



會訊

第 4 4 期
2022.08

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine



理事長的話

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 111 年 8 月第 44 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	張山岳 Shan-Yueh Chang	吳俊漢 Chun-Han Wu
	郭彥劭 Yen-Shou Kuo	王勝輝 Sheng-Huei Wang
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

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.....	6
會議記錄	
第十八屆第八次理、監事聯席會會議紀錄.....	8
健保與醫療政策工作小組.....	18
學術委員會.....	20
胸腔醫學編輯委員會.....	22
睡眠醫學委員會.....	24
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 37-year-old married Indian gentleman denied any underlying disease in the past. 提供：張山岳 醫師 三軍總醫院 胸腔內科.....	27
醫學新知	
■ Albuterol-budesonide 定量複方緩解型吸入藥物氣喘急性發作之角色 Albuterol-Budesonide Fixed-Dose Combination Rescue Inhaler for Asthma 編譯：吳俊漢 醫師 三軍總醫院 胸腔內科.....	29
■ 單臂研究亞肺葉切除毛玻璃樣病灶為主的週邊型肺癌 (JCOG0804/WJOG4507L) A single-arm study of sublobar resection for ground-glass opacity dominant peripheral lung cancer(JCOG0804/WJOG4507L) 編譯：郭彥劭 醫師 三軍總醫院 胸腔外科.....	32
■ 評估在革蘭氏陰性菌肺炎重症病人使用靜脈型 colistin 時開立負荷劑量 (loading dose) 的必要性 The necessity of a loading dose when prescribing intravenous colistin in critically ill patients with CRGNB-associated pneumonia: a multi-centre observational study 編譯：王勝輝 醫師 三軍總醫院 胸腔內科.....	35
通訊繼續教育.....	37
活動集錦.....	45
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	55

各位會員朋友，大家好：

時間過得很快，轉眼間第 18 屆理監事的任期已經過了一半。由於新冠疫情的影響，一些平常的學會活動不得不做滾動式的調整，一度取消了實體會議，改成全線上會議。由於疫情趨緩，我們又可以用實體和線上會議模式，繼續相關會務的進行。這段期間感謝理監事的支持和各委員會的努力運作，我們有如下的成果：(1) 睡眠基礎訓練課程 (全部實體會議) 已經開始，預計辦理 12 場；(2) 2022 胸重夏季會於 07/09-07/10 假新竹喜來登飯店隆重舉辦，兩天活動在會員熱烈的參與下圓滿結束，共計實體會議 513 人與會，線上共計 1466 人次參與；(3) 111 年國際會議補助下半年 (ESCIM、APSR)，目前尚有名額，請會員利用學會資源，申請補助。今年胸專筆試日期為 111 年 09 月 18 日將於內湖三軍總醫院舉辦，共計內科 34 位、外科 9 位報考。另外要跟所有會員報告的是我們永久會址在小組的努力下已購置在中華路一段 74 號 4 樓 (共計 112.15 坪)，現正徵求室內裝修提案，請會員踴躍提供設計公司提案。最後祝大家在疫情中一切平安順利。

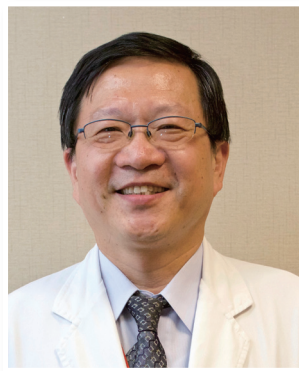


理事長

王鶴健

大暑剛過，但天氣仍然炎熱，幸而新冠疫情似乎稍減，會員好朋友或可稍稍鬆了一口氣。本期會訊在大家的能力之下，仍然內容豐富而且可以準時出刊。

胸腔暨重症案例由三軍總醫院胸腔內科張山岳醫師提供。一位印度裔年輕男性工程師，來台工作三年。由於咳嗽合併呼吸困難兩個月而就診。胸部 X 光片呈現肺門腫大以及兩側性的肺結節病變。必須系統性的分析，抽絲剝繭才能夠找出答案。鑒別診斷必須橫跨職業病、發炎、感染、惡性腫瘤、免疫風濕疾病等等。



醫學新知第一篇，吳俊漢醫師摘自 N Engl J Med 2022 年六月刊登探討 Albuterol-budesonide 定量複方緩解型吸入藥物氣喘急性發作之角色研究一文。這是一項多國隨機雙盲事件驅動的第三期臨床試驗，針對中重度且未受控制的氣喘病人，評估 albuterol-budesonide 與 albuterol 作為緩解藥物的療效及安全性。本次研究結果，在總計 3132 名病人隨機分組中，其中 97% 的患者年齡在 12 歲以上。若與 albuterol 組相比，高劑量定量複方藥物組發生嚴重氣喘急性惡化的風險明顯降低 26%。而與 albuterol 組相比，低劑量定量複方藥物組的 hazard ratio 為 0.84。三個試驗組的不良事件發生率相似。吳醫師認為雖然 SABA 能夠迅速緩解症狀，但是 SABA 無法改善氣道發炎的情形。過度頻繁使用 SABA 不僅可能增加急性惡化的風險，而且是氣喘控制不佳的指標。氣喘急性發作經常不可預測，輕度至重度的氣喘病人都可能發生嚴重的急性發作，甚至產生致命性的重積性氣喘 (status asthmatics)。如何有效控制氣喘急性發作，是個刻不容緩的議題。本篇 MANDALA 研究顯示，使用高劑量 albuterol-budesonide 相較於 albuterol 能降低發生嚴重氣喘急性惡化的風險。目前我國只有 ICS-formoterol 及 albuterol alone 之吸入性藥物，尚無本篇研究所提及 ICS-albuterol 的吸入性藥物，未來有此類藥物或許可以嘉惠某類氣喘病人。

郭彥劭醫師摘自 J Thorac Cardiovasc Surg. 一月份刊登的一篇有關於亞肺葉切除毛玻璃樣病灶為主的週邊型肺癌研究。這是一項單臂驗證性試驗，以評估亞肺葉切除術治療毛玻璃樣病灶為主的周圍型肺癌的療效和安全性。本研究根據薄層電腦斷層掃描，收入最大腫瘤直徑為 ≤ 2.0 cm 且腫瘤實心部份比率為 ≤ 0.25 的肺癌。主要研究終點是 5 年無復發生存期 (relapse free survival)。於西元 2009 年 5 月至西元 2011 年 4 月期間，將來自 51 個醫療機構的 333 名患者納入研究。5 年無復發生存率為 99.7%，符合研究主要終點。亞肺葉切除術與肺葉切除術相比，具有保留肺實質的優勢。楔形切除不進行淋巴結清掃還可以保留肺門和縱膈的正常結構。而亞肺葉切除相較於肺葉切除，可能會導致術後較好的肺功能與生活品質。但是編譯者認為這項研究仍有需要釐清之處，如對於腫瘤實心比率 (CTR) 的評估是主觀的，這限制了研究結果的客觀性及普遍性。

王勝輝醫師為大家選的是 Crit Care. 2022 年四月刊登有關革蘭氏陰性菌肺炎重症病人使用靜脈型 colistin 時開立負荷劑量 (loading dose) 的必要性研究文獻。這是一個多中心回溯性研究，收錄以靜脈型 colistin 治療革蘭氏陰性菌肺炎之入住加護病房病人。起初有使用負荷劑量組共 85 人，未使用負荷劑量組共 127 人，經過傾向分數配對 (propensity-score matching) 後，兩組各為 67 人，接著比較兩組的死亡率、良好臨床結果 (favorable clinical outcomes) 與微生物清除率 (microbiological eradication)。研究的結論是使用靜脈型 colistin 時開立負荷劑量的好處，包含有較高的良好臨床結果與微生物清除率，且開立負荷劑量組並未有較高的急性腎損傷發生。然而，此研究的革蘭氏陰性菌只收錄 CR-Pseudo、CRAB 與 CRKP，且未對原本即有 renal insufficiency 病人做次分析，負荷劑量對不同腎功能病人的影響尚不清楚，故此研究結果的應用須注意其適用對象。

本期會訊十分感謝三軍總醫院胸腔內科鼎力相助，內容橫跨呼吸道疾病、手術議題以及感染重症。在此代表全體會員表達感謝之意。寫作主編的話之時，正值台海風暴，戰雲密布，也不知道要告訴大家如何趨吉避凶。但是生活仍然要過，所以在炎熱的這個夏季，倒是可以建議大家，有十件夏日雅事可以做：倚風、聽雨、靜坐、乘涼、賞荷、摘紅、吃瓜、喝茶、觀星、看海。敬祝大家暑假快樂！

主編



研討會、繼續教育課程行事曆

日期	名稱	地點
08月13日 (星期六)	睡眠醫學基礎訓練課程(三)北區	臺大醫院國際會議中心 203/205 室
08月13日 (星期六)	睡眠醫學基礎訓練課程(四)南區	高雄晶英行館 28 樓 垂雲廳
08月13日 (星期六)	1st Hypersensitivity Pneumonitis Meeting	W Hotel 8F Great Room + 線上會議
08月13日 08月14日 (星期六、日)	Companions through the lung cancer patient journey (實體 + 線上會議)	台南大員皇冠酒店(實體)+ 線上會議
08月14日 (星期日)	重症醫學專科聯甄課程(北區場)	台大醫學院 502 講堂
08月18日 (星期四)	Model 2 of TSPCCM post ERS virtual masterclass on ILD	線上會議
08月20日 (星期六)	睡眠醫學基礎訓練課程(五)中區	中國醫藥大學英才院區 互助大樓七樓 第一電腦教室
08月20日 (星期六)	線上系列課程 Lung Cancer immunotherapy update	線上會議
08月27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
08月27日 (星期六)	Eosinophil inflammation forum	線上會議
08月27日 08月28日 (星期六、日)	Asia Conversations in Oncology: Navigating NSCLC Patient Journey	高雄萬豪酒店
09月03日 (星期六)	Anti-angiogenesis: Their Value in Lung Cancer Therapy	台中日月千禧酒店 5 樓
09月08日 (星期四)	Model 3 of TSPCCM post ERS virtual masterclass on ILD	線上會議
09月17日 (星期六)	Post ERS Symposium (三地連線 + 線上會議)	北區 - 集思台大會議中心 B1 達文西廳 中區 - 台中福華 16 樓 翡翠廳 南區 - 高雄英迪格酒店 Container 1
09月22日 (星期六)	Model 4 of TSPCCM post ERS virtual masterclass on ILD	線上會議
09月24日 (星期六)	2nd Hypersensitivity Pneumonitis Meeting	高雄萬豪酒店 11 樓 Diana Room + 線上會議

日期	名稱	地點
09 月 24 日 (星期六)	非結核分枝桿菌肺部疾病及慢性肺部 黴菌感染學術研討會	花蓮慈濟醫院感恩樓 2 樓二期講堂
09 月 24 日 (星期六)	呼吸道疾病教育課程 (三) 醫病關係 & 數位媒體	張榮發會議中心
09 月 25 日 (星期日)	Statistic Training Workshop(實體 + 線 上並行)	高雄市蓮潭會館 R401 會議室 + 線上會議
09 月 25 日 (星期日)	重症醫學專科聯甄課程 (中區場)	中國醫藥大學立夫教學大樓 202 教室
10 月 01 日 (星期六)	Precision Medicine Workshop (rare mutation / NGS)	高雄萬豪 10F 皇喜會議室 C
10 月 02 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
10 月 14 日 (星期五)	Airway Chat – How to manage difficult asthma case?	線上會議
11 月 19 日 (星期六)	呼吸道疾病教育課程 (四) 媒體溝通	高雄蓮潭國際會館會議中心 R401 會議室

※ 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
- 新冠肺炎治療趨勢與展望議程
- Potential Novel Therapies of Antifibrotic Agents
- ILD 專題演講
- 睡眠基礎訓練課程

※ 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 111 年下半年北區胸腔暨重症病例討論會 及北中南東遠距連線

日期：111 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 - 台大景福館一樓會議室 或 B1 會議室

中區 - 台中榮總第二醫療大樓 B1 胸腔科會議室

南區 - 高雄長庚醫學大樓六樓第二會議室

東區 - 花蓮慈濟協力樓三樓合心會議室

注意：除了模擬測驗四地連線之外，病例討論會一律在 台大景福館

學分申請：內科學分、本會胸腔學分

日期	活動	地點	主持醫院
09 月 02 日	ERS 暫停一次		
09 月 09 日	中秋節連假暫停一次		
09 月 16 日	胸專考試暫停一次		
09 月 23 日	重症病例討論會	台大景福館一樓會議室	台大醫院
09 月 30 日	X 光模擬測驗及解說 (中國附醫出題，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) 高雄長庚兒童醫院六樓第二會議室 (4) 花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
10 月 07 日	雙十節連假暫停一次		
10 月 14 日	重症病例討論會	台大景福館 B1 會議室	台北榮總
10 月 21 日	X 光病例討論會	台大景福館 B1 會議室	台北榮總
10 月 28 日	X 光模擬測驗及解說 (高醫出題，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) 高雄長庚兒童醫院六樓第二會議室 (4) 花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
11 月 04 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	馬偕醫院
11 月 11 日	重症病例討論會	台大景福館一樓會議室	馬偕醫院
11 月 18 日	APSR 暫停一次		
11 月 25 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) 高雄長庚兒童醫院六樓第二會議室 (4) 花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
12 月 02 日	X 光病例討論會	台大景福館一樓會議室	林口長庚
12 月 09 日	2022 胸重年會暫停一次		
12 月 16 日	重症病例討論會	台大景福館一樓會議室	林口長庚
12 月 23 日	X 光模擬測驗及解說 (林口長庚出題，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) 高雄長庚兒童醫院六樓第二會議室 (4) 花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
12 月 30 日	元旦連假暫停一次		

台灣胸腔暨重症加護醫學會

第十八屆第八次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 111 年 7 月 08 日 (星期五) 19:00

現場地點 - 新竹喜來登西館四樓真理廳 (新竹縣竹北市光明六路東一段 265 號)

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、理事林恒毅、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。
 - (2) 監事長鍾飲文、監事曹昌堯、監事林慶雄、監事陳寧宏、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、秘書張瑜捷。
- 請假人員：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) 假新竹喜來登東館 3 樓舉行 (實體與線上並行)。
- (2) 2022 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨台灣胸腔外科醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會聯合會議暨台灣胸腔暨重症加護醫學會第 18 屆第 3 次會員大會於 12 月 10 日 (星期六) 至 12 月 11 日 (星期日) 假高雄萬豪酒店八樓舉行。
- (3) 第七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 1 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 1 位。
執行進度：已完成審核，並通知。
 - 討論案三：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。
執行進度：已完成審核，並通知。

- 討論案四：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。

執行進度：已於 111 年 06 月 01 日下午 6:18 分完成簽約，成交金額陸仟玖佰萬元整，中華路一段 74 號 4 樓。

(4) 永久會址進度報告。

說明：

【已完成項目】

- 第一筆 111 年 06 月 07 日付款 \$7,490,000(含 1% 服務費)。
- 取得竣工圖。
- 第二筆 111 年 06 月 23 日付款 \$6,900,000、規費 \$156,557。
- 111 年 06 月 23 日匯款由基金戶轉匯 (\$47,000,000) 至活存帳戶 (003417)。

【待完成項目】

- 尾款：\$55,200,000 預計 111 年 07 月 18 日支付。
- 承租方換約日：預計 111 年 07 月 18 日至 111 年 08 月 10 日。
- 預定交屋日：111 年 08 月 10 日。
- 後續事項：
 1. 預計 111 年 08 月 10 日交屋後方可施工 (工期未訂)
 2. 內部裝修：已於小組遴選室內設計師由蘊致設計 - 紀佳欣設計師承接

四、本季健保署來函：

- (1) 111 年 3 月 7 日健保醫字第 1110772161 號，111 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」第 1 次會議。

說明：本會存查並公告。

- (2) 111 年 3 月 8 日健保醫字第 1110051962 號，有關貴會建議新增「胸部電阻抗斷層掃描」診療項目案，附如說明，請查照。

說明：已由健保及醫療政策工作小組於 111 年 03 月 28 日正式回文至健保署。

- (3) 111 年 3 月 14 日健保審字第 1110670056 號，為利本保險研議「可移動式雙腔式支氣管導管」類特材是否修訂給付規定一案，請貴會於 111 年 03 月 28 日惠予提供臨床專業意見，請查照惠復。

說明：已由外科委員會於 111 年 04 月 01 日正式回文至健保署。

- (4) 111 年 3 月 25 日健保審字第 1110052015B 號，檢送美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司建議擴增含 pembrolizumab 成分藥品併用化學治療於第一線治療鱗狀及非鱗狀非小細胞肺癌之資料如附件，請提供專業意見，請查照。

說明：已由肺腫瘤委員會於 111 年 04 月 15 日正式回文至健保署。

- (5) 111 年 3 月 31 日健保醫字第 1110660410 號，檢送本署 111 年 3 月 10 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」111 年第 1 次會議紀錄，詳如說明，請查照。

說明：本會存查並公告。

- (6) 111 年 4 月 1 日健保審字第 1110052819A 號，有關台灣百靈佳股格翰股份有限公司建議擴增含 nintedanib 成分藥品 (如 Ofev) 給付範圍用於治療慢性漸進性纖維化間質性肺病一案，

請貴會於文到後 1 個月內提供意見，俾供參考。

說明：已由間質性肺病及罕見肺疾病委員會於 111 年 04 月 29 日正式回文至健保署。

- (7) 111 年 4 月 11 日健保審字第 1110670278 號，檢送本署 111 年 3 月 24 日召開之「111 年 3 月份特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄一份，如附件，請查照。

說明：本會存查並公告。

- (8) 111 年 5 月 2 日健保醫字第 1110660828 號，有關台灣在宅醫療學會建議「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」呼吸治療人員訪視費應刪除「限訪視呼吸器依賴患者」之條件，請貴會協助於文到 2 周內惠示。

說明：已由呼吸治療委員會於 111 年 05 月 18 日正式回文至健保署。

- (9) 111 年 5 月 11 日健保審字第 1110670518 號，有關本署運用醫療科技再評估方式，建議修訂含 treprostinil 藥品 (如 Remodulin inj.) 之健保給付規定 2.8.2.8. 案，詳如說明，請協助於文到 1 個月內惠復，請查照。

說明：已由肺血管及肺高壓委員會於 111 年 06 月 13 日正式回文至健保署。

- (10) 111 年 5 月 12 日健保審字第 1110670559 號，檢送本署 111 年 4 月 28 日召開之「111 年 4 月份特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄一份，請查照。

說明：本會存查並公告。

- (11) 111 年 5 月 19 日健保醫字第 1110661002 號，有關審計部審查「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」(下稱 COPD 方案)，所提方案修正建議，請貴會惠示專業意見，請查照。

說明：由呼吸道疾病委員會於 111 年 06 月 30 日正式回文至健保署。

- (12) 111 年 6 月 6 日健保審字第 1110670800 號，檢送本署於 111 年 5 月 19 日召開之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第 58 次 (111 年 5 月)」會議紀錄一份，請查照。

說明：本會存查並公告。

五、各委員會以及任務工作小組會議：

- (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 A 棟睡眠中心。

- (2) 重症醫學專科醫師聯合訓練及甄審委員會

- 111 年 06 月 27 日召開「重症部定專科工作小組 111 年度第 1 次會議」，針對衛生福利部醫事司索取資料的討論後，決議由各學會各自準備與確認下述資料，於 08 月底提供輪值單位整合並等待召開第 2 次會議商擬細節。

- A. 甄審原則
- B. 訓練課程基準
- C. 訓練醫院認定基準及相關評核表單
- D. 相關資料或說明於疫情期間，重症醫學專科醫師所扮演之重要角色，或有關防疫工作之具體作為

- (3) 財務委員會

(4) 健保及醫療政策工作小組

- 居家呼吸器給付病歷與品質規範建議，需明訂之載明事項內容與審查原則。
- 侵襲性與非侵襲性呼吸器健保給付調整推動。

(5) 學術委員會

- 111 年 05 月 01 日影像判讀繼續教育訓練課程 (北區台北榮總)，已圓滿結束，共計 85 人完成課程。
- 111 年 07 月 03 日機械通氣繼續教育訓練課程 (中區台中榮總)。
- 111 年 07 月 17 日機械通氣繼續教育訓練課程 (南區高雄長庚)。
- 111 年 08 月 07 日影像判讀繼續教育課程 (南區高雄榮總)。

(6) 公共事務工作小組

- 世界氣喘日媒體衛教活動，於 111 年 04 月 28 日完成世界氣喘日記者會。
- 「疫情與肺功能衛教議題」之專家採訪，於各大新聞網露出。

(7) 教育與出版委員會

- 通訊繼續教育積分，會訊第 41 期，回復人數共 18 人，共 14 人取得；會訊第 42 期，回復人數共 25 人，共 17 人。

(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 06 月 08 日)。
- 目前先以短期目標為主，將原著論文減少至每期兩篇，維持穩定出刊，以便 112 年 3 月向醫策會申請《教學醫院評鑑學術性期刊》，並朝長期目標 (加入 SCI) 努力。同時在不影響申請《教學醫院評鑑學術性期刊》的狀況下，將累積的案例報告存稿分散至各期刊登。
- 為給予指導醫師尊崇待遇，年會、夏季會使用可直接辨識指導醫師身分之識別證 (或織帶)，並提請討論於會員大會授證胸腔暨重症專科醫師證書前，頒發該年度新發之胸腔暨重症專科指導醫師證書 (詳見討論事項二)。

(9) 國際學術交流工作小組

- 學會已於 03 月 31 日與 APSR 簽訂 2022 年至 2024 年 MOU，團體會員人數共計 650 位。
- 學會 2022 年國際醫學學術會議補助，目前 ATS 會議共 6 人申請、ERS 共 2 人申請、ESICM 共 1 人申請，將擇日召開會議進行資格審查。

會議	補助人數	已申請人數	申請時間
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)	12	0	今年已截止申請
ATS 會議 (American Thoracic Society)	35	6	
ASCO 會議 (American Society of Clinical Oncology)	6	0	
WCLC 會議 (World Conference on Lung Cancer)	6	0	
ERS 會議 (European Respiratory Society)	23	2	111.07.04 截止
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)	6	1	111.08.22 截止
APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respirology)	31	0	111.09.17 截止

(10) 呼吸道疾病委員會

- 111 年度下半年度「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」，因 COVID-19 疫情，將課程改為線上方式辦理。

- 111 年 03 月 24 日辦理「Airway TV (I)」，圓滿結束，線上與會人數共 144 人。
- 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」，圓滿結束，現場與會人數共 8 人，線上與會人數共 150 人。
- 111 年 04 月 02 日辦理「Sarcopenia in COPD: A Time for Action」，圓滿結束，現場與會人數共 12 人，線上與會人數共 297 人。
- 111 年 04 月 16 日至 17 日辦理「Airway Detection & Diagnosis Series of Courses」，圓滿結束，線上與會人數共 460 人。
- 111 年 04 月 16 日辦理「台灣氣喘卓越高峰會(雲嘉區)」，圓滿結束，實體與會人數共 8 人。
- 111 年 04 月 24 日辦理「跨科多領域討論會(Multi-Disciplinary Discussion)-北區」，圓滿結束，線上與會人數共 182 人。
- 111 年 05 月 07 日辦理「Pulmonary Rehabilitation Summit」，圓滿結束，線上與會人數共 413 人。
- 111 年 05 月 21 日辦理「跨科多領域討論會(Multi-Disciplinary Discussion)-中區」，圓滿結束，線上與會人數共 195 人。
- 111 年 06 月 04 日辦理「Post ATS Symposium」，圓滿結束，線上與會人數共 302 人。
- 111 年 06 月 11 日辦理「呼吸道疾病教育課程(二)英文演講技巧」，圓滿結束，線上與會人數共 192 人。
- 111 年 06 月 11 日辦理「跨科多領域討論會(Multi-Disciplinary Discussion)-南區」，圓滿結束，線上與會人數共 171 人。
- 111 年 06 月 30 日辦理「Airway TV (II)」，圓滿結束，線上與會人數共 208 人。
- 預計於 111 年 07 月 30 日辦理「台灣支氣管擴張症臨床共識推廣教育課程(三地連線+線上會議)」。
- 預計於 111 年 08 月 27 日辦理「Eosinophil inflammation forum」。
- 預計於 111 年 09 月 17 日辦理「Post ERS Symposium」。
- 預計於 111 年 09 月 24 日辦理「呼吸道疾病教育課程(三)：醫病關係」。
- 預計於 111 年 11 月 19 日辦理「呼吸道疾病教育課程(四)：媒體溝通」。
- 編修「2022 台灣成人氣喘臨床照護指引」，持續進行中。
- 編修「2022 肺復原實務指引」，持續進行中。
- 編修「奔跑吧！小肺」，持續進行中。
- 編修「有氧走遍天下」，持續進行中。

(11) 肺腫瘤委員會

本季主辦活動實體與線上會議共 2 場、線上會議 11 場。

- 111 年 04 月 09 日辦理「EGFR Target therapy workshop」，圓滿結束，實體與線上併行與會人數共計 230 人。
- 111 年 04 月 15 日辦理「Lung Cancer Treatment 個案討論」，圓滿結束，線上與會人數

共計 187 人。

- 111 年 04 月 16 日辦理「Targeting MET in NSCLC Treatment for the Real World」，圓滿結束，實體與線上併行與會人數共計 220 人。
- 111 年 04 月 20 日辦理「Rare Mutation Lung Cancer MET case discussion」，圓滿結束，線上與會人數共計 275 人。
- 111 年 04 月 26 日辦理「Locally Advanced Lung Cancer Workshop」，圓滿結束，線上與會人數共計 245 人。
- 111 年 05 月 03 日辦理「2022 Locally Advanced Lung Cancer Workshop」，圓滿結束，線上與會人數共計 247 人。
- 111 年 05 月 07 日辦理「ROS1 NSCLC workshop」，圓滿結束，線上與會人數共計 200 人。
- 111 年 05 月 14 日辦理「The era of novel agents」，圓滿結束，線上與會人數共計 348 人。
- 111 年 05 月 22 日辦理「肺腫瘤核心課程」，圓滿結束，線上與會人數共計 409 人。
- 111 年 05 月 24 日辦理「Meet the KEY Experts meeting」，圓滿結束，線上與會人數共計 279 人。
- 111 年 05 月 28 日辦理「Cancer rare mutation workshop focus on Kras G12C mutation」，圓滿結束，線上與會人數共計 578 人。
- 111 年 06 月 18 日辦理「Immunotherapy Workshop」，圓滿結束，線上與會人數共計 233 人。
- 111 年 06 月 22 日辦理「Rare Mutation Lung Cancer: ALK & BRAF-case discussion」，圓滿結束，線上與會人數共計 237 人。
- 委員會工作坊執行進度
 - ◆ 肺癌治療共識編撰中：目前四個主題，已經完成三個（小細胞肺癌、非鱗狀細胞癌有驅動基因、非鱗狀細胞癌無驅動基因），將於七月完成第四個（鱗狀細胞癌）。
 - ◆ 撰寫肺癌病患 Paxilovid 與口服抗癌藥物用藥建議：感謝涂智彥委員以及蔡鎮良委員的協助編撰。
 - ◆ 肺癌相關課程及演講，已經放置網上，供學員隨時觀看學習。目前最新已更新至 111 年 05 月 22 日「肺腫瘤核心課程」，後續將持續更新上線。
 - ◆ ROS1 fusion-positive 病人登錄計畫：將於近期提供各參加醫院 IRB 範本，進行 IRB 申請，相關費用（IRB 申請、病例資料登錄費）將比照 IASLC TNM staging 第九版，請各位踴躍參與。。

(12) 睡眠醫學委員會

- 預計辦理 11 場「睡眠醫學基礎訓練課程」，第一場將於 111 年 07 月 16 日辦理，後續陸續規劃中。
- 「睡眠與心血管健康專家共識」，持續進行中。
- 編撰「阻塞性睡眠呼吸中止陽壓呼吸器治療臨床手冊」，持續進行中。

(13) 重症醫學委員會

- 111 年 07 月 12 日將於台中長榮桂冠酒店辦理「生物指標在重症病患的臨床應用 - 實體暨線上研討會」。

- 預計承辦下述聯甄認證課程。
 - A. 111 年 08 月 14 日，重症醫學專科聯甄課程（北區場）。
 - B. 111 年 08 月 27 日，111 年東區重症聯甄課程。
 - C. 111 年 10 月 02 日，重症醫學專科聯甄課程（南區場）。
 - D. 日期擬訂中，重症醫學專科聯甄課程（中區場）。

(14) 間質性肺病及罕見疾病委員會

- 預計於 111 年 07 月 16 日辦理「6th Japan-Taiwan IPF/ILD Case Discussion Meeting」。
- 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 Disease I。
 - C. 111 年 09 月 08 日，Model 3: Specific Disease II。
 - D. 111 年 09 月 22 日，Model 4: Specific Diseases III & Advanced Imaging Approach to ILD。
- 預計 111 年舉辦「《TSPCCM》Hypersensitivity Pneumonitis Summit」系列會議，共計三場。
 - A. 111 年 08 月 13 日，1st Hypersensitivity Pneumonitis Meeting。
 - B. 111 年 09 月 24 日，2nd Hypersensitivity Pneumonitis Meeting。
 - C. 3rd Hypersensitivity Pneumonitis Meeting 會議日期協調中。
- 預計於 111 年 11 月 05 日辦理「Potential Novel Therapies of Antifibrotic Agents」。

(15) 肺感染及結核病委員會

- 111 年 06 月 18 日舉辦「非結核分枝桿菌肺部疾病和慢性肺部麴菌感染：三部曲」已圓滿結束，線上與會人數共計 160 人。
- 預計 111 年 09 月 24 日舉辦 NTM 課程。
- NTM 病例分享專書與 NTM 跨院研究平台進度討論。

(16) 肺部介入委員會

- 預計於 111 年 11 月 12 日辦理「2022 Interventional Pulmonology Forum」。
- 規劃「支氣管內視鏡技術師教育訓練」。
- 有關「支氣管內視鏡超音波專業認證」申請內，「提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章」之修訂。
- 規劃申請新技術給付。

(17) 肺部環境及職業醫學委員會

- 內政部消防署於 04 月 28 日召開「消防人員勤務所致單次、立即性之肺部傷害補助認定標準研商會議」，由蘇一峰醫師代表學會出席會議。
- 衛生福利部國民健康署於 06 月 02 日召開「戒菸服務用藥原則」研修會議，由傅彬貴醫師代表學會出席會議。
- 勞動部為建置職業病鑑定專家名冊，來函請學會推薦專家名單，推薦名單：王金洲主任、郭耀昌醫師、陳啟信主任、蘇一峰醫師。

(18) 呼吸治療委員會

- 111 年 04 月 23 日舉辦「High Flow Oxygen Therapy Hybrid Meeting」已圓滿結束，實體與線上與會人數共計 413 人。
- 健保署於 111 年 03 月 24 日召開「111 年 3 月特材專家諮詢會議」學會由郭耀文醫師代表出席。
- 健保署於 111 年 05 月 19 日召開「111 年 5 月特材專家諮詢會議」學會由郭耀文醫師代表出席。

(19) 肺血管及肺高壓委員會

- 健保署來函「有關本署運用醫療科技再評估方式，建議修訂含 treprostinil 藥品 (如 Remodulin inj.) 之健保給付規定 2.8.2.8. 案」，回覆建議。

(20) 青年工作小組

- 111 年 06 月 19 日辦理「STATISTICS TRAINING WORKSHOP」已圓滿結束，實體與線上與會人數共計 172 人。
- 夏季會演講主題出國進修經驗分享座談。
- 預計 111 年 09 月 25 日舉辦一場統計課程。

(21) 外科委員會

(22) 景福館四地 X 光教學連線

- 111 上半年度討論會與模擬測驗，因 COVID-19 影響，04 月底後之重症病例討論會與 X 光模擬測驗，採線上方式辦理，皆已圓滿結束。
- 111 下半年度討論會與模擬測驗已規劃完成。

貳、討論事項：

一、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 3 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	賴○君	1411	講師	1234	102/12/7	2776	103/12/21	陽大 附醫	胸腔醫學雜誌原著論文 / Clinical Application of High Flow Cannula Therapy for Patients with Blunt Chest Injury: a prospective study
2	一般 會員	陳○宇	1679	講師	1501	109/12/12	3407	110/12/25	台大 新竹	胸腔醫學雜誌原著論文 / Change in End-Expiratory Lung Volume in Response to PEEP Adjustment and Extubation Outcome among Mechanically Ventilated Patients
3	一般 會員	蕭○函	1422	講師	1245	102/12/7	2784	103/12/21	台北 榮總	胸腔醫學雜誌原著論文 / Clinical Application of High Flow Cannula Therapy for Patients with Blunt Chest Injury: a prospective study

※ 結論：照案通過。

二、提請討論修訂「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計劃綱要」第肆條第一項(專科指導醫師)。

說明：原辦法未說明原著學術論文使用相關規範，為保護會員權益提請增修「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計劃綱要」第肆條第一項，詳細條文如下表，完整章程請詳見。

	修改前	修改後
第肆條 第一項	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 <u>correspondent</u> 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：	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」雜誌以第一作者或通訊作者發表一篇原著學術論文(每篇原著學術論文以一位申請者為限)，並須具備以下條件之一，以取得胸腔專科指導醫師資格：

三、提請討論頒發胸腔暨重症專科指導醫師證書

說明：為肯定指導醫師之重要性，胸腔醫學編輯委員會提請討論於會員大會授證胸腔暨重症專科醫師證書前頒發該年度新發之胸腔暨重症專科指導醫師證書。

※ 結論：照案通過。

四、提請討論增修《台灣胸腔暨重症加護醫學會文案編修制度辦法》。

說明：為增加胸腔醫學原著論文稿源，胸腔醫學編輯委員會提請討論新增《台灣胸腔暨重症加護醫學會文案編修制度辦法》第三章第六節第二條：投稿胸腔醫學原著論文完稿並刊登者，第一作者可得新台幣參萬元的稿費（若有共同作者則均分稿費）。

	修改前	修改後
第肆條 第一項		投稿胸腔醫學原著論文完稿並刊登者，第一作者可得新台幣參萬元的稿費（若有共同作者則均分稿費）

※ **結論：**照案通過。

五、提請討論調整「胸腔醫學雜誌優秀論文獎」之獎金。

說明：

(1) 102年06月07日第15屆第7次理、監事聯席會會議決議，由「胸腔醫學雜誌編輯委員會」評選投稿至胸腔醫學雜誌原著論文優秀論文獎前三名，維持頒予第1名新台幣5萬，第2名新台幣3萬，第3名新台幣2萬元獎金。

(2) 111年06月10日第18屆第2次胸腔醫學編輯委員會為增加稿源，提請學術委員會討論增加獎金，並於111年06月27日第18屆第6次會議決議將第二名獎金提高至四萬元、第三名獎金提高至三萬元，第一名則維持不變。

※ **結論：**照案通過。

參、臨時動議

一、提請討論延後胸專考試報名時間。

說明：因各家訓練醫院受訓時間至7月31日止，擬請延後報考時間至8月初。

※ **結論：**照案通過，由秘書處擬定時程，由112年度開始實施。

二、提請討論提撥基金戶轉匯(\$47,000,000)至活存帳戶(003417)。

說明：購買會址需備款款項，故提撥基金戶款項。

※ **結論：**照案通過。

三、提議公開表揚榮譽理事長。

說明：感謝歷任理事長，藉由年會來表揚。

※ **結論：**照案通過。

肆、散會

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：111 年 6 月 29 日 (星期三) 下午 6:30 分

地點：Google Meet 會議，視訊通話連結：<https://meet.google.com/rry-oqhg-fgy>

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、高國晉委員、
陽光耀委員、蔡忠榮委員、林慶雄委員

列席人員：秘書長簡榮彥、副秘書長郭耀文、副秘書長馮嘉毅、秘書劉軒吟

一、主席報告

二、副主委工作報告

三、會議議程

1. 居家呼吸器給付病歷與品質規範建議，建議需明訂之載明事項內容與審查原則

說明：

A. 脫離呼吸器不是重點，因為在居家沒有醫療人員可以協助監控的情況下脫離過於危險。

B. SOAP：

(1) S：第一次新收案應描述主要造成呼吸衰竭、無法脫離呼吸器原因與重要的共病。

(2) O：描述呼吸型態、呼吸音與其他重點共病相關的理學檢查與觀察。

(3) A：與 S 有關的重要診斷。

(4) P：延續上述內容提出適度的醫療建議與衛教。

C. 醫療品質建議：

(1) 醫療診斷之正確性，呼吸衰竭之病因應該是第一及二階的品質。

(2) 第四階應該是訪視時，病患病情變化的診斷及家屬照顧上的問題，對其醫療處置建議的合宜性。

(3) 這應該也可由陳志強醫師建議的 SOAP 中做審核。

結論：建議以 97 年公佈的 IDS 法源為基礎，請居家呼吸器給付病歷規定小組以表格化、制式化、條列化的原則，建立居家呼吸器給付病歷與品質規範的建議格式，於下次會議提出並與委員共同審視，再由各分區病歷審查負責人推廣。高屏區的居家呼吸器核刪比例較高，是需要特別溝通的地區。

2. 侵襲性與非侵襲性呼吸器健保給付調整推動

說明：相關健保支付項目介紹，於胸重醫學會內成立工作小組，成員包含醫學中心與區域醫院的呼吸治療科主任與相關專家，健保給付調整推動調整。目前給付條件如下：

	診療項目	支付點數
57001B	侵襲性呼吸輔助器使用費一天 Pressure/Volume control respirator, day	1800
57004C	氧氣吸入使用費 Oxygen inhalation 一天	360
57007C	濕氣吸入治療 Humidity inhalation	115
57009B	甦醒器使用 (天) Resusitator (day)	85
57023B	非侵襲性陽壓呼吸治療一天 Non-invasive positive pressure (day) (如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)	900
47041C	呼吸道抽吸 (次) Suction (time)	30
47042C	呼吸道抽吸 (天) Suction (day)	218
57030B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy 第一日照護費 (含管路特材) First time	6000
57031B	第二天後照護費 (天) Daily care	1937

經計算後，合理調整的侵襲性呼吸輔助器使用費一天初估約為 4000 點，非侵襲性呼吸輔助器使用費一天初估約為 2000 點。

結論：於胸重學會內成立工作小組（應包含各層級醫院的相關專家），會同其他相關學會（如重症醫學會），一起形成醫界共識，再與政府單位與健保署進行溝通與爭取給付調整。學會也應努力增加胸腔與重症相關的自費項目，為會員爭取福利。

四、臨時動議

五、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 學術委員會會議紀錄

日期：111 年 6 月 27 日 (星期一) 晚間 6:30 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：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 (陽光耀教授代表)、黃伊文副院長、鄭世隆主任、許超群主任

列席人員：王鶴健理事長、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、秘書張瑜倜

壹、主席報告：

貳、討論事項：

(一) 2022 年會議程進度報告，請參閱如附件一

結論：請各委員尚未回覆題目請於 7/15 回復給秘書處，12/11(日) 於萬享宴會廳 E，建議安排年輕醫師擂台賽，建議由青年工作小組進一步討論。

(二) 2022 年會學分給予方式

結論：依實體與線上方式進行。

(1) 實體會議，持身分證至大會櫃台報到

(2) 線上會議，須兩日皆完成簽到 / 退

● 12/10(sat.) [簽到] 08:00-10:00 [簽退] 16:00-18:30

● 12/11(sun.) [簽到] 07:00-10:00 [簽退] 11:30-13:30

(三) 2022 年會投稿規劃：

說明：【優秀學術論文獎】、【Junior Research Award- 年輕醫師研究潛力獎】、【Young Investigator Award】辦法，如附件二。

(1) 優秀學術論文獎 - 海報競賽評選 (Post)

說明：海報競賽評選 論文評選委員評選 5 篇是否改為評選 6 篇 (每組優選二篇)

結論：同意，改為分類三大組別，每組優選二篇。

(2) 8/1 至 10/31 投稿公告，初選委員名單

說明：優秀學術論文初選委員名單

結論：由學術委員會委員共同擔任，將依照當年度投稿類別進行分組安排。

(3) Young Investigator Award

說明：辦法說明，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 篇發表於國內外優秀原著學術論

文，並於 2022 胸重年會頒發 Young Investigator Award

結論：同意修改為發表於國內、外優秀原著學術論文，由學術委員會全體委員共同評選，每位選出五篇優選（給分方式 5.4.3.2.1）。

- (4) 為鼓勵會員投稿增加原著論文稿源，提請討論是否增加《胸腔醫學雜誌優秀論文獎》之獎金

說明：原訂獎金為第一名 5 萬、第二名 3 萬、第三名 2 萬

結論：同意修改為第一名 5 萬、第二名 4 萬、第三名 3 萬，並於理監事會議報告決議。

參、臨時動議

請委員預留時間，評審評分時間：11/04-11/11 下次會議時間，111 年 11 月 14 日（一）06:30

肆、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 胸腔醫學編輯委員會會議紀錄

日期：111年6月10日(星期五)晚間 18:30~20:00

地點：線上會議

主席：胸腔醫學編輯委員會 召集人 李岡遠教授

出席委員：李岡遠教授、施金元教授、張基晟教授、陽光耀教授、黃崇旂教授、鍾啟禮教授

列席人員：王鶴健理事長、秘書長簡榮彥醫師、副秘書長吳尚俊醫師、秘書施詠瑩

壹、報告事項：

(一) 各訓練單位投稿配額與實際投稿數量

說明：截至 111 年 06 月 08 日，今年原著論文投稿共計 8 篇，投稿作者所屬單位分別為義大醫院胸腔內科兩篇；成大醫院胸腔內科、秀傳醫院胸腔內科、林口長庚胸腔內科、彰化基督教醫院胸腔內科、台大雲林醫院胸腔內科、臺大醫院胸腔外科各一篇。

(二) 五年內投稿狀況

說明：(1) 近四年稿件投稿狀況請查

(2) 截至 111 年 06 月 08 日

- 完稿待出刊(含 37 卷第 1 期)：original article 3 篇、case report 58 篇。
- 未完稿之稿件：original article 8 篇、case report 22 篇。
- 等待指派審查委員：case report 3 篇。

貳、討論事項：

(一) 提案討論調整出刊原著論文 / 案例報告比例

說明：

(1) 先前將目標放在符合 PubMed 及 SCI 的 Online 條件

- 8 篇 original article / 期。
- 1 -2 篇 case report / 期。
- 另外可以有 invited review article。

(2) 教學醫院評鑑學術性期刊認定標準 (107 年因原著論文篇數不足審查未通過)

- 近三年出刊之週期固定且頻率至少為半年刊，並出滿應出期數。若為非出版週期之專刊或特刊(以下簡稱專刊)，應一併送審。
- 以季刊發行之期刊延誤出刊時間不得逾一期；以半年刊發行之期刊不得逾 3 個月。
- 近三年每期經匿名審查且刊登之學術論文篇數至少 4 篇，且其中至少 2 篇為 original article。
- 本認定標準係以審查「研究」性質為主之醫學科學期刊，而非「教育」性質，如：衛教照護之病例報告或經驗分享。
- 審查以「醫師(西、中、牙醫師)」發表為主之期刊，係指醫師為第一作者、通

訊作者或共同作者所發表的篇數，佔總發表論文（包含 original article、review article、case report、image、letter to editor、editorial）之比例應達 50%（含）以上，且小數點後第一位無條件捨去。

(3) 五年內出刊比例（原著論文 OA、病例報告 CR）

- 2017 年：32-1 (OA_x2, CR_x6)、32-2 (OA_x1, CR_x6)、32-3 ~ 32-6 (OA_x1, CR_x5)。
- 2018 年：33-1 ~ 33-6 (OA_x1, CR_x5)。
- 2019 年：34-1 ~ 34-6 (OA_x1, CR_x5)。
- 2020 年：35-1 ~ 35-2 (OA_x4, CR_x2)、35-3 ~ 35-4 (OA_x4, CR_x4)。
- 2021 年：36-1 ~ 36-4 (OA_x4, CR_x4)。

(4) 目前胸腔醫學雜誌為季刊，即每年 3、6、9、12 月出刊，並每刊含 4 篇原著論文、4 篇病例報告。但因原著論文不足，今年 3 月刊至今尚未出刊。故提請討論：

- 是否先以向醫策會申請《教學醫院評鑑學術性期刊》為目標，將胸腔醫學收錄的原著論文減少至兩篇，維持穩定出刊？
- 由於目前不含其他審查、修改、編修中的部分，待刊登病例報告共 58 篇，是否於年終以病例報告特刊的方式，刊登上一年度未刊出稿件？

※ 結論：同意以申請《教學醫院評鑑學術性期刊》為目標，將原著論文減少至兩篇，維持穩定出刊。請秘書處向相關審查單位確定對案例報告的數量限制，若案例報告則沒有限制，則可將多的案例報告分散至各期刊出。

秘書處於會後 (2022/06/16) 致電醫策會確認「教學醫院評鑑學術性期刊認定」對案例報告篇數並無要求與限制。

(二) 關於增加原著論文之稿源

說明：目前執行方式如下：

- (1) 第一作者為本會會員，可參加優秀論文審查，獎金為 5、3、2 萬。
- (2) 會員報考胸專醫師時，投稿一篇原著論文可加 5 分萬。
- (3) 可申請胸專指導醫師資格。
- (4) 各訓練單位依準會員人數分配投稿配額。

※ 結論：經過討論以後做出以下決議：

1. 於理監事會議中提案討論新增《台灣胸腔暨重症加護醫學會文案編修制度辦法》第三章第六節第二條：投稿胸腔醫學原著論文完稿並刊登者，第一作者可得新台幣參萬元的稿費（若有共同作者則均分稿費）。
2. 於學術委員會會議中提案討論增加胸腔醫學雜誌優秀將之獎金（原為 5、3、2 萬）。2022/06/27 召開的學術委員會會議中通過將獎金提升至 5、4、3 萬。
3. 年會、夏季會的識別證 / 織帶可直接辨識指導醫師身分，給予指導醫師尊崇待遇，並於會員大會胸腔暨重症專科醫師證書授證前頒發該年度新發之胸腔暨重症專科指導醫師證書。

參、臨時動議：無

肆、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 睡眠醫學委員會會議紀錄

日期：民國 111 年 06 月 29 日（星期三）晚間 18:30

地點：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、莊立邦醫師、林倬漢醫師、陳奕仁主任、蔡明儒主任、蘇茂昌主任、李佩玲主任、劉景隆醫師、杭良文主任、彭忠衍主任

列席人員：副秘書長王誠一主任、秘書張家榕

壹、討論事項

（一）阻塞性睡眠呼吸中止陽壓呼吸器治療臨床手冊

結論：

1. 此本手冊閱覽定位對象為胸腔科年輕醫師，以中文版學術性型態撰寫，須具備參考資料來源。
2. 手冊文稿繳交進度預定 7 月份交稿彙整編輯（以雲端連結方式供委員們上傳稿件），8 月份進行會議報告，9 月至 10 月份排版製稿。
3. 暫定撰寫頁數為每位委員 5 頁（含參考資料來源），將由劉景隆委員提供初步稿件供編輯委員參考。
4. 經費來源：台灣瑞思邁。
5. 手冊內容規劃（題目訂定為參考，可於撰寫時增減）：
 - (1) 何謂成人阻塞性睡眠呼吸中止？
 - A. 阻塞性呼吸中止的評估和診斷：診斷部分臨床上區分居家檢測與 Lab 檢測，建議加入其缺點。（撰寫委員：邱國樑委員）
 - B. 阻塞性呼吸中止的共病狀況（撰寫委員：邱國樑委員）。
 - C. 阻塞性呼吸中止的治療選擇（撰寫委員：陳奕仁委員）。
 - (2) 陽壓呼吸器治療阻塞性睡眠呼吸中止通論？
 - A. 陽壓呼吸的作用機制（撰寫委員：周昆達委員）。
 - B. 陽壓呼吸的適應症（撰寫委員：周昆達委員）。
 - C. 陽壓呼吸的模式（撰寫委員：莊立邦委員）。
 - D. 陽壓呼吸的舒適設計（撰寫委員：劉景隆委員）。
 - E. 陽壓呼吸的介面（撰寫委員：張開明委員）。
 - F. 陽壓呼吸治療的好處（撰寫委員：蘇茂昌委員、蔡明儒委員）。
 - G. 陽壓呼吸治療的負作用（撰寫委員：周昆達委員）。
 - H. 陽壓呼吸的醫從性（撰寫委員：林倬漢委員）。

- (3) 陽壓呼吸滴定 (撰寫委員：杭良文委員)
 - A. 在院手動陽壓呼吸滴定。
 - B. 居家自動陽壓呼吸與在院陽壓呼吸滴定比較。
- (4) 對於阻塞性睡眠呼吸中止施以陽壓呼吸器臨床治療流程與注意事項 (撰寫委員：彭忠衍委員)
 - A. 起始陽壓呼吸治療。
 - B. 陽壓呼吸治療期間。
 - C. 陽壓呼吸治療困難排除。
- (5) 肥胖低通氣症候群的陽壓呼吸治療 (撰寫委員：李佩玲委員)
 - A. 肥胖低通氣症候群的評估和診斷。
 - B. 肥胖低通氣症候群的陽壓呼吸治療 - 單相陽壓呼吸器或非侵入型呼吸器。
- (6) 陽壓呼吸治療在世界各國與台灣的現況
 - A. 他國現況 (撰寫委員：陳濤宏委員)。
 - B. 臺灣現況 (撰寫委員：劉景隆委員)。
- (7) 臨床處置總結 (撰寫委員：邱國樑委員)
- (8) 新增「新冠肺炎期間如何消毒呼吸器」

(二) 睡眠基礎訓練課程籌備規劃

結論：

1. 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。
2. 課程設計以 Basic Course 為主，依籌備委員而細部微調。
3. 場次規劃如下：
 - (1) 2022 年 07 月 16 日，莊立邦委員籌備
 - (2) 2022 年 08 月 06 日，張開明委員籌備
 - (3) 2022 年 08 月 13 日，李佩玲委員籌
 - (4) 2022 年 08 月 13 日，蔡明儒委員籌備
 - (5) 2022 年 08 月 20 日，杭良文委員籌備
 - (6) 2022 年 09 月 03 日，林倬漢委員籌備
 - (7) 2022 年 09 月 17 日，蘇茂昌委員籌備
 - (8) 2022 年 10 月 29 日，周昆達委員籌備
 - (9) 2022 年 12 月 17 日，林嘉謨委員籌備
 - (10) 日期待定，陳奕仁委員籌備
 - (11) 日期待定，劉景隆委員籌備

貳、臨時動議

(一) 2022 夏季會講師規劃

結論：

1. 講題一：方向為 IPF 與睡眠之關係，邀請傅彬貴醫師擔任講師。首次邀請非睡眠醫師擔任講師，提升參與度。

2. 講題二：方向為 COPD 與 OSA 之關係，邀請莊立邦醫師擔任講師。

(二) 2022 年會講師規劃

結論：

1. 講題一：方向為 Endotype and Phenotype of OSA，邀請 Prof. Andrew Wellman 擔任講師。
2. 講題二：方向為 The oral appliance in OSA，邀請 Prof. Peter Cistulli 擔任講師。

參、散會

胸腔暨重症案例

提供：張山岳 醫師 三軍總醫院 胸腔內科

[Case]

A 37-year-old married Indian gentleman denied any underlying disease in the past. He was a never smoker and worked as an engineer in Taiwan for 3 years. He complained productive cough with sputum and progressive shortness of breath for about 2 months. He also lost body weight about 5kg without fever or hemoptysis during this period. CXR revealed reticular nodular pattern and interstitial thickening, and prominent hilar shadows over bilateral lung fields (Figure 1). Chest computed tomography (CT) scan disclosed multiple nodular and centrilobular opacities in both lungs with peribronchial thickening accompanied with some enlarged nodes in bilateral mediastinum (Figure 2).

The laboratory tests showed negative results for *Aspergillus* galactomannan antigen, sputum culture, rheumatoid factor, ANA, cryptococcus antigen except LDH 198 U/L (140-271) and IgG-4 130.10 mg/dL (3.92-86.40). He received VATS with lung biopsy for tissue proof.

	Result	Reference
ANA	negative	
Rheumatoid factor	< 10 IU/ml	< 14
C3	151.2 mg/dL	87-200
C4	58.9 mg/dL	18-52
IgG-4	130.10 mg/dL	3.92-86.40
LDH	198 U/L	140-271
Cryptococcus antigen	negative	
<i>Aspergillus</i> antigen	Negative (0.10)	< 0.5
SARS-CoV-2 PCR	Negative	

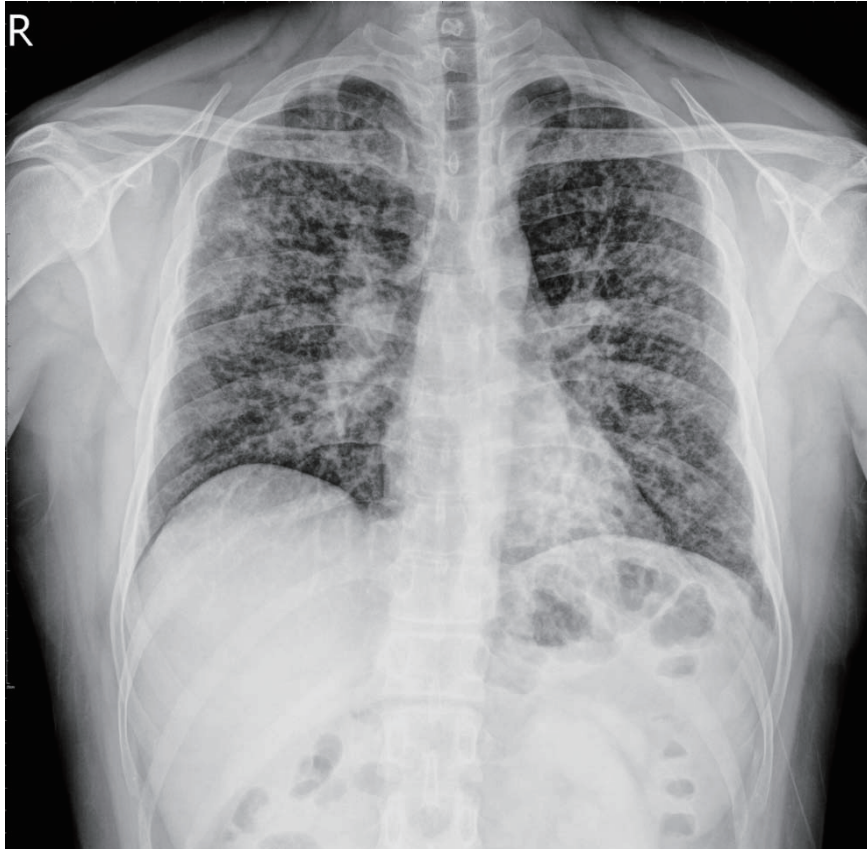


Figure 1. Reticular nodular pattern and interstitial thickening, and prominent hilar shadows.

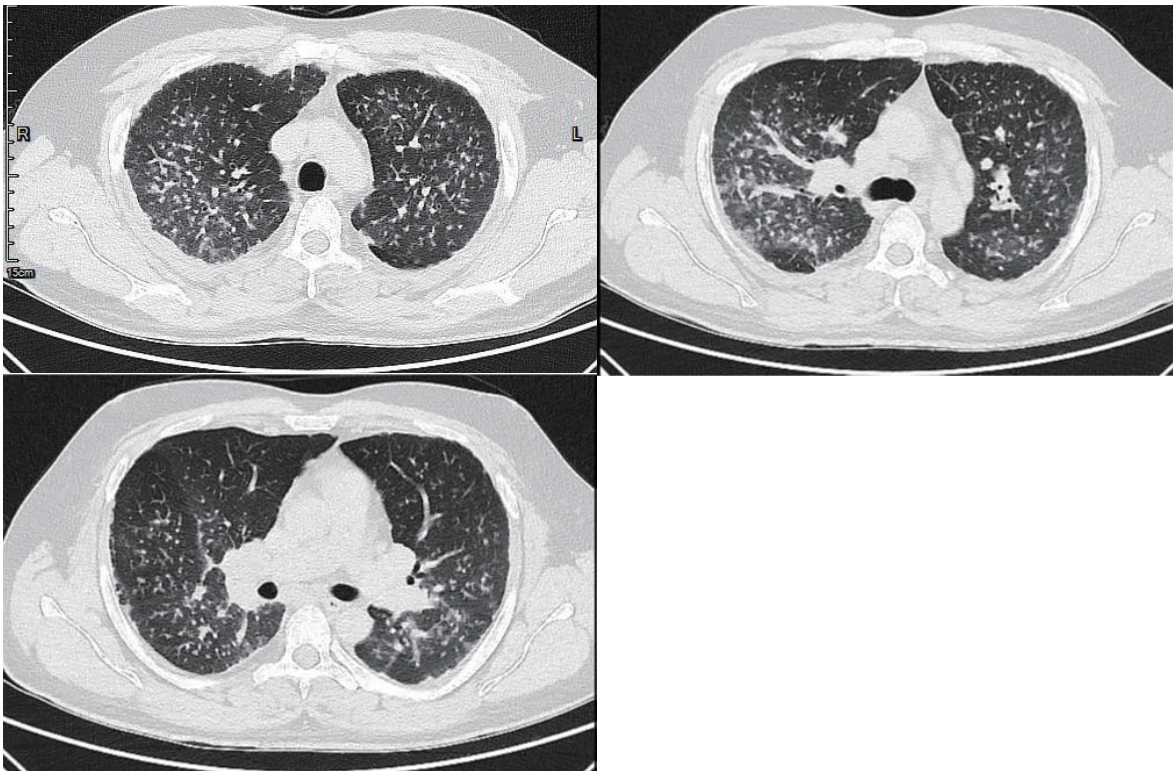


Figure 2. (a). Multiple nodular and centrilobular opacities in both lungs with peribronchial thickening
 (b). Some enlarged nodes in bilateral mediastinum and hilar region.

醫學新知 I

Albuterol-budesonide 定量複方緩解型吸入藥物氣喘急性發作之角色

摘自：N Engl J Med. 2022 Jun 2; 386(22): 2071-2083.

編譯：吳俊漢 醫師 三軍總醫院 胸腔內科

背景：

隨著氣喘症狀惡化，病人經常依靠短效乙二型交感神經刺激劑（short-acting β 2-agonist, SABA）來緩解症狀，但是 SABA 無法解決氣道發炎加劇之問題，反而讓病人陷於嚴重氣喘急性惡化的風險之中。若與單獨使用 albuterol 相比，使用定量複方藥物 albuterol-budesonide 作為緩解藥物或許可以降低嚴重氣喘急性惡化的風險。

方法：

作者進行一項多國隨機雙盲事件驅動的第三期臨床試驗，針對中重度且未受控制的氣喘病人，評估 albuterol-budesonide 與 albuterol 作為緩解藥物的療效及安全性。整個試驗期間，病人仍持續使用控制型吸入性類固醇。成人和青少年（12 歲以上）以 1:1:1 的比例隨機分配到三個試驗組：第一組高劑量定量複方藥物包含 180 微克 albuterol 和 160 微克 budesonide（每個劑量需吸入兩次 90 微克 albuterol 和 80 微克 budesonide）；第二組低劑量定量複方藥物包含 180 微克 albuterol 和 80 微克 budesonide（每個劑量需吸入兩次 90 微克 albuterol 和 40 微克 budesonide）；或第三組藥物 180 微克 albuterol（每個劑量需吸入兩次 90 微克 albuterol）。作者將 4 至 11 歲的兒童隨機分配到低劑量定量複方藥物組或 albuterol 組。本篇主要療效指標是針對第一次發生嚴重氣喘急性惡化歷經時間之分析。

結果：

依據本次研究結果，在總計 3132 名病人隨機分組中，其中 97% 的患者年齡在 12 歲以上。若與 albuterol 組相比，高劑量定量複方藥物組發生嚴重氣喘急性惡化的風險明顯降低 26% (hazard ratio, 0.74; 95% confidence interval [CI], 0.62 to 0.89; P = 0.001)。而與 albuterol 組相比，低劑量定量複方藥物組的 hazard ratio 為 0.84 (95% CI, 0.71 to 1.00; P = 0.052)。三個試驗組的不良事件發生率相似。

結論：

試驗裡這群未受控制的中重度氣喘病人，維持各式各樣控制型吸入性類固醇。若與單獨使用 albuterol 相比，使用 180 微克 albuterol 和 160 微克 budesonide 定量複方緩解型吸入性藥物針對嚴重氣喘急性惡化的風險是明顯降低的。

〔編譯者評論〕

雖然 SABA 能夠迅速緩解症狀，但是 SABA 無法改善氣道發炎的情形。過度頻繁使用 SABA 不僅可能增加急性惡化的風險，而且是氣喘控制不佳的指標。氣喘急性發作經常不可預測，輕度至重度的氣喘病人都可能發生嚴重的急性發作，甚至產生致命性的重積性氣喘（status asthmatics）。筆者曾於離島診治一位 20 多歲重積性氣喘的軍人，該員平時藥物只有需要時使用的 Berotec，緊急插管並接上呼吸器後，血中二氧化碳濃度仍居高不下，立即後送返台接受葉克膜治療。氣喘病況變化倏忽，如何有效控制氣喘急性發作，是個刻不容緩的議題。

在 SYGMA 1 研究（Paul M O'Byrne, et al, 2018）中，和 formoterol (6 μ g) 相比，使用 budesonide (200 μ g) / formoterol (6 μ g) 複方緩解型吸入性藥物能造成嚴重氣喘急性惡化的機率下降 64%。另外在 Best 研究（Alberto Papi, et al., 2007）也說明共用 beclomethasone (250 μ g) / albuterol (100 μ g) 緩解型吸入性藥物，較 albuterol (100 μ g) 能減少氣喘急性發作。GINA guideline 自 2019 年起，將 ICS-formoterol 提升至首選緩解藥物，加強吸入性類固醇在氣喘控制的重要性。

本篇 MANDALA 研究顯示，使用高劑量 albuterol-budesonide 相較於 albuterol 能降低 26% 發生嚴重氣喘急性惡化的風險。每年發生嚴重氣喘急性惡化在各組的比率分別為 0.43（高劑量 albuterol-budesonide 組）、0.48（低劑量 albuterol-budesonide 組）、0.58（albuterol 組，不包含兒童）及 0.60（albuterol 組，包含兒童）。三組平均每日使用緩解藥物的次數為 1.3 至 1.4 次。肺功能表現上，Pre-bronchodilator FEV1 於第 12 和 24 週改善情況為：高劑量 albuterol-budesonide 組分別為 161.6 (123.4-199.8) mL 和 134.3 (94.7-173.9) mL；低劑量 albuterol-budesonide 組分別為 137.2 (99.4-175.0) mL 和 127.7 (88.5-166.9) mL；albuterol 組分別為 69.1 (39.7-98.6) mL 和 60.3 (27.8-92.8) mL。

目前我國只有 ICS-formoterol 及 albuterol alone 之吸入性藥物，尚無本篇研究所提及 ICS-albuterol 的吸入性藥物，未來有此類藥物或許可以嘉惠某類氣喘病人。另外，未來是否有 ICS-formoterol 和 ICS-albuterol 正面交鋒的研究，更是令人期待。

Albuterol-Budesonide Fixed-Dose Combination Rescue Inhaler for Asthma

N Engl J Med. 2022 Jun 2; 386(22): 2071-2083.

Papi A, Chipps BE, Beasley R, *et al.*

Abstract

Background:

As asthma symptoms worsen, patients typically rely on short-acting β_2 -agonist (SABA) rescue therapy, but SABAs do not address worsening inflammation, which leaves patients at risk for severe asthma exacerbations. The use of a fixed-dose combination of albuterol and budesonide, as compared with albuterol alone, as rescue medication might reduce the risk of severe asthma exacerbation.

Methods:

We conducted a multinational, phase 3, double-blind, randomized, event-driven trial to evaluate the efficacy and safety of albuterol–budesonide, as compared with albuterol alone, as rescue medication in patients with uncontrolled moderate-to-severe asthma who were receiving inhaled glucocorticoid-containing maintenance therapies, which were continued throughout the trial. Adults and adolescents (≥ 12 years of age) were randomly assigned in a 1:1:1 ratio to one of three trial groups: a fixed-dose combination of 180 μg of albuterol and 160 μg of budesonide (with each dose consisting of two actuations of 90 μg and 80 μg , respectively [the higher-dose combination group]), a fixed-dose combination of 180 μg of albuterol and 80 μg of budesonide (with each dose consisting of two actuations of 90 μg and 40 μg , respectively [the lower-dose combination group]), or 180 μg of albuterol (with each dose consisting of two actuations of 90 μg [the albuterol-alone group]). Children 4 to 11 years of age were randomly assigned to only the lower-dose combination group or the albuterol-alone group. The primary efficacy end point was the first event of severe asthma exacerbation in a time-to-event analysis, which was performed in the intention-to-treat population.

Results:

A total of 3132 patients underwent randomization, among whom 97% were 12 years of age or older. The risk of severe asthma exacerbation was significantly lower, by 26%, in the higher-dose combination group than in the albuterol-alone group (hazard ratio, 0.74; 95% confidence interval [CI], 0.62 to 0.89; $P = 0.001$). The hazard ratio in the lower-dose combination group, as compared with the albuterol-alone group, was 0.84 (95% CI, 0.71 to 1.00; $P = 0.052$). The incidence of adverse events was similar in the three trial groups.

Conclusions:

The risk of severe asthma exacerbation was significantly lower with as-needed use of a fixed-dose combination of 180 μg of albuterol and 160 μg of budesonide than with as-needed use of albuterol alone among patients with uncontrolled moderate-to-severe asthma who were receiving a wide range of inhaled glucocorticoid-containing maintenance therapies.

醫學新知 II

單臂研究亞肺葉切除毛玻璃樣病灶為主的週邊型肺癌 (JCOG0804/WJOG4507L)

摘自：J Thorac Cardiovasc Surg. 2022 Jan;163(1): 289-301.e2.

編譯：郭彥劭 醫師 三軍總醫院 胸腔外科

背景：

目前胸部薄層電腦斷層掃描定義的毛玻璃樣病灶為主的周圍型肺癌的最佳手術術式仍然未知。

方法：

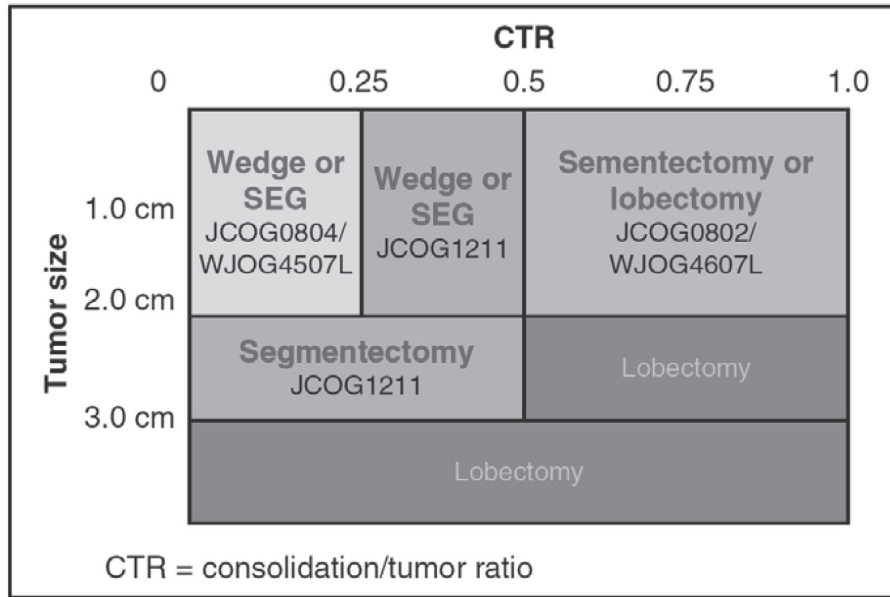
我們進行了一項單臂驗證性試驗，以評估亞肺葉切除術治療毛玻璃樣病灶為主的周圍型肺癌的療效和安全性。本研究根據薄層電腦斷層掃描，收入最大腫瘤直徑為 ≤ 2.0 cm 且腫瘤實心部份比率 (consolidation tumor ratio) 為 ≤ 0.25 的肺癌。主要研究終點是 5 年無復發生存期 (relapse free survival)。計劃樣本量為 330，預期 5 年無復發生存率為 98%，閾值為 95%，單側 α 為 5%，功效為 90%。該試驗已在大學醫院醫學信息網絡臨床試驗註冊中心註冊，編號為 UMIN 000002008。

結果：

於西元 2009 年 5 月至西元 2011 年 4 月期間，將來自 51 個醫療機構的 333 名患者納入研究。年齡中位數為 62 歲（四分位距，56 歲 -68 歲），吸煙者共 109 人。最大腫瘤直徑中位數為 1.20 cm (1.00 cm -1.54 cm)。腫瘤實心部份最大直徑的中位數為 0 cm (0.00 cm -0.20 cm)。藉由評估 314 名接受亞肺葉切除術患者手術後 5 年無復發生存期為主要研究終點。手術模式為 258 次大範圍楔形切除術和 56 次肺節切除術。病理手術切緣中位數為 15 mm (0 mm -55 mm)。5 年無復發生存率為 99.7% (90% 信賴區間，98.3%-99.9%)，符合研究主要終點。研究族群手術後皆沒有局部復發。術後 CTCAE3.0 級以上併發症 17 例 (5.4%)，無 4 級或 5 級併發症。

結論：

胸部電腦斷層診斷為腫瘤實心比率 ≤ 0.25 且病灶 ≤ 3 個可接受亞肺葉切除的周圍型 N0 肺癌，足夠切緣的亞肺葉切除可提供足夠的局部控制和無復發生存期。



圖一 目前 Japan Clinical Oncology Group (JCOG) 針對第一期肺癌手術術式之治療策略

〔編譯者評論〕

從理論上來說，隨機對照試驗 (RCT) 的實驗設計可提供臨床醫師最好的證據。但考慮到以 GGO 為主的肺腺癌患者有極好的存活率，比較不同手術術式的 RCT 需要樣本量會過大，使得執行非常困難甚至不可能進行。因此，JCOG0804 以單臂前瞻性試驗的研究方式樣的研究來討論最佳手術模式。

亞肺葉切除術與肺葉切除術相比，具有保留肺實質的優勢。楔形切除不進行淋巴結清掃還可以保留肺門和縱膈的正常結構。而亞肺葉切除相較於肺葉切除，可能會導致術後較好的肺功能與生活品質。但是，編譯者認為這項研究仍有需要釐清之處，如對於腫瘤實心比率 (CTR) 的評估是主觀的，這限制了研究結果的客觀性及普遍性。

在這個低劑量電腦斷層篩檢普及的新時代，這項前瞻性試驗提供即時和重要的證據，支持亞肺葉切除術於小型周圍型毛玻璃病灶肺腺癌之治療優勢，足夠切緣的亞肺葉切除可提供足夠的局部控制和無復發生存期。

A single-arm study of sublobar resection for ground-glass opacity dominant peripheral lung cancer(JCOG0804/WJOG4507L)

J Thorac Cardiovasc Surg. 2022 Jan; 163(1): 289-301.e2.

Suzuki K, Watanabe SI, Wakabayashi M, *et al.*

Background:

The optimal mode of surgery for ground-glass opacity dominant peripheral lung cancer defined with thoracic thin-section computed tomography remains unknown.

Methods:

We conducted a single-arm confirmatory trial to evaluate the efficacy and safety of sublobar resection for ground-glass opacity dominant peripheral lung cancer. Lung cancer with maximum tumor diameter 2.0 cm or less and with consolidation tumor ratio 0.25 or less based on thin-section computed tomography were registered. The primary end point was 5-year relapse-free survival. The planned sample size was 330 with the expected 5-year relapse-free survival of 98%, threshold of 95%, 1-sided α of 5%, and power of 90%. The trial is registered with University Hospital Medical Information Network Clinical Trials Registry, number University Hospital Medical Information Network 000002008.

Results:

Between May 2009 and April 2011, 333 patients were enrolled from 51 institutions. Median age was 62 years (interquartile range, 56-68), and 109 were smokers. Median maximum tumor diameter was 1.20 cm (1.00-1.54). Median maximum tumor diameter of consolidation was 0 (0.00-0.20). The primary end point, 5-year relapse-free survival, was estimated on 314 patients who underwent sublobar resection. Operative modes were 258 wide wedge resections and 56 segmentectomies. Median pathological surgical margin was 15 mm (0-55). The 5-year relapse-free survival was 99.7% (90% confidence interval, 98.3-99.9), which met the primary end point. There was no local relapse. Grade 3 or higher postoperative complications based on Common Terminology Criteria for Adverse Effect v3.0 were observed in 17 patients (5.4%), without any grade 4 or 5.

Conclusions:

Sublobar resection with enough surgical margin offered sufficient local control and relapse-free survival for lung cancer clinically resectable N0 staged by computed tomography with 3 or fewer peripheral lesions 2.0 cm or less amenable to sublobar resection and with a consolidation tumor ratio of 0.25 or less.

醫學新知 III

評估在革蘭氏陰性菌肺炎重症病人使用靜脈型 colistin 時開立負荷劑量 (loading dose) 的必要性

摘自：Crit Care. 2022 Apr 4; 26(1): 91.

DOI: 10.1186/s13054-022-03947-9.

編譯：王勝輝 醫師 三軍總醫院 胸腔內科

背景：

文獻回顧發現使用靜脈型 colistin 時，約三分之一到二分之一未開立負荷劑量 (loading dose)，負荷劑量在臨床上的重要性與必要性尚未被確立。

方法：

這是一個多中心回溯性研究，收錄以靜脈型 colistin 治療革蘭氏陰性菌肺炎之入住加護病房病人。起初有使用負荷劑量組共 85 人，未使用負荷劑量組共 127 人，經過傾向分數配對 (propensity-score matching) 後，兩組各為 67 人，接著比較兩組的死亡率、良好臨床結果 (favorable clinical outcomes) 與微生物清除率 (microbiological eradication)。

結果：

使用負荷劑量組比未使用負荷劑量組在第 14 天時，較高比例有良好臨床結果 (55.2% and 35.8%, $p = 0.037$) 與微生物清除率 (50% and 27.3%, $p = 0.042$)。雖然兩組在第 7、14、28 天死亡率與住院期間死亡率 (in-hospital mortality) 並無差別，但 Kaplan-Meier analysis 發現使用負荷劑量組有較長的存活時間 (survival time)。另外，使用負荷劑量組比未使用負荷劑量組有較短的住院天數 (52 and 60, $p = 0.037$)。腎毒性方面，兩組在發生急性腎損傷 (acute kidney injury) 的危險性並無差別。

結論：

建議於使用靜脈型 colistin 治療革蘭氏陰性菌肺炎之入重症病人時，開立負荷劑量。

〔編譯者評論〕

此研究使用了傾向分數配對 (propensity-score matching) 降低兩組在 baseline characteristics 的差異性，觀察到使用靜脈型 colistin 時開立負荷劑量的好處，包含有較高的良好臨床結果與微生物清除率，且開立負荷劑量組並未有較高的急性腎損傷發生。然而，此研究的革蘭氏陰性菌只收錄 CR-Pseudo、CRAB 與 CRKP，且未對原本即有 renal insufficiency 病人做次分析，負荷劑量對不同腎功能病人的影響尚不清楚，故此研究結果的應用須注意其適用對象。

The necessity of a loading dose when prescribing intravenous colistin in critically ill patients with CRGNB-associated pneumonia: a multi-centre observational study

Crit Care. 2022 Apr 4; 26(1): 91.

DOI: 10.1186/s13054-022-03947-9.

Wang SH, Yang KY, Sheu CC, *et al.*

Abstract

Background:

The importance or necessity of a loading dose when prescribing intravenous colistin has not been well established in clinical practice, and approximate one third to half of patients with carbapenem-resistant gramnegative bacteria (CRGNB) infection did not receive the administration of a loading dose. The aim of this study is to investigate the efficacy and risk of acute kidney injury when prescribing intravenous colistin for critically ill patients with nosocomial pneumonia caused by CRGNB.

Methods:

This was a multicenter, retrospective study that recruited ICU-admitted patients who had CRGNB-associated nosocomial pneumonia and were treated with intravenous colistin. Then, we classified the patients into colistin loading dose (N = 85) and nonloading dose groups (N = 127). After propensity-score matching for important covariates, we compared the mortality rate, clinical outcome and microbiological eradication rates between the groups (N = 67).

Results:

The loading group had higher percentages of patients with favorable clinical outcomes (55.2% and 35.8%, $p = 0.037$) and microbiological eradication rates (50% and 27.3%, $p = 0.042$) at day 14 than the nonloading group. The mortality rates at days 7, 14 and 28 and overall in-hospital mortality were not different between the two groups, but the Kaplan–Meier analysis showed that the loading group had a longer survival time than the nonloading group. Furthermore, the loading group had a shorter length of hospital stay than the nonloading group (52 and 60, $p = 0.037$). Regarding nephrotoxicity, there was no significant difference in the risk of developing acute kidney injury between the groups.

Conclusions:

The administration of a loading dose is recommended when prescribing intravenous colistin for critically ill patients with nosocomial pneumonia caused by CRGNB.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：111 年 09 月 30 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 28)

A 37-year-old married Indian gentleman denied any underlying disease in the past. He was a never smoker and worked as an engineer in Taiwan for 3 years. He complained productive cough with sputum and progressive shortness of breath for about 2 months. He also lost body weight about 5kg without fever or hemoptysis during this period. CXR revealed reticular nodular pattern and interstitial thickening, and prominent hilar shadows over bilateral lung fields (Figure 1). Chest computed tomography (CT) scan disclosed multiple nodular and centrilobular opacities in both lungs with peribronchial thickening accompanied with some enlarged nodes in bilateral mediastinum (Figure 2).

The laboratory tests showed negative results for Aspergillus galactomannan antigen, sputum culture, rheumatoid factor, ANA, cryptococcus antigen except LDH 198 U/L (140-271) and IgG-4 130.10 mg/dL (3.92-86.40). He received VATS with lung biopsy for tissue proof.

1. 請問您的診斷是？
 - (A) Sarcoidosis
 - (B) Pulmonary tuberculosis
 - (C) Pulmonary lymphoproliferative disease
 - (D) Hypersensitivity pneumonitis
 - (E) Lymphangitis carcinomatosis

選擇題：(每題 15 分)

2. 依據 MANDALA 試驗的結果，下列哪個吸入性藥物最能降低嚴重氣喘急性惡化的風險？
 - (A) 180 μ g of albuterol and 160 μ g of budesonide
 - (B) 180 μ g of albuterol and 80 μ g of budesonide
 - (C) 180 μ g of albuterol
 - (D) 三者差不多
3. 氣喘病人單獨使用 SABA 可能產生的情況，下列何者為非？
 - (A) 迅速緩解症狀
 - (B) 改善氣道發炎的情形

- (C) 增加急性惡化的風險
(D) 氣喘控制不佳的指標
4. 下列何者不正確？
- (A) Consolidation/tumor ratio(CTR) 為電腦斷層下 lung window 腫瘤之最大實心大小與最大腫瘤大小之比值
(B) 目前在非小細胞肺癌 (NSCLC)NCCN guideline(參考 2022 年第三版) 中針對 peripheral T1abc, N0 之病灶，無特別偏好之手術術式，只要能達到 R0 resection 即可
(C) 在 JCOG0804 研究結果中，接受大範圍楔狀切除術之族群與接受肺節切除術之族群有相等之五年存活率
(D) 在 JCOG0804 研究族群中，約有 67% 為女性，67% 無吸菸史，病理診斷多為肺腺癌，與目前已知之醫學文獻符合
5. 關於在非小細胞肺癌 (NSCLC)NCCN guideline (參考 2022 年第三版) 中，針對亞肺葉切除 (sublobar resection) 之適應症，下列何者不正確？
- (A) 肺節切除術 (segmentectomy) 優於大範圍楔狀切除術 (wedge resection)
(B) Peripheral nodule ≤ 2 cm with pure adenocarcinoma in situ histology
(C) Peripheral nodule ≤ 2 cm nodule has $\geq 50\%$ ground-glass appearance on CT
(D) Peripheral nodule ≤ 2 cm with radiologic surveillance confirms a long doubling time (≤ 400 days)
6. 依據目前文獻與指引，開立靜脈型 colistin 時建議的負荷劑量 (loading dose) 為何？
- (A) 300 mg CBA (colistin base activity) (~9 million IU) infused over 0.5–1 hours
(B) 200 mg CBA (~6 million IU) infused over 0.5–1 hours
(C) 100 mg CBA (~3 million IU) infused over 0.5–1 hours
(D) 50 mg CBA (~1.5 million IU) infused over 0.5–1 hours
7. 承上題，開立 loading dose 時，是否需要依據病人腎功能調整 loading dose 的劑量。
- (A) 不須依腎功能調整 loading dose 劑量，但須依腎功能調整後續 maintenance dose 劑量。
(B) 須依腎功能調整 loading dose 劑量，maintenance dose 不需調整。
(C) loading dose 與 maintenance dose 皆須依腎功能調整劑量。
(D) loading dose 與 maintenance dose 皆不須依腎功能調整劑量。

測驗回函 (2022 年 08 月第 44 期)

截止日：111 年 09 月 30 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

提供：郭書屹醫師 台大醫院雲林分院 胸腔內科



Figure 1. Chest plain film revealed an ill-define mass-like lesion with consolidations at right hilar area

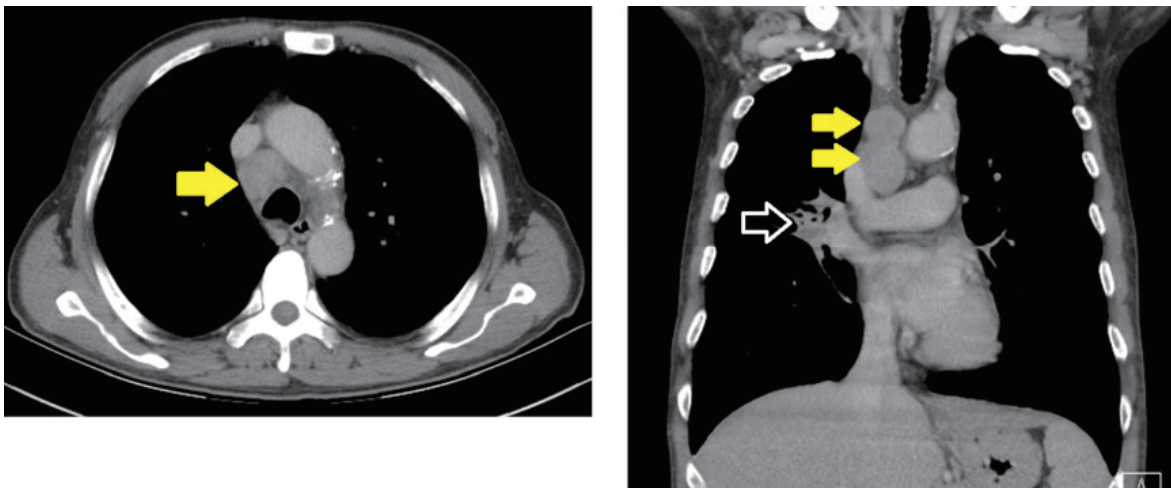


Figure 2. Chest CT scan with/without contrast
 (實心箭號) enlarged and poorly enhanced mediastinal lymphadenopathies (the largest size: short axis=1.94cm)
 (空心箭號) patchy consolidation, partial atelectasis and peribronchial thickening in RML

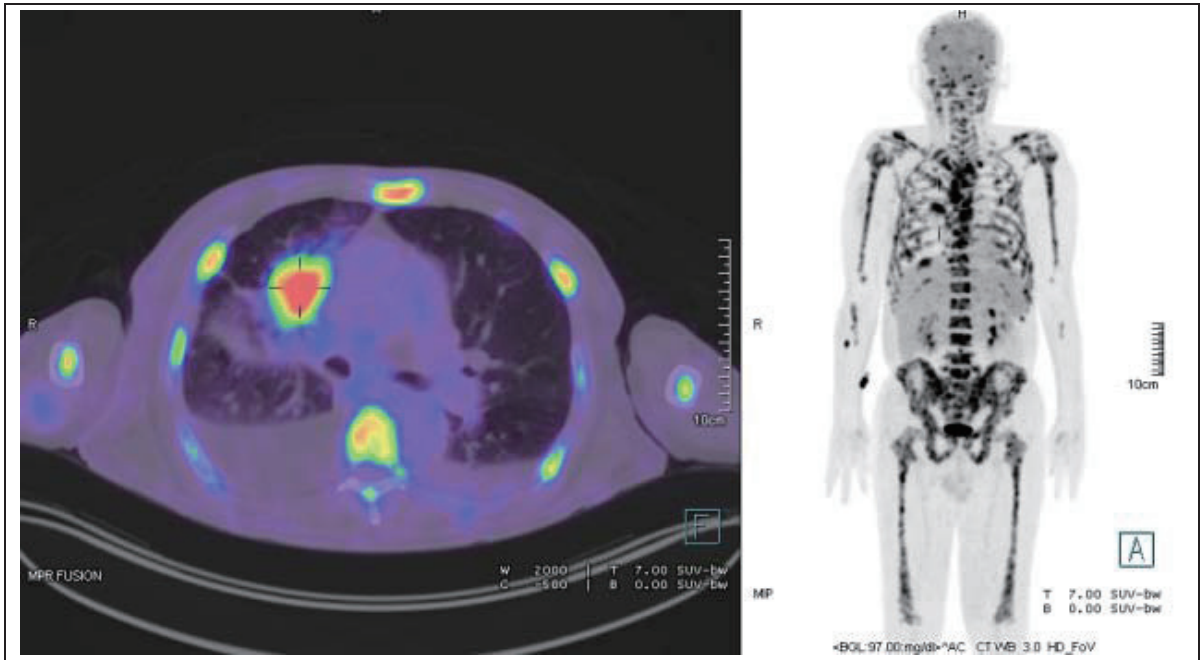


Figure 3. PET-CT scan.

Consistent with disseminated NTM infection involving bones and marrows, right medial lung, right pleura, and mediastinal LAPs

[Case]

A 63 y/o man presented to a pulmonologist's clinic with cough and intermittent fever for 3 months. He used to be a heavy smoker (40 pack-year) and was diagnosed with COPD (under regular inhaled Tiotropium but no inhaled or systemic corticosteroid). Intermittent fever was still noted despite empiric antibiotics treatment (Ceftriaxone).

Lab data:

- WBC: 25.38K/ μ L (Seg: 87.5%), CRP: 19.7 mg/dL, Procalcitonin: 4.68 ng/mL
- Aspergillus antigen (serum) : negative
- CEA (serum): 0.956 ng/ml (normal: <5.0)
- LDH(serum): 147 U/L (normal: 140-271)
- Renal & Liver function tests: all within normal limits
- Urinalysis: pyuria(-), bacteriuria (-), hematuria(-)

[Question]

1. 您的診斷為何？
- (A) Primary lung cancer
 - (B) Lymphoma
 - (C) Aspergillosis
 - (D) Tuberculosis
 - (E) Disseminated nontuberculous mycobacterial (NTM) infection

[Answer]

(E) Disseminated nontuberculous mycobacterial (NTM) infection

Complete survey for FUO(Fever of unknown origin) was performed, which includes: sputum/blood cultures, PET-CT scan, uniportal VATS RML biopsy + Gr. 3/4 lymph node biopsy, and bone marrow aspiration + biopsy.

Later, pathology report and culture samples from multiple sites indicated disseminated NTM infection (see below).

Surgical specimen	Pathology reports
RML	chronic inflammation
Lymph node(group 3/4)	suppurative inflammation with acid fast bacilli

Culture sample	Acid-fast stain	Culture results
Sputum	scanty	Mycobacterium kansasii
Peripheral blood	positive 1+	Mycobacterium kansasii
RML tissue	negative	negative
RML surgical wound swab	negative	negative
Lymph node(group 3/4) tissue	scanty	Mycobacterium kansasii
Lymph node surgical wound swab	negative	Mycobacterium kansasii
Pleura cavity irrigation fluid	negative	Mycobacterium kansasii
Bone marrow biopsy	positive 1+	Mycobacterium species(待鑑定)

Initial survey for immunodeficiency showed no HIV infection or diabetes mellitus. Afterwards, data from the infectious disease specialist’s lab revealed positive “neutralizing anti-interferon- γ autoantibodies” .

選擇題：

2. 請問在「使用 FEV3/FEV6 比值識別有 COPD 風險的吸煙者之早期氣道疾病 - SPIROMICS 世代研究之分析」一文，何者正確？

- (A) 研究分析之對象皆為 Active smoker
- (B) 根據此研究之結果，FEV1/FVC 較 FEV3/FEV6 更能偵測到小氣道疾病
- (C) 於此研究中 FEV3/FEV6 若高於正常值下限者較易發生呼吸道症狀之惡化
- (D) 於此研究中 FEV3/FEV6 若低於正常值下限者有較高風險未來發展成 COPD

答案 (D)

3. 請問在「使用 FEV3/FEV6 比值識別有 COPD 風險的吸煙者之早期氣道疾病 - SPIROMICS 世代研究之分析」一文，FEV3/FEV6 若低於正常值下限者相較於高於下限者臨床表現上之不同，何者為誤？

- (A) 有較高之 FEV1 數值
- (B) 有較高之 SGRQ score
- (C) 影像上有較嚴重之肺氣腫
- (D) 有較高風險未來發展成 COPD [by GOLD criteria]

答案 (A)

4. 請問在「Nivolumab 併化學治療作為可手術切除肺癌之術前輔助治療：第三期臨床試驗結果報告」一文中，下列敘述何者錯誤？

- (A) CheckMate-816 收入研究之族群為早期 (IB-III A) 非小細胞肺癌
- (B) nivolumab 合併化學治療作為術前輔助治療能夠顯著改善患者之無事件存活期與提高病理完全緩解率
- (C) nivolumab 合併化學治療之優勢只在 PD-L1 表現 $\geq 1\%$ 之 NSCLC 中可以看到
- (D) 此研究中提供以病理完全緩解做為日後術前輔助治療早期療效評估指標之證據

答案 (C)

5. 「Nivolumab 併化學治療作為可手術切除肺癌之術前輔助治療：第三期臨床試驗結果報告」一文，顯示 nivolumab 合併化學治療作為術前輔助治療，對那些治療指標有所幫助？

- (A) 較高微創手術比例，減少需全肺切除術比例
- (B) 提高 ctDNA 清除的比例
- (C) 提高治療有反應比例與影像學降期 (downstaging) 比例
- (D) 以上皆是

答案 (D)

6. 根據本期的文獻，COVID-19 造成的急性低血氧呼吸衰竭的病患，那個族群使用清醒俯臥姿勢，比起一般俯臥姿勢，可以減少插管的需要。

- (A) 已經使用一般氧氣面罩
- (B) 加護病房照顧的病患
- (C) 普通病房照顧的病患
- (D) 以上皆是

答案 (B)

7. COVID-19 造成的急性低血氧呼吸衰竭，那些病患應考慮採用俯臥姿勢，來減少進一步需要插管的機率。

- (A) 已經使用高流速氧氣鼻管
- (B) 使用非侵襲性呼吸器的病患
- (C) 以上皆是
- (D) 以上皆非

答案 (C)

活動集錦

活動集錦

111年06月19日 STATISTICS TRAINING WORKSHOP

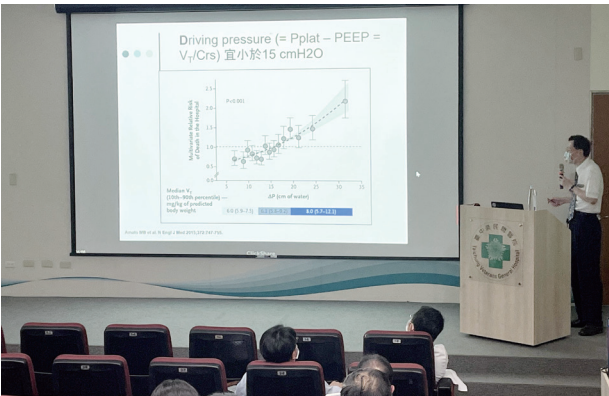


111年07月23日 生物指標在重症病患的臨床應用



TSPCCM

111年07月03日 機械通氣繼續教育課程(中區)



111年07月03日 機械通氣繼續教育課程(中區)



111年07月16日 6th Japan-Taiwan IPFILD Case Discussion Meeting



111 年 07 月 16 日 6th Japan-Taiwan IPFILD Case Discussion Meeting





111 年 07 月 23-24 日 Throughout the Journey of Lung Cancer Patients



111 年 07 月 23-24 日 Throughout the Journey of Lung Cancer Patients



「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。