

台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2007年3月125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

今年度的年會暨擴大學術研討會即將在3月24、25日假台大醫院國際會議中心舉行，希望各位會員能踴躍參加，除了加油充電之外，更可以和老朋友見見面、聊聊天。

自然產點數自94年5月1日調升與剖腹產點數相同之後，一直受到外界一些醫事團體之關注。健保局當初之目的除了要彌補日益萎縮之生產業務之外，也期待剖腹產之比率能明顯下降。然而實施至今已一年半，剖腹產率並未達到預期之目標（93年：32.49%，94年：32.89%，95年1月~6月：33.27%）。也因為如此，有些團體就透過多位立委質疑健保局這項政策有缺失，健保局也多次來函要求學會提出因應對策。

在3月4日下午之健保醫政暨總額預算對策委員會裡，與會的委員作成兩項建議將提理事會討論。第1項建議為建請健保局針對剖腹產率超過50%之醫療院所恢復審查制度，不合乎適應症者改以自行要求剖腹產15.188點給付。第2項建議為生產並非疾病，應將生產費用排出於健保總額，改以生育補助給付以提升生育率及醫療品質。由於健保資源有限，好不容易爭取到的調高點數大家應好好珍惜，也希望能配合學會的政策一起把它做好。如果有一天健保局政策改變而影響到會員們的權益，則實非大家所樂見。

監事長的話

郭宗正

96 年度西醫基層總額架構中，中央健保局同意增列 1.4 億元作為「加強醫療服務管控、分配效率及科別平衡」經費，該經費在基層執委會被多次熱烈討論，本學會在楊理事長、謝秘書長及徐超群醫師等人的極力爭取下，最後以最艱困的科別前兩名，即婦產科與外科可分別取得 2/3 及 1/3 的經費，婦產科約可分配到 9000 萬元，若以保障生產點值一點一元計算，則所需經費超出甚多，且各科也都會要求保障點值，因此最後以加成骨盆檢查費 55021C（原為 55 點，加成 65%後約為 90.7 點，每季檢討，若超出本預算應重新檢討加成成數），方案獲得通過，且已於 96 年 2 月 27 日公告，3 月 1 日正式實施。雖然該經費未運用在生產點數上，但以加成骨盆檢查費為最後結果尚屬圓滿。

自 94 年 5 月 1 日起，自然產點數提升後，因各界不斷批評剖腹產率並未隨之下降，健保局五次發函至學會要求檢討，且間隔時間越來越短（請參見第 8 次健保醫政暨總額預算對策委員會紀錄），為了維持自然產點數不被調降，學會作了許多努力，例如：增訂自行要求剖腹產支付標準、三度發函剖腹產率 40%以上之院所勸導改善、舉辦無痛分娩研討會等，但仍無法使會員自律，95 年第 2 季的整體剖腹產率仍高達 33.3%，距健保局的目標 30%以下仍高出許多，除此之外學會也多次至健保局溝通，要求不應將剖腹產率列為醫療品質指標，並爭取延長觀察剖腹產率變動的時間，但因最初爭取提升自然產點數的最佳說帖為能有效降低剖腹產率，因此各界仍以關注剖腹產率的變動，作為給付自然產點數的指標，若自然產點數被調降受害的將是全體會員。

學會理當維護全體會員的權益，但如因少數人而影響到全體會員應有的權益時，學會仍須作出適當的機制，以維護全體會員的權益。

秘書長的話

謝卿宏

親愛的會員、前輩大家好!

剛過完年，感到很充實，將近十天的假期，實在是從醫以來，難得的清閒！當然，這種生活，對奉獻青春給產婦的同仁來說，不僅奢侈，而且是可遇不可求。然而，不管如何，一定要把握享受每一分每一秒休閒的時刻，否則，以我們比一般人短十歲壽命的情形來說，可能在我們尚未準備好之時，「生命之神」就會讓我們措手不及。

所以，大家一定要多利用時間安排自己的生活，要積極參加年會活動、參加登山活動，千萬不要為一些雞毛蒜皮之事所擺佈，少五千一萬，也不會怎麼樣，反而是對生活的咀嚼很重要，要會享受生命，享受人生的樂趣，而且對身為醫師的我們而言，更要有大的氣度，包容一切，因為「氣度」就決定我們的「高度」與「深度」。

學會雜誌已進入 MI，大家寫論文時一定要多 CITING 會刊內的文章，尤其是 2007 和 2008 年的文章，這正是我們於 2009 年是否進入 SCI 的最重要關鍵，加油吧，TAOG！也請大家多多給主編陳持平主任支持！

醫藥記者聯誼會已舉辦了三次，預計五、六月時會再舉辦第四次，如果大家有什麼好的 ISSUE，請儘管和學會秘書處聯絡！每次看到我們的同仁被媒體修理、傷害，秘書處都一再期許能夠在事前把這種新聞 BLOCK 掉！但願有朝一日，這個夢想會成真，所以，和醫藥記者的聯誼以促進彼此的互知、互信與互助，是非常重要的事，希望大家多參與，並幫助學會來達成使命。

至於降低 C/S RATE 的事，大家一定要努力達成，也一定要發揮同儕制約的功效，不要以為事不關己，否則，受害的一定是全體會員，希望大家能夠以戒慎恐懼的心來關心！

最後，敬祝大家身體健康，在新的一年心想事成！

台灣婦產科醫學會 125 期會訊

目錄精華

01 理事長的話 | 文/楊友仕

02 監事長的話 | 文/郭宗正

03 秘書長的話 | 文/謝卿宏

06 秘書處公告 | 文/秘書處

06 96年4月份登山報名表——三峽北插天山

此次登山路線是為登玉山之行前準備訓練，如無法走完全程，請勿報名參加玉山之行程。

07 喜來登飯店訂房表

08 行政院衛生署 書函

貴會建議修正「泌尿科專科醫師甄審原則」及函詢專科醫師證書有效期限之展延，需否包含醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質等項繼續教育積分乙案，復請 查照。

09 第十七屆第八次健保醫政暨總預算對策委員會會議紀錄

11 臺中縣衛生局 函

有關醫療機構或醫師引用專文詞句刊載資料是否應予規範，另婦產科機構使用已領有醫療器材查驗登記證字號之超音波儀器檢查，是否應有使用限制之規範，敬請惠予釋示，請鑑核。

目錄精華

12 通訊繼續教育

12 懷孕與抗凝血劑之使用 | 文/李耀泰、郭宗正、陳福民

23 會員園地

23 以腹腔鏡治療低惡性和早期卵巢癌的檢視 | 文/李耀泰、郭宗正、陳福民

29 子宮肌瘤併極度貧血之病例報告 | 文/顧澄

32 法律信箱

32 為再度推動婦產科會員團體責任保險暖身 | 文/高添富

35 編後語 | 文/王三郎

36 活動消息 | 文/秘書處

廣告刊登

秉坤婦幼醫院	19	34	漢銘醫院
台北醫學大學附設醫院	22	34	蕭弘智婦幼診所
高雄市婦產科診所	28	34	板橋婦產科診所
行政院衛生署立台南醫院	28	35	宋俊宏婦幼醫院
台北婦產科診所	34		

三峽——北插天山 登山步道

康樂福利委員會

滿月圓森林遊樂區，是北部地區少數的國家森林遊樂區，夏天來時，有如自然的冷氣般，舒適宜人。但因為滿月圓森林遊樂區的天氣變化多端，有時常有陣雨出現，也因如此，更增加了登北插天山的困難度。北插天山的登山路口就在滿月圓森林遊樂區的步道上，從自導式自然步道上，過了約二十分鐘後，即可看到指示牌了。

※此次登山路線是以登玉山之行前準備訓練，如無法走完全程，請勿報名參加玉山之行程。

備註：因本活動無任何保險，希望參加者能小心自身安全及考量自身體力是否負荷。

- ◆日期：96年4月1日
- ◆回程集合時間：下午4:30
- ◆去程集合地點：學會大門口
- ◆回程集合地點：滿月圓停車場
- ◆去程集合時間：上午5:00
- ◆去程交通：首都客運接送
- ◆費用：搭乘客運者須繳交500元（含門票），其餘學會補助，並請事先劃撥，以確定人數。
- ◆自行開車：國道3號下三鶯交流道，循中山路、民族街、中園街經三峽市區，接3號省道、7乙省道、北114鄉道往樂樂谷方向前進，於東峰橋前右轉叉路，沿蚋仔溪產業道路前行便可抵滿月圓國家森林遊樂區。
- ◆登山路徑：進入滿月圓國家森林遊樂區—步行約20分—往北插天山登山口（指示牌）-指標-原路線回來-停車場
- ◆登山路程：從登山口往北插天山出發9.22km，步行時間300分鐘（來回10小時）
- ◆登山難易度：難。此路線不是一般山友說走就走的路線，除了有時間外，還要有相當的體力、耐力、腳力與毅力，才能夠完成此任務。
- ◆攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套、雨鞋。
- ◆早餐：學會準備
- ◆午餐：請自備便當
- ◆晚餐：學會招待
- ◆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

北插天山又名塔開山 1727 公尺是大台北盆地能當天往還之中級山，也是北部之中級熱門名山，雖然祇海拔 1725 公尺，但其林相景觀卻有二千多公尺至三千公尺的景觀，溫、寒帶的針葉林、秋天的變葉樹林，這些北國風光，難以想像住在亞熱帶的我們，能一天往還就親近她。

一般攀登北插天山的路線有四條：滿月圓、福山、小烏來、復興經南插天山線，一般最熱門的路線是滿月圓線，當天由台北出發或前一天住滿月圓入口前之鄭百或薛家山莊，可順遊滿月圓森林遊樂區之瀑布群。

◆報名方式：

欲參加者請於 95 年 3 月 28 日前報名，報名時請填寫下報名表傳真至學會。

劃撥帳號 00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

※無事先報名者恕不供應餐點

學會電話：02-25684819

傳 真：02-21001476

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



台北喜來登大飯店
Sheraton Taipei
 HOTEL

Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology
ACCOMMODATION RESERVATION FORM
 Validity: March 24 - 25, 2007

Block ID: 115651

To: Sheraton Taipei Hotel
 Ms. Amy Chen / Account Manager
 Tel: +886 2 23215858 ext.8000
 Fax: +886 2 23936824
 E-mail: amy.chen@sheraton-taipei.com

Date: _____

Guest Information :

Name: Mr./Ms. _____
First Name Middle Name Last Name

Telephone: _____ Facsimile _____
Country code/Area code/Tel# Country code/Area code/Tel#

E-Mail: _____

Arrival date: _____ Departure date: _____

Accommodation :

(1) Single Room

NTS 5,600 +10% service charge
 (Inclusive of one buffet breakfast and 5% government tax)

(2)Twin Room

NTS 6,000 +10% service charge
 (Inclusive of two buffet breakfasts and 5% government tax)

Airport Transfer Service :

Limousine (Mercedes Benz) - NT\$1,980 one way/ per car

Arrival Flight No.: _____ Arrival Time: _____

Guarantee :

Charge to: VISA Master JCB Am Ex Diners

Card number: _____

Name as it appears on the card: _____ Expiration date: _____

Signature: _____ Date: _____

Please return this form by the deadline date of **March 2, 2007**. Cancellations received within 72 hours of arrival or in the event of NO-SHOW, one night's room rent will be charged as penalty. Subject to availability, these rates will be extended for three (3) days post trade show dates. We look forward to serving you in the near future and please do not hesitate to contact us if you have any inquiries.

秘書處公告

行政院衛生署 書函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 2 月 27 日

發文字號：衛署醫字第 0960003824 號

速 別：速件

密等及解密條件或保密期限：普通

主 旨：貴會建議修正「泌尿科專科醫師甄審原則」及函詢專科醫師證書有效期限之展延，需否包含醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質等項繼續教育積分乙案，復請 查照。

說 明：一、依據 貴會 96 年 1 月 15 日台泌漢字第 093 號函及本署 95 年 12 月 7 日「醫師執業登記及繼續教育辦法修正會議」決議辦理。

二、所詢專科醫師證書有效期限之展延，需否包含醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質等項繼續教育積分乙節，查醫師執業登記及繼續教育辦法第 9 條規定醫師執業，應每 6 年接受醫學課程、醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質繼續教育之課程積分達 180 點以上，又具專科醫師資格者，係檢具仍在有效期限內之專科醫師及其他文件申請執照更新，為配合前開規定，本署爰以 92 年 5 月 5 日衛署醫字第 0920209754 號函，請各專科醫學會協助修訂專科醫師甄審原則，於繼續教育課程中增列前開內容，且至今已有一部分學會配合辦理。

三、現因制度上之考量，本署於前開會議決議，執照更新若為專科醫師，除檢具仍在有效期限之專科醫師證書，應另附醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質繼續教育積分證明。爰此，爾後專科醫師證書有效期限之展延，專科醫師僅需接受醫學課程之學術活動或繼續教育課程。

四、至已參加各專科醫學會辦理之醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質繼續教育課程之積分數採認相關事宜，本署將擇期邀集各專科醫學會召開會議研商。

五、另所送修正「泌尿科專科醫師甄審原則」，俟本署審核後，另案函復。

台灣婦產科醫學會第十七屆第八次健保醫政暨總額預算對策委員會會議紀錄

時 間：96年03月04日（星期日）下午2點至4點

地 點：學會會館

主 席：郭宗正 召集人

出席人員：召 集 人 郭宗正

副召集人 王功亮 賴朝宏

委 員 王火金 陳芳英 何博基 周天給 吳昆哲 黃閔照 徐超群

列 席 者：楊友仕理事長 謝卿宏秘書長

請假人員：黃昭彰 蘇榮茂 涂百洲 林隆堯 李建興 郭宗男 許峰雄 張榮州 林正中

郭保麟 林武周 楊宜杰 謝祖柏 陳繼征 蕭森元 何延慶 鄭希彥 曹健民

紀 錄：林家翎

壹、報告事項

96年基層總額(見參考資料)—徐超群委員

貳、討論事項

一、案 由：討論有關生產支付標準及提升生產品質之建議。

說 明：1.依據健保局96年1月31日健保醫字第960004053號函辦理。

(如附件1)

2.自然產點數自94年5月1日提升與剖腹產點數相同後，一直受各界關注，尤其對整體剖腹產率並未隨而下降有諸多批評，為此健保局多次發函本會要求檢討，彙整健保局與本會公文往來如下：

(1) 94年10月17日健保醫字第940060234號函，要求本會提供陰道生產與剖腹產之成本分析(如附件2)。

(2) 95年02月23日在健保局與侯水盛國會辦公室召開「生產支付標準調整溝通會議」，部份立委質疑剖腹產率實施之成效(如附件3)。

(3) 95年10月02日健保醫字第950060236號函，台灣自由醫協會向吳英毅委員陳情要求調整生產支付標準，健保局函請本會提供意見，做為日後研議生產支付標準調整之參考(如附件4)。

(4) 95年12月20日健保醫字第950060611號函，要求本會研擬鼓勵自然生產及如何提升醫療品質，以祈平息各界批評(如附件5)。

(5) 96年1月31日健保醫字第960004053號函，健保局具體提出是否以增加

一次免費產後檢查之可行性，進而提升醫療品質以祈能維持現有的生產點數（同附件 1）。

3. 本委員會及秘書處曾在第 7 次及第 10 次理事會中提案（如附件 6），第 7 次理事會決議提交會員代表大會討論（如附件 7），多次會議討論都傾向以發函勸導方式處理，學會共發函 3 次勸導，以最近第 10 次理事會決議，學會共發函 114 家醫療院所，診所 73 家、醫院 41 家，回復說明的診所有 38 家、醫院有 28 家，尚有 48 家未回復說明，成效不佳因此剖腹產率未有明顯下降（如附件 8）。
4. 為了維持自然產點數不被調降，學會做了許多努力，但仍未平息外界的批評，依健保局來函建議是否增加一次免費產後檢查？請討論並參考現行支付標準孕婦產前檢查（如附件 9）、週產期孕婦產前檢查（如附件 10）及本會曾於 95 年 3 月 14 日發函建議國民健康局，對於孕婦產前檢查之意見（如附件 11）等資料，對本案審慎處理。

提案人：郭宗正 召集人

決議：1. 現行各層及生產支付點數維持不變。

2. 同意健保局建議增加一次免費產後檢查，檢查項目、時程及點數如下表：

檢 查 項 目	時 程	建議點數
生理檢查：體重、血壓、腹圍(宮底高度)、骨盆檢查、骨盆底及泌尿功能評估諮詢內容：哺餵母乳、飲食營養、心理輔導、避孕諮商、減重管理	產後一週	350

3. 降低剖腹產率之建議：
 - (1) 建議健保局針對剖腹產率超過 50% 之醫療院所嚴加審查，不合乎適應症者改以自行要求剖腹產 15188 點給付。
 - (2) 建議健保局，生產並非疾病，應將生產改為生育補助，不由健保費用支付以提升醫療品質及生育率。
4. 提交理事會討論

參、臨時動議

肆、散會(下午四點)

敬告諸會員：引用資料需為學術文章！

臺中縣衛生局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 03 月 08 日

發文字號：衛醫字第 0960005571 號

速 別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

主 旨：有關醫療機構或醫師引用專文詞句刊載資料是否應予規範，另婦產科機構使用已領有醫療器材查驗登記證字號之超音波儀器檢查，是否應有使用限制之規範，敬請惠予釋示，請鑑核。

說 明：一、依據新惠生醫院 96 年 1 月 30 日新惠生 96 字第 003 號函辦理。（如附件一）
二、新惠生醫院陳情「呂維國婦產科產檢項目表」刊有「4D 超音波經證實可能會造成胎兒畸型」不實言論（如附件二），經查該診所係引用葉道弘婦產科醫師於「媽咪寶貝」刊登專文，經查證媽咪寶貝雜誌 2006 年 9 月出刊之第 75 期確有葉道弘婦產科醫師刊載專文無誤。（如附件三）本局已請該診所應向孕婦多加解釋，告知超音波掃瞄可能損傷胎兒健康相關知識，避免重覆接受，藉以提昇醫療服務品質。
三、查本案引用葉道弘婦產科醫師刊載專文部分資料，造成醫療機構間爭議情事。故對於機構或醫師引用刊載資料是否應予規範，以避免造成誤導民眾之慮，又為醫療院所接受適用，敬請惠予釋示。
四、另鈞署 96 年 1 月 25 日衛署醫字第 0960003458 號函有關「呂維國婦產科產檢項目表」刊有 4D 超音波經證實可能會造成胎兒畸型，涉及違規廣告乙案，復經本局 96 年 1 月 31 日衛醫字第 0960004407 號函回覆鈞署在案。
五、為顧及醫療品質及維護胎兒健康考量，婦產科機構使用已領有醫療器材查驗登記證字號之超音波儀器檢查，是否有限制使用之規範，敬請惠予釋示。

懷孕與抗凝血劑之使用

李耀泰 郭宗正 台南郭綜合醫院 婦產科
陳福民 台北中山醫院 婦產科

懷孕時血栓塞的風險會增加 5 倍，主因懷孕期會增加高凝血因子，以備流產或生產時出血之用。婦女如有血栓形成的傾向（thrombophilia），不論是後天性或先天性，血栓的機會均由 1-2/1000 高至 1/2。血栓傾向不但有血栓的危險，亦易導致胎盤早期剝離、子癲前症、胎兒生長遲滯、死產、及復發性流產。適時使用抗凝血劑，則可防治母體血栓症及改善懷孕的結果。本文回顧不同抗凝血劑和其對懷孕之用途。

正常懷孕凝血功能改變

懷孕時許多凝血因子會增加，如 VII、VIII、X、von Willebrand 因子，及纖維素原（fibrinogen）；凝血因子 II、V 和 IX 沒有改變；游離蛋白 S（一種活躍、沒有結合型態的蛋白 S，為自然抗凝血劑）因結合蛋白（補體成份 C4b）之增加反會減少；而抑制血栓溶解的因子 PAI-1（plasminogen activator inhibitor type 1）又增加 5 倍，這些改變使懷孕有過高的凝血能力。

產生栓塞有三要素：高凝血功能、血管受傷和血液滯留。懷孕後凝血系統便開始有上述之改變，直至產後第 8 週才恢復正常；妊娠及生產時的各種操作均可傷及血管；而靜脈滯留則主因懷孕時荷爾蒙增加靜脈血容量和減少靜脈蠕動。Ray 等在一綜合分析懷孕患深部靜脈栓塞（DVT）之婦女中，22 % 發生在第一孕期（James 等的報告更高達 44 %），產後血栓塞的危險性更高，超過 1/3。

抗凝血劑的使用條件

雖然懷孕和產褥期會增加栓塞機會，但大多數婦女並不需要使用抗凝血劑，因使用的危險性超過所得之好處，如使用肝素（heparin），母體發生出血併發症的機率高至 2%，並可能造成胎兒的傷害。正常的懷孕，在子宮與胎盤交接處之出血，常自動達到平衡點而止血。

只有在有血栓形成傾向者需要使用抗凝血劑。如抗磷脂症候群-一種後天性血栓形成傾向之患者，許多研究證明使用抗凝血劑可以改善其懷孕的結果。而 Gris 等亦報告：在有遺傳性血栓形成傾向者、和 > 10 週後流產病史者，每天使用 40 mg enoxaparin，80 位患者中有 69 位產下健康嬰兒，而另 80 位使用低劑量 aspirin 做安慰劑者，只有 23 位產下健康嬰兒。

有些專家建議，懷孕時凡有遺傳性血栓形成傾向者皆應使用抗凝血劑，但亦有專家認為只有在特別高危險群婦女，如缺乏 antithrombin，異合性 HVL（factor V Leiden）突變或 prothrombin 基因 G20210 A 突變等才建議在懷孕後使用抗凝血劑。否則，如沒有血栓發生或無不良懷孕時，便不需使用抗凝血劑。現對孕婦使用抗凝血劑，依病況所需不同劑量分為：（一）需使用足夠劑量抗凝血劑之疾病：包括(1)現在有栓塞者；(2)終生需抗凝血症者，如心臟病患者；(3)有抗磷脂症候群和栓塞病史；（二）需使用中等量抗凝血劑之疾病：包括(1)antithrombin 缺乏者；(2)有異合性 HVL 突變，prothrombin 基因 G20210 A 突變，或二者突變皆有；（三）低劑量或不需用抗凝血劑之狀況：包括有抗磷脂症候群和血栓形成傾向者和有血栓病史者。

懷孕後使用凝血劑之考量

懷孕後使用抗凝血劑須考慮的母嬰狀況有：母體血液體積（增加 40-50%）、腎絲球過濾率、腎臟排泄量之增加狀況；血清蛋白與 heparin 結合之狀況；藥物通過胎盤，可能會產生畸胎之評估；用抗凝血劑者意外懷孕（約佔 45%），已超過 4-8 週器官形成階段時；懷孕期使用之 heparin 和 aspirin，美國 FDA 尚未通過等。

Warfarin

Warfarin 乃口服維他命 K 拮劑。凝血因子 II、VII、IX 和 X 的作用，都必須靠維他命 K 經酵素處理成還原性 vitamin K epoxide 才能作用，warfarin 可影響 vitamin K epoxide 之產

生，因此影響凝血之功能。Warfarin 另可影響干擾蛋白 C 和蛋白 S 之自然抗凝血功用。

warfarin 通常是禁用於懷孕婦女，在器官形成階段使用，30 % 有先天性異常，14.6-56 % 會流產。懷孕後期使用，則可能導致胎兒出血、死產，甚至長大後會有長期神經後遺症之報告。

warfarin 給孕婦，只有在肝素或低分子量肝素無法控制，且有生命危險時才會使用，如裝有人工心臟瓣膜之孕婦。建議 warfarin 調整後劑量為 INR (international normalized ratio) 2.0 至 3.0。warfarin 在孕婦藥物分類屬 X 級。

Heparin

完整肝素 (unfractionated heparin, UFH) 乃一種異源混合不同糖太鏈 (polysaccharid chains)，其分子量在 3000-30000 daltons 之間。UFH 與低分子量肝素 (low molecular-weight-heparin, LMWH) 皆能活化 antithrombin 而有抗凝血作用；亦能使活化的因子 X (factor Xa) 變成不活化的因子 Xa，此以低分子量肝素便可達成。肝素亦可將 thrombin 去活化 (inactivation)，此種作用則需大分子量肝素，因此 UFH 之作用可對抗因子 Xa 和 thrombin，而 LMWH 則對 thrombin 少有作用。

懷孕時，heparin、UFH 或 LMWH 皆可以使用，因皆不通過胎盤。使用 heparin 需以注射方式進行，有 2 % 發生嚴重出血，17-36 % 有骨質疏鬆症，2 % 有骨折，及一些 heparin 引發之血小板低下症 (heparin-induced thrombocytopenia, HIT)。

Heparin 引發之血小板減少有 2 型：(1) 良性型：能自癒，約 10-20 % 之 heparin 使用者會發生。典型在開始使用 heparin 後 1-4 天發生，不會有栓塞或出血之後遺症，血小板常在 100000 以上，繼續使用，血小板會回復正常；(2) 惡性型：因產生 IgG 抗體，對抗 heparin 和血小板因子 4，發生在治療後 5-15 天，通常血小板 < 100,000，或只有基本值之 50 %，此種抗體複合物會與血管內皮細胞結合，產生威脅生命或肢體殘廢的栓塞，但機率極低。

Heparin 常使用劑量為每 12 小時皮下注射 5000 U，在 > 28 週後則增加至 10,000 U。亦可以每 8-12 小時視 aPTT 值而調整劑量。heparin 在孕婦藥物分級屬 C 級。

低分子量肝素

LMWH 乃 UFH 經酵素或化學分解，產生平均分子量約 5000 daltons 之鏈。與 UFH 比較，LMWH 僅對抗 Xa 因子，而少與血漿蛋白、內皮細胞和吞噬細胞相結合，此可增加 LMWH 之生物利用能力、半衰期和抗凝血能力。

對非孕婦，LMWH 的副作用較 UFH 少，對孕婦尚無大規模的比較。LMWH 雖仍須以注射方法使用，但較 UFH 少產生出血、骨質流失、HIT 之危險，有較長之半衰期及較可預測之結果。LMWH 不會穿透胎盤，其缺點主要為昂貴和半衰期長，後者可導致生產中出血之危險。

各種 LMWH 之劑量：Enoxaparin 由 40 mg 每天一次，28 週後增加至 40 mg 每天兩次、或 1 mg/kg，每天兩次，以測量 antifactor Xa 0.5-1.0 來調整劑量。Dalteparin 每 12 小時 100 U/kg，Tinzaparin 每天 175 mgU/kg。enoxaparin 和 dalteparin 在孕婦藥物分級均屬 B 級。

2001 年，Lepercq 等統計 624 位使用 enoxaparin 之孕婦，只有 1 位有嚴重鼻出血 (epistaxis) 且需要住院。

2006 年，Lee 等報告一位裝有人工瓣膜並有心房顫抖的婦女，自懷孕 5 週 3 天開始，每天皮下注射 UFH 5000 IU，第 7 週時，改每天兩次皮下注射 enoxaparin 60 mg (患者體重 56 kg)，測 trough anti-Xa 為 0.56 units/mL。在 17 週時因 anti-Xa trough 值降至 0.39 units/mL，及增 enoxaparin 至 70 mg 每天兩次，anti-Xa trough 值回到 0.62 units/mL。在 19 週時，超音波檢查在絨毛膜下見一 13 x 12 x 15 cm 高迴波均勻性腫塊，診斷為血腫塊，因血腫塊不在胎盤下方，可排除胎盤早期剝離的可能性。患者沒有外傷、出血或腹痛，但 Hb 由 12.2 g/dL 下降至 7.8 g/dL，而凝血功能正常，測 trough anti-Xa 為 0.72 units/mL，發覺患者自我注射誤為 80 mg 每天兩次，劑量降為 60 mg 每天兩次，21 週時再降為 40 mg，每天兩次。每週以超音波追蹤，血腫塊最大時達 20 x 20 x 17 cm，但胎兒生長正常。後來為使 trough anti-Xa 維持在 0.5 units/mL，enoxaparin 又增至 50 mg，每天兩次，血腫塊大小未變。至 35 週時，因早期破水接受剖腹生產，手術在羊膜切開前，有 1000 ml 暗紅色血水流出，手術出血約 600 ml，母子均安，胎盤病理沒有早期剝離 (沒有 fibrin 沉澱)。該作者警告，孕婦接受 LMWH 注射時，要小心絨毛膜下發生血腫之併發症。

Aspirin

阿斯匹靈 (aspirin) 乃一種抗血小板藥物，能使 cyclooxygenase 持久失去活性，阻止 arachidonic acid 合成 PGH₂ (prostaglandin H₂)，而 PGH₂ 可轉化為 thromboxane，使血小板凝集和血管收縮，使用 aspirin 會失去上述功能，達到抗凝血的效果。

Aspirin 每天使用 81 mg 很安全。大規模研究證明，aspirin 不會增加流產、先天性畸形、胎盤早期剝離、胎兒出血或新生兒出血之危險。每天使用 81 mg aspirin 雖然安全，但此劑量作抗凝血預防劑是不足夠的。婦女如有人工心臟瓣膜或抗磷脂症候群，低劑量 aspirin 需與 heparin 共同使用。

低劑量 aspirin 可用在孕婦 lupus 陽性或 anticardiolipin antibody 強陽性，但沒有不

良懷孕史或血栓記錄者，效果不錯。Anticardiolipin antibody弱陽性，可以不必使用抗凝血劑。aspirin 在孕婦藥物分級屬D級。

Thrombolysis

對有生命威脅和肢體傷殘的血栓塞，需要使用血栓溶解劑（thrombolysis），它在孕婦有肺栓塞、冠狀動脈栓塞、嚴重靜脈栓塞、大腦靜脈栓塞、和人工瓣膜栓塞等都曾用過。血栓溶解劑包括 urokinase、streptokinase 和 Alteplase (recombinant tissue plasminogen activator, r-t PA) 皆不會通過胎盤，但在胎盤後面發生出血或母體有血容積過低 (hypovolemia) 時，對胎兒會產生危險。血栓溶解劑造成胎兒死亡率約 5.8 %，母體死亡率約 1.2 %。Alteplase 在孕婦藥物分級屬C級。

開始時抗凝血劑使用

終生使用 warfarin 抗凝血劑的婦女，在準備懷孕前應改用 heparin，或懷孕後盡快改為 LMWH。因 warfarin 之半衰期有 36-42 小時，懷孕後停藥仍會在母體存留數天，會增加流產和先天性畸形之危險性。使用 heparin 須注射，會不舒服，長期使用也會產生危險。

婦女如非終生需使用抗凝血劑者，僅為懷孕時需預防血栓，則越早期使用越好，尤其在誘導排卵時，因此時會增加栓塞的機會，所以在開始誘導排卵時便應立即使用抗凝血劑。抗凝血劑使用劑量應隨每月增加。

2006 年，Lin 等報告一位 30 歲婦女，因不孕症接受 clomiphene citrate、hMG (human menopausal gonadotropin)、hCG (human chorionic gonadotropin) 注射和人工授精，得 3 胞胎懷孕，同時產生腹水和兩側卵巢腫大至 6 cm，診斷為 OHSS (ovarian hyperstimulation syndrome)。9 週後，患者右手腫脹，頸部和面部疼痛。理檢發現右手水腫，靜脈怒張自手臂至頸部和胸部，診斷為 SVC 症候群 (superior vena cava syndrome)。磁共振攝影 (MRI) 證明 SVC 90 % 已有栓塞。以 heparin 注射，每天 25,000 IU/天，2 週後改成自我注射低分子量肝素 (fraxiparin) 7500 IU，一天兩次。18 週時臨床症狀加劇，在 19 週時減胎為雙胞胎，以避免因子宮過大造成壓迫。此時，MRI 發現與以前相同，抽 SVC 血栓物沒有發現癌細胞。25 週時出現早產現象，藥物控制失敗，剖腹產下 760 g 和 810 g 兩活嬰，Apgar score 在 1 和 5 分鐘分別為 3 和 5，另一死亡胎兒重 200 g。剖腹產 24 小時後開始使用 heparin，5 天後改用 warfarin。3 個月後 MRI 檢查，SVC 恢復正常。檢查母體，形成栓塞的因子，包括 antithrombin III、

蛋白C和S、homocysteine、抗牛心抗體和lupus anticoagulant皆正常。母子6年後皆正常。結論為人工輔助生殖和有OHSS，要小心栓塞併發症。

2006年，Mak等報告一位曾在前次懷孕9週時，因左小腿腫痛2天而住院之患者，血管超音波檢查，證明左下肢中股（mid-femoral）靜脈有深層靜脈栓塞（deep venous thrombosis, DVT）。她的血清游離蛋白S為107%（正常44-115%），功能性蛋白S為36%（正常53-144%）。其它凝血因子如antithrombinⅢ、蛋白C、lupus anticoagulant和anticardiolipin抗體正常，診斷為蛋白S缺乏。給予LMWH（fraxiparin 3800 IU/0.4 mL，一天兩次），在第16天出院，症狀消失，使用LMWH直至38週自然生產，產後再用2個月，改口服warfarin 1年半，左下肢檢查栓塞已消失。

此次患者第2次懷孕，在半個月前已停用warfarin，懷孕6週時，游離蛋白S為49%，功能性蛋白S為45%，因情況穩定，沒有給預防性抗凝血劑。不幸，在11週時因左上胸痛至急診室，此時D-dimer為6.94 μg/mL（正常<0.5 μg/mL），胸部MRI顯示兩側肺動脈有灌注缺陷（filling defect），左胸有部份楔狀高強度病灶，診斷為肺栓塞，予LMWH（enoxaparin 60 mg/0.6mL，一天兩次），症狀漸漸改善，D-dimer在第6天下降至0.87 μg/mL，繼續接受治療至自然生產和完成哺乳，一切正常。結論為有遺傳性血栓形成傾向病史者，在下次懷孕時應給予預防性抗凝血劑。

週產期治療

因LMWH有較長半衰期，因此在36-37週時要考慮改用UFH，尤其在可能提早生產者（多胞胎、早產、羊水過少、胎兒生長遲滯或子癲前症）。雖然LMWH使用者在硬腦膜外麻醉或脊椎麻醉時少有血腫產生，但麻醉醫師在LMWH使用後12-24小時，常不願做區域（regional）麻醉，如能先改用短效的UFH，在使用5小時後便可行局域麻醉。

視栓塞之危險程度，一般在生產前6-24小時，要考慮停止使用UFH。Protamine sulfate是一種heparin拮抗劑，很少需要使用。

以間斷加壓（pneumatic compression）設備用於預防下肢栓塞，在硬腦膜外麻醉或剖腹產時可使用。

產後治療

間斷加壓設備可使用至患者能起來行走或抗凝血劑再開始使用後。為了減少生產時出血之

併發症，自然產後 12 小時，剖腹產後 24 小時可開始使用抗凝血劑。除非患者要選擇 UFH 或 LMWH，一般均使用 warfarin 至產後 6 週，若孕婦在懷孕時已有栓塞，應使用 3-6 個月。對終生需使用者則應繼續使用。Warfarin 不能用在懷孕期，但可用在哺乳期，母乳中含 warfarin < 25 ng/mL，美國小兒科學會認為可以哺乳。

避 孕

停止使用抗凝血劑之婦女，一般不宜使用口服避孕藥，但可以使用只有黃體素之避孕藥，不會特別增加栓塞的發生率。終生使用抗凝血劑之婦女，則可使用結合性口服避孕藥。含銅的避孕器多會增加月經血量，levonorgestrel 避孕器則可減少經血量，對使用抗凝血劑者不失為很好的避孕方法。

結 論

懷孕會增加血栓塞的危險性，特別在有血栓形成傾向但沒有臨床症狀之患者，懷孕時並不需常規使用抗凝血劑，因為其危險性仍超過得到之好處。只有對終生需要使用抗凝血劑者，或過去有栓塞病史或血栓形成傾向者是例外。對有血栓形成傾向者，新的證據顯示，適時適當使用抗凝血劑，不但會減少血栓的危險，亦可改善懷孕的結果。Warfarin 因會影響胎兒，故懷孕不能使用。低劑量 aspirin 主要用作輔助治療。懷孕時主要用的抗凝血劑為 heparin (UFH) 和 LMWH。後者之好處為副作用較少，半衰期則較長，在第三孕期，長半衰期會影響區域麻醉之使用，可適時改為短半衰期的 UFH。產後因立即會增加栓塞危險，故患者在產後仍需繼續使用。雖然，UFH 和 LMWH 相當安全，但並非全無危險。婦產科醫師需了解抗凝血劑治療之適應狀況及副作用，才能確保孕婦之安全。

參考文獻

1. Lepercq J, Conard J, Borel-Derlon A, et al. Venous thromboembolism during pregnancy: a retrospective study of enoxaparin safety in 624 pregnancies. BJOG 2001; 108: 1134-40.
2. Lee RH, Goodwin TM. Massive subchorionic hematoma associated with enoxaparin. Obstet Gynecol 2006; 108: 787-9.

3. Lin SY, Chen WC, Tseng JJ, et al. Superior vena cava thrombosis in a triplet pregnancy. Taiwanese J Obstet Gynecol 2005; 44: 281-3.
4. Mak PH, Shyu MK, Lee CN, et al. Pulmonary embolism due to protein S deficiency in pregnancy. Taiwanese J Obstet Gynecol 2005; 44: 294-6.
5. Maslovitz S, Many A, Ascher J, et al. The safety of low-molecular-weight heparin therapy during labor. J Matern Fetal Neonatal Med 2005; 17: 39-43.
6. James AH, Abel DE, Brancazio LR. Anticoagulant in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2005; 61: 59-69.
7. James AH, Tapson VF, Goldhaber SZ. Thrombosis during pregnancy and the postpartum period. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 216-9.
8. Gris JC, Mercier E, Quere I, et al. Low-molecular-weight heparin versus low-dose aspirin in women with one fetal loss and a constitutional thrombophilic disorder. Blood 2004; 103: 3695-9.
9. Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium; a meta-analysis of the period of risk and the leg of presentation. Obstet Gynecol Surv 1999; 54: 265-71.

秉坤婦幼醫院

誠徵

婦產科專科醫師

待優、發展潛力佳
(女醫師單看門診可)

電話：03-4268686 轉 101 謝小姐

住址：中壢市中平路 161 號

e-mail: bingkun.hong@msa.hinet.net



問 答 題

一、懷孕中如需要使用抗凝血藥物，下列何者不應使用？

- (A)warfarin (B)肝素 (C)低分子量肝素 (D)以上皆是

二、下列何者為肝素之副作用？

- (A)出血 (B)骨質疏鬆症 (C)血小板低下症 (D)以上皆是

三、低分子量藥物在孕婦藥物分級屬：

- (A)B 級 (B)C 級 (C)D 級 (D)X 級

四、下列何者情況，懷孕婦女必須使用抗凝血劑？

- (A)置有人工心臟瓣膜 (B)有抗磷脂症候群和栓塞病史
(C)缺乏 antithrombin (D)以上皆是

五、使用低分子量肝素，下列何者有助調整劑量？

- (A)出血時間 (B)active partial prothrombin time
(C)anti-Xa 因子 (D)以上皆是

第 1 2 4 期通訊繼續教育

子宮頸癌疫苗

答案：一、(A)；二、(A)；三、(B)；四、(C)；五、(D)

郵 票 自 貼

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4829
傳真：(02) 2209-1476

台灣婦產科醫學會

收

◎125 通訊繼續教育答案◎

題目：懷孕與抗凝血劑之使用

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			

誠

徵

暨不孕症研究醫師
婦產部—生殖醫學
台北醫學大學附設醫院

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

工作內容：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

E-Mail—tchsiao@mail.tmch.org.tw

會員園地

以腹腔鏡治療低惡性和早期卵巢癌的檢視

李耀泰 郭宗正 台南郭綜合醫院 婦產科
陳福民 台北中山醫院 婦產科

近十多年來，在求新求變的時潮下，腹腔鏡手術的設備及技巧進步神速，已成婦科手術的主流。尤其健保對腹腔鏡手術之給付遠高於傳統手術，直接影響醫院及醫師選擇手術的意願。對良性卵巢瘤，早已成標準的治療方法。腹腔鏡手術優點包括：傷口較小、美觀、住院時間短、減少術後疼痛、和復原較快。但卵巢手術，不論術前如何篩檢，仍有0.4-2.9%的機會是低惡性和早期卵巢癌¹，此時，腹腔鏡手術將面對診斷的準確度、病灶不完全切除、腫瘤破裂、延遲治療和切口（port-site）癌轉移等問題。台灣曾有病患以腹腔鏡治療卵巢腫瘤，手術順利，手術中除單側卵巢瘤外，未見其它病灶，但病理報告為惡性卵巢癌，一個月後，腹腔內出現擴散性卵巢癌病灶（carcinomatosis）和切口之轉移，病患家屬提出控告，要求千萬元賠償，結果雙方都是輸家。如果諮詢學會，不同醫學會和不同的醫師，亦可能有不同的意見。本文特就現有文獻，就常存的爭論點作一綜合整理，以供同仁參考。

（一）腹腔鏡治療卵巢癌優於傳統方式？

治療卵巢癌傳統上均採剖腹切除加手術分期，但至今尚無資料可比較以腹腔鏡手術與以剖腹手術的生存率孰佳孰劣？Monolistas 等²分析由1991至1999年，由16篇用腹腔鏡來治療卵巢癌的文章中，僅33例作了手術分期，而只有1例追蹤超過5年，說明回顧性資料所知有

限。此後，許多醫學中心都展開以腹腔鏡做前瞻性分期手術之研究。2003年，Querleu等³報告用腹腔鏡再為30位低惡性卵巢癌婦女做分期（restaging），平均追蹤了29個月，認為腹腔鏡手術既準確且安全。2004年，Tozzi等⁴以腹腔鏡手術治療24例低惡性和早期卵巢癌患者，平均追蹤了46個月，結果沒病灶者生存率為91.6%，全部生存率為100%。

Blanc等⁵回顧用腹腔鏡手術治療5307位卵巢腫瘤之病例，發現其中有78位（1.47%）為惡性，包括60例為低惡性卵巢癌，和18位為侵犯性卵巢癌。表示術前檢查無法完全排除惡性的可能性。但最大的問題是這些病例，多數沒有接受完整的分期診斷，因此，常喪失了立即輔助治療的機會，顯然仍有改進的餘地，表示醫界求新求變的產物，並非無缺點存在。

準確的期別診斷對卵巢癌的治療十分重要，研究顯示，首次手術時診斷為早期卵巢癌者，經再一次分期手術有16-31%發現期別增加（upstage）。如延誤了首次手術與第二次分期手術的時間，預後可能不好。所以，在做腹腔鏡手術時，如取出之標本做冰凍切片為惡性，許多專家認為應立即更改為剖腹，完成分期手術和盡量切除所有病灶。雖然，今日以腹腔鏡來做低惡性和早期卵巢癌的分期手術仍在增加中，但至今仍無證據顯示其安全性和長期效果。

（二）冰凍切片診斷低惡性卵巢癌之準確度如何？

Houch等⁶比較140位低惡性卵巢癌病例之冰凍切片與固定後組織學檢查，發現準確度為60%，其中10.7%過度診斷（overdiagnosis），29.3%過低診斷（underdiagnosis），黏液性（mucinous）和混合性腫瘤最容易過低診斷。相同的，Rose等⁷發現，低惡性腫瘤，冰凍切片診斷的準確度只有45%，故主張凡冰凍切片診斷為低惡性卵巢癌時，應剖腹進行完全分期手術。

（三）低惡性卵巢癌是否要再行分期手術？

低惡性卵巢癌患者的預後通常很好，只有少數病患需要輔助治療，因此在診斷成立後是否需再次行手術完成分期？Snider等⁸對27位低惡性卵巢癌患者進行再分期手術，13位漿液性（serous）低惡性癌症中有4位期別增加，12位黏液性低惡性癌症則沒有，但有2例（7.4%）在再分期手術中發生嚴重罹病率，因此，該作者建議在黏液性低惡性卵巢癌不要做再分期手術。Stier等⁹對15位低惡性卵巢癌婦女進行再分期手術，結果在10位漿液性低惡性腫瘤中有1位，4位黏液性低惡性腫瘤中有1位，及1位混合性低惡性腫瘤之期別增加（IA→IB，IA→IC，II B→III A），但該作者結論認為低惡性卵巢癌病例，再剖腹行分期手術並無好處。

Winter 等 10 分析 48 位剖腹行再分期與 45 位未做再分期的低惡性卵巢癌婦女，雖然在再分期病例中有 17 % 的期別增加，但 5 年的生存率和復發率二組沒有差異。Rao 等 11 為 183 例低惡性卵巢癌患者做再分期手術後分析，認為此類病患不需要做常規骨盤腔和主動脈旁淋巴結的摘除。1994 年，美國國家健康院 (National Institute of Health) 的共識為：「當首次手術沒有肉眼觀察到剩餘的腫瘤，再一次剖腹探查治療的好處是有限的」。

(四) 腹腔鏡切除卵巢瘤後證實是惡性，應立即進行剖腹分期手術？

當腹腔鏡切除卵巢瘤後證實是惡性，延遲進行剖腹分期手術曾令人擔心。Lehner 等 12 分析 48 例在腹腔鏡下只有卵巢病灶的患者，最後證實為卵巢癌，平均延遲了 17 天進行剖腹探查，結果其中 27 例證實為較晚期病灶 (II-IV)，該作者結論：腹腔鏡所見，不能取代外科分期手術 (許多病灶要在顯微鏡下才可見)。相同的，Kindermann 等 13 在 192 例用腹腔鏡處理之第一期 A 病患，平均經過 7 天後才剖腹，高達 73 % 之病例，分期上升至第一期 C 至第三期，唯此項研究，在腹腔鏡手術時取出卵巢標本前，卵巢多已破裂或切成小塊 (moncellated)。

(五) 手術中腫瘤破裂的影響如何？

許多醫師關心在腹腔鏡手術切除卵巢瘤時，腫瘤破裂後細胞逸出 (spillage) 的影響。Webb 等 14 回顧性統計 53 例，發現第一期癌症患者之 5 年生存率，在腫瘤曾破裂群為 56 %，而未破裂群為 78 %。也有許多作者認為手術中卵巢破裂不會影響病灶擴散，如 Dembo 等 15 統計 519 例第一期上皮性卵巢癌患者，發現手術中腫瘤破裂與否預後一樣。

Sjovall 等 16 在 394 位第一期至第二期 A 卵巢癌患者中，147 例手術中腫瘤完整、47 例手術中刻意穿刺腫瘤、98 位手術中腫瘤破裂，三組 10 年生存率分別為 78、87、84 %，統計上沒有差別。但 Vergote 等 17 回顧加拿大、瑞典、奧地利、丹麥、和美國共 1545 位經剖腹治療之第一期卵巢癌患者，發現手術中卵巢破裂為一項為預後不好之因素。上述資料均採自剖腹手術，故尚難給腹腔鏡手術下結論。

因這些回顧性資料結果不盡相同，在尚無無前瞻性研究前，早期卵巢癌在手術中破裂，預後是否更壞無法定論。但不管如何，在沒有證據顯示破裂無害前，手術中卵巢內容物逸出，必須沖洗乾淨和立即進行手術切除和分期。

如手術中卵巢 (癌) 破裂，則分期由第一期 A 上升至第一期 C，是否因此需要化學治療，現階段也無很好的報告。

(六) 切口轉移特易在腹腔鏡手術後發生？

所有婦科癌症經腹腔鏡手術治療者，都有報告發生切口的轉移，發生率在1-20%間¹，一旦發生，預後十分不好。過去，我們曾經撰文討論過，切口轉移發生的原因可能有：(1)血行傳播；(2)直接由傷口植入；(3)器械來源；(4)煙囪效應；(5)手術技術；(6)氣腹；(7)免疫力降低；(8)腫瘤的本質¹⁸。

卵巢癌和低惡性卵巢癌皆可在切口發生轉移，最早在術後第2週即發生，晚的可延到第19個月。長庚醫院Huang等¹⁹報告，用腹腔鏡治療31位上皮性卵巢癌或低惡性卵巢癌，有6位(19.4%)發生切口轉移，最後有4例死亡，2例存活超過3年。另由院外轉來2例，1例死亡，1例在11個月時尚存活但有病灶。

切口轉移之預防：(1)用取物袋，自切口或自後穹窿取出(包括淋巴結)；(2)沖洗腹腔鏡皮膚的切口；(3)切除切口附近組織；(4)腹腔中加入heparin與5-fluorouracil或doxorubicin；(5)用氮氣或無氣體腹腔鏡；(6)縫合切口時先縫合腹膜；(7)手術後一週內加化學治療或涵蓋切口部位的放射線治療。上述方法只能減少切口轉移，但卻無法完全阻止。

(七) 在懷疑附屬器為惡性時應如何處理？

術前嚴格區別良性或惡性卵巢瘤是必要的，已懷疑有惡性卵巢瘤時如採腹腔鏡治療，手術者必須腹腔鏡技術精湛，其它注意事項包括：

- (1)在處理卵巢瘤前，先抽取骨盆腔液或以鹽水沖洗後抽取，送細胞學檢查。
- (2)徹底觀察對側卵巢和整個骨盆腔器官，如有異常必須切下，送冰凍切片檢查。
- (3)如腫瘤破裂，腹腔必須要以生理食鹽水沖洗乾淨。
- (4)用取物袋取出所有標本。
- (5)避免穿刺、切片和切碎卵巢瘤。
- (6)手術中一旦發現惡性，應立即改為剖腹探查，如手術者自認其腹腔鏡技術高超精湛，應在術前向病患和家屬說明，腹腔鏡治療卵巢惡性病灶尚在研究階段。
- (7)任何延遲第二次手術(包括切除和分期)，尤其在首次手術時腫瘤已經破裂，都可能影響病患的生存率。

參考文獻

1. Vaisbuch E, Dgani R, Ben-Arie A, et al; The role of laparoscopy in ovarian tumors of low malignant potential and early-stage ovarian cancer. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60: 316-330.
2. Manolitsas TP, Fowler JM; Role of laparoscopy in the management of the adnexal mass and staging of gynecological cancers. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44: 495-521.
3. Querleu D, Papageorgion T, Lambaudie E, et al; Laparoscopic restaging of borderline ovarian tumors; results of 30 cases initially presumed as stage IA borderline ovarian tumors. *BJOG* 2003; 110: 201-204.
4. Tozzi R, Kohler C, Ferrara A, et al; Laparoscopic treatment of early ovarian cancer; surgical and survival outcomes. *Gynecol Oncol* 2004; 93: 199-203.
5. Blanc B, Boublil L, D' Ercole C, et al; Laparoscopic management of malignant ovarian cysts; a 78-case national survey. Part1: pre-operative and laparoscopic evaluation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 56: 177-180.
6. Houck K, Nikrui N, Duska L, et al; Borderline tumors of the ovary; correlation of frozen and permanent histopathologic diagnosis. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 839-843.
7. Rose PG, Rubin RB, Nelson BE, et al; Accuracy of frozen-section (intraoperative consultation) diagnosis of ovarian tumors. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 823-826.
8. Snider DD, Gavin CE, Nation JG, et al; Evaluation of surgical staging in stage I low malignant potential ovarian tumors. *Gynecol Oncol* 1991; 40: 129-132.
9. Stier EA, Barakat RR, Curtin JP, et al; Laparotomy to complete staging of presumed early ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 737-740.
10. Winter WE III, Kucera PR, Rodgers W, et al; Surgical staging in patients with ovarian tumors of low malignant potential. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 671-676.
11. Rao GG, Skinner E, Gehrig PA, et al; Surgical staging of ovarian low malignant potential tumors. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 261-266.
12. Lehner R, Wenzl H, Husslein P, et al; Influence of delayed staging laparotomy after laparoscopic removal of ovarian masses later found malignant. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 967-971.
13. Kindermann G, Maassen V, Kuhn W; Laparoscopic management of ovarian tumors subsequently diagnosed as malignant; a surgery from 127 German departments of obstetrics and gynecology. *J*

- Pelvic Surg 1996; 2: 245-251.
14. Webb MJ, Decker DJ, Mussey E, et al: Factor influencing survival in stage I ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol 1973; 116: 222-228.
15. Dembo AJ, Davy M, Stenwig AE, et al: Prognostic factors in patient with stage I epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1990; 75: 263-272.
16. Sjøvall K, Nilsson B, Einhorn N: Different types of rupture of capsule and the impact on survival in early ovarian carcinoma. Int J Gynecol Cancer 1994; 4: 333-336.
17. Vergote I, DeBrabanter J, Fyles A, et al: Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage 1 invasive epithelial ovarian carcinoma. Lancet 2001; 357: 176-182.
18. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正等: 腹腔鏡切口之腫瘤轉移. 中華民國婦癌醫學雜誌 2003; 1: 28-31.
19. Huang KG, Wang CJ, Chang TC, et al: Management of port-site metastasis after laparoscopic surgery for ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 16-21.

高雄市 婦產科診所

誠

徵

婦產科專科醫師

歡迎敬業、熱忱的女、男醫師

只看門診不接生

每週看診 25 小時左右

意洽：0936498658

行政院衛生署立 台南醫院 (區域醫院)

誠徵婦產科主治醫師一名

(男女不拘)

竭誠歡迎您加入我們的行列

院址：台南市中山路 125 號
(火車站前)

手機：0929401050 蔡主任

電話：(06)2200055 轉 3011

網址：<http://www.tnhosp.gov.tw/>

子宮肌瘤併極度貧血之病例報告

顧 澄 新泰綜合醫院 婦產科

前 言

子宮肌瘤最常併發的就是出血過多所導致的貧血，而且往往都是因為月經滴滴答答來不停，久而久之就可能造成相當嚴重的貧血，而成為須要開刀治療的適應症。

但有個大家都常碰到的情況，就是病人的血紅素超低(例如四點多並不算罕見，一般正常女性為 12~16gm/dL)。

可是病人卻若無其事的樣子。

到底一個人可以忍受多低的血紅素? How low can a person tolerate his/her hemoglobin?

前不久本院顏兆熊副院長就曾碰到一位 Hb 低到 3.3 卻仍不想也不願住院輸血(一般血紅素低於 8.0 就要考慮輸血了)，也好像沒事的樣子。結果過沒多久我們又碰到了一位 Hb 超低的 Case, 她的血紅素竟然掉到了只剩下 1.7! 一聽說這也是人類所能忍受的極限以及文獻所載的最低記錄了。以下就是有關此病例的報導。

若無其事

今年四十八歲，生過三個小孩的原住民張○美小姐 2007/1/5 到門診來時，可是臉不白(看起來有點黃，但並非黃疸)、氣不喘的，她的主訴只是因為氣色不好而由兒子陪同就診。2006/12/18 來的月經量雖較多且併有血塊(這現象已有一年多了)，但



就診時已經停了。其它頂多是有時感到有點頭暈罷了。

當病人躺下來要照超音波的時候，已可看出腹部微隆，一般肌瘤如果用手摸得到，就不小了，像這個Case的子宮摸起來已有懷孕三到四個月的大小(12~16公分)，但超音波只照到一部分，量到的只有9x11公分而已。(手術後化驗的病理報告為：良性子宮肌瘤，重達630公克，大小為：18x16x11公分)



血紅素 1.7!

下一步當然就是幫她驗個血紅素嘍！我審視了一下她幾無血色的結膜，還大言不慚的跟護士猜說：「Hb目測四點多！」沒想到報告出來，她的Hb竟然只有1.8!

Hct=8.3實在令人難以置信。向病人及家屬解釋說明病情之後，一致同意決定了住院治療的方向：先輸血，會診麻醉，再安排手術，切除子宮，一勞永逸。

病人拒坐輪椅自己用走的上病房，病房護士聽說她Hb只有1.8，非常緊張，怕她暈倒，趕緊請她坐下量血壓，結果是108/48，也還好啊！血氧濃度Room air 99%也相當正常，只是脈搏快了些：107/min. 於是護士有點懷疑檢驗科的data是不是做錯了？又重新幫她驗了一次Hb與Hct，結果更低，又下降到了1.7與7.9之譜！於是點滴吊上，趕快準備輸血吧！

輸血與手術

沒想到病人的血型是較罕見的AB型，趕緊打電話到院內血庫問，感恩！還好有12u，全給她備上了。就這樣輸到第二天傍晚，病人的臉龐逐漸恢復血色，Hb已回升到8.1，Hct也上升到了28。

這時已開始做術前的準備了，心電圖是正常(已無頻脈現象)，胸部X光則有心臟擴大(Cardiomegaly)的現象，顯然她的心臟已經長期過勞，快要不勝負荷了。

但是原本擔心她的BT/CT(凝血時間，正常為1~3'/3~5')倒都是最正常的1'/3'。

不過麻醉科方面還是不太放心，要我們隔天(1/7)早上再輸 2u 之後，才於下午兩點準時下刀。

術中發現子宮壁與大網膜沾粘很厲害，而且增生的血管又粗又大，才會把子宮養得這麼大，也會造成這麼嚴重的貧血...

整個手術完成花了不少時間(兩個鐘頭)，也出了不少血(一千西西)，但病人的 Vital Signs 一直非常穩定，沒有太大的起伏。當然我們於術中、術後，一



共又給她輸了 4u AB/+ type 的血。

所以自她住院之後算起來，總共輸了 16u=4,000cc 的血。一般人體內總共

也不過 5,000cc 的血量。手術後張女士體內所流動的，80%可說都是這些愛心人士所捐的血！救人一命，功德無量。感恩喔！



恢復正常



張女士術後的復原相當順利，1/8 rechecked 血紅素(Hb)與血容比(Hct)都已恢復到正常值的：12.3 與 39.6。1/9 followed 的 X 光也顯示心臟擴大已有改善。

感謝此 Case 之治療過程一切順利，最後謹再附上一張 1/11 與張女士出院前的合照(她氣色真的相當不錯)，在此為本文劃下一個溫馨的句點。敬請指教。謝謝！

法律信箱

為再度推動婦產科會員團體責任保險暖身

——會員大會,請不要忘了填寫「醫療倫理法律專題演講問卷調查」——

本會 名譽理事/醫療法制暨醫療糾紛委員會 顧問
國立政治大學風險管理與保險研究所博士生 高添富

本月 25 日下午一點 30 分起在台大醫院國際會議中心 101 室，有四場醫療倫理法律專題演講，歡迎各位會員蒞臨指導。3 點半起系由本人自告奮勇把去年承接衛生署完成的研究計畫「強制醫事人員保險制度之相關研究」，向會員們做一場學術心得報告，並順勢推出乙份意願問卷調查，看是否可能再度推動我們婦產科會員團體責任保險。

事實上這兩年來個人雖然埋頭苦幹，閉關在政大的風險管理與保險研究所苦讀，抬面下，個人一直憂心忡忡在為我們婦產科醫師會員層出不窮的醫療糾紛困擾而不務正業，使出渾身解數四處奔走，問題是兩年來四處碰壁，過程的艱難困苦真是冷暖自知。先是民國 94 年 11 月 18 日應金管會凌氤寶保險委員之邀請，遠赴保險局向主管機關的長官們簡報說明「婦產科會員團體責任保險計畫」，承蒙保險局長官的厚愛，還特地替我們舉辦一次招商說明會，於民國 95 年 1 月 18 日，在產險同業公會的意外險委員會召開，由本人向 22 位各大產物保險公司主管責任保險的高級主管再度說明，但因為我們醫師方面堅持太多，結果 22 產險公司利益導向，竟然異口同聲不敢承接，委婉以共保組織承保搪塞，至今一年餘毫無下文。

惟個人仍執著的期望在衛生署的「醫事人員強制責任保險」尚未立法通過之前，我們會員的團體責任保險能夠再度先行重新出發。所以這次的會員意願問卷調查，除了可以代替醫療倫理法律的課後測驗，為法律繼續教育積分之證明外，更是要作為我們學會要實際推動團體責任保險的里程碑。以下謹就今後唯一足以保護我們婦產科醫師行醫環境的保險計畫，向各位會員先行簡報，為我們再度推動婦產科會員團體責任保險的計畫暖身，敬請大家踴躍支持。

學會的會員團體責任保險的特色就是希望完全做到「醫療糾紛，醫師退居二線」的最高理想，而且我們堅持保險公司必須同意協助我們醫師：

1. 出險時，必須委由專任律師出面協解醫療糾紛，律師費用由保險公司負責(律師費：每小時 2000 元，每案最高 2 萬 5 千)。
2. 保險事故一發生，先以學會名義支付一筆慰問金(死亡五萬，重傷害--植物人或新生兒死亡或 CP 三萬，輕傷害一發炎，臂叢神經受傷一萬的慰問金，屬道義賠償，不計入賠償金額內。)表現醫師道義上的誠意。

3. 保險事故的醫療鑑定由我們學會的「醫療法制暨醫療糾紛委員會」負責，防止保險公司「球員兼裁判」。
4. 訴訟律師費，不分民刑庭全由保險公司負責。
5. 協助我們學會成立「財團法人醫師風險管理基金會」，俾全權負責處理醫療糾紛及保險理賠事宜，目的不外是要讓當事人退居二線，由醫療法律專家組成的權責單位全權負責處理，以減少醫師的心理威脅及精神壓力。

整個保險規劃當然是要以醫師的行醫安全空間考量。去年我們曾和某家產險公司擬訂出較明確的甲案與乙案，可供參考：保單設計上，甲案承保範圍包括門診+接生，以及 C/S & Lapa 等開腹手術，乙案則只承保門診，以及 D&C 等門診手術。保險金額可分 150 萬及 200 萬兩種，若以保險金額 200 萬為例，發生保險事故(醫療糾紛)時，每一意外事故傷亡最高理賠金額為 200 萬，但保險期間內最高賠償金額可達 500 萬，表列如下：

◎醫師業務專業責任險：承保範圍：	＊本保險單係採用索賠基礎。 ＊被保險人在本保險單有效期間及追溯期間內，執行醫師業務，因過失、錯誤或疏漏而違反其業務上應盡之責任，直接引致病人體傷或死亡，依法應由被保險人負賠償責任，而在保險期間內受書面賠償請求時，本公司對被保險人於保單所載之保險金額範圍內負賠償責任。	
保險金額	每一意外事故傷亡	2,000,000.00
單位(新台幣元)	保險期間內最高賠償金額	5,000,000.00
自負額	每一事故損失金額之 10%，但最低 NTD5,000.00	

目前學會預備推出的即以上述四種方案為主，我們急迫要瞭解的是，您願意選擇那種承保範圍的保險方案呢？請會員務必在「醫療倫理法律專題演講問卷調查」上勾選，我們才有腹案與籌碼去和產險公司談判！

I 甲案(門診+接生)--含 C/S & Lapa

- 1 保險金額 150 萬(每次最高理賠金額)/保險期間累計最高 300 萬，保費約 6 萬 5。
- 2 保險金額 200 萬(每次最高理賠金額)/保險期間累計最高 500 萬，保費約 7 萬 5。

II 乙案(只保門診)--不接生，不手術

- 3 保險金額：150 萬(每次最高理賠金額)/保險期間累計最高 300 萬，保費約 4 萬。
- 4 保險金額：200 萬(每次最高理賠金額)/保險期間累計最高 500 萬，保費約 5 萬。

總之今日不只是我們大多數醫師會員對醫師責任保險莫不關心，那知保險公司他們因對醫師責任保險一知半解，也大都興趣缺缺。如今想投保的醫師只有任人宰割個個被擊破，不想投保的醫師，產險公司他們也沒胃口強求，所以除非我們醫師團結抵制，眾志成城，團體才有力量，團結才有談判轉圜的空間，而不再是白白挨打的份而已；最後期望個人研究醫師責任保險七年來的野人獻曝，可以開花結果，貢獻會員。

台北婦產科診所

誠 徵

副院長

意者請洽

0928001159

或 E-mail

tung4821@yahoo.com.tw

漢銘醫院

誠 徵

婦產科專科醫師

地址:彰化市中山路一段366號

意者請洽: 0982811766 或

0919033655 人事室賴主任

蕭弘智婦幼診所

誠 徵

婦產科專科醫師

工作地點:員林鎮

意者請洽:0919-911571

轉蕭先生

頂 讓

(合作亦可)

板橋婦產科診所

有基礎、地點佳

適合年輕、有衝勁的醫師

請電:0982263800

0921692096

編 後 語

王三郎

在理監事會的支持下，已舉辦了一年度的登山健行。上期會訊也有登玉山的活動報名，四月一日將登北插天山，作為登玉山的行前準備，歡迎大家參加。

繼續教育，懷孕與抗凝血劑之使用，提出了抗凝血藥的使用劑量及其適應症，可防治母體血栓及改善懷孕的結果。

腹腔鏡手術有許多的優點，其使用當然也有禁忌，以腹腔鏡治療低惡性和早期卵巢癌，在本期有最新文獻的檢視，值得大家參考。

極度貧血（血色素為1.7）的子宮肌瘤，並不多見。顧醫師處理到這樣的病人，提出了病例報告。

會訊提供了學會的活動報導，醫政公文，醫學教育及康樂休閒活動，敬請會員參閱，也歡迎會員投稿，此時窗前樹梢長出了翠綠的嫩葉，春回



宋俊宏婦幼醫院



誠 徵
婦產科主治醫師

一般婦產科
生殖內分泌

~誠摯邀請您的加入~

院址：桃園縣平鎮市民族路199號
電話：(03) 4020999 轉 506 黃主任
E-mail：yuehfenh@yahoo.com.tw

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
0320-1	醫學倫理與法律	秀傳紀念醫院	彰濱秀傳國際會議廳	03月20日12時30分	03月20日14時00分	醫學倫理	0.5分
0320-2	死亡診斷書之書寫	秀傳紀念醫院	秀傳紀念醫院九樓會議室	03月20日07時30分	03月20日09時00分	醫學倫理	0.5分
0321-1	產後憂鬱症	中山醫院	中山醫院	03月21日13時00分	03月21日14時00分	B	1分
0324-1	台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會	台灣婦產科醫學會	台大醫院國際會議中心	03月24日08時30分	03月25日17時00分	A	29分
0324-2	手術中輸液的治療	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院七樓愛堂	03月24日07時30分	03月24日09時00分	B	1分
0325-1	食道逆流睡眠呼吸中止症候群	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	03月25日13時30分	03月25日15時30分	B	2分
0325-2	台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會(醫學倫理)	台灣婦產科醫學會	台大醫院國際會議中心	03月25日13時30分	03月25日17時00分	醫學倫理	3分
0325-3	96年度地方學術研討會	台灣老年醫學會	中山附醫12樓國際會議廳	03月25日09時00分	03月25日16時40分	B	5分
0330-1	雙胞胎胎死腹中	若瑟醫院	若瑟醫院六樓視聽室	03月30日07時30分	03月30日08時30分	B	1分
0330-2	醫病溝通與醫療糾紛	台北縣醫師公會	署立台北醫院八樓大禮堂	03月30日13時00分	03月30日15時00分	B、醫學	1、1分
0401-1	新生兒聽力篩檢推廣研討會	馬偕醫院	中國附醫立夫醫療大樓21樓國際會議廳	04月01日08時00分	04月01日12時30分	B	3分
0408-1	從倫理與法律談醫療傷害處理法草案	台中市醫事法學會	中國醫藥大學立夫大樓105講堂	04月08日13時30分	04月08日17時10分	醫學倫理	1分
0421-1	醫療糾紛 vs 法律研討會	中華民國醫事法律學會	高醫附醫第一講堂	04月21日13時00分	04月21日17時30分	醫學倫理	1分
0428-1	賀爾蒙與乳癌:從文獻回顧探討臨床應用上的改變	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院七樓愛堂	04月28日07時30分	04月28日09時00分	B	1分
0429-1	醫學倫理-漫談醫學倫理與醫療糾紛	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	04月29日13時30分	04月29日17時30分	醫學倫理	2分
0527-1	活體肝臟移植/新型流感	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	05月27日13時30分	05月27日15時30分	B	2分
0606-1	倫理與法律孰先孰後?	台北市醫師公會	台北市醫師公會六樓會議室	06月06日13時00分	06月06日15時00分	醫學倫理	1分
0624-1	慢性腎衰竭的用藥準則-止痛劑腎病變/肥胖症與減重新知	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	06月24日13時30分	06月24日15時30分	B	2分
0729-1	停經後常見的問題/自閉症照護	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	07月29日13時30分	07月29日15時30分	B	2分
0824-1	妊娠劇吐	若瑟醫院	若瑟醫院六樓視聽室	08月24日07時30分	08月24日08時30分	B	1分
0826-1	自律神經失調/糖尿病的最近藥物治療/人文藝術-如何把音樂運用於身心的醫療	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	08月26日13時30分	08月26日17時30分	B	2分
0928-1	產後憂鬱症	若瑟醫院	若瑟醫院六樓視聽室	09月28日07時30分	09月28日08時30分	B	1分
0930-1	致癱機轉與抗癱/老人醫學	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	09月30日13時30分	09月30日15時30分	B	2分
1028-1	管制藥品相關法規說明/藥物不良通報及藥害救濟制度相關法規說明/死亡之法律觀-以開立診斷說明書為中心	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	10月28日13時30分	10月28日17時30分	醫學倫理	2分
1125-1	藥物副作用所引起皮膚的臨床表現/痛風治療之現況	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	11月25日13時30分	11月25日15時30分	B	2分
1230-1	高血脂最新治療趨勢/過敏性鼻炎之治療	台中市醫師公會	署立台中醫院12樓大禮堂	12月30日13時30分	12月30日15時30分	B	2分