



會訊

第52期

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	陳育民
理事	王金洲 古世基 何肇基 杭良文 林基正 林鴻銓 施金元 夏德椿 高國晉 彭忠衍 彭殿王 陽光耀 黃明賢 楊政達 賴俊良 鍾飲文
常務監事	林恒毅
監事	徐武輝 陳昌文 黃崇旂 謝俊民
秘書長	周昆達
副秘書長	張博瑞 江起陸 劉景隆
執行秘書	張山岳 羅柏鈞 洪緯欣

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 第 52 期

發行人 Publisher	陳育民 Yuh-Min Chen
主編 Editor-in-Chief	彭忠衍 Chung-Kan Peng
副主編 Deputy Editor-in-Chief	陳美音 Mei-Yin Chen
編輯委員 Editorial Commissioners	張晟瑜 Cheng-Yu Chang 唐士恩 Shih-En Tang 蕭逸函 Yi-Han Shiao 陳冠宇 Kuan-Yu Chen 徐培菘 Pei-Sung Hsu 張克威 Ko-Wei Chang 邱國樑 Kuo-Liang Chiu 王守正 Shou-Cheng Wang 黃國棟 Kuo-Tung Huang 蔡明儒 Ming-Ju Tsai 陳逸婷 Yi-Ting Chen
執行編輯 Executive Editors	陳鼎翰 Ting-Han Chen 黃維俊 Wei-Chun Huang 廖偉志 Wei-Chih Liao 曾皓陽 How-Yang Tseng
執行秘書 Executive Secretary	張山岳 Shan-Yueh Chang
編輯顧問 Editorial Consultant	賴俊良 Chun-Liang Lai

學會秘書處

會 址：108002 台北市萬華區中華路一段74號4樓

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
會務活動	
活動訊息.....	4
會議記錄	
第十八屆第十次理、監事聯席會會議紀錄.....	5
學術委員會.....	13
國際學術交流工作小組.....	16
肺腫瘤委員會.....	20
肺部介入委員會.....	22
青年工作小組.....	23
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 47-year-old male laborer with a history of hypertension presented with chronic cough for three years. 提供：陳鼎翰 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科.....	25
醫學新知	
▪ Dupilumab應用在肺阻塞患者中合併第2型炎症經由嗜酸性白血球數辨別之治療 Dupilumab for COPD with Type 2 Inflammation Indicated by Eosinophil Counts 編譯：黃維俊 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科.....	26
▪ 支氣管穿刺抽吸併冷凍活檢術在縱隔腔疾病之診斷應用：一項多中心、開放標籤、隨機 分組試驗 Transbronchial needle aspiration combined with cryobiopsy in the diagnosis of mediastinal diseases: a multicentre, open-label, randomised trial 編譯：廖偉志 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科.....	29
▪ Hydrocortisone使用於嚴重社區型肺炎 Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia 編譯：曾皓陽 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科.....	33
通訊繼續教育.....	36
活動集錦.....	43
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	49

各位會員先進，大家好：

時值2024年元月，農曆新年腳步也近了！在此，期盼會員們龍年事事順遂。

全球因極端性氣候變遷愈來愈嚴重，我們台灣最近也面臨了幾波霸王級寒流，氣溫驟降。有時又碰到空氣品質不佳，導致新一波新冠肺炎、流感、呼吸道融合病毒感染、氣喘惡化等等..... 呼吸道傳染疾病盛行。



值此天氣變化明顯季節，身處守護國人呼吸道健康的會員朋友們，可想而知，一定相對辛苦。儘管如此，仍請大家在百忙中，別忘找機會適當放鬆自己，保持身心靈的平衡。

2023年12月9日、10日，學會假台大醫院國際會議中心，採實體模式盛大舉辦年會，總計有1537位會員共襄盛舉，圓滿完成。112年度胸腔暨重症專科醫師甄審，共有33位考生通過，取得證照。112年度重症醫學專科醫師聯合甄審，共有147位考生報考，其中胸重學會有35位會員報考，最後32位通過考試取得重專資格。

113年上半年北區胸腔暨重症病例討論會，預計於113年3月1日開始辦理，請各位會員留意學會網站最新公告。另學會於113年4月26日至29日，將和台灣結核暨肺部疾病醫學會與中華民國防癆協會於台北國際會議中心(TICC)舉辦第九屆國際抗癆暨肺疾聯盟亞太區大會。我們學會的夏季會也將同時登場。

在此，感謝所有的會員對學會的支持，謹代表所有的理監事敬祝大家身體健康，新春愉快！

理事長 陳育民

研討會、繼續教育課程行事曆

日期	名稱	地點
04 月 29 日 (星期六)	Proactive Risk Management : A Novel Approach to Embedding OCS Stewardship Into Asthma Care	台中林酒店 7樓柏林廳
04 月 26-29 日 (星期六)	第九屆國際抗癆暨肺疾聯盟亞太區大會&2024台灣胸腔暨重症加護醫學會 夏季會	台北國際會議中心

※ 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

第十九屆第二次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 113 年 01 月 25 日 (星期四) 19:00

台北花園大酒店-3樓櫻花廳

會議主席：陳育民 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) 理事長陳育民、理事王金洲、理事古世基、理事何肇基、理事杭良文、理事林基正、理事林鴻銓、理事施金元、理事夏德椿、理事高國晉、理事陳育民、理事彭忠衍、理事彭殿王、理事陽光耀、理事黃明賢、理事楊政達、理事賴俊良、理事鍾飲文。
- (2) 常務監事林恒毅、監事徐武輝、監事陳昌文、監事黃崇旂、監事謝俊民。
- (3) 列席人員：秘書長周昆達、副秘書長劉景隆、副秘書長張博瑞、副秘書長江起陸、執行秘書張山岳、執行秘書羅柏均、執行秘書洪緯欣、秘書劉軒吟、秘書陳妍安、秘書張瑜捷、秘書李宜庭、秘書柯羽亭。

請假人員：理事施金元、理事楊政達、監事徐武輝、監事陳昌文、執行秘書洪緯欣。

壹、報告事項：

一、理事長陳育民報告。

- (1) 秘書長。
- (2) 副秘書長、執行秘書名單。

二、常務監事林恒毅報告。

三、秘書長周昆達報告：

- (1) 113年上半年北區胸腔暨重症病例討論會及北中南東遠距連線。
- (2) 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)工作進度報告。
 - 會議日期：2024年4月26日至4月29日
 - 活動地點：台北國際會議中心

四、本季公家機關來函：

- (1) 112年12月14日健保醫字第1120063312號「檢送台灣氣喘暨過敏疾病衛教學會(下稱氣喘衛教學會)針對氣喘醫療給付改善方案(下稱氣喘方案)所提修訂建議(附件)，請貴學會於文到一個月內表示意見。」。
說明：本文由呼吸道疾病委員會協助處理中。
- (2) 112年12月29日FDA藥第1121413209號「有關本署擬進行含cefazolin成分藥品之臨床效益及風險在評估一案，詳如說明段，請查照。」
說明：本文由肺感染及結核病委員會於113年1月12日回覆。

(3) 113年01月03日健保醫字第1120665582號「檢送112年「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)之執行成效(附件)，請查照。

說明：本會存查。

(4) 檢送本部113年1月4日衛部醫字第1121672013號公告「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法施行實驗室開發檢測之實驗室人員訓練課程時數採認及課程辦理須知1份，請查照並轉知所轄相關機構或所屬會員。

說明：本會存查，並公告於學會網站。

五、各委員會以及任務工作小組會議：

(1) 113年度「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」召集委員。

(2) 學術委員會

職責內容：設計繼續教育課程(胸部影像判讀課程、機械通氣課程、重症醫學認證課程等)以及胸腔年會學術節目。

召集人：夏德椿

委員名單：王金洲、杭良文、林恕民、林基正、施金元、柯信國、洪仁宇、涂智彥、楊宗穎、蔡鎮良、賴俊良、魏裕峰

副秘書長：張博瑞

(3) 教育與出版委員會

職責內容：負責學會會訊編輯出版。

召集人：彭忠衍

副召集人：陳美音

顧問：賴俊良

委員名單：王守正、邱國樑、唐士恩、徐培菘、張克威、張晟瑜、陳冠宇、陳逸婷、黃國棟、蔡明儒、蕭逸函

執行秘書：張山岳

(4) 呼吸道疾病委員會

職責內容：加強對會員對於氣喘、慢性阻塞性肺病等阻塞性呼吸道疾病的醫學新知推廣，並規畫相關主題之研討會與講習會。

召集人：彭殿王

副召集人：林鴻銓

委員名單：王耀東、江啟輝、李政宏、李琳、林智斌、邱國欽、張博瑞、許超群、陳彥甫、陳家弘、黃偉彰、劉景隆、潘奕宏、鄭世隆、蘇剛正

副秘書長：張博瑞

(5) 肺腫瘤委員會

職責內容：協助本會與相關學會協同推動肺癌防治之臨床工作，肺癌繼續教育與學術活動之設計。

召集人：王金洲

副召集人：羅永鴻

委員名單：江起陸、何肇基、何明霖、李岡遠、林旻希、林建中、邱昭華、施金元、柯皓文、洪仁宇、夏德椿、張時杰、張晟瑜、郭志熙、陳崇裕、陳焜結、黃俊耀、楊志仁、楊宗穎、楊政達、廖唯昱、蔡鎮良、賴俊良、謝俊民、魏裕峰、蘇健

副秘書長：江起陸

(6) 睡眠醫學委員會

職責內容：規畫睡眠醫學相關主題之研討會與講習會，並加強對會員的睡眠醫學新知推廣。

召集人：林嘉謨

副召集人：莊立邦

顧問：陳濤宏

委員名單：李佩玲、邱國樑、徐上富、張恩庭、陳志金、劉景隆、蔡明儒、蔡鎮良、蕭慈慧、張開明、蘇茂昌

副秘書長：劉景隆

(7) 重症醫學委員會

職責內容：整合國內重症醫學相關之臨床及學術資源，積極參與重症醫學政策之制定與修正，與健保署協商提高給付以保障本會會員權益，並加強對會員的重症醫學新知推廣，並規畫相關主題之研討會與講習會。

召集人：陽光耀

副召集人：古世基

委員名單：高國晉、李立夫、林偉傑、許健威、許超群、陳韋成、彭忠衍、曾健華、詹明澄、蘇文麟

執行秘書：張山岳

(8) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

本會代表：待定

執行秘書：張山岳

(9) 間質性肺病及罕見疾病委員會

職責內容：對於間質性肺病品質監控及臨床工作，製定準則或規範，間質性肺病繼續教育與學術活動之設計

召集人：林鴻銓

副召集人：杭良文

委員名單：朱國安、林玠模、唐士恩、許超群、郭炳宏、陳世彬、陳家弘、傅彬貴、曾敬閔、陽光耀、黃國棟、劉杜鎮、謝孟亨、藍胄進

副秘書長：劉景隆

(10) 肺部環境及職業醫學委員會

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

召集人：林基正

副召集人：王金洲

委員名單：吳大緯、張晃智、郭耀昌、陳家弘、陳啟信、傅彬貴、曾健華、潘奕宏、羅啟紘、蘇一峰

執行秘書：洪緯欣

(11) 肺感染及結核病委員會

職責內容：積極參與國家結核病政策之制定與修正，對於結核病照護之品質監控及臨床工作，製定準則或規範，供各醫療單位參考及結核病繼續教育與學術活動之設計。

召集人：李世偉

副召集人：馮嘉毅

委員名單：王振源、江振源、余養豪、李枝新、陳逸婷、黃虹綾、黃偉彰、劉偉倫、

潘聖衛、簡順添

執行秘書：羅柏鈞

(12) 肺部介入委員會

職責內容：介入性支氣管內視鏡的培訓教育訓練及推廣及品質監控，制定準則或規範，介入性支氣管內視鏡繼續教育與學術活動之設計及籌辦2025年亞太氣管鏡會議。

召集人：何肇基

副召集人：趙恒勝

委員名單：于鎧綸、李適鴻、周俊良、林智斌、林聖皓、涂智彥、張山岳、張哲嘉、楊勝雄、蔡政軒、蔡英明、鍾福財

副秘書長：江起陸

(13) 外科委員會

職責內容：規畫胸腔外科相關主題之研討會與講習會並加強對會員的胸腔外科新知推廣

召集人：許瀚水

副召集人：趙盈凱

委員名單：林孟暉、莊政諺、黃才旺、顏亦廷

副秘書長：江起陸

(14) 呼吸治療委員會

職責內容：針對主管機關對於呼吸照護政策之修正，提供專業評估及建議，對於各階段呼吸照護之品質監控及臨床工作，制定準則或規範，供各醫療單位參考並整合國內各種呼吸照護相關之臨床及學術資源。

召集人：林恕民

副召集人：林明憲

委員名單：王玠仁、吳耀光、林倬睿、柯信國、柯獻欽、洪明賜、程味兒、詹明澄、劉世豐、顏至慶

執行秘書：羅柏鈞

(15) 肺血管及肺高壓委員會

職責內容：對於肺高壓診斷及治療，制定準則或規範，肺高壓繼續教育與學術活動之設計。

召集人：徐紹勛

委員名單：姜佑承、唐士恩、高國晉、郭炳宏、陶啟偉、廖偉志、劉景隆

副秘書長：劉景隆

(16) 財務委員會

召集人：林恒毅

委員名單：林鴻銓、古世基

副秘書長：劉景隆

(17) 胸腔醫學編輯委員會

職責內容：審查與刊登胸腔醫學之教育性文稿與活動報導，如原著、病例報告、胸部X光解說、綜覽、醫學期刊論文摘要及各醫院有關胸腔醫學活動。

召集人：李岡遠

委員名單：王振源、林建中、施金元、張基晟、陽光耀、鍾啟禮

執行秘書：羅柏鈞

(18) 健保及醫療政策工作小組

職責內容：待第一次會議討論

召集人：楊政達

副召集人：林基正

委員名單：吳杰亮、李立夫、林昌生、林明憲、林定佑、陳韋成、馮嘉毅、黃忠智、黃森亭、蔡忠榮、賴俊良

副秘書長：張博瑞

(19) 公共事務工作小組

職責內容：建立與醫療事業有關政府機構之良好關係，加強與媒體之聯繫、會員需求與意見調查。

召集人：賴俊良

副召集人：張博瑞

委員名單：周百謙、林恒毅、林基正、林智斌、林裕超、柯信國、柯皓文、陳志金、傅彬貴、廖唯昱、蔡鎮良、鍾飲文、蘇茂昌、蘇健

副秘書長：張博瑞

(20) 國際學術交流工作小組

職責內容：規劃並參與胸腔醫學相關之國際學術活動、促進國際學術及臨床交流，促成胸腔醫學相關之國際合作計劃。

召集人：黃明賢

副召集人：柯信國

委員名單：張博瑞、許超群、郭炳宏、陳彥甫、陳家弘、傅彬貴、曾政森、廖信閔、劉世豐、潘聖衛、蔡鎮良、魏裕峰

執行秘書：洪緯欣

(21) 青年工作小組

職責內容：針對本會年輕醫師設計教育課程。

召集人：蔡鎮良

副召集人：蘇健

委員名單：邱昱棋、張晟瑜、謝孟亨

執行秘書：張山岳

(22) 景福館4地X光教學連線

組長：余文光

貳、討論事項：

一、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
江○松	379	民國 80 年	66
陳○稚	172	民國 72 年	74
饒○立	326	民國 83 年	65

※結論：照案通過。

二、有關第18屆理監事會議同意辦理2025年第10屆亞太氣管鏡年會(2025APCB)事項討論。

- 是否追認同意辦理
- 日期：待訂
- 地點：待訂
- 經費上限
- 邀約人數(Speaker、Moderator)
- 與國外組織簽合約書
- 成立task force

※結論：原則上同意，需確認與APCB大會簽屬MOU，由何肇基理事擔任工作小組召集委員，預計辦理日期2025/6/20至2025/6/22。

三、辦理2024台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會part2於8月10日(星期六)至8月11日(星期日)事項討論

- 主題：
 - (1)2024台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會part2
 - (2)2024台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季青年會
 - (3)2024台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季學術研討會
- 地點：待訂

※結論：主題將由學術委員會訂定，地點將於嘉義長庚醫院作為主會場、棒棒積木為晚宴會場，相關細節由秘書處安排。

參、臨時動議

肆、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

第十九屆第三次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 113 年 04 月 26 日 (星期五) 18:30

台北喜來登大飯店B2 月星廳(台北市中正區忠孝東路一段12號)

會議主席：陳育民 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) 理事長陳育民、理事王金洲、理事古世基、理事何肇基、理事杭良文、理事林基正、理事林鴻銓、理事施金元、理事夏德椿、理事高國晉、理事陳育民、理事彭忠衍、理事彭殿王、理事陽光耀、理事黃明賢、理事楊政達、理事賴俊良、理事鍾飲文。
- (2) 常務監事林恒毅、監事徐武輝、監事陳昌文、監事黃崇旂、監事謝俊民。
- (3) 列席人員：秘書長周昆達、副秘書長劉景隆、副秘書長張博瑞、副秘書長江起陸、執行秘書張山岳、執行秘書羅柏均、執行秘書洪緯欣、秘書劉軒吟、秘書陳妍安、秘書張瑜捷、秘書李宜庭、秘書柯羽亭。

請假人員：常務監事林恒毅、理事陽光耀、理事彭忠衍、理事鍾飲文、執行秘書洪緯欣。

壹、報告事項：

一、理事長陳育民報告。

二、常務監事林恒毅報告。

三、秘書長周昆達報告：

- (1) 2024年第九屆國際抗癆暨肺疾聯盟亞太區大會&台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會於04月26日(五)至4月29日(一)假臺北國際會議中心(TICC)舉行。
- (2) 2024台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季青年會於08月10日(星期六)至08月11日(星期日)假嘉義長庚紀念醫院舉行。
- (3) 2024台灣胸腔暨重症加護醫學會年會於12月07日(星期六)至12月08日(星期日)預計於大台南會展中心舉辦。
- (4) 2025年第十屆亞太支氣管學和介入胸腔學大會於06月20日(星期五)至06月22日(星期日)預計於臺大醫院國際會議中心舉辦。

四、本季公家機關來函：

- (1) 衛生福利部中央健康保險署 開會通知單

113年1月5日健保醫字第1130660049號「113年第1次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」。

說明：關於新增「神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測一天」診療項目，由呼吸治療委員會派員-吳耀光醫師出席參加會議。

- (2) 衛生福利部中央健康保險署

113年1月23日健保醫字第1130660215號檢送本署113年1月10日召開「113年度第1次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」紀錄一份(附件)，請查照。

說明：本會存查。

- (3) 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
 113年1月29日醫綜字第11305000161號「本會謹訂於113年2月17日(六)辦理「次專科管理制度規劃說明第1場座談會」，敬邀貴會派員與會。
 說明：由三軍總醫院蔡鎮良主任代表本會出席。
- (4) 衛生福利部中央健康保險署 開會通知單
 113年2月16日健保醫字第1120664761號「新增「肺結節電腦斷層檢查」等3項診療項目溝通會議」
 說明：由肺腫瘤委員會派員-江起陸醫師出席會議。
- (5) 衛生福利部國民健康署
 113年2月29日國健教字第1130102209A號「修正本署戒菸服務補助計畫之「戒菸輔助用藥品項與補助基準」，詳如附件，復請查照。」
 說明：本會存查，並公告於學會網站。
- (6) 衛生福利部中央健康保險署 開會通知單
 113年3月1日健保醫字第1130660911號「113年第2次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢」。
 說明：關於修訂17022B「呼氣一氧化氮監測 (FeNO) 」適應症，由健保醫療政策工作小組派員-彭殿王醫師、林定佑醫師出席會議。
- (7) 衛生福利部疾病管制署
 113年3月4日疾管慢字第1130300202A「檢送「午間知識饗宴-共病族群潛伏結核感染(LTBI)檢驗及治療經驗分享」線上會議議程3份(附件1)，請惠予轉知所屬會員踴躍參與，請查照。」
 說明：本會存查，並公告於學會網站。
- (8) 衛生福利部食品藥物管理署
 113年3月7日FDA藥字第1131401656號「「全身性作用之fluoroquinolone類抗生素藥品安全資訊風險溝通表」業已發布於本署網站，請查照並轉知所屬會員。」
 說明：本會存查，並公告於學會網站。
- (9) 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
 113年3月8日醫綜字第1130500053號檢送「後疫情世代醫事人員訓練精進先導計畫」次專科管理制度規劃說明第1場座談會之會議紀錄，請查照。
 說明：本會存查。
- (10) 衛生福利部中央健康保險署
 113年3月13日健保審字第1130670620A號「為研議「導尿管附溫度感應探針」計2項納入健保給付案，敬請於113年3月31日前惠示意見，請查照惠復。」
 說明：由重症委員會於113年04月11日正式回文至健保署。
- (11) 財團法人醫藥品查驗中心
 113年3月13日藥查評字第1130001912號「檢送衛生福利部中央健康保險署113年2月23日召開『新增肺結節電腦斷層檢查』等3項診療項目討論會議」會議紀錄(附件)，請查照。」
 說明：本會存查。
- (12) 衛生福利部疾病管制署 開會通知單
 113年3月22日疾管防字第1130200348號「研商退伍軍人病檢驗及通報相關事宜會議113年3月27日(星期三)下午四點」。
 說明：由陳育民理事長、肺感染及結核病委員會馮嘉毅主任出席會議。

(13) 財團法人醫藥品查驗中心

113年3月25日藥查評字第1130002286號有關研擬新增「肺泡回復術」診療項目案，請貴會協助提供專業意見，謝謝。

說明：由呼吸治療委員會於113年04月22日正式回文至財團法人醫藥品查驗中心。

(14) 衛生福利部中央健康保險署

113年3月26日健保醫字第1130661253號檢送本署113年3月6日召開「113年度第2次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」紀錄一份(附件)，請查照。

說明：關於修訂17022B「呼氣一氧化氮監測 (FeNO) 」適應症。

(15) 衛生福利部疾病管制署

113年4月2日疾管防字第1130200365號「檢送113年3月27日召開「研商退伍軍人病檢驗及通報相關事宜會議」紀錄1份，請查照。

說明：本會存查。

(16) 衛生福利部中央健康保險署 開會通知單

113年4月3日健保醫字第1130661558號「113年第3次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢」。

說明：關於新增「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器-未滿二歲新生兒」診療項目案，由呼吸治療委員會派員-林恕民醫師出席會議。

(17) 衛生福利部國民健康署

113年4月9日國健慢病字第1130660274號敬覆貴會邀請本署出席113年5月7日「2024氣喘防治記者會」，復請查照。

說明：本會存查。

(18) 衛生福利部中央健康保險署

113年4月15日健保審字第1130670989號為提升本署全球資訊網醫療品質資訊公開資訊民眾可讀性極為叫資訊內容正確性，請貴學會協助於4月30日前就本署初擬新增公開肺炎及慢性阻塞性肺病疾病別指標之網頁及衛教說明內容草案(附件)提供增修意見，請查照。

說明：由呼吸道疾病委員會於113年04月26日正式回文至健保署。

五、各委員會以及任務工作小組會議：

(1) 113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15日(星期日)、地點：內湖三總門診。
- 口試日期：10月20日(星期日)、地點：台大醫院15樓睡眠中心。

(2) 學術委員會

- 113年度影像判讀繼續教育課程預計於北區(柯信國醫師)、南區(魏裕峰醫師)各辦一場，規劃中。
- 113年度機械通氣繼續教育課程，於北區(蔡鎮良醫師)、中區(楊宗穎醫師)各辦一場，規劃中。
- 113年度重症聯甄課程，交由重症醫學委員會於北、中南各辦一場，規劃中。

(4) 教育與出版委員會

(5) 呼吸道疾病委員會

- 113年上半年度「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」場次規劃。
- 台灣氣喘患者醫囑性調查，相關數據將於世界氣喘日記者會發表。
- Assessing Small Airway Dysfunction in Patients with Pre-COPD and PRISm研究計畫。

- Severe asthma with biological treatment: a nation-wide, multicenter, prospective cohort study in Taiwan研究計畫。
- 支氣管擴張症研究(延續正在進行中研究)。
- 規劃2024 World Asthma Day-Severe Asthma and Biologic Agents (實體+線上會議)·預計於113年05月05日辦理。
- 規劃Post ATS Symposium(三地連線)。
- 規劃夏季青年會呼吸道疾病相關議題。

(6) 肺腫瘤委員會

- 本季主辦活動實體與線上會議共1場、線上會議3場、實體會議1場。
 - 113年03月08日辦理「Lung 愛延續線上研討會」，圓滿結束，線上與會人數共計88人。
 - 113年04月10日辦理「2024 Squamous DAY series系列線上講座1。」，圓滿結束，線上與會人數共計112人。
 - 113年04月11日辦理「2024 Squamous DAY series系列線上講座2。」，圓滿結束，線上與會人數共計119人。
 - 113年04月13日至4月14日辦理「Lung Cancer Reimbursement Forum」，實體與會人數68人。
 - 113年04月27日辦理「Precision Medicine Approaches :Targeting KRAS G12C Mutations with Sotorasib and Managing Bone Metastasis with Denosumab」，實體與線上並行。
- 委員會工作坊執行進度：
 - Taiwan ROS1 Lung Cancer Registry 登錄工作將持續收案。
 - 台灣晚期肺癌藥物治療共識，持續更新增adjuvant & neoadjuvant 藥物治療。
 - 有關Mesothelioma計劃案於委員會決議參與，需建立全台灣資料檔，請學會全力支持。

(7) 睡眠醫學委員會

- 規劃2024年青年夏季會演講區段。

(8) 重症醫學委員會

- 113年度重症醫學專科聯甄課程
 - 預計北、中、南各舉辦一場。
 - 北區場：預計113年06月02日於台大醫學院101講堂舉辦「Updates and Debates on the Management of Acute Respiratory Distress Syndrome」。
 - 中區場、南區場：與肺感染及結核病委員會合辦陸續規劃中。
- 預計113年05月25日於台北君悅酒店舉辦「疫苗學術研討會」。

(9) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

- 113年03月25日召開交接會議，113年度由胸重醫學會輪值。

(10) 間質性肺病及罕見疾病委員會

- 預計舉辦台日交流「Japan-Taiwan Case Discussion Meeting」。
- 未來目標
 - 辦理「Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion」系列討論會。
 - 進行全國性肺纖維化疾病與間質性肺炎的全國性登錄研究。
 - 預計明年撰寫CTD ILD台灣指引。
 - 提案申請IPF納入重大傷病

- (11) 肺部環境及職業醫學委員會
- (12) 肺感染及結核病委員會
 - 113年03月16日辦理「To raise awareness of infections caused by drug resistant pathogens and antibiotic stewardship program」實體與會共39人。
 - 預計於113年05月26日、113年06月29日、113年10月27日舉辦感染相關研討會。
 - 規劃夏季青年會議程。
 - 設立胸腔感染症研究平台，建立台灣多中心前瞻性非結核分枝桿菌研究。
- (13) 肺部介入委員會
 - 預計 113年 06月 29日 (星期六)於本會會址辦理「2024年支氣管鏡技術師認證課程」。
 - 預計 113年 07月 20日(星期六)於本會會址辦理「支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程」。
 - 2025年第十屆亞太支氣管學和介入胸腔學大會The 10th Asian Pacific Congress on Bronchology and Interventional Pulmonology (APCB 2025) 於114年6月20日(星期五)至6月22日(星期日)預計於臺大醫院國際會議中心舉行，活動規劃中。
- (14) 外科委員會
- (15) 呼吸治療委員會
 - 113年01月10日113年第1次「支付標準專家諮詢會議」(神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測案)-由吳耀光主任代表學會出席。
 - 113年04月10日「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」(討論事項：第三案、新增「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器-未滿二歲新生兒」診療項目案)-由林恕民主任代表學會出席。
- (16) 肺血管及肺高壓委員會
 - 2024 Pulmonary Hypertension Webinar，預計於5月、6月、7月舉辦共三場實體暨線上研討會。北部-臺大醫院、中部-中國附醫、南部-高雄榮總。
- (17) 財務委員會
- (18) 胸腔醫學編輯委員會
 - 預計申請教學醫院評鑑學術性期刊。
- (19) 健保及醫療政策工作小組
 - 推動與兒科醫學會合送脈衝振盪肺功能給付方案
 - 與各委員會合作掌握各項健保給付進度與推動
 - 呼吸一氧化氮監測(FeNO)支付規範案
 - 「六分鐘步行測試」支付規範案
 - 侵襲性呼吸輔助器使用費/ (Pressure/Volume control respirator, day) 現有診療項目修訂建議
 - 阻塞型睡眠呼吸中止症護方案
 - 研議胸腔醫學相關健保審查注意事項之建議修改項目
- (20) 公共事務工作小組
 - 預計於 5月7日舉辦世界氣喘日記者會
- (21) 國際學術交流工作小組
 - 2023年國際醫學學術會議補助：WCLC會議共2人申請、ESICM會議共1人申請、ERS會議共7人申請，審查皆通過。
 - 2024年國際醫學學術會議補助辦法：

- 僅補助實體會議，並於會前兩個月截止申請。
- 若申請人數超過補助名額，以評分表進行評分，依照分數排序斟酌補助對象。

會議	實體		補助總金額	會議日期	申請截止日期
	補助人數	補助費用			
SCCM 會議	4 位	每位 5 萬	20 萬	01/21-01/23	會前 2 個月
ATS 會議	8 位	每位 5 萬	40 萬	05/17-05/22	
ASCO 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	05/31-06/04	
WCLC 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	09/07-09/10	
ESMO 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	09/13-09/17	
ERS 會議	8 位	每位 5 萬	40 萬	09/07-09/11	
ESICM 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	10/05-10/09	
APSR 會議	15 位	每位 3 萬	45 萬	11/07-11/10	

(22) 青年工作小組

- 規劃夏季青年會議程。

(23) 4地X光教學連線

貳、討論事項：

一、審核「申請榮譽會員」申請案，共1位。

說明：

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

姓名	會號	入會時間	年齡
黃○勳	89	1982/7/2	71

※結論：照案通過。

二、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 2 位。

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

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

序號	會籍	姓名	會號	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	取得學會	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	符合條件
1	一般會員	李○昕	1691	1513	講師	2021/12/11	3448	胸重	2022/12/24	台中榮總	Comparing the Real-World Efficacy of Erlotinib and Afatinib in Treating Advanced Lung Squamous Cell Carcinoma	2-2
2	一般會員	陳○賢	1355	1179	助理教授	2012/12/8	2619	胸重	2013/12/22	台東馬偕	Does it Matter Where the Heart Stops? rCAST Score Performance in Predicting Outcomes of in hospital Cardiac Arrest patients	2-2

※結論：照案通過。

三、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4人。

說明：依本會「介入性支氣管內視鏡工作小組」及理、監事聯席會議決議：

109年3月6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「介入性支氣管內視鏡工作小組」審查通過後核給【支氣管內視鏡超音波專業認證】。

(A) 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)(上傳PDF)
- (2) 提交30份EBUS檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章(上傳PDF)

(B) 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)(上傳PDF)
- (2) 提交30份EBUS檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章(上傳PDF)

(C) 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)(上傳PDF)
- (2) 提交30份EBUS檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章(上傳PDF)

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	委員會 審查結果
1	張○鈞	1503	臺大醫院	30份EBUS檢查報告	符合	通過
2	王○輝	1428	三軍總醫院	受訓證明 110.2.17-110.7.27	符合	通過
3	呂○佑	1559	彰化基督教醫院	30份EBUS檢查報告	符合	通過
4	陳○萱	1573	台大醫院雲林分院	30份EBUS檢查報告	符合	通過

※結論：照案通過。

四、提案關於本會曾錄製許多與氣喘、COPD相關的衛教影片公開於學會網站，如想引用部分(科裡師長過去擔任講者)之影片，於院內檢查室門口播放，是否應循何程序向學會報備？

說明：呼吸道疾病委員會主席彭殿王教授裁示原則同意

※**結論：**需經理監事會議同意，要求其加註授權來源（本學會），並同意公益使用！

五、提案關於呼吸道疾病委員會於113年5月5日規劃2024 World Asthma Day-Severe Asthma and Biologic Agents (實體+線上會議)，其結餘款將撥款使用於委員會相關研究計畫。

※**結論：**撤案。

六、追認肺部介入委員會委員一名，提請增列林敬凱醫師為委員會委員。

說明：林敬凱醫師擁有豐富專業經驗，林醫師的加入能夠為委員會注入新的思維與專業知識，並共同努力推動委員會的各項工作，順利推展APCB 2025 會議進行。

※**結論：**照案通過。

七、提請討論新增「國際醫學學術會議補助」項目。

說明：

- (1) 爭取ESMO加入補助項目，鼓勵會員參與。
- (2) 因ESMO舉辦地點均位於歐洲，擬補助5萬元。
- (3) 補助人數&金額暫擬如下：

會議	實體		
	補助人數	補助費用	補助總金額
European Society for Medical Oncology 會議	2	每位 5 萬	10 萬

※**結論：**照案通過。

八、本會各委員會撰寫的guidelines修改成英文，投稿至Thoracic Medicine。

說明：

- (1) 增加「Thoracic Medicine」的能見度及可看性。
- (2) 若guideline不印紙本，直接在Thoracic medicine刊出，有利環保。

※**結論：**照案通過。

參、臨時動議

理事長：根據研究案使用經費相關提議，請理監事酌情參閱

1. 建議各委員會或研究團隊的研究經費請先自籌以後，經各委員會討論後，送理監事會議，做最後的討論與決議是否通過。
2. 研究案儘量以資料收集為主，避免涉及健保有無給付之議題。以各級醫院均有機會參與，且鼓勵基層會員也有參與機會為主。

肆、散會

(下次會議日期：113年8月9日(五)長榮文苑酒店 (嘉義) 2F會議室B)

台灣胸腔暨重症加護醫學會 學術委員會會議記錄

日期：民國 113 年 02 月 26 日 (星期一) 18:30

地點：集思台中新烏日會議中心(台北市中正區中華路二段1號)

主席：學術委員會會議 召集委員 夏德椿主任

出席人員：王金洲委員、杭良文委員、林恕民委員、林基正委員、施金元委員、柯信國委員、
洪仁宇委員、涂智彥委員、楊宗穎委員、蔡鎮良委員、賴俊良委員、魏裕峰委員

列席人員：陳育民理事長、秘書長周昆達醫師、副秘書長張博瑞醫師、副秘書長劉景隆、秘書
劉軒吟、秘書張瑜倜、秘書李宜庭、秘書柯羽亭

一、理事長致詞

二、主委報告

三、會議議程：

(一) 指導醫師資格審核

序號	會籍	姓名	會號	胸專 證號	具部定 講師	胸專取得日	聯委重 專證號	取得 學會	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	符合 條件
1	一般 會員	李○昕	1691	1513	講師	2021/12/11	3448	胸重	2022/12/24	台中 榮總	Comparing the Real-World Efficacy of Erlotinib and Afatinib in Treating Advanced Lung Squamous Cell Carcinoma	2-2
2	一般 會員	陳○賢	1355	1179	助理 教授	2012/12/8	2619	胸重	2013/12/22	台東 馬偕	Does it Matter Where the Heart Stops? rCAST Score Performance in Predicting Outcomes of in hospital Cardiac Arrest patients	2-2

結論：照案通過

(二) 繼續教育課程安排(影像判讀、機械通氣) 主負責窗口安排

	影像判讀課程			機械通氣		
	日期	地區	主辦人	日期	地區	主辦人
108	108/07/28	中區	涂智彥	108/05/11	南區	李琳
	108/08/11	北區	彭忠衍	108/07/07	北區	簡榮彥
109	109/08/09	北區	陳資濤	109/07/12	北區	柯信國
	109/08/16	南區	許超群	109/07/26	中區	涂智彥
110	110/08/15	南區	賴建豪(取消)	110/07/25	北區	郭耀文
	110/08/28	北區	王振源(線上)	110/08/01	中區	林聖皓(線上)
111	111/05/01	北區	蕭逸涵	111/07/03	中區	詹明澄
	111/08/07	南區	李琳	111/07/17	南區	賴建豪
112	112/06/11	中區	楊宗穎	112/06/11	北區	郭立國
	112/08/05	北區	林恕民	112/07/09	南區	陳昌文
113	6/23	南區	魏裕峰	7/7	中區	楊宗穎
	8/4	北區	柯信國		北區	蔡鎮良

結論：秘書處將提供歷年課程資訊給當區負責醫師，辦理週期為5月至8月期間

(三) 夏季會大會主題訂定

結論：2024台灣胸腔暨重症加護醫學會「夏季青年會」為本次大會主題

(四) 夏季會議程安排

結論：日期：113/8/10-8/11將由各委員會邀約講師，以中青代、地緣性為優先安排，夏季會主題如下所示。

ILD：林鴻銓、杭良文

呼吸道疾病：彭殿王、林鴻銓

肺部介入：何肇基、趙恒勝

TB：李世偉、馮嘉毅

睡眠：林嘉謨、莊立邦

肺腫瘤：王金洲、羅永鴻

青年工作小組：蔡鎮良(會提出是以workshop或座談會形式 一個月完成)

(五) 年會地點 年會(年底) · 日期、地點

- 2018 11/29-12/02 台北國際會議中心(TICC)
- 2019 12/07-12/08 高雄展覽館
- 2020 12/12-12/13 台大國際會議中心
- 2021 12/11-12/12 台中榮民總醫院
- 2022 12/10-12/11 高雄萬豪酒店
- 2023 12/09-12/10 台大國際會議中心
- 2024 12/07-12/08

四、臨時動議

醫策會於113年2月17日(六)辦理「次專科管理制度規劃說明座談會」由蔡鎮良主任代表學會出席會議

1. 胸重次專科申請流程及訓練提出討論(主席提議，下次學術委員會提出討論)
2. 提議衛福部認定建議要申請(蔡鎮良委員提議)
3. 未來在認定趨勢是以時間 病人數做認定? 訓練計畫的修訂很重要(杭良文委員提議)
4. 次委員會相關項目也要包括進去(理事長提出)
5. 胸腔外科訓練醫院及醫師是否要胸重會員(賴俊良委員提議)

繹譚o竺校蝶劔暝甯匣砗郇舂柑鏡肝鏡岡煎竺鏡泉瘰峯筵筇± 舂舂柑鏡肝鏡岡煎竺鏡泉諱
縫讓皞絢說ü伴汙桼軀又劔軀餌*

五、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 教育與出版委員會會議紀錄

會議時間：民國113年03月26日(星期二) 19:00-20:00

會議地點：Zoom線上會議

主席：教育與出版委員會 召集委員 彭忠衍醫師

出席人員：副召集委員陳美音醫師、張晟瑜醫師、唐士恩醫師、蕭逸函醫師、陳冠宇醫師、徐培菘醫師、張克威醫師、邱國樑醫師、王守正醫師、黃國棟醫師、蔡明儒醫師、陳逸婷醫師

列席人員：執行秘書張山岳醫師、秘書張瑜婕

一、主席致詞-略

二、報告事項

1. 第19屆 教育與出版委員會 委員名單

主席	彭忠衍	三軍總醫院內科部
副主席	陳美音	部立桃園醫院重症醫學科/內科加護病房/睡眠中心
顧問	賴俊良	大林慈濟醫院副院長
委員	張晟瑜	亞東醫院胸腔內科/超音波內視鏡中心
委員	唐士恩	三軍總醫院內科加護中心
委員	蕭逸函	台北榮總胸腔部
委員	陳冠宇	臺大醫院胸腔內科
委員	徐培菘	新光醫院胸腔內科
委員	張克威	林口長庚醫院呼吸胸腔科
委員	邱國樑	台中慈濟醫院睡眠中心及急重症中心
委員	王守正	國軍臺中總醫院醫療部
委員	黃國棟	高雄長庚胸腔內科
委員	蔡明儒	高醫附院內科部胸腔內科
委員	陳逸婷	花蓮慈濟醫院重症加護內科
執行秘書	張山岳	三軍總醫院胸腔內科

2. 目前會訊內容：理事長的話、主編的話、會務活動(活動訊息、會議記錄)、學術專欄(胸腔暨重症案例、醫學新知)、通訊繼續教育、吐納園地、活動集錦。

三、討論事項

1. 各期學術專欄稿件分配

說明：

學術專欄含有以下內容

- 一個疾病案例，每篇疾病案例需出一題通訊繼續教育題目。
- 三篇醫學新知，由下列範圍各選一篇，每篇醫學新知需出二題通訊繼續教育題目。
- 吐納園地，由負責委員決定是否需刊登，撰稿字數以及型態不受限制，有些會員會投稿分享出國進修的心得點滴、有些醫師會分享胸腔科的冷門旁支跟大家分享。

※結論：

- 會訊的主要負責人由各位委員輪流負責邀稿，113年~114年輪值名單與醫學新知主題請詳見下表。

負責委員	負責年/月	呼吸道疾病及肺纖維化相關			肺癌及介入性肺部檢查相關		肺部感染、睡眠及重症相關		
		氣喘	COPD	IPF	肺癌	介入	重症	感染	睡眠
陳美音 副召委	113/08			V	V		V		
張晟瑜 委員	113/10	V				V			V
唐士恩 委員	113/04			V	V			V	
蕭逸函 委員	114/06		V			V	V		
陳冠宇 委員	114/02	V			V			V	
徐培菘 委員	114/04		V			V			V
張克威 委員	115/02			V	V			V	
邱國樑 委員	114/10	V				V			V
王守正 委員	114/08		V		V		V		
黃國棟 委員	113/06			V		V		V	
蔡明儒 委員	114/12	V			V				V
陳逸婷 委員	113/12		V			V	V		

- 因吐納園地為較靈活的内容，每期負責委員可介紹所屬醫院，或者熟悉的醫院、領域，跟各位會員分享。

四、臨時動議

1. 公告會員動向：由秘書處蒐集會員職務異動或得獎資訊，刊登於會訊當中。
2. 會訊網站刊登方式：建議將各篇文章刊登於分開的頁面，讓讀者個別點閱有興趣的部分觀看，也較方便宣傳與增加點閱率。

五、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 呼吸道疾病委員會會議紀錄

日期：民國 113 年 01 月 30 日 (星期二) 18:30-20:30

地點：台灣胸腔暨重症加護醫學會會址(台北市萬華區中華路一段74號4樓)

主席：呼吸道疾病委員會 召集委員彭殿王主任

出席委員：彭殿王主任、林鴻銓主任、蘇剛正醫師、江啟輝醫師、張博瑞主任、陳家弘醫師、黃偉彰醫師、陳彥甫主任、王耀東主任、許超群教授、李琳主任、李政宏醫師、劉景隆主任

列席人員：陳育民理事長、周昆達秘書長、張博瑞副秘書長、李宜庭秘書、劉軒吟秘書

一、主席報告 – 每年3次固定會議，分別在年初、夏季會以及年會。

二、討論事項

(一) 內部事項-年度工作項目

※ 結 論：

(1) 氣喘疾病認證課程開課：12場/年

A. 各區負責人：

- (a) 台北區(台北市、基隆)：蘇剛正醫師、劉景隆醫師
- (b) 北區(新北市、桃園、新竹、苗栗)：張博瑞醫師、陳資濤醫師
- (c) 中區(台中、彰化)：陳家弘醫師 黃偉彰醫師
- (d) 南區(雲林、嘉義、台南)：陳彥甫醫師
- (e) 高屏區(高雄、屏東)：潘奕宏醫師(會後再行確認)
- (f) 花東區(花蓮、台東、宜蘭)：吳信宏醫師
- (g) 宜蘭區：邱國欽醫師

(2) 肺阻塞疾病認證課程開課：12場/年

A. 各區負責人：

- (a) 台北區(台北市、基隆)：蘇剛正醫師、劉景隆醫師
- (b) 北區(新北市、桃園、新竹、苗栗)：張博瑞醫師、陳資濤醫師
- (c) 中區(台中、彰化)：陳家弘醫師 黃偉彰醫師
- (d) 南區(雲林、嘉義、台南)：陳彥甫醫師
- (e) 高屏區(高雄、屏東)：潘奕宏醫師(會後再行確認)
- (f) 花東區(花蓮、台東、宜蘭)：吳信宏醫師
- (g) 宜蘭區：邱國欽醫師

(3) Asthma公版講義將維持原狀，Speaker可自行調整講課內容及時更新，COPD公版講義將進階課程內容濃縮至七章，目前需三位醫師協助更新。

(4) 委員會會議記錄將公告，未來舉辦各活動會議議程、講義將公告網站供會員瀏覽。

(5) Post-ATS/Post-ERS演講：113年度辦理方式三地連線。

A. 負責人：

- (a) Post-ATS：李琳醫師
- (b) Post-ERS：李政宏醫師

(6) 編輯教育刊物：

A. COPD、Asthma指引2024不更新

- B. Severe Asthma Casebook Update：合併世界氣喘日活動一併進行，可考慮世界氣喘日活動中舉辦各家生物製劑研討會，同時帶入案例分析，會後將內容整理成冊。
- C. Severe asthma- clinical remission consensus：2023年10月29日學會舉辦台灣嚴重氣喘臨床緩解12位專家共識會議，目前已將結論編輯成冊，將交由當日出席12位專家與委員會審查與修正，4月底前收集意見，6月中修正完稿，8月夏季會發佈。
- D. 另是否編撰其他手冊：先統計網站會員過去瀏覽現有出版物狀況後決議。

(7) 夏季會/年會節目安排：

- A. 負責人：
 - (a) 夏季會：林鴻銓副主席
 - (b) 年會：彭殿王主席

(8) AZ合作項目：

- A. 工作事項：
 - (a) 世界氣喘日將暫定於5/2(四)，5/4(六)將舉辦五個氣喘生物製劑Symposium。
 - (b) 延續過去學會與AZ health lung計畫。
 - (c) 計畫執行COPD/Asthma台灣氣喘醫囑性普查計畫，5月(世界氣喘日)與11月(世界肺阻塞日)，Asthma負責人為劉景隆醫師，COPD負責人待決議。

(二) 對外事項

※ 結 論：

(1) 健保議題：

- A. FeNO給付：已於112年7月18日送出本案，112年10月11日健保署回覆將安排開會但還未開。
- B. 6MWT：已於111年12月23日送出送出本案，112年5月15日提出修正建議，113年1月29日健保署回覆目前還在蒐集各專家意見階段，預計年後開會討論。
- C. IOS：學會將於113年01月31日召開健保及醫療政策工作小組討論本案。
- D. P4P修正案：除了原有胸腔與免疫專科(不須學分)，內、兒、家醫與小兒科，(需取得學分)外放寬至所有科別醫師皆可參與。健保署預計今年會審議。

(2) 回覆氣喘衛教學會來函：提出之修訂事項，皆維持目前運作方式不做修訂，將函覆健保署。

(3) 與基層醫療協會合作：

- A. 推廣嚴重氣喘與生物製劑認知：欲舉辦與基層醫療協會合作座談，宣導口服類固醇OCS之潛在問題與加強層醫療協對生物製劑認知。目規劃先辦理一場，演講內容與基層醫療協會協調後訂定，由劉景隆醫師作為負責人。
- B. 推廣肺阻塞肺功能篩檢：如肺功能轉檢與病歷認定事宜，待與基層醫療協會合作座談時一併討論。

(三) 研究-全國性研究

- (1) Severe asthma registry- 由台北榮總提出proposal (比照ISAR)，並歡迎所有人提出想法與討論修正，2月29日前提出。收集資料內容須包含IOS (將是台灣特色), lung function, FeNO, blood等。
- (2) COPD cohort (at least 3 years)：不預設立場，歡迎所有人的想法，2月29日前提出。
- (3) Young age bullous emphysema (Blood test, biomarker, PBMC, NGS?)：李岡遠教授發現有別於國外的marker。本議題歡迎所有人提出想法與討論，2月29日前提出，若無，將以李岡遠教授團隊研究架構為本。
- (4) Bronchiectasis cohort：延續上一屆，由林鴻銓教授協助本屆繼續進行。

※ 結 論：由主席協助籌處資金，各位委員可以提供想法，大家一同協力完成屬於台灣本土的大型資料庫。

三、臨時動議-無

四、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺腫瘤委員會會議紀錄

日期：民國 113 年 04 月 02 日 (星期二) 18:30

地點：線上會議

主席：肺腫瘤委員會會議 召集委員 王金洲

出席人員：王金洲委員、羅永鴻委員、江起陸委員、何明霖委員、何肇基委員、李岡遠委員、林旻希委員、林建中委員、邱昭華委員、施金元委員、柯皓文委員、洪仁宇委員、夏德椿委員、張時杰委員、張晟瑜委員、郭志熙委員、陳崇裕委員、陳焜結委員、黃俊耀委員、楊志仁委員、楊宗穎委員、楊政達委員、廖唯昱委員、蔡鎮良委員、賴俊良委員、謝俊民委員、魏裕峰委員、蘇健委員

列席人員：陳育民理事長、秘書長周昆達醫師、副秘書長江起陸醫師、吳尚俊醫師、秘書劉軒吟

一、理事長致詞

二、主委報告

三、會議議程：

(一) 核心課程(胸重、肺癌、臨床腫瘤)是否維持繼續合作?

結論：照案通過，由江起陸醫師聯繫另外兩家學會秘書長，討論合作議題

(二) Taiwan ROS1 Lung Cancer Registry 登錄工作

說明：112年度統計9家醫院，共有124筆登錄資料，希望可以繼續登錄作業。

結論：照案通過，持續收案，歡迎各醫院一同收案

(三) 台灣晚期肺癌藥物治療共識(更新版)

結論：同意，持續進行共識指引，何肇基教授建議，新增Peri-operative組別，另外再詢問外科委員會。

(四) 2024年8月青年夏季會議程安排

說明：

Airway X Lung cancer

時段一	113 年 08 月 10 日(六)16:00-16:40	Speaker :
時段二	113 年 08 月 10 日(六)16:40-17:20	Speaker :

肺腫瘤議題

時段一	113 年 08 月 11 日(日)10:50-11:30	Speaker :
時段二	113 年 08 月 11 日(日)11:30-12:10	Speaker :

結論：照案通過，由施金元委員、羅永鴻委員推派醫師演講airway*Lung cancer
柯皓文委員、洪仁宇委員推派醫師演講肺腫瘤議題

(五) 2024內科年會議程安排

說明：理事長有兩個提案，提供參考

專題(一)	targeted therapy in NSCLC	EX : (1) in rare mutation	(2)common mutation	(3) Resistance mechanism
		江起陸	陳崇裕	楊宗穎
專題(二)	Immunotherapy in thoracic malignancy	EX : (1)stage IV	(2)Peri-operative,	(3) pleural mesothelioma
		張晟瑜	廖唯昱	洪仁宇

結論：照案通過，共計六個議題，由秘書處發信邀請上方六位醫師擔任講師。

四、臨時動議

1. 何明霖委員：中區健保核子醫學科所提出來要求我們專科醫師的醫學會制定相關的關於正子電腦斷層掃描的適應證跟適宜性

結論：本案件為地方個案，委員會不提供相關建議

2. 王金洲主席提案，由本會肺部環境與職業醫學委員會-郭耀昌醫師統籌關於Mesothelioma 議題建立全台灣資料檔，希望可以各位委員可以依同支持參與。

結論：照案通過，王金洲主席會再提供相關資料放置群組供委員參考。

五、散會，每季一次召開一次會議

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 113 年 02 月 27 日 (星期二) 18:30

地點：會址暨線上會議

主席：林嘉謨主席

出席委員：林嘉謨主席、莊立邦副主席、陳濤宏顧問(請假)、李佩玲委員、劉景隆委員、蔡鎮良委員(請假)、蕭慈慧委員、徐上富委員、邱國樑醫師、張開明委員(請假)、陳志金委員(請假)、蔡明儒委員、蘇茂昌委員、張恩庭委員

列席人員：周昆達秘書長、柯羽亭秘書

一、討論事項

〈一〉訓練課程規劃

- 1.規畫睡眠醫學相關主題之研討會與講習會。
- 2.加強會員以及年輕醫師對於睡眠醫學的專業知識與新知推廣。
- 3.課程與研討會規劃討論：
 - A.基礎訓練：建議在 fellow 醫師訓練期間可舉辦 work shop，由委員會規劃相關課程。(例如：睡眠基本概念、PSG 判讀、CPAP titration 等)
 - B.研討會：每半年舉辦一次研討會，針對比較困難議題進行討論、交流最新的技術發展。(例如：多專科睡眠病例討論會、陽壓呼吸器議題等)
- 4.討論結論：
 - A.延續去年發行「給你打打氣：阻塞性睡眠呼吸中止陽壓呼吸器治療臨床手冊」，將內容製作成教育訓練課程，請蕭慈慧委員、徐上富委員協助，將資料進行整理。
 - B.安排陽壓呼吸器訓練課程。

〈二〉夏季會規劃

- 1.胸重學會將在 113 年 8 月 10 日至 8 月 11 日舉辦夏季青年會，睡眠委員會分配兩個時段的演講區段。目前場地訂在嘉義長庚，除了大會演講，有三間中型會議室(約 50 人)適合舉辦工作坊。
- 2.討論結論：請劉景隆委員與林嘉謨主席討論後再進行規劃。

〈三〉睡眠研究案討論

- 1.徵求睡眠委員會委員或有經驗的胸腔醫學、睡眠醫學、以及心臟醫學專家，參加睡眠與心血管議題的 meta-analysis 研究。
- 2.討論結論：
 - A.研究及投稿會議預計進行 8 次，有需要時再以線上方式上召開。
 - B.為節省經費使用在論文刊登費，實體會議場地建議可在會址進行。
 - C.贊助廠商：「友華生計」將投入胸重醫學會，「台灣瑞思邁 ResMed」將投入睡眠醫學會。再詢問心臟醫學會是否有贊助商。

二、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 重症醫學委員會會議紀錄

會議時間：民國113年03月01日(星期五) 18：30

會議地點：Zoom線上會議

主 席：重症醫學委員會 召集委員 陽光耀醫師

出席人員：副召集委員古世基醫師、高國晉醫師、李立夫醫師、林偉傑醫師、許健威醫師、
陳韋成醫師、彭忠衍醫師、曾健華醫師、詹明澄醫師、蘇文麟醫師

列席人員：副秘書長劉景隆醫師、秘書張瑜婕

請假人員：許超群醫師、執行秘書張山岳醫師

一、討論事項

〈一〉提請追認「重症醫學專科醫師證書」展延申請案

說明：截至113年02月01日止，共計5件展延申請與1件變更居留證號，因時程因素已向聯委會提報並通過審核。

※決議：照案通過。

〈二〉審查「重症醫學專科指導醫師」申請案

說明：截至113年03月01日止，指導醫師申請共計4件。

※決議：照案通過。

〈三〉審查「重症醫學專科醫師證書」展延申請案

說明：截至113年03月01日止，申請案共計2件。

※決議：照案通過。

〈四〉推派113年度「重症醫學專科醫師聯合甄審」任務委員

說明：1. 今年將由胸重醫學會輪值，承辦核心課程與甄審筆試，由重症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，負責邀請新試題出題委員(或親自出題)與協調113年度筆試選題。

4. 重症專科甄審口試委員二位，負責邀請口試與實務考試出題委員。

※決議：各項任務分配如下表。

任務	負責委員	負責事項
核心教育課程	許超群、李立夫	依聯委會分配範疇規劃課程題目、邀請講師。
重症專科甄審筆試	詹明澄、林偉傑	邀請新試題出題委員(或親自出題)與協調113年度筆試選題。
重症專科甄審口試	彭忠衍、曾健華	邀請口試與實務考試出題委員。

〈五〉承辦重症聯甄認證課程

說明：1. 今年度預計於北、中、南或東各辦一場「重症醫學專科聯甄課程」。

2. 9-10月將與肺感染及結核病委員會合辦南區聯甄課程。

※決議：各區場次分配如下表。

區域	負責委員	備註
北	蘇文麟	
中	陳韋成	
南	陽光耀	9-10月·與肺感染及結核病委員會合辦

- 二、臨時動議
- 三、下次開會時間

台灣胸腔暨重症加護醫學會 間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議紀錄

會議時間：民國113年03月13日(星期三) 18:30

會議地點：胸重醫學會會址(台北市萬華區中華路一段74號4F)+線上

主 席：間質性肺病及罕見肺疾病委員會 召集委員 林鴻銓醫師

出席人員：副召集委員杭良文醫師、藍霄進醫師、陽光耀醫師、郭炳宏醫師、唐士恩醫師、謝孟亨醫師、曾敬閔醫師、傅彬貴醫師、陳家弘醫師、陳世彬醫師、劉杜鎮醫師、林玠模醫師、朱國安醫師、黃國棟醫師、許超群醫師

列席人員：理事長陳育民醫師、秘書長周昆達醫師、副秘書長劉景隆醫師、秘書張瑜倓

一、主席、副主席致詞

二、討論事項

〈一〉研討會規劃

說明：

1.預計每季舉行間質性肺炎會議(實體為主，線上並行)

Ex: IPF 2 times, other ILD 2 times ? (CTD ILD, PF ILD...)

2.可與夏季會或年會合併舉辦？

※決議：

1.本屆維持辦理ILD MDD與台日交流。

2.預計每季舉行間質性肺炎會議。

〈二〉撰寫 CTD ILD 台灣指引

※決議：預計明年開啟撰寫。

〈三〉進行全國性肺纖維化疾病與間質性肺炎的全國性登錄研究

說明：

1.Protocol & IRB

2.IPF with AE的研究內容(台北榮總孫傳硯醫師報告)

※決議：

1.請孫醫師協助提供更詳細的目的與內容，並提供給各位委員參考。

〈四〉建議 IPF 申請重大傷病

※決議：

1.請秘書處協助了解申請重大傷病的標準程序。

三、臨時動議

四、下次開會時間

台灣胸腔暨重症加護醫學會 國際學術交流工作小組會議記錄

日期：民國 112 年 01 月 03 日（星期二）19：00 – 20：30

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

出席人員：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

一、主席報告：

二、工作進度報告：

1. 2022 年會邀請國外專家：

- 江振源委員協助聯繫 & 邀約 Professor Innes Asher (Global Asthma Network)，演講圓滿順利。

2. CERS Meeting：

- 陳冠元委員代表參與 09/05 會議。
- 關於 International respiratory coalition (ERS)，會後將資料提供給各位委員。請委員們於各疾病委員會進行討論，若有可提出到 ERS 進行合作的項目，再匯集到國際學術交流工作小組，下次會議進行深度討論。

三、討論事項：

1. 2022 年國際醫學學術會議補助申請審查

說明：

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○硯	111/06/23	V	第一作者	□頭發表	V	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○貴	111/06/23	V	第一作者	海報展示	V	Cardiopulmonary Exercise Test Could Provide Prognostic Value of 1-year Mortality in Patients with Newly Diagnosed Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A Real-World Experience

APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respirology)

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○宇	111/06/21	V	第一作者	Poster Discussion	V	Withholding enteral nutrition associated lower hospital mortality in shock patients with candidemia

APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respirology)

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	1660	張○昀	111/09/23	V	第一作者	口頭發表	V	Comparison of different types of fixed-dose combination regimen for treatment of tuberculosis in elderly patients in Taiwan.
2	1742	歐○凡	111/09/25	V	第一作者	口頭發表	V	The clinical outcomes of different first-line treatment strategies in advanced non-small cell lung cancer patients with EGFR exon 20 insertion mutation.
3	1679	陳○宇	111/10/25	V	第一作者	口頭發表	V	Heart rate recovery immediately after exercise is useful in exacerbation prediction in chronic obstructive pulmonary disease when spirometry is not available.
4	1061	魏○峰	111/10/28	V	通訊作者	海報展示	V	Comparative safety of immune checkpoint inhibitors and chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer: A systematic review and network meta-analysis.
5	1674	陳○宜	111/10/28	V	第一作者	海報展示	V	Comparative safety of immune checkpoint inhibitors and chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer: A systematic review and network meta-analysis.

※ 結論：

- ➡ 全數通過。
- ➡ 若有接受廠商贊助出國的醫師，學會不再受理補助申請。

2. 爭取睡眠相關國際會議加入補助項目

說明：由睡眠醫學委員會提出，爭取將 APSS, ESRS, WorldSleep 加入國際會議補助項目。

會議	日期	形式	2023 地點	2024 地點
World Sleep Society 會議	10/21-10/25	實體	巴西	義大利
APSS 會議 (Associated Professional Sleep Societies)	06/03-06/07	實體	美國	美國
ESRS 會議 (European Sleep Research Society)	04/20-04/22	hybrid	捷克	希臘

※ 結論：

☞ 決議 World Sleep Society, APSS, ESRS 加入未來補助項目，補助方式如下：

會議	實體		
	補助人數	補助費用	補助總金額
World Sleep Society 會議	2	每位 5 萬	10 萬
APSS 會議 (Associated Professional Sleep Societies)	1	每位 5 萬	5 萬
ESRS 會議 (European Sleep Research Society)	1	每位 5 萬	5 萬

☞ 三個會議的補助金額可互相流用。

☞ 此案將提報下次理監事會議，通過後公告執行。

3. 2023 年國際醫學學術會議補助

說明：因應防疫限制逐漸放寬，為鼓勵會員出國參與國際會議，請問是否提高補助金額？

補助人數 & 金額比照往年，暫擬如下：

會議	實體		線上		補助總金額
	補助人數	補助費用	補助人數	補助費用	
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)	2 位	每位 5 萬	10 位	每位 1 萬	20 萬
ATS 會議 (American Thoracic Society)	11 位	每位 5 萬	-	-	55 萬
ASCO 會議 (American Society of Clinical Oncology)	1 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	10 萬
WCLC 會議 (World Conference on Lung Cancer)	1 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	10 萬
ERS 會議 (European Respiratory Society)	3 位	每位 5 萬	20 位	每位 1 萬	35 萬
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)	1 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	10 萬
APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respirology)	7 位	每位 3 萬	24 位	每位 1 萬	45 萬

※ 結論：

☞ 因應防疫限制逐漸放寬，為鼓勵會員出國參與國際會議，決議提高實體會議補助人數，ATS、ERS 增加 2 位，其餘 5 個會議各增加 1 位。此案將提報下次理監事會議，通過後公告執行。

會議	實體		線上		補助 總金額
	補助人數	補助費用	補助人數	補助費用	
SCCM 會議 (Society of Critical Care Medicine)	3 位	每位 5 萬	10 位	每位 1 萬	25 萬
ATS 會議 (American Thoracic Society)	13 位	每位 5 萬	-	-	65 萬
ASCO 會議 (American Society of Clinical Oncology)	2 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	15 萬
WCLC 會議 (World Conference on Lung Cancer)	2 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	15 萬
ERS 會議 (European Respiratory Society)	5 位	每位 5 萬	20 位	每位 1 萬	45 萬
ESICM 會議 (European Society of Intensive Care Medicine)	2 位	每位 5 萬	5 位	每位 1 萬	15 萬
APSR 會議 (Asian Pacific Society of Respiriology)	8 位	每位 3 萬	24 位	每位 1 萬	48 萬

四、臨時動議（無）

五、散會（晚上 7 時 30 分）

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 112 年 02 月 15 日 (星期三) 晚上 07 點 30 分

地點：線上會議

主席：肺腫瘤委員會召集委員 施金元教授

出席人員：王鶴健理事長、副主席何肇基教授、陳育民委員、邱昭華委員、蘇健委員、蔡鎮良委員、陳冠宇委員、夏德椿委員、涂智彥委員、賴俊良委員、林建中委員、王金洲委員、張時杰委員

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：顧問楊泮池委員、李岡遠委員、楊宗穎委員、郭志熙委員、洪仁宇委員、魏裕峰委員

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：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，並於核心課程建議加入實際病例。

(二) 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：

- 以經建立 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
- 結論：**請各位 PI 邀請 study nurse 加入 line 群組，方便收集資料，會後寄出相關表單。

參、臨時動議

邱昭華委員提案，台北醫學大學附設醫院預計 8 月召開肺轉移研討會，希望與學會合作。

結論：照案通過，將全力配合。

肆、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺部介入委員會會議紀錄

日期：民國 111 年 12 月 11 日（星期日）12:00-13:00

地點：高雄萬豪酒店八樓 萬享宴會廳 A

主席：肺部介入委員會 召集委員涂智彥主任

出席人員：涂智彥主任、陳家弘醫師、鍾福財主任、蘇柏嵐醫師、張晃智主任、于鎧綸醫師、蔡英明主任、施慧瑄醫師、張哲嘉醫師

列席人員：秘書長簡榮彥、秘書張瑜僉

壹、主委報告

貳、會議議程：

（一）技術師教育訓練課程規劃

說明：課程收費、辦理時間 & 地點

結論：

- (1) 技術師教育訓練課程共 7 學分，酌收費用 \$1,400 (\$200/ 學分)。
- (2) 酌收證書費 \$1,000。
- (3) 2023 年預計於夏季會，在中國附醫辦理課程。
- (4) 由學會發文給各醫院內科部、胸腔科，公告課程辦理訊息，廣邀技術員報名課程。

（二）支氣管內視鏡超音波證書審查

說明：本次共 1 位醫師提出申請

序號	姓名	胸專號碼	胸專取得日	醫院	受訓證明 (至少三個月) 或 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
1	林○容	1717	2021/12/11	台北榮總	受訓證明 110.09.01-111.07.31	OK

結論：請經委員審核後通過。

參、臨時動議

肆、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 青年工作小組第八次會議紀錄

日期：民國 112 年 02 月 13 日 (星期一) 19:30 – 20:30

地點：線上會議

主席：青年工作小組 召集委員 詹明澄部長

出席人員：詹明澄部長、阮聖元醫師、黃彥翔醫師、蔡明儒醫師

列席人員：秘書長簡榮彥、副秘書長陳家弘醫師、秘書陳妍安

請假人員：理事長王鶴健、蕭逸函醫師

壹、報告事項

(一) 2023 年夏季會主題規劃

結論：

- 型式以演講座談方式。
- 主題以科技部計劃申請方向規劃。
- 以李岡遠副院長為優先邀請對象。
- 20-25 分鐘演講，15 分鐘 Q&A。
- 細節由陳家弘醫師或是蔡明儒醫師活動安排。

(二) 2023 年統計課程規劃 - 阮聖元醫師

結論：

- 時間：07 月 30 日 (星期日)。
- 地點：預計台北舉辦。
- 授課者：杜裕康教授。
- 主題：以重覆、測量、疾病等方向、先由阮聖元醫師規劃再進行討論。
- 軟體：Stata。
- 課程內容：上午安排為課程、下午安排為實作。
- 內容會請杜老師以疾病為例子說明。

(三) 2023 年會規劃暫定議程

結論：

- 延續去年以趣味、熱鬧、互動、有獎徵答、擂台賽方向。
- 請各位委員推薦一位 V5 以下年輕醫師參與規劃。

(四) 2024 年第 9 屆國際抗癆暨肺疾聯盟亞太區大會暨台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會

結論：

- 目前青年工作小組無相關議題規劃，請秘書長安排其他主題。

貳、討論事項：

參、下次會議時間：夏季會結束後

肆、散會

胸腔暨重症案例



Figure 1. Initial plain film in chest OPD.

提供：陳鼎翰 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

[Case]

A 47-year-old male laborer with a history of hypertension presented with chronic cough for three years. He had a long-standing cough with whitish sputum production, but denied fever, chills, weight loss, night sweats, and other symptoms. Progressive dyspnea on exertion has been noted for 2 months. B2ibasilar fine late inspiratory rales involving in both lower lung fields were heard. The symptoms and images did not improved even after antibiotic was prescribed. Fiberoptic bronchoscopy failed to reveal any endobronchial lesion but yielded biopsies disclosing alveoli filled with periodic acid of Schiff (PAS)-positive lipo-proteinaceous material while negative broncho-alveolar lavage culture.

醫學新知 I

Dupilumab應用在肺阻塞患者中合併第2型炎症經由嗜酸性白血球數辨別之治療

摘自：The new england journal of medicine, May 21, 2023

編譯：黃維俊 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

原理闡述：

在某些慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者中，第2型炎症可能會增加急性惡化的風險。在臨床上，可以透過血液中升高的嗜酸性白血球來作為判斷指標。Dupilumab是一種人類單株抗體，它能夠阻斷介白素-4 (IL-4) 和介白素-13 (IL-13) 在其受體複合物上的結合，從而降低第2型炎症的驅動作用。透過這種機制，Dupilumab可以抑制炎症反應，減少發作風險，並改善COPD患者的症狀和生活品質。

方法：

在這個第三期的雙盲隨機試驗中，對於COPD患者且血液中嗜酸性白血球大於等於300的病人，他們在使用標準的三合一治療後仍面臨急性惡化風險。這些病人被納入試驗並隨機分配到兩個組別中。其中一組每2週接受300毫克的Dupilumab皮下注射，另一組則接受安慰劑。試驗的主要療效指標是急性發作的頻率，而次要指標則包括肺功能變化，臨床症狀以及生活品質的改善。肺功能變化使用FEV1進行評估，而臨床症狀和生活品質的改善則分別使用E-RS-COPD和SGRQ量表進行評估。

測量和主要結果：

在這項研究中，共有939名患者參與：468名被分配到Dupilumab組，471名被分配到安慰劑組。結果顯示，在Dupilumab組中，輕度或嚴重加重的發生率較安慰劑組低，年發生率為0.78 (95%CI · 0.64-0.93)，而安慰劑組為1.10 (95%CI · 0.93-1.30) (發生率比：0.70；95%CI · 0.58-0.86；P <0.001)。在肺功能方面，在第12週時，Dupilumab組的FEV1增加了160毫升 (95%CI · 126-195)，而安慰劑組則增加了77毫升 (95%CI · 42-112)。這個差異在第52週仍然存在。在第52週，Dupilumab組的SGRQ分數平均改善了-9.7 (95%CI · -11.3至-8.1)，而安慰劑組則為-6.4 (95%CI · -8.0至-4.8)。同樣地，在第52週，Dupilumab組的E-RS-COPD分數平均改善了-2.7 (95%CI · -3.2至-2.2)，而安慰劑組則為-1.6 (95%CI · -2.1至-1.1)。兩組中因不良事件而中止治療、嚴重不良事件和致死不良事件的患者數量相當，沒有明顯的差異。

結論：

在合併第2型炎症的COPD患者中，接受Dupilumab治療的患者相較於接受安慰劑的患者，觀察到以下優勢：急性發作的頻率降低、肺功能改善、生活品質提高以及呼吸症狀減輕。

編譯者評論：

這份研究的結果顯示，與先前的研究不同，生物製劑在COPD患者中可能具有療效。可能的原因之一是不同的生物製劑具有不同的藥理機轉。此外，病人的篩選標準可能也起到了一定的作用。這份文獻中的受試者除了有急性發作風險外，嗜酸性白血球數量也偏高。其他生物製劑可能也能發揮療效，但需要選擇適合其藥物特性的患者群體。此外，該研究的受試者主要是白種人，因此對於其他種族是否能夠達到相同的療效以及長期療效是否可持續，仍需要更多數據的支持。

Dupilumab for COPD with Type 2 Inflammation Indicated by Eosinophil Counts

N Engl J Med. 2023 Jul 20;389(3):205-214. doi: 10.1056/NEJMoa2303951. Epub 2023 May 21.

Bhatt SP, Rabe KF, Hanania NA, et al.

Abstract

Background: In some patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), type 2 inflammation may increase exacerbation risk and may be indicated by elevated blood eosinophil counts. Dupilumab, a fully human monoclonal antibody, blocks the shared receptor component for interleukin-4 and interleukin-13, key drivers of type 2 inflammation.

Methods: In a phase 3, double-blind, randomized trial, we assigned patients with COPD who had a blood eosinophil count of at least 300 per microliter and an elevated exacerbation risk despite the use of standard triple therapy to receive dupilumab (300 mg) or placebo subcutaneously once every 2 weeks. The primary end point was the annualized rate of moderate or severe exacerbations of COPD. Key secondary and other end points that were corrected for multiplicity were the change in the prebronchodilator forced expiratory volume in 1 second (FEV1) and in the scores on the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ; range, 0 to 100, with lower scores indicating a better quality of life) and the Evaluating Respiratory Symptoms in COPD (E-RS-COPD; range, 0 to 40, with lower scores indicating less severe symptoms).

Results: A total of 939 patients underwent randomization: 468 to the dupilumab group and 471 to the placebo group. The annualized rate of moderate or severe exacerbations was 0.78 (95% confidence interval [CI], 0.64 to 0.93) with dupilumab and 1.10 (95% CI, 0.93 to 1.30) with placebo (rate ratio, 0.70; 95% CI, 0.58 to 0.86; $P < 0.001$). The prebronchodilator FEV1 increased from baseline to week 12 by a least-squares (LS) mean of 160 ml (95% CI, 126 to 195) with dupilumab and 77 ml (95% CI, 42 to 112) with placebo (LS mean difference, 83 ml; 95% CI, 42 to 125; $P < 0.001$), a difference that was sustained through week 52. At week 52, the SGRQ score had improved by an LS mean of -9.7 (95% CI, -11.3 to -8.1) with dupilumab and -6.4 (95% CI, -8.0 to -4.8) with placebo (LS mean difference, -3.4; 95% CI, -5.5 to -1.3; $P = 0.002$). The E-RS-COPD score at week 52 had improved by an LS mean of -2.7 (95% CI, -3.2 to -2.2) with dupilumab and -1.6 (95% CI, -2.1 to -1.1) with placebo (LS mean difference, -1.1; 95% CI, -1.8 to -0.4; $P = 0.001$). The numbers of patients with adverse events that led to discontinuation of dupilumab or placebo, serious adverse events, and adverse events that led to death were balanced in the two groups.

Conclusions: Among patients with COPD who had type 2 inflammation as indicated by elevated blood eosinophil counts, those who received dupilumab had fewer exacerbations, better lung function and quality of life, and less severe respiratory symptoms than those who received placebo.

醫學新知 II

支氣管穿刺抽吸併冷凍活檢術在縱隔腔疾病之診斷應用： 一項多中心、開放標籤、隨機分組試驗

摘自：Lancet Respir Med. 2023 Mar;11(3):256-264.
編譯：廖偉志 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

背景：

經支氣管縱隔腔冷凍活檢術是一種對於縱隔腔疾病的新型取樣技術。儘管存在肺癌誤診的可能性，與標準支氣管內超音波引導-經支氣管穿刺抽吸術 (EBUS-TBNA) 相比，這種方法對於非肺癌病變的診斷有所提高，顯示其作為傳統活檢的一種附加技術的診斷潛力。研究的目的是在評估支氣管縱隔腔冷凍活檢術和標準EBUS-TBNA聯合使用在診斷總體疾病方面的安全性和附加價值。

方法：

我們在歐洲和亞洲的三家醫院進行了一項開放標籤、隨機分組的試驗。符合條件的患者年齡在15歲以上，患有至少一個短軸長度達1公分以上或需要進行診斷性支氣管鏡的縱隔病變。參與者依隨機分配 (1:1)，分為標準EBUS-TBNA併支氣管經介入性縱隔腔冷凍活檢術組 (聯合組, combined group) 和僅EBUS-TBNA組 (對照組, control group)。由於介入的特性，參與者和研究者對於組別分配並不盲化。共同的主要結果是檢查相關併發症和診斷率的差異 (診斷率定義為縱隔活檢導致確定診斷的參與者比例)，在完整分析集中進行評估，包括所有符合資格條件並進行活檢的患者。此外，還針對同時進行穿刺抽吸和縱隔腔冷凍活檢術的參與者的配對及個體內對照的診斷分析。

研究結果：

在2020年10月12日至2021年9月9日期間，共有297名連續患者接受了符合資格的評估，其中271名患者被納入研究並隨機分配到聯合組 (n=136) 或對照組 (n=135)。結果顯示，將冷凍活檢術加入標準取樣顯著增加了總體縱隔腔病變的診斷率，這一結果通過個體間分析 (聯合組136名參與者中的126名[93%] vs 對照組135名中的109名[81%]; 風險比[RR] 1.15 [95% CI 1.04-1.26]; p=0.0039) 和個體內分析 (134名參與者中的126名[94%] vs 134名中的110名[82%]; RR 1.15 [95% CI 1.05-1.25]; p=0.0026) 均得到驗證。在個體內人群的亞組分析中，聯合方法在縱隔腔轉移病變方面的診斷率與標準穿刺抽吸組相似 (69名參與者中的68名[99%] vs 對照組69名中的68名[99%]; RR 1.00 [95% CI 0.96-1.04]; p=1.00)，而在良性疾病方面，聯合方法比標準穿刺抽吸更敏感 (48名中的45名[94%] vs 48名中的32名[67%]; RR 1.41 [95% CI 1.14-1.74]; p=0.0009)。聯合組還改善了非小細胞肺癌組織樣本進行分子和免疫學分析的適用性。與活檢程序相關的不良事件發生率在試驗組之間沒有差異，聯合組中有三名 (2%) 患者出現3-4級呼吸道出血，對照組中有兩名 (1%) (RR 0.67 [95% CI 0.11-3.96]; p=1.00)。沒有嚴重併發症導致死亡或殘疾的情況發生。

解讀：

EBUS-TBNA在肺癌的診斷及期別的確立已有相當確定的價值。但對於在越來越多分子及免疫檢驗，需要更多的組織檢體一直都是個挑戰。縱隔腔良性病，如淋巴癌、淋巴結核、類肉瘤等，在診斷上以小檢體更是困難。研究顯示標準的EBUS-TBNA加上冷凍活檢對縱隔腔病變的診斷率有顯著的改善，提供了我們目前困境的一個解決方案。但技術上及臨床面對大檢體切片後出血風險及處置能力，亦將也是執行檢查者接下來的一大挑戰。

Transbronchial needle aspiration combined with cryobiopsy in the diagnosis of mediastinal diseases: a multicentre, open-label, randomised trial

Lancet Respir Med. 2023;11(3):256-264. doi:10.1016/S2213-2600(22)00392-7

Fan Y, Zhang AM, Wu XL, et al.

Abstract

Background:

Transbronchial mediastinal cryobiopsy is a novel sampling technique for mediastinal disease. Despite the possibility of lung cancer misdiagnosis, the improved diagnostic yield of this approach for non-lung-cancer lesions compared with standard endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) highlights its diagnostic potential as a complementary technique to conventional biopsy. We aimed to evaluate the safety profile and added value of the combined use of transbronchial mediastinal cryobiopsy and standard EBUS-TBNA for the diagnosis of mediastinal diseases.

Methods:

We conducted an open-label, randomised trial at three hospital sites in Europe and Asia. Eligible patients were aged 15 years or older, with at least one mediastinal lesion of 1 cm or longer in the short axis that required diagnostic bronchoscopy. Participants were randomly assigned (1:1) using a block randomisation scheme generated by a computer (block size of four participants based on a random table from an independent statistician) to the combined use of EBUS-TBNA and transbronchial mediastinal cryobiopsy (combined group) or EBUS-TBNA alone (control group). Because of the nature of the intervention, neither participants nor investigators were masked to group assignment. The coprimary outcomes were differences in procedure-related complications and diagnostic yield (defined as the proportion of participants for whom mediastinal biopsy led to a definitive diagnosis), assessed in the full analysis set, including all the patients who met the eligibility criteria and had a biopsy. A fully paired, intraindividual diagnostic analysis in participants who had both needle aspiration and mediastinal cryobiopsy was conducted, in addition to interindividual comparisons. This trial is now complete and is registered with ClinicalTrials.gov, NCT04572984.

Findings:

Between Oct 12, 2020, and Sept 9, 2021, 297 consecutive patients were assessed for eligibility and 271 were enrolled and randomly assigned to the combined group (n=136) or the control group (n=135). The addition of cryobiopsy to standard sampling significantly increased the overall diagnostic yield for mediastinal lesions, as shown by both interindividual (126 [93%] of 136 participants in the combined group vs 109 [81%] of 135 in the control group; risk ratio [RR] 1·15 [95% CI 1·04-1·26]; p=0·0039) and intraindividual (126 [94%] of 134 vs 110 [82%] of 134; RR 1·15 [95% CI 1·05-1·25]; p=0·0026) analyses. In subgroup analyses in the intraindividual population, diagnostic yields were similar for mediastinal metastasis (68 [99%] of 69 participants in the combined group vs 68 [99%] of 69 in the control group; RR 1·00 [95% CI 0·96-1·04]; p=1·00), whereas the combined approach was more

sensitive than standard needle aspiration in benign disorders (45 [94%] of 48 vs 32 [67%] of 48; RR 1.41 [95% CI 1.14-1.74]; $p=0.0009$). The combined approach also resulted in an improved suitability of tissue samples for molecular and immunological analyses of non-small-cell lung cancer. The incidence of adverse events related to the biopsy procedure did not differ between trial groups, as grade 3-4 airway bleeding occurred in three (2%) patients in the combined group and two (1%) in the control group (RR 0.67 [95% CI 0.11-3.96]; $p=1.00$). There were no severe complications causing death or disability.

Interpretation: The addition of mediastinal cryobiopsy to standard EBUS-TBNA resulted in a significant improvement in diagnostic yield for mediastinal lesions, with a good safety profile. These data suggest that this combined approach is a valid first-line diagnostic tool for mediastinal diseases.

醫學新知 III

Hydrocortisone 使用於嚴重社區型肺炎

摘自：N Engl J Med. 2023 May 25;388(21):1931-1941.

編譯：曾皓陽 醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

背景：

糖皮質激素的抗發炎和免疫調節作用是否能夠降低嚴重社區型肺炎患者的死亡率尚未明瞭。

方法：

在這項第3期、多中心、雙盲、隨機對照試驗中，我們將被收治到加護病房的嚴重社區型肺炎成年患者分配到接受靜脈hydrocortisone治療組（根據臨床改善情況，每天200毫克使用4或7天後，逐漸減量至總使用時間為8或14天）或接受安慰劑治療組。所有患者都接受標準治療，包括抗生素和支持性治療。主要結果指標是28天內的死亡率。

結果：

當試驗於第二次計畫性的期間分析後終止時，共有800名患者進行了隨機分組，並分析了795名患者的數據。至第28天，hydrocortisone組內的400名患者中，有25名患者死亡（6.2%；95% confidence interval [CI], 3.9 to 8.6）；而安慰劑組內的395名患者中，有47名患者死亡（11.9%；95% CI, 8.7 to 15.1）（absolute difference, 5.6 percentage points; 95% CI, 9.6 to 1.7; P=0.006）。

在一開始沒有使用機械通氣的患者中，hydrocortisone組內的222名患者中，有40名（18.0%）接受了氣管插管；而安慰劑組內的220名患者中，有65名（29.5%）接受氣管插管（hazard ratio, 0.59; 95% CI, 0.40 to 0.86）。

在一開始沒有使用血管升壓藥物的患者中，到第28天時，hydrocortisone組內的359名患者中，有55名（15.3%）開始使用血管升壓藥物；而安慰劑組內的344名患者中，有86名（25.0%）開始使用血管升壓藥物（hazard ratio, 0.59; 95% CI, 0.43 to 0.82）。

兩組患者的院內感染和胃腸道出血發生率相似；hydrocortisone組患者在治療的第一週接受了較高劑量的胰島素。

結論：

在加護病房中治療的嚴重社區型肺炎患者，接受hydrocortisone的患者比接受安慰劑的患者在第28天的死亡風險較低。

編譯者評論：

此第3期、多中心、雙盲、隨機對照試驗研究發現，在加護病房中治療的嚴重社區型肺炎患者，依據臨床狀況接受IV hydrocortisone 200mg/day 4或7天，並依臨床狀況逐漸減量至總使用時間為8或14天，和安慰劑組比較。患者的28天內的死亡風險較低、在原本不需要機械通氣和血管升壓藥物的病患上，後續插管和使用血管升壓藥物的比例也較低。

值得注意的是，此篇研究排除敗血性休克、流行性感冒肺炎、吸入性肺炎、阻塞性肺炎、骨髓抑制、過去接受長期類固醇治療 (prednisone [or equivalent] > 15 mg/d 超過30天)等臨床常見狀況。

Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia

N Engl J Med. 2023 May 25;388(21):1931-1941. doi: 10.1056/NEJMoa2215145. Epub 2023 Mar 21.

Dequin PF, Meziani F, Quenot JP, et al.

Abstract

Background:

Whether the antiinflammatory and immunomodulatory effects of glucocorticoids may decrease mortality among patients with severe community-acquired pneumonia is unclear.

Methods:

In this phase 3, multicenter, double-blind, randomized, controlled trial, we assigned adults who had been admitted to the intensive care unit (ICU) for severe community-acquired pneumonia to receive intravenous hydrocortisone (200 mg daily for either 4 or 7 days as determined by clinical improvement, followed by tapering for a total of 8 or 14 days) or to receive placebo. All the patients received standard therapy, including antibiotics and supportive care. The primary outcome was death at 28 days.

Results:

A total of 800 patients had undergone randomization when the trial was stopped after the second planned interim analysis. Data from 795 patients were analyzed. By day 28, death had occurred in 25 of 400 patients (6.2%; 95% confidence interval [CI], 3.9 to 8.6) in the hydrocortisone group and in 47 of 395 patients (11.9%; 95% CI, 8.7 to 15.1) in the placebo group (absolute difference, -5.6 percentage points; 95% CI, -9.6 to -1.7; $P = 0.006$). Among the patients who were not undergoing mechanical ventilation at baseline, endotracheal intubation was performed in 40 of 222 (18.0%) in the hydrocortisone group and in 65 of 220 (29.5%) in the placebo group (hazard ratio, 0.59; 95% CI, 0.40 to 0.86). Among the patients who were not receiving vasopressors at baseline, such therapy was initiated by day 28 in 55 of 359 (15.3%) of the hydrocortisone group and in 86 of 344 (25.0%) in the placebo group (hazard ratio, 0.59; 95% CI, 0.43 to 0.82). The frequencies of hospital-acquired infections and gastrointestinal bleeding were similar in the two groups; patients in the hydrocortisone group received higher daily doses of insulin during the first week of treatment.

Conclusions:

Among patients with severe community-acquired pneumonia being treated in the ICU, those who received hydrocortisone had a lower risk of death by day 28 than those who received placebo.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：2024 年 03 月 31 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 page27)

A 47-year-old male laborer with a history of hypertension presented with chronic cough for three years. He had a long-standing cough with whitish sputum production, but denied fever, chills, weight loss, night sweats, and other symptoms. Progressive dyspnea on exertion has been noted for 2 months. B2ibasilar fine late inspiratory rales involving in both lower lung fields were heard. The symptoms and images did not improved even after antibiotic was prescribed. Fiberoptic bronchoscopy failed to reveal any endobronchial lesion but yielded biopsies disclosing alveoli filled with periodic acid of Schiff (PAS)-positive lipo-proteinaceous material while negative broncho-alveolar lavage culture.

1. What was the tentative diagnosis ?
 - (A) Aspiration pneumonia
 - (B) Pneumocystis pneumonia
 - (C) Pulmonary edema
 - (D) Pulmonary alveolar proteinosis

選擇題：(每題 15 分)

2. 下列何種生物製可應用於嗜酸性白血球偏高且偏向第2型炎症的COPD患者，並有效降低急性發作的頻率
 - (A) Mepolizumab
 - (B) Dupilumab
 - (C) Benralizumab
 - (D) Xolair
3. 下列有關Dupilumab應用於第2型炎症的慢性阻塞性肺疾病患者的敘述何者錯誤？
 - (A) 可改善患者的肺功能，提升FEV1
 - (B) 可降急性惡化發作的頻率
 - (C) 可以改善患者呼吸道症狀並提高生活品質
 - (D) 可顯著地降低病患死亡率

5. 下列描述何者為非？
- (A) EBUS-TBNA併冷凍活檢與標準EBUS-TBNA具類似安全性。
 - (B) EBUS-TBNA併冷凍活檢在非癌症疾病上具有潛在的提升診斷率附加價值。
 - (C) EBUS-TBNA併冷凍活檢已在多個研究中證實有效安全，可以放心執行了。
 - (D) 針對肺癌，EBUS-TBNA併冷凍活檢可提供更多檢體以供免疫及分子檢查的機會。
6. 哪個陳述最符合研究結果？
- (A) EBUS-TBNA併冷凍活檢未顯著提高縱隔腔疾病的診斷率。
 - (B) EBUS-TBNA併冷凍活檢在診斷縱隔腔疾病有相對的優勢及相對安全。
 - (C) 標準 EBUS-TBNA在診斷非癌症疾病上已相當出色。
 - (D) EBUS-TBNA併冷凍活檢出血的機率高出標準的EBUS-TBNA，執行時要小心。
7. 在這項第3期、多中心、雙盲、隨機對照試驗中，類固醇的使用方式和對象為何？
- (A) IV Hydrocortisone 100 mg/day 於加護病房中嚴重社區型肺炎
 - (B) IV Hydrocortisone 200 mg/day於加護病房中嚴重社區型肺炎
 - (C) IV Hydrocortisone 100 mg/day 於加護病房中院內感染型肺炎
 - (D) IV Hydrocortisone 200 mg/day於加護病房中院內感染型肺炎
8. 依此研究結果顯示，使用hydrocortisone治療的嚴重社區型肺炎患者相較於接受安慰劑治療的患者，何者錯誤
- (A) 血管升壓藥物使用的比例顯著降低
 - (B) 病患28天內的死亡率顯著降低
 - (C) 氣管插管的比例顯著降低
 - (D) 使用hydrocortisone治療組別的患者，院內感染和胃腸道出血發生率較高

測驗回函 (第 50 期)

截止日：2024年 03月 31 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：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.

[Question]

1. 您的診斷為何？
 - (A) Community-acquired pneumonia
 - (B) Bronchiectasis
 - (C) Lung cancer
 - (D) Interstitial lung disease
 - (E) Pulmonary embolism

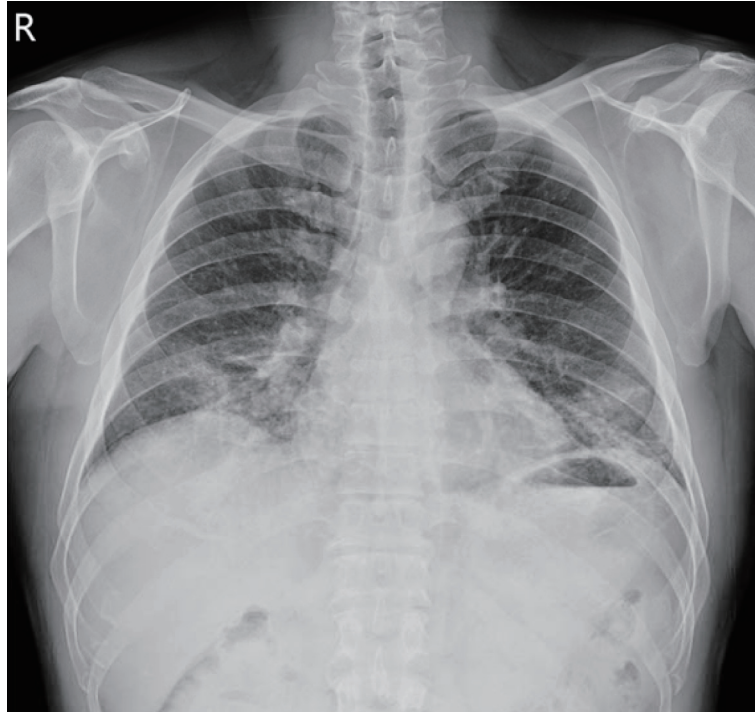


Figure 1. CXR PA view showed decreased thoracic cage volum, bilateral lower lung field increased lung markingw with “ peribronchial cuffing” and “tram-track” bronchectatic change.

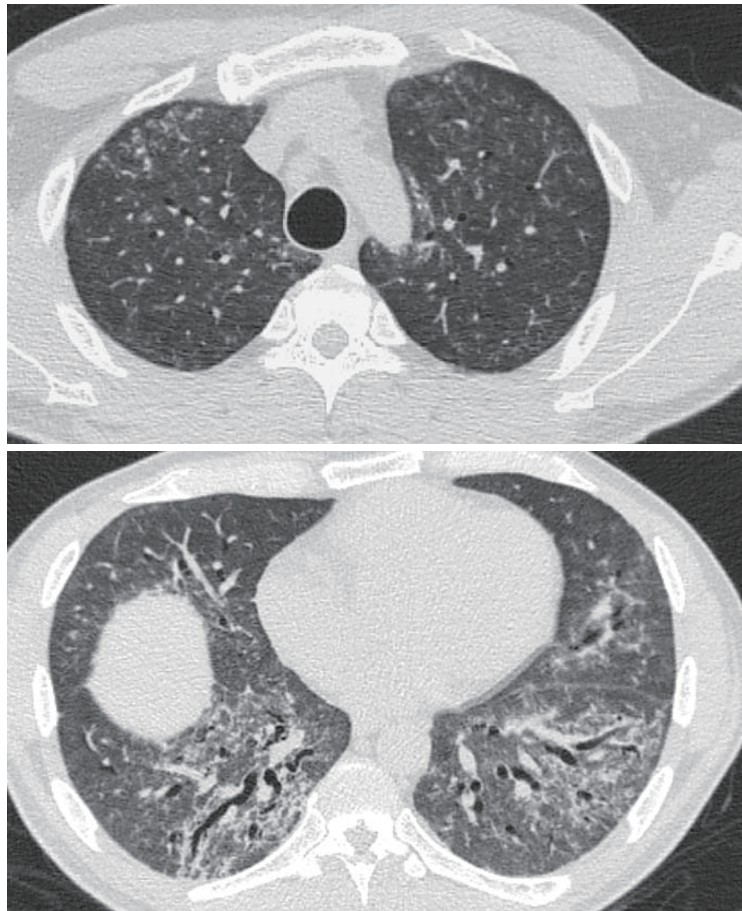


Figure 2. Chest CT showed centrilobular nodules (tree-in-bud) over bilateral upper lungs, and bronchovascular bundle thickening and traction bronchiectasis change at lower lung fields.

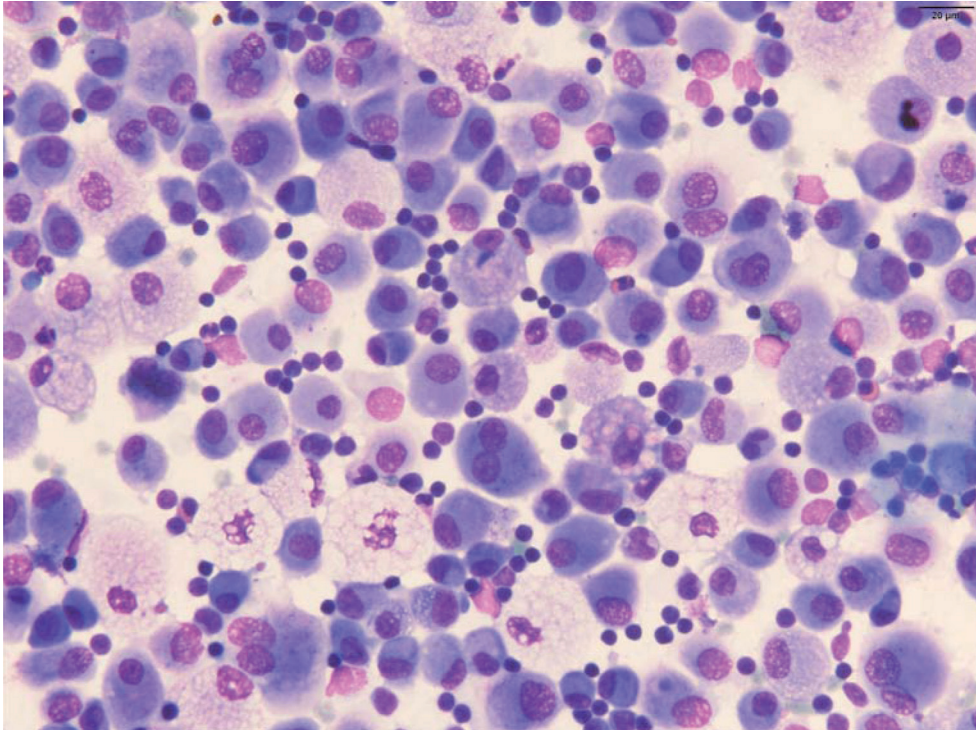


Figure 3. Bronchoalveolar (BAL) fluid collected from RB3b, with mature lymphocyte >15%.

[Answer]

(D) Interstitial lung disease, antisynthetase syndrome related

His Pulmonary function test performed after admission showed FVC 1.95L (55% pred), FEV1 1.81L (63% pred), FEV1/FVC 93%, DLco 20% pred, VA 2.67L (53% pred). Myopathies panel revealed positive anti-EJ, Ro52, but he had no symptoms of arthritis nor myositis. Salivary gland biopsy showed grade 1 lymphocytic infiltration. EMG showed no evidence of myopathy. Left thigh muscle biopsy showed nonspecific findings. Chest CT was compatible with nonspecific interstitial pneumonia pattern. BAL showed lymphocytosis. His symptoms gradually improved after steroid and mycophenolate mofetil.

選擇題：

1. 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

答案 (C)

2. 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

答案 (D)

3. 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

答案 (C)

4. 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

答案 (D)

5. 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

答案 (C)

6. 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

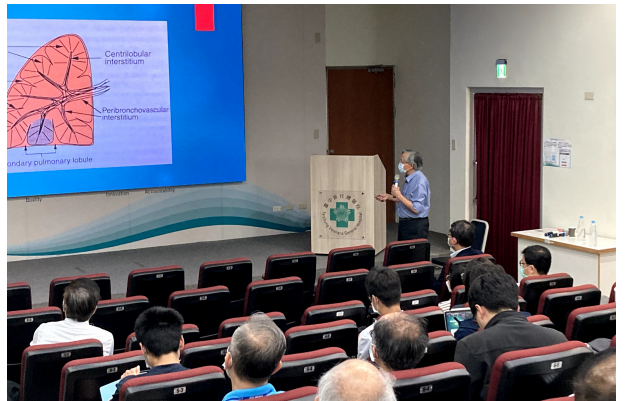
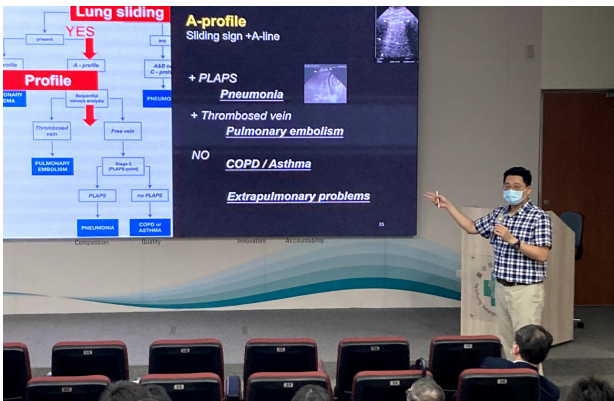
答案 (E)

活動集錦

112年07月08日 多專科研討會-IgE Cross Talk



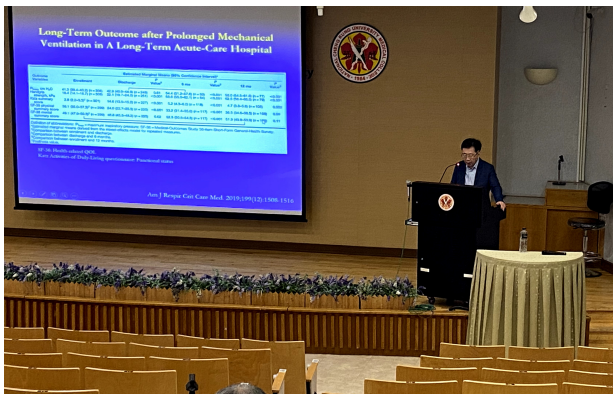
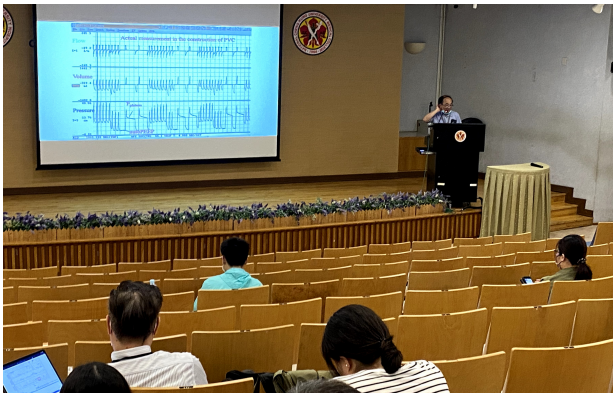
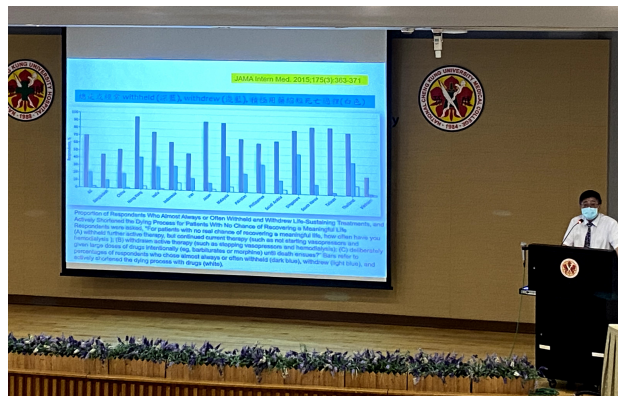
112年06月11日 112年影像判讀繼續教育課程(中區)



112年07月09日 COPD認證課程



112年07月09日 112年機械通氣繼續教育課程(南區)



112年07月30日 2023統計分析工作坊





Value through
innovation
透過創新展現價值

*Improving the health
of people and animals.
This is our goal.*

以增進人類與動物健康為職志

Family-owned since 1885, Boehringer Ingelheim is one of the pharmaceutical industry's top 20 companies worldwide. Some 50,000 employees create value through innovation in the business areas human pharma and animal health. In our role as partner of our patients we concentrate on researching and developing innovative drugs and health care therapies that can improve and extend their lives.

成立於西元1885年的家族企業「百靈佳殷格翰」現為全球前20大製藥公司之一。全球五萬名同仁在人類用藥與動物健康上，持續創新以產生更多價值。專注於研究與開發能改善與延長生命的創新藥物與治療方法，和病患們合夥前行。

「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。

本會刊每年共 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。