

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2009年3月149期
台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



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
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 張維君
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
秘 書 長：謝卿宏
學會法律顧問：黃清濱 律師 04-22511213
曾孝賢 律師 02-23698391



98年度年會 暨擴大學術 研討會



會員代表合照



院士合照



會員報到



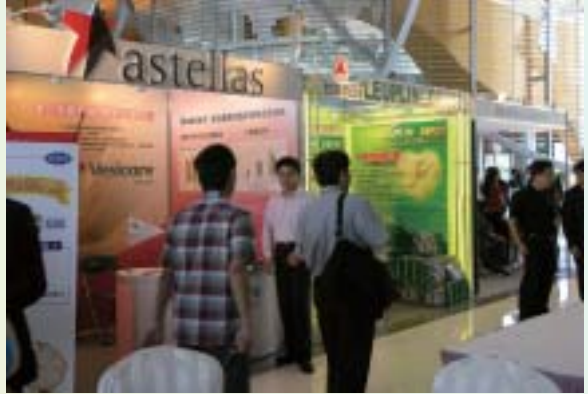
會員報到



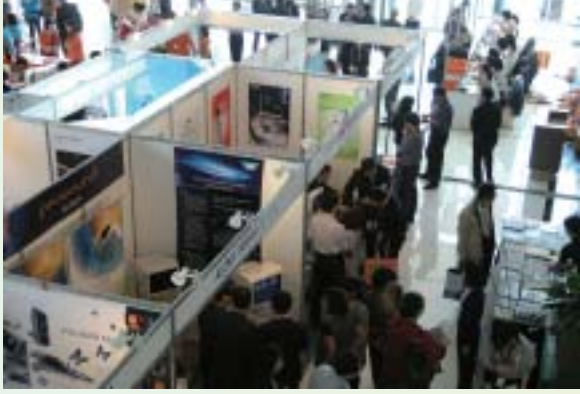
海報展示



廠商參展



廠商參展



廠商參展



各室演講

台灣婦產科醫學會 149 期會訊

目錄精華

05 理事長的話 | 文/蔡鴻德

06 秘書長的話 | 文/謝卿宏

09 秘書處公告 | 文/秘書處

09 台灣家庭醫學會 函

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

09 行政院衛生署疾病管制局 函

檢送「麻疹鑑別診斷」宣導資料乙份，請協助宣導所屬會員醫師與轄區醫療院所，請 查照。

10 中華民國醫師公會全國聯合會 函

檢送 98 年 2 月 13 日本會專科醫學會理事長聯繫會議會議紀錄乙份，請 查收。

12 中華民國醫師公會全國聯合會 函

檢送本會「就國民健康局提出偏遠地區子宮頸抹片檢查與醫界合作方案共識」會議紀錄乙份，請查照。

13 台灣婦產科醫學會第十八屆第三次會員代表大會會議紀錄

20 行政院衛生署 函

有關 貴醫學會函監察院陳述「全民健康保險醫療品質資訊公開網」中「子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率」之統計資料錯誤，影響 貴醫學會之名譽及誤導民眾乙案，復如說明，請 查照。

21 台灣婦產科醫學會會員法律諮詢服務申請表

目錄精華

22 台灣婦產科醫學會五十周年紀念冊 徵稿通知

23 會員聯誼——竹子湖登山步道

24 The 29th Annual IFMSS Conference

25 通訊繼續教育

子宮內膜異位症的特殊狀況 | 文/李耀泰、陳福民、郭宗正

31 會員園地

31 子宮腺肌症的癌化 | 文/李耀泰、郭宗正、陳福民

33 子宮外孕病例十年回顧與分析 | 文/顧澄

38 法律信箱

學會為什麼要推動醫療糾紛會員服務計畫 | 文/高添富

43 徵才看板

44 編後語 | 文/王三郎

46 活動消息 | 文/秘書處



理事長的話

蔡鴻漣

敬愛的會員平安：

二月二十八日及三月一日移師台中裕元花園酒店舉辦的九十八年度婦產科醫學會年會，圓滿落幕，裕元全體員工卯足了勁，戰戰兢兢的接辦了這場盛會，將所有的場地包括，從地下一樓國際會議廳至地上四樓溫莎廳等，全部提供給年會使用，以最高規格服務會員，讓大家賓至如歸，將服務業的精神發揮的淋漓盡致，學會秘書、工作人員、秘書長與我在前一天即進駐裕元，督促會場佈置，海報展示，晚宴食物及酒品等所有流程，裕元皆全力配合。

今年年會總共報到數為 2175 位，比去年增加了一百多位，在會場見到了許多年不見的老朋友，一起偷得浮生半日閒，坐在舒適的沙發上，輕鬆的點飲料，閒話家常，大家相聚甚歡，星期天的午餐會報供應了 1180 個餐盒，裕元兩天場地費只收了 60 萬，替學會節省了約 60 萬的成本，招商成功，亦開闢了更多的財源，酒店房間客滿，福華亦間接客滿，學術活動觀光旅遊，會員及眷屬熱烈參與，滿意度高，是年會成功最重要的關鍵，感謝所有與會的人員一起成就了一場完美的年會。

年會廠商熱情捧場，甚至一口氣搶訂了三間展覽位，竭盡所能，將攤位佈置的美侖美奐，使出了渾身解數，目的在留下每一位醫師的目光駐足參觀，推銷他們的新產品，在經濟大蕭條的年代，有許多公司逆勢操作，看好健保之外的自費醫療，推出好的產品，您也許已經發現他們已經悄悄的成立婦女健康照護部門，身為婦產科醫師的我們，豈可妄自菲薄，自廢武功，婦女健康照護領域何奇大，不應只把自己侷限在婦科、產科，學會與大家站再同一陣線，積極接受新的知識、新的醫療、新的挑戰，婦產科的春天即將到來！

祝 大家身體健康！醫療平安！

秘書長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

年會已順利圓滿結束，參加的會員非常踴躍，由於高鐵相當方便，在台中辦年會，著實讓人領會另一種氣氛與風情。

在年會時同時召開的會員代表大會，通過了秘書處規劃且經理事會決議的：幫助育幼院童的議案，其中之一的的方法很簡單，只要大家辦玉山銀行商務白金卡（免年費），則刷卡的回饋金即可助人，希望大家踴躍辦理。在此，也感謝丘林和理事的提議與幫忙想辦法 promoted 這件事！想來，我們真的很幸運，隨時都會有會員、前輩絞盡腦汁來相挺。當然，也唯有群策群力，學會才會更茁壯，而這也正是所有會員之福，希望大家都能隨時不吝指教。

三月三日晚，理事長Called我，指李奇龍理事反映北榮泌尿科林登龍教授事（如附件一），其實，當天一大早在往台南的高鐵上，我就已看到相關報導，也打電話給蘇前理事長（現TUGA理事長），並請TUGA秘書聯絡TUGA秘書長洪滿榮監事；此外，也有些會員打電話給我，透過報導的記者經幾天的折衝與協調，林醫師甚至還說報導出來後，更有幾個要給拿掉子宮治尿失禁的病人去找他，這種說法實讓人訝異！我們期待勿枉勿縱，並有機會檢視這些患者的病歷，以查明真相！

三月七日下午，剛好在學會召開第四次AOFOG籌備會議，除主席楊前理事長和蔡理事長外，蔡前理事長、黃前理事長、李茂盛前理事長、何弘能教授也都出席，會後，大家就順便由倫理委員會召集人蔡前理事長召開倫理委員會的臨時會議，討論林登龍事件，也決議行文北榮要求查明（如附件二），我們絕不允許任何無中生有或以偏概全詆毀學會與會員之事。

最後，提醒大家，執業地點或聯絡地址與電話異動時，一定要通知學會，以免自己權益受損；學會是以服務所有會員為目的，我們永遠不希望看到服務成空轉而有遺憾，故也請大家配合，謝謝！

敬祝大家身體健康、平安快樂！

切子宮治尿失禁？專家：切了更慘

自由時報／自由時報 2009-03-03 06:00

記者 王昶閔／台北報導

「妳的尿失禁是因為膀胱被子宮壓迫，要開刀把子宮拿掉，順便把膀胱吊起來！」台灣尿失禁婦女估計破百萬人，至今還是有醫師動不動以治療尿失禁為由，要為女病患切除子宮。

專家指出，尿失禁與子宮壓迫無關，切除子宮易傷及神經，反倒尿失禁會更惡化。此外，尿失禁手術失敗，有時可能與誤診有關。

52歲的劉太太原本在某醫院醫師建議下，接受尿失禁手術，同時又切除子宮，但症狀卻絲毫未見改善，進而到台北榮總求診。北榮外科部泌尿外科醫師林登龍發現，劉太太的漏尿型態不尋常，除打噴涕、咳嗽就漏尿外，剛小完便後，竟然漏尿嚴重，進一步檢查發現，她除了「應力性尿失禁」外，尿道也長有一顆中空的「憩室」，尿液會流入蓄積，是解尿後，會二度漏尿的主因。

林登龍為劉太太切除憩室，並修補尿道後，使用他獨創的新式尿陰道吊帶術，捨棄傳統自體肌膜吊帶術，改用疝氣手術常用的人工網膜來懸吊尿道，手術時間縮短一小時，術後疼痛大幅改善，住院天數減少一至兩天，出院後的恢復期約縮短一週，北榮至今已施行兩百例。

林登龍說，尿失禁主要分兩種，最常見的應力性尿失禁，是尿道括約肌鬆弛導致易漏尿，手術成功率相當高；第二常見的急迫性尿失禁則是因膀胱老化或發炎引發頻尿，主要經藥物治療，無法藉由手術改善。手術後，效果不佳，多半與醫師在手術前的誤診有關，錯將急迫性尿失禁診斷為應力性尿失禁。

但有部分病患因罹患混合型尿失禁，同時具有前述兩種尿失禁問題，這也會導致手術的滿意度下降，必須在配合藥物治療。吸菸、肥胖都會導致尿失禁惡化，手術要預防復發，應遠離這些危險因子。

除了術前的誤診外，子宮切除手術浮濫也常使尿失禁病患「遭殃」。在林登龍的門診，至今每個月還是有一、兩個病患，自述被外院醫師建議切除子宮，但他強調，應力性尿失禁與子宮壓迫完全無關，切子宮不但無濟於事，還常傷及神經，導致尿失禁加重。但為何至今還有醫師會這麼做？林登龍不願多說，只低調表示：「是醫師再教育做得還不夠好。」

台灣婦產科醫學會 函

本會地址：104 台北市民權西路七十號五樓
電話：02-2568-4819 傳真：02-2100-1476

受文者：台北榮民總醫院

連 別：普通

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國九十八年三月十一日

發文字號：台婦醫會總字第 98026 號

附 件：

主旨：對 貴院泌尿科林登龍醫師接受自由時報記者王昶閔採訪言談，經本會倫理委員會認定有違醫學倫理乙事，惠請查辦。

說明：一、林醫師接受採訪刊出內容，如附件（2009 年 3 月 3 日自由時報 B7 版）。

二、林醫師在宣傳其獨創的新式吊帶手術的訪談中影射婦產科醫師以切子宮治療尿失禁，且子宮切除手術浮濫讓病患遭殃。

三、對林醫師所言，至今每月還是有一、兩個病患自述被外院醫師以子宮壓迫膀胱導致尿失禁，而被該醫師建議切除子宮乙事，本會認為宜追蹤調查該等事件之真實性，否則，則有為自我行銷卻以誇大言詞污蔑同儕之嫌。

四、林醫師身為學者、教授，應知敘述性數據的發佈需有代表性，不能以偏概全。而林醫師為眾所周知之知名醫師，其言論對社會大眾的影響甚鉅。

五、林醫師獨創的新式尿失禁手術施行前是否已經貴院 IRB 同意？是否向患者收費？已施行案例數多少？惠請查明公諸大眾。

六、綜合上述，本會醫學倫理委員會認定，林醫師在媒體之言論實有煽動醫療糾紛與違背醫學倫理之嫌。

正本：如受文者

副本：中華民國醫師公會全國聯合會

理事長 **蔡鴻德**

秘書處公告

台灣家庭醫學會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 98 年 2 月 20 日

發文字號：台家醫學會字第 98030 號

附 件：節目表

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

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

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

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

行政院衛生署疾病管制局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 98 年 2 月 23 日

發文字號：衛署疾管防字第 0980003098 號

主 旨：檢送「麻疹鑑別診斷」宣導資料乙份，請協助宣導所屬會員醫師與轄區醫療院所，請 查照。

說 明：一、有關提醒醫師加強麻疹疑似個案通報乙事，本局 98 年 12 月 4 日衛署疾管防字第 0980001881 號函諒達。

二、鑑於邇來連續發生麻疹境外移入引發之群聚感染事件，且部分個案曾有發燒出疹等疑似麻疹臨床症狀，惟於就醫或住院時並未被通報。本局為提昇臨床醫師

麻疹鑑別診斷能力，撰擬旨揭宣導資料，請 協助周知所屬會員醫師與轄區醫療院所，加強疑似個案診斷通報。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：各專科醫學會理事長

發文日期：中華民國 98 年 2 月 25 日

發文字號：全醫聯字第 0980000602 號

附 件：會議紀錄乙份

主 旨：檢送 98 年 2 月 13 日本會專科醫學會理事長聯繫會議會議紀錄乙份，請 查收。

中華民國醫師公會全國聯合會專科醫學會理事長聯繫會議會議紀錄

時 間：98 年 2 月 13 日（星期五）下午三時

地 點：台北市安和路一段廿七號九樓（第二會議室）

出 席：台灣家庭醫學醫學會邱理事長泰源、台灣內科醫學會楊祕書長培銘、台灣外科醫學會陳副祕書長晉興、台灣兒科醫學會李祕書長秉穎、台灣婦產科醫學會謝祕書長卿宏、中華民國骨科醫學會江祕書長鴻生、台灣神經外科醫學會陳祕書長明德、台灣泌尿科醫學會黃理事長榮慶、台灣耳鼻喉科醫學會蕭理事長安穗、中華民國眼科醫學會潘理事長志勤、台灣皮膚科醫學會胡理事長俊弘、台灣神經學學會翁常務理事文章、台灣精神醫學會郭常務理事錫卿、台灣復健醫學會蔡祕書長文蹤、台灣麻醉醫學會吳理事長世銓、台灣放射腫瘤學會梁理事長雲、中華民國核醫醫學會姚理事長維仁、台灣臨床病理醫學會葉理事長振聲、台灣病理學會孫理事長建峰、台灣急診醫學會林理事長宏榮、中華民國環境職業醫學會陳祕書長俊傑

請 假：中華民國放射線醫學會周理事長宜宏、中華民國整形外科醫學會賴理事長春生

主 席：李理事長明濱

列 席：何常務理事博基、林主任祕書忠劭

記 錄：鄭舜介

壹、主席致詞

感謝各專科醫學會的理事長、常務理事或祕書長出席本次會議，全聯會忝為醫師執業之法定組織與代表，理應服務全體醫師，為因應醫界面臨的各項挑戰業於本會內部成立了許多委員會及專家小組（如醫療政策委員會、全民健保對策委員會基層組暨醫院組、醫事法律智庫、健康資訊分析小組等）也承辦許多政府計畫（如醫師醫學倫理、醫療法規及醫療品質繼續教育課

程積分審查認定與採認計畫、98年基層總額支付制度專業自主事務委託計畫等），目前和政府高層各部門均已建立良好溝通平台，各專科醫學會如有任何與醫界相關議題要向政府部門反應，歡迎告知本會，本會可協助並作為醫師窗口有效反應各醫學會的意見。

貳、討論事項

一、案由：請就醫療環境重要議題如全民健保相關制度、醫療糾紛去刑責化、繼續教育及建立與非醫師團體之溝通平台等相關議題提供建言，俾本會彙整後提供相關主管機關或單位團體作為日後政策形成之參考。

綜合意見：

1. 建議修正「安寧緩和條例」並訂立末期病患的救助倫理指導綱領，讓一線急診醫師有所依循。
2. 有關基層診所必備急救設備的項目應該即早明文規定。
3. 放手讓醫療產業依市場機制運作，不要限制基層醫療院所看診天數。
4. 總額制度資源的分配的結果，要讓醫院有有動機、有意願照顧病人。
5. 健保給付亂核刪，不符合專業精神，請全聯會協助改善。
6. 部分團體如醫改會、民間監督健保聯盟對醫界不友善，該等團體如有發表損及醫界形象的言論時，全聯會應為適當發聲。
7. 積極推動醫療糾紛去刑化，以免年輕醫師不願意加入婦產科等高風險的專科。
8. 基層總額的審查醫師應請專科醫學會來推薦。
9. 建議衛生署、健保局設立醫師健保收入專門帳戶，相關費用健保局直接撥款至醫師個人帳戶，醫師薪水不再經過醫院，以免被醫院不當剝削。
10. 健保有關正子斷層攝影檢查的給付規定應要修正，審查醫師應聘請核子醫學科醫師，目前健保有給付給正子斷層攝影檢查的適應症項目雖不少，但審查嚴格，不如將其適應症的項目減少，審查標準轉趨合理為宜。
11. 請全聯會協助、鼓勵衛生署及全國大型醫療院所成立腦中風中心。
12. 醫院應提供醫師發生醫療糾紛時，法律、心理、工作層次的支持管道。
13. 麻醉科的健保給付不合理，請全聯會協助調整。
14. 全聯會應關心醫師的收入，包括未來10年、20年的薪水變化。
15. 專科醫學會在基層總額各分區的審查醫師中，應該都要有一定比例的代表，少數審查醫師審查不合理時，學會得行文要求更換。

李明濱理事長說明與回應：

1. 全聯會內部設有各類委員會及醫事法律智庫，醫界許多問題皆已在研究中，全聯會亦透過設置健康資訊分析小組及承辦醫師醫學倫理、醫療法規及醫療品質繼續教育課程積分審查認定與採認計畫、98年基層總額支付制度專業自主事務委託計畫等，對相關議題取

得第一手統計資料及數據，無須受制於其他單位或團體提供的二手資料。

2. 無論基層診所或大型醫療院所只要和醫師有關的問題皆可向全聯會反應，全聯會在政府高層各部門均有良好溝通平台，許多政府部門會議都有出席發言的席位，可反應大家心聲。
3. 有關醫療糾紛去刑責化問題，本會醫療政策委員會、醫事法律智庫、目前已從各種角度研究，並舉辦相關討論會，歡迎各專科醫學會提供相關意見。
4. 有關健保給付的問題，本會定期出席衛生署相關會議，專科醫學會如有任何建議可向本會反應，經本會研議後代為反應。
5. 若專科醫學會掌握特定審查醫師審查不當、亂核刪的證據，可轉交全聯會，全聯會會在嚴密查證後適當處理，如輔導該審查醫師或替換該審查醫師。
6. 對於醫療糾紛，全聯會認為預防勝於治療，儘量不要讓醫師步入司法審判程序，全聯會日前已編寫「醫師刑案應訊注意事項」，供醫師參考，以利於刑事偵查程序中妥適保障自身權利。
7. 有關醫師發生醫療糾紛時，一旦見報，全聯會有團隊先行通知縣市醫師公會聯繫當事人是否需要幫忙，再視當事人意願介入協助。如果是醫院的服務醫師，全聯會尊重該醫院的處理機制。

結論：針對各專科醫學會所提之建議，由全聯會研議彙整後提供相關主管機關或單位團體作為日後政策形成之參考。

參、散 會：下午五時

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國 98 年 3 月 10 日

發文字號：全醫聯字第 0980001099 號

附 件：如主旨

主 旨：檢送本會「就國民健康局提出偏遠地區子宮頸抹片檢查與醫界合作方案共識」會議紀錄乙份，請 查照。

中華民國醫師公會全國聯合會

就國民健康局提出偏遠地區子宮頸抹片檢查與醫界合作方案共識會議紀錄

時間：98 年 3 月 5 日（星期四）下午 3 時

地點：臺北市安和路一段 27 號 9 樓（第二會議室）

主席：李理事長明濱

出席：何常務理事博基 邱秘書長泰源 蔣副秘書長世中

台灣家庭醫學醫學會 王副理事長三郎

台灣婦產科醫學會 鐘坤井醫師

台東縣醫師公會 黃理事文章

澎湖縣醫師公會 魏理事長清全

列席：林主任秘書忠劭 李組長美慧

請假：金門縣醫師公會

紀錄：曾欣怡

壹、主席致詞（略）

貳、研討事項

一、案由：請研議國民健康局提出偏遠地區子宮頸抹片檢查與醫界合作方案。

結論：1.重申子宮頸抹片檢查仍應由受過婦產科專科或家庭醫學科專科訓練之醫師，始得從事為宜。

2.未來各衛生局辦理偏遠地區子宮頸抹片檢查，若能事先排定行程表，醫師公會全聯會、婦產科醫學會、家庭醫學醫學會將樂於提供協助、支援。

3.擇期與國民健康局確認本合作方案之細節。

參、散 會：下午 4 時 25 分

台灣婦產科醫學會第十八屆第三次會員代表大會紀錄

時 間：九十八年三月一日（星期日）下午一時十五分

地 點：台中裕元花園酒店 4 樓東側包廂

應 出 席：166 人

親自出席：李鎡堯 葉文德 蔡明賢 陳文龍 朱明星 陳榮輝 黃德雄 蕭弘智 李茂盛
 黃木發 林正義 鄧志文 黃國峰 高添富 巫世平 楊友仕 李建興 蘇聰賢
 李耀泰 賴明志 黃憲一 郭宗男 顏明賢 余堅忍 陳益村 柯誠立 葉光芃
 蔡鴻德 許峰雄 王火金 李鴻樟 李東瑩 吳俊杰 許權霖 王功亮 陳夢熊
 謝保群 鄧森文 張紅淇 蔡英美 楊宗力 許漢釧 陳建銘 賴文福 何博基
 姜義正 梁景忠 李奇龍 柯助伊 李日煌 黃啟明 陳治平 張維君 魏福茂
 楊誠嘉 李子林 龔福財 周博治 黃昭彰 呂維國 林裕益 郭鴻璋 何延慶
 翁順隆 馮堯海 蘇守良 尤瑜文 洪秉坤 謝卿宏 王保強 陳保仁 龍震宇

祝春紅 黃閔照 張基昌 陳學修 江千代 蘇榮茂 江俊明 歐陽九如 劉嘉耀
丘林和 陳鴻基 徐先榮 劉道明 賴瓊慧 張兆榮 張廷彰 朱孝義 劉正民
孫茂榮 陸盛力 李明慧 陳建廷 吳昆哲 魏重耀 蘇文彬 張榮州 何弘能
周肇銘 楊宜杰 詹德富

共計 102 人

委託出席：黃茂宗 鄧振枝 王三郎 官大弘 林正泰 孫三源 蔡永杰 邱正義 楊應欽
陳惟華 陳哲男 張少萌

共計 12 人

請假人員：潘俊亨

共計 1 人

缺席人員：張中全 廖順奇 徐弘治 鐘坤井 何師竹 黃思誠 賴國良 吳輝明 葉泉成
陳朝賢 王國恭 鄭嘉榮 曾啟瑞 潘世斌 莊維周 王光明 莊志堅 王義雄
黃俊曉 林景堂 許炤松 鄭英傑 陳祈安 陳持平 簡基城 林仁卿 吳峻賢
吳玉珍 朱堂元 郭保麟 何宗泰 蘇主恩 曾志仁 廖基元 洪耀欽 周天給
陳霖松 黃建榮 李建南 許德耀 蔡明松 陳思原 陳明哲 林鈺山 洪英俊
張宗進 曹健民 陳天順 陳信孚 王炯琅 陳楨瑞

共計 51 人

記 錄：林雅嫩

壹、 大會開始

貳、 理事長報告

參、 監事長報告

肆、 祕書長報告

伍、 確認第十八屆第二次會員代表大會之會議紀錄

陸、 報告事項

- (一) 九十七年度工作報告 (見 P.18-P.20)
- (二) 九十八年度工作計畫 (見 P.21)
- (三) 各委員會書面報告 (見 P.23)

柒、 討論事項

案由一：審議九十八年度預算表、九十七年度收支決算表、現金出納表、資產負債表、基金收支表、員工待遇表及財產目錄表 (見 P.34-P.39)

提案人：理事會

決 議：無異議，通過。

案由二：討論現在經濟不景氣，弱勢團體的捐款也大幅縮水。學會應在此時雪中送炭，適時伸出援手，回饋社會。

說明：在理事會中已提出討論並做成決議：①請大家多多辦理玉山銀行的學會認同卡，其中將提撥回饋金給弱勢團體。②學會認同卡的回饋金可撥給忠義育幼院。③鼓勵會員將政府發行的消費卷可捐給學會，再轉捐給育幼院。④廠商協辦學會活動的捐款，每次都提撥部分金額給弱勢團體。理事長及秘書長已率先捐出消費卷。

提案人：理事會

決議：無異議，通過。第④項將每次提撥該次協辦活動捐款的 5 % 款項，捐給弱勢團體。

案由三：請蘋果日報不要把醫療糾紛案件放在頭版報導。

說明：過去 2 年內至少有六件婦產科醫療糾紛被蘋果日報放在頭版報導，導致電視媒體整日報導，影響醫師及院所聲譽，醫病關係更加惡化，醫師不願從事婦產科行列。

辦法：請婦產科醫學會和蘋果日報高層溝通解決問題。

提案人：呂維國 代表

附署人：周肇銘、陸盛力代表

決議：請會員們在面對記者訪問時，對於來龍去脈不了解的婦產科案例，一定不要任意評論，以免害人傷己。

案由四：為使專科醫師訓練醫院評鑑單純化：三年實施一次實地評鑑。

說明：為使婦產科專科醫師訓練醫院評鑑評鑑工作統一進行，98 年度實地評鑑將其延至 99 年度舉行及原本將於 100 年度辦理的專科醫師訓練醫院實地評鑑工作，則提前於 99 年度實施。98.01.19 行文至衛生署，衛生署回覆在不影響醫院權益下，原則上同意實行。

問題一：現將所有訓練醫院實地評鑑時間統一，倘若 99 年有醫院於實地評鑑時沒通過的話，依照上次會議決議是該院於隔年（100 年）即可再次提出申請；但這樣就違背了要統一所有醫院實地評鑑時間的原則了。

問題二：於 99 年統一各該院實地評鑑時間，則效期於 96.07.01~99.06.30 的三家醫院，本應於 98 年度實地評鑑，但如要配合統一實地評鑑時間，則會延後一年至 99 年才實地評鑑。

①若在 99 年評鑑

⇒狀況產生：通過後效期為 100.07.01~103.06.30，則證書效期不連續，中間的 99 年會喪失一年的訓練醫院資格。

②若為免①的情形發生，而要在 98 年先評鑑（變通方法：第一年 98 年接受書面評鑑，第二年 99 年才做實地評鑑）。

⇒狀況產生：會違背現在評鑑標準。評鑑標準：須於大評鑑（實地）時從嚴，小評鑑（書面）從寬。且通過後效期為 99.07.01~102.

06.30, 則往後每三年都會發生先書面、再實地的情況。

※ 必須遵守的前提 (98.02.12 去電衛生署詢問, 以下為衛署規定, 不得更改) :

① 可否統一訓練醫院實地評鑑時間 (即僅於大評鑑時接受新醫院及上次評鑑失敗的醫院)

答覆: 不行如此, 若醫院達到申請標準且提出申請, 學會不能拒絕, 且於上年度評鑑失敗的醫院, 隔年即可再度申請。

② 是否可更改訓練醫院評鑑效期?

答覆: 通過訓練醫院效期為三年, 是專科醫師訓練醫院的原則, 不得違背。

問題三: 於 99 年統一各該院實地評鑑時間, 則效期於 98.07.01~101.06.30 的六家醫院, 實地評鑑時間提前一年, 產生的狀況同問題二之醫院。

提案人: 理事會

決議: 通過, 在容額滿額的情況下, 對於新申請通過的醫院, 將行文給衛生署建請開放至少一名容額給該院。

案由五: 建請調整台灣婦產科第一年住院醫師招收總額以因應「不合理的婦產科健保給付」現狀及「少子女化」的趨勢。

說明: 「新生兒出生數」及「健保給付」與婦產科專科醫師人力需求息息相關。台灣近年來銳減的新生兒數, 在經濟蕭條的陰影下, 短期內恐難回升; 另一方面, 長期被扭曲的婦產科「整體 (醫院) 健保總額佔率」分別從 1996 年的 7.10% (6.55%) 驟減至 2008 年的 4.42% (3.82%); 2008 年的「基層健保總額佔率」, ENT 及洗腎科分別是婦產科 (7-ELEVEN) 的 1.7 倍及 1.8 倍。

而隨著老年人口的急速增加, 老人醫療安養長照險的上路 (2010 年將完成立法); 經建會人力規劃處又於 2008 年提出「配合少子女化, 相關兒婦科醫事人力及醫療資源配置宜適當調整」的建議。台灣婦產科醫學會再不採取積極有效的作為, 台灣婦產科將有滅種的危機!

為了督促政府「適當的調整健保給付」並「改善台灣的婦產科行醫環境」, 以吸引「足夠且優秀的醫師」投入婦產科領域服務, 為凸顯婦產科人力資源惡質變化之可能性, 呼應衛生署「全國醫學系每年不超過 1,300 名招生人數」的原則, 檢討台灣婦產科「健保給付」及「第一年住院醫師招收總額」, 有其迫切必要性。

立論基礎:

1.2035 年起台灣新生兒數小於 15 萬將可能成為常態!

a. 1985 年之後台灣新生兒數的減少, 起因於總生育率的節節下降。

b. 未來台灣新生兒數仍將持續下降, 此乃源自 1986 年後新生兒數減少所導致出生

女嬰（未來的生母）的減少，如 2005 年僅 9.8 萬。因此，如果未來總生育率未能超越日本 1995~2007 連續 13 年間的 1.3~1.4，則自 2035 年起台灣新生兒數小於 15 萬將可能成為常態。如總生育率為 1，新生兒數將小於 10 萬。

2. 若健保制度不變，婦產科健保總額佔率將小於 2 %!

- 近年來「婦產科醫院健保總額佔率」與該年度「新生兒數」（以萬為單位）有 0.2 的比例關係；依此推算，若健保制度不變，婦產科亦未開發出大的新領域，當新生兒數小於 15 萬，婦產科的醫院健保總額佔率遲早將跌破 3 %。
- 2005 年 20 % 的老年人口即佔用日本 1/3 的醫療資源，老化速度超越日本的台灣，至 2025 及 2040 年（老年人口分別達 20 % 及 30 %）時，婦產科的醫院健保總額佔率小於 3 % 將是常態。
- 當新生兒 10 萬，婦產科醫院健保總額佔率將小於 2 %，婦產科將被迫關門。

3. 參考美國，台灣每年婦產科 R1 總額；55-65 名較適宜。

- 依據美國「婦產科 PGY1 人數」及該年「新生兒數」之比例：例如 2007 年，PGY1 共 1155 人，「新生兒數」431.5 萬，比例 = $1155 / 431.5 = 2.7$ ，以 2007 年台灣新生兒 20.4 萬，則 2007 年 R1 招收總額為 $20.4 \times 2.7 = 55$ 名。
- 但因生產常屬急診，以地廣人稀、新生兒數持續上揚的美國數據，來推論地狹人稠、交通便捷，及未來新生兒數仍將持續下降的台灣，比例值 2.7 似乎偏高，因此宜下修為 2.0~2.5，則 R1 招收總額為 $20.4 \times 2.5 = 51$ 名。
- 如參考美國 2004~2008 年間「婦產科 PGY1 人數」佔同年「各科 PGY1 總額」之比例約 5 %，則未來台灣婦產科 R1 招收總額 = $1,300 \times 5 \% = 65$ 名。

4. 婦產科健保給付 7 % - 8.5 % 應為下限，8.5 % - 10 % 較為適當

- 婦產科的高風險與生俱來。以日本醫療訴訟風險為例，婦產科為外科的 2.2 倍、內科的 5.6 倍、耳鼻喉科的 6.6 倍、眼科的 9.3 倍、泌尿科的 12.2 倍、兒科的 17.6 倍。
- 但以 2007 年為例，台灣「每單位專科醫師的健保總額佔率」：婦產科僅 0.77，對照神外 2.79，洗腎 2.72，泌尿外科 1.67，骨科 1.64，神內 1.53，內科 1.50 等科別，明顯偏低。
- 婦產科是勞力、資本、技術、醫糾密集的「精密」「醫療重工業」。其中，產科性質類似腦外；婦科類似骨科、泌尿科、洗腎科。而隨著台灣女性的晚育、高齡產婦的增加，需有「質優量夠」的醫師人力投入。
- 綜觀之，婦產科的「每單位專科醫師的健保總額佔率」理應介於「骨科、泌尿科」的 1.7 及「洗腎科、腦外科」的 2.7 之間。
- 因此，假設每年 55-65 名（見 3a, 3c）婦產科 R1 為合理，如比照「骨科、泌尿科」的「每單位專科醫師健保佔率」1.7，反推算，則 7 %~8.5 % 的婦產科健

保佔率應為下限；如取「骨科、泌尿科」與「洗腎、腦外科」之間的 2.0 為基準，則婦產科健保給付 8.5%~10% 才較為適當。

5.3.8 %健保僅支持 25 名 R1, 日本產婦人球事件將重現台灣!

- 1982 年台灣雖有高達 40.3 萬名新生兒，但只有 1.9 % 的高齡產婦；反觀 2007 年雖只有 20.4 萬名新生兒，卻有高達 12.4 % 的高齡產婦。而居先行指標的北市其高齡產婦於 2000 年及 2007 年已分別高達 14.7 % 及 23 %。
- 如以 2008 年台灣「婦產科之醫院健保總額佔率 3.82 %」及「每單位專科醫師健保佔率」介於 1.5 (內科) 與 2.0 (見 4.e) 之間推算，則婦產科 R1 招收總額只能被迫縮減為 $1,300 \times 3.82 \% \times 1 / (1.5 \sim 2.0) = 33 \sim 25$ 名。
- 高工時、高醫糾、低給付，3.82 % 的健保給付僅能支持 25 名住院醫師，如何照護未來日增的高齡產婦？如何因應婦產科頻繁的醫糾、訴訟及巨大賠償金？
- 只能坐視日本孕產婦人球事件在台灣重演，及台灣婦幼醫療體系的崩盤！

6. 改變 才有希望!

- 政府應全面檢討婦產科健保給付，在政府增加健康投資時，能優先考量婦產科健保給付的調漲。
- 早日落實「婦產科的醫療風險由國家社會共同承擔」的政見。日本已自 2009 年 1 月 1 日起開始施行產科醫療補償制度，台灣應立即跟進。
- 衛生署常自詡台灣為全球最健康國家第二名，而第一名的瑞典早自 1975 年起即實行有關醫療傷害補償的「No blame compensation 制度」；期盼馬英九相關健康政見「訂定醫療無過失事故救助辦法」，能比照「老人照護制度」，早日完成立法並施行。
- 為了婦女的健康及永續的健保，政府在未來應盡力協助並促成婦產科醫師在婦女健康（如乳癌的篩檢與防制）扮演更積極正面的角色。
- 唯有永續存在的婦產科，才有優質健康的新生兒，才有永續發展的經濟，才有永續經營的健保，才能打造永續台灣！

辦 法：在無法掌握「婦產科健保給付」及「新生兒出生數」的情況下，為了督促政府「適當的調整婦產科健保給付」，並催生台灣版的「No blame compensation 制度」以改善台灣當前惡劣的婦產科行醫環境，以吸引「足夠且優秀的醫師」投入婦產科領域服務，不得已乃制定以下辦法，提請公決：

台灣婦產科下一年度實際招收第一年住院醫師 R1 總額不得超過下列 A、B 原則計算之平均數；若有 A 原則而無 B 原則時，則以 A 原則為標準：

- 一年度台灣新生兒出生數（以萬為單位，4 捨 5 入至小數第一位） $\times 2.5$ （或 2.5~2，採用 2~2.5 基數由人力委員會決定）【見試算依據 3-a, 3-b】。

例 1：2009 年 R1 總額，依 2007 年新生兒數（20.4 萬）估算

$$= 20.4 \times 2.5 = 51 \text{ 人}$$

例 2: 假設 2015 年新生兒數回升至 1979 年的 42.4 萬, 則

$$2017 \text{ 年 R1 總額估算} = 42.4 \times 2.5 = 106 \text{ 人}$$

B.1300 名 \times 前一年度「婦產科之醫院健保總額佔率」(至小數第一位) \times 2/3 (或 2/3~1/2, 採用 2/3~1/2 基數由人力委員會決定) 【見試算依據 5-b】。

例 1: 2009 年 R1 總額, 依 2007 佔率 (3.8%)

$$= 1300 \text{ 名} \times 3.8\% \times 1/1.5 = 33 \text{ 名};$$

例 2: 假設 2015 年佔率提高為 9.0%, 則 2017 年 R1 總額

$$\text{可調升為 } 1300 \times 9.0\% \times 1/1.5 = 78 \text{ 名}$$

提案人: 葉光芃 代表

附署人: 李茂盛 柯助伊 郭宗男 陳建銘 陳鴻基 許權霖 賴文福

鄧振枝 蕭弘智 龔福財代表 (依姓氏筆劃排序)

決 議: 1. 於少子化的今日要爭取健保給付總額實有困難, 也不合適, 建議與民間團體、費協會合作爭取經費。

2. 通過。此案短時間無法做決議, 請籌備計畫小組, 詳細整理後於理事會中裁決, 再向衛生署、中央健保局行文。

捌、 臨時動議

案由一: 為因應國民健康局新標準, 於今年年底或明年初, 將實行 40 歲以上婦女可做乳房超音波檢查。建議考專科醫師資格中需加入必須接受過乳房超音波訓練課程至少三個月及實例至少 300 人次。

提案人: 李茂盛 代表

決 議: 已從 97 年開始辦理乳房超音波繼續教育課程, 今年度將會在開初階及進階課程各一次, 請會員們踴躍參加。現行醫院評鑑標準中已有乳房超音波項目, 將再對此項目進行修改學習護照部分。

案由二: 建議可將會訊已電子報方式傳送給各會員。

提案人: 龔福財 代表

決 議: 會訊從 111 期 (95 年 1 月號) 即可於學會網站下載, 會員們若需電子檔也可下載後存檔, 不需再以電子郵件寄送。

玖、散 會

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 98 年 3 月 10 日

發文字號：署授保字第 09800000260 號

主旨：有關 貴醫學會函監察院陳述「全民健康保險醫療品質資訊公開網」中「子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率」之統計資料錯誤，影響 貴醫學會之名譽及誤導民眾乙案，復如說明，請 查照。

- 說明：**
- 一、依監察院 98 年 2 月 9 日 (98) 院台業貳字第 0980160761 號函辦理。
 - 二、查本署為因應社會大眾對於健保醫療品質資訊透明化之訴求，乃由病友團體代表、消費者代表、勞工團體代表、衛生教育專家、醫療品質專家等組成「全民健康保險醫療品質委員會」，積極研擬健保醫療品質資訊公開作業，旨揭品質項目公開資料係由本署中央健康保險局配合以健保資料庫統計分析後，經諮詢相關科臨床醫師及疾病編碼專家，並經品質委員會召開之專家工作小組會議中確認後，始予公布，公布前亦由健保局先行轉知轄區各特約醫療院所測試查詢預作準備。另該指標值及其操作型定義於 96 年 9 月起，即透過健保資訊網服務系統，提供各醫療院所查詢其自身資料，並未接獲資料有誤或操作型定義不當之意見。
 - 三、「子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率」統計資料公開後，本署經參考醫界意見，已請健保局修正該指標之操作型定義及重新統計分析後，已於 97 年 7 月 30 日更新網頁資料。
 - 四、本署已函請健保局，嗣後若有新增品質公開項目，除應先行回饋醫療院所之外，應先諮詢相關學會，再提全民健康保險醫療品質委員會研議，經確認後始予公開。

依上述公文，如您有寶貴意見請傳真回覆學會，謝謝！FAX：(02)2100-1476

意見或建議：_____

簽名：_____

會員編號：_____

台灣婦產科醫學會會員法律諮詢服務申請表

傳真電話：(02) 2100-1476 聯絡人：白小姐 (02) 2568-4819

申請人姓名		醫療院所名稱	
會員號碼		醫療院所地址	
聯絡電話 ()			
手機		申請時間	
指定委員	<input type="checkbox"/> 不指定 <input type="checkbox"/> 高召集人口 <input type="checkbox"/> 王副召集人口 <input type="checkbox"/> 吳副召集人口 _____		
請求協助事件摘要			
請求協助項目	<input type="checkbox"/> 法律諮詢 <input type="checkbox"/> 案情分析 <input type="checkbox"/> 相關文獻 <input type="checkbox"/> 介紹專門律師 <input type="checkbox"/> 專家調解會議 <input type="checkbox"/> 保險諮詢 <input type="checkbox"/> 鑑定人出庭 <input type="checkbox"/> 專家証人出庭 <input type="checkbox"/> 其他：		
辦理情形			
收件時間	年 月 日 時	結案時間	年 月 日 時
理事長	秘書長	召集人	承辦人

台灣婦產科醫學會五十周年紀念冊 徵稿通知

各位醫師，您好：

為配合本會創會五十周年暨 2011 年 AFOG 年會將在台舉辦，本會將籌畫一本五十周年紀念冊暨相關婦產科文物展。紀念冊主軸將以編年史方式記錄學會組織、刊物等發展的過程，旁支則可納入台灣婦產科的歷史與婦產科文物展示。

如您了解學會或台灣婦產科發展的歷史，或擁有相關的文物、照片，我們希望您能不吝分享，這將是非常珍貴、值得保存下的歷史資料。

非常謝謝您的幫忙！

投稿方式

- ✧ 請填寫下表並隨稿件附上本單。
- ✧ 每篇文章文字字數限在 1500 字以內，照片限在 6 張以內。
- ✧ 稿件請以掛號郵寄【電子檔案】及【紙本】至學會。

學會聯絡方式：

地址：台北市民權西路 70 號 5 樓（郵遞區號 104）

Email: obsgyntw@seed.net.tw

Fax: 02-21001476

Tel: 02-25684819 白怡萱

- ✧ 投稿截止日期：2009 年 4 月 30 日

★來稿採用與否，學會保有取舍及篩選權★

投稿人資料

姓名（限本會會員）：_____ 會員號碼：_____

聯絡電話：(O) _____ (H) _____

手機：_____ 傳真：_____

Email : _____

地址：_____

投稿類別： 學會發展史 台灣婦產科發展史 婦產科相關文物展示

題目：_____

所附照片：_____ 張

會員聯誼

竹子湖－登山步道

旅遊日期：98年4月12日（星期日）

康樂福利委員會

春天的竹子湖，由白花海芋織染出大塊的白綠相間素淨之美，偶爾飄來的薄霧，更為這迷人的白花嬌容罩上一層神秘的面紗，擄獲無數賞花客的芳心。海芋清新脫俗之美——隨著小徑山路蜿蜒，片片白綠相間的海芋田襯著三兩農舍的悠閒情境，彷彿陶淵明筆下桃花源再現！

到陽明山除了登山也可以採擷優雅脫俗的海芋，更可以享受到竹子湖歸園田居的悠閒。

◆集合地點：學會門口

◆集合時間：上午7:00

◎登山路程：約2-3個小時

◎登山難易度：中

◎攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套、陽傘。（請勿穿高跟鞋）

◎午餐：學會招待 時間：中午 11:30分

◎隊長：理事長 蔡鴻德 副隊長：秘書長 謝卿宏 康樂福利委員會召集人 王三郎

◎本行程領隊：王漢州

報名方式：

欲參加者請於98年4月7日前報名，註明集合地點並事先繳交300元費用（不現場收費）及填寫下報名表傳真至學會。（眷屬限直系，不是眷屬者費用600）

★無事先報名者恕不供應午餐。

劃撥帳號：00037773

戶名：台灣婦產科醫學會 蔡鴻德

學會電話：02-25684819

傳真：02-21001476

會員姓名		會員編號	
眷屬			
眷屬			
眷屬			
電話	行動	傳真	

The 29th Annual IFMSS Conference

When: May 15-18, 2010

Where: Shonan Village Center, Kanagawa, Japan

IFMSS is an international non-profit organization to promote and encourage the development and advancement of the field of fetal diagnosis and therapy

Three reasons you should join

1: A gateway to Asia

The first annual conference in Asia

2: Diverse participants

Medical doctors, students, nurses and more throughout all of the world.

3: Remote telemedicine trials

For more general info, please contact at
info@ifmss2010.org

■ 通訊繼續教育

子宮內膜異位症的特殊狀況



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

台南郭綜合醫院¹ 婦產科

²台北中山醫院 婦產科

子宮內膜異位症的病灶，多發生在骨盆腔的器官，產生的症狀主要為：月經疼痛、深入型性交痛、慢性骨盆痛、腹脹、腹瀉、便秘、不孕、背痛、和經血過多等。但如病灶長到骨盆外的器官，便有不同的症狀。本文敘述子宮內膜異位症的特殊狀況，以供同仁參考。

- 一、脊椎內的子宮內膜異位症：2002年，Erbayraktar等^[1]報告一位28歲的婦女，曾接受兩次剖腹生產，因有2年的週期性背痛和兩側鼠蹊部疼痛求診，脊椎磁振造影（MRI）檢查發現在硬腦膜內（intradural）有一 $26 \times 13 \times 14$ mm腫塊，經手術將脊髓內（intra-medullary）的囊性病灶大部份切除，病理報告為子宮內膜異位症，但手術後疼痛仍存在。一年後，患者接受腹腔鏡檢查，發現在骨盆腔腹膜和小腸漿膜皆有子宮內膜異位的病灶，以GnRHa治療了6個月，在疼痛減少後失聯。經查知患者又在別處接受了另6次GnRHa治療。3年後患者症狀復發，重覆MRI檢查，發現病灶長大至 $50 \times 17 \times 19$ mm，並侵犯到馬尾（cauda equina）的纖維。患者接受了第二次手術，將病灶完全切除（MRI證明），病理仍是子宮內膜異位症，患者在接受2次GnRHa治療後，再經剖腹行次全子宮和兩側輸卵管卵巢切除，右邊骨盆腔腹膜仍有表淺性子宮內膜異位症。術後患者因血清estradiol仍有69 ng/mL，故予每天1 mg anastrozol，週期性疼痛漸漸消失。該作者認為脊椎內有子宮內膜異位症係因：(1)神經管關閉不全併有異位性mullerian組織；(2)內膜細胞經淋巴血管的植入。
- 二、肋膜內的子宮內膜異位症：2006年，Dhanaworavibul等^[2]報告一位40歲的婦女，因1年來月經時會胸痛，月經結束後，胸痛即消失，最近更出現兩側血胸（hemothorax）。

患者在 20 年前便有經痛的病，9 年前因盲腸炎切除了盲腸和右側輸卵管卵巢（因被盲腸炎侵犯），當時沒有發現子宮內膜異位症。1 年後，患者因右側肋膜積水和肺泡破裂而接受剖胸手術，切除部份右肺，病理報告為慢性發炎。1 個月前，因嚴重呼吸困難，X 光檢查有兩側肋膜積水，從左側肋膜引流出 800 ml 血水，細菌培養和細胞學檢查皆陰性。

住院後，婦檢發現子宮後傾和在子宮直腸韌帶上有結節，X 光檢查發現左肺有氣胸和肺凹陷，CT 檢測則發現右肺上葉有一小結節，胸腔穿刺（thoracentesis）兩側皆有血色液體。患者接受了左肺肋膜和肺切片，病理報告在肋膜有子宮內膜異位症。3 週後，患者因嚴重子宮內膜異位症，切除子宮和左側輸卵管卵巢，手術後 6 個月，一切正常。

2006 年，Lee 等^[3]報告一位 40 歲、G5P3A2 的婦女，因呼吸短促和呼吸困難求診。患者在月經來臨時有腹部攣痛，右側胸痛、疲倦、腹瀉，深呼吸時尚有右肩痛。理檢時，右側呼吸聲減少和叩診有濁音。X 光檢查有右側肋膜積水，血液學檢查正常，只有 CA125 為 53.8 U/ml 略高。肋膜積水在 7 天內引流出 3000 ml 血水，經細菌、黴菌和肺結核菌檢查均正常，但肋膜水液中之 CA125 高達 4819 U/ml。肺部 CT 檢查除肋膜積水外，沒有肺實質病變。腹部 CT 檢查有微量腹水，右側附屬器有一 5.2 × 3 cm 囊腫。胸腔鏡檢查發現肋膜光滑，沒有結節或腫瘤，但在右側橫隔膜上有附著血塊的小洞，臆斷為子宮內膜異位症。肋膜切片只有慢性肋膜炎。陰道超音波檢查可見子宮腺瘤和腹水。子宮內膜之切片沒有惡性細胞。患者因持續有陰道分泌物和經痛，1 個半月後接受了全子宮切除，手術中發現 400 ml 舊的血水，和右側附屬器有沾黏。2 個月後，患者右側血狀肋膜積水復發，以每天 danazol 400 mg 治療。15 個月後，將殘留之肋膜積水引流出，此時血清 CA125 下降至 20.5 U/ml，肋膜液 CA125 下降至 4047 U/ml，並繼續接受 danazol 治療。出院 1 年內，患者沒有復發肋膜積水。

該作者認為診斷由子宮內膜引起之肋膜積水或腹水，並不能靠切片和細胞學檢查，因病理檢查報告多是非特異性炎性反應。診斷主要靠病史、臨床檢查和對特定治療的反應。此患者左側橫隔膜上發現許多小洞，推測肋膜的子宮內膜異位是由腹腔病灶經小洞而來。

三、子宮內膜異位症與腹水：1998 年，Munneyirci-Delale 等^[4]報告 4 位子宮內膜異位症合併大量腹水之患者，其中一例在 1990 年時為 31 歲、G0P0 之婦女，因呼吸短促、腹脹、食慾不振，過去 9 個月體重下降 45 lb。患者在 10 年前曾接受腹腔鏡診斷有子宮內膜異位症，並以 danazol 治療 6 個月。2 年前，患者因腹水而接受剖腹探查，診斷為結核性腹膜炎，以 INH 和 rifampin 治療 1 年。此次檢查，兩側肺底部呼吸聲減弱、腹部脹大有腹水、子宮薦骨韌帶變厚。胸部 X 光檢查發現有右側肋膜積水，骨盆腔超音波和腹部 CT 均看見大量腹水，左側附屬器有一 9.8 × 5 × 4.7 cm 實心和囊狀腫瘤。腹部抽取為血色液體，其細菌培養和癌細胞檢查均為陰性。剖腹探查發現腹部有 10 公升巧克力色的腹水

和嚴重沾黏，兩側卵巢外觀正常。手術中切片為盲腸旁子宮內膜異位症併發炎。患者以每個月注射 depo-provera 治療，但患者未再回門診治療。1993 年，患者腹水復發，並有昏厥，1994 年患者接受剖腹全子宮切除和兩側輸卵管卵巢切除，手術中發現有 10 公升血狀腹水，患者 6 個月後失去聯絡。

該作者綜合其 4 位病例和文獻上 27 例子宮內膜異位合併腹水之患者，得到的結論如下：

(1)所有患者皆育齡 (19-47) 婦女；(2)約 2/3 的患者有腹脹、疼痛、食慾不振和噁心；(3)約 1/3 患者有體重下降和嘔吐；(4)上述症狀合併附屬器腫瘤，開始時常診斷為骨盆腔惡性腫瘤，但大部份患者有子宮內膜異位特徵，如月經疼痛 (61%)，子宮直腸凹陷/子宮薦骨韌帶有結節，且有 5 位患者在月經來臨時，腹水和症狀更嚴重；(5)共有 12 例有肋膜積水，其中 3 例為兩側性，子宮內膜病灶可長在肺實質 (parenchyma) 和肋膜中；(6)共 31 例患者中，28 例接受剖腹手術，3 例接受藥物治療，5 例接受開胸手術 (thoracotomy)，其中 4 例因復發性肋膜積水而手術；(7)手術中發現子宮內膜異位症病灶多存在於輸卵管、卵巢、盲腸、乙狀大腸、和大網膜；約 1/3 患者有子宮內膜異位瘤或破裂的大卵巢囊腫；全部患者皆有骨盆腔之植入物 (implants) 和嚴重沾黏，1 位患者有腸穿孔需要切除部份腸子，另 1 位因壞死性大網膜而要切除；(8)有 10 位患者接受全子宮切除和兩側輸卵管卵巢切除；2 例因嚴重沾黏接受兩側輸卵管卵巢切除，此 2 例後來皆沒有月經，表示可能手術治療有效；5 例患者接受單側輸卵管卵巢切除，2 例接受放射線治療後停經；(9)10 例患者接受黃體素治療，其中 4 例藥物治療失敗後切除子宮和附屬器；9 例患者接受 danazol，其中 3 例失敗；8 例接受 lupron depot 治療，其中 4 例失敗；(10)患者因有嚴重沾黏，如欲生育常需做試管嬰兒，但在誘導排卵時會產生腹水，卵巢冷凍可能是將來保有生殖力的方法；(11)患者容易復發，因此當子宮和卵巢切除後，仍要避免單獨使用雌激素，因可能仍有殘留的子宮內膜異位病灶。

四、鼠蹊部的內膜異位：2005 年，Marinis 等^[5]報告一位在右側鼠蹊部 (groin) 皮下觸摸到腫塊之病例：例 1 為 29 歲的婦女，在右側鼠蹊部摸到一顆 1.8 cm 之腫瘤，CT 和 MRI 發現腫瘤內有液體之成份，位於腹腔外圓韌帶之部位，經切除乾淨，一切順利，病理為子宮內膜異位組織。例 2 為一位 31 歲之婦女，在右側鼠蹊部摸到一 2.5 cm 之腫瘤，且有週期性的腹痛，CT 顯示為實心性，不能與其它軟組織腫瘤區分，切除後之病理報告為子宮內膜異位症，唯因切除不夠完全，2 年後又復發，需再切除一次。此兩例之影像檢查無法區別子宮內膜異位瘤與其它軟組織腫瘤，由於作者屬外科和病理科部門，未說明患者以前是否曾接受剖腹產或其它手術，故不了解是否與以前手術有關，亦未說明腹腔內是否有子宮內膜異位症。

五、因子宮內膜異位症產生之腸阻塞：2006 年，Lin 等^[6]報告一位 33 歲 G0P0 之婦女，因有 1 週的腹脹、噁心、嘔吐和沒有排便。患者在 13 年前因骨盆腔內膜異位症接受左側輸卵

管卵巢切除和 6 個月的荷爾蒙治療。此次，她有 4 個月的排便習慣改變，在月經來潮時每日有 3-4 次的稀大便，其它的時間則為便秘。患者同時有月經痛和性交痛。腹部 CT 疑在直腸-乙狀結腸交接處有病灶和局部腹水。下段大腸 X 光顯示在肛門口上方 10 cm 處有阻塞。

住院後，患者接受大腸鏡檢查在肛門口上 10 cm 處有不規則黏膜水腫和狹窄，切片檢查沒有查到惡性和子宮內膜異位（因病灶由大腸外側的漿膜層壓逼和侵犯）組織。骨盆腔 MRI 顯示在乙狀結腸壁有 6 cm 不規則增厚，和局部淋巴結病變，小腸和大腸擴大。先做了橫結腸人工肛門，改善腸阻塞症狀，2 週後，重覆大腸鏡切片檢查，仍不能確立子宮內膜異位的診斷。CA125 為 52.2 U/ml，CEA 為 0.8 ng/mL。1 個月後，患者接受剖腹探查，發現在子宮直腸凹陷，右側卵巢有子宮內膜異位症，上部直腸的前壁有嚴重沾黏，造成腸腔有變形和狹窄，做了部份大腸切除和大、直腸吻合，和切除右側卵巢子宮內膜異位瘤。病理報告為子宮內膜腺體侵犯至大腸漿膜、肌肉層和黏膜下層，患者在 3 個月後再接回橫結腸之人工肛門。

六、大腦之子宮內膜異位：1987 年，Thibodeau^[7]對一位 20 歲 G2P0A2 之婦女，有嚴重左側枕部 (occipital) 頭痛，隨之有全身性痙攣之病史 3 年，每個月有 1-2 次發作，每次發作維持 4-5 分鐘。頭痛常在黃昏時發作，與月經、活動、或食物無關。患者的神經和婦科檢查皆正常。腦部 CT 發現在右後下頂葉 (parietal) 有低密度、環狀之清晰病灶，但沒有水腫。腦血管攝影在頂葉有無血管之病灶。術前以 phenytoin 治療控制痙攣。患者接受右側頂枕部顱骨切開術，當硬腦膜切開後，在頂葉之後下部有綠-棕色囊狀病灶，抽空囊腫後能完全切除，術後患者恢復良好，沒有產生神經上缺陷。病理報告為子宮內膜異位症，患者接受每天 2 次 danazol 400 mg 治療 6 個月。患者在手術後 1 年內，沒有再發生痙攣或不正常月經。該作者認為病灶由血液轉移而來是最大的可能性。

1955 年，Duke 等^[8]報告一位 43 歲的婦女，已有多年重覆性頭痛，主要發生在月經前 2-4 天，維持數天。頭痛發生前會先有嚴重背痛和頸痛。頭痛在平躺時更痛，但在坐著時較不痛。患者體型肥胖，86 kg 重，150 cm 高。理學檢查發現兩側視乳頭水腫，多次腦脊髓液檢查皆發現有血染色和黃褐色的 (xanthochromic) 腦脊髓液，壓力升高 > 500 mm，紅血球 550/m³，白血球 1/m³，蛋白微增加至 50 mg/dl，糖分正常。患者的腦波、腦和脊椎的 MRI 沒有特別異常，腦血管檢查正常，找不到蜘蛛膜下 (subarachnoid) 出血的原因。由於患者長期的頭痛和月經有關，因此懷疑是子宮內膜異位症產生之蜘蛛膜下出血，雖然婦科檢查正常，經腹腔鏡檢查確定在骨盆腔腹膜和卵巢有子宮內膜異位症。患者以每天 2 次 danazol 200 mg 治療 10 個月，期間均沒有發生頭痛。10 個月後，患者因無意中停藥，又發生蜘蛛膜下出血、頭痛、兩側視乳頭水腫、和視網膜出血。由於患者使用 danazol 後體重驟增，改用 leuprolide acetate 治療。3 個月後患者決定切除子

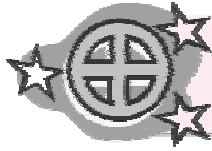
宮和兩側輸卵管卵巢，病理檢驗已沒有子宮內膜異位。4個月後，患者又有頸痛、頭痛、和視覺障礙，CSF 檢查又發現血染色和壓力增加，因肥胖者血清 estrone 會增加，經芳香族酵素，將 estrone 變為 estrogens，故使蜘蛛膜的異位內膜又活躍。決定使用 dexamethasone 來壓抑，因仍發生3次的出血，改用 testolactone（一種芳香族酵素抑制劑）治療共52個月，以後因沒有再發生頭痛、嘔吐和視乳頭水腫等症狀，testolactone 之劑量漸漸減少。

結 論

子宮內膜異位症，文獻上除了脾臟和心臟外，在其它的器官和組織皆曾有報導。一些少見的症狀，如頭痛、背痛、胸痛和呼吸困難等，都可能與子宮內膜異位症有關。但子宮內膜異位症產生之腸阻塞，如能在術前想到，先準備大腸，必要時可直接切除部份大腸，減少需做人工肛門機會。至於有腹水、骨盆腔腫瘤、CA125 增加和肋膜積水，因仍是有子宮內膜異位症的症狀，如沒有病理報告，仍不宜誤認是癌症而作化學治療。

參考文獻

1. Erbayraktar S, Acar B, Saygili U, et al. Management of intramedullary endometriosis of the conus medullaris. A case report. *J Reprod Med* 2002; 47: 955-8.
2. Dhanaworavibul K, Hanprasertpong J, Cheewadhanaraks S, et al. Bilateral pleural endometriosis. *J Obstet Gynecol Res* 2006; 32: 86-9.
3. Lee HT, Wang HC, Huang IT, et al. Endometriosis associated with hemothorax. *J Clin Med Assoc* 2006; 69: 42-6.
4. Muneyirci-Delale O, Neil G, Serur E, et al. Endometriosis with massive ascites. *Gynecol Oncol* 1998; 69: 42-6.
5. Marinis A, Vassiliou J, Kannas D, et al. Endometriosis mimicking soft tissue tumors: Diagnosis and treatment. *Eur J Gynaecol Oncol* 2006; 27: 168-70.
6. Lin YH, Kuo LJ, Chuang AY, et al. Extrapelvic endometriosis complicated with colonic obstruction. *J Clin Med Assoc* 2006; 69: 47-50.
7. Thibodeau LL, Prioleau GR, Manuelidis EE, et al. Cerebral endometriosis. *J Neurosurg* 1987; 66: 609-10.
8. Duke R, Fawcett P, Booth J. Recurrent subarachnoid hemorrhage due to endometriosis. *Neurology* 1955; 45: 1000-2.



問 答 題

一、下列何者為產生肋膜積水的原因？

- (A) 子宮內膜異位症 (B) 卵巢癌
(C) 卵巢纖維瘤 (D) 以上皆是

二、子宮內膜異位症可以存在於下列哪些器官？

- (A) 脊髓內 (B) 腦部 (C) 肺部 (D) 以上皆可

三、下列何者可以產生腹水？

- (A) 子宮內膜異位症 (B) 卵巢癌
(C) 結核性腹膜癌 (D) 以上皆是

四、下列何者可以產生直腸阻塞？

- (A) 子宮內膜異位症 (B) 直腸癌
(C) 卵巢癌 (D) 以上皆是

五、下列何者為在下腹部觸摸到皮膚下的腫瘤？

- (A) 子宮內膜異位瘤 (B) desmoid 腫瘤
(C) 放射細菌產生之腫瘍 (D) 以上皆是

第 1 4 8 期通訊繼續教育

腹腔手術技術已有嶄新之改進

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

子宮腺肌症的癌化



李耀泰 郭宗正 台南郭綜合醫院 婦產科
陳福民 台北中山醫院 婦產科

子宮腺肌症 (adenomyosis) 的定義是指良性的子宮內膜侵犯至子宮肌肉層中，產生均勻性子宮擴大。顯微鏡檢查之特徵為非腫瘤性子宮內膜之腺體和基質，被肥大和增生子宮肌肉所包圍，這些內膜腺體和基質需侵入子宮肌層超過 2.5mm。子宮腺肌症的發生率在不同文獻差異很大，在 5.7-69.9 % 之間。產生的原因不明，多認為是子宮內膜直接向子宮肌層侵犯所致，研究認為以前有子宮搔刮術、剖腹產和其它子宮手術都會增加子宮腺肌症的發生。子宮腺肌症可視為長生在子宮肌層的子宮內膜異位症。

● 腺肌症的癌化

1897 年，Rolly 首先發表第一例由腺肌症中發生的腺癌，到 2002 年，Koshiyama 等統計僅有 26 例，以後雖有數例報告，仍屬罕見。

Sampson 或 Colman 提出診斷腺肌症癌化的三項條件：(1) 癌組織不存在於子宮內膜或骨盆腔其它器官；(2) 癌細胞僅存於腺肌症上皮細胞之中，沒有其它癌病灶可尋；(3) 必須有子宮內膜基質細胞來支持腺肌症之診斷。Kumar 等更強調，需見連接良性子宮內膜腺體和惡性腺體之交接處，以排除係由他處轉移而來的可能性。反之，由轉移和子宮內膜癌侵犯至肌層內病灶，附近會缺乏基質細胞。

綜合這些病例，歸納特徵如下：

1. 高齡：大多數病患都是停經後的婦女。
2. 肥胖：許多病例都有肥胖現象，顯示血清中雌激素過高是可能的一項病因。
3. 搔刮術陰性：雖然病患多有子宮出血的現象，但子宮搔刮術檢查皆不見惡性細胞，僅見萎縮型子宮內膜，偶見非典型增生現象。此外，有數例子宮頸抹片呈陽性的報告，子宮鏡檢卻看不到病灶。
4. CA125：可正常或升高，Takeuchi 報告一已侵犯到直腸之病例，CA125 高達 9321 U/ml。CA199：205 U/ml，CEA (carcinoembryonic antigen)：6.1 ng/ml 皆升高。

5. 組織：從腺肌症發生腺癌主要為類子宮內膜癌，但亦有透明細胞癌、腺上皮（adenosquamous）癌和 adenoacanthoma。腫瘤常存於病灶及其淋巴、血管內，因此易擴散至骨盤腔和主動脈的淋巴結。子宮腺肌症的細胞亦會有不典型增生現象。
6. 診斷：手術前以超音波、電腦斷層和磁共振攝影可見子宮肌層內有 1-2cm，或巨大子宮腫瘤，由於病例稀少，術前常難診斷，或被臆測為子宮內膜癌、卵巢癌和子宮惡性肉瘤。腫瘤可直接向子宮漿膜（serosa）擴張，或侵犯直腸，如向子宮內生長，則與子宮內膜癌無法辨識，故癌症分期，仍沿用 FIGO 對子宮內膜癌的分期。
7. P53 和 Ki67 檢查：許多病例的化學免疫染色，P53 和 Ki67 呈陽性，但雌激素接受器、黃體素接受器和 bcl-2 蛋白常為陰性，顯示腫瘤基因和腫瘤壓抑基因可能與此病發生有關。
8. 治療和預後：治療與子宮內膜癌相似以手術為主，手術後視期別可追加放射線治療或化學治療，如 cisplatin、carboplatin 和 cyclophosphamide 等。晚期的病例，預後欠佳。

● 結 論

由肌腺症轉變成腺癌的發生率很低，常在手術後意外發現，但對停經後婦女，如有異常抹片和出血等症狀，影像顯示子宮腔內有腫瘤，必須嚴密追蹤，如症狀沒有改變或腫瘤變大，應想到此病的可能性。治療以手術為主。

● 參考文獻：

1. Matalliotakis IM, Kourtis AI, Panidis DK. Adenomyosis. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003; 30: 63-82.
2. Panganamamula UR, Harmanli OH, Isik-Akbay EF, Grotegut CA, Dandolu V, Gaughan JP. Is prior uterine surgery a risk factor for adenomyosis? *Obstet Gynecol* 2004; 104: 1034-1038.
3. Koshiyama M, Suzuki A, Ozawa M, et al. Adenocarcinomas arising from uterine adenomyosis; a report of four cases. *Int J Gynecol Pathol* 2002; 21: 239-245.
4. Couto D, Mota F, Silva T, deOliverira C. Adenocarcinoma arising in adenomyosis; report of an unusual case. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 406-408.
5. Takeuchi K, Yamanaka Y, Hamana S, Ohara N, Maruo T. Invasive adenocarcinoma arising from uterine adenomyosis involving the rectosigmoid colon. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14: 1004-1006.
6. Colman HI, Rosenthal AH. Carcinoma developing in areas of adenomyosis. *Obstet Gynecol* 1959; 14: 342-348.
7. Kumar DH, Anderson W. Malignancy in endometriosis interna. *Br J Obstet Gynecol* 1958; 65: 435-437.
8. Sampson JA. Endometrial carcinoma of the ovary arising in endometrial tissue in that organ. *Arch Surg* 1925; 10: 1-72.

子宮外孕病例十年回顧與分析



顧澧

新泰綜合醫院婦產科主治醫師

前言

子宮外孕 (Ectopic Pregnancy) 可說是最常見的婦科急症，以及急診刀的適應症。其症狀、診斷與治療都相當具有挑戰性。而正確的診斷與及時的治療，往往即能救回一個瀕臨休克甚至昏迷的病人。最重要的是第一線的醫護人員對主訴腹痛、出血的孕齡婦女罹患子宮外孕的可能性，一定要具高度的警覺性！本院自 1996 至 2006 十年來共計診斷出大約 80 例子宮外孕，經調閱尚留存病歷且具有術後病理報告的共有 48 例，今在此予以統計、分析，整理報告如下。

一、子宮外孕的發生率

根據早期歐美文獻，大約每 300 個 deliveries 會有一個 ectopic，但於九〇年代國內醫學中心，則有 1/200 比率的報告，到 2000 年之後更上升到 1/100 左右。而本院的統計數字更高達 3/100 之譜！這跟門診族群 PID 感染病史與地區社經(socioeconomic)背景都有相當關聯。而本院的子宮外孕手術約佔所有婦科主要手術的 20%，算是比例相當高的了！

二、子宮外孕的發生原因

子宮外孕發生的原因，固然與包括輸卵管發炎的骨盆腔感染(PID)有關(本院 cases 有 PID 病史的比率為 6/48=12.5%)，但其實大部分的 cases 還是屬於「原因不明」的。還有人提出子宮外孕與季節寒冷與情緒緊張的關聯性，說是較易引起輸卵管收縮變得狹窄云云。另外也有內分泌 Hormone 不平衡與輸卵管纖毛擺動失常(其實這應屬結果)等等的學說。不過有個有趣的現象是本院的 cases 有好幾位都是屬於「婚外情」的，不知當如何解讀？

三、子宮外孕發生的部位

子宮外孕發生的部位當然絕大部分(~95%)是輸卵管嘍!而且多半是在外側三分之一的壺腹部(但為何不是峽部?)。又為什麼發生於右側的機率比較高?(跟盲腸湊熱鬧,而須與急性闌尾炎做鑑別診斷)-當如何解讀?不過本院統計的48例中,除一例為右側子宮角的R't. cornual ectopic pregnancy,其餘皆為輸卵管外孕Tubal ectopic pregnancy(~98%);但特別的是左側佔25例,反而比右側的22例還多出三例!此外還有卵巢外孕(Ovarian ectopic pregnancy)與相當具有危險性的子宮頸外孕(Cervical ectopic pregnancy)各有一例。

四、子宮外孕發生的症狀

子宮外孕發生的症狀最典型的還是下腹疼痛與陰道出血,如果病人月經已經過期,超音波又照不到子宮內的妊娠囊(Gestational Sac),那子宮外孕的診斷常常就八九不離十了!但是要注意一開始History taking時,不要被病人誤導了—Patients常常會把陰道出血說成是「月經」,特別如果「來的時間與量」都跟正常月經差不多時(如妊娠四周與最critical的八周時),就容易上當(被騙)了。其實只要驗個小便看有沒有妊娠反應(very sensitive and specific)就馬上知道了!而且當我回顧這些外孕病人的問診病史記錄時,有不少一開始即是主訴「上腹痛併嘔吐」(其實是因為腹膜腔內的出血往上流動,刺激到胃所致的現象)而一開始被診斷(first impression)為"AGE"「急性腸胃炎」的!

五、子宮外孕的治療

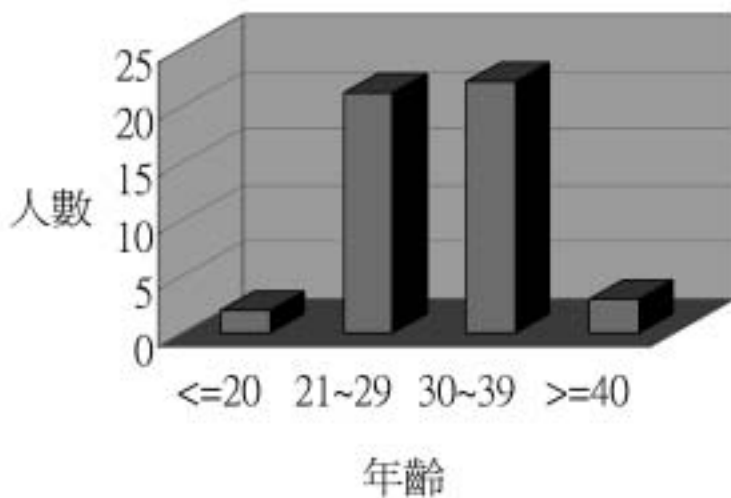
本院對於子宮外孕的治療,幾乎清一色皆採行患側的輸卵管部分切除或全切除手術(Partial/Total Salpingectomy),只有極少數非常早期發現的cases是採行Salpingostomy手術的,所以本報告表1中所有48例外孕cases術後迄今皆無所謂「復發」的情況!至於腹腔鏡手術注射IM的Methotrexate,由於本院尚無此設備與藥物,故無經驗可以報告分享。另外口服的Mifepristone(RU486)+Misoprostol在極早期(4~4.5周)的輸卵管妊娠是否能造成"tubal abortion"而達到non-surgical treatment的目的與效果,就要請教各位前輩與先進的研究與指導了。

- 以下5張圖表將分別就:
1. 病人的年齡(Age)
 2. 病人的產次(Parity)

3. 接受輸血(B.T.)情況
4. 住院天數(Admission days)
5. 受孕力影響情況(Post-op. Fertility)

做出基本的統計與分析：

圖表1：年齡分佈



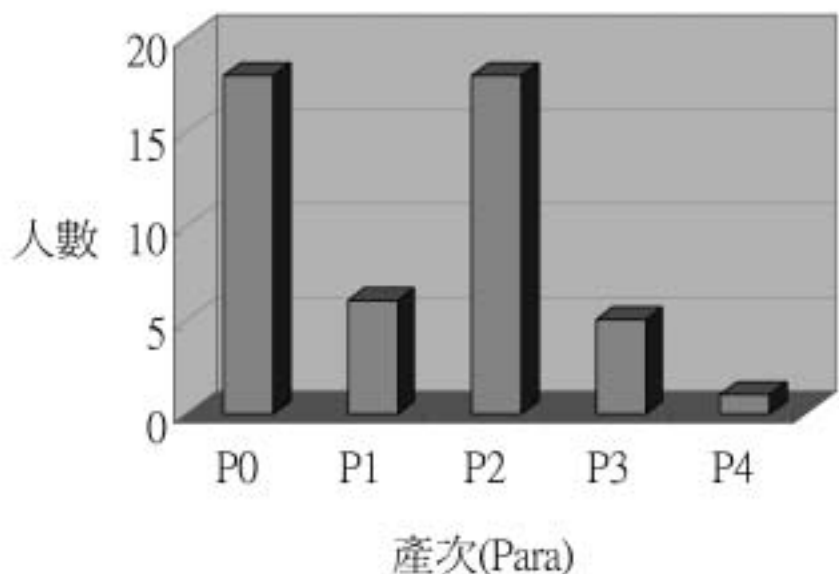
圖表 1：病人的年齡(Age)

最年輕的有一位 19 歲的未婚 teenager；而絕大部分皆為 21~39 歲的年齡層，共有 43 位，佔所有罹患外孕人數的百分之 89.6；至於年紀最大的則是一位 45 歲，已生過三個小孩的經產婦，而且也就是右側子宮角妊娠的唯一一例！

圖表 2：病人的產次
(Parity)

之前都沒生過的病人還不少，一共有 18 位，佔外孕患者人數的 37.5%。生過兩胎之後碰到子宮外孕的也有 18 位，這兩者就佔了總人數的四分之三。其於的四分之一則包括了生過一胎、三胎、四胎的病人各有 6、5、1 名。

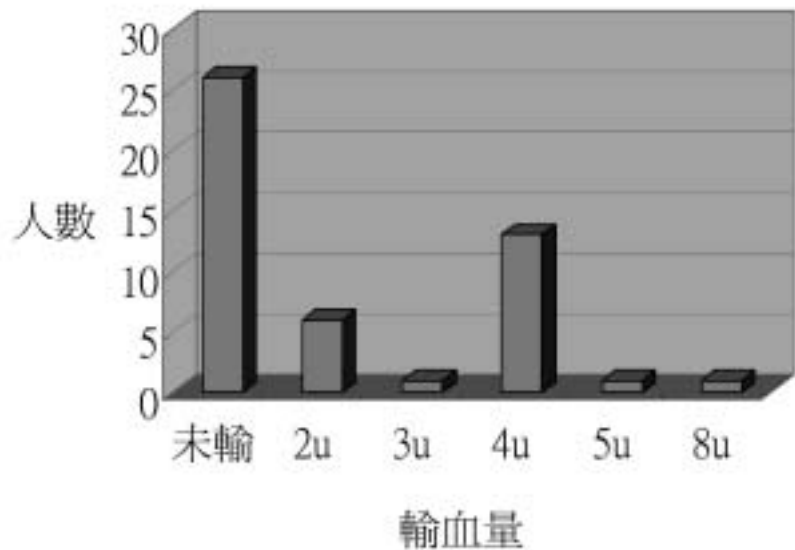
圖表2：產次統計



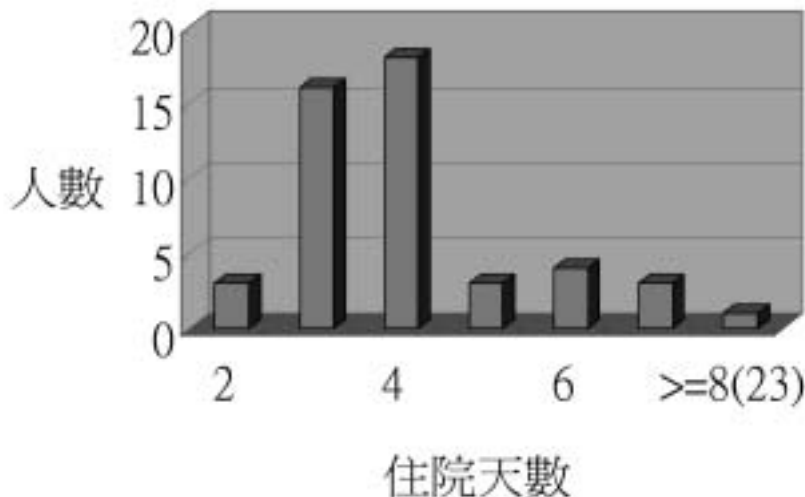
圖表 3：接受輸血(B. T.)情況

雖然病人的 Hb 從最低的 4.9 到最高的 13.5 都有，而且 Hb 小於 10 的就有 21 例，但 48 名外孕患者中不到一半的人有接受輸血；而超過一半以上共計有 26 名病人(佔 54.2%)未輸血。接受輸血者大部分都輸了 4u，共有 13 位。另外輸血最多的是一位已發生休克的病人，她一共輸了 8u=2000 西西的血！

圖表3：輸血統計



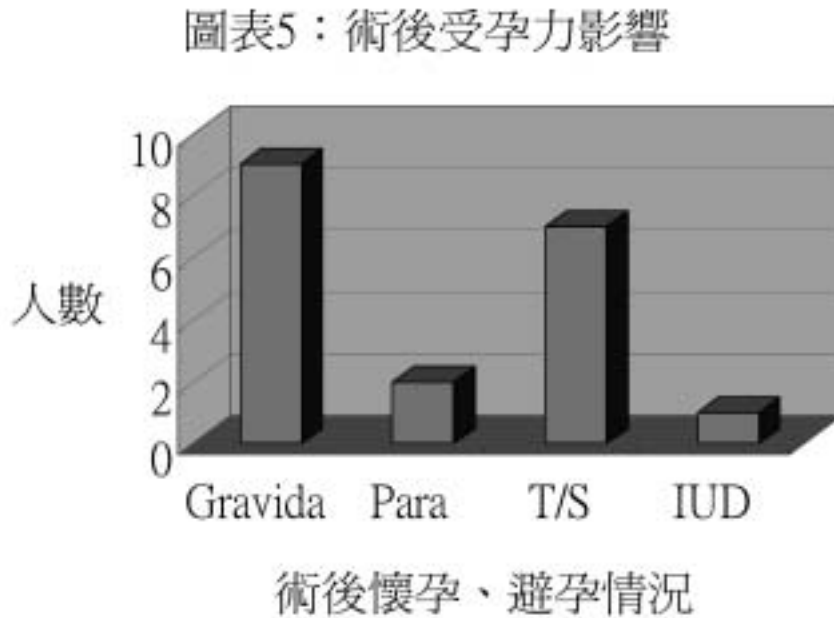
圖表4：住院天數統計



圖表 4：住院天數 (Admission days)

大部分都是住 3~4 天，計有 34 名病人，佔百分之七十一。其他於本院住最短的只有兩天，共有 3 位；住最長的為一個禮拜，也有 3 位；最後有一特例是於子宮外孕術後發生 DIC 以及 Acute renal failure，而轉院至林口長庚，在那兒共計住了 23 天才出院！

圖表5：受孕力影響情況(Post-op. Fertility)



有相當高比例(近 20%)的病人後來又懷孕了(共計 9 人 12 次),但是大部分還是不想生而又拿掉了。結果後來確知有懷孕到生產者只有三位(僅佔 6.3%)。其實大部分的人都還不想生,故於接受子宮外孕手術時順便結紮的還不少,共有七位,約佔 15%;而放 IUD 的則只有一位!

其他特殊情況

原本有 IUD 的病人罹患 ectopic pregnancy 的機率應該不少,但本院沒碰到過;倒是有 3 例是已經結紮之後又發生子宮外孕的!其中 1 例是曾於 3 年前在本院做第二胎產後結紮手術的(術中還可看到輸卵管的"紮痕")。至於子宮外孕術後於另一邊又發生輸卵管外孕的,本院截至目前為止僅有一例,且是我們自己院內的員工,她是之前曾發生左側輸卵管外孕,手術切除,後來於生過兩個小孩後,又發生右側左側輸卵管外孕而予以手術切除的,算是正巧發生於本院的特殊案例!

法律信箱

學會為什麼要 推動醫療糾紛會員服務計畫



本會常務理事／醫療法制
暨醫療糾紛委員會召集人 高添富

三月一日個人主講年會醫療法律演講的最後一場時，開了與會在座會員一個玩笑說：「諸位撐到最後一分鐘留下來聽講的會員，一定都是因為醫療糾紛纏身的吧……」，其實在這兒要對熱心捧場的醫師們道歉的是，個人本意只在企圖要凸顯我們醫師一向擅長的就是不善言辭，信口開河，又愛一桿子打翻一條船，就像有一次參加台北市醫師公會的座談會，有一位大老，其實要表彰醫師法律人的辛苦付出，就說他們這些醫師學法律的人都是自己飽受醫療糾紛之苦才不得不去學法律，然後接著又說：「因為現在醫療環境這麼差，所以混不下去了，紛紛去學法律謀求生路……」，實在令人瞠目結舌，啞口無言。這也就像有一位泌尿科大老執行 BPH 攝護腺手術時，病人因心肌梗塞猝死，本來醫師與家屬都是舊識好友，病家也沒有什麼大動作，結果老醫師去上香致哀時，為了表達安慰之意，居然脫口說出：「好在病人也活到六十好幾了，也差不多了」，當場差點無法全身而退，結果後來真的演變成了醫療糾紛。

醫療糾紛其實並不複雜，困難的是要走完整個談判、調解、訴訟過程，不只單單勞民傷財而已，當事醫師身敗名裂，求助無門，到處被坑錢，連累老婆兒女憂心忡忡，又愛莫能助，醫師最後還得了「創傷症候群」，甚至惡化成消極防禦醫療，其間挫敗衝擊冷暖自知，實在都不足為外人道也。個人浸淫醫療糾紛九年，正如當日演講所說，其實醫療糾紛當中，真正因醫師有過失而造成的比率不過只佔百分之二十八而已，問題是因為病人不知、法官不懂、律師茫然、連醫師也不明瞭，只因自己理虧，情勢比人強，眾矢之的也只有全盤接受，結果

大家不知所云，鬧成一團，即使不是醫療糾紛的爭議，最後也成了名符其實的醫療糾紛了。其實據哈佛的統計，七成以上的醫療糾紛都只是醫療不幸（災禍）Mmedical mishap，或醫療意外 medical accident，而真正的醫療過失，如開刀開錯部位，手術時紗布未取出，嚴重違反醫護水準，「事實說明一切」者，個人也深信絕對可以靠醫師責任保險來替當事人分散風險、消化損失，何苦單打獨鬥，最後彈盡援絕？最終醫師也自懲罰中得到謹慎行醫的教訓了，不是說人非聖賢，誰能無過，To Err is Human 嗎？

問題是，個人處理醫療糾紛多年，為什麼一直無法突破解決糾紛的盲點？其實想想，最難克服的可能正只是我們醫師自己的心防與心結吧！面對醫療糾紛，我們醫師的心理障礙又在那裡呢？個人深深感觸至少有以下幾點問題，急待突破：

- 一、出了醫療糾紛，當事人心一慌亂，不惜血本，到處花了許多錢找不懂醫學的律師諮詢：律師面談一小時少則七千，多則一萬五，醫師都毫不遲疑慷慨解囊，但問題是往往又多是問道於盲。
- 二、醫師不知道自己根本沒有過失，自信不夠：其實七成以上的醫療糾紛都是屬非醫療過失者，指的就是下列三種情況：
 - （一）自然死亡（壽終正寢）及自然病程（疾病使然）：譬如說有一位九十高齡老人垂垂老矣，或末期癌症病人癌細胞已轉移全身，惡性體質，氣若游絲。一但在家中去世，不是享盡天年壽終正寢，就是疾病使然，早日解脫亦非憾事，但若是老人或病人剛好吃過醫師給的一顆心臟藥或感冒藥不久過逝，馬上就群情激憤，節外生枝成了「非醫療過失責任」的醫療糾紛。
 - （二）可預料的合併症與副作用的醫療不幸：以合併症來說，如子宮全切除術有百分之三的機會手術時會有輸尿管傷害的合併症，腹腔鏡手術有千分之五的機會會發生腸動脈穿破的合併症。若醫師已告知病人這種危險性，但病人因病情需要，同意冒險接受這種手術的危險，就要風險自負。萬一醫師已盡最大努力防止，仍不幸發生了上述合併症，只能說是一種醫療不幸，屬於醫療非過失責任之範疇，就像吃飯有時也會因米粒噎到氣管，窒息而死，有人會因而責怪負責煮飯的主婦有業務（經常反覆性的社會行為）過失致人於死之嫌嗎？

另外以副作用來說，藥物過敏是個人特殊體質，其中以史蒂芬-強森症候群最惡名昭彰，其發生率為每年每一百萬人口有一例，會造成廣泛的皮膚及粘膜的水？病變，死亡率為百分之五，原因固和個人體質有關，但有百分之五十為原因不明性。發生這種過敏毒性反應，當然醫師也無法未卜先知，但只要醫師已盡詢問義務及檢視用藥過敏史，並告知病人可能的過敏副作用，在第一次用藥後留置病人觀察一段時間，即使病人發生了史蒂芬-強森症候群，或其他盤尼西林嚴重過敏性休

克，也只能，歸咎於病人體質使然，是一種醫療不幸，屬於醫療非過失責任之範疇，就像在家吃到海鮮，全身起蕁麻疹，甚者氣喘發作，支氣管痙攣窒息而死，供餐的家庭主婦會因而被控告業務過失致死罪嗎？所以過敏休克反應只能說是一種「非醫療過失責任」的醫療不幸。

(三) 不可預料，不可抗力的醫療意外：譬如說，病人一腳剛踏入診所，尚未掛號，忽然心肌梗塞倒地氣絕；或生產分娩時，產婦忽然發紺，意識昏迷而死於羊水栓塞症，當然都是一種天災意外，英文就叫做 Acts of God，即神之旨意之義，只能說是一種「非醫療過失責任」的醫療意外，但病家窮追猛打，非置醫師於死地，以一命償一命替天行道不可，令醫師更加手足無措，只有予取予求任人宰割。但若病人剛好在家心肌梗塞猝死，或在家急產後不巧碰到羊水栓塞症，為什麼家屬或先生就不必要負過失致人於死，或延誤轉診之罪名呢？

三、醫學鑑定門檻太高，無從建立鑑定人或專家証人出庭制度：衛生署醫事審議委員會的醫學鑑定是拿醫學中心水準來評鑑，又把醫療過程的瑕疵，用超高標準來嚴格要求，難怪基層醫師當然節節敗退。個人就一直想不通，羊水栓塞與主治醫師有否廿四小時陪伴病人，或太晚到達產房有關嗎？醫師早點到場，羊水栓塞的病人就不會死亡嗎？有一次衛生署開醫療鑑定研討會，討論小兒心肌炎的醫療糾紛審議，醫事鑑定委員都責怪小兒科醫師沒有早點轉診，沒有早點將病人送到 ICU 觀察，病人才會因流感合併心肌炎猝死，所以醫師明顯有醫療過失，長庚吳德朗大夫不禁站起來質問一句經典名言曰：「難道送到 ICU，病人就不會因心肌炎死亡了嗎？」那轉不轉診，或送不送 ICU 與病人死亡又有什麼因果關係？同樣產科門診超音波沒看出胎兒肢體缺損，與胎兒畸形有因果關係嗎？難道是因為醫師照了超音波才使肢體發育不全了嗎？還是孕婦亂服藥物，或抽煙喝酒造成的？這些爭點才是醫界要努力爭取的法律權益，所以今天若沒有早日建立起鑑定人或專家証人出庭作証制度，讓鑑定人勇於接受交互詰問，甚至背負冒著被對方律師控告七年以上有期徒刑偽証罪的心理威脅，歷經長達七八小時交互詰問，請問那位委員或醫師同仁甘之如飴，願意赴湯蹈火，在所不辭？

另外對學會的醫療學術鑑定，期望太高也是令人左右為難。為了在法院建立我們學會醫療鑑定的公信力，關說請託，一概六親不認。問題是若當事人自己心知肚明，自己確有醫療錯誤，但仍死不承認，不認錯也不賠償，還一味要求學會鑑定醫醫相護，替他背書就太強人所難了。試想若因而弄壞了一鍋粥，以後學會的鑑定就沒有機會還其他百分之七十二醫療糾紛會員醫師的清白了。學會當然可以先行代會員作案例分析，若私下確定醫師確有過失，就不要打官司，趕緊賠償了事。調解可以透過衛生局的調處，或交由學會的專家協調會議處理，早日解決為妙，不要寄望醫學鑑定為個人量身訂作。

- 四、期望學會能在第一時間派出危險處理小組，代當事人出面談判調解：的確許多糾紛當然都極可能在媒體逐臭之夫或黑道插手之前早已解決，但問題是誰有錢有閒，天天應招，志願當義工呢？您願意嗎？
- 五、期望學會委員或其他婦產科醫師能友誼贊助，免費出庭為當事人作証說明：惟當事人又十分痛恨學會趁火打劫，要「使用者付費」，遑論學會根本不知道要如何開口找委員當義工？問題是在法庭上，不要忘了儘管您當事人參考了新版產科聖經，又不知收集多少最新文獻資料，密密麻麻的一大堆英文醫學名詞，法庭上除了您自己，又有誰看得懂？更又有誰會相信您自白的卸責之詞？個人雖心知肚明，有的案例只要有醫師或鑑定人肯出面向法官說明，相信案情一定可以提早一兩年水落石出，但會員偏偏一向惜金如命，對自己人要求過高，教個人更不知要去那裡找得到自告奮勇當義工的委員，勇於犧牲不能看門診之外，還要冒著自己的病人急產，臨時找不到醫師的潛在糾紛的危險，遑論還要他自掏腰包，出差到中南部出庭？豈不是全盤盡輸，賠了賠了夫人又折兵？
- 六、期望學會出面調解秉公處理，義務召開「專家協調會議」：當事人都寄望學會的醫師法律人，隨時可以應招以第三者身分，向病人說明醫學原理與法律勝算，以化解病人誤會，當然可以替當事人節省不少訴訟勞費，但學會要錢沒錢，要人沒人，每次都只能找到老朽的召集人硬著頭皮披掛上陣，濫竽充數，除體力不支之外，召集人又情何以堪。
- 七、不知爭取產科醫師自身權益：其實像羊水栓塞這種醫療意外，本來就是要由國家設立一套生產醫療風險救濟基金制度，如目前難產中的「生產風險救濟基金」來解決，天災意外 acts of God，為何要責由下位的執業醫師包山包海負責？目前藥害救濟、預防接種受害救濟早已做得有聲有色，（神經）內科與小兒科醫師一毛錢也不必出，但為什麼獨獨生產風險救濟要由產科醫師負責出錢？另外還要要求產科醫師配合推動國家人口政策，鼓勵婦女生育？
- 八、不知支持立法推動「醫事人員強制責任保險」的重要性：其實醫療不幸（災禍），例如腹腔鏡手術穿破血管的合併症機率雖然只有千之五，但只要醫師已盡告知後同意義務，病人就要風險自負，客觀上只要醫師手術過程符合醫護水準（應注意），主觀上醫師也有結果預見義務與結果迴避義務（能注意），只因病人太瘦等自身問題，醫師雖已盡了最大注意義務，仍不免發生了醫療不幸，理論上醫師並沒有過失可言，當然也不必負責，病人更不可能經由司法判決得到任何賠償，此時只有透過醫事人員強制責任保險的行政補償來解決，方能息事寧人。
- 九、學會的責任保險一直做不起來，言者諄諄，聽者藐藐，皇帝不急，急死太監：會員不想投保，保險公司不敢承保，保險代理只想賺佣金，個人可是一毛錢佣金都沒有見過收過。惟一但出了醫療保險事故，被保險人、保險人產險公司，以及賺飽佣金的經紀代理人都

要會員直接找聲嘶力竭，推動責任保險的個人全權負責處理，匹馬單槍，巧婦實在難為無米之炊。

十、不思成立「財團法人醫師風險管理基金會」，建立完整制度：許多制度都是事在人為，不能因人而異，更不能因人而立，結果只有誰出主意，誰就要負責出庭，負責善後，多作多錯，最後當然變成寒蟬效應。尤其會員都抱持一個心態認為，我可都有按時繳交會費了，學會當然應該照顧會員，完全免費服務才對得起他，問題是無給職的委員與您我一樣，要生計養活家人，每天也都要看門診，何況大家也都有按時交會費，即使個人有錢有閒，閒閒無事也不可能單打獨鬥獨撐大局吧。我們醫療法制暨醫療糾紛的委員們個個都實在很任勞任怨了，輪值初審委員光完成一份醫學鑑定書面報告，就要花了足足兩週收集資料，中南部的委員上午看完門診後，就要抽空馬上搭高鐵趕到台北開複審會議，接受不同意見的嚴格批判，又要二度、三度一再修改，為求盡善盡美，莫不廢寢忘食，其中不少委員的門診病人比您我還多，幹嘛還得孜孜不息，沒事找事，吹皺一池春水？這種心事又有誰知？

以上十點召集人訴苦與訴求，主要是為了要向會員解釋，為什麼 2009 年學會要推動下列醫療糾紛會員十大服務計畫的原因，敬請會員多多指教，將心比心，並繼續支持下列工作計畫，早日達成：

- 一、學會負責「醫學學術鑑定」，並設置鑑定人出庭制度。
- 二、成立「醫療風險基金」，接受會員樂捐。
- 三、推動衛生署設立「生產風險救濟基金」。
- 四、會員「集體投保」醫師責任保險，以轉嫁風險，降低保費。
- 五、推動衛生署成立「醫事人員強制責任保險」。
- 六、投保羊水栓塞險（保險新商品）。
- 七、設立會員的「醫療糾紛互助基金辦法」。
- 八、利用學會的 ADR：「醫療爭議專家協調會」。
- 九、與政大風管所合作，開辦假日「專家証人認證班」。
- 十、計畫成立「財團法人醫師風險管理基金會」。

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台北安媿婦產科 www.womanclinic.com.tw	女性專科醫師	待優，發展性高，只看門診，不接生	02-28939998 0968-202861	
宋俊宏婦幼醫院	婦產科 主治醫師	應徵方式：面談 E-MAIL: yuehfenb@yahoo.com.tw 院址：桃園縣平鎮市民族路 199 號	0968-713180	黃小姐
土城市儷生婦產科	婦產專科醫師(男女不拘)合作小兒科醫師(男女不拘)		0935-107-177	管理部 張主任
宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院 www.hungchihospital.org.tw	婦產科專科醫師	待遇優面談	03-4618888 分機 1108	梁小姐
桃園南崁婦產科診所	婦產科專科醫師	待優、保障薪資	0922-964932	薛小姐
中壢市趙德明婦產科 www.women-talk.com.tw	婦產科專科醫師	待優、發展性高，有實力者，可成爲合作夥伴	0915-186180	閻先生
台中縣婦產科診所	婦產專科醫師	全職、保障薪資	04-22706768 0939-441615	林醫師
署立豐原醫院	婦產科主治醫師	本院環境寬敞舒適，有宿舍，徵求有理想、有熱忱的婦產專科醫師加入。	04-25271180 分機 2305	王振懿 小姐
台中市婦產科診所	女性婦產科 專科醫師	待優、保障薪資	04-23199800	陳主任
財團法人佛教慈濟綜合醫院	婦產科主治醫師	意者請至本院網站填寫電子履歷表或備履歷表及相關資料，寄至花蓮市中央路三段 707 號人資室收 (網址: www.tzuchi.com.tw/ 人員招募)	03-8561825 分機 3609	許秀青
高雄市某婦產科聯合診所	女醫師專、兼職均可 婦產科專科醫師	熱忱、有愛心、保障薪資，待優	07-5823611 0988-233969	廖小姐
高市某婦產專科醫院	全職婦產專科醫師	保障薪待優意者電洽或簡訊	0929-012307	林小姐
屏東安和醫院增設分院 (屏東市自由路 598 號)	禮聘 (需具備 專科醫師執照) 1. 婦產科醫師 2. 兒科醫師	上班地點：屏東市或屏東縣潮州鎮 本院現有婦產科醫師 10 名、兒科醫師 4 名，爲屏東最具規模之婦幼醫院，【優良的工作環境、交通便利】	0913-052900	管理部 朱小姐
南部某婦產科診所	廉售九成新各式病床及 DR、BR、OR，所有配備與器械，IV pump、Monitor、消毒鍋...		0930-173888	陳主任

編 後 語

王三郎

學會盡全力籌備的年會已圓滿結束，獲得挺高的滿意度，品質永遠有改善的空間，如有建言，歡迎提出。

醫師面對記者訪問，難免有所品論，是否符合醫學倫理，媒體報導是否事實，值得探討與追究。相信我們的倫理委員會，可以完善的處理。

本期會訊有會員法律申請表，如有需要，請好好利用。爲什麼要有這樣的服務計畫呢？高添富醫師有詳細的說明。

子宮內膜異位症發生在奇特的部位，如脊椎內、肋膜內、鼠蹊部、大腸及大腦等。而子宮腺肌病（adenomyosis）亦有腺癌的可能。李耀泰醫師從眾多文獻中整理出來，值得一讀。

學會將發行 50 週年紀念冊，歡迎投稿藏有珍貴的相關文物、照片，敬請提供出來。

春光明媚，鳥語花香的季節已來臨，4 月 12 日將舉辦陽明山竹子湖的登山健行活動，歡迎大家報名參加。下半年也有東台灣之旅，敬請期待。

最後敬祝大家 身心健康、美滿幸福。

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

◎149 通訊繼續教育答案◎

題目：子宮內膜異位症的特殊狀況

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。

*請多利用線上作答功能，以節省時間
及紙張 ([http://:www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp)
[/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

*本答案卷除郵寄外，亦可**傳真**

活動消息

活動編號	主題	主辦單位	舉辦地點	開始時間	結束時間	類別	學分
090315-2	人工生殖諮詢員臨床訓練課程	台灣生殖醫學會	台大醫院國際會議中心 301 (台北市徐州路二號)	03月15日09時30分	03月15日16時00分	B	5分
090315-1	Ment's Health Symposium	台灣男性醫學學會	漢來大飯店	03月15日15時15分	03月15日17時15分	B	2分
090318-1	流感病毒抗原	行政院衛生署台南醫院	台南醫院新化分院二樓會議室	03月18日13時00分	03月18日14時00分	B	1分
090319-1	L1子宮頸癌與HPV人類乳突病毒2.Clinical data of Cervix and its Clinical Guidelines	科學工業園區管理局員工診所	新竹市金山面藝術生活館新竹市金山13街13號	03月19日13時30分	03月19日15時30分	B	1分
090320-1	管制藥品於慢性非癌症病人之使用規範說明及應用	財團法人天主教聖馬爾定醫院	嘉義市大雅路二段565號10樓學術講堂	03月20日07時30分	03月20日09時30分	B	2分
090321-1	98年度「腸病毒感染之臨床診斷及處置研討會」-北區	臺灣兒科醫學會	財團法人長庚紀念醫院林口分院	03月21日13時00分	03月21日16時50分	B	3分
090322-2	婦女體重控制與營養研討會	中華民國肥胖研究學會	高雄市立聯合醫院美術館院區四樓階梯教室	03月22日08時30分	03月22日15時30分	B	4分
090322-5	中華民國生醫學會第一次學術研討會	中華民國生醫學會	台北榮民總醫院致德研究大樓一樓第四會議室	03月22日09時30分	03月22日17時40分	B	6分
090322-4	98年度「腸病毒感染之臨床診斷及處置研討會」-南區	臺灣兒科醫學會	財團法人臺灣基督教長老教會新樓醫院	03月22日13時00分	03月22日16時30分	B	3分
090322-1	台灣疫苗推動協會持續教育系列研討會-HPV疫苗接種實務面觀	台灣疫苗推動協會	台北、桃園、台中、高雄	03月22日13時30分	04月19日17時00分	B	3分
090322-3	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會14樓會議室(彰化市中山路二段349號)	03月22日14時00分	03月22日18時00分	B	4分
090325-1	介紹一種不必切除子宮的子宮與陰道復位手術	中山醫療社團法人中山醫院	台北市仁愛路四段112巷11號	03月25日13時00分	03月25日14時00分	B	1分
090328-1	Triple-Negative Breast Cancer: Pathologic basis Current Approaches and New Frontiers	埔里基督教醫院	本院A棟七樓-愛堂	03月28日07時30分	03月28日09時10分	B	1分
090328-2	98年度「腸病毒感染之臨床診斷及處置研討會」-台北區	臺灣兒科醫學會	台大醫院國際會議中心	03月28日13時00分	03月28日16時50分	B	3分
090328-3	南區骨質疏鬆研討會	中華民國骨質疏鬆症學會	成大醫院第一講堂	03月28日13時00分	03月28日16時00分	B	3分
090329-1	台中市醫師公會演講會	台中市醫師公會	署立台中醫院12F大禮堂(台中市三民路一段199號)	03月29日08時00分	03月29日11時00分	B	3分
090329-2	98年度「腸病毒感染之臨床診斷及處置研討會」-高屏區	臺灣兒科醫學會	長庚紀念醫院高雄分院	03月29日13時00分	03月29日16時50分	B	3分
090330-1	子宮頸癌與HPV人類乳突病毒介紹	東元綜合醫院醫教課	B棟六樓第一會議室	03月30日12時30分	03月30日13時30分	B	1分
090401-1	醫師繼續教育	財團法人屏東基督教醫院	屏東六樓簡報室	04月01日12時30分	04月01日13時30分	B	2分
090403-1	性侵害案件採證驗傷診斷及處理課程	基隆市衛生局	基隆市衛生局	04月03日09時00分	04月03日15時00分	B	5分
090404-1	原住民族群的健康議題	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院七樓愛堂	04月04日07時30分	04月04日09時00分	B	1分
090410-1	性侵害案件採證驗傷診斷及處理課程	基隆市衛生局	基隆市社區心理衛生中心	04月10日09時00分	04月10日15時00分	B	5分
090411-3	第二屆泛太平洋國際幹細胞研討會(The 2nd Pan Pacific Symposium on Stem Cells Research 2009)	中國醫藥大學醫附設醫院、中國醫藥大學北港附設醫院	中國醫藥大學立夫教學大樓B1國際會議廳	04月11日08時00分	04月12日17時00分	B	10分
090411-2	婦女骨盆重建微創醫學研討會	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會及高雄長庚產部	411 高雄長庚兒童醫院國際會議廳藍廳; 412 高雄漢來飯店九樓金鳳廳	04月11日12時30分	04月12日12時25分	B	6分
090411-1	98年度「腸病毒感染之臨床診斷及處置研討會」-中區	臺灣兒科醫學會	中山醫學大學附設醫院	04月11日13時00分	04月11日16時50分	B	3分
090412-2	HPV & 薄層抹片診斷技術研討會	中華民國基層醫師協會、高雄醫學會、台灣婦產科醫學會、高雄地區聯誼會	東方宴 (高雄市左營區博愛三路111號)	04月12日09時30分	04月12日12時00分	B	2分
090412-1	98年度「腸病毒感染之臨床診斷及處置研討會」-東區	臺灣兒科醫學會	財團法人臺灣基督教門諾醫院	04月12日13時00分	04月12日16時30分	B	3分
090412-3	New Era of Cervical Cancer Vaccination	荷蘭葛蘭素史克藥廠(股)公司臺灣分公司	台北晶華酒店B3	04月12日18時00分	04月12日21時00分	B	2分
090415-1	由人類的免疫性乳癌病毒與幽門桿菌看亞洲與大洋洲原住民的起源	花蓮縣醫師公會	花蓮慈院前棟(大愛樓)三樓西討論室	04月15日07時30分	04月15日09時00分	B	1分
090418-1	懷孕與百日咳	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院七樓愛堂	04月18日07時30分	04月18日09時10分	B	1分
090419-1	2009年中華民國人類遺傳學會春季研討會暨會員大會	中華民國人類遺傳學會	台大醫學院103講堂(台北市中正區仁愛路一段1號)	04月19日09時20分	04月19日17時00分	B	5分
090425-1	認識乳癌	埔里基督教醫院	埔里基督教醫院七樓愛堂	04月25日07時30分	04月25日09時00分	B	1分
090515-1	不成熟性畸胎瘤	財團法人天主教若瑟醫院	本院六樓視聽室	05月15日07時30分	05月15日08時30分	B	1分

98年度年會



暨擴大學術研討會

各室演講



各室演講



各室演講

晚宴



晚宴

晚宴

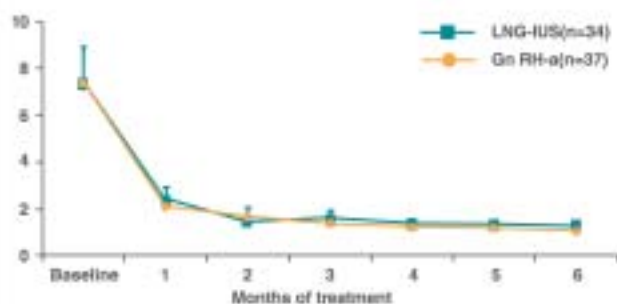


避孕 / 治療 · 雙效呈現

子宮切除的替代方案，避免手術的風險與困擾

- 獨特的子宮內投藥系統，每天定量釋放 20µg 黃體素 Levonorgestrel (LNG)，抑制子宮內膜增生，效果長達五年。
- 優異的治療效果，經血減少比例 74~97%！
- 研究結果指出，原本計畫進行子宮切除的婦女，裝置蜜蕊娜後六個月，約七成婦女取消子宮切除手術。

減緩月經痛的程度，Mirena[®] 與 GnRH-a 兩者差不多

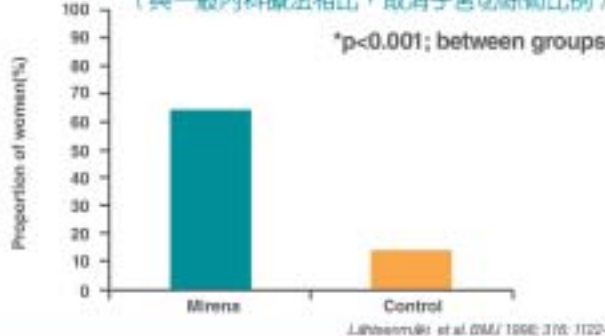


Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis
(Pérez CA et al, Hum Reprod 2006; 21: 1993-8)

Mirena[®] as an alternative to hysterectomy (子宮切除術)

Proportion of women who cancelled their hysterectomy at 6 months

(與一般內科療法相比，取消子宮切除術比例)



衛署藥輸字第022501號
詳細使用說明請參考產品仿單

服務專線 0800-00-37-37