

台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2007年6月128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

我們學會自從在1989年舉辦過第12屆亞太婦產科醫學會年會(AOCCOG)之後，就沒有積極的參與大型國際會議之主辦。為了要讓台灣在亞太地區的會籍更加穩固，以防止中國在FIGO之鴨霸事件再度發生，這幾年來我們一直努力加強與各國之間的學術交流。目前除了每次的年會邀請各國的理事長來做特別演講之外，也建立起台日、台韓年青醫師之學術交流。我們的努力，事實上也有一些初步的成果。例如：李鎡堯教授於2000年獲選為AOCCOG之院士，蘇聰賢前理事長於2003年起也擔任Urogynecology Committee的Chairman，而我本人於2006年11月也應邀擔任Treasurer一職，我們3人大概都可參與核心之決策及運作。在這方面學會將來要努力的方向是，要儘早規劃適當的接班人選，讓他們早一點接觸國際事務，並建立人脈。

另一個我們可以努力的目標是，爭取2011年第22屆AOCCOG的年會於台灣舉行。我們學會成立於1961年，因此在2011年時剛好滿50周年，是一個值得慶賀的好年份。此一行動已經過本屆的理事會通過，因此我們已於5月20日召開了第1次籌備會議，也邀請了各次專科醫學會共同參與。經過評審的結果，初步規劃由圓桌會議顧問公司來協助我們，預定今年9月於日本舉辦的第20屆AOCCOG爭取2011年的主辦權，希望屆時有好消息與全體會員們分享。

秘書長的話

謝卿宏

親愛的會員、前輩，大家好！

第十八屆學會會員代表與理監事選舉即將展開，歡迎有志服務學會與會員的同仁，踴躍報名。

這些年來，學會的運作大都考慮到區域的平衡，當然，可運用資源、比率的原則與熱心的程度也常會影響過程與結果，以年會的地點來說，楊理事長就曾有個 idea，理事長任期的第二年年會考慮移師到台北以外的都會區舉辦，這實在是一個好的 idea。日前高雄長庚龔福財主任私下就曾提個建議，每年年會地點的決定可以比照我們在參加國際會議的模式，由有意舉辦的縣市在年會上 present 和競爭。這個意見可以提理事會來討論，看以何種模式來落實或執行比較好。

醫師常會被認為是肥羊，醫療爭議時家屬不管有沒道理都會獅子大開口，無法得逞時，就會黑白兩道全來，更會藉媒體爆料，企圖主導輿論。然而，不瞭解內情的會員接受媒體訪問時，未經思慮而任意指責同仁的事情卻屢屢發生，真不知這種損人害己又愚蠢的行徑何時才會終止。想想，大家如果不阻斷這種惡性循環，則婦產科不僅永無寧日，更會永遠無法翻身。

對於北護郭素珍副教授常假研究報告之名開記者會，以偏頗、老舊、第三世界的觀點，攻擊產科生產之流程的不友善言論，很多會員很感冒，其實大家都要虛心接受指教，也不要介意。畢竟，醫療品質、病人安全、病人第一的潮流任誰都擋不住，只要我們的本職學能一級棒，細心照護患者，能打造生產的無菌環境，讓患者來就醫時沒有「萬一危急時，該怎麼辦」的顧慮時，對於她們的無病呻吟，我們都可一笑置之！

天氣雖然很熱，但是，一想到夏季台灣優質又便宜的水果：芒果、荔枝、西瓜、水蜜桃、鳳梨、水梨……，就讓人心曠神怡，請大家 enjoy 吧！

最後，敬祝大家身體健康、事業順利！

台灣婦產科醫學會 128 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 行政院衛生署國民健康局 函

為加強衛生局人員輔導轄區母嬰親善醫療院所之專業知能，本局委託臺灣婦產科醫學會舉辦研習會，請相關人員參與研習，請查照。

05 行政院衛生署 函

本署公告原指定傳染病「新型流行性感冒」修正為「H5N1 流感」，並歸類為第一類傳染病。

06 行政院衛生署 公告

修正指定傳染病「新型流行性感冒」之名稱及歸類事宜。（含附件）「H5N1 流感」病例定義及防治措施。

09 台灣婦產科醫學會爭取 2011 年亞太婦產科醫學會 (AOCOG) 第一次會議紀錄

10 台灣婦產科醫學會第十七屆第九次健保醫政暨總額預算對策委員會討論會紀錄

12 *TOHOKU UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE*

14 台灣婦產科醫學會 HPV 疫苗醫事人員教育訓練課程

16 Launch of FIGO-ICM Statement on Post- Partum Haemorrhage

24 有關會員詢問 cytotec 可否用於催生之回應

25 會員聯誼活動—東勢林場森林遊樂區之旅報名表

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

28 通訊繼續教育

重組活化的第七凝血因子(rFVIIa)(I) | 文/李耀泰、陳福民、鄭文雄、郭宗正

39 會員園地

39 重組活化的第七凝血因子(rFVIIa)在婦產科的應用(II)實例 | 文/李耀泰

47 子宮頸癌疫苗效果之迷思與省思 | 文/朱堂元

50 法律信箱

一切不是都只是為了錢嗎? | 文/高添富

53 編後語 | 文/簡基城

56 活動消息 | 文/秘書處

廣告刊登

醫 Mall 群聚基層醫療網	23	49	瑪麗安婦產科
尋人啓示	27	51	高雄市婦產科診所
台南婦產科診所	27	52	天主教若瑟醫院
彰化縣皓生醫院	38	52	北縣婦幼聯合診所
桃園婦產科診所	46	52	忠孝醫院
南彰化地區醫院	46	55	郭綜合區域教學醫院

■ 秘書處公告

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 5 月 30 日

發文字號：國健婦字第 0960005503 號

附件：課程、報名表等

主旨：為加強衛生局人員輔導轄區母嬰親善醫療院所之專業知能，本局委託臺灣婦產科醫學會於 96 年 6 月 23 日，假臺北市立萬芳醫院舉辦「96 年度母嬰親善醫療院所輔導作業衛生局人員輔導增能研習會」，請相關人員參與研習，請查照。

說明：一、依據台灣婦產科醫學會 96 年 5 月 28 日台婦醫會總字第 96083 號函辦理。

二、參訓人員以各縣市衛生局母乳哺育業務課(科)長及承辦人優先，每縣市限 2 名參加。

三、檢附課程、報名表及相關資料各乙份，請於 6 月 10 日前將報名表傳真至 02-21001476 臺灣婦產科醫學會。若有疑義，請電洽 02-25684819 林雅嫩小姐。

行政院衛生署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 5 月 30 日

發文字號：署授疾字第 0960000249 號

附件：公告掃描檔、「H5N1 流感」病例定義及防治措施

主旨：本署業於 96 年 5 月 30 日公告原指定傳染病「新型流行性感冒」修正為「H5N1 流感」，並歸類為第一類傳染病，請據以規劃各項因應作為，並轉知所轄相關單位及人員週知。請查照。

說明：一、旨揭修正公告業以 96 年 5 月 30 日署授疾字第 0960000335 號公告在案（副本諒達）。

二、隨函檢附「H5N1 流感」病例定義及防治措施供參，本文件並同步公布於疾病管制局網頁；另病例定義及防治措施可能視國內外疫情進展及國內醫療資源而調整，日後如有修訂，亦將同步以公函及網頁週知，請隨時查閱本局網頁資訊。

行政院衛生署 公告

發文日期：中華民國 96 年 5 月 30 日

發文字號：署授疾字第 0960000335 號

主旨：修正指定傳染病「新型流行性感冒」之名稱及歸類事宜。

依據：傳染病防治法第三條第二項

公告事項：一、本署九十四年六月十三日署授疾字第○九四○○○○四三六號公告之指定傳染病「新型流行性感冒」名稱修正為「H5N1 流感」，並歸類為第一類傳染病。

二、旨揭疾病之病例定義及防治措施，將隨時依世界衛生組織公布訊息及國內防疫需要更新，請至本署疾病管制局網站查詢，網址：<http://www.cdc.gov.tw>。

「H5N1 流感」病例定義及防治措施

- 一、「H5N1 流感」係指受 H5N1 流感病毒之感染。「調查病例」、「疑似病例」、「可能病例」及「確定病例」定義如附件。
- 二、醫師或法醫師於病例報告後，應進行採檢送驗，如有困難，應即時通知轄區衛生局協助處理。各採檢單位應依「H5N1 流感採檢注意事項」上處置，檢體以採集「鼻咽檢體或咽喉檢體」及「血清檢體」為主；疑似病例、可能病例及確定病例並應於恢復期再採第二次血清檢體；必要時依主管機關指示採集其他指定檢體送驗。
- 三、地方主管機關對於「H5N1 流感」疑似病例、可能病例及確定病例之處置措施，應依傳染病防治法第四十三條即時安排隔離治療；並得依傳染病防治法第四十六條第一項規定，於必要時輔以其他方式為之。

附件

「H5N1 流感」病例定義

■調查病例 (Person under investigation)

需符合下列條件之一：

一、需同時具備下列臨床條件及流行病學相關條件如下：

(一) 臨床條件 (具下列條件之一)：

1. 符合類流感病例通報定義*。
2. 胸部 X 光片顯示肺炎者。

(二) 流行病學相關條件；於發病前七天內其下列任一暴露史者：

1. 於國內曾與 H5N1 流感疑似、可能或確定病例接觸或與懷疑感染 H5N1 流感之動物 (或其排泄物) 接觸者。
2. 曾赴一個月內有 H5N1 流感確定病例之境外地區或一個月內有動物 H5N1 流感病例發生的境外地區，且有動物接觸史或至禽畜相關場所者。
3. 曾處於從事流感病毒實驗之實驗室。

二、不明原因快速惡化之肺炎病患。

三、經中央主管機關或其指定之其實驗室能力試驗證明之地方主管機關、醫療 (事) 機構、學術或研究機構檢出 H5 亞型流感病毒患者。

* 類流感病例通報定義 (需同時符合下列三項條件)：

- a. 突然發病，有發燒 (耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) 及呼吸道症狀；
- b. 具有肌肉酸痛、頭痛、極度倦怠感其中一種症狀者；
- c. 需排除單純性流鼻涕、扁桃腺炎與支氣管炎。

■疑似病例 (Suspected H5N1 case)

出現臨床症狀，且於症狀出現前七天內，至少有一項暴露史。

臨床症狀、暴露史，其定義說明如下：

一、臨床症狀：未明原因急性下呼吸道疾病且伴隨發燒 ($>38^{\circ}\text{C}$) 與咳嗽、呼吸急促或呼吸困難。

二、暴露史：

1. 與疑似 (suspected)、可能 (Probable) 或確定 (confirmed) 之 H5N1 流感病例有

密切接觸者（距離一公尺內，如：照顧、談話、碰觸）。

2. 曾至過去一個月內發生動物或人類 H5N1 流感疑似、可能或確定病例的地方，處理家禽（如飼養、屠宰、去毛或販售前的準備工作等）、接觸野鳥或其屍體，或暴露於被其糞便污染的環境。
3. 曾至過去一個月內出現動物或人類 H5N1 流感疑似、可能或確定病例的地方，生食或食用未煮熟的禽肉。
4. 與其他動物 H5N1 流感確定病例（如貓、豬）有密切接觸。
5. 在實驗室或其他環境，處理動物或人類之檢體，而該檢體可能含有 H5N1 流感病毒。

■可能病例 (Probable H5N1 case)

係指發生下列情況之一時：

一、為 H5N1 流感疑似病例，且具下列條件之一：

1. 胸部 X 光顯示浸潤性肺炎或急性肺炎變化，且有呼吸衰竭症狀（缺氧、呼吸急促）。
2. 實驗室確認感染 A 型流感，但尚未能確認係感染 H5N1 流感。

二、與 H5N1 流感可能病例或確定病例，有時間、地點或暴露史等流行病學相關之未明原因急性呼吸道疾病死亡病例。

■確定病例 (Confirmed H5N1 case)

為 H5N1 流感疑似病例或可能病例，且下列任一項檢驗鑑定為陽性，經疾病管制局推定為確定病例者：

1. 分離出 H5N1 流感病毒；
2. H5 聚合酶連鎖反應 (PCR) 陽性：檢驗出兩種不同的聚合酶連鎖反應標的物（如以 A 型流感及 H5HA 之引子檢測）；
3. 急性期（發病 7 天內）與恢復期之 H5N1 血清中和抗體力價比有 ≥ 4 倍之上升，且恢復期的中和抗體力價 $\geq 1:80$ ；
4. 發病 14 天後的單一血清檢體測得之 H5N1 微中和 (microneutralization) 抗體力價 $\geq 1:80$ ，且另一種血清學檢測亦呈現陽性（如馬紅血球凝集抑制試驗力價 $\geq 1:160$ 或 H5 特異性抗體經由西方點墨法證實為陽性）。

台灣婦產科醫學會爭取 2011 年亞太婦產科醫學會 (AOCOG) 第一次會議紀錄

開會時間：96 年 05 月 20 日 (星期日) 下午 14:00。

開會地點：學會 (台北市民權西路 70 號 5 樓)

主持人：楊友仕 理事長

出席者：監事長 郭宗正

秘書長 謝卿宏

國際事務委員會召集人/中華民國婦女泌尿暨骨盆鬆弛醫學會理事長 蘇聰賢

學術研究委員會副召集人 陳祈安

學術研究委員會副召集人 陳思源

中華民國婦產科內視鏡暨微創醫學會理事長 林武周

中華民國醫用超音波學會秘書長 周宏學

滿力國際股份有限公司 黃潔儀

圓桌會議顧問股份有限公司 柯樹人

請假者：學術研究委員會召集人/台灣生殖醫學會理事長 何弘能

學術研究委員會副召集人/中華民國周產期醫學會理事長 李建南

台灣婦癌醫學會理事長 周振陽

台灣更年期醫學會理事長 宋永魁

一. 討論事項：

案由一：「爭取 2011 年亞太婦產科醫學會年會 (AOCOG) 在台灣舉辦」乙事。

事由：西元 2011 年為本學會創會 50 週年，且自 1989 年第 12 屆亞太婦產科醫學會年會 (AOCOG) 於台北舉辦至今，已有多年未有代表台灣舉辦之相關婦產科大型活動。

決議：1. 先委託圓桌會議顧問股份有限公司協助爭取。

2. 今年 9 月至東京若爭取到 2011 年主辦權之後，再開會決議後續之事宜。

二. 臨時動議：無。

三. 散會：18:30

台灣婦產科醫學會第十七屆第九次健保醫政暨總額預算對策委員會討論會紀錄

時間：96年06月03日（星期日）下午2點至4點

地點：學會會館

主席：郭宗正 召集人

出席人員：召集人 郭宗正

副召集人 黃昭彰

委員 郭宗男 許峰雄 王火金 楊宜杰 黃閔照

列席者：楊友仕理事長

請假人員：蘇榮茂 涂百洲 林隆堯 李建興 張榮州 林正中 郭保麟 陳芳英 林武周
何博基 周天給 謝祖柏 陳繼征 吳昆哲 蕭森元 何延慶 鄭希彥 曹健民
徐超群

列席請假：謝卿宏秘書長

記錄：林家翎

壹、報告事項

貳、討論事項

一、案由：討論有關提報 97 年度擬開放基層診所執行項目。

說明：1.依據全聯會 96 年 4 月 26 日來函辦理（見 P.1）

2.各區代表意見之回復：

分區	建議開放項目
北區	二氫基情素免疫分析(09127B)。(見 P.2)
中區	1.二氫基情素免疫分析(09127B)。(見 P.2) 2.子宮鏡移除異物或息肉(80422B)。(見 P.3) 3.子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮肌瘤(80415B)。(見 P.4) 4.子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒(80423B)。(見 P.5) ※ 上述四項本會已於 95 年建議開放，但未通過。
南區	經(雲、嘉、南)會員代表、審查醫師及基層婦產科醫師討論，大多傾向不擬開放基層執行項目。

提案人：秘書處

決 議：回函全聯會建議開放二氫基情素免疫分析(09127B)。

二、案 由：討論西醫基層醫療費用婦產科審查注意事項（草案）增修訂條文。

說 明：健保局擬修訂全民健康保險醫療費用審查注意事項，婦產科在西醫基層方面，共增修訂 17 項條文(見 P.6-11)，此草案若定案後，將對基層影響甚距。

提案人：南區基層審查醫師

決 議：發函健保局建議在公告西醫基層醫療費用審查注意事項時能知會本會。

三、案 由：討論有關 DRG 主要疾病類別架構。

說 明：1. 參閱全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 支付通則 (見 P.12-16)、分類架構原則 (見 P.17-18)、(Tw-DRGs) 導入支付時程 (見 P.19) 及 MDC13、MDC14 — DRG 項目 (見 P.20-24)。

2. DRG 主要疾病類別架構建議修訂表 (見 P.25-26)

提案人：郭宗正 召集人

決 議：發函健保局建議腹腔鏡手術應與傳統手術分開，並在公告實施前知會本會。

四、案 由：請界定 8 歲以下實施 55021C(骨盆檢查)的申報規範及適應症。

說 明：1. 健保局南區分局在執行費用控管時，最近有挑出 8 歲以下使用 55021C 申報是否得宜的問題？

2. 請婦產科醫學會能製定符合全國一致標準。

3. 55021C 為骨盆檢查費，非內診費，應讓健保局行政當局明瞭。

4. 8 歲以下兒童由父母帶來婦產科是常見的事。

5. 檢查婦科問題除了標準常規的 PE 外牽涉婦科問題必需做骨盆檢查，但骨盆檢查不等於內診。如果不能或不宜內診者，我們婦科醫師用肛診或超音波檢查而申報 55021C 應是得宜也應被允許申報。

提案人：郭宗男 楊宜杰 黃昭彰 委員

決 議：發函健保局及 6 區分局，針對無性行為者（包含少女）得以申報超音波檢查。

參、臨時動議

肆、散 會

TOHOKU UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

1-1 SEIRYO-MACCHI. AOBA-KU, SENDAI, 980-8574, JAPAN

PHONE +81-22-217-7251

FAX +81-22-717-7258

Department of Obstetrics and Gynecology

April 17, 2007

Dear Colleagues,

I am delighted and honored to host the 34th Annual Meeting of the Fetal and Neonatal Physiological Society, This is the first meeting to be held in Asia, opening a new chapter in its history that spans more than three decades. As many are looking forward to the first FNPS meeting in Japan, we are receiving various useful advices in order to make it a success. This meeting is especially important for the young and upcoming new researchers because it will be a wonderful opportunity to meet some of the best researchers in the field of Fetal and Neonatal Physiology from around the world. It will be a place for the researchers to meet, discuss and share their knowledge, facilitating the exchange and update of ideas. Taking to heart the policy of FNPS, I felt strongly that the FNPS meeting should be introduced in Asia, Being able to fulfill this wish was an utmost satisfaction.

We are looking forward to having many participants. Please apply to join the Oral or Poster Sessions. Be a part of the exchange of ideas and contribute in the scientific discussions. As we bring our knowledge to new heights, please discover Japan and enjoy your stay here. We are expecting you and wishing to make your stay an unforgettable one.

Sincerely yours,

Kunihiro Okamura, M.D.

Convener of FNPS 2007,

Prof. and Chair, Department of Obstetrics and Gynecology, Tohoku University Graduate School of Medicine,

e-mail address: okamura@mail.tains.tohoku.ac.jp,

phone:81-22-217-7251, fax:81-22-717-7528

Fetal and Neonatal Physiological Society 2007



Aug 26-29, 2007 in Sendai, Japan
<http://www.fnps-society.org/>

- ◆ **Venue; Hotel Sendai Plaza**
- ◆ **Early Registration; July 16, 2007**
- ◆ **Abstract submission; June 30, 2007**
- ◆ **Accommodation; Hotel Sendai Plaza**
- ◆ **Further Information and Program ;available at <http://www.fnps-society.org/>**
- ◆ **Plenary Lecture; Julian Parer (USA), Mark Hanson (UK), Laura Bennet (NZ), Ananth Karumanchi (USA), Huxia Yang (China)**
- ◆ **Congress Secretariat; c/o MA Convention Consulting Inc. 5F, Dai 2 Izumi-shoji Bldg., 4-2-6 Kojimachi, Chiyoda-ku, Tokyo 102-0083, JAPAN, TEL: +81-3-5275-1191 / FAX: +81-3-5275-1192 E-mail: 34fnps@macc.jp**

Convener; Kunihiro Okamura (Japan)

FNPS Board Members 2007 Laura Bennet (Chair, New Zealand) Carlos Blanco (The Netherlands) Dino Giussani (UK) Richard Harding (Australia) Tomoaki Ikeda (Japan) Brian Koos (USA) Anibal Llanos (Chile) Carina Mallard (Sweden) Emanuela Marinoni (Italy) Karel Marsel (Sweden) Jan Nijhuis (The Netherlands) Julian T. Parer (USA) Gerard Visser (The Netherlands) Donald Peebles (UK) Dan Rurak (Canada) Charles Wood (USA)

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

馬偕醫院婦產部

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，本會所有課程均需簽到及簽退。
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"/> 新竹場 8 月 12 日 <input type="checkbox"/> 高雄場 8 月 26 日		

台灣婦產科醫學會

TEL: 02-2568-4819

FAX: 02-2100-1476

Fédération Internationale de
Gynécologie et d'Obstétrique

International Federation of
Gynecology and Obstetrics



Secretariat: FIGO House
Suite 3, Waterloo Court,
10 Theed St, London SE1 8ST
United Kingdom

Telephone: +44 20 7928 1166
Fax: +44 20 7928 7099
Email: figo@figo.org
Website: <http://www.figo.org>

Dear President

Launch of FIGO-ICM Statement on Post-Partum Haemorrhage

We were sorry that you were not able to be with us at the Presidents' Meeting at the 2006 FIGO Congress in Kuala Lumpur Malaysia to sign the Declaration of Support for FIGO-ICM Global Effort to Prevent Postpartum Haemorrhage. We do however want to ensure that you are aware of the continuation of the PPH initiative.

Enclosed is a copy of the joint FIGO-ICM statement approved at the General Assembly, *Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings*. This version as well as translations of the statement into French, Spanish and Arabic are available on the FIGO web site at www.figo.org.

This new statement reflects the state-of-the-art and science of prevention and treatment of post-partum haemorrhage (PPH) in low resource settings. It builds upon the very successful first joint statement on the *Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage* issued in 2002, which is also available on the FIGO Website.

This latest statement is a part of the ongoing collaboration between FIGO and The International Confederation of Midwives ("ICM") in the FIGO-ICM

Global Initiative on the Prevention of Post-Partum Haemorrhage.

The goal of the Global Initiative is to lower the exceptionally high rates of maternal and neonatal mortality and morbidity in countries around the world. FIGO and ICM will continue to work collaboratively to promote these statements and distribute them to the membership of both organizations.

Tools and resources have been developed and distributed in order to assist you with in-country promotion of the statement and are also available on the FIGO Website. A toolkit and other resources have also been developed by POP-PHI (the Prevention of Post-Partum Hemorrhage Initiative) and these are available on their website (www.pphprevention.org). The toolkit is designed to provide useful, practical information and materials for health providers so that they can prevent postpartum hemorrhage through active management of the third stage of labor and advocate for necessary policy change to assure that active management of the third stage of labor is available to all pregnant women.

In addition, in 2006 the FIGO Council approved two motions designed to encourage Societies to work in collaboration with colleagues from other professional disciplines.

The motions are:

- ★ FIGO recommends that all its member societies meet with their midwife, nursing and general medical colleagues to implement the delegation of acts that will reduce maternal mortality due to PPH.

- ★ That oxytocin and misoprostol in the active management of 3rd stage of labour be delegated to nurses, midwives and general practitioners throughout their countries. Ob/gyn takes the lead to train all professionals in the proper use of these medications. Local ob/gyn need to lobby their governments to provide continuous uninterrupted drug sup-

plies to prevent and treat PPH as well as establish fully functional blood banks.

All Societies are encouraged to take action on the above motions, and to provide feedback to the FIGO Secretariat with respect to barriers that you might encounter as well as the successes you achieve.

Representatives of FIGO member societies who were in attendance at the President's Meeting signed a commitment of support for the initiative. We trust that you will also make the commitment to take an active role in promoting this initiative within your country. Please join your colleagues by accepting the following commitment:

We the undersigned support the use of active management of the third stage of labour (AM-TSL) by all skilled birth attendants regardless of where they practice. Likewise, in situations where no oxytocin is available or birth attendants' skills are limited, we support the use of misoprostol administered immediately after the birth of the baby to reduce the occurrence of haemorrhage. As national leaders of professional associations we pledge to promote these practices and to take action to prevent PPH in our communities

We have enclosed a copy of a photograph of Professor Arnaldo Acosta (Past President), Dr Andre Lalonde (Chair of the FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health), and Ms Kathy Herschderfer (Secretary General of the International Confederation of Midwives) after they signed the pledge banner. Please feel free to use this photograph to promote this initiative in your Society newsletter or Website.

We urge you to distribute the enclosed statement, and the other materials, to your members and to the Ministry of Health as well as to work collaboratively with midwives and other organizations in your country to implement the recommendations.

In the coming months FIGO will provide additional information and resources

with respect to the ongoing strategy for work in this area, and information will be made available to you. In the interim, if the FIGO Secretariat, or the FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health can be of support to you in promoting this initiative, please don' t hesitate to contact us.

Kind regards



Dorothy Shaw

President



André Lalonde

Co-Chair, Safe Motherhood and Newborn Health Committee.

醫 Mall 群聚基層醫療網

誠徵婦產科主任及兼任醫師

具婦產科專科

待優佳、前半年保障薪資施 PF 制度

意洽：沈醫師 0968056198



Q：會員詢問 **cytotec** 可否用於催生。

A：經查詢 **FDA** 網站目前並未通過使用於催生，故本會建議 **cytotec** 不要使用於催生用途。



Patient Information Sheet

Misoprostol (marketed as Cytotec)

This is a summary of the most important information about misoprostol. For details, talk to your healthcare professional.

FDA ALERT: – Risks of Use in Labor and Delivery

This Patient Information Sheet is for pregnant women who may receive misoprostol to soften their cervix or induce contractions to begin labor. Misoprostol is sometimes used to decrease blood loss after delivery of a baby. These uses are not approved by the FDA. No company has sent the FDA scientific proof that misoprostol is safe and effective for these uses.

There can be rare but serious side effects, including a torn uterus (womb), when misoprostol is used for labor and delivery. A torn uterus may result in severe bleeding, having the uterus removed (hysterectomy), and death of the mother or baby. These side effects are more likely in women who have had previous uterine surgery, a previous Cesarean delivery (C-section), or several previous births.

Is There Anything Else I Need To Know?

- There are other drugs to soften the cervix or induce labor or contractions that are approved by the FDA. There also can be similar serious side effects from these drugs. You may need to have your cervix softened or contractions induced for your health or your baby's health. Talk to your doctor about all your options and what is best for you.

What is Misoprostol?

- Misoprostol is a drug approved by the FDA to decrease the chance of getting stomach ulcers caused by taking certain arthritis or pain medicines.
- Misoprostol also has effects on the womb and cervix.

Who Should Not Take Misoprostol for Labor and Delivery?

- Pregnant women who have had a previous C-section or removal of fibroid tumors in the wall of the uterus should not receive misoprostol for softening the cervix or inducing contractions to begin labor.

How is Misoprostol Used?

- Misoprostol comes as a tablet. Sometimes the tablets are split, and you will be given only a piece of a tablet. You may be asked to take misoprostol by mouth, or it may be placed in your vagina or rectum.



Questions? Call Drug Information, 1-888-INFO-FDA (automated) or 301-827-4570
Druginfo@cder.fda.gov

會·員·聯·誼·活·動

東勢林場森林遊樂區之旅

旅遊日期：96年8月4-5日（兩天一夜）

報名方式：

1. 報名日期：7月10日以前傳真報名表至旅行社(傳真：02-25642256)，並劃撥旅費至學會（以收到郵局劃撥單為準）。逾期恕難辦理。

帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

2. 會員及眷屬(限直系含太太)均半價

3. 費用：

2人房	1個人 NT\$3100 (半價後)	3人房	1個人 NT\$2700 (半價後)
4人房	1個人 NT\$2600 (半價後)	(請在報名表上註明房型)	

協辦：東南旅行社 電話：02-25115596 傳真：02-25642256 (請找羅自強先生)

★為方便會員，只要報名參加者，學會都會安排交通，讓會員輕鬆的踏上旅程
(接車地點以交流道為主，以不超過二個交流道為限。)

本行程預計晚上7:00抵達可愛的家

集合地點：

- | | |
|---|-----------------------------|
| 台 | 北：7:00AM (遊覽車) |
| 地 | 點：學會一樓大門口 (北市民權西路 70 號 5 樓) |
| 台 | 中：8:30AM (遊覽車) |
| 地 | 點：新光三越百貨對面 (台中港路二段) |
| 高 | 雄：6:30AM (遊覽車) |
| 地 | 點：中正體育場門口 (三多一路) |

行程概要：

- (六) 北、中、南集合”出發→搭乘遊覽車→【新社古堡莊園】參觀→午餐→東勢林場(東勢林場是林相優美的森林遊樂區，植有油桐、杉木、楓樹、竹林等複層林，春綠、夏雪、秋紅、冬黃交織而成四時之美；經規劃設計的場區內，栽植

杜鵑、桃花、李花、杏花、櫻花、聖誕紅、等花樹，還有各式花草開滿了山坡以及步道兩旁，享有中部陽明山的美譽。

🏠 宿 清新溫泉飯店

(日) 餐廳早餐→鹿港小鎮之旅(鹿港天后宮..老街參觀)→新天地午餐→卓蘭採水果→賦歸。

東勢林場森林遊樂區之旅報名表

請於 7 月 10 日以前傳真報名表至旅行社 (傳真電話：02-25642256)

會員 編號		身分 證字 號		出生 年 月 日	
會員 姓名					
家屬 姓名		身分 證字 號		出生 年 月 日	
房 型					
電 話					
行動電話					
地 址					

台灣婦產科醫學會 電話:02-25684819 傳真:02-21001476 聯絡人:程小姐

尋 人 啓 示

如有會員知道

莊啓炎、陳武雄、陳德信

王豐治及徐敏如五位醫師

之聯絡方式請與學會聯絡



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

通訊繼續教育

重組活化的第七凝血因子 (rFVIIa) (I)

李耀泰¹ 陳福民¹ 鄭文雄² 郭宗正¹

台南郭綜合醫院 婦產科¹ 藥劑科

台北中山醫院¹ 婦產科

重組活化的第七凝血因子 (recombinant activated factor VII, rFVIIa, NovoSeven®; Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Denmark) 主要用在治療血友病 (hemophilia) 患者，因輸血產生FVIII或FIX之同種抗體 (allo-antibodies) 引起之自然或手術後出血。美國食品和藥物管理局 (FDA) 在1999年3月，先批准 rFVIIa 可用在血友病患者，及產生 FVIII或 FIX抑制劑 (inhibitors) 者所造成之出血。2005年，又增加可以用在血友病患者和已有FVIII、FIX抑制劑者手術時，亦可用在缺乏因子VII患者出血時。在歐洲，則允許使用在因內源性 FVIII或 FIX之自身抗體 (auto-antibodies) 所造成後天性 (acquired) 血友病之出血、這些患者手術時和Glanzmann's thrombasthenia等疾病。除上述用途外，rFVIIa 已被視為可治療許多原來沒有凝血缺陷患者，出現不能控制或嚴重出血時之非標示 (處方外用藥, off label) 藥物。最近許多報告認為，rFVIIa 之使用可以減少各種出血，包括先天性缺乏因子VII之患者，對病危和大量輸血患者，可以減少輸血。

人類 FVII之結構

人類凝血因子VII由第13對染色體所產生，製造之位置在肝臟，因子VII (eptacog al-

pha) 是一種 serine protease, 由 406 個胺基酸所構成, 分子量 50 kDa, 屬於 vitamine K-dependent coagulation glycoprotein, 分 4 個不同功能區 (domains): 包括 1 個 r-carboxyglutamic acid (Gla) 功能區, 2 個似上皮生長因子 (EGF) 功能區, 及 1 個 serine protease 功能區, 因子 VII 其中 Gla 功能區可活化包括因子 X 之大分子物質, 當因子 VII 在 Arg152 和 Ile153 之單一胜太鏈 (peptide bond) 被水解後, Gla 功能區顯現, 就成為活化的因子 VII, 即 VIIa。

作用機轉

rFVIIa 主要功能乃作用血液凝固之開端, 它有 3 種功能: (1) 產生 thrombin: 當血管壁受傷時循環血液會產生組織因子 (tissue factor, TF), 正常時 TF 只存在於血管壁深層之細胞, 由白血球所產生, 當與凝血因子 VII 結合即成為 TF/rFVIIa 複合物 (complexes), 附在 TF-攜帶細胞 (TF-bearing cell) 上, 即可活化的因子 X, 稱 FXa, 並使 prothrombin 變成 thrombin。在少量 thrombin 產生後, 與同時活化的輔助因子 (co-factors) V、VIII 和 XI, 及血小板, 可累積在受傷上。活化的血小板暴露在負電荷 (negatively charged) 之 phospholipid, (如 phosphatidyl serine) 中, 可使 FIXa、FVIIIa 和 FXIa 結合在其膜 (membrane) 上, 活化更多的 FX, 產生足夠量的 thrombin, thrombin 即可使 fibrinogen 變成 fibrin 而止血; (2) 防止 fibrinolysis: 當足夠的 thrombin 生成後, 會活化 TAFI (thrombin-activable fibrinolysis inhibitor), 此可保護 fibrin 血塊, 防止早發性溶解 (premature lysis); (3) 會增加血小板之功能, 即使在嚴重血小板減少時仍有止血的功能。

文獻報告產科出血病例

● 病例 1: 子宮破裂

2004 年, Boehlen 等報告一位 31 歲婦女, G3, 懷孕 41 週, 在一地區醫院以 pros-

taglandin E2 凝膠使子宮頸軟化，患者曾有一次剖腹產，1次流產。懷孕期間因有靜脈曲張，每天接受低分子肝素（enoxaparin 40 mg/天）治療，在生產前3天停藥。生產時因胎兒窘逼，而採用產鉗，雖以中側面外陰切開仍發生第4度會陰裂開。生產2小時後，患者出現大量陰道出血及休克，經靜脈注射 oxytocin 5U 和肛門置入 misoprostol 800 µg 無效，行緊急剖腹探查，發現有子宮破裂及膀胱撕裂，沒有殘餘胎盤，縫合後，子宮持續收縮無力（atony），出血和休克未改善，再次肛門置入 misoprostol 800 µg 亦無效，決定切除子宮，此時已輸入 10 U packed RBC、5 U 新鮮冷凍血漿（FFP）、10 U 血小板和 1200 U prothrombin 複合物，因患者生命跡象不穩，決定轉送醫學中心。

到醫學中心，患者血壓為 80/50 mmHG，脈搏每分鐘 130 次，體溫 32°C。Ht 15.8%，Hb 5.1 g/dL，血小板 158 G/L，prothrombin time 34 秒，activated partial thromboplastin time (aPTT) > 200 秒（正常 25-32 秒）和 fibrinogen 1.6 g/L（正常 2.0-4.0 g/L）。在入院後數分鐘，患者心跳停止長達 7 分鐘（疑係高血鉀症 8.5 mmol/L 造成），經急救後 2 小時，共予 16 U packed RBC、6 U 新鮮冷凍血漿。因持續出血，予 rFVIIa (120 µg/kg) 後進行剖腹探查，並在 1 小時和 3 小時再給同劑量 rFVIIa 各一次，手術中沒有出血，順利引流出腹中 4 L 血水，骨盆腔以連接紗布卷做壓迫，1 小時後沒有再出血，期間患者又接受 6 U packed RBC 和 6 U 新鮮冰凍血漿。

患者在送至加護病房後，針孔和引流管又出血（3 小時出血 1250 mL）。凝血檢查發現有廣泛性血管內凝血病變（DIC）：血小板 65 G/L，aPPT 53 秒，fibrinogen 1.2 g/L，和 D-dimers > 10,000 ng/mL。患者以輸入 crystalloids 和血漿維持血壓，第 2 天再予 rFVIIa 120 µg/kg 3 劑量，至晚上時病況漸好，但隔天早晨又突然出血（1 小時有 1350 mL），決繼續給予 rFVIIa（首 2 小時每小時 1 劑，然後每 3 小時 1 劑量），並給予 tranexamic acid，並進行第 3 次剖腹探查，在寬韌帶中結紮數條小血管後，沒有發現其它出血點。但手術後患者很快又再出血，血管攝影檢查沒有發現明顯出血源頭，因此未做內髖動脈栓塞，晚上因出血量減少，rFVIIa 劑量亦漸漸減少，在第 5 天停止使用，共用了 19 劑量。並輸入 55 U packed RBC，27 U 新鮮冷凍血漿，10 U 血小板和 22 U plateletpheresis（洗滌過血小板）。

在前 3 天，患者曾出現多重器官衰竭，包括肝、腎及肺（急性呼吸道窘迫症候群），經支持治療，沒有洗腎及 haemofiltration，第 4 天終能拔除氣管插管。為預防栓塞給予肝素，第 8 天回產科病房，第 21 天出院。3 個月後做了膀胱陰道瘻管修補，沒有併發

症。此病例證明 rFVIIa 可有效終止嚴重出血。並再次證明曾經剖腹產孕婦不宜引產。

● 病例 2：子宮收縮無力和陰道裂傷

2003 年, Bouwmeester 等報告一位 30 歲婦女, G1, 40 週時因第二產程延長, 用真空吸引產下一 3670 g 男嬰, 產後 1 小時出現產後出血。在全身麻醉下, 沒有發現殘留胎盤或子宮頸裂傷, 但有數處陰道裂傷, 縫合無法控制出血, 在給 12U packed RBC、8U FFP 後, 於產後 6 小時轉至醫學中心。到院時, 患者已呈休克, 針孔處均有滲血。實驗室檢查: Hb: 7.7 g/dL (12.1-16.1)、Ht 22 % (37-47 %)、血小板 $225 \times 10^9/L$ ($150-450 \times 10^9/L$)、PT international normalized ratio 1.99 (0-1.2) 和 aPTT 56 (0-40) 秒。此時曾出現心跳停止, 患者腹部快速膨脹, 急救時, 因腹壓增加, 無法維持機器呼吸。緊急剖腹探查, 發現腹腔內有大量腹水和收縮無力之巨大子宮。以雙手壓迫, 靜注 oxytocin 和子宮肌層注射 sulproston (250 mg x 2) 皆無效, 陰道繼續大量出血。結紮兩側內髂動脈亦無法止血, 做了次全子宮切除, 但手術縫合處和陰道傷口仍有滲血, 以紗布壓迫骨盆腔, 效果亦不彰。患者在 12 小時中已接受了 42U RBC、34 U FFP 和 6U 血小板。實驗室檢查發現 PT (international normalized ratio 2.39)、aPTT (133 秒)、因子 VIII 22 % (正常 60-120 %)、fibrinogen 0.9 g/L (正常 2.0-4.0 g/L)、血小板 $22 \times 10^9/L$ 。因所有止血方法皆已失敗, 最後試予靜脈注射 rFVIIa (NovoSeven) 60 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 10 分鐘後, 所有縫合傷口和陰道傷均停止出血, 除予 FFP 和 tranexamic acid 外, 未再補充其它血液成份。

2 小時後, 再予 rFVIIa 第 2 劑量 120 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 後, 再沒有任何出血。患者雖發生肺水腫, 兩側氣胸, 成人呼吸窘迫症候群, 需高壓呼吸器來治療。但情況在手術後第 3 天已改善, 第 10 天出院, 一切情況良好, 沒有出現使用 rFVIIa 的副作用。結論為: 當治療嚴重產後出血一切治療方法無效時, 使用 rFVIIa 可能挽回病患之生命。

● 病例 3：HELLP 症候群合併肝臟破裂

2004 年, Dart IV 等報告一位懷孕 22 週之 24 歲婦女, 住院治療子癲前症。患者曾

因子癩前症剖腹產一次。孕婦檢查除雙手水腫、血壓 160/100 mmHg、小便有尿蛋白 4+ 外，血紅素、Ht、血小板、aspartate aminotransferase、alanine aminotransferase、bilirubin 皆正常，腹部超音波發現有嚴重羊水過少和對稱性子宮內生長遲滯。

患者先予注射硫酸鎂和β-阻斷劑治療，但隔天血壓仍高，且出現 HELLP 症候群，血小板下降至 89,000/mm³（正常 130,000-400,000/mm³），aspartate aminotransferase 上升至 884 U/L（正常 15-37 U/L），alanine aminotransferase 為 359 U/L（正常 30-65 U/L），bilirubin 為 2.0 mg/dL（正常 0-1.0 mg/dL），因此每 12 小時給予 dexamethasone 10 mg 並予引產。

在生產時，患者發生右上腹痛、心跳加速和低血壓（血壓為 58/40 mmHg），陰道產下一死胎，因懷疑有肝血腫，轉至加護病房，予 6 U packed RBC，6 U 新鮮冰凍血漿（FFP）和 12 U 血小板後，血壓恢復正常。腹部電腦斷層發現有右側肝血腫和腹腔有大量液體。肝動脈攝影顯示沒有動脈出血。患者有繼續出血現象，經再輸 6 U FFP、4 U packed RBC 和 6 U 血小板，血小板仍在減少，並出現廣泛性凝血病變（DIC）。PT 為 22 秒，血小板為 43,000/mm³。此時因腹部腫脹，呼吸困難，乃插入氧管導管和裝置呼吸器，但最高氣壓（peak airway pressure）為 45 cm H₂O，腹部膨脹，小便量減至 < 30 mL/h，膀胱壓力為 36 mmHg，診斷為 compartment 症候群。

為了腹部減壓，在臍上切開一小洞，放入一 24-French 矽膠胸引流管，立即湧出 5 L 血水，膀胱壓減至 14 mmHg，peak airway pressure 下降至 30 cm H₂O，但血水仍不斷流出（為 > 500 mL/h），顯示仍有腹內出血。

再輸血小板使增加至 90,000/mm³，但出血仍不止，在輸入 rFVIIa 90 μg/kg 後 1 小時，腹液引流量減至 < 100 mL/h，PT 改善至 13 秒，不再需要輸任何血液製品。

引流管壓在 36 小時後拔除，傷口筋膜縫合，2 天後拔掉氣管插管，術後有右下側肺炎和腸麻痺，1 個月後平安出院。

病例 4：羊水栓塞

(一)一位 26 歲，G3，在 39 週因自然生產住院，破水後並予 oxytocin 引產，後因有胎兒心跳變慢持續 30 分鐘，在全身麻醉下進行剖腹生產。在胎兒出生後 2 分鐘，母親的

收縮壓下降至 50 mmHg，同時 end tidal carbon dioxide 下降至 10 mmHg。經靜脈注射 ephedrine 和 phenylephrine 無效，改以 epinephrine 急救，5 分鐘後收縮壓回復至 105 mmHg，但患者心跳加快至每分鐘 150 次，並呈現凝血病變，子宮雖收縮良好但縫合處有滲血，靜脈注射位置和口腔亦有滲血。發生低血壓 20 分鐘後，PT 延長至 21 秒，aPTT > 180 秒，international normalized ratio 為 1.66，血小板 $50 \times 10^9/L$ 。血液氣體分析 pH 7.178、PaO₂ 184 mmHg、PaCO₂ 32 mmHg、base excess -16 和 HCO₃ 12mmol/L。患者在接受 1L FFP、2U 血小板兩小時後仍無法止血，估計出血量約 3000 ml。再接受 3.5 L Ringer lactate、500 ml gelafundin 和 6U 紅血球後，由靜脈注入 rFVIIa 90 µg/kg，30 分鐘出血停止。手術後 international normalized ratio 1.13、PT 15.3 秒、aPTT 35.7 秒、血小板 $169 \times 10^9/L$ 。廣泛性血管內凝血病變 (DIC) 試驗陽性：fibrinogen 1.5 µmol/L、D-dimer > 2 µgm/L、沒有溶解性 fibrin monomers。患者在手術後 5 天出院，情況良好。此為文獻中首次以 rFVIIa 治療羊水栓塞成功之案例。

病例 5：羊水栓塞

(二)2007 年，Prosper 等報告一位 43 歲，G8P5，懷孕 41 週婦女，因產痛住院，此時生命徵兆穩定。患者接受脊髓膜外麻醉，並以催產素 (oxytocin) 引產。子宮頸擴大至 4 cm 時，人工破水發現羊水中含有濃厚胎便，乃在胎兒頭皮裝置電極和測量子宮內壓力導管，3 分鐘後，胎兒心跳下降至每分鐘 72 次，長達 3 分鐘，經改變母體姿勢和給予氧氣後，胎心回復至正常，但 1 小時後，胎兒心跳又下降至每分鐘 50 次，緊急處置無效。

乃在脊髓膜外麻醉下行緊急剖腹生產，胎兒體重為 3490 g，Apgar score 在 1 分和 5 分鐘時分別為 6 和 7。臍動脈 pH 6.99，base excess -8，沒有胎盤早期剝離。此時子宮切口和寬韌帶有大量出血，以縫合止血。手術中母血呈現嚴重凝血病變，包括纖維原蛋白 (fibrinogen) 45 mg/dL，international normalized ratio 1.9 (正常 < 1.3)，activated partial thromboplastin (aPTT) 150 秒，和 prothrombin time (PT) 21 秒。血小板為 95,000/µL，血紅素 3 g/dL (住院時血紅素為 12.7 g/dL)。經吸入 50 % 濃度氧後，母動脈 pH 為 7.26。

患者在手術中接受了 6 單位 packed RBC，6 單位血小板，2 單位新鮮冷凍血漿，和 2 單位冷凍沉澱物，但出血只有少許改善。2 小時後決定給 rFVIIa，劑量為 60 g/

kg, 10分鐘後出血即有明顯改善。在給 rFVIIa 2小時後, aPPT 為 43 秒, PT 為 10.4 秒, 和 international normalized ratio 為 1, 估計手術中共出血 6000 mL。手術後 fibrinogen 祇有 41 mg/dL, 皮膚仍有滲血, 需加輸血液製品來改善 fibrinogen 和血小板, 手術後第 3 天血液回復正常。

但患者在第 4 天出現包括腎的多重器官衰竭, 但無病理性血管栓塞的證據。手術後又接受了 6 單位新鮮冷凍血漿, 24 單位血小板, 6 單位 packed RBCs, 和 2 單位冷凍沉澱物。就在第 4 天, 患者已完全恢復可拔掉氣管插管, 腎功能亦恢復正常, 在手術後第 11 天出院。結論為: 患者如有嚴重產後出血, 經各種治療若無效, 可考慮使用 rFVIIa, 可能會有良好的結果。

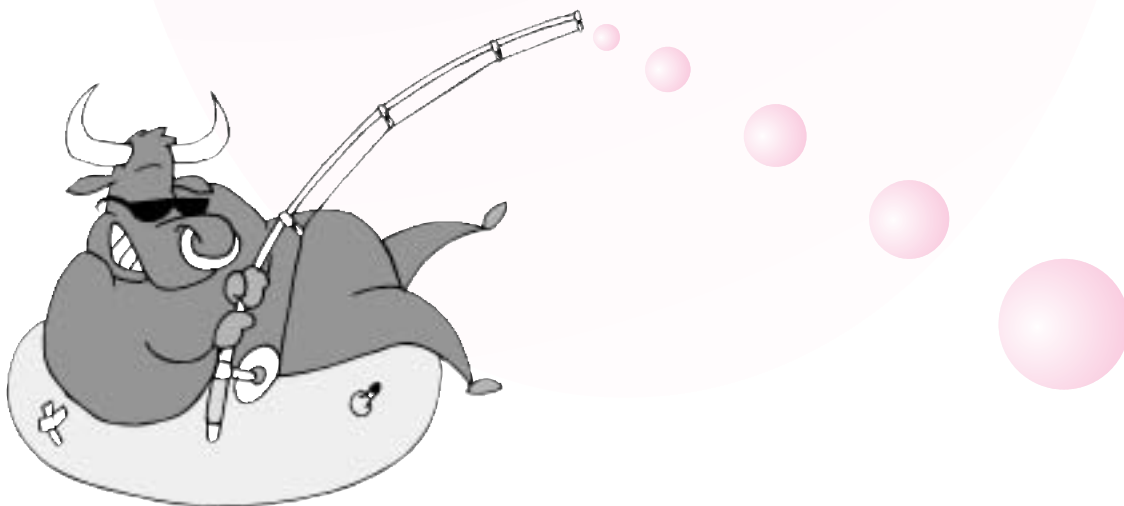
2007 年, Franchini 等綜合文獻中 65 位因產後出血而使用 rFVIIa 之患者。平均年齡為 30.5 (22-44) 歲。文中有 55 人提到生產方法, 包括陰道生產有 20 (36.4 %) 人, 剖腹產有 35 (63.6 %) 人。產後出血原因, 包括: (1) 子宮收縮無力有 21 人 (32.3 %); (2) 陰道或子宮撕裂 14 人 (21.5 %); (3) 異常胎盤 11 人 (16.9 %); (4) HELLP (溶血、肝酵素上升和低血小板) 症候群 6 人 (9.2 %)。另有先天性凝血不良 7 人 (10.8 %), DIC 6 人 (9.2 %)。65 例中共有 30 人 (46.1 %) 仍接受了子宮切除, 有多少患者可因使用 rFVIIa 得避免子宮切除, 因很多案例是在子宮切除後才使用 rFVIIa, 故難以了解。平均使用 rFVIIa 濃度為 65.9 (13.3-120) $\mu\text{g}/\text{kg}$, 平均使用劑量次數為 1.8 (1-19) 次, 其中 73 % 只使用一次 rFVIIa, 在先天性缺乏因子 VII 的案例, 通常需要使用 rFVIIa 的劑量很低。使用方法, 除 2 位為連續點滴注射外, 其它皆為一次靜注 (bolus)。總共良好結果者佔 62 人 (95.4 %), 唯因所有報告皆沒有控制組, 因此難下肯定的結果。

從以上文獻結果, 部份作者建議在標準方法治療產後出血無效時, 應該使用 rFVIIa。Sobieszczyk 等主張 rFVIIa 之劑量為 40-60 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 如經 15-30 分鐘間未見臨床改善, 可以重複注射一次。

參考文獻

1. Prosper SC, Goudge CS, Lupo V: Recombinant factor VIIa to successfully

- manage disseminated intravascular coagulation from amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol* 2007 ; 109 : 524-525.
2. Bouwmeester FW, Jonkhoff AR, Verheijen RHM, et al : Successful treatment of life-threatening postpartum hemorrhage with recombinant activated factor VII. *Obstet Gynecol* 2003 ; 101 : 1174-1176.
 3. Boehlen F, Morales MA, Fontana P, et al : Prolonged treatment of massive postpartum haemorrhage with recombinant factor VIIa : case report and review of the literature. *BJOG* 2004 ; 111 : 284-287.
 4. Franchini M, Lippi G, Franchi M : The use of recombinant activated factor VII in obstetric and gynaecological haemorrhage. *BJOG* 2007 ; 114 : 8-15.
 5. Dart IV BW, Cockerham WT, Torres C, et al : A novel use of recombinant factor VIIa in HELLP syndrome associated with spontaneous hepatic rupture and abdominal compartment syndrome. *J Trauma* 2004 ; 57 : 171-174.
 6. Lin Y, Loo CC, Fun CW : Recombinant factor VIIa after amniotic fluid embolism and disseminated intravascular coagulopathy. *Int J Gynecol Obstet* 2004 ; 87 : 178-179.
 7. Sobieszczyk S, Breborowicz GH : Management recommendations for postpartum hemorrhage. *Arch Perinat Med* 2004 ; 10 : 1-4.





問答題

一、FDA 批准 rFVIIa 的適應症包括哪些疾病？

- (A)血友病 (B)有 FVIII 或 FIX 抑制劑之出血
(C)缺乏因子VII之出血 (D)以上皆是

二、下列何者為 rFVIIa 的作用機轉？

- (A)活化因子X，使 prothrombin 變成 thrombin
(B)防止 fibrinolysis
(C)增加血小板之功能
(D)以上皆是

三、文獻報告以 rFVIIa 治療產後出血，包括下列哪些疾病？

- (A)子宮收縮無力 (B)陰道或子宮撕裂
(C)異常胎盤 (D)以上皆是

四、根據 Franchini 等綜合文獻報告以 rFVIIa 治療產後出血成功之比例有多少？

- (A)90-99 % (B)80-89 % (C)70-79 % (D)60-69 %

五、根據 Sobieszczyk 等主張 rFVIIa 之劑量為多少？

- (A)10-39 $\mu\text{g}/\text{kg}$ (B)40-60 $\mu\text{g}/\text{kg}$ (C)71-100 $\mu\text{g}/\text{kg}$ (D) $> 101 \mu\text{g}/\text{kg}$

第 127 期通訊繼續教育

C 型肝炎與懷孕

答案：一、(C)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(A)

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

◎128 通訊繼續教育答案◎

題目：重組活化的第七凝血因子
(rFVIIa) (I)

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

電話：(04) 8379560 邱小姐
傳真：(04) 8355547

會員園地

重組活化第七凝血因子 (rFVIIa)

在婦產科的應用 (II) 實例

李耀泰¹ 陳福民² 鄭文雄³ 郭宗正¹

台南郭綜合醫院 ¹婦產科 ³藥劑科

台北中山醫院 婦產科²

治療後天性產後血友病

生產所導致之血液凝固病變屬後天性血友病 A，乃一種十分罕見（發生率約每百萬人中有 0.2-1 人）發生在生產的嚴重併發症，原因是母體產生一種會抑制凝血因子 VIII 的抑制素 (inhibitor)。後天性血友病 A 最早在 1937 年由 Rosentha 所提出，他發現患者體內有一種與治療血友病時所見之 FVIII 抗體類似的免疫球蛋白 (IgG)，即 FVIII 抑制素，此屬自身抗體 (autoantibodies)，可分為完全型 (type I) 或不完全型 (type II) 兩種，現在已知約 7-21 % 因懷孕產生，其它則因藥物、自體免疫疾病、癌症、呼吸器官、高齡、糖尿病和 B 或 C 肝等引起。懷孕引發之 FVIII 抑制素若能早期診斷，可以減少母體罹病率和死亡率，唯因患者均缺乏個人或家族之出血史，祇有在產後出現多處原因不明的出血及軟組織血腫時，才會讓婦產科醫師開始懷疑。一般而言，先天性血友病主要是關節有血腫，但 80 % 後天性血友病是在皮膚、肌肉、鼻、胃腸、泌尿道及腹內出血，或在手術、外傷時大量出血，或產後長時間無名出血。實驗室診斷只有一項 aPTT 時間延長，混合試驗 (mixing test) 則為陰性（即取患者和控制組血漿以 50:50 混合，aPTT 無改善，表示有 FVIII 抑制素存在，如 aPTT 在與控制組血漿混合後如有改善，則表示僅是缺乏 VIII 因子）。抑制素可以 Bethesda 分析方法測量。

後天性產後血友病 A 可發生在任何一次懷孕，但 80 % 是發生在第一胎產後的 1-4 個月內，偶有遲至 1 年後者。FVIII 抑制素很少能在懷孕期間或生產時檢查出來，否則，必有嚴重的子宮出血，甚至需切除子宮。後天性產後血友病 A 之自然病程多很好，> 60 % 之自身抗體 (autoantibody) 抑制素在平均 30 個月內自然消失，而且下一次的懷孕也不會復發。如只有低價的抑制劑素 (< 5 BU/mL) 幾個月內便會消失，如屬高價位 (> 5 BU/mL) 時因會維持多年，甚至延續至下次懷孕，應考慮以免疫抑制劑 (如類固醇、球蛋白、細胞毒殺藥物等) 來治療。FVIII 抑制素屬 IgG，可以經胎盤至胎兒，在新生兒體內約維持 3 個月，但少有出血者，仍有新生兒腦內出血的報告。臨床症狀之嚴重度常因人而異，端視抑制素之濃度和出血位置而異。如 FVIII 抑制素在產後數天內產生，主要症狀是陰道出血；如產生較晚，則最多為瘀斑 (ecchymoses) 和軟組織出血。

治療主要針對急性出血的控制，長期目標則是如何加速消除抑制素。出血如屬輕度，可使用增加血漿 FVIII 的藥物 (如 desmopressin 和濃縮 FVIII 液)，如出血嚴重，則需使用濃縮活躍性 prothrombin 複合物和 rFVIIa。以 rFVIIa 治療後天性產後血友病 A 已有許多成功例子。Mazzucconi 等曾報告 4 位產後因產生抑制素出血的婦女，以高劑量免疫球蛋白和 dexamethosone 治療成功，另 2 位，在加用每 12 小時 90 µg/kg rFVIIa 4 天後，出血才停止。

1995 年，Houser 等分析 51 例產後產生抑制素的病例，大部份發生在產後 3 個月內，抑制素之量在 5-200 BU/mL 間，部份症狀嚴重，其中有 3 例死亡，但 76.5 % 患者之自身抗體均能自然消失。Solymoss 等報告 14 例同樣患者，在 80 次出血中雖沒有人死亡，但有 5 人有危及生命或肢體 (limb) 殘廢之出血。這類患者在類固醇或加上 cyclophosphamide 的治療下，86 % 可以消除自身抗體。

病例報告

2002 年，Shobeiri 等報告一位 24 歲，G3P3 婦女，過去沒有出血的疾病，但有一次剖腹產，此次住院順利陰道生產 (VBAC)。凝血試驗包括 fibrinogen、PT 和 aPTT 皆正常。患者在生產前 1 週曾接受拔牙，過程亦順利。生產後 4 天，患者會陰切口出現出血，陰道出血亦增。在縫合會陰出血時，因懷疑可能有胎盤滯留，進行了子宮搔括術，手術中出現出血不止、心跳加速和低血壓，立即進行了子宮切除。出血為間斷性但甚嚴重，接受了 crystalloid 和 2 U packed RBC。當時 aPPT 為 45 秒 (正常 22.9-33.1 秒)。術後數天，曾須 4 度縫合和壓迫陰道縫口 (vaginal cuff)。在產後 19 天內，患者接受了 12 U packed RBC、10 U 冰凍沉澱物 (cryoprecipitate) 和 desmopressin

(DDAVP, 乃 antifibrinolytic 藥物), 最後轉至醫學中心。

至醫學中心後, 患者因血流動力不穩定, 立即被送至手術室, 在做了下髂動脈結紮後, 出血停止。血液檢查 PT 12.5 秒 (10.2-12.5 秒)、aPTT 45.5 秒 (22.9-33.1 秒)、International Normalized Ratio (INR) 1.1 (控制 1)、fibrinogen 286 mg/dL (170-400 mg/dL)、出血時間 7.5 分 (2-7.5 分)、血紅素 12.1 gm/dL (12-16 gm/dL)、和血小板 323,000/ μ L (130,000-400,000/ μ L)。手術後患者又發生間斷性出血, 輸了 10 U FFP 和 6 U packed RBC, 患者接受骨盆腔血管攝影雖未發現出血處, 但仍做了右側內髂動脈栓塞。此時患者 Hb 下降至 8.1 gm/dL, PT 12 秒, aPTT 52 秒, 一面輸予冰凍沉澱物和 FFP, 同時靜脈注射 25 mg protamine sulfate, 0.3 μ g/kg desmopressin, 和每天皮下注射 10 mg vitamin K (antifibrinolytic 藥物)。

最後血液檢查發現患者之凝血因子 VIII 為 8 % (50-150 %), 因子 IX 為 121 % (50-150 %), 因子 X I 為 73 % (50-150%) 和 FVIII 抑制素 3.5 Bethesda units (BU) (正常應無)。決定給予 aminocaproic acid (antifibrinolytic 藥物), 每 4 小時 i. v. 3250 mg, procrine factor VIII (因子 VIII 補充劑), 每 12 小時 1200 U 和 prednisone (每天 20-60 mg), 但臨床和檢驗皆沒有改善。住院第 4 天, 患者曾以電燒治療腹部傷口出血。第 5 天, 以 Argon 雷射治療陰道縫口出血, 因血尿接受膀胱鏡檢查。再予 packed RBC、冷凍沉澱物和 FFP, 又出現胃腸出血, 需以內視鏡電燒止血。第 12 天起, 每天靜脈加注 200 mg cyclophosphamide, 希望減少抑制素之量。

住院第 22 天, 實施血漿去除術 (plasmapheresis), 但凝血檢查沒有改善, 患者之間歇性陰道出血, 需以陰道壓迫和冷凍沉澱物來控制。此時血中 FVIII 抑制素為 3.6 BU。乃予 porcine FVIII 及每 8 小時 75 μ g/kg Autoplex T (an activated prothrombin complex concentrate), 2 天後, 患者離開加護病房, FVIII 量為 17%。第 34 天, 停止使用 Autoplex T。第 36 天, 患者出院, 此時 PT 為 10.9 秒, aPTT 28.4 秒, Hb 11.4 gm/dl, 每天給予 20 mg prednisone 和口服 200 mg cyclophosphamide。

住院期間, 患者總共注射 53 U FFP, 51 U packed RBC, 53 袋冷凍沉澱物, 44 瓶 porcine FVIII, 21 瓶 Autoplex。12 個月後, 患者情況良好, 停止使用 prednisone。

在婦科用途

例一、治療手術中嚴重出血：

2003 年, Danilos 等報告一位 45 歲婦女, 因骨盆腔腫瘤預備行全子宮和兩側輸卵

管卵巢切除。患者過去沒有出血或栓塞病史，血小板和凝血功能亦正常。手術中發現腸子、膀胱和腹腔有沾黏，兩側腹膜外 (extraperitoneal) 各有一 8 和 15 公分的腫瘤，黏附在陰道兩側。切除中估計出血 1000 mL，止血後，在腹腔中放置引流管，患者接受 crystalloids (normal saline, Ringer lactate) 和 1 L colloids (6% hetastarch, 5% albumin)。

術後腹腔出血未止，經輸 2 U packed RBC 仍有嚴重休克現象，5 小時後再行剖腹探查，發現在腫瘤切除部位有多處出血。經局部止血，使用 collagen-coated fibrin-fiber mesh 壓迫，結紮兩側髂動脈，改善酸血症和血容不足，共予 3 L crystalloids、1.5 L colloids、10 U packed RBC 和 8 U FFP。此時，雖然凝血功能檢查，PT 14 (正常 12-16) 秒、PTT 37 (正常 23-37) 秒、D-dimer 0.2 g/L (正常 < 0.5)、fibrinogen 273 g/L、血小板 $40 \times 10^9/L$ 和 Hb 12.8 g/dL 均屬正常，但出血情況未改。

最後選擇靜脈注射 80 μ/kg rFVIIa，注射後有短暫心跳加快 (由每分鐘 80-90 次變為 110 次) 和動脈收縮壓下降 (由 135 mmHg 下降至 90 mmHg)，數分鐘後血流力動學回復正常 (每分鐘心跳 70 次和血壓 120 mmHg)，10 分鐘後未再滲血，手術得以完成，不再需要輸血。

術後因輸血太多發生體溫過低，需要人工呼吸器，但在第二天就拔除氣管插管。此時，凝血功能 (PT 和 PTT)、fibrinogen、血紅素和血小板皆正常，術後第 3 天之總出血量 < 100 mL，沒有栓塞併發症，腎功能和小便量皆正常，手術後第 9 天出院。腫瘤結果為低惡性基質肉瘤 (low-grade stromal sarcoma)。手術後 1 個月，antithrombin III (125%)、factor VII (100%)、factor VIII (90%) 和 von Willebrand factor (約 70%)，皆為正常。

例二、子宮內膜癌止血：

2002 年，Sajdak 等報告一位 67 歲婦女，因大量子宮出血，經子宮鏡檢診斷為子宮內膜癌。患者因有嚴重心臟病、高血壓、糖尿病、肥胖和臍疝氣，不適合手術，先以放射線治療，後用荷爾蒙治療。4 年後，陰道有嚴重出血，血液檢查：RBC 4.41 M/L，Hb 8.5 mmol/L，Hct 0.401/L 和血小板 149 G/L。

患者在使用陰道填塞 (tompon) 壓迫，給 etamsylate (每 8 小時 iv 0.5 g)、tranexamic acid (每 8 小時 0.5 g) 和 aminocaproic acid (每 8 小時口服 5 g) 後，出血漸漸減少。住院第 6 天，RBC 3.14 M/L、Hb 5.6 mmol/L、Hct 0.281/L 和血小板 119 G/L

L, 輸 1 U 血液。住院第 10 天, 突然再發生較住院時更嚴重的出血, 因已無其它止血方法可用, 決定靜注 21 $\mu\text{g}/\text{kg}$ rFVIIa (Novo Seven(r)), 20 分鐘後出血即漸減少。24 小時後, 再注射相同劑量 rFVIIa 一次, 約 20 分鐘出血完全停止, 患者在第 12 天出院, 一切情況良好。

例三、陰道癌出血：

2002 年, Sajdak 等再報告一位 42 歲婦女, 4 年前陰道肉瘤 (sarcoma) 接受切除腫瘤和放射線治療, 3 年後復發, 以 CyVADic 藥方做化學治療, 患者沒有與出血相關的個人和家族史。

住院時主訴有 6 小時嚴重陰道出血, 婦檢發現陰道有一具壓痛、壞死和出血的腫瘤, 血液檢查: RBC 3.08 M/L、Hb 6.7 mmol/L、Hct 0.311/L、血小板 181 G/L。給予 3 U 血液、etamsylate 和 tranexamic acid。因繼續出血, 生命危險, 乃經靜脈注射 10 $\mu\text{g}/\text{kg}$ r FVIIa, 20 分鐘後出血漸減, 50 分鐘時出血已可控制, 再經第 2 次同劑量注射, 止血成功, 患者第 4 天出院。

例四、手術後出血：

2001 年, Moscardo 等報告一位 33 歲婦女, 經顯微精子注射懷雙胞胎。住院前兩週, 肝指數上升 (AST 416 U/l, ALT 406 U/l)。33 週住院時有黃疸、下肢水腫, 血液檢查除肝指數上升, creatinine 203.2 $\mu\text{mol}/\text{l}$, 並發現有 DIC 現象, PT 27 秒, aPTT 60 秒, fibrinogen 5.6 g/l, D-dimer 6.78 mg/l, 決定以剖腹終止懷孕, 術後給予 FFP 和 fibrinogen, 但患者仍呈現血壓下降、尿少、Hb 下降、凝血功能變差, 超音波檢查更顯示有腹內出血, 乃行緊急剖腹探查, 腹腔內積血約 3 L, 沒有明顯出血點, 子宮切除後, 血流動力仍不穩定並呈現廣泛性血管內凝血 (DIC), 輸入 packed RBC、platelete、FFP 和 fibrinogen 效果不彰。3 天後再行剖腹探查, 腹腔中仍有大量血液, 雖將可見之右側子宮旁出血點止血, 腹腔內出血仍因 DIC 更趨嚴重, Hb 下降至 3.5 g/dl。隔三小時給 90 $\mu\text{g}/\text{kg}$ rFVIIa 兩次, 止血效果顯現, 血流力學趨穩定, 小便變多, Hb 亦上升。在繼續每 3 小時給相同劑量 rFVIIa 共 9 次, 並補充 FFP、RBC 和血小板。結果凝血功能、肝功能、腎衰竭均漸正常, 在住院第 32 天平安出院。

對抗口服抗凝血劑

2006年，Morante等報告一位32歲，懷孕34週之孕婦，因裝置人工主動脈和二尖瓣瓣膜，以acenocoumarol（一種短半衰期 coumarin）為抗凝血劑。此次住院因有陰道出血，當時，血壓、Hb和Ht正常，International Normalized Ratio（INR）增加至3.2，因需要馬上手術，在給96 µg/kg rFVIIa（Novoseven(r)）30分鐘後再測量，INR降為0.8，緊急剖腹產得以順利，母子均安。手術後4小時開始用 heparin，第2天改用acenocoumarol，手術後12小時INR為2.2。患者在第7天出院，情況良好。

註：在使用口服 coumarin 者，通常要停藥24小時，凝血功能才會正常，對不宜使用 vitamin K 之人工心臟瓣膜患者。如需行緊急剖腹產，給予 FFP 有感染之風險，給 prothrombin complex 則有較 rFVIIa 更高的栓塞機會，因此 rFVIIa 是較理想的抗凝血劑對抗劑。

安全性

rFVIIa 使用上的安全性，主要來自其治療血友病的經驗，2002年 Hedner 等統計，在170,000位標準劑量的使用者中，發生靜脈栓塞（thromboembolic）的有5位，其中3位有肺栓塞，僅1人死亡。另外，產生腦血管（中風）症狀有4人，其中3人>55歲。結論為 rFVIIa 的使用者當中，產生血管栓塞者不多，發生者多屬有心臟血管疾病或高齡者。未使用 rFVIIa 之血友病患者亦曾有栓塞（thrombosis）的報導。

rFVIIa 用在肝臟或血小板功能欠佳之出血患者亦十分有效。它不會傳染愛滋病病毒（HIV）或其它經輸血傳染之病毒。

結 論

婦產科使用 rFVIIa 之有關文獻不多，但對有威脅生命的產後出血或婦科出血，如傳統治療失敗，使用 rFVIIa 常顯示有效。對某些遺傳出血性疾病（如缺乏凝血因子VII），或血小板有 alloantibodies 者，rFVIIa 以顯示有用。

目前使用 rFVIIa 之文獻，因多屬單一或數病例，且無控制組，可能對 rFVIIa 之效果有過度渲染，或未報導失敗的病例，其使用之適當劑量不知，價格貴，故暫難成為常規用藥。

rFVIIa使用的主要副作用為血管栓塞，尤其在高齡、有心臟血管疾病和婦癌之患者，更應小心觀察。

總括而言，使用 rFVIIa 對嚴重出血患者，可能有意想不到之良好結果，值得我們注意。

參考文獻

1. Franchini M, Gandin G, Paolantonio TD, et al: Acquired hemophilia A: a concise review. *Am J Hematol* 2005; 80: 55-63.
2. Hauser I, Schneider B, Lechner K: Postpartum factor VIII inhibitors: a review of the literature with especial reference to the value of steroid and immunosuppressive treatment. *Thromb Haemost* 1995; 73: 1-5.
3. Solymoss S: Postpartum acquired factor VIII inhibitors: results of a survey. *Am J Hematol* 1998; 59: 1-4.
4. Mazzucconi MG, Bizzoni L, Giorgi A, et al: Postpartum inhibitor to factor VIII: treatment with high-dose immunoglobulin and dexamethasone. *Haemophilia* 2001; 7: 422-427.
5. Hedner U, Erhardtson: Potential role for rFVIIa in transfusion medicine. *Transfusion* 2002; 42: 114-124.
6. Danilos J, Goral A, Paluszkiewicz P, et al: Successful treatment with recombinant factor VIIa for intractable bleeding at pelvic surgery. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 1172-1173.
7. Shobeiri SA, West EC, Kaln MJ, et al: Postpartum acquired hemophilia (factor VIII inhibitors): a case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2000; 55: 729-737.
8. Sajdak S, Moszynski R, Opala T: Bleeding from endometrial and vaginal malignant tumors treated with activated recombinant factor FVII. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002; 23: 325-326.
9. Moscardo F, Perez F, De La Rubia J, et al: Successful treatment of severe

intra-abdominal bleeding associated with disseminated intravascular coagulation using recombinant activated factor VII. Br J Haemato 2001 ; 113 : 174-176.

10.Morante L, Guasch EV, Palacio F, et al : Activated recombinant factor VII to reverse oral anticoagulant for emergent cesarean delivery. Anesth Analg 2006 ; 102 : 1902-1903.

桃園婦產科診所

誠徵專科醫師

單看門診亦可

請洽：0916304380 蔡小姐

南彰化地區醫院

誠徵婦產科主治醫師

04-8343838 ext.100

員林何醫院 何小姐

子宮頸癌疫苗效果之迷思與省思

花蓮慈濟醫院婦產部 朱堂元教授

眾所矚目的子宮頸防癌疫苗—Gardsil（嘉喜）已於去年上市，在自費市場上已是沸沸揚揚地競相施打，全球也有超過 10 個國家將之列為常規接種項目。此一堪稱繼 B 肝疫苗之後第一種既能預防癌症又能預防菜花之疫苗，在上是以前即已經造成轟動，上市後各方團體對此疫苗之評價不一，呈現兩極。鼓吹者號稱防癌效果百分百，反對者認為疫苗防護不佳，沒有必要全面接種，二方互嗆各不相讓。其實所有之新藥包含疫苗之研發上市均經過層層地科學及臨床驗證，有客觀實際之臨床試驗數據可循。在此釐清一些最根本之問題：到底該疫苗有多少防護效果？對誰有效？不同年齡、性行為及子宮頸狀況下之效果如何？

1. 此疫苗系藉由預防人類乳突病毒（HPV）感染以預防子宮頸癌
2. HPV 多在性接觸後不久即感染，在 1-20 年不等的時間產生癌前期病變及癌症。
3. HPV 有許多不同的型別，目前上市之疫苗能預防其中二種主要致癌之 HPV 型，即 16 型及 18 型。
4. 16 型及 18 型 HPV 為 32 % 癌前期病變及 65 % 子宮頸癌的主因。
5. 據全球大規模之臨床試驗結果顯示，該疫苗預防 16 型及 18 型 HPV 致癌之效果為 98 %。但這僅限於在尚未感染該二型 HPV 前施打、且按時程一年內打完三劑疫苗者之效果。
6. 對施打前已經感染的 HPV 無效，對其他型別 HPV 所致之癌前病變及癌症也無效。
7. 在施打時若已經有子宮頸癌前病變，不但無效而且有可能加速該病變之癌化。
8. 因此，根據 MSD 藥廠在世界各地大規模臨床試驗之結果¹，實際上 16-25 歲之婦女施打該疫苗之中其綜合效果為：

- A. 無性經驗者或確定未感染 HPV-16、18 且按時程施打者，預防 HPV16/18 之癌前病變效果達 98 %；預防所有子宮頸癌前病變之效果，在國外為 50%，在台灣為 32%*2。預防所有子宮頸癌之效果在國外預估為 69%，在台灣為 64%**。
- B. 無性經驗者或確定未感染 HPV-16、18 且於 1 年後才打完 3 劑者，預防 HPV16/18 之癌前病變達 95 %；在國外預防所有子宮頸癌前病變之效果為 27 %，在台灣為 17% 預防所有子宮頸癌之效果在國外預估為 66%，在台灣為 61%**。
- C. 已有性經驗，可能已有 HPV 感染或已有癌前期病變者，打完 3 劑預防 HPV16/18 之癌前病變之效果為 44 %；在國外預防所有子宮頸癌前病變之效果為 17 %，在台灣為 11%。預防所有子宮頸癌之效果在國外預估為 31%，在台灣為 28%*。

另外，根據實驗動物模式推論 4，疫苗所誘發之體液免疫反應除了可刺激 B 細胞產生大量中和抗體預防 HPV 感染之外，此一 B 細胞產生之抗體也會誘導病變中之 Innate immune cells 產生致癌之發炎反應並促使癌變之產生 5。在另一針對致癌蛋白之主動免疫治療實驗中，類似之疫苗抗原對已經存在之癌前期病變會有加速其癌化之可能 6。

總之，嘉喜疫苗預防子宮頸癌之效果並非百分之百；不同人接種之效果差異極大。最有效的接種對相為尚未有性行為的婦女，估計在台灣預防癌前病變之效果為 32%，預防癌症之效果為 64 %。對於已有性經驗，可能已經感染或形成子宮頸病變之婦女，效果約只有一半，且應格外小心其可能之負面效果。

* 由於 MSD 臨床試驗未做此一資料之發表，32% 之數據乃根據 HPV-16,18 型在台灣地區 HSIL 所佔之比率推算。此一數據低於世界平均 (50 %) 甚多 3，乃是台灣地區 HPV-16,18 所佔之比率較低之故。

** 由於臨床試驗只能追蹤有無癌前期病變，無法追蹤注射疫苗者到癌症發生的地步，有關預防癌症之效果只能以已知之癌前期病變與癌症之關連性，以及各型 HPV 在癌症所佔之比率推算得知。

參考文獻資料

1. The FUTURE II study group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. N Engl J Med 2007;356:1915-27.

2. Ding DC, Hsu HC, Huang RL, Lai HC, Lin CY, Yu MH, Chu TY. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus in the full spectrum of cervical carcinogenesis. Submitted.
3. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, Keys J, Franceschi S, Winer R, Clifford GM. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: A meta-analysis update. *Int J Cancer*. 2007 Apr 2;121(3):621-632.
4. de Visser KE, Korets LV, Coussens LM. De novo carcinogenesis promoted by chronic inflammation is B lymphocyte dependent. *Cancer Cell* 2005;7:411-23.
5. de Visser KE, Eichten A, Coussens LM. Paradoxical roles of the immune system during cancer development. *Nat Rev Cancer*. 2006 Jan;6(1):24-37
6. Siegel CT, Schreiber K, Meredith SC, Beck-Engeser GB, Lancki DW, Lazarski CA, Fu YX, Rowley DA, Schreiber H. Enhanced growth of primary tumors in cancer-prone mice after immunization against the mutant region of an inherited oncoprotein. *J Exp Med* 2000;191:1945-56.



城中 瑪麗安 婦產科
www.marianswoman.org

台北市女醫婦產科診所
誠徵女性專科醫師

單純婦科產科門診
沒有接生、不用值班
地點適中、環境優雅、交通便利
待遇優渥、發展性高

請洽：張院長 (02) 2381-3500

一切不是都只是為了錢嗎？

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

最近有一位婦產科醫學會的會員因替一位高齡產婦作羊水穿刺檢查，第二天晚上，即不到三十六小時內，病人即發高燒，羊膜絨毛膜炎，甚至因敗血症而導致胎兒死亡，病家當然不解，也不能接受這個殘酷的現實。但如果他們稍具醫療常識，或願意聽一下醫師的解釋，就應該知道任何發炎都會有一段時間的潛伏期，手術或侵入性檢查若會引起發炎，最快也要在三天之後，那們就應能夠瞭解發燒以至於胎死腹中，和醫師施行的羊水穿刺檢查是沒有因果關係的。可以想像是否病人事先有羊膜毛膜發炎而不知？甚至已經有早期破水現象沒有告訴醫師？或是否病人本來就有感冒發燒，或急性腎盂腎炎，才會導致敗血病發作？但病家一心一意就是要醫師賠償，什麼解釋的話都聽不進去，世態炎涼，人間百態，這難道一切都只是為了錢嗎？

法律上要成立「業務過失傷害罪」必須醫療行為和結果有相當因果關係。85年台上字第521號判決要旨曰：「所謂因果關係，乃指行為與結果間所存在之客觀相當因果關係而言。即依經驗法則，綜合行為時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形下，有此環境，有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之條件存在，而依客觀之觀察，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果並不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間自無因果關係可言，故自難遽論以過失罪責。」病人如果接受了這個事實真理，大事化小小事化無，不就「天下本無事」了嗎？但病家總以為那豈不白白吃虧了，忘了其實世間許多意外本來就都是不可抗力的無奈，英文Acts of god，中文即譯為意外，許多醫療意外如早期破水，或感冒發燒本來就都是意外，剛好病人同時接受了羊水穿刺術檢查，她就是沒有做羊水穿刺術，其實也有不少孕婦也會因發高燒而發生胎死腹中的不幸事件，醫師又不是神，豈能面面俱到？

尤其甚者，病人遭此巨變，心情當然難過，醫師站在道義立場慷慨解囊付一些慰問金了表悼念心意，也是人之常情。但五萬、十萬的慰問金已是誠意之極，然而病人不但

一面伸手要錢，一面又要恐嚇醫師說要找壹週刊，要找水菓日報，甚至早也已經在中國時報刊登四之分之一版面，假借記者當打手，竟以毫無平衡的一面之辭胡亂報導，病家目的就是要營造空氣，恫嚇醫師，以遂其所願。而這些媒體記者也很奇怪，為了博版面爭銷路，譁眾取寵為虎作倀，甘冒著違反記者新聞倫常不說，還甘願被病家利用，當病家的討債打手。記者也是衝著沒有醫師知道醫師也有基本人權，沒有醫師知道也可以控告記者，歪曲事實不實報導，若醫師們有勇氣再告記者一狀，讓記者吃不完兜著走，病人也不至於如此氣焰萬仞肆無忌憚，把社會公器當成私人要錢武器，今日社會亂象，追根究底，一切都不是只是為了錢嗎？

而今病人一方面告上鄉鎮市調解委員會，獅子大開口要求賠償 120 萬，但醫師道義賠償代價豈有如此高檔？好歹醫師也已釋出誠意了，願意再談，甚至再加碼，但病人仍一而再，再而三抗爭，天天在醫院門口散佈不實傳單，攻擊詆譏醫師，甚至當醫師面略下狠話，威脅要再找第四台電子媒體記者共襄盛舉。問題是即使今天醫師認賠了事，給了對方一百廿萬，但從此身敗名裂，病人聞風喪膽跑光光了，加上本身未必見容於醫院管理階層，而被炒魷魚了，醫師一下子錢沒有了，名沒有了，連工作也失去了，病人趕盡殺絕，難道一切都只是為了錢嗎？

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



區域教學

財團法人天主教若瑟醫院 雲林虎尾

ST. JOSEPH
HOSPITAL

誠徵 婦產科主治醫師

資格：具婦產科專科醫師證書
(具部定教職者尤佳)

※保障底薪及優渥提成制度※

★歡迎具原住民醫師申請。

★意者請備履歷表及相關資料註明應徵項目寄至本院院長室人力資源組。

★本院院址：雲林縣虎尾鎮 632 新生路 74 號

★聯絡電話：05-6337333-2267 沈小姐 FAX：05-6363058

★本院網址：www.stjoho.org.tw E-mail: elp@mail.stjoho.org.tw

北縣婦幼聯合診所

徵 45 歲以下

婦產科專科女醫師

只看門診不值班

隔週休二日

意洽：02-22426689

忠孝醫院

誠徵

- ◆婦產專科醫師一名，甄試後錄用。
- ◆科務助理一名（依學歷論薪）
- ◆上班地點：台北市南港區
- ◆有意者請速寄簡歷：
- ◆台北市郵政 59346 號
- ◆或電 0968951519

編 後 語

簡基城

●打下一場戰爭.....

1979年12月，影響台灣政治的美麗島事件發生在高雄的新興區大圓環。當時我正在服預官義務役，下班後在大圓環的中正四路上一家婦產科兼差，見證到一點點國家事件的氣氛。帶我一起的是曾炳憲醫師；他是我的上一任醫官，我就是接他的軍中職缺，我們短暫的一起度過兼差和學習的日子。（曾醫師是個優秀的婦產科醫師，後來成為余陳縣長的女婿；不幸已因病過世。）這家婦產科業務鼎盛，老院長畢業於東京帝大，醫術傑出，我從那裡學得許多手工技術，包括臀位接生8字旋轉法，讓嬰兒的肩膀與手安全滑出，我受益良多。

那婦產科診所的業務真是太棒了，可以用行雲流水形容；病人視醫師為恩人，醫師的成就感及實質收益實在令人驚艷。當年，台灣人口約1700萬，一年出生一個基隆市的人口，每年新生兒超過40萬。人均所得約美金2000元。那個年代的醫學系錄取的幾乎是千分之一頂尖的考生，何況醫學院也不多。由於醫生總數有限，每個醫科畢業生都是寶。

只是每個十年，大環境都出現明顯的演化痕跡。兩個十年之後的1999年，婦產科的執業經歷社會變遷，已渾然丕變，開始進入公開的困難。這年，台灣人口已經2200萬多，人均所得超過14000美元。雖然一切都反映出市場需求增加的表象，但是影響婦產科關鍵的出生率卻年年一路下滑。台灣的粗出生率從1986年開始反轉下降，來到1999時只生出32萬嬰兒。這個數字跟著加速降低，從30萬、28萬...，到2006年更僅出生20萬的嬰兒，創下歷年的新低。擔憂的還在後頭呢；隨著生育意願的下降，1986年開始減少的新科父母數，預料在2011年後更將加深粗出生率的探底。從這個趨勢作線性推演，台灣的總人口數是會反轉而減少的，人口老化也是一種必然。日本的研究試算，未來的50年日本將減少4000萬人口，並且滿街上的老人。經建會也估計到了2018年，台灣地區老年人口就會超過14%，成為一個老年社會(Aged society)。從人口學(Demography)來思維，人口結構頭重腳輕，不久之後兩個生產人力就會被迫扶養一個被扶養人，是一種非常可怕的社會場景。

1999年的惡夢，貫穿2007後，勢必還要往下繼續發酵探底，造成我們會員的困

頓。這些困頓，不論是新生兒出生數的下降、醫病關係的崩解(或說進步)、婦產科醫師的慢速減少、病人對身體的自主意識的巨變、服務給付的窘境、經營的難度、社經環境的壓制等等，都將持續不斷的淬練著我們。

還好，淬練不必然是終極的。不斷的淬練若是激起了鬥志，也許會見到轉機。

著名的日本東芝電器，早年起家時差點因無法經營而關門。1952年，東芝生產的黑色電風扇滯銷到影響公司的安危。因為一開始出現在市場的電風扇是黑色的，每個公司生產的電風扇跟隨都是黑色的。由於競爭不過別家，銷售很差，東芝出現危機。

社長石阪著急的徵求突破的想法，甚至以股份相許諾。

在生死一瞬間的壓迫之下，全公司都湧起了無比的鬥志。在許多想法中，一個小職員向公司建議：如果研發出彩色的電扇來生產銷售呢？

這個建議獲致採用。結果，彩色電扇一上市銷售奇佳，扭轉了東芝的命運。

黑色的人生一轉眼變成了彩色的。

考驗一旦引發鬥志和新思維，機會就跟著來了。

優秀的婦產科醫師無疑的也都是一群有鬥志的英雄，不停勤練新的火鳥神功和鳳凰之舞，奮勇培植金羽毛，一如隨時準備再現風華的浴火鳳凰。

想想我們自己，除了學會會務日見欣隆之外，婦產科近來有許多新的突破，特別是 HPV 疫苗，讓各界對婦產科的專業心生激賞。台灣的疫苗領域專家不多，而朱堂元醫師便是台灣少數的疫苗領域專家之一，朱教授從婦產臨床而深耕新的學門，值得欽佩；這一期我們讀到他對子宮頸疫苗效果的評論，十分實用。高天富醫師，婦產科專家加上傑出的醫療法律專家，專業乘專業，典範在身；每一次讀到他的諄諄提醒，都銘感五中。他這一期的法律文章必定又是許多會員的收藏品了！此外，李耀泰醫師不斷的替大家唸書，為文分享，這一期的通訊教育長文，字裡行間依樣處處可見熱忱在跳躍著，感激他。

謝卿宏秘書長的話苦口婆心，明示暗示，提醒大家要本職學能一級棒，至於那些來不及懂得感恩的無病呻吟，就一笑置之吧；畢竟，「病人第一的潮流任誰都擋不住」！

的確是的；不但擋不住，甚至強勁到我們都該警醒去學習如何以專業的立場呼應消費者的需求；只有這樣我們才不會怨，不會怨更年期病人對於使用雌激素的過度惶恐，反而欣喜地從全面性角度去思考如何承接提供專業服務的機會：她們的體更年期、腎上腺更年期、外表更年期、心境更年期…，事實上是非常寄望婦產科醫師能出面來照顧她們的，因為婦產科醫師最親切。我有一位業界朋友常常疑惑問說有那麼大的市

場需求，何以婦產科醫師總是退縮的只死守談女性賀爾蒙，顧人怨？「學習聽一聽消費者的心聲吧！不然怎麼成長？」他用力道來，一付巴不得自己就是婦產科醫師的態勢。

不只如此；婦科領域其實還有太多醫學問題尚待解決。子宮內膜異位症正是一個典型。當年我的博士論文本想做子宮內膜異位症的免疫學研究，後來因為老師的關係進入系統生物學、改攻功能醫學而無緣，但是我還是深深覺得讓子宮內膜異位症這般樣一直折磨女性，真是婦產科醫師和科學家的無能。但願更多的年輕會員發願做基礎研究和發明，或跨領域學習，努力造福人類，擦亮醫師的天職招牌。

我們終是最棒的一群，從歷屆理事長們、秘書長、理監事到會員諸公，無一不是將會留下光榮戰績的醫界精英。不論大環境如何淬煉我們，轉個念就都是新機會。奮起是必然的，相挺才是品格；作出彩色的電扇，就會吹出彩色的人生！

說：「我將奮起！」，讓我們仰頸向天吧。

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 E-mail:kgh@kgh.com.tw



生殖醫學中心

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
0621-1	子宮頸癌之疾病與預防	台南縣醫師公會	台南縣新營市南唐街200號民雄餐廳	06月21日12時15分	06月21日15時00分	B	2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	台灣婦產科醫學會	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
0624-3	中區學術研討會	中華民國周產期醫學會	台中榮總第二醫療樓幼大樓二樓會議室	06月24日14時00分	06月24日16時30分	B	2分
0624-4	內視鏡微创進階手術研習會	台灣產科內視鏡暨微创醫學會	臺中中興大學獸醫教學醫院	06月24日08時40分	06月24日16時45分	B	7分
0624-5	1.台灣醫界未來發展與醫療品質提升 2.健保總額研討	桃園縣基層醫療協會	桃園縣中壢市立和路22號 首華大飯店	06月24日15時20分	06月24日17時00分	B	2分
0627-1	子宮頸癌疾病預防	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	06月27日12時30分	06月27日14時30分	B	2分
0628-1	子宮頸癌的預防新策略	高雄縣醫師公會	行政院衛生署旗山醫院	06月28日12時30分	06月28日14時30分	B	2分
0629-1	醫療司法案件實例解析	聖馬爾定醫院	聖馬爾定醫院十樓學術講堂	06月29日07時30分	06月29日09時00分	醫學倫理	1分
0629-2	骨質疏鬆症New study of care	佑民綜合醫院	佑民綜合醫院	06月29日12時30分	06月29日14時00分	B	1分
0630-1	骨質疏鬆症	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院A棟七樓愛堂	06月30日07時30分	06月30日09時30分	B	1分
0701-1	憂鬱症防治學術研討會	嘉義市醫師公會	嘉義耐斯王子大飯店	07月01日14時00分	07月01日17時00分	B	2分
0704-1	醫療糾紛的預防與處理	輔英科技大學附設醫院	輔英科技大學附設醫院11樓	07月04日12時00分	07月04日14時00分	醫學倫理	2分
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
0708-1	荷爾蒙治療新辯解	中華民國婦產科醫學會	高雄金典大飯店	07月08日14時00分	07月08日20時30分	B	3分
0714-1	醫療糾紛之法醫觀點	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院A棟七樓愛堂	07月14日07時30分	07月14日09時00分	醫學倫理	1分
0715-1	96年度「資料管理統計圖軟體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	台灣婦產科醫學會	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
0715-3	中醫藥實證研究統計運用課程	台北市立聯合醫院實證醫學小組	台灣師範大學電子計算機中心	07月15日08時30分	07月15日16時45分	B	6分
0719-1	醫學倫理研討會	署立新竹醫院	署立新竹醫院六樓多媒體教室	07月19日12時30分	07月19日14時30分	醫學倫理	2分
0728-1	Common Diseases of Hip Joint	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院A棟七樓愛堂	07月28日07時30分	07月28日09時30分	B	1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
0729-2	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣婦產科醫學會	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	台灣婦產科醫學會	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
0826-2	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程	台灣婦產科醫學會	高雄醫藥大學附設醫院6樓第二講堂	08月26日8時40分	08月26日16時30分	A	5
0901-1	2007台灣乳房醫學會10周年暨學術研討會	台灣乳房醫學會	台北科學教育館9樓	09月01日12時00分	09月02日16時30分	B	10分