

會訊

第 8 期 2016.08

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine



理事長的話

學術專欄

活動集錦

主編的話

通訊繼續教育

會務活動

吐納園地

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

TSPCCM

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 8 月第 8 期

發行人 Publisher 余忠仁 Chong-Jen Yu

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 陳濘宏 Ning-Hung Chen

陽光耀 Kuang-Yao Yang 黄坤崙 Kun-Lun Huang

執行編輯 Executive Editors 王金洲 Chin-Chou Wang 余明治 Ming-Chih Yu

林慶雄 Ching-Hsiung Lin 林賢君 Hsien- Chun Lin 陳寧宏 Ning-Hung Chen 陳志金 Che-Kim Tan

莊立邦 Li-Pang Chuang 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。

本期封面: 2016.6.19 中區支氣管鏡課程合影

目 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	
第十六屆第七次理監事聯席會會議記錄	6
國際事務暨兩岸交流委員會會議記錄	13
教育與出版委員會會議記錄	14
阻塞性呼吸道疾病委員會會議記錄	16
介入性支氣管內視鏡工作小組會議記錄	18
肺高壓工作小組會議記錄	20
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例:80歲男性大量咳血合併呼吸衰竭	
提供:彰化基督教醫院 胸腔內科 林慶雄醫師	22
醫學新知	
■ Particulate matter air pollution components and risk for lung cancer	
空氣污染的懸浮微粒和肺癌的風險	
編譯:王金洲醫師 高雄長庚紀念醫院 胸腔內科	
■ Lung Pathology in U.S. Coal Workers with Rapidly Progressive Pneumoconiosis Implicate	S
Silica and Silicates	
美國煤礦工人罹患快速惡化塵肺症的肺部病理變化中含矽石 (Silica) 及矽酸鹽	
(Silicates)	
編譯:林賢君醫師 / 余明治醫師 台北市立萬芳醫院 胸腔內科	27
■ Intermittent Hypoxia-Induced Cardiovascular Remodeling is Reversed by	
Normoxia in a Mouse Model of Sleep Apnea	
間歇性缺氧所引起之心血管重塑會在回復常氧後得到改善一	
從睡眠呼吸中止小鼠模型中證實	
編譯:莊立邦醫師 / 陳濘宏醫師 林口長庚紀念醫院 胸腔內科	29
通訊繼續教育	32
吐納園地	
胸腔科醫師之非典型發展	
作者:陳志金醫師 奇美醫院 睡眠中心	39
活動集錦	42

各位會員大家好:

623 華航空服員罷工大勝利後,媒體提到比空服員更辛苦的醫護有無罷工的可能。的確,絕大多數國人都知道醫療業的辛苦,然而諸多追加於醫師的不合理現況所造成的困境,醫界自己的問題還是要自己來解決。身為胸腔與重症科的我們,正處於新血減少、族群老化、重症長期不受重視、給付不足,也面對衛福部充滿不確定性的 DRG 全面導入與將來醫師納入勞基法的可能衝擊。DRG 給付如無法排除重症病人是對重症醫療的嚴重打擊,而納入勞基法與醫師工時限制也將是把雙面刃,保



障醫師福祉的同時也強化醫院與醫師間的矛盾,挑戰我們與民眾共同認知的醫師專業與我們所宣誓服從的醫師誓詞,這些大環境的不確定因素加上諸多令人不滿的現況,有賴團結 醫界的共同參與,密切與利益相關者進行溝通,再以縝密擘畫尋求解套。

接下來,跟大家報告學會在7月9日舉辦肺動脈高壓研討會的活動。這個研討會是由胸腔科醫師與心臟科醫師合作,對於肺動脈高壓進行演講與精采的個案報告討論,許多會員醫師撥空參與會議,得到很不錯的回響。而肺高壓工作小組召集人徐紹勛醫師與委員們已擬定階段性的行動策略,以提高會員醫師對這個疾病的認知,建立有效的轉診系統,並經由多專科團隊以提供病人正確的診斷與有效的治療。相信必能讓會員逐漸了解這個過往不太熟悉的領域。

學會也將推出民眾衛教網站「勇健肺健康網」,除了提供有關阻塞性呼吸道疾病基本資訊外,也會提供最新的時事相關之健康主題,以圖文並茂的方式讓民眾了解呼吸道健康的重要性與新知。如此,學會能提供更多正確的醫學常識給民眾,也讓民眾更認識學會,甚至進行互動。而學會所編寫的台灣版 COPD 指引,即將在年底前出版,經由國民健康署的媒介、與基層醫師的互動以及轉診網絡的建立,加強醫師對 COPD 疾病的認知以及正確的診療能力,以增益民眾健康。

這一期的吐納園地,由陳志金醫師所發表的內容很是精采。能有會員醫師在實體醫療 場域外,藉由社群網路發揮影響力,激起民眾、媒體對醫療現況的關注,我相信對於醫界、 民眾與社會都是正向有益的。歡迎大家都能熱心參與學會事務,凝聚力量,建立胸腔科醫 師發聲的管道,眾志成城,呈現出我們的影響力。

謝謝大家,敬祝 平安快樂。

理事長

余忠仁



世界衛生組織於 2013 年 10 月將户外的空氣汙染 (outdoor air pollution) 視為致癌物 (cancer-causing agent, carcinogen)。對於户外空氣汙染中的一項主要物質 - 懸浮微粒 (particulate matter),世界衛生組織也同時將之視為一致癌物。本期會訊高雄長庚王金洲醫師將與我們分享空氣汙染的懸浮微粒和肺癌風險的關係。這一研究使用了八個歐洲國家的十四個世代研究的資料作分析,研究結果再次證實,空氣汙染的懸浮微粒和肺癌是具有關聯性的,而其中硫與鎳可能是最重要的。如果以類似

的研究方式做台灣地區的研究,不知結果如何?

此外,職場上的環境暴露,可能導致的呼吸道疾病如氣喘,塵肺症。萬芳醫院林賢君醫師介紹了針對美國煤礦工人塵肺症的研究,研究中評估煤礦工人肺部組織之病理變化及其中所含粉塵顆粒,並加入胸部影像比對之結果。發現罹患快速惡化塵肺症的煤礦工人,可能與其肺部組織的檢體所含砂石及矽酸鹽的雙折射礦物粉塵顆粒的濃度有關。雖然台灣曾從事煤礦工作的塵肺症病人逐漸減少,但仍存在其他可能暴露在砂石及矽酸鹽的職業,如翻砂、噴砂作業、墓碑雕刻、珠寶研磨及鑄造業等,如果不注意工作時的環境暴露,仍然有可能發展為快速惡化之塵肺症。

而林口長庚醫院莊立邦醫師則為我們介紹一個新發展出阻塞性睡眠呼吸中止 (obstructive sleep apnea, OSA)產生間歇性缺氧 (intermittent hypoxia, IH)的動物模式,藉以模擬阻塞性睡眠呼吸中止症治療恢復正常氧氣後,早期心血管結構重塑的可逆性。研究結果告訴我們,在臨床上如可早期檢測和有效的治療 OSA 患者,如此可以防止其心血管疾病的自然進程。

本期的吐納園地,請到了南台灣的名嘴,陳志金醫師談談胸腔科醫師的非典型發展。陳醫師分享了他在台大接受了完整的胸腔重症訓練之後,到南臺灣做一個專職的重症醫師之後的改變。他參與了病人安全工作,致力於提升醫療品質,並推動醫療團隊合作(Team Resource Management, TRM),甚至創立睡眠中心,這些都不是一個傳統的胸腔科醫師做的事情。他放棄了正式的教職,放棄寫論文,改寫臉書與經營LINE的群組。在各個領域,都有相當傑出的表現。希望藉此提醒年輕的醫師,不被自己的想法與心態限縮了自己的成就,要多方面的探索,找到自己的一片天。

主編 電色 医白 爻 敬上

TSPCCM

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
台北、廣州兩岸視訊連線會議- 名院連線,中台名家視頻大查房	105年7月29日(星期五)	台大景福館 1 樓會議室、廣州呼吸疾 病研究所 30 樓學術報告廳
105年一般胸部影像及重症醫學影像 判讀教育課程(南區,聯甄學分課程)	105年7月31日(星期日)	高雄榮總急診大樓會議中心 第五會議室
年輕醫師胸腔學訓練課程(北區)	105年8月7日(星期日)	台北榮總致德樓第 1、10、11 會議室
105 年機械通氣繼續教育課程 (北區,聯甄學分課程)	105年8月14日(星期日)	台大醫學院 1 樓 101 講堂
Immuno-oncology and lung cancer 外賓特別演講北中南視訊會議	105年8月19日(星期五)	台大景福館 1F 會議室、台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室、高雄長 庚兒童醫院 6 樓國際會議廳 (紅廳)
105年胸腔外科專科醫師聯合甄試	105年8月21日(星期日)	内湖三軍總醫院
年輕醫師胸腔學訓練課程(南區)	105年8月21日(星期日)	高雄長庚醫院高層眷舍1樓新光廳
New Approach To Mechanical Ventilation 外賓特別演講	105年8月26日(星期五)	台大景福館1樓會議室
阻塞性呼吸道疾病研討會 (夏季會,中區主場)	105年8月27日(星期六)	台北 W Hotel (11F Stratrgy 3+4), 台中日月千禧 (5F VEE05), 高雄君鴻酒店 (42F 琥珀珊瑚水晶廳)
Update Mechanical ventilation for ARDS: Lectures and Workshop (北區,聯甄學分課程)	105年8月28日(星期日)	台北凱撒飯店 3F 希爾頓廳
Reasonable use of biomarkers in managing Sepsis 生物標誌對敗血症在臨床上的合理使用	105年8月28日(星期日)	台北西華飯店
年輕醫師胸腔學訓練課程(中區)	105年9月4日(星期日)	台中榮總教學大樓1樓第5會議室
聯甄重症核心課程(一)	105年9月10日(星期六)	台北振興醫院
聯甄重症核心課程(二)	105年9月11日(星期日)	台北振興醫院
Post ERS (9/03~9/07) Symposium	105年9月24日(星期六)	未確認
105 年胸專筆試、影像學考試	105年9月24日(星期日)	內湖三軍總醫院門診大樓
聯甄重症核心課程(三)	105年9月25日(星期日)	台北振興醫院
阻塞性呼吸道疾病研討會 (秋季會,北區主場)	105年10月1日(星期六)	台北君品酒店、台中林酒店、 高雄君鴻酒店
聯甄重症認證課程	105年10月2日(星期日)	高雄醫學大學附設醫院啟川大樓 第1講堂
105 年胸專實務口試	105年10月23日(星期日)	台大醫院 3F 臨床技能中心

[※] 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 第十六屆第七次理、監事聯席會會議記錄

日期地點:105年6月17日(五)下午6點

台大校友會館2樓蘇杭餐廳(台北市濟南路1段2-1號)

: 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、鍾飮文、薛尊仁、蔡熒煌、林孟志、吳清平、林恒毅、

楊政達、彭萬誠、蘇維鈞、吳杰亮等 13 位。

出席監事: 高尚志、李章銘、王鶴健、林慶雄 4 位。

列席人員:秘書長何肇基、執行秘書詹明澄、秘書張雅雯、秘書王箐安。

請假人員:

理 事:楊泮池、徐武輝、郭漢彬、黃明賢等 4 位。

監事:許正園。

列席人員:執行秘書簡榮彥、執行秘書王金洲。

壹、報告事項:

- 一、理事長余忠仁報告:歡迎各位參加今天的聯席會議,最近學會有新的計畫及活動在推動中, 待確認後再跟各位作更詳細報告,以下進行各項會務執行報告,先請常務監事高主任報告。
- 二、常務監事高尚志報告:各位理、監事大家好,今天第一個議程是請張會計師報告學會 104 年度財務狀況及查帳結果,並將 104 年度財務報表將送交今年會員大會討論。
- 三、大誠聯合會計師事務所張會計師簽證報告:依「一般公認審計準則」、內政部令頒「工商團體財務處理辦法」以及學會捐助及組織章程之規定執行查核工作,學會機構用於與創設目的有關活動之支出已達60%,業已符合所得稅法及「教育文化、公益、慈善團體免納所得稅適用標準」。
- 四、秘書長何肇基報告上次會議決議事項及執行情形。
 - (一)2016.2.26 理、監事聯席會議決議事項及執行情形報告。
 - 1.2016年胸腔年會暨會員大會籌備進度:會議日期12月10至11日(星期六、日), 原定會議地點在國防醫學院3樓會議中心,年會將邀請兩位大陸專家學者來台參與會 議並擔任特別演講講員,國防醫學院隸屬國防部,有國家國防安全相關規定,會議地 點改至台北榮總介壽堂及致德樓會議中心(台北市北投區石牌路2路322號)。
 - 2. 學會與安寧緩和學會討論「延攬胸腔暨重症專科醫師參與安寧緩和醫療檢定辦法」草 案進度: 聯繫安寧緩和學會秘書長了解草案擬訂進度,安寧緩和學會回覆其內部理、 監事會議紀錄尚在確認中,待確認完成再跟各位理、監事詳細說明。
 - 3. 健保署將「安寧共同照護試辦計畫」正式納入常態性支付,並新增8類非癌症末期疾

病納入安寧療護健保支付範圍,納入「慢性阻塞性肺病」末期病人安寧緩和醫療服務。安寧緩和學會承接 105 年國健署委託辦理「安寧療護人員培訓與品質提升計畫」,並於北中南區辦理共9場醫師工作坊教育訓練,規劃以「急重症之癌症末期病人臨床決策與處置思辨」為研討主軸,本會推薦 10位具安寧緩和醫療概念之專科醫師擔任「急重症單位安寧療護現況與執行成效」議題之講師,並於4月23日下午1至5時假台大校友會館參與師資共識會議。

105年「安寧緩和醫療培訓課程 - 醫師工作坊」以實作工作坊形式進行安寧案例討論 及模擬演練。時間及地點:

北區:7/30(六)下午台大,8/20(六)上午亞東,10/1(六)下午台北國泰

中區: 5/21(六)上午中國, 8/27(六)下午中榮, 9/24(六)上午彰基

南區:6/18(六)下午高榮,7/9(六)下午嘉基,8/13(六)上午成大

說明:本會再與安寧緩和學會建議安寧重症教育訓練細節。

4. 衛福部桃園醫院胸腔內科、高雄阮綜合醫院胸腔內科申請為「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構」。

專科醫師訓練及甄審章程,師資規定:擔任訓練診療機構(提報胸腔內科暨重症醫學專科訓練醫師)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。每 2 名胸腔內科暨重症指導醫師,每年可訓練 1 名胸腔內科暨重症專科訓練醫師(準會員)。

執行情形:

- (1) 依理、監事會議決議委請兩位審查委員至衛福部桃園醫院進行實地訪視,經委員討論與評核,衛福部桃園醫院胸腔內科審查通過為本會認定專科醫師訓練診療機構(提報胸腔內科暨重症醫學專科訓練醫師)。
- (2) 另委請兩位審查委員至高雄阮綜合醫院進行實地訪視及評核。
- (二)2016年兩岸四地慢性氣道疾病防治研討會將於2016年12月3日(六)於澳門四季酒店舉行。
- (三)簽訂 MOU between APSR and TSPCCM 2016 至 2018 年,本會參與 APSR 團體會員增加 至 550 位(新增 50 位)、申辦 2018 年 APSR 國際會議進度。
- (四)學會將依專科醫師甄審章程規定發函通知各「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構」更新胸腔暨重症專科指導醫師(胸腔內科、胸腔外科)人數,於7月底前回覆以統計105年可提報訓練醫師容額並公告於學會網頁,訓練診療機構須於當年度10月31日前向學會提報當年度胸腔內科、胸腔外科受訓醫師名單(資格審查資料)送會議審查通過者,由學會發予訓練許可證明。爾後受訓練醫師才可參加2年後專科醫師甄審考試之報名。
 - 1. 訓練診療機構提報受訓醫師,師資規定: 指導醫師內科 3 位及外科 1 位,提報胸腔內科 1 位。 指導醫師外科 2 位及內科 2 位,提報胸腔外科 1 位。
 - 2. 胸腔專科指導醫師資格:

實際從事胸腔及重症相關疾病臨床照護工作者,專科指導醫師資格於取得專科醫師之再認證後自動延續,為專任無給職,當指導醫師因故喪失其醫師資格,或喪失專科醫

師資格,或當本學會認為其擔任訓練工作未盡其指導責任時,得建議取消其指導醫師 之資格。

討論:

- 1. 嘉義大林慈濟醫院胸腔內科,內科指導醫師人數未達 3 位。指導醫師是否在嘉義大林 慈濟醫院實際從事胸腔及重症相關疾病臨床照護工作。
- 2. 彰化基督教醫院胸腔外科,外科指導醫師人數未達 2 位。指導醫師持有胸腔專科證書 有效期過期,未換證展延。

理、監事會議決議:

經理事李毓芹說明嘉義大林慈濟醫院三位內科指導醫師的確實際從事胸腔及重症相關疾 病臨床照護工作,符合章程規定。請監事林慶雄代轉達彰化基督教醫院胸腔外科指導醫 師依甄審章程規定辦理專科醫師證書展延。

五、委員會以及任務工作小組會議結論:

(一)「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」考試主委楊政達報告。

「105 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 9 月 25 日 (日)在 內湖三總 1 樓門診舉行,第 2 階段實務口試 10 月 23 日 (日)在台大醫院舉行。

- (二)105.3.12「重症醫學會委員會」會議結論,召委彭萬誠報告:
 - 1.「延攬胸腔暨重症專科醫師參與安寧緩和醫療檢定辦法」

學會與安寧緩和學會討論落日條款放寬至取得衛福部主專資格 10 年以上的本會胸腔 專科醫師並曾經在安寧緩和學會認可 23 間醫院接受胸腔專科醫師訓練,於年底前取 得安寧緩和專科醫師資格,後續再討論安寧療護專責醫師甲類學分資格認證。本會推 薦本會會員擔任安寧學會的安寧訓練課程講師。

- 2. 重症聯甄會進度, 秘書長何肇基報告:
 - (1) 聯甄重症專科訓練計畫主持人須於每年 6 月底前向聯甄會提報聯甄重症專科指導醫師名冊,於每年 10 月底前提報重症受訓醫師名單,核可申請 104 年重症訓練報備醫師 172 位。
 - (2) 聯甄會書面審查 105 年重症專科訓練單位(訓練計畫)核可 57 間醫院,資格效期展延至 108.12.31。衛福部豐原醫院提出申請並通過書面審查,聯甄會將委派 3 位審查委員實地訪查。
- (三)105.3.21「介入性支氣管內視鏡工作小組」會議結論,秘書長何肇基代報告:
 - 1. 北區 3 月 13 日 (日)支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程執行情形:
 - (1) 課程問卷建議繼續舉辦實際操作課程、增加每組的實作時間。
 - (2) 中區 6 月 19 日 (日) 將舉辦第 2 場課程,上午 Seminar、下午 Hands on workshop 分四組:兩組 EBUS-TBNA、EBUS radial probe + GS、氣囊組裝 TBNA needle 解 說,檢體處理。
 - 2. 學會申請加入亞太支氣管學會與介入性肺臟學聯盟 (Asia-Pacific Association for Bronchology and Interventional Pulmonary, APAB),將由會員以個人身份申請加入繳交個人會費。
 - 3.105年11月30日前持有胸專證書的會員並有實際操作EBUS,提供30例病歷報告

PDF 檔,向委員會提出申請「支氣管內視鏡超音波專業認證資格」,經委員會審查後 發給「支氣管內視鏡超音波專業認證證書」。

4.2016 胸腔年會將邀請 3 位國內外氣管鏡專家擔任特別演講。

提請討論:「支氣管內視鏡超音波專業認證申請表」、「支氣管內視鏡超音波專業認證 證書格式」。

理、監事會議決議:通過。

- (四)105.3.28「健保及醫療對策、呼吸治療委員會」會議,秘書長何肇基代報告:
 - 1. High Flow 申請健保給付。
 - 2. 慢性呼吸照護病房 (RCW) 改制重症安寧病房研議中。
 - 3. 跨院區聯合研究計畫 Bellavista Adapative ventilation mode (AVM) in clinical application-multi-center study。

理、監事會議決議:

High Flow申請健保給付,委由「健保及醫療對策、呼吸治療委員會」下次會議討論細節,將「慢性呼吸照護病房(RCW)」改制重症安寧病房修改為「慢性呼吸照護病房(RCW)」應參與重症緩和照護。

- (五)105.3.28「教育與出版委員會」會議結論,召委鍾飲文報告:
 - 1.「台灣胸腔醫學史」變更委任合約的經費金額,原簽訂計畫A方案變更為計劃B方案, 且預計於今年105年完成並請理事長做最後裁決。

說明:

- (1) 計畫 A 方案自 103.8.11 簽約生效 (期間 103.8.11 起至 105.2.28),合約金額 NT 227 萬 5 仟元,已支付第 1 期款 NT 91 萬元 (103.9.23 支付)。完成 80 人次誘該、完成 80 人次逐字稿,完成出版專業印刷 1,000 本。
- (2) 蔡篤堅教授工作團隊進行口頭訪談進度,尚未達到原 A 方案合約要求,將增加 訪談會員,加入國防體系及外科資深會員。

「台灣胸腔醫學史」的範圍比原先預估超出,除防療協會之外,再細分為睡眠、 重症及呼吸等領域,訪談人次次數不多,主要是受訪者拒絕訪談,導致目前所 收集的資料分布受侷限。

工作團隊是採以口述歷史訪談,結構方面以不凸顯個人的方式來編寫「台灣胸腔醫學史」,原拒絕訪談的耆老經溝通後,同意訪談、錄音,但稿子不可使用的情況下進行訪談。而目前的進度已完成80人次訪談(訪談超過2小時,則以2人次計,之後以每1.5小時為單位累計人次,平均1人次約1萬~1萬5仟字),為每一位耆老完成一完整的口述記錄(包含影像紀錄)。

- (3) 計畫 B 方案期間自 103.8.1 起至 106.2.28,分兩部份的總金額(精裝、平裝): NT 3,514,665 元(平裝 1,000 本),NT 3,535,665 元(精裝 1,000 本),完成 140 人次訪談、完成 140 人次逐字稿。
- (4) 蔡篤堅教授提供訪談名單。
- 2. 學會會訊通訊繼續教育之重症案例考題,將提供較詳細相關病史,臨床徵狀、LAB data 等有助於會員診斷之資訊。

理、監事會議決議:

同意原簽訂計畫 A 方案變更為計劃 B 方案並於 105 年底完成 140 人次訪談及完成 140 人次,學會須與蔡篤堅教授工作團隊重新簽訂合約,訂定訪談進度、逐字稿完成時程表並定期追蹤,在合約到期前,根據已完成的訪談及逐字稿予以支付費用,並確認今年年底前完成所有訪談及完成台灣胸腔醫學史。

- (六)105.3.29「肺高壓工作小組」會議結論,秘書長何肇基代報告。
 - 1. 將在今年慢性阻塞性肺病三季季會課程中安排有關肺高壓領域的講題與講者。
 - 2.2016年度胸腔年會將激國內外講員。
 - 3. CTEPH 診治手冊的參考文獻已完成中文翻譯,將請委員再撰寫並加入台灣的資料, 使用台灣的病例影像檔案,邀請其他相關領域的醫師加入編輯及提供合適的病例影像 檔案。
- (七)105.6.2「阻塞性呼吸道疾病委員會」會議結論,召委林慶雄報告:
 - 1. 全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療資源整合改善方案,委員會正積極與健保署洽談協商中。
 - 2.2016年學術研討會時間表:

序號	活動主題	月份	日期
1	阻塞性呼吸道疾病進階學習營(南區)	2 月	27(六)
2	與開業醫及藥師有約研討會(南區)	3 月	20(日)
3	春季會(南區)	3 月	20(日)
4	阻塞性呼吸道疾病進階學習營(中區)	4 月	16(六)
5	Post ATS (5/13~5/18) (全區)	6月	4(六)
6	與開業醫及藥師有約研討會(中區)	6月	26 (日)
7	阻塞性呼吸道疾病進階學習營(北區)	7月	9(六)
8	與開業醫及藥師有約研討會(東區)	7月	10(日)
9	夏季會(全區)	8月	27(六)
10	與開業醫及藥師有約研討會(北區)	8月	21 (日)
11	Post ERS (9/03~9/07) (全區)	9月	17(六)
12	秋季會(北區)	10 月	1(六)
13	Post ARSR (11/12~11/15) (全區)	11月	26 (六)

- 3.2016 年阻塞性肺疾病手冊:「慢性阻塞性肺病的肺部復健-衛教手冊」、「慢性阻塞性呼吸道疾病吸入治療-衛教手冊」、「慢性阻塞性呼吸道疾病之氧氣及機械通氣裝置-衛教手冊」。
- 4. 今年 5 月世界氣喘日,11 月世界 COPD 日特別活動,將擴大舉辦專屬之活動及加強 媒體宣傳。
- 5. 國健署「研製慢性阻塞性肺病臨床治療指引計畫」委由台北醫學大學考科藍台灣研究中心承接並與本會合作研擬一份以實證為基礎的臨床指引提供台灣醫界參考。
- 6.「台灣心胸共病共識手冊」即將出刊,本會與中華民國心臟學會共同編著「心臟衰竭 與慢性阻塞性肺病共病症的診斷與治療」。

- 7. 規劃民眾衛教網站「勇健肺健康網」並提供 APP 功能、發起 COPD 的台語命名活動, 製作 COPD 民眾版衛教單張,提供一般開業醫師及門診衛教師使用。
- 8.「阻塞性呼吸道疾病電子報 (E-News Letter)」如期出刊,提供最新阻塞性肺疾病醫療新知予會員。
- 9. 規劃辦理「氣喘醫療給付改善方案」教育訓練。
- (八)「國際事務暨兩岸交流委員會」2016年 ATS 國際醫學會議補助,召委林孟志報告:

說明: ATS 會議 (American Thoracic Society),補助人數 11 位,每位補助新台幣 5 萬元正。有 13 位會員申請,將在下次委員會議討論審查。

ERS 會議 (European Respiratory Society),補助人數 7位,每位補助新台幣 5萬元正。

- 六、2016年辦理研討會、繼續教育訓練課程:
 - (一)阻塞性呼吸道疾病進階學習營(中區)
 - 4月16日(六)14:00-18:20彰基國際培訓中心,153位醫師參加。
 - (二)慢性阻塞性肺疾病中區開業醫師互動研討會
 - 6月26日(日)14:30-17:30台中林酒店7樓柏林廳
 - (三) Respiratory advancement from ATS 2016 北中南三區視訊連線會議 6月4日(六)13:00-17:20台北 W 飯店、台中日月千禧飯店、高雄展覽館 3 樓 304A 會議室,230 位醫師參加。
 - (四) Palliative Care in Lung Cancer Symposium
 - 4月23日(六)14:00-17:30台北六福皇宮飯店,36位醫師參加。
 - (五) 2016 ASCO-Live Lung Cancer treatment update 台中日三地視訊會議 6月18日(六)13:30-17:00台北美福大飯店
 - (六) Pulmonary Arterial Hypertension- CV & Chest Joint Meeting 7月9日(六)14:00-17:50 台中林酒店
 - (七) New Approach to Mechanical Ventilation (外賓特別演講)
 - 8月26日(五)13:15-17:10景福館1樓會議室
 - (八)支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程(中區)
 - 6月19日(日)08:40-16:10中國醫藥大學附設醫院第一醫療大樓B1臨床技能教室
 - (九)105年胸部影像判讀繼續教育課程
 - (北區)7月24日(日)08:00-17:20台北榮總致德樓第1會議室(聯甄8分)
 - (南區)7月31日(日)08:00-16:30高雄榮總急診大樓會議中心第5會議室(聯甄8分)
 - (十)105年機械通氣繼續教育課程

(中區)7月17日(日)08:00-16:50中國醫藥大學附設醫院癌症中心1樓會議室(聯甄8分) (北區)8月14(日)08:10-16:55台大醫學院101講堂(聯甄8分)

- (十一)聯甄認證學分課程
 - 1. 流感暨流感重症研討會
 - 6月26日(日)08:10-16:50台大醫學院3樓301講堂(聯甄8分)
 - 2. Management of Sepsis and Its Complication in ICU

7月2日(六)13:00-17:45 台中福華飯店 3M 台中福華飯店 3M (聯甄4分)

3. Update Mechanical ventilation for ARDS: Lectures and Workshop 8月28日(日)08:00-16:55台北凱撒飯店3F希爾頓廳(聯甄10分)

(十二)年輕醫師胸腔學教育訓練課程

(北區)8月7日(日),台北榮總致德樓第1會議室

(南區)8月21日(日),高雄長庚高層眷舍1樓新光廳

(中區)9月4日(日),台中榮總教學大樓1樓第5會議室

貳、討論事項:

- 一、審核申請本會準會員入會暨胸腔專科醫師訓練報備名單、申請本會胸腔專科指導醫師名單。
 - 決議:(1)審查通過黎書亮、侯伯龍兩位醫師為本會一般會員。(2)審核通過朱曦、吳世偉、 陳泓丞等 3 位醫師為胸腔暨重症專科指導醫師。
- 二、修訂「胸腔暨重症醫學專科醫師訓練診療機構」申請表,「訓練計劃評量表(委員實地訪查)」。 決議:秘書處先初步修改「胸腔暨重症醫學專科醫師訓練診療機構」申請表內容,下次會議 再討論。
- 三、討論「胸腔暨重症專科醫師證書」格式,證書持證人2吋正面半身照片光面紙黏貼於證書, 改為會員提供個人半身照片電子檔(JPG檔案),證書直接數位印刷。

決議:同意兩種方式並行,2吋正面半身照片以照片光面紙黏貼於證書以及將照片電子檔(JPG檔案)直接數位印刷兩種方式。

參、臨時動議。

肆、散會,下午8點14分。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 國際事務暨兩岸交流委員會會議記錄

日期地點:民國 105 年 2 月 23 日 (星期二)下午 6 點

台大景福館 B1 會議室(台北市公園路 15-2號)

主 席:國際事務暨兩岸交流委員會召集委員林孟志副院長

記 錄:秘書王箐安

出席委員: 余忠仁理事長、林孟志副院長、李岡遠主任、杭良文主任 列席人員: 秘書長何肇基醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王等安小姐

請假人員:許超群主任、彭殿王主任、江振源醫師、執行秘書簡榮彥醫師

壹、討論事項:

- 一、討論 2018 年舉辦 APSR 會議日期
 - (一) 感謝理事長及秘書長的努力,學會已爭取到 2018 年在台北舉辦 APSR 會議,但因種種 因素導致尚未確定會議日期,已向 APSR 大會秘書處溝通協調中,預計三月份可以確認 大會舉辦日期。
 - (二)今年(2016) APSR 由泰國舉辦,但並未見本會推薦演講者與座長,建議委請秘書長與大會主席及 APSR 秘書處聯絡,爭取本會積極參與 APSR 活動,主動推薦本會會員擔任演講者與座長。
- 二、海峽兩岸醫藥衛生交流協會呼吸病專業委員會希望本會接辦 2016 大會,但因無法及時提到理 監事會議討論,擬暫不接辦 2016 年海峽二岸醫藥衛生交流協會呼吸病專業委員會大會。
- 三、本會會員參加國際醫學學術會議補助辦法及申請表已於學會網頁公告 目前已有五位會員提出申請參加 ATS 會議補助,請各位委員多鼓勵會員提出申請。
- 四、擬邀請日本京都大學 Mishima 教授和其胸腔內科同仁來台演講 決議: 請理事長出面激請。

貳、臨時動議:

- 一、下次會議時間預訂
 - (一)105年6月29日星期三(地點另行通知)
 - (二)105年10月26日星期三(地點另行通知)

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會教育與出版委員會會議記錄

日期地點: 民國 105 年 03 月 28 日 (星期一)下午 6 點

台大醫院新大樓2樓第2會議室(台北市中山南路7號)

主 席:教育與出版委員會召集委員鍾飲文院長

記 錄:助理余智惠

出席委員:余忠仁理事長、鍾飮文院長、楊政達副院長、施金元主任、林慶雄院長、陳濘宏主任、

黄坤崙教授、陽光耀主任

列席人員:蔡篤堅教授、秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、

秘書王箐安小姐、編輯助理余智惠小姐

請假人員:余明治主任、吳杰亮主任、夏德椿主任、王金洲主任、洪仁宇醫師

余忠仁理事長致詞:

此次會議的目的是討論「台灣胸腔醫學史」: 1. 目前完成的資料是否有符合我們的進度追蹤; 2. 若再擴充收集資料,是否可以真正反映我們胸腔科這 50 年來的演變。我們已於 103 年 8 月委請蔡篤堅教授(工作團隊:記憶工程股份有限公司)以口頭訪談、訪談翻閱及經手記述「台灣胸腔醫學史」,合約金額 NT227 萬 5 仟元,已支付第 1 期款 NT91 萬元,完成 80 人次訪談。編寫過程發現受訪名單以及人次分布有侷限性,因此是否增加訪談人次,提高合約金額,以利所收集的資料範圍可以擴大涵蓋面,為本次會議之重點討論。

鍾飲文主席致詞: 略。

壹、台灣胸腔醫學史:

一、蔡篤堅教授報告:很榮幸承接「台灣胸腔醫學史」計畫。訪談至今發現「台灣胸腔醫學史」的範圍比原初思考大很多,除了TB center、防療協會、胸腔又分睡眠、重症以及呼吸等科,且最主要的原因是關鍵受訪者拒絕訪談,導致目前所收集的資料分布受侷限。我們利用口述歷史訪談,採用結構方面以不凸顯個人的方式來編寫「台灣胸腔醫學史」,原先拒絕訪談的者老(陸坤泰教授)經溝通後已可訪談、可錄音,但稿子不可使用的情況下進行訪談。而目前的進度已完成80人次訪談(訪談超過2小時,則以2人次計,之後以每1.5小時為單位累計人次,平均1人次約1萬~1萬5仟字),為每一位者老完成一完整的口述記錄(包含影像紀錄)。

提議:為擴大訪談的量能及撰寫更完整的內容,建議將計畫 A 方案變更為計劃 B 方案,主要方為兩部分的總金額(精裝、平裝):

- (一)NT 3,514,665 元(平裝 1,000 本)
- (二)NT 3,535,665 元(精裝 1,000 本)

計畫 B 方案:完成 140 人次訪談、完成 140 人次逐字稿(其餘不變),預計今年完成。

討論決議:建議將計畫 A 方案變更為計劃 B 方案,且預計於今年 105 年完成,並請理事長做最後裁決。

貳、會訊:

一、104年12月/105年2月會訊之通訊繼續教育答題統計分析

(一)104年12月(更新)

	回執	達 80	第1題	第2題	第3題	第4題	第5題	第6題	第7題
	份數	分以上	正確	正確	正確	正確	正確	正確	正確
份數	65	32	35	43	24	64	65	60	65
通過率 (%)		49.23	53.85	66.15	36.92	98.46	100.00	92.31	100.00

(二)105年2月

		回執	達 80	第1題	第2題	第3題	第4題	第5題	第6題	第7題
		份數	分以上	正確	正確	正確	正確	正確	正確	正確
	份數	68	53	33	66	67	68	67	41	68
Ī	通過率 (%)		65.12	48.53	97.06	98.53	100.00	98.53	60.29	100.00

施金元主任提議:通訊繼續教育之胸腔暨重症案例考題,因胸腔影像本身不具獨特之表徵, 或所提供的臨床資訊不足,無法選擇正確答案,建議取消此題型或直接呈 現答案,不納入通訊繼續教育考題中。

決議:保留此題型,在重症案例考題 [Case] 的地方提供較為詳細之相關病史,臨床徵狀、LAB data 等有助於會員診斷之資訊

二、吐納園地撰稿委員名單

刊登卷號	撰稿作者	邀稿(預定)標題	附註
第6期	台中慈濟醫院 黃軒醫師	臺灣:不能沒有你-國際會議的省思	
/105.04			
第7期	台北榮總 馮嘉毅醫師	加州大學舊金山分校進修雜記	
/105.06			
第8期	奇美醫院 陳志金醫師	(預定)醫療品質之相關見聞、心得或	
/105.08		評論	
	王必勝院長	(預定)金門的重症醫療	
	彰化基督教醫院 林世章醫師	作者自選	
	北醫 江振源醫師	作者自選	
	北榮胸腔外科 徐博奎醫師	(預定)肺移植新進展	
	台大 鍾桂彬醫師		
	慈濟 林智斌醫師		
	馬偕 李聰明醫師		

三、105年6月份會訊之學術專欄委員名單

重症案例提供者:陽光耀主任

醫學新知提供者:吳杰亮主任、施金元主任、夏德椿主任

散會。

I SPCCM

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 105 年 6 月 2 日 (星期四)下午 6 點

台大醫院2樓第4會議室(台北市中山南路7號)

主 席:阳寒性呼吸道疾病委員會召集委員 林慶雄院長

記 錄:秘書王等安

出席委員: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、邱國欽主任、林明憲主任、柯信國醫師

列席人員:執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

請假人員:李政宏主任、杭良文主任、秘書長何肇基醫師

余忠仁理事長致詞:關於全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療資源整合改善方案,委員會正積極與 健保署洽談協商中。

壹、召委林慶雄報告:

一、各項學術研討會如期進行

活動主題	月份	日期
阻塞性呼吸道疾病進階學習營(南區)	2 月	27
與開業醫及藥師有約研討會(南區)	3 月	20
春季會(南區)	3 月	20
阻塞性呼吸道疾病進階學習營(中區)	4 月	16
Post ATS (5/13~5/18) (全區)	6月	4
與開業醫及藥師有約研討會(中區)	6月	26
阻塞性呼吸道疾病進階學習營(北區)	7月	9
與開業醫及藥師有約研討會(東區)	7月	10
夏季會(全區)	8月	27
與開業醫及藥師有約研討會(北區)	8月	21
Post ERS (9/03~9/07) (全區)	9月	17
秋季會(北區)	10 月	1
Post ARSR (11/12~11/15) (全區)	11 月	26

- 二、三本衛教手冊按進度編排。
 - (一)慢性阻塞性肺病的肺部復健-衛教手冊 邀請林鴻銓(主編)、劉文德、周百謙、張博瑞、李政宏、莊銘隆、凃智彦、林慶雄醫 師為編輯團隊。
 - (二)慢性阻塞性呼吸道疾病吸入治療-衛教手冊

邀請郭炳宏(主編)、王鶴健、鄭世隆、李岡遠、夏德椿、謝孟哲、杭良文、劉世豐、 林慶雄醫師為編輯團隊。

- (三)慢性阻塞性呼吸道疾病之氧氣及機械通氣裝置-衛教手冊 邀請徐武輝(主編)、柯信國、林明憲、高國晉、詹明澄、顏志慶、陳昌文、許超群、 林慶雄醫師為編輯團隊。
- 三、世界氣喘日特別活動
- 四、世界 COPD 日特別活動

為求與世界接軌並喚起民眾對氣喘與 COPD 的認知,將針對這二個重大節日擴大舉辦專屬之活動及加強媒體宣傳。

五、國民健康署「研製慢性阻塞性肺病臨床治療指引計畫」

由台北醫學大學考科藍台灣研究中心承接衛生福利部國民健康署「研製慢性阻塞性肺病臨床治療指引計劃」,並與本學會合作研擬一份以實證為基礎的臨床指引供台灣醫界參考,目前皆依照既定計畫時間進行中。

- 六、健保署「COPD 資源整合方案」推動
 - (一)請各位委員集思廣益調整 COPD 資源整合方案以利與健保署進行下一階段協商。
 - (二)新增肺部復原運動健保碼:請委員會討論後向健保署提出申請建議。
- 七、「台灣心胸共病共識手冊」出書

由本會與中華民國心臟學會共同編著的「心臟衰竭與慢性阻塞性肺病共病症的診斷與治療」即將出刊。

- 八、民眾衛教網站「勇健肺健康網」規劃 氣喘衛教、慢性阻塞性肺病衛教之民眾版衛教網站籌備中。
- 九、電子報如期出刊:第五期電子報即將出刊。
- 十、舉辦「氣喘醫療給付改善方案」教育訓練

貳、臨時動議:

- 一、提議 { 勇健肺健康網 }:應提供 APP 功能,目前有規劃這個部分。
- 二、製作 COPD 民眾版衛教單張,提供一般開業醫師及門診衛教師使用。
- 三、發起 COPD 的台語命名活動。

散會。

SPCCM

台灣胸腔暨重症加護醫學會 介入性支氣管內視鏡工作小組會議記錄

日期地點:民國 105 年 3 月 21 日 (一)下午 6 點

景福館 B1 會議室(台北市公園路 15-2號)

主 席:召委涂智彥主任

記 錄:王箐安秘書

出席人員:余忠仁理事長、何肇基醫師、林敬凱醫師、趙恒勝醫師、鍾福財醫師、張哲嘉醫師、

胡漢忠醫師、鍾聿修醫師

列席人員:執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

余理事長致詞:

北區 EBUS Hand-on Seminar 已舉辦,會員反映不錯,希望多增加幾場課程,謝謝在座各位委員辛苦籌畫。

涂召委智彥主任致詞:

謝謝各位委員不辭辛勞前來開會,3月份北區的 wokshop 已舉辦,預計6月在中區再辦一場, 那就進入議程,請林醫師先報告第一項。

壹、會議議程:

一、執行報告: 3/13(目) Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography

林敬凱醫師:這次課程報名踴躍,當日仍有會員希望能現場報名,礙於場地及人員配置問題 只能婉拒。此次參加的學員分二種,一是對 EBUS 有興趣,二是希望能取得支 氣管內視鏡超音波專業醫師認證資格。會後全體講師有稍微討論一下課程設計 缺失:

- A. 實做 A 組 (EBUS-TBNA) 時間嚴重不足,有少數學員尚未練習
- B. 實作課程間無任何休息,指導員過於勞累
- C. 大講堂課程後之 Q&A 互動略顯不良,學員可能對 EBUS 尚無經驗,無法提出問題
- D. TBNA needle 未丟於醫療廢棄物回收針筒內

學員問卷回收意見:

- A. EBUS specimen 時間可減少,增加 EBUS-TBNA 時間,mini-probe+GS 可以實作?
- B. 實作部份對於我們非常有幫助
- C. 30 例有時間限制
- D. 增加實作時間
- E. 很實用課程,希望還有其他實體課程

解決方案:

A. 儀器商已同意增加一套設備 (for EBUS-TBNA), EBUS-TBNA 可兩組實做

- B. 實做課程中間增加休息時間
- C. 考慮將實做 D 組 (CT bronchogram) 併入大講堂課程
 - 1. 縮短 Q&A 的時間
 - 2. 考慮增加 ROCE 簡介

最後要感謝當日課程全體講師、指導員的辛勞。特別感謝涂智彥主任於籌備期間給予指導,並感謝胡漢忠醫師推薦實作課程講師。

涂主任:請問上課學員有沒有條件限制?例如:醫院已經有設備、正要購買設備…等,因為 醫院若沒有設備,上完課沒有繼續操作就會忘記,是不是有設備的醫院優先考慮?

何肇基醫師:這次的學員有很資深(主管級)、也有年輕醫師,與資深會員會後有小小討論一下,因為他們醫院沒有設備,也不知道操作需要一個團隊,不是一個人就可以操作使用,所以是不是學會不要設限,多辦幾場講習班?

涂主任:如果其他委員沒有意見,那我們就多辦幾場講習班,明年再開進階課程。

二、新邀請兩位委員加入工作小組。

歡迎鍾聿修醫師、胡漢忠醫師加入本委員會。

- 三、報告氣管鏡給付項目之合理點數,如電燒、氬氣雷射、氣管氣球擴張術。
 - (一) 氣管鏡刷 (Bronchial Brushing):經氣管鏡針對氣管及周邊可疑病灶做刷拭,取得細胞做細胞學檢查或是抹片、培養。可直接目視,或是 Fluroscopy、EBUS 定位。
 - (二)電燒 + APC Probe:氣管內出血之止血、切片、打通阻塞或狹窄 (Recanalization)、腫瘤 移除。
 - (三)氣管氣球擴張術

結論: 蒐集相關資料及詢價後,重新精算後下次會議再提報。

四、討論編集書籍(操作手冊、教材)。

目前第四版接近出版,若此時翻譯第三版意義性不大,且台灣醫師英文能力不錯,應不需中譯版。

五、105/2/26 理、監事會議通過「支氣管內視鏡超音波專業認證」。

討論: 支氣管內視鏡超音波專業醫師申請表內容、醫院認證事宜。

結論: 105 年 11 月 30 日前有胸專證書之會員可向委員會提出操作 EBUS 病例報告電子檔 30 例 (PDF 檔),申請「支氣管內視鏡超音波專業認證」資格,經委員會審查後發給「支氣管內視鏡超音波專業認證」。

六、2016年會節目討論

涂主任:年會想要邀請三位氣管鏡專家來演講,目前第一位想邀請日本國立癌症中心的 Takehiro Izumo 教授來介紹 RP-EBUS-GS 在肺癌的操作及再切片的角色及分析基因 方面的經驗分享,第二位想要邀請中國大陸北京王洪武教授操作 3000 多例的硬式氣 管鏡經驗分享,第三位想請在座委員推薦。

貳、臨時動議:

申請加入世界氣管鏡學會。

散會。

台灣胸腔暨重症加護醫學會肺高壓工作小組會議記錄

日期地點:民國 105 年 3 月 29 日 (星期一)下午 6 點

台大醫院2樓第2會議室(台北市中山南路7號)

主 席:肺高壓工作小組召集委員 徐紹勛醫師

記 錄:秘書王箐安小姐

出席人員:余忠仁理事長、徐紹勛醫師、郭炳宏醫師、廖偉志醫師、劉景隆醫師

列席人員:秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

請假人員:陶啟偉主任

壹、會議議程:

一、商討今年度聯甄課程中有關肺高壓課程的講題與講者。預計六月 COPD 夏季會課邀請陶啟偉 主任演講,其他講者尚待確認。

決議:因 COPD 春季會已講肺高壓的診斷,故 6 月 COPD 夏季會請陶啟偉主任演講,講題定為肺高壓的治療。8 月 6 日 COPD 秋季會請劉景隆醫師演講,題目再議。另外 7 月 9 日於台中林酒店與心臟學會共同舉辦肺高壓課程,將公告給全體會員。

二、商討 2016 年度胸腔年會「Symposium: Pulmonary hypertension」之題目與講者邀請。

決議:預計邀請一位國內講者與兩位國外講者。國內講者邀請郭炳宏醫師,題目暫定為「肺部疾病與肺高壓的相關」。國外第一位講者為 Prof. Sean Gaine,題目暫定為「PAH therapies that target the prostacyclin pathway」;國外第二位講者預計邀請南韓醫師,題目暫定「韓國 CTEPH 登錄經驗分享」。待講師與講題確認後提報學術委員會。

三、CTEPH 診治手冊之參考文獻已翻譯成中文,將在此次會議中提供給各委員參考,並商議 CTEPH 中文診治手冊中各委員的撰寫內容。

決議:

CTEPH 中文翻譯之分工類別:

第一位作者:陶啟偉主任

文章內容:前言、摘要、大綱、結論、關鍵訊息、BPA。

第二位作者:廖偉志醫師

文章內容:定義、臨床特徵、影像學檢查、診斷標準、鑑別診斷、診斷程序。

第三位作者:劉景隆醫師

文章內容:流行病學、病理生理學、病史、致病機轉、治療流程與考量。

第四位作者:徐紹勛醫師

文章內容:手術(適應症、步驟、成果)。

第五位作者:郭炳宏醫師

文章内容:內科治療(傳統藥物與新藥的介紹)、治療之經濟考量。

- ※ 影像檔案建議使用台灣的,已邀請相關其他部門的醫師加入編輯 CTEPH 中文手冊,並請 各位委員提供合適的影像檔案,預計 105 年 6 月底前交稿。
- ※ 手術部分以手繪圖方式處理。
- ※ 請余理事長幫這本書寫序言。

貳、臨時動議:

- 一、下次開會時間預定 105 年 7 月 5 日 18:00 時,請各位委員預留時間出席會議。
- 二、下次會議討論 A. CTEPH 中文診治手冊整合討論。B. 105 年 8 月 6 日 COPD 秋季會請劉景隆醫師演講,題目再討論。

散會。

胸腔暨重症案例





提供:彰化基督教醫院 胸腔內科 林慶雄醫師

[Case]

This 80y/o man suffered from productive cough with bloody-tinged sputum, chest tightness and progressive shortness for several days before admission.

He was a case of type 2DM c/w DM nephropathy and history of old TB before. The initial laboratory examination showed WBC 8000/, HB 8.6, PLT 254K, PT 16.3 sec INR 1.32 and elevated creatinine 5.9. Due to progressive shortness of breath and hemoptysis, he received intubation for ventilator support 3 days later.

醫學新知I

空氣污染的懸浮微粒和肺癌的風險

摘自:Environment International. 2016 Feb; 87: 66-73. Epub 2015 Nov 28.

編譯:王金洲醫師 高雄長庚紀念醫院 胸腔內科

研究背景:

空氣污染的懸浮微粒 (Particulate matter, PM) 是人的肺部致癌物質;然而,裡面的主要致癌成分尚未完全確定。此研究在評估懸浮微粒成分和肺癌發病率之間的關聯性。

方法:

此研究使用八個歐洲國家的十四個世代研究的資料作分析。此研究使用地理位置編碼與 landuse regression models 統計方法,評估空氣污染中八種元素 (銅、鐵、鉀、鎳、硫、矽、釩和鋅) 在 $PM_{2.5}$ 和 PM_{10} 的分布比例。此研究使用 Cox regression models 對特定世代的潛在干擾因素做分析。此研究使用 random effect models 做綜合分析。

結果:

總共 245,782 研究個案完成了共 3,229,220 人年的風險評估。在平均 13.1 年的追蹤期間,共 1,878 個肺癌新發病例被確診。在綜合分析中,除了釩元素以外,其他元素與肺癌升高的風險比值 (hazard ratios, HRs) 有相關聯,但是並無統計學顯著意義。如果就沒有改變居住地的族群分析, 在其追蹤期間,下列幾項是有統計學顯著意義: $PM_{2.5}$ 與銅 (HR, 1.25; 95% CI, 1.01-1.53 per 5 ng/ m³), PM_{10} 與 鋅 (1.28; 1.02-1.59 per 20 ng/m³), PM_{10} 與 硫 (1.58; 1.03-2.44 per 200 ng/m³), PM_{10} 與 镍 (1.59; 1.12-2.26 per 2 ng/m³) and PM_{10} 與鉀 (1.17; 1.02-1.33 per 100 ng/m³)。在兩污染物分析中, PM_{10} 和 $PM_{2.5}$ 與肺癌之間的相關聯,主要是由 $PM_{2.5}$ 與硫來解釋。

結論:

此研究表明,在空氣污染的懸浮微粒和肺癌是有相關聯性,可以歸因於各種不同的懸浮微粒成分,其中硫與鎳是特別重要的。

〔編譯者評論〕

空氣污染是影響健康的主要環境風險之一。空氣中存在許多污染物,其中漂浮在空氣中類似灰塵的粒狀物稱為懸浮微粒 (particulate matter, PM),懸浮微粒 (含有粗及細懸浮微粒)的健康影響大於其他任何污染物,其主要成分為硫酸鹽、磷酸鹽、氨、氯化鈉、黑碳、礦物粉塵和水,並包括懸浮在空氣中之有機和無機物固體和液體的複雜混合物。其中,細懸浮微粒 (PM_{2.5}) 因粒徑小,可深入肺泡,並可能抵達細支氣管壁,干擾肺內的氣體交換。長期暴露於懸浮微粒,可引發心血管病、呼吸道疾病以及增加肺癌的危險,而易感性族群會受到更大的危害。國際癌症研究機構

(IARC) 2013 年發表「室外空氣污染導致癌症」報告指出,有足夠的證據顯示暴露在室外空氣污染 將導致肺癌及增加膀胱癌風險。室外空氣污染物(成分中含 PM),如柴油引擎廢氣、吸菸和二手 菸均為人類確定致癌因子(Group1)。

此篇研究主要探討空氣污染的懸浮微粒和肺癌的風險的關聯性。並探討懸浮微粒不同成分與肺癌風險的關聯性。此篇研究結果支持以前的懸浮微粒和肺癌風險的關聯性。

Particulate matter air pollution components and risk for lung cancer

Environment International. 2016 Feb; 87: 66-73. Epub 2015 Nov 28.

O. Raaschou-Nielsen, R. Beelen, M. Wang, G. Hoek, Z.J. Andersen, B. Hoffmann, M. Stafoggia, E. Samoli, G. Weinmayr, K. Dimakopoulou, M. Nieuwenhuijsen, W.W. Xun, P. Fischer, K.T. Eriksen, M. Sørensen, A. Tjønneland, F. Ricceri, K. de Hoogh, T. Key, M. Eeftens, P.H. Peeters, H.B. Bueno-de-Mesquita, K. Meliefste, B. Oftedal, P.E. Schwarze, P. Nafstad, C. Galassi, E. Migliore, A. Ranzi, G. Cesaroni, C. Badaloni, F. Forastiere, J. Penell, U. De Faire, M. Korek, N. Pedersen, C.-G. Östenson, G. Pershagen, L. Fratiglioni, H. Concin, G. Nagel, A. Jaensch, A. Ineichen, A. Naccarati, M. Katsoulis, A. Trichpoulou, M. Keuken, A. Jedynska, I.M. Kooter, J. Kukkonen, B. Brunekreef, R.S. Sokhi, K. Katsouyanni, P. Vineis

Abstract

BACKGROUND:

Particulate matter (PM) air pollution is a human lung carcinogen; however, the components responsible have not been identified. We assessed the associations between PM components and lung cancer incidence.

METHODS:

We used data from 14 cohort studies in eight European countries. We geocoded baseline addresses and assessed air pollution with land-use regression models for eight elements (Cu, Fe, K, Ni, S, Si, V and Zn) in size fractions of $PM_{2.5}$ and PM_{10} . We used Cox regression models with adjustment for potential confounders for cohort-specific analyses and random effect models for meta-analysis.

RESULTS:

The 245,782 cohort members contributed 3,229,220 person-years at risk. During follow-up (mean, 13.1 years), 1878 incident cases of lung cancer were diagnosed. In the meta-analyses, elevated hazard ratios (HRs) for lung cancer were associated with all elements except V; none was statistically significant. In analyses restricted to participants who did not change residence during follow-up, statistically significant associations were found for PM_{2.5} Cu (HR, 1.25; 95% CI, 1.01-1.53 per 5 ng/m³), PM₁₀ Zn (1.28; 1.02-1.59 per 20 ng/m³), PM₁₀ S (1.58; 1.03-2.44 per 200 ng/m³), PM₁₀ Ni (1.59; 1.12-2.26 per 2 ng/m³) and PM₁₀ K (1.17; 1.02-1.33 per 100 ng/m³). In two-pollutant models, associations between PM₁₀ and PM_{2.5} and lung cancer were largely explained by PM_{2.5} S.

CONCLUSIONS:

This study indicates that the association between PM in air pollution and lung cancer can be attributed to various PM components and sources. PM containing S and Ni might be particularly important.

醫學新知Ⅱ

美國煤礦工人罹患快速惡化塵肺症的肺部病理變化中含矽石 (Silica) 及矽酸鹽 (Silicates)

摘自:Am J Respir Crit Care Med. 2016 Mar 15; 193(6): 673-80

編譯:林賢君醫師/余明治醫師 台北市立萬芳醫院 胸腔內科

基本理由:

在美國,儘管煤礦工作環境粉塵量下降,但最近關於煤礦工人肺部進行性塊狀纖維變化 (progressive massive fibrosis) 及快速惡化之塵肺症 (rapidly progressive pneumoconiosis) 的報導,增加對工人處於煤礦粉塵過多暴露的關切。

目的:

評估煤礦工人肺部組織之病理變化及其中所含粉塵顆粒,並與胸部影像進行比對。

方法:

研究者找出具嚴重塵肺症並可獲得肺部組織之礦工。收集他們人口學特徵、抽菸史及工作史,並根據國際勞工組織分類概要 (International Labor Organization classification scheme) 之標準來判讀胸部影像是否為快速惡化之塵肺症。病理玻片由三位肺部病理專家根據標準學術用語及評分系統 (standardized nomenclature and scoring system) 來判讀。

測量法及主要結果:

總計分析 13 名病人,其中多數有加速的矽肺症 (silicosis) 特徵及混合粉塵病灶。12 人的肺部有進行性塊狀纖維變化,11 人有矽肺症,僅 4 人呈典型單純煤礦工塵肺症。4 人有瀰漫性間質纖維變化併慢性發炎,2 人有局部肺泡蛋白沉積 (proteinosis)。偏光顯微鏡發現含有大量矽石及矽酸鹽的雙折射礦物粉塵顆粒,碳酸鹽類 (carbonaceous) 煤礦粉塵較不明顯。胸部影像分析發現:肺部組織具矽肺症特徵者與影像呈圓形陰影 (rounded opacities, type p, q, or r) 有關 (P=0.047),而第三級間質纖維變化與影像呈不規則陰影 (irregular opacities, type s, t, or u) 有關 (P=0.02)。

結論:

煤礦工人罹患快速惡化塵肺症與其暴露於煤礦粉塵顆粒中所含高濃度可吸入之矽石及矽酸鹽 有關。

〔編譯者評論〕

臨床經驗常發現有些礦工的塵肺症,較易發生明顯的進行性塊狀纖維變化 (progressive massive fibrosis) 或是較快速惡化,但有些人則即使長期暴露,也較不會快速惡化。直到現在,真正的原因

仍不是很明確。雖然此研究的病人數不是很多,但卻明顯發現煤礦工人罹患快速惡化塵肺症的肺 部病理變化中含矽石及矽酸鹽,顯示此現象與其暴露煤礦粉塵顆粒中含高濃度可吸入之矽石及矽 酸鹽有關。雖或許仍無法解答所有的疑惑,但應能部分解釋此現象。

根據國際勞工組織分類標準,胸部 X 光瀰漫性小的不透明影像若為圓形,則依大小分類為 p (\leq 1.5 mm), q (>1.5 mm and \leq 3 mm), r (>3 mm and \leq 10 mm);若為小的不規則不透明影像,則依其短軸分類為 s (\leq 1.5 mm), t (>1.5 mm and \leq 3 mm) 及 u (>3 mm and \leq 10 mm)。此研究發現肺部組織具矽肺症特徵者與影像呈小的不透明圓形影像 (rounded opacities, type p, q, or r) 有關。

雖然台灣曾從事煤礦工作的塵肺症病人逐漸減少,且已經不會再有新的煤礦工人,但其他可能暴露在矽石及矽酸鹽的職業,如翻砂、噴砂作業、墓碑雕刻、珠寶研磨及鑄造業等,仍都有可能發展為快速惡化之塵肺症。因此,這些職業工作者仍必須提高警覺,注意工作環境安全,避免吸入過多的粉塵。

Lung Pathology in U.S. Coal Workers with Rapidly Progressive Pneumoconiosis Implicates Silica and Silicates

Am J Respir Crit Care Med. 2016 Mar 15; 193(6): 673-80

Cohen RA, Petsonk EL, Rose C, Young B, Regier M, Najmuddin A, Abraham JL, Churg A, Green FH

Abstract

Rationale:

Recent reports of progressive massive fibrosis and rapidly progressive pneumoconiosis in U.S. coal miners have raised concerns about excessive exposures to coal mine dust, despite reports of declining dust levels.

Objectives:

To evaluate the histologic abnormalities and retained dust particles in available coal miner lung pathology specimens, and to compare these findings with those derived from corresponding chest radiographs.

Methods:

Miners with severe disease and available lung tissue were identified through investigator outreach. Demographic as well as smoking and work history information was obtained. Chest radiographs were interpreted according to the International Labor Organization classification scheme to determine if criteria for rapidly progressive pneumoconiosis were confirmed. Pathology slides were scored by three expert pulmonary pathologists using a standardized nomenclature and scoring system.

Measurements and Main Results:

Thirteen cases were reviewed, many of which had features of accelerated silicosis and mixed dust lesions. Twelve had progressive massive fibrosis, and 11 had silicosis. Only four had classic lesions of simple coal workers' pneumoconiosis. Four had diffuse interstitial fibrosis with chronic inflammation, and two had focal alveolar proteinosis. Polarized light microscopy revealed large amounts of birefringent mineral dust particles consistent with silica and silicates; carbonaceous coal dust was less prominent. On the basis of chest imaging studies, specimens with features of silicosis were significantly associated (P=0.047) with rounded (type p, q, or r) opacities, whereas grade 3 interstitial fibrosis was associated (P=0.02) with the presence of irregular (type s, t, or u) opacities.

Conclusions:

Our findings suggest that rapidly progressive pneumoconiosis in these miners was associated with exposure to coal mine dust containing high concentrations of respirable silica and silicates.

醫學新知Ⅲ

間歇性缺氧所引起之心血管重塑會在回復常氧後得到改善
 善一從睡眠呼吸中止小鼠模型中證實

摘自:Chest. 2016 Jan 13. pii: S0012-3692(15)00173-7. [Epub ahead of print]

編譯:莊立邦醫師/陳濘宏醫師 林口長庚紀念醫院 胸腔內科

背黒:

間歇性缺氧 (IH) 是造成阻塞性睡眠呼吸中止 (OSA) 相關之心血管疾病發病率和死亡率的主要致病因子。目前 OSA 的標準治療是持續性氣道正陽壓 (CPAP) 呼吸輔助器,這個治療消除了睡眠時的 IH,因此減少了心血管疾病的風險。目前並沒有文獻發表關於拿掉 CPAP 治療後之心血管重塑可逆性的變化。本研究的目的是在評估一種新的 IH 之 OSA 動物模型,模擬阻塞性睡眠呼吸中止症治療恢復正常氧氣後之早期心血管結構重構的可逆性。

方法:

我們利用 C57BL6 小鼠研究其心血管重塑性,分別在暴露於 IH 6 週後、及其回覆常氧 6 週後、跟一般在常氧下的小鼠作比較。

結果:

在經過IH後,小鼠主動脈產生擴張性重塑,血管內膜-中膜增厚,但管腔邊界無明顯的變化。 IH會增加彈性纖維網絡瓦解、分裂和破碎。從膠原蛋白和粘液層間累積的變化可以發現細胞外基質的更新受到影響。此外,IH增加了左心室血管周圍纖維化,但心肌細胞的大小並沒有受到影響。這些經由IH引起的心血管重塑事件在小鼠恢復常氧後,亦即模仿 CPAP 治療,會回復正常。

結論:

經過 IH 誘導的早期結構性心血管重塑,在 IH 移除後會回復正常,這是一個新的研究 OSA 治療效果之模型。其研究結果顯示,在臨床上如可早期檢測和有效的治療 OSA 患者,可以防止其 心血管疾病的自然進程。

〔編譯者評論〕

這篇文章主要是探討阻塞性睡眠呼吸中止症其中一個重要的致病機轉 - 間歇性缺氧所引起的心血管重塑性。我們知道,間歇性缺氧會透過發炎反應而造成內皮細胞和血球之間的作用增加, 進而產生內皮細胞受損而導致後續的心血管疾病。

這篇文章利用一般的小鼠,經過6個星期的間歇性缺氧後再看其心臟血管變化的情形。和別的文章不同的地方有幾個部份,主要是這篇文章除了讓小鼠間歇性缺氧外,作者還讓這些經過間歇性缺氧的小鼠再回氧,來模擬病患經過CPAP治療後的情形。此外,和其他文章比較不同的

地方是這篇作者使用一般的小鼠 (B6),而不是使用其他作者較常用的 gene knockout mice (例如 LDLR-) 或是 obese mice 加上 high fat diet 這些較常會產生心血管疾病的鼠種,這可能會跟現實中的人類情況比較相似。

最後要提醒各位讀者注意的地方則是,間歇性缺氧僅只是阻塞性睡眠呼吸中止症造成病患心血管疾病的一個致病機轉,其他如交感神經的活化、胸內負壓的擺盪以及睡眠的片斷化等等,都需要考慮進去。這樣才可以更廣泛的去看待阻塞性睡眠呼吸中止症和心血管疾病之間的相關連性。另外,如果可以同時去測量小鼠血壓的變化情形,則可以有更多的資訊去了解間歇性缺氧對心血管疾病的表現型,將可應用在臨床上治療阻塞性睡眠呼吸中止症的病人。

ISPCCM

INTERMITTENT HYPOXIA-INDUCED CARDIOVASCULAR REMODELING IS REVERSED BY NORMOXIA IN A MOUSE MODEL OF SLEEP APNEA

Chest. 2016 Jan 13. pii: S0012-3692(15)00173-7. [Epub ahead of print]
Castro-Grattoni AL, Alvarez R, Torres M, Farré R, Montserrat JM, Dalmases M, Almendros I, Barbé F, Sánchez-de-la-Torre M.

Abstract

Background:

Intermittent hypoxia (IH) is the principal injurious factor involved in the cardiovascular morbidity and mortality associated with obstructive sleep apnea (OSA). The gold standard treatment is continuous positive airway pressure (CPAP), which eliminates IH and appears to reduce cardiovascular risk. There is no experimental evidence on the reversibility of cardiovascular remodeling after IH withdrawal. The objective of the present study is to assess the reversibility of early cardiovascular structural remodeling induced by IH after resumption of normoxic breathing in a novel recovery animal model mimicking OSA treatment.

Methods:

We investigated cardiovascular remodeling in C57BL6 mice exposed to IH for 6 weeks vs. the normoxia group and its spontaneous recovery after 6 subsequent weeks under normoxia.

Results:

Aortic expansive remodeling was induced by IH, with intima-media thickening and without lumen perimeter changes. Elastic fiber network disorganization, fragmentation and the estrangement between end points of the disrupted fibers were increased by IH. Extracellular matrix turnover was altered, as visualized by collagen and mucoid interlaminar accumulation. Furthermore, left ventricular perivascular fibrosis was increased by IH, whereas cardiomyocytes size was unaffected. These cardiovascular remodeling events induced by IH were normalized after recovery in normoxia, mimicking CPAP treatment.

Conclusions:

The early structural cardiovascular remodeling induced by IH was normalized after IH removal, revealing a novel recovery model for studying the effects of OSA treatment. Our findings suggest the clinical relevance of early detection and effective treatment of OSA patients to prevent the natural course of cardiovascular diseases.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日:105年9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 22)

1. This 80y/o man suffered from productive cough with bloody-tinged sputum, chest tightness and progressive shortness for several days before admission.

He was a case of type 2DM c/w DM nephropathy and history of old TB before. The initial laboratory examination showed WBC 8000/, HB 8.6, PLT 254K, PT 16.3 sec INR 1.32 and elevated creatinine 5.9. Due to progressive shortness of breath and hemoptysis, he received intubation for ventilator support 3 days later.

您的診斷為何?

- (A) Goodpasture syndrome
- (B) Pulmonary embolism
- (C) Aspiration Pneumonia
- (D) Complex Mycetoma
- (E) Lung cancer

選擇題:(每題15分)

- 2. 空氣污染是影響健康的主要環境風險之一。空氣中存在許多污染物,其中漂浮在空氣中類似灰塵的粒狀物稱為懸浮微粒 (particulate matter, PM),懸浮微粒其主要成分為?
 - (A) 硫酸鹽
 - (B) 硝酸鹽、氨
 - (C) 黑碳、礦物粉塵
 - (D) 以上皆是
- 3. 根據國際癌症研究機構 (IARC) 2013 年發表「室外空氣污染導致癌症」報告指出,人類確定致 癌因子 (Group1) 下列何者正確?
 - (A) 油引擎廢氣
 - (B) 吸菸和二手菸
 - (C) 空氣污染
 - (D) 以上皆是

- 4. 塵肺症病人呈現快速惡化之塵肺症 (rapidly progressive pneumoconiosis), 其可能暴露之粉塵含高濃度:
 - (A) Carbonate
 - (B) Silica and silicates
 - (C) Phosphate
 - (D) Ferrum
- 5. 塵肺症肺部病理分析具 Silicosis 之特徵與下列何種胸部影像變化較有關聯:
 - (A) Rounded opacities
 - (B) Irregular opacities
 - (C) Consolidation
 - (D) Cavity
- 6. 以下敘述何者正確:
 - (A) 間歇性缺氧是阻塞性睡眠呼吸中止症一個重要的致病機轉
 - (B) 間歇性缺氧會透過發炎反應而造成內皮細胞和血球之間的作用增加,進而產生內皮細胞受損而導致後續的心血管疾病
 - (C) 間歇性缺氧會引起心血管重塑性
 - (D) 除了間歇性缺氧外,其他如交感神經的活化、胸內負壓的擺盪以及睡眠的片斷化等等都可 能是阻塞性睡眠呼吸中止症造成病患心血管疾病的致病機轉
 - (E) 以上皆是
- 7. 在經過間歇性缺氧後,小鼠主動脈產生擴張性重塑,請問以下表現何者有誤:
 - (A) 間歇性缺氧會使血管內膜-中膜增厚,但管腔邊界無明顯的變化
 - (B) 間歇性缺氧會增加彈性纖維網絡瓦解、分裂和破碎
 - (C) 從膠原蛋白和粘液層間累積的變化可以發現細胞外基質的更新受到影響
 - (D) 間歇性缺氧增加了左心室血管周圍纖維化,且會造成心肌細胞變大
 - (E) 這些經由間歇性缺氧引起的心血管重塑事件在小鼠恢復常氧後,會回復正常

測驗回函

 姓名:_	

1	2	3	4	
5	6	7		

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

★學會秘書處

E-mail: tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

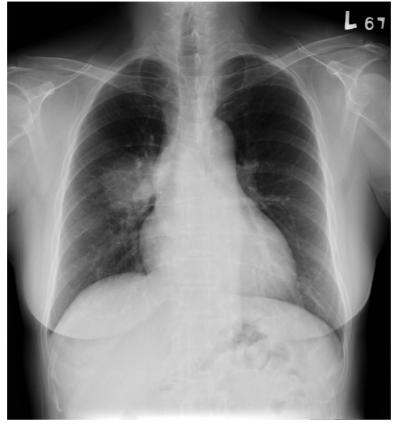


Figure 1: Chest plain film revealed a mass lesion with well-define border over RB6.

提供:台北榮民總醫院 胸腔部 馮嘉毅醫師

1. [Case]

A 53 y/o female presented to chest OPD with productive cough for 2 months and hemoptysis in recent 2 weeks. She had history of type 2 diabetes for 5 years. The lab data upon presentation were as below: WBC: 7900/cumm, Seg: 63.4%, CRP: 7.62 mg/dL. The renal function and liver function were normal.

[Question]

您的診斷為何?

- (A) Lung cancer
- (B) Pulmonary tuberculosis
- (C) Pulmonary aspergillosis
- (D) Pulmonary actinomycosis
- (E) Lymphoma

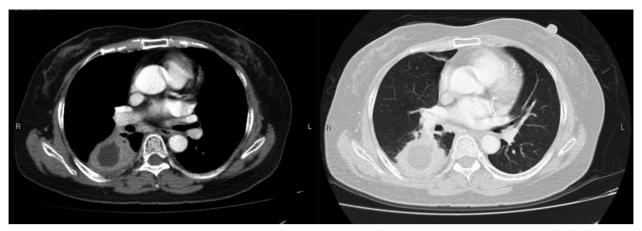


Figure 2: The chest CT demonstrated a 7.5X5.4cm mass lesion over RB6 with peripheral enhancement and well-defined border.

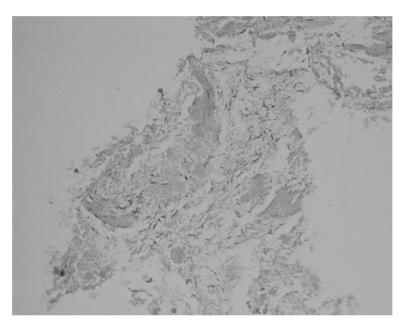


Figure 3: Pathology of sono-guide biopsy demonstrated inflammatory exudate with a mass of filamentous bacteria.

[Answer]

(D) Pulmonary actinomycosis

The pathology of sono-guide biopsy demonstrated inflammatory exudate with a mass of filamentous bacteria. The bacteria is positive for Gram and GMS stains, but negative for acid-fast stain. The morphology and histochemical staining results are compatible with Actinomyces colonies.

選擇題:

- 2. 下列何者不是 qSOFA 的條件?
 - (A) respiratory rate $\geq 22/\min$
 - (B) alteration in mental status
 - (C) systolic blood pressure ≤ 100mmHg
 - (D) serum lactate $\geq 18 \text{ mg/dl}$

答案 (D)

- 3. 以下敘述何者為錯?
 - (A) Sepsis 係指感染合併有器官失能
 - (B) 可以用 SOFA score ≥ 2 判斷是否有 organ dysfunction
 - (C) Septic shock 係指須使用升壓劑以維持血壓大於 65 mmHg 且 serum lactate ≥ 2 mmol/L
 - (D) Sepsis 診斷需建立在 SIRS 基礎之上

答案 (D)

- 4. 下列哪個抗體是屬於 anti-PD-L1 抗體?
 - (A) Nivolumab
 - (B) Pembrolizumab
 - (C) Atezolizumab
 - (D) Ipilimumab

答案 (C)

- 5. 在 POPLAR 試驗中,下列哪個標記(以中位數分兩組),無法預測使用 atezolizumab 相對於 docetaxel,在整體存活期有改善?
 - (A) PD-L1
 - (B) PD-L2
 - (C) PD-1
 - (D) Smoking pack-year

答案 (D)

- 6. 本研究(呼吸器相關性氣管支氣管炎的發生和預後)認為下列哪些方式可以減少呼吸器相關性肺炎的發生?
 - (A) 及早確定呼吸器相關性支氣管支氣管炎並使用適切的抗生素
 - (B) 確診為呼吸器相關性肺炎時再使用抗生素
 - (C) 呼吸器相關性氣管支氣管炎並非真正感染不必使用抗生素
 - (D) 使用呼吸器的病人都必須預防性使用抗生素減少呼吸器相關性肺炎的發生

答案 (A)

- 7. 依據本研究(呼吸器相關性氣管支氣管炎的發生和預後)的結果可以發現?
 - (A) 不論有沒有使用抗生素,產生呼吸器相關性肺炎的機會全部相同
 - (B) 當病人罹患呼吸器相關性氣管支氣管炎,即使使用了正確的抗生素也不會減少呼吸器相關性肺炎的發生
 - (C) 呼吸器相關性氣管支氣管炎或肺炎的病人若使用了正確的抗生素其死亡率會明顯下降
 - (D) 呼吸器相關性氣管支氣管炎或肺炎的病人使用了正確的抗生素他們住加護病房的時間會減少,但統計學上無明顯意義

答案 (C)

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…

胸腔科醫師之非典型發展

陳志金醫師 奇美醫院 睡眠中心

11年前在台大完成受訓之後,我就到了台南的奇美醫院加護醫學部。沒有做肺癌、沒有做氣喘與慢性阻塞性肺病、沒有看門診、沒有看病房、沒有去 RCC/RCW,只有專責的做重症 (ICU),這應該算是胸腔科醫師的少數吧?

踏入病人安全與醫療品質領域

剛到奇美醫院,對很多流程或系統都很有意見,而且到處「放炮」。但卻因林宏榮副院長一句話:「既然有這麼多地方不滿意,你要不要自己跳下來改變?」,於是我就一頭栽下去跟著林副一起做病安與醫療品質。當初從帶領一個由 18 位醫師組成的病人安全小組,針對病人安全通報事件,進行 RCA 分析、逐一進行系統性與流程的改造,也完成了不少品質改善專案,一直到擔任醫策會的病人安全通報小組委員、負責撰寫病人安全章節。參與這些活動,其實都是額外的工作,並沒有多的收入,但是卻有很大的成就感,也會因為流程的改善,讓自己的工作單位運作的更流暢。

推動醫療團隊合作 TRM (Team Resource Management)

在 ICU 工作壓力很大,自己對同仁的要求也很高,因此只要同仁稍有錯失就會責備他們,因而落得「很機車」的稱號。2008 年有幸參與醫策會的 TRM 推動,才深深的體會到,良好的團隊合作,才能保障病人的安全、才能提供更好品質的醫療、醫療團隊才能更和諧的相處。從此致力於推動 TRM,中文化 TRM 教材、成立 TRM 臉書專頁、創新 TRM 教學方式,並到全國推廣,因而有機會訓練自己的演講與簡報技巧(這算是意外的收獲),同時也獲得「TRM 教主」的稱號,並受邀到香港分享。最重要的是,與同仁的相處改善許多,在單位裡當個真正受到尊重的主管。

創立睡眠中心

接下來,因為自己是睡眠呼吸中止症 (OSA) 的患者,也希望在台南能夠幫助一些像自己一樣的病人獲得治療,於是就成立了睡眠中心。為了不干擾 ICU 白天的工作,特別選擇在夜間來開設打鼾與睡眠呼吸障礙門診,並積極參與睡眠醫學會運作,也在網路上成立「打鼾/大象俱樂部」推廣 OSA 的診治。

醫師疲勞與病人安全

有了病人安全的實務經驗,也有睡眠相關的專長,因此就開始來探討醫師疲勞與病人安全的議題。這其實是需要更周嚴的準備,與各種配套,而非只是訂定工時限制而已。

放棄教職,教自己喜歡的:關懷/正向思考/醫病溝通

跟隨台大的老師,寫了不少 paper 升到助理教授後,因為私立大學的評鑑煩瑣的 paper work,加上學生的學習動機不強(在電機系教健康概論,也大概會預期到如此情景吧?),所以就放棄教職。但是,個人對教學其實是非常有興趣與熱忱的(在當 CR 時就成立了台大內科的影音教學平台),在奇美醫院還連續三次獲得優良教師而獲頒傑出教師獎。

我的興趣是教「關懷推動、正向思考、醫病溝通」,這些內容除了是自己有興趣、願意每次都投入時間好好準備之外,也會因此提升住院醫師與護理同仁應對的能力與工作的士氣、還會減少醫療糾紛,所以,到頭來,還是幫了自己一把。我也額外開設一個 Line 群組分享醫病溝通教學,標榜「以零碎的時間,在 Line 學習醫病溝通」。想不想教、教不教得好,跟有沒有教職,其實也沒有什麼必然的關係。

放棄寫論文,改寫臉書

既然不追求教職了,就重新思考,發現自己也不那麼喜歡做研究寫論文,反倒是在臉書上寫的文章,看的人多、互動即時、更能有效的傳達自己的理念,於是就花了不少時間在臉書的耕耘,以下分享我們可以在臉書上做的事:

- **政策建言**:醫師因為忙碌,鮮少參與各種政策的發聲,現在有了臉書平台,「只要動動手指頭,不必上街頭」,也能適時表達基層醫師的心聲。最近的醫療政策,像是病歷中文化、醫糾法、DRG等,都因為臉書醫界的聲音,大到足以引起傳統媒體的注意,進而受到民意代表與主管機關的重視,才讓多項政策有重新討論的空間。
- **民眾衛教**:讓民眾不再只是接受傳統媒體的資訊或是廠商的「業配文」,專業醫師也有許多經營 得有聲有色的部落格或臉書,都能適時的以專業觀點,制止錯誤觀念的傳播。像蘇一 峰醫師的臉書與部落格,就經常分享呼吸系統疾病、空氣污染的簡報,其能傳播的速 度與廣度,可以比傳統媒體還更大。
- 經營個人品牌:醫師以自己的部落格或臉書經營個人品牌,追隨者數千人或數萬人,因此有助於理念的傳達。另外一點,非常的重要是,醫師若不幸被誣告或毀謗時,過去幾乎沒有什麼反擊的能力,若要召開記者會澄清,也要看傳統媒體願不願意報導。現在情況不同了,人人都是「自媒體」,自己就可以在第一時間,快速的在臉書上澄清與說明、抑止謠言與不實指控的散佈,快速達到止血的目的。另外,在網友進行「內搜」時,也會因為搜尋到醫師平日建立的個人的專業、正派形象,而開始質疑謠言的真實性,不會輕易的協助散播。
- 專業教學: 臉書上的不少社團都有醫療專業的交流,尤其是專業簡報與演講的交流,經常有令人 讚嘆的簡報,可以很簡單的敍述一個事件或複雜的醫療問題,我們可以學習用來衛教 民眾、或是臨床教學。高醫的許超群主任,也經常臉書上以社團方式,和醫學生進行 方便、即時、互動的教學討論,值得我們學習。

秘密社團:無論是聯誼性質,或是專業的交流,因為是秘密的社團,也不必擔心會被一般民眾看到。 例如台大陳冠宇醫師成立的「肺癌診治研究社」,「胸腔感染症診治論壇」,還有本 人於去年年會期間成立的「台胸加人 TSPCCM」,也邀請胸腔同好們一起加入耕耘。 (於臉書搜尋該社團名稱即可加入,等候管理人核可)

醫療形象:在臉書上分享醫療的關懷故事,正向的醫病溝通,為提升醫療形象,略盡棉力。

借這個吐納園地,分享個人的非典型發展,是希望提醒年輕醫師,不要被自己的想法與心態 限縮自己的發展!多方面的探索,就能找到自己的天賦所在,然後可以快樂的投入!雖然不算什 麼大成就,但是也算是找到自己可以快樂從事的執業生涯。

參老:

- 1. ICU 醫生陳志金 http://www.facebook.com/icudoctor
- 2. 打鼾俱樂部 http://www.facebook.com/no.snore
- 3. TRM 粉絲團 http://www.facebook.com/TRM1234
- 4. 良好睡眠 安全行醫 陳志金 醫療品質雜誌 9: 3 2015.05 [民 104.05], 頁 27-31。
- 5. 以團隊學習模式改善醫療團隊資源管理訓練成效 陳明宏等 醫療品質雜誌 5: 5 2011.09 [民 100.09], 頁 78-83。
- 6. 醫療職場的破壞性行為 陳志金等 醫療品質雜誌 5: 4 2011.07 [民 100.07], 頁 24-28。
- 7. 醫療團隊資源管理課程中文化初探 陳志金等 醫療品質雜誌 4:3 2010.05[民 99.05], 頁 85-90。
- 8. 拒絕疲勞醫師 維護病人安全一從平衡住院醫師工時談起 陳志金等 醫療品質雜誌 3: 4 2009.07 [民 98.07], 頁 44-49。
- 9. 病人安全推動成果之回顧與展望 陳欣欣等 醫療品質雜誌 3: 2 2009.03 [民 98.03], 頁 4-31。



個人的臉書粉絲專頁



學會的臉書秘密社團 歡迎各位會員加入

https://www.facebook.com/groups/1282865511739161/?fref=ts





個人的部落格 http://snore123.blogspot.tw



肺癌診治研究社



胸腔感染症診治論壇

活動集錦

2016.6.4 Post-ATS







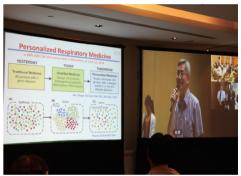












2016.6.19 中區支氣管鏡課程













TSPCCM

2016.6.19 中區支氣管鏡課程







2016.6.26 流感重症課程



















ISPCCIVI

2016.6.26 流感重症課程



