

台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2007年4月127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

4月12日至17日，我和郭監事長、謝秘書長、李鎡堯教授、蘇前理事長以及3位年輕的 fellow（何積泓醫師、周靜玉醫師、黃家彥醫師）等人到日本京都參加第59屆的日本婦產科醫學會年會，此次與會除了年輕醫師之學術交流之外，主要是學習、觀摩他們舉辦年會的作業情形。

日本婦產科醫學會會員將近兩萬人，組織相當龐大。他們學會除了類似我們的理事會（目前理事長為Professor Yuji Taketani，東京帝大教授，曾於去年應邀來台參與我們的年會並做大會演講）之外，每年的年會另有一位大會主席（Congress President），通常由即將退休之各大醫院主任教授輪流擔任。今年的大會主席為Professor Takeshi Maruo，是神戶大學的教授。由於舉辦年會幾乎等於是他們退休前的代表作，因此每一位都是全力以赴辦得風風光光的。以今年為例，Professor Maruo就邀請了三、四十位外賓參與，分別來自美、加、德、義、英、以、韓、台、菲等國。另外有30位年輕 fellows 來自不同國家以及60位選自日本各大醫院的 fellows 做 exchange program，並參與他們的學術活動。綜觀他們的年會，學術及社交活動並備，參與人數都達5,000人以上，足可比美國際性的學術會議，值得我們爭取主辦國際性會議之借鏡。

秘書長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩，大家好！

日子過得很快，一年已過了近一半，大家預期兩年內學會雜誌由 MI 進入 SCI 目標的壓力越來越大，每年花兩百六十幾萬佔年度預算的六分之一強辦的雜誌，如果失敗，則台灣婦產科醫學會想再爭取 SCI，則機會就不大了；因此，秘書處請大家寫論文投稿 SCI 雜誌時，一定要 Citing 我們雜誌的文章，共同來 Promote 讓它跨越 SCI 的門檻！屆時，大家都會與有榮焉，而且我們在國際學術舞台的影響力也會越來越大，台灣婦產科，加油吧！此外，記得引用學會雜誌的文章之後，一定要到秘書處申請獎金，每則三千元，每篇最高可領五千元！

黃淑英立法委員和高添富榮譽理事長期關心的生育風險(保險)基金的問題，已漸有個譜，期待醫政單位能再加把勁，儘早幫助婦產科醫師避免在醫療爭議時直接面對患者與其家屬的威脅，如果婦產科醫療糾紛與上媒體的比率少了，屆時，一定會對婦產科醫療生態的復甦有很大的助益。

PPH 永遠是對婦產科醫師最具威脅與殺傷力的併發症，大家在處理婦產科 Cases 時一定要謹慎，也一定要有能力無懼地將它化解於無形。如果大家還認為學會有必要再辦相關的繼續教育課程，歡迎大家通知秘書處，我們再彙整大家最感興趣的 Issues，儘快來辦！

對於健保，我們還有一點可以努力的，就是打破支付標準中 ABC 的限制，其實，除了醫師個人能力的考量外，健保絕對沒有限制基層婦產科醫師執業內容或範圍的權力與必要，何況，這種以保險來否定醫師的執業能力，除了違反醫師法之外，也是造成婦產科沒落的重要關鍵。希望大家能集思廣益，看有沒有什麼辦法來化解這種限制。

最後，敬祝大家

身體健康、精神快樂、事業順利！

台灣婦產科醫學會 127 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

03 秘書處公告 | 文/秘書處

05 行政院衛生署疾病管理局 函

檢送「孕婦全面篩檢愛滋政策修訂」會議紀錄乙份。

07 行政院衛生署國民健康局 函

建議本局於孕婦產前檢查服務項目中增加二次產檢及二次腹部超音波檢查乙案，請 查照。

08 台灣家庭醫學醫學會 函

惠請周知轄區西醫專科醫師，踴躍報名參與「戒菸治療訓練」教育課程，請 查照。

08 行政院衛生署疾病管制局 函

有關孕婦愛滋篩檢政策及免費孕婦愛滋快速篩檢試劑事宜，請週知所屬會員，請 查照。

09 台灣男性醫學會 函

敬邀 貴學會推薦代表會員一名為「台灣地區勃起功能障礙諮詢暨訓練委員會」第四屆委員。

11 台灣婦產科醫學會第十七屆第五次醫院評鑑委員會議程

13 台灣婦產科醫學會 HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程

16 通訊繼續教育

Misoprostol 臨床上最新用途 | 文/李耀泰、陳福民、柯天龍、郭宗正

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

27 會員園地

- 27 子宮內膜癌一定要切除子宮嗎? | 文/李耀泰、郭宗正、陳福民
- 31 養生延壽長壽之道 | 文/巫世平
- 33 京都年會 | 文/何積泓
- 36 參加日本婦產科醫學會年會暨年輕醫師交流會議有感—淺談國際性產科危機 | 文/周靜玉
- 40 他山之石，可以攻錯 | 文/黃家彥
-

44 法律信箱

- 藥師應該接受繼續藥學教育 | 文/高添富
-

47 編後語 | 文/李耀泰

48 活動消息 | 文/秘書處

廣告刊登

秉坤婦產科	12	30	新竹婦產科診所
高雄市婦產科診所	15	30	北縣婦幼聯合診所
行政院衛生署立台南醫院	15	39	宜蘭婦產科診所
新莊婦產科診所	15	39	台中市婦產科診所
榜生婦產科聯盟	15	43	台南婦產科診所
板橋婦產科診所	23	43	鄭綜合區域教學醫院
彰化縣皓生醫院	26	47	嘉義慈濟大林醫院

秘書處公告

行政院衛生署疾病管制局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 3 月 29 日

發文字號：衛署疾管愛字第 0960004222 號

附件：會議紀錄

主旨：檢送「孕婦全面篩檢愛滋政策修訂」會議紀錄乙份，請查照。

「孕婦全面篩檢愛滋政策修訂會議」紀錄

會議日期：96 年 3 月 14 日（星期三）上午 10 時

會議地點：疾病管制局 7 樓協調指揮中心（北市森林南路 6 號）

主席：林副局長頂

出席人員：如簽到冊

記錄：劉佩伶

壹、主席致詞：（略）

貳、業務位報告：（略）

參、討論與決議：

一、提案一：篩檢政策行選擇性退出（Opt-out）

1. 討論內容摘要：

- (1) 以維持長久的高篩檢率為目標，採行 Opt-out 政策將有助於醫療實務面的執行，長遠來看能有效維持／提升篩檢率。
- (2) 就 95 年健保孕婦愛滋病毒篩檢率已達 95 % 來看，執行成效可謂良好，顯示絕大多

數孕婦皆能接受產前愛滋篩檢，Opt-out 政策的改變，預估對受檢者的影響不大。

- (3) 無論篩檢政策為Opt-in或Opt-out，仍無法提昇拒檢者篩檢率。若推測拒檢者有較高之陽性率，如何提高拒檢族之篩檢有其必要性，又Opt-out是否能解決5%未檢者的問題，是否做政策之變革或可再考量。婦權團體等代表認為應探究拒檢或未檢之原因，再行作政策修訂之參考。
 - (4) 在人權層面的考量，篩檢政策之實施旨在免於母子垂直感染，保護新生兒之健康權益，無論是Opt-in或Opt-out均本著尊重個案自主權的方式進行，Opt-out是尊重個案有權說“不”的權利，絕對是尊重人權的作法。婦權團體則認為改由婦女簽署不同意書，形同要求婦女負擔相關責任，作法與民情相違背。
 - (5) 就醫療面的執行作為而言，Opt-out政策的轉變，有賴醫護專業協助Opt-out知情的部分，以及拒絕接受篩檢者將不損及後續之醫療照護品質。
2. 決議：綜合討論意見及結論，醫界代表以維持／提升篩檢率為前提，均能支持Opt-out政策。婦權團體及立委辦公室代表則關注政策變革是否有其必要，討論未能達成共識，有關是否改行Opt-out政策暫無定案，會後將提本署高層裁示。

二、提案二：加強無健保孕婦愛滋篩檢工作。

1. 討論內容摘要：

- (1) 未納保孕婦篩檢工作，應結合內政部及國民健康局管理系統，更能有效推動。
- (2) 孕篩檢出外籍感染個案比例佔22%，初入境外籍暨大陸配偶因未納健保，影響就醫資源之運用，錯失產前篩檢與及早治療時機，現階段外籍配偶人數不斷增加，生育率呈遞增之趨勢，新移民孕婦為愛滋篩檢工作應著力對象。

2. 決議：

- (1) 本案能加強相關衛生防疫，會中共識支持本案通過，有關強化無健保孕篩工作，請疾管局規劃辦理。
- (2) 惟有關外籍配偶受限於現行法令／法規，檢出為感染者後面臨可能離境及其新生兒照護等諸多問題，建議外籍配偶篩檢應提早於孕前，或加強入境前健檢。另外籍感染者離境衍生之後續問題，因事涉相關部會權責及法規限制，建議未來政策上應一併檢討考量。

三、提案三：加強無法確知孕母是否罹患愛滋病，或孕母產前拒絕篩檢者之新生兒愛滋篩檢。

1. 討論內容摘要：

- (1) 孕婦臨盆時，若無法確知孕母是否罹患愛滋病，或孕母產前拒絕篩檢者，建議其新

生兒出生時，強制採血檢測。

- (2) 本案之臨床作為，需醫師協助及配合，如何確知臨盆產婦之愛滋檢測結果，需相關配套措施，以增加此舉之便利性。
 - (3) 另鑑於愛滋篩檢之空窗期，或可考擴大已篩檢之高危險群，臨盆前得依其自願免費接受此項服務。
2. 決議：本案旨在保護新生兒之健康權益，同時可補強孕婦未檢或拒檢之漏，會中全數支持本案通過，新生兒愛滋篩檢之細部作為，請疾管局規劃辦理，會後擇期邀集相關專業人士共同研議。

肆、散 會：中 午 12 時 15 分。

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 30 日

發文字號：國健婦字第 0960004256 號

主 旨：有關 貴會建議本局於孕婦產前檢查服務項目中增加二次產檢及二次腹部超音波檢查乙案，復如說明，請 查照。

說 明：一、復 貴會 96 年 4 月 23 日台婦醫字第 96045 號函。

二、貴會關心孕婦產前檢查制度敬申謝忱，本局為提升高危險妊娠孕婦之孕期照護品質，於本（96）年度委託中華民國周產期醫學會辦理「高危險妊娠產前醫療照護品質模式實驗計畫」，鼓勵提供特殊高危險妊娠之二、三級周產期照護責任醫院建立完整的照護服務管理模式，併行檢討高危險妊娠孕婦產前檢查給付內容。

三、所提增列一段孕婦產前檢查次數及項目給付乙節，本局本年度進行「孕婦產前檢查服務成效調查」委託計畫，將視檢討成效據以研議適當措施； 貴會建議將錄案做為未來政策修訂之參考。

台灣家庭醫學醫學會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 4 月 19 日

發文字號：台家醫學會字第 96058 號

主旨：惠請周知轄區西醫專科醫師（一般科醫師限衛生所或事業單位醫務室執業者），踴躍報名參與「戒菸治療訓練」教育課程，請查照。

說明：一、為使西醫專科醫師具有「申辦門診戒菸治療服務資格」，本學會接受行政院衛生署國民健康局委託辦理認證課程，以協助建立國內戒菸治療服務網，提升治療品質及戒菸成功率。

二、每場次全部課程共計 8 小時，全程參與完成課前、課後測驗且課後測驗及格者，則可取得國民健康局戒菸治療訓練課程六學分認證，即具有個人申辦門診戒菸治療服務資格。

三、本課程免報名費，席位有限，優先受理尚未參與基礎課程，並能全程參與完成課前、課後測驗的西醫專科醫師報名（一般科醫師限衛生所或事業單位醫務室執業者），詳細內容說明及報名表，請逕至本學會網站瀏覽（網址：<http://www.taifm.org.tw/>）。

行政院衛生署疾病管制局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 5 月 7 日

發文字號：衛署疾管愛字第 0960006465 號

附件：孕婦快速篩檢作業流程、聯繫方式、未配合執行孕婦愛滋篩檢名單

主旨：有關孕婦愛滋篩檢政策及免費孕婦愛滋快速篩檢試劑事宜，詳如說明段，請週知所屬會員，請查照。

說明：一、為防治愛滋母子垂直感染，本局自 94 年開辦孕婦全面篩檢愛滋計畫，蒙貴會傾力支持，政策實施 2 年以來，透過健保特約醫院提供篩檢服務近 44 萬人次，篩檢率達 95%，惠請持續支持並週知貴會會員配合以下事項：

- (一) 本局自 94 年起免費提供未檢、拒檢及疑似高危險群之臨產婦愛滋快速篩檢試劑，流程詳如附件 1，俾利於產程中及產後提供適當醫療處置，有關試劑之申領可逕洽各縣市衛生局疾病管制處／課。
 - (二) 快速篩檢陽性且尚無產兆之孕婦，建議轉介至愛滋病指定醫院生產；已有產兆者，請即電洽本局 1922 專線，或各分局 24 小時值班專線電話，進行通報並領用母子垂直感染預防用藥，指定醫院清單及各分局聯繫方式，詳附件 2。
 - (三) 臨產婦快速篩檢時應同時送驗酵素免疫法 (ELISA) 或顆粒凝集法 (PA)，並應以西方墨點法為確認檢驗，惟待產時快速篩檢呈陽性反應者，因仍有偽陽性之可能，請謹慎婉轉告知。若病人已有產兆，且初步愛滋病毒抗體檢測結果呈陽性反應，顯示可能遭受愛滋病毒感染，為爭取時效，在等待確認檢驗結果的同時，應先施予預防性藥物治療，以減低愛滋病毒傳染給新生兒。
 - (四) 無健保身分孕婦亦為免費服務對象。由各婦產科醫療院所看診是類個案，請協助執行採血工作，並將檢體連同送驗單轉送轄區衛生局檢驗，每案給付院所諮商採血費 100 元，由衛生局執行代付工作。由於是項工作過去宣導不足篩檢率偏低，已列為年度重點宣導工作，希盼共同建立防疫網，以免防疫缺口。相關作業說明請參照網址<http://www.cdc.gov.tw/file/疾病介紹/法定傳染病/其他/愛滋病/法規政策/孕婦免費篩檢愛滋計畫/95年孕婦篩檢計畫.doc> 或電洽各縣市衛生局疾病管制處／課。
- 二、有關部分婦產科醫療院所有提供產檢服務，卻未執行愛滋篩檢者（如附件 3），惠請協助敦促共同參與孕婦愛滋篩檢，及防治母子垂直感染作為。

台灣男性學醫學會 函

※有興趣之會員請先傳真至婦產科醫學會。

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 5 月 7 日

發文字號：(96)台男汝總字第 105 號

主旨：敬邀 貴學會推薦代表會員一名為「台灣地區勃起功能障礙諮詢暨訓練委員會」第四屆委員。

- 說明：一、本委員會之目標在提昇社會大眾及醫療人員對勃起功能障礙的瞭解、認知及接納等，故欲邀請 貴學會推薦代表會員一名為本委員會第四屆委員（敬請推薦有興趣者參加），共同為此目標努力。
- 二、本委員會目前雖基於實務操作面之考量而附屬於台灣男性學醫學會，但仍具有本身獨立之宗旨、目標、願景及組織章程（詳見附件），並由委員會自行擬定年度活動，費用專款專用，再送台灣男性學醫學會備查。
- 三、敬請 貴學會於 2007 年 5 月 21 日（星期一）前，將有關代表名單回覆至本學會。
- 四、茲附上第三屆委員會委員名單乙份（附件二），作為參考。

第四屆 台灣地區勃起功能障礙諮詢暨訓練委員會 委員推薦回覆單

覆 貴單位函（台男汝總字第 號），本會擬推薦之代表會員個人資料如下，復請查照。

姓 名	
服務單位	
電 話	
傳 真	
手 機	
通訊地址	
E-mail	

推薦位名稱：_____

電 話：_____ 傳 真：_____

聯絡人：_____

本會地址：_____

台灣婦產科醫學會第十七屆第五次醫院評鑑委員會議程

時 間：96年5月6日（星期日）中午12點至下午3點半

地 點：學會會館

主 席：江召集人千代

出席人員：楊應欽 黃木發 黃國峯 祝春紅 葉光芄 陳惟華 賴瓊慧 郭宗正 胡玉銘
陳信孚 洪英俊 顏明賢 郭保麟 曾志仁 孫茂榮 翁順隆

列席人員：楊友仕理事長 謝卿宏祕書長

請假人員：黃建榮 簡婉儀 林隆堯 許淳森 陳光煒 張旭陽 廖基元 張秩嘉 王炯琅
何師竹 黃閔照

紀 錄：張恪菁

壹、報告事項

1. 依據衛生署衛署醫字第 0960201488 號函辦理，今年須辦理 97 年度之婦產科專科醫師訓練醫院認定。
2. 本年度婦產科專科醫師訓練醫院認定，應依據衛生署衛署醫字第 0950215410 號函公告修正之「婦產科專科醫師訓練醫院認定標準」，訓練醫院應有專任醫師至少八人以上，其中具五年以上專科醫師年資者至少五人，具十年以上專科醫師年資者至少三人。唯，訓練醫院之訓練資格仍在合格效期內，則仍應依修正前之標準進行追蹤認定，直至效期屆滿後，始採用修正後之標準予以認定。

貳、討論事項

一、案 由：討論 97 年度「婦產科專科醫師訓練醫院評鑑」審查委員分配及實地評鑑日期，申請醫院共計 33 家。（如附件一）

說 明：1. 97 年度申請實地評鑑之婦產科專科醫師訓練醫院為台北市立聯合醫院（婦幼院區）等資格效期 94 年 7 月 1 日至 97 年 6 月 30 日止的訓練醫院，共計 27 家醫院。（衛生署要求於資格效期到期前一年提出合格名單，故應於今年進行實地評鑑。）

2. 97 年度申請書面評鑑之婦產科專科醫師訓練醫院為中山醫院、財團法人敏盛綜合醫院、財團法人長庚紀念醫院嘉義分院(95 年 7 月 1 日至 98 年 6 月 30 日

止)、林新醫院、光田醫院、亞東醫院(96年7月1日至99年6月30日止),共計6家醫院。

3.婦產科專科醫師訓練醫院認定結果須於96年9月30日前送署。

提案人:江召集人千代。

決 議:無異議通過,預定六、七兩個月進行評鑑。

二、案 由:確認婦產科專科醫師訓練醫院評鑑內容。(如附件二)

說 明:衛生署要求專科醫師訓練醫院認定基準依其提供的範本修訂。(如附件三)

提案人:江召集人千代。

決 議:修改部份請見附件二。

三、案 由:PGY之Elective Course中前往一般外科一個月中至少二星期在乳房外科輪訓,至於R3或CR是否要再排,可再研議。(如附件四)

提案人:賴瓊慧委員。

決 議:發文至台灣外科醫學會及各婦產科專科醫師訓練醫院,請台灣外科醫學會協助住院醫師確實完成乳房超音波訓練及乳癌篩檢訓練,且建議婦產科專科醫師訓練醫院必須備有乳房超音波檢查儀器之探頭,以利訓練進行。

參、臨時動議

肆、散 會

秉 坤 婦 幼 醫 院

誠 徵

婦 產 科 專 科 醫 師

待 優 、 環 境 佳

意洽:03-4268686 轉 101 謝小姐

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

台灣婦產科醫學會 HPV疫苗醫事人員教育訓練課程

東區 (花蓮)

時間：96年05月27日 (星期日)
地點：花蓮縣醫師公會會館
花蓮市林森路236之18號

南區一 (台南)

時間：96年07月15日 (星期日)
地點：成大醫學院1樓第三講堂
台南市大學路1號

北區二 (新竹)

時間：96年08月12日 (星期日)
地點：新竹馬偕醫院醫院4樓大禮堂
新竹市光復路二段690號

北區一 (台北)

時間：96年06月24日 (星期日)
地點：台北馬偕醫院9樓大禮堂
台北市中山北路二段92號

中區 (台中)

時間：96年07月29日 (星期日)
地點：中國醫藥大學附設醫院21樓國際會議廳
台中市育德路2號

南區二 (高雄)

時間：96年08月26日 (星期日)
地點：高雄醫學大學附設醫院6樓第二講堂
高雄市自由一路100號

時間	報到	花蓮	台北	台南	台中	新竹	高雄
08:40~08:55	報到	05月27日	06月24日	07月15日	07月29日	08月12日	08月26日
08:55~09:10	主持人 Opening Remark	曾志仁	楊友仕	郭宗正	張廷彰	張廷彰	余聖忍
09:00~09:50	台灣HPV與子宮頸癌 (流行病學與診斷應用)	朱堂元	洪耀欽	鄭文芳	洪耀欽	洪耀欽	洪耀欽
09:50~10:40	HPV疫苗的發展與臨床指引	鄭文芳	顏明賢	顏明賢	顏明賢	顏明賢	鄭文芳
10:40~11:00	Coffee Break						
11:00~11:50	HPV疫苗的接種注意事項	洪耀欽	鄭文芳	李耀泰	鄭文芳	王功亮	李耀泰
11:50~12:20	綜合討論						
12:20~13:25	午 休						
13:25~13:30	主持人 Opening Remark	朱堂元	楊育正	郭保麟	黃國峰	翁順隆	張簡展照
13:30~14:20	疫苗接種作業與品質管理的標準流程	黃文雄	李秉穎	陳伯彥	陳伯彥	黃玉成	黃芳亮
14:20~15:10	子宮頸防癌計劃	曾志仁	曾志仁	曾志仁	王功亮	曾志仁	王功亮
15:10~15:30	Coffee Break						
15:30~16:00	綜合討論						
16:00~16:30	成果驗收						

HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程

*主辦：行政院衛生署國民健康局

*承辦：台灣婦產科醫學會

*合辦：台灣兒科醫學會

台灣家庭醫學醫學會

台灣護理學會

*協辦：花蓮縣醫師公會

馬槽醫院婦產部

中國醫藥大學附設醫院婦產部

高雄醫學大學附設醫院婦產部

*注意事項：

1. 本訓練課程第二梯次，預訂於七、八月份在台中、新竹、高雄各有一場，課程不變，欲參加者在六場中擇一參加即可。
2. 欲參加者請務必事先回傳報名表。
3. 為配合衛生署政策，自93年度起，本會所有課程均常簽到及簽退。
4. 全程上課並通過成果驗收測驗者，將於會後發予合格證書。
5. 現場備有講義。
6. 凡參加者皆需繳交 500 元費用

報名表 (欲參加者請儘早傳真，以利學會統計人數)

姓名		會員編號	
電話		傳真	
通訊地址 (務必填寫-以利合格證書寄送)	郵遞區號 ()		
參加場次 (單選)	<input type="checkbox"/> 花蓮場 5 月 27 日 <input type="checkbox"/> 台北場 6 月 24 日 <input type="checkbox"/> 台南場 7 月 15 日 <input type="checkbox"/> 台中場 7 月 29 日 <input type="checkbox"/> 台南場 8 月 12 日 <input type="checkbox"/> 台南場 8 月 26 日		

台灣婦產科醫學會

TEL: 02-2568-4819

FAX: 02-2100-1476

高雄市
婦產科診所

誠

徵

婦產科女醫師

只看門診不接生
有保障薪

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/>

新 莊
婦產科診所

徵 醫師需執照

退休可

亦可出租診所

電洽：0932158057

榜生婦產科聯盟

誠 徵

婦產科專科醫師

意者請洽：

0935-965-623 朱小姐

通訊繼續教育

Misoprostol 臨床上最新用途

李耀泰¹ 陳福民² 柯天龍³ 郭宗正¹
台南郭綜合醫院¹ 婦產科³ 放射治療科
²台北中山醫院 婦產科

Misoprostol (Cytotec) 是一種前列腺素 E₁，目前台灣的婦產科主用在：(1) ≤7 週的藥物流產；(2) 第二和早第三孕期之引產；(3) 足月之引產；(4) 治療產後出血。本文報導有關 misoprostol 之新用途及方法，供同仁在臨床上參考。

一、幫助陰道鏡檢查：

陰道鏡檢查在診斷和治療子宮頸癌早期病灶有很大幫助，但約有 10-15 % 之子宮頸細胞移行區 (transformation zone) 看不清楚，影響診斷的準確性。過去曾有報告使用子宮頸擴張物或動情素，企圖使子宮頸產生外翻後看到移行區，唯效果不理想。2006 年，Aggarwal 等對 19 位無法清楚看到子宮頸細胞移行區的婦女 (其中 7 位已停經)，在陰道置放 400 µg misoprostol (Cytotec 二顆)，6 小時後再以陰道鏡檢查子宮頸；另 20 位同樣情況之患者，則置放安慰劑 (pyridoxine 二顆) 來比較。結果在 misoprostol 組，能看到子宮頸細胞移行區者有 15 位 (78.9 %)，而 pyridoxine 組只有 6 位 (30 %)，呈有意義的分別 (P = 0.004)，且不受患者的年齡、停經狀況和時間之影響。在 misoprostol 組中看到移行區的 15 人，有 11 人陰道鏡檢下看見典型的移行區，因抹片皆正常，故未做子宮頸切片；4 人為非典型 (atypical)

的移行區，其中3人抹片有異常，4人皆做了切片，結果3人呈良性，1人為CIN II；而看不清移行區的4人，抹片皆正常，子宮頸管搔括（ECC）亦為良性。在pyridoxine組中，看清楚移行區的6人，抹片皆正常，沒有做子宮頸切片；看不清移行區的14人中，13人抹片正常但ECC檢查，12人為良性，1人為惡性；另有1人異常抹片，經錐狀切片為CIN III。結論為：Cytotec可安全和有效的子宮頸軟化，使子宮頸移行區由看不清變成看的清楚，避免不必要的ECC或子宮頸切片，故對看不清移行區的病例，應先考慮在陰道置放Cytotec後，再做陰道鏡檢。

二、同時使用mifepristone和misoprostol做早期藥物流產的方法：

對早期流產藥物，許多報告都是先口服600 mg mifepristone (RU 486)，36-48小時後再口服400 µg misoprostol，完全流產成功率在87-96.9%。Mifepristone口服後被吸收很快，1-2小時後血清便達濃度的高峰（peak），其半衰期在24-48小時之間，因此口服一次便足夠。研究顯示，mifepristone使用100mg至800 mg，其在高峰的濃度是相差不多的。因此在許多早期懷孕藥物流產計劃，已採用200 mg mifepristone。

最近研究顯示，在早期藥物流產用mifepristone後，使用misoprostol的時間，由原來的36-48小時縮短至6-8小時，成功率相似。甚至二藥同時使用，結果仍很好。另有研究顯示，陰道使用misoprostol後，其生物活性比口服高3倍，表示經陰道使用之效果比口服為佳。Kahn等綜合多篇文章，認為口服misoprostol的不完全流產率為6.4%，而陰道使用時只有2.1%，故認為陰道置入優於口服使用，其它報告亦類似。2006年，Li等發表90位懷孕7週內的婦女，同時口服mifepristone 200 mg和陰道後穹窿置放misoprostol 400 mg，結果88人（97.8%）完全流產，僅2人（2.2%）因不完全流產接受了子宮搔刮術治療。副作用有腹痛、噁心、嘔吐、發燒、發抖、頭痛和腹瀉，但大多在可以接受的程度。

至於單獨選擇陰道使用misoprostol是否也有很高的流產成功率？2002年Jain等報告在250位懷孕56天內之婦女，使用口服mifepristone 200 mg和陰道置放800 µg misoprostol（group 1）；與單獨陰道置放800 µg misoprostol（group 2）做比較。結果在group 1之成功流產率為95.7%（114/119），而group 2則只有88.0%（110/125），二者在統計上呈有意義差別（ $p < 0.05$ ）。

2005年，Murthy等首先報告，在40位懷孕在7週內之婦女，以口服200 mg misoprostol後，同時在陰道置放800 µg misoprostol，結果在第2週時完全流產率為98%。只有1位婦

女因不完全流產接受了子宮搔刮術。結論為在懷孕 7 週內婦女，同時間使用 mifepristone 和 misoprostol，有很好的效果。Li 等的研究結果完全流產率 (97.8 %) 與之相近。

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 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, 同時間給予 mifepristone 和 misoprostol, 與傳統二藥相隔 36-48 小時給藥, 結果相近。此文章因婦女懷孕週數分別為 50 to 56 天懷孕 (8 週) 和 57-63 天懷孕 (9 週), 比 Murthy 等報告所採用 < 49 days' gestation 之週數較大, 所以效果稍差, 容易理解。

2006 年, Kapp 等報告在 39 位懷孕 56 天 (9 週) 內婦女, 用更低劑量口服 100 mg mifepristone, 和同時陰道置放 800 μ g misoprostol。經 2-7 天後回診檢查, 3 週後以電話評估症狀和接受度。結果完全流產率為 90 %, 有 4 位婦女需接受子宮搔刮。由服藥至流產平均時間為 7 h。大部份婦女 (92 %) 表示在診間一次使用全部藥物是很理想的方法。結論: 對懷孕 7 週內的藥物流產, mifepristone 100 mg 與 vaginal 800 μ g misoprostol 同時使用, 流產成功率仍很高。



三、藥物流產失敗後之救援治療：

在 2002 年, 美國 Food and Drug Administration 通過在懷孕 49 天內, 可以用 mifepristone 和 misoprostol 作藥物流產。使用方法為先口服 600 μ g mifepristone, 48 小時後再口服 400 μ g misoprostol, 如果 4 小時內子宮妊娠物沒有排出, 則再口服 200 μ g misoprostol, 完全流產率為 97-98.7 %, 一般被認為是一種安全和有效的流產方法。如果藥物流產失敗, 便考慮做外科手術流產, 來終止懷孕。

2007 年, Li 等報告, 為 375 位懷孕婦女實施藥物流產, 所有婦女都先經陰道超音波檢查, 證明為子宮內 > 7 週的妊娠。使用流產的方法為先口服 600 mg mifepristone, 48 小時後再口服 400 μ g misoprostol。如 4 小時內沒有排出, 則再口服 200 μ g misoprostol 一次。7 天後追蹤, 結果有 19 位 (5.1 %) 婦女失敗, 其中包括 6 位為出血量多之不完全流產, 13 位為繼續懷孕。經解釋後, 6 位不完全流產和 2 位繼續懷孕婦女接受了子宮搔刮術, 其餘 11 位繼續懷孕的婦女 (包括 8 位可以觀察到胚胎心跳), 在陰道置放 1000 μ g misoprostol 及口服止痛藥, 結果有 10 位 (90.9 %) 婦女完全流產, 1 位因兩週後仍有出血, 患者要求做子宮搔刮術。從放藥後至開始出血時間平均為 2.5 小時 (1.5-4.5 小時), 平均出血時間為 12.5 天 (8-22

天)，副作用包括腹痛（81.8%）、腹瀉（72.2%）、發抖（54.5%）、發燒（45.5%）、噁心（45.5%）、嘔吐（27.3%）、頭暈（27.3%），但多為輕度至中度，不需特別治療。

文獻上報告，早期懷孕之藥物流產成功率約在 95%。當藥物流產失敗後，通常是以外科手術治療來終止妊娠。2001 年，Carbonell 等報告在 300 位、懷孕 6-9 週之婦女，單獨以陰道置放 1000 μg misoprostol，結果完全流產率為 93%，與 Li 等的結果相近。救援流產方法成功率高之原因可能為：(1)使用高劑量 misoprostol；(2)陰道置放 misoprostol，其生物活性較口服高出 3 倍；(3)懷孕週數 ≤ 7 週。陰道置放 1000 μg misoprostol 作藥物流產所產生的副作用，病患大多可以接受。

結論為早期藥物流產如失敗，可考慮先以陰道置放 1000 μg misoprostol，來取代子宮刮治術。文獻上以高劑量陰道置放 misoprostol 作救援治療之報告雖不多，但確可避免因手術所產生之麻醉、出血、感染和穿孔的風險，值得一試。

四、輸卵管攝影前之子宮頸軟化：

2007 年 Li 等報告 5 位婦女，因子宮頸狹窄接受輸卵管攝影（HSG）失敗，在陰道後穹窿放置 400 μg misoprostol，4 小時後再重做皆能成功，此可避免擴張子宮頸之疼痛及子宮穿孔的危險。

五、治療早期懷孕失敗：

目前，治療早期懷孕失敗（包括空胚懷孕、過期流產、不完全流產和不可避免自然流產）多採用子宮搔括術，但最近文獻中已出現用藥物來完成流產的作法。

(一) 陰道使用 misoprostol：

- (1) 2005 年，Zhang 等報告 490 位早期懷孕失敗之病例，以 800 μg misoprostol 置放在陰道後穹窿，3 天後回診，如妊娠物尚未完全排出（包括陰道超音波下可見妊娠囊或子宮內膜厚度 > 30 mm），則再在陰道放 800 μg misoprostol，5 天再返診，如仍屬不完全流產，再以真空吸引治療，結果在第 3 天的完全流產率為 71%（346/490 人），第 8 天為 84%（412/490 人）。另外在 161 位早期懷孕失敗者，以真空吸引治療，仍

有3%失敗(5/161人)。結論為：以陰道 misoprostol 治療早期懷孕失敗，乃一安全和可以接受的方法，成功率約84%。

(2) 2006年，Creinin等報告485位早期懷孕失敗者，Zhang等相同之方法治療。他們分析影響治療成功的因素有：(I)胎次，parity為0成功率有88.4%，parity為1成功率有84.5%，parity為 ≥ 2 成功率有78.6% ($P = 0.059$)；(II)陰道在24小時內出血者，成功率為87.5%，沒有出血者為79.2% ($P = 0.018$)；(III)24小時內有腹痛者，成功率為92.2%，沒有腹痛者為82.1% ($P = 0.08$)；(IV)Rh為陰性者，成功率為94.3%，陽性者為83.3% ($P = 0.042$)。結論為：陰道放置 misoprostol 治療妊娠失敗，在某些條件下，如未生育過、有出血、有腹痛或Rh陰性，成功率可高至92%。

(3) 2005年，Agostini等報告318位早期妊娠失敗者，先經陰道置放800 μg misoprostol，24小時後以超音波檢查，流產成功率為65%，如子宮內仍有妊娠囊或內膜厚度 > 15 mm，則以子宮搔刮術治療。分析各種成功有關因素，只有在低產次(parity)者成功率高有意義，成功者之parity平均為1.3，失敗者為1.92 ($P = 0.005$)，其它因素如懷孕次數(gravidity)、陰道生產、年齡、懷孕週數、冠臀徑(CRL)、曾自然流產次數和妊娠囊之大小等，在統計上皆無意義。

(二) 口服 misoprostol：2005年，Ngoc等對300位不完全流產患者，比較一次口服600 μg misoprostol者；與4小時後再加服一次，即共服1200 μg misoprostol者比較。不完全流產指此次懷孕中，過去或現在有出血，子宮頸已有擴張，妊娠物存在或不存子宮頸或陰道，超音波子宮內 echogenic mass > 12 mm等。服藥後第3天，如子宮內仍有妊娠物 (echoic mass > 12 mm) 或多量出血，可考慮手術治療，患者不願手術可多等待至第7天，7天仍有妊娠物則以手術治療。結果在600 μg 組完全流產率為95.3% (142/150人)，1200 μg 組為93.8% (137/150人)，兩組在統計上沒有差異，副作用輕微，可以接受。結論為對不完全流產，口服600 μg 一次即很有效、為安全和可接受之治療方法。

(三) 使用 RU486 和 misoprostol：

(1) 2006年，Schreiber等對30位早期懷孕失敗的婦女，先予口服200 mg mifepristone (RU486)，24小時後再經陰道置放 misoprostol 800 μg ，同時並予止痛藥，包括codeine、ibuprofen、acetaminophen等。然後在24小時和1週後以陰道超音波評估，結果完全流產率為93%，副作用包括噁心(47%)、嘔吐(33%)、腹瀉(27%)、發燒/發抖(47%)。結論為mifepristone和陰道 misoprostol 的使用對早期懷孕失

敗者效果不錯。

- (2) 2006年, Stockheim等治療早期懷孕失敗者, 包括: 第一組: 口服mifepristone 600 mg; 第二組: 口服misoprostol 800 µg; 兩組患者在48小時皆可再使用口服misoprostol 800 µg, 兩天後再評估。結果完全流產率在第一組為65.5% (38/58人), 第二組為73.6% (42/57)人, 沒有患者發生嚴重感染或出血。結論為: misoprostol用在早期懷孕失敗者可取代約2/3之子宮搔刮術, 效果比mifepristone為佳。

六、有巨大肌瘤之流產：

2005年, Li等報告一位懷孕6週的婦女, 子宮卻有24 x 18 x 12 cm大, 證明有許多肌瘤, 胚囊位於子宮底部, 10 x 10 x 9 cm的大肌瘤位於子宮下段, 使子宮搔刮術極度困難, 故先口服mifepristone 200 mg, 48小時後再口服misoprostol 600 µg, 但2天後胚囊仍然完整, 於是再在陰道置放misoprostol 1000 mg, 4小時後有陰道開始出血, 經8天追蹤, 流產成功, 出血量約100 mL。

結 論

文獻上報告misoprostol用在婦產科, 已超過25年, 現有文獻已達數百篇, 台灣允許用在早期流產, 美國婦產科學會和食品藥物管理委員會(FDA)更同意可用在足月產婦, 但在藥物說明文中卻註記, 孕婦為禁忌症。實際上, 在許多婦科難以處理的病例中, 使用misoprostol有其好處, 婦產科醫師如熟悉此藥的藥理, 善加使用, 有時確能解決一些棘手的難題。

參考文獻

1. Aggarwal R, Suneja A, Agarwal N, et al: Role of misoprostol in overcoming an unsatisfactory colposcopy: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. Gynecol Oncol Invest 2006; 62: 115-20.

-
2. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al : A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 761-9.
 3. Creinin MD, Huang X, Westhoff C, et al : Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstet Gynecol* 2006 ; 107 : 901-7.
 4. Agostini A, Ronda I, Capelle M, et al : Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertil Steril* 2005 ; 84 : 1030-2.
 5. Kahn JG, Beaker BJ, Maclsaal L, et al. The efficacy of medical abortion : a meta-analysis. *Contraception* 2000 ; 61 : 29-40.
 6. Marions L : Mifepristone dose in the regimen for medical abortion. *Contraception* 2006 ; 74 : 21-5.
 7. Schaff E : Evidence for shortening the time interval of prostaglandin after mifepristone for medical abortion. *Contraception* 2006 ; 74 : 42-4.
 8. Jain JK, Dutton C, Harwood B, et al : A prospective randomized, double-blind, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Hum Reprod* 2002 ; 17 : 1477-82.
 9. Murthy AS, Creinin MD, Harwood B, Schreiber C : A pilot study of mifepristone and misoprostol administered at the same time for abortion up to 49 days gestation. *Contraception* 2005 ; 71 : 333-6.
 10. Schreiber CA, Creinin MD, Harwood B, Murthy AS : A pilot study of mifepristone and misoprostol administered at the same time for abortion in women with gestation from 50 to 63 days. *Contraception* 2005 ; 71 : 447-50.
 11. Kapp N, Borgatta L, Ellis SC, Stubblefield P : Simultaneous very low dose mifepristone and vaginal misoprostol for medical abortion. *Contraception* 2006 ; 73 : 525-7.
 12. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, et al : A randomized controlled study comparing
-

600 versus 1200 µg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. Contraception 2005 ; 72 : 438-42.

- 13.Li YT, Chen TH, Kuo TC : Cervical softening with vaginal misoprostol before hysterosalpingography. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007(in press).
- 14.Li YT, Chen TH, Kuo TC : Vaginal misoprostol for salvage therapy after failed medical abortion. Int J Obstet Gynecol 2007 ; 96 : 52-3.
- 15.Li YT, Chen FM, Chen TH, et al : Concurrent use of mifepristone and misoprostol for early medical abortion. Taiwanese J Obstet Gynecol 2006 ; 45 : 325-8.
- 16.Schreiber CA, Creinin MD, Reeves MF, et al : Mifepristone and misoprostol for the treatment of early pregnancy failure : a pilot clinical trial. Contraception 2006 ; 74 : 458-462.
- 17.Stockhein D, Machtinger R, Wiser A, et al : A randomized prospective study of misoprostol or mifepristone followed by misoprostol when needed for the treatment of women with early pregnancy failure. Fertil Steril 2006 ; 86 : 956-960.

板橋婦產科診所

徵 求

婦產科代診醫師

請電: 0982263800

0911366632



問 答 題

- 一、文獻報告，misoprostol 以陰道使用之生物利用率 (bioavailability) 為口服之幾倍？
- (A)一倍 (B)二倍 (C)三倍 (D)四倍
- 二、有關口服 mifepristone (RU486) 100-800 mg，下列何者為對？
- (A)口服 800 mg 者，血清高峰濃度最高
(B)口服 100 mg 者，血清高峰濃度最低
(C)口服 600 mg，血清高峰濃度高過口服 200 mg
(D)高峰濃度相差不多
- 三、根據文獻報告，口服 RU486 後多久，再使用 misoprostol 之效果做好？
- (A)36-48 小時 (B)6-8 小時
(C)同時間，但 misoprostol 需陰道使用 (D)上述三者皆對
- 四、文獻上認為 misoprostol 除用作流產藥物外，尚有哪些功效？
- (A)幫助陰道鏡檢查 (B)幫助輸卵管攝影
(C)幫助放置避孕器 (D)以上皆是
- 五、根據 Li 等報告，藥物流產失敗以陰道置放 misoprostol 1000 μ g，其成功率約為多少？
- (A)90 % (B)75 % (C)60 % (D)45 %

第 126 期通訊繼續教育

C 型肝炎與懷孕

答案：一、(A)；二、(D)；三、(C)；四、(D)；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

◎127 通訊繼續教育答案◎

題目：Misoprostol 臨床上最新用途

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			

彰化縣皓生醫院

誠徵

婦產科醫師，保障底薪
待遇優，環境佳可輪班

意洽電話：(04) 8379560 邱小姐

傳真：(04) 8355547

■會員園地

子宮內膜癌一定要切除子宮嗎？

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

子宮內膜癌的發生年齡平均為 55 歲，標準治療方法係切除子宮和兩側輸卵管卵巢，但有 2.1-14.4 % 患者年齡在 40 歲以下¹。這些患者如希望保留生育能力，在某些早期病灶是可以考慮的。我們過去曾撰文討論子宮內膜癌的保守治療²，特參考最近文獻再作回顧，以供同仁參考。

一、2004 年 Ramirez 等³統計 27 篇文章，得 81 位分化良好 (grade 1) 的子宮內膜腺癌病例，病患平均年齡為 30.5 歲 (15-86 歲)，診斷主要由子宮內膜搔刮，其中僅⁴ 例送雌激素和黃體素接受器 (ER, PR) 檢查，皆屬陽性。接受荷爾蒙治療之藥物包括：medroxyprogesterone acetate (36 位，44 %)、megestrol acetate (28 位，35 %)、17 α -hydroxyprogesterone (5 位，5 %)、oxyprogesterone acetate (3 位，4 %)、hydroxyprogesterone acetate (3 位，4 %)、和其它黃體素 (6 位，8 %)。

結果，經平均 24 週 (4-172 週) 之荷爾蒙治療，62 位 (76 %) 平均經 12 週治療後有效，其中 47 位 (76 %) 未復發，患者平均 30 歲 (15-86 歲)，另 15 位 (24 %) 經平均 19 個月 (6-44 個月) 後復發，平均年齡 31 歲 (26-40 歲)。對 15 位復發者，7 位再接受黃體素治療，5 位有第 2 次完全良好的反應，在平均 46 個月 (36-90 個月) 追蹤中，沒有復發病灶發現，餘下 2 位，1 位接受子宮切除，發現為第一度類子宮內

膜腺癌，另 1 例失去追蹤。其它 6 位復發者也接受了手術治療，病理證明皆屬第一度類子宮內膜腺癌，沒有轉移之病灶。19 位對荷爾蒙治療從未有反應者，除繼續荷爾蒙治療外，最後 15 位接受了手術子宮切除，病理皆有殘留之子宮內膜癌，其中 4 位並接受化學治療。最後共有 20 位婦女懷孕，其中 16 位婦女共產下 21 名存活嬰兒。最後有 73 位能接受追蹤，平均追蹤 36 週，除 1 位失聯外（當時情況很好），其它皆存活。結論為分化良好之類子宮內膜癌，採用荷爾蒙治療大多有良好反應且可生育，即使治療失敗或復發，病灶很少擴散。

二、2005 年，台北三總張等⁴報告一 35 歲女性，因陰道出血而接受子宮內膜切片，病理為分化良好的類子宮內膜腺癌，磁振攝影顯示沒有子宮肌肉層的侵犯。由於病患希望保留子宮，每週予兩次 500 mg medroxyprogesterone acetate (Farlutal)，3 個月後內膜切片仍有病灶，再治 3 個月後，內膜切片已沒有殘餘的癌細胞，陰道超音波也顯示內膜無異常增厚。此例尚無追蹤之結果。

三、2005 年，長庚醫院 Huang 等⁵報告一位 36 歲未生育之婦女，因子宮異常出血，接受了子宮內膜搔括，病理報告為第一度分化之子宮內膜腺癌，超音波、磁振攝影和子宮鏡檢均顯示為第一期。由於病患希望保留生育能力，於是每天口服 160 mg megestrol acetate。一個月後，超音波和子宮鏡證明仍有病灶，病理與前次相同，ER 為陽性 (+++)，PR 為陰性 (-)。於是改予每天口服 20 mg tamoxifen 和每個月注射 3.75 mg depo leuprolide acetate，兩個月後，子宮內膜只有局部腺體增生。繼續用藥 4 個月後，內膜切片顯示複雜性內膜增生和局部腺癌病灶。在子宮內膜癌復發的診斷下，病患接受了 ATH + BSO 和分期手術。最後病理檢查除腺癌外，並有鱗狀上皮細胞之分化不良，子宮肌肉層有 1/3 侵犯，右側卵巢有 2 x 2 mm 類子宮內膜腺癌組織，腹腔細胞沖洗則為陰性。術後予 Paclitaxel (175 mg/m²) 和 Cisplatin (60 mg/m²) 6 週期之輔助治療。結論為早期子宮內膜癌術前檢查沒有轉移並不可靠，治療中仍可能發生轉移。該作者並強調此病患做了子宮鏡檢查（4 次），可能將癌細胞沖到腹腔中。

2005 年，Niwa 等¹對早期子宮內膜癌保守性治療者，做了一長期的追蹤。12 位早期子宮內膜癌患者，均具備下列條件：(1) < 40 歲；(2) 未曾生育；(3) 病理屬第一度分化子宮內膜腺癌；(4) 黃體素接受器陽性；(5) 血清 CA125 < 35 IU/mL；(6) 超音波和磁振攝影顯示沒有肌肉層侵犯或子宮外的轉移病灶；(7) 極希望將來懷孕。病理檢查 10 例為子宮內膜腺癌和 2 例為腺鱗狀上皮細胞 (adenosquamous cell) 癌，全部皆為分化第一度。患者均每天口服 400-600 mg medroxyprogesterone acetate，每個月做一次子宮搔刮術。

治療最短 6 個月，一位 8 個月，一位 10 個月，結果全部完全有效。除 2 位為未婚獨身者外，其餘 10 位病患中有 7 位懷孕，5 位婦女產下 6 例存活嬰兒（1 例為雙胞胎），另一例流產，一例在 22 週胎死腹中。

9 例經過平均 30 個月的長期追蹤，高達 8 例復發，其中 4 例接受了手術，包括 1 例有卵巢轉移。其餘 4 例中有 3 例再重複保守性治療，另一例接受化學治療得到完全反應，且產下一足月嬰兒。全部 12 位病例，皆沒有發生遠端轉移或死亡。結論為經選擇之子宮內膜癌患者可以採用保守性治療，但必須長期嚴密追蹤，因為復發率很高。對此類患者，許多作者仍主張在生育完成後，應切除子宮⁶，卵巢是否切除則頗有爭議。Gitsch 等⁷報告在 < 45 歲子宮內膜癌患者，29.4 % (5/17) 同時有卵巢癌，另外 17.7 % 有卵巢之轉移病灶。如卵巢不切除，荷爾蒙繼續分泌是否易使病灶復發？或如上述有兩病例，發生病灶轉移到卵巢。如切除卵巢，則對荷爾蒙或類荷爾蒙之補充，如 SERM（鈣穩）或利非亞（tihelone）等，術前應將利弊與病患說明。

結 論

婦癌除晚期卵巢癌外，大多可經手術治癒，唯手術傷害女性自我形象及生育能力則屬重大事件，保守療法自屬醫師應優先評估的方法。事實上，包括早期生殖細胞卵巢癌、低惡性卵巢癌、絨毛膜癌、早期子宮頸癌、以及本文說明的早期子宮內膜癌，都是可先採保守療法者，現今的醫學倫理和社會價值觀均重視病患的期望。醫師必須慎重選擇，才能給予最好的服務。

參 考 文 獻

1. Niwa K, Tagami K, Lian Z, et al: outcome of fertility-preserving treatment in young women with endometrial carcinomas. BJOG 2005; 112: 317-320.
2. 李耀泰, 陳福民, 關龍錦等: 子宮內膜癌的保守治療. 中華民國婦癌醫學雜誌 2005; 4 月: 1-5.
3. Ramez PT, Frumovitz M, Bodurka DC, et al: Hormonal therapy for the man-

agement of grade 1 endometrial adenocarcinoma: a literature review. Gynecol Oncol 2004; 95: 133-138.

4. 張蔚熙, 張芳維, 王利生等: 高劑量黃體素治療子宮內膜癌的案例報告. 中華民國婦癌醫學雜誌 2005; 4月: 6-10.
5. Huang SY, Jung SM, Ng KK, et al: Ovarian metastasis in a multiparous woman with endometrial adenocarcinoma failing conservative hormonal treatment. Gynecol Oncol 2005; 97: 652-655.
6. Benshushan A: Endometrial adenocarcinoma in young patients: evaluation and fertility-preserving treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117: 132-137.
7. Gitsch G, Hanzal E, Jensen D, et al: Endometrial cancer in premenopausal women 45 years and younger. Obstet Gynecol 1995; 85: 504-508.

新竹婦產科診所 誠徵 專科醫師

歡迎年輕有熱忱之婦產科醫
師一起共創未來
只看門診不接生、週休
二日、適合女性

意洽: 03-523-3355

轉 205 姜小姐或陳小姐

e-mail: stork.lai@msa.hinet.net

北縣婦幼聯合診所

徵 45 歲以下
婦產科專科醫師
女醫尤佳
合作亦可

請洽: 0930-993166
0989-625241

養生延壽長壽之道

巫世平

當你失去擁有的時候，才知道擁有的是多麼珍貴，當你有當病人的時候才知道健康是多麼重要，我們以醫師的角度看病人的時候真的有時很難同理心去了解病人的痛苦。一位敬愛的學長，一位可敬的學弟相繼辭世，尤其陳秘書長在馬偕醫院告別式，其兄長述說其抗病過程共開刀拾餘次的過程也令我聽了難過（雖然我已閱“人”無數）。拾餘年了，有幸另闢跑道進入行政法醫領域，可說是完成了 full course 的 training（生—老—病—死），在這拾餘年相驗的日子裡，除了我們專業之婦產科外，更對我們全身各系統有進一步之關心了解，人人都說但願人長久千里共嬋娟，人人都活百歲共享天倫，但實際上，上了年紀若是不健康，終日臥床，六管纏身（鼻胃管、尿管、肛管、氣管、腦引流管、靜脈管），不但無法共享天倫，且造成家庭重大之負擔，所以要長壽，更要長壽且健康，健康不是不可得，健康必須從一出生就開始保養，使得老化之過程延緩，使得老、病、死延後。綜合拾餘年來之感想提出數點與同業共享。

- 一、要 ENT (EASY NO TENSION) 要減壓，壓力是造成腎上腺持續分泌過高腎上腺素類固醇之原兇（此兩種荷爾平時是救急及消炎時急救藥），而此兩種荷爾蒙又是造成對大腦神經受損老化之原兇，所以舒壓是我們生活之一大課題，各種有形無形之壓力必須設法兵來將擋，以各種方法將壓力降低，如：體能活動，藝文活動（音樂、美術、文學等），以這點來說婦產科生涯是很不健康的職業科目，如自己單打獨鬥之診所，幾乎整日是保持在壓力狀態下的（上班醫師或許好些）。
- 二、睡眠要充足，每日要讓大腦適當之休息，大腦之生理時鐘一定要準時運作，不可提前不可延後，要準時睡覺、準時起床、準時吃飯、準時如廁，如此神經系統正常運作，可保各系統正常運作，減緩老化，及減少疾病之發生。中午最好小睡半小時。
- 三、預防噪音，每日眼球按摩，每日清洗鼻孔，每飲食後必須用牙線牙刷（牙週病是掉牙之主因，而掉牙是老化衰老之重要原因），如廁後必洗屁股（屁股用衛生紙一定不能擦乾淨，洗屁股比洗臉重要），未裝洗屁股設備之同業請速裝，常出國旅遊不是很健康的，有位我們尊敬的台大醫學院教授 20 年來為了肛門漏管開了拾餘次刀，痛苦不堪，為了不方便上班洗屁股已提早退休。

四、維持合適之體重，代謝症候群除了遺傳外，跟體重有一定的關係，一定要少鹽少糖少油，由肉食動物回到草食動物，要能美食當前不動如山，如美女在前，不動如山。足夠的體能運動，以游泳、騎腳踏車、慢走較好（其中又以每日一萬步以上之慢走最好，請每日帶計步器計算，其他之運動可以說都會造成運動傷害，尤其造成關節韌帶之受傷，關節韌帶受傷造成行動不便，臥床是造成老人致命之主因。運動可延緩骨質疏鬆但對關節有損傷，故步行是採中庸之道，對身體是最好之運動，且我們身體設計是為走路而設計的。跑步是避難用的，走路要柔軟鞋放高的鞋墊，年老的最好能穿彈性襪，預防靜脈曲張。

五、脊椎保養很重要，椎間盤脫出，脊椎滑脫，脊椎管狹窄是老人神經病變之主因，正確之坐姿、站姿、適當之背墊、護背護膝是很重要的。切記不要做彎腰之運動。

六、注意血壓每日最少 QID 量血壓脈搏，注意脈搏脈動壓，維持適當之 stroke volume，減少心肌負擔。年長的最好能穿彈性襪預防靜脈曲張，血壓一定維持在 120/80 以下（不管幾歲），長期高血壓對血管內皮造成一定之傷害，心跳加快，爬樓梯上 2 樓會喘、頭昏、胸悶、心律不整，是重要警訊，必須趕快做心血管系統嚴密之檢查，心血管原因還是猝死之主因。

七、定期做 GOT GPT BUN CREATINIE, CHO, TO, UA 及 UR 檢查，（尤其 UR 之蛋白尿，微白蛋白尿是非重要的），（肝臟、腎臟、心臟之掃描）。

八、每年適當腫瘤標記篩檢，每年 chest/p A，幾年做適當之內視鏡檢查。

九、出現不正常之症候應趕快尋找正確之醫療資源（這點可能是我們同業比較優勢之地方，醫界可說是大家庭，不是兄弟朋友就是學兄學弟。）

十、有病時一定要按時服藥，醫師最怕藥有副作用，常是最不好之病人。從年輕時開始每月補充一顆維他命補充微量元素，可能對老年失智症有延緩的作用，可能對提高免疫力有幫助，免疫衰竭引起敗血症常是最後之死因。

希望以上幾點對我們同業健康長壽有幫忙，寫於 2007.3.24 台大國際會議中心晚宴後。

PS1 當久沒見的長者，在會議中心看到，大家都頭髮變白，臉上皺紋增加，走路緩慢，加上聽到有些同業辭世有感而寫。

PS2 天天看美麗之影像，聽美之聲音，吸乾淨空氣，口吃有益身體健康之食物，講好聽的話，存好的念頭，天天好眠，天天快樂，永保健康平安，與病人建立良好的醫病關係，即可避免不必要的醫療糾紛。

PS3 希望以後有機會，晚宴可搬到國家音樂廳，把吃飯之錢省下，招待全體會員及眷屬，能享受一場高水準之音樂享宴。

京都年會

台大醫院婦產部 何積泓

今年的日本婦產科醫學會年會是在京都舉行，在年會正式進行之前，日本婦產科醫學會籌劃了一個國際青年醫師研討會，邀請了美國、加拿大、德國、南韓、菲律賓以及台灣共廿七位參加。很感謝學會提供了我們這個機會參加，一方面可以和世界各地的婦產科同業分享經驗，討論面臨的問題；另外一方面還可以參加日本的婦產科年會，吸收一些新知，都是我們求之不得的。所以在四月十二日，我們在楊友仕理事長及謝卿宏祕書長的帶領下，興高采烈地前往日本關西，展開一場豐富的知性之旅。

到了日本關西國際機場，原本以為日本方面會有人來接機，沒想到卻是要我們自己想辦法到京都，大概是因為這次的年會邀請到的外國醫師與學者太多了，所以沒有能夠安排接機，這大概是整個行程中唯一美中不足的一點。不過之後不論是飯店的食宿還是行程的安排，日本方面都規劃的十分完善，讓我們盡興而歸，真的很感謝他們的用心！

第一天晚上日本學會有安排了一個簡單的接風晚宴，宴請來參加國際青年醫師研討會的醫師們，先讓大家有個互相認識的機會。與我同席的有兩位德國醫師還有兩位菲律賓醫師，德國的兩位朋友都是專攻婦科腫瘤醫學，而且包含骨盆腔器官癌症以及乳癌。乳癌已經是婦女盛行率最高的惡性腫瘤了，乳房醫學絕對是個越來越重要的學門，我想這也是值得台灣的婦產科先進們努力的一個方向。菲律賓的兩位朋友則是以產科為主，可能是因為民情與台灣不同，她們的剖腹產率只有百分之十五到二十，台灣若想要降低剖腹產率，我想菲律賓應該是有一些值得借鏡的地方。

國際青年醫師研討會在第二天下午正式登場，連同五十六位日本醫師，我們一共分為九組，在一個大會議廳裡進行討論。可惜的是會場的隔音狀況非常糟(因為根本沒有隔音)，每組都使用擴音器的情況下，要很費力才能聽清楚，我想這點是將來要舉辦類似活動時必須注意的地方。研討會的第一部份是自我介紹，第二部份是分組討論早產安胎、口服避孕藥、還有婦產科醫師的未來這三個題目，第三部份是最有趣的部份，以組為單位回答主辦單位提出的問題。我們這組的組長早在一個月前就用電子郵件安排好每個醫師要準備的題目，並要求製作簡報檔

案，在討論時組長也把時間控制的很好，因此整個研討會的流程十分順暢。每個小組都有一位日本的老師負責指導，不過我們那一組的老師從來沒有發言，大概是因為我們的組長表現的不錯吧。

我參加的那組有一個美國醫師還有一個菲律賓醫師，還有六位日本醫師。以早產來說，我們和美國、菲律賓的原則差不多，會給安胎藥及類固醇，但是日本卻有許多不同的方式，有的醫院會在每次產檢都進行陰道超音波測量子宮頸長度，有的醫院會用urinary trypsin inhibitor 灌洗陰道治療早產，有的醫院在安胎前會常規進行羊膜穿刺排除子宮內感染，還有醫院完全不給類固醇。只不過目前還沒有一個完整的研究來討論這些方式的優缺點，希望他們能找出更好的辦法來克服早產，造福所有的產婦。

口服避孕藥的使用在菲律賓及美國都相當的普遍，不過在台灣及日本使用都不到百分之五，日本的首相安倍晉三更曾經發表過強烈反對避孕藥的言論，我想這和民眾保守的態度很有關係，雖然明知口服避孕藥有許多好處，但是卻不喜歡「吃藥」的感覺；而口服避孕藥的副作用發生率極低，媒體卻樂於渲染誇大，反而讓婦女更容易承擔意外懷孕的痛苦，這應該是婦產科醫師們需要更積極向社會大眾宣導教育的重點。

而婦產科醫師的未來，不同的國家會有不同的處境，但是人力的缺乏似乎是全世界共通的問題。台灣和日本都面臨生育率下降的問題，但是婦產科的工作型態卻讓年青醫師卻步；美國的生育率並不低，但是醫療糾紛問題卻是最嚴重的，連住院醫師都有三分之一牽涉到醫療糾紛；菲律賓的生育率很高，但是由於城鄉之間生活水準的差異很大，全國有百分之三十四的生產是找沒有執照的產婆來接生，成為整體國家醫療上一個很大的問題。我想美國現在的處境就是我們將來的處境，學會也很積極在為推動婦產科責任保險而盡心，這是需要我們共同來為自己的權益而努力的。

最後的分組答題，考驗著全組的合作，也加深了全組的感情。有一些題目是沒有標準答案的，每個組員都有自己的想法，就看誰能說服全組選出答案；有一些題目則是靠大家猜測出最有可能的答案；最有趣的是考 Cusco 的來源，原來是一位法國的 Cusco 先生改良了陰道擴張器，才留下了這個名字。看的出來日本醫學會很用心來籌辦，兼具趣味性與知識性。當天晚上有一場卡拉 OK 晚會，請所有參加研討會的醫師出席，也讓整個研討會劃下一個完美的句點。

接下來的三天是日本婦產科的正式年會，第一天的內容完全是以日語進行，因此日本方面特別招待外國醫師及學者去參觀美秀博物館。這個博物館在台灣知名度不高，但卻是由享譽國際的華裔建築師貝聿銘所設計的，位在距離京都一個多小時車程的深山裡。其中的展示品都是日本一個宗教團體「神慈秀明會」創辦人的個人收藏，包括日本的茶道藝術品，還有古代南亞、西亞、羅馬及埃及地區的藝術品。這座博物館的精神在於與自然融合為一，因此主建築物有百分之八十是埋藏在地下的，而露出的部份則是貝聿銘特有的幾何架構，與周遭環境既協調

而又充滿特色。最特別的是博物館的入口前，貝聿銘參考了「桃花源記」中的描述，利用櫻花山徑、曲折隧道還有一座吊橋，營造出桃源仙谷的感覺，讓來訪的旅客彷彿擺脫了俗世的羈絆，進入人間仙境中。另外一項特色是博物館中所供應的食物，都是神慈秀明會眾在山谷中利用最自然的方式，不使用農藥或化學肥料而栽種出來的，健康而可口。雖然館藏並不是非常豐富，但是來到這裡就已經是一場令人感動的心靈之旅了。

正式年會的第一天晚上有個盛大的晚宴，大概有超過一千人參加，是採用自助餐的型式，不過並沒有座位，所有的參加者都是拿著酒杯站著，方便聊天應酬。晚宴還有許多表演節目，包括舞獅表演、森巴舞表演及爵士樂表演，顯然日本學會花了不少錢來舉辦。我們隨著學會的師長，拜會了許多日本婦產科的前輩，還有之前曾來我們年會演講的韓國的南教授，大家都很开心。我想今後我們與日韓兩國的交流應該會更加密切。

雖然年會大多是以日語進行，但還是有一些專題演講及一部份的海報發表是以英語進行，讓我們能夠參與。專題演講分為婦癌科、產科、生殖內分泌科及各國學會所面臨的挑戰四個場地。可是英語演講的會場裡，很明顯地參加的醫師少了許多，大概是因為日本的翻譯工作做得太好了，教科書及病歷寫作都是以日文為主，因此英文能力相對沒那麼強。但是換個角度看，日本的一般民眾都能夠看懂自己的病歷，也能閱讀醫學專門書籍，或許對醫病溝通來說是會有幫助的吧！

除了演講以外，日本年會的海報發表是令人非常印象深刻的，每張海報都有安排作者做三分鐘的報告以及兩分鐘的討論。總計超過七百張的海報張貼在大講堂裡，一群群的醫師依照不同的次專科，聚集在海報前聆聽，參與的情況十分踴躍。其中有一百多張海報是來自國外的，也有安排各國的學者來當主持人，讓我們有機會能聽聽世界各國最新的研究成果，收穫頗豐。

難得來到日本，我們當然也利用空檔參觀了一下京都的景色。京都是日本的古都，充滿了歷史文化遺產還有名山古寺，這個時後更是日本賞櫻的重要季節，在我們下榻的飯店大廳就立了一個牌子，說明京都各大景點櫻花開放的情況，非常的貼心。在這個充滿歷史情懷的城市，沒有高樓大廈，但是每條大街小巷都很有風味。京都有兩條十字交錯的地下鐵，我們住的飯店及會場附近就有地鐵站，交通十分便捷，但是票價大概是台灣的三倍。車站和車廂看起來都有點年紀了，但是保持的非常乾淨，可以說是一塵不染。到了觀光景點，地上也幾乎找不到一張紙屑，與台灣大不相同，讓我們玩得非常盡興，卻也很感慨，如果台灣要發展觀光產業，但是連基本的清潔都做不到，如何能夠吸引到觀光客呢？

最後一天晚上是在一家中國料理餐廳舉行告別晚宴，我們和許多外國的青年醫師利用這個機會交換名片，拍照留念，也期待將來能有再聚會的時候。這次的日本行給我們機會認識結交了不少外國友人，瞭解各國婦產科面臨的挑戰，也見識到了日本年會的盛況，真是成果豐碩。我衷心感謝學會給我這個機會，也期盼這類的國際交流能夠繼續延續下去。

參加日本婦產科醫學年會暨年輕醫師交流會議有感~~

淺談國際性產科危機

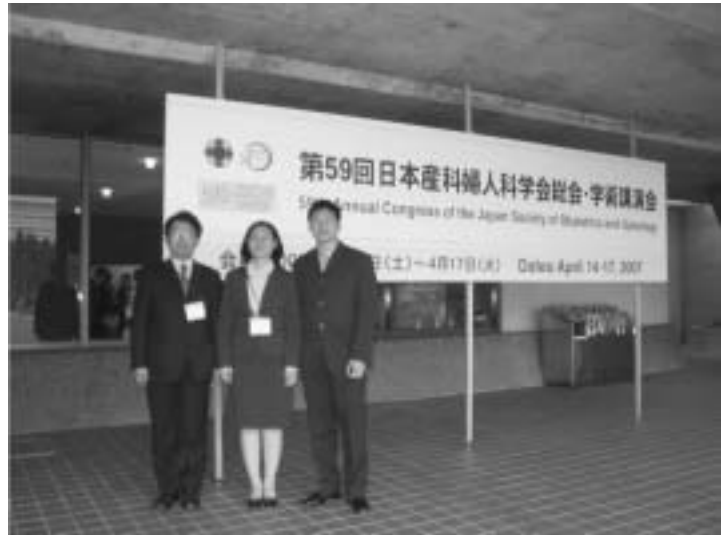
台大醫院婦產部產科研究醫師 周靜玉

在學會報名參加國際學術交流之前，就曾耳聞日本婦產科醫學會所辦的年輕醫師交流會議這個活動，內心無限嚮往。當時就對日本婦產科醫學會所舉辦的年輕醫師交流會議感到印象深刻，日本婦產科界對年輕醫師的用心，真是令人感動。今年有幸得以遠赴京都參加第 59 屆日本婦產科醫學年會(59TH ANNUAL CONGRESS OF THE JAPAN SOCIETY OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY)，以及年輕醫師交流會議(International seminar for junior fellows)，對替台灣在日本爭取到這個參與機會的婦產科前輩們，內心真是萬分感謝，前輩們苦心經營的國際關係，如今開花結果，除了加強台日韓婦產科界的關係以外，更讓台灣的年輕醫師，有這個機會跟更多國家接觸，打開自己的眼界、延伸自己的觸角。一趟京都之行回來，除了自己腦袋裡和行囊裡滿滿以外，還有滿滿的通訊錄和深深的感觸。

今年年輕醫師交流會議的主題主要有三項，第一為早產之處置與篩檢，第二為避孕藥物之使用，第三為婦產科醫師的未來。此三項主題我想均是目前日本婦產科界最關心的議題，其中最令我注目的是第三項議題。不若前兩項討論較偏向學術研究，第三項議題討論婦產科醫師的未來——一個看似不重要、但是你我卻都不得不重視的問題，顯然日本婦產科醫界前輩開始憂慮這個問題。這個議題不只在年輕醫師交流會議上出現，在日本自己的婦產科醫學年會裡，四個 international symposium 中就佔了一個，主題為" Status Quo of the Societies of Obstetrics and Gynecology"。會中邀請各國的婦產科醫師討論這項議題，包括德國、加拿大以及美國。看起來每個國家都有自己的問題，不過不外乎就是隨著生產數下降，婦產科醫師的需求降低。隨著生活水準的提高、民眾要求增加，婦產科醫師的醫療風險高、醫療糾紛多。隨著醫學生自主意識及享樂意識高漲，以婦產科為第一

志願者越來越少。隨著醫療預算緊縮，婦產科利潤越來越低。在各個次專科中，又以產科為甚。在不久的將來，大家可能會問一個問題，我們的孕婦應該由誰來接生？

日本提出的標題是"Obstetrics Crisis in Japan"，可見對日本而言，情形可能已達到"危機"的地步。而美國則說"Meeting Our Current Challenges in Recruitment and Training"。德國因為位處歐洲，其婦產科發展往往和歐洲其他國家息息相關，因此此次報告題目為"Gynecology and Obstetrics in Germany and Europe - Actual Situation in Education and Training"。在年輕醫師交流會議時，針對這個問題，德國醫師



也說，這是個"Obstetrics Crisis"。由於在類似公醫制度之下，德國醫師不同工卻同酬，薪水也不高的情況之下，50%的醫師傾向朝西發展，爭取更高額的待遇，更不用說勞累的婦產科醫師了。美國醫師說，婦產科醫師每年的醫療保險居高不下，醫療給付又低，工作又累，常常加班到很晚，因此也是越來越少人願意當婦產科醫師。當我問他是否後悔時，立刻出現一副視死如歸、壯士斷腕之神情，說他已經想的很清楚了...他就是當婦產科醫師。想來現在也只有這種烈士，願意獻身做婦產科醫師。日本婦產科醫師普遍以女性居多，但是詢問她們未來接生的狀況時，常常得到的回答是，通常結婚後就不太能出來接生，甚至看門診了。

其實一開始剛看到討論大綱時，對於此次年會居然大張旗鼓的討論這個議題時，有點訝異。一則以喜，一則以憂。喜的是大家終於開始正視這個問題，而且如此大張旗鼓，也許在不久的將來，在上位者看到這個擋不住的國際性潮流，能夠提出有效的對策加以因應。憂的是，果然這個問題還真是國際性，每一個國家都擋不了，我想大概沒有一科能夠像婦產科一樣，缺人缺到需要年會開闢一個討論會好好討論了。我自己則是認為儘管目前生產數不斷下降的事實無法改變，人類總是需要婦產科醫師來維護延續生命的安全，除非人類瀕臨絕種，或是已經進步到無性生殖或是體外養胎，否則我們悠久歷史所累積的產科技術，仍然需要傳承。由有甚者，為了我們更美好的下一代，我們需要更完整更好的產前診斷技術及治療，為了達到我們的進步目標，其實婦產科需要更多更優秀的人投入。以目前婦產科醫師下降的速度來看，也許已經遠遠超過生產下降的速度，也許在不久的未來，在大量

因應嬰兒潮下的婦產科醫師退休後，婦產科醫師短缺的問題就會更明顯的浮現出來，屆時是否因生產接生的醫師太少，物以稀為貴，導致生產費過於高昂，則值得觀察。在台灣常常有人開玩笑說，以後如果沒有台灣醫師幫忙接生，恐怕要找菲律賓的醫師，不過經過這次國際交流之後，我發現要找個菲律賓醫師還真不容易，聽菲律賓醫師說在菲律賓能由有執照的婦產科醫師接生，還真不算多呢。

除了大家共同的問題以外，藉由這個難得的機會，我們徹底了解到各個國家文化不同，產科處置上就出現極大的差異，而這也是相當有趣的事情。舉例來說：第一、我把我內心放很久的問題-水中生產-跟德國醫師提出，水中生產之前在台灣曾經宣騰一時，其危險性及安全性仍頗受爭議，但德國卻相當流行這樣的生產方式，德國醫師說他估計約有 5%~15%的孕婦選擇這種生產方式，至今他尚未遇過有傷口感染的問題。第二、日本醫師說他們 50%以上的早產安胎孕婦，都會接受羊膜穿刺檢查是否有絨毛羊膜感染，他們表示至今尚未遇過有因此而破水的。第三、美國醫師說避孕藥物的使用在美國青少年相當普遍，她很難相信在日本避孕藥的使用相當稀有，而日本醫師卻說，其實避孕藥物在國家沒有補助的情況之下，相當昂貴，況且病人常無法接受避孕藥物之副作用。諸如此類的例子不勝枚舉，當然在不同的文化下處理上差異極大，而這也造就了每個國家在產科的研究上各有強項。

此行另一個令人印象深刻的現象，便是日本婦產科醫學會接待外賓的能力。此次外賓可以說相當多且雜，不論是赫赫有名的大教授及夫人，或是像我們一般只是個小小 junior fellows，有來自歐美國家的，如德國、加拿大和美國，有來自亞洲國家的像韓國、菲律賓及台灣，也有來自中亞的印度及埃及。大大的豐富了日本婦產科醫學年會的內容，不論是外賓演講，或是海報口頭論文，都相當的國際化而多采多姿，雖然不知道日本方面用了多少預算才能有這樣的規模，但是在多元文化及多方資訊的匯集之下，我想日本的醫師是幸福的，也許因此而孕育出更多元的新知識。也許是因為舉辦類似國際性的會議相當的有經驗，每位外賓都被照顧的無微不至，賓至如歸。此時平常默默在背後支持先生的醫生太太們，發揮了她們團隊精神的力量，她們分組招待不同的外賓，除了招待外賓在美麗的京都舒適的悠遊，這些優雅的女士們，更用與眾不同的方式，介紹她們偉大的國家。台灣雖然已經有相當豐富的國際經驗，但是像這樣辦大型國際會議的經驗仍屬少見，此行讓我們增長不少見識，日後也有許多值得我們借鏡之處。

為了深入當地日本的婦產科醫療情形，我們也到贊助廠商區繞了一圈，除了在我們年會常看見的超音波廠商以及藥物廠商外，發現美容減肥的廠商也相當多，想來近幾年來，日本婦產科跨足美容市場的現象也是相當普遍。還有相當人性化的產台跟內診臺，廠商也很多，除了像牙科的診療台一樣可以電動調整高低，以及椅背的斜度以外，雙腳的姿勢、

開合也同樣可以用電動控制，看起來日本婦女也是相當重視看診或生產的舒適度。為了因應生產數斗降所造成的住院醫師訓練不足的問題，也有廠商開發相當擬真的生產教具，模擬各種姿勢的自然生和傷口縫合，提供給醫院做為訓練之用。

在台灣的年輕醫師，常常因為工作勞累，負擔過重而失去和其他人互相交流的機會，平常連在台灣本島內院際的交流就很少了，更惶論國際性的學術交流和國際友誼的建立，殊不知我們目前擁有的一切，都是婦產科前輩一點一滴的努力所累積得來的。如果不能延續前輩的腳步，我們在國際舞台的空間將越來越小、越來越窄，屆時在醫界，婦產科的發言權也就越來越小，而進入一個無法自拔的惡性循環。屬於婦產科的美麗與哀愁，只有身在其中的你我最為了解，有些趨勢我們無法改變，但我們仍期盼儘己所能護衛婦女的健康，這次非常感謝有這樣的一個機會，讓我對自己未來的任務有更深的體悟，期盼未來的後進，也可以藉由這個機會改變未來婦產科的命運。

宜蘭婦產科診所

誠 徵

婦產科專科醫師

只看門診不接生

保障底薪·採 PPF 制

意洽：0936-709833

台中市婦產科

徵 婦產科專科醫師

女性尤佳

工作地點：台中市

薪 資：面議

聯絡電話：0927-388895

廖小姐

文件聯絡方式：04-35039199

分機 7101

他山之石；可以攻錯

臺大醫院婦產部 黃家彥

很榮幸有機會能夠於四月十二日至四月十七日，前往日本參加第五十九屆日本婦產科醫學會年會(59th Japanese Society of Obstetrics and Gynecology International Seminar for Junior Fellows)。近十年來，日本婦產科醫學會每年四月間舉辦的年會分別由京都及橫濱輪流舉行(關東及關西輪流舉辦)，今年日本的婦產科醫學會年會是在京都舉行。

這次的 International Junior Fellow Meeting 總共邀請了來自七個國家(台灣、日本、南韓、菲律賓、德國、美國、加拿大)，共九十名年輕的婦產科醫師參加。大會將九十名醫師分成十組，每組九名，每組並安排一位日本教師作為導師，幫助討論順利進行。在四月十三日進行的 Meeting 之中，大會設定了三個題目，交由各組討論。三個題目的內容如下：

- (1)關於 preterm labor 及 premature rupture of membranes 的處理
- (2)口服避孕藥的使用
- (3)婦產科醫師日益減少的困境

關於第一題部分，大家處理的基本原則大都大同小異。主要是依據懷孕週數的不同而有不同的處理。比較有趣的，是日本的醫師都沒有聽說過 Atosiban (Tractocile(r))，這也顯示出日本的醫療政策。日本政府對日本本土的藥廠研發的一些新藥大多採取寬鬆的態度，相對的，對一些外國藥廠的新藥則採取較嚴格的規範。我想這也是無可厚非，保護本土產業本來就是政府應有的義務。

關於第二題部分，因為時間不夠因此我們並沒有加以討論。至於第三題部分，舉世而言，各國目前都普遍遭遇到招收不到婦產科住院醫師的問題。日本的人口約為一億兩千八百萬(2005年之資料)，約為台灣的六倍，而日本的婦產科醫師也約為台灣的六倍。最近日本因為醫療糾紛頻傳，特別是產科的部分，導致許多醫學生不願意選擇婦產科，紛紛轉往

比較輕鬆的皮膚科、眼科等等。更嚴重的，是許多婦產科專科醫師不願意從事接生的工作，導致許多醫院必須關閉產科的業務。然而，冰凍三尺並非一日之寒，婦產科醫師日益減少的困境並非單一因素所造成。但是很特別的一點，相信很多前輩都知道，就是目前如果發生醫療糾紛時，不管是在日本或是在台灣，醫師都可能被刑事起訴而面臨坐牢的命運；這點在美國和加拿大的情形就大大不同。在美國或加拿大，除非醫師有明顯違反醫學倫理的行為，不然是不會被刑事起訴的。相對的，他們有相當完備的保險制度，當發生醫療糾紛時，絕大部分都是由兩造的律師和保險公司出面，去協調補償或賠償事宜，不用醫師直接去面對，這值得我們借鏡與參考。但是相對的，醫師也必須負擔高額的保費，根據統計，美國每位醫師每年負擔的保費約在十萬美元左右，非常驚人!!而依職業科別的不同也有不同的保費，根據統計，保費最高的三個科別依序為神經外科、骨科、及婦產科，這代表這三個科別的職業風險最高。目前國內有許多醫界前輩努力在推動醫療除罪化及醫療保險的概念，相信是值得期待的。

此外，我們也受邀參加四月十六日的 international session of poster presentation，聽到了許多不同國家醫師的一些研究成果。其中印象比較深刻的，是印尼一位醫師關於 gestational trophoblastic disease(GTD)的研究。印尼因為幅員廣闊及醫療相對不發達，因此懷孕婦女普遍無法接受完善的產前檢查。相對的，他們診斷 GTD 的時間往往很慢。根據他的研究，大部分 GTD 的婦女在 15 週左右才被診斷出來。這對台灣醫師而言實在無法想像，台灣因為地小人稠，醫療設備也很先進及普遍，因此一些早期異常的懷孕都可以做出診斷及處理，因此 GTD 的比例已經大幅降低。這讓我深深感受到，因為國情的不同，疾病的型態及處理都會有很大的差異。

他山之石，可以攻錯。日本實在是有太多值得學習的地方：除了先進的硬體設施之外，日本人做事的認真、守法的精神、和敬業的態度都令人尊敬與感動。就像我們在購買電器用品時，“made in Japan”就是品質的保證一樣；同樣的，日本的醫師對醫學的認真與執著也是令人動容。

當然，日本也不是全無缺點。就我個人的觀察，一般而言，日本的年輕醫師在英文方面的表達能力普遍有待加強。在和幾位日本醫師討論後發現，他們大部分醫院的病例記載是使用日文，不像台灣，大部分是使用英文；他們在討論會時使用的 slide，也大部分使用日文。更重要的，日本因為人口眾多，翻譯業發達，因此大部分的醫學書籍都有日文譯本，就以我在學會現場的觀察而言，展售醫學書籍的攤位之中，將近四分之三的醫學書籍都是日文譯本，只有四分之一左右的醫學書籍是原文書。這和我們在台灣的情形恰巧相反，在台灣，絕大部分的醫學書籍沒有中譯本，因此我們從學生時代開始，就已經習慣閱讀原

文書籍；相對的，日本的醫師大多習慣閱讀日文譯本，這也許是他們不習慣使用英文表達的原因。

另外，日本的婦產科住院醫師在近幾年遭遇到和台灣類似的情形，就是生育率的下降。加上日本中小型醫院眾多，因此醫學中心及大學醫院的生產數目逐漸下降。與我同組的日本醫師就抱怨，他的醫院每個月大約只有 70 名生產，平均一天不到三名，因此幾乎很少有機會練習自然生產。而菲律賓的情形則恰恰相反；現今的菲律賓約莫和二、三十年前的台灣相似，人口呈現大量成長的趨勢，加上大部分的菲律賓人民沒有錢前往私立醫院生產，因此大多數前往醫療費用較便宜的公立醫院生產，因此造成公立醫院人滿為患、一床難求。與我同組的菲律賓醫師服務於公立醫院，據她表示，她的醫院每個月的生產數將近 600 名，她甚至開玩笑的說，歡迎日本的住院醫師到菲律賓醫院去練習自然生產!!我想，這也是因為國情不同而有不同的情形。

最後，非常感謝台灣婦產科醫學會給我這個機會參加這次的 Junior Fellow Meeting，讓我藉由這個機會開拓視野，了解其他國家婦產科醫師執業的情形及遭遇的困境，並且認識了許多外國朋友。希望學會能繼續舉辦類似的活動，維持我們和其他國家婦產科醫師之間的聯繫。除了互相了解之外，希望有機會也能有國際之間互相交換學生或住院醫師代訓的機會，促進學術的交流。



下圖為本組成員（筆者為右四）

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

 郭綜合區域醫院

誠

徵

生殖醫學中心 主任
婦女泌尿科 主任

～竭誠歡迎您加入我們的行列～



新醫療大樓

院長：郭宗正
院址：台南市民生路二段 22 號
電話：(06) 222-1111 人事室 蘇主任 (分機 5500)
傳真：(06) 220 - 6600 · 220 - 6611
[http:// www.kgh.com.tw](http://www.kgh.com.tw) E-mail:kgh@kgh.com.tw



生殖醫學中心

藥師應該接受繼續藥學教育

本會名譽理事/倫理紀律委員會委員/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 法律組博士生 高添富

在台灣只有醫師被嚴格要求必須接受「法定繼續醫學教育」，醫師執業登記及繼續教育辦法（民國 93 年 11 月 10 日 修正）」第 9 條規定：「醫師執業，應每六年接受下列繼續教育之課程積分達一八〇點以上：一、醫學課程。二、醫學倫理。三、醫療相關法規。四、醫療品質。前項第二款至第四款繼續教育課程之積分數，合計至少應達十八點，超過十八點者以十八點計。前二項繼續教育課程積分，中央主管機關得委任所屬下級機關或委託相關醫學團體辦理審查認定；其符合規定者，並由該機關或團體發給六年效期之完成繼續教育證明文件。」，是依據母法醫師法第八條第二項規定（醫師執業，應接受繼續教育，並每六年提出完成繼續教育證明文件，辦理執業執照更新。）及第四項（第二項醫師接受繼續教育之課程內容、積分、實施方式、完成繼續教育證明文件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關會商相關醫療團體定之。）訂定之，屬強制規定，即現在專科醫師和一般科醫師，包括牙醫師，中醫師每六年內都要接受一百八十個小時的課程，未能在期限內修足學分就可能被取消醫師執業資格。

其他醫事人員法中，如藥師法第 7 條亦有相關規定「二 藥師執業，應接受繼續教育，並每六年提出完成繼續教育證明文件，辦理執業執照更新。四 第二項藥師接受繼續教育之課程內容、積分、實施方式、完成繼續教育證明文件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關會商相關醫療團體定之。」；醫事檢驗師法第 7 條也規定：「醫事檢驗師執業，應向所在地直轄市或縣（市）衛生主管機關申請執業登記，領有執業執照，始得執業。醫事檢驗師執業，應每六年接受一定時數繼續教育，始得辦理執業執照更新。第一項申請執業登記之資格、條件、應檢附文件、執業執照發給、換發、補發、更新與前項繼續教育之課程內容、積分、實施方式、完成繼續教育之認定及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。」；專科護理師分

科及甄審辦法（民國 95 年 12 月 28 日 修正）第 10 條更有鉅細靡遺規定「內（外）科專科護理師證書有效期限為六年，期滿每次展延期限為六年。前項所稱專科護理師證書有效期限之展延條件，應於專科護理師證書之有效期限六年內，參加下列學術活動或繼續教育之積分累計二四〇分以上。並於過去六年內有實際從事專科護理師工作二年以上...。前項各款所定學術活動或繼續教育之認定，須經由中央主管機關審定之，並得委託相關團體辦理。」。

但在施行辦法或施行細則方面，除了上述的「醫師執業登記及繼續教育辦法」外，有「醫事檢驗師申請執業登記接受繼續教育及更新執業執照辦法」（民國 90 年 11 月 07 日），有「醫事放射師申請執業登記接受繼續教育及更新執業執照辦法」（民國 90 年 11 月 07 日），甚至也有「心理師執業登記及繼續教育辦法」（民國 92 年 03 月 19 日發布），「呼吸治療師執業登記及繼續教育辦法」（民國 92 年 05 月 13 日），但是偏訪全國法規資料庫，就是遍尋不到我國的「藥師執業登記及繼續教育辦法」，只有找到中華人民共和國國家食品藥品監督管理局 2003-11-03 公佈的「實施執業藥師繼續教育管理暫行辦法」而已，換句話說，在我國並沒有任何行政法規命令明定藥師的執業登記及繼續教育，這是一個很罕見又特殊的現象。甚至在我國的「藥師法施行細則」（民國 89 年 09 月 25 日 修正）中第 5 條有關執業登記的規定，亦只言簡意賅明文曰「藥師執業，應填具申請書、檢同藥師證書、本人照片三張、執照費及加入公會之證明文件，向所在地直轄市或縣（市）衛生主管機關申領執業執照（格式如附件）。執業執照遺失或損壞之補發或換發，準用第三條之規定辦理」，條文中並無類似其他各類醫事人員「應每六年接受一定時數繼續教育，始得辦理執業執照更新」的繼續教育實施辦法等字眼，這雖可能是中央藥政主管機關之行政疏失或怠惰，但法諺有云：「省略規定之事項應認為有意省略（Casus omissus pro omisso habendus est）」，所以藥師法第 7 條應該只是一個訓示的任意性規定而已，換句話說，在台灣可能只有藥師得天獨厚，沒有「法定」繼續教育義務，只有「意定」繼續教育權利，也就是說藥師有意繼續教育最好，不想繼續教育也沒關係，反正「藥師我自為之」。即為應付一日千里不斷進步的醫學新知，每個工作崗位上的醫事人員本來就都必須實際接受一定時數的繼續教育，與時並進，所以不論是專科醫師或一般科醫師未能在六年內期限內修足一百八十個小時學分繼續教育課程者，就可能被取消醫師執業資格而遭淘汰，晚近甚至連其他醫檢師、護理師等醫事人員也都已納入強制管制，繼續教育未達法定標準也都會被取消執業資格，但相對於藥師則具獨特的豁免權，只受「任意性繼續教育」約束而已。今日藥師大權獨霸，主宰全國最高調劑大權，身負全民健康把關大任，反而可以自由心証，甚至叫人代簽個名，虛與委蛇代替上課都無所謂，反正就像服海軍陸戰隊預備軍官役時天天喊的口號一樣：「一日陸戰隊，終生陸戰隊」，終生証照，至死不論，很難不令人驚心動魄，為之暗捏一把冷汗。

尤其甚者，依最高行政法院 94 年度判字第 00971 號判決理由曰：「如前所述，交付藥劑應為調劑所舍括，是以醫師之調劑權如受限制，縱其處方使用單一製劑或成藥治療者，不待調配即可交付病人使用，仍不得未經藥師調劑，逕依醫師法第 14 條規定，交付藥劑於病人。否則，以醫師處方用藥，給予單一製劑或成藥者所在多有之情狀，依醫師法第 14 條為據，認為醫師得不經藥師調劑，逕自交付藥劑與病人，既不合調劑之意涵，又破壞藥事法對於醫師調劑權之限制，且紊亂醫藥分業之政策立法，並非可取。」饒舌繞樑，簡單的大意就是說法官認為「交付藥物」就是「調劑行為」，所以推論出醫師即使交付一顆普拿疼成藥(即單一製劑或成藥)，就算是違反藥事法 102 條。問題是如今藥師身負調劑大任，居然反而不必接受繼續醫學教育，偏偏醫藥科學日新月異，教科書每七年淘舊換新，而藥師仍沿用三、四十年前的過時知識水準，獨攬調劑大權，如何能面無愧色，處之泰然？

問題也應該和我們台灣人民惟獨對醫師特別「愛之深，責之切」的偏頗不公有關，國人可以容忍藥師不必繼續教育，可以容忍藥師獨攬調劑大權，但就是無法信任飽讀醫書，學富五車的醫師可以親自調劑。如今藥師不但大權在握，除了授權他們調劑十八個專科醫師千百種形形色色的藥物，無所不能，遑論還有出陳換新的新藥不斷上市，藥師甚且還可以按國民處方集自行調劑，不必假手醫師診斷(藥事法第 50 條：須由醫師處方之藥品，非經醫師處方，不得調劑供應。但左列各款情形不在此限：三 依中華藥典、國民處方選輯處方之調劑。)，診斷治療處方調劑一把捉，集十八般武藝於一身，實在真的是天縱英才。不僅於此，最令人跌破眼鏡的是藥事法居然還有一條「落日放水條款」(第 104 條曰：「民國七十八年十二月三十一日前業經核准登記領照營業之西藥販賣業者、西藥種商，其所聘請專任管理之藥師或藥劑生免受第二十八條第一項駐店管理之限制。」)，也就是這些元老級的藥商，不必唸藥學系，只要年高德邵，根本不必聘請藥師或藥劑生，照常有權、有能可以自由心証處方調劑；而每六年要進修 180 個小時醫學新知的專科醫師們，即使同一專科藥物不過百餘種，用了二、三十年不但滾瓜爛熟，也累積了數十年臨床經驗，用藥都還必須要問道於盲，交由不學無術的藥師親手調劑交付；醫師甚至比藥局的小妹或藥師娘還不如，因為在藥店，至少連小妹都還可以買賣不待醫師指示，即供治療疾病之用的成藥(藥事法第 9 條：本法所稱成藥，係指原料藥經加工調製，不用其原名稱，其摻入之藥品，不超過中央衛生主管機關所規定之限量，作用緩和，無積蓄性，耐久儲存，使用簡便，並明示其效能、用量、用法，標明成藥許可證字號，其使用不待醫師指示，即供治療疾病之用者。)，而醫師淪落到今日，居然連交付一顆普拿疼或其他 OTC 成藥的交付權也失去了，不但不得逕依醫師法第 14 條規定，直接交付藥劑於病人，還必須事事假手藥師交付才屬合法調劑，否則就是違反藥事法第 102 條，必須科處罰鍰新台幣參萬元整(依據九十二年三月六日行政院衛生署管制藥品管理局會同台中市衛生局查核，認由原告醫師親自交付 Loramet Tab.及 Eurodin Tab.予病患事，科處罰鍰新台幣參萬元整乙案)，夫復何言！

編 後 語

李耀泰

盛夏的南台灣，陽光在蟬鳴的旋律中，熱情的照耀，乾悶的空氣，使人昏昏欲睡。然而，繁密的評鑑才要接踵而至，包括教學醫學評鑑、婦產科專科評鑑、PGY1 評鑑，以及母嬰親善醫院評鑑、高危險妊娠醫院評鑑等。向來，婦產科醫療工作十分繁重，馬忽不得，又碰上評鑑事宜讓人繃緊神經。在此叮嚀各位賢能，要多加保重和養生！

所幸，本期會刊中，巫世平醫師的一篇「養生延壽長壽之道」文章，其內容精采豐富，閱讀後受益無窮。當我們為人生忙碌時，慢慢忽略掉身體的保健，功成名就後，再想盡辦法，散盡千金想換回健康，人生不能重來，不過要做永不嫌晚！其實人生最基本的快樂，莫過於「吃得下飯、睡得覺、笑得出來」，這看似簡單卻是幸福的開端。同時再對身邊的人、事、物予以愛和關懷，少去無謂的競爭和爭執，自然就會過的開心健康。還有，高添富醫師所撰之法律新知，給會員更多的行醫保障，內容發人深省，值得大家仔細閱讀。

另外，在孕婦愛滋病之篩檢，希望會員能多加關心，該政策之立意是正確，但實施時要小心，避免偽陽性產生之虛驚和困擾。萬一呈現陽性，可能需感染科醫師去解釋，但過去有孕婦因聽到愛滋病便自殺之案例，值得我們多加付出。

藥物流產已使用多年，越來越簡單方便，但政策是否要隨時代進步而更改，如英國可以使用至 9 週，藥物之劑量和使用方法更有彈性空間，對婦女亦是一大福音。

最後，敬祝各位會員 笑口常開，天天樂開懷！

嘉義慈濟大林醫院誠徵~

婦產科主治醫師

資格不限

意者應徵函請寄：

財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院

622 嘉義縣大林鎮民生路 2 號

(05) 2648000*5165 王小姐收

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
0520-1	2007 婦科醫學與陰道鏡檢進修研討會	台灣婦科醫學會	成大醫學院第二講堂	05月20日08時30分	05月20日15時30分	B	5分
0520-2	2007 年第一次學術研討會	中華民國醫用超音波學會	嘉義榮民醫院	05月20日09時00分	05月20日12時00分	B	3分
0524-1	醫師教育訓練課程	苗栗縣醫師公會	苗栗市弘大醫院七樓梓榮廳	05月24日12時40分	05月24日13時40分	醫學倫理	1分
0524-2	醫師教育訓練課程	苗栗縣醫師公會	苗栗市弘大醫院七樓梓榮廳	05月24日13時40分	05月24日15時40分	B	1分
0526-1	國際臨床骨盆學會授權中華民國骨質疏鬆症學會舉辦國際骨質疏鬆症課程及考試	中華民國骨質疏鬆症學會	萬芳醫院 6F 國際會議廳	05月26日08時00分	05月27日16時00分	B	10分
0526-2	癌症研討會	高醫附設醫院	高醫附設醫院第一講堂	05月26日08時10分	05月26日12時00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
0527-2	第四屆國際認證課程	中華民國產科醫學會	台北馬偕福音樓 15 樓階梯講堂	05月27日09時00分	05月27日17時30分	B	7分
0527-3	HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣產科醫學會	花蓮縣醫師公會會館	05月27日8時40分	05月27日16時30分	A	5
0531-1	產科醫師的倫理原則	中山附設醫院	中山附設行政大樓 12 樓國際會議廳	05月31日12時30分	05月31日13時30分	醫學倫理	1分
0601-1	醫學倫理與法律病例討論會	秀傳紀念醫院	秀傳紀念醫院九樓會議室	06月01日07時30分	06月01日09時00分	醫學倫理	1分
0602-1	乳癌基因(BRCA)	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院 A 棟七樓愛堂	06月02日07時30分	06月02日09時00分	B	1分
0602-2	96 年度骨鬆特別演講(台北)	中華民國骨質疏鬆症學會	台北遠企飯店 2F 香格里拉廳	06月02日13時30分	06月02日18時35分	B	4分
0603-1	婦女尿失禁/骨盆腔器官脫垂治療指引研討會①	台灣尿失禁防治協會	高雄榮總急診大樓六樓第六會議室	06月03日09時00分	06月03日13時00分	B	3分
0603-2	死亡--醫學	屏東縣醫師公會	屏東縣醫師公會 5 樓講堂	06月03日15時30分	06月03日17時30分	醫學倫理	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
0614-1	醫學倫理與道德	輔英科大附設醫院	輔英科大附設醫院 11 樓會議室	05月17日12時00分	05月17日14時00分	醫學倫理	1分
0623-1	96 年度骨鬆特別演講(台中)	中華民國骨質疏鬆症學會	台中裕元飯店 B1 國際演講廳	06月23日13時30分	06月23日18時35分	B	4分
0623-2	96 年度骨鬆特別演講(高雄)	中華民國骨質疏鬆症學會	高雄福華飯店 4F 福華廳	06月23日13時30分	06月23日18時35分	B	4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
0624-2	HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣產科醫學會	台北馬偕醫院 9 樓大禮堂	06月24日8時40分	06月24日16時30分	A	5
0706-1	96 年度台北縣家庭暴力暨性侵害防治教育訓練-醫療小組成員專業訓練研討會	台北縣政府衛生局	永和耕莘醫院新大樓 12 樓國際會議廳	07月06日08時00分	07月06日17時00分	B	5分
0715-1	96 年度「資料管理統計繪圖軟體 Stata 課程」	台北市立聯合醫院實證醫學小組	台北市立聯合醫院中興分院 3F	07月15日08時30分	07月15日16時45分	B	6分
0715-2	HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣產科醫學會	成大醫學院 1 樓第三講堂	07月15日8時40分	07月15日16時30分	A	5
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
0729-2	HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣產科醫學會	中國醫藥大學附設醫院 21 樓國際會議廳	07月29日8時40分	07月29日16時30分	A	5
0812-1	HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣產科醫學會	新竹馬偕醫院醫院 4 樓大禮堂	08月12日8時40分	08月12日16時30分	A	5
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/糖尿病的最近藥物/治療文藝術-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
0826-2	HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣產科醫學會	高雄醫學大學附設醫院 6 樓第二講堂	08月26日8時40分	08月26日16時30分	A	5