會訊

第28期
2019.12

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
耆老的勉勵
資深理事的勉勵
主編的話
會務活動
學術專欄
通訊繼續教育
吐納園地
活動集錦
會訊委刊廣告贊助回函

總會地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號 B1　台灣胸腔暨重症加護醫學會
電話：(07) 735-3917
分會地址：10045 台北市中正區重慶南路一段 57 號 6 樓之 3
電話：(02) 2314-4089
網　　址：www.tspccm.org.tw

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 108 年 12 月第 28 期

發行人 Publisher　林孟志 Meng-Chih Lin
主編 Editor-in-Chief　夏德椿 Te-Chun Hsia
副主編 Deputy Editor-in-Chief　楊政達 Cheng-Ta Yang
編輯委員 Editorial Commissioners　王金洲 Chin-Chou Wang　余明治 Ming-Chih Yu
吳杰亮 Chieh-Liang Wu　林慶雄 Ching-Hsiung Lin
施金元 Jin-Yuan Shih　洪仁宇 Jen-Yu Hung
陳濘宏 Ning-Hung Chen　陳鴻仁 Hung-Jen Chen
彭忠衎 Chung-Kan Peng　黃坤崙 Kun-Lun Huang
執行編輯 Executive Editors　余忠仁 Chong-Jen Yu　吳秉儒 Biing-Ru Wu
沈宜成 Yi-Cheng Shen　姚宗漢 Zong-Han Yao
陳家弘 Chia-Hung Chen　廖偉志 Wei-Chih Liao
鄭文建 Wen-Chien Cheng　謝文斌 Wen-Pin Shieh
執行秘書 Executive Secretary　涂智彥 Chih-Yen Tu
編輯顧問 Editorial Consultant　鍾飲文 Inn-Wen Chong

學會秘書處
總會地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號 B1　台灣胸腔暨重症加護醫學會
　　電話：(07) 735-3917
分會地址：10045 台北市中正區重慶南路一段 57 號 6 樓之 3
　　電話：(02) 2314-4089
E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net
網址：www.tspccm.org.tw
編輯部助理：余智惠
電話：(06) 235-3535 轉 5399　E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

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

本期封面：2019 年胸腔專科醫師合照

TSPCCM

目 錄

理事長的話 3

耆老的勉勵 4

資深理事的勉勵 5

主編的話 6

會務活動

會議記錄

第十七屆第九次理、監事聯席會會議記錄 7

公共事務工作小組會議記錄 26

重症醫學委員會會議記錄 27

肺部環境及職業醫學委員會會議記錄 29

學術委員會會議記錄 30

學術專欄

胸腔暨重症案例

本期案例：A 47-year-old man with right chest pain for one month

提供：中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科 沈宜成醫師 35

醫學新知

■ Use of an Ultrathin vs Thin Bronchoscope for Peripheral Pulmonary Lesions: A Randomized Trial

極細與細支氣管鏡在周圍型肺部病變中的應用

編譯：吳秉儒醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科 37

■ Clinical and microbiological characteristics of non-tuberculous mycobacteria diseases in Singapore with a focus on pulmonary disease, 2012-2016

新加坡非結核分枝桿菌在肺部疾病的臨床及微生物特徵，2012-2016

編譯：廖偉志醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科 39

■ Benralizumab for the Prevention of COPD Exacerbations

Benralizumab 對於肺阻塞急性發作的預防

編譯：鄭文建醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科 42

專題報導

■ 胸腔職業疾病群聚事件調查報告

作者：職業安全衛生署 台大職業傷病防治中心 45

通訊繼續教育 47

吐納園地

■ 那年，我在 MD Anderson Cancer Center 的日子

作者：陳家弘醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔暨重症系 54

活動集錦 59

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函 67

此刊出版時，在高雄舉辦的五十週年年會已經圓滿順利結束，非常感謝各位會員的共襄盛舉，熱情參與，也希望大家攜手為胸腔暨重症加護醫學會的將來一起打拼。

而在寫稿的當下，是剛參加 11 月 14-17 日 APSR 在越南河內舉行的 2019 年年會回到台灣，這是第一次在越南舉行的亞太胸腔醫學會議，會議內容雖然多元精彩，不過與去年在台北舉行的 2018 會議仍稍有遜色。本會會員也有超過 50 人註冊參與此次年會。在此次年會當中，個人除代表台灣胸腔暨重症加護醫學會積極參與各行政教育會議之外，也跟歐洲胸腔醫學會 (ERS) 理事長 Thierry Troosters 教授共同簽訂 MOU，擬定將來我們學會的會員將會有 250 名加入歐洲胸腔醫學會成為正式會員，權利義務與全世界其他國家會員一樣，這部份秘書處將會再調查參與的意願，再積極辦理。遺憾的是在年會當中，台灣專家擔任講者或主持人相當少，我們學會除在國內積極醫療領域發展之外，需要更努力參與國際醫學會議，讓國際社會能更認識，認同台灣。

最近兩個月有機會參與台灣國家肺癌防治計劃成立的籌辦會議，在參與當中，深深感覺到肺癌的防治在台灣社會及醫療界的重要性，身為胸腔重症的一員，我們當然無法置身事外，從癌症的篩檢到診斷、檢驗及治療，胸重醫師均扮演相當重要關鍵的角色，由於台灣到目前為止尚沒有明確的國家肺癌篩檢政策，因此智庫若真能成立，應該對於我們國人的健康，尤其是肺癌的篩檢、診斷、檢驗、治療及全人照顧等等，會有相當的幫忙，參與人員除專家學者之外，更有立法委員、健保署、國健署及衛福部等政府部門共同參與，我們且拭目以待，能夠早日見到國家對肺癌的政策推動。

今年到此，學會秘書處統計已經有 45 名準會員加入，比起前兩年準會員加入的人數驟減的窘境，已經有明顯的改善，也感謝各位會員齊心關注，有新血的加入，我們胸腔學會的榮景預期可待，希望在大家的合作之下，為胸腔醫學下一個 50 年共同努力，能夠為國人的健康一起打拼，謝謝各位！

理事長

謝文斌教授
本會前常務監事
基隆及林口長庚紀念醫院 榮譽副院長

“我們一起來寫歷史”

欣逢台灣胸腔及重症加護醫學會 50 週年，而我退休已經七、八年了，特別最近幾年都在國外，常常年會的時候沒能和師長，學弟妹們見面，想利用學會年會當期的會訊來跟大家問候，也表達我個人的一些淺見。不過據編輯小姐說“吐納園地”的文章已經有了，稿子可能會延到明年春夏天才能登出，不過我想曾擔任學會六任的常務監事（18 年），是不是也能寫一些勉勵的話，可是在目錄頁看到了“資深理事的勉勵”專欄，驚覺“長江後浪推前浪”，畢竟我已是陽春會員，我們的時代已經過了，不過自認對這個學會感情豐富，看到年輕的胸專醫生們在職場上的努力以及在國際上的拼搏，感到非常欣慰。所以真的誠懇向大家致敬，表達問候之意，也不敢用“勉勵”一詞，就當“野人獻曝”，或“白頭宮女説天寶舊事”請看倌們忍耐了。

最近因為我們胸重醫學會委託蔡篤堅博士的團隊，編撰的本會歷史，經過多年努力，特別選在學會五十週年年會期間刊印發行，深具意義。不久前編撰團隊賴了一些相片來問我裡面的人是誰，所以引起我寫這一篇文章的動機，就是“讓我們一起來記錄歷史”。歷史的五元素就是“人、時、地、事、物”，我們常有照片但是漏掉記錄這些元素，而後事過境遷大家也忘記了。所以常常會把人張冠李戴，或時空倒錯非常可惜。就像 2019 年 10 月份的會訊的封面照片，很高興見到許多同道，特別是經由高國晉教授的確認，認出多年舊識，“兩岸三地華人胸腔病研討會”廣州場的東道主，領軍對抗“中國非典”疫病的鍾南山院士。類此，如果編輯時能及時的把這些人物標記出來，其它背景資料也建檔保存，那麼本學會爾後若要編撰會史，譬如“百年會史”就材料不缺而且信實可靠，也不會再有混淆倒錯或史料難尋了。

另外，很高興看到第 17 屆第 8 次理監事聯席會議的提案（案三，附件六）“本會文案編修制度辦法”，規定可謂週詳。我個人有個建議， 認為既然我們要編寫出版專書，完工之前是否應該取得國立中央圖書館的 ISBN 的號碼，這樣我們的各種專書就有中央級的學術性圖書館，可為我們永久保存，供後人參閱了。

最後，不久前學會秘書處有徵求“胸重學會 50 週年歷史蒐集”，我的了解是製成海報看版，學會年會期間展示供觀覽。由於年會節目豐富，要會員或有志於胸重醫學的年輕學子，在會期中詳細閱覽恐有困難。我建議若能刊登於“會訊”，利用其“畸零”的空間篇幅，以照片和小文來留下歷史，並成立除了“吐納園地”外，富有人文氣息的專欄，或許也能鼓勵漸離職場，正各自整理其人生的耆宿會員們，找出老照片，作些懷舊的敘述，將來還可能彙集成專書，成為本會的寶貴資產，真是一舉數得啊！

敬祝本會會務興隆，同道們服務人群無忘初衷，常保健康快樂，家庭幸福。

教授 謝文斌

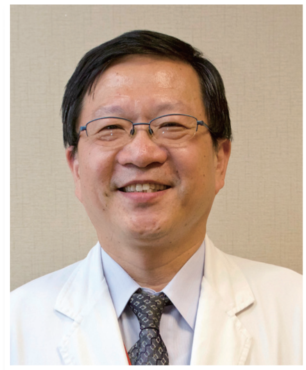
余忠仁教授
台灣大學醫學院附設醫院 副院長
台灣大學醫學院 內科 教授
中華民國重症醫學會 理事長
余忠仁理事口述／姚宗漢醫師撰寫

胸腔病學會於民國84年正式改名為胸腔暨重症加護醫學會，從那個時候開始，胸腔科醫師由傳統的呼吸道疾病診治領域開始進入重症醫療，在那之後的十幾年，學會會員大幅度的成長，最顛峰的時期準會員曾經高達一百多位。但重症醫療畢竟需要投入大量的資源，隨著大環境不佳(如PGY100制度)以及健保給付過低等問題，最近這十幾年來加入重症領域的人數逐漸走下坡。於是在我擔任學會理事長的期間，我們積極經由各種管道，如記者會、媒體雜誌甚至英文報紙宣傳，提醒國人以及健保署對於重症醫療的重視，終於爭取到約16億元對於加護病房住院診察費的提升，希望能為投入重症領域的會員提供更好的保障跟環境。同時間，學會也積極參與醫策會醫院緊急醫療能力分級評定的工作，讓學會在加護病房分級認定部分擁有主導權地位，增加學會在重症領域的影響力。

而傳統的胸腔科疾病仍然很重要，如肺阻塞(COPD)。學會經過縝密規劃後，與健保署共同推出全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)醫療給付改善方案，經由系統性設計及安排系列教育課程，結合了基層跟醫院，不僅打破過往壁壘分明的給付制度，也讓基層醫師對於民眾照護能力有更進一步的提升，同時喚起民眾對這個疾病的重視。很多醫院成立肺復原中心都是從這裡開始。

目前對於胸腔重症的給付與大環境仍有許多可以再改善，相信學會依然會繼續努力去爭取，也歡迎年輕內科醫師加入胸腔科行列。胸腔重症醫師不會挑選病人，全人的照顧一直是我們訓練的強項，因此如果對於內科有興趣的醫師，胸腔科絕對是最適合的次專科選擇。

理事 余忠仁



台灣胸腔暨重症加護醫學會創建至今已經50年，本期會刊應該是屆滿50年的一期。台灣大學余忠仁教授擔任本學會理事長期間正面臨台灣醫療環境的大變化，尤其是重症醫療給付不合理以及人力需求的分配不恰當，導致我們受訓會員人數下降。幸賴余理事長和許多熱血的理監事積極的利用各種管道爭取和宣傳，讓國人及健保署對於重症醫療重拾重視，並讓學會能在緊急醫療能力分級評定的工作上佔有部份主導權。余教授在資深理事勉勵一文對大家再次鼓勵，大家也應再度凝集共識，再創胸腔病學會另一風潮。

胸腔重症案例，本期由中國醫藥大學附設醫院沈宜成醫師提供一位47歲男性農夫以右胸疼痛表現，發展至肺部多浸潤變化和敗血性休克、呼吸衰竭住進加護病房病例。病人有酗酒和反覆胰臟炎病史，病程發展有極度快速，是一個很好的重症醫學範例。

醫學新知部分，吳秉儒醫師評論了一篇本年度刊登於Chest的研究，研究團隊使用極細支氣管鏡檢查確實比細支氣管鏡檢查能得到較高的診斷率，但台灣仍是使用2.0mm工作通道的4.9mm一般支氣管鏡，若有機會引進極細支氣管鏡對於胸腔病診斷率提高應會有如如虎添翼。

廖偉志醫師則選讀來自新加坡的研究，這篇研究最主要是探討非結核分枝桿菌在肺部疾病的臨床及微生物特徵。肺部非結核分枝桿菌疾病極具挑戰性，因為疾病的臨床過程是異質性的，所以診斷確認不易。需要接受治療的病人，治療的時間相當長，而且也很難取得藥物敏感試驗的結果，也十分容易復發，有時伴隨高死亡率和各式併發症。本研究雖為地域性研究，但提供的資訊足供胸腔科醫師作為重要的參考。

鄭文健醫師提供摘自NEJM九月份刊登的文章。本文探討benralizumab對於肺阻塞急性發作的預防功效和安全性。由於慢性肺阻塞的是一個複雜的臨床疾病，致病機轉也非常多元，所以本研究最後的結果是並沒有辦法讓中度到重度的肺阻塞而且嗜伊紅性球大於220的病人有意義的降低他們每年的急性發作頻率。慢性肺阻塞的使用生物製劑的確較之於哮喘仍有很多的機制或生物標誌需要探討和解決。

吐納園地由陳家弘醫師娓娓道來他在MD Anderson Cancer Center進修的心路歷程。不同的文化會激起不同的火花，更能夠創造新的思考模式，年輕醫師應該積極爭取任何出外學習的機會，就如家弘所言“短暫停留，讓自己有不一樣的人生”。

本會前輩謝文斌院長在台灣胸腔暨重症加護醫學會50週年的大日子，主動投稿一篇“我們一起來寫歷史”。除了對大家致意表達問候外，特別針對學會歷史的收集和保存提供非常誠摯的建議。每一個團體對於走過的痕跡由於記憶的不夠清晰，往往事後要再忠實的呈現確有困難，謝院長不只是是諄諄教誨，也是一種語重心長。

此次出刊正值春節前，敬祝大家新年快樂。

主編 

台灣胸腔暨重症加護醫學會
第十七屆第九次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 108 年 12 月 6 日 (星期五) 19:00-19:30
高雄軟體園區會議中心 301 室 (高雄市前鎮區成功二路 25 號 3 樓)

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 108 年 9 月 20 日會議決議事項及執行情形：

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

(二) 本會與 ERS 簽訂 International Membership Contract between ERS and TSPCCM，新增本會 ERS 團體會員 250 位。

四、108 年度「胸腔暨重症專科醫師甄審」，33 人通過 (內科 30 人、外科 3 人)，通過率 84.6%。

(一) 9 月 22 日於三軍總醫院舉行筆試與 X 光考試

- 總共 39 人應試 (內科 36 人、外科 3 人)，筆試 34 人，X 光考試 38 人。
- 筆試 34 人應試，30 人通過，通過率 88.2%。
- X 光考試 38 人應試 (內科 35 人、外科 3 人)，33 人通過 (內科 30 人、外科 3 人)，內科通過率 85.7%，整體通過率 86.8%。
- 第一階段 33 人通過 (內科 30 人、外科 3 人)，通過率 84.6% (內科通過率 83.3%)。

(二) 10 月 20 日於臺大醫院睡眠中心舉行口試

- 30 人應試皆通過，其中成大蔡 O 軒醫師需進行肺功能再訓練三個月。

五、本會承接國健署委託業務「慢性阻塞性肺病疾病個案早期介入模式發展計畫 (107 至 108 年)-108 年度」。委請理事林慶雄撰寫計畫，已聘請 1 位研究計畫專案助理。目前工作進度：

(一) 計劃已於 108 年 11 月 14 日繳交初步成果報告，108 年 11 月 21 日進行期末審查會議，將依會議中審查委員之建議修正報告，此計劃將於 108 年 12 月 14 日完成成果報告繳交並結案。

六、本季健保署來函：

(一) 108 年 9 月 16 日「有關貴會建議修訂 Mepolizumab (如 Nucala) 之給付規定案，復如說明，請查照。」

(二) 108 年 9 月 25 日「有關本署醫療品質資訊公開之『氣喘疾病』指標操作型定義，請貴單位依附表格式 (附件一)，提供專業意見，並請於 10 月 15 日前回復，請查照惠復。

(三) 108 年 9 月 26 日「為研議修訂健保給付之『體外循環用 - 長效血液幫浦 (配合心室輔助裝置植入)』及『〝長效型體外循環組 - 血液幫浦 +OXYGENATOR+TUBING

SET+FLOW PROBE+ARTRIAL & VENOUS CANNULAE 心室輔助裝置 30 天』給付規定一案，請貴學會於 108 年 10 月 14 日前惠予提供專業意見，請查照。」

(四) 108 年 10 月 9 日「為研議荷商波士頓科技有限公司台灣分公司建議將用於呼吸道擴張之特材，『"波士頓科技"呼吸道氣球擴張導管』(衛部醫器輸字第 028571 號) 納入健保給付一案，請貴學會於 108 年 10 月 22 日前惠予提供專業意見，請查照。」

(五) 108 年 10 月 15 日「為辦理本保險醫療服務審查醫藥專家之遴聘事宜，請貴學會協助推薦適當專家人選，請查照。」

(六) 108 年 10 月 17 日「為研議『呼吸道疾患吸入製劑』之健保給付規定，請貴會參考全球最新之診療指引及綜整各相關學會意見，提供完整之『呼吸道疾患吸入製劑』給付規定條文修訂草案，作為修訂健保呼吸道藥物給付規定之參考，請查照。

(七) 108 年 10 月 31 日「有關貴會建議修訂含 mepolizumab (如 Nucala) 之給付規定案，檢送財團法人醫藥品查驗中心評估報告一份如附件，請查照。」

(八) 108 年 11 月 19 日「為使本署全民健康保險醫療品質資訊公開網公布之『氣喘疾病』相關醫療品質指標之操作型定義合理反映臨床狀況，惠請貴會協助於 108 年 12 月 16 前，提供專業意見，請查照惠復。」

七、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

- 第 108 年度甄審筆試共 93 人符合甄審資格，其中胸重會員 17 位。
- 筆試於 11 月 17 日結束，實到 91 人，89 人及格，及格率 97.8% (胸重會員全數通過)；口試則訂於 12 月 14 日舉行。
- 成立臨時工作小組制定重症專科 RRC，以便後續申請重症醫學專科為部定次專科。

(二) 健保及醫療政策工作小組

- 108 年 11 月 22 日，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」提案決議通過 (附件一)。
- 醫療服務審查醫藥專家之遴聘事宜，由工作小組協助推派，並經理事長裁示後，將推選名單提至健保署。

(三) 教育與出版委員會

(四) 公共事務工作小組

- 108 年 9 月 19 日，台灣菜瓜布肺日 (IPF Day) 發布宣傳新聞稿。健走活動於當週週末 9 月 22 日於台北大安森林公園辦理聽診趣健走宣傳活動。
- 108 年 11 月 7 日，國民健康署共同辦理 COPD Day「終結肺阻塞 招你作伙來戒菸」記者會。

(五)「胸腔醫學」雜誌編輯委員會

- 2019 年度「胸腔醫學」~ 原著優秀論文得獎名單。

A. 第一名：張克威醫師，林口長庚紀念醫院 呼吸胸腔科

投稿題目：Survival Predictors in Oldest-Old (≥85 Years Old) Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome: A Prospective Observational Cohort Study

B. 第二名：林彥岑醫師，台中榮民總醫院 內科部 胸腔內科

投稿題目：Driving Pressure Greater than 14 cmH2O is Associated with Increased

Mortality When Tidal Volume is Less than 8 ml/kg in Sepsis Patients with Acute Respiratory Failure

C. 第三名：蔡尚峯醫師，戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 胸腔暨重症科
投稿題目：Analyzing Characteristics Associated with Symptomatic Sleep Disturbance in COPD Patients

- 胸腔醫學期刊下載之權利金結算 (華藝線上圖書館)：未領取之應得權利金為 39,215 元 (未扣稅金額) (結算至 2019 年 5 月 31 日止)。
- 胸腔醫學投稿系統設置進度報告：網頁架構中。

(六) 國際學術交流工作小組

(七) 學術委員會

- 108 年 11 月 3 日，於台中榮民總醫院舉辦「2019 年 Update of Critical Issues in ICU (中區)」。

(八) 呼吸道疾病委員會

- COPD 指引已完成編修並印製，將於 108 年胸重年會時提供給會員。
- 肺部復原手冊已完成編修並印製，將於 108 年胸重年會時提供給會員。
- COPD 核心教材編修，108 年 10 月 5 日召開第二次會議；108 年 10 月 28 日召開第三次會議。
- 108 年 12 月 14 日，台北 W Hotel 舉辦「Post APSR Symposium」(北區)。
- 108 年 12 月 22 日，台中林酒店舉辦「Post APSR Symposium」(中區)。
- 108 年 12 月 14 日，高雄水京棧舉辦「Post APSR Symposium」(南區)。
- 108 年 11 月 30 日前，氣喘改善方案繼續教育課程參與人數。(附件二)
- 108 年 11 月 30 日前，COPD 認證課程參與人數。(附件二)
- 109 年預計辦理活動：COPD 認證教育課程、Asthma 給付改善方案課程、Post-ATS symposium、Post-ERS symposium、支氣管擴張論壇、肺復原研討會。

(九) 肺結核病及感染委員會

- 108 年 10 月 05 日，首次舉辦三地連線課程，108 年非結核分枝桿菌肺病研討會 (北區 - 香格里拉台北遠東國際大飯、中區 - 台中亞緻大飯店、南區 -H2O Hotel 水京棧國際酒店 2F 宴會廳 B)。

(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

- 2020 年 Euro Asia ESICM 會議時間為 2020 年 9 月 11 日至 13 日，在台大國際會議中心舉行。由於 2020 年 Euro Asia ESICM 將與重症、急加聯合年會合併舉辦，委員會建議學會以協辦方式，鼓勵學會內年輕醫師參與會議。
- 2020 Euro Asia 胸重若為協辦學會，則會員比照主辦單位 (重症醫學會、急救加護醫學會) 會員，註冊費為€ 100 (非會員醫師註冊費用為€ 280)。大會活動將向聯委會申請兩天 16 小時的聯甄學分。
- 108 年 10 月 26 日，於台大醫學院 301 講堂舉辦「The critical care issues you just

cannot ignore」。

(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

- 有關“建置肺癌治療登錄系統”研究計畫，先前已開過幾次討論會議，預計有 9 家機構一同執行此研究案。
- 目前將正式開始執行，但各家醫院皆須有經費及人力協助，擬請學會贊助經費，以利後續執行。

(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、「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 2 位提出申請。

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三年，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三年，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。

共 2 名醫師提出申請案，申請資料如下表：

序號	會籍	姓名	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	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	潘 O 宏	611	NA	民國 91 年 12 月 14 日	NA	NA	光田醫療社團法人光田綜合醫院胸腔內科	Zinc sulfate improved the unbalanced T cell profiles in Der p-allergic asthma: An ex vivo study
2	一般會員	林 O 鴻	1017	NA	民國 97 年 12 月 13 日	1027	民國 98 年 12 月 27 日	國泰醫療財團法人國泰綜合醫源呼吸胸腔科	Comparison of Quality of Medical Care in Prolonged Mechanical Ventilation Patients With and Without Ventilator-Associated Pneumonia

※ **結論：**林 O 鴻醫師申請通過；潘 O 宏醫師因缺聯委重專證書，不符胸腔專科指導醫師資格，不予通過。

二、審查「108 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 45 位提出申請。

說明：

(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	訓練單位 / 起始日期 (一般內科 3 年、一般外科 4 年)	醫師證書 / 執登 / 主專
01	江 O 恒	國立台灣大學	國立台灣大學附設醫院	國立台灣大學附設醫院 /104 年 08 月 -107 年 8 月外科	醫字第 051021 號 / 北市衛醫執字第 R123728542 號
02	張 O 嘉	中國醫藥大學	奇美醫院	奇美醫院 /105 年 08 月 -108 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 054217 號 / 南市衛醫執字第 H123882688 號
03	張 O 閎	中山醫學大學	奇美醫院	奇美醫院 /105 年 10 月 -108 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 052417 號 / 南市衛醫執字第 R123779469 號
04	蘇 O 名	台北醫學大學	國立台灣大學附設醫院	國立台灣大學附設醫院 /105 年 08 月 -108 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 054420 號 / 北市衛醫執字第 S123827247 號
05	張 O 愷	中山醫學大學	國立台灣大學附設醫院	國立台灣大學附設醫院 /105 年 08 月 -108 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 053463 號 / 北市衛醫執字第 A126540091 號
06	廖 O 濱	國立台灣大學	國立台灣大學附設醫院	台北榮民總醫院 /105 年 08 月 -108 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 053872 號 / 北市衛醫執字第 A225848607 號
07	郭 O岠	國立台灣大學	國立台灣大學附設醫院	國立台灣大學附設醫院 /105 年 08 月 -108 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 053000 號 / 北市衛醫執字第 I100176762 號

序號	姓名	學歷	服務單位	訓練單位 / 起始日期 (一般內科 3 年、一般外科 4 年)	醫師證書 / 執登 / 主專
08	高 O 偉	高雄醫學大學	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	童綜合醫療社團法人童綜合醫院 /105 年 09 月 -108 年 8 月 (一般內科 3 年)	醫字第 047321 號 / 中市衛醫執字第 F124030702
09	鄭 O 智	國防醫學院	國立台灣大學附設醫院	國立台灣大學附設醫院 /102 年 08 月 -108 年 8 月外科	醫字第 046616 號 / 高市衛醫 (苓) 執字第 S123261909
10	陳 O 良	國防醫學院	國軍三軍總醫院	國軍高雄總醫院 /103 年 08 月 -107 年 8 月外科	醫字第 046347 號 / 北市衛醫執字第 S123253701
11	張 O 榮	中國醫藥大學	彰化基督教醫院	彰化基督教醫院 /105 年 8 月 -108 年 7 月	醫字第 053030 號 / 彰衛醫執字第 S124007785
12	董 O 鴻	緬甸仰光第二醫學院	林口長庚	林口長庚醫院 /105 年 8 月至今 (一般內科 3 年)	醫字第 053060 號 / 桃衛醫執字第 H224011078
13	莊 O 皓	高雄醫學大學	高醫附設醫院	高醫附設醫院 /105 年 08 月 -108 年 8 月 (一般內科 3 年)	醫字第 051833 號 / 高市衛醫 (三) 執字第 R123902119
14	葉 O 奇	高雄醫學大學	高醫附設醫院	高醫附設醫院 /105 年 08 月 -108 年 8 月 (一般內科 3 年)	醫字第 053927 號 / 高市衛醫 (三) 執字第 V121179296
15	張 O 超	高雄醫學大學	高醫附設醫院	高醫附設醫院 /105 年 08 月 -108 年 8 月 (一般內科 3 年)	醫字第 053633 號 / 高市衛醫 (三) 執字第 F125377044 號
16	蔡 O 耘	中山醫學大學	高雄長庚醫院	高雄長庚醫院 /105 年 9 月 -108 年 8 月	醫字第 054213 號 / 高市衛醫 (鳥) 執字第 A129065826 號
17	李 O 豪	中山醫學大學	高雄長庚醫院	高雄長庚醫院 /105 年 8 月 -108 年 8 月	醫字第 053753 號 / 高市衛醫 (鳥) 執字第 FC02458922 號
18	吳 O 鋒	長庚大學	高雄長庚醫院	高雄長庚醫院 /105 年 9 月 -108 年 8 月	醫字第 052069 號 / 高市衛醫 (鳥) 執字第 P123368286 號
19	蔡 O 霖	中國醫藥大學	高雄長庚醫院	高雄長庚醫院 /105 年 11 月 -108 年 8 月	醫字第 052433 號 / 高市衛醫 (鳥) 執字第 T123144664 號
20	鄧 O 剛	中國醫藥大學	中國附醫	中國附醫 /105 年 8 月 -108 年 8 月	醫字第 052423 號 / 中市衛醫執字第 L123864333 號

序號	姓名	學歷	服務單位	訓練單位 / 起始日期 (一般內科 3 年、一般外科 4 年)	醫師證書 / 執登 / 主專
21	李 O 霖	長庚大學	嘉義長庚	嘉義長庚 /105 年 9 月 -108 年 9 月	醫字第 054343 號 / 嘉衛醫執字第 D122412115 號
22	洪 O 程	國立成功大學	高雄榮總	高雄榮總 /105 年 9 月 -108 年 9 月	醫字第 052869 號 / 高市衛醫 (左) 執字 X120486498 號
23	簡 O 凌	台北醫學大學	台北醫學附設醫院	台北醫學附設醫院 /105 年 9 月 -108 年 9 月	醫字第 053020 號 / 北市衛醫執字 F126725464 號
24	李 O 昕	成功大學	台中榮民醫院	台中榮民醫院 /105 年 8 月 -108 年 9 月	醫字第 051802 號 / 中市衛醫執字 B122299389 號
25	陳 O 翰	中國醫藥大學	中國醫藥大學附設醫院	中國醫藥大學附設醫院 /105 年 9 月 -108 年 8 月	醫字第 051440 號 / 中市衛醫執字 R123724384 號
26	陳 O 龍	中國醫藥大學	中國醫藥大學附設醫院	中國醫藥大學附設醫院 /105 年 9 月 -108 年 9 月	醫字第 052847 號 / 中市衛醫執字 L123836553 號
27	曲 O 鑲	中山醫學大學	台中榮民醫院	台中榮民醫院 /105 年 8 月 -108 年 9 月	醫字第 054222 號 / 中市衛醫執字 B122120754 號
28	林 O 容	國防醫學院	台北榮民總醫院	台北榮民總醫院 /105 年 9 月 -108 年 8 月	醫字第 054400 號 / 北市衛醫執字 A228544553 號
29	黃 O 儒	中山醫學大學	台北榮民總醫院	台北榮民總醫院 /105 年 9 月 -108 年 8 月	醫字第 052050 號 / 北市衛醫執字 N124884555 號
30	楊 O 堯	長庚大學	台北榮民總醫院	台北榮民總醫院 /105 年 12 月 -108 年 8 月	醫字第 050910 號 / 北市衛醫執字 A127428585 號
31	王 O 永	國防醫學院	三軍總醫院	三軍總醫院 /105 年 8 月 -108 年 7 月	醫字第 051148 號 / 北市衛醫執字 L123930341 號
32	王 O 媛	國立台灣大學	成功醫院	成功醫院 /105 年 8 月 -108 年 8 月	醫字第 052960 號 / 南市衛醫執字 P223260910 號
33	賴 O 翰	國立台灣大學	成功醫院	成功醫院 /105 年 8 月 -108 年 8 月	醫字第 054003 號 / 南市衛醫執字 R124056036 號
34	蘇 O 慶	中山醫學大學	中山醫學大學附醫	中山醫學大學附醫 /105 年 9 月 -106 年 3 月	醫字第 053803 號 / 中市衛醫執字 A125731445 號

序號	姓名	學歷	服務單位	訓練單位 / 起始日期 (一般內科 3 年、一般外科 4 年)	醫師證書 / 執登 / 主專
35	王 O 治	陽明大學	中山醫學大學附醫	中山醫學大學附醫 /105 年 9 月 -108 年至今	醫字第 053428 號 / 中市衛醫執字 AC00483477 號
36	蔡 O 忠	國防醫學院	三軍總醫院	三軍總醫院 /104 年 8 月 -108 年 7 月	醫字第 049926 號 / 北市衛醫執字 L122761637 號
37	鍾 O 融	長庚大學	基隆長庚醫院	基隆長庚醫院 /105 年 11 月 -108 年 11 月	醫字第 054587 號 / 北市衛醫執字 A226501327 號
38	林 O 銘	台北醫學大學	台北榮民總醫院	台北榮民總醫院 /104 年 9 月 -108 年 07 月	醫字第 050222 號 / 北市衛醫執字 F127129939 號
39	蔡 O 中	國防醫學院	台北榮民總醫院	台北榮民總醫院 /105 年 8 月 -108 年至今	醫字第 052705 號 / 北市衛醫執字 Q123671967 號
40	朱 O 儀	國防醫學院	三軍總醫院	三軍總醫院 /105 年 8 月 -108 年 8 月	醫字第 050698 號 / 北市衛醫執字 G221703201 號
41	林 O 緯	高雄醫學大學醫學系	馬偕紀念醫院	馬偕紀念醫院 /105 年 10 月 -108 年 6 月	醫字第 052516 號 / 北市衛醫執字 H123432348 號
42	陳 O 興	臺大醫院	臺大醫院	臺大醫院 /106 年 08 月 -108 年至今 (外科)	醫字第 052356 號 / 雲府衛醫執字 F127065823 號
43	林 O 勳		三軍總醫院	三軍總醫院 /102 年 08 月至今	醫字第 046485 號 / 北市衛醫執字 R123388351 號
44	劉 O 雲	國立成功大學	臺大醫院	臺大醫院 /105 年 08 月 -108 年至今 (外科)	醫字第 053690 號 / 北府衛醫執字 Q123016564 號
45	白 O 豪	台北醫學大學	臺大醫院	臺大醫院 /105 年 08 月 -108 年至今 (外科)	醫字第 048642 號 / 雲府衛醫執字 N124837083 號

※ **結論：**照案通過。

三、審查「胸腔暨重症專科醫師證書」效期展延。

說明：依據台灣胸腔暨重症加護醫學會「胸腔暨重症醫學」專科醫師甄審章程第七章第二十七條：本學會之專科醫師每 6 年度提出資格之再認證，換證時須於 6 年內累積達到最低要求學分數，胸腔暨重症專科醫師須累積達到胸腔一般 300 分 (其中至少包含 A 類學分 160 分，學會會訊提供通訊繼續教育 A 類學分，6 年內上限 60 分) 以及胸腔重症學分 100 分；重症加護專科醫師須累積重症學分 300 學分。於 6 年內無法累積足夠積分者，應於 2 年內補齊不足之學分，補齊學分後於次年辦理換證。此 2 年間仍維

持其專科醫師權益與專科醫師證書效力。

108 年 12 月共 396 人證照到期，目前 299 位已達展延資格，97 位累積積分不足。

※ **結論**：照案通過。

四、提案各家醫院分配「胸腔醫學」雜誌原著論文。

說明：

(一) 依照各家醫院的準會員報備人數計算原著篇數。

(二) 準會員報備人數：原著篇數 =2：1 (當原著篇數不足 1 篇時，則為 2 年內投稿一篇原著即可)。

(三) 當年度的胸腔醫學原著稿件件數，則依據上年度準會員的報備人數來計算。

(四) 109 年度各家醫院預計投稿篇數分配。

醫院名稱	108 年度 準會員報備人數	109 年度 預計原著投稿件數分配
臺大醫院	9	4.5
三軍總醫院	4	2
台北榮總	4	2
高雄長庚醫院	4	2
中國醫藥大學附設醫院	3	1.5
台中榮總	3	1.5
高雄醫學大學附設醫院	3	1.5
中山醫學大學附設醫院	2	1
成大醫院	2	1
奇美醫院	2	1
三軍總醫院松山分院	1	0.5
台北醫學大學附設醫院	1	0.5
林口長庚醫院	1	0.5
長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	1	0.5
馬偕紀念醫院	1	0.5
高雄榮總醫院	1	0.5
基隆長庚醫院	1	0.5
童綜合醫院	1	0.5
彰化基督教醫院	1	0.5
總數	45	22.5

※ **結論**：照案通過。

五、「胸腔醫學」期刊原為雙週刊(一年6刊)，提議更改為季刊(一年4刊)，以利稿件質量的提升。

※ **結論**：照案通過。

參、臨時動議：

肆、下次會議時間、地點

※ 109 年 3 月 6 日 (五)，暫定台北。

散會

(附件一)

108年度第四次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認

參、報告事項

一、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4版109年1月起適用之相對權重統計結果案。	報1-1
二、訂定109 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。	報2-1
三、增修訂中醫支付標準及專款計畫報告案。	報3-1

肆、討論事項

一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）增修「使用 TRH 注射液」等5項診療項目案。	討1-1
二、109年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」案。	討2-1
三、修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」。	討3-1
四、109年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。	討4-1

伍、臨時動議

陸、散會

(附件一)

討論事項

第 三 案　　　　　　　　　　　　　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案（以下稱氣喘方案）」案，提請討論。

說明：

一、依台灣胸腔暨重症加護醫學會108年4月16日台胸學會志字第1080320號函辦理。

二、來文單位反映現行氣喘方案之收案條件主診斷範圍為ICD-10-CM：J44-J45，惟「J44-慢性阻塞性肺病」同時為慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案（以下稱COPD方案）可收案之主診斷，故建議J44自氣喘方案收案條件排除，以真實反應應接受氣喘照護人數、方案收案率及病人疾病控制狀況（附件1，詳頁次討3-4～3-8），另將原計畫中ICD-9-CM代碼刪除，已符現況。

三、檢視兩方案107年執行概況，其中主診斷為J44之申報狀況簡述如下（附件2，詳頁次討3-9）：

(一) 氣喘方案：醫院及西醫基層照護個案中，分別有3,449人及86人之主診斷為J44，占整體照護人數的7.1%及0.1%。

(二) COPD方案：醫院及西醫基層照護個案中，分別有14,686人及1,105人之主診斷為J44，占整體照護人數的92.2%及91.6%。

四、辦理方式如下：

(一) 氣喘與COPD雖皆屬慢性呼吸道疾病，惟二者病程差異性大，照護內容亦具有各自疾病之獨特性，且於COPD方案中規範病患不得同時被兩方案收案（附件3，詳頁次討3-10～3-28），本署系統亦已建置個案不得同時被二項方案收

案之檢核機制。

(二) 經查 107 年共計 108 家氣喘方案參與院所有主診斷為 J44之照護個案，其中 78.7%（85 家）已參與 COPD 方案（附件 4，詳頁次討 3-29），故前述照護個案應能透過院內（間）轉介，持續接受 COPD 方案照護。

(三) 綜上，考量 J44 係指慢性阻塞性肺病，擬將主診斷 J44 於氣喘方案收案條件中刪除，僅保留於COPD 方案收案條件，讓慢性阻塞性肺病病患依方案內容得到適當的管理與照護，以達醫療給付改善方案之疾病管理目的。惟已為氣喘方案照護之主診斷J44 個案仍得於原方案下持續接受照護。

五、 財務影響（附件 5 及 6，詳頁次討 3-30～3-31）：

(一) 醫院：

1. 氣喘方案主診斷為 J44 之照護個案之平均每人醫療費用約 859 點，若改由 COPD 方案收案，依其每人醫療費用（約 1,096 點）計算，約需 377.9 萬點，較原氣喘方案收案增加約 81.7 萬點。
2. 108 年度醫療給付改善方案預算為11.87 億元，以103 年至 107 年預算平均執行率（83.6%）推估 108 年預算執行數約 9.93 億點，餘 1.94 億元，尚足以支應。

(二) 西醫基層：

1. 氣喘方案主診斷為 J44 之照護個案之平均每人醫療費用約 528 點，若改由 COPD 方案收案，依其每人給付費用（約 610 點）計算，約需 5.2 萬點，較原氣喘方案增加約 0.7 萬點。
2. 108 年度醫療給付改善方案預算為4 億元，以103 年至107 年預算平均執行率（92.7%）推估 108 年預算執行數約 3.71

(附件一)

億點，餘 0.29 億元，尚足以支應。

(三) 綜上，醫院及西醫基層總額，預算均足以支應。

六、 另擬併同修訂部分方案內容，說明如下（附件 7，詳頁次討 3-32）：

(一) 將「台灣氣喘學會」納入可提供氣喘照護教育訓練課程單位（附件 8，詳頁次討 3-33～3-35）。

(二) 比照 COPD 方案明文規範「同一病人不得同時被氣喘及 COPD 方案收案」。

(三) 配合實際行政作業流程，修改病歷製作文字敘述方式。

(四) 配合實際臨床需求，新增歸因於病人之結案條件「病患自行要求結案」。

七、 修訂方案詳附件 9（詳頁次討 3-36～3-50）。

擬辦：依會議決議提報衛生福利部核定後公告實施。

(附件一)

台灣胸腔暨重症加護醫學會
Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」

精進計畫書

出版日期：民國一○八年四月十五日

(附件一)

台灣胸腔暨重症加護醫學會
Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

民國一〇八年四月十五日出版

一、 背景摘要：

氣喘是全球常見的慢性呼吸道疾病，全球包含台灣在內，有超過 80 個國家積極推展氣喘防治計畫。衛生福利部中央健康保險署辦理的「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」，將氣喘病患收案後，遵循臨床治療指引提供照護，藉此可提升病人的照護品質。

氣喘是呼吸道慢性發炎引起阻塞的疾病，可能會伴隨其他的過敏性疾病，因呼吸道太敏感，患者會有反覆發作的咳嗽、胸悶、哮喘及呼吸困難，症狀會在夜晚或是清晨時特別嚴重，也會隨著季節變化。根據統計資料顯示，當溫差變化大時，因症狀發作而求診的氣喘患者會明顯增加。

如果氣喘病情沒有控制好、或缺乏警覺心、延誤治療，更可能誘發併發症，也可能引發呼吸道慢性發炎，嚴重可能會肺纖維化，甚至需送急診治療，可見氣喘患者的日常保養、照護重要性，有助減少住院、急診發生。

台灣胸腔暨重症加護醫學會曾估計，台灣氣喘盛行率超過 5%，但此數據有被低估疑慮。以台北市來說，學童氣喘盛行率約 2 成，成人也約有 1 至 2 成有氣喘，推估台灣至少有 100 萬氣喘患者，甚至可能高達 200 至 300 萬名。

妥善治療氣喘的第一步是建立正確的觀念、早期發現與適當治療，可避免嚴重氣喘的發生，減少死亡憾事。不過，醫師的臨床經驗顯示，有些氣喘患者雖有長期拿藥習慣，但沒有按時用藥，只有在症狀嚴重時才拿出來救急。結果可能因為一次感冒，就誘發氣喘急性發作，甚至進展到急性呼吸衰竭、必須插管救命，實在非常可惜。

為了讓氣喘患者有正確衛教及疾病管理知識，有助延緩疾病惡化，政府從民國 90 年 11 月開始，推動氣喘醫療給付改善方案 (P4P)，希望透過醫療團隊給予患者完整、細緻的照顧，從訂定治療目標，配合醫囑返診、用藥，並聽從個案管理師指導，完善的追蹤計畫等，加強病患的自我照護能力，減少住院、急診率，也能避免不必要的醫療資源浪費。

二、 建言內容：

氣喘醫療給付改善方案自民國 90 年至今走過 16 個年頭，根據統計資料，氣喘患者加入改善計畫後，約有 26.4%患者的尖峰呼氣流速檢測數值從原先的不穩定，進步到安全範圍內；21%的患者在氣喘控制測驗分數上，從原本氣喘未受控制進展到控制狀況良好。

根據 105 年參與 P4P 方案的患者追蹤結果也顯示，患者的平均住院率及急診率為 1.6%、3.7%；相反的，未參與方案的氣喘病人，住院率及急診率則是 3.5%及 5.8%，顯示氣喘患者只要定期回診、接受醫師評估，遵從醫師指示進行藥量調整，並聽從衛教師指導，有助有效控制病況。

不過，追蹤結果也發現，近 2 年整體氣喘病人參與「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」的比率從接近 30%下降到約 25%，參與方案的醫療院所也從約 690 家減少到 640 家，也代表醫師參與方案的意願逐漸下降，原本在方案中的醫療院所也逐漸退出方案。

因衛教資源缺乏整合，醫療院所須多負擔相關人事成本；且病人方也可能因為缺乏詳細、充足的衛教知識，對氣喘治療仍存有迷思，認為常用類固醇藥會傷身；或不清楚加入氣喘 P4P 方案的好處，也是醫病雙方對參與方案較消極的原因。

氣喘 P4P 方案立意良善，若運作順暢，對氣喘病人、醫療機構和降低健保資源浪費，肯定是三贏。但現行方案執行與成效略顯疲軟，可能與方案的收案標準、結案條件、支付標準、衛教資源不符臨床使用或醫病期待，亟須提出修正因應，確保照護氣喘病患、維持良好生活品質及健保永續的美事。

（附件一）

台灣胸腔暨重症加護醫學會
Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

民國一〇八年四月十五日出版

三、「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」執行現況分析

根據健保氣喘 P4P 方案統計，氣喘病人參加率從 102 年第一季至 104 年第四季，診斷為氣喘的病人數約在 12 萬至 14 萬人間；參加方案人數約 3.1 萬至 3.6 萬間；參加率接近 30%。但自 105 年第一季後，診斷為氣喘人數開始大幅增加，從 105 年至 106 年第三季，氣喘病人數都超過 16 萬人，甚至在 106 年第 1 季時達到 19 萬人；參與方案人數則維持在 3.6 萬到 4 萬，參加率滑落到約 25%。

診斷氣喘病人人數在 105 年開始上升，推測原因可能跟台灣醫療系統當時處在國際疾病分類標準從 ICD-9 轉換到 ICD10 階段有關。ICD-10 中 J44-J45 者都符合 P4P 的收案標準，但 J44 為慢性阻塞性肺病、J45 為氣喘，兩者的區分在於是否有合併症或處在急性發作，可能導致醫師臨床判斷為氣喘人數變多，但參加方案人數沒有增加，參與率自然下滑。

從參與方案醫療院所數看，從 101 年第 3 季至 104 年第 2 季，約維持在 680 家至 690 家；但在 104 年第三季後，退出方案者明顯增加，家數維持在 640 家左右，表示醫師對參與方案的意願下降。

為了了解原因，台灣胸腔暨重症加護醫學會委請研究團隊，針對 P4P 方案進行分析調查，分別訪問醫師和病人對方案執行的看法及需要改進的地方；醫學會也在 107 年 3 月中舉行「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案精進計畫共識」內部會議，召集近 20 名各級醫療院所參與方案的醫師討論，釐清 P4P 執行現狀。

根據醫師臨床經驗，現行收案標準有診斷碼 J44、J45，然而由於診斷碼 J44 為慢性阻塞性肺病(COPD)，因此納入 J44 患者之數據，會使臨床判讀氣喘病人疾病控制率等資料時，造成不夠精準之情況；需 90 天在同院所同醫師診斷為氣喘，但若在聯合診所，病人有可能給不同醫師看診；又病人如果被其他院所收案，一年內還有追蹤紀錄，其他院所不得收案。一年的時間太長，實務上常遇到因前院所未結案，致不能收案，病人端也很無奈。

良好的氣喘照護除了醫師精準診斷、治療，也需要充足的衛教資訊。醫師因要看診，詳細衛教必須委由衛教師或護理師執行。在大醫院因人力相對充足，或許運作無虞；但在診所，因護理人力有限，若要確實執行衛教工作，診所勢必要多花錢雇人。若要完整追蹤病人、提醒病人回診，也需人力投入。看診資料紀錄得愈翔實，也可幫助病人更確實掌握身體狀況，但這同樣有賴充足的人力。若沒有足夠的給付或獎勵，對醫療院所誘因不足。

氣喘 P4P 方案給付項目及支付標準曾歷經修訂，若與第一版本比較，目前第 11 版的各項支付點數都有下修，且限定申報次數。如氣喘新收案管理照護費調為每人次 400 點；每一病患在同一院所限申報一次；氣喘追蹤管理照護費則是每人次 200 點，每年最多申報 3 次；氣喘年度評估管理照護費地區醫院以上每人次為 800 點、基層診所為每人次 400 點，同樣也是每年限申報一次。

方案支付點數調整與健保資源分配有關，維護健保永續發展也是醫界的責任；但因投入 P4P 方案勢必增加提升軟硬體設備、人力等相關成本，若無相對的支付和獎勵，較難提升醫界誘因。

根據 P4P 方案訪談調查報告，透過面對面訪問了 15 名醫師，結果發現醫師認為修改部分方案標準有助增加收案率，包含修訂收案標準、增加支付點值、增加衛教相關支付項目，依病患嚴重程度支付不同點值；系統優化及相互串連可減少重複行政流程、降低醫療人員負擔；降低參與 P4P 用藥核刪標準；也可透過參與醫師的分享，讓更多醫療院所認識 P4P 方案。

醫療人員也認為，氣喘病人的治療順從性有待提升，可考慮給醫療院所氣喘治療照護醫師認證，提升病人對醫療機構的信賴度；可透過回診提醒通知等，增進讓病人記得回診、追蹤，且應提供氣喘相關衛教資訊，增加病人的病識感；政府也應支援因參與 P4P 額外增加的工作及衛教人員花費；且應提供醫師氣喘相關教育訓練課程。

(附件一)

台灣胸腔暨重症加護醫學會
Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

民國一〇八年四月十五日出版

氣喘病人的追蹤問題也值得探討，根據現行方案規定，參與方案的醫師，若半年病人追蹤率小於12%者，經保險人輔導後，3個月未改善，那一年內不得再申報本方案相關費用。但氣喘發作可能有季節性，且若照護、保養得宜，病人未必認為需要積極回診，也可能影響追蹤率。

氣喘病人在對疾病缺乏足夠認知情況下，未必能了解P4P方案的好處，有很多阻礙跟顧慮會導致病人順從度降低。如病人認為氣喘不是需要積極治療控制的疾病，導致病識感低；擔心長期用藥的副作用、抗藥性、依賴性的問題；希望醫師只開立急性減緩藥物，而非慢性保養藥物，對治療存有迷思；也可能因為太忙、忘記、等門診很花時間、回診時開的藥都一樣、看不出治療效果而降低回診意願；且可能沒有接受到足夠的衛教資訊，也會讓病人覺得參不參加方案並無二致。

若要增加病患的順從性及獲得接受良好照護的成效，良好、充足的衛教、常關心、提醒是關鍵。研究歸納以下幾點，可設計一系列針對氣喘病患的衛教材料，內容包含介紹氣喘、詳細說明氣喘控制重要性及控制不佳對生命的危害；且可有回診提醒、積極預約下次回診時間；也應呈現並對病患說明回診追蹤的結果，讓患者了解長期穩定控制的價值跟重要性，提升參與方案的動力。

綜整而言，P4P方案讓醫療院所更有系統提供照護氣喘病人，病人長期、穩定接受治療與追蹤，對自身健康狀況更加掌握、了解，減少嚴重併發風險，更進一步也節省健保資源，同時也讓病人養成小病就要積極處理，莫等大病抱憾的正確觀念。但P4P的立意與精神可能醫療人員、病人認識度不足或方案文字定義不明，致施行困難，建議可定期依臨床狀況修訂P4P方案內容，應能讓P4P方案成效更為提升。

(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	合計
108.02.24 (日) 高雄附醫 自由大樓 6 樓 第二講堂	65	25	8	12	18	21	56
108.03.17 (日) 永豐棧酒店 3 樓劍橋廳	87	24	8	29	4	13	72
108.03.24 (日) 亞東紀念醫院十樓第二教室	149	29	47	46	14	12	109
108.04.21 (日) 部立屏東醫院	15	6	6	1	0	2	12
108.04.28 (日) 臺北榮總致德樓 第四會議室	119	23	23	28	11	9	100
108.05.15 (日) 新店慈濟醫院 一樓國際會議中心	62	23	10	12	1	21	35
108.05.19 (日) 台中亞緻飯店 27 樓 宴會廳 Room 1+2	96	23	38	36	8	15	84
108.06.16 (日) 台大醫學院 101 講堂	84	28	19	21	8	14	58
108.07.07 (日) 高雄榮總門診大樓一樓第二會議室	41	17	12	8	3	29	29
108.07.28 (日) 台南成大醫院醫學大樓一樓第三講堂	43	20	21	10	3	14	36
108.08.04 (日) 壢新醫院 門診大樓 B1 第五會議室	14	12	2	3	2	13	13
108.08.18 (日) 中山醫學大學正心樓 0211 教室	58	18	16	13	3	15	44
108.09.22 (日) 台大醫學院 101 講堂	81	20	21	16	7	8	57
108.10.06 (日) 高雄長庚紀念醫院 藍廳	36	23	8	13	3	16	29
108.10.20 (日) 台大雲林分院虎尾院區七樓第一會議室	21	13	4	11	2	13	20
108.11.17 (日) 彰基福懋大樓 B1 彰基國際培訓中心精英 A 廳	46	20	9	10	3	16	44
108.11.17 (日) 花蓮慈濟醫院大愛樓七樓 701 教室	22	13	1	1	1	12	20

(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			
108.02.24 (日) 臺北榮總致德樓 第四會議室	人數不足取消										
108.03.10 (日) 亞東紀念醫院 十樓第二教室	12	11	3	3	6	5	1	1	22	20	91%
108.03.17 (日) 高雄榮民總醫院 第十一會議室	1	0	2	2	47	31	10	9	60	42	70%
108.04.28 (日) 花蓮慈濟	人數不足取消										
108.05.26 (日) 雲林台大斗六院區急診大樓六樓講堂	9	7	31	27	14	8	4	3	54	45	83%
108.05.26 (日) 國立臺大醫學院 第 302 講堂	40	28	91	70	22	20	20	17	173	135	78%
108.05.26 (日) 高雄長庚 6 樓藍廳	7	7	57	52	16	10	5	2	85	71	84%
108.06.16 (日) 新店耕莘醫院 14 樓階梯教室	11	9	19	16	4	3	19	14	53	42	79%
108.07.21 (日) 中國醫 立夫教學大樓 101 教室	22	17	88	71	40	36	41	27	191	151	79%
108.08.11 (日) 衛生福利部屏東醫院 四樓大禮堂	15	13	27	23	10	10	41	22	93	68	73%
108.08.18 (日) 嘉義基督教醫院 路加堂 B1 講堂	4	4	30	23	20	13	2	1	56	41	73%
108.08.25 (日) 台大醫學院第 101 講堂	10	8	13	10	18	13	5	5	46	36	78%
108.08.25 (日) 林口長庚 醫學大樓第二會議室	3	2	36	29	19	17	1	1	59	49	83%
108.09.22 (日) 彰基連瑪玉學術講堂	4	2	2	1	10	7	4	2	20	12	60%
108.10.20 (日) 花蓮慈濟醫院大愛樓七樓 701 教室	4	1	12	12	3	2	6	4	25	19	76%
108.10.20 (日) 中榮研究大樓一樓 第二會場	2	2	8	5	13	11	5	4	28	22	79%
108.10.27 (日) 新竹馬偕醫院 13 樓會議室	人數不足取消										
108.11.10 (日) 高醫附院 自由大樓第一講堂	人數不足取消										
108.11.24 (日) 臺北榮總致德樓 第四會議室	人數不足取消										

台灣胸腔暨重症加護醫學會
公共事務工作小組會議記錄

日期地點：民國 108 年 9 月 25 日 (星期三) 18:30
台大東址第三會議室

主　　席：公共事務工作小組 召集委員 邱國欽副院長

出席人員：邱國欽副院長、古世基主任、柯信國醫師、傅彬貴醫師、陳世彬醫師

列席人員：秘書劉軒吟、秘書張家榕、台灣百靈佳殷格翰股份有限公司代表、
台灣諾華股份有限公司代表、台灣飛利浦股份有限公司代表

壹、會務報告：

一、**提案項目：**2019 asthma patient survey 報告

說明：由傅彬貴醫師進行當中，收案進度本年度於 12 月結束，由諾華贊助，於明年夏季年會報告收案成果。

※ **結論：**通過。

二、**提案項目：**2019 COPD 日記者會籌備

由百靈佳贊助，健保署來信希望與學會合作。秘書處了解情況，將期再告知百靈佳活動方式。

說明：衛教山活動延伸，活動進度已有全台幾家醫院開始執行，明年度將轉發給呼吸道委員會繼續執行至基層醫院及各大醫學中心。

※ **結論：**同意。

三、**提案項目：**2020 COPD patient survey 籌備

說明：接續 2019 asthma patient survey 收案進度將繼續計畫，由百靈佳協助處理。

※ **結論：**同意。

四、**提案項目：**肺阻塞居家氧氣治療衛教推廣計畫的規劃與執行

說明：由飛利浦公司提案，肺部復原製作氧氣治療衛教影片，需要再修改影片文案，修改後在議是否繼續合作。

※ **結論：**文案內容將轉由呼吸道委員會處理，衛教影片由柯信國醫師與陳世彬醫師協助處理。

貳、臨時動議

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
重症醫學委員會會議記錄

日期地點：民國 108 年 10 月 22 日 (星期二)
臺大醫院兒童醫療大樓第二會議室 (台北市中山南路 8 號 B1)
主　　席：重症醫學委員會 召集委員 陽光耀主任
出席人員：高國晉副部長、彭萬誠主任、陳昌文主任、詹明澄主任
列席人員：副秘書長胡漢忠主任、秘書施詠瑩

壹、討論事項：

一、審查「108 年重症醫學專科醫師聯合甄審」報名資格

說明：

(一) 共 19 位報考 (1 名外科再試，18 名內科初試)。

(二) 需資格再確認者：黃 O 禮醫師 (編號 11) 查無報備紀錄、黃 O 真醫師 (編號 17) 受訓時間不足一年且母會與聯甄學分皆不足 30 分。

※ 結論：

(一) 提醒黃 O 禮醫師於本年度進行受訓報備，並將本案提報至聯委會進行討論。

(二) 依「重症醫學專科醫師聯合甄審委員會組織章程」第四章第八條丁款之規定，甄審資格時檢附委員會認可三年內聯委會所辦繼續教育積分 60 學分。故黃 O 真醫師報考資格資格不符，不予提報至聯委會進行審查。

(三) 其餘考生皆符合資格，將提報至聯委會。

二、審查「重症醫學專科指導醫師」申請案

說明：共 7 位提出申請 (1 位發表原著論文，6 位具部定教師資格)

※ 結論：黃 O 姚醫師所發表之原著論文內容為癌症，與重症並無相關，故不符合申請資格，不予提報至聯委會進行審查。其餘申請皆符合資格，將提報至聯委會。

三、審查「重症醫學專科醫師證書」展延申請案

說明：共 44 位提出申請。

※ 結論：申請皆符合資格，將提報至聯委會。

四、討論胸重醫學會參與 2020 年 Euro Asia ESICM

說明：請高國晉副部長報告 Euro Asia 重症與急加承辦模式。

※ 結論：2020 年 Euro Asia ESICM 會議時間為 2020 年 9 月 11 日至 13 日，在台大國際會議中心舉行。由於 2020 年 Euro Asia ESICM 將與重症、急加聯合年會合併舉辦，故維持上次會議結論，建議學會以協辦方式，鼓勵學會內年輕醫師參與會議。

貳、臨時動議：

一、建立重症委員輪值表

說明：各位委員事務繁忙，應排定輪值表以便委員會可以在第一時間回覆衛福部等主專機關之函文或出席相關會議。

※ 結論：

(一) 輪值順序為蘇一峰醫師、彭萬誠主任、方文豐主任、許超群主任、古世基主任、高國晉副部長、詹明澄主任、陳昌文主任、陽光耀主任。

(二) 職責為衛生主管機關召開重症專家會議時，依輪值順序代表學會出席。若因故不克出席，則負責草擬書面意見，交由秘書處發函表達學會立場。

參、下次開會時間：暫定 109 年 1 月

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
肺部環境及職業醫學委員會會議記錄

日期地點：民國 108 年 10 月 29 日 (二)
台北 - 台大醫院東址第二會議室
高雄 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室
主 持 人：肺部環境及職業醫學委員會 召集委員 許超群主任
出席人員：許超群主任、傅彬貴醫師、曾健華醫師
列席人員：副秘書長魏裕峰主任、秘書張家榕小姐、秘書盧筱婷小姐

壹、會議議程：

一、主席致詞：略

貳、討論事項：

一、空污手冊

決議：內文於本週讓撰稿委員最後確認，預計於年會發送。

二、學術論文

(一) 協助 Yasuo Morimoto 主席主導之 Air pollution control efforts in Asia 論文之台灣部份：目前投稿仍不順利。

(二) 預定由本委員會撰寫之主題 Ambient air pollution and adult lung health in Taiwan：目前由魏裕峰、曾健華、許超群撰寫初稿，預定於 2020/01 開撰寫會議。

三、空污論壇

(一) 主題：空氣污染與肺部疾病

(二) 日期：12 月下旬 (12/21 或 12/22)

(三) 對象：政府官員、國內學者、胸腔會員

(四) 全日研討會

決議：將與理事長討論是否舉辦，及舉辦的適當時機。

四、委員會未來工作方向其他提案

(一) 菸害議題 (含戒菸及電子菸議題) 及室內空氣污染議題。

決議：本委員會明年度工作是否要介入菸害相關議題，將請示理事長。

參、臨時動議：

決議：下次開會時間，一月調查。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會
學術委員會會議記錄

日期地點：民國 108 年 11 月 20 日 (星期三) 下午 6 點 30 分
臺大兒童醫院第一會議室
視訊 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 學會辦公室

主　　席：召集人陳育民主任

出席人員：陳育民主任、蘇維鈞主任、林鴻銓主任、李岡遠主任、施金元主任、陽光耀主任、賴俊良副院長、許超群主任

列席人員：秘書長王金洲主任、秘書施詠瑩

壹、討論事項：

一、台灣胸腔暨重症加護醫學會 2019 年胸腔年會暨第 17 屆第 2 次會員大會 議程確認。

說明：所有講員與主持人之安排皆定案，詳情如附件一。

結論：請秘書處確定胸腔暨重症專科證書領證時間，並告知相關頒發與受證人員。

二、論文投稿結果

說明：經過各組審查委員評選後，於年會報告、口頭競賽之名單如下：

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

演講時間	講者	講者所屬醫院
08:40 ~ 08:48	曾健華	衛生福利部雙和醫院
08:50 ~ 08:58	林彥廷	國立台灣大學附設醫學院
09:00 ~ 09:08	邱華彥	台北榮民總醫院

(二) 優秀學術論文獎 (演講 8 分鐘，討論 2 分鐘)

甲、Thoracic Oncology、Intervention Bronchoscopy、Diagnosis

演講時間	範圍	講者	講者所屬醫院
15:50 ~ 15:58	Intervention Bronchoscopy	于鎧綸	國立臺灣大學附設醫院新竹分院
16:00 ~ 16:08	Thoracic Oncology	林彥廷	國立臺灣大學附設醫院
16:10 ~ 16:18	Thoracic Oncology	何孟秦	嘉義長庚紀念醫院
16:20 ~ 16:28	Intervention Bronchoscopy	張哲嘉	嘉義長庚紀念醫院
16:30 ~ 16:38	Diagnosis	鄧紀剛	中國醫藥大學附設醫院
16:40 ~ 16:48	Thoracic Oncology	張皓鈞	國立臺灣大學附設醫院

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

演講時間	範圍	講者	講者所屬醫院
15:50 ~ 15:58	Sleep Medicine	陳永哲	高雄長庚紀念醫院
16:00 ~ 16:08	Airway Disease	陳彥甫	國立臺灣大學附設醫院雲林分院
16:10 ~ 16:18	Airway Disease	林慶雄	彰化基督教醫院

16:20 ~ 16:28	Sleep Medicine	劉文德	臺北醫學大學
16:30 ~ 16:38	Airway Disease	黃俊凱	國立臺灣大學附設醫院
16:40 ~ 16:48	Airway Disease	許植壹	高雄長庚紀念醫院

丙、Respiratory Tract Infections、Critical Care Medicine、Tuberculosis

演講時間	範圍	講者	講者所屬醫院
15:50 ~ 15:58	Critical Care Medicine	陽光耀	台北榮民總醫院
16:00 ~ 16:08	Critical Care Medicine	蘇柏嵐	國立成功大學附設醫院
16:10 ~ 16:18	Critical Care Medicine	唐士恩	三軍總醫院
16:20 ~ 16:28	Tuberculosis	馮嘉毅	台北榮民總醫院
16:30 ~ 16:38	Respiratory Tract Infections	林永芳	義大醫療財團法人義大醫院
16:40 ~ 16:48	Tuberculosis	陳永哲	高雄長庚紀念醫院

結論：通過，重複入選者將口頭競賽報告時間錯開即可。

三、追認國際學術會議出席、國際期刊投稿之繼續教育積分

說明：依據「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師繼續教育學分認定辦法」第二章第四條第五點 (參加上述胸腔醫學學術活動 (ATS、ERS、APSR 國際研討會)，會中參與論文宣讀、專題演講、壁報展示、或擔任主持人者，給予認證學分 B 類 10 分，其餘國際會議給予認證學分 B 類 5 分)、第六點 (有關胸腔或重症醫學之學術原作或研究論文，正式出版或發表於 SCI 醫學雜誌，經本會繼續教育委員會認可者，原著作每篇論文之第 1 作者或通訊作者以 A 類學分 10 分計之 (每篇僅能一位申請)，六年內上限 60 分)。有以下兩位醫師提出申請：

(一) 陳濘宏醫師應邀至 2016APSR 演講、並擔任 2018 年 APSR 主持人

(二) 劉祥雯醫師以第一作者於 PLOS ONE 發表 Combining MAD and CPAP as an effective strategy for treating patients with severe sleep apnea intolerant to high-pressure PAP and unresponsive to MAD

結論：依學會知繼續教育學分認定辦法辦理，陳濘宏醫師參加 2018 及 2016 年 APSR 主持，符合 APSR 國際研討會參與專題演講、擔任主持人者，給予認證學分 B 類共 20 分；劉祥雯醫師之期刊論文發表符合規定，給予認證 A 類通訊積分 10 分。

貳、臨時動議：

下次會議預定時間 109 年 2 月 21 日 (五)。

散會。

(附件一)

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

Dec 7（Sat）高雄展覽館 3 樓
Kaohsiung Exhibition Center 3F Conference Room

TIME	301A	301B	304A	304B
08:00	Registration			
08:30	Opening	Opening	Opening	Opening
08:40 | 09:20	Moderator:蔡熒煌院長 古世基主任 How to make your patient comfortable and awake in ICU	Moderator:林恒毅院長 陳彥甫主任 The role of microbiome in tuberculosis	【Young investigator】 Moderator: 林孟志理事長、陳育民主任 08:40 ~ 08:48 曾健華醫師 The relationship between air pollution and lung cancer in non-smokers in Taiwan 08:50 ~ 08:58 林彥廷醫師 Clinical outcomes and secondary epidermal growth factor receptor (EGFR) T790M mutation among first-line gefitinib, erlotinib and afatinib-treated non-small cell lung cancer patients with activating EGFR mutations 09:00 ~ 09:08 邱華彥醫師 Small Airway Dysfunction by Impulse Oscillometry in Symptomatic Patients with Preserved Pulmonary Function	台灣胸腔外科醫學會 Moderator:周世華院長、鄭清源院長 Management of Lung Nodules： 呂宏益主任 / 高雄長庚經驗 李憲斌醫師 / 高醫經驗 湯恩魁主任 / 高榮經驗 莊政諺主任 / 中榮經驗
09:20 | 10:00	Moderator:陽光耀教授 高國晉副部長 MV management in ARDS with vvECMO	Moderator:曾昌堯副校長 陳永哲 醫師 The role of epigenetics in tuberculosis infection	台灣呼吸治療學會 Moderator:朱家成理事長 林蕙鈴 副教授 Update in aerosolized drug delivery through mechanical ventilation	台灣胸腔外科醫學會 Moderator:徐紹勛主任、趙盈凱主任 Management of Lung Nodules： 林昱森醫師 / 中國附醫經驗 林逸翰醫師 / 北榮經驗 詹梅麟醫師 / 馬偕經驗 陳晉興主任 / 臺大經驗
10:00- 10:30	Coffee break			
10:30 | 11:10	Moderator:薛尊仁教授 胡漢忠主任 胸腔暨重症加護專科醫師在肺移植的角色：林口長庚醫院經驗	Moderator:陳志毅副校長 蔡俊明 教授 The effects of Concurrent Genetic Alterations of advanced NSCLC with EGFR mutation or ALK fusions	台灣呼吸治療學會 Moderator:江玲玲副教授 黃次雄 副秘書長 Update in the mechanism of ventilator-induced lung injury	台灣胸腔外科醫學會 Moderator: 徐中平副院長、許瀚水主任 Prof. Kazuhiro Yasufuku 安福和弘教授 Nanotechnology in Lung Cancer Intervention 奈米科技於肺癌治療的運用
11:10 | 11:50	職業醫學(職安署) Moderator:林孟志理事長 莊弘毅理事長 The occupation and environment related respiratory diseases and notification system in Taiwan.職業與環境相關的呼吸系統疾病與台灣的職業病通報制度		台灣呼吸治療學會 Moderator:楊式興助理教授 趙家佳 副教授 Melatonin in the treatment of metastatic lung cancer: preclinical and molecular mechanism study	11:10-11:40 台灣胸腔外科醫學會 Moderator:陳晉興主任、張益誠主任 邱昭華主任 Management of lung nodules on LDCT screening :胸腔內科醫師觀點 葉奕成醫師 Small lung nodules:早期肺腺癌的病理診斷 11:40-12:00 台灣胸腔外科醫學會 Moderator: 方信元副院長、張宏副局長 徐先和主任 Small pulmonary nodules detected on CT scans: current strategy and potential contribution of AI 電腦斷層偵測的肺小結節:目前的策略及人工智慧可能的貢獻

12:00 | 13:20	**荷商葛蘭素史克藥廠 股份有限公司台灣分公司贊助 COPD**	**臺灣阿斯特捷利康 股份有限公司贊助 Lung cancer**	**台灣諾華 股份有限公司贊助 Lung cancer**	**友華生技醫藥 股份有限公司贊助 COPD**
13:30 | 14:00	**會員大會，頒發專科醫師證書**			13:20-14:00 台灣胸腔外科醫學會 **Moderator:** **趙盈凱主任、林孟暐醫師** 吳士衡教授 **One stop, One shop Strategy for Lung Nodules – What the future may hold?**
14:00 | 14:30	**特別演講** **Moderator:林孟志理事長、林恒毅院長** **Prof. Leora Horn** **Immune Checkpoint Inhibitors in Lung Cancer: Paving a New Avenue of Care**			
14:30 | 15:00	**特別演講** **Moderator:林孟志理事長、林恒毅院長** **Prof. Basil J Petrof** **Diaphragm Weakness in the Critically Ill: Basic Mechanisms Reveal Therapeutic Opportunities**			
15:00 | 15:30	**特別演講** **Moderator:林孟志理事長、林恒毅院長** **Prof. Guy Marks** **Global trends and challenges in the management of asthma**			
15:30- 15:50	**Coffee break**			
15:50 | 16:50	**301A** Thoracic Oncology Intervention Bronchoscopy Diagnosis 【Oral presentation】 施金元教授、 夏德椿主任、 楊政達院長 共同主持	**301B** Airway Disease Sleep Medicine Interstitial Lung Disease Other 【Oral presentation】 彭殿王主任、 李岡遠主任、 黃明賢教授 共同主持	**304A** Respiratory Tract Infections Critical Care Medicine Tuberculosis 【Oral presentation】 王鶴健教授、 鍾飲文教授、 蘇維鈞教授 共同主持	15:50-17:00 台灣胸腔外科醫學會 **Moderator:** **黃文傑主任、黃建勝醫師** **Percutaneous Localization of Small Lung Nodules** 林巧峯主任 / **中山經驗** 王秉彥主任 / **彰基經驗** 蔡東明醫師 / **臺大經驗** **Moderator:** **管毅剛副院長、馮瑞主任** 謝陳平醫師 / **新光經驗** 蘇英傑醫師 / **奇美經驗** 顏銘宏醫師 / **國泰經驗** 洪嘉聰醫師 / **北榮經驗** 17:00-17:10 台灣胸腔外科醫學會 **Panel discussion**
17:00 | 18:20	**台灣百靈佳殷格翰 股份有限公司贊助 Lung cancer, COPD**	**羅氏大藥廠 股份有限公司贊助 Lung cancer**	**台灣諾華 股份有限公司贊助 Airway disease**	17:10-18:20 台灣胸腔外科醫學會 **Moderator:** **吳怡成主任、張晃宙主任** **Endobronchial localization of Small Lung Nodules** 溫志聰醫師 / **林口長庚經驗** 黃文傑主任 / **馬偕經驗** 黃才旺主任 / **三總經驗** **Moderator:** **賴吾為主任、謝明儒主任** **胸腔外科困難個案討論會：** 簡宏哲醫師 / **北榮經驗** 陳維勳醫師 / **林口長庚經驗** 劉又瑋醫師 / **高醫經驗** 高明蔚醫師 / **義大經驗**
18:30 | 20:30	**晚宴** **頒發胸腔醫學雜誌優秀論文獎，頒發 Young Investigator Award** **頒發口頭報告以及海報展示優秀論文獎，資深會員表揚**			

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

Dec 8（Sun）高雄展覽館 3 樓
Kaohsiung Exhibition Center 3F Conference Room

	302A	302B	303A
07:30 | 08:30	**302A** **Meet expert** **蔡俊明 教授**	**302B** **Meet expert** **高常發 主任**	**303A** **Meet expert** **Prof. Ganesh Raghu**

TIME	301A	301B	304A	304B
08:30	Opening	Opening	Opening	Opening
08:40 | 09:20	Moderator:余忠仁教授 Prof. William R. Auger CTEPH management in 2019: Reflections and prospects for future research	Moderator:施金元主任 王廣發 教授 介入性氣管鏡之新進展	Moderator: 鍾飲文教授 魏裕峰 主任 空氣汙染與肺部健康	
09:20 | 10:00	Moderator:李岡遠教授 Prof.Peggy Lai What is the role of the microbiome in chronic airways disease?	Moderator:楊政達院長 Prof. David. Planchard BRAF, MET, and Her2 mutations in lung cancer	台灣睡眠醫學學會 Moderator: 陳濘宏主任 Prof. KAZUO CHIN CPAP and Home Respiratory Care in Japan	Moderator: 蘇維鈞教授 Prof. Takashi Yoshiyama Contact of tuberculosis at health care facilities in Japan
10:00-10:30	Coffee break			
10:30 | 11:10	Moderator:彭殿王主任 Prof. Peter Howarth Severe asthma treatment evolution	Moderator:夏德椿主任 Prof. ByoungChul Cho Application of Liquid Biopsy in Lung Cancer	台灣睡眠醫學學會 Moderator:周昆達醫師 莊立邦醫師 The biomarker of endothelial damage in obstructive sleep apnea	Moderator: 徐武輝副院長 鄭世隆主任 Real world experiences in the treatment of IPF
11:10 | 11:50	Moderator:黃明賢教授 Prof. Masaharu Nishimura Lessons from 10 yrs. Hokkaido COPD Cohort Study.	Moderator:張基晟主任 何肇基 醫師 The immune-modulatory effects of non-immunotherapies	台灣睡眠醫學學會 Moderator:林嘉謨主任 邱國樑 主任 Non-Invasive Mechanical Ventilation in the Treatment of Sleep-Disordered Breathing	Moderator: 林慶雄醫療長 Prof. Ganesh Raghu New Horizons in The Treatment of Pulmonary Fibrosis
12:00 | 13:20	荷商葛蘭素史克藥廠 股份有限公司台灣分公司贊助 Asthma	行動基因生技 股份有限公司贊助 Lung cancer	臺灣阿斯特捷利康 股份有限公司贊助 Asthma	輝瑞生醫 股份有限公司 Lung cancer
13:30 | 14:10	Moderator:黃坤崙教授 鄭世隆主任、江振源醫師 As needed ICS/LABA in mild asthma, pro and con		台灣睡眠醫學學會 Moderator:杭良文主任 李佩玲 主任 Sleep disturbance and circadian disruption in critically ill patients	Moderator: 王鶴健教授 柯信國醫師、陳彥甫醫師 Multi-disciplinary discussion for differential diagnosis Prof. Ganesh Raghu、吳美輪教授 案例講評

(30 分鐘 演講, 10 分鐘 討論)

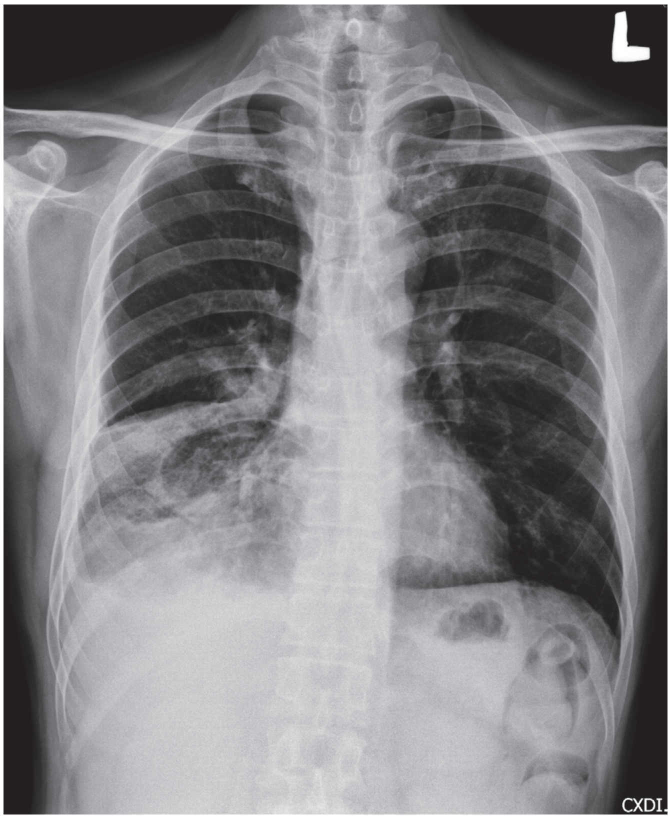


Figure 1: CXR at the emergency room

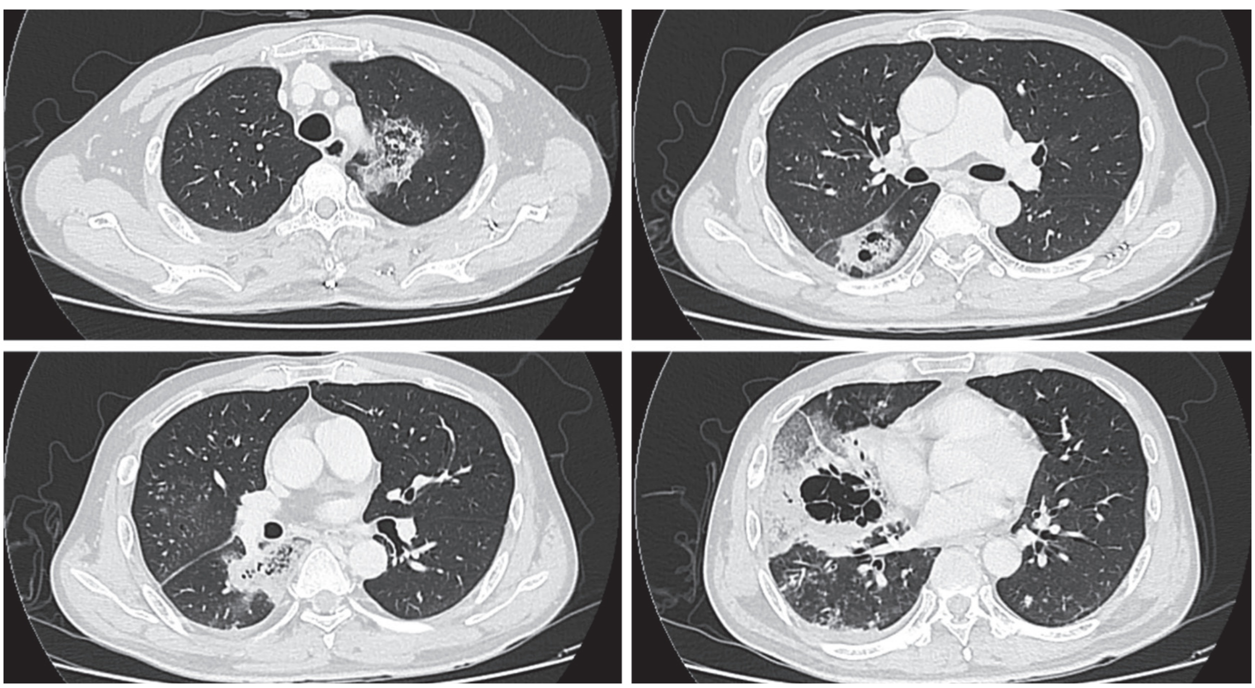


Figure 2: Chest CT at the emergency room

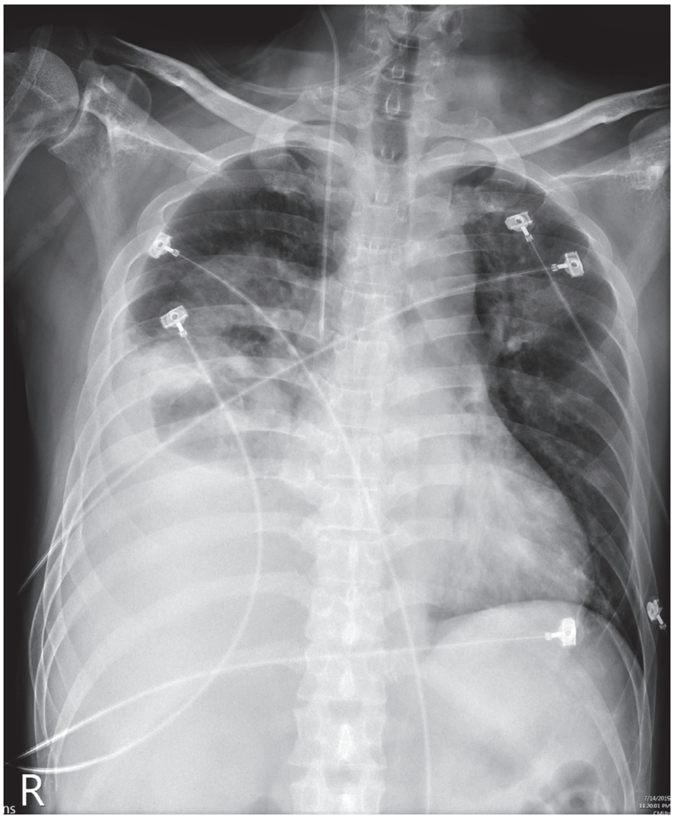


Figure 3: CXR on the 3rd day after admission

提供：中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科 沈宜成醫師

[Case]

A 47-year-old male farmer arrived at the emergency room with the chief complaint of right chest pain for one month, accompanied with general malaise, poor appetite, mild cough, shortness of breath on exertion, and body weight loss over 5 kg in one month. He had history of recurrent pancreatitis due to alcohol abuse and type 2 diabetes mellitus. He smoked 1-2 packs per day for more than 10 years and alcohol consumption 150-200 ml 58% sorghum three times per week for many years. The lab data upon presentation were as below: WBC: 31,500/cumm, Seg: 93.9%, CRP: >38 mg/dL. He was admitted to chest ward under impression of lung abscess (Figure 1 and 2) and has been treated with brosym 4g Q12H. On the 3rd day after admission, he presented with conscious drowsy, desaturation, and BP drops. The CXR showed new lesion over RUL, and lesions over LUL, RML and RLL fields in progression (Figure 3). He was intubated and transferred to ICU for intensive care due to septic shock and respiratory failure.

極細與細支氣管鏡在周圍型肺部病變中的應用

摘自：Chest. 2019 Jul 26. pii: S0012-3692(19)31382-0.
編譯：吳秉儒醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

研究背景：

在評估周圍性肺部病變時，使用 1.7 mm 工作通道的 3.0 mm 極細支氣管鏡 (ultrathin bronchoscope，UTB) 有利於進入外周氣道，而 4.0 mm 的細支氣管鏡可提供更大的 2.0 mm 工作通道，這允許使用各種儀器，包括導向護套 (guide sheath，GS)，更大的鑷子和抽吸針。本研究使用 UTB 和細支氣管鏡對多模式 (multimodal) 支氣管鏡進行了比較，採用多種採樣方法診斷周圍型肺部病變。

結果：

總共 360 名患者，其中 356 名被納入分析 (最大病兆直徑中位數：19 mm)。UTB 組的總體診斷率明顯高於細支氣管鏡組 (70.1% vs 58.7%, respectively; *P*=0.027)。UTB 組的手術操作時間明顯短於細支氣管鏡組 (median, 24.8 vs 26.8 min, respectively; *P*=0.008)。併發症發生率分別為 2.8% 和 4.5% (*P*=0.574)。

結論：

當診斷小周圍肺部病變時，搭配多模式支氣管鏡檢查 (Multimodal bronchoscopy)，使用極細支氣管鏡 (ultrathin bronchoscope, UTB) 比使用細支氣管鏡 (thin bronchoscope) 能提供更高的診斷率。

〔編譯者評論〕

肺癌許多年來占據國人十大癌症死亡原因第一位，最大原因在於早期診斷的困難。然而近年來，因為配套措施及影像學應用的進步，肺周邊病變的早期發現率已然提昇；提高活檢組織細胞病理診斷率，提高早期診斷率，進而改善肺癌罹患者之存活率乃當務之急。理論上，極細支氣管鏡 (UTB) 的可操作性使其能夠到達、選擇更外周的小支氣管分支，因此能提供更高的診斷產率。雖然只是單一醫學中心團隊，本篇文章作者實現 UTB 的運用，並證實 UTB 的確能夠達到診斷率的提高，縮短術式時間；同時，與一般氣管鏡及細氣管鏡相較，亦無安全性及併發症的差異。可惜的是極細支氣管鏡目前沒有在台灣銷售，大多胸腔介入專家，使用的還是 2.0 mm 工作通道的 4.9 mm 一般支氣管鏡，將來若有機會將極細支氣管鏡引進台灣，實是同業先進及患者的福音。

Use of an Ultrathin vs Thin Bronchoscope for Peripheral Pulmonary Lesions: A Randomized Trial

Chest. 2019 Jul 26. pii: S0012-3692(19)31382-0.

Oki M, Saka H, Asano F, *et al*.

Abstract

BACKGROUND:

When evaluating peripheral pulmonary lesions, a 3.0-mm ultrathin bronchoscope (UTB) with a 1.7-mm working channel is advantageous regarding good access to the peripheral airway, whereas a 4.0-mm thin bronchoscope provides a larger 2.0-mm working channel, which allows the use of various instruments including a guide sheath (GS), larger forceps, and an aspiration needle. This study compared multimodal bronchoscopy using a UTB and a thin bronchoscope with multiple sampling methods for the diagnosis of peripheral pulmonary lesions.

METHODS:

Patients with peripheral pulmonary lesions ≤30 mm in diameter were recruited and randomized to undergo endobronchial ultrasonography, virtual bronchoscopy, and fluoroscopy-guided bronchoscopy using a 3.0-mm UTB (UTB group) or a 4.0-mm thin bronchoscope (thin bronchoscope group). In the thin bronchoscope group, the use of small forceps with a GS or standard forceps without the GS was permitted. In addition, needle aspiration was performed for lesions into which an ultrasound probe could not be inserted.

RESULTS:

A total of 360 patients were enrolled, and 356 were included in the analyses (median largest lesional diameter, 19 mm). The overall diagnostic yield was significantly higher in the UTB group than in the thin bronchoscope group (70.1% vs 58.7%, respectively; P=.027). The procedure duration was significantly shorter in the UTB group (median, 24.8 vs 26.8 min, respectively; P=.008). The complication rates were 2.8% and 4.5%, respectively (P=.574).

CONCLUSIONS:

Multimodal bronchoscopy using a UTB afforded a higher diagnostic yield than that using a thin bronchoscope in the diagnosis of small peripheral pulmonary lesions.

新加坡非結核分枝桿菌在肺部疾病的臨床及微生物特徵，2012-2016

摘自：BMC Infect Dis. 2019 May 17; 19(1): 436.

編譯：廖偉志醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

背景：

新加坡和其他東南亞國家的非結核分枝桿菌 (NTM) 疾病特徵仍然有限。本研究旨在描述肺部 NTM 的流行病學和臨床特徵。

方法：

使用 2007 ATS / IDSA 診斷標準。在 2012 年至 2016 年針對新加坡綜合醫院所確定的 NTM 分離株進行回顧性分析。

結果：

共鑑定出 852 例患者的 2,026 例 NTM 分離株。M. abscessus-chelonae 組 (1,010, 49.9%) 為最常見的分離菌株及影響肺部 NTM 疾病。肺 NTM 疾病 (352, 76%) 在所有被診斷患有 NTM 疾病的患者中佔最高比例 (465 / 852, 54.6%)，其中並沒有性別上的差異。男性患者相對年齡較大 (68.5 歲，*P*=0.014)，且有更高機率有肺阻塞 (COPD) 發病率較高 (23.6%，*P*<0.001) 和反覆發作的咳嗽有痰 (51.6%，*P*=0.035)。女性患者則有較多支氣管擴張 (50%，*P*<0.001) 和咳血症狀 (37.6%，*P*=0.042)。年齡和肺阻塞與每位患者的有更多 NT 菌株分離出有關。

結論：

M. abscessus-chelonae 組是最常見的 NTM 菌株。肺部 NTM 感染率最高，針對男性和女性患者感染肺部 NTM 有較高機率者分別為肺阻塞 (COPD) 和支氣管擴張症。年齡和肺阻塞與每位患者有多種 NTM 菌株分離有相關。

〔編譯者評論〕

此研究中，由 852 為病人中分離出 2,026 NTM 菌株，根據 ATS/IDSA 指引有 456 (54.6%) 位符合 NTM disease，其中符合肺部感染的有 352 (77.2%) 位病人。其中常見的共病第一為 bronchiectasis，第二為 TB history，第三為 malignant disease，第四 COPD，第五為 Diabetes mellitus。而胸腔 X 光及電腦斷層最常見的表現皆是 Nodular bronchiectasis，而 Fibrocavitary 分別佔 7.6% 及 10.4% 而已。這樣的結果重新為我們勾畫了一個臨床上常見 NTM 感染的的形象圖，並且找出此疾病在男女上有著極大的差異，包括共病、症狀。

肺部非結核分枝桿菌疾病是一種具有挑戰性的感染性疾病，隨著大家認知增加這種情況越來越普遍，特別是在老年人或潛在的慢性肺部疾病中。其診斷依賴於臨床表現，放射影像學和微生物學結果的整合。疾病的臨床過程是異質性的，有些患者無需治療即可保持穩定，而另一些患者則發展為難治性疾病，並伴隨著相當高的死亡率和併發症比率。

診斷確認不易、困難治療 (治療時間長、藥敏取得困難)、容易復發，是非結核分枝桿菌在臨床治療上最大的困境。但相信隨著大家對非結核分枝桿菌的認識與研究，大家對這個疾病會更加熟悉，以後診斷及治療也更得心應手。期待胸腔科同好們一起努力。

參考文獻：

Cowman S, van Ingen J, Griffith DE, Loebinger MR. Non-tuberculous mycobacterial pulmonary disease. Eur Respir J. 2019 Jul 11; 54(1).

Clinical and microbiological characteristics of non-tuberculous mycobacteria diseases in Singapore with a focus on pulmonary disease, 2012-2016

BMC Infectious Diseases (2019) 19: 436.

Zoe Xiaozhu Zhang, Benjamin Pei Zhi Cherng, Li-Hwei Sng, *et al*.

Abstract

Background:

Information on non-tuberculosis mycobacterial (NTM) diseases remains limited in Singapore and other Southeast Asian countries. This study aimed to delineate epidemiological and clinical features of pulmonary NTM disease.

Methods:

A retrospective review was performed on all NTM isolates identified in Singapore General Hospital from 2012 to 2016 using the 2007 ATS/IDSA diagnostic criteria.

Results:

A total of 2,026 NTM isolates from 852 patients were identified. M. abscessus-chelonae group (1,010, 49.9%) was the most commonly isolated and implicated in pulmonary NTM disease. Pulmonary cases (352, 76%) had the highest prevalence among patients diagnosed with NTM diseases (465/852, 54.6%) with no gender difference. Male patients were older (68.5 years, P=0.014) with a higher incidence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (23.6%, P<0.001) and recurrent cough with phlegm production (51.6%, P=0.035). In contrast, more female patients had bronchiectasis (50%, P<0.001) and haemoptysis (37.6%, P=0.042). Age and COPD were associated with multiple NTM species isolation per patient.

Conclusions:

M. abscessus-chelonae group was the commonest NTM species isolated in Singapore. Pulmonary NTM infection has the highest frequency with male and female patients associated with a higher incidence of COPD and bronchiectasis respectively. Age and COPD were associated with multiple NTM species isolation per patient.

醫學新知Ⅲ

Benralizumab 對於肺阻塞急性發作的預防

摘自：The New England Journal of Medicine 2019 Sep 12; 381(11): 1023-1034.
編譯：鄭文建醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

背景：

對於 benralizumab (anti-IL5 receptor blocker) 在預防中度到重度的肺阻塞的病人，每年急性發作的功效及安全性目前尚未清楚。

方法：

在 GALATHEA 和 TERRANOVA 兩個臨床試驗，納入的病人為依照治療指引吸入劑治療，依然時常急性發作，且依據嗜伊紅性球大於 220/mm^3 及小於 220/mm^3 以大約 2 比 1 的分佈將病人隨機分配至治療組別，接受 benralizumab (30 mg or 100 mg in GALATHEA; 10 mg, 30 mg, or 100 mg in TERRANOVA)，每八週施打 (前三次劑量為每四週施打) 和對照組。主要療效指標為 benralizumab 的治療效果：病人的嗜伊紅性球大於 220/mm^3，在治療第 56 週後，比起對照組，肺阻塞急性發作的機率。藥物的安全性也一起評估。

結果：

在 GALATHEA 試驗，肺阻塞急性發作機率在接受 benralizumab 30 mg 組別為每年 1.19 (95% confidence interval [CI], 1.04 to 1.36)，在接受 benralizumab 100 mg 組別為每年 1.03 (95% CI, 0.9 to 1.19)，在對照組別為每年 1.03 (95% CI, 1.08 to 1.42)。發作比率比起對照組在接受 benralizumab 30 mg 和接受 benralizumab 100 mg 分別為 0.96 (p=0.65) 和 0.83 (p=0.05)。在 TERRANOVA 試驗，肺阻塞急性發作每年發生機率在 10 mg，30 mg，100 mg，對照組，分別為 0.99 (95% CI, 0.87 to 1.13)，1.21 (95% CI, 1.08 to 1.37)，1.09 (95% CI, 0.96 to 1.23)，1.17 (95% CI, 1.04 to 1.32)。發作比率比起對照組在 10 mg，30 mg，100 mg 分別為 0.85 (p=0.06)，1.04 (p=0.66)，0.93 (p=0.40)。在 GALATHEA 和 TERRANOVA 兩個臨床試驗，治療第 56 週後比起對照組，任何一個 benralizumab 劑量組別，對於預防肺阻塞急性每年發作機率，皆沒有達到統計及臨床差別。藥物副作用的類別及發作頻率在實驗組與對照組是相似的。

結論：

Benralizumab (anti-IL5 receptor blocker) 對於病人患有中度到重度的肺阻塞且嗜伊紅性球大於 220，在降低每年肺阻塞急性發作，比起對照組，並沒有有意義的降低。

〔編譯者評論〕

慢性肺阻塞是一個非常複雜的臨床疾病，背後的致病機轉也是非常多元及複雜。不像氣喘，

可以可靠的利用血中的嗜伊紅性球，來當作生物標記，給予生物製劑，以獲得臨床上治療的療效。有一研究指出，血中和氣管裡的嗜伊紅性球相關性，在氣喘 (rho=0.71; p<0.0001) 的正相關程度，高於慢性肺阻塞 (rho=0.40; p=0.004) 的正相關程度。這跟慢性肺阻塞有很多共病症有關，年紀大，高血壓，心衰竭，這些共病症，會潛在性讓血中嗜伊紅性球，經由不同的機轉因而上升，跟傳統氣道 Th2 發炎為主路徑機轉不一樣，會受到很多因素干擾，不像氣喘相對一致，另外很多共病症，一樣會導致肺阻塞急性發作。肺阻塞穩定時及急性發作時的嗜伊紅性球，也相較比較不穩定，無法用單一次抽血嗜伊紅性球的高低來代表，給予生物製劑的治療。肺阻塞急性發作，亦可以分成嗜伊紅性球型態的發作，嗜中性球型態的發作，無發炎型態的發作，急性發作的型態，會不會影響生物製劑的使用，這些都需要更多的大型臨床試驗，來找出慢性肺阻塞的生物標記，以當作生物製劑治療的指引。在慢性肺阻塞，必須根據“treatable traits”來給予治療 。基於上訴可能原因，目前嗜伊紅性球的高低只決定在吸入性類固醇在慢性肺阻塞的使用，至於生物製劑需要更多研究來證實。

Benralizumab for the Prevention of COPD Exacerbations

The New England Journal of Medicine 2019 Sep 12; 381(11): 1023-1034.

Criner GJ, Celli BR, Brightling CE, *et al*.

Abstract

BACKGROUND:

The efficacy and safety of benralizumab, an interleukin-5 receptor alpha-directed cytolytic monoclonal antibody, for the prevention of exacerbations in patients with moderate to very severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are not known.

METHODS:

In the GALATHEA and TERRANOVA trials, we enrolled patients with COPD (at a ratio of approximately 2:1 on the basis of eosinophil count [≥220 per cubic millimeter vs. <220 per cubic millimeter]) who had frequent exacerbations despite receiving guideline-based inhaled treatment. Patients were randomly assigned to receive benralizumab (30 or 100 mg in GALATHEA; 10, 30, or 100 mg in TERRANOVA) every 8 weeks (every 4 weeks for the first three doses) or placebo. The primary end point was the treatment effect of benralizumab, measured as the annualized COPD exacerbation rate ratio (benralizumab vs. placebo) at week 56 in patients with baseline blood eosinophil counts of 220 per cubic millimeter or greater. Safety was also assessed.

RESULTS:

In GALATHEA, the estimates of the annualized exacerbation rate were 1.19 per year (95% confidence interval [CI], 1.04 to 1.36) in the 30-mg benralizumab group, 1.03 per year (95% CI, 0.90 to 1.19) in the 100-mg benralizumab group, and 1.24 per year (95% CI, 1.08 to 1.42) in the placebo group; the rate ratio as compared with placebo was 0.96 for 30 mg of benralizumab (P=0.65) and 0.83 for 100 mg of benralizumab (P=0.05). In TERRANOVA, the estimates of the annualized exacerbation rate for 10 mg, 30 mg, and 100 mg of benralizumab and for placebo were 0.99 per year (95% CI, 0.87 to 1.13), 1.21 per year (95% CI, 1.08 to 1.37), 1.09 per year (95% CI, 0.96 to 1.23), and 1.17 per year (95% CI, 1.04 to 1.32), respectively; the corresponding rate ratios were 0.85 (P=0.06), 1.04 (P=0.66), and 0.93 (P=0.40). At 56 weeks, none of the annualized COPD exacerbation rate ratios for any dose of benralizumab as compared with placebo reached significance in either trial. Types and frequencies of adverse events were similar with benralizumab and placebo.

CONCLUSIONS:

Add-on benralizumab was not associated with a lower annualized rate of COPD exacerbations than placebo among patients with moderate to very severe COPD, a history of frequent moderate or severe exacerbations, and blood eosinophil counts of 220 per cubic millimeter or greater.

胸腔職業疾病群聚事件調查報告

台大職業傷病防治中心 (職業安全衛生署計畫委託)

調查日期：2018 年

調查人員：台大職業傷病防治中心團隊

個案工作性質：某砂輪製造廠粉塵作業工作者

訪視目的：

一、先前於門診健檢追蹤顯示有肺功能下降速度較快之情形，持續追蹤某砂輪製造廠粉塵作業工作者肺功能檢測，期望能早期診斷粉塵相關慢性呼吸道疾病。

二、藉由系統性呼吸道問卷與肺功能檢測，早期偵測慢性呼吸道疾病勞工，並且給予臨場醫療衛教評估，個人化評估可能風險因子，預防疾病惡化。

三、藉由實地訪視與作業現場粉塵偵測，了解目前危害暴露及其對勞工健康之影響；同時回饋事業單位，與之共同擬訂改善方案與健康預防追蹤策略。

訪視結果：

職業傷病防治中心完成該事業單位粉塵作業勞工肺功能檢測與呼吸道健康問卷調查，分析肺功能檢測結果部分，並以非粉塵作業工作者 (實驗室工作者) 為對照組，探討砂輪製造業勞工可能潛在的呼吸道健康風險。

分析調查結果顯示，194 位砂輪製造業粉塵作業勞工中，肺功能已達慢性阻塞性疾病診斷者 ($FEV_1/FVC\%<70\%$) 有 11 位 (5.67%)，輕度阻塞性肺功能障礙者 ($FEV_1/FVC\%<75\%$) 有 34 位 (17.53%)，都明顯高於非粉塵作業工作者 (實驗室工作者) 之對照組的 2.06% 與 6.22%。然而，砂輪製造業粉塵作業勞工吸菸比率 (已戒菸 7.7%，持續抽菸 27.3%) 明顯高於對照組之實驗室工作者 (已戒菸 1.3%，持續抽菸 4.4%)。因此近一步使用多元線性回歸模式與羅吉斯迴歸模式，校正年齡、性別、身高、體重、抽菸史、與抽菸狀態等變項，結果顯示砂輪製造粉塵作業比對照組有顯著 FEV_1 (P 值 0.014) 與 FEV_1/FVC 比值 (P 值 0.0025) 較差的情形。而砂輪製造粉塵作業者亦有較高風險 (Odds ratio 2.23，P 值 0.001) 得到輕度阻塞性肺功能障礙 ($FEV_1/FVC\%<75\%$)；但如以慢性阻塞性肺病診斷依據 ($FEV_1/FVC\%<70\%$) 來看，則目前砂輪製造粉塵暴露的影響尚未達統計顯著水準 (Odds ratio 1.38，P 值 0.429)。

由調查結果推論，砂輪製造相關粉塵暴露會增加阻塞性呼吸道疾病風險，而抽菸仍是慢性阻塞性肺病重要的因子。

結論與建議：

一、根據台灣胸腔暨重症加護醫學會於 2017 年公佈之台灣慢性阻塞性肺病 (COPD) 診治指引，慢性阻塞性肺病之特徵為持續的呼氣氣流受阻，常具漸進性且伴有肺臟及呼吸道對有害微粒或氣體的慢性發炎反應。目前的定義要診斷慢性阻塞性肺病需要有肺量計檢查吸入支氣管擴張劑後用力呼氣一秒量 / 用力呼氣肺活量 (FEV1FVC) 小於 0.7，代表病人有不完全可逆呼氣氣

流阻塞。典型的症狀為咳嗽、咳痰及慢性且漸進性的呼吸困難等症狀。理學檢查主要呈現呼氣氣流受阻的相關徵象，包括需用力吐氣、噘嘴式吐氣及吐氣期間發生喘鳴音。盛行率在台灣地區 40 歲以上 2.48-9.5% 均有被報告過，年齡增加及其他慢性共病症會增加慢性阻塞性肺病的罹病率，我國 2016 年的統計資料顯示慢性阻塞性肺病居十大死因第七位。慢性阻塞性肺病重要的危險因子有吸菸、年齡老化、男性、基因、空氣汙染、暴露於有害微粒、低社經地位、氣喘及感染等。而在診治指引中，特別提到因職業暴露造成慢性阻塞性肺病的相關危險因子包括有機與無機的粉塵、化學物質與有害煙霧。在丹麥的診斷過程中，相關職業如木工、煙囪清理等勞工露在揮發蒸氣、粉塵或煙霧之時間至少 8~10 年，並符合疾病與職業暴露之時序性，且抽煙量少於 10 包 - 年 (pack-year) 者，得認定其 COPD 為職業病。根據美國第三次國家健康與營養普查 NHANES III，在一萬名介於 30 至 75 歲的人中，有 19.2% 的 COPD 成因歸咎於工作相關，而非吸菸者中有 31.1% 的 COPD 成因歸咎於職場。Paul D. BLANC 等人分析 233 位 55~75 歲慢性阻塞性肺病勞工，研究顯示非抽菸者於工作中暴露氣體、薰煙、粉塵與蒸氣等對於造成慢性支氣管炎或第一級慢性阻塞性肺病 ($FEV_1/FVC<70\%$ & $FEV_1>=80\%$ of prediction) 的風險 Odds ratio 為 3.2。

二、國際上已經有文獻顯示粉塵作業會增加勞工慢性阻塞性呼吸道疾病之風險，而本調查進一步顯示低於目前勞工粉塵作業規範濃度下之粉塵作業場所，仍有較高風險使勞工引起阻塞性換氣功能障礙，值得後續討論是否研擬不同種類粉塵之作業規範。

三、持續性的職場肺功能監測，有助於早期偵測粉塵、氣體、蒸氣、燻煙等呼吸系統危害物質的影響，值得持續推廣，勞工肺功能如有下降趨勢，職業傷病防治中心可以提早介入協助。

四、雖然事業單位有提供足夠之呼吸防護具，但員工使用口罩的方法與知識需要加強教育訓練。

PS. 如有相關職業傷病需求疑問，都可以洽職業傷病管理服務中心與各防治中心聯繫諮詢，也可轉介到全台 80 家以上醫院職業醫學門診就診，提供相關評估建議喔！

【相關醫院資訊】：https://tmsc.osha.gov.tw/center_c.asp

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：109 年 2 月 5 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 35)

A 47-year-old male farmer arrived at the emergency room with the chief complaint of right chest pain for one month, accompanied with general malaise, poor appetite, mild cough, shortness of breath on exertion, and body weight loss over 5 kg in one month. He had history of recurrent pancreatitis due to alcohol abuse and type 2 diabetes mellitus. He smoked 1-2 packs per day for more than 10 years and alcohol consumption 150-200 ml 58% sorghum three times per week for many years. The lab data upon presentation were as below: WBC: 31,500/cumm, Seg: 93.9%, CRP: >38 mg/dL. He was admitted to chest ward under impression of lung abscess (Figure 1 and 2) and has been treated with brosym 4g Q12H. On the 3rd day after admission, he presented with conscious drowsy, desaturation, and BP drops. The CXR showed new lesion over RUL, and lesions over LUL, RML and RLL fields in progression (Figure 3). He was intubated and transferred to ICU for intensive care due to septic shock and respiratory failure.

1. What was the possible cause of the patient?
   (A) Pulmonary tuberculosis
   (B) Pulmonary aspergillosis
   (C) MRSA bacteremia with septic emboli and lung abscess
   (D) Pulmonary embolism with infarction and necrosis
   (E) Multiple drug resistance pathogens related treatment failure

選擇題：(每題 15 分)

2. 針對小的周圍肺部病變 (病兆大小≤ 30 mm)，以下何者是可以提高診斷率的手段？
   (A) ROSE (rapid on-site evaluation)
   (B) Radial probe endobronchial ultrasound (rEBUS)
   (C) Ultrathin bronchoscopes (UTBs)
   (D) 以上皆是

3. 所謂 Ultrathin bronchoscopes (UTBs) 指的是？
   (A) Bronchoscopes with an outer diameter of 4.8 mm
   (B) Bronchoscopes with an outer diameter ≤ 3.5 mm

(C) Bronchoscopes with a working channel diameter ≤ 3.5 mm
(D) Bronchoscopes with an outer diameter of 5.8 mm

4. 依據本期文獻，非結合分支桿菌描述下列何者為非？
(A) 女性發生者多為支氣管擴張症病人
(B) 男性發生者多為肺阻塞病人
(C) 一般發生非結合分之桿菌肺疾病，女性發生者年紀較大
(D) 在非結合分支桿菌肺病中，最常見的菌種為 M. abscessus-chelonae

5. 非結合分支桿菌肺病之診斷下列何者錯誤？
(A) 診斷需配合臨床症狀、影像、及反覆出現的 NTM
(B) 影像上符合感性造成的異常，若其他條件亦符合，及符合 NTM 診斷
(C) 臨床症狀最常見為咳嗽及濃痰
(D) 細菌學需有兩套以上的菌株發現

6. Benralizumab 在 GALATHEA 和 TERRANOVA 兩個臨床試驗所收納的慢性肺阻塞病人，eosinophil counts 是以多少當作 cut off value ？
(A) 100 per cubic millimeter
(B) 150 per cubic millimeter
(C) 220 per cubic millimeter
(D) 300 per cubic millimeter

7. Benralizumab 在 GALATHEA 和 TERRANOVA 兩個臨床試驗所獲得的結果，下列何者正確？
(A) 利用血中 eosinophil 的總數和氣喘一樣，對於預防慢性肺阻塞急性發作有得到顯著差異
(B) 而且 eosinophil 的總數越高，得到預防慢性肺阻塞急性發作效果越大
(C) 對於中度到重度的肺阻塞病人且嗜伊紅性球大於 220，在降低每年肺阻塞急性發作，比起對照組，並沒有意義降低
(D) 以上皆非

測驗回函 (2019 年 12 月第 28 期)

截止日：109 年 2 月 5 日

會員編號：__________________　　　姓名：__________________

1		2		3		4	
5		6		7			

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

★學會秘書處

高雄聯絡電話：(07) 735-3917

台北聯絡電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

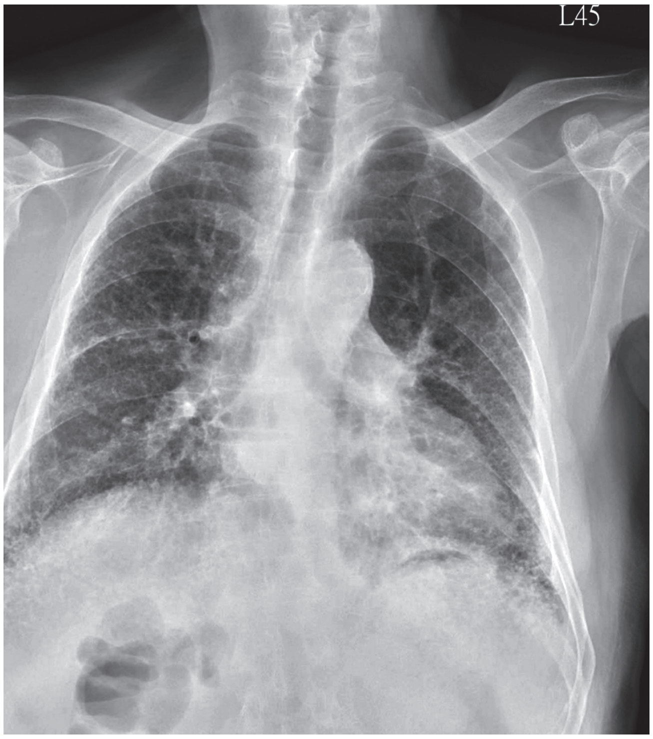


Figure 1. Chest X-ray showed fibrotic change and reticulation in bilateral lungs. Retrocardiac ill-defined opacity.

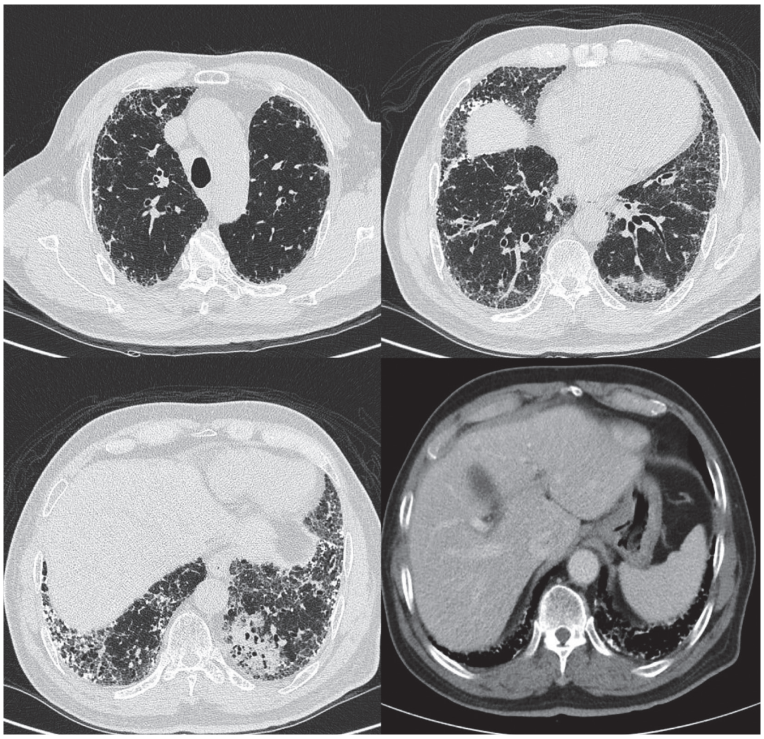


Figure 2. Thoracic computed tomography probable UIP pattern and left lower lung consolidation with calcification.

Table 1. Autoimmune profiles and microbiology data

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

提供：臺灣大學醫學院附設醫院 胸腔科 陳祐易醫師 / 楊景堯醫師

[Case]

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

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

[Question]

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

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

[Answer]

(C) ILD + lung cancer

Besides the UIP pattern shown in CT scan, a small patchy consolidation was also found in left lower lobe. Using endobronchial ultrasound-guided approach, the patient received bronchoscopic biopsy of the left lower lung lesion through LB10 branch., The pathological result revealed pulmonary adenocarcinoma, which was positive for TTF-1 and negative for p40 by immunohistochemical (IHC) staining. The further staging work-ups disclosed neither positive lymph nodes nor distant metastases. Overall, we present a case who was diagnosed with both idiopathic pulmonary fibrosis and early stage pulmonary adenocarcinoma at the same time.

選擇題：

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

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

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

5. 下列關於轉移性的非小細胞肺癌病人第一線單方免疫治療或是化療比較何者正確？
   (A) 利用 PD-L1 TPS 可以完美的挑選出適合免疫治療的病人

(B) 有 EGFR mutation 病人，如果 PD-L1 TPS >50%，建議單方免疫治療為第一線療法

(C) 有 ALK rearrangement 病人，如果 PD-L1 TPS >50%，建議單方免疫治療為第一線療法

(D) 單方免疫治療相較於化療 grade 3 以上的副作用較少

答案 (D)

6. 下列何者是目前用來治療硬皮症相關間質性肺病的藥物？

(A) Cyclophosphamide

(B) Mycophenolate mofetil

(C) Rituximab

(D) 以上皆是

答案 (D)

7. 有關 SENSCIS trial 的敘述，下列何者錯誤？

(A) 研究族群中有將近一半的病人為限制型硬皮症 (limited cutaneous systemic sclerosis)

(B) 安慰劑組病人 FVC 的年下降率比 IMPULSIS trial 的安慰劑組病人來的高

(C) Nintedanib 組病人對比安慰劑組病人 FVC 年下降率減少的比例與 IMPULSIS trial 相當

(D) Nintedanib 組病人對比安慰劑組病人 FVC 年下降率，比起 IMPULSIS trial 有較小的絕對差值，可能與將近一半的病人在進入臨床試驗前就已經在使用 MMF 有關

答案 (B)

吐納園地

…在充實嚴肅的會務活動與學術交流之後，我們特留一畦園地，讓會員在為病患爭一口氣之餘，也能喘息一下，交換對專科醫療的所見、所聞、所思、所樂及所憂。期待您的珠璣片羽來串連彼此…

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

那年，我在 MD Anderson Cancer Center 的日子

陳家弘醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔暨重症系

緣起

“短暫停留，讓自己有不一樣的人生”

Kobe Bryant，被譽為我這個年代，最偉大的籃球員之一，在我出國進修那年他用一首詩表達他即將退休離去的心境：

I’m ready to let you go.
I want you to know now.
So we both can savor every moment we have left together.
The good and the bad.
We have given each other
All that we have.

對，離去！離開他的摯愛，與我一般。Kobe，其實從未離開過湖人隊；而我，從 Clerk，Intern，住院醫師到主治醫師，從沒離開過中國附醫，感謝這裡的師長，讓我茁壯，成長，2016 年是我待在這裡的第 13 個年頭，雖然少於 Kobe 的 20 個年頭，但問我會不會離開這裡？聳聳肩，苦笑著，常是我的標準答案。

「短暫停留，讓自己有不一樣的人生」，這是我的老闆涂智彥主任講過讓我感受最深的一句話，我不知道會不會再有下一個 13 年，但我知道，該去看看外面的世界有多大，了解自己其實有多小。感謝那時涂主任給我這樣的機會，短暫停留，我會讓我的人生，不一樣！

想想胸腔科這 10 年，其實有苦有樂，我們總是熱血，也從未放棄過，謝謝那些曾經在同一擂台上，一起戰鬥的伙伴們。

因此，Kobe 這句話好適用於我那時的心境：

So we both can savor every moment we have left together.

The good and the bad.

We have given each other.

好與壞的現況，都值得珍惜，直到 ready to go。

I'm ready!

出發

我選擇 MD Anderson Cancer Center 來當作我短期出國進修的醫院，一方面在於 MDACC 是我們醫院的姊妹醫院，聯繫起來較為方便，再來 MD Anderson Cancer Center 創立至 2016 年正好滿七十五周年，在過去 14 年內就有 11 年被 US News & World Report 評選為“Best hospital for cancer care”，不論在癌症研究、治療、照護的領域中都有著舉足輕重的地位，是全世界最頂尖的癌症中心，也正因如此，申請來 MDACC 最火熱的 thoracic oncology 部門當觀察員需花 9 個月的時間等待才得以正式等待到空缺。

2015 年 12 月 30 日是我第一天到美國的日子，但號稱全美第四大城市的休士頓卻因為正在歡度聖誕節和新年而顯得孤寂，尤記得過年那晚，在臉書上寫下了這樣的心情：

來到一個比大家時間都晚的國度，你們跨年，我還在吃中餐，

你們都開始為新的一年奮鬥時，我才結束今年，

一輩子大概不會有第二次在休士頓，單獨看完 NBA，吃完泡麵，

在 5，4，3，2，1 中結束今年，

出來好辛苦，但今天，好滿足，

新年快樂！

戰鬥

MDACC 主要建築座落在休士頓的醫學中心區，休士頓的醫學中心區有好幾間大型醫院和研究機構，包括有：St. Luke Episcopal Hospital，Methodist Hospital，Texas Children's Hospital，Baylor College of Medicine，Texas Heart Institute 等等，因為從世界各地來此就醫的人實在太多，醫學中心區周邊有非常多旅館及小型公寓可以提供病患及家屬居住，甚至在 MDACC 裡面便有旅館可以供病患及家屬居住。MDACC 的院區可以分為北中南三大院區，樓板面積加起來大約有七個台中洲際棒球場的面積這麼大，也因此在 MDACC 迷路早已是司空見慣的事，MDACC 的主要建築群雖然都非常靠近，但並不在同一個區塊，當中仍有主要街道穿梭其中，所以 MDACC 的管理者便想出在每棟建築之間興建了封閉式天橋互相連接以方便通行，目前這天橋的總長度已經超過一公里，有提供高爾夫球車往返載人，初來乍到見到這副景象，總讓人驚訝不已。

Pulmonary medicine 中的 interventional pulmonology 部門是我在 MDACC 的第一站，美國的醫師很特別，他們可以很早來上班，但絕不允許延遲下班，也因此 MDACC 都是早上七點開始做第一台氣管鏡，這代表住距離醫院三公里遠的我得五點半起床，六點開始走路來醫院，才不會錯過第一台的檢查。

在台灣的我們，一個早上做 8-10 台的氣管鏡就是我們的日常，但這裡可不一樣，早上最多排三台，下午最多排二台，下班時間一到，關燈走人一秒也不停留，常常早上做完二台氣管鏡，身體正熱開後，我的 mentor 反而會帶大家到星巴克，悠哉的喝杯咖啡，談談昨晚的 NBA 誰得分破

了 40 分，即將開打的明星賽買到多好的位置，一個小時後，回來做完一台氣管鏡後馬上又要吃午餐，下午不論有無檢查，二點半又是我們聚集星巴克的時間，現在想想，感謝那段時間的密集訓練，各式各樣咖啡的英文講法，我已經可以倒背如流了。

在每天檢查設限的前提之下，得到的卻是這裡的醫師可以更細膩的做著每一次的檢查，檢查前仔細的討論每個細節，上場時不慌不忙的取得足夠的檢體，結束後不疾不徐的觀察病人的狀況，與台灣完全不同的步調，卻也帶給病人更好的品質以及安全。

Thoracic oncology 是 MDACC 一個非常重要的部門，最主要的原因便是在於肺癌也是美國目前最致命的腫瘤，MDACC 喊出來的口號是“making cancer history”，努力讓癌症成為歷史，總是他們最重要的目標，Thoracic oncology 部門不是只有治療肺癌，例如少見的間皮瘤，這裡治療的經驗便號稱是全世界最多，也因此這裡的求診病人，幾乎來自世界各地，包含各色人種，這裡的臨床試驗也是多的嚇人，各種各式的新藥幾乎都會希望從這開始，也因此來這求診的病人總可以有很多不同的選擇，這裡的門診也跟台灣很不一樣，主治醫師大多選擇看兩個整天的門診，雖然號稱整天，但最多只會看 16 位病人，一位病人至少看 30 分鐘，這在台灣應該是天方夜譚了，空下來的剩餘時間，他們可以盡量的做研究或是涉獵相關的資訊，我想這也是這裡的醫師為什麼總是能走在治療前端的原因。

在美國最大的收穫應該便是遇見了現今中國醫藥大學的校長，而那時是 MDACC 的基礎副院長洪明奇院士，我一有時間總會溜去洪院士的實驗室，瞭解基礎在做些什麼，每週三以及週六更可以參與洪院士的 lab meeting，見識到了洪院士實事求是的精神，儘管他已經擁有了多篇的 Nature 以及 Cell，他仍舊兢兢業業，努力不懈，做學問的精神值得我們好好學習。

美國人的主動求知精神是我們可以學習的，在 MDACC 常會有許多各式各樣的會議舉辦，這裡的醫師總會主動的去參加，有時如果是知名的學者，甚至會有萬人空巷的排隊景象，我想這也是在台灣難得會見得的景象。

休閒

在美國的這段日子，最期待的莫過是假日了，跟家人們總會租車，四處去看看這地方的美，第一次親眼看到 NBA，心中感動無限，第一次讓孩子們跟動物零距離的接觸，驚叫驚訝無數，第一次坐上熱氣球，俯瞰整個德州，美景盡收，再講十個在這異鄉難忘的第一次，我知道還是說得出。

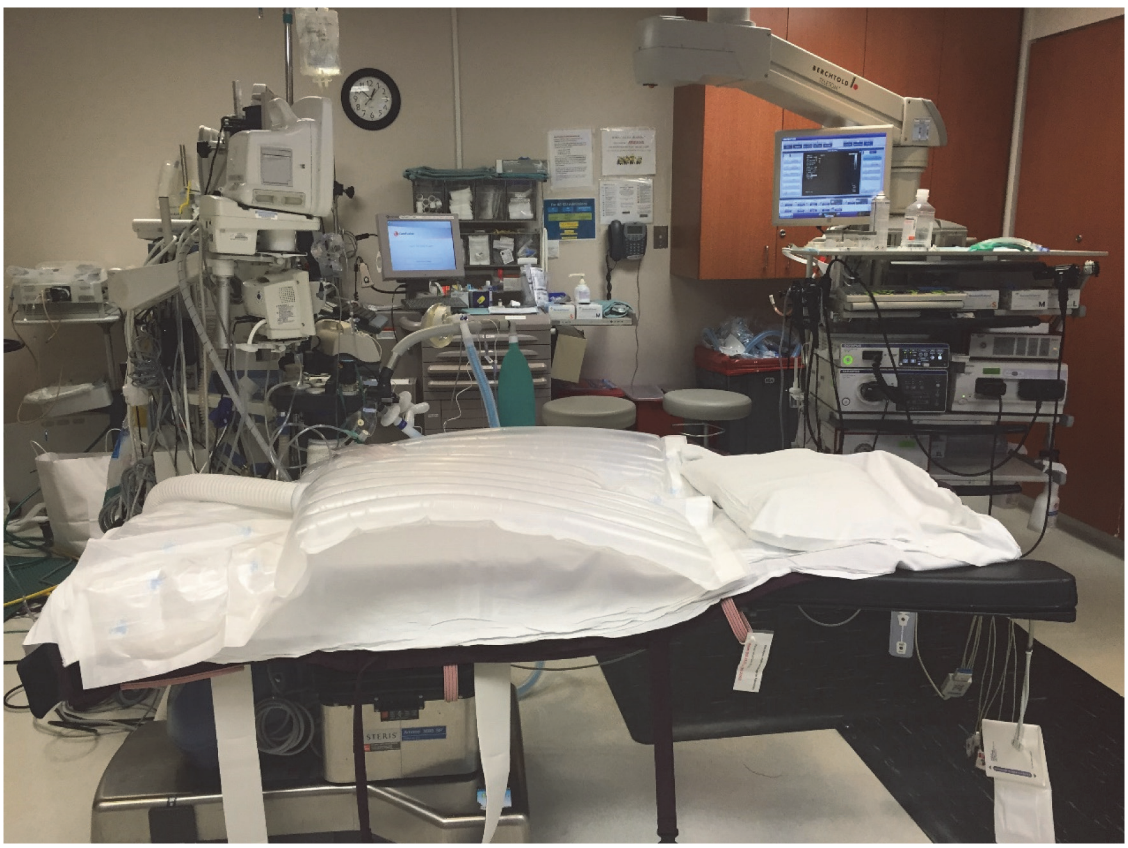
目前在 MDACC 甚至在休士頓的台灣人愈來愈少了，但其實身處在國外的台灣人是最溫暖的，害怕我們沒有交通工具會餓著，會無聊，總會適時的伸出手，告訴我們他們都在，如果說台灣最美的風景，是人，那我想，國外最美的風景，是台灣人！

後記

回來台灣轉眼已經三年了，似乎又回到那時出國前的忙碌，甚至更加，常常戲稱在台灣的我們總是過著撿胡椒鹽的日子（檢查、服務、教學、研究），看似全能其實不然，壓縮很多時間來撿胡椒鹽，往往總是得到反效果，儘管如此，我仍舊懷念那一年，我曾經在 MDACC 進修過，「短暫停留，讓自己有不一樣的人生」，我很高興，至少我曾經努力的跨出去過。

MD Anderson Cancer Center 的主建築物

在美國的第一杯星巴克咖啡

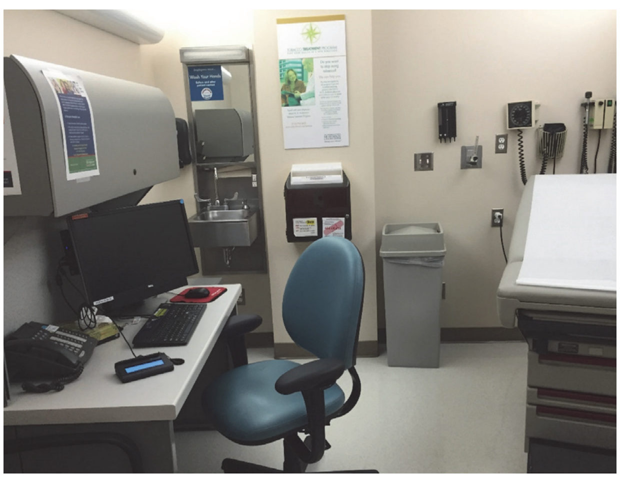


MD Anderson Cancer Center 的支氣管鏡室，設備以及空間都讓台灣的我們直流口水

我 在 美 國 的 mentor: Professor George Simon，正在與病人詳細解釋目前的狀況以及未來需要接受的治療

洪明奇院士在 lab metting 中針對研究生的簡報抒發自己的想法

農曆年，老美沒有絲毫的感覺，感謝這些熱情的台灣人，努力用我們熟悉的方式，讓我們沒忘記，今晚是除夕



MD Anderson Cancer Center 的門診診間，一應俱全

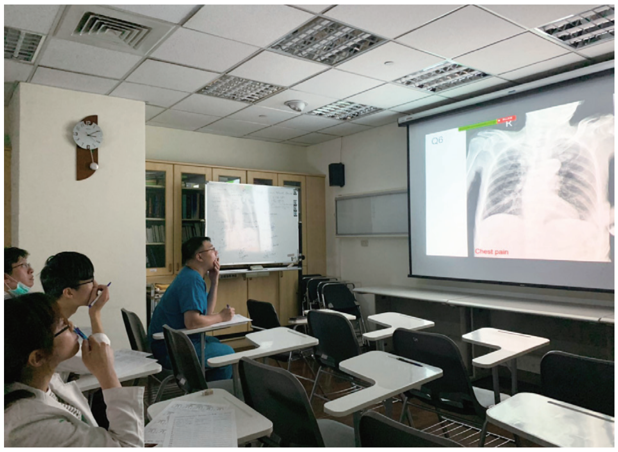
生平第一次的 NBA，滿足了從小的願望

活動集錦

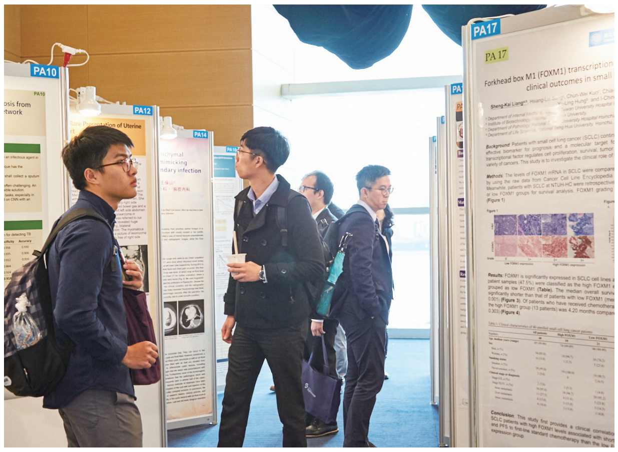
108 年 10 月 18 日於北區進行模擬測驗

108 年 10 月 26 日舉辦 POST ERS Symposium (三地連線)

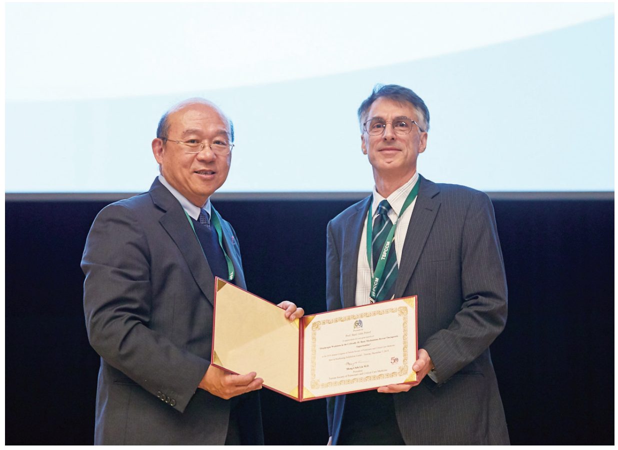
108 年 11 月 08 日於景福館進行模擬測驗



108 年 12 月 7 日 於高雄展覽館舉辦 2019 年度年會



Moderator 徐中平副院長 (左一) 與講者 Prof. Kazuhiro Yasufuku (左二) 合影



Moderator 林恒毅院長與講者 Prof. Basil J Petrof 合影 (由左至右)

講者 Prof. Guy Marks

林孟志理事長與王金洲秘書長合影 (由左至右)

108 年 12 月 7 日於高雄展覽館舉辦 2019 年度年會 - 晚宴

余忠仁理事、新光吳火獅紀念醫院 高尚志醫師以及林孟志理事長與三太子合影 (由左至右)

108 年 12 月 8 日於高雄展覽館舉辦 2019 年度年會

講者王廣發教授與 Moderator 施金元主任合影 (由左至右)

講 者 Prof. David. Planchard 與 Moderator 楊 政 達院長合影 (由左至右)

Moderator 彭殿王主任與講者 Prof. Peter Howarth 合影 (由左至右)

講者 Prof. ByoungChul Cho 與 Moderator 夏德椿主任合影 (由左至右)

Moderator 黃明賢教授與講者 Prof. Masaharu Nishimura 合影 (由左至右)

Moderator 鍾飲文教授與講者魏裕峰主任合影 (由左至右)

Moderator 徐武輝副院長與講者鄭世隆主任合影 (由左至右)

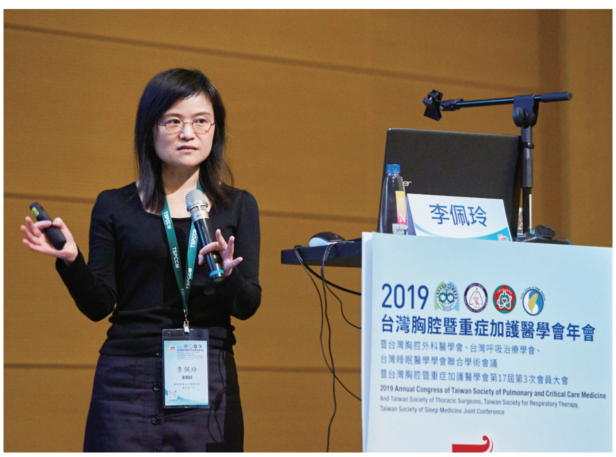
講者 Prof. Peggy Lai

講者 Prof. David. Planchard

Moderator 張基晟主任

講者何肇基醫師

講者江振源醫師

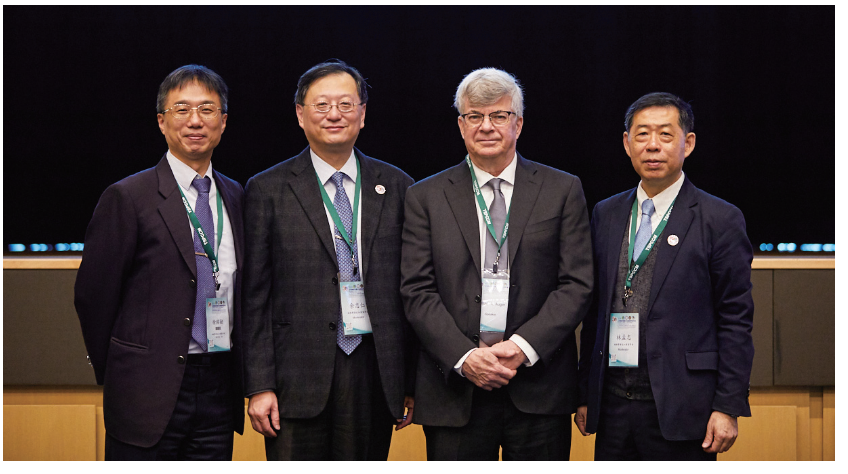


講者李佩玲主任


講者柯信國醫師

講者陳彥甫醫師

林孟志理事長 (左一)、Prof. Peggy Lai(左二)、徐武輝監事 (右一)、李岡遠理事 (右二)



台大醫院 徐紹勛醫師、余忠仁理事、Prof. William R. Auger 與林孟志理事長合影 (由左至右)

許瑞昇主任、陳彥甫醫師、Prof. Ganesh Raghu、柯信國醫師與王鶴健教授合影 (由左至右)

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函

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

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

◆廣告產品請填寫擬刊登廣告之名稱。

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

企業全名(贊助款收據抬頭)：

統一編號：

聯絡人/職稱：

電話：(O) 手機：

Email：

地址：

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

會訊委刊廣告辦法需知

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 接受優良廠商委託刊登廣告。

本會刊為雙月刊，每年 2、4、6、8、10、12 月發刊，共 6 期，提供紙本版本以及數位版本供所有會員閱覽。

凡有意願者，填妥「會訊」廣告贊助申請表 E-mail 至本會編輯處俾憑辦理。

本會委刊廣告版面以滿頁為一單位。以一年 6 期為單位。
本次為接受民國 109 年之廣告版面。
請自行選擇廣告位置以及期數。
同一位置若同時有多家公司申請時，以抽籤決定。

廣告位置和定價：

>>封面內(單頁)：	NT 25 萬	元/頁/年(6 期)
>>封底內(單頁)：	NT 20 萬	元/頁/年(6 期)
>>封底外(單頁)：	NT 30 萬	元/頁/年(6 期)
>>一般內頁(無限制頁數)：	NT 10 萬	元/頁/年(6 期)
>>信封袋底(單頁)：	NT 30 萬	元/頁/年(6 期)

廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：
長 30.3cm × 寬 21.6cm，解析度(像素) 350 dpi 以上
(此為預留四邊出血各 0.3cm 之大小，實際廣告尺寸為 29.7cm × 21cm)

確認刊登月份後，敬請於刊登前一個月月中內將檔案資料寄到編輯部並將廣告費用匯入銀行帳戶，並請加註“會訊委刊廣告費”以及“匯款人名稱”。

匯款銀行：合作金庫(銀行代號 006)　台大分行
銀行戶名：台灣胸腔暨重症加護醫學會
銀行帳號：**1346872003417**
若有疑慮者，敬請與編輯部聯繫
(06) 235-3535 轉 5399；手機 0976-258-162 余智惠

本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。