



# 會訊

第 4 2 期  
2022.04

## 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

活動集錦

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	鍾飲文							
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 111 年 4 月第 42 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	劉建明 Chien-Ming Liu	陳立修 Li-Hsiou Chen
	劉奕亨 Yi-Heng Liu	倪永倫 Yung-Lun Ni
執行秘書 Executive Secretary	陳家弘 Chia-Hung Chen	
編輯顧問 Editorial Consultant	鍾飲文 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：大生印刷有限公司

地址：新北市中和區建六路 70 號 3 樓之 2 電話：(02) 6621-8989

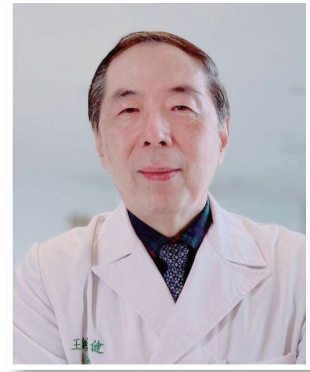
※ 感謝台灣百靈佳殷格翰股份有限公司贊助本期印刷

※ 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.....	5
會議記錄	
第十八屆第七次理、監事聯席會會議記錄.....	8
重症專科醫師訓練及甄審委員會會議記錄.....	16
健保與醫療政策工作小組會議記錄.....	23
學術委員會會議記錄.....	25
國際學術交流工作小組會議記錄.....	28
呼吸道疾病委員會會議記錄.....	30
肺腫瘤委員會會議記錄.....	33
睡眠醫學委員會會議記錄.....	38
間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議記錄.....	40
感染及結核病委員會會議記錄.....	43
肺部介入委員會會議記錄.....	44
肺血管及肺高壓委員會會議記錄.....	45
青年工作小組會議記錄.....	48
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：The 62-year-old woman, non-smoker presented to chest clinic with shortness of breath and non-productive cough for days	
提供：劉建明醫師 台中慈濟醫院 胸腔內科.....	50
醫學新知	
■ Severe Asthma 的生物治療	
Biologic Therapies for Severe Asthma	
編譯：陳立修醫師 台中慈濟醫院 胸腔內科.....	54
■ 面對 COVID-19 病人執行支氣管鏡檢查的適應症、臨床效用和安全性	
Indications, Clinical Utility, and Safety of Bronchoscopy in COVID-19	
編譯：劉奕亨醫師 台中慈濟醫院 胸腔內科.....	55
■ 睡眠呼吸中止症及夜間低血氧與癌症發生率及死亡率的關聯性：系統性回顧與統合分析	
Association of obstructive sleep apnea and nocturnal hypoxemia with all-cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis	
編譯：倪永倫醫師 台中慈濟醫院 胸腔內科.....	58
通訊繼續教育.....	61
活動集錦.....	70
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	79

各位會員朋友，大家好：

剛過完清明假期，國內疫情反轉由復而剝，新增病例超過 500 例 / 日，雖然大多為無症狀的感染者，但是隨著病例數的暴增，重症者也可能會增加，造成醫療的負擔和壓力，各位第一線的會員們，要提高警覺，注意自身的安全。學會在這段期間，積極參與國際接軌：於 3 月 31 日與 APSR 簽訂 2022 年到 2024 年 MOU，總團體會員人數達 650 人；此外在間質性肺病委員會的規劃下，在全省共舉辦 7 場 ILD MDD 討論會。同時學會也已規劃 111 年度影像判讀（北區、南區）及機械通氣課程（中區、南區）總計四場，近期將公告，敬請期待。學會也積極籌備六本手冊的編寫或更新：有氧走遍天下、2022 年台灣成人氣喘臨床照護指引、2022 年肺復原實務指引（更新版）、奔跑吧！小肺（更新版）、給你打氣：阻塞性睡眠呼吸中止－陽壓呼吸治療臨床手冊、過敏性肺炎台灣共識（暫）等重棒出擊。2022 年胸重夏季會將於 7 月 9 日、10 日假新竹喜來登採實體、線上並行模式盛大舉辦，期待會員們積極參與。在此初春的季節，預祝所有的會員朋友身心愉快、工作順利平安。



理事長

王鶴健



四月的出刊已過清明。今年新冠肺炎疫情傳播力上升，但重病死亡發生的機會下降，雖然沒有造成行人欲斷魂的社會現象，但為了和國際社會接軌，政府的政策必定會隨時修訂，對胸腔重症醫師的肯定造成心理壓力，臨床照顧負擔也勢必增加。

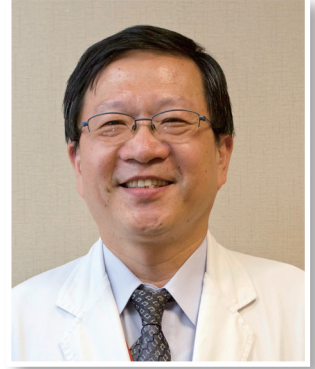
本期胸腔暨重症案例，台中慈濟醫院劉建明醫師給大家精挑細選的是一位 62 歲女性，素有心臟病合併心衰竭和心律不整，此次因呼吸困難入院診療，胸部 X 光片呈現的是斑駁狀的雙肺浸潤，各位好朋友就來抽絲剝繭吧。

醫學新知，陳立修醫師由新英格蘭雜誌選了一篇有關嚴重氣喘 (severe Asthma) 的生物治療文章。氣喘目前已經被認定是可能可以依據不同的 endotype 或 phenotype 來治療的一種非單一表現疾病。臨床上有一群病情較嚴重的病人常常被區分為困難治療氣喘 (difficult to treat)、不可控制氣喘 (uncontrolled asthma) 或是嚴重氣喘 (severe asthma)。每年影響全球數以億計的人口。有大約 10% 成人氣喘病人及 2.5% 的兒童期氣喘為嚴重型氣喘。病人即使已經使用足量且完整的支氣管擴張劑及吸入型類固醇也常常需要更常臨時增量的口服類固醇及更高的口服維持類固醇。此時生物製劑治療或可以扮演控制或緩解角色。本文探討從 Type 2 high-inflammation (type 2-high) 氣喘的發炎反應分生路徑及其標靶作用的位置的幾類生物製劑的療效實證證據。陳醫師更貼心的附上分生路徑及藥物作用機轉圖形，會員朋友不妨多瞧一眼。

面對 COVID-19 病人執行支氣管鏡檢查的適應症、臨床效用和安全性直至今日 因為疫情病未明顯好轉所以仍是我們必須關注的話題。台中慈濟醫院胸腔內科劉奕亨醫師摘自 Respiratory Care 二月份刊登的一篇文獻檢索文章，結論對於 COVID-19 患者執行支氣管鏡檢查的結果明顯改變之後對患者的處置。當醫護人員使用適當的個人防護設備時做檢查，SARS-CoV-2 的傳播似乎很低。因此，對於此類患者群體，我們應評估進行診斷性和治療性的支氣管鏡檢查之可行性。進行支氣管鏡檢查時，也應該考慮到如環境和防護裝備等問題。

倪永倫醫師選了一篇 J Clin Sleep Med 2021 系統性回顧與統合分析文章。討論睡眠呼吸中止症及夜間低血氧與癌症發生率及死亡率的關聯性。本文從 1698 篇資料中，納入了 20 篇觀察性研究 (共 5,340,965 名患者)。本篇研究發現夜間低血氧的嚴重度 (T90, 睡眠過程中血氧濃度低於 90% 的比率) 反而能反映出與癌症的風險及死亡率增加的關聯性。這可能與 OSA 及低血氧須達到一個閾值 (minimal hypoxic burden) 於組織的 oxygen reserve 已被消耗後，才會造成 carcinogenesis 相關。然而, T90 無法充分分別 OSA 造成的間歇性低血氧以及慢性疾病造成的持續性低血氧，ODI(oxygen desaturation index) 在此研究因證據等級不足無法分析，是以需要更進一步針對不同臨床 OSA 嚴重度指標 與癌症關聯性的研究來加強。

本次會訊內容由台中慈濟醫院胸腔內科全力支持得以完成，在此特別感謝邱醫秘以及李主任帶領的團隊。



主編

## 研討會、繼續教育課程行事曆

日期	名稱	地點
04 月 02 日 (星期六)	Sarcopenia in COPD - A Time for Action (實體 + 線上會議)	台北國泰萬怡酒店
04 月 09 日 (星期六)	EGFR Target therapy workshop	花蓮 kadda Hotel
04 月 15 日 (星期五)	Lung Cancer Treatment 個案討論	線上會議
04 月 16 日 04 月 17 日 (星期六、日)	Airway Detection & Diagnosis Series of Courses (實體 + 線上會議)	台北寒舍艾美酒店 2F 軒轅廳
04 月 16 日 (星期六)	Targeting MET in NSCLC Treatment for the Real World	台北寒舍艾美酒店 3F 琥珀廳
04 月 16 日 (星期六)	“關鍵時刻 全面啟動”台灣氣喘卓越高峰會(雲嘉區)	嘉義新悅花園酒店
04 月 23 日 (星期六)	“關鍵時刻 全面啟動”台灣氣喘卓越高峰會(中區)	台中日月千禧酒店 5 樓 VEE01+02 會議室
04 月 23 日 (星期六)	High Flow Oxygen Therapy Hybrid Meeting	線上會議 + 台北新板希爾頓酒店三樓會議室
04 月 24 日 (星期日)	跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion) 北區	線上會議
04 月 26 日 (星期二)	Locally Advanced Lung Cancer Workshop	線上會議
05 月 01 日 (星期日)	111 年胸部影像判讀繼續教育課程 (北區)	線上會議
05 月 03 日 (星期二)	2022 Locally Advanced Lung Cancer workshop	線上會議
05 月 07 日 (星期六)	Pulmonary Rehabilitation Summit	台北 W Hotel
05 月 07 日 (星期六)	ROS1 NSCLC workshop	線上會議
05 月 14 日 (星期六)	The era of novel agents	台中日月千禧酒店 + 線上會議

日期	名稱	地點
05 月 21 日 (星期六)	跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion) 中區	線上會議
05 月 22 日 (星期日)	肺癌核心課程	線上會議
05 月 22 日 (星期日)	重症醫學專科聯甄課程 (北區場)	台大 502 講堂
05 月 28 日 (星期六)	Cancer rare mutation workshop: focus on KRASG12C mutation	台北喜來登 B1 會議室 + 線上會議
06 月 04 日 (星期六)	Post ATS Symposium	台北 - 國泰萬怡酒店 2 樓荷花 + 茶花廳 台中 - 長榮桂冠酒店 B2 中港廳 高雄 - 萬豪酒店 8 樓皇愉會議室 8-2 + 線上會議
06 月 11 日 (星期六)	跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion) 南區	高雄萬豪酒店 8F 萬享宴會廳 E
06 月 11 日 (星期六)	111 年東區重症聯甄課程	花蓮慈濟醫院協力樓 三樓 合心會議室
06 月 12 日 (星期日)	重症醫學專科聯甄課程 (中區場)	中國附醫
06 月 19 日 (星期日)	重症醫學專科聯甄課程 (南區場)	高雄長庚醫院 藍廳
07 月 03 日 (星期日)	111 年機械通氣訓練課程 (中區)	台中榮總教學大樓第五會場
07 月 09 日 07 月 10 日 (星期六、日)	2022 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會	新竹豐邑喜來登大飯店 3 樓東館
07 月 10 日 (星期日)	Adult respiratory distress syndrome workshop	新竹豐邑喜來登大飯店 3 樓東館

※ 以上活動，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

- Asthma 認證課程
- COPD 認證課程
- “關鍵時刻 全面啟動” 台灣氣喘卓越高峰會 (台中區)
- 睡眠呼吸中止症 workshop (北區)
- 睡眠呼吸中止症 workshop (中區)
- 睡眠呼吸中止症 workshop (南區)
- Post ATS Symposium
- 生物指標在重症病患的臨床應用
- Japan-Taiwan IPF Case Discussion Meeting
- 新冠肺炎治療趨勢與展望議程
- TSPCCM 台灣 ILD 統計學工作坊
- 非結核分枝桿菌肺部疾病和慢性肺部黴菌感染：三部曲

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



# 台灣胸腔暨重症加護醫學會 第十八屆第七次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 111 年 3 月 14 日 (星期一) 18:30

現場地點 - ???

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

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)

(1) 理事長王鶴健、理事何肇基、理事王金洲、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、理事徐武輝、理事彭殿王、理事黃明賢、理事賴俊良、監事曹昌堯。

(2) 監事長鍾飲文、監事林慶雄、監事陳凜宏、監事陽光耀。

(3) 列席人員：榮譽理事長楊泮池、秘書長簡榮彥、副秘書長郭耀文、副秘書長吳尚俊、副秘書長馮嘉毅、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：副秘書長陳家弘、副秘書長王誠一、副秘書長林聖皓、副秘書長魏裕峰、副秘書長胡漢忠。

## 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) 2022 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會於 07 月 09 日 (星期六) 至 07 月 10 日 (星期日) 假 新竹喜來登 舉行 (實體與線上並行)，議程規劃如。

(2) 2022 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會於 12 月 10 日 (星期六) 至 12 月 11 日 (星期日) 假 高雄萬豪酒店 舉行 (實體與線上並行)，活動規劃中。

(3) 第六次理監事聯席會議決議事項執行進度：

● 討論案一：審核「申請榮譽會員」申請案，共 3 位。

執行進度：已完成審核，並通知。

● 討論案二：審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 2 位。

執行進度：已完成審核，並通知。

● 討論案三：複審「110 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 48 位提出申請。

執行進度：已完成審核，並通知。

- 討論案四：審查「台灣胸腔暨重症加護醫學會 110 年度胸腔暨重症醫學專科醫師甄審通過入會一般會員」申請案，共 37 位提出申請。

執行進度：已完成審核，並通知。。

- (4) 永久會址第三次會議進度報告。

#### 四、本季健保署來函：

- (1) 110 年 12 月 30 日健保審字第 1100063343B 「有關「荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司」建議將治療慢性阻塞性肺病含 Fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate 成分藥品 (如 Trelegy) 使用氣喘之給付規定修訂案，請貴會於文到後一個月內惠示卓見。  
說明：已由呼吸道疾病委員會函覆。
- (2) 110 年 12 月 30 日健保醫字第 1100046348 號「檢送本署 1101206 召開之新增進階影像導引插管術診療項目討論會議」會議記錄。  
說明：本會存查。
- (3) 111 年 1 月 18 日健保審字第 1110800392 號「檢送本署 110 年 12 月 22 日召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」修正之會議紀錄 1 份 (附件)，復如說明，請查照。」。  
說明：本會存查並公告。
- (4) 111 年 1 月 19 日健保醫字第 1110771797 號有關「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫 (下稱呼吸器計畫) 收案條件之呼吸器處置項目是否納入 57030B 及 57031B 「濕化高流量氧氣治療 - 第一天照護費 / 第二天後照護費」，請貴會於文到 2 周內惠示意見，請查照。  
說明：已由呼吸治療委員會函覆。
- (5) 111 年 1 月 20 日健保審字第 1110772778 號檢送 111 年 1 月 7 日召開「全民健康保險醫療費用審查注意事項 110 年度研修案西醫分科專家諮詢會議 - 內科系」會議紀錄，請查收。  
說明：本會存查並公告。
- (6) 111 年 1 月 21 日健保醫字第 1110771851 號建請貴會轉知會員提升居家醫療照護訪視紀錄記載事項品質，請查照。  
說明：由健保小組推派專家討論尚未回復健保署。
- (7) 111 年 1 月 22 日健保醫字第 1110800989 號公告「公告修訂全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，如附件，並自公告日起施行。  
說明：本會存查並公告。
- (8) 111 年 1 月 28 日健保審字第 1110772841 號「為辦理本保險醫療服務審查醫藥專家 (含醫院總額疾病分類輔助審查專家) 遴聘事宜」，請貴會於 111 年 4 月 29 日 (五) 前推薦適當專家人選，詳如說明，請查照。  
說明：由健保小組推派專家回復健保署。
- (9) 111 年 2 月 10 日健保審字第 1100014763 號調整「20 類重要檢查 (驗) 管理方案」，請貴會於 111 年 3 月 18 日前協助提供專業意見，請查照惠復。  
說明：已由健保及醫療政策工作小組函覆。

(10) 111 年 2 月 17 日健保審字第 1110773007 號「檢送 109 年使用人數在 5,000 人以下指示藥品清冊 1 份(附件)」,請於 111 年 3 月 31 日前提供應逐步檢討,並縮小給付該類藥品織品項及意見,詳如說明,請查照惠復。

說明:由健保小組推派專家回復健保署。

五、胸腔暨重症醫學專科醫師訓練醫院申請:

- (1) 110 年 12 月 28 日高雄醫學大學附設中和紀念醫院申請胸腔外科訓練醫院
- (2) 111 年 01 月 28 日國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹台大分院申請胸腔內科訓練醫院。
- (3) 111 年 02 月 21 日國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院申請胸腔內科訓練醫院。

六、胸腔暨重症醫學專科醫師訓練醫院申請:

- (1) 111 年度「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」。
  - 筆試日期:09 月 18 日(星期日)、地點:內湖三總門診。
  - 口試日期:10 月 23 日(星期日)、地點:台大醫院 15 樓睡眠中心。
- (2) 重症醫學專科醫師聯合訓練及甄審委員會
  - 111 年 03 月 03 日召開交接會議,111 年度由社團法人中華民國心臟學會輪值。
  - 急診醫學會於 110 年 12 月 24 日函至聯委會申請加入「重症醫學專科醫師聯合甄審委員會」,聯委會決議各所屬學會帶回討論,下次季會進行意見統合。
- (3) 財務委員會。
- (4) 健保及醫療政策工作小組。
- (5) 學術委員會。
  - 111 年度影像判讀講習班辦理兩場,於北區(蕭逸函醫師)、南區(李琳主任)各辦一場,目前規劃中。
  - 111 年度機械通氣繼續教育課程,於中區(詹明澄主任)、南區(賴建豪主任)各辦一場,目前規劃中。
  - 111 年度重症聯甄課程,交由重症醫學委員會規劃辦理。。
- (6) 公共事務工作小組
- (7) 教育與出版委員會
  - 會訊的主要負責人由各位委員輪流,負責於各大院區邀稿,自 110 年 04 月起至 112 年 04 月的輪值名單請詳見。
- (8) 胸腔醫學編輯委員會
  - 各訓練單位 111 年負責稿件配額與 110、111 年稿件統計(統計至 111 年 03 月 01 日)。
- (9) 國際學術交流工作小組
  - 學會會員的國際會議參與情形調查如下:
    - ◆ 110 年度有參與國際年會會員人數:137 位(共有 386 位會員回覆)。
    - ◆ ERS 與會人數:74 人;APSR 與會人數:64 人;ATS 與會人數:50 人;WCLC 與會人數:31 人;SCCM 與會人數:24 人;ASCO 與會人數:22 人;ESICM 與會人數:8 人;其他:21 人。
    - ◆ 於國際年會投稿會員人數:63 位。
- (10) 呼吸道疾病委員會

- 111 年度「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」規劃。
- 111 年 01 月 09 日辦理「Early Detection of COPD in Taiwan」，圓滿結束，現場與會人數共 12 人，線上與會人數共 159 人。
- 111 年 01 月 15 日辦理「氣喘卓越高峰會(北區)」，圓滿結束，現場與會人數共 8 人，線上與會人數共 38 人。
- 111 年 02 月 16 日辦理「氣喘卓越高峰會(南區)」，圓滿結束，與會人數共 20 人。
- 111 年 02 月 26 日辦理「Debate the hot topics for Airway diseases(三地連線+線上會議)」，圓滿結束，現場與會人數共 25 人，線上與會人數共 221 人。
- 預計於 111 年 03 月 24 日辦理「Airway chat (I)」。
- 預計於 111 年 03 月 26 日辦理「呼吸道疾病教育課程(一)：科學期刊撰寫及發表」。
- 預計於 111 年 04 月 02 日辦理「Sarcopenia in COPD: A Time for Action」。
- 預計於 111 年 04 月 16 日至 17 日辦理「Airway Detection & Diagnosis Series of Courses」。
- 預計於 111 年 04 月 23 日辦理「跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion)- 北區」。
- 預計於 111 年 05 月 07 日辦理「Pulmonary Rehabilitation Summit」。
- 預計於 111 年 05 月 21 日辦理「跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion)- 中區」。
- 預計於 111 年 06 月 11 日辦理「跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion)- 南區」。
- 預計編修「2022 台灣成人氣喘臨床照護指引」，出版電子檔。
- 預計編修「2022 肺復原實務指引」。
- 預計編修「奔跑吧！小肺」。
- 預計編修「有氧走遍天下」。
- 預計編修「遠離 COPD 戒菸就對了」。
- 支氣管擴張症登錄進度：2022/03/11 已完成登錄 454 cases (22.7%)(目標數為 2000)。

#### (11) 肺腫瘤委員會

本季主辦活動實體與線上會議共 3 場、線上會議 3 場、實體會議 1 場。

- 111 年 01 月 04 日辦理「0104 肺癌臨床試驗解讀(二)」，圓滿結束，線上與會人數共計 293 人。
- 111 年 01 月 25 日辦理「Locally Advanced Lung Cancer Workshop」，圓滿結束，線上與會人數共計 222 人。
- 111 年 02 月 26 日辦理「線上系列課程 Lung Cancer immunotherapy update」，圓滿結束，線上與會人數共計 178 人。
- 111 年 03 月 05 日辦理「Locally Advanced Lung Cancer Workshop(實體與線上會議併行)」，圓滿結束，線上與會人數共計 173 人。
- 111 年 03 月 16 日辦理「Lung Cancer Treatment-related AE 個案討論(線上會議)」。
- 111 年 03 月 19 日至 03 月 20 日辦理「肺癌治療研討會(實體會議)」。



- 111年03月26日辦理「rare mutation in lung cancer workshop draft agenda(實體與線上會議)」。
- 委員會工作坊執行進度
  - ◆ IASLC 經費準備以及各醫院登錄進度:2022/02/16 已完成登錄 1502 cases (115.5%)(目標數為 1300)。
  - ◆ 肺癌治療共識編撰中。
  - ◆ 為了能有台灣本土肺癌相關基因突變的資料，IASLC staging 登錄計畫剩餘經費，後續將用於 ROS-1 病人資料登錄及統計，希望藉由各家醫院的合作，一起登錄病人的資料以及治療反應及預後，報請理監事會議同意運用，於會中覆議通過。

(12) 睡眠醫學委員會

- 2022年規劃 10 至 12 場睡眠教育課程。
- 預計編撰 Sleep Apnea 的跨學會合作 = 睡眠與心血管健康專家共識。
- 預計編撰睡眠相關臨床手冊。

(13) 重症醫學委員會

- 111年01月08日於寒舍艾麗酒店辦理「生物指標在重症病患的臨床應用」，共 21 位出席。

(14) 間質性肺病及罕見疾病委員會

- 辦理「Taiwan PF-ILD consensus forum」系列活動共三場。
  - A. 111年01月22日，北區場因應疫情以線上模式辦理，線上共 363 人與會。
  - B. 111年03月12日，於台中林酒店辦理實體會議，45 人出席。
  - C. 111年03月12日，於高雄萬豪酒店辦理實體會議，40 人出席。
- 辦理「Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion」系列討論會共七場。
  - A. 111年02月22日，中區場，5 人投稿，23 人出席。
  - B. 111年02月23日，北區場，5 人投稿，21 人出席。
  - C. 111年02月24日，宜花場，5 人投稿，27 人出席。
  - D. 111年03月03日，嘉南場，5 人投稿，26 人出席。
  - E. 111年03月04日，高屏場，4 人投稿，15 人出席。
  - F. 111年03月12日，桃竹苗場，5 人投稿，22 人出席。
  - G. 111年03月14日，彰投雲場，6 人投稿，辦理中。
- 擬調查各醫學中心辦理 ILD MDD 情況與規律，詢問是否開放讓外院醫師參與討論。
- 預計辦理「2022 TSPCCM post ERS virtual Masterclass on ILDs」線上系列活動。
  - A. 111年08月04日，Model 1: ILD diagnosis。
  - B. 111年08月18日，Model 2: Specific diseases I。
  - C. 111年09月08日，Model 3: Specific diseases II。
  - D. 111年09月22日，Model 4: Specific diseases III and advanced imaging approach to ILD。
- 預計於 07 月底舉辦台日交流「Japan-Taiwan Case Discussion Meeting」。
- 預計今年舉辦「《TSPCCM》Hypersensitivity Pneumonitis Summit」系列活動，共計三場，正在協調會議日期中。

- 預計於年底以實體合併線上直播模式辦理「Pirespa 深度探討研討會」。
- (15) 肺感染及結核病委員會
  - 111 年 02 月 19 日舉辦「The impact and challenge of COVID-19 in Taiwan」。(線上及實體並行)圓滿結束。
- (16) 肺部介入委員會
  - 111 年 03 月 06 日於成大醫院辦理「2022 支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程」。
- (17) 肺部環境及職業醫學委員會
  - 勞動部勞工保險局於 111 年 02 月 09 日召開「塵肺症職業病認定及塵肺症診斷書修訂事宜」學會由曾健華醫師代表出席會議。
  - 由於可探討的主題較少，本委員會今年夏季會時暫不安排主題。
- (18) 呼吸治療委員會
  - 健保署於 110 年 12 月 09 日召開「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」：通過「俯臥通氣治療—每療程」5114 點，自中華民國一一一年三月一日生效。
  - 預計於 111 年 04 月 23 日舉辦「濕化高流量氧氣治療研討會」(線上及實體並行)。
- (19) 肺血管及肺高壓委員會
  - 與間質性肺病及罕見肺疾病委員會合辦 PH-ILD 學術研討會，日期為 01 月 22 日、03 月 12 日。
  - 未來預計將舉辦 COPD、ILD 引起的肺高壓，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，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。
  - 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。
- (20) 青年工作小組
  - 預計於上半年、下半年各規劃一場統計課程。
- (21) 外科委員會
- (22) 景福館四地 X 光教學連線
  - 111 上年度討論會與模擬測驗已規劃完成並於 03 月 04 日開始陸續辦理。

**貳、討論事項：**

一、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
周O智	165	1982/2/4	78

※ **結論：**照案通過。

二、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	部定講師	胸專證號	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	郭O文	1230	助理教授	1054	2009/12/12	01392	2010/12/26	臺大醫院	胸腔醫學雜誌原著論文 / Disseminated Intravascular coagulation in Sepsis is Associated with Specific Infection and Organ Dysfunction

※ **結論：**照案通過。

三、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 6 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：
  - A. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)。
  - B. 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：
  - A. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)。
  - B. 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：
  - A. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)。
  - B. 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 Endo- bronchial Ultrasonography 課程出席證明	審查結果
1	沈O綸	1488	台北榮總	受訓證明	V	通過
2	胡O璋	1497	台北榮總	受訓證明	V	通過
3	莊O毅	1492	台北榮總	受訓證明	V	通過
4	黃O裕	1170	衛生福利部 台北醫院	受訓證明	V	通過
5	黃O薇	1480	新光醫院	受訓證明	V	通過
6	謝O安	1493	台北榮總	受訓證明	V	通過

※ 結論：照案通過。

四、擬本次會議決議台灣胸腔暨重症加護醫學會永久會址，提請討論。

說明：經永久會址工作小組篩選後，符合需求之物件如下表，提請討論購買標的。

序號	名稱	地址	屋齡	登記坪數	主建坪數	售價	單價
1	亞洲廣場大樓	台北市中正區忠孝西路一段50號24F	31.5年	59.8坪	38坪	6688萬	111.82萬/坪
2	惠豐大樓	台北市萬華區中華路一段74號4樓	51.5年	112.15坪	112.15坪	8200萬	73.11萬/坪
3	慶昌大樓	台北市中正區武昌街一段1之2號8F	38.9年	60.44坪	49.94坪	4280萬	70.81萬/坪

※ 結論：將由秘書處安排時間，敬邀理監事前往亞洲廣場大樓24F(現為婦產科診所)、惠豐大樓(中華路一段74號4F)實地參訪。並請房仲提供不動產相關資料，同時與兩間屋主斡旋。

#### 參、臨時動議

提案：擬新增指導醫師之福利，以利提升並推廣指導醫師申請率。

說明：為增加胸腔醫學原著論文稿源，並維持各訓練單位指導醫師人數與受訓員額。

※ 結論：故能集思廣益，下次再議。

#### 肆、散會



# 台灣胸腔暨重症加護醫學會 重症專科醫師訓練及甄審委員會會議記錄

日期：110年10月25日(星期一)下午6時~7時30分  
地點：台北市南京東路五段31號3樓會議室  
主席：馬辛一委員(110年度重症聯委會會務輪值學會)  
記錄：吳芳卿

## 出席委員：

台灣外科醫學會	馬辛一	周迺寬	簡立建	
社團法人中華民國心臟學會	林昌琦	許志新	王晨旭	
台灣麻醉醫學會	廖文進	黃煜為	葉育彰	
台灣胸腔暨重症加護醫學會	詹明澄	陽光耀	高國晉	古世基
中華民國重症醫學會	洪芳明	彭忠衍	辛和宗	洪東源
台灣急救加護醫學會	蔡維謀	陳奇祥	黃建華	韓吟宜

## 列席人員：

台灣外科醫學會	葉大森 (理事長)	葉集孝 (秘書長)	吳芳卿 (執行秘書)	王建華 (會計秘書)
	邱心嵐 (出納秘書)	曾珮瑄 (秘書)	孟昭雲 (秘書)	
社團法人中華民國心臟學會	林玉英 (秘書主任)	黃淑菁 (秘書)	徐婉瑄 (秘書)	
台灣麻醉醫學會	盛慧珊 (秘書)			
台灣胸腔暨重症加護醫學會	施詠瑩 (秘書)			
中華民國重症醫學會	葉育彰 (秘書長)	許盈禎 (執行秘書)		
台灣急救加護醫學會	哈多吉 (秘書長)	羅雪真 (秘書)		

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：

110年7月27日重症聯甄委員會決議之執行情形。

會員問：110年的重症核心教育線上課程是否可以再開放報名？

決定：不再開放報名。

參、提案討論：

**案一**、共有**148**人積分符合規定展延「重症醫學專科醫師證書」及「重症醫學專科醫師臨床訓練指導醫師證書」之效期；另有**9**人證書有效期至**110**年**12**月**31**日，申請**1**年補積分，積分補足後新效期至**116**年**12**月**31**日止，提請追認。

說明：

- 一、章程第十八條：專科醫師資格之再認證如在六年內無法累積教育積分120學分，可於一年內補齊不足之學分。若為國外進修、特殊任務不在台灣本島服務者，經本人提出申請並經連甄委員會審查通過者，得再延長1年（共2年），補足學分後即予辦理換證，新證書效期不予延長。
- 二、重症學會提報19名，胸重學會提報91名(其中陳建生的證書至108.12.31到期，到期前即取得足夠學分，因疫情影響，逾期超過1年申請)，外科學會提報6名(4名，2名借下期1年補積分)，心臟學會提報14名(7名，7名借下期1年補積分)，急加學會提報25名，麻醉學會提報2名。

**決議**：陳建生的證書108年底到期前即累積足夠積分，因109年起爆發COVID-19疫情，而延誤展延證書效期，決定從寬認定。名單照案通過。

**執行情形**：依決議辦理。

**案二**、審查「重症醫學專科醫師臨床訓練指導醫師」資格，共**20**人提出申請。

說明：重症學會提報11名，胸重學會提報4名，外科學會提報2名，心臟學會提報1名，急加學會提報2名，麻醉無提報，提報學會初審結果詳見。

**決議**：**20**人之資格皆符合，通過名單及證書號碼如下，重症指導醫師證書之效期與重症專科醫師證書相同。

提報學會	姓名	重症指導醫師證號	提報學會	姓名	重症指導醫師證號
重症	羅啟紘	1263	重症	江承鴻	1273
重症	陳文毅	1264	胸重	陳昭賢	1274
重症	劉俊廷	1265	胸重	黃彥翔	1275
重症	陳貞秀	1266	胸重	石智元	1276
重症	邱益煊	1267	胸重	郭彥良	1277
重症	翁根本	1268	外科	高正立	1278
重症	林宇莘	1269	外科	吳東和	1279
重症	吳介任	1270	急加	潘俊彥	1280
重症	周宜平	1271	急加	張運德	1281
重症	洪宛廷	1272	心臟	李志國	1282

- 7、原重症醫學專科醫師證書含指導醫師證書失效者，無須重新報備訓練；但需提出（報名截止日往前推三年內（107.10.17~11010.16）之「重症聯甄積分」30分及「母學會重症積分」30分）的證明。
- 8、總共**104**人報名，受理審查的學會初審結果詳見。

受理審查的學會	筆試人數	筆試再試人數	口試再試人數	小計
外科	25	1	4	30人
胸腔暨重症	26	1	1	28人
心臟	22	0	1	23人
重症	10	1	4	15人
急救加護	7	0	0	7人
麻醉	1	0	0	1人

**決議：**

**資格審查結果：**

受理審查的學會	筆試人數	筆試再試人數	口試再試人數	資格不符人數	小計
外科	23	1	4	2	30人
胸腔暨重症	26	1	1	0	28人
心臟	21	0	1	1	23人
重症	10	1	4	0	15人
急救加護	7	0	0	0	7人
麻醉	1	0	0	0	1人
合計	88人	3人	10人	3人	104人

**准考證內容：**

<p><b>110年</b> 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會 重症醫學專科醫師甄試</p> <p><b>准考證</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>姓名：                      身分證號：</p> <p>准考證號碼：</p> <p>筆試時間：110年11月13日(星期六) 14:00-16:00 筆試地點：台大醫學院5樓501、506講堂 (台北市仁愛路1段1號) 口試時間：110年12月25日(星期六) 13:00-17:00 口試地點：台大醫院舊址1樓三西內科診間 (台北市常德街1號)</p>	<p><b>考場規則</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>110年11月13日13:30假考場前公佈座次，13:50鈴響後，依指定位置入座。</li> <li>請先核對座位及答案紙與准考證的號碼相同。遲到逾10分鐘者不得入場，15:30始開放繳卷。</li> <li>考生除應用文具外，<b>不得</b>攜帶其它物品(含手機、電子及通訊用品)入場。用藍、黑筆作答(不得使用鉛筆)。</li> <li>考試答案一律填寫在答案紙上，並不得書寫姓名及做任何標記，彌封處不得損毀，否則不予記分。</li> <li>題卷印刷不清晰或損毀，需於發題後10分鐘內向監考官反應；題目疑義請舉手發問。</li> <li>考試時不得擅離座位，並應服從監試人員之監督指導，違者得勒令退出考場。</li> <li>考試時必須肅靜，不得有交談、偷看、抄襲、夾帶或頂替等舞弊情事，違者得勒令退出考場，試卷作廢並取消資格。</li> <li>考試不論有無作答，均應將答案紙繳回，不得攜出場外。</li> <li>入座後請將貼有照片之身分證證明，連同准考證置放座位之右上角，以便查驗。</li> <li>考試時間結束前5分鐘之內停止繳卷及擅離位置，請在座位上靜候試務人員收卷。</li> <li>考場突發事件及未盡事宜依監考官議決後實施。</li> </ol>
--	---

**執行情形：**已依決議辦理。

**案四**、邱志醫師之證書於108年12月31日到期，未能累積足夠積分，詢問聯甄委員會是否能參照109年3月3日衛部醫字第1091660951號函，寬容延長學分累積至今年(已完成報名線上核心課程)。

提案單位：中華民國重症醫學會

說明：



發證學會	證書號碼	姓名	初始核發日	到期日	聯甄積分	母學會積分
重症	02679	邱志	103.01.01	108.12.31	45	足夠

**章程規定：**專科醫師資格之再認證如在六年內無法累積教育積分一百二十學分，可於一年內補齊不足之學分。補足學分後即予辦理換證，新證書效期不予延長。

(證書108.12.31到期：109.12.31前如能累積足夠積分即可申請新證書，如未能累積足夠積分則證書失效，需重新報考，通過筆試及口試給予新證書號碼)

**決議：**不予延長補學分的期限。原因：(a)衛部醫字第1091660951號函為專科醫師證書有效期限於109年及110年屆滿需更新者始符合此規定。(b)108年度在沒有疫情影響下，聯甄委員會於5月至12月期間共舉辦407個聯甄學分的課程。109年爆發疫情，委員會考量到專科醫師沒有時間外出上課，特別開辦線上聯甄學分課程共30學分。109下半年度疫情逐漸趨緩，於8月起恢復實體聯甄學分課程，109年度(實體+線上)共舉辦274個聯甄學分的課程。應足夠專科醫師證書有效期限展延所需的聯甄學分60分。

**執行情形：**已函覆邱志醫師。

實地訪視：新台幣5,000元X 1個訓練計畫X 3位實地訪視委員。原則上聘請受評醫院當地或臨近縣市的委員擔任實地訪查委員，學會另支付委員交通費，憑證實報實銷。

2、到期展延(書面審核)：新台幣2,500元X 1個訓練計畫X 3位審查委員。

**執行情形**：於111年3月3日聯甄委員會議提案，經確定金額後擬於111年度開始執行。

伍、主席宣佈散會。

肆、臨時動議：

案由：建議修訂重症醫學專科醫師訓練計畫之審查費。

提案單位：台灣外科醫學會

說明：

一、訓練單位應繳審查費：

1、新申請(書面審核及實地訪查)：新台幣貳萬元整。

建議改為→新台幣參萬元整。

2、到期展延(書面審核)：新台幣伍仟元整。

建議改為→新台幣壹萬元整。

二、支付審查委員審查費：(110年7月27日重症聯甄委員會決議如下一至三項)

1、新申請(書面審核及實地訪查)：

書面審查：1,000元x1個訓練計畫x(2位?或3位?)審查委員。

建議改為→新台幣2,500元x1個訓練計畫x3位審查委員。

或改為→新台幣2,500元x1次出席x3位審查委員。

實地訪視：2,000元x1個訓練計畫x3位實地訪視委員。原則上聘請受評醫院當地或臨近縣市的委員擔任實地訪查委員，學會另支付委員交通費，憑證實報實銷。

建議改為→新台幣5,000元x1個訓練計畫x3位審查委員。

2、到期展延(書面審核)：1,000元x1個訓練計畫x2位審查委員。

建議改為→新台幣2,500元x1個訓練計畫x3位審查委員。

或改為→新台幣2,500元x1次出席x3位審查委員。

三、以後應擬訂訓練計畫的審查機制，相關事項需條列清楚以利執行，例如每個訓練計畫需要幾位委員？同一個訓練計畫之書面審核與實地訪視的委員是否相同一組委員？

決議：

【重症醫學專科醫師臨床訓練計畫認定作業】

一、訓練單位應繳審查費：

1、新申請(書面審核及實地訪查)：新台幣參萬元整。

2、到期展延(書面審核)：新台幣壹萬元整。

二、支付審查委員審查費：

1、新申請(書面審核及實地訪查)：

書面審查：新台幣2,500元x1個訓練計畫x3位審查委員。

# 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紀錄

日期：民國 111 年 02 月 17 日 (星期四) 晚間 6 點 30 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、林聖皓委員、高尚志委員、高國晉委員、陳濤宏委員、陽光耀委員、蔡忠榮委員、邱國樑委員、林慶雄委員、林基正委員

列席人員：陳志強醫師、秘書長簡榮彥、副秘書長馮嘉毅、秘書劉軒吟

## 一、主席報告

## 二、會議流程

### 1. 居家呼吸器給付品質病歷規定

說明：決議請胸重等學會舊居家呼吸器依賴患者的

A. 訪視紀錄品質

B. 醫療照顧品質

建議需明訂之載明事項內容與審查原則

結論：由委員推薦 1-2 人並由陳志強醫師擔任召集人，統整細節提出建議，並回覆健保小組。

### 2. 侵襲性與非侵襲性呼吸器健保給付調整推動

說明：調整額度試算、推動進程與目標

結論：建議與相關學會共同合作 (重症醫學會、ICU、CCU、外科、RT 呼吸治療學會)、組成跨領域小組討論，決議由高國晉教授來統籌相關事宜，整合各學會意見。

### 3. 胸重學會全民健保醫療服務審查醫藥專家醫療審查委員遴選 153 人

說明：(附件一)

結論：通過由各分區推舉相關負責人如下。

- ◆ 高屏區：鍾飲文院長
- ◆ 南區：賴俊良副院長
- ◆ 中區：邱國樑主任
- ◆ 北區：黃忠智副院長
- ◆ 台北：鄭世隆主任
- ◆ 東區：林智斌主任

秘書處將會聯繫各負責人，請負責人推薦適當人選，並於 4 月中旬回傳給學會，並回文至健保署。

### 4. 健保署來函調整「20 類重要檢查(驗)管理方式」，請學會於 111 年 3 月 18 日前協助提供專業意見。

說明：台灣醫院協會意見皆為再次執行相同檢查(驗)之合理性僅適用於「門診病人病情穩定者」，另考量醫療資源有限，維持醫院總額部門原提之合理區間。

項次	類別	類別中文名稱	醫令代碼	中文	現行不合理區間	醫師全聯會回復意見價	請提供不合理區間調整意見
19	15	胸部 X 光	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	14 日	7 日	<input type="checkbox"/> 維持現行不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意醫師全聯會意見，調整不合理區間。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意調整不合理區間，但修正為 1-3 日。 理由：重症病患病情變化迅速，逆及監測須改為 1-3 日
20	15	胸部 X 光	32002C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	14 日	7 日	<input type="checkbox"/> 維持現行不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意醫師全聯會意見，調整不合理區間。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意調整不合理區間，但修正為 1-3 日。 理由：重症病患需病情變化迅速，逆及監測須改為 1-3 日
21	20	腫瘤標記	12078C	CA - 1 5 3 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)	28 日	84 日	<input checked="" type="checkbox"/> 維持現行不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意醫師全聯會意見，調整不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意調整不合理區間，但修正為 __ 日。 理由：
22	20	腫瘤標記	12079C	CA - 1 9 9 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)	28 日	84 日	<input checked="" type="checkbox"/> 維持現行不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意醫師全聯會意見，調整不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意調整不合理區間，但修正為 __ 日。 理由：
23	20	腫瘤標記	12080B	SCC 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)	28 日	84 日	<input checked="" type="checkbox"/> 維持現行不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意醫師全聯會意見，調整不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意調整不合理區間，但修正為 __ 日。 理由：
24	24	氣體及肺功能	17001C	萊特氏最高流量計—移動型	28 日	84 日	<input type="checkbox"/> 維持現行不合理區間。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意醫師全聯會意見，調整不合理區間。 <input type="checkbox"/> 同意調整不合理區間，但修正為 __ 日。 理由：

結論：提供相關建議如上，行文至健保署修訂方案。

### 三、臨時動議

### 四、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：2022年01月17日(星期一)晚間06點30分

地點：線上會議

主席：學術委員會會議召集委員 徐武輝副院長

出席委員：王鶴健理事長、徐武輝副院長、李岡遠副院長、林慶雄副院長、施金元教授

涂智彥主任、高國晉副部長、許超群主任、陳寧宏主任、黃伊文副院長、鄭世隆主任

列席人員：秘書長簡榮彥、秘書劉軒吟、秘書張家榕、秘書施詠瑩、秘書陳妍安、秘書高逸淳

## 壹、主席報告：

## 貳、討論事項：

### (一) 年度會議規劃

(1) 夏季會(年中)，日期、地點、主題

結論：2022/07/09-07/10，新竹喜來登。

### ● 2022/07/09(六) 初擬議程

11:00	報到【請持身份證刷到】			
12:00	宴會 I 廳 (200)	宴會 II 廳 (200)	百合 60	桐花 (60)
13:20	Satellite Symposium	Satellite Symposium	Satellite Symposium	Satellite Symposium
13:30	宴會 I 廳		宴會 II 廳	
14:05	ILD		TB	
14:05	ILD		TB	
14:40	Coffee Break			
15:00	宴會 I 廳 (200)		宴會 II 廳 (200)	
15:00	肺移植		airway	
15:35	肺移植		airway	
16:05	肺血管肺高壓		青年工作小組	
16:50	宴會 I 廳 (200)	宴會 II 廳 (200)	百合 (60)	桐花 (60)
18:10	Satellite Symposium	Satellite Symposium	Satellite Symposium	Satellite Symposium
18:30	晚宴			
21:30				

## ● 2022/07/10(日)初擬議程

08:30	報到【請持身份證刷到】			
08:40	宴會 I 廳 (200)		宴會 II 廳 (200)	
09:20	重症		Sleep	
09:20	重症		Sleep	
10:00	Coffee Break			
10:20	宴會 I 廳 (200)		宴會 II 廳 (200)	
11:00	重症		Thoracic cancer	
11:00	重症		Thoracic cancer	
11:50	宴會 I 廳 (200)	宴會 II 廳 (200)	百合 (60)	桐花 (60)
13:10	Satellite Symposium	Satellite Symposium	Satellite Symposium	Satellite Symposium
	大會結束			

(2) 年會 (年底), 日期、地點

- 2022/12/10-12/11, 高雄萬豪酒店

(3) 繼續教育課程:

- 2022 年影像判讀講習班辦理兩場, 邀請籌備人協助規畫課程內容及邀請講員

- 結論: (A) 北區, 7-8 月 (北榮 蕭逸函醫師)

(B) 南區, 5-6 月 (高榮 李琳主任)

- 2022 年機械通氣繼續教育課程:

- 結論: (A) 中區, 7-8 月 (中榮 詹明澄主任)

(B) 南區, 5-6 月 (高長 賴建豪主任)

- 2022 重症聯甄課辦理三場說明: 北中南各區可擬訂相同的 topic 及 speaker, 或是再邀請地區其他講員。

- 由重症醫學委員會安排三場課程

(二) 110 年胸專考試 - 完訓證明三個月受理一案

結論: 請填入完整的受訓日期, 回傳受理查證即可。

(三) 2022 胸重年會【優秀學術論文獎】辦法討論一案

說明: 胸腔暨重症醫學會是台灣許多學會的母會, 許多會員都有參與其他學會, 為發揮胸重學會的影響力, 鑑請考量線上部份演講, 提供各友會免費連線學習。

結論: 學會以往皆歡迎非會員一同參與學術活動。

說明: 對象: 本會一般會員、準會員與非會員均可線上投稿。

--- 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 11 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)。

【海報評選】海報展示論文 (原著或病例報告) 將於 2022 年 12 月 10 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。

**結論：**維持原辦法比照辦理。

參、臨時動議

下次開會時間建議三月底至四月初

肆、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 111 年 03 月 07 日（星期一）18：30 – 20:00

**地點：**線上會議

**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：**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、彭忠衍主任、詹明澄主任、劉世豐主任、蘇柏嵐醫師、魏裕峰主任、曾敬閔醫師

**列席人員：**王鶴健理事長、簡榮彥秘書長、秘書劉軒吟、秘書張瑜婕

**一、主席報告：**

**二、討論事項：**

**1. 鼓勵推廣會員參與國際醫學學術會議**

**說明：**國際醫學學術會議補助已公告，今年度國際年會時程如下：

會議	實體		線上		目前申請人數	會議時間	截止申請時間
	補助人數	補助費用	補助人數	補助費用			
SCCM 會議	2 位	每位 5 萬	10 位	每位 1 萬	0	2/6-2/9	3/13 前
ATS 會議	5 位	每位 5 萬	30 位	每位 1 萬	6	5/13-5/18	3/13 前
ASCO 會議	1 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	0	6/3-6/7	4/3 前
WCLC 會議	1 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	0	8/6-8/9	6/6 前
ERS 會議	3 位	每位 5 萬	20 位	每位 1 萬	0	9/4-9/6	7/4 前
ESICM 會議	1 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	0	10/22-10/26	8/22 前
APSR 會議	7 位	每位 3 萬	24 位	每位 1 萬	0	11/17-11/20	9/17 前

下半年度可能開放出國，若會員可以參與實體會議，是否調整補助金額以鼓勵會員參加國際會議？

**結論：**於學會網站公告宣傳國際會議補助相關資訊，讓更多會員知道，並請各家醫院科主任於科內廣為宣傳。

**2. 各委員會的國際交流規劃**

**說明：**各委員會是否有規劃國際交流的方向，以及對於今年度是否經營哪個國際會議、與國外的胸腔醫學會進行聯繫的建議。110 年與韓國簽署 KATRD 因疫情中斷，是否也於今年度重啟討論？

**結論：**先進行初步討論，下次會議深度討論。

呼吸道疾病相關	詹明澄主任、劉世豐主任
肺腫瘤相關	何肇基教授、郭志熙醫師
睡眠醫學相關	杭良文主任、彭忠衍主任

重症醫學相關	彭忠衍主任、詹明澄主任
間質性肺病及罕見肺疾病相關	彭忠衍主任
肺部環境及職業醫學相關	魏裕峰主任
肺感染及結核病相關	江振源主任
肺部介入相關	陳崇裕醫師、蘇柏嵐醫師
呼吸治療相關	劉世豐主任
肺血管及肺高壓相關	蘇柏嵐醫師

**結論：**(A) 國際交流規劃今年應重啟，礙於目前各國疫情尚未穩定。

(B) 目前跟泰國有接觸，之後可透過視訊進行交流。

### 3. 討論是否增加 ERS 團體會員人數上限及推動參與 ERS assembly

**說明：**依學會與 ERS 大會簽署之「International Membership Contract」，學會每年度須提交 250 位 65 歲以下會員名單參與團體會員，並可視情況增加團體會員人數。經調查目前有 31 位會員有意願加入團體會員，並有 13 位會員的年齡已超過 65 歲，請問是否於今年度提交 ERS membership list 時向 ERS 大會提請增加團體會員人數？

**結論：**之前已有調查過數次，再次調查能夠增加的人數有限，此次有意願加入 31 人扣除已超過 65 歲免繳會費額度 13 人，為增加人數 18 位。

### 4. APSR 2022-2024 年 MOU 簽署

**說明：**目前團體會員人數有 650 位，皆為一般會員，是否有增加團體會員名額，或是開放讓準會員的需求？

**結論：**由於 APSR 簽約期限為 2022/04/01，採取做法為查詢調查 APSR 想加入會員名額，之後透過 email 詢問委員投票決議。

三、臨時動議（無）

四、散會（晚上 7 時 30 分）



# 台灣胸腔暨重症加護醫學會 呼吸道疾病委員會會議紀錄

日期：民國 111 年 01 月 25 日（星期二）18:30-20:30

地點：線上會議

主席：呼吸道疾病委員會 副召集委員鄭世隆主任

出席委員：鄭世隆主任、林慶雄副院長、柯信國醫師、林鴻銓教授、藍崑進主任、陳資濤醫師、詹明澄主任、林明憲醫療長、楊聰明主任、李政宏醫師、簡榮彥醫師、劉世豐主任

列席人員：副秘書長郭耀文醫師、秘書張家榕、秘書高翊淳

## 一、主席報告

## 二、各工作小組報告

### （一）副主席報告與 COPD 工作小組

#### ※ 結論：

#### （1）2021 事務與活動回顧

- A. 編輯小組修訂手冊
- B. 各類活動辦理：去年度辦理多場跨學會（心臟、風免、ENT、皮膚科等）交流活動
- C. 健保署相關公文函覆

#### （2）工作規劃：

- A. 舉辦各疾病的新知研討會
- B. 呼吸道教育課程規劃
- C. 持續與各學會交流
- D. 亞太地區合作交流：Asia Asthma PCP Academy Platform Proposal、Docquity 國際交流平台
- E. 各職類教育認證
- F. 國健署 / 健保署合作聯繫
- G. 衛教網站改版
- H. 研究平台：支氣管擴張症登錄、Asthma RRT 研究案
- I. 手冊編修與改版：氣喘指引再版編修、肺復原診治手冊、有氧走遍天下、遠離 COPD 戒菸就對了、奔跑吧小肺
- J. 年輕醫師培訓營

#### （3）鼓勵年輕醫師擔任講師：宜花東區可請邱國欽副院長與林智斌主任協助推薦醫師名單

#### （4）COPD P4P performance：如何強化 COPD P4P 的品質改善、簡易肺功能普及、上下轉機制、早期診斷與治療等

(二) Asthma 工作小組

※ 結論：編修 2022 年台灣成人氣喘臨床照護指引第二版

章 節	負責醫師
第一章、台灣氣喘的現況成因與防治	林明憲醫師
第三章、氣喘的診斷與評估	劉世豐主任
第四章、穩定期氣喘的治療與處理	邱國欽副院長
第五章、氣喘惡化及發作的防治與處理	詹明澄主任
第六章、嚴重氣喘的防治與處理	林鴻銓教授

(三) Bronchiectasis 工作小組

※ 結論：

- (1) 規劃 1-2 場「2022 Bronchiectasis Forum」
- (2) 以去年度完成 2021 臺灣支氣管擴張症臨床共識，規劃 1-2 場「2022 Bronchiectasis Consensus Camp」
- (3) 台灣支氣管擴張症多中心登錄計畫
  - A. 編輯小組修訂手冊
  - B. 各類活動辦理：去年度辦理多場跨學會  
(心臟、風免、ENT、皮膚科等) 交流活動
  - C. 健保署相關公文函覆：目前收案病人數共計 265 人

(四) Pulmonary Rehab 工作小組

※ 結論：

- (1) 規劃 2 場 (上下半年各 1 場)「2022 肺復原教育課程」：以小組討論取代大型授課，第一場規畫於 111 年 05 月 07 日辦理
- (2) 肺復原指引更新：
  - A. 加入新主題「COVID 19 相關內容」、「居家肺復原」、「HFNO 在肺復原的角色」
  - B. 文獻更新
  - C. 證據力更新
  - D. 台灣新 data 加入
  - E. 特殊疾病增加內容
- (3) 奔跑吧小肺手冊更新

(五) 教育工作小組

※ 結論：

- (1) 規劃「醫學期刊發表」、「醫病關係」、「英語演講技巧」、「媒體溝通」課程
- (2) 建議邀請呂淑好醫師擔任講師

(六) 健保與國健署工作小組

※ 結論：

- (1) 籌備傳統與電子菸、戒菸專線、推廣戒菸論壇，並與公署合作。
- (2) 二類院所、基層診所成效較差，管理方面可向健保署爭取。
- (3) COPD 早期診斷應可與 P4P 結合。

(七) 自在呼吸健康網工作小組

※ 結論：

- (1) 自在呼吸健康網域租賃到期，由目前的頤諾空間設計公司轉回至學會
- (2) 討論區規劃：學會建立發言人機制，轉由公共事務工作小組或理監事會議討論
- (3) 將學會辦理活動新增至最新消息區塊
- (4) 將認識氣喘、認識肺阻塞、菜瓜布肺擴充至全肺部疾病，欄位更正為「認識胸腔疾病」
- (5) 「好書搶先看」新增分類項目
- (6) 吸入器指南新增跑馬燈
- (7) 新增氣喘醫療給付改善方案醫療人員專區

(八) 2022 年度認證課程

※ 結論：屆時視疫情而調整辦理方式

Asthma		COPD	
辦理地區	規劃日期	辦理地區	規劃日期
宜蘭	04/10	宜蘭	03/20
台北	04/24	台北	03/27
台北	07/31	台北	06/26
台北	10/30	台北	09/25
台北	12/04	台北	11/27
苗栗	05/15	新北	04/10
新竹	08/21	桃園	06/26
新北	11/20	新竹	10/30
台中	04/17	彰化	03/20
台中	06/19	台中	05/15
台中	09/18	台中	08/21
彰化	12/18	台中	11/20
台南	06/26	嘉義	04/10
雲林	10/04	台南	07/17
高雄	03/06	高雄	03/13
高雄	05/29	高雄	06/12
高雄	09/14	屏東	08/14
高雄	12/04	高雄	11/13
花東	07 月或 08 月	花東	07 月或 08 月

三、討論事項

- (一) 擬建議由學會行文健保署，將 Dupilumab 納入健保給付，提請討論。

※ 結論：同意。待現在生物製劑的新事審條件通過後，再行文健保局 Dupilumab 之健保給付。

四、討論事項

- (一) 高流量鼻導管目前健保給付對象為住院患者，若急診患者符合高流量鼻導管之臨床使用條件時，健保是否可同樣給付，提請討論。

※ 結論：目前急診專科醫師同意使用，可由郭耀文醫師協助確認後回覆，若須調整可由健保政策工作小組協助討論。

五、散會

# 台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺腫瘤委員會會議紀錄

日期：民國 111 年 02 月 16 日 (星期四) 晚上 07 點 00 分

地點：線上會議

主席：肺腫瘤委員會召集委員 施金元教授

出席委員：王鶴健理事長、副主席何肇基教授、顧問楊泮池院士、陳育民教授、邱昭華教授、蘇健醫師、蔡鎮良主任、陳冠宇醫師、李岡遠副院長、夏德椿主任、涂智彥主任、楊宗穎主任、賴俊良主任、林建中主任、王金洲主任、郭志熙主任

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長吳尚俊醫師、秘書劉軒吟

請假人員：顧問楊泮池院士、陳育民教授、洪仁宇主任、張時杰主任

## 一、主席報告

## 二、會議議程

### (一) 學術活動規劃 (陳冠宇)

說明：2021 主辦活動實體與線上會議共 11 場、線上會議 9 場、實體會議 1 場。

本年度預計舉辦活動如附件一，將以線上及實體會議合併舉行。

結論：照案通過。

### (二) 國際醫學學術會議補助 - 通過 WCLC 補助

說明：111 年度國際醫學學術會議補助申請金額及截止時間。

國際會議		實體		線上		截止時間
		補助人數	補助金額	補助人數	補助金額	
SCCM	Society of Critical Care Medicine	2位	每位5萬	10位	每位1萬	111.03.13
ATS	American Thoracic Society	5位	每位5萬	30位	每位1萬	111.03.13
ASCO	American Society of Clinical Oncology	1位	每位5萬	5位	每位1萬	111.04.03
WCLC	World Conference on Lung Cancer	1位	每位5萬	5位	每位1萬	111.06.06
ERS	European Respiratory Society	3位	每位5萬	20位	每位1萬	111.07.04
ESICM	European Society of Intensive Care Medicine	1位	每位5萬	5位	每位1萬	111.08.22
APSR	Asian Pacific Society of Respiriology	7位	每位3萬	24位	每位1萬	111.09.17

結論：照案通過。

### (三) IASLC 結案報告 張時杰, (吳尚俊代報告)

說明：111 年度國際醫學學術會議補助申請金額及截止時間。

- 2021/12/31 個案登錄截止，共有 1515 筆登錄資料，排除 13 筆空號及確診期不符合適應症後，有 1502 筆登錄資料進行審查。
- 資料輸入正確性稽核原則。

- 系統內部稽核包含
  - ☆ Element data Missing (基本欄位未填)
  - ☆ Submitted with errors (系統判斷登錄錯誤)
  - ☆ Unresolved query (系統判斷登錄有疑慮)
  - ☆ Follow-up (最後追蹤期及存活狀態有無)
 以上項目皆完成及修正後進行資料品質及合理性審查

- 資料品質及合理性審查包含
  - ☆ T 與 M 分期與 Multiple lung lesions 是否符合
  - ☆ N 分期與腫瘤側性是否一致 (N2 or N3)
  - ☆ 治療藥物的起迄與惡化或死亡期是否合理
  - ☆ Genetic and protein biomarker 的檢驗平台是否合理正確
  - ☆ ALK, PD-L1 positive 個案 % tumor cells 是否漏填等
  - ☆ 使用 osimertinib 是否未填 2nd EGFR testing
  - ☆ 二線用藥前是否有合理的 Disease progression date

● 2022/02/16 已完成登錄 1502 case (115.5%)(目標數為 1300)

醫院	人數
台大醫院 (NTUH)	253 人
台北榮總 (TVGH)	100 人
三總醫院 (TSGH)	100 人
台中榮總 (VGHTC)	116 人
陽交大醫院 (YMUH)	27 人
林長 (CGMH- LK)	120 人
高長 (CGMH-KS)	100 人
成大 (NCKUH)	150 人
高醫 (KMUH)	120 人
大林慈濟 (DLTZU)	101 人
雙和 (SHH)	100 人
中國 (CMUH)	100 人
馬偕 (MMH)	115 人

- 經費申請核銷，共計 13 家已有 11 家完成登入並通過審查，2 家未完成複審
- IASLC staging 登錄計畫經費使用表說明：

項目	數量	金額
講師費		\$ 10,000
場地費		\$ 3,300
主持費		\$ 5,000
雜費		\$ 3,855
IRB 審查費		\$ 4,000
<b>小計A</b>		<b>\$ 26,155</b>
台大醫院 (NTUH)-253人(已申請·已通過)	253*300	\$ 75,900
台北榮總 (TVGH)-100人(已完成申請·已付款)	100*300	\$ 30,000
三總醫院 (TSGH)-100人(已完成申請·已付款)	100*300	\$ 30,000
台中榮總 (VGHTC)-100人(已申請·已通過)	116*300	\$ 34,800
陽交大醫院(YMUH)-27人(已申請·已通過)	27*300	\$ 8,100
林長 (CGMH- LK)-120人(已申請·已付款)	120*300	\$ 36,000
高長 (CGMH-KS)-100人(已完成申請·已付款)	100*300	\$ 30,000
成大 (NCKUH)-150人(已申請·已通過)	150*300	\$ 45,000
高醫 (KMUH)-120人(已申請·已通過)	120*300	\$ 36,000
大林慈濟(已申請·未通過)	101*300	\$ 30,300
雙和 (SHH)-100人(已申請·未通過)	100*300	\$ 30,000
中國 (CMUH)-100人(已完成申請·已付款)	100*300	\$ 30,000
馬偕 (MMH)-115人(已申請·未通過)	115*300	\$ 34,500
<b>小計B</b>	<b>1502*300</b>	<b>\$ 450,600</b>
資料審查費	1502*30	\$ 45,060
<b>A+B+C 總計</b>		<b>\$ 521,815</b>
收入		\$ 880,000
結餘		\$ 358,185

結論：照案通過，後續經費規劃研擬中。



(四) 肺癌治療共識進度報告 (何肇基) 吳尚俊代報告

說明：

1. 小細胞肺癌治療共識。

分組	組長	組員				
		胸重醫學會	肺癌醫學會	臨腫	中華癌症	免疫暨腫瘤醫學會
小細胞肺癌	何肇基	蔡鎮良, 蕭世欣	江起陸, 賴建豪	施慧瑄, 朱逸群	徐偉勛	吳銘芳, 張境夫

**Small Cell Lung Cancer Consensus**

■ **LIMITED-STAGE SCLC**

1. Management of limited-stage SCLC should be discussed in a multidisciplinary committee.
2. Clinical stage I-IIA (T1-2, N0, M0) should consider pathological mediastinal staging, then lobectomy and mediastinal lymph node dissection or sampling should be considered in pathologic mediastinal staging negative.
3. Limited stage IIB-IIIC (T3-4, N0, M0; T1-4, N1-3, M0) with good performance status (ECOG 0-2), systemic therapy with concurrent radiotherapy should be considered (category 1). Poor performance status (ECOG 3-4), systemic therapy with/without radiotherapy (concurrent or sequential) should be considered.

● **PRIMARY OR ADJUVANT THERAPY FOR LIMITED-STAGE SCLC**

– Preferred regimens

1. Cisplatin and etoposide are preferred (Lancet Oncol 2017;18:1116-1125; Lancet Oncol 2017;18:1116-1125).
2. Carboplatin and etoposide are also recommended (Lancet Oncol 2017;18:1116-1125).

■ **EXTENSIVE-STAGE SCLC**

● **PRIMARY THERAPY FOR EXTENSIVE-STAGE SCLC**

– Preferred regimens

1. Carboplatin and etoposide and atezolizumab every 21 days x 4 cycles followed by maintenance atezolizumab every 21 days should be considered. (category 1 for all, N Engl J Med 2018;379:2220-2229).
2. Carboplatin / Cisplatin and etoposide and durvalumab every 21 days x 4 cycles followed by maintenance durvalumab every 28 days (category 1 for all, Lancet 2019;394:1929-1939.) should be considered.

– Other recommended regimens

1. Carboplatin and etoposide 4-6 cycles (J Clin Oncol 1999;17:3540-3545.)
2. Cisplatin and etoposide 4-6 cycles (J Clin Oncol 2011;29:2215-2222; J Clin Oncol 2005;23:3752-3759; J Clin Oncol 1985;3:1471-1477)

● **Relapse SCLC or second-line therapy**

– Preferred regimens

1. Topotecan PO or IV (J Clin Oncol 1999;17:658-667; J Clin Oncol 1999;17:658-667; J Clin Oncol 1999;17:658-667)
2. The original regimen, excluding ICIs, is also considered. (Eur J Cancer Clin Oncol 1987;23:1409-1411; Eur J Cancer Clin Oncol 1987;23:1409-1411)

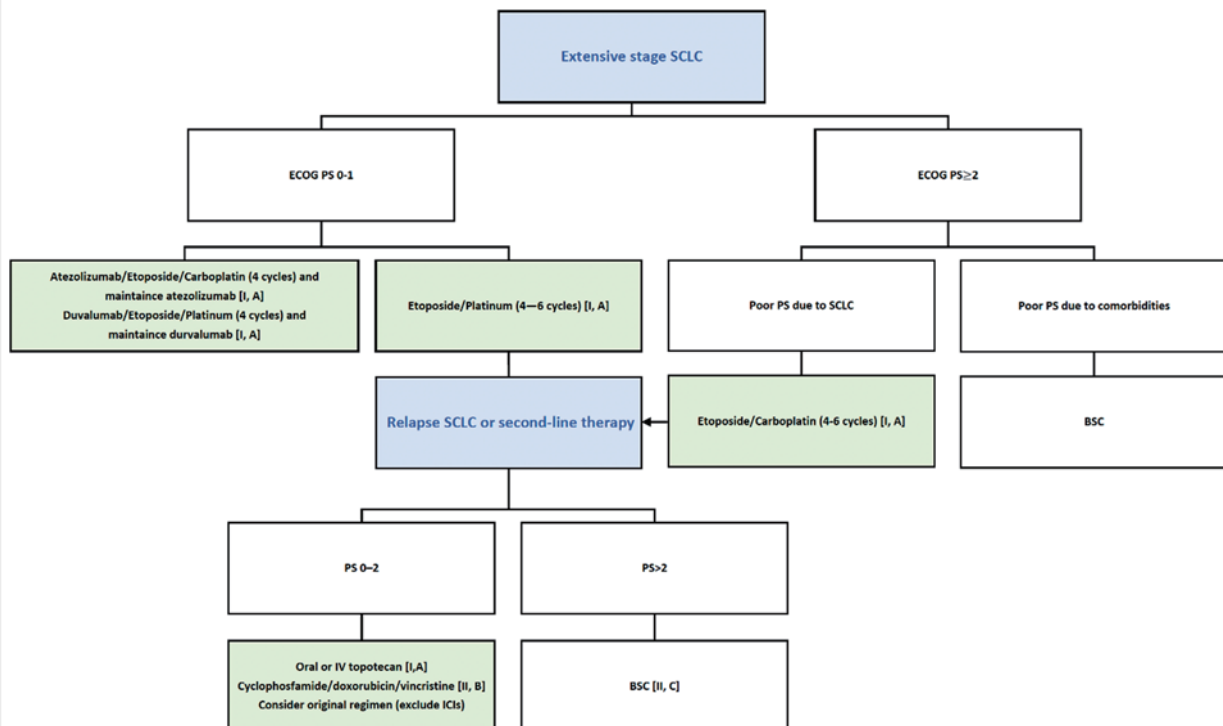
– Other recommended regimens

➢ **TFDA APPROVE**

1. Cyclophosphamide/doxorubicin/vincristine (CAV) (J Clin Oncol 1999;17:658-667.)
2. Oral etoposide (Semin Oncol 1990;17:32-35; J Clin Oncol 1990;8:1613-1617)

➢ **No TFDA APPROVE**

1. Paclitaxel (Br J Cancer 1998;77:347-351; Anticancer Res 2006;26:777-781)
2. Docetaxel (Eur J Cancer 1994;30A:1058-1060)
3. Irinotecan (J Clin Oncol 1992;10:1225-1229)
4. Temozolomide (Clin Cancer Res 2012;18:1138-1145; Lung Cancer 2014;86:237-240)
5. Vinorelbine (Eur J Cancer 1993;29A:1720-1722; Oncology 1996;53:169-172)
6. Gemcitabine (Ann Oncol 2001;12:557-561; J Clin Oncol 2003;21:1550-1555)
7. Nivolumab (Lancet Oncol 2016;17:883-895; J Thorac Oncol 2020;15:426-435)
8. Bendamustine (J Thorac Oncol 2014;9:559-562)



2. 非鱗狀細胞癌有驅動基因，將於 2022/2/23 召開討論會議。

分組	組長	組員				
		胸重醫學會	肺癌醫學會	臨腫	中華癌症	免疫暨腫瘤醫學會
非鱗狀細胞癌有驅動基因	夏德椿	蘇健·郭志熙	黃俊耀·廖唯昱	徐培崧·何明霖	廖斌志	王智亮, 張家崙

說明：A. 召集 5 個學會的專家。

B. 只針對 TFDA 通過適應症的藥物撰寫。

C. 內容以流程圖及條列式方式呈現，並且先加註證據 (NCCN, ESMO guideline) 等級的 recommendation，如果證據等級不夠高，也要加註，之後如果因為研究證據的增加，之後再修改就好，並在各小組確認。

D. 最終版本需經 5 個學會同意通過。

結論：照案通過，繼續執行中。

(五)『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報告 (附件二)

說明：

- 健保署自 94 / 起於全球資訊網建置「醫療品質資訊公開」平台。
- 依全民健康保險法第 74 條，明訂保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。
- 依品質資訊公開辦法第 4 條規定，保險人為增訂或修正前二條所定保險人及保險醫事服務機構應定期公開之醫療品質資訊。
- 目前先以五大項疾病，包括：肺炎(4項)、慢性阻塞性肺疾病(3項)、乳癌(5項)、腸癌(5項)及肺癌(4項)五大項疾病之照護品質指標。

結論：將持續跟進健保署相關規劃。

三、臨時動議

統計 ROS-1 病人資料登錄 (附件三)

說明：

- ROS1: a druggable driver mutation
- ROS1 inhibitor: Crizotinib, Entrectinib, Loratinib( 健保未給付)
- Low incidence: 2% adenocarcinoma
- In Taiwan( 國健署 108/ 癌症登記報告) : 14352 人 non-SCLC  
→ Low incidence: 2% adenocarcinoma  
→ In Taiwan( 國健署 108/ 癌症登記報告) : 14352 人 non-SCLC
- Squamous: 1638
- 以目前國內每 / 約 12000 non-squamous NSCLC，推估 60% 為 advanced stage NSCLC( 包含 recurrence)  
→ 預計將會有 140 位 ROS1(+) NSCLC patients

**目的：**為了能有台灣本土的資料，希望藉由大家的幫忙，一起登錄病人的資料以及治療反應及預後。

**結論：**本計畫將沿用 IASLC staging 登錄計畫剩餘經費，規劃完整計畫，後續通知各委員。

#### 四、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 111 年 03 月 08 日（星期二）18:30

地點：線上會議

主席：陳濤宏教授

出席委員：陳濤宏教授、周昆達主任、莊立邦醫師、邱國樑主任、林倬漢醫師、陳奕仁主任、蔡明儒主任、張開明醫師、李佩玲主任、劉景隆醫師、林嘉謨主任、彭忠衍主任

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、秘書張家榕

## 一、討論事項

### （一）2022 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會

說明：睡眠醫學共規劃兩個 session

結論：

- (1) 主題一、Sleep and Airway，講師敬邀莊立邦主任
- (2) 主題二、Sleep and IPF，講師敬邀傅彬貴醫師

### （二）ATS, ERS, APSR 事宜報告

結論：

- (1) 2022 ERS 年會於巴塞隆納舉辦，ERS 敬邀學會提名講師與主持人（至巴塞隆納現場與會），已於 2022 年 01 月 26 日截止。
- (2) ATS 2022 Resident Boot Camp，地點位於舊金山，敬邀學會提名（至舊金山現場），已於 2022 年 02 月 05 日截止。
- (3) New APSR Multi-Society Research Project，秘書處已提供委員申請表。此 Project 須聯合其他國家 Society 共同爭取，鼓勵大家進行跨國的研究。

### （三）2022 活動規劃

說明：2021 年會睡眠工作坊圓滿成功，預計於今年度擴大舉辦。

結論：

- (1) 由各位委員各自認領一場，於北中南辦理睡眠教育課程，預計一年辦理 10 至 12 場。
- (2) 課程將結合演講課程與實作課程，課程規劃半天或整天由規劃委員訂定，主要為提升胸腔科年輕醫師對於睡眠醫學相關知識。
- (3) 會後將由主席提供選單，請委員們協助勾選預辦理課程之 (1) 時間點與 (2) 基礎 / 進階課程。此課程方向，以 2021 年年會之睡眠工作坊為規劃基準；進階課程可邀請有經驗之醫師，以分享方式授課。
- (4) 報名資格：以本會胸腔科醫師為優先，視報名狀況而開放非會員參與。

## 二、臨時動議

### (一) Sleep Apnea 的跨學會合作 = 睡眠與心血管健康專家共識撰寫

**說明：**將由台灣睡眠醫學學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國心臟學會共同撰寫出版共識手冊。

**結論：**

- (1) 手冊召集人：李佩玲主任。
- (2) 主導推動學會：台灣睡眠醫學學會。
- (3) 分為四位主筆，每組至少一位心臟科專家與兩位胸腔睡眠專家，心臟科專家將由中華民國心臟學會依 propose 提供專家名單。四位主筆分別為游治節醫師、李佩玲醫師、莊立邦醫師、林倬漢醫師。
- (4) 預計召開兩次專家會議，第一次會議主要討論撰寫重點與共識，第二次會議待手冊有初步雛形(預定為四月)後召開。
- (5) 手冊編輯費用將與三個學會秘書長及秘書處確認與討論。

### (二) 睡眠相關臨床手冊撰寫

**結論：**

- (1) 手冊召集人：劉景隆醫師
- (2) 書名：給你打氣
- (3) 撰寫委員：暫定以本會睡眠醫學委員會委員撰寫
- (4) 目標族群：總醫師、不熟悉睡眠領域之胸腔科醫師
- (5) 手冊重點：
  - A. 介紹 OSA
  - B. 陽壓呼吸器，以 PAP 或 CPAP 來治療
  - C. 介紹亞洲在陽壓呼吸器的治療方式，包含遇到之困境與未來可執行方式
  - D. 重點可依會議後接續討論而增加

## 三、散會



## 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 111 年 01 月 11 日 (星期二) 18:30-19:30

地點：線上會議

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、郭炳宏教授、黃堂修醫師、藍胄進主任、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、報告事項

(一) LD difficult case discussion，四場次圓滿結束。

(1) 中區場，110 年 04 月 08 日於裕元花園酒店辦理，5 位醫師投稿；44 位醫師與會。

(2) 北區場，110 年 04 月 15 日於台北喜來登辦理，6 位醫師投稿；50 位醫師與會。

(3) 南區場，110 年 04 月 15 日於 H2O 水京棧國際酒店辦理，6 位醫師投稿；35 位醫師與會。

(4) 雲嘉南區場，110 年 04 月 29 日於長榮文苑酒店辦理，7 位醫師投稿；31 位醫師與會。

(二) TSPCCM post ERS ILD virtual school，舉辦四場圓滿結束。

(1) 110 年 08 月 05 日辦理「Module 1: ILD Diagnosis」線上與會人數共計 451 人。

(2) 110 年 08 月 19 日「Module 2: Specific Disease I」線上與會人數共計 398 人。

(3) 110 年 09 月 02 日「Module 3: Specific Disease II」線上與會人數共計 320 人。

(4) 110 年 09 月 16 日「Module 4: Rehabilitation and Specific Disease III & Advanced Imaging Approach to Diagnosis in ILD」線上與會人數共計 424 人。

(三) 國際交流會議，改為線上會議方式舉辦

(1) 110 年 11 月 03 日辦理「Aim for Optimum: Master Talk and case mimic of Interstitial lung Disease」，線上共 271 人與會。

(2) 110 年 11 月 14 日辦理「Japan-Taiwan Case Discussion Meeting」，線上共 469 人與會。

(四) 在民眾衛教方面，由理事長出席元氣網舉辦的「肺纖維化專家論壇」，與風濕病醫學會蔡長祐理事長、國衛院公衛專家一同主講「線上專家論壇：沉默的重症 - 肺纖維化」。

(五) 關於年會期間進行的「各院區 ILD MDD 實況調查」問卷結果(82 則回覆)，請查附件一。問卷最末的會員意見普遍為正向回饋，反映出目前委員會的運作符合會員需求，新的年度將以 110 年為基礎，辦理更多的活動。

### 二、討論項事

(一) 因應疫情升溫，01 月 22 日北區會議是否改為線上視訊會議

說明：委員會於 2021 年與中華民國風濕病醫學會與中華民國放射線醫學會共同編撰台灣第一本「漸進性纖維化間質性肺病(台灣 PF-ILD 診治共識)」，並於 2021 胸重年會首次發表。為使更多會員了解這本診治共識，預計 01 月 22 日於北區、

03 月 12 日於中區與南區辦理「Taiwan PF-ILD consensus forum」，議程請詳見附件二，基於討論 / 互動與跨科交流的便利性，原定為實體會議。

**結論：**考量到疫情狀況不明，01 月 22 日北區會議改為線上會議，03 月的中南區活動先則維持以實體規劃為主。

(二) 若農曆年後，疫情仍未降溫，MDD 延期或是改為線上討論

**說明：**目前已經規劃了總計七場的ILD-MDD，分別是02月22日中區、02月23日北區、02月24日宜花區、03月03日嘉南區、03月04日高屏區、03月12日桃竹苗區與03月14日彰投雲區(議程請詳見附件三)，議程已經全數公告並公開徵稿，希望每場討論只少4個案例。

**結論：**因為是討論式的會議，不論是影像觀看或者跨科討論，都是實體會議的效果為佳，故辦理方式維持以實體會議為主，若遇疫情則延期辦理。另外，若案例數量不夠可以通知鄰近區域的委員呼籲會員投稿。

(三) ERS Virtual masterclass on interstitial lung diseases

**說明：**ERS 今年度將於 04 月 05 日、06 日辦理「Virtual masterclass on interstitial lung diseases」，摘錄議程如附件四。今年預計同樣辦理「post ERS interstitial lung diseases virtual school」，相關議程設計將參考 ERS，預計於夏季會後於週間晚上辦理，每兩週一次，約兩個月的系列課程。

**結論：**通過。

(四) 本年度辦理「6th Japan-Taiwan Case Discussion Meeting」

**說明：**今年預計辦理第六次的台日交流會議，辦理方式可以合併於夏季會中舉辦，或者於七、八、九月擇期單獨舉辦。

**結論：**待學術委員會通知夏季會負責時數後，再決定辦理方式。

(五) 是否撰寫 hypersensitivity pneumonitis 指引

**說明：**ATS 發表了「Diagnosis of Hypersensitivity Pneumonitis in Adults」Guideline(簡稱 HP guideline)，在台日交流的過程中，日本醫師也有提到他們有自己日本的 HP guideline。所以是否繼 PF-ILD 診治共識之後來撰寫台灣的 HP guideline ？

**結論：**HP 在國內的專家比較少，將由主席推舉一位中生代有興趣的醫師作為召集人，找一些志同道合的專家一起編撰 HP guideline，並由委員從旁協助。

(六) ILD case book 撰寫，案例來源是否由報名學會 MDD 裡面選擇？

**說明：**過去委員會曾在 2007 年出版特發性肺纖維化案例集 (IPF casebook)、2019 年出版間質性肺病案例集 (ILD casebook)，是否綜合 MDD 討論的案例或開放會員投稿案例出版第三版 ILD casebook ？

**結論：**可以請各場 MDD 負責人報告的案例中挑出合適的案例。由於需考量個人隱私、是否同意…等狀況，可能無法所有案例都寫到 casebook 中，故建議是以案例數量夠了以後再啟動 ILD casebook 的撰寫計畫。

(七) IPF Taiwan registry (RECAP system) 是否由委員會所屬醫院優先參加

**說明：**此登陸計劃會先 focus 在符合 PF-ILD 的案例上，雖然國際對於 PF-ILD 的定義略有不同，但會以台灣的共識為主。目前預計於農曆年後在台大醫院送審 IRB，

若沒有問題將作為公版提供給其他參與計劃的醫院。

**結論：**與會委員皆全力配合，請溫醫師完成 IRB 與相關計畫書後提供給委員，待各院區完成 IRB 申請後即可正式啟動 IPF Taiwan registry，日後此資料庫可以給會員提供學術與研究上的幫忙。

### 三、臨時動議

(一) 詢問各大醫學中心舉辦的 ILD MDD 是否願意開放讓外院提出案例討論

**說明：**由於學會舉辦的 MDD 場次有限，並且部分個案牽涉時效性的問題，需及時與其他專家討論。面對這樣的問題，台大醫院願意開放 MDD 讓外院醫師與會、提出案例並討論，故是否向各大醫學中心、教學醫院調查其院區辦理 MDD 時是否於學會網頁公告並開放外院醫師參與。

**結論：**原則上同意，將進一步規劃辦理細節再執行。

### 四、散會

# 台灣胸腔暨重症加護醫學會 感染及結核病委員會會議記錄

日期：民國 111 年 03 月 01 日（星期二）18:30–20:00

地點：線上會議

主席：召集委員 黃伊文副院長

出席委員：黃伊文副院長、王振源醫師、江振源主任、鄭孟軒醫師、謝孟哲主任、簡順添主任、  
涂智彥主任、黃偉彰醫師、黃虹綾醫師、曹世明主任、李枝新醫師

請假人員：王鶴健理事長、林恕民主任

列席人員：王鶴健理事長、秘書長簡榮彥醫師、副秘書長馮嘉毅醫師、秘書陳妍安、秘書高翊淳

## 一、報告事項

## 二、討論事項

### （一）2022 年繼續教育課程

#### 結論：

- A. 第三次 NTM-CPA 季會確定於中區舉辦，辦理時間與課程安排事宜將請黃偉彰醫師進行規劃。
- B. 除了固有的 NTM-CPA 季會，亦可考慮舉辦 COVID-19 及 TB 等相關診治指引的活動，後續再請王振源教授進行相關安排。

### （二）NTM 案例分享專書

#### 結論：

- A. 經費由先前舉辦的活動結餘款作運用，應有一定的經費可供使用，稿費與審查費編列建議按件論酬，可參考文案編修制度辦法（附件一）再做調整。
- B. 請王振源教授擔任召集人，建立 3 至 4 人工作小組來統籌規劃，並確立相關格式。

### （三）肺部感染症臨床研究平台與議題

#### 結論：

- A. 成立臨床研究平台有其重要性，但部份醫院仍無法進行 subtyping，絕大部分醫院也沒有進行 NTM 藥敏檢測，會是需要克服的主要問題。
- B. 建立研究平台也需要足夠的經費支持，這部份還需要再繼續努力尋找適合的廠商贊助。
- C. 請黃偉彰醫師擔任召集人，成立工作小組進行相關規劃。

## 三、臨時動議

## 四、下次開會時間：中區研討會後一個月內

# 台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺部介入委員會會議紀錄

日期：民國 110 年 12 月 12 日（星期日）11:00-12:00

地點：台中榮民總醫院 教學大樓二樓 208+209 教室

主席：肺部介入委員會 召集委員涂智彥主任

出席委員：涂智彥主任、陳家弘醫師、鍾福財主任、蘇柏嵐醫師、于鎧綸醫師、林敬凱醫師、蔡英明主任、施慧瑄醫師、張哲嘉醫師、郭耀文醫師、陳崇裕醫務秘書

列席人員：執行秘書林智斌主任、秘書張家榕

## 一、報告事項

## 二、討論事項

### （一）支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程

結論：

(1) 2022 年規劃於成大醫院辦理，由蘇柏嵐醫師主負責規劃。

### （二）胸腔科支氣管鏡技術師培訓

說明：因氣管鏡技術師大多依附於腸胃科訓練，但大部分醫院技術師並非與腸胃科共用，故希望由本學會籌備支氣管鏡技術師培訓，教育技術員氣管鏡的消毒知識，提升清消品質。

結論：原則上同意，將進一步規劃辦理細節再執行。

(1) 由施慧瑄醫師協助初步規劃技術員培訓，包含參加條件資格、認證標準、認證效期與資格展延等。

(2) 預計於 2022 年 06 月前完成規劃。

### （三）支氣管內視鏡超音波證書審查

結論：

(1) 本次共有沈○綸、胡○瑋、莊○毅、黃○裕、黃○薇、謝○安等六位提出申請，經委員審核後全數通過。

### （四）2023 年亞太支氣管鏡大會

結論：因疫情因素，原定 2023 年由台灣承辦亞太氣管鏡大會，延期至 2025 年辦理。

## 三、臨時動議

## 四、散會

## 五、下次開會時間：2022 年夏季會時召開會議



# 台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺血管及肺高壓委員會會議紀錄

日期：民國 110 年 12 月 12 日（星期日）中午 12 點 10 分

地點：台中榮民總醫院 (407 台中市西屯區台灣大道四段 1650 號)  
研究大樓二樓第一會議室、線上與會

主席：王鶴健 理事長

會議主持人員：肺血管及肺高壓委員會 召集委員 徐紹勛 主任 會議記錄：陳妍安秘書、  
黃淑貞助理

出席委員：召委徐紹勛主任、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、委員廖偉志主任、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、委員陶啟偉主任

## 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：

1. 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 2021.06.30 為止，已經收案 131 位病人 ( 台大醫院 54 位，其中 50 位已完成第一年的追蹤，50 位已完成第二、三年的追蹤；振興醫院 21 位，其中 20 位已完成第一年的追蹤，17 位已完成第二年的追蹤；馬偕醫院 16 位，其中 16 位已完成第一年的追蹤，13 位已完成第二年的追蹤；中國附醫 1 位其中 1 位已完成第一年的追蹤；成大醫院 13 位，其中 10 位已完成第一年的追蹤，9 位已完成第二年的追蹤；高榮 26 位，其中 15 位已完成第一年的追蹤，8 位已完成第二年的追蹤 )，其中 12 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	13
學術論文撰寫	2 篇已接受，2 篇撰寫中

- ◆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。

- ◆臺大醫院徐紹勛醫師，於 2020 年 2 月 1 日申請數據資料用於學術論文撰寫 (JFMA 2021/03 Accepted) 題目為：Incidence of chronic thromboembolic pulmonary hypertension in Taiwan。
- ◆臺大醫院徐紹勛醫師與馬偕醫院吳懿哲醫師，於 2020 年 5 月 23 日申請數據資料用於學術論文撰寫題目為：Experiences with pulmonary endarterectomy for CTEPH at multiple centers in Taiwan。
- ◆高雄榮總黃偉春醫師，於 2021 年 5 月 25 日申請數據資料用於學術論文撰寫，題目為：The impact of intervention on outcome of patients with CTEPH，正在撰寫中。
- ◆振興醫院陳美音醫師，於 2021 年 6 月 30 日申請數據資料用於學術論文撰寫，題目為：The evolving landscape of CTEPH medical therapeutic management in Taiwan，正在撰寫中。
- ◆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)	2021/4/29 變更案已審查通過
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

## 2. 小組工作成果：

### (1) 研討會 / 繼續教育課程

- ◆肺血管及肺高壓委員會於 2021 年 9 月 25 日舉辦「肺高壓治療研討會」活動(線上課程)。
- ◆邀請演講者 Prof. Victor F. Tapson，於 2021 年 12 月 11 日(六)10:40~11:20 演講，講題：Navigating Through the CTEPH Multimodal Continuum。
- ◆邀請演講者 Prof. Aaron B. Waxman，於 2021 年 12 月 11 日(六)11:20~12:00 演講，講題：Treatment of Patients with Pulmonary Hypertension and Advance Lung Disease。
- ◆本委員會成員馬偕醫院劉景隆醫師，獲邀以口頭錄影方式到 2021 年度的 APSR 發表 Taiwan CTEPH Registry 登錄計畫的近期成果報告，將於 2021 年 11 月在日本京都舉行。

### (2) 其他

- ◆健保署，「有關本署辦理 110 年度檢討含 riociguat 成分藥品免除事前審查併修訂藥品給付規定內容一案」建議回覆。
- ◆全聯會，有關「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」建議回覆。

### 3. 未來工作規劃：

- (1) 預計與間質性肺病及罕見肺疾病委員會合辦 PH-ILD 學術研討會，時間暫定 2022 年 3 月舉辦。
- (2) 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。
  - ◆ 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。
  - ◆ 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。

## 二、臨時動議

### (1) 未來發展方向、定位：

- ◆ 未來可多舉辦 COPD、ILD 引起的肺高壓，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，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。
- ◆ 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：待定

# 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 12 月 23 日 (星期四)18:30-19:30

地點：線上會議

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、邱國欽副院長、阮聖元醫師、黃彥翔醫師、蔡明儒醫師

列席人員：副秘書長陳家弘醫師、秘書施詠瑩

請假人員：蕭逸函醫師

## 一、報告事項：

### (一) 年輕醫師胸腔學教育訓練課程

#### ● 2016「年輕醫師胸腔學教育訓練課程」

◆ 對象：年輕及非胸腔科醫師 (實習醫學生、畢業後第一年醫師、第 1 至 3 年住院醫師)

◆ 地點：北、中、南區

◆ 課程內容：包括 Airway、影像、呼吸器、肺功能

#### ● 2017「年輕醫師胸腔學教育訓練課程」

◆ 對象：年輕醫師 (Intern、PGY、R1-R3 住院醫師)

◆ 地點：北、中、南區

◆ 課程內容：包括 Airway、影像、呼吸器、肺功能

### (二) 呼吸道教育課程系列

#### ● 呼吸道教育課程 (一)

◆ 共計三場：北區 (04/10)、南區 (03/20)、線上會議 (08/26)

◆ 課程內容：COPD、Asthma、Case discussion 及 PPT 製作技巧

#### ● 呼吸道教育課程 (二)

◆ 共計二場：中區 / 線上實體並行 (10/22)、北區 / 線上實體並行 (10/03)

◆ 課程內容：COPD、Asthma、Case discussion 及醫療糾紛

### (三) STATISTICS WORKSHOP REAL-WORLD EVIDENCE PROGRAM

◆ 地點：北區 / 線上實體並行 (11/06)

◆ 課程內容：統計 (SPSS 軟體)、上午 (lecture)、下午 (workshop)

(四) 會員部分：胸專會員有 1463 位，40 歲以下會員 216 位，其中 129 位在醫學中心、區域醫院有 58 位，大部分年輕會員執業單位為中大型醫院。

## 二、討論事項

(一) 課程內容及相關事宜

**說明：**邱國欽副院長有在呼吸道疾病委員會中負責年輕醫師的教育訓練課程，以下分享其辦理方式，以供參考。呼吸道教育課程頻率為每半年一系列，每系列二至三個場次。每系列之間的專業課程由淺入深，互相連貫，並搭配不同的輔助醫療領域課程（例如簡報技巧、溝通技巧、人格特質…等）。

**結論：**

- (1) ERS 有 Short-term/Long term fellowships program 可以申請，由於目前學會也是 ERS 的會員，可以和理事長建議是否嘗試聯繫爭取。雖然目前因為疫情因素出國會有限制，但未來或許可以提供會員參與的機會。
- (2) 預計安排上、下半年各一場 ILD 基礎教育課程（含非專業教育課程），請蔡明儒醫師協助規劃，可參考邱國欽副院長規劃的呼吸道教育課程模式。
- (3) 關於統計課程 (Stata)，請阮聖元醫師協助了解運作方式（形式、講師及費用），再行評估是否於下半年度規劃、辦理。

(二) 夏季會及年會的形式與內容

**結論：**題目方向朝「出國進修規劃」、「財務規劃」(ex：綠角)、「網路行銷經營」(ex：陳志金 / 蘇一峰醫師) 等方向規劃，夏季會題目請蔡明儒醫師規劃，年會課程規劃請黃彥翔醫師負責。

三、臨時動議：無

四、下次開會時間：2~3 月線上會議

五、散會



**胸腔暨重症案例**



提供：劉建明醫師 台中慈濟醫院

**[Case]**

The 62-year-old woman, non-smoker presented to chest clinic with shortness of breath and non-productive cough for days. She had history of hypertrophic cardiomyopathy without significant LVOT obstruction, paroxysmal atrial fibrillation, CHF, and sleep apnea post op. Lab data showed: WBC 7170 Seg 69.7% CRP 2.53 Cr 0.7 Crypto Ag(-) RF(<1:2) ANA 1:40(+) HDC+C Anti SS-A(-) Anti-SS-B(-) pANCA 0.2IU/ml.

## Severe Asthma 的生物治療

摘自：N Engl J Med 2022; 386: 157-71. doi: 10.1056/NEJMra2032506.

編譯：陳立修醫師 台中慈濟醫院 胸腔內科

### 背景：

氣喘每年影響全球數以億計的人口。因其呼吸道的過度反應及慢性發炎造成氣流受阻，帶來不同程度的症狀：如呼吸喘胸痛及咳嗽等症狀。其中部分困難治療的氣喘病患族群可因各種原因造成：如 poor adherence to inhaled glucocorticoids, incorrect inhaler technique 及其他的共病。有大約 10% 成人氣喘病人及 2.5% 的兒童期氣喘為嚴重型氣喘 severe asthma。severe asthma 伴隨著更多的呼吸道阻塞，更多的症狀及生活品質下降，頻繁的急性發作，頻繁住院甚至死亡。Severe asthma 病人即使已經使用足量且完整的支氣管擴張劑及吸入型類固醇也常常需要更常臨時增量的口服類固醇及更高的口服維持類固醇。這時候 Add-on 生物製劑治療可以扮演控制或緩解角色。Severe asthma 有多樣性不同表現與不同的臨床 phenotypes 差異，從發病的年齡差異是否有無其他過敏的表現？氣道發炎程度，急性發作的頻繁程度等。從病患的 biomarkers 來按，Severe asthma 也有著多樣的分子生物表現：通常超過 50% 的 mild-to-moderate asthma 及大部分的 severe asthma 是 type 2-high asthma。Type 2 high-inflammation (type 2-high) asthma 病患的 blood eosinophil counts 較高以及 fractional exhaled nitric oxide (Feno)。

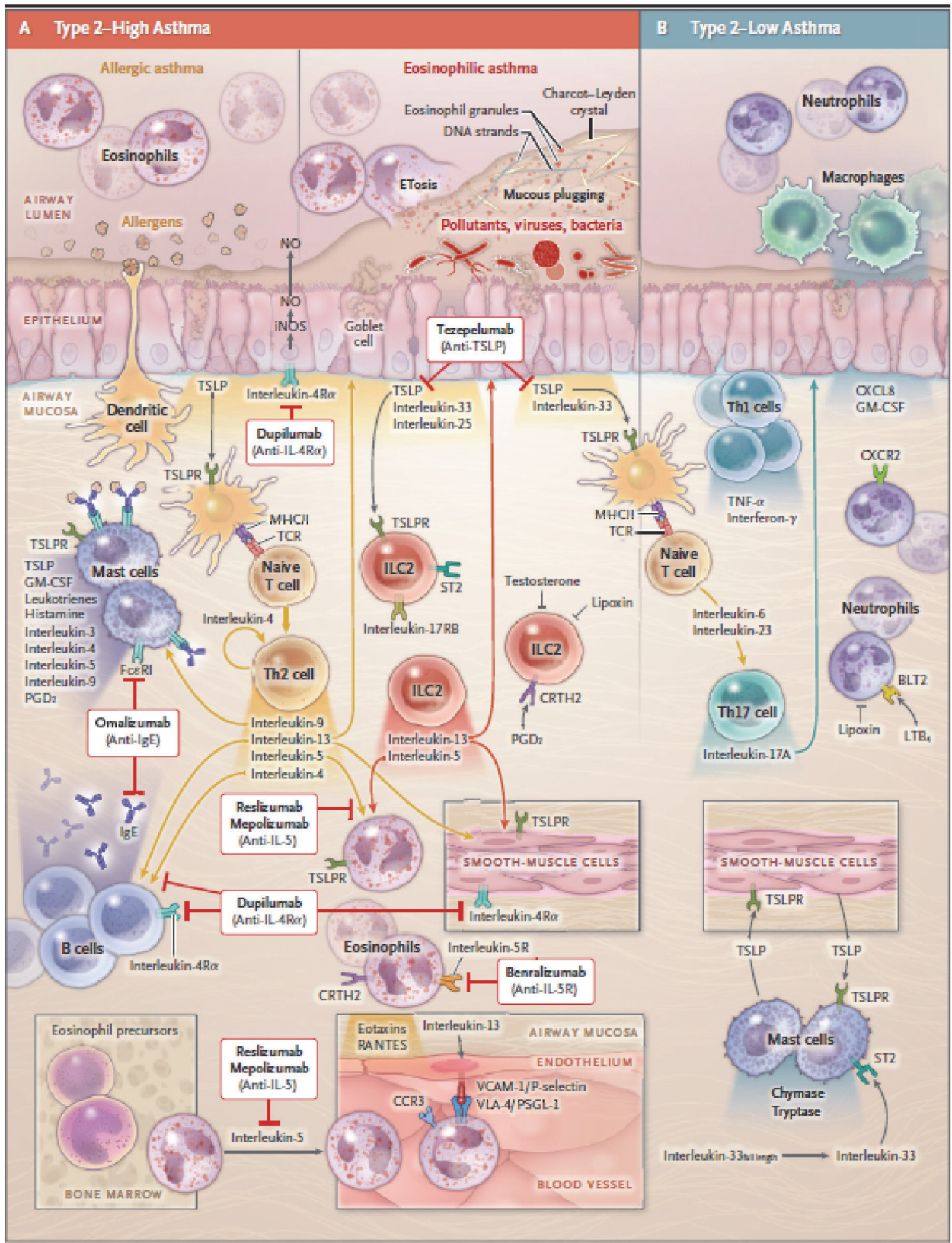
從 Type 2 high-inflammation (type 2-high) asthma 的發炎反應分生路徑及其標靶作用的位置的幾類生物製劑如：The anti-IgE monoclonal antibody, anti-interleukin-5 antibodies Anti-Interleukin-4R Antibody 及 Anti-Epithelial Cytokine Antibodies (anti-thymic stromal lymphopoietin (TSLP)。這些生物製劑的使用時機及一開始選擇使用的考量以及使用中的持續的評估調整療效 (assess, adjust, review response) 都需按照現有的實證證據及臨床的各項指標來進行。

### 結論：

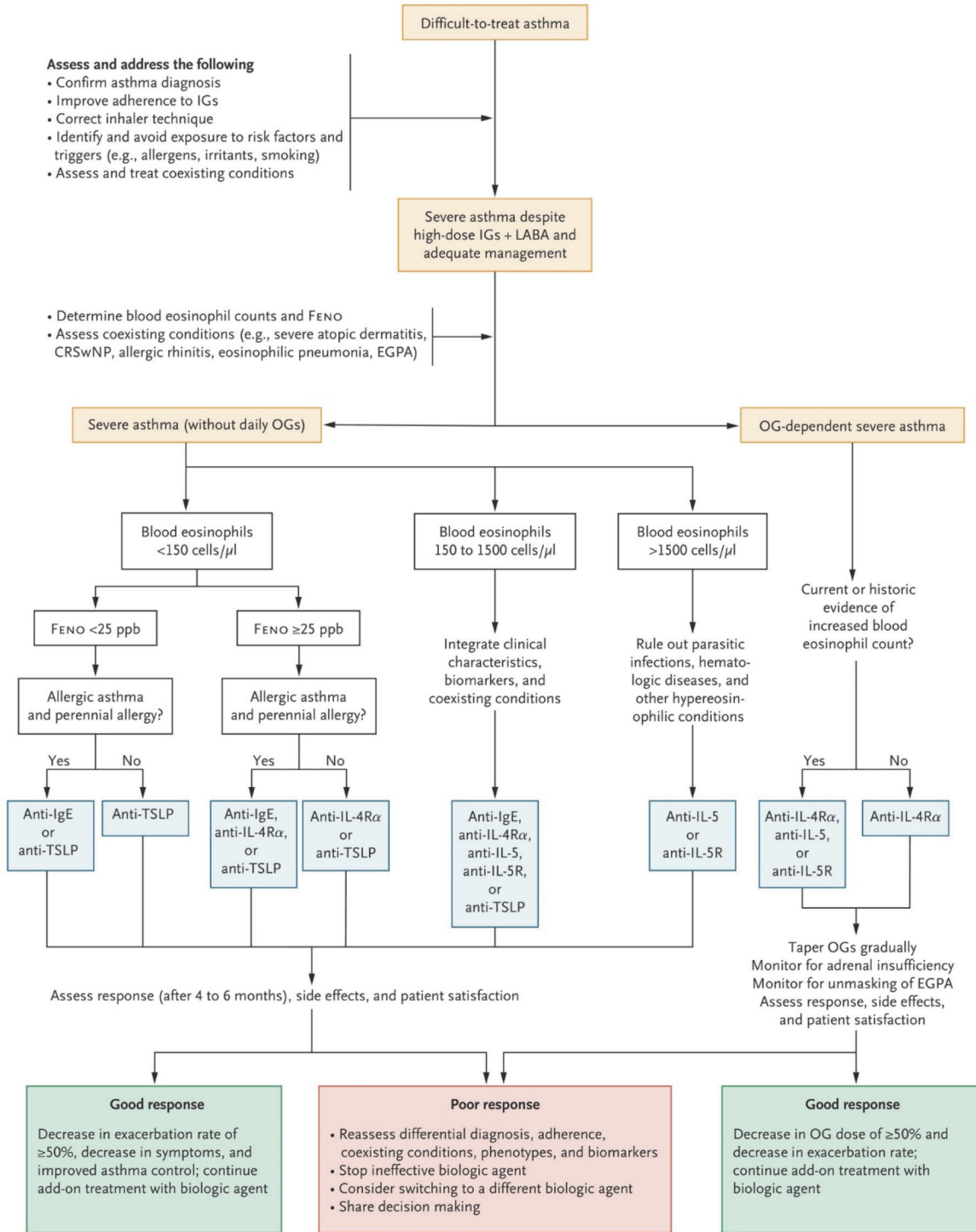
針對 type 2-high severe asthma，這些 biologic agents 對於不管是增加控制；增加生活品質；減少急性發作；減少類固醇的使用；提供有效的控制。但昂貴的藥費也代表需要更多的 biomarkers 提供精準的治療。

### 〔編譯者評論〕

雖然已經有許多的臨床試驗證明上述生物製劑的安全性跟有效性，但臨床上的長期使用的證據力仍然有不足之處，文章闡明需要更多的 Head-to-head 臨床研究來供作為未來精準醫療的依據，此篇文章完整且清晰呈現氣喘的分生機轉及相對作為治療標地的生物製劑機轉及治療的流程。







# Biologic Therapies for Severe Asthma

N Engl J Med 2022; 386: 157-71. doi: 10.1056/NEJMra2032506.

Guy G. Brusselle, Gerard H. Koppelman

## Abstract

### Rationale:

Asthma affects more than 300 million people worldwide. Characterized by variable symptoms of shortness of breath, cough, and chest tightness, asthma is associated with chronic airway inflammation, reversible expiratory airflow limitation, and airway hyperresponsiveness. In difficult-to-treat asthma, poor control can be linked to poor adherence to inhaled glucocorticoids, incorrect inhaler technique, and coexisting conditions, including exposure to allergens and irritants. Asthma that is difficult to treat is considered to be severe when control remains poor despite measures that adequately address each of these three variables.

### Measurements and Main Results:

Up to 10% of adults and 2.5% of children with asthma have severe asthma, with a reduced quality of life and an increased risk of fixed airflow limitation, exacerbations, health care resource use, hospitalization, and death. Patients with severe asthma have persistent symptoms or frequent exacerbations that require repetitive glucocorticoid bursts, maintenance oral glucocorticoid therapy, or both, despite adequate treatment with high-dose inhaled glucocorticoids, long-acting  $\beta$ 2-agonists, and long-acting muscarinic antagonists. In these patients, add-on treatment, which may include biologic therapies, is needed to reduce the disease burden. Severe asthma is a heterogeneous syndrome encompassing several clinical phenotypes that differ according to age at the onset of asthma (onset in childhood vs. onset in adulthood), presence or absence of allergy and other coexisting conditions, severity of airflow limitation, frequency of exacerbations, response to treatment, and prognosis. Severe asthma is also heterogeneous biologically, with distinct patterns of airway inflammation defined by the predominant granulocyte in sputum or bronchial biopsy specimens and often identified by means of blood or exhaled-breath biomarkers. Type 2 high-inflammation (type 2-high) asthma is characterized by eosinophilic airway inflammation (Fig. 1), which is associated with increased blood eosinophil counts or elevations of fractional exhaled nitric oxide (Feno), whereas type 2 low-inflammation (type 2-low) asthma encompasses neutrophilic asthma and paucigranulocytic asthma; the coexistence of eosinophilic and neutrophilic airway inflammation characterizes mixed granulocytic asthma. Approximately 50% of cases of mild-to-moderate asthma and probably a larger proportion of cases of severe asthma are type 2-high asthma. This review outlines recent insights into type 2 inflammation in asthma and the currently available biologic treatments, including their mechanism of action, efficacy, and safety in children and adults with severe asthma.



## 醫學新知 II

# 面對 COVID-19 病人執行支氣管鏡檢查的適應症、臨床效用和安全性

摘自：Respiratory Care February 2022, 67 (2) 241-251.

編譯：劉奕亨醫師 台中慈濟醫院 胸腔內科

### 背景：

支氣管鏡檢查的過程會產生氣霧化產物，因此不鼓勵對新冠病毒 (COVID-19) 感染的患者進行此種常規檢查。本篇綜述的目的是討論在新冠病毒 (SARS-CoV-2, COVID-19) 患者併發嚴重急性呼吸症狀肺炎時，在進行支氣管鏡檢查的適應症、臨床效用和風險。

### 方法：

這篇研究是透過適切的關鍵字進行文獻檢索，以識別截至 2021 年 8 月 1 日的醫學文獻數據庫中的所有相關文章。

### 結果：

12 個研究 (9 個回顧性和 3 個前瞻性) 發表了共 1,345 名 COVID-19 患者接受共 2,245 次支氣管鏡檢查。大多數男性接受檢查。近三分之二 (62%) 的支氣管鏡檢查是符合治療適應症；其餘 (38%) 的用於診斷目的。在鼻咽採樣實時聚合酶鏈反應結果為陰性的受試者中，支氣管肺泡灌洗液對 SARS-CoV-2 的總體收率為 33.1%。繼發感染的發生率從 9.3% 到高達 65% 不等。根據支氣管鏡檢查結果，多數患者 (14-83%) 更換了抗生素。大多數患者對支氣管鏡檢查耐受性良好，除了需要非侵入性通氣的患者外。這些需要非侵入性通氣的患者術後插管率為 60%。SARS-CoV-2 在醫護人員中的被傳染率相當低。

### 結論：

對於 COVID-19 患者執行支氣管鏡檢查的結果明顯改變之後對患者的處置。當醫護人員使用適當的個人防護設備時做檢查，SARS-CoV-2 的傳播似乎很低。因此，對於此類患者群體，我們應評估進行診斷性和治療性的支氣管鏡檢查之可行性。

### 〔編譯者評論〕

COVID-19 大流行是我們的職業生涯中前所未有的，我們已投入大量精力和醫療及社會資源來照顧受這種疾病影響的患者。儘管如此，我們還必須繼續為我們的非 COVID-19 呼吸道患者提供與以前相同的護理標準，同時將感染傳播給我們同事的風險降至最低。面對 COVID-19 的患者需評估進行支氣管鏡檢查時，我們應考慮到：

1. 負壓隔離系統：除了完整獨立空調負壓系統之外，封閉式痰液抽吸系統、痰液及體液收集之標診作業流程。

2. 適當的個人防護設備：除了適當的個人防護設備外，還需要教導醫療人員如何穿著；最重要的是如何脫裝，避免不知不覺中染污環境而感染。

3. 儀器及設備之消毒：當做完支氣管鏡時，儀器如何消毒泡消、在何處消毒泡消；以及機器設備如何消毒？靜置多久？或者做上消化道內視鏡之標診作業流程？這是值得大家思考共同制定的標診作業流程。

不管是目前的 COVID-19，或是面對未來未知的新興空氣傳染病，此時我們應制定侵入性治療的標診作業流程，讓我們醫護人員的被傳染率降至最低。

# Indications, Clinical Utility, and Safety of Bronchoscopy in COVID-19

Respiratory Care February 2022, 67 (2) 241-251.

Biplab K Saha, Santu Saha, Woon H Chong, *et al.*

## Abstract

### Background:

Bronchoscopy is an aerosol-generating procedure and routine use for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) has been discouraged. The purpose of this review was to discuss the indications, clinical utility, and risks associated with bronchoscopy in patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) pneumonia.

### Methods:

A literature search was performed by using appropriate key terms to identify all relevant articles from medical literature databases up to August 1, 2021.

### Results:

Twelve cohorts (9 retrospective and 3 prospective) reported the performance of 2,245 bronchoscopies in 1,345 patients with COVID-19. The majority of the subjects were male. Nearly two thirds of the bronchoscopies (62%) were performed for therapeutic indications; the rest (38%) were for diagnostic purposes. Bronchoalveolar lavage had an overall yield of 33.1% for SARS-CoV-2 in subjects with negative results of real-time polymerase chain reaction on nasopharyngeal specimens. The incidence of a secondary infection ranged from 9.3% to as high as 65%. Antibiotics were changed in a significant number of the subjects (14-83%) based on the bronchoscopic findings. Bronchoscopy was well tolerated in most subjects except those who required noninvasive ventilation, in whom the intubation rate after the procedure was 60%. The rate of transmission of SARS-CoV-2 among health-care workers was minimum.

### Conclusions:

Bronchoscopy in patients with COVID-19 results in a significant change in patient management. Transmission of SARS-CoV-2 seems to be low with consistent use of appropriate personal protective equipment by health-care workers. Therefore, bronchoscopic evaluation should be considered for all diagnostic and therapeutic indications in this patient population.

## 醫學新知 III

# 睡眠呼吸中止症及夜間低血氧與癌症發生率及死亡率的關聯性：系統性回顧與統合分析

摘自：J Clin Sleep Med. 2021 Nov 11. doi: 10.5664/jcsm.9772.

編譯：倪永倫醫師 台中慈濟醫院 胸腔內科

### 背景：

生物模型發現，睡眠呼吸中止 (OSA) 本身有在潛在致癌風險，但目前流行病學上的證據並不一致。本研究目的在釐清不同的 OSA 嚴重度指標與此的關聯性。

### 方法：

我們系統性的搜尋了 PubMed、Embase、Scopus、以及 Cochrane Library 中，睡眠呼吸中止 (相對於正常或輕度 OSA 來說) 與所有癌症風險 (all-cancer risk) 或死亡率關聯性的觀察性及隨機性研究。OSA 的評估方式包括診斷碼 (ICD) 或各種不同臨床嚴重度指標。兩位審查者獨立的選取研究、萃取資料、利用 Newcastle-Ottawa scale 以及 GRADE 評估研究偏差以及證據質量，我們執行逆方差加權、隨機式模型以及敏感性分析。

### 結果：

我們從 1698 篇資料中，納入了 20 篇觀察性研究 (共 5,340,965 名患者)。根據 T90 (睡眠過程中血氧濃度低於 90% 的比率)，相對於未發生低血氧患者，OSA 患者合併中度 (T90>1.2%, HR=1.28, 95%CI=1.07-1.54) 以及重度 (T90>12%, HR1.43, 95%CI=1.16-1.76) 夜間低血氧時，所有癌別風險增加了 30-40% (已針對包含肥胖等因子實行共變數調整分析)。並且，重度夜間低血氧患者的各種癌別死亡率增高近 3 倍 (HR=2.66, 95%CI:1.21-5.85)。以睡眠呼吸中止指數 (AHI) 作為 OSA 嚴重度指標時，重度睡眠呼吸中止患者的各種癌別風險較無 OSA 患者為高 (HR=1.18, 95%CI=1.03-1.35)，但死亡率無明顯差別。中度睡眠呼吸中止症則皆無差別。以診斷碼來判斷是否有 OSA 時，則未發現癌症風險的差異。Oxygen desaturation index, 最低 / 平均血氧濃度, arousal index 等證據等級不足無法分析。

### 〔編譯者評論〕

睡眠呼吸中止症與心血管疾病 (高血壓、缺血性心臟病、心律不整)，腦血管疾病 (中風)，及神經精神疾病 (阿茲海默氏、血管性失智、焦慮、憂鬱症) 等息息相關。在不同的動物模型中已證實，睡眠呼吸中止症藉由間歇性缺氧 (intermittent hypoxemia) 或是睡眠間斷 (sleep fragmentation) 增加癌症的發生率以及腫瘤的侵襲性 (tumor aggressiveness)。間歇性缺氧會導致 hypoxic inducible factors (HIF), reactive oxygen species(ROS), NFkB, VEGF 等上升，DNA mutation 以及 angiogenesis

的增加。睡眠間斷也會造成交感神經興奮，促使發炎，氧化反應以及免疫反應的改變。臨床上也發現多種癌症（如黑色素細胞癌、甲狀腺癌、腎臟癌、泌尿系統癌症、乳癌、肺癌、大腸直腸癌、胰臟癌、攝護腺癌、非何杰氏淋巴瘤、中樞神經系統癌症、卵巢癌、子宮癌、鼻咽癌等）與睡眠呼吸中止症有相關聯性。

但在過去幾篇較大型的統合分析中，對於“OSA 是否與癌症的發生相關”卻得到是與否都有的不同結果。而這幾篇分析多利用臨床上常用的睡眠呼吸中止指數 (AHI) 來界定 OSA 的嚴重度，無法充分表現間歇性缺氧的影響性。本篇研究發現夜間低血氧的嚴重度 (T90, 睡眠過程中血氧濃度低於 90% 的比率) 反而能反映出與癌症的風險及死亡率增加的關聯性。這可能與 OSA 及低血氧須達到一個閾值 (minimal hypoxic burden)，於組織的 oxygen reserve 已被消耗後，才會造成 carcinogenesis 相關。然而，T90 無法充分分別 OSA 造成的間歇性低血氧以及慢性疾病造成的持續性低血氧，ODI (oxygen desaturation index) 在此研究因證據等級不足無法分析，是以需要更進一步針對不同臨床 OSA 嚴重度指標與癌症關聯性的研究來加強。

# Ceftazidime-Avibactam Use for *Klebsiella pneumoniae* Carbapenemase-Producing *K. pneumoniae* Infections: A Retrospective Observational Multicenter Study

J Clin Sleep Med. 2021 Nov 11. doi: 10.5664/jcsm.9772.

Tan B, Teo Y H, Tan N, *et al.*

## Abstract

### Background:

Biological models suggest that obstructive sleep apnea (OSA) is potentially carcinogenic. We aim to clarify the inconsistent epidemiological literature by considering various traditional and novel OSA severity indices.

### Methods:

We systematically searched PubMed, Embase, Scopus and Cochrane Library for observational or randomized studies of associations of OSA, measured by diagnostic codes or any index, each with all-cancer incidence or mortality in adults, compared to participants with no/mild OSA. Two reviewers independently selected studies, extracted data, evaluated study bias using the Newcastle-Ottawa scale and quality of evidence using GRADE. We performed inverse variance-weighted, random-effects meta-analyses and sensitivity analyses.

### Results:

We included 20 observational studies (5,340,965 participants), all with moderate/low bias, from 1,698 records. Based on T90 (sleep duration with oxygen saturation <90%), patients with OSA who had moderate (T90 >1.2%, HR=1.28, 95%CI=1.07-1.54) and severe nocturnal hypoxemia (T90 >12%, HR=1.43, 95%CI=1.16-1.76) experienced 30-40% higher pooled all-cancer risk than normoxemic patients, after multi-adjustment for covariates including obesity. Furthermore, severe nocturnal hypoxemia nearly tripled all-cancer mortality (HR=2.66, 95%CI=1.21-5.85). Patients with apnea-hypopnea index (AHI)-defined severe OSA, but not moderate OSA, had higher all-cancer risk (HR=1.18, 95%CI=1.03-1.35) but similar all-cancer mortality as patients without OSA. An OSA diagnosis was not associated with all-cancer risk. Evidence quality ranged from low to moderate. Insufficient evidence was available on the oxygen desaturation index, lowest/median saturation and arousal index.

### Conclusions:

In patients with OSA, nocturnal hypoxemia is independently associated with all-cancer risk and mortality. Future studies should explore if risk differs by cancer type, and whether cancer screening and OSA treatment are beneficial.



## 通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：111 年 06 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 p50 )

The 62-year-old woman, non-smoker presented to chest clinic with shortness of breath and non-productive cough for days. She had history of hypertrophic cardiomyopathy without significant LVOT obstruction, paroxysmal atrial fibrillation, CHF, and sleep apnea post op. Lab data showed: WBC 7170 Seg 69.7% CRP 2.53 Cr 0.7 Crypto Ag(-) RF(<1:2) ANA 1:40 (+)HDC+C Anti SS-A(-) Anti-SS-B(-) pANCA 0.2IU/ml.

#### 1. 您的診斷為何？

- (A) Primary aspergillosis
- (B) Primary alveolar proteinosis
- (C) Amiodarone pulmonary toxicity
- (D) Sarcoidosis
- (E) Organizing pneumonia

### 選擇題：( 每題 15 分 )

#### 2. 造成困難控制的氣喘 difficult-totreat asthma 常見的原因下列何者為非？

- (A) poor adherence to inhaled glucocorticoids
- (B) incorrect inhaler technique
- (C) coexisting conditions
- (D) exposure to allergens and irritants
- (E) All of above

#### 3. 下列會影響 severe asthma 使用 Biologic Therapieser ？

- (A) FeNo
- (B) Blood eosinophils
- (C) IgE
- (D) All of above

4. 關於本篇在新冠病毒 (SARS-CoV-2) 患者併發嚴重急性呼吸症狀肺炎時，在進行支氣管鏡的檢查，下列何者為非？
  - (A) 繼發感染的發生率從 9.3% 到高達 65% 不等
  - (B) 根據支氣管鏡檢查結果，大部分患者維持原來使用的抗生素
  - (C) 大多數患者對支氣管鏡檢查耐受性良好
  - (D) 除了需要非侵入性通氣的患者外，這些需要非侵入性通氣的患者術後插管率為 60%
  
5. 關於本篇在新冠病毒 (SARS-CoV-2) 患者併發肺炎，在進行支氣管鏡的檢查，下列何者為是？
  - (A) 對於 COVID-19 患者執行支氣管鏡檢查的結果明顯改變之後對患者的處置
  - (B) 當醫護人員使用適當的個人防護設備時做檢查，SARS-CoV-2 的傳播似乎很高
  - (C) 在鼻咽採樣實時聚合酶鏈反應結果為陰性的受試者中，支氣管肺泡灌洗液對 SARS-CoV-2 的總體收率為 50%
  - (D) 面於此類患者群體，我們應排除評估進行診斷性和治療性的支氣管鏡檢查之可行性
  
6. 在已知的動物模型中，睡眠呼吸中止症藉由下面哪個機制導致癌症的發生率增加？
  - (A) intermittent hypoxemia
  - (B) sleep fragmentation
  - (C) 以上皆是
  - (D) 以上皆非
  
7. 在「睡眠呼吸中止症及夜間低血氧與癌症發生率及死亡率的關聯性：系統性回顧與統合分析」文中發現，下列哪一睡眠呼吸中止症嚴重度指標與癌症發生的風險及死亡率在臨床上有較高的關聯性？
  - (A) AHI
  - (B) ODI
  - (C) T90
  - (D) Arousal index

## 測驗回函 (2022 年 04 月第 42 期)

截止日：111 年 06 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：tspecm.t6237@msa.hinet.net

## 上期解答

提供：林振傑醫師 臺大醫院

### [Case]

A 72-year-old woman presented to outpatient clinic with intermittent dyspnea and general malaise for 4 weeks. She was a never smoker and denied any systemic diseases. She had no fever, hemoptysis, or dyspnea. The results of lab study upon presentation were as below: leukocyte count 6,260/ $\mu$ L, Creatinine 1.0 mg/dL, N-terminal pro-B type natriuretic peptide (NT-proBNP) 161.2 pg/mL. Chest radiography showed some patchy opacities and right pleural effusion (Figure 1). A diagnostic thoracentesis was arranged. The pleural effusion assay showed a lymphocyte - predominant exudate (total nucleated cells 2,899/ $\mu$ L, lymphocyte 67%, mesothelial cell & histiocyte 33%, lactate dehydrogenase (LDH) 206 U/L), with a significantly increased adenosine deaminase (ADA) level (51 U/L) and negative of malignant cells. Post-thoracentesis computed tomography (CT) of chest revealed right pleural effusion with pleural thickening, and bronchiectasis with fibrocalcified nodules at the right middle lobe (Figure 2). Low-dose computed tomography (LDCT) of chest performed 6 months prior to this event is also presented below (Figure 3).

### [Question]

1. 您的診斷為何？
  - (A) Lung cancer
  - (B) Tuberculosis pleurisy
  - (C) Heart failure related pleural effusion
  - (D) Bacterial empyema



Figure 1. Chest radiography revealed right blunted costo-phrenic angle and some patchy opacities.



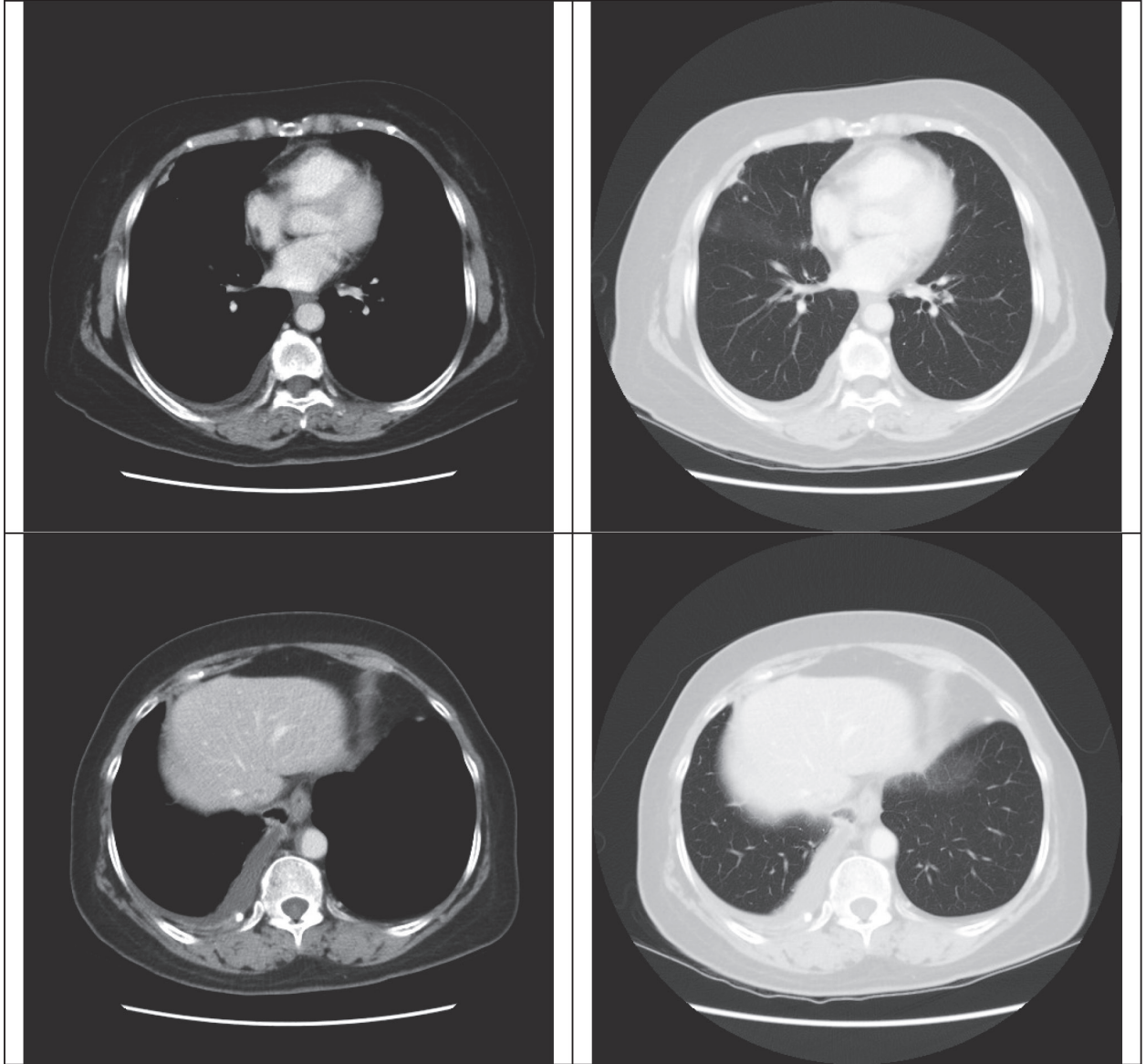


Figure 2. Chest computed tomography at presentation revealed right pleural effusion with pleural thickening, and bronchiectasis with fibrocalcified nodules at the right middle lobe.

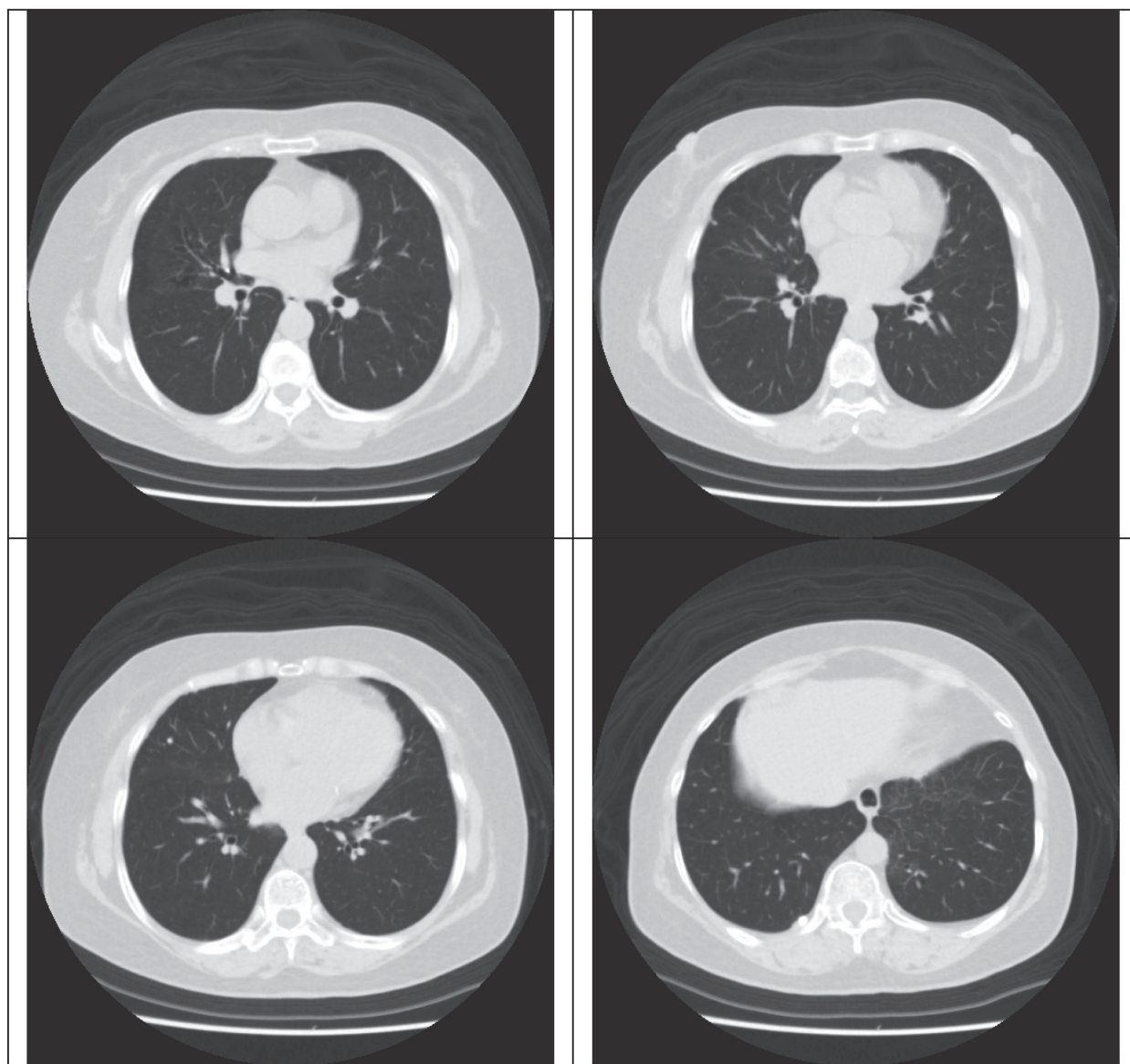


Figure 3. The low-dose computed tomography of chest performed 6 months prior to the presentation showed mild bronchiectasis over right middle lobe with some nodules up to 3mm in size, and a subpleural nodule at paraspinal area in the right lower lob.

**[Answer]**

(B) Tuberculosis pleurisy

Pleural effusion acid-fast stain was negative and mycobacterial culture was positive for *M. tuberculosis* complex. The patient reported that her father had pulmonary tuberculosis (TB) before. Standard treatment with isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol was initiated afterward. Clearance of the effusion was achieved thereafter (Figure 4).



Figure 4. Chest radiography performed after 2 months of standard anti-tuberculosis treatment showed resolution of the right pleural effusion.

**選擇題：**

2. 下列何種情境較需要藉由支氣管內光學相干斷層掃描的幫助獲得 UIP 的準確診斷？

- (A) 高解析度胸腔電腦斷層顯示有蜂巢狀結構存在時
- (B) 高解析度胸腔電腦斷層顯示有肋膜下網狀異常時
- (C) 高解析度胸腔電腦斷層顯示有瀰漫性結節時
- (D) 高解析度胸腔電腦斷層顯示有瀰漫性實質化時

答案 (B)

3. 下列關於支氣管內光學相干斷層掃描的敘述何者錯誤？

- (A) 受過訓練的支氣管鏡專家可以在短時間內完成收集病患的掃描影像
- (B) 受過訓練的胸腔病理學家判讀掃描影像可以達到負責訓練的專家水準
- (C) 相較於手術切片或經支氣管肺冷凍切片容易發生取樣偏差
- (D) 用於進一步區分非 UIP 間質性肺疾病的纖維化型態仍有待研究

答案 (C)

4. 以下何者為非？

- (A) *HER2* 突變佔非小細胞肺癌約 3%
- (B) *HER2* 突變對於第二代標靶 Afatinib 效果優異
- (C) 比例最高的 *HER2* 突變型為 Exon 20 insertion
- (D) 間質性肺炎是使用 Trastuzumab deruxtecan 時可能需要注意的一個副作用

答案 (B)

5. 請問 Trastuzumab deruxtecan 在「Trastuzumab Deruxtecan 在 *HER2* 突變非小細胞肺癌：第二期臨床試驗治療結果」文中，最常發生的副作用為？

- (A) 間質性肺炎
- (B) 腹瀉
- (C) 中性球下降
- (D) 休克

答案 (C)

6. 使用 Ceftazidime-Avibactam (CAZ-AVI) 治療 *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing *K. pneumoniae* (KPC-Kp) 的過去經驗，何者正確？

- (A) 使用 CAZ-AVI 治療的整體死亡率較其他抗生素為低 (25%)
- (B) 單獨使用 CAZ-AVI 與聯合其他抗生素治療之 30 天死亡率無統計學差異
- (C) 在所有菌血症與非菌血症族群中，下呼吸道感染死亡率較高
- (D) 以上皆正確

答案 (D)

7. 下列何者並非使用 Ceftazidime-Avibactam (CAZ-AVI) 治療 *Klebsiella pneumoniae* carbapenemase-producing *K. pneumoniae* (KPC-Kp) 之不良預後因子？

- (A) 敗血性休克
- (B) 下呼吸道感染
- (C) 長時間輸注 CAZ-AVI
- (D) 根據腎功能調整劑量

答案 (C)



# 活動集錦

111 年 02 月 19 日 , The impact and challenge of COVID-19 in Taiwan



111 年 02 月 22 日 Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion ( 中區 )

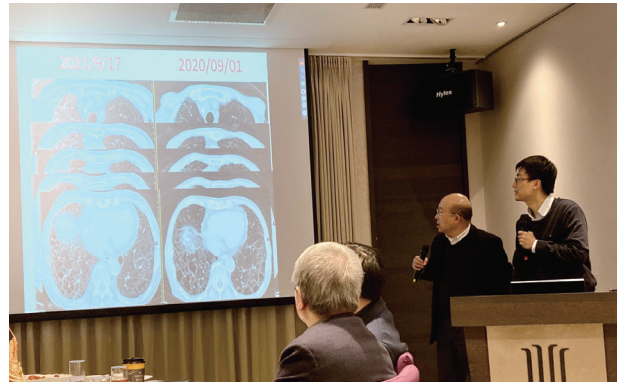


111 年 02 月 23 日 Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion ( 北區 )

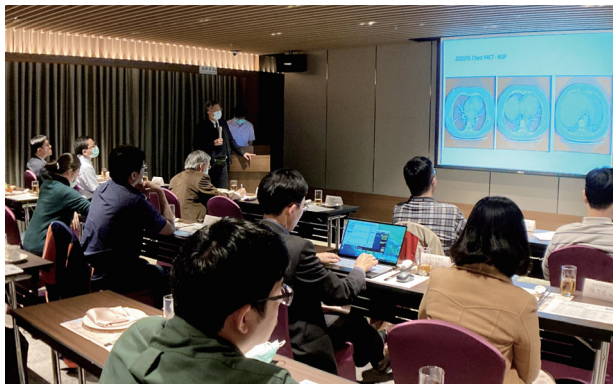




111 年 02 月 24 日 Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion ( 宜花區 )



111 年 03 月 03 日 Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion ( 嘉南區 )



111 年 03 月 04 日 Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion ( 高屏區 )





111年03月05日 Locally Advanced Lung Cancer workshop

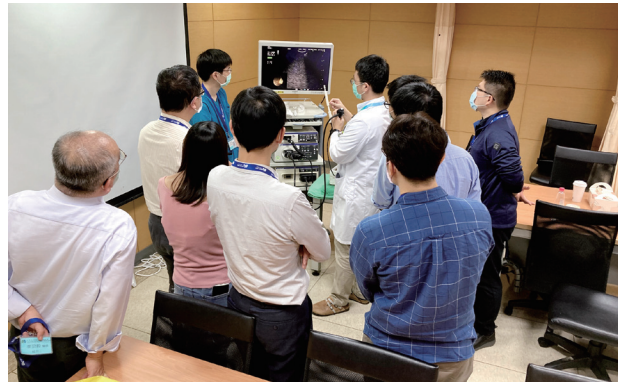


111年03月12日 Taiwan PF-ILD consensus forum





111年03月06日 2022 支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程





111年03月04日 X光病例討論會



111年03月11日 重症病例討論會





111年03月11日 重症病例討論會



111年03月25日 X光模擬測驗及解說



111年03月19日 肺癌治療研討會





111年03月19日 肺癌治療研討會









## 「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。