



台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

內政部立案證書台內社字第9805002號

# 第七章

## 肺阻塞的監測與追蹤 及實例探討

肺阻塞醫療給付改善方案教育訓練核心教材

遠離肺阻塞  自在深呼吸



## 本章重點:

- 穩定期肺阻塞病人應**定期監測**病人的症狀、肺功能、急性惡化病史，並依監測結果做治療策略上的調整。
- 追蹤時亦應**定期評估**病人對藥物或非藥物治療的順從性、療效及併發症，以及常見於肺阻塞病人之各類共病症。
- **監測面向**
  - 疾病進程及併發症
  - 藥物或非藥物治療
  - 急性惡化病史
  - 共病症



# 監測疾病進程及併發症

- **監測肺功能**

- 即使得到最好的照護，肺阻塞病人的肺功能仍會隨著時間進展而變壞。應至少每年安排一次肺功能檢查，以得知病人的肺功能 ( $FEV_1$ ) 是否快速下降。
- 亦可進一步做六分鐘行走測試及休息狀態血氧飽和度。

- **監測臨床症狀**

- 追蹤時應詢問病人喘、咳、痰、活動限制、睡眠障礙等症狀。
- 可使用mMRC、CAT等評估工具。



# 監測藥物或非藥物治療

- **監測藥物治療**
  - 監測病人之藥物遵囑性
  - 確認病人使用吸入器之技巧是否正確
  - 詢問並觀察是否有藥物之副作用
- **監測非藥物治療**
  - 調查吸菸情形及戒菸意願
  - 考慮必要的疫苗注射（流感疫苗及肺炎鏈球菌疫苗）
  - 提醒適度地肺復原



# 監測急性惡化病史

- 監測急性惡化
  - 急性惡化的頻率與肺阻塞預後及藥物選擇息息相關。
  - 詢問病人有無因為喘而有非預期的醫療就醫，包含門診、急診、住院等。
  - 詳細詢問該次非預期就醫的細節並記錄，包含類固醇及抗生素之使用、住院日數、是否住加護病房、有無使用呼吸器等。



# 監測共病症

- **監測共病症**

- 共病症在肺阻塞十分常見，會加重肺阻塞所造成的失能，並使得治療更加困難與複雜。
- 建議應監測的共病症包括：  
心血管疾病（如高血壓、缺血性心臟病、心臟衰竭、心房纖維震顫）、代謝症候群（如糖尿病和肥胖）、骨質疏鬆、焦慮與憂鬱、感染症、肺癌及支氣管擴張症等。
- 確定出個別病人的共病症，再依治療方針給予恰當處置，或轉介其他專科醫師。



# 建議追蹤評估之頻率和項目

	GOLD 1-3 (FEV <sub>1</sub> ≥ 30% pred)	GOLD 4 (FEV <sub>1</sub> < 30% pred)
肺功能評估	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometry (FEV<sub>1</sub> and FVC) 至少每年一次</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometry (FEV<sub>1</sub> and FVC) 至少每半年一次</li> </ul>
臨床評估	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 吸菸情形及戒菸意願</li> <li>• 症狀控制是否良好：喘、運動耐受度</li> <li>• 急性發作風險</li> <li>• 併發症和共病症</li> <li>• 吸入型藥物之使用技巧</li> <li>• 藥物遵囑性</li> <li>• 藥物副作用</li> <li>• 營養狀態評估</li> <li>• 是否需肺部復原</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 吸菸情形及戒菸意願</li> <li>• 症狀控制是否良好：喘、運動耐受度</li> <li>• 急性發作風險</li> <li>• 併發症和共病症</li> <li>• 吸入型藥物之使用技巧</li> <li>• 藥物遵囑性</li> <li>• 藥物副作用</li> <li>• 營養狀態評估</li> <li>• 是否需肺部復原</li> <li>• 是否需氧氣治療</li> <li>• 是否需其他的介入性治療 (如NIPPV)</li> </ul>
測量	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI</li> <li>• mMRC or CAT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI</li> <li>• mMRC or CAT</li> <li>• SpO<sub>2</sub></li> </ul>



# 自我處置計畫

- 肺阻塞之臨床照護上可以加入自我處置的策略，引導病人在監控症狀、急性惡化的自我處置、戒菸、加強藥物遵囑性、加強身體活動、改善營養狀態等方面扮演更重要的角色。
- 自我處置計畫能提升生活品質、改善呼吸困難症狀並減少住院，但對於肺功能、運動能力及死亡率則無明顯改變。



# 自我處置計畫之面向

- 良好的自我處置計畫應包括下列至少兩個以上的面向：
  - 加強病人對肺阻塞症狀的監控
  - 教育病人解決問題的能力，包括症狀增加時該如何處置、如何辨別及處理急性惡化
  - 鼓勵及協助病人戒菸
  - 加強病人對藥物治療的遵囑性
  - 加強身體活動及適度的運動
  - 改善營養狀況



台灣胸腔暨重症加護醫學會

Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

內政部立案證書台內社字第9805002號

# 肺阻塞實際案例討論



# 案例一 於第二類院所

- 68 歲男性
- 職業：貨車司機，已退休
- 病史：
  - 抽菸一天兩包，抽了45年
  - 高血壓及心臟病大約五年，規則服藥控制
  - 過敏性鼻炎，從小即有
- 症狀：
  - 慢性咳嗽並有黏白痰，此症狀已持續多年
  - 最近三個月喘促加重，尤其在走路時
  - 伴有喘鳴聲，偶有胸悶情形



# 身體檢查

- 身高: 168公分、體重: 57公斤、BMI: 20.5
- 血壓: 140/88 mmHg、脈搏: 88 bpm
- SpO<sub>2</sub>: 96% (未使用氧氣)
- 聽診: 雙側胸腔少許喘鳴音及濕囉音，呼吸音較小聲
- 心音: 規則無明顯雜音
- 雙腳: 輕微浮腫



# 鑑別診斷與檢查

- 鑑別診斷
  - 慢性支氣管炎
  - 肺氣腫
  - 氣喘
  - 心臟衰竭
- 轉診至第一類院所檢查及評估
  - 肺功能：支氣管擴張試驗
  - 胸部X光
  - 抽血 (可不作)：CBC+DC, 嗜伊紅性白血球、IgE
  - 綜合評估



# 胸部X光檢查





# 肺功能檢查

Parameter	Pre-BD Value (absolute)	Pre-BD Value (%pred)	Post-BD Value (absolute)	Post-BD Value (%pred)	% Change
FVC (L)	1.60	65%	1.57	64%	-2%
FEV <sub>1</sub> (L)	0.74	39%	0.75	40%	1%
FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	47%		48%		

表 2.5 COPD 呼氣氣流受阻之嚴重程度分級表（根據吸入支氣管擴張劑後之 FEV<sub>1</sub> 來決定）

FEV <sub>1</sub> / FVC < 70% 的病人：		
GOLD 1：	輕度	FEV <sub>1</sub> ≥ 80% 預測值。
GOLD 2：	中度	50% ≤ FEV <sub>1</sub> < 80% 預測值。
GOLD 3：	重度	30% ≤ FEV <sub>1</sub> < 50% 預測值。
GOLD 4：	極重度	FEV <sub>1</sub> < 30% 預測值。



## 抽血檢查

- IgE = 136 IU/mL
- Eosinophil = 1.8 % (140 cells/uL)



# 氣喘或肺阻塞？

成年病人之綜合病徵診斷		
(i) 找出各種符合氣喘和 COPD 的疾病特徵。		
(ii) 比較這兩種疾病特徵的數量，做出診斷。		
疾病特徵	氣喘	COPD
發病年齡	• 在 20 歲前發病。	• 在 40 歲後發病。
症狀特點	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 症狀可於幾天、幾小時甚至幾分鐘內出現變化。</li> <li>• 症狀於夜晚或凌晨時較嚴重。</li> <li>• 症狀因運動、情緒變化如大笑、吸入粉塵、或是接觸過敏原後而誘發。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 接受治療後，症狀仍持續存在。</li> <li>• 每日的病情時好時壞，但症狀總是存在，且有運動性呼吸困難。</li> <li>• 慢性咳嗽咳痰伴隨呼吸困難發作，不過咳嗽咳痰並不是呼吸困難的誘發因素。</li> </ul>
肺功能	• 紀錄顯示 (肺量計檢查、最大呼氣流量) 呼氣氣流受阻，且程度有所變化。	• 紀錄顯示持續性呼氣氣流受阻 (吸入支氣管擴張劑後之 $FEV_1/FVC < 0.7$ )。
緩解期的肺功能	• 緩解期的肺功能正常。	• 緩解期的肺功能不正常。
既往病史 / 家庭病史	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 曾被醫師診斷為氣喘。</li> <li>• 有氣喘和其他過敏性疾病 (如過敏性鼻炎、濕疹) 的家族病史。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 曾被醫師診斷為 COPD、慢性支氣管炎、或肺氣腫。</li> <li>• 大量接觸危險因子，如吸菸、生物燃料產生的煙等。</li> </ul>
病程變化	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 症狀未隨時間惡化，不過可能有季節性的變化；每年的症狀亦可能有所變化。</li> <li>• 症狀自發性地改善，或持續數週對支氣管擴張劑或吸入型類固醇有立即性的反應。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 症狀緩慢地惡化 (病情逐年進展)。</li> <li>• 接受速效型支氣管擴張劑治療的效果有限。</li> </ul>
胸部 X 光檢查	• 檢查結果正常。	• 嚴重肺部過度充氣的影像學表現。



# 確診為肺阻塞COPD

- 診斷為肺阻塞之理由
  - 危險因子：抽菸一天兩包抽了45年
  - 臨床症狀：咳嗽、有痰、呼吸困難
  - 肺功能檢查：post-bronchodilator  $FEV_1/FVC < 70\%$



# 評估肺阻塞風險及嚴重度

- 臨床症狀
  - 此病人mMRC=3、CAT=18
- 急性惡化病史
  - 高風險定義：每年有 $\geq 2$ 次的急性惡化，或曾因此住院 $\geq 1$ 次
  - 此病人無急性惡化病史
- 肺功能
  - 此病人post-bronchodilator  $FEV_1 = 40\%$  pred  $\rightarrow$  GOLD 3
- 評估共病症
  - 此病人有高血壓及冠狀動脈疾病



# 肺阻塞綜合評估

經由肺量計  
檢查確認診斷

評估呼氣氣流  
受阻嚴重程度

評估症狀及急性  
惡化風險

支氣管擴張試驗後  
 $FEV_1/FVC < 0.7$

$FEV_1$  (預測值 %)

GOLD 1  $\geq 80$

GOLD 2 50-79

**GOLD 3 30-49**

GOLD 4  $< 30$

急性惡化病史

$\geq 2$   
或  
 $\geq 1$  且導致住院

0  
或  
1 未導致住院

**C**

**D**

**A**

**B**

mMRC 0-1  
CAT  $< 10$

mMRC  $\geq 2$   
CAT  $\geq 10$

此病人為：  
**GOLD 3, Group B**



(圖4-1)

## Group C

單方長效抗膽鹼支氣管擴張劑  
(LAMA)

## Group D

單方長效抗膽  
鹼支氣管擴張  
劑  
(LAMA)

或

複方長效  
支氣管擴張劑  
(LAMA+LABA)

或

複方含吸入性  
類固醇長效  
支氣管擴張劑  
(LABA+ICS)

症狀嚴重程度高  
如：CAT>20

血液嗜酸性白血球數  
≥300

## Group A

單方短效支氣管擴張劑  
或  
單方長效支氣管擴張劑  
(SABA or LABA or LAMA)

## Group B

單方長效支氣管擴張劑  
(LABA or LAMA)

## Group C

單方長效抗膽鹼支氣管擴張劑  
(LAMA)

## Group D

單方長效抗膽  
鹼支氣管擴張  
劑  
(LAMA)

或

複方長效  
支氣管擴張劑  
(LAMA+LABA)

或

複方含吸入性  
類固醇長效  
支氣管擴張劑  
(LABA+ICS)

症狀嚴重程度高  
如：CAT>20

血液嗜酸性白血球數  
≥300

## Group A

單方短效支氣管擴張劑  
或  
單方長效支氣管擴張劑  
(SABA or LABA or LAMA)

## Group B

單方長效支氣管擴張劑  
(LABA or LAMA)



# 初始治療

- 藥物
  - 開立短效支氣管擴張劑供需要時使用
  - 長效支氣管擴張劑選擇LABA (此病人屬低急性惡化風險)
  - 衛教吸入器之使用技巧
  - 開立化痰劑N-acetylcysteine
- 非藥物
  - 詢問病人戒菸意願並鼓勵戒菸
  - 評估營養狀態 (此病人BMI = 20.5，略瘦)
  - 施打流感及肺炎鏈球菌疫苗 (PCV13 + PPSV23)
  - 鼓勵規則運動



## 轉診回第二類院所治療追蹤

- 準備相關檢查報告、疾病評估結果及用藥建議
- 病人每三個月定期於第二類院所回診，監測下列項目
  - 調查吸菸狀態及戒菸意願
  - 評估症狀是否改善、是否因急性惡化有非預期就醫
  - 評估用藥情形
  - 檢查吸入器使用技巧是否正確
  - 評估共病症
  - 評估營養狀態
  - 至少每年安排一次肺功能檢查



# 以LABA治療六個月後

- 追蹤評估：
  - CAT = 12、mMRC = 2
  - 仍有吸菸，但已減少抽菸量
  - 自覺症狀改善有限，活動時仍感到喘及疲倦
- 處理方式：
  - 確認藥物遵囑性良好、吸入器使用技巧正確
  - 轉檢肺功能：Post-bronchodilator  $FEV_1 = 43\%$  pred
  - 長效吸入型支氣管擴張劑由LABA改為 LABA+LAMA
  - 鼓勵病人戒菸

## 呼吸困難症狀持續

單方長效支氣管擴張劑  
(LABA or LAMA)

複方長效支氣管擴張劑  
(LAMA+LABA)

複方含吸入性類固醇  
長效支氣管擴張劑  
(LABA+ICS)

單方短效支氣管擴張劑  
+  
複方含吸入性類固醇  
/長效支氣管擴張劑  
(LABA + LAMA + ICS)

- 建議可換成不同吸入器或不同成分的複方長效支氣管擴張藥物
- 調查並治療其他造成喘的原因

## 持續急性惡化

單方長效支氣管擴張劑  
(LABA or LAMA)

複方長效支氣管擴張劑  
(LAMA+LABA)

複方含吸入性類固醇  
長效支氣管擴張劑  
(LABA+ICS)

血液嗜酸性白血球數  
 $\geq 100$

血液嗜酸性白血球數  
 $< 100$

單方短效支氣管擴張劑  
+  
複方含吸入性類固醇  
/長效支氣管擴張劑  
(LABA + LAMA + ICS)

**Roflumilast**  
FEV1 < 50%  
且慢性支氣管炎

過去曾抽菸者

**Azithromycin**

★ 血液嗜酸性白血球  $\geq 300$  或  $\geq 100$  且急性發作次數  $\geq 2$  次或住院次數  $\geq 1$  次

★★ 若肺炎、無適當ICS適應症或對ICS效果不佳，可考慮拿掉ICS或換成複方長效支氣管擴張劑



## 改以LABA+LAMA治療三個月後

- 追蹤評估：
  - CAT = 8、mMRC = 1-2
  - 自覺症狀改善許多，活動已較無限制
- 處理方式：
  - 持續使用 LABA+LAMA
  - 確認藥物遵囑性良好、吸入器使用技巧正確
  - 病人已在戒菸中，予以鼓勵



# 持續以LABA+LAMA治療

- 此後兩年，病人定期三個月回診：
  - CAT = 6-8、mMRC = 1-2、BMI = 21
  - 肺功能轉檢：Post-bronchodilator FEV<sub>1</sub> = 44-48% pred
  - 自覺症狀穩定
  - 僅有一次輕微急性惡化，於門診以口服類固醇及抗生素治療
  - 已成功戒菸，且有規則運動
- 處理方式：
  - 持續使用 LABA+LAMA，確認其使用吸入器技巧正確
  - 持續戒菸
  - 每年流感疫苗注射、營養狀態監控、定期評估共病症



## 案例二：

- 59 歲男性 COPD 病史20年, LAMA+LABA 規則使用
- 職業：公司送貨員，已退休
- 病史：抽菸一天一至兩包，抽了35年  
糖尿病大約十年，規則服藥控制
- 症狀：慢性咳嗽有痰，多年  
最近三個月喘促加重，尤其在走路時  
偶有胸悶情形



## 案例二：嚴重急性惡化

- 病人因嚴重呼吸困難至急診室求診：
  - SpO<sub>2</sub> = 86%、diffuse wheezing、purulent sputum
  - CXR：雙側下肺下葉浸潤輕微增加
  - 診斷為肺炎併肺阻塞急性惡化 → 住院治療
- 處理方式：
  - 氧氣治療：以SpO<sub>2</sub> = 90-92%為治療目標
  - 呼吸器治療：住院前三日因呼吸窘迫，曾使用NIPPV
  - 類固醇治療：IV methylprednisolone 40 mg/day
  - 抗生素治療：IV moxifloxacin 400 mg/day
  - 短效吸入型支氣管擴張劑治療：Combivent inh q6h



# 嚴重急性惡化 – 出院後

- 出院後回診：
  - 重新做綜合評估：GOLD 3，Group D
    - CAT = 24、mMRC = 3
    - Blood eosinophils : 3.5 % (340 cells/uL)
    - Post bronchodilator FEV<sub>1</sub> = 42% pred
    - 12個月內曾有一次因急性惡化住院
  - 將LABA+LAMA改為LABA+LAMA+ICS
  - 衛教：ICS吸入器使用方式、可能副作用
  - 儘快安排肺部復原
  - 病人住院後即停止吸菸，再次轉介戒菸門診
  - 告知安寧緩和之選擇，給予相關衛教手冊
- 準備相關資料，轉回第二類院所

### Group C

單方長效抗膽鹼支氣管擴張劑  
(LAMA)

### Group D

單方長效抗膽  
鹼支氣管擴張  
劑  
(LAMA)

或

複方長效  
支氣管擴張劑  
(LAMA+LABA)

或

複方含吸入性  
類固醇長效  
支氣管擴張劑  
(LABA+ICS)

症狀嚴重程度高  
如：CAT>20

血液嗜酸性白血球數  
≥300

### Group A

單方短效支氣管擴張劑  
或  
單方長效支氣管擴張劑  
(SABA or LABA or LAMA)

### Group B

單方長效支氣管擴張劑  
(LABA or LAMA)

(圖4-1)



## 於第二類院所追蹤治療

- 此後兩年病人定期回診，持續以LABA+LAMA+ICS治療
  - CAT = 12-15、mMRC = 2，BMI = 20.5
  - 肺功能略有下降：Post-bronchodilator FEV<sub>1</sub> = 38% pred
  - Blood eosinophils : 0.8% (80 cells/uL)
  - 自覺症狀穩定，有規則少量運動
  - 始終未能成功戒菸
  - 僅有一次輕微急性惡化，未曾至急診或住院
- 處理方式：
  - 病人急性惡化風險下降，考慮長期使用ICS之風險，故決定嘗試停止ICS，密切觀察是否有急性惡化或肺功能快速下降



## 於第二類院所追蹤治療

- 病人定期回診，持續以LABA+LAMA治療了三年
  - 最近一次回診，病人表示近期曾因心肌梗塞住院治療
  - CAT = 26、mMRC = 3、SpO<sub>2</sub> = 91%、BMI = 19.5
  - 肺功能持續下降：Post-bronchodilator FEV<sub>1</sub> = 36% pred
  - 自覺症狀：痰多很困擾，且較以往更喘，整體活動力下降
  - 偶有肺阻塞之急性惡化，但每年兩次以下，且未曾因此住院
- 處理方式：
  - 由於病人未能戒菸，肺功能持續惡化、無法戒煙、營養不足、且合併有較嚴重之心血管共病症，在一次急性惡化後建議轉至第一類院所接受肺部復原及肺阻塞之整合照護。



# 轉診至第一類院治療

- 評估及藥物治療
  - 安排完整之肺功能檢查，包含運動肺功能、6MWT、DLCO
  - 綜合評估結果為
    - CAT = 24、mMRC = 3
    - Post bronchodilator FEV<sub>1</sub> = 35% pred
    - 12個月內曾有兩次因急性惡化使用口服類固醇
    - Blood eosinophils : 1.8 % (150 cells/uL)
  - 進行詳細的衛教：吸入器使用技巧、對疾病及藥物的正確觀念
  - 確定正確使用LABA+LAMA治療後，病人之症狀持續惡化，故再次加上ICS，以LAMB+LAMA+ICS之triple therapy治療
  - 建議使用PDE-4抑制劑治療以減少惡化風險



# 轉診至第一類院治療

- 評估及非藥物治療
  - 病人有戒菸意願，故轉介至戒菸門診
  - 安排肺復原運動
  - 營養師介入，建議使用營養補充品
  - 共病評估
    - 病人可能有憂鬱症，轉介至精神科門診
    - 糖尿病及高血壓及冠狀動脈疾病，已定期於心臟科治療
  - 氧氣治療評估：休息時 $SpO_2 = 91-92\%$ ，暫不需長期氧氣治療，但建議家裡可準備血氧計及氧氣鋼瓶，以備急性發作時使用
  - 病人未能完全戒菸，在一年中仍偶有惡化住院情形，表示未來不希望插管靠呼吸器維生，簽立DNR



# 第一類院所及第二類院所合作 之肺阻塞照護模式

第二類院所

發現疑似個案，轉至第一類院所確診及評估

確診肺阻塞後，轉回第二類院所追蹤治療

嚴重急性發作，轉至第一類院所住院治療

出院後重新評估，轉回第二類院所追蹤治療

疾病之嚴重度和複雜度增加，轉至  
第一類院所做肺部復健及整合治療

第一類院所



# 肺阻塞的監測與追蹤 及實例探討

*Thank you! Any questions?*



# 肺阻塞給付改善方案問與答



**Q:病人 90 天內曾以主診斷 COPD 住院 1 次，出院後門診就醫當次是否可視為就醫達 2 次，符合收案條件？**

**A:**

一、最近90天曾在同院所診斷為COPD(主診斷ICD10: J41-J44)，且要有肺功能的紀錄，合衛生福利部國民健康署慢性阻塞性肺病臨床治療指引定義，至少就醫達2次(含)以上者，即可收案，惟當次收案亦須以主診斷收案。

二、上述「就醫2次」不限門診或住院。



## Q:肺復原建議一年執行幾次？

A:

P6015C

### COPD 病人肺部復原及呼吸訓練評估費

註1: 含肺復原治療評估、戒菸衛教，經專業人員親自實施始可申報。並須將評估項目、現有問題、短及長程治療目標及治療計畫記錄於病歷內。

註2: 第一類院所始得申報，限每半年申報一次，一年至多兩次。

註3: 肺部復原及呼吸訓練項目建議參考附表三執行。

600點/次



Q:新收案、追蹤須同一醫師嗎?

A:

新收案及追蹤不一定同位醫師，只要有符合參與方案的專任醫師即可。



**Q:收案前曾就醫與收案當次須同一醫師嗎?**

**A:**

最近 90 天曾於該院以COPD(主診斷 ICD10: J41-J44)  
就醫 2 次即可，不限同科別、同醫師。



**Q:參與院所之專任、兼任及報備支援醫師是否皆可收案照護慢性阻塞性肺病個案及申報疾病管理照護費?**

**A:**

本方案目前限專任醫師申請，符合本方案執行人員資格，依規定完成相關報備程序者，經轄區業務組審查同意後，即可收案照護 COPD 個案，申報疾病管理照護費。



# 健保署資訊網服務系統(VPN) 登錄問題



**Q:肺部復原管理評估時間常與就醫日不同，  
VPN 該如何登錄？**

**A:**

肺部復原管理評估乙項可於完成後再至 VPN 系統登錄，  
不影響收案登錄，惟肺部復原及呼吸訓練評估日期不  
可逾就醫日期 3 個月。



Q:VPN內的『實驗室檢驗及檢查項目』為非必要填寫之項目，若無填是否會影響品質指標？

A:

非必填之項目皆未列入品質指標，故無影響。



**Q:VPN登錄是否需調整藥物及劑量，是每次  
跟上次比較嗎？**

**A:**

個案治療藥物及劑量調整為專業範疇，當次就診(追蹤)  
如有調整用藥或劑量，即應於 VPN 登錄。



# Q:基層診所可否申報支氣管擴張劑試驗 (17006B) ?

A:

17006B支氣管擴張劑試驗，自106年5月1日已修訂為17006C開放基層院所申報。

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17021)						第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17021)						開放呼吸機能檢查診療項目編號 17004B及17006B至基層院所適用，修訂診療項目編號，及增列基層院所申報規定。		
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	醫學中心	支付點數			
17004C	標準肺量測定 (包括FRC測定) Lung volume with functional residual capacity 註： 1.包含流速-容積測定 (flow-volume test)、肺通氣試驗(ventilation test)、肺餘量試驗 (residual volume test)。 2. 內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 3.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。	Y	V	V	V	485	17004B	標準肺量測定 (包括FRC測定) Lung volume with functional residual capacity 註： 1.包含流速-容積測定 (flow-volume test)、肺通氣試驗(ventilation test)、肺餘量試驗 (residual volume test)。 2. 內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。		V	V	V	485	
17006C	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test 註： 1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 2.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。	Y	V	V	V	485	17006B	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test 註：內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。		V	V	V	485	



# 給付項目問題



**Q:肺復原及呼吸訓練評估費(P6015C)一年可評估兩次，是否需階段回診才能計價，還是只要半年時間到有回門診即可申報？**

**A:**

病患於每半年回診並有去做肺復原才可申報。



**Q:關於負壓呼吸輔助器使用(57002B)，是否每一項檢查都要作才能申報？**

**A:**

所有肺復原處置皆視病患需求開立檢查使得申報，而方案中的呼吸訓練評估費(P6015C)則是本方案另外給付之點數。



# Q:針對此方案附表三，各醫院肺部復原的計價方式？如何收費？

A:

肺復原處置A		支付點數
醫令代碼	項目	
57010B	呼吸運動 (次)	247
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療 (每次)	40
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 (每次)	30
47045C	體位引流	140
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)	30
57012B	復原運動 (次)	140
肺復原處置B		
醫令代碼	項目	
57010B	呼吸運動 (次)	247
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療 (每次)	40
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 (每次)	30
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔	247
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)	30
57012B	復原運動 (次)	140



Q:醫師開立執行肺復原，但病患拒絕，這部分如何紀錄？以及是否還能申報？

A:

病患若拒絕執行肺復原請於肺復原評估選項勾無即可，無執行就無法申報。

\* 5. 疾病管理照護  
(肺部復原管理諮詢)

無  有  (YYY/MM/DD)



# 上轉/下轉問題



**Q:對於他院轉介過來之病人，是否需於本院 90天內就醫二次？**

**A:**

個案如透過轉介至指定醫院就醫則不受90 天內於同院所就醫二次之限制。



**Q:病患第一次轉到醫院會經由掛號再安排作肺復原，作完下轉回診所，下次病患若是只要作肺復原，是直接跟肺復原中心預約時間就好嗎？**

**A:**

以各院所之轉診流程為主。



**Q:請問第一、二類院所收案之病人，經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，轉出院所是否需結案?轉入院所是否視為新收案?**

**A:**

當病人經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，轉出院所需至 VPN 登錄結案,同一病人轉入院所則於 VPN 登錄新收個案，該病人因上轉或下轉，而重新收案者，得免依新收案規定 90 天要有看診紀錄。



# 各院所肺阻塞轉診聯絡窗口



# Q:如何獲得第一、二類參與院所轉診窗口資訊?

A:

轉診窗口資訊公告於健保署網站，索引如下：首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 醫療給付改善方案專區 > 慢性阻塞性肺病方案 > 108 年度參與COPD方案各院所轉診窗口聯絡資料。

網址:

<https://www.nhi.gov.tw/Query/query11.aspx?n=50B287EDF758E8C5&sms=36A0BB334ECB4011&topn=D39E2B72B0BDFA15>



一般民眾

醫事機構

投保單位

藥材專區

網路櫃檯

## 查詢各醫療給付改善方案院所名單

資料更新日期：1061114 瀏覽人次共23751人

### > 查詢條件

1.方案種類：

慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

2.區域別：

縣市

彰化縣

行政區

彰化縣彰化市

### > 查詢顯示方式

每次顯示  筆

開始查詢

重新選擇



# COPD給付改善方案健保署各區業務組 聯絡窗口

- 台北區:02-27065866\*2604 陳小姐
- 北區:03-4339111\*3311 醫管科
- 中區:04-22583988\*6807 黃小姐
- 南區:06-2245678\*4513 賴小姐
- 高屏區:07-2315151\*2412 蔡小姐
- 東區:03-8332111\*2030 張小姐



# 健保署問答集查詢資訊

首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 醫療給付改善方案專區 > 慢性阻塞性肺病方案 > 全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案問答集。

網址:

[https://www.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=EBDEAEDEC639490C&topn=D39E2B72B0BDFA15](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=EBDEAEDEC639490C&topn=D39E2B72B0BDFA15)



## 下載及應用

- 早期療育門診醫療給付改善方案
  - [早期療育門診醫療給付改善方案計畫\(104.09.08新增\)](#)  
  - [早期療育門診醫療給付改善方案問答集\(104.09.08新增\)](#)  
  - [105年度「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」醫療院所及獎勵金額\(106.07.26新增\)](#) 
- 慢性阻塞性肺病方案
  - [全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案\(106.02.09新增\)](#)  
  - [全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案同意書\(參考版\)\(106.08.03新增\)](#)  
  - [106年度參與COPD方案各院所轉診窗口聯絡資料\(106.10.16更新\)](#) 
  - [全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案問答集](#)  
  - [各學會辦理相關慢性阻塞性肺病照護教育訓練課程\(106.08.18更新\)](#)
- 3. 糖尿病品質獎勵措施
  - 105年：
    - [得獎名單 品質卓越獎](#)  
    - [105年參與糖尿病服務獲得品質卓越獎之獎勵名單及獎勵金額\(106.07.26\)](#) 



# 自在呼吸健康網問答集資訊

自在呼吸健康網  
氣喘、肺阻塞醫護人員專區

## 「肺阻塞」醫療給付改善方案 醫療人員專區

報名訊息 照護指引 給付方案

方案全文版  
方案同意書  
肺功能機  
轉診窗口  
問答集

回首頁

### 最新消息

- 進階課程講義已經上線 [報名訊息](#) > [雲端講義](#)。
- 台北區以及中區，可參加認證課程的醫療人員可能大多已參加過課程，目前新開課程的報名人數大多未達開課人數低標。因此，台北區以及中區至今年（106年）底前暫不再開辦新課程。
- 原訂於 10月22日 台中榮民總醫院場次【肺阻塞給付改善方案認證教育課程】，因人數不足取消該場次課程。



# 肺阻塞給付改善方案問答集(共33項)

## 全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案問答集

106.6.30 初版訂定

106.8.20 修訂

Q	A
一、參與本方案之院所、執行人員資格？	向本保險分區業務組申請加入 一、參與醫療院所 (一) 第一類院所:需具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專任醫師,且需配置專任呼吸治療師及個案管理師各一名。 (二) 第二類院所:需具有一位以上(含)家庭醫學科或胸腔暨重症專科或內科或小兒科或耳鼻喉科專任醫師。 二、執行人員 (一) 新加入本方案之醫師、個案管理師及呼吸治療師,應至少取得6小時課程時數,並取得證明(胸腔暨重症專科醫師除外)。 (二) 已加入本方案之照護人員,每3年須取得至少6小時課程時數(胸腔暨重症專科醫師除外)。
二、參與醫師可否以胸腔外科暨重症專科指導醫師證書,替代胸腔暨重症專科醫師證書,不需接受教育訓練？	依方案規定除胸腔暨重症專科醫師外,參與本方案之醫師均需接受教育訓練。
三、申請參與本方案需檢附那些資料？	一、參與院所需檢附本方案申請表、專業團隊名冊、相關專科醫師證書影本。 二、非胸腔暨重症專科醫師、第一類院所個案管理師、呼吸治療師,需檢送至少6小時之慢性阻塞性肺病照護訓練證明影本。
四、第一類院所參與醫師是否僅限胸腔暨重症專科醫師？	第一類院所需三位胸腔暨重症專科醫師,係屬參與院所資格規範,參與院所中除胸腔暨重症專科醫師外,家庭醫學科或內科或小兒科或耳鼻喉科等專任醫師亦可參加,惟需先取得教育訓練時數6小時。
五、院所申請參與本方案是否有時間限制,是否需於每年提出申請？	一、申請參與本方案無時間限制,惟申請加入方案需經轄區業務組審查同意後始得參與。 二、明年如要繼續參加,無需重新申請,不再參加者請來函向轄區業務組報備。
六、參與院所之專任、兼任及報備支援醫師是否皆可收案照護慢性阻塞性肺病個案及申報疾病管理照護費？	本方案目前限專任醫師申請,符合本方案執行人員資格,依規定完成相關報備程序者,經轄區業務組審查同意後,即可收案照護 COPD 個案,申報疾病管理照護費。

Q	A
七、本方案是否有退場機制？	參與本方案之院所,其「年度病人追蹤率」小於12%者,若經保險人輔導後,6個月內仍未改善,自保險人文到日之次月起取消參與方案資格,且半年後始得再申請參與方案(個案數小於10人者除外)。 ※「年度病人追蹤率」操作型定義如下: 1. 分母:當年度申報新收案(P6011C)或舊個案追蹤(P6012C)之人數,排除結案及第4季收案個案。 2. 分子:分母條件之病人當中,申報上述2項醫令後,當年度內有申報另一次追蹤管理(P6012C)之人數。
八、院所如何得知慢性阻塞性肺病訓練課程辦理日期？	慢性阻塞性肺病照護教育訓練課程已建置於本署全球資訊網公告週知,網址如下: 首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 醫療給付改善方案專區 > 慢性阻塞性肺病方案 > 學會辦理相關慢性阻塞性肺病教育訓練課程。
九、什麼樣的對象可以收案？	一、最近90天曾在同院所診斷為 COPD(主診斷 ICD10: J41-J44),且要有肺功能的紀錄,符合衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)慢性阻塞性肺病臨床治療指引定義,至少就醫達2次(含)以上者,才可收案,當次收案亦須以主診斷收案。 二、收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項,經病人同意配合後,方得收案並將病人或親屬簽章黏貼於病歷表上或電子病歷內,始得支付疾病管理照護費,同意書格式不限,院所可自行設計。 三、符合方案收案條件之個案,若已被本方案其他院所或氣喘醫療給付改善方案收案照護者,不得重複收案,俟其結案後,方可收案,舊院所結案及新院所收案可為同一日。
十、病人90天內曾以主診斷 COPD 住院1次,出院後門診就醫當次是否可視為就醫達2次,符合收案條件？	一、最近90天曾在同院所診斷為 COPD(主診斷 ICD10: J41-J44),且要有肺功能的紀錄,符合衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)慢性阻塞性肺病臨床治療指引定義,至少就醫達2次(含)以上者,即可收案,惟當次收案亦須以主診斷收案。 二、上述「就醫2次」不限門診或住院。
十一、慢性阻塞性肺病結案後同一院所可否重新收案？	一、本方案結案條件: (一)病人因其他重大疾病或死亡因素無法繼續接受本方案管理照護。



# 肺阻塞的監測與追蹤 及實例探討

*Thank you! Any questions?*