



會訊

第 36 期
2021.04

台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine



理事長的話

學術專欄

活動集錦

主編的話

通訊繼續教育

會訊委刊廣告贊助回函

會務活動

吐納園地

會 址：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	王鶴健							
理事	王金洲	何肇基	吳杰亮	李岡遠	杭良文	邱國欽	施金元	夏德椿
	徐武輝	涂智彥	高國晉	陳育民	彭殿王	黃明賢	黃崇旂	賴俊良
常務監事	鍾飲文							
監事	林慶雄	曹昌堯	陳濤宏	陽光耀				
秘書長	簡榮彥							
副秘書長	王誠一	吳尚俊	林智斌	林聖皓	胡漢忠	郭耀文	陳家弘	馮嘉毅
	黃俊達	賴建豪	魏裕峰					

台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊 110 年 4 月第 36 期

發行人 Publisher	王鶴健 Hao-Chien Wang	
主編 Editor-in-Chief	夏德椿 Te-Chun Hsia	
副主編 Deputy Editor-in-Chief	曹昌堯 Thomas C. Y. Tsao	
編輯委員 Editorial Commissioners	王金洲 Chin-Chou Wang	王振源 Jann-Yuan Wang
	林恕民 Shu-Min Lin	林聖皓 Sheng-Hao Lin
	林裕清 Yu-Ching Lin	邱國樑 Kuo-Liang Chiu
	洪仁宇 Jen-Yu Hung	涂智彥 Chih-Yen Tu
	陳崇裕 Chung-Yu Chen	傅彬貴 Pin-Kuei Fu
	彭忠衍 Chung-Kan Peng	黃煦晴 Hsu-Ching Huang
	魏裕峰 Yu-Feng Wei	
執行編輯 Executive Editors	黃維俊 Wei-Chun Hang	鄭文建 Wen-Chien Cheng
	陳家弘 Chia-Hung Chen	沈宜成 Yi-Cheng Shen
	陳偉峻 Wei-Chun Chen	
執行秘書 Executive Secretary	陳家弘 Chia-Hung Chen	
編輯顧問 Editorial Consultant	鍾飲文 Inn-Wen Chong	

學會秘書處

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

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
主編的話.....	4
會務活動	
活動訊息.....	5
會議記錄	
第十八屆第二次理、監事聯席會會議記錄.....	7
第十八屆第三次理、監事聯席會會議記錄.....	19
學術委員會會議記錄.....	29
教育與出版委員會會議記錄.....	31
呼吸道疾病委員會會議記錄.....	33
肺腫瘤委員會會議記錄.....	35
睡眠醫學委員會會議記錄.....	38
肺結核病及感染委員會會議記錄.....	40
呼吸治療委員會會議記錄.....	42
胸腔醫學編輯委員會會議記錄.....	44
健保與醫療政策工作小組會議記錄.....	48
青年工作小組會議記錄.....	50
學術專欄	
胸腔暨重症案例	
本期案例：A 35-year-old male presented to OPD with intermittent shortness of breath for 3 days 提供：黃維俊醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科.....	52
醫學新知	
■ Efficacy and safety of once-daily single-inhaler triple therapy (FF/UMEC/VI) versus FF/ VI in patients with inadequately controlled asthma (CAPTAIN): a double-blind, randomised, phase 3A trial 每日一次單裝置吸入式三重療法 (FF / UMEC / VI) 與複方 FF / VI 在控制不佳的氣喘 患者中其療效和安全性比較 (CAPTAIN)：一項雙盲，隨機，3A 期試驗 編譯：陳家弘醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔暨重症系.....	53
■ Diagnostic accuracy of transbronchial lung cryobiopsy for interstitial lung disease diagnosis (COLDICE): a prospective, comparative study 經支氣管冷凍肺組織活檢對於肺間質疾病診斷的正確性 (COLDICE)：一前瞻性比較 性研究 編譯：鄭文建醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科.....	58
■ Occurrence of Invasive Pulmonary Fungal Infections in Patients with Severe COVID-19 Admitted to the ICU 嚴重新冠肺炎 (COVID-19) 患者住進加護病房罹患侵襲性肺部真菌感染的發生率 編譯：沈宜成醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科.....	62
通訊繼續教育.....	65
吐納園地	
我在培德監獄的日子 作者：陳偉峻醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔暨重症系.....	72
活動集錦.....	74
「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函.....	79

各位會員先進大家好：

接任理事長後，轉眼間已將近四個月了，感謝所有理監事的努力，會務運作在穩定中進行。各個委員會和工作小組，在召委的主導下也都陸續召開會議，針對未來一年的工作訂定工作目標，設定未來的活動和會議主題。很感謝各個執行秘書積極參與辛苦規劃，也希望各個委員會和工作小組能夠加強橫向聯繫，使學會的活動和工作更能滿足會員的需求。



學會正在進行的社團法人改制，經秘書處的努力，初步獲得通過，後續的程序將逐一進行，感謝秘書處的辛勞。今年的夏季會預計在6月19、20日在台北舉行，相關活動議程初步已擬妥，待相關工作完成後會儘速公布在學會網站並通知各位會員先進。

時序已進入春季，新冠肺炎疫情在世界上還是未受控制，臺灣在政府和醫界的努力下，有幸未受疫情的茶害，大家在辛苦的防疫工作中還是要謹慎小心。祝各位會員先進身體健康，身心愉快。

理事長

王鶴健

本期發刊在寒食清明之後，此時應是細雨霏霏，和風拂拂。尤其清明節一過，更應是春發萬物，綠芽初綻，百花即將艷放之時。奈何風未能調，雨又不順，加上東部的人禍，不禁讓人想起唐朝詩人杜牧傳世名詩，所謂「清明時節雨紛紛，路上行人欲斷魂」。

許多胸腔科醫師更遇上新冠肺炎的浩劫，辛勞增加，但是門診量依健保署的資料卻減少許多，嚴重影響收入。正所謂「屋漏偏逢連夜雨，行船又遇對頭風」。在此只能祈求同道們平安順遂，自求多福。

本期會訊應該是歷年來最厚的一本。新任理監事們覺得所有的會議記錄應該讓我們的會員朋友充分了解，所以秘書處特別很完善的整理了學會所有的理監事會議和各委員會會議記錄供會員參考，所以才增加了許多篇幅，希望這樣的服務可以更滿足會員對學會的了解。在此特別感謝秘書處的資料整理和提供。

學術專欄胸腔案例部分，中國醫藥大學附設醫院黃維俊醫師提供一例35歲年輕男性，呼吸困難三天，影像學呈現後縱膈腔腫瘤。這是一例很有趣的病例，值得大家鑒別診斷，把答案找出來。

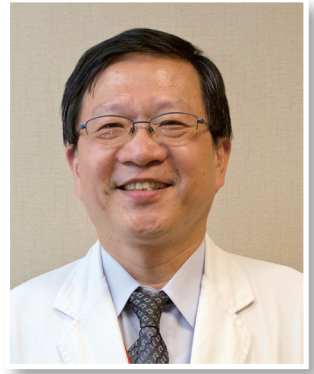
胸腔醫學新知部分，首先由陳家弘醫師由Lancet Respir Med. 2021年一月出刊文獻中編譯了一篇有關於中度或重度氣喘的研究文章。儘管目前已經有ICS/LABA的治療方法，但仍有30到50%的病人未能得到充分控制，找尋新的複方治療或者較方便的吸入藥物模式或許可以解決一部分病人的難題。

間質性肺疾病傳統的診斷方式往往是手術切片加上病理判斷來確診但是風險較大。支氣管組織冷凍活檢技術是近年來常被提及的新的診斷方式，但是執行上也必須全身麻醉搭配硬式支氣管鏡和軟式支氣管鏡，在螢光透視指引下定位切片。這個技術是否可以取代傳統的診斷模式值得探討。鄭文健醫師選讀了2020年一篇刊登在The Lancet Respiratory Medicine二月份的研究。希望提供一個間質性肺病的新診斷模式，但是又不能較傳統外科手術診斷率更低，也不能產生較高的風險。有興趣發展這項檢查的同好，值得好好一讀。

有關新冠肺炎的研究，目前是非常熱門的主題，沈宜成醫師選編一篇有關於嚴重新冠肺炎患者罹患侵襲性真菌呼吸道重複感染的發生率研究。本文特別強調，對這類病人要使用抗真菌治療之前，應該要有明確的診斷。這對臨床工作者應該是相當重要的一個研究結論。

陳偉峻醫師在吐納園地講述他在培德監獄的日子。初看標題或許你嚇了一跳，以為陳醫師出了什麼大事。其實陳醫師是講他在培德監獄醫院行醫六年的心得與趣聞。醫師的誓言中，我們不能夠選擇病人。但事實上更生人形形色色，絕非我們這些乖乖牌醫生可以理解！人性的互相考驗真的是每天必須要面對的挑戰之一。偉峻醫師六年來其實掌握很好的分寸，真的很值得大家去讀一讀他的特殊經歷。

最後希望台灣的一切紛紛天災，擾擾人禍能夠很快地消失或消除殆盡。「乍暖還寒晴復雨」，清明雨快來！



主編

陳偉峻

研討會、繼續教育課程行事曆

名稱	日期	地點
Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (中區)	2021年04月08日 (星期四)	裕元花園酒店 -4F 西側包廂
重症病例討論會(草稿)	2021年04月09日 (星期五)	台大景福館一樓會議室
呼吸道教育課程系列(北區)	2021年04月10日 (星期六)	台北亞都麗緻大飯店 B1 宴會廳
Immunotherapy Workshop Series II	2021年04月10日 (星期六)	台中裕元花園酒店 4 樓東側包廂
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	2021年04月11日 (星期日)	彰化縣農會 -14 樓會議室(彰化縣彰化市中山路二段 349 號)
Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (北區)	2021年04月15日 (星期四)	台北喜來登 -B2 月星廳
Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (南區)	2021年04月15日 (星期四)	H2O 水京棧國際酒店 -2F B 廳
X 光模擬測驗及解說	2021年04月16日 (星期五)	台大景福館一樓會議室等
「突破肺高壓品質照護的極限」國際研討會	2021年04月17日 (星期六)	台北張榮發會議中心 7 樓 703 會議室
EOS 論壇 (EOS School) < 北區 >	2021年04月17日 (星期六)	台北國賓大飯店(二樓聯誼 123 廳)
宜蘭區「健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程」	2021年04月18日 (星期日)	李科永紀念圖書館 - 三樓階梯視聽館(羅東鎮純精路一段 88 號)
中區「健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程」	2021年04月18日 (星期日)	豐邑市政都心廣場 3 樓 301, 302, 303 會議室(台中市西屯區市政路 386 號)
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	2021年04月18日 (星期日)	花蓮翰品酒店 -B1 青嵐廳
雲嘉地區胸腔月會	2021年04月22日 (星期四)	雲林縣斗六市斗六五路 35 號
X 光病例討論會	2021年04月23日 (星期五)	台大景福館一樓會議室
台北區「健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程」	2021年04月25日 (星期日)	張榮發基金會國際會議中心 602 教室

名稱	日期	地點
Interstitial lung disease Multi-disciplinary discussion (雲嘉南區)	2021年04月29日 (星期四)	長榮文苑酒店 - 二樓 C 會議室
呼吸道教育課程系列 (中區)	2021年05月15日 (星期六)	台中日月千禧酒店 -5 樓 VEE 1+2
東區「健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程」	2021年05月16日 (星期日)	花蓮市美侖大飯店 2F 宴會廳 A 廳
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	2021年05月23日 (星期日)	張榮發基金會國際會議中心 1002 教室 (台北市中正區中山南路 11 號)
The role of interventional pulmonology in lung cancer diagnosis and treatment	2021年06月05日 (星期六)	醫藥大學附設醫院癌症中心一樓階梯教室
Immunotherapy Workshop Series III	2021年06月12日 (星期六)	H2O 水京棧國際酒店 - 宴會廳 A

※ 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

第十八屆第二次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 110 年 02 月 01 日 (一) 18:30

台北凱撒大飯店 4F 北京廳 (台北中正區忠孝西路一段 38 號)

會議主席：王鶴健 理事長

會議記錄：劉軒吟

應出席人員：理事 17 位、監事 5 位。(依姓名筆畫)

(一) 理事長王鶴健、理事王金洲、理事何肇基、理事吳杰亮、理事李岡遠、理事杭良文
理事施金元、理事徐武輝、理事涂智彥、理事高國晉、理事陳育民、理事彭殿王
理事黃崇旂

(二) 監事長鍾飲文、監事林慶雄、監事陳濤宏、監事陽光耀

(三) 列席人員：秘書長簡榮彥、副秘書長陳家弘、副秘書長郭耀文、副秘書長吳尚俊
副秘書長林聖皓、副秘書長馮嘉毅、副秘書長林智斌、副秘書長黃俊達
副秘書長賴建豪、秘書劉軒吟、秘書施詠瑩、秘書張家榕、秘書陳妍安

請假人員：理事夏德椿、理事黃明賢、理事賴俊良、監事曹昌堯、副秘書長王誠一
副秘書長胡漢忠、副秘書長魏裕峰

缺席人員：理事邱國欽

壹、報告事項：

一、理事長王鶴健報告。

(1) 秘書長：簡榮彥醫師

(2) 副秘書長名單：副秘書長王誠一、副秘書長陳家弘、副秘書長郭耀文、副秘書長胡漢忠、
副秘書長吳尚俊、副秘書長林聖皓、副秘書長馮嘉毅、副秘書長林智斌、副秘書長黃俊達、
副秘書長魏裕峰、副秘書長賴建豪

二、常務監事鍾飲文報告。

三、秘書長簡榮彥報告：

(1) 110 年上半年北區胸腔暨重症病例討論會及北中南東遠距連線。(附件一)

四、本季健保署來函：

(1) 109 年 12 月 24 日健保審字第 1090036746C 號「審議研提「食道鏡檢查(28015C)」審查注意事項增修訂條文建議案，一個月內提供建議」。(附件二)

(2) 110 年 01 月 25 日健保醫字第 110002626 號「有關現行同一療程診療服務之門診診察費申報規範，為符合臨床實務需求」請貴會於文到一個月內提供相關意見，請查照。(附件三)

五、胸腔暨重症醫學專科醫師訓練醫院追認同意

(1) 109 年 09 月 17 日進行實地訪查及評核，衛生福利部桃園醫院申請胸腔外科訓練醫院，審核結果符合，總和評語：大致符合訓練醫院基本要求、已完成備查。

- (2) 109年09月18日進行實地訪查及評核，國立陽明大學附設醫院申請胸腔內科訓練醫院，審核結果符合，綜合評語：整體設備尚稱完備，睡眠設置可再加強，整體而言符合標準。

六、各委員會以及任務工作小組會議：

- (1) 110年度「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」召集委員。

(2) 學術委員會

- 職責內容：設計繼續教育課(胸部影像判讀課程、機械通氣課程、重症醫學認證課程等)以及胸腔年會學術節目。
- 主席/召集人：徐武輝
- 副主席/副召集人：林慶雄
- 委員名單：李岡遠、施金元、涂智彥、高國晉、許超群、陳寧宏、黃伊文、鄭世隆
- 執行秘書：簡榮彥

(3) 教育與出版委員會

- 職責內容：
 - A. 針對本會年輕以及非胸腔科醫師設計教育課程，
 - B. 負責學會會訊編輯出版。
- 主席/召集人：夏德椿
- 副主席/副召集人：曹昌堯
- 顧問：鍾飲文
- 委員名單：王金洲、王振源、林恕民、林聖皓、林裕清、邱國樑、洪仁宇、涂智彥、陳崇裕、傅彬貴、彭忠衍、黃煦晴、魏裕峰
- 執行秘書：陳家弘

(4) 呼吸道疾病委員會

- 職責內容：
 - A. 加強對會員對於氣喘、慢性阻塞性肺病等阻塞性呼吸道疾病的醫學新知推廣，並規畫相關主題之研討會與講習會。
 - B. 建立呼吸道疾病相關研究平台。
 - C. 提供呼吸道疾病專業意見諮詢平台。
- 主席/召集人：王鶴健
- 副主席/副召集人：鄭世隆
- 委員名單：李政宏、林明憲、林聖皓、林慶雄、林鴻銓、邱國欽、柯信國、陳資濤、楊聰明、詹明澄、劉世豐、簡榮彥、藍胄進
- 執行秘書：郭耀文

(5) 肺腫瘤委員會

- 職責內容：
 - A. 協助本會與相關學會協同推動肺癌防治之臨床工作。
 - B. 肺癌繼續教育與學術活動之設計。
- 主席/召集人：施金元
- 副主席/副召集人：何肇基

- 顧問：楊泮池
- 委員名單：王金洲、李岡遠、林建中、邱昭華、洪仁宇、夏德椿、涂智彥、張時杰、郭志熙、陳育民、陳冠宇、楊宗穎、蔡鎮良、賴俊良、蘇健
- 執行秘書：吳尚俊

(6) 睡眠醫學委員會

- 職責內容：規畫睡眠醫學相關主題之研討會與講習會，並加強對會員的睡眠醫學新知推廣。
- 主席 / 召集人：陳凜宏
- 副主席 / 副召集人：周昆達、邱國樑
- 顧問：林恒毅、邱國欽
- 委員名單：李佩玲、杭良文、林倬漢、林嘉謨、莊立邦、張開明、陳志金、陳奕仁、彭忠衍、劉景隆、蔡明儒、蘇茂昌
- 執行秘書：王誠一

(7) 重症醫學委員會

- 職責內容：
 - A. 整合國內重症醫學相關之臨床及學術資源。
 - B. 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。
 - C. 積極參與重症醫學政策之制定與修正，與健保署協商提高給付以保障本會會員權益
 - D. 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。
- 主席 / 召集人：高國晉
- 副主席 / 副召集人：古世基
- 委員名單：方文豐、呂紹煒、林楷煌、梁信杰、許超群、陳欽明、彭忠衍、陽光耀、詹明澄
- 執行秘書：胡漢忠

(8) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

- 本會代表：高國晉、古世基、陽光耀、詹明澄
- 執行秘書：胡漢忠

(9) 間質性肺病及罕見疾病委員會

- 職責內容：
 - A. 對於間質性肺病品質監控及臨床工作，製定準則或規範。
 - B. 間質性肺病繼續教育與學術活動之設計。
- 主席 / 召集人：林慶雄
- 委員名單：方文豐、高國晉、許正園、郭炳宏、陳煒、陳家弘、彭忠衍、黃堂修、溫岳峰、鄭世隆、藍青進、蘇維鈞
- 執行秘書：林聖皓

(10) 肺部環境及職業醫學委員會

- 職責內容：
 - A. 肺部疾病相關之環境與職業醫學知識推廣，並規畫相關主題之研討會。

B. 積極參與肺部環境與職業醫學相關之醫學研究和醫療衛生政策制定。

- 主席 / 召集人：許超群
- 委員名單：王金洲、郭耀昌、陳啟信、傅彬貴、曾健華、蘇一峰
- 執行秘書：魏裕峰

(11) 肺感染及結核病委員會

- 職責內容：
 - A. 積極參與國家結核病政策之制定與修正。
 - B. 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。
 - C. 結核病繼續教育與學術活動之設計。

- 主席 / 召集人：黃伊文
- 委員名單：江振源、李枝新、林恕民、涂智彥、曹世明、黃虹綾、黃偉彰、鄭孟軒、謝孟哲、簡順添
- 執行秘書：馮嘉毅

(12) 肺部介入委員會

- 職責內容：
 - A. 介入性支氣管內視鏡的培訓教育訓練及推廣及品質監控，製定準則或規範。
 - B. 介入性支氣管內視鏡繼續教育與學術活動之設計。
 - C. 氣管鏡技術員認證及教育課程。
 - D. 籌辦 2023 年亞太氣管鏡會議。

- 主席 / 召集人：涂智彥
- 委員名單：于鎧綸、林敬凱、林聖皓、施慧瑄、張哲嘉、張晃智、郭耀文、陳家弘、陳崇裕、蔡英明、鍾福財、蘇柏嵐
- 執行秘書：林智斌

(13) 外科委員會

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

- 主席 / 召集人：陳晉興
- 副主席 / 副召集人：許瀚水
- 委員名單：方信元、周世華、徐中平、徐紹勛、黃才旺、趙盈凱、鄭清源
- 執行秘書：胡漢忠

(14) 呼吸治療委員會

- 職責內容：
 - A. 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。
 - B. 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。
 - C. 整合國內各種呼吸照護相關之臨床及學術資源

- 主席 / 召集人：黃崇旂
- 委員名單：吳杰亮、吳清平、吳耀光、柯獻欽、胡漢忠、張厚台、郭立國、陳志強、

程味兒、劉世豐、顏至慶

- 執行秘書：郭耀文

(15) 肺血管及肺高壓委員會

- 職責內容：

- A. 對於肺高壓診斷及治療，製定準則或規範。
- B. 肺高壓繼續教育與學術活動之設計。

- 主席 / 召集人：徐紹勛

- 委員名單：姜佑承、唐士恩、郭炳宏、陶啟偉、廖偉志、劉景隆、蘇柏嵐

- 執行秘書：王誠一

(16) 財務委員會

- 主席 / 召集人：鍾飲文

- 委員名單：林恒毅、邱國欽、黃忠智

- 執行秘書：簡榮彥

(17) 胸腔醫學編輯委員會

- 職責內容：

- A. 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。

- 主席 / 召集人：李岡遠

- 委員名單：施金元、張基晟、黃崇旂、陽光耀、鍾啟禮

- 執行秘書：吳尚俊

(18) 健保及醫療政策工作小組

- 職責內容：

- A. 積極參與胸腔醫學相關之醫療衛生政策的制定或修正。
- B. 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：主席 / 召集人林恒毅

- 副主席 / 副召集人：黃忠智

- 委員：林明憲、林基正、林聖皓、林慶雄、邱國樑、高尚志、高國晉、陳寧宏、陽光耀、蔡忠榮

- 執行秘書：馮嘉毅

(19) 公共事務工作小組

- 職責內容：

- A. 建立與醫療事業有關政府機構之良好關係。
- B. 與醫學團體定期聯繫。
- C. 加強與媒體之聯繫。
- D. 會員需求與意見調查。

- 主席 / 召集人：古世基

- 顧問：邱國欽

- 委員名單：高國晉、柯信國、郭耀文、陳志金、陳家弘、傅彬貴、蘇健、蘇茂昌

- 執行秘書：林智斌

(20) 國際學術交流工作小組

- 職責內容：

- 規劃並參與胸腔醫學相關之國際學術活動。
- 促進國際學術及臨床交流。
- 促成胸腔醫學相關之國際合作計劃。
- 針對會員國外進修，提供方向建議及實務協助。

- 主席 / 召集人：李岡遠

- 副主席 / 副召集人：杭良文

- 委員名單：江振源、何肇基、郭志熙、陳崇裕、彭忠衍、黃萬均、詹明澄、劉世豐、蘇柏嵐

- 執行秘書：魏裕峰

(21) 青年工作小組

- 職責內容：待 02 月 18 日第一次會議討論

- 主席 / 召集人：詹明澄

- 委員名單：阮聖元、黃彥翔、蔡明儒、蕭逸函

- 執行秘書：陳家弘

(22) 景福館 4 第 X 光教學連線

- 執行秘書：黃俊達、賴建豪

貳、討論事項：

一、審核「胸腔暨重症醫學專科指導醫師」申請案，共 5 位。

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

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

序號	會籍	姓名	會號	胸專證號	具部定講師	胸專取得日	聯委重專證號	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 / Respiriology 原著論文
1	一般會員	陳O帆	1585	1407	NA	民國 106 年 12 月 10 日	3138	民國 107 年 12 月 22 日	高雄榮總	Low-Dose Computed Tomography for Lung Cancer Screening in the General Population: Experience at a Local Hospital in Taitung, Taiwan/ 胸腔醫學雜誌原著論文
2	一般會員	黃O愷	1654	1476	NA	民國 109 年 12 月 12 日	2429	民國 99 年 12 月 27 日	三軍總醫院	Pectus Excavatum is Associated with a Higher Incidence of Primary Spontaneous Pneumothorax in a Young Population in Taiwan: A Nationwide Population-based Study/ 胸腔醫學雜誌原著論文
3	一般會員	阮O元	1111	935	助理教授	民國 96 年 12 月 8 日	446	民國 107 年 12 月 28 日	台大醫院	Change in End-Expiratory Lung Volume in Response to PEEP Adjustment and Extubation Outcome among Mechanically Ventilated Patients/ 胸腔醫學雜誌原著論文
4	一般會員	蔡O明	1491	1314	講師	民國 103 年 12 月 6 日	NA	NA	三軍總醫院	Prognosis of Surgical Management of Adult Patients with Empyema Thoracis Encountered at the Emergency Department/ 胸腔醫學雜誌原著論文
5	一般會員	蕭O皓	1655	1477	NA	民國 109 年 12 月 12 日	2676	民國 102 年 12 月 22 日	振興醫院	Management for Recurrent Primary Spontaneous Pneumothorax after Repeated Surgery/ 胸腔醫學雜誌原著論文

※ 結論：通過。

二、審核「申請榮譽會員」申請案，共 3 位。

說明：

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

姓名	會號	入會時間	年齡
王O隆	66	民國 70 年	73
吳O和	284	民國 76 年	66
林O伸	222	民國 76 年	68

※ 結論：通過。

三、審核「支氣管內視鏡超音波專業認證」申請案，經介入性支氣管內視鏡委員會審核，通過人數共計 4 人。

說明：依本會「介入性支氣管內視鏡工作小組」及理、監事聯席會議決議：109 年 3 月 6 日之後持有胸專證書(有效期內)之會員，請提交資格審查資料，經「介入性支氣管內視鏡工作小組」審查通過後核給【支氣管內視鏡超音波專業認證】。

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

以下擇一：

- A. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)(上傳 PDF)
- B. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章(上傳 PDF)
- (2) 已在見習醫院見習中，【補報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。
- 以下擇一：
- A. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)(上傳 PDF)
- B. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章(上傳 PDF)
- (3) 已在見習醫院見習結束，【補報備申請】，亦參加本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明。
- 以下擇一：
- A. 見(實)習證明，至少三個月(含以上)(上傳 PDF)
- B. 提交 30 份 EBUS 檢查報告以及檢查操作醫師親簽及蓋章(上傳 PDF)

序號	姓名	胸專	醫院	受訓證明 30 份 EBUS 檢查報告 (二擇一)	本會辦理 Hand-on Seminar of Endobronchial Ultrasonography 課程出席證明	審查結果
1	張O越	1554	輔大附醫	受訓證明 105/08/01- 106/07/31	符合	通過
2	沈O成	1539	中國附醫	30 份 EBUS 檢查報告	符合	通過
3	沈O儀	1633	台北榮民 總醫院	受訓證明 108/08/01- 109/07/31	符合	通過
4	吳O潤	1645	台中榮民 總醫院	30 份 EBUS 檢查報告	符合	通過

※ 結論：通過。

參、臨時動議

- (1) 彭殿王：建議新增“信箱天地”讓會員意見即時分配與回應
- (2) 涂智彥：健保給付困難度，希望健保政策工作小組能夠與雙向主動溝通，爭取會員權益。
- (3) 陳寧宏：睡眠委員會討論具體睡眠訓練
- (4) 王金洲：回復陳寧宏監事，可以與他家醫院睡眠共訓。
- (5) 鍾飲文：建立各委員會統整，健保給付相關資料
- (6) 杭良文：理監事會議相關紀錄，希望可以公告給會員知道。

肆、散會

(附件一)

民國 110 年上半年北區胸腔暨重症病例討論會及北中南東遠距連線

日期：民國 110 年 3-6 月每週五下午 15:00~16:30 (1.5 小時)

視訊地點：北區-台大景福館一樓(台北市公園路 15-2 號)

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

東區-花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室

【注意】除了模擬測驗四地連線之外病例討論會一律在台大景福館

學分：內科學分申請中、本會胸腔 A 類 2 分

日期	活動	地點	主持醫院
3 月 05 日	重症病例討論會	景福館 1 樓	台大醫院
3 月 12 日	X 光病例討論會	景福館 1 樓	台大醫院
3 月 19 日	X 光模擬測驗及解說 (台大出題，視訊連線)	視訊地點： (1)台大景福館 1 樓會議室 (2)台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3)高雄長庚醫院醫學大樓 6 樓第二會議室 (4)花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
3 月 26 日	X 光病例討論會	景福館 1 樓	台大醫院
4 月 02 日	清明節彈性放假		
4 月 09 日	重症病例討論會	景福館 1 樓	台北榮總
4 月 16 日	X 光模擬測驗及解說 (北榮出題，視訊連線)	視訊地點： (1)台大景福館 1 樓會議室 (2)台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3)高雄長庚醫院湖畔星光高層宿舍一樓會議室 (4)花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
4 月 23 日	X 光病例討論會	景福館 1 樓	台北榮總
4 月 30 日	X 光病例討論會	勞動節連假暫停 1 次	台北榮總
5 月 07 日	重症病例討論會	景福館 1 樓	馬偕醫院
5 月 14 日	ATS 會議暫停一次		
5 月 21 日	X 光模擬測驗及解說 (馬偕出題，視訊連線)	視訊地點： (1)台大景福館 1 樓會議室 (2)台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3)高雄長庚醫院醫學大樓 6 樓第二會議室 (4)花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
5 月 28 日	X 光病例討論會	景福館 1 樓	馬偕醫院
6 月 04 日	重症病例討論會	景福館 1 樓	林口長庚
6 月 11 日	X 光模擬測驗及解說 (中榮出題，視訊連線)	視訊地點： (1)台大景福館 1 樓會議室 (2)台中榮總第 2 醫療大樓 B1 胸腔科會議室 (3)高雄長庚醫院醫學大樓 6 樓第二會議室 (4)花蓮慈濟醫院大愛三樓合心會議室	
6 月 18 日	X 光病例討論會	景福館 1 樓	林口長庚
6 月 25 日	X 光病例討論會	景福館 1 樓	林口長庚

(附件二)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27027723
承辦人及電話：葉祝玫(02)27065866轉3021
電子信箱：A110514@nhi.gov.tw

10045
臺北市中正區重慶南路1段57號6樓之3

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12月24日
發文字號：健保審字第1090036746C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明一、三

主旨：請就審議研提「食道鏡檢查(28015C)」審查注意事項增修訂條文建議案，協助於文到1個月內提供意見，請查照惠復。

說明：

- 一、依本署109年11月12日召開「全民健康保險醫療費用審查注意事項109年度研修案西醫分科專家諮詢會議外科系會議」之紀錄(附件1)，三、討論提案結論(五)耳鼻喉科增訂「食道鏡檢查(28015C)」送審應檢附資料及申報頻率等審查注意事項條文，函請外科相關醫學會是否併同增訂。
- 二、全民健康保險醫療費用審查注意事項規定，貴會可至本署全球資訊網查詢，路徑如下：首頁/醫事機構/醫療費用支付/專業醫療審查/全民健康保險醫療費用審查注意事項，網址如下：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=E3E1F6BB570FA712&topn=5FE8C9FEAE863B46。
- 三、檢附「全民健康保險醫療費用審查注意事項」增修訂條文提案單(附件2)。

正本：台灣外科醫學會、台灣內科醫學會、台灣急診醫學會、台灣兒科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣消化系醫學會
副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

衛生福利部中央健康保險署投對章(3)

署長李伯璋 請假

副署長 蔡淑鈴 代行

(附件三)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：許博淇(02)27065866轉2642
電子信箱：A111063@nhi.gov.tw

10045
臺北市中正區重慶南路1段57號6樓之3
受文者：台灣胸腔暨重症加護醫學會

發文日期：中華民國110年1月25日
發文字號：健保醫字第1100032626號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：有關現行同一療程診療服務之門診診察費申報規範，為符合臨床實務需求，請貴會於文到一個月內提供相關意見，請查照。

說明：

- 一、依據中華民國醫師公會全國聯合會109年12月2日全醫聯字第1090001513號函及台灣放射腫瘤學會109年12月24日中(109)放腫會峯字第007號函辦理。
- 二、查全民健康保險醫療辦法第8條第3項，訂有5款同一療程就醫樣態(附件1)，另依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第二部第一章第一節門診診察費通則九規範：「全民健康保險醫療辦法第8條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次」(附件2)。惟若病人於診療過程中，因病情變化，無法繼續原訂的治療處置，須由醫師重新診治時，則不屬同一療程範圍，須按一般就醫程序掛號就診(附件3)。
- 三、近期外界反映事項，摘述如下：
 - (一)中華民國醫師公會全國聯合會：現行規範簡單傷口之二日內換藥屬同一療程，建議明確定義「簡單傷口」及「非簡單傷口」。
 - (二)台灣放射腫瘤學會：接受癌症放射治療病人，於治療期



(附件三)

間常有治療相關之副作用，每1週至2週須追蹤看診，故有30日內(同一療程)超過一次門診診察之必要，不適用現行門診診察費通則規範。

四、為符合臨床實務需求，請貴會於文到一個月內提供相關意見，做為本署支付標準修訂研議參考。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣外科醫學會、台灣腎臟醫學會、台灣放射腫瘤學會、台灣精神醫學會、台灣復健醫學會、臺灣皮膚科醫學會、台灣泌尿科醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、中華民國高壓暨海底醫學會、中華民國癌症醫學會

副本：

署長李伯璋



台灣胸腔暨重症加護醫學會

第十八屆第三次理、監事聯席會會議記錄

日期地點：民國 110 年 03 月 08 日 (星期一) 18:30

台北喜來登大飯店 B2 月星廳 (台北市中正區忠孝東路一段 12 號)

會議主席：王鶴健 理事長

會議記錄：張家榕

應出席人員：理事 17 位、監事 5 位。(依姓名筆畫)

(一) 理事長王鶴健、理事何肇基、理事吳杰亮、理事李岡遠、理事施金元、理事涂智彥
理事高國晉、理事陳育民、理事黃崇旂

(二) 監事長鍾飲文、監事林慶雄、監事陳濤宏、監事陽光耀

(三) 列席人員：榮譽理事長楊泮池、秘書長簡榮彥、副秘書長郭耀文、副秘書長吳尚俊
副秘書長馮嘉毅、副秘書長林智斌、副秘書長黃俊達、副秘書長賴建豪
秘書張家榕、秘書施詠瑩、秘書陳妍安

請假人員：理事王金洲、理事杭良文、理事夏德椿、理事徐武輝、理事彭殿王、理事黃明賢
理事賴俊良、監事曹昌堯、副秘書長陳家弘、副秘書長王誠一、副秘書長胡漢忠
副秘書長林聖皓、副秘書長魏裕峰

缺席人員：理事邱國欽

壹、報告事項：

一、理事長王鶴健報告。

二、常務監事鍾飲文報告。

三、秘書長簡榮彥報告：

(1) 110 年「胸腔暨重症醫學專科醫師甄審」

● 筆試日期：09 月 12 日 (星期日)、地點：內湖三總門診。

● 口試日期：10 月 24 日 (星期日)、地點：台大醫院 11 樓睡眠中心。

(2) 2021 台灣胸腔暨重症加護醫學會夏季會於 06 月 19 日 (星期六) 至 06 月 20 日 (星期日)
假格萊天漾大飯店 Great Skyview 舉行。

四、本季健保署來函：

(1) 110 年 02 月 08 日健保審字第 1100034905 號「有關本署為辦理『呼吸道疾患吸入製劑』
健保給付規定之研修事宜，再次請貴會提供完整之建議修訂條文一案，請查照惠復。(附
件一)

說明：本文由呼吸道疾病委員會協助討論中。

(2) 110 年 02 月 23 日健保審字第 1100032776 號「為研議『全民健康保險醫療服務給付項目
及支付標準』編號 17020B『多次呼吸肺氮廓清試驗』及 17007B『標準支氣管擴張劑試驗』
同時申報之合理性案，請貴會惠予協助於三週內提供意見，請查照惠復。(附件二)

說明：本文由呼吸治療委員會論，已於 110 年 03 月 03 日函覆。

五、各委員會以及任務工作小組會議：

- (1) 110 年度「胸腔暨重症專科醫師訓練及甄審委員會」。
- (2) 學術委員會
 - 110 年度影像判讀講習班，於北區、中區各辦一場，目前規劃中。
 - 110 年度機械通氣繼續教育課程繼續教育課程，於北區、南區各辦一場，目前規劃中。
 - 110 年度重症聯甄課，交由重症醫學委員會規劃辦理。
- (3) 教育與出版委員會
- (4) 呼吸道疾病委員會
 - 110 年上半年度「全民健康保險健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程」與「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案資格認證教育訓練課程」場次規劃。(附件三)
 - 規劃呼吸道教育課程系列，針對年輕醫師辦理之教育。南區於 110 年 03 月 20 日辦理、北區於 110 年 04 月 10 日辦理、中區於 110 年 05 月 15 日辦理。
 - Pulmonary Rehabilitation Forum (三地連線)，預計於 110 年 03 月 27 日辦理。
 - 規劃辦理 Eosinophil School 課程。北區 110 年 04 月 17 日辦理、南區 110 年 07 月 10 日辦理、中區 110 年 08 月 14 日辦理。
 - Post ATS Symposium (三地連線)，預計於 110 年 06 月 05 日辦理。
 - Bronchiectasis forum (三地連線)，預計於 110 年 07 月 31 日辦理。
- (5) 肺腫瘤委員會
 - 為研擬符合本土治療效益之非小細胞肺癌各線治療用藥指引討論，與台灣肺癌學會、台灣免疫暨腫瘤醫學會、台灣臨床腫瘤醫學會、中華民國癌症醫學學會等四個學會召開聯合會議。
 - 未來工作目標：
 - A. 編寫肺癌治療共識，同時納入 NGS，爭取健保局給付。
 - B. 有關 IASLC staging the 9th edition，委員會決議參與，但需要大量的人力物力，將募款並以專款專用方式執行辦理。
- (6) 睡眠醫學委員會
 - 預計 110 年 09 月辦理睡眠相關研討會，將由周昆達醫師、蔡明儒醫師、莊立邦醫師協助規劃。
- (7) 重症醫學委員會
 - 110 年度重症聯甄課程「Update on the management of severe and critical COVID-19」，已規劃完畢。
 - A. 北區：110 年 03 月 28 日於台大醫學院 301 講堂辦理。
 - B. 中區：110 年 04 月 11 日於台中榮總教學大樓第五會議室。
 - C. 南區：110 年 04 月 18 日於高雄醫學大學附設醫院啟川大樓六樓第一講堂。
- (8) 重症醫學專科醫師聯合甄審委員會
 - 110 年 02 月 25 日召開交接會議，110 年度由台灣外科醫學會輪值。

- 因應「重症醫學專科醫師」將成為衛福部部定專科或次專科醫師，成立「重症部定專科工作小組」。

(9) 間質性肺病及罕見疾病委員會

- ILD difficult case discussion，預計舉辦四場
 - A. 中區場次，預計 110 年 04 月 08 日於裕元花園酒店辦理
 - B. 北區場次，預計 110 年 04 月 15 日於台北喜來登辦理
 - C. 南區場次，預計 110 年 04 月 15 日於 H2O 水京棧國際酒店辦理
 - D. 雲嘉南區場次，預計 110 年 04 月 29 日於長榮文苑酒店辦理

Virtual School on Interstitial lung disease，預計 110 年 05 月 29 日於台北 W 飯店辦理

(10) 肺部環境及職業醫學委員會

(11) 肺感染及結核病委員會

- 預定每一年北中南東各辦一場繼續教育，北部第一場預計五月舉行，目前講題與地點規劃中
- 規劃 50 例案例集錦文書刊物出版

(12) 肺部介入委員會

(13) 外科委員會

(14) 呼吸治療委員會

- 110 年度機械通氣課程
 - A. 北區日期：110 年 07 月 25 日、地點：台大醫學院 101 講堂。
 - B. 南區日期：110 年 08 月 15 日、地點：高雄長庚兒童醫院 6 樓藍廳。
- 針對申請新增健保診療項目提供建議：「經鼻高流量濕化氧氣治療 (HFNC)」及「胸部電阻抗斷層掃描儀 (Electrical Impedance Tomography, EIT)」。

(15) 肺血管及肺高壓委員會

(16) 財務委員會

(17) 胸腔醫學編輯委員會

- 本年度各訓練單位於負責稿件配額與投稿情況 (附件四)

(18) 健保及醫療政策工作小組

(19) 公共事務工作小組

(20) 國際學術交流工作小組

(21) 青年工作小組

(22) 景福館四地 X 光教學連線

- X 光 / 重症病例討論會，將邀請資深 / 退休教授一同參與並指導。110 年 03 月 05 日邀請王鶴健理事長共同與會。

貳、討論事項

一、提請討論開放「Thoracic Medicine」在學會官方網站上的閱讀權限。

說明：為增加「胸腔醫學雜誌」的知名度，希望在學會網站上的稿件能夠全面開放權限，供非會員查閱。

※ **結論：**照案通過。

二、提請討論台灣胸腔暨重症加護醫學會「繼續教育積分」認定標準。

說明：受疫情影響下，以網路為課程開辦方式日趨增加，其學分認定方式是否仍遵循過往認定給予學分。

※ 結論：

1. 除夏季會、年會外，特殊活動須經理監事通過後方得核發 A 類學分外，其餘研討會 / 課程皆核發 B 類學分。
2. 核發學分認定不溯及既往。

參、臨時動議

一、提請討論會議出席費補助事宜。

說明：因研擬各學會間召開聯合會議時，是否提供車馬費與出席費之補助。

※ 結論：由秘書處估算各委員會之補助成本後，於下次理監事會議再議。

肆、散會

(附件一)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27027723
承辦人及電話：黃宇君(02)27065866轉1553
電子信箱：A140006@nhi.gov.tw

10045

臺北市中正區重慶南路1段57號6樓之3

受文者：台灣胸腔暨重症加護醫學會

發文日期：中華民國110年2月8日
發文字號：健保審字第1100034905號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三

主旨：有關本署為辦理「呼吸道疾患吸入製劑」健保給付規定之
研修事宜，再次請貴學會提供完整之建議修訂條文一案，
請查照惠復。

說明：

- 一、依據本署108年9月5日藥品專家諮詢會議結論及本署108年10月17日以健保審字第1080036333號函（諒達）辦理。
- 二、本案源自台灣醫院協會向本署建議分別修訂「乙二型擬交感神經劑」、「抗膽鹼劑」及「類固醇藥物吸入劑」等吸入劑之給付規定，並經本署徵詢貴學會、臺灣兒科醫學會及中華民國免疫學會提供意見，於彙整後提本署藥品專家諮詢會議討論，結論略以，考量本類藥品之給付規定，自民國91年訂後即未曾修訂，建議由貴學會邀集相關醫學會召開專案會議，參考最新國際診療指引並整合各學會意見，本於提升國內罹患呼吸道疾病之病人照護品質，並兼顧有限之健保資源得以發揮最大效益之考量，研擬修訂「成人呼吸道疾患吸入製劑」及「兒童呼吸道疾患吸入製劑」給付規定之具體條文，提供本署作為修訂該類藥品給付規定之參考，惟迄未見復。
- 三、隨函檢附全民健康保險給付呼吸道疾患吸入劑品項表(附件1)、健保藥品給付規定第6節呼吸道藥物 Respiratory



(附件一)

tract drugs全文(附件2)及各學會108年建議內容之彙整表(附件3)供貴學會參考。

四、倘貴學會未便提供本案給付規定之修訂建議，亦請於文到1個月內函復告知，本署將再另行研處。

正本：台灣胸腔暨重症加護醫學會

副本：台灣醫院協會 衛生福利部中央
健康保險署核對章(4)

署長李伯璋



(附件二)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：蔡孟臻(02)27065866轉2637
電子信箱：A111226@nhi.gov.tw

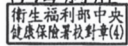
10045
臺北市中正區重慶南路1段57號6樓之3
受文者：台灣胸腔暨重症加護醫學會

發文日期：中華民國110年2月23日
發文字號：健保醫字第1100032776號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：為研議「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」編號17020B「多次呼吸肺氣廓清試驗」及17007B「標準支氣管擴張劑試驗」同時申報之合理性案，請貴會惠予協助於三週內提供意見，請查照惠復。

說明：

- 一、緣本署查有部分醫療院所申報17020B「多次呼吸肺氣廓清試驗」併報17007B「標準支氣管擴張劑試驗」之情形，經專業審查意見「17007B含Lung volum study(body plethysmography)，與17020B皆有測量肺容積，本質上17007B與17020B二項檢查有檢測項目重複之處，無同時開立之理由」。
- 二、考量臨床上病人樣態繁多，有關同時執行旨揭項目之合理性，請貴會就下列事項惠予提供相關意見，以供本署研議參考：
 - (一) 17020B「多次呼吸肺氣廓清試驗」及17007B「標準支氣管擴張劑試驗」之檢查方法、目的及適應症。
 - (二) 執行17007B「標準支氣管擴張劑試驗」，是否可併報17020B「多次呼吸肺氣廓清試驗」或應以何項診療項目申報，若不可併報請提供支付規範修訂建議。

正本：台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣內科醫學會
副本：

署長李伯璋

裝
訂
線

TSPCCM

(附件三)

COPD 認證課程			Asthma 認證課程		
分區	課程日期	課程地點	分區	課程日期	課程地點
台北區	110/03/07	李科永紀念圖書館	台北區	110/04/18	李科永紀念圖書館
台北區	110/03/28	張榮發基金會	台北區	110/04/25	待定
台北區	110/06/27	待定	北區	110/06/27	待定
北區	110/05/23	待定	中區	110/04/18	豐邑市政都心廣場
中區	110/04/11	彰化縣醫師公會	中區	110/06/27	待定
中區	110/05/16	待定	南區	110/06/27	待定
南區	110/03/07	棒棒積木飯店	高屏區	110/03/14	高雄國際會議中心
高屏區	110/02/28	高雄國際會議中心	高屏區	110/06/06	待定
高屏區	110/05/16	待定	東區	110/05/16	待定
東區	110/04/18	待定			

(附件四)

各訓練單位於負責稿件配額與投稿情況(統計至 110 年 03 月 03 日)

訓練醫院	109 年度準會員報備人數	110 年度原著稿件分配篇數	110 年度原著論文投稿篇數統計(截至 110/03/03)
三軍總醫院 - 胸內	1	0.5	
三軍總醫院 - 胸外	2	1	
大林慈濟醫院	0	0	
中山醫學大學附設醫院 - 胸內	0	0	
中山醫學大學附設醫院 - 胸外	1	0.5	
中國醫藥大學附設醫院 - 胸內	0	0	1
中國醫藥大學附設醫院 - 胸外	1	0.5	
台中慈濟醫院	0	0	
台中榮總 - 胸內	2	1	
台中榮總 - 胸外	0	0	
台北市立聯合醫院仁愛院區	1	0.5	
台北市立聯合醫院和平婦幼院區	0	0	
台北慈濟醫院	0	0	
台北榮總 - 胸內	4	2	1
台北榮總 - 胸外	0	0	
台北醫學大學附設醫院	0	0	
成大醫院 - 胸內	3	1.5	
成大醫院 - 胸外	0	0	
秀傳紀念醫院	0	0	
阮綜合醫院	0	0	
亞東紀念醫院	1	0.5	
奇美醫院	1	0.5	
林口長庚醫院 - 胸內	3	1.5	
林口長庚醫院 - 胸外	2	1	
花蓮慈濟醫院	1	0.5	
耕莘醫院	0	0	
馬偕紀念醫院 - 胸內	0	0	
馬偕紀念醫院 - 胸外	2	1	
高雄長庚醫院	0	0	
高雄榮總醫院 - 胸內	0	0	
高雄榮總醫院 - 胸外	0	0	
高雄醫學大學附設醫院	2	1	
國泰綜合醫院	0	0	
基隆長庚醫院	1	0.5	
童綜合醫院	0	0	

(附件四)

訓練醫院	109 年度準會員報 備人數	110 年度原著稿件 分配篇數	110 年度原著論文 投稿篇數統計 (截至 110/03/03)
新光吳火獅紀念醫院	0	0	
新店慈濟醫院	2	1	
義大醫院	1	0.5	
萬芳醫院	1	0.5	
嘉義長庚紀念醫院	0	0	
嘉義基督教醫院	1	0.5	
彰化基督教醫院	1	0.5	
臺大醫院 - 胸內	4	2	
臺大醫院 - 胸外	2	1	
衛生福利部桃園醫院 - 胸內	0	0	
衛生福利部桃園醫院 - 胸外	1	0.5	
衛生福利部雙和醫院	0	0	
羅東博愛醫院	0	0	
總篇數		20.5	2

台灣胸腔暨重症加護醫學會 學術委員會會議記錄

日期：110年02月01日(星期一)晚間8點00分(於理監事會議結束後接續舉行)

地點：台北凱撒大飯店-4F北京廳

主席：學術委員會會議召集委員 徐武輝副院長

出席委員：王鶴健理事長、徐武輝副院長、李岡遠副院長、林慶雄副院長、施金元教授、
涂智彥主任、高國晉副部長、陳寧宏主任

列席人員：秘書長簡榮彥、秘書張家榕、秘書劉軒吟、秘書施詠瑩、秘書陳妍安

請假人員：黃伊文副院長、鄭世隆主任、許超群主任

一、主席報告：略

二、討論事項

(一) 年度會議規劃

※ 結論：

1. 夏季會(年中)，日期、地點、主題

●日期：7月3日-7月4日

●地點：國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院

●備案：如因疫情發展，則已線上視訊方式進行(台北飯店)

●主題：本次主題 lung cancer、airway

2. 年會(年底)，日期、地點

●日期：12月11日-12月12日

●地點：台中榮總(由吳杰亮醫師負責場地)

●主題：下次討論

3. 繼續教育課程：

● 109年影像判讀講習班辦理兩場，邀請籌備人協助規劃課程內容及邀請講員(參考)：

(1) 北區，7-8月，負責醫院/醫師：台大醫院-簡榮彥

(2) 中區，5-6月，負責醫院/醫師：彰化基督醫院-林慶雄

● 109年機械通氣繼續教育課程繼續教育課程(參考)：

(1) 北區，7-8月，負責醫院/醫師：林口長庚-黃崇旂

(2) 南區，5-6月，負責醫院/醫師：高雄長庚-王金洲/賴建豪

● 109重症聯甄課辦理三場說明：北中南各區可擬訂相同的 topic 及 speaker，或是再邀請地區其他講員，請推薦籌備人(參考)。

(1) 由重症委員會主辦

(二) 繼續教育學分認定辦法審核

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。

成大醫院曾堯麟醫師申請七篇論文

※ 結論：共 6 篇通過，加 60 分(A 類通訊)

三、臨時動議

四、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 教育與出版委員會會議記錄

時間：民國 110 年 02 月 04 日 (星期四) 18:30 – 19:30

地點：台中高鐵站高鐵食堂會議室 2F、線上視訊

主席：教育與出版委員會 召集人 夏德椿主任

現場出席：林裕清主任、邱國樑主任、傅彬貴醫師

線上出席：王振源教授、林恕民主任、陳崇裕主任

請假人員：夏德椿主任、林聖皓主任、曹昌堯主任、鍾飲文院長、王金洲主任、洪仁宇副院長、涂智彥主任、彭忠衍主任、黃煦晴醫師、魏裕峰主任

列席人員：祕書長簡榮彥醫師、副祕書長陳家弘醫師、祕書施詠瑩

一、報告事項

(一) 第 18 屆教育與出版委員會

說明：

發行人 Publisher	王鶴健 Hao-Chien Wang	
主編 Editor-in-Chief	夏德椿 Te-Chun Hsia	
副主編 Deputy Editor-in-Chief	曹昌堯 Thomas C. Y. Tsao	
編輯委員 Editorial Commissioners	王金洲 Chin-Chou Wang	王振源 Jann-Yuan Wang
	林恕民 Shu-Min Lin	林聖皓 Sheng-Hao Lin
	林裕清 Yu-Ching Lin	邱國樑 Kuo-Liang Chiu
	洪仁宇 Jen-Yu Hung	涂智彥 Chih-Yen Tu
	陳崇裕 Chung-Yu Chen	傅彬貴 Pin-Kuei Fu
	彭忠衍 Chung-Kan Peng	黃煦晴 Hsu-Ching Huang
	魏裕峰 Yu-Feng Wei	
執行編輯 Executive Editors	王聖媛 Sheng-Yuan Wang	李政宏 Cheng-Hung Lee
	林重甫 Chung-Fu Lin	陳昌文 Chang-Wen Chen
執行祕書 Executive Secretary	陳家弘 Chia-Hung Chen	
編輯顧問 Editorial Consultant	鍾飲文 Inn-Wen Chong	

(二) 會訊內容

說明：1. 台灣胸腔暨重症加護醫學會會訊，自 104 年 6 月發行創刊號

2. 這本雙月刊中紀錄了學會主辦的研討會與繼續教育課程行事曆、各個委員會的執行情況，也會與各位會員分享疾病案例與醫學新知。

3. 每一期會訊當中都會有通訊繼續教育的小測驗跟所有會員互動，最後也有活動集錦，有參與活動的會員或許可以在這之中找到自己唷！

二、討論事項

(一) 未來學術專欄的稿件分配

說明：1. 學術專欄含有以下內容：

- 三篇醫學新知，由下列範圍各選一篇，每篇醫學新知需出二題通訊繼續教育題目：
 - [呼吸道疾病及肺部纖維化相關]
 - [肺癌及介入性肺部檢查相關]
 - [肺部感染及重症相關]
 - 一個疾病案例，每篇疾病案例需出一題通訊繼續教育題目
2. 過去三年 (2018-2020 年) 的醫學新知紀錄

※ 結論：1. 邱國樑醫師建議將睡眠相關主題也納入醫學新知的主題範圍中，夏主編及各委員都同意

2. 會訊的主要負責人由各位委員輪流，負責於各大院區邀稿，自 2021 年 04 月起至 2023 年 04 月的輪值名單。

(二) 會訊中的「吐納園地」是否要保留

說明：1. 以往吐納園地是交由負責委員自行決定是否保留，有些會員會投稿分享出國進修的心得點滴、有些醫師會分享胸腔科的冷門旁支跟大家分享

2. 吐納園地並非醫定要與胸腔醫學相關，而是做為會員的抒發管道

※ 結論：照舊，依過去慣例交給負責委員決定該其是否保留吐納園地。

三、臨時動議：

(一) 關於會訊出刊的通知方式

說明：現行會訊發送方式有兩種：紙本印刷、電子檔公告。

1. 請秘書處協助重新調查會員選擇的會訊發送方式。
2. 為增加電子檔的便利性，請秘書處設法讓會員能夠直接從公告信件中提供直接下載電子檔以及單純網頁瀏覽等兩種選擇。

※ 結論：通過。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 呼吸道疾病委員會會議記錄

日期：民國 110 年 01 月 21 日 (星期四) 18:30-20:30

地點：台北 - 台大醫院兒童醫院大樓 B1 第二會議室
台中 - 台中榮總第二醫療大樓 B1 胸腔科會議室
高雄 - 高雄長庚醫院醫學大樓 B1 辦公室

主席：呼吸道疾病委員會 召集委員王鶴健教授

出席委員：王鶴健理事長、鄭世隆主任、薛尊仁顧問、林慶雄副院長、柯信國醫師、
邱國欽副院長、林鴻銓教授、藍青進主任、陳資濤醫師、詹明澄主任、林聖皓主任、
林明憲醫療長、楊聰明主任、李政宏醫師、簡榮彥醫師、劉世豐主任

列席人員：副秘書長郭耀文醫師、秘書張家榕、秘書劉軒吟、秘書施詠瑩

一、主席報告：略

二、討論事項

(一) 委員會規劃方向

※ 結論：

- (1) 學會會員：規劃研討會、講習課程；編撰衛教書籍手冊；建立研究平台。
- (2) 健保政策及國健署：調整健保事審規範；透過改善方案，提高學會聲量，爭取增加健保給付 6MWT、FENO & IOS。
- (3) 各學會交流合作：心胸共識、氣喘過敏疾病合作交流、COPD and osteoporosis、肺復健合作交流。
- (4) 基層醫師 / 各醫事職類：舉辦推廣交流與教育課程，提升基層醫師對呼吸道疾病的診斷與治療、Mobile lung function 的推廣與應用。
- (5) 民眾：重啟與更新衛教網站、提供專業意見諮詢平台。
- (6) 研究平台：公開徵詢研究主題、建立資料登錄平台、管理個管師，確保資料完整。

(二) 委員會工作小組

※ 結論：

- (1) 疾病：
 - A. COPD：鄭世隆主任協助規劃
 - B. Asthma：詹明澄主任協助規劃
 - C. Bronchiectasis：林鴻銓教授協助規劃
 - D. Pulmonary Rehab：藍青進主任協助規劃
- (2) 教育：委由邱國欽副院長協助規劃年輕主治醫師教育訓練，課程人數 30-50 人，以專業課程、Case conference 討論、簡報製作與 Presentation 技巧、醫療糾紛 / 法律課程為方向。

(3) 健保署與國健署：林慶雄副院長協助規劃

(4) P4P 目標與各區負責人：

A. 目標：

- (a) 建立以病人為中心的共同照護模式
- (b) 提升 COPD 臨床治療品質
- (c) 降低 COPD 急性及加護病房入住率
- (d) 建立品質導向之支付制度

B. 各區負責人：

- (a) 台北區 (台北市、基隆、宜蘭)：柯信國主任
- (b) 北區 (新北市、桃園、新竹、苗栗)：鄭世隆主任
- (c) 中區 (台中、彰化、雲林)：徐武輝副院長
- (d) 南區 (嘉義、台南)：楊聰明主任
- (e) 高屏區 (高雄、屏東)：劉世豐主任
- (f) 花東區 (花蓮、台東)：林智斌主任

(三) 年度工作規劃

※ 結論：

- (1) Post-ATS、Post-ERS、支氣管擴張症 & 肺復原論壇、其他新知推廣研討會，其會議需參加國際會議的講師，由秘書處協助其註冊費補助。
- (2) 指引再版及編修 (例：氣喘、支氣管擴張症)
- (3) 工作手冊出版及更新 (肺功能、吸入器)
- (4) P4P 各區認證教育課程
- (5) 講師培訓營

(四) 疫情下的應變措施

※ 結論：

- (1) 辦理研討會考慮開放線上會議視訊。
- (2) P4P 認證教育課程：請示健保署可否使用線上錄影，設置課程前後測，以利認證取得。

(五) Reliever Reliance Test 研究案

※ 結論：

成立小組將此議題量表中文化，調查北中南流行病學，並發表相關 paper。

三、臨時動議

四、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺腫瘤委員會會議記錄

時間：110年02月06日(星期六)中午12點00分

地點：台北市喜來登 B1 薈萃 + 玉瀾廳 (10049 台北市中正區忠孝東路一段 12 號)

線上會議加入 Zoom 會議

主席：肺腫瘤委員會召集委員 施金元教授

出席人員：王鶴健理事長、副主席何肇基教授、顧問楊泮池院士、陳育民教授、邱昭華教授、蘇健醫師、蔡鎮良主任、陳冠宇醫師、李岡遠副院長、夏德椿主任、涂智彥主任、楊宗穎主任、賴俊良主任、林建中主任、王金洲主任、洪仁宇主任、張時杰主任、郭志熙主任

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長吳尚俊醫師、秘書劉軒吟

一、楊泮池院士：簡單報告未來國家的政策

1. NGS 給付，先把健保給付的檢測給付合在一起，以目前先以有的檢測項目為主，有關大的 panel 檢測，目前仍採自費為主。
2. 精準健康的 top-down 的計畫，特別是 real world data，包含 LDCT screening.
3. 建議參與 IASLC lung admission program，希望在 2025 年，肺癌病人存活率增加 25%。

二、主委報告：感謝各位委員承擔這次的工作，希望大家多提供建議與意見。

1. 編寫肺癌治療共識，同時納入 NGS，希望健保局可以給付。
2. 有關 IASLC staging the 9th edition，將請張時杰醫師報告，需要大量的人力物力，希望請學會分配一些資源幫忙。
3. 探討國健署議題：『肺癌篩檢普及化，早期發現治癒率可達 90% 以上！』

三、副主委工作報告

四、會議議程：

(一) 確認學術會議視訊設備：

- 弘毅會議公司負責會議(視訊、場地、員安排)
- 胸重秘書處窗口：劉軒吟秘書

(二) 指引編修(何肇基教授報告)：

1. 健保署公文：希望各學會提供並研擬符合本土治療效益之非小細胞肺癌各線治療用藥指引，以供健保參考。
2. 目前，聯合五個學會，因為不包括病理、外科或放腫學會，因此只先專注於全身性藥物治療的部分，目前列入化學治療、標靶治療及免疫治療。
3. Neoadjuvant or adjuvant therapy 暫時不列入，CCRT 後的 consolidation (PACIFIC trial) 將會納入此次指引的撰寫中。
4. 召集專家分成四組(小細胞肺癌，鱗狀細胞癌、非鱗狀細胞癌有驅動基因及非鱗狀細

肺癌無驅動基因) 撰寫指引(專家必須包含 5 個學會的會員。由各個學會推薦, 每個類別至少要有 5 個學會的會員 1 名)。其中, 先請張文震教授先負責非鱗狀細胞癌無驅動基因, 其他組別再另外安排。

5. 指引將以條列式, 流程圖的方式撰寫, 不建議鉅細靡遺的規範, 留一些彈性空間給治療醫師。並且先加註證據 (NCCN, ESMO guideline) 等級的 recommendation。如果證據等級不夠的, 由各個小組討論, 並在之後的五個學會的聯合大會上決定。
6. 因為楊泮池院士及賴副院長將參加健保局的會議, 因此, NGS 的部分將以健保局的結論, 寫入指引中。
7. 此指引將只限於用藥指引, 同時要五個學會同意通過, 才可以上線。
8. 陳育民委員: 確認是哪個單位要求提供? 另外希望不要有廠商介入。
9. 此指引目前暫定每年改版一次, 如果有需要, 也可以半年, 同時必須經過五個學會聯席討論同意。
10. 建議不要用 guideline, 改成 consensus, 並註明是醫療參考用, 以減少爭議性, 增加彈性, 同時避免相關法律上的責任。將會告知中華癌症醫學會以及台灣免疫暨腫瘤醫學會。

五、相關學術活動

- 核心課程報告 (陳冠宇醫師): 肺癌核心課程、肺癌照護工作坊
- 學術活動安排與分配
- Post-WCLC and Post-ESMO: 三會 (胸重、肺癌、臨腫) 合併舉辦?

結論:

1. 肺癌核心課程: 請陳冠宇醫師統籌基礎課程由各三個學會一同承辦北中南各選一場舉辦, 由於疫情的關係, 將於實體會議與線上會議一起進行。另外, 將由三個學會一起討論課程內容, 合辦核心課程, 避免重複, 並且多考慮基礎課程, 並非只是講廠商想講的, 同時邀請其他相關學會專家演講。將請陳冠宇醫師和另外兩個學會秘書長討論。
2. 肺癌照護工作坊: 以半天為主, 題目可以較有彈性, 建議中南部也可以有不一樣的題目, 同時, 希望今天下午有回饋問卷, 作為下次舉辦題目的依據。
3. 因此, 目前將先會辦 iRAE 工作坊以及涂智彥主任舉辦的支氣管鏡介入工作坊。
4. 三學會合辦活動 (一主辦二協辦), 將以半日活動舉辦 Post-WCLC、Post-ESMO, 到時, 將請執行秘書以及兩會秘書長討論舉辦。
5. 如果課程需要 A 類學分, 需要經由學會理監事會議討論通過, 經由主委詢問各個主委後, 大家同意胸重核心課程及照護工作坊主要以學術活動吸引會員, 同時胸重執照考試也不需要累積 A 類學分, 因此將只申請 B 類學分。

六、IASLC staging the 9th edition (張時杰醫師)

1. 世界肺癌學會 (IASLC), 評估第九版肺癌病歷分期資料, 將收 2011/1/1 到 2019/12/31 病人的資料, 但登錄資料的 deadline 是 2021/12/31。
2. 希望以學會的名義出面, 並同時要各個醫院 IRB 通過。

理事長: 參與這個計畫, 可以增加學會及台灣能見度, 學會樂觀其成, 除了之前要有個 workshop, 另外經費方面可以再討論, 看看學會是否可以支持一些經費, 畢竟做這件事, 如

果沒有獎勵，是比較困難。

結論：贊成增加學會及台灣能見度，建議另外開設 workshop 及委員會專案討論，更深入討論。

七、國健署議題：『肺癌篩檢普及化，早期發現治癒率可達 90% 以上！』

結論：將由吳尚俊醫師代表學會出席會議，普及化內容將不同意新增規定。

八、臨時動議：

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 睡眠醫學委員會會議記錄

日期：民國 110 年 01 月 27 日 (星期三) 18:30

地點：線上會議

主席：陳寧宏教授

出席委員：陳寧宏教授、林恒毅院長、邱國欽副院長、周昆達主任、邱國樑主任、莊立邦主任、陳志金主任、林倬漢醫師、陳奕仁主任、蔡明儒主任、張開明醫師、蘇茂昌主任、李佩玲主任、劉景隆醫師、林嘉謨主任、杭良文主任、彭忠衍主任

列席人員：理事長王鶴健、秘書長簡榮彥、副秘書長王誠一、秘書張家榕

一、討論事項

(一) 睡眠醫學委員會委員名單

※ 結論：

職務	姓名	職稱
召集委員	陳寧宏教授	林口長庚醫院 胸腔內科/教授
顧問	林恒毅院長	新店耕莘醫院 院長
顧問	邱國欽副院長	羅東博愛醫院 副院長
副召集委員	周昆達主任	台北榮總 胸腔部/臨床呼吸生理科/科主任、睡眠醫學中心/執行長
副召集委員	邱國樑主任	台中慈濟醫院 院長室/醫務秘書兼睡眠中心主任
委員	莊立邦醫師	林口長庚醫院 睡眠中心/主任、胸腔內科/主治醫師 長庚大學醫學系/助理教授
委員	陳志金主任	奇美醫學中心 加護醫學部/主治醫師、睡眠中心/主任
委員	林倬漢醫師	亞東醫院 胸腔內科/主治醫師
委員	陳奕仁主任	嘉義基督教醫院 胸腔內科/主任
委員	蔡明儒主任	高醫附院 胸腔內科/主治醫師、內科部/胸腔內科/主治醫師、院長室/秘書、病歷室/主任
委員	張開明醫師	台中榮總 胸腔內科/主治醫師
委員	蘇茂昌主任	高雄長庚醫院 睡眠中心/主任
委員	李佩玲主任	台大醫院 睡眠中心/主任
委員	劉景隆醫師	馬偕紀念醫院 胸腔內科/主治醫師
委員	林嘉謨主任	新光醫院 胸腔內科/主任
委員	杭良文主任	中國醫藥大學附設醫院 睡眠醫學中心/主任
委員	彭忠衍主任	三軍總醫院 汀州院區/主任、胸腔內科/主任、睡眠中心/主任
委員	王誠一主任	新店耕莘醫院 胸腔內科/主任

(二) APSR 大會：推薦 10 篇睡眠相關最佳論文

※ 結論：照案通過，110 年 10 月 10 日前推薦最佳論文。

(三) Fellow、年輕主治醫師落實教育

說明：

1. 台灣胸腔暨重症加護醫學會專科醫師訓練計劃綱要，訓練內容細則包含睡眠檢查「10 例多頻道睡眠檢查 (polysomnography)」、「5 例正壓呼吸器治療壓力檢定 (PAP titration)」。

※ 結論：

1. 主辦睡眠訓練課程。
2. 與其他委員會合作辦理基本睡眠醫學課程。
3. 加強胸腔科醫師於睡眠領域學術能力與實際操作，並落實與推廣睡眠知識傳授。
4. 課程規劃者：周昆達主任、莊立邦主任、蔡明儒主任。

(四) 健保給付方案

※ 結論：

1. 擬提「阻塞型睡眠呼吸中止症照護方案」，並由學會宣導 CPAP 重要性。
2. 由林嘉謨主任協助規劃網路提案政策，以多方角度凝聚民眾共識。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 肺結核病及感染委員會會議記錄

時間：民國 110 年 2 月 17 日 (星期三) 18:30

地點：台中高鐵食堂 (414 中市烏日區站區二路 8 號 2F)

主席：肺結核病及感染委員會 召集委員 黃伊文部長

出席人員：黃伊文副院長、王振源醫師、江振源主任、林恕民主任、鄭孟軒醫師、謝孟哲主任、簡順添主任、涂智彥主任、黃偉彰醫師、黃虹綾醫師、曹世明主任、李枝新醫師

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長馮嘉毅醫師、秘書施詠瑩、秘書陳妍安。

一、**主席報告：**委員會的目的為教學、研究，繼續教育是延續 PI-TB 委員會。

二、討論事項

(一) 繼續教育課程安排

※ 結論：

- 變成常規繼續教育，在北中南東地區在地討論，讓更多醫生知道 NTM lung disease，改善醫院流程，可以和其他學會合作 (如內科、家醫科合作)，增加普及度。
- 繼續教育課程內容可用一些實用的 topic，一個 case sharing 討論一個重點 40 分鐘 topic，20 分鐘報 case、20 分鐘說明可以學習的地方。
- 夏季會可放置 infection、NTM 相關主題。
- 除 NTM 外也討論肺部感染重要的議題 (如：COVID-19、TB、virus、fungus、chronic pulmonary aspergillosis)。
- 委員會需訂定重要的主軸來 focus (如：NTM...等，可能 3 年 -6 年) 做為未來長遠的發展方向也需要和政策結合 (如：推動 NTM 的鑑定、NTM 的藥敏、健保給付)，繼續教育訓練，終極目標是推動健保給付政策對疾病的改變。
- 試辦教育訓練 (主題北中一致，不限定 NTM)，尋求外面資源有興趣的 topic 然後以大綁小或以小綁大，由廠商 (如：phizer...等，請馮嘉毅副秘書長列出，林口長庚請林恕民主任幫忙，如果有藥廠可以推薦給學會請和簡榮彥秘書長連絡) support 可從北部和中部先開始 (題目要有吸引力) 再往南部推廣，都以現場為主，暫不包含視訊方式，由學會主辦、學會發通知、申請學分，目前暫定 7 月份 (防疫考量) 之後辦二場，北、中部各一場。

(二) 文書刊物出版

※ 結論：

- 案例收集 (設定 1 年以上的時間)，可以由辦繼續教育活動時給講師 template，容易收集 case。
- 先將案件收集完，請印刷廠估價，經費來源：1 外面資源 2. 學會爭取，待討論。
- 50 例案例北中南平均分配，主要依 NTM (lung disease)、藥物 (macrolide、quinolone、

ehambutol 等) 題目，看每個地方的 NTM 的形態有沒有不一樣，包含的臨床資料等細節由王振源醫師擬定發給各委員。

- 案例集錦活動辦完後慢慢收集有個案分析、分享完就可以寫，時間設定 1 年或 1 年半，案例字數限制 1,500 字以下，預計明年年會出刊。

(三) 研究平台

※ 結論：

- 研究平台目前人力其資源尚無法建立，現階段將繼續教育和文書刊出版做好，將來可再視情況推動。
- 請學會調查那個醫院可以做 NTM 藥敏。

三、臨時動議：

下次開會時間：大約 3 個月後 (5 月份左右)

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 呼吸治療委員會會議記錄

時間：民國 110 年 2 月 24 日 (星期三) 18:30

地點：台大兒醫 B1 第一會議室、線上與會

主席：呼吸治療委員會 召集委員 黃崇旂教授

出席人員：黃崇旂教授、吳杰亮主任、吳耀光主任、柯獻欽主任、胡漢忠主任、張厚台主任、郭立國醫師、陳志強院長、程味兒主任、顏至慶醫師

列席人員：王鶴健理事長、秘書長簡榮彥醫師、副秘書長郭耀文醫師、秘書施詠瑩、秘書陳妍安

請假人員：吳清平副院長、劉世豐主任

一、主席報告：略

二、討論事項：

1. 中華民國醫師公會全國聯合會來函：預告病人自主權利法第十四條第一項第五款之「病人疾病狀況或痛苦以忍受、疾病無法治癒且依照時醫療水準無其他合適解決方法之情形」修正草案。

※ 結論：

- 有關預告病人自主權利法第十四條第一項第五款之「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」修正草案，本會同意修正內容。

2. 國防部軍醫局來函：請貴學會重新審視並提供體位區分標準表第 46 至 54 項次「胸部系統」修正意見。

※ 結論：

- 有關體位區分標準表第 46 至 54 項次「胸部系統」修正意見乙案，本會建議維持原條文，刪除“限制性”及“阻塞性”。

3. 林嘉謨主任提案擬請「衛福部針對 80 歲以上老人不插管使用非侵襲性呼吸器修改呼吸器重大傷病規定。」

※ 結論：

- 維持原來第四項的條文，不提衛福部修改條文。
- 請學會發公告依 Q&A 的方式就會員了解有第四條的條文。

4. 衛生福利部中央健康保險署來函：研議「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」編號 17020B「多次呼吸肺氮廓清試驗」及 17007B「標準支氣管擴張劑試驗」同時申報之合理性案。

※ 結論：

- 一、本會建議執行 17020B「多次呼吸肺氮廓清試驗」不可併報 17007B「標準支氣管擴張劑試驗」。

二、本會建議，若同時測試 Lung volume 及 Bronchodilator 反應：可合併申報 17020B「多次呼吸肺氮廓清試驗」及 17006C「支氣管擴張劑試驗」，或單獨申報 17007B「標準支氣管擴張劑試驗」。

三、臨時動議：

A. 110 年度機械通氣課程制定

※ 結論：

(一) 110 年度機械通氣課程，由呼吸治療委員會承辦，題目如下：

1. Conventional and novel ventilatory mode
2. Monitoring of pulmonary mechanics in mechanical ventilation
3. Ventilatory waveform and asynchronization
4. Heart-lung interaction
5. Mechanical ventilation for obstructive lung disease and acute lung injury
6. Sedation and paralysis in mechanical ventilation
7. Prone position ventilation
8. Weaning of mechanical ventilation

(二) 會後發現日期暫訂北部 7/18 (日)(台大)，南部 8/15(日)。

目前執行：北部因 7/18 與胸部影像判讀(北區)課程有衝突，日期改為 7/25 台大醫學院 101 講堂，南區的在 8/15 高雄長庚兒童醫院 6 樓藍廳。

(三) 申請重症聯甄學分。

(四) 講師預定施攻如老師、程味兒醫師、胡漢忠主任、王玠仁醫師、陳威志醫師、張厚台醫師、台中榮總重症醫學部趙文震醫師、阮聖元醫師

B. 胸部電阻抗斷層掃描儀 (Electrical Impedence Tomography, EIT) 申請新增診療項目

※ 結論：

- 建議申請新增該技術之診療項目，需做成本分析表，細項由張厚台主任協助擬稿，再由學會送出。

C. 新增診療項目「經鼻高流量濕化氧氣治療 (HFNC)」一案

※ 結論：

- 建議先申請技術費，且參酌非侵襲性陽壓呼吸治療的費用。

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 胸腔醫學編輯委員會會議記錄

時間：民國 110 年 03 月 03 日 (星期三) 18:30-19:30

地點：現場—台大兒童醫院 B1 第二會議室

視訊— <https://zoomtw.zoom.us/j/93733487186>

主席：胸腔醫學編輯委員會 召集人 李岡遠教授

現場出席：李岡遠教授、黃崇旂教授、鍾啟禮教授

線上出席：施金元教授、張基晟教授

請假人員：陽光耀教授

列席人員：祕書長簡榮彥醫師、副祕書長吳尚俊醫師、祕書施詠瑩

一、報告事項

(一) 編輯委員會編制現況

說明：1. Publisher：四家學會理事長並列

2. Editor-in-Chief：胸重主編 (李岡遠主編)

3. Deputy Editors-in-Chief：胸重副主編 (吳尚俊醫師)

4. Editorial Board：四家學會所邀約的 5 位國內委員，共 20 位

5. Advisory Board：四家學會所邀約的 3 位國外委員，共 12 位

6. 合作學會：台灣胸腔暨重症加護醫學會、社團法人台灣呼吸治療學會、台灣結核暨肺部疾病醫學會、台灣睡眠醫學學會

7. 完整名單。

(二) 胸腔醫學雜誌 (Thoracic Medicine) 現況

說明：

1. 投稿方式

- 重新設置新的胸腔醫學網站 (可以從中連結投稿系統)，新網站連結的投稿系統是以舊版的去做變更，基本架構已經完成，網頁的文字描述還須修改，且架設費用未支付。

舊：http://www.saints-united.com/pcc/artpcm/artpcma_main.jsp

新：<http://www.thoracic-medicine.org/pccm/pccm.jsp>

- 請織谷股份有限公司估價 (實際報價將依內容與複雜程度有所調整)

(1) 純英文版網頁修正報價：\$48,825 元整

(2) 學會雜誌線上查閱報價：\$68,250 元整

2. 審稿方式

- 一般不論原著或是病例文章，一篇文章都只請一位審查委員審查，除非委員退稿，祕書處就會請主編裁示是否需另外指派審查委員或是退稿。如果 2 位審查委員決定退稿，則直接退稿。

- 若是其他 3 家學會的會員投稿 (以其他學會名義投稿者，會在系統中留言告知)，則是交由該學會 5 位編輯委員輪流指派 (如果該篇作者剛好跟要指派的委員是同一家醫院，則改由下一位委員指派)。不過因為呼吸治療學會本身也有發行期刊，也有主編，所以是直接請呼吸治療學會的主編指派。(同時秘書會將此事報告主編。)

3. 審稿流程

編輯部整合 (正常流程)

- ↓ 發郵件請主編指派審查委員 (系統自動寄發)(或退稿)
- ↓ 編輯部寄發審查邀約給委員
- ↓ 作者修改
- ↓ 委員覆審：覆審結果可進入英審階段，編輯部就會送給英審委員進行英文審查 (若作者需要接受函的話，只要進入此階段即可寄發)
- ↓ 作者英文修改
- ↓ 等待出刊

(三) 出刊概況

說明：

1. 年度預計刊登稿件篇數：胸腔醫學期刊原為雙月刊 (一年 6 刊)，2021 年起更改為季刊 (一年 4 刊) 為 3 月、6 月、9 月、12 月刊登。
2. 每一期預計：6 篇 original paper、2 篇 case report、1 篇 invited review article
3. 一年預計：24 篇、8 篇 case report、4 篇 review article
4. review article 可開始進行邀稿。
5. 現行狀況：自 2020 年 01 月起，每期 4 篇 original、4 篇 case report

(四) 現存稿件投稿狀況

說明：

1. 近四年稿件投稿狀況
2. 綜合統計至 03/01
 - 完稿待出刊 (不含 36 卷第 1 期)：original article 4 篇、case report 32 篇。
 - 未完稿之稿件：original article 5 篇、case report 11 篇、review 1 篇。
 - 等待指派審查委員：original article 3 篇、case report 5 篇。

(五) 先前各院投稿責任歸劃及執行現況

說明：109、110 年度各訓練單位、合作學會之負責稿件配額與投稿情況。

二、討論事項

(一) 近中長程 (PubMed 及 SCI) 目標及規劃確認

說明：

1. Online 條件，每期含：
 - original article 八篇
 - case report 一至二篇
 - 另外可以有 invited review article

※ Review article 邀稿稿費：若為外國學者，建議 2,000 美元 / 篇；國內學者則為 1,000

美元 / 篇

※ 現階段稿費由台灣胸腔暨重症加護醫學會支付

2. Online 費用：依據發行量每年可能至少需要約 10 至 12 萬美金

- 台灣胸腔暨重症加護醫學會負擔 85%
- 台灣呼吸治療學會負擔 5%
- 台灣睡眠醫學學會負擔 5%
- 台灣結核暨肺部疾病學會負擔 5%

※ 結論：方向沒有問題，日後若要進到 PubMed、有 SCI 的話，就需要先讓「Thoracic Medicine」上線。如此一來，首要面對的問題便是下一個討論議題：如何增加稿源。

(二) 如何促進稿源？

說明：

1. 第一作者為本會會員，可參加優秀論文審查，獎金為 5、3、2 萬。
2. 會員報考胸專醫師時，投稿一篇原著論文可加 5 分。
3. 可申請胸專指導醫師資格。
4. 可提升醫院評鑑等級：「胸腔醫學」為醫策會之教學醫院評鑑學術性期刊，通過期限為 2014 年 01 月 01 日至 2018 年 12 月 31 日。因此截至 2020 年 01 月止，「胸腔醫學」符合「教學醫院評鑑學術性期刊認定標準」。
5. 升等 (視各家醫院升等辦法而定)。

※ 結論：為增加稿源與可看性，日後可以考慮以下幾種方法，請各位委員於會後進一步思考是否可行，以及執行上的相關細節。

1. 可以效法國外期刊做 special issue，找一群專家以特定議題進行邀稿。
2. 邀請資深醫師或專家撰寫 review article。
3. 未來可以想想下述概念如何在各院區體系執行，例如：original article 練習做的概念，以一些 me-too study，或一些台灣內部會關心但在全球上較不重視的議題寫出的稿件，就可以投稿在「Thoracic Medicine」。或者一些醫院，或合作體系中整理出來的數據，雖然不到可以投稿到 SCI 期刊的等級，但對國內學界有幫助者，也可以投稿到「Thoracic Medicine」。

(一) 審稿流程討論

說明：現行流程，由編輯部整合→主編指派審查委員 (系統自動寄發)→編輯部寄發審查邀約給委員→作者修改→委員覆審→作者英文修改→等待出刊

※ 結論：

1. 未來收到稿件以後，先由編輯部整合，依稿件屬性轉知 Editorial Board，由其指派審查委員，後續流程則照舊，編輯部寄發審查邀約給委員→作者修改→委員覆審→作者英文修改→等待出刊。
2. 屆時會再請織谷股份有限公司協助為各位 Editorial Board，開設帳號密碼與權限，以便日後分派稿建。在建立完成之前，會由秘書處協助完成分派操作。
3. 關於 reviewer 的部分，請秘書處能夠協助發文請各醫院單位科主任推薦專家名單，由秘書處正式邀請後經專家同意 (並簽署同意書)，即鍵入 reviewer 名單中，也可藉此建立各領

域文章的 reviewer 資料庫。

(二) 國家圖書館來函，希望本會授權期刊出版品於「台灣期刊論文索引系統」開放線上全文影像

說明：來函全文

※ 結論：

1. 同意授權「胸腔醫學雜誌」開放授權。
2. 另外，為增加「胸腔醫學雜誌」的知名度，希望在學會網站上的稿件能夠全面開放權限，供非會員查閱。此議案將提報至理、監事聯席會議上討論追認。

(三) 未來確確認項目

說明：

1. 確認新的胸腔醫學網站設置完成
2. 新的胸腔醫學網站設置費用支付 (織谷股份有限公司)
3. 確認、提醒及鼓勵各家醫院原著論文責任分配目標
4. Review article invitation

※ 結論：

1. 請執行秘書與秘書處協助確認全英文新站架設的進度，再擇期開會討論全英文新站的架設是否有問題需要再修改。
2. 關於所列之各家訓練醫院分配投稿數量，將提報至理監事會議，並恭請理事長宣告，也請各位理監事呼籲各院踴躍投稿。關於其他學會的部分，會由召集人李岡遠教授與睡眠醫學會溝通、提醒。
3. 日後可以建議學會各委員會撰寫 consensus 或 review article，投稿至「Thoracic Medicine」。
4. 「Thoracic Medicine」online 甚至是進入 PubMed、有 SCI 是一個長程的目標，未來會朝這個方向執行委員會的相關業務。接下來一年當中會以本日決議事項運作，並請各位委員思考後續要如何朝目標布局、運作。

三、臨時動議：無

散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 健保與醫療政策工作小組會議記錄

日期：110年01月28日(星期四)晚間6點30分

地點：台北-台大景福館1F

主席：健保與醫療政策工作小組召集委員 林恒毅院長 / 副召集委員 黃忠智院長

出席委員：林明憲醫療長、林基正院長、林聖皓主任、林慶雄副院長、邱國樑主任、高尚志副院長、高國晉副部長、陳寧宏主任、陽光耀主任、蔡忠榮院長

列席人員：秘書長簡榮彥、副秘書長馮嘉毅、秘書劉軒吟

一、主席報告：略

二、討論事項

(一) 理監事選舉政見統整

健保議題

1. 結合各界胸腔團隊及基層力量，倡導健保給付並擴大重大傷病範圍(杭良文)
2. 於健保政策委員組織各工作小組，納入各領域、各層級醫院代表並聯合相關學會，促進治療品項給付與減少不合理之健保核刪(陶啟偉)

3. 爭取胸腔科門診及住院診察費加入「風險加給」(陳寧宏)

4. 重症相關

- 改善呼吸器與重症治療之給付點值(陽光耀)
- 爭取侵襲性呼吸器(IMV)與NIV的「給付增加」(高國晉)
- 提高加護病房各項檢查健保給付，如支氣管鏡、超音波(林恒毅)
- 使用呼吸機應該有胸腔專科醫師處方且健保給付(林恒毅)

5. 睡眠相關

- 推動健保給付睡眠中止症正壓呼吸器治療(彭忠衍)
- 爭取陽壓呼吸器回歸胸腔科「處方」(陳寧宏)

6. 呼吸道疾病相關

- 爭取增加「健保給付」：6MWT、FeNO、及呼吸器處方費

7. 肺癌相關

- 爭取肺癌 NGS 給付(施金元)

8. 肺感染相關

- 把TB列為健保排外疾病 & 將來非DRG(黃伊文)

結論：本屆將由以上會員之意見為首要項目。

(二) 健保署來函討論

健保字號第1100032626號。有關現行同一療程診療服務之門診診察費申報規範，為符合臨床實務需求，請貴會於文到一個月內提供相關意見。

結論：內文與本會相關之治療，將維持不變健保署醫療辦法。

(三) 睡眠檢查工作方案

● 阻塞型睡眠呼吸中止症照護方案

結論：

1. 建議以 C 肝補助方式來計算額度
2. 建議論述加強 (財務面)，另外預防重大傷病或者運輸業問題點的發現，以及大眾認知。
3. 同意由胸腔科為出發點
4. 建議用統計方式呈現，最有效的方式。
5. 可參考免疫治療，收集更多的實例，共病影響

三、臨時動議

四、散會

台灣胸腔暨重症加護醫學會 青年工作小組會議記錄

時間：民國 110 年 02 月 18 日 (星期四) 18:30-19:30

地點：台中高鐵站高鐵食堂會議室 2F

主席：青年工作小組 召集委員 詹明澄主任

現場出席：詹明澄主任、阮聖元醫師、蕭逸函醫師、黃彥翔醫師、蔡明儒醫師

列席人員：秘書長簡榮彥醫師、副秘書長陳家弘醫師、秘書施詠瑩

一、報告事項

(一) 青年工作小組未來的工作目標

說明：秘書處統計出學會持有胸專的 1,420 人當中，40 歲以下年輕醫師 (230 人) 在各區、各層級執業的分布表如下。

	北區	中區	南區	東區	離島	層級加總
醫學中心	72	15	34	4	0	125
區域醫院	35	9	25	0	0	69
地區醫院	10	10	7	4	1	32
診所	4	0	0	0	0	4
區域加總	121	34	66	8	1	

二、討論事項

(一) 青年工作小組未來的工作目標

說明：

1. 安排教育訓練課程：呼吸道疾病 / IPF / 肺癌 / 重症 / 感染
2. 提供發生建言管道：主委信箱？LINE 平台？
3. 協助青年會員職涯發展。

※ 結論：

1. 大方向決議通過，相關執行細節將接續討論。
2. 由召集委員草擬信件一封，由秘書處寄出，告知年輕會員們有這個新成立的工作小組，若有任何問題或需求，可以向工作小組尋求協助。
3. 學會預計設立「理事長信箱」於官方網頁首頁，由於所有疑問、建言都會轉到相關委員會 (工作小組) 進一步處理，故不另成立主委信箱，會員向「理事長信箱」反應也是一樣的。另外目前學會已經有官方的 FB 粉絲專頁與 LINE 帳號，若有收到相關訊息，秘書處一樣會轉呈相關委員會 (工作小組)。

(二) 調查青年會員需求

說明：

1. 研究需求：
 - 成立跨醫院資料平台？

- 前瞻性跨醫院研究？
- 2. 臨床需求：
- 成立平台供困難案例討論？

※ 結論：

1. 可以考慮成立 FB 私密社團或開闢一個平台，提供會員分享案例、求知解惑的地方，並在上面提供資深老師收研究學生、或醫院接受跨院區進修名額…等等資訊，但需長期有委員當值管理，須從長計議。
2. 將由阮聖元醫師與陳家弘醫師草擬青年會員需求的記名問卷一份，內容約 10 題左右，調查青年會員在活動、課程、研究以及臨床上的需求，於三月底前與召集人的小組成立信件一併發出，以便後續相關活動規劃更貼近會員需求。
3. 為確保問卷回收率，可考慮是否於夏季會、年會晚宴抽獎獨立一個獎品 for 填覆問卷的年輕醫師，可行性與細節再議。

(三) 年會青年會員活動計畫

說明：可向 ATS Early Career Professionals 借鏡，相關活動有：

1. Resident Boot Camp
2. Fellows Track Symposium
3. New Faculty Boot Camp

※ 結論：

1. 有兩位 Fellow 今年會參加 ATS 舉辦的 New Faculty Boot Camp，下次開會時可以邀請他們出席，分享參與活動後的心得。
2. 可以於夏季會的會前舉辦一個類似「Meet expert」的活動，邀請例如楊泮池教授、資深開業醫或人生閱歷豐富的教授，辦一場小型座談會，這個部分由黃彥翔醫師負責規劃。

(四) 青年會員教育訓練課程

說明：

1. 教育訓練
2. Workshop
 - 呼吸道疾病 / IPF / 肺癌 / 重症 / 感染
 - 胸部超音波 / 支氣管鏡
 - 睡眠 / 呼吸生理
 - 簡報能力
 - 論文寫作能力

※ 結論：

1. 教育訓練的部分，可以跟學術委員會或學會其他委員會合辦，加入適合年輕醫師的基礎 topic。
2. 預計於年會時舉辦一場著重於實作為主的活動，初步規劃為限 40 歲以下年輕醫師報名，須繳費的一場關於簡報能力、論文寫作或統計教學的深度課程，由蕭逸函醫師、蔡明儒醫師負責規劃，可以在教學中順便培養學會自己的師資。

三、臨時動議：無

四、下次會議時間：110 年 05 月 06 日

散會

胸腔暨重症案例

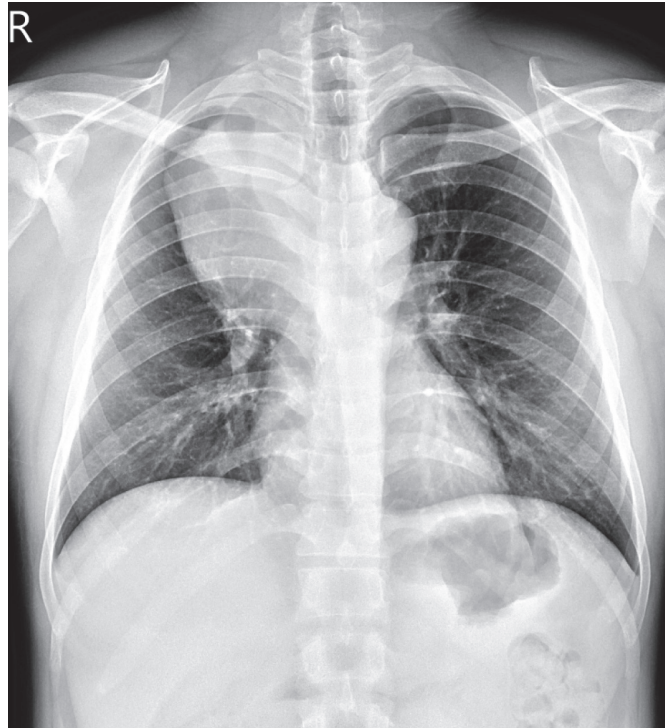


Figure 1. Chest radiograph revealed a large mass with smooth lobulated borders adjacent to the trachea at right upper lobe and associated with right paratracheal adenopathy.

提供：黃維俊醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

[Case]

A 35-year-old male presented to OPD with intermittent shortness of breath for 3 days. He had no systemic disease before. The lab data upon presentation were as below: WBC: 7,100/cumm, Seg: 72.4%, CRP: 0.64 mg/dL. The renal function and liver function were normal; Echocardiogram showed no heart failure signs. Axial computed tomography (CT) scan revealed a noncalcified mass with partial necrosis at posterior mediastinum; B: Sagittal computed tomography (CT) scan localized the mass to site just adjacent to the trachea and associated with airway compression. How do you diagnosis this patient?

醫學新知 I

每日一次單裝置吸入式三重療法 (FF / UMEC / VI) 與複方 FF / VI 在控制不佳的氣喘患者中其療效和安全性比較 (CAPTAIN)：一項雙盲，隨機，3A 期試驗

摘自：Lancet Respir Med. 2021 Jan; 9(1): 69-84.

編譯：陳家弘醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔暨重症系

背景

儘管有了 ICS / LABA 的療法，仍舊有 30-50% 的中度或重度氣喘患者未能得到充分控制。本篇論文研究了每日一次單裝置吸入式三重療法 (FF / UMEC / VI) 與複方 FF / VI 在此類患者中其療效和安全性的比較。

方法

在這項雙盲，隨機，平行分組的 3A 期研究 (Clinical Study in Asthma Patients Receiving Triple Therapy in a Single Inhaler [CAPTAIN]) 中，參與者來自 15 個國家中的 416 家醫院和診所。收治的條件包括有：年齡在 18 歲或 18 歲以上接受 ICS / LABA 的治療後仍無法使氣喘得到控制 ([ACQ]-6 \geq 1.5)，篩選前一年曾有氣喘急性發作接受治療的紀錄，使用支氣管擴張劑前的 FEV1 在預期正常值的 30% 至 85% 之間以及肺功能出現可逆性 (定義為吸完四個劑量的 albuterol 或是 salbutamol 後，FEV1 會增加 \geq 12% 同時 \geq 200 mL)。

在研究開始時，藉由 ICS 劑量做為分層研究依據，採用隨機分配的方式，將參與者隨機分配 (1:1:1:1:1:1) 到每日一次 FF / VI (100/25 μ g 或 200/25 μ g) 或 FF / UMEC / VI (100/31.25/25 μ g, 100/62.5/25 μ g, 200/31.25/25 μ g 或 200/62.5/25 μ g) 等六組中。

主要療效指標是在第 24 周時 FEV1 的變化，次要療效指標則是中度和 / 或重度氣喘急性發作率。其他次要療效指標則包括吸藥後 3 小時 FEV1 的變化，第 24 周 SGRQ 總分和 ACQ-7 總分的變化。同時對第 2 型氣道發炎反應的生物標記在治療後的反應進行了探索性分析。此研究已在 ClinicalTrials.gov 上註冊，註冊號碼為 NCT02924688，目前已經收案分析完成。

發現

在 2016 年 12 月 16 日至 2018 年 8 月 31 日之間，對 5,185 例患者進行了篩選，總共納入了 2,439 例患者，隨機分配於 FF / VI (100/25 μ g, n = 407; 200/25 μ g, n = 406) 或 FF / UMEC / VI (100/31.25/25 μ g, n = 405; 100/62.5/25 μ g, n = 406; 200/31.25/25 μ g, n = 404; 200/62.5/25 μ g, n = 408)，其中三位患者隨機分配時錯誤並未包括在分析中。納入研究的患者中有 922 名 (38%) 為男性，平均年齡為 53.2 歲 (標準差為 13.1)，身體質量指數為 29.4 (6.6)。在所有治療組中，基準的特徵皆相似。

在 FEV1 的改善中，FF / UMEC / VI 100/62.5/25 μ g 較 FF / VI 100/25 μ g 多增加 110 mL (95%

CI 66-153; $p < 0.0001$), 而 200/62.5 / 25 μg 則是較 200/25 μg 多增加 92 毫升 (49-135; $p < 0.0001$)。在 FF / VI 中添加 UMEC 31.25 μg 也會產生類似的改善 (FF/UMEC/VI 100/31.25/25 μg 較 FF/VI 100/25 μg 多增加 96 mL [52-139; $p < 0.0001$]; 200/31.25/25 μg 較 200/25 μg 多增加 82 mL [39-125; $p = 0.0002$])。吸藥後 3 小時肺功能改善的變化也是相同。FF / UMEC 62.5 μg / VI 與 FF / VI 相比, 中度和 / 或嚴重氣喘急性發作率並無明顯降低, 但含 FF 200 μg 的治療組比含 FF 100 μg 的治療組則是會明顯降低。所有治療組在第 24 周的 SGRQ 總得分均顯示出改善, 超過最小臨床重要差異值。但是, 治療組之間沒有差異。對於 ACQ-7 總分的平均變化, 在所有治療組中觀察到的改善均超過了最小臨床重要差異值。與 FF / VI 相比, 在 FF / VI 中添加 UMEC 導致與劑量相關的些微進步 (FF / UMEC 31.25 μg / VI 比上 FF / VI: -0.06 (95%CI -0.12 至 0.01; $p = 0.094$) FF / UMEC 62.5 μg / VI 比上 FF / VI: -0.09 (-0.16~-0.02, $p = 0.0084$)。與添加 UMEC 相反, 基準的嗜酸性白血球若是較高或是呼出一氧化氮含量較高的患者, 使用高劑量 FF 對 FEV1 以及中度和 / 或嚴重氣喘急性發作率的改善都會較多。

在各治療組中, 不良事件的發生率相似 (至少一項事件的發生率在 210 [52%] 至 258 [63%] 之間), 最常見的不良事件是鼻咽炎 (51 [13%]-63 [15%]), 頭痛 (19 [5%]-36 [9%]) 和上呼吸道感染 (13 [3%]-24 [6%])。在所有組中, 嚴重不良事件的發生率均相似 (18 [4%]-25 [6%])。發生了 3 例死亡, 其中 1 例疑似與研究藥物有關 (使用 FF / UMEC / VI 100/31.25/25 μg 的一位患者發生肺栓塞)。

解讀

在 ICS / LABA 無法控制的中度或重度哮喘患者中, 添加 UMEC 可改善肺功能, 但不會導致中度和 / 或重度氣喘急性發作的明顯減少。對於這類患者, 單吸入器 FF / UMEC / VI 是一種有效的治療選擇, 具有良好的風險 - 獲益特徵。較高劑量的 FF 主要降低急性惡化率, 尤其是在第 2 型氣道發炎反應生物標記升高的患者中。至於第 2 型氣道發炎反應生物標記物對氣喘治療結果的區分作用則有賴未來進行進一步的驗證性研究。

〔編譯者評論〕

此篇大型的研究給了臨床醫師在治療氣喘上許多的重要資訊, 包括添加 UMEC 可改善肺功能, 但不會導致中度和 / 或重度氣喘急性發作的明顯減少。較高劑量的 FF 可以降低急性惡化率, 尤其是在第 2 型氣道發炎反應生物標記升高的患者中。

目前氣喘可以區分為 type 2 inflammation 以及 none type 2 inflammation 二大類, type 2 inflammation 的氣喘較常會伴隨 eosinophil 增加, 且有可能會演變成嚴重型氣喘的機率較高, 這種病人通常對類固醇的效果較好, 目前市面上的生物製劑通常針對此種氣喘會有較高的治療效果, 如何區分是否為 type 2 inflammation, 目前 GINA severe asthma guideline 則提供了如果有下列四種情況時可以考慮:

1. Blood eosinophil $> 150/\mu\text{l}$
2. FeNO > 20 ppb
3. Sputum eosinophil $> 2\%$
4. 會被過敏原誘發的氣喘
5. 需要使用口服類固醇做為維持性治療的氣喘

因此若是病人屬於 type 2 inflammation asthma，在使用 ICS / LABA 無法控制時，本篇 CAPTAIN study 很明確地告訴我們：使用高劑量的吸入式類固醇可以使得急性惡化率得到改善，也可以讓症狀受到控制。

LAMA 是屬於一種氣管擴張劑，但是否真如 CAPTAIN study 中得到的結果，加上 LAMA 只能改善肺功能卻不能改善急性惡化率？譯者覺得也許可以再等待 CAPTAIN study 後分析的結果再做討論，誠如一開始所言，在 non type 2 asthma 中，類固醇無法得到這麼好的治療效果，那此時 LAMA 或許是另外一種重要的選擇，在這樣的病人身上，使用 LAMA 也許不僅可以使得肺功能改善更可能可以使得急性惡化降低，這樣的結論有待於未來進一步的研究來證實。

Richard Beasley 在 CAPTAIN study 發表後也在本雜誌中發表相關評論，在評論中他提到個人化治療在各式各樣的疾病中愈發重要，氣喘也不例外，在未來相信會有更多相關的研究被發表出來，相信我們離氣喘的個人化醫療也會愈來愈近。

Efficacy and safety of once-daily single-inhaler triple therapy (FF/UMEC/VI) versus FF/VI in patients with inadequately controlled asthma (CAPTAIN): a double-blind, randomised, phase 3A trial

Lancet Respir Med. 2021 Jan; 9(1): 69-84.

Laurie A Lee, Zelig Bailes, Neil Barnes, *et al.*

Abstract

Background

Despite inhaled corticosteroid plus long-acting β 2-agonist (ICS/LABA) therapy, 30-50% of patients with moderate or severe asthma remain inadequately controlled. We investigated the safety and efficacy of single-inhaler fluticasone furoate plus umeclidinium plus vilanterol (FF/UMEC/VI) compared with FF/VI.

Methods

In this double-blind, randomised, parallel-group, phase 3A study (Clinical Study in Asthma Patients Receiving Triple Therapy in a Single Inhaler [CAPTAIN]), participants were recruited from 416 hospitals and primary care centres across 15 countries. Participants were eligible if they were aged 18 years or older, with inadequately controlled asthma (Asthma Control Questionnaire [ACQ]-6 score of ≥ 1.5) despite ICS/LABA, a documented health-care contact or a documented temporary change in asthma therapy for treatment of acute asthma symptoms in the year before screening, pre-bronchodilator FEV1 between 30% and less than 85% of predicted normal value, and reversibility (defined as an increase in FEV1 of $\geq 12\%$ and ≥ 200 mL in the 20-60 min after four inhalations of albuterol or salbutamol) at screening. Participants were randomly assigned (1:1:1:1:1), via central based randomisation stratified by pre-study ICS dose at study entry, to once-daily FF/VI (100/25 μ g or 200/25 μ g) or FF/UMEC/VI (100/31.25/25 μ g, 100/62.5/25 μ g, 200/31.25/25 μ g, or 200/62.5/25 μ g) administered via Ellipta dry powder inhaler (Glaxo Operations UK, Hertfordshire, UK). Patients, investigators, and the funder were masked to treatment allocation. Endpoints assessed in the intention-to-treat population were change from baseline in clinic trough FEV1 at week 24 (primary) and annualised moderate and/or severe asthma exacerbation rate (key secondary). Other secondary endpoints were change from baseline in clinic FEV1 at 3 h post-dose, St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) total score, and ACQ-7 total score, all at week 24. Change from baseline in Evaluating Respiratory Symptoms in Asthma total score at weeks 21-24 was also a secondary endpoint but is not reported here. Exploratory analyses of biomarkers of type 2 airway inflammation on treatment response were also done. This study is registered with ClinicalTrials.gov, NCT02924688, and is now complete.

Findings

Between Dec 16, 2016, and Aug 31, 2018, 5,185 patients were screened and 2,439 were recruited and randomly assigned to FF/VI (100/25 μ g n=407; 200/25 μ g n=406) or FF/UMEC/VI (100/31.25/25 μ g

n=405; 100/62.5/25 µg n=406; 200/31.25/25 µg n=404; 200/62.5/25 µg n=408), with three patients randomly assigned in error and not included in analyses. In the intention-to-treat population, 922 (38%) patients were men, the mean age was 53.2 years (SD 13.1) and body-mass index was 29.4 (6.6). Baseline demographics were generally similar across all treatment groups. The least squares mean improvement in FEV1 change from baseline for FF/UMEC/VI 100/62.5/25 µg versus FF/VI 100/25 µg was 110 mL (95% CI 66-153; $p<0.0001$) and for 200/62.5/25 µg versus 200/25 µg was 92 mL (49-135; $p<0.0001$). Adding UMEC 31.25 µg to FF/VI produced similar improvements (FF/UMEC/VI 100/31.25/25 µg vs FF/VI 100/25 µg: 96 mL [52-139; $p<0.0001$]; and 200/31.25/25 µg vs 200/25 µg: 82 mL [39-125; $p=0.0002$]). These results were supported by the analysis of clinic FEV1 at 3 h post-dose. Non-significant reductions in moderate and/or severe exacerbation rates were observed for FF/UMEC 62.5 µg/VI versus FF/VI (pooled analysis), with rates lower in FF 200 µg-containing versus FF 100 µg-containing treatment groups. All pooled treatment groups demonstrated mean improvements (decreases) in SGRQ total score at week 24 compared with baseline in excess of the minimal clinically important difference of 4 points; however, there were no differences between treatment groups. For mean change from baseline to week 24 in asthma control questionnaire-7 score, improvements (decreases) exceeding the minimal clinically important difference of 0.5 points were observed in all pooled treatment groups. Adding UMEC to FF/VI resulted in small, dose-related improvements compared with FF/VI (pooled analysis: FF/UMEC 31.25 µg/VI versus FF/VI, -0.06 (95% CI -0.12 to 0.01; $p=0.094$) FF/UMEC 62.5 µg/VI versus FF/VI, -0.09 (-0.16 to -0.02, $p=0.0084$). By contrast with adding UMEC, the effects of higher dose FF on clinic trough FEV1 and annualized moderate and/or severe exacerbation rate were increased in patients with higher baseline blood eosinophil count and exhaled nitric oxide. Occurrence of adverse events was similar across treatment groups (patients with at least one event ranged from 210 [52%] to 258 [63%]), with the most commonly reported adverse events being nasopharyngitis (51 [13%]-63 [15%]), headache (19 [5%]-36 [9%]), and upper respiratory tract infection (13 [3%]-24 [6%]). The incidence of serious adverse events was similar across all groups (range 18 [4%]-25 [6%]). Three deaths occurred, of which one was considered to be related to study drug (pulmonary embolism in a patient in the FF/UMEC/VI 100/31.25/25 µg group).

Interpretation

In patients with uncontrolled moderate or severe asthma on ICS/LABA, adding UMEC improved lung function but did not lead to a significant reduction in moderate and/or severe exacerbations. For such patients, single inhaler FF/UMEC/VI is an effective treatment option with a favourable risk-benefit profile. Higher dose FF primarily reduced the rate of exacerbations, particularly in patients with raised biomarkers of type 2 airway inflammation. Further confirmatory studies into the differentiating effect of type 2 inflammatory biomarkers on treatment outcomes in asthma are required to build on these exploratory findings and further guide clinical practice.

醫學新知 II

經支氣管冷凍肺組織活檢對於肺間質疾病診斷的正確性 (COLDICE)：一前瞻性比較性研究

摘自：The Lancet Respiratory Medicine 2020 Feb 8(2): 171-181.

編譯：鄭文建醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

背景

對於肺間質疾病的診斷，經支氣管組織冷凍活檢，是一個新穎的技術。與外科手術活檢相比，經支氣管組織冷凍活檢，是一項較非侵襲性以及近年來逐漸盛行的檢查。本研究目的是，相較外科手術活檢，建立支氣管組織冷凍活檢的診斷正確性。

方法

COLDICE 是一個前瞻性，多中心，包含九個澳洲醫學中心，評估支氣管組織冷凍活檢以及外科手術活檢，比較的診斷一致性和正確性。本研究收納 18 到 80 歲，患有肺間質疾病，經過基本評估，需要病理組織來增加輔助診斷的患者。經過中心多團隊的討論篩選 (MDD)，患有肺間質疾病的患者，在一次的全身麻醉下，接受支氣管組織冷凍活檢以及外科手術活檢。每個組織檢體，藉由電腦亂數產生，賦予一個代碼從 1 到 130 的代碼。每一個被賦予代碼的檢體，由三位未知代碼的病理學家來分析。接下來，再藉由沒有順序規則的亂數方法，已去識別化的臨床及影像資料，來做第二次多團隊討論。主要評估指標為支氣管組織冷凍活檢以及外科手術活檢徵候，對於確定或可能尋常性間質性肺炎 (definite or possible UIP) 無法決定尋常性間質性肺炎 (indeterminate UIP) 或其他診斷 (alternative diagnosis) 的一致性，及利用此兩種檢體，在多團隊討論後，最終臨床診斷的一致性。一致性相關係數和 kappa 一致性係數，用來計算每一個評估指標。此研究註冊於 The Australian New Zealand Clinical Trials Registry, ACTRN12615000718549。

結果

在 March 15, 2016 和 April 15, 2019 之間，收入 65 位病人 (31 [48%] 男性，34 [52%] 女性；平均年齡 66.1 歲 [SD 9.3]；用力肺活量 (FVC) 83.7% [SD 14.2]；一氧化碳瀰漫量 (DLCO) (63.4% [SD 12.8])。支氣管組織冷凍活檢 (7.1 mm, SD 1.9) 及外科手術活檢 (46.5 mm, 14.9) 取自同側，但不同肺葉。支氣管組織冷凍活檢以，及外科手術活檢病理組織的一致性為 70.8% (weighted κ 0.70, 95% CI 0.55-0.86)；在多團隊診斷的一致性為 76.9% (κ 0.62, 0.47-0.78)。支氣管組織冷凍活檢，在多團隊最終診斷 (39 [60%] of 65 cases)，與外科手術活檢有相當高的一致性 37 (95%)。在這 65 位病人中的 26 位 (40%) 支氣管組織冷凍活檢，為低信度及無法區分的診斷，其中有 6 位 (23%) 病人的外科手術活檢，獲得高信度及多團隊討論後確診。有 14 (22%) 位患者經支氣管組織冷凍活檢後，產生低度到中度出血。有一位病人 (2%)，術後 90 天，因為特化性纖維化急性發作死亡。

結論

支氣管組織冷凍活檢以及外科手術活檢，在病理組織學或多團隊討論皆有高信度診斷一致性。尤其支氣管組織冷凍活檢，合併多團隊討論有更高信度的診斷，跟外科手術活檢有非常高的一致性。這個研究支持了，支氣管組織冷凍活檢，需在肺間質疾病診斷的診斷流程指引之中。但需要更多的研究，來評估支氣管組織冷凍活檢的安全性。

〔編譯者評論〕

對於瀰漫性及肺部間質疾病的診斷，需要多團隊討論包含：胸腔科內外科醫師，胸腔病理醫師，放射科醫師，及風濕免疫科醫師，根據病史詢問，臨床表徵，抽血報告，電腦斷層胸部影像，及幾乎影響大半最終診斷的病理組織。在 pirfenidone and nintedanib 的臨床試驗中，約 16-30% 的病人，接受外科手術活檢，高達 30% 的病人在電腦斷層影像，顯現無法決定尋常性間質性肺炎 (indeterminate UIP)，最後病理組織診斷為確定尋常性間質性肺炎 (definite UIP)。外科手術活檢，在診斷流程為一黃金標準，但是在很多研究指出，外科手術活檢後的死亡率約莫 12-16%。所以，病理組織檢體在診斷上，佔有一重要角色，通常是扮演多團隊討論重要元素之一，但又為了避免高風險併發症，支氣管組織冷凍活檢，或許是一個相對安全且有效的檢查方式。

支氣管組織冷凍活檢技術需要在全身麻醉下，硬式支氣管鏡搭配軟式支氣管鏡，在螢光透視平台 (fluoroscopy) 的指引下定位，切片完後的氣管內止血球囊，再搭配經驗豐富的支氣管介入團隊，這一項新技術真能代替外科手術活檢？

這研究就是為了回答這個問題，在此之前，確實也有很多回顧性及小型研究，但這些研究，有很多潛在的因素，會影響主要診斷指標，例如：非前瞻性，病人數過少，沒有經過多團隊討論，只有把病理組織切片當診斷標準…等。

所以 COLDICE 是一個前瞻性研究，收入的病人，都是經過多團隊討論篩選 (病史，臨床表徵，影像，抽血) 後，仍需要病理組織來加以診斷，且有一位病理科醫師，以雙盲嚴格方式來分析檢體，且必須循序漸進的多團隊討論下，病理組織為最後幫助診斷的黃金標準，兩個最主要的診斷指標為這兩種方法 (TBCB 和 SLB)，在病理組織，及最終診斷的一致性。結果就如同以上摘要所指出，支氣管組織冷凍活檢以及外科手術活檢，在病理組織學或多團隊討論最終診斷，皆有高信度診斷一致性。這個研究支持了支氣管組織冷凍活檢，在肺間質疾病的診斷的診斷流程指引之中。但有幾點要注意：1. 這項技術，仍然需要有完整的設備，及接受過完整訓練，且有經驗的胸腔科醫師執行。2. 多團隊討論的成員，及各成員的經驗，在不同的機構會因而不同，還是在診斷上扮演一重要因素。3. 這研究納入的病人相對保守，是日常不需要氧氣，且輕微肺功能障礙的病人。依然有 2% 病人，在切片後 90 天死亡，並不是絕對安全的方式。而且這研究，無法回答支氣管組織冷凍活檢相較外科手術活檢安全，因為每位病人都接受這兩個檢查。所以需要更多的安全相關研究，來支持這一新穎的技術。

Diagnostic accuracy of transbronchial lung cryobiopsy for interstitial lung disease diagnosis (COLDICE): a prospective, comparative study

The Lancet Respiratory Medicine 2020 Feb 8(2): 171-181.

Lauren K Troy, Christopher Grainge, Tamera J Corte, *et al.*

Abstract

BACKGROUND

Transbronchial lung cryobiopsy (TBLC) is a novel technique for sampling lung tissue for interstitial lung disease diagnosis. The aim of this study was to establish the diagnostic accuracy of TBLC compared with surgical lung biopsy (SLB), in the context of increasing use of TBLC in clinical practice as a less invasive biopsy technique

METHODS

COLDICE was a prospective, multicentre, diagnostic accuracy study investigating diagnostic agreement between TBLC and SLB, across nine Australian tertiary hospitals. Patients with interstitial lung disease aged between 18 and 80 years were eligible for inclusion if they required histopathological evaluation to aid diagnosis, after detailed baseline evaluation. After screening at a centralised multidisciplinary discussion (MDD), patients with interstitial lung disease referred for lung biopsy underwent sequential TBLC and SLB under one anaesthetic. Each tissue sample was assigned a number between 1 and 130, allocated in a computer-generated random sequence. Encoded biopsy samples were then analysed by masked pathologists. At subsequent MDD, de-identified cases were discussed twice with either TBLC or SLB along with clinical and radiological data, in random non-consecutive order. Co-primary endpoints were agreement of histopathological features in TBLC and SLB for patterns of definite or probable usual interstitial pneumonia, indeterminate for usual interstitial pneumonia, and alternative diagnosis; and for agreement of consensus clinical diagnosis using TBLC and SLB at MDD. Concordance and κ values were calculated for each primary endpoint. This study is registered with the Australian New Zealand Clinical Trials Registry, ACTRN12615000718549

RESULTS

Between March 15, 2016, and April 15, 2019, we enrolled 65 patients (31 [48%] men, 34 [52%] women; mean age 66.1 years [SD 9.3]; forced vital capacity 83.7% [SD 14.2]; diffusing capacity for carbon monoxide 63.4% [SD 12.8]). TBLC (7.1 mm, SD 1.9) and SLB (46.5 mm, SD 14.9) samples were each taken from two separate ipsilateral lobes. Histopathological agreement between TBLC and SLB was 70.8% (weighted κ 0.70, 95% CI 0.55-0.86); diagnostic agreement at MDD was 76.9% (κ 0.62, 0.47-0.78). For TBLC with high or definite diagnostic confidence at MDD (39 [60%] of 65 cases), 37 (95%) were concordant with SLB diagnoses. In the 26 (40%) of 65 cases with low-confidence or unclassifiable TBLC diagnoses, SLB reclassified six (23%) to alternative high-confidence or definite MDD diagnoses. Mild-

moderate airway bleeding occurred in 14 (22%) patients due to TBLC. The 90-day mortality was 2% (one of 65 patients), following acute exacerbation of idiopathic pulmonary fibrosis.

CONCLUSIONS

High levels of agreement between TBLC and SLB for both histopathological interpretation and MDD diagnoses were shown. The TBLC MDD diagnoses made with high confidence were particularly reliable, showing excellent concordance with SLB MDD diagnoses. These data support the clinical utility of TBLC in interstitial lung disease diagnostic algorithms. Further studies investigating the safety profile of TBLC are needed.

醫學新知 III

嚴重新冠肺炎 (COVID-19) 患者住進加護病房罹患侵襲性肺部真菌感染的發生率

摘自：Am J Respir Crit Care Med Vol 203, Iss 3, pp 307-317, Feb 1, 2021

編譯：沈宜成醫師 中國醫藥大學附設醫院 胸腔內科

緣由

目前對於嚴重新型冠狀病毒感染是否為發生侵襲性真菌重複感染的重要危險因子，引起醫學上很大的興趣，而且仍是懸而未知的問題。

目的

我們旨在評估嚴重新冠肺炎患者罹患侵襲性真菌呼吸道重複感染的發生率。

方法

我們針對法國單一醫學中心的 5 個加護病房因罹患新型冠狀病毒 (SARS-CoV-2) 導致嚴重肺炎的患者進行了研究，採集了呼吸道和血清的檢體做為真菌感染併發症的特殊篩查。

結果

研究人群共有 145 名患者；年齡中位數為 55 歲。其中占比較大的為男性 (n=104；72%)、超重 (n=99；68%)、高血壓 (n=83；57%) 和糖尿病 (n=46；32%)。少數患者有侵襲性真菌感染的既存宿主風險因素 (n=20；14%)。這些患者整體的嚴重程度很高；所有病人都需要侵襲性呼吸器使用，有一半的患者 (n=73；54%) 需要葉克膜支持。真菌學分析包括 2,815 項真菌學檢測 (培養，半乳甘露聚糖，beta- 葡聚糖和聚合酶連鎖反應)，總共收集了 475 個呼吸道和 532 個血清樣本。其中有 7 例 (4.8%) 為可能的侵襲性肺部霉菌感染患者，且有較高的死亡率。多變量分析發現接受固體器官移植的患者有明顯較高的危險性 (勝算比 =4.66；四分位範圍為 1.98-7.34； $P=0.004$)。有 25 位患者 (17.2%) 的真菌檢測為假陽性以及臨床上沒有相關性的真菌移生，是不需要啟動抗真菌治療。

結論：

在沒有潛在免疫抑制的患者，因嚴重新型冠狀病毒 (SARS-CoV-2) 相關性肺炎所引發的侵襲性真菌續發性感染，其風險性是低的，尤其是麴菌病。

〔編譯者評論〕

近年來的研究顯示侵襲性肺麴菌病已是嚴重病毒性肺炎常見的併發症，尤其在流感重症相關

的急性呼吸衰竭中，侵襲性肺麴菌病發生率約有 19%，在 2003 年 SARS 死亡患者的屍檢研究中，也發現可能有 10% 的侵襲性肺麴菌病感染。然而嚴重新冠肺炎是否也容易罹患侵襲性真菌感染，仍是未知數。本篇研究採取嚴格認定侵襲性真菌肺部感染，其發生率為 4.8%，遠低於流感重症和 SARS。其中在免疫功能正常沒有宿主因素的患者發生率為 2.4%，而在免疫功能不全的患者 [特別是類固醇使用超過 3 週和固體器官移植] 發生率為 20%。若沒有任何侵襲性真菌感染檢驗證據的患者，30 天存活率為 86.9%。根據近期研究發現新冠肺炎造成肺部損傷的機轉和流感併肺炎重症不完全相同，可能導致侵襲性真菌感染的機率也不盡相同。臨床上，要確定診斷侵襲性真菌感染並不容易，因此在研究上要得到真正的發生率是很困難的，本篇研究雖然為單一醫學中心回溯性研究，但藉由積極檢測侵襲性肺部真菌感染，包含支氣管鏡檢查，顯示在免疫功能正常的患者若沒有明確真菌感染證據，不建議使用抗黴菌藥物，以避免抗黴菌藥物的濫用，此結果提供給臨床工作者面臨嚴重新冠肺炎藥物使用時，一個可以參考的方向。

Occurrence of Invasive Pulmonary Fungal Infections in Patients with Severe COVID-19 Admitted to the ICU

Am J Respir Crit Care Med Vol 203, Iss 3, pp 307-317, Feb 1, 2021

Arnaud Fekkar, Alexandre Lampros, Julien Mayaux, *et al.*

Abstract

Rationale

Whether severe coronavirus disease (COVID-19) is a significant risk factor for the development of invasive fungal superinfections is of great medical interest and remains, for now, an open question.

Objectives

We aim to assess the occurrence of invasive fungal respiratory superinfections in patients with severe COVID-19.

Methods

We conducted the study on patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)-related pneumonia admitted to five ICUs in France who had respiratory and serum sampling performed for specific screening of fungal complications.

Measurements and Main Results

The study population included a total of 145 patients; the median age was 55 years old. Most of them were male (n=104; 72%), were overweight (n=99; 68%), and had hypertension (n=83; 57%) and diabetes (n=46; 32%). Few patients presented preexisting host risk factors for invasive fungal infection (n=20; 14%). Their global severity was high; all patients were on invasive mechanical ventilation, and half (n=73, 54%) were on extracorporeal membrane oxygenation support. Mycological analysis included 2,815 mycological tests (culture, galactomannan, β -glucan, and PCR) performed on 475 respiratory samples and 532 sera. A probable/putative invasive pulmonary mold infection was diagnosed in 7 (4.8%) patients and linked to high mortality. Multivariate analysis indicates a significantly higher risk for solid organ transplant recipients (odds ratio, =4.66; interquartile range, 1.98-7.34; $P=0.004$). False-positive fungal test and clinically irrelevant colonization, which did not require the initiation of antifungal treatment, was observed in 25 patients (17.2%).

Conclusions

In patients with no underlying immunosuppression, severe SARS-CoV-2-related pneumonia seems at low risk of invasive fungal secondary infection, especially aspergillosis.

通訊繼續教育

- 測驗回函截止日：110 年 05 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 52)

A 35-year-old male presented to OPD with intermittent shortness of breath for 3 days. He had no systemic disease before. The lab data upon presentation were as below: WBC: 7,100/cumm, Seg: 72.4%, CRP: 0.64 mg/dL. The renal function and liver function were normal; Echocardiogram showed no heart failure signs. Axial computed tomography (CT) scan revealed a noncalcified mass with partial necrosis at posterior mediastinum; B: Sagittal computed tomography (CT) scan localized the mass to site just adjacent to the trachea and associated with airway compression. How do you diagnosis this patient?

1. Which diagnostic method is better for this patient?
 - (A) echo guide biopsy
 - (B) CT guide biopsy
 - (C) Open lung biopsy
 - (D) Endobronchial ultrasound trans-bronchial needle aspiration
 - (E) Trans-esophageal endobronchial ultrasound-guided needle aspiration

選擇題：(每題 15 分)

2. 從 CAPTAIN study 中針對使用 ICS/LABA 治療後仍舊控制不佳的氣喘患者，加上 UMEC 的治療後，下列描述何者正確？
 - (A) 比起 FF / VI，可以使得 SGRQ 得到更有意義的改善
 - (B) 比起 FF / VI，可以使得肺功能得到更有意義的改善
 - (C) 比起 FF / VI，可以使得急性惡化的減少得到更有意義的改善
 - (D) 以上皆是
3. 從 CAPTAIN study 中針對使用 ICS/LABA 治療後仍舊控制不佳的氣喘患者，加上高劑量的吸入式類固醇治療後，下列描述何者正確？
 - (A) 嗜酸性白血球若是較高的患者，可以使得急性惡化的減少得到更有意義的改善
 - (B) 呼出一氧化氮含量較高的患者，可以使得急性惡化的減少得到更有意義的改善
 - (C) 可以使得肺功能的增加得到更有意義的改善
 - (D) 以上皆是

4. 執行支氣管組織冷凍活檢需要哪些設備？
- (A) 硬式支氣管鏡
 - (B) 支氣管內止血氣囊
 - (C) 螢光透視平台 (fluoroscopy)
 - (D) 以上皆是
5. 根據 COLDICE 前瞻性研究臨床試驗所獲得的結果，下列何者正確？
- (A) 支氣管組織冷凍活檢，是一個非常安全的新穎技術，幾乎沒有副作用。
 - (B) 支氣管組織冷凍活檢已完全取代外科手術活檢，診斷率甚至更高。
 - (C) 這 COLDICE 研究也收入電腦斷層影像為典型 UIP 的病人。
 - (D) 支氣管組織冷凍活檢以及外科手術活檢，在病理組織學或多團隊討論皆有高信度診斷一致性。

第 6-7 題請參閱醫學新知 III (page 62)

6. 根據本篇研究結論，嚴重新冠肺炎 (COVID-19) 患者住進加護病房罹患侵襲性肺部真菌感染的發生率為何？
- (A) 4.8%
 - (B) 10%
 - (C) 19%
 - (D) 86.9%
7. 下列選項，何者是本篇研究侵襲性肺部真菌感染的危險因子？
- (A) 類固醇使用超過 3 週
 - (B) 固體器官移植
 - (C) 以上皆是
 - (D) 以上皆非

測驗回函 (2021 年 4 月第 36 期)

截止日：110 年 05 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

台北聯絡電話：(02) 2314-4089

E-mail：tspccm.t6237@msa.hinet.net

上期解答



Figure 1

提供：國立成功大學醫學院附設醫院 胸腔內科 江健銘醫師

[Case]

A 36 years old lady of systemic lupus erythematosus (SLE) was admitted due to progressive dyspnea for 5 days. Hemogram and biochemistry examination was as follow: white blood cells count: 14,400/ μ L, segmented neutrophils: 83.2%, lymphocyte: 9.2%, hemoglobin: 11.9 g/dL, platelet: 301,000/ μ L, her renal function is normal, C-reactive protein 15.5 mg/dL, C3: 111.0 mg/dL, C4: <1.7 mg/dL.

[Question]

1. 您的診斷為何？
 - (A) Acute lupus pneumonitis
 - (B) *Mycobacterium avium* complex infection
 - (C) Pulmonary cryptococcosis
 - (D) *Pneumocystis jiroveci* pneumonia
 - (E) Invasive pulmonary aspergillosis

[Answer]

(D) *Pneumocystis jirovecii* pneumonia

Her respiratory condition deteriorated further and was intubated days later. A polymerase chain reaction of *Pneumocystis jirovecii* from sputum and bronchoalveolar lavage fluid was positive, which confirmed the diagnosis of *Pneumocystis jirovecii* pneumonia. The patient was treated with a 21-day course of therapeutic dose trimethoprim-sulfamethoxazole with adjuvant corticosteroid. She received tracheostomy and was successfully weaned from ventilator.



Figure 2

選擇題：

2. Which one of the following statement about P0.1 is WRONG?

- (A) A P0.1 value of <1 cmH₂O suggests low effort
- (B) A P0.1 value of >4 cmH₂O suggests high effort
- (C) All commercial ventilators use the occlusion method to obtain the P0.1 value
- (D) P0.1 correlated well with esophageal pressure-time product

答案 (C)

3. Which of the following factors may NOT be associated with low P0.1 but high respiratory effort?

- (A) Respiratory muscle weakness
- (B) Low chest wall elastance
- (C) Dynamic hyperinflation
- (D) Chest wall-abdominal paradox

答案 (B)

4. 下列有關 nintedanib 在治療 progressive fibrosing interstitial lung diseases 的描述何者錯誤？

- (A) nintedanib 比安慰劑組每年 FVC 下降減少約 107 ml
- (B) nintedanib 在 CT 有 UIP pattern 這組每年 FVC 下降減少約 128 ml
- (C) 治療組 nintedanib 比安慰劑組有較高腹瀉比例
- (D) 治療組 nintedanib 比安慰劑組有較低比例發生肝功能異常

答案 (D)

5. 下列有關 Progressive fibrosing interstitial lung diseases 的描述何者錯誤？

- (A) 其肺部 lung volume 纖維化至少 20% 有 fibrotic change
- (B) 其肺功能 FVC 在 24 個月內明顯減少 10% 以上或 5-10% 且伴隨呼吸症狀加劇
- (C) 屬於一種快速惡化的表現型 (rapid progressive phenotype)
- (D) CT 表現快速進展且臨床預後不佳

答案 (A)

6. 關於潛伏性結核的預防性治療，下列何者不正確？

- (A) 9H 處方為 isoniazid 每日使用，共九個月
- (B) 3HP 處方為每日使用 isoniazid 及 rifapentine，共三個月
- (C) 4R 為每日使用 rifampicin，共四個月
- (D) 3HR 為每日使用 isoniazid 及 rifampicin，共三個月

答案 (B)

7. 下列何者正確？

- (A) 治療潛伏性結核感染，單線使用 isoniazid 對多重抗藥性結核效果不佳
- (B) 使用 isoniazid 治療潛伏性結核感染，對無抗藥性結核的治療效果遠高於多重抗藥性結核
- (C) 無論結核菌對 isoniazid 的最小抑菌濃度為何，單線使用 isoniazid 對於潛伏性結核感染的治療皆有一定效果
- (D) 關於治療潛伏性結核感染，isoniazid 的治療時間長短與治療效果無絕對關聯

答案 (C)

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。)

我在培德監獄的日子

中國醫藥大學附設醫院 胸腔暨重症系 陳偉峻醫師

培德監獄醫院是全國最大的監獄醫療機構，平均有五千到六千的受刑人在裡面服刑，每一周都會有兩天是我要去監獄坐牢(看門診)的日子，我負責一般胸腔科門診跟肺結核門診，約六年前在前一任醫師期滿出獄後，我便接手至今。在這六年行醫期間，總是遇到很多光怪陸離的事情。

在監獄一般胸腔科門診最常遇到的就是保外就醫，多數受刑人都會認為醫生就可以讓病人保外就醫，但實際上醫生只是負責病情治療跟評估。保外就醫的條件，第一是病情符合受刑人保外醫治審核基準及管理辦法下列各款情形之一者：一、罹患致死率高疾病，恐因執行而不能保其生命。二、衰老或有客觀事實足認其身心障礙嚴重而無法自理生活，在監難獲適當醫治照護。三、病情嚴重必須長期在監外住院治療。四、肢體障礙嚴重，必須長期在監外復健。五、病情複雜，難以控制，隨時有致死之危險。六、罹患法定傳染病，在監難以適當隔離治療。這些條文看似明確，但明眼人一看就知道界定上很模糊。門診總是遇到像重度慢性阻塞性肺病病人希望能保外就醫，但我總是回說：『先看經適當治療後看看吧，如果我醫術好，那你就是倒楣沒機會申請了，如果我醫不好，你也不用太高興，因為監獄目前的藥物品項跟外面醫學中心差不多，這裡治療無法改善症狀這意味你病情真的很嚴重。』曾經也遇過家屬特地來我門診找我聊聊，我總是直言不諱：『一切按法規來。』保外就醫的第二條件就是要有家屬具保，在監獄常發生的狀況是有時是病人情況很差，反而家屬不願意具保，因為有照顧上的困難，對於這類受刑人只能勸慰他說：『在監獄裡至少有主管指派同學幫忙照顧你，不用花錢。』

在監獄肺結核門診，則是讓我接觸到醫師生涯第一個假新聞。記得剛到監獄看診時，就知道有一位重量級政治人物因案被關在培德監獄，但我從未在肺結核門診或一般胸腔科門診看過他，有一日突然電視新聞播報他受到迫害，在獄中跟肺結核病患關在一起，接下來就是我受到醫院高層跟政府相關機關關切，一瞬間我成為一個有顏色的人，最後事實是他獨居在獨棟監舍，只是緊鄰醫療大樓，其中一層樓就是肺結核治療與隔離病，根本不會有被傳染風險，一切只是空穴來

風。在肺結核門診也帶給我寶貴的臨床經驗，在那裡我收到生涯第一個 XDRTB (Extensively drug resistant tuberculosis，廣泛抗藥性肺結核) 病患，他是一個四十歲男性，在肺結核治療一個多月後，藥敏報告顯示對一線肺結核用藥，streptomycin，quinolone 全部抗藥，病人只能使用二線藥物包括 linezolid。病人用藥一個多月開始出現下肢麻痛的感覺，給予症狀治療均無效果，閱歷不深的我只能請監獄裡資深神經內科醫師來會診，但僅得到病患事裝病的結論，幸運的是有一位來幫忙值班的年輕神內醫師願意幫忙會診，經他診治與文獻查閱，發現病人得到的是罕見的 linezolid 相關周邊神經炎(註一)，通常都是使用 linezolid 超過 28 天才會有此罕見副作用，經停藥後與給予 pregabalin 病人症狀有改善，讓我對這位學弟一直都非常感激。最後這病人因為病情複雜申請保外就醫，到衛福部立醫院繼續治療，只可惜最後因交通意外過世。經歷過這病例，我體會到即使是專業醫生難免因受刑人的罪對受刑人的診斷出現很多先入為主的想法。

在監獄的行醫生活看過形形色色的受刑人，大多數都有自己的故事，其中很多也是真真假假，也有不少人是自認無罪或是運氣不好而已，就如電影“刺激 1995”中摩根費里曼跟提姆羅賓斯說的：『Sand castle prison man is innocent』，當然也有人為了不讓自己家人難過而真心悔改。我總是跟對我有所寄望的受刑人說：『我無法改變你的罪與罰，我能做的只是讓你在為你罪行贖罪期間維護你該有的健康，出獄之日時你依然可以健步走出監獄，去彌補你在社會上未完的責任』。

註一：Linezolid Induced Reversible Peripheral Neuropathy.

Vishnu VY, Modi M, Goyal MK, Lal V. Am J Ther. 2016 Nov/Dec; 23(6): e1839-e1841.

活動集錦



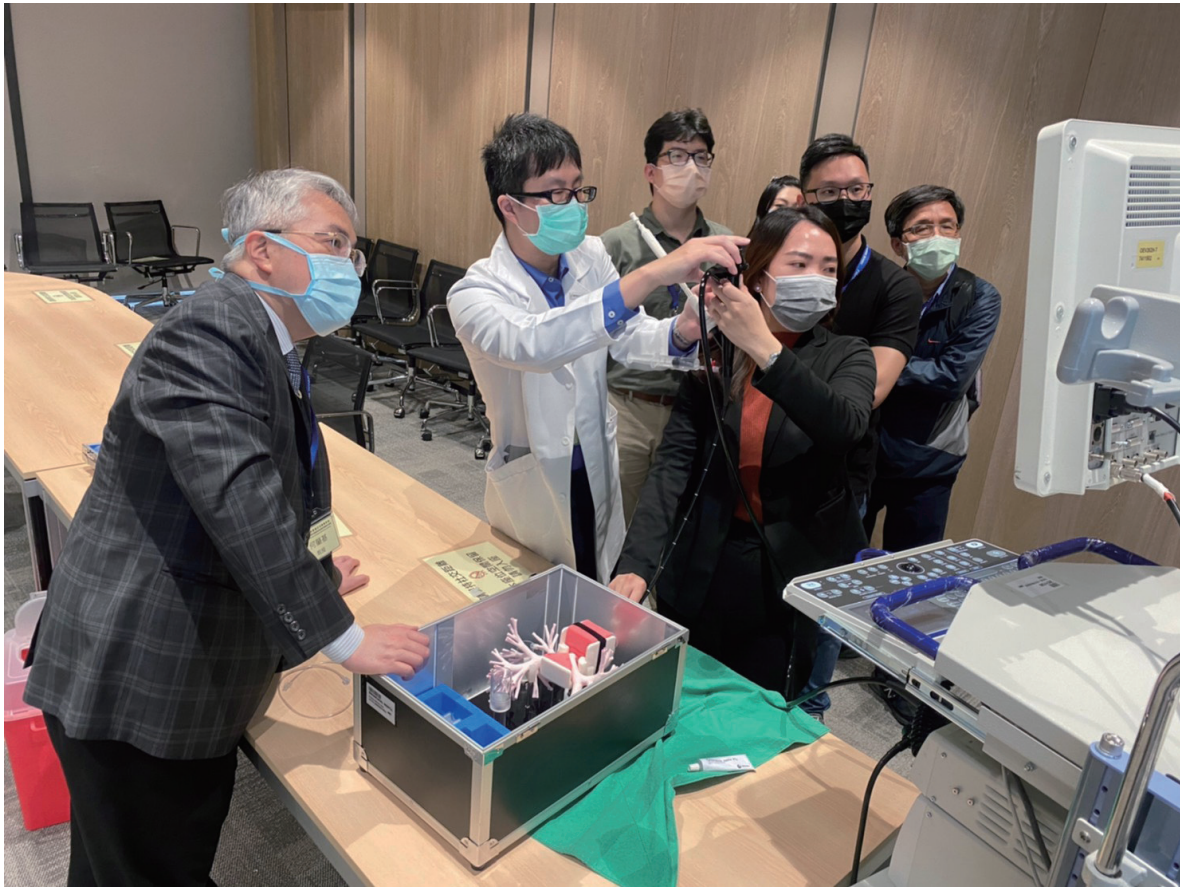
疾病管制署舉辦「分秒必爭 結核消聲」記者會，與全球同步舉行「Light up for TB」點燈活動，傳達防治結核分秒必爭概念。

110年02月28日

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



110年03月07日
2021年支氣管內視鏡超音波推廣及實體操作課程



110年03月12日
重症病例討論會



110年03月14日
高屏區「健保氣喘慢性照護醫師資格認證與進修演講課程」



110年03月20日
呼吸道教育課程系列(南區)



110年03月26日
X光模擬測驗及解說



110年03月27日
Pulmonary Rehabilitation Forum (三地連線)-北區



110年03月28日
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



「台灣胸腔暨重症加護醫學會」會訊 委刊廣告贊助回函

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

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

◆廣告產品請填寫擬刊登廣告之名稱。

◆廣告圖檔請符合下列規格，以免輸出品質不良影響效果：

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

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

企業全名(贊助款收據抬頭)：_____股份有限公司

統一編號：_____

聯絡人/職稱：_____

電話：(O)_____ 手機：_____

Email：_____

地址：_____

請將贊助表以 **E-mail** 方式回覆台灣胸腔暨重症加護醫學會：

電話：(02) 2314-4089

E-mail：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

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

確認刊登月份後，敬請於刊登前一個月中內將檔案資料寄到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

電話：(02) 2314-4089

本會保留對刊登內容審核權，不得有異議。