會訊

第 27 期
2019.10

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
資深理事(現任監事)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
會訊季刊廣告贊助回函

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)

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 10 月第 27 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　王鶴健 Hao-Chien Wang　李奕嫻 I-Hsien Lee
姚宗漢 Zong-Han Yao　陳祐易 You-Yi Chen
陳論哲 Lun-Che Chen　馮嘉毅 Jia-Yih Feng
楊景堯 Ching-Yao Yang　蘇維鈞 Wei-Juin Su

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。

本期封面：108 年 9 月 7 日於武漢舉辦「兩岸暨港澳間質性肺疾病論壇」全體照

目　　錄

理事長的話 3

資深理事 (現任監事) 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

第十七屆第八次理、監事聯席會會議記錄 7

肺血管及肺高壓委員會會議記錄 41

重症醫學委員會會議記錄 43

國際學術交流工作小組會議記錄 45

肺結核病及感染委員會會議記錄 46

學術委員會會議記錄 47

重症醫學專科醫師聯合甄審委員會會議記錄 48

呼吸道疾病委員會會議記錄 52

健保及醫療政策工作小組會議記錄 56

「胸腔醫學」雜誌編輯委員會會議記錄 59

睡眠醫學委員會會議記錄 62

學術專欄

胸腔暨重症案例

本期案例：A 76 y/o male presented with productive cough and dyspnea for 6 months

提供：臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔科 陳祐易醫師 / 楊景堯醫師 64

醫學新知

■ Mometasone or Tiotropium in Mild Asthma with a Low Sputum Eosinophil Level (Steroids in Eosinophil Negative Asthma (SIENA) trial)

在低痰液嗜酸性球的輕微氣喘中吸入性類固醇和長效性抗膽鹼劑效果無明顯差異

編譯：李奕嫻醫師 臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院 胸腔內科 66

■ Pembrolizumab versus chemotherapy for previously untreated, PD-L1-expressing, locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-042): a randomised, open-label, controlled, phase 3 trial

局部晚期或轉移非小細胞肺癌且 PD-L1 表現較少的病人是否可以一線使用單方免疫治療？

編譯：姚宗漢醫師 臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔內科 69

■ Nintedanib for Systemic Sclerosis-Associated Interstitial Lung Disease

Nintedanib 使用在硬皮症相關間質性肺病的第三期臨床試驗研究

編譯：陳論哲醫師 / 王鶴健醫師 臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔內科 73

通訊繼續教育 76

活動集錦 83

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函 87

學會最近有兩次的兩岸肺部疾病研討會。7 月 13 日，由廈門長庚與我們學會合作，在廈門舉辦了「海峽兩岸呼吸暨睡眠疾病學術會議」，當天邀集了我們學會二十多名的會員及在南中國的呼吸科醫師專家共同參與。講題非常廣泛且多元，討論交流十分熱絡，也承蒙我們的理事—蔡熒煌院長的大力安排與協助，當天的會議非常成功。9 月 7 日在武漢所舉辦的「兩岸暨港澳間質性肺疾病論壇」，那天也是「中國中華醫學會－呼吸分會」的 2019 年年會，鍾南山院士，陳榮昌會長及多名大陸的專家教授及我們十多位會員參加，由我，蔡熒煌院長，王鶴健理事及陶啓偉部長領軍，在半天的演講裡，我們看到兩岸對於 IPF 的研究發展及疾病診治的 Guideline 制定均有長足的進步。陳榮昌教授也與我約定明年就此一題目再繼續舉辦。從這兩次成功會議的進行，證實溝通交流是重要且必要，我們也鼓勵將來有更多的疾病研討會。

今年年初以來學會每一季均舉辦亞太地區呼吸道疾病的視訊會議，已有三次。參加國除了台灣之外，還有韓國、新加坡、菲律賓、泰國、香港及澳門，會議安排都是由國際及兩岸交流小組李岡遠教授及呼吸道委員會主委王鶴健教授籌劃，這幾次的會議，已經點燃各亞太國家更多機會合作的契機。在上週，李岡遠醫師被邀請去韓國結核及肺疾病學會（等同我們的學會）演講，韓國也提出建議跟我們學會有進一步的研究計畫合作，我們也相當樂觀其成。

8 月 20 日，我與林慶雄醫療長一同拜訪健保署醫管組李純馥組長，溝通彙報了近兩年與學會息息相關的 COPD 及 asthma P4P 的進行結果，討論學會可以參與及改善內容的部份，會議進行 2 個小時，健保署誠意十足，給了許多好的建議。這些業務進行對本會會員的日常醫療很有助益，如果能改善給付及收案的內容，將更助於將來這類疾病診治的發展。另外，在 9 月 19 日，學會也舉辦了「919 菜瓜布肺記者會」，當天盛況空前，許多記者及民眾對於菜瓜布肺的認識更勝於 COPD。有菜瓜布肺這個名詞產生，其實是偶然產生，因此增進社會大眾對此一疾病的認識，實在是始料未及。兩天之後 9 月 22 日，在大安森林公園舉辦的健走活動，更讓參與的三、四百名民眾對於菜瓜布肺及本會在呼吸道疾病健康維護進行，有更多的認識。這些活動都代表學會相當重視疾病衛教的推廣。

五十週年年會即將到來，許多的活動均在展開，期望年底在高雄的年會能順利的推展，我們所有的會員均能共同來參與，甚為期待！

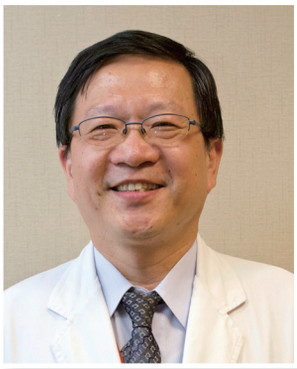
理事長 林孟志

蘇維鈞教授
臺北榮民總醫院胸腔部呼吸感染免疫科主任
國立陽明大學醫學系內科教授
台灣呼吸健康促進協會理事長
蘇維鈞監事口述／馮嘉毅醫師撰寫

在台灣的現行醫療制度中，不論是那個層級的醫院，胸腔科醫師都扮演著非常吃重的角色，也在病人的臨床照顧上承擔了廣泛的責任。不論從輕症的呼吸道發炎或感染疾病，肺結核感染症，到肺部良性與惡性腫瘤的診斷治療、以及重症病人的敗血症與急性呼吸窘迫症候群的各類問題，抑或是更進一步的間質性肺病、特發性肺纖維化、及慢性呼吸道疾病、呼吸衰竭等長期照顧，都非常需要胸腔與重症醫師的介入與處理。這展現了胸腔科醫師在這個醫療體系中的臨床價值與發展的多元性，也代表每個胸腔科醫師也都可以在整個胸腔醫學的領域中找到自己有興趣的範疇，讓自己進一步的精進與發展。

個人投入結核病防治三十年，樂見台灣的結核病防治工作在這幾年得到了令人激賞的成果，每年的新診斷活動性結核病人個案數已經在近幾年下降到每年一萬人以下，能夠有這樣的成績，全體胸腔科醫師在臨床診斷治療與研究上的投入，可以說是扮演了關鍵性的角色，但是展望未來，針對分支桿菌的診治，還有許多值得努力的地方，像是結核菌的免疫致病機轉、潛伏結核感染的診斷與治療、活動性結核病的快速診斷、抗藥性結核病的短期治療、非典型結核病的診斷與治療等，都還需要年輕胸腔科醫師的繼續關注與投入。也期許在大家同心協力的努力之下，台灣的胸腔科醫師能夠在結核病的臨床與研究領域，持續帶來令人驚喜的好表現。

監事 蘇維鈞



中秋已過，秋分到來，轉眼之間由夏日的清翠轉入秋天的金色耀眼。但氣溫也逐漸下降，胸腔科醫師最忙碌的季節即將來臨。

本期資深理監事的勉勵由台北榮民總醫院蘇維鈞教授主筆，蘇教授投入台灣結核病防治 30 年，見證了胸腔科醫師在台灣結核病臨床診斷、治療與研究上的能力，但年輕新血的投入仍然是蘇教授衷心企盼，期許在更多人同心的努力之下，台灣的胸腔科醫師能夠在結核病的臨床與研究領域帶來更好表現，造福更多的病人。

胸腔暨重症案例由台大楊景堯和陳祐易醫師提供了一例 76 歲已戒菸，以慢性咳嗽及運動性呼吸困難六個月表現的男性患者的影像學、肺功能及自體免疫疾病篩檢數據，讓大家腦力激盪一下。

台大醫院雲林分院李奕嫻醫師選錄一篇來自 NEJM 的文章，探討在低痰液嗜酸性球的輕微氣喘中吸入性類固醇和長效性抗膽鹼製劑效果有無差異的研究。本研究在美國 24 個中心總共收了 295 位病人，試圖想找出低嗜酸性球的氣喘病人除了吸入性類固醇外是否還有其他的藥物可以使用。未來應該還可以進行更大型的研究來證實長效型抗膽鹼製劑在低嗜酸性球的輕微氣喘患者上面的療效。

台大姚宗漢醫師評論了一篇來自 Lancet 五月號有關局部晚期或轉移性非小細胞肺癌且 PD-L1 表現較少的病人是否可以一線使用單方免疫治療？本研究的結論，在考慮到治療的效果以及風險，如果沒有驅動基因突變的病人，即使 PF-L1 低表達也可以考慮在第一線使用單方免疫治療。不過姚醫師也提到在多種狀況考慮之下，可能還是並用化學治療比較保險。

Nintedanib 使用與特發性肺纖維化已是世界公認的標準治療。但是其它疾病造成的間質性肺病變是否有效也值得探討。王鶴健教授和陳論哲醫師由 NEJM 六月發表的一篇研究文章中提出了評論。本研究共收治了 576 位病人，對象為硬皮症合併間質性肺炎。Nintedanib 在本研究中的確能延緩肺功能下降但卻無法轉換成相對應症狀與呼吸相關生活品質的改善。實驗設計也沒有將急性惡化的風險納入結果評估，因此此結果能否達到臨床上的重要差異需要更進一步的探討，另外 Nintedanib 並無法改善皮膚的侵犯程度，因此無法作為硬皮症全身性的疾病調節用藥。

十月份會訊主要由台灣大學附設醫院及雲林分院胸腔科醫師群主筆在此致上最誠摯的謝意。

本期出刊應在寒露前後，各位胸腔科同道工作將進入繁忙期，更應該注意自己的身體健康，在此敬祝醫安。

主編 夏德壽

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
先進機械通氣研討會	108 年 10 月 25 日 (星期五)	台大景福館
【線上報名】【胸重辦理】The critical care issues you just cannot ignore	108 年 10 月 26 日 (星期六)	台大醫院 301 講堂
【胸重辦理】Post-ERS symposium (三地連線)	108 年 10 月 26 日 (星期六)	【北區】張榮發國際會議中心 1002 會議室 【中區】台中金典酒店 13 樓梅花 1 廳 【南區】漢來大飯店本館 15 樓會議中心
Type 2 Inflammatory Disease Summit	108 年 10 月 26~27 日 (星期六、日)	香格里拉台南遠東國際大飯店
【胸重辦理】2019 Update of Critical Issues in the ICU	108 年 11 月 3 日 (星期日)	台中榮總研究大樓第二會場
2019 年胸腔年會暨第 17 屆第 2 次會員大會	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
第十七屆第八次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 108 年 9 月 20 日 (星期五) 18:30
台中僑園飯店 (台中市西屯區惠中路一段 111 號)

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、書長王金洲報告上次 108 年 6 月 21 日會議決議事項及執行情形：

(一) 2019 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨台灣胸腔外科醫學會、台灣呼吸治療學會、台灣睡眠醫學學會聯合學術會議暨台灣胸腔暨重症加護醫學會第 17 屆第 3 次會員大會於 12 月 07 日 (星期六) 至 12 月 08 日 (星期日) 假高雄展覽館 3F 舉行。

(二) 各項費用說明

次序	項目	金額	補充說明	
1	準會員入會	$2,500	入會費 $2000 準會員會費 $500	
2	胸專考試報名費	$3,200	考試費用 $3000 審查費 $200	
3	一般會員常年會費	$1,500	每年度繳交	
4	胸專證書 (首發)	$2,500	常年會費 $1500(隔年度會費) 證書費 $1000	
5	胸專證書 (展延)	$1,000	證書延長申請	
6	胸專英文證明	$1,000	第一次申請免費	新增
7	胸專指導醫師證書	$1,000	第一次申請免費	新增
8	重症連甄證書 (首發)	$5,000	第一次申請	
9	重症連甄證書 (展延)	$3,000	證書延長申請	
10	重症聯甄指導醫師	$1,000	審查 $500 證書 $500	
11	重症連甄學分課程 (會員)	$100	重症聯甄 (胸重、重症、急加、麻醉、心臟、外科) 會員：$100/ 堂 /1 學分	
12	重症連甄學分課程 (非會員)	$150	重症聯甄 非會員：$150 / 堂 /1 學分	

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) 計畫已於 108 年 8 月 1 日進行期中審查，審查結果為「通過」，將持續進行計畫收案及資料分析。

五、本季健保署來函：

(一) 108 年 07 月 18 日有關建立全民健保尚未納入給付特殊材料品項 (自費醫材) 與替代健保給付特材品項對照檔一案提供相關意見，請查照。

(二) 108 年 07 月 19 日健保醫字第 1080058346 號有關中華民國藥師公會將藥師納入「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」。

(三) 108 年 07 月 25 日健保醫字第 1080035890 號支付表準醫令代碼 47057B「經內視鏡施行食道擴張術」規定之合宜性一節惠復意見。

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

- 修訂「重症醫學專科醫師聯合甄審委員會組織章程」第四章第八條丙款、第六章第十二條，並新增第四章第八條戊款。
- 第 108 年度甄試筆試訂於 11 月 17 日，口試訂於 12 月 14 日

(二) 健保及醫療政策工作小組

- Anti IL-5 biologics 健保給付條件修訂

(三) 教育與出版委員會

- 於 2019 年 8 月第 26 期開始刊登廣告招募
- video 視訊教育平台

A. 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。

B. 影片尚在製作中，預計年底完成。

(四) 公共事務工作小組

(五) 「胸腔醫學」雜誌編輯委員會

- 胸腔醫學未來稿件分配

A. 各學會預計負責稿件篇數

1. 胸重：Original Article (24) 篇	Case Report (9) 篇	Review Article (3) 篇
2. 結核：Original Article (4) 篇	Case Report (1) 篇	Review Article (1) 篇
3. 睡眠：Original Article (4) 篇	Case Report (1) 篇	Review Article (1) 篇
4. 呼吸治療：Original Article (4) 篇	Case Report (1) 篇	Review Article (1) 篇

B. Review article 邀稿稿費

1. Review article 若為外國學者，建議 2,000 美元 / 篇；國內學者則為 1,000 美元 / 篇
2. 現階段稿費由台灣胸腔暨重症加護醫學會支付

- 胸腔醫學投稿系統設置 (估價單請詳見附件一)

A. 請織谷股份有限公司重新估價 (實際報價將依內容與複雜程度有所調整)

1. 純英文版 網頁修正 報價：$48,825 元整
2. 學會雜誌線上查閱 報價：$68,250 元整

B. 設置費用由台灣胸腔暨重症加護醫學會支付。

(六) 國際學術交流工作小組

- 國際醫學學術會議補助，資格審查將依序補助。

(七) 學術委員會

- 2019 年年會議程修訂 (附件二)。
- 新增 Meet expert section。

(八) 呼吸道疾病委員會

- COPD 指引編修，108 年 8 月 10 日召開權益人關係會議；108 年 8 月 11 日召開簡明版第一次會議；預計於 108 年 9 月 22 日召開簡明版第二次會議。
- COPD 核心教材編修，108 年 8 月 24 日召開第一次會議。
- 肺部復原手冊，108 年 9 月進行內外部審查，預計於年會前完成並印製。
- Severe asthma casebook，108 年 9 月 17 日召開第一次會議。
- COPD 照護指引推廣活動，108 年 8 月 24 日於台北辦理；108 年 9 月 21 日於台中辦理；108 年 10 月 5 日於高雄辦理。
- 108 年 10 月 26 日，台北張榮發國際會議中心、台中金典酒店、高雄漢來大飯店舉辦「Post ERS Symposium」(三地連線)。
- 108 年 8 月 31 日前，氣喘改善方案繼續教育課程參與人數。(附件三)
- 108 年 8 月 31 日前，COPD 認證課程參與人數。(附件三)
- 109 年預計辦理活動：COPD 認證教育課程、Asthma 給付改善方案課程、Post-ATS symposium、Post-ERS symposium、支氣管擴張論壇、肺復原研討會。

(九) 肺結核病及感染委員會

- 於 10 月 5 日舉辦 108 年非結核分枝桿菌肺病研討會。
- 組成「非結核分枝桿菌肺部疾病工作小組」著手進行診治指引編撰。

(十) 肺血管及肺高壓委員會

- 全國 CTEPH 登錄計畫進度。

(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 10 月 26 日將舉辦「The critical care issues you just cannot ignore」課程

(十四) 介入性支氣管內視鏡委員會

(十五) 睡眠醫學委員會

- 阻塞型睡眠呼吸中止症照護方案

(十六) 肺腫瘤委員會

- 5 年 EGFR TKIs 資料收集：已有 9 家醫院提供資料，初步已分析完，後續將會安排第二次專家會議再與各位專家進一步討論論文發表的相關細節。
- 建置肺癌登錄系統：

  A. 建立肺癌資料共同平台，其收集資料可供未來延伸其他肺癌相關研究。

  B. 上述平台目前執行中有“肺癌與空氣汙染研究案”，由台中榮總先進行 IRB 送審，待通過後，將提供 IRB 送審資料給與會醫院參考，以利各家醫院能夠順利執

行。

(十七) 肺部環境及職業醫學委員會

● 空污手冊

A. 09 月文字定稿、10 月排版修正、12 月年會出版。

● 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、依「全醫聯字第 1010000100 號」函，本會辦理之繼續教育課程需開立統一發票，提請討論。

說明：函文詳見附件四 、 附件五說明如下：

(一) 接受衛生署辦理「專科醫師甄審」、「專科醫師訓練醫院認定工作」及「核 (換) 發證書」之審查業務，若實際上係委由具醫師資格之會員辦理上述業務，其向衛生署領取之委辦收入中，屬於轉付參與計畫之醫師會員，並依法扣繳所得稅款部分，屬代收轉付之款項，可免予列入銷售課徵營業稅；至自留款項部分，核屬銷售勞務之收入，仍應依法課徵營業稅。

(二) 依「醫師法」、「專科醫師分科及甄審辦法」及「醫師執業登記及繼續教育辦法」規定，受託辦理醫師「在職教育訓練」，其舉辦專業訓練課程所收取之收入，得比照適用營業稅法第 8 條第 1 項第 5 款規定，免徵營業稅。

※ 結論：將暫不開立發票。

二、台灣胸腔暨重症加護醫學會由人民團體變更為社團法人，提請討論。

說明：人民團體與社團法人之差異如下。

	人民團體	社團法人
定義	內政部細分為學術文化團體、醫療衛生團體、宗教團體、體育團體、社會服務及慈善團體、國際團體、經濟業務團體、宗親會、同鄉會、同學校友會、及其他等十一大類。	由法人或自然人組成，謀求公益事業、行業協調或同道志趣的法人，如協會、學會、研究會、基金會、聯誼會、促進會、商會等團體。
權利	不可至銀行開甲存戶，只能用理事長名義開戶	1. 像公司組織一樣具有法人人格 2. 可以享有一切權利義務，以學會名義至銀行開甲存戶 3. 可以公開募捐、擁有資產
義務	依據「台灣胸腔暨重症加護醫學會章程」第一章第二條，本會以結合國內外胸腔病科醫師，提高胸腔疾病暨重症醫療之診療、教學與研究水準為宗旨，本會為依據人民團體法設立，非以營利為目的。	

※ 結論：通過變更社團法人，提報至會員大會。

三、提請討論「台灣胸腔暨重症加護醫學會文案編修制度辦法」。

說明：台灣胸腔暨重症加護醫學會，為加強胸腔疾病認知，提升學術品質交流，本學會出版各類專書，以增進出版之各類文案的品質與價值。但因編輯成員辛勞撰寫，故對於出版專書和文案之成員予以獎勵，特訂定此項「台灣胸腔暨重症加護醫學會文案編修制度辦法」。(附件六)

※ 結論：通過。

四、提請討論修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會章程」第四章組織及職權第十二條。

說明：為對卸任後之理事長表示尊重並感謝其對學會之貢獻，擬修改學會章程第四章第十二條，聘任其為榮譽理事長。完整章程請詳見 (附件七)。

	修改前	修改後
第四章 第十二條	本會理事及監事任期均為三年，理事得連選連任以十人為限、監事得連選連任以三人為限，理事長不得連任。	本會理事及監事任期均為三年，理事得連選連任以十人為限、監事得連選連任以三人為限。理事長不得連任，並於任期結束後得榮升為榮譽理事長，得於理、監事聯席會列席參與討論，但不具表決權、選舉權、被選舉權及罷免權。

※ 結論：通過，提報至會員大會。

五、提請討論新增、修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計劃綱要」。

說明：擬於訓練章程中第一章胸腔內科暨重症專科醫師訓練 (包含一般胸腔疾病、呼吸治療訓練及呼吸相關重症照護之訓練) 第四項第 1 款中新增「肺腫瘤各類藥物治療」、第 5 款中新增睡眠訓練「10 例多頻道睡眠檢查 (polysomnography)」、「5 例正壓呼吸器治療壓力檢定 (PAP titration)」，完整訓練章程請詳見 (附件八)，新增前後對照表如下。

	條文修改前	條文修改後
第一章 第四項 第一款	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。	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、肺腫瘤等各類藥物治療、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。

	條文修改前	條文修改後
第一章 第四項 第五款 新增	無，原文僅至第 8 項。	(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)。

※ 結論：通過新增項目。

六、指導醫師 108 年度申請名單。

說明：共 11 名醫師提出申請，申請名單與相關申請資料請詳查 (附件九)。

※ 結論：通過名單如附件。

七、如何鼓勵會員投稿增加稿源 ?

說明：

(一) 本會準會員須有原著論文投稿至 Thoracic Medicine 並被接受，方可取得胸腔專科醫師的報考資格。一旦有一篇原著論文，日後可順利取得重症專科醫師的指導資格。

(二) 提高投稿文章為原著論文者在胸專考試中的加分分數。目前一篇為 1.5 分誘因不足，建議應更高 (如提高至 5 分) (落日條款之前)。

(三) 提高每年年度原著優秀論文獎金，原第一名 5 萬、第二名 3 萬、第三名 2 萬提高至 10 萬、6 萬、4 萬。

※ 結論：同意提高分數為 5 分，獎金維持不變動。

參、臨時動議：

肆、下次會議時間、地點

108 年 12 月 6 日 (五)，19:00，高雄。

散會

(附件一)

台灣胸腔暨重症加護醫學會 雜誌投稿**修正為純英文網頁**報價單

	項目	網頁	形態	單位	價格	金額	備註
0	平台設定/管理及租賃			1	10,000	10,000	管理及租賃一年
1	網頁規劃與設計；關連式資料庫架構、設定			1	5,000	5,000	
2	內頁製作						
	A.投稿首頁	投稿說明 (英文版)	靜態網頁	1	3,000	3,000	
		主登入畫面	資料庫控管	0	500	0	
	B.投稿者	新投稿者登入	資料庫輸入	0	500	0	
		投稿者登入	資料庫輸入	0	500	0	(已投稿者登入)
		忘記密碼發送Email	資料庫執行	1	500	500	(供投稿者使用)
		共同作者登入	資料庫輸入	1	500	500	
		建立投稿者資料	資料庫控管	1	1,000	1,000	
		新增其他作者	資料庫控管	1	500	500	
		修改作者資料	資料庫控管	1	1,000	1,000	
		新增服務單位	資料庫控管	1	500	500	
		修改服務單位	資料庫控管	1	500	500	
		新增或修改投稿摘要選項 (允許同一投稿者有多篇稿件)	資料庫控管	1	500	500	
		投稿摘要輸入	資料庫控管	1	2,000	2,000	
		上傳稿件相關圖檔及文件	資料庫控管	1	2,000	2,000	
		確認稿件資料	資料庫控管	1	1,000	1,000	
		檢視稿件資料	資料庫顯示	1	1,000	1,000	
		列印稿件資料	資料庫顯示	1	1,000	1,000	
		自動發送Email	資料庫執行	1	1,000	1,000	附註8
		列印投稿聲明書 (或可下載投稿聲明書)	資料庫顯示	1	500	500	
		內部後台維護	資料庫維護	0	6,000	0	(不含轉成Excel)
	C.工作人員	工作人員登入	資料庫輸入	0	2,000	0	
		稿件統計/明細	資料庫顯示	0	4,000	0	
		稿件受理　及 發送Email給投稿者	資料庫執行	1	1,000	1,000	附註8
		確認受理　及 發送Email給主編	資料庫執行	0	2,000	0	附註8
		線上填寫 [行政審查意見表]	資料庫執行	1	2,000	2,000	
		審稿結果(通過/待修改/退件) 及 發送Email給投稿者	資料庫執行	1	1,000	1,000	附註8
		稿件通過列入英審　及 發送Email給英審	資料庫執行	0	4,000	0	附註8
		英審完成 指定刊期　及 發送Email給印刷廠	資料庫控管	0	4,000	0	附註8
		排版完成 指派校稿　及 發送Email給校稿人員	資料庫控管	0	4,000	0	附註8
		查詢已英審明細　及 英審定價/未定價	資料庫控管	0	2,000	0	

(附件一)

		列印英審收據	資料庫顯示	0	2,000	0	
		逾期未受理審稿 自動發送email通知	資料庫執行	0	4,000	0	附註8
		逾期未完成審稿 自動發送email通知	資料庫執行	0	4,000	0	附註8
		內部後台維護	資料庫維護	0	8,000	0	(不含轉成Excel)
	D.主編	主編登入	資料庫輸入	0	2,000	0	
		修改密碼	資料庫變更	0	2,000	0	
		忘記密碼發送Email	資料庫執行	0	2,000	0	
		修正摘要分科	資料庫控管	0	2,000	0	
		指定審查委員(初審) 及 發送Email	資料庫控管	0	4,000	0	附註8
		指定審查委員(再審) 及 發送Email [備存歷史稿件及審查評語]	資料庫控管	0	4,000	0	附註8
		替換審查委員 及 發送Email	資料庫控管	0	4,000	0	附註8
		讀取審查委員意見及 論文審查意見表	資料庫控管	0	4,000	0	
		確定稿件最後評審結果	資料庫控管	0	3,000	0	
		內部後台維護	資料庫維護	0	4,000	0	(不含轉成Excel)
	E.審查委員	審查委員登入	資料庫輸入	1	500	500	
		修改密碼	資料庫變更	1	500	500	
		忘記密碼發送Email	資料庫執行	1	500	500	
		稿件受理審查(初審/再審)、 下載稿件 及 發送Email	資料庫顯示	1	1,000	1,000	可讀取歷史資料
		輸入/修改 意見及建議 及 線上填寫論文審查意見表	資料庫控管	1	1,000	1,000	
		評審(通過/待修改/退件) 上傳已評審之稿件 及 發送Email給編輯部	資料庫執行	1	1,000	1,000	附註8
		內部後台維護	資料庫維護	0	4,000	0	(不含轉成Excel)
	F.英審	英審登入	資料庫輸入	1	500	500	
		修改密碼	資料庫變更	1	500	500	
		忘記密碼發送Email	資料庫執行	0	500	0	
		稿件受理英審/下載稿件 及 發送Eamil給編輯部	資料庫顯示	0	1,000	0	附註8
		輸入/修改英審評語	資料庫控管	0	1,000	0	
		完成英審/上傳稿件 及 發送Eamil給編輯部	資料庫執行	0	1,000	0	附註8
		英審定價	資料庫控管	0	3,000	0	
		內部後台維護	資料庫維護	0	4,000	0	(不含轉成Excel)
	G.校稿	校稿登入	資料庫輸入	1	500	500	
		修改密碼	資料庫變更	1	500	500	
		忘記密碼發送Email	資料庫執行	1	500	500	
		校稿受理、下載稿件 及 發送Email給編輯部	資料庫顯示	1	1,000	1,000	附註8

(附件一)

		校稿完成、上傳稿件 及 發送Email給編輯部	資料庫執行	1	1,000	1,000	附註8
		內部後台維護	資料庫維護	0	4,000	0	(不含轉成Excel)
	H.查詢投稿	投稿者登入	資料庫輸入	1	0	0	(共用)
		忘記密碼發送Email	資料庫執行	1	0	0	(共用)
		查詢稿件審查進度 可讀取評語 及 下載已審查之稿件 (含初審及再審)	資料庫控管	1	2,000	2,000	(含備份原始檔)
						$46,500	(未稅)
						$2,325	(稅金)
						$48,825	(已稅)

附註：

1. 實際單價依照內容與複雜程度有所調整。

   ※ 與相關人員密切溝通後，再依實際需求作報價調整(增或減) ※

   (若有長期的後續維護與更新，一切更新將依實際作業另外計費)

2. 以上報價均為未稅價，客戶最後完成之架構及內容若有差異將再另行報價。

3. **報價內容不包含美工設計(由客戶提供 或 另請設計師報價)。**

4. 客戶需自備Logo 圖樣、網站構想概略...

5. 客戶需備妥 相關圖檔 、 影音檔案 及 相關文案資料(文字電子檔)。

6. 流程確立後，將提供網頁整體草樣以作確認〔草樣修改限三次〕。

7. 網頁製作完成上傳後，免費提供一次修改服務，含換圖、換字等等(製作新圖另計)。

   ※ 若有大幅度修改 或 改版 將另外收費 ※

8.發送Email皆為文字內容之發送，不含附加檔案及圖檔

織谷股份有限公司 資訊部
陳建隆
2019/9/10

(附件一)

台灣胸腔暨重症加護醫學會 雜誌 線上查閱 報價單明細

	項目	網頁	形態	單位	價格	金額	備註
0	平台設定/租賃			0		0	與投稿共用
1	網頁規劃與設計；關連式資料庫架構、設定			1	5,000	5,000	
	網頁設計			1	20,000	20,000	
	A.分類首頁	雜誌首頁		1	6,000	6,000	
		雜誌分類	資料庫顯示	1	3,000	3,000	
		雜誌搜尋	資料庫	1	5,000	5,000	title, abstract, keywords, authors,…
	B.明細內頁	雜誌標題	資料庫顯示	1	2,000	2,000	
		雜誌內容	資料庫顯示	1	2,000	2,000	連結PDF檔
			內部後台維護	1	6,000	6,000	
	C.使用者登入控管		資料庫輸入	1	2,000	2,000	有權限可閱讀者
			內部後台維護	1	4,000	4,000	
*	線上後台	管理者登入	資料庫輸入	1	2,000	2,000	
		資料分類	資料庫顯示	1	2,000	2,000	
		分類標題及內容	資料庫顯示/修改	1	6,000	6,000	
						$65,000	(未稅)
						$3,250	(稅金)
						$68,250	(已稅)

附註：

1. 以上報價為初步估算內容，收費將依實際完成之頁面再重新計算。
   ※ 與相關人員密切溝通後，再依實際需求作報價調整(增或減) ※
   (若有長期的後續維護與更新，一切更新將依實際作業另外計費)
2. 以上報價均為未稅價，客戶最後完成之架構及內容若有差異將再另行報價。
3. **報價內容包含美工設計(或可由客戶提供)。**
4. 客戶需自備Logo 圖樣、網站構想概略...
5. 客戶需備妥 相關圖檔 、影音檔 及 相關文案資料(文字電子檔)。
6 流程確立後，第一次看網頁整體草樣〔草樣修改限三次〕。
7. 網頁製作完成上傳後，免費提供小幅度修改服務，含換圖、換字等等(製作新圖另計)。
   ※ 若有大幅度修改 或 改版 將另外收費 ※
8. 此報價內容僅包含網頁製作，雜誌內容(須提供 PDF 檔)上架視**實際內容再另行報價**。

織谷股份有限公司 資訊部
陳建隆
2019/9/10

(附件二)

台灣胸腔暨重症加護醫學會 2019 年胸腔年會暨第 17 屆第 3 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	**陽光耀** 重症醫學&安寧緩和 講者: 古世基主任 **講題:How to make your patient comfortable and awake in ICU**	**蘇維鈞** 肺感染及結核病 講者:陳彥甫 主任 **講題:** **The role of microbiome in tuberculosis**	**Young investigator(修改至)**	胸腔外科醫學會 **Moderator:吳玉琮主任** **吳怡成主任** **Management of Lung Nodules：** 講者:呂宏益主任 **講題:高雄長庚經驗** 講者:周世華院長 **講題:高醫經驗** 講者:湯恩魁主任 **講題:高榮經驗** 講者:莊政諺主任 **講題:中榮經驗**
09:20-10:00	**陽光耀** 重症醫學&安寧緩和 講者: 胡漢忠主任 **講題: 胸腔暨重症加護專科醫師在肺移植的角色: 林口長庚醫院經驗**	**蘇維鈞** 肺感染及結核病 講者:陳永哲 醫師 **講題:The role of epigenetics in tuberculosis infection**	台灣呼吸治療醫學會 **Moderator:朱家成 理事長** 講者: 林蕙鈴 副教授 **講題:Update in aerosolized drug delivery through mechanical ventilation**	胸腔外科醫學會 **Moderator:徐紹勛醫師** **趙盈凱主任** **Management of Lung Nodules：** 講者:林昱森醫師 **講題:中國附醫經驗** 講者:林逸翰醫師 **講題:北榮經驗** 講者: 詹梅麟醫師 **講題: 馬偕經驗** 講者:陳晉興主任 **講題:臺大經驗**
10:00-10:30	**Coffee break**			
10:30-11:10	**陽光耀** 重症醫學 &安寧緩和 講者: 高國晉 **講題:** **MV management in ARDS with vvECMO**	施金元 肺腫瘤 講者: Prof. Makoto Maemondo **講題: Anti-angiogenesis therapy in lung cancer (可能會改)**	台灣呼吸治療醫學會 **Moderator:江玲玲副教授** 講者:黃次雄 醫師 **講題: Update in the mechanism of ventilator-induced lung injury**	胸腔外科醫學會 **Moderator:徐中平副院長** **許瀚水主任** 講者: Yasufuku 講題: **Getting Really, Really Small To Treat Lung Cancer**
11:10-11:50	職業醫學(職安署) 講者:莊弘毅理事長 講題:**The occupation and environment related respiratory diseases and notification system in Taiwan.職業與環境相關的呼吸系統疾病與台灣的職業病通報制度**	**蘇維鈞** 肺感染及結核病 **講者:** Dr. Takashi Yoshiyama **講題:**	台灣呼吸治療醫學會 **Moderator:楊式興助理教授** 講者: 趙家佳 副教授 **講題: Melatonin in the treatment of metastatic lung cancer: preclinical and molecular mechanism study**	胸腔外科醫學會 **Moderator:鄭清源主任** **張益誠主任** 講者: 邱昭華主 講題: **Management of lung nodules on LDCT screening : 胸腔內科醫師觀點** 講者: 葉奕成醫師 講題: **Small lung nodules: 病理觀點**
12:00-13:20	**Satellite symposium**	**Satellite symposium**	**Satellite symposium**	**Satellite symposium**

(附件二)

13:30-14:00	**會員大會，特別演講，頒發專科醫師證書**			胸腔外科醫學會 **Moderator:方信元副院長** **張宏局長** 講者:徐先和主任 講題:
14:00-14:30	**特別演講** 講者:Prof. Leora Horn **講題:Immune Checkpoint Inhibitors in Lung Cancer: Paving a New Avenue of Care**			
14:30-15:00	**特別演講** 講者:Prof.Basil J Petrof **講題: Diaphragm Weakness in the Critically Ill: Basic Mechanisms Reveal Therapeutic Opportunities**			
15:00-15:30	**特別演講** 講者: Prof Guy Marks **講題:內容會以 WHO 的觀點來談 global trend of asthma management 相關議題**			
15:30-15:50	**Coffee break**			
15:50-16:50	Oral presentation	Oral presentation	Oral presentation	胸腔外科醫學會 **Moderator:黃文傑主任** **周世華院長** **Percutaneous Localization of Small Lung Nodules** 講者:林巧峯醫師 **講題:中山經驗** 講者:王秉彥主任 **講題:彰基經驗** 講者:蔡東明醫師 **講題:臺大經驗** **Moderator:莊政諺主任** **謝明儒醫師** 講者:馮瑤主任 **講題: 奇美經驗** 講者:呂宏益主任 **講題: 高雄長庚經驗** 講者:徐博奎醫師 **講題: 北榮經驗**
17:00-18:20	Satellite symposium	Satellite symposium	Satellite symposium	胸腔外科醫學會 **Moderator:陳晉興主任** **張晃宙主任** **Endobronchial localization of Small Lung Nodules** 講者:溫志聰醫師 **講題: 林口長庚經驗** 講者:黃文傑主任 **講題: 馬偕經驗** 講者:黃才旺主任 **講題: 三總經驗** **Moderator:劉家全醫師** **賴吾為主任** **胸腔外科困難個案討論會：** 講者: 簡宏哲醫師 **講題: 北榮經驗** 講者: 陳維勳醫師 **講題: 林口長庚經驗** 講者: 周世華院長 **講題: 高醫經驗** 講者: 高明蔚醫師 **講題: 義大經驗**
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**			

(附件二)

台灣胸腔暨重症加護醫學會 2019 年胸腔年會暨第 17 屆第 3 次會員大會

Dec 8（Sun）高雄展覽館 3 樓 Kaohsiung Exhibition Center 3F Conference Room				
07:30-08:30	**302B** **Meet expert** **Ticket section** **蔡俊明 教授**		**303B** **Meet expert** **Ticket section** **高常發 主任**	
TIME	**301A**	**301B**	**304A**	**304B**
08:30-08:40	**Opening**	**Opening**	**Opening**	**Opening**
08:40-09:20	徐紹勛 肺血管及肺高壓 講者: Prof. William R. Auger, **講題: CTEPH management in 2019: Reflections and prospects for future research**	涂智彥 介入性支氣管鏡 講者:北京大学第一医院王廣發教授 **講題:介入性氣管鏡之新進展**	許超群 肺部環境及職業醫學 講者:魏裕峰 主任 講題:**空氣汙染與肺部健康**	
09:20-10:00	李岡遠 呼吸道疾病 1 講者: Prof.Peggy Lai 講題:	施金元 肺腫瘤 1 講者:Prof. David. Planchard **講題: BRAF, MET, and Her2 mutations in lung cancer**	睡眠醫學會 講者: Prof. KAZUO CHIN 講題: CPAP and NIV IN JAPAN	
10:00-10:30	Coffee break			
10:30-11:10	李岡遠 呼吸道疾病 2 講者: Prof. Peter Howarth 講題:	施金元 肺腫瘤 3 講者:Prof.ByoungChul Cho 講題: **Practical use of liquid biopsy for lung cancer**	睡眠醫學會 講者: 莊立邦醫師 講題: SLEEP and KIDNEY	**陶啟偉** 間質性肺病及罕見肺疾病 1 講者: 鄭世隆主任 **講題: Real world experiences in the treatment of IPF**
11:10-11:50	李岡遠 呼吸道疾病 3 講者: 邀約中 講題:	施金元 肺腫瘤 講者: 何肇基 醫師 **講題: The immune-modulatory effects of non-immunotherapies**	睡眠醫學會 講者:邱國樑 主任 講題: NIV DURING SLEEP	**陶啟偉** 間質性肺病及罕見肺疾病 2 講者: Prof. Ganesh Raghu 講題: **New Horizons in The Treatment of Pulmonary Fibrosis**
12:00-13:20	**Satellite symposium**	**Satellite symposium**	**Satellite symposium**	**Satellite symposium**
13:30-14:10	李岡遠 呼吸道疾病 4 講者: 鄭世隆主任 江振源 醫師 講題: As needed ICS/LABA in mild asthma, pro and con		睡眠醫學會 講者:李佩玲 醫師 講題: SLEEP and ICU	**陶啟偉** 間質性肺病及罕見肺疾病 3 **座長：:王鶴健教授** 案例講評: Prof. Ganesh Raghu 吳美翰 教授 講者:柯信國 醫師 陳彥甫 醫師 **講題: Multi-disciplinary discussion for differential diagnosis**

(30 分鐘 演講, 10 分鐘 討論)

（附件三）

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) 高雄附醫 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
108.06.16 (日) 台大醫學院 101 講堂	84	28	19	21	8	14	58
108.07.07 (日) 高雄榮總門診大樓一樓第二會議室	41	17	12	8	3	29	29
108.07.28 (日) 台南成大醫院醫學大樓一樓第三講堂	43	20	21	10	3	14	36
108.08.04 (日) 壢新醫院 門診大樓 B1 第五會議室	14	12	2	3	2	13	13
108.08.18 (日) 中山醫學大學正心樓 0211 教室	58	18	16	13	3	15	44

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 6 樓藍廳	7	7	57	52	16	10	5	2	85	71	84%
108.06.16 (日) 新店耕莘醫院 14 樓階梯教室	11	9	19	16	4	3	19	14	53	42	79%
108.07.21 (日) 中國醫 立夫教學大樓 101 教室	22	17	88	71	40	36	41	27	191	151	79%
108.08.11 (日) 衛生福利部屏東醫院 四樓大禮堂	15	13	27	23	10	10	41	22	93	68	73%
108.08.18 (日) 嘉義基督教醫院 路加堂 B1 講堂	4	4	30	23	20	13	2	1	56	41	73%
108.08.25 (日) 台大醫學院第 101 講堂	10	8	13	10	18	13	5	5	46	36	78%
108.08.25 (日) 林口長庚 醫學大樓第二會議室	3	2	36	29	19	17	1	1	59	49	83%

(附件四)

001/001

中華民國醫師公會全國聯合會　函

地址：10688 台北市安和路一段 29 號 9 樓
電話：(02)2752-7286
傳真：(02)2771-8392

受文者：各專科醫學會
發文日期：中華民國101年1月12日
發文字號：全醫聯字第1010000100號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：財政部台北市國稅局101年1月9日財北國稅審四字第1010200982號函

主旨：本會函請財政部釋示同意醫師公會及各專科醫學會接受行政院衛生署委託代辦業務之收入及開辦在職教育訓練課程等適用加值型及非加值型營業稅法第8條第1項第5款或第11款之規定免徵營業稅乙案，該部移請所屬台北市國稅局認定逕復，該局函復詳如附件，請　查照。

說明：

一、旨揭本會 100 年 10 月 19 日全醫聯字第 1000001971 號函諒悉。

二、財政部台北市國稅局函復略以：

1、接受衛生署辦理「專科醫師甄審」、「專科醫師訓練醫院認定工作」及「核（換）發證書」之審查業務，若實際上係委由具醫師資格之會員辦理上述業務，其向衛生署領取之委辦收入中，屬於轉付參與計畫之醫師會員，並依法扣繳所得稅款部分，屬代收轉付之款項，可免予列入銷售額課徵營業稅；至自留款項部分，核屬銷售勞務之收入，仍應依法課徵營業稅。

2、依「醫師法」、「專科醫師分科及甄審辦法」及「醫師執業登記及繼續教育辦法」規定，受託辦理醫師「在職教育訓練」，其舉辦專業訓練課程所收取之收入，得比照適用營業稅法第 8 條第 1 項第 5 款規定，免徵營業稅。

正本：各專科醫學會
副本：行政院朱政務委員敬一、廖立法委員國棟

中華民國醫師公會全國聯合會

理事長 李明濱

TSPCCM

(附件四)

001/001

正本

收文號	收文日期	歸檔
0157	101. 1. 11	保存年限：

財政部臺北市國稅局　函

機關地址：臺北市中華路1段2號
承辦人：楊秀真
電話：(02)23113711分機2517

台北市安和路一段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國101年1月9日
發文字號：財北國稅審四字第1010200982號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：貴會函詢醫師公會及各專科醫學會接受行政院衛生署委託代辦業務收入及開辦在職教育訓練課程等收入，是否適用加值型及非加值型營業稅法第8條第1項第5款或第11款之規定免徵營業稅乙事，復如說明，請 查照。

說明：

一、依財政部100年10月21日台財稅字第10000422430號移文單轉 貴會100年10月19日全醫聯字第1000001971號函辦理。

二、旨揭收入適用法令說明如下：

(一)受託代辦業務部分：

1、按「下列貨物或勞務免徵營業稅:...十一、農會、漁會、工會、商業會、工業會依法經營銷售與會員之貨物或勞務及政府委託其代辦之業務。」為營業稅法8條第1項第11款所規定。次按「建築師公會及各技師公會接受政府委託所為之房地鑑定及審理執照業務，實際上既係委由依法領有證照之建築師及技師等會員辦理，其向政府所領取之鑑定費等收入中，屬於轉付建築師、技師等會員，並依法扣繳所得稅款部分，應屬各該公會代收轉付之款項，可免予列入銷售額課徵營業稅;至各該公會自留款項部分，各該公會處理行政作業所收取之手續費性質，核屬各該公會銷售勞務之收入，應

(附件四)

01/17/2012 12:46 FAX 0223758072 1S1M

依法課徵營業稅。」為財政部88年3月31日台財稅第881907968號令所明釋。

2、本件醫師公會及專科學會接受衛生署辦理「專科醫師甄審」、「專科醫師訓練醫院認定工作」及「核(換)發證書」之審查業務，若實際上係委由具醫師資格之會員辦理上述業務，參照前揭財政部88年3月31日函釋規定，其向衛生署領取之委辦收入中，屬於轉付參與計畫之醫師會員，並依法扣繳所得稅款部分，屬醫師公會及專科醫學會代收轉付之款項，可免予列入銷售額課徵營業稅；至醫師公會及專科醫學會自留款項部分，核屬該醫師公會及專科醫學會銷售勞務之收入，仍應依法課徵營業稅。

(二)開辦在職教育訓練課程部分：

1、按「下列貨物或勞務免徵營業稅:…五、學校、幼稚園與其他教育文化機構提供之教育勞務及政府委託代辦之文化勞務。」為營業稅法第8條第1項第5款所規定。次按「有關中華民國全國工業總會...等4家培訓單位辦理智慧財產培訓專班是否屬其他教育文化機構提供之教育勞務乙節，請參照前開教育部函建議，逕向各核准設立權責之主管機關或直轄市、縣(市)政府主管機關洽詢。」為財政部100年1月10日台財稅字第10000007640號函所明釋。

2、本件經行政院衛生署100年11月20日衛署醫字第1000081222號函復依「醫師執業登記及繼續教育辦法」規定，醫師公會及各專科醫學會辦理「相關在職教育訓練」業務之收入，應屬營業稅法第8條第1項5款所稱其他教育文化機構提供之教育勞務收入，參照財政部100年1月10日台財稅字10000007640號解釋令意旨，醫師公會及各專科醫學會依「醫師法」、「專科醫師分科及甄審辦法」及「醫師執業登記及繼續教育辦法」規定，受

TSPCCM

(附件四)

01/17/2012 12:45 FAX 0223158072 TSPM 002/002

託辦理醫師「在職教育訓練」，其舉辦專業訓練課程所收取之收入，得比照適用營業稅法第8條第1項第5款規定，免徵營業稅。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、財政部
副本：審查四科

局長　陳金鑑

裝

訂

線

（附件五）

正本

檔　　號：
保存年限：

財政部臺北國稅局中正分局　　函

機關地址：臺北市中正區潮州街2號7樓
承 辦 人：黃[redacted]
電　　話：02[redacted]
傳　　真：02[redacted]

100
臺北市[redacted]
受文[redacted]學會

發文日期：中華民國108年8月14日
發文字號：財北[redacted]號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：密（其他：保存年限屆滿後解密）
附件：

主旨：為查核貴商號是否未依法辦理稅籍登記，擅自於本[redacted]1開設「課程」未依規定開立統一發票，涉嫌違反加值型及非加值型營業稅法第28條、第43條、第45條等規定，請負責人於票108年8月22日上午10時親自攜帶商號章、負責人印章及國民身分證等駕臨本分局洽[redacted]承辦人員辦理。請查照。

說明：

一、依稅捐稽徵法第30條第1項規定辦理。

二、本案調查基準日：本函發文日，倘經檢舉或進行調查在前者，以最先作為之日為準。

三、貴商號負責人如因故不能親自前來洽辦，得委託瞭解業務情況並有權處理之人員代理，受委託人應攜帶商號章與負責人印章、委託書、受委託人印章及國民身分證等前來備查。如未於通知期限前申請延期或前來備查，逾期則逕依查得資料按相關稅法規定辦理。

稅捐稽徵法第30條第1項規定：「稅捐稽徵機關或財政部賦稅署指定之調查人員，為調查課稅資料，得向有關機關、團體或個人進行調查，要求提示有關文件，或通知納稅義務人，到達其辦公處所備詢，被調查者不得拒絕。」

TSPCCM

（附件五）

同法第46條第1項規定：「拒絕稅捐稽徵機關或財政部賦稅署指定之調查人員調查，或拒不提示有關課稅資料、文件者，處新台幣3,000元以上30,000元以下罰鍰。」另依務違章案件減免處罰標準第16條之1規定：依加值型及非加值型營業稅法第45條及第46條第1款規定應處罰鍰案件，營業人經主管稽徵機關第1次通知限期補辦，即依限補辦者，免予處罰。

正[redacted]會

副本：

分局長萬菱[illegible]

TSPCCM

(附件六)

台灣胸腔暨重症加護醫學會文案編修制度辦法

一、主旨:

台灣胸腔暨重症加護醫學會(以下簡稱本學會)，為加強胸腔疾病認知，提升學術品質交流，本學會出版各類專書，以增進出版之各類文案的品質與價值。但因編輯成員辛勞撰寫，故對於出版專書和文案之成員予以獎勵，特訂定此項「台灣胸腔暨重症加護醫學會文案編修制度辦法」（以下簡稱本辦法）。

二、說明：

（一）本辦法於公告後實施，不溯及既往。

（二）本辦法所指之出版專書，係指對特定主題所企劃撰寫之圖書，題材必須符合本學會發展，或有益胸腔疾病認知之推廣與繼續教育。

（三）以下詳列包含在本辦法之出版專書：

1. 治療指引
2. 各類主題之書籍
3. 衛教手冊
4. 電子報
5. 會訊
6. 胸腔醫學雜誌

（四）本辦法所謂之出版成員，主要分為下列人員：

1. 主編
2. 編輯委員
3. 撰稿人

（五）本辦法須由主編於手冊編輯前提出編輯委員名單，可視情況而候補或調整編輯委員。

三、獎勵方式：

（一）時程：依據各類專書、會訊與胸腔醫學雜誌所需出版之時間辦理。

（二）獎勵辦法：

1. 治療指引：係指以系統性文獻回顧方式整理目前經實證最佳的照護建議，用以協助醫師及病人決定最適當的健康照護。主編須給新臺幣壹萬元整、編輯委員須給新臺幣壹萬元整，並獲頒感謝狀一張以茲鼓勵。
2. 各類主題之書籍：係指以系統性整理某類議題之書籍。主編須給新臺幣壹萬元整、編輯委員須給新臺幣伍仟元整，並獲頒感謝狀一張以茲鼓勵。
3. 衛教手冊：係指各類疾病針對病人之相關衛教資訊整理。主編須給新臺幣壹萬元整、編輯委員須給新臺幣伍仟元整，並獲頒感謝狀一張以茲鼓勵。
4. 電子報：係指學會所創建之電子報，提供各類專欄及分享。各個專欄編輯須給新台幣伍仟元整，並獲頒感謝狀一張以茲鼓勵。
5. 會訊：
   (1)「學術專欄-重症案例」撰稿人須給新台幣壹仟元整。
   (2)「學術專欄-醫學新知」撰稿人須給新台幣壹仟元整。
   (3)「資深理事的勉勵」撰稿人須給新台幣壹仟元整。
   (4)「吐納園地」撰稿人須給新台幣參仟元整。
6. 胸腔醫學雜誌：每篇期刊之審稿費新台幣壹千元整。

四、本辦法經台灣胸腔暨重症加護醫學會理監事通過後執行，修改時亦然。

(附件七)

台灣胸腔暨重症加護醫學會章程

中華民國五十八年十一月七日制訂
本章程經九十一年度會員大會修改，內政部台內社字第 0920011648 號函同意備查。
本章程經九十四年度會員大會修改，內政部台內社字第 0950020579 號函同意備查。
本章程經九十五年度會員大會修改，內政部台內社字第 0960032286 號函同意備查。
本章程經九十六年度會員大會修改，內政部台內社字第 0960204040 號函同意備查。
本章程經九十九年度會員大會修改，內政部台內社字第 1000045874 號函同意備查。
本章程經一〇〇年度會員大會修改，內政部台內社字第 1010074871 號函同意備查。
本章程經一〇三年度會員大會修改，內政部台內社字第 1040009998 號函同意備查。
本章程經一〇五年度會員大會修改，內政部台內社字第 1060005128 號函同意備查。

第一章 總 則

第一條：本會定名為台灣胸腔暨重症加護醫學會，英文名稱為 Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine。

第二條：本會以結合國內外胸腔病科醫師，提高胸腔疾病暨重症醫療之診療、教學與研究水準為宗旨，本會為依據人民團體法設立，非以營利為目的。

第三條：本會會址設於中華民國中央政府所在地。

第二章 任 務

第四條：本會之任務如下：

(一) 舉辦有關胸腔暨重症醫學之學術演講及討論會。

(二) 發行有關胸腔暨重症醫學之學術論文或出版有關雜誌刊物。

(三) 聯繫公私立醫療及研究機構，從事有關胸腔暨重症醫學之研究發展及應用。

(四) 參加國際間有關活動，藉以促進國際間交流，提高我國胸腔暨重症醫學學術地位。

(五) 辦理有關胸腔暨重症加護醫師之訓練及專科醫師甄審，藉以提高臨床診療教學水準，以促進國民健康。

第三章 會 員

第五條：本會會員分為一般會員、準會員及榮譽會員三種：

(一) 凡國內外醫學院學系(科)畢業，持有醫師證書滿五年，且在教學醫院從事胸腔疾病有關之醫療、教學或研究工作二年以上，持有證明者，經由本會會員二人之介紹申請入會，經理監事會審查通過者得為一般會員。

(二) 凡本會一般會員年齡屆滿六十五歲且入會年資滿二十五年者自願申請為榮譽會員。

(三) 凡向本學會申請報備訓練之醫師經專科醫師甄審委員會審查通過者，即為本學會準會員。

第六條：本會會員應享權利如下：

(一) 發言權及表決權。

(二) 一般會員具有選舉權及被選舉權；榮譽會員及準會員無表決權、選舉權、被選舉權及罷免權。

(三) 享有參加本會所舉辦各種活動之權益。

(四) 共同參與決定會務方針。

(五) 其他公共應享之權利。

(附件七)

第七條：本會會員應有之義務如下：

(一) 遵守本會章程及決議案。

(二) 擔任本會所指派之職務。

(三) 繳納會費，惟榮譽會員無需繳納會費。

(四) 出席會員大會。

第八條：凡有違反本會章程行為或破壞名譽者，經理監事會查明屬實，得先予警告或除名處分，唯除名處分須提會員大會追認。

第四章 組織及職權

第九條：本會以會員大會為最高權利機構，休會期間由理事會代行其職權。

第十條：本會設理事十七人、候補理事五人、監事五人、候補監事一人，均於會員大會開會時由會員以無記名連記法票選之。

第十一條：當選之理監事分別組織理事會及監事會，理事會互選理事長一人綜理會務，對外代表本會。監事會互選常務監事一人，督促會務之進行。

第十二條：本會理事及監事任期均為三年，理事得連選連任以十人為限、監事得連選連任以三人為限。理事長不得連任，並於任期結束後榮升為榮譽理事長，得於理、監事聯席會列席參與討論，但不具表決權、選舉權、被選舉權及罷免權。

第十三條：本會理事及監事均為義務職。

第十四條：本會理監事如有下列各款之一者，應予解除其職務：

(一) 辭職經會員大會議決准其辭職者。

(二) 經刑事判決確定服刑者，視為自動辭職。

(三) 曠廢職務，經會員大會解除職務者。

(四) 職務上違反法令或其他重大違法行為經會員大會議決令其退職者。

(五) 凡無故連續二次不出席理、監事會議者，視為自動辭職。

第十五條：本會置秘書長一人，由理事長提名經理事會通過報主管機關核備後聘任之，並得視業務需要分組辦事，各組置組長一人，各組置組長一人，由秘書長提經理事長認可，報請理事會通過聘任之，解聘時亦同。組員及秘書若干人，其辦事細則由理事會通過，並報主管機關核備。

第十六條：本會得設置各種委員會經理事會通過，訂定組織簡則，報主管機關核備後施行。

第十七條：本會會員大會之職權如下：

(一) 通過及修改章程。

(二) 選舉或罷免理、監事。

(三) 通過會務及工作計劃。

(四) 通過預算及決算。

(五) 其他重要事項之決定。

(六) 財產之處分。

第十八條：本會理事會之職責如下：

(一) 通過會員入會及退會。

(二) 召開會員大會並執行其會議之決議事項。

(三) 互選理事長。

(四) 聘任或解聘會務工作人員。

(五) 擬訂年度工作計劃及預決算。

(六) 辦理其他應辦事項。

(附件七)

第十九條：本會監事會之職責如下：

(一) 監督理事會對會員大會決議案之執行。

(二) 互選舉常務監事。

(三) 審核年度預決算。

(四) 監察本會財務或財產之運用與管理。

第五章 會議

第二十條：本會會員大會分為定期及臨時兩種會議，均由理事會召集之，並報主管機關核准後舉行。前項定期會議每年召開一次，臨時會議由理事會認為必要或監事會之函請或經會員三分之一以上之請求時召集之。

第廿一條：會員大會開會時，理事長為主席。如理事長因故未能出席，由理監事組成主席團主席之。

第廿二條：會員大會之決議，應有會員過半數之出席，以出席會員過半數之同意行之。唯修改章程及財產處分，須經會員半數或以上之出席，出席人數三分之二以上之同意決定之。

第廿三條：本會理事會每三個月開會一次，由理事長召集之，如理事長認為必要，或經理事三分之一之建議，或監事會之要求，得召開臨時理事會議，以上會議均由理事長主持之，如理事長因故未能出席者，由理事互推一人主持會議。

第廿四條：理事會之決議，應有理事過半數之出席，以出席理事過半數之同意行之，贊否同數時取決於主席。

第廿五條：本會監事會每三個月開會一次，由常務監事召集之。監事會之決議應有監事過半數之出席，出席監事過半數之同意行之，贊否同數時，取決於主席。

第廿六條：理監事會認為必要時，得召開理監事聯席會議，其決議事項應以法定出席人數過半數之同意行之。

第六章 經 費

第廿七條：本會之經費來源：

(一) 入會費：新台幣貳仟元整，於準會員或一般會員初次入會時繳納。自動退會後再度申請入會時，應重行繳納入會費。

(二) 常年會費：交由理監事會制訂繳費標準，準會員繳交一般會員之半數。會員因故申請暫停會籍超過一年時，得免繳常年會費，申請恢復會籍時，不必補繳停籍期間之常年會費，亦不必再繳入會費。一般會員常年會費為新台幣 1500 元。準會員仍維持 500 元。並自九十六年起實施。

(三) 基金孳息。

(四) 自由捐款。

(五) 補助費。

(六) 其他合法之收入。

第廿八條：本會會員連續二年不繳納會費者，視為自動退會。

第廿九條：會員經退會，所繳納之各項費用不予退還。

第卅條：本會會計年度以每年一月一日起至同年十二月三十一日止。本會之預（決）算於每年終了之前（後）二個月內，由理事會編製報告書，送請監事會審查後提經會員大會通過，並報請主管機關核備。

(附件七)

第七章 附 則

第卅一條：本會解散或撤銷時，其剩餘財產應依法處理，不得以任何方式歸屬個人或私人團體，應屬政府所有。

第卅二條：本會辦事細則由理、監事會另訂之。

第卅三條：本章程如有未盡事宜，悉依有關法令辦理或由理事會提會員大會修改之。

第卅四條：本會章程經會員大會通過，報請內政部備案後施行，修改時亦同。

	修改前	修改後
第四章 第十二條	本會理事及監事任期均為三年，理事得連選連任以十人為限、監事得連選連任以三人為限，理事長不得連任。	本會理事及監事任期均為三年，理事得連選連任以十人為限、監事得連選連任以三人為限。理事長不得連任，並於任期結束後榮升為榮譽理事長，得於理、監事聯席會列席參與討論，但不具表決權、選舉權、被選舉權及罷免權。

(附件八)

台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計劃綱要

民國 78 年 12 月 9 日制訂
民國 86 年 12 月 13 日修訂
民國 90 年 5 月 5 日修訂
民國 91 年 10 月 4 日修訂，經 91 年度會員大會通過
民國 92 年 11 月 28 日修訂，經 92 年度會員大會通過
民國 94 年 12 月 2 日修訂，經 94 年度會員大會通過
民國 95 年 12 月 1 日修訂，經 95 年度會員大會通過
民國 97 年 3 月 14 日修訂，經 97 年度會員大會通過
民國 103 年 7 月 25 日修訂，經 103 年度會員大會通過

前言

台灣胸腔暨重症加護醫學會，自民國７０年起，開始實施專科醫師甄審制度，每年定期對訓練完成之胸腔科醫師予以考核評估。凡通過此項甄審者，學界即承認其訓練完成，堪為獨當一面之胸腔醫學專家。

此項甄審工作，對於我國胸腔醫學水準之提升，收效甚宏。各級教學醫院之胸腔專科醫師訓練，莫不以通過本學會之專業甄審為主要標的。唯近二十年來，國際胸腔醫學之進展甚為快速，胸腔醫學之領域已經延伸到呼吸照護、重症醫療及小兒胸腔醫學等範疇。先進國家之胸腔次專科訓練，率多由原先之２年制訓練，延長為３年制之胸腔暨重症加護醫學訓練。因此，為因應世界潮流之趨勢，提升我國胸腔次專科訓練之品質，特修訂定此項課程訓練綱要，作為我國２１世紀胸腔次專科醫師訓練之參考。本學會並自民國９５年起與中華民國急救加護醫學會、中華民國重症醫學會聯合成立「重症醫學專科醫師聯合甄審委員會」共同辦理國內「重症醫學專科醫師」甄審。

訓練類別：本學會專科醫師訓練，包含下列不同之類別：

壹. 胸腔內科暨重症專科醫師訓練 (包含一般胸腔疾病、呼吸治療訓練及呼吸相關重症照護之訓練)

貳. 胸腔外科暨重症專科醫師訓練 (包含胸腔外科、呼吸治療訓練及呼吸相關重症照護之訓練)

參. 重症加護專科醫師訓練

壹. 胸腔內科及重症專科醫師訓練：經由此訓練之受訓醫師，應能專精於一般胸腔疾病診療並熟悉呼吸相關重症照護(包含呼吸照護中心及呼吸加護病房)之工作。

一. 受訓基本條件：取得中華民國醫師執照，完成三年內科專科醫師訓練之醫師。

二. 訓練期間：２年。

三. 訓練單位須符合下列標準：

(一) 衛生署認可之區域級以上(含)教學醫院。

(二) 設置有胸腔內科、胸腔外科、呼吸治療單位與加護病房。

(附件八)

(三) 經本學會審查，符合本學會胸腔內科暨重症專科醫師訓練醫院標準。

(四) 師資：

1. 至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 3 人、及胸腔外科暨重症指導醫師 1 人。
2. 每 2 名胸腔內科暨重症指導醫師，每年可訓練 1 名胸腔內科暨重症專科醫師。每 2 名專科指導醫師訓練 1 名專科醫師準會員，如該院之指導醫師為單數等，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到指導醫師之總數(例如該院有 5 名指導醫師，若前 1 年訓練 2 名專科醫師準會員，則第 2 年可接受 3 名專科醫師準會員受訓)。

四. 訓練內容：

(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、肺腫瘤各類藥物治療、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 1 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 8 0 例
4. 超音波檢查至少 1 0 0 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。
9. 1 0 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)。

(附件八)

(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。

貳. 胸腔外科暨重症專科醫師訓練：經由此訓練之受訓醫師應能專精於胸腔外科疾病之診療並熟悉呼吸相關之重症照護(包含呼吸照護中心及呼吸加護病房)之工作。

一. **受訓基本條件：取得中華民國醫師執照，完成 3 年外科專科醫師訓練之醫師。**

二. **訓練期間：二年。**

三. **訓練單位，須符合下列標準：**

(一) 衛生署認可之區域級以上(含)教學醫院。

(二) 設置有胸腔內科、胸腔外科、呼吸治療單位與加護病房。

(三) 經本學會審查，符合本學會胸腔外科暨重症專科醫師訓練標準。

(四) 師資：

1. 至少應有本學會認可之胸腔外科暨重症指導醫師 2 人、胸腔內科暨重症指導醫師 2 人。

2. 每 2 名胸腔外科暨重症指導醫師，每年可訓練 1 名胸腔外科暨重症專科醫師。每 2 名專科指導醫師訓練 1 名專科醫師準會員，如該院之指導醫師為單數等，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到指導醫師之總數(例如該院有 5 名指導醫師，若前 1 年訓練 2 名專科醫師準會員，則第 2 年可接受 3 名專科醫師準會員受訓)。

四. 訓練內容：

(一) 受訓完成之醫師，對於前述胸腔內科暨重症專科專業知識與診療技能，必須具備有基本之認識，除此之外，對於胸腔外科暨重症學專業診斷技能，如縱膈腔鏡、支氣管鏡、食道鏡、食道功能檢查、胸腔鏡等，更須專精純熟。

(二) 受訓完成之醫師，對於胸腔外科領域之手術，包含肺部手術(全肺切除術、肺葉切除術、肺節切除術等)、食道(食道切除與重建手術)、縱膈與橫膈手術、胸廓與肋膜手術等，必須有獨當一面之作業能力。

(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) 受訓醫師在二年之期間內，至少須有一年之期間，實地負責胸腔病患之直接照護工作

(五) 胸腔外科訓練細則應包含下列內容：

(附件八)

1. 支氣管內視檢查至少５０例
2. 超音波檢查至少２０例
3. 肺生理檢查１個月
4. 呼吸治療及加護病房訓練６個月
5. 胸腔內科及其他診療訓練２個月
6. 胸腔外科急症之處理２個月
7. 胸腔外科手術之訓練１年
8. 專科部門行政工作訓練１個月
9. 研究工作或進修２個月，其餘時間從事胸腔病為主的診療，包括會診、急診等。

(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。

參. 重症加護專科醫師訓練：經由此訓練之受訓醫師應能勝任照護各種重症病患之工作。

一. **受訓基本條件：取得中華民國醫師執照，完成３年內科或外科專科醫師及２年胸腔內科暨重症或胸腔外科暨重症專科醫師訓練之醫師。**

二. **訓練期間：１年。**

三. **訓練單位，須符合下列標準：**

(一) 衛生署認可之區域級以上(含)教學醫院。

(二) 設置有衛生署評鑑合格之分科加護病房。

(三) 經本學會審查，符合本學會重症加護專科醫師訓練醫院標準。

(四) 師資：

1. 至少應有本學會認可之指導醫師３人。
2. 每２名指導醫師，每年可訓練１名重症專科醫師。每２名專科指導醫師訓練１名專科醫師準會員，如該院之指導醫師為單數等，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到指導醫師之總數(例如該院有５名指導醫師，若前１年訓練２名專科醫師準會員，則第２年可接受３名專科醫師準會員受訓)。

四. 訓練內容：

(一) 受訓完成之醫師，必須對各種器官系統重症疾病之病生理學及其治療方式皆有充分

(附件八)

之專業性知識。並應嫻熟重症照護之各項技術需求，包括呼吸道處理、血行動力學監測及其他生命監測系統之使用、各種透析技巧、感染控制、營養療法與監測，且應參與加護病房之行政運作以及管理技巧之學習。

(二) 重症加護專科醫師訓練，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. 加護病房訓練(含各科系加護病房訓練及照會) 6 個月
2. 呼吸治療及重症醫學訓練 3 個月
3. 其餘時間從事胸腔及重症疾病為主的內科或外科診療，包括會診、急診等以及研究工作。
4. 專科醫師若無法接受 1 年訓練，最長達成訓練時間需於 3 年內完成。而分段接受訓練者，期間不得間隔 2 年以上(含 2 年)。

肆. 本學會之專科指導醫師：

一. 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：

1. 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。
2. 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。
3. 取得其他專科學會胸腔外科專科醫師資格滿 3 年，且實際從事胸腔外科臨床及教學業務者，需檢具相關資料，並由甄審委員會個別認證。

二. 擬擔任專科指導醫師者，須先向本學會提出其資歷之證明文件，每年接受申請 2 次，於每年 1 月及 7 月底提出申請，經審查合格承認其資格後，始能擔任指導工作。

三. 專科指導醫師資格於取得專科醫師之再認證後自動延續，為專任無給職，當指導醫師因故喪失其醫師資格，或喪失專科醫師資格，或當本學會認為其擔任訓練工作未盡其指導責任時，得建議取消其指導醫師之資格。

	條文修改前	條文修改後
第一章 第四項 第一款	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	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

(附件八)

	條文修改前	條文修改後
	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。	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、肺腫瘤各類藥物治療、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。
第一章 第四項 第五款 新增	無，原文僅至第 8 項。	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)。

序號	會籍	姓名	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	取得學會	聯委重專取得日	服務單位	備註：其它資格文件/胸腔醫學雜誌原著論文/Respirology 原著論文	符合資格	指導醫師證號
1	一般會員	蘭O進	735	副教授	民國 93 年 12 月 4 日	1761	胸腔	民國 100 年 1 月 1 日	台北慈濟醫院胸內	Pulmonary rehabilitation improves exercise capacity and quality of life in underweight patients with chronic obstructive pulmonary disease	符合	
2	一般會員	李O瑛	967	NA	民國 96 年 12 月 8 日	NA	NA	NA	高醫大附院胸外	increased Risk of Sleep Apnea in Taiwanese Patients with Chronic Obstructive Pulmonarty Disease	符合	
3	準會員	黃O愷	NA	NA	NA	2429	NA	民國 99 年 12 月 27 日	三軍總醫院胸外	pectus Excavatum is Associated with a Higher Incidence of Primary Spontaneous Pneumothoraz in a young Population-based Study 漏斗胸與原發性自發性氣胸具有相關性：台灣健保資料庫研究	不符合	
4	一般會員	林O暐	1110	助理教授	民國 105 年 12 月 11 日	2025	胸腔	民國 106 年 12 月 1 日	臺大醫院胸外	Effect of surgery waiting times on disease-free survival for screen-detected cT1N0 lung adenocarcinoma 手術等待時間對於臨床診斷早起肺腺癌(cT1N0)患者無並存活率之影響	符合	
5	一般會員	周O安	1357	NA	民國 104 年 12 月 12 日	2892	胸腔	民國 104 年 12 月 20 日	義大癌治療醫院	Correlation of the New GOLD Classification(2013Version) with Exercise Capacity and Mortality Risk	符合	
6	一般會員	黃O綾	1326	NA	民國 104 年 12 月 12 日	3080	胸腔	民國 107 年 1 月 1 日	高雄大同醫院胸內	Primary Pulmonary Sarcomatoid Carcinoma : A Case Series in a Single Medical Center During a 10-year Period 單一醫學中心 10 年期間內之一系列原發性肺肉瘤樣癌之回溯性個案分析研究	符合	

（附件九）

序號	會籍	姓名	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	取得學會	聯委重專取得日	服務單位	備註：其它資格文件/胸腔醫學雜誌原著論文/Respirology 原著論文	符合資格	指導醫師證號
7	一般會員	方O棠	1400	NA	民國 105 年 12 月 11 日	3126	胸重	民國 108 年 1 月 1 日	高雄長庚胸內	Risk Factors and Associated Outcomes of Ventilator-Associated Conditions among Patients with Severe Sepsis 嚴重敗血症病人產生呼吸器相關事件的危險因子及預後	符合	
8	一般會員	張O平	1322	NA	民國 104 年 12 月 12 日	2947	胸重	民國 106 年 1 月 1 日	高雄長庚胸內	Detected EGFR Mutation Could Predict Better Outcome of Lung Adenosquamous Carcinoma Patients 偵測上皮細胞生長因素接收器突變可能可用以預測肺部腺鱗癌病患有較佳的預後	符合	
9	一般會員	張O淳	1174	NA	民國 101 年 12 月 8 日	2615	胸重	民國 108 年 12 月 31 日	高雄長庚胸內	Factors Associated with Compliance with Sepsis Bundle Care in the Intensive Care Unit 在加護病房單位有關敗血症準則順從性的因素分析	符合	
10	一般會員	張O智	986	NA	民國 97 年 12 月 13 日	2002	胸重	民國 100 年 12 月 18 日	高雄長庚胸內	Prognostic Value of Chemo-Naïve Serum Carinoembryonic Antigen Level in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer 血清癌胚抗原在外接受化學治療的非小細胞肺癌患者之預測價值	符合	
11	一般會員	鄭O帆	1504	NA	民國 104 年 12 月 12 日	2949	胸重	民國 105 年 12 月 18 日	奇美醫院胸內	Association between Insomnia and Chronic Obstructive Pulmonary Disease:A Populoation-Based Cohort Study in Taiwan 失眠與罹患慢性阻塞性肺疾病之關聯性：台灣健保資料庫分析	符合	

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 06 月 22 日 (星期六) 下午 1 點 30 分
蘭城晶英酒店 - 新月廳 (宜蘭市民權路二段 36 號)

主　　席：林孟志理事長

會議主持人：召集委員徐紹勛醫師，會議記錄：劉軒吟秘書、黃淑貞助理

出席人員：召委徐紹勛醫師、委員郭炳宏醫師、委員陶啟偉主任、委員劉景隆醫師、委員廖信閔醫師

列席人員：副秘書長蘇健醫師、劉軒吟秘書、黃淑貞助理

壹、會議議程：

一、理事長致辭：略

貳、召委報告本委員會的工作概況：

一、全國 CTEPH 登錄計畫進度報告：

(一) 全國 CTEPH 登錄計畫目前已經收案 92 位病患 (台大 46 位其中 38 位已完成第一年的追蹤，振興 18 位，馬偕 12 位，中國附醫 1 位，成大 6 位，高榮 9 位)。

(二) 馬偕醫院劉景隆醫師申請 Taiwan CTEPH Registry 登錄計畫數據資料用於 2019 年 8 月 4 日在泰國曼谷舉行的 APAC PH Forum 國際演講。

(三) 將委派馬偕醫院劉景隆醫師，將 Taiwan CTEPH Registry 登錄計畫成果投稿於越南河內舉行的 2019 APSR，投稿截止日期為今年的 7 月 15 日。

(四) Taiwan CTEPH Registry 登錄計畫預計進行 protocol 修改：

1. 將加入病人從開始有症狀到被診斷出 CTEPH 的時間 (duration from symptoms to diagnosis)。
2. 將記錄病人確診 CTEPH 前，經過了幾次的轉診、轉診科別、以及轉診醫院。

二、編撰發行 6th World Symposium on Pulmonary Hypertension 之會議紀錄 (meeting minutes)：

說明：

(一) 各位委員及相關領域的肺高壓專家，協助編修中英文對照已完成校正 6th World Symposium on Pulmonary Hypertension 之會議紀錄 (meeting minutes)，會請出版社進行編輯排版，將於下次開會將編輯完成手冊給各位委員 review，此手冊預計於 2019 年 12 月 7 日學會於高雄舉辦的年會中，分發給各會員。

(二) European Respiratory Society (ERS) 已免費授權我們翻譯 WSPH 2018 一系列的 publication，學會會配合 ERS 提出的授權相關要求事項。

三、2019 年 12 月學會年會之講題討論：

(一) 本學會 2019 年之年會將於 12 月 8 日假高雄舉辦，本委員會於 2019-12-08 (星期

日) 早上 08:40~09:20 將邀請國外演講者 William R. Auger, MD，演講講題：CTEPH management in 2019: Reflections and prospects for future research。預計請 Dr. Auger 於北部再進行一場演講。此次講者來台相關費用將由拜耳公司贊助，由學會統一發出邀請函。

參、臨時動議：無

肆、下次會議時間、地點

2019 年 9 月 17 日下午六點半，開會地點會再通知大家。

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 7 月 4 日 (星期四)
臺大醫院兒童醫療大樓第二會議室 (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：彭萬誠主任、古世基主任、蘇一峰醫師、陳昌文主任、許超群主任、詹明澄主任、方文豐主任

列席人員：副秘書長胡漢忠主任、秘書施詠瑩

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、討論胸重醫學會參與 2020 年 Euro Asia ESICM

說明：急救加護醫學會及重症醫學會邀請本會共同合辦 2020 年 Euro Asia ESICM，此次大會將於 2020 年 6 月 12-15 日舉辦。

※ **結論：**基於對重症臨床醫學之品質提升及教育推廣，建議學會同意參與合辦。至於經費之分攤及會員之補助方式待理監事會議通過後再議。

二、於理監事會議提請討論設立冬季年會住院醫師 travel award

說明：

(一) 上次會議討論，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。

(二) 於第 17 屆第 7 次理監事會議通過，唯名稱為“travel award”多針對外籍與會者，應修改為“young research award”或“young investigator award”。

※ **結論：**獎項名稱擬改為「年輕醫師研究潛力獎」。至於補助對象仍僅限於本會之準會員。

三、台北醫學大學來函詢問對於「身心障礙者鑑定作業辦法」的相關意見

說明：來函提問三個問題，何謂非侵襲性呼吸器？超過 6 小時的計算及判定為何？呼吸器依賴的定義為何？

※ **結論：**因來函提問目的未明，建議問題仍應由相關主管機關統一解釋。

四、108 年重症年度活動場次

說明：預計年底舉辦活動如下：

(一) 10 月 (約 26、27 日)，北區，古世基主任主辦。

(二) 12 月 7、8 日，年會，高雄展覽館。

(三) 日期待定，Oxygen Therapy and MV workshop，高國晉副部長主辦。

※ **結論：**古世基主任主辦之課程定於 10 月 26 日 (星期六)，相關細節將持續安排。

五、審查「重症醫學專科證書展延」申請案

說明：目前 12 人提出申請，4 人 107 年到期，8 人 108 年到期。

聯甄重症專科指導醫師證書號	聯甄重症專科醫師證書號	姓名	身分證號	第1張證書起日	第1張證書迄日	發證學會	母學會重症積分至少60	聯甄重症積分至少60	證書展延起日	證書展延迄日	落款日：第一次展延，為首張證書到期日。第二次展延，為下一張證書起始日，其後之展延以此類推。
	00137	游O翰	F122***583	95.12.16	101.12.15	胸重	224	61	108.01.01	113.01.01	108.01.01
0049	00116	蕭O隆	F122***529	95.12.16	101.12.15	胸重	240	69	108.01.01	113.01.01	108.01.01
	02157	陳O均	R124***688	101.12.23	107.12.22	胸重	167	63	108.01.01	113.01.01	108.01.01
	02149	張O豪	L123***051	101.12.23	107.12.22	胸重	240	64	108.01.01	113.01.01	108.01.01
0124	00321	林O憲	Q120***819	96.12.16	102.12.15	胸重	230	76	109.01.01	114.01.01	109.01.01
	02644	洪O佑	A124***113	103.01.01	108.12.31	胸重	200	122	109.01.01	114.01.01	109.01.01
0917	00285	趙O震	N122***408	97.01.06	103.01.05	胸重	157	72	109.01.01	114.01.01	109.01.01
	02641	高O華	R122***228	103.01.01	108.12.31	胸重	200	74	109.01.01	114.01.01	109.01.01
	02627	陳O宜	H222***910	103.01.01	108.12.31	胸重	200	97	109.01.01	114.01.01	109.01.01
0122	00319	溫O琦	A123***864	96.12.16	102.12.15	胸重	186	150	109.01.01	114.01.01	109.01.01
1079	00281	鄭O華	T122***266	97.01.06	103.01.05	胸重	222	81	109.01.01	114.01.01	109.01.01
	02625	羅O紘	B121***005	103.01.01	108.12.31	胸重	200	81	109.01.01	114.01.01	109.01.01

※ **結論：**通過。請秘書處主動通知到其會員提出換證申請。

參、臨時動議：是否請學會研議如何協助本會會員取得在加護病房執行重症安寧的資格？

(提案人：彭萬誠委員)

※ **結論：**請各位委員於下次中提出可行方案，再共同討論細節。

肆、下次開會時間：108 年 10 月 24 日 (星期四)，下午 6:30

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：108 年 7 月 30 日 (星期二) 晚上 6 點 30 分視訊會議
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、杭良文主任
列席人員：副秘書長魏裕峰主任、秘書劉軒吟小姐
會議記錄：秘書劉軒吟

壹、討論事項：

一、國際醫學學術會議補助，資格審查。

說明：參加國際醫學學術會議每年補助人數及金額：

ATS 會議 (American Thoracic Society)，補助 11 位，每位補助新台幣 5 萬元
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)，補助 4 位，每位補助新台幣 5 萬元
ERS 會議 (European Respiratory Society)，補助 7 位，每位補助新台幣 5 萬元
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)，補助 2 位，每名補助新台幣 5 萬元
ASCO 會議 (American Society of Clinical Oncology)，補助 2 位，每位補助新台幣 5 萬元
APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respirology)，補助 15 位，每位補助新台幣 3 萬元

※ 結論：

(一) 108 年度 ATS 申請人數：17 位，將會優先補助順序 1. 口頭倫文 2. 學術論文 3. 入會年資少，依序補助。

(二) 申請表格，新增 Poster Discussion 發表選項，可優先補助。

二、AP Expert Meeting 進度將會繼續與各國增加聯繫。

貳、臨時動議：無

下次開會時間為 11 月將再調查

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 7 月 30 日 (星期二) 18:30
高鐵食堂 (高鐵台中烏日站)

主　　席：肺結核病級感染委員會召集委員 黃伊文代理副院長

出席人員：王振源教授、林恕民主任、鄭孟軒主任、謝孟哲副部長、簡順添主任、簡榮彥醫師

列席人員：副秘書長涂智彥主任、秘書施詠瑩

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、 非結核分枝桿菌肺部疾病診治指引編輯

目　　標：形成台灣非結核分枝桿菌肺部疾病診治共識，進而完成診治指引之編輯。以作為後續一系列相關繼續教育之本。

※ 結　　論：以王振源教授作為招集人，於北、中、南、東各區尋找醫師加入工作小組 (目前有台大簡榮彥醫師、台大新竹李孟叡主任、中榮黃偉彰醫師、高醫黃虹綾醫師，將陸續邀請其他有興趣、有研究的醫師參與，建議要找胸腔外科的醫師加入)，開始分配工作逐步往下進行。學會為胸腔暨重症加護醫學會，故診治指引的主軸為 NTM 的 PD (primary disease) 或 Lung disease。實務上，進行精確的感染菌種鑑定使基本資料更完整，是診斷、治療的第一步。可以分兩個部分進行：

(一) 先擬定一個研究計畫，並申請 IRB，由各位工作小組成員於北、中、南、東各區個收集 100 個疑似 NTMPD 的檢體 (痰)，以標準化規格包裝後送至 centrol lab 進行嚴格的鑑定，並且進一步分析台灣本土 NTM 的流行病學。

(二) 工作小組成員於執業醫院中回溯過去 NTM 的診斷、用藥…等相關資訊。
約一個月後由工作小組開會擬定計畫執行方向與細節，得出共識與結論。三個月後委員會再次開會討論診治指引內容的制訂方向與準則。

二、 非結核分枝桿菌肺部疾病診治繼續教育

※ 結　　論：教育訓練的模式選定為今年 10 月一個下午的北、中、南三地連線研討會，日期待定，以實際 case 為引子，進而討論如何判讀、診斷、治療、follow up…等，並且讓各位會員知道目前學會正著手進行診治指引的編修，並且未來有可能爭取 NTM 的鑑定費用…等等。

參、臨時動議：

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 7 月 31 日 (星期三) 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、施金元主任、陽光耀主任、賴俊良副院長

列席人員：林孟志理事長、秘書長王金洲主任、秘書劉軒吟

壹、討論事項：

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 議程確認。

說明：新增 Meet expert ticket section，秘書處再次確認特別演講講員，講員邀請函發出。

結論：於 108 年 12 月 8 日上午新增兩場，另在詢問 Speaker。

二、論文投稿委員

說明：

(一) Junior Research Award- 年輕醫師研究潛力獎

(二) Young Investigator Award

(三) 優秀學術論文獎

結論：由秘書處公告並 Junior Research Award 說明修改內文辦法，如下：

【辦法】

(一) 論文評選委員保有最終權利變更、決定論文發表方式。

(二) 對象：本會準會員，投稿者須為第 1 作者。

(三) 由論文評選委員於「優秀學術論文獎」未獲選之論文中評選至少 10 篇論文，頒發 Junior Research Award- 年輕醫師研究潛力獎，論文獎金 (第 1 作者) 各新台幣 5,000 元及獎狀，予以鼓勵準會員從事胸腔醫學。

(四) 本獎項於 12 月 7 日 (星期六) Gala Dinner 頒發獎金及獎狀。

結論：通過。

三、胸專證書展延申請 - 出國進修

說明：需於回國後再予以申請。

結論：胡〇文醫師申請不通過。

貳、臨時動議：

下次會議預定時間 108 年 11 月 20 日 (三) 第七次學術委員會。

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：**民國 108 年 8 月 1 日(星期四)18:30 整**

地點：台大兒童醫院 B1 第一會議室

一、 出席人員:

中華民國重症醫學會 (輪值學會)	羅鴻舜、尹彙文、洪芳明
中華民國急救加護醫學會	陳奇祥、黃建華、韓吟宜
台灣外科醫學會	周廼寬、馬辛一、簡立建
社團法人中華民國心臟學會	林昌琦、張博淵、王晨旭
台灣麻醉醫學會	廖文進、葉育彰
台灣胸腔暨重症加護醫學會	陳昌文

二、 列席人員：

中華民國重症醫學會	許盈禛、陸可欣
中華民國急救加護醫學會	彭季家、羅雪真
台灣外科醫學會	吳芳卿、孟昭雲
社團法人中華民國心臟學會	林玉英、徐婉瑄、黃淑菁
台灣麻醉醫學會	盛慧珊
台灣胸腔暨重症加護醫學會	施詠瑩

三、 主席: 羅鴻舜　　紀錄: 許盈禛

四、 確認 108.3.28 上次會議紀錄

五、 報告事項:

(一) 重症聯甄學分認證課程

自108.1.1~11.3共申請50場次336學分

(二) 會務報告

課程	期間	說明
核心課程會議	2019.4.24	台大兒童醫院 B1 第一會議室
108 年度訓練計劃容額受理申請	2019.5.15~7.4	
訓練計劃到期複評申請 57 所 108.12.31 到期之訓練單位	2019.5.15~9.30	書面複評費 5000 元，若書面審查未通過，須實地審查費用為 2 萬元.
聯甄會議	2019.8.1	台大兒童醫院 B1 第一會議室
108 年甄試申請	2019.9.1~10.16	
108 訓練醫師報備申請	2019.8.1~10.31	
聯甄會議	預定 2019.11 月第一週	
108 年筆試	2019.11.17(日)上午	台大醫學院 501 講堂
108 年口試	2019.12.14(六)下午	台大醫院三西內科診間

(三)108 核心課程日期及地點

1. 4.24 召開核心課程會議、5.30 公告六會報名簡章。
2. 日期: 8 月 10、11、18 日三場核心課程 24 分。
3. 地點:國泰人壽大樓 B1 會議廳(免費)
4. 核心課程將佔本年度重症專醫聯甄考試一定比例，將在課後提供參加學員線上影音教學檔閱聽網址。
5. 108 年度重症筆試出題比重決議:

新出題	核心課程	考古題
50 (15X6=90.90 選 50) 每學會出 15 題	30 3X24=72. 72 選 30) 每位講者出 3 題	20

6. 筆試日期: 11 月 17 日(日)
   地點:台大醫學院 501 講堂
7. 課表及會議紀錄

六、 討論事項:

(一) 審查108年度容額

說明: 66 家訓練計劃均已回覆指導醫師名冊，相關更動如下:

計劃名稱更名

序號	訓練計畫（醫療機構訓練單位）名稱	計畫主持人	備註
005	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	王晨旭	1.計劃名稱更名, 2.主持人由黃啟宏->王晨旭(1080712 公文)
007	臺北榮民總醫院(胸腔部、胸腔外科、急診部、心臟內、外科及麻醉部)	張西川 彭殿王 陽光耀	計劃名稱更名 (1080704 公文)
020	聯新國際醫院	吳清平	醫院更名

主持人更動

序號	訓練計畫（醫療機構訓練單位）名稱	計畫主持人	備註
001	國立台灣大學醫學院附設醫院(內科)	古世基	主持人由王鶴健->古世基(1080515 公文)
009	振興醫療財團法人振興醫院	曹殿萍	主持人由郭文雄->曹殿萍
013	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	洪芳明	主持人由王家弘->張厚台->洪芳明(1080422 公文)
019	天主教靈醫會聖母醫院	崔東霖	主持人戴慧美->崔東霖
054	台中榮民總醫院嘉義分院	趙文震	主持人由王立敏->趙文震

決議: 上述變更計劃主持人及計畫名稱皆同意通過。

有效指導醫師疑問

序號	訓練計畫（醫療機構訓練單位）名稱
045	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院(加護醫學部)

指導醫師姓名	聯甄重症訓練指導醫師證書字號	聯甄重症專科醫師證書字號	最初起日	迄日	說明
趙頌慈	1124	02529	101.12.17	107.12.16	108.5.21 已向外科醫學會提出展延，是否可計入有效指導醫師?

決議:
1.通過各訓練計劃容額，趙頌慈醫師可列入108年度柳營奇美醫院有效指導醫師名冊。
2.發函各訓練單位，於10月31日前提報108年度訓練醫師。

(二) 修訂聯甄章程

條號	原條文內容	建議修正條文內容	**決議**
第六章 第十二條	擔任重症醫學專科醫師臨床訓練之機構，並向委員會提出訓練計劃，經認可後，始能施予訓練。	擔任重症醫學專科醫師臨床訓練之機構，並向委員會提出訓練計劃，經認可後，始能施予訓練。訓練計劃效期三年，到期時須提出複評申請，審查通過始可展延。	如紅字修正內容。
第四章 第八條 丙款	甄審資格時檢附委員會認可三年內聯委會所辦繼續教育積分 60 學分。 說明：學分累計積須包括母學會30分及聯委會學分30分。	報名甄試時，檢附報名截止日往前推三年內之積分證明，學分累計須包括母學會 30 分及聯委會學分 30 分。。	如紅字修正內容。
第四章 第八條 丁款	持有他國有效期限內之重症專科醫師證書且經當地我國駐外單位驗證，由委員會審查通過，並取得前項教育積分，得以免筆試直接參加口試。醫師另需提出訓練期間的服務證明，其服務單位需為聯委會認定合格之專科醫師訓練醫院。	持有他國有效期限內之重症專科醫師證書且經當地我國駐外單位驗證並提出第八條乙款 5 項之重症訓練證明。同時提出第八條丙款之積分證明者，得以免筆試直接參加口試。	維持原修文，不作修正。
第四章 第八條 新增	無 依據 107 年 7 月 27 日之決議而新增。 新增第八條戊款	原重症醫學專科醫師證書含指導醫師證書失效者，無須重新報備訓練；但需提出第八條丙款之積分證明。	新增戊款 如紅字修正內容。

決議: 依上述決議內容，全文章程修正後提供六學會。

(三) 討論108年甄試簡章、報名表

1.筆試日期: 11月17日(日)上午10-12點~重症醫學會承辦
2.口試日期: 12月14日(六)下午~急救加護醫學會承辦
3.受理報名時間:9月1日-10月16日
4.學分計算期限:105.10.17~108.10.16.

決議簡章修改如下:
1.依章程修正條文，同步修正簡章第五條及第六條。
2.筆試申覆日期: 11月20日中午12點。
3.簡章及報名表修改。

(四) 審查指導醫師新申請案
說明:共兩位提出申請
決議:
1.黃浩x醫師:論文與重症相關性不大，胸重學會收回此件，暫不送審。
2.盧怡吟醫師:經查已於民國99年換證通過，臨床工作符合指導醫師資格，補提報主委審核予以通過。
指醫證號:1196。

(五) 審查重症專科醫師108到期展延申請
說明:
1.重症8名、胸重17名、外科14名、急加2名，共41位提出申請
2. 外科醫學會27名申請再展延一年
決議: 通過。

七、 臨時動議
(一) 訂定下次筆試委員會議日期(討論題目申覆及確認筆試通過人數)
決議: 11月21日。

八、 散會(19:35)

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 8 月 6 日 (星期二) 19:00-20:30
台北 - 臺大醫院兒童醫療大樓第二會議室
台中 - 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：呼吸道疾病委員會 召集委員王鶴健教授

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、許超群主任、陳炯睿醫師、謝孟哲副部長

列席人員：林孟志理事長、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、會議議程：

一、主席致詞：略

貳、討論事項：

一、COPD 相關議題

說明：指引進度、推廣活動

※ 結論：

(一) 工作時程：

1. 第一次會議編輯 2018-12-8
2. 各章節小組會議 2018-12-9~2019-3-15
3. 期中會議 2019-03-16
4. 各章節小組會議 2019-03-17~2019-7-5
5. 期末會議 2019-7-6
6. 開始審核 (組內校稿) 2019-7-7~2019-8-9
7. 權益關係人會議 (指引設計及審核完成) 2019-8-10

(二) COPD 指引簡明版編修工作時程：

1. 第一次起始會議 2019-8-11
2. 第二次會議 2019-9-22
3. 預計召開三次會議定稿
4. 預計 2019-12 年會前完成

(三) COPD 指引推廣活動：【台灣 COPD 照護指引達人就！是！你！】

1. 2019 年 8 月 24 日 (六) 北區
2. 2019 年 9 月 21 日 (六) 中區
3. 2019 年 10 月 5 日 (六) 南區

(四) 核心教材再編修進度：

1. 第一次編修會議 2019-8-24
2. 兩次會議完成
3. 2019 年年會前完成
4. 針對實務面，各章節新增個案說明分享
5. VPN 具標準模式，建議採自主學習模式

二、Severe Asthma consensus & case book 進度

※ 結論：

(一) 台灣嚴重氣喘診療共識

1. 預計於 2019-10-26 Post ERS 公開發行
2. 以英文撰寫，投稿至台灣醫誌

(二) Severe Asthma Casebook

1. 預計於 2019-10-26 Post ERS 前完成
2. 建議擬定撰寫規範 (例：字數限制) 以供參考

三、Anti IL-5 biologics 健保給付條件修訂

說明：

(一) 目前胸腔科醫師已鮮少長期使用口服類固醇，對於使用 anti-IL5 藥物之六個月長期類固醇規範是否可以放寬？

(二) Severe eosinophilic asthma OCS 要用多久才算控制不好？

※ 結論：

1. 呈核健保局，建議採國際標準為參考值。
2. 6.2.8 Mepolizumab (如 Nucala): (107/11/1)，建議修正為：
   現用於經胸腔內科或過敏免疫專科醫師診斷為嗜伊紅性白血球的嚴重氣喘且控制不良 (Severe Refractory Eosinophilic Asthma) 之 18 歲以上成人之病患，且需符合下列條件：
   (1) 病患同意且遵循最適切的標準療法且符合下述條件至少一項者：
   i. 過去 12 個月有 4 次或 4 次以上因急性惡化而需要使用全身性類固醇，且其中至少一次是因為氣喘惡化而需急診或住院。
   ii. 過去 3 個月持續使用口服類固醇 prednisolone 至少每天 5 mg 或等價當量 (equivalent)
   (2) 投藥前 12 個月內的血中嗜伊紅性白血球≥ 300 cells/mcL。
3. 此結論將交由學會健保政策小組討論。

四、肺復原手冊進度

※ 結論：

(一) 工作時程：

1. 期中會議 2019-4-27
2. 第二次期中會議 2019-6-18
3. 期末會議 2019-7-20

4. 各負責醫師完成最後文字 Final 文稿 2019-8-5
5. 完成 Reference 編輯及名詞統一校正，進行交叉審查 2019-8-19
6. 完成交叉審查 2019-9-2
7. 完成外審 2019-9-16
8. 完成美編，提供給各進行審閱 2019-10-14
9. 完持設計編輯檔審閱 2019-10-28
10. 提供 Final 設計完稿電子檔 2019-11-11
11. 完整版肺復原實務指引預計於年會前完成與印製

五、Bronchiectasis Forum & 登錄計畫

說明：

(一) 學會邀請全台灣各醫院參加

(二) 收案條件的擬定

(三) 上傳資料的確認，例如肺功能、CT…

(四) 確認研究主題

(五) 召開支氣管擴張登錄計畫會議確認細節，時間？

(六) 其它補充事項

※ 結論：

(一) Bronchiectasis Forum 於 2019-8-3 舉辦完畢

(二) 支氣管擴張登錄計畫可與肺結核病與感染委員會合作執行

六、全民健康保險氣喘醫療給付改善方案精進計畫書 - 疑義 -

說明：

(一) Q1、於品質監測觀測指標與病患追蹤指標之修訂建言中寫道:「規律的肺功能檢查紀錄，可協助追蹤氣喘的進展及病人對治療的反應。但有臨床醫師認為，肺功能檢測對氣喘診斷未必必要，且規定基層診所要做肺功能也可能有設備受限的問題」
請問若就上述內容，若將肺功能檢查值增列為 VPN 應登錄資料，應該增列那些欄位？(ex: FEV1、FEV1 評估值等)；若列為必填欄位，基層診所是否會受影響？

(二) Q2、於品質監測觀測指標與病患追蹤指標之修訂建言中寫道：「應在品質加成指標中加給病患肺功能成績。」又於支付制度之修改建言中寫道：「若能新增氣喘控制品質指標，有達到標準者就能獲得獎勵，而非一定要跟他人比較，較佳者才有獎勵。」
請貴會能提更明確的內容，如新的品質加成指標如何定義、計算？(計算範圍、分子、分母等)，若要列入獎勵計算，標準值為何？又如何融入現行獎勵措施？
若要另外規劃獎勵措施？請再給予明確的獎勵門檻、獎勵內容 (點數) 及獎勵方式

(三) Q3、於支付制度之修改建言中寫道：「新增氣喘病人肺部復原及呼吸訓練評估費 (每人次 600 點)」
是否參考 COPD 方案僅有醫院層級得申報？

※ 結論：

1. Q1：肺功能登錄為加成選項，非必要選項
2. Q2：參考美國 AHRQ 訂定

3. Q3：若具共病，且院所含有一位醫師及一位呼吸治療師可申請點數

七、2020 呼吸道疾病委員會預計學術活動

說明：

(一) 台灣成人氣喘指引 revision

(二) 2020 年 COPD 認證教育課程規劃

(三) 2020 年 asthma 給付改善方案課程規劃

(四) 2020 年度呼吸道疾病研討會 (POST-ATS, POST-ERS, POST-APSR)

(五) 其他補充

※ 結論：

(一) 指引做部分修改。因認證課程需提供最新資訊，核心教材需先進行改版。若有更新的部分，建議提供對照表，較易了解其差異性。

(二) 2020 年度呼吸道疾病研討會規劃如下：Post-ATS、Post-ERS、支氣管擴張論壇、肺復原研討會，建議採三地連線方式舉辦。

(三) 未來指引編修，建議加入本土性研究。

八、自在呼吸網投稿審核

※ 結論：

由委員們協助審理稿件

參、臨時動議：無

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
健保及醫療政策工作小組會議記錄

日期地點：民國 108 年 8 月 13 日 (星期二) 18：30
台中高鐵食堂 2F (台中市烏日區站區二路 8 號)

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、徐武輝副院長、林恒毅院長、黃伊文部長、林明憲醫療長

列席人員：副秘書長林聖皓醫師、秘書劉軒吟、邱國樑主任、周昆達執行長

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、「Sputum Induction/FeNo」檢附文件由 AZ 提供

提案項目：新增診療項目建議

說　　明：

(一)

1. 請再次確認送審使用年紀為 18 歲以上成人族群，因如此 12-18 歲病人將不被給付。
2. 美國給付價格確認中。

(二)

- 8. 建議支付點數及其理由資訊
- 9. DRG 類別
- 13. 相關藥品資訊：給付代碼資訊 (彰基系統或學會方面是否可以協助查詢 ?)
- 14. 相關特材資訊：是否填寫 0.1% dithiothreitol solution (DTT)、40um nylon mesh。同樣需要給付代碼資訊的協助。
- 15. 相關診療項目資訊：小容積噴霧治療 (small volume nebulizer) 的給付代碼資訊；另請確認 4. 診療項目相關醫事人員資格暨設備資料 Excel 表中提到的霧化器管線耗材、Sterile water for irrigation、檢體盒 Sterile cup、10 西西痰液收集管、手套等是否要填寫，同樣需要給付代碼資訊的協助
- 五、檢附相關資料 醫療器材產品之衛生福利部查驗資料：小容積噴霧治療器 (small volume nebulizer) 是否附上任何檢附資料
- 是否有其他國家給付資訊，確認中。

(三) 依照欄位定義稍作修改。請檢視。

※ 結　　論：請 AZ 協助調查數據，由林聖皓主任修正。

二、「睡眠委員會 - 阻塞型睡眠呼吸中止症照護方案」

提案項目：提供患者起始治療的機會，並藉由密切追蹤，確保患者對治療的順從性，初步規劃是採試辦計畫，需事先申請

說　　明：需再調整申請費用以及調整收案對象，新增預期目標正面效益增加相關數據比較，重度阻塞型睡眠呼吸中止症 (AHI>30/hr) 定義，建議修改 40/hr 或 30/hr 加入共病治療，限胸專醫師

※ 結　　論：睡眠醫學委員將在調整計畫內容。

三、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，請貴會惠示意見

提案項目：

說　　明：

1. 本計畫以訓練完整包括藥師、衛教師、醫師，收案完成已完成用藥使用。
2. 目前計畫正在進行當中，成效指標將作業中，希望衛服部提升社區藥局以病人為中心社區藥局透過學會專業認證與肯定，來提升公用造福民眾提出相關辦法，參加各項慢性病指標在擬定相關政策。

※ 結　　論：將擬訂公文，發函至衛服部

四、呼吸道委員會 - 有關全民健康保險氣喘醫療給付改善方案精進計畫書，請貴會再予意見回復

提案項目：

Q1 於品質監測觀測指標與病患追蹤指標之修訂建言中寫道：「規律的肺功能檢查紀錄，可協助追蹤氣喘的進展及病人對治療的反應。但有臨床醫師認為，肺功能檢測對氣喘診斷未必必要，且規定基層診所要做肺功能也可能有設備受限的問題」。

請問若就上述內容，若將肺功能檢查值增列為 VPN 應登錄資料，應該增列那些欄位？ (ex: FEV1、FEV1 評估值等)；若列為必填欄位，基層診所是否會受影響？

說　　明：肺功能登錄為加成選項，必要選項

Q2 於品質監測觀測指標與病患追蹤指標之修訂建言中寫道：「應在品質加成指標中家計病患肺功能成績。」又於支付制度之修改建言中寫道：「若能新增氣喘控制品質指標，有達到標準者就能獲得獎勵，而非一定要跟他人比較，較佳者才有獎勵。」

※ 請貴會能提更明確的內容，如新的品質加成指標如何定義、計算？ (計算範圍、分子、分母等)，若要列入獎勵計算，標準值為何？又如何融入現行獎勵措施？

※ 若要另外規劃獎勵措施？請再給予明確的獎勵門檻、獎勵內容 (點數) 及獎勵方式

說　　明：參考美國 AHRQ 訂定

Q3 於支付制度之修改建言中寫道：「新增氣喘病人肺部復原及呼吸訓練評估費 (每人次 600 點)」

※ 是否參考 COPD 方案僅有醫院層級得申報？

說　　明：若具共病，且院所含有一位醫師及一位呼吸治療師可申請點數

※ 結　　論：將同意呼吸道委員會修改，通過。

五、Anti IL-5 biologics 健保給付條件修訂

提案項目：目前胸腔科醫師已鮮少長期使用口服類固醇，對於使用 anti-IL5 藥物之六個月長期類固醇規範是否可以放寬？

說　　明：

修訂建議(底線為修改處)
6.2.8 Mepolizumab (如 Nucala)：(107/11/1) 1. 現用於經胸腔內科或過敏免疫專科醫師診斷為嗜伊紅性白血球的嚴重氣喘且控制不良(Severe Refractory Eosinophilic Asthma)之 18 歲以上成人之病患，且需符合下列條件： 　1. 病患同意且遵循最適切的標準療法且符合下述條件至少一項者： 　2. 過去 12 個月有 4 次或 4 次以上因急性惡化而需要使用全身性類固醇~~，且其中至少一次是因為氣喘惡化而需急診或住院~~。 　3. 過去 ~~6~~ 3 個月持續使用口服類固醇 prednisolone 至少每天 5 mg 或等價當量(equivalent) 　4. 投藥前 12 個月內的血中嗜伊紅性白血球≥300 cells/mcL。 2. 需經事前審查核准後使用。 3. 每四週使用不得超過 1 次。 4. 使用 32 週後進行評估，與未使用前比較，若「惡化」情形減少，方可繼續使用。 備註：「惡化」的定義為必須使用口服/全身性類固醇治療、或住院治療、或送急診治療的氣喘惡化現象。

※ 結　　論：保留此項條件，過去 12 個月有 4 次或 4 次以上因急性惡化而需要使用全身性類固醇，且其中至少一次是因為氣喘惡化而需急診或住院。

六、「申辦戒菸治療專門課程需求」

提案項目：講師人才名單為 244 位，其中胸腔科醫師為 24 位。

說　　明：將先由本會會員開始訓練講師，由學會先開始主辦與國健屬合辦，發函至各大醫院。

※ 結　　論：通過。

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

日期地點：民國 108 年 08 月 22 日 (星期四) 下午 6 點
臺大醫院兒醫大樓第一會議室 (地址：台北市中山南路 8 號)

主　　席：彭殿王主編

出席單位：社團法人台灣呼吸治療學會、台灣結核暨肺部疾病學會、台灣睡眠醫學學會

出席人員：彭殿王主編、許端容常務理事、鄭瑞駿理事、王振源醫師、胡漢忠主任、余智惠小姐

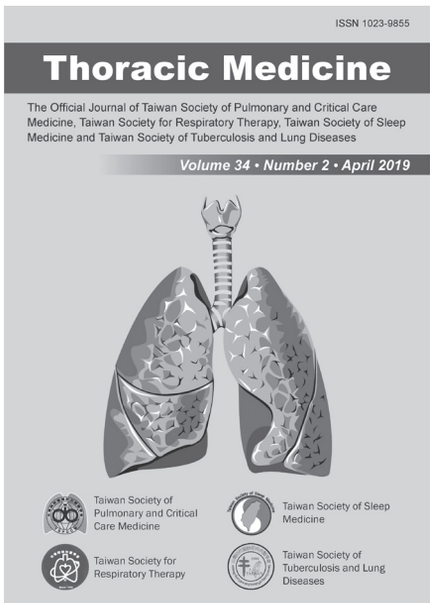
會議記錄：余智惠

壹、主席致詞：台灣睡眠醫學學會應出席委員，因門診不克出席本次會議，待會議結束後，將委請胡漢忠主任代為轉達會議內容，與之討論後追認會議紀錄。

貳、報告事項：

一、封面定稿：胸腔醫學期刊預計將於 2020 年二月更換新版封面及編輯名單。

決議：通過。



二、Section Editorial 邀約名單：請各家學會補齊 Editorial Board 5 位國內委員、Advisory Board 3 位國外委員。

(一) 台灣胸腔暨重症加護醫學會：

1. 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科教授級主治醫師

(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：

1. 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

2. 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：

1. 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

2. 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：

1. 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

2. Advisory Board

(1) 韓芳：PULMONARY MEDICINE
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL
BEIJING, CHINA

(2) NarichaChirakalwasan：Associate Professor of Medicine

Division of Pulmonary and Critical Care Medicine
Department of Medicine, Faculty of MedicineChulalongkorn University
(3) Kazuo Chin：Department of Respiratory Care and Sleep Control Medicine, Graduate School of Medicine, Kyoto University

決議：各家學會補齊名單後，預計於 2019 年 12 月底前寄發中英文邀請函及聘書給所有委員。

三、胸腔醫學未來稿件分配

(一) 年度預計刊登稿件篇數

1. 每一期預計：6 篇 original paper、2 篇 case report、1 篇 invited review article
2. 一年預計：36 篇 original、12 篇 case report、6 篇 review article

(二) 各家學會預計負責稿件篇數

1. 台灣胸腔暨重症加護醫學會：24 篇 original、9 篇 case report、3 篇 review article
2. 社團法人台灣呼吸治療學會：4 篇 original、1 篇 case report、1 篇 review article
3. 台灣結核暨肺部疾病醫學會：4 篇 original、1 篇 case report、1 篇 review article
4. 台灣睡眠醫學學會：4 篇 original、1 篇 case report、1 篇 review article

(三) Review article 邀稿稿費

1. 邀稿作者若為外國學者，建議支付稿費為 2,000 美元 / 篇
2. 邀稿作者若為國內學者，建議支付稿費為 1,000 美元 / 篇
3. 現階段稿費由台灣胸腔暨重症加護醫學會支付

決議：通過，並請於各學會理監事會議報告。

參、討論事項：

一、胸腔醫學編輯名單

Publisher：四家學會理事長並列
Editor-in-Chief：彭殿王醫師
Deputy Editors-in-Chief：胡漢忠醫師
Editorial Board：四家學會所邀約的 5 位國內委員，共 20 位
Advisory Board：四家學會所邀約的 3 位國外委員，共 12 位

決議：胸腔醫學編輯名單依照學會三年一任之規定更新。其中 Section Editorial 名單可每年更新，由各家學會自行選派。

二、胸腔醫學投稿系統設置

(一) 請電腦公司重新估價設置一獨立的胸腔醫學投稿系統，並在各家學會網站上設定胸腔醫學投稿系統的登入連結。

(二) 設置費用由台灣胸腔暨重症加護醫學會支付。

決議：委由胸重學會處理，預計於 9 月理監事會議提出。

三、胸腔醫學出刊形式以紙本或電子版發行？

決議：暫定維持電子版期刊。當期期刊出刊時除了上傳期刊電子檔之外，亦請各家學會發 email 通知會員，其郵件內文需附加期刊連結網址，以利會員登入。

肆、臨時動議：無

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 8 月 29 日 (星期四) 18:30-20:30
台北 - 臺大醫院兒童醫療大樓第二會議室
高雄 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室

主　　席：睡眠醫學委員會召集委員 陳濘宏主任

出席人員：陳濘宏主任、林嘉謨主任、邱國樑醫務秘書、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：秘書張家榕小姐、秘書劉軒吟小姐

壹、會議議程：

一、主席報告：略

貳、討論事項：

一、「阻塞型睡眠呼吸中止症照護方案」

說明：

本方案提供患者起始治療的機會，並藉由密切追蹤，確保患者對治療的順從性，初步規劃是採試辦計畫，需事先申請。

經 108.08.13 提報於本學會健保及醫療政策小組，提供相關建議為，需再調整申請費用以及調整收案對象，新增預期目標正面效益增加相關數據比較，重度阻塞型睡眠呼吸中止症 (AHI>30/hr) 定義，建議修改 40/hr 或 30/hr 加入共病治療，限胸專醫師。再由睡眠醫學委員調整計畫內容。

※ 結論：

名目	單價 (元)	收取時機	整年 (元)
收案費	2,000	收案時	2,000
衛教費	2,000	收案時	9,000
	1,000	第 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 月	
醫師判讀費	700	第 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 月	4,900
機器費用	900	每次限定回診日統一開立 (第 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 月)	43,200
整晚血氧監測費	360	結案前	360
結案費	2,000	結案時	2,000
合計			61,460 / 人、年

(一) 費用部分修正如下：

1. 醫師判讀費修改為「醫師處置費」。
2. 收案費與結案費不變，各院如何給予由各院而訂。

3. 衛教費中 1,000 元列為「下載資料費」。

4. 須註明面罩、管路等耗材為自費。

5. 總額不變。

(二) 經健保及醫療政策工作小組建議，加入本方案對健康效益帶來之健保費用的節省。

1. 健保效益有由李佩玲主任協助提供相關資料。

參、臨時動議：

一、「2019 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨台灣胸腔外科醫學會、台灣呼吸治療學會、台灣睡眠醫學學會聯合學術會議」- 睡眠醫學學會邀請講員名單

說明：睡眠醫學學會邀請講員名單。

※ 結論：

(一) 將邀請日本 Prof. Kazuo Chin 擔任講者。

(二) 台灣講者為李佩玲主任、邱國樑醫務秘書、莊立邦醫師。

二、明年預計提出 HST(Home Sleep Test) 健保給付

散會

胸腔暨重症案例

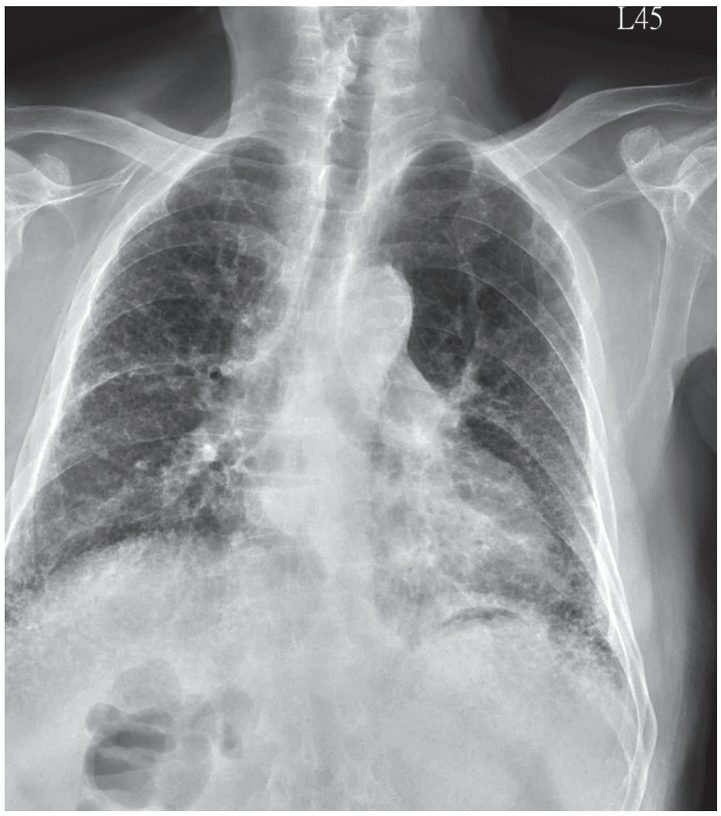


Figure 1

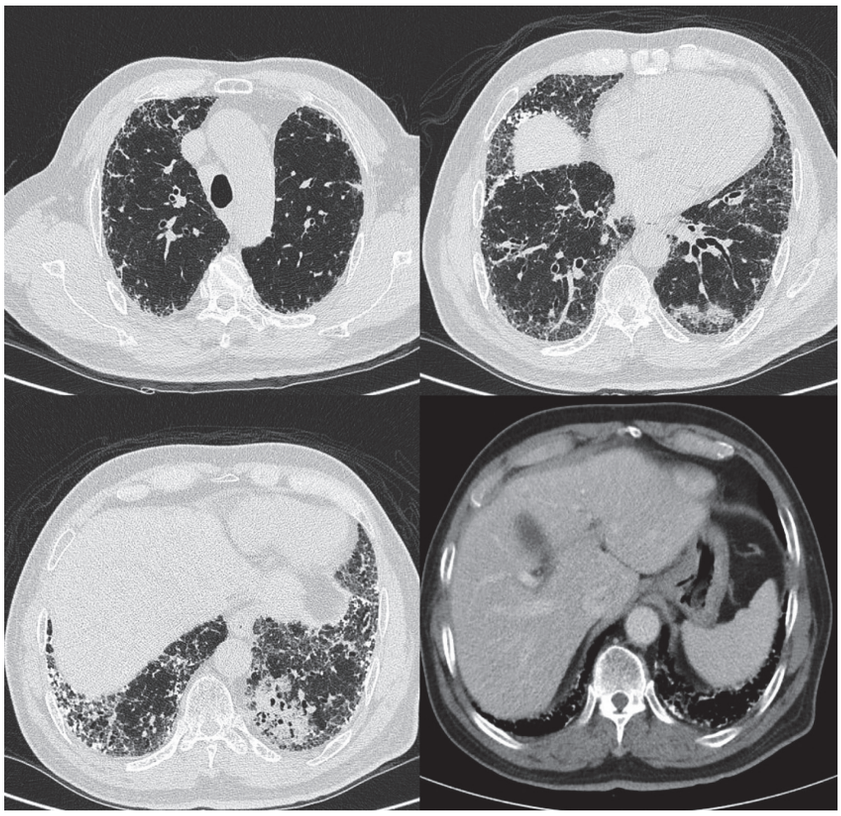


Figure 2

Table 1. Autoimmune profiles and microbiology data

ANA	C3 (mg/dL)	C4 (mg/dL)	RA Factor (U/mL)	Anti-SS-A (U/mL)	Bronchial wash to LB10 (AFS+mycobacteria culture)
1:40(-)	113.00	23.90	<9.50	Negative	Negative
Anti-SS-A (U/mL)	Anti-Jo-1 antibody (U/mL)	Anti-CENP (U/mL)	Anti-SCL-70 (U/mL)	Anti-ENA	Sputum AFS+Mycobacteria culture * 3 sets
Negative	Negative	Negative	Negative	Negative	Negative

提供：臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔科 陳祐易醫師 / 楊景堯醫師

[Case]

A 76-year-old man who was an ex-smoker (50 pack years, quitted for 25 years) with no known systemic diseases. He visited outpatient department with the presentation of productive cough and exertional dyspnea for 6 months. Initially, upper respiratory infection was impressed so he visited local clinics. His cough persisted despite symptomatic managements were given. No specific contact or traveling history was noted recently. He had no body weight loss, poor appetite, general malaise, fever, or diarrhea. The patient was brought to our hospital, where chest X-ray (Figure 1) and chest computed tomography (CT) (Figure 2) showed fine reticulations with fibrotic changes at bilateral lower lungs, especially the sub-pleural regions and a small patchy consolidation in left lower lobe.

The pulmonary function test also revealed a mild restrictive ventilator defects (FEV_1/FVC: 93.1%, FEV_1: 2.28 L, 110.4% of predictive value, FVC: 2.45 L, 89.4% of predictive value). There was no extra-pulmonary manifestation such as arthralgia, skin rashes, dry eyes or dry mouth. The serological tests for autoimmune disease also yielded negative results (Table 1).

醫學新知 I

在低痰液嗜酸性球的輕微氣喘中吸入性類固醇和長效性抗膽鹼劑效果無明顯差異

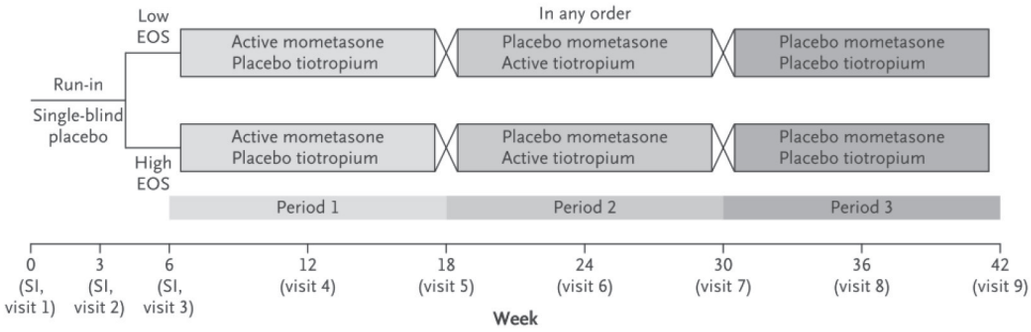
摘自：N Engl J Med 2019; 380(21): 2009-19.
編譯：李奕嫻醫師 臺大醫院雲林分院 胸腔內科

背景：

目前吸入性類固醇在 GINA step 2，輕微持續性的氣喘病人中還是一線使用的腳色，然而約有一半的氣喘病人對吸入性類固醇的反應不佳。過去的研究顯示，痰液中低嗜酸球數量的病患族群對吸入性類固醇的反應較高嗜酸球族群差，再者長期使用吸入性類固醇還是有可能的副作用。本篇文章意在研究輕微持續性的氣喘病人對吸入性類固醇的反應和對長效型抗膽鹼劑的反應如何，與痰液中嗜酸性球數量是否有關。

方法：

此研究為雙盲隨機可交叉的試驗，追蹤個案共 42 週，在美國 24 個 NHLBI 的據點，總共 295 個病人。收案條件為：12 歲以上，輕微但持續性的氣喘，符合 GINA step 2 的族群，並且用支氣管擴張劑反應測試或支氣管誘發測驗作為氣喘診斷標準。排除條款包含：三週內使用過吸入性類固醇的病患、六週內使用口服類固醇、三個月內使用過 omalizumab、四周內有過上呼吸道感染、有抽菸史、曾發生過致命性氣喘、或是 FEV_1 已經小於 70% 的預測值。導入期 (Run-in period) 為六週，來記錄病患氣喘特徵、痰液嗜酸性球數量、氣喘控制、及使用電子日記確立順從度 >75%。本研究將病人依照痰液嗜酸性球數量分為高低兩組 (2%)，每段時期為十二週，為 mometasone (440 mcg，中劑量)，tiotropium 分別和 placebo 作比較，共三段觀察期，用藥如下圖示意，每段觀察期剛轉換治療的前四周紀錄不採用。主要療效指標使用 hierarchical composite outcome 來做分析，雙尾 p 值 <0.025 為顯著，觀察三個反應：1) 在兩段不同治療時期中，同一位病人的 treatment failure 發生於某時期但並無發生於另一時期、2) annualized asthma control days 相差超過 31 天、3) end of period FEV_1 相差 >5%。次要療效指標討論高量痰液嗜酸球及低量的病患族群的治療反應差異。



結果：

在所有輕微氣喘的病人族群中，有 73% 的病人是低痰液嗜酸性球，59% 對於安慰劑及藥物

有 differential response；然而，mometasone 和 tiotropium 跟安慰劑相比特都沒有顯著性的差異。在所有 differential response 的低痰液嗜酸性球病患當中，57% (95% confidence interval [CI], 48 to 66) 在 mometasone 使用時期有較好的反應，但 43% (95% CI, 34 to 52) 在安慰劑使用時期的表現較好 (P=0.14)。然而，60% (95% CI, 51 to 68) 在 tiotropium 使用時期有較好的反應 (P=0.029)。在高痰液嗜酸性球的病人族群中，使用 mometasone 的病人族群反應顯著較安慰劑好 (74% vs. 26%) 但在 tiotropium 組並無顯著較佳反應 (57% vs. 43%)。

結論：

本研究發現大多數輕微、持續性氣喘、低痰液嗜酸性球的病患在使用 mometasone 或 tiotropium 的情形下，跟使用安慰劑組別無明顯差異。本研究特別針對低痰液嗜酸性球的病患族群對 ICS 和其他種藥物的差別。

〔編譯者評論〕

在輕微氣喘 (GINA step1) 中，as needed 的 SABA 使用已經因為會增加 asthma related exacerbation 和 death，GINA 2019 年的治療指引已經建議不要 as needed 使用 SABA，而改為 as-needed 使用 ICS-formoterol 或在需要 SABA 時加上 ICS 一起使用。

在症狀較 persist 的病人 (step 2) 中，ICS 依然是預防 AE 以及控制症狀最有證據的治療，但現實世界中，輕微氣喘的病人對 regular ICS 的配合度並不好，嚴重者甚至喜歡只使用 as-needed SABA，造成臨床醫師不想見的的狀況；過去一年中 SYGMA1、SYGMA2 比較使用 as-needed 的 budesonide-formoterol (BDP-form) 和 maintenance 的吸入性類固醇在 persistent (GINA step2) 的氣喘病患的療效，預防 AE 的效果相等，卻可以減低 ICS 用量到原來的 17-25%，然而在平常的症狀控制 (ACQ-5 score) 還是 maintenance 的 ICS 較有效。但目前僅有 BDP-form 有這樣的證據，所以若在 Step 2 病人出現配合度不佳的狀況，可以退而求其次，使用 as-needed BDP-form。

本篇研究意在挑戰 ICS 在輕微氣喘病患當中的腳色，過去許多研究顯示，ICS 在約一半的氣喘病患無法達到降低 AE、控制症狀、提高生活品質、避免肺功能惡化的效果；其中，氣喘病人的異質性讓病患對 ICS 的反應會有差異，若為高嗜酸性球特徵，對吸入性類固醇的反應較好，但若非高嗜酸性球族群，對 ICS 反應較差。此研究相觀察在低痰液嗜酸性球這群預期對 ICS 反應較差的氣喘病人族群，是否一定需要使用 maintenance ICS。主要的結果為 hierarchical composite outcome，包含：治療失敗、annualized asthma control day、FEV1 變化；在 maintenance mometasone、tiotropium、placebo 是否有差異。觀察結果顯示，在輕微氣喘的病患中，分別使用 mometasone (medium dose) 或 tiotropium 都沒有顯著較安慰劑好；另外有高達 73% 的病患為低嗜酸性球族群，在這群病患中，mometasone 對症狀穩定和肺功能的治療效果和安慰劑組差不多，但 tiotropium 略有勝出；在高嗜酸性球氣喘病患中 mometasone 比安慰劑療效更好，tiotropium 則不見此現象。

筆者認為，目前 LAMA 在 asthma 病患身上使用，證據較多的還是在 step4/5 的 add-on therapy，並且目前只有 tiotropium 有較多的證據，本研究嘗試將 LAMA 移到輕微氣喘病患身上使用，雖在低痰液嗜酸性球的病患中 ICS 無明顯優於安慰劑組而 tiotropium 對安慰劑組的表現略有勝出，但值得注意的是仍有 57% 使用的 ICS 控制較 placebo 好，tiotropium 為 60%；並且 tiotropium 不是直接與 ICS 相比較，endpoint 還為 composite endpoint，並非專注比較 AE 的機會。故就本研究結果沒有辦法證實在 low sputum eosinophils 的 mild asthma 病人身上使用 tiotropium 的效果在任一方面優於 ICS。低嗜酸性球的病人佔了 67%，ICS 在此類身上是否無效不值得使用，以及使用 LAMA 是否為更佳解，都還需要更多證據去釐清 !!!

Mometasone or Tiotropium in Mild Asthma with a Low Sputum Eosinophil Level (Steroids in Eosinophil Negative Asthma (SIENA) trial)

N Engl J Med 2019; 380(21): 2009-19.

Lazarus SC, Krishnan JA, King TS, *et al*.

Abstract

BACKGROUND

In many patients with mild, persistent asthma, the percentage of eosinophils in sputum is less than 2% (low eosinophil level). The appropriate treatment for these patients is unknown.

METHODS

In this 42-week, double-blind, crossover trial, we assigned 295 patients who were at least 12 years of age and who had mild, persistent asthma to receive mometasone (an inhaled glucocorticoid), tiotropium (a long-acting muscarinic antagonist), or placebo. The patients were categorized according to the sputum eosinophil level (<2% or ≥2%). The primary outcome was the response to mometasone as compared with placebo and to tiotropium as compared with placebo among patients with a low sputum eosinophil level who had a prespecified differential response to one of the trial agents. The response was determined according to a hierarchical composite outcome that incorporated treatment failure, asthma control days, and the forced expiratory volume in 1 second; a two-sided *P* value of less than 0.025 denoted statistical significance. A secondary outcome was a comparison of results in patients with a high sputum eosinophil level and those with a low level.

RESULTS

A total of 73% of the patients had a low eosinophil level; of these patients, 59% had a differential response to a trial agent. However, there was no significant difference in the response to mometasone or tiotropium, as compared with placebo. Among the patients with a low eosinophil level who had a differential treatment response, 57% (95% confidence interval [CI], 48 to 66) had a better response to mometasone, and 43% (95% CI, 34 to 52) had a better response to placebo (*P*=0.14). In contrast 60% (95% CI, 51 to 68) had a better response to tiotropium, whereas 40% (95% CI, 32 to 49) had a better response to placebo (*P*=0.029). Among patients with a high eosinophil level, the response to mometasone was significantly better than the response to placebo (74% vs. 26%) but the response to tiotropium was not (57% vs. 43%).

CONCLUSIONS

The majority of patients with mild, persistent asthma had a low sputum eosinophil level and had no significant difference in their response to either mometasone or tiotropium as compared with placebo. These data provide equipoise for a clinically directive trial to compare an inhaled glucocorticoid with other treatments in patients with a low eosinophil level. (Funded by the National Heart, Lung, and Blood Institute; SIENA ClinicalTrials.gov number, NCT02066298.)

TSPCCM

醫學新知Ⅱ

局部晚期或轉移非小細胞肺癌且 PD-L1 表現較少的病人是否可以一線使用單方免疫治療？

摘自：Lancet. 2019 May 4; 393(10183): 1819-1830 PMID: 30955977

編譯：姚宗漢醫師 臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔內科

背景：

對於轉移的非小細胞肺癌的病人如果 PD-L1 tumor proportion score (TPS) 50% 以上，Pembrolizumab 已經可以單獨使用當作第一線治療，但是否可以延伸到 PD-L1 TPS 1%~49% 的病人則還不確定，這篇研究主要是希望知道如果 PD-L1 TPS >1% 的病人使用 Pembrolizumab 單獨治療對其存活期 (Overall survival) 的影響。

研究方法：

這是一個多中心第三期的臨床試驗，主要收錄病人的標準是局部晚期或轉移的非小細胞肺癌、之前不能接受任何治療、沒有 EGFR mutation or ALK translocation、ECOG 0~1、PD-L1 TPS >1%。進到臨床試驗的病人 1:1 分組，一組會分到 Pembrolizumab 單獨治療 (200 mg every 3 weeks)，另外一組則是使用化療 (Platinum-based chemotherapy for four to six cycles)，主要療效指標 (primary endpoint) 是要看不同 PD-L1 表現的 overall survival (分成 TPS >50%, >20% 以及 >1% 三個組)。

研究結果：

這個臨床試驗總共收錄 1,274 個病人，TPS >50% 和 >20% 各自佔了 599 個 (47%) 以及 818 個 (64%) 病人。存活期 (overall survival) 在三個組別 pembrolizumab 單獨治療都顯著高於化療組 (≥50% hazard ratio 0.69, 95% CI 0.56-0.85, p=0.0003; ≥ 20% 0.77, 0.64-0.92, p=0.0020, and ≥ 1% 0.81, 0.71-0.93, p=0.0018)，pembrolizumab 中位數存活期在 TPS >50%, >20% 以及 >1% 分別為 20.0 months，17.7 months 以及 16.7 months。治療的副作用比較，接受 pembrolizumab 的組別在 grade 3 以上的副作用明顯低於化療組 (18% VS 41%)，兩組都各有 2% 的病人因為治療副作用死亡。

結論：

考量到治療的效果以及風險，在局部晚期或轉移的非小細胞肺癌且沒有 EGFR mutation or ALK translocation 的病人，如果 PD-L1 TPS >1% 第一線治療可以使用 pembrolizumab 單獨治療。

〔編譯者評論〕

在 KEYNOTE-024 結果出來之後，大家知道 Pembrolizumab 單方可以用於一線治療轉移且 PD-L1 TPS >50% 的非小細胞肺癌。但是否可以一線治療 TPS 1~49% 的病人則仍是未知，這

篇 study (KEYNOTE-042) 部分解答了這個問題，而為何說是部分呢？Tony Mok 跟他的同事在這篇 study 所下的結論是：局部晚期或轉移的非小細胞肺癌病人只要 PD-L1 TPS >1% 則可以安全有效的使用單方 Pembrolizumab 當作第一線的治療，但如果細看文章裡面的分析會發現一些有趣的地方。第一個是在所選的病人裡面，PD-L1 TPS >50% 的病人竟然接近 47%，這比例比 KEYNOTE-024 在收病人時 TPS >50% 的比例約佔 30% 來的高很多；第二個點是就算同樣是 TPS >50% 的病人，KEYNOTE-042 以及 KEYNOTE-024 病人結果也差很多，medial OS 兩組分別為 20 months and 30 months。Progression free survival 更慘， KENOTE-042 TPS >50% 病人 PFS 並沒有顯著優於化療組，作者在討論的部分是提到病人 population 不同來解釋 (KEYNOTE-024 以西歐北美為主，KEYNOTE-042 則是亞洲人佔了 29%，他們提到亞洲有些地方不容易拿到免疫治療，化療組在後續可以接受免疫治療的比例 KEYNOTE-024 以及 KEYNOTE-042 分別是 64% VS 20%)，這可能是兩組 OS 差距的原因；第三個是在進行次族群分析 (subgroup analysis) 時可以發現 PD-L1 TPS 1%~49% 這族群的病人使用 pembrolizumab 單方治療 OS 並沒有優於化療組 (HR 0.92 [95% CI 0.77-1.11])，也就是雖然這是一篇 positive trial，但其實主要的貢獻應該還是 TPS >50% 的病人為主；最後一個點也是大家一直提的問題，無論是哪一個族群 (TPS >1%, >20% or >50%)，在前六個月治療化療組的存活率還是優於單方免疫治療，這代表的目前使用的 biomarker (PD-L1 TPS) 還是無法很好的篩選出適合化療或是免疫的病人，這還是有待將來解決。最後回到台灣現實面來考量，這雖然是一篇 positive 的 trial，但大概還是無法改變現行的治療策略，一方面是因為 PD-L1 TPS 1%~49% 使用單方 Pembrolizumab 在這篇研究似乎還是不能很明確告訴我們答案，另一方面是免疫療法實在是太貴了，健保署訂的條文很嚴苛短時間內也不可能把 PD-L1 TPS >1% 的病人放入第一線給付的範圍，就算是病人經濟能力不錯，在局部晚期或轉移的非小細胞肺癌，如果沒有其他的 driver mutations 且 PD-L1 TPS 1%~49%，可能還是併用化療加上免疫療法比較保險。

Pembrolizumab versus chemotherapy for previously untreated, PD-L1-expressing, locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-042): a randomised, open-label, controlled, phase 3 trial

Lancet. 2019 May 4; 393(10183): 1819-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32409-7
TSK Mok, Wu YL, Kudaba I, *et al*.

Abstract

BACKGROUND

First-line pembrolizumab monotherapy improves overall and progression-free survival in patients with untreated metastatic non-small-cell lung cancer with a programmed death ligand 1 (PD-L1) tumour proportion score (TPS) of 50% or greater. We investigated overall survival after treatment with pembrolizumab monotherapy in patients with a PD-L1 TPS of 1% or greater.

METHODS

This randomised, open-label, phase 3 study was done in 213 medical centres in 32 countries. Eligible patients were adults (≥18 years) with previously untreated locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer without a sensitising EGFR mutation or ALK translocation and with an Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status score of 0 or 1, life expectancy 3 months or longer, and a PD-L1 TPS of 1% or greater. Randomisation was computer generated, accessed via an interactive voice-response and integrated web-response system, and stratified by region of enrolment (east Asia vs rest of world), ECOG performance status score (0 vs 1), histology (squamous vs non-squamous), and PD-L1 TPS (≥50% vs 1-49%). Enrolled patients were randomly assigned 1:1 in blocks of four per stratum to receive pembrolizumab 200 mg every 3 weeks for up to 35 cycles or the investigator's choice of platinum-based chemotherapy for four to six cycles. Primary endpoints were overall survival in patients with a TPS of 50% or greater, 20% or greater, and 1% or greater (one-sided significance thresholds, p=0.0122, p=0.0120, and p=0.0124, respectively) in the intention-to-treat population, assessed sequentially if the previous findings were significant. This study is registered at ClinicalTrials.gov, number NCT02220894.

Finding

From Dec 19, 2014, to March 6, 2017, 1,274 patients (902 men, 372 women, median age 63 years [IQR 57-69]) with a PD-L1 TPS of 1% or greater were allocated to pembrolizumab (n=637) or chemotherapy (n=637) and included in the intention-to-treat population. 599 (47%) had a TPS of 50% or greater and 818 patients (64%) had a TPS of 20% or greater. As of Feb 26, 2018, median follow-up was 12.8 months. Overall survival was significantly longer in the pembrolizumab group than in the chemotherapy group in all three TPS populations (≥50% hazard ratio 0.69, 95% CI 0.56-0.85, p=0.0003; ≥20% 0.77, 0.64-0.92, p=0.0020, and ≥1% 0.81, 0.71-0.93, p=0.0018). The median surival values by TPS population were 20.0 months (95% CI 15.4-24.9) for pembrolizumab versus 12.2 months (10.4-14.2) for chemotherapy,

17.7 months (15.3-22.1) versus 13.0 months (11.6-15.3), and 16.7 months (13.9-19.7) versus 12.1 months (11.3-13.3), respectively. Treatment-related adverse events of grade 3 or worse occurred in 113 (18%) of 636 treated patients in the pembrolizumab group and in 252 (41%) of 615 in the chemotherapy group and led to death in 13 (2%) and 14 (2%) patients, respectively.

Interpretation

he benefit-to-risk profile suggests that pembrolizumab monotherapy can be extended as first-line therapy to patients with locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer without sensitising EGFR or ALK alterations and with low PD-L1 TPS (Funded by Merck Sharp & Dohme.)

醫學新知Ⅲ

Nintedanib 使用在硬皮症相關間質性肺病的第三期臨床試驗研究

摘自：N Engl J Med. 2019 Jun 27; 380(26): 2518-2528. doi: 10.1056/NEJMoa1903076.

編譯：陳論哲醫師 / 王鶴健醫師 臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔內科

背景：

間質性肺炎 (interstitial lung disease) 是硬皮症 (systemic sclerosis) 的常見臨床表現，同時也是造成疾病相關死亡的主要原因。Nintedanib 是一種酪胺酸激酶抑制劑 (tyrosine kinase inhibitor)，在硬皮症與間質性肺炎的臨床前研究模型中被發現具有抗纖維化與抗發炎的效果。

方法：

本隨機、雙盲、安慰劑對照試驗的主要目的是要評估 nintedanib 使用在硬皮症相關間質性肺病 (systemic sclerosis-associated interstitial lung disease) 病患身上的效用與安全性。過去七年內第一次發病以非雷諾氏症狀 (non-Raynaud's symptom) 表現且高解析度電腦斷層掃描顯示 10% 以上的肺部纖維化的病患被 1:1 隨機分派至實驗組 (口服 nintedanib 150 mg BID) 與對照組 (口服安慰劑)。追蹤 52 週內評估的主要療效指標 (primary endpoint) 為用力呼氣肺活量 (forced vital capacity, FVC) 的年下降率。關鍵的次要療效指標 (secondary endpoint) 包括在第 52 週用來評估皮膚侵犯程度的 modified Rodnan skin score (mRSS) 與治療前基準點的絕對差值，與聖喬治呼吸症狀問卷 (St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ) 的總分。

結果：

本臨床試驗共收錄了 576 位至少服用了一劑以上的 nintedanib 或安慰劑的病患，其中 51.9% 為瀰漫型硬皮症 (diffuse cutaneous systemic sclerosis)、48.4% 在治療前基準點已經在服用 mycophenolate 免疫抑制劑。主要療效指標分析顯示，校正後用力呼氣肺活量的年下降率在 nintedanib 組為 -52.4 毫升 / 每年而在安慰劑組為 -93.3 毫升 / 每年 (差值：41.0 毫升 / 每年，95% 信賴區間：2.9 至 79.0 毫升 / 每年，*P* 值 =0.04)。以遺漏資料多重插補法進行敏感度分析所產生的主要療效指標 *P* 值區間為 0.06 至 0.10。第 52 週的 modified Rodnan skin score (mRSS) 與治療前基準點與聖喬治呼吸症狀問卷 (St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ) 總分的絕對差值在兩組之間並無統計上顯著差異，差值分別為 -0.21 (95% 信賴區間：-0.94 至 0.53，*P* 值 =0.58) 與 1.69 (95% 信賴區間：-0.73 至 4.12，因多重比較的原因而未經校正)。最常見的副作用為腹瀉，被報告於 75.7% 的 nintedanib 組病患與 31.6% 的安慰劑組病患。

結論：

硬皮症相關間質性肺炎病患使用 nintedanib 相較於安慰劑有較低的用力呼氣肺活量的年下降

率。在硬皮症的其他臨床表現方面並無觀察到對此藥物的臨床受益。Nintedanib 在此臨床試驗的不良事件概況與過去特發性肺纖維化研究相似，其包含腹瀉在內的腸胃道相關副作用的發生率較安慰劑高。

〔編譯者評論〕

Nintedanib 是作用在血管內皮生長因子受體 (vascular endothelial growth factor receptor, VEGFR)、成纖維細胞生長因子受體 (fibroblast growth factor receptor, FGFR) 和血小板衍生生長因子受體 (platelet derived growth factor receptor, PDGFR) 的小分子酪胺酸激酶抑制劑。在 INPULSIS-1 和 INPULSIS-2 臨床試驗顯示，nintedanib 較安慰劑可以減緩特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 病人用力呼氣肺活量的下降速率，約達每年 100 毫升；同時在 INPULSIS-2 也看到藥物可以降低急性發作的風險。美國食品藥品監督管理局因此在西元 2014 年核准了 nintedanib 治療特發性肺纖維化的適應症。

自體免疫疾病相關的間質性肺病在硬皮症病患特別常見，通常在疾病的早期就發生，並伴隨著進展性的肺纖維化。目前針對硬皮症相關間質性肺病的治療，歐洲抗風濕病聯盟 (EULAR) 根據兩個臨床試驗的結果建議使用 cyclophosphamide 以減緩肺功能下降的速率。其他臨床上常使用但較無實證的免疫抑制劑包括類固醇、mycophenolate mofetil、methotrexate 與 azathioprine，生物製劑則有 rituximab。

隨著 nintedanib 成功地延緩特發性肺纖維化病程的進展，許多抗纖維化藥物應用在其他病因所造成的進行性纖維化間質性肺病 (progressive fibrosing interstitial lung disease, PF-ILD) 的研究也正如火如荼地進行當中。SENSCIS trial 是當中第一個報告結果的臨床試驗，在 52 周的追蹤期間，主要療效指標方面校正後 FVC 的年下降率 nintedanib 組對比安慰劑組在統計上顯著較低。Nintedanib 減少 FVC 年下降率的比例達 44%，雖與 IMPULSIS trial 的 49% 相當。但從絕對差值 (每年 41 ml) 的 *P* 值 (0.04) 與 95% 信賴區間 (2.9 ml, 79 ml) 來看，nintedanib 的效益似乎沒有如在 IMPULSIS trial 般顯著。除此之外，SENSCIS trial 中安慰劑組病患的 FVC 年下降率比起 INPULSIS trial 安慰劑組病患來的低 (-93.3 ml vs. -223.5 ml)，且兩組間的絕對差值與試驗前樣本數計算時所推估的 70-110 ml 有一點落差。作者推測，此結果背後可能的原因為研究族群中有將近一半的病人為限制型硬皮症，同時也有將近一半的病人在進入臨床試驗前就已經在使用 MMF。雖然試驗設計並無根據有無使用 MMF 的狀態進行隨機分派，但從 nintedanib 和安慰劑組內近一步區分有無使用 MMF 病患族群的 FVC 下降程度顯示 MMF 對於減緩肺功能惡化有潛在的益處。

雖然在 SENSCIS trial 中 nintedanib 確實能延緩肺功能下降，但並無法轉換成相對應症狀與呼吸相關生活品質的改善，此外試驗設計也沒有將急性惡化的風險納入結果評估當中，因此這樣的結果能否達到臨床上的重要差異，需要有更進一步的研究來證實。此外 nintedanib 並無法改善皮膚的侵犯程度，因此無法作為硬皮症全身性的疾病調節藥物。

以往針對自體免疫相關的間質性肺病，一向都以控制系統性疾病活性的免疫抑制劑與疾病調節藥物為主要治療，同時也伴隨著免疫抑制後感染等副作用的風險。SENSCIS trial 的結果讓我們看到 nintedanib 對於硬皮症相關間質性肺病患者肺功能下降的減緩有加成作用。往後若有更多的臨床證據支持，抗纖維化藥物將成為治療自體免疫相關的間質性肺病的一大利器。

Nintedanib for Systemic Sclerosis-Associated Interstitial Lung Disease

N Engl J Med 2019; 380: 2518-2528 DOI: 10.1056/NEJMoa1903076.

Oliver Distler, Kristin B. Highland, Martina Gahlemann, *et al*.

Abstract

BACKGROUND

Interstitial lung disease (ILD) is a common manifestation of systemic sclerosis and a leading cause of systemic sclerosis-related death. Nintedanib, a tyrosine kinase inhibitor, has been shown to have antifibrotic and antiinflammatory effects in preclinical models of systemic sclerosis and ILD.

METHODS

We conducted a randomized, double-blind, placebo-controlled trial to investigate the efficacy and safety of nintedanib in patients with ILD associated with systemic sclerosis. Patients who had systemic sclerosis with an onset of the first non-Raynaud's symptom within the past 7 years and a high-resolution computed tomographic scan that showed fibrosis affecting at least 10% of the lungs were randomly assigned, in a 1:1 ratio, to receive 150 mg of nintedanib, administered orally twice daily, or placebo. The primary end point was the annual rate of decline in forced vital capacity (FVC), assessed over a 52-week period. Key secondary end points were absolute changes from baseline in the modified Rodnan skin score and in the total score on the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) at week 52.

RESULTS

A total of 576 patients received at least one dose of nintedanib or placebo; 51.9% had diffuse cutaneous systemic sclerosis, and 48.4% were receiving mycophenolate at baseline. In the primary end-point analysis, the adjusted annual rate of change in FVC was -52.4 ml per year in the nintedanib group and -93.3 ml per year in the placebo group (difference, 41.0 ml per year; 95% confidence interval [CI], 2.9 to 79.0; P=0.04). Sensitivity analyses based on multiple imputation for missing data yielded P values for the primary end point ranging from 0.06 to 0.10. The change from baseline in the modified Rodnan skin score and the total score on the SGRQ at week 52 did not differ significantly between the trial groups, with differences of -0.21 (95% CI, -0.94 to 0.53; P=0.58) and 1.69 (95% CI, -0.73 to 4.12 [not adjusted for multiple comparisons]), respectively. Diarrhea, the most common adverse event, was reported in 75.7% of the patients in the nintedanib group and in 31.6% of those in the placebo group.

CONCLUSIONS

Among patients with ILD associated with systemic sclerosis, the annual rate of decline in FVC was lower with nintedanib than with placebo; no clinical benefit of nintedanib was observed for other manifestations of systemic sclerosis. The adverse-event profile of nintedanib observed in this trial was similar to that observed in patients with idiopathic pulmonary fibrosis; gastrointestinal adverse events, including diarrhea, were more common with nintedanib than with placebo. (Funded by Boehringer Ingelheim; SENSCIS ClinicalTrials.gov number, NCT02597933.)

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：108 年 11 月 22 日
- 當期作答分數須達 (含)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 64)

A 76-year-old man who was an ex-smoker (50 pack years, quitted for 25 years) with no known systemic diseases. He visited outpatient department with the presentation of productive cough and exertional dyspnea for 6 months. Initially, upper respiratory infection was impressed so he visited local clinics. His cough persisted despite symptomatic managements were given. No specific contact or traveling history was noted recently. He had no body weight loss, poor appetite, general malaise, fever, or diarrhea. The patient was brought to our hospital, where chest X-ray (figure 1) and chest computed tomography (CT) (figure 2) showed fine reticulations with fibrotic changes at bilateral lower lungs, especially the sub-pleural regions and a small patchy consolidation in left lower lobe.

The pulmonary function test also revealed a mild restrictive ventilator defects (FEV_1/FVC: 93.1%, FEV_1: 2.28 L, 110.4% of predictive value, FVC: 2.45 L, 89.4% of predictive value). There was no extra-pulmonary manifestation such as arthralgia, skin rashes, dry eyes or dry mouth. The serological tests for autoimmune disease also yielded negative results (table 1).

A 76-year-old ex-smoker male with of productive cough and exertional dyspnea for 6 months.

1. 您的診斷為何？
   (A) Histiocytosis X
   (B) Non-specific interstitial pneumonia (NSIP)
   (C) Idiopathic pulmonary fibrosis, (IPF) plus lung cancer
   (D) Chronic hypersensitivity pneumonitis

選擇題：(每題 15 分)

2. 下列何項處置正確？
   (A) 目前治療指引建議在 GINA step 1 有症狀時使用 SABA 即可
   (B) 在 GINA step 1, 2 的病人族群中，只有少數病患對吸入性類固醇沒有反應
   (C) 在 GINA step 2 的病人族群裡，一定要使用 maintenance ICS，否則病人的急性發作比例會上升
   (D) 在 GINA step 1, 2 的病人族群中，若病患痰液嗜酸性球 <2%，使用吸入性類固醇的效果可能不好

3. 下列敘述何者正確？
   (A) 在 SYGMA1, SYGMA2 的研究中已經證實 as-needed 使用 ICS+LABA 比 maintenance ICS 預防氣喘發作的效果更好
   (B) 在這個研究中，有 73% 輕微氣喘病患痰液嗜酸性球的數量低於 2%，這些病患對 ICS 的反應較差
   (C) 目前證據證實在低痰液嗜酸球的氣喘病患中使用低劑量類固醇會有副作用但不會有療效
   (D) 此篇研究證實 LAMA 在輕微氣喘、低痰液嗜酸球的病患中，已經可以取代吸入性類固醇的腳色

4. 根據 KEYNOTE-024 以及 KEYNOTE-042 的分析結果，轉移性的非小細胞肺癌病人如果沒有 driver mutation，那一類病人最適合一線使用單方免疫療法治療？
   (A) PD-L1 TPS 50% 以上
   (B) PD-L1 TPS 1~49%
   (C) PD-L1 TPS <1%
   (D) 所有的病人皆適合

5. 下列關於轉移性的非小細胞肺癌病人第一線單方免疫治療或是化療比較何者正確？
   (A) 利用 PD-L1 TPS 可以完美的挑選出適合免疫治療的病人
   (B) 有 EGFR mutation 病人，如果 PD-L1 TPS >50%，建議單方免疫治療為第一線療法
   (C) 有 ALK rearrangement 病人，如果 PD-L1 TPS >50%，建議單方免疫治療為第一線療法
   (D) 單方免疫治療相較於化療 grade 3 以上的副作用較少

6. 下列何者是目前用來治療硬皮症相關間質性肺病的藥物？
   (A) Cyclophosphamide
   (B) Mycophenolate mofetil
   (C) Rituximab
   (D) 以上皆是

7. 有關 SENSCIS trial 的敘述，下列何者錯誤？
   (A) 研究族群中有將近一半的病人為限制型硬皮症 (limited cutaneous systemic sclerosis)
   (B) 安慰劑組病人 FVC 的年下降率比 IMPULSIS trial 的安慰劑組病人來的高
   (C) Nintedanib 組病人對比安慰劑組病人 FVC 年下降率減少的比例與 IMPULSIS trial 相當
   (D) Nintedanib 組病人對比安慰劑組病人 FVC 年下降率，比起 IMPULSIS trial 有較小的絕對差值，可能與將近一半的病人在進入臨床試驗前就已經在使用 MMF 有關

測驗回函 (2019 年 10 月第 27 期)

截止日：108 年 11 月 22 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。

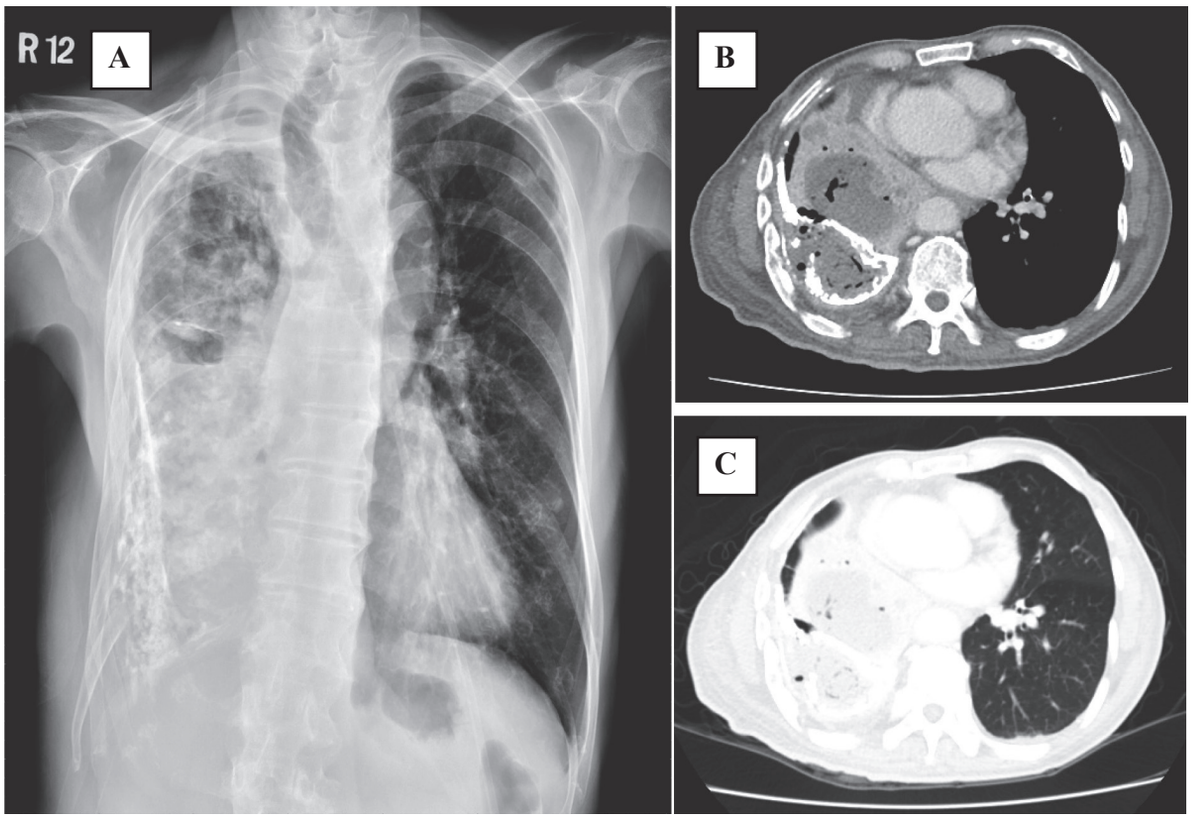
★學會秘書處

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



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.

[Question]

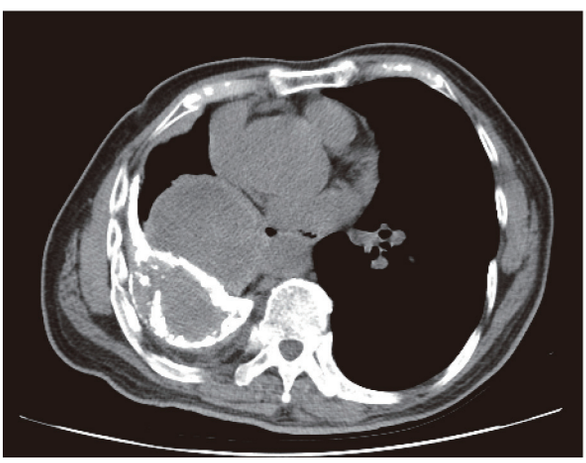
1. 最適合的診斷是？
   (A) Pulmonary TB with right lung destruction
   (B) Lung abscess, right side
   (C) Traumatic pulmonary pseudocyst with secondary infection
   (D) Empyema thoracis right side

2. 下列處置何者不適宜？
   (A) Bronchoscope
   (B) Chest tube
   (C) Antibiotics
   (D) VATS and decortications

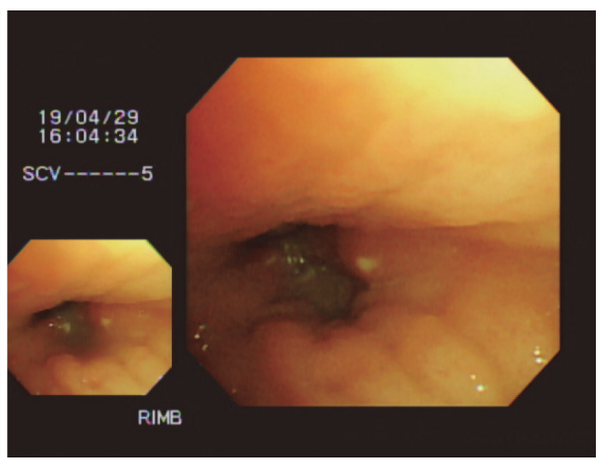
[Answer]

1. (C) Traumatic pulmonary pseudocyst with secondary infection
   - 病人有車禍病史，CXR 有明顯鈣化，有 air-fluid level，CT 的 pseudocyst 有氣體特徵。細菌培養為 *Klebsiellae pneumonia*。

2. (D) VATS and decortications
   - Bronchoscope 排除 endobronchial lesion 收取下呼吸道檢體。
   - Chest tube 確認感染，治療需要引流，雖然有可能產生 bronchopleural fistula 的風險。
   - Antibiotics 感染治療。
   - VATS and decortications 鈣化沾黏嚴重不適合現況的處置。

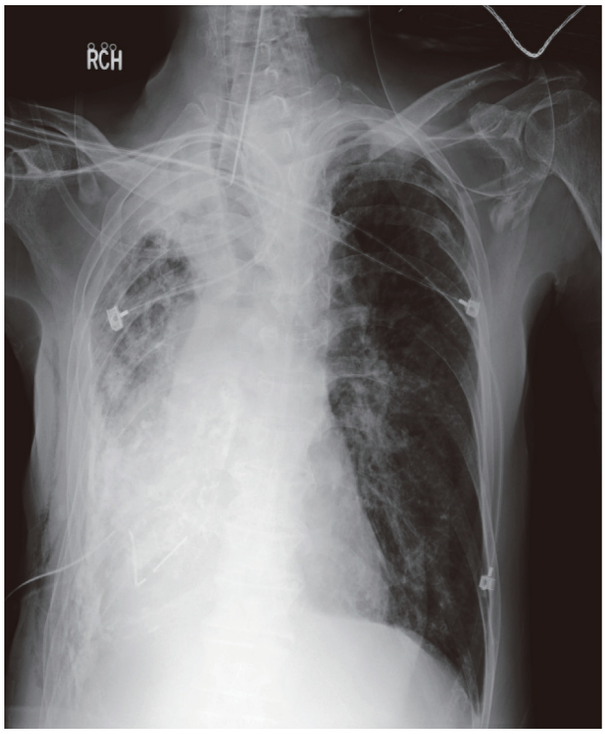


CT of chest (2018-8-17)

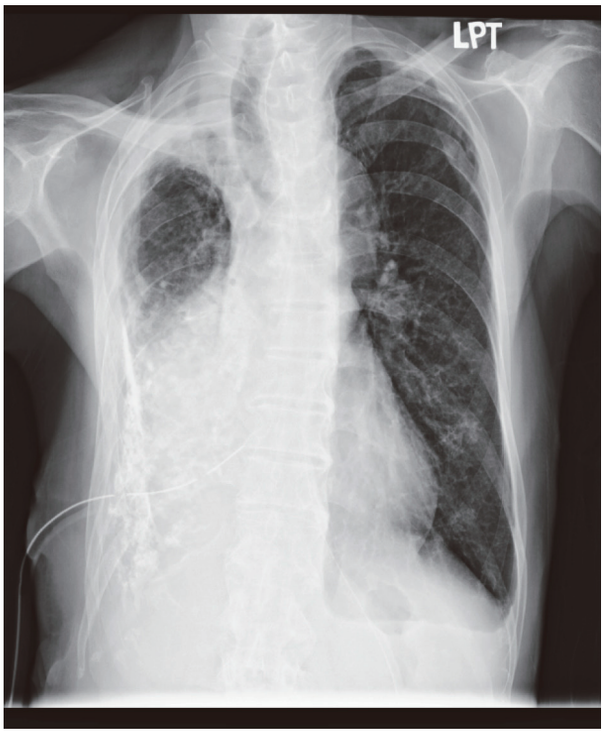


Bronchoscope 2019-04-29

TSPCCM



2019-05-02 s/p chest tube



2019-06-26 CXR s/p Chest tube

選擇題：

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
   答案 (D)

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
   答案 (B)

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
   答案 (B)

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%
   答案 (A)

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
   答案 (D)

活動集錦

108 年 7 月 13 日於廈門舉辦「海峽兩岸呼吸暨睡眠疾病學術會議」
（由廈門長庚紀念醫院與本會合作之學術會議）

108年8月3日於國立臺大醫學院舉辦阻塞性呼吸道疾病研討會「支氣管擴張症論壇」

108 年 8 月 4 日於高雄醫學大學附設醫院舉辦重症課程

108 年 8 月 10 日於財團法人張榮發基金會舉辦 COPD 照護指引權益人關係會議

108 年 9 月 7 日於武漢舉辦「兩岸暨港澳間質性肺疾病論壇」

108 年 9 月 19 日「919 菜瓜布肺記者會」

108 年 9 月 21 日於台中草衙道舉辦「用藥安全路藥師來照護」園遊會

108 年 9 月 22 日於大安森林公園舉辦「聽診趣健走活動」

「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。