

# 台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2008年1月135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：[obsqyntw@seed.net.tw](mailto:obsqyntw@seed.net.tw)  
發行人：蔡鴻濤  
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

蔡鴻濤

敬愛的會員大家平安!

健保改變了醫院的經營方式，醫師治療病人的行為模式及病人的就醫習性，台灣的健保走到今天，受傷最大的其實是醫師，尤其是婦產科醫師，因為國家財務吃緊，政治紛爭，短期間不可能改善，所以在資源有限的情况下，大家在任何場合應更積極爭取婦產科健保給付，衛生署醫事處正努力推動立意很好的「生產風險補償救濟基金」，在上期的會訊問卷調查發出後，接到許多會員的反應，健保小總額讓基層醫師有18%的斷頭，如果再從生產給付每例捐出2000元充當基金，無異是雪上加霜，本人在第一時間內與馬上與薛處長溝通，處長非常了解婦產科的處境，考慮去籌一筆公基金，打算縮小範圍，從孕婦死亡或傷殘試辦，請各位會員寬心。

秘書長上個月在自由時報發表了一篇名為：對不起！我不是婦產科醫師的文章，相信很多人都看到了，元月四日國家衛生研究院，舉辦了專科醫師人力規劃及住院醫師培育計畫會議，會議中的數據顯示94年婦產科通過了34名專科醫師(衛生署規劃70名)，平均年紀49.1歲(為21個專科醫學會高齡前3名)，由此推估，再過10年婦產科醫師亦不至於過多，主席請婦產科醫學會發表意見，本人表示因為健保給付低，風險高及政策不對，長期忽視婦產科，婦產科為初級醫療照護四大科，PGY1訓練居然沒有婦產科，以上政策足以讓婦產科醫師自然消滅，請大家正視這些問題，這些話郭耿南教授終於聽進去了，PGY1將會延長至一年，住院醫師得接受婦產科的訓練，在前理事長、秘書長及大家的努力總算將會看到一些結果，同時亦感謝各醫學中心前輩醫師努力教學，營造更好的環境，讓更多的優秀年輕醫師願意加入婦產科的大家庭，報告大家一件好消息，去年全國招收到第一年婦產科住院醫師總共44名，為這些年來最高，表示婦產科最黑暗的時刻已渡過，光明亦即將到來，最後在此給大家拜個早年。

敬祝大家身體健康！醫療平安！

## 監事長的話

何博基

一元復始、萬象更新，2008 年金鼠年又降臨了，首先向各位同仁拜個早年，祝大家萬事如意、身體健康。

上星期提到醫療糾紛除罪化，目前在全聯會整合大家的意見，在李明濱理事長交付下，終於拍板定案。訂於 2008 年 1 月 19 日於台大醫院國際會議中心舉辦第一次「刑事醫療糾紛學術研討會」，邀請各知名教授、大法官、刑事法學會會長及最高法院庭長共同參與其四大主題。

1. 醫療糾紛與法律適用
2. 「醫醫相害」談醫事審議委員會鑑定
3. 醫療糾紛鑑定與刑事責任
4. 新的夢魘—偽造文書-評台灣高等法院高雄分院九十六年度上訴字第六十九號刑事判決

目前線上報告甚多且大都是法界人士，歡迎各位醫師踴躍報名。這雖是一小步，卻是醫界的一大步。其路程緩慢、艱苦，但這對我輩及後代是值得的。

於 96 年 12 月 19 日召開之「西醫基層總額支付委員會第 33 次會議記錄」，保障項目依 96 年 10 月 5 日研商會議共識，「西醫基層論病例記酬案件」以一點一元支付，且論病例計酬案件不包含週產期論病人支付制度試辦計畫。

學會 95 年 12 月 31 日	可運用資金	7,026,546 元
	業務準備基金	5,292,600 元
96 年 12 月 31 日	可運用資金	9,382,990 元
	業務準備基金	6,292,600 元

## 秘書長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

最近氣候時好時壞，溫度忽高忽低，大家一定要注意保暖，更要儘量避免在早晚氣溫低、有風的時候外出運動！一定要保重，去年底，我們又有一位年輕、僅 44 歲的會員林勁軍醫師蒙主寵召，林醫師非常優秀，英年早逝，遺留一對年幼子女，甚令人感傷與惋惜！

學會第十八屆第一次的繼續教育即將於農曆春節前後，陸續在北中南東舉行，目的在普遍提昇所有會員腹腔鏡的知識與水平，讓每位會員都有能力執業外，也有一張腹腔鏡手術繼續教育的證書，希望與會的會員一定要確實地上完課。畢竟最實在的就是努力充實自己，否則，忙來忙去，到最後真不知是為誰、為啥、為何而忙，則只能自嘆人生是一場空！

衛生署國健局把「母嬰親善醫療院所評鑑」的工作委託醫策會辦理之後，第一次的評鑑結果已出爐，對於異常嚴苛的過程與要求，甚至還一味將矛頭指向醫師，還有評鑑委員均沾沾自喜地能夠電倒一位很久都沒有接生的婦癌或婦女泌尿科醫師怎麼餵母乳，實在令我們有點迷糊，也對這種評鑑倒足了胃口！畢竟在專業化的分工合作中，如何營造一個以病人為中心的人性化醫療環境的過程，並不必要這麼肅殺，也不需要全才到無所不能，而是要各職所司，否則就是「樣樣通，樣樣鬆」！

施政者若沒有該有的氣度，如果只憑就是要求大家參加評鑑，我們實在不敢相信這種樣子能夠撐多久？

第七屆立委選舉結果已經出爐，對這種結果，內心雖有些感傷，但美國高爾、布希之戰，高爾得票率還過半呢！何況民進黨得票也只有 35%而已！說實話，當政者應更謙虛，當人民賦與權力給你時，就要以全民福祉為施政之目標，尤其是高喊改革者，更不許墮落。這種標準，對學會也是一樣，自 1996 年學會重整以來，就是改革、全體會員權益、對公平正義的追求、對婦產科醫學進步的渴望和婦女健康維護的堅持，我們講話才會大聲，大家才會支持，不是嗎？

最後 敬祝大家身體健康！

# 台灣婦產科醫學會 135 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 96.12.30 擎天崗登山剪影

---

11 秘書處公告 | 文/秘書處

11 行政院衛生署 函

有關人工生殖法捐贈者查核及精卵捐贈親屬關係查證之作業順序，補充釋示如說明段，請 查照。

11 行政院衛生署 公告

預告新增三項罕見疾病。

13 中央健康保險局 書函

本局 97 年度共同公開徵求委託研究計畫書，公告時間預計為 97 年 1 月 11 日至 97 年 2 月 21 日，請轉知所屬單位及人員注意，請 查照。

13 台灣婦產科醫學會第十八屆第一次醫療法制暨醫療糾紛委員會紀錄

16 行政院衛生署 書函

惠請 貴會轉知所屬會員，於民眾施打子宮頸癌疫苗前，醫師應詳實明確告知疫苗之適應症及可能之副作用，以使民眾獲得正確資訊；其效力尚非百分之百，後續之子宮頸抹片篩檢仍，不可偏廢，民眾仍須遵守安全性行為方能有效降低人類乳突病毒感染。請 查照。

16 行政院衛生署國民健康局 函

貴院（所）申請 96 年度母嬰親善醫療院所認證，業經認證通過，效期二年，自 97 年 1 月 1 日起至 98 年 12 月 31 日止，請 查照。

---

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

## 目錄精華

### 17 行政院衛生署國民健康局 函

貴院(所)申請96年度母嬰親善醫療院所認證，業經認證通過，效期一年，自97年1月1日起至97年12月31日止，請查照。

### 19 行政院衛生署 函

有關受術夫妻得委請人工生殖機構提供營養費予捐贈人，或負擔其必要之檢查、醫療、工時損失及交通費用之金額，自九十七年一月九日起公告生效，請查照並轉知所屬人工生殖機構及會員。

### 20 請國際停經醫學會(IMS)的會員支取泰國爭取主辦IMS Congress 2014

## 21 通訊繼續教育

常記 Von Willebrand 疾病 | 文/李耀泰、陳福民、李文宗、郭宗正

## 30 會員園地

30 癌病婦女生育能力之保全(III) | 文/李耀泰、陳福民、鄭文雄、郭宗正

36 對不起，我不是婦產科醫師? | 文/謝卿宏

38 健保局醫療品質殺手 | 文/謝卿宏

## 39 法律信箱

生產風險救濟基金問卷調查統計與綜合意見 | 文/高添富

## 51 編後語 | 文/沈潔怡

## 52 活動消息 | 文/秘書處

## 廣告刊登

高雄市某婦產專科醫院	12	50	台中市婦產科診所
台東基督教醫院	15	50	高雄市某婦產科診所
鳳山市婦產科診所	16	50	高雄臺南婦產科診所
行政院衛生署立台南醫院	19	50	雲林縣虎尾鎮婦產專科
宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	19	51	高雄市婦產科診所
「97年婦產科專科醫師訓練醫院認定」開始報名	39	51	衛生署立金門醫院

---

# 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 ( ) Diners 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](mailto: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.

96.12.30

# 擎天崗 登山剪影



**秘書處公告**

## 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 12 月 17 日

發文字號：署授國字第 09604012392 號

**主旨：**有關人工生殖法捐贈者查核及精卵捐贈親屬關係查證之作業順序，補充釋示如說明段，請查照。

**說明：**一、人工生殖法第 8 條規定，人工生殖機構應向主管機關申請查核，符合「未曾捐贈或曾捐贈而未活產且未儲存」始得接受捐贈，且於主管機關核復前不得使用。同法第 15 條規定，禁止一定親屬間精子及卵子之結合，另訂有「精卵捐贈親屬關係查證辦法」。

二、為避免捐贈人於多處重複捐贈，造成血統紊亂，爰重申應先完成精卵捐贈查核作業，俟收到主管機關核復後，再進行精卵捐贈親屬關係查證作業。

## 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 12 月 14 日

發文字號：署授國字第 09604012602 號

附件：預告新增罕病名單 1 份

**主旨：**預告新增三項罕見疾病。

依據：行政程序法第一百五十四條第一項。

公告事項：一、訂定機關：行政院衛生署。

二、訂定依據：罕見疾病防治及藥物法第三條第一項。

三、預告內容：

- (一) 增列 Pantothenate Kinase Associated Neurodegeneration (PKAN)、Hyper-IgM syndrome 及 Nail-Patella Syndrome 等三項疾病為罕見疾病（詳如附件）。
- (二) 本案另載於本署國民健康局網站（網址：<http://www.bhp.doh.gov.tw>），罕見疾病網頁。

四、對本公告內容如有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報之日起十日內陳述意見或洽詢：

- (一) 承辦單位：行政院衛生署國民健康局（婦幼及優生保健組）。
- (二) 地址：台中市黎明路 2 段 503 號 5 樓。
- (三) 電話：(04)22550177 分機：432。
- (四) 傳真：(04)22545145。
- (五) 電子郵件：[min@bhp.doh.gov.tw](mailto:min@bhp.doh.gov.tw)。

附件

新增公告罕見疾病名單

序號	疾病名稱	中文翻譯 (中文翻譯僅供參考)	ICD-9-CM 編碼
151	Pantothenate Kinase Associated Neurodegeneration (PKAN)	泛酸鹽激酶關聯之神經退化性疾病	277.9
152	Hyper-IgM syndrome	高免疫球蛋白M症候群	279.05
153	Nail-Patella Syndrome	指(趾)甲髕骨症候群	756.89

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

## 中央健康保險局 書函

受文者：中央研究院等 330 個單位

發文日期：中華民國 96 年 12 月 10 日

發文字號：健保企字第 0960055038 號

主旨：本局 97 年度共同公開徵求委託研究計畫書，公告時間預計為 97 年 1 月 11 日至 97 年 2 月 21 日，請轉知所屬單位及人員注意，請查照。

說明：一、本局為提供全民健康保險業務決策參考，已於近期展開 97 年度委託各學術及醫療機關、團體之專家學者進行全民健康保險相關研究作業。

二、本局公開徵求之各項研究計畫執行與否，將視本局實際審查結果、法定經費預算及考量業務優先需求順位而決定。若因政策或本局組織改變等因素，至該研究計畫採購停止或變更，得標單位應予配合，並不得要求本局補償。

三、有關本局 97 年研究計畫各計畫名稱、徵求之內容、預算金額、執行期限及投標須知等招標文件詳細資料將依政府採購法規定置於「政府電子採購網」（網址：[web.pcc.gov.tw](http://web.pcc.gov.tw)）有意申請者，可上該網站付費下載電子標單，或以郵件敘明索取之計畫標案招標文件並附回郵信封向本局請領，或親洽本局 14 樓秘書室索取。

四、公告徵求之時間內容，同時將置放於本局全球資訊網（網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw) / 委託研究）供參，為避免寒假年節影響，特請轉知相關研究人員注意。

## 台灣婦產科醫學會第十八屆第一次醫療法制暨醫療糾紛委員會紀錄

時間：96 年 12 月 8 日 中午 12 時 30 分

地點：學會會館

主持人：高召集人 添富

出席者：召集人 高添富

委員 官大弘 趙湘台 楊宗力 陳建銘 陳明哲 施宏明 徐明義 張基昌 潘恆新

列席者：理事長 蔡鴻德 監事長 何博基 祕書長 謝卿宏

葉光芃醫師 沈潔怡醫師

請假人員：吳建樑 王炯琅 蘇榮茂 蘇文彬 莊維周 黃啟明 楊宜杰 黃昭彰 呂維國  
林裕益 何延慶 張宗進

記 錄：白怡萱

## 壹、報告事項

## 貳、討論事項

### 案由一：討論「生產風險醫療傷害補償制度」相關事宜。

說 明：見附件一（衛生署會議議程及紀錄）、附件二（沈潔怡醫師開會簡報）。

提案人：高添富召集人

決 議：補償和賠償的意義是不同的，若採無過失補償就不該由醫師出錢，而是應由政府出錢。基於這種觀念，本會無法接受接生醫師必須支付生產風險每例 2000 元的補償金額，但如日後健保局增加生產給付的金額時，我們願意考慮直接將這筆費用的 2000 元額度之內轉捐給補償基金。本會將由召集人負責收集國外資料，並作一次會員問卷調查，廣徵民意再呈報衛生署。另外，若地方政府願意自鼓勵生育的獎勵金中，提撥一小部份支援醫師捐贈給生產風險補償基金，鼓勵醫師接生，間接提高生育率，亦是基金會一大財源，值得爭取。

### 案由二：討論本委員會的工作規劃細節。

說 明：見附件三

提案人：高添富召集人

決 議：通過。

### 案由三：討論法源法律網的使用權限。

說 明：法源法律網的報價，預計使用帳號制的查詢方式，

一對 1 組（一個帳號，同時間只允許 1 人上線）：一年 12000 元

一對 2 組（一個帳號，2 人同時上線）：一年 22000 元

一對 3 組（一個帳號，3 人同時上線）：一年 32000 元

一對 5 組（一個帳號，5 人同時上線）：一年 50000 元

提案人：高添富召集人

決 議：先選擇一對 1 組或一對 2 組的方案，只限開放給本委員會委員公務使用；另外也可使用潘恆新醫師免費提供的帳號。如這 2 組帳號不敷使用，再討論是否增購。

### 案由四：討論「醫審會的初審醫師」相關事宜。

說 明：1) 請學會對於醫審會的初審醫師的鑑定內容斟酌。

2) 初審醫師的適格性。

提案人：潘恆新委員

決議：1) 關於醫審會的初審內容，被告醫師可在法庭上聲請再送本會鑑定，還我清白。

2) 發文給全聯會，請全聯會代表醫界向醫審會建議，今後初審鑑定一律交由各專科醫學會的醫療糾紛或學術委員會負責，較具學術公信力。

**案由五：建請委員會編輯委員聯絡名錄。**

說明：醫療法制暨醫療糾紛委員會執行相關執掌，往往有急迫性需求，而委員們分散各地，為有效能運作及增進委員們相互溝通之便，建請委員會編輯委員聯絡名錄，內容可以考慮涵蓋姓名、住址、電話、手機、email等。

提案人：陳建銘委員

決議：通過。

**案由六：建請委員會提供委員們醫療法律相關書籍、網路資訊以利委員會運作。**

說明：醫療法制暨醫療糾紛委員會所要執行之相關業務，常常涉及很多法令規章。委員會除了召集人、副召集人及少數委員有相關法律背景外，多數委員空有熱誠，而在法律知識部分定有欠缺，期盼委員會提供委員們醫療法律相關書籍或代購或推薦，以利委員會有效運作。

提案人：陳建銘委員

決議：本委員會已提供法源法律網供委員們查詢使用，另也將請顧問律師與會即席演講，並開放醫療鑑定複審會議讓委員們見習。另外，日後期望在政大開辦醫療糾紛學分班，供有志者參加。

**參、臨時動議**

**肆、散會：下午 2：30 分。**

## 台東基督教醫院

### 誠徵 婦產科醫師

應徵資料經審核合格者，將另行通知考試時間，不合格者恕不退件及通知。

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



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 12 月 28 日

發文字號：衛署藥字第 0960320730 號

**主旨：**惠請 貴會轉知所屬會員，於民眾施打子宮頸癌疫苗前，醫師應詳實明確告知疫苗之適應症及可能之副作用，以使民眾獲得正確資訊；同時應清楚告知子宮頸癌疫苗僅能預防疫苗所含型別之人類乳突病毒感染，其效力尚非百分之百，後續之子宮頸抹片篩檢仍屬本署公共衛生施政重要執行項目之一，不可偏廢，民眾仍須遵守安全性行為方能有效降低人類乳突病毒感染。請 查照。

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 12 月 28 日

發文字號：國健婦字第 0960401464 號

**附件：**96 年度母嬰親善認證合格名單（合格效期貳年）

**主旨：**貴院（所）申請 96 年度母嬰親善醫療院所認證，業經認證通過，效期二年，自 97 年 1 月 1 日起至 98 年 12 月 31 日止，請 查照。

**說明：**一、依據財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 96 年 12 月 14 日醫評字第 963416 號函辦理。

二、母嬰親善醫療院所認證合格證書與評值建議表將由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會一併寄發。

鳳山市婦產科診所

退休租讓，四層樓房，共約 300 坪。  
設備全，有電梯，開業中  
有意者請電 0919646486



## 96 年度母嬰親善認證合格名單（效期 2 年）

序號	縣市別	醫療院所名稱	聯絡地址	效期
1	臺北市	財團法人國泰綜合醫院	台北市大安區仁愛路 4 段 280 號	97.1.1-98.12.31
2	臺北縣	財團法人國泰綜合醫院汐止分院	台北縣汐止市建成路 59 巷 2 號	97.1.1-98.12.31
3	臺北縣	財團法人臺灣基督教長老會馬偕紀念事業基金會馬偕紀念醫院淡水院區	台北縣淡水鎮民生路 45 號	97.1.1-98.12.31
4	臺北縣	財團法人佛教慈濟綜合醫院臺北分院	台北縣新店市建國路 289 號	97.1.1-98.12.31
5	新竹市	江婦產科診所	新竹市東門街 357 號	97.1.1-98.12.31
6	新竹縣	謝祖柏婦產科診所	新竹縣新竹市食品路 282 號	97.1.1-98.12.31
7	南投縣	財團法人埔里基督教醫院	南投縣埔里鎮鐵山路 1 號	97.1.1-98.12.31
8	嘉義市	行政院退除役官兵輔導委員會嘉義榮民醫院	嘉義市西區世賢路 2 段 600 號	97.1.1-98.12.31
9	嘉義縣	行政院衛生署朴子醫院	嘉義縣朴子市永和里 42-50 號	97.1.1-98.12.31
10	臺南市	行政院衛生署臺南醫院	台南市中山路 125 號	97.1.1-98.12.31
11	臺南市	國立成功大學附設醫院	台南市北區勝利路 138 號	97.1.1-98.12.31

## 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 12 月 28 日

發文字號：國健婦字第 0960401463 號

附件：96 年度母嬰親善醫療院所認證合格名單（合格效期 1 年）

主旨：貴院（所）申請 96 年度母嬰親善醫療院所認證，業經認證通過，效期一年，自 97 年 1 月 1 日起至 97 年 12 月 31 日止，請查照。

說明：一、依據財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 96 年 12 月 14 日醫評字第 963416 號

函辦理。

二、母嬰親善醫療院所認證合格證書與評值建議表將由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會一併寄發。

### 96 年度母嬰親善認證結果通過名單（效期 1 年）

編號	區域	申請機構	ZIP	聯絡地址	效期
1	北區	臺北市立聯合醫院婦幼院區	100	台北市中正區福州街 12 號	97.1.1-97.12.31
2	北區	行政院衛生署基隆醫院	201	基隆市信義區信二路 268 號	97.1.1-97.12.31
3	北區	行政院衛生署宜蘭醫院（委託臺北榮民總醫院經營）	260	宜蘭縣宜蘭市新民路 152 號	97.1.1-97.12.31
4	北區	中山醫療社團法人中山醫院	106	台北市仁愛路 4 段 112 巷 11 號	97.1.1-97.12.31
5	北區	行政院退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院	112	台北市石牌路 2 段 201 號	97.1.1-97.12.31
6	中區	秀傳紀念醫院	500	彰化市中山路 542 號	97.1.1-97.12.31
7	中區	中國醫藥大學附設醫院	404	台中市北區育德路 2 號	97.1.1-97.12.31
8	中區	財團法人佛教慈濟綜合醫院臺中分院	427	台中縣潭子鄉豐興路 1 段 66 號	97.1.1-97.12.31
9	南區	財團法人嘉義基督教醫院	600	嘉義市忠孝路 539 號	97.1.1-97.12.31
10	南區	國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院	640	雲林縣斗六鎮雲林路 2 段 579 號	97.1.1-97.12.31
11	高屏	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	880	澎湖縣馬公市前寮里 90 號	97.1.1-97.12.31
12	高屏	輔英科技大學附設醫院	928	屏東縣東港鎮中山路 5 號	97.1.1-97.12.31
13	高屏	戴銘浚婦兒醫院	812	高雄市小港區宏平路 661 號	97.1.1-97.12.31
14	高屏	民族醫院	807	高雄市民族一路 880 號	97.1.1-97.12.31
15	高屏	楠梓聯合婦產科診所	811	高雄市楠梓區建楠路 95 號	97.1.1-97.12.31
16	東區	財團法人台灣基督教門諾會醫院	970	花蓮市民權路 44 號	97.1.1-97.12.31

## 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 97 年 1 月 9 日

發文字號：署授國字第 09604014782 號

**主旨：**有關受術夫妻得委請人工生殖機構提供營養費予捐贈人，或負擔其必要之檢查、醫療、工時損失及交通費用之金額，自九十七年一月九日起公告生效，請查照並轉知所屬人工生殖機構及會員。

**說明：**一、依據人工生殖法第八條第二項規定辦理。

二、受術夫妻接受生殖細胞捐贈時，負擔該捐贈人必要之檢查及醫療費用者，其屬全民健康保險不給付項目部分，依當地衛生局核定之收費標準，但在當地衛生局未核定前，則依各該醫療機構之收費標準。

三、受術夫妻接受生殖細胞捐贈時，在下列金額內，得委請人工生殖機構代支予該捐贈人營養費、工時損失及交通費用：

(一) 精子捐贈人完成捐精程序者，得支予新臺幣五千元整。若捐精者到醫院門診次數多於 3 次得酌量增加，但整個捐精程序總金額至多不得超過八千元整。

(二) 卵子捐贈人完成捐卵程序者，得支予新臺幣九萬九千元整。

行政院衛生署立台南醫院  
(區域醫院)

誠徵婦產科主治醫師一名  
(男女不拘)

竭誠歡迎您加入我們的行列

院址：台南市中山路 125 號(火車站前)

手機：0929401050 蔡主任

電話：(06) 2200055 轉 3011

網址：<http://www.tnhosp.gov.tw/>

(可給予正式公務人員資格)

宏其醫療社團法人

宏其婦幼醫院

誠徵 婦產科專科醫師

工作地點：中壢市

意者請洽：(03)4618888

轉 1108 梁小姐

泰國的Limpa教授來函學會謝秘書長，請我們支持泰國停經醫學會（TMS），若有會員、前輩是國際停經醫學會（IMS）的會員，拜託大家支持泰國（TMS）爭取舉辦 IMS Congress 2014 ！謝謝！

---

From: "Khunying Kobchitt Limpaphayom" <lkobchitt@csloxinfo.com>  
To: <ug.doc@msa.hinet.net>  
Sent: Sunday, January 06, 2008 7:26 PM  
Subject: Please support us

Dear Dr. Hsieh :

Happy New year and I hope this email find you well.  
Bangkok got enlisted as one in three short-listed for IMS Congress 2014,  
the ballot for casting votes are being sent out now .  
Ko-en Huang knows about this, and I like to inform you myself too.

If any of my friends in Taipei is member of IMS , **please support Thai Menopause Society to host the congress.**

Thank you so much in advance for your support, I am counting on you for this action.

Regards,

Khunying Kobchitt Limpaphayom  
Professor Emeritus  
Department of OB-GYN  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Tel. 66-2-243-3578  
Fax 66-2-243-3577

## ■ 通訊繼續教育

# 常記 Von Willebrand 疾病

李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 李文琮<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> 檢驗科<sup>2</sup> 台北中山醫院 婦產科

Von Willebrand 疾病 (VWD) 其實是一種最常見之先天性出血疾病，原因是缺乏 von Willebrand 因子 (VWF)，此因子是一種糖蛋白，由血小板和內皮細胞 (endothelial cells) 所合成，可存在血液和血管壁中，正常在血管受傷時，會附在血小板之 glycoprotein Ib (GP Ib) 上，來填補血管受傷處達到止血；亦可在血中與第8凝血因子 (factor VIII) 結合，避免蛋白分解作用 (proteolysis)，增加血液凝固。最早報告 VWD 之患者乃一 5 歲女孩，她的兄弟姐妹中有 3 人已死亡，她的母親、祖母因生產而死亡，該患者在第 4 次月經來時，最後亦出血死亡。後來發現該病存在經血過多之女性，甚至因此死亡又找不到子宮的疾病。而血友病又應是男性的疾病，經研究才發現此因子。VWD 在女性比男性高 2 倍。

## ◇ 發生率和遺傳 ◇

VWD 在每百萬人約有 30-100 人 (0.003-0.01%)，但亦有報告高達 1-2% 者。在經血過多的患者中，發生率高達 5-20%，因此美國婦產科醫學會建議有下列情況時應做 VWF 檢查：(1) 有經血過多之青春期少女；(2) 成人沒有明顯病灶，但有經血過多；(3) 因異常出血而準備切除子宮之婦女。產生 VWD 的基因是位在染色體 12P13.3。

VWD 可分為三種類型：

- 一、第 1 型 (type 1)：最常見，佔 60-80%，為輕度至中度缺乏 VWF，約減少正常血漿 VWF 量 (或 FVIII 量) 之 5-30%，遺傳方式為顯性體染色體 (autosomal dominant)。
- 二、第 2 型 (type 2)：主要是缺乏 VWF 之正常功能，佔 10-30%，亦屬顯性體染色體遺傳，可分為 4 亞型：
  - (1) 第 2 型 A (type 2A)：缺乏正常 (高分子量) 多體 (multimers) 之 VWF。
  - (2) 第 2 型 B (type 2B)：增加 VWF 與血小板結合糖蛋白 glycoprotein Ib (GPIb) 之親和力 (affinity)，隨後會發生血小板減少。
  - (3) 第 2 型 M (type 2M)：缺乏 VWF 之正常功能，VWF 與 GPIb 之親和力減少，但沒有缺乏高分子量 VWF 多體。
  - (4) 第 2 型 N (type 2N)：乃 VWF 無法與凝血因子 VIII 結合。
- 三、第 3 型 (type 3)：為最嚴重之一種，完全沒有 VWF，佔 1-5%，為隱性體染色體遺傳 (autosomal recessive)。

## ◇ 婦女症狀 ◇

VWD 婦女最常見之症狀有瘀血 (48%)、流鼻血 (44%)、受傷後出血 (33%)、手術後出血 (48%)、拔牙之出血 (51%)、產後出血 (32%)、和經血過多 (84%)。

文獻上報告，有 VWD 之婦女，發生經血過多之比例在 32-100% 之間。反之，經血過多之婦女，祇有 5-20% 有 VWD。

經血過多之定義為多量之月經出血超過 7 天，或每次月經出血量 > 80 mL。出血量要準確測量不容易，臨床上對經血量 > 80 mL 之評估方法包括：(1) 血塊大小 > 十元硬幣；(2) 低鐵蛋白 (ferritin)，以實驗室檢查來參考；(3) 每小時要更換棉墊。

## ◇ 診 斷 ◇

因為 VWD 之類型有很多種，因此無法以一種方法來決定。篩檢方法為測量 VWD 患者

之出血時間，但此法有侵犯性，耗時，靈敏度和特異性均不高，缺乏預測 (predictive) 價值。一般檢查包括 Hb、血小板、prothrombin time (PT)、activated partial thromboplastin time (aPTT) 和 fibrinogen (或 thrombin clot time)，用以先排除缺乏凝血因子之可能。通常 VWD 患者之 aPTT 是不正常的，但如為正常也不能排除 VWD。

VWD 之特別檢查包括：(1)VWF: RCo (von Willebrand ristocetin cofactor activity)；(2)VWF: Ag (von Willebrand factor antigen)；(3)因子 VIII (FVIII) 量。但是這些檢查受很多變數之影響，包括：年齡、種族、基因因子、血型、壓力、發炎、荷爾蒙和實驗室之品質等，故需數月後再做一次檢查來確定。上述三項檢查中任一項重覆呈陽性，均要做 von Willebrand multimer 分析，才可決定屬哪一型 VWD。

另外，有在體外 (in vitro) 檢查血小板功能異常的方法，其中 PFA-100 (Date Behring Inc, Deerfield IL) 有很高靈敏度 (90-100%) 和特異性 (88-95%)，可以用來幫助診斷 VWD 和血小板功能異常。

## ◇經血過多之治療◇

當一位 VWD 患者有經血過多時，治療方法包括：

- (1) 口服避孕藥：混合性口服藥，為成人和青春女性經血過多第一線之選擇藥物，對貧血婦女，可以減少經血量和增加 Hb 濃度。對經血過多之 VWD 患者，口服避孕藥之臨床效率在 24-88% 之間。口服避孕藥會增加循環中凝血因子，可改善 VWD 患者之止血效果 (hemostasis)。避孕貼片與口服避孕藥有同樣效果。
- (2) 釋放 levonorgestrel 避孕器：經血過多之 VWD 婦女，第二線治療方法就是在子宮內裝置釋放 levonorgestrel 的避孕器。一報告在 16 位患者中，13 位有效改善了經血過多。
- (3) Desmopressin: Desmopressin 為一合成 1-deamino-8-D-arginine vasopressin (DDAVP)，主要是抗利尿之藥物，用來治療尿崩症 (diabetes insipidus, DI)。Desmopressin 可以由內皮 (endothelium) 的分泌粒子 (Weibel-Palade 小體) 釋放出 VWF，對輕度 (type 1) 的患者，因 VWF 之功能正常，效果較好，但對第 2 型和第 3 型 VWD，則缺乏效果。

Desmopressin 使用方法有靜脈和皮下注射，亦可經噴鼻和口服。在手術前 30-60 分鐘，靜脈注射 0.3  $\mu\text{g}/\text{kg}$ ，VWF 可增加原來的 3-5 倍量。對經血過多者



可在經前 2 天以噴鼻方式使用 2 puffs (噴出 300  $\mu\text{g}$ , 台灣並無引進噴的使用), 無傳染病毒之危險性, 但效果並不確定。Leissinger 等在一小系列研究中指出, 良好效果者有 92%。

- (4) 補充治療: Humate-P, 乃一市售抗血友病因子之血漿濃縮液 (concentrate), 內有大量 VWF 和第 8 因子, 是美國食品和藥物管理局 (FDA) 允許 VWF 的補充藥物, 有被傳染病毒的可能, 但迄今尚無被傳染之報告, 對所有類型 VWD 皆有用。由於此藥需經由靜脈滴注使用, 故少有用在治療經血過多, 因理論上屬有效, 廠商建議在月經第 1 天或第 2 天靜脈注射 40-50 IU/kg。
- (5) 抗纖維溶解氨基酸 (antifibrinolytic amino acids): VWD 患者除有經血過多, 尚常有流鼻血, 主因黏膜中有溶解纖維的作用, 故使用抗纖維溶解氨基酸來減少纖維溶解, 可減輕症狀, 多用於較輕之病例。最常用的有 aminocaproic acid (每 4-6 小時 50-60 mg/kg, 台灣並無引進此藥) 或 tranexamic acid (每 8-12 小時 10-15 mg/kg), 可經口服、靜脈注射或局部使用。

經血過多的婦女, 常以子宮擴張和搔括術 (D&C) 來止血, 但對由 VWD 婦女產生之經血過多則有害無益。但子宮內膜切除 (endometrial ablation) 破壞掉子宮內粘膜則有效。

有 VWD 之婦女, 年輕時即可能因月經過多, 無法控制接受子宮切除。在美國疾病控制局 (CDC) 登記的 102 位 VWD 婦女, 26% 接受子宮切除, 而控制組為 9%。VWD 患者如接受手術, 出血的併發症較正常人為多, 故為改善生活品質決定要切除子宮的 VWD 患者, 應在血液學、麻醉學、藥物學等專家、齊全實驗室設備良好之醫院實行。

## ◆ 婦科其它疾病與 VWD 的關連 ◆

- 一、 出血性卵巢囊腫: Silver 等報告在 136 位 VWD 婦女中, 有 9 位 (6.8%) 發生出血性卵巢囊腫。正常排卵就可能出一點血, 但 VWD 婦女出血會較多, 或有血殘留在濾泡中, 嚴重時即造成後腹內出血或出血性卵巢囊腫。在美國 CDC 統計 120 位患 VWD 之婦女, 52% 有卵巢血腫, 而控制組為 22%。治療出血性卵巢囊腫方法包括外科切除、使用 tranexamic acid 和凝血因子之補充。簡單的預防方法, 是用口服避孕藥來抑制排卵。
- 二、 子宮內膜異位: 美國 CDC 統計 102 位患 VWD 之婦女, 30% 有子宮內膜異位的病史,



而控制組只有 13%，可能理由：(1)因 VWD 婦女的經血量多，增加經血逆流的機率，因而產生子宮內膜異位；(2)子宮外之內膜植入物 (implants)，較容易發生有症狀之出血；(3)有 VWD 之婦女，因有較多出血性卵巢囊腫或腹腔內出血，被誤診為子宮內膜異位症。

三、子宮肌瘤：美國 CDC 報告之 102 位 VWD 患者，32% 有子宮肌瘤病史，而控制組為 17%。子宮肌瘤可以有經血過多，而 VWD 患者亦常有經血過多，故肌瘤患者同時有 VWD 時，會被認是有症狀的肌瘤，而予以切除，無症狀之肌瘤一般均被忽視，可能是統計上有差別的原因。兩篇有 VWD 切除子宮的報告，有肌瘤者分別為 2/7 位和 4/13 位。

四、子宮內膜增生：美國 CDC 報告之 102 位 VWD 患者，子宮內膜增生的發生率為 10%，而控制組為 1%。另外，8% 患者有內膜瘰肉，而控制組為 1%。可能因有 VWD 之患者，出血症狀較明顯之故。

## ◇懷孕的治療◇

有 VWD 的婦女如希望懷孕應先有計畫。如已經懷孕，則應提高對增加各種出血和合併症的警覺性。

在懷孕前，婦女應向遺傳專家諮詢有關 VWD 之遺傳問題，亦應與小兒血液科醫師商討嬰兒出生後之照顧，因可能需要輸血，故應先計畫好 A、B 型肝炎疫苗之注射。

在懷孕時，von Willebrand 因子會增加，屬 VWD 輕微第 1 型之婦女，VWF 會  $> 50$  IU/dL，相當非懷孕時之正常下限，通常產科醫師可以安全處理。

對 VWD 第 3 型、第 2 型和第 1 型之 FVIII 量  $< 50$  IU/dL，VWF:RCo  $< 50$  IU/dL，或過去有嚴重出血史者，皆應轉至醫學中心做產前檢查和生產，同時要由高危險妊娠產科醫師及血液學專家共同處理。夠水準的實驗室、藥物庫和血庫皆很重要。懷孕期間任何侵犯性步驟，如絨毛膜取樣、羊水穿刺或子宮頸縫合，均應先做好預防出血之措施。第三孕期時更要重複檢查 FVIII 和 VWF:RCo，來調整生產的計畫。生產前，所有 VWD 孕婦亦先與麻醉科醫師商議。

懷孕中預防出血使用 DDAVP，對母親和胎兒通常是安全的。DDAVP 不會經過胎盤。Tranexamic acid 雖會通過胎盤，但在少數孕婦使用的經驗，沒有產生胎兒副作用。Epsilon aminocaproic acid 在兔子研究沒有致畸形，使用在孕婦的少數例子中，亦無對胎兒出現不良之反應。

文獻報告嚴重VWD婦女，容易發生流產。Kadir等報告在31位VWD患者共84次懷孕中，第一孕期的流產率為33%（28/84次），一般常人之流產率為21%。在美國CDC的報告，VWD患者有流產史者為15%，而控制組為9%。其它VWD婦女之報告，流產比率在22-25%間，而正常人流產率在12-13.5%間。

許多有關VWD婦女之報告，均顯示懷孕時發生出血之比例較多，雖然孕婦常有出血，但在CDC報告之102位VWD婦女，孕婦有1.3%因嚴重出血而終止妊娠，但控制組只有0.3%。

在生產時，使用冷凍沉澱物、新鮮冷凍血漿（FFP）、DDAVP和補充凝血因子，證實可以預防產後出血和會陰血腫，通常希望在生產前維持VWF:RCo和FVIII都>50 IU/mL，並維持至產後3-5天。局部麻醉是否一定安全，沒有共識，如這些凝血篩檢>50 IU/dL，局部麻醉原則上是安全的。

孕婦住院生產時，要檢查血球數目、aPTT、FVIII、VWF:RCo、血型和配對輸血等準備，如FVIII和VWF:RCo < 50 IU/dL，在生產麻醉前要先改善。DDAVP之使用如為了預防產後出血，一般常在臍帶切斷時使用，但因其血中濃度在使用後40-60分鐘才達高峰（peak）效果，因此最好在第2產程或在剖腹產切皮膚前注射。

DDAVP可以升高因子之濃度，在生產時仍需小心使用，原因是一般陰道生產時約點滴注射1-2 L，剖腹產時更≥2-3 L，點滴中如加有oxytocin，會產生液體滯留（fluid retention），此時如加上DDAVP，則液體滯留更為嚴重，可產生致命性的低鈉血症。Chediak等報告2位接受DDAVP孕婦，在生產時產生水液滯留，其中一位在產後每18小時注射一次，共3劑量，發生嚴重低鈉血症，Na 108 mEq/L及痙攣。

2001年，台大Lee等報告9位有VWD足月的孕婦，其中血型為“O”型有8（89%）位，另一位為B型，與文獻結果相符，其中5位有家族病史。9位患者年齡為26-35歲，共有14次生產，包括自然因到生產11次，真空吸引生產1次，和剖腹產2次，剖腹產原因為1例臀位和1位前次剖腹產併嚴重子癲前症，此2位手術皆用全身麻醉。9位患者，除1例為第3型，1例為第2型A外，其餘7例皆為第1型。例1第3型，懷孕40週，出血時間>24分鐘，第8因子凝血能力（factor VIII coagulant activity, VIII:C）16.6%，VWF:Ag < 6%，VWF:RC 0%，有2次陰道生產，皆以冷凍沉澱品（cryoprecipitate）治療，有一次遲發性產後出血。例2為第2型A，出血時間>30分鐘，VIII:C 88%，VWF:Ag 20%，VWF:RC 0%，40週時以剖腹來生產，用冷凍沉澱品和Haemate-P治療，有遲發性產後出血。其餘7例為第1型，除例6為B型血型患者，出血時間>10分鐘，VIII:C 28%，VWF:Ag 23%，VWF:RC 8.1%較差外，其餘患者檢查尚可，部

份以 Haemate-P 和 DDAVP 治療，胎兒情況皆良好。

## ◇產後出血◇

雖然 VWD 孕婦產後會注射子宮收縮藥物，但產後出血的機率仍較高。Silwer 等報告 VWD 孕婦產後出血發生率為 23.5%，而控制組為 19.5%。美國 CDC 報告之 102 位 VWD 婦女，有產後出血史者為 59%，而控制組為 21%。另外，Kouides 等報告，VWD 孕婦發生產後出血者為 31%，而控制組為 10%。

外陰血腫 (perineal hematoma) 併發症，在陰道生產屬罕見，但在 VWD 孕婦則較常見。Greer 等報告在 13 位 VWD 陰道生產孕婦，1 位發生外陰血腫，Kadir 報告在 49 位陰道生產 VWD 婦女，有 3 位有外陰血腫，這些比例皆較 Gardella 等報告之 26,187 位陰道生產婦女不高，發生外陰血腫之比例在 1000 人中只有 2.2 位。

VWD 的孕婦，有時會有遲發性或次發性產後出血（指產後 24 小時後至 28 天出血者），正常孕婦通常 < 1%，但 Kadir 等報告之 VWD 孕婦，遲發性產後出血為 20% (11/54 人)，Ramsehoye 報告為 25% (6/24 人)，表示 VWD 患者發生遲發性出血較常人高 15-20 倍。

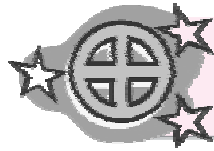
在文獻報告中，許多 VWD 孕婦雖經預防治療仍然發生產後出血。Roque 等回顧文獻，在 VWD 之產婦，產後平均出血  $15.7 \pm 5.2$  天，此暗示對 VWD 產婦，產後需要更長時間的觀察，建議每週要評估一次，約 2-3 次，如 FVIII 或 VWF: RCo < 50 IU/mL，則需預防性注射。如超過連續 3 天，每天可經鼻噴 Stimate DDAVP 300  $\mu$ g（台灣沒有引進此藥），要小心低血鈉之風險。同時因非類固醇發炎藥物 (NSAID) 會影響血小板功能和全身性止血功能，建議以其它止痛藥取代。

## ◇結 論◇

Von Willebrand 疾病乃一種最常見之遺傳性出血疾病，常有的症狀為經血過多，其它尚伴有手術時出血、卵巢出血性囊腫、子宮內膜異位、產後出血和血腫塊等，婦產科醫師心中應常有此疾病，可以減少不必要的併發症及糾紛。

◇推薦讀物◇

1. Gardella C et al: The effect of sequential use of vacuum and forceps for assisted vaginal delivery on neonatal and maternal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 185: 896, 2001.
2. Greer IA et al: Haemorrhagic problems in obstetrics and gynaecology in patients with congenital coagulopathies. *Br J Obstet Gynaecol* 98: 909, 1991.
3. James A et al: Testing for von Willebrand disease in women with menorrhagia: a systematic review. *Obstet Gynecol* 104: 381, 2004.
4. Kadir RA et al: Pregnancy in women with von Willebrand's disease or factor X I deficiency. *Br J Obstet Gynaecol* 105: 314-321, 1998.
5. Kirtava A et al: Medical, reproductive and psychosocial experiences of women diagnosed with von Willebrand's disease receiving care in haemophilia treatment centres: a case-control study. *Haemophilia* 9: 292, 2003.
6. Kouides PA et al: Gynaecological and obstetrical morbidity in women with type 1 von Willebrand disease: results of a patient survey. *Haemophilia* 6: 643, 2000.
7. Leissinger C et al: High-dose DDAVP intranasal spray (Stimate) for the prevention and treatment of bleeding in patients with mild haemophilia A, mild or moderate type 1 von Willebrand disease and symptomatic carriers of haemophilia A. *Haemophilia* 7: 258, 2001.
8. Mannucci PM: Treatment of von Willebrand's disease. *N Engl J Med* 351: 683-694, 2004.
9. Ramsahoye B et al: Obstetric management in von Willebrand's disease: a report of 24 pregnancies and a review of the literature. *Haemophilia* 1: 140, 1995.
10. Roque H et al: von Willebrand disease and pregnancy. *J Matern Fetal Med* 9: 257, 2000.
11. Silwer J: von Willebrand's disease in Sweden. *Acta Paediatr Scand Suppl* 238: 1, 1973.
12. Lee CN, Chen MJ, Su YN, et al: von Willebrand disease in pregnancy. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2001; 40: 39-46.



## 問 答 題

一、下列何者為治療 VWD 之經血過多第一藥物？

- (A) 釋放 levonorgestrel 避孕器
- (B) 1-deamino-8-D-arginine vasopressin (DDAVP)
- (C) 混合性口服避孕藥
- (D) epsilon aminocaproic acid (EACA)

二、一位 VWD 患者，因子 VIII 和 VWF：RCo < 50 IU/dL，在引產時接受 DDAVP 預防出血。患者後來接受剖腹產，且需要大量水液、oxytocin 和前列腺素。手術患者發生痙攣，最可能發生痙攣之原因為：

- (A) 大腦出血
- (B) 因骨盆腔巨大血腫塊導致低血壓
- (C) 低鈉血症
- (D) 對 DDAVP 產生遲發性過敏

三、第 1 型 VWD 之遺傳方式為：

- (A) 顯性體染色體
- (B) 隱性體染色體
- (C) 隱性 X 性連遺傳
- (D) 顯性 X 性連遺傳

四、一位 36 歲有 VWD 婦女最常見出血症狀為：

- (A) 瘀血
- (B) 拔牙後出血
- (C) 經血過多
- (D) 流鼻血

五、VWD 的患者，血型最多為：

- (A) A 型
- (B) B 型
- (C) AB 型
- (D) O 型

第 134 期通訊繼續教育

癌病婦女生育能力之保全 (I)

答案：一、(C)；二、(D)；三、(C)；四、(A)；五、(C)

## 會員園地

# 癌病婦女生育能力之保全

## (III)

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

### 人類卵巢組織冷凍保存和移植技術

#### 一、移植卵巢皮質組織：

大部份的原始 (primordial) 濾泡在卵巢最外層的皮質組織，因此保存它便能保留生育能力。卵巢皮質可經腹腔鏡或剖腹手術取得，取 1-3 mm 厚度卵巢表皮，總面積 1 cm<sup>2</sup>，放入足夠浸潤的冰凍保護劑即完成採取。再經顯微鏡檢查，確定有濾泡而沒有惡性轉移的病灶，即可進行冷凍保存，常使用的方法是慢冷凍 (slow-cooling) 技術。現階段，研究焦點在如何將卵巢組織再種回原來宿主 (自體移植, autotransplantation) 體中。在動物實驗中已成功的恢復了卵巢功能和懷孕。在人類目前以 2 種不同外科移植方法在研究：骨盆腔 (orthotopic, pelvic) 移植及異位 (heterotopic) 移植。

### 骨盆腔卵巢移植

理論上，如輸卵管及子宮仍然正常，將卵巢移植到骨盆腔尚有機會自然的懷孕。移植位置上，以濾泡流失而言，腹腔組織優於皮下組織，可能因腹膜有較好血管再生的效果。

此項步驟需經腹部手術和全身麻醉，腹腔鏡手術之侵犯性較低，但技術上較困難。



研究報告顯示，移植後濾泡會自然成熟，經 gonadotrophins 刺激後也會排卵，但經過約 9 個月卵巢便失去功能。

2004 年，Donnez 等首次以冷凍卵巢組織進行移植，並獲得成功懷孕。唯因此患者並未切除卵巢。被批評懷孕無法確定是由冰凍保存和移植卵巢組織所造成。

Silber 等報告有一對 24 歲單卵 (monozygotic) 雙胞胎，卻有不一致性 (discordant, 雙胞胎中只有一胎兒具有某項遺傳) 遺傳的卵巢。其中妹妹在 14 歲時便出現早發性卵巢衰竭，而姊姊有正常卵巢和 3 次自然生產。經捐卵受孕失敗後，姊姊將其卵巢皮質組織移植給她的妹妹。妹妹終於自然懷孕，且在 38 週自然產下一健康女嬰。重要指出是，接受移植者 (妹妹)，其條狀 (streak) 的卵巢沒有檢查出濾泡。

不論採骨盆腔移植或異位移植，皮質移植技術之重要限制，乃移植之卵巢組織在新血管長出前，即因缺血造成濾泡的萎縮 (atresia)。

## 異位卵巢移植

異位 (heterotopic) 移植指將卵巢組織移植至骨盆腔外，常用位置為前臂和腹部的皮下。它的明顯優點包括：(1)不需要全身麻醉或腹腔手術；(2)很容易監測濾泡之生長；(3)需要時，可簡易的由皮下將植入之組織取出。

有許多在此二位置移植之研究報告。Oktay 等首先報告 2 位患者，一位在接受骨盆腔放射線治療前，先經 hMG 刺激卵巢取得 3 顆卵子，然後將卵巢植入前臂皮下，但受精沒有成功。另一患者，則是在卵巢切除後，將新鮮卵巢組織植入前臂之皮下。在植入後的前 3 個月，二患者均有正常的月經和自然的排卵，但在移植後 3 年，卵巢功能均自然停止。

最近，一位 36 歲的乳癌存活者，由冷凍銀行中取出其預留的卵巢，移植至腹部皮下，移植後並經皮膚抽得 20 顆卵子，並經 IVF 技術獲得一 4 個細胞的胚胎，但在轉移時沒有成功。

有作者認為經異位移植之卵巢組織，因為皮下之溫度和壓力均異於腹腔，卵子的本質會受影響。故除方便性外，腹腔移植應優於異位移植，主因腹腔血管再生較多，濾泡失落較少。

事實上，人類的卵巢冷存和移植，不論是在骨盆腔或皮下進行，其植入卵巢組織之預期壽命 (life expectancy) 僅 9 個月至 3 年，因此患者在接受移植後，應儘速利用時間懷孕。

## 整個卵巢之移植

在動物實驗，整顆卵巢可以成功的冷凍保存和移植，但因操作過程中的缺血及血管栓塞難以避免，使卵巢功能維持之時間有限。有人在卵巢切除時利用顯微手術技術，將卵巢血管分離出，再將冷凍保護液灌入血管予以冷凍，如能在移植時再接回血管，使立即恢復血管供應，可改善移植後的生存，如此操作，可與使用卵巢皮質切片 (strips) 有相同的濾泡生存率和自然凋亡率。

對癌症患者行自體卵巢移植，必須考慮儲存之組織內是否有惡性細胞，至少需排除顯微鏡下可見之病灶。臨床上，癌病轉移細胞之危險度視癌病類別、活躍性、期別和惡性病變之大小而定。幸運的是，大部份育齡婦女之惡性腫瘤少有轉移至卵巢者，少數例外的為血液腫瘤 (如血癌、Burkitt's 淋巴瘤)、和某些晚期實心性腫瘤 (如乳房和大腸癌等)。另外，在兒童患神經母細胞瘤 (neuroblastoma) 死後解剖，約 20-50 % 發現有卵巢轉移。

早期乳癌轉移至卵巢僅低度至中度之危險性。凡沒有臨床上和影像學上證明之乳癌病灶，罕有卵巢之轉移者，大部份有轉移病灶者均可由臨床上和影像學上之評估發現。

Wilm's 腫瘤、Ewing's 肉瘤、淋巴瘤、骨肉瘤、和生殖器官外橫紋肌肉瘤等之卵巢轉移機會十分低。子宮頸癌之卵巢轉移率 < 1 %，然而有些子宮頸腺癌之卵巢轉移率在 1.7-12.5 % 之間。

無論卵巢轉移之病灶之危險性多低，在進行卵巢冷凍前後皆應多次取樣來作組織學、分子生物學、和免疫化學檢驗來排除卵巢內有癌細胞的可能。

## 人類卵巢組織之異位動物移植 (xenografting)

將癌症患者之卵巢異位動物移植 (xenotransplantation) 方式保存，可以阻止癌症在轉移和復發時侵犯卵巢，通常利用的動物為裸鼠。裸鼠是具有嚴重結合性免疫缺乏疾病 (severe combined immunodeficiency disease, SCID) 之一種老鼠，因有一基因突變，使其體內缺乏 T 和 B 細胞，因此不會排斥外來的異物，是實驗室中用來保存組織最好的工具，故可將欲保存的卵巢組織移植至裸鼠的肌肉、皮膚下結締組織、或腎臟莢膜內保存。唯因異位動物移植祇能接受極小塊的卵巢組織，要證明其移植可行，每次試驗需殺掉大量裸鼠，



故目前尚屬理論可行階段，真正用到臨床尚有許多安全上和倫理上的問題需解決，如動物的疾病（zoonoses）可能在轉移過程中傳到人類。

## GnRH 類似劑之共同使用

使用 GnRH 於化學治療尚屬研究階段，主要是利用其對性腺之壓抑作用，當化學治療用於男性，期望可保留睪丸之功能，而用於青春女性亦可減少化療對性腺之毒性，使生育功能得以保存。

GnRH 類似劑（GnRHa）用在化學治療時對性腺有保護作用，此在動物實驗已得到證明。Ataya 等指出，在 Rhesus 猴子接受 cyclophosphamide 治療時，如同時給 GnRH 類似劑，原始濾泡之流失比不接受 GnRHa 治療之動物為低（65 % vs 29 %）。除少數報告外，GnRHa 並不能保護放射線治療對卵巢之傷害。

在人類之女性之癌症患者，在化學治療時同時使用 GnRHa，亦有報告認為卵巢之傷害比不使用者為低。唯因這些研究非隨機取樣，控制組追蹤時間不盡相同，而且是以卵巢衰竭作為卵巢受損之終指標（end point），但卵巢衰竭並不能反應化學治療對原始濾泡流失的數目。因此，不能認為較低的卵巢衰竭率是由於使用 GnRHa 之結果。

Rocchia 等治療早期乳癌，在接受輔助化學治療時，以 goserelin 一種 GnRHa 來保護卵巢。患者平均年齡為 42 歲，經過平均 55 個月追蹤，86 % 患者有正常月經，84 % 患者無病灶存活，94 % 患者存活。在 1、3、5 年無病灶存活患者分別為 100、81、75 %。治療後 5 年，1 位患者懷孕且產下一正常男嬰。沒有任何不良反應。這些資料顯示停經前婦女患早期乳癌，輔助化療時加用 GnRHa 是可以耐受的方法，並有長期保護卵巢功能之效果。

在繼續研究中，Recchia 等回顧性追蹤 100 位停經前高危險乳癌之患者，以 GnRHa 作化學治療之卵巢保護劑。經過平均 75 個月追蹤，< 40 歲之患者全部皆有正常的月經，> 40 歲之患者 56 % 有月經。最後有 3 位婦女懷孕，其中 2 位正常生產，1 位要求流產。5 年和 10 年無病灶生存率分別為 84 % 和 76 %，而全部 5 年和 10 年生存率分別為 96 % 和 91 %。

GnRHa 用在化學治療時能保護卵巢之機轉仍不明，祇知道在原始（primordial）和初級（primary）濾泡中，不顯示有 FSH 接受器，但在已有 3-4 層顆粒細胞之次級濾泡中則存在有 FSH 接受器，GnRHa 可維持濾泡在原始及初級濾泡的階段，或許是保護這些濾泡之原因。

目前為止，GnRHa 在臨床有令人鼓舞的案例，但長期之效果和真正好處仍不了解，因此對化學治療時欲使用 GnRHa，須經溝通得到患者及相關委員之同意。

## 結 論

有關生育能力保留之研究，有令人振奮但迷惑的結果，許多方法仍在繼續成長中，已經確立的如胚胎之冷凍保存，仍然在實驗階段的如卵巢之冷凍保存。

如患者有伴侶或能接受精子捐贈，在化療或放療前可考慮胚胎之冷凍保存。否則，因為治療之方法、癌症之類別、治療前可利用時間之長短、患者之年齡、和伴侶之情況，在每位患者皆有所不同，尚無一定之可行之生育保存方法。

對尚為單身之患者，採用卵子之冷凍保存，目前對未成熟卵子懷孕率雖低，但仍有刺激卵子成長的研究在進行，是可選擇的一種方法，應比做卵巢組織之冷凍銀行為佳。

癌症患者之生活品質與心理因素極有關，而在女性影響心理的一大因素是生育能力是否受癌症影響，目前在進行的幾種研究包括：在乳癌患者，如想做卵子和胚胎冷凍保全，可以 tamoxifen 和 AI 作刺激卵巢之藥；在子宮內膜癌患者，則只能用 AI；如骨盆腔須行放射線治療，可以施行卵巢移位；化學治療時同時使用 GnRHa，可能對原始卵子有保護作用。

## 參考文獻

1. Oktay K, Buyuk E, Rosenwaks Z, et al: A technique for transplantation of ovarian cortical strips to the forearm. Fertil Steril 2003; 80: 193-198.
2. Radford JA, Liebermann BA, Brison D, et al: Orthotopic reimplantation of cryopreserved ovarian cortical strips after high-dose chemotherapy for Hodgkin's lymphoma. Lancet 2001; 357: 1172-1175.
3. Donnez J, Dolmans MM, Demylle D, et al: Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. Lancet 2004; 364: 1405-1410.
4. Silber S, Lenahan K, Levine D, et al: Ovarian transplantation between monozygotic twins disceadant for premature ovarian failure. N Engl J Med 2005; 353, 1: 58-63.
5. Oktay K, Economos K, Kan M, et al: Endocrine function and oocyte retrieval after autologous transplantation of ovarian cortical strips to the forearm. JAMA 2001; 286: 1490-1493.

6. Oktay K, Buyuk E, Veeck L, et al: Embryo development after heterotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. Lancet 2004; 363: 837-840.
7. Yada-Hashimoto N, Yamamoto T, Kamiura S, et al: Metastatic ovarian tumors: a review of 64 cases. Gynecol Oncol 2003; 89: 314-317.
8. Sutton GP, Bundy BN, Delgado G, et al: Ovarian metastases in stage IB carcinoma of the cervix; a Gynecologic Oncology Group study. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 50-53.
9. Marhhom E, Coherr I: Fertility preservation options for women with malignancies. Obstet Gynecol Surv 2006; 62: 58-72.
10. Ataya K, Rao LV, Lawrence E, et al: Luteinizing hormone releasing hormone agonist inhibits cyclophosphamide-induced ovarian follicular depletion in rhesus monkeys. Biol Reprod 1995; 52: 365-372.
11. Ataya K, Pydyn E, Ramahi-Ataya A, et al: Is radiation induced ovarian failure in rhesus monkeys preventable by luteinizing hormone-releasing hormone agonists? Preliminary observations. J Clin Endocrinol Metab 1995; 8: 790-795.
12. Recchia F, Sica G, De Filippi S, et al: Goserelin as ovarian protection in the adjuvant treatment of premenopausal breast cancer: a phase II pilot study. Anticancer Drugs 2002; 13: 417-424.
13. Recchia F, Saggio G, Amiconi G, et al: Gonadotropin-releasing hormone analogues added to adjuvant chemotherapy protect ovarian function and improve clinical outcomes in young women with early breast carcinoma. Cancer 2005; 106: 514-523.

## 「九十七年婦產科專科醫師訓練醫院認定」開始申請

### 申請資格：

請參照台灣婦產科醫學會網頁 ([www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw)) 醫院評鑑之婦產科專科醫師訓練醫院認定基準，並下載「九十七年婦產科專科醫師訓練醫院認定」申請表格填寫，請於申請截止日 97 年 2 月 28 日前傳真至學會報名。

註：目前在婦產科專科醫師訓練醫院合格效期內之醫院可不用報名。

# 對不起，我不是婦產科醫師？

■ 謝卿宏

九十二年S.A.R.S襲台後，衛生署認為醫學生畢業後直接實施專科醫師的訓練方式，並無美、英、日等國臨床教育的「一般醫學訓練」。為讓醫學系畢業生獲得獨立行醫的能力，以因應新疾病的挑戰，達成以人為本的「全人醫療」暨以病人為中心的專科醫師訓練目標，於九十五年開始實施一年期畢業後（PGY1）一般醫學訓練，規定所有的住院醫師在第一年必須有六個月的專科全人醫療訓練、各一個月的社區醫學基本課程和一般醫學基礎訓練、一個月的社區相關選修（從婦產、兒、精神、急診和社區醫療實務等自由選一科），和三個月為一期的專科（內、外、兒科三擇一）相關選修。

這種只偏重泛內科課程的所謂「全人醫療」訓練，是否會導致醫療生態的另一次浩劫，令人擔憂。根據婦產科醫學會的統計，九十五年度有一千三百位第一年住院醫師接受「全人醫療」訓練，卻僅有四十七人因社區相關選修到婦產科訓練一個月。而九十六年度迄今也只有四十五位醫師因PGY1訓練到婦產科，真不知這種不成比例的課程是否能夠達成「全人醫療」訓練的目標？

對這種會影響醫療生態，甚至威脅醫療水準的政策，我們早已感到憂心，個人與學會前理事長台大楊友仕教授，每次代表台灣婦產科醫學會出席「醫策會」或「專科醫師制度暨繼續教育諮詢委員會」的會議時，都力陳應將婦產科列入專科相關選修，更分別於九十四年十一月十八日與九十五年十二月六日行文「醫策會」，要求把婦產科列入「三個月為一期的專科相關選修課程」。但是，衛生署除於九十四年十一月三十日函覆表示學會的建議將留供政策制訂參考外，兩年來對此議題卻都沒有任何討論。

PGY1制度擬訂時，宋瑞樓院士邀內外婦兒和家醫科的理事長到國家衛生研究院會商，個人代表婦產科參加，會中，內科王德宏教授力主內科訓練的重要性，並說：「如果旅客在飛機上昏迷，醫師難道可以說，對不起！我不是內科醫師，我不知怎麼救人。」個人當場發言：「難道遇到孕婦臨盆，我們就能說，我不是婦產科醫師，不會接生。」當時，大家對此都無異議。

全國有一半以上的人口要由婦產科醫師照顧，當婦產科醫學會想讓年輕醫師知道婦產科的好時，請醫政主管機關不要蓄意忽視婦產科，以免危害婦女健康的照護！

（作者為台灣婦產科醫學會秘書長）

## 立法委員黃淑英國會辦公室 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 97 年 1 月 3 日

發文字號：97 英字第 08010301 號

**主旨：**畢業後一般醫學訓練未將婦產科列入三個月「專科相關選修」課程，恐有違衛生署推動「全人醫療」之美意；且婦產科與內、外、兒科並列傳統醫學之四大科，應一併列入「專科相關選修」之課程。

**說明：**一、為重整臨床醫師之養成訓練，衛生署於 92 年 7 月公告實施「畢業後一般醫學訓練」，並於 95 年將原本為期三個月的課程延長為一年的醫學訓練。訓練課程包括一個月「一般醫學實務訓練」、一個月「社區醫學基本課程」、一個月「社區醫療相關選修」、三個月「專科相關選修」及六個月「全人醫療訓練」。

二、內科、外科、兒科、婦產科並列傳統醫學之基本四大科，原因即在於此四科已涵蓋初級照護之各個層面，因此，醫師提供醫療照護前，應接受完整的內、外、兒、婦產科訓練。然而，目前「專科相關選修」僅包含一般醫學內科、外科及兒科，獨缺婦產科，恐有違「全人醫療」之意義。

三、且目前婦產科雖已列入「社區醫療相關選修」課程之一，然每年至婦產科接受訓練之住院醫師不及 5%，恐有危害婦女健康之疑。

四、畢業後一般醫學訓練之目的在於達成以病人為中心的「全人醫療」，而全國有一半以上之人口需要婦產科醫師提供照護。為促進婦女健康、確保婦女照護之品質，建請衛生署將婦產科列入三個月的「專科相關選修」。



【自由廣場】

# 健保局 醫療品質殺手

婦產科醫學會秘書長 謝卿宏

全民健保造就大家對就醫方便性的高滿意度，健保局常奢言要確保與提升醫療品質，但健保以財務槓桿為操作最高原則的作為，卻與醫療品質的提升背道而馳，原因如下：

- 一、審查制度是不合理的黑箱作業，是威脅醫界的白色恐怖：動輒幾百上千份的抽審、申復與爭審，搞得醫院病歷室、保險組、醫務人員，甚至醫師人仰馬翻，浪費、消耗醫療體系服務病患的力量，每個月都要花幾天和健保局周旋，在有限的精力下，必定會傷害醫療服務的品質。
- 二、健保局心中只有錢，而漠視患者安危：血尿患者追蹤時，做常規尿液檢查被認為沒有必要；七十歲的老太太做骨盆重建後，解尿困難，多住院四天直到安全無虞再回家，健保局竟然不顧患者的憂慮、家屬的不安，甚至有醫療糾紛，硬要患者回家再到門診追蹤治療；陰道手術患者術後一個月，外陰部持續腫大疼痛，發燒、畏寒，住院兩天，也被認為沒有必要；中風必須住院的病人，每個月都必須換醫院做復健，病人成人球。健保局就是用審查制度逼迫醫院和醫師趕病人！
- 三、審查醫師不夠專業，申復爭審獨裁仍然我行我素：不知是不是官大學問大，即使醫師力爭，健保局的大官仍然認為不同疾病且有不同治療方式與目的的尿失禁、子宮脫垂和陰道旁缺損的手術是非必要的手術，妄自認定一次手術同時做這三種手術是將一項治療手術分解成多項手術來做。須知，骨盆鬆弛重建時，常是五、六項手術需要一次完成，但健保支付標準卻規定只能報三個手術碼，其中第二個碼又只能報原點數的二分之一，第三個碼只能報六分之一，非常不合理。不知道健保局是不是要患者可於一次手術就開完的刀，分三次住院，一次一次地開？
- 四、健保門診給付是齊頭式的假平等：門診只要做了，不管做好做壞、做深做淺、或花多少時間看一個病人，每診次的診療費都一樣，醫師花錢花時間去進修以發展次專科的智慧財產權未被重視，久而久之，必定會使醫療水準庸俗化，醫療品質堪憂。健保局預計明年實施的台灣版D R G—相關疾病診斷群，是以疾病的主診斷來給付，這種不分疾病輕重、不分療程和治療方法，同類疾病全部單一給付的做法，就像規定出差住宿每晚一律一千四百元，如果把「夜宿」類比為「疾病」，夜宿費就像給付；如果全國各大飯店夜宿費每晚都是不二價（一千四百元），住宿會有高品質嗎？然而，不管醫界怎麼說明，健保官員就是硬要台灣版的D R G。
- 五、五、六十歲的醫師沒有病人可看，年輕醫師也好不了多少，看病比看寵物還便宜，全民健保走到今天，雖然討好人民，但是這種短多長空的醫療，導致人才流失，阻礙醫學教育的百年大業。

健保局骨子裡的醫療就只有財務，但是醫療水準與品質並不是錢可以估算；醫師非利益團體成員，爭的不是錢，爭的是一個理念，只為鞏固醫療品質與患者利益為所應為，健保局不應該口是心非，而是要提升審查品質，與醫界共同追求提升醫療品質。

## 法律信箱

# 生產風險救濟基金問卷調查 統計與綜合意見

本會常務理事／醫療法制暨醫療糾紛委員會召集人  
政大風險管理保險所法律組博士候選人 高添富

生產風險救濟基金在衛生署薛處長的熱心推動之下，鑼鼓喧天，聲名大噪。相較於健保局的冷漠，會員冷眼旁觀，並慣例際出醫師那種「帝力於我何有哉」的高傲，有時甚至比健保局的官員還要冷。只是產科的醫療事故糾紛，在兩個當事人的吹毛求疵之下，賠償金額節節高升，在沒有推出「醫事人員強制責任保險」當作第一線保障之前，而且醫師業務保險理賠仍只杯水車薪之際，生產風險救濟基金不無小補，而且最重要的是一但發生了生產的醫療糾紛，官辦民營的生產風險救濟基金會馬上可以啟動救濟機制，對病家忿忿不平情緒的安撫，醫病和諧關係的促進，都有實益，而且最重要的是醫師不必再落人口實，被失控的病家，用丟雞蛋，拉白布條，上頭條新聞來汲汲威脅，提醒醫師表態。

尤其最令本人感動的是衛生署從善如流，把基金的名義去掉「醫療傷害」的字眼，把「補償」一字改成「救濟」，而且更進一步很智慧的採用「無關過失責任」no fault liability當作法理基礎—無關醫師過失，不論醫療對錯，一律都先予以病家救濟，使整個生產風險救濟制度可以在短短三個月內完成行政審查，即可拿到救濟金，已儼然身懷強制責任保險的情操影子了。個人一向堅持醫師有錯個人要賠償，醫師沒錯政府要補償，醫師抵死不出一毛錢，這下子基金正名成功，從此名正言順，個人心服口服，當然更要舉雙手贊成政府的這項德政了。

## 第一波問卷調查統計結果

我們台灣婦產科醫學會在上期會訊，針對生產風險救濟基金的會員問卷調查，截至 96 年

12 月 31 日，共回收了 15 份會員傳真，統計結果如下：

回報會員資料

醫師類別	服務醫師		開業醫師		TOTAL	
NO.	5		10		15	

接生數	0	1 人	2 人	5-10 人	11-25	40 人	TOTAL
	8	1	1	1	2 人	1	15

壹 成立生產風險補償救濟基金

成立生產風險補償救濟基金	贊成		反對		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
一、您認為有必要成立「生產風險補償救濟基金」嗎?	15	100%	0	0	15	100%
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?	13	86.7%	2	13.3%	15	100%
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?	7	50.0%	7	50.0%	14	100%

貳 基金會財源與管理

基金會財源與管理	贊成		反對		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
一、您贊成每接生一名嬰兒，需捐獻出新台幣 2 千元嗎?	6	50.0%	6	50.0%	12	100%
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?	15	100%	0	0	15	100%
三、您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?	14	93.3%	1	0.7%	15	100%



本次問卷調查，初步結論有三：

1. 堂堂二千五百名會員中，回報十五名，回報率達 0.6%，破世界紀錄。不過其中零接生者有 8 名，佔 53.3%，表示真的很熱心，以天下為己任的會員居然佔了一半以上，仍是足以令人安慰的。至於回報率偏低的原因之一，祕書處有人揣測和會訊的閱讀率有關，可能有不少人不知道有問卷調查題這麼一回事，不無可能。
2. 據本次問卷調查初步分析，百分百贊成有必要成立「生產風險補償救濟基金」。86.7%贊成用救濟基金名義，採無關過失責任，但 13.3%反對；50.0%贊成用補償基金名義，採無過失責任，50.0%反對。
3. 問卷調查分析，93.3%，即九成以上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。而百分百贊成若健保產科給付增加，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。
4. 有一半會員贊成每接生一名嬰兒，需捐獻出新台幣 2 千元給基金會統籌應用；另有一半人反對，但有 2435 名會員為中間選民，態度不明。
5. 會員對為什麼要用救濟基金名義，採無關過失責任 No fault liability，都覺得有點撲朔迷離，以及為什麼不要採無過失責任 No error liability（醫師完全沒有過失），用補償基金名義，也覺得莫名其妙，其實道理很簡單，因為沒錯（沒過失）只要補償，有錯（有過失）才要賠償，您若知道為什麼民進黨堅持要用二二八賠償條例，而不採國民黨偏愛的二二八補償條例名義，自然也就豁然開朗了。

## 會員個人理念與學會專家意見匯整

### 一. 會員個人理念與高見

#### (一) 接生醫師每案例合理的捐款金額

捐款額	200 元	1000 元	1000~2000	<2000 元	2000 元	TOTAL
NO.	1	4	1	1	2	9

#### (二) 基金會其他可能的財源（有複選）

基金會其他財源	政府編預算	國健局	Formosa 基金會	疫苗公司 (N.B. 都打疫苗)	超音波儀器公司	TOTAL
NO.	2	2	1	1	1	7

(三) 問卷調查中，會員的其他高見

1. 捐款金額應視接生量有所調整。
2. 有些醫院 PPF 制，接生醫師實際到的接生費也只有 2000 元，豈不全部捐出？作白工？
3. 接生費的 1/100（接生醫師捐款是「使用者付費原則」是何道理？簡直莫名其妙。）
4. 向"愛台灣"的 formosa 基金會募捐婦產科醫師是推動"台灣之子"搖籃的推手，formosa 基金會在其本身有難時，能不伸出援手！？
5. 健保局直接接生產數撥款入基金，接生醫師先與病人和解付款，以和解書和病歷向基金申請補助，以免拖延太久病家不滿及病家向醫師及基金兩頭要錢。
6. 會不會出現政府也拿醫師的錢，家屬會認為兩者不同，要補貼的，而醫師是「肇事者」。
7. 根據有無過失，應訂出不同標準之給付標準，不應令民眾誤導。
8. 接生者必須小心謹慎，不能用半夜有狀況（如目前報載頭位合併手脫出）仍未 Stand By，而惹禍上身再多的保險救濟金也無濟於事，成立此基金會是好事，接生者的心態與診所嬰兒室的控管更是不可或缺的。
9. 基金會的成立對招收 R 幫助不大但會安心對優秀的手很細膩的仍無吸引力奈何健保制度是主因，醫學中心的薪水  $\times 10$  倍婦產科的 R 馬上漲停板。
10. 無關過失先賠償會有後遺症：（1）病患更獅子大開口==>認定你有過失（2）產科接生者，少數會鬆懈，掉以輕心（反正上面會賠）（3）若日後認定接生者過失明顯，非不可避免，應提高保費且自負額要明確提高。
11. 給予救濟金之後，醫師有沒有得到較優勢的法律保障？
12. 每例 2000 元做保費，如果讓保險公司承保，出險的給付是多少？以特別契約的方式及保險公司承保會不會更合理？

二、學會秘書處專家意見

- (一) 爭取調高生產給付，並保證點值一點一元→可以接受扣除 2000 元當生產風險救濟基金。保證點值一點一元→勉強可以接受扣除 2000 元當生產風險救濟基金。二、三年後如果生產風險救濟基金累積到一定程度，應該調降扣除金額。
- (二) 完全同意會議記錄所載。每件生產個案健保給付，直接扣除 2000 元。核撥至「生產風險救濟基金」，需先提高目前生產（剖腹產、自然產）的給付點數至少 2000 點以上，才適合實施。非健保身份的產婦（自費），應同意加收 2000 元納入基金（類似加入生

產風險保險)。一樣可適用定式契約。(防訴抗辯)

- (三) 2000 元該由政府自己出。健保給付要先提高 2000 點，從 27319 提高為 29319 才可接受。
- (四) 從此記錄上看到基金給付分二部分：一為「無過失救濟」為政府編列預算→此部分無意見；二為「過失救濟」為醫界提撥→是否在民事、刑事責任外又加上救濟？若是，此部分只不過讓病家多領一些錢，醫界仍須付目前已有的民事、刑事責任。若否，不知此救濟何時會動用？同在有過失的情況下，民事及刑事的賠償必定大於救濟金額，病家不會選擇救濟。個人覺得 2000 元太多。
- (五) 2000 元太多了！若一年生 300 個，就 60 萬了。所以提撥金額以不超過 500 元為宜。
- (六) 這種保險基金，應有儲蓄險的觀念，如果一直都沒用到這筆提撥的錢，三五年後就應該要退回給醫師。如此的話，2000 元才不算多。
- (七) 沒意見。

## 醫療法制與醫療糾紛委員會與本人提供學會之法律意見

針對生產風險醫療傷害補償制度第三次會議簡報，我們醫療法與醫療糾紛委員會開會熱烈討論，得到初步結論如下：

- 一、若是採「無過失責任」No error liability 的補償制度，醫師毫無醫療疏失下，原則上會員堅持不出錢，必須由國家負責全部補償金額。
- 二、但若明年健保生產採 DRG，每接生例有增加二、三千元給付時，願意直接由健保局扣繳每案例二千元至基金會，以促成本制度成立。
- 三、惟若本基金會採「無關過失責任」使用救濟金名義，而不是補償的名義，會員應該同意出錢，出力。
- 四、學會已在本期會訊發出一問卷調查表，結果可在月底呈報醫事處參考。
- 五、以下針對上次開會結論，本人提供學會的法律意見如下：

### 壹 補償對象及金額

- 一、贊同基金去除醫療傷害字眼，若要採用無關過失責任，建議改為「生產風險救濟基金」，避免用補償這兩個字。
- 二、補助的對象定義：

### 1. 什麼人可補助？補助多少？

贊同之前建議：母親死亡 200 萬，，傷害（植物人）200 萬。新生兒及嬰兒死亡 30 萬，傷害（腦性麻痺）100 萬，先行試辦。

### 2. 是否無關過失，不問對錯？

贊成一定要採「無關過失責任」no fault liability，即無關過失，不論對錯的責任基礎，只要行政審查，證明確和生產有關，或只要無法證明和生產沒有因果關係（因果關係排除法）即予以全額救濟，方可能在三個月內完成發放救濟金。若依原採用的無過失責任者，必須要先證明醫師無醫療疏失，就又必須再走上醫療鑑定或經由訴訟程序，可能又要兩三年後，一直到證明醫師無過失才予以補償，曠日費時，早已失去風險救濟的美意。

### 3. 針對沒有明確定義死亡及傷害 及如何確定和生產有關。目前無資料可以估算每年個案數，故所需經費無法估算這點，學會先行提供美國維吉尼亞州訴訟外補償制度 1987 Virginia Birth-Related Injury Compensation Act 資料供立法參考（有興趣者，請參考文後附錄）。

三、先開始試辦一至二年----贊成和病家簽定型化和解契約方式，因基金會和解契約的救濟金額不高，也無法要求病人放棄憲法訴訟權，但可事先用契約約定：

1. 申請後進入此程序，至審查終結期間，約定病家不得告訴或騷擾醫療院所及醫師，更不能在媒體放話，或非理性的抗爭，必要時因妨礙醫療院所病人的就醫安全，報警並移送法辦。
2. 病家領取救濟金後，若執意再告醫師，則必須退回所領的救濟金。一但進入司法階段之後，即表明放棄再度申請此基金之權利。若司法證明醫師有疏失，自然會有民事損害賠償，但若證明醫師沒疏失，就拿不到民事賠償，當然也不能再回頭來申請基金，此點必須事先和病家說明清楚（防訴抗辯）。
3. 進入本基金審查程序後，審查及申覆後仍不能予以救濟時，既然是表示和生產完全無關的意外，代表一點因果關係都沒有，當然醫師也不怕被病家告了。

## 貳 基金會資金來源

- 一、若採採無關過失責任，原則上支持薛處長建議每一生產個案捐出固定金額的方式來募集基金，希望以 2000 元/生產例為上限。
- 二、建議直接在健保給付時直接扣除提撥進入此基金：健保局責無旁貸，不出錢也要出點力。
- 三、不建議追究醫師醫療疏失責任

如果要考量一項制度是否可以有效防止醫療傷害，必須考慮兩個醫療傷害的重要因素，第一是造成傷害的原因（cause of injury），第二是是否這項制度已經給予一個適當的激勵來防制醫療傷害？本制度既採無關過失no fault 責任基礎，不論對錯，無關過失，尤其為了針對許多醫療意外能夠予以迅速救濟，就是不能歸責，何況懲戒醫師又怎能改善或改變如羊水栓塞等生產意外的發生率？至若醫師有嚴重醫療錯誤，取後一定還會被病人控告，自有民刑行政一罪三罰，再添醫師懲戒亦可，本基金會何需急著還要落井下石？

#### 四、推動病人安全制度

建議衛生署可趁機成立「醫療錯誤通報系統」，經由Error-reporting 通報，Root-cause analysis 資料分析及 Systemic improvement 制度性改進，而成功推動病人安全制度。

#### 五、小結

總之，學會大致贊同薛處長所建議：

1. 婦產科醫師先行出錢進來此基金，上限為每接生個案二千元，也期望不足經費政府可想辦法協助，若經費足夠，即應優先減少醫師的負擔。
2. 強制每一醫療院所皆加入，但也需要署方協助學會，邀集各醫療院所做說明，對加入的醫療院所給予標章認證，或加入評鑑標準。
3. 只有採「無關過失責任」，不追究，不懲戒醫師，醫師方能接受健保給付未調高前，即先開始捐贈，開始運作。
4. 另外基金財務來源，還可考慮自各地方政府鼓勵生育發給生育婦女的獎勵金中，可按該區生產或產科醫師人頭數，提撥一部份金額給基金會，減少醫師個人負擔，提高方生育率。

#### 參 基金組織及管理，學會沒有異議

- 一、由學會及各界人士成立「生產風險救濟基金會」（非直屬署方），但事涉不同專業領域，未必需要由其他基金代管。
- 二、基金會下，由署方名義設立審議委員會
- 三、台灣婦產科醫學會可接受委託承辦事務性工作。



## **[附錄]：美國維吉尼亞州訴訟外補償制度——依據(維吉尼亞州生產相關傷害補償法案) Virginia Birth-Related Injury Compensation Act 1987**

### **(一) 生產過程相關的神經學上傷害定義——定義範圍必須狹窄**

1. 所謂的「生產過程相關的神經學上傷害」(birth-related neurological injury)為：『新生兒受到腦部或脊髓的傷害而因為在其生產過程中因氧氣變化或因為醫療器械的傷害(mechanical injury)所造成的傷害-而該傷害造成該名新生兒永久性地無法行走、語言能力受損、無法自行控制其排泄而因此必須在日常生活中各項層面上需要他人協助的情形。』
2. 法案中明訂前述的所謂的傷害情形必須是該名新生兒仍然存活為限。同時該法案排除下列狀況而不予補償：新生兒的失能或死亡，係因為遺傳性地或基因上的缺陷所造成的。該法案之所以制訂如此狹窄的定義範圍，其主要目的在於不希望將補償範圍太過於擴大，且希望補償的對象限制在產科接生上特定的無法事先預見防範的新生兒腦部傷害的狀況。。

### **(二) 參加條件——簽約的合法醫院，醫師與助產師**

1. 要求欲請求補償的條件之一即是該名新生兒的出生，必須是在加入本法案的醫療機構中且經由業已加入本法案的產科醫師所提供的醫療服務下出生。
2. 加入之資格：依據本法案的規定任何在維吉尼亞州取的合格醫師執照而在該州執行醫師業務者，並且該名醫師必須為全職或兼差提供產科醫療行為者均符合加入本法案的資格；或任何在維吉尼亞州合法的醫療機構均可以加入這項法案的補償計畫。爾後的修法擴大加入範圍，允許合格的助產士亦可加入。

### **(三) 請求補償程序——行政審查流程**

設立一個行政上的審查流程來處理每一個申請補償案件的審查。以行政程序審查相較於一般的司法程序審理，將會更為快速、正確且降低成本。

## 審查程序

本法將處理請求補償的案件審理程序中，設立由二個重要的機構來進行，其中一個為 Industrial Commission 負責做成最後的補償與否的決定，另一個為 Medical Advisory Panel，主要負責在審查的初期提出相關的意見。

## 審查處理時間

提出請求後的 45 天到 120 天之間，勞資委員會必須召開聽證會 (hearing)。法案規定一個請求補償案件整個審查程序不得超過 5 個月。

## 舉證責任

提出請求補償者 (請求人) 必須證明新生兒所受的傷害確實符合該法案所定義下的新生兒生產相關的神經學上的傷害，同時請求人必須證明該新生兒確實是在一個業已加入本補償機制的醫療機構中，經由一位加入補償機制的醫師所接生或提供醫療服務下所出生。

## 申覆

不服決定之人得在收到勞資委員會決定書 20 日內得向該勞資委員會請求重新調查相關的證據。如果對勞資委員會的再次決定內容再有不服者，得向地方法院提起請求。

## (四) 補償金額與給付方式

### 補償

規定補償方法是以分期給付的方法給付，而不以一次全額給付。這項補償機制立法之初即明確表示其目的在於補償而非懲罰，且為了避免再審查究竟未來受害者的真正損害與損失的金額計算，因此採用這一種分期給付的補償方式。

### 補償基金

法案中規定補償基金每年的經費來源有下列三種來源：

1. 每一位加入此一補償制度的醫師必須每年繳交美金 5000 元；
2. 每一個加入的醫療機構必須對其前一年度所接生新生兒的人數 (each delivery) 每一接生行為繳交 50 美金，但是每年在此項下繳納的總額每一個醫療院所以美金 15 萬元為上限



3. 在美國麻塞諸塞州、賓夕凡尼亞州、肯達基州及維吉尼亞州四周境內 (the Commonwealth) 經過合法授與執業資格的醫師，應每年繳交美金 250 元。每一個在麻塞諸塞州、賓夕凡尼亞州、肯達基州及維吉尼亞州四周境內營業的保險機構，也必須固定將其年淨利的一定比例繳交與補償基金。
4. 如果這項補償基金在正常且適當管理營運下如果發生資金不足的情況時，本法案規定美國聯邦經濟委員會 (the State Corporation Commission) 必須立即通知美國總統、國會發言人及勞資委員會。
5. 根據本法案立法時的估計，如果一年給予 40 個情求案例補償，而最保守估計每一名受害新生兒給予美金 50 萬的補償者，則補償基金每一年的補償費總額就會高達美金 2000 萬美金。

## [後記]--

### 六分鐘護一生，請填寫一下生產風險救濟基金問卷調查表

針對會員自身的權益問題，今天我們婦產科醫師實不宜再重溫當年喪失醫師調劑權的噩夢，應該更不厭其煩的大聲講出自己的心聲與意願，再忙，也請撥冗填寫一下生產風險救濟基金問卷調查表。事實上，民主社會只有民意基礎才是政府施政的唯一指標，此次衛生署很尊重我們婦產科醫師的想法，也很希望知道我們婦產科醫師的意見與建議，所以一直要我們學會提交會員的意見調查分析，但是在有二千五百多名活動會員的堂堂婦產科醫學會，居然只有十五名會員回報意見，實在提不出抬面，本人只有繳出白卷，無顏見江東父老。

本期只好重作馮婦，再度用附件方式寄發問卷調查表給大家，寄望您能在門診，接生百忙之餘，為自己或年輕婦產科醫師的權益，表達一下高見，花六分鐘時間回答一下「生產風險救濟基金」的問卷調查，以免天天在作白工。您不是天天都在高談闊論說，婦女要「六分鐘護一生」？今日的您，身為婦產科醫師，不也是有同樣的這個需要嗎？

最後忍不住要先告訴關心我們生產風險救濟基金的會員一個大好消息，就是衛生署最近修訂「醫師執業登記及繼續教育辦法」，首度納入性別議題課程，要求醫師強制修課。衛生署要求全國醫師必須在四月以前修習性別議題課程，否則無法換照，不能行醫。剛好我們學會在 3 月 16 日年會的醫療倫理法律專題演講中，醫療法制暨醫療糾紛委員會安排我們的副召集人，衛生署專門委員王炯琅醫師一場有關性別議題課程的專題演講，與會者只要聽完演講，並填寫壹份問卷調查，即可拿到性別議題課程的學分，「摸蜆仔兼洗褲」，好東西要和好朋友分享，請大家不要忘了告訴大家。

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) 2200-1476

台灣婦產科醫學會

收

◎135 通訊繼續教育答案◎

題目：常記 Von Willebrand 疾病

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 [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。

## 台中市婦產科診所

近逢甲，禮聘婦產科專科醫師  
待遇優。合作亦可。

意洽：0968-913323 莊小姐

## 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

## 高雄臺南 婦產科診所

誠徵 婦產科專科醫師

保障薪資待遇

意者電洽

0929-560699 莊小姐

## 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

意者請電洽

0921701388 陳醫師

0921703033 05-6338588

## 編 後 語

沈潔怡

一元復始，萬象更新。看到學會前輩為生產風險救濟基金的誕生努力，一方面期待此新措施能為台灣婦產科帶來些許改變。一方面也因為一個制度要能完善，需要集思廣益。所以也盼望各前輩會員不吝給予寶貴意見。Von Willebrand 赫赫有名，不過相信在非醫學中心很少能被診斷出來。李醫師的文章再次提醒，不明原因的經血過多應考慮做VWF檢查。但不知健保審查醫師是否認同？一元復始，希望我們的健保局也能萬象更新。

祝大家新年快樂

### 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

### 衛生署立金門醫院

資格：

- 1) 婦產科專科醫師(具中華民國婦產科專科醫師證書)
- 2) 年紀 50 歲以下
- 3) 不必有公務員資格亦可應徵

待遇：

- (一) 公職醫師依本院薪水及獎勵金辦法給付
- (二) 合約醫師月薪 25 萬
- (三) 並提供醫師眷舍

聯絡電話：(082)330455

(082)332546 轉 1708 或 1706

人事室 薛主任

# 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
0116-1	小型醫院推動時證醫學	大千綜合醫院	大千綜合醫院婦幼大樓九樓視聽室	01月16日12時30分	01月16日14時00分	B	2分
0117-1	多囊性卵巢症候群	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	01月17日12時30分	01月17日14時30分	B	2分
0118-1	應力尿失禁最新治療方式	若瑟醫院	若瑟六樓視聽室	01月18日07時30分	01月18日08時30分	B	1分
0120-1	醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會14樓會議室	01月20日13時30分	01月20日18時00分	B	1分
0120-2	婦女癌症照護醫療進展研討會	秀傳紀念醫院	彰濱秀傳紀念醫院國際會議廳	01月20日08時00分	01月20日12時20分	B	3分
0120-3	2008年1月份中區月例會	中華民國周產期醫學會	中國醫藥大學附設醫院兒童醫療大樓11樓會議室	01月20日14時00分	01月20日16時30分	B	2分
0120-3	2008年更年期醫學研討會	台灣更年期醫學會	南台科技大學B棟藝文中心13樓念慈國際會議中心	01月20日13時00分	01月20日17時30分	B	3分
0120-4	97年度專科醫師繼續教育課程(一)	台灣婦產科醫學會	馬階醫院新大樓15樓階梯講堂	01月20日08時45分	01月20日16時35分	A、醫學倫理	5分、1分
0126-1	2005CPR新觀念	埔里基督教醫院	埔基A棟七樓愛堂	01月26日07時30分	01月26日09時00分	B	1分
0126-2	內視鏡微创醫學進階教育訓練課程	台灣婦產科內視鏡微创醫學會	(26日)成大醫學院12樓實驗動物中心2樓(27日)第三講堂	01月26日13時30分	01月27日17時00分	B	6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
0127-2	97年度專科醫師繼續教育課程(一)	台灣婦產科醫學會	彰基教研大樓11樓魏克思學術講堂	01月27日08時45分	01月27日16時35分	A、醫學倫理	5分、1分
0201-1	間質幹細胞之臨床應用	天主教聖馬爾定醫院	聖馬爾定醫院十樓學術講堂	02月01日07時30分	02月01日09時30分	B	2分
0202-1	多囊性卵巢治療的新趨勢	耕莘醫院	耕莘醫院A棟10樓大禮堂	02月02日07時30分	02月02日08時30分	B	1分
0203-1	97年度專科醫師繼續教育課程(一)	台灣婦產科醫學會	郭綜合醫院5樓榕華廳	02月03日08時45分	02月03日16時35分	A、醫學倫理	5分、1分
0217-1	97年度專科醫師繼續教育課程(一)	台灣婦產科醫學會	花蓮聖瑪醫院信實樓4樓施桂蘭紀念禮拜堂	02月17日08時45分	02月17日16時35分	A、醫學倫理	5分、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
0224-2	北台灣婦女健康醫學新境界研討會	林口長庚醫院	福華國際文教會館14樓貴賓廳	02月24日15時30分	02月24日20時00分	B	2分