

## 中華民國心臟學會 第廿三屆第五次理監事會議記錄

時間：102年7月12日〈星期五〉16:00起。

地點：台北市民權西路11號13樓之1心臟學會會議室。

主席：林幸榮 理事長

出席人員：〈名譽理事〉呂鴻基、謝士明、曾淵如。

〈理事〉林幸榮、蔡正河、王榮添、江晨恩、林俊立、洪惠風、邱春旺、  
柯文欽、洪大川、陳肇文、曾春典、黃瑞仁、黃蓮奇、蔡正道、  
鄭成泉、駱惠銘、張坤正。

〈監事〉葉森洲、徐國基、徐粹烈。

請假人員：〈理事〉王國陽、李文頌、李貽恆、陳志成、陳適安、陳雲亮、陳震寰、  
程文俊、程俊傑、施俊明、郭任遠、郭啓泰、翁國昌、鄭書孟、  
賴文德、傅懋洋、謝凱生、魏 崢。

〈監事〉王主科、王志鴻、林少琳、張 燕、柯毓麟、常敏之、陳勉成、  
蔡良敏。

列席人員：翁仁崇（心臟外科學委員會主委）

殷偉賢（秘書長）

張嘉侃、邱昱偉、鄭凱鴻、林彥宏（副秘書長）

林玉英（秘書主任）、徐婉瑄、黃淑菁（秘書）

記錄：黃淑菁。

### 一、主席報告—（林幸榮理事長）

感謝各位在風雨惡劣天氣之下出席本次理監事會議，因專科醫師（介入、心臟）甄審辦理上有許多事務需理監事會議通過才能執行，故如期召開本次會議。

在大家努力下，本屆理、監事會當初設立的目標已逐步完成。九月份的秋季會大致籌劃完成，歡迎大家到新竹共襄盛舉。雜誌進展順利，期望 Impact factor 能夠再提昇。而登錄計劃如 Heart Failure 與 ACS-DM registry，如期進行中。同時感謝甄審委員辛苦實地評鑑訓練醫院。接下來的重點是八、九月介專與心專甄審工作，今年心專也將舉辦 CV Board review course，邀請資深醫師為考生進行重點提示。

重症醫學會今年十月將進行改選，重症專科對心臟學會會員來說是一重要領域，希望能夠積極參與，讓更多會員被選為理事或監事，參與運作為會員爭取福利。今年學會推薦幾位理事及監事候選人，已 email 給所有會員，希望會員能夠支持其順利當選。重症聯甄會召開過幾次會議，過去甄試題目與心臟學領域較無相關，考生頗為吃虧，目前由各參與

學會推薦筆試出題委員，參與聯甄與出題，積極維護會員權益。

在國際交流合作方面，歐洲心臟學會 ESC 對我們頗為友善，今年 ESC 大會有接受幾位我們學會推薦的醫師擔任 chairperson，包括曾春典教授、陳震寰教授、程俊傑主任、殷偉賢秘書長和我本人等與講者，包括徐國基教授等；同時也接受了幾位我們學會推薦的 ESC fellow，包括程文俊、蔡佳醜、吳造中、賴文德、翁國昌、謝凱生等，未來學會將繼續參與推薦。在 ACC 方面，則希望能與其有更多互動。目前學會已調查 2 次會員參與國際學會狀況，尚在統計中。據了解國內約有 30-40 位 FACC，這樣一來可在台灣成立 ACC Taiwan chapter，與 ACC 的互動會更好。明年計劃邀請 ACC 推薦 2-3 位講者，籌劃 ACC in Taiwan 活動。另外，學會推薦幾位理監事擔任 Asia Pacific Heart Association (APHA) 的 board member、committee member 等，希望台灣能成其中扮演更積極的角色。

在國內方面，糖尿病醫學會的許惠恆理事長非常積極，表達希望與心臟學會進行交流互動。在學術活動、clinical trial、registry 等方面，二學會能有更多的合作與成果呈現。

## 二、秘書處報告—〔殷偉賢秘書長〕

(一) 請確認第廿三屆第四次理監事會議記錄。

※決議：通過。

(二) 活動或會議：

1. 「中區心臟超音波斑點追蹤、負荷式和 4D 實際操作訓練課程」於 102 年 7 月 13 日下午台中中國附設醫院立夫大樓 503 教室舉辦。(因颱風已延至 8 月 10 日舉行)
2. 「SWEET, HEART」於 102 年 7 月 18-19, 25-26 日在台中金典、高雄漢來巨蛋、台北喜來登及台南遠東飯店舉辦。
3. 『102 年度心臟血管介入專科聯合甄試』訂於 102 年 8 月 3 日(星期六)下午在台大醫學院 104 講堂舉辦筆試，8 月 18 日(星期日)上午在台大醫院內科門診區舉辦口試。
4. 「2013 CV Board Review Course」將於 102 年 8 月 11 日在台大國際會議中心 3 樓 301 舉辦。
5. 『102 年度心臟專科甄試』訂於 102 年 8 月 25 日(星期日)上午在台大醫學院 101 講堂舉辦筆試〔心臟血管外科專科聯合甄試口試訂於 8/25 下午舉行〕，9 月 15 日(星期日)上午在台大醫院內科門診區舉辦口試。
6. 「2013 秋季學術研討會」將於 102 年 9 月 27-29 日在新竹國賓飯店舉辦。

(三) 委員會已處理事務：

1. 回覆行政院衛生署推薦 102 年度醫院緊急醫療能力分級評定作業相關領域專家。〔心臟外科學 & 急重症加護委員會〕

說明：目前據了解委員皆已接到通知，下星期將召開共識會議，這次有新委員加入，希望評鑑結果能夠如大家預期較為合理一些。

2. 回覆健保局詢問血栓溶解劑 rivaroxaban 給付規定意見案。〔心臟外科學 & 急重症加護委員會〕。  
說明：內容（略），含療效分析、臨床使用條件及時機，經濟效益等。
3. 發文健保局申請「心臟3度空間立體定位術」給付新增。〔心電生理委員會〕  
說明：已依電生理委員會建議內容發函健保局。
4. 回覆健保局詢問支付標準 33074B「血管整形術（P.T.A.）」詢問案。〔4位專家 & 介入學會〕  
說明：目前給付只有一個（10,800點），這是比較 simple 的，較複雜的也只支付該點數。經由徐迺維醫師詳細分析，建議如果是 simple 符合成本需 18,068（占 80%），複雜病例建議給付 35,254（占 20%）。本來健保局要壓底單純的來補貼複雜的，因此在去函中第三點特別強調”經本會精算，單純性血管整形術目前給付點數（10,800）實已不敷成本，在此前提下希望增加複雜性血管整形術的給付。本案如果能獲得通過，對血管整形術的治療會有較正面的發展。
5. 回覆健保局“研擬西醫基層總額檔案分析異常不予支付指標修正提案”意見詢問案。〔健保事務小組〕  
說明：基本上的觀念有點像行政審查，如果指標有些異常時則要直接核刪。經由健保小組侯召集人建議，這樣並不合理，總有些特殊案例，需提供一個申訴的管道。

### 三、各委員會報告—

#### （一）甄審委員會。

##### 1. 心臟專科醫師甄試日期 / 地點—

- ※ 結論：筆試\_102年8月25日（星期日）09:00-12:00/ 台大醫學院 101 講堂  
〔註：心臟外科口試於當天下午同時舉辦，故改在星期日上午舉行〕  
口試\_102年9月15日（星期日）09:00-14:00/ 台大醫院內科門診區

##### 2. 年度心臟專科醫師甄審筆試（心臟內科、小兒心臟科）籌劃—

- ※ 結論：1) 筆試出題委員推薦—

#### ① 促進考試公平性作法—（比照 101 年度）

- ① 增聘筆試出題委員至 36 位。
- ② 筆試出題委員需簽立保密切結書。
- ③ 違反保密懲罰性作法：將公告姓名並列入不再邀請名單。

② 筆試出題委員推薦一

〔心臟血管內科〕 36 位專指醫師（分六類，每類 6 位），各出 20 題（10 題專業 / 5 題臨床普通 / 5 題基礎理論），其中以不少於五題實例題為原則

類	別	推薦出題委員候選名單
Basic		(略)
EP		(略)
心臟影像		(略)
介入性心臟學		(略)
高血壓及心血管危險因子		(略)
General		(略)

〔小兒心臟科〕 7 位專指醫師。由小兒甄審委員及小兒心臟學委員會主委共同推薦，各出 30 題（20 題專業 / 5 題臨床普通 / 5 題基礎理論）

- 2) 參考書目一見【附件一】。
- 3) 出題方式一中文，專有名詞中英對照。
- 4) 時程表— 102.06.31 確定出題委員名單  
102.07.20 完成出題工作（題單匯整）  
102.08.10 選題完成  
102.08.20 校題
- 5) 考古題一公告於網站提供電子檔案下載。

3. 年度心臟專科醫師甄審口試籌劃一

※ 結論：〔內科〕 甄審委員為當然口試委員，其餘由合格訓練機構中推薦專科指導醫師擔任。（同樣每五位專指推薦一位）

心臟內科口試考官分二組，每組七人，甄試內容分別如下一

- General\_1 位
- EKG\_1 位
- 胸部 X 光判讀\_1 位
- 病史與理學檢查\_1 位
- PCI\_1 位
- ECHO\_1 位
- EP\_1 位

〔兒科〕 由兒科甄審委員並推薦 4 位專指擔任（共五人）。

註：每位考生需經過五位考官，每位口試 10 分鐘。

4. 建議修訂入會申請表格案一

※ 結論：請各位委員先思考後，提下次委員會討論。

(二) 學術委員會。

1. 年會論文摘要投稿一

(1) 論文摘要 Oral 投稿有銳減趨勢，是否需考量獎勵措施？

※ 結論：建議每個 oral 現場發表選 1 篇，名稱為口頭報告獎，獎金 1 萬元及獎狀 1 張，於 103 年度實行。

(2) 論文摘要 Imaging 類別，有評審反應投稿時應要求含影像圖，否則只有敘說文字，是要評審用想像評分嗎？

※ 結論：不需要要求含影像圖。

(3) poster 競賽 presenter 是否可更換？

※ 結論：不可更換 presenter，如更換代表棄權。

(4) 明年 poster 投稿不接受 Case Report。

※ 結論：通過。

2. 2013 秋季會籌劃一

※ 結論：① 總召集人：葉森洲醫師、籌劃委員報告者：褚柏顯醫師及桃竹苗地區各醫院籌劃委員，名單會列於節目表上。

② IRB 報名表簡章\_收費制。

③ Social Event\_ 新竹世博台灣館。

④ 秋季會一覽表及節目表。【略】

⑤ 預防心臟學講座節目表，請預防委員會提供 Speaker 名單。介入節目表請介入委員會再確認。

⑥ 建議“跨領域臨床學術”主題改成“跨領域臨床應用整合”，Speaker 名單儘快安排邀請確認。

⑦ 基礎學術與國衛院節目表，建議邀請大陸程翔醫師及國衛院的 Speaker。國衛院欲參加者及張貼 Poster 者，請提供名單於學會，以製作胸牌。

⑧ 介入 Workshop 活動，報名制（免費），須繳交保證金 NT\$1,200.-（如全程參加，保證金即轉為 103 年度常年會費），且全程完成訓練者，學會給予參加證明，報名資格：心臟學會會員及有介專資格者，名額：40 位（無備取名單）。

⑨ 秋季會 Chair 名單請褚柏顯醫師安排並建議將學術委員安插節目表。

⑩ 2013 秋季會節目表 Final 版，預計 7 月底前確認，再 e-mail 於學術委員會。

3. 2014 年會籌劃一 (103.05.16-18 台北國際會議中心)

※ 結論：① 於海峽兩岸研討會，邀請大陸名單建議於三個月前提供，免繳報名費，製作出席胸牌、給資料及便當；如欲參加年會者比照非會員繳交報名費及餐費，報名費用金額建議提交理監事會討論。

② 年會架構一覽表，建議如下—

- (星期五) 節目議程，建議 1. APHA in Taiwan 節目表 (全天 / 半天) or 2. 海峽兩岸節目表 (全天 / 半天) or 3. 年會會前會節目表 (生技 & 預防)。場地規劃：以君悅飯店為主或台北國際會議中心。
- (星期六) 節目議程原則上以 2013 年架構為主，Live Demo 時段籌劃內容，建議介入委員會儘速決定。
- (星期日) 節目議程，因選舉關係，時間上須做調整，且選舉投票過程必須符合法律規定，請詢問內政部社會司後再決定；選舉 & 會員大會場地建議：台北國際會議中心 4 樓 VIP Room。各學會 Joint Symposium 擬上、下午對調。

2014 年會架構一覽表，請各位委員回去思考，於下次會議再討論。

③ 外賓推薦建議 Gregory Y H Lip、James K. Liao、Jiangtao Yu 名單，擬進行邀請。

④ 建議推薦 Master's Lecture (葉篤行院士)，擬進行邀請。

⑤ Live Demo 舉辦醫院，建議由介入委員會及心外委員會協調，原則上以一家醫院轉撥為主。

(三) 研究委員會。

1. 2013 POST ESC Highlight Symposium 講者推薦審查—

說明：① 2013 ESC\_ Aug. 31- Sep. 4, 2013: Amsterdam。

② 各訓練醫院推薦名單 (略)。

※ 結論：① 各講題講者補助名單 (略)，如講者無法參與時改由備取遞補。補助經費為每人新台幣 12 萬元整。

〔註〕 優先補助說明—

- 1) 第 1 次參與的訓練醫院推薦講者。
- 2) 已第 2 次推薦的講者。(第 1 次推薦指 Post ACC Highlight Symposium)
- 3) 心臟學會工作幹部。

② 下次推薦 post 系列講者時，將請被推薦者提供個人履歷及發表著作資料酌參。

2. 2013 秋季會課程籌劃—

說明：102 年 9 月 27-29 日在新竹國賓飯店舉辦。

※ 結論：① 9/29 (w7) 09:00-12:00\_ 基礎學術與國衛院

1	Chair: 殷偉賢 程翔_大陸人士，姜必寧獎得主 (學會特別演講)
2	Chair: 褚柏顯 裘正健_細研所研究員 Jeng-Jiann Chiu Vascular Endothelial Interaction with Smooth Muscle Cell and Response to Disturbed Flow
3	Chair: 陳偉踐 林秀芳_細研所研究員 & 代理所長 Shaw-Fang Yet Heme Oxygenase-1 in Cardiovascular Disease
4	Chair: 徐國基 郭呈欽_細研所副研究員 Cheng-Chin Kuo The Role of TLR2 in Vascular Smooth Muscle Cell Function
5	Chair: 鄭景仁 林名釗_醫工組副研究員 Kurt M Lin Heat Shock Protein 60 (HSP60) Expression and Heart Failure
6	Chair: 柯毓麟 心臟學會會員，蔡佳醜或黃柏勳醫師 題目自訂

② 演講時間請褚醫師再協助安排後確認。

3. 2014 年年會 Basic Science 研討會籌劃—

※ 結論：請各位委員先思考一下，下次委員會議再提出討論。

4. post AHA 講者推薦詢問—

※ 結論：8 月份發函各訓練醫院，邀請推薦 Post AHA Highlight Symposium 講者。

(四) 心臟外科學委員會。

1. 台北慈濟心臟外科訓練機構複評申請案—

※ 結論：① 台北慈濟心臟外科訓練醫院開心手術例數不夠 (不足 4 例)，目前不建議跨年計算，應該根據原規定條文，故慈濟醫院此次暫不通過。

② 建議訓練醫院的手術案例規定是否需要調整 (因為醫院多，案例分散)，委員們可先思考，於下次討論後提交理監事同意。希望根據心專訓練醫院於年度呈報的數量，客觀統計數量後修訂訓練案例數目，再參考日本的數



量。(先看 data，手術人數、非案例人數)，同時要合併訓練人數相關之條文，屆時請胸心外醫學會訂出下修數量後再轉交心臟學會，以便訂出共同規範標準。

2. 調整心臟血管系統健保給付一

※ 結論：建議心外健保給付部分，朝向 IABP 2500/ ECMO 4000/ LVAD 5000. 方向調整（請蔡建松主任轉交林宜璋醫師幫忙）。

3. 102 年心臟血管外科專科聯合甄試一

※ 結論：① 二會聯合甄試，日期：102 年 8 月 25 日（星期日），地點：臺大醫院。

② 報名資格審查及心外專科證書核發部份，由二學會各依其現行規定辦理。

③ 申請心臟學會（心臟血管外科專科）證書者，需符合下列資格一

- 2 年心外專科訓練（需有報備登錄）。
- 入會滿半年。
- 積分 60 分（含 1/2 的 A 類積分）。

④ 102 年筆試出題推薦名單一

（18 位出題委員 \_ 心臟學會：12 位、胸心外學會：6 位）

	類 別	推薦名單
1	法律倫理（2 位） （20 題選 5 題）	（略）
2	Congenital（4 位）	（略）
3	CAD、Valve（11 位）	（略）
4	Vascular（3 位）	（略）
5	Basic（心臟移植衰竭之外科治療）& Others（4 位）	（略）

推薦出題委員計 24 位名單，請秘書處於下星期一 call out 決定最後同意名單（保留其中 18 位），同意擔任出題委員就給付出題費，費用為一題 /NT\$200.-。

⑤ 選題委員、校題委員、筆試監考及口試考官推薦名單（略）。

⑥ 工作時程截止日期：7/31 題目彙整，8/10 選題完成，8/17 校題完成。

⑦ 102 年筆試參考書目：

- Surgery of the Chest（Sabiston and Spencer）\_2009 年第八版
- Cardiac Surgery（John W. Kirklin）\_2003 年第三版
- Cardiac Surgery in the Adult（Lawrence H. Cohn/McGraw-Hill 出版社）\_2012 年第四版
- AHA/ACC/ESC 2002 年迄今發表有關心血管診斷治療之最新指引及



JNC-7、ATP III 重要指引。

- Rutherford Vascular Surgery 7th edition  
(共通考題)
- Heart Disease (Eugene Braunwald) \_2012 年第九版。
- The Heart (Hurst) \_2011 年第十三版

共通考題至多 20 題，由心臟學會提供 40 題交給選題委員挑選。

⑧ 筆試試題說明：

- 100 題選擇題 (含複選題)，應考時間為二小時。
- 試題以中文命題，專有醫學名詞使用英文。
- 部份試題採複選方式。

#### 4. 內外科急重症加護病房評鑑辦法修正案一

※ 結論：主要針對重症醫學會對專責主治醫師之人力限制解套，建議

C 點：醫師人力部分

第 1 點：取消 24 小時，加上“夜間應有 R3 以上資深住院醫師值班處理醫療業務”。

第 2 點：取消在場，加上“於值班時間外，所執行之醫療業務不受限制”。

B 點：第一項關於護理人力部分 (建議暫時維持原案)。

修訂內容對照表詳見【附件二】

(殷偉賢秘書長)

這個問題在內科部份也會有類似的考量，如果心臟內科專責主治醫師進入 CCU，就沒有辦法再收病人或是超過半天的門診及手術，對整個醫師的養成及訓練會產生很大的問題。醫院評鑑規定當初是經過醫策會與重症加護學會等單位去訂定的，我們當然不可能片面的去更改，或要求跟我們一起這樣來做。

上次魏理事及心臟外科學委員會的意見是說，是不是在我們自己評鑑時有類似這樣的條款，或評鑑合格與否的一個結果，也就是 endorse 心臟內外科的照護，是符合我們學會的條件。這樣至少如將來有爭議產生時候，學會有 backup 的立場。在四大皆空，心臟內外科 fellow 都不好找的情況下，我們確實有這個需要。最後詳細條文需再彙整，將會急重症加護及甄審委員會後，最後放入我們評鑑醫院條文中。如果大家都同意的話，將繼續往這個方向來努力，有進度時隨時再提理監事報告。

#### 5. 2013 冬季會籌劃一

※ 結論：2013 冬季會籌劃人：羅傳堯，時段：102/12/08 (w7) 上午 Symposium，主題：Acute Type A Aortic Dissection，Speaker 擬建議 4 位 (急診:1、內科:1、外科:2)。

6. 2014 年會籌劃—

- ※ 結論：2014 年會題目：CAD (from guidelines to practice)，演講人選建議內科 (2 位) [ 推薦殷偉賢秘書長 ]，外科演講者 (2 位)，未定人選待下次會議討論。外科 Live Demo 推薦有舉辦意願者，北榮：施俊哲或亞東：邱冠明代表於 7/16 至介入委員會議討論。

(五) 介入性心臟學委員會。

1. 2013 年季會介入活動籌劃。

說明：102 年 9 月 27-29 日在新竹國賓飯店舉辦。

- ① 9/28 (w6) \_14:30-17:00pm: (研討會)  
主 題：Renal denervation therapy  
籌劃人：張其任醫師
- ② 9/29 (w7) \_09:30-12:00am: (訓練課程)  
主 題：Rotablator  
籌劃人：曹殿萍醫師

※ 結論：① Renal denervation therapy 研討會節目初表 (如下) —

- 2:30-2:40 Mechanism of renal denervation for Tx of HTN  
2:40-2:50 Result of Clinical trials  
2:50-3:05 Patient selection  
3:05-3:50 Case sharing: 3-4 cases  
Break 15 min  
4:05-5:00 Interventional Tx for PAOD  
請於下次委員會議提出詳細節目內容。

- ② Rotabulatory 訓練課程：  
招收學員人數為 40 位 (以報名先後序順決定)，課程完成後核發參加證明。  
請籌劃人協調波士頓科技提供 hands-on 器材。

2. 102 年度心臟血管介入專科甄試日期訂定。

說明：相關活動日期 / 地點

	102 年度
Board review course	7 月 7 日 (w7) 全天 / 台大醫學院 101 講堂
筆試	8 月 3 (w6) 下午 / 台大醫學院 104 講堂
口試	8 月 18 日 (w7) 上午 / 台大醫院內科門診區

- ※ 結論：① Board review course 講者及主持人安排。(略)  
② 選題委員：(略)

- ③ 筆試監考（閱卷）委員：（略）
- ④ 口試考官：（略）
- ⑤ 口試地點：同意付費使用台大醫院內科門診場地。預估增加支出費用 2 萬多元。
- ⑥ 工作時程表：
 

Board review course 報名 / 截止日期	6/10-25
甄試報名 / 截止日期	6/25-7/10
筆試出題單繳交日期	7/10 前
資格審查會議	7/20 前
選題日期	7/20 前

3. Peripheral 訓練課程。

說明：由馬光遠委員負責籌劃，擬下肢動脈較新技術為主，約在 7-9 月間舉辦，w6 下午約 1/2 天課程。

※ 結論：建議訂於 8/24（w6）下午在高雄舉辦，以演講及 DVD 播放教學。請負責人於下次委員會議提出詳細節目安排。（目前活動已改訂在 9/7 舉辦）

（六）肺高壓治療指引編纂。

1. 肺高壓治療指引編纂—

- ※ 結論：① 推薦許志新、邱昱偉、黃偉春及賀萬靖四位醫師擔任指引執行編輯（為投稿文章第一作者）。
- ② 目前尚缺“移植手術”及“慢性血栓栓塞引起之肺高壓”二個章節，請許醫師連繫台大胸外徐紹勳醫師，希望能在 2 個月內提供。
- ③ “病理特徵”及“病生理特徵”二章節，請林少琳委員濃縮至 4 張 page。
- ④ 建議列出圖表章節—

章	節	說 明
心電圖		補附圖片
胸部 X 光		改用自己的圖片
心臟超音波		已附圖片
高解析電腦斷層掃描		補附 CT 圖片

- ⑤ p.53 & 69 的 functional class，為避免版權爭議請將 table 文字化（列於 p.53，p.69 說明見前頁即可）。
- ⑥ p.99\_PAH Treatment Algorithm 為避免版權爭議，請再精簡修正。
- ⑦ 重覆內容需再調整。整理出縮寫對照表，全名出現一次，後全以縮寫表示）。

- ⑧ 有關 reference 及排版部份，請王召集人及殷秘書長儘量募款，找尋專業人員協助處理。

2. 2013 年季會 PAH 研討會籌劃—

※ 結論：請學術委員會於 2013 台南冬季會（12/6-8）提供 1-2 時段，以籌辦 PAH 研討會。

四、討論事項—

(一) 102 年度心臟專科訓練醫院實地評鑑結果。(甄審委員會提案)

建議：1) 台北慈濟醫院心臟外科—

因補件開刀例數仍不足 100 例，故未通過複評，取消訓練機構資格。

2) 實地評鑑結果—

No.	醫院（科別）	評鑑結果	說明
1	義大醫院 （心臟內科）	〔 準合格 〕 22 個月	需至其他合格之訓練機構接受 2 個月電氣生理學訓練（且例數達 25 例以上）
2	阮綜合醫院 （心臟內科）	〔 準合格 〕 22 個月	需至其他合格之訓練機構接受 1 個月心臟外科學及 1 個月心臟學研究討論會訓練。
3	嘉義長庚醫院 （心臟內科）	〔 合格 〕	（次專科晨會教學、論文發表及心電生理電燒病例數可再提升）
4	台南市立醫院 （心臟內科）	〔 準合格 〕 23 個月	需至其他合格之訓練機構接受 1 個月心臟外科學訓練。
5	秀傳醫院 （心臟內科）	〔 合格 〕	（論文投稿及 Ep+pacing 方面可再加強）
6	仁愛醫療財團 法人仁愛綜合 醫院 （心臟內科）	〔 準合格 〕 21 個月	需至其他合格之訓練機構接受 1 個月心臟外科學及 2 個月電氣生理學訓練（且例數達 25 例以上）。 （論文發表及心臟學研究、繼續教育可再加強）
7	澄清綜合醫院 中港分院 （心臟內科）	〔 準合格 〕 20 個月	需至其他合格之訓練機構接受 1 個月心臟外科學、1 個月心臟學研究討論會及 2 個月電氣生理學訓練（且例數達 25 例以上）。

※決議：通過。

(二) 心臟專科訓練員額增加申請案。(甄審委員會提案)

(1) 林口長庚醫院心臟內二科：於 102 年 2 月 4 日提出申請，希望 102 年度收受 4 位受訓醫師。〔專指醫師共 9 位，每年可招收 3 位，101 年度無訓練員額。〕

建議：同意 102 年收受 4 位受訓醫師，但 103 年時需扣還 1 位。

※ 決議：通過。

(2) 基隆長庚心臟內科：於 102 年 3 月 13 日來函，申請 102 年度收受 2 位受訓醫師。〔專指醫師共 4 位，每年可招收 1 位，101 年度無訓練員額。〕

建議：同意 102 年收受 2 位受訓醫師，但 103 年時需扣還 1 位。

※ 決議：通過。

(3) 奇美醫院心臟內科：102 年 6 月 3 日來函，表示 7 月份新增王先灝醫師專指 1 位，申請 102 年度收受訓練員額 2 位。〔專指共 8 位。101 年度超收 1 位需於 102 年度扣回，不可續借。王先灝醫師目前服務單位在柳營奇美醫院。〕

建議：請奇美醫院補送王先灝醫師在職證明後，同意 102 年收受 2 位受訓醫師。

(註：奇美醫院已於 7/5 補附王先灝醫師執業執照影本，執業日期：102 年 7 月 1 日至 104 年 4 月 22 日、執業場所：奇美醫療財團法人奇美醫院)

※ 決議：通過。

(三) 入會申請案。(甄審委員會提案)

建議：共有二十位醫師申請共通過資格審查，其名單如下—

	姓 名	服 務 單 位	入會日期
1	洪志偉	台大新竹分院 (心臟內科)	102.03.01
2	黃信凱	台大新竹分院 (心臟內科)	102.03.04
3	張維軒	台大醫院 (小兒心臟科)	102.03.18
4	高敏恆	彰化基督教醫院 (心臟內科)	102.03.22
5	李卓翰	彰化基督教醫院 (心臟內科)	102.03.22
6	鐘元佑	彰化基督教醫院 (心臟內科)	102.03.22
7	莊正彥	市立萬芳醫院 (心臟內科)	102.03.25
8	譚永超	市立萬芳醫院 (心臟內科)	102.03.25
9	逯新民	中國附設醫院 (心臟內科)	102.04.02
10	董宜華	新店慈濟醫院 (小兒心臟科)	102.04.12
11	王志偉	中國附設醫院 (心臟內科)	102.04.22
12	劉邦彥	三軍總醫院 (心臟內科)	102.04.30
13	楊宗翰	三軍總醫院 (心臟內科)	102.05.06
14	林肅強	高雄榮總 (心臟內科)	102.05.08

15	曾宥翔	嘉義長庚醫院（心臟內科）	102.05.16
16	侯昕見	市立聯合仁愛院區（心臟內科）	102.06.04
17	李廣祚	林口長庚醫院（心臟內一科）	102.06.11
18	張獻元	成大附設醫院（心臟內科）	102.06.13
19	黃鼎鈞	成大附設醫院（心臟內科）	102.06.13
20	陳柏偉	成大附設醫院（心臟內科）	102.06.13

※決議：通過。

(四) 102 年度研究獎助金申請案審查結果。(研究委員會提案)

說明：① 101 年度二年期研究計劃『運用攜帶式高血壓方式評估台灣健康照護員工心血管健康計畫 / Ambulatory Blood Pressure in Taiwanese Occupational Healthcare Staffs (AMBITIOUS Study)』進度報告及第 2 年計劃申請書。

② 102 年度研究獎助金申請案件審查結果。

計劃名稱_ (醫院) 申請者	評審一	評審二
龍膽草對泡沫細胞形成及動脈粥狀硬化的影響_ (三總) 林錦生	85 優先支助	84 可支助
周邊血管整形術在周邊動脈血管病變病患預後之影響 - 台灣健保資料庫研究_ (基隆長庚) 毛峻台	79 可支助	66 不宜支助
頑固性高血壓之新治療 - 腎神經阻斷術_ (台安) 陳立威	80 可支助	69 不宜支助
甲型受體阻斷劑由機械電氣回饋所產生的肺靜脈電氣生理作用_ (萬芳) 陳威達	82 可支助	70 不宜支助

建議：① 同意核撥 101 年度二年期研究計劃『運用攜帶式高血壓方式評估台灣健康照護員工心血管健康計畫 / Ambulatory Blood Pressure in Taiwanese Occupational Healthcare Staffs (AMBITIOUS Study)』第二年研究經費新台幣 30 萬元整。

② 102 年度將補助『龍膽草對泡沫細胞形成及動脈粥狀硬化的影響』研究計劃新台幣 30 萬元整。

※決議：通過。

(五) 大陸人士來台參與學術活動代辦費及報名費修訂。(學術委員會提案)

說明：關於年會海峽兩岸研討會，邀請大陸名單建議於三個月前提供，免繳報名費，製作出席胸牌、給資料及便當；如欲參加年會者比照非會員繳交報名費及餐費，報名費用金額建議提交理監事會討論。

〔學術委員會\_陳筆文主委〕

歷年年會皆有邀請大陸醫師來台參與，以往皆有廠商贊助相關費用，但目前看來

大陸政策改變，經費不若以往充裕。現在年會因應目前狀況的建議是，w5 下午海峽兩岸研討會大陸來台者，事先提供名單，可由大會免費制作胸牌及提供會議資料；但 w6-7 年會活動時則需比照非會員繳交報名費用。而報名費金額則請各位理監事討論確定。（今年年會國內非會員報名收費標準：300 元提供胸牌及會議資料；1000 元則多含二天中餐）

〔林幸榮理事長〕

以往學會年會收取大陸人士來台參加報名費用為台幣 10,000 元，先前廠商經費充裕由其代繳問題不大。目前面臨的問題是，如照以往報名費收費標準，醫師本人不可能繳交，廠商代繳也已有困難，除邀請的講者或主持人之外，大陸醫師來台參加年會人數可能將近乎於零。

上次理監事會議決議暫緩年會大陸人士來台參與收費標準，但並未廢除條文。去年下半年至今天以來，大陸醫師來台參與會議人數已遽減。如費用全免，由學會提供會議資料及餐點方面來說，未必合理；且相對於其它國家報名參加者也不公平（國外與會者每天報名費用為美金 100 元）。如果報名費用大幅降低後，廠商方面也較可能有意願提供協助。

- ※ 決議：年會國外與會者報名費用訂定（w5-w6 二天），大陸人士報名費用為新台幣 3,000，國外人士報名費用為美金 100 元 / 每天。港澳人士則比照國外標準。（報名費用含胸牌、會議資料及午餐便當）

（六）秘書處人員調薪案。（財務主委提案）

說明：建議自七月份起調整秘書處正職人員薪資 3%。

- ※ 決議：通過。

## 五、臨時動議—

（一）學會新官網設置。（秘書處提案）

說明：〔林幸榮理事長〕與設計公司溝通過好幾次，到目前都還無法完成。是否要與其結束合約另尋合作廠商？這是很困擾的事情。因對方負責人員經常異動，目前仍無法提供滿意的網頁更新內容。

我們可能要再找尋新的合作廠商，希望能在本屆交接前完成新官網設置。理監事中英文簡歷內容需要能在網站上查詢得到。

〔殷偉賢秘書長〕該公司沒有購置投稿軟體，已確定在雜誌投稿部份無法完成。

- ※ 決議：授權秘書處另尋合作廠商，新官網上需列有理監事中英文簡歷，且公告近期活動概況。

## 六、散會。



【附件一】

## 中華民國心臟學會 102 年度專科醫師甄審 “筆試參考書籍”

- 內 科
- (1) 書 名：The Heart  
作 者：Hurst  
出版日期：第十三版 2011 年
  - (2) 書 名：Heart Disease  
作 者：Eugene Braunwald  
出版日期：第九版 2012 年
  - (3) 中華民國心臟學會高血壓、STEMI 及心衰竭治療指引。
  - (4) AHA/ ACC/ ESC 2005 年迄今發表有關心血管診斷治療之最新指引及 JNC-7、ATP III 重要指引。
- 小兒科
- (1) 書 名：Moss' Heart Disease in Infants, Children and Adolescents  
作 者：F. H. Abams, G. C. Emmanouilides, T. A. Riemenschneider  
出版日期：第七版 2008 年
  - (2) AHA/ ACC/ ESC 2005 年迄今發表有關心血管診斷治療之最新指引及 JNC-7、ATP III 重要指引。

第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務

條 號	條 文	心臟加護中心評鑑項目	102 評量項目
可 2.4.7	適當之加護病房組織及人力配置	<p>C：</p> <p>醫師人力：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每天應有 1 名心臟專科醫師值班，夜間應有 R3 以上資深住院醫師值班處理醫療業務。</li> <li>2. 心臟加護中心值班醫師於值班時，除緊急醫療支援外，不得從事心臟加護中心以外之業務，於值班時間外，所執行之專科醫療行為不受限制。</li> <li>3. 應有心臟加護中心主任，負責行政相關業務。</li> <li>4. 應有會診治療的合作機制。</li> </ol> <p>護理人力：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 申請地區醫院評鑑者：每床應有 1.5 人。</li> <li>2. 申請區域醫院評鑑者：每床應有 2 人。</li> <li>3. 申請醫學中心評鑑者：每床應有 2.5 人。</li> </ol> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 護理人力為各該申請類別對應 C 項要求之 1.05 倍。</li> </ol> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有社工師固定評估每床病人之經濟、心理及社會狀況並有紀錄。有專責呼吸治療師負責加護病房，24 小時均有呼吸治療師服務。</li> <li>2. 護理人力為各該申請類別對應 C 項要求之 1.10 倍。</li> </ol> <p>[ 註 ]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 急性一般病床 99 床（含）以下且未設有加護病房。</li> <li>(2) 申請「地區醫院評鑑」者。</li> </ol> </li> <li>2. 人力計算時 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位。</li> <li>(2) 人力計算結果以整數計。</li> <li>(3) 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定(101 年 12 月 31 日以前，採 95 年 4 月修正公告之醫療機構設置標準計之；102 年 1 月 1 日以後，則採 101 年 4 月修正公告之醫療機構設置標準計之)</li> </ol> </li> </ol>	<p>C：</p> <p>醫師人力：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加護病房每 10 床應有專責主治醫師 1 人。</li> <li>2. 配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。</li> <li>3. 應有加護病房主任，負責行政相關業務。</li> <li>4. 應有會診治療的合作機制。</li> </ol> <p>護理人力：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 申請地區醫院評鑑者：每床應有 1.5 人。</li> <li>2. 申請區域醫院評鑑者：每床應有 2 人。</li> <li>3. 申請醫學中心評鑑者：每床應有 2.5 人。</li> </ol> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有專責主治醫師，且有重症加護相關證書或接受相關訓練。</li> <li>2. 專責住院醫師須具備高級心臟救命術（ACLS）證書。</li> <li>3. 假日及夜間有專責之 R3 以上資深醫師值班。</li> <li>4. 護理人力為各該申請類別對應 C 項要求之 1.05 倍。</li> </ol> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有專任主治醫師。</li> <li>2. 有社工師固定評估每床病人之經濟、心理及社會狀況並有紀錄。有專責呼吸治療師負責加護病房，24 小時均有呼吸治療師服務。</li> <li>3. 護理人力為各該申請類別對應 C 項要求之 1.10 倍。</li> </ol> <p>[ 註 ]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 急性一般病床 99 床（含）以下且未設有加護病房。</li> <li>(2) 申請「地區醫院評鑑」者。</li> </ol> </li> <li>2. 專任主治醫師係指全職待在加護病房執行醫療業務，無兼門診者。</li> <li>3. 專責主治醫師係指該醫師除每週至多 3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者。</li> <li>4. 因應不同性質之加護病房，具 NRP、ATLS、APLS 及 PALS 等證書，皆可等同。</li> <li>5. 「重症加護相關訓練」指具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、麻醉科、急診醫學科、職業醫學科專科醫師均屬之（專科醫師訓練課程包含急、重症訓練計畫者）。</li> <li>6. 人力計算時 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位。</li> <li>(2) 人力計算結果以整數計。</li> <li>(3) 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定(101 年 12 月 31 日以前，採 95 年 4 月修正公告之醫療機構設置標準計之；102 年 1 月 1 日以後，則採 101 年 4 月修正公告之醫療機構設置標準計之)</li> </ol> </li> </ol>

可	2.4.8	加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，且有紀錄可查	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病床間隔適當，且至少有隔離視線之隔簾。</li> <li>2. 應有部門或單位負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。</li> <li>3. 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。</li> <li>4. 設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。</li> <li>5. 每床均有洗手設備（含乾洗手）。</li> <li>6. 每2床，均有1個濕洗手設備。</li> </ol> <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每床應有獨立空間。</li> <li>2. 每床放置乾洗手液。</li> <li>3. 設有隔離室。</li> <li>4. 具有 Portable X-ray、超音波、血液透析的設備。</li> </ol> <p>A：符合B項，並有檢討改善。</p> <p>[註] 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1) 急性一般病床99床（含）以下且未設有加護病房。 (2) 申請「地區醫院評鑑」者。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病床間隔適當，且至少有隔離視線之隔簾。</li> <li>2. 應有部門或單位負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。</li> <li>3. 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。</li> <li>4. 設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。</li> <li>5. 每床均有洗手設備（含乾洗手）。</li> <li>6. 每2床，均有1個濕洗手設備。</li> </ol> <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每床應有獨立空間。</li> <li>2. 每床放置乾洗手液。</li> <li>3. 設有隔離室。</li> <li>4. 具有 Portable X-ray、超音波、血液透析的設備。</li> </ol> <p>A：符合B項，並有檢討改善。</p> <p>[註] 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1) 急性一般病床99床（含）以下且未設有加護病房。 (2) 申請「地區醫院評鑑」者。</p>
可	2.4.9	良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 設有加護病房管理委員會或相關組織，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制。</li> <li>2. 訂定加護病房轉入轉出及運用原則（含轉入優先順序）、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。</li> <li>3. 呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。</li> </ol> <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訂有加護病房品質指標收集及檢討改善機制，至少訂有如：病人出入院統計、收案適當性檢討、死亡率、48小時重返率、加護病房感染率、平均住院日、住院超過14天之分析及討論、轉院及自動出院、收治病分布之指標監測與檢討改善。</li> <li>2. 出入加護病房時及進入加護病房24小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。</li> <li>3. 具備呼吸治療品質監測計畫，並有檢討改善。</li> <li>4. 加護病房醫師每日應有交班紀錄。</li> <li>5. 有臨床藥師、營養師固定評估每床用藥及營養狀況，並有紀錄。</li> </ol> <p>A：符合B項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少1-2次。</li> <li>2. 持續提升加護病房照護品質及能力，並有檢討改善。</li> </ol> <p>[註] 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1) 急性一般病床99床（含）以下且未設有加護病房。 (2) 申請「地區醫院評鑑」者。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 設有加護病房管理委員會或相關組織，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制。</li> <li>2. 訂定加護病房轉入轉出及運用原則（含轉入優先順序）、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。</li> <li>3. 呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。</li> </ol> <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 訂有加護病房品質指標收集及檢討改善機制，至少訂有如：病人出入院統計、收案適當性檢討、死亡率、48小時重返率、加護病房感染率、平均住院日、住院超過14天之分析及討論、轉院及自動出院、收治病分布之指標監測與檢討改善。</li> <li>2. 出入加護病房時及進入加護病房24小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。</li> <li>3. 具備呼吸治療品質監測計畫，並有檢討改善。</li> <li>4. 主治醫師至少每日查房2次。</li> <li>5. 加護病房醫師每日應有交班紀錄。</li> <li>6. 有臨床藥師、營養師固定評估每床用藥及營養狀況，並有紀錄。</li> </ol> <p>A：符合B項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少1-2次。</li> <li>2. 持續提升加護病房照護品質及能力，並有檢討改善。</li> </ol> <p>[註] 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1) 急性一般病床99床（含）以下且未設有加護病房。 (2) 申請「地區醫院評鑑」者。</p>

可	2.4.10	<p>加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在職教育訓練，並評核其能力</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症照護相關訓練。</li> <li>加護病房工作 2 年以上，且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例 <math>\geq 40\%</math>。</li> </ol> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>於加護病房工作之護理人員，每年應有院內外之重症照護相關訓練至少 12 小時。</li> <li>加護病房工作 2 年以上，且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例 <math>\geq 50\%</math>。</li> </ol> <p>A：符合 B 項，且進行能力評估之檢討改善。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>符合下列全部條件者，可自選本條免評：             <ol style="list-style-type: none"> <li>急性一般病床 99 床（含）以下且未設有加護病房。</li> <li>申請「地區醫院評鑑」者。</li> </ol> </li> <li>護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。</li> </ol>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症 照護相關訓練。</li> <li>加護病房工作 2 年以上，且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例 <math>\geq 40\%</math>。</li> </ol> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>於加護病房工作之護理人員，每年應有院內外之重症照護相關訓練至少 12 小時。</li> <li>加護病房工作 2 年以上，且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例 <math>\geq 50\%</math>。</li> </ol> <p>A：符合 B 項，且進行能力評估之檢討改善。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>符合下列全部條件者，可自選本條免評：             <ol style="list-style-type: none"> <li>急性一般病床 99 床（含）以下且未設有加護病房。</li> <li>申請「地區醫院評鑑」者。</li> </ol> </li> <li>護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。</li> </ol>
---	--------	---	--	---