

台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2007年10月132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

這是我三年任期最後一次提筆寫理事長的話，心中充滿了感恩的念頭，感謝郭監事長、謝秘書長以及全體理監事和秘書處的同仁，在這三年中給我全力的支持，也讓學會的會務在穩健中能更上一層樓。我個人深深覺得學會是屬於全體會員的，也唯有大家團結一致時力量才會更大，才能為全體會員爭取最大的好福利。

在上一期會訊中我曾提及9月20日至25日在日本東京舉辦之第20屆亞太婦產科醫學會年會(AOCOG)中，我們將爭取2011年第22屆的主辦權。事實上從今年5月開始，我們就召開了4次籌備會議，並委請圓桌會議公司協辦。在經過精心的策劃以及反覆的演練之後，我們在大會投票時一次就過關。此次爭取的國家除了台灣之外，尚有香港、泰國、馬來西亞。按照規定需要超過50%的選票才能決定，而我們所獲得的票數遠超過其它3個國家的票數，因此不用再進行第二輪的投票。

2011年剛好是我們學會創立50周年，是一個相當值得慶祝的年份。我們希望全體會員們能全力支持，讓我們把2011年的會議辦得風風光光，展現台灣的實力。

秘書長的話

謝卿宏

親愛的會員、前輩，大家好！

看完上期會訊林永豐醫師論述旅遊的記實與感想，讓人覺得參加會員旅遊，實可讓自我 RELAX 以外，更可增進全家樂趣，讓小孩留下美好的回憶。其實，所有參加旅遊的會員，都可以動筆把自己的經驗與體驗記下來，投稿「會員園地」讓大家共享，並做共同的記憶。

原則上，我們希望爾後的會員旅遊都能夠在暑假舉辦，讓全家可以共樂。至於旅遊的地點的選擇，學會的立場是不要讓會員因舟車勞頓而卻步，所以中部常是考慮的首選，但也因此而讓中部的會員朋友沒有新鮮感，何況又要住宿，故有會員建議針對當地會員配合舉辦一日遊。當然，如果大家認為有需要，這是可以考慮的，明年年會時，我們可做個問卷調查。

今年的專科醫師甄審已順利圓滿結束，共有 42 位生力軍加入婦產科的行列，筆試時有五位準會員未能過關，口試時，也有十位醫師還得明年再試一次。學會自重整以來，每年辦理甄審考試，我們都要求做到公正、公平，讓符合當一位婦產科醫師基本要求的考生，都能取得專科醫師。今年，有位筆試連六次都不及格的考生來電，希望考試能夠杜絕可能影響考試公平性的因子，例如，試卷上考生的名字應事先彌封好，當然，這是一個很好的意見，希望明年起的考試可以採納。

台韓、台日的學術交流與關係，在理事長的經營下，已更上層樓，以後，我們更需以互利的精神，來提昇、鞏固情誼，建立東亞的鐵三角，這是 10/4 至 10/7 與理事長帶五位年輕醫師到 Seoul 參加台韓婦產科學術交流後的感想。

最後，敬祝大家平安，快樂。

台灣婦產科醫學會 132 期會訊

目錄精華

01 理事長的話 | 文/楊友仕

02 秘書長的話 | 文/謝卿宏

05 AOCOG 照片

06 第 18 屆會員代表、理、監事當選名單

09 秘書處公告 | 文/秘書處

09 行政院衛生署國民健康局 函

檢送國家衛生研究院「子宮頸癌篩檢臨床指引」乙份，請貴會加強所屬會員對子宮頸抹片陽性個案處理的共識，請查照。

28 行政院衛生署疾病防制局 函

檢送「麻疹鑑別診斷」相關文案乙份（如附件）。

30 行政院衛生署 函

「人工協助生殖技術管理辦法」，業經本署於中華民國 96 年 9 月 10 日以署授國字第 09604007352 號令廢止，茲檢送廢止令影本及法規條文各 1 份，請查照。

31 中華民國醫師公會全國聯合會 函

建請 貴會加強宣導會員確實遵守手術房紀律，以減少醫病紛爭及維護病人安全，請 查照。

32 證書展延繳費提醒

33 行政院衛生署疾病管制局 函

檢送「衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組」就幼兒接種 B 型肝炎、多合一、日本腦炎等項疫苗之接種建議乙份。

35 中華民國醫師公會全國聯合會 函

建請貴會加強對所屬會員之臨床急救訓練，以減少及防範醫療爭議事件之發生，請查照。

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

目錄精華

35 行政院衛生署 公告

公告「醫院診所受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」修正格式如附件。

38 行政院衛生署 函

檢送 96 年 9 月 21 日「專科醫師繼續教育積分審查認定相關事宜會議」紀錄乙份，請 查照。

40 通訊繼續教育

晚期癌症患者的症狀控制：藥物和方法(I) | 文/李耀泰、陳福民、鄭文雄、郭宗正

51 會員園地

51 晚期癌症患者的症狀控制：藥物和方法(II) | 文/李耀泰、陳福民、鄭文雄、郭宗正

59 醫師請來做抹片 | 文/陳文龍

61 法律信箱

醫療糾紛的醫學學術鑒定 | 文/高添富

66 編後語 | 文/高添富

68 活動消息 | 文/秘書處

廣告刊登

財團法人台東基督教醫院	07	34	台北縣婦產科診所
彰化縣全新大型婦產科診所	08	47	永和市婦產專科醫院
高雄市四季台安醫院	08	47	台北市婦產科診所
高雄市婦產科診所	08	47	新竹某婦產科診所
台東基督教醫院	31	50	尋人啓事
高雄市婦產科診所	31	60	鄭綜合區域教學醫院
彰化縣皓生醫院	32	65	高雄市某婦幼專科醫院

爭取 AOCOG 主辦權

攝於開幕儀式上，楊理事長、蘇前理事長、謝秘書長以及蔡鴻德教授合影留念。



攝於會員國代表大會上，楊理事長擔任 AOFOG 之 Treasurer



攝於會員國代表大會上，蘇前理事長、何副理事長、謝秘書長以及蔡教授代表 TAOG 出席。



大會主席 AOFOG 理事長 Murata 教授宣佈台灣贏得 2011 年 AOCOG 之主辦權。

台灣婦產科醫學會 第 18 屆會員代表當選名單

基隆市 (3 名)		1230	陳持平	桃園縣 (13 名)		1217	李鴻樟
825	江俊明	1288	劉道明	738	陳榮輝	1302	許權霖
070	陳益村	1313	陳惟華	781	黃木發	1338	林仁卿
295	吳俊杰	1726	黃建榮	837	鄧志文	1415	謝保群
台北市 (37 名)		1728	李建南	897	鄭嘉榮	1567	蘇主恩
47	李鎡堯	1812	蔡明松	1344	賴瓊慧	1599	賴文福
57	張中全	1816	陳治平	1497	張紅淇	1683	洪耀欽
340	楊應欽	1842	陳思源	1525	張廷彰	1866	陳明哲
373	蔡明賢	1963	陳信孚	1639	姜義正	1884	張維君
396	江千代	2290	謝卿宏	1648	梁景忠	2723	陳學修
463	徐弘治	2432	王炯琅	1652	李奇龍	台中縣 (9 名)	
487	王三郎	2688	黃閔照	1953	楊誠嘉	1243	李東瑩
612	黃思誠	台北縣 (17 名)		2269	洪秉坤	1740	李孝義
672	賴國良	349	葉文德	2520	陳保仁	1887	陸盛力
673	吳輝明	462	陳文龍	新竹市 (3 名)		1891	李明慧
723	葉泉成	509	官大弘	1182	陳哲男	1917	周肇銘
754	黃德雄	862	祝春紅	1593	陳建銘	2010	呂維國
797	林正義	895	巫世平	2206	翁順隆	2144	何延慶
800	王國恭	972	賴明志	新竹縣 (2 名)		2188	魏重耀
873	高添富	1069	王義雄	1325	簡基城	2253	張宗進
900	楊友仕	1074	柯誠立	2344	曹健民	南投縣 (3 名)	
912	張少萌	1176	王火金	苗栗縣 (3 名)		1062	莊志堅
949	曾啟瑞	1305	王功亮	402	廖順奇	1167	許峰雄
950	蘇聰賢	1417	鄧森文	586	朱明星	1220	徐先榮
961	潘世斌	1541	孫三源	1999	周博治	彰化縣 (8 名)	
1001	劉嘉耀	1613	何博基	台中市 (14 名)		756	蕭弘智
1042	顏明賢	1643	潘俊亨	493	鐘坤井	1022	丘林和
1083	黃俊曉	1710	周天給	532	何師竹	1071	鄧振枝
1200	何弘能	1718	陳霖松	771	李茂盛	1078	葉光芃
1221	陳祈安	1752	李日煌	1193	許炤松	1089	蔡鴻德

1105	陳基鴻	1395	吳峻賢	1501	蔡英美	1139	林景堂
1717	柯助伊	1543	郭保麟	1516	楊宗力	1205	鄭英傑
1759	孫茂榮	1976	楊宜杰	2065	吳昆哲	1751	劉正民
雲林縣 (3 名)		2004	黃昭彰	2079	郭鴻璋	1933	魏福茂
1381	陳夢熊	2040	陳建廷	2248	蘇守良	宜蘭縣 (2 名)	
1769	黃啟明	台南縣 (5 名)		2268	尤瑜文	736	陳朝賢
2244	馮堯海	861	黃國峰	2373	王保強	1551	許漢釗
嘉義市 (3 名)		1420	張兆榮	2523	詹德富	花蓮縣 (2 名)	
302	黃茂宗	1552	何宗泰	2544	龍震宇	1251	廖基元
933	李建興	2049	林鈺山	高雄縣 (6 名)		1459	朱堂元
2041	林裕益	2072	蔡永杰	996	莊維周	台東縣 (1 名)	
嘉義縣 (2 名)		高雄市 (15 名)		1158	邱正義	2898	陳楨瑞
1584	曾志仁	526	蘇榮茂	1760	許德耀	金門縣 (1 名)	
214	洪英俊	884	林正泰	1996	龔福財	1907	陳天順
台南市 (8 名)		995	黃憲一	2638	歐陽九如	澎湖縣 (1 名)	
584	蘇文彬	1051	余堅忍	2710	張基昌	1977	李子林
956	李耀泰	1198	張榮州	屏東縣 (5 名)			
1018	郭宗男	1434	吳玉珍	1004	王光明		

台灣婦產科醫學會 第 18 屆理監事當選名單

監事 (11 名)							
463	徐弘治	738	陳榮輝	956	李耀泰	1497	張紅淇
1613	何博基	1710	周天給	1842	陳思原	1884	張維君
2306	洪滿榮	2523	詹德富	2688	黃閔照		

財團法人
台東
基督教醫院

誠徵 婦產科主治醫師

意者請備履歷表、工作經歷證明影本、畢業證書影本、專技證書影本

註明應徵職別，逕寄 950 台東市開封街 350 號人資室

E-mail : backy@tch.org.tw

FAX : 089-320332

理事 (35 名)							
487	王三郎	736	陳朝賢	873	高添富	893	許淳森
933	李建興	949	曾啟瑞	1022	丘林和	1045	楊明智
1074	柯誠立	1078	葉光芃	1089	蔡鴻德	1198	張榮州
1221	陳祈安	1230	陳持平	1251	廖基元	1295	吳俊杰
1302	許權霖	1420	張兆榮	1458	余慕賢	1516	楊宗力
1543	郭保麟	1584	曾志仁	1652	李奇龍	1683	洪耀欽
1718	陳霖松	1726	黃建榮	1728	李建南	1812	蔡明松
1866	陳明哲	1933	魏福茂	1995	陳進典	1996	龔福財
2144	何延慶	2206	翁順隆	2244	馮堯海		

彰化縣 全新大型婦產科診所

誠徵 有鬥志合作夥伴

可選擇 (高保障薪) (1)正常輪班、接生 (2)只看門診
意者請洽 楊先生 TEL: 04-8829666

高雄市 四季台安醫院

增聘
婦產科專科醫師一名

意洽: 0966891203 陳小姐
Email: joyce7361@msn.com

高雄市婦產科診所

禮聘敬業熱誠的醫師

保障底薪 另高 PPF
比自己開業更佳

(另廉讓九成新病床及 BR、
DR 全部配備)

意洽: **0930-173888**

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 9 月 12 日

發文字號：國健癌字第 0960301357 號

附件：臨床指引乙份

主旨：檢送國家衛生研究院「子宮頸癌篩檢臨床指引」乙份，請貴會加強所屬會員對子宮頸抹片陽性個案處理的共識，請查照。

說明：因本局接獲基層衛生所局人員及個案反應，各院處理子宮頸抹片陽性個案流程標準不一，故提供國家衛生研究院集結國內婦癌專家討論制定之「子宮頸癌檢臨床指引」，惠請 貴學會納入會員教育訓練，加強共識。

子宮頸癌篩檢臨床指引

一 前言

由於衛生署國民健康局近十年來對於子宮頸抹片的推行，台灣近年來診斷為子宮頸癌前病變之病例有明顯的增加；然而，我國 2000 年共有 6,276 例子宮頸癌新病例，包括侵襲癌症 2,720 例及原位癌 3,556 例，為排名第一的女性癌症，其粗發生率每年十萬名婦女 57.66 人，因子宮頸癌死亡人數 971 人，死亡率每十萬人 8.92 人；我國 2002 年因子宮頸癌死亡人數 941 例。大部分的子宮頸癌，是由其癌前病變演變而來，而西方國家以子宮頸抹片篩檢癌前病變以降低子宮頸癌發生率的經驗，可以做為我國推行子宮頸癌篩檢的參考。本指引希望對於子宮頸癌篩檢的程序、異常子宮頸抹片的評估流程與子宮頸癌前病變的處理提供具體之方向。

二 子宮頸抹片篩檢

1. 頻率

開始性行為三年後的女性，均應每年接受子宮頸抹片檢查與骨盆內診^[1]。1995 年美國婦產

科學會 (American College of Obstetricians and Gynecologists) 建議具有任何下列風險因子的婦女，包括：曾有愛滋病毒或人類乳突病毒感染 (human papillomavirus, HPV)、曾有子宮頸表皮化生不寧 (cervical dysplasia)、曾得過性病者，本人或配偶性對象複雜者等，強烈建議每年至少一次抹片，且 65 歲以上的婦女仍應繼續抹片。台灣目前仍然是子宮頸癌發生率較高的國家，有性行為的婦女，無論有無風險因子，均應每年接受抹片檢查。

2. 首次篩檢

包括骨盆內診及子宮頸抹片。子宮頸有任何可見之病變都應切片檢查，因為在肉眼可見的子宮頸癌，其表面細胞鬆散，無法成片脫落，又常伴有出血及炎性反應，往往影響抹片的判讀；抹片報告可能為陰性或只是呈現輕度不正常細胞，可能造成診斷失誤。報告為抹片品質不佳者，建議於 1~3 個月間再抹片一次。有明顯子宮頸或陰道感染者，宜在治療後才接受抹片（見圖一）。

3. 子宮頸鱗狀上皮細胞異常

(1) Atypical Squamous Cells of Underdetermined Significance (ASC-US):

子宮頸抹片為 ASC-US 者，其中有 5 – 17 % 切片檢查之組織學診斷為中度或重度上皮內贅瘤 (grade II/III cervical intraepithelial neoplasm; CIN II/III)，0.1 – 0.2 % 為侵襲癌症^[2]。評估方法如下^[2,3]：(1) 陰道鏡檢查或 3-6 個月後追蹤抹片。若連續兩次抹片正常，改為每 6 – 12 個月一次。若連續的抹片檢查為持續之 ASC-US 或更嚴重變化者，應立即施行陰道鏡檢查；(2) 對於懷疑有子宮頸病變的病患，或無法如期追蹤的婦女，應直接安排陰道鏡檢查；(3) 子宮頸表皮細胞之高風險人類乳突病毒檢驗；(4) 停經後婦女可使用雌激素治療後再重複抹片檢查；(5) 免疫機能不全者應立即接受陰道鏡檢查（見圖二）。

(2) 抹片報告為低度鱗狀表皮病變 (low-grade squamous intraepithelial lesion; LSIL) 或 atypical squamous cells-cannot exclude HSIL (ASC-H):

子宮頸抹片報告為 LSIL 者，其中有相當比例會恢復為正常^[4]，然而 15 – 30 % 病理組織為中度或重度上皮內贅瘤；而子宮頸抹片報告為 ASC-H 者，其中有 24 – 94 % 組織學為中度或重度上皮內贅瘤^[2]。陰道鏡檢查為 LSIL/ASC-H 最適當的後續檢查。若無法立即陰道鏡檢查，而 3 – 6 個月後重複抹片的結果還是 ASC-US 或以上的變化，則應立即接受陰道鏡檢查。青少年的 LSIL，較可能只是暫時性的 HPV 感染所引起，應於 3 – 6 個月重複抹片檢查。若連續兩次抹片正常，則可改為每 6 – 12 個月重抹片檢查一次，若連續的抹片檢查為 ASC-US 或更嚴重的變化，應立即陰道鏡檢查（見圖三）。

(3) 抹片報告為高度鱗狀表皮病變 (high-grade squamous intraepithelial lesion; HSIL) 或鱗狀上皮癌 (squamous cell carcinoma; SCC) :

所有 HSIL 或 SCC 婦女應立即接受陰道鏡檢查。

三 子宮頸表皮細胞人類乳突病毒檢查

從 1950 年代中期以來，抹片已經是篩檢子宮頸癌前病變及早期子宮頸癌的標準方法。子宮頸的首次篩檢，可以發現相當比例的異常抹片。然而，其後的定期抹片，由於病變及婦女本身的因素，有 15 – 45 % 的偽陰性率 (false-negative rate) [5,6]。而致癌型 (高風險性) 人類乳突病毒的慢性感染與子宮頸病灶的發生有密切之關聯。美國食品藥品管理局 (FDA) 於 200 年通過高風險型人類乳突病毒檢驗可以與抹片合併使用於 30 歲以上婦女的子宮頸癌篩檢 [7]。國外的研究顯示單次抹片檢查結果正常且高風險型人類乳突病毒亦為陰性者，於 45 個月內發生 CIN III 或以上病變的機率是 0.16 %；相對於每年抹片檢查為正常者的 0.53 % [8]，有顯著的差異。因此子宮頸抹片檢查合併子宮頸表皮細胞高風險型人類乳突病毒的檢查，可成為常規篩檢的另一種選擇。然而 HPV 篩檢在我國進行的相對成本效益以及病患的接受度，仍然必須列入考慮。

對抹片及高風險人類乳突病毒皆呈陰性反應者，三年內不需再做篩檢；而抹片檢查為正常但人類乳突病毒為陽性者，有 5 – 10 % 於 2 年內發生 CIN II 或以上的病變；至於持續人類乳突病毒為陽性者，有 21.1 % 其後抹片檢查呈現 HSIL [9]，但是這些病變可能無法使用陰道鏡立即發現，因此對於抹片檢查為陰性而高風險人類乳突病毒呈陽性的低風險群婦女，不應常規地施行陰道鏡檢查，應於 6 – 12 個月重複抹片及高風險人類乳突病毒檢查。若再度檢查之結果呈現異常，則應施行陰道鏡檢查 (見圖十二)。雖然子宮頸表皮細胞人類乳突病毒與子宮頸病變的發生有密切之關聯，然而對於抹片檢查結果已經為 CIN I 或以上的婦女，人類乳突病毒檢測並不影響其後續的處置。至於抹片檢查為 ASC-US 的婦女中，其高風險人類乳突病毒檢測為陽性者中，20 % 組織學為 CIN II/III；若為陰性者，1 – 2 年內只有 0.5 % 組織學為 CIN II/III [7]。

人類乳突病毒檢查為子宮頸抹片的輔助方法，目前的證據並不建議單獨使用；單次人類乳突病毒檢查陽性更不宜做為進一步評估或治療的依據。

四 陰道鏡

陰道鏡檢查已成為評估異常子宮頸抹片的標準方法，在陰道鏡下，子宮頸可放大 5 到 20 倍詳細檢視；首先以生理食鹽水棉球擦拭子宮頸表面，在低倍下觀察後，再將 3~5 % 之醋酸溶液塗佈於子宮頸，觀察其顏色變化及血管增生的情形，有必要時可就不同病灶分別切片。若檢查中可見完整扁平柱狀上皮轉換帶 (squamocolumnar junction) 及全部病灶邊緣者，稱為滿意 (satisfactory) 陰道鏡檢查，不需要施行子宮頸管搔刮取樣 [10]；若陰道鏡下無觀察完整扁平柱狀上皮轉換帶或無法看見全部病灶邊緣者，稱為不滿意 (unsatisfactory) 陰道鏡檢查，此時除對可疑病灶切片之外，還建議子宮頸管搔刮取樣。

五 病理組織證實為子宮頸上皮內贅瘤之處置

若抹片為LSIL / ASC-US / ASC-H，在滿意陰道鏡檢查下切片證實為CIN I者，不需立即治療，但需3 – 6個月重複抹片，或12個月後施行高風險人類乳突病毒檢測，大多數可恢復為正常^[4]。連續2次抹片皆為正常時，可恢復為每6 – 12個月抹片一次^[6]。若再次的抹片檢查結果較ASC-US為嚴重時，需立即再接受陰道鏡檢查；若12個月後高風險乳突病毒檢查結果為陰性者，每年定期抹片即可；若呈陽性者，則應立即接受陰道鏡檢查。若CIN I持續12個月或以上，則考慮給予治療（子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術，或雷射或冷凍治療），或繼續密集追蹤檢查。

若切片證實為CIN II / III者，則應接受子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術，或雷射治療。若子宮頸切片結果為微侵襲子宮頸癌（microinvasive carcinoma），則需子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術，以確認子宮頸癌侵襲的深度，做為分期及後續治療的依據（見圖四）。在懷疑是微侵襲子宮頸癌的情況下，其子宮頸錐狀手術建議使用cold-knife conization (CKC)，因loop electrosurgical excision procedure (LEEP) 的標本邊緣可能會因燒灼而造成病理判讀上之困難。

若抹片檢查為ASCUS / ASC-H / LSIL，而在不滿意陰道鏡檢查下子宮頸切片為陰性且子宮頸管搔刮為陰性或CIN I者，應於3 – 6個月後重複抹片，或於12個月後接受高風險人類乳突病毒檢查。子宮頸切片為CIN I而子宮頸管搔刮結果為陰性或CIN I者，不需立即治療，只需3 – 6個月後重複抹片，或12個月後施行高風險人類乳突病毒檢測即可；子宮頸切片或子宮頸管搔刮結果為CIN II / III者，應以子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術來做確認診斷^[11]，除非特殊考量，較不建議以子宮頸雷射或冷凍治療等無法保留手術標本的破壞性手術治療（見圖五）。

若抹片為HSIL，陰道鏡檢查下無可疑病灶時應施行子宮頸管搔刮取樣。若子宮頸管搔刮取樣檢查結果仍為陰性，則應再確認原始抹片結果；若陰道鏡檢查切片為陰性或為CIN I，亦應再確認原始抹片結果；若抹片再確認結果為ASC-US / ASC-H / LSIL，則處理原則如圖四所示；若抹片結果仍為HSIL，或無法再確認原始抹片者，應考慮子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術，或重複陰道鏡檢查及子宮頸管搔刮以確定診斷（見圖六），並應詳細檢查陰道及外陰部。子宮頸切片為CIN II / II者，應以子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術為其後續處置；若子宮頸切片為陰性或CIN I而頸管搔刮取樣為CIN，亦應施行子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術（圖七）。

六 子宮頸上皮內贅瘤治療後之追蹤

CIN 於子宮頸錐狀手術後，其檢體邊緣無病且頸管搔刮亦無CIN者，或以雷射或冷凍治療

者，應於 3 – 6 個月追蹤抹片至少持續一年，或 6 – 12 個月後接受高風險人類乳突病毒檢驗。若追蹤抹片的結果呈現 ASC-US 或以上變化，則應安排陰道鏡檢查；高風險人類乳突病毒檢驗為陰性者，可於一年後再以抹片追蹤；高風險人類乳突病毒為陽性時，應施行陰道鏡檢查，陰道鏡檢查無可疑病灶時，可以子宮頸管抹片追蹤直接施行子宮頸管搔刮手術（圖八）。

CIN 接受子宮頸錐狀手術合併切除後頸管搔刮手術處理，其檢體邊緣或頸管搔刮呈現 CIN 病變者，可以下列四種方式處置：(1) 3 – 6 個月抹片追蹤至少一年；若追蹤抹片報告皆為正常，可回復為每年抹片一次；若追蹤抹片結果呈現 ASC-US 或以上變化，應安排陰道鏡檢查。(2) 3 – 6 個月後以陰道鏡檢查並考慮子宮頸管搔刮取樣。(3) 針對殘存病灶施行再切除手術。(4) 對病理組織確認診斷為 CIN III 且邊緣或子宮內頸為陽性病變者，或可考慮子宮全切除手術（圖八）。

七 Atypical Glandular Cells (AGC)

2001 年 Bethesda system 將 AGC 分為 AGC-not otherwise specified (AGC-NOS)、AGC favor neoplasia 及 adenocarcinoma in situ (AIS)^[12]。抹片為 AGC 者，有 9 – 54 % 其組織病理呈 CIN 變化，0 – 8 % 為原位腺癌 (AIS)，1 – 9 % 為侵襲癌^[13-20]。而抹片為 AGC-NOS 者，有 9 – 41 % 為 CIN II / III、AIS 或侵襲癌抹片為 AGC favor neoplasia 者，有 27 – 96 % 為 CIN II / III、AIS 或侵襲癌^[13-24]。另外抹片為 AIS 者，其組織病理有 48 – 69 % 為 AIS，亦有報告 36 % 為子宮頸侵襲性腺癌或鱗狀腺癌（大部分為微侵襲癌）及 47 例中有一例子宮內膜癌者^[5,25]。因此，抹片為 AGC 者，應接受陰道鏡檢查及子宮頸管搔刮取樣檢查。若子宮頸切片及子宮頸管搔刮取樣皆為陰性，則應再確認之前抹片結果，於 3 – 6 個月後追蹤抹片或依醫師判斷進行子宮內膜乃至輸卵管的評估。尤其抹片檢查為 AGC 且抹片中亦呈現子宮內膜細胞，年齡 35 歲以上或有罹患子宮內膜癌之風險因子者（如肥胖、補充雌激素、多囊性卵巢症候群者、接受 tamoxifen 治療者、或長期不排卵者），應考慮施行分段式子宮搔刮術。由於抹片為 AGC favor neoplasia 及 AIS 者，有相當比例呈現 CIN 或更嚴重的變化，其中不乏侵襲性子宮頸腺癌，且由於分化良好的子宮頸腺癌，較不容易藉由搔刮或小組織切片診斷，因此即使切片報告為陰性，若臨床醫師仍懷疑子宮頸惡性病變的存在，應與病理醫師討論並考慮施行錐狀手術，達到更確切的診斷。確定無病變後，亦應每 3 – 6 個月追蹤抹片一次至連續兩年正常，始恢復為一般子宮頸癌篩檢。

切片或子宮頸管搔刮檢查結果為 CIN I 或以上變化時，必須施行子宮頸錐狀手術及切除後頸管搔刮手術。對於診斷為 AIS 者，有報告使用 LEEP 施行子宮頸錐狀手術較常出現檢體邊緣病變細胞殘留情形^[26]，建議使用 cold-knife conization (CKC)、或者在進行 LEEP conization 時，特別考慮子宮頸管可能已有病變，於切取外子宮頸後，使用較小的 loop 進行子宮頸管的切取，其後再施行子宮頸管搔刮。抹片診斷為腺性細胞變化者，其組織學檢查可能呈鱗狀細胞

病變或腺性病變。子宮頸錐狀手術標本之組織病理檢查結果為鱗狀細胞病變 CIN I-III 時，其後續的處理與上述“病理組織證實為子宮頸上皮內贅瘤之處置”相同（圖九、十）；檢查結果為 AIS 時，其治療方式取決於是否仍想生育。最根本的治療為子宮全切除。若病人仍想保留生育能力，而其錐狀手術檢體邊緣亦無殘餘病變者，則可以每 3 – 6 個月抹片一次及子宮頸管搔刮取樣檢查追蹤。錐狀手術之檢體邊緣無病變，並不能排除仍有殘存 AIS 病變的可能。根據統計，在之後子宮全切除的檢體中，約有 30 % 仍有殘餘的病變^[27]；若錐狀手術檢體邊緣仍有不正常腺體細胞存在，強烈建議將子宮切除，替代方案為 3 個月後再施行一次錐狀手術（圖十一）。

八 懷孕中抹片異常之診斷與追蹤

對於懷孕中抹片異常者，其陰道鏡檢查的建議及追蹤皆與一般人相同。懷孕時子宮頸切片是安全的。但為避免影響懷孕，子宮頸管搔刮取樣則不建議施行。對於 CIN 的治療應延至生產後。若懷孕早期就已切片證實為 CIN II / III，應考慮在懷孕過程中，定期由有經驗之專家以陰道鏡檢查來評估是否有惡化的趨勢^[28]。

九 參考文獻

- [1] Saslow D, Runowicz C, Solomon D, et al. American cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. CA: A cancer Journal for Clinicians; 52:342-376, 2002.
- [2] Wright JC, Cox J, Massad LS, et al. 2001 consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA; 287:2120-2129, 2002.
- [3] Solomon D, Schiffman M, Tarone R, et al. Comparison of three management risk strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance; baseline results from a randomized trial. JNCI; 93:293-299, 2001.
- [4] Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. J Natl Cancer Inst; 91:252-258, 1999.
- [5] Lee KR, Manna EA, St John T. Atypical endocervical glandular cells: accuracy of cytological diagnosis. Diagn Cytopathol; 13:202-208, 1995.
- [6] Stoler MH, Schiffman M. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: Realistic Estimates From the ASCUS-LSIL triage study for the Atypical squamous cells of undetermined significance-Low-grade squamous intraepithelial lesion triage study group. JAMA; 285:1500-1505, 2001.
- [7] FDA approves expanded use of HPV test, FDA News P03-26, (<http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2003/new00890.html>), March 31, 2003.
- [8] Mark E. Sherman, Attila T. Lorincz, David R. Scott, et al. Baseline Cytology, Human Papillomavirus Testing, and Risk for Cervical Neoplasia: A 10-Year Cohort Analysis. J Nat Cancer Inst; 95:46-52, 2003.

- [9] Bory JP, Cucherousset J, Lorenzato M, et al. Recurrent human papillomavirus infection detected with the hybrid capture II assay selects women with normal cervical smear at risk for developing high grade cervical lesions: a longitudinal study of 3091 women. *Int J Cancer*; 102:519-525, 2002.
- [10] Crispens MA, Naumann RW, Alvarez RD. Treatment of cervical dysplasia with large loop excision of the transformation zone: Is endocervical curettage necessary? *South Med J*; 89:961-965, 1996.
- [11] Naumann RW, Bell MC, Alvarez RD, et al. LLETZ is an acceptable alternative to diagnostic cold-knife conization. *Gynecol Oncol*; 56:29-33, 1995.
- [12] Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*; 287:2114-2119, 2002.
- [13] Jones BA, Novis DA. Follow-up of abnormal gynecologic cytology: a college of American pathologists Q-probes study of 16132 cases from 306 laboratories. *Arch Pathol Lab Med*; 124:665-671.
- [14] Ronnett BM, Manos MM, Ransley JB, et al. Atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS). *Human Pathol*; 30:816-825, 1999.
- [15] Kennedy AW, Salmieri SS, Wirth SL, et al. Results of the clinical evaluation of atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS) detected on cervical cytology screening. *Gynecol Oncol*; 63:14-18, 1996.
- [16] Valdini A, Vaccaro C, Pechinsky G, et al. Incidence and evaluation of an AGUS Papanicolaou smear in primary care. *J Am Board Fam Pract*; 14:172-177, 2001.
- [17] Duska LR, Flynn CF, Chen A, et al. Clinical evaluation of atypical glandular cells of undetermined significance on cervical cytology. *Obstet Gynecol*; 91:278-282, 1998.
- [18] Taylor RR, Guerrieri JP, Nash, et al. Atypical cervical cytology: Colposcopic follow-up using the Bethesda System. *J Reprod Med*; 38:443-447, 1993.
- [19] Goff BA, Atanasoff P, Brown E, et al. Endocervical glandular atypia in Papanicolaou smear. *Obstet Gynecol*; 79:101-104, 1992.
- [20] Zweizig S, Noller K, Reale F, et al. Neoplasia associated with atypical glandular cells of undetermined significance on cervical cytology. *Gynecol Oncol*; 65:314-318, 1997.
- [21] Soofer SB, Sidawy MK. Atypical glandular cells of undetermined significance. *Cancer*; 89:207-214, 2000.
- [22] Eddy GL, Wojtowycz MA, Piraino PS, et al. Papanicolaous smears by the Bethesda system in endometrial malignancy. *Obstet Gynecol*; 90:999-1003, 1997.
- [23] Veljovich D, Stoler M, Anderson W, et al. Atypical glandular cells of undetermined significance: A five-year retrospective histopathologic study. *Am J Obstet Gynecol*; 179:382-390, 1998.
- [24] Chhieng DC, Elgert P, Cohen JM, et al. Clinical significance of atypical glandular cells of undetermined significance in postmenopausal women. *Cancer*; 93:1-7, 2001.
- [25] Laverty CR, Farnsworth A, Bosditch R. the reliability of a cytological prediction of cervical adenocarcinoma in situ. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*; 28:307-312, 1988.
- [26] Adozi M, Chambers S, Rutherford T, et al. Adenocarcinoma in situ of the cervix: Management and outcome. *Gynecol Oncol*; 73(3):348-353, 1999.
- [27] Wolf J, Levenback C, Malpica A, et al. Adenocarcinoma in situ of the cervix: Significance of cone biopsy margins. *Obstet Gynecol*; 88(1):82-86, 1996.
- [28] National Comprehensive Cancer Network (NCCN): Clinical practice guideline in oncology 2003.

子宮頸癌篩檢臨床指引

國家衛生研究院
臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)

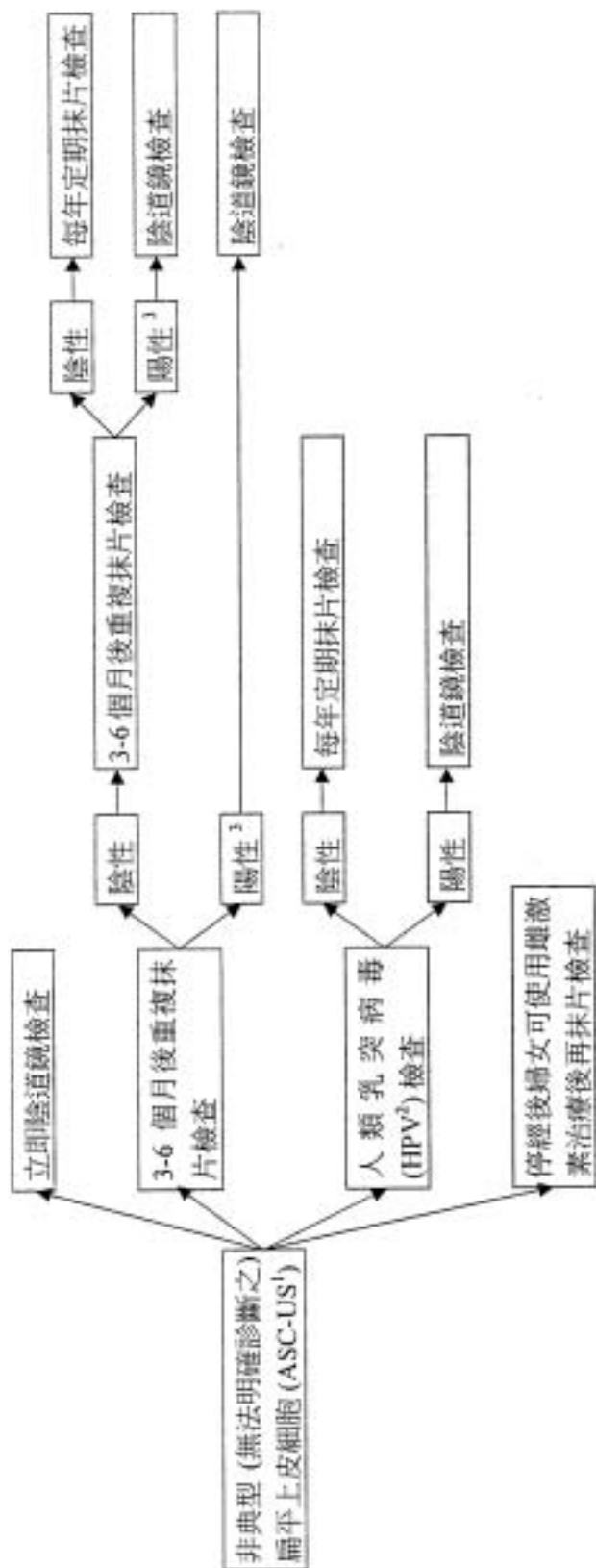


子宮頸癌篩檢臨床指引

臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)
 國家衛生研究院



細胞診斷 處置



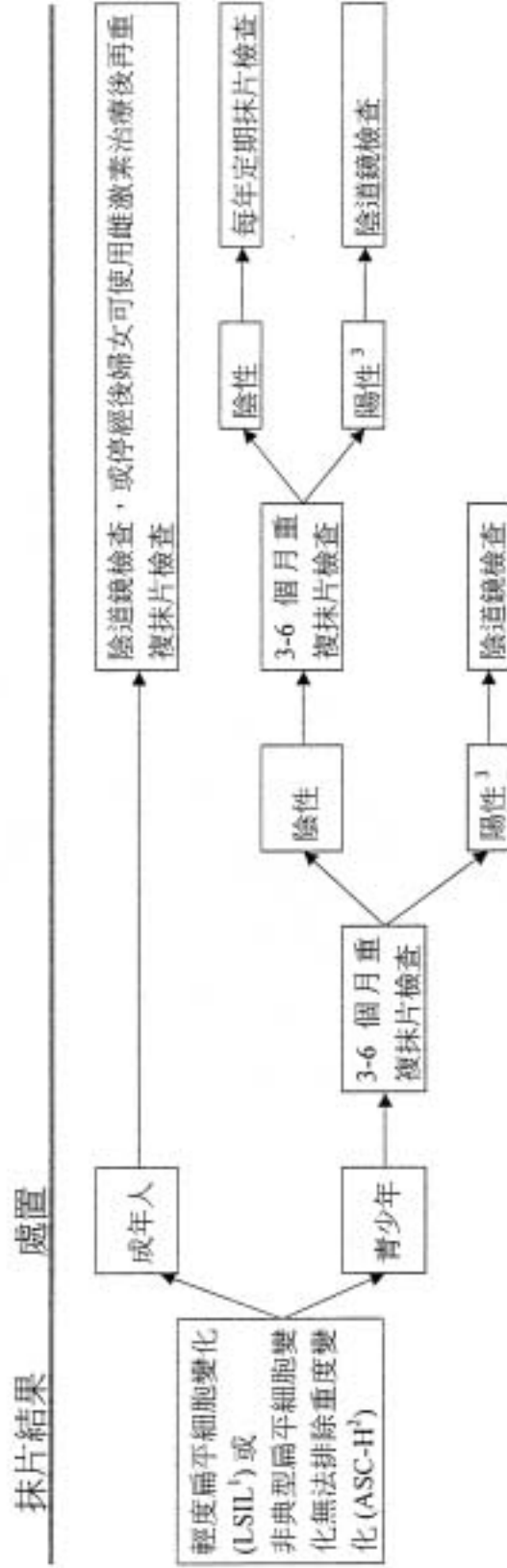
1 : Atypical squamous cells of undetermined significance

2 : Human papillomavirus

3 : 呈 ASC-US 或更嚴重變化者

子宮頸癌篩檢臨床指引

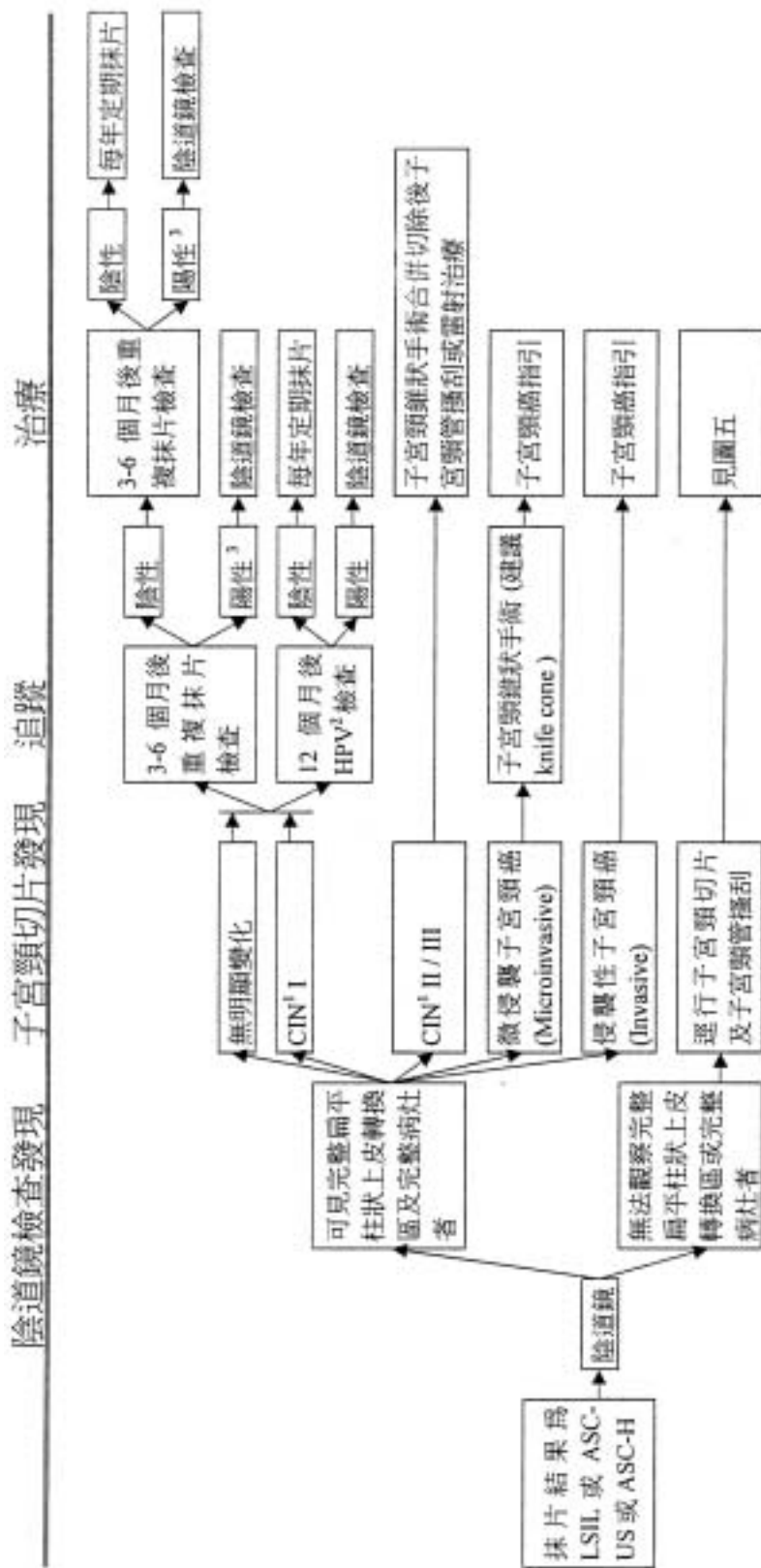
臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)
國家衛生研究院



- 1 : Low-grade squamous intraepithelial lesion
- 2 : Atypical squamous cells-cannot exclude HSIL
- 3 : ASC-US 或更嚴重變化者

子宮頸癌篩檢臨床指引

國家衛生研究院
臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)

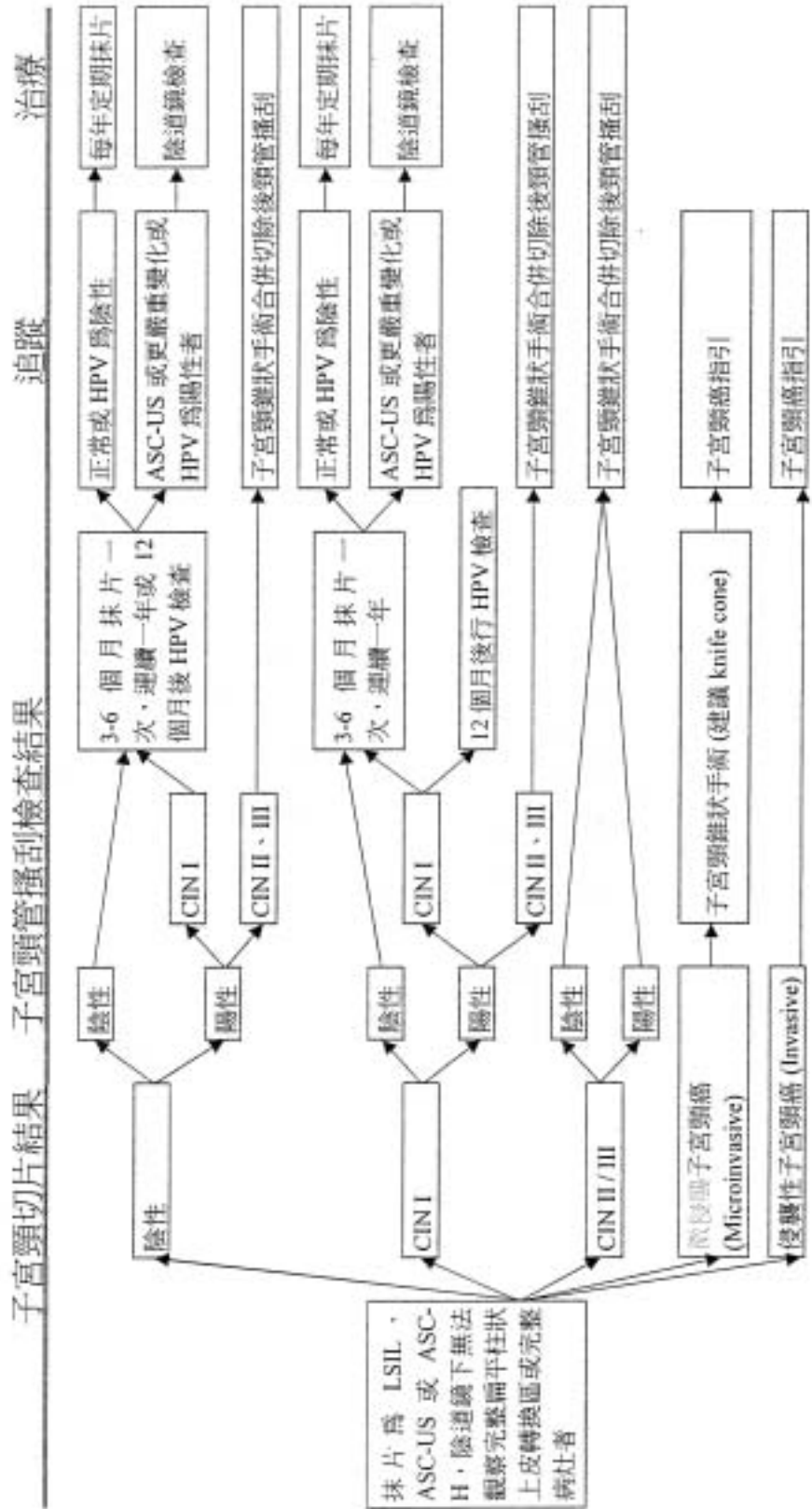


- 1 : Cervical intraepithelial neoplasia – I-輕度子宮頸上皮內贅瘤 ; II-中度子宮頸上皮內贅瘤 ; III-重度子宮頸上皮內贅瘤
- 2 : High-risk types of human papillomavirus
- 3 : ASC-US 或更嚴重變化者

子宮頸癌篩檢臨床指引

臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)
國家衛生研究院

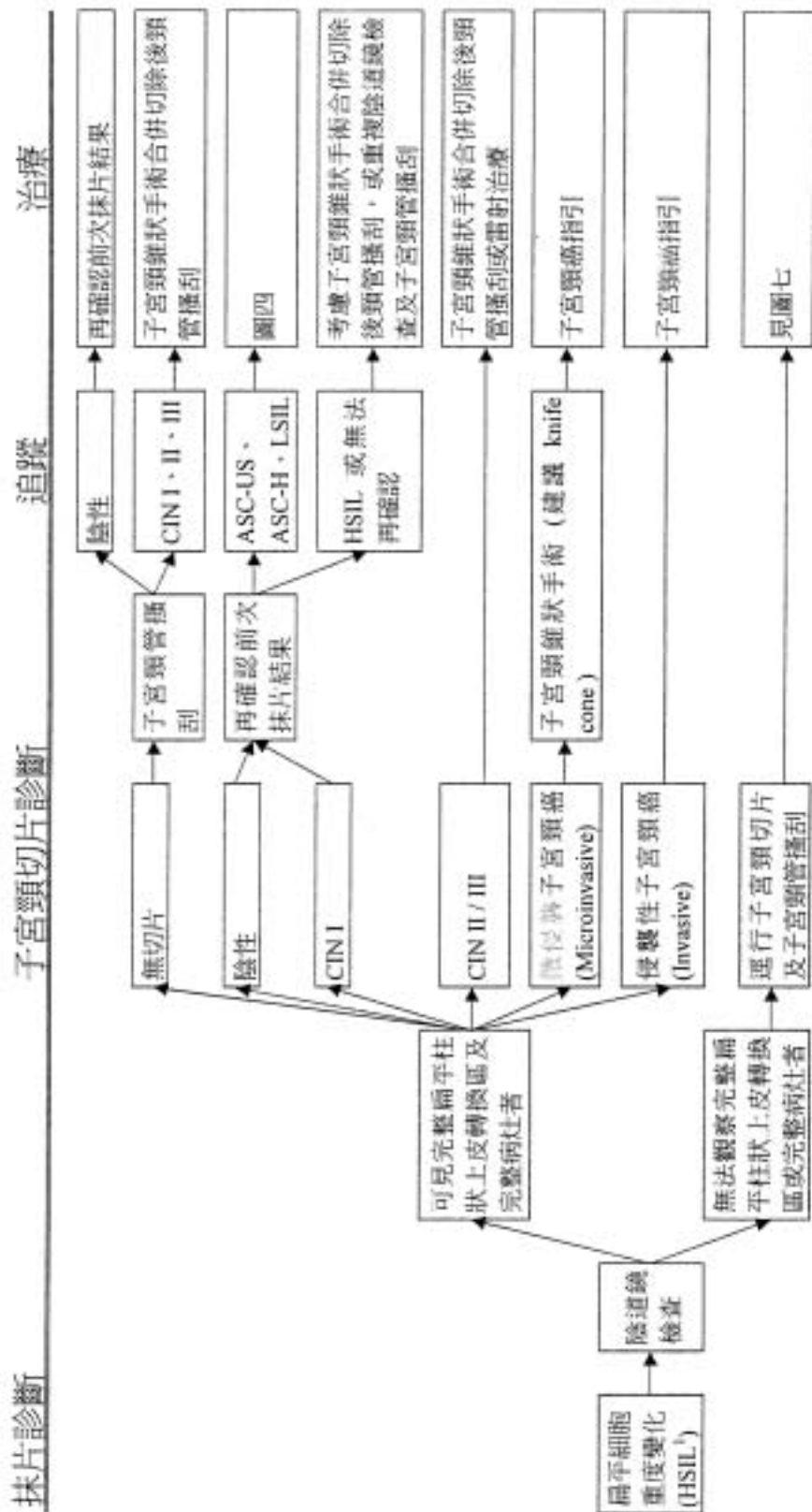
圖五



子宮頸癌篩檢臨床指引

臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)
國家衛生研究院

圖六



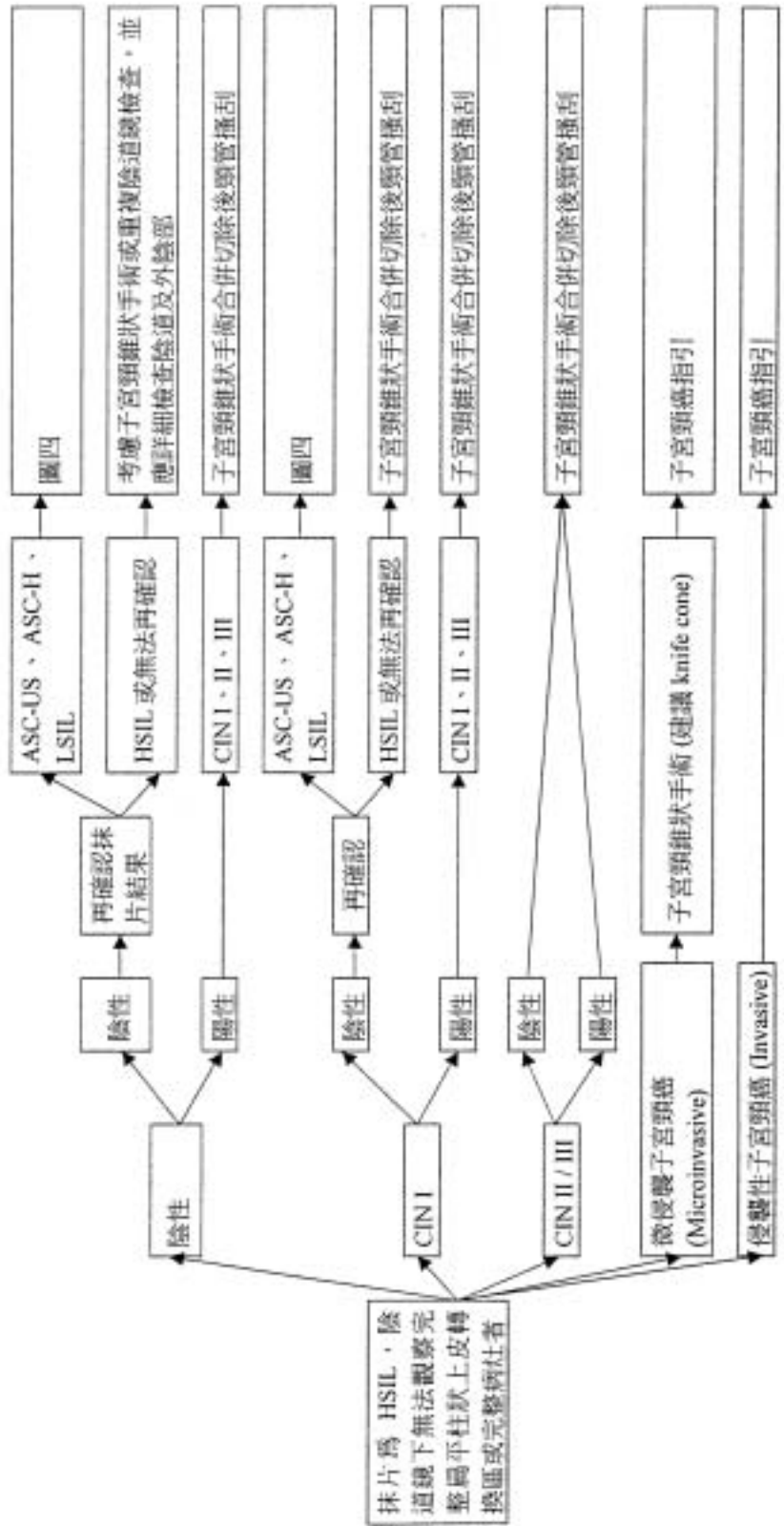
1: High-grade squamous intraepithelial lesions

子宮頸癌篩檢臨床指引

國家衛生研究院
臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)

圖 7

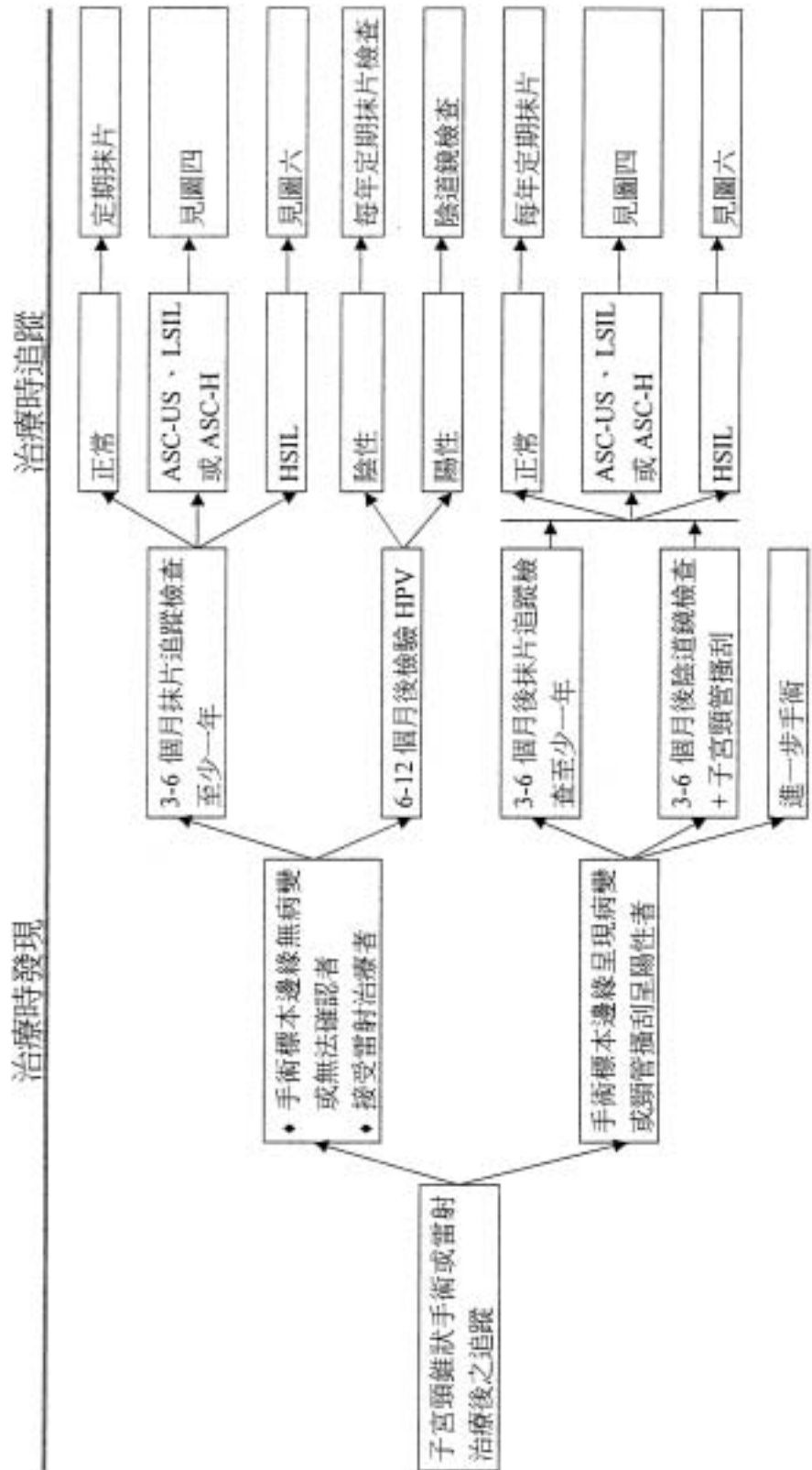
子宮頸切片診斷 子宮頸管搔刮診斷 追蹤結果 治療



子宮頸癌篩檢臨床指引

臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)
國家衛生研究院

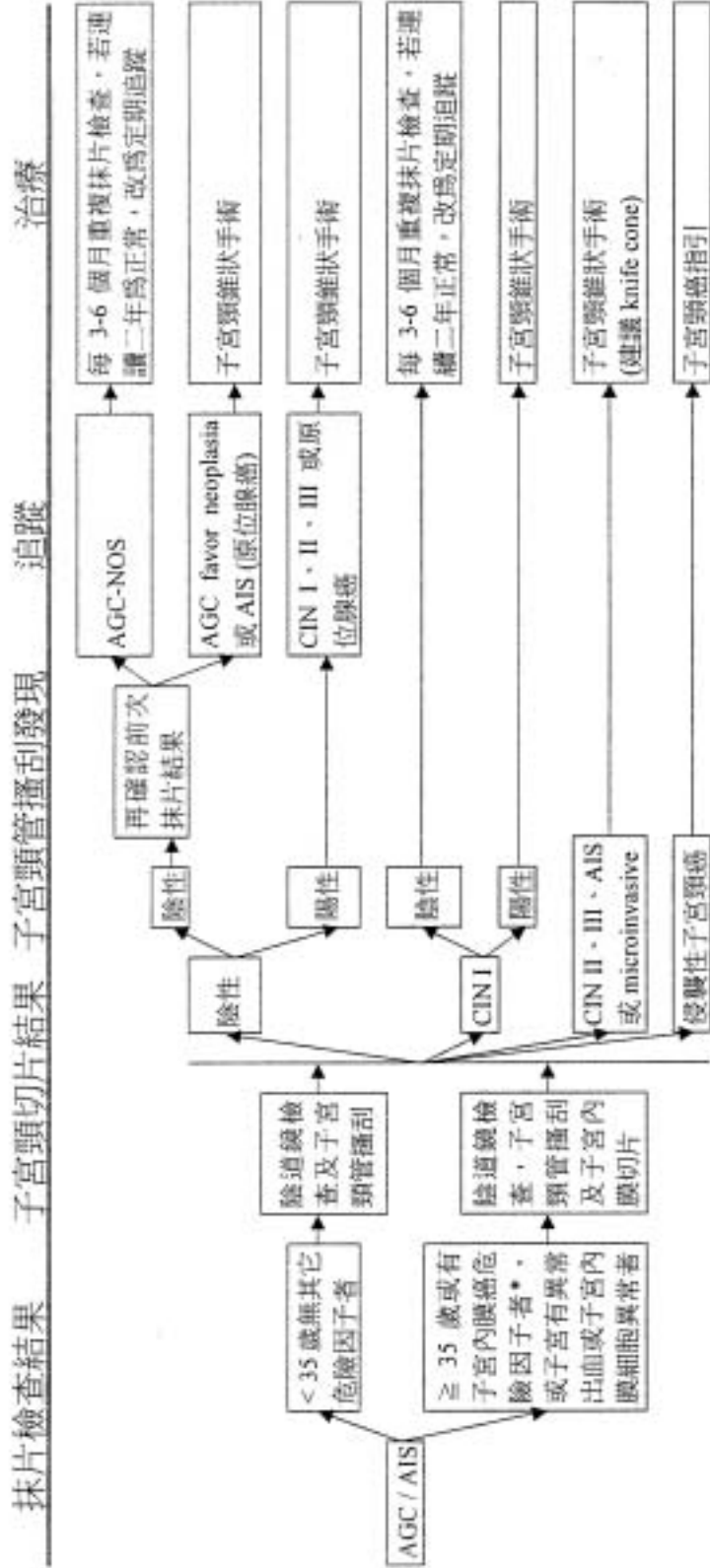
圖 八



子宮頸癌篩檢臨床指引

國家衛生研究院
臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)

圖九



圖九

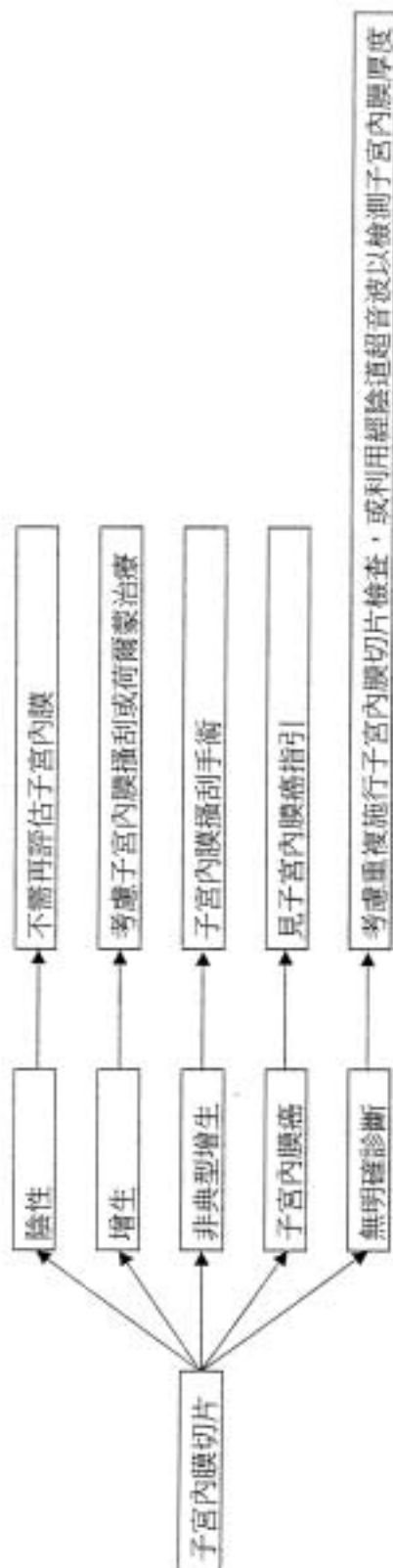
- * AGCUS : Atypical glandular cells of undetermined significance
- * 子宮內膜癌危險因子包括：(1) 肥胖、(2) 接受雌激素治療者、(3) 多囊性卵巢疾病、(4) 接受 Tamoxifen 治療者、(5) 長期不排卵者
- * AGC-NOS : atypical glandular cells-not otherwise specified
- * AIS : adenocarcinoma in situ

子宮頸癌篩檢臨床指引

臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)
國家衛生研究院



子宮內膜切片後之追蹤

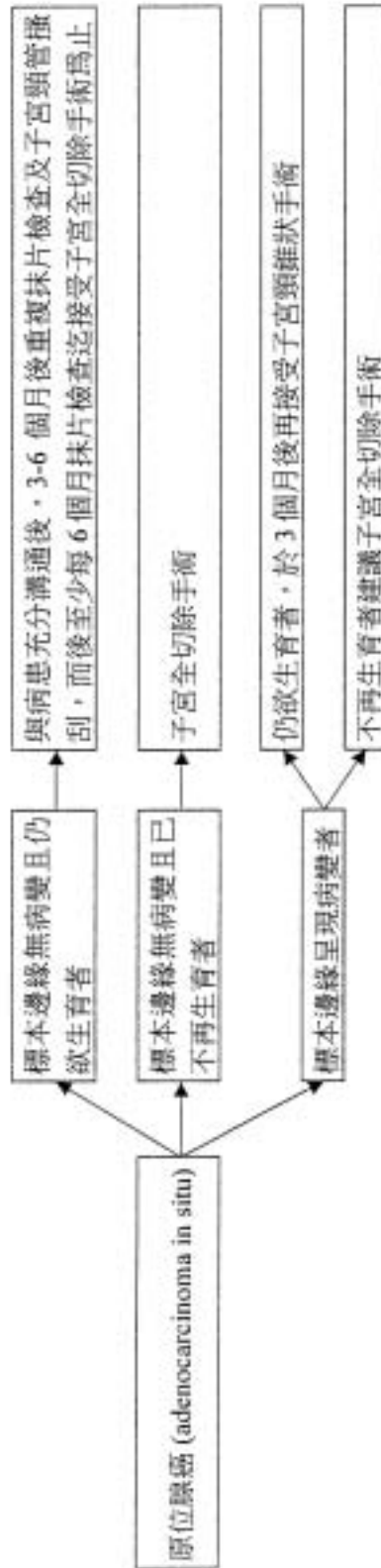


子宮頸癌篩檢臨床指引

國家衛生研究院
臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)

圖十一

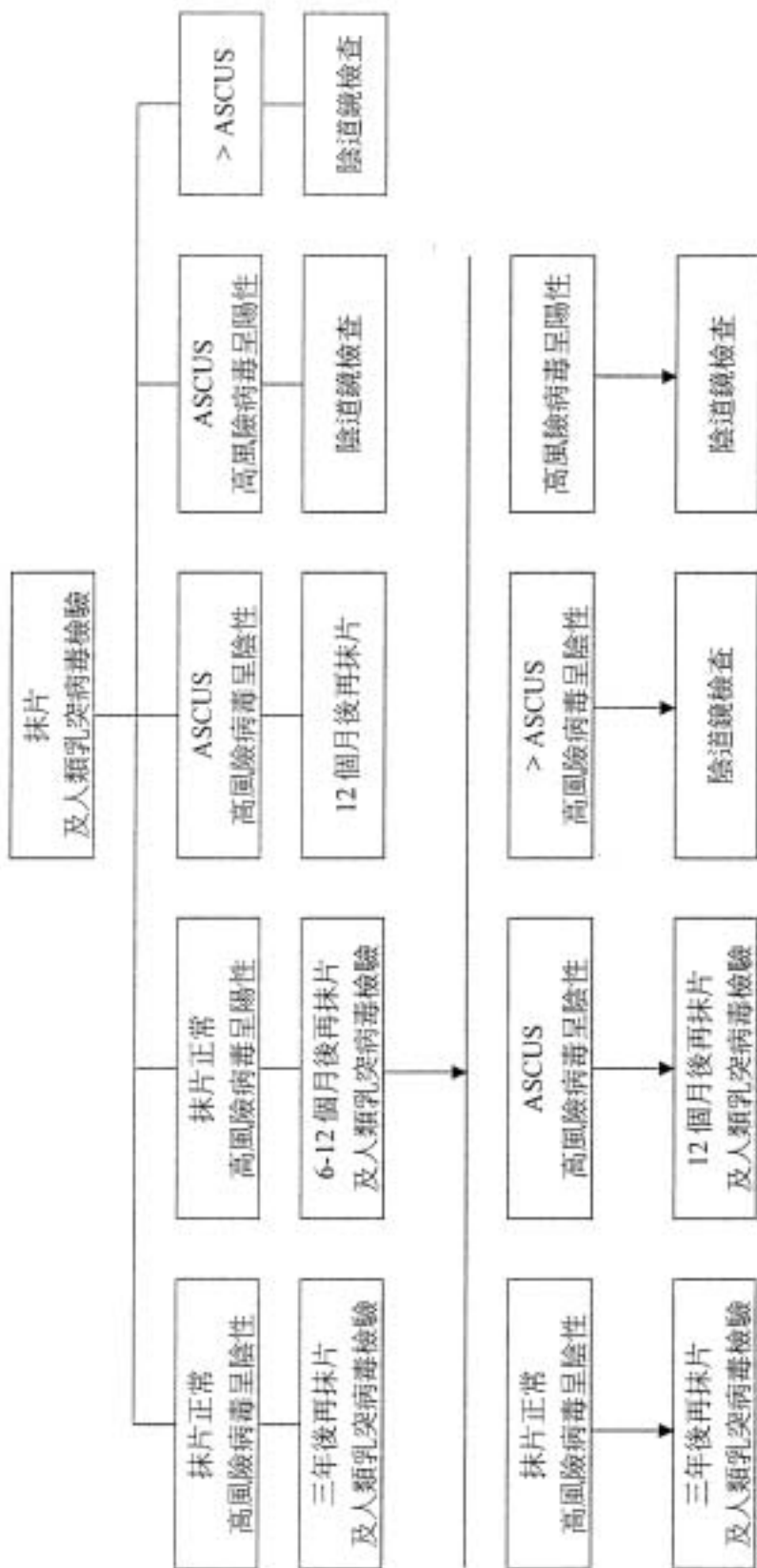
原位腺癌子宮頸錐狀手術後之追蹤



子宮頸癌篩檢臨床指引

臺灣癌症臨床研究合作組織 (2004年版)
國家衛生研究院

圖十一



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 9 月 20 日

發文字號：衛署疾管防字第 0960016247 號

附件：如主旨

主旨：檢送「麻疹鑑別診斷」相關文案乙份（如附件），請 貴學會協助宣導，請 查照。

說明：一、鑑於國內實施免費麻疹及MMR疫苗後，麻疹病例已極為罕見，故國內大部分年輕臨床醫師對於麻疹病例較欠缺臨床經驗，且麻疹之臨床表徵易與其他病毒疹混淆，因此，可能發生診斷錯誤及延遲通報情事。

二、為加強醫師警覺，及早通報法定傳染病，本局撰擬「麻疹鑑別診斷」文稿乙款，並已建署於本局網頁（<http://www.cdc.gov.tw> / 疾病介紹 / 麻疹 / 參考附檔內）。

三、惠請 貴學會於相關醫學會活動如會訊、教育訓練、研討會等協助宣導該疾病鑑別診斷，以提供相關醫師臨床診治參考。

麻疹鑑別診斷

麻疹是一傳染性很高的急性病毒性疾病，主要經飛沫傳染，有些研究認為也可經由空氣傳染，感染後 10~12 天會先出現咳嗽、鼻炎、結膜炎、高燒等前驅症狀，接著才有斑狀丘疹，嚴重者可能會併發中耳炎、肺炎或腦炎。台灣地區自民國 68 年開始全面為嬰兒施打麻疹疫苗之後，病例數已大幅下降，年輕的醫護人員多沒有看過個案。

近年來由於國際旅遊的發達以及國人與東南亞、大陸地區的交流頻繁，麻疹境外移入的病例不斷出現，以 89~95 年為例，確診的 57 例個案中，就有 22 名是境外移入。而 96 年截至 8 月底的七名確診個案，更皆為境外移入。我國目前著力於麻疹的消除，臨床醫師應提高警覺，除了要詢問病人旅遊史及疫苗接種史之外，更應仔細診察病人是否有典型的麻疹症狀，一有懷疑應在 24 小時內通報，不需等待初步抗體檢查。不過臨床上麻疹可能會與其它出疹的疾病混淆，以下謹列出典型麻疹、德國麻疹與其他疾病的比較，提供醫師做參考。

鑑別診斷要點：

項目	麻疹	德國麻疹	猩紅熱	嬰兒玫瑰疹
年齡	> 6 個月大	> 6 個月大	大於 3~5 歲	6 個月~2 歲
家族／學校病例	+	+	++	±
可傳染期	出疹前後四日內	出疹前後七日內	至有效抗生素使用滿 24 小時	
傳播方式	空氣／飛沫	飛沫	飛沫	飛沫
隔離方式	負壓隔離	單人房	單人房	未強制要求
通報時限	24 小時內	24 小時內	一週內通報 (註 2)	不需通報
咳嗽、流鼻水	++	+ (註 1)	±	±
結膜炎	+	+ (註 1)	-	-
柯氏斑	+	-	-	-
頸部淋巴結腫	±	++ (註 1)	±	±
扁桃腺滲出液	-	-	±	-
草莓舌	-	-	+	-
皮疹	紅色斑丘疹，大多不癢，皮疹有融合的趨勢	紅色斑丘疹，大多不癢，皮疹只持續三日	紅色發癢的丘疹，如同曬傷，摸起來像砂紙	紅色斑丘疹，大多不癢
發燒與皮疹的關聯	發燒 3-4 天後出疹，二者並行數日	一起出現	一起出現	燒退後才出疹 (註 3)
脫皮	手腳無，全身皮疹細屑，消退後會留下棕色的色素沉著	-	手腳指及肛門周圍	-
盤尼西林	不退燒	不退燒	退燒	不退燒

註 1：德國麻疹：20~50%可能為無症狀感染。

註 2：猩紅熱：本疾病近期將自法定傳染病項目中移除，移除後即無需通報，請注意衛生署最新公告相關訊息。

註 3：嬰兒玫瑰疹：偶而體溫在出疹後一天才恢復正常，或體溫正常一天後才出疹。

麻疹：潛伏期 10~14 天，前驅期約三天，病患先出現咳嗽、鼻炎、結膜炎（所謂 3C）、高燒、倦怠等症狀。出疹前 1~2 天，病人口腔黏膜上（好發於下臼齒的對側）出現科氏斑，外觀如同鹽粒灑於紅肉上，柯氏斑在開始發疹後 1 天消失。一般是由臉部開始出現紅斑丘疹，由上而下蔓延到頸、上肢、軀幹和下肢，皮疹大多不癢，皮疹有逐漸融合的趨勢，在第三天依出現先後次序開始消退。消退後會留下棕色的色素沉著，維持一段時間，也可能出現脫皮現象。

德國麻疹：20~50%無症狀。前驅期年紀越小越不明顯，可能只有輕微的發燒及鼻咽炎，成人較為嚴重，耳後及頸後常出現淋巴腺炎。淋巴結腫大 1~2 天後開始出疹，由臉部開始出現紅斑丘疹，由上而下迅速蔓延到頸、上肢、軀幹和下肢，皮疹大多不癢。第二天皮疹開始自臉部由上而下消失，典型病例皮疹只持續三天，故稱三日疹，不會有色素沉著。

玫瑰疹：突發性高燒持續 3~5 天，偶有厭食、不安，一般無咳嗽、流鼻水、結膜炎等症狀。耳後和枕部淋巴結可能腫大，病患通常活動力佳、無急性病容。燒退之同時出疹，偶而體溫在出疹後一天才恢復正常，或體溫正常一天後才出疹。皮疹為粉紅色，集中在軀幹與臉部，四肢較輕微，發疹期約持續 1~2 天，一般無色素沉著或脫皮的現象。

猩紅熱：最初出現扁桃腺炎，1~2 天後出現紅色發癢的丘疹，如同曬傷又粗糙的皮膚，頸部摸起來粗粗一粒粒的，俗稱鵝頸。病患出現草莓舌、口周圍蒼白，咽及上顎也可能出現紅疹。發燒和皮疹一起持續數天。癒後於手指與腳趾可能脫皮。

川崎氏症：臨床症狀包括五天以上的發燒(必要條件)、下數五項中至少四項條件：非化膿性結膜炎、口腔黏膜變化(嘴唇發紅乾裂、草莓舌、喉嚨發紅)、頸部淋巴結腫大 1.5 公分以上、多形性皮膚紅疹、手掌與腳掌發紅腫脹，手指腳趾尖端脫皮。

行政院衛生署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 9 月 10 日

發文字號：署授國字第 09604007355 號

附件：廢止令影本及「人工協助生殖技術管理辦法」條文各 1 份

主旨：「人工協助生殖技術管理辦法」，業經本署於中華民國 96 年 9 月 10 日以署授國字第 09604007352 號令廢止，茲檢送廢止令影本及法規條文各 1 份，請查照。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：台灣外科醫學會 台灣婦產科醫學會 中華民國骨科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 9 月 13 日

發文字號：(96)全醫聯字第 1719 號

附件：如文

主旨：建請 貴會加強宣導會員確實遵守手術房紀律，以減少醫病紛爭及維護病人安全，請查照。

說明：一、近日媒體報導有醫師進行剖腹產於術後留手術巾於產婦肚內，造成腸穿孔事件（附件）。

二、本件雖屬單一個案，但經媒體報導，影響醫師形象與整體醫病關係，不容忽視。

三、爰建請 貴會加強宣導會員確實遵守手術房紀律，手術紗巾、敷料、尖銳物品、器械等手術用品，應依病人安全作業查檢計數，以符手術房紀律，減少醫病紛爭，並保障病人安全。

台東基督教醫院

誠徵 婦產科醫師

意者：

請備履歷表、工作經歷證明影本、
畢業證書影本、專技證書影本

註明應徵職別，逕寄 950 台東市開封
街 350 號人資室

E-mail:backy@tch.org.tw

FAX:089-320332

高雄市婦產科診所

誠聘

婦產科女醫師

只看門診不接生，有保障薪

時間彈性、結婚可。

(另徵兼職醫師男女不拘，待優)

意洽：0936-498658

★證書展延繳費提醒★

96年10月31日專科醫師證書到期且已修滿學分，但仍未繳費者：					
會員編號	姓名	會員編號	姓名	會員編號	姓名
0113	陳哲堯	0182	蔡銘圭	0447	莊啟炎
0485	黃松雄	0549	吳輝雄	0574	吳順良
0731	林收伴	0855	劉建基	0868	王豐治
0870	蔡哲雄	1020	陳義弘	1085	黃廣厚
1331	廖魏秀玲	1347	鄭振明	1356	涂哲雄

未免被衛生署取消專科醫師資格請盡速於 10 月 20 日前郵政劃撥 2500 元證書費用。
帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

97年01月14日專科醫師證書到期且已修滿學分，但仍未繳費者：					
會員編號	姓名	會員編號	姓名	會員編號	姓名
2247	陳寶珠	2258	詹偉德	2271	林禹宏
2273	廖瓊玲	2291	楊政達	2300	趙興隆
2317	曾智文	2329	鄭東榮	2335	陳鍾靈
2343	張志明				

未免被衛生署取消專科醫師資格請盡速於 10 月 30 日前郵政劃撥 2500 元證書費用。
帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

彰化縣皓生醫院

誠徵 婦產科、小兒科醫師，
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

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 10 月 2 日

發文字號：衛署疾醫字第 0960016362A 號

附件：「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組」就幼兒接種 B 型肝炎、多合一、日本腦炎等項疫苗相關接種建議乙份

主旨：檢送「衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組」就幼兒接種 B 型肝炎、多合一、日本腦炎等項疫苗之接種建議乙份，請惠予刊登貴會相關刊物，並轉知會員依循辦理，請查照。

說明：一、本局針對近期各接種單位或民眾反應幼兒接種 B 型肝炎、六合一、日本腦炎、輪狀病毒及五合一等項疫苗之疑義，經提請「衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組 (ACIP)」研議，相關接種建議詳如附件，請貴會協助於醫學會雜誌刊登及納入學會相關訓練課程，提供醫師參考。

二、亦請轉知所屬會員，於幼兒接種疫苗時，應提供家長該項疫苗之正確資訊，詳細說明接種疫苗種類、時程、注意事項及收費等，期能讓家長充分瞭解，按時依序完成接種，確保接種效益，同時避免可能的質疑及爭議。另亦應將接種資料，詳實登錄於兒童健康手冊之預防接種紀錄表上，以利幼兒接種紀錄之完整及後續安排應接種劑別之辨識。

「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組」就幼兒接種 B 型肝炎、多合一、日本腦炎等項疫苗相關接種建議

一、有關 B 型肝炎疫苗之提前接種間隔及其與六合一疫苗之交替使用原則：

- (一) B 型肝炎疫苗之可提前接種間隔，仍維持本委員會原決議一「前兩劑間隔至少 4 週(可容許提前 2、3 天)，第 3 劑可提前 1 個月以內」；而如遇特殊原因，則第 1 劑與第 2 劑可間隔至少 3 週。
- (二) 單一劑的 B 型肝炎疫苗與六合一疫苗之可交替使用原則：幼兒出生滿 2 - 5 天，均需接種單一劑的 B 型肝炎疫苗，如因特殊因素，其後改接種單一劑的 B 型肝炎疫苗或六合一疫苗之接種時程建議如下表：

已接種 B 肝疫苗或含 B 肝之六合一疫苗之劑數	後續配合接種疫苗時程
出生滿 2 – 5 天及 1 個月各接種 1 劑 B 肝疫苗	出生滿 6 個月可接種單一劑 B 肝疫苗或六合一疫苗。
出生滿 2 – 5 天 1 劑 B 肝疫苗、滿 1.5 個月 1 劑六合一疫苗	<ul style="list-style-type: none"> 出生滿 3 個月及 6 個月各接種 1 劑六合一疫苗。 出生滿 6 個月接種單一劑 B 肝疫苗及 1 劑五合一疫苗 (DTaP-IPV-Hib)
出生滿 2-5 天 1 劑 B 肝疫苗、滿 1.5 個月及 3 個月各 1 劑六合一	出生滿 6 個月接種 1 劑六合一疫苗或單一劑 B 肝疫苗及 1 劑五合一疫苗 (DTaP-IPV-Hib)

二、幼兒因故隨父母往返兩地，其日本腦炎預防接種之接續原則：

- (一)國內學幼童之日本腦炎預防接種時程及接種間隔，仍維持現行規範；惟考量近 20 年來，國內每年之日本腦炎確定病例數，均在 35 例以下，且其年齡分佈以 20 歲以上為主，顯示日本腦炎疫苗接種成效。爰此，取消「基礎劑兩劑若間隔 3 個月以上，宜重新接種」之建議。
- (二)對於因故隨父母往返兩地之幼兒，其日本腦炎疫苗接種，建議接續完成應接種劑數即可。

三、有關不同廠牌之輪狀病毒疫苗與五合一疫苗之交替使用原則：

- (一)輪狀病毒疫苗：由於 MSD 與 GSK 兩廠牌之輪狀病毒疫苗，其病毒株成份、接種劑次與時程均不相同，且目前並無該兩種廠牌交替使用之相關資料可供參考，故不建議交替使用。
- (二)五合一疫苗：由於目前不同廠牌 DTaP 疫苗交替使用之效益影響相關資料尚不足，因此，對於五合一疫苗之使用，建議仍以持續使用同一廠牌為原則，如遇特殊原因(如原接種之廠牌不明或供貨有問題…等)，基於保障幼兒健康，則可考量不同廠牌交替使用。

台北縣婦產科診所

誠徵 婦產科

專任醫師

上班時期：請洽：2289-3668

2285-2254

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：台灣外科學會

台灣婦產科醫學會

台灣麻醉醫學會

發文日期：中華民國 96 年 10 月 3 日

發文字號：(96)全醫聯字第 1831 號

附件：如文

主旨：建請貴會加強對所屬會員之臨床急救訓練，以減少及防範醫療爭議事件之發生，請查照。

說明：一、依本會依據第八屆第二次醫學倫理暨紀律委員會研討結論暨第八屆第三次理事會報告通過辦理。

二、最高法院就何女士與台北市立聯合醫院 00 院區因急救處理所發生之醫療爭議事件，判決該院區與麻醉醫師須連帶民事賠償新台幣 2,460 多萬元及法定利息，合計逾 3,200 萬元定讞（附件參考資料：1、96 年 8 月 10 日聯合報 A2 版剪報乙紙 2、自司法院網站法學資料檢索下載之相關判決書）。

三、本件雖屬單一個案，但本醫療爭議事件創下歷年最高賠償金額，對高風險之外科、婦產科、麻醉科等科別在醫師人力日趨不均之情況，無疑雪上加霜；且造成醫師因連帶賠償金額過鉅而成為一輩子之負擔，對醫療機構經營亦造成衝擊，影響深遠，不容忽視。

四、本會除繼續研議醫師責任互助金制度、加強督促立法院儘速制定醫療糾紛處理法以減少訟爭外，並建請 貴會對所屬會員加強臨床急救訓練，以減少及防範醫療爭議事件之發生。

行政院衛生署 公告

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 10 月 4 日

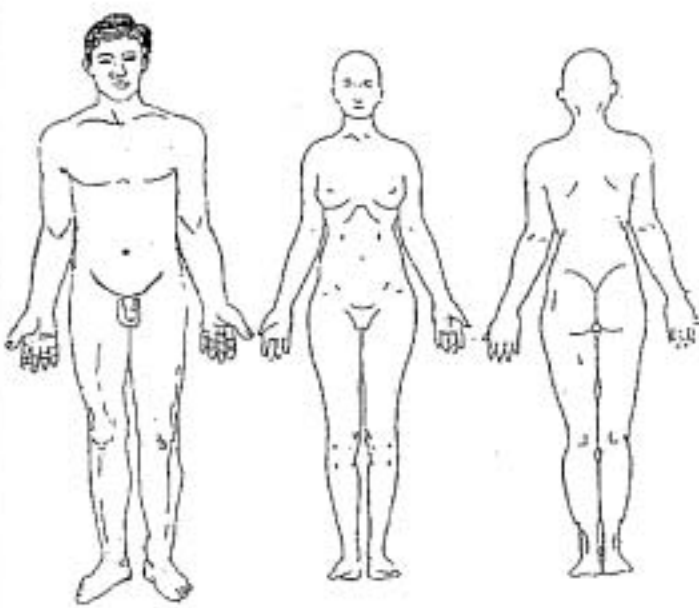
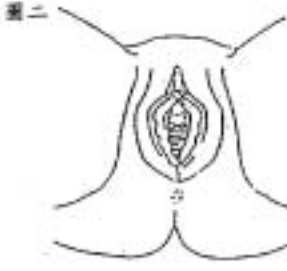
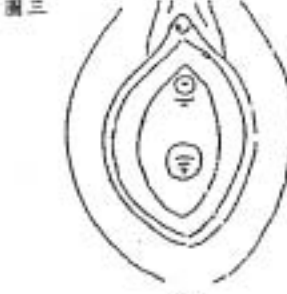
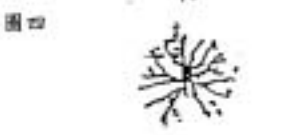
發文字號：衛署醫字第 0960214271 號

附件：驗傷診斷書修正格式 1 份

主旨：公告「醫院診所受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」修正格式如附件。

依據：依據性侵害犯罪防治法第 10 條第 3 項規定辦理。

(醫療機構名稱)		受理疑似性侵害事件驗傷診斷書				字第 _____ 號
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
職業		身份證字號		病歷號碼		
住址		電話		驗傷時間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	
受 害 人 主 訴 (有/無請用勾選)	事件發生時間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分				
	身體傷害描述					
	來驗傷前有无沐浴、更衣、沖洗	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	最近一次月經 (男性受驗人免填)	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
	事件發生時加害人有無使用避孕方式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
有醫事無檢驗項目 (請勾打)	<input type="checkbox"/> 血型 <input type="checkbox"/> 披衣菌檢驗 <input type="checkbox"/> 精子游動檢查或酸性磷酸酶檢查 <input type="checkbox"/> B 型肝炎檢驗 (檢驗項目: B 型肝炎病毒表面抗原 HBsAg 及表面抗體 HBsAb) <input type="checkbox"/> 懷孕檢查 <input type="checkbox"/> HIV 檢驗 <input type="checkbox"/> 梅毒血清檢驗 <input type="checkbox"/> 淋病檢驗 <input type="checkbox"/> 尿液或血液中酒精之測定					
協助蒐證項目 (請勾打)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 證物袋 <input type="checkbox"/> 身體上之精液或分泌物 何處: <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 擦拭精液污點 <input type="checkbox"/> 精液類型測驗 <input type="checkbox"/> 照相 <input type="checkbox"/> 尿液中藥品之測定 <input type="checkbox"/> 剪取指甲樣本 <input type="checkbox"/> 陰毛梳理物					
檢 查 結 果 (傷之部位形狀程度)	頭面部					
	頸肩部					
	胸腹部					
	背臀部					
	四肢部					

檢 查 結 果 (傷之部位形狀程度)	陰部	
	肛門	
	菜花	
	其他部位	
其他補充說明		
驗 傷 解 析 (請以紅筆正確註記損傷及處女膜關係位置及程度等)	圖一	
	圖二	
	圖三	
	圖四	
中 華 民 國 年 月 日		
院長 (負責醫師)	科主任 (主治醫師)	檢診醫師
(簽章)	(簽章)	(簽章)
醫院(診所)地址：		
(加蓋關防或印信)		

行政院衛生署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 10 月 3 日

發文字號：衛署醫字第 0960208157 號

附件：會議紀錄

主旨：檢送 96 年 9 月 21 日「專科醫師繼續教育積分審查認定相關事宜會議」紀錄乙份，請查照。

「專科醫師繼續教育積分審查認定相關事宜會議」會議紀錄

時間：96 年 9 月 21 日(星期五)下午 2 時 30 分

地點：本署 6 樓 601 會議室

出席(列)席單位及人員：

台灣家庭醫學醫學會

李世代、李汝禮台灣內科醫學會

台灣外科醫學會

朱宗信、林玉筱

邱心嵐台灣兒科醫學會

邱心嵐

台灣婦產科醫學會

林應然、張鳳梅

中華民國骨科醫學會

仇思源

台灣神經外科醫學會

林倬如

台灣泌尿科醫學會

(請假鎮)

台灣耳鼻喉科醫學會

吳建志

中華民國眼科醫學會

王安國

台灣皮膚科醫學會

林佳蓉

台灣神經學學會

古文綺

台灣精神醫學會

彭莉芳

台灣復健醫學會

蔡文鐘、練芬芳

台灣麻醉醫學會

盧佩芳

台灣放射腫瘤學會

劉裕明

中華民國放射線醫學會

陳名聖

臺灣病理學會
 台灣臨床病理醫學會
 中華民國核醫學學會
 中華民國整形外科醫學會
 社團法人台灣急診醫學會
 中華民國環境職業醫學會
 本署醫事處

謝怡悅
 陳茂元
 李碧芳
 (請假)
 黃獻暉、羅敏君
 莊弘毅
 薛瑞元、周道君、劉玉菁、林梅玉、洪國豐
 周清雲、郭千綺、劉淑銘

主席：薛處長瑞元

記錄：劉淑銘

壹、主席致詞：(略)

貳、討論提案：

案由：「醫師執業登記及繼續教育辦法」中，有關專科醫師之醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質等繼續教育之課程積分審查認定相關事宜，提請討論。

決議：一、醫師於98年4月22日後辦理執業執照更新者，醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質繼續教育課程之積分數，合計至少應達18點。

二、專科醫師之醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質等繼續教育之課程積分審查認定相關事宜：

(一) 各專科學會已認可或自行辦理之醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質繼續教育課程之積分數，請各專科學會依計算單位為小時之原則轉入醫事人員繼續教育積分管理系統，俾於醫師辦理執業執照更新時，予以採認課程積分。

(二) 未來專科學會仍可繼續辦理醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質相關課程，以服務會員，其課程之審查認定，由本署統一委由一學術專業團體辦理。

三、請各專科學會協助修訂專科醫師甄審原則，於繼續教育課程內容僅規劃醫學專業課程，惟6年內繼續教育課程總積分數扣除18小時之醫學倫理、醫療相關法規及醫療品質等課程積分後，經轉換至少應達162小時。

四、現行各專科就繼續教育積分之採計基準不一，無法審核是否符合前開原則，故請專科學會提供繼續教育積分轉換為小時之原則或算式至署供參，如與前開原則相違，請擬訂修正建議案到署核定。

參、散會(下午5時)

■ 通訊繼續教育

晚期癌症患者的症狀控制 藥物和方法(I)

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² 台北中山醫院 婦產科

對已有轉移和晚期之癌症，要治癒多已不可能，因此減輕患者的痛苦成為治療的目標。對很多癌病症狀，技巧的使用少量藥物，即會產生很大的效果，因此了解這些藥物避免其副作用，變得極為重要，本文針對這點提出心得供同仁參考。

Acetaminophen (Panadol、Scanal)

乃一種非成癮性止痛藥，屬非類固醇抗消炎藥物 (NSAIDs)，有退燒止痛的功能，但沒有末梢消炎的功用。止痛乃經由抑制腦的 cyclooxygenase 和前列腺素之產生。Acetaminophen 主要在肝臟代謝，使用塞劑之生物利用率只有口服之半，對輕度至中度疼痛有效，對嚴重度疼痛可做為輔助止痛藥，亦可治療因腫瘤壞死產生之發燒。缺點是使用太普遍，對許多患者已無效。口服可以每 6 小時 500 mg，至每 4 小時 1000 mg，因對肝有毒性，每天總劑量不宜 > 4.0g。對抑制腫瘤產生之發燒或嚴重疼痛，每次劑量要 1000 mg，作用約在 30 分鐘時呈現。許多成癮性嗎啡製劑之配方中都含有 acetaminophen，一定要計算每天的安全劑量。在嚴重肝病、酗酒和營養不良之患者，即使用治療劑量仍會產生嚴重肝毒性。Acetaminophen 會增加口服抗凝血劑之活性。Acetaminophen 可合併其它 NSAIDs 使用，基本上都很安全。

Amitriptyline (Tryptanol)

Amitriptyline 是一種三環抗憂鬱劑，有很明顯 anticholinergic 副作用，藥效產生很快，患者耐受力強，常用在癌症止痛和尿失禁時。Amitriptyline 經肝臟代謝，因此有嚴重肝疾之患者，需小心使用。因癌症患者並不需要常規使用抗憂鬱藥，此藥主用在治療有神經病變疼痛，典型的神經病變疼痛為灼燒式刺痛，常伴隨痛麻感 (numbness) 或感覺異常，受影響之皮膚常出現過敏反應。此藥口服後，數小時至數天便有止痛效果，但用在抗憂鬱症時，效果要數週才出現。為減少本藥之副作用，常在晚上服用，止痛之始用劑量為 10 mg，通常不超過 25 mg，如用來抗憂鬱，則每天須口服 150 mg，此時，對使用嗎啡成癮類藥 (opoid) 之患者，則無法忍受此劑量。本劑雖有嗜眠的副作用，但並不是好的夜間鎮定劑，因常伴有不希望有的副作用，包括 anticholinergic (口乾) 作用，姿勢性低血壓、暈眩和譫妄，尤以年長者為甚。Amitriptyline 因會引起便秘，有腸阻塞危險性之患者須小心使用，有青光眼、前列腺腫大或心律異常者皆要小心。替代藥品為 nortriptyline。

Carbamazepine (Tegretol)

Carbamazepine 乃一種抗痙攣的藥物，可以治療癌症時神經病變的疼痛。Carbamazepine 只有口服使用，對痙攣、三叉神經和舌咽神經痛、及其它神經病變疼痛皆有效，尤其對直擊式和電擊式神經痛最理想。在治療痙攣時須查血中之治療濃度。開始劑量為每天 2 次 (每 12 小時一次) 100 mg，每 3 天可增加 100 mg。口服後作用很快，數小時便有效，如每天使用量超過 400 mg 仍無效，則再增加劑量亦效果有限，唯對三叉神經痛，劑量有時需每天達 1600 mg。在治療癌症神經病變疼痛時，避免噁心和嘔吐之副作用，可在飯後服藥。其它副作用尚有視覺異常、嗜眠、頭暈、和走路不穩，白血球暫時減少，其抗利尿劑作用，會引起低鈉血症和水中毒。替代之神經病變止痛藥物有 phenytoin 和 gabapentin，但仍以 carbamazepine 之耐受性為佳。

Bisacodyl (Dulcolax)

Bisacodyl 乃一種 diphenylmethane 刺激性瀉藥，可刺激小腸和大腸之蠕動，口服或肛塞使用，口服 12 小時、肛塞 1 小時後有作用；口服劑量為晚上 5-20 mg，肛塞為飯後 10-20

mg。副作用有腹痙攣痛、大變失禁，在可能或已有腸阻塞之患者禁用，bisacodyl 不可咬碎或磨粉使用。替代藥物為 Senna。

Benzonate

Benzonate 為 procaine 局部麻醉藥，用在呼吸困難、咳嗽（常為無痰或疼痛者）、口角炎和口腔潰瘍。其麻醉性延展到呼吸道的接受器，包括肺、肋膜等器官，因此可減少咳嗽反射。Benzonatate 在使用 15-20 分鐘後開始作用，維持 3-8 小時，每天可口服 100 mg 三次，可增至每天 600 mg，耐受性很好，即使對晚期病患。除口腔潰瘍外，不宜咀嚼咬碎，否則會有口咽部麻痺（numbness），產生吸入性肺炎之危險。副作用包括不同之神經性症狀、氣管痙攣、咽喉痙攣和心肺虛脫，尤其在咀嚼或吸入後。

Chlorophyll

Chlorophyll 為一種由植物中提煉出的綠色除臭劑。主要用在骨盆腔癌症有大腸造口或腹部瘻管時出現惡臭分泌物，若使用 metronidazole 無效，可每日口服 chlorophyll 100 mg 三次來除臭。服藥後，大、小便會變成綠色，長期使用無礙。Chlorophyll 亦可在局部使用。

Chlopromazine (Wintermin)

Chlopromazine 乃一種 phenothiazine 的鎮靜藥，主要用在治療精神病（psychoses）患者。因鎮定功用顯著，高劑量下安全，對癌症末期患者有躁動（agitation）、呼吸不適和連續打嗝時皆有效。它亦有止吐和止痛之作用，但非使用的主要目的。Chlopromazine 可以靜脈注射、口服和肛門塞劑，但不宜作皮下注射。對末期病患之不安和打嗝，可以靜脈注射 12.5 mg，或口服、肛塞用 25 mg，劑量可視效果來調整，有些患者每 4 小時便需要用一次。對末期患者之鎮定劑量可調整，以使患者能自然入睡、舒適；沒有呼吸困難、呼吸加快、不安和躁動為準。當末期患者是年輕人、特別是女性，常需要較高劑量，在極少的例子，可能每 4 小時需要靜脈注射 200 mg。肛門使用與靜脈注射效果相近，通常肛門與靜脈使用比例之強度為 2.5: 1。如用在打嗝，應考慮鎮定深度的問題。劑量大時會出現一

些副作用，包括 anticholinergic、外錐體反應、及 α -adrenergic blockade 作用所引起之低血壓。抗精神病時口服 chlopromazine 100 mg，相當於口服 haloperidol 2 mg 或 thioridazine 100 mg。末期癌症患者使用之鎮定劑，尚有 lorazepam、haloperidol、midazolam 和 diazepam 可治療呼吸不適；methylphenidate、haloperidol、metoclopramide 和 baclofen 可治療打嗝。

Dexamethasone

Dexamethasone 乃一長效 glucocorticoid 在癌症末期患者常被使用，如對 multiple myeloma、lymphoma 和乳癌的細胞有溶解 (cytolytic) 的效果。因作用時間很長，要注意腎上腺被抑制的後果，其對電解質的影響不大，但仍會有水滯留的風險。其抗炎性效果較 prednisone 強 7 倍，即 1.0 mg dexamethasone 相當於 7.0 mg prednisone 或 25.0 mg hydrocortisone 之強度，因此，在各種疼痛、多種急性狀況、食慾不振、惡病體質、嘔吐和腸阻塞等均有改善的效果。當選擇以 dexamethasone 作長期或高劑量使用時，宜每天以合併口服或靜脈給低劑量之 H2 blockade famotidine 20 mg，因 dexamethasone 在早上 8 am 和午餐後使用可減少胃腸不適，太晚給予則會干擾睡眠。Dexamethasone 可經口服、皮下和靜脈使用。對治療肝腫脹等臟器疼痛，早上或下午給 2-4 mg，效果不錯。對脊椎被壓逼產生之急性疼痛，及放射線治療期之疼痛，可以靜脈注射 dexamethasone 100 mg 來緩解，然後 8 am 及中午口服來維持並慢慢向下減量。期間應用 H2-blocker 做預防藥物。相同劑量 dexamethasone 亦可用在治療腦部因癌病引起之腦水腫。

Dexamethasone 可以改善的其它症狀，包括食慾不振、情緒不佳和精力不足，在 8 am 及中午給 2 mg 通常即有效。Dexamethasone 亦可用在止吐（特別是化學治療時所引起之嘔吐），及即將發生的 (impending) 腸阻塞，因其可以緩解腸子水腫。副作用視劑量高低和使用時間之長久而定，包括：近端肌肉病變、踝 (ankle) 水腫、低鉀血症、口腔念珠菌感染、情緒改變、高血糖和胃潰瘍。在不能活動的患者，近端肌肉病變很容易被忽略。在類固醇停止使用期，有時會發生假性風濕症 (psudorheumatism)。在脊髓硬腦膜 (epidural) 受壓逼時，若使用高劑量靜脈注射 dexamethasone，會陰 (perineum) 部會有短暫灼燒或溫熱感覺，不足為奇。取代藥物有 prednisone (此藥在肝臟會改變成活躍性的 prednisolone)。

Diazepam (Valium)

Diazepam 乃一種 benzodiazepine 鎮定解焦慮劑，可以口服、靜脈注射、靜脈滴注、肛塞或直腸灌液等方法使用，作用時間很長，主要用來治療呼吸不適引起之呼吸加快和焦慮、骨骼肌痙攣之疼痛、肌陣攣 (myoclonus)、和大發作癲癇，特別是對持續性痙攣。對首次用此藥治療焦慮、呼吸困難、疼痛和肌陣攣，可每天口服 2 mg 三次，漸漸增加至每天 30 mg。當症狀已穩定控制後，有些患者每天一劑便足夠。對持續性痙攣之患者，慢慢以每分鐘靜脈注射 2.0 mg，總量可至 20 mg。使用靜脈點滴給藥時，需仔細監視。Diazepam 較其它 benzodiazepine 之肌肉鬆弛作用為佳，可治療失眠，但老人不宜使用，因可能發生鎮定、混淆和走路不穩 (ataxia)，如與成癮性嗎啡劑合併使用，其鎮定之效果可能具有抑制呼吸之危險性。對有肺病或肝炎之患者要小心使用，肝功能欠佳者以用 lorazepam 較佳，baclofen 則可代替 diazepam 治療肌肉痙攣。

Docusate sodium

Docusate sodium 是一種軟便劑，幫助水份進入糞便，高劑量時可刺激腸子蠕動，主要用在使用成癮性鴉片劑後所產生之便秘。因 docusate 可使腸子增加對 liquid paraffin 之吸收，因此二者不宜同時使用。副作用少，但可因有吸收水份的特性，有消化不良 (dyspepsia) 和胃灼感 (heartburn)。對有腹部瀰漫性癌症病灶和部份腸阻塞之患者，docusate 能使大便暢通，改善腸阻塞，尤其是與滲透性瀉藥 (如 magnesium hydroxide) 合併使用。

Fanatnyl (Durogesic)

Fanatnyl 乃一種與 meperidine (Demerol) 同類之強效水溶性鴉片成癮類止痛劑藥，可以經黏膜 (舌含) 或皮膚吸收使用。

(一) 經皮膚使用 fanatnyl :

Fanatnyl 如經皮膚使用，12 小時後可達最高濃度，> 24 小時後血中濃度呈劑量穩定狀態 (steady-state)，建議不要用在嚴重疼痛之患者，因有時須 2 天才達劑量穩定狀態。

理想的使用方法，是嗎啡止痛劑量穩定後，再改為等量 fanatnyl。此時可能出現輕度嗎啡戒斷症候群。通常 fanatnyl 貼片是 72 小時更換一次，但有些患者需 48 小時更換一次。貼片需貼在正常皮膚，可在手臂和胸壁輪流使用，若同時需用多塊貼片，也應同時更換，以避免弄錯。發燒和局部加熱會增加吸收。Fanatnyl 不適宜用在不穩定和無法預測疼痛類型之患者，但適合小孩病患。副作用與嗎啡成癮劑相似，但較少便秘。

(二)口含 (buccal) fanatnyl :

口含 fanatnyl 是為了偶然中斷藥物時產生疼痛所設計之補救方式，部份快速經由口腔黏膜吸收，其它則吞嚥後再發揮藥效。

Gabapentin

Gabapentin 乃一種新的口服抗癲癇藥物，主要用來治療對 amitriptiline 或 carbamazepine 無效之癌症神經病變疼痛。建議首天使用 300 mg，第 2 天用 600 mg，第 3 天用 900 mg，最少需經 3 天用到最大劑量（有報告最高達 2400 mg），如合併與鴉片成癮藥使用，鎮定效果更明顯，副作用有疲勞、走路不穩 (ataxia) 和頭昏，如突然停藥，會有戒斷症候群。

Glyceryl Trinitrate

Glyceryl Trinitrate 主要用來治療癌症產生之運動性吞嚥困難，吞嚥、胃腸、膽道和輸尿管等疼痛。治療痛，可舌下使用 400 μg ，若 5 分鐘無效，可重複相同劑量多次。治療吞嚥困難，三餐飯前舌下使用，效果不錯。副作用有頭痛、臉潮紅和低血壓，所以對低血壓和低體液者不宜使用。取代藥物為 nifedepine。

Haloperidol (Halopin)

Haloperidol 乃一種 butyrophenone 之抗精神病藥物，與 chlorpromazine 比較有較少鎮定作用，但有較強之止吐作用，對心臟血管影響少。對治療使用成癮嗎啡藥所產生之譫妄、躁動不安 (agitation)、噁心、嘔吐和打嗝，十分有效。開始時劑量為 12 小時口服

0.5 mg。副作用有外錐體反應（少見於短期使用），及 anticholinergic 作用（如便秘，故在有腸阻塞危險性之患者，要很小心）。以皮下點滴注射時，需加葡萄糖水使濃度 < 1.5 mg/dL，避免 haloperidol 結晶沉澱口服。2 mg haloperidol 之抗精神病效果約相當於口服 100 mg chlorpromazine。取代藥物為 droperidol。

Hydrocodone

Hydrocodone (dihydrocodeinone) 乃 codeine 之一種代謝物，具有止痛和鎮咳的功效。Hydrocodone 較 codeine 之耐受力為佳，但不是強效的止痛劑。Codeine 常產生神經精神上問題和便秘。Hydrocodone 代謝後成 glucuronides 由腎臟排出。Hydrocodone 主要用在治療咳嗽、呼吸不適和疼痛。對已經使用其它嗎啡成癮藥（如用嗎啡來止痛）之患者，如仍有咳嗽，可以使用 hydrocodone 來止咳。劑量是每 12 小時口服 5.0 mg，然後根據需要，可用到每 4 小時使用 10 mg。副作用與嗎啡相近。取代之止咳藥物有 dextromethorphan 和 pholcodeine，皆非嗎啡成癮藥。

Hydromorphone

Hydromorphone 與嗎啡相同，乃一水溶性化合物，作用時間為 4 小時，因對中樞神經影響較少，常被用來取代嗎啡。它可以口服、皮下或靜脈注射和肛塞。皮下注射和靜脈注射效果相同。不論口服或靜脈注射，開始作用和維持時間，皆與嗎啡相同方法接近。但不像嗎啡和 oxycodone，hydromorphone 至今尚無持續長久之口服製劑。它的性質與嗎啡相似，口服 7.5 mg 相當於 30 mg morphine。注射 1.5 mg hydromorphone 相當於注射 10 mg morphine，副作用和藥物之互相反應均與嗎啡相同。

Hyoscine (Buscopan)

Hyoscine 乃一種 anticholinergic 藥物，與 atropine 相似，用來控制分泌物（瀕死喉聲，death rattle）及治療因腸阻塞引起之小腸平滑肌痙攣痛。Hyoscine 有 2 種鹽類：butylbromide 和 hydrobromide，經皮下注射後數分鐘便開始作用。其減少分泌效果（數小時）較其它抗痙攣效果（< 1 小時）為長。其中 butylbromide 口服吸收較差，且不會通過血腦屏障，因此不會產生鎮定作用和止吐作用，hydrobromide 則會。可用間斷性皮下注射 20 mg

或經點滴注射。開始時為每小時1.0-2.0 mg，可以視需要調整劑量，但如劑量每小時>10 mg，很難忍受。

Hyoscine hydrobromide則可以皮膚貼片或口服使用。間斷性皮下注射一次可使用50 µg，連續皮下注射則每小時可50-100 µg，而72小時之皮膚貼片則含1,500 µg。不像butylbromide和atrophine，hydrobromide有中樞神經作用，如與其它相近藥物共同使用，副作用更大。Hyoscyamine sulfate與hyoscine hydrobromide相似，唯可在舌下使用。取代減少分泌之藥物有glycopyrrolate。

永和市

婦產專科醫院

誠徵 婦產科女醫
師兼任、支援可

意洽：02-29235133
轉 2212 楊小姐

台北市婦產科診所

誠 邀

女婦產專科醫師

環境優，潛力佳。
只看診，不接生。

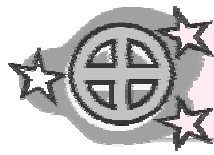
意者速洽：0987919536
陳先生

新竹某婦產科診所

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



問 答 題

一、下列何者藥物不可以咬碎或磨粉使用？

- (A)acetaminophen (B)benzonate
(C)bisacodyl (D) B+C

二、下列哪些藥物可以治療癌症患者的疼痛？

- (A)acetaminophen (B)carbamazepine
(C)dexamethasone (D)以上皆可

三、對癌症患者之打嗝，可以考慮使用下列何種藥物？

- (A)chlorpromazine (B)metoclopramide
(C)hyoscine (D) A+B

四、對癌症患者有噁心之不適，下列何種藥物可以改善？

- (A)dexamethasone (B)metoclopramide
(C)haloperidol (D)以上皆是

五、下列何種藥物可以經肛門塞劑使用？

- (A)chlorpromazine (B)diazepam
(C)acetaminophen (D)以上皆可

第 1 3 1 期通訊繼續教育

晚期癌症患者之常見症狀⁽¹⁾

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；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

◎132 通訊繼續教育答案◎

題目：晚期癌症患者的症狀控制：

藥物和方法 (1)

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。

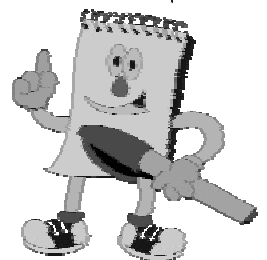
*本答案卷除郵寄外，亦可傳真



本會新會員資料系統已正式上線，可供會員線上異動基本資料及查詢列印積分，網址：<http://www.taog.org.tw/>，請點選會員服務。初次登入密碼為**身分證號碼**，若無法登入可能是尚未提供給學會，請E-mail告知張小姐 obs gyntw@yahoo.com.tw，謝謝！
爾後聯絡資料若有任何異動，請各位會員務必及時上線更新，以免權益受損。

尋人啓事

學會寄出的信件被退信，
若有會員知道莊啓炎、張屏娟、謝呈光、
張曦、黃松雄、顏于勛、林昭宏等醫師
的聯絡方式，請與學會聯絡，謝謝！



會員園地

晚期癌症患者的症狀控制 藥物和方法 (II)

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² 台北中山醫院 婦產科

Ketamine

Ketamine 乃一種全身性麻醉藥，可以靜脈、肌肉、皮下和口服使用，它用在止痛上之劑量較誘導麻醉時為低。因具有阻斷 NMDA (N-methyl-D-aspartate) 接受器之作用，可治療神經病變之疼痛、手術後之痛、頑久性痛、和難控制的打嗝。以 ketamine 2.0 mg/kg 靜脈注射，可在 1 分鐘內達成麻醉，並維持 10 分鐘。如只是為了止痛，可以連續點滴注射的方法 5.0-10.0 mg/h，然後慢慢減少至 2.0-5.0 mg/h，亦有人嘗試使用高劑量的方法，雖然由麻醉至清醒之時間很長。Ketamine 是一種相當安全的藥物。口服使用，開始時每 6 小時 25.0 mg。副作用：約 15 % 患者在麻醉後有精神恍惚（幻覺）作用，如能先給 benzodiazepine，則此副作用發生之比例會大大減少。使用此藥時，因血壓和腦內壓皆會增加，必須小心選擇病患，尤其是以靜脈注射來鎮定病患時。Propofol 乃一種非止痛性麻醉藥，可以靜脈注射，取代 ketamine 之鎮定作用。

Ketorolac

Ketorolac 為與 indomethacin 相類似的止痛劑，作用與其它 NSAIDs 相同，可以每 6 小時口服或靜脈注射來止痛。Ketorolac 為治療嚴重疼痛常用之 NSAIDs，可避免成癮止痛藥之毒性

(opioid bowel syndrome)。劑量為每12小時15 mg，可增至每6小時30 mg。口服與靜脈使用效果相近，劑量相同。副作用與其它 NSAIDs 同，但曾有嚴重之胃腸、皮膚和過敏反應，亦曾有死亡之報告。患者如有肝臟、腎臟衰竭、心血管不穩定、和過敏史者要小心謹慎。Ketorolac 也可以皮下使用。

Loperamide (Imodium)

Loperamide 乃一種合成之成癮嗎啡類藥，主要用來治療腹瀉或減少迴腸造口 (ileostomies) 之分泌物，它比 codeine 或 diphenoxylate 之作用強，可以使胃腸蠕動變慢，但沒有止痛作用。因須在肝解毒，用在有肝病之患者時要小心。腹瀉時可先口服 4.0 mg，然後每次腹瀉後再給 2.0 mg，最大劑量為每天 16 mg，有些患者尚可耐受更高劑量。因作用時間長，維持劑量每天 2 次即可。Loperamide 較 codeine 或 diphenoxylate 之耐受性高。副作用包括便秘和麻醉性腸塞。止瀉效果 2 mg loperamide 相當於 45 mg codeine phosphate。取代藥物為 codeine、diphenoxylate 和 kaolin。

Lorazepam (Ativan)

Lorazepam 乃一種 benzodiazepine，為鎮定和去焦慮藥。效用時間短，每 6-8 小時口服 0.5-2.0 mg，用於癌末期病患之焦慮、嘔吐、和不安，亦可經舌下或靜脈給藥。副作用與 diazepam 相同，其止吐效果不強，需合併其它藥物使用，但鎮定作用強。口服 0.5 mg lorazepam 相當於 5 mg diazepam 或 10 mg temazepam。

Magnesium Hydroxide

Magnesium hydroxide 乃一種 antacid osmotic 瀉藥，用來預防因使用成癮嗎啡類藥所產生之便秘，每 6-8 小時使用一次，晚上可使用 15-30 mL (1-2 茶匙)，可與 docusate 和 bisacodyl 一起使用。Docusate 為軟便劑，可以每天使用 1-3 次，晚上再使用 magnesium hydroxide，二者均無腸子蠕動的效果，如仍未排便，可在第二天早上加用刺激腸蠕動的 bisacodyl 肛塞劑。magnesium hydroxide 之劑量為每天 120 mL。對非由成癮嗎啡類藥所產生之便秘同樣有效。最常見副作用為腹瀉，但不像 bisacodyl，很少發生腹痛。取代藥物為 magnesium citrate。

Megestrol Acetate (Megace)

Megestrol acetate 乃一種半合成的黃體素，主要用於與荷爾蒙有關之乳癌和子宮內膜癌患者，食慾不振（可使體重增加）、熱潮紅（男性患者接受化學或手術之閹割，或婦女之早發性更年期）、和 AIDs 之惡病質症候群等。每天早、午餐後 8 mg，太晚給藥會因其類固醇效果干擾睡眠。劑量是可以增減的。一般而言，8 mg 的低劑量即可刺激食慾且不會增加體重，在數天內便會有效。如估計患者生命有限，想立即改善食慾，則應選擇 dexamethasone，但需評估水滯留和深層靜脈栓塞的危險。Megace 亦有類固醇的作用，使用時會有高血糖、戒斷症候群、和引起腎上腺功能不足的副作用，其耐受性較 tetrahydrocannabinol 或 dexamethasone 為佳。取代藥物為 medroxyprogesterone。

Methadone

美沙酮 (Methadone) 是一種有效之成癮嗎啡類藥，為嗎啡 mu 和 delta receptor 的 agonist 和 NMDA receptor 的 antagonist。藥理相對較複雜，需要有足夠的臨床經驗才能安全使用。Methadone 有短的止痛效果（4 小時），但有長的血漿半衰期。Methadone 因對 opioia NMDA receptor 是 antagonist，故可用在對成癮嗎啡有抗藥性之神經病變疼痛，因對嗎啡的 mu 及 delta 接受器是 agonist，故可用作嚴重嗎啡成癮者之替代藥物，因與嗎啡、oxycodone 和 hydromorphone 結構不同，故可用在對嗎啡過敏者，和用在因 morphine-6-glucuronide 存在所引起之腎衰竭。Methadone 在連續使用時，劑量和給藥的間距常要調整。Methadone 調整劑量時應與嗎啡一樣的重視，當要由嗎啡改換為 methadone 時，口服劑量的比例為 1:10，即 1 mg methadone 等於 10 mg morphine。Methadone 一開始使用時宜以每 8 小時一次，以後可以漸漸縮短時間。原因是血中藥的半衰期較止痛時間長，如按病狀給藥會有過量的危險，所以劑量調整要有 3 天時間才夠，因經過重覆給藥，血中藥的濃度會增加，止痛之有效時間便會長過 4 小時。抗癲癇藥物 phenytoin 及抗肺結核藥物 rifampicin，會刺激 methadone 之新陳代謝，在同時使用時劑量調整會不一樣。

Methylphenidate (Ritalin)

Methylphenidate 乃一種安非他命 (amphetamine) 的衍生物，因食物可以增加其吸收，故

應在飯前給予，避免不希望之副作用，主要用來治療嗎啡成癮類藥所產生之嗜眠、憂鬱、疲勞、打嗝和加強止痛。通常在早上和下午口服 2.5-5 mg，其抗憂鬱症之效果，常較三環抗憂鬱症和 serotonin reuptake inhibitors 等為佳。一般而言，其效果在 48 小時內會顯現，否則，劑量可逐漸增加，每天兩次 20 mg，的患者，甚至可用到每天 80 mg。變通的方法是加用另一種抗憂鬱藥物來加化 methyphenidate 之抗憂鬱之短效。有研究者發現，如使用 methylphenidate 之效果好，則使用其它抗憂鬱症藥物效果亦好。安非他命之嚴重副作用為譫妄和精神病 (psychosis)，其次為食慾不振，但較 dextroamphetamine 之耐受性為高。

Metoclopramide (Primperan, Buscopan)

Metoclopramide 有助食道之蠕動，減少食道括約肌之張力，加速胃之排空，和縮短食物在小腸之運輸時間。在高劑量化學治療時可以止吐，可減少早飽意、打嗝、噁心和嘔吐。因可以幫助胃排空，對晚期癌病患者，亦可改善噁心、噯氣（胃中氣體經口有聲地排出，belching）、胃氣脹 (bloating)、酸逆流和打嗝。患者可在餐前和睡前 30 分鐘使用 10 mg，但對身體虛弱的老人或腎衰竭者，5 mg 便已足夠。亦可藉連續皮下注射 (2-4 mg/h) 或肌肉注射方式使用，但不宜用在即將或確定有腸阻塞的患者。常見之副作用有嗜睡、坐立不安 (akathisia)、腹瀉和腸脹氣 (dystonic) 反應，有時會發生巴金氏症和遲發性運動障礙 (tardive dyskinesia)，若與 ondansetron 同時靜脈使用會，則會發生心律不整的可能，使用在腎臟衰竭患者，需要減少劑量。取代藥物為 cisapride。

Metronidazole (Flagyl)

Metronidazole 乃一種抗生素，用來治療厭氧菌感染、偽膜性大腸炎和原蟲 (protozoal) 感染。對晚期婦癌和頭、頸部癌出現之厭氧菌感染十分有效，每天口服 200 mg 便足以控制厭氧菌引起之臭味，亦可以局部抹擦使用。常見副作用乃在劑量增加時，口中有金屬味，和喝酒後出現雙硫醒樣反應 (disulfiram reaction，即喝酒後，血中乙醛濃度會升高，引起頭痛、心悸、面紅、噁心、嘔吐、甚至血壓下降)，有時會有末梢神經病變及各種神經精神上之副作用。

Maxiletine (脈律循、Mexitil)

Maxiletine 屬 class IB 抗心律不整局部麻藥，與 lidocaine 類似，但僅有口服用藥。主

要用作治療頑強性神經病變疼痛，約對 60 % 患者有效，開始時每天口服 150 mg，三天後劑量可加倍，直至每天三次，每次最大劑量 300 mg。必要時，可測量血中藥物濃度，飯後服用之耐受性較好。副作用有噁心、嘔吐、腹瀉、和神經上症狀如發抖、暈眩、疲勞、複視、癲癇、心律不整、低血壓等。低鉀血時會減少 maxilepine 之功效。抗心律不整取代藥物為 flecainide，止痛之取代藥物包括 methadone、gabapentin 和 ketamine 等。

Midazolam (Dormicum)

Midazolam 乃一種 benzodiazepine 類之鎮定劑，有遺忘效用，與 diazepam 不同乃其為水溶性，可與其它藥物連續皮下注射共同使用。Midazolam 可經由靜脈、肌肉或皮下注射使用。主要用途有短時間之鎮靜，作為 ketamine 前之先驅藥物，及控制癌末期患者之不安和打嗝。對已使用成癮性嗎啡類藥之患者，如仍疼痛不安，需要短時間鎮靜時，midazolam 十分有效。使用劑量及方法有 2 種：(1)先慢慢靜脈注射 2.0 mg，然後每 2 分鐘注射 1.0 mg，至總劑量為 6 mg。對老年人，先注射 1.0 mg，然後每 2 分鐘 0.5 mg，直至總劑量為 2.0 mg；(2)以連續皮下滴注 1.0 mg/kg。劑量可適當增減。副作用與 diazepam 相同，與注射其它 benzodiazepine 一樣，會有突然呼吸中止的情形，因此需要監視。Midazolam 在上述用途上較 diazepam 為優，但價格也較昂貴。短時間鎮定之取代藥物有 lorazepam、temazepam 或 propofol 等。

Morphine

口服嗎啡 30 分鐘後便開始有止痛作用，可維持 4 小時。使用嗎啡應符合下列原則：(1)對中等或重度疼痛，嗎啡是第一線藥物；(2)盡量口服使用；(3)應知每位患者所需止痛之劑量不同；(4)需按規則使用（通常開始為每 4 小時）；(5)即算沒有痛，時間到便要使用，是不脫癮的一重要觀念；(6)對止痛中斷出現，用作救援 (rescue) 的藥量至少為每 4 小時口服劑量之 25 %，在使用救援劑量時，正常劑量仍要繼續使用；(7)如在 24 小時內有 4 次須使用救援劑量，表示常規用量應增加；(8)當常需使用輔助止痛藥，應重新評估疼痛的原因，如已有骨骼轉移的病灶，需使用 NSAID；(9)使用穩定嗎啡劑量後，若要換成其它成癮性麻藥時，應使用相當於嗎啡量的劑量表 (morphine-equivalent dose table)。

嗎啡口服劑量，開始時為每 4 小時 5-10 mg，救援劑量約為此劑量之 25-50 %。劑量要每 48-72 小時調增一次，直至疼痛被控制為止。大多數患者 24 小時所需要的口服嗎啡劑量 < 360 mg。一旦疼痛被控制，可將此 24 小時的嗎啡用量改為 12 小時一次的長效口服嗎啡（長效嗎啡

不可以磨粉或咬碎)。假如使用口服嗎啡不方便，可依情況改以舌下、肛塞、靜脈注射、硬腦膜外或脊椎內使用。口服劑量與注射劑量之轉換比為 3:1 (mg)，口服與肛塞之轉換比為 1:1 (mg)。長期使用嗎啡幾乎一定會產生便秘，因此瀉藥必需同時給予。初用嗎啡時，會昏昏欲睡，通常輕微和短暫，數天後便會減輕，僅少數患者會因昏昏欲睡所困，如發生，應考慮改用其它藥物。如發生嚴重副作用，需要減少劑量，或改用不同類的成癮嗎啡藥，或加入其它神經興奮劑。口服嗎啡 30 mg 相當於口服 oxycodone 30 mg 或 hydromorphone 7.5 mg。

Naproxen Sodium

Naproxen 屬一種 NSAID，aspirin 為其原型 (prototype)。且有消炎、退燒和止痛三種藥性。在末期癌病患者主用在骨骼疼痛、腫瘤引起之發燒、和加強成癮嗎啡類要之止痛效果。Naproxen 口服吸收良好，劑量為每天口服 250 mg 兩次至 500 mg 三次。約 15% 患者服後會有胃不適，故最好在飯後服用。有急性胃潰瘍、aspirin 過敏、腎臟病和氣喘合併鼻瘻肉等病者，皆為 naproxen 和其它 NSAIDs 之禁忌。對長期使用 naproxen 者，可以考慮以低劑量 H₂-blockers 來預防胃不適。又因其使用可能會增加腎衰竭之風險，對 multiple myeloma 患者要小心使用。其它副作用包括水滯留、紅疹、胃腸不適、耳鳴、眩暈 (vertigo)、氣管痙攣和血液惡病質 (dyscrasias, 體液異常) 等。

Octreotide

Octreotide 是一種長效 octapeptide，屬 somatostatin 類似劑，可以抑制許多荷爾蒙的分泌及胃腸道腺體之分泌。主要用於癌病患者所產生的許多嘔吐和疼痛狀況，包括癌病患的惡性腸阻塞、分泌量多之瘻管或造口、胃腸內分泌腫瘤之症狀、類癌 (carcinoid) 症候群、血管活躍之腸血管瘤 (vasoactive intestinal peptide tumors, VIPomas)、血糖激素瘤 (glucagonomas)、胃分泌激素瘤 (gastrinomas)、Zollinger-Ellison 症候群，此藥可壓抑由腫瘤細胞所產生之異位親皮質素 (corticotropin) 症狀、骨髓移植後產生之急性宿主排斥 (graft-versus host) 等。因費用昂貴，多在其它藥物使用無效後才使用。主要缺點為半衰期 < 2 小時，和需要由靜脈或皮下注射使用，開始使用時劑量為每天 300 μg (1 天 100 μg 三次)。副作用有注射地方有局部反應，血糖升高 (但在 insulinoma 患者易發生低血糖)，及特發性胃腸副作用。可以與 haloperidol、hyoscine butylbromide 和 midazolam 共同皮下注射使用，安全、忍受性佳、但昂貴。

Oxycodone

Oxycodone 乃一半合成成癮性嗎啡加強劑 (agonist)，與嗎啡相同用作止痛，口服每 4 小時不能超過 2 粒 (每粒 10 mg)，因其肝毒性可能傷肝，與 acetaminophen 和 aspirin 合用，更易有胃腸不適。其持久釋放錠劑可維持 12 小時，但 8 小時使用效果較理想，立即釋放劑有液劑和錠劑。口服嗎啡與口服 oxycodone 之劑量變換率為 1: 1 (mg)。虛弱老人使用立即釋放之 oxycodone 宜每 6-8 小時一次。較嗎啡少產生胃腸不適，特別是噁心、嘔吐和便秘。

Pamidronate (Aredia)

Pamidronate 乃一 bisphosphonate 的抗破骨 (antiosteoclastic) 藥，用來治療高鈣血症及預防骨質溶解 (osteolytic) 疾病，需靜脈注射使用，每 4 小時置 90 mg 在 500 mL 生理食鹽水中注射。其降血鈣功用在 2-3 天才有效，因此對有生命威脅之高血鈣症，必需同時使用其它方法 (注水液、calcitonin、furosemide)。使用此劑曾有腎衰竭副作用之報告，因此在 multiple myeloma、尿毒、嚴重脫水等患者要特別小心。偶有發燒和有症狀之低鈣血症發生。

Pilocarpine (舒樂津、Salagen)

Pilocarpine 乃一 cholinergic 藥物，可刺激唾液分泌，用來治療口乾。一般在用餐時口服 5.0 mg，一天三次，增加劑量，宜等候 10 天，耐受量為 10 mg，一天 3 次。副作用包括氣管痙攣、噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉和其它 cholinergic 作用。慢性阻塞性肺疾、心血管疾病和窄角度青光眼為禁忌症。

Sucralfate (蘇克胃、Ulsanic)

Sucralfate 為含鋁鹽之蔗糖，主要用在胃炎、胃潰瘍、放射線引起食道炎、食道出血、胃和十二指腸潰瘍、口角炎和口腔潰瘍等之抗潰瘍藥，有錠和漿液 (slurry) 製品，飯前和睡前口服 1.0 g，後者用於口腔照顧。錠劑大，不易吞服。副作用有便秘、消化不良、不同之神經精神症狀、搔癢和口乾等。

Temazepam

Temazepam 乃一 benzodiazepam，有輕度鎮定作用，主要用來治療失眠，在晚期癌病及使用成癮嗎啡類藥之患者，耐受性甚佳。可在睡前使用 15-60 mg。10 mg temazepam 相當於 5.0 mg diazepam 或 0.5 mg lorazepam。注意事項和副作用與 diazepam 相同。如有需要除睡前之一顆外，可再加用一顆（但不要超過 4 AM）。取代藥物為 lorazepam。

Thioridazine

Thioridazine 乃一 phenothiazine 類抗精神病藥物，與 chlorpromazine 相近，但止吐效果較少。主要用在 benzodiazepines 治療失眠無效時，和 NSAID 治療腫瘤產生之發燒流汗無效時。劑量多在 10-60 mg，少數患者，劑量可增加至 200 mg。副作用和藥物交互反應與 chlorpromazine 相似。

Tetrahydrocannabinol

Tetrahydrocannabinol (dronabinol) 乃 marijuana 中一種活性之成份，只有口服使用。單一劑量，可造成精神上 6 小時的興奮，和 24 小時食慾增加。增加食慾之劑量，每天 2.5 mg，1 至 2 次，飯後使用可減少神經精神上副作用。用作止吐之劑量，較增加食慾之劑量高。可用在化學治療引起之噁心和嘔吐、AIDS 和癌症所產生之食慾不振。Tetrahydrocannabinol 亦會有止痛和肌肉鬆弛作用。副作用有水滯留和各種不同的神經精神上症狀，老人更易發生。

結 論

熟悉各種常用藥物，對日常行醫用途很大，我們曾見過有嗎啡成癮之孕婦，因生產而住院，產後第二天突然死亡，因沒有補充 methadone。又見卵巢癌手術後，因腸阻塞而至放射線科灌腸檢查，久候且辛苦，但予注射高劑量 dexamethasone（消腫）和 octreotide（減少胃腸分泌），數小時便排氣痊癒。患者之痛苦能消除，是行醫者最大之快樂。

醫師，請來做抹片

板橋陳文龍婦產科診所 陳文龍

健保局的一項統計研究指出：從 2001 年 1 月至 2003 年 12 月，台灣 5,815,781 位婦女，年齡在 2001 年為 30 歲及 30 歲以上。

其中 1,950 位女醫師及 27,441 位醫師眷屬（家屬），作為統計研究的對象。

結果令人驚奇，醫師及醫師眷屬，做子宮頸抹片的比率，竟然比一般婦女低。

台大校友會，在台北縣偏遠地區做抹片，女醫師替婦女做抹片，婦女容易接受，所以做抹片的數量比男醫師多很多。

女醫師做健康教育時，效果比男醫師好，婦女聽得進去。她告訴婦女聽眾，預防疾病比治療疾病重要，特別是子宮頸抹片檢查，可以早期發現子宮頸癌及癌前病變。早期診斷，及時治療，治癒高達 95 % 以上，不但保住生命，節省醫療資源，而且大大地提高婦女的生活品質。

女醫師及醫師眷屬，經常擁有最新的醫學資訊，都知道子宮頸抹片對婦女健康的重要性，所以應該抹片率最高，為什麼反而比一般婦女低？

女醫師在推廣婦女預防保健工作的角色，越來越重要。我們常看到她們在婦女團體演講，女醫師告訴婦女朋友，預防勝於治療，每年做一次子宮頸抹片，可以早期發現子宮頸癌及癌前病變。侵襲癌的比例逐年減少，大大地提升了子宮頸癌的治癒率及提升了婦女的生活品質。台灣從 1995 年起的百分之九點七的抹片率，提升到 2002 年的百分之五十四點四。子宮頸癌的死亡率，從台灣婦女癌症死亡原因的第一位，降低到目前的第五位。

但女醫師及醫師眷屬是不是以身作則，積極的參與子宮頸癌抹片檢查呢？

子宮頸抹片執行簡單，花費低，無傷害性。台灣是由國健局，對 30 歲及 30 歲以上的婦女，每年提供一次免費檢查。一般婦女，三年內至少做一次抹片檢查的篩檢率為 52.2 %，女醫師為 41.4 %，醫師眷屬為 49.9 %，女醫師的抹片率較低，歐美各國也有類似的現象。

女醫師是醫療專業人員，很容易獲得各種醫療資源和醫療照顧，她們對子宮頸癌危害婦女健康的認知，比一般婦女深刻。也許因為工作繁忙而忽略了自己的健康，因此女醫師罹患子宮頸癌的訊息，也時有所聞。

除了工作繁忙以外，是不是還有其他原因造成女醫師子宮頸抹片率較低呢？

轉換角色的心理障礙難以克服：女醫師要由醫師的角色，轉換成病患，很難克服心理的障礙。特別是要在同業的面前，暴露自己的身體做抹片檢查。這就是女醫師子宮頸癌抹片率較低的主要原因。

新店慈濟醫院婦產科婦女健康中心，提供了人性化的醫療服務，顧慮女性的尊嚴及心理障礙，醫師、護理工作人員全是女性，那是專屬女性的醫療區域，男賓止步，所以女醫師、護士、宗教人士（尼姑）都能御下心防，安心定期做子宮頸抹片檢查。

如果每所教學醫院，都能到新店慈濟醫院婦產科觀摩，設立婦女健康中心，必定能提高女醫師及醫師女眷的抹片率。

女醫師的醫療資訊豐富先進，也許她們捨棄傳統的子宮頸抹片，而選用電腦抹片、新薄片及人類乳突病毒採檢，使子宮頸抹片的結果更精準，這些先進的檢查都是自費的，都不在國健局的監控範圍內，所以健保局在統計傳統抹片的篩檢率，女醫師的篩檢率自然較低。

全國的女醫師應該站出來，接受子宮頸抹片檢查，以身作則，帶領風潮，不但自己接受子宮頸抹片，而且自願到偏遠地區，替婦女朋友做子宮頸抹片，那麼全省婦女的子宮頸抹片率，應可趕上歐美，到達 80 % 以上，指日可待。

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

法律信箱

醫療糾紛的醫學學術鑑定

---台灣婦產科醫學會醫療糾紛鑑定辦法草案

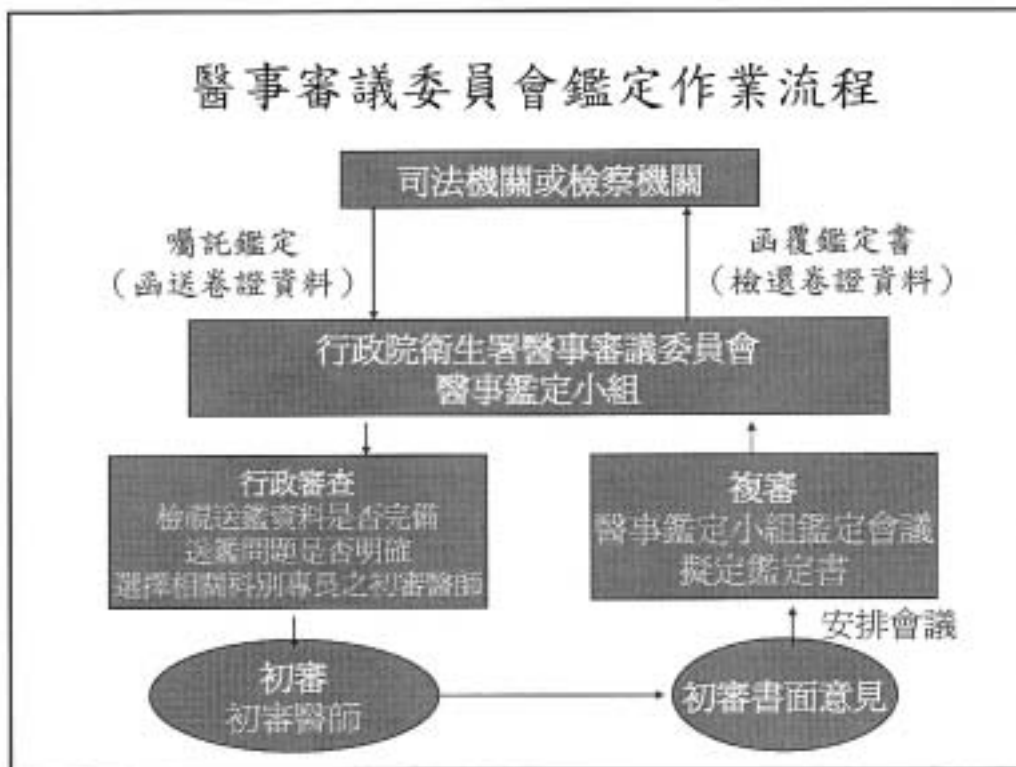
本會名譽理事／醫療法制暨醫療糾紛委員會 顧問
政大風險管理與保險研究所法律組博士生 高添富

根據歷年來法院對於因醫療過失引起醫療糾紛訴訟，判決醫師有罪之理由不外是：一、應注意而未注意；二、診斷錯誤；三、治療錯誤；四、檢查錯誤；亦即多以醫師診療品質是否「疏忽不當」為依據。又由於所謂醫療品質常因人（訓練背景、專科醫師資格等）、因時（平日或天災事變等非常時期）、因地（城市或鄉村）、因物（設備和器材）而有差異，以致判斷標準殊難拿捏，通常係參考衛生署醫事審議委員會的鑑定結果，或是教學醫院或醫學會醫療糾紛鑑定委員會之鑑定意見，也因而難免引發外界對醫療過失判決有所謂「官官相護」情形的質疑。

醫療事故鑑定應包括醫學學術鑑定與醫療過程鑑定

針對醫療糾紛的案例，地方法院或檢察署通常都會去函醫療單位，明定要求查明函覆其所示之事項，並請鑑定其所載之事項。以我們台灣婦產科醫學會最近收到的產後新生兒顱內出血的案例來說，法院公函即會要求我們學會查明下列事項答覆：1. 新生兒顱內出血多於何時發生？2. 新生兒於接生程序發生顱內出血之機率如何？3. 新生兒於母體內無顱內出血，出生後始有此情形之可能原因及機率各如何？並請鑑定：1. 原告於母體內有無顱內出血情形？2. 本件被告於原告生產時，是否有使用真空吸引輔助器過久、未及時進行剖腹生產手術或其他過失情形，致原告出生時缺氧及大腦出血？前者即為「醫學學術鑑定」的要求，而後者則要求學會做出「醫療過程鑑定」。

依據行政院衛生署為辦理醫療糾紛鑑定案件，特訂定的「醫療糾紛鑑定作業要點」，可知衛生署受理委託鑑定機關委託鑑定案件，應提交醫事審議委員會醫事鑑定小組召開會議審議鑑定。前項鑑定流程，得先行交由相關科別專長之醫師(以下簡稱初審醫師)審查，研提初步鑑定意見，再提交「醫事鑑定小組會議」審議鑑定，作成鑑定書，醫事鑑定小組會議，必要時得邀請有關機關或專家學者列席諮商，對於鑑定案件之審議鑑定，以委員達成一致之意見為鑑定意見，不另作發言紀錄。由此流程亦可知先行交由相關科別專長之初審醫師審查者，即為了提出「醫學學術鑑定」的初審書面意見，而再提交醫事鑑定小組會議審議鑑定者，即為「醫療過程鑑定」的複審審議。其鑑定流程圖如下(參考王炯琅中華民國醫事法律學會 2007 年 9 月 29 日國泰醫院演講資料)，由此可証，一份完整的醫療事故鑑定應包括「醫學學術鑑定」與「醫療過程鑑定」兩大部份。



醫學學術鑑定 VS 醫療過程鑑定

「醫學學術鑑定」的內容應包括一.死因鑑定，二.該傷病之流行病學以及三.該傷病的標

準作業流程。以死因鑑定來說，死因鑑定目的是為判明死因，又可分為二階段：第一階段是由法醫在檢察官指揮下，對於屍體進行解剖以判斷死因〈參照刑事訴訟法第二一三條，民事訴訟法第三六四條〉，第二階段是病理生化鑑定。而找出死因的傷病後，方可作出學術鑑定：即針對該傷病之流行病學作學術上的探討，並分析該醫療事件是否屬於醫療錯誤？醫療行為固有的合併症？或是醫療意外？所謂「醫療錯誤」是指任何一位合理謹慎的醫師 Reasonable Prudent Doctor 不可能會犯的醫療錯誤，也就是只要醫師小心謹慎就不應該會發生的傷害，而「醫療固有合併症」是指不論醫師多小心，也會有可能傷害發生的機率者，至於「醫療意外」則是指不論醫師怎麼小心也仍無法避免發生的事故。最後再依照醫學原理，提出該傷病的標準作業流程——即在診斷，處置上其正確的醫術法學規則應該是什麼？總之，醫學學術鑑定是針對檢察官法官對該案產生的醫學上困惑或問題，由各專科醫學會或醫學中心的專科醫師提供純粹學術上的專業意見 Medical review，作為法官審判時形成自由心証所需的証據。

至於「醫療過程鑑定」則包括一. 醫療行為是否符合標準作業流程？二. 醫療行為是否違反醫師義務？三. 醫療行為與死因是否有相當因果關係。醫療過程鑑定係指法院或檢察官將醫療糾紛訴訟案件中告訴人針對醫學上或醫療過程上所提出的攻擊爭點，以及被告醫師的防禦辯解，連同扣案病歷資料及法醫的解剖鑑定報告等卷證，送交選任鑑定人或囑託之醫學機關，請求就被告為病人所為或所不為的診察、診斷、處方、治療、檢驗、處置……等醫療過程的是非曲直作成認定，或者就訴訟當事人之間互相爭執的醫學論點及審檢機關所希望瞭解的醫學問題，請求鑑定並表示意見。

所以說，醫療鑑定中的「醫學學術鑑定」與「醫療過程鑑定」完全不同，醫學學術鑑定中的死因鑑定可以將醫療過程襯托浮現，而醫療過程鑑定也能夠釐清死因。在技術上，鑒於死因鑑定是以解剖屍體及病理生化檢鑑等醫學方法判定死因，而「醫療過程鑑定」對於死因的判斷與死因鑑定的權威性相較，其公信度偏低，醫療過程鑑定人祇能夠在死因鑑定結論中依其臨床經驗，「編寫」被告醫師的醫療過程，即使醫療過程鑑定人對於死因另有合理的判斷，因礙於法醫的死因鑑定，遂祇好避重就輕或略而不提，其結果，易於被誤導，或背離事實真象(參考李聖隆我國醫療糾紛鑑定實務的檢討)。實務上，因衛生署辦理醫療糾紛鑑定案件，不負責證據之調查或蒐集，悉以委託鑑定機關提供之相關卷證資料為之，都會要求司法或檢察機關委託鑑定時，應敘明鑑定範圍或項目，並提供下列相關卷證資料：(一) 完整之病歷資料，應並附護理紀錄，X光片等。(二) 訴狀、調查或偵查相關卷證。(三) 法醫解剖或鑑定報告。(四) 其他必要之卷證資料；加上依「醫療糾紛鑑定作業要點」二、本署辦理醫療糾紛鑑定案件，依醫療法第七十三條規定，以司法或檢察機關之委託為限。下列情形，不予受理：(二) 對於器官、組織或檢體之病理檢查；所以由法醫提供的解剖或死因鑑定報告，在之後的「醫學學術鑑定」上有舉足輕重的地位，也方能根據該死因鑑定，再委由醫學中心的初審醫師先行提供「醫

學學術鑑定」報告，而複審的醫療鑑定醫事審議小組鑑定則是著重於醫療過程中，對該傷病的診斷、處置上有否疏忽或過失，以及該醫師有否盡到包括應招，轉診，說明，告知同意等醫師應盡之義務，即履行「醫療過程鑑定」的任務。總之初審醫師及醫事鑑定小組委員都應各司其職，對於鑑定案件，應就委託鑑定機關提供之相關卷證資料，基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，不得為虛偽之陳述或鑑定。

醫學學術鑑定應由專科醫學會主持

我國刑訴第 208 條規定：「法院或檢察官得囑託醫院、學校或其他相當之機關、團體為鑑定，或審查他人之鑑定，並準用第二百零三條至第二百零六條之一之規定；其須以言詞報告或說明時，得命實施鑑定或審查之人為之。」即有要求司法或檢察機關送請學術單位(醫學會機關團體)鑑定之意。而目前司法實務上，醫療事故鑑定時因為醫學的學術鑑定牽涉到裁判時的「事實認定」甚鉅，法院為慎重起見，大多會同時找兩、三家醫學中心或是大規模的教學醫院鑑定，相互比較其醫學鑑定結果，其中若有兩家意見相同一致就成立了。醫學學術鑑定大都由臨床經驗豐富的醫師來執行，但大部份醫院鑑定(機關鑑定)報告，對外都只是由醫院掛名，鑑定醫師本人絕對不曝光，然鑑定醫師必須公正、公平，不能有私心，所以最好法院有一套遴選鑑定醫師的條件規定，如服務年資，研究領域或著作等身才能參加遴選，也最好是由各專科醫學會或地方醫師公會提供鑑定醫師名單，可以避免有人情介入不好，或直接委由各專科醫學會的資深專科醫師，由這些在專業領域學中專長的醫師來撰寫專科範圍的醫學鑑定報告，應該會更稱職，而且學以致用。

事實上，現在在中國修訂「醫療事故處理條例」之後，醫療事故的技術鑑定工作不再由衛生行政部門組織，而全面改由醫學會負責。根據新條例規定，醫療事故技術鑑定分為兩級：設區的市級或者省、自治區、直轄市直接管轄的縣級地方醫學會和省、自治區、直轄市地方醫學會；必要時，中華醫學會可以對疑難、複雜並在全國有重大影響的醫療事故爭議組織技術鑑定工作。科學公正的醫療事故鑑定是處理醫療事故的關鍵，鑑定結論是判定是否醫療事故及事故等級的依據，所以負責鑑定的專家組織應當是中立的。因此，今後負責鑑定的醫學會將建立專家庫，並組織相關專業的專家獨立地進行醫療事故技術鑑定工作，人民法院在審理醫療糾紛時，認為需要進行醫療事故技術鑑定的，可以按照條例的規定，從醫學會建立的專家庫中隨機抽取專家組成鑑定組，進行醫療事故技術鑑定。處理醫療事故應該遵循公開、公平、公正、及時、便民的原則，本著實事求是的科學態度，做到事實清楚、定性準確、責任明確、處理恰當，其重要的指導思想就是要求正確處理醫療事故，以保護醫患雙方的合法權益，同時也要保護和促進醫學科學的健康發展。

台灣婦產科醫學會醫療糾紛學術鑑定辦法草案 2007/10/9

準此，我們學會為承接這項醫療糾紛學術鑑定工作，最近由醫療法制暨醫療糾紛委員會試擬了一個「醫學學術鑑定草案」，比照衛生署醫事審議委員會模式，密切配合法院要求，並要求迅速，確實，期望能為我們學會的醫學學術鑑定樹立口碑，並希望學會理事或會員們踴躍參加，實際參與為會員服務的鑑定工作。草案仍需就教大家，內容暫訂如下：

- 一. 指定醫療法制暨糾紛委員會或學術委員會委員一名為該案初審醫師，一個月內作出「醫學鑑定」報告，於醫療法制暨糾紛委員會定期複審會議中提出討論，初審報告必要時最多延長半個月。
- 二. 每週定期舉辦一次複審會議，就醫療過程及因果關係作出「醫療鑑定」結論，初審委員必須準備相關資料報告。委員當場必須作出鑑定結論，由祕書整理會議記錄後，交由初審醫師於一週內定稿，提出正式鑑定報告。若因資料收集不全，必要時得順延一次，於下週再度提出會議複審。
- 三. 複審會議內容不可對外公開，與會委員均有守密義務，負責鑑定委員名單更須保密，必要時得迴避或撤換人選。委員或工作人員違反守密義務，造成糾紛或學會困擾時，除必須自負法律責任外，並交由學會紀律倫理委員會懲處。
- 四. 鑑定報告需經召集人審查補全，並報呈理事長校閱會簽後，一週內必須發出公函，唯結論不得違反會議記錄，若有嚴重爭議，召集人得要求再度提付複審討論。
- 五. 對外申請鑑定費用，其中百分之五十由負責鑑定醫師收執，百分之二十由審查召集人運用，百分之三十交給學會，充當醫療法制暨糾紛委員會基金。
- 六. 參與醫複審會議及初審醫師之委員對於下列案件，應予迴避：
 - (一) 為現職服務該醫院之鑑定案件。
 - (二) 與本身具有利害關係之鑑定案件。
 - (三) 與訴訟事件當事人之任何一方具有利害關係之鑑定案件。

高雄市
某婦幼專科醫院
誠徵 婦產科專科
醫師

保障薪資待優

意者電洽
0982503832 林小姐。

編 後 語

高添富

本期會訊內容的重點在祕書處公告的四份公函，第一篇是衛生署檢送的「子宮頸癌篩檢臨床指引」，指引就是 guideline，也就是 SOP 標準作業流程 Standard Operation Procedure，正是我們醫師行醫執業時的護身符；但同時也不要忘了醫療法第 65 條特別規定的：「醫療機構對採取之組織檢體或手術切取之器官，應送請病理檢查，並將結果告知病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人。醫療機構對於前項之組織檢體或手術切取之器官，應就臨床及病理診斷之結果，作成分析、檢討及評估。」，也就是說，病人做過子宮頸抹片的檢查結果，不論正不正常，醫療院所都必須告知病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人(舊醫療法無此規定，所以現在即使檢查結果正常，依法也不能不通知)；最近有不少醫療糾紛事故都是因為醫師疏忽沒有去看病理報告，或結果不正常時未予及時通知病人而被控告，令人扼腕。第二篇是疾病管制局發函的「麻疹鑑別診斷」，提供臨床醫師診治參考。第三篇是衛生署函告舊的人工生殖技術管理辦法已於 96 年 9 月 10 日函令廢止；96 年 3 月 21 日正式施行的人工生殖法限制重重，如「醫療機構應申請主管機關許可後，始得實施人工生殖、接受生殖細胞之捐贈、儲存或提供之行為」(第 6 條)，違者處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰。違反第十五條(精卵捐贈之人工生殖，不得為下列親屬間精子與卵子之結合：一、直系血親。二、直系姻親。三、四親等內之旁系血親。)、第十六條第一款(實施人工生殖，不得以下列各款之情形或方式為之：一、使用專供研究用途之生殖細胞或胚胎。)或第二款(二、以無性生殖方式為之。)規定者，處其行為人五年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百五十萬元以下罰金，會員們務必戒慎恐懼。最後第四篇為中華民國醫師公會全聯會「建請本會加強宣導會員確實遵守手術房紀律，以減少醫病紛爭及維護病人安全」函，應是涉及近期本會會員疑似剖腹生產時留滯手術包布的醫療糾紛事件，該案撲朔迷離彷彿羅生門，但媒體早已迫不及待要當患者的討債打手，任意污衊醫師名譽，學會也應可聯合當事人迎頭痛擊，控告媒體妨礙名譽，但這之前，會員仍宜明哲保身，尤其對手術紀錄，麻醉紀錄的記載都要清晰、詳實、完整，不可掉以輕心，甚至臨床醫師和麻醉醫師之間的拆帳與責任分配問題，也都事先要有個書面契約的約束，不在話下。

李耀泰，陳福民，鄭文雄與郭宗正醫師們不辭辛苦，為會員的「通訊繼續教育」努力不懈，值得敬佩。本期刊出(I)及(II)兩篇「晚期癌症患症狀控制藥物和方法」內容包括止痛劑，鎮靜劑，甚至軟便藥等，針對各種癌末症狀下所需處方的藥品，都有詳盡的說明整理，讓我們醫院的服務會員直接受惠不少。「會員園地」有我們前輩陳文龍醫師呼籲的一篇「醫師請來做抹片」，文中提及全國在 2001 年，年齡 30 歲以上的婦女同胞有 580 萬名，國健局規定 30 歲

以上的婦女，每年提供一次免費子頸癌抹片檢查。統計發現，一般婦女三年內至少做一次抹片檢查的篩檢率為 52.2%，但醫師女眷篩檢率為 49.4%，而女醫師則為 41.4%，明顯偏低。沒有醫療資源、醫療成本、醫療品質顧慮下，女醫師與女眷們，忙著在捨己救人奮不顧身值得嗎？坊間已傳說醫師壽命短少十年已夠吃虧了，救人者不成動輒反成殺人犯，醫師們又何需捨生取義？

「法律信箱」是由個人撰寫的「醫療糾紛的醫學學術鑑定---台灣婦產科醫學會醫療糾紛鑑定辦法草案」，本文目的是希望能樹立我們醫學會(以及各專科醫學會)學術鑑定的權威性，把醫療事故鑑定分為「醫學學術鑑定」與「醫療過程鑑定」兩大部份。各專科醫學會的重點放在「醫學學術鑑定」部份(有如初審醫師的角色)，而衛生署醫事審議委員會則全權負責擔任複審審議，重點則放在「醫療過程鑑定」。所有的鑑定工作都必須由委員會的委員們共同開會決定，即必須經由醫學與法學各次專科的醫師擔任委員來評審討論，而非個人閉門造車，或依個人喜怒哀樂來作「顯有過失」或「顯無過失」的判斷耳；鑑定結論必須是綜合委員們的專家意見，最後再由機關具名發文負責，以機關鑑定方式，來協助法院公平審理醫療事故。在此，學會的「醫療法制暨醫療糾紛委員會」除已延請會員中的法律專家或資深前輩加入委員會行列，為會員實地服務外，也誠摯歡迎有法感，有熱誠的會員們，踴躍報名參加本委員會，惟可能必需每週要開一次複審會議，期許每件案例最晚必須在六到八週內就要作出鑑定結論，再由理事長發出公文回函法院，以免增加會員的訴訟勞費及熱鍋下焦急漫長的等待期，惟委員們勞動奔波，辛苦可期，歡迎踴躍犧牲！

最後要提醒會員的是，一但出了醫療事故，不管是在法院「偵察庭」面對檢察官，或在「審判庭」面對法官時，被告都有四大權利，即「訊問被告應先告知左列事項：一、犯罪嫌疑及所犯所有罪名。罪名經告知後，認為應變更者，應再告知。二、得保持緘默，無須違背自己之意思而為陳述。三、得選任辯護人。四、得請求調查有利之證據。」(刑事訴訟法第 95 條)，其中第四項的「請求調查權」，**當事人當庭務必不要忘了請求檢察官或法官，可否將本案請求台灣婦產科醫學會鑑定調查。**個人和衛生署專門委員王炯琅醫師在司法人員研習所，擔任法官的「醫事專庭」講座多年，不時都在課堂強調我們醫學會學術鑑定的權威性，法官們亦頗能認同，會員應好好把握，不要忘了自己的權益才好。

本期出刊時適逢第十八屆第一次會員代表大會已於 96 年 10 月 14 日假台大醫院 102 講堂召開完畢，業已順利選出三十五位理事與十一位監事，個個磨拳擦掌，預備未來三年卯足全力為全體 2543 位會員們服務。個人的期許是，希望加強學會的會訊與會員間的網路溝通，增加會員「如何預防醫療糾紛」的法學教育，並推動集體投保醫師責險及籌設「財團法人醫師風險管理基金會」，希望日後基金會能派專人，實地參與並解決加入保險會員們的醫療糾紛事件，自談判、調解、訴訟、公証、理賠全程涉入，讓當事醫師能退居二線，讓醫學的歸醫學，法律的歸法律，保險的歸保險，全力爭取我們婦產科會員更多的，有尊嚴的行醫空間！

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
1020-1	台灣婦產科身心醫學學會學術研討會	台灣婦產科身心醫學學會	台北醫學大學醫學綜合大樓 16 樓演講廳	10月20日 13時40分	10月20日 17時50分	B	3分
1020-2	THCS Autumn Symposium, 2007	中華民國人類遺傳學會	高雄醫學大學大講堂	10月20日 10時00分	10月20日 21時00分	B	5分
1020-3	2007 年年會暨學術研討會	台灣尿失禁防治協會	台大醫學院 102、103 講堂	10月20日 08時00分	10月21日 16時00分	B	10分
1021-1	96 年度台北市高危險妊娠轉診照護研討會	台北市政府衛生局	萬芳醫院五樓階梯教室	10月21日 08時00分	10月21日 13時00分	B	4分
1021-2	96 年性病定點醫師教育訓練	中國醫藥大學附設醫院	台北市立聯合醫院和平院區 B 棟 10 樓大講堂	10月21日 08時30分	10月21日 12時30分	B	3分
1022-1	男性下泌尿道症狀治療學術研討會	台灣尿失禁防治協會	高雄鳳山飯店五樓柏壽廳	10月22日 17時50分	10月22日 19時40分	B	1分
1023-1	違規懲處案例分析-廣告代言	台北市醫師公會	台北市醫師公會六樓會議室	10月23日 13時00分	10月23日 15時00分	醫學倫理	2分
1023-2	論醫療行為說明義務	佑民綜合醫院	佑民綜合醫院 B 棟 9 樓會議室	10月23日 12時30分	10月23日 14時00分	醫學倫理	1分
1024-1	醫學倫理法規/高危險病患血脂異常的管理/臍島增強劑之角色	苗栗縣醫師公會	苗栗大醫院七樓	10月24日 13時40分	10月24日 15時40分	醫學倫理、B1分	2分
1024-2	HPV diseases in Taiwan, a genetic and colposcopic view	花蓮縣醫師公會	慈濟醫院前棟三樓三西討論室	10月24日 07時30分	10月24日 09時00分	B	1分
1025-1	慢性 C 型肝炎治療新知	苑裡李綜合醫院	苑裡李綜合醫院十樓視聽中心	10月25日 12時30分	10月25日 13時30分	B	1分
1027-1	高屏屏產科月例會	高雄榮總產部	高雄榮總第六會議室	10月27日 14時00分	10月27日 17時30分	B	2分
1028-1	管制藥品相關法規說明/藥物不良通報及藥害救濟制度相關法規說明/死亡之法律觀-以開立診斷證明書為中心	台中市醫師公會	署立台中醫院 12 樓大禮堂	10月28日 13時30分	10月28日 17時30分	醫學倫理	2分
1028-2	2007 年年會暨第二次學術研討會	中華民國醫用超音波學會	台大醫學院基礎大樓	10月28日 09時00分	10月28日 17時15分	B	3分
1028-3	Innovative Treatment Strategies for BPH/LUTS-Tamsulosin Launch 10th Anniversary Symposium	台灣泌尿科醫學會	世貿國際會議中心 201 會議廳	10月28日 13時30分	10月28日 17時50分	B	2分
1028-4	The managements f Gynecologic Cancers, Can we do better in imaging diagnosis?	中華民國醫用超音波學會	台大醫學院基礎大樓	10月28日 16時15分	10月28日 17時15分	醫學倫理	1分
1028-5	96 年性病定點醫師教育訓練	中國醫藥大學附設醫院	高醫附醫啓川大樓 6 樓第一講堂	10月28日 13時30分	10月28日 17時30分	B	3分
1102-1	醫法倫病例討論會	秀傳紀念醫院	秀傳紀念醫院九樓會議室	11月02日 07時00分	11月02日 09時00分	醫學倫理	1分
1103-1	小兒常見心臟病和最新發展	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院 A 棟七樓愛堂	11月03日 07時30分	11月03日 09時00分	B	1分
1104-1	性侵害防治網絡醫事人員探證、驗傷、通報專業訓練課程	台灣婦產科醫學會	台南郭綜合醫院 12 樓國欣廳	11月04日 08時15分	11月04日 17時00分	A、醫學倫理	4分、2分
1104-2	96 年性病定點醫師教育訓練	中國醫藥大學附設醫院	署立桃園醫院醫療大樓 B1 講堂	11月04日 08時30分	11月04日 12時30分	B	3分
1104-3	防禦性醫癆談醫療糾紛	竹山秀傳醫院	南投縣政府衛生局	11月04日 13時30分	11月04日 17時30分	醫學倫理	2分
1107-1	如何善用憲法基本原則作永遠的贏家	台北市醫師公會(限本會會員參加)	台北市醫師公會六樓會議室	11月07日 13時00分	11月07日 15時00分	醫學倫理	2分
1109-1	96 年性病定點醫師教育訓練	中國醫藥大學附設醫院	中國附醫第二醫療大樓 11B	11月09日 13時30分	11月09日 17時30分	B	3分
1111-1	性侵害防治網絡醫事人員探證、驗傷、通報專業訓練課程	台灣婦產科醫學會	門諾醫院信實樓 4 樓施桂蘭紀念禮拜堂	11月11日 08時15分	11月11日 17時00分	A、醫學倫理	4分、2分
1117-1	Recent Advances in Andrology, 2007 研討會	台灣男性學醫學會	台大醫學院 104 講堂	11月17日 09時00分	11月17日 16時30分	B	2分
1117-2	Symposium in Urogynecological Urodynamics	中華民國婦女泌尿暨骨盆鬆弛醫學會	高雄長庚兒童醫院國際會議廳 6 樓	11月17日 13時30分	11月17日 18時35分	B	4分
1118-1	Advances in Reconstructive Vaginal Surgery	中華民國婦女泌尿暨骨盆鬆弛醫學會	高雄長庚兒童醫院國際會議廳 6 樓	11月18日 07時30分	11月18日 08時30分	B	4分
1120-1	違規懲處案例分析	台北市醫師公會(限本會會員參加)	台北市醫師公會六樓會議室	11月20日 13時00分	11月20日 15時00分	醫學倫理	2分
1125-1	藥物副作用所引起皮膚的臨床表現/痛風治療之現況	台中市醫師公會	署立台中醫院 12 樓大禮堂	11月25日 13時30分	11月25日 15時30分	B	2分
1125-2	96 年性病定點醫師教育訓練	中國醫藥大學附設醫院	成大醫學院醫學中心第一講堂	11月25日 08時30分	11月25日 12時30分	B	3分
1128-1	臨床倫理研討會	若瑟醫院	若瑟醫院六樓視聽室	11月28日 07時30分	11月28日 08時30分	醫學倫理	1分