



會訊

第 33 期
2020.10

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

會務活動

吐納園地

會訊委刊廣告贊助回函

資深理事的勉勵

學術專欄

活動集錦

主編的話

通訊繼續教育

2020胸童年會投稿論文辦法

通訊地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號 B1 台灣胸腔暨重症加護醫學會

電話：(07) 735-3917

會 址：10045 台北市中正區重慶南路一段 57 號 6 樓之 3

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 林孟志
理事 王鶴健 余忠仁 李岡遠 林慶雄 施金元 夏德椿 張基晟
曹昌堯 陳育民 彭殿王 黃坤崙 黃明賢 楊政達 楊泮池
蔡熒煌 鍾飲文
常務監事 林恒毅
監事 徐武輝 陳晉興 薛尊仁 蘇維鈞
秘書長 王金洲
副秘書長 蘇健 胡漢忠 林聖皓 涂智彥 張晃智 魏裕峰 林智斌

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 109 年 10 月第 33 期

發行人 Publisher	林孟志 Meng-Chih Lin
主編 Editor-in-Chief	夏德椿 Te-Chun Hsia
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 陳淳宏 Ning-Hung Chen 陳鴻仁 Hung-Jen Chen 彭忠衍 Chung-Kan Peng 黃坤崙 Kun-Lun Huang
執行編輯 Executive Editors	李琳 David Lin Lee 林文仁 Wen-Jen Lin 洪緯欣 Wei-Hsin Hung 許健威 Chien-Wei Hsug 陳秋帆 Chiu-Fan Chen 黃明賢 Ming-Shyan Huang
執行秘書 Executive Secretary	涂智彥 Chih-Yen Tu
編輯顧問 Editorial Consultant	鍾飲文 Inn-Wen Chong

學會秘書處

通訊地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號 B1 台灣胸腔暨重症加護醫學會

電話：(07) 735-3917

會址：10045 台北市中正區重慶南路一段 57 號 6 樓之 3

電話：(02) 2314-4089

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 5399 E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

印刷公司：天生行印刷有限公司

地址：台北市博愛路 52 號 電話：(02) 2361-5281

※ 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
資深理事的勉勵.....	4
主編的話.....	5
會務活動	
會員動態.....	7
活動訊息.....	8
會議記錄	
第十七屆第十二次理、監事聯席會會議記錄.....	9
間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議記錄.....	32
中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會會議記錄.....	34
國際學術交流工作小組會議記錄.....	40
學術委員會會議記錄.....	41
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 51 y/o female presented with intermittent fever for one month	
提供：高雄榮民總醫院 胸腔內科 許健威醫師.....	43
醫學新知	
■ Prevalence, Characteristics, and Prognosis of Early Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Copenhagen General Population Study	
早期慢性阻塞性肺病之盛行率，特徵，預後：哥本哈根一般族群研究	
編譯：林文仁醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科.....	44
■ Hospitalizations and Deaths Associated with EVALI	
電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 相關之住院與死亡	
編譯：洪緯欣醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科.....	47
■ Long-term safety and tolerability of nintedanib in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: results from the open-label extension study, INPULSIS-ON	
Nintedanib 在特發性肺纖維化的長期安全性與可耐受性：INPULSIS-ON 的開放式延長研究結果	
編譯：陳秋帆醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科.....	49
通訊繼續教育.....	53
吐納園地	
從 SARS 到 COVID-19	
作者：李琳醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科.....	60
活動集錦.....	63
2020 胸重年會投稿論文辦法.....	66
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	71



大家好，全世界的新冠肺炎疫情依然沒有得到緩解，台灣由於防疫得當是少數可以自由集會及國內旅遊的國家。學會在上半年的學術活動因疫情的關係減少許多，但是從七月起至今有所謂「報復性會議」，每週末甚至週間均看到會員們踴躍參與不同會議，看得出大家對新知追求的熱情。在九月十九日學會舉辦了第二屆「919 健走趣活動」，地點在高雄衛武營國家藝術文化中心的榕樹廣場公園。這是繼去年首次在台北大安森林公園舉辦後與民眾接觸的大型肺部健康衛教活動，共有超過三百位民眾共同參與這個盛會，會中除了推廣肺纖維化的知識及回答相關肺健康問題外也向民眾傳遞了維護肺健康的訊息，並提升了民眾對胸重學會的認識。今年也首次與 APSR 合作推廣「世界肺健康日」。學會近 3 年在公共事務工作小組主席邱國欽副院長及所有委員的合作努力下舉辦了許多公眾活動，藉此提升學會在社會的能見度。

支氣管鏡檢查是胸腔科專科醫師擁有少數介入的檢查項目之一，常用來作為胸腔肺部疾病的診斷和治療，學會的介入性支氣管內視鏡委員會在今年年中調查了各醫院執行支氣管鏡術的情形，除了解各醫學中心之間軟硬體的差異也注意到國內至今對支氣管鏡的清洗消毒的規範尚無一定的標準可以依循。因此計劃明年由學會舉辦醫院支氣管鏡技術員消毒清洗的認證的教育課程，另進一步訂定大家認同的作業標準，也希望能夠促進各醫院支氣管鏡室技術員的交流及認識，並提升支氣管內視鏡的清洗品質。

醫策會在這兩年對不同疾病照護品質認證非常用心推廣，本學會相關的 COPD 及 Asthma 疾病品質照護認證也是其中的兩項，到目前為止已有部分醫院胸腔內科接受了醫策會的評鑑，呼吸道疾病委員會每年均對這兩種阻塞性氣管疾病更新 guideline，在此也呼籲所有會員能即時 update 此兩類肺疾病在醫院的照護品質，有機會亦鼓勵參加疾病品質認證不僅可以好好檢視自己科內照護此類疾病品質的流程，更可以因此得到醫院評鑑的加分。

十二月份的年會將在台北台大國際會議中心舉行，三年一次的理監事改選也即將進行，由於年中的夏季會因疫情關係而無法舉行實體會議，也期待屆時疫情和緩我們能順利舉辦，希望所有會員能踴躍參與，敬祝各位在這段時間順利平安。

理事長

林孟志

黃明賢教授 / 醫師
義大癌治療醫院副院長
義大醫院內科教授



時間真的過的很快。一轉眼我從高醫大退休已經三年了。回想起來我進入胸腔醫學領域已將近四十年之久，感謝一路上教導我的老師們及前輩們，我到現在都懷著感恩的心，感謝他們。我從住院醫師開始就對胸腔影像學及細胞學充滿了興趣，所以就選擇了胸腔內科。我到日本學習肺癌診斷治療及老年醫學共七年，再到美國 Mayo Clinic 進修肺癌臨床病理，然後回到高醫母校服務。

醫學之進步是很迅速，從診斷技術到治療每年都在跳躍式的進步。我雖然已退休但仍然要跟各位年青醫師們同樣學習再學習。我常向胸腔科的同好們鼓勵要多讀文獻多看病人，從服務照顧病人中學習，病人我們主要服務學習的對象。學問不進則退，活到老學到老，這句話說的沒錯。

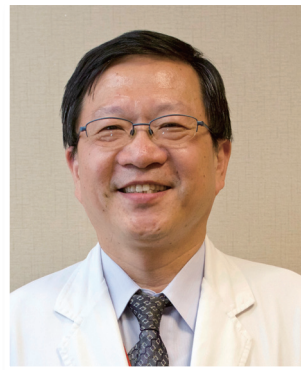
胸腔醫學可以包括了很多元的專門領域，每一個領域都各有其特色，只要你有興趣就可以進入投入學習研究去治療服務病患，我們臨床醫師是以醫治病患為天職。要學習謙卑再謙卑，相互尊重，互相幫忙，畢竟我們人生是短暫的，我們不能獨行我們要共同努力互相勉勵。

最重要的是自己的身心健康，多為自己想一想，要找時間休閒、運動、照顧你（妳）們家人，家人才是我們最大的支柱及後盾。

俗話說得好“長江後浪推前浪”，但是不要忘記你的前輩曾經幫助過你。

理事 **黃明賢**

秋風蕭瑟，洪波湧起。今年是個多事之秋。大家除了忙於照顧病人之外，還有紛紛擾擾的肺炎問題。尤其是胸腔暨重症專科醫師，除了要直接面對病人，也常常要擬定一些防疫相關措施，辛苦增加但也未必受到適當的補償。但大家仍很努力的在自己的工作崗位上發光發熱。尤其看到黃明賢教授勉勵大家的話更讓我們敬佩，老前輩的學習再學習，服務再精進值得大家效法。黃教授也提醒大家身心健康十分重要，在工作繁忙之餘也要適當的休閒運動，照顧家人。



本期胸腔重症案例，高雄榮民總醫院許建威醫師提供了一例肺部 X 光急速惡化以及合併急性腎損傷的女性病患診療過程，在重症加護單位，我們常常看到這類的病人，但鑒別診斷卻考驗著我們的思考模式，還有病人是否能夠存活下來，值得大家仔細推敲。

早期慢性阻塞性肺病盛行率以及特徵，近年來由於診察與治療的進步越來越受重視。林文仁醫師選自 AJRCCM 刊登在本年三月的一篇文章，旨在探討 50 歲以下，抽煙數大於 10 pack-years 的丹麥民眾，發現有 15% 符合早期慢性阻塞性肺病的診斷標準。本研究是一篇探討早期慢性阻塞性肺病的文章，認為抽煙還是最重要的危險因子，但是其他在早期發育階段時的危險因子研究仍需探討。

電子菸近幾年在年輕族群十分盛行，事實上它的危害並不亞於傳統的紙捲菸。美國疾病管制預防中心截至本年初已經報告 60 位死亡病例。洪緯欣醫師提供了一篇刊載於 NEJM 探討電子菸或霧產品相關肺損傷造成住院和死亡的研究報告。台灣年輕族群這幾年對於電子菸的喜好日有所增，這篇文章提醒大家也必須要關注電子菸造成的相關疾病。

特發性肺纖維化，這幾年由於新藥的上市，越來越有越多的病人將會接受治療，但是這些藥物長期使用的安全性和耐受性值得觀察。陳秋帆醫師摘自 Lancet Respir Med 2019 年的一篇探討使用 Nintedanib 以後的長期治療效果和安全性文章。截至目前為止單就 Nintedanib 用於特發性肺纖維化而言，這研究的規模最大，時間最長。初步看來長期使用 Nintedanib 有可控制的安全性和耐受性，而且沒有新的安全警訊。雖然本研究仍有許多的 bias。但以結論而言特發性肺纖維化的患者，目前的確可以長時間使用 Nintedanib 來減慢疾病發展的速度。

本期能夠出刊十分感謝高雄榮民總醫院李琳主任全力相挺。他自己更在吐納園地發表了他對 SARS 到 COVID-19 的看法。從歷史的角度談到預防勝於治療，也提供了病毒性肺炎的治療原則，還有對於新冠肺炎的未來方針，更提醒大家對於病毒性肺炎的戰爭將反覆出現，除了疫苗的研究，傳統的公共防疫制度的貫徹實施更是重要。再次感謝李主任。

秋天是收的季節，希望會員都有滿滿的收穫。敬祝大家中秋快樂平安！

主編

A stylized handwritten signature in black ink, which appears to be '黃明賢' (Huang Mingxian).

會員動態



恭賀

(本會理事) 李岡遠教授 榮升 部立雙和醫院 研究副院長



敬告各位會員們：

若您自身有任何訊息(升遷、調動)，希望由本會公告轉知所有會員時，敬請直接 E-mail 至 chest_medicine@yahoo.com.tw，本會將刊登於「會員動態」中，謝謝您～

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
南區胸腔病例討論會	109年10月14日 (星期三)	高雄長庚紀念醫學大樓六樓第二會議室
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	109年10月18日 (星期日)	嘉義基督教醫院 B 棟 9 樓禮拜堂
Post-ERS symposium (三地連線)	109年10月24日 (星期六)	北區：台北喜來登 2F 瑞穗園 中區：台中永豐棧本館 3F 劍橋廳 南區：高雄福華大飯店 7F 金鳳 I 廳
肺動脈高壓治療學術研討會	109年10月24日 (星期六)	台北張榮發基金會 1007 會議室
2020 年支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程	109年11月29日 (星期日)	新北市立土城醫院委託長庚醫療財團法人經營 -- 醫療棟二樓國際會議廳及簡報室
2020 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨第 18 屆第 1 次會員大會	109年12月12~13日 (星期六、日)	台大國際會議中心

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

台灣胸腔暨重症加護醫學會

第十七屆第十二次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 109 年 09 月 05 日 (六) 16:00

墾丁凱撒大飯店 - 里約廳 2F (屏東縣恆春鎮墾丁路 6 號)

會議主席：林孟志理事長

會議記錄：劉軒吟

出席人員：理事 17 位、監事 5 位。(依姓名筆畫)

出席理事：理事長林孟志、理事王鶴健、理事余忠仁、理事李岡遠、理事林慶雄、理事夏德椿、
理事施金元、理事曹昌堯、理事彭殿王、理事楊政達、理事楊泮池

出席監事：常務監事林恒毅、監事陳晉興、監事薛尊仁、監事蘇維鈞

列席人員：秘書長王金洲、副秘書長張晃智、副秘書長胡漢忠、副秘書長蘇健、副秘書長魏裕峰、
副秘書長林聖皓、秘書施詠瑩、秘書張家榕、秘書盧筱婷、秘書余智惠、秘書劉軒吟

請假人員：理事張基晟、理事陳育民、理事黃坤崙、理事蔡熒煌、理事鍾飲文、理事黃明賢、
監事徐武輝、副秘書長涂智彥、副秘書長林智斌

壹、報告事項：

一、理事長林孟志報告。

二、常務監事林恒毅報告。

三、秘書長王金洲報告上次 109 年 06 月 20 日會議決議事項及執行情形：

(一) 2020 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會 (線上會議) 已於 06 月 20 日 (六) 至 06 月 21 日 (日) 圓滿結束，線上與會人數共 1,298 人。

(二) 2020 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨第 18 屆第一次會員大會，12 月 12 日 (六) 至 12 月 13 日 (日) 台大醫院國際會議中心 1~4 樓會議室舉行。

● 議程 (草稿) (附件一)。

● 2020 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會，邀請台灣胸腔外科醫學會及台灣胸腔及心臟血管外科醫學會協辦。

● 晚宴 (1919 藝文中心) - 頒獎：優秀學術論文 (Oral Presentation、Poster)、Young Investigator Award、Junior Research Award、胸腔醫學雜誌優秀論文獎。

● 第 18 屆第一次會員大會 12 月 12 日 (六) 13:30-14:30 於台大國際會議中心 1 樓 101 會議室舉行。

● 依「人民團體選舉罷免辦法」辦理第 18 屆理事、監事選舉 (附件二)。

(三) 衛生福利部於 109 年 07 月 13 日召開研商「內科次專科醫師審認制度規畫事宜」會議 (附件三)。

四、109 年度胸腔暨重症醫學專科醫師考試，109 年 09 月 20 日 (日) 於內湖三軍總醫院醫療大樓 1 樓門診區。報名人數胸腔內科 31 名、胸腔外科 4 名。

五、本季健保署來函：

- (一) 109年06月15日「未明確規範『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』診療項目『睡眠多項生理檢查(17008B)』，請貴會協助提供專業意見於文到後一個月內回復，請查照惠復。
- (二) 109年06月29日「為提升『全民健康保險醫療品質資訊公開網』指標衛教說明內容口語化及民眾易讀性，請貴會協助就本屬委託外部單位編修之口語化指標說明內容，提供增修意見，並請於08月15日前回復，請查照惠復。
- (三) 109年07月17日「請貴會協助就本署所提之全民健保新增給付『“柯惠”巴瑞克斯射頻消融病灶導管』等3項特材案，審議是否須研提審查注意事項增修訂條文建議案，於文到1個月惠示意見，請查照惠復。
- (四) 109年08月11日「有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之執行人員資格認定方式，請貴會協助於文到後一個月內提供專業意見，請查照。」
- (五) 109年08月14日「檢送本署109年07月23日召開之109年07月份特殊材料專家諮詢會議」會議紀錄一份，請查照。

六、各委員會以及任務工作小組會議：

- (一) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會
 - 109年重症醫學專科醫師聯合甄審
 - A. 筆試：109年11月14日(六)14:00～16:00，台大醫學院501講堂。
 - B. 口試：暫定於109年12月19日(六)下午，台大醫院三西內科門診區診間，由台灣外科醫學會承辦。
- (二) 健保及醫療政策工作小組
- (三) 教育與出版委員會(附件四)
- (四) 公共事務工作小組
 - 2020肺阻塞衛教合作規劃中
- (五) 「胸腔醫學」雜誌編輯委員會(附件五)
- (六) 國際學術交流工作小組
 - 國際醫學學術會議補助方式，新增線上會議補助。
- (七) 學術委員會
 - 年會議程初稿。
 - 年會投稿方式。
- (八) 呼吸道疾病委員會
 - 109年08月31日前，COPD認證課程參與人數。(附件六)
 - 109年08月31日前，氣喘改善方案繼續教育課程參與人數。(附件六)
 - 109年08月29日，於台北W Hotel、台中日月千禧、高雄漢來大飯店辦理台灣心胸共病專家共識KICK-OFF研討會(三地連線)。
 - 109年09月26日，於台北喜來登、台中福華大飯店、高雄漢來大飯店辦理Bronchiectasis Forum(三地連線)。
 - 109年10月24日，於台北喜來登、台中永豐棧、高雄福華大飯店辦理Post-ERS

symposium (三地連線)。

- Severe Asthma Casebook 已完成並公告於學會官網，將於年會時發放紙本手冊。
- 氣喘指引補充版已完成並公告於學會官網，將於年會時發放紙本手冊。
- 2020 台灣心胸共病專家共識手冊已完成並公告於學會官網。
- 氣喘改善方案繼續教育課程核心教材編修中。

(九) 肺結核病及感染委員會

- 由「非結核分枝桿菌肺部疾病工作小組」合力撰寫的「Consensus Statement of Nontuberculous Mycobacterial Lung Disease in Taiwan」專刊於 06 月發表在 Journal of the Formosan Medical Association。

(十) 肺血管及肺高壓委員會

(十一) 呼吸治療委員會

(十二) 間質性肺病及罕見疾病委員會

(十三) 重症醫學委員會

(十四) 介入性支氣管內視鏡委員會

- 109 年 11 月 29 日規劃辦理「支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程」。

(十五) 睡眠醫學委員會

(十六) 肺腫瘤委員會

(十七) 肺部環境及職業醫學委員會

(十八) 外科委員會

貳、討論事項：

一、提請討論修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會章程」第五章「會議」第二十條、二十二條。

說明：台灣胸腔暨重症加護醫學會由人民團體變更為社團法人進度報告。

法院申請結果如下：

- (一) 修訂台灣胸腔暨重症加護醫學會章程
- (二) 補上遷址一事，於第 17 屆第 2 次理、監事會議記錄。
- (三) 台灣胸腔暨重症加護醫學會章程需於第 18 屆第一次會員大會逐條報告。
- (四) 通過須至合作金庫修改戶名「社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會」。

	修改前	修改後
新增		本章程經五十八年十二月三日，內政部台內社字第 343339 號函同意備查。
第五章 第二十條	本會會員大會分為定期及臨時兩種會議，均由理事會召集之，並報主管機關核准後舉行。前項定期會議每年召開一次，臨時會議由理事會認為必要或監事會之函請或經會員三分之一以上之請求時召集之。	本會會員大會分為定期及臨時兩種會議，均由理事會召集之，並報主管機關核准後舉行。前項定期會議每年召開一次，臨時會議由理事會認為必要或監事會之函請或經會員三分之一以上之請求時召集之。 本會辦理法人登記後，臨時會議經會員代表十分之一以上之請求召開之。

<p>第廿二條</p>	<p>會員大會之決議，應有會員過半數之出席，以出席會員過半數之同意行之。唯修改章程及財產處分，須經會員半數或以上之出席，出席人數三分之二以上之同意決定之。</p>	<p>會員大會之決議，應有會員過半數之出席，以出席會員過半數之同意行之。唯修改章程及財產處分，須經會員半數或以上之出席，出席人數三分之二以上之同意決定之。</p> <p>本會辦理法人登記後，章程之變更以出席人數四分之三以上之同意或全體會員代表三分之二以上書面之同意行之。</p> <p>本會之解散，得隨時以全體會員代表三分之二以上之可決解散之。</p>
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 結論：通過，將於第 18 屆第一次會員大會報告。

二、提請討論修訂台灣胸腔暨重症加護醫學會第 18 屆理事、監事投票時間。

說明：相關辦法如附件二，細節如下

- (一) 投票日期：109 年 12 月 12 日 (六)
- (二) 投票地點：台大醫院國際會議中心 4 樓 402 會議室辦理
- (三) 投票時間：

- 原訂：自 14:30 至 17:00 截止，逾時不受理。

- 修訂：自 10:00 至 16:00 截止，逾時不受理。

※ 結論：通過，正式修改投票時間於 109 年 12 月 12 日 (六) 自 10:00 至 16:00 截止。

三、提請討論修改「台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計畫綱要」第肆大章本學會之專科指導醫師第二點。

說明：修改內容如下。

	修改前	修改後
<p>第二點</p>	<p>擬擔任專科指導醫師者，須先向本學會提出其資歷之證明文件，每年接受申請 2 次，於每年 1 月及 7 月底提出申請，經審查合格承認其資格後，始能擔任指導工作。</p>	<p>擬擔任專科指導醫師者，須先向本學會提出申請並檢附其資歷之證明文件，每年接受申請 2 次，於每年 1 月及 7 月底提出申請，經審查合格承認其資格後，始能擔任指導工作。</p>

※ 結論：通過。

四、審核「申請榮譽會員」申請案，共 4 位。

說明：

- (一) 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。
- (二) 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	單位
楊 O 彥	232	民國 75 年	68	高雄鍾愛一身診所
曾 O 誠	421	民國 80 年	65	高雄佑誠診所
麥 O 雲	280	民國 75 年	65	新北仁安醫院
李 O 明	79	民國 71 年	70	天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院

※ 結論：通過。

五、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 3 位。

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

- (一) 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。
- (二) 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。
- (三) 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	聯委重專取得日	服務單位	備註：其它資格文件 / 胸腔醫學雜誌原著論文 / Respirology 原著論文
1	一般會員	廖 O 志	1274	1098	助理教授	民國 99 年 12 月 11 日	2017	民國 106 年 12 月 1 日	中國附設	Use of Radial Probe Endobronchial Ultrasound (EBUS) in Diagnosing Atypical Pulmonary Infection / 胸腔醫學雜誌 correspoent 發表
2	一般會員	吳 O 儒	1406	1229	NA	民國 102 年 12 月 7 日	2772	民國 105 年 12 月 18 日	中國附設	Use of Radial Probe Endobronchial Ultrasound (EBUS) in Diagnosing Atypical Pulmonary Infection / 胸腔醫學雜誌原著論文
3	一般會員	溫 O 峯	1302	1126	NA	民國 100 年 12 月 10 日	2136	民國 101 年 12 月 10 日	台大新竹	Experience with Medical Thoracoscopy at a Single institution / Address reprint requests to: Dr. Yueh-Feng Wen / 胸腔醫學雜誌 Correspoent 發表

※ 結論：通過。

六、審查「109 年度胸腔暨重症醫學專科醫師訓練報備暨準會員入會」申請案，共 38 位提出申請。

說明：相關規定如下

- (一) 依專科訓練及考試章程規定受訓基本條件：取得中華民國醫師執照，完成 3 年(36 個月)內科或外科專科醫師訓練之醫師。
- (二) 在本會審定合格之『胸腔內科暨重症專科、胸腔外科暨重症專科醫師訓練醫院』接受 2 年以上之胸腔暨重症醫學專業訓練，訓練年資計算至參加該年度專科醫師考試的 10 月 31 日截止，並在報考胸腔暨重症專科考試時須持有台灣內科醫學會或台灣外科醫學會審定合格之專科醫師證書；受訓醫師若無法在同一訓練單位接受連續 2 年以上之專科醫師訓練，訓練期間必須在 3 年內完成。而分段接受專科醫師訓練者，必須在同一訓練單位接受連續 9 個月以上之訓練，各分段訓練期間不得間隔 1 年以上，受訓醫師若更動訓

練單位須向學會核備(提交新服務單位在職證明正本與變更後的醫師執業執照正反面影本送交理監事聯席會議審查)。代訓醫師須檢附訓練醫院出具之胸腔專科醫師訓練資歷公文(即代訓醫院回覆送訓醫院之同意代訓公文影本)。

- (三) 師資：胸腔內科暨重症醫學專科醫師訓練至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 3 人、及胸腔外科暨重症指導醫師 1 人。
- (四) 師資：胸腔外科暨重症醫學專科醫師訓練至少應有本學會認可之胸腔內科暨重症指導醫師 2 人、胸腔外科暨重症指導醫師 2 人。
- (五) 每 2 名專科指導醫師，每年可訓練 1 名訓練醫院。每 2 名專科指導醫師訓練 1 名專科醫師準會員，如該院之指導醫師為單數等，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到指導醫師之總數(如，該院有 5 名指導醫師，若前 1 年訓練 2 名專科醫師準會員，則第 2 年可接受 3 名專科醫師準會員受訓)。
- (六) 若當年度報備訓練醫師人數未超過訓練容額，當年度訓練容額無法繼續累計至隔年度。

會號	姓名	學歷	科別	訓練單位／起始日期 (一般內科 3 年、 一般外科 4 年)	醫師證書 / 執登
109001	鄭 O	長庚醫學系	胸腔暨心臟 血管外科	林口長庚 /106 年 09 月 -109 年 8 月(一般外科 4 年)	醫字第 055263 號 / 桃衛醫執字第 Q223725088 號
109002	周 O 立	長庚醫學系	胸腔暨心臟 血管外科	林口長庚 /106 年 09 月 -109 年 8 月(一般外科 4 年)	醫字第 056441 號 / 桃衛醫執字第 A226200736 號
109003	呂 O 佑	中國醫學系	胸腔內科	彰化基督教醫院 /106 年 10 月 -109 年 6 月 (一般內科 3 年)	醫字第 056376 號 / 彰衛醫執字第 F127622015 號
109004	王 O 璇	長庚醫學系	胸腔內科	花蓮慈濟醫院 / 106 年 7 月 -109 年 6 月 (一般內科 3 年)	醫字第 055386 號 / 花縣衛醫執字第 A228828581 號
109005	王 O 銓	慈濟醫學系	胸腔內科	花蓮慈濟醫院 / 106 年 8 月 -109 年 8 月 (一般內科 3 年)	醫字第 055363 號 / 花縣衛醫執字第 F127811843 號
109006	廖 O 雅	中國醫學系	胸腔內科	台中榮總 /106 年 10 月 -109 年 8 月(一般內科 3 年)	醫字第 054816 號 8 中市衛醫執字第 P223588744 號
109007	麥 O 嘉	西里西亞醫學 大學卡托維茲 校區醫學院	胸腔內科	義大醫院 /106 年 11 月 -109 年 6 月(一般內科 3 年)	醫字第 055978 號 / 高 市衛醫(燕)執字第 E122999332 號
109008	歐 O 凡	陽明醫學系	胸腔內科	台中榮總 /106 年 9 月 -109 年 8 月(一般內科 3 年)	醫字第 055256 號 / 中市衛醫執字第 P123674234 號

會號	姓名	學歷	科別	訓練單位／起始日期 (一般內科3年、 一般外科4年)	醫師證書／執登
109009	楊○斌	國防醫學系	胸腔內科	台北市立聯合醫院仁愛院區 /106年9月-109年6月 (一般內科3年)	醫字第054476號 /北市衛醫執字第 A132204113號
109010	吳○豪	高醫醫學系	胸腔內科	成大醫院/106年8月-109 年7月(一般內科3年)	醫字第054875號 /南市衛醫執字第 D122370112號
109011	林○瀚	中山醫學系	胸腔內科	奇美醫院/106年9月-109 年7月(一般內科3年)	醫字第053903號 /南市衛醫執字 D122004346號
109012	沈○昇	國防醫學系	胸腔內科	三軍總醫院/105年8月-109 年7月(一般內科3年)	醫字第047880號 /中市衛醫執第 Q123315035號
109013	林○弘	中山醫學系	胸腔外科	台北馬偕醫院/105年1 月-108年6月 (一般外科4年)	醫字第052503號/新 北府重衛醫執字第 10908070381號
109014	謝○霖	波滋南醫學大 學	胸腔外科	台北馬偕醫院/105年1 月-109年11月 (一般外科4年)	醫字第053376號/ 北市衛醫師執字第 B121880868號
109015	張○睿	長庚醫學系	胸腔內科	林口長庚醫院/106年12 月-109年7月 (一般內科3年)	醫字第056311號 /桃衛醫執字第 A126518348號
109016	李○庭	波滋南醫學大 學	胸腔暨重症 科	林口長庚醫院/106年12 月-109年7月 (一般內科3年)	醫字第055268號 /桃衛醫執字第 A124978051號
109017	張○心	長庚醫學系	胸腔內科	林口長庚醫院/106年12 月-109年7月 (一般內科3年)	醫字第056265號 /桃衛醫執字第 P223076516號
109018	陳○萱	中山醫學大學	胸腔內科	臺大醫院/106年8月-109 年7月(一般內科3年)	醫字第055971號 /北市衛醫執字第 T223890270號
109019	吳○豪	臺大醫院	胸腔內科	臺大醫院/106年8月-109 年7月(一般內科3年)	醫字第055417號 /北市衛醫執字第 B122885330號
109020	謝○融	高雄醫學大學	胸腔內科	臺大醫院/106年8月-109 年7月(一般內科3年)	醫字第054886號 /北市衛醫執字第 T223579632號

會號	姓名	學歷	科別	訓練單位／起始日期 (一般內科3年、 一般外科4年)	醫師證書／執登
109021	林○傑	臺大醫院	胸腔內科	臺大醫院/106年8月-109年7月(一般內科3年)	醫字第054570號 /北市衛醫執字第V121197883號
109022	連○勳	台北醫學大學	胸腔外科	臺大醫院/106年9月-109年9月(一般外科4年)	醫字第053940號 /北市衛醫執字第A125497975號
109023	楊○熹	國防醫學院	胸腔外科	三軍總醫院/105年8月-108年7月(一般外科4年)	醫字第052918號 /北市衛醫執字第L1239802041號
109024	蔡○芸	波蘭卡托維治西里西亞醫學院	胸腔外科	中山附醫/105年8月-109年9月(一般外科4年)	醫字第055520號 /中市衛醫執字第M222118326號
109025	吳○臻	國防醫學院	胸腔外科	三軍總醫院/106年8月-109年8月(一般外科4年)	醫字第051066號 /北市衛醫執字第K221972576號
109026	陳○恩	高雄醫學大學	胸腔內科	台北市萬芳醫院/106年12月-109年5月 (一般內科3年)	醫字第056025號 /北市衛醫執字第W200393370號
109027	林○穎	中國醫學大學	胸腔內科	中國醫學大學附設醫院/105年11月-109年10月 (一般外科4年)	醫字第054605號 /中市衛醫執字第B222684773號
109028	林○甫	成大醫學系	胸腔內科	成大醫院/106年8月-109年7月(一般內科3年)	醫字第053879號 /南市衛醫執字第D122289287號
109029	馬○陽	高雄醫學大學	胸腔內科	高雄醫學大學附設中和醫院/106年8月-109年7月 (一般內科3年)	醫字第055342號 /高市衛醫執字第S124125126號
109030	陳○豪	台北醫學大學醫學系	胸腔內科	基隆長庚醫院/106年9月-109年8月 (一般內科3年)	醫字第053981號 /基衛醫執字第H123962225號
109031	沈○津	高雄醫學大學	胸腔部	台北榮總/106年9月-109年8月(一般內科3年)	醫字第054108號 /北市衛醫執字第A126068370號
109032	杞○業	國立陽明大學	胸腔部	台北榮總/106年9月-109年8月(一般內科3年)	醫字第054153號 /北市衛醫執字第A126972360號

會號	姓名	學歷	科別	訓練單位／起始日期 (一般內科3年、 一般外科4年)	醫師證書／執登
109033	鄭 O 信	國立陽明大學	胸腔部	台北榮總 /106 年 9 月 -109 年 8 月 (一般內科 3 年)	醫字第 053405 號 / 北市衛醫執字第 H124044397 號
109034	李 O 慶	輔仁大學	胸腔部	台北榮總 /106 年 9 月 -109 年 8 月 (一般內科 3 年)	醫字第 055816 號 / 北市衛醫執字第 F127754923 號
109035	盧 O 綱	高雄醫學大學 後醫系	胸腔內科	嘉義基督教醫院 /107 年 2 月 -109 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 056285 號 / 嘉市衛醫執字第 T122365678 號
109036	林 O 佑	中國醫學大學	胸腔內科	成大醫院 /106 年 8 月 -109 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 053832 號 / 南市衛醫執字第 I100233057 號
109037	盧 O 文	臺大醫院	胸腔外科	臺大醫院 /106 年 9 月 -109 年 9 月 (一般外科 4 年)	醫字第 054903 號 / 北市衛醫執字第 I10228109 號
109038	許 O 齊	高雄醫學大學	胸腔內科	高雄醫學大學附設中和醫院 /106 年 8 月 -109 年 7 月 (一般內科 3 年)	醫字第 055625 號 / 高市衛醫 (三) 執字第 N125550192 號

※ 結論：由秘書處通知，請盧 O 文、連 O 勳，補齊訓練證明。

七、擬將「胸腔暨重症專科醫師證書」起訖日統一自到期年度 12 月 16 日至六年後 12 月 15 日。

說明：

- (一) 現有胸專證書起日為初始發證之年會第一天，但例年年會時間為 12 月 08 日、09 日、10 日、12 日、14 日不一，致使部分會員之證書於到期年度年會前到期，年會後才取得足夠學分換證。
- (二) 擬自 109 年度起，新發胸專證書之起日維持為初始發證之年會第一天，迄日則為六年後 12 月 15 日，例：109 年 12 月 08 日至 115 年 12 月 15 日。
- (三) 若為換發證書則效期皆由原到期日延長至到期年度之 12 月 15 日，例：
 - 原新證起訖日：109 年 12 月 08 日至 115 年 12 月 07 日。
 - 修訂後起訖日：109 年 12 月 08 日至 115 年 12 月 15 日。
- (四) 104 年 06 月 26 日重症醫學專科醫師聯合甄審委員會議即決議「重症醫學專科醫師證書」為配合證書效期之一致性與接續問題，新證效期及換發證書校期皆統一自 01 月 01 日至六年後 12 月 31 日。

※ 結論：通過。

參、臨時動議：

一、在 COVID-19 疫情影響下，若年會無法如期舉行實體會議，將更改辦理方式。

說明：依下述方式辦理。

(一) 遵循 2020 夏季會辦理模式，採線上會議方式進行。

(二) 第 18 屆理事、監事選舉將兩種方式擇一辦理。

● 以北、中、南、東，實地投票。

● 以線上通訊進行投票(事後擬定)。

※ **結論：**表示同意，將示疫情發展，擇一辦理。

散會

(附件一)

2020 台灣胸腔暨重症加護醫學會年會暨第 18 屆第一次會員大會 (草稿)

2020 Annual Congress of Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

日期：2020 年 12 月 12 至 12 月 13 日 (星期六、日)

地點：台大國際會議中心 (100 台北市中正區徐州路 2 號)

12 月 12 日 (星期六) 議程

Time	101	301	401	202	203
08:00	OPENING				
08:40 09:20	<p>王鶴健教授 Airway Disease Speaker: 鄭世隆 Title: Consensus for diagnosis and treatment of COPD and CHF in Taiwan</p>	<p>陶啟偉教授 ILD Speaker: Prof. Ganesh Raghu Title: Progressive fibrosing interstitial lung diseases: current practice in diagnosis and management (draft)</p>	<p>Introduction 黃伊文教授 TB & Infection Speaker: 李孟歡 醫師 Title: Epidemiology of NTM-LD in Taiwan. Speaker: 樹金忠 醫師 Title: Immunity and Risk Population. Speaker: 馮嘉毅 醫師 Title: Clinical Relevance and Diagnostic Criteria Speaker: 黃偉彰 醫師 Title: Mycobacteriology Speaker: 簡榮彥 醫師 Title: Non-pharmacologic management Speaker: 黃虹綾 醫師 Title: M. kansasii-Lung Disease Speaker: 李欣蓉 醫師 Title: M. abscessus complex-Lung Disease Speaker: 潘聖衛 醫師 Title: M. avium complex-Lung Disease Speaker: 黃培銘 醫師 Title: Surgical Intervention 王振源 醫師 Q & A</p>	<p>APSR Speaker: 施信如, Ph.D PhD. Shih, Shen-Ru Title: Detection of SARS-CoV-2 infection: RT-PCR vs. antigen rapid test vs. serologic antibody test</p>	<p>胸腔外科醫學會 08:40-09:00 Speaker: 王秉彥主任 彰化基督教醫院 Moderator: 莊政諺主任、林孟暉醫師 Title: The adjuvant therapy in lung cancer patients receiving operation-CCH experience 09:00-09:20 Speaker: 陳穎勻醫師 台中榮民總醫院 Moderator: 莊政諺主任、林孟暉醫師 Title: Surgical result of neoadjuvant therapy in non-small cell lung cancer</p>
09:20 10:00	<p>王鶴健教授 Airway Disease Speaker: 李岡遠 Title: Pulmonary rehabilitation in the post-pandemic era</p>	<p>陶啟偉教授 ILD Speaker: 柯信國醫師 台北榮民總醫院 Title: A milestone of the treatment in PF-ILD (draft)</p>	<p>Speaker: 黃虹綾 醫師 Title: M. kansasii-Lung Disease Speaker: 李欣蓉 醫師 Title: M. abscessus complex-Lung Disease Speaker: 潘聖衛 醫師 Title: M. avium complex-Lung Disease Speaker: 黃培銘 醫師 Title: Surgical Intervention 王振源 醫師 Q & A</p>	<p>APSR Speaker: Title: Non-pharmacological management of severe COVID-19 infection in ICU</p>	<p>胸腔外科醫學會 Speaker: Roy Herbst 耶魯大學 Moderator: 周世華院長、陳晉興副院長 Title: Evolving neoadjuvant and adjuvant approaches in early stage resectable NSCLC</p>
10:00 10:30	Coffee break				
10:30 11:10	<p>王鶴健教授 Airway Disease Speaker: 林慶雄 Title: COPD control in Taiwan</p>	<p>涂智彥副教授 介入性支氣管鏡 (Interventional bronchoscopy) Speaker: Phan Tien Nguyen Title: interventional bronchology in COPD treatment</p>	<p>陳淳宏醫師 Sleep Speaker: 李佩玲主任 Title: The way towards precision medicine for obstructive sleep apnea: from phenotype to artificial intelligence</p>	<p>APSR Speaker: Prof. Kuang-Yao Yang, MD, PhD (Department of Chest Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan Title: Pharmacological treatment for COVID-19: what we learn from clinical trial reports?</p>	<p>胸腔外科醫學會 10:30-10:43 Speaker: 林志銘醫師 台北榮民總醫院 Moderator: 許瀚水主任 Title: Surgery for locally advanced NSCLC after target therapy: a single institute experience 10:43-10:56 Speaker: 陳沛興醫師 臺大醫院 Moderator: 陳晉興副院長 Title: Neoadjuvant TKI with Thoracic Surgery as the First-Line Treatment for Stage IV Non-Small Cell Lung Cancer with EGFR mutations 10:56-11:10 Speaker: 陳穎毅醫師 三軍總醫院 Moderator: 方信元副院長 Title: The role of TKIs from the perspective of Thoracic Surgeons: TSGH experience sharing</p>
11:10 11:50	<p>王鶴健教授 Airway Disease Speaker: 詹明澄 Title: Update of severe asthma - systemic assessment and individualized treatment</p>	<p>Young Investigator Award Oral</p>	<p>陳淳宏醫師 Sleep Speaker: 劉景隆主任 Title: Management of adult obstructive sleep apnea: challenges and prospectives</p>	<p>APSR Speaker: Title: The effect of face covering and social distancing in preventing the transmission of COVID-19</p>	<p>胸腔外科醫學會 11:10-11:30 Speaker: 姜宏興醫師 高雄醫學大學附設醫院 Moderator: 吳玉琮副院長、呂宏益主任 Title: Neoadjuvant therapy in clinical stage IV lung cancer. KMUH experience sharing 11:30-12:00 Speaker: 湯恩魁主任 高雄榮民總醫院 Moderator: 吳玉琮副院長、呂宏益主任 Title: Adjuvant Therapies in Resected Non-Small Cell Lung Cancer: KSVGH Experience Sharing</p>

(附件一)

12:00 13:20	101 Satellite symposium (AZ 贊助)	301 Satellite symposium (GSK 贊助)	401 Satellite symposium (諾華贊助)	202 Satellite symposium (禮來贊助)	203 Satellite symposium (東洋贊助)	205 Satellite symposium	403 Satellite symposium (中外贊助)
13:30 14:30	會員大會，頒發專科醫師證書						
14:40 15:20	胸腔外科醫學會 14:40-15:00 Speaker: 國健署 王英偉署長 Moderator: 林孟志理事長、許瀚水理事長 Title: The Consensus of Lung Cancer Screening in Taiwan: 篩檢共識 15:00-15:20 Speaker: 張基晟教授 中山醫學大學附設醫院 Moderator: 鄭清源院長、張允中主任 Title: The Consensus of Lung Cancer Screening in Taiwan: 篩檢共識	Oral Presentation	Oral Presentation	Oral Presentation			
15:20 15:50	Coffee break						
15:50 16:30	胸腔外科醫學會 Speaker: 許瀚水 台北榮民總醫院 Moderator: 余忠仁院長、徐中平副院長 Title: The Consensus of Lung Cancer Screening in Taiwan: 追蹤與處置建議	Oral Presentation	Oral Presentation	Oral Presentation			
16:40 18:00	101 Satellite symposium (BI 贊助)	301 Satellite symposium (GSK 贊助)	401 Satellite symposium (羅氏贊助)	202 Satellite symposium (友華贊助)	203 Satellite symposium (AZ 贊助)	205 Satellite symposium (行動基因贊助)	403 Satellite symposium (諾華贊助)
18:30 20:00	大會晚宴-頒獎典禮						

(附件一)

12月13日(星期日) 議程

Time	101	301	401	202	203		
	OPENING						
08:00-09:20	<p>陽光耀教授 重症醫學(聯甄) Speaker: 彭忠衍主任 Title: How to manage MDR-GNB pneumonia in ICU?</p>	<p>許超群副教授 肺部環境與職業醫學 Speaker: 鄭至宏 Title: Current and new challenge in occupational lung diseases 職業性肺病的新挑戰</p>	<p>張基晟教授 Thoracic Oncology Speaker: 何肇基 Title: Update of immunotherapy in Lung Cancer/肺癌免疫治療最新進展</p>	<p>胸心外醫學會 Speaker: 曾堯麟主任 成大 Moderator: Title: Surgical resection after TKI in NSCLC</p>	<p>胸腔外科醫學會 08:40-09:00 Speaker: 林巧峯主任 中山醫學大學附設醫院 Moderator: 吳怡成主任、郭光泰主任 Title: Percutaneous CT-guided lung tumor ablation~6 years experiences 09:00-09:30 Speaker: 孫加源教授 上海市胸科醫院 Moderator: 徐紹勛主任、趙盈凱主任 Title: 經氣管肺腫瘤消融</p>		
09:20-10:00	<p>陽光耀教授 重症醫學(聯甄) Speaker: 高國晉主任 Title: The application of AI in critical care</p>	<p>許超群副教授 肺部環境與職業醫學 Speaker: 蘇一峰 Title: Climate change and lung health 氣候變遷與肺部健康</p>	<p>張基晟教授 Thoracic Oncology Speaker: 魏裕峰 Title: Update of EGFRm in Lung Cancer/肺癌 EGFR 突變最新進展</p>	<p>胸心外醫學會 Speaker: 香港中文大學醫師 Moderator: Title: Vapor therapy in Emphysema</p>	<p>胸腔外科醫學會 09:30-10:00 Speaker: 柳晨副院長 北京大學腫瘤醫院 Moderator: 徐紹勛主任、趙盈凱主任 Title: 經皮肺腫瘤消融</p>		
10:00-10:30	Coffee break						
10:30-11:10	<p>陽光耀教授 重症醫學(聯甄) Speaker: 廖明澄主任 Title: Recent evidences in influenza-related ARDS (TSIRC study)</p>	<p>徐紹勛教授 肺血管及肺高壓 Speaker: Edmund Lau Title: Differentiating WHO Group I from Group II Pulmonary hypertension/第一類與第二類肺高壓之區別</p>	<p>張基晟教授 Thoracic Oncology Speaker: 張基晟 Title: Update of ALK/ROS1m in Lung Cancer/肺癌 ALK/ROS1 突變最新進展</p>	<p>胸心外醫學會 Speaker: 講師邀請中 Moderator: Title: Neoveil stapling in Emphysema surgery</p>	<p>胸腔外科醫學會 10:30-10:45 Speaker: 黃文傑主任 馬偕紀念醫院 Moderator: 黃文傑主任、黃培銘主任 Title: Navigation System in one-stop Lung Cancer solution with Hybrid OR 10:45-11:00 Speaker: 楊順賢醫師 臺大新竹分院 Moderator: 黃文傑主任、黃培銘主任 Title: Cone-beam CT augmented fluoroscopy-guided endobronchial procedures for small pulmonary lesions 11:00-11:15 Speaker: 鄭雅夫醫師 彰化基督教醫院 Moderator: 馮瑤主任、湯恩魁主任 Title: Extended segmentectomy for small lung nodule with iVATS</p>		
11:10-11:50	<p>陽光耀教授 重症醫學(聯甄) Speaker: 許超群主任 Title: Therapeutic targets of SpO2 (PaO2) in ICU patients</p>	<p>徐紹勛教授 肺血管及肺高壓 11:10-11:30 Speaker: 徐紹勛主任 Title: Pulmonary endarterectomy for chronic thromboembolic pulmonary hypertension in Taiwan 臺灣地區慢性血栓栓塞性肺動脈高壓的肺動脈內膜切除術現況 11:30-11:50 Speaker: 劉景隆主任 Title: Taiwan Cohort - Registry of Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension (TREC): A Preliminary Study 台灣慢性血栓栓塞性肺高壓登錄計畫: 初步研究結果</p>	<p>張基晟教授 Thoracic Oncology Speaker: 廖唯昱 Title: Update of Rare genes mutation in Lung Cancer/肺癌罕見基因突變最新進展</p>	<p>胸心外醫學會 Speaker: 長庚醫院醫師 Moderator: Title: Lung transplantation in COPD</p>	<p>胸腔外科醫學會 11:15-11:30 Speaker: 蘇英傑醫師 奇美醫院 Moderator: 馮瑤主任、湯恩魁主任 Title: Hybrid OR application in lung cancer, a single institution experience 11:30-11:45 Speaker: 簡宏哲醫師 台北榮民總醫院 Moderator: 林巧峯主任、黃才旺主任 Title: Experience of preoperative localization for pulmonary lesion with portable CT 11:45-12:00 Speaker: 周品立醫師 林口長庚醫院 Moderator: 林巧峯主任、黃才旺主任 Title: 一直走一直定, 移動式 3D-CT 的肺腫瘤定位之旅</p>		
12:00-13:20	101 Satellite symposium	301 Satellite symposium	401 Satellite symposium	202 Satellite symposium (鹽野義贊助)	203 Satellite symposium (AZ 贊助)	205 Satellite symposium (AZ 贊助)	403 Satellite symposium (武田贊助)

(附件二)

台灣胸腔暨重症加護醫學會第18屆理事、監事選舉

- 一、 本會依人民團體法規定於109年12月12日(星期六)假台大醫院國際會議中心1樓401會議室(台北市中正區徐州路2號)召開第18屆第1次會員大會，並依【人民團體選舉罷免法】舉行第18屆理事、監事選舉。
- 二、 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。
- 三、 本會章程第四章第10、11、12條：<https://www.tspccm.org.tw/media/49>
- 四、 本會理事、監事之改選，依無記名連記法辦理。如於會員大會中經出席會員三分之一以上同意，則可改採無記名限制連記法辦理。
- 五、 本會理事、監事之改選，依無記名連記法辦理。如於會員大會中經出席會員三分之一以上同意，則可改採無記名限制連記法辦理。
- 六、 理事、監事投票採無記名連記法票選之，理事選票最多可圈選17人，監事選票最多可圈選5人。若改採無記名限制連記法，其限制連記額數為應選出名額之二分之一以內。
- 七、 依人民團體選舉罷免辦法第9條：會員因故不能出席會員大會參加選舉，得以書面委託其他會員出席，並行使其權利，但一人僅能受一位會員之委託。其委託出席人數不得超過親自出席人數之三分之一。會員如有類別之限制者，應委託其同一類別之會員出席。
- 八、 一般會員如不克出席投票者，請委託本會其他「一般會員」代表(代理)。每位一般會員僅能接受 1 位一般會員之委託。

(附件二)

第18屆理事、監事選舉投票流程與注意事項

(一) 一般會員報到、領取選票、投票時間地點：

(1) 投票時間：自民國109年12月12日(星期六)

- 原訂：自14:30至17:00截止，逾時不受理。
- 修訂：自10:00至16:00截止，逾時不受理。

(2) 投票報到、投票地點：

台大醫院國際會議中心4樓402會議室

【一般會員投票報到櫃檯】(台北市中正區徐州路2號)

(二) 一般會員領取選票請請配戴一般會員識別證，出示下列個人身份證明文件正

本之一出示證明文件，供投票報到櫃檯選務：

- (1) 身份證或居留證。
- (2) 汽車駕照。
- (3) 附有照片之健保卡。

(三) 一般會員本人出席：投票報到櫃檯選務人員查驗身份無誤後，領取理事選票、監事選票各1張。

(四) 一般會員本人出席、出示選舉委託書正本1張：投票報到櫃檯選務人員查驗身份、選舉委託書查驗無誤後，領取理事選票、監事選票各2張。選舉委託書必須有委託人、受委託人雙方之親筆簽名及填寫身份證號，未填寫或影本其委託書視為無效。

(五) 若非一般會員本人出席、領取選票、投票者，選務人員將拒絕受理。

(六) 選票圈選採大會規定之印章，若未使用大會規定之印章、圈選超過規定人

(附件二)

數、於選票中塗改、塗鴉、不加圈寫、完全空白等視為廢票(其他選票無效依據請參考人民團體選舉罷免辦法第18條)。

(七) 選票圈選完後，親自將選票對折並投入相對應之投票箱，理事選票投入理事投票箱，監事選票投入監事選票箱。

(八) 12月12日(星期六) [時間] 停止辦理投票報到，一般會員完成報到與投票，由監票人員將全部票箱封箱進行開票作業。開票結束後即公佈當選名單。

(附件三)

正本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：李佩真
聯絡電話：(02)8590-7422
傳真：(02)8590-7087
電子郵件：mdjanelee@mohw.gov.tw

833



高雄市鳥松區大埤路123號B1

受文者：台灣胸腔暨重症加護醫學會

發文日期：中華民國109年8月5日
發文字號：衛部醫字第1091664761號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議紀錄1份

主旨：檢送109年7月13日研商「內科次專科醫師審認制度規劃事宜」會議紀錄1份，請查照。

正本：台灣內科醫學會、中華民國心臟學會、台灣介入性心臟血管醫學會、台灣消化系醫學會、臺灣兒科醫學會、台灣小兒消化醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣兒童胸腔暨重症醫學會、台灣腎臟醫學會、中華民國血液病學會、中華民國癌症醫學會、台灣臨床腫瘤醫學會、中華民國免疫醫學會、台灣過敏氣喘暨臨床免疫醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、中華民國內分泌學會、中華民國糖尿病學會、臺灣內分泌及代謝學會、社團法人中華民國風濕病醫學會、台灣感染症醫學會、台灣兒童感染症醫學會、衛生福利部中央健康保險署

副本：本部醫事司第一科

部長陳時中

裝
訂
線

(附件三)

研商「內科次專科醫師審認制度規劃事宜」

會議紀錄

時間：109年7月13日(星期一)下午2時

地點：本部209會議室

主席：石司長崇良

紀錄：李佩真

出席(列)席單位及人員：詳如會議簽到單

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項及決議：

提案：為規劃並審認內科次專科醫師制度，提請討論。

決議：

- 一、審認次專科科別名稱之原則，以主專科醫師訓練已有相關課程基礎、健保給付要求之科別及相關法規(例如評鑑、設置標準規範)訂有規定者優先列入。
- 二、採認可制，目前不控管次專科人數，惟若人力盤點有凋零或配合國家政策情形，需要時得給予鼓勵，例如次專科訓練津貼補助；另為對於人力資源之掌握，將研議納入執業登記。
- 三、依前揭原則將內科分為10門次專科，分為心臟科、消化內科、胸腔內科、腎臟科、血液內科、腫瘤內科、免疫科、內分泌暨新陳代謝科、風濕內科、感染科。
- 四、可辦理次專科之醫學會審認原則，應以學會成立時

間、訓練課程規劃及甄審制度等條件進行認定。

五、對於多個次專科醫學會核發名稱相近之證書，建議各學會應先討論並達成共識，並考量現行已取得證書之醫師換證事宜。

六、至於免疫科次專科規劃部分，涉及跨專科領域規劃事項，請中華民國免疫學會、台灣過敏氣喘暨臨床免疫醫學會及台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會併入兒科次專科規劃會議討論。

參、臨時動議(無)

肆、散會(下午3時45分)

(附件四)

教育與出版委員會

一、自 107 年 02 月第 17 期~109 年 10 月第 33 期會訊 (共 17 期) 學術專欄文章統計篇數報告：

文章	總篇數	邀稿醫院 / 篇數																																
胸腔暨重症案例	17	<table border="0"> <tr><td>台中榮民總醫院</td><td>3</td></tr> <tr><td>臺灣大學醫學院附設醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>林口長庚醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>中國醫藥大學附設醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>義大醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>高雄醫學大學附設中和紀念醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>亞洲大學附屬醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>中山醫學大學附設醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>成大醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>高雄榮民總醫院</td><td>1</td></tr> </table>	台中榮民總醫院	3	臺灣大學醫學院附設醫院	2	林口長庚醫院	2	中國醫藥大學附設醫院	2	義大醫院	2	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	2	亞洲大學附屬醫院	1	中山醫學大學附設醫院	1	成大醫院	1	高雄榮民總醫院	1												
台中榮民總醫院	3																																	
臺灣大學醫學院附設醫院	2																																	
林口長庚醫院	2																																	
中國醫藥大學附設醫院	2																																	
義大醫院	2																																	
高雄醫學大學附設中和紀念醫院	2																																	
亞洲大學附屬醫院	1																																	
中山醫學大學附設醫院	1																																	
成大醫院	1																																	
高雄榮民總醫院	1																																	
醫學新知	50	<table border="0"> <tr><td>林口長庚醫院</td><td>7</td></tr> <tr><td>中國醫藥大學附設醫院</td><td>7</td></tr> <tr><td>臺灣大學醫學院附設醫院</td><td>6</td></tr> <tr><td>義大醫院</td><td>6</td></tr> <tr><td>高雄醫學大學附設中和紀念醫院</td><td>5</td></tr> <tr><td>台中榮民總醫院</td><td>4</td></tr> <tr><td>高雄榮民總醫院</td><td>3</td></tr> <tr><td>花蓮慈濟醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>中山醫學大學附設醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>彰化基督教醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>三軍總醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>中國醫大 新竹醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>台中慈濟醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>衛生福利部彰化醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>臺灣大學醫學院附設醫院 雲林分院</td><td>1</td></tr> <tr><td>屏東東港安泰醫院</td><td>1</td></tr> </table>	林口長庚醫院	7	中國醫藥大學附設醫院	7	臺灣大學醫學院附設醫院	6	義大醫院	6	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	5	台中榮民總醫院	4	高雄榮民總醫院	3	花蓮慈濟醫院	2	中山醫學大學附設醫院	2	彰化基督教醫院	2	三軍總醫院	1	中國醫大 新竹醫院	1	台中慈濟醫院	1	衛生福利部彰化醫院	1	臺灣大學醫學院附設醫院 雲林分院	1	屏東東港安泰醫院	1
林口長庚醫院	7																																	
中國醫藥大學附設醫院	7																																	
臺灣大學醫學院附設醫院	6																																	
義大醫院	6																																	
高雄醫學大學附設中和紀念醫院	5																																	
台中榮民總醫院	4																																	
高雄榮民總醫院	3																																	
花蓮慈濟醫院	2																																	
中山醫學大學附設醫院	2																																	
彰化基督教醫院	2																																	
三軍總醫院	1																																	
中國醫大 新竹醫院	1																																	
台中慈濟醫院	1																																	
衛生福利部彰化醫院	1																																	
臺灣大學醫學院附設醫院 雲林分院	1																																	
屏東東港安泰醫院	1																																	
吐納園地	12	<table border="0"> <tr><td>中國醫藥大學附設醫院</td><td>2</td></tr> <tr><td>臺灣大學醫學院附設醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>臺灣大學醫學院附設醫院暨癌醫中心醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>林口長庚醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>臺北榮民總醫院 玉里分院</td><td>1</td></tr> <tr><td>台中榮民總醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>中山醫學大學</td><td>1</td></tr> <tr><td>中國醫藥大學北港附設醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>義大醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>高雄醫學大學附設中和紀念醫院</td><td>1</td></tr> <tr><td>高雄榮民總醫院</td><td>1</td></tr> </table>	中國醫藥大學附設醫院	2	臺灣大學醫學院附設醫院	1	臺灣大學醫學院附設醫院暨癌醫中心醫院	1	林口長庚醫院	1	臺北榮民總醫院 玉里分院	1	台中榮民總醫院	1	中山醫學大學	1	中國醫藥大學北港附設醫院	1	義大醫院	1	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	1	高雄榮民總醫院	1										
中國醫藥大學附設醫院	2																																	
臺灣大學醫學院附設醫院	1																																	
臺灣大學醫學院附設醫院暨癌醫中心醫院	1																																	
林口長庚醫院	1																																	
臺北榮民總醫院 玉里分院	1																																	
台中榮民總醫院	1																																	
中山醫學大學	1																																	
中國醫藥大學北港附設醫院	1																																	
義大醫院	1																																	
高雄醫學大學附設中和紀念醫院	1																																	
高雄榮民總醫院	1																																	

二、自 108 年 02 月第 23 期~109 年 06 月第 31 期會訊（共 9 期）通訊繼續教育 A 類積分通過率：

會訊	總回執份數	達 80 分以上份數	通過率%
108 年 02 月第 23 期	41	40	97.6
108 年 04 月第 24 期	48	45	93.8
108 年 06 月第 25 期	48	44	91.7
108 年 08 月第 26 期	41	31	75.6
108 年 10 月第 27 期	39	34	87.2
108 年 12 月第 28 期	31	12	38.7
109 年 02 月第 29 期	27	21	77.8
109 年 04 月第 30 期	47	45	95.7
109 年 06 月第 31 期	48	46	95.8

(附件五)

「胸腔醫學」雜誌編輯委員會

- 自 109 年 1 月 1 日~109 年 8 月 31 日期間投稿原著篇數統計：

訓練醫院	108 年度準會員報 備人數	109 年度原著稿件 分配篇數	109 年度原著論文投 稿篇數統計
臺大醫院	9	4.5	2
三軍總醫院	4	2	0
台北榮總	4	2	2
高雄長庚醫院	4	2	0
中國醫藥大學附設醫院	3	1.5	1
台中榮總	3	1.5	0
高雄醫學大學附設醫院	3	1.5	0
中山醫學大學附設醫院	2	1	0
成大醫院	2	1	0
奇美醫院	2	1	0
三軍總醫院松山分院	1	0.5	0
台北醫學大學附設醫院	1	0.5	0
林口長庚醫院	1	0.5	2
長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	1	0.5	0
馬偕紀念醫院	1	0.5	1
高雄榮總醫院	1	0.5	0
基隆長庚醫院	1	0.5	0
童綜合醫院	1	0.5	0
彰化基督教醫院	1	0.5	0
以下為非訓練醫院投稿			
社團法人台灣呼吸治療學會	-	4	3
台灣結核暨肺部疾病醫學會	-	4	3
台灣睡眠醫學會	-	4	0
總篇數	45	34.5	14

- 胸腔醫學期刊下載之權利金結算(華藝線上圖書館)：未領取之應得權利金為 45,525 元(未扣稅金額)
(結算至 2020 年 5 月 31 日止)

(附件六)

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

日期/地點	醫師		呼吸治療師		個案管理師		藥師		報名總人數	後測通過總人數	取得證書占比
	報名人數	通過後測人數	報名人數	通過後測人數	報名人數	通過後測人數	報名人數	通過後測人數			
109.05.03 (日) 張榮發基金會 8 樓 802 會議室	5	5	5	3	6	5	3	3	20	16	80%
109.05.24 (日) 李科永圖書館三樓階梯視聽館	11	7	30	29	9	8	0	0	50	44	88%
109.05.31 (日) 豐邑市政都心廣場 3 樓	1	1	5	5	8	7	4	4	18	17	94%
109.06.14 (日) 張榮發基金會 8 樓 803 會議室	14	12	2	1	9	7	2	1	27	21	78%
109.07.12 (日) 台大雲林虎尾院區 7 樓第一會議室	3	3	13	9	6	6	7	6	29	24	83%
109.07.12 (日) 花蓮縣醫師公會會議室	3	2	1	1	13	12	0	0	17	15	88%
109.07.19 (日) 高雄國際會議中心 2 樓 VIP 室	5	4	14	14	20	14	1	1	40	33	83%
109.08.23 (日) 部立桃園醫院群英樓 B1 視聽會議室	8	7	21	20	16	15	0	0	45	42	93%

健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程

日期/地點	報名人數	實際參與人數						合計
		內科	家庭醫學	兒科	耳鼻喉科	胸重	合計	
109.05.24 (日) 台中世界貿易中心 301 會議室	50	20	7	17	4	10	43	
109.05.31 (日) 張榮發基金會 8 樓 802 會議室 & 1003 會議室	77	12	16	21	6	9	51	
109.06.07 (日) 李科永紀念圖書館三樓階梯視聽館	30	12	5	3	2	8	22	
109.06.14 (日) 高雄國際會議中心 303A 會議室	43	10	6	17	7	10	36	
109.06.28 (日) 張榮發基金會 8 樓 802 會議室	40	4	12	5	5	10	31	
109.08.30 (日) 花蓮福容飯店 2 樓宴會 C 廳	22	11	1	4	1	11	14	

台灣胸腔暨重症加護醫學會 間質性肺病及罕見肺疾病委員會會議記錄

日期：民國 109 年 6 月 18 日 (星期三) 18:30
地點：台北喜來登請客樓暨視訊會議
主席：間質性肺病及罕見肺疾病委員會 召集委員 陶啟偉主任
出席人員：王鶴健教授、曹世明主任、陳家弘醫師、李政宏醫師
列席人員：副秘書長張晃智醫師、秘書劉軒吟、秘書施詠瑩

會議議程

一、討論事項

1. IPF TW registry and long term data collection (prospective and retrospective)

說明：

- (1) IPF TW registry: prospective data collection
- (2) Long term data collection: retrospective data collection (including image collection)
- (3) The role of project lead：新竹台大溫岳峰醫師

- Generate a draft of structure of TSPCCM IPF registry for ILD committee' consideration (such as IPB template, key milestone, future publication plan...)
- Coordinate registry related stakeholder for following execution
- Routinely update status in ILD committee meeting.

※ **決議：**此計畫預計照案執行。登錄平台已經於 REDCap 系統建置完成，請王鶴健教授做為總 PI，統籌各項執行細節。

2. Taiwan IPF guideline-2020 revision

說明：預計於夏季會發布電子檔供會員下載。

※ **決議：**通過。

3. TSPCCM annual meeting content discussion

說明：

- (1) 年會 ILD 小組分配時段為 12 月 12 日 (星期六) 08:40-10:00，兩個主題。
- (2) 預計邀請歐洲 (Prof. Vincent Cottin、Prof. Simon Walsh) 或美國的講師。

※ **決議：**通過，若因新冠肺炎疫情仍未緩解則改為視訊演講，並因應時差因素以邀請美國講師為主。

二、報告事項

1. IPF NHI reimbursement relaxation (FVC% pred. >80) reminder

說明：含 nintedanib 成分藥品 (如 Ofev) 之藥品給付規定於 108 年 12 月 1 日起，健保給付規定修改生效。節錄下述有關 6.2.7 Nintedanib (如 Ofev)、pirfenidone (如 Priespa)：(106/3/1、106/7/1、108/12/1) 之修訂後給付規定，存於會議記錄中以便傳予會員知悉。

- (1) 需檢附肺部 HRCT (High resolution computed tomography) 影像檢查。
- (2) 經專科醫師確診為特發性肺纖維化 (Idiopathic pulmonary fibrosis, IPF) 後，病人的用力肺活量 (forced vital capacity, FVC) 在 50~80% 之間。
- (3) Nintedanib (如 Ofev) 用於經專科醫師確診為特發性肺纖維化，且 FVC>80% 之病患，需具明顯症狀 (病歷須清楚記載如呼吸困難、喘或咳嗽等臨床症狀)。(108/12/1)
- (4) 停止治療條件：
 - FVC 在 50-80% 間之病人，肺功能出現惡化 (經確認病人的用力肺活量預測值降低 10% 或以上情況發生時)，得以續用或得申請使用不同機轉藥物治療並觀察 12 週，如再測之 FVC 未改善應停止使用。
 - FVC>80% 病人，肺功能出現惡化 (經確認病人的用力肺活量預測值降低 10% 或以上情況發生時)，得以續用並觀察 12 週，如再測之 FVC 未改善應停止使用。(106/7/1、108/12/1)
- (5) 需經事前審查核准後使用，每 24 週需檢送評估資料再次申請。
- (6) Nintedanib 與 pirfenidone 不得同時併用。(106/7/1)

散會

中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會會議記錄

一、時間：109年07月29日(星期三)18:00

二、地點：台北基督教女青年會(YWCA) 9樓903教室

三、出席委員：

台灣急救加護醫學會(輪值學會)	陳奇祥、黃建華、韓吟宜
台灣外科醫學會	周迺寬、馬辛一
社團法人中華民國心臟學會	張博淵
台灣麻醉醫學會	葉育彰、黃煜為
台灣胸腔暨重症加護醫學會	胡漢忠
中華民國重症醫學會	洪芳明、辛和宗

四、列席人員：

六學會秘書處	彭季家、羅雪真、吳芳卿、孟昭雲
	陳思穎、施詠瑩、許盈禎

六、主席：陳奇祥委員

記錄：羅雪真

七、確認上次會議紀錄：無誤

四、會務報告

會務

日期	星期	地點	活動內容	承辦學會
2020.04.20	一	台北基督教女青年會(YWCA) 9樓902教室	重症醫學專科醫師聯合甄審委員&核心課程會議	急加
2020.06.30前			訓練計畫(醫療機構訓練單位) 1.上半年資格效期複評; 2.提報指導醫師名冊	急加
2020.07.29	三	台北基督教女青年會(YWCA) 9樓903教室	重症醫學專科醫師聯合甄審委員會會議	急加
2020.10.31前			公告訓練醫師容額後訓練計畫主持人提報受訓醫師名單	急加
2020.11.14下午	六	台大醫學院 501 講堂	重症醫學專科醫師聯合甄審委員會 109 年筆試	急加
2020.12			重症醫學專科醫師聯合甄審委員會 109 年口試	外科

聯甄積分認證課程：109年02-09月計聯甄積分 215 分

日期	星期	地點	活動內容	承辦學會	聯甄積分
2020.02.16	日	台中榮民總醫院教學大樓 3 樓	中區 ECLS (ECMO) Basic training program	急加	9
2020.05.30	六	線上閱聽 6/10-10/31	線上學分認證課程	重症	8
2020.05.31	日	線上閱聽 5/31-10/31	線上學分認證課程	急加	8
2020.06.08	一	線上閱聽 7/10-10/10	敗血性休克進階治療	麻醉	1
2020.06.23	二	線上閱聽 8/3-10/10	加護病人的生與死(醫療倫理與病人自主)	麻醉	2
2020.07.04	六	臺南文化創意產業園區 1 樓古蹟出張所	ECMO 照護：成大醫院經驗	急加	9
2020.07.10	五	線上閱聽 7/10-10/10	敗血性休克進階治療	麻醉	1
2020.07.12	日	臺南文化創意產業園區 4 樓富貴講堂	心臟重症照護：急性冠心症與心律不整	急加	8
2020.07.12	日	線上閱聽 8/1-10/10	擬真模擬(Simulation)導入重症處置臨床教學之應用	麻醉	1
2020.07.12	日	台大醫學院 301 講堂	109 年機械通氣重症繼續教育課程(北區)	胸重	8
2020.07.15	三	線上閱聽 7/15 起	線上學分認證課程	胸重	8
2020.07.18	二	線上閱聽 8/1-10/10	Perioperative ACLS	麻醉	1
2020.07.18	二	線上閱聽 8/1-10/10	COVID 19 與病人自主(麻醉承辦聯甄：1 分)	麻醉	1
2020.07.25	六	輔仁大學附設醫院四樓 04A019 圖書室	Basic CRRT Hands on Workshop(北區)	急加	3
2020.07.26	日	中國醫藥大學附設醫院癌症大樓 1 樓會議室	2020 機械通氣繼續教育課程(中區)	胸重	8
2020.07.26 下午	日	台北國際會議中心 201BC	NANO+ AGE INFECTIONS AND THINGS	心臟	4
2020.08.01	六	棒棒積木飯店多功能會議廳	Basic CRRT Hands on Workshop(南區)	急加	3
2020.08.01	六	台大醫院新竹分院 6 樓多媒體講堂	Organs Failure and End of Life Care	重症	8
2020.08.08	六	中山醫學大學正心樓二樓 0211 教室	重症感染	急加	8
2020.08.09	日	雙和醫院第一醫療大樓 13 樓國際會議中心	109 年胸部影像判讀繼續教育課程(北區)	胸腔	8

2020.08.15 上午	六	高雄榮民總醫院急診大樓六樓第五會議室	高榮重症「一柱擎天」超音波論壇	重症	5
2020.08.15 下午	六	高雄榮民總醫院高齡大樓 B1 第十/十一會議室/臨床技能中心	高榮重症超音波實作課程	重症	4
2020.08.15 下午	六	台中福華大飯店	中區重症聯合討論會	重症	5
2020.08.16 上午	日	台大醫學院 103 講堂	醫療照護相關感染之診斷與處理指南	重症	4
2020.08.16	日	高雄醫學大學附設醫院啟川大樓六樓第二講堂	109 年胸部影像判讀繼續教育課程(南區)	胸腔	8
2020.08.16	日	三軍總醫院地下一樓第一演講廳	重症照護與重症安寧	外科	10
2020.08.22	六	高雄榮民總醫院急診大樓六樓第五會議室	重症「冰封重生」溫度管理論壇	重症	5
2020.08.22	六	台中烏日南山人壽教育訓練中心 3 樓 308 教室	2020 腎臟重症與器官支持訓練課程(中區)	急加	10
2020.08.29	六	三軍總醫院	Post cardiac arrest care and TTM workshop	急加	9
2020.08.30	日	台大醫學院 502 講堂	重症醫學專科醫師聯合甄審委員會重症專題認證學分研討會：109 年核心課程一 (急加承辦聯甄：8 分；胸重.重症.心臟.外科.麻醉協辦)	急加	8
2020.09.05	六	台大醫學院 502 講堂	重症醫學專科醫師聯合甄審委員會重症專題認證學分研討會：109 年核心課程二 (急加承辦；胸重.重症.心臟.外科.麻醉協辦)	急加	8
2020.09.06	日	亞東醫院南棟 14 樓國際會議廳	重症醫學專科醫師聯合甄審委員會重症專題認證學分研討會：109 年核心課程三 (急加承辦；胸重.重症.心臟.外科.麻醉協辦)	急加	8
2020.09.12 2020.09.13	六日	台大醫院國際會議中心	2020 年急救加護醫學會與重症醫學會聯合年會暨 Euro Asia 2020 會議	急加 重症	16
2020.09.19	六	中山醫學大學正心樓 3 樓 0321 會議室	氣喘新知及兒童重症疾病診斷處理	重症	8

五、討論事項

(一) 審查 109 年度訓練醫師容額，提請討論

說明：

1. 訓練計畫（醫療機構訓練單位）66 家，提報指導醫師證書有效期至 109.06.30 止
2. 訓練計畫提報指導醫師為單數者，則容許其兩年合併之訓練人數最多可達到兩年指導醫師之總數

3. 訓練計畫資格效期內，訓練計畫主持人請於每年 6 月底前向聯甄委員會提報重症專科指導醫師名冊
4. 容額公告後訓練計畫主持人依照當年度核定之容額招收受訓醫師。且於每年 10 月底前向聯甄委員會提報受訓醫師名單。
5. 訓練醫師容額請詳 Page 16-17

決議：因今年 covid-19 疫情關係重專指導醫師證書效期 109.05.31 到期者，依然可列入 109 年度指導醫師人數，但指導醫師證書效期 108.12.31 到期者，不列入。容額更新後援例辦理。

- (二) 訓練計畫（醫療機構訓練單位）之計畫主持人更換，提請追認
說明：計畫主持人更換4位如下

序號	醫療機構訓練單位	原計畫主持人	新計畫主持人	備註
028	臺中榮民總醫院	李○仁	吳○亮	1090624函
036	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	鄭○宗	林○生	1090525函
039	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院(內科)	謝○哲	林○清	1090706函
059	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院(外科部)	李○艷	林○龍	1090520函

決議：照案通過

- (三) 訓練計畫（醫療機構訓練單位）複評之資格效期展延，提請追認
說明：以下 4 家原資格效期 106.07.01-109.06.30 已於 109.05 通過複評，效期更新為 109.07.01-112.06.30

- 059 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院(外科部)
- 061 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院(外科加護病房)
- 062 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院(外科部)
- 063 長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院(外科部)

決議：照案通過

- (四) 討論 109 年重症醫學專科醫師聯合甄審簡章
決議：

1.筆試

原暫訂 11 月 15 日(星期日)下午改至 11 月 14 日(星期六)14:00-16:00
地點：台大醫學院 5 樓 501 講堂(台北市中正區仁愛路 1 段 1 號)
報名日期：9 月 1 日起至 10 月 16 日截止
審查費：新台幣 500 元整
筆試費：新台幣 1000 元整
學會認定之積分證明三年期限(106.10.17~109.10.16)

2.口試

日期：12 月 19 日(星期六)下午
地點：暫訂台大醫院舊院區
口試費：新台幣 1000 元整

3.簡章和附件援例通過

4.若疫情再度嚴重時將依衛生福利部疾病管制署之公告辦理

- (五) 重症醫學專科醫師指導醫師申請案

說明：心臟 1 位；外科 2 位；胸重 3 位，共計 6 位名單如下

決議：照案通過，指導醫師證號 1226-1231，效期同重專醫師證書效期。

指導醫師證號	重專醫師證號	姓名
1226	02745	簡○杰
1227	02484	蔡○逸
1228	02550	李○偉
1229	02148	胡○宇
1230	02951	蘇○嵐
1231	02869	許○輔

(六) 討論重症醫學專科醫師聯合甄審委員會組織章程敘述

說明：外科醫學會提案

1.第七章擔任重症醫學專科臨床訓練指導醫師資格審核展延及喪失

第十三條 申請擔任重症醫學專科臨床訓練指導醫師，需取得聯合甄審委員會重症醫學專科醫師，且符合以下資格：

甲、從事重症醫學之專科醫師，在取得聯合甄審委員會重症醫學專科醫師資格後，繼續從事重症臨床工作滿三年。

乙、六年內重症醫學相關之原著論文，並以第一作者或通訊作者，發表在國內外經專家編審之雜誌；或具部定講師資格(含)以上。

2.其中「六年內」和指導醫師申請表中「聯甄專證六年內，重症原著論文，第一或通訊作者」是否補充敘述成一體性？ Page 13、14

決議：不改章程為原則

1.修改「重症醫學專科指導醫師申請表」中

(1).第 14 行改成「具部定講師資格(含)以上 是 證書字號：_____，取得日期：_____年_____月_____日 否」

(2).第 15 行原「重症醫學相關原著論文一篇(以第一作者或通訊作者發表在國內外經專家編審之雜誌者)附抽印本」增加敘述後為「依申請日期往前推六年內重症醫學相關原著論文一篇(以第一作者或通訊作者發表在國內外經專家編審之雜誌者)附抽印本」

(3).最後備註欄第 2 點也一致改成「2. 依申請日期往前推六年內重症醫學相關之原著論文，並以第一作者或通訊作者，發表在國內外經專家編審之雜誌；或具部定講師資格(含)以上。」

2.六學會指導醫師新申請名單中欄位說明原「聯甄專證六年內，重症原著論文，第一或通訊作者(題目/期刊名稱/刊登年月；無)」也一併更改成「依申請日期往前推六年內，重症原著論文，第一或通訊作者(題目/期刊名稱/刊登年月；無)」

(七) 審核重症醫學專科醫師展延名單

說明：麻醉 1 位；外科 5 位；重症 2 位；胸重 6 位，共計 14 位，名單 page 15

決議：照案通過

六、臨時動議

案由：為避免「重症醫學專科臨床訓練指導醫師」新申請或計算訓練容額時被誤審為「資格不符」，建議展延效期的「重症醫學專科醫師證書」之有效期限起日改為最初起始日。

「重症醫學專科臨床訓練指導醫師證書」是否需要一併修改？

提案人：台灣外科醫學會

說明：

1、外科已發生四次，申請表實例如下：

重症醫學專 科醫師證書	重聯專字第 02550 號	證書 效期	最初 ¹⁰¹ 108 年 ¹² 01 月 ¹⁷ 01 日起至 113 年 12 月 31 日
----------------	---------------	----------	---------------------------------------------------------------------------------

2、舉例：本證書有效期限自民國 108 年 1 月 1 日至民國 113 年 12 月 31 日→建議改為自民國 101 年 12 月 17 日至民國 113 年 12 月 31 日。優點：可知此證書已展延第幾次。

<p>此證</p> <p>經本聯委會甄審合格通過為台灣重症醫學專科醫師</p> <p>本證書有效期限</p> <p>自民國一〇八年一月一日</p> <p>至民國一十三年十二月三十一日</p>	<p>建議改為→</p>	<p>此證</p> <p>經本聯委會甄審合格通過為台灣重症醫學專科醫師</p> <p>本證書有效期限</p> <p>自民國一〇一年十二月十七日</p> <p>至民國一十三年十二月三十一日</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

決議：先參考各學會版本後下次會議提出

七、散會19:20

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

會議日期：109 年 8 月 20 日 (星期四) 晚上 6 點 30 分

會議地點：喜來登桃山餐廳

會議主席：國際學術交流工作小組 召集委李岡遠主任

出席人員：李岡遠主任、何肇基醫師、楊政達院長、詹明澄主任、江振源醫師、郭志熙醫師

列席人員：秘書劉軒吟小姐

會議議程

壹、討論事項：

一、國際醫學學術會議補助方式

說明：每年度補助項目，因 COVID-19 疫情關係，今年度各大國際會議都停辦實體會議。

辦法：實體補助 - 原補助方式；2. 線上補助 - 以線上會議為主，並開放第一作者及通訊作者可申請補助。(每位補助 5000 元)

結論：同意

二、ERS MOU International Membership Contract

說明：簽屬 ERS MOU 審核內容。

結論：將合約內容 china 刪除，其餘無相關意見，將同意簽約。

Could you please delete the word of “China” in this contract? 【page. 2, 3. Obligations of TSPCCM, f. ERS will make sure to use the TSPCCM contact data only for the purposes as included in this IMC, always strictly abiding by the Data Confidentiality Law of Switzerland and the Taiwan, China.

Please can you delete all references to Madras in this report? It’s now called Chennai.

貳、臨時動議：無

台灣胸腔暨重症加護醫學會 學術委員會會議記錄

日期：109年8月31日(星期一)下午6點30分

地點：臺大醫院東址第五會議室

主席：召集人陳育民主任

出席委員：陳育民主任、蘇維鈞主任、林鴻銓主任、李岡遠主任、施金元主任、陽光耀主任、
賴俊良副院長、許超群主任

列席人員：秘書長王金洲主任、秘書劉軒吟

會議議程

壹、討論事項：

一、台灣胸腔暨重症加護醫學會 2020 年年會議程

說明：本會 17 個委員會推派與台灣胸腔外科醫學、台灣胸腔及心臟血管外科醫學會一同舉辦

結論：同意

二、台灣胸腔暨重症加護醫學會 2020 年年會投稿

說明：2020 胸重年會投稿辦法如 <https://www.tspccm.org.tw/km/13990>，分別以下方式進行

(一) 優秀學術論文獎

(二) Young Investigator Award

(三) Junior Research Award- 年輕醫師研究潛力獎

1. 初選委員分為三組

甲、Thoracic Oncology、Intervention Bronchoscopy、Diagnosis

● 施金元主任(召集人)

● 賴俊良副院長

● 涂智彥主任

乙、Airway Disease、Sleep Medicine、Interstitial Lung Disease、Other

● 蘇維鈞主任(召集人)

● 林鴻銓主任

● 李岡遠主任

丙、Respiratory Tract Infections、Critical Care Medicine、Tuberculosis

● 黃崇旂主任(召集人)

● 陽光耀主任

● 許超群主任

2. Oral Presentation 主持人，將邀請理監事擔任主持座長

3. Post 評選委員，將由秘書處挑選中生代各領域專家 - 於 11 月委員會開會決議

結論：由各委員會安排講員。

三、繼續教育學分認定辦法

說明：

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：

※ 有關胸腔或重症醫學之學術原作或研究論文，正式出版或發表於 SCI 醫學雜誌，經本會繼續教育委員會認可者，原著作每篇論文之第 1 作者或通訊作者以 A 類學分 10 分計之（每篇僅能一位申請），六年內上限 60 分

結論：申請人如下，投稿規定如符合皆可加分，交由秘書長最後審查。

1. 李○璟 2. 林○峰 3. 許○榮

貳、臨時動議：下次會議將訂於 11/9。

胸腔暨重症案例

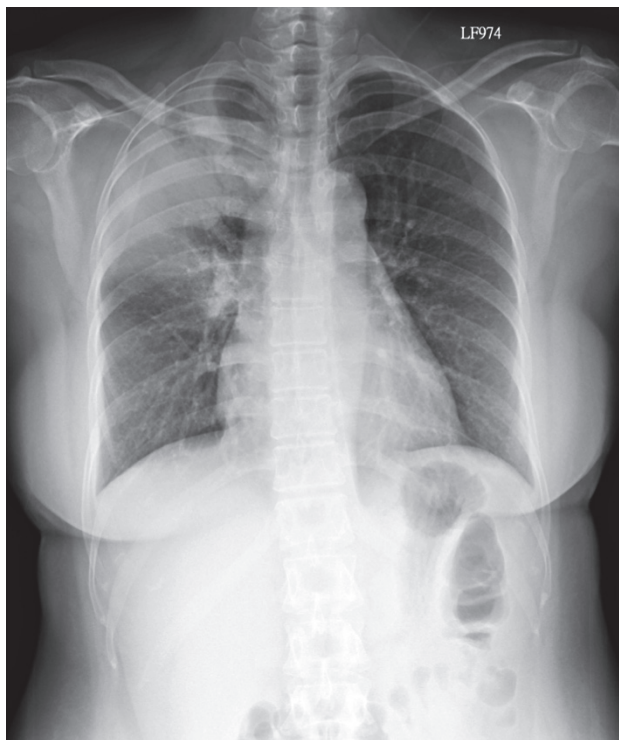


Figure A

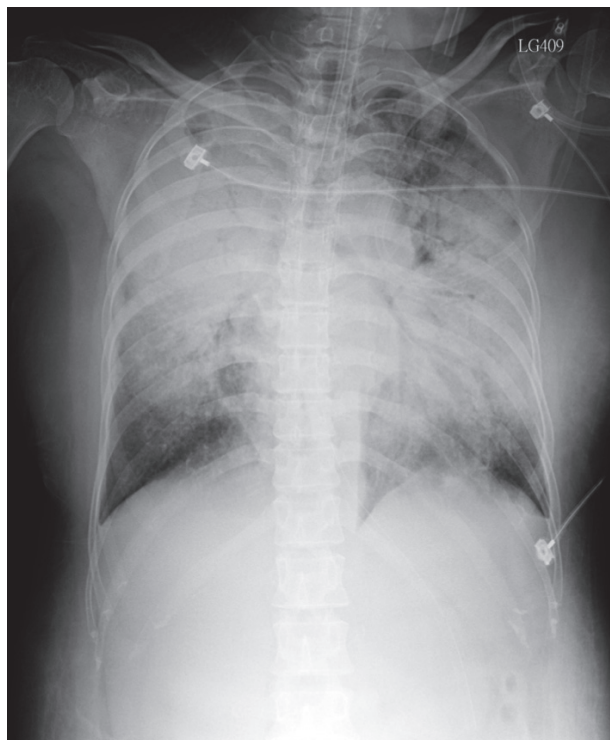


Figure B

提供：高雄榮民總醫院 胸腔內科 許健威醫師

[Case]

A 51-year-old female transferred from local hospital due to intermittent fever and chills for one month. She didn't have underlying disease before. CXR showed RUL consolidation (Figure A). She had ever received antibiotic with Cravit, Tazocin, Cefpirome. A chest CT revealed RUL lobar pneumonia. All laboratory data including sputum TB, Influenza test and atypical pneumonia titer showed negative. After admission to our hospital, body temperature was 37.8°C, initial WBC: 9,900/ μ L, Neutrophil: 84.9%, lymphocyte: 7.2%, CRP: 23.98 mg/dL, BUN/creatinine: 6/0.7 mg/dL, Na/K: 139/3.2 mmole/L, AST/ALT: 22/80 U/L, Total bilirubin: 0.4 mg/dL. Serum Cryptococcus antigen and HIV are negative. We administer Levofloxacin and Cefepime.

A sono-guided RUL biopsy showed necrotizing granulomatous inflammation with necrosis, multinucleated giant cells are present. She started to receive anti-TB with Rifater. Progressive tachypnea, fever and hemoptysis developed. She was transferred to ICU, intubation was done. CXR revealed progressive infiltration and consolidation over bilateral lungs (Figure B). WBC: 17,500/ μ L, Neutrophil: 85%, lymphocyte: 2%, CRP: 23.36 mg/dL, BUN/creatinine: 19/1.78 mg/dL, Na/K: 139/3.3 mmole/L, AST/ALT: 16/80 U/L, Total bilirubin: 0.7 mg/dL. Antibiotic switched to ciproxin and meropenem. Renal function got worse, BUN/creatinine: 34/2.72 mg/dL.

醫學新知 I

早期慢性阻塞性肺病之盛行率，特徵，預後：哥本哈根一般族群研究

摘自：Am J Respir Crit Care Med. 2020 Mar 15; 201(6): 671-680

編譯：林文仁醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科

目的：

研究探討早期 COPD (EARLY COPD) 在一般族群盛行率特徵預後。

研究方法：

隨機收集了 105,630 丹麥民眾。本研究中早期 COPD 定義為：50 歲以下，FEV₁/FVC 比值低於正常值的下限，抽菸數目大於 10 pack-years。

結果：

8,064 位，50 歲以下，抽菸數目大於 10 pack-years, 1,175 (15%) 有早期 COPD，在這 1,175 人裡面有 58% 目前仍在吸菸。早期 COPD 的個案通常都有慢性的呼吸道症狀和較差的肺功能、氣喘、肺炎、支氣管炎。在 14.4 年的追蹤期間，在這 8,064 個案，我們觀察到 117 例因阻塞性肺病而住院，227 例肺炎，185 例死亡。與沒有肺阻塞的個案相比較，早期 COPD 在多變數風險比例分析 multivariable adjusted hazard ratios 下發現因阻塞性肺病住院風險比為 6.42 (95% confidence interval, 3.39-12.2)，急性肺炎住院風險比為 2.03 (1.43-2.88)，死亡率風險比為 1.79 (1.28-2.52)。

結論：

50 歲以下，累積抽菸數大於 10 pack-years 的受檢患者中，有 15% 符合早期 COPD 的診斷標準。早期 COPD 的個案通常都有慢性的呼吸道症狀和較差的肺功能且因為呼吸道疾病而住院的機率也較高。

〔編譯者評論〕

目前有越來越多的證據顯示慢性呼吸道疾病、發育過程、幼年期的暴露史都有可能導致未來得到 COPD。本研究是第一篇探討早期 COPD 的盛行率以及特徵的研究，期望能夠早期預防，早期治療，避免未來有更多的惡化。

本研究的 FEV₁/FVC ratio 比值是以 PRE-BRONCHODILATOR 為標準，並非目前公認的 post-bronchodilator FEV₁/FVC ratio。所以在這些符合早期 COPD 診斷的受試者，可能也有一些是有 ASTHMA COMPONENT 的族群，另外本研究並沒有納入影像學的檢查，所以也有一些影像學上已有阻塞性肺病表徵但肺功能仍在正常範圍內的個案被排除在外。此外其他非抽菸因素但會導致

COPD 產生如 childhood asthma, childhood respiratory infections or air pollution exposure or premature birth or maternal smoking in pregnancy 因為沒有抽菸史，所以也被排除在外。所以 COPD 在年輕族群的盛行率有可能更高。

本研究是第一篇探討早期 COPD 的文章，雖然抽菸還是最重要的危險因子。但除了抽菸以外，包括 early life risk factors，早期發育階段等其他危險因子也是未來要探討的方向。

Prevalence, Characteristics, and Prognosis of Early Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Copenhagen General Population Study

Am J Respir Crit Care Med. 2020 Mar 15; 201(6): 671-680

Yunus Çolak, Shoaib Afzal, Børge G. Nordestgaard, *et al.*

Abstract

Rationale: Identification of younger adults at high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease (COPD) could lead to implementation of preventive measures before disease onset and halt progression.

Objectives: To investigate the prevalence, characteristics, and prognosis of individuals with early COPD in the general population.

Methods: We investigated 105,630 randomly chosen adults from a Danish contemporary population-based cohort. Early COPD was defined as FEV₁/FVC less than the lower limit of normal in individuals under 50 years of age with 10 pack-years or greater of tobacco consumption.

Measurements and Main Results: Among 8,064 individuals under 50 years of age with 10 pack-years or greater of tobacco consumption, 1,175 (15%) had early COPD, of whom 58% were current smokers. Individuals with early COPD more often had chronic respiratory symptoms, severe lung function impairment, asthma, and a history with bronchitis/pneumonia. During the 14.4 year follow-up, we observed 117 acute hospitalizations with obstructive lung disease, 227 acute hospitalizations with pneumonia, and 185 deaths among the 8,064 younger adults. Compared with individuals without COPD, those with early COPD had multivariable adjusted hazard ratios of 6.42 (95% confidence interval, 3.39-12.2) for acute obstructive lung disease hospitalizations, 2.03 (1.43-2.88) for acute pneumonia hospitalizations, and 1.79 (1.28-2.52) for all-cause mortality.

Conclusions: Among individuals under 50 years of age and 10 pack-years or greater of tobacco consumption from the general population, 15% fulfill criteria of early COPD. Individuals with early COPD more often have chronic respiratory symptoms and severe lung function impairment, and an increased risk of acute respiratory hospitalizations and early death.

電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 相關之住院與死亡

摘自：N Engl J Med 2020; 382: 1589-98. DOI: 10.1056/NEJMoa1915314

編譯：洪緯欣醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科

背景

截至 2020 年 1 月 7 日，美國疾病管制與預防中心 (CDC) 報告已經有 2,558 例非死亡病例的住院患者和 60 例死亡的電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 患者。

方法

在一項全國性研究中，我們將電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 死亡病例和非死亡病例的特徵進行了比較，以提高臨床醫生鑑別患者容易因該病而增加死亡風險的能力。衛生部門向美國疾病管制與預防中心 (CDC) 報告了電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 的病例，盡可能地包括了病歷摘要和患者訪談中的數據。我們分析包括截至 2020 年 1 月 7 日止向 CDC 報告的所有死亡或非死亡的 EVALI 患者，並且還提供了三例死於 EVALI 的患者報告，以說明此類患者的共同臨床特徵。

結果

死亡或非死亡的電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 患者中大多數是男性 (分別為 60 人中的 32 人 [53%] 和 2,666 人中的 1,666 人 [67%])。不論是死亡或非死亡的 EVALI 病例中，非西班牙裔白人較其他種族有較高的比例。(分別為 49 人中的 39 人 [80%] 和 1818 年的 1,104 人 [61%])。在 35 歲以上的人群中，死亡病例的比例更高 (60 例中佔 44 例 [73%])，但是在非死亡病例中，35 歲以上的人反而比例較低 (2,514 例佔 551 例 [22%])。在可得過去病史的患者中，有氣喘 (asthma) 病史 (57 例中有 13 例 [23%] 對比 1,297 例中有 102 例 [8%])、心臟病 (55 例中佔 26 例 [47%] 對比 1,169 例中的 115 例 [10%]) 或精神疾病 (49 例中佔 32 例 [65%] 對比 1,398 例中的 575 例 [41%]) 為死亡病例的比例較高。在 50 例死亡病例中，共有 26 例 (52%) 為肥胖患者。一半的死亡病例患者 (54 例中佔 25 例 [46%]) 在住院或死亡之前有在一般門診就診。

結論

在需要住院的電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 患者中，常合併有慢性疾病 (包括心臟、呼吸系統疾病以及心理健康問題)。

〔編譯者評論〕

此篇研究整理了台灣較少見的電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡及非死亡案例之比較，原文中更比較了不同菸草成分有無死亡的差異，雖然只是資料的整理，但為這個較新的議題帶來了更多的注目，隨著台灣電子煙在年輕人中愈來愈盛行，臨床醫師也應該注意此疾病出現的可能性，更要小心換有慢性疾病又得到 EVALI 的病人潛在增加住院率及死亡率的可能。

Hospitalizations and Deaths Associated with EVALI

N Engl J Med 2020; 382: 1589-98. DOI: 10.1056/NEJMoa1915314

A.K. Werner, E.H. Koumans, K. Chatham-Stephens, *et al.*

Abstract

BACKGROUND

As of January 7, 2020, a total of 2,558 hospitalized patients with nonfatal cases and 60 patients with fatal cases of e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury (EVALI) had been reported to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

METHODS

In a national study, we compared the characteristics of patients with fatal cases of EVALI with those of patients with nonfatal cases to improve the ability of clinicians to identify patients at increased risk for death from the condition. Health departments reported cases of EVALI to the CDC and included, when available, data from medical-record abstractions and patient interviews. Analyses included all the patients with fatal or nonfatal cases of EVALI that were reported to the CDC as of January 7, 2020. We also present three case reports of patients who died from EVALI to illustrate the clinical characteristics common among such patients.

RESULTS

Most of the patients with fatal or nonfatal cases of EVALI were male (32 of 60 [53%] and 1,666 of 2,498 [67%], respectively). The proportion of patients with fatal or nonfatal cases was higher among those who were non-Hispanic white (39 of 49 [80%] and 1,104 of 1,818 [61%], respectively) than among those in other race or ethnic groups. The proportion of patients with fatal cases was higher among those 35 years of age or older (44 of 60 [73%]) than among those younger than 35 years, but the proportion with nonfatal cases was lower among those 35 years of age or older (551 of 2,514 [22%]). Among the patients who had an available medical history, a higher proportion of those with fatal cases than those with nonfatal cases had a history of asthma (13 of 57 [23%] vs. 102 of 1,297 [8%]), cardiac disease (26 of 55 [47%] vs. 115 of 1,169 [10%]), or a mental health condition (32 of 49 [65%] vs. 575 of 1,398 [41%]). A total of 26 of 50 patients (52%) with fatal cases had obesity. Half the patients with fatal cases (25 of 54 [46%]) were seen in an outpatient setting before hospitalization or death.

CONCLUSIONS

Chronic conditions, including cardiac and respiratory diseases and mental health conditions, were common among hospitalized patients with EVALI.

Nintedanib 在特發性肺纖維化的長期安全性與可耐受性： INPULSIS-ON 的開放式延長研究結果

摘自：Lancet Respir Med 2019; 7: 60-68. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30339-4.

編譯：陳秋帆醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科

背景：

Nintedanib，一種酪氨酸激酶抑制劑 (tyrosin kinase inhibitor)，在特發性肺纖維化 (IPF) 病人的治療效果與安全性已經在第 3 期的臨床試驗 INPULSIS 得到驗證。完成 52 周 INPULSIS 臨床試驗的患者，可以接受開放性的 nintedanib 延長治療試驗 INPULSIS-ON。INPULSIS-ON 的目標為評估 nintedanib 長期治療效果與安全性。

方法：

完成 52 周治療的 INPULSIS 患者，經過四周的追蹤之後，則符合進入 INPULSIS-ON。在 INPULSIS 與 INPULSIS-ON 之間的中斷治療期間可為 4-12 周。INPULSIS 試驗最後服用 nintedanib 150mg 每日兩次或是安慰劑的患者，在 INPULSIS-ON 中會服用 nintedanib 150mg 每日兩次。INPULSIS 試驗最後服用 nintedanib 100 mg 每日兩次或是安慰劑的患者，在 INPULSIS-ON 中可服用 nintedanib 100 mg 或是 150 mg 每日兩次。肺量計檢查在第 0, 2, 4, 6, 12, 24, 36, 48 周執行，然後每 16 周執行檢查。INPULSIS-ON 的主要結果為 nintedanib 對於 IPF 病人的長期安全性與可耐受性，而這些分析的病人皆至少接受 1 次 nintedanib 的劑量。本研究註冊在 ClinicalTrials.gov 編號 NCT01619085，以及 EudraCT 編號 2011-002766-21。

結果：

從 2012 年 7 月 2 日開始第一個病人進入 INPULSIS-ON。在 807 個完成 INPULSIS 試驗的病人中，有 734 個 (91%) 進入 INPULSIS-ON。430 位 (59%) 病人為 INPULSIS 中接受 nintedanib 治療，並在 INPULSIS-ON 持續使用 nintedanib。而有 304 位 (41%) 病人為 INPULSIS 中接受安慰劑，並在 INPULSIS-ON 開始使用 nintedanib。這些病人的 INPULSIS 及 INPULSIS-ON 中接受 nintedanib 的總暴露時間中位數為 44.7 個月 (範圍 11.9-68.3)。Nintedanib 在 INPULSIS-ON 的安全性資料與 INPULSIS 相符合。腹瀉是 INPULSIS-ON 中最常見的不良事件 (持續 nintedanib 組：60.1/100 人年，起始 nintedanib 組：71.2/100 人年)。持續 nintedanib 組有 20 位 (5%)，而起始 nintedanib 組有 31 位 (10%) 患者因為腹瀉而永久停用 nintedanib。最常造成永久停用 nintedanib 的不良事件為 IPF 的疾病惡化 (持續 nintedanib 組：51 位 [12%]，起始 nintedanib 組：43 位 [14%])。出血的發生率在持續 nintedanib 組為 8.4/100 人年，在起始 nintedanib 組為 6.7/100 人年。主要不良心血管事件的發生率在持續 nintedanib 組為 3.6/100 人年，在起始 nintedanib 組為 2.4/100 人

年。廣義心肌梗塞 (意即所有可能個案) 的發生率在持續 nintedanib 組為 1.3/100 人年，在起始 nintedanib 組為 0.7/100 人年。

結論：

這些結果顯示 nintedanib 的長期使用有可控制的安全性與可耐受性，而沒有新的安全警訊。IPF 的患者可以長時間使用 nintedanib 來減慢疾病進展的速度。

〔編譯者評論〕

本篇研究為 INPULSIS 的延長治療臨床試驗，nintedanib 延長治療時間中位數為 31.5 個月 (範圍 0-56.3 個月)。本研究主要結果顯示 nintedanib 的長期安全性與可耐受性，其不良事件發生率與之前 INPULSIS 相比為類似或者較少。但是需注意的是本開放性延長研究有其限制，病人族群其實有選擇性偏差。病情進展較慢或是藥物耐受較佳的患者，本來就比較能完成先前的 INPULSIS 試驗並進入 INPULSIS-ON。

另外在分析 nintedanib 的長期治療效果也值得重視。研究結果發現長期而言 nintedanib 仍能有效減緩 FVC 的下降速度 (192 周研究期間，平均每年 FVC 下降 135.1 ml)。研究特別將病人分為兩組：持續 nintedanib 組 (在 INPULSIS 已有使用 nintedanib，在 INPULSIS-ON 持續使用)，與起始 nintedanib 組 (在 INPULSIS 接受安慰劑，在 INPULSIS-ON 開始使用 nintedanib)。在持續 nintedanib 組 FVC 每年下降 145 ml，而起始 nintedanib 組 FVC 則是每年下降 119.7 ml。雖然兩組有些差異，但作者認為與 INPULSIS placebo 組 FVC 每年下降 223.5 ml 相比還是都有達到明顯減緩的效果 (最小臨床重要差異值 75-80 ml)。然而作者也說明，選擇性偏差的問題還是存在，INPULSIS-ON 中病情進展較慢、肺功能下降較慢的病人，比較可以繼續留在試驗中接受治療，然而病情惡化進展較快、肺功能下降較快的病人，容易提早退出試驗。這樣的偏差會使觀察到的 FVC 的下降減少。

同樣的，選擇性偏差也影響到死亡率，本研究到最後 (將近 5 年) 觀察到的死亡率在持續 nintedanib 組只有 24%，在起始 nintedanib 組也僅 27%。但是其實有許多患者中途退出，沒有追蹤記錄到停藥退出試驗後的病人狀況。事實上，高達約 70% 患者是中途停藥退出 INPULSIS-ON 試驗。因此，本研究的死亡率其實是有低估的情況，才會比大多數 IPF 研究的死亡率還要低很多。

本研究是目前 nintedanib 治療 IPF 規模最大，時間最長的研究。但稍有可惜的地方是沒有追蹤中途停藥退出患者的後續結果 (肺功能及死亡)，且中途退出者比例很高，造成 IPF 患者預後的低估，這方面需要謹慎解讀。

Long-term safety and tolerability of nintedanib in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: results from the open-label extension study, INPULSIS-ON

Lancet Respir Med 2019; 7: 60-68. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30339-4.

Bruno Crestani, John T Huggins, Mitchell Kaye, *et al.*

Abstract

BACKGROUND

The efficacy and safety of nintedanib, an intracellular tyrosine kinase inhibitor, in patients with idiopathic pulmonary fibrosis were assessed in two phase 3, placebo-controlled INPULSIS trials. Patients who completed the 52-week treatment period in an INPULSIS trial could receive open-label nintedanib in the extension trial, INPULSIS-ON. We aimed to assess the long-term efficacy and safety of nintedanib in INPULSIS-ON.

METHODS

Patients who completed the 52-week treatment period of INPULSIS, and the follow-up visit 4 weeks later, were eligible for INPULSIS-ON. The off-treatment period between INPULSIS and INPULSIS-ON could be 4-12 weeks. Patients receiving nintedanib 150 mg twice daily or placebo at the end of an INPULSIS trial received nintedanib 150 mg twice daily in INPULSIS-ON. Patients receiving nintedanib 100 mg twice daily or placebo at the end of an INPULSIS trial could receive nintedanib 100 mg twice daily or 150 mg twice daily in INPULSIS-ON. Spirometric tests were done at baseline, at weeks 2, 4, 6, 12, 24, 36, 48, and then every 16 weeks. The primary outcome of INPULSIS-ON was to characterise the long-term safety and tolerability of nintedanib in patients with idiopathic pulmonary fibrosis, and this was analysed in patients who received at least one dose of nintedanib in INPULSIS-ON. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01619085, and with EudraCT, number 2011-002766-21.

FINDINGS

The first patient was enrolled into INPULSIS-ON in July 2, 2012. Of 807 patients who completed the INPULSIS trials, 734 (91%) were treated in INPULSIS-ON. 430 (59%) patients had received nintedanib in INPULSIS and continued nintedanib in INPULSIS-ON, and 304 (41%) had received placebo in INPULSIS and initiated nintedanib in INPULSIS-ON. Median exposure time for patients treated with nintedanib in both the INPULSIS and INPULSIS-ON trials was 44.7 months (range 11.9-68.3). The safety profile of nintedanib in INPULSIS-ON was consistent with that observed in INPULSIS. Diarrhoea was the most frequent adverse event in INPULSIS-ON (60.1 events per 100 patient exposure-years in patients who continued nintedanib, 71.2 events per 100 patient exposure-years in patients who initiated nintedanib). 20 (5%) of 430 patients who continued nintedanib and 31 (10%) of 304 patients who initiated nintedanib permanently discontinued nintedanib because of diarrhoea. The adverse event that most frequently led to permanent discontinuation of nintedanib was progression of idiopathic pulmonary

fibrosis (51 [12%] patients continuing nintedanib and 43 [14%] patients initiating nintedanib). The event rate of bleeding was 8.4 events per 100 patient exposure-years in patients who continued nintedanib and 6.7 events per 100 patient exposure-years in patients who initiated nintedanib. The event rate of major adverse cardiovascular events was 3.6 events per 100 patient exposure-years in patients who continued nintedanib and 2.4 events per 100 patient exposure-years in patients who initiated nintedanib. The event rate of myocardial infarction using the broad scope (ie, all possible cases) was 1.3 events per 100 patient exposure-years in patients who continued nintedanib and 0.7 events per 100 patient exposure-years in patients who initiated nintedanib.

INTERPRETATION

These findings suggest that nintedanib has a manageable safety and tolerability profile over long-term use, with no new safety signals. Patients with idiopathic pulmonary fibrosis could use nintedanib over the long-term to slow disease progression.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：109 年 11 月 15 日
- 當期作答分數須達 (含) 80 分以上 (第 1 題 10 分；第 2~7 題，每題 15 分)，每期給予教育積分 A 類 3 分，上限為 6 年內不得超過 60 分。
- 敬請會員踴躍參與作答，以便累積學會積分；僅限台灣胸腔暨重症加護醫學會會員作答。(正確解答請參閱下期會訊)。

胸腔暨重症案例：(本題 10 分)(請參閱 page 43)

A 51-year-old female transferred from local hospital due to intermittent fever and chills for one month. She didn't have underlying disease before. CXR showed RUL consolidation (Figure A). She had ever received antibiotic with Cravit, Tazocin, Cefpirome. A chest CT revealed RUL lobar pneumonia. All laboratory data including sputum TB, Influenza test and atypical pneumonia titer showed negative. After admission to our hospital, body temperature was 37.8°C, initial WBC: 9,900/ μ L, Neutrophil: 84.9%, lymphocyte: 7.2%, CRP: 23.98 mg/dL, BUN/creatinine: 6/0.7 mg/dL, Na/K: 139/3.2 mmole/L, AST/ALT: 22/80 U/L, Total bilirubin: 0.4 mg/dL. Serum Cryptococcus antigen and HIV are negative. We administer Levofloxacin and Cefepime.

A sono-guided RUL biopsy showed necrotizing granulomatous inflammation with necrosis, multinucleated giant cells are present. She started to receive anti-TB with Rifater. Progressive tachypnea, fever and hemoptysis developed. She was transferred to ICU, intubation was done. CXR revealed progressive infiltration and consolidation over bilateral lungs (Figure B). WBC: 17,500/ μ L, Neutrophil: 85%, lymphocyte: 2%, CRP: 23.36 mg/dL, BUN/creatinine: 19/1.78 mg/dL, Na/K: 139/3.3 mmole/L, AST/ALT: 16/80 U/L, Total bilirubin: 0.7 mg/dL. Antibiotic switched to ciproxin and meropenem. Renal function got worse, BUN/creatinine: 34/2.72 mg/dL.

1. 從臨床上及胸部 X 光的變化，導致該病患持續發燒及呼吸衰竭的可能診斷為何？
 - (A) Infective endocarditis
 - (B) Multiple drug resistant tuberculosis
 - (C) Invasive pulmonary aspergillosis
 - (D) Lung cancer with obstructive pneumonia
 - (E) Granulomatosis with polyangiitis

選擇題：(每題 15 分)

2. 在丹麥的研究裡面，50 歲以下，抽菸數目大於 10 pack-years, 1,175，有多少比例的人有早期 COPD (early COPD)
 - (A) 15%
 - (B) 30%

- (C) 40%
- (D) 55%

3. 早期 COPD 的個案通常都：

- (A) 慢性的呼吸道症狀
- (B) 較差的肺功能
- (C) 呼吸道疾病而住院的機率較高
- (D) 以上皆對

4. 關於抗肺纖維化藥物 Nintedanib 下列敘述何者錯誤？

- (A) Nintedanib 在特發性肺纖維化病人的治療效果與安全性已經在第 3 期的臨床試驗 INPULSIS 得到驗證
- (B) Nintedanib 是一種酪氨酸激酶抑制劑 (tyrosin kinase inhibitor)
- (C) Nintedanib 有可有效減緩特發性肺纖維化患者的肺功能下降
- (D) 腹瀉的副作用在 Nintedanib 並不常見

5. 關於 Nintedanib 在特發性肺纖維化患者的臨床試驗：INPULSIS 與 INPULSIS-ON，以下敘述何者錯誤？

- (A) INPULSIS 為第 3 期臨床試驗，治療期間為 52 周
- (B) INPULSIS-ON 為開放性的 nintedanib 延長治療試驗，目的在評估長期治療效果與安全性
- (C) 沒有完成 INPULSIS 臨床試驗的特發性肺纖維化患者，也可以進入 INPULSIS-ON
- (D) INPULSIS-ON 結果顯示，長期而言 nintedanib 仍能有效減緩特發性肺纖維化患者肺功能的下降

6. 下列何者不正確？

- (A) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 嚴重需要住院的病人，常合併有慢性疾病
- (B) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 不論有無死亡的病人皆以男性居多
- (C) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 的病人中，不論有無死亡，西班牙裔白人較其他種族皆有較高的比例
- (D) 一半的死亡病例患者在住院或死亡之前有在一般門診就診

7. 下列何者正確？

- (A) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例以年紀大於 35 歲的為主
- (B) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例中，肥胖的比例很少
- (C) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例中，不到五成有精神疾病
- (D) 電子煙或霧化產品相關肺損傷 (EVALI) 之死亡案例，有心臟病的比例明顯地比非死亡案例少

測驗回函 (2020 年 10 月第 33 期)

截止日：109 年 11 月 15 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，以免損失權益。

★學會秘書處

高雄聯絡電話：(07) 735-3917

台北聯絡電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspecm.t6237@msa.hinet.net

上期解答



提供：亞洲大學附屬醫院 胸腔內科 黃建文醫師

[Case]

A 70 years old man, who suffered from persistent dyspnea and wheez for several months.

History: ashtma for 2 years, control at local hospital

Symptom and sign: dyspnea, cough with copious sputum, wheez.

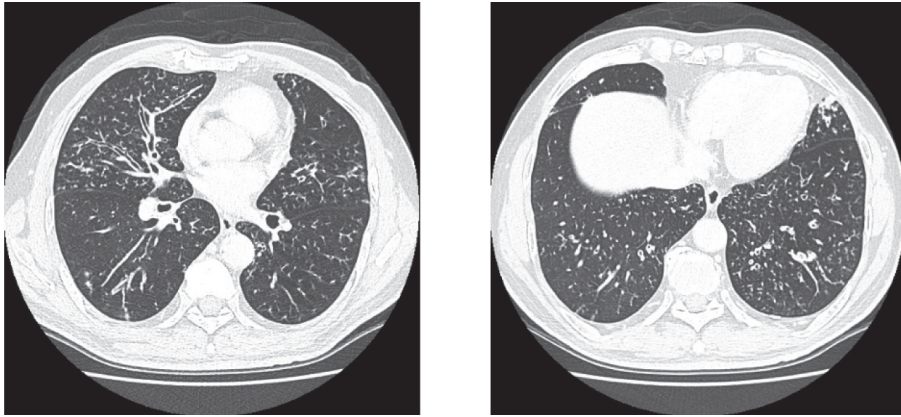
[Question]

1. What is your diagnosis?
 - (A) Diffuse panbronchiolitis
 - (B) Bronchiectasis
 - (C) Cystic fibrosis
 - (D) Langerhans Histiocytosis

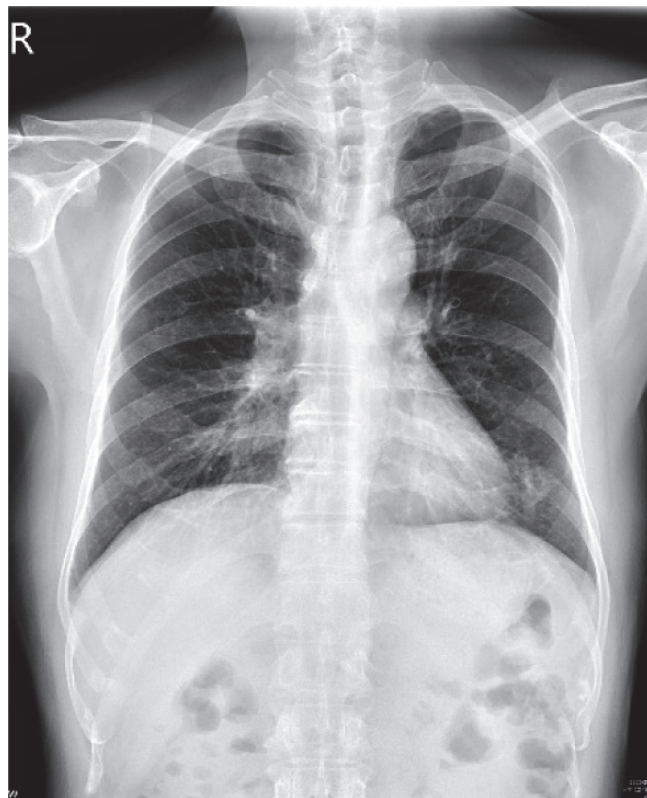
[Answer]

(A) Diffuse panbronchiolitis (DPB)

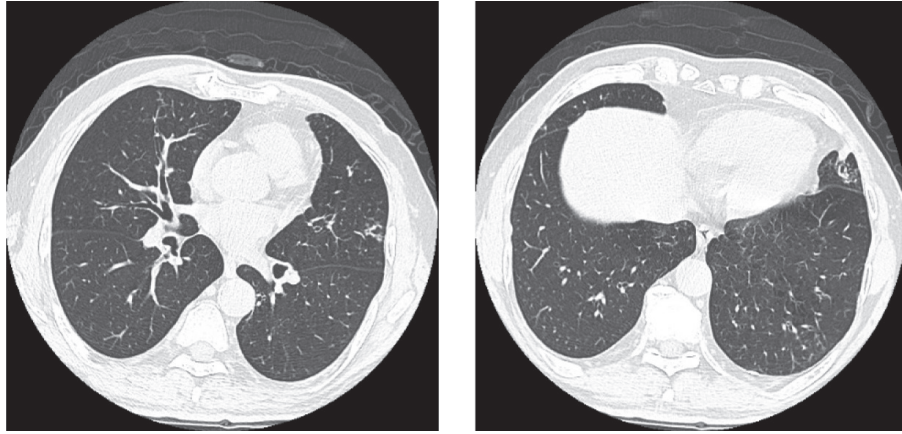
CHEST CT: centrilobular nodular opacities, nodular and linear (tree-in-bud) opacities, thickened and dilated bronchiolar walls (bronchiolectasis)



CXR/CT: After ICS/LABA Inhaler, oral corticosteroid and low dose erythromycin treatment for 3 months



CXR: diffuse ill-defined nodules much more improved



CT: centrilobular nodular opacities, nodular and linear (tree-in-bud) opacities almost disappear

選擇題：

2. 依據文章下列何者可能是在肺炎併輕度呼吸窘迫患者需要插管的原因：

- (A) 使用 NIV 後兩小時較高的 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$
- (B) 使用 Venturi 面罩
- (C) 使用 NIV
- (D) 在使用 NIV 之下有較高的每分鐘潮氣容積

答案 (D)

3. 末期腎臟疾病在睡眠呼吸中止症致病機轉中的作用，何者為是？

- (A) 體液負荷過多，影響上呼吸道之呼吸道塌陷性
- (B) 呼吸化學調控過於敏感，導致呼吸通氣之不穩定
- (C) 尿毒症容易引起的神經病變或肌病變
- (D) 以上皆是

答案 (D)

4. 阻塞性睡眠呼吸中止症 (OSA) 對慢性腎臟疾病進展的影響，下列敘述何者為非？

- (A) 間歇性缺氧會導致 Reactive oxygen species，繼而引發 Oxidative stress 造成傷害
- (B) OSA 會增加腎素-血管緊張素系統 (RAS) 的活化，導致“腎絲球高壓力/高過濾 (hypertension/ hyperfiltration)”造成傷害
- (C) OSA 會引發全身性發炎反應和全身性血管內皮功能障礙，導致血管硬化
- (D) OSA 造成高血壓是藉由：反覆性缺氧 / 高碳酸血症，導致副交感神經活化，血管收縮的結果

答案 (D)

5. 根據本篇文章的描述，關於睡眠呼吸中止症和慢性腎臟病的關聯，以下何者為非？
- (A) 睡眠呼吸中止症與慢性腎臟疾病之間存在雙向影響關係
 - (B) 慢性腎臟疾病人在 OSA 臨床表現上十分經典
 - (C) 相較 CKD 和 ESRD 病人中，睡眠呼吸中止的罹病率，以 ESRD 族群較多
 - (D) 作者期許，透過優化人體體液狀態，實現個人客制化來治療 ESRD 病人的睡眠呼吸中止症，以替代 CPAP 治療

答案 (B)

6. 下列敘述何者錯誤？
- (A) 目前 ARDS 氧合目標為動脈氧分壓 (PaO_2) 55 到 80 mmHg
 - (B) LOCO₂ trial 中，保守氧氣治療組目標 PaO_2 55~70 mmHg，目標氧氣濃度 SpO_2 88~92%
 - (C) LOCO₂ trial 中，開放氧氣治療組目標 PaO_2 90~105 mmHg，目標氧氣濃度 SpO_2 大於 96%
 - (D) LOCO₂ trial 發現保守氧氣治療可以有效降低病人死亡率

答案 (C、D)

7. 下列敘述何者正確？
- (A) 重症病人理想的氧合目標尚無定論
 - (B) 為了避免高濃度氧氣對身體帶來的傷害，在 ARDS 病人，應盡量將病人 PaO_2 或是 SpO_2 維持在 lower limit
 - (C) ICU-ROX 中，保守氧氣治療會增加呼吸器使用天數
 - (D) ICU-ROX 中，敗血症的病人採用保守氧氣治療會減少死亡率

答案 (A)

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。)

從 SARS 到 COVID-19

李琳醫師 高雄榮民總醫院 胸腔內科

一、歷史的沿革：

嚴重急性呼吸道症候群又稱 SARS，是由嚴重急性呼吸道症候群冠狀病毒 (SARS-COV) 所引起的流行病。於 2002 年 11 月發源於中國廣東順德市至 2003 年 9 月，曾散布 29 國和地區造成全球超過 8,000 人感染，導致含醫務人員 774 例病人死亡。台灣也於 2003 年爆發首例迅速漫延到醫療院所，造成 11 位醫務工作人員先後殉職。

二、對國人、社會心理及醫療的影響：

當 SARS 在國內和平醫院爆發院內群聚感染之際，全國醫療、公衛、社會及政府都為之震撼。原來我們的感管及個人防護設備 (PPE) 竟然是如此脆弱。當新聞媒體傳出封院後的醫護人員在窗口張貼著「我要離開」的海報，莫不讓國人落淚心碎。當政府首長們高喊著「防疫視同作戰」的同時，可曾想過：「驅戰士赴死境，不予盔甲，主帥之罪耶！」痛定思痛，國內對這類高傳染性疾病，建立起制度化的防疫藍圖。憑藉著公衛、感管及相關醫療制度，從警戒、境外管制社區隔離，院內分艙分流，以及個人防護設備的緊急籌備，都是新冠疫病來臨時，確保了台灣免於上次慘痛教訓的寶貴經驗。

三、預防勝於治療：

新冠病毒本身是具有高傳染性經飛沫人傳人的病毒。因此全國人都要有量體溫、勤洗手、戴口罩、保持社交距離以及忠實遵行疫區返國居家隔離的規範。醫院內也要嚴控戴口罩、訪客實名制、加強不明原因肺炎做 COVID-19 的 PCR 檢測、負壓隔離病房的啟動、乙級防護的全員配備等，以期阻隔病毒於局限性感染。一旦有流感等相關症狀發生時，一定要進行 COVID-19 的 PCR 檢測，遵守居家隔離的相關規範，務期壓低院內感染的風險。此次全球大量爆發新冠肺炎確診感染病患上千萬人，而全台只有零星社區個案，就是全國從境外、社區到醫院，雷厲風行這些防疫政策，

全國人民全力配合，才能有此輝煌的成果。

四、病毒肺炎的治療原則：

1. 氧氣治療：當確診病患出現胸悶、氣促時，應及早啟動氧氣供應。力求維持血氧飽和度達 92% (SpO₂) 以上。
2. 發燒時，退燒藥及點滴輸液的給予，仍屬支持性療法的核心。輕、中度新冠肺炎的患者在歐美高流行區的居家治療，已是支持療法最重要的一環。
3. 中重度新冠肺炎患者，出現給氧分率不足以代償需求時，應即早採用插氣管內管人工呼吸器的治療。非侵襲性呼吸器不能提供穩定的潮氣容積及流量，再加上病人痰液積聚，又易生環境汙染的風險，不是治療的理想選項。
4. 重度肺炎及出現急性呼吸窘迫症患者，除了呼吸器設定可採取低潮氣容積、高吐氣末正壓等保護肺策略，俯伏治療、瑞德西韋 (Remdesivir) 可縮短呼吸器使用時間。英國牛津大學四月啟動的 Recovery 隨機臨床研究發現 dexamethasone 可將呼吸器患者死亡率由 40% 降到 28%，需氧患者由 25% 降到 20%。Martin Landray 表示：「用呼吸器或氧氣依賴患者可藉此藥物挽救生命且降低成本。」

五、對抗新冠病毒肺炎的未來方針：

由於冠狀病毒的結構簡單，僅由表皮層醣蛋白及核心 RNA 與 N 蛋白合成。而其表皮棘蛋白 (S-protein) 是主要附著呼吸道黏膜層的利器。(見圖 1 及圖 2) 目前已知有超過 100 個疫苗接種計畫正在進行，相信在 2021 年夏秋之際可以大量接種，其中包括 Moderna 針對 mRNA 的疫苗、英國牛津大學的修改病毒疫苗、澳洲昆士蘭的病毒成長蛋白疫苗等。但是病毒也一直在不斷以複製變異種 (mutation) 來適應新的宿主環境。這就是自然中物競天擇的病毒本性。因此人類在著手以科學提升對抗病毒免疫力的同時，仍要全力執行封關、圍阻，以減少確診病患，降低病毒複製形成變異種的機會。

六、結論：

人類面對冠狀病毒肺炎的戰役將反覆出現。除了研發新的疫苗、抗病毒單株抗體等科技外，傳統的公衛防疫制度貫徹實施、全人類配合，才能真正達成有效的抗疫成果。

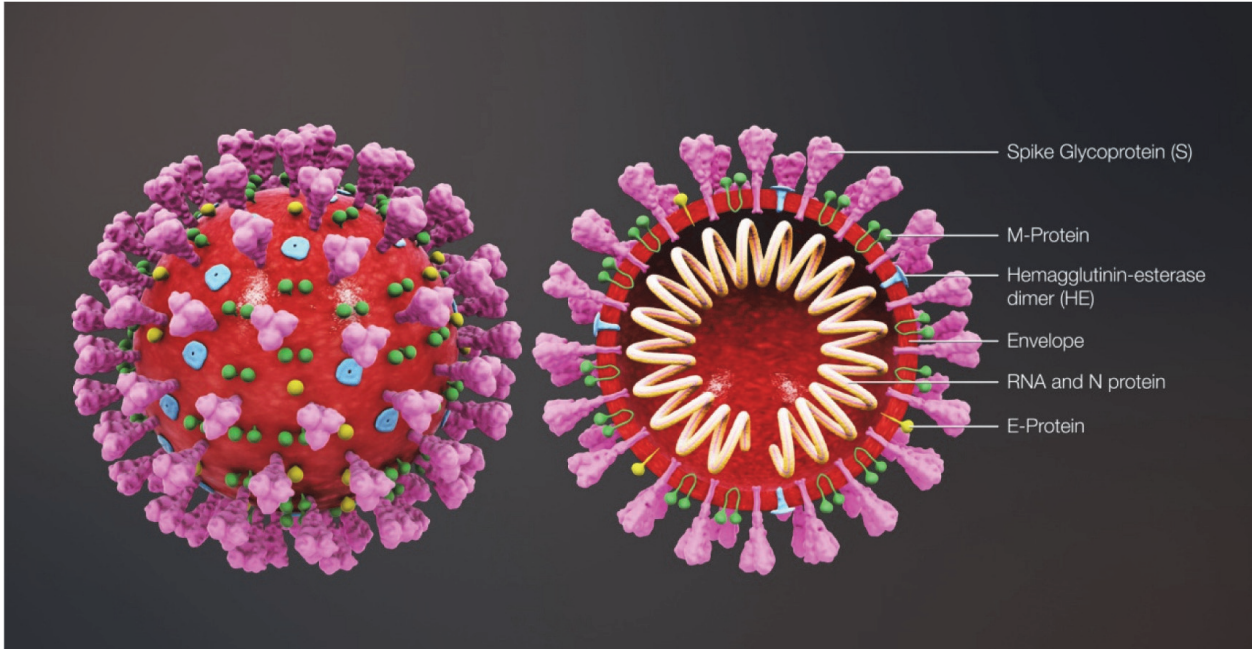


圖 1

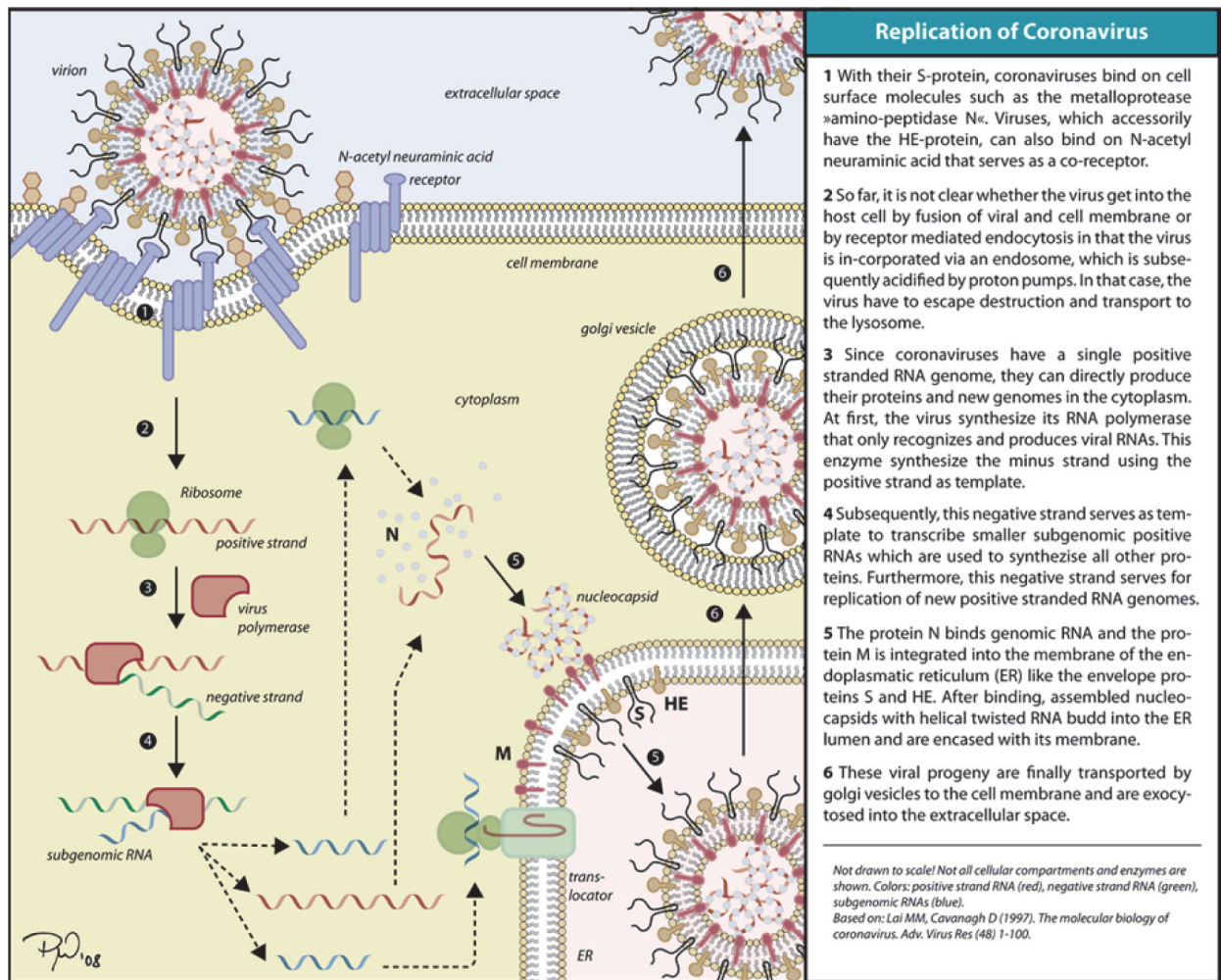
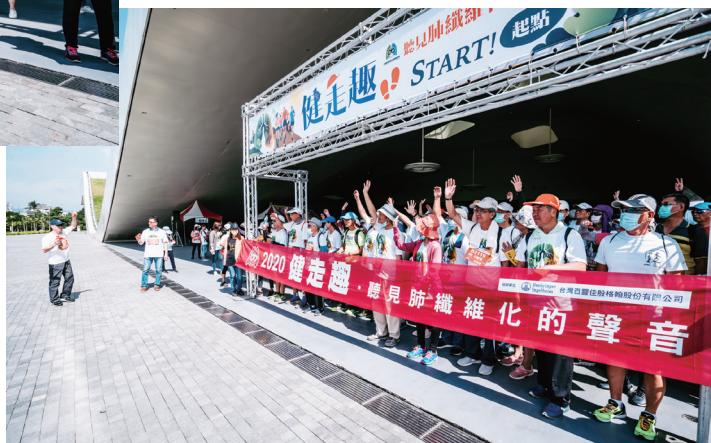


圖 2

活動集錦

109年9月19日於衛武營國家藝術文化中心舉辦「2020 健走趣 - 聽見肺纖維化的聲音」







2020 胸重年會【Young Investigator Award】

【辦法】

- 〈一〉依本會理、監事聯席會議決議，為鼓勵本會會員積極從事胸腔暨重症醫學之研究，由論文評選委員評選 3 篇發表於國外優秀原著學術論文，並於 2020 胸重年會頒發 Young Investigator Award。
- 〈二〉學會將通知論文第一作者於 2020 胸重年會發表演講，並頒發 Young Investigator Award 獎金每位新台幣 3 萬元以及獎狀一面、付印得獎論文 Abstract 於 2020 胸重年會 Abstract Book & Program。
- 〈三〉發表於國外之原著學術論文刊登時間 (Print-out or E-print)：2019 年 9 月 1 日至 2020 年 8 月 31 日止，論文研究數據與研究地點必須在台灣進行。
- 〈四〉對象：原著學術論文第一作者在論文刊登時間年齡 40 歲(含)以下。自即日起受理本會一般會員、準會員申請至 2020 年 10 月 31 日(星期六)截止。

【上傳流程與說明】 <https://www.tspccm.org.tw/submission/theme/13>

〈流程 1〉 【線上申請】

Submit



點擊畫面上方【Submit】

本會一般會員、準會員請以胸腔會員號碼登入，可重複登入多次投稿，每篇論文都需要重新點入【Submit】及【上傳檔案】。

- 第 1 欄【Title】請填入論文題目
- 第 2 欄【Abstract】請不用填寫
- 第 3 欄【Submission Types】請勾選 Original Article
- 第 4 欄【Category】請選 Young Investigator Award

〈流程 2〉 【上傳 3 份文件】(請見-註 1-)

申請表、在職證明、論文全文 (請整合為一份檔案，請見流程 3)

〈流程 3〉 【先使用 ZIP 程式整合】(程式下載請見-註 3-)

請將 3 個檔案整合成一個檔案再上傳，再點選 Browse 上傳至方框，點儲存以完成存檔。

〈流程 4〉 【Contributor Information】

請填入第 1 作者資料

〈流程 5〉 【完成線上申請】

請點選右下角藍色方框「Done 儲存」完成線上投稿。(若內容修正，請見-註 2-)

-註 1- ◆申請表【[點擊下載 Young Investigator Award 申請表 2020.docx](#)】



◆在職證明 (請掃描 JPG 檔或 PDF 檔)



◆論文全文 PDF 檔

-註 2- 【線上修改】(投稿者可於申請截止日前，以帳號進入線上申請系統)

網頁下方【My Paper】，右邊點選「動作 」，進入編輯畫面更正，將原上傳檔案刪除後，再重新上傳。

1.

<input checked="" type="checkbox"/>	對應碼	論文名稱	演講者	論文分類	審核狀態	投影片	附件	動作
<input type="checkbox"/>	0001	Interstitial Lung Disease	<u>OOO</u>	Young Investigator Award				

2. 刪除原上傳檔案  

3. 投稿截止日後，恕不再受理線上更正。

-註 3- 【請自行下載免費 ZIP 程式】

載點 1：ZIP http://www.winzip.com/win/en/prod_down.html

載點 2：7z <http://www.developershome.com/7-zip/>

載點 3：rar <http://rar.tw/download.html>

2020 胸重年會【優秀學術論文獎】

【辦法】

- 〈一〉評選本會一般會員、準會員在 2020 胸腔年會發表優秀學術論文，論文第 1 作者於 12 月 12 日(星期六)Gala Dinner 獲頒優秀學術論文獎金及獎狀。
- 〈二〉論文評選委員保有最終權利變更、決定論文發表方式。
- 〈三〉自即日起受理線上論文投稿 (Abstract) 至 **2020 年 10 月 31 日(星期六)截止**。
- 〈四〉對象：本會一般會員、準會員與非會員均可線上投稿。
- 〈五〉**---口頭報告評選 (Oral Presentation)---**

1. **【第 1 階段評選】**由論文評選委員評選 **24 篇**論文於 2020 胸腔年會發表演講。
2. **【第 2 階段評選】**12 月 12 日(星期六)由論文評選委員自 18 篇口頭報告原著學術論文再評選 **3 篇**學術論文頒發優秀論文獎金(第 1 作者)各新台幣 2 萬元以及獎狀，另 21 篇優秀論文獎金(第 1 作者)各新台幣 5000 元以及獎狀，於 12 月 12 日(星期六) Gala Dinner 頒發。

---海報競賽評選 (Post)---

1. 學會將通知海報展示論文作者於年會現場展示。展示日期與地點：2020 年 12 月 12 日(星期六)，台大國際會議中心 (100 台北市中正區徐州路 2 號)。
2. **【海報評選】**海報展示論文(原著或病例報告)將於 2020 年 12 月 12 日(星期六)由論文評選委員評選 **5 篇**學術論文，並於 12 月 12 日(星期六) Gala Dinner 頒發優秀學術論文獎金(第 1 作者)各新台幣 5000 元及獎狀。



【上傳流程與說明】 <https://www.tspccm.org.tw/submission/theme/14>

〈流程 1〉 **【線上投稿 (Abstract)】**

點**【我要投稿】**進入**【線上投稿 (Abstract)】**

本會一般會員、準會員請以胸腔會員號碼登入，可重複登入多次投稿。

非會員線上投稿，請先註冊個人帳號(即信箱)、使用線上投稿系統，可重複登入多次投稿。

【標題 (中)】請填 論文中文題目

【標題 (英)】請填 論文英文題目

【摘要】網頁方框，請填論文英文題目

〈流程 2〉 **【論文類型】**

請選擇**(1) 文章類型**：原著論文 或 病例報告

(2) 發表方式：口頭報告 或 海報競賽

〈流程 3〉 **【論文分類】**

請複選論文分類

1. Pulmonary Hypertension
2. Interstitial Lung Disease
3. Intervention Bronchoscopy
4. Respiratory Tract Infections
5. Sleep Medicine
6. Diagnosis
7. Critical Care Medicine
8. Tuberculosis
9. Thoracic Oncology
10. Airway Disease
11. Other 其他，請在網頁線上投稿，摘要方框裡註明。

〈流程 4〉 【上傳檔案】(年會投稿格式請見-註 1-)

點選「選擇檔案」上傳至方框、點儲存以完成存檔。

發表 2 篇論文以上，每篇論文都需要重新點入【我要投稿】及【上傳 WinWord 檔】

上傳檔案名稱【姓名，類別，發表方式(口頭報告或海報競賽)】

例：林孟志，Airway Disease，海報競賽

〈流程 5〉 【作者資訊】

請填入第 1 作者為演講者，點【增加其他作者】再依序填入其他作者資料。



〈流程 6〉 【完成投稿】

請點選右下角藍色方框「Done 儲存」完成線上投稿。(若內容修正，請見-註 2-)



-註 1- **投稿論文格式與規範【點擊下載 年會論文投稿格式.docx】**

-註 2- **【線上更正】(投稿者可於申請截止日前，以帳號進入線上申請系統)**

網頁下方【我的投稿列表】，右邊點選「動作」，進入編輯畫面更正，將原上傳論文 (Abstract) WinWord 檔案刪除後，再重新上傳。

<input checked="" type="checkbox"/>	對應碼	論文名稱	演講者	論文分類	審核狀態	投影片	附件	動作
<input type="checkbox"/>	0001	Interstitial Lung Disease	OOO	Young Investigator Award				

1.

2. 刪除原上傳檔案  

3. 投稿截止日後，恕不再受理線上更正。

2020 胸腔年會 【Junior Research Award-年輕醫師研究潛力獎】

為鼓勵本會準會員從事胸腔醫學相關研究並積極參與年會活動，以提升其研究動機與學術能力，故設立胸腔年會【Junior Research Award-年輕醫師研究潛力獎】

【辦法】

- 〈一〉 論文評選委員保有最終權利變更、決定論文發表方式。
- 〈二〉 對象：**本會準會員**，投稿者須為**第 1 作者**。
- 〈三〉 由論文評選委員於「優秀學術論文獎」未獲選之論文中評選至少 10 篇論文，頒發 Junior Research Award-年輕醫師研究潛力獎，論文獎金(第 1 作者)各新台幣 5000 元及獎狀，予以鼓勵準會員從事胸腔醫學。
- 〈四〉 本獎項於 12 月 12 日(星期六)Gala Dinner 頒發獎金及獎狀。

詳見【優秀學術論文獎】<https://www.tspccm.org.tw/submission/theme/14>



「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

(此為預留四邊出血各 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)：

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：(06)235-3535 轉 5399；手機：0976-258-162 余智惠

E-mail：chest_medicine@yahoo.com.tw

會訊委刊廣告辦法需知

「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 接受優良廠商委託刊登廣告。

本會刊為雙月刊，每年 2、4、6、8、10、12 月發刊，共 6 期，提供紙本版
本以及數位版本供所有會員閱覽。

凡有意願者，填妥「會訊」廣告贊助申請表 E-mail 至本會編輯處俾憑辦理。

本會委刊廣告版面以滿頁為一單位。以一年 6 期為單位。

本次為接受民國 110 年之廣告版面。

請自行選擇廣告位置以及期數。

同一位置若同時有多家公司申請時，以抽籤決定。

廣告位置和定價：

>>封面內(單頁)：	NT 25 萬	元/頁/年(6 期)
>>封底內(單頁)：	NT 20 萬	元/頁/年(6 期)
>>封底外(單頁)：	NT 30 萬	元/頁/年(6 期)
>>一般內頁(無限制頁數)：	NT 10 萬	元/頁/年(6 期)
>>信封袋底(單頁)：	NT 30 萬	元/頁/年(6 期)

廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：

長 30.3cm × 寬 21.6cm，解析度(像素) 350 dpi 以上

(此為預留四邊出血各 0.3cm 之大小，實際廣告尺寸為 29.7cm × 21cm)

確認刊登月份後，敬請於刊登前一個月月中內將檔案資料寄到編輯部並將廣
告費用匯入銀行帳戶，並請加註“會訊委刊廣告費”以及“匯款人名稱”。

匯款銀行：合作金庫(銀行代號 006) 台大分行

銀行戶名：台灣胸腔暨重症加護醫學會

銀行帳號：**1346872003417**

若有疑慮者，敬請與編輯部聯繫

(06) 235-3535 轉 5399；手機 0976-258-162 余智惠

本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。