一些藥物動力學的研究指出，Dacomitinib 使用劑量範圍在每天 30-60 mg 之內時，其半衰期有 59~85 小時。大多數飲食都不會影響 Dacomitinib 的吸收，若同時合併使用氫離子幫浦阻斷劑，可能會減少 Dacomitinib 的血清濃度。

目前並沒有足夠的證據證明 Dacomitinib 可以使用在化學治療失敗或是其他第一線上皮細胞生長因子受體抑制劑 (如 Gefitinib 與 Erlotinib) 治療失敗後的病人身上。此外，對於未經篩選的非小細胞肺癌病人，Dacomitinib 並沒有任何治療上的益處，其治療療效僅侷限於有上皮細胞生長因子受體基因突變的非小細胞肺癌病人。在副作用方面，相較於其他的第一代上皮細胞生長因子受體抑制劑，Dacomitinib 可能較容易有腹瀉、皮膚病變、腸胃炎及甲溝炎的發生。根據過往第三階段的臨床試驗，即使遇到第三級以上的副作用，可以減少 Dacomitinib 的使用劑量至每日 30 mg，研究證實對於療效及無惡化存活時間並沒有顯著的影響，且仍能保有良好的生活品質。

整體來說，針對有上皮細胞生長因子受體基因突變的非小細胞肺癌病人，Dacomitinib 是一個很重要的第一線治療，其建議使用劑量是口服使用每日 45 mg。只要能做好副作用的控制與處理，此類病人接受 Dacomitinib 可獲得優異的療效。

〔編譯者評論〕

非小細胞肺癌占了所有肺癌超過八成，是世界上最常見的惡性腫瘤之一。在早期，化學治療是末期肺癌的唯一治療選擇，直到第一線上皮細胞生長因素受體酪胺酸酶抑制劑 (EGFR TKI) 的標靶藥物問世，這樣的狀況因而改變。根據 NCCN 非小細胞肺癌治療指引，目前使用在有上皮細胞生長因子受體基因突變的非小細胞肺癌病人之第一線治療的標靶藥物已有 5 種，包含第一代的 Gefitinib、Erlotinib，第二代的 Afatinib、Dacomitinib 及使用在第二線也會有療效的 Osimertinib。比起傳統的化學治療，這些 EGFR TKI 可以帶來相對更優秀的療效及較少的副作用。

在過去的 ARCHER 1050 研究中，比起第一代的 EGFR TKI-Gefitinib，Dacomitinib 可以帶來相對更優秀的無惡化存活時間及整體存活期。即便針對年齡、性別、種族、日常體能狀態 (ECOG)、抽菸於否或是基因突變的位置，研究統計的結果都是 Dacomitinib 勝出，且對女性及 ECOG 分數

為 0 者有更優秀的療效。基於以上研究，讓我們在眾多可使用的第一線 EGFR TKI 中又多了新的選擇。然而，在 ARCHER 1050 中，有腦部轉移的非小細胞肺癌病人是被排除在外的，因此 Dacomitinib 對於腦部轉移的病人是否有腦內的治療反應目前仍沒有足夠的實驗證據。在針對非小細胞肺癌合併腦轉移的病人，選擇此類藥物要加倍小心。

在副作用方面，根據 ARCHER 1050，Dacomitinib 比起 Gefitinib 有相對較高的第三級副作用，包含腹瀉、甲溝炎及皮膚病變。其中有 66% 的病人因副作用需要減低藥物劑量，甚至有 78% 的病人需要暫時中斷 Dacomitinib 的治療。即便如此，根據研究指出，仍有 90% 以上的病人完成了療程，且並沒有造成生活品質的下降。因此，副作用的監測、控制與處理是使用 Dacomitinib 的一大重要課題。

隨著時代的演進，非小細胞肺癌的治療也有著飛躍性的進步。在現有的 EGFR TKI 的治療局面下，Dacomitinib 的問世無疑是提供了病人臨床治療面上更多的選擇。然而其使用上的限制性及副作用對臨床醫師來說是在做選擇時必須面對的一大挑戰。

Dacomitinib in the Management of Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer

Drugs. 2019 May 8. doi: 10.1007/s40265-019-01115-y.

Lau SCM, Batra U, Mok TSK, *et al.*

Abstract

The use of targeted therapy in the management of epidermal growth factor receptor (EGFR)-mutated non-small-cell lung cancer is an important milestone in the management of advanced lung cancer. There are several generations of EGFR tyrosine kinase inhibitors available for clinical use. Dacomitinib is a second-generation irreversible EGFR tyrosine kinase inhibitor with early-phase clinical studies showing efficacy in non-small-cell lung cancer. In the recently published ARCHER 1050 phase III study, dacomitinib given at 45 mg/day orally was superior to gefitinib, a first-generation reversible EGFR tyrosine kinase inhibitor, in improving both progression-free survival and overall survival when given as first-line therapy. There is no prospective evidence to support the use of dacomitinib as subsequent therapy in patients previously treated with chemotherapy or a first-generation EGFR tyrosine kinase inhibitor such as gefitinib and erlotinib. Dacomitinib has not demonstrated any benefit in unselected patients with non-small-cell lung cancer, and its use should be limited to those with known EGFR-sensitizing mutations. Dacomitinib is associated with increased toxicities of diarrhea, rash, stomatitis, and paronychia compared with first-generation EGFR inhibitors. Global quality of life was maintained when assessed in phase III studies. Overall, dacomitinib is an important first-line agent in EGFR-mutated non-small-cell lung cancer in otherwise fit patients whose toxicities can be well managed.

Indacaterol 和 glycopyrronium 在肺部過度充氣 (hyperinflation) 之肺阻塞 (COPD) 病患改善過度充氣 (deflation) 對心室灌流之影響：一個隨機分配安慰劑對照組雙盲實驗，在單一醫學中心的交叉試驗

摘自：Lancet Respir Med. 2018 May; 6(5): 368-378.

編譯：潘奕宏醫師 屏東東港安泰醫院 胸腔內科

背景：

肺部過度充氣 (pulmonary hyperinflation) 在肺阻塞 (COPD) 會造成左右心室舒張末期容積減少，造成罹病率和死亡率增加。長效乙二型交感神經刺激劑 (LABA) 合併長效抗膽鹼劑 (LAMA) 比定量長效抗膽鹼劑 - 吸入型類固醇 (LABA-ICS) 要能更有效減少肺部過度充氣，但雙支氣管擴張 (dual bronchodilation) 是否能夠改善心臟功能仍是未知數。

方法：

此研究在弗勞恩霍夫爾 (Fraunhofer) 毒物及環境醫學研究中心 (德國漢諾威) 進行，為一雙盲、隨機、兩階段交叉試驗、安慰劑對照組、單一醫學中心的研究 (CLAIM)。受試者是年齡大於 40 歲之肺阻塞病患，有肺部過度充氣 (定義為基礎剩餘容積 (residual volume) 大於 135% 預測值)，至少相較於每天一包菸抽了十年 (10 pack-year) 的抽菸史及氣流受阻 ($FEV_1 < 80\%$ 預測值，支氣管擴張測試後的 $FEV_1/FVC < 0.7$)。收案病患可以有穩定的心血管疾病，但有心律不整、心臟衰竭、不穩定缺血性心臟病及未受控制的高血壓者予以排除。研究隨機指派受試者 1:1 到接受每天一次 dual-bronchodilator (indacaterol 100 ug + glycopyrronium 50 ug) 吸入劑 14 天，後經過 14 天的消除 (washout)，然後進到 14 天的配對安慰劑組 (matched placebo)，或是另一組以相反順序接受同樣治療。隨機分配透過清單進行，且對病患和實驗人員隱瞞。主要試驗指標是 indacaterol-glycopyrronium 相較於安慰劑在透過磁振造影 (MRI) 所測量的左心室舒張末期容積，於第一階段的在 Day 1 和 Day 15 以及第二階段的 Day 29 和 Day 43 的影響。左心室舒張末期容積會透過體積面積 (body surface area) 校正。所有至少接受一劑研究藥物的受試者都會接受安全性評估。

結果：

從 2015 年 5 月 18 日到 2017 年 4 月 20 日，此研究隨機指派符合收案條件的 62 位受試者進入治療。30 位先接受安慰劑後使用 indacaterol-glycopyrronium 而 32 位則是先接受 indacaterol-glycopyrronium 後使用安慰劑。62 位受試者都包含在意圖治療分析 (intent-to-treat analysis) 當中。有兩位違反了 protocol，而下 60 位則納入符合計畫書分析 (per-protocol analysis)。57 位病患兩個階段的治療都有完成。經 indacaterol-glycopyrronium 後，左心室舒張末期容積從平均 55.46 mL/m²

(SD 15.89) 增加到最小平方 (least-squares) 平均 61.76 mL/m^2 (95% CI 57.68-65.84)，相較於安慰劑組從 56.42 mL/m^2 到 56.53 mL/m^2 (52.43-60.62)，((LS means treatment difference 5.23 mL/m^2 [95% CI 3.22 to 7.25; $p < 0.0001$])。最常見的不良反應在 indacaterol-glycopyrronium 組是咳嗽 (59 位中的 9 位，15%) 和喉嚨刺激 (59 位中的 7 位，12%)。在安慰劑組，最常見的不良反應是頭痛 (61 位中的 5 位，8%) 及上呼吸道感染 (61 位中的 4 位，7%)。兩位病患有嚴重的不良反應。1 位 (2%) 在接受 indacaterol-glycopyrronium 後發現子宮內膜癌，而一位在接受安慰劑後產生心肌梗塞；這兩起事件都不被認為和治療有關。沒有病患於研究中死亡。

結論：

這是第一個關於分析 LABA-LAMA 合併治療在肺部過度充氣的肺阻塞病患於心臟功能的效果上的研究。使用 indacaterol-glycopyrronium 的 dual bronchodilation 顯著地改善了藉由測量左心室舒張末期容積而得到的心臟功能。這個結果對於現階段已知肺阻塞會造成心血管功能受損的關聯性來說相當重要，可以透過早期在肺部過度充氣的肺阻塞病患中使用 dual bronchodilation 來改善這樣的現象。

〔編譯者評論〕

過去對於 dual-bronchodilator 雖然在研究中顯示有能夠改善肺阻塞病患的肺功能及症狀並降低急性惡化，但 LABA 和 LAMA 對於心臟功能是否會有不良反應仍為臨床醫師所在意。此一研究顯示了 dual-bronchodilator 在 hyperinflation 的肺阻塞病患上亦能夠改善心臟功能，提供了證據支持有 hyperinflation 的病患盡早使用 dual-bronchodilator 的益處，也減少長效型支氣管擴張劑可能造成心臟功能受損的迷思。此一研究或許能夠促進 GOLD guideline 將 dual-bronchodilator 提早在特定病人 (例如 hyperinflation) 上的使用。

Effect of lung deflation with indacaterol plus glycopyrronium on ventricular filling in patients with hyperinflation and COPD (CLAIM): a double-blind, randomised, crossover, placebo-controlled, single-centre trial

Lancet Respir Med. 2018 May; 6(5): 368-378.

Hohlfeld JM, Vogel-Claussen J, Biller H, *et al.*

Abstract

BACKGROUND:

Pulmonary hyperinflation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is associated with reduced biventricular end-diastolic volumes and increased morbidity and mortality. The combination of a long-acting β agonist (LABA) and a muscarinic antagonist (LAMA) is more effective in reducing hyperinflation than LABA-inhaled corticosteroid combination therapy but whether dual bronchodilation improves cardiac function is unknown.

METHODS:

We did a double-blind, randomised, two-period crossover, placebo-controlled, single-centre study (CLAIM) at the Fraunhofer Institute of Toxicology and Experimental Medicine (Hannover, Germany), a specialty clinic. Eligible participants were patients aged at least 40 years with COPD, pulmonary hyperinflation (defined by a baseline residual volume $>135\%$ of predicted), a smoking history of at least ten pack-years, and airflow limitation ($FEV_1 < 80\%$ predicted and post-bronchodilator FEV_1 : forced vital capacity < 0.7). Patients with stable cardiovascular disease were eligible, but those with arrhythmias, heart failure, unstable ischaemic heart disease, or uncontrolled hypertension were not. We randomly assigned participants (1:1) to either receive a combined inhaled dual bronchodilator containing the LABA indacaterol (110 μg as maleate salt) plus the LAMA glycopyrronium (50 μg as bromide salt) once per day for 14 days, followed by a 14-day washout, then a matched placebo for 14 days, or to receive the same treatments in reverse order. The randomisation was done using lists and was concealed from patients and investigators. The primary endpoint was the effect of indacaterol-glycopyrronium versus placebo on left-ventricular end-diastolic volume measured by MRI done on day 1 (visit 4) and day 15 (visit 5) in treatment period 1 and on day 29 (visit 6) and day 43 (visit 7) in treatment period 2 in the per-protocol population. Left-ventricular end-diastolic volume was indexed to body surface area. Safety was assessed in all participants who received at least one dose of the study drug. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT02442206.

RESULTS:

Between May 18, 2015, and April 20, 2017, we randomly assigned 62 eligible participants to treatment;

30 to indacaterol-glycopyrronium followed by placebo and 32 to placebo followed by indacaterol-glycopyrronium. The 62 randomly assigned patients were included in the intent-to-treat analysis. There were two protocol violations and therefore 60 were included in the per-protocol analysis. 57 patients completed both treatment periods. After indacaterol-glycopyrronium treatment, left-ventricular end-diastolic volume increased from a mean 55.46 mL/m² (SD 15.89) at baseline to a least-squares (LS) mean of 61.76 mL/m² (95% CI 57.68-65.84), compared with a change from 56.42 mL/m² at baseline (13.54) to 56.53 mL/m² (52.43-60.62) after placebo (LS means treatment difference 5.23 mL/m² [95% CI 3.22 to 7.25; *p*<0.0001]). The most common adverse events reported with indacaterol-glycopyrronium were cough (in nine patients [15%] of 59) and throat irritation (in seven [12%]). With placebo, the most common adverse events reported were headache (in five patients [8%] of 61) and upper respiratory tract infection (in four [7%]). Two patients had serious adverse events: one (2%) after indacaterol-glycopyrronium (endometrial cancer) and one (2%) after placebo (myocardial infarction); these were not thought to be treatment related. No patients died during the study.

CONCLUSIONS:

This is the first study to analyse the effect of LABA-LAMA combination therapy on cardiac function in patients with COPD and lung hyperinflation. Dual bronchodilation with indacaterol-glycopyrronium significantly improved cardiac function as measured by left-ventricular end-diastolic volume. The results are important because of the known association of cardiovascular impairment with COPD, and support the early use of dual bronchodilation in patients with COPD who show signs of pulmonary hyperinflation.

肺復原運動在支氣管擴張症的角色

摘自：Eur Respir J 2018; doi: 10.1183/13993003.01264-2018

編譯：蔡英明醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科

前言：

對於肺復原運動在支氣管擴張症患者的應用，國際上的指引多是引用由肺復原運動在肺阻塞研究和資料衍生而來。但在真實世界裡，這些支氣管擴張症患者在臨床的資料，如部分完成率或是肺復原運動反應如何，是否如肺阻塞患者一樣，在臨床上，依舊是個未知的問題。

方法：

在本研究中，利用傾向分數分配 (propensity score match)，研究組由一個肺復原呼吸訓練計劃中支氣管擴張症患者，一共連續收錄 213 人；另外，控制組為 1:1 比例，為 213 位肺阻塞患者。測試的項目肺復原運動後之完成比率、增速性折返行走測試 (ISW) 改變狀況和慢性呼吸道問卷 (chronic respiratory questionnaire, CRQ)，在兩組間的差距。

結果：

在兩組研究患者中，完成比率是相近的，都是約 74%。而增速性折返行走測試改變狀況和多數在慢性呼吸道問卷重要選項，都是可以獲得改善的；如增速性折返行走測試為 70 比 63；慢性呼吸道問卷，呼吸困難為 4.8 比 5.3，情緒 3.5 比 4.6，掌控 2.3 比 2.9； $p>0.2$ 。但在慢性呼吸道問卷-疲倦，則支氣管擴張症比肺阻塞為 2.3 比 2.9， $p=0.02$ 。

結論：

在目前的臨床環境，利用傾向分數分配方式，將患者之間的差異減少。支氣管擴張症患者相較於肺阻塞患者，在完成率和運動增加還有健康改善部分，都能達到相似的效果。這篇文章的結果支持在臨床上提供肺復原運動給予支氣管擴張症患者，可改善患者症狀。

〔編譯者評論〕

肺復原運動過去對於肺阻塞患者可改善呼吸困難、協助痰液排出、增加行走距離等好處，但對於支氣管擴張症患者易處並未被深入探討。此研究利用肺阻塞為控制組，透過傾向分數分配減少族群差異對於支氣管擴張症患者，進行分析。分析結果指出，支氣管擴張症患者接受肺復原運動後，除疲倦外，均和肺阻塞一致。此研究仍有限制，如肺復原運動種類在不同族群是否該有不同的作法，在本篇並未提及，也是未來繼續研究方向。此篇結果，仍建議在支氣管擴張症患者使用肺復原運動。

註：

傾向分數 (propensity score)：目的為消除干擾因子對於研究的影響，或讓影響減少到最小，以期達到準確估計的目的。

Chronic respiratory questionnaire (CRQ)，可參考 Thorax 1987; 42: 773-778 和 <https://qol.thoracic.org/sections/instruments/ae/pages/crq.html>

Pulmonary rehabilitation in bronchiectasis: a propensity matched study

Eur Respir J 2018; doi: 10.1183/13993003.01264-2018

Suhani Patel, Aaron D. Cole, Claire M. Nolan, *et al.*

Abstract

Introduction:

International guidelines recommend pulmonary rehabilitation (PR) for patients with bronchiectasis, supported by small trials and data extrapolated from chronic obstructive pulmonary disease (COPD). However, it is unknown whether real-life data on completion rates and response to PR are similar between patients with bronchiectasis and COPD.

Methods:

Using propensity score matching, 213 consecutive patients with bronchiectasis referred for a supervised PR programme were matched 1:1 with a control group of 213 patients with COPD. Completion rates, changes in incremental shuttle walk (ISW) and Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) with PR were compared between groups.

Results:

Completion rate was the same in both groups (74%). Improvements in ISW and most domains of CRQ with PR were similar between the bronchiectasis and COPD groups (ISW: 70 versus 63 metres; CRQ-Dyspnoea: 4.8 versus 5.3; CRQ-Emotion: 3.5 versus 4.6; CRQ-Mastery: 2.3 versus 2.9; all $p > 0.20$). However, improvements in CRQ-Fatigue with PR were greater in the COPD group (bronchiectasis: 2.1 versus COPD: 3.3; $p = 0.02$).

Conclusion:

In a real-life, propensity-matched control study, patients with bronchiectasis show similar completion rates and improvements in exercise and health status outcomes as patients with COPD. This supports the routine clinical provision of PR to patients with bronchiectasis.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：108 年 07 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)

This 64 years old woman suffered from progressive shortness of breath for 2 days and admitted to ICU due to hypoxemic respiratory failure. The associated symptoms included productive cough without fever. She had the history of lung cancer, adenocarcinoma with brain metastasis and received loratinib and dexamethasone at OPD. The lab data was as below: WBC 8,580/uL, Band 27.2% CRP 181 mg/L, GOT 134 IU/L, GPT 104 IU/L. The renal function was normal.

1. 您的診斷為何？
 - (A) Recurrent lung cancer
 - (B) Invasive pulmonary aspergillosis
 - (C) Pulmonary tuberculosis
 - (D) Sarcoidosis
 - (E) Septic emboli

選擇題：(每題 15 分)

2. 針對晚期的非小細胞肺癌病人接受 Dacomitinib 的治療，下列何者錯誤？
 - (A) 比起 Gefitinib 有更好的無惡化存活時間及整體存活期
 - (B) 建議起始劑量每日 45 mg
 - (C) 對腦轉移的病人也有實證上的療效
 - (D) 比起 Gefitinib 有較多的第三級以上副作用
3. 根據 ARCHER 1050 臨床試驗，何者非 Dacomitinib 常見之副作用？
 - (A) 腹瀉
 - (B) 肺炎
 - (C) 甲溝炎
 - (D) 皮膚病變
4. 在 CLAIM study 中，dual-bronchodilator 在肺部過度充氣 (hyperinflation) 的病人上產生的效果，下列何者為非？
 - (A) 改善 FEV₁
 - (B) 減少剩餘容積 (residual volume)

- (C) 減少左心室舒張期容積 (left-ventricular end-diastolic volume)
 (D) 不良反應和安慰劑組相比並無顯著增加
5. 在 CLAIM study 中，下列敘述何者錯誤？
 (A) Dual-bronchodilator 可以在 COPD 過度充氣 (hyperinflation) 的病人上改善心臟功能
 (B) 左心室舒張期容積 (left-ventricular end-diastolic volume) 心臟功能可透過 MRI 來測量
 (C) 此實驗亦再次證明了 COPD 過度充氣會影響心臟功能的關聯性
 (D) 此一研究限制在於樣本數少 (62 人)，接受 indacaterol-glycopyrronium 和安慰劑組病人的基本條件相異可能會造成實驗誤差
6. 肺復原運動在改善支氣管擴張症患者，使用 CRQ 來評估患者改善狀況，相較於肺阻塞患者，CRQ 中四項領域，何者具有統計學上意義改變？
 (A) 呼吸困難
 (B) 情緒
 (C) 掌控
 (D) 疲倦
7. 本文中對於肺復原運動在支氣管擴張症患者，是否建議使用？
 (A) 建議使用
 (B) 不建議使用
 (C) 中性看待

測驗回函 (2019 年 06 月第 25 期)

截止日：108 年 07 月 15 日

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

- 作答完畢後請以 E-mail 方式回覆至學會秘書處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

台北聯絡電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

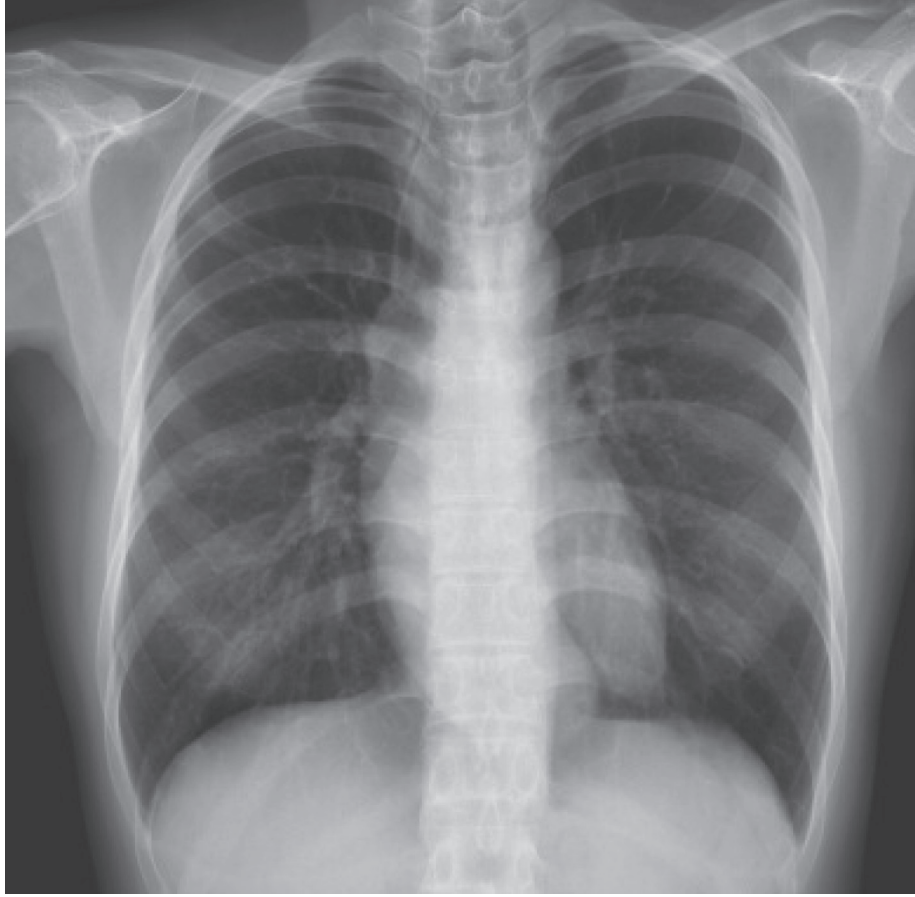


Figure 1: Chest plain film revealed mild prominent right hilar region.

提供：台中中山醫大附醫 胸腔內科 王耀東醫師

[Case]

A 28 y/o female with history of GERD complains dysphagia and postprandial vomiting for 1 year.

[Question]

1. 您的診斷為何？
 - (A) Dysphagia aortica (Dysphagia due to an Aortic Aneurysm)
 - (B) Esophageal achalasia
 - (C) Esophageal tumors
 - (D) Hiatal hernia
 - (E) Scleroderma

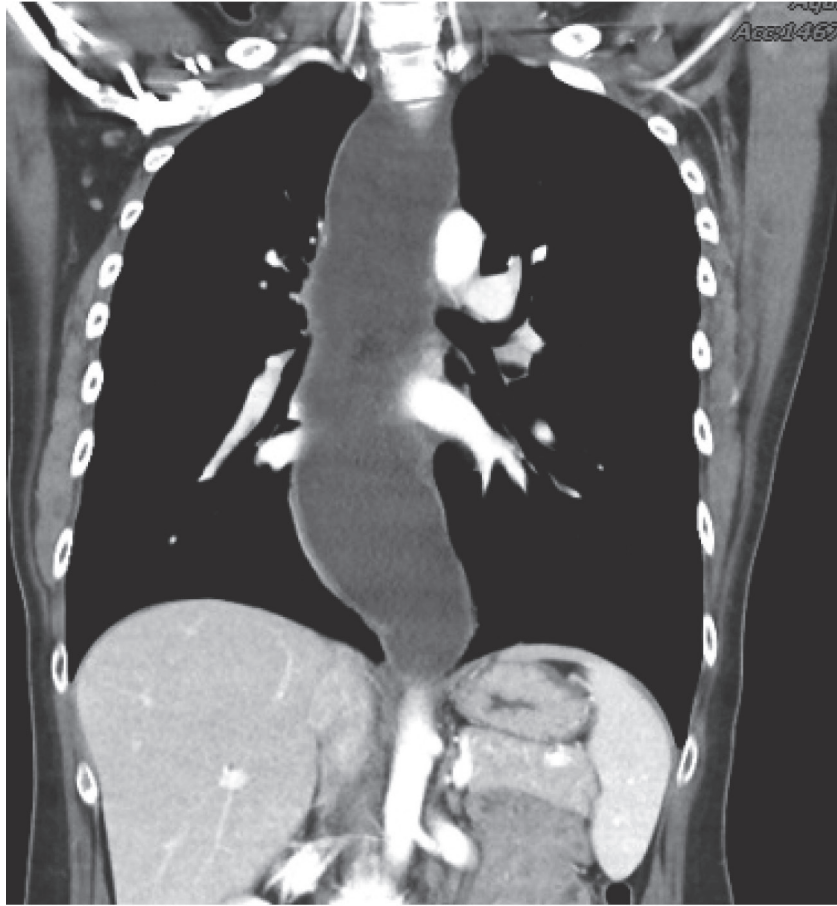


Figure 2: The chest CT demonstrated that dilatation of esophagus is noted from level of thoracic inlet extend to E-G junction, compatible with clinical diagnosis of achalasia.

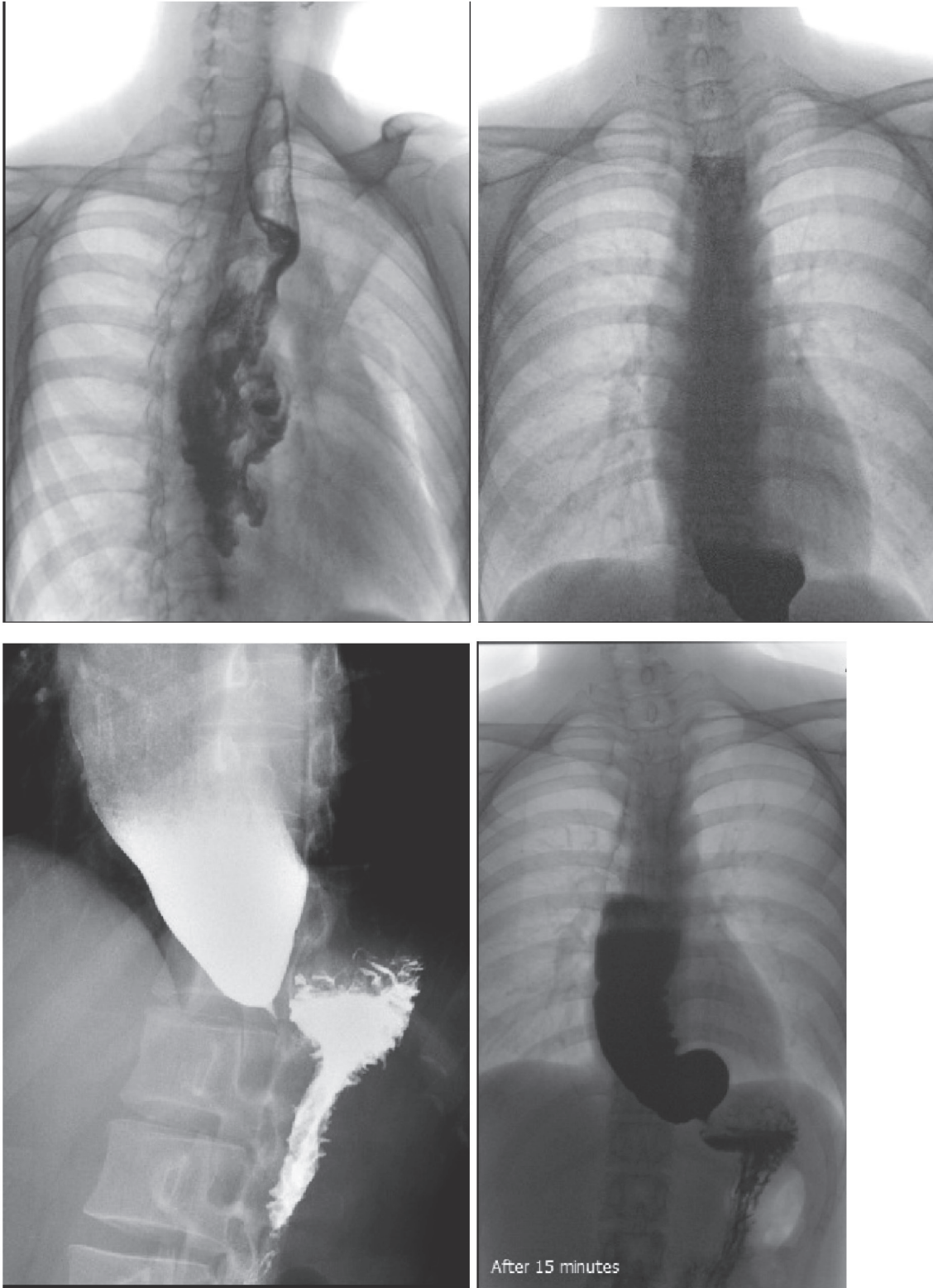


Figure 3: The esophagography showed:

1. Luminal stenosis at lower thoracic esophagus/EG junction and contrast medium stasis in the proximal dilated esophagus, achalasia is suspected.
2. Loss normal peristalsis pattern of esophagus is noted.
3. Minimal contrast medium could pass through this stricture and into the stomach.

[Answer]

(B) Esophageal achalasia

She was admitted for thoracoscopic modified Heller's esophagomyotomy. The final pathology reported mild fibrosis, esophageal muscle, myotomy. The symptoms of dysphagia and postprandial vomiting improved significantly after operation.

選擇題：

2. 對於惡性氣道阻塞 (MAO) 之處理，下列何者非支氣管鏡熱治療？

- (A) 氬氣電漿消融 (Argon plasma coagulation)
- (B) 電燒 (Electrocautery)
- (C) 金屬支架 (Metallic stent)
- (D) 光動力療法 (Photodynamic therapy)

答案 (C)

3. 下列何者為經支氣管鏡金屬支架置放可能發生之併發症？

- (A) 肉芽組織 (granulation tissue) 的產生
- (B) 上皮黏膜覆蓋 (re-epithelialisation) 造成支架困難移除
- (C) 壓迫氣管黏膜造成黏膜缺血壞死 (ischaemic mucosal necrosis)，甚至造成氣管穿孔 (perforation)
- (D) 以上皆是

答案 (D)

4. 依據 Lancet Respir Med 2018 年 11 月發表之臨床實務世代追蹤研究，肺阻塞患者，欲使用 LABA-ICS 為初始治療應以下列何組病患為佳？

- (A) Eosinophils <2%
- (B) Eosinophils >2%
- (C) Eosinophils >4%
- (D) 以上皆是

答案 (C)

5. 依上述研究，LABA-ICS 相較於 LAMA 在治療肺阻塞之結果，下列敘述何者有誤？

- (A) LABA-ICS 治療導致較高的嚴重肺炎風險
- (B) Eosinophils <2% 之患者，肺炎發生風險差異不明顯
- (C) Eosinophils >4% 之患者，肺炎發生風險差異不明顯
- (D) Eosinophils <4% 之患者，傾向使用 LAMA 為初始治療藥物

答案 (B)

6. 關於 Atezolizumab 敘述何者正確？
- (A) 抑制細胞程式死亡配體 1 (PD-L1)
 - (B) 可以增強腫瘤特異性 T 細胞
 - (C) 和化學治療結合可能有協同作用並提高治療效果
 - (D) 以上皆是

答案 (D)

7. 擴散期小細胞肺癌的第一線治療，使用化學治療卡鉑 (Carboplatin) 和依托泊苷 (Etoposide) 之外，再加上 Atezolizumab 可以產生下列何者效果？
- (A) 延長病人整體存活時間 (overall survival)
 - (B) 延長病人無惡化存活時間 (progression-free survival)
 - (C) 副作用大致上是在預期中並可處理的範圍內
 - (D) 以上皆是

答案 (D)

活動集錦

108年3月22日於中榮舉辦 X 光模擬測驗及解說



108年3月22日於台大景福館舉辦 X 光模擬測驗及解說



108年3月22日於高雄長庚醫院舉辦 X 光模擬測驗及解說



108年5月10日於台大景福館舉辦 X 光模擬測驗及解說



108年5月26日於中國醫藥大學舉辦
2019支氣管内視鏡超音波推廣及實體操作課程

