



會訊

第 57 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：108 台北市萬華區中華路一段74號4樓
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	彭忠衍
	彭殿王	陽光耀	黃明賢	楊政達	賴俊良	鍾欽文			
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	劉景隆	張博瑞	江起陸						
執行秘書	羅柏鈞	洪緯欣	張山岳						

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 114 年 9 月第 57 期

發行人 Publisher	陳育民 Yuh-Min Cheng	
主編 Editor-in-Chief	彭忠衍 hung-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 Hsiao	陳冠宇 Kuan-Yu Chen
	徐培崧 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	蕭逸函 Yi-Han Hsiao	李 颺 Yang Li
	潘聖衛 Sheng-Wei Pan	賴俞廷 Yu-Ting Lai
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

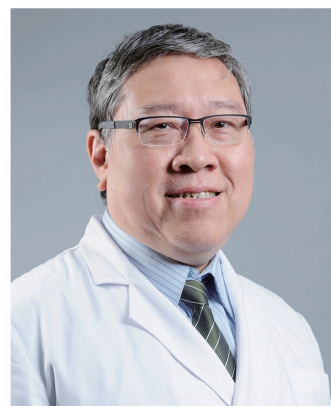
網 址：www.tspccm.org.tw

※ 本會訊由台灣胸腔暨重症加護醫學會以季刊發行，
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	
第十九屆第七次理、監事聯席會會議紀錄.....	10
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A black-pigmented airway mass following choking in an elderly carpenter	
提供：臺北榮民總醫院 胸腔部 蕭逸函醫師.....	22
醫學新知	
■ Mepolizumab 用於預防嗜酸性表現型 COPD 的急性惡化	
Mepolizumab to Prevent Exacerbations of COPD with an Eosinophilic Phenotype	
編譯：李颺 Yang Li 醫師 衛生福利部金門醫院 胸腔內科	23
■ 雙特異性 T 細胞銜接抗體 Tarlatamab 用於鉑金治療後小細胞肺癌之療效優於化療	
Tarlatamab in Small-Cell Lung Cancer after Platinum-Based Chemotherapy	
編譯：賴俞廷 Yu-Ting Lai 醫師 嘉義基督教醫院 胸腔內科.....	26
■ 支氣管擴張症中 DPP-1 抑制劑 Brensocatib 的第三期臨床試驗 (ASPEN trial)	
Phase 3 Trial of the DPP-1 Inhibitor Brensocatib in Bronchiectasis	
編譯：潘聖衛 Sheng-Wei Pan 醫師 臺北榮民總醫院 胸腔部	29
通訊繼續教育.....	33
吐納園地	
給兄弟小柯的三封信	
作者：王聖明 Sheng-Ming Wang 醫師 臺北市立關渡醫院 胸腔內科	41
活動集錦.....	45
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函	48

親愛的會員朋友們，大家好：

時值仲夏，今年的颱風明顯比往年頻繁，且造成的災情相當嚴重。南部地區的會員朋友，包含嘉義、台南、高雄與屏東，都受到不同程度的影響，在此向大家表達誠摯的關懷與慰勉。



本會第 57 期會訊，收錄了六月至九月的重要活動。本學會涵蓋領域廣泛，各委員會皆積極推動各項事務，使得每個月都有精采豐富的會議，提供會員參與與交流的機會。其中規模較大的活動，包括「2025 年學會胸重夏季會」及「第 10 屆亞太支氣管鏡暨胸腔介入醫學大會」，已於六月在台大醫院國際醫學中心圓滿完成；同月 20 日，本會亦假喜來登大飯店順利召開第 19 屆第七次理監事聯席會。

在本期會訊中，我們特別邀請胸腔部蕭逸函醫師進行胸腔重症案例分享；醫學新知單元則由李颺醫師、賴俞廷醫師與潘聖衛醫師，針對三篇發表於《新英格蘭醫學雜誌》的肺部疾病相關研究進行深入解析與評論。至於「吐納園地」，則刊載了王聖明醫師撰寫的〈給兄弟小柯的三封信〉，情真意切，讀後令人心緒激盪。希望各位會員兄弟姐妹們，除了用心照顧病患之外，也要記得好好照顧自己。

最後在此感謝大家對學會的支持，並祝大家身心康泰、萬事順遂！

理事長

陳育民

今年夏天依舊炎熱，但呼吸道疾病就診的民眾並未因此減少。本期胸腔暨重症案例由臺北榮民總醫院胸腔部蕭逸函醫師提供：一位 93 歲退休木匠，既往有高血壓、第二型糖尿病及冠狀動脈疾病，因服藥時不慎噎到而出現呼吸困難，至急診就醫；影像檢查顯示右下葉肺炎，並懷疑右側支氣管內有異物吸入。支氣管鏡檢查發現右中支氣管近端內側有一黑色素樣、表面不規則的軟組織腫塊。這個案例耐人尋味，不妨動動腦筋，答案可能出乎意料。



■ 本期還收錄三篇最新醫學研究：

第一篇由衛生福利部金門醫院胸腔內科李颺醫師選讀 2025 年 5 月於 N Engl J Med. 刊登的 “Mepolizumab to Prevent Exacerbations of COPD with an Eosinophilic Phenotype”。MATINEE trial 是一項第三期、雙盲、隨機、安慰劑對照試驗，結果顯示在接受三合一吸入治療的嗜酸性粒細胞表現型 COPD 患者中，Mepolizumab 可顯著降低中度或重度急性惡化的年化發生率，且安全性與安慰劑相似；然而，在肺功能改善、症狀控制及生活品質方面，Mepolizumab 與安慰劑間並未觀察到顯著差異。對臨床上經常面對急性惡化的 COPD 病人，這提供了一個新的治療考量。

第二篇由嘉義基督教醫院胸腔內科賴俞廷醫師選讀 2025 年 6 月於 N Engl J Med. 刊登的 “Tarlatab in Small-Cell Lung Cancer after Platinum-Based Chemotherapy”。DeLLphi-304 第三期臨床試驗是一項多國、多中心、第三期、開放標籤試驗，欲比較 Tarlatab 與化療作為二線治療的效果；主要終點為總生存期 (OS)；次要終點包括無惡化存活期 (PFS) 與病人自述的生活品質（呼吸困難與咳嗽）。它的臨床意義在於首次證實 Tarlatab 在二線治療優於化療，嚴重不良事件比傳統化療少，不僅延長存活，也能緩解患者常見的呼吸困難與咳嗽。但仍需注意長期療效與免疫相關副作用監測。

第三篇由臺北榮民總醫院胸腔部潘聖衛醫師選讀 2025 年 4 月於 N Engl J Med. 刊登的 “Phase 3 Trial of the DPP-1 Inhibitor Brensocatib in Bronchiectasis”。支氣管擴張症常伴隨中性球發炎，這與疾病惡化及進展有關。Brensocatib 是一種口服、可逆性的 DPP-1 抑制劑，能抑制中性球絲氨酸蛋白酶，進而減少發炎反應。這一項第三期、雙盲、隨機對照試驗的結果顯示在支氣管擴張症患者中，Brensocatib 每日一次（10 mg 或 25 mg）可顯著降低肺部急性惡化發生率，且 25mg 劑量可減緩 FEV₁ 的下降；整體耐受性良好，但需注意皮膚角化副作用，對支氣管擴張症臨床管理提供了實用的新選擇。

本期案例與新知，希望能為臨床同仁帶來新的啟發，無論是在疑難病人管理、藥物選擇，或在日常臨床判斷中，都能提供實務參考

最後謝謝臺北市立關渡醫院胸腔內科王聖明醫師寫給柯信國醫師的三封信。這三封信，是思念的延續，也是友情的見證。雖然柯醫師離開我們，但愛與記憶，會常存在心裡。

主編

彭忠衍

114 年研討會、繼續教育課程行事曆

日期	名稱	地點
06 月 06 日 (星期五)	Advancing COPD and Asthma Management	線上會議
06 月 14 日 (星期六)	2025 Post ATS Symposium	格萊天漾大飯店 12 樓 雲詠廳 + 線上會議
06 月 20 日 06 月 21 日 06 月 22 日 (星期五、星期六、星期日)	2025 第十屆亞太支氣管鏡暨胸腔介入醫學大會	臺大醫院國際會議中心
06 月 21 日 06 月 22 日 (星期六、星期日)	2025 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會	臺大醫院國際會議中心
07 月 06 日 (星期日)	胸部影像判讀	中山醫學大學正心樓二樓 0212 教室
07 月 10 日 (星期六)	泰好聊直播： 2025 ATS Hot Topic: Tezepelumab reduce and eliminate OCS use	線上會議
07 月 13 日 (星期日)	機械通氣重症繼續教育課程 (南區場)	臺大醫學院 101 講堂
07 月 18 日 (星期五)	Decoding RSV in Adults: From the Diagnostic Frontier to the Future Blueprint of Vaccines	君品酒店 5 樓笛卡爾 + 盧梭廳
07 月 19 日 (星期六)	Th2 發炎反應的生物標記與治療策略研討會	線上會議
07 月 23 日 (星期三)	Lung Cancer Webinar- Advancing Lung cancer treatment frontiers	線上會議
07 月 30 日 (星期三)	Advanced ILD Multidisciplinary Discussion	台北國泰萬怡 2F 梅花廳 + 花蓮福容大飯店 2F 水仙百合廳 + 線上會議
08 月 09 日 (星期六)	A Deep Dive: New Frontiers in Pneumonia Treatment and Resistance	台北國泰萬怡 2F 荷花廳 + 茶花廳議

日期	名稱	地點
08 月 29 日 (星期五)	Targeting DLL3 with BiTE Therapy Transforming the SCLC Treatment Landscape	線上會議
08 月 29 日 (星期五)	Prof. Brian Lipworth Asthma Forum	線上會議
08 月 29 日 (星期五)	Prof. Brian Lipworth United Asthma Forum	臺中勤美洲際酒店 3F+ 線上會議
08 月 30 日 (星期六)	Prof. Brian Lipworth Lower Airway Forum	臺北艾麗 5F 楓廳 + 線上會議
09 月 19 日 (星期五)	2025 嚴重呼吸道傳染性疾病防治策 略「左流右新」	線上會議
09 月 23 日 (星期二)	2025 Lung Cancer Webinar- The Whole Picture Treatment In NSCLC	線上會議
09 月 27 日 (星期六)	2025 抗藥性時代的臨床抉擇快速診 斷與治療新視野	集思文心會議中心

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

下述活動現正規劃中

- COPD 認證課程
- Asthma 認證課程
- TSPCCM ILD MDD
- 2025 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會

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

民國 114 年下半年北區胸腔暨重症病例討論會及 北中南東遠距連線

日期：民國 114 年 09-12 月每週五下午 15:00 ~ 16:30 (1.5 小時)

模擬測驗地點：北區 - 台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 4F

中區 - 台中榮總第二醫療大樓 B1 胸腔科會議室

南區 - 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 & 成大附醫住院大樓 3 樓 ICU 會議室

東區 - 花蓮慈濟協力樓三樓合心會議

注意：除了模擬測驗四地連線之外，病例討論會一律在學會會址

學分申請：內科學分、本會胸腔學分

日期	活動	地點	主持醫院
09 月 05 日	X 光模擬測驗及解說	視訊地點： (1) 台灣胸腔暨重症加護醫學會會址 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 (4) 成大附醫住院大樓 3 樓 ICU 會議室 (5) 花蓮慈濟醫院協力樓三樓合心會議室	成大醫院
09 月 12 日	胸專筆試暫停一次		
09 月 19 日	重症病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址暨線上會議	馬偕醫院
09 月 26 日	ERS 暫停一次		
10 月 03 日	X 光病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址	馬偕醫院
10 月 10 日	國慶連假暫停一次		
10 月 17 日	X 光病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址	台大醫院
10 月 24 日	胸專口試暫停一次		
10 月 31 日	重症病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址暨線上會議	台大醫院
11 月 07 日	X 光模擬測驗及解說	視訊地點暫定： (1) 台灣胸腔暨重症加護醫學會會址 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 (4) 成大附醫住院大樓 3 樓 ICU 會議室 (5) 花蓮慈濟醫院協力樓三樓合心會議室	三總醫
11 月 14 日	APSR 暫停一次		
11 月 21 日	X 光病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址	台北榮總
11 月 28 日	重症病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址暨線上會議	台北榮總
12 月 05 日	X 光病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址	林口長庚
12 月 12 日	胸重年會暫停一次		

日期	活動	地點	主持醫院
12 月 19 日	X 光模擬測驗及解說	視訊地點暫定： (1) 台灣胸腔暨重症加護醫學會會址 (2) 台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3) 高醫附院醫療大樓 S 棟 4 樓電腦教室 (4) 成大附醫住院大樓 3 樓 ICU 會議室 (5) 花蓮慈濟醫院協力樓三樓合心會議室	林口長庚
12 月 26 日	重症病例討論會	台灣胸腔暨重症加護醫學會會址暨線上會議	林口長庚

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

台灣胸腔暨重症加護醫學會

第十九屆第七次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 114 年 06 月 20 日 (五) 16:30

地點 - 台北喜來登大飯店 B1 玉瀾 + 薈萃廳

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、執行秘書羅柏鈞、執行秘書洪緯欣、秘書劉軒吟、秘書陳妍安、秘書柯羽亭、秘書黃鈺婷。

實到人員：理事 13 位、監事 4 位。(依姓名筆畫)。

請假人員：

壹、報告事項：

一、理事長陳育民報告。

二、常務監事報告。

三、秘書長周昆達報告：

(1) 第六次理監事聯席會議決議事項執行進度：

- 討論案一：審核「申請榮譽會員」申請案，共 2 位。

執行進度：陳再晉、鄭高珍已完成通知並更新會員資料。

- 討論案二：審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 1 位。

執行進度：李適鴻已完成通知並更新資料。

- 討論案三：由間質性及罕見疾病委員會提請建議健保小組調整以下項目。

執行進度：

- ① 全肺灌洗 (Lavage, 代碼 56029B) 點數調整案目前已完成初步評估，並正彙整臨床資料與成本分析中，待相關佐證資料備齊後，將提送健保及醫療工作小組審查。
- ② IPF 藥物申請期限延長案目前已獲原則同意辦理，建議依 PAH 患者申請機制比照辦理，將現行每 6 個月重新申請延長為每年申請一次。惟目前仍待學會彙整相關共識及支持資料，尚未提送至健保署及醫療工作小組審查，後續將持續追蹤學會資料彙整進度。

● PPF 申請規範調整事宜，目前尚未收到健保委員會的回覆，建議持續追蹤並加速蒐集臨床案例，以利後續建議案推動。

- 討論案四：原訂於 2024 年度晚宴舉辦之抽獎活動，贊助廠商反映須符合中華民國開發性製藥研究協會（IRPMA）之相關規範，故取消抽獎活動，提請討論禮品後續處理方式。

會議決議：鑑於晚宴抽獎活動取消，原定獎品將改為新增獎項之獎勵品，以鼓勵學術研究與交流。並授權秘書處規劃與執行。

執行進度：秘書處規劃中。

- 臨時動議一：2025 第十屆亞太支氣管鏡暨胸腔介入醫學大會 & 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會增加參與人數。

會議決議：①. 主要鼓勵準會員及一般會員積極參與，特別是年輕會員，尤其近兩年準會員 (112.113) 及應屆 (113) 加入一般會員，參加 workshop 課程者學會會額外補助課程費用。②. 建議美國講師 Dr.Daniel Sterman 轉為夏季會特別議題講師，由學會支付講師費 USD \$1,200。③. 2025 APCB 邀請座長及講師無講師座長費用。

- 臨時動議二：114 年度氣喘及 COPD 認證課程學分申請問題。

會議決議：此課程為無償提供屬公益性質，故本會將不另行申請其他學分，學員可憑上課證明自行向相關學會申請學分認證由該相關單位自行認定。

執行進度：以按會議決議方式辦理。

- 臨時動議三：有關台灣分級醫療學會函請全民健康保險氣喘醫療給付改善方案規定之公益執行教育訓練單位案。

會議決議：根據健保署回覆，全民健康保險氣喘醫療給付改善方案的課程辦理方式須經健保署共擬會議同意方可辦理。目前主辦單位為七家學會，如有其他單位希望加入，需經健保署共擬會議審議通過。此外，由於合辦課程的權責分工及證書發放等細節較難管控，因此不建議採取合辦方式。若有其他相關單位有課程需求，應先報請學會（理事長、秘書長）同意，再另行考慮開設課程。

(2) 2025 第十屆亞太支氣管鏡暨胸腔介入醫學大會 & 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會於 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。

(3) 2025 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會於 12 月 13 日 (星期六) 至 12 月 14 日 (星期日) 預計於桃園會展中心舉辦，年會議程請參閱。(附件一)

四、本季公家機關來函：

- (1) 財團法人醫藥品查驗中心 (附件二)。

114 年 03 月 26 日藥查評字第 11400023191 號「為研議修訂 59014B「潛水病 (減壓病) 或急性氣栓塞症之高壓氧治療 165 呎 /319 分」診療項目案，請協助於文到二週內提供專業意見，請查照惠復。」

說明：已由感染及結核病委員會於 114 年 4 月 8 日函覆醫藥品查驗中心。

- (2) 衛生福利部中央健康保險署 (附件三)。

114 年 4 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 ■

第二案、修訂 17023B「六分鐘步行測試」支付規範。

第三案、肺結節(不打顯影劑)電腦斷層檢查/肺結節(打顯影劑前、後)電腦斷層檢查。

說明：由健保及醫療政策小組林定佑醫師代表出席。

結論：114 年 5 月 21 日健保醫字第 1140662079 號檢送本署 114 年 4 月 10 日召開「114 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會議」會議記錄(附件)，請查照。

(3) 財生福利部中央健康保險署(附件四)。

本署於 114 年 3 月 13 日(四)上午 9:30，召開第 2 次「支付標準專家諮詢會議」，檢送開會通知單，議程連結詳內文。」

■ 討論事項 ■

第六案、新增「肺泡回復術」案範。

說明：由呼吸治療委員會王玠仁醫師代表出席。

結論：於 114 年 4 月 08 日健保醫字第 1140661425 號「本署 114 年 3 月 13 日召開「114 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會議」會議紀錄(附件)，請查照。」

(4) 財團法人醫藥品查驗中心(附件五)。

114 年 4 月 1 日藥查評字第 11400024641 號「為研議修訂 37047B「身體立體定位放射治療」等三項診療項目案，請協助於文到二週內提供專業意見，請查照惠復。」

說明：由肺腫瘤委員會於 114 年 4 月 18 日正式回文財團法人醫藥品查驗中心。

(5) 財團法人醫藥品查驗中心(附件六)。

114 年 4 月 9 日藥查評字第 11400024641 號「有關建議新增「脈衝震盪肺功能(Impulse Oscillometry, IOS)」診療項目案，請補充或補正相關資料並填附申請表。」

說明：由健保及醫療政策工作小組及呼吸道疾病委員會草擬回復中。

(6) 財團法人醫藥品查驗中心(附件七)。

114 年 4 月 10 日藥查評字第 1140002586 號「檢送 AZ 建議含 benralizumab 成分藥品 Fasenra® 擴增給付範圍用於「治療嗜伊紅性肉芽腫併多發性血管炎(eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA)之成人病人」案廠商資料 1 份，請協助於文到 2 周內提供專業意見，敬請查照會復。」

說明：由呼吸道疾病委員會於 114 年 04 月 30 日正式回文財團法人醫藥品查驗中心。

(7) 衛生福利部中央健康保險署(附件八)。

114 年 4 月 09 日健保醫字第 1140661512 號「本署 114 年 3 月 12 日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 1 次研商議室會議紀錄，已公布於本署全球資訊網，下載方式如說明，請查照。」

說明：存查。

(8) 衛生福利部(附件九)。

114 年 3 月 26 日衛授食字第 1141411406 號「全身性作用 fluoroquinolone 及 quinolone 類抗生素藥品安全資訊風險溝通表」業已發布於本部食品藥品管理署網站，請查照並轉知所屬

會員。」

說明：存查並公告。

(9) 衛生福利部中央健康保險署 (附件十)。

114 年 4 月 16 日國建慢病字第 1140002469 號「有關貴會邀請本署署長出席「2025 世界氣喘日記者會」致詞一案，復請查照。」

說明：2025 世界氣喘日記者會由國健署 慢性疾病防治組曾桂琴科長代表出席已於 2025 年 5 月 6 日圓滿結束。

(10) 衛生福利部中央健康保險署 (附件十一)。

114 年 4 月 17 日國建慢病字第 11406630343 號「有關本署「114 年國民健康訪問調查問卷」之訪員說明，請貴會惠示卓見，俾為辦理參考，請查照。」

說明：由呼吸道疾病委員會於 114 年 04 月 21 日正式回文衛生福利部國民健康署。

(11) 勞動部 (附件十二)。

114 年 4 月 30 日勞動保 3 字第 1140157618 號為研議檢討勞工保險失能給付標準第 3 條附表所定失能種類 7「胸腹部臟器」之失能審核標準，惠請提供專業意見，請查照。

說明：由肺部環境及職業醫學委員會於 114 年 05 月 22 日正式回文。

(12) 衛生福利部中央健康保險署 (附件十三)。

114 年 5 月 19 日健保醫字第 1140662412 號 114 年 5 月 22 日 (四) 上午 9:30 第 4 次「支付標準專家諮詢會議」。

■ 討論事項 ■

第二案、修訂 59014B「潛水病 (減壓病) 或急性氣栓症之高壓氧治療 165 呎 /319 分」。

說明：由呼吸治療委員會張厚台主任代表出席。

(13) 衛生福利部 (附件十四)。

114 年 5 月 29 日衛授國字第 1140760803 號「檢送國際健康促進基金會網路 (INHPF)，於本 (114) 年 5 月 31 日世界無菸日與會員共同發表聯合聲明內容 (如附件) 及世界衛生組織於 113 年 11 月 11 日發表「戳破誘惑：揭露菸草與尼古丁產品行銷伎倆」報告，供菸害防治政策或宣導運用參考，請查照。」

說明：公告並存檔。

(14) 內政部 (附件十五)。

114 年 06 月 02 日台內役字第 11411608121 號「有關研修役男「體位區分標準」案，會請貴會於 114 年 6 月 30 日前函復專業意見，俾利彙整，請查照。」

說明：由職業醫學委員會草擬回復中。

(15) 財團法人醫藥品查驗中心 (附件十六)。

114 年 05 月 29 日【增修診療項目】有關新增「肺結節電腦斷層掃描」診療項目案。

說明：由肺腫瘤委員會專家回復中。

(16) 衛生福利部國民健康署 (附件十七)。

114 年 05 月 29 日國建慢字第 1140003369 號「回復「114 年國民健康訪問調查」新增肺阻塞性睡眠呼吸中止症題組一案。」

說明：存檔。

(17)衛生福利部中央健康保險署(附件十八)。

114年06月03日健保醫字第1140662645號「114年6月9日召開：醫師常態時間以外執業所得稅務研商會議」。

說明：114年6月6日來文更新會議日期114年6月11日召開會議，由秘書處劉景隆副秘書長出席會議。

(18)財團法人醫藥品查驗中心(附件十九)。

114年6月4日藥查評字第1140004137號「有關台灣安進藥品有限公司」建議將治療擴散期小細胞肺癌成年病人第二線治療之新成分新藥IMDELLTRA(tarlatamab)1mg及10mg共2品項納入健保給付案。

說明：由肺腫瘤委員會專家回復中。

五、胸腔暨重症醫學專科醫師訓練醫院申請

(1) 114年05月23日進行實地訪查進行及評核，「衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)」胸腔外科訓練醫院，審查結果符合，綜合評語：符合師資設備皆符合訓練醫院資格。

六、各委員會以及任務工作小組會議：

(1) 114年度「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」。

(2) 學術委員會(附件二十)

- Entrustable Professional Activities (EPAs) 工作小組，依據衛福部委託醫策會推行次專科訓練制度，擬定次專科訓練課程，請各小組提供名單及並初填自評表。

- 114年05月18日辦理114年影像判讀繼續教育課程(南區)，圓滿結束，與會人數共計32人。

- 預計於114年06月29日辦理114年機械通氣重症繼續教育課程(中區)。

- 預計於114年07月06日辦理114年影像判讀繼續教育課程(中區)。

- 預計於114年07月13日辦理114年機械通氣重症繼續教育課程(北區)。

(3) 教育與出版委員會

(4) 肺腫瘤委員會

- 本季主辦活動實體與線上會議共4場。

- ◆ 114年03月15日至03月16日辦理「Lung Cancer Navigation Forum」研討會，圓滿結束，與會人數共計70人。

- ◆ 114年04月15日辦理「2025 Lung Cancer Treatment Update Serial Webinar-Post ELCC congress update」，圓滿結束，線上與會人數共計141人。

- ◆ 114年06月07日至06月08日「ALEX Forum 2025」，圓滿結束，與會人數共計68人。

- ◆ 預計114年06月24日辦理「2025 Lung Cancer Treatment Update Serial Webinar-Post ASCO congress update」。

- 登錄計畫執行中項目。

- ◆ Taiwan ROS1 Lung Cancer Registry 登錄工作將持續收案。

- ◆ HER2 alteration 肺癌病例登錄計畫。

- ◆ ALK/rare fusion 肺癌病例登錄計畫。

- ◆ 晚期小細胞肺癌病人資料登錄計畫。

(5) 呼吸道疾病委員會 (附件二十一)

- 本季主辦活動實體與線上會議共 4 場。
 - ◆ 114 年 05 月 10 日辦理「Unlocking the Complexities of EGPA and HES」實體與線上與會人數共計 93 人。
 - ◆ 114 年 05 月 24 日至 5 月 25 日辦理「台灣氣喘肺阻塞照護高峰論壇」實體與會人數 70 人。
 - ◆ 114 年 06 月 06 日辦理 Advancing COPD and Asthma Management 線上與會人數共計 88 人。
 - ◆ 114 年 06 月 14 日辦理「2024 Post ATS Symposium 實體合併線上會議，圓滿結束，實體與會人數共計 20 人，線上與會人數共計 108 人。
- 114 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。(附件二十二)
- 114 年 03 月 31 日至 114 年 06 月 30 日共辦理 12 場實體 Asthma/COPD 認證課程，皆圓滿結束。
- 台灣胸腔暨重症醫學會對嚴重氣喘生物製劑申請審查說明，已完成。(附件二十二)
- 回覆醫藥品查驗中心諮詢：嚴重氣喘生物製劑 Nucala 放寬給付與生物製劑 Fasenra® 新增適應症 EGPA。
- 回覆國民健康署「114 年國民健康訪問調查」，新增 PUMA 問卷為 COPD 民眾自我篩檢工具。
- 114 年世界氣喘日記者會執行籌備會議。
- 肺阻塞與氣喘認證課程公版講義更新進行中。
- 113 年全國 COPD 普查結果，後續文獻發表進行中。
- 嚴重氣喘生物製劑使用個案登錄研究 (執行中)。
- 支氣管擴張症研究 (進行中研究)
 - ◆ Taiwan Bronchiectasis Registry study 收案中。
 - ◆ BEST 及 Eradication study 持續進行收案中。
 - ◆ 預計 06/22 假台大醫學院召開 TBARC 例行會議。

(6) 睡眠醫學委員會 (附件二十三)

- EPA 小組進度，睡眠醫學委員會分配之兩項 EPA 訓練主題已於 114 年 06 月 04 日召開委員會議討論，完成委員推派作業，持續進行內容擬定與資料彙整中。
- 2025 胸重年會睡眠議題規劃，已初步規劃以「肥胖與呼吸」為主軸，涵蓋減重藥物、呼吸生理等內容，並將於近期內確認講者人選及講題方向。
- 內科年會睡眠主題規劃，由杭良文醫師與林嘉謨主席共同主持，活動邀請台大醫院、中國醫藥大學附設醫院及衛生福利部雙和醫院等機構之專家進行專題演講。講題內容涵蓋人工智慧技術應用、睡眠檢查訊號分析與數位整合照護模式，深入探討上述科技如何促進睡眠醫學之臨床應用與發展，提升疾病偵測、診斷精準度與照護品質。

- 114 年 04 月 19 日至 04 月 20 日會址舉辦睡眠工作坊，實體課程與會人數共計 20 名。

(7) 重症醫學委員會

- 114 年度聯甄認證課程，北南各舉辦一場。
 - ◆ 北區場：06 月 07 日於台大醫學院辦理，與會人數 53 人。
 - ◆ 南區場：預計 11 月 8 日於高雄榮民總醫院辦理。

(8) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

- 114 年重症醫學核心課程預計 08 月 16、17、24 日在國泰人壽大樓 B1 國際會議廳舉辦。

(9) 間質性肺病及罕見疾病委員會

- 114 年 03 月 05 日於台中日月千禧酒店舉辦 Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion(台中場)。
- 「TSPCCM ILD SUMMIT」活動，共舉辦三場。
 - ◆ 114 年 03 月 22 日至 03 月 23 日於新竹喜來登大飯店辦理。
 - ◆ 114 年 04 月 08 日於台北國泰萬怡辦理。
 - ◆ 114 年 05 月 13 日於和逸飯店桃園館辦理。
- 113 年 09 月 23 日發文至健保署建議新增收載「特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 為全民健康保險重大傷病項目」尚在進行簽呈中。

(10) 肺部環境及職業醫學委員會

- 出版「空氣污染與肺部健康 - 台灣空污現況對肺部健康的挑戰與未來展望」電子書手冊。
- 菸品方向衛教手冊仍在編纂中。
- 規劃內科醫學會年會演講題目。

(11) 肺感染及結核病委員會 (附件二十四)

- 114 年 03 月 15 日於台中日月千禧酒店舉辦「The Breath of Resistance: Confronting Challenging Lung Infections」實體與線上與會人數共計 153 人，活動圓滿結束。
- 114 年 04 月 26 日於大倉久和大飯店舉辦「胸腔感染症新視界：挑戰、創新、與未來」實體與會人數共計 31 人，活動圓滿結束。
- 預計於 114 年 07 月 18 日、114 年 08 月 09 日舉辦感染相關研討會。
- 部定胸腔內科 EPA 訓練自評表討論
 - ◆ PC1 感染性肺疾 (含結核病、黴菌感染、免疫不全病例之感染等)。
 - ◆ PC2 結核菌檢查部份。

(12) 肺部介入委員會 (附件二十五)

- 2025 第十屆亞太支氣管鏡暨胸腔介入醫學大會 & 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會，執行進度：
 - ◆ 國外報名人數共計 123 名，其中包含一般國外參加者 100 名、國外座長 3 名、國外講師 18 名及國外外賓 2 名；國內報名人數則計有 230 名。
 - ◆ 補助申請方面，已完成向交通部觀光署、經濟部國際貿易署、衛生福利部及國家科

學及技術委員會之申請。截至目前，已獲交通部觀光署補助新台幣 180,000 元整，經濟部國際貿易署補助新台幣 442,170 元整；外交部補助申請案已進入審查階段，相關作業持續依規辦理中。

- ◆ 工作坊報名人數共計 92 名，其中國外報名者 31 名，國內報名者 61 名。並邀集國內外儀器廠商參與展出。

- 2025 支氣管鏡技術師認證課程籌備中。
- EPA 小組進度：介入入委員會分配之兩項題目均已完成提交，並已推派委員名單。

(13) 外科委員會

(14) 呼吸治療委員會

- 114 年 03 月 08 日於臺大兒童醫院舉辦「臨床心肺運動檢查研討會」實體與會人數共計 167 人，活動圓滿結束。

(15) 肺血管及肺高壓委員會

- Pulmonary Hypertension Webinar，規劃於北中南區各舉辦一場實體暨線上研討會。
2024 年 11 月 30 日（星期六）北區地點：臺大醫院，實體與線上與會人數：85 名。
2025 年 02 月 15 日（星期六）中區地點：台中榮總，實體與線上與會人數：102 名。
2025 年 08 月 09 日（星期六）預計舉行南區實體暨線上研討會，地點：太子文旅成大館。
- 2025 年 08 月 16 日（星期六）預計舉辦於台中林酒店肺高壓實體暨線上研討會，討論內容將涵蓋個案的篩檢、診斷、治療選擇、用藥劑量、肺移植以及臨床實證等相關議題。
- European Respiratory Society Permissions Editor（第七屆世界肺高壓專題研討會會議紀錄 繁體中譯版本）授權進行中文譯本的翻譯，相關版權購買經費由廠商贊助，目前正蒐集各委員繳回之資料，後續將統一進行內容校對與編輯作業。
- 籌備年會演講主題規劃。
- EPA 小組進度：肺血管及肺高壓委員會分配之題目進行討論中，並已推派委員名單。

(16) 財務委員會

(17) 胸腔醫學編輯委員會（附件二十六）

- 2025 年 06 月第 40 卷第 2 期已完成出刊。
- 2025 年 09 月第 40 卷第 2 期後的每期期刊，原著稿件 2-3 篇，減少病歷稿件，可視每期稿件狀況彈性調整。
- 目前審稿中 Original article 8 篇、Case report 18 篇、已接受未刊登 Original article 14 篇、Case report 7 篇。
- 114 年 05 月 27 日送出醫策會教學醫院評鑑學術性期刊認定追蹤審查表 (1130101-114 年最新一期資料)。

(18) 健保及醫療政策工作小組

項目	提案日期	健保碼	適應症 / 點值	追蹤動向
呼吸一氧化氮監測 (FeNO) 支付規範案	111 年 12 月 12 日	健保碼： 17022B	適本會提案日期：適應症：十八歲以上確診重度氣喘患者追蹤使用 一年最多申報三次 建議點值：748	生效日：114.05.01
「六分鐘步行測試」支付規範案	111 年 12 月 23 日	健保碼： 17023B	原本：肺高壓，新增中度肺阻塞 (ICD-10-CM: J41-J44) 病患，FEV1<80% predicted 以及間質性肺病 (ICD-10-CM: J84) 一年最多申報二次 建議點值：900	健保專家諮詢會議：114 年 04 月 10 日會議結論：量本案財務影響甚鉅，建議胸腔與心臟學會就適用範圍研議共識後，再提會討論，決議暫保留。已交由提案呼吸道疾病委員會後續討論。
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	112 年 09 年 05 日	健保碼： 57001B	建議點值：現有 1800 調整意見第一天：6006 第二天以後：31933	待健保來文 / 專家諮詢會議 學會於 113 年 04 月 01 日函文健保局進度查詢。
阻塞型睡眠呼吸中止症護方案	113 年 03 月 12 日	待設立	適應症：Obstructive sleep apnea 建議點值： 130 點 / 日計算 每年給付收案費、衛教費與結案費各 2000 點 另給付每次回診 1000 點之衛教費與 700 點之醫師判讀費。	書審中 / (114/06/09)
脈衝振盪肺功能 (IOS)	113 年 05 年 29 日	待設立	(17012B 壓力容積圖形及壓力流量圖形試驗並非 IOS 內容) 適應症：氣喘，肺阻塞，喘；傳統肺功能 (17003C) 正常但有呼吸道症狀 建議點值：1723 (以相對高單價而限制多的精神提案)	醫藥品查驗中心來文 114 年 04 月 09 日，本會已於 114 年 05 月 27 日完成相關內容回覆。待兒科醫學會回覆相關問題後合送。
建議修訂診療項目「支氣管鏡檢查 (28006C)」，敬請查照	113 年 08 月 19 日	待設立	建議點值：5664 適應症：無變動	書審中 / (114/06/09)
侵襲性呼吸器優化管理計畫	113 年 08 月 30 日	待設立		書審中 / (114/06/09)
特發性肺纖維化 (idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 為全民健康保險重大傷病項目	113 年 09 月 23 日	待設立		書審中 / (114/06/09)

(19) 公共事務工作小組 (附件二十七)

- 114 年 5 月 6 日舉辦 2025 世界氣喘日，邀請衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署擔任指導單位。

(20) 國際學術交流工作小組

● 2025 國際醫學學術會議補助。

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			
WCLC 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	09/06-09/09	08/04
ESMO 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	10/17-10/21	09/15
ERS 會議	11 位	每位 5 萬	55 萬	09/27-10/01	08/25
ESICM 會議	2 位	每位 5 萬	10 萬	10/25-10/29	09/22
APSR 會議	5 位	每位 3 萬	15 萬	11/13-11/16	10/13

(21) 青年工作小組 (附件二十八)

● 規劃 2025 年 APCB 夏季會議程講師、題目。

(22) 四地 X 光教學連線

貳、討論事項：

一、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 1 位。

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

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

序號	會籍	姓名	會號	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	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	黃月蘭	1620	1442	是 講字第 1473304 號	2018/12/2 (民國 107 年)	03061	胸重	2018/1/1 (民國 107 年)	耕莘醫院	The Impact of Rehabilitation for COPD Patients	2-2

※ 結論：照案通過。

二、為擴大稿源，委員會決議各委員會制定指引、臨床摘要、臨床共識等文章投稿至胸腔醫學雜誌，第一作者建議提供稿費新台幣一萬元。

說明：胸腔編輯委員會邀請的各委員會的 guideline 或是 Consensus 性質的文章，投稿至胸腔醫學。

※ 結論：照案通過。

三、審查「台灣胸腔暨重症加護醫學會 113 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 1 位提出申請。(附件二十九)

說明：

1. 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。
2. 顏季怡醫師參加 113 年胸腔暨重症醫學專科醫師考試第 2 階段實務口試，經口試委員評定：顏季怡醫師對胸腔暨重症醫學專科醫師之肺功能測驗未達合格標準，須接受 3 個月肺功能檢查之加強訓練。
3. 顏季怡醫師，於高雄醫學大學附設中和紀念醫院胸腔內科完成 3 個月肺功能檢查之加強訓練。

序號	會號	姓名	胸專證號	入服務單位 / 訓練單位	科別
1	1833	顏季怡	1655	義大醫院	胸腔內科

※ **結論：**照案通過。

四、胸腔重症專科醫師影像學考題轉檔擬由本會自行負責。。

說明：過去胸腔重症專科醫師影像學考題，由於原聘影像醫學工程師協助檔案轉檔及筆試當日出席等前置作業所需費用較高。周秘書長建議調整作業安排，委請趙醫師幫忙影像轉檔及筆試當日出席等前置作業，以降低成本。

114 年預估支出費用為 \$20,000。

工程師費用	
113 年	\$ 48,000
112 年	\$ 60,000
111 年	\$ 54,000
110 年	\$ 60,000
109 年	\$ 48,000

※ **結論：**照案通過。

五、榮譽理事長余忠仁提出，2025APSR 於 11 月 10 日至 11 月 13 日於 PHILIPPINE COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (PCCP) 舉辦是否提供可以讓學員購買相同航班與飯店及交通的方案。

說明：因現況調查指出菲律賓現為十大最危險旅遊國家名列第一。

※ **結論：**由秘書處進一步瞭解相關保險方案，將提供理、監事會審議與參考。

參、臨時動議

一、由李佩玲主任報告

說明：

- (1) 課程支付費用需考量募款時公文所述名目，台灣胸腔暨重症加護醫學會費用支付僅以直接提供至機構，由機構提供收據進行後續報帳作業，而非匯款至各別帳戶，台灣睡眠醫學學會也傾向比照辦理。

(2) 先前分別與兩家廠商募款，且費用進入台灣睡眠醫學學會 (25 萬) 及台灣胸腔暨重症加護醫學會 (15 萬)。

※ **結論：**學會另行補助。

二、健康台灣深耕計畫

說明：由衛生福利部發起，並提出四大範疇：優化醫療工作條件 | 規劃多元人才培訓 | 導入智慧科技醫療 | 社會責任醫療永續，提供給相關單位如下，醫療機構、社區醫療群、衛福部部定專科醫學會、各醫事人員法規所訂之公會。

※ **決議：**因本案提案期限至 114 年 6 月 30 日，籌備期相對緊迫，經評估後，本會決議不提出提案。

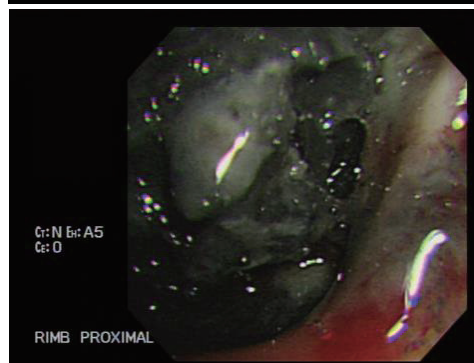
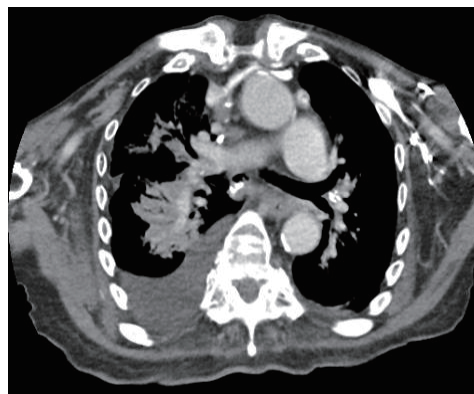
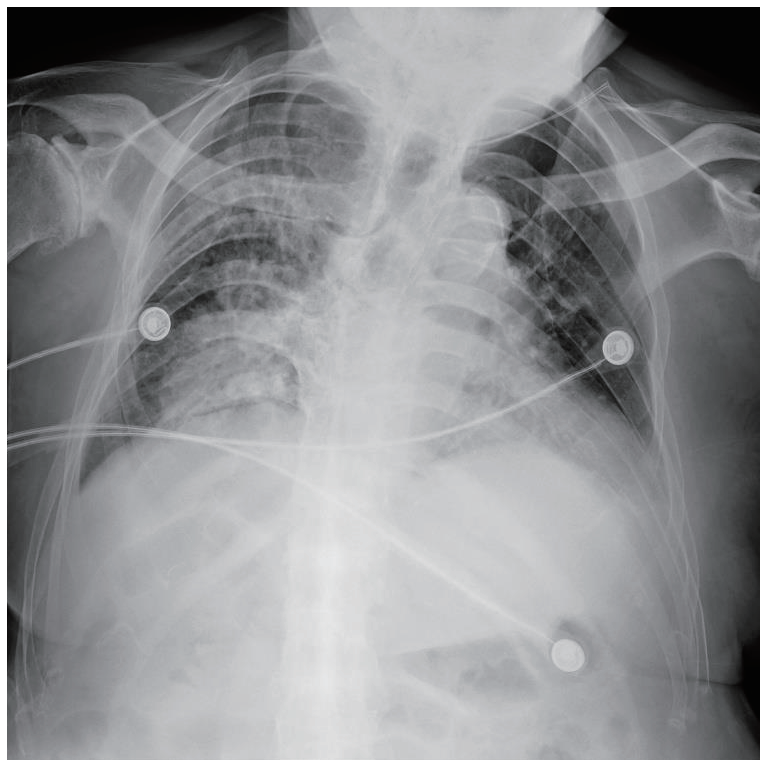
肆、下次會議時間：待定

伍、散會

胸腔暨重症案例

A black-pigmented airway mass following choking in an elderly carpenter

提供：臺北榮民總醫院 胸腔部 蕭逸函醫師



【案例】

A 93-year-old retired male carpenter with a medical history of hypertension, type 2 diabetes mellitus, and coronary artery disease presented to our ER with shortness of breath following a choking episode while taking oral medication. Imaging studies revealed suspected right lower lobe (RLL) pneumonia with possible foreign body aspiration in the right bronchial tree. Bronchoscopy revealed a black-pigmented, irregular-surfaced soft tissue mass located on the medial side of the proximal right intermediate bronchus (RIMB)..

醫學新知 I

Mepolizumab 用於預防嗜酸性表現型 COPD 的急性惡化

摘自：N Engl J Med. 2025 May 1;392(17):1710-1720.

編譯：李 颺 Yang Li 醫師 衛生福利部金門醫院 胸腔內科科

背景：

約有 20% 到 40% 的慢性阻塞性肺病 (COPD) 患者存在嗜酸性白血球增多的情況，這些患者即使接受標準治療，仍具有較高的急性惡化風險。介白素 -5 (IL-5) 是調控嗜酸性白血球生成與存活的關鍵細胞激素。Mepolizumab 為一種人源化單株抗體，可專一性結合 IL-5，進而抑制嗜酸性發炎反應，對此類難治型 COPD 患者具有潛在治療效益。

方法：

MATINEE 試驗為一項多國、多中心、隨機雙盲之第三期臨床試驗，納入年齡 ≥ 40 歲、確診 COPD 超過一年，且肺功能介於中度至極重度 (FEV1 為預測值 20%-80%) 的患者。在篩選時，患者的血液中嗜酸性白血球數量必須大於或等於 300 顆 / μL ，且在過去 12 個月內，嗜酸性白血球數量必須至少達到 150 顆 / μL 。並於過去一年內曾發生過 ≥ 2 次中度或 ≥ 1 次重度急性惡化，且已接受至少三個月的三合一吸入性治療。是否合併慢性支氣管炎症狀或 COPD 表型皆不列為排除條件。

患者以 1:1 比例隨機分配接受 Mepolizumab (每 4 週皮下注射 100 mg) 或安慰劑治療。由於 COVID-19 疫情影響急性惡化事件的發生率，試驗期間由原訂 52 週延長至最多 104 週。主要療效指標為中重度急性惡化的年化發生率，次要指標包括首次中重度急性惡化發生時間、患者自述症狀與生活品質指標 (CAT、SGRQ 和 E-RS-COPD 分數)、以及肺功能 (FEV1)。

結果：

共篩選 3306 位患者，最終 804 位符合納入條件並完成隨機分組 (Mepolizumab 組 403 人，安慰劑組 401 人)。兩組平均治療約 15 個月。Mepolizumab 組顯著降低中重度急性惡化的年化發生率 (0.80 次 / 年 vs. 1.01 次 / 年，發生率比 0.79，95%CI 0.66-0.94， $P=0.01$)，並延緩首次急性惡化之發生 (中位數 419 天 vs. 321 天，風險比 0.77，95% CI 0.64-0.93， $P=0.009$)。此外，Mepolizumab 組在首次惡化的發生率上相較於安慰劑組也降低了 23% (風險比率 0.77，95%CI 0.64-0.93， $P=0.009$)。在患者自述生活品質指標方面，CAT、SGRQ 及 E-RS-COPD 三項評估皆未達統計學顯著差異。肺功能方面，52 週時 Mepolizumab 組 FEV1 提升 24.6 ml (95% CI -11.5 至 60.7)，安慰劑組提升 33.6 ml (95% CI -2.5 至 69.7)，兩組間差異亦不顯著。兩組中不良事件、嚴重不良事件與死亡率相當，嚴重不良事件發生率分別為 25% 與 28%；死亡率皆為 3%

結論與討論：

在接受三合一吸入性治療、具嗜酸性白血球增多且有急性惡化病史的 COPD 患者中，Mepolizumab 可有效降低中重度急性惡化之年化發生率，並延緩首次急性惡化發生。。

〔編譯者評論〕

MATINEE 試驗進一步擴展了 Mepolizumab 於嗜酸性表現型 COPD 患者之適應族群，涵蓋不同臨床表型，其中近七成合併慢性支氣管炎症狀，且肺功能分布亦相當廣泛。本研究結果穩定支持 IL-5 抑制劑於此特定族群預防急性惡化之療效。然而，在肺功能改善、症狀控制及生活品質方面，Mepolizumab 與安慰劑間並未觀察到顯著差異。相較之下，近期針對第二型發炎特徵之 COPD 患者的臨床試驗中，Dupilumab 除可降低急性惡化頻率外，亦在肺功能與症狀改善方面展現較為全面之臨床效益。整體而言，現有證據逐漸累積，支持針對具第二型發炎特徵的 COPD 患者實施個別化生物製劑治療策略，可能成為未來臨床實務重要方向。

Mepolizumab to Prevent Exacerbations of COPD with an Eosinophilic Phenotype

N Engl J Med. 2025 May 1;392(17):1710-1720.

F.C. Sciurba, G.J. Criner, S.A. Christenson, F.J. Martinez, A. Papi, *et al.*

Abstract

Background:

Mepolizumab is a humanized monoclonal antibody that targets interleukin-5, a cytokine that plays a central role in eosinophilic inflammation, which is present in 20 to 40% of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Methods:

In a phase 3, double-blind, randomized, placebo-controlled trial, patients with COPD, a history of exacerbations, and a blood eosinophil count of at least 300 cells per microliter who were receiving triple inhaled therapy were assigned, in a 1:1 ratio, to receive mepolizumab (at a dose of 100 mg) or placebo subcutaneously every 4 weeks for 52 to 104 weeks. The primary end point was the annualized rate of moderate or severe exacerbations. Secondary end points, tested hierarchically to control for multiplicity, were moderate or severe exacerbation as assessed in a time-to-first-event analysis, measures of health-related quality of life and symptoms, and the annualized rate of exacerbations leading to an emergency department visit, hospitalization, or both.

Results:

Of the 804 patients who underwent randomization, 403 were assigned to receive mepolizumab and 401 to receive placebo. The annualized rate of moderate or severe exacerbations was significantly lower with mepolizumab than with placebo (0.80 vs. 1.01 events per year; rate ratio, 0.79; 95% confidence interval [CI], 0.66 to 0.94; $P = 0.01$). The time to the first moderate or severe exacerbation was longer with mepolizumab than with placebo (Kaplan–Meier median time to the first moderate or severe exacerbation, 419 vs. 321 days; hazard ratio, 0.77; 95% CI, 0.64 to 0.93; $P = 0.009$). Between-group differences in measures of health-related quality of life and symptoms were not significant; thus, no statistical inferences regarding subsequent secondary end points in the statistical testing hierarchy were made. The incidence of adverse events was similar in the mepolizumab and placebo groups.

Conclusions:

Treatment with mepolizumab led to a lower annualized rate of moderate or severe exacerbations when added to background triple inhaled therapy among patients with COPD and an eosinophilic phenotype. (Funded by GSK; MATINEE ClinicalTrials.gov number, NCT04133909.)

醫學新知 II

雙特異性 T 細胞銜接抗體 Tarlatamab 用於鉑金治療後小細胞肺癌之療效優於化療

摘自：N Engl J Med. 2025 Jun 2. doi: 10.1056/NEJMoa2502099.

編譯：賴俞廷 Yu-Ting Lai 醫師 嘉義基督教醫院 胸腔內科

背景：

小細胞肺癌（SCLC）為神經內分泌腫瘤，生長迅速且侵襲性高，確診時多數為廣泛期，五年存活率低於 5%。目前一線標準治療為鉑金合併 etoposide 與 PD-L1 抑制劑，儘管反應率高，患者大多於一年內復發，顯示對現行治療易有耐受性。過去三十年，第二線治療進展有限。Topotecan 雖為標準用藥，但療效有限且毒性高；新藥如 lurbinectedin 與 amrubicin 在部分國家取得核准，但臨床存活效益與 topotecan 相近，顯示鉑金治療後復發患者仍缺乏有效且耐受性佳的治療選項。

Tarlatamab 為新型雙特異性 T 細胞銜接抗體（BiTE），針對 DLL3 與 T 細胞 CD3，誘導免疫攻擊。DLL3 在 SCLC 中高表現、正常組織中少見，是理想免疫標靶。稍早的第二期研究 DeLLphi-301 顯示 Tarlatamab 具良好反應率與整體存活表現，促使 FDA 於 2024 年加速核准其用於廣泛期 SCLC 復發者。本研究為首項第三期試驗，針對其於第二線治療之療效與安全性進行驗證。

方法：

本研究為一項多國多中心、開放標籤、第三期隨機對照試驗，評估 Tarlatamab 相較標準化療（topotecan、lurbinectedin 或 amrubicin）作為小細胞肺癌（SCLC）第二線治療的療效與安全性。收案條件為接受一線含鉑類化療後病情惡化之 SCLC 患者，ECOG 表現為 0 或 1，包含鉑金藥物抗藥與腦轉移者，且不需檢測 DLL3 表現。患者依 1:1 比例隨機分派至 Tarlatamab 或化療組，分組因素包括：是否使用過免疫檢查點抑制劑、與前次化療間隔、是否有腦轉移、與預計接受之化療藥物種類。

試驗終點為總體存活期（OS），次要終點包含無進展存活期（PFS）、症狀改善（呼吸困難、咳嗽、胸痛）及生活品質。PFS 與 OS 以 stratified Cox 模型與 log-rank 檢定分析，若不符比例風險假設則改用限制性平均存活時間（RMST）計算。

結果：

本試驗共收案 509 位符合條件的患者，分別隨機接受 Tarlatamab 或傳統二線化療。兩組在基本特徵上大致平衡，年齡中位數為 65 歲，其中近一半患者伴有腦轉移，且七成曾接受過 PD-1/PD-L1 免疫檢查點抑制劑治療。約四成為鉑金抗藥疾病，亦即在完成第一線化療後 90 天內即病情惡化。

在主要終點分析中，Tarlatabab 顯著延長總體存活期 (OS)。其中位總存活為 13.6 個月，明顯優於化療組的 8.3 個月；兩組之間的風險比為 0.60，達統計顯著 ($P < 0.001$)。12 個月時，仍存活患者的比例亦有明顯差異，Tarlatabab 組為 53%，而化療組僅 37%。

在無進展存活 (PFS) 方面，雖然兩組中位數僅相差約半個月 (4.2 個月 vs. 3.7 個月)，但整體生存曲線的型態顯示 Tarlatabab 組後段存活表現更為持久。進一步以限制平均存活時間 (Restricted Mean Survival Time) 進行分析，結果顯示 Tarlatabab 組於 12 個月內的平均無進展時間為 5.3 個月，亦優於化療組的 4.3 個月 ($P = 0.002$)，顯示 tarlatabab 可有效延緩病情惡化。

在客觀反應率 (ORR) 方面，Tarlatabab 總反應率達 35%，高於化療組之 20%；且其中有 47% 的反應病人至資料截止日仍持續控制病情，相較化療組僅 15%。反應的中位持續時間 (DoR) 亦較長 (6.9 vs. 5.5 個月)。

此外，患者自述之呼吸道症狀亦有顯著改善。Tarlatabab 組在呼吸困難與咳嗽方面的症狀分數顯著下降，顯示該藥除延長生命外，亦有助改善患者的生活品質。不過，在胸痛、身體功能及整體健康狀態等其他指標方面則未達統計顯著差異。

結論：

Tarlatabab 在接受鉑金化療後復發之 SCLC 患者中，顯著延長總存活期與無進展存活期，並改善部分臨床症狀，且毒性輪廓優於傳統化療，提供臨床治療新選項。未來研究將評估其於早期治療階段之潛力。

〔編譯者評論〕

本研究顯示 Tarlatabab 相較標準化療可顯著延長鉑金化療後復發之小細胞肺癌患者的存活，並伴隨較佳的安全性與症狀改善。其雙特異性 T 細胞銜接抗體針對 DLL3 這一高度腫瘤特異性抗原，有潛力成為 SCLC 免疫治療的重要里程碑。本研究納入高比例具不良預後因子的患者（如鉑金抗藥與腦轉移），結果更具臨床實用性。但試驗為開放標籤設計，且尚未釐清癌細胞 DLL3 表現量與治療反應之關聯性，未來應進一步探討其預測性與於一線或合併療法之角色。整體而言，Tarlatabab 為 SCLC 長期停滯的治療格局帶來突破性進展。

Tarlatamab in Small-Cell Lung Cancer after Platinum-Based Chemotherapy

N Engl J Med. 2025 Jun 2. doi: 10.1056/NEJMoa2502099.

Mountzios G, Sun L, Cho BC, Demirci U, Baka S, Gümüş M, *et al.*

Abstract

Background:

Tarlatamab, a bispecific delta-like ligand 3–directed T-cell engager immunotherapy, received accelerated approval for the treatment of patients with previously treated small-cell lung cancer. Whether tarlatamab is more effective than chemotherapy in the treatment of patients whose small-cell lung cancer has progressed during or after initial platinum-based chemotherapy is not known.

Methods:

We conducted a multinational, phase 3, open-label trial to compare tarlatamab with chemotherapy as second-line treatment in patients with small-cell lung cancer whose disease had progressed during or after platinum-based chemotherapy. Patients were randomly assigned to receive tarlatamab or chemotherapy (topotecan, lurbinectedin, or amrubicin). The primary end point was overall survival. Key secondary end points were investigator-assessed progression-free survival and patient-reported outcomes. Results of the prespecified interim analysis (data-cutoff date, January 29, 2025) are reported.

Results:

A total of 509 patients were randomly assigned to receive tarlatamab (254 patients) or chemotherapy (255 patients). Treatment with tarlatamab resulted in significantly longer overall survival than chemotherapy (median, 13.6 months [95% confidence interval {CI}, 11.1 to not reached] vs. 8.3 months [95% CI, 7.0 to 10.2]; stratified hazard ratio for death, 0.60; 95% CI, 0.47 to 0.77; $P<0.001$). Tarlatamab treatment also had a significant benefit with respect to progression-free survival and cancer-related dyspnea and cough as compared with chemotherapy. The incidence of adverse events of grade 3 or higher was lower with tarlatamab than with chemotherapy (54% vs. 80%), as was the incidence of adverse events resulting in treatment discontinuation (5% vs. 12%).

Conclusions:

Treatment with tarlatamab led to longer overall survival than chemotherapy among patients with small-cell lung cancer whose disease had progressed during or after platinum-based chemotherapy. (Funded by Amgen; DeLLphi-304 ClinicalTrials.gov number, NCT05740566.)

醫學新知III

支氣管擴張症中 DPP-1 抑制劑 Brensocatib 的第三期臨床試驗 (ASPEN trial)

摘自：N Engl J Med. 2025 Apr 24;392(16):1569-1581.

編譯：潘聖衛 Sheng-Wei Pan 醫師 台北榮民總醫院 胸腔部

背景：

支氣管擴張症患者的嗜中性球性發炎會增加急性惡化的風險並加速疾病惡化。Brensocatib 是一種口服、可逆的 DPP-1(dipeptidyl peptidase 1) 抑制劑，可抑制嗜中性球絲氨酸蛋白酶 (serine proteases)，這些蛋白酶是嗜中性球發炎反應的重要媒介物。

方法：

這是一項第三期、雙盲臨床試驗，試驗中將支氣管擴張症患者隨機分派至三組：成人以 1:1:1 的比例，青少年以 2:2:1 的比例，分別接受每日一次的 brensocatib(10 毫克或 25 毫克) 或安慰劑治療。主要終點指標是肺部急性惡化之年發生率(以 52 週期間計算)。次要終點指標依照事先設定的統計檢定順序包括：第一次急性惡化發生的時間；第 52 週時未發生惡化的患者比例；第一秒用力呼氣容積 (FEV1) 的變化；嚴重急性惡化的年發生率；生活品質的變化。

結果：

共有 1721 位患者(其中 1680 位為成人、41 位為青少年)完成隨機分派並接受 brensocatib 或安慰劑治療。經判定的肺部急性惡化年發生率為：brensocatib 10 毫克組：1.02 次；brensocatib 25 毫克組：1.04 次；安慰劑組：1.29 次。與安慰劑相比，brensocatib 可顯著降低急性惡化的年發生率：10 毫克組的發生比 (rate ratio) 為 0.79(95% 信賴區間：0.68–0.92；調整後 $P = 0.004$)；25 毫克組的發生比為 0.81(95% 信賴區間：0.69–0.94；調整後 $P = 0.005$)。至於「首次急性惡化發生時間」，相較於安慰劑，brensocatib 也有顯著延遲效果：10 毫克組的風險比 (hazard ratio) 為 0.81(95% CI：0.70–0.95； $P = 0.02$)；25 毫克組為 0.83(95% CI：0.70–0.97； $P = 0.04$)。到了第 52 週，沒有發生任何急性惡化的患者比例為：brensocatib 兩劑量組皆為 48.5%，安慰劑組則為 40.3%。與安慰劑相比，brensocatib 明顯提高無惡化比例：10 毫克組比值比為 1.20(95% CI：1.06–1.37； $P = 0.02$)；25 毫克組為 1.18(95% CI：1.04–1.34； $P = 0.04$)。在第 52 週，肺功能 FEV1 的變化如下：10 毫克組下降 50 毫升；25 毫克組下降 24 毫升；安慰劑組下降 62 毫升。與安慰劑相比：10 毫克組與其差異為 11 毫升 (95% CI：-14 至 37； $P = 0.38$)，無統計顯著性；25 毫克組與其差異為 38 毫升 (95% CI：

11 至 65； $P = 0.04$ ），達統計顯著性。三組的整體不良事件發生率相近，但 brensocatib 組出現膚角質增生 (hyperkeratosis) 的比例較高。

結論：

在支氣管擴張症患者中，每日一次使用 brensocatib(10 毫克或 25 毫克) 可明顯降低肺部急性惡化的年發生率；其中，25 毫克劑量的 brensocatib 相較於安慰劑，在肺功能 (FEV1) 下降的幅度也較小。

〔編譯者評論〕

Brensocatib 是目前少數可針對支氣管擴張症之「嗜中性球性發炎」機轉進行干預的藥物，為治療策略提供全新方向。研究中，Brensocatib 顯著降低急性惡化次數，且 25 mg 組可延緩肺功能下降，但整體而言其對生活品質改善幅度仍屬有限。本試驗部分期間恰逢 COVID-19 疫情高峰，可能導致招募樣本偏向病情較重者，限制結果的外推性。此外，雖然試驗涵蓋多國、多種病因患者，但亞洲人種僅佔約 11%，對於該族群的療效與安全性仍待進一步驗證。總結來說，Brensocatib 已證實能有效減少支氣管擴張症的急性惡化，在高劑量下具肺功能保護效果。在當前缺乏有效抗發炎藥物情境下，Brensocatib 可能成為未來治療重要選項，也期待未來發展出更多有效的抗發炎藥物治療患者。

Phase 3 Trial of the DPP-1 Inhibitor Brensocatib in Bronchiectasis

N Engl J Med. 2025 Apr 24;392(16):1569-1581.

Chalmers JD, Burgel PR, Daley CL, *et al.*

Abstract

Background:

In bronchiectasis, neutrophilic inflammation is associated with an increased risk of exacerbations and disease progression. Brensocatib, an oral, reversible inhibitor of dipeptidyl peptidase 1 (DPP-1), targets neutrophil serine proteases, key mediators of neutrophilic inflammation.

Methods:

In a phase 3, double-blind trial, we randomly assigned patients with bronchiectasis (in a 1:1:1 ratio for adults and a 2:2:1 ratio for adolescents) to receive brensocatib (10 mg or 25 mg once per day) or placebo. The primary end point was the annualized rate of adjudicated pulmonary exacerbations over a 52-week period. The secondary end points, listed in hierarchical testing order, were the time to the first exacerbation during the 52-week period; the percentage of patients remaining exacerbation-free at week 52; the change in forced expiratory volume in 1 second (FEV1); the annualized rate of severe exacerbations; and change in quality of life.

Results:

A total of 1721 patients (1680 adults and 41 adolescents) underwent randomization and received brensocatib or placebo. The annualized rate of pulmonary exacerbations was 1.02 in the 10-mg brensocatib group, 1.04 in the 25-mg brensocatib group, and 1.29 in the placebo group (rate ratio, brensocatib vs. placebo, 0.79 [95% confidence interval {CI}, 0.68 to 0.92; adjusted $P = 0.004$] with the 10-mg dose and 0.81 [95% CI, 0.69 to 0.94; adjusted $P = 0.005$] with the 25-mg dose). The hazard ratio for the time to the first exacerbation was 0.81 (95% CI, 0.70 to 0.95; adjusted $P = 0.02$) with the 10-mg dose and 0.83 (95% CI, 0.70 to 0.97; adjusted $P = 0.04$) with the 25-mg dose. In each brensocatib group, 48.5% of patients remained exacerbation-free at week 52, as compared with 40.3% in the placebo group (rate ratio, 1.20 [95% CI, 1.06 to 1.37; adjusted $P = 0.02$] with the 10-mg dose and 1.18 [95% CI, 1.04 to 1.34; adjusted $P = 0.04$] with the 25-mg dose). At week 52, FEV1 had declined by 50 ml with the 10-mg dose, 24 ml with the 25-mg dose, and 62 ml with placebo (least-squares mean difference vs. placebo, 11 ml [95% CI, -14 to 37; adjusted $P = 0.38$] with the 10-mg dose and 38 ml [95% CI, 11 to 65; adjusted $P = 0.04$] with the 25-mg dose). The incidence of adverse events was similar across groups, except for a higher incidence of hyperkeratosis with brensocatib.

Conclusions:

Among patients with bronchiectasis, once-daily treatment with brensocatib (10 mg or 25 mg) led to a lower annualized rate of pulmonary exacerbations than placebo, and the decline in FEV1 was less with the 25-mg dose of brensocatib than with placebo.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：2025 年 11 月 30 日
- 當期作答分數須達 (含)80 分以上，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 ??)

A 93-year-old retired male carpenter with a medical history of hypertension, type 2 diabetes mellitus, and coronary artery disease presented to our ER with shortness of breath following a choking episode while taking oral medication. Imaging studies revealed suspected right lower lobe (RLL) pneumonia with possible foreign body aspiration in the right bronchial tree. Bronchoscopy revealed a black-pigmented, irregular-surfaced soft tissue mass located on the medial side of the proximal right intermediate bronchus (RIMB).

1. 您的診斷為何？

- (A) Pulmonary Melanoma
- (B) Primary lung cancer
- (C) Foreign body aspiration
- (D) Mycobacterial infections

選擇題：(每題 15 分)

2. 下列何者非 MATINEE 研究中的主要或次要療效評估指標？

- (A) 中重度急性惡化年化發生率
- (B) 首次中重度急性惡化發生時間
- (C) 症狀或生活品質量表 (CAT、SGRQ、E-RS-COPD) 之變化
- (D) 長期死亡率 (超過 2 年)

3. MATINEE 試驗的納入條件中，血液嗜酸性白血球數量之設定為：

- (A) $\geq 150 \text{ cells}/\mu\text{L}$ (篩選當日)
- (B) $\geq 150 \text{ cells}/\mu\text{L}$ (過去 12 個月內任一時間點)
- (C) $\geq 300 \text{ cells}/\mu\text{L}$ (篩選當日) 且 過去 12 個月內 $\geq 150 \text{ cells}/\mu\text{L}$
- (D) 無特定嗜酸性球限制

4. 有關 Tarlatamab 於本研究之療效結果，下列何者錯誤？
 - (A) 相較於化療，Tarlatamab 在 12 個月的總體存活率較高
 - (B) Tarlatamab 的中位無進展存活期顯著長於化療組，且符合比例風險假設
 - (C) 使用 RMST 分析時，Tarlatamab 於 12 個月內平均多延長 1 個月的無進展存活期
 - (D) 在客觀反應率（ORR）方面，Tarlatamab 顯著高於化療組

5. 關於本篇 DeLLphi-304 臨床試驗之設計，下列何者正確？
 - (A) 本研究僅納入未接受過免疫檢查點抑制劑之 SCLC 患者
 - (B) Tarlatamab 是一種 PD-1 抑制劑，作用機轉與 Nivolumab 類似
 - (C) 主要終點為無進展存活期（PFS），使用 Cox 比例風險模型分析
 - (D) 本研究針對復發性 SCLC 進行第二線治療之比較，採開放標籤設計

6. Brensocatib 的主要作用機轉為下列何者？
 - (A) 抑制嗜酸性球之 IL-6 訊號傳導路徑
 - (B) 抑制嗜中性球趨化因子 (CXCL8) 表達
 - (C) 抑制 DPP-1 活性以減少中性球絲氨酸蛋白酶活化
 - (D) 抑制免疫球蛋白 IgE 的產生

7. 根據 ASPEN 第三期臨床試驗結果，以下哪一項關於 brensocatib 治療支氣管擴張症的敘述正確？
 - (A) 兩個劑量組的 FEV₁ 均顯著改善，顯著優於安慰劑
 - (B) Brensocatib 納入 40% 亞洲人口且次族群分析可見其達到顯著療效
 - (C) Brensocatib 可顯著降低急性惡化頻率，且 25 mg 組在肺功能保護上具統計顯著性
 - (D) Brensocatib 明顯改善生活品質，兩劑量均超過臨床顯著門檻

測驗回函 (2025 年 9 月第 57 期)

截止日：2025 年 11 月 30 日

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

- 作答完畢後請以 E-mail 方式回覆至學會秘書處。

★學會秘書處

電 話：(02) 2314-4089

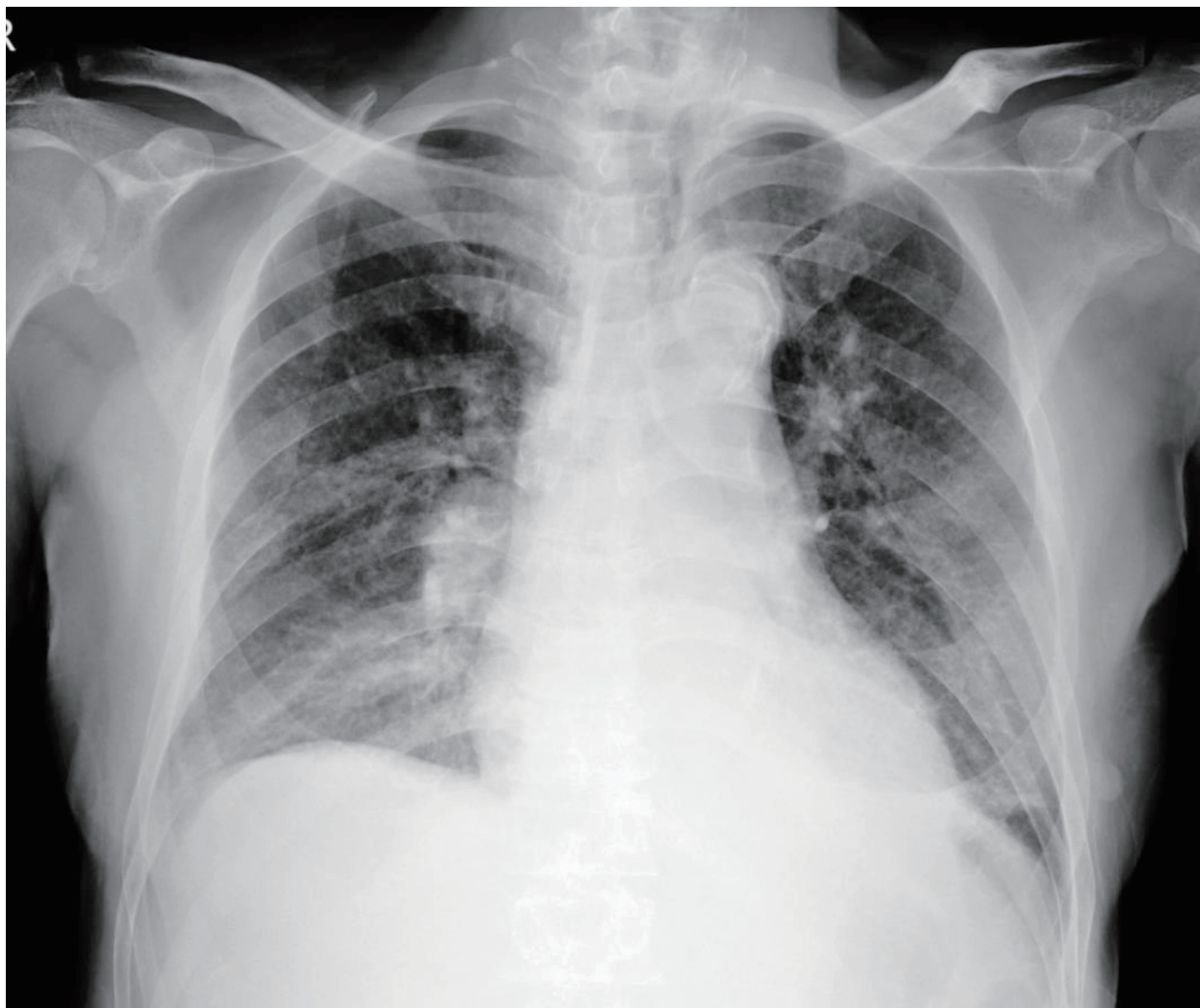
E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答

提供：新光吳火獅紀念醫院 胸腔內科 徐培崧醫師

[Case]

A 71-year-old male with a history of recurrent bladder cancer, status post TURBT and nine intravesical BCG instillations, presented three days after his last BCG treatment with generalized weakness and nausea without vomiting. He initially denied having a fever. Laboratory evaluation revealed CRP 5.48 mg/dL and sodium 119 meq/L. Two days after admission, he developed rapidly progressive dyspnea with increasing oxygen requirements.

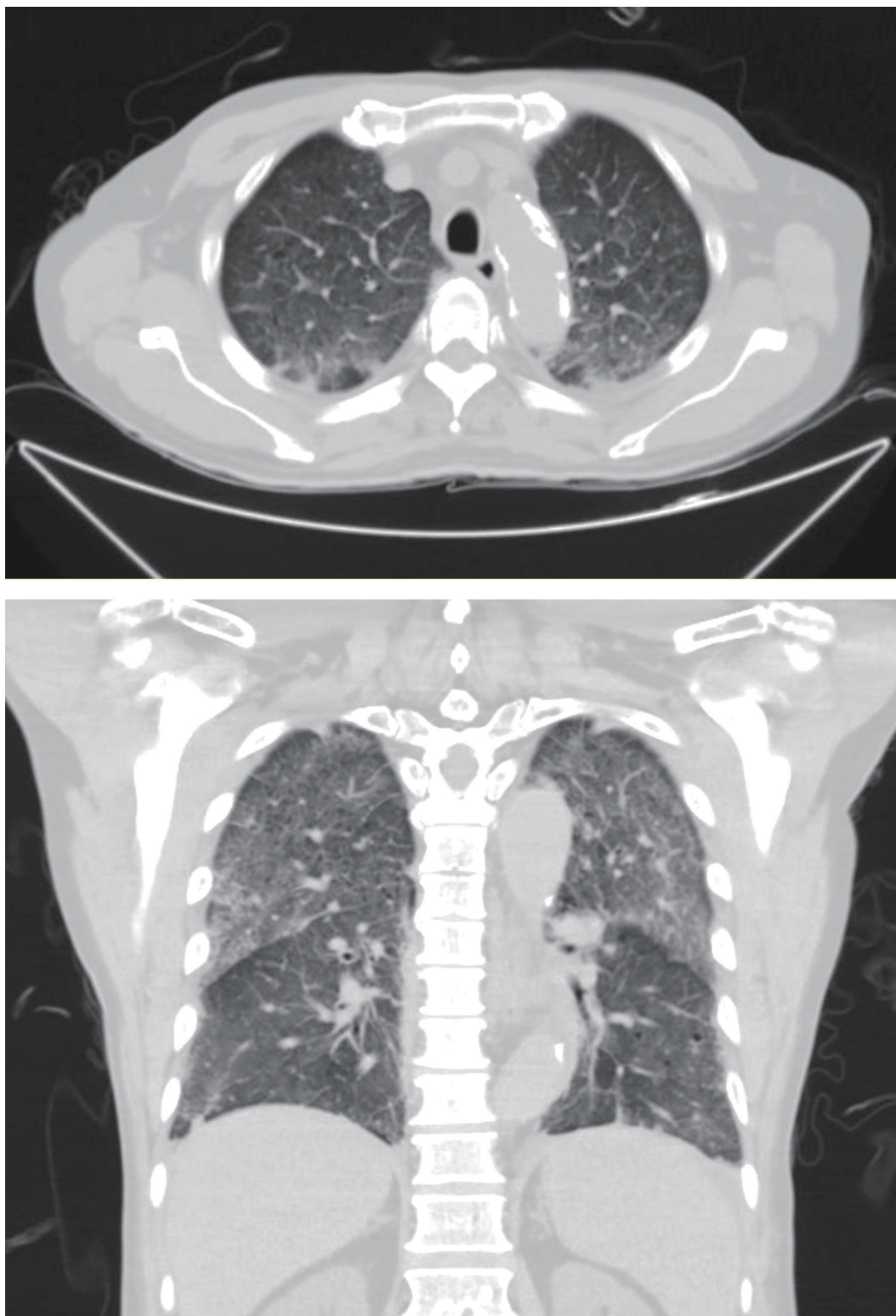


[Question]

1. 您的診斷為何？
(A) Community-acquired pneumonia
(B) Pulmonary edema
(C) BCG induced pneumonitis
(D) Idiopathic pulmonary fibrosis

[Answer]

(C)



The patient was treated with methylprednisolone 40 mg per day and empiric antibiotics with Tazocin. His respiratory distress improved gradually. Bronchoalveolar lavage was performed, and one of the three tuberculosis cultures grew *Mycobacterium tuberculosis* Complex. Further genetic testing confirmed infection with *Mycobacterium bovis*.

選擇題：

2. 根據 2025 年 ATS/CDC/ERS/IDSA 最新結核病治療指引，以下哪一組合最適合 12 歲以上藥物敏感性結核病（DS-TB）患者的 4 個月療程？（H = isoniazid; R = rifampin; Z = pyrazinamide; E = ethambutol; P = rifapentine; M = moxifloxacin）

- (A) 2HRZE/2HR
- (B) 2HRZM/4HR
- (C) 2HPZM/2HPM
- (D) 2HRZE/4HR

答案 (C)

3. 關於抗藥性結核病（DR-TB）之治療，以下敘述何者正確？（B = bedaquiline; Pa = pretomanid; L = linezolid; M = moxifloxacin; R = rifampin）

- (A) BPaLM 只適用於 rifampin 抗藥、fluoroquinolones 敏感者
- (B) BPaL 療程為期 12 個月，效果與傳統療程相同
- (C) 所有 DR-TB 患者均建議合併注射劑以提升療效
- (D) BPaL/BPaLM 療法不建議常規監測心電圖與視神經功能

答案 (A)

4. 為何抑制磷酸二酯酶 (Phosphodiesterase) 被認為是治療 COPD 的潛在策略？

- (A) 抑制磷酸二酯酶能直接促進發炎細胞的活性，以對抗感染。
- (B) 磷酸二酯酶負責合成環腺苷酸 (cAMP)，抑制它可以減少過多的支氣管舒張。
- (C) 磷酸二酯酶會水解環腺苷酸 (cAMP)，抑制此酵素可提高 cAMP，進而有助於支氣管舒張及調節發炎反應。
- (D) 抑制磷酸二酯酶可以降低患者對吸入性皮質類固醇 (ICS) 的依賴性。

答案 (C)

5. 根據 ENHANCE-1 和 ENHANCE-2 試驗的綜合分析結果，關於 Ensifentrine 對於中重度 COPD 患者急性惡化的影響，下列何者正確？

- (A) 與安慰劑相比，Ensifentrine 顯著增加了急性惡化的發生率和風險。
- (B) 與安慰劑相比，Ensifentrine 對於急性惡化的發生率或風險沒有顯著影響。
- (C) 與安慰劑相比，Ensifentrine 顯著降低了中重度急性惡化的發生率和風險。
- (D) Ensifentrine 僅在未使用其他維持治療的患者中減少了急性惡化。

答案 (C)

6. 根據這項使用超細支氣管鏡與幅射型微小探頭支氣管內超音波 (rEBUS) 進行周邊肺部病灶 (PPLs) 採樣的研究，下列關於加入周邊經支氣管細針抽吸術 (pTBNA) 的結論何者正確？
- (A) pTBNA 明顯降低了整體診斷率。
 - (B) 採樣順序 (先 pTBNA 或後 pTBNA) 對整體診斷率有顯著影響。
 - (C) 加入 pTBNA 將診斷率從 54.5% 提高至 66.3%，相當於增加了 11.9% 的診斷病例，且對於超音波影像呈偏心型 (eccentric) 的病灶似乎特別有益。
 - (D) 研究建議單獨使用 pTBNA 取代所有其他採樣方式。

答案 (C)

7. 這項研究探討了不同採樣方式對診斷率的貢獻以及相關影響因素。下列敘述何者正確？
- (A) 傳統經支氣管肺組織切片 (TBLBx) 的診斷率 (49%) 顯著高於 pTBNA 的診斷率 (47.5%)。
 - (B) 病灶小於 20mm 時，細支氣管鏡合併細針抽吸 pTBNA 能增加診斷率。
 - (C) 即時快速現場細胞學檢查 (ROSE) 的使用與是否能成功診斷或 pTBNA 樣本是否為陽性無關。
 - (D) 對於超音波影像呈同心圓 (concentric) 的病灶，pTBNA 的效益最大。

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 chest_medicine@yahoo.com.tw，編輯部將依照順序安排刊登。)

給兄弟小柯的三封信

王聖明 Sheng-Ming Wang 醫師 臺北市立關渡醫院 / 胸腔內科

第一封

小柯：

這是你生平第一次不告而別，我有點不高興，以前，每次你不論去哪個國家開會或旅遊，出發前幾天，都會用 Line 先通知我一聲，甚至在國外也會告訴我那邊的美景和美食，我雖然每次都嘟囔著嫉妒與羨慕，但還是發自內心喜悅著你的分享。

我們每一個月都至少會聚餐一次，討論醫學、聊天談心、美食歡唱。下個月 2/14、2/27 的歡唱約，還有 3/14 的學術約，你肯定要爽約了，告訴你，我心裡很不舒服！因為我一直對外宣稱，只參加有你的場子的聚會，接下來的每次聚會，我都將意興闌珊，因為你再也不來參加我們的聚會了，怎麼可以這樣？

這幾年你迷上了唱歌，號稱是天母周興哲，大家可能不曉得，你之所以愛唱歌，其實是你一種父愛的延伸，因為你為了能貼近和共享你兩個最愛的兒子的興趣，所以你努力地學習練唱最新的歌曲。更何況你曾經是台北醫學院學生時候的吉他社社長，所以老歌你自然也耳熟能詳，剛好也可以配合我們這些老人，陪我們在 KTV 裡點唱那些快被遺忘的歌曲，一如你一向的體貼。

到你的體貼，二十幾年前我剛從日本回來，到北榮當住院醫師的第一站，你是我的 intern，當時不太熟悉中文和英文醫學名詞的我，其實都是本末倒置地你在指導我，可是你又會顧慮我的面子，總是在別人面前尊稱我學長，讓護理站的其他人錯認是我在對你諄諄教導的模樣，因為這層教學相長的原因，我們成了亦師亦友的好朋友。後來也因為我的關係，你選擇來了我們呼吸治療科當住院醫師。你總是那麼優秀，那麼討大家喜歡，我總是故意跟大家抱怨說你來我們科以後，我變成了科裡的第二帥，開玩笑說你是我最討厭的學弟，你都會傻傻的笑著不回嘴，現在回想起來，才發現你的狡猾，原來你是在默認你是我們科裡的第一帥！

你剛升總醫師的時候，和平醫院爆發了 SARS 感染，死亡率之高，不只全台灣，甚至全世界都陷入一種恐慌。身為重症醫療的我們科，首當其衝被徵招收治 SARS 病人的第一線，在松山醫

院還沒有成立為抗 SARS 專責醫院之前，我們的老師王主任已經帶著你默默地在松德醫院，設立 SARS 重症病人隔離加護病房，可以說在台灣，你是第一個照顧 SARS 重症病人的住院醫師，幾天後我接班，成為第二個照顧 SARS 重症病人的住院醫師，在當時因為對 SARS 這病毒完全陌生不解而造成極度沉重恐懼的社會氛圍下，進去松德院區前都要帶著誓死如歸的勇氣，尤其在隔離病房照顧 SARS 病人的醫護人員，更是當時大家視為避之唯恐不及的牛鬼蛇神，我一直記得你跟我交班時的眼神，關心多過於職務交代，提醒多過於任務轉移，如今回頭看看當時我們和王主任一起合拍的那張照片，是我從醫來最驕傲的一枚徽章。

後來，我們在不同醫院看診，我們總會合作無間互相轉介病人，印象最深的是一位慈濟志工婆婆，因毫無自覺的微喘症狀，經介紹來看我的星期一夜間門診，星期二轉介到你的門診，經你收治住院後，星期三下午你就打電話來告訴我，病人診斷肺癌，速度之快，不由讓我笑稱你是我最寬敞且最值得信賴的綠色通道。這些年，在醫療上總會遇到病情上的各種疑難雜症，但只要跟你討論過後，總會豁然開朗，得到有效治療的方向與答案，所以我總是認為你是我最有力的醫療後盾和夥伴。現在綠色通道關閉了，我也失去依靠的強力後盾了，那種比失根蘭花更沒有方向感的茫然，著實讓人失望到了極點。

1月17日，上個星期五，應該是我們有史以來最快樂的一次聚餐歡唱，這幾天我總是反覆看著當時留下的影像，從哭著看、啜泣著看、哭笑著看，到現在我終於可以笑著看你唱歌的模樣，因為那是你最輕鬆、最自在的一刻。

1月22日，星期三，那天門診看到下午兩三點，因為要轉病人給你，發現你連續幾天門診都請假，所以下午四點多打電話跟你閒聊，故意抱怨你這次請假竟沒先通知一聲，你那天笑著告訴我：「學長，我會累捏！真的好累，我需要休息」，然後我們閒話家常了你的小孩、你的未來計劃，我們還約定過幾年，每年組個一兩次旅行團，帶著家人和老師王主任、以及我們這一群好朋友一起出國旅遊，我負責日本、紐約，你負責加拿大，這些話及約定還熱騰騰的言猶在耳，你怎麼可以又爽約了呢？

到今天，我都沒辦法相信我們再也不能一起唱歌，再也不能一起品嚐美食，再也不能一起為病人服務，再也不能……我心揪著、揪著，眼淚又不聽使喚的狂湧不止。寫這封信的時候，音樂正放著鄭華娟和王新蓮合唱的「往天涯的盡頭單飛」，心頭一驚，王新蓮現在的心境是不是和我一樣？

最後借毛不易的「借」這首歌的最後幾句歌詞來結束這封信和你的對話：「有一天太陽會升起在某個清晨，一道彩虹 兩個人，借一方樂土讓他容身，借他（不）平凡一生」，原諒我再也不能出聲，因為，我已經泣不成聲……

2025.1.25

第二封

小柯：

如果沒有算錯的話，這應該是你離開我們的第100天，這期間，我們本來約定的歡唱聚會都取消了，我們實在無法忍受沒有你在場的歡樂獨享。

你離開後的日子，生活步調沒有什麼改變，但總會有某個悸動的瞬間，會在無意間，觸動那一直不願面對的事實，哽咽著不落淚，是我們一直努力卻連連失敗的勇敢表現，今天特別想你，

我的好朋友！

讓我來告訴你，這些日子以來的世界局勢和臺灣情勢，這是我們以前每次聚會，天南地北聊天的題材，你沒參與到的，我們都會加倍地幫你生活著：

美國狂人川普祭出了擾亂全世界經濟秩序的關稅政策，全世界的股市跟著崩盤；梵蒂岡宣布，天主教第 266 任教宗方濟各在 4 月 21 日離開了我們；烏俄戰爭依然持續著，美國持續加緊對中國圍堵著經濟制裁，國內則如火如荼地進行著藍綠攻防，公民團體大罷免活動 v.s. 反罷免與倒閣說；在這混亂動盪的全球局勢中，唯一比較令人欣慰的環球訊息是，日本大阪世博在 4 月 13 日開幕了，那個我們一直想帶著家人和老師們一起去旅行的都市。還有，白沙屯媽祖繞境 10 天 9 夜，粉紅色跑車今年吸引了 33 萬香燈腳的虔誠跟隨；但，最想告訴你的是，你心心念念著的凝聚 RT 向心力及延續尊師重道的 RT 回娘家活動，學弟燕溫已經承接了重擔，我們將在 6 月 14 日舉辦一次盛大的 RT 回娘家活動，謝謝你長期以來為大家奔走的努力和付出，我們會為你持續這你一直承辦著的 RT 年度大事，請放心，學弟們都很愛你！所有 RT 人都很愛你！

說著說著，今晚特別感觸白居易送別元稹的那兩句話：「同心人一去，坐覺長安空」的孤寂……好長一段時間，我們不再唱歌，也不再練歌，但過了今天，我們決定開始練歌，也開始唱歌，因為我們知道，你一定很希望我們延續你那愛唱歌的熱情與活力吧？！

前幾天，聽到了一首不知名的歌曲，歌詞非常雋永，很文青的民歌風曲調，在這裡想跟你分享，讓我們一起聽著，一起終結這 100 天來的悲傷……

2025.5.4 / 23:35

音樂分享

偶然聽別人的歌 會有許多慷慨
一時間 心裡湧起許多的迫不及待
平息了戀戀風塵 才知道
那些曾經擁有 卻不是愛
握著的手 已是昨天
做了沒說的事，你是否真的明白
夢裡遇見秋一樣的你
醒了 是飄著片片紅葉的現在
常常想 時光流逝多少有些無奈
他們說 不必惦念著你的未來
淡忘了匆匆而過的故事
日子總是無聊，偶爾有些精彩
走過的路 已是昨天
說了沒做的事，你是否還在期待
夢裡遇見秋一樣的你
醒了 是飄著片片紅葉的現在

昨天的你
可曾想到 昨天的未來如現在
現在的你
可會想到現在的未來
未來的你
可能想到 未來的未來
像昨天已不在

也許哪一天
一朵雲 帶給你一點悲哀
也許那時 你會回憶起現在
也許 我如那一片紅葉
飄進你秋一樣美麗的夢來
飄進你秋一樣美麗的夢裡來 🎵

晚安～ 我的摯友

► 第三封

小柯：

昨天是個特別的日子，日本漫畫家龍樹諒預言說 7 月 5 日是世界末日，我雖然嗤之以鼻笑說是無稽之談，但又在內心某個角落，渴望著這一天可以跟你重逢，所以這天我約了你的兩個小孩吃晚餐，坐在他們面前，老大繼翔遺傳了你的陽光大方，老二振維遺傳了你的溫文儒雅，尤其兩個人在聆聽對方說話時專注的眼神，跟你如出一轍，我瞬間紅了眼眶，久久無法自己，彷彿跟以前一樣，我們兩坐在餐桌兩頭侃侃而談的景象，一一歷歷在目重現，這樣面對著你聊天的情景，讓人有種重溫舊夢的喜悅，但卻也隱含著一種感嘆，明明就是一種日常，我們卻再也不能分享，再也不能共勉，再也不能重歡，我瞬時不小心地在兩個小孩面前潰堤，眼淚撲簌而下，老大繼翔瞬間也紅了眼眶，幸好老二振維用溫柔的眼神，沈默地冷靜我們這突如其來的短暫失控。回神後，我轉移話題，問兩個小孩的未來計劃，他們都很有主見的規劃自己的未來，繼翔這個月底就要去新加坡闖蕩他的未來人生，振維年底要先服役四個月，之後也考慮去新加坡開創未來，聽他們對自己未來十分周全的規劃，言談之間充滿了希望與自信，我不禁為你感到驕傲與感動。所以小柯，你真的可以放下心，他們真的很傑出，很優秀，你真的不用有太多掛礙。

小時候愛看劉墉寫的書，依稀記得讀過他的一篇散文，他說朋友像一本書，有些只要略略翻過，是點頭之交，有些要細讀精讀，是知心至交。台灣作家林良也說過：朋友是一本一本的好書，我們能從朋友那邊增長知識、擴充生活經驗。

很高興，我擁有過你這本好書，書內有醫學、有詩曲、有美食介紹、有交友之道 可以說這是一本百科全書，如今雖然已經翻到書本的最後一頁，我極度不捨地合上這本絕版書，但會永遠地把這本書擺放在我心頭圖書館的一個重要的位置，因為這是一本值得細賞精讀的百「柯」全書。

最後，謹用你虔誠信奉的基督新約聖經的一段話來懷念你，我最好的朋友！那美好的仗你已經打過了，當跑的路你已經跑盡了，所信的道你已經守住了。（提摩太後書四章七節）

2025.7.6

活動集錦

2025 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會 &APCB



2025 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會 &APCB



2025 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會 &APCB



「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
☐ 封面內	☐ 1 頁	____期	NT____萬	
☐ 封底內	☐ 1 頁	____期	NT____萬	
☐ 封底外	☐ 1 頁	____期	NT____萬	
☐ 一般內頁	☐ ____頁	____期	NT____萬	
☐ 信封袋底	☐ 1 頁	____期	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。	
本會刊為季月刊，每年3、6、9、12月發刊，共4期，提供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 至本會俾憑辦理。	
本會委刊廣告版面以滿頁為一單位。以一年4期為單位。 本次為接受民國114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(4期)
>>封底內(單頁)：	NT 20 萬 元/頁/年(4期)
>>封底外(單頁)：	NT 30 萬 元/頁/年(4期)
>>一般內頁(無限制頁數)：	NT 10 萬 元/頁/年(4期)
>>信封袋底(單頁)：	NT 30 萬 元/頁/年(4期)
廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果： <u>長 30.3cm * 寬 21.6cm</u>，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給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，敬請與本會聯繫 電話：(02)2314-4089	
本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。	