

## 會員來信

Dear 陳理事長 / 程秘書長，

本次的冬季大會實屬非常成功，Prof. Arthur Tan 盛讚本次所見的 TSOC 會議規模及規劃已不遑國際大會規格。

我十分榮幸有機會共襄盛舉，也謝謝過程中玉英、婉瑄及其他所有 TSOC 工作人員的協助。

恭祝 歲末時節 平安喜樂

Stanley

2010 年 12 月 21 日

---

林小姐，

謝謝您在這次年會的照顧 給會員很多福利

住宿的地點也是一級棒 我的朋友也覺得行程很好不虛此行

還有晚宴的菜色真的很有特色 平常一般人也很難吃到呢！

我們兒科沾內科的光 可以參加這麼棒的活動 真的很感恩

Peichen

2010 年 12 月 20 日

---

廖教授，謝謝您的指導，我已請醫院申報組附我的說明理由回覆健保局，或許因為實施 DRG 之初，很多遊戲規則並不熟悉，造成誤會。非常謝謝廖教授及程秘書長的指導及幫忙。

會員 郭傑敬上

Jan. 1, 2011

(文章摘錄自 2011/01/06\_中國時報\_A22/時論廣場)

## 誰來拔管？執行有困難

【陳志鴻】

日昨立法院初審通過的《安寧緩和醫療條例》修正草案，明訂經醫師診斷確定為末期病人者，在親屬簽屬「終止心肺復甦術同意書」後，並經醫院的「醫學倫理委員會」審查通過，則醫師即可將原已置放在病人身上的維生系統予以拔除。此制將使安寧緩和醫療往前推進一大步，但是，草案中就拔管的法定要件暨法定步驟雖有明確訂定，但卻有一項重大疏漏：「誰來拔管？」

現行草案就「誰」執行拔管完全未規範，則可預見將來在臨床的執行上將問題重重。僅列舉四端：

### 一、由何科別或何層級醫師拔管：

病人可能合併多科問題而有多個不同專科醫師參與照顧，執行「加工終止生命」的工作，到底該由誰行使？再者，在教學醫院中，年輕的實習醫師或住院醫師可能面對總醫師、主治醫師要求其執行拔管，然而，在病人仍有心跳的狀態下，卻必須親手終止病人生命，此對年輕醫學生、醫師的衝擊真是情何以堪？因此，究竟上級醫師可否命令實習醫師、住院醫師執行拔管或應由主治醫師

親自為之？而若各醫師並不願執行此一動作，則又該如何解決？

### 二、若醫師不願拔管，可否強令執行：

醫療運作具高度專業，有其獨立自主性，行政管理不可能凌駕各專科醫師，就像主任不能強迫醫師如何開立診斷書、內科背景的院長不會介入外科醫師如何開刀。然而，在此一新制下，若醫師出於個人之倫理觀、宗教觀、生命觀之衝突或因對於自己曾經付出心力插管的病人有著情感與愛心而不忍動手拔管，此際，可否強制其執行？行政監督權可否凌駕專業自主權而勒令或強迫醫師拔管乎？

再者，若醫師依然不從，則該如何處理？總之，從臨床經驗，原負責搶救或照顧病人的醫療人員實不宜再擔任執行拔管任務，應改由其他人員執行，方符合人性暨醫學倫理。

### 三、由何類人員執行拔管：

拔管動作之背後極具神聖莊嚴之生死意義，但動作本身其實極輕易，任何人員大概皆可勝任，因此，執行者之範圍可以不必侷

限於醫師。

#### 四、家屬可否執行拔管：

目前，依台灣習俗，家屬普遍要求讓臨終病人「返家往生」，臨床作法即是醫療人員協助置放維生管線後，尊重病人辦理自動出院（AAD），抵家後家屬即逕行拔除管路，拔管動作並無技術上難度，且早已是台灣社會極普遍的作法，因此，此一新制後，雖病人係在醫院中，是否亦可明訂得逕交家屬自行拔管。

總之，「徒法不足以自行」，事關重大生死課題的法律新制尤其必須周詳完備且具體可行，以免實施後引發爭端。本修正草案立意良善，但欠缺執行面的重要思考，在二讀、三讀程序或於施行細則應補充增訂以處理上述重要缺口，以免日後徒增爭議或窒礙難行。

（作者為成大醫院心臟內科教授，  
前成大醫院院長）



(文章摘錄自 2011/01/07\_中國時報\_A26/時論廣場)

## 《我見我思》拔管的難題

【吳典蓉】

全國醫師周二一早看報紙，驚覺自己的義務多了一項，除了救人外，還包括為已經昏迷、無法自主決定的末期病人拔管。

事實上，對於意識昏迷的末期病人，原來的《安寧緩和醫療條例》中，就有「安寧死」的相關規定；但即使家屬要求，過去醫生都不願為病人移除呼吸器（拔管），以免吃上殺人官司。這次立院初審通過的修正草案中，雖然明定三道程序把關，可以為醫生免除殺人之罪，許多醫師還是不肯扮演「拔管者」的角色。看來，這個心理障礙不只是擔心犯法而已，可能和一般人更深層的道德直覺有關。

也許，另一個「火車難題」可以稍稍解釋這個「拔管」。去年底過世的牛津大學女哲學家 Philippa Foot 生前提出火車難題。第一個情境是，有一節失去控制的車廂，正朝向五個人疾馳而去，這時假如你正好站在轉軸器旁，將轉軸器向右轉，火車就會轉向，可以救五個人，但是會撞死另一個人。

第二個情境是，同樣有失控火車，但這次你站在橋上，旁邊有個體型龐大的男子，你只要將他推下去，可以擋住車廂，讓軌道上的五個人得救。

有趣的是，這兩個情境同樣是為了救人而殺一人，但是心理學者在各國作的研究卻發現，多數人會啟動轉軸器，但多數人卻不願將胖子推下橋。心理學家認為，即使是

為了救人而殺人，但被動容忍一個人死亡，還是主動的造成一個人死亡，這在心理上有極大的區別。尤其在推胖子下橋的情境中，牽涉到直接的、粗暴的肢體動作，更是一般人無法忍受的。

若換到「安寧死」的情境，無論是給病人嗎啡、還是拔管，都是站在減輕病人痛苦的利他角度，但是醫師獨獨對拔管有心理障礙。這不只台灣的醫生如此，西方的醫學倫理在討論末期病人時，同樣也可以接受消極的「不履行職責」，但比較無法接受積極的行為，主動的拔管動作，還是不免讓醫生有殺人的感受。

只是，許多哲學家並不同意「火車難題」停留在心理學的層次，因為，如果我們不願自己動手殺人，那些不需要我們親自動手的呢？現代高科技武器發展不就是如此，從飛彈到無人飛機，被攻打的國家傷亡再多，攻擊國的人民，可能永遠不會有殺人的不安感受。

同樣的，回到「拔管難題」。面對「安寧死」這樣的生死大問題，尤其是在不了解病人意願下、決定他的生死，國會必須討論更深層的倫理問題，而不是將拔管當成技術問題、全部推給醫生；這就好像是告訴醫生說，「為了讓我們大家心裡好過一些，麻煩你動手將那個胖子推下去吧！」難怪不少醫生難以接受。

## TSOC 年會 Joint Symposium (APCC & ESC)

各位敬愛的同仁：

大家好！為了強化 TSOC 和國際重要學會的合作，我們打算於 2011 年 TSOC 年會中安排一個半天的 Joint Symposium (ESC and TSOC)，總主題是 New Frontiers in CVD，內容目前暫定兩個領域，一個是心衰竭，另一個是心律不整，我覺得心衰竭包含 Device Therapy 台灣有自己的研究成果，另一主題可以 AF 為主 (含 stroke prevention and ESC guideline)。請學術主委林俊立教授思考更美好的內容，請秘書長程俊傑主任領導秘書處同仁於規劃年會活動時，協調整合，希望能順利推出。

另外，2012 年 TSOC 年會很可能我們會爭取到 APCC 第一次推出的“APCC Subspecialty Meeting”，我們提出的主題是“APCC Intervention and Image，2012”，請介入主委謝宜璋主任和影像主委蔡惟全醫師從長計議，思考推出優質的學術活動以提升 TSOC 的國際形象，感謝大家的努力，在這歲終年末之時，謹以此未來的工作願景向各位拜年，希望未來能為 TSOC 開創更大的格局。

敬祝

平安順利

弟 陳志鴻 敬上



## 2011年TSOC重要活動時程表

日期	活動內容	地點
2月12日	21st Century Device Therapy	台北喜來登二樓寒舍
3月5日	第三屆成大醫院心臟超音波 進階課程與型變照影工作坊	台南成功大學醫學院講堂
3月12日	心臟衰竭治療指引研討會	台北市 (TBA)
3月13日	高血壓治療指引研討會	羅東博愛醫院
3月19日	21st Century Device Therapy	台中金典酒店 13F 菁英 2
4月23日	21st Century Device Therapy	高雄金典酒店 42F 琥珀珊瑚水晶廳
5月14-15日	第41屆TSOC年會暨學術演講會	台北國際會議中心
7月10日	2011心臟血管介入專科 Board Review Course	台大醫學院講堂
7月30日	心臟血管介入專科甄審筆試 (下午)	台大醫學院講堂
8月14日	心臟血管介入專科甄審口試 (上午)	台大醫院內科門診
9月4日	心臟專科醫師甄審筆試 (上午) (心臟血管外科專科醫師口試) (下午)	台大醫學院講堂 (台大醫院內科門診)
12月10-11日	TSOC冬季學術研討會	台南市 (成大醫學院/香格里拉飯店)

# 中華民國心臟學會通知

100年1月12日

## 【主旨】

請踴躍參加本會『第四十一屆年會暨學術演講會』，並提出論文摘要。公告『口頭論文最佳發表獎』、『論文壁報獎』、『臨床病例報告競賽』、『青年醫師研究獎』、『國內學人『丁農獎』、『優秀論文獎』甄選辦法。

## 【說明】

- 一、年會訂於民國 100 年 5 月 14-15 日（星期六、日），為期二天。
- 二、年會地點：台北國際會議中心。
- 三、論文摘要截稿日期：100 年 3 月 1 日（w2）截止。（逾期恕不受理）
- 四、投送摘要注意事項如下：
  1. 本年度論文摘要投稿一律採用 "線上投稿" 方式。（<http://www.tsoc.org.tw> “第四十一屆年會”）
  2. 全部內容以英文為原則。包括（1）題目（2）作者姓名（3）服務單位（4）摘要本文。
  3. 投稿內容需尚未於國內外雜誌刊登（已接受但尚未刊登者除外）。
  4. 投送摘要不限篇數，但每人限口頭報告乙篇。
  5. 線上投稿成功後，將會立即以 e-mail 通知確認。
  6. 審查結果及發表形式、場次，會員可於三月下旬自行上網查詢。
- 五、口頭論文最佳發表獎：
  1. 投稿注意事項：同（四）『論文摘要』。
  2. 由每個口頭論文發表會場的六位發表者中各評選出最佳者一位。將於大會中頒發獎狀公開表揚。
  3. 各口頭論文發表會場之主持人（二位）擔任評審。

**※申請截止日期：100 年 3 月 1 日（w2）。**

〔投稿程序同\_四、論文摘要投稿，請留意於投稿時請選擇“口頭發表”為優先發表型式即可〕
- 六、論文壁報獎：
  1. 投稿注意事項：同（四）『論文摘要』。

2. 採安排座長之評分方式且參賽者必須至會場接受評審詢問。(100年5月14日(W6)，備詢時段將另行通知)
  3. 評分內容：內容(研究主題、材料方法、創新性…等)占60%、設計制作占40%。
  4. 海報獎名額六名，除獎牌外，各頒發獎金1萬元，並於年會晚宴上公開表揚。
- ※申請截止日期：100年3月1日(w2)。**

七、臨床病例報告競賽：

1. 於心臟學會認定合格之訓練醫院接受訓練之醫師皆可報名，一人以報告一個病例為限。
  2. 投稿者請 e-mail 病例報告摘要內容(全英文，含題目/作者/服務單位)及個人簡歷至學會〔tsoc@tsoc.org.tw〕。(收到回覆 mail 確認即可)
  3. 評審委員初審後，擇優挑選5名參加競賽〔外科1位、兒科1位及內科3位〕
  4. 病例報告應具特殊性、教育性及學術性。口頭發表(中、英文)皆可，以10分鐘為限。另評審提問回答10分鐘。〔詳細評審內容及發表注意事項請查詢學會網站公告〕
  5. 取前三名獎勵。第一名獎金2萬元及獎狀一面；第二名獎金1萬元及獎狀一面；第三名獎金5千元及獎狀一面。同時將提請理監事會於心臟專科筆試時加分：第一名加3分、第二名2分及第三名1分。
- ※申請截止日期：100年3月1日(w2)。**

八、『青年醫師研究獎』甄選辦法，申請辦法如下：

1. 鼓勵本會會員努力從事心臟醫學相關研究，特訂本辦法。
  2. 凡於年會前未滿四十歲之本會會員，得以在國內完成之研究成果並擬在本屆年會發表之論文全文和摘要。
  3. 論文不得於大會前事先刊登於國內外任何期刊，且申請人必須為該論文之第一作者。
  4. 曾於國內外獲獎之論文不得參賽。
  5. 每年每人限以一篇論文申請，且以獲得一次為限。
  6. 參賽論文由本會學術委員會組成評審團，得分前六名為最後參賽者，於年會上進行口頭報告，由本會另組評審團提出問題質疑，選出前三名為得獎人。
  7. 青年醫師研究獎名額三名，除獎牌外，各頒發獎金：第一名10萬元，第二名8萬元，第三名6萬元，並於年會晚宴上公開表揚。
  8. 第一名得獎者須在年會5/15(星期日)上午發表演講(15分鐘)。
- ※申請時請附上簡歷及論文各十六份。**
- 申請截止日期：100年3月1日(w2)，以郵戳為憑。**



九、國內學人『丁農獎』甄選辦法，申請辦法如下：

1. 以傑出研究者為頒獎對象。
2. 不拘年齡及論文之年限。
3. 應以推薦方式申請，需附推薦函。
4. 被推薦者需提出代表著作至少三篇（有主題之系列研究），及其所有出版目錄。
5. 評分標準包括：（1）主題及研究內容（2）研究地點以國內為原則，但包括在國外之相關主題研究（3）對國內心臟學有貢獻等。
6. 由本學會名譽理事評審。
7. 丁農獎得獎者一名，除獎牌外，頒發獎金 10 萬元，並於年會晚宴上公開表揚。
8. 得獎者須在年會 5/15（星期日）上午發表演講（20 分鐘）。

※申請時請附上簡歷及論文抽印本十二份。

申請截止日期：100 年 3 月 1 日（w2），以郵戳為憑。

十、優秀論文獎甄選辦法：

1. 由編輯委員會委員擔任評審委員，審查年度內接受刊登於本會雜誌之論文，選出前三名，提報理監事會通過為優秀論文獎得主，並於每年年會晚宴上頒獎表揚。
2. 優秀論文獎名額三名，除獎牌外，各頒發獎金：第一名 10 萬元，第二名 6 萬元，第三名 4 萬元，並於年會晚宴上頒獎。

十一、如有任何問題，請與本會秘書處連絡。

電話：02-25976177~9；傳真：02-25976180。

E-mail: [tsoc@tsoc.org.tw](mailto:tsoc@tsoc.org.tw)

理事長

陳志鴻

學術主委

林俊立

秘書長

程俊傑