

台灣胸腔暨重症加護醫學會 (TSPCCM)

理事長	余忠仁			
理事	吳杰亮	吳清平	李毓芹	林孟志
	林恒毅	徐武輝	郭漢彬	陳志毅
	彭萬誠	黃明賢	楊泮池	楊政達
	蔡熒煌	薛尊仁	鍾飲文	蘇維鈞
常務監事	高尚志			
監事	王鶴健	李章銘	林慶雄	許正園
秘書長	何肇基			
執行秘書	王金洲	詹明澄	簡榮彥	

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 104 年 6 月創刊

發行人 Publisher	余忠仁 Chong-Jen Yu	
主編 Editor-in-Chief	鍾飲文 Inn-Wen Chong	
副主編 Deputy Editor-in-Chief	楊政達 Cheng-Ta Yang	
編輯委員 Editorial Commissioners	王金洲 Chin-Chou Wang	余明治 Ming-Chih Yu
	吳杰亮 Chieh-Liang Wu	林慶雄 Ching-Hsiung Lin
	施金元 Jin-Yuan Shih	洪仁宇 Jen-Yu Hung
	夏德椿 Te-Chun Hsia	陳澤宏 Ning-Hung Chen
	陽光耀 Kuang-Yao Yang	黃坤崙 Kun-Lun Huang
執行編輯 Executive Editors	王金洲 Chin-Chou Wang	施金元 Jin-Yuan Shih
	洪仁宇 Jen-Yu Hung	夏德椿 Te-Chun Hsia
	簡榮彥 Jung-Yien Chien	

學會秘書處

地 址：10048 台北市常德街 1 號 台大景福館轉胸腔暨重症加護醫學會
電 話：(02)2314-4089 傳真：(02)2314-1289 E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net
網 址：www.tspccm.org.tw
編輯部助理：余智惠
電 話：(06)235-3535 轉 5401 E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

理事長的話.....	3
主編的話.....	4
會務活動	
活動訊息	
研討會、繼續教育課程行事曆.....	5
會議記錄	
第十六屆第二次理、監事聯席會會議記錄.....	6
學術委員會共識會議記錄.....	12
國際事務暨兩岸交流委員會會議記錄.....	13
教育與出版委員會會議記錄.....	14
呼吸治療委員會暨健保與醫療對策委員會聯席會會議記錄.....	17
結核病委員會會議記錄.....	19
重症醫學委員會會議記錄.....	21
肺癌委員會會議記錄.....	23
阻塞性呼吸道疾病委員會會議記錄.....	24
學術委員會會議記錄.....	26
「間質性肺病小組」會議記錄.....	28
會訊創刊號會議記錄.....	29
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：呼吸困難的 25 歲女性	
提供：中國醫藥大學附設醫院 內科部 夏德椿醫師.....	30
醫學新知	
■ Chronic Bronchitis is Associated with Worse Symptoms and Quality of Life than Chronic Airflow Obstruction	
慢性支氣管炎比慢性氣道阻塞伴有較嚴重的症狀與生活品質	
編譯：王金洲醫師 高雄長庚紀念醫院 胸腔內科.....	31
■ Activity and safety of nivolumab, an anti-PD-1 immune checkpoint inhibitor, for patients with advanced, refractory squamous non-small-cell lung cancer (CheckMate 063): a phase 2, single-arm trial	
Nivolumab 用於晚期肺鱗狀上皮細胞癌，後線、第二期單臂臨床試驗 (CheckMate 063)	
編譯：施金元醫師 台大醫院 胸腔科.....	34
■ First-line crizotinib versus chemotherapy in ALK-positive lung cancer	
ALK 基因陽性肺癌病患第一線 crizotinib 治療或是化學治療結果之比較	
編譯：洪仁宇醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科.....	37
通訊繼續教育.....	40
國際會議論文發表.....	43
活動集錦.....	45

各位會員大家好：

台灣胸腔暨重症加護醫學會是所有會員的園地，是學術發展、維護專業領域與國際交流的重要平台。於1969年創會至今，在各屆理事長、理監事的戮力經營及每位會員的積極參與及付出下，逐漸成長茁壯。忠仁感謝各位會員的支持，惶恐承接本屆理事長的重責大任，希望所有的會員持續支持本屆的理監事及各個委員會的會務推展，貢獻優質的胸腔與重症醫療於國人。



近來醫療與社會環境丕變，醫療給付不合理，會員權益受損，學會應積極維護與爭取會員權益；而國際競合情勢改變，中國崛起，學會應致力開拓會員的國際視野與台灣胸腔醫學的能見度。在此，期望本屆理監事都能發揮強烈的企圖心、以具高度的視野帶領學會走出台灣，競逐國際。

本屆學會擴大設立12個委員會（健保與醫療對策委員會，國際事務暨兩岸交流委員會，呼吸治療委員會，重症醫學委員會，結核病委員會，肺癌委員會，阻塞性呼吸道疾病委員會，外科委員會，學術委員會，教育與出版委員會，胸腔醫學雜誌編輯委員會，胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會）與2個工作小組（間質性肺病小組，台灣胸腔醫學史編撰工作小組），延聘各醫療層級院長、副院長、主任及會員同仁擔任各委員會、小組召集委員、副召集委員及委員。目的在擴大各層級和各次領域醫師的參與，並建立與胸腔重症相關友會在學術研究與業務上的合作關係，共同為學會在學術、教育、研究、國際交流等貢獻所長，以發揮學會作為會員專業成長與交流平台的綜效。

本屆學會開始發行會訊，以加強會員對會務以及學會現況的瞭解，並提供繼續教育的功能。而各胸腔次領域之學術研討會之設計，也考量區域均衡，便利會員就地參與。學會積極推動區域與國際合作，鼓勵會員出席國際會議，發表論文，並參與國際學會的會務活動，提高台灣胸腔醫學研究的能見度以及國際上的發聲權。

會員權益的維護是學會最主要的責任，包括基層醫療、重症醫療服務與健保給付，核刪的不合理現況，目前正積極建立與衛福部、中央健保署間的溝通管道，為會員爭取給付的合理性，以及能吸引新人加入的專科醫師訓練內容與執業環境。

最後，再次感謝所有會員的支持，本屆理監事及所有委員將全心全力為會員服務，開創學會更美好的未來。

理事長

余忠仁



台灣胸腔暨重症加護醫學會自民國 58 年成立以來，至今已逾 45 年。學會的主要功能之一，是做為會員聯繫，並交換彼此診療、教學、研究與其他各方面經驗分享和交流的平台。為了強化此一功能，今年在理事長余忠仁教授的倡議和積極推動下，首先成立「教育與出版委員會」，除針對年輕尚未選擇進入胸腔專科訓練的醫師設計一系列的教育課程，希望提升他們對於胸腔醫學的興趣，並進而投身此一領域外，並負責學會會訊的編輯與出版。而此一工作，經過近半年的籌備，終於在 6 月份開始本期「會訊」創刊號的發行，預計每二個月發行一期。希望透過大家的付出與努力，能使「會訊」真正成為會員間彼此密切交流的園地。

目前規畫「會訊」的內容包括：(1)「會務活動」：除有關會員權益的重要會議（如理監事會議）記錄外，並將刊載未來重要活動的訊息。(2)「學術專欄」：逐期聘請各領域學者專家就胸腔重症案例，包括胸腔影像、呼吸器或肺功能，進行臨床案例分享；除此之外，每一期並就醫學新知，安排 3-4 篇之文獻導讀，以幫助會員瞭解最新胸腔及重症加護醫學發展的趨勢。(3)「通訊繼續教育」：就學術專欄部分，提供測驗，會員參與作答，可累積學會繼續教育積分，以減少會員南北奔波，參與繼續教育講習，舟車勞頓之苦。(4)「國際會議論文發表」：除呈現各醫院及會員的研究成果外，希望藉此促進各醫院及會員間，在學術研究上相互的交流與合作。(5)「活動集錦」：彙集活動照片，以增進會員彼此間的認識和對會務活動之瞭解。

而本期的籌畫與出版，在清明時節，乍暖還寒，且大旱之望雲霓之際，緊鑼密鼓的展開編輯事宜。除感謝各編輯委員提供寶貴的意見外，更要特別感謝各執行編輯的實際參與和討論。此外簡榮彥醫師和編輯助理智惠的居中協調、聯繫以及學會秘書雅雯和晉安的蒐集並提供各項資料，使本期的出刊更為順利。

「會訊」創刊之初，思慮未見周全之處，在所難免。期盼各位會員的指教與回饋，使「會訊」的內容能更加符合會員的期待與需要，並希望透過「會訊」的發行，更加凝聚學會會員的向心力，使學會的發展更為茁壯。

主編

鍾敏文 敬上

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
阻塞性呼吸道疾病進階學習營 - 北區場	104 年 5 月 31 日 (日)	張榮發國際會議中心
肺癌診斷暨治療核心課程 (台北場)	104 年 6 月 7 日 (日)	台大醫學院 301 講堂
New therapeutic strategy for aspiration Pneumonia in elderly people 研討會 (北、中、南三區視訊連線)	104 年 6 月 26 日 (五)	北區：台大景福館 1 樓會議室 中區：台中榮總第二醫療大樓 B1 胸腔科會議室 南區：高雄長庚兒童醫院六樓藍廳
聯甄認證學分課程	104 年 6 月 28 日 (日) 104 年 9 月 6 日 (日)	台大醫學院 301 講堂 中國醫藥大學附醫 I 棟 1 樓癌症中心會議室
胸部影像判讀	104 年 7 月 26 日 (日) 104 年 7 月 5 日 (日)	台北榮總致德樓第 1 會議室 台中中山醫學大學實驗大樓一樓 (實一教室)
年輕醫師胸腔學教育訓練課程	104 年 8 月 1 日 (六) 104 年 8 月 22 日 (六) 104 年 9 月 5 日 (六)	台大醫學院 501 講堂 高醫啟川 6 樓第 1 講堂 台中榮總研究大樓第 2 會場
機械通氣課程	104 年 8 月 16 日 (日) 104 年 8 月 9 日 (日)	台大醫學院 102 講堂 高醫附醫

※ 詳情請參閱學會網站 (<http://www.tspccm.org.tw/>)

通知啓事

致讀者：

本學會發行之胸腔醫學 (Thoracic Medicine) 雜誌，自 104 年 6 月份 (第三十卷第三期) 起，將由紙本期刊變更為電子期刊；若需搜尋電子期刊，歡迎至學會網站 (<http://www.tspccm.org.tw/>) 下載，謝謝！

台灣胸腔暨重症加護醫學會 第十六屆第二次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 104 年 2 月 13 日 (五) 下午 6 點
台大景福館 B1 會議室 (台北市常德街 1 號)

主 席：理事長余忠仁 **記錄：**張雅雯

出席人員：應出席理事 17 位、監事 5 位

出席理事：余忠仁、楊泮池、林孟志、鍾飲文、吳清平、陳志毅、彭萬誠、林恒毅、蘇維鈞、黃明賢等 10 位。

出席監事：高尚志、許正園、林慶雄等 3 位。

列席人員：秘書長何肇基、執行秘書簡榮彥、執行秘書王金洲、秘書張雅雯、秘書王箒安等 5 位。

請假人員：

理 事：徐武輝、蔡熒煌、吳杰亮、薛尊仁、李毓芹、郭漢彬、楊政達等 7 位。

監 事：王鶴健、李章銘等 2 位。

列席人員：執行秘書詹明澄。

壹、報告事項：

一、理事長報告：感謝各位理、監事參與第 1 次正式理、監事聯席會議，本屆理、監事會將繼續承接辦理前一屆理、監事會議決議及執行的會務事項，在未來的規畫希望學會藉由常設委員會與任務工作小組運作能與會員的互動更密切，讓學會會務可以順利推展。

二、常務監事報告：理、監事大家好，理監事會已順利的完成交接，也很快速的成立各個常設委員會與任務工作小組，各位也都承擔重要的職責及任務，希望各位任重道遠，將學會務做得有聲有色。

三、報告上次會議決議事項及執行情形：

1. 台中慈濟醫院胸腔內科申請為認可「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構 (提報胸腔內科訓練醫師)」將於 3 月份安排審查委員前往實地訪視與評核。

四、104 年年會日期地點：12 月 12、13 日 (六、日) 在高雄展覽館舉行 (地址：高雄市前鎮區成功二路 39 號)，另安排時間至實地視察場地。

五、北、中、南區遠距視訊連線今年上半年安排四場：3 月 27 日 (五)、4 月 24 日 (五)、5 月 22 日 (五)、6 月 12 日 (五)，地點分別為台大景福館 1 樓會議室、台中榮總第 2 醫療大樓胸腔科會議室、高雄長庚兒童醫院 6 樓會議室。北區胸腔及重症病例討論會自 3 月 5 日 (五) 開始，地點為台大景福館 1 樓會議室，將新增肺結核病例討論。

六、重症醫學繼續教育認證課程今年第 1 場將於 3 月 1 日 (日) 在高雄醫學大學附設醫院啟川大樓 6 樓第 2 講堂舉行，聯甄認證課程 8 學分。

七、健保及醫療政策委員會」、「呼吸照護委員會」、「阻塞性呼吸道疾病委員會」共識會議結論。

(一) 呼吸治療委員會共識會議

1. 討論健保 RCW 新指標值及可能的給付變化。

健保局資料

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
呼吸器使用人數	172,351	173,652	173,895	168,217
22-63 天	27,851	27,578	27,110	25,217
%	16.13%	15.85%	15.47%	14.49%
> 64 天	9,710	9,520	9,457	8,560
%	5.6%	5.5%	5.4%	5.1%

結論：

- (1) 進行有計畫的公開說帖給民眾。
- (2) 健保局說帖及審查制度的建議。
- (3) 建議學會向衛服部、醫策會爭取醫院評鑑 / 急救責任醫院 ICU 評鑑標準的主導權。
- (4) 推動重症安寧。

(二) 健保及醫療政策委員會共識會議

1. 支氣管激發試驗 17019C，藥品 Provocholine (Mechacholine chloride) 加上 Bronchial Provocation Test。

結論：因支付點數不符成本，提議撤案重新計算成本再提案，或建議提高支氣管激發試驗支付點數並加上內含特材。

2. EBUS 健保審議進度。

結論：

- (1) 支氣管內視鏡超音波導引 (Bronchoscopic Ultrasonography; EBUS)，一般醫院都可以執行，申請該項檢查給付。
- (2) 支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術 (EBUS + transbronchial node aspiration 縱膈淋巴腺切片術)，建議將特材與處置分開，執行這項檢查具有風險，須清楚寫出哪些症狀之下執行檢查加上特材，保留執行量人次 (800 人次)。
- (3) 支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術 (EBUS + peripheral lung transbronchial biopsy)，建議將特材與處置分開，執行該項檢查需要具備一定的技術以及儀器設備，執行量人次不易被過度擴張，須清楚寫出哪些症狀之下須執行這項檢查加上特材。

3. RCW 審議原則。

- (1) 與健保局溝通。
- (2) 明訂審查原則。
- (3) 訂定下轉制度。
- (4) 無效醫療的釐清。
- (5) 病情變化的處置。
- (6) 病程紀錄應分級簡化。

4. 重症安寧執行及教育：重症照護品質獎勵制度建立、建議學會與安寧學會溝通、取得共識，合辦相關課程。

(三) 阻塞性呼吸道疾病委員會共識會議

1. 擬定每年度阻塞性呼吸道疾病委員會推動計畫。
2. 規劃阻塞性肺疾病教育訓練及研討會。
3. 推動政府相關阻塞性肺疾病之政策及方案。
4. 提供最新阻塞性肺疾病醫療新知給予會員。
5. 訂定台灣之阻塞性肺疾病各項調查計畫。
6. 策劃阻塞性肺疾病媒體宣傳推廣活動。
7. 出版阻塞性肺疾病相關書籍刊物。

八、台灣胸腔醫學史編撰工作小組進度報告：

1. 102 年學會徵詢民國 36 年次以前本會資深會員意願，並取得 14 位會員同意接受訪談。
2. 103 年 8 月 11 日本會與蔡篤堅教授工作團隊正式簽約後支付「台灣胸腔醫學史」編纂第一期款並請資深會員進行「口述歷史」訪談，待完稿後再支付第二期款。在完成及交付「台灣胸腔醫學史」再支付尾款。雙方簽訂契約書後 18 個月內完成「台灣胸腔醫學史」及付印。
3. 目前已完成第一次訪談有 12 位會員，將陸續進行第二次訪問。
第一次訪談資深會員：楊思標、曾望生、王丕延、陸坤泰、郭壽雄、羅志剛、蕭光明、彭瑞鵬、王家弘、謝炎堯、郭許達、江自得等 12 位醫師。謝文斌、李毓芹醫師已進行邀約訪談。
4. 建議第二次訪談名單由各理監事推薦，並加入國防醫學院體系及結核病防癆體系資深會員。

貳、討論事項：

一、設立常設委員會以及任務工作小組：

委員會以及任務工作小組職責：

1. 依業務執掌或理監事會請託處理相關事務。
2. 由召集委員或召集人視工作內容自行邀請委員或成員，建議人數 6~9 人。
3. 視業務需要，由召委或副召委不定期召開會議。
4. 決議事項提交理監事會議討論並通過後再行實施。
5. 各委員會及工作小組於理監事會中報告工作狀況。

決議：通過各委員會及工作小組如下：

(一) 委員會：

1. 胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會 (每年重新指定召集委員與委員)

職責內容：

- (1) 擬定繼續教育課程。
- (2) 胸腔暨重症醫學專科醫師考試。

2. 重症醫學委員會

職責內容：

- (1) 整合國內重症醫學相關之臨床及學術資源。
- (2) 對於重症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。
- (3) 積極參與重症醫學政策之制定與修正，與健保局協商提高給付以保障本會會員權益。
- (4) 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。

委員名單：召集委員彭萬誠，副召集委員吳杰亮

委員：古世基、陽光耀、黃崇旂、林楷煌、陳昌文、陳欽明、許健威

3. 健保及醫療政策委員會

職責內容：

- (1) 積極參與胸腔醫學相關之醫療衛生政策的制定或修正。
- (2) 建議及因應胸腔醫學相關之醫療健保制度及支付。

委員名單：召集委員蔡熒煌，副召集委員林恒毅

委員：陳誠仁、黃忠智、施純明、吳杰亮、高尚志、吳清平、吳惠東、朱國安、鍾聿修

4. 呼吸照護委員會

職責內容：

- (1) 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。
- (2) 對於各階段呼吸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。
- (3) 整合國內各種呼吸照護相關之臨床及學術資源。

委員名單：召集委員吳清平

委員：吳惠東、謝為忠、施純明、陳志強、吳杰亮、林明憲、蔡忠榮、陶宏洋、柯信國

5. 結核病委員會

職責內容：

- (1) 積極參與國家結核病政策之制定與修正。
- (2) 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。
- (3) 結核病繼續教育與學術活動之設計。

委員名單：召集委員蘇維鈞，副召集委員索任

委員：王振源、鄭世隆、許衍道、黃忠智、林智斌、黃伊文、謝孟哲、簡順添、鍾飲文

6. 國際事務暨兩岸交流委員會

職責內容：

- (1) 規劃並參與胸腔醫學相關之國際與兩岸學術活動。
- (2) 促進國際與兩岸學術及臨床交流。
- (3) 促成胸腔醫學相關之國際與兩岸合作計劃。
- (4) 針對會員國外進修，提供方向建議及實務協助。

委員名單：召集委員林孟志，副召集委員彭殿王

委員：李岡遠、杭良文、許超群

7. 「胸腔醫學」雜誌編輯委員會，主編薛尊仁

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。

8. 教育與出版委員會

職責內容：

- (1) 針對本會年輕以及非胸腔科醫師設計教育課程。
- (2) 負責學會會訊編輯出版。

委員名單：召集委員鍾飲文，副召集委員楊政達，會訊執行編輯簡榮彥

委員：施金元、陳濤宏、余明治、夏德椿、吳杰亮、林慶雄、王金洲、洪仁宇、陽光耀、黃坤崙

9. 學術委員會

職責內容：

- (1) 設計繼續教育課 (胸部影像判讀課程、機械通氣課程、重症醫學認證課程等) 。
- (2) 設計胸腔年會學術節目。

委員名單：召集委員徐武輝，副召集委員黃崇旂

委員：施金元、鄭之勛、蘇維鈞、陳濤宏、林鴻銓、涂智彥、曹世明、賴瑞生、許超群

10. 外科委員會

職責內容：

- (1) 規畫胸腔外科相關主題之研討會與講習會。
- (2) 並加強對會員的胸腔外科新知推廣。

委員名單：召集委員陳志毅，副召集委員李章銘

委員：許瀚水、黃文傑、張宏、劉永恆、賴吾為、周世華、夏君毅

11. 肺癌委員會

職責內容：

- (1) 協助本會與相關學會協同推動肺癌防治之臨床工作。
- (2) 肺癌繼續教育與學術活動之設計。

委員名單：召集委員高尚志，副召集委員施金元

委員：陳培然、陳育民、夏德椿、張基晟、王金洲、黃明賢、邱昭華

12. 阻塞性呼吸道疾病委員會

職責內容：

- (1) 擬定每年度阻塞性肺疾病委員會推動計畫
- (2) 規劃阻塞性肺疾病教育訓練及研討會
- (3) 推動政府相關阻塞性肺疾病之政策及方案
- (4) 提供最新阻塞性肺疾病醫療新知給予會員
- (5) 訂定台灣之阻塞性肺疾病各項調查計畫
- (6) 策劃阻塞性肺疾病媒體宣傳推廣活動
- (7) 出版阻塞性肺疾病相關書籍刊物

委員名單：召集委員林慶雄，副召集委員鄭世隆

委員：林鴻銓、彭殿王、王鶴健、劉世豐、許超群、許正園、杭良文、邱國欽、李政宏

(二) 工作小組：

1. 間質性肺病小組

職責內容：

(1) 對於間質性肺病品質監控及臨床工作，製定準則或規範。

(2) 間質性肺病繼續教育與學術活動之設計。

委員名單：召集委員王鶴健

委員：林孟志、李政宏、鍾飲文、許正園、蘇維鈞、林慶雄、陳濤宏、簡志峯、杭良文

二、指定 104 年「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」召集委員與委員。

決議：請成大醫院薛尊仁副院長擔任甄試主任委員，甄試委員由主委聘請。

三、104 年會主題以及建議邀請講者名單由「學術委員會」擬定，提交理監事聯席會議決定。

決議：通過，學術委員會將召開共識會議討論。

四、審核申請本會胸腔暨重症專科指導醫師名單。

決議：審查通過沈德群、劉景隆、楊思雋、連偉立、高劍虹等 5 位醫師為胸腔暨重症專科指導醫師。

五、彰化秀傳醫院胸腔內科申請「胸腔暨重症專科醫師訓練診療機構(提報胸腔內科訓練醫師)」。

決議：請彰化秀傳醫院補送專科醫師訓練計畫內容於下次會議再討論。

六、討論簽訂 APSR and TSPCCM MOU 2014 至 2016。

決議：通過並繳交團體會費 2014 年 100 位、2015 年 500 位。

參、臨時動議。

肆、散會，下午 7 點 55 分。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 學術委員會共識會議記錄

日期地點：民國 104 年 2 月 16 日 (星期一) 下午 6 點
台大景福館 B1 會議室 (台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：召委徐武輝主任 **記錄：**秘書張雅雯

出席人員：余忠仁理事長、徐武輝主任、黃崇旂主任、施金元主任、蘇維鈞主任、
陳濤宏主任、林鴻銓主任、曹世明主任

列席人員：何肇基秘書長、簡榮彥執行秘書、張雅雯小姐、王箏安小姐

請假人員：賴瑞生主任、鄭之勛醫師、涂智彥主任、許超群主任

主席致詞：略。

討論事項：

一、繼續教育課程

(一) 胸部影像判讀課程：台北、台中各辦一場。

(二) 機械通氣課程：台北、高雄各辦一場。

(三) 重症聯甄認證學分課程：台北、台中、高雄各辦理一場。(3/1 星期日) 高雄已辦理一場。

二、胸腔年會外賓邀請和主題

(一) 胸腔年會邀請外賓：參考 2015 年 5 月份 ATS 會議議程、主講員名單另行規畫。

(二) 胸腔年會主題規畫：待討論。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 國際事務暨兩岸交流委員會會議記錄

日期地點：民國 104 年 2 月 26 日 (星期五) 下午 6 點

台大醫院臨床研究大樓 14 樓內科主任室 1406 (地址：台北市中正區中山南路 7 號)

主 席：國際事務暨兩岸交流委員會召集委員林孟志副院長 記錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、林孟志副院長、彭殿王主任、李岡遠主任、杭良文醫師

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書王箐安小姐

請假人員：許超群主任、秘書張雅雯小姐

討論事項：

一、討論參與兩岸四地慢性氣道疾病防治研討會

- (一) 請秘書長擔任窗口與香港陳惠明醫師聯絡，表達本會積極參與研討會之意願，並可提供演講者 4-5 名。
- (二) 今年預定 11 月 14 假香港會議展覽中心舉辦第四屆兩岸四地慢性氣道疾病防治研討會，本會是否派員代表出席，待理監事會議決議。

二、討論 APSR

- (一) 學會應積極推薦會員進入 APSR 擔任各小組的成員，並代表學會在各小組發言；另外編輯委員也要積極爭取名額。
- (二) 簽訂 2014 至 2015 年 MOU。
- (三) 爭取舉辦 2018 年 APSR。

三、ERS 會員代表推薦

將另行徵詢會員意見。

四、為鼓勵年輕會員參與國際會議，學會擬補助會員註冊費，詳細細節另行討論。

五、請慢性阻塞性肺部疾病委員會召集委員林慶雄副院長擬定 COPD 相關題目及國內講員，以提報 APSR annual meeting。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 教育與出版委員會會議記錄

日期地點：民國 104 年 2 月 28 日 (星期日) 上午 10 點
台大景福館 B1 會議室 (台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：教育與出版委員會召集委員鍾飲文主任 記錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、鍾飲文主任、楊政達副院長、施金元主任、陳寧宏主任、
余明治主任、夏德椿主任、吳杰亮主任、林慶雄副院長、王金洲主任、
洪仁宇醫師、陽光耀主任、黃坤崙教授

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書王箐安小姐。

請假人員：秘書張雅雯小姐。

主席致詞：

感謝各位委員在假日出席會議，也謝謝執秘簡榮彥醫師準備今日會議議程，本委員會首要目的為針對年輕以及非胸腔科醫師設計教育課程，與繼往已有的課程區別開來，目的在吸引年輕醫師加入胸腔醫學陣容。第二要務為編輯胸腔醫學會訊，旨在與會員交流，接下來請余理事長致詞。

余理事長：

謝謝鍾教授的解說，過去學會會員一直穩定成長中，最近則有減少的趨勢，一方面是內科人數減少，另一方面是吸引力降低，願意選擇走胸腔的人越來越少，所以希望能從呼吸生理學及 X 光影像學方面著手，吸引更多的年輕醫師加入胸腔的領域。關於會訊部分，主要是會員忙碌，經常錯過學會舉辦的各類講習班以及重症聯甄課程，希望藉由會訊能讓大家知道各項訊息，包括：理監事會會議紀錄、各功能委員會會議紀錄、各類講習課程訊息、各種國際會議訊息等，同時也有通訊繼續教育學分的設計，協助假日還要上班的會員取得學分，以上這些構想希望在座委員能集思廣益將之實踐。

討論事項：

壹、任務

- 一、針對年輕以及非胸腔科醫師設計教育課程
- 二、負責學會會訊編輯出版

貳、台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 (雙月刊)

- 一、理事長的話
- 二、主編的話：針對當期期刊內容撰寫
- 三、會務活動

(一) 活動訊息：預告學會各項活動及國際會議訊息 (預告未來二個月的訊息)。

(二) 會議記錄：公告之前的理監事會議、各功能委員會會議紀錄

四、學術專欄

(一) 胸腔暨重症案例 (例如：影像、肺功能等)

本期案例 + 上期解答：一期一題

(二) 醫學新知

至少 3 篇中文文獻導讀作為通訊繼續教育學分題目。

五、通訊繼續教育：目前先以紙本回覆秘書處，會訊內會附上答案卡，請會員以掛號回函或是 PDF 檔案 EMAIL 至秘書處，或是傳真方式回覆皆可，但各種方式皆須電話確認秘書處是否有收到，以免損失權益。每期至少五題 (含以上)，答對題數達 80 分以上，給予通訊繼續教育積分 A 類 3 分，上限為 6 年內不得超過 60 分。

六、活動集錦：之前活動的照片發表

七、國際會議論文發表：限於篇幅僅放題目及作者。

八、目前先以紙本方式發行，之後再進行 E 化。

參、編輯部

一、發行人：余忠仁

二、主編：鍾飲文

三、副主編：楊政達

四、編輯委員：施金元、陳濤宏、余明治、夏德椿、吳杰亮、林慶雄、王金洲、洪仁宇、陽光耀、黃坤崙

五、執行編輯：每期由委員輪流 + 簡榮彥

六、編輯助理：余智惠

七、編輯會議：5 月中

八、截稿：4 月底

肆、學術專欄 稿費

一、各機關學校出席費及稿費支給要點

二、撰稿：每千字

(一) 一般稿件：中文五八〇元至八七〇元。

(二) 特別稿件：中文六九〇元至一、二一〇元，外文八七〇元至一、三九〇元。

以上稿費事宜須提交理監事會議審查通過後方可執行。

伍、教育課程

一、針對年輕以及非胸腔科醫師設計教育課程

二、對象：醫學生、Intern、PGY、R1-3

三、北中南每年各一場 (8-9 月)

四、內科醫學會合辦

- 五、案例為主
- 六、主題暫定為：「呼吸學好好玩」
 - (一) 基礎 CXR
 - (二) 肺生理
 - (三) 肺功能
 - (四) 基礎機械通氣
- 七、全程參與者頒發證書
- 八、北區 8 月 1 日
- 九、中區 9 月 5 日
- 十、南區 8 月 22 日

台灣胸腔暨重症加護醫學會 呼吸治療委員會暨健保與醫療對策委員會聯席會會議記錄

日期地點：民國 104 年 2 月 28 日 (星期日) 中午 12 點
台大景福館 B1 會議室 (台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：吳清平召委、蔡熒煌召委

出席人員：余忠仁理事長、吳清平副院長、施純明副院長、陳志強院長、吳杰亮主任、
林明憲主任、陶宏洋主任、蔡忠榮醫師、吳惠東醫師、謝為忠主任、柯信國醫師、
蔡熒煌院長、黃忠智院長、鍾聿修醫師、林恒毅院長

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書王箒安小姐

請假人員：陳誠仁院長、高尚志主任、朱國安醫師、秘書張雅雯小姐

壹、支氣管激發試驗，藥品 Provocholine (Mechacholine chloride) 加上 Bronchial Provocation Test 因支付點數不符成本，提議撤案重新計算成本再提案，或建議提高支氣管激發試驗支付點數並加上內含特材。

貳、EBUS 健保審議

支氣管內視鏡超音波 (Bronchoscopic Ultrasonography; EBUS)、支氣管內視鏡超音波導引之「縱膈淋巴結定位切片術」(EBUS+transbronchial node aspiration)、支氣管內視鏡超音波導引之「周邊肺組織採檢切片術」(EBUS+peripheral lung transbronchial biopsy) 等之替代成本、年執行量、有無跨科別使用之說明，爭取健保給付。

參、呼吸治療

一、健保局說帖及審查制度的建議

- (一) 健保署“慢性呼吸治療”費用，從 99 年的資料，總費用從 147 億爬到 260 幾億，然後就持平，最近幾年往下掉，2013 年整體費用已降至 190 億左右。而且健保總額的年成長率約 4%， “慢性呼吸治療”費用不升反降，顯示費用已控制得宜。
- (二) 比照中區作法，規範 RCW 合理上游醫院的比率，並利用“個案登錄系統 (VPN)”，正面表列，源頭控制好。好處是健保局不會擔心醫院報假數字，半年統計一次，如此分母夠大，資料比較穩定。
- (三) 建議學會提出 evidence base data 對於 RCW 新指標做合理修正。
- (四) RCW 核刪無一定法則，請學會與審查委員多溝通。

二、“無效醫療”、重症安寧與緩和醫療

- (一) 不要隨意提無效醫療，因為爭議性大。應該是由醫師宣導讓家屬知道病人有安寧及緩和醫療的選擇，但是不要強迫非要不可。

- (二) 安寧緩和應該要推廣，但不是訂比率、或訂人數，要讓多少人走安寧緩和才算合格。但應該營造這個風氣，不管是民眾或是醫療人員，只要成氣候，呼吸器依賴病人數自然就會減少。安寧緩和最重要的是告知，讓家屬跟病人有知的權利。

三、“慢性呼吸制度被汙名化”

公開說帖給民眾

(一)IDS 成功之處

1. 疏散急性 ICU 滯留病人
2. 提高急性 ICU 床位運轉率
3. 減少急性醫療資源浪費
4. 病人一年存活率增加

(二)RCW 制度問題

- 1.RCW 的照護重點為生活照顧，呼吸器脫離率僅 5-8%，不應以呼吸器脫離率為審查重點
- 2.RCW 下轉機制及機構未定，形成審查困擾
- 3.呼吸器脫離後，轉住護理之家，家屬付費更多

台灣胸腔暨重症加護醫學會 結核病委員會會議記錄

日期地點：民國 104 年 2 月 28 日 (星期日) 下午 2 點

台大景福館 B1 會議室 (地址：台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：結核病委員會召集委員蘇維鈞主任 記錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、蘇維鈞主任、王振源醫師、鄭世隆主任、許衍道醫師、
黃忠智院長、林智斌主任、黃伊文主任、謝孟哲主任、簡順添主任、鍾飲文主任

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書王箐安小姐

請假人員：索任醫師、秘書張雅雯小姐

余理事長致詞：

結核病委員會在胸腔醫學會一直存在，希望本屆的委員能擔任結核病暨肺部疾病醫學會與台灣胸腔暨重症加護醫學會之間的橋樑，不管是合辦講習班或是在各方面都能攜手共進，以提升治療方面的水準。

主席致詞：

非常感謝理事長及各位委員百忙之中出席會議，結核病在胸腔醫學領域中佔有重要角色，希望本委員會能更有效率地提供會員治療上的新知，扮演臨床與公衛間的橋樑，請各位委員充分提供意見。

會議議程：

一、積極參與國家結核病政策之制定與修正。

(一) Rapid diagnosis: GeneXpert qPCR

GeneXpert 的優點是能及早偵測 rifampicin 抗藥。然而，GeneXpert 對 RIF 抗藥性檢測的臨床價值在低 rifampicin 抗藥風險的病人，仍有待評估，可能會造成判斷上的困難。學會應協助宣導正確使用 GeneXpert 檢查的重要性，提醒臨床醫師不可省略胸部 X 光片子與傳統實驗室檢查。

結論：GeneXpert 是一種即時同步 PCR 技術，雖然價錢偏高，GeneXpert 優於 PCR 的地方在於不需要 level 2+ 等級的實驗室，也沒有處理檢體的問題，可藉由 GeneXpert 提供一個檢測的方式。為協助會員正確使用此項新方法，本委員會應提出建議，將 GeneXpert 檢驗的申請條件標準化，並提供健保署在制定政策時的參考。

(二) 潛伏結核感染的診斷 Diagnosis (IGRA, TST) 及治療 (target population, regimen)

1. IGRA 檢測診斷潛伏結核病感染的臨床意義與正確的使用方法。

2. 潛伏感染治療的新方法：三個月的 rifapentine 加 isoniazid 新處方。
3. 使用生物製劑的患者採用 IGRA 檢測進行結核病感染的風險管理，學會的立場是甚麼？會員清不清楚這項檢查？學會是不是應該有一個 S.O.P. 給會員當作診療指引？

結論：

1. 舉辦臨床醫師教育講習，協助會員正確使用 IGRA 檢驗方法。
 2. 縮短潛伏結核感染的療程，三個月的 rifapentine 加 isoniazid 配合都治較為可行，臨床試驗數據顯示是值得推廣。未來配合疾病管制署政策，本委員會將持續討論此項議題，並研擬對策。
 3. 與使用生物製劑之相關學會共同研擬標準作業流程，加強宣導臨床醫師正確的防治策略，成立跨領域的臨床諮詢團隊，建立臨床與公衛溝通的橋樑。
- 二、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。
- (一) NTM 診治指引：CDC 目前不管，學會擬先建立臨床資料庫，並請委員共同編撰一本“NTM 臨床診治建議”手冊提供本會會員參考。相關事宜留待下次開會討論。
 - (二) TB 診治指引推廣策略：建議由學會出版依據 CDC 的診療指引以病案分享方式的診療手冊，供會員參考，以提升臨床照護品質。
- 三、整合國內各種結核病照護相關之臨床及學術資源。
- (一) 建構結核病諮詢網路平台：基於專業實用考量，建議先在結核暨肺部疾病醫學會網頁建立平台。此項議題留待後續會議討論合作事宜。
 - (二) 規劃年會學術活動：請大家集思廣益，下次提出。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 重症醫學委員會會議記錄

日期地點：民國 104 年 3 月 14 日 (星期六) 中午 12 點

台大醫院臨床研究大樓 14 樓內科主任室 1406(地址：台北市中正區中山南路 7 號)

主 席：重症醫學委員會召集委員彭萬誠主任 記錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、彭萬誠主任、吳杰亮主任、古世基醫師、陽光耀主任、黃崇旂主任、
陳昌文主任、陳欽明醫師、許健威醫師

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、高國晉主任、張雅雯小姐、王箐安小姐

請假人員：林楷煌主任

理事長致詞：

胸腔醫學會從民國 85 年改名後，從事重症的會員也逐漸增加，新的會員也大量投入加護病房照護工作，所以重症領域在本學會佔有重要角色。重症專科醫師聯合甄審委員會在民國 92 年由本會、中華民國重症醫學會及中華民國急救加護醫學會共同創立，第一任主委是楊泮池校長。在內科加護病房中扮演重要角色是我們胸腔科醫師，但目前其他專科也加入重症照護行列，有點混亂，主管機關對重症醫療方面也一直沒有明確規範，因此希望本委員會能在聯甄會為會員爭取福祉，另一方面則希望能推動重症安寧照護，再來就是對於會員的重症繼續教育推廣、設計。

討論事項：

一、疾病登錄：各個醫院都有在做 ARDS 的研究，希望藉由這個機會，討論一下 ARDS 的疾病登錄，蒐集各醫院的 Data 將來在 ARDS 疾病研究探討上可以運用，或是其他疾病如果各位委員認為有必要，也可納入蒐集範圍。長庚醫院蒐集 ARDS Data 長達二年，已經蒐集了約 700 個病例，內科的死亡率高於外科，因為只有一家醫院的 Data，無法進一步探討 ARDS 的死亡率何以偏高，是否借重學會的力量擴展到全國成立 ARDS 的 Data Bank? 進一步分析研究，造福病患。

結論：

先調查哪些醫院有意願參與？並請推派代表共同協商建立 study 架構。

二、重症加護病房醫師如何取得安寧照護的資格

目前加護病房安寧病患若要撤除維生系統，需會診一位有安寧專科證照的醫師，但要取得安寧專科醫師證照不僅課程費昂貴且上課時數高達 200 小時，還要到安寧病房見習三個月，臨床醫師較難排班去上課，是否能與安寧學會協商，由本會辦理專業認證課程後授予安寧專科醫師證書。

結論：先與安寧學會協商，下次再議。

三、加護病房的管理

建議舉辦加護病房行政管理、成本分析、人力支援、重症醫療品質改善等教育訓練課程。

結論：請各位集思廣益，下次再議。

臨時動議：

如何提高重症給付

目前加護病房醫師診察費不高，如果要健保局一次調足是有困難的，是否可以先從加護病房醫師的住院診察費提高三倍開始替會員爭取福利？

結論：請各位集思廣益，下次再議。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺癌委員會會議紀錄

日期地點：民國 104 年 3 月 18 日 (星期三) 下午 6 點

台大景福館 B1 會議室 (地址：台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：肺癌委員會召集委員高尚志主任 **記錄：**秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、高尚志主任、施金元主任、王金洲主任、夏德椿主任、黃明賢教授、陳育民教授、陳培然醫師、邱昭華醫師

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

請假人員：張基晟主任

主席致詞：

肺癌已經取代肝癌成為國病了，今天聚集了全國的肺癌專家，希望在繼續教育、研究計畫各方面能貢獻棉薄之力。

理事長致詞：

肺癌學會有很多會員是我們胸腔的醫師，但大部分胸腔醫師並未參與肺癌治療，未來肺癌診治需要更多胸腔醫師，所以希望結合二個學會的力量進行肺癌的繼續教育訓練。另一方面可以加強與中國大陸肺癌方面治療的交流。

會議議程：

一、肺癌防治：LDCT consensus (台灣低劑量電腦斷層肺癌篩檢共識宣言草案)。

結論：提報理監事會議討論。

二、肺癌繼續教育與學術活動之設計：Post-ASCO, WCLC seminar, 肺癌教育課程。

結論：請何秘書長針對 ASCO 及 WCLC 籌畫課程，另外學會將針對年輕醫師舉辦北、中、南的肺癌教育課程，課程總籌畫：施金元主任，北區籌畫：陳冠宇醫師、中區籌畫：夏德椿主任、南區籌畫：黃明賢教授。

三、健保審查：爭取肺癌用藥事前審查資格。

請在座委員協助提供因為藥物不合理被刪導致病患死亡的案例，交由召委與健保署協商，爭取肺癌用藥事前審查應由胸腔科專科醫師擔任。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 阻塞性呼吸道疾病委員會會議記錄

日期地點：民國 104 年 3 月 24 日 (星期三) 下午 6 點
台大景福館 B1 會議室 (地址：台北市中正區常德街 1 號)

主 席：阻塞性呼吸道疾病委員會召集委員林慶雄副院長 記錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、林慶雄主任、鄭世隆主任、王鶴健主任、彭殿王主任、林鴻銓主任、劉世豐主任、許超群主任、許正園主任、李政宏主任

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、林聖皓醫師、張雅雯小姐、王箐安小姐

請假人員：杭良文主任、邱國欽主任

理事長勉勵：

- 一、持續將阻塞性呼吸道疾病的新知，藉由各種媒介與研討會介紹給會員。
- 二、與基層醫師與醫療院所合作，推動相關疾病的診療共識與流程。
- 三、促進民眾對相關疾病的認知，俾能即早就醫，接受正確診療。
- 四、推動國內阻塞性呼吸道病的研究，儲備研究能量，與國際接軌。

主席報告：

一、阻塞性肺疾病委員會任務

任務內容	對象
1. 擬定每年度阻塞性肺疾病委員會推動計畫	
2. 規劃阻塞性肺疾病教育訓練及研討會	
3. 推動政府相關阻塞性肺疾病之政策及方案	學會
4. 提供最新阻塞性肺疾病醫療新知給予會員	
5. 訂定台灣之阻塞性肺疾病各項調查計畫	
6. 策劃阻塞性肺疾病媒體宣傳推廣活動	會員
7. 出版阻塞性肺疾病相關書籍刊物	
8. 與基層醫師與醫療院所合作推動疾病的診療	民眾
9. 推動國內阻塞性呼吸道病的研究與國際接軌	

二、104 年推動執行計畫已完成，呈理監事會通過，會上網公告及按計畫執行。

討論事項：

一、阻塞性呼吸道疾病研討會

決議：預計於今年四月、七月、十月舉辦北、中、南三場次阻塞性呼吸道研討會，內容包含 Asthma 及 COPD，並以視訊連線方式進行，三場次課程內容不重複，彭殿王教授及王

鶴健教授為課程籌畫老師。

二、開業醫師及藥師互動研討會 - 課程籌畫人：杭良文主任

主旨：

1. 建立開業醫師及藥師對於目前阻塞性肺疾病診斷及藥物使用了解。
2. 連結開業醫師與醫院醫師針對阻塞性肺疾病照顧平台。

決議：各區負責人

北區：邱國欽醫師

中區：林慶雄(彰化) 杭良文(台中)

南區：劉世豐(高雄)

時間：以開業醫師能參與之時間(星期日下午)

預計於六七月在中區先舉辦一場。

三、阻塞性呼吸道疾病進階學習營召集人：林鴻銓教授

決議：預定開立 Airway School 課程，以 Case-oriented 方式分成四組的小組教學。

四、推動政府相關阻塞性肺疾病之政策及方案。

決議：開業醫希望能將 Bronchodilator test 列入給付範圍，可以幫助 COPD 正確診斷，建議在世界氣喘日時，舉辦記者會並加強推廣 COPD 這個疾病給社會大眾知道，之後再向健保署爭取合理給付方案，由成大李政宏主任負責推動。

五、提供最新阻塞性肺疾病醫療新知給予會員。

決議：製作電子報提供會員最新資訊，預定為雙月刊，編輯委員為本委員會全體成員。第一期創刊號已製作完成，由林慶雄及鄭世隆擔任執行編輯。

六、台灣本土各項阻塞性呼吸道疾病分布及治療現況調查。

決議：調查台灣 ACOS (氣喘合併慢性阻塞性肺病症候群) 盛行率、Severe asthma (嚴重氣喘) 登錄、肺部復健的執行現況調查，由亞東醫院鄭世隆主任負責。

七、2015 世界氣喘日媒體計畫：為了提高成人病患對氣喘控制的意識、提升父母對小兒氣喘的正確認知。網路是訊息傳遞最快速的方式，將會在華人健康聯播網平台上發布訊息及由平面媒體採訪理事長，由邱國欽主任負責籌劃。

八、出版阻塞性肺疾病相關書籍刊物。

1. COPD 安寧照護：許正園主任

2. COPD 的共病診治：劉世豐主任

3. 嚴重氣喘診治指引：許超群主任

4. 以上刊物以提供豐富衛教資訊為主軸，非專門學術著作。

5. 建置學會會員專屬之阻塞性呼吸道疾病資訊整合平台。

九、發行氣喘與慢性阻塞性肺疾病重疊症候群台灣胸腔科專家共識。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 學術委員會會議記錄

日期地點：民國 104 年 4 月 13 日 (星期一) 下午 6 點
台大景福館 B1 會議室 (地址：台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：召委徐武輝主任 記錄：秘書張雅雯

出席人員：余忠仁理事長、徐武輝主任、黃崇旂主任、施金元主任、蘇維鈞主任、陳潭宏主任、林鴻銓主任、曹世明主任、賴瑞生主任、鄭之勛醫師、涂智彥主任、許超群主任

列席人員：何肇基秘書長、簡榮彥執行秘書、張雅雯小姐、王箏安小姐

會議議程：

一、104 年度各類講習班籌畫進度報告

(一) 胸部影像判讀課程：

課程名稱：104 年胸部影像判讀繼續教育課程

日期地點：104 年 7 月 26 日台北榮總致德樓第 1 會議室

課程名稱：104 年度一般胸部影像及重症醫學影像判讀教育課程 (台中)

日期地點：104 年 7 月 5 日中山醫學大學實驗大樓 (實一教室)

(二) 機械通氣課程：

課程名稱：104 年機械通氣繼續教育課程

日期地點：104 年 8 月 16 日台大醫學院 102 講堂

課程名稱：104 年機械通氣繼續教育課程 (高雄)

日期地點：104 年 8 月 9 日高雄醫學大學附設中和紀念醫院 (暫定)

(三) 重症聯甄認證學分課程：

課程名稱：Multi-discipline Monitoring, Update and Practice in Ctritical Care

日期地點：104 年 6 月 28 日台大醫學院 301 講堂

課程名稱：重症聯甄認證課程

日期地點：104 年 9 月 6 日中國醫藥大學附設醫院 I 棟 1 樓癌症中心會議室

二、年會流程 (初擬議程) 和會場討論 (口頭報告會場、Young investigator award、Lung research award 等)

(一) 調整 104 年優秀論文獎金 (待討論)

1. 評選 104 年年輕學者優秀論文競賽獎金 Young Investigator Award 三篇，每篇獎金 3 萬元。

2. 104 年胸腔年會發表口頭報告及海報展示優秀論文競賽獎金，口頭報告優秀論文 20 篇，評選出四篇論文、獎金各 2 萬元，另 16 篇論文獎金各 5000 元。評選海報展示原著論文 5 篇、獎金各 5000 元。

決議：送交理監事會議討論。

(二)年會場地使用規劃：請秘書處至現場會勘後再議。

臨時動議：

一、會員參加國際會議並有壁報展示，應如何給予積分？

第二章 繼續教育課程之學分認定

第四條 本學會承認之學術活動與繼續教育課程，涵蓋下列各項：

- (一) 參加國際性胸腔醫學會、或國外醫學機構所舉辦之胸腔醫學繼續教育訓練課程，其學分由本學會學術委員會個別認定之。
- (二) 參加國際性重症及呼吸治療之相關國際學會或國外醫學機構所舉辦之重症或呼吸治療繼續教育訓練課程，其學分由本學會學術委員會個別認定之。
- (三) 參加上述胸腔醫學學術活動，會中參與論文宣讀、專題演講、壁報展示、或擔任主持人者，同次會議中之學分加倍計之。

結論：

會員參加 ATS、ERS、APSR 國際會議並參與論文宣讀、專題演講、壁報展示、或擔任主持人者，給予胸腔 B 類學分 10 分；參加其他國際會議並參與論文宣讀、專題演講、壁報展示、或擔任主持人者，給予胸腔 B 類學分 5 分。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 「間質性肺病小組」會議記錄

日期地點：民國 104 年 4 月 7 日 (星期二) 下午 6 點

台大醫院臨床研究大樓 14 樓內科主任室 1406 室 (地址：台北市中正區中山南路 7 號)

主 席：王鶴健醫師 記錄：秘書王箐安

出席人員：余忠仁理事長、王鶴健醫師、李政宏醫師、鍾飲文主任、許正園主任、蘇維鈞主任、
陳濤宏主任、簡志峯主任

列席人員：執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箐安小姐

請假人員：林孟志副院長、林慶雄副院長、杭良文主任、秘書長何肇基醫師

主席致詞：略。

理事長致詞：

IPF 過去學會都有談，在這個領域想做些事情，目前 IPF 有新的藥物可以治療，目前我們先成立小組，未來一切較為具體時再成立正式委員會。目前 IPF 不是主流，但會員執業上有需求，請王主任擔任小組招集人，希望各位能集思廣益在 IPF 這個領域上能有更進一步的發展。

會議記錄：

一、未來工作重點：

- (一) ILD education：ILD 引起的疾病非常多，無法只靠影像判讀作診斷，還需要很多特殊檢查才能正確診斷，所以 ILD 如何診斷？如何處置？在臨床上已往只能靠類固醇治療，目前有了新的藥物可以使用，是否一年舉辦一次教育課程？或是在其他課程中安插一些 ILD 的教育課程？抑或是在景福館課程中安排 ILD Case，都是可行的辦法。設計一個表格請各醫院 CR 依照表格填寫並上傳 IPF case，蒐集一定數量後在景福館討論會中做視訊連線教學 (一季一次，並邀請放射科醫師、病理科醫師共同參與)。
- (二) IPF Taiwan guideline 制定：美國 2011 年有出一本 Guideline，建議翻譯成中文供會員參考。
- (三) IPF screen protocol：2014 年成立一個工作小組，本月 18 日再次開會，一旦 protocol 制定後，會員可依建議診斷或排除 ILD 病患，對臨床業務有很大幫助。蒐集各國 IPF 的診斷，例如日本、韓國等案例作為參考，並結合放射科醫師、病理科醫師提出 IRB 申請，除了 IPF 之外，還有 LAM 的病患也不少，除了肺移植之外，目前有了新的藥物可以治療，未來也可加入議程討論。
- (四) ILD diagnosis team (working group)：針對 IPF 先成立小組，明確診斷 IPF，因為很多案例看起來都像是 IPD，但最後診斷都是 ILD，應就此設計一個台灣專屬的 protocol。

台灣胸腔暨重症加護醫學會 會訊創刊號會議記錄

日期地點：民國 104 年 4 月 17 日 (星期五) 下午 6 點

台大景福館 B1 會議室 (地址：台北市中正區公園路 15-2 號)

主 席：會訊創刊號召集委員鍾飲文主任 **記錄：**助理余智惠

出席人員：余忠仁理事長、鍾飲文主任、夏德椿主任、洪仁宇醫師

列席人員：秘書長何肇基醫師、執行秘書簡榮彥醫師、秘書張雅雯小姐、秘書王箏安小姐、助理余智惠小姐

余理事長致詞：

謝謝各位委員及智惠的幫忙，初稿內容看來非常豐富，目前尚缺活動訊息和國際論文發表，會訊創刊號應可如期出刊。

討論事項：

一、學術專欄的部分是否需要開放其他會員投稿

結論：待會訊出刊穩定後再議。

二、封面照片的部分每期會做變動

三、會議記錄：部分內容太長，會再做精簡節省篇幅。

四、活動訊息：礙於篇幅以簡單條列式呈現，先放活動訊息再放會議紀錄。

五、胸腔暨重症案例

(一) 創刊號只有題目，下期才會附上解答。

(二) 案例的題目改為選擇題。

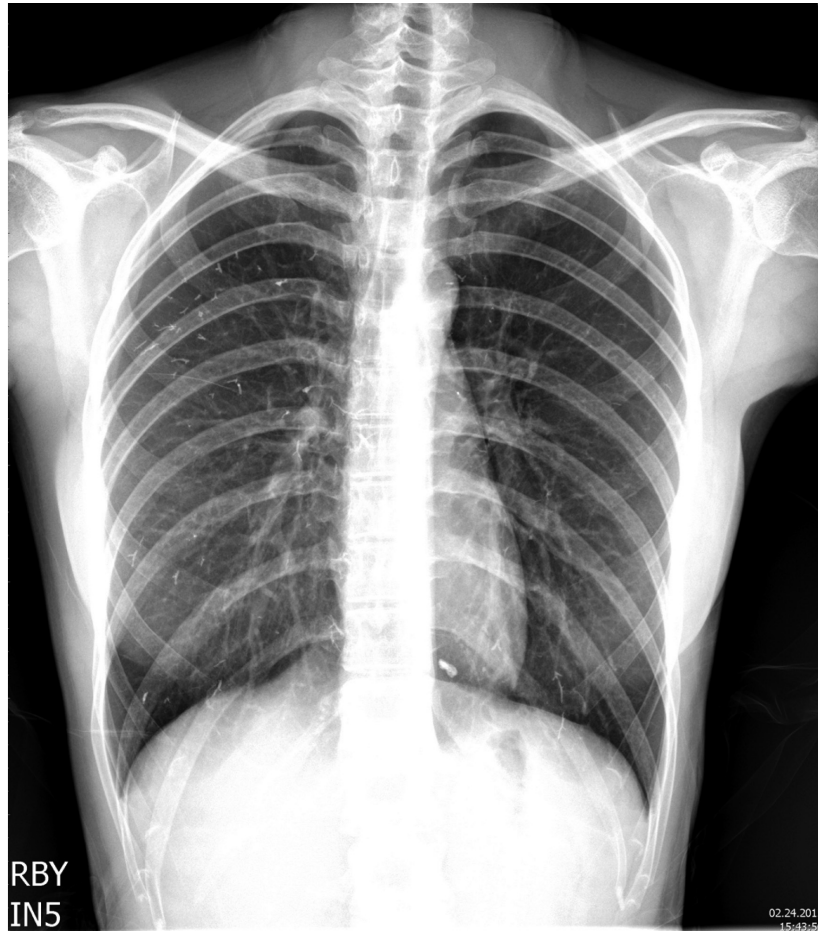
六、醫學新知

學分辦法要提報理監事會議上確認。

七、活動集錦：需加註活動名稱和日期。

八、國際會議論文發表：請秘書處發函由醫師們主動提供，deadline 為 104.04.30。

胸腔暨重症案例



CXR made on 24/FEB/2015

提供：中國醫藥大學附設醫院 內科部 夏德椿醫師

[Case]

A 25 y/o young lady presented to the Emergency Department with dyspnea. Her chest radiography presented as figure.

慢性支氣管炎比慢性氣道阻塞伴有較嚴重的症狀與生活品質

摘自：Chest. 2015 Mar 5. doi: 10.1378/chest.14-2240. [Epub ahead of print]

編譯：王金洲醫師 高雄長庚紀念醫院 胸腔內科

背景：

慢性阻塞性肺病 (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)，包括慢性支氣管炎 (chronic bronchitis, CB) 和肺氣腫 (emphysema) 的表型。雖然人們普遍認為，肺氣腫或慢性氣道阻塞 (chronic airway obstruction, CAO) 比慢性支氣管炎有較嚴重的生活品質，但是這種假設還沒有經過測試。

方法：

本研究分析是從 Lovelace 吸煙者世代研究 (Lovelace Smokers' Cohort, LSC) 中進行；而 Lovelace 吸煙者世代研究是從 COPDGene 世代研究中進行驗證。有慢性支氣管炎沒有慢性氣道阻塞 (只有慢性支氣管炎族群) 被定義為病人自我描述咳嗽有化痰每年至少 3 個月且連續 2 年和支氣管擴張劑後 (postbronchodilator) FEV1/FVC \geq 70%。有慢性氣道阻塞沒有慢性支氣管炎 (只有慢性氣道阻塞族群) 被定義為支氣管擴張劑後 (postbronchodilator) FEV1/FVC $<$ 70% 且沒有慢性支氣管炎之證據。從聖喬治呼吸問卷 (Saint George Respiratory Questionnaire, SGRQ) 和 SF-36 健康問卷 (36-item short-form survey, SF-36)，獲得生活品質的結果。事前共變項包括年齡，性別，吸煙包年史，目前吸煙，和 FEV1。

結果：

在這兩個世代研究，吸煙者有慢性支氣管炎沒有慢性氣道阻塞 (LSC n=341; COPDGene n=523) 比那些有慢性氣道阻塞沒有慢性支氣管炎 (LSC n=302; COPDGene n=2208) 比較年輕，拉丁美洲人西班牙 (僅 LSC) 比較多，並有更大的 BMI 比。吸煙者只有慢性支氣管炎族群也有較少包吸煙年。吸煙者只有慢性支氣管炎族群也有較多的充血性心臟衰竭和糖尿病的病史。儘管聖喬治呼吸問卷的活動與 SF-36 健康問卷的生理功能相類似，在這兩組世代研究顯示只有慢性支氣管炎族群的聖喬治呼吸問卷的症狀與影響分數與 SF-36 健康問卷的情感與社會評量都嚴重較差。更重要的是，吸煙者只有慢性支氣管炎族群的聖喬治呼吸問卷得分更大 (意味著生活質量更差)。對於個別症狀項目，吸煙者只有慢性支氣管炎族群報導較多咳嗽，痰多，氣喘，一般和清晨哮喘音相似水平氣短，但較少的好日子，更嚴重的呼吸攻擊。另外，吸煙者只有慢性支氣管炎族群有更頻繁地困擾睡眠中斷和更頻繁地衍生抑鬱情緒報導。

在這兩個世代研究的並行多變量分析中，只有慢性支氣管炎族群的聖喬治呼吸問卷得分更大。檢視審查聖喬治呼吸問卷得分個別症狀項目，只有慢性支氣管炎族群有較明顯的早晨喘息 [OR=1.74, 95%CI=(1.03, 2.93), P=0.038] 和睡眠中斷 [OR=2.47, 95%CI=(1.48, 4.14),

$P<0.01$]。檢視 SF-36 健康問卷個別症狀項目，只有慢性支氣管炎族群對心理健康，身體疼痛，活力，情緒健康和全身健康有較差的分數成績。

結論：

此篇研究是第一個分析研究顯示表明，只有慢性支氣管炎族群比起只有慢性氣道阻塞族群有較嚴重的生活品質，症狀和精神狀態。

〔編譯者評論〕

此篇研究顯示表明，只有慢性支氣管炎族群比起只有慢性氣道阻塞族群有較嚴重的生活品質，症狀和精神狀態。就兩組之間的差異，再仔細檢視兩組之間於各子項之分析。從對聖喬治呼吸問卷分析：雖然咎於咳嗽與痰液兩組之間有所差異，但不能簡單地歸咎於只有咳嗽與痰液；相對地，早上的喘息在兩組之間有更顯著之差異。從對 SF-36 調查問卷：只有慢性支氣管炎族群有厲害疼痛和疲勞以及較低的活力。雖然沒有睡眠評估分數，研究顯示只有慢性支氣管炎族群的睡眠間斷有 2 倍增加的風險。許多研究都顯示：在阻塞性睡眠呼吸中止和慢性氣流阻塞之間有重疊性。只有慢性支氣管炎族群有更大的 BMI 值，可能是一個解釋機制。

Chronic Bronchitis is Associated with Worse Symptoms and Quality of Life than Chronic Airflow Obstruction

Chest. 2015 Mar 5. doi: 10.1378/chest.14-2240. [Epub ahead of print]

Meek P, Petersen H, Washko GR, Diaz AA, Kim V, Sood A, Tesfaigzi Y.

Abstract

BACKGROUND:

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) includes the chronic bronchitis (CB) and emphysema phenotypes. While it is generally assumed that emphysema or chronic airway obstruction (CAO) is associated with worse quality of life than CB, this assumption has not been tested.

METHODS:

The present study, analyses from the Lovelace Smokers' Cohort (LSC) were validated in the COPDGene Cohort. CB without CAO (CB only) was defined by self-reported cough productive of phlegm for at least 3 months/year for 2 consecutive years and postbronchodilator FEV1/FVC \geq 70%. CAO without CB (CAO only) was defined by a postbronchodilator FEV1/FVC $<$ 70% with no evidence of CB. Quality of life outcomes were obtained from the SGRQ and SF-36 questionnaires. A Priori Covariates included age, sex, pack-years of smoking, current smoking, and FEV1.

RESULTS:

Smokers with CB without CAO (LSC n=341; COPDGene=523) were younger, had a greater BMI, and less smoking exposure than those with CAO only (LSC n=302; COPDGene=2208). Compared to the latter group, quality of life scores were worse for those with CB only. Despite similar SGRQ Activity and SF-36 Role physical and physical functioning, SGRQ Symptoms and Impact scores and SF-36 Emotional and Social measures were worse in the CB only group, in both cohorts. After adjustment for covariates, CB only group remained a significant predictor for 'worse' symptoms, and emotional and social measures.

CONCLUSIONS:

This analysis is the first study to suggest that among subjects with COPD those with CB only present worse quality of life, symptoms and mental well-being than those with CAO only.

醫學新知 II

Nivolumab 用於晚期肺鱗狀上皮細胞癌，後線、第二期單臂臨床試驗 (CheckMate 063)

摘自：THE LANCET Oncology 2015; 16(3): 257-265.

編譯：施金元醫師 台大醫院 胸腔科

背景：

已經接受過多線治療的肺鱗狀上皮細胞癌病人預後極差。此研究欲了解 Nivolumab (一個完全人類的 IgG 4- PD-1 免疫核對點抑制劑) 對此類病人的作用。

方法：

這是一個在 27 個中心 (韓國、德國、義大利及美國) 的第二期單臂試驗。之前已接受過兩線或以上治療的晚期肺鱗狀上皮細胞癌病人，每二星期接受靜脈注射 Nivolumab (3 毫克 / 公斤) 直到腫瘤惡化或副作用無法承受。主要療效指標是由獨立影像判讀委員會評估之確認客觀反應率。所有接受治療之病人皆納入評估。

發現：

在 2012 年 11 月 16 日至 2013 年 7 月 22 日，共納入 117 位病人，經獨立影像判讀委員會判定，其中 17 位 (14.5%, 95% 信賴區間 8.7-22.2) 有客觀反應。從使用到有客觀反應所需時間的中位數為 3.3 個月 (四分位距 2.2-4.8)，而客觀反應期間的中位數尚未達到 (95% 信賴區 8.31-)；當分析時，17 位有客觀反應病人仍有 13 位 (77%) 還有效。117 位中有 30 位 (26%)，疾病穩定 (穩定期中位數 6.0 月 (95% 信賴區間 4.7-10.9))。117 位中 20 位 (17%) 有第三度或第四度治療相關的副作用，包括疲倦 (4%)、肺炎 (3%)、腹瀉 (3%)。有二位治療有關的死亡，分別是肺炎及缺血性中風，都發生於疾病惡化且有多重器官問題的病患。

分析：

Nivolumab 在晚期鱗狀上皮細胞肺癌，已接受二線以上治療之病患具有臨床上有意義的療效且安全性是可接受的。此研究支持進行一線及二線的三期臨床試驗。

〔編譯者評論〕

美國 FDA 於 2015 年 3 月首次核准免疫核對點抑制劑 -Nivolumab 於肺癌患者使用。Nivolumab 可使用於第二線 (含) 以後之肺鱗狀上皮細胞癌之治療。根據第二線隨機臨床試驗 (CheckMate 017)，在已經接受含鉑類一線化學治療之晚期肺鱗狀上皮細胞癌病患，比較 Nivolumab 與 Docetaxel，主要試驗指標是整體存活時間，135 位接受 Nivolumab 比上 137 位接受 Docetaxel，中位數存活期間延長 3 個月 (9.2 月比 6.0 個月 $P=0.00025$)。

近幾年來肺腺癌的治療因多項基因突變或轉置的發現，以及標靶治療的發展有長足的進步，但鱗狀上皮細胞癌卻少有進展，免疫核對點抑制劑，的確是重大突破。

免疫核對點是對免疫反應產生煞車的效果，避免其過度活化，對自體細胞進行不正常攻擊。癌細胞也利用此機制抑制免疫系統對癌細胞之攻擊。應用免疫核對點抑制劑可以針對核對點進行阻斷，減少 T 淋巴球受到抑制，增強對腫瘤細胞的毒殺作用。事實上此治療並不限於鱗狀上皮細胞癌，對於肺腺癌也有療效。但是臨床上免疫核對點抑制劑，只有部分肺癌病患有效（客觀反應率約 17~24%），如何找到有效的肺癌病患是重要課題。

先前研究發現腫瘤內 PD-L1 表現病患對抗 PD-1 或 PD-L1 免疫核對點治療療效較好。但是不少有表現 PD-L1 之腫瘤仍然無效，而有些未表現 PD-L1 之腫瘤卻有效。而且有研究發現 PD-L1 表現於腫瘤細胞或免疫細胞，以及免疫細胞是在腫瘤內或腫瘤邊緣等等，造成將 PD-L1 表現量在臨床上使用之限制。最新的研究 (Rizvil et al, Science Express) 發現，有高氨基酸改變的突變 (nonsynonymous mutation burden) 之腫瘤，對免疫核對點抑制劑，有較高的客觀反應率及較長的疾病未惡化期間。提供了新的方向。

免疫核對點抑制劑將改寫肺癌的治療，而臨床醫師也必須學習如何評估此類新型藥物的療效，以及學習如何處理這類對藥物所引起的新型副作用，期望能改善肺癌病患的存活。

Activity and safety of nivolumab, an anti-PD-1 immune checkpoint inhibitor, for patients with advanced, refractory squamous non-small-cell lung cancer (CheckMate 063): a phase 2, single-arm trial

THE LANCET Oncology 2015; 16(3): 257-265.

Naiyer A Rizvi, Julien Mazieres, David Planchard, Thomas E Stinchcombe, Grace K Dy, Scott J Antonia, Leora Horn, Herve Lena, Elisa Minenza, Bertrand Mennequier, Gregory A Otterson, Luis T Campos, David R Gandara, Benjamin P Levy, Suresh G Nair, Gerard Zalcman, Jurgen Wolf, Pierre-Jean Souquet, Editta Baldini, Federico Cappuzzo, Christos Chouaid, Afshin Dowlati, Rachel Sanborn, Ariel Lopez-Chavez, Christian Grohe, Rudolf M Huber, Christopher T Harbison, Christine Baudelet, Brian J Lestini, Suresh S Ramalingam

Summary

Background: Patients with squamous non-small-cell lung cancer that is refractory to multiple treatments have poor outcomes. We assessed the activity of nivolumab, a fully human IgG4 PD-1 immune checkpoint inhibitor antibody, for patients with advanced, refractory, squamous non-small-cell lung cancer.

Methods: We did this phase 2, single-arm trial at 27 sites (academic, hospital, and private cancer centres) in France, Germany, Italy, and USA. Patients who had received two or more previous treatments received intravenous nivolumab (3 mg/kg) every 2 weeks until progression or unacceptable toxic effects. The primary endpoint was the proportion of patients with a confirmed objective response as assessed by an independent radiology review committee. We included all treated patients in the analyses. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01721759.

Findings: Between Nov 16, 2012, and July 22, 2013, we enrolled and treated 117 patients. 17 (14.5%, 95% CI 8.7-22.2) of 117 patients had an objective response as assessed by an independent radiology review committee. Median time to response was 3.3 months (IQR 2.2-4.8), and median duration of response was not reached (95% CI 8.31-not applicable); 13 (77%) of 17 of responses were ongoing at the time of analysis. 30 (26%) of 117 patients had stable disease (median duration 6.0 months, 95% CI 4.7-10.9). 20 (17%) of 117 patients reported grade 3-4 treatment-related adverse events, including: fatigue (five [4%] of 117 patients), pneumonitis (four [3%]), and diarrhea (three [3%]). There were two treatment-associated deaths caused by pneumonia and ischaemic stroke that occurred in patients with multiple comorbidities in the setting of progressive disease.

Interpretation: Nivolumab has clinically meaningful activity and a manageable safety profile in previously treated patients with advanced, refractory, squamous non-small cell lung cancer. These data support the assessment of nivolumab in randomised, controlled, phase 3 studies of first-line and second-line treatment.

醫學新知 III

ALK 基因陽性肺癌病患第一線 crizotinib 治療或是化學治療結果之比較

摘自：N Engl J Med 2014 Dec 4; 371(23): 2167-77. doi: 10.1056/NEJMoa1408440.

編譯：洪仁宇醫師 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 胸腔內科

背景：

以 Crizotinib 對於 ALK 基因突變陽性之非小細胞肺癌患者作為第一線治療，與標準化學治療之療效的比較，目前尚無定論。

方法：

PROFILE 1014 為一開放式 (open-label)，第三期之臨床試驗，比較 Crizotinib 與標準化學治療在未經過治療的晚期 ALK 基因突變陽性之非小細胞肺癌患者的療效。一共收納 343 位病患，病患經隨機分配，分別接受 Crizotinib 一天 250 mg 早晚各一次之劑量或是靜脈化學藥物 (愛寧達 Alimta 500 mg/m² 加上順鉑 cisplatin 75 mg/m² 或是卡鉑 carboplatin AUC 5-6 mg/ml/min 之組合) 每三週注射一次，至多 6 個療程。化療組病患如果疾病惡化時，可以改用 Crizotinib 繼續治療。主要終點評估為無惡化存活期 (progression-free survival)。

結果：

Crizotinib 治療組之無惡化存活期明顯優於化學治療組 (中位數 10.9 個月 vs. 7.0 個月; HR 0.45; 95% confidence interval [CI], 0.35 to 0.60; $P < 0.001$)。客觀反應率分別為 Crizotinib 治療組 74%，化學治療組 45% ($P < 0.001$)。整體存活時間的中位數尚無法計算。存活時間可以達一年的病人，Crizotinib 治療組為 84%，化學治療組為 79%。Crizotinib 治療較常見之副作用包括視覺異常，腹瀉，噁心與水腫；化學治療組較常見之副作用包括噁心，疲倦，嘔吐與食慾降低。與化學治療組相比較，Crizotinib 治療在降低病患肺癌相關症狀與改善病患生活品質上，亦有較佳之效果。

結論：

以 Crizotinib 對於 ALK 基因突變陽性之非小細胞肺癌患者作為第一線治療的效果，優於標準的愛寧達與鉑類化學藥物之組合。

〔編譯者評論〕

肺癌的標靶藥物治療，自 2004 年發現非小細胞肺癌的病患，如果腫瘤檢體出現上皮生長因子受體 (EGFR) 突變，那麼對於所謂上皮生長因子受體的酪氨酸激酶抑制劑 (tyrosine kinase inhibitor) 的治療，如艾瑞莎 (Gefitinib)，得舒緩 (Erlotinib) 或是妥復克 (Afatinib) 就具備較佳之療效。EGFR 基因之突變，約可以在 60% 左右的亞洲女性，且不吸菸的肺腺癌病患的腫瘤檢體發現，而這同時

也意味著應該有其他會導致肺腺癌的基因存在著。ALK 基因突變約於 2007 年在肺癌病患的檢體中被發現，台灣肺腺癌的病患約 5% 左右會有這一個 ALK 的基因突變。針對 ALK 基因突變的第一代藥物載克瘤 (Crizotinib) 於 2011 年獲得批准在美國上市，它的另一個臨床試驗 PROFILE 1007 的結果告訴我們，對於 ALK 基因突變陽性的病患，第一線化療無效之後，第二線以 Crizotinib 治療的效果顯著優於傳統化療 (無惡化存活期之中位數，Crizotinib vs. 傳統化療 7.7 個月 vs. 3.0 個月；HR 0.49; 95% confidence interval [CI], 0.37 to 0.64; $P < 0.0001$)。本篇論文為臨床試驗 PROFILE 1014 之結果發表，進一步探討 Crizotinib 與標準化療在 ALK 基因突變陽性的病患於第一線使用時，療效之差異。而結果告訴我們，與 EGFR 基因突變之病患第一線接受 EGFR-TKI 治療的結果相類似，具有 ALK 基因突變的肺腺癌病患，第一線以 Crizotinib 治療的效果，優於標準化學治療，因此對於新診斷的非小細胞患者，常規檢驗 EGFR 及 ALK 基因，是必須的。

First-line crizotinib versus chemotherapy in ALK-positive lung cancer

N Engl J Med 2014 Dec 4; 371(23): 2167-77. doi: 10.1056/NEJMoa1408440.

Benjamin J. Solomon, M.B., B.S., Ph.D.; et al. for the PROFILE 1014 Investigators

BACKGROUND:

The efficacy of the ALK inhibitor crizotinib as compared with standard chemotherapy as first-line treatment for advanced ALK-positive non-small-cell lung cancer (NSCLC) is unknown.

METHODS:

We conducted an open-label, phase 3 trial comparing crizotinib with chemotherapy in 343 patients with advanced ALK-positive nonsquamous NSCLC who had received no previous systemic treatment for advanced disease. Patients were randomly assigned to receive oral crizotinib at a dose of 250 mg twice daily or to receive intravenous chemotherapy (pemetrexed, 500 mg per square meter of body-surface area, plus either cisplatin, 75 mg per square meter, or carboplatin, target area under the curve of 5 to 6 mg per milliliter per minute) every 3 weeks for up to six cycles. Crossover to crizotinib treatment after disease progression was permitted for patients receiving chemotherapy. The primary end point was progression-free survival as assessed by independent radiologic review.

RESULTS:

Progression-free survival was significantly longer with crizotinib than with chemotherapy (median, 10.9 months vs. 7.0 months; hazard ratio for progression or death with crizotinib, 0.45; 95% confidence interval [CI], 0.35 to 0.60; $P<0.001$). Objective response rates were 74% and 45%, respectively ($P<0.001$). Median overall survival was not reached in either group (hazard ratio for death with crizotinib, 0.82; 95% CI, 0.54 to 1.26; $P=0.36$); the probability of 1-year survival was 84% with crizotinib and 79% with chemotherapy. The most common adverse events with crizotinib were vision disorders, diarrhea, nausea, and edema, and the most common events with chemotherapy were nausea, fatigue, vomiting, and decreased appetite. As compared with chemotherapy, crizotinib was associated with greater reduction in lung cancer symptoms and greater improvement in quality of life.

CONCLUSIONS:

Crizotinib was superior to standard first-line pemetrexed-plus-platinum chemotherapy in patients with previously untreated advanced ALK-positive NSCLC. (Funded by Pfizer; PROFILE 1014 ClinicalTrials.gov number, NCT01154140.).

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：104 年 7 月 31 日
- 當期作答分數須達 80 分以上 (第 1 題 10 分；第 2~7 題，每題 15 分)，每期給予教育積分 A 類 3 分，上限為 6 年內不得超過 60 分。
- 敬請會員踴躍參與作答，以便累積學會積分；僅限台灣胸腔暨重症加護醫學會會員作答。(正確解答請參閱下期會訊)。

胸腔暨重症案例：(本題 10 分)(請參閱 page 30)

1. A 25 y/o young lady presented to the Emergency Department with dyspnea. Her chest radiography presented as figure.

你的診斷為何？

- (A) 外來物，衣物外之裝飾金屬物件
- (B) 乳房微整形之填充物移行至肺
- (C) 肺動脈分支異物栓塞
- (D) 寄生蟲感染後遺症導致肺部鈣化

選擇題：(每題 15 分)

2. 美國 FDA 於 2015 年 3 月核准 Nivolumab 使用於？

- (A) 肺腺癌
- (B) 肺鱗狀上皮細胞癌
- (C) 小細胞肺癌
- (D) 間皮瘤

3. 關於免疫核對點抑制劑 (check point inhibitor) 下列敘述何者正確？

- (A) Nivolumab 是 anti-PD-L1 antibody
- (B) 免疫核對點抑制劑可增加肺鱗狀上皮細胞癌病患的存活時間
- (C) 免疫核對點抑制劑對未表現 PD-L1 的肺癌無效
- (D) 免疫核對點抑制劑不會造成肺炎

4. 下列何者不正確？

- (A) 有慢性支氣管炎沒有慢性氣道阻塞 (只有慢性支氣管炎族群) 被定義為病人自我描述咳嗽有化痰每年至少 3 個月且連續 2 年和支氣管擴張劑後 (postbronchodilator) FEV1/FVC \geq 70%
- (B) 有慢性氣道阻塞沒有慢性支氣管炎 (只有慢性氣道阻塞族群) 被定義為支氣管擴張劑後 (postbronchodilator) FEV1/FVC $<$ 70% 且沒有慢性支氣管炎之證據
- (C) 從聖喬治呼吸問卷 (Saint George Respiratory Questionnaire, SGRQ) 主要在評估呼吸相關症狀，獲得生活品質的結果
- (D) SF-36 健康問卷 (36-item short-form survey, SF-36)，可以獲得肺功能結果

5. 關於聖喬治呼吸問卷 (Saint George Respiratory Questionnaire, SGRQ), 下列何者不正確?
- (A) 聖喬治呼吸問卷 (Saint George Respiratory Questionnaire, SGRQ) 主要在評估呼吸相關症狀, 獲得生活品質的結果
 - (B) 聖喬治呼吸問卷 (Saint George Respiratory Questionnaire, SGRQ), 可以獲得肺功能結果
 - (C) 其中 Part 1 包括 Symptoms component (frequency & severity) with a 1, 3 or 12-month recall (best performance with 3- and 12-month recall)
 - (D) 其中 Part 2 包括 Activity and Impacts that cause or are limited by breathlessness; Impact components (social functioning, psychological disturbances resulting from airways disease) refer to current state as the recall
6. 下列肺腺癌之基因突變, 已經有上市之標靶藥物可以使用?
- (A) KRAS 基因
 - (B) p53 基因
 - (C) ALK 基因
 - (D) PTEN 基因
7. 針對肺腺癌病患, 其腫瘤檢體若具有 ALK 基因突變者, 第一線治療以下列哪一種方式, 可以得到較佳之無惡化存活時間?
- (A) 化學治療
 - (B) 標靶藥物 Crizotinib
 - (C) 放射治療
 - (D) 標靶藥物 Gefitinib

測驗回函

會員編號：_____ 姓名：_____

1		2		3		4	
5		6		7			

- 作答完畢後請以傳真 /Scan/E-mail 方式回覆至學會秘書處且務必電話確認收件，以免損失權益。

★學會秘書處

電話：(02)2314-4089 傳真：(02)2314-1289

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

2014 國際會議論文發表

ATS

臺大醫院 李麗娜 (Li-Na Lee) 醫師：

-PXR modulates hepatotoxicity during anti-tuberculosis treatment: Sex matters.

臺大醫院 李佩玲 (Peilin Lee) 醫師：

-Metabolites Involved In Biologic Pathways Associated With Obstructive Sleep Apnea.

臺大醫院 王馨儀 (Hsin-Yi Wang) 醫師：

-Improved survival of idiopathic pulmonary arterial hypertension after initiation of Bosentan therapy from 2003 in a tertiary medical center in Taiwan.

臺大醫院 胡釋文 (Shih-Wen Hu) 醫師：

-Corrected Minute Ventilation and Mortality of Acute Respiratory Distress Syndrome: A Preliminary Report.

臺大醫院 林書永 (Shu-Yung Lin) 醫師：

-Increased Plasma Interleukin-15 Associated with Poor Survival in Severe Sepsis or Septic Shock.

羅東博愛醫院 陳光裕 (Kuangyu Chen) 醫師：

-Sensitivity And Specificity For Chronic Rhinosinusitis Diagnosed By Sinus Routine Radiography On Aged Patients.

市立聯合醫院仁愛院區 王喬弘 (Chiao-Hung Wang) 醫師：

-Sequential Expression Of Lung Adenocarcinoma And Small Cell Carcinoma After Tyrosine Kinase Inhibitor Used.

三軍總醫院 黃坤崙 (Kun-Lun Huang) 醫師：

-SPAK Regulates NKCC1-Associated Alveolar Fluid Clearance.

嘉義基督教醫院 陳煒 (Wei Chen) 醫師：

-Prehospital Aspirin Use Is Associated With Reduced Risk Of Acute Lung Injury In Critically Ill Patients: A Propensity-Adjusted Analysis.

成大醫院 歐芷瑩 (Chih-Ying Ou) 醫師：

-Genetic Variants Of Surfactant Protein D Predict Disease Outcomes Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease In A Chinese Population.

高雄長庚紀念醫院 方文豐 (Wen-Feng Fang) 醫師：

-Application of biomarkers and stimulated immune response to predict outcome of patients with severe sepsis.

-Involvement of Histone deacetylases (HDACs) in endotoxin-induced acute lung injury: an in vitro study.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 陳家閔 (Chia-Min Chen) 醫師：

-Increased Risk Of Erectile Dysfunction In Patients Of Sleep Apnea In Taiwan - A Nationwide Population-Based Study.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 蔡明儒 (Ming-Ju Tsai) 醫師：
-Lower Cancer Incidence In Patients Of Sleep Apnea - A Nationwide Population-Based Study.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 吳寬澧 (Kuan-Li Wu) 醫師：
-Metastatic Sites As Prognostic Factors In Stage IV Lung Adenocarcinoma Patients Receiving First-Line Gefitinib.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 蔡忠榮 (Jong-Rung Tsai) 醫師：
-Selective Cyclooxygenase 2 blockade can reduce the risk of lung cancer : Taiwan epidemiologic study.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 潘奕宏 (Yi-Hung Pan) 醫師：
-Association Between Sleep Apnea And Osteoporosis - A Nationwide Population-Based Study.

ERS

台北市立聯合醫院和平院區 朱曦 (Hsi Chu) 醫師：
-Risk of tuberculosis among healthcare workers in an intermediate-burden country: a nationwide population study.

桃園長庚紀念醫院 李立夫 (Li-Fu Li) 醫師：
-Src regulates ventilation-induced epithelial-mesenchymal transition and epithelial apoptosis.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 黃虹綾 (Hung-Ling Huang) 醫師：
- Primary pulmonary sarcomatoid carcinoma: A case series.
- Sleep apnea and risk of osteoporosis – A nationwide population-based study.

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 李岱晃 (Tai-Huang Lee) 醫師：
- Association between sleep apnea and tuberculosis – A nationwide population-based study.

APSR

台北榮總胸腔部 蘇一峰 (Vincent Yi-Fong Su) 醫師：
-Inhibition of Cigarette Smoke-Induced Airway Epithelial Mesenchymal Transition: Long-Acting Muscarinic Receptor Antagonist or Dexamethasone ?
-Induced Pluripotent Stem Cells Reduces Neutrophils Chemotaxis via Activating GRK2 in Endotoxin-induced Acute Lung Injury.

台中慈濟醫院 黃軒 (Hean Ooi) 醫師：
-Heart rate variability as a tool to assess the severity of community- acquired pneumonia in hospitalized patients: preliminary results.

彰化秀傳紀念醫院 林昌生 (Chang-Sheng Lin) 醫師：
-Silicosis Complicating Systemic Scleroderma with Pulmonary Interstitial Fibrosis and Pleural Effusions.
-The Prognosis of Patients with Cancer Admitted to the Medical Intensive Care Unit.

104 年 3 月 14 日重症醫學委員會



104 年 3 月 18 日肺癌委員會



104 年 4 月 3 日至 4 日 Excellence in the management of severe asthma symposium



104 年 4 月 3 日至 4 日 Excellence in the management of severe asthma symposium



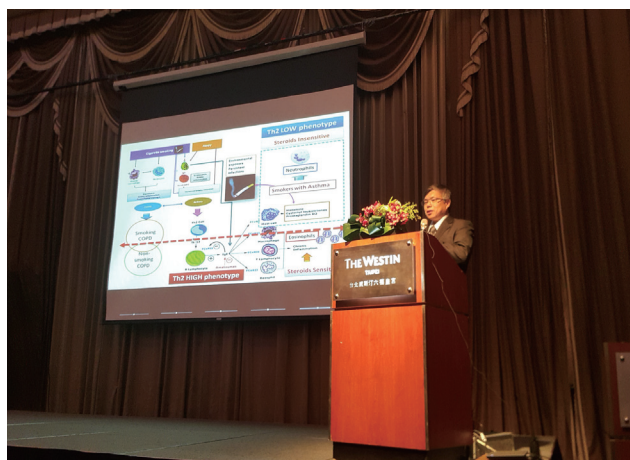
104 年 4 月 17 日景福館胸部影像判讀討論會



104 年 4 月 26 日阻塞性呼吸道研討會 (春季會)



104 年 4 月 26 日阻塞性呼吸道研討會 (春季會)



104 年 4 月 26 日阻塞性呼吸道研討會 (春季會)

