



會訊

第39期
2021.10

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine



理事長的話

主編的話

會務活動

學術專欄

通訊繼續教育

會訊委刊廣告贊助回函

會 址：100229 台北市常德街一號台大景福館四樓 413 室

通訊地址：10099 臺北市南陽郵局 294 號信箱

電 話：(02) 2314-4089

網 址：www.tspccm.org.tw

台灣胸腔暨重症加護醫學會 (TSPCCM)

理事長	王鶴健							
理事	王金洲	何肇基	吳杰亮	李岡遠	杭良文	邱國欽	施金元	夏德椿
	徐武輝	涂智彥	高國晉	陳育民	彭殿王	黃明賢	黃崇旂	賴俊良
常務監事	鍾欽文							
監事	林慶雄	曹昌堯	陳濤宏	陽光耀				
秘書長	簡榮彥							
副秘書長	王誠一	吳尚俊	林智斌	林聖皓	胡漢忠	郭耀文	陳家弘	馮嘉毅
	黃俊達	賴建豪	魏裕峰					

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 110 年 10 月第 39 期

發行人 Publisher	王鶴健 Hao-Chien Wang	
主編 Editor-in-Chief	夏德椿 Te-Chun Hsia	
副主編 Deputy Editor-in-Chief	曹昌堯 Thomas C. Y. Tsao	
編輯委員 Editorial Commissioners	王金洲 Chin-Chou Wang	王振源 Jann-Yuan Wang
	林恕民 Shu-Min Lin	林聖皓 Sheng-Hao Lin
	林裕清 Yu-Ching Lin	邱國樑 Kuo-Liang Chiu
	洪仁宇 Jen-Yu Hung	涂智彥 Chih-Yen Tu
	陳崇裕 Chung-Yu Chen	傅彬貴 Pin-Kuei Fu
	彭忠衍 Chung-Kan Peng	黃煦晴 Hsu-Ching Huang
	魏裕峰 Yu-Feng Wei	
執行編輯 Executive Editors	鄧齡喬 Ling-Chiao Teng	王彩融 Tsai-Jung Wang
	吳育丞 Yu-Cheng Wu	傅彬貴 Pin-Kuei Fu
	曾政森 Jeng-Sen Tseng	
執行秘書 Executive Secretary	陳家弘 Chia-Hung Chen	
編輯顧問 Editorial Consultant	鍾欽文 Inn-Wen Chong	

學會秘書處

會 址：100229 台北市常德街一號台大景福館四樓 413 室

通訊地址：10099 臺北市南陽郵局 294 號信箱

電 話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

網 址：www.tspccm.org.tw

編輯部

E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

印刷公司：天生行印刷有限公司

地址：台北市博愛路 52 號 電話：(02) 2361-5281

※ 本會訊由台灣胸腔暨重症加護醫學會以雙月刊發行，
版權屬台灣胸腔暨重症加護醫學會所有，非經許可不得任意轉載或以任何方式摘錄。
中華郵政高雄雜字第 238 號執照登記為雜誌交寄

理事長的話.....	3
主編的話.....	4
會務活動	
活動訊息.....	6
2021 胸重年會論文投稿辦法	11
會議記錄	
第十八屆第四次理、監事聯席會會議記錄.....	16
睡眠醫學委員會會議記錄.....	25
重症醫學委員會會議記錄.....	27
間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議記錄.....	29
肺部環境及職業醫學委員會會議記錄.....	31
肺血管及肺高壓委員會會議記錄.....	33
健保與醫療政策工作小組會議記錄.....	37
公共事務工作小組會議記錄.....	38
國際學術交流工作小組會議記錄.....	40
青年工作小組會議記錄.....	42
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：This 80-year-old woman with history of atrial fibrillation was a non-smoker 提供：鄧齡喬醫師 / 王彩融醫師 臺中榮民總醫院	43
醫學新知	
■ Chest CT imaging features for prediction of treatment response in cryptogenic and connective tissue disease-related organizing pneumonia 胸部電腦斷層特徵預測隱源性器質化肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia, COP) 和 自體免疫疾病造成的器質化肺炎 (CTD-OP) 的治療反應 編譯：吳育丞醫師 臺中榮民總醫院 胸腔內科	44
■ One-year follow-up of chest CT findings in patients after SARS-CoV-2 infection 追蹤病人感染 SARS-CoV-2 一年後的胸部電腦斷層檢查結果與分析 編譯：傅彬貴醫師 臺中榮民總醫院 重症醫學部	47
■ Sotorasib for Lung Cancers with <i>KRAS</i> p.G12C Mutation Sotorasib 於帶有 <i>KRAS</i> p.G12C 基因突變肺癌患者的治療 編譯：曾政森醫師 台中榮民總醫院 胸腔內科	50
通訊繼續教育.....	53
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函	63

各位會員先進大家好，

在新冠疫情持續膠著的狀況下，各位會員擔當臨床第一線的工作，請務必遵守防疫的各項守則，以確保個人的安全。雖然在疫情的影響下，與會員相關的教育訓練和各種研討會多改為線上會議，但學會還是儘量維持原定的相關會議持續進行，提供會員所需的繼續教育和胸腔醫學新知的交流。請由學會網站，獲取最新的會議和活動資訊。今年的胸重專科醫師筆試原定於09月12日舉行，因璨樹颱風來襲，順延至09月19日，考生應該都已收到學會的通知，感謝所有參與事務的委員和工作人員的辛勞。重症醫學專科醫師考試，今年度由外科學會輪值承辦甄試業務，簡章已經公告報考日期10月16日截止，請考生會員注意。最近國健署積極推動電子煙對身體危害的宣導，本人代表學會於09月02日出席「擁抱健康向電子煙說不」的記者會，同時分享國內EVALI的案例，希望能喚醒大眾禁絕電子煙。2021年台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨第18屆第2次會員大會目前正積極籌備當中，同時邀請台灣胸腔外科醫學會、台灣胸腔暨心臟血管外科學會協辦，擬於12月11日、12日在臺中榮民總醫院舉行，採線上與實體會議並行，敬請會員踴躍參加。年會論文也於08月09日開放投稿至10月31日截止，敬請各位會員積極參與。今年年會特別在學術委員會的規劃下設立：年輕醫師研究潛力獎、優秀論文獎和Young Investigator Award暨楊思標教授紀念獎，以鼓勵會員們對研究發表的貢獻。

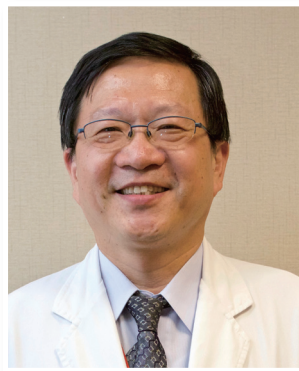


疫情的衝擊下，改變了許多平常不變的規律，但是身為醫師的會員們，我們還是要本於專業、保持初心、繼續努力，相信疫情終會受到控制，在此祝福大家。

理事長

王鶴健

白雲蒼狗，世事無常。悠悠時光看似漫長，不過是白駒過隙，忽然而已。不知不覺，今年已經過了四分之三，轉眼中秋已過，就到十月。過去的幾個月大家都忙於抗疫，或許有很多的不捨和遺憾，但流逝的歲月，終就無法追回。與其念念不忘，不如斷了回想，努力的為未來而戰。讓我們看一看台中榮民總醫院這其會訊給我們什麼驚艷！



本期胸腔重症案例，由台中榮民總醫院鄧齡喬、王彩融兩位醫師提供。病人 80 歲婦女，平日除了心房顫動之外，並沒有特別的病史。此次因為無痰的咳嗽以及手臂有軟組織腫瘤就診。胸部 X 光片結合臨床資訊值得細細推敲。

醫學新知第一篇由臺中榮民總醫院吳育丞醫師摘自 Eur Radiol 2020，主題是胸部電腦斷層特徵預測隱源性器質化肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia, COP) 和自體免疫疾病造成的器質化肺炎 (CTD-OP) 的治療反應研究隱源性器質化肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia, COP) 和自體免疫疾病造成的器質化肺炎 (CTD-OP) 的病患，使用類固醇後仍然預後不佳的胸部電腦斷層特徵，並比較兩者間影像上的差異與關連。過往的研究，在接受類固醇治療後大多數 COP 的病人恢復良好，約在治療 1-2 周內後，有約 2/3 的病人會達到臨床完全康復。然而，COP 在停止類固醇治療後的復發，或是在肺部產生殘存病灶 (residual disease; RD) 仍是目前臨床所會遇到的問題。本篇收入 166 名 COP 和 CTD-OP 的病患，算是病人數較多的回溯型研究之一。顯示了 CTD-OP 有較差的預後，不管是在肺部殘存病灶 (COP 的 4.31 倍) 或是疾病復發 (COP 的 6.42 倍) 都有較高的比例，可能暗示著 CTD-OP 的病人臨床上可能需要追蹤的時間更長，以及類固醇使用的時間更久。

醫學新知第二篇，臺中榮民總醫院重症醫學部傅彬貴醫師選了 BMC Med. 2021 一篇有關追蹤病人感染 SARS-CoV-2 一年後的胸部電腦斷層檢查結果與分析。

本研究為前瞻性觀察性研究，收納中國大陸鎮江大學醫學院第一附設醫院罹患 COVID-19 的病人。病人在診斷 COVID-19 住院後，需接受一系列的電腦斷層追蹤，時間序分別為：住院期間、出院後第二周、一個月、三個月、六個月以及一年。主要的探討標的是在出院後一年，那些病人會在胸部電腦斷層殘留病灶影像、殘留肺部病灶會造成何種程度的肺功能影響。結論值得大家細細品味，到底這個 2019 年的新興疾病對人有多大影響。

醫學新知第三篇，曾政森醫師摘自 N Engl J Med 2021，一個新標靶治療藥物，Sotorasib 於帶有 KRAS p.G12C 基因突變肺癌患者第二期臨床試驗的治療研究結果。針對先前接受過標準治療的晚期 KRAS pG12C 突變的非小細胞肺癌患者給予口服 sotorasib 每日 960 毫克的治療。儘管肺癌的發生率仍在上升，肺癌的治療成效及死亡率在這二十年來有大幅的進步，其中最主要的因素為標靶治療的成功所引領的肺癌精準醫療。Sotorasib

對於先前接受過標準治療的晚期 KRAS pG12C 突變的非小細胞肺癌患者可提供持久性的臨床助益，此外並無觀察到新的安全性警示。

古人云：自古逢秋悲寂寥，我言秋日勝春朝。晴空一鶴排雲上，便引詩情到碧霄。希望早日擺脫疫情，各位好朋友順利平安！

主編



研討會、繼續教育課程行事曆

日期	名稱	地點
09 月 02 日 (星期四)	Severe Asthma TV - 案例討論：What to consider in uncontrolled asthma with fungal sensitization	線上會議
09 月 02 日 (星期四)	TSPCCM post ERS ILD virtual school Module 3: Specific Disease II	線上會議
09 月 04 日 (星期六)	非結核分枝桿菌肺部疾病和慢性肺部麴菌感染：首部曲	格萊天漾大飯店 - 艋舺廳
09 月 08 日 (星期三)	Severe Asthma TV - 案例討論：Effect of omalizumab in severe asthma on immune modulation	線上會議
09 月 11 日 (星期六)	EGFR Target Therapy Workshop II (實體 & 線上會議)	Kadda Hotel 1F / 線上會議
09 月 16 日 (星期四)	TSPCCM post ERS ILD virtual school Module 4: Rehabilitation and Specific Disease III & Advanced Imaging Approach to Diagnosis in ILD	線上會議
09 月 18 日 (星期六)	2021 年 09 月 18 日 (星期六) 阻塞性呼吸道疾病研討會「支氣管擴張症論壇」(線上會議)	線上會議
09 月 25 日 (星期六)	肺高壓治療研討會	線上研討會
09 月 25 日 (星期六)	EGFR/Angiogenesis Treatment Workshop	台中日月千禧飯店 5 樓
10 月 02 日 (星期六)	支氣管擴張症與麴菌感染及氣喘和肺阻塞處置流行病學工作坊	線上會議
10 月 08 日 (星期五)	Severe Asthma TV - 案例討論：What to consider in a mixed allergic eosinophilic severe asthma patient?	線上會議
10 月 09 日 (星期六)	Immunotherapy workshop	高雄 H2O 2F 宴會廳 A+B+ 線上會議
10 月 09 日 (星期六)	EOS 論壇 (EOS School) 南區 (實體 & 線上會議)	高雄萬豪酒店 10 樓 皇喜會議室 C
10 月 09 日 (星期六)	【LDTs 訓練課程】特管辦法施行實驗室開發檢測之資深人員訓練課程	張榮發國際會議中心 11 樓 1101 講堂

日期	名稱	地點
10月16日 (星期六)	Post ERS Symposium (三地實體會議 & 線上會議 併行)	台北：晶華酒店四樓 第一貴賓廳 台中：裕元花園酒店四樓 溫莎廣場 高雄：和逸飯店三十樓 Cozzi 會議室
10月28日 (星期四)	Severe Asthma TV - 案例討論：High unmet needs area - Severe neutrophilic asthma	線上會議
10月30日 (星期六)	Pulmonary Rehabilitation Summit (三地實體會議 & 線上會議併行)	北區：台北萬豪 36 樓 寰宇廳 中區：台中林酒店 6 樓 奇緣廳 南區：高雄漢來 15 樓 會展廳
12月11日 12月12日 (星期六、日)	2021 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨學術研討 會	台中榮民總醫院 + 線上 會議

※ 以上活動資訊擷取至 110 年 09 月 20 日，將以中央流行疫情指揮中心之防疫措施採滾動式調整，詳請查閱本會官網 (<https://www.tspccm.org.tw/>)。

下述活動現正規劃中

- 肺腫瘤核心課程
- EGFR Target Therapy Workshop 系列活動
- 呼吸道教育課程系列活動 (二)
- Early Detection of COPD in Taiwan
- Rare Lung Cancer Workshop
- Lung Cancer Chemotherapy Treatment Webinar
- NSCLC 的治療以及新進展
- Meet the expert: how do we transform clinical practice in severe asthma?
- Master Talk and case mimic of Interstitial lung Disease
- 2021 國際氣管鏡暨胸腔介入醫學研討會
- STATISTICS WORKSHOP REAL-WORLD EVIDENCE PROGRAM

※ 以上所有活動，最終細節以本會網頁 (<https://www.tspccm.org.tw/>) 公告為主

民國 110 年下半年北區胸腔暨重症病例討論會及 北中南遠距連線

日期：民國 110 年 09-12 月每週五下午 15:00 ~ 16:30 (1.5 小時)

模擬測驗地點：北區台大景福館 1 樓會議室

中區台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室

南區高雄醫學大學附設中和紀念醫院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室

東區花蓮慈濟醫院協力三樓合心會議

學分：本會胸腔學分、內科學分

日期	活動	地點	主持醫院
09 月 03 日	(ERS 暫停一次)		
09 月 10 日	(胸專考試暫停一次)		
09 月 17 日	重症病例討論會	台大景福館一樓會議室	台大醫院
09 月 24 日	X 光模擬測驗及解說 (中國附醫出題，視訊連線)	視訊地點暫定： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 (4) 花蓮慈濟醫院協力三樓合心會議	
10 月 01 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	台大醫院
10 月 08 日	重症病例討論會	台大景福館一樓會議室	台北榮總
10 月 15 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	台北榮總
10 月 22 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	台北榮總
10 月 29 日	X 光模擬測驗及解說 (高醫附醫出題，視訊連線)	視訊地點暫定： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 (4) 花蓮慈濟醫院協力三樓合心會議	
11 月 05 日	重症病例討論會	台大景福館一樓會議室	馬偕醫院
11 月 12 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	馬偕醫院
11 月 19 日	(APSR 暫停一次)		
11 月 26 日	X 光模擬測驗及解說 (中山附醫出題，視訊連線)	視訊地點： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 (4) 花蓮慈濟醫院協力三樓合心會議	
12 月 03 日	重症病例討論會	台大景福館一樓會議室	林口長庚
12 月 10 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	林口長庚
12 月 17 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	林口長庚

日期	活動	地點	主持醫院
12月24日	X光模擬測驗及解說 (長庚醫院出題，視訊連線)	視訊地點： (1) 台大景福館 1 樓會議室 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 (4) 花蓮慈濟醫院協力三樓合心會議	

※ 若議程有異動，請以學位網頁 (<https://www.tspccm.org.tw/>) 公告為主

2021 胸腔年會 【Junior Research Award-年輕醫師研究潛力獎】

為鼓勵本會準會員從事胸腔醫學相關研究並積極參與年會活動，以提升其研究動機與學術能力，故設立胸腔年會【Junior Research Award-年輕醫師研究潛力獎】

【辦法】

- 〈一〉 論文評選委員保有最終權利變更、決定論文發表方式。
- 〈二〉 對象：**本會準會員**，投稿者須為**第 1 作者**。
- 〈三〉 由論文評選委員於「優秀學術論文獎」未獲選之論文中評選至少 10 篇論文，頒發 Junior Research Award-年輕醫師研究潛力獎，論文獎金(第 1 作者)各新台幣 5000 元及獎狀，予以鼓勵準會員從事胸腔醫學。
- 〈四〉 本獎項於 12 月 11 日(星期六) Gala Dinner 頒發獎金及獎狀。

詳見【優秀學術論文獎】<https://www.tspccm.org.tw/submission/theme/16>



2021 胸重年會【優秀學術論文獎】

【辦法】

- 〈一〉評選本會一般會員、準會員在 2021 胸腔年會發表優秀學術論文，論文第 1 作者於 12 月 11 日(星期六)Gala Dinner 獲頒優秀學術論文獎金及獎狀。
- 〈二〉論文評選委員保有最終權利變更、決定論文發表方式。

〈三〉自即日起受理線上論文投稿 (Abstract) 至 **2021 年 10 月 31 日(星期日)截止**。

〈四〉對象：本會一般會員、準會員與非會員均可線上投稿。

〈五〉 ---口頭報告評選 (Oral Presentation)---

1. **【第 1 階段評選】**由論文評選委員評選 **24 篇**論文於 2021 胸腔年會發表演講。
2. **【第 2 階段評選】**12 月 11 日(星期六)由論文評選委員自 24 篇口頭報告原著學術論文再評選 **3 篇**學術論文頒發優秀論文獎金(第 1 作者)各新台幣 2 萬元以及獎狀，另 21 篇優秀論文獎金(第 1 作者)各新台幣 5000 元以及獎狀，於 12 月 12 日(星期六) Gala Dinner 頒發。

---海報競賽評選 (Post)---

1. 學會將通知海報展示論文作者於年會現場展示。展示日期與地點：2021 年 12 月 11 日(星期六)，台中榮民總醫院(40705 台中市西屯區台灣大道四段 1650 號)。
2. **【海報評選】**海報展示論文(原著或病例報告)將於 **2021 年 12 月 11 日(星期六)**由論文評選委員評選 **5 篇**學術論文，並於 12 月 11 日(星期六) Gala Dinner 頒發優秀學術論文獎金(第 1 作者)各新台幣 5000 元及獎狀。

【上傳流程與說明】 <https://www.tspccm.org.tw/submission/theme/17>

〈流程 1〉 **【線上投稿 (Abstract)】**

點**【我要投稿】**進入**【線上投稿 (Abstract)】**

本會一般會員、準會員請以胸腔會員號碼登入，可重複登入多次投稿。

非會員線上投稿，請先註冊個人帳號(即信箱)、使用線上投稿系統，可重複登入多次投稿。

【標題 (中)】請填 論文中文題目

【標題 (英)】請填 論文英文題目

【摘要】網頁方框，請填論文英文題目

〈流程 2〉 **【論文類型】**

請選擇**(1) 文章類型**：原著論文 或 病例報告

(2) 發表方式：口頭報告 或 海報競賽



〈流程 3〉 【論文分類】

請複選論文分類

1. Pulmonary Hypertension
2. Interstitial Lung Disease
3. Intervention Bronchoscopy
4. Respiratory Tract Infections
5. Sleep Medicine
6. Diagnosis
7. Critical Care Medicine
8. Tuberculosis
9. Thoracic Oncology
10. Airway Disease
11. Other 其他，請在網頁線上投稿，摘要方框裡註明。

〈流程 4〉 【上傳檔案】(年會投稿格式請見-註 1-)

點選「選擇檔案」上傳至方框、點儲存以完成存檔。

發表 2 篇論文以上，每篇論文都需要重新點入【我要投稿】及【上傳 WinWord 檔】

上傳檔案名稱【姓名，類別，發表方式(口頭報告或海報競賽)】

例：林孟志，Airway Disease，海報競賽

〈流程 5〉 【作者資訊】


請填入第 1 作者為演講者，點【增加其他作者】再依序填入其他作者資料。



〈流程 6〉 【完成投稿】

請點選右下角藍色方框「Done 儲存」完成線上投稿。(若內容修正，請見-註 2-)

-註 1- 投稿論文格式與規範【[點擊下載 年會論文投稿格式.docx](#)】

-註 2- 【線上更正】(投稿者可於申請截止日前，以帳號進入線上申請系統)

網頁下方【我的投稿列表】，右邊點選「動作」，進入編輯畫面更正，將原上傳論文 (Abstract) WinWord 檔案刪除後，再重新上傳。

<input checked="" type="checkbox"/>	對應碼	論文名稱	演講者	論文分類	審核狀態	投影片	附件	動作
<input type="checkbox"/>	0001	Interstitial Lung Disease	OOO	Young Investigator Award				

1.

2. 刪除原上傳檔案



3. 投稿截止日後，恕不再受理線上更正。

2021 胸重年會【Young Investigator Award 暨楊思標教授紀念獎】

【辦法】

- 〈一〉依本會理、監事聯席會議決議，為鼓勵本會會員積極從事胸腔暨重症醫學之研究，由論文評選委員評選 3 篇發表於國外優秀原著學術論文，並於 2021 胸重年會頒發 Young Investigator Award。
- 〈二〉本年度紀念楊思標教授對肺結核領域的貢獻，特別增加評選 1 篇論文分類為「Tuberculosis」發表於國外優秀原著學術論文，並於 2021 胸重年會頒發 Young Investigator Award。
- 〈三〉學會將通知論文第一作者於 2020 胸重年會發表演講，並頒發 Young Investigator Award 獎金每位新台幣 3 萬元以及獎狀一面、付印得獎論文 Abstract 於 2020 胸重年會 Abstract Book & Program。
- 〈四〉發表於國外之原著學術論文刊登時間 (Print-out or E-print)：2020 年 9 月 1 日至 2021 年 8 月 31 日止，論文研究數據與研究地點必須在台灣進行。
- 〈五〉對象：原著學術論文第一作者在論文刊登時間年齡 40 歲(含)以下。自即日起受理本會一般會員、準會員申請至 2021 年 10 月 31 日(星期六)截止。

【上傳流程與說明】 <https://www.tspccm.org.tw/submission/theme/15>

〈流程 1〉 【線上申請】



Submit

點擊畫面上方【Submit】

本會一般會員、準會員請以胸腔會員號碼登入，可重複登入多次投稿，每篇論文都需要重新點入【Submit】及【上傳檔案】。

- 第 1 欄【Title】請填入論文題目
- 第 2 欄【Abstract】請不用填寫
- 第 3 欄【Submission Types】請勾選 Original Article
- 第 4 欄【Category】請選 Young Investigator Award

〈流程 2〉 【上傳 3 份文件】(請見-註 1-)

申請表、在職證明、論文全文(請整合為一份檔案，請見流程 3)

〈流程 3〉 【先使用 ZIP 程式整合】(程式下載請見-註 3-)

請將 3 個檔案整合成一個檔案再上傳，再點選 Browse 上傳至方框，點儲存以完成存檔。

〈流程 4〉 【Contributor Information】

請填入第 1 作者資料

〈流程 5〉 【完成線上申請】

請點選右下角藍色方框「Done 儲存」完成線上投稿。(若內容修正，請見-註 2-)



-註 1- ◆申請表【[點擊下載 Young Investigator Award 申請表 2021.docx](#)】



◆在職證明 (請掃描 JPG 檔或 PDF 檔)

◆論文全文 PDF 檔

-註 2- 【線上修改】(投稿者可於申請截止日前，以帳號進入線上申請系統)

網頁下方【 My Paper 】，右邊點選「動作 」，進入編輯畫面更正，將原上傳檔案刪除後，再重新上傳。

1.	<input checked="" type="checkbox"/> 對應碼	論文名稱	演講者	論文分類	審核狀態	投影片	附件	動作
	<input type="checkbox"/> 0001	Interstitial Lung Disease	<u>OOO</u>	Young Investigator Award				

2. 刪除原上傳檔案  

3. 投稿截止日後，恕不再受理線上更正。

-註 3- 【請自行下載免費 ZIP 程式】

載點 1：ZIP http://www.winzip.com/win/en/prod_down.html

載點 2：7z <http://www.developershome.com/7-zip/>

載點 3：rar <http://rar.tw/download.html>

台灣胸腔暨重症加護醫學會 第十八屆第四次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 110 年 06 月 21 日 (星期一) 18:30

ZOOM 線上視訊

會議主席：王鶴健 理事長

會議記錄：劉軒吟

應出席人員：理事 17 位、監事 5 位。(依姓名筆畫)

(一) 理事長王鶴健、理事王金洲、理事何肇基、理事吳杰亮、理事李岡遠、理事施金元
理事涂智彥、理事高國晉、理事陳育民、理事黃崇旂、理事杭良文、理事夏德椿
理事彭殿王、理事黃明賢、理事賴俊良

(二) 監事長鍾飲文、監事林慶雄、監事陳寧宏、監事陽光耀、監事曹昌堯

(三) 列席人員：榮譽理事長林孟志、秘書長簡榮彥、副秘書長郭耀文、副秘書長吳尚俊
副秘書長王誠一、副秘書長林聖皓、副秘書長陳家弘、副秘書長魏裕峰
副秘書長林智斌、副秘書長黃俊達、副秘書長賴建豪、秘書張家榕
秘書施詠瑩、秘書陳妍安

請假人員：副秘書長胡漢忠、副秘書長馮嘉毅

缺席人員：理事邱國欽

壹、報告事項：

一、理事長王鶴健報告。

二、常務監事鍾飲文報告。

三、秘書長簡榮彥報告：

- (1) 由於近期疫情嚴峻，疫情提升至警戒第三級，為避免增加感染風險，即日起至 7 月底課程都將延期舉辦，將會依照課程公告。
- (2) 2021 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會由於中央流行疫情指揮中心自 05 月 15 日起提升雙北地區疫情警戒至第三級，為減少群聚感染風險，故取消辦理。
- (3) 根據本會組織章程第十四條第五點，凡無故連續二次不出席理、監事會議者，視為自動辭職。

四、本季健保署來函：

- (1) 110 年 03 月 23 日健保審字第 1100053078B 號「有關羅氏大藥廠股份有限公司建議擴增含 atezolizumab 成分藥品用於非小細胞癌第一線治療一案」，請提供專業意見，請查照。
說明：本文由肺腫瘤委員會討論，已於 110 年 04 月 12 日函覆。
- (2) 110 年 04 月 13 日健保審字第 1100053852B 號「有關中華民國重症醫學會建議修訂肺動脈高壓治療藥品含 macitentan 成分藥品 (如 Opsumit) 使用於門脈高壓導致之肺動脈高血壓案，請貴會於文到一個月內惠示卓見，俾供參考，請查照。

說明：本文由肺血管及肺高壓委員會，已於 110 年 04 月 27 日函覆。

- (3) 110 年 05 月 04 日健保審字第 1100055659B 號「有關台灣武田藥品工業股份有限公司建議修訂抗癌藥物含 brigatinib 成分藥品 (如 Alunbrig) 之藥品給付規定一案，請貴會於文到一個月內提供意見」。

說明：本文由肺腫瘤委員會，已於 110 年 05 月 11 日函覆。

- (4) 110 年 05 月 06 日健保審字第 1100035248A 號「為持續增修檢討『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』定期公開之醫療品質指標，提供指標增刪或修正意見」。

說明：本文由呼吸道疾病委員會與肺腫瘤委員會共同回復，已於 110 年 06 月 01 日函覆。

- (5) 110 年 05 月 28 日健保醫字第 1100033468B 號「有關新增「進階影像導引插管術」之診療項目案，請貴會惠予協助提供專業意見。

說明：本文由重症醫學委員會討論回復。

- (6) 110 年 06 月 02 日健保審字第 1100056561B 號「有關 GSK 建議將治療表現型為嗜伊紅性白血球嚴重氣喘含 mepolizumab 成分藥品 (如 Nucala) 擴增於 6 歲以上至 17 歲及伊紅性肉芽腫併多發性血管炎案，惠示卓見。」。

說明：本文由呼吸道疾病委員會討論中。

- (7) 110 年 06 月 04 日健保醫字第 1100033550B 號「有關台灣兒童胸腔暨重症醫學會建議新增『經鼻高流量濕化氧氣治療』診療項目案，請本會協助提供專業意見。」

說明：本文由呼吸治療委員會討論中。

五、各委員會以及任務工作小組會議：

- (1) 110 年度「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」。

- 報名日期：即日起至 06 月 30 日止。
- 筆試日期：09 月 12 日 (星期日)、地點：內湖三總門診。
- 口試日期：10 月 24 日 (星期日)、地點：台大醫院 15 樓睡眠中心。

- (2) 學術委員會

- 延期舉辦，110 年 07 月 18 日胸部影像判讀繼續教育課程 (北區)。
- 延期舉辦，110 年 08 月 01 日胸部影像判讀繼續教育課程 (中區)。
- 新增「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」。
- 擬定「線上學術研討會學分申請細則」。

- (3) 教育與出版委員會

- (4) 呼吸道疾病委員會

- 110 年上半年度 05 月 15 日至 07 月 31 日「全民健康保險健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程」與「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」，因受 COVID-19 疫情影響，暫緩辦理。
- 110 年 05 月 15 日呼吸道教育課程系列 (中區)，因受 COVID-19 疫情影響，暫緩辦理。
- 110 年 07 月 10 日 Eosinophil School (南區)，因受 COVID-19 疫情影響，暫緩辦理。
- 原訂 110 年 06 月 05 日 Post ATS Symposium (三地連線)，因受 COVID-19 疫情影響，暫停辦理。
- 110 年 04 月 14 日召開自在呼吸健康網管理與維護會議。

- 110年04月18日召開修訂「呼吸道疾患生物製劑」健保給付規定專家會議與「呼吸道疾患吸入製劑」健保給付規定。
- (5) 肺腫瘤委員會
 - 因應嚴重呼吸道傳染性肺炎 (COVID-19) 疫情，為減少感染風險且不影響照護品質，建議自110年6月1日至12月31日得放寬肺癌標靶藥物每次處方以4周為限的規定，本會於110年5月25日發文(台胸學會健字第1100527號)至健保署。已於110年6月3日回函，並由秘書處轉知所有會員。
- (6) 睡眠醫學委員會
 - 預計於110年08月28日舉辦理論與實作之基礎睡眠及呼吸器活動。
 - 規劃出版睡眠相關書籍與影片。
- (7) 重症醫學委員會
 - 110年度重症聯甄課程「Update on the management of severe and critical COVID-19」，圓滿結束。
 - A. 北區：110年03月28日於台大醫學院301講堂辦理。
 - B. 中區：110年04月11日於台中榮總教學大樓第五會議室辦理。
 - C. 南區：110年04月18日於高雄醫學大學附設醫院啟川大樓六樓第一講堂辦理。
 - 與中華民國重症醫學會、台灣急救加護醫學會共同編撰的「新型冠狀病毒感染 (COVID-19) 重症照護暫行共識」於110年05月24日發布第二版，並於110年06月08日發布簡要指引。
 - 「新型冠狀病毒 (COVID-19) 併發急性呼吸衰竭臨床處置指引」正在準備更新第三版。
- (8) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會
- (9) 間質性肺病及罕見疾病委員會
 - 組成編輯小組，現與中華民國放射線醫學會、中華民國風濕病醫學會合作編撰「Progressive Fibrosing-Interstitial Lung Disease 台灣診斷與治療共識」，手冊各章節如下：
 - A. 前言 (chest, radiology, rheumatology)
 - B. 漸進性纖維化間質性肺病定義與流行病學
 - ◆ 定義 (chest)
 - ◆ 臨床表現
 - Lung function and symptom (chest)
 - Imaging feature (radiology)
 - Pathology feature (pathologist)
 - ◆ 發生率與盛行率 (ask vendor to do the literal review worldwide)
 - ◆ 潛在危險因子 (chest, radiology, rheumatology)
 - Risk factor of prediction (chest, rheumatology)
 - Risk factor of prognosis (chest, rheumatology)
 - Imaging change (radiology)
 - C. 鑑別診斷流程與措施

- ◆ Clinical feature (chest)
- ◆ Imaging feature (radiology)
- D. 藥物治療 (chest, rheumatology)
- E. 非藥物治療 (chest)
 - ◆ Rehabilitation
 - ◆ Oxygen therapy
 - ◆ Supportive care
 - ◆ Palliative care
- F. 監測疾病臨床進程 (chest)
- G. 總結 (chest, rheumatology, radiology)
- H. 參考文獻 (vendor)
- ILD difficult case discussion，四場次圓滿結束。
 - A. 中區場，110 年 04 月 08 日於裕元花園酒店辦理。
 - B. 北區場，110 年 04 月 15 日於台北喜來登辦理。
 - C. 南區場，110 年 04 月 15 日於 H2O 水京棧國際酒店辦理。
 - D. 雲嘉南區場，110 年 04 月 29 日於長榮文苑酒店辦理。
- 因疫情延，原定 110 年 05 月 29 日於台北 W 飯店辦理的「Virtual School on Interstitial lung disease」延後辦理。
- ILD difficult case discussion，兩場次籌備中。
 - A. 新竹場，110 年 08 月 16 日於新竹喜來登辦理。
 - B. 宜花場，原定 110 年 07 月 01 日，現因疫情延期辦理。
- (10) 肺部環境及職業醫學委員會
 - 年度工作重點為「室內空氣品質與健康」，將完成下列事項：
 - A. 出版衛教手冊
 - B. 於北、中、南舉辦研討會
 - C. 於胸腔年會中安排相關主題演講
 - D. 舉辦全國性大型研討會（待討論）
- (11) 肺感染及結核病委員會
 - 110 年 7 月 17 日「非結核分枝桿菌肺部疾病和慢性肺部黴菌感染：首部曲」活動，將延期舉辦。
- (12) 肺部介入委員會
 - 2022 年支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程預計於成大辦理。
 - 110 年 05 月 22 日「2021 國際氣管鏡暨胸腔介入醫學研討會」因受 COVID-19 疫情影響，延期辦理。
 - 110 年 06 月 05 日「The role of interventional pulmonology in lung cancer diagnosis and treatment」因受 COVID-19 疫情影響，暫緩辦理。
- (13) 外科委員會
- (14) 呼吸治療委員會

- 110年7月25日「110年機械通氣繼續教育課程(北區)」活動，將延期舉辦。

(15) 肺血管及肺高壓委員會

- 預計委派馬偕劉景隆醫師，將 Taiwan CTEPH Registry 登錄計畫的近期成果，到 2020 APSR 大會上發表報告，因 COVID-19 影響順延至 2021 年 11 月舉行。
- 預計一年舉辦兩次的地區型會議，各委員所屬的醫院可搭配學會共同舉辦地區型會議，也可與其他學會合辦。
- 由高榮姜佑承醫師聯合成大醫院舉辦今年下半年度的地區型會議，與中華民國心臟學會合辦。
- 由於近期疫情嚴峻，疫情提升至警戒第三級，為避免增加感染風險，預計於 2021 年 06 月 26 日舉辦肺動脈高壓治療學術研討會，取消舉辦。

(16) 財務委員會

(17) 胸腔醫學編輯委員會

(18) 健保及醫療政策工作小組

(19) 公共事務工作小組

- Asthma Day 記者會已於 110 年 04 月 27 日圓滿完成。
- COPD Day 規劃及籌備將預計於 9 月份舉辦。

(20) 國際學術交流工作小組

- A. 線上會議補助截至目前無人申請，擬提高申請補助金額，鼓勵會員參與國際醫學學術會議。

會議	補助人數	補助費用	時間	申請時間
ATS 會議 (American Thoracic Society)	補助 11 位	每位補助 新台幣 5 萬元	5/14-5/19	今年已截止申請
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)	補助 4 位	每位補助 新台幣 5 萬元	1/31-2/12	今年已截止申請
ERS 會議 (European Respiratory Society)	補助 7 位	每位補助 新台幣 5 萬元	9/5-9/8	110/7/5 前
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)	補助 2 位	每名補助 新台幣 5 萬元	10/2-10/6	110/8/2 前
ASCO 會議 (American Society of Clinical Oncology)	補助 2 位	每位補助 新台幣 5 萬元	6/4-6/8	今年已截止申請
APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respirology)	補助 15 位	每位補助 新台幣 3 萬元	11/18-11/21	110/9/18 前

- B. 國際醫學會的協助事項，由工作小組委員進行分組以便即時回應。

- C. 建議可於七月底簽署 MOU 時，與韓國討論增加兩國之間學會的互動，互相參與對方的年會。(KATRD)

- D. 為韓國 COPD 資料庫分析合作，成立工作小組。

(21) 青年工作小組

- 預計於北中南分區舉辦統計課程「Statistical Workshop」，時間地點皆在規劃中。

(22) 景福館 4 第 X 光教學連線

- 因受 COVID-19 影響，故上半年度 110 年 05 月 21 日至 110 年 06 月 25 日之模擬測驗與討論會暫停舉辦。

貳、討論事項：

一、審核「支氣管內視鏡超音波專業認證」審查資格修訂與申請案通過人數共計 10 人。

說明：審查資格如下：

109 年 03 月 06 日之後持有胸專證書(有效期內)之會員，請提交資格審查資料，經「肺部介入委員會」審查通過後核給【支氣管內視鏡超音波專業認證】。

(1) 至見習醫院見習，【事前報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。

以下擇一：

1. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)。
2. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章。

(2) 已在見習醫院見習中，【補報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。

以下擇一：

1. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)。
2. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章。

(3) 已在見習醫院見習結束，【補報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。

以下擇一：

1. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)。
2. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章。

序號	姓名	胸專	醫院	受訓證明 30 份 EBUS 檢查報告 (二擇一)	本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明	審查結果
1	沈〇熙	1458	台北榮民總醫院	受訓證明	V	通過
2	陳〇燕	1330	成大醫院斗六分院	受訓證明	V	通過
3	邱〇彥	1456	台北榮民總醫院 新竹分院	受訓證明	V	通過
4	何〇輝	1457	台北榮民總醫院 員山分院	受訓證明	V	通過
5	張〇昀	1482	台中榮民總醫院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過
6	陳〇宇	1501	台大醫院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過

序號	姓名	胸專	醫院	受訓證明 30 份 EBUS 檢查報告 (二擇一)	本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明	審查結果
7	陳O瑄	1408	台大醫院雲林分院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過
8	黃O揚	1257	員林基督教醫院	受訓證明	V	通過
9	余O宗	1452	台北馬偕醫院	受訓證明	V	通過
10	林O維	1259	彰化基督教醫院	受訓證明	V	通過

※ 結論：通過。

二、審核「申請榮譽會員」申請案，共 1 位。

說明：

- (1) 依照本會章程第三章第五條第二款之規定：一般會員年齡屆滿六十五歲且入會年資滿二十五年者，自願申請本會之榮譽會員。
- (2) 本會章程第三章第六條第二項：一般會員具有選舉權、被選舉權，榮譽會員及準會員無表決權、選舉權、被選舉權及罷免權。

姓名	會號	入會時間	年齡
黃O明	241	民國 76 年	66

※ 結論：通過。

三、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 1 位。

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

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

序號	會籍	姓名	會號	胸專 證號	具部定 講師	胸專 取得日	聯委重 專證號	聯委重專 取得日	服務 單位	備註：其它資格文件 / 胸腔醫學雜誌 原著論文 / Respirology 原著論文
1	一般 會員	黃O晴	1517	1340	講師	民國 104 年 12 月 12 日	2960	民國 105 年 12 月 18 日	台北 榮總	Durable Ceritinib Response in Stage IV Lung Adenocarcinoma Patients Harboring the Anaplastic Lymphoma Kinase Fusion Gene: Long Term Follow-up in a Tertiary Care Medical Center (Thorac Med 2021; 36: 12-17)

※ 結論：通過。

四、提請討論新增「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」。

說明：因應現今疫情發展，新增「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 9 點線上會議申請學分辦法，完整綱要如，新增內容如下。

	修改前	修改後
新增第二章第四條第 9 點	無	因應緊急災害或法令政策，第 1、2 款會議得經由事先申請核准，以線上會議方式進行。

※ 結論：通過。

五、提請討論擬定「線上學術研討會學分申請細則」。

說明：

- (1) 僅限本會專科醫師訓練單位及經由學術委員會核定之單位申請。
- (2) 申請：主辦單位應事先依照規定向秘書處申請，並於申請案件「課程類別」選取線上研討會。如未註明，不予以認定線上學術研討會。
- (3) 簽到：出席與會者需於課程開始（前/後）30 分鐘內完成線上簽到。
- (4) 學分申請：主辦單位需於課後二週內檢附以下文件，寄（傳）回學會秘書處核定學分。
 - A. 線上會議出席名冊（需由主辦單位主管簽章）
 - B. 學分申請電子檔 CSV 檔。

※ 結論：通過。

六、提請討論提高「線上會議申請補助金額」。

說明：

- (1) 提高線上會議申請補助金額，每篇投稿補助一位第一作者及一位通訊作者（每位補助 10,000 元）。
- (2) 回溯今年已投稿之補助申請，在學會網站公告一個月期限讓會員申請，每篇投稿亦補助一位第一作者及一位通訊作者（每位補助 10,000 元）。

會議	實體會議			會議時間	申請時間	線上補助方案 可補助篇數
	補助人數	每人金額	總額			
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)	4 位	新台幣 5 萬元	新台幣 20 萬元	1/31-2/12	今年已截止申請	10
ATS 會議 (American Thoracic Society)	11 位	新台幣 5 萬元	新台幣 55 萬元	5/14-5/19	今年已截止申請	27
ASCO 會議 (American Society of Clinical Oncology)	2 位	新台幣 5 萬元	新台幣 10 萬元	6/4-6/8	今年已截止申請	5
ERS 會議 (European Respiratory Society)	7 位	新台幣 5 萬元	新台幣 35 萬元	9/5-9/8	110/7/5 前	17
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)	2 位	新台幣 5 萬元	新台幣 10 萬元	10/2-10/6	110/8/2 前	5

APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respiriology)	15 位	新台幣 3 萬元	新台幣 45 萬元	11/18-11/21	110/9/18 前	22
總額	175 萬元					

※ 結論：通過。

七、提請討論「有關理事邱國欽醫師無故缺席兩次」，將由候補理事林恒毅醫師遞補，並行文至內政部報備。

說明：根據本會組織章程第十四條第五點，凡無故連續二次不出席理、監事會議者，視為自動辭職。

※ 結論：無異議通過。

參、臨時動議

肆、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 睡眠醫學委員會會議記錄

日期：民國 110 年 05 月 12 日 (星期三) 18:30

地點：台大兒童醫院 B1 第二會議室 & 線上會議

主席：陳寧宏教授

出席委員：陳寧宏教授、周昆達主任、莊立邦主任、林倬漢醫師、陳奕仁主任、蔡明儒主任
張開明醫師、劉景隆醫師、杭良文主任、彭忠衍主任

列席人員：副秘書長王誠一、秘書張家榕

一、討論事項

(一) 辦理基礎睡眠及呼吸器活動

※ 結論：

1. 基礎課程預計於 110 年 08 月 28 日 (星期六) 辦理，採半天理論與半天實作，議程如下：

	課程題目	時間	講師
	Opening & Course introduction	8:50~9:00	陳寧宏 醫師
1	SDB 診斷 / 治療介	9:00~9:40	杭良文 醫師
2	PAP 治療 (CPAP titration, PAP)	9:40~10:20	莊立邦 醫師
	Coffee break	10:20~10:40	
3	OPD 評估, Trouble shooting (acceptance, interface, residual sleepiness)	10:40~11:20	周昆達 醫師
4	Sleep testing (PSG, actigraphy, HSAT)	11:20~12:00	邱國樑 醫師
	Lunch	12:00~13:00	
5	Work shop:	13:00~16:00	林嘉謨 醫師 李佩玲 醫師 劉景隆 醫師 蔡明儒 醫師
6	1. Hook-up		
7	2. PSG/Scoring		
8	3. CPAP setting 4. CPAP record reading/trouble shooting		
	Close remark	16:00~16:10	

2. 整體課程為傳遞考生睡眠之精華核心，實作課程將以跑台方式執行，具基本 hands on 的實作，改變原有紙上談兵之方式引起醫師們對睡眠之興趣。

3. 胸腔訓練綱要裡包含睡眠訓練，故希望藉以本課程，讓考生了解睡眠領域之重點。

4. 因訓練醫院無睡眠 Lab 時，須採代訓方式訓練，希望未來能由此課程代替睡眠訓練，並連結考試重點。固本方案將提至理監事會議決議是否可作為替代方案。

5. 本課程第二階段預計規劃與其他共病連結，並與其他學會相互合作為方向，以增加會員對睡眠領域之投入。

6. 本課程教材將錄製為影片，爾後公告於學會官網以供閱覽。
 7. 本課程預計申請胸重學分、內科學分與睡眠學分，以提升參與意願。
- (二) 出版睡眠相關書籍與影片

※ 結論：

1. 出版睡眠書籍與影片交由李佩玲委員協助規劃。
2. 睡眠相關領域之臨床治療書籍較少，若出版相關指引可置於學會官網供閱覽，亦較能提升第一線治療方向。
3. 有關指引出版，其一出版 case book 或臨床問答集，由簡易方式著手，其人症狀可以影音方式呈現；其二需先以章節做分配，加入 EBM 資料蒐集，並與健保給付有所相連，建本土資料與指引，讓會員與非會員有其依從根據，提升健保給付之後續發展。
4. 由莊立邦委員協助規劃睡眠 case share，以北中南三地採視訊方式辦理，並將 case 集結成冊出版相關教材。

(三) 台灣 OSA 研究，建立健保給付立論基礎

※ 結論：

1. 此研究設計與計畫執行須有醫師規劃，全台灣共同執行，其蒐集 DATA 可作為未來資料分析。
2. 啟動 OSA 流病研究，sampling 代表性非常重要，例如年齡差、城鄉差等抽樣人數比例，均占有重要影響。
3. 建議其研究可分為短中長期優先順序執行。例如短期可針對睡眠檢查之益處，有效降低病人後續費用、健保費用等研究方向。
4. 未來是否建立資料蒐集，請有興趣參與的睡眠中心，提供有購買呼吸器相關資料，分析血壓、心臟疾病、嗜睡程度改善的結果。
5. 本研究未來如何執行，可再研擬。

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：民國 110 年 05 月 11 日 (星期二) 18:30~19:30

地點：現場 - 台大兒童醫院 B1 第二會議室

線上 - <https://zoomtw.zoom.us/j/6237142407>

主席：重症醫學委員會召集委員高國晉教授

出席委員：高國晉教授、古世基主任、陽光耀教授、彭忠衍主任、呂紹煒主任、詹明澄主任
梁信杰主任、林楷煌主任、陳欽明醫師、方文豐主任、陳昌文主任

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長胡漢忠主任、秘書施詠瑩

請假人員：許超群主任

一、討論事項

(一)「重症醫學專科指導醫師」申請案，相關申請資格請查

說明：

1. 楊順賢申請乙案，於 110 年 02 月 22 日於聯委會議通過，請追認。
2. 請審查林○淞申請乙案。

※ 結論：楊順賢醫師申請乙案追認通過，林延淞醫師申請案亦通過。

(二)「重症醫學專科醫師證書」展延申請案，相關申請資格請詳查

說明：

1. 第 1 至 34 項申請案，於 110 年 02 月 22 日於聯委會議通過，請追認。
2. 請審查第 35 至 40 項。其中，第 39 項王○遠醫師證書申請案，於證書效期內累積足夠學分，但逾期提出申請。

※ 結論：所有申請案皆通過，請許超群主任、胡漢忠主任協助聯繫王○遠醫師，提出逾期申請之理由，呈報至聯委會進行討論。

(三) 推派 110 年度「重症醫學專科醫師聯合甄審」負責委員

說明：

1. 「重症醫學專科核心教育課程」需二位規劃委員，負責依聯委會分配範疇規劃課程題目、邀請講師。
2. 「重症醫學專科醫師聯合甄審」需二位筆試委員，負責該年度甄審新試題出題(或邀請出題委員)。
3. 「重症醫學專科醫師聯合甄審」需二位口試委員，負責邀請口試出題委員(實務題一位、口試題兩位)、口試官(至少外科一位、內科五位，視考生人數而定)。

※ 結論：將由主席分配，由各位委員輪值擔任。

(四) 中華醫學會主辦「重症照護難解問題的治療策略」研討會

說明：

1. 此研討會已經申請本會胸重學分，為擴大胸重會員參與的機會，本欲邀請胸重醫學會協辦。但因為時間上較為緊迫，會有執行上的難度。故請秘書處協助公告，廣發邀請，讓有興趣的會員皆可與會。日後若有類似的活動，將會盡早開始作業籌備。
 2. 此會議免報名費用，亦無需報名。
- ※ 結論：陽光耀教授為中華醫學會的窗口，與秘書處聯繫。提供進一步亦程與完整的研討會資訊、視訊連結等，由秘書處協助廣發公告。

二、臨時動議

(一) 請各位委員參與「新冠肺炎重症診療指引的專家共識」

說明：

1. 目前國際上有 SSC、NIH、IDSA、ERS 等出版了對於新冠肺炎的重症處置，但由於疫情嚴重程度、各國間醫療現況與實務之間的差異，並不完全適用於我國醫療。各位委員都是重症領域相關專家，對文獻提供的資訊有一定程度的瞭解，也都有在執行重症醫療業務，清楚臨床實務的狀況，故希望各位委員一起來協助填寫問卷，以國際的診治指引為基礎，進一步整合各位專家對於台灣新冠肺炎重症醫療處置的建議。
2. 因為各位委員對於不同部分的處置或許會有不同的想法，所以填完線上問卷、彙整各委委員的意見以後，會再進一步召開線上討論會議，逐項討論彙整出最後的專家共識。

※ 結論：

1. 請秘書更新學會官網新冠肺炎 (COVID-19) 專區中的資訊，包含國際指引 (SSC、NIH、IDSA、ERS 等)、目前 CDC 更新中的第十版臨床處置暫行指引連結，以及新增年初「Update on the management of severe and critical COVID-19」系列課程資訊。
2. 請各位委員於收到線上問卷的連結後兩周內，協助完成。古主任完成問卷內容彙整後會，召開共識會議進行討論。優先將與呼吸衰竭相關的意見統整用於更新學會第三版「新型冠狀病毒 (COVID-19) 併發急性呼吸衰竭臨床處置指引」。後續再正式以英文撰寫完整的共識，目標為發表於國際期刊。
3. 第一階段的共識會議以線上會議的形式預定於六月中旬前召。

三、下次開會時間

台灣胸腔暨重症加護醫學會 間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議記錄

日期：民國 110 年 03 月 11 日 (星期一) 18:30~19:30

地點：線上會議 (<https://zoomtw.zoom.us/j/91846251845>)

主席：間質性肺病及罕見肺疾病委員會 召集委員 林慶雄副院長

出席委員：林慶雄副院長、蘇維鈞教授、許正園主任、陳家弘醫師、黃堂修醫師、彭忠衍主任
郭炳宏教授、陳煒副院長、藍青進主任、鄭世隆主任、溫岳峯醫師

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長林聖皓主任、秘書施詠瑩

一、討論事項

(一) 關於「PF-ILD 台灣診斷與治療共識 / 指引」的制定方向

- ◆ Pocket guideline，一樣按照 grade 方式，但是內容精簡
- ◆ Question and answer 方式，ex: 何謂 PF-ILD, PFILD 如何診斷？PFILD 如何治療？利用問答的方式來決定
- ◆ reviewer article 模式，收集目前有的 data，撰寫
- ◆ others?

※ 結論：以下撰寫方式將於 03 月 25 日第一次共識編輯會議中提出與風免、放射學會討論。

1. 此共識以中文為主要撰寫語言，專有名詞部分則以英文表示，後面附上中英對照表。
2. 共識指引以 Question and answer 方式進行撰寫。
3. 各位委員若有意邀請其他醫師參與編輯請盡快提出，由秘書處發出正式邀請，預計於 03 月 25 日第一次共識編輯會議前定案編輯群名單。
4. 希望於 03 月 25 日第一次共識編輯會議前確定放射與風免的編輯群名單，以便各負責人在會議後有需要時可相互聯繫確認共識編輯方向與細節。

(四) 中華醫學會主辦「重症照護難解問題的治療策略」研討會

散會

附件一、PF-ILD 台灣診斷與治療指引架構建議 (proposed task allocation)

分配章節	負責委員
• 序 (chest, radiology, rheumatology)	王鶴健理事長
• 前言 (chest, radiology, rheumatology)	林慶雄副院長
• 漸進性纖維化間質性肺病定義與流行病學	高國晉/方文豐
✓ 定義 (chest)	
✓ 臨床表現	
◇ Lung function and symptom (chest)	
◇ Imaging feature (radiology)	
◇ Pathology feature?? (pathologist)	
✓ 發生率與盛行率 (ask vendor to do the literal review worldwide)	
✓ 潛在危險因子(chest, radiology, rheumatology)	
◇ Risk factor of prediction (chest, rheumatology)	
◇ Risk factor of prognosis (chest, rheumatology)	
◇ Imaging change (radiology)	
• 鑑別診斷流程與措施	陳家弘/黃崇修
✓ Clinical feature (chest)	
✓ Imaging feature (radiology)	
• 藥物治療 (chest, rheumatology)	郭炳宏/鄭世隆
• 非藥物治療 (chest)	藍胃進/溫岳峰
✓ Rehabilitation?	
✓ Oxygen therapy?	
✓ Supportive care?	
✓ Palliative care?	
• 監測疾病臨床進程 (chest)	彭忠衍
• 總結 (chest, rheumatology, radiology)	林慶雄副院長
• 參考文獻 (vendor)	

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：民國 110 年 3 月 27 日 (星期六) 14:00

地點：大兒醫 B1 第二會議室、線上與會

主席：肺部環境及職業醫學委員會 召集委員 許超群主任

出席委員：許超群主任、王金洲主任、陳啟信醫師、傅彬貴主任、曾健華醫師、蘇一峰醫師

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長魏裕峰主任、秘書施詠瑩、秘書陳妍安

請假人員：王鶴健理事長、郭耀昌醫師

一、主席報告：每一季召開一次會議

委員會職責

- 肺部疾病相關之環境與職業醫學知識推廣，並規畫相關主題之研討會。
- 積極參與肺部環境與職業醫學相關之醫學研究和醫療衛生政策制定。

二、討論事項

2021 年 - 年度計劃

(一) 室內空氣品質與健康 (手冊)

※ 結論：

主要對象：胸腔科醫師 (看診時，可以拿出來衛教)

次要對象：其他醫師、病人及家屬、一般民眾

主題：室內空氣品質與健康

時程：3 月：決定內容及作者

6 月：初稿

9 月：校訂 (編輯群)

12 月：排版發行

- 手冊內容 (主要參考環保署、美國 EPA 對於 indoor air pollution 介紹、整合)

理事長序 - 王鶴健

編輯序 - 許超群 (像 Introduction、介紹 indoor air pollution 網路資源)

- 內容

空氣污染來源 - 曾健華 (室內的行為會產生來源的分析，各別 air pollution 的介紹)

常見室內空氣污染物 - 陳啟信 (各別污染物、致病機轉、濃度、生理效應、加上監控與規範)

室內空氣污染之健康效應 - 傅彬貴 (空氣污染對器官影響)

室內空氣污染與肺部健康 - 郭耀昌 (肺功能、呼吸道症狀的科學發表整理)

如何減少室內空氣污染之危害 - 蘇一峰 (標準的做法、衛教知識)

發行人：王鶴健

總編輯：許超群

執行編輯：王金洲、魏裕峰（校訂）

編輯：曾健華、陳啟信、傅彬貴、郭耀昌、蘇一峰

- 今年度最主要的工作目標，年會時候發行。

(二) 夏季會與年會之主題與講者安排

※ 結論：

1. 年會會有二個主題給肺環境與職業醫學委員會安排。
2. 今年夏季會改變方式，主題 focus 在 lung cancer、airway、ILD。
3. 理監事會的決議，可以依學會的名義外面找資源（如：環保署、行政院 project、諾華廠商…等），各委員如果有合適資源，可以由學會出面投標案。

(三) 大型研討會／座談會

※ 結論：

1. 請各位委員，6 月份決定年底是否辦大型研討會。
2. 手冊內容成型後，下半年可以辦北中南的研討會，由學會主辦、廠商協助。

(四) 空污相關研究

※ 結論：

1. 再進行討論。

(五) 職業醫學相關

※ 結論：

1. 由肺環境與職業醫學委員會，在年會時，穿插胸腔科職業醫學疾病議題，來推廣給胸腔科會員。
2. 同樣的講師群，北中南辦一些相關的學術教育訓練、研討會。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺血管及肺高壓委員會會議記錄

日期：民國 110 年 5 月 1 日 (星期六) 下午四點
地點：台灣拜耳公司 台北 101 54 樓 玉山會議室 (110 台北市信義區信義路五段 7 號 54 樓)、
 線上與會
主席：王鶴健 理事長
主持人：肺血管及肺高壓委員會 召集委員 徐紹勛主任
記錄：陳妍安秘書、許珮甄助理
出席委員：召委徐紹勛主任、委員陶啟偉主任、委員唐士恩主任、委員劉景隆醫師
 委員郭炳宏醫師、委員姜佑承醫師、委員蘇柏嵐醫師
列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長王誠一主任、秘書陳妍安
請假人員：王鶴健理事長、廖偉志主任

一、會議議程

- (一) 秘書長致辭 (略)
- (二) 召委報告本委員會的工作概況：

全國 CTEPH 登錄計畫進度報告：

1. 登錄資料現況報告。
 - 登錄醫院：台北 - 臺大醫院、振興醫院、馬偕醫院、台中 - 中國附醫、台南 - 成大醫院、高雄 - 高雄榮總。
 - 全國 CTEPH 登錄計畫從 2018.01 至 2021.04.30 為止，已經收案 121 位病人 (台大醫院 54 位，其中 46 位已完成第一年的追蹤，30 位已完成第二年的追蹤；振興醫院 21 位，其中 20 位已完成第一年的追蹤，12 位已完成第二年的追蹤；馬偕醫院 16 位，其中 4 位已完成第一年的追蹤；中國附醫 1 位其中 1 位已完成第一年的追蹤；成大醫院 10 位；高榮 19 位，其中 10 位已完成第一年的追蹤)，其中 9 位病人死亡，死亡原因皆非因為 CTEPH 疾病造成。
2. 台灣 CTEPH 登錄計畫資料庫數據申請現況報告。

2018.11 迄今 TREC data 使用狀況	
國際性會議演講	2
國內會議演講	12
學術論文撰寫	1 篇已接受，1 篇投稿中

- 維持 2020 年 5 月 22 日 Taiwan CTEPH Registry PI Meeting 的決議：論文寫作請於通過申請後的四個月內，完成 manuscript，並提供給相關醫師參閱。若未如期完成，該題目可開放由其他主持人申請撰寫。
- 此次會議新增論文撰寫展延申請如下：若未如期完成論文撰寫，可無條件申請展延一

次(為期四個月);如果還需展延,需送到委員會討論。

- 黃偉春醫師先前申請台灣 CTEPH 登錄計畫資料庫數據用於學術論文撰寫,因統計後發現無顯著意義,進行撤除申請,待後續有新的構想後再提出申請。
- 目前倍思大生技公司已針對 Taiwan CTEPH Registry protocol 的修改於各醫院 IRB 提出變更案審查。

Site	變更案審查進度
台大醫院 (NTUH)	2020/12/07 變更案已審查通過
高雄榮民總醫院 (KVGH)	2020/11/30 變更案已審查通過
中國附醫 (CMUH)	2020/12/1 變更案已審查通過
馬偕醫院 (MKMH)	變更案文件,委員複審中
振興醫院 (CHGH)	2020/11/11 變更案已審查通過
成大醫院 (CKUH)	2020/12/11 變更案已審查通過

3. 輝瑞先進醫藥提供部分經費贊助 50 萬元整,並已完成合約簽訂。

小組工作成果：

1. 文書刊物出版

- 2016.12 慢性血栓性肺高壓實證診斷及處置手冊。
- 2019.05 Flolan 使用手冊。
- 2019.12 翻譯 6th World Symposium on Pulmonary Hypertension 發行之最新肺高壓治療(未申請書碼)。

2. 研討會 / 繼續教育課程

- 肺血管及肺高壓委員會召集委員徐紹勛主任於 2018 年 5 月 3 日參加跨學會研討會「世界肺高壓日活動」。
- 2018 年 8 月 11 日舉辦台大醫院「同體系、跨院際」之肺高壓研討會研討會。
- 中國附醫廖偉志醫師於 2018 年 11 月 30 日 2018 APSR 國際演講,講題: Preliminary report of CTEPH registry in Taiwan。
- 邀請演講者 William R. Auger, MD, 於 2019 年 12 月 8 日 08:40~09:20 演講,講題: CTEPH management in 2019: Reflections and prospects for future research。
- 2020 年 10 月 24 日舉辦肺動脈高壓治療學術研討會。
- 2020 年 11 月 21 日舉辦肺高壓治療現況與新進展研討會。
- 邀請演講者 Edmund Lau, 於 2020 年 12 月 13 日 10:30~11:10 演講,講題: Differentiating WHO Group I from Group II Pulmonary Hypertension。
- 馬偕醫院劉景隆醫師,於 2020 年 12 月 13 日 11:30~11:50 演講,講題 Taiwan Cohort - Registry of Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension (TREC): A Preliminary Study。
- 邀請演講者臺大醫院廖先啟醫師,於 2020 年 12 月 13 日 11:10~11:30 演講,講題 Surgical treatment of Pulmonary Hypertension。

未來工作規劃：

1. 預計於 2021 年 06 月 26 日舉辦肺動脈高壓治療學術研討會。

- 開放線上報名及採用錄影方式放至學會網站上。
- 2. 預計委派馬偕劉景隆醫師，將 Taiwan CTEPH Registry 登錄計畫的近期成果，到 2020 APSR 大會上發表報告，因 COVID-19 影響順延至 2021 年 11 月舉行。
- 3. 持續維持 CTEPH Registry 的資料庫更新運作。
- 4. 煩請各委員協助舉辦地區型會議，會議內容、部分講題與講者，可由本委員會委員協助支援。

※ 結論：

- 一年舉辦兩次的地區型會議，各委員所屬的醫院可搭配學會共同舉辦地區型會議，也可與其他學會合辦，如此不僅可提升會員參與的興趣，亦可增加委員的能見度。
- 由高榮姜佑承醫師聯合成大醫院舉辦今年下半年度的地區型會議，可與中華民國心臟學會合辦。
- 若是經費不足，可由委員會尋找贊助商，秘書處協助行政事宜。

討論議題：

1. 台灣 CTEPH 登錄計畫收案結束日期討論。

※ 結論：

- 依據 2020 年 5 月 22 日 Taiwan CTEPH Registry PI Meeting 決議：
 - ◆ 收案結束日期為 2021 年 6 月 30 日，追蹤 2 年後為試驗案截止日 (2023 年 6 月 30 日)。
 - ◆ 三總若有意願加入 Taiwan CTEPH Registry 試驗案，考量法規與試驗資料登錄等事宜，請將其病人將轉介到台大、馬偕與振興醫院，由此三醫院試驗人員協助進行資訊登錄。
 - ◆ 試驗案截止日後的三個月 (2023 年 9 月 30 日) 進行 data cleaning，CRO 公司會將 Final report 交給學會。
- 2. 預計與 CRO 公司另起新合約展延。

※ 結論：

- 目前與 CRO 公司合約終止時間為 2022 年 12 月 31 日，預計另起新合約展延至 2023 年 9 月 30 日。
- 目前可用金額 922,795，展延經費需 768,600 元。
- 若是經費不足，可尋求第三贊助商的贊助。

二、臨時動議

(一) 未來發展方向、定位：

※ 結論：

- 肺動脈高壓疾病在國外有一半的病人是由胸腔科醫師治療診斷，國內則相反。余忠仁理事長成立肺血管及肺高壓委員會的初衷，乃希望讓胸腔科醫師多認識肺動脈高壓疾病這個領域，以幫助更多病人。
- COPD、ILD 引起的肺高壓，是胸腔科醫師的日常，請振興醫院陳美音醫師邀請國外學者演講，將國外最新的診斷及治療方式介紹給會員，可採用線上會議的方式來舉辦。
- 編撰新的診治手冊：請振興醫院陳美音醫師協助尋找相關文獻，由學會購買文獻的版

權以利發行。預計明年夏季會完成編撰。

- 藉由跨學會、跨領域、多院區的合作，舉辦疾病的推廣與治療共識研討會。可先由各委員先行連絡，再請理事長正式發函邀請，合辦共識會議。

三、下次開會時間

台灣胸腔暨重症加護醫學會 健保與醫療政策工作小組會議記錄

日期：110年06月17日(星期四)晚間7點00分

地點：線上會議

主席：健保與醫療政策工作小組 召集委員 林恒毅院長

出席委員：林恒毅主席、王鶴健理事長、黃忠智副主席、林明憲委員、林基正委員、林聖皓委員、林慶雄委員、邱國樑委員、高尚志委員、高國晉委員、陳凜宏委員、陽光耀委員、蔡忠榮委員

列席人員：黃崇旂教授、鄭世隆教授、副秘書長郭耀文、副秘書長馮嘉毅、秘書劉軒吟

一、主委報告

二、會議議程

1. 氣喘生物製劑申請辦法修正討論

※ 結論：同意呼吸道委員會修改規範發文至健保署。

2. 俯臥治療健保給付討論 (Prone ventilation)

※ 結論：通過，6/17 健保署會議通過 COVID-19 插管病人進行俯臥治療每日給付 4938 點，建議學會以相同點值爭取以後對非 COVID-19 之病人也進行給付。

3. 高流量鼻導管健保給付討論 (HFNC)

※ 結論：目前給付 COVID-19 病人每日 1745 點 (含氧氣治療與鼻導管耗材)，建議呼吸治療委員會擬訂更適當的使用適應症範圍，估算健保可能花費，並盡早積極爭取健保局以相同點值給付於非 COVID-19 病人。

三、臨時動議

四、散會 (晚上 8:40)

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：民國 110 年 03 月 31 日 (星期三) 18:30-21:00

地點：台大醫院兒童醫院大樓 B1 第二會議室 & 線上會議

主席：公共事務工作小組 召集委員古世基主任

出席委員：古世基主任、柯信國醫師、郭耀文醫師、陳志金主任、陳家弘醫師、傅彬貴醫師、蘇健醫師、蘇茂昌主任

列席人員：理事長王鶴健、秘書長簡榮彥、副秘書長林智斌、秘書張家榕

台灣百靈佳股格翰股份有限公司代表、臺灣阿斯特捷利康股份有限公司代表

一、主席報告

委員介紹：

主席－古世基主任

顧問－邱國欽副院長

委員－高國晉副部長、柯信國醫師、郭耀文醫師、陳志金主任、陳家弘醫師、傅彬貴醫師、蘇健醫師、蘇茂昌醫師

執行秘書－林智斌主任

二、討論事項

(一) Asthma Day 規劃及籌備

※ 結論：

1. 記者會日期：110 年 04 月 27 日 (星期二)。
2. 定位、觀念釐清需明確呈現，建立正確的基礎觀念，傳遞正確的急救與治療之訊息。
3. 記者會以民眾宣導為主，並以傳遞正確衛教知識為主，加強正確使用吸入劑觀念。
4. 民眾衛教可著重於藥物正確使用與不良過度使用概念，突顯傳達重點。
5. 宣導 slogan 需留意用字遣詞之爭議性。
6. 病友 Face to Face 環節，建立 QA Template，降低主題偏離可能性。
7. 請秘書長先行邀約後，再由學會發出正式邀請函給李伯璋署長。
8. 媒體相關文宣，應交由委員會委員審核把關。

(二) COPD Day 規劃及籌備

※ 結論：

1. 應避免藍領階級標籤化與雇主汙名化。
2. 建議與正面形象、大型企業合作，並於大型活動整合，擴大範圍與增加新聞亮點與曝光率。
3. 建議連結北中南有執行戒菸的醫師們，藉此宣導戒菸。

4. 建議增加媒體之露出，建議可合作對象為：作家林立青(做工的人作者)、吳念真、邵智源(一日系列或北中南七日系列等)。

(三) 學會之網路管理運作

說明：

1. 學會官網經營與維護。
2. 官方 FB 經營與維護。
3. 官方 Line 經營與維護。

※ 結論：

1. 學會主要溝通管道為官方 E-mail 與理事長信箱。
2. 應加強會員對學會官網的認知與使用率。
3. 社群網站應無法設限加入人選，故不宜揭露僅可供會員閱覽之訊息，故除發布明確訊息，應淡化社群網站作為傳遞學會與會員間重要訊息的角色。
4. 建議每季告知會員學會現已完成及規劃中的事情，若有建議，可以正確管道反映給學會。
5. 建議節錄各委員會重要事蹟，並設立表單回覆供會員意見回饋，提升雙向溝通。
6. 因會訊紀載學會重要資訊，是否完全公開化(登入亦或不需登入方得閱覽)，提交至理監事會議決議。

(四) 相關新聞事件不當誤導之處置

說明：

1. 因近期發生媒體不當使用 ICU 之字樣，若未來面臨類似之情形，學會之配套措施。
2. 會員來信詢問新聞媒體寫道：「ICU 禁區性侵醫大女」、「學妹被控帶入 ICU 門禁區性侵」、「台北馬偕 ICU 爆醫師性侵學妹」等不當用字，學會是否請媒體更正標題或發聲明指示？

※ 結論：

1. 針對不當使用 ICU 字樣，因提到的是 ICU，是否適合由胸重醫學會回覆，易產生代表性問題。且事件以平息，以學會角度不適宜再發表澄清，易再次喚起記憶帶起議題。陳志金主任表示，據了解大部分媒體已於第一時間修正 ICU 字樣使用。
2. 將由郭耀文委員協助擬定 SOP 處置方式(正式管道與非正式管道、署名與否、會員與非會員等)，並交公共事務工作小組委員參閱，再交由理事長裁示，作為後續相關事件處置流程。
3. 建議由秘書長立案後，與本委員會之媒體工作小組(陳志金委員、郭耀文委員)討論交付所屬委員會執行，提升溝通效率。

三、臨時動議

四、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 國際學術交流工作小組會議記錄

日期：民國 110 年 4 月 1 日 (星期四) 18:30

地點：台北喜來登 B1 辰園 (台北市中正區忠孝東路一段 12 號)、線上與會

主席：國際學術交流工作小組 召集委員 李岡遠副院長

出席委員：李岡遠副院長、杭良文主任、江振源主任、何肇基教授、郭志熙醫師、陳崇裕醫師、黃萬均醫師、劉世豐主任

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、秘書陳妍安、秘書張家榕

請假人員：王鶴健理事長、彭忠衍主任、詹明澄主任、蘇柏嵐醫師、副秘書長魏裕峰主任

一、主席報告：國際學術交流工作小組，任務是與各委員溝通、連結、整合、協調國際事務。

二、討論事項

(一) 國際醫學學術會議每年補助人數及金額：

※ 結論：

1. 學會持續每年鼓勵會員參與國際醫學學術會議，給予經費補助。
2. 第 17 屆第三次理、監事會通過決議：可流用申請較少的會議補助經費，改為補助申請較多的會議，但需由國際學術交流工作小組開會通過，並經過理監事會同意。
3. 去年 (109 年) 因為疫情關係，無法出國參加會議，新增線上會議補助。

鼓勵會員參與國際醫學學術會議每年補助人數、金額及今年會議時間：

會議	補助人數	補助費用 (註)	會議時間	申請時間
ATS 會議 (American Thoracic Society)	補助 11 位	每位補助 新台幣 5 萬元	5/14-5/19	今年已截止申請
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)	補助 4 位	每位補助 新台幣 5 萬元	1/31-2/12	今年已截止申請
ERS 會議 (European Respiratory Society)	補助 7 位	每位補助 新台幣 5 萬元	9/5-9/8	110/7/5 前
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)	補助 2 位	每名補助 新台幣 5 萬元	10/2-10/6	110/8/2 前
ASCO 會議 (American Society of Clinical Oncology)	補助 2 位	每位補助 新台幣 5 萬元	6/4-6/8	今年已截止申請
APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respiriology)	補助 15 位	每位補助 新台幣 3 萬元	11/18-11/21	110/9/18 前

註：線上補助方式，以線上會議為主，開放第一作者及通訊作者可申請補助 (每位補助新台幣 5 千元)

往年投稿人數

	ATS 會議	SCCM 會議	ERS 會議	ESICM 會議	ASCO 會議	APSR 會議
2017						
2018	19		4			
2019	17		4	1		2
2020						

(二) 109年國際學術交流工作小組最後一次會議中建議，因為疫情關係，無法出國參加會議，新增線上會議補助，今年是否延續？

※ 結論：

1. 調查各會議時間、註冊費，請黃萬均醫師和秘書處研擬方案，下次開會討論。

(三) APSR assembly

※ 結論：

1. 鼓勵會員多爭取 assembly head，增加台灣的影响力。
2. 將來如果有選舉 assembly head 的消息，建議發給各個委員會，推薦合適的人選參選。

(四) Research promotion

※ 結論：

1. 胸腔醫學已經會放在學會網站，未來如果有一些社群平台，也可以放上去。
2. Twitter 是一種新的社群平台，可以和全世界接觸，先請黃萬均醫師和青年工作小組討論，可以找一群對於 Twitter 有興趣的年輕醫師參與，下次會議請這些醫師先來 demonstration，未來可以讓這些醫師經營。

(五) AP expert meeting

※ 結論：

1. 之前和亞洲地區(韓國、泰國、越南)合作論談，一開始是以呼吸道疾病為主，未來可以擴大到其它領域。
2. 韓國想和台灣合作，利用二個國家的健保資料統計庫，一起做研究，請秘書處將韓國 MOU，寄給各個委員，與韓國簽署 MOU 合約是否有任何建議及想法，請示理事長是否可以簽定合約。

三、臨時動議

四、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 青年工作小組會議記錄

日期：民國 110 年 5 月 6 日 (星期四) 18:30-19:30
地點：台中高鐵站高鐵食堂會議室 2F
主席：青年工作小組 召集委員 詹明澄主任
出席委員：詹明澄主任、阮聖元醫師、蕭逸函醫師、黃彥翔醫師
列席人員：副秘書長陳家弘醫師、秘書施詠瑩
請假人員：蔡明儒醫師

一、討論事項

(一) 夏季會「與大師有約」的形式與內容

說明：

1. 邀請楊泮池院士擔任講師
2. 預定題目為：楊泮池院士與年輕醫師的深度對談 -- 關於醫師的人生規劃

※ 結論：

1. 題目調整為楊泮池院士與年輕醫師的深度對談 -- 關於胸腔科醫師的人生規劃。
2. 型式：請秘書處於學會官網上面開放報名，限額 50 位，備精緻早點。針對 40 歲以下的年輕會員、準會員寄送公告信件，並列為優先參加對象。於會議後與飯店、會議公司確認是否能調整現場座位，向主講人楊院士包圍。
3. 請楊院士先以 10-15 分鐘左右的 free talk 開始，談談自己在行醫或學術方面的人生經歷，接著回答一些會員在報名表中於備註欄或者現場提出的問題。

(二) 統計課程內容及相關事宜

說明：目前擬定議程請詳見附件一，預計每堂課開放 30 個名額，不收取報名費用。

※ 結論：此課程主要針對年輕醫師，下午有半天實作。預計直接跟張啟仁教授敲定北、中、南三區的時間，以便有足夠名額可以開放給各區有需要的會員報名參加。

(三) 問卷調查

說明：阮聖元醫師與陳家弘醫師已經初步擬定。

※ 結論：細節將於會後在 LINE 的群組裡面討論。

(四) 年會活動

說明：提案內容如附件二。

※ 結論：

1. 先確定問卷內容並發出請年輕醫師填寫，透過依統計結果確定他們最需要的課程為何，再進一步確定經費來源，並制定議程、邀約師資。
2. 規劃第二場「與大師有約」邀約醫生詩人江自得主任或曾貴海醫師。

二、臨時動議：無

三、下次會議時間：110 年 06 月

四、散會

胸腔暨重症案例



提供：鄧齡喬醫師 / 王彩融醫師 台中榮民總醫院

[Case]

This 80-year-old woman with history of atrial fibrillation was a non-smoker. She presented to OPD due to non-productive cough for 6 months, which responded poorly to prior antibiotics. She denied weight loss or fever. However, she found a subcutaneous soft tissue mass in the left arm for 2 months. Lab data showed WBC 25,240 /cumm, Seg: 98%, CRP: 2.55 mg/dL and LDH 355 mg/dL.

醫學新知 I

胸部電腦斷層特徵預測隱源性器質化肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia, COP) 和自體免疫疾病造成的器質化肺炎 (CTD-OP) 的治療反應

摘自：Eur Radiol 2020, 30, 2722-2730, doi: 10.1007/s00330-019-06651-5.

編譯：吳育丞醫師 臺中榮民總醫院 胸腔內科

目標

研究隱源性器質化肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia, COP) 和自體免疫疾病造成的器質化肺炎 (CTD-OP) 的病患，使用類固醇後仍然預後不佳的胸部電腦斷層特徵，並比較兩者間影像上的差異與關連。

方法

此篇研究收納了 166 名經病理切片證實為器質化肺炎患者 (COP: 131; CTD-OP: 35) 的肺部電腦斷層影像，並由兩名胸部放射科醫師研判每位病人的影像學類型、分布型態、程度、面積和其他相關的影像學特徵。Logistic 回歸分析用於識別與不良臨床結果 (殘存病灶 (residual disease, RD) 和疾病復發) 相關的特徵。此外，還分析隱源性器質化肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia) 和自體免疫疾病造成的器質化肺炎 (CTD-OP) 的病患之間的差異性。

結果

收錄的 166 名 COP 和 CTD-OP 的病患中，約 47.6% 的病人對治療有反應，其中包括 24.4% 的病人達到臨床完全康復；有 53 名病人發現有疾病復發，復發率約為 31.9%。肺部殘存病灶 (RD) 在 COP 的病患有 94 名 (71.8%)，CTD-OP 的病患有 32 名 (91.4%)。在調整年齡和性別後，可發現在肺部產生殘存病灶 (RD) 的風險因子包括影像學上超過 10% 肺實質浸潤 (HR: 2.27)、合併出現支氣管擴張症 (HR: 3.59)、有 CTD-OP 的診斷 (HR: 4.31)。而影像學上超過 10% 肺實質浸潤 (HR: 2.54) 和有 CTD-OP 的診斷 (HR: 6.42) 也有較高的疾病復發風險。影像學的比較可發現 CTD-OP 比起 COP，有更大範圍上肺實質的異常，尤其是影像上如果表現出肺實質化；但是較少有支氣管血管間質周圍分佈模式 (peribronchovascular distribution pattern)。

結論

支氣管擴張和更大面積的肺實質病變、診斷為 CTD-OP 與殘存病灶 (RD) 相關，而更大面積的肺實質病變也與疾病復發相關。與 COP 相比，CTD-OP 有更差的治療預後、更大面積的肺部異常與較少的支氣管血管間質周圍分佈模式。

〔編譯者評論〕

根據過往的研究，在接受類固醇治療後大多數 COP 的病人恢復良好，約在治療 1-2 周內後，有約 2/3 的病人會達到臨床完全康復。然而，COP 在停止類固醇治療後的復發，或是在肺部產生殘存病灶 (residual disease ; RD) 仍是目前臨床所會遇到的問題。本篇收入 166 名 COP 和 CTD-OP 的病患，算是病人數較多的回溯型研究之一。之前有些研究想要區分不同的肺部影像 (如 GGO, Atoll Sign...等) 是否關係著不同的預後，或是有研究顯示影像上的網狀病灶 (reticulation pattern) 可能和較差的預後或是肺纖維化有關；但此篇研究顯示，只有肺部實質化的面積，還有病人是否合併診斷有支氣管擴張症才關係著肺部殘存病灶，而不是影像上不同的病灶型態或是分布。此外，這篇研究也顯示了 CTD-OP 有較差的預後，不管是在肺部殘存病灶 (COP 的 4.31 倍) 或是疾病復發 (COP 的 6.42 倍) 都有較高的比例，可能暗示著 CTD-OP 的病人臨床上可能需要追蹤的時間更長，以及類固醇使用的時間更久。

Chest CT imaging features for prediction of treatment response in cryptogenic and connective tissue disease-related organizing pneumonia

Eur Radiol.2020 May; 30(5): 2722-2730. doi: 10.1007/s00330-019-06651-5. Epub 2020 Feb 10.

Young Hoon Cho, Eun Jin Chae, Jin Woo Song, *et al.*

Abstract

Objectives:

To investigate CT imaging features associated with poor clinical outcome after corticosteroid treatment in patients diagnosed with cryptogenic organizing pneumonia (COP) and connective tissue disease-related organizing pneumonia (CTD-OP) and to assess the difference in CT findings and treatment responses between COP and CTD-OP.

Methods:

Chest CT images from 166 patients (COP, 131; CTD-OP, 35) with pathologically proven organizing pneumonia were reviewed by two thoracic radiologists. The type, distribution pattern, and extent of parenchymal abnormalities, along with other associated imaging features, were assessed for each patient. Logistic regression analyses were used to identify features associated with poor clinical outcomes such as residual disease (RD) and disease relapse. The differences between COP and CTD-OP were also analyzed.

Results:

Consolidation involving more than 10% of parenchyma (hazard ratio [HR], 2.27), detectable bronchiectasis (HR, 3.59), and diagnosis of CTD-OP (HR, 4.31) were associated with a higher risk of RD after adjustments for patient age and sex. More than 10% consolidation involvement (HR, 2.54) and diagnosis of CTD-OP (HR, 6.42) were also associated with a higher risk of disease relapse. Compared with COP, CTD-OP demonstrated a greater extent of parenchymal abnormalities, especially consolidation, and was less likely to show a peribronchovascular distribution pattern.

Conclusion:

Bronchiectasis and a greater extent of consolidation were associated with RD, with the latter also being associated with disease relapse. Compared with COP, CTD-OP was associated with worse treatment outcomes and demonstrated a greater extent of parenchymal abnormalities, which were also less likely to show a peribronchovascular pattern.

醫學新知 II

追蹤病人感染 SARS-CoV-2 一年後的胸部電腦斷層檢查結果與分析

摘自：BMC Med. 2021 Aug 9; 19(1): 191. doi: 10.1186/s12916-021-02056-8.

編譯：傅彬貴醫師 臺中榮民總醫院 重症醫學部

研究背景：

關於感染 SARS-CoV-2 病人一年後的追蹤報告十分有限，本研究主要目的是評估罹患 COVID-19 病人出院後一年肺部電腦斷層的變化。

研究方法：

本研究為前瞻性觀察性研究，主要是收納中國大陸鎮江大學醫學院第一附設醫院罹患 COVID-19 的病人。病人在診斷 COVID-19 住院後，需接受一系列的電腦斷層追蹤，時間序分別為：住院期間、出院後第二周、一個月、三個月、六個月以及一年。主要的探討標的是：【在出院後一年，那些病人會在胸部電腦斷層殘留病灶影像】、【殘留肺部病灶會造成何種程度的肺功能影響】。

結果：

總共有 41 位病人被納入本研究，大多數的病人在出院後肺部病灶都會逐漸的消失，但仍然有 47% 的病人在出院後一年，胸部電腦斷層檢查仍可見殘存病：CT score 中位數為 0 (四分位數的區間為 0-2)，影像學上可見為毛玻璃狀病灶 (ground-glass opacity; GGO) 伴隨有網狀徵象 (reticular pattern) 是最主要的表現。到底哪些病人容易留下肺部病灶，本文進一步分析，發現有以下危險因子：年齡較大 ($p=0.01$)、吸菸者 ($p=0.04$)、血壓較高者 ($p=0.05$)、血氧較低者 ($p=0.004$)、曾在住院期間於急性期曾經歷次發性細菌感染 ($p=0.02$)。在進行多因子羅吉斯回歸分析後，發現年齡越大越容易殘留肺部病灶 (OR 1.08, 95% CI 1.01-1.15, $p=0.02$)。至於肺部留有殘存病灶的病人，在肺功能的表現上，更容易出現肺功能異常的狀況，如全肺容積 (total lung capacity) 下降 ($p=0.008$)、肺餘容積 (residual volume) 下降 ($p<0.001$)，且 CT score 越高的病人下降率越高。

結論：

COVID-19 的病人出院後經過一年的追蹤，可以發現其電腦斷層影像學仍會持續的進步。然而，仍有將近一半的病人在肺部仍然殘留病灶，且殘留病灶的病人，其肺功能會出現下降的情況，而年齡越大，越容易在肺部殘留病灶。

〔編譯者評論〕

SARS-CoV-2 的感染，可以從無症狀、輕症、重症到極重症需要插管使用呼吸器以治療急性呼吸窘迫症 (ARDS)。在急性期時，大部分的影像學典型表現為：Ground glass opacity (GGO)、Crazy-paving pattern (GGO+ Spetal thickness)、Sub-pleural curvilinear opacity、Halo sign (Consolidations surrounded by ground-glass opacities)；非典型的影像學表現為：Tree-in-bud opacities、Lobar consolidation、small nodules、lung cavitation、pleural effusion 以及 wedge shape infarction。多數的病人在經過類固醇、抗發炎藥的治療後，肺部病灶會逐漸消失，然而，有一部分的病人會留下肺部病灶，並伴隨肺功能異常、肺容積下降等。在病理機轉上，肺泡上皮細胞 type II (Alveolar type II, ATII) 受到攻擊後會產生細胞凋亡，而 ATII cell 的衰老或細胞凋亡，過去文獻也證實是啟動特發性肺纖維化的關鍵因素，因為上皮細胞可以激活有效的促纖維化細胞因子 (profibrotic cytokine)、活化 TGF- β ，與肺纖維化息息相關。除此之外，受傷的 ATII cell 也會釋放出 platelet derived growth factor (PDGF)、Connective tissue growth factor (CTGF) 以及 Interleukin-6 (IL6)，造成肺部纖維化的持續進展。因此，對於出院病人長期的肺部電腦斷層追蹤，可以讓我們清楚這個疾病的影響程度及肺部病灶的消散時程。

本研究追蹤了 41 位 COVID-19 的病人，當中有 25 位屬於輕症、16 位屬於重症。當中有 7.3% 曾經入住加護病房、14.6% 使用過 HFNC、73.2% 使用過類固醇治療。在影像學的變化上，一開始 GGO 的比率最高，隨著時間的拉長到一年，最後 reticular pattern 的比率超過 GGO。在文章中探討與肺部殘留病灶的因子為：年齡、吸菸、高血壓、得到次發性細菌感染、血氧濃度較低等因素。這個議題的後續衍生是：究竟使用抗肺纖維藥物對於 COVID-19 感染後殘留肺纖維化病灶的病人到底有無好處，需要進一步的進行相關研究驗證。目前已經有少數文獻顯示抗肺纖維化藥物可能會為這群病人帶來好處，但仍需要更多大規模的臨床試驗來證實其療效，如臨床試驗：Nintedanib for the Treatment of SARS-Cov-2 Induced Pulmonary Fibrosis (NINTECOR) (NCT04541680)，可以拭目以待。

One-year follow-up of chest CT findings in patients after SARS-CoV-2 infection

BMC Med. 2021 Aug 9; 19(1): 191. doi: 10.1186/s12916-021-02056-8.

Yanfei Chen, Cheng Ding, Ling Yu, *et al.*

Abstract

Background: Knowledge about the 1-year outcome of COVID-19 is limited. The aim of this study was to follow-up and evaluate lung abnormalities on serial computed tomography (CT) scans in patients with COVID-19 after hospital discharge.

Methods: A prospective cohort study of patients with COVID-19 from the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine was conducted, with assessments of chest CT during hospitalization and at 2 weeks, 1 month, 3 months, 6 months, and 1 year after hospital discharge. Risk factors of residual CT opacities and the influence of residual CT abnormalities on pulmonary functions at 1 year were also evaluated.

Results: A total of 41 patients were followed in this study. Gradual recovery after hospital discharge was confirmed by the serial CT scores. Around 47% of the patients showed residual aberration on pulmonary CT with a median CT score of 0 (interquartile range (IQR) of 0-2) at 1 year after discharge, with ground-glass opacity (GGO) with reticular pattern as the major radiologic pattern. Patients with residual radiological abnormalities were older ($p=0.01$), with higher rate in current smokers ($p=0.04$), higher rate in hypertensives ($p=0.05$), lower SaO₂ ($p=0.004$), and higher prevalence of secondary bacterial infections during acute phase ($p=0.02$). Multiple logistic regression analyses indicated that age was a risk factor associated with residual radiological abnormalities (OR 1.08, 95% CI 1.01-1.15, $p=0.02$). Pulmonary functions of total lung capacity ($p=0.008$) and residual volume ($p<0.001$) were reduced in patients with residual CT abnormalities and were negatively correlated with CT scores.

Conclusion: During 1-year follow-up after discharge, COVID-19 survivors showed continuous improvement on chest CT. However, residual lesions could still be observed and correlated with lung volume parameters. The risk of developing residual CT opacities increases with age.

醫學新知 III

Sotorasib 於帶有 *KRAS* p.G12C 基因突變肺癌患者的治療

摘自：N Engl J Med 2021; 384: 2371-81.

編譯：曾政森醫師 台中榮民總醫院 胸腔內科

背景：

在第一期的臨床試驗中，針對帶有 *KRAS* pG12C 突變的晚期實質固態瘤，sotorasib 有不錯的抗癌活性，次族群分析中更發現 sotorasib 對非小細胞肺癌有令人驚豔的療效。

方法：

在單一研究組別的第二期臨床試驗中，針對先前接受過標準治療的晚期 *KRAS* pG12C 突變的非小細胞肺癌患者給予口服 sotorasib 每日 960 毫克的治療。主要療效指標為盲性中央獨立評估的腫瘤客觀反應率 (objective response rate)(包含完全反應 [complete response]) 及部份反應 [partial response])。其它次要的療效指標包括：反應持續時間 (duration of response)、疾病控制率 (disease control rate)、無惡化存活期 (progression-free survival)、整體存活期 (overall survival) 及治療安全性。研究中也探索生物標記與 sotorasib 治療反應的關聯性。

結果：

於 126 位參與試驗的患者中，有 81.0% 受試者曾經接受過鉑類化學治療以及 PD-1/PD-L1 抑制劑。根據盲性中央獨立評估，有 124 位患者於治療前有可測量之病灶可進行腫瘤客觀反應率評估；結果顯示共有 46 位患者達到腫瘤客觀反應 (腫瘤客觀反應率為 37.1%[95% 信賴區間：28.6-46.2%])，其中包含 4 位患者 (3.2%) 為完全反應及 42 位患者 (33.9%) 為部份反應。反應持續時間中位數為 11.1 個月 (95% 信賴區間：6.9 個月 - 時間未達)。總共有 100 位患者達到疾病控制 (疾病控制率為 80.6%[95% 信賴區間：72.6-87.2%])。無惡化存活期中位數為 6.8 個月 (95% 信賴區間：5.1-8.2 個月)。整體存活期中位數為 12.5 個月 (95% 信賴區間：10.0 個月 - 時間未達)。於 126 位受試中，共計有 88 位患者 (69.8%) 發生治療相關不良事件，其中包含 25 位 (19.8%) 為第三級及 1 位 (0.8%) 為第四級不良事件。以腫瘤 PD-L1 表現量、腫瘤突變負荷 (tumor mutation burden) 及共同發生基因變異 (包含：*STK11*、*KEAP1* 或 *TP53*) 所定義之次族群中皆可觀察到藥物治療之客觀反應。

結論：

第二期的臨床試驗結果顯示，sotorasib 對於先前接受過標準治療的晚期 *KRAS* pG12C 突變的非小細胞肺癌患者可提供持久性的臨床助益，此外並無觀察到新的安全性警示。

〔編譯者評論〕

儘管肺癌的發生率仍在上升，肺癌的治療成效及死亡率在這二十年來有大幅的進步，其中最主要的因素為標靶治療的成功所引領的肺癌精準醫療。在早期的 *EGFR* 及 *ALK* 基因突變之後，陸陸續續有新的基因變異可供標靶藥物治療。目前 NCCN guideline (Version 5.2021) 所建議的基因檢測包括 *EGFR* (含 exon 20 insertion)、*ALK*、*ROSI*、*BRAF* V600E、*NTRK1/2/3*、*METex14 skipping*、*RET* 以及 *KRAS* G12C 等八種基因變異。其中 *KRAS* 雖然很早就已經知道是一個肺癌重要的驅動突變，但時至今日才有專屬的標靶藥物研發並於臨床試驗證實其療效。在西方人的族群中肺腺癌患者約有 25% 帶有 *KRAS* 基因突變 (J Thorac Oncol 2016; 11:613-38)，在台灣的本土資料中則僅有約 5% 的患者帶有 *KRAS* 突變 (PLoS One 2015; 10:e0120852)。值得注意的是，並非所有的 *KRAS* 突變患者皆適用 sotorasib 治療，依本試驗設計及目前治療指引建議，僅 *KRAS* 基因中的 G12C 突變可接受此標靶治療。而 G12C 佔約四成左右的 *KRAS* 突變，為最常見的 *KRAS* 突變型態 (Cancer Genet 2016; 209:195-8)。儘管在此研究中 sotorasib 的客觀反應率及存活時間不及其它臨床常用的標靶治療，但本試驗的族群皆非第一線治療患者，更有超過一半的受試者接受過二線以上的癌症治療；目前 sotorasib 已取得 FDA 許可，在肺癌 *KRAS* 的治療仍是一個重要的里程碑，也期待之後更多的臨床試驗結果及新的藥物研發可使更多患者受惠。

Sotorasib for Lung Cancers with *KRAS* p.G12C Mutation

N Engl J Med 2021; 384: 2371-81.

Ferdinandos Skoulidis, Bob T Li, Grace K Dy, *et al.*

Abstract

BACKGROUND

Sotorasib showed anticancer activity in patients with *KRAS* p.G12C-mutated advanced solid tumors in a phase 1 study, and particularly promising anticancer activity was observed in a subgroup of patients with non-small-cell lung cancer (NSCLC).

METHODS

In a single-group, phase 2 trial, we investigated the activity of sotorasib, administered orally at a dose of 960 mg once daily, in patients with *KRAS* p.G12C-mutated advanced NSCLC previously treated with standard therapies. The primary end point was objective response (complete or partial response) according to independent central review. Key secondary end points included duration of response, disease control (defined as complete response, partial response, or stable disease), progression-free survival, overall survival, and safety. Exploratory biomarkers were evaluated for their association with response to sotorasib therapy.

RESULTS

Among the 126 enrolled patients, the majority (81.0%) had previously received both platinum-based chemotherapy and inhibitors of programmed death 1 (PD-1) or programmed death ligand 1 (PD-L1). According to central review, 124 patients had measurable disease at baseline and were evaluated for response. An objective response was observed in 46 patients (37.1%; 95% confidence interval [CI], 28.6 to 46.2), including in 4 (3.2%) who had a complete response and in 42 (33.9%) who had a partial response. The median duration of response was 11.1 months (95% CI, 6.9 to could not be evaluated). Disease control occurred in 100 patients (80.6%; 95% CI, 72.6 to 87.2). The median progression-free survival was 6.8 months (95% CI, 5.1 to 8.2), and the median overall survival was 12.5 months (95% CI, 10.0 to could not be evaluated). Treatment-related adverse events occurred in 88 of 126 patients (69.8%), including grade 3 events in 25 patients (19.8%) and a grade 4 event in 1 (0.8%). Responses were observed in subgroups defined according to PD-L1 expression, tumor mutational burden, and co-occurring mutations in *STK11*, *KEAP1*, or *TP53*.

CONCLUSIONS

In this phase 2 trial, sotorasib therapy led to a durable clinical benefit without new safety signals in patients with previously treated *KRAS* p.G12C-mutated NSCLC.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：110 年 11 月 15 日
- 當期作答分數須達 (含) 80 分以上 (第 1 題 10 分；第 2~7 題，每題 15 分)，每期給予教育積分 A 類 3 分，上限為 6 年內不得超過 60 分。
- 敬請會員踴躍參與作答，以便累積學會積分；僅限台灣胸腔暨重症加護醫學會會員作答。(正確解答請參閱下期會訊)。

胸腔暨重症案例：(本題 10 分)(請參閱 page 43)

This 80-year-old woman with history of atrial fibrillation was a non-smoker. She presented to OPD due to non-productive cough for 6 months, which responded poorly to prior antibiotics. She denied weight loss nor fever. However, she found a subcutaneous soft tissue mass in the left arm for 2 months. Lab data showed WBC 25,240 /cumm, Seg: 98%, CRP: 2.55 mg/dL and LDH 355 mg/dL.

1. 您的診斷為何？
 - (A) Secondary organizing pneumonia
 - (B) Pulmonary aspergillosis
 - (C) Primary alveolar proteinosis
 - (D) Sarcoidosis
 - (E) Granulomatous polyangiitis

選擇題：(每題 15 分)

2. 請問關於 COP 和 CTD-OP 的患者，肺部容易產生殘存病灶 (RD) 的風險因子“不”包括：
 - (A) 影像學上超過 10% 的肺實質浸潤
 - (B) 合併出現支氣管擴張症
 - (C) 有 CTD-OP 的診斷
 - (D) 病患有特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 的診斷
3. 請問關於 COP 和 CTD-OP 的患者，容易疾病復發的風險因子包括：
 - (A) 影像學上超過 10% 的肺實質浸潤
 - (B) C-反應蛋白指數上升 (CRP)
 - (C) 使用類固醇時間超過 1 年
 - (D) 使用高劑量類固醇
4. 請問關於 SARS-CoV-2 感染所致的肺部病灶，何者“非”為 CT 上的典型表現？
 - (A) Halo sign
 - (B) Crazy-paving pattern

- (C) 有 CTD-OP 的診斷
- (D) Lung cavitation 合併 pleural effusion

5. 請問關於 SARS-CoV-2 感染後長期追蹤，容易殘留有肺部病灶的風險因子包括：

- (A) 老煙槍
- (B) 年紀大
- (C) 血氧濃度差合併嚴重 ARDS 者
- (D) 以上皆是

6. 以下關於肺腺癌的敘述，何者為錯？

- (A) 肺腺癌的治療成效在這二十年來有大幅的進展。
- (B) 台灣肺腺癌患者的驅動基因突變前三名為 *EGFR*、*KRAS*、*ALK*。
- (C) 雖然都是肺腺癌，帶有不同驅動基因突變的患者仍有不同的臨床、病理表現及治療預後。
- (D) 拜藥物治療的進步，帶有驅動基因突變的肺腺癌患者不管是早期或晚期疾病，目前治療的首選皆是標靶治療。

7. 關於肺癌驅動基因突變的敘述，何者為錯？

- (A) 肺癌組織學型態、抽菸習慣、人種等因素皆會影響驅動基因突變的比率。
- (B) 不同驅動基因突變的檢測方法及檢測準確性皆大同小異。
- (C) 並非所有帶有驅動基因突變的肺腺癌患者皆於第一線適用標靶藥物治療。
- (D) 目前 NCCN guideline 所建議的肺腺癌基因檢測包括 *EGFR* (含 exon 20 insertion)、*ALK*、*ROS1*、*BRAF V600E*、*NTRK1/2/3*、*METex14 skipping*、*RET* 以及 *KRAS G12C* 等八種基因變異。

測驗回函 (2021 年 10 月第 39 期)

截止日：110 年 11 月 15 日

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

- 作答完畢後請以 E-mail 方式回覆至學會秘書處。

★學會秘書處

電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答



Figure 1. Chest plain film reveals a mass lesion on right upper lung field with small multiple lung nodules on right lower, left upper and lower lung field.

提供：董璧鴻醫師 林口長庚醫院 胸腔科

[Case]

A 55 years old male, a healthy person, presented with non-productive cough for 1 month and came to chest OPD. The associated symptoms with general weakness, poor appetite and body weight loss (8 kg) were noted in recent 1 month. There was no fever, hemoptysis or dyspnea. The results of lab data and chest x ray presentation were as below. WBC: 8800/cumm, Seg: 70.4%, CRP: 98.01 mg/L, BUN: 11.6 mg/dl, Cr: 1.27 mg/dl. Urinalysis showed hematuria and proteinuria (1+).

[Question]

1. 您的診斷為何？
 - (A) Pulmonary tuberculosis
 - (B) Lung cancer
 - (C) Pneumonia
 - (D) Granulomatosis with polyangiitis (Wegener’s granulomatosis)

[Clinical course]

Transbronchial biopsy from RB2 revealed necrotizing granulomatous inflammation and Langhan giant cells. The TB culture, TB-PCR test from bronchial wash and Quantiferon TB test showed negative finding. Progressive renal function deterioration (Cr: 2.76 mg/dl) during OPD follow up. High titre of p-ANCA (perinuclear ANCA) was found (9.4 IU/ml; reference: <3.5 IU/ml). Steroid with immunosuppressive therapy (Azathioprine and Cyclosporin) was used for Granulomatosis with polyangiitis. The clinical conditions (Chest x ray and renal function) improved much at 6 months of immunosuppressive agents treatment.

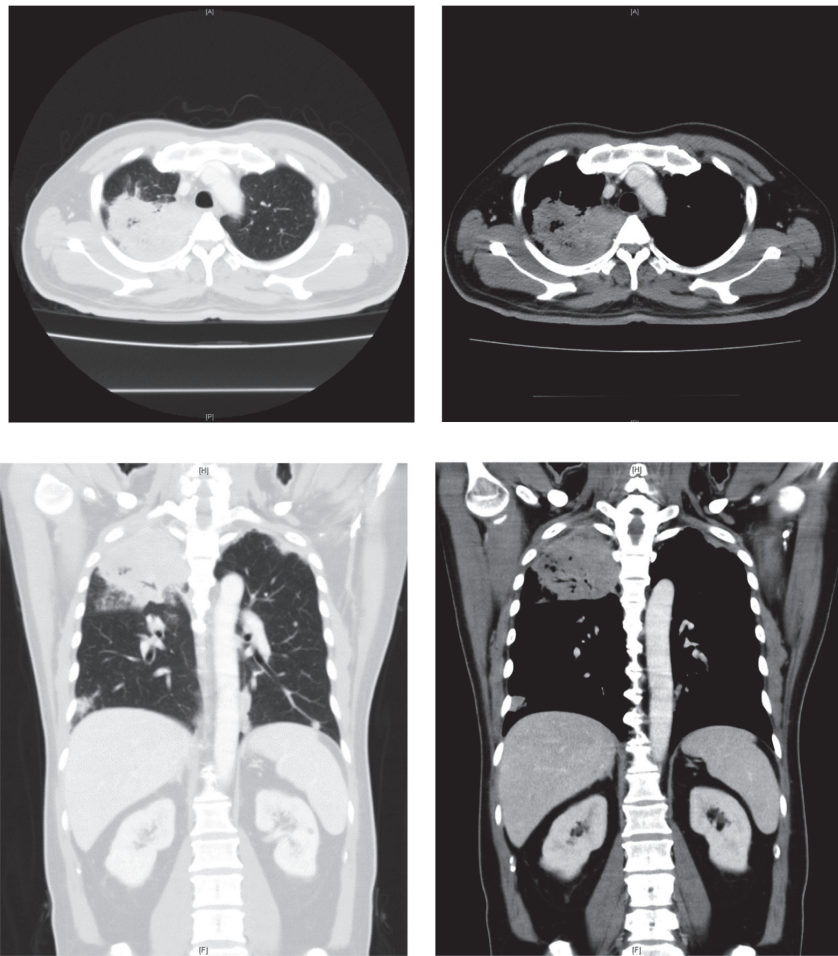


Figure 2. The chest CT demonstrate a 7.8 cm mass with cavitory lesion and airbronchogram on RUL. The multiple small lung nodules found on bilateral lung fields.

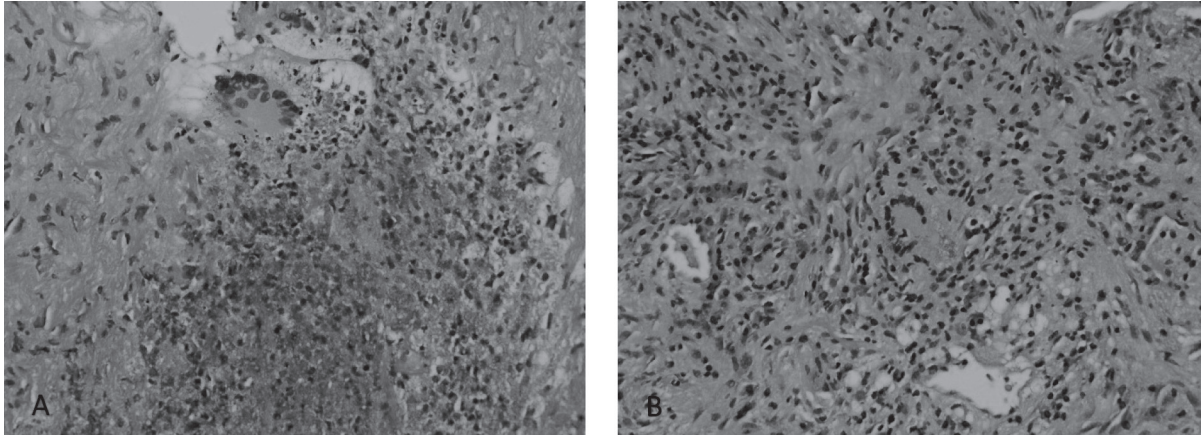


Figure 3. The pathology of specimen obtained from lung biopsy show inflammation tissue with necrotizing granulomatous inflammation and Langhan gaint cells. (A: multinucleated gaint cell at 12 o'clock and necrosis at 6 o'clock; B: Multinucleated giant cell at 9 o'clock and necrosis at 3 o'clock).



Figure 4. Chest plain film shows the right upper mass lesion resolved at 6 months of treatment.

[Answer]

(D) Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's granulomatosis)

The pathology of lung biopsy demonstrated necrotizing granulomatous inflammation but negative for TB culture, TB-PCR and Quantiferon TB test. Progressive renal impairment and proteinuria with high titre of

ANCA level was found during OPD follow up. Steroid with immunosuppressive therapy (Azathioprine and Cyclosporin) was used and the clinical condition (Chest x ray and renal function) improved much after treatment. The pathological and serological results and clinical courses are compatible with Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's granulomatosis).

選擇題：

2. 下列敘述何者不正確？

- (A) 早期慢性阻塞性肺病的定義為 FEV_1/FVC 低於正常值下限 (lower limit of normal)。
- (B) 臨床慢性阻塞性肺病的定義為有慢性呼吸道症狀合併 $FEV_1/FVC < 0.7$ 且 $FEV_1 < 80\%$ 預測值。
- (C) 在 5497 個小於 50 歲且基準 $FEV_1/FVC > 0.7$ 的成年人當中，有 168 個人 (3%) 於十年後發生臨床慢性阻塞性肺病。
- (D) 較高的吸菸暴露量，其十年後發生臨床慢性阻塞性肺病的機率也較高。

答案 (C)

3. 有關抽菸對於早期慢性阻塞性肺病發展成臨床慢性阻塞性肺病的影響何者不正確？

- (A) 抽菸大於等於 10 包 - 年 (pack-years) 者有 4% 有早期慢性阻塞性肺病。
- (B) 在抽菸大於等於 10 包 - 年 (pack-years) 者當中，有早期慢性阻塞性肺病的人有 24% 會發展成臨床慢性阻塞性肺病。試
- (C) 在從不吸菸者當中，有早期慢性阻塞性肺病的人有 3% 會發展成臨床慢性阻塞性肺病。
- (D) 在抽菸小於 10 包 - 年 (pack-years) 者當中，沒有早期慢性阻塞性肺病的人有 10% 會發展成臨床慢性阻塞性肺病。

答案 (D)

4. 在此篇研究中，在 COVID-19 使用呼吸器的病人中，何者與缺乏氧合反應的改善較無關？

- (A) 俯臥前乳酸 (lactate) 升高
- (B) 器官衰竭評估 (SOFA score) 之中的心血管項目
- (C) 偏高的高峰壓 (peak pressure)
- (D) 偏高的吐氣末正壓 (positive end expiratory pressure)

答案 (D)

5. 在此篇研究中下列何者不正確？

- (A) 使用一周數據的兩個 machine learning model 皆顯示比入院數據更高的準確性來預測死亡率。
- (B) 俯臥成功的改善了 45% 的重度低血氧 (severe hypoxemia) 患者的氧合反應。
- (C) 大多數患者接受了潮氣容積低於 8 mL/kg 和高原壓低 (plateau pressure) 於 30cmH₂O 的保護性通氣。
- (D) 死亡率在低血氧未解決，以及對俯臥無反應情況下為最高。

答案 (B)

6. 有關「CPAP 治療的效果對於慢性腎病患者腎功能的影響」一文的研究結果，以下敘述何者錯誤？
- (A) 使用 CPAP 並不能顯著的延緩慢性腎病合併 OSA 患者的 eGFR 惡化。
 - (B) 使用 CPAP 並不能顯著的延緩慢性腎病合併 OSA 患者的 ACR 惡化。
 - (C) 使用 CPAP 後，無論是在腎功能惡化高風險或低風險組，第 12 個月 eGFR 下降速度都有顯著改善。
 - (D) 本研究的缺點是 CPAP 遵從性較差、案例數不夠多以及追蹤時間不夠長。

答案 (C)

7. 以下有關慢性腎病與 OSA 的相關敘述，以下何者正確？
- (A) OSA 的夜間缺氧症狀會藉由活化 RAS 系統，影響腎臟血行動力學。
 - (B) OSA 在慢性腎病的患者中相當少見。
 - (C) OSA 造成腎功能的惡化僅藉由活化 RAS 系統此單一機轉。
 - (D) 慢性腎病合併 OSA 的患者只要對 CPAP 遵從性佳，即可以延緩腎功能的惡化。

答案 (A)

MEMO

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函

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

廣告位置	頁數	刊登期數	總價	廣告產品
<input type="checkbox"/> 封面內	<input type="checkbox"/> 1 頁	____年	NT____萬	
<input type="checkbox"/> 封底內	<input type="checkbox"/> 1 頁	____年	NT____萬	
<input type="checkbox"/> 封底外	<input type="checkbox"/> 1 頁	____年	NT____萬	
<input type="checkbox"/> 一般內頁	<input type="checkbox"/> ____頁	____年	NT____萬	
<input type="checkbox"/> 信封袋底	<input type="checkbox"/> 1 頁	____年	NT____萬	

◆廣告產品請填寫擬刊登廣告之名稱。

◆廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：

長 30.3cm * 寬 21.6cm，解析度 (像素) 350 dpi 以上

(此為預留每邊出血各 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)：_____股份有限公司

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：(02) 2314-4089

E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

會訊委刊廣告辦法需知

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 接受優良廠商委託刊登廣告。

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

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

本會委刊廣告版面以滿頁為一單位。以一年 6 期為單位。

本次為接受民國 110 年之廣告版面。

請自行選擇廣告位置以及期數。

同一位置若同時有多家公司申請時，以抽籤決定。

廣告位置和定價：

>>封面內(單頁)：NT 25 萬 元/頁/年(6 期)

>>封底內(單頁)：NT 20 萬 元/頁/年(6 期)

>>封底外(單頁)：NT 30 萬 元/頁/年(6 期)

>>一般內頁(無限制頁數)：NT 10 萬 元/頁/年(6 期)

>>信封袋底(單頁)：NT 30 萬 元/頁/年(6 期)

廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：

長 30.3cm * 寬 21.6cm，解析度 (像素) 350 dpi 以上

(此為預留每邊出血各 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

電話：(02) 2314-4089

本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。