



會訊

第34期
2020.12

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine



理事長的話

會務活動

活動集錦

資深理事(現任監事)的勉勵

學術專欄

會訊委刊廣告贊助回函

主編的話

通訊繼續教育

通訊地址：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

會址：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 109 年 12 月第 34 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 陳潭宏 Ning-Hung Chen 陳鴻仁 Hung-Jen Chen 彭忠衍 Chung-Kan Peng 黃坤崙 Kun-Lun Huang
執行編輯 Executive Editors	余明治 Ming-Chih Yu 李枝新 Chih-Hsin Lee 林賢君 Hsien-Chun Lin 許武輝 Wu-Huei Hsu 許翰林 Han-Lin Hsu 陳家弘 Chia-Hung Chen
執行秘書 Executive Secretary	涂智彥 Chih-Yen Tu
編輯顧問 Editorial Consultant	鍾飲文 Inn-Wen Chong

學會秘書處

通訊地址：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

會址：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。
中華郵政高雄雜字第 238 號執照登記為雜誌交寄

本期封面：2020 年全體理監事和胸腔專科醫師以及與會貴賓石崇良常務次長合影

第一排由右至左：彭殿王理事、薛尊仁監事、黃明賢理事、蘇維鈞監事、鍾飲文理事、林恒毅常務監事、與會貴賓石崇良常務次長、林孟志理事長、余忠仁理事、楊政達理事、施金元理事、李岡遠理事。第二排右一為王金洲秘書長。

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	
會員動態.....	7
會議記錄	
第十七屆第十三次理、監事聯席會會議記錄.....	8
學術委員會會議記錄.....	22
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 50-year-old male Taiwanese working in Vietnam with cough for several months 提供：臺北市立萬芳醫院 胸腔內科 余明治醫師.....	23
醫學新知	
■ Mycobacterial infections due to PD-1 and PD-L1 checkpoint inhibitors 程序性細胞死亡蛋白 (PD-1) 及程序性細胞死亡配體 (PD-L1) 療法相關的分枝桿菌感 染風險 編譯：李枝新醫師 臺北市立萬芳醫院 胸腔內科.....	24
■ Nintedanib in patients with progressive fibrosing interstitial lung diseases—subgroup analyses by interstitial lung disease diagnosis in the INBUILD trial: a randomised, double- blind, placebo-controlled, parallel-group trial Nintedanib 治療進展惡化性纖維化間質性肺病 – INBUILD 試驗中不同間質性肺病次 族群分析 – 一隨機、雙盲、安慰劑對照、平行族群之臨床試驗 編譯：林賢君醫師 臺北市立萬芳醫院 胸腔內科.....	27
■ Osimertinib in Resected EGFR-Mutated Non-Small-Cell Lung Cancer Osimertinib 使用在已接受手術切除之 EGFR 突變型非小細胞肺癌 編譯：許翰琳醫師 臺北市立萬芳醫院 胸腔內科.....	31
通訊繼續教育.....	34
活動集錦.....	41
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	47

轉眼間三年將過，我和十七屆理監事們就要卸任。首先要感謝學會所有的會員同好們，因為大家的熱心支持與灌溉讓學會的業務順利蓬勃發展，再感謝協助指導學會往前成長茁壯的所有現任理監事及歷屆理事長及理監事們，也因為各位資深醫師們對於學識的堅持與對新知研究發展的努力不懈，使得胸重學會能在台灣醫界裏更加的茁壯，被社會更肯定認同。也要感謝在這段時間裡領導籌畫各委員會及工作小組的主席及委員們，因為您們的無私付出才得推動學會的各項業務順利精彩，讓各個學門領域的專業也能夠經由教育訓練讓所有會員同仁們有更多的成長，感謝夏德椿教授領導的會訊編輯團隊耕耘經由這份刊物將學會的大小訊息傳遞給每位會員們。最後感謝秘書處、秘書長及副秘書長們對於學會庶務執行工作的付出和努力，大家的堅持終於讓辛勞有了甜美的成果，再次感謝。



近年胸腔醫學的蓬勃發展有目共睹，由環境空污與肺部疾病的防治診療，呼吸道疾病和肺癌的精準醫學基因與藥物，感染性肺疾病和重症醫療等各領域均有突破性研究進展，也經由對內外教育演講訓練、國內外研究合作讓我們在國內的社會扮演舉足輕重角色，尤其今年新冠肺炎大流行的期間胸重醫師在防疫的重要性更是不容忽視。最後恭喜新任的理事長、新任的理監事們，長江後浪推前浪我們交棒了，預祝學會未來發展更加順遂蓬勃，祝福大家感謝大家。

理事長

林五志

徐武輝 教授

中國醫藥大學 醫學系內科教授

中國醫藥大學附設醫院 內科系副院長

中國醫藥大學附設醫院 重症醫學中心副院長

徐武輝監事口述 / 陳家弘醫師整理



『能力可以让你被看見，態度卻能让你被尊重。』

轉眼間，這是我進入胸腔科這個領域第30年，回首過往，在中部二家不同的醫學中心擁有不同的歷練，更讓我的胸腔科生涯充滿著許多的回憶；多年的胸腔科醫療服務中，有幸可與許多老師、先進和同好在台灣胸腔暨重症加護醫學會中一起努力，凝聚了各方的力量，讓胸腔科許多相關的照護領域持續發展，相信未來必然可以吸引更多優秀的年輕醫師一起加入這個大家庭，使得胸腔暨重症加護醫學會更加蓬勃發展。

醫學其實是與日俱進且進步神速的，對於年輕醫師的未來方向，個人想針對以下四個方面跟大家一起分享：

- (1) 肺癌：目前各式各樣新一代的藥物例如標靶藥物、免疫藥物持續發展，也讓肺癌的病人可以有更好的治療成效，但千萬不要忘記「上工治未病」，在未病之前預防不致已病，才是上工治法，甚至提早診斷或發展出提早預警的預防醫學，我相信可以是另一個重要的議題。
- (2) Interventional pulmonology：介入性肺學的疾病診治一定是胸腔科醫師需要具備的臨床技能之一，不僅可以早期診斷，甚至可以推廣到早期治療，從 Invasive 到 Semi-invasive 甚至到 Mini-invasive，這是一個可以繼續精進的範疇；其實不僅是治療性支氣管鏡領域的發展，胸部超音波也仍舊有許多在胸腔疾病的診治上可以探討的地方，值得年輕醫師一起努力。
- (3) 重症醫學：新冠肺炎的疫情，更加讓全世界知道重症醫學的重要，許多重症醫學的疾病治療都應再發展，例如常見的 ARDS，臨床治療成效應都可再提升，這領域亦值得年輕醫師繼續努力。
- (4) 人工智慧：人工智慧這幾年的發展有目共睹，同樣的疾病，東方跟西方處理的方式仍舊會有不同，甚至資深與資淺的醫師亦會不同，所以如果能夠透過人工智慧的平台，串連大數據，對於相關疾病的診治都會很有幫忙；個人相信人工智慧的未來發展可成為醫師的左右手，可以輔助診治但是不可能取代醫師，可以多一個有用的輔助武器，對我們臨床醫師來說，絕對是加分的，因此也鼓勵年輕醫師可以朝向這方面繼續邁進。

在胸腔科這條路上，有些人正在努力，有些人才要起步，不論你現在正在哪個階段，鼓勵每位胸腔科醫師，用最樂觀積極、努力不懈的態度，踏實的向前走，相信最後所累積的能力，必然可以在未來發光發熱的。

『能力可以让你被看見，態度卻能让你被尊重。』

祝福所有還在胸腔科這條路上堅持向前走的每個人。

監事 徐武輝

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊由學會以雙月刊發行。第34期會訊是本屆編輯委員會最後一次任務。本人在此向所有的編輯委員和執行編輯們深深的鞠躬，感謝各位這兩年來的大力支持與幫助。當然我也更感謝執行秘書涂智彥主任運籌帷幄，讓投稿會訊的同道深入各個層級的醫院，讓大家更有參與感。會訊還有一位靈魂人物，由於她的努力才能夠讓會訊如期準時出刊。所以在此我也向編輯部助理余智惠小姐致上最深層的謝意。



本期會訊資深理監事的話，徐武輝教授以入行30年的前輩心態對年輕的醫師們提供了幾個未來可能發展的方向。他特別提到人工智慧的發展勢必主導未來醫療的走向，這一點很值得年輕醫師好好去思考以及規劃未來如何結合科技與醫療創造一個對病人更有利對自己更便利的醫療新型態。他也鼓勵大家以樂觀積極努力不懈的態度，累積自己的未來發光發熱的能力。

本期重症案例由台北市萬芳醫院余明治醫師提出一例55歲男性越南台商因為咳嗽、潮熱數個月回台就診。病人胸部X光片為非常嚴重的典型結核病浸潤，但治療和處置上有許多可以討論的空間。

李枝新醫師摘自ESMO Open. 2020 Aug. 一篇探討有關於當免疫治療逐漸被廣泛使用來治療癌症的當下，由於免疫力的改變，是否會增加結核病及非結核分枝桿菌引起的急性感染和復發風險。本研究分析的資料來自美國食品及藥物管理局的不良事件通報系統。總共收集了五年多一千多萬個不良事件，發現在程序死亡蛋白相關的抑制劑治療過程當中，的確會增加感染的風險，也提示大家，當病人在接受免疫治療過程當中，應該要注意分枝桿菌感染的可能性是增加的。

Nintedanib在台灣健保署已給付在特發性肺纖維化病人的治療。但在治療其他間質性肺病的經驗仍有不足。林賢君醫師由The Lancet Respiratory Medicine選出一篇探討Nintedanib治療進展惡化性纖維化間質性肺病的研究文獻。這個命名為IBUILD的實驗，針對不同間質性肺病次族群做分析。本研究涵蓋了15個國家以及153個試驗場地。發現在符合一定條件下的惡化性纖維化間質性肺病且排除特發性肺纖維化病人，的確可以由nintedanib治療中得到一定的好處，能減緩FVC下降，也讓這一類的病人找到一線生機。

許翰琳醫師提出NEJM九月發表的一篇第三代EGFR TKi Osimertinib使用在已接受手術切除之EGFR突變型非小細胞肺癌病人的臨床試驗結果。這個名為ADAURA的三期臨床研究收治IB到IIIA期，且接受手術以後的病人，以Osimertinib或安慰劑術後輔助治療病人。發現Osimertinib組無病生存期明顯優於接受安慰劑者。另外在延遲復發，尤其是腦復發的機會明顯較安慰劑者獲得更大的優勢。本研究雖然還沒有中位總生存期的數據發表，但依目前的表現結果，的確是有機會改變某些病人術後輔助治療的模式。值得我們後續的關注。

轉眼間冬至到，冬至是陰極之致，陽氣始生，祈望各種流病逐日消散，各位同道好友順利平安。

主編

A handwritten signature in black ink, appearing to read '徐武輝'.

會員動態



恭賀

本會 2021 年 第 18 屆 理事、監事委員名單 (依姓名筆畫排序)

理事長 王鶴健 醫師 台大醫院

理事 王金洲 醫師 高雄長庚醫院

理事 何肇基 醫師 台大醫院

理事 吳杰亮 醫師 台中榮民總醫院

理事 李岡遠 醫師 衛生福利部雙和醫院

理事 杭良文 醫師 中國醫藥大學附設醫院

理事 邱國欽 醫師 羅東博愛醫院

理事 施金元 醫師 台大醫院

理事 夏德椿 醫師 中國醫藥大學附設醫院

理事 徐武輝 醫師 中國醫藥大學附設醫院

理事 涂智彥 醫師 中國醫藥大學附設醫院

理事 高國晉 醫師 林口長庚醫院

理事 陳育民 醫師 台北榮民總醫院

理事 彭殿王 醫師 台北榮民總醫院

理事 黃明賢 醫師 義大癌治療醫院

理事 黃崇旂 醫師 林口長庚醫院

理事 賴俊良 醫師 大林慈濟醫院

常務監事 鍾欽文 醫師 高雄醫學大學附設醫院

監事 林慶雄 醫師 彰化基督教醫院

監事 曹昌堯 醫師 台中中山醫學大學

監事 陳寧宏 醫師 林口長庚醫院

監事 陽光耀 醫師 台北榮民總醫院



台灣胸腔暨重症加護醫學會 第十七屆第十三次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 109 年 11 月 12 日 (四) 19:00

台北喜來登飯店請客樓 (100 台北市中正區忠孝東路一段 12 號 17F)

會議主席：林孟志理事長

會議記錄：劉軒吟

出席人員：理事 17 位、監事 5 位。(依姓名筆畫)

出席理事：理事長林孟志、理事王鶴健、理事余忠仁、理事李岡遠、理事施金元、理事夏德椿、理事張基晟、理事彭殿王、理事楊泮池、理事楊政達、理事鍾欽文

出席監事：常務監事林恒毅、監事薛尊仁、監事蘇維鈞

列席人員：秘書長王金洲、副秘書長蘇健、秘書劉軒吟、秘書施詠瑩、秘書張家榕、秘書盧筱婷、秘書余智惠

請假人員：理事林慶雄、理事曹昌堯、理事陳育民、理事黃坤崙、理事黃明賢、理事蔡榮煌、監事徐武輝、監事陳晉興、副秘書長林智斌、副秘書長林聖皓、副秘書長胡漢忠、副秘書長涂智彥、副秘書長張晃智、副秘書長魏裕峰

壹、報告事項：

一、理事長林孟志報告。

二、常務監事林恒毅報告。

三、秘書長王金洲報告上次 109 年 06 月 20 日會議決議事項及執行情形：

(一) 2020 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨台灣胸腔外科醫學會、台灣胸腔及心臟外科醫學會聯合會議暨台灣胸腔暨重症加護醫學會第 18 屆第 1 次會員大會。

● 議程 (附件一)。

● 12 月 12 日 (六) 至 12 月 13 日 (日) 臺大醫院國際會議中心舉行。

● 晚宴 (1919 藝文中心)- 頒獎：優秀學術論文 (Oral Presentation、Poster)、Young Investigator Award、Junior Research Award、胸腔醫學雜誌優秀論文獎。

● 第 18 屆第一次會員大會 12 月 12 日 (六) 13:30-14:30 於台大國際會議中心 1 樓 101 會議室舉行。

四、依「人民團體選舉罷免辦法」辦理第 18 屆理事、監事選舉。

● 本會設理事 17 人、候補理事 5 人、監事 5 人、候補監事 1 人。

● 一般會員報到及投票時間地點：12 月 12 日 (六) 上午 10 點至下午 4 點於台大醫院國際會議中心 4 樓 402 會議室辦理一般會員領票及投票。

● 一般會員登記參選第 18 屆理事 (依姓名筆劃順序)：

方文豐、王金洲、王鶴健、何肇基、吳杰亮、李岡遠、李琳、杭良文、林恒毅、林恕民、邱國欽、邱銘煌、施金元、柯政昌、洪仁宇、夏德椿、徐武輝、涂智彥、高國晉、

張志誠、曹世明、許瀚水、陳育民、陳昌文、陳晉興、陳崇裕、陶啟偉、彭忠衍、彭殿王、黃伊文、黃明賢、黃崇旂、楊政達、賴俊良、謝俊民、蘇茂昌、蘇健

● 一般會員登記參選第 18 屆監事 (依姓名筆劃順序)：

吳銘芳、李立夫、李章銘、林基正、林慶雄、張基晟、曹昌堯、陳凜宏、陽光耀、黃忠智、趙盈凱、鍾飲文

五、109 年度「胸腔暨重症醫學專科醫師甄審」，30 人通過 (內科 26 人、外科 4 人)，通過率 85.7%。

(一) 09 月 20 日於三軍總醫院舉行筆試與 X 光考試。

● 總共 35 人應試 (內科 31 人、外科 4 人)，筆試 30 人，X 光考試 35 人。

(1) 筆試 30 人應試，27 人通過，通過率 90%。

(2) X 光考試 35 人應試 (內科 31 人、外科 4 人)，30 人通過 (內科 26 人、外科 4 人)，內科通過率 80.65%，整體通過率 85.7%。

● 第一階段 30 人通過 (內科 26 人、外科 4 人)，通過率 85.7% (內科通過率 83.8%)。

(二) 10 月 25 日於臺大醫院睡眠中心舉行口試。

● 26 人應試皆通過。

六、本季健保署來函：

(一) 有關本署審查醫藥專家建議修訂含 pemetrexed 成分藥品 (如 Alimta) 之給付規定案，請貴會協助於文到後一個月內提供意見，請查照。

(二) 「全民健康保險醫療給付項目及支付標準」規定醫事人員執行特定項目需具特殊訓練資格之檢核，自費用年 110 年 1 月執行檢核 (計 62 項)，請貴會輔導會員盡速完成核備作業，請查照。

七、胸腔暨重症醫學專科醫師訓練醫院申請：

(一) 109 年 09 月 17 日衛生福利部桃園醫院申請胸腔外科訓練醫院。

(二) 109 年 09 月 18 日國立陽明大學附設醫院申請胸腔內科訓練醫院。

八、各委員會以及任務工作小組會議：

(一) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

● 外科醫學會提案：建議「重症醫學專科醫師聯合甄審委員會」設立一個固定的祕書處並聘僱專職祕書 2 名。

(二) 健保及醫療政策工作小組

(三) 教育與出版委員會

(四) 公共事務工作小組

(五) 「胸腔醫學」雜誌編輯委員會

● 2020 年度「胸腔醫學」原著優秀論文得獎名單

A. 第一名：蕭喻中醫師，國立臺灣大學醫學院附設醫院醫學系

投稿題目：Effect of Surgery Waiting Times on Disease-Free Survival of Patients with Screen-Detected cT1N0 Lung Adenocarcinoma

B. 第二名：陳靜宜醫師，義大醫院呼吸胸腔內科

投稿題目：Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Cardiac Outpatient

Clinics Using Questionnaire and Spirometry Screening

C. 第三名：黃維俊醫師，中國醫藥大學附設醫院 內科部 胸腔暨重症系

投稿題目：Early Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Patients with Coronary Artery Disease

- (六) 國際學術交流工作小組
- (七) 學術委員會
- (八) 呼吸道疾病委員會 (附件二)
- (九) 肺結核病及感染委員會
- (十) 肺血管及肺高壓委員會
- (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
- (十四) 介入性支氣管內視鏡委員會
- (十五) 睡眠醫學委員會
- (十六) 肺腫瘤委員會
- (十七) 肺部環境及職業醫學委員會
- (十八) 外科委員會

貳、討論事項：

一、提請追認修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會章程」第五章「會議」第二十條、二十二條。於 109 年 09 月 05 日第 12 次理、監事聯席會通過。

說明：台灣胸腔暨重症加護醫學會由人民團體變更為社團法人進度報告。

法院申請結果如下：

- (一) 修訂台灣胸腔暨重症加護醫學會章程
- (二) 補上遷址一事，於第 17 屆第 2 次理、監事會議記錄。
- (三) 台灣胸腔暨重症加護醫學會章程需於第 18 屆第一次會員大會逐條報告。
- (四) 通過須至合作金庫修改戶名「社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會」。

	修改前	修改後
新增		本章程經五十八年十二月三日，內政部台內社字第 343339 號函同意備查。
第五章 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。	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。 本會辦理法人登記後，臨時會議經會員代表十分之一以上之請求召開之。

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。	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。 本會辦理法人登記後，章程之變更以出席人數四分之三以上之同意或全體會員代表三分之二以上書面之同意行之。 本會之解散，得隨時以全體會員代表三分之二以上之可決解散之。
------	--	---

※ 結論：同上次（第 17 屆第 12 次理監事聯席會會議）決議，將於第 18 屆第一次會員大會報告。

二、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 5 位。

說明：本學會認可之胸腔內科暨重症或胸腔外科暨重症指導醫師必須在「胸腔醫學雜誌」或「Respirology」雜誌以第一作者或 correspondent 發表一篇原著學術論文以取得胸腔專科指導醫師資格條件之一：

- (一) 取得本學會胸腔暨重症專科醫師資格滿 3 年，以及重症加護專科醫師或聯委會核發給之重症專科醫師資格，並仍從事胸腔及重症相關疾病臨床照護工作者。
- (二) 取得本學會胸腔暨重症專科醫師，以及重症加護專科醫師資格或聯委會核發給之重症專科醫師資格，且具部定講師資格（含）以上者。
- (三) 取得其他專科學會胸腔外科專科醫師資格滿 3 年，且實際從事胸腔外科臨床及教學業務者，需檢具相關資料，並由甄審委員會個別認證。

序號	會籍	姓名	會號	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	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
1	一般會員	顏 O 德	1413	1236	NA	民國 102 年 12 月 12 日	2778	民國 103 年 12 月 21 日	台北馬偕	PD-1/PD-L1 Inhibitors in Stage IV Non-Small Cell Lung Cancer -A Single Medical Center Experience / 胸腔醫學雜誌 原著論文
2	一般會員	楊 O 雄	1321	1145	NA	民國 100 年 12 月 10 日	2150	民國 101 年 12 月 23 日	台北馬偕	Comparison of Outcomes with First-and Second-Generation Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors in Lung Adenocarcinoma Patients in Real-World Practice / 胸腔醫學雜誌 原著論文
3	一般會員	李 O 叡	1322	1146	助理教授	民國 100 年 12 月 10 日	2151	民國 101 年 12 月 23 日	台大新竹院區	Performance of Xpert MTB/RIF Assay for Detection of Mycobacterium tuberculosis in Respiratory Specimens and Effect on Reducing TB Diagnosis Delay: A Single Center Experience / 胸腔醫學雜誌 原著論文

序號	會籍	姓名	會號	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	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
4	一般會員	劉O榮	1613	1435	講師	民國 107 年 12 月 2 日	3227	民國 108 年 12 月 14 日	台大新竹院區	Performance of Xpert MTB/RIF Assay for Detection of Mycobacterium tuberculosis in Respiratory Specimens and Effect on Reducing TB Diagnosis Delay: A Single Center Experience / 胸腔醫學雜誌 原著論文
5	一般會員	于O綸	1521	1344	講師	民國 104 年 12 月 12 日	2964	民國 105 年 12 月 18 日	台大新竹院區	Feasibility of Re-biopsy by Endobronchial Ultrasound-guided Transbronchial Needle Aspiration(EBUS-TBNA)in Patients with Previously Treated Lung Cancer / 胸腔醫學雜誌 原著論文

※ 結論：通過。

三、審查「109 年度胸腔暨重症醫學專科醫師訓練報備暨準會員入會」申請案，共 41 位提出申請。

說明：相關規定如下

- (一) 依專科訓練及考試章程規定受訓基本條件：取得中華民國醫師執照，完成 3 年 (36 個月) 內科或外科專科醫師訓練之醫師。
- (二) 在本會審定合格之『胸腔內科暨重症專科、胸腔外科暨重症專科醫師訓練醫院』接受 2 年以上之胸腔暨重症醫學專業訓練，訓練年資計算至參加該年度專科醫師考試的 10 月 31 日截止，並在報考胸腔暨重症專科考試時須持有台灣內科醫學會或台灣外科醫學會審定合格之專科醫師證書；受訓醫師若無法在同一訓練單位接受連續 2 年以上之專科醫師訓練，訓練期間必須在 3 年內完成。而分段接受專科醫師訓練者，必須在同一訓練單位接受連續 9 個月以上之訓練，各分段訓練期間不得間隔 1 年以上，受訓醫師若更動訓練單位須向學會核備 (提交新服務單位在職證明正本與變更後的醫師執業執照正反面影本送交理監事聯席會議審查)。代訓醫師須檢附訓練醫院出具之胸腔專科醫師訓練資歷公文 (即代訓醫院回覆送訓醫院之同意代訓公文影本)。
- (三) 師資：胸腔內科暨重症醫學專科醫師訓練至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 3 人、及胸腔外科暨重症指導醫師 1 人。
- (四) 師資：胸腔外科暨重症醫學專科醫師訓練至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 2 人、胸腔外科暨重症指導醫師 2 人。
- (五) 每 2 名專科指導醫師，每年可訓練 1 名訓練醫院。每 2 名專科指導醫師訓練 1 名專科醫師準會員，如該院之指導醫師為單數等，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到指導醫師之總數 (如，該院有 5 名指導醫師，若前 1 年訓練 2 名專科醫師準會員，則第 2 年可接受 3 名專科醫師準會員受訓)。
- (六) 若當年度報備訓練醫師人數未超過訓練容額，當年度訓練容額無法繼續累計至隔年度。

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 日期 (完成三年內 (外) 科專科醫師訓練之醫師)	醫師證書 / 執登
1	盧 O 文	臺大醫學系	胸腔外科	臺大醫院 /106 年 9 月 -109 年 9 月	醫字第 054903 號 / 北市衛醫執字第 I10228109 號
2	連 O 勳	台北醫學大學	胸腔外科	臺大醫院 /106 年 9 月 -109 年 9 月	醫字第 053940 號 / 北市衛醫執字第 A125497975 號
3	吳 O 豪	臺大醫學系	胸腔內科	臺大醫院 /106 年 8 月 -109 年 7 月	醫字第 055417 號 / 北市衛醫執字第 B122885330 號
4	林 O 傑	臺大醫學系	胸腔內科	臺大醫院 /106 年 8 月 -109 年 7 月	醫字第 054570 號 / 北市衛醫執字第 V12197883 號
5	陳 O 萱	中山醫學大學	胸腔內科	臺大醫院 /106 年 8 月 -109 年 7 月	醫字第 055971 號 / 北市衛醫師執字第 T223890270 號
6	謝 O 融	高雄醫學大學	胸腔內科	臺大醫院 /106 年 8 月 -109 年 7 月	醫字第 054886 號 / 北市衛醫執字第 T223579632 號
7	張 O 睿	長庚醫學系	胸腔內科	林口長庚 /105 年 6 月 -109 年 7 月	醫字第 056311 號 / 桃衛醫執字第 A126518348 號
8	李 O 庭	波滋南醫學大學	胸腔暨重症科	林口長庚 /106 年 11 月 -109 年 7 月	醫字第 055268 號 / 桃衛醫執字第 A124978051 號
9	張 O 心	長庚醫學系	胸腔內科	林口長庚 /106 年 12 月 -109 年 7 月	醫字第 056265 號 / 桃衛醫執字第 P223076516 號
10	鄭 O	長庚醫學系	胸腔暨心臟血管外科	林口長庚 /106 年 09 月 -109 年 8 月	醫字第 055263 號 / 桃衛醫執字第 Q223725088 號
11	周 O 立	長庚醫學系	胸腔暨心臟血管外科	林口長庚 /106 年 09 月 -109 年 8 月	醫字第 056441 號 / 桃衛醫執字第 A226200736 號
12	沈 O 昇	國防醫學系	胸腔內科	三軍總醫院 /105 年 8 月 -109 年 7 月	醫字第 047880 號 / 中市衛醫執第 Q123315035 號

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 日期 (完成三年內(外)科專科醫師訓練之醫師)	醫師證書 / 執登
13	楊 O 熹	國防醫學院	胸腔外科	三軍總醫院 / 105 年 8 月 - 108 年 7 月	醫字第 052918 號 / 北市衛醫執字第 L1239802041 號
14	吳 O 臻	國防醫學院	胸腔外科	三軍總醫院 / 106 年 8 月 - 109 年 8 月	醫字第 051066 號 / 北市衛醫執字第 K221972576 號
15	楊 O 斌	國防醫學系	胸腔內科	台北聯合仁愛院區 / 106 年 9 月 - 109 年 6 月	醫字第 054476 號 / 北市衛醫執字第 A132204113 號
16	沈 O 津	高雄醫學大學	胸腔部	台北榮總 / 106 年 9 月 - 109 年 8 月	醫字第 054108 號 / 北市衛醫執字第 A126068370 號
17	杞 O 業	國立陽明大學	胸腔部	台北榮總 / 106 年 9 月 - 109 年 8 月	醫字第 054153 號 / 北市衛醫執字第 A126972360 號
18	鄭 O 信	國立陽明大學	胸腔部	台北榮總 / 106 年 9 月 - 109 年 8 月	醫字第 053405 號 / 北市衛醫執字第 H124044397 號
19	李 O 慶	輔仁大學	胸腔部	台北榮總 / 106 年 9 月 - 109 年 8 月	醫字第 055816 號 / 北市衛醫執字第 F127754923 號
20	林 O 弘	中山醫學系	胸腔外科	台北馬偕 / 105 年 1 月 - 108 年 6 月	醫字第 052503 號 / 新北府重衛醫執字第 10908070381 號
21	謝 O 霖	波滋南醫學大學	胸腔外科	台北馬偕 / 105 年 1 月 - 109 年 11 月	醫字第 053376 號 / 北市衛醫師執字第 B121880868 號
22	陳 O 恩	高雄醫學大學	胸腔內科	台北萬芳 / 105 年 11 月 - 109 年 5 月	醫字第 056025 號 / 北市衛醫執字第 W200393370 號
23	陳 O 豪	台北醫學大學醫學系	胸腔內科	基隆長庚 / 106 年 9 月 - 109 年 8 月	醫字第 053981 號 / 基衛醫執字第 H123962225 號
24	李 O	盧布林醫學大學	胸腔內科	台北慈濟 / 106 年 10 月 - 109 年 10 月	醫字第 054650 號 / 新北府店衛醫執字第 H123108178 號

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 日期 (完成三年內 (外) 科專科醫師訓練之醫師)	醫師證書 / 執登
25	饒 O 毓	輔仁大學醫學系	胸腔內科	台北慈濟 / 104 年 8 月 - 107 年 10 月	醫字第 047093 號 / 新北府店衛醫執字第 10907011328 號
26	蔡 O 芸	波蘭西里西亞醫學大學卡托維治醫學院	胸腔外科	中山附醫 / 105 年 8 月 - 109 年 9 月	醫字第 055520 號 / 中市衛醫執字第 M222118326 號
27	林 O 穎	中國醫學大學	胸腔內科	中國設醫 / 105 年 11 月 - 109 年 10 月	醫字第 054605 號 / 中市衛醫執字第 B222684773 號
28	廖 O 雅	中國醫學系	胸腔內科	台中榮總 / 106 年 10 月 - 109 年 8 月	醫字第 054816 號 8 中市衛醫執字第 P223588744 號
29	歐 O 凡	陽明醫學系	胸腔內科	台中榮總 / 106 年 9 月 - 109 年 8 月	醫字第 055256 號 / 中市衛醫執字第 P123674234 號
30	呂 O 佑	中國醫學系	胸腔內科	彰化基督教 / 106 年 10 月 - 109 年 6 月	醫字第 056376 號 / 彰衛醫執字第 F127622015 號
31	盧 O 綱	高雄醫學大學後醫系	胸腔內科	嘉義基督教 / 107 年 2 月 - 109 年 7 月	醫字第 056285 號 / 嘉市衛醫執字第 T122365678 號
32	吳 O 豪	高醫醫學系	胸腔內科	成大醫院 / 106 年 8 月 - 109 年 7 月	醫字第 054875 號 / 南市衛醫執字第 D122370112 號
33	林 O 瀚	中山醫學系	胸腔內科	台南奇美 / 106 年 9 月 - 109 年 7 月	醫字第 053903 號 / 南市衛醫執字第 D122004346 號
34	林 O 佑	中國醫學大學	胸腔內科	成大醫院 / 106 年 7 月 - 109 年 7 月	醫字第 053832 號 / 南市衛醫執字第 I100233057 號
35	林 O 甫	成大醫學系	胸腔內科	成大醫院 / 106 年 7 月 - 109 年 7 月	醫字第 053879 號 / 南市衛醫執字第 D122289287 號
36	許 O 齊	高雄醫學大學	胸腔內科	高醫附醫 / 106 年 7 月 - 109 年 7 月	醫字第 055625 號 / 高市衛醫 (三) 執字地 N125550192 號

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 日期 (完成三年內(外)科專科醫師訓練之醫師)	醫師證書 / 執登
37	馬 O 陽	高雄醫學大學	胸腔內科	高醫附醫 / 106 年 7 月 - 109 年 7 月	醫字第 055342 號 / 高市衛醫執字第 S124125126 號
38	麥 O 嘉	波蘭西里西亞醫學大學卡托維茲校區醫學院	胸腔內科	義大醫院 / 105 年 11 月 - 109 年 6 月	醫字第 055978 號 / 高市衛醫(燕)執字第 E122999332 號
39	王 O 璇	長庚醫學系	胸腔內科	花蓮慈濟 / 106 年 7 月 - 109 年 7 月	醫字第 055386 號 / 花縣衛醫執字第 A228828581 號
40	王 O 銓	慈濟醫學系	胸腔內科	花蓮慈濟 / 106 年 8 月 - 109 年 8 月	醫字第 055363 號 / 花縣衛醫執字第 F127811843 號
41	吳 O 霖	高雄醫學大學	胸腔外科	衛服部桃園醫院 / 105 年 10 月 - 109 年 9 月	醫字第 054471 號 / 桃衛醫執字第 S123219129 號

※ 結論：通過。

參、臨時動議

肆、散會

(附件一)

12月12日(星期六)議程

Time	101	301	401	202	203
	OPENING				
08:00 09:20	Moderator: 鍾欽文院長 Title: Consensus for diagnosis and treatment of COPD and CHF in Taiwan Speaker: 鄭世隆教授	Moderator: 王鶴健副院長 Title: Progressive fibrosing interstitial lung diseases: current practice in diagnosis and management (draft) Speaker: Prof. Ganesh Raghu	Moderator: 蘇維鈞教授、黃伊文副院長、王振源教授 Speaker: 李孟毅醫師 Title: Epidemiology of NTM-LD in Taiwan Speaker: 樹金忠醫師 Title: Risk population of NTM-LD Speaker: 馮嘉毅醫師 Title: Clinical Relevance and Diagnostic Criteria Speaker: 黃偉彰醫師 Title: Identification and drug susceptibility testing for nontuberculous mycobacteria Speaker: 藍胃進醫師 Title: Non-pharmacologic management of pulmonary rehabilitation Speaker: 黃虹綾醫師 Title: M. kansasii-Lung Disease Speaker: 季欣蓉醫師 Title: Treatment of Mycobacterium abscessus complex lung disease Speaker: 潘聖衛醫師 Title: M. avium complex-Lung Disease Speaker: 黃培銘醫師 Title: Recent Advances and Controversies in Surgical Intervention of Nontuberculous Mycobacterial Lung Disease: A Literature Review	APSR 08:40-09:15 Moderator: 林孟志理事長 Prof. Meng-Chih Lin Title: Laboratory diagnosis for COVID-19: development and challenge Speaker: 施信如教授 Prof. Shih, Shen-Ru	台灣胸腔外科醫學會 08:40-09:00 Moderator: 莊政諤主任、林孟曄醫師 Title: The adjuvant therapy in lung cancer patients receiving operation-CCH experience Speaker: 王彥彥主任 09:00-09:20 Moderator: 莊政諤主任、林孟曄醫師 Title: Surgical result of neoadjuvant therapy in non-small cell lung cancer Speaker: 陳顯勻醫師
09:20 10:00	Moderator: 鍾欽文院長 Title: Pulmonary rehabilitation at the post pandemic era Speaker: 李岡遠副院長	Moderator: 王鶴健副院長 Title: A milestone of the treatment in PF-ILD (draft) Speaker: 柯信國主任	APSR 09:25-10:00 Moderator: 余忠仁院長 Prof. Chong-Jen Yu Title: Non-pharmacological management of severe COVID-19 infection in ICU Speaker: Prof. Rex Chin-Wei Yung	台灣胸腔外科醫學會 Moderator: 周世華院長、陳晉興副院長 Title: Evolving neoadjuvant and adjuvant approaches in early stage resectable NSCLC Speaker: Prof. Roy Herbst	
10:00 10:30	Coffee break				
10:30 11:10	Moderator: 薛尊仁教授 Title: COPD control in Taiwan Speaker: 林慶雄副院長	Moderator: 張基晟教授 Title: Interventional bronchology in COPD treatment Speaker: Prof. Phan Tien Nguyen	Moderator: 黃坤崙教授 Title: The way towards precision medicine for obstructive sleep apnea: from phenotype to artificial intelligence Speaker: 李佩玲主任	APSR 10:10-10:45 Moderator: 彭殿王教授 Prof. Diahn-Wang Perng Title: Pharmacological treatment for COVID-19: what we learn from clinical trial reports? Speaker: 陽光耀教授 Prof. Kuang-Yao Yang	台灣胸腔外科醫學會 10:25-10:40 Moderator: 許瀚水教授 Title: Surgery for locally advanced NSCLC after target therapy: a single institute experience Speaker: 林志銘醫師 10:40-10:55 Moderator: 陳晉興副院長 Title: Neoadjuvant TKI with Thoracic Surgery as the First-Line Treatment for Stage IV Non-Small Cell Lung Cancer with EGFR mutations Speaker: 陳沛興醫師 10:55-11:10 Moderator: 方信元副院長 Title: The role of TKIs from the perspective of Thoracic Surgeons: TSGH experience sharing Speaker: 陳穎毅醫師
11:10 11:50	Moderator: 薛尊仁教授 Title: Update of severe asthma - systemic assessment and individualized treatment Speaker: 詹明澄主任	Young Investigator Award Oral Moderator: 林孟志理事長、余忠仁院長、陳育民教授	Moderator: 黃坤崙教授 Title: Management of adult obstructive sleep apnea: challenges and prospectives Speaker: 劉景隆主任	APSR 10:55-11:30 Moderator: 楊泮池院士 Prof. Pan-Chyr, Yang Title: The effect of face covering and social distancing in preventing the transmission of COVID-19 Speaker: Prof. Yoichi Nakanishi	台灣胸腔外科醫學會 11:10-11:30 Moderator: 吳玉琮副院長、呂宏益主任 Title: Neoadjuvant therapy in clinical stage IV lung cancer. KMUH experience sharing Speaker: 姜宏興醫師 11:30-11:50 Moderator: 吳玉琮副院長、呂宏益主任 Title: Adjuvant Chemotherapy for Completely Resected Non-small Cell Lung cancer: KSVGH Experience Sharing Speaker: 湯恩魁主任
12:00 13:20	101 台灣阿斯特捷利康股份有限公司贊助 Lung cancer	301 荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司贊助(視訊) Airway disease	401 台灣諾華股份有限公司贊助 Airway disease	202 台灣禮來股份有限公司贊助 Lung cancer	203 台灣阿斯特捷利康股份有限公司贊助 Airway disease
				205 台灣東洋藥品工業股份有限公司贊助 Lung cancer	403 台灣中外製藥股份有限公司贊助 Lung cancer

(附件一)

Time	101	301	401	202	203	205	403
13:30 14:30	會員大會，頒發專科醫師證書 特別演講						
14:40 16:30	<p>胸腔外科醫學會 14:40-15:00 Moderator: 林孟志理 事長、許瀚水理事長 Title: The Consensus of LDCT Screening in Taiwan Speaker: 國健署王英偉署長 15:00-15:20 Moderator: 鄭清源院 長、張允中主任 Title: The Consensus of LDCT Screening in Taiwan Speaker: 張基晟教授 15:50-16:30 Moderator: 余忠仁院 長、徐中平副院長 Title: The Consensus of LDCT Screening in Taiwan Speaker: 許瀚水教授</p>	<p>Thoracic Oncology、 Intervention Bronchoscopy、Diagnosis</p> <p>Oral Presentation 楊政達 院長 夏德椿 主任 陳育民 教授 共同主持</p>	<p>Airway Disease、Sleep Medicine、Interstitial Lung Disease、Other</p> <p>Oral Presentation 徐武輝 副院長 黃明賢 副院長 薛尊仁 教授 共同主持</p>	<p>Respiratory Tract Infections、Critical Care Medicine、 Tuberculosis</p> <p>Oral Presentation 王鶴健 副院長 林恒毅 院長 蘇維鈞 教授 共同主持</p>			
16:40 18:00	<p>101 台灣百靈佳殷格 翰股份有限公司 (視訊) Lung cancer、 Airway disease</p>	<p>301 荷商葛蘭素史克 藥廠股份有限公 司台灣分公司 (視訊) Airway disease</p>	<p>401 羅氏大藥廠股份 有限公司贊助 Lung cancer</p>	<p>202 友華生技醫藥股 份有限公司贊助 (視訊) Airway disease</p>	<p>203 行動基因生技股 份有限公司贊助 Lung cancer</p>	<p>205 臺灣阿斯特捷利 康股份有限公司 贊助 Lung cancer</p>	<p>403 台灣諾華股份有 限公司贊助 Lung cancer</p>
18:30 20:00	大會晚宴-頒獎典禮						

(附件一)

12月13日(星期日) 議程

Time	101	301	401	202	203	205	403
	OPENING						
08:00 09:20	Moderator: 林恒毅院長 Title: How to manage MDR-GNB pneumonia in ICU? Speaker: 彭忠衍主任	Moderator: 林孟志理事長 Title: Current and new challenge in occupational lung diseases Speaker: 鄭至宏醫師	Moderator: 陳育民教授 Title: Update of immunotherapy in Lung Cancer Speaker: 何肇基教授	台灣胸腔及心臟血管外科學會 08:40-09:30 Moderator: 夏君毅主任 Title: Surgical resection after TKI in NSCLC Speaker: 曾堯麟主任	台灣胸腔外科醫學會 08:40-09:00 Moderator: 吳怡成主任、郭光泰主任 Title: Percutaneous CT-guided Lung Tumor Ablation-Experiences of a Decade Speaker: 林巧峯主任 09:00-09:30 Moderator: 徐紹勛主任、趙盈凱主任 Title: Flexible bronchoscopy-guided ablation therapy in peripheral lung cancer Speaker: 孫加源教授		
09:20 10:00	Moderator: 林恒毅院長 Title: The application of AI in critical care Speaker: 高國晉教授	Moderator: 林慶雄副院長 Title: Climate change and lung health Speaker: 蘇一峰醫師	Moderator: 陳育民教授 Title: Update of EGFRm in Lung Cancer Speaker: 魏裕峰主任		胸腔外科醫學會 09:30-10:00 Moderator: 徐紹勛主任、趙盈凱主任 Title: Percutaneous lung ablation therapy: Chinese experience Speaker: 柳晨副院長		
10:00 10:30	Coffee break						
10:30 11:10	Moderator: 曹昌堯教授 Title: Recent evidences in influenza-related ARDS (TSIRC study) Speaker: 詹明澄主任	Moderator: 李岡遠副院長 Title: Differentiating WHO Group I from Group II Pulmonary hypertension Speaker: Prof. Edmund Lau	Moderator: 施金元教授 Title: Update of ALK/ROS1m in Lung Cancer Speaker: 張基晟教授	台灣胸腔及心臟血管外科學會 09:40-10:30 Moderator: 李章銘主任 Title: Transbronchial abrasion of pulmonary nodules in HYBRID OR Speaker: Prof. Calvin S.H.Ng	台灣胸腔外科醫學會 10:30-10:45 Moderator: 黃文傑主任、黃培銘主任 Title: Navigation System in one-stop Lung Cancer solution with Hybrid OR Speaker: 莫麗雯醫師 10:45-11:00 Moderator: 黃文傑主任、黃培銘主任 Title: Cone-beam CT augmented fluoroscopy-guided endobronchial procedures for small pulmonary lesions Speaker: 楊順賢醫師 11:00-11:15 Moderator: 馮瑤主任、湯思魁主任 Title: Extended segmentectomy for small lung nodule with iVATS Speaker: 鄭雅夫醫師		
11:10 11:50	Moderator: 曹昌堯教授 Title: Oxygen saturation targets in critically ill patients Speaker: 許超群主任	11:10-11:30 Moderator: 黃明賢教授 Title: Surgical treatment of Pulmonary Hypertension Speaker: 廖先啟醫師 11:30-11:50 Title: Taiwan Cohort - Registry of Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension (TREC): A Preliminary Study Speaker: 劉景隆主任	Moderator: 施金元教授 Title: Update of Rare genes mutation in Lung Cancer Speaker: 廖唯昱醫師	台灣胸腔及心臟血管外科學會 10:40-11:30 Moderator: 方元院長 Title: Lung transplantation in COPD Speaker: 陳維勳主任	台灣胸腔外科醫學會 11:15-11:30 Moderator: 馮瑤主任、湯思魁主任 Title: Percutaneous Localization of Small Pulmonary Nodules - Chimei Experience Speaker: 蘇英傑醫師 11:30-11:45 Moderator: 林巧峯主任、黃才旺主任 Title: Using mobile CT for intraoperative localization to resect small pulmonary lesion: the experience of VGHTPE Speaker: 簡宏哲醫師 11:45-12:00 Moderator: 林巧峯主任、黃才旺主任 Title: Single-stage localization and removal of small lung nodules using 3D mobile C-arm Speaker: 周品立醫師		
12:00 13:20	101	301	401	202 台灣塩野義製藥股份有限公司贊助 Infection	203 臺灣阿斯特捷利康股份有限公司贊助 Airway disease	205	403 台灣武田藥品工業股份有限公司贊助 Lung cancer

(附件二)

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			
109.05.03 (日) 張榮發基金會 8 樓 802 會議室	5	5	5	3	6	5	3	3	20	16	80%
109.05.24 (日) 李科永圖書館三樓階梯視聽館	11	7	30	29	9	8	0	0	50	44	88%
109.05.31 (日) 豐邑市政都心廣場 3 樓	1	1	5	5	8	7	4	4	18	17	94%
109.06.14 (日) 張榮發基金會 8 樓 803 會議室	14	12	2	1	9	7	2	1	27	21	78%
109.07.12 (日) 台大雲林虎尾院區 7 樓第一會議室	3	3	13	9	6	6	7	6	29	24	83%
109.07.12 (日) 花蓮縣醫師公會會議室	3	2	1	1	13	12	0	0	17	15	88%
109.07.19 (日) 高雄國際會議中心 2 樓 VIP 室	5	4	14	14	20	14	1	1	40	33	83%
109.08.23 (日) 部立桃園醫院群英樓 B1 視聽會議室	8	7	21	20	16	15	0	0	45	42	93%
109.10.18 (日) 嘉義基督教醫院 B 棟 9 樓禮拜堂	14	7	34	27	15	10	0	0	63	44	70%

(附件二)

健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程

日期/地點	報名人數	實際參與人數					
		內科	家庭醫學	兒科	耳鼻喉科	胸重	
109.05.24 (日) 台中世界貿易中心 301 會議室	50	20	7	17	4	10	43
109.05.31 (日) 張榮發基金會 8 樓 802 會議室 & 1003 會議室	77	12	16	21	6	9	51
109.06.07 (日) 李科永紀念圖書館三樓階梯視聽館	30	12	5	3	2	8	22
109.06.14 (日) 高雄國際會議中心 303A 會議室	43	10	6	17	7	10	36
109.06.28 (日) 張榮發基金會 8 樓 802 會議室	40	4	12	5	5	10	31
109.08.30 (日) 花蓮福容飯店 2 樓宴會 C 廳	22	11	1	4	1	11	14
109.09.13 (日) 中壢區天晟醫院 B1 國際會議廳	46	13	8	3	4	11	39
109.09.20 (日) 國立成功大學醫學院第二講堂	48	11	10	12	3	10	46

台灣胸腔暨重症加護醫學會 學術委員會會議記錄

日期：109年11月9日(星期一)下午6點

地點：臺大醫院東址第四會議室、高雄學會辦公室(視訊會議)

主席：召集人陳育民主任

出席委員：林孟志理事長、陳育民主任、蘇維鈞主任、林鴻銓主任、李岡遠主任(視訊)、
施金元主任、賴俊良副院長、涂智彥主任

列席人員：秘書長王金洲主任、秘書劉軒吟、張家榕、盧筱婷

請假人員：陽光耀主任、黃崇旂主任、許超群主任

會議議程

壹、討論事項：

一、台灣胸腔暨重症加護醫學會 2020 年年會議程

說明：本會 17 個委員會推派與台灣胸腔外科醫學、台灣胸腔及心臟血管外科學會共同協辦，大會議程公告。

結論：通過。

二、台灣胸腔暨重症加護醫學會 2020 年年會投稿

說明：2020 胸重年會投稿初審。

(一) 優秀學術論文獎，三組入選名單

1. Oral Presentation 主持作長兼評審委員

● Thoracic Oncology、Intervention Bronchoscopy、Diagnosis

楊政達院長、夏德椿主任、陳育民教授

● Airway Disease、Sleep Medicine、Interstitial Lung Disease、Other

徐武輝副院長、黃明賢副院長、薛尊仁教授

● Respiratory Tract Infections、Critical Care Medicine、Tuberculosis

王鶴健副院長、林恆毅院長、蘇維鈞教授

2. Post 評選委員，每組五位：

(1) Thoracic Oncology、Intervention Bronchoscopy、Diagnosis

何肇基醫師、邱昭華主任、楊宗穎主任、洪仁宇主任、林建中醫師

(2) Airway Disease、Sleep Medicine、Interstitial Lung Disease、Other

劉世豐主任、陶啟偉主任、詹明澄主任、鄭世隆主任、林明憲醫療長

(3) Respiratory Tract Infections、Critical Care Medicine、Tuberculosis

杭良文主任、方文豐主任、羅友倫主任、簡榮彥主任、高國晉副部長

(二) Young Investigator Award (演講 8 分鐘，討論 2 分鐘)

● 楊景堯、蘇一峰、林彥廷

(三) Junior Research Award- 年輕醫師研究潛力獎

結論：第三組最後一位有共同分數入選，投票決議由陳家閔-口頭報告。

貳、臨時動議：無。

胸腔暨重症案例

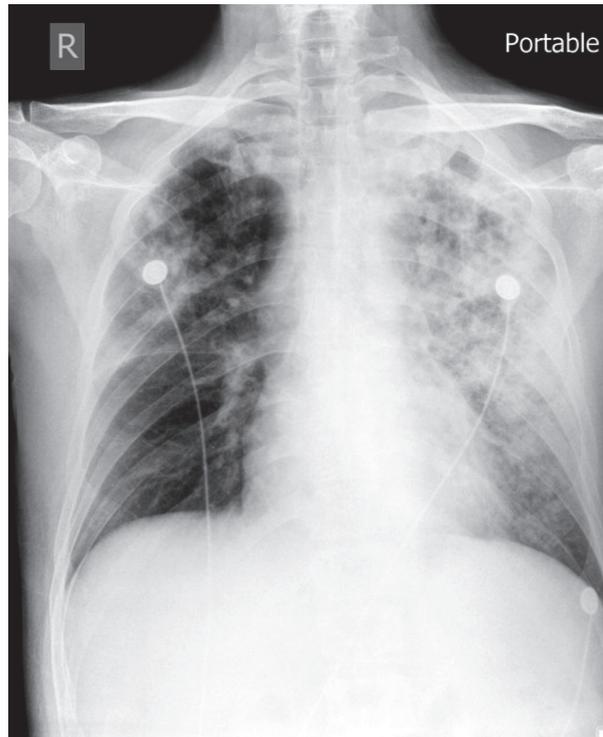


Figure 1. This CXR showed diffuse consolidation lesion in bilateral lung fields, especially the left upper lobe.

提供：臺北市立萬芳醫院 胸腔內科 余明治醫師

[Case]

A 50-year-old male Taiwanese working in Vietnam for a long time has a cough, low-grade fever, and night sweats for several months. This CXR showed diffuse consolidation lesion in bilateral lung fields, especially the left upper lobe (Figure 1).

醫學新知 I

程序性細胞死亡蛋白 (PD-1) 及程序性細胞死亡配體 (PD-L1) 療法相關的分枝桿菌感染風險

摘自：ESMO Open. 2020 Aug; 5(4): e000866. doi: 10.1136/esmooopen-2020-000866

編譯：李枝新醫師 臺北市立萬芳醫院 胸腔內科

背景：

免疫檢查點抑制劑可以阻斷程序性細胞死亡蛋白 (PD-1) 及程序性細胞死亡配體 (PD-L1)，此療法對於多種癌症有顯著的治療成效，但其毒性也能引起免疫相關的不良反應。

目的：

分析 PD-1/PD-L1 抑制療法期間，結核菌及非結核分枝桿菌引起的急性感染和復發風險。

方法：

本研究分析美國食品及藥物管理局 (US Food and Drug Administration, FDA) 的不良事件通報系統中，與 PD-1 和 PD-L1 抑制療法相關的結核菌及非結核分枝桿菌感染的相關不良事件，並和系統中其它被通報不良事件的藥物做比對。以不成比例信號分析 (disproportionality signal analysis) 統計方法，進行通報勝算比 (reporting OR, ROR) 的估算，並以 95% 信賴區間評估 ROR 的精確度。

結果：

不良事件通報系統於 2015 年 1 月 1 日至 2020 年三月 31 日期間，共包含有 10,146,481 件不良事件，其中有 73,886 個與 5 個 FDA 核准的 PD-1/PD-L1 抑制劑相關的不良事件，包含 72 名病人感染結核病。明確的說，45 名病人 (62.5%) 與 nivolumab 相關，18 名病人 (25%) 與 pembrolizumab 相關，5 名病人 (7%) 和 atezolizumab 相關，而 4 名病人 (5.5%) 和 durvalumab 相關。另外有 13 名病人被通報非結核分枝桿菌感染：9 名病人 (69.3%) 和 nivolumab 相關，2 名病人 (15.3%) 和 pembrolizumab 相關，各 1 名病人 (7.7%) 和 durvalumab 及 atezolizumab 相關。Avelumab 則未有結核病或是非結核分枝桿菌感染相關的不良事件紀錄。整體而言，與 PD-1/PD-L1 抑制劑相關的結核病 ROR 為 1.79 (95% 信賴區間為 1.42-2.26) ($p < 0.0001$)，非結核分枝桿菌感染的 ROR 為 5.49 (95% 信賴區間為 3.15-9.55) ($p < 0.0001$)。

結論：

PD-1/PD-L1 抑制劑治療期間，結核病和非結核分枝桿菌感染的風險顯著增加，雖然這不是常見的不良事件，但在使用此類療法時，必須注意分枝桿菌感染的風險。

〔編譯者評論〕

癌症免疫療法的引進，提高了病人長期存活，但也會影響病人免疫系統對抗感染的能力。結核病和非結核分枝桿菌這一類的感染症，病菌可能長期潛伏在宿主體內，平時沒有明顯症狀，但在免疫力低下的期間，細菌活化的風險會提高。而這類免疫不全的宿主，分枝桿菌感染的臨床表現受本身共病的影響，變化多端，診斷不易，若未能即時診斷，可能會造成癌症治療的延誤，更有甚者，肺結核可能在癌症病友間產生醫院相關的群聚感染事件，不可不慎。

這一個研究是基於美國 FDA 的通報資料：美國的結核病發生率在 2017 年僅為每 10 萬人口 2.8 人，台灣的結核病發生率雖然逐年下降，但在 2019 年仍為每 10 萬人口 37 人，可以預期台灣癌症病人潛伏結核感染的盛行率或是受到結核菌曝露的風險也遠高於美國，我們在估算免疫療法可能引發結核病感染的風險時，應該將兩地的結核病盛行率的差異也考慮在內。此外，本研究所用的通報勝算比計算方式，並未考慮不同藥物的適應症所對應的個案體質差異。分枝桿菌感染的不良反應，也可能是癌症病人免疫功能低下所致，應用世代研究或是病例對照研究等不同的研究設計方式來驗證本研究的發現，建議有志同好，運用台灣的資料，設計相關的研究，來評估免疫療法和結核病的風險，並釐清不同的 PD-1/PD-L1 抑制劑是否有不同的風險，建立本土的資料供臨床參考。

Mycobacterial infections due to PD-1 and PD-L1 checkpoint inhibitors

ESMO Open. 2020 Aug; 5(4): e000866. doi: 10.1136/esmooopen-2020-000866

Kartik Anand, Geetanjali Sahu, Ethan Burns, *et al.*

Abstract

BACKGROUND

Immune checkpoint inhibitors that block programmed cell death-1 (PD-1) and programmed cell death ligand-1 (PD-L1) have improved outcomes for many cancer subtypes but do exhibit toxicity, in the form of immune-related adverse events.

OBJECTIVE

The aim of this study was to investigate the emerging toxicities of PD-1 and PD-L1 inhibitors including acute or reactivation of tuberculosis (TB) and atypical mycobacterial infection (AMI).

METHODS

This study was completed as a retrospective review using the US Food and Drug Administration Adverse Events Reporting System (FAERS) for incidence of TB and AMI due to PD-1 and PD-L1 inhibitors compared with other FDA (Food and Drug Administration) approved drugs. The statistical methods included disproportionality signal analysis using the reporting OR (ROR) to compare cases. The 95% Wald CI was reported to assess the precision of the ROR.

RESULTS

Out of the 10,146,481 adverse events (AEs) reported to FAERS for all drugs between 1 January 2015 and 31 March 2020, 73,886 AEs were due to the five FDA approved PD-1/PD-L1 inhibitors. Seventy-two cases of TB were due to PD-1/PD-L1 inhibitors. Specifically, 45 cases (62.5%) due to nivolumab, 18 (25%) due to pembrolizumab, 5 (7%) due to atezolizumab and 4 (5.5%) due to durvalumab. There were 13 cases of AMI: 9 (69.3%) due to nivolumab, 2 (15.3%) due to pembrolizumab and 1 (7.7%) each due to durvalumab and atezolizumab. Avelumab was not attributed to any AE of TB or AMI. From analysis of the FAERS database, the calculated ROR for TB due to PD-1/PD-L1 inhibitors was 1.79 (95% CI, 1.42 to 2.26) ($p < 0.0001$) and for AMI was 5.49 (95% CI, 3.15 to 9.55) ($p < 0.0001$).

CONCLUSION

PD-1/PD-L1 inhibitors used in the treatment of cancer subtypes is associated with increased TB and AMI risk. Although this complication is rare, clinicians using PD-1/PD-L1 inhibitors should be aware of the risks.

醫學新知 II

Nintedanib 治療進展惡化性纖維化間質性肺病 — INBUILD 試驗中不同間質性肺病次族群分析 — 一隨機、雙盲、安慰劑對照、平行族群之臨床試驗

摘自：The Lancet Respiratory Medicine. 2020 May; 8(5): 453-460.

編譯：林賢君醫師 臺北市立萬芳醫院 胸腔內科

背景

在 INBUILD 試驗中探討 nintedanib 對照安慰劑在治療惡化性纖維化間質性肺病 (progressive fibrosing interstitial lung diseases, PF-ILD) 且排除特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 病人的臨床效果及安全性。此研究檢視 nintedanib 在這些間質性肺病次族群病人的效果。

方法

INBUILD 試驗涵蓋 15 國家 153 試驗場地，為一隨機、雙盲、安慰劑對照、平行族群臨床試驗。經診斷為纖維化間質性肺病 (fibrosing ILD) 且排除特發性肺纖維化 (IPF) 的受試者需符合以下標準才納入：高解析度電腦斷層下纖維化超過 10%、肺功能檢查中用力肺活量 (forced vital capacity, FVC) 大於等於 45% 預測值、及一氧化碳瀰散量 (diffusing capacity of the lung for carbon monoxide, DLCO) 大於等於 30% 且小於 80% 預測值。潛在的病人接受篩檢前還需符合一標準，即儘管經過個別間質性肺病的適當治療，間質性肺病在過去 24 個月仍有符合試驗中定義的惡化 (progression)。參與者以 1 比 1 的隨機方式接受一日兩次，每次 150 毫克 nintedanib 或安慰劑治療，試驗時間為期至少 52 週。受試者、研究者、及相關參與試驗與分析的工作人員在試驗過程中均不知病人是否接受治療藥物或安慰劑。關於次族群分析是以 52 週試驗期間用力肺活量 (FVC) 下降速率 (ml/year) 來比較五個次族群中 useful nintedanib 及安慰劑之間差別。這五種間質性肺病 (ILD) 依試驗者的診斷分別為：過敏性肺炎 (hypersensitivity pneumonitis)、自體免疫相關間質性肺病 (autoimmune ILDs)、原因不明非特異間質性肺炎 (idiopathic non-specific interstitial pneumonia)、無法分類原因不明間質性肺炎 (unclassifiable idiopathic interstitial pneumonia)、及其他間質性肺病 (other ILD)。試驗在 ClinicalTrials.gov 完成註冊，註冊碼為 NCT02999178。

發現

受試者加入試驗時間為 2017 年 2 月 23 日至 2018 年 4 月 27 日。有 663 位受試者至少服用一次治療藥物 (nintedanib) 或安慰劑。他們的間質性肺病之分類為：173 人 (26%) 為過敏性肺炎、170 人 (26%) 為自體免疫相關間質性肺病、125 人 (19%) 為原因不明非特異間質性肺炎、114 人 (17%) 為無法分類原因不明間質性肺炎、及 81 人 (12%) 為其他間質性肺病。Nintedanib 對上安慰劑的療效以用力肺活量下降速率 (ml/year) 來評估在這五個間質性肺病次族群中有趨勢傾向用藥治療，下降速率之差別如下：過敏性肺炎 73.1 [95% CI-8.6 to 154.8]、自體免疫相關間質性肺病 104.0 [21.1 to

186.9]、原因不明非特異間質肺炎 141.6 [46.0 to 237.2]、無法分類原因不明間質肺炎 68.3 [-31.4 to 168.1]、及其他間質肺病 197.1 [77.6 to 316.7] ($p=0.41$)。副作用的報告在次族群的分析與整體族群分析一致。

解析

INBUILD 試驗的設計及統計分析並不是針對間質肺病次族群能否從 nintedanib 得到好處。然而，不論間質肺病的診斷，本研究結果傾向 nintedanib 能減緩慢性纖維化間質性肺病 (fibrosing ILD) 具惡化特徵 (progressive phenotype) 的病人用力肺活量 (FVC) 下降速率。

〔編譯者評論〕

特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 的藥物研發，數十年來不曾間斷，直到近十幾年來終於看到兩個藥物 nintedanib 及 perfenidone 經臨床試驗證實對減緩肺功能衰退有幫助。Nintedanib 為一細胞內酪氨酸激酶抑制劑 (intracellular tyrosine kinase inhibitor, TKI)，能抑制肺纖維化形成的過程。在 2019 新英格蘭醫學期刊 (NEJM) 發表的一個新研究 (INBUILD study) 結果，即此篇研究的原試驗，nintedanib 在符合一定條件下的惡化性纖維化間質性肺病 (progressive fibrosing interstitial lung diseases, PF-ILD) 且排除特發性肺纖維化病人，能減緩 FVC 的下降，nintedanib 比上安慰劑組之 FVC 下降速度分別為每年 -80 毫升及 -187 毫升 (-80.8 ml/year v.s. -187.8 ml/year, $p<0.001$)，這結果讓其他不符合 IPF 診斷但肺纖維化卻持續進展惡化的病人找到一線生機。美國食藥局 (US FDA) 於 2020 三月通過 nintedanib 用於治療符合此研究慢性纖維化病人狀況之適應症。

在 INBUILD 試驗中各種肺纖維化的病人均涵蓋在內，但是否只有某些次族群病人才能真正從 nintedanib 得到療效？此篇後分析的研究結果雖然並沒有達到統計學上的意義，但似乎看到這些次族群病人有可能從 nintedanib 得到療效的趨勢。但 INBUILD 研究原本並非為這些間質性肺病次族群病人而設計，因此，關於 nintedanib 在針對這些次族群病人的治療效果，值得再做進一步研究探討。

Nintedanib in patients with progressive fibrosing interstitial lung diseases—subgroup analyses by interstitial lung disease diagnosis in the INBUILD trial: a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group trial

The Lancet Respiratory Medicine. 2020 May; 8(5): 453-460.

Athol U Wells, Kevin R Flaherty, Kevin K Brown, *et al.*

Abstract

Background

The INBUILD trial investigated the efficacy and safety of nintedanib versus placebo in patients with progressive fibrosing interstitial lung diseases (ILDs) other than idiopathic pulmonary fibrosis (IPF). We aimed to establish the effects of nintedanib in subgroups based on ILD diagnosis.

Methods

The INBUILD trial was a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel group trial done at 153 sites in 15 countries. Participants had an investigator-diagnosed fibrosing ILD other than IPF, with chest imaging features of fibrosis of more than 10% extent on high resolution CT (HRCT), forced vital capacity (FVC) of 45% or more predicted, and diffusing capacity of the lung for carbon monoxide (DLCO) of at least 30% and less than 80% predicted. Participants fulfilled protocol-defined criteria for ILD progression in the 24 months before screening, despite management considered appropriate in clinical practice for the individual ILD. Participants were randomly assigned 1:1 by means of a pseudo-random number generator to receive nintedanib 150 mg twice daily or placebo for at least 52 weeks. Participants, investigators, and other personnel involved in the trial and analysis were masked to treatment assignment until after database lock. In this subgroup analysis, we assessed the rate of decline in FVC (mL/year) over 52 weeks in patients who received at least one dose of nintedanib or placebo in five prespecified subgroups based on the ILD diagnoses documented by the investigators: hypersensitivity pneumonitis, autoimmune ILDs, idiopathic non-specific interstitial pneumonia, unclassifiable idiopathic interstitial pneumonia, and other ILDs. The trial has been completed and is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT02999178.

Findings

Participants were recruited between Feb 23, 2017, and April 27, 2018. Of 663 participants who received at least one dose of nintedanib or placebo, 173 (26%) had chronic hypersensitivity pneumonitis, 170 (26%) an autoimmune ILD, 125 (19%) idiopathic non-specific interstitial pneumonia, 114 (17%) unclassifiable idiopathic interstitial pneumonia, and 81 (12%) other ILDs. The effect of nintedanib versus placebo on reducing the rate of FVC decline (mL/year) was consistent across the five subgroups by ILD diagnosis in the overall population (hypersensitivity pneumonitis 73.1 [95% CI -8.6 to 154.8]; autoimmune ILDs

104.0 [21.1 to 186.9]; idiopathic non-specific interstitial pneumonia 141.6 [46.0 to 237.2]; unclassifiable idiopathic interstitial pneumonia 68.3 [-31.4 to 168.1]; and other ILDs 197.1 [77.6 to 316.7]; $p=0.41$ for treatment by subgroup by time interaction). Adverse events reported in the subgroups were consistent with those reported in the overall population.

Interpretation

The INBUILD trial was not designed or powered to provide evidence for a benefit of nintedanib in specific diagnostic subgroups. However, its results suggest that nintedanib reduces the rate of ILD progression, as measured by FVC decline, in patients who have a chronic fibrosing ILD and progressive phenotype, irrespective of the underlying ILD diagnosis.

醫學新知 III

Osimertinib 使用在已接受手術切除之 EGFR 突變型非小細胞肺癌

摘自：N Engl J Med 2020; September 19, 2020 DOI: 10.1056/NEJMoa2027071

編譯：許翰琳醫師 臺北市立萬芳醫院 胸腔內科

背景：

Osimertinib 為先前未接受治療的表皮生長因子受體 (EGFR) 突變陽性的晚期非小細胞肺癌 (NSCLC) 的標準療法。但 Osimertinib 作為表皮生長因子受體突變陽性的非小細胞肺癌的術後輔助治療，其療效和安全性尚不清楚。

研究方法：

本雙盲、第三期的臨床試驗，主要收錄接受手術完全切除的 EGFR 突變陽性非小細胞肺癌病人，以 1:1 分派至實驗組接受 Osimertinib (80 mg QD) 三年治療，或分派至對照安慰劑組。主要療效指標 (primary end point) 是以第 II 至 IIIA 期患者的無疾病存活期 (disease-free survival)。次要療效指標 (secondary end points) 則包括 IB 至 IIIA 期患者的無疾病存活期，整體存活 (overall survival) 和用藥安全性。

結果：

本臨床試驗共收錄 682 位病人進行隨機分組，其中 339 位進入 Osimertinib 的實驗組，另外 343 位進入對照安慰劑組。第 II 至 IIIA 期病人，在 24 個月的追蹤期，接受 Osimertinib 治療的實驗組中，90% 的病人為存活且無疾病 (alive and disease-free) (95% confidence interval [CI], 84 to 93)，而在安慰劑組中，則有 44% 病人為存活且無疾病 (95% CI, 37 to 51)；接受 Osimertinib 治療可使疾病復發或死亡的風險降低了 83% (overall HR for disease recurrence or death, 0.17; 99.06% CI, 0.11 to 0.26; $p < 0.001$)。在所有 IB 至 IIIA 期病人，在 24 個月的追蹤期，接受 Osimertinib 治療的實驗組中，89% 的病人為存活且無疾病 (95% CI, 85 to 92)，而在安慰劑組中，52% 病人為存活且無疾病 (95% CI, 46 to 58)，接受 Osimertinib 治療而使疾病復發或死亡的風險降低了 80% (overall hazard ratio for disease recurrence or death, 0.20; 99.12% CI, 0.14 to 0.30; $p < 0.001$)。在 24 個月時，接受 Osimertinib 治療的 98% 的病人 (95% CI, 95 to 99) 存活且沒有產生中樞神經系統疾病復發，安慰劑組中的 85% 病人 (95% CI, 80 to 89) 存活且沒有產生中樞神經系統疾病復發，接受 Osimertinib 治療使中樞神經系統疾病復發或死亡的風險降低了 81% (overall hazard ratio for disease recurrence or death, 0.18; 95% CI, 0.10 to 0.33)。整體存活期數據仍不成熟；其中 29 例患者死亡 (Osimertinib 組 9 例，安慰劑組 20 例)。Osimertinib 沒有新發生的安全疑慮。

結論：

第 IB 期至 IIIA 期手術完全切除的 EGFR 突變陽性非小細胞肺癌病人，接受 Osimertinib 治療者，其無病生存期 (disease-free survival) 明顯優於接受安慰劑者。

〔編譯者評論〕

早期非小細胞肺癌的標準治療為手術切除，而術後化學治療主要目的是降低開刀後的復發轉移，並延長存活。但這些早期非小細胞肺癌患者，即使進行手術完全切除，並接受輔助化學治療，往往仍面臨很高復發率。

這項 ADAURA III 期臨床試驗是一項隨機、雙盲、全球、安慰劑對照試驗，針對第 IB、II、IIIA 期，已接受完整腫瘤切除 EGFR 突變陽性非小細胞肺癌之病人，評估其接受 Osimertinib 治療之療效。因為此臨床試驗的二年無病生存期 (disease-free survival) 在接受 Osimertinib 治療病人已明顯優於接受安慰劑病人，經獨立數據監測委員會 (independent data monitoring committee; IDMC) 建議，有必要儘早報告這些數據，提前在第二年解盲 (unblind)，並已首先於發表 2020 ASCO Virtual Scientific Program。而在後續發表於 NEJM 的 ADAURA III 期臨床試驗結果，顯示接受 Osimertinib 治療之病人，分析 24 個月時的存活且無病生存期 (disease-free survival)，在所有的次族群分析，不論性別、年齡、亞洲和非亞洲患者、期別 (IB-III A)、EGFR 基因突變 (Exon 19 del or Exon 21 L858R)、術後是否接受化學治療的病人，均觀察到一致明顯優於接受安慰劑的病人，同時也降低中樞神經系統疾病復發風險，上述數據皆具有極顯著的臨床和統計學意義。但根據先前幾個手術切除 EGFR 突變型非小細胞肺癌，在術後接受標靶藥物為輔助治療的臨床實驗中，不論是 RADIANT (IB to IIIA, randomized, placebo-controlled, erlotinib)、EVAN (IIIA, randomized, erlotinib)、ADJUVANT/CTONG1104 (II to IIIA, gefitinib)、或是 SELECT 臨床試驗 (IA to IIIA, single arm, erlotinib 2 years duration)，雖然各個臨床實驗的設計不同，其所提高的無病生存率，並不能轉化為延長整體存活期。所以雖然 ADAURA III 期臨床試驗數據已顯示接受 Osimertinib 治療組，其無病生存期明顯優於接受安慰劑組。但因 ADAURA III 期臨床試驗中，第 II 至 IIIA 期患者目前只有 33% 數據成熟度 (33% maturity)，且因 Osimertinib 實驗組極顯著優於安慰劑實驗組的結果，而使得數據提前在第二年解盲 (unblind)，可能會使得接受安慰劑的病人會交叉 (crossover) 進入到 Osimertinib 治療組，而將兩組生存曲線拉得更近一些，所以對於最終無病生存期的優勢是否能轉換成整體存活期，仍須審慎期待，但我們仍然希望能看到延長的整體存活期。

不過這篇臨床試驗的結果，也引發及留下了一些在早期 EGFR 突變型非小細胞肺癌治療未解的議題，像是早期非小細胞肺癌患者術後，在接受 Osimertinib 治療之前是否需要先接受化學治療、Osimertinib 在已接受合併化學及放射治療的第 III 期表皮生長因子受體突變之非小細胞肺癌所扮演的角色、早期非小細胞肺癌術後已接受 osimertinib 為輔助治療時，產生抗藥性而復發後的治療、及肺癌患者是否能負擔 Osimertinib 三年輔助治療的財務費用等。

雖然如此，這一篇 ADAURA III 期臨床試驗結果，仍有可能會改變現行已接受手術切除之第 IB 期至 IIIA 期肺癌的臨床治療策略，在決定術後何種治療方式時，也可能和治療晚期非小細胞肺癌一樣，必須先檢測 EGFR 基因突變或其他基因突變等，來決定術後治療方向，以期能達到減少復發，延長無病生存期，及最終提高整體存活。

Osimertinib in Resected EGFR-Mutated Non-Small-Cell Lung Cancer

N Engl J Med 2020; September 19, 2020 DOI: 10.1056/NEJMoa2027071

Wu YL, Tsuboi M, He J, *et al.*

Abstract

BACKGROUND

Osimertinib is standard-of-care therapy for previously untreated epidermal growth factor receptor (EGFR) mutation-positive advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC). The efficacy and safety of osimertinib as adjuvant therapy are unknown.

METHODS

In this double-blind, phase 3 trial, we randomly assigned patients with completely resected EGFR mutation-positive NSCLC in a 1:1 ratio to receive either osimertinib (80 mg once daily) or placebo for 3 years. The primary end point was disease-free survival among patients with stage II to IIIA disease (according to investigator assessment). The secondary end points included disease-free survival in the overall population of patients with stage IB to IIIA disease, overall survival, and safety.

RESULTS

A total of 682 patients underwent randomization (339 to the osimertinib group and 343 to the placebo group). At 24 months, 90% of the patients with stage II to IIIA disease in the osimertinib group (95% confidence interval [CI], 84 to 93) and 44% of those in the placebo group (95% CI, 37 to 51) were alive and disease-free (overall hazard ratio for disease recurrence or death, 0.17; 99.06% CI, 0.11 to 0.26; $p < 0.001$). In the overall population, 89% of the patients in the osimertinib group (95% CI, 85 to 92) and 52% of those in the placebo group (95% CI, 46 to 58) were alive and disease-free at 24 months (overall hazard ratio for disease recurrence or death, 0.20; 99.12% CI, 0.14 to 0.30; $p < 0.001$). At 24 months, 98% of the patients in the osimertinib group (95% CI, 95 to 99) and 85% of those in the placebo group (95% CI, 80 to 89) were alive and did not have central nervous system disease (overall hazard ratio for disease recurrence or death, 0.18; 95% CI, 0.10 to 0.33). Overall survival data were immature; 29 patients died (9 in the osimertinib group and 20 in the placebo group). No new safety concerns were noted.

CONCLUSIONS

In patients with stage IB to IIIA EGFR mutation-positive NSCLC, disease-free survival was significantly longer among those who received osimertinib than among those who received placebo. (Funded by AstraZeneca; ADAURA ClinicalTrials.gov number, NCT02511106. opens in new tab.)

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：110 年 01 月 15 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 23)

A 50-year-old male Taiwanese working in Vietnam for a long time has a cough, low-grade fever, and night sweats for several months. This CXR showed diffuse consolidation lesion in bilateral lung fields, especially the left upper lobe (Figure 1).

1. What is not the appropriate diagnostic examination for this patient?

- (A) Sputum examinations for the acid-fast stain and culture
- (B) Sputum nucleic acid amplification test for *Mycobacterium tuberculosis*
- (C) Rapid molecular drug susceptibility test (DST) for rifampin, such as Xpert MTB/RIF Assay
- (D) Bronchoscopic examination

選擇題：(每題 15 分)

2. 依據本研究報告，PD-1/PD-L1 免疫療法，由不良反應通報的資料，相較於其它的藥物不良反應，下列發現何者正確？
- (A) 結核病的不良反應風險高於其它藥物
 - (B) 非結核分枝桿菌感染的不良反應風險低於其它藥物
 - (C) 結核病的不良反應風險和其它藥物沒有差別
 - (D) 以上均不正確
3. 依據本研究報告，與 PD-1/PD-L1 免疫療法相關的分枝桿菌感染風險和其它藥物不同，考慮可能的原因與臨床應用，下列何者合理？
- (A) 藥物對個案免疫功能的影響，因而改變了感染的風險
 - (B) 不同藥物的適用對象，存在本身免疫功能的差異，因而有不同的感染風險
 - (C) 應考慮美國和其它地區結核病盛行率的不同，可能的結核病感染風險也有所不同
 - (D) 以上皆是
4. 在 2020 Lancet 期刊所刊登「Nintedanib in patients with progressive fibrosing interstitial lung diseases — subgroup analyses by interstitial lung disease diagnosis in the INBUILD trial: a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group trial」，以下何者錯誤？

- (A) INBUILD 為一隨機、雙盲、安慰劑對照、平行族群臨床試驗
 - (B) 受試者為經診斷為纖維化間質性肺病 (fibrosing ILD) 且排除特發性肺纖維化 (IPF) 的病人
 - (C) 受試者納入條件包括：高解析度電腦斷層下纖維化超過 10%、肺功能檢查中用力肺活量 (FVC) 大於等於 45% 預測值、及一氧化碳瀰散量 (DLCO) 大於等於 30% 且小於 80% 預測值，且間質性肺病在過去 24 個月仍有符合試驗中定義的進展惡化 (progression)
 - (D) 此研究結果發現 nintedanib 具統計學上意義能減緩各種次族群纖維化間質性肺病 (fibrosing ILD) 具進展惡化特徵 (progressive phenotype) 病人的肺功能衰退
5. 同上研究中，涵蓋五個次族群 (subgroup) 肺纖維化的病人，何者不正確？
- (A) 過敏性肺炎 (hypersensitivity pneumonitis)
 - (B) 自體免疫相關間質肺病 (autoimmune interstitial lung diseases)
 - (C) 組織化肺炎 (organizing pneumonia)
 - (D) 原因不明非特異間質肺炎 (idiopathic non-specific interstitial pneumonia)
6. ADAURA III 期臨床實驗顯示，第 IB 期至 IIIA 期手術完全切除的 EGFR 突變陽性非小細胞肺癌接受 Osimertinib 病人，在那些次族群分析，都可增加無病生存期？
- (A) 不論亞洲和非亞洲患者
 - (B) 不論 EGFR 基因突變 (Exon 19 del or Exon 21 L858R)
 - (C) 不論術後是否接受化學治療
 - (D) 以上皆是
7. 根據目前 ADAURA III 期臨床實驗分析結果，已接受手術切除第 IB、II、IIIA 期 EGFR 突變型非小細胞肺癌，接受術後 Osimertinib 輔助治療的病人，下列何者敘述尚未有定論？
- (A) 可以提高的無病生存率
 - (B) 降低中樞神經系統疾病復發風險
 - (C) 延長的整體存活期
 - (D) Osimertinib 沒有新發生的安全性問題

測驗回函 (2020 年 12 月第 34 期)

截止日：110 年 01 月 15 日

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

- 作答完畢後請以 E-mail 方式回覆至學會秘書處，以免損失權益。

★學會秘書處

高雄聯絡電話：(07) 735-3917

台北聯絡電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

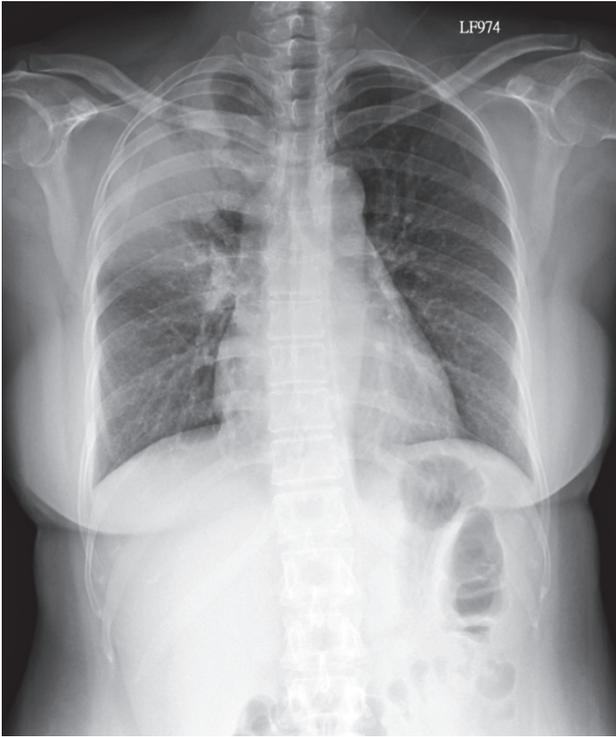


Figure A

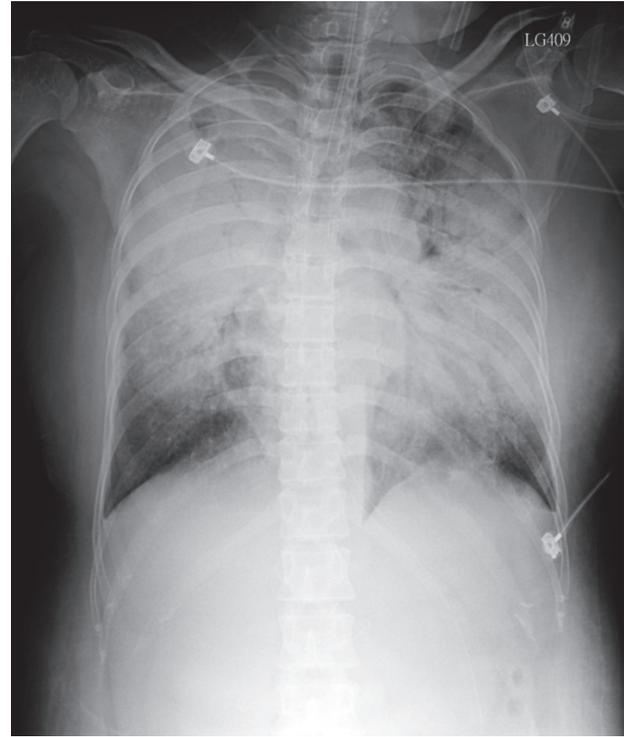


Figure B

提供：高雄榮民總醫院 胸腔內科 許健威醫師

[Case]

A 51-year-old female transferred from local hospital due to intermittent fever and chills for one month. She didn't have underlying disease before. CXR showed RUL consolidation (Figure A). She had ever received antibiotic with Cravit, Tazocin, Cefpirome. A chest CT revealed RUL lobar pneumonia. All laboratory data including sputum TB, Influenza test and atypical pneumonia titer showed negative. After admission to our hospital, body temperature was 37.8°C, initial WBC: 9,900/ μ L, Neutrophil: 84.9%, lymphocyte: 7.2%, CRP: 23.98 mg/dL, BUN/creatinine: 6/0.7 mg/dL, Na/K: 139/3.2 mmole/L, AST/ALT: 22/80 U/L, Total bilirubin: 0.4 mg/dL. Serum Cryptococcus antigen and HIV are negative. We administer Levofloxacin and Cefepime.

A sono-guided RUL biopsy showed necrotizing granulomatous inflammation with necrosis, multinucleated giant cells are present. She started to receive anti-TB with Rifater. Progressive tachypnea, fever and hemoptysis developed. She was transferred to ICU, intubation was done. CXR revealed progressive infiltration and consolidation over bilateral lungs (Figure B). WBC: 17,500/ μ L, Neutrophil:

85%, lymphocyte: 2%, CRP: 23.36 mg/dL, BUN/creatinine:19/1.78 mg/dL, Na/K: 139/3.3 mmole/L, AST/ALT: 16/80 U/L, Total bilirubin: 0.7 mg/dL. Antibiotic switched to ciproxin and meropenem. Renal function got worse, BUN/creatinine: 34/2.72 mg/dL.

[Question]

1. 從臨床上及胸部 X 光的變化，導致該病患持續發燒及呼吸衰竭的可能診斷為何？
 - (A) Infective endocarditis
 - (B) Multiple drug resistant tuberculosis
 - (C) Invasive pulmonary aspergillosis
 - (D) Lung cancer with obstructive pneumonia
 - (E) Granulomatosis with polyangiitis

[Answer]

- (E) Granulomatosis with polyangiitis.

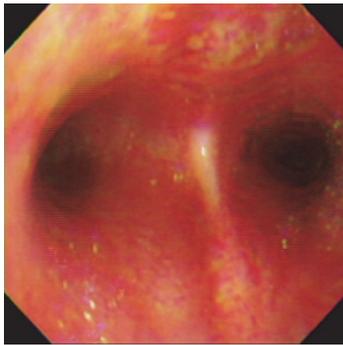


Figure C

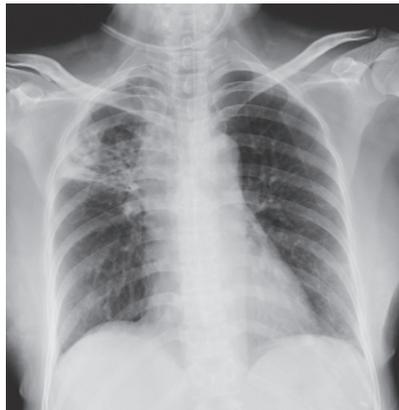


Figure D



Figure E

After admission to ICU, bronchoscopy showed diffuse swollen and erythematous mucosa with scattered whitish plaques along bilateral bronchial trees, there is no endobronchial lesion (Figure C at carina). Bronchial alveolar lavage and bronchial brush were done via RB2. Aspergillus galactomannan antigen, PJP, TB culture, bacterial culture of bronchoalveolar lavage fluid are negative and cytology of bronchial alveolar lavage and brush are negative.

Serum c-ANCA is positive (34 U/ml), p-ANCA is negative (0.2 U/ml). ALL blood cultures are negative. 2D echocardiogram showed LVEF: 63%, PASP: 55 mmHg, trivial MR, mild TR, no evidence of vegetation.

We started with 5-day plasmapheresis. Sevotrim, methylprednisolone and endoxan treatment were given concurrently, then discontinued anti- TB medication. Fever and hemoptysis subsided, renal function returned to normal range. She weaned from ventilator, CXR as Figure D, then discharged. Now she

follows up at AIR OPD, treats with prednisolone, rituximab and baktar. CXR showed plate-like opacity over RUL as Figure E.

選擇題：

2. 在丹麥的研究裡面，50 歲以下，抽菸數目大於 10 pack-years, 1,175，有多少比例的人有早期 COPD (early COPD)

- (A) 15%
- (B) 30%
- (C) 40%
- (D) 55%

答案 (A)

3. 早期 COPD 的個案通常都：

- (A) 慢性的呼吸道症狀
- (B) 較差的肺功能
- (C) 呼吸道疾病而住院的機率較高
- (D) 以上皆對

答案 (D)

4. 關於抗肺纖維化藥物 Nintedanib 下列敘述何者錯誤？

- (A) Nintedanib 在特發性肺纖維化病人的治療效果與安全性已經在第 3 期的臨床試驗 INPULSIS 得到驗證
- (B) Nintedanib 是一種酪氨酸激酶抑制劑 (tyrosin kinase inhibitor)
- (C) Nintedanib 有可有效減緩特發性肺纖維化患者的肺功能下降
- (D) 腹瀉的副作用在 Nintedanib 並不常見

答案 (D)

5. 關於 Nintedanib 在特發性肺纖維化患者的臨床試驗：INPULSIS 與 INPULSIS-ON，以下敘述何者錯誤？

- (A) INPULSIS 為第 3 期臨床試驗，治療期間為 52 周
- (B) INPULSIS-ON 為開放性的 nintedanib 延長治療試驗，目的在評估長期治療效果與安全性
- (C) 沒有完成 INPULSIS 臨床試驗的特發性肺纖維化患者，也可以進入 INPULSIS-ON
- (D) INPULSIS-ON 結果顯示，長期而言 nintedanib 仍能有效減緩特發性肺纖維化患者肺功能的下降

答案 (C)

6. 下列何者不正確？

- (A) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 嚴重需要住院的病人，常合併有慢性疾病
 - (B) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 不論有無死亡的病人皆以男性居多
 - (C) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 的病人中，不論有無死亡，西班牙裔白人較其他種族皆有較高的比例
 - (D) 一半的死亡病例患者在住院或死亡之前有在一般門診就診
- 答案 (C)

7. 下列何者正確？

- (A) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例以年紀大於 35 歲的為主
 - (B) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例中，肥胖的比例很少
 - (C) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例中，不到五成有精神疾病
 - (D) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例，有心臟病的比例明顯地比非死亡案例少
- 答案 (A)

活動集錦

109年10月16日 X光模擬測驗及解說：台北 / 台中場



109年11月13日 X光模擬測驗及解說：台北 / 高雄場



109年11月17日「超越50、邁向80」一分鐘護你肺 全民登階挑戰活動 成果記者會



與會來賓：肺阻塞衛教大使邵智源 / 本會王鶴健理事 / 衛生福利部國民健康署王英偉署長 / 本會林孟志理事長 / 羅東博愛醫院邱國欽副院長 (由右至左)

109 年 11 月 29 日 2020 年支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程



109 年 12 月 12 日於台大醫院國際會議中心舉辦 2020 年度年會



報到處



Moderator：楊洋池院士



與會貴賓：石崇良常務次長



會場活動進行中，會員踴躍出席

109年12月12日於台大醫院國際會議中心舉辦2020年度年會



Oral Presentation



壁報區



109年12月12日於台大醫院國際會議中心舉辦2020年度年會-晚宴



109 年 12 月 13 日於台大醫院國際會議中心舉辦 2020 年度年會



教育與出版委員會全體委員合影

由右至左：王金洲秘書長、彭忠衍主任、洪仁宇主任、余明治副院長、鍾飲文院長、
林孟志理事長、夏德椿主編、施金元主任、陳濤宏主任、吳杰亮主任、林慶雄院長

「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
<input type="checkbox"/> 封面內	<input type="checkbox"/> 1 頁	____ 年	NT____ 萬	
<input type="checkbox"/> 封底內	<input type="checkbox"/> 1 頁	____ 年	NT____ 萬	
<input type="checkbox"/> 封底外	<input type="checkbox"/> 1 頁	____ 年	NT____ 萬	
<input type="checkbox"/> 一般內頁	<input type="checkbox"/> __ 頁	____ 年	NT____ 萬	
<input type="checkbox"/> 信封袋底	<input type="checkbox"/> 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 110 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。