會訊

第26期
2019.08

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

理事長的話

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

會訊委刊廣告贊助回函

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)

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 108 年 8 月第 26 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
	彭忠衎 Chung-Kan Peng	黃坤崙 Kun-Lun Huang
執行編輯 Executive Editors	吳杰亮 Chieh-Liang Wu	張開明 Kai-Ming Chang
	陳世彬 Shih-Pin Chen	陳逸婷 Yi-Ting Chen
執行秘書 Executive Secretary	涂智彥 Chih-Yen Tu	
編輯顧問 Editorial Consultant	鍾飲文 Inn-Wen Chong	

學會秘書處
總會地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號 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

本期封面：108 年 6 月 22 日於宜蘭晶英酒店舉辦夏季會。封面為本會王金洲秘書長、衛生福利部何啓功政務次長、本會林孟志理事長以及張晃智副秘書長合影 (由左至右)

目　　錄

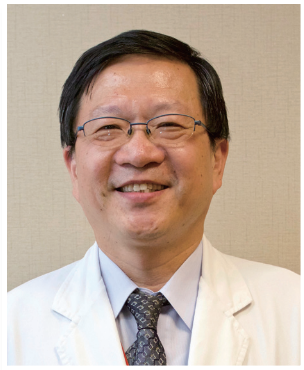
各位會員大家好，感謝大家熱烈參與在六月份舉辦的第二次夏季會，兩天議程一共有近 700 名會員報到參加。我在夏季會的報告致詞有提到本學會會員分佈狀況以在大型醫院為多，在基層診所執業的醫師只占所有會員不到 10%（129 名），這在所有臨床專科學會是非常低的比例。這群在基層診所服務的會員，雖然人數不多，仍然肩負起相當重要的病患診療照護任務，我也特別期許各委員會在安排籌劃的教育課程時也能夠兼顧到我們在基層執業的會員們的需求。此外，秘書處近期也會在學會網頁裡，將在各地執業的會員醫師診所名稱標示出來，便於讓大多數在大醫院臨床服務的會員得以跟基層診所的專科醫師做互動、轉診，達到大家相互交流的目的。

肺結核是一個我們胸重醫師日常診療碰到的重要的課題，在二、三十年前，胸腔科醫師主要診治疾病就是肺結核及肺炎，但是隨著醫藥衛生及防治工作的進步，結核病已逐漸減少，在台灣據統計每一年新發個案已減少至一萬人以下，這些防治的成果都是在醫師及國家政策配合之下達到的目標，但是非典型肺結核(NTM)日益增加卻是我們在日常臨床工作上碰到的棘手醫療問題，雖然國外已有 guideline 但在台灣我們並沒有適當的指引，對於正確診斷治療非典型肺結核的確需要有進一步的整理、教育，做為病患診療實證的依據，因此我們已委託肺感染及結核病委員會的主席黃伊文部長及委員們，將在今年下半年度展開教育及指引的制定，希望能協助醫師對於 NTM 有進一步的認識及治療的方針。

肺癌的早期篩檢診斷也是我們會員們和社會大眾非常重視的議題，低劑量電腦斷層(LDCT)已成為目前肺癌早期發現最常用的工具，不過偽陽性，輻射劑量，診斷流程，後續追蹤等等問題都沒有適當的答案，要做醫病好共享決策(SDM)不是一件容易的事。我們計劃近期能邀集各領域專家針對此一事項做進一步的工作整理，最終能協助大家順暢的面對這個挑戰。

夏日已到，炎熱的氣候挑戰大家的專注度及體能，期待各位會員能多注意身體的健康，照顧好自己的身體，也能有充份的精力、體力應付繁重的臨床工作，祝大家平安、順心。

理事長 林孟志



本期出刊日當在炎炎夏日中。有小孩的應該忙著怎麼樣安排度過酷暑，沒有暑假這種麻煩的人，也希望盡快天涼好個秋。

依照往例，首先由台中榮總吳杰亮主任提供一個重症病例。一位 78 歲的老先生因為呼吸困難和發燒被送到急診，病人有車禍病史，且胸部 X 光片有新舊雜陳的病灶，第一線醫師將如何去解析這位老先生的病情呢？

張開明醫師摘選一篇由 JAMA 刊登的前瞻性世代研究，主旨在探討阻塞性睡眠呼吸中止症與非心臟大手術術後三十天內發生心血管併發症的風險。本研究共有五個國家、八家醫院的 1,218 位病人參與。結論是重度阻塞性睡眠呼吸中止症，的確會造成接受非開心大手術的病人在手術後三十天內發生心血管併發症的風險。

中山醫學大學附設醫院陳世彬醫師摘選了一篇蠻有趣的文章。也就是目前的流行病學資料不足以告訴我們急重症病人後來可能會產生持續認知障礙的健康照護問題，但我們卻不知道潛在的可矯正的危險因子。本研究收到了 21,923 位病人們臨床數據，也得到了初步的一些結論。有一個蠻有趣的結果就是可能和某些抗生素有關係，這一點倒是值得大家再細心的注意和觀察。

花蓮慈濟醫院重症加護內科陳逸婷醫師點評一篇由 AJRCCM 登出的一篇 310 名敗血症併低血壓的成年人隨機分配的二期臨床試驗資料。探討早期給予低劑量的 norepinephrine 和 6 小時的休克控制效果有顯著相關。這篇文章雖然還需要第三期臨床實驗來進一步證明，但也提供了我們早期靜脈滴注稀釋過的低劑量 norepinephrine 的合理性和臨床上可能獲得的好處。

吐納園地由吳杰亮主任提供他個人由胸腔重症醫師的角度出發。從醫院的醫療品質角度切入，直到病人安全如何內化到一個醫院的系統中，甚至成為常規的工作項目。希望對會員有啓發的作用。

本期摘錄文章以急重症為主，感謝各位作者的支持和費盡心思的選擇不同領域的文章。也感謝大家對本刊長年的支持，敬祝大家夏日愉快、暑期平安。

主編

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
【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 7 月 28 日 (星期日) 108 年 8 月 4 日 (星期日) 108 年 8 月 18 日 (星期日) 108 年 9 月 22 日 (星期日)	【南區】台南成大 成杏校區醫學大樓一樓 第三講堂 【北區】壢新醫院 門診大樓 B1 第五會議室 【中區】中山醫學大學正心樓 0211 教室 【台北區】國立臺大醫學院第 101 講堂
阻塞性呼吸道疾病研討會「支氣管擴張症論壇」	108 年 8 月 3 日 (星期六)	國立臺大醫學院 第 304 講堂
胸重辦理，108 年胸部影像判讀繼續教育課程	108 年 7 月 28 日 (星期日) 108 年 8 月 11 日 (星期日)	【中區】中國醫藥大學附設醫院癌症中心 1 樓階梯講堂 【北區】內湖三軍總醫院 B1 第三演講廳
台灣 COPD 照護指引推廣【台灣 COPD 照護指引達人就 ! 是 ! 你 !】	108 年 8 月 24 日 (星期六) 108 年 9 月 21 日 (星期六) 108 年 10 月 5 日 (星期六)	【北區】張榮發基金會 10F 1002 【中區】台中亞緻大飯店 27F Room 1 【南區】高雄林皇宮 2F 匯悅廳
X 光病例討論會	108 年 9 月 6 日 (星期五) 108 年 10 月 25 日 (星期五)	台大景福館
胸重辦理，2019 Update of Critical Issues in the ICU	108 年 8 月 4 日 (星期日) 108 年 9 月 7 日 (星期六) 108 年 11 月 3 日 (星期日)	【南區】高醫自由大樓六樓第二講堂 【北區】台大醫院 102 講堂 【中區】台中榮總研究大樓第二會場
重症病例討論會	108 年 10 月 4 日 (星期五)	台大景福館
Central Taiwan Joint Meeting - Special Issue on Lung Cancer	108 年 10 月 19 日 (星期六)	台中林酒店 7 樓上海廳
2019 年胸腔年會暨第 17 屆第 3 次會員大會 (50 周年冬季年會)	108 年 12 月 7~8 日 (星期六 ~ 日)	高雄展覽館

※ 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
第十七屆第七次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 108 年 6 月 21 日 (星期五) PM19:00
宜蘭饗宴鐵板燒 (宜蘭縣五結鄉溪濱路二段 263 號)

壹、報告事項：

一、理事長林孟志報告：略。

二、常務監事林恒毅報告：略。

三、秘書長王金洲報告上次 108 年 3 月 22 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) 於宜蘭晶英酒店舉行。

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) 計劃議價已於 108 年 3 月 28 日完成議價，已用願以底價承作方式得標。

(二) 北、中、南三場教育訓練已於 108 年 6 月 5 日結束。

(三) 108 年 6 月 17 日有收到吹嘴的院所可啟動收案。

五、本季健保署來函：

(一) 108 年 4 月 3 日「有關貴單位申請新增修訂診療項目加護病房重症安寧同意書計 3 項，請重新審視提案資料，於發文日起 1 個月內填復申請表補正資料，未於期限內補件者予以結案，請查照。

(二) 108 年 4 月 3 日「有關貴單位新增診療項目俯臥姿通氣治療計 2 項，請於發文日起 1 個月內完成補件，未於期限內補件者予結案，請查照。

(三) 108 年 4 月 10 日「有關台灣醫院協會建議修訂全民健康保險呼吸道疾患吸入製劑給付規定表一案，詳如說明，請查照。

(四) 108 年 4 月 30 日「有關貴學會就本保險『全民健康保險氣喘醫療給付改善方案』所提建議，復請查照」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 次臨時會議紀錄，請查照。

(五) 108 年 5 月 22 日「有關台灣急救加護醫學會建議修訂麻醉劑含 propofol 成分藥品之給付規定案，請貴會於到一個月內提供修訂給付規定意見供參，請查照。

(六) 108 年 6 月 4 日「有關 107 年院所提報支付標準未列項目及 106 年代釐清之未列項目，請貴單位提供專業意見，請查照。

(七) 108 年 6 月 10 日「有關貴會建議放寬癌症免疫新藥用於非小細胞肺癌之給附規定一案，復如說明，請查照。

六、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

● 於 108 年 3 月 28 日完成輪值交接

● 「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

- 有關貴單位新增診療項目俯臥姿通氣治療計 2 項，以公文回函完成。
  A. 俯臥姿通氣治療由詹明澄醫師提報
  B. 氬氣電漿止血由涂智彥醫師提報

(三) 教育與出版委員會

(四) 公共事務工作小組

- 設置肺阻塞衛教階梯，舉辦一日肺阻塞篩檢活動，於各家醫院內一處階梯與階梯前空間作為辦理本活動之用以釋放給幾家醫院開放申請。

(五) 「胸腔醫學」雜誌編輯委員會

(六) 國際學術交流工作小組

- 107 年度首次亞太呼吸論壇，已由 GSK 協助，已與韓國、新加坡、香港，建立良好的關係，與王鶴健教授呼吸治療委員會一同合作完成。
- AP expert meeting 108 年度將於今年度繼續推行。

(七) 學術委員會

- 2019 年年會議程修訂。
- 108 年度繼續教育訓練課程時間確認。

(八) 呼吸道疾病委員會

- COPD 指引編修，107 年 12 月 8 日召開第一次編輯會議；108 年 3 月 16 召開期中會議；預計於 108 年 7 月 6 日召開期末會議；預計於 108 年 8 月 10 日召開權益關係人會議。
- 肺部復原手冊，108 年 1 月 13 日召開第一次編輯會議；108 年 4 月 27 召開期中會議；108 年 6 月 18 日召開第二次期中會議；預計於 108 年 7 月 20 日召開期末會議。
- Severe asthma casebook，進行中。
- 108 年 4 月 17 日，召開 Severe asthma consensus post meeting。
- 108 年 4 月 30 日，台北 W hotel、台中林酒店、高雄水京棧「Pulmonary Rehabilitation Summit」(三地連線)。
- 108 年 6 月 15 日，台北美福大飯店、台中亞緻大飯店、高雄福華大飯店舉辦「Post ATS Symposium」(三地連線)。
- 108 年 8 月 3 日，預計於台大醫學院舉辦「Bronchiectasis Forum」。
- 108 年 5 月 30 日前，COPD 認證課程參與人數。(附件一)。
- 108 年 5 月 30 日前，氣喘改善方案繼續教育課程參與人數。(附件一)。

(九) 肺結核病及感染委員會

- 將於夏季會或年會時進行演講，探討 fluoroquinolone 類抗生素的相關研究文獻，以及用藥時的因應作法。

(十) 肺血管及肺高壓委員會

- Flolan 使用手冊由夏季會發放。

(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

- 討論「設立冬季年會住院醫師 travel award」

(十四) 介入性支氣管內視鏡委員會

● 108 年 5 月 26 日，於中國醫藥大學舉辦「2019 年支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程」。

(十五) 睡眠醫學委員會

(十六) 肺腫瘤委員會

(十七) 肺部環境及職業醫學委員會

● 本季主要工作內容

A. 協助 Yasuo Morimoto 主席主導之 Air pollution control efforts in Asia 論文之台灣部份 (已完成)

● 空污手冊

A. 主題：空氣污染與肺部健康；共七章節。

B. 時程：目前已在排版階段，預定於空污季節前，舉辦大型研討會，公開手冊，並隨十月第 27 期會訊寄發給會員。

● 學術論文

A. 主題：Ambient air pollution and adult lung health in Taiwan

B. 時程：目前由魏裕峰、曾健華、許超群撰寫初稿，預定於 2019 年底前投出。

(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	謝 O 民	228	台南永康奇美醫院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過

※ **結論**：通過。

二、間質性肺病及罕見疾病委員會提請討論 9 月 19 日舉辦健走活動。

說明：IPF day (9/19)：走一走健走活動。

(一) 除了 IPF 與 19 日的外型相似外，也有取「919」會喘 =「走一走」會喘的諧音，希望透過症狀更加強與 IPF 的連結。

(二) 9 月 19 日為星期四，將另選周末日期進行健走活動，將規劃一個記者會與健走活動。

※ **結論**：通過，地點預計大安森林公園舉辦，由百靈佳協辦。

三、重症醫學委員會提請討論「設立冬季年會住院醫師 travel award」。

說明：為鼓勵本會準會員從事胸腔醫學相關研究並積極參與年會活動，以提升其研究動機與學術能力，故設立“胸腔年會 fellow travel award”。補助對象為以第一作者名義發表 poster、或進行 oral presentation 之本會準會員，經年會籌備委員會審核得獎者，於年會前通知，並於大會註冊報到時領取獎金與獎狀 (未親自出席年會發表論文者不予敘獎)。建議每位得獎者補助 5,000 元，每年以十名為上限。

※ **結論**：唯獎項名稱需再斟酌，其餘通過。

四、台灣主辦第 10 屆亞太氣管鏡年會 (2023 年，每 2 年辦理 1 次會議)。

說明：第 16 屆第 12 次理監事會議決議通過，由第 17 屆第 6 次理監事會議追認。

※ **結論**：通過，2023 年第 10 屆亞太氣管鏡年會由本會承接辦理。

五、International Membership Contract (ERS) (附件二)

(一) The European Respiratory Society (ERS) and Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine (TSPCCM)

(二) ERS 會員加入辦法報名費 50 歐元，補助 50 名會員，每位補助 30 歐元。

(三) Purpose: The purpose of the IMC is to accord the status of National Specialist Society Member of the ERS to TSPCCM and to set the provisions of this agreement.

(四) This grants full ERS institutional membership rights to TSPCCM and full benefits of ERS individual membership to all eligible TSPCCM members.

(五) 備註：以兩年優先。

※ **結論**：通過。

參、臨時動議：

※ 胸腔醫學雜誌改版日為 1 月 1 日起算。

※ 胸腔醫學雜誌，未來規劃，每一期預計：6 篇 original paper，2 篇 case report，1 篇 invited review article，下一次開會延續討論。

肆、下次會議時間、地點

※ 9 月 20 日 (五)，暫定台中。

散會

(附件一)

健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程

日期/地點	報名人數	實際參與人數					
		內科	家庭醫學	兒科	耳鼻喉科	胸重	合計
108.02.24 (日) 高雄醫學大學附設中和紀念醫院自由大樓 6 樓第二講堂	65	25	8	12	18	21	56
108.03.17 (日) 永豐棧酒店 3 樓劍橋廳	87	24	8	29	4	13	72
108.03.24 (日) 亞東紀念醫院十樓第二教室	149	29	47	46	14	12	109
108.04.21 (日) 部立屏東醫院	15	6	6	1	0	2	12
108.04.28 (日) 臺北榮總致德樓第四會議室	119	23	23	28	11	9	100
108.05.15 (日) 新店慈濟醫院一樓國際會議中心	62	23	10	12	1	21	35
108.05.19 (日) 台中亞緻飯店 27 樓宴會廳 Room 1+2	96	23	38	36	8	15	84

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案資格認證教育訓練課程

日期/地點	醫師		呼吸治療師		個案管理師		藥師		報名總人數	後測通過總人數	取得證書占比
	報名人數	通過後測人數	報名人數	通過後測人數	報名人數	通過後測人數	報名人數	通過後測人數			
108.02.24 (日) 臺北榮總致德樓 第四會議室	人數不足取消										
108.03.10 (日) 亞東紀念醫院 十樓第二教室	12	11	3	3	6	5	1	1	22	20	91%
108.03.17 (日) 高雄榮民總醫院 第十一會議室	1	0	2	2	47	31	10	9	60	42	70%
108.04.28 (日) 花蓮慈濟	人數不足取消										
108.05.26 (日) 雲林台大斗六院區 急診大樓六樓學術講堂	9	7	31	27	14	8	4	3	54	45	83%
108.05.26 (日) 國立臺大醫學院 第 302 講堂	40	28	91	70	22	20	20	17	173	135	78%
108.05.26 (日) 高雄長庚紀念醫院 兒童大樓 6 樓國際會議廳藍廳	7	7	57	52	16	10	5	2	85	71	84%

（附件二）

International Membership Contract

Between
The European Respiratory Society (ERS)
and
Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine (TSPCCM)

Definitions

In this Contract, the following terms have these meanings:

"ERS" means the European Respiratory Society
"TSPCCM" means the National Congress of **Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine**
"ERS Constitution and Bylaws" means the Constitution and Bylaws of the ERS
"ERS Congress" means the annual International Congress of the ERS
"IMC" means the International Membership Contract
"Eligible Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine members" means those TSPCCM members who:

1) are in good standing (i.e. are not in arrears with their membership dues);
2) explicitly accept the offer to become members of ERS under the terms of this Agreement;
3) who maintain their TSPCCM membership for the duration of the ERS membership.

"ERS Institutional Membership fee" means the annual fee to be paid by eligible TSPCCM members.
"Lump Sum" means the total amount of ERS Institutional Membership fees collected by TSPCCM from TSPCCM members.

1. **Purpose**

The purpose of the IMC is to accord the status of National Specialist Society Member of the ERS to TSPCCM and to set the provisions of this agreement.
This grants full ERS institutional membership rights to TSPCCM and full benefits of ERS individual membership to all eligible TSPCCM members.

2. **Obligations of the ERS**

2.1. ERS will grant all eligible members of Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine, as described in section 1 (above) the following membership benefits:

a. The ERS will provide electronic access to the European Respiratory Journal (ERJ) to all eligible TSPCCM members, except ERS Congress Abstracts and Proceedings supplements of the ERJ, which will be distributed to Congress attendees only. ERS reserves the right to change the format of the ERJ to "open access", if needed.

b. The ERS will distribute the ERS Weekly Newsletter to all eligible TSPCCM members.

c. The ERS will provide electronic access to the European Respiratory Review (ERR), Breathe (both currently open access), and the Monograph to all eligible TSPCCM members.

d. The ERS will offer all its publications in printed form to all interested eligible members of TSPCCM at a special discounted price.

e. The ERS and TSPCCM will proactively co-operate to offer all eligible TSPCCM members preferential access to ERS Educational Services online and Events, as well as endorsement of TSPCCM's educational activities, where applicable.

f. All eligible TSPCCM members may participate in the constitutional meetings of the ERS and may vote. They are eligible for election to office up to Assembly Head without any residence restriction and eligible for any office position up to ERS Presidency, provided they have their main residence in Europe, according to ERS Constitution and Bylaws in its last approved version.

g. All eligible TSPCCM members are accorded all rights and privileges as detailed in the ERS Constitution and Bylaws always in its last approved version.

h. Officers of the Executive Committee, members of Governance bodies and all eligible members of TSPCCM, provided they qualify and they apply for it, duly endorsed by TSPCCM, will be considered for election in the prestigious Fellow of ERS programme (FERS).

2.2. Reciprocate participation at congress

The ERS will encourage reciprocate participation at congress as follows:

a. Participation of eligible TSPCCM members at the scientific programme of ERS Congress will be proactively encouraged by both ERS and TSPCCM.

b. Participation of ERS international members at the scientific programme of the TSPCCM National Congress will be proactively encouraged by both TSPCCM and ERS.

3. Obligations of TSPCCM

a. TSPCCM expressly declares not to have any members from the tobacco industry.

b. A letter jointly signed by the President and the Secretary General of the ERS and TSPCCM will be sent by TSPCCM to the TSPCCM members presenting the ERS Membership programme and its benefits providing TSPCCM members with the possibility to opt in the ERS Membership programme.

c. TSPCCM will collect the ERS Institutional Membership Fee on behalf of ERS from all eligible TSPCCM members.

d. TSPCCM will forward the Lump Sum annually to the ERS for the duration of the IMC. Payment of the Lump Sum shall be made within thirty (30) days of the receipt of the ERS invoice.

e. In order to ensure that all eligible TSPCCM members receive materials and all communication relative to ERS membership, TSPCCM will provide ERS with the contact details of all TSPCCM members who explicitly accepted to join the ERS. In accordance with the legislation in the Taiwan, this information will be updated every twelve (12) months during the term of this IMC.

f. TSPCCM will make sure that all contacts are informed about this transfer and have given their explicit consent. TSPCCM shall not be required to transfer data of any TSPCCM member who fails to provide such consent.

g. ERS will make sure to use the TSPCCM contact data only for the purposes as included in this IMC, always strictly abiding by the Data Confidentiality Law of Switzerland and the Taiwan.

h. TSPCCM will abide by the Constitution and Bylaws of the ERS always in its last approved version, in so far as these refer and relate to the terms of this IMC.

i. TSPCCM has the same restrictions in its bylaws regarding contact with Tobacco companies or Tobacco industry, therefore TSPCCM and ERS agree that any TSPCCM member who has been in contact with the tobacco industry and companies within the last 10 years will be expelled from ERS membership. It is also agreed that TSPCCM is not expected to carry out individual checks of its members but in the event of uncovering such information, TSPCCM will inform ERS.

4. Enforcement of the General Data Protection Regulation (GDPR)

In line with the GDPR, TSPCCM and ERS agree that the transfer of personal data under the scope of this IMC takes place on a legitimate basis, and that the TSPCCM has a lawful basis as well as the explicit consent from the designated TSPCCM members to transfer these personal data to a third party outside of the EEA, that third party being the ERS.
ERS confirms to the TSPCCM that the ERS has taken the appropriate technical measures and organisational measures to secure and guarantee the usage of the personal data provided by the TSPCCM in the scope of the GDPR regulations.

ERS EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY
every breath counts

5. Institutional Membership Fee and Calculation of the Lump Sum

a. A reduced ERS Institutional Membership fee of twenty (20) EUR in 2019 and then (30) EUR from 2020 onwards, and will be charged for each TSPCCM member who wish to become members of ERS in the first two (2) years of this IMC. TSPCCM is responsible for collecting of fees and payment to ERS.

b. Senior members of sixty-five (65) years of age and over will be granted complimentary ERS membership on an annual basis during the term of this IMC.

c. Total Lump Sum to be transferred annually to ERS by TSPCCM: EUR 20 x N (number of eligible TSPCCM Members who explicitly accept the ERS Membership offer who are < 65 years of age).

d. The current number of TSPCCM members fixed at signature of this Agreement are ca. **{insert numerical value}** total members, of whom ca. **{insert numerical value}** are ≥ 65 years old. This sum will be updated annually, by agreement between the parties in accordance with the terms of this Agreement.

e. ERS reserves the right to increase the Institutional Membership and will inform TSPCCM accordingly of any raise.

6. Individual Membership Fees for Non- Members of TSPCCM

The official Individual Membership Fee of ERS for non-members of TSPCCM, eligible to become members of TSPCCM, shall not be less than five (5) times the Institutional Membership Fee for TSPCCM members.
The ERS Institutional Membership Fee will apply to Non-Members of TSPCCM, not eligible to become members of TSPCCM but eligible to become members of ERS.

7. Compensation to TSPCCM current members of ERS

Members of TSPCCM, who are currently members of ERS at the closing date of this IMC, and with membership fees paid to ERS still valid for more than twelve (12) months will be entitled to full compensation of the remaining paid period in the form of a proportional voucher to be used for selected ERS activities.

8. Participation of TSPCCM in the Council and in the Conference of European Respiratory Societies (CERS)

ERS will grant TSPCCM a seat as an observer without voting rights in the Council and in the Conference of European Respiratory Societies (CERS)

EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY
every breath counts

9. Term of the IMC

a. This contract takes effect upon signature by both parties.

b. The initial term of this contract is for two (2) years, and shall be deemed to have commenced on dd/mm/yyyy, tacitly extending year on year afterwards unless notice is given six (6) months prior to the renewal date by either party.

10. Amendment or changes

Amendments or changes to this IMC shall be made in writing and signed by the duly authorised representatives of ERS and TSPCCM.

11. Legal framework

All disputes by the parties, relating to the interpretation and implementation of this IMC and/or any of its clauses will be solved in a friendly and collegial manner directly between the Leadership of both parties at President/Secretary General level.

For all formal legal issues and eventual need of arbitration, the Courts of Law in Lausanne, Vaud Canton, Switzerland, will be competent as well as the Courts of Law in Taiwan where applicable.

Prof. Tobias Welte ERS President	{insert title_first name_last name} TSPCCM President
.... Signature	.... Signature
Prof. Carlos Robalo ERS Secretary General	{insert title_first name_last name} TSPCCM Secretary General
.... Signature	.... Signature

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 3 月 28 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：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 (民國 108 年 1 月 17 日)

三、會務報告

(一) 重症聯甄學分認證課程

說明：自 107 年 6 月 1 日至 108 年 06 月 22 日，共舉辦 56 場，合計 379 學分。

	北		中		南		東		合計	
承辦學會	場次	積分	場次	積分	場次	積分	場次	積分	場次	積分
胸重	4	34	5	34	1	8	1	4	11	80
重症	4	28	1	8	3	26			8	62
急加	10	75	10	60	10	67	2	7	32	209
外科	1	10							1	10
心臟	2	10			1	4			3	14
麻醉	1	4							1	4
合計	22	161	16	102	15	105	3	11	56	379

※ **結論：**通過。

(二) 委員會、專科醫師考試等各項會務 (自 107 年 3 月 22 日至 108 年 3 月 28 日)

說明：

日期	地點	活動內容
107/03/22 (四)	臺大醫院東址四樓麻醉部會議室	聯甄重症醫學專科醫師聯合甄審委員會暨交接會議
107/07/17 (二)	台大景福館 B1 會議室	107 年重症醫學核心教育課程籌備會會議記錄
107/07/27 (四)	台大醫院東址二樓第四會議室	聯甄重症醫學專科醫師聯合甄審委員會議
107/09/02 (日)	台大醫學院 501 講堂	107 年度重症醫學核心課程 (一)
107/09/08 (六)	台大醫學院 501 講堂	107 年度重症醫學核心課程 (二)
107/09/09 (日)	台大醫學院 501 講堂	107 年度重症醫學核心課程 (三)
107/11/01 (四)	臺大醫院兒童醫療大樓第一會議室	聯甄重症醫學專科醫師聯合甄審委員會議

107/11/17 (六)	台大醫學院 501 講堂	107 年度重症醫學專科醫師甄試筆試 (胸重醫學會承辦)
107/11/21 (三)	台北基督教女青年會 YWCA 四樓 R402 室	107 年度重症醫學專科醫師甄試口試委員會議
107/11/27 (二)	臺大醫院兒童醫療大樓第一會議室	107 年度重症醫學專科醫師甄試筆試委員會議
107/12/22 (六)	臺大醫院三西內科診間	107 年度重症醫學專科醫師甄試口試 (重症醫學會承辦)
108/01/17 (四)	臺大醫院兒童醫療大樓第一會議室	聯甄重症醫學專科醫師聯合甄審委員會議
108/03/28 (四)	臺大醫院兒童醫療大樓第一會議室	聯甄重症醫學專科醫師聯合甄審委員會暨交接會議

※ **結論**：通過。

(三) 「107 年重症醫學專科醫師聯合甄試」

說明：整體通過率 88.61%，聯甄證號新增 03126-03180，共 55 位專科醫師。

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。

四、財務報告

107 重症委員會相關經費收支表，輪值學會製表並依規定之分攤比例計算。

※ **結論**：通過，請胸重醫學會會後與各學會祕書處聯繫。

五、討論事項

(一) 審查「聯甄重症專科指導醫師」申請案，共 1 位

提案學會：中華民國急救加護醫學會 (1 位)。

說明：

序號	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滿三年(有/無)	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)	具部定講師以上(教師等級/證號/年資起計日)	收件學會初審結果
1	02858	王O怡	2016/01/01	2021/12/31	有	Red blood cell distribution width is associated with mortality in elderly patients with sepsis	講字第 142983 號年資起計日：105/3/1	合格

※ **結論**：通過，核發聯甄重症指導醫師證號 1195。

(二) 審查「聯甄重症專科醫師證書」45 位展延，1 位換證。

提案學會：中華民國重症醫學會 (29 位展延)、台灣麻醉醫學會 (1 位換證)、台灣胸腔暨重症加護醫學會 (16 位展延)。

說明：一共提報 46 人。

※ **結論**：

1. 此次申請之展延、換證 (序號 030、鄭 O 鈞，核發聯甄證號 03181) 皆通過。唯序號 002、003、004 (謝 0 昭，證號 00188、陳 O 忠，證號 00402、周 0 華，證號 01119)，原證書起訖日為 102 年 6 月 1 日至 108 年 5 月 31 日，新證書訖日延長至 114 年 12 月 31 日，爾後其他換證者也將比照辦理，證書效期皆自動延長至到期年度之 12 月 31 日。
2. 未來「聯甄重症專科醫師證書」訖日皆統一為到期年度之 12 月 31 日，每年年底聯合甄審委員會進行展延、換證審查。日後證書之展延、換證，統一由輪值學會於每年六月公告通知各學會秘書處同時發出證書到期通知。由各學會將換證申請資料收齊後提交由輪值學會統整，於年底前季會中提案審核。

(三) 林 O 弘醫師申請延長積分累計的時間。

提案學會：台灣外科醫學會

說明：林醫師重症醫學專科醫師證書到期日為民國 108 年 12 月 31 日。自 107 年 1 月 1 日出國進修，預計於 110 年 11 月回國，致使積分累計不足，擬申請延期辦理證書展延申請。

※ **結論**：通過，請台灣外科醫學會通知林醫師於回國後 1 年內補齊積分，但換證後證書效期不展延 (109.1.1~115.12.31)。

貳、臨時動議：無。

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：民國 108 年 4 月 2 日 (二)
台北 - 台大醫院東址第三會議室
高雄 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室
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：許超群主任、蘇一峰醫師、傅彬貴醫師、曾健華醫師、黃明賢教授、王金洲主任
列席人員：副秘書長魏裕峰主任、秘書張家榕小姐、秘書盧筱婷小姐
請假人員：余忠仁副院長、王金洲主任

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

貳、討論事項：

一、空污手冊撰寫編輯事宜

(一) 手冊目錄編排：

理事長序　林孟志理事長
推薦序　陳育民主任、余忠仁副院長、黃明賢教授
編輯序　許超群主任
目錄
第一章、空氣
第二章、汙染是甚麼　曾健華醫師
第三章、如何看懂空氣汙染指標　曾健華醫師
第四章、空氣汙染如何危害人體健康　傅彬貴醫師
第五章、空氣汙染與成人氣喘　蘇一峰醫師
第六章、空氣汙染與肺阻塞　傅彬貴醫師
第七章、空氣汙染與肺癌　魏裕峰醫師
第八章、如何減少空氣汙染之危害　蘇一峰醫師

(二) 手冊作業相關時程規劃：

1. 108/04/15 前完成初稿修改。
2. 108/04/30 定稿 (最遲 5 月中前)。
3. 108/06/30 完成印刷與上線，預定於 108 年夏季會時發給所有會員。

(三) 初稿修改建議：

1. 序需修訂。
2. 封面修改。
3. 圖表統一：圖表上方需有圖表序號和標題，文字註解置於圖表下方，若有資料來源

則放最後。

4. 結論改為條列式。

5. 單位統一以英文呈現 (特別單位的再備註中文)。

二、Review Article

(一) 上次會議決議以委員會名義投稿一篇 Review Article。

1. 主題：暫定為 Ambient air pollution and adult lung health in Taiwan

2. 內容：

A. Introduction

B. Air pollution monitoring in Taiwan

C. Air pollution and asthma

D. Air pollution and COPD

E. Air pollution and lung cancer

F. Clean air efforts in Taiwan

G. Conclusions and future prospects

3. 相關作業預定時程：目前由魏裕峰、曾健華及許超群三位醫師撰寫初稿，完成後會請所有委員一起修改。

三、委員會未來工作方向

決議：年底是否舉辦大型空污研討會及是否於空污後將委員會的工作方向調整為戒菸相關議題，將請示理事長，並於下次會議討論。

參、臨時動議：

決議：下次開會時間，六月調查。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
肺血管及肺高壓委員會會議記錄

日期地點：民國 108 年 4 月 9 日 (星期二) 下午 6 點 30 分
台大醫院東址第二會議室 (台北市中山南路 7 號二樓) 高雄長庚醫院高雄辦公室
主　　席：徐紹勛醫師

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

二、確認上次會議記錄：略

貳、會務報告：

一、全國 CTEPH 登錄計畫進度報告

說明：

(一) 全國 CTEPH 登錄計畫目前已經收案 90 位病患 (台大 46 位，振興 18 位，馬偕 12 位，中國附醫 1 位，成大 4 位，高榮 9 位)，目前六家醫學中心都已經開始收案。

(二) 討論各家醫院執行計畫之困難，及試驗偏差之提醒與通報相關醫院之 IRB 。

(三) 迄今各醫院申請使用本學會的 Taiwan CTEPH Registry 登錄資料：

1. 中國附醫廖偉志醫師申請用於 2018 年 11 月 30 日 2018 APSR 國際演講。
2. 台大徐紹勛醫師申請用於 2019 年 3 月 23 日 PH diagnosis experts workshop 國內演講。
3. 振興醫院陶啟偉主任申請用於 2019 年 8 月 4 日 APAC PH Forum 國際演講。

(四) 預計委派一位委員 (名單待議)，將 Taiwan CTEPH Registry 登錄計畫成果投稿於越南河內舉行的 2019 APSR。

※ **結論：**通過。

二、編撰發行肺高壓教育手冊

說明：

(一) Flolan 使用手冊已經完稿，將付梓印刷，預計於六月份的夏季會發送給各會員與有需求之醫院及醫護同仁，Flolan 使用手冊電子檔會一併留存於學會。

※ **結論：**通過。

三、2019 年 12 月學會年會之講題討論

說明：

(一) 本學會 2019 年之年會將於 12 月 7 日 ~8 日假高雄舉辦，本委員會於 2019-12-08 (星期日) 早上 08:40~09:20 有一個會議時段。目前有 3 位國外演講者人選，我們會先詢問其時間及意願，再於今年 6 月會議時跟各委員報告。

※ **結論：**後續再由學會統一發出邀請函。

參、臨時動議：

說明：

一、預計發行 6th World Symposium on Pulmonary Hypertension 之會議記錄 (meeting minutes)，請各位委員協助編修中英文對照，於 5 月底前完成校正，預計於今年 12 月冬季會發行。

(一) 各委員負責編修章節分配如下表所述，我們也會邀請相關領域的肺高壓專家，一起參與編修。

	英文名稱/中文名稱	中文頁數 (不含參考資料)	編修人員
E01	Editorial – An overview of the 6th WSPH_ERJ Dec 14 2018 第六屆世界肺高壓專題研討會概要	4	劉景隆 (E01+S04, 共 15 頁)
S01	Pathology and pathobiology of PH_ERJ Dec 13 2018 肺高壓之病理學與病理生物學：最新資訊及研究觀點	11	台大 病理部 黃彥霖
S02	Genetics & genomics of PAH_ERJ Dec 13 2018 肺動脈高壓的遺傳學與基因體學	8	廖信閔 (S02+S13, 共 20 頁)
S03	Pathophysio of RV in PH 肺高壓中右心室及肺循環的病理生理學：最新見解	10	成大 CV 許志新
S04	Haemodynamic definitions and updated clinical classification of PH_ERJ Dec 13 2018 肺高壓的血液動力學定義及最新臨床分類	11	劉景隆
S05	Diagnosis of PH_ERJ Dec 13 2018 肺高壓的診斷	9	廖偉志 (S05+S11, 共 17 頁)
S06	Risk stratification and medical therapy of PAH_Galie_ERJ Dec 13 2018 肺動脈高壓的風險分層與內科療法	9	徐紹勛 (S05+S06, 共 19 頁)
S07	Intensive care – RV support & lung tranplant in PH pt_ERJ Dec 13 2018 肺高壓患者的重症加護治療、右心室支持療法及肺臟移植	10	徐紹勛
S08	Clinical trial design & new therapy for PAH_ERJ Dec 13 2018 肺動脈高壓的臨床試驗設計與新療法	14	郭炳宏
S09	PH due to left heart disease_ERJ dec 13 2018 因左心疾病而引起的肺高壓	10	台大 CV 林彥宏
S10	PH in chronic lung disease & hypoxia_ERJ Dec 13 2018 慢性肺病與缺氧中的肺高壓	12	陶啟偉
S11	CTEPH_Nick Kim_ERJ Dec 13 2018 慢性血栓栓塞肺高壓	8	廖偉志
S12	Pediatric PAH-definition classification diagnostic mgt_ERS Dec 13 2018 小兒肺動脈高血壓：更新定義、分類、診斷與處置	14	台大 兒心 邱舜南
S13	The importance of pt perspective in PH_ERJ Dec 13 2018 患者觀點在肺高壓的重要性	12	廖信閔

(二) 此本專書後續由學會出刊時，會依學會建議的書本規格印製。

※ **結論**：通過。

二、下次開會時間：本委員會下次會議預計 2019-06-22 下午假宜蘭晶英酒店舉行，詳細的開會地點與時間會再請學會秘書通知大家

散會

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 4 月 9 日 (星期二)
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、詹明澄主任
列席人員：副秘書長胡漢忠、秘書施詠瑩

壹、會議議程：
一、主席報告：略

貳、討論事項：
一、討論冬季年會重症醫學 & 安寧緩和議題
說明：
(一) 冬季年會於 108 年 12 月 7 日至 12 月 8 日於高雄展覽館舉行，重症醫學 & 安寧緩和主題分配到 3 section (於 12 月 7 日)。
(二) 理事長推薦外賓與預訂講題為 Basil J Petrof, MD、Diaphragm Weakness in the Critically Ill: Basic Mechanisms Reveal Therapeutic Opportunities。
※ **結論：**3 個 section 的題目 (暫定) 與講者分別為
(一) Diaphragm Weakness in the Critically Ill: Basic Mechanisms Reveal Therapeutic Opportunities、Basil J Petrof, MD。
(二) Ventilator strategy in patients with ECMO、講者外賓 Eddy Fan 待確認 (或高國晉副部長)。
(三) How to make your patient comfortable and awake in ICU、古世基主任。
二、討論設立冬季年會住院醫師 travel award
說明：補助住宿與交通費 (例如 NT$5,000-10,000)
※ **結論：**為鼓勵本會準會員從事胸腔醫學相關研究並積極參與年會活動，以提升其研究動機與學術能力，故設立“胸腔年會 fellow travel award”。補助對象為以第一作者名義發表 poster、或進行 oral presentation 之本會準會員，經年會籌備委員會審核得獎者，於年會前通知，並於大會註冊報到時領取獎金與獎狀 (未親自出席年會發表論文者不予敘獎)。建議每位得獎者補助 5,000 元，每年以十名為上限。
三、關於如何增加新進醫師選擇重症專科的誘因
說明：上次會議討論結論為區域醫院層級以上之內科 R1-R3，經由該院胸腔內科主管推薦造冊，可以免報名費參加胸重醫學會之年會活動，相關條文細節於此次會議擬定。
※ **結論：**相關辦法如下
(一) 為鼓勵內科住院醫師 R1-R3 參與胸重醫學會之年會活動，特設立免報名費參加胸重醫

學會年會之辦法。

(二) 每年年會前由學會發函至各區域醫院與醫學中心之胸腔內科主管，請其邀請該院具潛力之內科住院醫師與會。

(三) 各區域醫院與醫學中心受推薦之內科住院醫師，經該院胸腔內科主管造冊後統一向學會報名。

(四) 受推薦之內科住院醫師參與本會年會，其所有權益比照本會準會員辦理。

參、臨時動議：無

下次開會時間：108 年 7 月 11 日 (星期四)，下午 6:30

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
教育與出版委員會會議記錄

日期地點：民國 108 年 04 月 10 日 (星期三) 下午 6:30
台中高鐵站高鐵食堂會議室 2F (台中市烏日區站區二路 8 號)
視訊：台大醫院東址院區第四會議室 (台北市中山南路 7 號)
主　　席：教育與出版委員會召集委員夏德椿主任
出席人員：夏德椿主任、余明治副院長、吳杰亮主任、施金元主任、陳鴻仁主任、陳濘宏主任
列席人員：執行秘書涂智彥主任、余智惠小姐

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、年度會訊 (第 25~30 期) 學術專欄工作分配

會訊	負責委員	醫學新知 I	醫學新知 II	醫學新知 III
108 年 6 月 (第 25 期)	洪仁宇醫師 (南區)	Air way	Lung cancer	RT
108 年 8 月 (第 26 期)	吳杰亮醫師 (中區)	Critical care	Sleep	Infection
108 年 10 月 (第 27 期)	施金元醫師 (北區)	Lung cancer	IPF	Air way
108 年 12 月 (第 28 期)	涂智彥醫師 (中區)	Air way	IPF	TB
109 年 2 月 (第 29 期)	陳濘宏醫師 (北區)	Sleep	Critical care	Air way
109 年 4 月 (第 30 期)	林慶雄醫師 (中區)	Air way	Interventional pulmonology	Lung cancer

(一) 每期的會訊將安排 1 位主要負責的委員提供 1 篇胸腔暨重症案例、3 篇醫學新知導讀和 7 題通訊繼續教育考題 (選擇題) 以及 1 篇吐納園地文章。

(二) 吐納園地文章由當期負責的委員決定本期是否刊登。若需刊登，則其文章之型態和字數將不受限制。

(三) 吐納園地文章將開放所有會員投稿：“吐納園地屬於大家的心聲園地，歡迎各位會員們踴躍投稿”。

二、會訊廣告招商討論

(一) 會員索取會訊紙本人數為 651 人，索取網路電子版人數為 754 人。

（二）原贊助商百靈佳將停止贊助會訊之美編印刷費用，因此執行秘書涂主任建議降低印刷成本，減少紙本印刷量，請學會重新統計會員索取會訊紙本的意願，若無回覆之會員則直接寄發網路電子版。

（三）學會通知會員當期會訊出刊時，郵件內容請將連結以及當期會訊之目錄一併呈現，以提高會員點選會訊連結的意願。

（四）陳濘宏主任提議若不願意索取網路電子版之會員，可付費索取紙本。

（五）請天生行印刷公司重新報價，依會訊 100 本、200 本、300 本以及 400 本的美編印刷費分別估價。

（六）提議由學會主動與各大圖書館聯繫是否有意願收藏會訊，我們可免費郵寄會訊紙本供圖書館收藏。

（七）廣告招商進度委請秘書長王主任協助辦理。

三、video 視訊教育平台

（一）第一段主題為 lung cancer，總共 8 個 topics，由會員登入教學平台觀看影片並完成考題，將給予 B 類 2 學分 / 小時。

決議：同意，提報理監事會議。

參、臨時動議：無

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
國際學術交流工作小組會議記錄

日期地點：民國 108 年 4 月 16 日 (星期二) 晚上 6 點 30 分
君品酒店

主　　席：國際學術交流工作小組 召集委李岡遠主任

出席人員：李岡遠主任、何肇基醫師、江振源醫師、郭志熙醫師

列席人員：副秘書魏裕峰、秘書劉軒吟小姐

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

討論一：

一、107 年度首次亞太呼吸論壇，已由 GSK 協助，已與韓國、新加坡、香港，建立良好的關係，與王鶴健教授呼吸治療委員會一同合作完成國際會。

二、AP expert meeting 是否可以繼續延續在 108 年度繼續進行。

討論二：

一、Call for materials for the NEXT APSR Bulletin and 10th Anniversary 推薦李枝新醫師投稿。

參、臨時動議：無

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
肺結核病及感染委員會會議記錄

日期地點： 民國 108 年 4 月 17 日 (星期三) 18:30
中國醫藥大學附設醫院第一醫療大樓 B1 第六會議室 (40447 臺中市北區育德路 2 號)
主　　席： 肺結核病級感染委員會召集委員 黃伊文部長
出席人員： 吳杰亮主任、王振源教授、江振源主任、林恕民主任、鄭孟軒主任、馮嘉毅醫師、謝孟哲副部長、簡順添主任、簡榮彥醫師
列席人員： 秘書施詠瑩、鄭文建醫師

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、Oral Fluoroquinolone and the risk of Aortic Dissection

說明：2018 年 12 月 20 日美國食藥署發出警告表示部分患者使用 fluoroquinolone 類抗生素會增加其主動脈血管破裂或撕裂的風險。而財團法人藥害救濟基金會也在 2019 年 1 月於基金會官方網站上跟進公告 Fluoroquinolone 類抗生素藥品安全資訊風險溝通表。FQN 看起來文獻從台灣一直到歐洲都有，動物試驗也證實可以產生，但都以 ciprofloxacin 為主；只是 incidence 很稀有、risk difference 約增加 1 or 2 倍。有鑑于嚴重不良反應故列為警語。目前的研究無法再將 Levo or moxi 細分出來。TFDA 跟隨先進國家腳步即將於五月發布警語，本委員會是否做成報告案及相關因應對策？

※ **結論：** 可以從以下幾個方法因應

(一) 於夏季會或年會時進行演講，探討 fluoroquinolone 類抗生素的相關研究文獻，以及用藥時的因應作法。

(二) 委請吳杰亮主任與感染症醫學會聯繫，於夏季會前後招開聯合會議，討論是否於肺炎指引電子書中新增 fluoroquinolone 類抗生素使用警語。

參、臨時動議： 無

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：民國 108 年 4 月 19 日 (星期五)
台北 - 臺大醫院兒童醫療大樓 B1 第二會議室
中部 - 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室
高雄 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室

主　　席：肺腫瘤委員會召集委員 張基晟主任

出席人員：張基晟主任、余忠仁副院長、楊政達院長、陳志毅副院長、高尚志副院長 (徐培菘醫師代理出席)、陳育民主任 (吳玉琮主任代理出席)、夏德椿主任 (鄭文建醫師代理出席)、黃明賢教授 (魏裕峰主任代理出席)、王金洲主任

列席人員：副秘書長蘇健醫師、林孟志理事長、洪仁宇主任 (郭家佑醫師代理出席)、林智斌主任、李岡遠主任 (羅青山醫師代理出席)、林恕民主任、王智亮醫師、張晃智醫師、秘書劉軒吟、秘書盧筱婷

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、建置肺癌治療登錄系統

說明：107 年 10 月 26 日會議決議，初期目標為全國以十家醫院 (北、中、南、花蓮)，鼓勵各家醫院年輕醫師專人投入登錄、研究、及發表。

詢問結果：臺北馬偕、臺北醫院、林口長庚、高雄長庚、新光醫院、臺中榮總、中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、義大癌治療醫院、花蓮慈濟醫院，以上十家參與討論。

※ 結論：

(一) 透過登錄系統，紀錄肺癌病人的家族史，觀察基因跟環境是否有相關性。

(二) 探討 EGFR Mutation 北區和南區一等親或二等親肺癌的比例，是否跟區域性有差，以及是否跟環境汙染有關？

(三) 初步預計北、中、南合計依 10 家醫院先收集 1,000~3,000 個進行分析，主要依五年內病人為佳，之後可以增加更多大醫院一起參加。

(四) 邀請十家醫院的中生代醫師招開一個工作小組會議至台中開會，進一步討論肺癌治療登錄系統細節互相交流，並盡快協助各醫院申請 IRB 及計畫書。

參、臨時動議：

說明：針對全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準提出「肺癌表皮生長因子受體 (EGFR) 突變體外診斷醫療器材檢測 (IVD)」支付規範條文等議題。

※ 結論：由張基晟主任擬稿，向健保署表達學會希望不限解剖病理專科醫師簽發報告之立場。

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 5 月 10 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、林鴻銓主任、黃崇旂主任、李岡遠主任
列席人員：林孟志理事長、秘書長王金洲主任、秘書劉軒吟

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、討論 2019 年學會夏季會議程。

說明：

(一) 2019 年學會夏季會，日期訂在 2019 年 6/22、6/23 兩天在宜蘭 蘭城晶英酒店舉行確認議程。

(二) 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。

結論：夏季會活動已進入最後收摘要以及 CV 階段。

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)，如附件一。

說明：

(一) 調整議程於 12 月 7 日下午新增 keynote Speaker 時段，邀請國外知名度教授，來參與年會。

(二) 呼吸治療學會議程內容希望稍作調整。

結論：由秘書處協調時間，調整三個學會時間以及 12 月 7 日下午活動作調整，與呼吸治療學會溝通。

三、內科醫學會年會題目訂定

108 年

【專題討論】 台灣的重症醫療照護 Critical Care in Taiwan (台灣胸腔暨重症加護醫學會)	台灣重症加護醫療系統 - 綜合概述 Critical Care System in Taiwan - an overview
	急性呼吸窘迫症候群 - 最新進展 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) - an Update
	加護病房內的敗血症 Sepsis in ICU
	重症加護的後續照護 Intensive Care Aftercare
【教育演講】 台灣的慢性阻塞性肺病現況 Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Taiwan (台灣胸腔暨重症加護醫學會)	慢性阻塞性肺病的早期診斷 Early Diagnosis of COPD
	最新版 2019 台灣慢性阻塞性肺病診療指引 COPD guideline - an Update in Taiwan 2019
	慢性阻塞性肺病 - 台灣的實證醫學研究 COPD - Evidence from Research in Taiwan
	台灣 COPD 的論值計酬 COPD Pay for Performance in Taiwan
【教育演講】 間質性肺病診療的最新進展 Interstitial Lung Disease (ILD) - an update (台灣胸腔暨重症加護醫學會)	認識間質性肺病 Introduction of Interstitial Lung Disease
	間質性肺病的影像學診斷 Image Diagnosis of ILD
	自體免疫性疾病和間質性肺病 Autoimmune Diseases and ILD
	間質性肺病的最新治療 ILD treatment - an Update

結論：通過，於 5 月 30 日前至內科醫學會。

參、臨時動議：

下次會議預定時間 108 年 9 月 20 日第六次學術委員會。

散會。

(附件一)

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

<table>
<tr><td colspan="5">Dec 7 (Sat) 高雄展覽館 3 樓
Kaohsiung Exhibition Center 3F Conference Room</td></tr>
<tr><th>TIME</th><th>301A</th><th>301B</th><th>304A</th><th>304B</th></tr>
<tr><td>08:00-</td><td colspan="4">Registration</td></tr>
<tr><td>08:30-08:40</td><td>Opening</td><td>Opening</td><td>Opening</td><td>Opening</td></tr>
<tr><td>08:40-09:20</td><td>重症醫學 &
安寧緩和</td><td>肺感染及結核病</td><td>間質性肺病及
罕見肺疾病</td><td>胸腔外科醫學會</td></tr>
<tr><td>09:20-10:00</td><td>重症醫學 &
安寧緩和</td><td>肺感染及結核病</td><td>台灣呼吸治療醫學會</td><td>胸腔外科醫學會</td></tr>
<tr><td>10:00-10:30</td><td colspan="4">Coffee break</td></tr>
<tr><td>10:30-11:10</td><td>重症醫學 &
安寧緩和</td><td>肺感染及結核病</td><td>台灣呼吸治療醫學會</td><td>胸腔外科醫學會</td></tr>
<tr><td>11:10-11:50</td><td>職業醫學(職安署)</td><td>Young investigator</td><td>台灣呼吸治療醫學會</td><td>胸腔外科醫學會</td></tr>
<tr><td>12:00-13:20</td><td>Satellite symposium</td><td>Satellite symposium</td><td>Satellite symposium</td><td>Satellite symposium</td></tr>
<tr><td>13:30-14:00</td><td colspan="3">會員大會, 特別演講, 頒發專科醫師證書</td><td>胸腔外科醫學會</td></tr>
<tr><td>14:00-14:30</td><td colspan="4">特別演講</td></tr>
<tr><td>14:30-15:00</td><td colspan="4">特別演講</td></tr>
<tr><td>15:00-15:30</td><td colspan="4">特別演講</td></tr>
<tr><td>15:30-15:50</td><td colspan="4">Coffee break</td></tr>
<tr><td>15:50-16:50</td><td>Oral presentation</td><td>Oral presentation</td><td>Oral presentation</td><td>胸腔外科醫學會</td></tr>
<tr><td>17:00-18:20</td><td>Satellite symposium</td><td>Satellite symposium</td><td>Satellite symposium</td><td>胸腔外科醫學會</td></tr>
<tr><td>18:30-20:30</td><td colspan="4">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</td></tr>
</table>

(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**
08:00-13:20	**Registration**			
08:30-08:40	**Opening**	**Opening**	**Opening**	
08:40-09:20	肺血管及肺高壓	介入性支氣管鏡	肺部環境及職業醫學	
09:20-10:00	呼吸道疾病 1	肺腫瘤 1	睡眠醫學會	
10:00-10:30	Coffee break			
10:30-11:10	呼吸道疾病 2	肺腫瘤 2	睡眠醫學會	
11:10-11:50	呼吸道疾病 3	肺腫瘤 3	睡眠醫學會	
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	睡眠醫學會	

(30 分鐘 演講, 10 分鐘 討論)

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

日期地點：民國 108 年 5 月 31 日 (星期五)
台北喜來登 -SUKHOTHAI 泰式料理 (台北市中正區忠孝東路一段 12 號)
主　　席：間質性肺病及罕見肺疾病委員會召集委員 陶啟偉主任
出席人員：蘇維鈞主任、邱銘煌主任、彭忠衎主任、李政宏醫師、許超群主任
列席人員：柯信國醫師、溫岳峯醫師、副秘書長張晃智醫師、秘書施詠瑩

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、報告與討論事項：

一、2019 學術活動規劃

(一) 1H ILD academy，4 月 20、21 日，於台北，BI 協辦，已圓滿結束。

(二) 夏季會，6 月 22、23 日，於宜蘭，BI、Shionogi 協辦。

1. 學會 section，由林恒毅院長、王鶴健教授主持
   (1) LAM 診斷及治療的最新進展：黃國棟醫師 (高長) 10:30~11:10AM
   (2) LAM 的本土治療經驗及病人照護上的需求 - 台大經驗分享：郭耀文醫師 (台大) 11:10~11:50AM

(三) 2H ILD academy，10 月 20、21，於台南遠東香格里拉大飯店，BI 協辦。

1. 11/2: 2019 2H ILD Academy
2. 11/3: 2019 2H IPF Summit

(四) 年會，12 月 7、8 日，於高雄，ILD 議程與外賓建議。

1. IDL plenary session: 14:10~15:00 12/7(Sat.) room 301 A
2. IPF satellite symposium: propose to settle on 12/7 noon (Same meeting room)
3. Recommended foreign speaker? → Propose Prof. Richeldi (backup candidate: Prof. Tamm /Prof. Raghu)

二、TSPCCM TICC (Biomarker study 進展)

(一) 新診斷六個月內的患者會被納入計畫當中，取樣以最近的 ATS / ERS / JRS / ALAT IPF 診斷和管理指南建議條件為依據。

(二) NICEFIT 預計 100 samples，TICC 則為 63 samples V1 + 6 samples AE-IPF

(三) Nicefit on 先簽 IC 後再 TICC，Nicefit 不能抽血，建議直接 nicefit on 不再延續 TICC

(四) 要測的 Biomarker 如下：

1. Alveolar epithelial call dysfunction: KL-6, SP-D, CA 199, CA 125
2. Type II alveolar cell: apoptosis and cellular senescence: CTGF, Active/latent TGF-β
3. ECM remodeling and fibroproliferation: MMP-7, LOXL2, FGF-2, VEGF, PDGF, Autotaxin, LPA/LPC, Galectin-3

三、TSPCCM IPF project : IPF registry

(一) Generate a draft of structure of TSPCCM IPF registry for ILD committee' consideration (such as IRB template, key milestone, future publication plan⋯)

(二) Coordinate registry related stakeholder for following execution

(三) Routinely update status in ILD committee meeting

(四) 郭律成醫師負責 RedCap 部份，登錄系統再議；Registry 則交由溫岳峯醫師。

四、Imaging collection of early IPF

(一) Project scope: To collect 20 cases and generate a casebook for further publication

(二) Collection points

1. Cases of UIP and probable UIP (best after IPF MDD)
2. Demographics
3. The first traceable CT (including abdominal CT)
4. First paired CXR if restrictive defect is documented
5. CXR/CT/PFT/co-morbidities/AE(s) along the course before diagnosis of UIP or probable UIP
6. Time to "outcomes" (co-morbidities, each AE if AE ≥ 1, diagnosis of UIP or probable UIP)

(三) 以影像來往前追蹤，進行 clinical course 的 study，回朔診斷前的 CT。以 retrospective 為主，先請委員每人提供 2-3 個病人。

五、海外交流會議

(一) 兩岸會議：9/7 afternoon

(二) 日本 ILD center learning program (Prof. Ogura): 2 waves in 2019

1. 委員會可以推薦兩位年輕學者今年 (2019 年 7、8 月) 夏天前往日本進行學術交流，看看目前日本的登錄系統、Biomarker 的研究。
2. 請學術委員會於年會的 ILD 稿件中選出一至兩名最佳的人選，將於明年由 2019 年出訪人員帶隊參加日本學術交流。

(三) JPN-TWN IPF Case Discussions Meeting on Aug, 3. (Prof. Ogura)

(四) IPF Expert Forum in Taichung, Nov, 30.

參、臨時動議：

一、IPF day (9/19)：走一走健走活動

(一) 除了 IPF 與 19 日的外型相似外，也有取「919」會喘 =「走一走」會喘的諧音，希望透過症狀更加強與 IPF 的連結。

(二) 9 月 19 日為星期四，將另選周末日期進行健走活動，將規劃一個記者會與健走活動。

二、關於 IPF 病友會

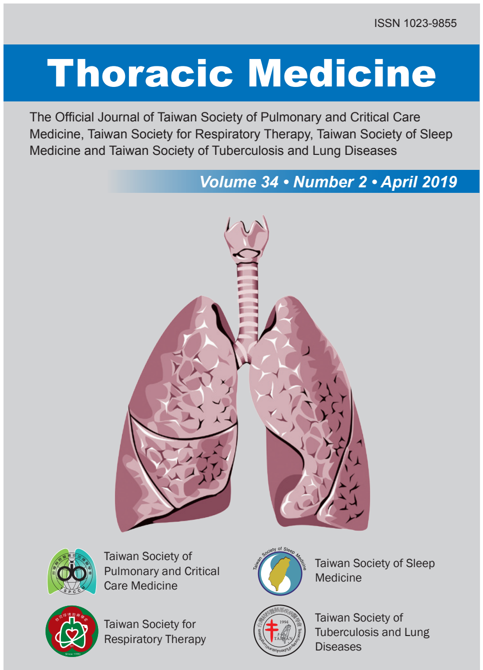
(一) 5 月 26 日在台大國際會議中心有舉辦一場北區跨院的 IPF 病友會，出席病友、家屬人數眾多，預計朝成立全台病友會的社團法人為目標。

(二) 中、南部地區則以舉辦衛教講座開始，提供最新的衛教觀念與醫療發現。讓病友互相認識、分享心得，進而自主組織區域病友會並與其他區域病友會串連，讓他們能夠為自己的權益發聲。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會
「胸腔醫學」雜誌編輯委員會會議記錄

壹、封面定稿



貳、Editorial Board 各學會邀約名單

一、台灣胸腔暨重症加護醫學會：

(一) Editorial Board

1. 王鶴健 (airway)：台大醫院 胸腔科 教授級主治醫師
2. 李岡遠 (airway)：衛生福利部雙和醫院 胸腔內科 主任
3. 施金元 (oncology)：台大醫院 胸腔科 主任
4. 張基晟 (oncology)：台中榮總 胸腔內科 主任
5. 黃崇旂 (critical care)：林口長庚紀念醫院 胸腔科 教授級主治醫師

二、社團法人台灣呼吸治療學會：

(一) Editorial Board

1. 邊苗瑛：臺北市立萬芳醫院 內科部 胸腔內科 技術副主任
2. 林蕙鈴：長庚大學呼吸治療學系 副教授
3. 楊式興：天主教輔仁大學 呼吸治療學系 助理教授
4. 莊逸君：高雄醫學大學 醫學院 呼吸治療學系 助理教授
5. 陸嘉真：天主教輔仁大學 呼吸治療學系 系主任

(二) Advisory Board

1. Daniel D. Rowley: Title: Adult Clinical Coordinator, Respiratory Therapy Services

Research institution: University of Virginia Medical Center, Charlottesville, Virginia, U.S.A.

2. 葛慧青：浙江大學醫學院附屬邵逸夫醫院 呼吸治療科 主任
3. J. Brady Scott: Title: Associate Professor
   Research institution: Rush University, Chicago, Illinois, USA

三、台灣結核暨肺部疾病醫學會：

(一) Editorial Board

1. 黃伊文：衛生福利部彰化醫院 內科 醫務秘書
2. 蘇維鈞：臺北榮民總醫院 胸腔部 呼吸感染免疫科主任
3. 余明治：臺北市立萬芳醫院 醫品副院長、重症醫學科主任、胸腔內科 主治醫師
4. 江振源：臺北市立萬芳醫院 胸腔內科 主治醫師
5. 王振源：國立臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔內科 主治醫師

(二) Advisory Board

1. Charles L. Daley: Chief, Division of Mycobacterial and Respiratory Infections
   National Jewish Health Center, Colorado, USA
2. 梁子超：Stanley Ho Centre for Emerging Infectious Diseases, Hong Kong, China

四、台灣睡眠醫學學會：

(一) Editorial Board

1. 李佩玲：國立臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔內科 主治醫師
2. 周昆達：台北榮民總醫院胸腔內科 胸腔部 臨床呼吸生理科 主治醫師、臺北榮民總醫院睡眠醫學中心 執行長
3. 莊立邦：林口長庚紀念醫院 睡眠中心主任
4. 李立昂：林口長庚紀念醫院 耳鼻喉部 喉科主任
5. 李信謙：衛生福利部雙和醫院 精神科主任

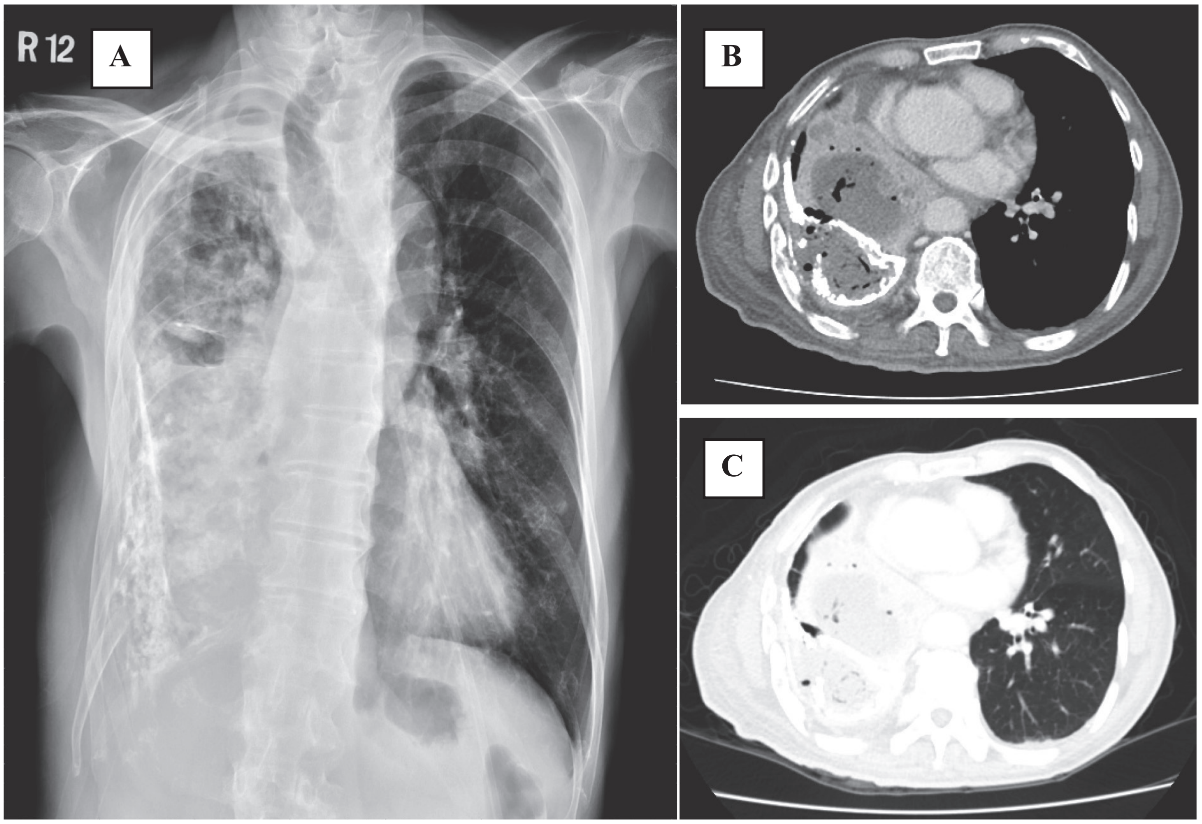
(二) Advisory Board

1. 韓芳：Pulmonary Medicine, Peking University People’s Hospital, Beijing, China
2. Naricha Chirakalwasan: Associate Professor of Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Medicine, Faculty of Medicine Chulalongkorn University
3. Kazuo Chin: Department of Respiratory Care and Sleep Control Medicine, Graduate School of Medicine, Kyoto University

參、108 年度考生報考名單

一、38 位 106 準會員，其中有 7 位考生未投稿胸腔醫學。

胸腔暨重症案例



提供：臺中榮民總醫院 品質管理中心 / 胸腔內科 吳杰亮醫師

[Case]

A 78-year-old male patient visited emergent room (ER) because of short of breath and fever for days. He was just discharged 3 days ago after 8-day hospitalization at another hospital. He had a traffic accident 8 month ago. Fig. A: CXR taken when he visited ER; Fig. B and C: mediastinal and lung windows of his chest CT at the same level taken 4 days before CXR.

醫學新知 I

潛在的阻塞型睡眠呼吸中止症與非心臟大手術術後併發生心血管事件的相關性

摘自：JAMA. 2019; 321(18): 1788-1798.

編譯：張開明醫師 臺中榮民總醫院 胸腔內科

研究目標：

分析潛在的阻塞型睡眠呼吸中止症與非心臟大手術術後三十天內發生心血管併發症風險。

方法：

本研究是針對在 2012 年一月至 2017 年七月，於五個國家，八家醫院接受非開心大手術的患者，所進行的前瞻性世代研究 (Prospective cohort study)。患者為有危險因子且之前沒有阻塞型睡眠呼吸中止症的診斷。阻塞型睡眠呼吸中止症的嚴重度分類為輕度 (呼吸事件指標 [REI] 5-14.9 次 / 小時)，中度 (REI 15-30)，重度 (REI>30)。主要評估指標為在手術後三十天內發生心肌損傷，心因性死亡，充血性心臟衰竭，栓塞症，心房顫動，腦中風。

結果：

總共 1,218 位病患被納入研究並進行分析。在手術後三十天內發生上述主要評估指標之心血管併發症的比率，在重度阻塞型睡眠呼吸中止症為 30.1%，在中度阻塞型睡眠呼吸中止症為 22.1%，在輕度阻塞型睡眠呼吸中止症為 19.0%，在沒有阻塞型睡眠呼吸中止症患者為 14.2%。經過統計分析，僅有重度阻塞型睡眠呼吸中止症與手術後的心血管併發症有著統計學上有意義的相關性 (adjusted HR, 2.23 [95% CI, 1.49-3.34]; *P*=.001) , 另外術後三天內累計的缺氧時間，有心血管併發症的患者明顯比較長。至於麻醉方式，術後是否使用鴉片類止痛劑以及是否給予氧氣治療，與術後是否發生心血管併發症均無明顯的相關性。

結論：

對於有危險因子且之前沒有診斷重度阻塞型睡眠呼吸中止症的患者，接受非開心大手術，在手術後三十天內發生心血管併發症的風險有明顯上升。至於治療阻塞型睡眠呼吸中止症是否能降低該風險則有賴進一步的研究。

〔編譯者評論〕

阻塞型睡眠呼吸中止症是許多心血管疾病的獨立危險因子，例如高血壓，冠心症，腦中風，心律不整等。在經歷大手術之後，全身麻醉，鎮定劑，止痛藥均有強力的呼吸抑制作用，放鬆上呼吸道擴張肌肉，也影響身體對於缺氧其二氧化碳上升的反應。所以可能會加重阻塞型睡眠呼吸

中止症，進而導致手術後的心血管併發症。此研究證實了（先前未診斷的）重度阻塞型睡眠呼吸中止症，會造成接受非開心大手術（本身具有至少一項危險因子）的患者，在手術後三十天內發生心血管併發症的風險有明顯上升。所以具有危險因子（冠心症，心臟衰竭，中風，糖尿病，腎功能不佳）的患者在接受大手術前，應該要考慮將睡眠檢查納入術前評估。

Association of Unrecognized Obstructive Sleep Apnea With Postoperative Cardiovascular Events in Patients Undergoing Major Noncardiac Surgery

JAMA. 2019; 321(18): 1788-1798.

Matthew T. V. Chan, Chew Yin Wang, Edwin Seet, *et al*.

Abstract

IMPORTANCE

Unrecognized obstructive sleep apnea increases cardiovascular risks in the general population, but whether obstructive sleep apnea poses a similar risk in the perioperative period remains uncertain.

OBJECTIVES

To determine the association between obstructive sleep apnea and 30-day risk of cardiovascular complications after major noncardiac surgery.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS

Prospective cohort study involving adult at-risk patients without prior diagnosis of sleep apnea and undergoing major noncardiac surgery from 8 hospitals in 5 countries between January 2012 and July 2017, with follow-up until August 2017. Postoperative monitoring included nocturnal pulse oximetry and measurement of cardiac troponin concentrations.

EXPOSURES

Obstructive sleep apnea was classified as mild (respiratory event index [REI] 5-14.9 events/h), moderate (REI 15-30), and severe (REI >30), based on preoperative portable sleep monitoring.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES

The primary outcome was a composite of myocardial injury,cardiac death, heart failure, thromboembolism, atrial fibrillation, and stroke within 30 days of surgery. Proportional-hazards analysis was used to determine the association between obstructive sleep apnea and postoperative cardiovascular complications.

RESULTS

Among a total of 1,364 patients recruited for the study, 1,218 patients (mean age, 67 [SD, 9] years; 40.2% women) were included in the analyses. At 30 days after surgery, rates of the primary outcome were 30.1% (41/136) for patients with severe OSA, 22.1% (52/235) for patients with moderate OSA, 19.0% (86/452) for patients with mild OSA, and 14.2% (56/395) for patients with no OSA. OSA was associated with higher risk for the primary outcome (adjusted hazard ratio [HR], 1.49 [95%CI, 1.19-2.01]; *P*=.01); however, the association was significant only among patients with severe OSA (adjusted HR, 2.23 [95%CI, 1.49-3.34]; *P*=.001) and not among those with moderate OSA (adjusted HR, 1.47 [95%CI, 0.98-2.09]; *P*=.07) or mild OSA (adjusted HR, 1.36 [95%CI, 0.97-1.91]; *P*=.08) (*P*=.01 for interaction).

The mean cumulative duration of oxyhemoglobin desaturation less than 80% during the first 3 postoperative nights in patients with cardiovascular complications (23.1 [95%CI, 15.5-27.7] minutes) was longer than in those without (10.2 [95%CI, 7.8-10.9] minutes) (P<.001).

No significant interaction effects on perioperative outcomes were observed with type of anesthesia, use of postoperative opioids, and supplemental oxygen therapy.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE

Among at-risk adults undergoing major noncardiac surgery, unrecognized severe obstructive sleep apnea was significantly associated with increased risk of 30-day postoperative cardiovascular complications. Further research would be needed to assess whether interventions can modify this risk.

在急重症之後出現持續認知障礙的危險因子，嵌入型病例對照研究法

摘自：Crit Care Med. 2018 Dec; 46(12): 1977-1984.

編譯：陳世彬醫師 中山醫學大學附設醫院 胸腔內科

目標：

急 / 重症之後出現的持續認知障礙是一個重要的健康照護問題，且在不遠的未來預期將會惡化。然而，目前有的流行病學資料是不足以探討的。我們企圖找出加護病房住院期間，哪些以後會發展成持續認知障礙的潛在可矯正的危險因子。

設計：

一個觀察性的病例對照研究。

設置：

梅約診所加護病房，自 2004 年 7 月 1 日起至 2015 年 11 月 20 日止。

病人：

我們執行一個有 98,227 位成人重症患者大規模的巢氏世代研究。使用先前驗證過且可計算的有關癡呆與認知障礙的表現型，我們要決定有關於加護病房住院與相關的危險因子所造成認知障礙的起始時間點。實驗設計的主要終點是：加護病房出院 3-24 個月後，新發生且持續認知障礙確診的病人。

介入：

加護病房住院期間使用未經調整與調整後的分析，以便找出新發生且持續認知障礙確診病人的潛在可矯正的危險因子。

測量與主要結果：

在 21,923 個認知功能障礙的病人 (佔全體加護病房世代的 22%)，2,428 (2.5 %) 位病人在加護病房住院指數後發展出新且持續的認知功能障礙的事件。比起經年紀 - 與性別 - 配對的加護病房對照組 (2,401 對)，病例組有較高的慢性疾病負荷 (Charlson 共病症指數 , 6.2 vs 5.1; p<0.01)，以及有更多次會住進加護病房 (22% vs 14%; p<0.01)。在經過基準差異調整之後，新發生且持續認知功能障礙與在加護病房較高頻率的急性腦衰竭、較多次遇到嚴重的低血壓、低血氧、高體溫、血糖的起起伏伏、以及使用奎諾酮類 (quinolones) 或萬古黴素 (vancomycin) 抗生素相關。在單變數分析中出現且與敗血症相關的因子則在調整後不會持續出現。

結論：

認知功能障礙在加護病房病人身上是高盛行率的。新事件與持續認知障礙已沒那麼常見，但仍重要，且是在重症後潛在可預防的問題。慢性共病症與住加護病房的次數都會增加加護病房後認知功能障礙的風險，無關年紀。可矯正的加護病房住院次數在未來的預防試驗中被認為是一個可介入的潛在標的。

〔編譯者評論〕

過往對於轉出加護病房的病人但仍持續認知障礙的解釋常常受限於定義未明、或病人數不足、或認知評估工具不一致。另外，過往常在敗血症研究中使用的單一變數，例如：血糖的波動、乳酸值、低血氧、呼吸器使用的天數、以及加護病房的住院天數是否真為持續認知障礙可矯正的危險因子，也常有不一致的結果。這個研究利用病例對照研究設計以及大樣本、長時間、以及完善又全面的危險因子分析，發現平均 APACHE score 以及急性腦傷 (acute brain failure：定義為出現譫妄 (加護病房陽性混亂評估法) 或在沒有深度鎮定的情況下，意識受損的程度) 是決定因素。有趣的是持續認知障礙與使用 quinolones 與 vancomycin 相關。不過值得一提的是：美國 FDA 於 2016 年 5 月 12 日提出限制使用 fluoroquinolone 的警語。文中指出罹患急性鼻竇炎、急性支氣管炎、非複雜性泌尿道感染病人在有其他類抗生素治療選擇時，使用 fluoroquinolone 的嚴重副作用可能會超過其療效。因此，除非病人沒有其他類抗生素治療的選擇時，我們就使用 fluoroquinolone。這些嚴重的副作用會影響到肌腱、肌肉、關節、神經、以及中樞神經系統。

Risk Factors for Persistent Cognitive Impairment After Critical Illness, Nested Case-Control Study

Crit Care Med. 2018 Dec; 46(12): 1977-1984.

Amra Sakusic, Ognjen Gajic, Tarun D. Singh, *et al*.

Abstract

Objectives: Persistent cognitive impairment after critical illness is an important healthcare problem forecasted to worsen in the near future. However, the epidemiology is insufficiently explored. We aimed to determine potentially modifiable risk factors during ICU hospitalization that play a significant role in developing persistent cognitive impairment.

Design: An observational case-control study.

Settings: Mayo Clinic ICUs between July 1, 2004, and November 20, 2015.

Patients: We conducted a study nested in a large cohort of 98,227 adult critically ill patients. Using previously validated computable phenotypes for dementia and cognitive impairment, we determined the onset of cognitive impairment relative to ICU hospitalization and associated risk factors. The primary endpoint of the study was new and persistent cognitive impairment documented between 3 and 24 months after ICU discharge.

Interventions: Unadjusted and adjusted analyses were performed to identify potentially modifiable risk factors during ICU hospitalization.

Measurements and Main Results: Among 21,923 unique patients identified as cognitively impaired (22% of the entire ICU cohort), 2,428 (2.5%) developed incident new and persistent cognitive dysfunction after the index ICU admission. Compared with age- and sex-matched ICU controls (2,401 pairs), cases had higher chronic illness burden (Charlson Comorbidity Index, 6.2 vs 5.1; $p<0.01$), and were more likely to have multiple ICU stays (22% vs 14%; $p<0.01$). After adjustment for baseline differences, new and persistent cognitive dysfunction was associated with higher frequency of acute brain failure in the ICU, a higher exposure to severe hypotension, hypoxemia, hyperthermia, fluctuations in serum glucose, and treatment with quinolones or vancomycin. Association with sepsis observed in univariate analysis did not persist after adjustment.

Conclusions: Cognitive dysfunction is highly prevalent in ICU patients. Incident new and persistent cognitive impairment is less common but important, potentially preventable problem after critical illness. Chronic comorbidities and number of ICU stays increase the risk of post-ICU cognitive dysfunction irrespective of age. Modifiable ICU exposures were identified as potential targets for future prevention trials.

醫學新知Ⅲ

提早使用 Norepinephrine 於敗血性休克復甦：臨床隨機對照試驗

摘自：Am J Respir Crit Care Med. 2019 May 1; 199(9): 1097-1105.
編譯：陳逸婷醫師 花蓮慈濟醫院 重症加護內科

背景：

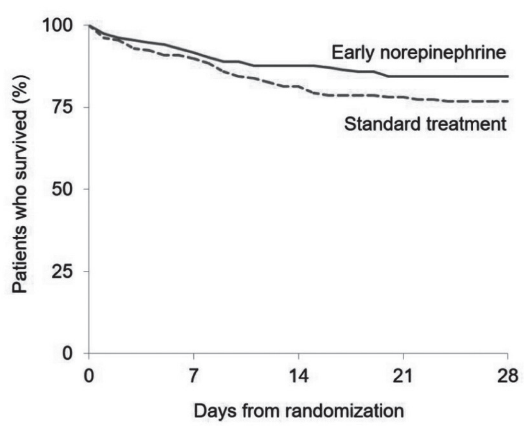
近來有些回溯性研究，支持敗血性休克早期使用 norepinephrine (NE)，但仍缺少前瞻性證據。本研究為第 2 期臨床試驗，評估早期使用低劑量 NE 對敗血症併有低血壓患者，比起標準常規治療，是否有更佳的第 6 小時休克控制率。

方法：

在泰國曼谷的 Siriraj 醫院，進行單一中心，隨機，雙盲，安慰劑對照臨床試驗。本研究納入了 310 名於急診剛被診斷敗血症併有低血壓的成年人。患者隨機分為兩組：早期 NE (n=155) 和標準治療 (n=155)。主要結果指標為確診後 6 小時的休克控制率〔定義：平均動脈血壓 ≥ 65 mmHg 加上 (連續 2 小時尿液流量 ≥ 0.5 mL/kg/h 或血清乳酸比起始降低 ≥ 10%)〕。

測量和主要結果：

兩組患者的背景特徵和疾病嚴重程度相當。病患抵達急診至接受 NE 注射的時間中位數，早期 NE 組比標準治療組縮短許多 (93 vs. 192 min; *P*<0.001)。6 小時休克控制率在早期 NE 組明顯較



No. at Risk					
Early Norepinephrine	155	142	136	131	131
Placebo	155	139	126	121	119

Kaplan-Meier 存活分析：OR=0.69 (95%CI: 0.41-1.16; *P*=0.16)

好 (76.1% vs. 48.4%; $P<0.001$)。次要結果指標方面，第 28 天死亡率早期 NE 組 (15.5%) 比標準治療組 (21.9%) 低，但統計上無差異 ($P=0.15$)。早期 NE 組的心因性肺水腫發生率 (14.4% vs. 27.7%; $P=0.004$) 和新發生的心律不整 (11% vs. 20%; $P=0.03$) 都低於標準治療組。

結論：

早期給予敗血症併有低血壓的患者低劑量 norepinephrine，和 6 小時的休克控制效果顯著相關。在臨床復甦實務中引入這種方法之前，還需要進一步的研究。

〔編譯者評論〕

這份研究採用 Surviving Sepsis Campaign 2012 指引的診斷定義，於 2013-2017 年間收案。急診一旦出現感染症造成的低血壓患者，一小時內，隨時待命的研究人員會到場確認是否收案、取得同意書、完成隨機分配，並開始實驗藥物滴注。從敗血症診斷，到實驗藥物開始注射，僅約 1 小時 10 分 (中位數)。實驗組接受的是 4 mg norepinephrine 加在 250 ml 5% dextrose (D5W) 裡，以 0.05 ug/kg/min 的低劑量，由中心或周邊靜脈導管持續滴注 24 小時 (60 公斤成人，該濃度下流速設定為 11.3 ml/hour)。對照組則接受相同包裝的 D5W 滴注。除了實驗藥物外，病患接受的一切治療皆按照 early goal-directed therapy 原則，短時間大量輸液後，臨床醫師會判斷是否需加上 norepinephrine、epinephrine 等升壓劑。

主要結果指標「6 小時休克控制率」所採用的條件 (血壓、尿量、乳酸下降幅度)，皆曾被其他研究指出和敗血症短期死亡率有關；當早期 NE 組的休克控制率明顯較好，分析次要結果指標也發現有增加存活率的傾向。較短的休克時間，也減少了體液過量及心肌耗氧量高的風險，可能因此使早期 NE 組有較少的肺水腫及心率不整。有趣的是，最近一個以人工智能 (AI) 學習來找到治療敗血症病患最佳策略的研究，也發現 AI 會比臨床醫師更常處方 NE 給敗血症病患 (30% vs. 17%)。

雖然此篇研究結果尚需更大規模第三期臨床試驗來進一步證明，但也足以令我們反思日常工作中使用 NE 是否及時。在等待置入中心靜脈導管、等輸液後血壓變化、等有加護病房床位時，很可能一不小心等過頭了，增加組織灌流不足時間及後續發炎反應的惡性循環。當病患有需要時，即使尚未建立中心靜脈導管，可考慮先從周邊靜脈滴注經稀釋的低劑量 NE。

參考文獻：

1. Russell JA, et al. Early may be better: early low-dose norepinephrine in septic shock. Am J Respir Crit Care Med. 2019 May 1; 199(9): 1049-1051.
2. Komorowski M, et al. The Artificial Intelligence Clinician learns optimal treatment strategies for sepsis in intensive care. Nat Med 2018; 24: 1716-1720.

Early Use of Norepinephrine in Septic Shock Resuscitation (CENSER): A Randomized Trial

Am J Respir Crit Care Med. 2019 May 1; 199(9): 1097-1105.

Permpikul C, Tongyoo S, Viarasilpa T, *et al*.

Abstract

Rationale:

Recent retrospective evidence suggests the efficacy of early norepinephrine administration during resuscitation; however, prospective data to support this assertion are scarce.

Objectives:

To conduct a phase II trial evaluating the hypothesis that early low-dose norepinephrine in adults with sepsis with hypotension increases shock control by 6 hours compared with standard care.

Methods:

This single-center, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial was conducted at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. The study enrolled 310 adults diagnosed with sepsis with hypotension. The patients were randomly divided into two groups: early norepinephrine (n=155) and standard treatment (n=155). The primary outcome was shock control rate (defined as achievement of mean arterial blood pressure ≥65 mmHg, with urine flow ≥0.5 ml/kg/h for 2 consecutive hours, or decreased serum lactate ≥10% from baseline) by 6 hours after diagnosis.

Measurements and Main Results:

The patients in both groups were well matched in background characteristics and disease severity. Median time from emergency room arrival to norepinephrine administration was significantly shorter in the early norepinephrine group (93 vs. 192 min; $P<0.001$). Shock control rate by 6 hours was significantly higher in the early norepinephrine group (118/155 [76.1%] vs. 75/155 [48.4%]; $P<0.001$). The 28-day mortality was not different between groups: 24/155 (15.5%) in the early norepinephrine group versus 34/155 (21.9%) in the standard treatment group ($P=0.15$). The early norepinephrine group was associated with lower incidences of cardiogenic pulmonary edema (22/155 [14.4%] vs. 43/155 [27.7%]; $P=0.004$) and new-onset arrhythmia (17/155 [11%] vs. 31/155 [20%]; $P=0.03$).

Conclusions:

Early norepinephrine was significantly associated with increased shock control by 6 hours. Further studies are needed before this approach is introduced in clinical resuscitation practice.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：108 年 09 月 15 日
- 當期作答分數須達 80 分以上 (第 1~2 題，每題 10 分；第 3~7 題，每題 16 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：(每題 10 分)(請參閱 page 38)

A 78-year-old male patient visited emergent room (ER) because of short of breath and fever for days. He was just discharged 3 days ago after 8-day hospitalization at another hospital. He had a traffic accident 8 month ago. Fig. A: CXR taken when he visited ER; Fig. B and C: mediastinal and lung windows of his chest CT at the same level taken 4 days before CXR.

1. 最適合的診斷是？
   (A) Pulmonary TB with right lung destruction
   (B) Lung abscess, right side
   (C) Traumatic pulmonary pseudocyst with secondary infection
   (D) Empyema thoracis right side
2. 下列處置何者不適宜？
   (A) Bronchoscope
   (B) Chest tube
   (C) Antibiotics
   (D) VATS and decortications

選擇題：(每題 16 分)

3. 接受非開心大手術，在手術後三十天內發生心血管併發症的風險，在以下哪一類患者會明顯上升？
   (A) Simple snoring
   (B) Mild OSA
   (C) Moderate OSA
   (D) Severe OSA
   (E) 以上均不會

4. 下列關於 Charlson Comorbidity Index (CCI) 的敘述，何者為非？
   (A) It predicts 10-year survival in patients with multiple comorbidities
   (B) Index includes age, dementia, COPD, and BMI
   (C) AIDS counts for 6 points, equals to metastatic solid tumor
   (D) leukemia counts for equal score to lymphoma

5. 下列有關 nested case-control study 的敘述，何者為非？
   (A) 又稱 case-control study within cohort
   (B) 實驗設計只能是 retrospective
   (C) 對照組依照研究者事先定出的比例隨機在世代中挑選出來
   (D) 使用 conditional logistic regression 來分析，解釋最後的研究結果

6. 敗血性休克經過 6 小時初步治療後，下列何者是不是適當的預後指標？
   (A) 中心靜脈壓 8~12 mmHg
   (B) 平均動脈血壓≥ 65 mmHg
   (C) 尿液流量≥ 0.5 mL/kg/h
   (D) 血清乳酸比 6 小時前降低的幅度 >10%

7. 根據此篇研究報告，下列關於早期使用低劑量 norepinephrine 於敗血症併有低血壓的患者，相較於標準治療，何者為非？
   (A) 前 6 小時的休克控制率明顯改善，但兩組死亡率統計上沒有差別
   (B) 較少有新發生的心律不整
   (C) 較少發生肺水腫
   (D) 較高的腎衰竭風險

測驗回函 (2019 年 08 月第 26 期)

截止日：108 年 09 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。

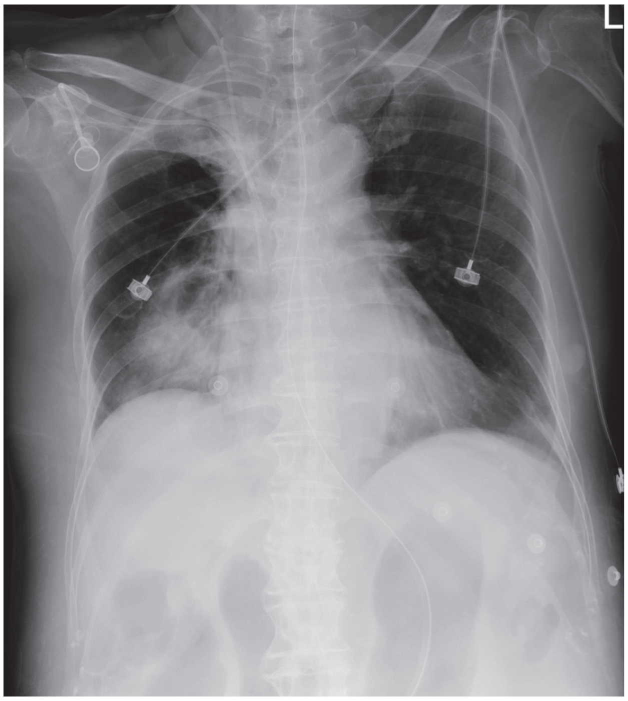
★學會秘書處

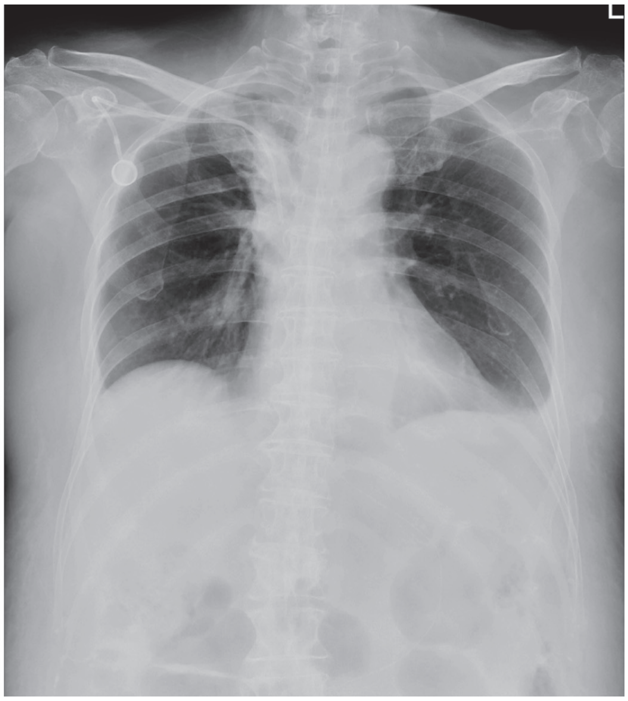
高雄聯絡電話：(07) 735-3917

台北聯絡電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答


ICU admission


Baseline

提供：高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科 陳家閔醫師

[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 8580/uL, Band 27.2% CRP 181 mg/L, GOT 134 IU/L, GPT 104 IU/L. The renal function was normal.

[Question]

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

[Answer]

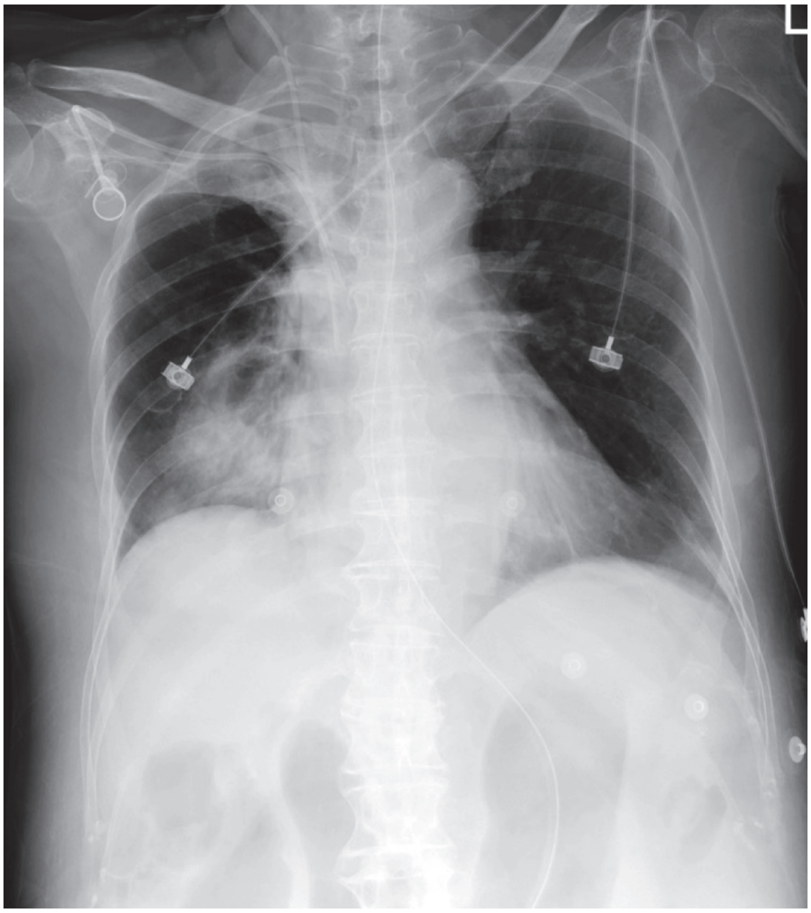


Figure 1: Cavitation over right middle lobe

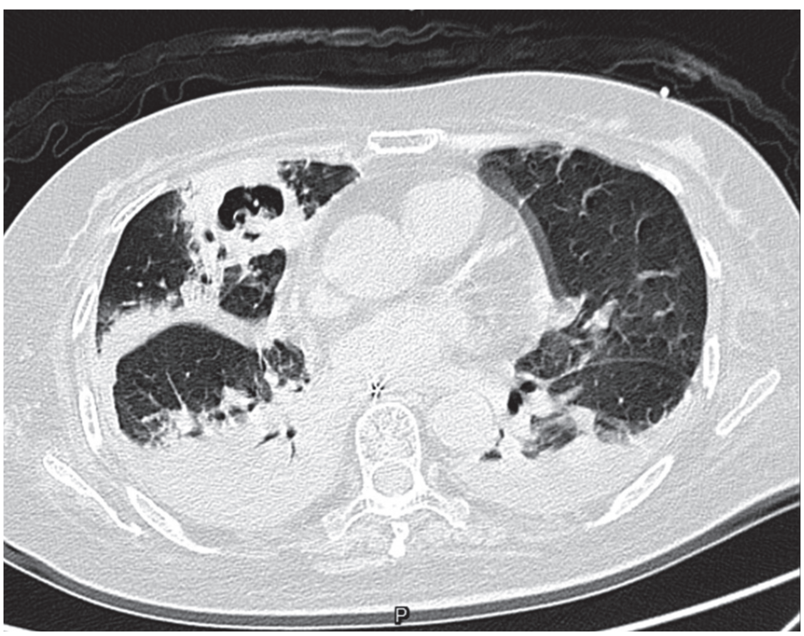


Figure 2: CT revealed a cavitation lesion with fugal ball formation

(B) Invasive pulmonary aspergillosis

The bronchoaveolar lavage galactomannan test is positive (156). According to EORTC/MSG criteria, all three criteria including host factor, clinical feature and indirect mycological test of probable invasive aspergillosis are met.

選擇題：

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
   答案 (C)

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
   答案 (B)

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 FEV_1
   (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
   答案 (C)

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
   答案 (D)

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
   答案 (D)

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
   答案 (A)

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…

[開放投稿] 本園地屬於大家的心聲園地，任何非學術性文章皆歡迎各位會員們踴躍投稿。
(投稿方式：請將文章檔案、8 張以內的照片及投稿者聯絡資訊 E-mail 至 chest_medicine@yahoo.com.tw，編輯部將依照順序安排刊登。)

從胸腔重症延伸到醫品病安的心得

吳杰亮醫師 臺中榮民總醫院 品質管理中心 / 胸腔內科

我加入學會，成為胸腔重症暨加護病房的專科醫師，持續參與醫療品質管理活動，到目前已超過二十年，望著窗外大雨過後清晰的遠山，隨手幫自己的從胸腔重症領域延伸到醫品病安之歷程，留下一點註記，也分享我的心得。

記得第一次接觸品質管理改善專案，應該回溯到 1996 年我擔任總醫師的時候，那時候的專案是探討呼吸衰竭照護，在清華大學江瑞清教授的指導下完成。臺中榮總全面導入品管圈活動是在西元 2000 年，我第一次參與品管圈的活動，應該是 2001 年，詳細題目已不記得，但是和加護病房的問題改善相關。我在 1997 年正式成為台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師，1999 年出國進修，2000 年回國後，全心投入重症照護領域，急性呼吸窘迫症的俯臥治療，氣管鏡與肺部感染的應用，敗血症的組合照護，呼吸器脫離流程，病情解釋說明機制等。在加護病房擔任病房主任，帶領團隊進行品質改善，多次擔任品管圈圈長，也進入醫策會的品質指標 TCPI 團隊，隨著醫策會的腳步，一路學習，如指標管制圖，風險分析、團隊資源管理、以病人為導向的稽核，醫病共享決策，臨床稽核等。2006 年負責台中榮總呼吸治療科，2011 年擔任台中榮總嘉義分院內科部主任，也運用了品質改善的理論與手法，帶領部門的各項業務精進，2014 年接任台中榮總品質管理中心主任，推動全院的醫品病安，2015 年擔任台灣醫療品質協會秘書長迄今，和醫療品質管理結下不解之緣。

最近幾年，我從品質管理參與者變成品質管理者推動的角色，雖然角色轉換，但過去加護病房團隊經驗，烙印在我的腦海裡，團隊、同理、安全、制度、創新，這些理念仍然深深地影響我，轉移到我目前的工作。配合品管業務的推動和臺中榮總品管組織架構的修編，陸續將片段的理論或分散的改善措施進行組合，孕育成全院品管系統的運作的定位與理念（如圖一）。

1. 臨床醫療單位與行政輔助單位之間的橋樑：掌握醫療照護的特性，轉化為行政的語言與邏輯觀念，協助臨床單位完成任務，扮演協調者的角色。

2. 臨床醫療照護流程設計的研發單位：扮演 Clinical Design Officer (CDO) 角色，以病人為中心，掌握臨床照護的特性需求，結合精實管理與資訊技術，發展醫療照護最適流程。

3. 醫療照護標準作業的發展、執行、與管理的中心：除維護全院 ISO9001 作業，依循 ISO 作業模式，管理醫療同意書、證照、醫師授權、臨床路徑、臨床稽核等。

4. 醫療照護的風險管理與監察中心：應用風險管理的理念，結合病安事件通報管理，風險預防精進措施，同時發展醫療照護稽核技術，將醫療照護風險降至最低。

5. 醫療品質病人安全管理的教育單位：依循 Talent Quality-management System (TTQS)，人才培育品質管理系統，透過品質管理知識、風險預防技術的導入與執行，孕育醫品病安種子，培訓醫品病安專才。

6. 醫院醫療品質病人安全的文化塑造推手：醫療品質管理系統的運行，追求品質管理與病人安全達到至善，塑造醫院真、善、美的文化，信守核心價值、追求願景、完成使命。

根據此理念與定位，我們提出臺中榮總的品質管理系統 (如附圖二)，在醫院層級的場域，反覆驗證，經歷 2017 醫學中心評鑑與各項認證和督考的考驗，這品質管理系統更趨精緻。這系統的特色在於持續循環，首先啟動標準化的作業，持續日常醫療運作，藉由病安通報、不良事件監測、和指標系統進行衡量與監測，內外部稽核查證和臨床監測，發現系統風險與脆弱點，透過流程分析、精實管理、品質改善活動、風險預防、根因分析等進行主題改善醫療照護系統優化，加上研究、標竿學習創新照護模式。在持續推動品管業務，我體會到品質管理需要持續運轉、累聚動能、調節控制、和諧釋放。2018 年我們以這系統命名為“飛輪”品質管理系統，參加生策會國家生技醫療品質獎 (Symbol of National Quality, SNQ) 榮獲銅獎，堪稱全國第一。

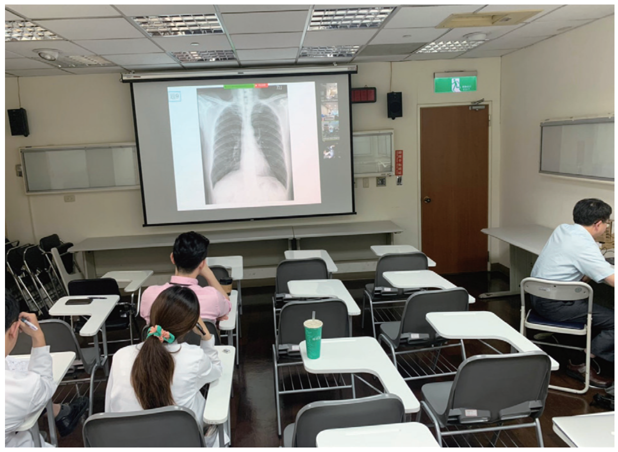
事實上我們胸腔暨重症加護的會員，在成長的過程，常需面臨的多器官系統疾病照護，讓我們對團隊的概念有更深的體會。尤其是在重症加護病房工作的會員，更可感受到需要跨專業團隊合作、需要病人及其家屬參與，需要持續監控照護品質。如果我們的會員能增加醫療品質管理的觀念與實用方法的培訓，讓胸腔重症＋醫品病安管理兩者的結合，將可以開拓會員更廣闊的專業視野。品質管理和病人安全內化到我們常規作業，可應用在帶領團隊照護病人，管理一個加護病房，經營一個單位部門，甚至是醫院。再回顧當今，我們許多會員前輩，都是傑出的醫療機構的領導者，也許是胸腔暨重症的環境，對大家的潛移默化。

圖一：台中榮總品質管理系統的定位

圖二：臺中榮總“飛輪”品質管理系統

活動集錦

108 年 6 月 14 日於台大及中榮舉辦 X 光模擬測驗及解說



108 年 6 月 22-23 日於宜蘭晶英酒店舉辦夏季年會


2019夏季會
2019 Summer Workshop of Taiwan Society of
Pulmonary and Critical Care Medicine
June 22.23
台灣胸腔暨
2019 Summer Worksho


社區型肺炎：S. aureus
台灣胸腔暨重症加護
2019 Summer Wor of Taiwan Society


台灣胸腔暨重症加護醫學會
2019夏季會
2019 Summer Workshop of Taiwan Society of
Pulmonary and Critical Care Medicine
June 22.23
黃伊文


Others
提早3~6個月撰寫計畫書 (70%)
第二次投稿，請記得參閱審查意見表
別忘了更新個人資料 (30%)
送出前記得再看一次!

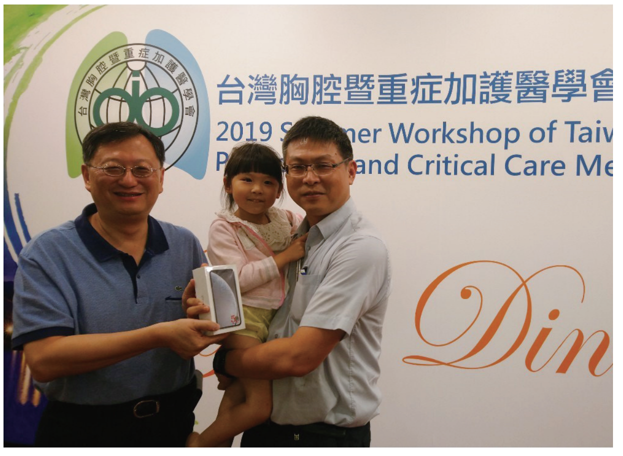

台灣胸腔暨重症加護醫學會
2019夏季會
2019 Summer Workshop of Taiwan Society of
Pulmonary and Critical Care Medicine
June 22.23


台灣胸腔暨重症加護醫學會
2019夏季會
2019 Summer Workshop of Taiwan Society of
Pulmonary and Critical Care Medicine
June 22.23
施金元


台灣胸腔暨重症加護醫學會2019夏季會
2019 Summer Workshop
wan Society of
Pulmonary and Critical C
Medicine
TSPCCM
Gala
ner
June

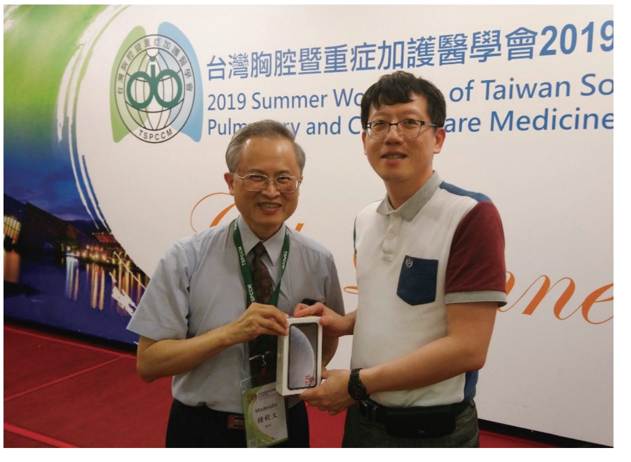
夏季年會晚宴摸彩活動 ~iphone 頒獎人 vs. 得獎者合照

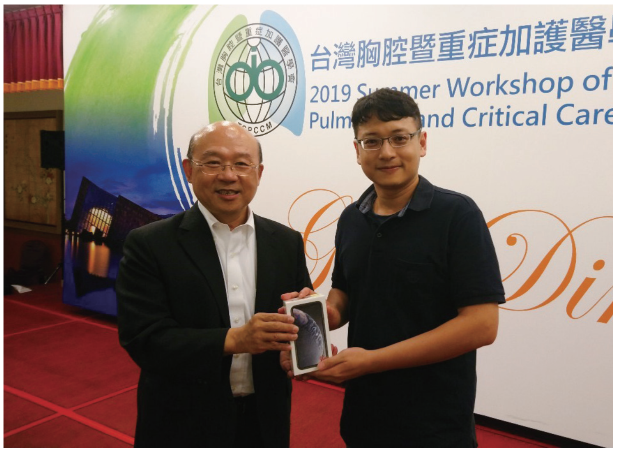
TSPCCM


台灣胸腔暨重症加護醫學
and Critical Care


台灣胸腔暨重症加護醫學
2019 Summer Workshop of
and Critical Care


台灣胸腔暨重症加護醫學會


台灣胸腔暨重症加護醫學會2019
2019 Summer
TSPCCM


台灣胸腔暨重症加護醫
2019
and Critical


2019 Summer Workshop of Taiwan Society
Pulmonary and Critical


台灣胸腔暨重症加護醫學會
2019 Summer Workshop of
Pulmonary and Critical Care
TSPCCM


台灣胸腔暨重症加護醫學會2019
2019 Summer Workshop of Taiwan
Pulmonary and Critical Care Medicine
TSPCCM

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函

本學會擬刊登廣告之位置、頁數、刊登年限和總價，請自行勾選。
(定價請參閱會訊委刊廣告辦法需知)。

廣告位置	頁數	刊登期數	總價	廣告產品
☐封面內	☐1 頁	____年	NT_____萬	
☐封底內	☐1 頁	____年	NT_____萬	
☐封底外	☐1 頁	____年	NT_____萬	
☐一般內頁	☐ __ 頁	____年	NT_____萬	
☐信封袋底	☐1 頁	____年	NT_____萬	

◆廣告產品請填寫擬刊登廣告之名稱。
◆廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：
長 30.3cm × 寬 21.6cm，解析度(像素) 350 dpi 以上
(此為預留四邊出血各 0.3cm 之大小，實際廣告尺寸為 29.7cm × 21cm)

企業全名(贊助款收據抬頭)：

統一編號：

聯絡人/職稱：

電話：(O) 手機：

Email：

地址：

請將贊助表以 **E-mail** 方式回覆台灣胸腔暨重症加護醫學會：
電話：(06)235-3535 轉 5399；手機：0976-258-162 余智惠
E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

會訊委刊廣告辦法需知

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 接受優良廠商委託刊登廣告。
本會刊為雙月刊，每年 2、4、6、8、10、12 月發刊，共 6 期，提供紙本版本以及數位版本供所有會員閱覽。
凡有意願者，填妥「會訊」廣告贊助申請表 E-mail 至本會編輯處俾憑辦理。
本會委刊廣告版面以滿頁為一單位。以一年 6 期為單位。 本次為接受民國 109 年之廣告版面。 請自行選擇廣告位置以及期數。 同一位置若同時有多家公司申請時，以抽籤決定。
廣告位置和定價： >>封面內(單頁)： NT 25 萬 元/頁/年(6 期) >>封底內(單頁)： NT 20 萬 元/頁/年(6 期) >>封底外(單頁)： NT 30 萬 元/頁/年(6 期) >>一般內頁(無限制頁數)： NT 10 萬 元/頁/年(6 期) >>信封袋底(單頁)： NT 30 萬 元/頁/年(6 期)
廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果： 長 30.3cm × 寬 21.6cm，解析度(像素) 350 dpi 以上 (此為預留四邊出血各 0.3cm 之大小，實際廣告尺寸為 29.7cm × 21cm)
確認刊登月份後，敬請於刊登前一個月月中內將檔案資料寄到編輯部並將廣告費用匯入銀行帳戶，並請加註“會訊委刊廣告費”以及“匯款人名稱”。 匯款銀行：合作金庫(銀行代號 006) 台大分行 銀行戶名：台灣胸腔暨重症加護醫學會 銀行帳號：**1346872003417** 若有疑慮者，敬請與編輯部聯繫 (06) 235-3535 轉 5399；手機 0976-258-162 余智惠
本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。