

# 台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2007年12月134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：[obsgyntw@seed.net.tw](mailto:obsgyntw@seed.net.tw)  
發行人：蔡鴻德  
編輯：會訊編輯委員會  
召集委員：龔福財  
副召集委員：潘俊亨

委員：王三郎 王漢州 高添富 李耀泰  
劉嘉耀 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：黃清濱 律師 (0) 04-22511213  
曾孝賢 律師 (0) 02-23698391

## 理事長的話

蔡鴻德

敬愛的會員大家平安

上任一個月來參加了許多大大小小的會議，印象最深的有兩個，將心得分享給大家，一個是默沙東邀請子宮頸疫苗發明人 Frazer 教授，在台北君悅飯店的演講，子宮頸疫苗是上帝給與女性最好的禮物，四價疫苗對於未篩檢的女性，有百分之七十以上子宮頸癌的預防率，對於菜花更有高於 90 % 的預防率，當天有許多婦產科、家醫科、小兒科及泌尿科醫師的參與，現場有人請教洪耀欽教授，哪一科醫師施打最適合？答案當然是婦產科醫師，因為疫苗接種前需做條件篩檢、衛教、諮詢，甚至於將來擴大至 45 歲以下的女性接種，可做抹片及確認是否有感染及有無子宮頸細胞病變，此皆為婦產科醫師的強項，四價與兩價疫苗就像 Frazer 教授的兩個孩子，到底是哪一個好，他就是不說，最後的答案是他的兒子打了四價的疫苗，所以疫苗讓婦產科醫師對於婦女健康促進有更大的揮灑空間，學會會幫忙會員提升我們的專業能力，請勿削價競爭。

12月1日參加了在鹿港立德會館舉辦的全國母乳哺育推廣工作人員共識營，有全台灣 135 位負責人熱心參與，包括許淳森副院長、江千代、祝春紅、許權霖醫師等重要幹部參與，會前與國民健康局林小姐及國立台北護理學院郭老師討論了兩個小時，母乳對嬰兒是最完美而自然的食物為世界各國共同體認的事實，而推動婦產科醫療院所為母嬰親善醫院更是全球化的趨勢，國民健康局及母乳學會很努力的推動，遺憾的是仍有 48 % 的醫療院所未能參加，當天對主題的定調為放牛班的春天，對初加入的醫療院所門檻應不要太高，可以考慮像準母應親善醫院有緩衝期，及邀請學者專家更有效的輔導各醫療院所，讓大家更有意願加入母嬰親善醫院的大家庭，使台灣所有的母親皆能感受到有母嬰親善醫院真好。

## 監事長的話

何博基

感謝所有會員與會員代表之支持，本人榮任第十八屆監事會召集人，這雖然是一個榮譽也是責任心的開始。

學會在所有會員和歷任理事長與理監事們的努力之下，會有今天的成就，有目共睹在 10 月 31 日交接時，學會可運用資金 11,353,510 元，定存為 5,292,600 元，明年的預算已於 11 月 24 日財務會議中編列。

身為監事召集人，並兼任醫療政策小組召集人（小弟並身為全聯會醫療政策召集人）目前吾輩醫師最常碰到且要求的是：積極推動醫療糾紛去刑化之完成立法，以協助我輩醫療糾紛的困擾。

近十年來醫療糾紛案件日益增加，依衛生署醫事鑑定小組受委託之件數由 85 年之 238 件至 95 年已增加到 420 件，成長 1.8 倍，造成醫療極大的困擾。而病家在解決醫療糾紛過程，甚至採取劇烈之抗爭行為，丟雞蛋，灑冥紙，抬棺…等，再經由媒體一面倒的報導，加深衝突與社會不安，致使醫病關係更加扭曲惡化。

11 月 27 日 李顯榮立委舉辦的“醫療去刑化座談會”做成初步方案：由全聯會提案，並於 12 月 3 日在委員的幫忙下，透過民進黨柯建銘總召轉呈王院長簽名確定列入立法院 12 月 9 日朝野協商立案。

提案：行政院衛生署應輔導直轄市、縣（市）醫事審議委員會於辦理醫事爭議調處時，應諮詢專業意見，以利調處之進行；另對於因醫療疏失所生之過失責任，行政院衛生署應積極增列去刑責化條文，以建立醫業之合理執業空間並積極推動醫療糾紛處理法儘速完成立法程序。

說明：略。

最後 敬祝各位健康快樂！

## 秘書長的話

謝卿宏

親愛的會員、前輩：大家好！

一年又近尾聲了，在此，敬祝大家聖誕快樂！

學會各委員雖已大致籌組完成，但仍歡迎有志服務大家的會員、前輩，隨時加入自己專長或有興趣的委員會；此外，非常感謝新竹陳建銘醫師和蔡永杰醫師的熱心與奉獻，肯屈就當副秘書長，為學會奮鬥！

健保的審查業務非常重要，常悠關學術尊嚴與會員權益，當然，審查醫師只要隨手蓋個章，就可叫被審查的醫師和醫療院所鬧翻天。因此，我們一定要強力要求中央健保局要選學有專精的醫師，依據學理合理地行使審查業務；例如，泌尿婦科的審查醫師，如果連尿動力檢查都不會看，泌尿婦科的刀也開得不怎麼樣，Decision making 也有問題，不知怎麼審人家？否則，在民主時代，任何極權的作風，只是表示自己的無知與愚昧而已！而擔任健保審查的同仁，審查業務時一定要有依據，千萬不要認為自己握有了無上的權力，恣意核剛會員申報的案件，而影響會員的權益與婦產科的發展，畢竟大家最終都會知道到底是誰搞的，千萬不要讓自己成為像慈禧太后的”李蓮英”一樣！當然，大家執業時的處置，也都要有依據，千萬不要違法或為所欲為，也一定要以病人為中心，畢竟 Peer Reviews 時，一定會像照妖鏡一樣，久了，就會攤在陽光下。聽說，有會員做尿失禁手術都只敘述病人 Ut prolapse, SUI，而連 UD Study 都沒有，這就要小心了。

對健保的相關業務，是近年來學會最大的挑戰，故也是我們著力最深者，其他個人或團體想到的或可以做的，我們相信學會的團隊也都能夠想到並做到；有人因私利破壞學會與健保局的關係，甚至損害所有會員的權益，對此，我們雖然沒有能力和資源去阻止他們，但是，「人在做，天在看」，虛心謹慎行事，並做對病人好的事，永遠不會錯！因此，對於新版的「週產期論入支付制度試辦計畫」，大家一定不要輕易相信而簽約！

最後

敬祝大家 身體健康！

# 台灣婦產科醫學會 134 期會訊

## 目錄精華

---

01 理事長的話 | 文/蔡鴻德

---

02 監事長的話 | 文/何博基

---

03 秘書長的話 | 文/謝卿宏

---

06 97 年度年會暨擴大學術研討會活動須知，晚宴報名表，飯店訂房單

---

10 秘書處公告 | 文/秘書處

10 中央健康保險局 公告

公告「全民健康保險週產期論人支付制度試辦方案」，自 96 年 12 月 1 日起實施。

16 台灣婦產科醫學會第十八屆第一次婦產科人力規劃委員會紀錄

19 行政院衛生署 公告

公告「臍帶血保存定型化契約範本」，如附件。

25 行政院衛生署 令

修正「婦產科專科醫師甄審原則」第二點、第五點規定，並自即日生效。

26 行政院衛生署 函

檢送有關「罕見疾病防治及藥物法施行細則」第 8 條及「優生保健措施減免或補助費用辦法」第 6 條規定解釋令影本乙份，請 查照。

27 行政院衛生署 公告

依地方制度法第四條第二項規定，臺北縣準用本署主管法規中關於直轄市規定之法規及生效日期。

27 行政院衛生署 函

「傳染病防治法施行細則」，業經本署於 96 年 11 月 7 日以署授疾字第 0960001079 號令修正發布，檢送前揭細則修正條文、總說明及條文對照文各 1 份，請 查照。

---

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

## 目錄精華

---

### 34 行政院衛生署 公告

公告本署委任所屬疾病制局辦理。

### 34 行政院衛生署國民健康局 函

檢送迄 96 年 11 月 7 日止許可審核通過之人工生殖機構名單乙份（如附件），請 查照。

### 36 行政院衛生署 函

所詢已於 92 至 94 學年度完成 3 個月畢業後一般醫學訓練，復於 95 學年度以後接受其他專科第 1 年訓練之醫師，其訓練內容應如何安排乙案，復請 查照。

---

## 38 通訊繼續教育

癌病婦女生育能力之保全(I) | 文/李耀秦、陳福民、鄭文雄、郭宗正

---

## 44 會員園地

44 癌病婦女生育能力之保全(II) | 文/李耀秦、陳福民、鄭文雄、郭宗正

51 懷孕與病毒性肝炎 | 文/顏兆熊

---

## 61 法律信箱

學會會員的醫師責任保險列車要開動了 | 文/高添富

---

## 71 編後語 | 文/陳信孚

---

## 72 活動消息 | 文/秘書處

---

## 廣告刊登

台北市萬華婦產科診所	12	42	台南縣某婦產科診所
陳鴻基婦幼診所	14	42	慈濟綜合醫院台中分院
高雄市某婦產科醫院	29	50	高雄市婦產科診所
高雄市四季台安醫院	29	71	高雄榮民總醫院
高雄市某婦產專科診所	36	71	雲林縣虎尾鎮婦產專科診所
台東基督教醫院	36	71	高雄市婦產科診所

---

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

# 台灣婦產科醫學會九十七年度年會暨擴大學術研討會

## 活動須知

### ∞學術研討會

- ◆時 間：97年3月15~16日（星期六、日）
- ◆地 點：台大醫院國際會議中心（台北市徐州路2號）
- ◆繳費項目：97年度常年會費：3,500元  
97年度年會報到費：2,000元（65歲以上之會員免繳報到費）
- ◆繳費方式：請盡量利用郵政劃撥事先繳費報名，以加速大會報到作業。  
劃撥接受日期：① 97年1月1日至97年2月20日。並請於劃撥單備註欄註明各項繳費項目及會員編號。②根據衛生署規定，年會積分之取得需親自出席報到。
- ◆劃撥帳號：00037773 戶 名：台灣婦產科醫學會  
本會電話：02-25684819 傳真：02-21001476 地址：台北市104民權西路70號5樓

### ∞午 餐

97年3月15日（星期六）、16日（星期日）的午餐，由大會免費招待，分別於台大醫院國際會議中心一樓 **101室**與二樓 **201室**用餐，會員憑大會會員識別證入場。

### ∞歡迎晚宴

- 時 間：97年3月15日（星期六）PM 6:00
- 地 點：喜來登大飯店 B2 祿廳
- 費 用：會員及眷屬（限攜眷一人，15歲以上）每人均500元，歡迎參加。（65歲以上之會員免費招待）欲參加者請於97年2月20日前報名，報名時請務必填寫報名表並附上劃撥回執，一併傳真至學會。預計400名，額滿為止，屆時一律憑邀請卡入場，（邀請卡於會前寄出）未事先報名者謝絕入場。

### ∞住宿

- 台北喜來登大飯店 雙人房5900元、單人房5400元，均含早餐、不含服務費。
  - TEL：02-23215858-8000 傳真：02-23936824（表明為台灣婦產科醫學會會員）
  - 附上訂房表請自行訂房。（台北市忠孝東路一段12號）**
- 台北凱撒大飯店 雙人房3550元、單人房3200元，均含早餐、不含服務費。
  - TEL：02-23115151 傳真：02-23710936（表明為台灣婦產科醫學會會員）
  - 附上訂房表請自行訂房。（台北市忠孝西路一段38號）**
- 國賓大飯店 雙人房4400元、單人房4100元，均含早餐、不含服務費。
  - TEL：02-25511111 傳真：02-25364814（訂房代號E9200008）
  - 請自行電洽訂房。（台北市中山北路二段63號）**

# 九十七年度年會暨擴大學術研討會

## 晚宴報名表

### ∞歡迎晚宴

- ◆時 間：97年3月15日（星期六）PM 6:00
- ◆地 點：喜來登大飯店 B2 祿廳（台北市忠孝東路一段 12 號）
- ◆費 用：會員及眷屬（限攜眷一人，15 歲以上）每人均 500 元，歡迎參加。  
（65 歲以上之會員免費招待）
- ◆報名方式：欲參加者請於 97年2月20日 前報名，報名時請務必填寫下表，並附上劃撥回執收據傳真回學會。預計 400 名，額滿為止，屆時一律憑邀請卡入場（邀請卡於會前寄出），

### ◆未事先報名者謝絕入場。

學會電話：02-25684819

傳 真：02-21001476

學會劃撥帳號：00037773

戶 名：台灣婦產科醫學會

會員姓名		
眷屬姓名		
會員編號		
電 話		
傳 真		
通訊地址		

共 \_\_\_\_\_ 人

**REGISTRATION FORM**  
**2008 台灣婦產科醫學會**

Thank you for choosing the Caesar Park Taipei. We are delighted to confirm the following reservation details:

感謝您入住台北凱撒大飯店，請您將以下訂房資料詳細填寫並詳讀訂房注意事項。

Guest Name 住客資料	Name 姓名:
聯絡電話:	ID No. / Passport No.:
Date In 入住日期	2008 年_____月_____日
Date Out 退房日期	2008 年_____月_____日
Room Type & Room Rate(Incl ONE Buffet breakfast) 房型/房價 (含一客早餐)	( ) Superior Single Room (one bed) ____ room/ NT\$3200.-Net/ 每晚新台幣 3200 元含稅及服務費
Room Type & Room Rate(Incl TWO Buffet breakfast) 房型/房價 (含二客早餐)	( ) Superior Double Room (one bed)____ room /NT\$3550.-Net/每晚新台幣 3550 元含稅及服務費 ( ) Superior Twin Room (two beds)____room / NT\$3550.-Net/每晚新台幣 3550 元含稅及服務費
Limo Pick up (NT\$1680net) 機場接送每趟: 新台幣 1680 元	( )No 不需要 ( )Yes 需要 Flight No.: _____

As we are fully booked during this period, we are kindly asking you to guarantee above booking with a credit card number as indicated below:

由於您的訂房期間為飯店客滿期間，為確保您的訂房請以信用卡預付訂金：

Credit Card Number 信用卡卡號	
Expiry Date 有效期限	( )VISA ( ) Master Card ( ) American Express ( ) Dimmers Club ( ) JCB _____ 年 _____ 月 _____ 日
Card Holder Signature 持卡人簽名	

- >>> This form will be served as guaranteed deposit.  
本文內容為訂房及訂金使用
- >>> Should you need to cancel this reservation, you must do so no less than 7 days prior to arrival date.  
若您要取消該筆訂房須入住前 7 日提出，告知飯店訂房人員取消該筆訂房
- >>> Should you not arrive, or fail to cancel your reservation, you will be charged one night's room rate as confirmed above.  
若您未於以上日期前取消該訂房，飯店將依規定收取一晚之住宿費用
- >>> If this definite booking form is not received by this date, hotel reserve the right to release all rooms held.  
若您未於以上日期將訂金確認單傳真至本飯店，本飯店將依實際住客量為考慮不為貴公司客人預留房客
- >>> Please fill out this form and fax back to hotel reservation at Fax : 886-2-2371-0936 or by e-mail : rsvn\_tpe@caesarpark.com.tw contact Caroline Tseng 曾書盈 Sales Dept, for all inquiries regarding hotel accommodation.
- >>> Thank you again for choosing the Caesar Park Taipei, and we look forward to welcoming your valued guests to the Caesar Park Taipei.  
再次感謝您支持台北凱撒大飯店，我們期待您的光臨及指教。





台北喜來登大飯店  
**Sheraton Taipei**  
 HOTEL

*Taiwan Association of Obstetrics*  
**ACCOMMODATION RESERVATION FORM**  
 Validity: March 12-16, 2008

**Block ID: 203943**

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

Date: \_\_\_\_\_

**Guest Information :**

Name: \_\_\_\_\_  
First Name Middle Name Last Name

Telephone: \_\_\_\_\_ Facsimile \_\_\_\_\_  
Country code/Area code/Tel# Country code/Area code/Tel#

E-Mail: \_\_\_\_\_

Arrival date: \_\_\_\_\_ Departure date: \_\_\_\_\_

**Accommodation :**

(1) **Single Room**

NT\$ 5,400 +10% service charge  
 ( Inclusive of one buffet breakfast and 5% government tax)

(2) **Twin Room**

NT\$ 5,900 +10% service charge  
 ( Inclusive of two buffet breakfasts and 5% government tax)

(3) **Extra Bed**

NT\$ 1,200 ( Inclusive 10% service charge and 5% government tax)

(Extra Breakfast will be charged NT\$400.)

**Airport Transfer Service :**

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

Arrival Flight No.: \_\_\_\_\_ Arrival Time: \_\_\_\_\_

**Guarantee :**

Charge to: VISA Master JCB Am Ex Diners

Card number: \_\_\_\_\_

Name as it appears on the card: \_\_\_\_\_ Expiration date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please return this form by the deadline date of **March 2, 2008**. Cancellations received within 72 hours of arrival or in the event of NO-SHOW, one night's room rent will be charged as penalty. Subject to availability, these rates will be extended for three (3) days post trade show dates. We look forward to serving you in the near future and please do not hesitate to contact us if you have any inquiries.

## 秘書處公告

### 中央健康保險局 公告

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 11 月 16 日

發文字號：健保醫字第 0960033493 號

主旨：公告「全民健康保險週產期論人支付制度試辦方案」，如附件，自 96 年 12 月 1 日起實施。

依據：行政院衛生署 96 年 11 月 15 日衛署健保字第 0960052950 號函。

說明：本試辦方案與現行論病例計酬支付制度採雙軌執行，由醫療院所自由選擇參與。

## 週產期論人支付制度試辦計畫（核定本）

### 壹、前言

目前全民健康保險生產案件採用論病例計酬之支付方式，而孕婦產檢則自 95 年起改由行政院衛生署國民健康局辦理。有鑑於醫療執業型態改變，為能提供孕產婦醫療專業合作之照護及研議多元支付之可行性，爰規劃試辦「週產期論人支付制度」。本試辦計畫將「生產」視為一完整療程，並將整段療程之各項支付標準予以整合，期能提高照護效益，達到提供整體性醫療照護之目的。各特約醫療院所得自行選擇生產案件依本試辦計畫，採論療程給付或依現行採產檢論次、生產論病例計酬方式申報。

### 貳、計畫目的

建立一個整體性醫療服務體系，提供區域內孕產婦就醫可近性及管理式照護，以達到全人照護服務及提昇孕產婦之醫療照護品質。

### 參、計畫時程

1. 自公告實施日起實行兩年。
2. 於試辦計畫執行滿半年後，依參與院所之參與情形與品質監控指標進行評估，必要時得停止試辦。

## 肆、計畫內容

### 一、參與試辦醫療院所資格

- (一) 由同一地區可承作孕婦產檢或生產業務之醫療院所共同組成，基層院所可由多家診所進行水平整合，但至少應有 1 家特約醫院（地區醫院以上）作為合作對象，以建立週產期照護網路及提供後續醫療照護。
- (二) 參與之試辦院所須填寫「全民健康保險週產期論人支付制度試辦方案申請書」（如附件一），經本局各分局核准後加入。

### 二、收案條件

為達全人照護之目的，本試辦計畫收案條件為「確認懷孕到未滿 17 週（符合國民健康局規定之妊娠第一期申報期程）」。如為 17 週以上才確認懷孕或由其他院所轉介時已逾 17 週，均不得以本試辦計畫申報。

### 三、支付標準及其涵蓋範圍（如附件二）

包括懷孕至產後一週整合性醫療照護之產檢、生產及相關門、住診診療服務，但嚴重併發症及週產期非相關內外科嚴重疾病仍得依本試辦計畫支付標準通則規定申報。

- (一) 產前部分：共分為三階段，各階段照護時程及內容依現行國民健康局規定之 10 次產檢內容辦理，每階段完成後依該階段點數申報。
  1. 第一階段（P3501C）：產婦確定懷孕至懷孕 17 週。
  2. 第二階段（P3502C）：懷孕 17 至 29 週。
  3. 第三階段（P3503C）：懷孕 29 至 38 週。
- (二) 生產及產後部分：第四階段（P3504C）時程自懷孕 39 至 41 週及產後 1 週，39 至 41 週得依孕婦情形提供 1-2 次產檢服務及 1 次產後檢查。
- (三) 第四階段生產及產後部分，如為產婦自行要求剖腹產，或第一至第三任一階段孕產婦所接受之醫療服務非在參加本試辦計畫之醫療院所（附件一試辦計畫申請書所列之院所）執行者，則須回歸原支付標準申報，不得以本試辦計畫之支付標準申報。

### 四、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

- (一) 費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

#### 1. 產前部分

- (1) 門診醫療服務點數清單填寫方式及注意事項：

- A. 案件類別：E1
- B. 特定治療項目：E5
- C. 就醫日期：每階段需填寫階段完成起迄日期（階段完成才能申報）。
- D. 就醫序號：第一階段以 IC41 申報  
第二階段以 IC43 申報

第三階段以 IC45 申報

E. 部分負擔代碼：009

(2) 門診醫療服務醫令清單填寫方式及注意事項：

A. 定額費用：

醫令類別「2」，第一階段完成後請填報 P3501C、第二階段完成後請填報 P3502C、第三階段完成後請填報 P3503C，第四階段完成後請填報 P3504C。

B. 內含項目：

醫令類別「4」，第一階段需完成 41、42，第二階段需完成 43、44，第三階段需完成 45 至 50；惟 Rubella IgG 實驗室檢驗、超音波檢查、母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導部分，仍按現行規定核實申報。

2. 生產部分

(1) 總表、點數清單與醫令清單：欄位同現行論病例計酬案件申報規定，住院案件之醫療服務點數清單之案件類別請填「4」、給付類別請填「D」。

(2) 第四階段費用包含懷孕 39-41 週產前檢查 1-2 次及產後 1 週檢查，如依孕婦情形而未執行仍可申報該階段之費用。

(3) 內含項目：醫令類別請填寫「4」，其懷孕 39-41 週產前檢查醫令代碼「66」（只填一次即可）；產後 1 週醫令代碼「67」。

(二) 暫付、審查：依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」辦理，惟本試辦計畫執行初期本局得視情形抽樣或全審。

**五、品質監控及評估方式：（依附件三-表 1 及表 2 格式填寫）**

(一) 參與試辦院所每月須提報下列相關指標供本局參考。

(二) 本局各分局需針對參與試辦院所提報之下列相關指標進行評核，經輔導仍未改善之參與試辦院所，自本局文到次日之次月起，不得再收案。

1. 結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育、醫療設備）。

2. 過程指標：計畫試辦前後平均住院天數比較。

3. 結果指標：產檢利用率。

4. 危險因子指標：子癩前症、子癩症、早產兒、低體重兒比率。

## 台北市萬華區婦產科診所

誠徵 兼職或專職醫師

請洽 0928001159 董小姐

附件一

## 全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫申請書

本院所自 年 月 日起申請參加全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫，並同意遵照本計畫內容之規範。

此致

中央健康保險局

分局

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

合作之診所及地區醫院（含）以上層級之名稱及代號：

醫事機構（特約）章戳

（醫療院所印章）
----------

（負責醫師印章）
----------

中華民國

年

月

日

附件二

## 全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫支付標準

**通則：**

- 一、本試辦計畫之陰道生產因有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過定額時（雙胞胎者以定額再加計一次之新生兒費用為界，多胞胎類推），得按實際醫療費用申報。
- 二、陰道生產案件中其主診斷碼為：

641.01、641.11、641.21、641.31、641.81、641.91、642.01、642.02、642.11、642.12、642.21、642.22、642.31、642.41、642.42、642.51、642.52、642.61、642.62、642.71、642.72、642.91、642.92、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、647.01、647.02、647.11、647.12、647.21、647.22、647.31、647.32、647.41、647.42、647.51、647.52、647.61、647.62、647.81、647.82、647.91、647.92、648.01、648.02、648.51、648.52、648.61、648.62、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21、659.21、659.31、666.12、666.22、666.32、667.02、667.12、668.01、668.02、668.11、668.12、668.21、668.22、668.81、668.82、668.91、668.92、669.11、669.12、669.32、669.41、669.42、670.02、671.31、671.42、671.51、671.52、672.02、673.01、673.02、673.11、673.12、673.21、673.22、673.31、673.32、673.81、673.82、674.01、674.02、674.12、674.22、674.32、674.82、675.01、675.02、675.11、675.12、675.21、675.22，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則一之規定。

三、本試辦計畫之剖腹產案件中有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過 33,460 元以上者，得按實際醫療費用申報，惟個案數不得超過該醫事服務機構當月份剖腹產個案總數之 5 %。

四、剖腹產案件中其主診斷為 641.11、641.21、642.01、642.11、642.21、642.31、642.41、642.51、642.61、642.71、642.91、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、648.01、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則三之規定。

五、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。

六、定額支付點數中已含一人次新生兒照護費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。

七、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，則須回歸原支付標準申報，依自行要求剖腹產（97014C）點數支付，不得以本試辦計畫之支付標準申報。

八、其他未列入本試辦計畫之支付標準規定項目，依現行支付標準規定辦理。



## 陳鴻基婦幼診所

增 聘

婦產科專科醫師

工作環境優 氣氛融洽 醫療品質佳

地 址：彰化縣員林鎮三民東街 168 號

意者請洽：04-8323103 轉陳院長

代碼	給付時程	服務項目	支付點數
P3501C	第一次 確定懷孕至 懷孕未滿 17 週	<p>依國民健康局規定，需完成第一次「醫令代碼：41，就醫序號：IC41」與第二次產檢「醫令代碼：42，就醫序號：IC42」，產檢項目如下：</p> <p>1. 於妊娠第六週或第一次檢查須包括下列檢查項目</p> <p>(1) 問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀</p> <p>(2) 身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查</p> <p>(3) 實驗室檢驗：血液常規（WBC、RBC、PLT、HCT、HB、MCV）、血型、RH 因子、VDRL、Rubella IgG（惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查。）及尿液常規。</p> <p>2. 例行產檢</p> <p>註：階段不含 Rubella IgG 之檢驗，若完成該項檢驗者，另依備註（1）申報。</p>	800
P3502C	第二次 懷孕 17 週至 未滿 29 週	<p>依國民健康局規定，需完成第三次「醫令代碼：43，就醫序號：IC43」與第四次產檢「醫令代碼：44，就醫序號：IC44」，產檢項目如下：</p> <p>1. 例行產檢</p> <p>2. 於妊娠 20 週前後提供一次超音波檢查（惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查）。</p>	400
P3503C	第三次 懷孕 29 週以 上	<p>依國民健康局規定，需完成第五次至第十次產檢「醫令代碼：45-50，就醫序號：IC45-IC50」，產檢項目如下：</p> <p>1. 例行產檢</p> <p>2. 於妊娠 32 週前後提供、HBsAG、HBeAG、VDRL 等實驗室檢驗</p>	1,400
P3504C	第四次 懷孕 39-40 週至產後 1	<p>1. 視情況執行妊娠 39-40 週產前檢查 1-2 次及產後 1 週檢查 1 次。</p> <p>生產（包含基層院所轉診至合作醫院生產）</p>	31,850

備註(1)：Rubella IgG 實驗室檢驗-醫令代碼「64」、就醫序號「IC41、IC45」，費用為 200 點。

備註(2)：超音波檢查-醫令代碼「61」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為 350 點。

備註(3)：母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導，每案每次增加之費用。限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。其醫令代碼「63」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為 20 點。

附件三

## 「週產期論人支付制度」醫療品質指標報告表

院所名稱 \_\_\_\_\_ 院所代號 \_\_\_\_\_

費用年月： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

表 1

項目 過程	專科資格	在職教育	醫療設備
結構面			
過程面	1.參與本試辦計畫前之平均住院天數 天		
	2.參與本試辦計畫後之平均住院天數 天		
結果面	產檢利用率（分子： 分母：）		

表 2

項目	個案人數 (A)	新生兒人數 (B)	比率% (A/B)
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

註：本表請於每月申報醫療費用時一併提供於本局各分局。

### 台灣婦產科醫學會第十八屆第一次婦產科人力規劃委員會紀錄

時 間：96年11月18日（星期日）下午1時至下午4時45分

開會地點：學會會議室（台北市民權西路70號5樓）

主 持 人：葉召集人光芃

出 席 者：召 集 人 葉光芃

委 員 趙灌中（楊明智代）黃國峯 許淳森 余堅忍 王功亮 鄭丞傑



謝保群 鄧森文 賴文福 黃莉文 梁景忠 許德耀 邱燦宏  
蔡明松 (林慧雯代) 許權霖 林陳立 王博輝 魏佑吉 陳鴻昇  
王晟鑛 黃貴帥

列席者：蔡理事長鴻德 謝秘書長卿宏 醫院評鑑委員會 黃召集人建榮

請假者：委員 李茂盛 郭保麟 何宗泰 李建南 周輝政 陳明哲 陳建銘

監事長 何博基

紀錄：張恪菁

### 壹、各委員自我介紹

### 貳、報告事項(略)

### 參、討論事項：

一、案由：討論婦產科專科醫師訓練醫院計分及住院醫師名額分配規則及辦法。

說明：請見附件一

辦法：請見附件一

提案人：葉光芃召集人

決議：第一條第七項修改為：二〇〇五（九十四）年度通過婦產科教學醫院評鑑總家數以三十家為原則，此後至二〇〇八（九十七）年實地評鑑時，通過之教學醫院評鑑總家數以不超過二十五家為原則。

二、案由：偏遠地區婦產科專科醫師訓練醫院資格調整案。

說明：(一)現行婦產科專科醫師訓練醫院之師資人力要求為至少八名專科醫師，其中五名專科年資需五年以上，三名年資十年以上。此一訓練門檻在國內各醫學專科中乃屬一屬二之高標準（詳如下表）。此一設計固有為訓練品質把關之作用，然而專科醫師訓練成敗之因素除了師資人數之外，更在於訓練內容，訓練環境與訓練品質。而後者除了婦產科（部）內之訓練之外，醫院之整體環境亦構成訓練優劣之重要因素。

(二)現行之八名訓練人力明顯排擠了具有訓練住院醫師實力之小型醫學中心，醫學院附設醫院及偏遠地區之醫院。

辦法：(一)建議針對（1）醫學中心（2）醫學院主要實習醫院及（3）位於宜蘭花蓮、台東及外島之醫院等三項條件予以放寬訓練人力之最低標準。區域醫院符合以上三項之一者准予各減少一名訓練人力之要求。減少後之訓練人力中五年以上婦產科年資須至少四人，十年以上年資者至少二人。

各專科專科醫師訓練醫院認定標準

科別	最低訓練醫師人數	次專科人力需求
內科	9名	具家醫科專科醫師資格之主治醫師二人以上
婦產科	8名	婦產科專科醫師至少八人，其中具五年以上專科醫師年資至少五人，具十年以上專科年資至少三人
神經外科	8名	專任之神經外科八名以上，增加一名住院醫師
麻醉科	6名	須六位專任麻醉科醫師，每三名專任師每年可訓練一名
眼科	5名	專科醫師五名
放射科	5名	專科醫師五人以上，其中三名具有三年以上專科醫師，醫用放射技術師五人以上
外科	4名	院內同時具備（A. B. C三項同時符合衣院內師資需同時具備） A（一般外科、消化外科、大腸直腸、外科、小兒外科） B（胸腔外科、心臟血管外科、神經外科、骨科、整形外科、泌尿科） C（麻醉科、重症外科、加護、急診醫學（服務於各醫院急診外科才予列計）三類專科別
骨科	4名	骨科專任主治醫師四人以上（含主任）
皮膚科	2名	僅一名皮膚科專科醫師之醫院不得訓練皮膚科專科醫師
耳鼻喉科	3名	專任之耳鼻喉科專科醫師三名以上
泌尿科	3名	專任之泌尿科專科醫師不得少於三名；兩家醫院合併計算其專任泌尿科專科醫師之師資者，每家醫院之專任泌尿科專科醫師不得少於二人
神經科	3名	專任之神經科專科醫師至少二名以上
兒科	2名	其中一人須具有兒科專科指導醫師資格
放腫科	2名	專任之放腫科專科醫師至少二名以上
家醫科	2名	專任之家醫科專科醫師至少二名以上

提案人：魏佑吉委員

決 議：不予以通過。理由如下：

- 一、婦產科專科醫師肩負照護胎兒及孕產婦兩條生命的重責大任，比較近年來各專科醫師的醫療訴訟率，不論美國、日本或台灣，婦產科均高居各醫學專科之首，婦產科醫療風險之高可見一斑；此外，婦產科之次專科多，除一般婦科、產科外，尚有高危險妊娠、產前胎兒精密超音波診斷、產前遺傳診斷及胎兒治療、不孕與內分泌學、婦科腫瘤學、婦女泌尿及骨盆重建學、乳房醫學，乃至近年來婦產科手術的內視鏡微創化等趨勢，均使婦產科訓練醫院需要至少八位主治醫師才能確保住院醫師的訓練品質，也才能回應民眾對高醫療品質的期待。
- 二、婦產科訓練醫院需要八位或以上之主治醫師人數才可成為訓練醫院，此最低標準已於 2006 年 11 月 3 日獲衛生署認定通過。
- 三、婦產科專科醫師訓練醫院是否可因訓練醫院因位處偏遠地區等理由而降低住院醫師的訓練品質仍宜從長計議。

肆、臨時動議

伍、散 會

## 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 11 月 28 日

發文字號：衛署醫字第 0960051571 號

附件：臍帶血保存定型化契約範本 1 份

主旨：公告「臍帶血保存定型化契約範本」，如附件。

## 行政院衛生署 書函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 11 月 28 日

發文字號：衛署醫字第 09600214227 號

附件：96 年 11 月 28 日衛署醫字第 0960051571 號公告影本 1 份。

主旨：檢送本署 96 年 11 月 28 日衛署醫字第 0960051571 號公告影本 1 份，請查照。

## 臍帶血保存定型化契約範本

本契約於中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日經甲方攜  
回審閱\_\_\_\_日。（契約審閱期間至少為 5 日）

甲方（產婦）：\_\_\_\_\_（簽章）

乙方（公司）：\_\_\_\_\_（簽章）

備註：甲方資格不限於產婦，亦可為「○○○之  
子女」。

乙方不得以任何形式或廣告保證保存臍帶血在現在或未來可以治療任何遺傳性、血液上或  
其他疾病。

第一條（契約期間與生效）

本契約自雙方簽署日起成立並生效，為期\_\_\_\_年\_\_\_\_月，即自中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_

日起至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日（本契約屆滿日）止。

乙方應於本契約屆滿 60 日前，以書面通知甲方，甲方得表示是否續約；若甲方表示續約，應依原條件延長\_\_\_\_年\_\_\_\_月，但雙方就續約之條件另有約定者，依其約定。

### 第二條（乙方告知事項）

乙方已經告知甲方下列事項：

- 一、在醫學上臍帶血之效用研究，現在仍在研發階段，對其醫療上之應用與效能尚未有確定。即使醫學上，臍帶血中的特定成分可能可以作為治療特定疾病的新方法，並不表示甲方所委託保存之臍帶血也可以達成相同的功效與療效。
  - 二、臍帶血之移植或未來可能之應用，與臍帶血內細胞量、冷凍後細胞之存活率、有無受污染及病人體重有直接關係。
  - 三、依據醫療法規定，非醫療機構，不得為醫療廣告，廣告內容亦不得暗示或影射醫療業務。另依公平交易法規定，事業不得在商品或其廣告上，或以其他使公眾得知之方法，對於商品之價格、數量、品質、內容、保存方法、用途等，為虛偽不實或引人錯誤之表示或表徵，並不得為競爭之目的，而陳述或散布足以損害他人營業信譽之不實情事。
  - 四、有些醫師或醫院可能不願採集母血或臍帶血，此非乙方所能掌控。
- 前項告知不得減免乙方於本契約應負之義務與責任。

甲方簽認乙方確已盡上揭告知義務：\_\_\_\_\_（簽章）

### 第三條（乙方之義務）

乙方應依照目的事業主管機關之規定及下列各項約定，進行臍帶血之收集、運送、檢驗、處理與保存：

- 一、收集：為順利完成本項臍帶血收集工作，乙方應於甲方生產前，免費提供甲方必要之臍帶血收集工具，以供甲方於生產之際供甲方委託之醫師（以下簡稱醫師）進行收集工作。
- 二、運送：

（一）乙方應於甲方依本契約第 7 條第 3 款規定通知乙方收取臍帶血後\_\_\_\_小時內完成臍帶血之收取工作，並應於收取臍帶血後\_\_\_\_小時內，將母血及臍帶血負責運送至保存處所，以進行檢測、處理及儲存（自娩出至儲存完成時止，總時數不得超過 48 小時）。如於運送過程中，因不可抗力之因素而發生任何事故，導致臍帶血遺失或毀損者，乙方應將甲方已支付之所有費用無息全數退還於甲方。如於運送過程中，非因不可抗力之因素而發生任何事故，導致臍帶血遺失或毀損者，乙方如能證明其無過失，應將甲方已支付之所有費用無息全數退還於甲方，並另賠償甲方簽約費 1 倍之賠償金；乙方如不能證明其就臍帶血遺失或毀損無過失者，應將甲方已支付之所有費用無息全數退還於甲方，並另賠償甲方前述費用 2 倍之賠償金，但乙方有故意或重大過失之情事時，乙方除應將前述費用無息全數退還於甲方外，另應賠償甲方該費用 3 倍之賠償金，如甲方能證明損害超過該費用 3 倍金額時，得另請求超過部

分之損害賠償。

(二) 臍帶血之運送，無論由乙方親自履行或乙方委由第三人履行，均視同乙方之行為。

### 三、檢驗：

(一) 甲方之委託醫師所收集之母血及臍帶血，經送交乙方後，乙方應於保存時進行必要之檢查，其檢查項目至少須包括：

母 血：HBsAg、anti-HCV、anti-HIV-1、anti-HIV-2、anti-HTLV、梅毒血清反應 (RPR)。

臍帶血：ABO 血型、Rh 血型、有核細胞數量、細胞存活、微生物感染檢測、CD34 + (或 CFU-GM ) 細胞數量。

(二) 乙方應將檢驗結果以書面或雙方約定之方式告知甲方。

### 四、處理與保存：

(一) 乙方應於本契約有效期間內，以適當之方法與技術，處理與保存臍帶血。如於本契約有效期間內，臍帶血處理技術有其他之新方式且乙方欲改採該新方式者，乙方應先以書面通知甲方，並應詳細告知新方式之內容與優劣，乙方應在取得甲方事前書面同意後，方得變更臍帶血之處理方式，但甲方不同意變更時，乙方仍有繼續依原方式履約之義務；若甲方獲知臍帶血處理技術有其他之新方式而欲改採該新方式者，乙方應詳細告知新方式之內容與優劣，及乙方能否變更，若乙方能變更，且甲方在經乙方告知後決定改採新方式處理時，乙方應於接獲甲方書面通知後\_\_\_小時內變更臍帶血之處理及方式。但乙方新方式之通知另有載明期限者，不在此限。

(二) 乙方應於提出變更臍帶血之處理及/或保存方式之要約前，預先告知甲方可能之價差；因前目之情形而變更臍帶血之處理或保存方式，雙方得另訂處理或保存費。

(三) 臍帶血保存義務，應由乙方親自履行，乙方不得將保存行為之部分或全部交由第三人代為保存。但經甲方同意或有不可抗力之事由者，得使第三人代為保存，乙方仍負連帶責任。

### 第四條 (乙方其他義務)

乙方應採行合理且必要之措施，使甲方委託保存之臍帶血免於受到任何感染。

乙方不得將甲方所委託保存之臍帶血供乙方或供第三人進行任何本契約所訂目的以外之利用、使用、處分或其他行為。

乙方因與甲方簽署本契約或因履行本契約而知悉任何甲方、甲方之子女及甲方配偶之個人資料，該個人資料包括但不限於個人病史、家族病史、醫療資料等，不論該資料是否以電腦處理或儲存，乙方均應加以嚴格保密，除經甲方事前書面同意或依法令規定外，乙方不得以任何方式洩漏或提供予第三人；乙方亦不得以任何形式進行本契約目的以外之使用或利用。

除本契約另有約定外，乙方應親自履行本契約所約定之各項義務。

### 第五條 (臍帶血不適保存)

乙方於檢查後發覺甲方臍帶血具下列不適合保存情形之一者，乙方應於收受甲方臍帶

血\_\_\_\_日內，以書面通知甲方拒絕保存甲方之臍帶血：

- 一、臍帶血量不足 40C.C.（不含抗凝血劑）。
- 二、微生物污染。
- 三、母血未在中央衛生主管機關規定時限內採集。
- 四、母血之檢驗項目呈陽性反應。
- 五、臍帶血之檢驗項目呈陽性反應。
- 六、其他不適合保存情形：\_\_\_\_\_。

乙方書面通知甲方拒絕保存臍帶血者，本契約於乙方通知書送達甲方同時一併解除。依照本條約定解除本契約者，乙方應將已收取之所有費用無息全數退還於甲方。

如有第一項之情形，甲方經評估後仍願保存者，本契約繼續有效。

#### 第六條（費用）

乙方為完成本契約所約定之各項服務，得向甲方收取下列各項費用；甲方並同意依照雙方所約定之付費方式按時支付下列各項費用，其費用明細如下：

- 一、簽約費：新臺幣\_\_\_\_\_元整（確定適合保存後，轉為處理費、保存費之一部分）。
- 二、處理費（含運送費、檢驗費）：新臺幣\_\_\_\_\_元整。
- 三、保存費：新臺幣\_\_\_\_\_元整。
- 四、其他費用：

本契約所約定之費用，其付款方式為：\_\_\_\_\_。

保存費如經甲乙雙方合意採預繳（付）之付費方式支付時，乙方應扣除當年度費用後，全數交付信託。

#### 第七條（甲方義務）

除本契約另有約定外，甲方同意履行下列各項義務：

- 一、甲方簽署本契約後，最遲應於生產前，告知乙方其預定委託收集臍帶血之醫師。
- 二、甲方於進入醫院待產時，應通知乙方安排臍帶血運送事宜。
- 三、如甲方腹中胎兒順利產出並完成臍帶血收集，甲方應於臍帶血收集完成\_\_\_\_小時內，通知乙方收取臍帶血，並於該胎兒出生後\_\_\_\_日內將其姓名與相關人別資料以書面告知乙方。
- 四、在乙方到達收取之前，甲方應將其母血及臍帶血保存於一般醫院內室溫，不得冷凍或冷藏，亦不可經 X 光照射。
- 五、依照乙方之要求，誠實且充分告知相關之病史與資料。

#### 第八條（臍帶血之收集）

甲乙雙方瞭解並同意，甲方所委託之臍帶血收集醫師，有權依照醫學專業之判斷決定甲方於生產之際是否適合進行臍帶血之收集。

若未完成臍帶血收集者，則本契約自動失效，甲方如有支付乙方任何費用或款項，乙方應無息全額退還甲方。

#### 第九條（臍帶血之取回）

甲方有權得隨時以書面通知乙方取回甲方所委託保存之臍帶血。

乙方一經收到甲方取回委託保管臍帶血之書面通知後，應立即或依甲乙雙方約定之時間將該臍帶血以合乎當時科技之方式，交付予甲方或甲方所指定代為收受之第三人。

甲方依照本條約定取回臍帶血所產生之必要費用，應由甲方負擔。

如甲方取回全部臍帶血者，乙方應按其剩餘月數之比例無息退還甲方保存費（未滿一個月以一個月計算）。

#### 第十條（臍帶血之銷毀）

乙方依本契約第十一條、第十二條、第十三條之約定，有銷毀甲方臍帶血之必要者，乙方應以書面訂 10 日以上之期間，事先通知甲方，並保留相關記錄。

#### 第十一條（甲方之任意終止）

甲方於本契約有效期間內，得隨時以書面終止本契約。

甲方終止本契約者，應於預定終止日前 30 日以書面通知乙方，並應於終止契約之書面中，指示乙方應依照第九條之方式由甲方取回臍帶血或依照第十條之約定銷毀該臍帶血，取回或銷毀之必要費用，由甲方負擔。乙方並應按其剩餘月數之比例無息退還甲方保存費（未滿一個月以一個月計算）。

#### 第十二條（可歸責乙方事由之終止）

乙方如有下列情事之一者，甲方得以書面逕行終止本契約：

- 一、乙方違反消費者保護法或本契約之各項約定，經甲方通知，未在\_\_\_\_日內改正者。但不能改正者，無需先行通知。
- 二、有相當之證據足以證明乙方有喪失支付能力之虞者。
- 三、乙方受重整或破產之宣告者。
- 四、有相當之證據足以證明乙方有其他無法履行本契約之虞者。
- 五、乙方有故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明足以影響甲方訂立或存續本契約之意願者。

本契約因本條約定終止者，甲方得請求乙方將臍帶血依照第九條所約定之方式由甲方取回，或依照第十條銷毀，因此所生之交還或銷毀費用，應由乙方負擔，乙方並應按其剩餘月數之比例無息退還甲方保存費（未滿一個月以一個月計算）。

#### 第十三條（可歸責甲方事由之終止）

甲方如有下列情事之一者，乙方得以書面通知甲方並訂\_\_\_\_日以內之期限要求甲方改正或補正，如甲方未於前述期限內改正或補正違約事項者，乙方得逕以書面終止本契約：

- 一、甲方未依照第六條之約定支付各項費用者。

二、甲方惡意違反第七條第二款至第四款之義務者。

本契約因本條約定而終止者，甲方不得請求返還已支付乙方之各項費用或款項。但相當於終止日後所生之保存費，乙方仍應無息退還（未滿一個月以一個月計算）。

本契約因本條約定終止者，甲方得請求乙方應將臍帶血依照第九條所約定之方式由甲方取回，或依照第十條銷毀，因此所生之交還或銷毀費用，應由甲方負擔。

#### 第十四條（乙方損害賠償之責任）

乙方如有下列情事之一者，除依本契約約定應退還甲方已繳費用外，並應賠償甲方因此所受之損害，其賠償金額，經依雙方約定如下，甲方能證明損害超過該賠償金額時，不受其限制。但乙方有故意或重大過失之責者，應依法負責：

一、甲方依照第十二條之約定終止本契約者，乙方之賠償金額計新臺幣\_\_\_\_\_元（不得低於簽約費加處理費）。

二、除另有約定外，如因乙方之過失使甲方之臍帶血產生一部或全部毀損或滅失，而使甲方受有損害者，其賠償金額計新臺幣\_\_\_\_\_元（不得低於已收費用之10倍）。

#### 第十五條（通知方式、通訊地址及變更通知）

依照本契約所約定應通知他方之事項，除本契約另有約定外，甲乙雙方均應以書面方式通知，且應以掛號郵件寄送他方下列之地址，並以郵件送達他方始生送達效力：

一、甲方收件地址：

二、乙方收件地址：

甲方或乙方變更地址時，應以書面通知他方。未通知者，則仍以本契約所載之地址為準。

#### 第十六條（準據法與管轄法院）

甲乙雙方同意，本契約各項條文之解釋與適用，應以中華民國法律為準據法。如因本契約而涉訟者，雙方同意應以\_\_\_\_\_地方法院為第一審管轄法院，但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九規定之小額訴訟管轄法院之適用。

#### 第十七條（權利義務之移轉）

未經甲方事前書面同意下，乙方不得將本契約所約定之任何權利義務，或本契約之一部或全部任意以任何形式移轉予第三人。乙方如違反本條約定者，其所為之移轉行為對甲方或子女均不生權利義務或契約移轉之效力。但依企業併購法允許轉移者，不在此限。

#### 第十八條（不可抗力因素）

因天災、戰爭、暴動或其他不可抗力事件，致乙方無法履行本契約義務時，乙方不負不履行或延遲履行之責，但乙方應按其剩餘月數之比例無息退還甲方保存費（未滿一個月以一個月計算）；但若因乙方公司內部人員所發生之暴動、停工、罷工等行為所致，乙方仍應負責。

#### 第十九條（契約修改）

本契約之增、刪或修改，應以書面為之。



**第二十條（未盡事宜之處理）**

本契約之未盡事宜，依相關法律規定。

**第二十一條（契約分存）**

本契約\_\_\_式\_\_\_份（至少一式二份），甲乙雙方各收執\_\_\_份（至少各收執乙份）。乙方不得藉故將應交甲方收執之契約收回或留存。

立契約書人：

甲方（產婦）：  
國民身分證統一編號：  
住址：  
電話：

乙方（公司）：  
營利事業統一編號：  
代表人：  
地址：  
電話：

中 華 民 國 年 月 日

**行政院衛生署 令**

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 96 年 11 月 29 日

發文字號：衛署醫字第 0960215466 號

附 件：婦產科專科醫師甄審原則第二點、第五點修正  
修正「婦產科專科醫師甄審原則」第二點、第五點規定，並自即日生效。

附修正「婦產科專科醫師甄審原則」第二點、第五點規定。

**婦產科專科醫師甄審原則第二點、第五點修正規定**

二、醫師符合下列各款資格之一者，得參加專科醫師甄審：

(一) 在婦產科專科醫師訓練醫院完成四年以上之婦產科臨床訓練(須包括一年總醫師或總醫師同等之訓練)，並取得該醫院訓練期滿之證明文件，且該訓練期間須有一篇擔任第一作者之論文刊登或被接受將刊登於台灣婦產科醫學會會刊雜誌。

(二) 領有外國婦產科之專科醫師證書經本署認可者。

前項第一款婦產科專科醫師訓練醫院，於本署依規定辦理認定前，依台灣婦產科醫學會認可之醫院為之。

第一項第一款規定於九十二年四月二日公告修正前，已在婦產科專科醫師訓練醫院接受婦產科專科醫師訓練者，參加專科醫師甄審，得免論文刊登。

九十二年七月七日前，於國外醫院接受專業訓練者，參照我國專科醫師訓練醫院標準個案審查。

五、專科醫師甄審成績採百分法計算，筆試成績以六十分為及格；口試成績以數位口試委員評分總分平均滿六十分為及格。

以第二點第一項第一款資格，申請參加婦產科專科醫師甄審者，若投稿的文章為原著類型，則刊登一篇可於口試時酌加五分，一人最多以十分為限。

## 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 11 月 22 日

發文字號：署授國字第 09604010713 號

附 件：解釋令影本

**主 旨：檢送有關「罕見疾病防治及藥物法施行細則」第 8 條及「優生保健措施減免或補助費用辦法」第 6 條規定解釋令影本乙份，請 查照。**

**說 明：**一、依據行政院 96 年 9 月 29 日院臺規字第 0960091558 號函辦理。

二、依地方制度法第 4 條第 2 項規定，臺北縣準用旨揭法規中關於直轄市規定之範圍及相關事宜，其中「罕見疾病防治及藥物法施行細則」第 8 條自本 (96) 年 5 月 25 日生效。至「優生保健措施減免或補助費用辦法」係自 97 年 1 月 1 日生效，並由臺北縣編列年度預算支應；嗣後辦理優生保健措施機構，如減免對象設籍於臺北縣者，須逕向臺北縣政府衛生局申請補助。

三、有關旨揭法規全案條文內容，請暨本署國民健康局網站「政府資訊公開—法規類」項下查詢下載(網址：[www.bhp.doh.gov.tw](http://www.bhp.doh.gov.tw))。

## 行政院衛生署 令

發文日期：中華民國 96 年 11 月 22 日

發文字號：署授國字第 0960401071 號

附 件：本署主管法規準用及其生效日期彙整表

依地方制度法第四條第二項規定，臺北縣準用本署主管法規中關於直轄市規定之法規及生效日期如後附。

## 本署主管法規準用及其生效日期彙整表

法規名稱	條、項、款、目	生效日期（中華民國）
罕見疾病防治及藥物法施行細則	第八條	96 年 5 月 25 日
優生保健措施減免或補助費用辦法	第六條	97 年 1 月 1 日

## 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 11 月 7 日

發文字號：署授疾字第 0960001082 號

附 件：見主旨

主 旨：「傳染病防治法施行細則」，業經本署於 96 年 11 月 7 日以署授疾字第 0960001079 號令修正發布，檢送前揭細則修正條文、總說明及條文對照文各 1 份，請 查照。

## 行政院衛生署 令

發文日期：中華民國 96 年 11 月 7 日

發文字號：署授疾字第 0960001079 號

附 件：修正「傳染病防治法施行細則」

修正「傳染病防治法施行細則」。

附修正「傳染病防治法施行細則」

## 傳染病防治法施行細則修正條文

- 第一條 本細則依傳染病防治法（以下簡稱本法）第七十四條規定訂定之。
- 第二條 本法所稱預防接種，指為達預防疾病發生或減輕病情之目的，將疫苗施於人體之措施。  
本法所稱疫苗，指配合預防接種或防疫需要之主動及被動免疫製劑。
- 第三條 本法所定調查，其具體措施如下：  
一、疫情調查：為瞭解經通報之傳染病個案之感染地、接觸史、旅遊史及有無疑似病例所為之各種措施。  
二、流行病學調查：為瞭解傳染病發生之原因、流行狀況及傳染模式所為之各種措施。  
三、病媒調查：為瞭解地區病媒之種類、密度及其消長等所為之各種措施。  
四、其他調查：前三款調查以外，為瞭解傳染病發生之狀況及原因，所為之各種措施。
- 第四條 本法所稱檢驗，指為確定診斷或研判疫情，由實驗室就相關檢體進行化驗、鑑定或其他必要之檢查等行為。
- 第五條 本法所稱疫區，指有傳染病流行或有疫情通報，經中央或地方主管機關依本法第八條第一項規定發布之國際疫區或國內疫區。
- 第六條 本法第二十三條所稱各種已經證實媒介傳染病之飲食物品、動物或動物屍體，指經主管機關調查或檢驗其可致傳染於人者。
- 第七條 地方主管機關依本法第二十五條第二項規定所為之通知，應以書面為之。但情況急迫者，不在此限。
- 第八條 地方主管機關依本法第三十八條規定所為之通知，得以書面、言詞或電子資料傳輸等方式為之。
- 第九條 未經指定為隔離治療機構之醫療機構，發現各類應隔離治療之傳染病人，應配合各級主管機關依本法第四十四條第一項規定所為處置，依醫療法等相關法令規定進行轉診事宜。
- 第十條 本法第四十四條第三項所定由中央主管機關支應之各類傳染病人施行隔離治療之費用，指比照全民健康保險醫療費用支付標準核付之醫療費用及隔離治療機構之膳食費。  
負擔家計之傳染病人，因隔離治療致影響其家計者，主管機關得協調社會福利等有關主管機關依社會救助法等相關法令予以救助。
- 第十一條 主管機關依本法第四十八條第一項規定為留驗、檢查或施行預防接種等必要處置時，應注意當事人之身體及名譽，並不得逾必要之程度。
- 第十二條 醫事機構或該管主管機關依本法第四十九條規定施行必要之消毒或其他適當之處置時，應依傳染病種類及其傳染特性，於傳染病人原居留之病房或住（居）所內外，對可能受到體液、分泌物與排泄物污染之場所及物品，或潛在可能具有傳染性之病媒，執行清潔、消毒、殺菌、滅蟲及進行具感染性廢棄物之清理等相關措施。
- 第十三條 醫事機構依本法第五十條第一項規定施行消毒及其他必要處置時，應依感染控制相關規定，對因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，施予終末消毒；相關人員於執行臨終護理、終末消毒、屍體運送、病理解剖及入殮過程中，應著個人防護衣具，以防範感染；主管機關處置社區內因傳染病或疑似傳染病致死之屍體時，亦同。

前項屍體，如係因疑似第一類傳染病或第五類傳染病所致者，應先以具防護功能之屍袋包覆，留置適當場所妥善冰存，並儘速處理。

第十四條 本法第五十條第三項所定二十四小時之起算時點如下：

一、屍體經中央主管機關依本法第五十條第二項規定施行病理解剖者，自解剖完成時起算。

二、無前款情形者，自醫師開具死亡證明書或檢察機關開具相驗屍體證明書時起算。

本法第五十條第三項所稱依規定深埋，指深埋之棺面應深入地面一公尺二十公分以下。

第十五條 中央主管機關依第五十條第二項規定施行病理解剖檢驗前，應作成傳染病或疑似傳染病屍體病理解剖檢驗通知書，送達死者家屬。

第十六條 中央主管機關為因應傳染病防治需要，得委任所屬疾病管制局辦理下列事項：

一、依本法第三十九條第四項規定要求醫事機構、醫師或法醫師限期提供傳染病人相關資料。

二、本法第五十條第二項規定之傳染病或疑似傳染病致死屍體之病理解剖檢驗相關事項。

三、本法第五十八條至第六十條規定之國際及指定特殊港埠檢疫相關事項。

## 傳染病防治法施行細則修正總說明

傳染病防治法施行細則（以下稱本細則）自七十四年九月九日發布施行後，嗣於八十七年三月十一日、八十九年三月七日、九十一年十二月三十一日、九十三年十二月三日歷經四次修正發布在案。茲為配合傳染病防治法（以下稱本法）於九十六年七月十八日之修正公布全文七十七條，相關條文之條次有所變更，本細則爰必須配合檢討修正，爰擬具「傳染病防治法施行細則」修正案，其修正要點如次：

一、配合本法條次變更，修正法源依據。（修正條文第一條、第五條、第八條至第十四條及第十六條）

二、配合本法相關文字修正，酌作文字修正。（修正條文第六條、第十二條及第十三條）

三、現行條文第九條規定，爰配合本法修正予以刪除。

### 高市某婦產專科醫院

誠徵

婦產(需值班)

小兒科(免值班)專科醫師

保障薪資待優

意者電洽 0929012307 林小姐

### 高雄市 四季台安醫院

增聘

婦產科專科醫師一名

意洽: 0966-891203

07-3983000#2203

陳小姐 Email:joyce7361@msn.com

## 傳染病防治法施行細則修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第一條 本細則依傳染病防治法（以下簡稱本法）第七十六條規定訂定之。	第一條 本細則依傳染病防治法（以下簡稱本法）第七十四條規定訂定之。	配合本法之修正，酌修施行細則訂定依據。
第二條 本法所稱預防接種，指為達預防疾病發生或減輕病情之目的，將疫苗施於人體之措施。 本法所稱疫苗，指配合預防接種或防疫需要之主動及被動免疫製劑。	第二條 本法所稱預防接種，指為達預防疾病發生或減輕病情之目的，將疫苗施於人體之措施。 本法所稱疫苗，指配合預防接種或防疫需要之主動及被動免疫製劑。	本條未修正。
第三條 本法所定調查，其具體措施如下： 一、疫情調查：為瞭解經通報之傳染病個案之感染地、接觸史、旅遊史及有無疑似病例所為之各種措施。 二、流行病學調查：為瞭解傳染病發生之原因、流行狀況及傳染模式所為之各種措施。 三、病媒調查：為瞭解地區病媒之種類、密度及其消長等所為之各種措施。 四、其他調查：前三款調查以外，為瞭解傳染病發生之狀況及原因，所為之各種措施。	第三條 本法所定調查，其具體措施如下： 一、疫情調查：為瞭解經通報之傳染病個案之感染地、接觸史、旅遊史及有無疑似病例所為之各種措施。 二、流行病學調查：為瞭解傳染病發生之原因、流行狀況及傳染模式所為之各種措施。 三、病媒調查：為瞭解地區病媒之種類、密度及其消長等所為之各種措施。 四、其他調查：前三款調查以外，為瞭解傳染病發生之狀況及原因，所為之各種措施。	本條未修正。
第四條 本法所稱檢驗，指為確定診斷或研判疫情，由實驗室就相關檢體進行化驗、鑑定或其他必要之檢查等行為。	第四條 本法所稱檢驗，指為確定診斷或研判疫情，由實驗室就相關檢體進行化驗、鑑定或其他必要之檢查等行為。	本條未修正。
第五條 本法所稱疫區，指有傳染病流行或有疫情通報，經中央或地方主管機關依本法第八條第一項規定發布之國際疫區或國內疫區。	第五條 本法所稱疫區，指有傳染病流行或有疫情通報，經中央或地方主管機關依本法第七條第一項規定發布之國際疫區或國內疫區。	配合本法條次變更，將法源條次由第七條修正為第八條。

修正條文	現行條文	說明
<p>第六條 本法第二十三條所稱各種<u>已經證實</u>媒介傳染病之飲食物品、動物或動物屍體，指經主管機關調查或檢驗其可致傳染於人者。</p>	<p>第六條 本法第二十三條所稱各種媒介傳染病之飲食物品、動物或病死動物屍體，指經主管機關調查或檢驗其可致傳染於人者。</p>	<p>配合本法第二十三條條文內容，增列「已經證實」四字；刪除「病死」二字。</p>
<p>第七條 地方主管機關依本法第二十五條第二項規定所為之通知，應以書面為之。但情況急迫者，不在此限。</p>	<p>第七條 地方主管機關依本法第二十五條第二項規定所為之通知，應以書面為之。但情況急迫者，不在此限。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第八條 地方主管機關依本法第三十八條規定所為之通知，得以書面、言詞或電子資料傳輸等方式為之。</p>	<p>第八條 地方主管機關依本法第三十六條第一項規定所為之通知，得以書面、言詞或電子資料傳輸等方式為之。</p>	<p>配合本法條次變更，將法源條次由第三十六條第一項修正為第三十八條。</p>
<p></p>	<p>第九條 本法第三十七條第一項所稱病人情況有異動時，指病人之診斷變更、轉院、出院或死亡。</p>	<p>一、本條刪除。 二、配合本法已刪除原條文第三十七條末句，爰予刪除。</p>
<p>第九條 未經指定為隔離治療機構之醫療機構，發現各類應隔離治療之傳染病病人，應配合各級主管機關依本法第四十四條第一項規定所為處置，依醫療法等相關法令規定進行轉診事宜。</p>	<p>第十條 未經指定為隔離治療機構之醫療機構，發現各類應隔離治療之傳染病病人，應配合各級主管機關依本法第四十三條第一項規定所為處置，依醫療法等相關法令規定進行轉診事宜。</p>	<p>一、條次變更。 二、依本法條次變更，將法源條次由第四十三條修正為第四十四條。</p>
<p>第十條 本法第四十四條第三項所定由中央主管機關支應之各類傳染病病人施行隔離治療之費用，指比照全民健康保險醫療費用支付標準核付之醫療費用及隔離治療機構之膳食費。 負擔家計之傳染病病人，因隔離治療致影響其家計者，主管機關得協調社會福利等有關主管機關依社會救助法等相關法令予以救助。</p>	<p>第十一條 本法第四十三條第三項所定由中央主管機關支應之各類傳染病病人施行隔離治療之費用，指比照全民健康保險醫療費用支付標準核付之醫療費用及隔離治療機構之膳食費。 負擔家計之傳染病病人，因隔離治療致影響其家計者，主管機關得協調社會福利等有關主管機關依社會救助法等相關法令予以救助。</p>	<p>一、條次變更。 二、配合本法條次變更，將第一項之法源條次由第四十三條修正為第四十四條。 三、第二項未修正。</p>

修正條文	現行條文	說明
<p>第十一條 主管機關依本法第四十八條第一項規定為留驗、檢查或施行預防接種等必要處置時，應注意當事人之身體及名譽，並不得逾必要之程度。</p>	<p>第十二條 主管機關依本法第四十六條第一項規定為留驗、檢查或施行預防接種等必要處置時，應注意當事人之身體及名譽，並不得逾必要之程度。</p>	<p>一、條次變更。 二、配合本法條次變更，將法源條次由第四十六條修正為第四十八條。</p>
<p>第十二條 醫事機構或該管主管機關依本法第四十九條規定施行必要之消毒或其他適當之處置時，應依傳染病種類及其傳染特性，於傳染病人原居留之病房或住(居)所內外，對可能受到體液、分泌物與排泄物污染之場所及物品，或潛在可能具有傳染性之病媒，執行清潔、消毒、殺菌、滅蟲及進行具感染性廢棄物之清理等相關措施。</p>	<p>第十三條 醫療(事)機構或該管主管機關依本法第四十七條規定施行必要之消毒或其他適當之處置時，應依傳染病種類及其傳染特性，於傳染病人原居之病房或住所內外，對可能受到體液、分泌物與排泄物污染之場所及物品，或潛在可能具有傳染性之病媒，執行清潔、消毒、殺菌、滅蟲及進行具感染性廢棄物之清理等相關措施。</p>	<p>一、條次變更。 二、依本法條次變更，將法源條次由第四十七條修正為第四十九條。 三、配合本法第四十九條之文字修正，將「醫療(事)機構」改為為「醫事機構」。 四、為配合法制用語，酌作文字修正。</p>
<p>第十三條 醫事機構依本法第五十條第一項規定施行消毒及其他必要處置時，應依感染控制相關規定，對因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，施予終末消毒；相關人員於執行臨終護理、終末消毒、屍體運送、病理解剖及人殮過程中，應著個人防護衣具，以防範感染；主管機關處置社區內因傳染病或疑似傳染病致死之屍體時，亦同。</p> <p>前項屍體，如係因疑似第一類傳染病或第五類傳染病所致者，應先以具防護功能之屍袋包覆，留置適當場所妥善冰存，並儘速處理。</p>	<p>第十四條 醫療(事)機構依本法第四十八條第一項規定施行消毒及其他妥善處置時，應依感染控制相關規定，對因傳染病或疑似傳染病致死之屍體，施予終末消毒；相關人員於執行臨終護理、終末消毒、屍體運送、病理解剖及人殮過程中，應著個人防護衣具，以防範感染；主管機關處置社區內因傳染病或疑似傳染病致死之屍體時，亦同。</p> <p>前項屍體，如係因疑似第一類傳染病或新感染症所致者，應先以具防護功能之屍袋包覆，留置適當場所妥善冰存，並儘速處理。</p>	<p>一、條次變更。 二、第一項所引依本法條次變更，將法源條次由第四十八條修正為第五十條，並配合文字變更，酌作文字修正。 三、第二項配合本法第三條之文字變更，酌作文字修正。</p>



修正條文	現行條文	說明
<p>第十四條 本法第五十條第三項所定二十四小時之起算時點如下：</p> <p>一、屍體經中央主管機關依本法第五十條第二項規定施行病理解剖者，自解剖完成時起算。</p> <p>二、無前款情形者，自醫師開具死亡證明書或檢察機關開具相驗屍體證明書時起算。</p> <p>本法第五十條第三項所稱依規定深埋，指深埋之棺面應深入地面一公尺二十公分以下。</p>	<p>第十五條 本法第四十八條第二項所定二十四小時之起算時點如下：</p> <p>一、屍體經中央主管機關依本法第四十八條第三項規定施行病理解剖者，自解剖完成時起算。</p> <p>二、無前款情形者，自醫師開具死亡證明書或檢察機關開具相驗屍體證明書時起算。</p> <p>本法第四十八條第二項所稱依規定深埋，指深埋之棺面應深入地面一公尺二十公分以下。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合本法條次變更，將第一項、第二項所引法源條次由第四十八條第三項修正為第五十條第二項；第四十八條第二項則修正為第五十條第三項。</p>
<p>第十五條 中央主管機關依第五十條第二項規定施行病理解剖檢驗前，應作成傳染病或疑似傳染病屍體病理解剖檢驗通知書，送達死者家屬。</p>	<p>第十六條 中央主管機關施行病理解剖檢驗前，應作成傳染病或疑似傳染病屍體病理解剖檢驗通知書，送達死者家屬。</p>	<p>條次變更，並酌作文字修正。</p>
<p>第十六條 中央主管機關為因應傳染病防治需要，得委任所屬疾病管制局辦理下列事項：</p> <p>一、依本法第三十九條第四項規定要求醫事機構、醫師或法醫師限期提供傳染病病人相關資料。</p> <p>二、本法第五十條第二項規定之傳染病或疑似傳染病致死屍體之病理解剖檢驗相關事項。</p> <p>三、本法第五十八條至第六十條規定之國際及指定特殊港埠檢疫相關事項。</p>	<p>第十七條 中央主管機關為因應傳染病防治需要，得委任所屬疾病管制局辦理下列事項：</p> <p>一、依本法第三十七條第四項規定要求醫療（事）機構、醫師或法醫師限期提供傳染病病人相關資料。</p> <p>二、本法第四十八條第三項規定之傳染病或疑似傳染病致死屍體之病理解剖檢驗相關事項。</p> <p>三、本法第五十六條至第五十九條規定之國際及指定特殊港埠檢疫相關事項。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合本法條次變更，將第一款法源條次由第三十七條修正為第三十九條。</p> <p>三、第二款配合本法條次變更，將法源條次由第四十八條第三項修正為第五十條第二項。</p> <p>四、第三款配合本法條次變更，將法源條次由第五十六條至第五十九條修正為第五十八條至第六十條。</p>
<p>第十七條 本細則自發布日施行。</p>	<p>第十八條 本細則自發布日施行。</p>	<p>條次變更。</p>

## 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 11 月 9 日

發文字號：署授疾字第 0960001098 號

主旨：公告本署委任所屬疾病管制局辦理。

依據：一、傳染病防治法施行細則第十六條。

二、行政程序法第十五條。

公告事項：一、本署主管傳染病防治法（以下簡稱本法）相關業務，自九十六年十一月九日起，委任所屬疾病管制局辦理。委任辦理事項如下；

（一）依本法第三十九條第四項規定要求醫事機構、醫師或法醫師限期提供傳染病病人相關資料。

（二）依本法第五十條第二項規定之傳染病或疑似傳染病致死屍體之病理解剖檢驗相關事項。

（三）依本法第五十八條至第六十條規定之國際及指定特殊港埠檢疫相關事項。

二、本署九十四年一月七日署授疾字第○九四○○○○二一號公告，並自九十六年十一月九日起停止適用。

三、本署疾病管制局地址：臺北市中正區林森南路六號；電話：（○二）二三九五九八二五；傳真：（○二）二三九四五三五九。

## 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 11 月 12 日

發文字號：國健婦字第 09604012292 號

附件：人工生殖機構名單乙份

主旨：檢送迄 96 年 11 月 7 日止許可審核通過之人工生殖機構名單乙份（如附件），請查照轉知所屬會員及所轄各人工生殖機構。

## 96 年度人工生殖機構許可通過名單（計 72 家）

市別	院所數	院 所 名 稱
台北市	15	國立台灣大學附設醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院、中山醫療社團法人中山醫院、財團法人長庚紀念醫院、台北醫學大學附設醫院、財團法人國泰綜合醫院、財團法人基督復臨安息日臺安醫院、馬偕紀念醫院、國防醫學院三軍總醫院、程得勝婦產科診所、財團法人新光吳火獅紀念醫院、劉志鴻婦產科診所、潘世斌婦產科診所、台北市立聯合醫院（和平院區）、台北市立萬芳醫院
高雄市	8	李世隆婦產科診所、阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、健新醫院、張榮州婦產科診所、郭鴻璋婦產科診所、行政院國際退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院、生安婦產小兒科醫院
基隆市	2	健安婦產科診所、財團法人長庚紀念醫院基隆分院
新竹市	5	江婦產科診所、賴興華婦產科診所、財團法人國泰綜合醫院新竹分院、財團法人馬偕紀念醫院新竹分院、謝祖柏婦產科診所
台中市	12	中國醫學大學附設醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會台中榮民總醫院、李茂盛婦產科診所、行政院衛生署台中醫院、林新醫院、澄清綜合醫院中港分院、劉忠俊婦產科診所、美村婦產科診所、劉邦斌婦產科診所、中山醫學大學附設醫院、謝耀元婦產科診所、廖長州婦產科診所
		林裕益婦產科診所、財團法人嘉義基督教醫院
台南市	4	國立成功大學醫學院附設醫院、郭綜合醫院、許朝欽婦產科診所、財團法人台灣基督長老教會新樓醫院
宜蘭市	1	財團法人羅許基金會羅東博愛醫院
台北縣	3	張甫行婦產科診所、亞東紀念醫院、蔡佳璋婦幼聯合診所
桃園縣	6	財團法人長庚紀念醫院林口分院、長榮婦產科診所、敏盛綜合醫院經國總院、吳可怡婦產科診所、宏其婦幼醫院、惠生婦產科診所
新竹縣	1	東元綜合醫院
苗栗縣	1	大千綜合醫院
台中縣	3	童綜合醫療社團法人童綜合醫院、光田綜合醫院、國軍台中總醫院
彰化縣	4	漢銘醫院、財團法人彰化基督教醫院、婦友醫院、博元婦產科診所
嘉義縣	1	財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院
台南縣	1	財團法人奇美醫院
高雄縣	2	財團法人長庚紀念醫院高雄分院、同喬眼科診所
花蓮縣	1	財團法人佛教慈濟綜合醫院

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 11 月 8 日

發文字號：衛署醫字第 0960201723 號

**主旨：**所詢已於 92 至 94 學年度完成 3 個月畢業後一般醫學訓練，復於 95 學年度以後接受其他專科第 1 年訓練之醫師，其訓練內容應如何安排乙案，復請 查照。

**說明：**一、復 貴會 96 年 10 月 1 日醫一字第 962773 號函、國立臺灣大學醫學院附設醫院 96 年 10 月 9 日校附醫教字第 0961240882 號函及臺灣皮膚科醫學會 96 年 10 月 9 日皮膚俊字第 09600142 號函。

二、按於 92 年至 94 年間已完成 3 個月畢業後一般醫學訓練，復於 95 學年度以後接受其他專科第 1 年訓練者，於 98 學年度前接受者無需重新接受「畢業後一般醫學訓練」課程訓練。該第一年院醫師訓練由醫院安排專科訓練之相關選修及全人醫療訓練等課程，又前揭專科訓練之相關選修課程，應由醫院就該學年度「畢業後一般醫學訓練計畫」所列專科訓練課程中的予安排，惟選修原則及訓練內容得不受該計畫規定限制。

三、至前開訓練之評核，「全人醫療訓練」部分應按各醫學會專科醫師訓練課程基準規定辦理，其他課程得由醫院自行斟酌評核方法辦理。

高雄市某婦產科診所

誠 徵  
負責醫師，薪資面議  
有意者電洽 0929012307  
林小姐

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

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

◎134 通訊繼續教育答案◎

題目：癌病婦女生育能力之保全(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。

通訊繼續教育

# 癌病婦女生育能力之保全

( 1 )

李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 鄭文雄<sup>3</sup> 郭宗正<sup>1</sup>

台南郭綜合醫院 <sup>1</sup>婦產科 <sup>3</sup>藥劑科 <sup>2</sup>台北中山醫院 婦產科

癌症發生在年輕婦女並非罕見，如何保全這些婦女的生育能力是十分重要的課題。2003年，美國共有65萬位婦女新患癌症，其中<40歲者約佔8%。1997年，美國國家中心估計兒童癌病患者有27萬人生存，相當每1000位婦女中有1位，這些患者如能擺脫癌病都會面臨生育的問題（估計50%以上癌症可治癒）。

許多年輕婦女的癌症，可能會牽涉到要切除生殖器官，即使非關生殖系的癌症，也可因化學或放射治療失去部份或全部生殖的功能。早期卵巢功能喪失，不但無法生育，尚提早有更年期併發症，並無法生育。另外，經高劑量化學治療或放射線治療者不一定會絕育，但在懷孕時仍可增加併發症，如早期流產、早產和低體重兒等，確牽涉相當複雜的知識。

在工業化國家，晚婚和高齡生育之比例在逐漸增加，1990-2002年，35-39歲婦女懷孕率增加了31%，40-45歲者增加了51%。因此尋求保留生育能力之婦女大增，使人工協助生殖和冷凍保留卵子的技術蓬勃發展。

此種現象亦發生在兒科病患，許多兒童癌症患者之存活率均在增加，兒童及其父母都開始要面對長期癌症治療後的相關問題，包括是否會影響生長？是否會影響生育？是否會影響生產過程？是否會影響下一代健康？這些問題當然也會影響父母和醫師對治療方法的選擇。本文探討有關癌症和生育能力之各種問題，雖然許多研究仍是在萌芽的階段。

## 生育喪失功能危險因子之探討

卵巢早衰竭 (hypergonadotrophic amenorrhea) 之定義為 40 歲前停經，在一般正常婦女之發生率為 0.9 %。臨床上，當卵巢早衰竭發生，生育能力亦多喪失，但仍有約 5-6 % 患者會再懷孕。

當卵巢濾泡 (follicle) 對卵泡刺激素 (FSH) 之反應變差，即表示卵子 (oocytes) 之數目很少，稱卵巢儲量 (reserve) 減少。正常月經的第 3 天，FSH 值通常  $< 10$  mIU/mL，如月經第 3 天，FSH  $> 15$  mIU/mL，表示已有卵巢儲量減少，且懷孕機會亦減少，當 FSH  $> 20$  mIU/mL，懷孕機會已十分渺茫。如同時測量血清 estradiol (E2)，E2  $> 80$  pg/mL 表示濾泡生長 (folliculogenesis) 過程有障礙，出現這些異常檢查時，懷孕率約 5 %。

其它測試卵巢儲量之方法尚有：(1) clomiphene citrate 試驗，如服用 clomiphene 後 FSH 增加，表示卵巢儲量減少；(2) GnRH (gonadotropin releasing hormone) agonist 試驗；(3) 測量血清 inhibin B 值；(4) 測量 mullerian inhibiting substance，反映出 granulosa 細胞之健康狀態；(5) 基本卵巢超音波，如陰道超音波觀察只有  $< 5$  antral follicles，表示卵儲不足。其中(3)(4)兩種方法，因尚無可靠切割 (cut off) 值可茲判斷，靈敏率皆低 (7-26 %)，但特異率高 (98-99 %)。

上述檢查，只能用作參考。如 FSH 值異常，不能絕對預測懷孕不可能，FSH 值正常，亦可能有卵巢儲量減少。為了增加準確度，可考慮同時多做幾種檢查，但至今仍少見相關報告，只要有一項檢查異常，就應積極加做生育能力試驗。

## 癌症治療對生育能力之影響

### 手術治療

婦癌手術之標準治療，是包括切除子宮和兩側卵巢，此二者都會使生育能力喪失。

- (一) 子宮頸癌：在 2004 年，美國子宮頸 43 % 患者之年齡  $< 45$  歲。標準的手術治療包括廣泛性子宮切除、合併淋巴摘除、或骨盆腔之化學放射線同步治療，此二者皆使生育能力喪失。
- (二) 卵巢癌：在美國，18 % 之卵巢癌患者之年齡  $\leq 45$  歲。外科之標準治療方法為切除兩側卵巢和子宮。

(三) 子宮內膜癌：子宮內膜癌已是美國最多的婦科癌症，約 8 % 患者的年齡 < 45 歲。但年輕婦女佔的比率已越來越多，且這些婦女多數為慢性不排卵，子宮內膜有早期和低惡性癌之患者。子宮內膜癌之標準治療仍為全子宮切除和兩側輸卵管卵巢切除。

### 放射線治療

游離性放射線治療乃一確定會造成卵巢受傷，影響性腺功能的方法，可能造成早發性停經及不孕。曾接受放射線治療之小孩，如青春期發育不良可能是卵巢衰竭之早徵兆。影響卵巢受傷程度之因素，包括：照射時之年齡、劑量和放射線所照射之範圍。

放射線之劑量越強，對 primordial follicle 之影響越大。< 40 歲之婦女，卵巢對放射線之敏感度較低，需 20 Gy 才會產生永久性卵巢衰竭，但老年婦女只需 6 Gy 便會。老鼠實驗證實，放射線對成熟卵子之染色體的傷害，在年長者較年輕者為多。均代表越年輕的卵子抗放射線能力越強。

放射線照射之範圍亦是重要因子，對骨盆腔和腹部的癌病，如子宮頸癌和直腸癌，以及骨盆腔之淋巴癌（如 Hodgkins 疾病），照射時都會影響卵巢。

兒童兩側卵巢如接受放射線照射，存活者早期卵巢衰竭有 68 %，如照射範圍是在卵巢之邊緣，則卵巢衰竭只有 14 %。如有一側或兩側卵巢在照射範圍以外，則不會增加卵巢衰竭的發生。

子宮如接受放射線治療，子宮體積平均會縮小 40 %，即使對已懷孕的子宮，亦可因子宮生長和血流受影響，增加早期流產、早產和低體重兒等合併症。

### 化學治療

許多癌症的標準化療都是合併使用多種藥物，其毒性對卵巢濾泡產生類固醇的細胞（granulosa 和 theca cell）及濾泡內的卵子均造成傷害，化療後濾泡數目明顯減少，造成永久性性腺功能受損，早發性停經和永久的不孕因而產生。

影響化學治療對卵巢傷害程度之因素包括：患者年齡、治療計畫、化療藥物類別和劑量。

(一) 年齡因素：相對於年輕婦女，年長婦女有較高比例卵巢衰竭，可能因年長婦女之 primordial follicle 之數目較少及抗藥物之能力較差。

(二) 治療計畫及藥物種類因素：化學治療時，用藥急緩及劑量大小，當然會影響對性腺傷害的程度，不同藥物對性腺功能之影響，則可分成下列數種：

- (1) 高度毒性：如 cyclophosphamide、chlorambucil、melphalan、busulfan、nitrogen mustard 和 procarbazine。
- (2) 中度毒性：如 cisplatin 和 adriamycin。
- (3) 輕度或無毒性：如 bleomycin、actinomycin D、vincristine、methotrexate 和 5 fluorouracil。



通常，化學治療藥物都是使用數種，以加強其抗癌作用，當然，副作用亦會因此增加。化學治療晚期之併發症，則包括次發性惡性腫瘤，和損害女性之性腺功能。

統計乳癌停經前存活之患者、以 cyclophosphamide、methotrexate 和 fluorouracil (CMF) 做輔助化療者，約 45-68 % 發生化療有關之無月經症。

(三) 部份卵巢受傷：人類在剛出生時約有兩百萬個濾泡，但會隨時間不斷的消失，當初級濾泡少到能保持月經來臨之下限時，月經便會停止或進入更年期。化學治療和放射線治療會減少初級濾泡，造成立即性或早發性卵巢衰竭。許多女性在停止化學或放射治療後，月經仍然來臨，並不表示卵巢沒有受損，可能在數年後出現卵巢衰竭。

在動物試驗，檢定 cyclophosphamide 治療後婦女之生育能力，發現卵巢功能並不合乎"全有或沒有" (all or none) 現象，雖然 cyclophosphamide 之劑量越高，對濾泡之破壞越多，但即使破壞了一半儲存的卵巢濾泡，仍然有生育功能，反過來看，即使化學治療後月經仍正常，也不保證卵巢沒有影響。化療後濾泡減少，應視為容易發生卵巢早衰竭。

基於上述理由，強烈建議經高劑量化學或放射線治之後婦女，應盡早生育，唯成熟中的卵子可能受到治療的影響，且婦女在治療後尚需復原，故仍不建議治療後的 6-12 個月內懷孕。更好的方法，是在治療前先取部份好的卵巢做冰凍保留 (cryopreservation)。

## 參考文獻

1. Seli E, Tangir J; Fertility preservation option for female patients with malignancies. Carr Opin Obstet Gynecol 2005; 17; 299-308.
2. Sonmezer M, Oktay K; Fertility preservation in female patients. Hum Reprod Update 2004; 10; 251-266.
3. Lobo R; Potential options for preservation of fertility in women. N Engl J Med 2005; 353; 64-73.
4. Galtier-Dereure F, De Bouard V, Picto MC, et al; Ovarian reserve test with the gonadotropin-releasing hormone agonist buserelin; correlation with in-vitro fertilization outcome. Hum Reprod 1996; 11; 1393-1398.
5. Seifer DB, Scott RT, Bergh PA, et al; Women with declining ovarian reserve may demonstrate a decrease in day 3 serum inhibin B before a rise in day 3 follicle-stimulating hormone. Fertil Steril 1999; 72; 63-65.
6. van Rooij IA, Broekmans FJ, te Velde ER, et al; Serum anti-mullerian hormone levels; a novel measure of ovarian reserve. Human Reprod 2002; 17; 3065-3071.
7. Meiorow D, Nugent D; The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction. Human

Reprod Update 2001; 7; 535-543.

8. Bath LE, Critchley HO, Chambers SE, et al; Ovarian and uterine characteristics after total body irradiation in childhood and adolescence; response to sex steroid replacement. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106; 1265-1272.
9. Critchley HO, Bath LE, Wallace WH; Radiation damage to the uterus-review of the effects of treatment of childhood cancer. Hum Fertil 2002; 5; 61-66.
10. Oktay K, Kan MT, Rosenwaks Z; Recent progress in oocyte and ovarian tissue cryopreservation and transplantation. Curr Opin Obstet Gynecol 2001; 13; 263-268.
11. Meiorow D, Lewis H, Nugent D, et al; Subclinical depletion of primordial follicular reserve in mice treated with cyclophosphamide; clinical importance and proposed accurate investigative tool. Hum Reprod 1999; 14; 1903-1907.
12. Meiorow D, Epstein M, Lewis H, et al; Administration of cyclophosphamide; at different stages of follicular maturation in mice; effects on reproductive performance and fetal malformations. Hum Reprod 2001; 16; 632-637.

## 台南縣某婦產科診所

誠徵 婦產科專科醫師

看門診不接生

意洽：0925-372627 陳小姐

財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院

誠徵婦產科主治醫師：

須取得婦產科專科醫師證書（具部定教職尤佳）

意者請至本院網站下載履歷表(附照片)、自傳及相關證書影本

來函請寄 427「台中縣潭子鄉豐興路一段 66 號

財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院人力資源組 王小姐」收



## 問 答 題

- 一、一位 35 歲婦女，第 3 天月經之 FSH 為 15 mIU/mL，表示：
- (A) 正常卵巢功能 (B) 有使用雌激素治療  
(C) 減少卵巢功能 (D) 甲狀腺功能不足
- 二、臨床上，對一位要進行放射線或化學治療，生育保持已確定有效之方法為：
- (A) 同時使用 GnRHa (B) 卵巢組織之移植  
(C) 卵子冷凍保存 (D) 胚胎冷凍保存
- 三、一位患者經過化學治療或放射線治療，有關卵巢功能，下列敘述何者錯誤？
- (A) 此兩種治療方法都會減少卵巢初級 (primordial) 濾泡  
(B) cyclophosphamide 之劑量與濾泡傷害程度有關  
(C) 在治療 6-12 個月間應嘗試懷孕  
(D) 化學治療或放射線治療後，月經仍正常並不表示卵巢沒有影響
- 四、有關下列治療疾病能安全和有效保留生殖器官，何者為錯？
- (A) 第 I 度子宮內膜癌和少數淋巴結轉移  
(B) 早期子宮頸癌經陰道以廣泛性子宮頸切除來治療  
(C) 35 歲婦女，低惡性卵巢癌，FIGO 第 1 期  
(D) 15 歲少女，惡性生殖細胞癌
- 五、下列何種化學藥物，對卵巢的傷害最嚴重？
- (A) bleomycin (B) methotrexate  
(C) cyclophosphamide (D) actinomycin D

第 133 期通訊繼續教育

癌症患者有關的疲倦

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

# 癌病婦女生育能力之保全

( II )

李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 鄭文雄<sup>3</sup> 郭宗正<sup>1</sup>

台南郭綜合醫院<sup>1</sup> 婦產科<sup>3</sup> 藥劑科<sup>2</sup> 台北中山醫院 婦產科

## 婦癌患者保留生育能力之保守治療

如育齡婦癌患者希望保留其生育能力，對醫師是一項挑戰，因為標準的治婦癌方法都是切除或照射生殖器官，因此不太可能再懷孕。最近出現了一些新的治療方法，希望在不影響生存的原則下，可以保留生殖器官。

一、子宮頸癌：對早期子宮頸癌，已有取代的保守方法，稱陰道廣泛性子宮頸切除（radical vaginal trachelectomy），包括使用腹腔鏡切除子宮頸和子宮頸附近組織，保留子宮體和卵巢之完整性。對早期子宮頸癌，報告中指出，此法與廣泛性子宮切除或放射線治療之復發率和與死亡率均相近。

最近，Schlaerth等一篇報告共有 12 位接受自陰道廣泛性子宮頸切除之婦女，結果有 4 位懷孕，其中 2 位在第二孕期（24 和 26 週）流產（包括 8 位引產）；2 位在第三孕期活產。

二、卵巢癌：低惡性卵巢癌主要發生在年輕婦女，Trimble 等報告，平均診斷時年齡為 39 歲，其中 82 % 屬 FIGO 第 I 期，5 年之存活率為 99 %。由於這些良好結果，對第 I 期低惡性腫瘤患者建議採用保守性手術（切除腫瘤和保留無病灶的卵巢和子宮）。統計顯示，採保守性治療手術與採廣泛性切除卵巢和子宮之結果相近。

對低惡性卵巢癌，有腹膜植入物（implants）者，如想保留生育能力，亦可採盡量

切除植入物，但應告知有局部復發的可能。

至於侵犯性卵巢癌，因致死機會較高，標準的治療方法仍為切除兩側卵巢和子宮。Schilder 等報告對侵犯性卵巢癌，祇有在第 I 期、第 I 度分化之情況，才適合採保守性治療，將來復發之機率为 7%，死亡率為 5%，有 35% 可以懷孕。

生殖細胞的惡性卵巢癌主要也發生在孩童和年輕婦人，因這些癌對化療及放射治療均極敏感，處理這些患者，應盡量保留生育能力。經保守性手術後，大部份患者將來都可以懷孕，且生下來嬰兒沒有增加先天性畸形之情形。

三、子宮內膜癌：一些小規模報告，對早期之子宮內膜癌患者，可以每天使用黃體素 6 個月來治療，以後每 1-3 個月做子宮內膜切片來追蹤。Wang 等報告在 9 例中，治癒比例達 50-80%，復發率有 30-40%，成功懷孕的有 2 例。

基於上述資料，子宮內膜癌之保守性治療，只建議用在第 I 期腺癌 (adenocarcinoma)，且經腹腔鏡做淋巴摘除檢查沒有轉移病灶，磁共振攝影 (MRI) 沒有子宮肌肉層及子宮頸之侵犯。

綜合上述報告，初步結果顯示，對某些選擇過的早期婦癌，甚至晚期低惡性和惡性生殖細胞卵巢癌患者，可以相對安全的保留生育能力，給年輕婦癌患者一線生機。

## 可能保留生育能力之新科技

### 一、卵巢移位 (ovarian transposition)

骨盆腔要接受放射線治療前，可將卵巢移至骨盆腔外圍，以減少放射線照射對卵巢所產生的傷害，並保留卵巢的內分泌功能和生育能力。此種移位僅可避免放射線之傷害，不能避免化學治療之傷害。

至於選擇由腹腔鏡或剖腹做移位，端視患者是否需要腹腔手術而定。

卵巢移位之位置，應以所計畫放射線之範圍而定。對子宮頸癌，將卵巢移至骨盆腔較高之外側即可。如要照骨盆腔之淋巴結 (如在 Hodgkin's 疾病)，卵巢可移至外側面。

保留卵巢成功之因素包括：(1) 是否有分散 (scatter) 放射線之量；(2) 卵巢血液供給是否因移位減少；(3) 患者之年齡；(4) 卵巢是否以屏障 (shielded) 阻隔；(5) 是否同時使用化學治療；(6) 是否只使用陰道短距離治療；(7) 是否用外骨盆腔放射線治療加上陰道短距離治療。

以外科手術將卵巢移位並非無併發症，文獻曾報告發生過輸卵管壞死、慢性卵巢疼

痛、卵巢囊腫生成、和在照射前卵巢又移回原位，有些患者甚至需接受再一次手術。

被移位的卵巢偶亦有癌症轉移或復發，Marice 等報告在 107 位子宮頸癌患者 2 位有卵巢之轉移。

卵巢被移位後，因離輸卵管太遠，出現自然懷孕之機會很少，除非做第二次手術，將卵巢恢復至原來位置。如果使用試管嬰兒（IVF）方法，則取卵在技術上更具挑戰。以腹腔鏡做卵巢移位，較簡單且傷害較少，但並非無副作用。卵巢移位後行放射線治療，理論上可避免卵巢衰竭，實際上仍增加早停經之風險。因卵巢移位後影響成功懷孕之因素太多，故應小心選擇。如同時或隨後要使用化學治療，更沒充分理由要做卵巢移位。

## 二、胚胎冷凍保存

胚胎冷凍保存已確立為 IVF 中一重要步驟，已被廣泛用在需化學治療或放射線治療之癌病患者，使能保留他們的生殖能力，其危險性和加強成功的方法已漸被研究。

目前臨床報告顯示，胚胎解凍之成功率在 35-90 % 間，植入（implantation）成功率在 8-30 % 間，累積成功率則可 > 60 %。

雖然冷凍胚胎有不錯之成功率，但此方法有三缺點：(1) 患者需要一位男伴或提供精子者；(2) 做試管嬰兒時，卵巢要先經刺激才能取卵，因此需要延遲化學治療或放射線治療時間，大多情況不被接受；(3) 刺激卵巢時會造成高血清雌激素，此對雌激素敏感之癌症可能為禁忌。

在乳癌患者，手術後至開始化學治療有 6 星期，原本有足夠時間來實施卵巢刺激和做 IVF。但傳統的卵巢刺激方式，會造成高血清雌激素，對乳癌應屬禁忌，因此最近有人採用自然排卵來做 IVF，唯每次能取的卵太少。但在 SERM (selective estrogen receptor modulator) 類藥出現後有了新的轉機。Tamoxifen 乃一非類固醇 triphenylethylene SERM，最早用作房事後避孕，後來發現有壓抑乳癌生長，及誘導排卵的雙重作用，正好可以用在乳癌婦女作 IVF 時。

根據 Oktay 等的報告，在乳癌患者實施 IVF 時使用 tamoxifen，與控制組比較可得到更多的卵子 (1.6 vs 0.7) 和胚胎 (1.6 vs 0.6)，在 tamoxifen 組，每位患者都得到胚胎 (12/12)，但在 5 位經自然排卵作 IVF 者，只有 3 位得到胚胎。然而，平均最高 estradiol，在 tamoxifen 組仍然是有意義的高於自然排卵的患者。

Letrozole 為另一類加強排卵之藥物，屬 aromatase inhibitor (AI)。Aromatase 乃一酵素，存在人體許多組織中，包括卵巢之顆粒細胞 (granulosa)，可將男性激素轉變為女性激素。Letrozole 是一種強且有高度選擇性的第三代 AI。半衰期約 48 小時。單一劑量 0.5 mg letrozole 即可強而久的壓抑血清中 estradiol (E2) 的量，間接可誘導排卵。臨床上，letrozole 2.5-5 mg 使用 5 天便可誘導排卵。不論單獨使用或與 FSH 合

併使用，平均 E2 值均比單獨使用 FSH 或 clomiphene 為低，也比自然週期為低。

Oktay 等使用 letrozole 之經驗，乳癌患者經過平均 554 天追蹤，在使用 letrozole 進行 IVF 組中，復發率為 (3/29 人)，與沒有做 IVF 組之復發率 (3/31 人) 相比較，結果相近。

Tamoxifen 會刺激子宮內膜，故不宜用在子宮內膜癌患者。應以 AI 代之。

有一研究顯示，使用 letrozole 會增加低體重、心臟異常或局部運動 (locomotor) 異常之嬰兒，但最近一篇有 911 位、母親使用 letrozole 後所誕生之嬰兒，與控制組比較，並沒有增加重度或輕度畸形之比率。

### 三、卵子冷凍保存

對沒有男性伴侶，且不希望用捐贈精子之癌病婦女，將卵子冷凍保存是保存生育能力的一種方法，但是此方法需先讓卵子成熟，大多數患者沒有時間等候。

1986 年，人類首次有由冷凍卵子誕生之嬰兒。1997 年，Porcu 等報告以精蟲直接進行卵細胞質內注射 (ICSI)，使冷凍保存卵子受孕，並產下一健康嬰兒。其後，更多成功例子陸續被報導。

早期對卵子冷凍保存，不像胚胎和精子之冷凍保存好，結果令人失望，冰凍後卵子之生存率、受精率和著床率均低，主因卵子之分裂紡錘絲 (meiotic spindle) 很脆，冷凍時細胞內形成冰結晶 (ice crystals)，解凍時出現傷害。

成熟中的卵子轉變期 II (metaphase II) 是十分脆弱的，因體積大，含水量高，染色質在赤道板 (equatorial plane) 排成一直線，兩側有分裂紡錘絲在牽拉。冷凍過程中，細胞內會有冰塊產生，解凍時易傷害到紡錘絲結構。而冷凍後，卵子的透明帶 (zona pellucida) 較硬厚，亦不利精子的穿透。

最近新的技術，使解凍後的卵子有更好之生存率、受精率和著床率。其中最重要的是改善了受精率，乃利用 ICSI 技術來克服冷凍過程中所造成堅硬透明帶的問題。ICSI 技術並能提高受精卵開始分裂 (cleavage) 的比率，但是亦有 5-15.3% 之異常受精。一報告在 32 位由冷凍卵子受孕之病例中，出現 1 位心室中隔缺損 (VSD)，1 位 3 胞胎，後者是以 ICSI 技術，將解凍之睪丸精蟲注入解凍卵子懷孕者。

由於不同的冷凍、解凍方法和不同的冷凍保護劑，使卵子之冷凍保存方法不盡相同。最常用方法為慢慢冷凍，快速解凍，為世界上第一次以冷凍卵子懷孕成功的方法。最近，許多改良之冷凍保護劑，也提高了轉變期 II 卵子之生存率。雖然如此，估計經此法解凍的卵子平均生存率為 47%，其受精率 52%，而每顆解凍卵子之懷孕率只有 1.52%。

另有預防細胞內冰結晶形成和改善卵子生存的活化 (vitrification) 法，經鼠胚胎研究得到了解。活化包括使用高濃度的冷凍保護液，合併使用約 1500°C /分鐘的快速冷凍 (cooling)，使細胞液直接變成光滑的固態、沒有冰結晶產生。此活化法簡單且便宜，不需使用計畫冰凍器 (programmable freezer)，傳統的慢冷卻方法反而需要。高濃度的冷凍保護液，是使用 ethylene glycol 和 dimethylsulphoxide，能改善卵子冷凍後的存活率和受精率。用此法每次活化-解凍之卵子，平均生存率為 68.4 %，受精率為 48.5 %，和每顆解凍卵子之懷孕率為 1.7 %。

因為冷凍和解凍對卵子之傷害因成熟 (maturation) 期而有所不同。如在胚芽囊 (germinal vesicle) 期進行冷凍保全，其生存率較轉變期 II 為高，因為前者之細胞體積少且尚無轉變期的紡錘絲，因此對冷凍傷害之抗阻力較大。更之，在胚芽囊期冷凍之卵子，產生有絲分裂紡錘絲異常比率亦低。雖然，胚芽囊時期卵子有較高解凍後生存率和低紡錘絲受傷，但因在體外的成熟度不夠，無法如轉變期 II 的卵子有相同的結果。但最近，活化不成熟卵子的技術又精進，可控制芽囊期卵子與轉變期卵子有相同的成熟、受精和胚胎發育率。但是，在人類使用不成熟卵子來冷凍-解凍方法者只有數例懷孕。

所有卵子的冷凍保護方法，特別在癌症患者，都必須經醫院相關委員會的許可才能實施。

#### 四、卵巢組織之冷凍保存

卵巢冷凍保存和移植令人振奮，但仍在實驗階段，將來可能為有病的婦女保留生育能力。許多新的、有效的冰凍保護劑，包括 ethylene glycol、DMSO、和 propanediol 的使用，使冷凍技術精進，在多種動物實驗皆有重覆成功生產的例子。

卵巢冷凍不像胚胎和卵子冷凍保存，乃將數百顆含不成熟卵子的 primordial 濾泡，直接冷凍保存，因而不會延遲癌症之治療。相對於成熟的卵子，primordial 濾泡較少有冷凍傷害，因為它較小、較慢的新陳代謝和缺乏透明帶。因此冷凍保存卵巢組織乃是在低溫下儲存不成熟濾泡。主要挑戰乃如何將這些儲存濾泡變成成熟期的卵來受精。理論上，有三種方法：(1)自體移植 (autotransplantation)；(2)異體移動 (xenotransplantation)；(3)體外成熟。

卵巢冷凍保存和移植有一大限制，乃移植後開始缺血，因此使大部份濾泡消失，冷凍時只會消失小部份濾泡。移植後之卵巢，會消失約 2/3 濾泡。

卵巢保留對癌症之治療時間不會延誤，沒有因卵巢刺激造成之空窗期，現實和理論上可以接受，而單身者亦不需經蟲之捐贈者，可為部份患者所選用。



## 參考文獻

1. Schlaerth JB, Spirtos NM, Schlaerth AC; Radical trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine preservation in the treatment of cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 29-34.
2. Tribble CL, Kosary C, Tribble EL; Long-term survival and patterns of care in women with ovarian tumors of low malignant potential. *Gynecol Oncol* 2002; 86: 34-37.
3. Zanetta G, Rota S, Chiari S, et al; Behavior of borderline tumors with particular interest to persistence, recurrence and progression to invasive carcinoma; a prospective study. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2658-2664.
4. Schilder JM, Thompson AM, DePriest PD, et al; Outcome of reproductive age women with stage IA or IC invasive epithelial ovarian cancer treated with fertility-sparing therapy. *Gynecol Oncol* 2002; 87: 1-7.
5. Tangir J, Zeltermann D, Ma W, et al; Reproductive function after conservative surgery and chemotherapy for malignant germ cell tumors of the ovary. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 251-257.
6. Zanetta G, Bonazzi C, Cantu M, et al; Survival and reproductive function after treatment of malignant germ cell ovarian tumors. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1015-1020.
7. Wang CB, Wang CJ, Huang HJ, et al; Fertility-preserving treatment in young patients with endometrial adenocarcinoma. *Cancer* 2002; 94: 2192-2198.
8. Frei KA, Kinkel K, Bonel HM, et al; Prediction of deep myometrial invasion in patients with endometrial cancer; clinical utility of contrast-enhanced MR imaging-a meta-analysis and Bayesian analysis. *Radiology* 2002; 216: 444-449.
9. Birharah M, Tulandi T; Laparoscopic preservation of ovarian function; an underused procedure. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 367-370.
10. Morice P, Haie-Meder C, Pautier P, et al; Ovarian metastasis on transposed ovary in patients treated for squamous cell carcinoma of the uterine cervix; report of two cases and surgical implications. *Gynecol Oncol* 2001; 83: 605-607.
11. Oktay K, Buyuk E, Libertella N, et al; Fertility preservation in breast cancer patients; Prospective controlled comparison of ovarian stimulation. *J Clin Oncol* 2005; 23: 4347-4353.
12. Son WY, Yoon SH, Yoon HJ, et al; Pregnancy outcome following transfer of human blastocysts vitrified on electron microscopy grids after induced collapse of the blastocoele. *Hum Reprod* 2003; 18: 137-139.

13. Oktay K, Buyuk E, Davis O, et al; Fertility preservation in breast cancer patients; IVF and embryo cryopreservation after ovarian stimulation with tamoxifen. Hum Reprod 2003; 18; 90-95.
14. Porcu E, Fabbri R, Seracchioli R, et al; Birth of a healthy female after intracytoplasmic sperm injection of cryopreserved human oocytes. Fertil Steril 1997; 68; 724-726.
15. Porcu E; Oocyte freezing. Semin in Reprod Med 2001; 19; 221-230.
16. Chia CM, Chan WE, Quah E, et al; Triploid pregnancy after ICSI of frozen testicular spermatozoa into cryopreserved human oocytes; case report. Hum Reprod 2000; 15; 1962-1964.
17. Eroglu A, Toner M, Toth TL; Beneficial effect of microinjected trehalose on the cryosurvival of human oocytes. Fertil Steril 2002; 77; 152-158.
18. Bordes A, Lornage J, Demirci B, et al; Normal gestations and live births after orthotopic autograft of vitrified-warmed hemi-ovaries into ewe. Hum Reprod 2005; 20; 2745-2748.

## 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

### LOK >>>

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 [obsgyntw@yahoo.com.tw](mailto:obsgyntw@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。

# 懷孕與病毒性肝炎

新泰醫院婦產科 顏兆熊

較常見的病毒性肝炎有A、B、C、D、E等5型(表1)，除B肝病毒為DNA病毒外，其他都屬RNA病毒。不同型別的病毒所引起的肝炎症狀類似，但傳染途徑與病程(預後)不同。B、C、D型病毒除引起急性肝炎外，亦可造成慢性感染。另有所謂F型肝炎病毒，但此病毒尚未被確認為新基因型的病毒，可能只是B肝病毒的變異型。G肝病毒則為新近被確認的單股RNA病毒，主要經由血液傳染，也可能垂直感染，但慢性感染很罕見，C肝患者中有20%可發現G型肝炎病毒。

表1. 各種病毒性肝炎之特性

型別	A	B	C	D	E
病毒種類	RNA	DNA	RNA	RNA	RNA
感染途徑	糞-口感染	血液/體液	血液/體液	血液體液	糞-口感染
潛伏期	15-50 (平均28)天	60-150 (平均90)天	30-60天		3-8週 (平均40天)
診斷工具	Anti-HAV, Anti-HAV IgM	HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBc IgM, HBsAb	Anti-HCV, HCV RNA	Anti-HDV	Anti-HEV
慢性感染	-	+	+	+	-
疫苗	+	+	-	-	-
垂直感染	極罕見	HBeAg(+):90%* HBeAg(-):10-20%*	3-6%	可能	33.3-50%?

\* 當未給與免疫預防時。在給與免疫預防後HBeAg (+)者垂直感染機率為10-15%，HBeAg (-)者為<1%(Chang, 2007)。

很多感染急性病毒性肝炎者沒有症狀，若有症狀通常亦不具特異性，常見的有發燒、疲憊、不舒適、無食慾、噁心、右上腹或上腹部疼痛。小便可能呈暗褐色，大便可能呈灰色。典型理學檢查發現為黃疸、上腹壓痛、肝腫大，但也有很多肝炎病患未出現黃疸。在猛暴性肝炎可能出現凝血異常與腦病變。實驗室檢查可發現 alanine aminotransferase (即 SGPT)、aspartate aminotransferase(即 SGOT)等肝功能指數升高很多，bilirubin 通常也會上升。肝炎之確切診斷要靠肝切片，但臨床上很少需要做。

急性 A、B、C、D 型肝炎之病程不受懷孕影響，除猛暴型肝炎外，孕婦與胎兒的健康通常也不會因急性肝炎而受影響。有些研究顯示懷孕早期發生急性 B 肝者流產機率較高，若發生於懷孕晚期則早產機率較高，但流產/早產增加的比率可能不會比其他懷孕期間的發熱性疾病更高。E 型肝炎在懷孕患者可能較嚴重，且母體/胎兒發生併發症的機率也較高。

各型急性肝炎都沒有特異性治療，只能作症狀治療。懷孕之急性肝炎患者應多休息、避免上腹部受創、維持足夠營養，若有水分或電解質異常應加以矯正，若有凝血異常應治療。要避免與家人或性伴侶的親密接觸，除非這些人已知有免疫力或有適當的預防措施。

除非已進展到肝衰竭，否則慢性病毒性肝炎的懷孕結果通常不錯。但有些研究顯示在慢性 B 肝孕婦發生早產、產前出血、胎兒窘迫、妊娠性糖尿病的機率較高。Zanetti (1999) 報告慢性活動性 C 肝孕婦發生早產與子宮內生長遲滯的機率較高；但其他學者的研究未發現 C 肝病毒感染會造成不良的懷孕結果。

大部分慢性(B、C、D型)病毒性肝炎沒有臨床症狀，通常都是在例行檢查發現，但可能發生肝硬化、肝癌等長期後遺症，並成為感染源。此時處置的策略包括 (1) 避免肝臟受進一步傷害 - 限制飲酒，可能造成肝臟傷害或需經由肝臟代謝的藥物應小心使用，對 A 肝或 B 肝沒有免疫力者應注射疫苗。(2) 避免傳染他人 - 不可捐血、捐精或捐贈器官，家人或性伴侶應檢驗對同型病毒是否有免疫力，性行為時使用保險套，避免共同使用刮鬍刀、牙刷、指甲剪、針頭，有傷口應加以覆蓋。(3) 避免長期後遺症 - 做肝細胞癌之篩檢(超音波、alpha -fetoprotein)，驗肝功能看是否有慢性肝病，並考慮做抗病毒藥物治療。Interferon、ribavirin、lamivudine 等藥物在部分慢性病毒性肝炎患者可抑制病毒複製與減輕肝破壞。這些藥物在懷孕期間使用的安全性仍不清楚，通常於生產後才開始治療。

## A 型肝炎

A 肝潛伏期 28(15-50)天，感染後病毒在肝臟複製，經由膽汁排出於糞便中，糞便之

病毒濃度最高時間為臨床症狀出現前二週至後一週。A肝病毒感染可自行恢復，不會造成慢性感染或慢性肝病，但有 10-15%患者症狀可持續達 6 月或於此期間內復發。A肝病毒感染極少會引起急性肝衰竭，整體死亡率約 0.5%。成人感染後 80%出現症狀，但發生於兒童的感染大多數無症狀。A肝病毒感染後可出現抗體(anti-HAV)，此抗體可終生存在，可預防再次感染 A 肝。

A 肝主要經由糞-口感染，經由血液感染很少見。感染途徑主要為人與人直接接觸或食用經污染的食物或飲水。不良的個人衛生習慣或不良的環境衛生可能引起 A 肝爆發。食物加熱至 85. C 以上為時 1 分鐘或以稀釋之家用漂白劑在物品表面做消毒可使 A 肝病毒去活化。雖然在實驗動物的唾液偶可發現 A 肝病毒，但 A 肝是否能經由唾液感染仍未經證實。性接觸可能傳染 A 肝，但可能是糞-口接觸引起(而非直接由性行為引起)，故性行為使用保險套無法避免 A 肝感染。醫事人員感染 A 肝的機率不會比一般人高。懷孕期間感染 A 肝病毒者，有可能垂直感染嬰兒，但極為罕見。A 肝母親只要注意衛生習慣，仍可餵奶。

A 肝病毒感染可能沒有症狀，有症狀者也無法與其他病毒性肝炎做區分，診斷 A 肝只有靠血清學檢查，若 anti-HAV 抗體陽性可判斷有 A 肝病毒感染，但無法區分急性或過去之感染。由於 A 肝病毒的 IgM 抗體只出現於感染後 6 個月內，若 IgM 抗體陽性可判斷為急性感染。打過 A 肝疫苗者也可能出現 anti-HAV 抗體，但因濃度較低，不見得一定驗的出來。

預防 A 肝感染最有效的方法為注射疫苗，此疫苗為去活性之 A 肝病毒，通常建議隔 6 月注射兩劑。成人打第一劑後有 94-100%可產生免疫力，打第二劑後可達 100%；保護效果至少可維持 20 年。注射 A 肝疫苗後不需再檢驗是否產生抗體，一方面因大多數人可產生抗體，另一方面有些人雖因抗體濃度太低而無法被檢驗出來，但仍有保護作用。對已有抗體者注射疫苗並不會造成傷害。懷孕期間可注射 A 肝疫苗。

台灣為 A 肝之高流行區域，對 A 肝病毒無免疫力者(以前未曾注射 A 肝疫苗、且沒有抗體者)都建議要打 A 肝疫苗。對 A 肝無免疫力者若接觸 A 肝病毒，應儘快(不要超過兩週)給單一劑量之免疫球蛋白(0.02 mL/kg 肌注)以提供被動免疫，使用後可提供 3 月內 85%的保護作用；在此同時亦應注射疫苗以刺激產生主動免疫。

## B 型肝炎

B 肝病毒為雙股之 DNA 病毒，有 8 種不同的基因型。B 肝潛伏期 6 週至 6 月，病毒濃度在血液中最最高，在其他體液(精液、陰道分泌物、傷口分泌物、唾液)較低，傳染途徑為

皮膚或黏膜接觸血液或體液引起。在成人之急性感染約有一半出現症狀，發生急性肝衰竭而死亡的機率約 0.5-1%。成人感染 B 肝病毒後大部分都能產生保護性的抗體而自行恢復，變成慢性肝炎的機率約 5-10%。若是在出生前後由母體感染(垂直感染)，未來變成慢性肝炎的機率則為 85-95%；這些慢性肝炎患者有 25-30% 在未來會演變成肝硬化或肝癌。B 肝病毒的慢性感染通常無症狀、通常肝功能正常，但這類患者有 15-30% e 抗原呈陽性且有活躍的病毒 DNA 合成，代表病毒持續複製，有可能感染他人。

成人的 B 肝主要經由性行為感染，B 肝患者之性伴侶有 25% 遭到感染(Mast, 2005)。其他感染機率較高的族群為非法靜脈注射藥物者、可能因職業而接觸血液/體液者(包括醫事人員)。醫護人員遭 B 肝患者血液污染的針頭或其他尖銳器械刺傷之後，感染 B 肝的機率約 20-30%。B 肝病毒在室溫下可在物體表面維持活性達 7 天，且只要很低濃度的病毒(102-103/mL)便可引起感染，與慢性感染患者密切接觸者可能經由物體表面的病毒而得到感染。B 肝不會經由擁抱、咳嗽、食物、飲料、共同進食、共用餐具或日常接觸而感染(Workowski, 2006)。

診斷 診斷急性與慢性 B 肝都要靠血清學檢查(表 2)。

- B 肝表面抗原(HBsAg)在急性 B 肝症狀出現之前 4 週便可在血中驗到，為最早出現的抗原，持續存在 1-6 週後逐漸消失；表面抗原在血中持續存在若超過 6 個月便是慢性 B 肝。血中有表面抗原代表有傳染性。
- 核心抗體(anti-HBc)在 HBsAg 出現之後 3-5 週出現，且終生持續存在，此抗體沒有保護作用。核心抗體陽性代表有過 B 肝感染，但無法區分急性感染、慢性感染、或是已復原之感染。核心抗原只存在於肝細胞中，無法在血中測到。
- 核心抗原之 IgM 抗體(anti-HBc IgM)在感染後持續存在約 6 個月，IgM 核心抗體陽性代表急性或最近的 B 肝感染。若表面抗原與核心抗體都呈陽性，而 IgM 核心抗體呈陰性，表示為慢性 B 型肝炎感染。
- B 肝表面抗體(anti-HBs)為保護性的抗體，只有在 B 肝病毒感染復原之後出現(此時 HBsAg 已消失)，代表已產生免疫力。打過疫苗者亦會出現表面抗體，但不會出現核心抗體。
- B 肝 e 抗原(HBeAg)可能出現於急性或慢性感染，e 抗原陽性代表有活躍的病毒複製、病毒數量很高(B 肝病毒 DNA 107-109 IU/mL)，傳染性特別高。

表 2. B 型肝炎血清學檢查結果之判讀

HBsAg	Anti-HBc	IgM anti-HBc	Anti-HBs	臨床意義
-	-	-	-	未曾感染
+	-	-	-	急性感染之早期或注射疫苗後之暫時性表現(可能持續達 18 天)
+	+	+	-	急性感染
-	+	+	-	急性感染之恢復期
-	+	-	+	感染已復原，並產生免疫力
+	+	-	-	慢性感染
-	+	-	-	有 4 種可能性： (1)Anti-HBc 假陽性 (2)先前有過感染但因 anti-HBs 濃度過低而未能測出 (3)慢性感染但 HBsAg 濃度過低而未能測出 (4)Anti-HBc 由 HBsAg 陽性之母親進入胎兒體內
-	-	-	+	若濃度> 10 mIU/mL 代表疫苗注射後有免疫力，給與 HBIG 之後亦可能暫時性出現

預防 對於 B 型肝炎病毒無免疫力者，可經由注射疫苗產生主動免疫或經由給與 B 型肝炎免疫球蛋白(hepatitis B immunoglobulin, HBIG)而提供被動免疫。台灣為 B 肝之高流行區域，為避免感染 B 肝及其長期後遺症，沒有 B 肝表面抗體與表面抗原者(通常代表未曾感染 B 肝)都建議打疫苗。現今使用的 B 型肝炎疫苗乃經由 DNA 重組技術所製造的 B 肝表面抗原，分 3 次給與，第二劑與第三劑在打第一劑後 1 月與 6 月注射。青少年與小於 40 歲的健康成人，打第一劑後 30-55%可產生保護性的抗體，第二劑後有 75%，第三劑後>90%(Workowski, 2006)。年齡較大的人注射疫苗後產生抗體的比率較低。疫苗所引起的免疫反應可持續至少 15-20 年。在免疫功能正常者，注射疫苗後不需定期驗抗體；例外狀況為醫事人員、消防救護人員等經常接觸血液或體液者、表面抗原陽性者之性伴侶或共用針頭者、免疫功能缺陷者(包括 HIV 感染)。這些人應在最後一劑打完後 1-2 月做檢驗，若無抗體反應(<10 mIU/mL)，應再給與 3 個劑量的疫苗。現在或以前有過 B 肝感染者，注射疫苗不會造成不良反應。孕婦亦可施打 B 肝疫苗。

對於 B 型肝炎病毒無免疫力者，在接觸表面抗原陽性者的血液或體液時，應儘快(最好在 24 小時內)給與 B 肝疫苗與免疫球蛋白。B 肝免疫球蛋白乃由含高濃度表面抗體之血漿製成，注射一劑可提供暫時性(3-6 月)的保護。若已打過疫苗且已知有反應者(或已知有抗體者)，於接觸 B 肝病毒後可不再做處置；若不確定是否有反應，可再打一劑疫苗。

## B 肝與懷孕

在開始全面對新生兒進行 B 肝免疫預防前，台灣一般民眾 B 肝帶原率為 15-20%。慢性 B 肝患者除本身可能發生肝硬化、肝癌外，也可能成為感染源。經由母親傳給胎兒為造成慢性 B 肝感染的主要途徑，台灣的慢性 B 肝患者約有一半是由垂直感染而來。在未實施新生兒免疫預防的情況下，B 肝慢性感染的孕婦若只有表面抗原陽性(e 抗原陰性)，她的胎兒感染 B 肝的機率為 10-20%；若表面抗原與 e 抗原都為陽性，則垂直感染機率高達 90%。

垂直感染除可由慢性帶原的母親引起外，若母親在懷孕期間發生急性 B 肝亦可能感染她的小孩，若在懷孕的較早期(前三個月)發生急性 B 肝，新生兒得到垂直感染機率為 10%，若在懷孕的最後三個月發生則為 80-90% (Mast, 2005)。

在台灣所有孕婦在產前檢查時都要驗 B 肝表面抗原與 e 抗原。為避免垂直感染，所有新生兒(包括母親之表面抗原為陰性者)都要接受肝炎疫苗注射，刺激身體產生抗體主動免疫(於 0,1,6 個月各注射一劑)。若母親為 e 抗原陽性，則新生兒除注射 B 肝疫苗外，還應注射免疫球蛋白(於出生後 24 小時內注射 0.5 mL)，這樣的新生兒免疫預防(包括疫苗注射與免疫球蛋白)可將新生兒感染與發生慢性肝炎的機率減少 85-95%。美國疾管局建議表面抗原陽性(不論 e 抗原為陽性或陰性)孕婦所生的新生兒，除疫苗外亦要注射免疫球蛋白。台灣的研究顯示 HBsAg 帶原者若 e 抗原為陰性，則其新生兒打疫苗便可產生保護作用，加上免疫球蛋白並不會增加保護效果(Tsai, 1984)；故在台灣對這類新生兒只打疫苗。台灣於 1984 年開始對新生兒施打 B 肝疫苗，兒童之 HBsAg 帶原率由 1984 年之 9.8% 降至 1994 年之 1.3%，1999 年更降至 0.7%；代表有 B 型肝炎病毒感染的 anti-HBc 盛行率則由 26% 降至 4.0% 與 2.9%；嬰兒之猛暴性肝炎死亡率與兒童之肝細胞癌發生率亦明顯下降(Chien, 2006)。新生兒施打 B 肝疫苗注射之後數年，抗體的濃度可能逐漸下降，是否有必要於 10-15 年或更久之後再注射一劑加強性的疫苗尚未有定論。

B 型肝炎之垂直感染 85-95% 都是因生產過程中接觸母體血液或產道分泌物而引起，產後與母親的親密接觸也可能感染新生兒，經由這些途徑的感染大都可藉新生兒免疫預防而



避免。但有少數胎兒可能在子宮內就受到B肝病毒感染(經由血行通過胎盤)，此種產前感染的危險因子包括 e 抗原陽性、有先兆性早產病史、B 肝病毒表面抗原與 DNA 的濃度較高者、絨毛微血管內皮細胞發現有 B 肝病毒 DNA 者；此時在新生兒期給與免疫預防將無法產生保護。因此近來有學者嘗試對 B 肝病毒濃度較高的孕婦在懷孕晚期進行產前治療，給與免疫球蛋白或 lamivudine (Li, 2004; Xu, 2004)；初步結果顯示此做法可減少但未能完全去除垂直感染。Lamivudine 屬 C 類藥物，通常在懷孕的前 3 月不建議使用，但倒也不是說懷孕期間一定不可以使用，需評估可能的利弊後再做決定。

若是新生兒有打過疫苗以及免疫球蛋白，慢性 B 肝帶原者仍可餵母乳。至於 HBeAg 陽性者是否可餵奶未有定論。Wang (2002) 報告在表面抗原陽性的孕婦，若新生兒有注射免疫預防，則剖腹產未減少垂直感染的機率；目前不建議為避免 B 肝之垂直感染而行剖腹產。B 肝病毒可能出現於羊水中，但在目前有限的資料中，未發現懷孕中期的羊膜穿刺會增加垂直感染 B 肝的機率。

## C 型肝炎

以前稱為非 A 非 B 型肝炎，至 1989 年這類肝炎的致病原才被確認並命名為 C 型肝炎病毒，輸血後發生的肝炎 90% 以上為 C 肝病毒所引起。自 1990 年代開始對供血者的血液進行 C 肝病毒篩檢後，由輸血所引起的 C 肝已大為減少。C 肝病毒為單股 RNA 病毒，可分為 6 種基因型以及許多亞型，主要經由血液感染，亦可經由性行為或由母親傳染胎兒(垂直感染)。在一般人當中 0.5-1.4% 可發現 C 肝病毒抗體，陳寶妃等人報告在台南縣 40 歲以上的成人，C 肝病毒抗體陽性之盛行率為 10%。C 肝病毒抗體陽性之盛行率在血友病患者為 64-86%，在靜脈藥物成癮者為 56-86%、性伴侶有 C 肝者 30%、娼妓 20%。醫護人員遭 C 肝患者血液污染的針頭或其他尖銳器械刺傷之後，感染 C 肝的機率約 1.8%。

C 肝的潛伏期 30-60 天，大部分(75%)急性感染不出現症狀，有症狀者通常比 B 肝輕微，但有 60-85% 會演變成慢性感染，其中的 60-70% 會變成慢性活動性肝炎(合併有肝功能異常)(Airoldi, 2006)。慢性 C 肝患者經 20-30 年之後，有 10-20% 發生肝硬化，1-5% 發生肝細胞癌。C 肝病毒與 HIV 病毒經由相同的途徑感染，因此兩者可同時感染，此時肝臟受損會較嚴重、病程進展較快。

診斷 診斷 C 肝需依靠檢驗 C 肝病毒抗體(anti-HCV)，但此檢驗假陽性率有 15-60%；因此若 C 肝病毒抗體為陽性，應以聚合?連鎖反應驗 C 肝病毒 RNA，若 C 肝病毒 RNA 陽性

代表其為進行中的感染、有傳染性。接觸C肝病毒後1-3週內可在血中驗出C肝病毒RNA，C肝病毒抗體出現的時間平均為接觸後8-9週。C型肝炎之抗體無保護性(與B肝表面抗體不同)，有C肝病毒抗體者，86%可發現C肝RNA。C肝病毒抗體與C肝病毒RNA陽性超過6個月便是慢性C肝。

## C肝與懷孕

孕婦之血清C肝抗體陽性率約1.5-5.2%，這些孕婦之胎嬰兒預後與無抗體者沒有差別，但有3-6%可能遭到垂直感染。有HCV抗體的孕婦若血中測不到C肝病毒RNA，垂直感染胎兒的機率約0-3.3%，若C肝病毒RNA陽性則為4.3-6.2% (Airoldi, 2006)；通常C肝病毒RNA濃度愈高，垂直感染的機率愈大。若母親同時感染HIV，垂直感染機率可達25-44% (Ferrero, 2003)；若有使用治療HIV的抗病毒藥物，則可減低垂直感染率。另也有研究顯示破水時間過久或使用內置性胎兒監測，可能增加C肝垂直感染率。經由母親垂直感染C肝的小孩發生慢性C肝的機率約80%。

目前沒有方法來預防新生兒垂直感染C肝，因此也不建議懷孕期間做C肝病毒抗體篩檢。但對感染機率特別高(非法注射藥物、長期血液透析、輸血或接受器官移植)者應檢查C肝病毒抗體。剖腹產無法避免C肝病毒的垂直感染(European paediatric HCV network, 2005; Zanetti, 1998; Tower, 2001)。雖然C肝病毒RNA可出現於母乳中，但未有證據顯示C肝會經由哺乳感染，可能因母乳中病毒數量過少或腸胃道的防禦功能；但若乳頭有破皮、出血則不要哺乳。C肝病毒可能出現於羊水中，但在目前有限的資料中，未發現懷孕中期的羊膜穿刺會造成C肝的垂直感染。

母親的C肝病毒抗體可經由胎盤進入胎兒體內，因此新生兒體內C肝抗體可持續存在約18個月，此時做C肝抗體檢驗無法診斷是否有垂直感染。在出生時留臍帶血驗C肝病毒RNA亦可能出現假陰性與假陽性，無法診斷垂直感染。診斷垂直感染必需在出生兩個月以後兩次(每次間隔3-4個月)HCV RNA檢查都呈陽性或在出生18個月以後HCV抗體呈陽性。受C肝感染的嬰兒在出生後5年通常不會有臨床上的肝炎症狀。C肝的垂直感染都發生於懷孕期間或生產時，未發現出生之後的感染(B肝感染有40%發生於出生後18月內)。與成人比起來，嬰兒期感染C肝似乎有較多能自行復原，但仍須進一步研究證實。

在未懷孕時用於治療慢性C肝病毒感染的藥物(pegylated alpha interferon + ribavirin)約有50%的機率可將C肝病毒清除。對於懷孕期間的C型肝炎病毒感染，是否可

以用抗病毒藥物來改善母親的預後或避免胎兒垂直感染仍有待研究。Ribavirin有造成先天畸形的危險(屬X類藥物),不可在懷孕期間使用, alpha interferon 對胎兒造成危害的可能性不高, 屬C類藥物。

## D 型肝炎

D 型肝炎病毒為不完整之病毒顆粒, 需要由 B 型肝炎病毒提供病毒被膜(即 B 型肝炎表面抗原), 因此只有在 B 型肝炎病毒存在時才會致病。D 型肝炎病毒感染可與 B 型肝炎病毒感染同時發生(共同感染), 也可能在 B 型肝炎之後得到感染(重複感染, superinfection)。D 型肝炎主要經由血液傳染, 危險因子與 B 肝同, 最常見於靜脈注射藥物者。慢性 B 型肝炎帶原者有 20-25%有 D 型肝炎感染的現象。

感染急性D肝的早期病徵與B肝相同, 但在症狀逐漸消退之後 2-4 週, 症狀再次出現(可能較輕微)且 transaminase 再升高, 此時 D 肝病毒之血清學通常呈陽性。若檢驗出 D 肝病毒之 IgG 抗體可診斷有 D 肝感染, D 肝病毒 IgM 抗體代表急性感染, 若 D 抗原持續存在代表慢性感染。D 肝病毒之 IgG 抗體非保護性的抗體(與 C 肝同), 當抗體存在時仍可能有持續性的病毒血症、肝臟破壞。

與其他慢性肝炎比起來, 慢性D型肝炎較易造成嚴重疾病, 70-80%會發展至肝硬化與門靜脈高壓症(在慢性 B 型肝炎為 15-30%)(Drobeniuc, 1999), 15%在急性發病後二年內迅速發展成肝硬化; 整體看來, 有 25%因肝衰竭而造成死亡。D 肝也可能垂直感染, 但很少見, 因為預防新生兒感染 B 肝的措施也可有效避免 D 肝。

## E 型肝炎

E 肝傳染途徑與 A 肝類似(糞-口感染), 較常見經由遭污染的飲水引起, 不會經由性接觸感染。潛伏期 3-8 週(平均 40 天), 通常可自行恢復, 不會出現慢性帶原狀況。診斷靠發現 E 肝病毒抗體。懷孕期間發生急性 E 型肝炎的孕婦發生母體死亡、胎兒死亡、早產、產前出血等併發症的機率比其他型別肝炎高(Patra, 2007)。在懷孕的最後 3 個月感染 E 肝, 可能造成嚴重肝病, 孕婦死亡率可能達 20%。懷孕期間發生急性 E 型肝炎, 垂直感染率可能達 33.3-50% (Sookoian, 2006), 但相關資料有限, 尚待進一步證實。目前未發現 E 肝病毒感染者餵奶會對新生兒造成不良影響。

## 參考文獻

1. Airoidi J, Berghella A: Hepatitis C and pregnancy; *Obstet Gynecol Surv* 2006;61:666-72.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG Practice Bulletin No. 86. Viral hepatitis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 110:941-55.
3. Chang MH: Hepatitis B virus infection. *Semin Fertil Neonat Med* 2007;12:160-7.
4. Chien YC, Jan CF, Kuo HS, et al: Nationwide hepatitis B vaccination program in Taiwan: effectiveness in the 20 years after it was launched. *Epidemiol Rev* 2006;28:126-35.
5. European paediatric HCV network (EPHN), Pembrey L, Newell ML, Tovo PA: The management of HCV infected pregnant women and their children. *J Hepatol* 2005;43:515-25.
6. European paediatric Hepatitis C Virus Network: A significant sex-but not elective cesarean section-effect on mother-to-child transmission on hepatitis C virus infection. *J Infect Dis* 2005;192:1872-9.
7. Mast EE, Hwang LY, Seto DS, et al: Risk factors for perinatal transmission of hepatitis C virus (HCV) and the natural history of HCV infection acquired in infancy. *J Infect Dis* 2005;192:1880-9.
8. Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, et al: A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR Recomm Rep* 2005;54(RR-16):1-31.
9. Patra S, Kumar A, Trivedi SS, et al: Maternal and fetal outcomes in pregnant women with acute hepatitis E virus infection. *Ann Intern Med* 2007;147:28-33.
10. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Hepatitis and reproduction. *Fertil Steril* 2006;86:S131-41.
11. Sookoian S: Effect of pregnancy on pre-existing liver disease: Chronic viral hepatitis. *Ann Hepatol* 2006;5:190-7.
12. Sookoian S: Liver disease during pregnancy: acute viral hepatitis. *Ann Hepatol* 2006;5: 231-6.
13. Workowski KA, Berman SM: Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2006. Center for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR-11):1-94.
14. Xu WM, Cui YT, Wang L, et al: Efficacy and safety of lamivudine in late pregnancy for the prevention of mother-child transmission of hepatitis B; a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled stud. *Hepatology* 2004;40(S1): 272A-3A.

## 法律信箱

# 學會會員的 醫師責任保險列車要開動了

-----還沒有上車的旅客,請趕快上車

本會常務理事/醫療法制暨醫療糾紛委員會召集人  
政大風險管理保險研究所法律組博士候選人  
財團法人高醫師風險管理基金會籌備處 高添富

今年三月廿五日我們台灣婦產科醫學會第十七屆會員年會時，由醫療法制暨醫療糾紛委員會主辦的「醫療倫理法律專題演講」問卷調查，感謝會員們的通力合作，居然完成了壹份 1544 人次的問卷調查，真是空前絕後。統計結果有 475 位，即三成參與問卷的會員，留下電話號碼，表示願意投保由學會主導，集體向保險公司投保的醫師責任保險，足証這是我婦產科界一次醫師大團結的具體表現。

問卷調查統計結果如下：

保險方案	甲案一 150 萬	甲案二 200 萬	乙案一 150 萬	乙案二 200 萬	丙案 不參加	TOTAL
回答人數	400	389	226	87	442	1544
要保人數	129	174	94	26	52	475
%	32.6%	43.5%	41.6%	29.9%	11.8%	30.8%

- 註：1 甲案一(門診+接生含 C/S & Lapa) 保險金額 150 萬，保費約 6 萬 5。  
2-甲案二(門診+接生含 C/S & Lapa) 保險金額 200 萬，保費約 7 萬 5。  
3 乙案一(只保門診，不接生不手術) 保險金額:150 萬，保費約 4 萬。  
4 乙案二(只保門診，不接生不手術) 保險金額:200 萬，保費約 5 萬。  
5 丙案 不參加團保:

## 真的會有那麼多醫師會投保嗎？

在如此豐碩的統計成績單下，因為產險公司重視的是大數法則，而醫師的立場一定是有團結才有力量，也才不會被個個擊破，所以個人不禁興奮的開始馬不停蹄，到處奔走，一下子到台灣產保公司作簡報，一下透過教授和富邦產保公司談判，一下子又和保險代理人或經紀人公司討論……包括也和世界知名的 MARSH 的亞洲區負責人議價溝通過，只是醫責險的古老問題與疑惑依然存在：比較有學問的保險業者會不禁懷疑一、沒有足夠公信力的醫療鑑定機構，如何理賠？二、沒有保險與醫學之間的仲介團體，居中專業管理，無以為繼。而比較現實的業者則是不屑的質疑一、您們醫師真的要保嗎？（還是說說而已？）二、真的會有那麼多醫師會投保嗎？（或只是高某人吹牛膨風，自我膨漲？）個人可以說實在備受羞辱，不禁捫心自問：好好醫師不做，幹嘛淌這種混水？我們保險法教授還偷偷告知說，產險業者都在冷眼旁觀，等著看高某人的笑話……看牛皮吹噓什麼時候會戳破！不論個人如何信誓旦旦，說破喉嚨保證我們醫師都是言而有信，和生意人大不同，我們醫師雖夠謹慎小心，但也很踏實穩重，不會打高空，更不會亂承諾，但言者諄諄聽者藐藐，業者大都仍是頗不以為然。所以，坐而言不如起而行，個人在冒著博士論文半途而廢的危機，在業界虎視眈眈眾人側目下，不得不硬著頭皮，決心要下海開始發動我們婦產科醫學會會員的醫師責任保險的頭班列車，所以在此要敬告各位會員，籌備七年，暖身三年，我們醫責險的列車今年就真的要開動了，所以……還沒有上車的旅客，請趕快上車！

## 為什麼要找理洋保險經紀人來代理？

萬事起頭難，三年來個人在課餘，門診以外時間跑遍金管會，保險局，富邦產物，台灣產物，產險公會，衛生署，到處鼓吹保險合作社及醫責險招商行動，最後都是一事無成，徒勞無功。好在今年問卷調查統計報告出爐之後，聲勢大振，信心大增，再經過政大保險法教授的穿針引線，找到一些 EMBA 班的政大學弟們共襄盛舉，事情方有轉機。不要看這些 EMBA 的學弟們，個個來頭可真不小，不是保險公司董事長就是總經理，或至少經理級以上主管，都是位高權重的保險菁英，在聽到高學長推動醫責任保險的一片苦衷及努力下，莫不為之動容，紛紛路見不平，拔刀相助。

事實上個人雖有意獨攬保險代理，經紀及公証大權之雄心壯志，然不敵孤掌難鳴，而且身為純學術理論的知識份子，吃飯不知米價，怎應付得了商場的詭譎和繁瑣？所以個人只能先在經濟部成立一家「達特高 DRK 醫師風險管理公司」，作為日後成立「財團法人高醫師風險管理基金會籌備處」的根據地，其他實際的保險業務只有全權委託政大學弟吳燦濱董事長的「理洋保險經紀人有限公司」，來為我們婦產科醫師會員提供服務。為了要找

尋一家最理想的產物保險公司願意承保，吳董事長也是鼻青臉腫連連碰壁，甚至有家產保公司還故意把保費定得高高的（比個人投保還要高），明擺著就是不要保您們高危險群的婦產科醫師，不然就是在承保範圍內動手腳……如有一家產險公司，保婦產科居然不保D&C，或是產險公司自許成立「專業理賠小組」，號稱理賠公正，其實公司自己鑑定，來決定公司要不要理賠，根本就是裁判兼球員，真的是把醫師當白痴看待而已。最後理洋經紀人才找到另一位在兆豐產物保險公司，負責醫師業務責任保險的學弟魏經理，經本人面對面溝通瞭解後，魏經理居然答應用比個人所期望的，更優惠的價格承保，本人也和魏經理及其帶領下的理賠科長，在教授出面背書下誠懇的協商討論過相關理賠細節，可說可能發生的問題都一一解決了，現在真的是萬事皆備，只欠東風了……也就是說要驗收，到底有多少會員要投保？或到底有沒有醫師要保？

## 為什麼要找兆豐產物保險公司集體承保？

自從中部某醫藥大學附設醫院動手術搶救慢病患成植物人，醫師醫院被法院判賠 3 千萬，並月付終身照護費（中國時報 2007/10/4 鮮明、葉志雲/台中報導），醫療糾紛和解的喊價又隨之水漲船高，自 3 千萬元起跳。所以產科醫責險保險金額 200 萬的最高賠償，變得微不足道，不過是杯水車薪而已，所以個人要求對有接生或開腹手術的婦產科醫師，保險金額至少要 400 萬。結果兆豐產物保險公司也能善意回應，種種細節居然都比本人當初的期望與要求還要好，在此迫不及待要向會員們報告這個大好消息。以下僅做個簡表比較，當知事在人為，會員一定也會明白，為什麼我們要找兆豐產物保險公司我們學會會員集體承保的理由了。

### 一、兆豐產物保險公司保費和富邦產物的比較（保險期間均為一年）

項目	會員集體投保兆豐產物保險公司		個人投保富×產保	
	婦科方案 100 萬	產科方案 400 萬	100 萬	200 萬
保險金額	婦科方案 100 萬	產科方案 400 萬	100 萬	200 萬
基本保費	NT\$20,000	NT\$60,000	NT\$59,000	NT\$88,000
每一事故肢體傷或死亡	100 萬	400 萬	100 萬	200 萬
保險期間最高賠償金額	200 萬	800 萬	250 萬	500 萬
身故慰問金（爭取中）	5 萬	5 萬	0	0
重殘慰問金（爭取中）	3 萬	3 萬	0	0
傷害慰問金（爭取中）	1 萬	1 萬	0	0
每一事故自負額	損失金額 10%，但最低 NT\$10,000 元		損失金額 10%，但最低 NT\$5,000 元	

也就是說依大數法則，我們為會員爭取到兆豐產保給會員的承保範圍與保費優惠如下：

- (一) 兆豐產保分婦科與產科方案，目的是針對只看門診不接生的醫師，只需投保婦科方案，只要負擔一半以下的保費 2 萬就夠了，十分合算。
- (二) 兆豐產保的婦科方案，主要以保門診業務為主，當然也包括如 D&C、子宮頸切片、息肉切除、子宮鏡檢，甚至陰道整型都包括在內的門診手術（即以不開腹 lapa，不住院為原則者，也不包括腹腔鏡檢查或手術），門診當然也含產前檢查，但不保接生或剖腹生產。而兆豐產保的產科方案主要則為承保 C/S，腹式或陰道子宮切除，以需要開腹 lapa，需要住院為原則者，還包括腹腔鏡檢查或腹腔鏡式子宮切除等，當然也包括上述婦科方案的全部承保範圍-即門診，D&C門診手術，承保範圍明確，均由本人力爭並背書，不至於到保險事故發生後再有糾紛。
- (三) 富邦產保只按保險金額分類，承保範圍不清不楚，最重要的是富邦的婦產科不保 D&C 的醫療糾紛，對只看門診的病人，私毫無任何實益可言，被保險人不可不察。
- (四) 目前的醫療糾紛，產科理賠動輒至少都要四、五百萬。富邦產保最高只保到二百萬，但保費每年就要 8 萬 8 千，相對我們的兆豐產保可以保到四百萬，保費只要 6 萬，只有富邦的 68.2%，不到七成的費用，想想每年可省 2 萬 8 千，而最高賠償額為四百萬，整整為為富邦的兩倍，為什麼還不趕緊棄暗投明呢？
- (五) 目前正由我們努力向兆豐爭取中的慰問金乙事，因礙於法令規定，不能冒然行事，惟若事成之後，必會是會員的一大福音，且更足以彰顯保險業者的誠信原則與社會回饋責任。會員不要忘了，發生醫療事故時，若兆豐產保能很 sweet 的在第一時刻，發放 5 萬元身故慰問金或 3 萬元重殘慰問金及 1 萬元的傷害慰問金，最重要的是該慰問金是以台灣婦產科醫學會的名義給病人的，不會讓病人先入為主，誤以為醫師有錯先認罪，而且慰問金不計入賠償金額內，即使事後保險公司不必理賠，也不會再向醫師追討。慰問金可以讓病人先安家、安心，並表示有學會背書，擔保我們醫師當事人不會逃避責任或對病家置之不理，對日後談判和解十分有利，這點是高姿態的其他產保公司怎麼要求也做不到的地方。而事實上，若一點慰問金的心意，足以表示我們醫師當事人解決問題的誠意，因而使被害人放心，且願意心平氣和的坐下來解決賠償或補償的問題，也不失為要保人或被保險人為避免或減輕損害之必要行為所生之費用（保險法第 33 條第一項），造成醫病保三贏的局面，對保險業者處理理賠方面也有會有間接的好處。

## 二、兆豐產物保險公司和其他產保核定理賠方式的比較

（以富×產物，拿新×等他家保險公司的比較表 DM 資料為據）



保險公司	兆豐產保	其他產保公司 (如新×、友×、明×)	富×產保
醫療糾紛處理	高醫師風險管理基金會督促下，指派律師與理賠公証人員全程參與	不會參與	全程給予協助
法律顧問小組	指定全國連鎖的建業法律事務所律師當顧問，主動在第一時刻出面調解	有 (給予法律證書)	有 (給予法律證書)
糾紛訴求	和解 (名譽不受損)	訴訟 (身分曝光)	和解 (名譽不受損)
理賠	醫療鑑定：由台灣婦產科醫學會負責，有公信力。 專業理賠：由基金會籌備處委任律師與專業理賠公証人員負責談判定和理賠。(裁判兼球員)		由公司內部專業理賠小組的醫療團作鑑定---包辦醫療鑑定和理賠(裁判兼球員)
理賠速度	1~2 月		1~2 月
理賠金額	1. 慰問金 2. 負責和解的律師費 3. 和解金額		和解金額

由以上比較表可知：

- (一) 由我們學會和「財團法人高醫師風險管理基金會籌備處」接洽的兆豐產保公司，可以做到把醫療鑑定和理賠核定分開，不但學會的醫療鑑定具有公信力，而且可以避免保險公司裁判兼球員的弊端，理賠方能公正。
- (二) 由學會鑑定-保證公正，能賠一定賠，但不能賠也不能偽証，我們只能向兆豐產物保險公司爭取一些優惠賠款。
- (三) 兆豐產物保險公司還承諾負責和解時，負擔用來避免或減輕損害的律師費用（符合保險法第 33 條第一項：保險人對於要保人或被保險人，為避免或減輕損害之必要行為所生之費用，負償還之責。其償還數額與賠償金額，合計雖超過保險金額，仍應償還。），這通常都是別家保險公司刻意要閃躲的法律責任。
- (四) 兆豐產物保險公司甚至承諾由基金會委託專業律師訴訟時，律師費用的優惠方案。

(五) 總之業者給我們會員的優惠承諾，已作成備忘錄，但人在江湖，即使業者同是學弟妹，必要時為了會員的福利，若必須翻臉和業者打官司，亦恐在所不惜，這點個人倒是鐵面無私。

## 會員如何投保或變換跑道加入學會的集體投保？

我們的集體投保預定在十二月起開始接受承保，正式保單可統一訂在在明年的一月一日以專案方式開始進行（視作業實況）。為了我們會員今後的權益，本人也再三向理洋保險經紀人有限公司強調，以及向兆豐產物保險公司聲明，我們學會會員的集體投保是以「財團法人高醫師風險管理基金會籌備處」的名義委託他們辦理。目的就是在表明若任一家公司服務品質不好，或保險效益不佳，我們基金會籌備處隨時可以更換保險經紀人公司，或轉投別家產物保險公司。相對的，我們會員必須團結一致，同進同退，只有一律接受透過我們基金會籌備處委託下投保者，才能得到充分的保險保障，否則個人單打獨鬥，自生自滅，到時基金會籌備處或學會想要幫伸手幫忙，亦恐無從幫起。

目前我們會員的集體投保之進行步驟如下：

- 一、首先希望透過本會法律信箱，以本文通告週知全體會員：我們學會要開始進行會員的醫師責任保險了。
- 二、接著還要介紹大家認識「財團法人高醫師風險管理基金會籌備處」的角色與運作方式，並再三強調透過基金會籌備處，委託「理洋保險經紀人有限公司」，向「兆豐產物保險公司」投保的利弊得失險與承保方式的說明。
- 三、由本人具名發函，向上次問卷調查時有意參加集體投保的 475 位會員說明，目前我們由「財團法人高醫師風險管理基金會籌備處」主導，委託「理洋保險經紀人有限公司」代理我們被保險人，向保險公司投保的業務情況，「理洋保險經紀人有限公司」會隨函附上一張醫責險的 DM。
- 四、「理洋保險經紀人有限公司」會隨函說明---將在近日內由公司的業務員用電話先向您確認投保的意願，同意時方可派人登門詳細說明並填寫保單，收取保費或先寄上保單，由您填寫後寄回，並告知繳費方式。
- 五、其他當時未承諾投保的會員，今若有意加保，亦可主動聯絡「理洋保險經紀人有限公司」，其聯絡方式如下，必時「理洋保險經紀人有限公司」可派人前往診所說明及辦手續。

理洋保險經紀人有限公司

服務專線：(02) 2765-6099 代表號傳真號碼：  
(02) 2767-9148

- 六、曾經向高醫師私下請教過醫療糾紛問題的醫師們，本人也很冒昧要親自用電話向您要約投保，但當然您也有拒絕投保的權利，不必顧忌。
- 七、日後有機會，我們基金會籌備處也會透過我們婦產科醫學會，中華民國醫事法律學會，以及台北市醫師公會，舉辦北中南三場說明會，並和當地區的保險顧問律師和會員一起舉辦被保險人座談會。
- 八、會員已在別家保險公司投保者，可以正式加入集體投保後要求退保，並可退回部份保費，但亦可在別家未到期前，同時投保兆豐產保的保險方案，但必須告知兆豐一聲。同時有兩家保險司 cover，雖理賠金額仍是按比例分攤，但除了可享有投保「兆豐產物保險公司」的種種權益外，若別家保險公司刁難不賠時，也不至於兩邊都落空。
- 九、只有透過「財團法人高醫師風險管理基金會籌備處」委託的集體投保，才能享受保險顧問律師與本人的保險理賠諮詢。
- 十、唯一要嚴重聲明的是，下列會員，為了維護自身的權益，請絕對不要投保或變換跑道加入學會的集體投保：
  - (一) 最近已因醫療事故，正在調解或訴訟程序中者。
  - (二) 近年來在保險期間有發生過醫療糾紛者，但尚未被求償者。因為目前保單多採「索賠基礎」，醫療事故被害人在求償時必須在保險期間內，才能得到保險給付，和是否在保險期間發生事故無關。
  - (三) 已投保同一保險公司五年以上者，建議不宜輕言變換跑道，主要是追朔期日的問題，深恐影響會員自身權益太大，未和本人討論過之前，宜慎思之。

## 後記-敬請精神支持本人成立醫師風險管理基金會

跳脫金錢銅臭，感性一點，敬請會員們友誼贊助，精神支持本人成立「財團法人高醫師風險管理基金會」的決心與魄力。日後要作為醫界和保險業界的仲介橋樑，讓醫師責任保險上軌道，要讓醫病雙贏，推動政府認同並施行「醫事人員強制責任保險」政策，以及要作為醫療事故的全程調解者，讓醫師當事人能完全退居二線的理想，在在都必須有待一個有效率的醫師風險管理機制來運作，此所以本人有心獨資一千萬元成立「財團法人高醫師風險管理基金會」的主要原因與崇高理想。基金會將會聘請律師群，更要訓練自己的醫療糾紛律師，處理醫療糾紛，而且有自己的保險經紀人（為被保險人爭取權益），保險公

証人（理賠鑑定），負責保險鑑定與理賠業務，可惜這些理想都有待基金會正式成立之後才能開始運作。這之前華路藍縷，只有先行委託理洋保險經紀人有限公司，及建業法律事務所來為會員們全權處理保險承保與理賠，以及醫療事故調解與訴訟，本人只能就保險理賠諮詢，暫充醫師喉舌，至多只能先能夠提供如 1. 指導醫療事故處理流程。2. 介紹醫療糾紛專職律師。3. 協助醫學鑑定（保險）。4. 爭取保險理賠。5. 保險與醫療糾紛法律諮詢等初步的風險管理項目。

「財團法人高醫師風險管理基金會」是個人獨資參與社會公益活動的回饋，因為是 NPO（非營利機構=Nothing Per Os）無利可圖，保證血本無歸，所以也不會要求醫師朋友投資，但為求基金會收支平衡，仍必須採取「使用者付費」原則。目前籌資階段，本人只能暫登記成立一家名為「達特 DRK 高醫師風險管理公司」，作為基金會的籌備處，日後正式成立時，將命名為「財團法人高醫師風險管理基金會」，全力負責醫療訴訟，醫療鑑定，保險鑑定，保險代理或經紀，保險公証等實務工作，作為醫界和法界，保險界的橋樑。而今草創初期，無錢無人，業務開始全都必須委託外人代理，只寄望日後茁壯成長，可以逐步培養基金會自己的人材，走出自己的路，當投保會員發生醫療事故時，不要說調解談判，不但可以做到讓醫師退居二線，而且醫療糾紛官司要平反，連保險理賠也要依法替會員努力爭取，基金會將是我們臨床醫師的即時救星，也必定會是想佔醫師便宜者的剋星；所以合該事先向各位醫師說明如下：

- 一、本基金會成立後參加者，每年都要付少數「年贊助費」，基金會才能委託律師或專業談判人員提供被保險人的風險管理服務，而且以有投保基金會主導的醫師責任險者為限，天下沒有白吃的午餐，實在無法全面提供投保其他家保險公司的會員法律諮詢與現場服務，更甯談不屑參加保險的會員，因為太少會員加入保險，失去大數法則，基金會毫無談判籌碼可用，而為自我要求，要達到完整服務，更要專心，全力，心無旁騖，基金會只服務參加集體投保的會員，當然不可能又要馬兒跑，又要馬兒不吃草。
- 二、惟對「創始被保險人」，也就是這次第一批集體投保醫師責任保險的會員，在頭一年的保險期間，本基金會籌備處將無償提供醫療及保險糾紛的免費諮詢服務。半年後若有 500 名以上會員投保，本人即刻獨資一千萬正式成立「財團法人高醫師風險管理基金」，正式提供「醫師退居二線服務」，即在第一年保險期間內，仍繼續提供創始被保險人免費的「醫師退居二線服務」，至該保險期滿為止。
- 三、對未集體投保或只投保他家保險公司者，即使加倍捐獻贊助費，基金會恕暫不提供任何法律諮詢或保險理賠服務。

謹此公告週知，並希望會員朋友們都能樂觀其成，繼續精神支持本人成立這個醫師風險管理基金會的理想，以及基金會努力以赴，極力鼓吹推動的醫師責任險集體投保。

各位會員，不論現在有沒有接生，都請踴躍回答下列問卷，期望能把您的看法，直接呈獻給學會，卑能集思廣益，作為議決基金會條件的重要參考，以維護醫師會員個人權益。請於接到本期會訊後，馬上作答，並即撕下本頁，傳真至(02)2100-1476 台灣婦產科醫學會，在此，理事長謹先感謝您提供的高見與合作！

## 衛生署「生產風險補償救濟基金」問卷調查背景說明

現在我們主管機關，衛生署醫事處正如火如荼，熱切推動「生產風險補償救濟基金」的成立，目的為了保護生產受害人(包括產婦與新生兒)，並期望能間接提高我國的生育率。主管機關要求我們每位接生醫師，先行依生產例，每例捐款 2000 元，以籌募大部份基金，並允諾日後政府會儘力尋求其他財源補貼。因本案時間緊迫，必須馬上決定，蔡理事長委託醫療法制暨醫療糾紛委員會設計問卷，廣納民意。

想想，若我們醫師會員今後接生時，一但發生醫療事故，先不追究責任(無關過失，不論對錯)，能在三個月內即由基金會核撥三十萬至二百萬元的救濟金給產婦病家，相信不但能因而消弭許多醫療糾紛，減少敵意及抗爭，而且即使醫師有明顯過失，對我們醫師日後的刑責去刑化(緩起訴及緩刑)與民事賠償金額的調解也都必然會有絕大的助益，肯定最後一定是醫病雙贏。在此，合先說明本案背景資訊：

### 生產風險補償救濟基金內容(暫訂，研議中)

- 一、目標：保護生產受害人(包括產婦與新生兒)
- 二、補償救濟給付標準：粗估每年至少需要新台幣 6 億元以上

基金給付	死亡最高給付	傷殘最高給付
產婦	200 萬元	200 萬元
新生兒	30 萬元	100 萬元

### 三、核撥方式

- (一) 限額無關過失責任 no fault liability，不含精神慰撫金(非財產上之損害賠償)。
- (二) 三個月內議決：……審議委員會受理案件後，應於收受之日起三個月內作成審定；必要時，得延長之。但延長期限不得逾一個月。

### 四、基金來源

1. 接生醫師捐款(2000 元/生產例)為主……使用者付費原則
2. 中央健康保險局/國民健康局編列預算/地方政府鼓勵生產獎勵金
3. 嬰兒孕婦用品、奶粉造業者及輸入業者繳納之徵收金
- 4 其他：彩券收入
5. 孳息收入

### 五、生產風險補償救濟基金管理辦法

- (一) 由台灣婦產科醫學會成立「生產風險醫療傷害補償基金會」，直屬衛生署。
- (二) 生產風險醫療傷害補償基金會代收代管基金，負擔審議核撥給付，並宣導所屬會員配合辦理。

## 生產風險補償救濟基金

## 問卷調查

姓名：\_\_\_\_\_

編號：\_\_\_\_\_

服務醫師開業醫師

每月接生數：\_\_\_\_\_

壹 成立生產風險補償救濟基金（請勾選□）

個人意見		問卷調查項目
<input type="checkbox"/> 贊成	<input type="checkbox"/> 反對	一、您認為有必要成立「生產風險補償救濟基金」嗎？
<input type="checkbox"/> 贊成	<input type="checkbox"/> 反對	二、您贊成用救濟基金名義，採無關過失責任……不論對錯，無關過失，馬上都先賠償給受害婦女嗎？
<input type="checkbox"/> 贊成	<input type="checkbox"/> 反對	三、您贊成用補償基金名義，採無過失責任……先耗日費時證明醫師真正無過失後，再完全由國家補償受害婦女？

貳 基金會財源與管理（請勾選□）

個人意見		問卷調查項目
<input type="checkbox"/> 贊成	<input type="checkbox"/> 反對	一、您贊成每接生一名嬰兒，需捐獻出新台幣 2 千元嗎？
<input type="checkbox"/> 贊成	<input type="checkbox"/> 反對	二、若健保產科給付增加，您贊成在不超過 2 千元範圍內，由健保局將預多給付的款項直接扣除，轉捐到基金會嗎？
<input type="checkbox"/> 贊成	<input type="checkbox"/> 反對	三、贊成由台灣婦產科醫學會成立「生產風險補償救濟基金會」，籌募財源，並負責審議嗎？

參 個人具體意見（請填寫意見！）

一、您認為接生醫師每案例合理的捐款約為新台幣 \_\_\_\_\_ 元。

二、您認為基金會還有其他可能的財源？如 \_\_\_\_\_

三、您對「生產風險補償救濟基金」的個人理念與高見： \_\_\_\_\_

## 編 後 語

陳信孚

本期會訊在學術方面與臨床實務上，都有精采的文章提供會員參考。在生育技術的學理與應用方面，有關癌症婦女在治療前程中的生育保存方法，郭綜合醫院李耀泰等醫師有連續兩篇文章的介紹，應該可以提供會員相當有用的參考，對於不是從事不孕症治療專業的會員尤其可以得知目前 ART 可以著力的程度，以提供必要的轉介依據。產科的照護上，則新泰醫院的顏兆熊醫師，介紹各種病毒性肝炎的現況，以及其與懷孕之相關性。這對於會員們溫習與 update 內科知識就有很好的幫助。

然而除此之外，編輯委員尤其要嚴肅的請會員詳讀本期高添富的法律信箱所談論關於“學會會員的醫師責任保險”的開動。多年來高醫師與其他前輩對於會員之醫師責任險的開辦，一直投注巨大的精力，也遭遇許多挫折，但終於到了今天，曙光已現。不過這樣的良法美意，卻需要會員的實質參與才能發揮其預期效果。因此雖然這一套責任險的執行前景還未明瞭，但由高醫師的文章，大家應該可以有更清晰的個人判斷，而最重要的將是會員們得到清楚的 informed 之後，如果能夠認同，則應該樂於 consent，以便制度能迅速上路，造福大家。

祝 新年快樂！

### 高雄榮民總醫院

誠邀 ●R3 及 R4 醫師夥伴  
●臨床研究醫師

【婦癌 Fellow 及婦女股盆醫學 Fellow】

有意者請洽：0968-971002 劉正彬醫師

### 雲林縣虎尾鎮婦產專科

誠徵 專任婦產專科醫師  
月休 15 日，保障底薪

有意者請電洽

0921701388 陳醫師

0921703033 05-6338588

### 高雄市婦產科診所

誠徵 婦產科專科醫師

保障薪資待優

有意者電洽

0958-028801 吳小姐

# 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
1209-1	抗衰老醫學教育訓練課程	中華民國美容醫學醫學會	劍潭海外青年活動中心志青大樓 5105 教室	12月09日13時30分	12月09日17時30分	B	2分
1209-2	醫療過失除罪化之探討形事醫療糾紛之困境與展望	台中市醫事法學會	中國醫藥大學立夫教學大樓 104 講堂	12月09日13時30分	12月09日17時10分	醫學倫理	2分
1209-3	繼續教育課程	台中縣醫師公會	台中縣醫師公會第一會議室	12月09日13時20分	12月09日16時20分	B	2分
1215-1	抗生素的臨床應用	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院 A 棟 7 樓愛堂	12月15日07時30分	12月15日09時00分	B	1分
1215-2	教學能力暨一般醫學能力 提升工作坊	嘉義基督教醫院	嘉義基督教醫院 D 棟 12 樓第一講堂	12月15日09時00分	12月15日12時00分	B	2分
1216-1	醫師教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室	12月16日14時00分	12月16日18時00分	B	1分
1220-1	醫學倫理	嘉義長庚醫院	嘉義長庚醫院三樓會議廳	12月20日07時00分	12月20日08時00分	醫學倫理	1分
1221-1	病人安全與醫院評鑑	柳營奇美醫院教學中心	柳營奇美醫院一樓大講堂	12月14日16時30分	12月14日18時30分	B	2分
1230-1	高血脂最新治療趨勢/過敏性鼻炎之治療	台中市醫師公會	署立台中醫院 12 樓大禮堂	12月30日13時30分	12月30日15時30分	B	2分
0127-1	性別議題-性別與健康/常見傳染病的感染管制	台中市醫師公會	署立台中醫院 12 樓大禮堂	01月27日13時30分	01月27日17時00分	B	1分
0224-1	胚胎幹細胞及其未來的臨床應用/耳鼻喉急症	台中市醫師公會	署立台中醫院 12 樓大禮堂	02月24日13時30分	02月24日15時30分	B	1分
0427-1	自殺防治教育	台中市醫師公會	署立台中醫院 12 樓大禮堂	04月27日13時30分	04月27日15時30分	B	1分