



會訊

第 49 期
2023.06

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine



理事長的話

學術專欄

活動集錦

主編的話

通訊繼續教育

會訊委刊廣告贊助回函

會務活動

吐納園地

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 112 年 6 月第 49 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	黃煦晴 Hsu-Ching Huang	江侑洵 Hsu-Liang Chang
	陳威志 Wei-Chih Chen	趙恒勝 Heng-Sheng Chao
	吳佳儒 Chia-Ju Wu	
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

※ 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	
第十八屆第九次理、監事聯席會會議紀錄.....	8
健保與醫療政策工作小組.....	26
學術委員會.....	28
國際學術交流工作小組.....	32
呼吸道疾病委員會.....	34
肺腫瘤委員會.....	40
睡眠醫學委員會.....	42
重症醫學委員會.....	44
間質性肺病及罕見肺疾病委員會.....	46
肺部介入委員會.....	48
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 50 year-old male with throat pain and shortness of breath. 提供：江侑洵醫師、黃煦晴 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部.....	51
醫學新知	
■ 對於穩定高碳酸血症肺阻塞病人使用居家高流速氧氣鼻導管治療：一個隨機臨床試驗 Home High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy for Stable Hypercapnic COPD: A Randomized Clinical Trial 編譯：陳威志 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部.....	52
■ 機器人支氣管鏡檢查：三個儀器系統的評介 Robotic Bronchoscopy: Review of Three Systems 編譯：趙恒勝 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部.....	55
■ 評估鳥型分枝桿菌 (Mycobacterium avium complex; MAC) 肺部感染的完治情形以及臨床診 療對 ATS/IDSA 指引的依從性 Evaluation of Mycobacterium Avium Complex Pulmonary Disease Treatment Completion and Adherence to ATS/IDSA Guidelines 編譯：吳佳儒 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部.....	58
通訊繼續教育.....	61
吐納園地	
COVID-19 疫情下負壓加護病房的創新 作者：黃仲儒醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部.....	68
活動集錦.....	72
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	76

各位會員先進，大家好：

疫情漸趨和緩，感謝會員的努力。學會各項活動也慢慢採行實體會議或實體與線上並行，感謝各會員的踴躍支持和參與。2023年夏季會正積極籌備中，擬於6月17、18日假中山醫學大學誠愛樓9樓舉行，採實體與線上會議並行，請會員踴躍參加。今年在各區預計舉辦6場ILD MDD研討會(台北、台中、高雄、雲嘉、桃竹苗、宜花)；上半年度北區實體胸腔暨重症病例討論會也已開始舉辦。學會已規劃112年度影像判讀(北區、中區)及機械通氣課程(北區、南區)總計四場，同時也規劃辦理聯甄認證課程北中南共三場，請有興趣的會員參加。解封後，會員也有意願參與國際學術會議，為鼓勵會員出國進行學術交流，經理監事會決議，提高今年補助人數，歡迎各位會員及準會員多加利用。

值此春暖花開時節，祝福會員先進身體健康、萬事如意。



理事長

王鶴健

由於舊曆新年的緣故，本期出刊略有延誤，在此向各位會員抱歉。

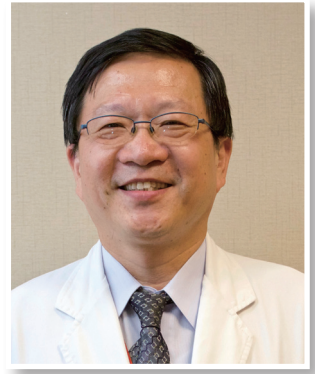
今年三月依據政府的政策，我們終於可以把口罩拿下來，但是接下來我們可能要面臨更嚴峻的健保緊縮政策，所以大家必須團結因應，讓高水準的醫療能夠在台灣永續的經營下去。

本期胸腔暨重症案例，台北榮民總醫院胸腔部江侑洵醫師、黃煦晴醫師提供一例 49 歲男性有抽煙史的農夫案例，因為呼吸困難和低血氧就診，胸部 X 光片呈現雙側性的浸潤，是一個需要多種鑒別診斷的疾病，大家可以腦力激盪一下。

醫學新知，台北榮民總醫院胸腔部陳威志醫師摘錄了一篇 2022 年 12 月 AJRCCM 刊登的研究報告。該研究為第一個針對肺阻塞引起之慢性高碳酸血症呼吸衰竭病人長期使用高流速氧氣鼻導管的臨床試驗，結果發現使用高流速氧氣鼻導管可以減少急性惡化，可能的機制包含高流速氧氣鼻導管的潮濕功能可以改善病人呼吸道分泌物的清除、增加病人通氣的效率進而改善呼吸肌肉力量。未來的研究方向需考慮非侵襲性正壓呼吸器、高流速氧氣鼻導管以及傳統氧氣治療在這類病人如何給予才會有最大的臨床效益。

醫學新知第二篇，趙恒勝醫師則選擇了由 2023 年二月 Life 刊登的一篇機器人支氣管鏡評論及介紹的文章。該文介紹目前常用的三種機器人支氣管鏡檢查系統，但強調如何在不同的臨床情境之下選擇最適當的檢查，仍是考驗。自從 1966 年日本的池田教授首先發展出軟式支氣管鏡以來，對於週邊肺部病灶，支氣管鏡檢經歷了螢光透視攝影導引、超音波導引、虛擬支氣管鏡、電磁導航，到今日的機器人支氣管鏡檢查，無一不在精進定位及切片的成功率，尤其是現階段，低劑量電腦斷層已經為我們找到大量的 1 公分左右的小節結，如何得到細胞學或是病理學診斷，變成胸腔科醫師的任務。然而，使用機器人支氣管鏡檢查，並不代表不需要其他的儀器，除了其內建高精準度的導航設備 (含電磁導航、shape-sensing technology)，仍需要高階螢光透視平台 (Fluoroscopy)、支氣管內超音波、甚至是 corn-bean CT 的協助，檢查室的建置成本將高居不下。未來，如果機器人支氣管鏡順利發展，則可以利用該平台的高穩定度，配合支氣管內治療的儀器，如 microwave, RFA, laser 等的治療手段，將可以把早期肺癌治療推展到另一個境界。

醫學新知第三篇，吳佳儒醫師選的是我們現在比較忽略的感染性疾病議題的文章。本文刊登於 Clin Infect Dis. 2022 年五月。作者從美國聯邦醫療保險 Medicare 之保險受益人當中，蒐羅出有支氣管擴張症、同時患有鳥型分枝桿菌肺部感染的病人，收案期間為 2006 年 1 月至 2014 年 12 月。作者接下來進一步描述這群病人接受的是哪一種 MAC 治療處方——MAC 治療處方被定義為以巨環內酯 (macrolide) 為本的多重抗生素組合，即除了必須包含巨環內酯，還必須加上立汎黴素 (rifamycin)、乙胺丁醇 (ethambutol)、氟化喹諾酮 (fluoroquinolone) 或丁胺卡那 (amikacin) 至少其中一種抗生素，且處方需至少同時使用



超過 28 天。本次研究中初次接受 MAC 肺部感染治療的病人，有一半接受的是不符合臨床診療指引的療法，甚至包含常見容易引發 macrolide 抗藥性的處方。治療中斷也是常見的狀況，並且一旦治療中斷，只有少數病人會重啟治療。這份研究為當今美國長者 MAC 肺部感染的治療狀況提供了重要的文獻，未來應該使用更多當代的資料來源檢視 MAC 的治療情形。相較於台灣 MAC 也是是最常見的 NTM 菌株。MAC 肺部感染可導致疲倦、慢性咳嗽、呼吸喘、夜間盜汗、咳血、體重減輕等症狀，甚至導致慢性的肺部發炎、嚴重影響呼吸功能。本文可以當作台灣的借鏡，好好的去審視這個族群的病人治療是否恰當？診斷是否確實？

本期出刊，非常感謝台北榮民總醫院胸腔部陳育民部長以及他的團隊鼎力相助。討論的議題也橫跨了呼吸治療、新型診斷技術以及比較不被關注的胸腔感染問題。在此誠摯感謝！

接下來端午節即將到來，但是在划龍舟之前天氣仍然多變，會員仍需注意溫差保重身體。敬祝大家順利平安！

主編



研討會、繼續教育課程行事曆

日期	名稱	地點
02月18日 (星期六)	睡眠醫學基礎訓練課程(十)(高雄場)	高雄蓮潭會館 R403 會議室
03月08日 (星期三)	Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (台北場)	台北誠品行旅 二樓 風廳
03月11日 (星期六)	Asthma SoluXion Symposium	台北喜來登 B1 玉瀾薈萃廳
03月15日 (星期三)	Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (台中場)	台中金典酒店 14F 冬梅 + 松柏廳
03月18日 03月19日 (星期六、日)	Strategies for Precision Medicine in Lung Cancer Treatments: Now and in the Future	台南大員皇冠假日酒店 + 線上會議
03月19日 (星期日)	2023年支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程	中國醫藥大學附設醫院癌症大樓一樓階梯教室
03月23日 (星期四)	Optimize treatment outcome of patients with PAH from 2022	線上會議
03月25日 (星期六)	國際肺高壓討論會	COZZI Blu 和逸飯店 桃園館 琥珀廳 & 翡翠廳 + 線上會議
03月29日 (星期三)	Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (高雄場)	H2O 水京棧國際酒店 2F 宴會廳 A 廳
04月08日 (星期六)	Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (桃竹苗場)	福容大飯店 桃園機場捷運 A8 店 3F 珊瑚廳
04月08日 (星期六)	支氣管擴張症治療趨勢研討會	線上會議
04月13日 (星期四)	Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (宜蘭、花蓮兩地連線)	宜蘭悅川酒店 3F 花蓮福容大飯店 2F 宴會 A
04月15日 (星期六)	2023 Locally advanced lung cancer workshop (台北場)	JR 東日本飯店 3F 櫻廳 + 線上會議
04月20日 (星期四)	Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (雲嘉場)	嘉義長榮文苑 二樓 會議室 C

※ 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.tsppcm.org.tw/>)。

下述活動現正規劃中

- Asthma 認證課程
- COPD 認證課程
- 支氣管擴張症論壇
- 肺復原 Workshop
- Japan-Taiwan Case Discussion Meeting
- 2023 年支氣管鏡技術師認證課程
- EGFR NSCLC Webinar
- 2023 Locally advanced lung cancer workshop (台中場)

※ 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 第十八屆第九次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 111 年 12 月 09 日 (星期五) 19:00

現場地點 - 高雄萬豪酒店 10 樓皇喜會議室 D

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

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)，圓滿結束。
- (2) 2022 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨第 18 屆第 3 次會員大會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) 2023 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會於 06 月 17 日 (星期六) 至 06 月 18 日 (星期日) 假中山醫學大學誠愛樓 9 樓舉行，活動規劃中。
- (4) 2023 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨第 19 屆第 1 次會員大會於 12 月 09 日 (星期六) 至 12 月 10 日 (星期日) 假台大國際會議中心舉行，活動規劃中。
- (5) 第八次理監事聯席會議決議事項執行進度：
 - 討論案一：審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 3 位。
執行進度：已完成審核，並通知 (賴怡君、陳詩宇、蕭逸函)。
 - 討論案二：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)。
執行進度：提報至會員大會。
 - 討論案三：提請討論頒發胸腔暨重症專科指導醫師證書。
執行進度：於會員大會表揚。
 - 討論案四：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》。
執行進度：提案通過，依會議結論辦理，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)。
 - 討論案五：提請討論調整「胸腔醫學雜誌優秀論文獎」之獎金。
執行進度：提案通過，依會議結論辦理，第一名五萬元，第二名獎金提高至四萬元、第三名獎金提高至三萬元。

- 臨時動議一：提請討論延後胸專考試報名時間。
執行進度：由秘書處協助擬定，將報名截止日延長至八月初，並於 112 年度胸專考試實施。
- 臨時動議二：購買會址需動用本會基金存款。
執行進度：照案通過。
- 臨時動議三：提議公開表揚榮譽理事長。
執行進度：照案通過，於會員大會公開表揚。

(6) 永久會址進度報告。

- 111 年 10 月 24 日 (星期一) 19:00 臨時理、監事聯席會議決議，會址裝修費用上限投票結果為 600 萬，邀請所有理、監事擔任議價小組委員與兩家設計公司進行議價。
- 111 年 11 月 01 日 會址室內裝修議價。
出席委員：經詢問所有理監事，由王鶴健理事長、林恒毅理事、陳育民理事、高國晉理事、黃忠智院院長、簡榮彥秘書長出席。
 1. 博特藝境室內裝修設計工程有限公司，出價 \$9,437,000 降價後金額 \$7,900,000
 2. 內睿庠室內裝修科技有限公司，出價 \$10,010,340 降價後金額 \$7,850,000
- ※ 結論：兩家設計公司減價後仍高於底價甚多，決議再尋找或邀請永慶房屋推薦裝修公司，規劃符合預算之方案，擇期再議。
- 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)。

四、本季健保署來函：

- (1) 111 年 7 月 15 日健保醫字第 1110661946 號，有關台灣放射腫瘤學會申請修訂「37047B 身體立體定位放射治療」診療項目之適應症案，請貴會三周內提供專業意見，請查照。
說明：已由肺腫瘤委員會於 111 年 08 月 26 日正式回文至健保署。
- (2) 111 年 7 月 25 日健保審字第 1110670901 號，有關全民健康保險爭議審議為提升照護品質、減少不必要之爭議，建議醫院醫療費用審查注意事項增列「居家呼吸照護審查」原則，請貴會協助提供臨床專業意見，請查照惠復。
說明：已由健保及醫療政策工作小組於 111 年 08 月 24 日正式回文至健保署。
- (3) 111 年 8 月 11 日健保審字第 1110671388 號，檢送本署於 111 年 7 月 21 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 59 次 (111 年 7 月)」會議記錄一份，如附件，請查收。
說明：本會存查。
- (4) 111 年 8 月 11 日健保審字第 111071159 號，為研修健保管理指標「門診申報應於住診執行之心臟相關檢查項目」一案，詳如說明，請貴會提供臨床專業意見，請查照。
說明：已由重症醫學委員會於 111 年 09 月 20 日正式回文至健保署。
- (5) 111 年 8 月 11 日健保醫字第 1110662295 號，有關社團法人台灣在宅醫療學會 (下稱在宅醫學會) 建議「全民健康保險居家醫療照護整合計畫 (下稱居整計畫)」新增非呼吸依賴患者為收案對象，詳如說明，請貴會協助提供相關意見，並於 111 年 9 月 2 日前回覆，請查照。

說明：已由呼吸治療委員會於 111 年 09 月 08 日正式回文至健保署。

- (6) 111 年 8 月 18 日健保審字第 1110059316A，為研議「「愛德華」精準感測器」(衛部醫器輸字第 033900 號)納入健保給付案，請貴會協助於 111 年 10 月 3 日前惠示意見，請查照惠復。

說明：已由重症醫學委員會於 111 年 09 月 28 日正式回文至健保署。

- (7) 111 年 8 月 30 日健保醫字第 1110662559 號，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 111 年 9 月 1 日起施行。

說明：本會存查並公告。

- (8) 111 年 9 月 5 日健保審字第 1110060223A 號，有關「台灣新生兒科醫學會」建議修訂藥品給付規定 6.2.1 Surfactant 案，請貴學會提供臨床專業意見，俾為給付規定修訂之參考，請查照。

說明：已由重症醫學委員會於 111 年 10 月 21 日正式回文至健保署。

- (9) 111 年 9 月 20 日健保審字第 1110671723 號，為辦理 112 年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 10 月 20 日前推薦適當專家人選，詳如說明，請查照。

說明：已由健保及醫療政策工作小組決議並回復健保署名單(健保審字第 1110772841 號)。

- (10) 111 年 9 月 21 日健保醫字第 1110662812 號，有關貴會建議新增「胸部電阻抗斷層掃描」診療項目案，本署已納入研議參考，近期將安排提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議討論，復請查照。

說明：本會存查。

- (11) 111 年 9 月 23 日健保審字第 1110671448 號，有關本署審查專家建議修訂含 pirfenidone 成分(如 pirespa)藥品給付規定案，請協助於文到後一個月內惠示意見，請查照。

說明：由間質性及罕見肺疾病委員會於 111 年 11 月 15 日正式回文至健保署。

- (12) 111 年 10 月 18 日健保醫字第 1110663187 號，有關台灣氣喘衛教學會所提「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」(下稱氣喘方案)人員教育訓練修正建議，請協助於文到 2 周內提供專業意見，請查照。

說明：由呼吸道疾病委員會於 111 年 11 月 01 日正式回文至健保署。

- (13) 111 年 10 月 31 日健保醫字第 1110062462 號，有關台灣慢性阻塞性肺病學會所提「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)人員資格修訂建議，請協助於文到二周內提供專家意見，請查照。

說明：由呼吸道疾病委員會於 111 年 11 月 10 日正式回文至健保署。

- (14) 111 年 11 月 18 日健保審字第 1110063216A 號，有關美商惠氏藥廠(亞洲)股份有限公司台灣分公司建議修訂抗腫瘤藥物含 lorlatinib 成分藥品(如 Lorviqua)之給付規定一案，請貴會於文到後一個月內提供意見，俾供參考，請查照。

說明：將由肺腫瘤委員會代表回復。

- (15) 111 年 11 月 22 日健保審字第 1110063182 號，有關台灣肺癌學會建議修訂抗腫瘤藥物含 lorlatinib 成分藥品(Lorviqua)之給付規定一案，請貴會於文到一個月內提供意見，俾供參考，請查照。

說明：將由肺腫瘤委員會代表回復。

- (16) 111 年 11 月 22 日健保醫字第 1110663658 號，檢送 111 年 11 月 11 日研商「112 年全民健康保險居家醫療照護整合計畫」修訂方向第三次會議紀錄(附件)，請查照。

說明：本會存查。

- (17) 111 年 11 月 22 日健保醫字第 1110663678 號，公告修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(附件)，並自 111 年 12 月 1 日起施行。

說明：本會存查。

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」

- 111 年度胸腔暨重症專科醫師甄審，第一階段(筆試、影像學)：111 年 09 月 18 日，第二階段(口試)：111 年 10 月 23 日。
- 應屆 39 人，重考 5 人；外科 9 人，內科 35 人；共 44 人。應考人數：筆試：35 位；影像學：39 位。
- 筆試：35 位考生，32 位通過，通過率：91.4%。
- 影像學：39 位考生，35 位通過，通過率：89.7%。
- 內科通過率：88.5% (31/35)。內外科全體通過率：88.6% (39/44)。
- 口試：內科 31 位考生，原則上全數通過(惟其中兩位需加強訓練 3 個月，訓練通過始可取得證書)。

(2) 重症醫學專科醫師聯合訓練及甄審委員會

- 111 年重症醫學專科醫師聯合甄審
 - A. 本會會員 31 名報考，全部皆為初試。
 - B. 筆試於 111 年 11 月 12 日(星期六)由中華民國心臟學會承辦，本會考生 1 名缺考，30 名通過。
 - C. 口試將於 111 年 12 月 24 日由台灣麻醉醫學會承辦。

(3) 財務委員會

(4) 健保及醫療政策工作小組

- 呼吸道疾病委員會提出 FeNO 與 6MWT 健保給付條件修正。
- 睡眠醫學委員會提出 OSA 照顧方案進行內部討論，持續推動。

(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)，改為線上課程並圓滿結束。
- 111 年 07 月 03 日機械通氣繼續教育訓練課程(中區台中榮總)，完成課程。
- 111 年 07 月 17 日機械通氣繼續教育訓練課程(南區高雄長庚)，完成課程。
- 111 年 08 月 07 日影像判讀繼續教育課程(南區高雄榮總)，完成課程。

(6) 公共事務工作小組

- 2022 肺功能巡迴檢測體驗活動(台北、台中、高雄)。
- 2022 世界肺阻塞日記者會於 111 年 11 月 10 日完成並於各大新聞網露出。
- 2022 新冠肺炎衛教記者會，日期未定(由台灣感染症醫學會主辦、衛生福利部疾病管

制署、台灣家庭醫學醫學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國癌症醫學會共同合辦)。

(7) 教育與出版委員會

- 通訊繼續教育積分：會訊第 43 期，回覆人數共 18 人，共 13 人取得；會訊第 44 期，回覆人數共 12 人，共 6 人取得；會訊第 45 期，回覆人數共 15 人，共 9 人取得。

(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 11 月 22 日)。

(9) 國際學術交流工作小組

- 2022 年國際醫學學術會議補助：

A. ATS 會議共 6 人申請，審查皆通過。

B. ERS 會議共 2 人、ESICM 會議共 1 人、APSR 會議共 5 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
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)	12	0
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
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)	6	1
APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respirology)	31	5

- 邀請國外專家 Professor Innes Asher 於 2022 胸重年會演講 (江振源委員協助)。

(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」，皆以線上方式辦理，課程圓滿結束。
- 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 (三地實體會議與線上會議)」，圓滿結束，與會人數共計 295 人。
- 111 年 08 月 27 日辦理「Eosinophil inflammation forum (線上會議)」，圓滿結束，與會人數共計 194 人。
- 111 年 09 月 08 日辦理「Explore the silent zone of lung - 南區」，圓滿結束，與會人數共計 22 人。
- 111 年 09 月 17 日辦理「Post ERS Symposium (三地實體會議與線上會議)」，圓滿結束，與會人數共計 230 人。
- 111 年 09 月 24 日辦理「呼吸道疾病教育課程 (三)- 用藥依從 & 數位媒體經營」，圓滿結束，與會人數共計 110 人。
- 111 年 09 月 28 日辦理「Explore the silent zone of lung - 北區」，圓滿結束，與會人數共計 31 人。
- 111 年 10 月 14 日辦理「Airway Chat (III)」，圓滿結束，線上與會人數共計 164 人。

- 111年10月18日辦理「Explore the silent zone of lung - 中區」，圓滿結束，與會人數共計19人。
- 111年11月12日辦理「Overlooked Vaccine-Preventable Diseases in Patients with Chronic Respiratory Diseases (實體與線上會議)」，圓滿結束，與會人數共計138人。
- 111年11月19日辦理「呼吸道疾病教育課程(四)- 媒體溝通 & 醫療糾紛」，圓滿結束，與會人數共計146人。
- 預計於111年12月22日辦理「Severe Asthma Virtual Meet the Expert (線上會議)」。
- 編撰「2022台灣成人氣喘臨床照護指引」，於年會出版電子手冊提供給會員閱覽。
- 編撰「2022台灣肺復原實務指引」，於年會出版電子手冊提供給會員閱覽。
- 編撰「奔跑吧！小肺！- 肺阻塞的肺部復健衛教手冊」，於年會出版電子手冊提供給會員閱覽。
- 編撰「有氧！走遍天下 - 肺阻塞之氧氣治療及呼吸器使用」，於年會出版電子手冊提供給會員閱覽。
- 台灣支氣管擴張症多中心登錄計畫，規劃於2022年底完成目標收案人數，爾後由各團隊進行研究論文撰寫。

(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16場。

- 111年07月23日至07月24日辦理「Throughout the Journey of Lung Cancer Patients(實體與線上併行)」系列課程共計2場，圓滿結束，共計兩日與會總人數共405人。
- 111年08月13日至08月14日辦理「Companions through the lung cancer patient journey(實體與線上併行)」系列課程共計2場，圓滿結束，共計兩日與會總人數共405人。
- 111年08月17日辦理「肺癌病例學術討論會(實體與線上併行)」，圓滿結束，與會人數共計147人。
- 111年08月20日辦理「線上系列課程 Lung Cancer immunotherapy update(線上會議)」，圓滿結束，與會人數共計248人。
- 111年08月27日至08月28日辦理「Asia Conversations in Oncology: Navigating Lung Cancer Patient Journey(實體與線上併行)」系列課程共計2場，圓滿結束，共計兩日實體與會87人，與會總人數共計531人。
- 111年09月03日辦理「Anti-angiogenesis Workshop(實體與線上併行)」，圓滿結束，與會人數共計242人。
- 111年09月21日辦理「ACE NSCLC Precision med webinar(線上會議)」，圓滿結束，與會人數共計66人。
- 111年10月01日辦理「Precision Medicine Workshop (rare mutation / NGS)(實體與線上併行)」，圓滿結束，與會人數共計103人。
- 111年10月03日辦理「TSPCCM Lung Cancer Symposium(線上會議)」，圓滿結束，與會人數共計141人。
- 111年10月15日辦理「Malignant pleural mesothelioma Workshop(實體與線上併行)」，圓滿結束，與會人數共計156人。

- 111年10月22日辦理「2022Locally Advanced Lung Cancer Workshop」，圓滿結束，與會人數共計151人。
- 111年11月05日辦理「Lung Cancer treatment-related complication and AE workshop(實體與線上併行)」，圓滿結束，與會人數共計183人。
- 111年11月19日辦理「肺腫瘤核心課程(實體與線上併行)」，圓滿結束，與會人數共計201人。
- 111年11月26日至11月27日辦理「Lung Cancer Patient Journey: Diagnosis, Treatments, and Quality of Life」，圓滿結束，線上與會人數共計47人。
- 111年12月06日辦理「臨床試驗停看聽(肺長壽協會)(線上會議)」。
- 111年12月21日辦理「Lung Cancer Webinar(線上會議)」。
- 委員會工作坊執行進度：
 - ◆ 111年06月13日訂定肺癌病患標靶藥物建議調整表於學會網站公告。
 - ◆ 111年10月31日公告「2022台灣晚期肺癌藥物治療共識」，由本會肺腫瘤委員會及中華民國癌症醫學會、台灣肺癌學會、台灣臨床腫瘤醫學會、台灣免疫暨腫瘤學會共同編撰。
 - ◆ 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

- 辦理9場「睡眠醫學基礎訓練課程」。
 - A. 111年07月16日，睡眠醫學基礎訓練課程(北區)，與會人數共計19人。
 - B. 111年08月06日，睡眠醫學基礎訓練課程(中區)，與會人數共計20人。
 - C. 111年08月13日，睡眠醫學基礎訓練課程(北區)，與會人數共計25人。
 - D. 111年08月13日，睡眠呼吸障礙基礎訓練課程(南區)，與會人數共計13人。
 - E. 111年08月20日，睡眠呼吸中止症 Workshop(中區)，與會人數共計10人。
 - F. 111年09月03日，Sleep Disorder Breathing – Obstructive Sleep Apnea Practice Essentials Facilities Without Sleep Lab(北區)，與會人數共計14人。
 - G. 111年10月29日，睡眠醫學基礎訓練課程(北區)，與會人數共計13人。
 - H. 111年10月29日，睡眠醫學基礎訓練課程(南區)，與會人數共計13人。
 - I. 111年12月03日，睡眠醫學基礎訓練課程(新竹區)，與會人數共計19人。
- 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23日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」，現場9人、線上323人出席。
- 111年10月22日辦理「Fighting Pneumonia Forum - Advance of Pneumonia Management in Multidrug Resistant Era(北中南實體 & 線上)」，現場38人、線上235人出席。
- 111年11月12日辦理「新冠肺炎治療趨勢與後遺症預後(台北實體 & 線上)」，現場15人、線上301人出席。

- 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)，115 人出席。
 - B. 111 年 08 月 27 日，111 年東區重症聯甄課程，19 人出席。
 - C. 111 年 09 月 25 日，重症醫學專科聯甄課程 (中區場)，62 人出席。
 - D. 111 年 10 月 02 日，重症醫學專科聯甄課程 (南區場)，51 人出席。

(14) 間質性肺病及罕見疾病委員會

- 111 年 07 月 16 日辦理「6th Japan-Taiwan IPF/ILD Case Discussion Meeting」，現場 15 人、線上 386 人與會。
- 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，線上 297 人與會。
 - B. 111 年 08 月 18 日，Model 2: Specific Disease I，線上 290 人與會。
 - C. 111 年 09 月 08 日，Model 3: Specific Disease II，線上 271 人與會。
 - D. 111 年 09 月 22 日，Model 4: Specific Diseases III & Advanced Imaging Approach to ILD，線上 251 人與會。
- 「Hypersensitivity Pneumonitis Consensus」編輯中，並為此舉辦 111 年「《TSPCCM》Hypersensitivity Pneumonitis Summit」系列會議。
 - A. 111 年 08 月 13 日，1st Hypersensitivity Pneumonitis Meeting，現場 19 人、線上 308 人與會。
 - B. 111 年 09 月 24 日，2nd Hypersensitivity Pneumonitis Meeting，現場 29 人、線上 168 人與會。
- 於 111 年 11 月 05 日辦理「Potential Novel Therapies of Antifibrotic Agents」，現場 14 人、233 人與會。
- 於 111 年 11 月 06 日辦理「New insight for ILD image & update of antifibrotic therapy」現場 36 人，線上 207 人與會。

(15) 肺感染及結核病委員會

- 111 年 09 月 24 日舉辦「非結核分枝桿菌肺部疾病及慢性肺部麴菌感染學術研討會」，線上與會人數共計 208 人。
- 非結核分枝桿菌與麴菌感染臨床案例集錦專書籌畫。
- 設立胸腔感染症研究平台，並提供跨院非結核分枝桿菌藥物敏感檢測服務。
- 王振源教授受邀於 2022 APSR 專題演講：
 - ◆ 111 年 11 月 17 日 Pre-workshop Session：The role of WGS/NGS in TB diagnosis and transmission。
 - ◆ 111 年 11 月 18 日 Tuberculosis Symposium：Recent concept of latent TB infection and its clinical implication。

(16) 肺部介入委員會

- 111 年 11 月 12 日辦理「2022 Interventional Pulmonology forum」，圓滿結束，現場與會人數共 14 人，線上與會人數共 128 人。
- 支氣管鏡技術師教育訓練學分給予辦法 & 支氣管鏡技術師甄審辦法。

- 2023 年支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程，預計 03 月或 04 月於中區辦理。
- (17) 肺部環境及職業醫學委員會
 - 擬定 2022 年會講題：
 - A. What we know and don't know about smoking cessation. (講者：蘇一峰委員)。
 - B. Occupational cancer: From asbestos exposure to malignant mesothelioma (講者：王金洲委員)。
- (18) 呼吸治療委員會
 - 健保署於 111 年 11 月 11 日召開「研商「112 年全民健康保險居家醫療照護整合計畫」修訂方向第 3 次溝通會議」學會代表由陳志強院長出席會議。
- (19) 肺血管及肺高壓委員會
 - 擬定 2022 年會講題、邀請外國專家演講：
 - A. 2022 ESC/ERS CTEPH Guidelines updates and implications to clinical practice (Professor Marion Delcroix)。
 - B. 2022 ESC/ERS PAH Guidelines updates and implications to clinical practice (Professor Marius M. Hoepfer)。
- (20) 青年工作小組
 - 111 年 09 月 25 日辦理「STATISTICS TRAINING WORKSHOP」，圓滿結束(線上與實體並行)，與會人數共計 217 人。
 - 規劃 2022 年會擂台賽活動與「胸腔科醫師的國際視野」演講活動。
- (21) 外科委員會
 - 邀請胸腔外科醫學會參與年會，建立胸腔內外科交流平台。
- (22) 景福館四地 X 光教學連線
 - 胸腔影像暨重症病例討論會，邀請資深醫師 / 教授一同參與並指導後進。
 - 111 年下半年度討論會與模擬測驗皆圓滿結束。

貳、討論事項：

- 一、提請討論「中華民國防癆協會 APRC 2024 大會與胸重夏季會共同舉辦」事宜。

說明：由肺感染及結核病委員會提案，為使台灣肺部疾病之研究與治療成果，在亞太地區嶄露頭角，希望 2024 年胸重夏季會能與中華民國防癆協會合辦 2024 年第九屆國際抗癆暨肺疾聯盟亞太區大會 (9th Conference of The Union Asia Pacific Region, APRC 2024)。

會議預定時間：2024 年 4 月 26 日至 4 月 29 日。

預定辦理地點：台北國際會議中心。

※ **結論：**照案通過，將組成工作小組進行籌備。

- 二、審核「申請榮譽會員」申請案，共 3 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
楊 O 福	266	1988/10/31	68
徐 O 森	252	1988/10/31	75
林 O 欽	202	1986/10/31	70

※ 結論：照案通過。

三、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	陳O志	1315	助理 教授	1139	100/12/10	2146	101/12/23	台北 榮總	胸腔醫學雜誌原著論文 / Clinical Features and Outcomes of Patients with Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features and Acute Respiratory Failure
2	一般 會員	陳O岳	1259	講師	1083	99/12/11	2006	100/12/18	義大 醫院	胸腔醫學雜誌原著論文 / Clinician and Pharmacist Participation in a Multidisciplinary Team-Care Model to Improve the Rate of Correct Inhaler Usage and Medication Adherence in COPD Patients
3	一般 會員	陳O元	1339	NA	1163	100/12/10	2163	101/12/23	雙和 醫院	胸腔醫學雜誌原著論文 / Characteristics of Clinical and Radiological Manifestations in Empiric Antibiotic-Delayed Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis
4	一般 會員	李O昇	1296	NA	1120	99/12/11	2030	106/12/01	義大 醫院	胸腔醫學雜誌原著論文 / Effect of Using a Recruitment Maneuver in Morbidly obese Patients during Weight Redution Surgery: A Systematic and Meta-analysis

※ 結論：照案通過。

四、複審「111 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 41 位提出申請。

說明：相關規定如下，

- (1) 依專科訓練及考試章程規定受訓基本條件：取得中華民國醫師執照，完成 3 年 (36 個月) 內科或外科專科醫師訓練之醫師。
- (2) 在本會審定合格之『胸腔內科暨重症專科、胸腔外科暨重症專科醫師訓練醫院』接受 2 年以上之胸腔暨重症醫學專業訓練，訓練年資計算至參加該年度專科醫師考試的 10 月 31 日截止，並在報考胸腔暨重症專科考試時須持有台灣內科醫學會或台灣外科醫學會審定合格之專科醫師證書；受訓醫師若無法在同一訓練單位接受連續 2 年以上之專科醫師訓練，訓練期間必須在 3 年內完成。而分段接受專科醫師訓練者，必須在同一訓練單位接受連續 9 個月以上之訓練，各分段訓練期間不得間隔 1 年以上，受訓醫師若更動訓練單位須向學會核備 (提交新服務單位在職證明正本與變更後的醫師執業執照正反面影本送交理監事聯席會議審查)。代訓醫師須檢附訓練醫院出具之胸腔專科醫師訓練資歷公文 (即代訓醫院回覆送訓醫院之同意代訓公文影本)。
- (3) 師資：胸腔內科暨重症醫學專科醫師訓練至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 3 人、及胸腔外科暨重症指導醫師 1 人。
- (4) 師資：胸腔外科暨重症醫學專科醫師訓練至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 2 人、胸腔外科暨重症指導醫師 2 人。
- (5) 每 2 名專科指導醫師，每年可訓練 1 名訓練醫院。每 2 名專科指導醫師訓練 1 名專科醫師準會員，如該院之指導醫師為單數等，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到指導醫師之總數 (如，該院有 5 名指導醫師，若前 1 年訓練 2 名專科醫師準會員，則第 2 年可接受 3 名專科醫師準會員受訓)。
- (6) 若當年度報備訓練醫師人數未超過訓練容額，當年度訓練容額無法繼續累計至隔年度。

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 起始日期 (完成三年內 (外) 科專科醫師訓練之醫師)	醫師證書 / 執登
1	張 O 翔	馬偕醫學院	臺大醫院 胸腔外科	臺大醫院 / 胸腔外科 / 108 年 08 月 01 日 - 111 年 07 月 31 日 (一般外科 3 年)	醫字第 058436 號 / 北市衛醫執字第 A12820**** 號
2	張 O 誠	陽明大學	臺大醫院 胸腔外科	臺大醫院 / 胸腔外科 / 108 年 08 月 01 日 - 111 年 07 月 31 日 (一般外科 3 年)	醫字第 057346 號 / 北市衛醫執字第 A12607**** 號
3	薛 O 允	高雄醫學大學	高雄榮總 胸腔外科	高雄榮總 / 胸腔外科 / 108 年 08 月 01 日 - 111 年 07 月 31 日 (一般外科 3 年)	醫字第 058509 號 / 高市衛醫執字第 T12403**** 號
4	戴 O 瑩	成功大學	成大醫院 / 胸腔外科	成大醫院 / 胸腔外科 / 106 年 08 月 31 日 - 111 年 08 月 01 日 (一般外科 3 年)	醫字第 055631 號 / 高市衛醫 / (苓) 執字第 1110901**** 號
5	曾 O 剛	台北醫學大學	林口長庚 / 胸心外科	林口長庚 / 胸心外科 / 108 年 09 月 01 日 - 111 年 08 月 31 日 (一般外科 3 年)	醫字第 056701 號 / 桃衛醫執字第 A12748**** 號

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 起始日期 (完成三年內(外)科專科醫師訓練之醫師。)	醫師證書 / 執登
6	林○右	長庚大學	林口長庚 / 胸心外科	林口長庚 / 胸心外科 / 108年09月01日 - 111年08月31日 (一般外科3年)	醫字第058082號 / 桃衛醫執字第F22744****號
7	鄭○夫	陽明大學	彰化基督教醫院 / 胸腔外科	彰化基督教醫院 / 胸腔外科 / 106年08月01日 - 110年07月31日 (一般外科3年)	醫字第053287號 / 彰衛醫職字第N12522****號
8	關○昀	中國醫藥大學	台北榮總 / 胸腔外科	台北榮總 / 胸腔外科 / 108年09月01日 - 110年08月31日 (一般外科3年)	醫字第056789號 / 北市衛執字第G12181****號
9	周○平	國防醫學院	三軍總醫院 / 胸腔外科	三軍總醫院 / 胸腔外科 / 107年08月01日 - 110年07月31日 (一般外科3年)	醫字第054378號 / 北市衛執字第L12383****號
10	馮○翔	國防醫學院	三軍總醫院 / 胸腔外科	三軍總醫院 / 胸腔外科 / 107年08月01日 - 110年07月31日 (一般外科3年)	醫字第055715號 / 北市衛執字第A12674****號
11	張○嘉	國防醫學院	三軍總醫院 / 胸腔外科	三軍總醫院 / 胸腔外科 / 108年08月01日 - 112年07月31日 (一般外科3年)	醫字第055122號 / 北市衛執字第S12357****號
12	沈○丞	中國醫藥大學	中國附醫 / 胸腔外科	中國附醫 / 胸腔外科 / 106年09月11日 - 110年09月30日 (一般外科3年)	醫字第053766號 / 中市衛醫執字第P12357****號
13	郭○筑	中國醫藥大學	中國附醫 / 胸腔內科	中國附醫 / 胸腔內科 / 109年01月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第059468號 / 中市衛醫執字第10910****號
14	陳○元	中國醫藥大學	中國附醫 / 胸腔內科	中國附醫 / 胸腔內科 / 109年01月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第057235號 / 中市衛醫執字第D12248****號
15	顏○怡	高雄醫學大學	義大醫院 / 胸腔內科	義大醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第061682號 / 高市衛醫 / (燕) 執字第108111****號
16	黃○文	高雄醫學大學	高醫附醫 / 胸腔內科	高醫附醫 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第058486號 / 高市衛醫 / (三) 執字第D12235****號
17	范○斌	高雄醫學大學	高醫附醫 / 胸腔內科	高醫附醫 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第057670號 / 高市衛醫 / (三) 執字第J12267****號
18	胡○豪	國立成功大學	成大醫院 / 胸腔內科	成大醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第058400號 / 南市衛醫執字第R12427****號
19	梁○全	中山醫學大學	奇美醫院 / 胸腔內科	奇美醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第056977號 / 南市衛醫執字第E12427****號
20	曾○伯	法蒂瑪大學	高雄榮總 / 胸腔內科	高雄榮總 / 胸腔內科 / 108年08月30日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第057878號 / 高市衛醫 / (左) 執字第B12123****號
21	邵○甄	高雄醫學大學	奇美醫院 / 胸腔內科	奇美醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第058608號 / 南市衛醫執字第E22398****號

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 起始日期 (完成三年內(外)科專科醫師訓練之醫師。)	醫師證書 / 執登
22	丁○晨	國立成功大學	馬偕醫院 / 胸腔內科	馬偕醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年06月30日 (一般內科3年)	醫字第 058942 號 / 北市衛醫執字第 H22424**** 號
23	張○軒	高雄醫學大學	中山醫院 / 胸腔內科	中山醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 057999 號 / 中市衛醫執字第 B12293**** 號
24	孫○璘	國立陽明大學	台北榮總 / 胸腔內科	台北榮總 / 胸腔內科 / 108年09月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 059100 號 / 北市衛醫執字第 A22634**** 號
25	吳○儒	國立陽明大學	台北榮總 / 胸腔內科	台北榮總 / 胸腔內科 / 108年09月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 058869 號 / 北市衛醫執字第 F22830**** 號
26	柯○叡	國立成功大學	台北榮總 / 胸腔內科	台北榮總 / 胸腔內科 / 108年09月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 056999 號 / 北市衛醫執字第 C12140**** 號
27	許○敏	馬偕醫學院	台北榮總 / 胸腔內科	台北榮總 / 胸腔內科 / 108年09月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 059160 號 / 北市衛醫執字第 V12138**** 號
28	張○榕	長庚大學	台北榮總 / 胸腔內科	台北榮總 / 胸腔內科 / 108年09月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 058810 號 / 北市衛醫執字第 L22393**** 號
29	洪○訓	天主教輔仁大學	林口長庚 / 胸腔內科	林口長庚 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 059256 號 / 桃衛醫執字第 A12613**** 號
30	張○元	長庚大學	林口長庚 / 胸腔內科	林口長庚 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 058335 號 / 桃衛醫執字第 1090811**** 號
31	鄭○奕	國立陽明大學	林口長庚 / 胸腔內科	林口長庚 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 056979 號 / 桃衛醫執字第 A12610**** 號
32	吳○銘	中山醫學大學	林口長庚 / 胸腔內科	林口長庚 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 056819 號 / 桃衛醫執字第 108102**** 號
33	潘○羲	國防醫學院	三軍總醫院 / 胸腔內科	三軍總醫院 / 胸腔內科 / 107年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 055530 號 / 北市衛醫執字第 A12655**** 號
34	陳○瑀	國防醫學院	三軍總醫院 / 胸腔內科	三軍總醫院 / 胸腔內科 / 107年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 056349 號 / 北市衛醫執字第 L12446**** 號
35	何○發	台灣大學	臺大醫院 / 胸腔內科	臺大醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 058428 號 / 北市衛正醫執字第 11108202**** 號
36	周○穎	國立陽明大學	臺大醫院 / 胸腔內科	臺大醫院 / 胸腔內科 / 108年08月01日 - 111年07月31日 (一般內科3年)	醫字第 058736 號 / 北市衛醫執字第 F22850**** 號

序號	姓名	學歷	服務單位 / 科別	訓練單位 / 起始日期 (完成三年內(外)科專科醫師訓練之醫師。)	醫師證書 / 執登
37	林 O 儒	台灣大學	臺大醫院 / 胸腔內科	臺大醫院 / 胸腔內科 / 108 年 08 月 01 日 - 111 年 07 月 31 日 (一般內科 3 年)	醫字第 057733 號 / 北市衛醫執字第 E12388**** 號
38	勇 O 群	台灣大學	臺大醫院 / 胸腔內科	臺大醫院 / 胸腔內科 / 108 年 08 月 01 日 - 111 年 07 月 31 日 (一般內科 3 年)	醫字第 058380 號 / 北市衛醫執字第 XA2001**** 號
39	莊 O 逸	中山醫學大學	台中榮總 / 胸腔內科	台中榮總 / 胸腔內科 / 107 年 08 月 01 日 - 111 年 08 月 31 日 (一般內科 3 年)	醫字第 056556 號 / 中市衛醫執字第 N12450**** 號
40	蕭 O 均	中山醫學大學	台中榮總 / 胸腔內科	台中榮總 / 胸腔內科 / 107 年 08 月 01 日 - 111 年 08 月 31 日 (一般內科 3 年)	醫字第 059117 號 / 中市衛醫執字第 1110901**** 號
41	沈 O 誼	國防醫學院	台中榮總 / 胸腔內科	台中榮總 / 胸腔內科 / 107 年 08 月 01 日 - 111 年 08 月 31 日 (一般內科 3 年)	醫字第 057529 號 / 中市衛醫執字第 A12699**** 號

※ 結論：照案通過。

五、審查「台灣胸腔暨重症加護醫學會 111 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。

說明：依本會章程第三章第五條第一項規定：凡國內外醫學院學系(科)畢業，持有醫師證書滿五年，且在教學醫院從事胸腔疾病有關之醫療、教學或研究工作二年以上，持有證明者，經由本會會員二人之介紹申請入會，經理監事會審查通過者得為一般會員。

序號	會號	姓名	胸專證號	服務單位 / 訓練單位	科別
1	1723	江 O 恒	1545	台大醫院	胸腔外科
2	1724	白 O 彬	1546	台北榮總	胸腔外科
3	1725	周 O 立	1547	林口長庚醫院	胸腔外科
4	1726	鄭 O	1548	林口長庚醫院	胸腔外科
5	1727	謝 O 霖	1549	台北馬偕醫院	胸腔外科
6	1728	林 O 銘	1550	國立陽明交通大學附設醫院	胸腔外科
7	1729	楊 O 熹	1551	三軍總醫院	胸腔外科
8	1730	吳 O 甄	1552	三軍總醫院	胸腔外科
9	1731	楊 O 斌	1553	台北市立聯合醫院仁愛院區	胸腔內科
10	1732	林 O 瀚	1554	台南永康奇美醫院	胸腔內科
11	1733	林 O 甫	1555	成大醫院	胸腔內科
12	1734	吳 O 豪	1556	成大醫院	胸腔內科
13	1735	林 O 佑	1557	成大醫院	胸腔內科
14	1736	饒 O 毓	1558	新店慈濟醫院	胸腔內科
15	1737	呂 O 佑	1559	彰化基督教醫院	胸腔內科
16	1738	王 O 銓	1560	亞東紀念醫院	胸腔內科
17	1739	陳 O 豪	1561	基隆長庚醫院	胸腔內科

序號	會號	姓名	胸專證號	服務單位 / 訓練單位	科別
18	1740	張○心	1562	林口長庚醫院	胸腔內科
19	1741	張○睿	1563	林口長庚醫院	胸腔內科
20	1742	歐○凡	1564	台中榮總	胸腔內科
21	1743	李○庭	1565	林口長庚醫院	胸腔內科
22	1744	沈○昇	1566	三軍總醫院	胸腔內科
23	1745	廖○雅	1567	台中榮總	胸腔內科
24	1747	馬○陽	1569	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	胸腔內科
25	1748	謝○融	1570	台大醫院	胸腔內科
26	1749	林○傑	1571	台大醫院	胸腔內科
27	1750	王○璇	1572	花蓮慈濟醫院	胸腔內科
28	1751	陳○萱	1573	台大醫院	胸腔內科
29	1753	許○齊	1575	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	胸腔內科
30	1754	李○慶	1576	台北榮民總醫院	胸腔內科
31	1755	沈○津	1577	台北榮民總醫院	胸腔內科
32	1756	杞○業	1578	台北榮民總醫院	胸腔內科
33	1757	鄭○信	1579	台北榮民總醫院	胸腔內科
34	1758	張○榮	1580	彰化基督教醫院	胸腔內科
35	1759	李○豪	1581	高雄長庚醫院	胸腔內科
36	1760	李○全	1582	光田醫療社團法人光田綜合醫院	胸腔內科
37	1761	李○霖	1583	嘉義長庚紀念醫院	胸腔內科

※ 結論：照案通過。

六、審核「支氣管內視鏡超音波專業認證」與申請案，通過人數共計 3 人。

說明：審查資格如下，

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

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

以下擇一：

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

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

以下擇一：

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

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

以下擇一：

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

序號	姓名	胸專	醫院	受訓證明 30 份 EBUS 檢查報告 (二擇一)	本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明	審查 結果
1	郭 O 瑋	1470	成大醫院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過
2	陳 O 維	1424	成大醫院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過
3	蔡 O 軒	1472	成大醫院	30 份 EBUS 檢查報告	V	通過

※ 結論：照案通過。

七、提請討論新增《支氣管鏡技術師教育訓練學分給予辦法》與《支氣管鏡技術師甄審辦法》。

說明：由於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。

《支氣管鏡技術師教育訓練學分給予辦法》，辦法如下，

第一條 台灣胸腔暨重症加護醫學會為辦理支氣管內視鏡技術師（以下簡稱技術師）之教育訓練並給予學分，特訂定本辦法。

第二條 本辦法由台灣胸腔暨重症加護醫學會肺部介入委員會負責之。

第三條 由委員會舉辦之技術師相關教育訓練講習會（技術師教育訓練課程）均核給學分，以實際上課時數計，每 50 分鐘給予一學分。

《支氣管鏡技術師甄審辦法》辦法如下，

第一條 台灣胸腔暨重症加護醫學會為辦理支氣管內視鏡技術師（以下簡稱技術師）之資格認證，特訂定本辦法。

第二條 技術師考試資格審核及考試兩部份皆由支氣管內視鏡技術師甄審委員會（以下簡稱甄審委員會）負責之。

第三條 凡向委員會申請技術師認證者，須具有以下各項資格。

1. 醫療相關科系畢業且取得醫事人員執業執照者（如：護理、呼吸治療、放射、醫技相關科系……等）。
2. 於技術師考試報名截止日前兩年內，在醫療院所支氣管內視鏡室服務滿乙年以上或累積病例數超過 30 例，目前在職，並須出具醫事人員執業執照（育嬰留停或留職停薪者，保留資格及學分，復職後再辦理認證）。
3. 二年內須參加委員會所舉辦之技術師教育訓練課程，獲得學分 7 學分以上（依委員會氣管鏡技術師教育訓練學分給予辦法辦理）。
4. 效期內之基本救命術（BLS）（4 小時以上課程，並通過筆試及實作測驗）或高級心臟救命術（ACLS）合格證書，有效日期需超過當年 12 月 31 日，所提出之相關急救術證書須由醫院以上單位出具個人之訓練及格（合格）並附有效期限之證書。前述證書如有爭議，交由氣管鏡技術師資格審查委員會認定之。

- 第四條 台灣胸腔暨重症加護醫學會每年舉辦技術師之認證乙次，其報名及考試日期於辦理前三個月公告之。
- 第五條 申請人必須填寫委員會提供之「支氣管鏡技術師認證申請書」（由一位胸腔科醫師簽名推薦）壹份，並提出第三條所列之各項證明文件。凡提供不實證件者，甄審委員會不予審核，除退還原件外，並永不得提出申請。
- 第六條 認證程序分為資格審核及考試二部份。技術師考試為筆試，於技術師教育訓練課程結束後立即進行。
- 第七條 認證合格者，委員會將以書面通知。並由委員會授予支氣管內視鏡技術師證書。
- 第八條 台灣胸腔暨重症加護醫學會於每年度認證結束後造具名冊。
- 第九條 筆試及口試小組各設組員七至九名，其中一人為組長，組長及組員均由甄審委員會資格審核小組召集人提名。組員宜由甄審委員會委員、委員會指導醫師或其他具有支氣管內視鏡專長之醫師擔任之，人選由甄審委員會通過後組成。
- 第十條 支氣管內視鏡技術師證書有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。
- 第十一條 申請展延換發證書者，需提出：
1. 六年內本委員會認定之技術師學分共 14 分。
 2. 目前仍從事支氣管內視鏡工作之在職證明（育嬰留停或留職停薪者，保留資格及學分，復職後再辦理認證）。
 3. 每 3 年參加委員會為技術師所舉辦之教育訓練課程至少乙次。
 4. 若無法在六年內累積滿 14 分，可於一年內補齊不足之學分。
- 第十二條 申請展延換發證書應提出：
1. 申請表。
 2. 符合第十一條所訂展延條件之證明文件。
 3. 最近一年內二吋正面脫帽半身照片兩張。
- 第十三條 技術師教育訓練課程得酌收費用，其費額由甄審委員會訂定之。
- 第十四條 本辦法經台灣胸腔暨重症加護醫學會理監事會通過後施行之，修改時亦同。
- ※ 結論：照案通過，細節修正後續由委員會調整。

參、臨時動議
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 11 月 15 日 (星期二) 晚間 6:30 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、黃忠智副主席、林明憲委員、高國晉委員、陽光耀委員、高尚志委員、陳寧宏委員、邱國樑委員

列席人員：秘書長簡榮彥、郭耀文副秘書長、副秘書長馮嘉毅、秘書劉軒吟

請假：王鶴健理事長、蔡忠榮委員、林慶雄委員、林聖皓委員、林基正委員

一、主席報告

二、副主委工作報告

三、會議議程

1. 呼吸道委員會提出的 FeNO 與 6MWT 健保給付條件修正

說明：

A. 17022B_呼氣一氧化氮監測 (FeNO)。

診療項目	現有診療項目	修訂建議	修訂理由
編號	17022B	17022B	
中文名稱	呼氣一氧化氮監測 (FeNO)	呼氣一氧化氮監測 (FeNO)	
英文名稱	無	無	
支付點數	748	748	成人操作上時間與耗材成本與兒童患者相比並不會有顯著差異
增訂支付規範、適應症或禁忌症	1. 適應症：六歲以上至十二歲以下確診氣喘患者追蹤使用。 2. 支付規範： (1) 申報次數：一年最多申報三次。 (2) 申報專科別：兒科。 (3) 執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 (4) 費用申報時必要之附件：檢測報告。	1. 適應症：十八歲以上確診氣喘患者追蹤使用。 2. 支付規範： (1) 申報次數：一年最多申報三次。 (2) 申報專科別：兒科、胸腔內科 (3) 執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 (4) 費用申報時必要之附件：檢測報告。	根據 Honkoop et al. 以及 Ricciardolo et al. 研究，發現 FeNO 與成人氣喘控制及症狀有顯著相關性，且與傳統控制目標相比，以 FeNO 追蹤能有較好的氣喘控制情形與較低的氣喘藥物使用，尤其在追蹤用藥上的重要性為可協助釐清用藥遵囑性、判斷是否停藥或繼續用藥，最佳化醫療資源的使用。

B. 六分鐘步行測試：

診療項目	現有診療項目	修訂建議	修訂理由
編號	17023B	17023B	
中文名稱	六分鐘步行測試	六分鐘步行測試	
英文名稱	6 min walking test	6 min walking test	
支付點數	900	900	用人成本與設備費用與目前給付適應症的病患相同
增訂支付規範、適應症或禁忌症	適應症： 1. 原發性肺性高血壓 (Primary pulmonary hypertension)。 2. 先天性心臟病合併肺高血壓。 3. 其他申請肺動脈高壓用藥申請事前審查者。	新增 1. 肺阻塞 (ICD-10-CM: J41-J44) 2. 間質性肺病 (ICD-10-CM: J84)	美國胸腔科醫學會 (ATS) 與歐洲呼吸學會 (ERS) 的官方報告均指出六分鐘步行測試能可靠地評估肺高壓、肺阻塞，及間質性肺病的疾病嚴重度及治療效果評估，原發性肺性高血壓已在目前給付範圍，建議新增肺阻塞及間質性肺病的適應症。

結論：會中建議 FeNo 限縮在 severe asthma，6MWT 至少要 moderate COPD，既符合實證醫學，也不致對健保給付衝擊太大，依現行辦法給付條件修正條件，請郭耀文醫師協助調整支付規範。

2. OSA 照顧方案進度更新報告

說明：

方案內容

- ✓ 連續兩次未達合格使用標準者，則取回機器，並且結案。
- ✓ 初步規劃是採試辦計畫，需事先申請。
- ✓ 患者於治療與追蹤以一年為限。
- ✓ 在有限預算下，兼顧健保財政負擔與病患健康福祉，以達到病患與政府雙贏的成果。

參與醫療院所資格

1. 地區醫院以上醫療機構
2. 配置儀器可執行到院夜間睡眠多項生理檢查 (attended polysomnography) 之院所。
3. 需至少具有台灣胸腔暨重症加護醫學會審定合格之胸腔暨重症專科醫師、睡眠技師及個案管理師各一名。

胸腔暨重症專科醫師	疾病診斷、擬定治療計畫與門診追蹤病患
-----------	--------------------

睡眠技師	睡眠檢查之施行與單相陽壓呼吸器之試戴 / 解決配戴不適的狀況
------	--------------------------------

個案管理師	病患之追蹤與衛教，及收集、登錄、申報專案相關之資料
-------	---------------------------

4. 基層醫療醫師接受相關訓練後，可參與追蹤治療情形。

名目	單價(元)	收取時機	整年(元)
收案費	2000	收案時	2000
衛教費	2000	收案時	9000
	1000	第 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 月	
醫師判讀費	700	第 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 月	4900
機器費用	900	每次限定回診日統一開立 (第 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 月)	43200 900*48
整晚血氧監測費	360	結案前	360
結案費	2000	結案時	2000

結論：進行多次健保小組內部討論，持續推動。

四、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11月14日(星期一)晚間6:30分

地點：線上視訊會議

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、陳寧宏主任、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、秘書張家榕、秘書劉軒吟、秘書施詠瑩、秘書陳妍安、秘書陳瑜僉

壹、主席報告：略

貳、討論事項：

(一) 2021 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醫學會聯合會議 暨台灣胸腔暨重症加護醫學會第 18 屆第 2 次會員大會 _ 大會議程。

說明：如附件一。

結論：通過。

(二) 投稿規劃：

說明：

(1) 2021 胸重年會，【優秀學術論文獎】、【Junior Research Award- 年輕醫師研究潛力獎】、【Young Investigator Award】

●【Young Investigator Award】

●【優秀學術論文獎】入選名單

●【Junior Research Award- 年輕醫師研究潛力獎】將於海報評選後選出

結論：通過，名單如附件二。

(2) 優秀學術論文獎海報評選是否可以接受已發表過的論文？

結論：一年內(以 111 年度為例可接受 110/8/31-111/10/31) 投稿成功者刊登為標準。

(三) Oral Presentation& Post 評選委員名單

(1) Oral Presentation 主持座長兼評審委員名單

A. Thoracic Oncology、Intervention Bronchoscopy、Diagnosis

王金洲教授、何肇基教授、夏德椿副教授

B. Airway Disease、Sleep Medicine、Interstitial Lung Disease、Other

黃明賢副院長、黃崇旂教授、陳寧宏教授

C. Respiratory Tract Infections、Critical Care Medicine、Tuberculosis

曹昌堯教授、吳杰亮副院長、簡榮彥醫師

(2) Post 評選委員每組五位：

A. Thoracic Oncology、Intervention Bronchoscopy、Diagnosis

林彥廷醫師、蘇柏嵐醫師、馮博皓主任、林建中醫師、吳尚俊醫師、陳鴻仁醫師、魏裕峰部長

B. Airway Disease、Sleep Medicine、Interstitial Lung Disease、Other

陳家弘醫師、鄭文建醫師、陳炯睿主任、傅彬貴主任、莊立邦主任、林士為醫師

C. Respiratory Tract Infections、Critical Care Medicine、Tuberculosis

王秉槐主任、呂紹煒醫師、邱立忠醫師、蔡明儒主任、黃偉彰醫師、馮嘉毅主任

結論：同意。

(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

(四) 準會員入會審查，名單如附件 3：

說明：111 年度胸腔暨重症專科醫師訓練報備受訓醫師訓練報備資格基本條件：

(1) 提報胸腔內科受訓醫師

取得中華民國醫師執照，完成三年內科專科醫師訓練之醫師提出報備。

完成報備始得在本會審定合格之「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構(提報胸腔內科訓練醫師)」接受 2 年訓練。

(2) 提報胸腔外科受訓醫師

必須向本會申請入會以及專科醫師訓練報備並符合下列條件之一同時加入台灣胸腔及心臟血管外科學會或者台灣胸腔外科醫學會申請入會報備。

必須取得中華民國醫師執照，完成三年外科專科醫師訓練(完成第 3 年外科住院醫師訓練進入第 4 年外科住院醫師訓練)，始得提出報備，完成報備始得在本會審定合格之「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構(提報胸腔外科訓練醫師)」接受 2 年訓練。

(3) 受訓醫師訓練資歷及資格

受訓醫師若無法在同一訓練單位接受連續 2 年以上專科醫師訓練，訓練期間必須在 3 年內完成。分段接受專科醫師訓練者，必須在同一訓練單位接受連續 9 個月以上訓練，各分段訓練期間不得間隔 1 年以上，受訓醫師若更動訓練單位須向學會核備。更動訓練單位請提交：胸腔暨重症專科醫師訓練申請表一份、新服務單位在職證明與變更後醫師執業執照正反面影本郵寄至學會交付會議審查。更動訓練單位必須是本會審定合格之「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構(提報胸腔內科訓練醫師)」。代訓醫師請檢附訓練醫院出具之胸腔暨重症專科醫師訓練資歷公文(代訓醫院回覆送訓醫院同意代訓公文影本)。訓練年資計算至參加該年度專科醫師甄試 10 月 31 日止，報考胸腔暨重症專科醫師考試時須取得台灣內科醫學會審定合格之專科醫師證書。

受訓醫師必須同時申請為本會準會員，填具準會員入會申請書、胸腔暨重症專科醫師訓練申請表以及資格審查文件提報至本會，2年後參加胸腔暨重症專科醫師甄試並通過者為一般會員，屆時毋需再繳入會費。

結論：共計 41 位初審通過，送理監事會議複審。

(五) 2023 夏季會、年會地點建議

說明：歷年地點

夏季會	補年會
2018 07/21-07/22 中國醫藥大學附設醫院	2018 11/29-12/02 台北國際會議中心 (TICC)
2019 06/22-06/23 宜蘭蘭城晶英酒店	2019 12/07-12/08 高雄展覽館
2020 06/20-06/21 線上直播 (直播室在高雄)	2020 12/12-12/13 台大國際會議中心
2021 夏季會 (疫情取消)	2021 12/11-12/12 台中榮民總醫院
2022 07/09-07/10 夏季會 (新竹喜來登)	2022 12/10-12/11 年會

結論：2023 06/17-06/18 夏季會 (誠愛樓 - 中山醫學大學)，2023 12/09-12/10 年會 (台大國際會議中心)。

(六) 討論修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計畫綱要」

說明：擬修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計畫綱要」第肆章第一點，修改前後對照如下，完整訓練章程如附件五。

● 本學會之專科指導醫師：

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：

- (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。

擬擔任專科指導醫師者，須先向本學會提出申請及檢附其資歷之證明文件，經審查合格承認其資格後，始能擔任指導工作。

專科指導醫師資格於取得專科醫師之再認證後自動延續，為專任無給職，當指導醫師因故喪失其醫師資格，或喪失專科醫師資格，或當本學會認為其擔任訓練工作未盡其指導責任時，得建議取消其指導醫師之資格。

結論：第 18 屆第 8 次理、監事聯席會會議決議「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) 修改為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。並決議通過為鼓勵會員投稿增加原著論文稿源，增加《胸腔醫學雜誌優秀論文獎》之獎金，與原著論文稿費。後續其餘增加原著論文稿源相關事宜轉由胸腔醫學雜誌編輯委員會進一步討論辦理。。

參、臨時動議

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紀錄

日期：111年07月21日(星期四)晚間 18:30~20:00

地點：ZOOM 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：江振源主任、何肇基教授、郭志熙醫師、彭忠衍主任、劉世豐主任、蘇柏嵐醫師、曾敬閔醫師、陳冠元醫師

列席人員：秘書長簡榮彥、副秘書長魏裕峰、秘書張瑜婕

壹、主席報告：

貳、討論事項：

(一) 國際醫學學術會議補助申請審查

說明：

(1 ATS 會議 (American Thoracic Society))								
序號	會號	姓名	申請日期	申請書	申請人	報告方式	心得報告	原著論文題目
1	1604	陳 O 娟	111/01/26	V	第一作者	海報展示	V	Impact of Placenta-derived Mesenchymal Stem Cells on Patients with Severe Lung Injury caused by COVID-19 Pneumonia: Clinical, serum cytokine and immune aspect
2	109008	歐 O 凡	111/01/29	V	第一作者	海報展示	V	Comorbidities Rather Than Driving Pressure Are Major Determinants of Mortality in Patients with Mild Acute Respiratory Distress Syndrome
3	735	陳 O 裕	111/02/10	V	第一作者	Poster Discussion	V	Application of Impulse Oscillometry (IOS) to Spirometry Interpretation: A Case-series Study Report
4	1326	潘 O 衛	111/02/11	V	第一作者	口頭發表	V	Soluble Programmed Death Protein-1 and Disease Progression in Patients with Nodular Bronchiectatic (NB) Nontuberculous Mycobacterial Lung Disease (NTM-LD)
5	1477	蔡 O 萱	111/02/11	V	第一作者	Poster Discussion	V	The U-Shaped Association Between Peak Glucose Level and Mortality of Critically Ill Sepsis Patients with Diabetes Mellitus: A Retrospective Multicenter Cohort Study
6	1537	胡 O 文	111/03/02	V	第一作者	海報展示	V	Serum Iron Correlates with Serum Immunoglobulin E, Serum Total Globulin, and Exhaled Nitric Oxide in Asthmatic Children

註：陳 O 娟、歐 O 凡、蔡 O 萱醫師申請線上會議補助，其餘的醫師皆申請實體補助。

ERS 會議 (European Respiratory Society)								
序號	會號	姓名	申請日期	申請書	申請人	報告方式	心得報告	原著論文題目
1	110006	孫 O 硯	111/06/23	V	第一作者	口頭發表	會議尚未開始	Clinical efficacy between cefoperazone-sulbactam and prolonged infusion of piperacillin-tazobactam in the treatment of severe CAP, HAP and VAP: a retrospective multicenter cohort study.
2	1240	傅 O 貴	111/06/23	V	第一作者	海報展示	會議尚未開始	Cardiopulmonary Exercise Test Could Provide Prognostic Value of 1-year Mortality in Patients with Newly Diagnosed Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A Real-World Experience

ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)								
序號	會號	姓名	申請日期	申請書	申請人	報告方式	心得報告	原著論文題目
1	1002	王 O 宇	111/06/21	V	第一作者	Poster Discussion	會議尚未開始	Withholding enteral nutrition associated lower hospital mortality in shock patients with candidemia

- ※ 結論：1. 因 ERS、ESICM 尚未舉行會議，此次僅針對 ATS 的補助申請來審核。
 2. ATS 補助：6 位醫師申請，全數通過。

(二) 2022 胸重年會 講者邀請

說明：今年胸重年會，國際學術交流工作小組負責的時段為 12/10(星期六) 15:50-16:30，以「國際交流」為議題，邀請講員。

- ※ 結論：江振源教授提案，Global Asthma Network 中的 Professor Emeritus Innes Asher(紐西蘭) 或 Professor Guy B Marks(澳洲)，兩位專家均可作為邀請的對象。

參、臨時動議：無

肆、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：111年8月3日(星期三)晚間 18:30~20:30

地點：線上會議

主席：呼吸道疾病委員會召集委員王鶴健理事長

出席委員：王鶴健理事長、鄭世隆主任、林慶雄副院長、柯信國醫師、藍胄進主任、陳資濤主任、詹明澄主任、林明憲醫師、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

壹、主席報告：略

貳、二、各工作小組報告

(一) 副主席報告與 COPD 工作小組

結論：

(1) 2022 年度活動規劃

已辦理活動		
活動日期	主 題	與會人數
111/01/09	Early Detection of COPD in Taiwan	現場與會人數共 12 人 線上與會人數共 159 人
111/01/15	氣喘卓越高峰會(北區)	現場與會人數共 8 人 線上與會人數共 38 人
111/02/19	氣喘卓越高峰會(南區)	現場與會人數共 20 人
111/02/26	Debate the hot topics for Airway diseases (北中南三地連線 + 線上)	現場與會人數共 25 人 線上與會人數共 221 人
111/03/24	Airway Chat (I)	線上與會人數共 144 人
111/03/26	呼吸道疾病教育課程(一)：科學期刊撰寫及發表	現場與會人數共 8 人 線上與會人數共 150 人
111/04/02	Sarcopenia in COPD: A Time for Action	現場與會人數共 12 人 線上與會人數共 297 人
111/04/16	氣喘卓越高峰會(雲嘉區)	現場與會人數共 8 人
111/04/16-17	Airway Detection & Diagnosis Series of Courses	線上與會人數共 460 人
111/04/23	氣喘卓越高峰會(中區)	現場與會人數共 16 人
111/04/24	跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion)- 北區	線上與會人數共 182 人
111/05/21	跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion)- 中區	線上與會人數共 195 人
111/05/07	Pulmonary Rehabilitation Summit	線上與會人數共 413 人
111/06/04	Post ATS Symposium	線上與會人數共 302 人
111/06/11	跨科多領域討論會 (Multi-Disciplinary Discussion)- 南區	線上與會人數共 171 人
111/06/11	呼吸道疾病教育課程(二) 英文演講技巧	線上與會人數共 192 人
111/06/30	Airway Chat (II)	線上與會人數共 208 人
111/07/30	台灣支氣管擴張症臨床共識推廣教育課程	現場與會人數共 14 人 線上與會人數共 223 人

預計辦理活動	
活動日期	主 題
111/08/27	Eosinophil Inflammation Forum
111/09/17	Post ERS Symposium
111/09/24	呼吸道疾病教育課程 (三) 醫病關係
111/10/14	Airway Chat (III)
111/11/19	呼吸道疾病教育課程 (四) 媒體溝通
111/10/22	肺炎 /VAP/MDR HAP (感染議題)
待定	Small airway disease and IOS 的運用
待定	疫苗：帶狀皰疹 / 百日咳疫苗
待定	肺復原活動規劃
待定	Dupilumab MDD 活動
111/12/3	內科醫學會：嚴重氣喘議題

- (2) Omalizumab (Xolair®) 與 Mepolizumab (如 Nucala)、Benralizumab (如 Fasenra)，建議修正健保給付規範。
 - (3) 「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」針對病人完整追蹤率與激勵效果提出修正建議。
 - (4) 「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」提出建議修正方案計畫。
 - (5) 研究平台：
 - A. 支氣管擴張症研究登錄
 - B. Inhaled Abx therapy in bronchiectasis patients
 - C. Asthma OCS dependence 登錄研究
 - D. BMT with GvHD study
 - (6) COPD 工作小組預計工作內容：
 - A. 藉由簡易肺功能普及與 GP 聯繫
 - B. 肺功能的訓練課程
 - C. Early detection of COPD program，早期診斷並早期治療
 - D. 強化 COPD P4P 的品質改善
 - E. 早篩登錄研究
- (二) Asthma 工作小組

結論：

- (1) 2022 年台灣成人氣喘臨床照護指引
 - A. 111 年 02 月 16 日召開 Kick-off meeting、111 年 07 月 02 日召開期中會議，預計於 111 年 09 月 18 日召開期末會議，手冊以電子檔發行。
 - B. 編輯委員與各章節內容

章節	編輯委員	內容
第一章	林明憲 陳崇裕 陳炯睿 陳信均 楊聰明	台灣氣喘的現況成因與防治 (本章重點、氣喘的定義、氣喘所造成的負擔、致病機轉與疾病發展與危險因子、氣喘防治要點、嚴重特殊傳染性肺炎 <COVID-19> 和氣喘關聯性)
第二章	詹明澄	指引發展方法 (指引規劃組織、指引主題及範圍、系統性文獻回顧、臨床研究整合方法、證據等級之判定、臨床建議形成方法、指引品質審查、指引應用)
第三章	劉世豐 魏裕峰 蔡英明 蔡明儒 陳友木 潘奕宏	氣喘的診斷與評估 (本章重點、氣喘診斷、氣喘控制狀況評估、氣喘嚴重度評估)
第四章	邱國欽 周百謙 吳黃平 古世基 傅彬貴	穩定期氣喘的治療與處理 (本章重點、治療目標、藥物治療、病人的自我管理、氣喘常見共並即特殊族群)
第五章	詹明澄 黃偉彰 陳家弘 張博瑞 陳彥甫	氣喘惡化及發作的防治與處理 (本章重點、急性惡化的定義及誘發因子、疾病惡化的診斷與評估、氣喘惡化的治療、氣喘惡化處置在 COVID-19 疫情期間注意事項)
第六章	林鴻銓 柯信國 李政宏 陳資濤 謝孟亨 藍胄進	嚴重氣喘的防治與處理 (本章重點、嚴重氣喘的背景與定義、嚴重氣喘的診斷與評估、嚴重氣喘的分類、嚴重氣喘的控制目標、嚴重氣喘的治療方針)

(三) Bronchiectasis 工作小組

說明：「支氣管擴張症論壇」規劃與「台灣支氣管擴張症多中心登錄計畫」。

結論：

- (1) 因 2022 年呼吸疾病委員會辦理活動較多，支氣管擴張症論壇延至 2023 年舉辦。
- (2) 台灣支氣管擴張症多中心登錄計畫，2022 年 06 月至 08 月，開放競爭性收案，目標 2000 人，並於 2022 年 08 月 31 日召開第二次期中會議。
- (3) 台灣支氣管擴張症多中心登錄計畫論文撰寫發表議題規畫為：
 - A. The epidemiology and characteristic of bronchiectasis in Taiwan
 - B. The epidemiology and characteristic of bronchiectasis in Taiwan
 - C. The characteristic of bronchiectasis-COPD overlap syndrome in Taiwan
 - D. The characteristic of asthma-Bronchiectasis Overlapped Patients in Taiwan
 - E. The characteristic of bronchiectasis with autoimmune disease in Taiwan
 - F. The characteristic of bronchiectasis with micro-organism colonization in Taiwan
(including Pseudomonas aeruginosa mycobacteria and fungal colonization discussion)
 - G. Mucoactive therapies in bronchiectasis

(四) Pulmonary Rehab 工作小組

結論：

- (1) 2022 肺復原實務指引與奔跑吧小肺手冊同步更新。
 - A. 111 年 03 月 09 日召開 Kick-off meeting、111 年 06 月 25 日召開期中會議，預計於 111 年 09 月 03 日召開期末會議，手冊以電子檔發行。

B. 編輯委員與各章節內容

章節	編輯委員	內容
第一章	林鴻銓	Covid-19 之下肺復原的因應
第二章	簡榮彥 陳家弘	肺復原目的與組成 (本章重點、肺復原的目的、肺復原對象選擇、肺復原之介入時機、肺復原的組成內容)
第三章	詹明澄 楊聰明 林聖皓 王俊隆	病人評估與目標設定 (本章重點、肺復原前評估、生活品質與症狀評估、運動功能評估、疾病認知與綜合評估、新型冠狀病毒肺炎流行期間重啟肺功能檢查的建議)
第四章	胡漢忠 陳炯睿	肺部呼吸治療及訓練 (本章重點、呼吸策略、肺部擴張、柔軟度對慢性呼吸道病人的重要性、日常生活節能技巧)
第五章	林鴻銓 王秉槐	肺部物理治療與訓練 (本章重點、咳痰技巧、姿位引流、拍痰(胸腔叩擊)、高頻率胸腔振動、震動吐氣末正壓裝置、機械輔助)
第六章	藍胄進 陳立修	運動訓練的規劃 (本章重點、運動訓練前的評估檢查、運動訓練原則與概述、運動訓練的形式、訓練強度與持續時間、進展評估)
第七章	劉文德 曾健華	居家肺復原的規劃 (本章重點、居家呼吸運動技巧訓練、病人衛教與疾病自我管理、居家肺復原的探討、居家肺復原的未來發展方向)
第八章	柯信國 劉世豐	氧氣與呼吸輔助治療 (本章重點、氧氣與輔助治療評估、氧氣治療、非侵入式機械換氣及呼吸道正壓通氣、負壓呼吸器、HFNO 在肺復原的角色)
第九章	蔡忠榮 藍胄進 陳立修	個別疾病的肺復原方案 (本章重點、氣喘、支氣管擴張症、間質性肺病、肺癌、新冠肺炎)

C. 2022 肺復原實務指引更新系列演講，以精簡方式呈現並預計於 2023 年舉辦。

(五) 教育工作小組

結論：

- (1) 預計 111 年 09 月 24 日於北區舉辦「呼吸道疾病教育課程(三)醫病關係」。
- (2) 預計 111 年 11 月 19 日於南區舉辦「呼吸道疾病教育課程(四)媒體溝通」。

(六) 健保與國健署工作小組

結論：

- (1) P4P 之追蹤率與成效有較大之關聯性。因第二類院所參與率比第一類院所相對較低，學會可提供健保署成效報告，爭取基層診所之肺功能推廣，有助提升 P4P 之參與率。
- (2) 107 年至 109 年學會與國健署針對 COPD 有相關研究案，但 109 年至 110 年受疫情影響，肺功能難以推廣。在疫情趨緩下，學會可與國健署討論進行後續計畫推廣。

(七) 自在呼吸健康網工作小組

結論：

- (1) 自在呼吸健康網經小組委員建議將「好書搶先看」、「治療最前線」之過時資料下架。
- (2) 網站文章投稿與邀約辦法建立。

A. 投稿：

- (a) 對象：以本學會會員為主
- (b) 主題：設定主題範圍、不設限篇數
- (c) 以尚未在其他刊物、網站刊登過的文章為主，若在其他地方發表過可接受微幅修改過之內容
- (d) 投稿格式：中文為主，文字淺顯易懂，500 字左右為佳

B. 邀稿：工作小組委員撰稿、定期向呼吸道委員會邀稿

- (3) 因應 2022 世界氣喘日，由工作小組委員各撰寫 1 篇文章，新增至「健康促進站」
- (4) 2022 世界氣喘日新增跑馬燈之文章連結、新聞稿
- (5) 氣喘醫療人員專區上線
- (6) 「醫療研討會影音回顧」，因內容不適合讓民眾觀看，此專區影片移至學會官網

(八) 2022 年度認證課程

結論：疫情影響下，下半年度改為線上課程

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
北區 (改為線上)	05/15	台北	03/27
台中	04/17	新北	04/10
高雄	03/06	彰化	03/20
北區 (線上)	06/05	嘉義	04/10
中區 (線上)	08/21	北區 (線上)	07/24
南區 (線上)	10/02	中區 (線上)	09/25
		南區 (線上)	11/13

(九) 有氧走遍天下手冊

結論：

- (1) 111 年 03 月 21 日召開 Kick-off meeting、111 年 06 月 27 日召開期中會議，預計於 111 年 08 月 29 日召開期末會議，手冊以電子檔發行。
- (2) 編輯委員與各章節內容。

章節	編輯委員	內容
第一章	李政宏	慢性阻塞性肺病簡介
第二章	廖信閔	低血氧症及呼吸衰竭之評估
第三章	洪明輝	何時需要氧氣治療及呼吸器
第四章	陳永哲	居家之長期氧氣治療
第五章	林玠模	急性惡化之氧氣及呼吸器治療
第六章	陳永哲	居家之呼吸器使用
第七章	蔡明儒	如何尋求社會福利資源協助
第八章	蔡英明	特殊情況安全注意事項 (+COVID 19 注意事項)
第九章	李政宏	給病人及家屬的貼心叮嚀

(十) 遠離 COPD 戒菸手冊

結論：

- (1) 重編民國 105 年「遠離 COPD 戒菸手冊」。
- (2) 執行期間 2022 年 08 月至 2023 年 07 月。
- (3) 預計編制 4 至 5 為編輯委員，4 為外審委員。
- (4) 手冊內容更新及精簡化並供民眾可參考使用，強調 COPD 早期發現、早期診斷治療、如何執行戒菸並加入電子菸議題。
- (5) 將於後續討論是否與董氏基金會合作，提升其戒菸成效。
- (6) 預計於 111 年 11 月 04 日召開 Kick-off meeting、112 年 01 月 06 日召開第一次會議、112 年 02 月 03 日召開期中會議、112 年 04 月 07 日召開期末會議，並於 112 年夏季會出版。

參、討論事項：

- (一) 擬建議由學會行文健保署，針對現有診療項目 17022B(FeNO)、17023B(六分鐘步行測試) 與「脈衝震盪肺功能測定(iOS)」提出診療項目之修訂與新增，提請討論。

結論：

- (1) 「脈衝震盪肺功能測定(iOS)」，敬邀彭殿王教授協助新增診療項目之申請。
- (2) 「17022B(FeNO)」，敬邀林聖皓主任協助現有診療項目之申請。
- (3) 「17023B(六分鐘步行測試)」，敬邀郭耀文醫師協助現有診療項目之申請。
- (4) 手冊內容更新及精簡化並供民眾可參考使用，強調 COPD 早期發現、早期診斷治療、如何執行戒菸並加入電子菸議題。

肆、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺腫瘤委員會會議記錄

日期：民國 111 年 09 月 28 日 (星期三) 晚上 07 點 30 分

地點：線上會議

主席：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、賴俊良副院長、林建中主任、王金洲主任、郭志熙主任、洪仁宇副院長、張時杰主任

列席人員：祕書長簡榮彥醫師、副祕書長吳尚俊醫師、祕書劉軒吟

請假人員：顧問楊泮池院士、陳育民教授

壹、主委報告

貳、會議議程：

(一) 核心課程、線上課程或演講 (廠商贊助)

說明：2022 下半年度主辦活動實體與線上會議共 9 場、線上會議 4 場、實體會議 1 場。2023 年預計舉辦活動，將以目前舉辦方式持續進行。

結論：照案通過

(二) New Lung Cancer Staging System: The IASLC Lung Cancer Staging Project (International Association for the Study of Lung Cancer) IASLC 第九版登錄工作進度報告

說明：2022/02/16 已完成登錄 1502 case (115.5%)- 超過目標數 1300, The 9th edition is scheduled in 2024。

結論：照案通過

(三) 台灣晚期肺癌藥物治療共識進度報告 (何肇基) 吳尚俊代報告

說明：(1) 公告日期：聯合其他四個學會，共同線上發布。

(2) 預計 10/15~10/30

(3) 是否要美編？是否要印紙本？

結論：將發信詢問四個學分是否共同線上發布爾後決定發布時間，是否進行美編將提案至理監事會議，將不印製紙本電子發行。

(四) 統計 ROS-1 病人資料登錄 (吳尚俊)

說明：為了能有台灣本土的資料，希望集合各醫院的力量，一起登錄病人的資料以及治療預後。

● 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 年癌症登記報告)：14352 人 non-SCLC
 - ☆ Stage III：1581 (11%)；Stage IV：6462 (45%)
 - ☆ Adeno：10870；Adenosquamous：186；Large cell：165；Squamous：1638
- 以目前國內每年約 12000 non-squamous NSCLC，推估 60% 為 advanced stage NSCLC (包含 recurrence),
 - ☆ 預計將會有 144 位 ROS1(+) NSCLC patients.

登錄資料及方法

- 已經建立 RedCap 表單，直接網路登錄資料。
- 資料收集：
 1. 病人基本資料：性別、生日、抽菸史、職業。
 2. 肺癌診斷、分期 (TNM by IASLC 8th edition)：診斷日期、tumor location, disease status。
 3. ROS1 診斷檢體以及檢測方法：IHC, FISH, sanger sequence, NGS
 4. 治療藥物反應：著重於 ROS1 inhibitor(Crizotinib, Entrectinib, Lorlatinib) 以及 pemetrexed
 5. Acquired Resistance 分析：disease progression organ? Re-biopsy? NGS 分析?
 6. Survival status：OS
- IRB 申請及資料收集經費：預計使用 IASLC staging 登錄 project 剩餘款項 (358185)。
 - ☆ IRB 申請費用
 - ☆ 登錄費：300 元 / 人 (or 更高?)

結論：請吳尚俊醫師提供登入資料內容給各委員過目，將另召開說明會。

參、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 09 月 13 日（星期二）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、邱國樑主任、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、張開明醫師、林嘉謨主任

列席人員：簡榮彥秘書長、張家榕秘書

壹、討論事項

（一）睡眠基礎訓練課程

結論：

1. 已辦理完成：

- (1) 111/07/16 於林口喜來登酒店舉辦，共 19 人與會，當天有幾位 R2、R3 與會，若未來有機會，可開放有興趣之非會員參加。
- (2) 111/08/06 於台中裕元花園舉辦，共 20 人與會，當請技師實際操作讓大家了解如何接 PSG，反應佳。
- (3) 111/08/13 於台大國際會議中心舉辦，共 25 人與會，此課程於辦理前有先行提供 Video，供大家先行了解 PSG 怎麼執行，於上課當天能較為理解。且先行調查出席與否並釋出名額，提高課程參與率。
- (4) 111/08/13 於高雄晶英行館舉辦，共 13 人與會，當天請技師演講，並拉長 Workshop 時間，Scoring 以演講為主。
- (5) 111/08/20 於中國醫藥大學舉辦，共 10 人與會，當天使用電腦教室，讓大家實際操作。
- (6) 111/09/03 於台北君品酒店舉辦，共 14 人與會，當天亦準備電腦供與會者實際操作。

2. 尚未辦理：

- (1) 111 年 10 月 29 日於北區舉辦，由周昆達醫師籌備。
- (2) 111 年 10 月 29 日於嘉義舉辦，由陳奕仁醫師籌備。
- (3) 111 年 12 月 17 日於北區舉辦，由林嘉謨醫師籌備。
- (4) 新竹場次由劉景隆醫師籌備，日期確認中。
- (5) 高雄場次由蘇茂昌醫師籌備，日期確認中。

3. 因睡眠檢查的實際判讀占重要角色，未來若有足夠的設備，可讓與會者實際操作，亦可於爾後規劃進階版課程。

(二) 阻塞性睡眠呼吸中止陽壓呼吸器治療臨床手冊

結論：

1. 有關陽壓呼吸治療於台灣的現況，歷史緣由及海外購買機器委員們尚有其意見，將於會後另行討論。。
2. 此本手冊閱覽定位對象為對睡眠領據不了解之醫師，採簡單式通順寫法，於最前面提供建議等級與證據等級對照，整體不硬性規定，若有證據或建議等級則可依對照表標註。(例：陽壓呼吸的舒適設計有證據，則可標明加濕與不加濕哪個較好，證據等級為強還是弱；亦或向呼吸器介面，用鼻枕還是鼻罩，是否有建議用哪一種，若有建議等級為何?)。
3. 整理稿件圖表偏少，建議可製表(圖)。
4. 翻譯文字盡量統一。
5. 完稿後將由依序進行交叉互審。

貳、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 重症醫學委員會會議記錄

日期：民國 111 年 07 月 29 日（星期五）晚間 18:30~19:30

地點：實體－台大景福館 B1 會議室（台北市中正區公園路 15-2 號）

線上－線上會議

主席：召集委員高國晉教授

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

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長胡漢忠主任、秘書施詠瑩

壹、報告事項

（一）目前規劃、承辦四場重症聯甄認證課程將如期辦理

說明：(1) 08 月 14 日，重症醫學專科聯甄課程（北區場），台大醫學院 502 講堂。

(2) 08 月 27 日，111 年東區重症聯甄課程，花蓮慈濟醫院協力樓合心會議室。

(3) 09 月 25 日，重症醫學專科聯甄課程（中區場），中國醫藥大學立夫大樓 201 室。

(4) 10 月 02 日，重症醫學專科聯甄課程（南區場），高雄長庚醫院藍廳。

（二）辦理「生物指標在重症病患的臨床應用」會議

說明：於 07 月 23 日以實體＋線上模式辦理，現場 9 人、線上共 326 上線與會。

貳、討論事項

（一）審查「重症醫學專科指導醫師」申請案

說明：指導醫師申請共計 2 件，相關申請資格請查附件一。

※ **決議：**通過。

（二）提請追認「重症醫學專科醫師證書」展延申請案

說明：截至 111 年 07 月 26 日止，申請案共計 27 件，因時程因素已陸續向聯委會提報並通過審核，詳細清單請查附件二。

※ **決議：**追認與新申請案皆通過。

（三）推派 111 年度「重症醫學專科醫師聯合甄審」委員

說明：(1) 今年由中華民國心臟學會輪值，承辦核心課程與甄審筆試，由台灣麻醉醫學會承辦甄審口試。

(2) 核心教育課程需二位規劃委員，負責依聯委會分配範疇規劃課程題目、邀請講師。

(3) 重症專科甄審筆試委員二位，負責邀請該年度新試題出題委員（或親自出題）。

(4) 重症專科甄審口試委員二位，負責邀請口試出題委員（實務題一位、口試題兩位）、口試官（至少外科一位、內科五位，視考生人數而定）。

※ 決議：111 年度核心教育課程兩位規劃委員分別為林楷煌主任、陳昌文主任擔任；重症專科甄審筆試委員則為梁信杰主任、方文豐主任；重症專科甄審口試委員則為高國晉教授、呂紹煒主任。

(四) 關於醫事司向聯委會索取重症醫學專科醫師甄審相關資料

說明：醫事司於 06 月 21 日致電並去信向聯委會索取重症醫學專科醫師甄審相關資料。為此聯委會於 06 月 29 日緊急召開「重症部定(次)專科工作小組」111 年度第 1 次(線上)會議，會議記錄請查附件三，會中決議 6 學會代表將下述資料由各母學會先行內部討論。

1. 重症聯甄章程附件四
2. 重症臨床訓練機構資格及內容附件五
3. 110 年重症醫學專科醫師聯合甄審簡章附件六
4. RRC 重症專科醫師訓練計畫認定基準附件七
5. 重症 RRC 自評表附件八
6. 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附件九

※ 決議：(1) 訓練計畫的詳細內容取決於組織章程，胸腔科不同於其他學會，於現行章程中完成胸腔科訓練後，重症專科的訓練期為一年，而除了心臟科以外訓練期皆為兩年。應突顯在胸腔科訓練計畫(章程)中即包含了重症專科的訓練，得以合理地以一年為訓練期。所以應著重在「RRC 重症專科醫師訓練計畫認定基準」與「重症 RRC 自評表」中呈現自胸腔科訓練至重症專科訓練的延伸性，以及如何具體證明於胸腔科訓練期間所受的重症專科相關訓練。

(2) 由於胸腔科的訓練流程、科室學習時作時間分配會因為各訓練醫院單位規定而有所不同，決議由古世基主任領頭，與高國晉教授、陽光耀教授、林楷煌主任、詹明澄主任、許超群部長、彭忠衍主任組成工作小組，依各醫院單位訓練系統、流程異同修改出較符合現況的「RRC 重症專科醫師訓練計畫認定基準」與「重症 RRC 自評表」等相關文件。

參、下次開會時間

台灣胸腔暨重症加護醫學會 間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議記錄

日期：民國 111 年 07 月 04 日（星期一）晚間 18:30~19:30

地點：<https://zoomtw.zoom.us/j/93823890968> (會議密碼：ILD0704)

主席：間質性肺病及罕見肺疾病委員會 召集委員 林慶雄副院長

出席委員：林慶雄副院長、蘇維鈞教授、高國晉教授、許正園主任、黃堂修醫師、方文豐主任、彭忠衍主任、郭炳宏教授、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

壹、報告事項

(一) 2022 下半年 ILD 委員會安排之學術會議，議程如附件一

1. 111 年 07 月 16 日辦理「6th Japan-Taiwan IPF/ILD Case Discussion Meeting」。

2. TSPCCM post ERS virtual masterclass on ILD 系列會議。

● Model 1: ILD Diagnosis，於 111 年 08 月 04 日辦理

● Model 2: Specific Disease I，於 111 年 08 月 18 日辦理

● Model 3: Specific Disease II，於 111 年 09 月 08 日辦理

● Model 4: Specific Diseases III & Advanced Imaging Approach to ILD，於 111 年 09 月 22 日辦理

3. 111 年 11 月 04 日辦理「Potential Novel Therapies of Antifibrotic Agents」。

說明：(1) 08 月 14 日，重症醫學專科聯甄課程（北區場），台大醫學院 502 講堂。

(2) 08 月 27 日，111 年東區重症聯甄課程，花蓮慈濟醫院協力樓合心會議室。

(3) 09 月 25 日，重症醫學專科聯甄課程（中區場），中國醫藥大學立夫大樓 201 室。

(4) 10 月 02 日，重症醫學專科聯甄課程（南區場），高雄長庚醫院藍廳。

(二) 2022 胸重年會，ILD 主題規劃

1. Management of post-COVID19 ILD/IPF in Japan，邀請日本外賓演講

2. An update on hypersensitivity pneumonitis，由郭炳宏教授演講

3. The implications of Taiwanese Researches in ILD，由柯信國主任演講

4. ILD in Taiwan : From NICEFIT to NICEFIT-ON，由鄭世隆教授演講

(三) 2022 Hypersensitivity Pneumonitis consensus 進度報告，時程規劃如附件二

1. 於 111 年 04 月 08 日召開 HP 第一次編輯會議，會中決議排除英翻中的模式，而是利用實證醫學 (EBM) 與國內案案例研討的方式來呈現台灣的共識。

2. 由各委員推派年輕醫師整理醫院 HP 案例，於 08 月 13 日與 09 月 24 日辦理的兩場會議中報告、討論（議程如附件三），會後將演講內容轉為文字稿，並於期中會議前提供。請郭炳宏教授於年會時報告最新進展，最後預計於 2023 年夏季會出版。

貳、討論事項

(一) ILD MDD & Case book

- 說明：**(1) 因為受到疫情影響，許多學會活動延宕至下半年，因故 ILD MDD 不再舉辦。
 (2) 全台各醫學中心開放院內 ILD MDD 給會員參與，因為各家醫院有各自考量，因為受到疫情影響，尚未完全溝通，取得最後共識，因此暫緩公告。
 (3) 過去曾經出版：2017 特發性肺纖維化案例集 (IPF CASEBOOK Vol 1)、2019 間質性肺病案例集 (ILD CASEBOOK)。
 (4) 原訂下半年開始啟動撰寫，目前預估經費有限，有可能延至明年啟動，2023 胸重年會出版。

※ 結論：雖然經費有限，但因考量 casebook 的重要與必要性，將再精簡整體編撰程序與預算，並向理監事提出 proposal 爭取經費，以便如期啟動手冊編輯並於 2023 年胸重年會出版。依會議決議，啟動會議將在夏季會結束以後開始進入籌備期，請各位委員著手準備 case，原則上暫訂八、九月第一次 kick-off meeting (時程規劃如附件四)。

參、臨時動議：下次會議時間：預計於年會前召開實體會議

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺部介入委員會會議記錄

日期：民國 111 年 07 月 09 日（星期六）下午 14:30-15:30

地點：新竹豐邑喜來登大飯店 東館 3 樓 梅花廳

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、秘書張瑜婕

壹、主席報告

貳、討論事項

（一）支氣管鏡技術師教育訓練學分給予辦法

說明：

第一條 台灣胸腔暨重症加護醫學會為辦理支氣管內視鏡技術師（以下簡稱技術師）之教育訓練並給予學分，特訂定本辦法。

第二條 本辦法由台灣胸腔暨重症加護醫學會肺部介入委員會負責之。

第三條 由委員會舉辦之技術師相關教育訓練講習會（技術師教育訓練課程）均核給學分，以實際上課時數計，每 50 分鐘給予一學分。

※ 結論：通過。

（二）支氣管鏡技術師甄審辦法

說明：

第一條 台灣胸腔暨重症加護醫學會為辦理支氣管內視鏡技術師（以下簡稱技術師）之資格認證，特訂定本辦法。

第二條 技術師考試資格審核及考試兩部份皆由支氣管內視鏡技術師甄審委員會（以下簡稱甄審委員會）負責之。

第三條 凡向委員會申請技術師認證者，須具有以下各項資格。

- (1) 護理科系畢業並取得護理師執照者；專科以上醫技相關科系畢業者。
- (2) 於技術師考試報名截止日前兩年內，在醫療院所支氣管內視鏡室服務滿乙年以上，目前在職，並須出具護理、醫技相關執業執照（育嬰留停或留職停薪者，保留資格及學分，復職後再辦理認證）。
- (3) 二年內須參加委員會所舉辦之技術師教育講習會，獲得學分 8 學分以上（依委員會氣管鏡技術師教育訓練學分給予辦法辦理）。
- (4) 效期內之基本救命術（BLS）（4 小時以上課程，並通過筆試及實作測驗）或高級心臟救命術（ACLS）合格證書，有效日期需超過當年 12 月 31 日，所提出之相關急救術證書須由醫院以上單位出具個人之訓練及格（合格）

並附有效期限之證書。前述證書如有爭議，交由氣管鏡技術師資格審查委員會認定之。

第四條 台灣胸腔暨重症加護醫學會每年舉辦技術師之認證乙次，其報名及考試日期於辦理前三個月公告之。

第五條 申請人必須填寫委員會提供之「支氣管鏡技術師認證申請書」（由二位胸腔科醫師簽名推薦）壹份，並提出第三條所列之各項證明文件。凡提供不實證件者，甄審委員會不予審核，除退還原件外，並永不得提出申請。

第六條 認證程序分為資格審核及考試二部份。技術師考試分筆試及口試；筆試及口試均及格者為合格。筆試及格者始能參加口試；筆試及格而口試不及格者，筆試成績得保留至下個年度。

第七條 認證合格者，委員會將以書面通知。並由委員會授予支氣管內視鏡技術師證書。

第八條 台灣胸腔暨重症加護醫學會於每年度認證結束後造具名冊。

第九條 筆試及口試小組各設組員七至九名，其中一人為組長，組長及組員均由甄審委員會資格審核小組召集人提名。組員宜由甄審委員會委員、委員會指導醫師或其他具有支氣管內視鏡專長之醫師擔任之，人選由甄審委員會通過後組成。

第十條 支氣管內視鏡技術師證書有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。

第十一條 申請展延換發證書者，需提出：

- (1) 六年內本委員會認定之技術師學分共 18 分。
- (2) 目前仍從事支氣管內視鏡工作之在職證明（育嬰留停或留職停薪者，保留資格及學分，復職後再辦理認證）。
- (3) 每 2 年參加委員會為技術師所舉辦之教育訓練課程至少乙次。
- (4) 效期內之基本救命術（BLS）（4 小時以上課程，並通過筆試及實作測驗）或高級心臟救命術（ACLS）合格證書，有效日期需超過當年 12 月 31 日，所提出之相關急救術證書須由醫院以上單位出具個人之訓練及格（合格）並附有效期限之證書。前述證書如有爭議，交由支氣管內視鏡技術師資格審查委員會認定之。

第十二條 申請展延換發證書應提出：

- (1) 申請表。
- (2) 符合第十一條所訂展延條件之證明文件。
- (3) 最近一年內二吋正面脫帽半身照片兩張。

第十三條 技術師考試、技術師證照及展延換證均得酌收費用，其費額由甄審委員會訂定之。

第十四條 本辦法經台灣胸腔暨重症加護醫學會理監事會通過後施行之，修改時亦同。

※ 決議：(1) 111 年底前提報到理監事會議決議通過後，預計 112 年開始執行。

(2) 依照會議討論結果，修改內容如下：

第三條 凡向委員會申請技術師認證者，須具有以下各項資格。

- (1) 醫療相關科系畢業且取得醫事人員執業執照者(如:護理、呼吸治療、放射、醫技相關科系……等)。
- (2) 於技術師考試報名截止日前兩年內,在醫療院所支氣管內視鏡室服務滿乙年以上或累積病例數超過30例,目前在職,並須出具醫事人員執業執照(育嬰留停或留職停薪者,保留資格及學分,復職後再辦理認證)。
- (3) 二年內須參加委員會所舉辦之技術師教育訓練課程,獲得學分7學分以上(依委員會氣管鏡技術師教育訓練學分給予辦法辦理)。

第五條 申請人必須填寫委員會提供之「支氣管鏡技術師認證申請書」(由一位胸腔科醫師簽名推薦)壹份,並提出第三條所列之各項證明文件。凡提供不實證件者,甄審委員會不予審核,除退還原件外,並永不得提出申請。

第六條 認證程序分為資格審核及考試二部份。技術師考試為筆試,於技術師教育訓練課程結束後立即進行。

第九條 筆試小組設組員八名,其中一人為組長,組長及組員均由甄審委員會資格審核小組召集人提名。組員宜由甄審委員會委員、委員會指導醫師或其他具有支氣管內視鏡專長之醫師擔任之,人選由甄審委員會通過後組成。

第十一條 申請展延換發證書者,需提出:

- (1) 六年內本委員會認定之技術師學分共14分。
- (2) 目前仍從事支氣管內視鏡工作之在職證明(育嬰留停或留職停薪者,保留資格及學分,復職後再辦理認證)。
- (3) 每3年參加委員會為技術師所舉辦之教育訓練課程至少乙次。
- (4) 若無法在六年內累積滿14分,可於一年內補齊不足之學分。

第十三條 技術師教育訓練課程得酌收費用,其費額由甄審委員會訂定之。

- (3) 技術師教育訓練課程得酌收費用,決議每次課程收NT\$2,000。由學會支付講師費每位NT\$2,000/堂,交通費另計。

(三) 支氣管內視鏡超音波證書審查

※ 結論:本次共有郭O璋、陳O維、蔡O軒等三位提出申請,經委員審核後全數通過。

(四) 支氣管內視鏡超音波證書審查辦法

說明:有關EBUS證書審查,30例檢查報告,報告醫師、執行醫師、supervisor是否皆符合申請資格?

※ 結論:執行醫師、報告醫師均符合申請資格。

(五) 支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程

※ 結論:2023年預計於3月或4月,在中區辦理課程。

參、臨時動議:

肆、散會

胸腔暨重症案例



提供：江侑洵醫師、黃煦晴 醫師 台北榮民總醫院 胸腔部

[Case]

A 49 year-old male presented with progressive exertional dyspnea for months. He is a farmer and has been smoking 0.5 PPD for 30 years. There was no fever, nor productive cough, chest pain. His oxygen saturation was 91% while he was breathing ambient air. The lab upon presentation was WBC 8000/uL, CRP 0.13 mg/dL, LDH 310 U/L.

醫學新知 I

對於穩定高碳酸血症肺阻塞病人使用居家高流速氧氣鼻導管治療：一個隨機臨床試驗

摘自：Am J Respir Crit Care Med. 2022 Dec 1;206(11):1326-1335.

編譯：陳威志 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部

理論基礎：

對於肺阻塞 (chronic obstructive pulmonary disease) 引起之慢性高碳酸血症呼吸衰竭 (chronic hypercapnic respiratory failure) 使用高流速氧氣鼻導管 (high-flow nasal cannula) 的長期效果仍不清楚。

目標：

評估對於因肺阻塞引起之慢性高碳酸血症呼吸衰竭病人長期使用高流速氧氣鼻導管是否能減少急性惡化次數以及改善其他生理參數。

方法：

我們納入 104 位 (年齡大於 40 歲) 有日間高碳酸血症 (GOLD stage 2-4) 且接受長期氧氣治療 (每天 ≥ 16 小時且 ≥ 1 個月) 的受試者，將他們隨機分配至高流速氧氣鼻導管 / 長期氧氣治療或是長期氧氣治療組。主要療效目標是中度或重度急性惡化的比率。我們比較與基準時動脈血氣體分析數值變化，周邊氧氣飽和度，肺功能，健康相關的生活品質分數以及 6 分鐘走路測試。

測量以及主要結果：

高流速氧氣鼻導管能夠顯著減少中度 / 重度急性惡化的比率 (未校正的平均數 1.0 vs 2.5 校正後的平均數比例 2.85 [95% CI 1.48-5.47]) 並延長沒有中度或重度急性惡化的期間。在長期氧氣治療組發生第一次中度或重度急性惡化的中位數時間為 25(14.1-47.4) 周；而在高流速氧氣鼻導管 / 長期氧氣治療組則有顯著延長此時間。使用高流速氧氣鼻導管顯著改善健康相關的生活品質分數，周邊氧氣飽和度，以及一些肺功能參數。沒有發現安全性的顧慮。

結論：

對於穩定慢性高碳酸血症肺阻塞病人合併急性惡化病史，高流速氧氣鼻導管是一個合理的治療選項。

編譯者評論：

近十幾年來對於肺阻塞病人合併慢性呼吸衰竭時，居家長期使用高流速氧氣鼻導管的幾個研究，發現可以降低急性惡化風險以及延長沒有急性惡化的期間，但是對於有高碳酸血症的病人，高流速氧氣鼻導管長期使用的效果則未知。本研究為第一個針對肺阻塞引起之慢性高碳酸血症呼吸衰竭病人長期使用高流速氧氣鼻導管的臨床試驗，結果發現使用高流速氧氣鼻導管可以減少急性惡化，可能的機制包含高流速氧氣鼻導管的潮濕功能可以改善病人呼吸道分泌物的清除、增加病人通氣的效率進而改善呼吸肌肉力量。未來的研究方向需考慮非侵襲性正壓呼吸器、高流速氧氣鼻導管以及傳統氧氣治療在這類病人如何給予才會有最大的臨床效益。

Home High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy for Stable Hypercapnic COPD: A Randomized Clinical Trial

Am J Respir Crit Care Med. 2022 Dec 1;206(11):1326-1335.

Nagata K, Horie T, Chohnabayashi N, *et al.*

Abstract

Rationale:

The long-term effects of using a high-flow nasal cannula for chronic hypercapnic respiratory failure caused by chronic obstructive pulmonary disease remain unclear.

Objectives:

To assess whether long-term high-flow nasal cannula use reduces the number of exacerbations and improves other physiological parameters in patients with chronic hypercapnic respiratory failure caused by chronic obstructive pulmonary disease.

Methods:

We enrolled 104 participants (aged ≥ 40 yr) with daytime hypercapnia (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease stages 2-4) receiving long-term oxygen therapy (≥ 16 h/d for ≥ 1 mo) and randomly assigned them to high-flow nasal cannula/long-term oxygen therapy and long-term oxygen therapy groups. The primary endpoint was the moderate or severe exacerbation rate. We compared changes from baseline in arterial blood gas values, peripheral oxygen saturation, pulmonary function, health-related quality-of-life scores, and the 6-minute-walk test.

Measurements and Main Results:

High-flow nasal cannula use significantly reduced the rate of moderate/severe exacerbations (unadjusted mean count 1.0 vs. 2.5, a ratio of the adjusted mean count between groups [95% confidence interval] of 2.85 [1.48-5.47]) and prolonged the duration without moderate or severe exacerbations. The median time to first moderate or severe exacerbation in the long-term oxygen therapy group was 25 (14.1-47.4) weeks; this was not reached in the high-flow nasal cannula/long-term oxygen therapy group. High-flow nasal cannula use significantly improved health-related quality of life scores, peripheral oxygen saturation, and specific pulmonary function parameters. No safety concerns were identified.

Conclusions:

A high-flow nasal cannula is a reasonable therapeutic option for patients with stable hypercapnic chronic obstructive pulmonary disease and a history of exacerbations.

醫學新知 II

機器人支氣管鏡檢查：三個儀器系統的評介

摘自：Life. 2023; 13(2):354.

編譯：趙恒勝 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部

背景：

自 2018 年第一個機器人支氣管鏡檢查平台獲得 FDA 批准以來，機器人支氣管鏡檢查變成在氣管內檢查及治療的新星。早期的臨床試驗證實，機器人支氣管鏡檢查有比過往更好的穩定性及更高的診斷率。尤其在現在以低劑量電腦斷層篩檢肺癌的時代，機器人支氣管鏡檢查對於週邊的小結節有更高的診斷能力，且比電腦斷層導引切片還低的併發症。

方法：

本篇文章非系統性文獻回顧，僅利用“robotic”及“bronchoscopy”在 PubMed 中搜尋相關文章，並按機器人支氣管鏡檢查的發展、美國現在上市的三個平台、系統的優缺點、以及未來的展望，整理成本文。

結果：

現今美國有三個機器人支氣管鏡檢查的平台，分別為 Monarch™ Platform (Auris Health, Inc., Redwood City, CA, USA)，Ion™ Endoluminal RB Platform (Intuitive Surgical©, Sunnyvale, CA, USA)，及 Galaxy System™ (Noah Medical, San Carlos, CA, USA)。前兩者已經獲得美國 FDA 的核准，而 Galaxy System 則預計今年亦會獲得美國 FDA 的核准。

在研究中，機器人支氣管鏡展現了操作支氣管鏡的高穩定度、高精確的導航、以及低併發症。其定位成功率達 85-96%，而氣胸併發症比率僅有 0-5.8%。相較於電腦斷層導引的經皮肺切片有近 17% 以上的併發症，機器人支氣管鏡更值得發展。

但是機器人支氣管鏡檢查仍有其劣勢，最主要是來自於影像導航和檢查時的微小但不可以忽略的差異，又叫做 CT-to-body divergence。雖然各家平台使用了不同的獨家技術來克服這個問題，但是仍會造成程度不等的失敗率。另一個議題是操作醫師的學習曲線，即使有完整的術前教學訓練，仍需執行相當的次數才能熟悉整套系統。

結論：

機器人支氣管鏡檢查在醫學上的進展和機器人手術的進展是相同的，隨著平台的增加，我們需要大型、多中心、前瞻性的試驗來量化機器人支氣管鏡檢查、系統、平台的優點。並尋找適合應用的臨床情境。

〔編譯者評論〕

從 1966 年日本的池田教授首先發展出軟式支氣管鏡以來，對於週邊肺部病灶，支氣管鏡經歷了螢光透視攝影導引、超音波導引、虛擬支氣管鏡、電磁導航，到今日的機器人支氣管鏡檢查，無一不在精進定位及切片的成功率，尤其是現階段，低劑量電腦斷層已經為我們找到大量的 1 公分左右的小節結，如何得到細胞學或是病理學診斷，變成胸腔科醫師的任務。然而，使用機器人支氣管鏡檢查，並不代表不需要其他的儀器，除了其內建高精準度的導航設備（含電磁導航、shape-sensing technology），仍需要高階螢光透視平台 (Fluoroscopy)、支氣管內超音波、甚至是 corn-bean CT 的協助，檢查室的建置成本將高居不下。未來，如果機器人支氣管鏡順利發展，則可以利用該平台的高穩定度，配合支氣管內治療的儀器，如 microwave, RFA, laser 等的治療手段，將可以把早期肺癌治療推展到另一個境界。

Robotic Bronchoscopy: Review of Three Systems

Life. 2023; 13(2):354. <https://doi.org/10.3390/life13020354>.

Maxwell J. Diddams, Hans J. Lee, *et al.*

Abstract

Robotic bronchoscopy (RB) has been shown to improve access to smaller and more peripheral lung lesions, while simultaneously staging the mediastinum. Pre-clinical studies demonstrated extremely high diagnostic yields, but real-world RB yields have yet to fully matched up in prospective studies. Despite this, RB technology has rapidly evolved and has great potential for lung-cancer diagnosis and even treatment. In this article, we review the historical and present challenges with RB in order to compare three RB systems.

Keywords: bronchoscopy; interventional pulmonology; robotic bronchoscopy; robotics; lung cancer; navigational bronchoscopy; pulmonary nodule

醫學新知 III

評估鳥型分枝桿菌 (*Mycobacterium avium* complex; MAC) 肺部感染的完治情形以及臨床診療對 ATS/IDSA 指引的依從性

摘自：Clin Infect Dis. 2022 May 24:ciac394.

編譯：吳佳儒 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部

背景：

非結核性分枝桿菌 (Nontuberculous mycobacteria; NTM) 是廣泛存在於環境中的生物，具致病性，甚至能導致慢性肺部疾病；而在非結核性分枝桿菌當中，又以鳥型分枝桿菌為最常見的菌株。

方法：

作者從美國聯邦醫療保險 Medicare 之保險受益人當中，蒐羅出有支氣管擴張症、同時患有鳥型分枝桿菌肺部感染的病人，收案期間為 2006 年 1 月至 2014 年 12 月。作者接下來進一步描述這群病人接受的是哪一種 MAC 治療處方——MAC 治療處方被定義為以巨環內酯 (macrolide) 為本的多重抗生素組合，即除了必須包含巨環內酯，還必須加上立汎黴素 (rifamycin)、乙胺丁醇 (ethambutol)、氟化喹諾酮 (fluoroquinolone) 或丁胺卡那 (amikacin) 至少其中一種抗生素，且處方需至少同時使用超過 28 天。

測量和主要結果：

研究收錄 9189 名初次接受 MAC 肺部感染治療的病患，開始治療時平均年齡為 74 歲 (標準差 6 歲)，其中 75% 為女性、87% 為非西班牙裔白人。51% 初次接受 MAC 肺部感染治療者的處方符合臨床診療指引推薦的療法 (macrolide/ethambutol/ rifamycin 三者併用 +/- amikacin)，41% 的病人在第六個月依然遵循臨床診療指引接受治療，到了第 12 個月依然遵循臨床診療指引接受治療的病人比率已降至 18%，到了第 18 個月，持續接受 MAC 治療的病人僅剩 11%，而 55% 病人已停止治療，34% 病人則因為死亡或收案結束被予以排除。

結論：

本次研究中初次接受 MAC 肺部感染治療的病人，有一半接受的是不符合臨床診療指引的療法，甚至包含常見容易引發 macrolide 抗藥性的處方。治療中斷也是常見的狀況，並且一旦治療中斷，只有少數病人會重啟治療。這份研究為當今美國長者 MAC 肺部感染的治療狀況提供了重要的文獻，未來應該使用更多當代的資料來源檢視 MAC 的治療情形。

〔編譯者評論〕

在台灣，尤其是北部，MAC 是最常見的 NTM 菌株。MAC 肺部感染可導致疲倦、慢性咳嗽、呼吸喘、夜間盜汗、咳血、體重減輕等症狀，甚至導致慢性的肺部發炎、嚴重影響呼吸功能。

針對 MAC 肺部感染的標準治療，應依照個案嚴重程度，選用特定多重口服或針劑抗生素治療，直到痰液培養陰性後 12 個月；若痰液培養的 MAC 菌株對主力的 *macrolide* 有抗藥性，處方也應有所調整——整體而言，MAC 肺部感染治療的複雜度、療程長度、藥物副作用及交互作用、病人順從度等因素都加深了治療上的困難。

這篇文章指出，美國較高齡的支氣管擴張症兼 MAC 肺部感染患者，完整接受治療並且處方符合 ATS/IDSA 臨床診療指引推薦的竟然只有一半，遠低於眾人的預期，且病人中斷治療後也極難重啟——這樣的情形勢必降低治療成功的比率、增加 MAC 的抗藥性。這篇文章是對醫療人員的重大提醒，應當更加在意 MAC 肺部感染是否正確治療，即時查詢並遵守臨床診療指引，且探詢病人無法完治的原因，以期達成更好的治療效果。

Evaluation of Mycobacterium Avium Complex Pulmonary Disease Treatment Completion and Adherence to ATS/IDSA Guidelines

Adopted from Clin Infect Dis. 2022 May 24:ciac394.

Jennifer H. Ku, Emily Henkle, Kathleen F. Carlson, *et al.*

Abstract

Background:

Nontuberculous mycobacteria are environmental organisms that cause infections leading to chronic, debilitating pulmonary disease, among which Mycobacterium avium complex (MAC) is the most common species.

Methods:

We described patterns of macrolide-based multidrug antibiotic therapies for MAC pulmonary disease (MAC-PD) in US Medicare beneficiaries with bronchiectasis between January 2006 and December 2014. MAC therapy was defined as a multidrug regimen containing a macrolide plus ≥ 1 other drug targeting MAC-PD (rifamycin, ethambutol, fluoroquinolone, or amikacin) prescribed concomitantly for 28 days.

Results:

We identified 9189 new MAC therapy users, with a mean age (standard deviation) of 74 (6 years) at the start of therapy; 75% female and 87% non-Hispanic white. A guideline-based regimen (a macrolide, ethambutol, and rifamycin, with or without amikacin) was prescribed for 51% of new MAC therapy users at treatment start, of whom 41% were continuing guideline-based therapy at 6 months, and only 18% at 12 months. Of all new MAC therapy users, by 18 months only 11% were still receiving MAC treatment, 55% had discontinued therapy, and 34% were censored owing to death or the end of the study period.

Conclusions:

Overall, nearly half of new MAC therapy users were prescribed a non-guideline-recommended macrolide-based therapy, including regimens commonly associated with promoting macrolide resistance. Treatment discontinuation was common, and once discontinued, only a few beneficiaries resumed therapy at a later time. Our study adds important data to the current literature on treatment patterns for MAC-PD among older US populations. Future research should examine treatment patterns using more contemporary data sources.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：2023 年 06 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 51)

A 50 year-old male presented to emergent room with throat pain and shortness of breath. The breath sound showed stridor. The lab. data upon presentation were as below: WBC: 12270/cumm, Hb: 14.7/g/dl, PLT 172000/cumm. The blood gas revealed pH:7.291, pCO₂:31.5 mmHg, pO₂: 255.2mmHg HCO₃:14.9 mmol/L, SaO₂:99.8%. The renal function was normal. Intubation with ventilator was done.

1. Which one is the diagnosis ?

- (A) Anthracosis
- (B) Smoke inhalation injury
- (C) Coal miner
- (D) Pulmonary malignant melanoma
- (E) Pulmonary fungal infection

選擇題：(每題 15 分)

2. 關於本期醫學新知 I 介紹的研究，下列何者正確？

- (A) 本研究排除需長期氧氣治療的肺阻塞病人
- (B) 本研究納入肺功能較好 (GOLD stage 1) 的肺阻塞病人
- (C) 本研究高流速氧氣鼻導管使用組仍有使用傳統氧氣治療
- (D) 本研究的主要療效目標是觀察兩組死亡率的差異

3. 根據 2023 年版最新的 GOLD 指引，對於肺阻塞病人能夠降低死亡率的治療及介入措施，下列何者錯誤？

- (A) 戒菸
- (B) 於有急性惡化住院史的病人，安排肺復原
- (C) 穩定高碳酸血症者，給予長期非侵襲性正壓呼吸器治療
- (D) 穩定病人長期使用高流速氧氣鼻導管

4. 支氣管鏡可以用來檢查氣管內的病況，亦可以獲取檢體以從事病理診斷，有關機器人支氣管鏡的敘述，下列何者為是：

- (A) 機器人支氣管鏡操作方式和傳統支氣管鏡相同，有經驗的醫師不需要訓練即可以上手
- (B) 現在 (2023 年 2 月) 機器人支氣管鏡系統，共有三家系統已經獲得美國 FDA 核准使用
- (C) 機器人支氣管鏡較傳統支氣管鏡的優勢，除了高精確的導航外，另一個特點是高穩定性
- (D) 機器人支氣管鏡相較於傳統支氣管鏡，定位成功率更高，併發症更少

5. 機器人支氣管鏡可以和以下何者協作，以達成臨床所需的檢查及治療目標：

- (A) 為支氣管鏡導航設計的電腦斷層掃瞄程序
- (B) 螢光透視平台 (fluoroscopy)
- (C) 支氣管內超音波 (radial-probe EBUS)
- (D) 以上皆是

6. 何者並非治療鳥型分枝桿菌肺部感染的抗生素？

- (A) Amikacin
- (B) Rifamycin
- (C) Fosfomycin
- (D) Ethambutol
- (E) Macrolide

7. 何者是治療鳥型分枝桿菌肺部感染的難處？

- (A) 治療時間長
- (B) 病人的醫囑順從性不高
- (C) 醫師端未遵循臨床指引規劃治療
- (D) 多重抗生素使用產生之副作用及交互作用
- (E) 以上皆是

測驗回函 (2023 年 02 月第 47 期)

截止日：2023 年 06 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

A 50 year-old male with throat pain and shortness of breath.

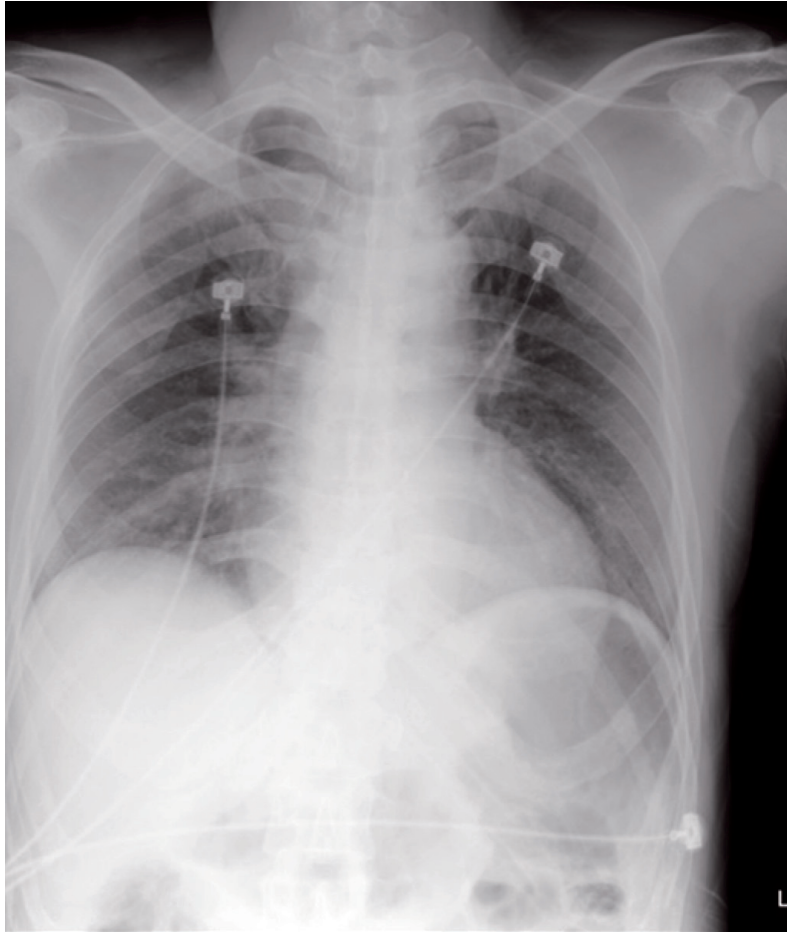


Figure 1. Chest plain film presented infiltrations in right and left lower lung fields.

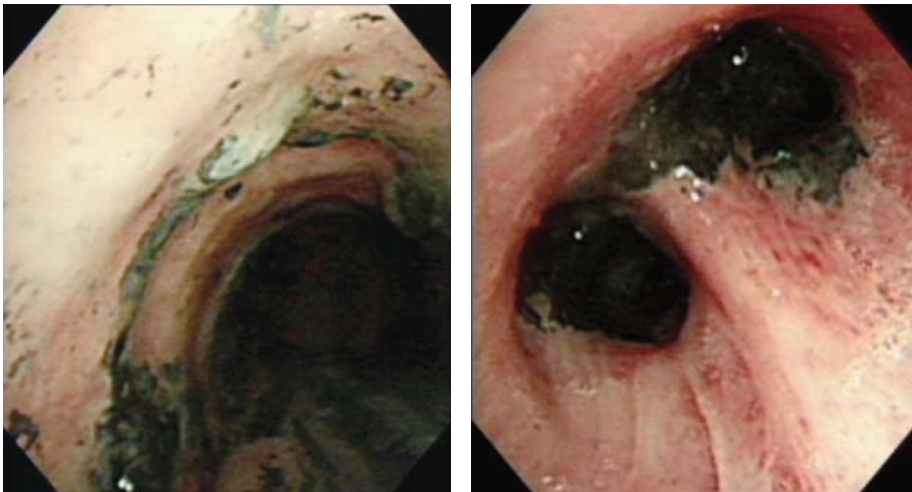


Figure 2. Bronchoscope revealed much purulent sputum with charcoal in the trachea and bronchi of right upper lung.

提供：張旭良 醫師 高雄市立大同醫院 胸腔內科

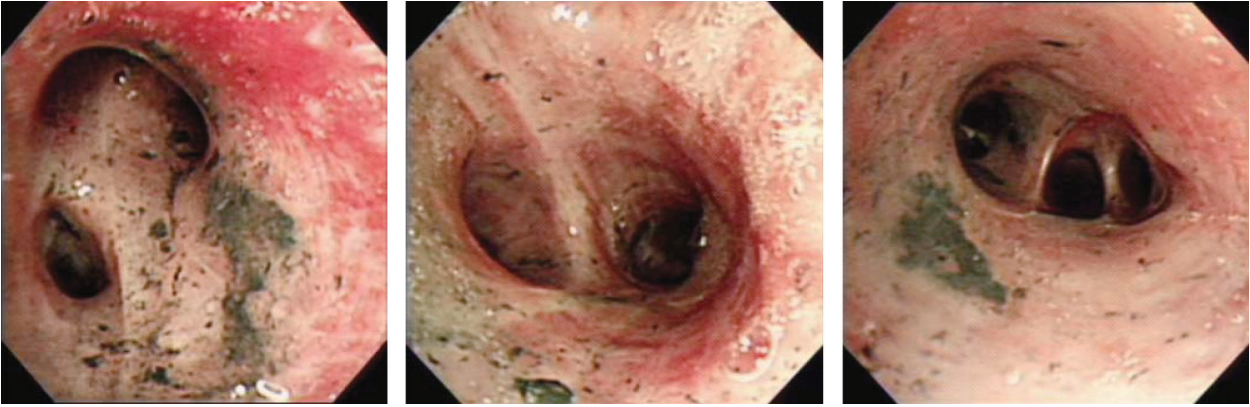


Figure 3. Bronchoscope revealed much charcoal particle and erythematous mucosa in the bronchi of left upper lung, left lower lung, right middle lung and right lower lung.



Figure 4. The suction bag had much sputum and charcoal particle removed by bronchoscope.

[Case]

A 50 year-old male presented to emergent room with throat pain and shortness of breath. The breath sound showed stridor. The lab. data upon presentation were as below: WBC: 12270/cumm, Hb: 14.7/g/dl, PLT 172000/cumm. The blood gas revealed pH:7.291, pCO₂:31.5 mmHg, pO₂: 255.2mmHg HCO₃:14.9 mmol/L, SaO₂:99.8%. The renal function was normal. Intubation with ventilator was done.

[Question]

1. Which one is the diagnosis?
 - (A) Anthracosis
 - (B) Smoke inhalation injury
 - (C) Coal miner
 - (D) Pulmonary malignant melanoma
 - (E) Pulmonary fungal infection

[Answer]

- (B) Smoke inhalation injury

This was a case recurred from the building with fire accident. He had smoke inhalation injury and induced laryngeal edema. The bronchoscope revealed purulent sputum and charcoal particle filled in all bronchi with erythematous mucosa. The initial carboxyhemoglobin was 24.3 % (normal range 0-3%).

選擇題：

1. 下列何者方式非現行有實證等級可以改善肺阻塞過度充氣的治療方式？
 - (A) 雙效性支氣管擴張劑 (dual bronchodilators)
 - (B) 支氣管鏡合併瓣膜使用
 - (C) 肺部減容手術
 - (D) 化痰藥物

答案 (D)

2. 關於支氣管內瓣膜 (BLVR with endobronchial valve)，對於心臟影響下列何者為非？
 - (A) 增加心臟前負荷
 - (B) 改善心臟輸出
 - (C) 改善心臟收縮力
 - (D) 會增加肺動脈壓力

答案 (D)

3. 下列何者非 Adagrasib 常見之第三級或以上的副作用？
 - (A) 疲倦
 - (B) 噁心
 - (C) 腸胃道出血
 - (D) 肝指數上升

答案 (C)

4. Adagrasib 的半衰期多長？

- (A) 5 小時
- (B) 12 小時
- (C) 18 小時
- (D) 23 小時

答案 (D)

5. 關於長新冠症狀，以下何者為是？

- (A) 在 20 歲以上的族群中，女性較少見
- (B) 在感染 COVID-19 的 3 個月後出現長新冠的患者中，高達 90% 會持續 12 個月出現症狀
- (C) 在感染 COVID-19 的 3 個月後，每 3 位有症狀的 COVID-19 感染者，至少有 1 人自覺出現長新冠的症狀
- (D) 長新冠是一個不需要注意的議題

答案 (C)

6. 關於長新冠的描述，以下何者為非？

- (A) 長新冠的定義是：在感染 COVID-19 的 3 個月後仍有持續至少 2 個月的相關症狀
- (B) 通常長新冠不會造成病人的困擾
- (C) 在 COVID-19 的疫情爆發的初期，研究資源先大量投注於疫苗和藥物的研發，較少資源投注於長新冠的研究
- (D) 持續性的疲勞伴隨身體疼痛或情緒的波動，認知問題或持續的呼吸道症狀都是長新冠的症狀

答案 (B)

吐納園地

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

【開放投稿】本園地屬於大家的心聲園地，任何非學術性文章皆歡迎各位會員們踴躍投稿。
(投稿方式：請將文章檔案、8張以內的照片及投稿者聯絡資訊 E-mail 至 tspccm.t6237@msa.hinet.net，秘書處將依照順序安排刊登。)

COVID-19 疫情下負壓加護病房的創新

黃仲儒醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部

COVID-19 全世界大流行不僅帶來造成確診數、死亡數的上升，更對傳統加護病房的照護模式產生巨大衝擊。各級醫院在這兩年中，為對抗疫情的爆發，艱困但也迅速地不斷開設負壓加護病房。臺北榮總收治了許多 COVID-19 重症患者，兩年之中醫護團隊累積了不少寶貴的照護經驗，也經歷了許多慘痛的教訓。相比傳統重症照護，COVID-19 的重症照護有兩大不同：

- 一、傳染性更高：病毒附著在氣溶膠上飄散產生的高度傳染性，其在各種塑膠以及金屬表面傳染性可持續數小時至三天。故工作人員都必須配戴個人防護裝備（personal protective equipment, PPE）才能進入，各種感染管制的 SOP 及環境清消的標準也更為嚴格。
- 二、空間的阻隔：負壓病房在病室、前室、共同前室以及護理站的架構下，做出絕對的空間區隔。如此一來，醫護人員對於病人表情、動作、生命徵象、機器訊號的掌握程度大幅下降。同樣也是因為空間的阻隔，當突發事件產生時，反應的速度必然有所延遲。對於講求即時處置的重症照護是一大挑戰。

臺北榮總一面對抗疫情，一面也責成胸腔部與各級單位改建負壓加護病房，筆者有幸自總醫師期間便參與工作團隊，有若干心得在胸重會訊與前輩及同好們分享。此次改建案有兩大重點如下：

一、使用者參與

工程之初，院方即組成專案工作小組，強調各職類的參與，與 COVID-19 照護有關第一線使用者，包括醫師、護理師、呼吸治療師、感染管制室都參與其中，相對於以往以工務室及承包廠商為主體的工程案，此案更能將臨床需求在設計階段就考量到位。此外，臺北榮總 AI 中心期間舉辦了四場工作坊（圖一），導入 Patient journey 及 user journey 的設計視野，發掘並釐清過往負壓病房照護上的痛點，並且媒合致力於智慧醫療產業的科技廠商，為下一階最的科技導入奠定合作關係。

臺北榮總

數位明醫共創系列工作坊

當疫情成為新常態，我們更需要不一樣的明日醫療

目標定位

打造智慧醫療創新生態系
共創數位明醫新價值
#明日醫生 #明日醫院 #明日醫學 #明日醫療

課程規劃

C1. 思維建立。經驗描繪
C2. 用戶界定。價值主張
C3. 概念發想。場景描繪
C4. 原型展示。概念驗證

預期效益

開發產品原型 Prototyp
撰寫示範案例 Practice
預作計畫提案 Proposal

10/01
10/22
11/05
11/19

跨
周
五

18:30
|
21:30

科技大樓 1樓

講師
台北榮總醫療人工智慧發展中心副主任
尹彙文

講師
台大智活中心策略長
賴宏誌

DOR : TAISON

圖一

二、科技的導入

如上述「傳染性更高」與「空間的阻隔」所帶來的照護影響，許多層面便需整合資源，及借助科技的導入方有機會克服。我列出了五項工作重點如下：

1. 病毒擋的住

空間與硬體方面最重要的即是負壓環境的確實建立，並使護理站、共同前室、前室與病室之間呈現一路往下的壓力梯度，一般認為 8Pa 的壓差即可維持穿過門縫的單向氣流，並承受開關門的短暫氣壓變化。除了負壓環境，氣流的方向（即流場）亦十分重要，一般設置進氣口與排氣口於空間的大對角，排氣口位於被視為病積量最高的患者頭側，風機的設定宜達到病室每小時換氣次數 8-12 次。天花板地板牆面及收邊處務必平整，所有設施宜在設計之初進行整體嵌合以利清消及避免病積殘留在各種溝槽。

日常照護環節中最基本的是個人防護裝備（PPE）的穿脫。要能正確流暢的執行需要反覆練習，在新手時期甚至需要專人監督指導。現行教育訓練多半是以影片展示或是講師操作示範，而操作者實務工作則是看著教學海報及連身鏡，一步一步按照海報上的圖示或文字執行。我們與科技業者共同開發 PPE 穿衣鏡，藉由「AI 辨識」、「標準化」、「零接觸」、「互動式導引」等四大功能，提升 PPE 穿脫之品質及效率（圖二），其成果已獲得 2022 國家醫療品質獎（NHQA）產業應用組的標章肯定，未來也將導入負壓病房實地運用（圖三）。



圖二



圖三



圖四

2. 訊號出的來

在工作坊與各職類同仁交流中，大家有共同痛點即是受限於負壓環境之封閉性而無法即時掌握病人變化。雖加護病房之生理監視器多能整合至護理站，但呼吸器訊號或是輸液幫浦之訊號都多半必須在病室內才能觀察。我們現在選用的呼吸器，會特別挑選能直接匯出參數及波型至中央站的機型，以便即時監測，同時開發網頁版 RT 系統，能夠在每一台電腦迅速的即時查看呼吸器資料。在整建過程中，我們在每間病室安裝兩個監視器，一個觀察病房全景，另一個能個高倍變焦，呼吸器及輸液幫浦的面板乃至於病人的表情都清晰可見，除此之外當病室內產生超過閾值分貝的異音，監視畫面也會自動跳出警示（圖四）。另外在防火區劃的許可下，也應該將玻璃觀察窗盡量開大以減少病室內的視線死角。以上生理訊號、呼吸器訊號、監視器影像都同時投放在護理站以及衛星護理站之螢幕，方便在所有場域都能即時掌握病室內狀況。

3. 治療進的去

能夠接收到訊號，下一步便是要能將治療帶進病室。每一間病室均有安裝從衛星護理站延伸而來的懸臂觸控螢幕，使護理師在病室內能完成給藥流程。疫情後幾家呼吸器廠商也推出控制面板與機體分離的解決方案，使醫療人員能在共同前室調整呼吸器設定。我們在每間病室有安裝 65 吋智慧電視，除了可做一般電視使用之外，可以導入衛教功能，比如 COVID-19 氧合不佳的病人在意識清醒的狀況下可採俯臥通氣，智慧電視可以設定排程每二小時以影音輪播不同臥通氣姿勢，提醒並完成遠端指導，在護理衛教方面亦可以有後續更多發想空間。

目前我們也嘗試將重症照護常使用的超音波連線至智慧電視，技術上能突破則未來進入病室執行超音波 procedure 只須帶一支小型手持式超音波即可於大螢幕上投射，而利用智慧電視搭載之軟體也可於護理站觀察到超音波畫面，進而在外指導病室內操作者。

4. 夥伴找的到

另一個醫護人員在負壓病房工作的痛點即是空間的阻絕造成人員間橫向聯絡困難，常看到護理師需要探頭出病室大喊才能彼此溝通。有鑑於此，我們在護理站、衛星護理站、前室以至於病室的每個空間都安裝平板式視訊對講機，使上述空間的人均能隨時進行點對點通訊（圖五）。這樣



圖五



圖六

的架構其實在社區大樓管理早已行之多年，但為了更符合臨床需求，我們與廠商研究開通自動接聽及群體呼叫功能，讓在負壓病房各個角落工作的夥伴都能最迅速地找到彼此。

5. 家屬看的見

去年曾經有一幕令我印象深刻，一位確診的老太太被推入負壓病房，他的家屬隨後拿一套壽衣至護理站，因為他知道現行法規，確診患者往生後會盡速火化，很可能住院期間無法見到家人最後一面。疫情下的探病及病情解釋確實大不易，一位確診者的家人往往也是確診者必須在家隔離。各醫院解決方案各有巧妙，有的護理站有公辦 line 帳號方便與家屬互動，有的則是護理人員翻拍攝影機畫面供家屬一睹親人。我們擴充智慧電視功能，與科技廠商開發出三方視訊，用搭載鏡頭電視在特定時間開啟視訊會議，而家屬端只要開啟我們寄送的會議連結，即可與醫師及患者同步視訊（圖六）。由於是遠端控制電視，醫護人員也不必為了操作會議而頻繁進入各病室增加傳播風險與工作量。此方面創新初衷即是希望不要因為疫情隔離的不便而失去了有溫度的全人照護。

新病房即將在 2023 年上半年啟用，創新的思維與科技的導入還有待第一線人的使用後評估 (post-occupancy evaluation, POE)。我們希望不斷的從臨床回饋中釐清痛點，找出關鍵步驟，提出解決方案最後整合資源完成創新式改善。也希望能跟各位胸腔重症同好持續交流，一起在疫情下精進照護品質。

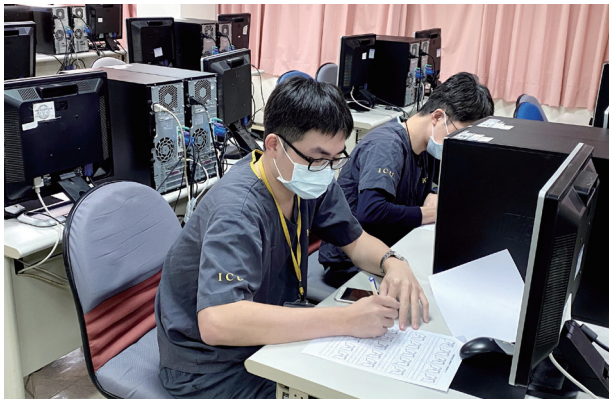
活動集錦

活動集錦

111 年 12 月 16 日 重症病例討論會



111 年年 12 月 23 日 X 光模擬測驗



TSPCCM

112年01月07日 Providing Better Care to Type 2 Inflammation Severe Asthma Patients



112年02月08日 肺癌病例學術討論會



112 年 02 月 11 日 台灣肺復原實務指引更新研討會



MEMO

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函

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

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

◆廣告產品請填寫擬刊登廣告之名稱。

◆廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：

長 30.3cm * 寬 21.6cm，解析度（像素）350 dpi 以上

（此為預留每邊出血各 0.3cm 之大小，實際廣告尺寸為 29.7cm*21cm）

企業全名(贊助款收據抬頭)：_____股份有限公司

統一編號：_____

聯絡人/職稱：_____

電話：(O)_____ 手機：_____

Email：_____

地址：_____

請將贊助表以 E-mail 方式回覆台灣胸腔暨重症加護醫學會：

電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

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 至本會秘書處俾憑辦理。

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 112 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中內將檔案資料寄到秘書處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：社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

銀行帳號：**1346872003417**

若有疑慮者，敬請與編秘書處聯繫

電話：(02) 2314-4089

本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。