



會訊

第 5 期
2016.02

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine



理事長的話

學術專欄

吐納園地

主編的話

通訊繼續教育

活動集錦

會務活動

國際會議論文發表

10048 台北市常德街 1 號 台大景福館轉胸腔暨重症加護醫學會

Tel: +886-2-23144089 Fax: +886-2-23141289 Website: www.tspccm.org.tw

台灣胸腔暨重症加護醫學會 (TSPCCM)

理事長	余忠仁			
理事	吳杰亮	吳清平	李毓芹	林孟志
	林恒毅	徐武輝	郭漢彬	陳志毅
	彭萬誠	黃明賢	楊泮池	楊政達
	蔡熒煌	薛尊仁	鍾飲文	蘇維鈞
常務監事	高尚志			
監事	王鶴健	李章銘	林慶雄	許正園
秘書長	何肇基			
執行秘書	王金洲	詹明澄	簡榮彥	

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 105 年 2 月第 5 期

發行人 Publisher	余忠仁 Chong-Jen Yu		
主編 Editor-in-Chief	鍾飲文 Inn-Wen Chong		
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	
	夏德椿 Te-Chun Hsia	陳濤宏 Ning-Hung Chen	
	陽光耀 Kuang-Yao Yang	黃坤崙 Kun-Lun Huang	
執行編輯 Executive Editors	吳杰亮 Chieh-Liang Wu	洪仁宇 Jen-Yu Hung	
	陳燕溫 Yen-Wen Chen	曾政森 Jeng-Sen Tseng	
	陽光耀 Kuang-Yao Yang	黃坤崙 Kun-Lun Huang	
	謝文斌 Wen-Pin Shieh	簡榮彥 Jung-Yien Chien	

學會秘書處

地 址：10048 台北市常德街 1 號 台大景福館轉胸腔暨重症加護醫學會
電 話：(02)2314-4089 傳真：(02)2314-1289 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 5401 E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

印刷公司：天生行印刷有限公司
地址：台北市博愛路 52 號 電話：(02) 2361-5281

※ 本會訊由台灣胸腔暨重症加護醫學會以雙月刊發行，
版權屬台灣胸腔暨重症加護醫學會所有，非經許可不得任意轉載或以任何方式摘錄。

理事長的話.....	3
主編的話.....	4
會務活動	
活動訊息	
研討會、繼續教育課程行事曆.....	5
會議記錄	
第十六屆第五次理、監事聯席會會議記錄.....	6
學術委員會會議記錄.....	13
阻塞性呼吸道疾病委員會會議記錄.....	15
104 年度第十六屆第二次會員大會會議記錄.....	17
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 52 y/o man with progressive dyspnea on exertion and body weight loss	
提供：台中榮民總醫院 品質管理中心 吳杰亮醫師 / 胸腔內科 曾政森醫師	25
醫學新知	
■ CT Screening for Lung Cancer: Nonsolid Nodules in Baseline and Annual Repeat Rounds	
以電腦斷層掃描篩檢肺癌：非實質化結節之初篩與每年之定期追蹤	
編譯：洪仁宇醫師 高醫大附院 胸腔內科	26
■ Hyperbaric Oxygen Therapy Can Diminish Fibromyalgia Syndrome –	
Prospective Clinical Trial	
高壓氧治療可以減緩纖維肌痛症的臨床症狀	
編譯：陳燕溫醫師 / 陽光耀醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部	29
■ Vitamin D Deficiency Contributes Directly to the Acute Respiratory Distress	
Syndrome (ARDS)	
維生素 D 缺乏直接促成急性呼吸窘迫症	
編譯：黃坤崙醫師 三軍總醫院 胸腔內科	32
通訊繼續教育.....	35
國際會議論文發表.....	42
吐納園地	
從青海義診談偏鄉弱勢族群的醫療 (下)	
作者：謝文斌 長庚大學醫學院內科 臨床教授、基隆長庚醫院胸腔內科 顧問醫師、	
林口與基隆長庚醫院 榮譽副院長.....	43
活動集錦.....	51

各位會員大家好：

很高興的跟各位報告，有 1,200 多位會員參與去年 12 月 12-13 日在高雄展覽館舉辦的年度會員大會暨學術討論會。此次大會，邀集許多國內外以及兩岸的專家學者進行講演，相信大家在嶄新的會場裡必能體驗到學會這一年來努力帶來的轉變，改變與新鮮感想必讓各位都很興奮，我也期望學會能朝向國際化、高度區域結合，與更強的醫療民生契合度前進。



能在 2015 年結束前爭取到 EBUS 健保給付是一個契機，我們成立了介入性支氣管鏡工作小組，希望能加速會員投入內視鏡介入性檢查治療的領域，藉由教育訓練與技術認證將這個領域融入胸腔科的訓練與執業範圍，並擴展相關的研究以及國際合作。而爭取 2018 年的 APSR 會議主辦權是另一個契機，藉由 APSR 的平台，與區域及歐美胸腔學界進行合作，這對於學會的發展是非常重要的事情，包括與對岸及華人區域的合作，由於兩岸四地在人文，地理與生活環境的近似與頻繁互動，在醫療與醫學研究上進行更廣與更深的合作，是顯然有益的。

去年 11 月 14 日於香港舉辦兩岸四地慢性氣道疾病防治研討會，由兩岸四地 11 位代表進行演講，我方由彰基林慶雄副院長，中國附醫的沈德群醫師，與高醫的許超群醫師發表三個精彩的演講，將台灣的精緻化醫療，大數據研究與轉譯醫學研究成果做了一番很好的展示，會後香港胸腔學會的陳惠明會長也表示希望與台灣在年輕學者的研究培育上進行合作。而 11 月 18 日則是世界 COPD 日。學會今年與董氏基金會、葛蘭素史克藥廠、諾華製藥及家庭醫學學會合作進行一系列的活動，包括 11 月 17 日記者會、11 月 28 日衛教活動、12 月 17 日微電影發表記者會，學會多位醫師參與，與媒體及民眾會面，推動 COPD 認知，戒菸，民眾認知，呼吸道保健與肺部復健運動。這是學會與董氏基金會及家庭醫學學會合作的初始，基金會在舉辦活動充滿創意與活力，對推動戒菸專注與執著，會是我們很好的夥伴，而與家庭醫學學會的合作對於推動基層對呼吸道健康與疾病認知及照護必有幫助。

在 2016 年，我們會面對許多挑戰，例如新的健保制度與新的政經學研環境，也會有許多新的機會，包括與國際性學會的合作及國內各學術與社會團體的合作。學會在今年將會有許多相對應的規劃與活動設計，這些都需要各位會員的積極參與。

謝謝大家，敬祝 新年快樂，事事順心如意。

理事長

余忠仁



以低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 來篩檢早期肺癌的檢查方式慢慢被一般民眾所接受。但是，要如何兼顧早期發現肺癌病灶並減少電腦斷層掃描的輻射暴露量，成為目前重要的一個課題。高醫洪仁宇主任在本期介紹美國一收納了 57,496 位受試者的研究，發現小於 15 mm 的非實質化結節，追蹤之間隔可以擴大至 1 年，對於病患的預後並沒有影響。這樣的追蹤間隔與 NCCN 2016 的診療指引有所不同。以 LDCT 篩檢早期肺癌的計劃在台灣也正在進行之中，我們期待藉著這一計畫之進行，來確認低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 對於篩檢早期肺癌的重要性，以及以 LDCT 篩檢肺癌之時間表。

適合高壓氧治療的疾病，一般的認知包括減壓病（潛水夫病），急性氣栓塞症，一氧化碳中毒，軟組織感染，燒灼傷……等，是否其他疾病的病患，也能從高壓氧獲得助益，目前也持續被研究中。纖維肌痛症，一個好發於男性病患的持續衰弱疾病，北榮陳燕溫醫師 / 陽光耀主任於本期會訊與我們分享高壓氧治療藉由改善不正常的腦部活動來改善纖維肌痛症的研究報告。

維生素 D 缺乏已被認為是敗血病的重要致病因素，也會影響加護中心病人死亡率。但是，維生素 D 缺乏與急性呼吸窘迫症的因果關係尚未被建立。黃坤崙教授本期介紹的文章，一方面證實了臨床上急性呼吸窘迫症的病人普遍都存在維生素 D 缺乏現象。甚至，絕大部分具高危險發展成 ARDS 的病人，也有維生素 D 缺乏的問題。另外，該論文也從細胞實驗，動物實驗來探討缺乏維生素 D 對於肺泡發炎、上皮細胞損傷、以及缺氧等急性肺損傷指標之影響。期待在發展急性呼吸窘迫症的藥物治療上有進一步的發展。

本期吐納園地，前基隆長庚醫院謝文斌副院長繼續與我們分享他到青海義診的經歷與其中的所見所聞。下集的內容除了對於偏鄉弱勢族群醫療的描述之外，也談到在義診之中，團員本身的醫療問題與因應的方法。藍天綠草高原之中，謝副院長印象最深刻、最美的風景是「人」，不僅是團員之間相互陪伴照顧，一起克服困難所培養出的革命情感，或是就診民眾的感激之情，都讓謝副院長回憶無窮。期待有更多的會員，一起加入各國的偏鄉醫療服務，受益的不僅是就診的民眾，參與的團員也會有不同的人生體驗！

主編

鍾國夫 敬上

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
Immunotherapy in 2016	105 年 1 月 23 日 (六)	台北六福皇宮飯店 B2 大觀殿
2016 年北區支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程	105 年 3 月 13 日 (日)	台大醫院 3 樓臨床技能中心
北中南遠距連線 X光模擬測驗及解說 (台大醫院出題)	105 年 3 月 25 日 (五)	主持醫院：台大醫院 視訊地點： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高雄長庚藍廳
呼吸重症暨肺部感染症研討會	105 年 4 月 17 日 (日)	臺中榮民總醫院 第二會場 (研究大樓 1F)
北中南遠距連線 X光模擬測驗及解說 (台北榮總出題，視訊連線)	105 年 4 月 29 日 (五)	主持醫院：台北榮總 視訊地點： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高雄長庚紅廳
北中南遠距連線 X光模擬測驗及解說 (中山醫學大學附醫出題)	105 年 5 月 27 日 (五)	主持醫院：馬偕醫院 視訊地點： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高雄長庚紅廳
北中南遠距連線 X光模擬測驗及解說 (台中榮總出題)	105 年 6 月 24 日 (五)	主持醫院：林口長庚 視訊地點： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高雄長庚紅廳

※ 詳情請參閱學會網站 (<http://www.tspccm.org.tw/>)

台灣胸腔暨重症加護醫學會 第十六屆第五次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 104 年 11 月 20 日 (五) 下午 6 點
台大景福館 B1 會議室 (台北市常德街 1 號)

主 席：理事長余忠仁、常務監事高尚志

記 錄：秘書張雅雯

出席人員：應出席理事 17 位、監事 5 位

出席理事：余忠仁、陳志毅、李毓芹、薛尊仁、蔡熒煌、鍾飲文、徐武輝、吳清平、黃明賢、楊政達、彭萬誠、蘇維鈞、吳杰亮等 13 位。

出席監事：高尚志、許正園、王鶴健、林慶雄、李章銘等 5 位。

列席人員：秘書長何肇基、執行秘書簡榮彥、執行秘書詹明澄、執行秘書王金洲、秘書張雅雯、秘書王箏安。

請假人員：

理 事：楊泮池、林孟志、郭漢彬、林恒毅等 4 位。

壹、報告事項：

一、理事長余忠仁報告：感謝各位理、監事出席，今年的年會將在高雄展覽館舉行，邀請各領域專家及學者擔任特別演講及經驗分享，歡迎各位踴躍參與。以下進行各項會務執行、年會籌備進度及編列明年度工作計畫案、財務收支預算表報告。

二、常務監事高尚志報告：在理事長領導之下，學會的會務蒸蒸日上，依 104 年度工作計畫表依序進行，稍後請各位審核明年度收支預算表並送交今年度會員大會討論。

三、秘書長何肇基報告上次理、監事聯席會議 (104.8.14) 決議事項執行情形：

(一) 通知嘉義大林慈濟醫院胸腔內科、國軍高雄總醫院胸腔內科補足「胸腔內科暨重症專科指導醫師」人數至少 3 位以上：

執行情形：

1. 嘉義大林慈濟醫院申報內科指導醫師：賴俊良、范國聖、黃軒等 3 位醫師。

2. 國軍高雄總醫院申報內科指導醫師：林任先、周紹庭、張高耀等 3 位醫師。

符合專科醫師訓練及甄審章程之專科醫師訓練診療機構資格 (提報胸腔內科訓練醫師)。

四、2015 年胸腔年會暨第 16 屆第 2 次會員大會 12 月 12、13 日 (六、日) 在高雄展覽館 3 樓會議室舉行，籌備進度：

(一) 第 16 屆第 2 次會員大會於 12 月 12 日 (六) 13:30-14:00 在 301a 會議室舉行。

(二) 105 年度工作計畫表業務之 (五) 出版品，新增：學會會訊、胸腔疾病診療指引及衛教手冊。編列 105 年度收支預算表送交本年度會員大會討論通過。

(三) 年會學術研討會議程，詳細請至學會網站 2015 年會專區瀏覽。

(四) Satellite Symposia 安排 13 個場次：分別於 12 月 12 日 (六) 12:30-13:30 舉辦 4 場 (提供會議午餐盒)、12 月 12 日 (六) 15:10-16:10 舉辦 1 場，12 月 12 日 (六) 17:10-18:10 舉辦 4 場，12 月 13 日 (日) 12:30-13:30 舉辦 4 場 (提供會議午餐盒)。

(五) 年會晚宴訂於 12 月 12 日 (六) 晚上 6 點 10 分假高雄展覽館 3 樓 305 海景宴會廳舉行。

(六) 12 月 13 日 (日) 14:15-14:45 高雄展覽館 3 樓 301a 會議室 Lung Research Award :

1. 頒發胸腔醫學雜誌優秀論文獎。
2. 頒發 Young Investigator Award。
3. 頒發口頭報告以及海報展示優秀論文獎。
4. 頒發專科醫師證書。
5. 理、監事暨專科醫師團體合照。

(七) 年會兩天備有免費年會交通車自高鐵左營站往返高雄展覽館及高雄市區飯店，12 月 12 日 (六) 晚宴結束後有晚宴交通車接送至高雄市區飯店。

五、「胸腔醫學雜誌」主編薛尊仁報告優秀原著論文評選結果：年會將頒發優秀論文獎金，依序第 1 名 NT 5 萬、第 2 名 NT 3 萬、第 3 名 NT 2 萬。

優秀論文獎第 1 名：張哲嘉 林口長庚醫院呼吸胸腔科

論文題目：“Non-Dipping” Blood Pressure and Excessive Daytime Sleepiness in Severe Obstructive Sleep Apnea

優秀論文獎第 2 名：吳青峰醫師 林口長庚醫院胸腔外科

論文題目：Survival Benefit of Uracil-Tegafur (UFT) for AJCC 7th Pathologic Stage IB Non-Small Cell Lung Cancer Patients: A Propensity Score Matching Study

優秀論文獎第 3 名：王劭瑜醫師 林口長庚醫院呼吸胸腔科

論文題目：Outcomes of Mechanically Ventilated Non-Small Cell Lung Cancer Patients Receiving Tyrosine Kinase Inhibitors in Intensive Care Units

六、成立工作小組

(一) 肺高壓工作小組

召委：徐紹勛

委員：郭炳宏、陶啟璋、廖偉志、劉景隆

(二) 介入性支氣管內視鏡工作小組

召委：涂智彥

委員：何肇基、林敬凱、趙恆勝、鍾福財、張哲嘉

七、委員會以及任務工作小組會議結論：

(一) 「重症醫學委員會與呼吸治療委員會之會前會」召委吳清平報告：

1. 年會議程新增呼吸治療與重症醫學領域講題，請黃崇旂主任規劃星期六下午呼吸照護議題、長照議題；星期日上午外賓演講。
2. 學會應努力推動重症醫學及呼吸治療專業，並爭取更好的健保給付，在醫療政策面或是替會員解決執業上的困難多所著力。
3. 提報理監事會議爭取新增健保碼 (HFNC)。

(二) 「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」召委薛尊仁報告：

1. 「104 年胸腔暨重症醫學專科醫師考試」第 1 階段筆試、影像學考試結果：內科醫師報考 59 位、外科醫師報考 4 位，內科到考 57 位、外科 4 位，錄取內科 47 位 (內科筆試錄取率 87%、內科影像學錄取率 83%)，第 1 階段內科醫師錄取率 85%。外科影像學考試錄取 3 位，外科醫師錄取率 75%。
2. 第 2 階段實務口試 10 月 18 日 (日) 在台大醫院 15 樓睡眠中心舉行，內科醫師 45 位

口試成績達率取，另兩位醫師保留口試成績(3個月及6個月)。

(三)「重症醫學委員會」召委彭萬誠報告重症聯甄會進度：

1. 104年重症醫學專科醫師聯甄合筆試：聯甄六學會總共有95位會員報考(胸腔45位、急加8位、重症19位、外科8位、心臟15位)，外科醫學會輪值主籌辦筆試，11月21日(六)下午在台大醫學院501講堂舉行，六學會參加筆試有85位會員、口試再試10位(胸腔41位、急加7位、重症17位、外科6位、心臟14位)。
2. 104年重症聯合口試：心臟學會輪值主籌辦口試，12月20日(日)在台大醫院舊院區1樓三西內科門診舉行(台北市常德街1號)，口試包括實務考試及個別口試兩部份。
3. 104年重症醫學專科醫師訓練報備，本會有31位會員申請訓練報備。
4. ARDS登錄：臨床研究顯示加護病房ARDS死亡率高達六成，請林口長庚醫院提供ARDS登錄系統計畫書給有興趣的醫院進行登錄。

(四)「健保與醫療對策委員會」召委蔡熒煌報告：

1. 健保署已於8月18日召開Tw-DRGs支付制度溝通總說明會議，於8月26日(三)、9月8日(二)召開Tw-DRGs分類架構討論會議。建議：使用呼吸器應以重症患者為優先考量，以避免人球問題再次發生，DRG47501、DRG47502、DRG08701、DRG08702、DRG08703、DRG07801、DRG07802應排除核實項目，臨床上(CC)嚴重度並沒有太大意義，應以有無使用呼吸器來做區分。DRG47501、DRG47502希望能用呼吸器使用天數來做區分，目前DRG是以96小時來做區分，能否提供呼吸器使用3天、4天、7天的數據，將向健保署爭取。
2. 執行秘書簡榮彥代報告：健保署於105年1月實施1,662項全民健保住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 簡稱Tw-DRGs)案，105年全面導入Tw-DRGs之分類表草案，健保署已於網頁公告「健保署全球資訊網，主題專區，Tw-DRGs住院診斷關聯群支付制度，Tw-DRG支付分類表」。因醫界代表及專科學會顧慮Tw-DRG分類架構的合理性及妥適性，建議希望能延後全面實施Tw-DRGs。
3. 秘書長何肇基代報告：健保署召開醫療給付及支付標準第4次臨時會議，討論新增健保支付項目「支氣管內視鏡超音波」及支氣管內視鏡導引「縱膈淋巴節定位切片術」與「週邊肺組織採檢切片術」，以學會提出申請案通過。
4. 執行秘書詹明澄代報告：健保署修訂「全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫草案」，健保署預定於105年1月正式實施，整合四個計畫：居家醫療試辦計畫、一般居家照護、居家呼吸器照護、居家安寧療護，這4個在病情嚴重度和照顧密集度不太一樣，歸納為3個階段，居家照護階段、重度居家照護階段和比較末期的安寧照護階段。主要是將病患資料整合以及支付原則朝一致化。

(五)「國際事務暨兩岸交流委員會」秘書長何肇基代報告：

1. 大陸海峽兩岸醫藥衛生交流協會於2015年11月27日至29日在杭州市舉辦海醫會呼吸病學專業委員成立大會暨2015年海峽兩岸四地呼吸疾病高峰論壇，本會有9位會員代表參加。
2. APSR日本秘書處通知本會500位會員參與APSR的團體會員號碼(En bloc ID No.)。
3. 本會申辦2018年APSR會議進度：2015年APSR會議將於12月3日至6日在馬來西亞吉隆坡舉行，余忠仁理事長將準備30分鐘報告，爭取2018會議在台灣舉辦。

(六)「教育與出版委員會」召委鍾欽文報告：

1. 會訊之通訊繼續教育回函：6月有 77 份，8月有 37 份。
2. 年輕醫師胸腔學教育訓練課程：未來學會網頁架設完成後，會將上課教材錄製成 PowerCam、請講員簽署授權書，並提供帳號權限給上課會員登錄。
3. 學會主辦收費的訓練課程或研討會，未繳交報名費者將拒絕其進入會議室，但未於報名截止日前報名及繳費者，可於活動當天現場報名及繳費。
4. 會訊非學術性之新專欄：新增吐納園地專欄，讓會員在醫療工作之外，交換對專科醫療的所見、所聞、所思、所樂及所憂一同分享，10 月份會訊專欄邀請吳清平副院長撰寫「台灣重症醫學之回顧與發展」，12 月份會訊邀請基隆長庚醫院謝文斌副院長撰寫「從青海義診談偏鄉弱勢族群的醫療」。
5. 會訊活動集錦照片內容更改編排方式，增加活潑生動內容。

(七) 「學術委員會」秘書長何肇基代報告：

1. 2015 胸腔年會「原著論文評選」：本會會員、準會員發表學術論文原著 83 篇、病例報告 46 篇，學術委員會論文審查會議評選口頭報告原著論文 18 篇，學會將通知發表作者在 12 月 12 日(六) 14:00-14:50 口頭報告(每位 10 分鐘)，當天由論文評選委員以及主持座長共同於現場評分，總評結果於 12 月 13 日(日) 上午公告於高雄展覽館 3 樓報到處。
 - (1) 評選口頭報告論文 4 篇，頒發優秀論文獎金(發表演講作者)各 NT 2 萬元以及獎狀，另 14 篇優秀論文獎金(發表演講作者)各 NT 5 千元以及獎狀。
 - (2) 評選海報展示論文 5 篇(原著論文 3 篇及病例報告論文 2 篇)，頒發優秀學術論文獎金(發表演講作者)及獎狀，各 NT 5 千元及獎狀。
2. 獲選年會優秀論文獎之發表演講作者，須於 12 月 13 日(日) 14:15-14:45 高雄展覽館 3 樓 301a 會議室，本人親自出席領取獎金、獎狀，若無法出席視同為自動棄權。
3. 「Young Investigator Award」評選，有 13 篇原著論文提出申請，評選出 3 篇優秀學術論文，第 1 作者分別為張志誠醫師(衛福部雙和醫院)、蔡明儒(高雄醫學大學附設醫院)、李孟叡醫師(台大醫院新竹分院)，請 3 位作者於 12 月 13 日(日) 13:30-14:15 在高雄展覽館 3 樓 301a 會議室發表演講，並於下午 2 點 15 分在高雄展覽館 3 樓 301a 會議室領取優秀論文獎金 NT 3 萬元及獎狀。
4. 聘請年會論文評審委員：
 - Cancer：施金元主任、涂智彥主任
 - TB & Infection：蘇維鈞主任、曹世明主任
 - Critical care & Airway：黃崇旂主任、鄭之勛醫師
 - Diagnosis, Sleep：陳濤宏主任、林鴻銓主任
 - 原著論文海報展示評審：徐武輝主任、賴瑞生主任、許超群主任
 - 病例論文海報展示評審：請秘書長推薦

(八) 「阻塞性呼吸道疾病委員會」召委林慶雄報告：

1. 擬定 104 年度阻塞性呼吸道疾病委員會推動計畫。
2. 規劃阻塞性呼吸道疾病教育訓練及研討會。
3. 推動政府相關阻塞性肺疾病之政策、品質改善、推動方案。
4. 提供最新阻塞性呼吸道疾病醫療新知給予會員。
5. 訂定台灣之阻塞性呼吸道疾病各項調查計畫。

6. 策劃阻塞性呼吸道疾病媒體宣傳推廣活動。
7. 出版阻塞性肺疾病相關書籍刊物：成人氣喘完全控制手冊、慢性阻塞性肺病共病照護衛教手冊、慢性阻塞性肺病的緩和療護。
8. 2016 年度計畫：
 - (1) 出版台灣 COPD Consensus Statement。
 - (2) 出版診療指引及衛教手冊：COPD 的復健治療、慢性阻塞性呼吸道疾病的吸入治療、COPD 的氧氣及呼吸器使用手冊。將申請 ISBN (國際標準書號 / 出版品預行編目)。
 - (3) 辦理教育課程：與醫護同業互動研討會、春夏秋冬視訊會議、進階學習營、與各大商業團體有約。
 - (4) COPD 與 CHF、COPD 與 AE、Severe asthma、Bronchiectasis 登錄計畫。

(九) 「公共事務小組」秘書長何肇基代報告：

1. 公共事務小組成立目標有對外及對內二大方向，對外公關，如：PM 2.5、八仙塵暴等事件，學會可以藉助媒體力量突顯胸腔專科醫師的重要角色，同時也積極與其他學會進行學術活動交流；對內公關則是會員之間的聯繫、滿足會員執業上的需求、期望。年會將發不記名問卷調查，詢問會員對重症安寧、社區安寧認證學分的需求，以及對學會的期望。
2. 世界 COPD 日宣傳：學會與董氏基金會聯手響應世界 COPD 日 11 月 17 日 (二) 臺大校友會館會議室舉辦記者會以及 11 月 28 日 (六) 舉辦「勇健您的肺」講座。
3. 世界肺癌日 11 月 17 日宣傳：台灣癌症基金會、台灣臨床腫瘤醫學會、台灣肺癌學會、同聲呼籲「轉移不煩『腦』、存活期、營養」抗癌 3 關鍵「對抗晚期肺癌 YES WE CAN」。

八、醫師公會全聯會來函至學會詢問，有關楊玉欣立委等提案修訂「病人自主權法案」，協商結論如下，本會就第 14 條條文再提供相關意見回覆。

(一) 104 年 11 月 19 日本草案第 14 條 (原第 13 條) 條文協商結論：

病人符合下列臨床條件之一，且依第九條第一項規定預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：

1. 末期病人。
2. 處於不可逆轉之昏迷狀況。
3. 永久植物人狀態。
4. 極重度失智。
5. 其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。

醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。

前項情形，醫療機構或醫師應告知病人、醫療委任代理人或關係人。

醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者

外，不負賠償責任。

(二) 本草案第 14 條協商結論仍具爭議性，主要相關疑慮如下：

1. 第 2 項規定，由二位相關專科醫師就第 1 項各款情形為確診，第 1 項第 2 款、第 3 款及第 5 款規定並不明確，執行層面牽涉如何判定及確診，是否有窒礙難行之處？
2. 依第 5 項規定，雖免除刑事及行政責任，有重大過失仍有民事賠償責任，是否會讓醫師因畏懼民事賠償責任而降低執行意願。

九、醫策會「侵入性醫療處置感染管制作業基準」編修作業，本會推薦台中榮總吳杰亮主任及台大醫院鄭之助醫師擔任編修委員並參與編修作業。

十、繼續教育課程、學術研討會執行情形。

(一) 聯甄認證學分課程

(北區) 11 月 22 日(日) 台大醫學院 301 講堂，Multidisciplinary, Integrated and Holistic Care of the Critically Ill Patients & Role of Critical Care System in Mass-Casualty Incidents。

(二) 11 月 29 日(日) 台北 W 飯店 8 樓風尚一廳 Recent Advance in Targeted and Immune Therapy。

貳、討論事項：

一、修改專科醫師訓練及甄審章程第二章申請甄審之資格第二條第 6 項第 1 點：

原條文	修改為	說明
在「胸腔醫學雜誌」中以第 1 作者發表 1 篇原著作或病例報告並取得接受刊登證明或抽印本。論文須於參加該年度之專科醫師考試的 5 月 31 日前以郵局掛號寄至雜誌編輯部(郵局郵戳為憑)，並於當年度考試報名截止日期前 1 個月前(即 6 月 30 日前)取得雜誌編輯部發給之論文接受刊登證明。	在「胸腔醫學雜誌」中以第 1 作者發表 1 篇原著作或病例報告並取得接受刊登證明或抽印本。論文須於參加該年度之專科醫師考試的 5 月 31 日前至 <u>胸腔醫學雜誌線上投稿網頁完成線上投稿</u> ，並於當年度考試報名截止前取得雜誌編輯部發給之論文接受刊登證明(電子檔 PDF 檔)。	胸腔醫學雜誌線上(網路)投稿

二、修改專科醫師訓練及甄審章程第七章專科醫師資格之展延與喪失第二十七條：

原條文	修改為	說明
本學會之專科醫師每 6 年度提出資格之再認證，換證時須於 6 年內累積達到最低要求學分數，胸腔暨重症專科醫師須累	本學會之專科醫師每 6 年度提出資格之再認證，換證時須於 6 年內累積達到最低要求學分數，胸腔暨重症專科醫師須累	新增通訊繼續教育 A 類學分

<p>積達到胸腔一般 300 分 (其中至少包含 A 類學分 160 分) 以及胸腔重症學分 100 分；重症加護專科醫師須累積重症學分 300 學分。於 6 年內無法累積足夠積分者，應於 2 年內補齊不足之學分，補齊學分後於次年辦理換證。此 2 年間仍維持其專科醫師權益與專科醫師證書效力。</p>	<p>積達到胸腔一般 300 分 (其中至少包含 A 類學分 160 分，<u>學會會訊提供通訊繼續教育 A 類學分，6 年內不得超過 60 分</u>) 以及胸腔重症學分 100 分；重症加護專科醫師須累積重症學分 300 學分。於 6 年內無法累積足夠積分者，應於 2 年內補齊不足之學分，補齊學分後於次年辦理換證。此 2 年間仍維持其專科醫師權益與專科醫師證書效力。</p>	
--	--	--

三、討論心胸共病症共識文件「COPD 與 HF 共病症的診斷和治療」。

決議：將專有名詞英文縮寫加註全文。

四、討論 COPD 的 PAC 稿件。

決議：名稱修改為慢性阻塞性肺病病人心胸術後之急性後期照護試辦計畫。

五、審核申請本會胸腔指導醫師名單、一般會員入會、準會員入會暨胸腔暨重症醫學專科醫師報備名單。

決議：

1. 審核通過黃志宇、林玠模、黃舒儀等 3 位醫師為胸腔暨重症專科指導醫師。
2. 審核通過準會員入會與 104 年度胸腔暨重症醫學專科醫師訓練報備：林珮瑜、洪緯欣、彭士軒、林靖傑、宋立強、周賢坤、范馨月、曾穎凡、張超群等 9 位醫師。
3. 審核通過：張育平、郭書宏、李岱晃、潘奕宏、黃虹綾、鄭舒帆、廖信閔、蘇柏嵐、陳逸燕、李威諄、王尹柔、林鐔語、王崇任、李吉泰、王旭輝、孟繁俊、許智凱、陳沛谷、黃煦晴、王蕙婷、陳彥婷、陳禮揚、于鎧綸、朱逸群、方科智、黃柏年、陳致宇、陳韋成、郭欣平、郭惟格、陳冠良、翁菁甫、張哲嘉、陳又誠、歐軒甫、周柏安、鄭景元、黃晟維、胡釋文、陳盈潔、沈宜成、劉嘉美、林金瑛、沈昱廷、林倡葦、羅乾鳴、邱健宏、郝政鴻等 48 位醫師為本會一般會員。

參、臨時動議：

一、理事蘇維鈞提議：學會與結核病學會一起合辦 2016 年世界結核病日宣傳活動。

決議：通過，請公共事務小組安排及規畫。明年學會辦理的研討會及教育訓練課程行事曆將先公告予會員。

二、理事蔡熒煌提議：將各醫院舉辦世界 COPD 日宣傳活動內容及新聞稿放置學會網頁公告予會員。

決議：通過。

肆、散會，下午 8 點 40 分。

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 104 年 11 月 16 日 (星期一) 下午 6 點 30 分
台大景福館 B1 會議室

主 席：召委徐武輝主任

記 錄：秘書王箐安

出席委員：余忠仁理事長、徐武輝主任、施金元主任、蘇維鈞主任、陳寧宏主任、
林鴻銓主任、曹世明主任、賴瑞生主任、鄭之助醫師、涂智彥主任、許超群主任

列席人員：何肇基秘書長、簡榮彥執行秘書、張雅雯小姐、王箐安小姐

請假委員：黃崇旂主任

壹、會議議程：

一、胸腔年會學術論文審查

(一) Young Investigator Award 選出三篇：

論文審查編號 Y13、Y09、Y02

第 1 作者分別為張志誠醫師 (衛生福利部雙和醫院)、蔡明儒醫師 (高雄醫學大學附設醫院)、李孟叡醫師 (台大醫院新竹分院)，請三位作者於 12 月 13 日 (日) 下午 13:30-14:15 在高雄展覽館 3 樓 301a 會議室發表演講，並於下午 2 點 15 分在高雄展覽館 3 樓 301a 會議室領取優秀論文獎金 NT 3 萬元及獎狀。

(二) 評選口頭報告原著論文 18 篇：

Cancer 選出 5 篇：

論文審查編號 F09、F20、F24、F37、F48

TB & Infection 選出 5 篇：

論文審查編號 F71、F14、F42、F50、F12

Critical care & Airway 選出 5 篇：

論文審查編號 F70、F21、F07、F57、F68

Diagnosis, Sleep 選出 3 篇：

論文審查編號 F66、F30、F41

請口頭報告原著學術論文第一作者於 12 月 12 日 (六) 下午 2 點至 2 點 50 分在高雄展覽館 3 樓 301a、301b、304a、304b 口頭報告。當天由 18 篇口頭報告原著學術論文再評選 4 篇論文，於會員大會頒發優秀論文獎金 (第一作者) 各新台幣 2 萬元以及獎狀，其他篇優秀論文獎金 (第一作者) 各新台幣 5 千元以及獎狀。

(三) 評審委員分配：

Cancer：施金元主任、涂智彥主任

TB & Infection：蘇維鈞主任、曹世明主任

Critical care & Airway：黃崇旂主任、鄭之助醫師

Diagnosis, Sleep：陳濤宏主任、林鴻銓主任

原著論文海報評審：徐武輝主任、賴瑞生主任、許超群主任

病例論文海報評審：委請秘書長推薦。

會議決議：將請海報評審委員評選原著論文(海報)三篇、病例論文(海報)二篇。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 阻塞性呼吸道疾病委員會會議記錄

日期地點：民國 104 年 11 月 17 日 (星期二) 下午 6 點

台大景福館 B1 會議室 (台北市常德街 1 號)

主 席：阻塞性呼吸道疾病委員會召集委員 林慶雄副院長

會議記錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、林慶雄主任、鄭世隆主任、王鶴健主任、林鴻銓主任、劉世豐主任、許超群主任、許正園主任、李政宏主任、杭良文主任

列席人員：秘書長何肇基醫師、張雅雯小姐、王箐安小姐

請假人員：邱國欽主任、彭殿王主任、林明憲主任、林聖皓醫師、簡榮彥醫師

理事長致詞：

年終最忙碌的時候，謝謝各位委員不辭辛勞來開會，今年舉辦非常多場次的活動，大家辛苦了，接下來請各位集思廣益計畫 2016 年的工作行事曆。

壹、主席報告：

一、今年已完成工作事項如下：

(一) 擬定 104 年度阻塞性呼吸道疾病委員會推動計畫

(二) 規劃阻塞性呼吸道疾病教育訓練及研討會

● COPD、ASTHMA 教育課程 (今年已舉辦春、夏、秋季會)

● 開業醫及藥師互動研討會 (開業醫師期望能有胸腔會員進入健保審議爭議委員會，替基層醫師爭取健保核准給付吸入劑開立。)

● 阻塞性呼吸道疾病進階學習營

(三) 推動政府相關阻塞性肺疾病之政策、品質改善、推動方案

● 激發試驗點數已向上調整。

● 健保不讓基層醫師開立肺功能檢查，故無法診斷病患是否有 COPD，建議在 COPD 課程中敦請健保官員列席，與基層醫師互相交流，理解基層開業醫師在診斷、開立處方時的困境，並予以協助改善。

(四) 提供最新阻塞性呼吸道疾病醫療新知給予會員

● 阻塞性呼吸道疾病委員會 電子報 (今年會發行四期)

● 成立阻塞性肺疾病粉絲團

(五) 訂定台灣之阻塞性呼吸道疾病各項調查計畫

● 肺部復健調查表 (已完成)

(六) 策劃阻塞性呼吸道疾病媒體宣傳推廣活動

2015 世界 Asthma 及 COPD 日，已請公共關係小組幫忙發布新聞稿及舉行記者採訪。

(七) 出版阻塞性肺疾病相關書籍刊物 (預計 104 年 12 月 12 日出版)

- COPD 的緩和療護
- COPD 的共病診治
- 成人氣喘完全控制手冊

以上三本書的內容，請本委員會全體委員協助審查，確認後再出刊。

二、105 年阻塞性肺疾病委員年度計畫 (除了延續去年之外，新增的部分)

(一) 出版

- 台灣 COPD 診治共識聲明

(二) 衛教手冊

- COPD 的復健治療
- 慢性阻塞性呼吸道疾病的吸入治療
- COPD 的氧氣及呼吸器使用手冊

(三) 教育

- 加強醫護同業 COPD 認知 - 與藥師、護理師有約、與開業醫師有約……
- 各大商業團體或社區、電台、媒體有約

(四) 研究

- COPD+CHF 登錄計畫
- COPD+AE 登錄計畫
- Severe asthma 登錄計畫
- Bronchiectasis 登錄計畫

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

104 年度第十六屆第二次會員大會會議記錄

日期地點：民國 104 年 12 月 12 日 (星期六) 下午 1 點 30 分至 2 點 04 分

高雄展覽館 3 樓 301a 會議室 (高雄市前鎮區成功二路 39 號)

出席：應到人數一般會員 1,348 人、準會員 106 人、榮譽會員 13 人。

實到人數一般會員 1,188 位、準會員 31 位、榮譽會員 1 位。

主席：理事長余忠仁

記錄：秘書張雅雯

長官及來賓致詞：略。

壹、理事長余忠仁致詞：

各位會員大家好，感謝各位會員這一年來對學會的支持，學會成立 12 個委員會及 4 個工作小組，主要目的是加強與會員的溝通，包括更新學會網頁，整合所有功能於一個網頁以適合各種平台瀏覽及提供及時資訊，新增 QR code 數位瀏覽年會會議資訊。學會並加強出版診療指引及衛教手冊以提供臨床診治參考及醫學新知推廣，並規畫相關主題之研討會與繼續教育課程，新創與開業醫師及藥師舉辦互動研討會，了解基層對於阻塞性呼吸道疾病的診治現況與需求，建立彼此互信與共識，與其他學會進行密切的互動會議，建立在診療相關疾病時對於共病的警覺性，並聯合發表共病診療共識。特別為實習醫師，PGY 醫師與年輕住院醫師量身制訂「年輕醫師胸腔學教育訓練課程」，以互動式課程設計，促進年輕醫師對胸腔與重症醫學的了解，吸引年輕醫師加入胸腔醫學陣營。成立公共事務小組及國際事務暨兩岸交流委員會，包括參與在大陸杭州舉行「海峽兩岸四地呼吸疾病高峰論壇研討會」及香港舉行「第四屆兩岸四地慢性氣道疾病防治研討會」，增進兩岸之間學術交流及研究合作。加強對醫療事務有關政府機構、與各個領域的醫學團體及媒體有定期聯繫及跨領域的合作，與董氏基金會聯手響應世界 COPD 日辦理媒體宣傳活動，與台灣癌症基金會、健康科學文教基金會、台灣肺癌學會、台灣臨床腫瘤醫學會共同響應世界肺癌日的媒體宣傳、積極參與國際胸腔醫學事務、申辦 2018 年 APSR 國際會議。

貳、常務監事高尚志報告：

各位會員同仁大家好，剛才聽完余理事長在接任之後，許多的會務工作已是如火如荼的進行，本會的會務運作都是依據 104 年的工作計畫表按表進行，成立 12 個委員會之外再加上 4 個工作小組，請參閱手冊第 8 頁，各個委員會及工作小組依其任務及職則召開工作會議，並於理、監事會議報告工作進度後實行，舉辦各個學術研討會及繼續教育課程，如：辦理老人胸腔醫學認證課程，請參閱手冊第 11 及 12 頁，本會申辦 2018 年 APSR 國際會議也在積極進行。本會收支財務報表、單據委託會計師事務所依照一般公認會計原則及內政部令頒「工商團體財務處理辦法」與本會捐助及組織章程規定編列，請參閱手冊第 14 至 26 頁，大會結束後將大會會議記錄與財務報表送交內政部核備。

參、秘書長何肇基報告：

一、103年12月6日會員大會舉行第16屆理、監事會改選，並於103年12月12日舉行第一次理、監事聯席會議並改選理事長與常務監事，結果如下：

第16屆理事長：余忠仁

第16屆理事(依姓名筆劃順序)：余忠仁、吳杰亮、吳清平、李毓芹、林孟志、林恒毅、徐武輝、郭漢彬、陳志毅、彭萬誠、黃明賢、楊泮池、楊政達、蔡熒煌、薛尊仁、鍾飲文、蘇維鈞等17位。

第16屆常務監事：高尚志

第16屆監事(依姓名筆劃順序)：王鶴健、李章銘、林慶雄、高尚志、許正園等5位。

二、設立常設委員會以及任務工作小組

(一) 依業務執掌或理監事會請託處理相關事務。

(二) 由召集委員或召集人視工作內容自行邀請委員或成員。

(三) 視業務需要，由召委或副召委不定期召開會議。

(四) 決議事項提交理監事會議討論並通過後再行實施。

(五) 各委員會及工作小組於理監事會中報告工作狀況。

1. 胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會(每年重新指定召集委員與委員)

2. 重症醫學委員會

3. 健保與醫療對策委員會

4. 呼吸治療委員會

5. 結核病委員會

6. 國際事務暨兩岸交流委員會

7. 胸腔醫學雜誌編輯委員會

8. 教育與出版委員會

9. 學術委員會

10. 外科委員會

11. 肺癌委員會

12. 阻塞性呼吸道疾病委員會

13. 間質性肺病小組

14. 公共事務小組

15. 肺高壓工作小組

16. 介入性支氣管內視鏡工作小組

三、會訊創刊號2015年6月出刊(雙月刊)，讓會員瞭解理、監事會及各個常設委員會與任務工作小組的運作、公告學會各項活動及訊息、學術專欄(胸腔暨重症案例、醫學新知)及通訊繼續教育、會員在國際會議學術論文發表等，希望在推動會務同時也能提高會員對學會的參與度，非學術性專欄吐納園地，讓會員在醫療工作之外，交換對專科醫療的所見、所聞、所思、所樂及所憂。

四、本會與亞太呼吸學會(Asian Pacific Society of Respiriology, APSR)簽訂APSR and TSPCCM MOU 2014至2016年，並繳交團體會費。APSR秘書處已通知本會500位會員的APSR團體

會員號碼 (En bloc ID No.)。

- 五、本年度胸腔暨重症醫學專科醫師考試邀請成大醫院薛尊仁副院長擔任考試主任委員。第 1 階段筆試、影像學考試於 9 月 20 日 (日) 下午假內湖三軍總醫院舉行，內科醫師報考 59 位、外科醫師報考 4 位，內科到考 57 位、外科 4 位，錄取內科 47 位 (內科筆試錄取率 87%、內科影像學錄取率 83%)，第 1 階段內科醫師錄取率 85%。外科影像學考試錄取 3 位，外科醫師錄取率 75%。第 2 階段實務口試 10 月 18 日 (日) 下午在台大醫院 15 樓睡眠中心舉行，內科醫師 45 位口試成績達錄取，另兩位醫師保留口試成績 (3 個月及 6 個月)。
- 六、審核通過台中慈濟醫院、彰化秀傳醫院為學會認可「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構 (提報胸腔內科訓練醫師)」。
- 七、本會參加重症醫學專科醫師聯合甄審委員會 (聯甄會) 摘要報告：
 - (一) 104 年重症醫學核心教育課程於 9 月 6 日 (日)、9 月 12 日 (六)、9 月 20 日 (日) 在台北市立聯合醫院中興院區大禮堂舉辦。
 - (二) 審查通過嘉義長庚醫院外科為聯甄會認可重症訓練單位。
 - (三) 增訂「重症醫學專科醫師聯合甄審委員會組織章程」第四章重症醫學專科醫師甄審之資格第八條丁款：持有我國考試院醫師考試及格證書及中央衛生主管機關核發之有效醫師證書，並持有他國有效期限內之重症專科醫師證書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。
 - (四) 修正「重症醫學專科醫師聯合甄審委員會組織章程」第五章重症醫學專科醫師甄審之方法及步驟第十條：申請重症醫學專科醫師之甄審……，第二部分口試不及格者，筆試成績得以持續保留三年 (含初試當年)。
 - (五) 104 年聯甄重專聯合筆試於 11 月 21 日 (六) 下午在台大醫學院 501 講堂舉行。第 2 階段聯合口試於 12 月 20 日 (日) 在台大醫院舊院區 1 樓三西內科門診舉行，口試包括實務考試及個別口試兩個部份。
- 八、本會今年 11 月 14 日 (六) 參加在香港展覽會議中心舉辦「第四屆兩岸四地慢性氣道疾病防治研討會」，推薦會員林慶雄、許超群、沈德群醫師擔任講員，演講題目分別為 Developing an integrated care model for COPD、Asthma in Taiwan: phenotypic clusters and their respective environmental risks、COPD comorbidity analysis using National Health Insurance Research Database (NHIRD) of Taiwan
- 九、大陸海峽兩岸醫藥衛生交流協會於今年 11 月 27 至 29 日在杭州市舉辦「呼吸病學專業委員成立大會暨 2015 年海峽兩岸四地呼吸疾病高峰論壇」，本會推薦 9 位會員代表參加。
- 十、為提供最新阻塞性肺疾病醫療新知，以提供會員最新資訊，編輯製作雙月刊「阻塞性肺疾病醫療新知電子報」，創刊號於今年 4 月出刊。召開編輯工作會議並出版：氣喘與慢性阻塞性肺病重疊症候群專家共識、慢性阻塞性肺病共病照護衛教手冊、成人氣喘完全控制手冊、慢性阻塞性肺病的緩和療護。
- 十一、IPF Taiwan guideline 制訂，已成立診治指引編輯小組並編輯台灣的指引供會員臨床診斷與處置參考。
- 十二、為鼓勵學會會員從事胸腔醫學相關之研究，出席國際會議發表學術論文制定補助辦法。本會一般會員、準會員，並已繳納本會常年會費及各項經費者，一人每年以一篇為限，一篇

論文僅限一人申請(申請者須為第一作者),須於會議前二個月提出申請,逾期不予受理。

十三、國防部軍醫局體位區分標準修正：

- (一) 肺外結核其感染或治療過程可能引發肺內結核,所以增列肺外結核經診斷確定亦列入免疫體位。另囿於臨床上疑似個案在尚未以痰液抹片確認罹病前即以開始投藥治療,故修正體位未定「接受抗結核藥物治療未滿六個月者」以獲得足夠時間確定診斷,免疫體位第三款修正為「活動性肺結核經診斷確定者」。
- (二) 「支氣管氣喘」應以具備胸腔科規模之醫院或胸腔科專科醫師開具之診斷證明書及病歷紀錄為準,至於有關緊急時間無法找到專科醫師診斷部份,可將相關病歷佐證資料提役男體位審查會議,以嚴謹體位判定程序。

十四、健保署「健保給付項目及支付標準會議」通過支氣管激發試驗(17019C),支付點數調升為1,115點(已內含試驗過程中進行多次流量容積圖形檢查及一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器)。

十五、本會參與健保署「研商全民健康保險居家相關醫療服務整合會議」,以一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及居家醫療試辦計畫四個方案先作初步整合,這4個在病情嚴重度和照顧密集度不太一樣,歸納為3個階段,居家照護階段、重度居家照護階段和比較末期的安寧照護階段,主要是將病患資料整合以及支付原則朝一致化。

十六、健保署擬於105年1月實施1,662項全民健保住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 簡稱 Tw-DRGs)案,105年全面導入 Tw-DRGs 之分類表草案。本會建議使用呼吸器應以重症患者為優先考量,以避免人球問題再次發生。

十七、健保署「健保給付項目及支付標準會議」通過新增健保支付項目「支氣管內視鏡超音波」及支氣管內視鏡導引「縱膈淋巴節定位切片術」與「週邊肺組織採檢切片術」。

十八、10月4日(日)辦理「老人胸腔醫學訓練課程」,核發高齡胸腔醫學認證專科醫師證書,以符合將來高齡友善健康照護機構之高齡照護專業訓練醫師資格。

十九、醫策會「侵入性醫療處置感染管制作業基準」編修作業,本會推薦編修委員並參與編修作業。

二十、本年度繼續教育課程、學術研討會：

繼續教育課程

(一) 胸部影像判讀課程：

第1場7月5日(日)台中中山醫學大學正心樓2樓教室,參加人數有34位。

第2場7月26日(日)台北榮總致德樓第1會議室,參加人數有59位。

(二) 機械通氣課程：

第1場8月9日(日)高雄醫學大學附醫啟川6樓第1講堂,參加人數有31位。

第2場8月16日(日)台大醫學院102講堂,參加人數有59位。

(三) 年輕醫師胸腔學教育訓練課程

第1場8月1日(六)台大醫學501講堂,參加人數73位。

第2場8月22日(六)高醫附醫啟川大樓6樓第1講堂,參加人數90位。

第3場9月5日(六)台中榮總研究大樓第2會場,參加人數58位。

(四) 聯甄認證學分課程：

第 1 場急性呼吸窘迫症候群新知研討會，3 月 1 日(日)高雄醫學大學附設醫院啟川大樓 6 樓第 2 講堂，參加人數有 109 位。

第 2 場 Multi-discipline Monitoring, Update and Practice in Critical Care，6 月 28 日(日)台大醫學院 301 講堂，參加人數有 128 位。

第 3 場 The update of critical respiratory care，9 月 6 日(日)中國醫藥大學附醫 I 棟 1 樓癌症中心會議室，參加人數有 128 位。

第 4 場 Multidisciplinary, Integrated and Holistic Care of the Critically Ill Patients、Role of Critical Care System in Mass-Casualty Incidents，11 月 22 日(日)台大醫學院 301 講堂，參加人數有 172 位。

學術研討會

(一) Excellence in the management of severe asthma symposium

4 月 3、4 日(五、六)台北寒舍艾麗酒店 5F 楓柏廳，參加人數有 45 位。

(二) 肺癌診斷暨治療核心課程(台北場)

6 月 7 日(日)台大醫學院 301 講堂，參加人數有 192 位。

(三) New therapeutic strategy for aspiration Pneumonia in elderly people 研討會(北、中、南三區視訊連線)

6 月 26 日(五)台大景福館 1 樓會議室、台中榮總第二醫療大樓 B1 胸腔科會議室、高雄長庚兒童醫院六樓藍廳，參加人數計有 50 位。

(四) 阻塞性呼吸道疾病研討會(北、中、南三區視訊連線)

春季會 4 月 26 日(日)，參加人數有 234 位。

夏季會 7 月 19 日(日)，參加人數有 140 位。

秋季會 10 月 25 日(日)，參加人數有 137 位。

(五) 阻塞性呼吸道疾病進階學習營

第 1 場 5 月 31 日(日)張榮發國際會議中心 10 樓 R1002 會議室，參加人數有 21 位。

第 2 場 8 月 30 日(日)台中福華大飯店 3 樓金龍廳，參加人數有 47 位。

(六) 開業醫師及藥師互動研討會

第 1 場 7 月 5 日(日)台中亞緻飯店 27 樓會議廳，參加人數有 22 位。

第 2 場 8 月 16 日(日)台大國際會議中心 301 室，參加人數有 50 位。

第 3 場 9 月 20 日(日)宜蘭羅東博愛醫院 5F 小禮堂，參加人數有 16 位。

第 4 場 10 月 11 日(日)高雄漢來飯店本館 15F 會展廳，參加人數有 35 位。

(七) 肺癌研討會

第 1 場 Lung Cancer Year Review Symposium POST-ESMO & WCLC 北、中、南三區視訊連線

10 月 24 日(六)台北榮總致德樓 1 樓第 1 會議室、中國醫藥大學立夫教學大樓 105 講堂、高雄醫學大學附設醫院啟川大樓 6 樓第 1 會議室，參加人數有 115 位。

第 2 場 Recent Advance in Targeted and Immune Therapy

11 月 29 日(日)台北 W 飯店 8 樓風尚一廳，參加人數有 38 位。

二十一、2015 年胸腔年會暨第 16 屆第 2 次會員大會於 12 月 12、13 日(六、日)在高雄展覽館 3

樓會議室舉行，12月12日(六)13:30-14:00在301a會議室舉行第16屆第2次會員大會。

- (一) 2015年胸腔年會發表學術論文原著83篇、病例報告46篇，由學術委員會評選優秀論文，請發表作者於年會口頭報告及海報展示論文，頒發口頭報告原著論文、海報展示原著論文及海報展示病例報告優秀論文獎金及獎狀。
- (二) Young Investigator 有13篇原著論文提出申請，由學術委員會評選優秀論文，頒發優秀論文獎金及獎狀，並請第1作者於年會發表演講。
- (三) Satellite Symposia 安排13個場次：分別於12月12日(六)12:30-13:30辦理4場、12月12日(六)15:10-16:10辦理1場，12月12日(六)17:10-18:10辦理4場，12月13日(日)12:30-13:30辦理4場。
- (四) 「胸腔醫學雜誌」論文審查委員評選「胸腔醫學雜誌」優秀原著論文3篇，年會頒發優秀論文獎金及獎狀。

二十二、會員動態：一般會員1,348人、準會員106人、榮譽會員13人，胸腔暨重症醫學專科醫師1,285位、重症加護醫學專科醫師534位、胸腔專科指導醫師585位、聯甄重症專科醫師有967位、聯甄重專指導醫師有524位。

肆、討論提案：

一、103年度會計收支決算表。

決議：通過。

二、105年度工作計劃案、105年度會計收支預算表。

決議：通過。

三、修改專科醫師訓練及甄審章程：

(一) 專科醫師訓練及甄審章程第二章申請甄審之資格第二條第6項第1點：

原條文	修改為	說明
在「胸腔醫學雜誌」中以第1作者發表1篇原著作或病例報告並取得接受刊登證明或抽印本。論文須於參加該年度之專科醫師考試的5月31日前以郵局掛號寄至雜誌編輯部(郵局郵戳為憑)，並於當年度考試報名截止日期前1個月前(即6月30日前)取得雜誌編輯部發給之論文接受刊登證明。	在「胸腔醫學雜誌」中以第1作者發表1篇原著作或病例報告並取得接受刊登證明或抽印本。論文須於參加該年度之專科醫師考試的5月31日前至 <u>胸腔醫學雜誌線上投稿網頁完成線上投稿</u> ，並於當年度考試報名截止日期前取得雜誌編輯部發給之論文接受刊登證明(電子檔PDF檔)。	胸腔醫學雜誌線上(網路)投稿

(二) 專科醫師訓練及甄審章程第七章專科醫師資格之展延與喪失第二十七條：

原條文	修改為	說明
本學會之專科醫師每 6 年度提出資格之再認證，換證時須於 6 年內累積達到最低要求學分數，胸腔暨重症專科醫師須累積達到胸腔一般 300 分 (其中至少包含 A 類學分 160 分) 以及胸腔重症學分 100 分；重症加護專科醫師須累積重症學分 300 學分。於 6 年內無法累積足夠積分者，應於 2 年內補齊不足之學分，補齊學分後於次年辦理換證。此 2 年間仍維持其專科醫師權益與專科醫師證書效力。	本學會之專科醫師每 6 年度提出資格之再認證，換證時須於 6 年內累積達到最低要求學分數，胸腔暨重症專科醫師須累積達到胸腔一般 300 分 (其中至少包含 A 類學分 160 分， <u>學會會訊提供通訊繼續教育 A 類學分，6 年內不得超過 60 分</u>) 以及胸腔重症學分 100 分；重症加護專科醫師須累積重症學分 300 學分。於 6 年內無法累積足夠積分者，應於 2 年內補齊不足之學分，補齊學分後於次年辦理換證。此 2 年間仍維持其專科醫師權益與專科醫師證書效力。	新增通訊繼續教育 A 類學分

(三) 專科醫師繼續教育學分認定辦法：

1. 專科醫師繼續教育學分認定辦法第一章第二條之說明 (1)

原條文	修改為	說明
胸腔一般 A 類學分活動包括：本會主辦之學術研討會及講習課程、討論會。本會主辦，其他單位協辦之學術研討會，協辦單位必須至少一個月前提出申請並經本會同意。	胸腔一般 A 類學分活動包括：本會主辦之學術研討會及講習課程、討論會、 <u>通訊繼續教育</u> 。本會主辦，其他單位協辦之學術研討會，協辦單位必須至少一個月前提出申請並經本會同意。	新增通訊繼續教育

2. 專科醫師繼續教育學分認定辦法第二章繼續教育課程之學分認定第四條第 5 點

原條文	修改為	說明
參加上述胸腔醫學學術活動，會中參與論文宣讀、專題演講、壁報展示、或擔任主持人者，同次會議中之學分加倍計之。	參加上述胸腔醫學學術活動 (<u>ATS、ERS、APSR 國際研討會</u>)，會中參與論文宣讀、專題演講、壁報展示、或擔任主持人者， <u>給予認證學分 B 類 10 分，其餘國際會議給予認證學分 B 類 5 分</u> 。	

3. 新增專科醫師繼續教育學分認定辦法第二章繼續教育課程之學分認定辦法第四條第 8 點

原條文	修改為	說明
	學會會訊提供通訊繼續教育 (CME)，每期作答分數達 80 分以上，給予一次通訊繼續教育 A 類學分 3 分，6 年內不得超過 60 分。	新增條文

決議：通過。

伍、臨時動議：

一、一般會員周昇平提議：會員因健康因素臨時無法參加會議及報到，而無法取得專科醫師繼續教育積分累計者，建議檢附相關證明後給予其專科醫師繼續教育學分。

決議：詳細辦法將交由下次委員會及理、監事聯席會議討論。

二、一般會員謝文斌提議：

(一) 討論提案第三項「修改專科醫師訓練及甄審章程」之第(二)項，專科醫師訓練及甄審章程第七章專科醫師資格之展延與喪失第二十七條，建議：

(已修改) 學會會訊提供通訊繼續教育 A 類學分，6 年內不得超過 60 分。

(再修改) 學會會訊提供通訊繼續教育 A 類學分，6 年內上限 60 分。

(二) 建議提高學會會訊稿費。

決議：

(一) 通過。

(二) 將交由下次委員會會議及理、監事聯席會議討論調整會訊稿費。

三、一般會員張志誠提議：

(一) 有關健保給付審查有不合理核刪，建議成立相關委員會因應。

(二) 理、監事會改選事宜，建議會員的領票及投票時間調整為一天、理事長及常務監事改由會員直選、修改理、監事會名額。

決議：

(一) 學會已成立「健保與醫療對策委員會」，交付下次委員會會議討論及因應。

(二) 理、監事會選舉投票相關建議，交由下次理、監事聯席會議討論並請示主管機關裁決。

陸、散會，下午 2 點 04 分。

胸腔暨重症案例



Baseline CXR and HRCT

提供：台中榮民總醫院 品質管理中心 吳杰亮醫師 / 胸腔內科 曾政森醫師

[Case]

A 52 y/o man presented with progressive dyspnea on exertion and body weight loss 20kg in recent 1 year.

醫學新知 I

以電腦斷層掃描篩檢肺癌：非實質化結節之初篩與每年之定期追蹤

摘自：Radiology. 2015 Nov; 277(2): 555-64

編譯：洪仁宇醫師 高醫大附院 胸腔內科

目的：

希望可以確認非實質化結節之發生率，非實質化結節表現之肺癌的診斷及這些肺癌病患治療之預後。

材料與方法：

一共有 57,496 位受試者 (40 歲以上之成人) 接受初篩與之後每年追蹤的電腦斷層掃描。受試者被發現非實質化結節之機率，這些非實質化結節追蹤之過程，及最終如何被診斷為肺癌，接受的治療與預後皆被記錄與分析。分析方式為卡方檢定。

結果：

在 57,496 位受試者接受初篩之後，一共發現了 2,392 (4.2%) 個非實質化的肺結節，至論文發表時，計發現肺腺癌 73 位病患。在 64,677 次之後的定期追蹤，新發現 485 (0.7%) 個非實質化結節，其中有 11 位病患被診斷為第一期肺腺癌；這些新發現的肺結節的直徑大小皆未超過 15 毫米。在定期追蹤中新發現的非實質化肺結節較初篩發現的非實質化肺結節會消失或是縮小的機率較高 (322/485, 66% v.s. 628/2392, 26%, $P < 0.001$)。在這研究之中，早期肺癌之治療包括 55 位肺葉切除，2 位雙肺葉切除，1 位只接受放射線治療。從初篩到開始接受治療所花費的時間其中位數為 19 個月。有 22 位病患在之後的電腦斷層掃描追蹤，發現結節之中已經有部分實質化 (從非實質化至部分實質化，所需花費時間中位數為 25 個月)。受試者追蹤時間中位數為 78 個月 (45-122)，目前這群受試者的肺癌存活率為 100%。

結論：

依據試驗結果，不管任何大小的非實質化肺結節皆可以安全地以 1 年 (12 個月) 為間隔，為病患追蹤電腦斷層掃描，來評估非實質化肺結節轉變成部分實質化肺結節的過程。目前這一類病患手術，不管何時開始接受治療，其治癒率為 100%。

〔編譯者評論〕

隨著低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 在篩選肺癌之角色慢慢被建立，並被一般民眾接受的同時。如何減少電腦斷層掃描的輻射暴露量又能兼顧要早期發現肺癌之病灶，成為目前一個主要的課題。

隨著使用 LDCT 篩檢肺癌的經驗增加，未來追蹤的時間間隔或許將隨之改變。目前 NCCN 的肺癌診療指引 (2016, Version 1)，對於非實質化肺結節的追蹤間隔，因結節之大小而有不同。小於等於 5 毫米以下的，建議一年之後再追蹤電腦斷層掃描。介於 5-10 毫米大小者，建議 6 個月之後再追蹤電腦斷層掃描。超過 10 毫米大小的結節，建議 3-6 個月之後再追蹤。論文導讀中之研究計畫收納了近 58,000 位受試者，追蹤時間中位數為 78 個月，其結論是非實質化肺結節不分大小，皆可以考慮間隔一年之後再追蹤，對病患的預後並沒有影響。

CT Screening for Lung Cancer: Nonsolid Nodules in Baseline and Annual Repeat Rounds

Radiology. 2015 Nov; 277(2): 555-64

Yankelevitz DF, Yip R, Smith JP, Liang M, Liu Y, Xu DM, Salvatore MM, Wolf AS, Flores RM, Henschke CI; As the Writing Committee for The International Early Lung Cancer Action Program Investigators Group

Abstract

Purpose:

To address the frequency of identifying nonsolid nodules, diagnosing lung cancer manifesting as such nodules, and the long-term outcome after treatment in a prospective cohort, the International Early Lung Cancer Action Program.

Materials and Methods:

A total of 57,496 participants underwent baseline and subsequent annual repeat computed tomographic (CT) screenings according to an institutional review board, HIPAA-compliant protocol. Informed consent was obtained. The frequency of participants with nonsolid nodules, the course of the nodule at follow-up, and the resulting diagnoses of lung cancer, treatment, and outcome are given separately for baseline and annual repeat rounds of screening. The χ^2 statistic was used to compare percentages.

Results:

A nonsolid nodule was identified in 2,392 (4.2%) of 57,496 baseline screenings, and pathologic pursuit led to the diagnosis of 73 cases of adenocarcinoma. A new nonsolid nodule was identified in 485 (0.7%) of 64,677 annual repeat screenings, and 11 had a diagnosis of stage I adenocarcinoma; none were in nodules 15 mm or larger in diameter. Nonsolid nodules resolved or decreased more frequently in annual repeat than in baseline rounds (322 [66%] of 485 vs 628 [26%] of 2,392, $P < .0001$). Treatment of the cases of lung cancer was with lobectomy in 55, bilobectomy in two, sublobar resection in 26, and radiation therapy in one. Median time to treatment was 19 months (interquartile range [IQR], 6-41 months). A solid component had developed in 22 cases prior to treatment (median transition time from nonsolid to part-solid, 25 months). The lung cancer-survival rate was 100% with median follow-up since diagnosis of 78 months (IQR, 45-122 months).

Conclusion:

Nonsolid nodules of any size can be safely followed with CT at 12-month intervals to assess transition to part-solid. Surgery was 100% curative in all cases, regardless of the time to treatment.

醫學新知 II

高壓氧治療可以減緩纖維肌痛症的臨床症狀

摘自：PLoS One. 2015 May 26; 10(5)

編譯：陳燕溫醫師 / 陽光耀醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部

背景：

纖維肌痛症 (Fibromyalgia Syndrome, FMS) 是持續衰弱疾病，預估計影響 2-4% 的人口的生活品質。發病率男女比是 1:9，好發在女性。FMS 被認為是和中樞神經敏感化和腦部活性有關。主要症狀包括慢性廣泛性疼痛，異常性疼痛和瀰漫性壓痛，以及疲勞和睡眠障礙。這項研究的目的是評估高壓氧治療 (Hyperbaric Oxygen Therapy HBOT) 在 FMS 的影響和大腦活動。

研究方法：

研究團隊於 2010 年 5 月至 2012 年 12 月，以前瞻性方法和隨機分配方式將病人分成治療組以及交叉控制組。FMS 的診斷依據是 1990 年美國風濕病醫學會所制定規範，同時須確定診斷 2 年以上。治療組在高壓氧治療前後，共做 2 次評估，交叉控制組則是在高壓氧治療 (HBOT) 前，2 個月對照追蹤後，及高壓氧治療後共做 3 次評估。評估內容為以測痛計測疼痛感覺，也以 Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) 來測功能性受損，以 Symptom Check List (SCL-90) 來測精神層面所遭受的壓力，以 Quality of life Questionnaire (QoL SF-36) 來測生活品質，以 brain SPECT 來測腦部活性。高壓氧治療的療程為一周五次一共 8 周，每次 90 分鐘，治療壓力為 2 個絕對大氣壓。

結果：

研究納入條件共收案共 60 位女性病患，年齡介於 21 到 67 歲，平均確診時間約 6.5 年，研究結束後，共有 10 人退出研究，治療組有 24 人，交叉控制組則是 26 人。在疼痛評估方面，兩組在治療完高壓氧後疼痛下降及對疼痛的閾值改善，皆 $P < 0.001$ 。在 Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ score) 方面，治療組和交叉控制組在高壓氧治療後有顯著改善 $P = 0.001$ ，但交叉控制組的 2 個月對照追蹤後，並無顯著改善， $P = 0.05$ 。Symptom Check List (SCL-90 score) 方面，治療組和交叉控制組在高壓氧治療後有顯著改善 $P < 0.01$ ，但交叉控制組的 2 個月對照追蹤後，並無顯著改善， $P = 0.05$ 。Quality of life Questionnaire (QoL SF-36) 方面，治療組和交叉控制組在高壓氧治療後有顯著改善 $P < 0.01$ ，但交叉控制組的 2 個月對照追蹤後，並無顯著改善， $P = 0.05$ 。腦部 SPECT 分析顯示：HBOT 可降低腦部後半部的活性，同時提升已下降活性的額部腦部活性，這樣更接近正常人腦部的狀態。

結論：

高壓氧治療 (HBOT) 可以改善纖維肌痛症 (Fibromyalgia Syndrome, FMS) 的症狀和生活品質。

這樣的結果是藉由改善不正常的腦部活動疼痛領域來達到的。

〔編譯者評論〕

1. 本研究的樣本數偏小，而且是 **single medical center**，病人族群同質性比較高，同時在高壓氧治療的研究中很難做到真正雙盲測試，因為如果是對照組是使用 1 個絕對大氣壓下治療，則對照組的人知道沒有加壓，就知道被分至對照組，有些研究則主張使用 1.3 絕對大氣壓治療，但是在這樣的壓力下其實組織的氧分壓仍會增加，進而可能影響實驗結果。本研究採用交叉控制組 (Crossover Control) 的方式來降低研究設計所造成的誤差，是目前高壓氧研究常用的方式。
2. 雖然，本研究選用的臨床評估，像 **Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIO)**，**Symptom Check List (SCL)**，**Quality of life Questionnaire SF-36** 都是屬於病人自我評估，病人很容易因為有做了介入性治療 **HBOT**，便會感覺似乎有比較好，而使結果趨向是有意義的；但是研究團隊加上，客觀評估的疼痛閥值測量計，來評估病人疼痛的改善，而且在統計學上是有意義的，這樣使研究成果更讓人信服。
3. 本研究只對 2 個月高壓氧治療效果做了評估，對於長期的高壓氧治療，並未研究，所以將來在臨床上運用時，對於已治療過 2 個月高壓氧病人，高壓氧要如何在做下去？並沒有答案。研究團隊用腦部 **SPECT** 來分析高壓氧治療後在纖維肌痛症病人腦部活性的改變，來解釋 **HBOT** 的療效和機制。這樣的結果為纖維肌痛症病人帶來新的治療方法，希望未來有更大規模的研究來證實這樣的治療效果。

Hyperbaric Oxygen Therapy Can Diminish Fibromyalgia Syndrome – Prospective Clinical Trial

PLoS One. 2015 May 26; 10(5)

Efrati S, Golan H, Bechor Y, Faran Y, Daphna-Tekoah S, Sekler G, Fishlev G, Ablin JN, Bergan J, Volkov O, Friedman M, Ben-Jacob E, Buskila D.

Abstract

Background:

Fibromyalgia Syndrome (FMS) is a persistent and debilitating disorder estimated to impair the quality of life of 2-4% of the population, with 9:1 female-to-male incidence ratio. FMS is an important representative example of central nervous system sensitization and is associated with abnormal brain activity. Key symptoms include chronic widespread pain, allodynia and diffuse tenderness, along with fatigue and sleep disturbance. The goal of this study was to evaluate the effect of hyperbaric oxygen therapy (HBOT) on symptoms and brain activity in FMS.

Methods:

A prospective, active control, crossover clinical trial. Patients were randomly assigned to treated and crossover groups: The treated group patients were evaluated at baseline and after HBOT. Patients in the crossover-control group were evaluated three times: baseline, after a control period of no treatment, and after HBOT. Evaluations consisted of physical examination, including tender point count and pain threshold, extensive evaluation of quality of life, and single photon emission computed tomography (SPECT) imaging for evaluation of brain activity. The HBOT protocol comprised 40 sessions, 5 days/week, 90 minutes, 100% oxygen at 2ATA. 60 female patients were included, aged 21-67 years and diagnosed with FMS at least 2 years earlier.

Result:

HBOT in both groups led to significant amelioration of all FMS symptoms, with significant improvement in life quality. Analysis of SPECT imaging revealed rectification of the abnormal brain activity: decrease of the hyperactivity mainly in the posterior region and elevation of the reduced activity mainly in frontal areas. No improvement in any of the parameters was observed following the control period.

Conclusion:

HBOT can improve the symptoms and life quality of FMS patients. Moreover, it shows that HBOT can induce neuroplasticity and significantly rectify abnormal brain activity in pain related areas of FMS patients.

醫學新知 III

維生素 D 缺乏直接促成急性呼吸窘迫症

摘自：Thorax. 70(7): 617-24, 2015

編譯：黃坤崙醫師 三軍總醫院 胸腔內科

原由：

維生素 D 缺乏已被認為是敗血病的重要致病因素，也會影響加護中心病人死亡率。然而，維生素 D 缺乏是否為急性呼吸窘迫症的危險因子，則尚未評估過；而兩者之間的因果關係也不明確。

目的：

本研究目的有二：其一是評估臨床急性呼吸窘迫症病人與維生素 D 缺乏的相關性；其二是以動物實驗及病人肺上皮細胞培養模式探討維生素 D 缺乏是否影響急性呼吸窘迫症的嚴重度。

方法：

本研究包括臨床病人人體實驗、小鼠動物實驗、以及病人肺上皮細胞原代培養實驗。

結果：

本研究的所有急性呼吸窘迫症病人都存在維生素 D 缺乏問題 (血中 25(OH)D 濃度低於 50 nmol/ml)；而接受食道切除手術且具高危險發展成急性呼吸窘迫症的病人，也絕大部分有維生素 D 缺乏問題。在小鼠動物實驗中，長期給予動物餵食缺乏維生素 D 飼料，會加重氣管內注入細菌內毒素所引起肺泡發炎、上皮細胞損傷、以及缺氧等急性肺損傷指標。在細胞實驗中，維生素 D 對病人肺上皮原代培養細胞產生明顯滋養作用，其中受影響的基因高達 600 個以上。針對維生素 D 缺乏病人，在食道切除手術之前給予補充維生素 D 則可顯著減輕術後肺泡微血管通透性增加的問題。

結論：

維生素 D 缺乏在急性呼吸窘迫症病人中是極為普遍的問題。維生素 D 缺乏顯然會促使病情惡化成急性呼吸窘迫症。因此，針對具高危險發展成急性呼吸窘迫症的病人，治療方針應包括解決維生素 D 缺乏的問題。

〔編譯者評論〕

傳統上急性呼吸窘迫症 (ARDS) 的治療策略包括呼吸治療及藥物治療。在過去半世紀以來，ARDS 的藥物治療絲毫沒有顯著進展。相對而言，呼吸治療策略的進展，包括肺保護通氣策略和俯臥治療等，則對病人預後有顯著的幫助。然而，呼吸策略的療效也僅限於特定嚴重程度的病人族群，對整體 ARDS 病人而言，療效仍有很大的提升空間。因此，不論 ARDS 的致病機轉基礎研

究或是危險因子的臨床資料分析，都仍是重症醫學極重要的研究課題。在這眾多的研究課題中，內源性生物保護機制一直是較不受重視得一環。這景況在過去五年來則有翻轉的趨勢。當維生素 D 缺乏被證實與肺炎敗血病等重症病人的不良預後有直接相關性之後，許多研究轉向探討如何改善內源性生物保護機制，以降低發生 ARDS 的風險。維生素 D 從此不再只是維持骨骼強度和鈣離子恆定的輔酶，而是具有廣泛作用的內源性生物保護機制要角。

本研究清楚的證實維生素 D 缺乏的問題極為普遍的存在於所有已經出現 ARDS 的病人身上；甚至絕大部分具高危險發展成 ARDS 的病人，也有維生素 D 缺乏問題。當這些 ARDS 高危險的病人接受食道切除手術，維生素 D 缺乏是他們術後發展成 ARDS 與否唯一有統計意義的預測因子。其中，重度維生素 D 缺乏（血中維生素 D 濃度低於 20 nmol/ml）的病人，其術後發展成 ARDS 的風險是輕度缺乏病人的 4.2 倍。最後，作者針對術前已知維生素 D 缺乏的病人，給予補充維生素 D 到正常值範圍，則可降低術後發生 ARDS 的嚴重程度。雖然這論文未說明為何這研究族群中食道癌病人多數有維生素 D 缺乏的問題，也未釐定維生素 D 補充的期程，但是這項研究確實透過反覆驗證證實維生素 D 缺乏會直接促使重症病人發展成 ARDS。尤其重要的是，這研究結論暗示臨床上若能每位病人都常規測定血中維生素 D 濃度，並適當的給予維生素 D 補充，將會降低發生 ARDS 的風險。這將是重症醫療上重大的突破，值得我們積極投入研究。

Vitamin D Deficiency Contributes Directly to the Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)

Thorax. 70(7): 617-24, 2015 Jul.

Dancer RC, Parekh D, Lax S, D'Souza V, Zheng S, Bassford CR, Park D, Bartis DG, Mahida R, Turner AM, Sapey E, Wei W, Naidu B, Stewart PM, Fraser WD, Christopher KB, Cooper MS, Gao F, Sansom DM, Martineau AR, Perkins GD, Thickett DR

Abstract

Rationale:

Vitamin D deficiency has been implicated as a pathogenic factor in sepsis and intensive therapy unit mortality but has not been assessed as a risk factor for acute respiratory distress syndrome (ARDS). Causality of these associations has never been demonstrated.

Objectives:

To determine if ARDS is associated with vitamin D deficiency in a clinical setting and to determine if vitamin D deficiency in experimental models of ARDS influences its severity.

Methods:

Human, murine and in vitro primary alveolar epithelial cell works ere included in this study.

Findings:

Vitamin D deficiency (plasma 25(OH)D levels <50 nmol/L) was ubiquitous in patients with ARDS and present in the vast majority of patients at risk of developing ARDS following oesophagectomy. In a murine model of intratracheal lipopolysaccharide challenge, dietary-induced vitamin D deficiency resulted in exaggerated alveolar inflammation, epithelial damage and hypoxia. In vitro, vitamin D has trophic effects on primary human alveolar epithelial cells affecting >600 genes. In a clinical setting, pharmacological repletion of vitamin D prior to oesophagectomy reduced the observed changes of in vivo measurements of alveolar capillary damage seen in deficient patients.

Conclusions:

Vitamin D deficiency is common in people who develop ARDS. This deficiency of vitamin D appears to contribute to the development of the condition, and approaches to correct vitamin D deficiency in patients at risk of ARDS should be developed.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：105 年 3 月 15 日
- 當期作答分數須達 80 分以上 (第 1 題 10 分；第 2~7 題，每題 15 分)，每期給予教育積分 A 類 3 分，上限為 6 年內不得超過 60 分。
- 敬請會員踴躍參與作答，以便累積學會積分；僅限台灣胸腔暨重症加護醫學會會員作答。(正確解答請參閱下期會訊)。

胸腔暨重症案例：(本題 10 分)(請參閱 page 25)

1. A 52 y/o man presented with progressive dyspnea on exertion and body weight loss 20kg in recent 1 year.
您的診斷為何？
(A) Pulmonary TB + miliary TB
(B) Lung cancer with lymphangitis
(C) Sarcoidosis with ILD
(D) Idiopathic pulmonary fibrosis

選擇題：(每題 15 分)

2. 下列何者不是纖維肌痛症 (Fibromyalgia Syndrome) 的典型症狀？
(A) 慢性廣泛性疼痛
(B) 大腸激躁症 (irritable bowel syndrome)
(C) 睡眠障礙
(D) 心情愉悅
3. 下列有關於纖維肌痛症 (Fibromyalgia Syndrome)，何者是？
(A) HBOT 可降低腦部後半部的活性，同時提升已下降活性的額部腦部活性，這樣更接近正常人腦部的狀態
(B) 纖維肌痛症 (Fibromyalgia Syndrome) 罹病比例：男比女多
(C) 纖維肌痛症 (Fibromyalgia Syndrome) 好發在兒童
(D) 美國食品藥物管理局 (FDA) 並未核准任何治療藥物
4. 以下敘述何者為正確的？
(A) 電腦斷層掃描發現之非實質化肺結節 100% 會變成肺腺癌
(B) 電腦斷層掃描發現之非實質化肺結節需要馬上切片
(C) 電腦斷層掃描發現之非實質化肺結節在之後的追蹤，可能會實質化
(D) 電腦斷層掃描發現之非實質化肺結節可以用胸部 X 光追蹤
5. 以下敘述何者為正確的？
(A) 非實質化肺結節以手術切除乾淨之成功率極高

- (B) NCCN 肺癌診療指引，對於非實質化肺結節的追蹤未依據結節之大小作建議
 - (C) 本文提到之研究結果，建議非實質化肺結節的追蹤為每 6 個月一次電腦斷層掃描
 - (D) 電腦斷層掃描發現之非實質化肺結節是不會再縮小或是消失的
6. 依照本研究 (維生素 D 缺乏直接促成急性呼吸窘迫症) 結論，下列有關維生素 D 缺乏與急性呼吸窘迫症相關性的敘述，何者較不正確？
- (A) 急性呼吸窘迫症病人都有維生素 D 缺乏問題
 - (B) 多數急性呼吸窘迫症高危險群病人有維生素 D 缺乏問題
 - (C) 補充維生素 D 可降低維生素 D 缺乏病人發生急性呼吸窘迫症的風險
 - (D) 所有接受食道切除手術的病人都應給予補充維生素 D
7. 依照本研究 (維生素 D 缺乏直接促成急性呼吸窘迫症) 結果，下列有關維生素 D 可能作用的敘述，何者較不正確？
- (A) 增強免疫力以加速入侵病菌的清除
 - (B) 降低肺泡發炎及肺上皮細胞損傷
 - (C) 提供肺上皮細胞滋養作用，加速損傷修復
 - (D) 降低肺泡微血管通透性，減輕肺水腫

測驗回函

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

- 作答完畢後請以傳真 /Scan/E-mail 方式回覆至學會秘書處且務必電話確認收件，以免損失權益。

★學會秘書處

電話：(02)2314-4089 傳真：(02)2314-1289

E-mail：tspecm.t6237@msa.hinet.net

上期解答



提供：台北市立萬芳醫院 胸腔內科 余明治醫師

1.[Case]

A 46-year-old non-smoking woman had cough with whitish sputum for 2 months. Her blood carcinoembryonic antigen was 0.58 ng/mL.

[Question]

您認為最有可能的診斷為何？

- (A) 肺癌
- (B) 肺結核
- (C) 淋巴瘤
- (D) 其他



Figure 1: Right middle lobe collapse and mediastinal lymph nodes involvement



Figure 2: A 5.2 cm mass at right middle lobe

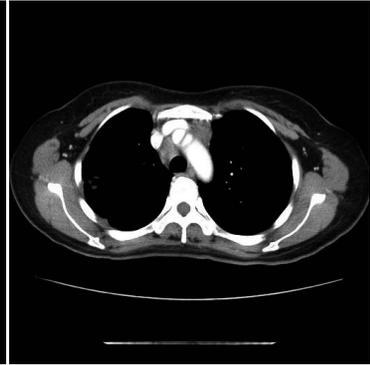


Figure 3: Mediastinal lymph nodes involvement

Her chest radiograph showed the lung tumor with right middle lobe collapse and mediastinal lymph nodes involvement (figure 1).

Her chest CT scan showed a 5.2 cm mass at right middle lobe with obstructive pneumonitis (figure 2), extensive mediastinal lymph nodes enlargement (figure 3) and multiple low densities at liver.

[Answer]

(A) 肺癌 or (D) 其他

The manifestations of the chest radiograph and chest CT scan indicated that advanced stage of lung cancer, especially adenocarcinoma, should be first considered. However, the CEA level was within normal range. Therefore, malignancy other than lung cancer should also be considered.

The pathological examinations of bronchial biopsy showed tumor cells with hyperchromatic, pleomorphic nuclei, occasionally prominent nucleoli and melanin laden cytoplasm beneath the bronchial epithelium. The melanin pigments were confirmed by the Fontana Masson stain. Immunohistochemically, the tumor cells were positive for HMB45, S100, but negative for CK and TTF-1.

The final diagnosis of this patient was malignant melanoma (D). However, on the basis of clinical and radiographic manifestations, the answer of both A and D was the reasonable choice.

選擇題：

2. 下列有關急性肺動脈栓塞的敘述何者較不正確？

- (A) 局部血流中斷，該區通氣維持正常
- (B) 增加肺通氣死腔容積比例
- (C) 依照 Bohr equation 計算， PaCO_2 應該下降
- (D) 常見 PaO_2 下降的最可能原因是氣體交換的肺泡總表面積減少

答案 (C)

3. 依照本研究 (肺循環血流介導二氧化碳氣體排除新論點之動物實驗佐證) 結論解釋肺泡二氧化碳氣體交換機制，下列敘述何者較不正確？

- (A) 肺動脈血流流速降低時，二氧化碳氣體擴散速率降低
- (B) 肺動脈血流流速降低會抑制局部血管內皮三磷酸腺苷合酶，減少 H^+ 釋出
- (C) 肺動脈血流流速降低會抑制局部血管內皮碳酸酐酶，減少二氧化碳生成
- (D) 吐氣末二氧化碳分壓是肺泡二氧化碳氣體交換的指標

答案 (A)

4. 本研究 (周邊型肺病灶的支氣管鏡診斷率與併發症 -AQuIRE 登錄之結果) 發現在周邊型肺病灶的支氣管鏡診斷上，下何者因素與診斷率增加有關？

- (A) 周邊經氣管細針抽吸 (transbronchial needle aspiration, TBNA) 的使用
- (B) 病灶尺寸較大
- (C) 非上葉位置
- (D) 以上皆是

答案 (D)

5. 本研究 (周邊型肺病灶的支氣管鏡診斷率與併發症 -AQuIRE 登錄之結果) 利用 AQuIRE 登錄之結果，發現在合併使用輻射型支氣管內超音波 (radial endobronchial ultrasound, r-EBUS) 與電磁導航在周邊型肺病灶的支氣管鏡診斷率不如預期，其結果為：

- (A) 63.7%
- (B) 47.1%
- (C) 38.5%
- (D) 57.0%

答案 (B)

6. 最新治療準則，建議肺癌縱膈腔淋巴腺分期的首選檢查方式為何？

- (A) contrast CT
- (B) contrast MRI
- (C) EBUS-TBNA
- (D) Mediastinoscopy

答案 (C)

7. EBUS-TBNA 檢查過程，下列何者為合適的麻醉方法？

- (A) 只施用局部 lidocaine 即可完成
- (B) 用 mild sedation
- (C) 用 moderate sedation
- (D) 用 general anesthesia 加上 endotracheal intubation

答案 (C)

2015 國際會議論文發表

APSR

馬偕紀念醫院 劉景隆、呂衍達 (Ching-Lung Liu, Yen-Ta Lu) 醫師：

- Fenofibrate Enhances Mycobacterial Tuberculosis Infection in Human Macrophages.

中國醫藥大學附設醫院 黃國揚 (Kuo-Yang Huang) 醫師：

- Subtyping of Lung Adenocarcinoma: A Comparison of Small Biopsy and Resection Specimens.

澄清綜合醫院 劉旭崇 (Hsu-Chung Liu) 醫師：

- The oral immunotherapy of house dust mite extracts ingestion in a murine model of allergic asthma.

臺中慈濟醫院 黃軒 (Hean Ooi) 醫師：

- A Nationwide Study of CHADS2 Scores in the Prediction Acute Stroke Events in Patients with Chronic Pulmonary Obstructive Disease.

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…

從青海義診談偏鄉弱勢族群的醫療 (下)

謝文斌 長庚大學醫學院內科 臨床教授
基隆長庚醫院胸腔內科 顧問醫師
林口與基隆長庚醫院 榮譽副院長

VIII、偏鄉弱勢族群的醫療

一、縣城人民醫院的概況

由於合作醫院“青海紅十字醫院”原就有支援各縣城人民醫院的教學和服務，所以每年我們會在一個醫院義診，也希望與當地的醫師有交流，相互學習，我也很樂意有年輕醫師(住院或實習)來當翻譯。但這種機會不是每年都有，由於學制不同，在青藏偏遠地區有些是像醫專，有些像是衛勤學校，都比台灣醫學生年輕，診斷、藥名、器官組織、醫學名詞都是中文，限制了他們與世界接軌接受新知的機會。不過一般常用的西藥，如高血壓、ACEI、ARB、CCB，他們都有的，氣喘吸入藥是其國產(水劑乙二型噴霧)有些“中成藥”是中藥與成藥，我們就不懂了。雖有福保或醫療由服務機關給付，但因還是要花錢，所以民眾遵醫囑順從性低，衛生站雖有不錯的藥，但民眾似乎很少利用。超音波檢查他們稱作“超聲”，該專科醫師只負責掃描與打報告，若有肋膜積水要在“超聲”下抽吸，他們不會做，要各科醫師自己做，這是與我們不同之處，電腦斷層要到大城市才能做到。

二、偏鄉的醫療

1. 當地的民情，回族種地(土豆、馬鈴薯、菜蔬、水果)多，故腰痠背疼多，回族因守戒律，有齋戒禁食。不喝酒，似乎肥胖較少，藏族以畜牧為主，吃得油，蔬菜水果少，胖子好像比較多。皮膚在強烈高原紫外線下，常有灼傷，年輕人青春痘不少，中老年皺紋多，看起來比實際老。帳幕內，室內燃燒生物質塊(Biomass、煤炭、樹枝等)所以回藏族不少慢性支氣管炎與肺氣腫，加上海拔高，慢性高山症、肺心症、紅血球增生，有的血氧也低，發紺、右心衰竭、腳水腫的，我們就請他先去急診吸氧氣等住院。

在中學校內義診，學生最多主訴是視力模糊、確實視力差，懷疑是近視，或照明不足、但因只有省會西寧有驗光配鏡，所以只好請隊醫寫報告建議校長增強教室宿舍照明。學生主訴“胃痛”，腹部不適及便秘者極多，故建議學校供餐時減少油、辣，並增加飲水設備。中華牙醫服務團透過扶貧單位捐贈每一學生保溫杯，並請學校多煮開水給學生飲用。

兒童青少年過敏性鼻炎及氣喘病每年都會看到，所以鼻子與氣管之吸入型藥劑是募藥的重點項目，呼吸治療師能衛教及教導吸藥，測氧飽和與峯值流速 PEFr 是每年本團不可或缺的職類之一。

2. 藏族家庭結構比較特別，他們是游牧為主，女兒十八歲以上，就在大帳篷外架起小帳篷，路過年輕人即可進去，有緣就可同睡，兩情相悅有可能住下，也有的就分道揚鑣，所以有些小孩不知道自己的父親是誰，藏族是母系社會，另外，他們傳統上只有名沒有姓，所以看不出家族關係。

3. 回族的家庭較為嚴謹，管教較嚴，所以有時我們注意明顯的身體症狀外，也要敏感於其基礎原因，如曾遇到以下的狀況：

a. 有少婦來，嘴唇腫裂，牙齒出血，說是撞到門，牙醫師不太能說明其外傷機轉，再詳問，才實說是被老公 K 的，據悉回教被休的妻子後景甚堪憐，所以只好默默忍受家暴。

b. 有老婦來，主訴多樣，內科醫師檢查也無所獲，就直說：“老太太，妳的身體檢查太不能說明你的症狀，妳是不是有什麼心事啊！聊一聊看能幫得上忙嗎？”

老婦聽了兩眼淚下說：“我的媳婦打我的孫子”，醫師說“那妳有告訴你的兒子嗎？”答說“我怕他為難，沒說！但我想他知道！”那妳清真寺裡教長知道嗎？”她回答“他們不管這事”，我只好找志工姊妹傾聽她，安慰她。

事後，這志工姊妹告訴我，這老太太從小就是被家暴長大的，想到她孫子落入像她一樣的苦命，悲從中來，憂鬱上身，身體症狀多樣，讓人難以診斷。

三、「青海之心」自己團員的醫療：義診旅程中的挑戰與經驗

由於青海是高原，西寧就已海拔 2,200 公尺，常聽說因為輕忽了，而致發生「高山症」出了人命，甚至台灣登山界每年都有發生數起。所以身為長庚醫療團的領隊，此課題務必嚴正對待，最前的一、二年，還商請專家如王士豪醫師來上「高山症防治」的課程，然而，每年“青海之心”醫療人員與志工都來自台灣各地，所以行前集中課室教育有極大困難，隊醫只好要求全體人員網上學習，並先用問卷詢問團員過去病史及身體狀況，希望先篩選且成團前要受在職教育，並承諾要配合每日檢測與服藥等措施，以確保「快快樂樂出團，平平安安回家」，但是，9 年中還是發生一些事件，值得供大家參考。

1. 2007 年我第一次去西寧，蘇振泰團長已是去第二次，他要我們動作慢些，因為大家都會比在台灣要喘，我就讓年輕人提行李，爬樓梯走很慢，喘氣還好，但人就是很累想睡，我想大概是血氧太低了（2007 年我們沒備血氧飽和計，沒能測），直到第三天，有團員帶了「三合一」咖啡粉，我泡了喝後，精神為之大振，睡意全消，我才知道我是「咖啡因戒斷症候群」，從此出團就預備咖啡包，免得此症與高山症混淆。

2. 2007 年已備有丹木斯，另有彼得先生送威爾剛，黃培培藥師就特將之以切藥盒一顆切成四份，發給團員，當次有分團前往尖札，他們路過黃河源頭，連常出國旅遊的杜敏世教授都稱讚是風景絕佳之處，但有牙醫團員下來後說是感冒，頭痛欲裂，還有呼吸困難與胃腸症狀，我問她在高地時有服用高山症預防藥物嗎？她回答說在西寧幾天沒事，反而有手腳麻刺感的副作用，就自己停藥了，我認為她是得了高山症。幸好，病發沒多久就下西寧，症狀得以緩解。此次經驗給我教訓是：醫療人員不一定能配合服藥，常自作主張，以後應嚴予督核。所以我們就設計表單，每

天問團員症狀及服藥情形，以確保安全。

3. 2008 年長庚醫院第一次出團，留在西寧市區，高山症的預防也落實，大家有些經驗。2009 年長庚第二次出團，除了西寧市外，還去了湟中線的大才中學義診，內科與婦產科義診的診間隔了一個大操場，行政／總務的阿木先生是體育健將，辦事心切，為聯絡而快跑往返兩個場所，才體認出高原低氧的威力——差點喘趴了。另有位女團員經歷了眼前發黑，而必要抓住旁邊的人蹲了下來，差點昏厥，原來她有貧血，這次經驗讓我更不敢輕忽高原的處境。

4. 隊醫遵循旅遊醫學的建議，出發前三天就開始「整腸」，服用熱心廠商所捐贈或本團購買的乳酸菌，不巧的是，有些人出發前就已有腹瀉了（據悉是菌種夠強的），剛到西寧，青海紅十字醫院又熱情款待，青海式宴席一般都偏多油多辣，初次作客就有很高的胃腸症狀發生率，這也是值得注意的，所以有些團員就放了一杯開水，菜肉都先放入水中溜一下才吃。

5. 每次出團都會備一些針劑急救藥，如利尿劑、毛地黃、升壓劑、抗痙攣劑等等，通常都沒用到，9 年中只有兩次，一次是女團員第一晚就壞肚子，護理長學姊們就秘密處理掉，好像打了點滴，怕我老人家擔心，沒讓我知道。另一次是男團員比我年輕些，因曾胸腔手術過，所以出團前到醫學中心做詳細體檢包括運動肺功能，一切均佳便允許參加，沒想到出發時卻忘了帶其平常服用高血壓的藥，我們就囑咐他到紅十字醫院整理藥物時，記得告知隊醫將之補足。此年整理藥物比往年多了一個時段（二倍時間），他不知是忘了還是太客氣，竟然沒動作，隊醫也忽略了，結果次日清晨要離西寧往藏區時，他的高血壓症狀發作，血壓飆到 180/100，隊醫、護理長被呼請到蘇領隊房間，初步處理（補服藥物）沒奏效，我也被召請，大家商議又加藥量，稍平息就讓她回房就寢，半夜血壓卻飆起來，第二天隊醫告知打了「來瀉世」（Lasix）才安下來。幸好之後旅程都平安，他也完成了他回應上帝呼召的「快樂志工」之旅。

6. 最驚險的經典經驗，是發生在九年來海拔最高（4,677 M）的果洛藏區——2010「青海之心」，在西寧常規測試時，有一女志工被團員發現血氧飽和只有 86%，而 PEFr 是預期值的 50%，隊醫大為緊張，問她有沒有高山症過，他很輕鬆的回答：「有啊！」隊醫臉上出現三條線，再問：「在什麼地方？」她說：「就在合歡山啊！」「合歡山哪一峯？」「就在武嶺還是松雪樓啊！」隊醫臉上又多了三條線！他問：「你以前有過肺部疾病嗎？」「有啊，有肺炎吃了半年藥，後來還是有氣喘！」不只隊醫，連我都頭皮發麻，因為若在高地出狀況，不只她要下送，還要有人陪她照護她，義診必受影響。那一次人員較少，長庚團只有五員（3 醫 1 藥 1 RT），外院 5 人，包括 2 醫（奇美）、2 護、1 加拿大 RT，真的是夠緊張的。我們趕緊給予治療、吸紫色胖胖魚，文獻顯明 Salmeterol 是唯一有治高山症療效的長效乙二型製劑。幸好在西寧期間，她的峰值流速與血氧飽和度就逐漸上升，出發上果洛高地時已恢復正常，看到這樣的結果，大家同聲高呼：「感謝讚美主！」

IX、青海紅十字醫院的人文氣息

自從 2008 年第一次正式拜訪青海紅十字醫院，就很欽佩該院的醫學人文氣氛，他們將汰舊的機台，如電腦斷層機主機、磁振機自製的磁鐵、各種除役的診治機台，置於各轉角，門廊處，還貼有圖說明，可以看到醫學進展的進程，最值得學習的是各科室首位以及歷任主管的肖像，50 年前的照片，顯示了該院尊崇師長重視醫學傳承的精神。

另外病房及走廊的牆上掛有很多字畫等藝文作品，讓病患訪客有如身在藝廊，藝術展覽會場

裡，真落實了該院張建青院長理念：“醫院博物館化”，“醫院美術館化”。

該院讓“青海之心”歷年團員印象最深刻的是其“陽光醫學史博物館”，張建青院長對陶器有深入研究，且著有專書，而從年輕時期就注意蒐集醫學文物，其父為北京協和醫學院畢業，而祖父為傳統中醫，子孫三代累積了 5,000 餘件文物，該院就提供場地展示於外科大樓二樓。從人類醫療的歷史、西方醫學、阿拉伯醫學、中國醫學到藏醫學等等，館藏豐富，還有兩具木乃伊（乾屍）、歷史悠久至少千年，殊為難得。

另外，該院還將油菜花榨油的整套裝備連同原有農舍以及一家百年老藥鋪，移置於其庭院之一角，並說明藥食同源理論，花園裡還有標示各種藥用植物，如紅景天等等。

總之，很有教育的氛圍，每年團員觀賞後都覺得受益良多。

X、藍天綠草高原裡，最深刻的風景是「人」

每年團員常會談到最深刻的印象，除藍天綠地牛羊與高原氣候外，就屬「人」了。義診過程中，團員互相陪伴、相互幫忙照顧，一起克服困難、同歡樂，是相互扶持好幫手。而來義診的民眾真誠道謝感恩，民族中學的偏鄉學生天真無邪、充滿活力，再再都讓人回憶無窮，在短短的幾天相處中，大家坦誠對待，親如家人，就真的活在愛的團契裡，難怪回台灣後，不論東西南北，距離多遠，常常會糾團拜訪同遊，或結伴出國義診，因為有些人在偏鄉醫療中找到上帝給他的呼召，也就是他人生的“命定”，讓他覺得活得更有自信，他的人生有更高的價值。

我也感謝幾年來都有長庚的呼吸治療師（董慧萍、簡明儀、鄭曉嵐、楊玲玲、莊翠雪等），即使離開本院多年，仍主動或應我邀請前來參加義診，尤其是林口長庚呼吸治療科剛創立時的技術顧問—呼吸治療師田國基博士，他連續三年特地由加拿大來青海入團，只比我年輕幾歲的他，有一年還帶了學營養的女兒同行，真是感動。還有企業家李清昭、王美華夫婦，放下董座董娘的身分，親作親為當起志工，掌管人流動線維持秩序及量血壓、測身高體重等等，讓人由衷敬佩。

呼吸治療科同事何玉玲護長，在她的“義診心得”裡寫出「面如閻王的人怎麼變成和藹可親的阿伯？」原來她是說 30 年前當時我主管內科加護病房，又有呼吸治療科及訓練班的業務，病房迴診時面容嚴肅不苟言笑，他們 RT 及護師都很怕我，每天都準備考古題以免被我「電」了答不出來，我的兇像讓他們聯想成閻羅王，她驚訝我變成比較會笑、與人較無距離，這是我首次聽到的諫言，真是感謝她，弟兄姊妹真誠相待，「愛裡沒有懼怕」，實話實說，我也感謝我的信仰，真的「在祂沒有難成的事」，祈求祂再陶塑我成為更合用的僕人，在此也向曾被我得罪的同事，病家請求饒恕！

XI、結論：歡迎大家一起參加各國偏鄉的醫療服務，您會有不同的人生體驗！

表 1：歷年來“青海之心”義診地點與醫療團人員職類姓名

年度地點	隊醫 醫療組長	行政總務	醫師	護師	治療師	藥師
2007 西寧	謝文斌					
2008 西寧	謝文斌 謝文斌	賴慶芳	陳仲堯 黃詩穎 謝志松 * 陸炯志 (牙) 劉芳君 (牙) 黃展德 (牙)	王素蘭 簡秀娟 陳心耕 *	張世穎 OT 董慧萍 *RT	
2009 西寧 大才 循化	謝文斌 謝文斌	楊宗憲	黃詩穎 胡濤方 沈芳瑩 王理剛 *	方郁嵐 王素蘭 陳心耕 *	張世穎 OT 簡明儀 RT	林衍好
2010 果洛	劉承昆 黃詩穎	林衍好	謝文斌 周偉倪 * 周淇 *	沈玉晶 * 蔡明瑾 *	簡明儀 RT 田國基 *RT	林衍好
2011 大通 祁連	劉承昆 黃澤宏	王雅慧	簡振宇 李進昌 謝文斌 蔡昌篤 *	林金燕 潘玉惠	鄭曉嵐 RT 田國基 *RT Judy Tin*NT	蘇芳玉 莊語宸
2012 同仁	劉承昆 黃澤宏	王雅慧 王韻涵	簡振宇 李進昌 謝文斌 王耀章 陳其翔 *	林金燕 王珠鳳	楊玲玲 *RT 田國基 *RT	蘇芳玉 莊語宸
2013 尖札	謝博任 謝博任	葉晉辰	陳治圩 謝文斌 賴婉郁 (中)	何玉玲 * 鄭麗華 林慧娟	莊翠雪 *RT	蘇芳玉 劉秀真 楊婷汝
2014 尖札 門源	曾若琦 曾若琦	施昭寧	黃澤宏 (中) 謝文斌 宋永魁 唐佳鈺 (牙)	李昂璉 鄭麗華 楊湘如		蘇芳玉 劉秀真 魏映綺
2015 尖札 貴德	王捷賢 王捷賢	施昭寧	謝文斌 劉美坊 * 江昌雲 * 陳珮如 *	林美玲 吳思瑩 吳美玲 * 黃美華 *	張維庭 PT	蔡玉駒 梁博硯 林麗卿 *

*：基隆及林口長庚醫院以外人士，(中)：中醫師，(牙)：牙醫師

OT：職能治療師，RT：呼吸治療師，NT：營養師，PT：物理治療師

XII、參考資料：歷年來“青海之心”發表之相關文章

1. 謝文斌：2007 青海之心—將愛作在最小的弟兄身上〈中華牙醫服務團 團訊：2008 年 1 月，第 2-3 頁〉
2. 謝文斌：2007 青海之心義診之行〈路加：No.225，2007 年 11 月，第 XX 頁〉
3. 董慧萍：呼吸治療師之西域初探〈台灣 RT：1 卷 2 期，2008 年 11 月，第 5-7 頁〉
4. 王世明：長庚與青海紅十字醫院合作〈台灣新生報：2009 年 10 月 13 日〉
5. 吳政峰：醫呼百諾義診團遠征青藏高原
謝文斌：有能力付出 是恩典〈中國時報：2010 年 8 月 21 日〉
6. 簡明儀：在別人的苦難中看見自己的責任
2010 青海之心醫療服務團義診行〈長庚醫訊：31 卷 10 期，2010 年 10 月，第 6-9 頁〉
7. 王韻涵：基隆長庚醫院“2011 青海之心—石山與祁連的醫療服務”〈長庚醫訊：33 卷 1 期，2012 年 1 月，第 15-18 頁〉
8. 王耀章：信心的戶外教學 青海之心義診心得〈路加：No.286，2012 年 12 月，第 6-8 頁〉
9. 黃澤宏：青海之心—偏遠少數民族兒童醫療〈兒科最前線 No.8，2012 年 11 月，第 41-45 頁〉
10. 蘇芳玉：2012 青海之心 貴州州同仁縣義診之藥師觀點〈長庚醫訊：33 卷 12 期，2012 年 12 月，第 15-16 頁〉
11. 鄭麗華：2013 青海之心義診—一段重拾護理工作熱忱的旅程〈長庚醫訊：34 卷 11 期，2013 年 11 月，第 6-7 頁〉
12. 鄭麗華：青海義診之行——一趟回家的旅程〈基督教論壇報：2014 年 12 月 24-26 日〉
13. 施昭寧：基隆長庚國際醫療『2014 青海之心』記行〈長庚醫訊：35 卷 12 期，2014 年 12 月，第 7-9 頁〉
14. 梁博碩：2015 基隆長庚青海之心義診 施比受更有福〈長庚醫訊：36 卷 11 期，2015 年 11 月，第 10-11 頁〉
15. 王韻涵：參觀中國青海省西寧市陽光醫學歷史博物館記。〈當代醫學：40 卷 1 期，2012 年 1 月，第 10-12 頁〉
16. 楊玲玲：呼吸治療師『2012 青海之心』義診行〈台灣 RT：5 卷 2 期，2012 年 12 月，第 5-7 頁〉



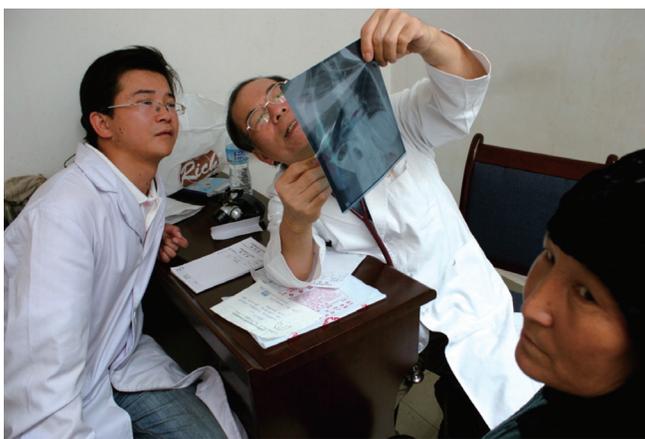
◀ 圖 9：2008 年西寧市的青海福利慈善醫院義診，中午時禁止人員出入，因為旁邊是“青海省西寧軍事供應站”，移防去西藏的部隊在此停留，就在我們照相的廣場用餐。屋簷上有“視軍人如親人”。

▶ 圖 10：2008 年西寧兒童醫院及牙醫團服務殘障院童克難式治療床約束帶，助手抓手支持、安慰、和固定，手電筒照光。



◀ 圖 11：2009 年在西寧市兒童福利院“寧基兒童之家”完成診療離開，前往“大才中學”義診服務之前，基隆長庚隊留影。

▶ 圖 12：2009 年循化縣城人民醫院義診時訓練中的內科醫師來擔任翻譯，回族民眾帶胸部 X 光片來就診，順便兩人切磋教學相長。





◀ 圖 13：馬拉吉是認識近三年的藏族女生，努力奮發為自己的前程邁進，是尖札縣民族中學的一顆珍珠，每年我們都會見面。

▶ 圖 14：最美的風景是人：老喇嘛帶著主訴視力模糊的徒弟前來檢查，跨文化的醫療常啟發人深思。



◀ 圖 15：富人文氣息的西域“烽火台”遺跡，令人興起懷古之思。



▶ 圖 16：中國最大油菜花田（門源縣）加上藏式寶塔祈福幡旗，宏偉景象，異國情調，似乎張著雙臂歡迎各位 chestman 前來。



活動集錦

104 年 11 月 14 日於香港舉辦兩岸四地呼吸道疾病研討會



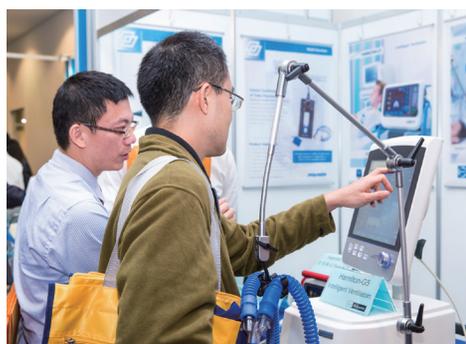
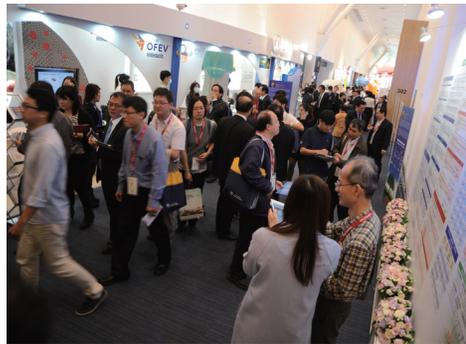
104 年 11 月 22 日於台大舉辦聯甄認證學分課程



104 年 11 月 29 日於台北舉辦肺癌研討會



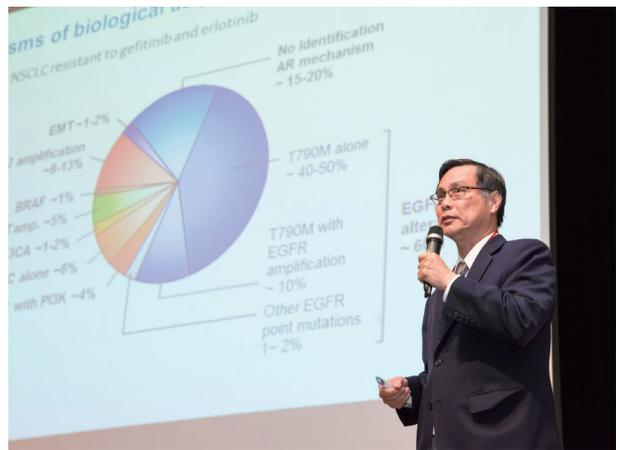
104年12月12日~13日於高雄展覽館舉辦
2015年胸腔年會暨第16屆第2次會員大會
104年12月12日大會會場(海報論文展示區、攤位展示區、報到櫃檯)



104 年 12 月 12 日 Symposium Sleep Medicine



104年12月12日 Symposium Advances in Lung Cancer Treatment



104年12月12日會員大會



104年12月12日口頭報告 Thoracic Oncology



104年12月12日口頭報告 Airway Disease & Critical Care Medicine



TSPCCM



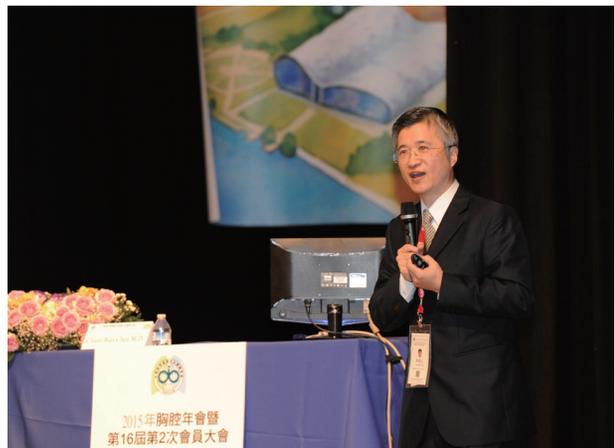
104年12月12日 口頭報告 Tuberculosis & Respiratory Tract Infections



104年12月12日 口頭報告 Diagnosis & Sleep Medicine



104 年 12 月 12 日 Symposium Respiratory Care



104年12月12日 Symposium Tuberculosis



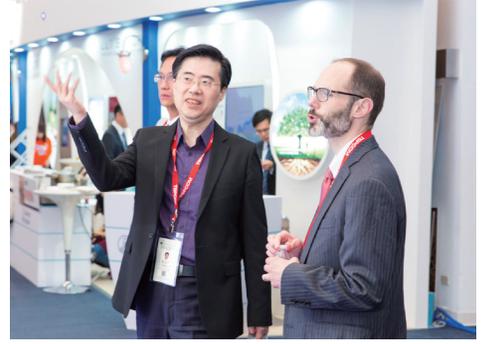
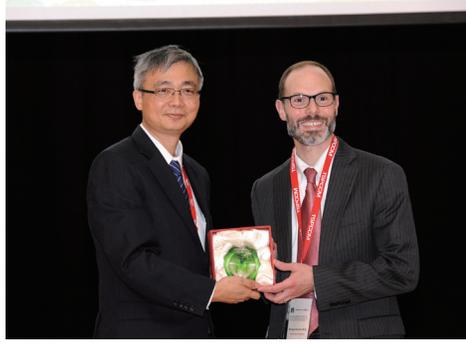
104 年 12 月 12 日 Symposium Intervention Bronchoscopy



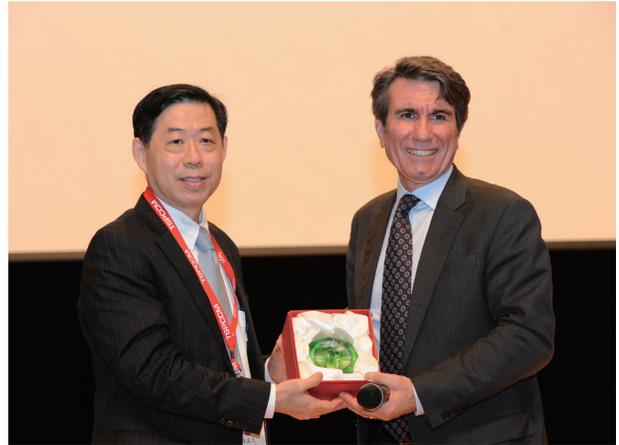
104 年 12 月 12 日 晚宴



104年12月13日 Critical Care



104年12月13日 Chronic Airway Disease



104年12月13日ILD



104年12月13日 Lunch Symposia



104年12月13日 肺動脈高壓



104年12月13日 Young Investigator Award Oral Presentation



104 年 12 月 13 日 口頭報告優秀論文獎 vs 海報優秀論文獎



口頭報告優秀論文獎 王誠一醫師



口頭報告優秀論文獎 吳尚俊醫師



口頭報告優秀論文獎 李孟勸醫師



口頭報告優秀論文獎 陳永哲醫師



口頭報告優秀論文獎 林彥廷醫師



口頭報告優秀論文獎 林祖權醫師



口頭報告優秀論文獎 耿立達醫師



口頭報告優秀論文獎 張基晟醫師

104 年 12 月 13 日 口頭報告優秀論文獎 vs 海報優秀論文獎



口頭報告優秀論文獎第 1 名 邱國樑醫師



口頭報告優秀論文獎第 1 名 陳永哲醫師



口頭報告優秀論文獎第 1 名 鄭世隆醫師



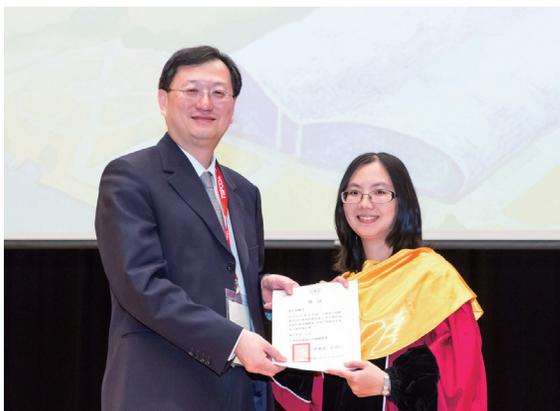
口頭報告優秀論文獎第 1 名 樹金忠醫師



口頭報告優秀論文獎 陳家弘醫師



口頭報告優秀論文獎 曾嘉成醫師



口頭報告優秀論文獎 黃虹綾醫師



口頭報告優秀論文獎 董安修醫師

104 年 12 月 13 日 口頭報告優秀論文獎 vs 海報優秀論文獎



海報優秀論文獎 吳尚俊醫師



海報優秀論文獎 楊志仁醫師

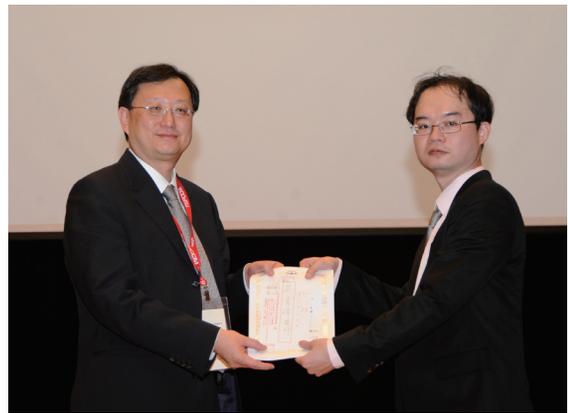


海報優秀論文獎 蘇一峰醫師

104 年 12 月 13 日 胸腔醫學雜誌優秀論文獎



胸腔醫學雜誌優秀論文獎第 1 名 張哲嘉醫師



胸腔醫學雜誌優秀論文獎第 2 名 吳青峰醫師



胸腔醫學雜誌優秀論文獎第 3 名 王劭瑜醫師