

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2006年9月119期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄

◎本會訊來稿文責由作者自負，不代表本會訊立場◎



地 址：台北市民權西路70號5樓
電 話：(02) 2568-4819
傳 真：(02) 2100-1476
網 址：<http://www.taog.org.tw/>
E-mail: obsyntw@seed.net.tw
發行人：楊友仕
編 輯：會訊編輯委員會
召集委員：劉嘉耀
副召集委員：王漢州 潘俊亨

委 員：王三郎 林隆堯 高添富 李耀泰
謝鵬輝 簡基城 游淑寶 陳建銘
陳信孚 沈潔怡
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
秘書長：謝卿宏
助理編輯：張恪菁
學會法律顧問：張迺良 律師 (0) 02-23513771
曾孝賢 律師 (0) 02-23698391

理事長的話

楊友仕

最近又發生了一件由於胎兒異常無法經由超音波在產前作出診斷，遭到媒體不實的報導及渲染之下，導致會員之間彼此的不快和傷害。事實上類似的個案在過去也曾發生過，在去年年會的會員代表大會上也被提出來討論過，會中作成決議，要理事會訂出超音波檢查之說明書並行文國民健康局將之列入新版的孕婦健康手冊裡（請參見會訊2005年5月103期，第29頁）。而學會也努力達成此一決議，在2006年3月最新版的孕婦健康手冊第23、24頁，國民健康局已將學會建議的超音波篩檢說明納入。在此再次誠懇的呼籲會員們，在孕婦接受超音波檢查時務必請她們詳讀這兩頁的說明書，並請她們在病歷上簽名同意上述之說明，或另設計一同意書讓她們簽名亦可，如此應可減少日後不必要之糾紛。

另外，我們全體會員也應該負起教育孕婦之責任，要讓她們了解：產前超音波檢查之目的，是希望能儘早發現可治療的胎兒異常，給予適當的產前諮詢，絕對不是要利用超音波來發現問題而終止胎兒的生命。

最後還是要提醒會員們，如果對於同業間的個案病情不十分了解的，在接受媒體採訪時應謹言慎行。對於自己講的話也應勇於負責，若媒體所刊登的是不實的情況下應要求他們更正，以免造成同業間之傷害及全體會員之負面形象。

秘書長的話

謝卿宏

親愛的會員前輩，大家好！

大家執業都很辛苦，又遇到全民健保亂無章法、朝令夕改，加上總額支付制度的秋後算帳，卻有常不知該如何是好的困境。這對於基層執業的同仁，更會感到孤獨無援，但服務醫師也不怎麼好，一個月收不到 10 萬元的比比皆是，因此，大家都會期待學會能夠立即幫忙解決，故也產生了很多超過預期的失望。其實，這要歸咎健保制度設計時，以醫師公會為對口單位的繆誤，一切健保事宜都是醫師公會在主導，尤其是與給付有關的ABC，非處醫師公會實不知其罩門。這點也正是學會秘書處的困擾，我們是想介入健保給付與審查的作業，唯中央健保局以必須依法令規定辦理，故也讓我們一籌莫展。

學會這幾年來在健保努力的方向是很清楚的，也有所斬獲，但這些全都是針對已經大家運作而水到渠成的政策性調整或與趨勢、學理有關給付的爭取。而對於一般已在運作的行政事務，則難有置喙之餘地。所以，健保給付之爭議，透過醫師公會是最佳的途徑。當然，學會該介入時，我們一定會據理力爭！我們也希望熟悉醫師公會與健保政策的會員前輩，能夠適時提供資訊到學會來，大家一起研判何時是最佳的切入點，仗該怎麼打，而不是心血來潮或不爽時，就打電話到學會來，無厘頭地逕自要求學會要介入！

其實，對於健保九十三、四年追扣事件，學會李前理事長茂盛教授已和衛生署長見過面，而林正泰理事與南部的弟兄也在侯彩鳳立委的安排下跟劉見祥總經理進行過協商，但都無功而返！即使如此，我們的努力絕不會中止，理事長、監事長、還有秘書處，在近期都仍在做迂迴的努力，期能建功！8月31日上午，我們到中央健保局與劉總經理協商，劉總也能體會婦產科的窘境，而答應想想辦法！

「春秋烏來」是個渡假的好地方，大家洗溫泉其實是不用到日本去，台灣有的是世界一流的溫泉旅館。近期托李俊毅委員的福，和春秋烏來的吳中和董事長認識，故有簽約之事，希望能夠增加大家多一個休假或 relax 的選擇！

最後，敬祝大家身體健康、事業順利！

目錄精華

01 理事長的話 | 文/楊友仕

02 秘書長的話 | 文/謝卿宏

05 95年10月登山活動報名表 | 圖文/康樂福利委員會

東北角海岸--鼻頭角、龍洞灣岬步道

龍洞灣岬步道串聯鼻頭角及龍洞岬，有如行走一個超越時間與空間的神奇步道上，奇妙而超讚。

06 秘書處公告 | 文/秘書處

06 臺灣憂鬱症防治協會函

歡迎與憂鬱症與自殺防治相關之實務分享或研究報告之壁報投稿。

06 行政院衛生署國民健康局函

子宮頸抹片採檢之通知。

07 台灣婦產科醫學會第十七屆第三次公關委員會會議紀錄

08 台灣婦產科醫學會第十七屆第九次理事會會議紀錄

13 台北市女性權益促進會【新書&活動訊息】

〈未婚懷孕怎麼辦?〉一書認購活動

14 青年少生育保健親善門診 (Teen's 幸福9號) | 文/台灣婦幼衛生協會

16 收養與「買賣」嬰兒 | 文/張迺良律師

20 通訊繼續教育

20 Postmenopausal Osteoporosis: Prevention and Treatment

停經後骨質疏鬆症：預防與治療 | 文/陳芳萍

25 Misoprostol 新的進展 | 文/李耀泰、郭宗正、陳福民

33 醫學倫理專欄 | 文/秘書處

33 台灣婦產科醫學會第十七屆第九次倫理紀律委員會會議紀錄

34 北城醫院事件—蕭勝文醫師聲明稿

35 北城醫院事件—尹長生醫師聲明稿

37 會員園地

37 閒話基因體科學(10)唐氏症之謎 | 文/謝豐舟

40 閒話基因體科學(2)人類第6號染體 | 文/謝豐舟

43 答覆會員來函—關於抹片報告第(2)頁 | 文/陳子健

46 做對的事：診斷正確最重要 | 文/李耀泰

51 編後語 | 文/游淑寶

52 活動消息 | 文/秘書處

廣告刊登

郵購領帶絲巾	36	48 MINESSE 口服避孕藥
臺北醫學大學附設醫院	45	50 行政院衛生署立豐原醫院
羅東聖母醫院	47	51 新莊市婦產科

東北角海岸---鼻頭角、龍洞灣岬步道

康樂福利委員會

龍洞灣公園是東北角海岸面積最大灣澳，由於這裡長期的受海蝕風化作用影響，形成很多海蝕平台、生痕化石、小階地、海蝕崖、海蝕溝等地形，形成天然的地質景觀教室，遊客可以沿著公園步道欣賞灣澳風光。龍洞灣蘊藏豐富的珊瑚礁生態，加上階梯式的海蝕平台是理想的潛水地點，園內也建有的海水游泳池與兒童戲水池，玩累了，公園停車場上方的海景咖啡屋是遊客休憩賞景的好地方，透過大片玻璃窗觀賞海灣美景，日落時分更顯浪漫風情。

鼻頭角有名的望月坡草坪是一種「小階地」地形，碧綠如茵的草坡如階梯般沿緩坡鋪落而下，形成大片柔和動人的綠色地毯，在湛藍海天之前散發出迷人的自然草香，讓人忍不住停下腳步、席地而坐，坐望海天美景、日月星辰。而步道的終點就是鼻頭角燈塔，白色塔身高約 12.3 公尺，塔身內部至今雖尚未對外開放，遊客卻可站在岬角的末端面對廣闊無垠的碧藍海天，欣賞太平洋美景。

日期：95 年 10 月 29 日（星期日）

去程集合時間：上午 8:00

去程集合地點：學會大門口

回程集合地點：龍洞南口海洋公園北側

回程班次時間：12:00 分

交通：1. 首都客運接送(以 1 台車 34 人為限，額滿為止)

費用：每人付費 200 元，其餘學會補助。(請事先劃撥以確定人數)

◎登山路徑：龍洞南口海洋公園北側－停車場－ 97 階步道－西靈巖寺－和美國小北側步道－濱海公路（2 號省道－龍洞灣公園－鼻頭角步道－鼻頭角燈塔－原路返回

◎登山路程：約 1 個小時

◎登山難易度：易

◎攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

◎午餐：學會招待

◎地點：海洋公園內用餐（02-24903711）

時間：11:00

◎隊長：理事長 楊友仕 副隊長：秘書長謝卿宏

本行程領隊：康樂福利委員會召集人 王三郎

★簡 介★

龍洞灣步道從龍洞灣公園接到鼻頭角步道的濱海線，途經龍洞灣與龍洞岬，因此命名為「龍洞灣岬步道」，全長約 3 公里。從南口海洋公園至和美國小折返全程約 1.5 小時，至龍洞灣公園折返則全程約 3 小時。龍洞灣岬步道不僅串聯東北角的兩個大岬角，也串聯起鼻頭角 600 萬年前及龍洞岬 3500 萬年前時空的地質年代，有如行走在一個超越時間與空間的神奇步道上，奇妙而超讚。

◎報名方式：

欲參加者請於 95 年 10 月 20 日 前報名，報名時請填寫下報名表傳真至學會。

* 無事先報名者恕不供應午餐

學會電話：02-25684819 傳真：02-21001476

會員姓名		會員編號	
眷屬姓名			
手機			
電話		傳真	
公車		自行開車	
地址			

■ 秘書處公告

臺灣憂鬱症防治協會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 95 年 08 月 07 日

發文字號：台鬱防 [琪] 第 950024 號文

速 別：普通

附 件：壁報投稿報名表、壁報投稿簡則、中文投稿範例 英文投稿範例

主 旨：本協會訂於 95 年 12 月 2 日（星期六）在台大醫院國際會議中心舉行「第三屆第二次會員大會暨學術研討會」本年度特別規劃壁報展示，歡迎與憂鬱症與自殺防治相關之實務經驗分享或研究報告等題目。敬請張貼及公告此訊息，週知貴會員。附上相關參考資料，請查照。

說 明：一、投稿題目截止日期為 95 年 10 月 2 日；摘要截止日期為 95 年 11 月 3 日。其他投稿相關事宜請參考附件。

二、聯絡人：彭莉芳，聯絡電話：02-27268983。

正 本：略。

副 本：略。

行政院衛生署國民健康局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 95 年 08 月 09 日

發文字號：國健癌字第 0950301063 號文

速 別：普通件

附 件：

主 旨：請轉知 貴會會員於進行子宮頸抹片採檢後，應將檢查結果通知受檢婦女；如檢查結果無法判讀，應通知其複檢；如發現須追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適

當醫療機構治療，請 查照。

說明：一、依據本署 95 年 2 月公告之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第十一條辦理。
二、如果醫事服務機構未能配合注意事項辦理，經通知限期改善，逾期仍未改善時，本局將不予核付。

正本：略。

副本：略。

台灣婦產科醫學會第十七屆第三次公關委員會會議紀錄

時間：95 年 08 月 27 日（星期日）下午 1 點至 1 點 40 分

地點：學會會館

主席：謝卿宏召集人

出席人員：召集人謝卿宏

副召集人 賴文福

委員 陳夢熊 張維君 王漢州 鄭博仁 王三郎 黃閔照

列席者：楊友仕 理事長 郭宗正 監事長 施景中 醫師

請假人員：王炯琅 黃昭彰 吳昆哲 劉嘉耀 張少萌 陳信孚 沈潔怡

記錄：林家翎

壹、報告事項

貳、討論事項

一、案由：討論有關「第 2 次醫藥記者聯誼會」相關事宜。

說明：1. 會議模式擬與第 1 次醫藥記者聯誼會相同，以主題式餐敘進行，預訂於 95 年 9 月 17 日中午 12:00，假國賓飯店 2 樓聯誼廳舉行。

2. 中華民國醫藥記者聯誼會的部份，已初步擬訂題目為「如何接受採訪的秘訣」，將由 TVBS 記者為大家作經驗分享。

辦法：討論本次醫藥記者聯誼會之主題？及相關內容安排？

提案人：謝卿宏召集人

- 決議：1.本次主題為「產前超音波檢查發展與限制」，由台大醫院施景中醫師主講約 10 分鐘；另請施景中醫師初擬新聞稿。
- 2.本次醫藥記者聯誼會除了本會理監事及各委員會召集人等外，將擴大邀請北部地區會員代表參加。
- 3.因本次主題與超音波檢查有關，因此特別邀請馬偕醫院徐金源醫師，及林口長庚醫院蕭勝文醫師等出席。

二、案由：公關委員會對媒體報導，有關醫療糾紛醫界負面消息者，有主動釋疑之責任。

說明：最近有關

- 1.產前檢查之超音波項目無特殊發現卻生出畸型兒。
- 2.延遲接生，生下腦性麻痺兒。
- 3.販嬰案。

均會影響婦產科醫師形象，公關委員會必須主動釋疑導正。

辦法：討論之

提案人：賴文福副秘書長

決議：有些當事者希望低調行事，因此，先與當事者協商是否須學會幫忙，學會以協助的立場幫忙。且不針對特別案件訂定規範，以通則為處理原則。

參、臨時動議

肆、散會(下午1點50分)

台灣婦產科醫學會 第十七屆第九次理事會會議紀錄

時間：民國九十五年八月二十七日（星期日）PM2:00-PM17:00

地點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主持人：楊理事長 友仕

出席者：理事長 楊友仕

常務理事 江千代 王三郎 劉嘉耀 葉光芃 何弘能 陳鴻生 何博基

理事 顏明賢 柯誠立 劉道明 陳夢熊 曾志仁 陳建銘 丁鴻志 蔡明松 何延慶
翁順隆 王炯琅 袁九重 李建興 陳光煒 許峰雄 廖基元 陳惟華

列席者：監事長 郭宗正

秘書長 謝卿宏

副祕書長 姚博琳 陳信孚 黃閔照 沈潔怡 孫三源 張維君 賴文福 施養澤
仇思源

委員會召集人：國際事務委員會蘇召集人聰賢

請假人員：林隆堯 黃建榮 林正泰 曾啟瑞 郭保麟 陳芳英 蔡英美 簡婉儀 袁九重 李建興
張兆榮 洪耀欽

記錄人員：程美惠

壹、確認前次會議記錄（請見附件一，p1—p6）。

貳、報告事項

一、楊友仕理事長

8月5-6日會員溪頭之旅已圓滿結束，感謝王三郎醫師的策劃，此次參加人數近160人，人數逐年增加，表示會員對這項活動的重視。

專科考試定於9月24日筆試，10月8日口試，報名的人數只有36人，再加上去年要重考的，共54位參加應考。

婦產科HPV疫苗接種在下半年度將要推出，學會也已成立HPV小組因應。

目前健保93.94年追扣款應不容易爭取回來，希望從96年開始保障1點1元，這一部份在基層已有共識，對於醫院部份，學會預定在8月31日將與健保局劉見祥總經理見面討論，學會也會努力的把這部份做好。

二、郭宗正監事長(見委員會書面報告4(附件二))

三、謝卿宏秘書長

會員受到媒體報導的困擾都會向學會來申訴，學會也會幫會員處理，所做的一些努力及訊息都會刊登在會訊中，希望大家多多宣導，多看會訊。

超音波醫療糾紛越來越多，學會盡了很大的努力，在超音波診斷這方面也與國健局達成在產檢手冊上刊印超音波的限制。所以在做超音波檢查時應指產檢手冊上有關超音波的聲明給產婦看，所以為了保障自己的權益及不被扭曲，在做超音波檢查時，應更仔細謹慎。

四、委員會書面報告：

1. 國際事務委員會 蘇聰賢 召集人

(1)11月5日-9日 FIGO 會議在馬來西亞舉行，學會將有八位代表參加。

(2)來 2011 年 AFOG 年會，希望能爭取在台北舉行。

2.醫院評鑑委員會—江千代 召集人

原定醫院評鑑於 95 年 9 月 30 日前提報認定結果至衛生署，因學會修訂之「95 年度婦產科專科醫師訓練醫院認定標準」，衛生署至 95 年 7 月前仍遲遲不肯通過，以致今年度醫院評鑑作業不及，目前由衛生署收回自行辦理。日前，學會的積極爭取下，已經促使衛生署通過學會修訂的「95 年度婦產科專科醫師訓練醫院認定標準」，目前尚待衛生署正式發文。

3.繼續教育委員會—林隆堯 召集人

本年度最後一次繼續教育擬定於 10 月份在台北及高雄兩地舉行，為因應即將上市的 HPV 疫苗，因此特別請曾志仁理事安排有關「人類乳突病毒」訓練課程研討會，會中也會邀請小兒科醫師談有關疫苗的保存及接種的注意事項，歡迎有興趣的同僚踴躍參加。

4.健保醫政委員會—郭宗正 召集人（請見附件二，p7—p11）。

有關健保局追討 93 年與 94 年周產期前瞻性支付制度溢付款，本會已行文健保局提出不合理之處(如附件一)，並請各區的基層支委會也同時發函提出抗議，在此特別感謝台北區支委會、南區支委會及高屏區支委會等，對此案的支持。本案雖未獲得健保局善意的回應(如附件二)，但至少保障生產點值已獲得多數人的支持，因此學會正積極爭取 96 年度，保障生產點值一點一元之總額預算分配。

目前 96 年總額分配預算正在編列中，非常感謝徐超群醫師經常提供重要訊息給學會，使學會能適時切入與健保局研商，9 月 15 日費協會即將開會確認 96 年的總額，在這之前須先將生產點值一點一元編入預算中，學會已發文至健保局尋求支持(如附件三)，本人與理事長、秘書長也將在 8 月底，面見健保局劉見祥總經理，希望能商討較適合的方法解決生產點值的問題。

5.專科醫師甄審委員會—黃思誠 召集人

95 年度婦產科專科醫師甄審，預定於 9 月 24 日於台大醫院舉行筆試，及 10 月 8 日舉行口試。筆試考題依慣例都是在考試當天入圍出題，因此進年來已不再有洩題的情形。今年共有 54 人報名，筆試 44 名，包含初次甄審的 36 名，及去年筆試未通過的 8 名，另外，去年筆試通過口試未通過的有 10 名，總計 54 名。今年度的報考人數較以往減少許多，因此看知婦產科專科醫師增加的人數也在逐年減少中。

6.康樂福利委員會—王三郎 召集人

(1)2 天 1 夜的會員旅遊-溪頭之旅已圓滿結束，此次參加人數非常踴躍達 160 人，希望明年各位能繼續共襄勝舉。

(2)9 月 10 日的天上山健行活動，希望各位能利用假日之餘多多至戶外走走。

7.公共關係委員會—謝卿宏 召集人

本委員會預訂於 9 月 17 日，假國賓飯店 2 樓聯誼廳舉行第 2 次醫藥記者聯誼會，會議模式與第 1 次醫藥記者聯誼會相同，以主題式餐敘進行。中華民國醫藥記者聯誼會已初步擬訂題目為「如何接受採訪的秘訣」，將由 TVBS 記者為大家作經驗分享，希望有興趣的理事們能踴躍參加。

參、討論事項：

案由一：審查 95 年度 5-7 份月報表。

說明：請見附件三(p12~p15)

提案人：財政委員會何召集人 博基。

決議：通過。並提交監事會

案由二：1. 建議制定疫苗教育訓練。

2. 建議制定不良反應申報制度。

3. 由學會頒發疫苗認證。

說明：請見附件四(p16)

一、婦產科 HPV 在疫苗接種屬於新領域，婦產科學會會員在疫苗接種注意事項，冰箱疫苗保存、疫苗接種資格、醫療糾紛等等，都較為生疏，為提供學會會員足夠能力勝任疫苗接種新工作，建議制定疫苗教育計劃，內容包括：醫學學理、臨床指引、硬體維護等各項，並發行會員資格證書以減低糾紛，強化學會會員疫苗接種資格合法性。

二、執行方法：

1. 辦理學會會員訓練課程（北、南各一場）。

2. 成立不良反應申報窗口。

3. 建立不良反應申報單（如附件所示）。

4. 頒發疫苗證書。

提案人：曾志仁醫師 顏明賢醫師 洪耀欽醫師

決議：通過。

1. 訓練課程可增加中部場次

2. 在學會設立不良反應申報窗口

3. 發函予小兒科及家醫科研擬 HPV 疫苗作業統一事項，並於下次理會事提出。

案由三：討論婦產科專科醫師執業範圍

說明：請見附件五(p17)

提案人：秘書處

決 議：一切依照醫師法規定，婦產科專科醫師診治疾病不需另定職業範圍。

案由四：討論明年台日學術交流是否增加與韓國的交流。

提案人：秘書處

決 議：擴大年會台日並增加台韓學術交流。

案由五：教育會員有關收養子女之法定程序。

說 明：販嬰案之發生，乃因社會之需求及不諳法令下產生。

辦 法：建請學會法律顧問，撰文刊在會訊，教導收養之法定程序及違法之行責。

提案人：副賴秘書長 文福

決 議：通過。請法律顧問，撰文刊在會訊。

案由六：是否可在專科醫師甄審時，納入醫療相關法律常規、倫理等考題。

說 明：婦產科醫師常因不熟悉法律而在醫療過程中觸犯法規，建議可考慮在專科醫師甄審時，便納入醫療相關法規、倫理等題目，以加強婦產科醫師的基本概念，並且製做題庫以供學習。

提案人：醫療法制暨醫療糾紛委員會王召集人 炯琅

決 議：同意在將來專科甄審時加入醫療相關法規、倫理等題目。

肆、臨時動議

伍、散會 PM 5:00



台北市女性權益促進會【新書&活動訊息】

《未婚懷孕怎麼辦？》

一、緣起

台北市女性權益促進會曾提供未婚媽媽個案管理服務以及進入校園推廣性教育，由以往的服務經驗中深深瞭解到未婚懷孕者的多重困境，我們也發現許多教育工作者無論是在處理此類事件上或是在教學上，均需要一份適合的教材。

有鑑於此，台北市女性權益促進會於 2005 年成立編輯小組進行青少年未婚懷孕教學教材《未婚懷孕怎麼辦？》的編寫工作，並邀集教育工作者、學生團體及相關的助人專業工作者召開座談會，就實務工作現況及使用者之觀點，對本書的內容提出建議；在醫療及法律的部分，由台灣婦產科醫學會祕書長謝卿宏醫師及吳宜臻律師、沈建宏律師、李兆環律師協助審訂。本書歷經反覆討論，於 2006 年的夏天宣告誕生！

二、內容介紹

《未婚懷孕怎麼辦？》一書共分為五篇，按照觀念澄清、使用者急需之資訊、分章詳細說明、預防懷孕之發生以及資源連結的順序作編排，以符合使用者各個階段的需求。第一篇為「觀念篇」，首先將「未婚懷孕」正名為「非預期懷孕」，強調不該因為懷孕發生於非婚姻關係中便遭受污名化，應回到女孩懷孕的事實來檢討沒有避孕或避孕失敗的原因；其次為「急救篇」，當事件發生時，提供包括人工中止懷孕、出養、單親、結婚等資訊，協助當事人在第一時間不至於慌了手腳；「詳細說明篇」則從法律、心理準備、手術、藥物及福利等各個層面，說明各項選擇會遇到的狀況，給予當事人足夠的資訊，做出適合自己的決定；第四篇「預防篇」談的是如何避免下一次的非預期懷孕，此外，還有避孕迷思大破解及青少年生育保健親善門診的詳細資訊；最後一篇為「資源篇」，羅列了兩性關係及未婚懷孕的諮詢專線、人工中止懷孕的藥物及手術、待產安置及個案管理機構、收出養及寄養機構、單親母子公寓以及單親媽媽經濟扶助等各項資訊，更收集了相關的書籍及影片，可作為教學之參考及輔助。

三、認購活動

為了讓《未婚懷孕怎麼辦？》一書所欲傳達的訊息能夠真正進入校園，台北市女性權益促進會發起此書的認購活動，邀請社會各界贊助支持。首先鎖定全國一千多所國、高中，我們計畫送給每一所學校的輔導室及各年級一本手冊，希望不只輔導老師可以看到這本書，而是每個年級都能有一

本書，且得以在各年級的班級、師生間流傳閱讀形成討論，因此共計將需要 4,203 本書，1,401,000 元書款。

我們期待社會各界能以實際行動關心台灣的青少年，踴躍捐款認購書籍，一同幫助我們發揮此書的影響力，讓台灣的青少年在成長的路上，多一些協助關懷，少一點遺憾悔恨。

四、購書優惠（不包含認購活動）

本書定價 250 元，一次購書 20 本以上 85 折優待，50 本以上 8 折優待，大量訂購另有優惠。

（一次購書 3 本以下，酌收郵資 50 元）

台北市女性權益促進會台北市新生南路一段 102 號 2 樓

台新國際商業銀行戶名：台北市女性權益促進會帳號：20041000004870

郵政劃撥帳號：18454889 戶名：台北市女性權益促進會

電 話：(02)3322-1350 傳真：(02)2322-4632 電子信箱：tapwer.taiwan@msa.hinet.net

青少年生育保健親善門診 (Teens' 幸福 9 號)

文／台灣婦幼衛生協會

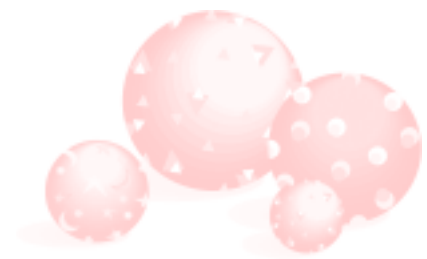
青少年健康為全球性之公共議題之一，世界衛生組織 (WHO) 首次於 2003 年以「青少年的性健康、生殖健康和權利」為世界人口日之主題。我國近年來社會開放，依行政院衛生署國民健康局 1995 年及 2000 年調查研究發現，台灣地區高中、高職及五專在校學生發生性行為有增加現象，男性由 10.4% 增至 13.9%，女性由 6.7% 增至 10.4%，依 2000 年之調查，有超過 50% 的青少年(女)於初次發生性行為時未使用避孕方法或避免性病傳染的保護措施，其原因有 47% 的男性與 67% 的女性表示係因為「臨時發生，故沒有預備」。又依內政部統計資料顯示，2004 年台灣地區 15-19 歲青少年生育率高達 9.7%，較日本、韓國、新加坡均高，該年 19 歲以下青少年生育數有 7,626 人，佔全年生育數 3.52%。若依江千代醫師調查推估，有一位青少年生育之同時，估計另有 4 人次的青少年做人工流產，依此估計，全年有 3 萬人次之青少年施行人工流產手術。

青少年(年)於青春期與異性發生性行為、有懷孕及生育情事者，需要有妥善處理，否則可能會影響其個人或嬰兒身心健康狀況。一般成熟的已婚婦女，對於因應懷孕所造成的身心改變已有所

準備，而青少年之身心狀態並非處於成熟穩定的狀態，所以一旦意外懷孕對其身體與心理的衝擊較大。國內研究指出約有 50 % 懷孕的青少年會選擇生產，另外 50 % 選擇人工流產，青少年所生子女較一般育齡母親出現較高比率的低出生體重之嬰兒與早產兒，其所生育的子女身心發展會因母親照顧能力及婚姻不穩定而受不良影響。國內研究亦發現，青少年懷孕大多為非預期懷孕，一旦懷孕，若選擇繼續懷孕生育，85% 以上的青少年會以結婚解決懷孕問題，造成非期望的婚姻，進而衍生社會問題。若不想生育，則會尋求非法人工流產或不讓家長知道，自己偷偷的、害怕的、孤單的去承受人工流產的經驗。青少年以自我為中心，思考較不成熟，有較多的心理壓力，如果缺乏支持，會導致更嚴重的身心傷害。所以於青少年就診時、手術前後與生產前後，若能由受過專業訓練的醫護及諮商人員提供良好護理及諮商服務，可增加對青少年的生育保健問題之解決。

懷孕對有充分準備為人父母的人來說，自然值得高興，但是，在沒有準備下的意外懷孕，卻會帶來莫大的困擾和憂慮，面臨需快速決定是否繼續或終止懷孕的迫切危機，似乎非每個人都可立即做出令個人滿意的決定，縱使是成年的已婚婦女都不易面對；更何況是未成年青少年，大多會呈現徬徨、無助及焦慮情緒狀態，此種狀態可能會影響其處理問題的判斷，亦有可能會錯過處理問題的最佳時機。

目前國內婦產科因法令與政策的影響，在處理青少年未婚懷孕問題時，給予的醫療處置多不夠完善，有鑑於此，衛生署國民健康局自 93 年補助本會辦理「青少年生育保健親善門診推廣計畫」，研擬該門診作業方式及成效評價，於 94 年由本會組團前往香港與日本觀摩考察，學習其成功之經驗，完善之醫療服務除給予適當之醫療照顧外，亦應提供諮商服務，給予心理層面的照顧。回國後，以 WHO 之準則與香港、日本之經驗為基礎，並參考歐美先進國家之資料，積極籌畫國內門診之設立，於 94 年 12 月 14 日與 2 家醫院、2 家婦產科診所合作成立「Teens' 幸福 9 號門診」，以發展具有友善 (Friendly)、親切、尊重等特徵的親善門診，提供青少年緊急避孕服務及家長共同解決不預期懷孕等問題，給予青少年 (女) 最適切的協助與關懷，並教導正確的兩性交往觀念與各種避孕方法之知識。期望各位婦產科醫師能給予四家有開創勇氣的 Teens' 幸福 9 號支持與鼓勵，將有此需求之個案轉介至各 Teens' 幸福 9 號，並不吝提出改進建言，共同參與「Teens' 幸福 9 號」之推廣運動，為青少年朋友營造友善、親切、尊重的生育保健醫療環境，你我共同來關心青少年之生殖健康。



各站資料

第一站 陳文龍婦產科診所電話：
02-29687727、29665009 地
址：台北縣板橋市東門街9號

第三站 陳建銘婦產科診所電話：
03-5337789 地址：新竹市武
陵路218巷58號

第二站 亞東紀念醫院青少年健康中心
電 話：02-77380025、
89667000#4951 地址：台北縣
板橋市南雅南路二段19號

第四站 義大醫院青少年健康中心電
話：07-6155155、6150988
地址：高雄縣燕巢鄉角宿村
義大路1號

收養與「買賣」嬰兒

張迺夏律師

收養就是經法定程序將別人的子女，作為自己的養子、養女，而使養子、養女與自己有法律上所擬制的血親關係。養子養女跟親生子女的權利義務是相同的。收養他人之子女為子女時，其收養者為養父或養母，被收養者為養子或養女。有許多情況及因素會使親生父母必須將小孩子出養，例如未婚母親在生下孩子後，在本身家庭、經濟、社會觀感等因素之影響下，只好將孩子出養。而一般收養子女的動機不外乎傳宗接代、養兒防老、滿足為人父母之願望、避免奇異眼光、命理信仰等。收養的管道，除收養人及被收養人雙方同意收養之外，亦可依兒童及少年福利法第十八條之規定，由被收養人之父母或監護人於聲請法院認可收養前，委託有收出養服務之兒童及少年福利機構代覓適當之收養人，例如：育幼院、財團法人台灣省婦幼協會等，並應依照兒童少年福利法所訂定的條件及程序進行，然後再向法院聲請認可，完成收養；私人收養是指不經由社會福利機構，而透過他人的介紹，尋找收養的機會，最後仍須向法院聲請認可，完成收養。委託機構收養或私人收養各有其利弊，非本文所要討論之範圍，本文先嘗就法律面陳述收養的程序：

(一) 收養在法律上的限制：

收養在法律上設有相當的限制，以避免破壞倫常或有損利害關係人之利益，收養必須符合下列

的法定條件：

- (1)有配偶之人要收養子女，必須夫妻共同辦理，包括要共同與被收養者訂定收養契約，共同向法院聲請認可（容後述），不可單獨一人收養子女。但夫妻之一方收養他方的子女時，可由一人收養（民法第 1074 條參照）。
- (2)收養人應比被收養人年長二十歲以上（民法第 1073 條參照），若夫妻共同收養者，夫妻有一人年齡不比養子女年長二十歲以上，收養就不合法。
- (3)直系血親不得收養，故祖父母、外祖父母，不得收養自己的孫子女、外孫子女為養子女。直系姻親也不得收養，所以公婆不得收媳婦作養女，岳父母也不得收女婿當養子。但是，夫可收養妻與前夫之子女，妻也可收養夫與前妻之子女。旁系血親及旁系姻親的輩分不相當者，不得收養。但是旁系血親在八親等之外、旁系姻親在五親等之外者，則可以收養（民法第 1073 條之 1 參照）。
- (4)一個人除給夫妻二人收養外，不能同時給他人收養（民法第 1075 條參照）。因此，張三的養子，就不能同時再被與張三無配偶關係的李四收養。
- (5)結了婚的人被收養時，應得到配偶的同意（民法第 1076 條參照）。
- (6)有事實足認收養對養子女不利，或成年人被收養時，依具體情況若對本生父母不利者，法院亦不會給予認可（民法第 1078 條參照）。

（二）收養人與被收養人間必須要有書面契約之約定，因為收養是要式行為。

收養人要收養被收養人為養子女，收養人與被收養人雙方要簽訂書面契約即收養契約，但若被收養人未滿 7 歲，且無法定代理人時，則不須以書面為之（民法第 1079 條第 1 項參照）。若未滿七歲之未成年人（按民法第 12 條規定，滿 20 歲為成年，並應以實歲計算）被收養時，由法定代理人代為訂定收養契約，但無法定代理人時，就不須法定代理人代為訂定（民法第 1079 條第 2 項參照），未滿七歲之未成年人自訂即可；滿七歲以上之未成年人被收養時，應得法定代理人之同意。但無法定代理人時，就無須所謂之同意（民法第 1079 條第 3 項參照）。一般社會常見者，以夫妻共同收養未成年人的情形居多。

（三）由收養人和被收養人一同具狀向收養人住所地的法院聲請認可：

收養契約成立後，應由收養人和被收養人一同具狀（非訟事件法第 133 條第 2 項參照），向收養人住所地的法院聲請認可，如果收養人在中華民國無住所，就向被收養人住所地或所在地之法院聲請（非訟事件法第 133 條第 1 項參照）。為利於法院之調查，應隨聲請狀附交下列文件：（1）收養契約書。（2）收養人及被收養人的身分證明文件。（3）被收養人為未成年人時，應提出收養人職業、健康及有關資力的證明文件。（4）被收養人有配偶時，應提出配偶的同意書，或不能同意的證明文件。（5）被收養人本生父母的同意書。但本生父母有礙難同意者，就不須提出。（6）收養人或被收養人為外國人時，應提出收養符合其本國法的證明文件（非訟事件法第 134 條參照）。

（四）法院的調查：

收養是關於身分的行為，特重當事人之真意，法院會訂期開庭訊問調查收養人及被收養人是否確有收養及被收養的意思；以及收養人品行、能力等事項，是否對被收養人不利；法院為審酌被收養人之最佳利益，得徵詢主管機關或社會福利機構之意見或請其進行訪視，為事實之調查，並提出調查報告及建議（非訟事件法第 137 條第 1 項準用同法第 125 條參照），甚至在法院認可未成年人被收養前，得准收養人與未成年人共同生活一段期間，供法院決定之參考（非訟事件法第 137 條第 2 項參照）；再審查是否合於前述法律之規定；依法應得被收養人法定代理人或配偶之同意者，其同意有無欠缺；是否有無效或得撤銷原因；成年人被收養時是否於本生父母不利，均合於規定者始裁定認可。

（五）認可裁定送達及辦理戶籍登記：

法院認可收養，應以書面裁定為之。認可裁定送達後，10 日內無人抗告即告確定，聲請人可向法院聲請發給確定證明，持裁定及確定證明，即可到戶籍機關辦理收養的戶籍登記，惟只要收養經過法院認可後，收養的權利義務就已經發生了，不因有無辦理戶籍登記而有差異。在戶籍機關的登記上，則會將父母欄及出生別，如實登載為養父母、養子女。

據近期媒體報導，某王姓醫師涉嫌於過去 10 年間「賣掉」嬰兒逾 100 名，其行為之一疑似是王姓醫師將甲女所生的子女，出具上載為「客戶」妻所生之出生證明，俾利「客戶」夫妻至戶籍機關登記為係自己所生的子女，以完成「交易」。消息披露，震驚各界，亦引發廣泛之討論，目前相關涉案人等涉嫌犯罪之行為，正由檢警單位密集偵辦中。會利用此種方式「收養」小孩者，無非不希望他人及小孩得知小孩非己身所出，以規避戶籍的收養登記事項，或兼為免去前開所述之依法收養的繁複程序。但此種方式的「收養」，是觸犯刑事法律之犯罪行為，且與上述法定收養程序迥異，當然不會發生收養的權利義務關係。茲就上開「賣掉」嬰兒之王姓醫師及「買入」嬰兒之「客戶」夫妻可能觸犯之刑事罪名，討論如下：

（一）刑法第 296 條之 1 第 1 項之買賣人口罪：

刑法第 296 條之 1 第 1 項規定：「買賣、質押人口者，處五年以上有期徒刑，得併科五十萬元以下罰金。」為買賣人口罪，構成要件十分簡潔。稱買賣者，謂當事人約定一方移轉財產權於他方，他方支付價金之契約（民法第 345 條第 1 項參照），若王姓醫師及「客戶」夫妻以嬰兒為買賣之標的，又有財物對價之給付，乍見之下，似已成立上開買賣人口罪。惟上開買賣人口罪是規定在妨害自由罪章內，為侵害個人自由法益之犯罪，有地方法院之見解認為所謂買賣人口者，係以人身為交易之標的，買受人得以掌控買賣標的物之支配、處分權，被買賣人對於自我之發展與未來失去完全之決定權。若以上開司法判決見解為標準，則「客戶」夫妻將他人所生之子女，當作從己身所出之子女撫育、教養、照護，可否認為得以掌控小孩之支配、處分權，又小孩之自我發展與未來是否可認為已失去完全之決定權；或應否將「買受者得以掌控買賣標的物之支配、處分權」、「被買

賣者對於自我之發展與未來失去完全之決定權」增為本罪之不成文（即未明文於條文內）構成要件（按增加本罪之不成文構成要件會提高成立本罪之門檻，與其本意為防止國家司法權恣意行使之罪刑法定主義，並不相悖）；甚或應否將本罪重新定位為侵害社會善良風俗法益之犯罪，均有探討商榷的餘地。按以人口為標的與金錢為等價之交換行為，不論其動機、結果為何，究為社會觀感所不容，有害善良風俗。然上開案件既已進入司法程序，將來法院判決確定之後，自可形成司法上判例見解。

又設若王姓醫師及「客戶」夫妻成立買賣人口罪，則因買賣之標的為未滿 12 歲之嬰兒，是為兒童（兒童及少年福利法第 2 條參照），依法應加重其刑加重其刑至二分之一（兒童及少年福利法第 70 條參照），併此敘明。

（二）刑法第 215 條業務上文書登載不實罪：

刑法第 215 條規定：「從事業務之人，明知為不實之事項，而登載於其業務上作成之文書，足以生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。」，是為業務上文書登載不實罪。開立出生證明，為醫師之業務，王姓醫師及「客戶」夫妻明知為不實，由王姓醫師將甲女所生之小孩，於出生證明上登載為「客戶」妻所生，足以生損害於公眾或他人者，已構成本條之共同犯罪（刑法第 28 條參照）。「客戶」夫妻雖非醫師，出生證明亦非其業務上所作成之文書，無業務之身分關係，惟依刑法仍可擬制「客戶」夫妻有此身分關係（刑法第 31 條第 1 項參照），使之與王姓醫師共同成立本罪。

（三）刑法第 216 條行使偽造變造或登載不實之文書罪：

刑法第 216 條規定：「行使第二百零一條至第二百零五條之文書者，依偽造、變造文書或登載不實事項或使登載不實事項之規定處斷。」乃行使偽造變造或登載不實之文書罪。王姓醫師及「客戶」夫妻明知為出生證明為刑法第 215 條之登載不實之文書，為使「客戶」夫妻得將非己身所出之小孩，向戶籍機關申請登記為「客戶」夫妻之子女，仍交付予「客戶」夫妻，由「客戶」夫妻持向戶籍機關申請登記，已構成本條之共同犯罪（刑法第 28 條參照）。

（四）刑法第 214 條使公務員登載不實罪：

刑法第 214 條：「明知為不實之事項，而使公務員登載於職務上所掌之公文書，足以生損害於公眾或他人者，處三年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。」係使公務員登載不實罪。」王姓醫師及「客戶」夫妻明知為出生證明為刑法第 215 條之登載不實之文書，為使「客戶」夫妻得將非己身所出之小孩，向戶籍機關申請登記為「客戶」夫妻之子女，仍交付予「客戶」夫妻，由「客戶」夫妻持向戶籍機關申請登記，致戶籍機關為錯誤之登記，足生損害於戶籍登記之正確性，業已構成本條之共同犯罪（刑法第 28 條參照）。

以上各項討論，僅係就媒體報導的內容，加以剖析評論，究竟實際情形如何，有待司法判決之後，始能斷定，附此敘明。

通訊繼續教育

Postmenopausal Osteoporosis: Prevention and Treatment 停經後骨質疏鬆症：預防與治療

基隆長庚醫院婦產科 陳芳萍 醫師

骨質疏鬆症是一沉默無聲的疾病，起初並無任何症狀，其特徵是骨質減少且結構變壞，導致極易發生骨折。不論是男性或女性皆會罹患骨質疏鬆症，但女性多於男性，易發生骨折的部位有脊椎、髖骨與腕部；依據流行病學的調查：台灣 65 歲以上的婦女人口發生脊椎壓迫性骨折率約有 18%，而因為骨質疏鬆症引起的髖部骨折，第一年死亡率約 15%，約等於乳癌 3,4 期的死亡率，又骨質疏鬆症發生骨折的機率約為腦中風的 2—4 倍。另 1994 年台灣省家庭計劃研究所之報告：台灣每年有 4960 位男性和 7360 位女性發生髖骨骨折，每年需花費 21.3 億元之醫療費用，若加上出院後之照護及工作之損失，每年社會需負擔 68 億新台幣。故骨質疏鬆症應是戮力去預防及治療的疾病。

骨質疏鬆症的危險因子：有些因素與骨質疏鬆症之發生有關，或促使某些人較易發生骨質疏鬆症。

無法改變的危險因子：

1. 性別：女性的骨組織較少，且在停經後因 estrogen deficiency，導致快速流失骨質，故女性先天上即較易發生骨質疏鬆症。
2. 年齡：年紀愈大，愈易發生骨質疏鬆症。
3. 體格：愈瘦小者，危險性愈高。
4. 人種：亞洲及高加索女性有最高危險性。
5. 家族史：遺傳因子亦可能是易發生骨折之原因，故有骨折之家族史者，可能先天之骨質即較少。

可改變的危險因子：

1. 性腺激素異常：不正常或沒有月經、停經和男性之男性荷爾蒙減少。
2. 不正常食慾減退。
3. 飲食中鈣質和維生素 D 太少。
4. 長期使用某些藥物，如：類固醇或抗痙攣藥物。
5. 較不活動的生活型態或長期臥床者。
6. 抽煙。
7. 飲酒過量。

骨質疏鬆症的診斷：目前骨質疏鬆症主要藉由單光子吸收測量器 (single photon absorptiometry)、單能量 X 光吸收測量器 (single-energy X-ray absorptiometry)、雙光子吸收測量器 (dual photon absorptiometry)、雙能量 X 光吸收測量器 (dual-energy X-ray absorptiometry, DEXA)、定量電腦斷層 (quantitative computed tomography) 及跟骨超音波等，以測量骨礦物質密度 (bone mineral density) 做診斷，依據世界衛生組織的定義：T 值 (距成人骨礦物質密度最高峰的標準誤差值) 小於 -2.5 為骨質疏鬆症；在 -1.0 至 -2.5 為骨質流失。但骨礦物質密度的測量無法確切瞭解骨再造與吸收的轉換，目前已發展偵測血或尿液中造骨細胞和噬骨細胞酵素活性，以瞭解體內骨新陳代謝狀況，如：血中鹼性磷酸鹽 (alkaline phosphatase) 和 osteocalcin 代表造骨情形；血清 tartrate-resistant acid phosphatase、尿液 hydroxyproline、collagen pyridium cross-links 和 collagen N-telopeptide cross-link 代表骨流失情形。

預防骨質疏鬆症：骨組織一直是處於骨吸收與再造的動態生理，在 30 到 35 歲前，一般骨再造多於骨吸收，因此骨質在 30 到 35 歲時，達到骨組織的最高峰，爾後會稍微下降，女性在停經後 5 至 10 年內，則出現顯著陡降。為達到理想的骨質高峰，及於年齡漸增時持續保有更多的新骨再造，有些因素值得注意，以預防骨質疏鬆症的發生：

1. 營養：食物中富含的各類維生素和礦物質，對維繫健康是相當重要的，其中尤以鈣質和維生素 D 對強化骨質尤為重要。許多研究顯示攝取鈣質過少與低骨密度、快速骨流失和高骨折率有關；而一般人所攝取之鈣質少於足以維繫骨健康所需之一半不到。食物中富含鈣質的包括低脂產品 (如：牛奶、優酪乳、起司和冰淇淋)、深綠多葉蔬菜 (如：花椰菜、菠菜)、豆腐、核桃類、含骨的沙丁魚和鮭魚、柳丁汁、穀類和麵包。應依據每日由食物所攝取鈣質的量，決定補充鈣質量。一生不同階段所需鈣質量不同 (如表一)。在骨頭快速成長的小孩和青少年期以及懷孕和補乳期尤需更多鈣質；停經後婦女和老年的男性可能因

吸收能力下降或維生素D的攝取不足或長期服用某些藥物的作用，而影響鈣的吸收，故也須攝取較多的鈣質。維生素D在鈣吸收和骨的健康上扮演一很重要的角色。當皮膚曝曬於陽光，即可形成活性維生素D，研究顯示：老年人、足不出戶和在冬季時，體內維生素D的產生減少，故建議每天服用400到800 IU 維生素D。

2. 運動：預防骨質疏鬆症最好的運動是抗地心引力的負重性運動，如：走路、爬山、爬樓梯、舉重、打網球和跳舞等。另研究亦顯示時時抬頭挺胸，增強脊背肌肉力量的運動，亦有利於預防脊椎骨折。
3. 避免煙酒：吸煙不僅對心肺不好，亦不利於骨健康。女性吸煙比不吸煙者，體內雌激素較少，且較早進入停經；吸煙亦會影響鈣質的吸收。飲酒會造成營養不均衡和增加跌倒的危險，故飲酒過量者易增加骨流失和骨折的機會。
4. 預防跌倒：有骨質疏鬆症的男女尤須注意預防跌倒，因為跌倒是增加髖部、手腕和脊椎骨折發生的重要因素。跌倒可能導因於視力或平衡障礙、影響身心功能的慢性病以及鎮靜或抗憂鬱藥物，但環境中有些易造成跌倒的因子，應事先防範：在戶外，可使用手杖或助行器以增加平衡、穿著膠底鞋、當人行道溼滑應踩在草地上以及尤要注意光滑的地板；在室內，避免堆積雜亂或溼滑於地板、穿著具保護性的低跟鞋子、避免穿長或短襪或拖鞋行走、地板或地毯應有防滑設備、樓梯兩側應有扶手設施、近浴缸、淋浴和廁所處應有扶把及放置防滑膠墊、隨時備有手電筒於床旁等。

Recommended Calcium Intakes (mg/day)	
National Academy of Sciences(1997)	
Age	
Birth-6 months	210
6 months-1 year	270
1-3	500
4-8	800
9-13	1300
14-18	1300
19-30	1000
31-50	1000
51-70	1200
70 or older	1200
Pregnant or lactating	
14-18	1300
19-50	1300

骨質疏鬆症的藥物治療：那些人需要藥物治療骨質疏鬆症？包括：曾經發生骨折者、骨密度 T score 小於 -2 或具高危險因子者以及骨密度 T score 在 -1.5 至 -2 且有其他危險因子者。目前美國食物和藥品管理局 (FDA) 核准之藥物有：一、anti-resorptive agents：雌激素荷爾蒙治療、抑鈣素 (calcitonin)、雙磷酸鹽 (alendronate 和 risedronate)、選擇性雌激素受體調節劑 (selective estrogen receptor modulator, SERM) (raloxifene) 以及二、anabolic agent：副甲狀腺素 (parathyroid hormone, teriparatide)。其中雌激素、alendronate、risedronate 和 raloxifene 核准且建議使用於停經後骨質疏鬆症的預防；alendronate、risedronate、raloxifene、calcitonin 和 parathyroid hormone 核准使用於停經後骨質疏鬆症的治療。

一、anti-resorptive agents:

1. 雌激素荷爾蒙治療：雌激素具改善腸胃對鈣質和維生素D的吸收，且會調節甲狀腺、副甲狀腺和抑鈣素之代謝以增加骨組織對鈣質的吸收；又雌激素與造骨細胞上的其它雌激素受體結合，刺激造骨細胞的增殖，並減少造骨細胞產生噬骨細胞刺激物；而雌激素亦會提升造骨細胞上的黃體素受體，以增加荷爾蒙治療對造骨細胞的作用。單獨使用雌激素會增加發生子宮內膜癌之危險性，故保有子宮者，需合併黃體素使用，以預防子宮內膜癌之發生。荷爾蒙治療不僅對骨質有益，亦可改善更年期症候群，如：熱潮紅、盜汗、失眠、心悸、緊張、情緒低落等症狀。一般建議：女性 50 歲前停經或摘除卵巢及具多項骨質疏鬆症危險因子者，應考慮以荷爾蒙治療來預防和治療骨質疏鬆症；須注意荷爾蒙治療在停藥後並無持續性之效果，故會恢復如停經後骨質流失之情況。但 2002 年美國婦女健康研究院 (Women's Health Initiative, WHI) 發表有關雌激素合併黃體素荷爾蒙治療更年期患者之研究：長期使用 (達五年以上)，一萬人可減少 44 人發生骨折、減少 5 人發生髖部骨折和減少 6 人大腸癌之危險性，但增加中風、乳癌、心臟病發作及靜脈栓塞之危險；2004 年 WHI 又發表有關單一雌激素荷爾蒙治療更年期患者之研究：長期使用 (達五年以上)，一萬人可減少 56 人發生骨折及減少 6 人發生髖部骨折，對乳癌、冠狀動脈心臟病和大腸癌並無影響，但增加中風及靜脈栓塞之危險。荷爾蒙治療的使用確可預防骨質疏鬆症及骨折發生，但應由專科醫師詳細診療後，再視個案狀況選擇適當荷爾蒙治療藥物。
2. 選擇性雌激素受體調節劑：此種藥物可在體內產生選擇性作用，即它會針對不同細胞組織產生不同作用；raloxifene (商品名：鈣穩, Evista) 屬於此類藥物，只會在特定器官，如：骨骼、心血管、乳房和子宮，產生對婦女有益的作用，而排除許多對人體有害的作用。研究顯示 raloxifene 會增加骨質量，減少脊椎骨折達 30-50%，但對非脊椎骨折之效益仍待研究，其副作用有熱潮紅和腳抽筋。停經後婦女因骨質疏鬆症引起之脊椎壓迫性骨折或髖骨骨折為健保給付的對象。
3. 抑鈣素：是一非性腺荷爾蒙，主在調節體內鈣和骨之代謝，可減緩骨流失，降低脊椎骨折

和髖骨骨折之危險性，亦可緩和因骨折所引起的疼痛；以注射方式使用者可能引起過敏反應、手腳潮紅、頻尿、作嘔和皮膚發疹；以噴鼻方式者可能引起流鼻水。健保給付的對象限骨質疏鬆症引起之骨折。

4. 雙磷酸鹽藥物：alendronate 和 risedronate 皆屬於此類藥物，會選擇性的附著在骨質吸收的部位，以抑制噬骨細胞的活性，降低骨質流失，對停經後有骨質疏鬆症婦女，會降低脊椎骨折和髖骨骨折之危險性；其服用須於早上起床進食至少 30 分鐘前，配以一大杯水服用，爾後維持直立姿勢 30-60 分鐘；其可能之副作用包括：腹痛、肌肉疼痛、作嘔、心痛或食道灼熱感。健保給付的對象為停經後婦女因骨質疏鬆症引起之脊椎壓迫性骨折或髖骨骨折。

二、anabolic agent：副甲狀腺素（parathyroid hormone, teriparatide）使用於骨質疏鬆症之研究顯示，若是 continuous administration, osteoclast 之作用會超過 osteoblast, 造成骨質流失，但若是 intermittent low-dose administration (once-daily), 則不但會抑制 osteoblast apoptosis, 且作用於 pre-osteoblast or mesenchymal stem cell, 造成 osteoblast 之作用會超過 osteoclast, 因此會增加 bone mass and strength。臨床研究顯示使用 teriparatide (daily, ≤ 2 years), 可增加脊椎骨密度 10-14%、femoral neck 骨密度 3-5%, 降低脊椎骨折危險率 65-69%、非脊椎骨折危險率 53-54%。在安全性上，須注意高血鈣 (hypercalcemia), 目前臨床研究多認為這只是暫時性，並不具臨床意義；另外在動物實驗上曾發生 osteosarcoma, 其可能肇因於用於動物實驗之劑量過高，且 rat bone 不同於人類。除了合併使用雌激素荷爾蒙治療曾被研究外，不建議副甲狀腺素合併其他 anti-resorptive agents 一起使用。

有鑑於因骨質疏鬆症所造成之骨折，不僅影響個人健康，亦對家庭與社會帶來承重的負擔，婦女骨質疏鬆症之預防應從小做起，即應注意營養的適當攝取及適度的運動，停經後更應預防跌倒及其他導致骨質疏鬆症或骨折發生之危險因子。至於使用藥物於預防或治療骨質疏鬆症，目前尚待進一步探討的是這些藥物應使用多久及其長期使用的安全性如何。



Misoprostol 新的進展

李耀泰 郭宗正 台南郭綜合醫院 婦產科 檢驗科

陳福民 台北中山醫院 婦產科

前 言

Misoprostol 乃一種前列腺素 E1，在婦產科上的應用日漸增多，特別是與 RU486 (mifepristone) 合併使用作妊娠早期流產，單獨使用可作妊娠中期流產，及足月引產。對此，我們曾多次撰文討論過。本文再就近期有關 misoprostol 的新用法和研究，作一整理，以供同仁參考。

一、RU486 與 misoprostol 同時使用：

2005 年，Schreiber 等對 40 位懷孕第 8 週（第一組）和 40 位懷孕第 9 週（第二組）的婦女，予口服 200 mg mifepristone，並在陰道置放 800 μ g misoprostol，24 小時和 2 週後，用陰道超音波評估效果。結果在 24 小時的排出率在第一組為 88%，第二組為 83%。在 2 週時的完全流產率則分別為 93% 和 90%。結論為：在懷孕 8-9 週的婦女，同時給予 RU486 和 misoprostol，與傳統之相隔 36-48 小時給藥，結果相近，但前者可減少往往返醫院和焦慮的時間。

二、子宮頸軟化的機轉：

misoprostol 用於早期流產是使子宮收縮將妊娠物排出，但用在做 D&C、子宮鏡和引產前，主要是使子宮頸軟化。我們亦曾報導，在置放避孕器困難時，亦可用來軟化子宮頸，增加置入的成功率。但 misoprostol 軟化子宮頸的機轉，則一直未見報導。2005 年，Aronsson 等研究 18 位懷孕 8-12 週、準備做流產手術的孕婦，其中 6 例（皆經產婦）做為控制組，另 12 位初產婦在手術前 3 小時以陰道放置或口服 misoprostol 400 μ g。實施 D&C 前，先做一子宮頸切片（4 mm³），並以免疫組織化學法，測量組織中的 CD 45（白血球一種，表示發炎細胞），CD

68 (單核白血球, 亦為發炎細胞), MMP8 (matrix metalloproteinase 8, 存在中性白血球中, 為一種膠原分解酵素 collagenase 2, 可分解膠原), MMP9 (matrix metalloproteinase 9 為一種解膠酵素 gelatinase B, 可分解動物膠), 和 TIMP1 和 TIMP2 (tissue inhibitors of metalloproteinase 1 和 2)。結果在使用 misoprostol 的一組, 子宮頸表皮層下 (sub-epithelium) CD 45 與控制組相比較增加很多, CD 68 兩組數目相同, MMP8 和 MMP9 皆增加很多, 但 TIMP1 和 TIMP2 則沒有差別。依此結果推論, misoprostol 可以增加血管滲透性 (vasopermeability), 使流入 (influx) 子宮頸的發炎細胞如中性白血球和吞噬細胞增加。中性白血球釋放兩種 MMP, 再分解血管基底膜, 使釋放化學素 (chemokines) 和細胞素 (cytokine), 如 IL-8, 即可使子宮頸基質重塑 (remodeling) 軟化, 與足月時子宮頸的變化相同。

三、口含法：

misoprostol 使用方法, 除了口服、陰道、肛門和舌下使用外, 最近又增加口含 (buccal) 的方法, 即將藥品放入口腔內任其溶化, 吸收率高, 不需經肝臟代謝, 但有時需數小時才能完全吸收。2005 年, Schaff 等報告 10 位病患, 分別以舌下或口含使用 misoprostol 800 μg 做交叉 (cross-over) 試驗, 二法相隔 4 天, 測量血清中 misoprostol 之濃度。口含法為左右兩頰 (cheek) 各含兩顆 misoprostol, 舌下法為舌下四顆。然後在 0、0.25、0.5、0.75、1、2 和 4 小時測量血清中 misoprostol 濃度。結果 AUC (area under the curve, pg/mL) 和 C_{max} (maximum plasma concentration) 在舌下組平均為 1600 和 1140, 在口含組平均為 380 和 229 (皆 $p < 0.05$), 表示在舌下組血清中的濃度較高。

但在副作用方面, 舌下組的亦較高, 包括 8 位有發抖, 5 位有腹痛, 7 位有輕至中度口腔刺激, 4 位有輕度噁心, 2 位有腹瀉。在口含組中, 因有 2 位婦女在使用舌下 misoprostol 時產生嚴重下腹痛而拒絕口含, 故祇有 8 位, 結果 1 位有腹痛, 1 位有輕度噁心和腹痛, 1 位頭痛, 2 位有輕度口腔刺激。該作者認為口含法的 AUC_{0-4} 380 pg/mL , 與口服法 (273 pg/mL , Zieman; 402 pg/mL , Tang) 及陰道使用法均相近 (503 pg/mL , Zieman; 433 pg/mL , Tang), 可成為一種選項。

從此研究也瞭解到, 當產後出血等需要快速和強的子宮收縮時, 舌下使用最好。

(一) 足月產時子宮頸的軟化：

2002 年, Carlan 等為 77 位、平均懷孕 37.7 週、需引產的孕婦, 以口含法 (在牙齒與面頰黏膜間) 先用 misoprostol 200 μg , 6 小時可再用一次, 需第 3 次時劑量增加至 300 μg , 最

高總劑量為 1600 μg 。另 80 位、平均懷孕 37 週之孕婦，則以陰道使用 misoprostol 50 μg ，6 小時可重複一次，需第 3 次時劑量增加至 100 μg ，最高總劑量為 500 μg ，所有病患引產前子宮頸的 Bishop score 平均為 3 和 2 ($p = 0.64$) 二組，第一胎婦女各佔 62 和 56 % ($p > 0.05$)。結果兩組自引產至陰道生產時間相近，在口含組平均為 23.5 小時，在陰道組平均為 21.3 小時，二者產痛時間分別為 75.5 分和 123.7 分 ($p < 0.01$)。口含組 24 小時內陰道生產的成功率為 63 %，陰道組為 67 % ($p > 0.05$)。子宮速收率 (tachysystole) 在口含組為 38 %，在陰道組為 19 %，二者呈有意義差別 ($p = 0.01$)。結論為：misoprostol 口合法可有效軟化子宮頸，但 tachysystole 的發生率偏高。口合法的好處包括：作用快、不能口服者亦能使用、藥物在口腔內，一旦發生 tachysystole 時可快速取出。

(二) 早期流產：

2005 年，Middleton 等報告在 216 位懷孕 9 週內之婦女，先口服 mifepristone 200 mg，1-2 天後再在口腔左右頰各放兩粒 misoprostol (共 800 μg)，30 分鐘後如尚有贖藥可吞下；另外 213 位懷孕 9 週內之婦女，口服 mifepristone 200 μg 後在陰道置放 misoprostol 800 μg ，共觀察 36 天。結果在口含組流產成功率為 95 %，陰道組為 93 %，二組沒有差別 ($p = 0.51$)。噁心為最多的副作用，在口含組為 72 %，在陰道組為 62 %。結論為：對早期懷孕，經口服低劑量 mifepristone 後，口含或陰道使用 misoprostol，效果都很好。

2004 年 Wiebe 等報告在 155 位懷孕 7 週內的婦女，在注射 methotrexate 50 mg/m² 3-6 天後，再口含 misoprostol 600 μg 1 小時，另 154 位以相同方法處理，但口含改為陰道置放 misoprostol 600 μg ，第 8 天比較兩組結果，在口含組成功率為 53.5 %，陰道組為 67.5 %，陰道組結果較好 ($p = 0.012$)。檢討此報告，因為觀察時間僅 8 天，而使用 misoprostol 僅 2-5 天，劑量偏低，故結果不如 Middleton 的報告，如能追蹤較長，加大 misoprostol 劑量效果應較好。對於沒有 RU486 可用的醫院，methotrexate 不失是一種可取代的方法。

(三) 第二孕期子宮頸軟化：

2002 年，Todd 等在 32 位懷孕 14-16 週的婦女，在進行子宮清除術 (dilatation & evacuation, D&E) 前 2-4 小時，先口含 misoprostol 600 μg 。結果所有患者的子宮頸口都呈現軟化，使 14 mm 直徑的吸引管可不經擴張直接放入子宮腔內，D&E 100 % 成功。結論為：第二孕期口含 misoprostol 可有效軟化子宮頸，有助 D&E 的實施。

四、口服緩慢釋放 misoprostol :

口服 misoprostol，藥效的半衰期僅 20-40 分鐘間，如進行第二孕期的流產，口服劑量必須重複多次，即使對第一孕期之流產亦有相同的問題，因此，使用陰道 misoprostol 成功率較高，其生物利用力 (bioavailability) 較口服高 3 倍。最近製成一種口服緩慢釋放 (slow-release, SR) 的 misoprostol，1 粒含 400 μg ，作用時間延長，正被逐漸研究。

2005 年，Fiala 等在 31 位、懷孕 8-12 週之婦女，在流產手術前分別依序予口服(1) 400 μg 傳統的 misoprostol，(2) 400 μg SR misoprostol 和(3) 800 μg SR misoprostol 不同的藥劑，並在 0、30、60、120、240 和 360 分鐘抽取患者之靜脈血，檢查血中 misoprostol acid (MPA) 之濃度。結果血中最高濃度 (Cmax) 三組分別為 186.2、43.5、27.2 pg/ml ，皆互相呈有意義差別；而在 AUC360 ($\text{pg}\cdot\text{h/mL}$) 則分別為 182.8、124 和 80.7，400 μg 傳統 misoprostol 組與 400 μg SR misoprostol 組有差別 ($p = 0.012$)，800 μg SR misoprostol 組與 400 μg SR misoprostol 組亦有差別 ($p = 0.013$)，但 400 μg 傳統 misoprostol 組與 800 μg SR misoprostol 組沒有統計上差別。結論為：800 μg SR misoprostol 的 AUC 與傳統 400 μg misoprostol 相似。表示 SR misoprostol 經口服或陰道使用可提供另一種選擇，對早期流產用量 > 800 μg SR 更有效。

同年，Fiala 等再對 30 位懷孕 8-12 週、準備做 D&C 之婦女，仍以 SR misoprostol 400 μg 、SR miso 800 μg ，與傳統的 misoprostol 400 μg 分三組比較，在用藥前 30 分鐘至用藥後 4 小時，測量子宮張力和子宮收縮力 (以 Montevideo Units 計算)。方法是以壓力傳導器 (pressure transducer) 經子宮頸放入子宮羊膜外 (extra-amniotically) 約 1-2 cm。結果：子宮張力在傳統 misoprostol 400 μg 最強，與 misoprostol SR 400 μg 與 misoprostol SR 800 μg 皆有差別 (分別為 $p < 0.001$)，但 misoprostol SR 400 μg 與 misoprostol SR 800 μg 比較則沒有差別 ($p = 0.5676$)。子宮收縮力則以 misoprostol SR 800 μg 最高，與 misoprostol SR 400 μg 和傳統 misoprostol 400 μg 皆有差別 (分別為 $p < 0.001$)，但傳統 misoprostol 400 μg 和 misoprostol SR 400 μg 二者則沒有差別 ($p = 0.0912$)，但 misoprostol SR 800 μg 之子宮收縮力在 4 小時後繼續上升。結論為：misoprostol SR 800 μg 可產生持續性規則的子宮收縮，對早期流產成功率可能較高。又因 SR misoprostol 所產生的張力較低，故副作用如噁心、嘔吐等可能會較少。

五、初乳中濃度 :

世界衛生組織 (WHO) 曾建議未開發地區，以口服 misoprostol 來控制第三產程的出血，

因此聯想到服後是否會存在母乳中？及是否與嬰兒嘔吐和噁心、發抖、發燒和腹瀉等副作用有關？2003年，Abdel-Aleem等報告：20位、在第三產程時口服misoprostol 600 µg之婦女，在產後5小時內收集血漿和初乳（2-4次），並測量misoprostol acid的濃度，其中12位婦女只同意提供初乳檢查。結果發現血漿misoprostol acid出現很快，2分鐘時為91.5 pg/ml，20分鐘達最高為344 pg/ml，在120分鐘時便快速下降至27.8 pg/ml。而初乳中misoprostol acid濃度在1小時最高達20.9 pg/ml，然後漸漸下降，在2小時為17.8 pg/ml，在4小時為2.8 pg/ml，在5小時已< 1 pg/ml。結論為：口服misoprostol 600 µg後1小時後初乳便有misoprostol acid，但濃度很低，對嬰兒的影響應很小。

六、單獨使用 misoprostol 之早期流產：

Blanchard等評估以7種不同劑量之misoprostol來做懷孕8週內的流產，研究共分三批。第一批3組，分別口服4 x 400 µg q3h，2 x 800 µg q6h、和陰道1 x 600 µg；第二批2組，口服2 x 800 µg q3h，陰道1 x 800 µg；第三批2組，陰道800 µg以鹽水潤濕，24小時如妊娠囊未排出則重複一次，和陰道使用2 x 800 µg以鹽水潤濕。結果有5種方法成功率在60%以下，只有陰道使用兩次misoprostol 800 µg的成功率> 60%。結論為單獨使用misoprostol來作早期流產，效果不彰。但此篇文章病患數目少（在24-51人），追蹤只有2星期，不完全流產比例偏高（在9.8-32.5%間），其中5組更> 20%，如追蹤時間加長，或在不完全流產時追加1-2次misoprostol，成功率應會更好。

結論

misoprostol的使用，最近證明可用口含方法或緩慢釋放類藥（SR），則噁心和嘔吐的副作用較低，維持時間較久，生物利用效果（bioavailability）較高，對早期流產效果亦較口服misoprostol為佳，對不喜歡經陰道使用（如宗教、身分地位等關係），或偏遠區居民，提供另一種選擇方法。與RU486同時使用，則可縮短病患流產的時間。了解misoprostol對子宮頸軟化的機轉，則可擴大其用途。

參考文獻

1. Schreiber CA, Creinin MD, Harwood B et al : A pilot study of mifepristone and misoprostol administered at the same time for abortion in women with gestation from 50 to 63 days. Contra-

- ception 2005 ; 71 : 447-450.
2. Schaff EA, DiCenzo R, Fielding SL : Comparison of misoprostol plasma concentrations following buccal and sublingual administration. *Contraception* 2005 ; 71 : 22-25.
 3. Carlan SJ, Blust D, O' Brien WF : Buccal versus intravaginal misoprostol administration for cervical ripening. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 186 : 229-233.
 4. Fiala C, Aronsson A, Granath F, et al : Pharmacokinetics of a novel oral slow-release form of misoprostol. *Hum Reprod* 2005 ; 20 : 3414-3418.
 5. Fiala C, Aronsson A, Stephansson O, et al : Effects of slow release misoprostol on uterine contractility in early pregnancy. *Hum Reprod* 2005 ; 20 : 2648-2652.
 6. Aronsson A, Ulfgren AK, Stabi B, et al : The effect of orally and vaginally administered misoprostol on inflammatory mediators and cervical ripening during early pregnancy. *Contraception* 2005 ; 72 : 33-39.
 7. Middleton T, Schaff E, Fielding SL, et al : Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception* 2005 ; 72 : 328-323.
 8. Wiebe ER, Trouton K : Comparing vaginal and buccal misoprostol when used after methotrexate for early abortion. *Contraception* 2004 ; 70 : 463-466.
 9. Todd CS, Soler M, Castleman L, et al : Buccal misoprostol as cervical preparation for second trimester pregnancy termination. *Contraception* 2002 ; 65 : 415-418.
 10. Abdel-Aleem H, Villar J, Gulmezoglu AM, et al : The pharmacokinetics of the prostaglandin E1 analogue misoprostol in plasma and colostrums after postpartum oral administration. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003 ; 108 : 25-28.
 11. Blanchard K, Shochet T, Coyaji K, et al : Misoprostol alone for early abortion : an evaluation of seven potential regimens. *Contraception* 2005 ; 72 : 91-97.





問 答 題

Postmenopausal Osteoporosis: Prevention and Treatment 停經後骨質疏鬆症：預防與治療

1. Which is the essential therapy for prevention and treatment of osteoporosis?
 - (a) Adequate calcium and vitamin D intake
 - (b) Hormone therapy
 - (c) Bisphosphonate
 - (d) Parathyroid hormone
2. According to North American Menopausal Society, which is not the candidate to receiving pharmacologic therapy for postmenopausal osteoporosis?
 - (a) All postmenopausal women with osteoporotic vertebral fractures.
 - (b) All postmenopausal women with total hip or spine T score worse than - 2.5
 - (c) All postmenopausal women with total hip or spine T scores - 2.0 to - 2.5 and at least on additional risk factor for fracture
 - (d) None
3. Which is the anabolic agent for treatment of postmenopausal osteoporosis?
 - (a) Estrogen therapy
 - (b) Ibandronate
 - (c) Raloxifene
 - (d) Parathyroid hormone
4. Which is the most important management for prevention of fracture in women with postmenopausal osteoporosis?
 - (a) Hormone therapy
 - (b) Adequate calcium and vitamin D intake
 - (c) Parathyroid hormone
 - (d) Fall prevention

5. According to Food and Drug Administration (FDA)-approved postmenopausal osteoporosis therapies, which is not approved for prevention?
- (a) Estrogen therapy (b) Alendronate
(c) Raloxifene (d) Parathyroid hormone

Misoprostol 新的進展

- 一、產後子宮收縮不良的出血，下列 misoprostol 使用方法何者較不適當？
(A) 舌下 (B) 口含 (C) 口服 (D) 肛塞
- 二、根據 Schreiber 報告，RU486 與 misoprostol 同時使用，流產成功率為：
(A) 65-70 % (B) 75-80 % (C) 85-89.9 % (D) 90-95 %
- 三、misoprostol 軟化子宮頸機轉為：
(A) 增加 CD 45 和 CD 68 (B) 增加 MMP 8 和 MMP 9
(C) 增加 TIMP 1 和 TIMP 2
- 四、下列何者適合口服緩慢釋放 misoprostol 作藥物流產的使用？
(A) 第一孕期 (B) 第二孕期 (C) 第一、二孕期 (D) 第三孕期
- 五、下列何者適合口含 misoprostol 的使用？
(A) 第一孕期 (B) 第二孕期 (C) 第三孕期 (D) 以上皆可

第 118 期通訊繼續教育

PCOS 簡介

答案：一、(4)；二、(3)；三、(2)；四、(4)；五、(3)

C 反應蛋白在婦產科的應用

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(A)

醫學倫理專欄**台灣婦產科醫學會第十七屆第九次倫理紀律委員會會議紀錄**

時 間：民國九十五年八月二十七日（星期日）上午 10:00—12:00 分

地 點：學會會館（台北市民權西路 70 號五樓）

主 席：蔡召集人 明賢

出席人員：李鎡堯 張中全 楊友仕 陳鴻生 蘇聰賢 黃思誠 高添富 謝卿宏

列席人員：徐木泉 蕭勝文

執行秘書：黃閔照

請假人員：郭宗正 李茂盛 曾啟瑞 尹長生

記錄人員：程美惠

報告事項**一、討論事項**

案由一：討論北城婦幼醫院醫療疏失受訪醫師之言論報導。

說 明：見附件一 (p1-13)

見附件二 (P14-18)

見附件三 (P19-22)

提案人：蔡召集人 明賢

- 決 議：1.徐木泉醫師接受蕭勝文醫師的解釋，對於接受媒體的受訪內容是被斷章取義，蕭勝文醫師也已了解到在受訪時應先瞭解其採訪的用意，才不至於無意中傷及同業。
- 2.對於尹長生醫師的來文說明，徐木泉醫師並不滿意，如有再次來文申訴，學會將針對此個案建請學術委員會就學理開會討論，並請徐木泉醫師列席，待決議後，再召開臨時倫理紀律委員會。
- 3.建議成立發言人制度，對於今後有關醫療所引起的糾紛，請會員不要接受媒體採訪，應統一由學會的發言人對外發言。

二、臨時動議

三、散 會 中午:12:00

楊理事長友仕，謝秘書長卿宏鈞鑒

關於 8 月 5 日與 8 月 6 日蘋果日報報導北城醫院事件，對徐木泉院長與各位前輩醫師，會員等造成困擾與影響，本人深感抱歉，也同感遺憾。我在 8 月 4 日下午接到蘋果日報記者蔡爾康小姐電話，詢問心手症候群的產前診斷，當初並不知道背景是北城醫院的事情。就採訪的內容還原如下：

記者：胎兒心臟異常是否能產前診斷？

本人：嚴重的異常需透過高層次超音波才有機會診斷。

記者：那心室中隔缺損是否能診斷出來？

本人：不一定，要看缺損的程度。

記者：透過聽診是否能診斷出來？

本人：胎心音只能聽出嚴重心跳的異常，先天性心臟病無法透過聽胎心音診斷，心手症候群是非常罕見的疾病。全世界沒有幾例，不太可能產前診斷。

以上對話完之後，記者才告訴我北城醫院最近產下一例心手症候群，並且在台大診斷。於是我向記者強調，對於這樣的事件，我不作任何評論，也不要將採訪內容刊出。8 月 5 日早上透過別的醫師告訴我在蘋果日報發表離譜的言論，當看到內容之後更是震驚，完全捏造本人的話(附件 1) 我馬上向記者提出嚴正抗議並要求更正，8 月 6 日作出後續報導，把本人的話作更正刊出(附件 2)。由於沒有道歉，本人持續與蘋果日報抗議，事端擴大後，蘋果日報主管范光山主任與我連絡並詢問採訪過程，我痛斥記者並要求正式道歉，爾後在 8 月 11 日刊出道歉啟事(附件 3)。

本人同屬周產期醫學會的幹部與婦產科醫學會會員，絕對無傷害前輩醫師的理由。我當初已經對記者強調不作任何評論，也從未說過「胎兒若有先天性心臟病，透過聽診就能聽出異常」如此離譜也沒有醫學專業的話，而記者蔡爾康小姐竟然捏造不實的內容並刊出，此社會事件對前輩徐木泉院長、婦產科醫學會，與所有前輩醫師和學會會員造成傷害與困擾，本人深感抱歉，以後接受任何媒體訪問會更謹言慎行。



中華民國九十五年八月十九日

覆 楊理事長函台婦醫會總字第 95158 號

醫病關係必須建立在充份的溝通上，本事件中，北城婦幼醫院在照 3D 超音波時，應聲明為「紀念照」，但聲明中並未提及到 3D 與高層次超音波之區別，甚為可惜！而於本事件發生後，導致社會大眾反應不佳，於 TVBS 記者來訪前，本人已考慮如何不影響社會大眾觀感及醫病關係下，回覆其相關問題。

故本人於八月五日接受採訪時，特別提出『若有嚴重心肺肝腎之畸形，利用高層次超音波應可診斷』的說法，其實是替北城婦幼醫院開一方便之門，因該院之「3D 超音波」並非本人言中所指之「高層次超音波」，而是紀念照似的超音波影像，不應作為診斷之用，該院並未說明此點，本人深感遺憾！至於抗議本人之言詞，其實是該院之誤會，特此聲明。

尹長生
醫師 60002
尹長生
081706

二〇〇六年八月十七日星期四下午 03:43

全新正品法國名牌 Montagut 領帶 & 絲巾

此款絲巾&領帶是 TAOG 2006 年經典代表作，保證不易撞貨，不退流行，優雅高貴，自用或餽贈親友兩相宜！



- ★綠色金底邊綠字絲巾、紅色燙金字絲巾更顯出貴氣
- ★100%絲質觸感極佳
- ★尺寸 50cm X 50cm
- ★方型設計內斂，實用每個場合
- ★附原廠包裝盒
- ★保證原廠正貨
- ★可在微涼的秋季為您帶來一絲暖意及飄逸。

★男士在服飾上，不如女性的服飾變化多，因比唯一較大的變化便是領帶，而領帶也就成為男性風格的重要表徵。領帶能襯托男性魅力，並展現個人的品味、風格與魅力。選擇幾條適合自己的領帶，不僅讓您在職場上突顯個人之專業形象與品味，領帶對於高階人士而言，也是一種“權威”的表現喔。

- ★100%真絲
- ★一般領帶尺寸
- ★附原廠包裝盒
- ★顏色共五種請見照片
- ★保證原廠正貨



感謝會員們的踴躍捧場，領帶(左一)已售罄。
數量有限，敬請儘速訂購，以免向隅！

- ★為回饋會員，每件均 NT\$1,000 元單一特惠價優待且免運費；滿 NT\$3,000 元者享 95 折；滿 NT\$5,000 元享 9 折的優惠。一律採先匯款付費並將收據傳真告知本學會，再依選擇式樣與順序發貨。劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會
- ★顏色都以實物為準，圖示之領帶絲巾商品均為實品拍攝，受限拍攝光線影響，照片可能會有些微色差，但實品比照片漂亮，敬請見諒。

會員園地

閒話基因體科學(10)

唐氏症之謎

—人類第 21 號染色體 定序完成—

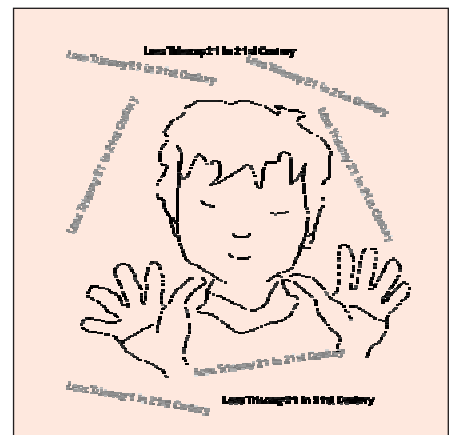
台大醫學院 謝豐舟教授

人類基因體計畫雖然尚未大功告成，但已有部份成果。繼人類最小的染色體—第 22 號之定序完成，2000 年 5 月 18 日的「自然」雜誌也宣告了第 21 號染色體的定序大功告成。

第 21 號染色體之所以格外引人注目，乃是唐氏症之故。唐氏症是智障的主要原因，同時合併有先天性心臟病等 87 種表現型。而唐氏症之病因，完全是多了一個 21 號染色體。如今，21 號染色體完全解碼，正可讓我們了解唐氏症的 genotype 與 phenotype 之間的關連，從而了解許多基因的功能。

21 號染色體的定序工作是由日本及德國組成的一個集團 (consortium) 完成。21 號染色體的長臂 (21q) 共定序出 33, 546, 361 個鹼基，約佔 21q 的 99.7%。僅剩 3 個小的 clone gaps 以及 7 個 sequencing gap (共約 100kb)。另外 21 號染色體的短臂 (21p) 則定序出 281, 116 個鹼基。21q 的 33.55Mb 較諸 22q 的 33.46Mb 稍大，21q 中有迄今為止最長的連續的 DNA 序列長達 28.5Mb。相較之下，22q 仍有長達 1Mb 的 10 個 gaps。21p 的定序相當不易，因為它含有幾種高度重覆的序列。人類 21p 的長度因人而異，相差可以達幾百萬個鹼基。

21 號染色體定序完成，最令人驚異的是 21 號染色體上居然只有 225 個基因，相較於大小差不多的 22 號染色體帶有 545 個基因，可以說 21 號染色體的基因實在不多 (gene-poor)。



這也許是 21 號染色體異常的個體可以存活，不若其他染色體異常要不是胎死腹中，就是出生時就夭折。

21 號染色體約佔人類基因體的 1%，原先 Unigene project 估計 21 號應有 800-1000 個基因，但實際上卻只有 225 個。21 號與 22 號染色體合起來約佔人類基因體的 2%，卻只有 770 個基因，依此類推。人類基因總數可能只有 40,000，而非原先推測的 10-14 萬。

決定基因數目的另一個指標是 CpG island。人類基因的 60% 帶有 CpG island。21q 的 115 個 CpG island 都帶有基因，而 22q 的 553 個 CpG island 卻只有 271 個帶有基因。

與小鼠的基因體相比較，與人類 21 號染色體相當的區域 (synteny) 仍是原先已知的小鼠 10 號, 16 號, 17 號染色體。小鼠 10 號染色體上與人類共有的 24 個基因，在人類 21 號染色體上的排列順序與小鼠完全一致。此種人類與老鼠之間基因的相似性，隨著小鼠基因定序的進展，更形重要。

21q 的 225 個基因中比對的結果，共有 127 個已知基因，98 個可能基因 (putative gene) 與 59 個假基因 (pseudogene)。在 225 個基因中，41% 尚無任何已知功能。已知的部份則有 10 個 kinase, 5 個與 ubiquitination 有關的基因，5 個 cell adhesion molecule, 一些 transcription factors 與 7 個 ion channels。另外在 21q 上可以找到功能相關的基因成串排列，例如 5 個 interferon receptor 在 21q 上佔了 250kb, 21q 22.3 上則有佔了 164kb 的 keratin-associated proteins。這些現象反映出進化過程中基因的複製 (duplication)。在 21p 上，則有 TPTE 基因，它是製造 putative tyrosine kinase，這是第一次在 acrocentric chromosome 的 p arm 上找到製造 protein 的基因。

在 21 號染色體上也發現複製 (duplication) 的序列，這可能與種種的染色體異常有關，另外在端粒 (telomere) 以及中心體周圍 (pericentromeric) 也可以找到反覆的序列 (repeat)，當然也有 39 個 breakpoints。

21 號染色體上有一段長達 7Mb 的序列只含有一個基因，這一段比 E coli 的全部基因還長，另外有三段長達 1Mb 的序列則全無基因，這些總共長達 10Mb 的空白序列佔了 21 號染色體的三分之一。相同的，22 號染色體也有 4.5Mb 的空白片段，相信哺乳類的其他染色體也有類似情況。這種空白序列在進化上、功能上、結構上的意義尚待釐清。

在醫學上，隨著 21 號染色體的定序完成，至少有五個已經定位到 21 號染色體的單基因異常可以藉此找到其致病基因。這包括

1. recessive nonsyndromic deafness

DFNB10

DFNB8

2. Usher syndrome type 1E

3. Knobloch syndrome
4. holoprocencephaly type 1 (HPEI)

另外有二個 complex disease 也定位到 21 號染色體

1. bipolar affective disorder
2. familial combined hyperlipilaemia

在癌症方面，頭頸部癌、乳癌、腔癌、胃癌、食道癌以及肺癌在 21 號染色體均有 Loss of Heterozygosity，顯示 21 號染色體至少有一個 tumor suppressor gene。唐氏症患者的 solid tumor 發生率較低，顯示此抑癌基因的劑量效果，然而，唐氏症兒童卻有較高的白血病發生率，而兒童白血病患之癌細胞常見 Trisomy 21。

隨著 21 號染色體的定序完成，其上基因的多形性(single nucleotide polymorphism, ANP) 也將被陸續發現，這些 SNP 對 complex disease 及 trait 的瞭解極有助益。

21 號染色體的定序完成，最重要的，莫過於讓我們能將唐氏症的 genotype 與 phenotype，像拼圖一樣地，慢慢將兩者的關連拼湊出來。這些工作，不只讓我們了解人類發育之謎以及疾病成因。也許還能帶來治療唐氏症的曙光。

30 年前，初入婦產科看到抱著唐氏症新生兒痛哭的年輕夫妻，心想，要是能做唐氏症的產前診斷，多好。如今隨著羊膜穿刺與母血篩檢的全面推廣，唐氏症的產前診斷已是夢想成真。下一個挑戰也許是唐氏症的治療吧！

發現唐氏症病因的法國遺傳學家 Lejeune 曾經說過：「我最大的願望是，有一天唐氏症的兒童長大之後，也能成為遺傳學家。」隨著 21 號染色體定序的完成，也許 Lejeune 的願望並不全然是白日夢。



21 號染色體的定序工作，日本方面是由慶應大學分子生物科、東京大學 Human Genome Center 與 RIKEN 和 National Cancer Research Institute 合作。台灣大學在整個生物體定序的歷史性工做上，註定永遠是個霧裡看花的“觀眾”。

隨著人類基因定序工作的開展，每一個醫生都可以去尋找與自己領域相關的致病基因，以此，與同仁們共勉。

推薦讀物：

1. M. HATTORI, et al: The DNA sequence of human chromosome 21
Nature 405, 311-319, 2000

基因體科學 (2)

人類第六號染色體

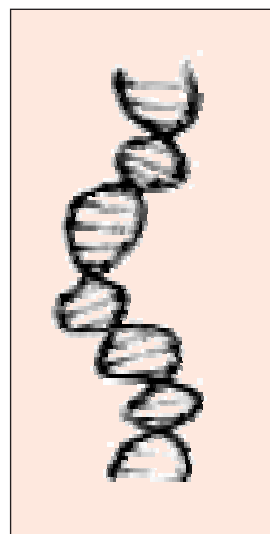
台大醫學院 謝豐舟教授

公元 2003 年 4 月 14 日星期一，人類基因體計劃 (Human Genome Project) 提前畫下了一個完美的句點；2825 megabase 的人類基因序列定序完成。接下來，學者就針對個別的染色體作更進一步的分析並定義其中的基因 (annotation)。幾年下來，7 號、14 號、20 號、21 號、22 號及 Y 的完整序列陸續發表，而最近第六號染色體的完整序列也在十月二十三日的「自然」期刊出版。所以迄今人類 2825 megabase 的基因序列中已有 17% (500 megabase) 經過仔細分析及基因定義 (annotation)，剩下 17 個染色體還待努力。

第六號染色體是迄今完成分析的人類染色體中最大的一個，它共有 166 megabase (166,880,988 bp)。研究者將之分成九段來分析，也就是有 8 個間斷 (gap)，其中七個是在中心體及染色體端點附近的高度重複序列區 (highly repetitive region)。據估計，六號染色體的真染色質 (euchromatin) 有 99.5% 已經完成定序工作。

在六號染色體 166 megabase 的序列中，可以找出 2190 個基因結構 (gene structure)，其內含有 772 個已知基因 (known genes)，287 新基因 (novel genes)，213 新轉錄區 (novel transcript)，285 可能基因 (putative genes) 以及 633 偽基因 (pseudogene)。已知的基因中 61% 具有 CpG island。若不計偽基因，則六號染色體的基因密度 (gene density) 為 9.2 gene/Mb，此數值雖與基因體整體的比例相近，但扣除 Major Histocompatibility Complex (MHC) (43 gene/Mb) 則六號染色體的基因密度其實不高。不含偽基因的話，則基因部分約佔六號染色體的 42.2% (70,396,075 bp)，平均基因長度為 31,195 bp，外顯子 (exon) 則佔 2.2% (平均 281 bp)。每一基因的轉錄 (transcript) 平均為 2.34 (putative gene 不計)，其中 FYN oncogene 有高達 16 個轉錄。

六號染色體的一大特色是它具有人類最大的不轉錄蛋白質 RNA gene (non-protein-coding RNA gene)。在人類 616 個 tRNA 基因中有 157 個位於六號染色體短臂 (6p)，除 Ans-tRNA 及



Cys tRNA 外，所有的 tRNA 品類幾乎全在這裡。研究也發現 tRNA 基因所在的位置亦是染色體上轉錄活動旺盛的區域 (transcription hotspots)。這種位置重疊 (colocalization) 顯示轉錄工作啟動後染色體的構組會有大尺度 (multi-Mb) 的變動，亦即染色體的空間位置變動確是影響基因活性的重要因素 (chromosomal location matters)。

六號染色體的反覆序列 (repeat sequence) 約佔 43.95%，接近平均值。其中 LINE 佔 20.85%；SINE 佔 11.29%；LTR 8.05%；Retrotransposon 3.24%。在六號染色體短臂端 (6pter) 有 17 個連成一串的 Alu 序列，顯示此區為基因體的高度複製區域 (duplication)。由於 Alu 重覆序列容易導致染色體異常的一再發生，6pter 也真的與一些染色體重組 (rearrangement) 所致的疾病如 glaucoma, orofacial cleft palate 以及腫瘤有所關聯。

在六號染色體上有兩個大的複製區 (duplication)，即 6p21.31 及 6p11.1。此外還有 65 個基因群 (gene clusters)，分屬 46 個基因家族 (gene families)，主要的基因群均位於 6p 的 MHC 延伸區。事實上，六號染色體已定義的 1557 基因中有 223 (14.3%) 似乎是起源於局部的複製 (local duplication)。

六號染色體定序工作最大的特色就是同時與五種生物的基因序列比對；包括小鼠 (*Mus musculus*)、斑點綠色河豚 (*Tetraodon nigroviridis*)、大鼠 (*Rattus norvegicus*)、河豚 (*Fugus rubripes*) 及斑馬魚 (*Danio rerio*)。六種生物 (含人類) 相互比較下來發現有 5409 個保留區 (conserved region)，其中 5204 個與 4466 個已定義的外顯子相符，這表示 95.6% (4466/ 4466+205) 的轉錄外顯子已被定義出來。由於這種與其他生物基因序列比對的方便，使六號染色體的基因定義工作更加順利與確實。

迄今為止，六號染色體上共發現有 183,019 個 SNP (single nucleotide polymorphism)，其中 2761 個在蛋白質轉錄外顯子。當然六號染色體最具多形性的基因是 HLA-B (86 SNP/kb) 上，這也是整個人類基因體中多形性的冠軍，次為其他的 class I 及 class II 基因，HLA-B 目前已知有 511 個 allele。

目前，六號染色體上有 130 個 gene 已知和疾病有所關連，而其中 84 個已被轉殖出來 (cloned)。MHC gene 與自體免疫 (autoimmunity) 最有關連，至少有 100 種疾病被報告與 MHC 基因相關。HFE 基因之突變會導致 hereditary haemochromatosis。在神經疾病方面，六號染色體上有 SCA1，其突變會導致 spinocerebellar ataxia；EPM2A 與 Lafora's myoclonus epilepsy 有關，而 PARK2 的突變或缺損 (deletion) 則導致 juvenile-onset autosomal recessive parkinsonism。6p22 上面的 dysbindin (DTNBP1) 基因可能與 schizophrenia 有關。近來經由對平衡轉位 t (6:11) (q14.2;q25) 之仔細分析顯示 6q14.2 的 HTR1E 基因及 11q25 上面的 B3GAT1 與 schizophrenia-like psychosis 有關。對染色體斷點 (break point) 的分析

結果顯示這二個基因並未被切斷，因此可能是轉位之後，位置之不同而導致其功能失常，也就是 position effect。6q24 上的 PLAGL1 與 HYMA1 是 imprinted 及 paternally expressed gene，研究顯示這兩個基因可能與 transient neonatal diabetes mellitus (TNDM) 有關。六號染色體上另外一組 imprinted genes 則位於 6q26，此區據信是有 tumor suppressor gene (TSGs) 存在。

六號染色體長臂素來是遺傳學家注意的焦點，因為其上的基因與許多實體及血液腫瘤的進行有關。近來有人將六號染色體定序工作所得的 clone 製成 array，來探討 astrocytic glioma 組織內的 commonly deleted and/or homozygous deletion，這是搜尋 tumor suppressor gene 的新途徑。

總結而言，六號染色體的仔細分析及定義有幾個特色：

1. 藉由與其他生物基因體基因序列的比對，基因定義 (annotation) 的工作更為精確而有效率。
2. 六號染色體上的 HLB-A 是人類多形性最高的基因。
3. 六號染色體上有最大的 tRNA clusters。

目前還有兩個大計劃在進行，以加速揭開基因體的奧秘；其一是 ENCODE (Encyclopedia for DNA Elements)，另外則為 MGC (Mammalian Gene Collection)。ENCODE 是取人類基因體序列的百分之一 (3×10^7 bp)，進行徹底的分析與比對，以決定其中所有的功能元素 (functional elements)，以編成一部基因序列導覽書，進而將之用於其他 99% 基因體序列的分析。ENCODE 包含基因序列上的 protein coding 及 non-protein coding 區段以了解後者對其他基因之調控功能。MGC 則希望對人類、小鼠及斑馬魚的每一個基因獲得至少一個全長的 mRNA transcript，以求知曉基因被 spliced 之後的全貌。當然這些 mRNA clone 可以在細胞系統內進行其功能評估，以了解個別基因的功能。

六號染色體分析完成後，還有 17 個人類染色體有待努力，在 24 個染色體全部分析及定義完成後，加上 ENCODE 及 MGC 計劃，我們對整個人類基因體的掌握可望跨入一個新天地。

推薦讀物：

1. A. J. Mungall et al: The DNA sequence and analysis of human chromosome 6. Nature 425:805, 2003.
2. Jane Grimwood et al: six is seventh. Nature 425:775, 2003.

答覆會員來函 -----

關於抹片報告第(2)項 (reactive change)

馬偕醫院婦癌科 陳子健醫師

抹片報告所根據的 2001 年 Bethesda system¹, 對於採樣合格(satisfactory)者的報告大綱如下:

一. Negative for intraepithelial lesion or malignancy

(一)Organisms

含 Trichomonas vaginalis, fungal organisms, bacterial vaginosis, actinomyces species, herpes simplex

(二)Other non-neoplastic finding (Optional to report), 例如:

[一]reactive change

有關者如 inflammation (含 typical repair), radiation, intrauterine contraceptive device

[二] glandular cell status posthysterectomy

[三] atrophy

二. Epithelial abnormality

如 atypical squamous cells, LSIL, HSIL, atypical glandular cells, AIS 等

三. Other

在 40 歲或以上之婦女抹片中發現 endometrial cells

由上可知，"reactive change" 隸屬於 "negative for intraepithelial lesion or malignancy"。而根據美國國家 NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Cervical Cancer Screening Practice Guideline 2006 年第二版²，抹片報告隸屬於 "negative for intraepithelial lesion or malignancy" 者，依循一般子宮頸抹片篩檢政策即可(在臺灣是每年一次)。

需要重新再作抹片的 2，是所謂抹片報告為採樣不合格 (unsatisfactory) 的個案。"unsatisfactory" 的個案，須 "repeat as soon as practical (3 months)"，但若有感染，則要先予以治療。"negative for intraepithelial lesion or malignancy" 和 "unsatisfactory" 的狀況是不一樣的。

子宮頸抹片檢查的 false negative rate 約為 25% 至 50%³。婦產科醫師要有基本認識，抹片只是篩檢，並非診斷性的檢查，只要你的操作合乎標準程序，在倫理法律上均站得住腳，即使完美的子宮頸抹片，也不能完全防止子宮頸癌的發生，其實在歐美國家所謂的因抹片所引起的醫療糾紛，大致上發生在實驗室，也就是細胞的診斷上。想要減少子宮頸篩檢的失誤，可考慮：

(A) 抹片操作方面

避免在出血、發炎、24 小時內有性交、48 小時內有使用陰道內藥物的狀況下作抹片；先將分泌物擦掉，再作抹片；作抹片時，endocervix 和 transformation zone 都要採樣到；採樣之後，要迅速在玻片上抹成薄層，並迅速置入固定液中，避免乾掉 (air dry)。

(B) 若看到可疑的子宮頸

不要光是作抹片。如果是子宮頸癌，這時候作抹片的準確性只有五成。應該直接對可疑處作切片，或轉介給婦癌次專科的專家作進一步的評估。

(C) 考慮 HPV test

抹片正常且查無 HPV 者，9 個月內發生 CIN3 或更嚴重病變的機率為 0.03%，21 個月內發生 CIN3 或更嚴重病變的機率為 0.05%；而單單抹片正常者，9 個月內發生 CIN3 或更嚴重病變的機率為 0.08%，21 個月內發生 CIN3 或更嚴重病變的機率為 0.24%⁴。如果 HPV 在一年之後持續存在，則即使抹片結果正常，也應該要作 colposcopy 檢查，因為持續查有 HPV 的婦女當中，有 21.1% 其實已經有 HSIL 了⁵。

Reference

1. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002;287:2114-2119.
2. National Comprehensive Cancer Network Cervical Cancer Screening Practice Guideline 2006.V2. website nccn.org
3. Benefits and costs of using HPV testing to screen for cervical cancer. JAMA 2002;287:2372-2381.
4. Baseline cytology, human papillomavirus testing, and risk for cervical neoplasia: a 10-year cohort analysis. Journal of National Cancer Institute 2003; 95:46-52.
5. Recurrent human papillomavirus infection detected with the hybrid capture II assay selects women with normal cervical smears at risk for developing high grade cervical lesions: a longitudinal study of 3,091 women. Int J Cancer 2002; 102:519-525.

誠徵

臺北醫學大學附設醫院

【婦產部-生殖醫學暨不孕症研究醫師】

職 稱：生殖醫學暨不孕症研究醫師

學 歷：具婦產科專科醫師證書者

或完成婦產科四年住院醫師訓練者

互作內容：不孕症醫學及研究

應徵文件：1.畢業證書影本 2.履歷表與自傳

應徵聯絡方式：

郵寄 110 臺北市信義區吳興街 252 號 9F 婦產部收

做對的事：

診斷正確最重要

台南郭綜合醫院婦產科 李耀泰主任

一位 41 歲婦女因發燒、下腹痛和觸摸到腹部有腫塊，至本院婦產科求診，同仁在婦檢時發現：陰道沒有異常分泌物，子宮頸正常，子宮內裝有避孕器，在將子宮頸上舉或移動沒有腹痛，也沒有下腹壓痛，不似急性骨盆炎，內診卻發現子宮後壁和臍下腹壁，各有一拳頭大小腫瘤，超音波下為實心性腫瘤，初步診斷為直腸惡性腫瘤。取出避孕器後，轉給腸胃內科醫師做進一步診治。

住院後，血液檢查發現白血球、血球沉澱速率和C-反應蛋白和腫瘤指數（CA 125）皆增加很多，但體溫仍算正常。電腦斷層證實在子宮直腸隱窩和臍下腹壁各有一 7 公分大小，邊緣不規則，實心性腫瘤，診斷為子宮頸癌所轉移。大腸內視鏡檢僅見子宮頸部的直腸前壁有外在的腫瘤壓逼。會診外科醫師，診斷為直腸癌，與病患商議手術，告知可能需要做人工肛門。病患在給予抗生素後，白血球和C反應蛋白雖未正常，但有很大改善。

胃腸科再會婦產科，同仁仍覺得不像子宮頸癌，於是請問我的意見。當患者進我診間，言談間發現她健康狀況很好，沒有任何不適的樣子，只覺得心裡恐懼，怕做人工肛門，詢問病史知她已裝避孕器 14 年。婦檢發現子宮頸正常，沒有分泌物，給予做了陰道細菌培養和子宮頸抹片（並關照檢驗部門，注意檢視放線菌），理檢時，下腹沒有壓痛，但肛診發現子宮直腸隱窩有一甚硬、柳丁大小腫瘤，臍下亦有大小相同腫瘤，均無壓痛。

隔天，我與胃腸科醫師討論其它可能的診斷，依序為放射菌腫瘍、結核病膿瘍和深

層子宮內膜異位瘤，於是他將病患轉給我。乃予高劑量盤尼西林外及治療厭氧性抗生素。同時做子宮內膜切片，及對腹腔腫瘤做穿刺切片，可惜未抽到東西。

最後會診了感染科，他們同意放射菌膿瘍的診斷，經過一週注射抗生素治療後，兩處腫瘤皆消失一半。

美中不足的是，在子宮頸和子宮內膜抹片皆無法找到放線菌或硫顆粒。因病情已穩定，病人心情也好轉，決定准予出院。出院後繼續使用抗生素，至第 4 週時，已檢查不出任何腫瘤存在。患者家屬對我們十分感激。

放線菌膿瘍，因診斷不易，手術困難，若予手術，常易造成腸子和膀胱的損傷，這個病例雖未得證據，但診斷似乎是對了。在一醫院看到其宗旨是「要最對的事，對，一開始就要對」，要求如此高，是何等困難且值得深思的事！行醫面對每位患者，要想做對的事，就是一開始將診斷弄對，則病人得福，醫師不會遺憾。今日健保制度下以業績創給付，使醫師沒有時間思考，則更難侈談多看書、多研究了！

財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院

誠 徵

婦產科主治醫師

資 格：需具醫師證書及婦產科專科醫師證書。

工作內容及職責：門診、住院、生產、各種鏡檢及手術(包括腹腔鏡手術)特別是剛完成專科醫師訓練，欲展鴻圖的新科人員

意 者：請備妥履歷表(附照片)自傳、註明應徵項目

寄至 256 宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號醫療副院長室

Tel:(03)395 — 44106 轉 5262 FAX:(03)957-5653

* E-mail:melody@smh.org.tw 使用電子郵件通訊可優先處理

* 如不合適，本院將不另行通知



MINESSE®

劑量最低的口服避孕藥

- 安全、方便又有效
- 體重變化最少
- 避孕藥相關副作用少
- 一天一粒，不會忘記

安全方便又有效

體重變化最少



貼 郵 票

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4819
傳真：(02) 2209-1476

台灣婦產科醫學會

收

◎119 通訊繼續教育答案◎

題目：1.停經後骨質疏鬆症：預防與治療

1. () 2. ()
3. () 4. ()
5. ()

2.Misoprostol 新的進展

1. () 2. ()
3. () 4. ()
5. ()

會員號碼：

姓 名：

日 期：

*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於積分登錄。

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真。

各位會員您好：

為了您的權益，如會員名錄、積分登錄、選舉、資料寄發等，學會必須有您最新的聯絡方式，如有異動，請儘速將下表郵寄或傳真至學會，謝謝！

姓 名		會員編號	
服務醫院		電 話	
醫院住址	郵遞區號_____	傳 真	
通訊地址	郵遞區號_____	電 話	
		傳 真	
所屬公會		手 機	
E - Mail			

行政院衛生署立豐原醫院

(區域醫院)

誠徵 婦產科主治醫師一名

院址：豐原市安康路 100 號

人事室電話：04-25271180 轉 2313

網址：<http://www.fyh.doh.gov.tw>

編 後 語

游淑賢

大家好：

前兩天，社區總幹事聊到她女兒的同學重考了四年，為的是非醫學系不念！家長的理念是：醫學系出來後，每月至少有二、三十萬甚至四、五十萬的收入！當父母的就毋須再為子女操心了。聽到此，也只能瞠目結舌，張口無言了。

身為編輯委員，除了寫編後語，也沒有為學會付出多大的心力，實在很慚愧。也更感佩各位前輩們無私無悔的付出，讓大家都得到最新的訊息！不至於成為老死一隅的井底蛙醫師！

值此性觀念開放性教育不足的時代，青少年生育保健親善門診的設立，不啻為及時雨。HRT 被媒體渲染其致癌性後，對更年期/停經期婦女骨鬆的處理，陳芳萍醫師的文章裡有詳盡的說明。李耀泰醫師、郭宗正醫師及陳福民醫師經常出現的文章對基層醫師尤有助益。而接續前幾集的基因體科學，更讓人感受到醫學之浩瀚、無涯，真的很感謝謝豐舟教授의 分享。

身為醫師，絕大部分都願意在自己的崗位上永續的耕耘與付出，以期對大眾的健康把關。在此風雨飄搖之際，願醫師同仁更團結，也願政府能有雙贏的政策，才是大眾之福。

打開窗戶，一陣秋風徐徐，在此秋高氣爽的時節，踴躍參與學會舉辦的戶外活動，必定會有另一番領悟。相信冬天過後，春天也不遠了。

台北縣新莊市婦產科

誠徵專任或兼任醫師

有意者請洽：0932158057

活動消息

編號	主題	主辦單位	舉辦地點	開始時間	結束時間	類別	學分
0917-1	Recent Advances in Metabolic Diseases and Animal Models	中華民國人類遺傳學會	台大醫院國際會議中心-402AB	9月17日9時00分	9月17日17時00分	B	5分
0917-2	2006 現代婦科學高峰學術研討會	台灣婦科醫學會	台大醫院 102 講堂	9月17日9時00分	9月17日16時30分	A、B	2.5、7.5分
0917-3	醫師學術活動學術研討會	桃園縣醫師公會	尊爵大飯店三樓翡翠廳	9月17日13時30分	9月17日16時40分	B	1分
0917-4	繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室	9月17日14時00分	9月17日18時00分	B	2分
0917-5	台中市診所協會學術研討會	台中市診所協會	台中長榮桂冠酒店	9月17日13時30分	9月17日16時45分	B	1分
0917-6	人類乳突狀病毒篩檢之前瞻性探討	高雄市診所協會	高雄漢來飯店	9月17日15時40分	9月17日16時40分	B	2分
0917-7	單一細胞基因診斷技術之現況與未來	中華民國週產期醫學會	台大醫院新大樓診療大樓五樓婦產部討論室	9月17日14時00分	9月17日15時00分	B	1分
0921-1	乳房的整型美容手術	台大雲林醫院	台大雲林醫院急診大樓六樓學術講堂	9月21日12時30分	9月21日14時30分	B	1分
0922-1	婦產科新紀元國際研討會暨第一屆亞洲婦女泌尿學專家聯盟雙年會	長庚醫院林口分院	長庚醫院第一&三會議廳	9月22日8時10分	9月24日12時00分	B	10分
0923-1	苗栗縣憂鬱症共同照護網研習會	苗栗縣衛生局	苗栗縣衛生局三樓簡報室	9月23日9時00分	9月23日16時00分	B	6分
0924-1	醫學倫理暨法律、醫療品質研討會	彰濱秀傳醫院	彰濱秀傳醫院國際會議廳	9月24日9時30分	9月24日16時40分	醫學倫理	1分
0926-1	持續性品質改善在醫療照護之應用	慈濟大林分院	大愛樓二樓第一會議室	9月26日7時30分	9月26日8時30分	B	1分
0927-1	兒科醫療糾紛案例分析	台北市醫師公會(限本會會員參加)	台北市醫師公會六樓會議室	9月27日13時00分	9月27日15時00分	醫學倫理	2分
0927-2	漫談疥瘡感染	台大雲林醫院	台大雲林醫院急診大樓六樓學術講堂	9月27日12時30分	9月27日14時30分	B	1分
0930-1	Genetic counseling and medical ethics	中華民國人類遺傳學會	台大醫院國際會議中心-402ab	9月30日9時00分	9月30日17時00分	B	3分
0917-1	Recent Advances in Metabolic Diseases and Animal Models	中華民國人類遺傳學會	台大醫院國際會議中心-402AB	9月17日9時00分	9月17日17時00分	B	5分
0917-2	2006 現代婦科學高峰學術研討會	台灣婦科醫學會	台大醫院 102 講堂	9月17日9時00分	9月17日16時30分	A、B	2.5、7.5分
0917-3	醫師學術活動學術研討會	桃園縣醫師公會	尊爵大飯店三樓翡翠廳	9月17日13時30分	9月17日16時40分	B	1分
0917-4	繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室	9月17日14時00分	9月17日18時00分	B	2分
0917-5	台中市診所協會學術研討會	台中市診所協會	台中長榮桂冠酒店	9月17日13時30分	9月17日16時45分	B	1分
0917-6	人類乳突狀病毒篩檢之前瞻性探討	高雄市診所協會	高雄漢來飯店	9月17日15時40分	9月17日16時40分	B	2分
0917-7	單一細胞基因診斷技術之現況與未來	中華民國週產期醫學會	台大醫院新大樓診療大樓五樓婦產部討論室	9月17日14時00分	9月17日15時00分	B	1分
0921-1	乳房的整型美容手術	台大雲林醫院	台大雲林醫院急診大樓六樓學術講堂	9月21日12時30分	9月21日14時30分	B	1分
0922-1	婦產科新紀元國際研討會暨第一屆亞洲婦女泌尿學專家聯盟雙年會	長庚醫院林口分院	長庚醫院第一&三會議廳	9月22日8時10分	9月24日12時00分	B	10分
0923-1	苗栗縣憂鬱症共同照護網研習會	苗栗縣衛生局	苗栗縣衛生局三樓簡報室	9月23日9時00分	9月23日16時00分	B	6分
0924-1	醫學倫理暨法律、醫療品質研討會	彰濱秀傳醫院	彰濱秀傳醫院國際會議廳	9月24日9時30分	9月24日16時40分	醫學倫理	1分
0926-1	持續性品質改善在醫療照護之應用	慈濟大林分院	大愛樓二樓第一會議室	9月26日7時30分	9月26日8時30分	B	1分
0927-1	兒科醫療糾紛案例分析	台北市醫師公會(限本會會員參加)	台北市醫師公會六樓會議室	9月27日13時00分	9月27日15時00分	醫學倫理	2分
0927-2	漫談疥瘡感染	台大雲林醫院	台大雲林醫院急診大樓六樓學術講堂	9月27日12時30分	9月27日14時30分	B	1分
0930-1	Genetic counseling and medical ethics	中華民國人類遺傳學會	台大醫院國際會議中心-402ab	9月30日9時00分	9月30日17時00分	B	3分
0917-3	醫師學術活動學術研討會	桃園縣醫師公會	尊爵大飯店三樓翡翠廳	9月17日13時30分	9月17日16時40分	B	1分
0917-4	繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室	9月17日14時00分	9月17日18時00分	B	2分
0917-5	台中市診所協會學術研討會	台中市診所協會	台中長榮桂冠酒店	9月17日13時30分	9月17日16時45分	B	1分
0917-6	人類乳突狀病毒篩檢之前瞻性探討	高雄市診所協會	高雄漢來飯店	9月17日15時40分	9月17日16時40分	B	2分
0917-7	單一細胞基因診斷技術之現況與未來	中華民國週產期醫學會	台大醫院新大樓診療大樓五樓婦產部討論室	9月17日14時00分	9月17日15時00分	B	1分
0921-1	乳房的整型美容手術	台大雲林醫院	台大雲林醫院急診大樓六樓學術講堂	9月21日12時30分	9月21日14時30分	B	1分
0922-1	婦產科新紀元國際研討會暨第一屆亞洲婦女泌尿學專家聯盟雙年會	長庚醫院林口分院	長庚醫院第一&三會議廳	9月22日8時10分	9月24日12時00分	B	10分
0923-1	苗栗縣憂鬱症共同照護網研習會	苗栗縣衛生局	苗栗縣衛生局三樓簡報室	9月23日9時00分	9月23日16時00分	B	6分
0924-1	醫學倫理暨法律、醫療品質研討會	彰濱秀傳醫院	彰濱秀傳醫院國際會議廳	9月24日9時30分	9月24日16時40分	醫學倫理	1分
0926-1	持續性品質改善在醫療照護之應用	慈濟大林分院	大愛樓二樓第一會議室	9月26日7時30分	9月26日8時30分	B	1分
0927-1	兒科醫療糾紛案例分析	台北市醫師公會(限本會會員參加)	台北市醫師公會六樓會議室	9月27日13時00分	9月27日15時00分	醫學倫理	2分
0927-2	漫談疥瘡感染	台大雲林醫院	台大雲林醫院急診大樓六樓學術講堂	9月27日12時30分	9月27日14時30分	B	1分
0930-1	Genetic counseling and medical ethics	中華民國人類遺傳學會	台大醫院國際會議中心-402ab	9月30日9時00分	9月30日17時00分	B	3分
0917-3	醫師學術活動學術研討會	桃園縣醫師公會	尊爵大飯店三樓翡翠廳	9月17日13時30分	9月17日16時40分	B	1分
0922-1	婦產科新紀元國際研討會暨第一屆亞洲婦女泌尿學專家聯盟雙年會	長庚醫院林口分院	長庚醫院第一&三會議廳	9月22日8時10分	9月24日12時00分	B	10分

