

台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2007年4月126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

96年度的年會暨擴大學術研討會已於3月24、25日於台大醫院國際會議中心圓滿完成，非常感謝各位會員女士、先生們的熱烈支持，也為學會爭取2011年亞太婦產科醫學會在台北舉行累積寶貴的經驗。

在這次年會裡有本會會員針對自然產及剖腹產之合併症加以分析，卻遭到媒體的錯誤引用：「**健保鼓勵自然產，每年白花四億**」，也讓衛生署長及健保局總經理在立法院遭受到立委們的質疑，並威脅要調降自然產點數。事實上在年會前的3月22日，衛生署也針對此一議題召開了「提升週產期醫療照護品質座談會」，我在會中也陳述了目前婦產科所面臨的困境以及學會對於剖腹產的看法（詳細內容請參閱本期會訊第37~40頁）。衛生署和健保局也同意將自然產之點數提高，實乃考量生產風險之成本不易評估以及各專科別間資源分配的公平性等因素，並非全然為了降低剖腹產率。

為了進一步讓媒體朋友及一般民眾對於剖腹產有更確切的了解，學會也主動的在4月8日舉辦醫藥記者聯誼會，由台大婦產科施景中醫師向各界分析剖腹產的真象，並比較自然產與剖腹產的優缺點（記者會書面資料請參閱本期會訊第55~62頁）。我想照顧產婦的最終目的，就是要以母、子健康為第一優先，我們應提供給產婦完全整的資訊，並充分尊重產婦的自主權。

秘書長的話

謝卿宏

親愛的會員、前輩，大家好！

學會的年度大事——年會，在大家的熱烈支持下，已圓滿閉幕，感謝大家的參與，更感謝所有工作人員的無私奉獻！在年會中，老朋友又見了面，即使是寒暄兩句，也感到無限溫馨，在此，期待今年起，大家會更好！

健保實施十多年來，婦產科、外科、小兒科一直每況愈下，政府的態度是任由叢林法則解決，讓醫界自生自滅，真不知這種殺雞取卵式的醫療運作模式，會把國家的醫療品質帶到哪裡？！

有時，實令人不解，健保政策已採總額支付制度來控制財政平衡了，又何以要在此架構之下計畫實施全面性DRG，不知這到底是誰的主意，衛生署嗎？如果只是少數幾位官員或公衛學者想要試驗、玩弄健保政策，把大家當白老鼠般地搞來搞去，全國所有醫療院所都因而任其擺佈，全民的健康也都變成他們研究計畫的犧牲品，這種「Try and Error」的結果，不知有誰能夠負責！「昨夜計畫」今何在？

很感謝立法院侯水盛委員的關懷，主張C/S點數一定要高於NSD，我們或可請侯委員幫忙運作讓C/S的點數能夠增加麻醉費與四天的住院費，如達成目標則對全國婦女同胞的健康照護，將有非常之助益，而全體婦產科醫師也一定會銘感於心、沒齒難忘。

學會或次專科辦繼續教育實是功德一件，但是，如果常規的報名費或認證動輒幾千，上萬元，誠不可取！畢竟，只要有醫師證書，依醫師法規定，大家的執業不會因有沒有次專科的認證而有影響，根本無需為一張沒有用的證書患得患失，當冤大頭花大錢，因此，大家認為有需要的 issues，學會一定會義不容辭，常規地、分級地、密集地舉辦繼續教育，來提昇大家的執業能力與水準！希望大家能夠盡量把意見傳到學會，讓秘書處來效勞。

最後，敬祝大家身體健康，心想事成。

台灣婦產科醫學會 126 期會訊

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 96 年度年會暨擴大學術研討會精彩花絮

13 秘書處公告 | 文/秘書處

13 行政院衛生署 函

推廣本署「數位學習國家型科技計畫—醫療數位學習發展計畫」台灣 e 學院網站 (<http://fms.doh.gov.tw>)。

13 行政院衛生署疾病管理局 函

為增進國際間有關登革熱防疫專業及技術交流，本局與國際組織 PDVI 及 NITD 訂於本（96）年 8 月 22—24 日假台北圓山大飯店共同舉辦「第三屆亞洲地區登革熱研討會」，敬請轉知所屬踴躍投稿，請 查照。

14 行政院衛生署 公告

公告 96 年度婦產科專科醫師訓練醫院認定合格名單、資格效期及訓練容量。

16 行政院衛生署國民健康局 函

制定人工生殖法案，業奉總統 96 年 3 月 21 日華總一義字第 09600035251 號令公佈，請 查照轉知轄內各醫療機構及所屬各會員。

16 行政院衛生署 函

所詢急診醫學科受訓住院醫師，其接受畢業後一般醫學訓練可抵扣之訓練年資疑義乙案，復請查照。

17 台灣婦產科醫學會第十七屆第十一次監事會會議紀錄

18 台灣婦產科醫學會第十七屆第十一次理事會會議紀錄

23 FIGO/BSP FELLOWSHIP FOR POST- DOCTORAL RESEARCH

申請截止日為 2007 年 7 月 31 日；申請資格、申請表請見內文。

28 台灣胎兒頸部透明帶認證辦法

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

目錄精華

36 Women Deliver

37 行政院衛生署 函

「提升週產期醫療照護品質座談會」會議紀錄。

40 台灣婦產科醫學會第十七屆第四次會員代表大會紀錄

46 專科醫師證書展延—未修滿學分者請注意!

47 通訊繼續教育

C型肝炎與懷孕 | 文/李耀泰、郭宗正、李文琮、陳福民

55 醫學倫理專欄

台灣婦產科醫學會醫藥記者聯誼會書面資料 | 文/楊友仕、施景中

65 會員園地

三人行必有我師 | 文/李耀泰

66 法律信箱

學會應成立發言人制度—澄清真相，為醫喉舌 | 文/高添富

71 編後語 | 文/高添富

72 活動消息 | 文/秘書處

廣告刊登

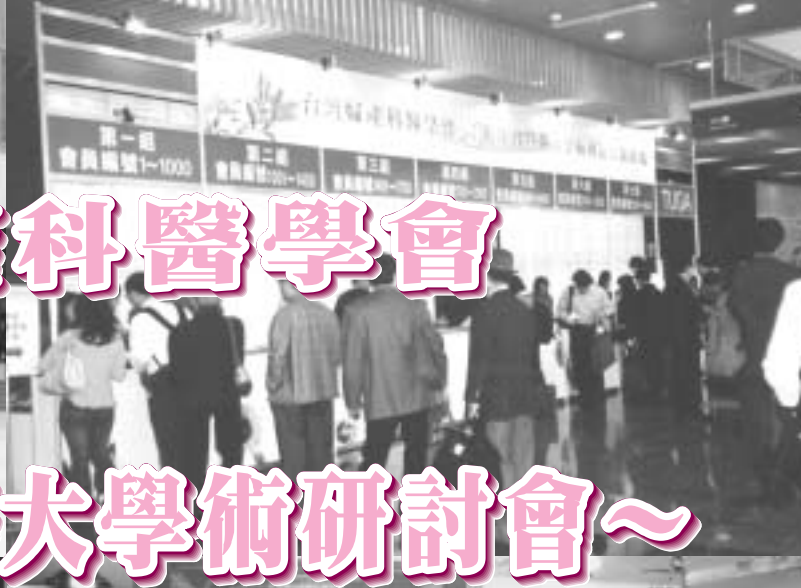
台北縣板橋市診所	14	46	台北市內湖區婦產科診所
台南婦產科診所	22	53	宜蘭婦產科診所
板橋國泰醫院	45	65	樂生婦幼醫院
醫 Mall-群聚基層醫療網	45	70	基隆王立文婦產科
台北市婦產科診所	45	70	光田綜合醫院

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

台灣婦產科醫學會

96年年會暨擴大學術研討會~

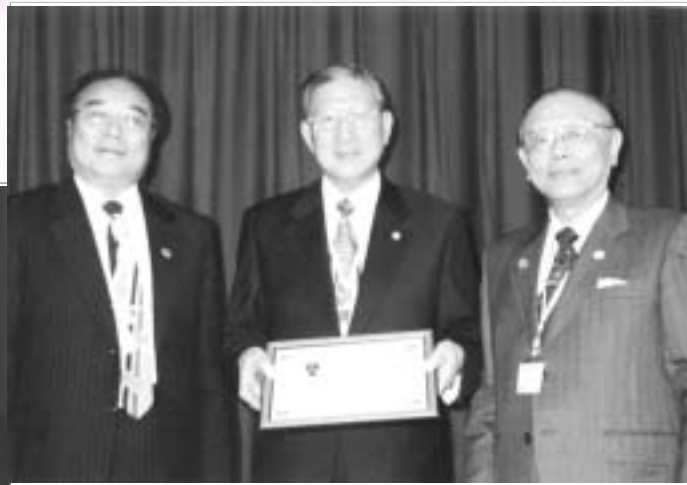
台大醫院國際會議中心



演 講 盛 況



大會演講中何弘能副理事長與郭宗正監事長頒
獎予吉村泰典教授



大會演講中李鎡堯前理事長與楊友仕理事長頒
獎予韓國 Yoon Seok Chang 教授



台韓年輕醫師交流演講—蕭勝文醫師



大會演講——森本義晴教授



台韓年輕醫師交流演講—韓國 Seon-Im Kim 醫師



國際學術交流演講—
蔡鴻德醫師頒獎予林姿吟醫師

演 講 盛 況



特別演講—施景中醫師



婦女泌尿演講—黃文貞醫師



婦科演講—Dr. Hugues Bogaerts



口頭報告—胡偉敏醫師



醫學倫理與法律專題演講—高添富醫師



醫學倫理與法律演講盛況

午餐會報盛況



雞尾酒會盛況



優秀論文獎 頒獎



96年度財團法人徐千田防癌研究基金會優秀論文獎
第一名 王子豪醫師



96年度學會優秀論文獎 陳芳萍醫師



96年度財團法人徐千田防癌研究基金會優
秀論文獎第二名 周宏學醫師



96年度學會優秀論文獎 趙光漢醫師



96年度財團法人徐千田防癌研究基金會優
秀論文獎第三名 鄭文芳醫師



96年度財團法人李鐵堯生殖醫學基金會
優秀論文獎 陳思原醫師



晚



宴



盛



况





晚



盛



宴



况



台灣婦產科醫學會 第十七屆第四次會員代表大會



■ 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 3 月 8 日

發文字號：衛署醫管字第 0962900296 號

主旨：為加強本署「數位學習國家型科技計畫—醫療數位學習發展計畫」台灣 e 學院網站 (<http://fms.doh.gov.tw>) 行銷推廣，檢送簡介及電子報彙編（單張）各 2 份，提供各會參採衛教應用並請加強推廣宣導，請查照。

行政院衛生署疾病管理局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 3 月 14 日

發文字號：衛署疾管企字第 0960003901 號

主旨：為增進國際間有關登革熱防疫專業及技術交流，以積極建立更有效之監測與防治體系，本局與國際組織 PDVI (Pediatric Dengue Vaccine Initiative) 及 NITD (Novartis Institute for Tropical Disease) 訂於本 (96) 年 8 月 22—24 日假台北圓山大飯店共同舉辦「第三屆亞洲地區登革熱研討會」，敬請轉知所屬踴躍投稿，請查照。

說明：一、旨揭研討會共分八大主題，分別為：1.Viral genomics 2.Viral Proteins structure/function/Antiviral targets 3.Viral Receptor/Entry 4.Pathogenesis/host response (Neutralization/ADE) 5.Animal models 6.Clinical/Epidemiological studies 7.Vaccine Development/Trials 8.Dengue Diagnostics，截稿日期為 96 年 5 月 15 日。

二、投稿資訊詳見大會網頁<http://www.2007asiandengue.com>，若有疑義，請洽大

會秘書處張嘉真小姐，聯絡電話：(02) 2504-4338，分機 10，電子信箱：
landie1024@elitepc.com.tw。

行政院衛生署 公告

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 3 月 27 日

發文字號：衛署醫字第 0960201479 號

附件：行政院衛生署 96 年度婦產科專科醫師訓練醫院認定合格名單及訓練容量。

主旨：公告 96 年度婦產科專科醫師訓練醫院認定合格名單、資格效期及訓練容量。

依據：專科醫師分科及甄審辦法第 6 條。

公告事項：一、96 年度婦產科專科醫師訓練醫院認定合格醫院共 28 家，名單如附件。

二、國立臺灣大學醫學院附設醫院等 25 家醫院，資格效期自 94 年 7 月 1 日至 97 年 6 月 30 日止，敏盛綜合醫院及財團法人長庚紀念醫院嘉義分院等 2 家醫院，資格效期自 95 年 7 月 1 日至 98 年 6 月 30 日止，林新醫院之資格效期自 96 年 7 月 1 日至 99 年 6 月 30 日止，上開醫院效期屆滿皆須再重新申請認定。

三、另，財團法人亞東紀念醫院於 96 年 7 月 1 日前，應提具已於該院婦產科任職一年以上之專任專科醫師名單至署審核，屆時如符合婦產科訓練醫院認定標準之規定，再予合格公告。

四、中山醫療社團法人中山醫院、中山醫學大學附設醫院及秀傳紀念醫院等 3 家醫院，因認定作業仍在進行中，將另行辦理公告。

五、各專科醫師訓練醫院，於資格有效期間，每年應檢送相關書面資料（含住院醫師名冊）接受查核，如有訓練條件變動者，得予重新認定其資格或重新核定其訓練容量。

台北縣板橋市診所

徵求婦產科代診醫師

請電 0982263800
0911366632



行政院衛生署 96 年度婦產科專科醫師訓練醫院認定合格名單及訓練容量

編號	醫院名稱	醫院所在地	訓練容量
1	國立台灣大學醫學院附設醫院	台北市	6 名
2	台北榮民總醫院	台北市	5 名
3	三軍總醫院	台北市	3 名
4	財團法人馬偕紀念醫院暨淡水分院	台北市	7 名
5	財團法人新光吳火獅紀念醫院	台北市	3 名
6	財團法人國泰綜合醫院	台北市	2 名
7	財團法人私立臺北醫學大學附設醫院	台北市	3 名
8	台北市立萬芳醫院	台北市	
9	財團法人基督復臨安息日會臺安醫院	台北市	1 名
10	台北市立聯合醫院（婦幼院區）	台北市	2 名
11	財團法人天主教耕莘醫院	台北縣	1 名
12	財團法人長庚紀念醫院—林口、台北、基院分院	桃園縣	9 名
13	敏盛綜合醫院	桃園縣	1 名
14	中國醫藥大學附設醫院	台中市	4 名
15	台中榮民總醫院	台中市	3 名
16	林新醫院	台中市	1 名
17	童綜合醫院	台中縣	1 名
18	光田綜合醫院	台中縣	1 名
19	財團法人彰化基督教醫院	彰化縣	3 名
20	財團法人嘉義基督教醫院	嘉義市	1 名
21	財團法人長庚紀念醫院嘉義分院	嘉義縣	1 名
22	郭綜合醫院	台南市	1 名
23	國立功大學醫學院附設醫院	台南市	4 名
24	財團法人奇美醫院	台南縣	1 名
25	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	高雄市	3 名
26	高雄榮民總醫院	高雄市	1 名
27	財團法人長庚紀念醫院高雄分院	高雄縣	4 名
28	財團法人佛教慈濟綜合醫院	花蓮縣	1 名
合計			73 名

- 附註：一、訓練容量，係指 96 年度（96 年 7 月 1 日至 97 年 6 月 30 日）各專科醫師訓練醫院所得招訓之訓練名額，各院招收之住院醫師名額不得超出所核定之訓練容量；醫院超額招收或未經核備之訓練名額，其訓練年資不予採計。
- 二、林新醫院為 96 年度認定合格之專科醫師訓練醫院，資格效期 3 年（自 96 年 7 月 1 日至 99 年 6 月 30 日止）。
- 三、財團法人敏盛綜合醫院及財團法人長庚紀念醫院嘉義分院等 2 家醫院為 95 年度認定合格之專科醫師訓練醫院，資格效期 3 年（自 95 年 7 月 1 日至 98 年 6 月 30 日止）。
- 四、國立台灣大學醫學院附設醫院等 25 家醫院為 94 年度認定合格之專科醫師訓練醫院，資格效期 3 年（自 94 年 7 月 1 日至 97 年 6 月 30 日止）。
- 五、澄清綜合醫院及其中港分院原為 94 年度認定合格醫院，96 年度因訓練條件不符規定，廢止其訓練醫院資格。

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 96 年 4 月 4 日

發文字號：國健婦字第 0960400320 號

主旨：制定人工生殖法案，業奉總統 96 年 3 月 21 日華總一義字第 09600035251 號令公布，請查照轉知轄內各醫療機構及所屬各會員。

說明：一、依據行政院 96 年 3 月 23 日院臺衛字第 0960012869 號函辦理。

二、本條文刊載於總統公報第 6736 期 (<http://www.president.gov.tw> 公報系統)。

行政院衛生署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 3 月 15 日

發文字號：衛署醫字第 0960002521 號

主旨：所詢急診醫學科受訓住院醫師，其接受畢業後一般醫學訓練可抵扣之訓練年資疑義乙案，復請查照。

說明：一、復貴會 96 年 1 月 8 日 (96) 急恭字第 0054 號函。

二、查為提升住院醫師住院品質，奠定全人醫療的基礎，自 92 年度起，本署即要求各醫院所招收之第一年住院醫師，均應接受「畢業後一般醫學訓練」，又如於 92 年至 94 年間已完成 3 個月畢業後一般醫學訓練者，即無需重新接受 95 學年度「畢業後一般醫學訓練」相關課程訓練，並應由醫院另行安排專科訓練之相關選修及全人醫療訓練等課程。

三、有關曾接受其他專科醫師訓練 3 年期滿後，轉急診醫學科接受訓練者（即案內所稱雙專長訓練），其於其他專科臨床訓練之時間如何扣抵急診醫學訓練時間乙節，應請依本署 95 年 4 月 14 日衛署醫字第 0950204989 號公告修正「急診醫學科專科醫師訓練課程基準」備註規定辦理。至於轉科後，如以急診醫學科專科醫師甄審原則第 2 點第 1 款資格受訓者，其已完成之 PGY 訓練課程之處理，應依上開說明二所示，由醫院另行安排課程，尚無年資折抵之問題。

台灣婦產科醫學會第十七屆第十一次監事會會議紀錄

時間：民國 96 年 4 月 1 日（星期日）下午二時

地點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主席：郭監事長 宗正

出席人員：監事 陳榮輝 黃木發 祝春紅 陳霖松 陳思源

列席人員：楊理事長 友仕

請假：林國城 陳進典 蘇榮茂 陳治平 蕭森元 謝卿宏

記錄：白怡萱

壹、報告事項

一、確認上次會議紀錄（附件一）。

貳、討論提案

案由一：審查 95 年度收支決算表、資產負債表、現金出納表、基金收支表、財產目錄表，及

95年11月至96年1月份收支月報表。

說明：附件二。

提案人：秘書處

決議：通過。

案由二：審查第11次理事會之會議紀錄及決議執行情況。

說明：附件三

提案人：秘書處

決議：針對案由二之剖腹產率未降低的原因，將於四月八日的記者招待會中對外說明。另外，原訂四月份請剖腹產率高的醫療院所出席的協商會議，建議暫緩。

針對案由四之會議交通費，支付費用之實行細則提交下次理事會研議。

參、臨時動議

案由一：公布理監事會、委員會之出席率是否恰當，請討論。

提案人：郭宗正監事長

決議：建議理事會統計本屆各次理監事會之出席率，以供改選十八屆理監事會之參考。

案由二：建議產檢過程中增加二次超音波，以更妥善照護孕婦及胎兒健康。

提案人：陳霖松監事

決議：請學會行文國健局，目前十次產檢中，超音波檢查不足以完整照顧孕婦及胎兒健康，為提升孕期照護，建議多增加二次超音波給付。

案由三：學會總部在台北，但年會輪流在北中南各地舉行已是共識，是否選擇理事會任期三年中間的那一年在台北以外的地點舉辦較為妥當？

提案人：郭宗正監事長

決議：提交下次理事會討論。

肆、散會：下午3:30

台灣婦產科醫學會第17屆第11次理事會會議紀錄

時間：民國96年03月11日（星期日）下午二時

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 劉嘉耀 葉光芃 何博基 黃建榮

理事 林正泰 李建興 顏明賢 柯誠立 陳光煒 張旭陽 廖基元 陳夢熊
曾志仁 陳建銘 丁鴻志 洪耀欽 蔡英美 蔡明松 翁順隆 王炯琅

列席者：監事長 郭宗正

秘書長 謝卿宏

秘書長 黃閔照 張維君 賴文福

請假人員：常務理事 王三郎 林隆堯 簡婉儀 何弘能

理事 袁九重 曾啟瑞 許峰雄 劉道明 陳惟華 張兆榮 郭保麟 陳芳英
何延慶

副秘書長 姚博琳 陳信孚 沈潔怡 孫三源 施養澤

記錄：林家翎

壹、確認前次會議記錄

貳、報告事項

一、楊友仕 理事長

1. 今年年會 3 月 24 及 25 日在台大醫院國際會議中心舉行，今年不一樣的是國際學術交流；去年與日本交流由日本派年青醫師來台，今年換我們在 4 月份將派年青醫師到日本參加日本的年會，而學會今年與韓國交流，有 5 位年青醫師來參加我們的年會，明年再換我們派人去韓國，除了能讓年青醫師早點接觸國際事務之外，對學會在亞太地區也有實質幫助。
2. 今年的年會晚宴是在 3 月 24 日晚上，請各位理監事撥空參加，另外在 23 日晚上的歡迎晚宴，由學術委員會成員陪同外賓參加，25 日尚有外賓未離開，因此由理監事的名義邀請外賓餐敘，希望大家盡量參加。事實上與外賓的交流對學會是非常有幫助的，無論是在亞太或是在 FIGO 都非常支持我們。
3. 因陳鴻生醫師為常務理事，按學會章程規定須遞補一位理事，依本屆第一順位候補理事為張旭陽醫師，因此聘任張旭陽醫師為本屆理事，稍後進行常務理事補選。

二、郭宗正 監事長

1. 稍後即將進行常務理事補選一名，請各位圈選一名理事。
2. 同委員會報告。

三、謝卿宏 秘書長

1. 對於各理監事的出席率，希望各位理監事在允許的情況下盡可能出席會議，好好珍惜為會員服務貢獻的機會。
2. 最近對學會威脅最大的就是有關剖腹產率的問題，本人與理事長、監事長及健保醫政委員會多次開會討論，赫然發現健保局的來文越來越密集，如果道德勸說無法有效降低剖腹產率，那麼大家一定要有其它的對策，否則自然產點數一定會被調降，希望各縣市會員多多配合。
3. 公關委員會已舉辦 3 次醫藥記者聯誼會，效果不錯，大約在今年 4、5 月會再辦一次，若大家有不錯的主題或是迫切性的議題歡迎踴躍提供。

四、各委員會書面報告（請見附件 1）。

參、補選第 17 屆常務理事一名

說明：本屆常務理事陳鴻生醫師，因大腸癌不幸病逝，依本會章程第 24 條規定，常務理事出缺時由理事補選之。

主席：楊友仕 理事長

監票：郭宗正 監事長

選舉結果：

發票：白怡萱 程美惠 唱票：賴文福 記票：白怡萱 程美惠

票數：35 有效票數：13 票 廢票：0 票 空白票：1 票

當選人：顏明賢 得票數：4 票

肆、討論提案：

提案一：審查 96 年度決算收支表、現金出納表、資產負債表、基金收支表、財產目錄表及 95 年度 11-12 月、96 年 1 月份月報表。

說明：請見附件 2。

提案人：秘書處。

決議：通過

提案二：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（見附件 3）

2. 本案經健保醫政暨總額預算對策委員會討論後建議如下：

(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、避孕諮詢、減重管理	產後一週	350

(3)降低剖腹產率之建議：

(A)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。

(B)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。

提案人：健保醫政暨總額預算對策委員會。

決 議：1.同意健保局增加一次產後檢查，該費用不包含在生產給付中。

2.給付時程改為 8 週內。

3.4 月初邀請剖腹產率 40%以上之醫療院所至學會說明，並告知自然產給付將面臨調降之危機。

提案三：建請學會召開各項會議如理監事會、委員會等，能北、中、南東輪流舉辦。

說 明：因學會各項會議皆不補助交通費，以致中南部理監事會議出席率不高，且高鐵通車後縮短南北之間的距離，北部的理監事到中南部開會，不但方便也可以順便至中南部旅遊。

提案人：林正泰理事

決 議：與提案四併案討論。

提案四：建請「恢復會議交通補助費」。

說 明：1.全國各學會均有補助幹部參加會議交通費的規定。

2.鑒於南部幹部參加會議之意願相對的低，與此不無關係。

辦 法：1.幹部的「榮譽職」應只限於不領出席費，不應涵蓋「交通費」之補助。

2.若無法補助相關款項，則建請理監事會，應分區輪流舉行以示公平

提案人：陳夢熊理事

決 議：1.提交會員代表大會討論，支領交通費除了理監事外是否要包含各委員會及代表大會。

- 2.請秘書處估算如擴大支付各委員會及代表大會交通費時，所需經費。
- 3.詢問各大專科醫學會支付交通費之情形供參。

伍、建議案：外縣市理監事北上開會能否有交通費用補助。

- 說明：1.過去學會財政艱困，所以理監事採榮譽職，現在學會的財政狀況已穩定，可否補助交通費。
- 2.估算外縣市理監事北上的交通費(如附件4)

提案人：監事會。

決議：同提案四。

陸、臨時動議

柒、散會(下午5點)

台南婦產科診所

歡迎敬業、熱忱的女、男醫師

只看門診不接生

(另全新陰道鏡及不孕症儀器廉讓)

意洽：0939909314

FIGO/BSP FELLOWSHIP FOR POST- DOCTORAL RESEARCH

Dear Colleagues

I am pleased to enclose information about the FIGO/BSP Fellowship for Post-Doctoral Research that might be of interest to your members.

This year the collaboration between FIGO and the Science Office of Bayer Schering Pharma AG will once again provide an opportunity for a young obstetrician/gynecologist from a developing country to do a research study at home and abroad in the field of reproductive health, obstetrics or gynaecology and/ or women's sexual and reproductive health.

Kindly circulate this information as widely as possible to your members and note that the closing date for receipt of applications is 31st July 2007.

Kind regards

Ian Fraser
Honorary Secretary



FIGO/BSP FELLOWSHIP FOR POST- DOCTORAL RESEARCH

OBJECTIVE

The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) and Bayer Schering Pharma AG (BSP) have established an annual post-doctorate Fellowship to allow junior obstetricians and gynecologists from developing countries to study for a maximum of one year in a centre of excellence at home and abroad. The next Fellowship will start in late 2007.

The Fellowship is aimed at providing research opportunities and academic training with a clinical emphasis and is primarily aimed at assisting practitioners from low- or middle-income countries

A further aim of the Fellowship is to ensure that the successful candidate obtains well focused and research-based training in a recognised tertiary institution that includes some additional academic training beyond research. This should include exposure to modern ethics committees and other research governance.

RESEARCH TOPIC

The chosen research topic should be in the area of reproductive health, obstetrics or gynaecology and/or women' s sexual and reproductive health and should, in any case, include those aspects of Sexual and reproductive health relevant to the research being undertaken

ELIGIBILITY

The applicants must be:

- ◆ 40 years old or younger
- ◆ resident of a low- or middle-income country
- ◆ able to communicate fluently in English and/or the language of the host institution
- ◆ holder of a postgraduate degree in obstetrics and/or gynecology
- ◆ holder of an academic post in a teaching institution

APPLICATION

Candidates must submit their applications through and with the endorsement of their national society of obstetrics and gynecology.

The application must include:

- ◆ a letter from an authorised representative of the applicant' s national society of obstetrics and gynecology confirming its support and endorsement

- ◆ a letter of endorsement from the applicant's home institution
- ◆ a letter of acceptance from the application's host institution – which must be a recognised tertiary institution - confirming that the applicant will receive focused and research-based training that will include additional academic training beyond research, including exposure to modern ethics committees and other research governance
- ◆ A completed application form and supporting documentation including copies of certificates showing qualifications

THE FELLOWSHIP

The Fellowship will cover:

- ◆ return airfare to the centre of excellence abroad
- ◆ living expenses up to a maximum of US\$3,000 per month for six months abroad and US\$1,000 per month at the home laboratory. This stipend will be calculated on the basis of prevailing scholarships granted in the host institution's country

REPORTS AND PUBLICATIONS

- ◆ An interim progress report at the end of the first six months and a final report within two months of completion of the study should be submitted by the Fellow and each of his/her Supervisors.
- ◆ Any publication must contain an acknowledgement of support from FIGO/Science Office/Bayer Schering Pharma AG and a copy must be sent to the FIGO Secretariat.

SELECTION OF CANDIDATES

- ◆ A Selection Committee composed of representatives of FIGO and Science Office/Bayer Schering Pharma AG will notify the successful applicant by the end of September 2007

DEADLINE FOR RECEIPT OF APPLICATIONS BY FIGO:

31st July 2007

The application form and all supporting documents should be **received by** the

FIGO Secretariat, FIGO House, Suite 3, Waterloo Court, 10 The-
ed Street, London SE1 8ST

United Kingdom

(E-mail: figo@figo.org)

The Selection Committee will not consider incomplete applica-
tions or applications received after the date specified above



FIGO/BSP FELLOWSHIP FOR
POST- DOCTORAL RESEARCH

APPLICATION FORM

Please type throughout in English using capital letters

I. Personal details

1. Family Name _____ Dr/Mr/Mrs/Miss _____
Forenames and Initials _____
2. Address _____

_____ Country _____
3. Fax number _____ 4. E-mail address _____
6. Date of birth _____ 5. Gender _____

II. Professional details

7. University and/or professional qualifications _____

8. Title and date of present appointment _____

9. Name and address of employing institution _____

10. List publications since 1997, giving name of paper, first author, journal, year, volume and page numbers for each entry:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

continued overleaf

III. Research Study

11. Name and address of chosen centre of excellence at home _____

12. Name and address of study supervisor in centre of excellence at home _____

13. Name and address of chosen centre of excellence abroad _____

14. Name and address of study supervisor in centre of excellence abroad _____

Please answer each of the following questions on separate sheets of paper:

15. Give an outline of your proposed research study (maximum 200 words)

16. Describe how you will use your experience after completion of study (maximum 200 words)

17. Describe any previous relevant experience abroad

IV. Application and Deadline

18. The completed application form and copies of all supporting documents must be received by The FIGO Secretariat, FIGO House, Suite 3, Waterloo Court, 10 Theed Street, London SE1 8ST, United Kingdom no later than 31st July 2007

The Selection Committee will not consider incomplete applications or applications received after this date

18. Today' s date _____ Signature of applicant _____

台灣頸部透明帶認證辦法

The 4th Taipei Workshop on the First Trimester Down's Syndrome Screening course for Certification

◇課程通告◇

台灣目前產前檢查已經提供優生學之各種篩檢與診斷；諸如海洋性貧血、妊娠中期唐氏症篩檢、超音波掃瞄、妊娠糖尿病篩檢、B型肝炎、AIDS、VDRL 檢驗。台灣婦產科醫師雖然面對每況愈下的情況，生產率去年統計大約僅 20 萬名嬰兒。但我們周產期醫學會盱衡世界醫療技術的日新月異推陳出新，仍堅持醫師應該的社會道德責任，對醫療品質的提昇方面，最近幾年仍不遺餘力的推展脊髓性肌肉萎縮症與新式的第一孕期唐氏症篩檢，以期能並駕齊驅於國際，讓婦產科醫師提供給台灣婦女最佳的優生學產檢服務。

英國於數年前有鑒於胎兒頸部透明帶能夠提昇唐氏症篩檢偵測率，其國家篩檢委員會(NSC)訂定 2007 年 4 月起唐氏症篩檢必須於 3% 假陽性之下、達到 75%的偵測率。美國國家衛生研究院兒童健康發展部門(NICHD)支持 BUN 及 FASTER 包括數十家醫學中心的兩大研究醫療團隊，針對胎兒第一孕期唐氏症篩檢，經實證醫學基礎確認可提高偵測率。因此美國婦產科醫學會(ACOG)於 2007 年 1 月 4 日，宣佈染色體篩檢指導原則為第一孕期唐氏症篩檢：採用兒頸部透明帶配合生化血清，並且胎兒頸部透明帶必須標準化及定期審核。另外先進國家如加拿大、澳洲、歐洲之德國、法國、荷蘭、義大利等亦推廣之中。

審視第一孕期之胎兒頸部透明帶(NT) ，並結合生化檢驗評估懷孕婦女在第一孕期染色體異常之篩檢效果?可高達 85~90%偵測率，兼具效率及早期偵測的優點為時勢所趨。為了提高目前台灣唐氏症篩檢偵測率，周產期醫學會於去年底成立台灣頸部透明帶認證委員會，並頒布認證辦法(附件一)，預定於 2008 年廣泛推廣實施第一孕期唐氏症篩檢；因此周產期醫學會已於 2006 年 8 月 13 日於台大國際會議中心與英國胎兒基金會聯合舉辦胎兒頸部透明帶國際認證課程；2007 年 5 月 27 日將於馬偕醫院平安樓階梯講堂，再度邀請英國 Dr. Marisa 授課認證。有鑒於各醫療院所之體系不同，本次課程開放培植訓練超音波技術員。依照認證辦法，通過理論及臨床課程並繳交 10 份胎兒頸部透明帶，學會將授予合格會員證書且公告於學會網站，並且合格參與第一孕期唐氏症篩檢之行列。

誠摯邀請您參與盛會

中華民國周產期醫學會
台灣頸部透明帶認證委員會

理事長
主任委員
籌劃人

李建南醫師
徐振傑醫師
蕭慶華醫師

敬邀

周產期醫學會 敬上
中華民國 86 年 4 月 3 日

相關課程報名資訊查詢請參閱中華民國周產期醫學會 www.tsop.org.tw 或
英國胎兒醫學基金會 www.fetalmedicine.com/f-courses.htm

附件一

台灣胎兒頸部透明帶認證辦法

一、台灣頸部透明帶認證辦法：

學會與英國母胎醫學基金會(FMF)合作，嚴謹的推廣胎兒頸部透明帶認證訓練，並與世界先進國家的婦產科醫師廣泛的交流。所推廣胎兒 11-13⁺⁶ 週之胎兒頸部透明帶(NT)認證課程，結合了超音波、母親年齡及生化檢驗評估懷孕

婦女在第一孕期唐氏症及其它染色體異常發生風險率其偵測率高達 85~90%，兼具效率及早期偵測的優點。

參加專業訓練可了解測量胎兒頸部透明帶，運用於胎兒染色體異常篩檢的新知與技巧；而且唯有持續地的認證資格的審核，才能確保頸部透明帶測量的品質與正確地評估染色體異常發生風險率。

胎兒頸部透明帶認證的流程如下：

1. 參加學會舉辦的理論訓練課程

2. 參加懷孕 11-13⁺⁶ 週超音波掃描的實際操作課程
3. 提供 10 個測量影像供本學會審核



理論訓練課程：

全天課程中所使用的教材為"懷孕 11-13⁺⁶ 週超音波掃描"是由英國倫敦國王學院醫院暨母胎醫學基金會(FMF) Kypros Nicolaides 教授著作，並經其同意由學會翻譯出版。內容主題如下：

- * 胎兒頸部透明帶的測量準則
- * 染色體異常篩檢的原則
- * 胎兒頸部透明帶與染色體異常的關係
- * 絨毛取樣術與羊膜穿刺術
- * 增厚之胎兒頸部透明帶與正常染色體的關係
- * 胎兒頸部透明帶的生理病理學
- * 11-13⁺⁶ 週超音波掃描異常胎兒的診斷
- * 11-13⁺⁶ 週掃描之多胞胎兒的診斷決定與處置

在理論訓練課程結束後，將發給學員一份複選的問卷考題作答，以便瞭解學員的學習觀念；合格者 發給上課證明。

實際臨床操作課程：

為求學員達到懷孕 11-13⁺6 週超音波掃描標準，由學會指派專家親自指導醫師依據理論課程的項目，輔導量測胎兒頸部透明帶的實際操作掃描的技巧。檢視評量實際操作以符合學會的要求。

準備 10 個測量影像審核：

通過實際操作訓練後，請依下列需求準備 10 個測量影像，影像可交相片或電子檔案。內容必須包含以下資料以便本委員會作審核。

規格需求一

1. 頭臀徑：45-84 釐米。
2. 圖片尺寸包括胎兒頭、頸、及胸上半部
3. 頭姿勢位置須自然彎曲，不能過度彎曲或伸展
4. 正中矢切面，不能斜切面
5. 尺規置於透明帶內緣(on to on)，如圖一

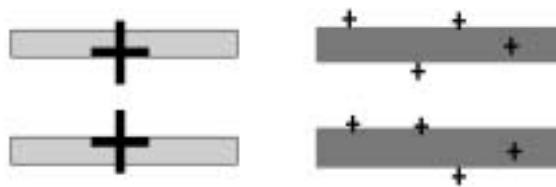


圖 一

6. 測量頸部透明帶最寬的區域，如圖二



圖 二

7. 須要將胎兒表皮膚與羊膜區分出來



10 個測量影像合格的標準一

<u>符合規格測量影像</u>	<u>評估結果</u>	<u>附 註</u>
8 個以上	通 過	參加認證的登錄
5-8 個	不通過	再送 5 個
5 個以下	不通過	再送 10 個

取得證書：

當完成了測量影像送件審核後,由周產期醫學會頒發“胎兒頸部透明帶合格認證證書”。合格審核通過者,得以列入 11-13⁺⁶ 週計算染色體異常風險軟體名單。已通過英國 FMF 認證合格之醫師亦可視為學會合格認證。

頸部透明帶品質的控管及持續性的認證資格的審核：

合格的成員每年必須送 5 份實際操作的影像至學會,接受審核評估是否符合品質的要求。合格者將持續保留其認證資格,若不合格者將被要求再訓練與輔導;到期沒交者視同放棄其認證資格。

取得合格登錄名單：

所有經合格審核通過的名單均登錄於學會的網站,最新的會員名單請上學會的網站查詢。胎兒頸部透明帶品質不合格或過期認證資格者,將於網站中除名。

如何參與 11-13⁺⁶ 週胎兒染色體異常篩檢：

合格通過胎兒頸部透明帶合格認證者,於胎兒 11-13⁺⁶ 週實施超音波掃描,並交送頭臀徑長及標準胎兒頸部透明帶的測量感應紙相片各一張至各 11-13⁺⁶ 週染色體異常風險軟體計算中心,由各中心負責協助胎兒染色體異常風險值之估算。

二、召開委員會議：討論重要事項或議決各小組之事務，由主任委員召集不定期舉行委員會會議，其會議之決議事項，須經當次理監事核准或追認。

如有相關課程問題請查詢:中華民國周產期醫學會-台灣胎兒頸部透明帶認證委員會

電話: 02-23816198 Fax: 02-23814234 網站: www.tsop.org.tw E-mail:micky@ya-hoo.com.tw。

The 4th Taipei Workshop on the
First Trimester Down's Syndrome
Screening Certification



染色體異常篩檢最新趨勢

The Fetal Medicine Foundation (英國胎兒醫學基金會)
11-13⁺⁶ Weeks Nuchal Translucency 國際認證課程



理論課程:96年5月27日(日) 9:00~17:00

馬偕醫院平安樓15樓階梯講堂(台北市中山北路2段92號15樓)

邀請英國胎兒醫學基金會(FMF)及King's College Hospital:

Dr. Marisa Borenstein授課

主辦單位: 中華民國周產期醫學會, **Fetal Medicine Foundation (UK)**

協辦單位: 台灣婦產科醫學會, 中華民國超音波醫學會

詳情課程說明請參閱中華民國周產期醫學會網站 www.tsop.org.tw
或 英國胎兒醫學基金會 www.fetalmedicine.com/f-courses.htm



The Fetal
Medicine
Foundation



Topic

The 4th Taipei Workshop on the First Trimester Down's Syndrome Screening course for Certification

Speakers: Dr. Marisa Borenstein

Theoretical Main Topics:

1. FMF guidelines on the measurement of NT
2. Principles of screening
3. NT and chromosomal defects
4. Amniocentesis and chorionic villus sampling
5. Increased NT with normal karyotype
6. Pathophysiology of NT
7. Diagnosis of fetal abnormalities at the 11-13+6 weeks scan
8. NT ,NB , DV , and TR
9. Determination of chorionicity and diagnosis and management of multiple pregnancy at the 11-13+6 weeks scan

時間: 96年5月27日

Time: 27th May 2007

地點: 台北馬偕醫院平安樓15樓階梯講堂

Address: No.92, Sec. 2, Chungshan N. Rd., Taipei

台北市中山北路2段92號

Fetal Medicine Foundation (UK)

主辦單位: 中華民國周產期醫學會

協辦單位: 台灣婦產科醫學會

中華民國醫用超音波學會

Contact: Phone:+886 2 23816198

Fax: +886 2 23814234

e-mail: micky6239@yahoo.com.tw

The 4th Taipei Workshop on the First Trimester Down's Syndrome
Screening Course for Certification ——Sunday, 27th May, 2007

第四屆 NT 國際認證課程報名表

- 一、主辦單位：中華民國周產期醫學會／英國 The Fetal Medicine Foundation
- 二、協辦單位：台灣婦產科醫學會／中華民國醫用超音波學會
- 三、上課時間：96年5月27日星期日假台北馬偕醫院-平安樓15樓階梯講堂(無停車優待)
- 四、報名費用：周產期醫師會員\$4000，非周產期會員\$5000，住院醫師及技術員\$2000
- 五、報名截止：96年4月30日(以傳真日期為準,逾時恕不受理)
- 六、報名辦法：請至郵局劃撥，帳號- 12420668，戶名-中華民國周產期醫學會
- 七、注意事項：完成報名者，學會於5月10日將報到卡寄出，如未收到請與學會聯絡
辦理退費者，請於4月30日前告知，並扣手續費30元
- 八、積分：周產期醫學會、婦產科醫學會
- 九、聯絡學會：電話- 2381-6198,傳真-2381-4234
100台北市常德街一號景福館二樓203室、周產期醫學會

報 名 表

周產期會員編號:M- _____ (\$4,000.) 非周產期會員(5,000.)
住院醫師(\$2,000.) 及 技術員(\$2,000) 務必請主任簽名蓋章: _____
 中文姓名: _____ 英文姓名: _____
 服務單位: _____ 職 稱: _____
 通訊地址(郵遞區號): _____
 電話: _____ 傳真: _____ E-mail: _____

請將郵政劃撥收據影本黏在此處並傳真至周產期醫學會：
(報名表未貼妥收據影本者，將視同報名無效)

Women Deliver

Greetings,

I am writing to tell you about WOMEN DELIVER, a global conference taking place in London this October. Plan to join us; WOMEN DELIVER will be the largest gathering on women's health and rights in the 21st century.

WOMEN DELIVER is going to be a different kind of conference. It is inspired by this key fact: the health of women is critical to the health of nations—economically, politically, and socially. The conference is bringing together experts, policymakers, and creative thinkers from all sectors committed to helping women survive and thrive.

With this broader vision, we will go well beyond reproductive and sexual health and rights—to education, human rights, gender, HIV and AIDS, micro-enterprise, and more. It is time to join together to devise innovative answers to challenges faced by women worldwide.

For more details and early registration, go to www.womendeliver.org. At the web site you can also suggest agenda session topics. Give us your best, most groundbreaking ideas.

We hope to see you in London. Do come, and bring your colleagues from far and near.

Sincerely,

Jill Sheffield

President, Family Care International

Organizing Partner, WOMEN DELIVER

The WOMEN DELIVER planning committee includes: Department of International Development, UK • Dutch Ministry of Foreign Affairs • Family Care International • International Planned Parenthood Federation • Norwegian Agency for Development Cooperation • Partnership for Maternal, Newborn, & Child Health • Save the Children/Saving Newborn Lives • Swedish International Development Agency • United Nations Children's Fund • United Nations Population Fund • US Agency for International Development • The World Bank • The World Health Organization

行政院衛生署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 4 月 3 日

發文字號：衛署健保字第 0962600223 號

附 件：會議紀錄乙份

主 旨：檢送本（96 年）3 月 22 日召開之「提升週產期醫療照護品質座談會」會議紀錄乙份（如附件），請 查照。

「提升週產期醫療照護品質」座談會紀錄

時 間：96 年 3 月 22 日（星期四）上午 9 時 30 分

地 點：行政院衛生署 901 會議室（台北市愛國東路 100 號 9 樓）

與會單位及人員：

台灣婦產科醫學會	楊友仕	何博基			
中華民國週產期醫學會	陳持平	蘇怡寧			
台灣自由醫協會	陳國文	陳英智			
立法院吳英毅委員辦公室	吳英毅	劉克銘			
本署國民健康局	吳淑如				
中央健康保險局	高資彬	蔡逸虹	李純馥	劉林義	劉家慧
全民健康保險小組	楊慧芬	梁淑政	周雯雯		

主 席：陳副署長時中

紀錄：陳真如

壹、主席致詞：（略）

貳、討論事項及結論

討論題綱：

- 一、自然產、剖腹產支付點數應否依治療流程及服務成本分別訂定不同標準？
- 二、如何有效降低不必要之剖腹產？
- 三、提升生產品質之具體方案？

討論摘要：

一、台灣婦產科醫學會：

- (一)近年來由於少子化、產婦高齡化及醫療風險等因素的影響，婦產科目前面臨了「國內生育率逐年下降」及「各醫院招收婦產科住院醫師人數逐年遞減」的困境。
- (二)國內近 2 年剖腹產率介於 32~33%之間，相對美國或國際之醫學中心逐年由 27~28 %提升至 30~31%而言，顯然自 94 年~5 月 1 日起「自然產與剖腹產支付相同點數」之政策已發揮功能，且頗具成效，加上生產風險成本亦不易評估，爰建議生產案件仍應維持目前之支付標準。
- (三)另依據 WHO 所公布資料，剖腹產率與母體死亡率有成反比之相關性，台灣孕產婦的死亡率，業與先進國家接近，於亞州地區略高於新加坡，目前學會已針對各醫療院所之剖腹產率加強內控，以避免不必要之剖腹產手術。另目前所訂支付標準，係經過給付協議會議之討論，與原週產期試辦計畫亦有異曲同工之效。

二、中華民國週產期醫學會：

週產期醫學會除致力於提升週產期之照護品質外，對於剖腹產率的降低亦多方配合宣導，惟因產婦高齡化、不孕症個案增多，婦產科醫師所面對的風險相對增加，為吸引更多的醫師能投入高危險妊娠之照護，期待高危險妊娠之支付能達到應有之標準，以提升醫療品質。

三、台灣自由醫協會：

- (一)在總額支付制度下，各科別間存在著排擠效應，醫療院所之收入會因點值的浮動而稀釋，加上婦產科是一個高風險科別，因此無論站在民眾或醫界立場，如能採用全程論人計酬的支付方式（即原週產期試辦計畫），將可提供婦產科界一個可長可久的支付制度，亦可確保婦女權益。至於婦產科醫師之養成問題，應另案研議。

(二)剖腹產率是否為產婦醫療品質的監測值可再討論，但原週產期試辦計畫，確實較能樽節健保醫療費用，並提升醫療品質。

四、吳英毅委員：

(一)總額預算是一種宏觀(macro)調控手段，但細部控制(micro)仍是相當重要的，因為各種支付制度的改革策略可能造成科別間的排擠，因此，我們應考量未來的制度方向究竟如何走，例如未來住院部門將實施DRGs，那門診部門可否不再採用論量(件)計酬，而讓醫師有更多的專業自主權。

(二)如果一個制度執行後引起許多人的疑慮及討論的話，即應檢討缺失並作適當之修正，而不宜相互攻擊。

五、中央健康保險局：

(一)RBRVS 的導入，主要是考量各專科別間資源分配的公平性；而 94 年 5 月間，將自然產與剖腹產之支付點數調整為一致，亦是參考各界建議，將週產期試辦計畫之精神融入支付標準表內；至於降低剖腹產率的訴求，仍有賴醫界在專業上提供協助。

(二)如果以預算中平的觀念來推動「論病例計酬」及「週產期論人」雙軌併行制，醫療院所會較無誘因及動機加入。

(三)請雙方提供建議及優缺點分析，俾憑研擬雙軌制之可行方案。

結 論：

- 一、剖腹產率一向為國際醫療服務監測項目之一，而與國際比較，我國的剖腹產率較為偏高。以往在檢討該類問題及提出改善方案時，健保對剖腹產與自然生產支付標準的不同，常被認為是主要導致原因而要求被改善。在 94 年 5 月間全民健保將自然生產及剖腹產之支付標準調整為相同點數在去除剖腹產率的經濟誘因後，就現有資料統計顯示，剖腹產率仍未降低。爰此，我國剖腹產率偏高，非全然為支付標準的因素，顯然受到產婦高齡化、消費者對品質及權益的要求提高、文化以及教育等主、客觀因素的影響，難以受健保支付標準所左右。故剖腹產率仍應持續監控，並透過加強宣導、提升住院醫師訓練品質等努力，以減少不必要之剖腹產（僅有支付點數的調整，無法降低剖腹產率，應有配套措施）。
- 二、另外婦產科支付標準的調整，主要的效益是平衡自然產支付標準偏低的情況，並亦兼顧未來婦產科醫師人力的平衡及維持醫療品質，並確保婦女在生產上之權益。
- 三、對於婦產科目前所面臨之困境，衛生署亦將持續關注相關支付及科別間的平衡問題。

四、原實施之「週產期前瞻性支付制度試辦計畫」，為論入計酬前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，其支付單位較「論量」或「論病例」計酬為大，專業自主性較高且亦能提升管理效率。過去可能因在生產部分有較高的經濟誘因，故與會者所提的評估資料，呈現良好接受度及成效。今在去除經濟誘因後，若在可控制的範圍內競爭，亦能維持原有接受度及實施成效，就值得朝向將支付單位變大，提升專業自主以及提高照護效益，達整合性醫療照護目的。故請健保局研議雙軌並行可行性，即在不提供經濟誘因，且兼顧行政管理及醫師專業自主的情況下，支付方式採「論病例計酬」及「週產期論入」雙軌併行之可行性，為未來擴大支付單位預作準備。

參、散 會：上午 11 時 20 分。

台灣婦產科醫學會第十七屆第四次會員代表大會紀錄

時 間：96 年 3 月 25 日(星期日)下午 1:30 時

地 點：台大醫院國際會議中心二樓 205 室

應 出 席：161 人

親自出席：李鎡堯 張中全 黃茂宗 葉文德 蔡明賢 江千代 廖順奇 陳文龍 徐弘治
 王三郎 鐘坤井 官大弘 黃思誠 吳輝明 陳朝賢 陳榮輝 蕭弘智 李茂盛
 黃木發 紀展南 江俊明 鄧志文 黃國峰 高添富 林正泰 楊友仕 張少萌
 徐鴻洋 蘇主惠 蘇聰賢 潘世斌 黃憲一 劉嘉耀 郭宗男 顏明賢 張簡展照
 王義雄 陳益村 鄧振枝 柯誠立 葉光芃 黃俊曉 陳光煒 王火金 陳哲男
 張榮州 何弘能 李東瑩 劉道明 許權霖 王功亮 陳惟華 何博基 賴瓊慧
 陳孟熊 謝保群 張兆榮 郭宗正 吳慶順 游淑寶 楊宗力 孫三源 徐宇瓊
 許漢釧 陳建銘 方崇名 賴文福 陳天順 林隆弘 丁鴻志 周天給 陳霖松
 黃建榮 孫茂榮 林錦義 蔡英美 蔡明松 張維君 蘇守良 尤瑜文 龔福財
 陳建廷 林鈺山 陳繼征 蔡永杰 郭鴻璋 張訓銘 何延慶 鄭希彥 翁順隆
 詹文宗 謝卿宏 王炯琅 李剛領

共計 94 人

委託出席：賴明志 莊維周 邱正義 戴耀章 鄭英傑 陳持平 廖基元 李日煌 楊宜杰

李學智 蘇榮茂 李孝義 王國恭 王長和

共計 14 人

缺席人員：李建興 曾啟瑞 黃宗賢 謝鵬輝 簡基城 林可羽 林景堂 許峰雄 羅仁浩
 葉建國 徐先榮 張旭陽 黃東曙 林國城 吳峻賢 龍年發 林正中 郭保麟
 陳芳英 周肇銘 姜義正 潘義正 李奇龍 洪耀欽 劉正民 蔡信德 陳思源
 李明慧 張宗進 陳杓熊 徐超群 吳昆哲 蔡佳玲 洪英俊 魏重耀 曹健民
 唐逢翔 翁仕賢 楊應欽 林淑娜 李樹榮 涂百州 賴國良 葉泉成 王漢州
 黃德雄 簡婉儀 林隆堯 郭榮宗 袁九重 祝春紅 許淳森 鄭嘉榮

共計 53 人

司 儀：徐宇瓊

記 錄：程美惠

壹、大會開始

貳、理事長報告

由於時間關係，僅就幾項較為重大事項向各位報告，其餘請詳閱書面資料。

1. 子宮頸癌疫苗已於去年年底正式在台上市，學會已出面整合小兒科及家醫科醫學會共同完成了疫苗施打的臨床指引及病人衛教單張，並舉辦數場研討會讓會員了解施打疫苗的一些必備知識和注意事項；這部份工作非常感謝曾志仁理事及林隆堯召集人的幫忙。
2. 學會的會刊雜誌於 95 年 11 月已獲 Medline 同意登錄，並回溯自 2004 年開始，非常感謝陳持平總編輯多年來的努力及付出，終於有了令人振奮的成果。
3. 陳鴻生副理事長不幸於去年年底過世，按規定依得票數遞補張旭陽醫師為第 17 屆理事，顏明賢理事按照規章選舉，當選常務理事。

參、監事長報告

對於關係大家權益最鉅的健保給付，94 年提升自然產點數與剖腹產相同，且在 95 年完成了 RBRVS 的導入、而 96 年 3 月 1 日起基層總額的內診費可加成 65%，由原來的 55 點提升為 90.7 點，另健保局亦撥了 8000 萬元，補助「周產期前瞻性支付制度」溢付款追扣等等，只要是會員的權益，學會都會盡全力的替會員爭取。

最近，最令人憂心的就是基層的剖腹產率一直在上升中，部份立委及各界批評不斷，一直要求健保局調降自然產點數，健保局已五次發函學會要求檢討，為此學會作了許多努力。在此呼籲各位會員代表將此訊息轉知各地區會員，希望全體會員都能控管自身的剖腹產率，降低剖

腹產率是需要大家的努力，無論是醫院的醫師或是基層的醫師，若剖腹產率一直未有明顯下降，一旦自然產點數被調降，這將是全體會員的損失。

肆、 祕書長報告

- 1.今年年會在台大國際會議中心舉行，在楊理事長的帷幄運籌下，今年年會的場地費比去年節省 20 多萬，感謝理事長！
- 2.希望全體會員都能控管自身的剖腹產率，如果剖婦產率沒有明顯下降，NSD 點數有可能會被調降回來。
- 3.子宮頸疫苗的價格偏高，我們希望婦產科醫師的智慧財產權，要受尊重！

伍、 確認第十七屆第三次會員代表大會之會議紀錄

陸、 報告事項

- (一) 九十五年度工作報告 (見 P.11-P13)
- (二) 各委員會書面報告 (見 P.14-P23)

柒、 討論事項

案由一：審議九十六年度工作計畫 (見 P.24-P26)、九十六年度收支預算表與九十五年度決算表、資產負債表、現金出納表、基金收支表、員工待遇表及財產目錄表(見 P.27-P.33)

提案人：理事會

決 議：無異議通過。

案由二：加強各區婦產科聯誼會與婦產科醫學會之互動關係

說 明：1.在第 13 屆黃思誠理事長時，曾經理監事開會通過各區可設立聯誼會(包括北、中、南、東及高高屏等區)，並向學會報備，以利各區自行整合管理。(包括健保與醫療等資訊以及醫療糾紛之相互照顧，會員權益等等)

2.目前健保在 6 區設有總額預算委員會，最好能夠經由各區聯誼會與醫學會經協調後推派委員，以避免各區委員會之婦產科委員與醫學會脫節，互不溝通訊息，而導致各說各話，因此各區聯誼會應與學會密切配合。

辦 法：1.學會要主動關心聯繫各區聯誼會，且適時了解各區的運作，相互提供意見，尤其健保與醫療糾紛及會員權益等相關訊息更應有密切的聯繫。

2.學會定期召開的理監事會議時，應該也通知各區聯誼會派人列席參加。

提案人：鐘代表坤井

附署人：丁代表鴻志 陳代表芳英

決議：與案由六合併討論。

①目前各分區代表委員會有健保醫政委員會、公關委員會，為了各區委員會能與學會密切配合，各區委員會如有擬定更好的相關辦法，亦可提供給學會來做整合，整合後提交理事會討論。

②關於學會是否成立分會，待查詢有無法律上之限制。如無法律上之限制可經過會員大表大會通過後成立各分會，如有法律上之限制，還是維持原來各地區聯誼會模式來進行。

案由三：學會目前財務健全，是否考慮要支付理監事出席會議之交通費？

說明：1.若要支付交通費請討論支付範圍，是否擴大至委員會及代表大會。

2.估算理監事會、各委員會及代表大會交通費所需經費

（見 P.34 ）

3.各大專科醫學會支付交通費之情形如下供參。

（見 P.35 ）

提案人：理事會

案由三補充提案：建請「恢復會議交通補助費」。

說明：1.全國各學會均有補助幹部參加會議交通費的規定。

2.鑒於南部幹部參加會議之意願相對的低，與此不無關係。

辦法：1.幹部的「榮譽職」應只限於不領出席費，不應涵蓋「交通費」之補助。

2.若無法補助相關款項，則建請理監事會，應分區輪流舉行與予公平

提案人：陳代表夢熊

附署人：李代表建興 陳代表繼征

決議：①會員代表不補助交通費。

②理監事，委員會以搭程飛機、高鐵，火車，國光號之費用，採不分區實報實銷，申請之金額亦可捐與學會，學會將開立捐款收據。

案由四：建請學會爭取生產改為現金給付，如此才能改善剖腹生產率及消除同業間裝潢競爭，並且才能改善婦產科住院醫師招收問題。

說明：現在婦產科醫師為招攬產婦都花上數千萬之裝潢，由於健保給付，以致於產婦選擇婦產科都是在找硬體設備而不是看婦產科醫師的技術及醫德，然而婦產科住院醫師經過

完整訓練後，根本沒有能力與前輩做裝潢競賽，因此獨自創業的機會渺茫，所以降低選擇當婦產科醫師的意願。如能將生產給付改為現金給付給產婦，產婦自由選擇自己所要生產之診所，自由競爭，讓產婦想省錢的就選擇硬體設備較普通的，要住五星級的就多付些錢，這樣一來，婦產科醫師如沒有本錢的人才會有創業的機會才能解決住院醫師的招生問題。

提案人：王代表火金

附署人：孫代表三源 李代表日煌

決議：學會已行文過健保局，並持續努力與健保局協商。因各意見不同此議題暫不做成決議，交由下次理事會繼續討論。

案由五：建請學會繼續教育委員會，舉辦靜脈麻醉、局部麻醉、子宮頸旁阻斷麻醉與以上麻醉之併發症處置與急救之課程。增加執業醫療之安全。

說明：無痛生產研討會，對服務及開業醫師均受用無窮，但在開業醫師執業範圍；有許多需要靜脈麻醉即可完成手術者，如會陰整型、巴氏腺摘除、人工流產，子宮鏡檢查，產科方面的胎盤人工剝離，以上為每個開業醫師每日必須面臨之手術。

辦法：建請學會舉辦研討會，詳述各個局部及靜脈麻醉藥物之特性與用法。空腹之時間，萬一過敏或呼吸道不順暢之處置與急救，增加開業醫師之安全。

1.局部麻醉藥物常使用 1%、2% Lidocaine

2.靜脈麻醉藥物常使用 Propofol, Cytosol, ketalar, Valium, Demerol

提案人：賴代表文福

附署人：張代表維君 許代表宇瓊

決議：請繼續教育委員會規劃。

案由六：建請學會每年定期舉辦各區婦產科醫師聯誼活動，以凝聚會員之間的感情及向心力。

提案人：林代表正泰

附署人：何代表博基 李代表建興

決議：與案由二合併討論

臨時動議

捌、散會



板橋國泰醫院

誠徵

婦產科專科醫師

專任兼職皆可 待優

意洽：林特助

0936856345

台北市婦產科診所

誠徵婦產科

長期合作對象

具小額資本，想脫離聘僱，
想創業的年輕醫師，
只看門診不接生，
可安排彈性長假，
執業地點於台北，
限女醫師，96 年底前皆有效。

電洽：0920303580

黃小姐

醫 Mall 群聚基層醫療網

誠徵 婦產科主治醫師

福利：待遇佳，前半年保障薪，實施 PF 制度

資格：具婦產科專科醫師證照

意洽：沈醫師 0968056198

住址：桃園市大興西路 2 段 76 巷 1 號



資訊傳遞

專科醫師證書展延 未修滿學分者請注意

96 年度專科醫師證書到期者，須修滿 A 類 160 分、B 類 80 分總計 240 分（尚不須包含醫學倫理學分），尚未修滿學分者，敬請於證書期滿前 1 個月修滿學分，若未能於期限內修滿學分者，徑向本會提出「逾期展延申請」，經本會提報衛生署審核(須有特殊理由，若為出國進修者請提供相關證明文件)通過後，得延期一年補滿學分，逾期未申請者，即撤銷專科醫師資格，未免影響自身權益，請務必依規定辦理。

※以上法令依據衛生署「專科醫師分科及甄審辦法」第 16 條規定辦理。

※「逾期展延申請」表格，請至 www.taog.org.tw 下載，請詳填特殊理由。

台北市內湖區婦產科診所

禮

聘

婦產科兼職女醫師

純門診，時間自由，高 PPF

請洽：0960193150 廖醫師

C 型肝炎與懷孕

李耀泰 郭宗正 *李文琮 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

C 型肝炎 (hepatitis C) 為一種經體液傳染的疾病，其發生率佔所有急性病毒性肝炎之 20-40 %。在美國，約 1.8 % 的人有 C 型肝炎病毒 (HCV) 抗體，其中 74 % 在血清中可偵測出病毒的基因體 (HCV RNA)。文獻報告懷孕婦女有 1-4.3 % 感染 HCV。

C 型肝炎為一正單股 (single-stranded) RNA 病毒，具基因體異質性 (heterogeneity)，包括 6 種主要的基因型 (genotypes) 和許多種亞型 (subtypes)。在美國最常見的 HCV 亞型為 1a 和 1b，各佔 HCV 之 58 % 和 22 %。HCV 之傳染途徑有：(1) 輸血或針戳；(2) 性行為；(3) 母子垂直感染。

急性 HCV 之潛伏期為 30-60 天，在接觸後 2 星期，血即可偵測出 HCV RNA。患者有全身不適、發燒、腹痛和黃疸等症狀，通常較 B 型肝炎感染時為輕微。HCV 感染後，60-85 % 會變成慢性感染，其餘 RNA 自然消失，主見於年輕、女性、和具特定組織相容性 (histocompatibility) 複合基因者。而慢性 HCV 感染者中，又有 60-70 % 會變成慢性活躍性 HCV。很多慢性 HCV 之感染，是在靜悄悄中進行，急性感染後之 20-30 年間皆無症狀，最後卻有 10-20 % 出現肝硬化，1-5 % 出現肝癌，但至今尚無法準確預測誰會發生肝硬化或肝癌。統計顯示，酗酒、感染時年齡 > 40 歲、有免疫功能缺損和男性，較易有嚴重的肝病變。

依檢驗結果 HCV 有三種形式：(1) 痊癒之 HCV：僅具 HCV 抗體者；(2) 慢性 HCV：具 HCV 抗體及 RNA 達 6 個月以上者；(3) 慢性活躍性 HCV：慢性 HCV 並有異常肝功能者。

懷孕與 C 型肝炎的關係

在美國育齡婦女的 HCV 的流行率（即具 HCV 抗體-anti-HCV 者）約 1%，因此每年約 4 萬位孕婦曾患 HCV，其中 2/3 為慢性感染者（具 HCV RNA）。在有人類免疫缺陷病毒（HIV）的孕婦，HCV RNA 為陽性的比率則達 17.1-54%。懷孕本身相信不影響急性和慢性 C 型肝炎的臨床過程。雖有報告指出，HCV 陽性婦女在懷孕時肝指數（transaminase）會下降，但生完後均會復原，可能與懷孕造成血液稀釋；或與懷孕期免疫反應變好有關。Lin 等報告 8 位 HCV 的孕婦，在第一和第三孕期 HCV 病毒量沒有改變（ $(6.42 \pm 1.97) \times 10^8$ copies/mL），但在產後 1 個月和 3 個月時會下降。反之，亦有報告認為，懷孕後 HCV 病毒在血清（viremia）數量呈直線增加，有高達 50% 者，表示免疫能力受損，但因個案差異很大，不足下定論。然而，慢性活躍性 C 型肝炎則會增加早產和子宮內生長遲滯，孕婦如有肝硬化，母親死亡率亦會增加。但尚能生育的慢性 HCV 婦女，大多數不會是末期患者。Rh 陰性孕婦，產後注射被污染之 anti-D immunoglobulin，曾有得到 HCV 報告。精液中曾檢查出 HCV 病毒，表示可以經人工授精傳染，故進行人工生殖前須做 HCV 病毒的檢查。有報告指出，C 型肝炎不增加自然流產率。

有下列危險因子之孕婦，應特別篩檢 HCV：靜脈濫用藥物、曾有多種性病病史、B 型肝炎感染、性伴侶有濫用注射藥物、 ≥ 3 位性伴侶、輸血史和 HIV 血清陽性等。唯因孕婦有 40-50% 沒有這些危險因子，僅這些危險因子來篩檢孕婦，會遺漏近一半 anti-HCV 陽性之孕婦。

HCV virions 可以在羊水中檢測出來，但其存在不一定代表有垂直（vertical）感染。De-lamare 等報告 22 位血清具陽性 HCV 抗體之孕婦，其中 16 位有陽性 HCV 抗原，在 4 個月孕期時做羊水檢查，結果只有一位羊水中 HCV 抗原為陽性，其它 21 位婦女之羊水中均沒有 virions。該羊水陽性婦女所產之嬰兒，血液中 HCV RNA 為陰性，但只追蹤 4 天而已。

垂直感染

垂直感染中，許多有 HCV 感染母親所產下的嬰兒，可被動經胎盤得到來自母親的 HCV IgG 抗體，並可維持最長達 18 個月，因此驗查新生兒的抗體少有價值。即使查到臍血中 HCV RNA，亦會有偽陽性和偽陰性，因此仍不可靠。小規模研究證明，HCV RNA 陽性的嬰兒，會自動變為陰性。因此，要在嬰兒兩個月後，間隔 3-4 個月，2 次血清皆查到 HCV RNA，和/或在嬰兒 18 個月大時查到 HCV 抗體，診斷才能確立。

最近研究證明，經 5 年的追蹤，嬰兒開始感染時都無臨床上肝炎的症狀，卻可能有不正常肝酵素 ALT，顯示垂直感染在首 5 年通常是輕微的，比年長感染者容易自然痊癒，但需長期追蹤，以確定病已自癒或仍在進行。

嬰兒是否會在產後被感染，尚無法證明，因為所有具陽性 HCV 病原之嬰兒，在出生 2 個月內已經存在，吻合子宮內或產中傳染，此與 B 型肝炎不同，約 40 % 由 B 型肝炎母親所產下之嬰兒，生產過程中沒有被傳染的跡象，但在出生後 18 個月內被傳染。

有關 C 型肝炎垂直傳染的比例，根據 Yeung (2001)、Mast (2005) 和歐洲小兒肝炎 C 病毒網站 (2005) 的報告，母親有 HCV 抗體而無 HCV RNA 者，嬰兒感染率分別為 1.7 %、0 % 和 3.3 %；母親二者皆有者，嬰兒感染率增加為 4.3 %、4.7 % 和 6.2 %。母親同時具有 HCV 及 HIV 感染者，嬰兒感染率更增加為 19.4 %、25 % 和 8.7 %；至於有 HCV 感染無 HIV 感染者，則嬰兒感染率分別為 3.5 %、3.8 % 和 5.5 %，顯示不同的狀況下有不同的垂直感染率。

Lin 在其研究報告中認為，HCV 不會有子宮內感染。因 HCV 之病毒量和毒性通常較 B 型肝炎為低。

特別危險因子

- 一、母體病毒量 (viral load)：母體的病毒量是 HCV 垂直感染的重要因素，血清中 HCV RNA 濃度越高，發生垂直感染機率亦越高，但至今仍未有統一標準方法來檢測病毒量。通常，如母體有只測出 HCV 抗體，沒有測出 HCV RNA，垂直感染比率約在 1-3 % 間，垂直感染的發生率很低。Lin 等報告 15 位有 C 型肝炎孕婦，一位 HCV 病毒量高達 1010 copies/mL，經陰道生產，結果嬰兒有 HCV 感染，其它 14 位孕婦之 HCV 病毒量皆 < 106 copies/mL，嬰兒皆沒有 HCV 感染，該作者認為高病毒量和陰道生產可能是造成垂直感染的因素。
- 二、HCV 合併 HIV 感染：如有 HCV 合併 HIV 感染，則 HCV 的垂直感染率為 8.7-25 %。孕婦如在接受抗愛滋病毒的藥物治療，則 HCV 的垂直感染率亦會降低，因為藥物除減低愛滋病毒外，亦可改善免疫能力，間接使 HCV 病毒量下降（在 Yeung 報告中顯示，在使用某抗愛滋病毒藥物後，平均 HCV 病毒量為 656,101 copies/mL，在未治療者平均為 850,000 copies/mL，雖然並不具統計上意義），其它報告亦有相似的結果。因此有 HCV 和 HIV 共同感染者，應加強愛滋病毒之治療，可使二者之垂直感染率皆減少。
- 三、生產方法：Yeung 等統計 11 篇研究，認為 HCV 的垂直感染在自然生產和剖腹產的發生率相近；歐洲小兒 HCV 病毒網站和其它報告亦有如是結論。但在 Lin 等之報告則認為剖腹產可

以減少母嬰間的微小輸血 (microtransfusion)，因而可減少垂直感染之機率；Gibb在一回顧性研究中指出，在 441 位 HCV 婦女中，選擇性剖腹產者週產期感染率為 0 % (n = 31)，陰道生產者為 7.7 %，而緊急剖腹產者為 5.9 %。現階段認為，在合併 HCV/HIV 感染案例中，剖腹產可以減少 HIV 垂直感染，但剖腹產不能改變單只有 HCV 患者之垂直感染發生率。

- 四、產科因素：(1)破水時間：有些研究認為，破水 > 6 小時會增加垂直感染的發生率，但有些報告則認為沒有關聯；(2)監視器裝置：生產中採用頭皮電極 (scalp electrode)，有一報告認為會增加垂直感染 (OR: 6.7)；(3)羊水穿刺：被認為會增加胎兒感染機會，在 Delamare 等報告之 16 位 4 個月懷孕，血液中有 HCV 病毒之孕婦中，只有 1 位羊水中含有 HCV 病毒存在。因案例不多，不易下結論；(4)生產時懷孕週數和有無絨毛膜羊膜炎，與垂直感染無關。
- 五、哺餵母乳：哺餵母乳認為不會增加 HCV 垂直感染的機率。雖然在初乳和母乳中，都可檢測到 HCV RNA，但因病毒量十分低，又易被胃酸去活化，故不易感染新生兒。Lin 等報告 15 位有 C 型肝炎母親，anti-HCV titer 在 1: 80 至 1: 40,000 之間，HCV 病毒量在 10^4 至 2.5×10^8 copies/mL 之間，後來有 11 位母親哺餵母乳，經 1 年追蹤嬰兒沒有 C 型肝炎。但哺乳期如奶頭有外傷、裂縫或奶頭出血，則另當別論。HCV 患者同時有 HIV 時，則不宜哺餵母乳。
- 六、C 型肝炎病毒基因型：HCV 的所有基因型都可以有垂直感染，但那一型最多尚無定論。Mast 報告有垂直和沒有垂直感染的母親，皆以 1a 型最多，此僅表示 1a 型最普遍，並非毒性最強。
- 七、胎兒性別：最近在歐洲小兒 HCV 病毒網站報告，女性嬰兒較男嬰高出 2 倍 (OR: 2.07)，可能表示感染性有生物學上的差異，或僅是單純的偶發情況。

懷孕中的治療

目前對懷孕中的 HCV 沒有安全的治療法，有效的藥物治療 (pegylated interferon α 合併 ribavirin) 是不能在懷孕或接近懷孕時使用的，因 ribavirin 是強烈的致畸胎藥物，在孕婦藥物分級屬 X 級；interferon α 有神經毒性，在孕婦藥物分級屬 C 級，在懷孕亦不宜使用。Pelham 曾觀察 35 位母親懷孕時接受 interferon α 的病例，所生 3 % 的胎兒有先天性畸形，與一般懷孕先天性胎兒有畸形的比例相近；孕婦使用 B 型肝炎免疫球蛋白，並不能降低 HCV 的垂

直感染，因此亦不是有效的治療。現階段尚無 HCV 疫苗，主因 HCV 病毒有很多種基因型，而且很易突變。

產前篩檢

HCV 的盛行率約 1-2%，垂直感染率平均為 5%，因此要減少一位 HCV 經垂直感染的嬰兒，需篩檢 5000-10000 位未經選擇的孕婦，不適合作為常規篩檢的條件，故只有對某些高危險的狀況才考慮篩檢，包括：(1)曾接受輸血者（尤其 1992 年以前）；(2)有靜脈注射藥物者；(3)慢性洗腎患者或從事洗腎工作者；(4)有 HIV 或 B 型肝炎感染者；(5)性伴侶有 HIV，B 型或 C 型肝炎者；(6)曾有器官被刀子穿刺過或紋身者；(7)在 1992 年前曾接受器官捐贈者；(8)有不明原因升高 transaminase 者；(9)試管嬰兒係接受別人捐贈者。患輕微 HCV 之嬰兒接受早期治療，雖可增加 HCV 病毒的廓清率，但目前仍認為孩童在 2 歲前不宜接受藥物治療。

患者諮詢

一、一般諮詢：美國疾病管制局（CDC）建議所有 HCV 患者應避免喝酒，也不宜使用可能有肝毒性的藥物，包括黑市買來的藥和中藥等。並建議：(1)不能捐血和捐器官，亦不要與別人共用牙刷、洗牙儀器、刮鬍刀等；(2)告知性伴侶，雖然經性行為傳染的發生率很低，仍應接受諮詢和檢查。通常共用飲食器皿、茶杯、擁抱、噴嚏、咳嗽或禮貌性接觸並不會導致 HCV 病毒的擴散，因此對患者的工作、上學、遊戲或照顧兒童都不需要限制。HCV 患者應接受 A 型或 B 型肝炎免疫力檢查，因再得其它肝炎時臨床症狀會加劇，亦應做其它性病，包括 HIV 之檢驗。

二、懷孕特別的諮詢：HCV 婦女懷孕時有關的諮詢綜合如下：

- (1)在 HCV RNA 陰性之孕婦，垂直感染發生率約 1-3%，在 HCV RNA 陽性之孕婦，垂直感染率約 4-6%。至今仍沒有 HCV RNA 臨界值可決定垂直感染是否會發生。
- (2)如有 HIV 共同感染，則垂直感染發生率增加；使用抗愛滋病毒藥物，則會減少垂直感染。
- (3)如 HIV 為陰性，生產方法可能不影響垂直感染。如 HIV 為陽性，宜採用剖腹生產。

- (4)HCV之垂直感染，與生產時懷孕週數和絨毛膜羊膜炎無關。生產胎兒監視使用頭皮電極會增加垂直感染，因此不予鼓勵。
- (5)破水時間對HCV之垂直感染率仍未有定論，破水超過6小時，危險性可能增加。
- (6)如HIV陰性，哺餵母乳不會增加HCV垂直感染率。對HCV/HIV共同感染者，則不建議哺餵母乳。
- (7)接受羊水穿刺是否會增加垂直感染，現今資料欠缺，未有明確結論。
- (8)Chen等報告一位有C肝孕婦，在懷孕中肝指數正常，但產後1個月血清aminotransferase上升20倍，HCV RNA量亦上升，直至第3個月才回復正常，所以產後亦應小心追蹤。

推薦讀物

- 1.Lin HH, Kao JH. Hepatitis C virus load during pregnancy and puerperium BJOG 107: 1503, 2000.
- 2.Lin HH, Kao JH, Hsu HY et al. Absence of infection in breast-fed infants born to hepatitis C virus-infected mothers. J Pediatr 126: 589, 1995.
- 3.Lin HH, Kao JH, Hsu HY. Possible role of high-titer maternal viremia in perinatal transmission of hepatitis C virus. J Infect Dis 169: 638, 1994.
- 4.Chen JD, Chung JL, Kao JH et al. Post-partum acute exacerbation of chronic hepatitis in a hepatitis C-carrier mother. J Gastroenterol Hepatol 16: 705, 2001.
- 5.Conte D et al. Prevalence and clinical course of chronic hepatitis C virus (HCV) infection and the rate of vertical transmission in a cohort of 15,250 women. Hepatology 31: 751, 2000.
- 6.Delamare C et al. Detection of hepatitis C virus RNA (HCV RNA) in amniotic fluid: a prospective study. J Hepatol 31: 416, 1999.
- 7.European Pediatric Hepatitis C Virus Network. A significant sex - but not elective cesarean section-effect on mother-to-child transmission of hepatitis C virus infection. J Infect Dis 192: 1872, 2005.
- 8.European Paediatric Hepatitis C virus Network. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of hepatitis C virus.

- BJOG 108: 371, 2001.
9. Gib DM et al. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus. Lancet 356: 904, 2004.
 10. Lin HH. Perinatal transmission of hepatitis viruses: the possible mechanisms. Taiwanese J Obstet Gynecol 43: 1, 2004.
 11. Mast EE et al. Risk factor for perinatal transmission of hepatitis C virus and the natural history of HCV infection acquired in infancy. J Infect Dis 192: 1880, 2005.
 12. Pelham J et al. Alpha interferon use in pregnancy. Obstet Gynecol 103: 77S, 2004.
 13. Plunkett BA et al. Elective cesarean delivery to prevent perinatal transmission of hepatitis C virus: a cost-effectiveness analysis. Am J Obstet Gynecol 191: 998, 2004.
 14. Yeung LT et al. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. Hepatology 34: 223, 2001.
 15. Airolidi J et al. Hepatitis C and pregnancy. Obstet Gynecol Surv 61: 666, 2006.

宜蘭婦產科診所

誠徵婦產科專科醫師

單看門診·女醫優佳

有意者請洽：0936719833
或E-mail:dr.tky@msa.hinet.net



問 答 題

一、下列何者不會傳染 C 型肝炎？

- (A) 哺餵母乳 (B) 性行為 (C) 垂直感染 (D) 接觸感染血液

二、下列何者會增加 C 型肝炎之垂直感染？

- (A) 生產時週數 (B) 有絨毛膜羊膜感染
(C) 破水的時間 (D) 母體有 HIV 感染

三、下列何者可以確定診斷有 C 型肝炎之垂直感染？

- (A) 臍血有陽性 HCV RNA (B) 嬰兒在 1 個月大時有 HCV RNA
(C) 嬰兒在 3 個月大以後，有兩次且相隔 3-4 個月血清有陽性 HCV RNA
(D) 有活躍性肝炎之症狀

四、下列哪些方法可以減少 C 型肝炎之垂直感染？

- (A) 陰道生產 (B) 新生兒以干擾素合併 vibavirin 治療
(C) 新生兒注射 C 型肝炎疫苗 (D) 在同時有 HIV 感染婦女以加強抗病毒藥物之治療

五、有關 C 型肝炎，下列何者正確？

- (A) 慢性 HCV 感染者中，60-70 % 會變成慢性活躍性 HCV
(B) 10-20 % 最後會有肝硬化
(C) 1-5 % 最後會發生肝癌 (D) 以上皆對

第 125 期通訊繼續教育

懷孕與抗凝血劑之使用

答案：一、(A)；二、(D)；三、(A)；四、(D)；五、(C)

醫學倫理專欄

台灣婦產科醫學會醫藥記者聯誼會書面資料

96.04.08

◎ 背景說明 ◎

1. 國內生育率逐年下降，每年出生人口也由民國 70 年代 40 萬人左右下降至目前約 20 萬人左右。
2. 由於生產業務萎縮，婦產科之醫療費用由民國 85 年占健保總額之 6.2% 逐年下降至民國 94 年之 4.0%。若以全國醫師人數約 36,000 人來估算，婦產科醫師人數（2,600 人）約占 7.2%，很明顯的婦產科之醫療費用偏低。在這段期間，婦產科醫療費用之平均年成長率為 2.1%，也明顯遠低於其他科別之 7.4%。
3. 產科工作一向具有「高工作時數」與「緊繃的工作環境」等特性，總是被歸屬於最為勞累的專科之一。在過去當看到一位嬰兒平安健康的誕生之際，其所獲得的喜樂與成就可以彌補工作的辛苦。不過近年來由於少子化、產婦高齡化、不正確的醫療觀念等因素，日益增多的醫療訴訟已使得年輕醫師不再投入婦產科的行列。此一問題在歐美以及日韓等國家也已浮現，根據布希總統 2006 年的國情咨文指出，全美國有 1500 個縣連一個婦產科醫師都沒有；而日本在去年 8 月也發生一位高危險孕婦成為人球之事件。
4. 根據本會針對全國各醫院招收婦產科住院醫師人數的調查，從民國 88 年的 89 人已逐年遞減至 95 年的 39 人。因此已有人開始憂心：**誰將幫我們的子孫接生？**
5. 健保局為了鼓勵自然生產及提升醫療品質，並考量生產風險之成本，於民國 90 年 5 月 1 日起試辦「週產期前瞻性支付制度試辦計畫」，並於 94 年 5 月 1 日起全面實施「自然產與剖腹產支付相同點數」。雖然外界質疑剖腹產率並未隨而下降，但是我們分析 2004 年 1 月至 2006 年 12 月全世界剖腹產率由 27—28% 逐漸上升至 30—31% 時，台灣在這 2 年期間卻仍持續維持在 32—33% 之間，顯然此一政策已發揮功能，且頗具成效。
6. 如何打造一個壓力不會太大，工作時間不會過久，有合理薪酬，讓年輕、優秀、足夠的婦產科醫師無後顧之憂的行醫環境，共創醫病雙贏的新局，是全國上下應該深思並積極作為的時候了。

剖腹產是產婦的失樂園， 醫師的原罪？

--- 我們不為鼓勵剖腹產，但只求剖腹產去污名化

健保鼓勵自然產，每年"白花"四億？

近來婦產科醫學資深會會員發表，如孕婦採取剖腹生產，則子宮切除風險為自然生產的 12 倍，我們會員原意為欲勸民眾盡量莫過度依賴高科技的生產方式；怎知經媒體朋友的過度引申，竟然在次日新聞頭條刊出：健保鼓勵自然產，每年"白花"四億！這樣的數字與邏輯不知從何而來？接著立委諸公藉此在質詢時，大加修理衛生署長及健保局總經理，並威脅再次大幅調降生產點值(等於懲罰婦產科醫師啦)。可以想見的是，如果再這樣硬幹下去，有些我們所不樂見的後果一定會發生。

為何那麼多的孕婦要求剖腹產？是婦產科醫師的問題嗎？

身為第一線的醫療人員，大家都很清楚，現在剖腹產率的升高，絕不是醫師單方面的責任。我們在門診，常有病人因聽聞親友因嘗試陰道生產，結果引起母親或胎兒的合併症，所以要求醫師為其剖腹生產；而我們時常聽聞到的法律糾紛案件，多是病家主觀控訴醫師未能及時為孕婦剖腹產，而導致的母嬰合併症；但我們的主管機關卻千篇一律要醫師教育民眾--自然生產比剖腹產好，為什麼社會大眾的認知與政令的宣導，會差這麼多？計劃性剖腹產(意即無嘗試自然產意圖的剖腹產)的價值，早在 1985 年新英格蘭醫學期刊已有專家提出看法，明白鼓吹其優點。近年來女權運動的覺醒，大家強調要女人要自己參與生產的重要決定，但當年總統女兒陳幸妤選擇志願剖腹，卻引來一片譁伐，沒聽到有人給予聲援。目前全世界剖腹產率一直升高，台灣 33%；西歐國家一向被視為自

然生產的最佳典範，目前英國剖腹產率也已達 28%，美國有三成，鄰近中國大陸比我們高，菲律賓也有 47%，阿根廷 60-70%，剖腹產真的比較不好嗎？真的不好為何全世界都在升高？剖腹產率升高，是否應視為婦產科醫師的原罪？茲就目前實證醫學的文獻，分析剖腹生產的好處與壞處。

剖腹生產對母體的好處

剖腹生產對母體的好處，最沒有爭議的，應該就是對骨盆底部肌肉的保護，根據文獻，女人終其一生，因尿失禁、大便失禁及子宮脫垂的問題須接受手術的機會可達 11%；而剖腹產可使婦女骨盆肌肉免於傷害，從而減少接受尿失禁手術的機會一半以上。另外，一些研究也顯示，剖腹生產可能使得生產過後夫妻間性生活較無障礙(因較少陰道鬆弛、嚴重撕裂傷、及傷口癒合不良)，同時因生產經驗較佳，孕婦較嘗試下一次的懷孕的意願也較高。

剖腹產對母體危險嗎？

剖腹產對母體的風險，大家最常聽到的，就是死亡率會較自然產高，其實這只是 Lilford 等單一的文獻報告[見表一(1)]，而且這篇文獻在統計上還是有些問題，他們把嘗試自然生產失敗後實施緊急剖腹者，其母嬰預後都算到剖腹產組，可以預料到這些母嬰的合併症均會高於順產者。非常可惜的是，另兩篇大型且實驗設計嚴謹的論文[其中有(2)為哈佛大學麻州總院所提出]，均顯示經排除自然生產失敗及內科、產科合併症(如前置胎盤、子癲前症)後，剖腹的母體死亡率均低於自然產組，這兩篇文獻發表的醫學期刊排名均較第一篇為高，惟因與主流思考不符，鮮少在醫界受重視。另外較常被提及地，就是剖腹產有較高的麻醉風險，但目前由於自然產中無痛分娩的普及，因此兩者暴露的風險機會其實逐漸在逼近中。另外，過去認為剖腹產有較多的傷口感染機會，但經過對照分析，發現其實這些感染的病人多發生在嘗試陰道生產失敗的孕婦。剖腹另外一個可能的合併症就是腸沾粘，但隨抗生素及縫合線材的進步，發生率已大量減少，而事實上要統計比較剖腹及自然生的差異也有困難。最後就是肚皮的疤痕，不過現在線材及縫合技術的進步，也使此傷疤較不明顯，目前也有人直接將傷口開在恥毛中，待毛長出傷痕即看不大到。

表一：生產方式與母體死亡率(每10萬人)相關的三篇重要統計

研究年度	剖腹	自然產	勝算比	
(1) 1975-86	23.0	6.0	3.8	(BJOG 1990;97:883-892.)
(2) 1954-85	5.8	10.8	0.53	(Obstet Gynecol 1988;71:385-388.)
(3) 1987-96	6.8	8.2	0.82	(Obstet Gynecol 2001;97:169-174.)

胎兒是否受益於剖腹產？

提到剖腹對胎兒的好處，其實絕大部份的孕婦最擔心的是，她們是否可以順產生出來？此中最令人擔憂的是，當嘗試陰道生產失敗，胎兒有時可能會面臨到一些嚴重且不可逆的損害。根據統計，腦性麻痺發生在每千分之二到三的胎兒，其中可能有10%與一些無法預防的產中狀況有關；因此雖有統計學上的爭議，但理論上計劃性剖腹產可減少十分之一腦性麻痺的發生。同樣的，陰道生產比較於剖腹，也合併了較高的臂神經叢受損的風險(7.7 vs 3 per 1000 births)，而器械式陰道生產(產鉗)同樣合併了較高的胎兒面部神經麻痺。但剖腹產可能因麻醉藥通過胎盤，出生時胎兒受暫時性中樞神經抑制(不哭或餵食困難)的機會較高，但影響時間比周邊神經受損較短。意外的是，剖腹產似乎未減少新生兒鎖骨骨折的機會，但卻增加了一些剖腹器械壓傷的機會，不過陰道生產同樣也有許多胎兒出生時面部瘀紫(源於產道擠壓)；總結而言，實證醫學雖未提出剖腹可提供明確的胎兒保護效果，但同時文獻作者也提醒讀者，這可能是因很難將計劃性剖腹與緊急剖腹分開統計的結果。另外，自39週過後，據統計每週有2/1000的胎兒會發生不明原因胎死腹中，因此安排剖腹產在此週數前後，可避免這些不幸意外的發生。

剖腹產增加胎兒死亡率？

剖腹產最為人熟知對胎兒的壞處，就屬新生兒肺部的併發症了。根據研究，當胎兒通過產道擠壓，肺部的羊水可排出75%左右(想像榨柳丁汁的情形吧)，這對新生兒出生後迅速擴張肺泡容積有非常大的效果；另外，當胎兒通過產道時，也同時促進了一氧化氮

合成及血中 adrenomedullin 濃度，導致肺部血管阻力降低，對新生兒肺部微血管交換氧氣與廢物有很大幫助。而剖腹產因缺乏產道擠壓的過程，因此新生兒肺部合併症發生的機會明顯較高，去年美國有一篇回顧性文章，發現剖腹產的新生兒死亡率為剖腹產的六倍，當然作者還是自陳無法避免去將高危險妊娠與常規剖腹併在一起統計。

剖腹產對新生兒肺部的不良影響，主要在較會發生 RDS(新生兒呼吸窘迫症候群)、TTNB(新生兒暫時性呼吸急促症)，所幸這些影響幾乎都是暫時地，而且隨小兒科照顧技術的進步，這些很少會出現嚴重的狀況，但在醫療資源較缺乏處，RDS 及 TTNB 仍是造成新生兒死亡的重要原因。統計上又顯示，如果剖腹產若在 39 週前開，RDS、TTNB 的發生率比自然產高，但在 40 週後則與自然產無任何差別，因此剖腹產開刀時間的選擇最好不要太早，才能避免肺部的併發症。

剖腹產的成本效益分析

無可置疑地，母胎的健康考量絕對要放在成本經濟考量之前，但目前的大環境幾乎把錢的因素放在第一位，醫療政策的決策者若不能切身自置於病人或醫師的角色，哪能看到孕婦的考量及醫師的擔憂？更荒謬的是，單單考慮表面上自然產比剖腹產花的錢少，這樣的推算與邏輯是否正確？我們請大家看遠一點，這些自然產的婦女，有一定的比例在後來因尿失禁而長期用藥或接受尿道懸吊手術，有的因子宮脫垂而切除子宮，有少部份胎兒因產中無法偵測和避免的合併症，導致腦性麻痺、臂神經叢受損、顱內出血，這些發生機會不高，但卻是孕婦心中的痛(要長遠復健)，國家也要負擔龐大的醫藥費，甚至造成醫病關係緊張，進而耗費龐大社會資源；請問這樣自然產真的就比較省國家的錢嗎？或謂剖腹產也可能導致一些合併症，但這些合併症多半是暫時地(如出血較多、腸胃合併症狀)，或美觀上的問題(傷疤)，和自然產合併的一些胎兒狀況不可相比擬。所以自然產與剖腹產的經濟成本效益其實很難估算，絕非將健保點值相扣就可求得。同時，所謂健保點值的計算完全是人為決定地，有些甚至可說完全是武斷、沒辦法去推算成本考量，其中最明顯就是人事費用了。以目前生產的臨床路徑而言，新生兒出生後不論自然產或剖腹產，在嬰兒室照顧 3 至 5 天的價格一律是 2000 點，若以一點一元來算，各位想想看，現在家庭托嬰，有可能用 2000 元去請個 3 至 5 全天的裸姆嗎？何況新生兒狀況更多、更難顧，而目前浮動點值(可能也只有台灣有這個東西)也只剩每點 0.6~0.8 元，1200

到1600元要裸姆顧3-5個整天，稍有不如意就動輒威脅投書或上報，這樣的裸姆我們以後要怎麼去請得到？

但是在國外，還是有人很不厭其煩的去算了自然產和剖腹產帳面上的成本差異，根據美國婦產科醫學會雜誌(2003年188卷1418-1423頁)，如果扣除醫院常規業務費、醫事人員人事費用，自然產平均耗費916美元(這些包括了嘗試自然產失敗所採取的器械式生產或緊急剖腹產)，而計劃性剖腹產為918美元，其實相差無幾。多胎次的產婦的自然產最便宜(因待產時間短，很少須藥物輔助催生)，一旦自然產使用了催生，成本就很靠近計劃性剖腹產了；若一旦產程拖長、或用了無痛分娩(美國生產是先完全自費，再自行申請不同來源的保險給付)，則成本將超出計劃性剖腹產10%，而花最多錢當然是自然產失敗再行緊急剖腹產了。可悲的是，最後一種狀況如果在台灣，雖然醫院做了兩種事(自然生的待產和後來的緊急剖腹產)，健保還是只給醫院一個剖腹產的費用(前面做白工了)。如果各位還是認為自然產比較省錢，其實健保只是把成本損失轉嫁到醫院和醫事人員身上(誰叫你醫院的產婦生不出來?)，當然健保的臨床路徑對醫院還是有一些補償措施，在此不細談了。

其 它

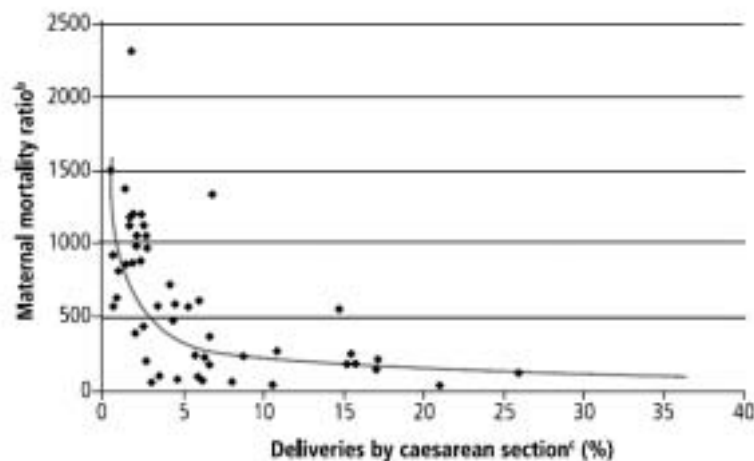
文獻還有作過研究，就婦女的生產經驗而言，計劃性剖腹產略優於自然生產，而兩者均明顯高於器械式生產或計劃自然產失敗後的緊急剖腹。自然產還有一些尚在研究中但逐漸明朗的好處，如有較高的新生兒免疫能力、對抗自由基能力，以及對抗外在環境壓力的能力似乎也較高(又以器械生產者最佳)。

WHO 說剖腹產率應控制在 10-15%之內?

國內媒體朋友不知引用何處來源的資料，說WHO建議剖腹產率應控制在10-15%以內。我們進入WHO的網站廣泛搜尋，不但未查到有如此敘述，反而看到了如下圖的統計趨勢 - 剖腹產率與母親死亡率成反比趨勢，可以猜想的是，如果現在我們要嚴格控制剖腹產率到15%，無可避免地母親的死亡率一定會增加。後來我們在國內網站搜尋，發現是Marsden Wegner 這位仁兄多年前由北護邀請來台時，他所發表的談論。而他所參考的資料，

是 WHO 在 1985 年發表的一個小冊子- "Having a baby in Europe", 而作者呢? 就是 Wegner 本人。所以是他自己引用他自己的話, 然後說是 WHO 建議剖腹產率要控制到這麼低, 結果大家都弄不清楚而輾轉引用, 如今這個手冊在 WHO 網站早已移除了, 但在別處還是可以下載的到。我們曾請教新加坡 KK Women Hospital (其生產總數佔全新加坡的 1/3) 的產科主任, 而新加坡的母親死亡率也是亞洲最低的模範生; 他也認為剖腹產是應該節制, 但嚴格控制剖腹產率不但不切實際, 同時也增加病人危險。

Annex Fig. D. Association between maternal mortality and rate of deliveries by caesarean section, 1989–99^a



^a For countries with data available from Demographic and Health Surveys.

^b Source: WHO/UNICEF/UNFPA estimates of maternal mortality for 1995.

^c Source: Demographic and Health Surveys.

WHO 01.70

文獻的建議

目前的文獻查證, 並無法歸納出自然產與剖腹產孰優孰劣, 因此公平的告知, 與有充分時間讓孕婦思考是絕對需要的; 再者, 生產風險因人而益, 譬如以一個 170 公分高、骨盆寬大的孕婦來生一個 2500 公克的胎兒, 剖腹產的好處似乎沒有自然產多, 醫師有必要以臨床考量為孕婦分析利與弊; 另外, 經過醫師充分的告知與孕婦足夠時間思考, 醫師理應尊重孕婦的自主權 (autonomy); 但最重要地, 所有的醫療措施均應以母胎的健康為第一考慮 (甚至可允許違背孕婦的 autonomy)。可以清楚看到的是, 這裡面並不攙雜成

本考量；以此而言，目前學會論文在社會上引起後續的討論與立委們的責難，似乎已偏離真正國家健康政策的正軌太遠太遠了。

表二：文獻上對於剖腹產利與弊的分析

剖腹產對母體好處	剖腹產對母體壞處
避免子宮脫垂	出血較多
避免尿失禁	傷口較痛，術後脹氣
避免大便失禁	可能合併麻醉過敏、腸沾黏
避免陰道鬆弛，性生活滿意度較佳	傷疤較明顯
避免會陰嚴重撕裂傷、直腸瘻管	再次懷孕的前置胎盤、植入性胎盤機會較高，子宮破裂機會也較大
生產經驗一般較佳(有爭議)	死亡率稍高(有爭議)
剖腹產對胎兒好處	剖腹產對胎兒壞處
減少難產，及因難產合併的周邊神經受損或顱內出血機會	較高 TTNB、RDS 等肺部合併症(但 39 週後此風險則不明顯)
理論上減少 10%腦性麻痺的機會	產後初期可能親子接觸較困難
減少足月胎兒在不明因素的猝死	暫時性中樞神經抑制
避免經產道傳染肝炎病毒, 愛滋病毒, 疱疹病毒, 人類乳突病毒, B 型鏈球菌	自然生的胎兒在出生之初(約兩個月內)的免疫力及對外在壓力反應較佳
成本考量	
平均而言，計劃性自然產(含嘗試失敗者)與計劃性剖腹產費用相差無幾，在此並不考慮新生兒或母體因生產方式不同、所引發合併症的醫療照顧費用。	

郵 票 自 貼

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

◎126 通訊繼續教育答案◎

題目：C 型肝炎與懷孕

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			

樂生婦幼醫院

誠 徵

婦產科專科醫師

意者請洽：院長室 司小姐

聯絡電話：(07) 7862688 轉 8010
0926650065

E-mail: szuhpcindy@msn.com

地址：高雄縣大寮鄉鳳林三路 532 號

會員園地

三人行必有我師

台南郭綜合醫院婦產科 李耀泰主任

一位 52 歲婦女因腹痛、腹脹和便秘來就診，超音波和腹部電腦斷層檢查發現兩側卵巢和大網膜皆已有腫瘤，腫瘤指數增加很多，顯示是末期卵巢癌。經討論後進行了剖腹減積手術，手術包括切除全部子宮、兩側輸卵管卵巢和已被癌轉移之大網膜和子宮直腸隱窩，手術後，肉眼已無可見之腫瘤，可稱是滿意的減積手術。

患者在術後接受了化學治療，腫瘤指標回復正常，身體亦恢復健康。但一年後，下腹又開始不適，腫瘤指數也持續上升，經磁共振攝影檢查，在下腹和脾臟附近各見一腫瘤。經討論後，決定再行第二次減積術。手術中因發現下腹部腫瘤已侵犯至腸子，因此由一般外科醫師協助予以切除，同時亦切除了脾臟附近的病灶，再度清除了所有肉眼可見之腫瘤，完成第二次適當的減積手術。

可是，當患者在送回病房後不久，引流管不斷有血液湧出，經輸血和給止血藥物仍無效，這次請求放射科醫師幫忙，因出血發生在脾臟動脈，利用血管栓塞法達成止血。在患者情況穩定後，又予以第二線化學治療藥物。或許是幸福之神的眷顧，該婦女在往後 4 年的追蹤中，沒有任何復發的現象，當然對此醫療團隊萬分感激。

復發性的卵巢癌，是不容易治癒的，除了我們自己要努力不懈，確切掌控病情外，許多時後尚需要放射科、一般外科、泌尿科和病理科同仁的協助，才有奇蹟出現的可能，正是三人行必有我師也。有次我經過市場，看到包水餃的店家，餡一放到麵粉皮內，手一擠壓便完成；觀賞拉麵製造過程，麵團在師父手上不斷拉扯抖動，不久便完成粗細一樣的麵條，即使我們看的眼花撩亂，但師父卻一派輕鬆；又見一位果雕師父，手勁靈巧，不一會功夫，整盤水果裝點得漂漂亮亮，把食物襯托得令人垂涎及驚嘆；在醫院我也看到電腦打字工作人員，眼睛看著文字手在鍵盤上飛快敲打，一篇文章很快出來。自問在這些事上，我永遠都比不上他們，絕對可做我的老師。俗云：聞道有先後，術業有專攻，醫師雖有自己的所長，仍應以謙卑的心情，向先進者學習，才能造福更多的病患。願共勉之！

法律信箱

學會應成立發言人制度----

澄清真相，為醫喉舌

本會名譽理事/醫療法制暨醫療糾紛委員會 顧問
政大風險管理與保險研究所法律組博士生 高添富

最近碰到一位司法界學妹說，在電視上看到她們鄰居那位因早產安胎失敗，病人怪罪醫師接生時離開產房，害她的胎兒墜地，頭部外傷而死的婦產科醫師，她不但認識他，也知道左右鄰居都說他是一位熱心的好醫師，但見他被家屬抹黑，被媒體修理得體無完膚，而心生不忍，尤其看到老實的醫師在攝影機前頻頻為自己辯護，堅持他沒有把孕婦架上腳架，所以早產兒頭部也沒有撞擊到產台上的不銹鋼底盤，但都沒有人理他，醫師好像在自說自話，令她覺得你們醫師好孤單，好無助。其實每位婦產科醫師也都心知肚明，這位懷孕六個月陣痛早產的患者是來安胎的，醫師安胎都來不及了，怎會要把她架上產台來接生？留在產台上觀察不過以防萬一，而早產兒顱內出血不過是因為早產本身的關係，干接生醫師何事？聞之同行如此被冤屈抹黑，婦產科醫師哪個人不心情沈重？就像一群被獵豹追逐的羚羊，眼看著有同伴被獵豹補獲分食了，自身難保愛莫能助，誰又敢捨生取義跳入火坑去救牠？下一回也可能是輪到自己落入豹口，還是逃命要緊，但永遠忐忑不安的是逃得過今天，能逃得過明天嗎？

接著不久，會員中又有因VBAC產婦第一胎剖腹生產，第二胎要嘗試自然生產者，不

幸發生子宮破裂，結果胎兒死亡，但產婦奇蹟似的被診所的開業會員醫師救活的案例上了報，據水果日報報導，家屬振振有辭指証歷歷，說醫師都沒有向他們說過，這樣子生產子宮會破裂這麼嚴重，不然早知道就要求剖腹生產了。剛好第二三天，本人擔任「司法人員研習所醫事案件實務研討 96 年第 1 期基礎班」的醫事專法庭法官培訓課程的講座，為法官們講解產科醫療糾紛案例分析時，就事論事，以該案為例，還特別強調子宮破裂診斷上之困難與治療時保留子宮的搶救手術之不易，直誇該開業醫師搶救及時，實在訓練有素，尤其能在發現產婦臉色蒼白第一時點，當機立斷開腹急救，而救回產婦一命，家屬應該感謝都來不及才對，怎麼會反咬一口？該會員第二天打電話來請教本人時，在確定他已有善盡說明義務---告知後同意後，本人馬上贊不絕口給他打氣---子宮破裂能及時診斷急診開刀，救人一命如造造七級浮圖，醫師大恩大德，何有非難之處？我們不應該澄清真相力挺會員嗎？

事實上碰到醫療糾紛時，病人確是有點資訊不平等，但現在醫療法已規定病家可以影印整本病歷，病人又有高人指點，也都懂得「證據保全」，反而是醫師經常陷入媒體不平等待遇的劣勢，加上「人死為大」，醫師又不能和病家一樣理直氣壯，得理不饒人，以致醫師囁囁的解釋，申訴，辯護都被認為不過是事後推脫的卸責之辭，誰理您啊！不知為什麼法界只一味要求醫師有事前說明義務，就沒有給醫師事後說明的權利？醫師在救人與殺（傷）人之間竟無一點得以緩衝的空間。家屬更知道，人死不能復生，但搶得先機媒體放話，日後一定可以多拿一些賠償金額，何在乎被冤屈的醫師，因而一生清譽譽毀於一旦。遑論受難醫師還要承受壓力的摧殘，精神的打擊，萎縮的醫療業務，龐大的金錢損失，甚至夫妻離異家破人亡，樣樣都是醫師無法承受的重擔，連醫師的子女也飽受驚嚇連累，眼睜睜看著老爸憂心忡忡，頭髮一夕變白，有錢買不到一絲心寧，錢多又有何用？去年 48 歲的會員醫師，因產婦羊水栓塞猝死，產婦家屬除提出告訴外，還抬棺至其診所外抗議，醫師長期飽受醫療糾紛煎熬；竟然主動脈剝離猝死，聞者莫不掬一把痛心血淚，更不談許多醫師在醫療糾紛過後一段期間內不敢開刀，怕見陌生人，草木皆兵的「創傷後症候群」，都一一浮現，甚至歷經多年，膽戰心驚，恐懼永遠在腦海中揮之不去。

針對我們婦產科會員醫師疑因面對醫療糾紛壓力過大猝死案，台中市醫師公會曾痛定思痛，召開醫療爭議處理小組，決定雙管齊下，除商請保險公司針對醫療糾紛參加團保外，也將成立專人處理小組，協助涉入醫療糾紛的醫師，讓他們不再獨自面對，承受過大的心理壓力。固然和本人呼籲兩年的團保觀念不謀而合，蓋有了團保才有一千萬款

式成立「財團法人醫師風險管理基金會」，讓我們學會會員在遭受醫療糾紛時，得以退居二線，由律師專人專才出面全權處理。但此時此地火燒屁股，遠水也救不了近火，故本人鄭重建議學會應即時成立發言人制度---以學術立場為醫喉舌，澄清真相力挺會員，發言人並得以學會的立場表明，必須進一步的醫療鑑定才能還原真相之前，針對媒體只持一面之辭，缺乏平衡下的挑釁報導或病家公然放話，侮辱威脅，無的放矢抹黑醫師的行徑，保留法律追訴權利。

為什麼醫師個人會需要有發言人來為他仗義執言？其實發生事故時，身為當事人，醫師自說自話根本沒有立場，而記者還會訪問其他醫師，亂套話曲解，造成同行落井下石的陷阱，使得當事人受害更深，學會何忍任會員被媒體裁判，人民公審，飽受鞭撻修理，一世功名毀於一旦？若此時身為龍頭大家長身份的專科醫學會或地方醫師公會，能出面來說幾句公道話，至少民眾可以聽聽到底團體的意見如何？醫術立場的真相又是如何？而對其他會員也可因我們有發言人制度，而理所當然的回拒任何媒體採訪的陷阱，以免陷同儕於不義。目前言人制度最成功的當推台大醫院及名發言人林鶴雄醫師，每次看他在電視台侃侃而談，謠言止於智者，只要沒有第二種版本的聲音，任有心挑撥離間的記者也變不出什麼把戲，這是所見發言人制度最成功的一個典範。

回到最近校園內孩童被家長急駛汽車撞傷事件為例，受傷孩童在急診時發現四肢骨折，當時急診醫師病患也作了腦部超音波，腦部並無出血或水腫現象，惟住院第二天孩童祖父來看他時，忽見童說頭部劇痛，隨即兩眼吊高迅及死亡，連通知醫護人員都不及，這種「延遲性腦部出血」的悲劇，雖不常見但也會有偶發率，聞者莫不傷感，共掬同情之淚，急診醫師心情必然也更難過，但家屬竟然馬上招待記者說，一定是醫師疏失，放話要控告醫師延誤診斷，一時之間風雲變色，昨日急救成功的醫師馬上自「救人者」變成不折不扣的「殺人犯」（業務過失致人於死），這正是榮總郭正典醫師所說的：「醫師在救人與殺（傷）人之間，根本沒有生存空間可言」。此時台北市醫師公會若有發言人挺身而出，為急診醫師出面澄清，說幾句公道話，或由公會理事長在向家屬表達致哀之意後，發表新聞稿聲明，證明急診醫師已盡全力施救，並早已注意到頭部外傷顱內出血的可能性，但第一天確實沒有出血啊，假設第一天就腦部急性出血，醫師絕不可能不動開顱手術，放任意識清醒的病人躺著等死；若公會出面說明時能佐以文獻數據，告訴社會大眾及媒體，真正發生腦部延遲出血的或然率少到千分之幾，而這種不可抗力，不可意料的意料神之旨意Acts of God（翻譯為：不可抗力的意外），醫師根本無法未卜先知，如此應更可發揮其公信力，還原事實，取信於民…。相信在這種發言人制度下

主動說明，還原真相秉公處理，不要說當事會員心安理得，可以恢復一點信心，全體醫師人溺己溺，也可以減少一點被抹黑，自然也可以多少維護一些和諧與互信的醫病關係，所以站在風險管理者的立場，學會或公會應及早成立發言人制度，面對風起雲湧的醫療紛，風聲鶴唳的醫病關係，發言人更是迫在眉睫。

發言人制度要如何籌備及進行呢？初步構思如下：發言人可以先由理事長擔任，但必須要有一個學法的醫療法律人擔任「法學顧問兼文膽」左右侍候，對緊急上報的醫療糾紛事件，必須在一天之內，即擬好聲明稿，交由理事長發言，並於次日分送記者一份詳盡的新聞稿，以正視聽。惟巧婦難為無米之炊，目前非專職的法學顧問恐難勝任愉快，故首先學會必須要有一名全職，法律系畢業的「法務祕書」，協助法學顧問，全權負責收集案例事實及上網或到圖書館找相關法學資料。

發言人制度進行步驟如下：

- 一、首先由當事人會員向學會聘請的「法務祕書」通報意外事件，法務祕書同時必須隨時監控報章雜誌及電視節目，發現會員發生任何問題即需主動提報，或由熱心會員提報要求學會出面處理之事故時，即需馬上著手進行。三種管道下得悉會員事故之後，法務祕書應隨即通知法學顧問及理事長（發言人），並實地著手進行調查，收集資訊。
- 二、再由法務祕書聯絡當事醫師，會同法學顧問用電話或親訪以探討事故真相。當日廿四小時內，由法務祕書收集相關資料，交由法學顧問，即時寫成一篇聲明稿或新聞稿，交由理事長（發言人）對外發表，必要時再召開記者會。
- 三、學會會要求當事人必須三緘其口，不對外發言，並直接告訴來訪記者，我們學會已著手調查接管，理事長（兼發言人）會統一發表聲明及解釋，除接受記者訪問發言外，理事長並會召開記者會，發佈新聞稿，請記者向學會要資料，或直接訪問理事長（兼發言人）即可。
- 四、其他會員遇到記者訪問時，也可直接婉拒，並請記者向學會要資料即可，或直接要記者去訪問理事長（兼發言人），統一口徑，對外發言。

事實上，早在楊理事長接任理事長那年即曾提出全職法務祕書的構想，可以協助我們醫療法律人為學會處理許多法律事務，甚至吳建樑委員當年積勞成疾發病前，也向本人提出另外多聘請一名法律系畢業生當學會祕書的期望，兩位高人當年的高瞻遠矚，如

今更是應驗其需求性與迫切性。目前在學會的發言人制度未臻成熟之前，以台大醫院林鶴雄發言人為範本，循序漸進。至少可先由學會聘請一全職法務祕書進行調查真相，收集資料，再委由現時聘僱中的「學會特約律師」擔任文膽，囑其在廿四小時之內完成聲明稿，交由理事長發言人對外發表，日後再逐漸由醫療法律人接手擔任參謀，全權協助理事長處理，執行發言人任務。相信只要學會能建立起發言人制度，一定可以一解當事會員孤軍奮鬥，徬徨無助的困境，不要忘了，下一個被尖酸刻薄的媒體抹黑公審又窮打直追，被反目成仇的家屬反咬一口又百口莫辯的受難醫師，可能就是您我。

基隆

王立文
婦產科



專科醫師

只看門診亦歡迎

TEL : 0968-636610 張小姐

光田綜合醫院

誠徵

※婦產科主任醫師（具部定教職者或已有論文升等者）

※婦產科專科醫師（具專科醫師證書者）

電話：(04) 26625111#2016、2024

傳真：(04) 26655050

E-mail：hrm@ktgh.com.tw

編 後 語

高添富

本期會訊出刊重點在呼籲會員如何有效降低剖腹生產率以及發佈祕書處公告的「台灣頸部透明帶認證辦法」的國際超音波認證課程通知。配合健保局對剖腹生產率的不斷質疑，學會已提出許多學理依據辯護，並期望會員 PEER REVIEW 自我約束，同時 4 月 8 日公關委員會也舉辦了一次記者聯誼會向社會民眾說明，收效頗大。國際認證課程也是一個很重要的課題，年輕會員固然要把握機會不斷的進修學習，跟上時代腳步，但學法的人比較愛澆冷水，提醒一下不要忘了，也可能因為您有了認證，法律上就會賦予您更高的注意義務，這和有些次專科醫學會太泛濫，固然可能壟斷市場一樣，說不定遲早也會出問題，因為在法理上，一樣是誤診，沒有接受過認證及格的醫師，其歸責性可能會比較小，這是個人的書生之見，謹供參考，大家有空還是要去參加認證，充足實力才是正途。

另外令人感佩的通訊繼續教育課程，在李耀泰、郭明正、李文燦等三位醫師努力堅持下，每期都能為我們會員提供最新醫學資訊，歷久不衰。今後本人也要東施效顰，法律信箱也要發奮圖強，自上期起開始，以後也要再寫每月一篇醫療法律文章，強迫會員中獎。本期法律信箱本人以一篇「學會應成立發言人制度」來呼應，期望今後由我們理事長(兼發言人)主動為會員發表聲明稿或新聞稿，以正視聽，讓醫師在救命恩人與殺人凶手之間，能找出一個容身之處。

在這之前，個人最大的理想是希望有一天也可以立法禁止醫療事故或爭議在尚未審判定罪前，能仿少年事件處理法(第 83 條: 任何人不得於媒體、資訊或以其他公示方式揭示有關少年保護事件或少年刑事案件之記事或照片，使閱者由該項資料足以知悉其人為該保護事件受調查、審理之少年或該刑事案件之被告。違反前項規定者，由主管機關依法予以處分。)及性侵害犯罪防治法(第 10 條: 宣傳品、出版品、廣播電視、網際網路或其他媒體不得報導或記載性侵害事件被害人之姓名或其他足以識別被害人身分之資訊。但經被害人同意或因偵查犯罪之必要者，不在此限。違反前項規定者，新聞主管機關對其負責人及行為人，得各處以新台幣三萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得沒入前項物品。行政機關及司法機關所製作必須公示之文書，不得揭露足以識別被害人身分之資訊。)，在醫療事故真相大白之前，醫療糾紛應也可明文禁止報章雜誌隨意盲目抹黑報導，或至少尊重一下醫師，拍攝到醫師尊容及診所名稱時都必須先用馬賽克處理，否則醫師及學會都可以聲明保留法律追訴權，而學會也可以向報社爭取事後證明醫師無罪時，必須要求報社以相同大小篇幅平衡報導，還我醫師一個清白。

最後藉本刊篇幅，鄭重的感謝年會時會員們的大力支持，此次問卷調查總共回收了 1544 份有效問卷資料。我們診所三名護士花了整整兩個禮拜才約略統計出來，在 1544 份會員回卷中，高達 475 名會員有意願參加投保學會設計的團體責任保險，能有近三分之一(高達 30.8%)的會員有此共識，已是空前的了不起的記錄，下一個課題是個人應及時努力以赴，去找一家願意替我們承保，又能符合我們會員期望及要求的產物保險公司來承保。個人私下尤其希望能早日獨資成立「財團法人醫師風險管理基金會」(必需樂捐一千萬新台幣)，馬上就能開始為我們 475 名被保險的會員，當發生醫療事故(醫療糾紛)時，即可實地插手醫療糾紛的危機處理服務，讓當事醫師退居二線，專心醫務，這樣才不會辜負大家對學會的支持與期待。

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
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
0422-1	南區四月份例會	中華民國周產期醫學會	高醫二樓W棟第三講堂	04月22日14時00分	04月22日16時30分	B	2分
0422-2	醫學倫理、醫療糾紛研習會	宏其婦幼醫院	宏其婦幼醫院10樓國際會議廳	04月21日12時30分	04月21日15時00分	醫學倫理	1分
0422-3	台灣地區代謝症候群之防治/中區西醫基層總額96年現況與展望	台中縣診所協會	儷宴會館	04月22日16時00分	04月22日18時00分	B	2分
0422-4	高級心臟救命術初訓	彰化基督教醫院	南投縣衛生局大樓學術講堂	04月22日08時00分	04月22日17時50分	B	8分
0422-5	彰化縣醫師公會繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會14樓會議室	04月22日14時00分	04月22日16時00分	B	2分
0425-1	骨鬆專題演講	中華民國骨質疏鬆症學會	台北晶華酒店四樓貴賓廳	04月25日18時00分	04月25日21時35分	B	2分
0426-1	骨鬆專題演講	中華民國骨質疏鬆症學會	嘉義王子飯店505會議室	04月26日18時00分	04月26日21時00分	B	2分
0427-1	病情告知的藝術與技巧	聖馬爾定醫院	聖馬爾定醫院十樓學術講堂	04月27日07時30分	04月27日09時30分	B	2分
0427-2	Bisphosphonates in osteoporosis: efficacy and long-term safety	彰化基督教醫院	彰基十一樓連瑪玉學術講堂	04月27日07時15分	04月27日08時30分	B	1分
0427-3	骨鬆專題演講	中華民國骨質疏鬆症學會	彰基十一樓連瑪玉學術講堂	04月27日07時30分	04月27日09時00分	B	2分
0427-4	骨鬆專題演講	中華民國骨質疏鬆症學會	新竹國賓飯店10樓聯誼廳	04月27日18時00分	04月27日21時00分	B	2分
0428-1	賀爾蒙與乳癌:從文獻回顧來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
0429-2	高級心臟救命術初訓	彰化基督教醫院	南投縣衛生局大樓學術講堂	04月29日08時00分	04月29日18時00分	B	8分
0507-1	International Symposium on Biomarkers Discovery in Human Cancers	台灣婦癌醫學會	成大附醫圖書館會議廳(B1)	05月07日08時10分	05月07日13時30分	B	4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	妊娠嘔吐	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/糖尿病的治療/最新藥物治療/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	致癌機轉與抗癌/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/以開立診斷證明說為中心	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