

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2009年7月153期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄

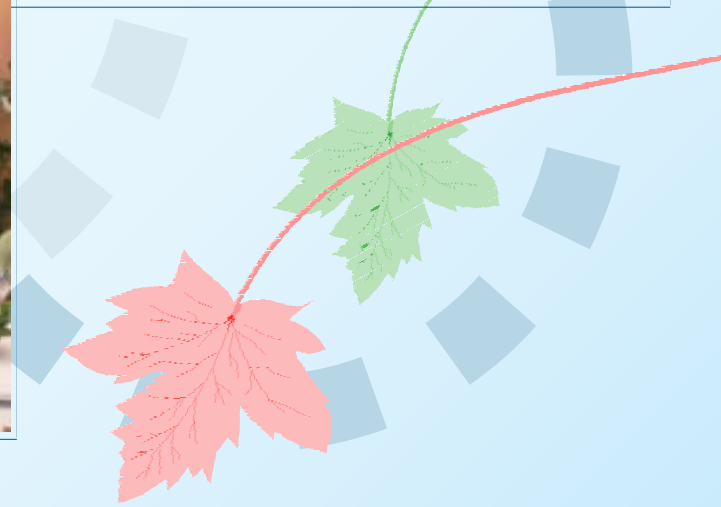


地址：台北市民權西路70號5樓
電話：(02) 2568-4819
傳真：(02) 2100-1476
網址：<http://www.taog.org.tw/>
E-mail：obsgyntw@seed.net.tw
發行人：蔡鴻德
編輯：會訊編輯委員會
召集委員：龔福財

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 02-23693391

0704

記者聯誼會花絮



0705烏來登山花絮



台灣婦產科醫學會 153 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

07 秘書處公告 | 文/秘書處

07 中央健康保險局 函

有關 貴會建議全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 中生產案件應以一點一元計算，復如說明，請 查照。

07 行政院衛生署 函

公告增列 Rhizomelic Chondrodysplasia Punctate、Sitosterolemia 2 項罕見疾病及修訂 1 項已公告罕見疾病中文病名，業經本署於 98 年 7 月 30 日以署授國字第 0980400742 號公告發布，茲檢送公告 1 份，請 查照。

08 健保局審查醫師參考名單

09 通訊繼續教育

產褥期脾臟的破裂 | 文/李耀泰、陳福民、郭宗正



目錄精華

14 會員園地

14 腹腔鏡婦科手術後的沾黏預防方法 | 文/莊乙真、方嘉宏、簡婉儀

27 A Wonderful Journey-2009 JOSG 與會心得 | 文/江盈澄

30 第 61 屆日本婦產科醫學會與會紀事 | 文/陳薇旭

33 法律信箱

生產風險救濟基金制度之芻議 | 文/高添富

38 徵才看板

40 編後語 | 文/高添富

42 活動消息 | 文/秘書處



理事長的話

蔡鴻濤

敬愛的會員大家平安：

七月四日星期六中午於台北賓飯店舉辦了年度記者會，請監事黃閔照醫師主講高齡產婦所延伸之議題，這幾週媒體不斷的放送相關事件，像連續劇般曲折迷離，不斷誤導了社會大眾，易造成婦產科醫師的困擾，學會認為有必要給予社會大眾正確的概念，因而舉辦了記者會。

去年台灣出生新生兒數首度跌破二十萬大關，為十九萬六千，然而試管嬰兒的周期數卻從 96 年的 7941 升至 97 年的 8230，表示尋求人工生殖科技的夫妻增加，44 歲女性試管的成功率為 6.7 %，吃中藥懷孕的機率微乎其微，44 歲超高齡的產婦應該抽羊水，因為產下唐氏症寶寶的機率為三十分之一，然而一期唐氏症篩檢正確診斷率約為 80 %，高齡多胞胎原本就是高危險妊娠，應該加強產檢，多休息，開始減低勞務，不要到處趴趴走，配合醫囑以利安全生產，生產應找產科專家及高危險妊娠 Level III 轉診醫院，以期母嬰得到最好的照護。

剖腹產附贈整外醫師實在不倫不類，產科醫師縫過上千上萬的女性肚皮，整外醫師 1 輩子也沒碰上幾個肚皮整型，可怕的是社會上以訛傳訛吹起了一股歪風，連醫學中心剖腹產亦要求整外醫師縫肚皮，身為婦產科醫師的我們真是情何以堪啊！

媒體炒得風風雨雨的「三高事件」即將落幕，我們可以從中學到一些教訓，將整個事件編成一個精彩的教案，教導年輕醫師如何面對「高齡」、「高危險」、「高教育」的三高產婦，類似案件是一種社會趨勢，案例將會屢見不鮮。

近來許多會員反應健保審核醫師過嚴的問題，血色素值到 7 開 LAVH 整個案件全刪，門診檢驗、內診、超音波亦常受到剔除，秘書長於上期會訊已提出呼籲審核醫師不要在無理刪減，記得十多年前健保實行，中區有十個審核委員，由於本人之前曾在勞保局任過委員，所以推舉我當中區召集人，施行之初，婦產科給付偏低，所以十位委員的共識為只要沒有虛報，就盡量不要核刪，即使健保行政人員要求複審，亦不為所動，中區會員過了兩年好日子，兩年下來結果有八位委員不再續聘，十多年來婦產科所佔健保比重從當初的 6.5 % 降至目前不到 4 %，主要的原因有產數急遽下降，他科高價檢查及手術不斷增加，然而婦產科審核醫師刪減率過高，及許多檢查的自我設限，自廢武功亦是重要關鍵。

所以在此提出呼籲，全體婦產科審核醫師，發揮您高度的智慧，給後輩醫師留下一條有尊嚴而快樂的生路，而不是一條曲折漫長的痛苦之路，讓婦產科醫師永遠生生不息。

祝 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！

對於媒體因特定意識型態無法發揮第四權，來監督的政府以促進國家長治久安與保障國計民生，令人深感憂慮、不滿與無奈！當然，若長此以往，「反噬」必不可免！對此，我們只能對相關媒體抵制與等待另一青天！或許，我們的水準就是這樣，才會造就這種低級的媒體生態，嗜血又喜八卦，也才有近期自以為是名流高齡產婦所做最壞示範的鬧劇演出，由於自人工生殖授孕到產後的整個過程實在差很大，也荒腔走版，勢必會對民眾的衛教造成衝擊，對此，我們掌握主動宣導，故學會有義務加以撥亂反正，來保障孕產婦與胎兒的安全。

個人很感激鄭博仁主任、劉嘉耀主任、王漢州主任、王炯琅副院長、黃閃照監事、高添富常務理事、何博基監事長與蘇前理事長利用半夜參加公關委員會的會議，共同討論議題，並決定7月4日召開與醫藥記者的聯誼會，趁這個機會來談高齡孕產婦的照護與產後憂鬱症等近期正夯的議題。

近期有兩件攸關婦產科發展的大事，一個是與人力相關的PGY1，學會正等醫學中心與專科師訓練醫院的意見，以向醫策會和衛生署爭取四大科公平之待遇。另一則是攸關健保給付——錢的TW-DRGs，我們一定要有警戒心，否則，等到一上路，就會像健保實施後對大家的衝擊一樣，鐵定是先天不良加上後天失調，則亡羊補牢，晚矣！個人期待我們一定要群策群力，也希望大家能把寶貴意見提供給秘書處。

對於我們有些個人英雄色彩濃厚的會員，常在有醫療爭議事件發生後，接受媒體採訪時，隨意評論自己不明瞭案情的病例，並刻意凸顯自己很棒的情事，導致斷章取義的報導層出不窮，我們期待會員損人利己（甚至是不利己）的事不要再發生，否則大家就只有一句話：譴責。

最後 敬祝大家身體健康，萬事如意！

■ 秘書處公告

中央健康保險局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 98 年 6 月 22 日

發文字號：健保醫字第 0980051120 號

主旨：有關 貴會建議全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）中生產案件應以一點一元計算，復如說明，請 查照。

說明：一、復 貴會 98 年 6 月 12 日台婦醫會總字第 98078 號函。

二、依本局 98 年 4 月 30 日健保醫字第 0980028403 號令公告「全民健康保險醫療費用支付標準」第九部「全民健康保險住院診斷關連群」，其中第一章三之（八）點略以：非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍者，不適用該部支付標準。即西醫基層總額部門並不適用「全民健康保險住院診斷關聯群」之支付方式。

三、查醫院總額自 93 年迄今，本局彙整一般部門費用保障措施之項目為：經衛生置公告偏遠地區急救責任醫院提供之急診醫療服務點數、住院之手術費、麻醉費、門診手術（不含 ESWL 論病例計酬）、藥費、藥事服務費、血品費等採一點一元計算，並未包含論病例計酬項目；惟醫院未來申報全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）案件（含生產案件），如符合前述所稱之保障措施項目者，該項目費用仍以一點一元計算，並未改變。

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 7 月 3 日

發文字號：署授國字第 09804007424 號

附件：新增 2 項罕見疾病及修訂 1 項罕見疾病中文病名名單公告 1 份

主旨：公告增列 Rhizomelic Chondrodysplasia Punctate、Sitosterolemia 2 項罕見疾病及修訂 1 項已公告罕見疾病中文病名，業經本署於 98 年 7 月 30 日以署授國字第 0980400742 號公告發布，茲檢送公告 1 份，請 查照。

健保局審查醫師參考名單

基層組

台北區：李慶安 史柏源 張尚哲 張少萌 陳世昌 周天給 何博基 王孫斌
北 區：周博治 謝祖柏
中 區：林士新 賴朝宏 謝溫國 呂秉正 周肇銘 呂維國 莊賢逸
蕭弘智 柯助伊
南 區：郭宗男 楊宜杰 黃昭彰 陳建廷 林志忠 陳繼征 史百峰
高屏區：鄭英傑 蔡鎰和 李子林
東 區：黃文章 李晉峰

醫院組

台北區：陳樹基 黃俊曉 王功亮 周輝政
北 區：黃木發 張紅淇 蘇琇瑯
中 區：于鎮煥 林隆堯 劉崇賢 蔡宏志
南 區：郭宗正 黃順賢 林錫欽 鄭希彥 蔡孟宏 曾志仁
高屏區：何少忻 劉正民 簡婉儀 余堅忍 吳振榮 莊國泰 吳昆哲
尤瑜文 詹德富 陳尚仁 張基昌 莊維周 許德耀 黃寬慧
王仁星
東 區：廖基元 魏佑吉 蔡啓智

※以上名單若有不全或錯誤請至電學會更正

■ 通訊繼續教育

產褥期脾臟的破裂



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

不論是在自然產或剖腹產後，如患者發生面色蒼白、腹脹、腹痛、呼吸急促、心跳加快、血壓下降等內出血的現象，除考慮子宮收縮不良、子宮頸或陰道裂傷、子宮破裂、胎盤滯留、和羊水栓塞等情況外，脾臟破裂亦必須考慮，雖然發生率很低。尤其是在產史中，曾在腹部加壓、有脾臟腫大、有血小板減少之患者，盡速剖腹探查，並請外科醫師協助，可避免醫療糾紛。懷孕時脾臟破裂，95%發生在懷孕中，尤其是第三孕期，產褥期祇佔5%。本文檢視產褥期脾臟破裂之文獻（不包含脾臟動脈剝離的病例，那是屬於另一類疾病），以供同仁參考。

■ 病例一

Sakhel 等報告一位 36 歲、G2P0A1、三胞胎懷 36 週之婦女，因患輕度子癲前症而住院。患者有手和臉水腫，血壓 145/95 mmHg，小便蛋白 1+。入院後，經剖腹產娩下三名男嬰，因子宮收縮無力，在注射 oxytocin 後改善。但 30 分鐘後，患者發生全身性痙攣，經靜脈注射 thiopental 和給氧控制。血液檢查 Ht: 27%、鈉: 132 mEq/L、鉀、鈣、和血糖正常。予靜脈注射硫酸鎂，1 小時後再發生子宮收縮不良，在施行子次全子宮切除手術後，轉入加護病房照顧。

12 小時後，患者發生腹脹和少量陰道出血，此時 Ht 降至: 14%，電腦斷層 (CT) 發

現腹部和骨盆腔有血塊，再行剖腹探查時，發現在脾臟下端有 2 cm 缺損和出血，以 argon 雷射止血失敗，最後將脾臟切除。患者共接受紅血球 25 單位、新鮮冷凍血漿 24 單位、血小板 4 單位。手術後第 2 天，Ht 已呈穩定狀態。病理報告脾臟沒有異常組織。手術後第 7 天，患者發生心肌病變 (cardiomyopathy) 和肺水腫。予 dobutamine 治療，數天後痊癒，在手術後第 18 天出院。

■ 病例二

Bhagrath 等報告一位 26 歲、G1P0、足月臨盆的產婦，經人工破水和 syntocin 引產，順利產下一 3.2 kg 男嬰。3 小時後，患者主訴肚臍附近有腹痛，血壓和脈搏正常。理學檢查發現左側肋緣下部 (hypochondrium) 有一硬塊，認為是脾臟，並會診外科醫師，但 5 分鐘後，又找不到此腫塊。第 2 天，腹痛改善，此時 Hb 由住院時 11.5 g/dl 下降至 9.7 g/dl，再檢查左側肋緣下部又摸到腫塊，並延伸至肋骨 (costal) 下緣 5 cm 處。超音波發現有中等度脾臟擴大，因腹腔內沒有流動的液體，未考慮脾臟破裂。產後第三天，患者回家。

出院 24 小時後，她發生左側肋緣下部疼痛，並放射至左肩膀頂端，再住院時，患者有心跳加速、貧血，但血壓正常。脾臟增大已超過肚臍，沒有壓痛。Hb 為 6.6 g/dl。重覆超音波發現脾臟腫大，上腹部有流動液體，診斷為延遲性脾臟破裂。剖腹探查，發現除脾臟腫大外，其前壁有破裂，腹腔中有 1500 ml 鮮血。將脾臟切除重 4 kg。組織檢查，發現脾內有一巨大囊腫，脾臟實質正常。術後患者發生偽膜性腸炎，經 vancomycin 治癒。該作者認為在產後 3 小時所摸到左側肋緣下部腫塊，可能為脾臟附近血塊 (haematoma)，但觸摸後血塊被移位。

■ 病例三

Barrilleaux 等報告一位 42 歲、G2P1、懷孕 38 週、有糖尿病的孕婦，產前檢查正常。此次住院，係因血壓突然升高至 170/90 mmHg，小便有輕度蛋白，LDH (lactate dehydrogenase) 946 $\mu\text{m/L}$ ，血液和肝酵素正常，診斷為子癲前症，予硫酸鎂預防痙攣，12 小時後，因子宮頸未開且厚，採用剖腹生產。手術中因血壓上升，治療後又產生肺水腫，患者轉入加護病房。不久又出現低血壓、瀰漫性血管內凝血病變 (DIC) 及腹部脹大，因疑為子宮傷口出血，再行剖腹探查，發現腹腔中有 1600 ml 血液，子宮傷口正常，檢查到上腹部發現有一腫大的脾臟，並有 2 cm 的莢膜破裂和出血，脾臟切除後，情況穩定。手術後患者發生多重器官衰竭，包括肺水腫、肝腎衰竭和 DIC，第 3 天時，經血液透析後情況改善，第 13 天離開加護病房，共輸紅血球 23 單位，冷凍沉澱物 10 單位，血小板 6 單位。患者第 56 天出院，

肝腎功能均恢復正常。

■ 討論

產後和產中發生脾臟破裂很罕見，主要發生在：(1)經產婦；(2)多胞胎；(3)年齡較高者；(4)在第三孕期。Denchy 等回顧 89 例因懷孕而有脾臟破裂之婦女，但產褥期中自然破裂者只有 2 (2.2 %) 例。所謂脾臟自然破裂應包括：(1)沒有外力傷害（但有時患者和醫師事後皆忘記是否曾有外傷）；(2)無全身性疾病；(3)脾臟實質、血管、和莖膜在組織學上皆正常；(4)沒有脾臟附近沾黏或疤痕。

一、原因：

產後脾臟自然破裂之原因不明，推想之原因包括：(1)因懷孕時血液體積平均增加 45 %，特別是在第三孕期、或產後大量輸血、或快速點滴，均可使脾臟變大容易受傷；(2)生產過程中受傷，如剖腹產時使用尖銳或鈍緣器械來牽拉，或在腹中置入大棉墊時，或在上腹部加壓推出胎兒時，或沿腸子邊緣清除血塊時，皆有可使充血的脾臟受傷；(3)在先天性脾臟蒂 (pedicle) 過短的患者，易在咳嗽、打噴嚏、或嘔吐時，因橫隔膜壓迫脾臟產生破裂。

在沒有懷孕的婦女，會發生脾臟破裂的情況包括：脾臟囊腫、瀰漫性血管瘤病 (angiomatosis)，血友病，先天無纖維蛋白原血症 (afibrinogenemia)，溶血性貧血，新陳代謝異常 (如 Wilson's 疾病、Gaucher's 疾病、Niemann-Pick 疾病、澱粉樣變性病)，尿毒，紅斑性狼瘡及其它結締組織病，感染性疾病最常見的感染性單核細胞症 (mononucleosis)、瘧疾等感染性疾病，靜脈注射肝素、使用 warfarin、和 streptokinase 等藥。

二、症狀和診斷：

脾臟破裂早期症狀為有左上腹痛，有時併有頸痛、胸痛和肩痛 (Kehr's 徵兆)。疼痛漸擴至整個腹部，最後出現腹部脹大和腹肌僵直，輕扣左側腰部和上腹部有濁音 (Balance's 徵兆)，左側 sternocleidomastoid 肌肉之後端有壓痛 (Saegusser's 徵兆)。如得不到適當的治療，約一半的患者會有出血性休克。

要早期診斷產後的脾臟破裂並不容易，因輕的臨床症狀與很多疾病是相似，包括很強的產後疼痛、子宮破裂、腹腔內出血、腸道或泌尿道受傷等。嚴重的臨床症狀則與出血性休克、敗血性休克、羊水或肺栓塞、心臟性休克和擴散性血管內凝血病變 (DIC) 相似，故很少在手術前診斷出。診斷以腹部超音波最便宜和可行，在病房邊或急診室均可進行，可快速發現腹腔中有液體或血塊，此在血液流動力學不穩定、腹脹難動的患者，電腦斷層檢查已無

法實施時，更為方便。一旦臨床上和影像學上有懷疑，應盡快做剖腹探查。

脾臟破裂可分為立即和延遲破裂兩種：(1)立即破裂：多數因鈍的腹部外傷使脾臟破裂所致；(2)延遲破裂：為脾臟實質 (parenchyma) 部的出血，但莢膜 (capsule) 仍完整，症狀開始時較輕微，約佔 3/4 之病例；在 ≥ 48 小時後，莢膜內因壓力升高而破裂，才造成腹腔中有大量出血和嚴重症狀。

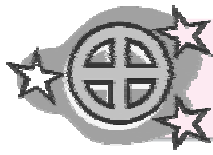
三、預後：

孕娠中脾臟破裂，孕婦之死亡率在 0-45 %，胎兒之死亡率在 47-82 %，因此需儘快診斷出來並立即治療。產後脾臟自然破裂之標準治療方法為脾臟切除。Denehy 等報告在接受脾臟切除的患者，存活的佔 95.4 % (63 位)，但在 20 位沒有接受脾臟切除之患者，死亡率為 100 %。因此，影響產後脾臟自然破裂患者之存活因素包括：積極輸血、早期診斷、和切除脾臟。

最後，對產後有嚴重腹痛、貧血、血壓下降、心跳加速、和休克之患者，除考慮各種產科併發症之可能外，尚要想到脾臟破裂，即使在剖腹產後亦不應例外，因剖腹產時脾臟沒有立即破裂，不能保證脾臟沒有延遲性破裂，尤其是產後有左上腹、左腰、和肩膀疼痛症狀的患者，更應小心鑑別診斷。剖腹產時，不宜使用大棉墊塞入腹腔，壓子宮底時應採用連續漸進式加壓，而非間斷用力的加壓。

■ 參考文獻

1. Sakhel K, Asward N, Usta I, et al. Postpartum splenic rupture. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1207-10.
2. Denehy T, Mc Grath EW, Breen JL. Splenic torsion and rupture in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1988; 43: 123-31.
3. Bhagrath R, Bearn P, Sanusi FA, et al. Postpartum rupture of the spleen. *Br J Obstet Gynecol* 1993; 100: 954-5.
4. 李耀泰, 郭宗正, 陳福民. 第二產程加壓助產的檢討. *當代醫學*. 中華民國 95 年; 33(7): 563-5.
5. Barrilleaux PS, Adair D, Johnson G, et al. Splenic rupture associated with severe pre-eclampsia. A case report. *J Reprod Med* 1999; 44: 899-901.
6. Sparkman RS. Rupture of the spleen in pregnancy. Report of two cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1958; 76: 587-98.



問 答 題

- 一、產後有休克的徵兆，需考慮下列何種情況？
- (A)子宮破裂 (B)羊水栓塞
(C)脾臟破裂 (D)以上皆是
- 二、下列何者可能是造成剖腹產後，脾臟出血的危險因子？
- (A)大量輸血
(B)剖腹產時在腹中置入大棉墊
(C)先天性脾臟蒂過短
(D)以上皆是
- 三、下列何者為脾臟出血臨床上的可能發生症狀？
- (A)左肩痛
(B)左側腰部輕扣有濁音
(C)左側 sternocleidomastoid 肌肉後端有壓痛
(D)以上皆是
- 四、下列何者為臨床上發生懷孕脾臟破裂之情況？
- (A)注射肝素 (B)脾臟有囊腫
(C)有結蒂組織疾病 (D)以上皆是
- 五、有關懷孕脾臟破裂，下列何者正確？
- (A)治療以切除脾臟為主 (B)經產婦較多
(C)在多胞胎孕婦較多 (D)以上皆是

第 152 期通訊繼續教育

手術後沾黏的預防 (二)

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

腹腔鏡婦科手術後 的沾黏預防方法



莊乙真(Chuang YG) 方嘉宏(Fan GH)

高雄市佳欣婦幼醫院暨腹腔鏡手術中心

簡婉儀(Kan Y.Y)

高雄市 阮綜合醫院

(筆者與專長研究沾黏的耶魯大學婦科主任 Diamond 教授於 AAGL 合影)

一.何謂沾黏(Adhesion)?

身體內的組織與器官在正常情形下，原本應該是平滑的移動而不互相干擾。如果因為發炎、受傷，並且在修復後的過程中產生不正常的結締組織連結，我們就稱之為沾黏(non-anatomic connections of fibrous tissue between normal peritoneal surfaces)。(文獻 1-3)有點像將嚼過的口香糖捏在拇指和食指之間，一張一合而產生絲狀的連結。

二.病理生理學?

沾黏形成的過程始於纖維蛋白腹內滲出物因受創湧出的時候，滲出物在腹腔內留下纖維蛋白fibrin deposition，多纖維蛋白的血凝塊於受創三小時內在鄰近內臟形成纖維蛋白沾黏在第 4-5 天達到頂峰，纖維蛋白沾黏如果能逐漸被溶解，且腹腔內的腹膜修復完整的情況下，日後不形成沾黏。但是如果腹膜受傷且沒有修復完成，纖維蛋白溶解不完全，纖維沾黏則留存下來，並且被新生血管和纖維細胞(fibroblast)組織起來，形成纖維性沾黏。纖維蛋白溶解(Fibrin-

olysis)可被下列的因素影響，包括熱傷害、缺血、異物、血塊、細菌或藥物，先天的polymorphysim 等(1-5)。

三.沾黏所引起的病症？

腹腔內的器官組織如果產生沾黏，依照彼此的功能就可能產生各式各樣的臨床症狀，例如：大小腸的蠕動功能受到影響，就會有慢性下腹痛、脹氣，嚴重的還可能引起部分或完全腸阻塞。如果發生在卵巢輸卵管纖部周圍，就可能因為輸卵管纖部無法有效的抓住排出的卵子而引起不孕(5-8)。

四.常見的原因？

婦女因為解剖結構的特殊性，因此有兩種情形是男性所不會產生的。一、是骨盆腔發炎，因為細菌有機會沿著陰道、子宮頸、子宮內腔，輸卵管而進入原本應該無菌的腹腔內，急性發炎過後，引起的後遺症，常見的就是輸卵管纖部旁的沾黏。二、是經血逆流引起的子宮內膜異位症，基本上也是一種體內的慢性發炎，此病症往往造成病患子宮直腸凹之間嚴重的沾黏，造成嚴重的經痛以及輸卵管變形造成的後遺症-不孕(9-11)。這兩種情況都不是醫生所能預防的。第三種情形則是手術醫師要努力的地方，手術本身就會造成腹腔的沾黏。根據英國健保局的統計，三十年內在婦科腹部手術後因為沾黏的問題再度入院的比例高達百分之三十，另一項有趣的統計就是病患通常不會再回去找原來執刀的醫師處理，而且通常是找一般外科醫師，因此忙碌的婦科醫師並不會感覺自己開刀的病患有此問題(5-7)。也許只有卵巢癌的病人因化療後往往需再度剖腹探查，婦科醫師才會了解到病人沾黏的嚴重性。

五.如何預防？

要避免組織沾黏就是要避免減少組織的發炎與受傷，在手術時，堅持微創手術 microsurgical technique 的原則，包括一、完整徹底的消毒，以及術中避免中空臟器的損傷。二、減少手術中組織的破壞，例如：電燒燒灼的溫度不宜過高，考慮同時在組織上澆生理食鹽水降溫，以免引起目標器官周圍的傷害。三、避免腹腔內殘留異物，例如：手術手套上的滑石粉，紗布上的細絲，以及不可吸收的縫線，體內標本須清洗乾淨，例如：卵巢畸胎瘤如果在腹腔內破裂，一定要大量清水沖洗腹腔，以免殘留毛髮油脂。四、有效的止血。手術結束前，可以在骨盆腔灌滿生理食鹽水，有助於找出微小的出血點，特別在腹腔鏡手術時，因為，人工氣腹的 CO2 壓力有可能暫時壓住小血管，但是抽掉氣體之後，就有可能再度內出血。至於要良好的止血，又要減少使用電燒，避免造成太多壞死組織，就考驗著每一位手術醫師的經驗與功力了。五、腹腔鏡手術已成為婦科手術的主流，但是有兩個部份，在此特別提出，腹腔鏡

的光源雖然號稱冷光，其實如果固定照射某一定點，例如腸子表面，輕則病人術後脹氣，嚴重者甚至腸子數天後局部潰爛穿孔，第二，是電燒處理完目標器官後，要養成習慣將器械伸出體外，以免因不在視野內，不慎燙傷其它器官。這兩件易被腹腔鏡初學者忽略的動作，即使沒有引起當下嚴重的併發症，也是造成日後沾黏的不利因素。

研究顯示腹腔鏡也不能完成避免沾粘，因此除了良好的技術，預防沾粘輔助性材質成為最熱門的題目(9-17)。

六.預防沾黏的藥物與薄膜。

目前有許多的輔助療法來預防沾黏，原理都根據沾黏形成的病理生理學來介入，有許多的藥物被使用在預防沾黏的目地上，包括纖維蛋白溶解劑 Anti-fibrinolytic agent，抗凝血劑 Anti-coagulant (heparin)，抗發炎反應藥物，這些輔助療法的缺點是可能導致術後易出血的後果，而且效果不佳(20)。

根據研究腹膜受傷之後，通常在七至十天內，即可修復完成，因此如果能有效地阻隔兩粗糙的平面在剛受傷的這段時間，不互相接觸，就可以避免日後沾黏的產生(21)。

例如使用 hydrofloating-Adept (an isotonic solution of 4 % icodextrin) (FDA approval)，讓術後的腹腔充滿了液體，如果高濃度的溶解液可以緩慢吸收，器官浮在液體中，不互相接觸，讓腹膜表面修護完成之後，可以降低沾黏的形成。這有兩種缺點，第一、溶液可能從傷口滲出來，而且易造成陰部的水腫。第二、不能置放引流管，無法得知是否有內出血(22-23)。

Interceed(oxidized regenerated cellulose ORC Johnson and Johnson Medical Inc.) (FDA approval)是廣為婦產科醫師使用的預防沾黏的材質，在腹腔鏡手術使用也很方便(24-26)。

Interceed黏性不高，好像一塊美麗的白色絲綢，可以任意剪裁與捏揉，因此很容易通過腹腔鏡的5mm 套管，正因為黏性不強，曾有論文發表，interceed 容易漂到其它地方，術後不停留在目標器官上，筆者也做過一項簡單的臨床比較，在腹腔鏡肌瘤切除手術後，同一個病人，在子宮的左右側分別貼上 seprafilm 和 interceed，接著讓病人頭高腳低一下子(Reverse Trendelenburg position)，再回復到平常頭低腳高 <Trendelenburg position >的姿勢，發現 Seprafilm 還緊貼在子宮上，Interceed 卻因為上腹腔殘留的灌洗液而漂走了。

在 Interceed 的研究中，特別強調不可以使用在未完全止血的器官上，因為血液可能停留在其網狀的空隙中，而造成 Interceed 不能吸收，但是在子宮肌瘤切除手術中，要完全止血，幾乎內是不可能的，縫合的針孔都會滲血的。

凝膠 Gel or 噴霧 spray 這類產品如能克服有效地停留在受傷的表面足夠的時間，以待腹膜的修護完成，並且完全吸收消失，將會是最佳的預防沾黏的輔助材質。因為使用方便容易，

特別是腹腔手術時，不需太多技術即可使用(13, 20, 21)。

腹膜腔內使用玻尿酸(hyaluronic acid)的衍生物，用來降低沾粘的理論已經被研究很多年。1937 Meyer and Palmer 第一個描述 hyaluronic acid 是一種 polysaccharide isolated from vitreous fluid that contained uronic acid 存在脊椎動物的所有組織和體液中，在細胞生理扮演重要的角色。hyaluronic acid 有幾個機轉可能有降低沾粘的功能，(3)

- 包括 1. 機械性的分開傷口的表面(mechanical separation of wound surface)。
2. 改善腹膜的癒合(improvement of peritoneal healing)。
3. 增加纖維蛋白的溶解(enhanced fibrinolysis). Diamond 認為 separation of damaged peritoneal surface 才是主要的作用機轉。不用分子量的玻尿酸可能會有不同的預防沾粘的效果，甚至是相反的作用。

玻尿酸成分的 gel 應該會是理想的材質，特別在腹腔鏡手術中使用，例如 Intergel 是 Cross-linking HA with Ferric acid (FeHA, lifecore, Johnson and Johnson Inc.)但是之前 intergel 引起病患的持續下腹痛，因而回收下市，因此，不同濃度、不同組成份的玻尿酸 gel 似乎還有待時間驗證其效果及安全性。在醫學上，新的藥物或人體內置放物，上市經過數年後，發現有嚴重副作用的全面回收下市的例子不勝枚舉。Sepracat (HAL-C, bioresorbable membrane, Genzyme corp, Cambridge, MA)也是玻尿酸成分的 gel，但未通過 FDA approval。

七.有關 seprafilm(a solid adhesion barrier based on hyaluroic acid and carboxymethylcellulose, Genzyme Corp USA) (FDA approval) 的論文

一項人體使用的產品的效能與安全性，通常需要一段時間來驗證。在直腸外科裡 seprafilm 的使用經驗是相當廣泛，它的材質易碎且黏性高，因此，在開腹手術中，較容易使用。暫時的人工肛門往往在三個月後，必須再度手術接回去，因而提共了一次合理的評估沾黏程度的機會，有多篇前瞻性的研究(總數共 4000 人)都顯示 seprafilm 有效地減少或降低沾黏的發生。在直腸癌使用的安全性已被肯定(28-31)。

在子宮肌瘤切除手術中，Diamond et al 等人，也分析橫跨全美 19 家醫院、127 個病人的前瞻性研究，並且在一到三個月內使用腹腔鏡(second laparoscopy)評估沾黏的程度，發現使用 seprafilm 者在子宮後壁及輸卵管旁都呈現統計學上有意義的沾粘降低(27)。

在婦癌的使用方面，John Hopkins 大學發表在卵巢癌減積手術中，前瞻性地研究，發現 seprafilm 有效地減少或降低沾黏的嚴重程度，在另一個子宮頸癌徹底切除術的效益評估中，使用 seprafilm 的病患比不使用者，整體醫療的費用更為降低，婦癌的使用並未減少病人的存

活率(32-34)。

加拿大 McGill 大學, Tulandi 教授(13)認為 seprafilm 是 Brittle and sticky(易碎又很黏), 因此不可能使用在腹腔鏡手術中。但是有鑑於微創腹腔鏡手術已成為婦科手術的主流, 過去幾年, 我們研發一個技術流程, 將 seprafilm sheet 剪裁成一張張 3X3 公分的大小, 用無菌的塑膠, 像捲雪茄一般成為直徑介於 5~10mm 的小捲筒, 再穿過 10mm 的腹腔鏡套管進入腹腔, 在腹腔使用 forcep 展開之後, 將 seprafilm 貼在術後的子宮或卵巢輸卵管上, 再將塑膠包裝紙取出。

我們將初期的 127 位接受生殖保留婦科手術的病人〈包括腹腔鏡子宮肌瘤切除、卵巢囊腫切除, 巧克力囊腫切除, 及輸卵管旁沾粘分離手術〉的經驗發表在美國生殖與不孕症醫學期刊上 Fertility and sterility 2008 Nov 上(12)。截至目前, 我們已有超過 700 例腹腔鏡手術中, 使用此項技術流程來運用 seprafilm 的經驗。

我們的看法是基本上我們的技術流程並沒有改變。過去十年來, seprafilm 被使用的方式以及被研究發表的論文。因為, 和 seprafilm 〈laparotomy 手術〉比較起來, 我們只是將 seprafilm 先捲成圓筒狀, 以適應腹腔鏡的套管尺寸 〈trocar size〉, 進入腹腔之後, 展開薄膜黏貼在目標器官上, 符合 Gago、Diamord 等人(16, 21, 27)的研究, 使用阻隔的方法, 等待 7 天, 腹膜修復完畢就可以避免因兩個受傷平面過度的纖維增生而引起沾粘。對於美國食品藥物管理局 〈FDA〉, 我們的技術雖然也是 off-label use, 但個人在回答 reviewers 的提問時也強調, 我們對於 seprafilm 的處理和 laparotomy 沒有不同, 至於保護 seprafilm 的塑膠紙和一般腹腔鏡手術在取標本時使用的標本袋也沒有不同, 塑膠製的標本袋不會傷害病人, 我們無菌的塑膠紙也不會, 因為都只是暫時的輔助, 會立即取出體外。

根據 Diamond 的發表的論文, seprafilm 必需要有效地 cover 覆蓋 traumatized surface, 我們的方法就彷彿是傳統閩南建築的四合院屋頂上的瓦片, 或是像西安兵馬俑身上的石片戰袍, 一片一片稍微重疊的覆蓋。目前在我們發表的 127 個病人裡, 已達到 96%滿意的覆蓋率。

就薄膜的比較而言, seprafilm 因為很黏、易碎, 對於使用的醫師技術難度較高, 因此特別在腹腔鏡手術時, Gel or Spray 是較被接受的產品。然而凝膠似乎有一些問題仍待克服:

1. 粘度的問題, 因為要有效地停留在目標器官 7 天以上再被吸收, 黏膠型或噴霧型之產品, 有可能因為粘度不強, 當病人站立時, 有可能被手術後腹腔內殘留的水或地心引力帶到他處。筆者在九十八年三月婦產科醫學會時, 曾就此問題請教來做沾黏預防專題演講之義大利教授 Valerio Mais, 他亦同意有此可能性。
2. 和其它化合物合成的問題, 是否會影響其吸收, 是否和血液會有反應。
3. 消毒滅菌的過程是否增生 intra-abdominal abscess 的形成。

八. 我們的臨床經驗分享。

40 個使用在 deep endometriosis 病人，子宮直腸凹分開之後，置放於此空間，經痛獲得改善，3 人接受 2nd laparoscopy，子宮直腸凹，只有 minimal adhesion。

70 個使用在 laparoscopic myomectomy 的病人，15 人在兩年內接受剖腹手術，沾粘比未使用者較少。

25 個慢性下腹痛的病人，接受完 laparoscopic lysis of adhesion 之後，使用 seprafilm，有效減少腹痛。

30 個多囊性卵巢不孕症的病人接受 laparoscopic ovarian drilling，使用 seprafilm 覆蓋卵巢表面避免 endocrine infertility 變成 mechanical infertility。

其他包括卵巢部份切除，輸卵管手術，以及腹腔鏡全子宮切除手術。我們也有一個病患在懷孕第 16 週，因 8 公分卵巢畸胎瘤扭轉，接受腹腔鏡卵巢囊腫切除術並使用 seprafilm，後來在剖腹產，發現接受手術的卵巢只有 minimal adhesion，倒是未接受手術的卵巢有 De Novo (自發性)沾粘形成。

九. 不同的防沾黏凝膠及噴霧

可能鑒於 seprafilm 薄膜的特性，不易使用在腹腔鏡手術中，因此，有些專家提倡將 seprafilm 先剪成碎片再混合於無菌水中，然後混合成凝膠狀(35)，使用 syringe 連接著 Foley catheter，經由腹腔鏡 5mm 的套管，就可以輕易地注射到目標器官組織上。這個做法等同於將廠商做成薄膜的產品，再回復到凝膠的狀態。

個人有一個想法是，剪成小碎片的 seprafilm 可能會不平均的分布，有些很濃稠的含有大量小碎片，有些可能只有水，沒有阻隔傷口的效果。因為到底要混合多少水並沒有任何科學的數字，完全是醫師的經驗。

歐洲還有 Intercoat (a viscoelastic gel based on polyethylene oxide and carboxymethylcellulose)(41)

Spraygel (two sprayable polyethylene glycol solutions that form a gel when coming into contact) (40)

Hyalobarrier® GEL x ENDO (ACP gel is a new crosslinked derivative of hyaluronic acid (HA))

目前國內引進第三種新的玻尿酸成分的凝膠 ACP gel (**Hyalobarrier, Italy**)，這項產品主要是通過歐洲 CE 認證，多數用在歐盟的國家，尚未通過美國 FDA 的認證，它的論文裡主

要用在腹腔鏡子宮肌瘤及子宮腔內沾黏行子宮鏡手術後的評估報告。

記得在長庚臨床醫學研究所的統計學老師提過一句話，醫師因為臨床工作太忙碌，因此醫學論文，常只看 abstract 及 conclusion，學統計的人倒是建議先看 Material and method，先評估統計方法是否具有統計學的意義。

前瞻性隨機研究是隨機取樣的小群體，試圖用來推論及應用在所有的群體上，如果在統計學上取樣的小群體，不足以代表所有的群體，得到的結果就比較難以應用在所有的病人身上。

Autocross-linking gel 兩篇(36-37) laparoscopic myomectomy 後評估懷孕率，有使用 gel 與未使用，數字百分比是 78.8% vs 38.8%，可是病人數只有 36 人分成兩組，每一組又分成 figure-eight suture or subserous suture，每一小組等於只有 9 人。ACP gel 另一篇(38)前瞻性隨機研究 laparoscopic myomectomy 沾粘比例由 59% 降至 38%，病人數共 45，分成兩組，也未達統計學的樣本數需求。因此在使用及解釋上必須小心。

美國食品藥物管理局 U.S. Food and Drug Administration (FDA)(42)的上市前評估是相當嚴謹的，只關於抗沾黏輔助產品的評估要點，就洋洋灑灑的 5 大頁，必須先有 pre-clinical study 接著是人體安全的評估 phase I, Phase II, Phase III 的人體試驗通過，通常都耗時 3-5 年以上。至於歐洲的 CE 認證就比較鬆散，CE mark(43)的目的地主要是能在歐盟國家使用，並不限於醫藥方面。

十. 臨床論文的評估

雖然沾黏可能造成下腹痛、腸阻塞、不孕，但是評估這類的功能性的結果，無法控制的變異因素太多，例如：飲食、或情緒及主觀的感覺都會影響下腹痛的評估，不孕症的評估更是須有多方面的考量，男性精蟲的質與量就是一大變因，在加上腦下垂體、甲狀腺、卵巢賀爾蒙、病人的年齡都會影響不孕的結果。

在一些 Review(1, 2)的文章中，認為目前沒有足夠實證資料顯示 anti-adhesion barrier 可以有效地改善不孕症的懷孕率、降低沾粘疼痛，以及術後腸阻塞的發生率，這些功能性的 end Result，影響的因素甚多，目前只能使用 2nd look，評估沾粘的比率，可能較為客觀。

目前沾黏主要的評估方法是 2nd look，通常在第一次術後 7 天至 3 個月評估內，使用的評估方法包括 laparotomy 和 laparoscopy，除非是必要性的手術，例如大腸肛門造口重接或是卵巢癌化療後的再次剖腹探查，目前常見的論文，採取的都是 laparoscopy，這其中又牽涉到 scopy 的管徑粗細 (10mm, 5mm, 3.5mm)，不同的 size 的 laparoscopy，明亮度和清晰度是有所不同。另外評估的方法有些是在手術房由評估的醫師立即下判斷，有些則是

先錄影起來，再統一送到不知情的〈double Blind〉的醫師處做評估，不同的做法都蘊含著影響結果的 Bias (19)。

取樣的實驗組與對照組是否來自同一個醫院，或是跨院區、甚至跨國際的合作也會影響論文的可信度與公信力。實驗對象的數目當然是最基本影響的因素了。

Tulandi 認為好的 anti-adhesion adjuvant(13)應具備 1.安全(safety)；2.有效(effectiveness)；3.容易使用(easy to use in laparotomy and laparoscopy)，對病人安全應該是第一考慮。

我們製造一個比較表來大略分析目前在腹腔鏡使用預防沾粘的方式，橫列分別是interceed，seprafilm by chuang、seprafilm slurry、ACP gel、adept、縱列則是依 FDA 通過，腹腔內腫瘤擴散安全性、防沾粘的有效性，以及醫師使用的便利性，使用的時間。

	Interceed	Seprafilm by Chuang	Seprafilm slurry	ACP gel	adept
FDA 通過	是	是	是	否〈CE 歐盟認證〉	是
腹腔內腫瘤擴散的安全性	未知	人體 OK	人體 OK	動物實驗 OK	未知
有效性	++ 子宮、卵巢 〈但必須完全止血〉	+++ 腸子、子宮、 卵巢	++ 腸子、子宮、 卵巢	++ 子宮肌瘤切除 術，子宮腔內 沾粘	+ 僅婦科沾粘 分離手術
醫師使用 方便性	+++ 須有學習曲線	+++	+++	+++	+++
使用時間	準備 3 分鐘 腹腔鏡置入 3 分鐘	準備 6 分鐘 腹腔鏡置入 15 分鐘共 6 小片	準備 5 分鐘 腹腔鏡置入 3 分鐘	準備 1 分鐘 腹腔鏡置入 3 分鐘	準備 1 分鐘 腹腔鏡置入 5 分鐘

腹腔鏡微創手術使得病人可以降低疼痛，減少住院時間，提早返回工作崗位，手術醫師如能改善手術技巧，以及適當運用輔助預防沾粘材質，就如同是購買商品的售後服務，因為病人不但是安全的離開醫院返家，更不會因有遺疵—(沾粘)，而必須再度入院，使的手術病患的照顧更趨於完美的境界。

(後記) 感謝 M.P Diamond, Valerio Mais, 楊友仕, 李茂盛, 蔡鴻德, 何弘能, 林鶴雄, 蘇聰賢, 江千代, 劉嘉耀, 陳思原……等教授的指導。更感謝龔福財部長及陳明哲主任的邀稿與督促，他們兩位一直是我學習的榜樣。



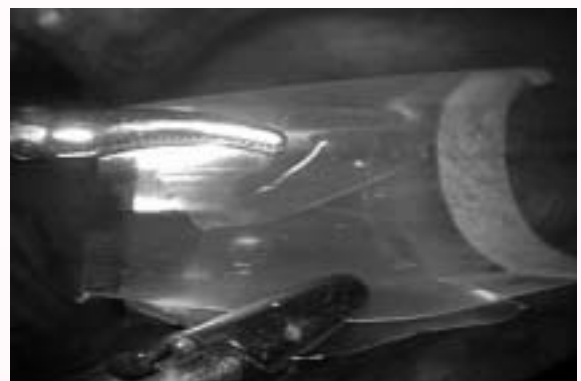
圖一(上左)



圖一(上右)

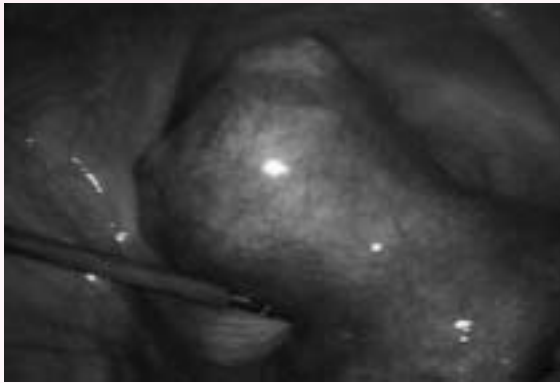


圖一(下左)



圖一(下右)

圖一：將 seprafilm 無菌塑膠紙捲成圓捲-(上左)使用 forcep 抓住-(上右)經由 10 mm 套管-(下左)再用另一隻 forcep 展開-(下右)貼到目標器官上。



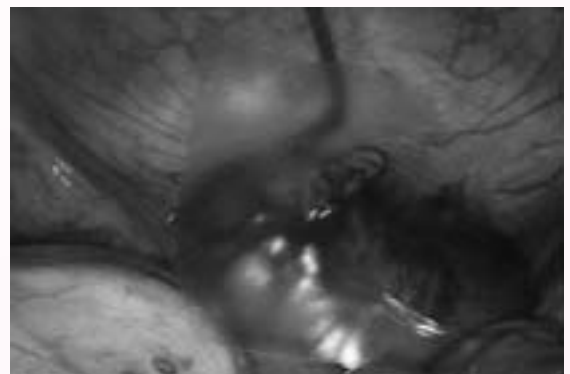
圖二(上左)



圖二(上右)



圖二(下左)



圖二(下右)

圖二：漿膜下肌瘤 6 公分(上左)腹腔鏡肌瘤切除- (上右)電動絞肉切除機 (morcellator)取出肌瘤(下左)使用 seprafilm 完整覆蓋縫合處(下右)。

參考文獻：

1. Diamond MP, Freeman ML (2001) Clinical implications of postsurgical adhesions. *Hum Reprod Update* 7: 567-576
2. Alpay Z, Saed GM, Diamond MP Postoperative adhesions: from formation to prevention. *Semin Reprod Med.* 2008 Jul;26(4):313-21. Review
3. Reijnen MM, Bleichrodt RP, van Goor .Pathophysiology of intra-abdominal adhesion and abscess formation, and the effect of hyaluronan. *Br J Surg.* 2003 ;90(5):533-41.
4. Lower AM, Hawthorn RJS, Ellis H, O'Brien F, Buchan S, Crowe AM (2000) The impact of adhesions on hospital readmissions over ten years after 8849 open gynaecological operations: an assessment from the Surgical and Clinical Adhesions Research Study. *Br J Obstet Gynaecol* 107:855-862
5. Lower AM, Hawthorn RJS, Clark D, Boyd JH, Finlayson AR, Knight AD et al (2004) Adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24,046 patients. *Hum Reprod* 19:1877-1885
6. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, Wilson MS, Menzies D et al (2001) Postoperative adhesions: ten-year follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. *Dis Colon Rectum* 44:822-830
7. La Morte AI, Diamond MP. Adhesion formation after laparoscopy. *Prog Clin Biol Res.* 1993;381:51-8. Review.
8. Hammoud A, Gago LA, Diamond MP. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? *Fertil Steril.* 2004 Dec;82(6):1483-91. Review.
9. Swank DJ, Swank-Bordewijk SC, Hop WC, van Erp WF, Janssen IM, Bonjer HJ et al (2003) Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet* 361:1247-1251
10. Luciano DE, Roy G, Luciano AA. Adhesion reformation after laparoscopic adhesiolysis: where, what type, and in whom they are most likely to recur. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008 Jan-Feb;15(1):44-8.
11. Chuang YC, Kan YY. A girl with episodic abdominal pain. *Lancet.* 2007 Jun 2;369(9576):1890
12. Chuang YC, Fan CN, Cho FN, Kan YY et al. A novel technique to apply a Seprafilm (hyaluronate-carboxymethylcellulose) barrier following laparoscopic surgeries. *Fertil Steril.* 2008 Nov;90(5):1959-63
13. Al-Jaroudi D, Tulandi T Adhesion prevention in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Surv.* 2004 ;59(5): 360-7.
14. Parker JD, Sinaii N, Segars JH Adhesion formation after laparoscopic excision of endometriosis and lysis of adhesions. *Fertil Steril.* 2005 Nov;84(5):1457-61.
15. Mercurio F, Mercurio A, Di Spiezio Sardo A Evaluation of ovarian adhesion formation after laparoscopic ovarian drilling by second-look minilaparoscopy. *Fertil Steril.* 2008 May;89(5):1229-33.
16. Diamond MP, Daniell JF, Feste J, Surrey MW, McLaughlin DS, Friedman S et al (1987) Adhesion reformation and de novo adhesion formation after reproductive pelvic surgery. *Fertil Steril* 47:864-866

17. Taskin O, Buhur A, Birincioglu M, Burak F, Atmaca R, Yilmaz I et al (1998) The effects of duration of CO₂ insufflation and irrigation on peritoneal microcirculation assessed by free radical scavengers and total glutathion levels during operative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 5:129-133
18. Binda MM, Molinas CR, Hansen P, Koninckx PR (2006) Effect of desiccation and temperature during laparoscopy on adhesion formation in mice. *Fertil Steril* 86:166-175
19. Weijenborg PT, ter Kuile MM Intraobserver and interobserver reliability of videotaped laparoscopy evaluations for endometriosis and adhesions. *Fertil Steril*. 2007 Feb;87(2):373-80.
20. Metwally M, Watson A, Lilford R, Vandekerckhove P (2006) Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.:CD001298. DOI
21. Gago LA, Saed GM, Diamond MP. Seprafilm (modified hyaluronic acid and carboxymethylcellulose) acts as a physical barrier. *Fertil Steril*. 2003 Sep;80(3):612-6
22. diZerega GS, Verco SJS, Young P, Kettel M, Kobak W, Martin D et al (2002) A randomized, controlled pilot study of the safety and efficacy of 4% icodextrin solution in the reduction of adhesions following laparoscopic gynaecological surgery. *Hum Reprod* 17:1031-1038
23. Brown CB, Luciano AA, Martin D, Peers E, Scrimgeour A, diZerega GS, on behalf of the Adept Adhesion Reduction Study Group (2007) Adept (icodextrin 4% solution) reduces adhesions after laparoscopic surgery for adhesiolysis: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril*. DOI 10.1016/j.fertnstert.2006.12.084
24. Pados G, Camus M, De Munck L, Devroey P (1992) Laparoscopic application of Interceed (TC7). *Hum Reprod* 7:1141-1143
25. Interceed (TC7) Adhesion Barrier Study Group (1989) Prevention of postsurgical adhesions by INTERCEED (TC7), an absorbable adhesion barrier: a prospective randomized multicenter clinical study. *Fertil Steril* 51:933-938
26. Mais V, Ajossa S, Piras B, Guerriero S, Marongiu D, Melis GB (1995) Prevention of de-novo adhesion formation after laparoscopic myomectomy: a randomized trial to evaluate the effectiveness of an oxidized regenerated cellulose absorbable barrier. *Hum Reprod* 10:3133-3135
27. Diamond MP; The Seprafilm Adhesion Study Group (1996) Reduction of adhesions after uterine myomectomy by Seprafilm membrane (HAL-F): a blinded, prospective, randomized, multicenter clinical study. *Fertil Steril* 66:904-910
28. Becker JM, Dayton MT, Fazio VW, Beck DE, Stryker SJ Wexner SD et al (1996) Prevention of postoperative abdominal adhesions by a sodium hyaluronate-based bioresorbable membrane: a prospective, randomized, double-blind multicenter study. *J Am Coll Surg* 183:297-306
29. Beck DE, Cohen Z, Fleshman JW, Kaufman HS, van Goor H, Wolff BG et al (2003) A prospective, randomized, multicenter, controlled study of the safety of Seprafilm adhesion barrier in abdominopelvic surgery of the intestine. *Dis Colon Rectum* 46:1310-1319
30. Fazio VW, Cohen Z, Fleshman JW, van Goor H, Bauer JJ, Wolff BG et al (2006) Reduction in adhesive

- small-bowel obstruction by Seprafilm(r) adhesion barrier after intestinal resection. *Dis Colon Rectum* 49: 1-11
31. Kumar S, Wong PF, Leaper DJ Intra-peritoneal prophylactic agents for preventing adhesions and adhesive intestinal obstruction after non-gynaecological abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21;(1):CD005080. Review.
 32. Bristow RE, Montz FJ. Prevention of adhesion formation after radical oophorectomy using a sodium hyaluronate-carboxymethylcellulose (HA-CMC) barrier. *Gynecol Oncol.* 2005 Nov;99(2):301-8
 33. Bristow RE, Santillan A, Diaz-Montes TP Prevention of adhesion formation after radical hysterectomy using a sodium hyaluronate-carboxymethylcellulose (HA-CMC) barrier: a cost-effectiveness analysis. *Gynecol Oncol.* 2007 104(3):739-46.
 34. Tan A, Argenta P, Ramirez R, Bliss R, Geller M. The use of sodium hyaluronate-carboxymethylcellulose (HA-CMC) barrier in gynecologic malignancies: a retrospective review of outcomes. *Ann Surg Oncol.* 2009 Feb;16(2):499-505.
 35. Fenton BW, Fanning J. Laparoscopic application of hyaluronate/carboxymethylcellulose slurry: an adhesion barrier in a slurry formulation goes where the available sheets cannot. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Sep;199(3):325.e1
 36. Pellicano M, Bramante S, Cirillo D, Palomba S, Bifulco G, Bellato P et al (2003) Effectiveness of auto-crosslinked hyaluronic acid gel after laparoscopic myomectomy in infertile patients: a prospective, randomized, controlled study. *Fertil Steril* 80:441-444
 37. Pellicano M, Guida M, Bramante S, Acunzo G, Di Spiezio Sardo AG, Tommaselli G et al (2005) Reproductive outcome after autocrosslinked hyaluronic acid gel application in infertile patients who underwent laparoscopic myomectomy. *Fertil Steril* 83:498-500
 38. Mais V, Bracco GL, Litta P, Gargiulo T, Melis GB (2006) Reduction of postoperative adhesions with an auto-crosslinked hyaluronan gel in gynaecological laparoscopic surgery: a blinded, controlled, randomized, multicentre study. *Hum Reprod* 21:1248-1254
 39. Acunzo G, Guida M, Pellicano M, Tommaselli GA, Di Spiezio Sardo A, Bifulco G et al (2003) Effectiveness of auto-cross-linked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic adhesiolysis: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod* 18:1918-1921
 40. Mettler L, Audebert A, Lehmann-Willenbrock E, Schieve K, Jacobs VR (2003) Prospective clinical trial of SprayGel as a barrier to adhesion formation: an interim analysis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 10:339-344
 41. Lundorff P, Donnez J, Korell M, Audebert AJM, Block K, diZerega GS (2005) Clinical evaluation of a viscoelastic gel for reduction of adhesions following gynaecological surgery by laparoscopy in Europe. *Hum Reprod* 20:514-520
 42. U.S. Department of Health and Human Services/U.S. Food and Drug Administration (2002) Guidance for resorbable adhesion barrier devices for use in abdominal and/or pelvic surgery. Available online at <http://www.fda.gov/cdrh/ode/guidance/1356.pdf>
 43. http://en.wikipedia.org/wiki/CE_mark



A Wonderful Journey - 2009 JSOG 與會心得

臺大醫院婦產部 江盈澄 (照片右二)

首先很感謝學會給我這個機會前往日本，參加第 61 屆日本婦產科醫學會年會的年輕醫師國際交流會議 (61th Japanese Society of Obstetrics and Gynecology International Seminar for Junior Fellows)，日本婦產科醫學會於每年四月間舉辦年會，分別於關東及關西輪流舉辦，今年於四月二日至四月五日在京都舉行，京都都是日本的傳統文化古都，在春天的季節造訪，雖然氣溫有點低，隨著映入眼簾的一幕幕櫻花開放的畫面，令人心神為之蕩漾，會場位於京都市北方 (洛北) 的郊區，會場旁就是種滿櫻花的公園，在如此宜人的環境下開會，真是人生一大享受！



這次的年輕醫師國際交流會議共邀請了近百



名來自數個國家的婦產科年輕醫師參與，大會將之分組 (每組九名)，每組自行選取有興趣之題目加以討論，在四月二日進行的分組討論中，筆者的小組所討論的題目是—比較各國婦產科的醫療支出，本組除了有日本與台灣 (後排中) 外，還有來自韓國 (後排左二)、美國 (前排左二) 及菲律賓 (前排右二) 的醫師參與討論，過程熱烈氣氛融洽，大致而言，亞洲的國家健康保險制度都包含政府主辦與私人公司經營的健保，大多數民眾都有納入國家的健保體系，通常大多數的醫療行為都有納入保險給付範圍，

在保費方面則以台灣和菲律賓較低，不過菲律賓民眾

經濟狀況普遍較差，有些人還是繳不起保費，相較之下，其他組員覺得台灣的保費顯得較經濟實惠，

有點像在乎價的“buffet”餐廳，可享用絕大多數的婦產科醫療項目

(有“all you can eat”的感覺?)。另一方面，美國則是以私人公司保險制度為主，不但保費較為昂貴，且保險給付範疇與就醫轉診制度顯得複雜，反而不是那麼便利，對於某項婦產科的醫療項目，若是不包括在原本所繳納的健康保險內，真有問題要就醫時，會有相當麻煩的手續及醫療費用支出，就像在高檔的餐廳一樣，要有足夠的預算及



事先預約訂位，才能享用所提供的醫療項目。就執行醫療項目後醫療機構收費方面，相較之下，美國的醫院收入也相對較亞洲各國高，與會醫師對於台灣的給付制度感到好奇，對於醫療項目的實際支付點數往往會打九折感到驚訝，有些醫師甚至認為這若是發生在他國家，他會無法接受！由於醫療保險制度的不同，也影響了該國民眾就醫習慣，在美國，除非必要絕不輕言就醫；在台灣，就醫就像逛百貨公司；其中比較有趣的是，日本的足月孕婦只要是有點微恙，一律使用救護車接送就醫，剖腹產後有些日本醫院甚至規定要禁食四天，術後住院七至十日，這倒是與其他國家出入甚遠。



當天晚上，大會舉辦了晚宴來招待與會的各國年輕醫師，其



中還進行了一個小遊戲，大會準備了來自台灣、韓國、菲律賓、美國及加拿大的五種匿名啤酒，要大家喝了之後猜猜看各別來自哪個國家，所以在晚宴的照片中大家臉都紅通通地，這是由於熱情參與品酒猜謎的緣故，不過眼尖的讀者可能會發現，怎麼少了兩位組員呢？其中，韓國醫師偕女友賞遊夜櫻，把握良辰美景；另外一位日本醫師則是要搭新幹線回到百公里外的家中帶小孩，值得一提的是，在少子又高齡化的日本社會，這位媽媽醫師以身作則，身為婦產科醫師還生了三個小孩，

值得大家效仿鼓勵！

平心而論，日本人做事一板一眼的認真敬業態度與守法精神，贏得許多尊敬與感動，而日本醫師對醫療工作的認真與執著，令人動容且值得吾輩學習。然而，就筆者個人的觀察，這次參與交流的多數日本年輕醫師在討論與晚宴時都較沉默，在和幾位日本醫師討論後發現，他們也很想更加主動投入，只是擔心在英文表達能力方面有所不足，甚至有人為了這次會議，還特別上兩個月的英文補習班！在台灣大部分的醫學書籍並無翻譯版，自醫學生時代開始，我們就已習慣原文書，在病歷記載、醫學名詞與醫學研討會方面，我們也都是用英文來表示；但在日本，大部分的醫學書籍都有日文譯本，而日本醫師習慣閱讀日文版，又病歷主要使用日文記載，久而久之，使用英文溝通表達會較為生疏。



四月三日蘇校長與我們一行六人前往京都旅遊勝地—清水寺，前往目的地沿路上，雖然尚未全部盛開，在七分開放的櫻花點綴裝飾下，彷彿為這文化古都換上一襲淡粉紅與潔白相互調和的春衣，搭配古色古香的傳統日式建築，令人不自覺陶醉其中，由於是櫻花季節加上天氣晴朗，來到此地的

遊客甚多，不過在蘇校長熟稔的響導下，我們造訪了一些有特色的日式小舖，並參觀清水寺園區，其中還有一座世界文化遺產—“地主神社”，內有一對戀占之石，相隔約十數步之遙，據說來神社求姻緣的女性，若能閉著雙眼由其一戀占石成功走向另一戀占石，就有機會求得好姻緣，真是有趣！午間則是品嘗京都的豆腐料理，沒想到看似簡單的豆腐，竟然可以有這麼多樣化的轉變，令人不禁讚嘆日本人在料理方面細膩用心的程度，不過細心的讀者可能又會發現，蘇校長怎麼不在照片裡呢？原來是在幫我們這群小毛頭拍照，受到蘇校長照顧又勞煩照相，真是不好意思啦！



四月四日蔡理事長伉儷與我們一行六人前往Miho美術館，理事長夫人曾在日本求學精通日文，在夫人嚮導下順利前往美術館，這座位於深山裡的美術館是由華裔建築大師—貝聿銘所設計，可惜天氣轉為濕冷，隨著巴士不斷往山中行進，映入眼簾的是一片青綠林木，



加上山嵐雨水的飄落，更增添一份神秘感，在到達展覽館前，必須先通過一座貫穿山脈的隧道，當穿過隧道，迎面而來的是令人心曠神怡的開闊空間與充滿現代感的展覽館，果然是有“柳暗花明又一村”的感覺，美術館內則是大量應用充滿特色的幾何圖形建構而成，不禁有鬼斧神工之讚嘆！參觀途中還巧遇來自台灣

的導覽員，在異鄉還可以聽到熟悉的家鄉語言，令人備感溫馨。參觀後在美術館的附設餐廳用餐，雖然窗外下著滂沱大雨並刮著刺骨寒風，室內一行人享用著熱騰騰的拉麵與日本茶，席間理事長伉儷妙語如珠，閒話家常，在悠閒的山中午後，別有一番暖暖的感覺！

從美術館返回，到了晚間則參加大會舉辦的banquet，其中人來人往，遇到了新結識的外國醫師，也巧遇許多來自台灣的前輩醫師，甚為熱鬧。藉由參與這次會議的機會，認識了許多外國朋友，了解其他國家婦產科醫療支出、醫師執業情形及面臨的困難，不但可以開拓視野，又可以作一點國民外交，增加台灣的國際能見度，希望藉此能維持我們和其他國家婦產科醫師之間的聯繫，促進學術的交流與彼此的友誼，其實整個過程最辛苦的應該是學會的長輩們（李教授、楊教授伉儷、蘇校長、蔡理事長伉儷、謝秘書長），他們剛從紐西蘭開會回來，過台灣家門不入，又風塵僕僕地帶著我們這群小毛頭來日本開眼界，在回味這個 wonderful journey 之餘，再次感謝學會及長輩們的辛勞與用心！



第61屆日本婦產科醫學會與會記事



財團法人彰化基督教醫院婦產部
陳藏旭醫師（照片右一）

當我聽到蔡部長說我可以到日本京都參加 2009 年的日本婦產科年會之年輕醫師交流活動的時候，我覺得非常榮幸，但也有些許的惶恐與焦慮。在出國的一個月前，我接到從日本來的 EMAIL，告知我被分到 B 組，有 2 位美國醫師，除了組長以外，另有 3 位日本醫師。而我們要討論的題目有 2 個，First, "Is VBAC good for patients? or bad for patients?" 我是反方。Second, "effects of malpractice law suits on medical practice", 我是正方。於是，我上 PUB MED 找相關資料，沒想到連第二個題目也有不少文章，我選讀了幾篇台北榮總毒物科葛謹醫師發表的文章。

時間過得很快，一下子就到了出國的日子，在 4 月 1 日中午，我懷著不安的心情來到桃園國際機場，這是我第一次自己入關，坐上飛機，四周都是不認識的人，獨自吃著機上餐點，覺得好孤單。還好，下飛機之後，就見到了楊友仕教授及夫人（第一次看到楊夫人，我以為是其它醫院的年輕醫師之一），和蔡理事長夫人，馬上覺得好安心。集合之後，我們共搭了 3 部計程車，日本的計程車司機服裝超整齊，戴帽子，穿西裝與白手套，就如同印象中日本人是一板一眼的。我跟蔡理事長與其夫人和黃尚玉醫師坐同一部車，理事長夫人的幽默風趣與健談，沖淡原本應該會有的嚴肅氣氛，讓我們從機場到飯店超過一小時的車程中笑聲不斷。到達京都王子飯店，只聽到驚嘆聲連連，除了飯店大廳漂亮的水晶燈，飯店門前就有一排盛開的櫻花樹，在柔和燈光下更顯的美麗。

日本婦產科醫學會對我們很禮遇，除了把醫師前輩當貴賓之外，我們五位年輕醫師也各自有一間豪華雙人房，因為抵達飯店時已經很晚且大家都累了，先約好隔天下午集合時間後就互道晚安。我進房之後，第一個感想就是一個人住這麼大的房間實在太可惜了，馬上拿出筆記型電腦撥 Skype 電話給台灣的家人，描述飯店的舒適及自己為了隔天下午要與外國醫師

分組討論的緊張心情。隔天早上，很早起床，一個人到餐廳並不悠閒地吃完早餐，回到房間惡補在臺灣準備的資料，並反覆練習寫好的講稿。年會正式的時間是從4月3日到5日，而屬於我們的重頭戲則是在4月2日下午是 international seminar for junior fellows。

我們五個一起走路到會場，沿路與會場的周圍都是櫻花樹。我們各自到所分配的小組去，每一組都一位指導老師，B組的 tutor，是任職於 Keio University 的 Atsushi Suzuki，是位 Gynecologist，很年輕也很友善。每個人先輪流自我介紹，4位日本年輕醫師都有準備豐富的投影片，介紹他們的出生地，求學過程，現在工作的情形及興趣，有個身材跟我差不多瘦小的女生，他的興趣竟然是騎重型機車旅行。

然後我們就針對要討論的題目，2個當正方，2個當反方，2個當最後評論者。因為現今在已發展國家的剖腹產率持續上升，所以美國 NIH (the National Institute of Health) 在1980年的會議當中就建議有合適條件的前胎頗腹患者可以考慮VBAC，也加上 ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) 支持，VBACs trial 的比率從1989年的18.9%上升到1996年的28.3%。所以，可以找到很多文獻在討論VBAC的優點成功的要素，當然，也有其風險。支持VBAC的正方表示，VBAC可以讓病人產後快速恢復，能減少下次的懷孕發生胎盤前置及胎盤植入的危險，尤其是可以鼓勵曾經陰道生產過的孕婦，因為VBAC成功機會高。而反方的論點是嘗試VBAC有0.5-1%子宮破裂而造成胎兒窘迫和孕婦本身生命危害的風險。而最後評論及大家討論的結果認為：要降低頗腹產率應該要先降低 primary CS rate。醫師只要將VBAC的好處及其有可能會發生的危險跟孕婦及其家屬討論，而 family size 是一個考慮的重點，因為胎盤植入的機率會隨著子宮切開的次數增加而增加。(The occurrence of a placenta accrete was 3%, 11%, 40%, 61%, and 67% for women with a history of 1 to 5 prior cesarean delivery)

第二個題目: effects of malpractice law suits on medical practice

正方認為:可以從醫療糾紛的事件中得到學習，檢討事件中每一個環節，醫師對病人詳細解釋病情，學習良好的溝通技巧及嚴謹的態度，如：護士給藥原則：三讀五對，電腦醫囑系統設定自動提醒畫面(例如：病人有無對藥物過敏)，藥師仔細核對醫師所開藥物，開刀病人身分及手術部位的一再確定(從接病人開始，一直到開刀房後手術跟刀醫師與流動小姐及麻醉科一起核對病人姓名、病例號、生日，及 PACS)...等等，以病人安全為中心，使可能發生的錯誤減至最低，提升醫療品質。反方則是認為：醫療糾紛事件可能會讓醫護人員支付龐大金錢，使聲譽降低，及耗費許多時間與精神在訴訟。因此會有防禦性醫療行為的產生，最常見的是：不收有重大傷病、高危險疾病或會花掉大筆醫院健保總額患者，所以轉診率會提高，異常頻

繁的追蹤次數，不需要的檢查或藥物開立，花很多時間人力金錢跟病人及其家屬不斷地解釋病情，簽署各式各樣的同意書。因為這個題目，我看了葛謹醫師的文章後才知道，除了採民事訴訟解決醫療糾紛外，原來台灣是唯一一個國家採用刑法來處罰有醫療過失的醫護人員。在座的外國醫師都覺得驚訝，尤其聽到我說：In Taiwan, criminal suits account 79% of all medical malpractice law suits, and this means that if I make an error in my medical practices, I may be lay in prison. 更是覺得不可思議。

最後，集合所有的人，各小組推派代表上台報告小組間討論的題目及結論。從這當中可以得知不同國家之間不同的醫療行為。討論結束，晚宴在王子飯店舉行，享用傳統的日本美食，大會還設計了猜啤酒活動，每組有五桶不同國家有名的啤酒，像台灣啤酒、日本麒麟啤酒等，雖然同組的伙伴很希望我能幫忙挑出台灣啤酒，但我讓他們失望了。晚餐結束後，有些日本年輕醫師就要趕著回到醫院繼續奮鬥，而我的心情，開始有了度假的感覺。

第三天，完全屬於我們的時間，一早，蘇校長就像母雞帶小雞一樣，帶著我們五個人到清水寺，跟假日台灣旅遊景點一樣，遊客超多，擠滿寺廟前面那條老街，連要買票進到主廟裡都需要排隊，而我選擇來趟特別的“子宮之旅”，原來是走進一條伸手不見五指的黑暗通道，連轉彎處都只能藉由扶手來感覺方向，自己一個人的感覺有點害怕。他們認為胎兒在子宮裡的環境就是這樣。中午，就在寺廟旁豆腐專賣店點豆腐套餐，好吃份量又多。吃飽後，蘇校長先回到日本年會會場，而我們繼續京都之旅，來到鴨川，盛開的櫻花樹美麗極了。最後，我們到高島屋吃晚餐，這可是謝秘書長強烈建議要來嚐試的一家天婦羅飯。

第四天，蔡理事長與夫人要到他們嚮往已久的 MIHO 私人美術館，因為下雨，所以我們這些小蘿蔔頭也沒有什麼計畫，所以，聽到蔡理事長要帶我們一起去時，我們都好開心。MIHO 美術館為貝聿銘大師的代表作之一，藉由建築的幾何框線與全玻璃帷幕的設計，巧妙的融合建築與自然，每走一步，都有不同的線條與光影對比驚嘆！藉由大師的巧手體現了陶淵明在桃花源記裡所描繪的「柳暗花明又一村」的意境。美術館在深山裡，要先搭火車，再換公車約一小時的車程，雖然坐車很累，但非常值得，推薦給大家。

最後，真的非常謝謝蔡理事長與台灣婦產科醫學會給我們這些年輕醫師有這個機會可以到國外與其他國家的年輕醫師互相討論交流，了解不同國家的醫療制度與臨床經驗。也謝謝李教授、楊前理事長、蘇校長、謝秘書長這幾天對我們的照顧。也想謝謝醫學會秘書，高桑惠子小姐，因為有他的幫忙，讓我們可以順利地參加這一場會議。

法律信箱

生產風險救濟基金制度之芻議



本會常務理事/醫療法制暨醫療糾紛委員會召集人
政大風險管理與保險研究所法律組博士 高添富

——前言

衛生署要成立生產風險救濟基金制度，首先觀念上必須澄清三個原則：

- 一、生產風險救濟制度目的是在提供被害人「醫療不幸」或「醫療意外」的急難救助，原則上這些醫療風險並非醫師的疏失所致，而是合併症或副作用導致的醫療不幸，或不可預料不可抗力所釀成之醫療意外，所以接生醫師毫無過失可言，當然產科醫師必須堅持不必受罰，也不必出錢，基金會更無理由對接生醫師代位求償。
- 二、「風險救濟」不同於「過失賠償」：救濟針對的是醫療不幸或醫療意外，而賠償是歸責於醫師的醫療過失。救濟的對象既然是不可避免的醫療不幸與不可預料不可抗力的醫療意外，此類傷害風險雖不一定會發生，何時發生也無法確定，醫師當然不能，也不必為此天災 acts of God 負任何賠償責任，因為即使處罰醫師也無法防止這種非過失醫療責任的醫療意外的發生，所以通常都必須要透過福利國家社會安全體系下的社會救助力量，來給予受害者急難救助，同時因係為配合國家政策與社會責任所面對的風險，大難臨頭，助受害人一臂之力，亦是國家義不容辭的責任，正如同藥害救濟基金、預防接種受害救濟基金一樣，係政府為推動國民健康、保健防疫政策之需，對接受者一旦不幸發生的合併症，副作用或醫療意外，當然要全權負責。
- 三、蓋為鼓勵生育，婦女為配合國家人口政策，冒險懷孕生產；萬一不幸碰到生產風險醫療意外，當然要全部由國家編列預算支付救濟，除非生產傷害是因接生醫師疏失所引起的，

醫師才需自負過失賠償之責，否則如同藥害救濟基金，內科醫師有出錢嗎？如同預防接種受害救濟基金，小兒科醫師有出錢嗎？

所以說，婦女同胞為延續子孫培植國力，配合國家人口政策，必須冒著生命危險懷孕生產的風險，若不幸發生產婦變成植物人或嬰兒腦性麻痺的後遺症，都要由該由生產的婦女概括承受，當然會直接影響國民配合人口政策，增產報國的意願；加上把醫療風險下造成體傷入亡的醫療意外責任，任由接生的產科醫師來承擔，也太不公平，不但會減低醫師從事接生業務的動機勇氣，防衛醫療下也會間接全面影響醫療生態，此所以生產風險救濟基金之基金來源，應全由國家依出生數編列預算來負擔的最大理由。

壹 基金來源

- 一、政府編列預算：中央健康保險局，按出生率，每生產例編列 2000 元（4 億元）；國民健康局，每生產例編列 1 000 元（2 億元）。
- 二、嬰兒孕婦用品奶粉造業者及輸入業者繳納之徵收金。
- 三、滯納金。
- 四、彩券收入。
- 五、其他：捐贈收入。
- 六、本基金之孳息收入^[1]。

貳 核撥方式

- 一、責任基礎：指醫療不幸與醫療意外兩項醫療事故，採醫療非過失責任基礎。
- 二、救濟項目與金額：
 - （一）生產風險救濟項目
 1. 傷害救濟項目包括產婦或新生兒死亡，產婦殘障或植物人，新生兒腦性麻痺，但排除胎死腹中或懷孕期間之合併症。
 2. 給付分為產婦或新生兒的「死亡給付」及「傷殘給付」兩種。
 - （二）救濟給付標準如下：
 1. 產婦死亡最高給付新臺幣二百萬元。新生兒死亡最高給付新臺幣三十萬元。
 2. 死亡給付一次發給，不含精神慰撫金（非財產上之損害賠償）。
 3. 產婦傷殘最高給付新臺幣二百萬元。新生兒傷殘最高給付新臺幣一百萬元。
 4. 傷殘給付分四期發給（產婦每期 50 萬，新生兒每期 25 萬），每六個月給付至款項發完或患者死亡為止。傷殘給付患者死亡後，不得再申請死亡給付。

關於分期給付的作法是為了防止病家在請領傷殘給付之後的道德或疏忽危險。在美國加州「醫療損害賠償改革法」中，強調定期金的作用非常重要，不僅在醫療事故的損害賠償中很重要，就是在一般的民事侵權糾紛中，也有重要的作用。以定期金賠償在醫療事故損害賠償中的作用為例，在人身損害賠償制度中，定期金賠償適用於長期的賠償，包括對於造成殘疾的受害人生活補助費的賠償和今後醫療費、護理費的賠償。目前實行的一次性賠償就是把將來的多次性給付變成現在的一次性給付，一來是給加害人以過大的賠償負擔，二來是受害人生存期間具有不確定性，而賠償則有確定性，兩者之間的矛盾極為突出，而適用定期金賠償的方法就會解決這樣的問題，可茲參考^[2]。

參 審議辦法

一、生產風險救濟之請求權人如下：

1. 死亡給付：受害人之法定繼承人或其法定代理人。
2. 傷殘給付：受害人本人或其法定代理人。

二、審議標準/申請要件：

1. 醫療事故的事實—確有產婦或新生兒死亡或傷殘之醫療事故事實與病歷證明。
2. 醫療不幸或醫療意外：確定是醫療合併症，醫藥副作用或醫療意外三者之一。
3. 因果關係排除法-只要無法排除傷害和生產風險的關係，即認定為生產風險所致的傷害（只要無法排除因果關係，即認定有因果關係，）。
4. 醫師無故意或重大過失（明顯疏失）。

三、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^[3]：。

四、無代位求償：因為事屬非過失責任，基金會不可向醫師代位求償^[4]。

五、請求權時效

生產風險救濟之申請，請求權人應自知有生產風險傷害起，兩年內為之。為求法律安定性，兩年請求權時效應與醫事人員強制責任保險相同，不宜過長，蓋強制責任保險立法目的在使因醫療事故所致傷害或死亡之受害人迅速獲得基本保障，與生產風險救濟為遂行國家政策下的一種社會救助，其意旨在於傷害發生時協助受害者免於生活之急迫困窘相同，故申請處理之時限不宜過長。

六、訴訟併行，保留受害人訴訟權

惟若病家提起訴訟，即停止風險救濟申請審議，並計入時效期間，但不明定案件經核付救濟金後，當事人不得提起訴訟之限制^[5]，此點與強制責任保險不計入時效期間者迥

異^[6]之理由，最主要的是為了避免訴訟勞費，蓋（一）是在風險救濟類型化下，許多類型化的救濟理由昭然若揭，如抗治療癲癇藥 Carbamazepine 過敏引起的史帝文生—強生症候群或羊水栓塞，病家不需要再心存僥倖。（二）是醫療非過失責任與過失責任為相對性的，請領訴訟判決醫療過失賠償金後，即使已請領的救濟基金亦需歸還，故明定在醫療不幸或醫療意外事故發生後兩年，即超過請求權時效，避免多此一舉，並減少病家心存僥倖，不告白不告的心態，徒增醫師執業困擾。

七、歸還——返還其領取之救濟金

不同於上述藥害救濟基金會及預防接種受害救濟基金在返還其領取之給付方面規定^[7]，本文認為領取生產風險救濟基金之後，若被害人執意要控告醫師之過失責任，而且法院判決成立，意即醫師必須負擔過失賠償責任時，即代表受害人之醫療傷害既非不可避免、不可抗力的「醫療意外」，亦不是醫師盡最大努力亦無法迴避的醫療不幸，亦即醫療糾紛並非屬於醫療非過失責任之範疇時，則受害人在取得損害賠償金後，之前所領取之生產風險救濟金必須歸還，全數退給基金會。

換句話說，過失責任與非過失責任為一體兩面，兩者不能併存，故請領風險救濟金就是代表醫師沒有過失責任的情況，只因為醫療不幸或醫療意外方予以受害人風險救濟，所以不可能再請領過失責任損害賠償金。實務運作上必須強調的是，除非受害人確信醫師有重大過失，否則訴訟勞費，超過二年以上，受害人就可能喪失風險救濟基金的請求權時效，到時即使訴訟求賠不成，又無法回頭申請風險救濟金，反而兩邊落空得不償失。

[參考文獻]

- [1] 參考「藥害救濟基金收支保管及運用辦法」第 4 條：本基金之來源如下：一 藥物製造業者及輸入業者繳納之徵收金。二 滯納金。三 代位求償之所得。四 捐贈收入。五 本基金之孳息收入。六 其他有關收入。
- [2] 楊立新，袁雪石，論美國醫療損害賠償制度改革及其借鑒意義——以 1975 年加利福尼亞州醫療損害賠償改革法為核心，中國法學網 http://www.iolaw.org.cn/org_falixue.asp，2004-8-5 最終瀏覽日參照。MICRA 誕生於 20 世紀 70 年代早期的醫療過失危機。在當時，加州鉅額的醫療訴訟賠償和繁多的醫療訴訟案件加劇了加州保險公司之間的競爭，並進一步導致了加州衛生保健制度的危機，危機在 1975 年達到了高峰。在整個社會開始接受鉅額賠償甚至偶爾在醫療損害賠償案件中提出鉅額賠償之前，保險公司沒有機會製作調整保險費所必需的可靠統計資料。
- [3] 藥害救濟法第 16 條：「審議委員會受理藥害救濟案件後，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。」

- [4] 藥害救濟法第 18 條：「主管機關給付藥害救濟後，發現有依法應負藥害賠償責任者，得於給付金額範圍內，代位請求賠償。」
- [5] 參考賴清德立委醫療傷害處理法草案第二十二條：「請求權人同意補償金額並已領取者，補償基金會應將補償傷害報告書送該傷害地管轄法院審核。醫療傷害報告書經法院核定後，請求權人不得就該事件提起告訴、自訴或民事訴訟。」
- [6] 在本文之醫事人員強制責任保險芻議規定：「前項時效完成前，請求權人已向保險人為保險給付之請求者，自請求發生效力之時起，至保險人為保險給付決定之通知到達時止，不計入時效期間。」
- [7] 參照藥害救濟法第 17 條：「依規定已領取藥害救濟給付而基於同一原因事實取得其他賠償或補償者，於取得賠償或補償之範圍內，應返還其領取之藥害救濟給付」

後記：

因有不少熱心的理監事、委員與會員們熱心贊助醫療法制暨醫療糾紛委員會發起的「醫療風險基金」，還有些會員致電高召集人，頻頻詢問捐款本會基金之事。善心醫師們未必在意於捐款抵稅證明，但「醫療風險基金」確實有助於網羅更多的熱心會員參與醫療鑑定的艱辛任務，更可彌補少數法院拒付鑑定費用的窘境，避免間接影響會員的正當權益，對財務困頓的醫學會也不無小補，深感善心醫師人士 All for one, one for all 的高風亮節仍是值得批露表揚的，故設此「捐款芳名錄」以留名青史，供他人仿效，並藉以感謝他們的慷慨解囊；至於召集人人在江湖，不過只是狗尾續貂，拋磚引玉湊湊熱鬧而已，實不足為道也。

醫療風險基金 捐款芳名錄

捐款時間	捐款人	捐款金額	備註
97/6/5	楊宗力	5000	指定用途
98/5/7	陳建銘	555	不指定
98/5/12	無名氏	10000	不願具名
98/7/6	李耀泰	2000	不指定
98/7/6	高添富	2000	不指定
98/6/18	高添富	5000	指定用途

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台兒診所 service@fetalmedicine.tw	婦產科醫師、放射師及超音波技術員、護理師	專心只做胎兒醫學。	02-2586-7873	張醫師
台北瑪麗安婦產科 www.marianswoman.org	女性專科醫師	待優只看門診、兼職亦可 chingtaihuang@gmail.com	0928-087718	
永和市婦產科診所	婦產科女醫師	地點近台北市，業務穩定，僅看門診不需接生或值班，週日固定休息。 有保障薪、無上限 PPF，歡迎加入	0921-915072	王醫師
台北醫學大學附設醫院	生殖醫學 暨不孕症研究醫師	學歷：具婦產科專科醫師證書者 工作內容：不孕症醫學及研究 應徵文件：1.畢業證書影本2.履歷表與自傳 郵寄：110臺北市信義區吳興街252號5F婦產部 洪小姐收 E-Mail—shlvsam@tmu.edu.tw		
曜生婦產科診所	婦產專科醫師 (男女不拘)		0935-107-177	管理部 張主任
桃園縣蘆竹鄉 梁志豪婦產科診所	婦產科專科醫師	保障薪、待優	0922-964932	薛小姐
賴興華婦產科診所 (送子鳥生殖中心)	婦產科專科醫師	面議 stork.lai@msa.hinet.net	03-523-3355 分機 102	朱小姐
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
澄清綜合醫院中港分院	婦產科主治醫師 一名	有教職資格者優先錄取，具醫師證書，並有一年以上工作經驗者佳。 請備齊相關履歷、自傳及證書影本郵寄至台中市港路三段118號人事室或 Email 至 10006@ccgh.com.tw	04-24632000 分機 3647	蔡小姐

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台中慈濟醫院	婦產科主治醫師(須具婦產科專科醫師證書)	本院環境舒適、醫療團隊氣氛佳 敬請意者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」收。	04-3606-0666 分機 3739	王小姐
台中市婦產科診所	婦產科專科醫師	待優、保障薪資	04-23199800	陳主任
署立彰化醫院	婦產專科醫師	待遇優、環境佳聯絡電話	04-8298686 分機 1771	張醫師
彰化大型婦產科診所	婦產科專科醫師	1.保障薪資 30 萬以上 2.採上班責任制，不需 on call-FAX; 04-8825041	0958-829666	楊秘書
皓生醫院	婦產科醫師	待遇優、環境佳	04-8379560	邱小姐
台南新樓醫院	婦產科主治醫師	具不孕症或婦癌專科意者請將履歷表寄至台南市東門路一段 57 號人力資源室 mail; slh17@sinlau.org.tw	06-2748316 分機 6324	陳小姐
高市某婦產專科醫院	全職婦產專科醫師	保障薪待優	電洽或簡訊 0929012307	林小姐
高雄市柏仁醫院	婦產科專科醫師	意者請備履歷表及相關資料，寄至：高雄市左營區博愛二路 350 號	07-5508888 分機 105 0966-501250	沈小姐
屏東安和醫院增設分院 (屏東市自由路 598 號)	1. 禮聘 (需具備專科醫師執照) 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，為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

編 後 語

高添富

本期重點在VIP病人對醫師醫療裁量權的挑戰與對社會大眾誤導的殘害，正如蔡理事長所言：「媒體炒得風風雨雨的三高事件即將落幕，我們可以從中得到一些教訓，教導年輕醫師如何面對高齡、高危險、高教育的三高產婦……」，所以謝祕書長與公關委員會委員們也在連夜開會討論後，方才召開記者會，以視正聽。自言論自由的立場，VIP病人天天上媒體，發表廣告言論，基本上是可受公評的人物(刑法第311條：以善意發表言論，而有左列情形之一者，不罰：三、對於可受公評之事，而為適當之評論者。)，憲法第23條更明文：以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。故本會為維護社會公益，保障民眾「知的權利」，醫學會有權，也有義務發表正確言論，為實証醫學把關，相信一定是符合公平正義的正當行為，但為了尊重保護病人的隱私權，我們學會還是很客觀的只是對事論事，將正確的醫療訊息，透過媒體的正義之聲傳播教育社會大眾，以免民眾有樣學樣，形成一股歪風，更加殺伐脆弱的醫病關係。

李耀泰、陳福民、郭宗正三位醫師的「產褥期脾臟的破裂」與莊乙真、方嘉宏醫師的「腹腔鏡婦科手術後的沾粘預防方法」醫學論文，提供會員最新的文獻回顧與實務經驗，對會員的醫學繼續教育頗有助益，足証我們醫師不是每天都只為五斗米折腰，只會斤斤計較全民健保的總額給付，大環境再如何敗壞，醫師身為社會中流砥柱，吾等也都努力以赴追求醫學新知，不改其志。江盈澄、陳薇旭兩位優秀的年輕婦產科醫師，經由學會大老的安排，到日本參加2009年JSOG作學術交流，自她們流利順暢文筆，展現出我們年輕醫師對婦產科的熱情與期許，是很令人欣慰的。

法律信箱本期由醫療法制暨醫療糾紛的著急人完成「生產風險救濟基金制度之芻議」的定位，重申本基金的三大原則：一是生產風險救濟制度目的是在提供被害人醫療不幸或醫療意外的一種社會安全體系下的「社會救助」，二是「風險救濟」不同於「過失賠償」：救濟針對的是醫療不幸或醫療意外的醫療風險，而賠償則是歸責於醫師的醫療過失的損害填補，三是婦女為配合國家人口政策，冒險懷孕生產，萬一不幸碰到醫療意外生產風險，當然要全部由國家編列預算支付救濟。雖為時已晚，衛生署現已又改弦易轍，要推動「醫療傷害救濟基金制度」了，可嘆一個法案內容包羅萬象，一下子要救濟，一下子要補償，一下子又要賠償，連羊水栓塞也說是醫療傷害，形成一個四不像的「醫療風險傷害救濟補償法」大雜碎，遠遠背離「事故補償，風險救濟，損害賠償」的大原則之餘，最後還要向醫師代位求償，一但和稀泥通過，最後產科醫師仍是要自負賠償費用，其殺伐力絕不比全民健保法遜色。

其實自國民的立場來看，世界上沒有一種健康保險像我國的「全民健康保險法」一樣，可以強制被保險人月繳萬元，卻只保小病，一但被保險人得了癌症重病，又要每月自付十萬元上下的標靶抗癌藥費者；更沒有一個基金要婦女配合政府人口政策，鼓勵生育，口口聲聲說政府要保障婦女生育權益，結果又要負責接生的產科醫師每接生一名嬰兒繳納2000元保證金，試問若每個月接生50名的會員，月繳10萬，年繳120萬，出了羊水栓塞等不可預料、不可抗力的醫療意外，病人也不過只獲得200萬的死亡給付，杯水車薪，病人會滿意嗎？醫療糾紛會因而解決了嗎？直教專攻保險法九年的召集人怎能不著急得有如熱鍋上的螞蟻？

好在我們學會會員也有溫馨感人的一面，不少會員慷慨解囊，捐款為學會的「醫療風險基金會」籌募基金，「醫療風險基金」確實有助於網羅更多的熱心會員參與醫療鑑定的艱辛任務，更可彌補少數法院拒付鑑定費用的窘境，避免間接影響會員的正當權益，對財務困頓的醫學會也不無小補。因此，本會特開闢捐款芳名錄一欄，為「我為人人，人人為我」的會員致敬；即使為善不欲人知，但也要大家都知道，我們學會中，熱心公益的會員，還真是不少呢！

◎153 通訊繼續教育答案◎

題目：產褥期脾臟的破裂

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**

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 二五六八 四八一九
傳真：(02) 二二〇〇 一四七六

台灣婦產科醫學會

收

郵 票
自 貼

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
090717-2	2009 家庭暴力暨性侵害防治研討會計畫書	台中市衛生局、台中榮民總醫院、中山醫學大學附設醫院	中山醫學大學附設醫院	07月17日09時00分	07月17日16時40分	B	6分
090717-1	OSCE 試題寫作研討會	台北榮總臨床技術訓練中心	台北榮總臨床技術訓練中心	07月17日15時00分	07月17日17時00分	B	2分
090718-1	OSCE 試題寫作研討會	台北榮總臨床技術訓練中心	台北榮總臨床技術訓練中心	07月18日09時00分	07月18日11時00分	B	2分
090719-2	子宮頸癌疫苗新趨勢暨使用經驗之分享	新竹縣醫師公會	新竹科技生活館 201 室	07月19日11時10分	07月19日12時10分	B	1分
090719-3	Art and Medicine in Dialogue	臺灣皮膚科醫學會	台北醫學大學醫學綜合大樓 16 樓會議廳	07月19日13時30分	07月19日18時00分	B	2分
090719-1	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)	07月19日14時00分	07月19日18時00分	B	4分
090721-1	Why fail in cancer treatment?- the mechanisms of tumor resistance to chemotherapy	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院醫學教育部	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院 9F 會議室	07月21日07時30分	07月21日09時00分	B	1分
090801-1	婦癌新知 2009	中華民國婦癌醫學會、台灣婦癌醫學會、基隆長庚醫院婦產部	基隆長庚醫院 5 樓國際會議廳	08月01日09時50分	08月01日14時20分	B	3分
090802-1	第二屆預防乳癌國際研討會	臺北市政府衛生局、臺北市立聯合醫院	台北喜來登大飯店清甌廳(臺北市忠孝東路 1 段 12 號)	08月02日08時00分	08月02日17時30分	B	7分
090804-1	止痛藥與骨鬆演講會	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	08月04日12時30分	08月04日14時30分	B	2分
090809-1	乳房超音波診斷教育課程高級班	中華民國醫用超音波學會	彰濱秀傳醫院微創中心會議室	08月09日08時45分	08月09日17時00分	B	3分
090914-1	98 年度提昇山地離島及原住民族區醫事人員繼續教育推廣計畫	行政院衛生署台中醫院	署立台中醫院研習所	09月14日08時00分	09月17日18時00分	B	1分
090919-1	The Stress Pandemic- Natural Strategies for Bridging the Mind-Body Gap 壓力的盛行-透過天然的方式促進身心的健康	中華民國職業病醫學會	香格里拉台北遠東國際大飯店 北市敦化南路二段 201 號	09月19日08時30分	09月19日16時30分	B	6分
090925-1	先兆早產處置之臨床實務	財團法人天主教若瑟醫院	本院十一樓學術講堂	09月25日12時30分	09月25日13時30分	B	1分

98年6月21日台北性侵害研習會花絮

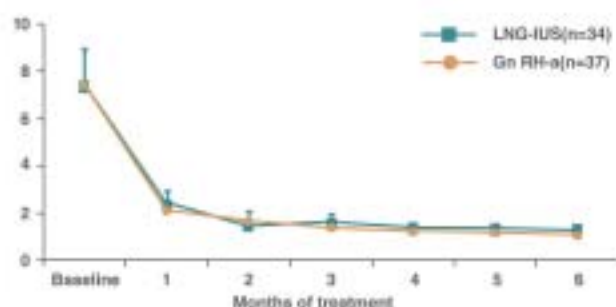


避孕 / 治療 · 雙效呈現

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。

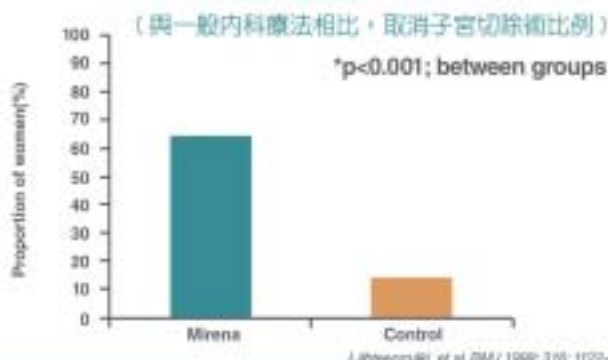
減緩月經痛的程度，Mirena[®] 與 GnRHa 兩者差不多



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
(Pelle CA et al., Hum Reprod 2006; 20:1980-8)

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

Proportion of women who cancelled their hysterectomy at 6 months



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