

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2011年2月172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：obsqyntw@seed.net.tw
發行人：謝卿宏
編 輯：會訊編輯委員會

召集委員：劉嘉耀
副召集委員：李耀泰
委 員：王三郎 林隆堯 高添富 簡基城
游淑寶 陳建銘 潘俊亨 陳信孚
沈潔怡 龍震宇
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
秘 書 長：黃閔照

封面內頁故事

會訊編輯委員會

台灣婦產科醫師發表在國際 SCI 級雜誌的學術論文頗為踴躍，而且研究深度及廣度在國際學術舞台上日益耀眼，對促進婦產科醫學的進步頗有貢獻。

有些研究者的 idea 非常具有開創性，最特殊的地方是研究圖片榮登為該期雜誌封面，這對作者本人和台灣學術的國際知名度都有很好的提升。我們蒐集到最近幾年的這些傑出的研究者，請其提供論文摘要、封面圖片，刊登在此，請大家參考。



題目：卵子的紡錘體於冷凍、解凍後會受傷害，幸於培養至 2-3 小時回復正常

作者：陳思原副教授 楊友仕教授

機構：台大醫院婦產部

發表於：Human Reproduction

卵子冷凍可提供因為手術、放射線、或化學治療可能失去卵巢機能的病人保存生育的機會，或於試管嬰兒治療時可保存卵子。台大醫院生殖醫學團隊於卵子冷凍之研究發現改良式慢速冷凍或玻璃化冷凍卵子可達高存活率(75-95%)，且紡錘體之恢復與解凍後之培養時間有關，三小時之培養可提高受精率及胚胎成長能力，於 Human Reproduction, 2001 雜誌發表，並被選為封面報導，目前此論文被國際學者引用 49 次。並受邀寫卵子冷凍與受精之 Review article，發表於 Molecular and Cellular Endocrinology, 2003，目前被引用 50 次。並於 Human Reproduction, 2005 雜誌發表執行卵子冷凍治療時，同時考慮卵子老化與紡錘體回復時間表之臨床應用懷孕原創論文，目前被引用 70 次。非常榮幸受美國專家學者 Liebermann 及 Tucker 邀請寫書，關於生殖科技之玻璃化冷凍的卵子冷凍章節: Vitrification of oocytes: various procedures, 2007。台灣婦產科醫學會雜誌主編陳持平教授親自邀稿，慢速及玻璃化卵子冷凍之臨床應用 Review article, 2009，目前亦已被國際學者引用 3 次。很高興近年來卵子冷凍的研究及應用長足進步，幫助了許多想生育的婦女。

台灣婦產科醫學會 172 期會訊

目錄精華

05 理事長的話 | 文 / 謝卿宏

11 秘書長的話 | 文 / 黃閔照

14 秘書處公告 | 文 / 秘書處

14 行政院衛生局疾病管制局 函

鑑於近日埃及與亞洲鄰近國家紛傳人類及動物禽流感疫情，爰請貴局轉知轄區醫療院所，提高警覺並加強通報，請 查照。

19 行政院衛生局疾病管制局 函

邇來仍時有家長反應關於經 B 型肝炎篩檢，測不到抗體之疑義，本局重申如說明，請轉知轄區各級學校與醫療院所依循辦理，請 查照。

21 行政院衛生署國民健康局 函

請確實依「人工生殖資料通報及管理辦法」之規定，於所定期限內通報各項資料，請查照。

21 行政院衛生署 函

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

22 行政院衛生署 函

檢送研商有關「醫療法第 64 條第 1 項，中央主管機關規定之侵人性檢查或治療」相關事宜會議紀錄 1 份，請 查照。

23 行政院衛生署 書函

檢送「訂定醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為」令 1 份，請刊登行政院公報。

24 行政院衛生署 令

訂定「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為」，並自即日生效。

24 行政院衛生局中央健康保險局 函

貴會建議修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」婦產科各診療項目乙案，復如說明，請 查照。

25 行政院衛生署 公告

預告新增 Moebius syndrome 疾病為罕見疾病。

26 行政院衛生署 公告

公告含雙磷酸鹽類 (Bisphosphonates) 成分藥品再評估結果相關事宜。

26 行政院衛生署疾病管制局 公告

為能掌握全國孕婦 B 型肝炎產前檢查比率並確保母親為高傳染性 (e 抗原陽性) 帶原者所生新生兒，皆能於出生後儘速完成 1 劑 B 型肝炎免疫球蛋白接種事宜，請轉知所屬會員依說明段辦理，請 查照。

27 如果孕婦找不到醫師接生 | 文 / 黃閱照

28 臺灣婦產科醫學會 50 週年年會暨擴大慶祝大會—活動須知

29 通訊繼續教育

子宮鏡手術術後減少沾黏方法之現況 | 文 / 崔冠濠

38 會員園地

38 裝腹腔鏡子宮肌瘤切除後的子宮破裂 | 文 / 李耀秦 陳福民 郭宗正

43 麻醉護理師支援診所違法嗎? | 文 / 周天給

47 陽光墾丁、南仁湖風情三日遊 | 文 / 劉裕森

50 徵才看板

52 編後語 | 文 / 劉嘉耀

54 活動消息 | 文 / 秘書處

理事長的話

謝卿宏

敬愛的會員：大家好！

學會五十週年年會暨慶祝大會將於3月12、13兩日在高雄漢來大飯店舉行，希望大家能夠藉機放下工作，全家到美麗的南台灣享受美食美景，共渡台灣婦產科醫學會生日快樂，看看大家沒看過的婦產科文物。此外，學會備有多種精美又具紀念價值的禮物歡迎大家，大家一定要來。

在籌備年會的過程中，為慶祝學會五十年生日，在黃思誠院士的領導下，我們特別製作「台灣婦產科醫學會五十年」專刊，故也發現學會文物的流失非常嚴重，不管文件或照片，常在搬遷過程都丟棄，而一些資深會員更因家裡或診所的重新裝潢或整修，就把一些認為「不重要」或「不會再用到」或「佔空間」的東西送到垃圾場，我們的歷史就這樣一點一滴地流失了。這些寶貝如果不在今天收集，台灣婦產科的歷史就會是一片空白，想來，還好去年有編纂「五十年」的念頭，也慶幸有想蒐集婦產科文物的衝動，才發現婦產科文物的流失這麼嚴重。因此，在日前的理事會中，秘書處提出購買第二會館來當文物館或博物館的議案，已獲理事會通過，學會近期已成立小組，草擬相關辦法向會員代表大會提出計畫，希望會對學會的歷史文物的保留有貢獻。現在，學會的目標能夠從應付日常業務進化到文物保存的層次，是一種躍進，這個精神層面的追求，可以讓我們媲美西方先進國家的醫學會。

新衛生署長剛上任，我們一定會努力撥亂反正，爭取婦產科暨提升台灣婦女健康和醫療品質的最大空間（附件一），期待大家共同奮鬥。

這幾個月來，我們一直馬不停蹄地在各地辦繼續教育的相關課程，我深深覺得「準時的重要性」，課程或演講一定要準時開始、準時結束，千萬不能再有學術討論一拖就是半個小時或一個小時的事發生，在我的任期內，個人期待一定要力行這件事，一切照表列時間進行！為大家的權益，希望演講者與主持人，一定要控制好時間。年會在即，我相信，我們會議的進行一定可以和任何國際會議對時間的控制一樣，非常嚴謹，拜託大家幫忙！

中央健保局已公告，自100年1月1日起醫院的診察費加成17%，但令人遺憾的是基層的給付仍未增加，學會早在去年即函中央健保局（附件二）表達診察費不分層級都應加成。對於這個結果，我們一定再加油，但基層給付的決定權在全聯會，希望當全聯會理監事或主宰支付委員會的會員同仁，一定要幫忙，否則，婦產科都被蠶食鯨吞就要完蛋了！對此，學會已再行文全聯會（附件三）表達立場，也請大家要提攜督促，發揮眾志成城的力量。

進入新的一年，每週都有學會的活動，我們一定會設計出最好的菜單，但大家一定要動筷子才行，才有意義，千萬不要只考慮到繼續教育積分而已；因此，還是要請大家起而行，多支持參與學會活動，大家一同打拼！也請大家不吝指教！最後

敬祝大家 身體健康 萬事如意

給新任衛生署長的一封信

謝卿宏

2011 年 02 月 10 日 蘋果日報

馬總統說生育率降低是國家危機！而在醫界，絕對沒有一個臨床科像台灣婦產科一樣，多年來持續發生招收住院醫師困難，而且每下愈況，長此以往，不下十年，必定嚴重影響國內婦女健康照護的醫療品質。因為婦產科醫師已是全國最老的（平均 53.5 歲，而全國醫師 44.5 歲），若年輕醫師不願選擇婦產科為終身志業，也必定是國家危機；若要挽救，今日努力猶尚未晚。

解決之道，可歸納成下列幾點：

1. 政府應設生育風險基金：在婦產科醫師努力下，現孕產婦與新生兒周產期死亡率，都達傲人的世界水準，但對不可咎責於婦產科醫師者（含胎兒畸形）全部被患者與媒體倒果為因，成為婦產科醫師的原罪。

割盲腸給付比生產高

試想，醫師幫忙產檢，為國接生下一代，卻要負責沒有因果關係的醫療爭議，甚至受威脅而影響執業，而讓年輕醫師不敢選擇婦產科，難道政府還要坐視不管嗎？

2. 取消或合理調整健保 ABC 表：婦產科基層醫師執業項目受健保限制，無法發揮所長，而醫學中心訓練出來的醫師又大多只能到基層執業，但又受基層總額限制，無法申請跨表，一身所學無法發揮，年輕醫師當然要選輕鬆、開業容易又好賺錢的科。
3. 全面調整婦產科健保給付：婦產科健保給付點數偏低，不僅產檢診察費（看兩人才 200 元）、超音波給付低於一般水準，連接生費用都比不上一針玻尿酸或肉毒桿菌，健保手術費又低於其他科，尤其是割盲腸都比生產給付高，實習醫師當然深知其中奧妙，有勇氣逆向操作者絕無僅有。

醫界協商宜納入學會

4. 健保給醫師的醫師費要從整筆給付分出來：民國 94 年實施生產同點數時，大多數的醫院都獨吞掉自然產增加的給付，政府的美意與台灣婦產科醫學會的努力，對大多數服務醫師全無幫助，今在 DRGs 制度下，醫院管理者更會以經營、總額或其他給付之理由，任意調整婦產科醫師之執業與薪資，讓婦產科的發展，雪上加霜！
5. 健保政策的制定要擴大讓醫學會參與：健保實施以來，只注重財務問題，故協商對象也只限於財團、醫院管理者與醫師公會，而完全排除具理想性、注重醫療品質的各醫學會，終至醫療生態嚴重扭曲，甚至健保預算與總額持續擴大。

至於 TW-DRGs 與健保審查事宜，更因中央健保局的獨斷，而為大家所詬病。

依國家衛生研究院的研究「醫師培育暨執業環境、民眾教育、國家醫療支出研議」，可知婦產科是健保實施以來受害最深而且生態最被嚴重扭曲的科別，今天政府還不思拯救，我們實於心不忍。

作者為台灣婦產科醫學會理事長、中山醫學大學醫學博士

附件二

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：02-25684819 傳真：02-2100-1476
聯絡人：林家翹

受文者：行政院衛生署中央健康保險局

速別：速件

密等：

解密條件：

發文日期：中華民國 99 年 12 月 27 日

發文字號：台婦醫會總字第 99223 號

附件：如文

主旨：建請 貴局研議修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」婦產科各項給付標準，以期改善婦產科人力不足之窘境 陳請鑑核。

- 說明：
1. 全台執業婦產科醫師人力顯著不足，以每 10 萬女性人口計算，由 1998 年 20.18 位婦產科醫師，逐年下降至 2009 年僅有 19.10 位(如表 1)，如此可預期未來全國婦女健康之照護堪虞。
 2. 婦產科是高風險、低收入、開業不易之科別，因此，現代的醫學生，在面臨工作及經濟壓力與醫療糾紛陰影之下已不願投入婦產科，由 1998 年各訓練醫院實際招收住院醫師 77 名，至 2010 年已降至 41 名(如表 2)，而實際完成專科醫師訓練者僅 7-8 成。
 3. 全台共有 368 個鄉鎮，依據本會會員登錄執業地點查詢，其中有 159 個鄉鎮(43%)，是沒有婦產科醫師執業的狀況(如表 3)，婦女健康照護形成空洞，如遇有緊急狀況時，也將法立即提供最適切的醫療支援，將嚴重影響婦女衛生安全。
 4. 醫療糾紛更讓婦產科人力不足雪上加霜，依照行政院衛生署統計「1996 年至 2005 年醫療糾紛鑑定案件統計」結果(如表 4)，可以顯著發現 1996 年至 2005 年間，婦產科之「醫療糾紛鑑定案件」居所有科別之冠，再加上媒體對醫師不公平的報導，終致婦產科不再具備昔日讓年輕醫師投入的吸引力。
 5. 婦產科之 CMI 值較其他科別偏低，代表健保在給付婦女健康照顧上是不足的。有鑑於前面所述，本會擬建議修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」，唯有讓婦產科醫師得到一個合理給付，受到健保資源的合理分配，才不致醫學系學生投入職場時，多選擇其他容易開業、風險低、給付佳之科別，而造成婦產科醫師人力不足的情況愈形嚴重，進而影響服務婦女健康的品質。
 6. 本會擬建議調整項目(如表 5)。

正本：行政院衛生署中央健康保險局

副本：立法委員黃淑英國會研究室 立法委員楊麗環國會研究室
立法委員黃昭順國會研究室 立法委員侯彩鳳國會研究室

理事長 謝卿宏

表 5 婦產科健保點數建議調整項目

代碼	中文名稱	現行點數	建議點數	增額	增加率	說 明
	醫院門診 診察費	230	1.65 倍		65%	1. 除問診外仍須內診，內診後再溝通內診後續，診療時間等於 2-3 次就診，相對可看診人數減少，應考慮時間成本分不同級數，而且婦產科診察須更多設備、空間與人力(跟診護士)，故應給付較高診察費。
	基層院門 診診察費	220	1.65 倍		65%	2. 產檢中例行檢查為 200 點，其中含診療及檢查等診療行為，反低於一般診察費，應提高包裹給付定額。
55011C	陰道 灌洗一次	60	120	60	100%	比照 ENT 檢查支付點數為 120 點。
55021C	骨盆檢查費	55	120	65	118%	比照 ENT 檢查支付點數為 120 點。
19003C	婦科超音波	450	800	350	78%	1. 婦產科和內科醫生執行超音波檢查，其投資的硬體成本和專業訓練差不多，但支付標準卻差很多，建議比照內科及泌尿科超音波追蹤性檢查調整婦科超音波之點數為 800 點。2. 執行婦科超音波檢查時，除經腹部超音波檢查外，同時也可能須執行陰道超音波檢查，執行所須時間及成本相對提高。
19010C	產科超音波	550	2,200	1,650	300%	1. 產科超音波檢查時須執行母親骨盆腔與胎兒全身健康檢查、胎盤、子宮及卵巢等檢查，項目甚多，同時又須負擔超音波檢查解像力下的限制，而未能檢測出胎兒先天異常所須負擔醫療風險及成本。2. 比照 6 個月以下新生兒腹部超音波點數約 1411 點加上婦產科超音波點數。

代碼	中文名稱	現行 點數	建議 點數	增額	增加率	說 明	
DRG372	陰道分娩 伴有複雜診斷	36,335	60,000	23,665	65%	1. 希望將生產風險納入給付考量，以改善高風險專科人力不足現象。根據美國醫師執業平均醫療糾紛保險成本比例婦產科為 8.8% 為各科之冠。 2. 待產時主治醫師時間之投入，及非待產期間醫師 24 小時待命投入之人力時間，希望能列入給付考量，提高生產給付。 3. 希望以急診計價 17:00-23:00 為一般的 1.2 倍，23:00-06:00 及假日為一般的 1.4 倍。 4. 器械式生產應提高生產給付。 5. 無論陰道生產或剖腹生產，醫師都必須考量母親與胎兒的生命安全，在每個手術環節做立即的判斷與處理。但以地區醫院給付標準為例健保給付生產的點數 32787 點，卻比單純的	
DRG37301	陰道生產 無複雜診斷有 CC	36,335	60,000	23,665	65%		
DRG37302	陰道生產無複雜診 斷無 CC	36,335	60,000	23,665	65%		
97004C	陰道生產	29,436	50,000	20,564	70%		
DRG370	剖腹生產有 CC	39,811	60,000	20,189	51%		
DRG371	剖腹生產無 CC	36,335	58,000	21,665	60%		
97009C	剖腹產	29,436	50,000	20,564	70%		
80805C	卵巢切片	2,840	6,781	3,941	139%		較男性睪丸雙側切片 2904 點低。
80015B	陰道部份切除	4,325	7,998	3,673	85%		較陰莖部份切除 4685 點低，但難度高出甚多。
80016B	陰道全部切除	5,998	9,148	3,150	53%		較陰莖全部切除 7148 點低，但難度高出甚多。
80804C	卵巢膿瘍切開 引流術	5,493	8,234	2,741	50%	較骨盆腔膿瘍經腹部引流 8234 點及闌尾膿瘍之引流 7015 點低。	
80001B	骨盆腔膿瘍 經陰道引流	2,253	4,030	1,777	79%	較骨盆腔膿瘍經肛門引流 4030 點低。	
80031C	腹腔鏡式骨盆腔子 宮內膜異位症電燒 及切除—深部浸 潤。	11625	15112	3,487	30%	手術困難度高，手術時間長。	
80019B	腹腔鏡輔助下人工 陰道重建術 (陰道 狹窄或陰道缺失) —有皮膚及大腸等 移植	13353	17358	4,005	30%	新的手術方式，微創優點多。	

代碼	中文名稱	現行 點數	建議 點數	增額	增加率	說 明
80415B	複雜性子宮鏡切除子宮 肌瘤 複雜性子宮鏡切除子宮 肌瘤註：定義為闊基部 黏膜下(broad-based > 50%, submucosal)且肌瘤 大於4公分或數目大於3 個	13551	17616	4,065	30%	手術困難度高，手術時間長。
80416B	複雜性腹腔鏡全子宮切 除術註：定義為肌瘤或 腺肌症大於8公分、或數 目大於3個、或子宮頸或 子宮旁韌帶內肌瘤、或 子宮與腸組織間有粘黏 且足以妨礙手術者。	17134	22274	5,140	30%	手術困難度高，手術時間長。
80424B	腹腔鏡式子宮體癌手術)	23752	29521	5,769	24%	手術方法已獲肯定，微創，術 後恢復佳。
80425C	複雜性腹腔鏡子宮肌瘤 切除術或腹腔鏡同時合 併子宮肌瘤切除暨附屬 器手術	17134	22274	5,140	30%	手術困難度高，手術時間長。
28022C	子宮鏡	2034	3000	966	47%	可提昇更好的服務品質,並補助 材料成本支付。
	產檢	200	460	260	130%	產檢負責監控兩個生命過程須 要許多人力且耗時建議於妊娠 前中後三期各加一次衛教費用 100-150元產檢次數應至少增加 兩次才合理。
81009C	死胎之引產	4236	7734	3,498	83%	妊娠中期以後死胎之引產不應 以週數區分為兩種，因所耗人 力材料及時間之差異不大。
81034C	有併發症之陰道產	10417	23353	12,936	124%	高危險妊娠之生產風險大常需 多科共同照護。
79804B	女陰切除術或廣泛性外 陰癌組織切除(未合併皮 膚或皮下組織重建)	7423	9650	2,227	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略 增健保總額點數。
79810B	女陰切除術(合併皮膚及 皮下組織重建)	10260	13338	3,078	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略 增健保總額點數。
79806C	陰蒂切除術	1231	1600	369	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略 增健保總額點數。

代碼	中文名稱	現行 點數	建議 點數	增額	增加率	說 明
79809B	根治女陰切除術	22382	29097	6,715	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80028B	經陰道骨盆底重建手術(陰道懸吊術,陰道前後壁修補,不含尿失禁手術)	11730	15249	3,519	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80412B	廣泛性全子宮切除術	20078	26101	6,023	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80413B	子宮頸癌全子宮根除術	29684	38589	8,905	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80414B	陰道式子宮根治手術	18093	23521	5,428	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80417B	婦癌分期手術	22709	29522	6,813	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80424B	腹腔鏡式婦癌分期手術	23752	30878	7,126	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80418B	婦癌減積手術	29863	38822	8,959	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80419B	婦癌二次剖腹探查術	12970	16861	3,891	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80801B	卵巢切除術附加大網膜切除術	13830	17979	4,149	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80809B	卵巢癌再次手術探查術	11364	14773	3,409	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
81013B	骨盆腔臟器摘除術	45397	59016	13,619	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
81021B	骨盆腔惡性腫瘤消滅術	12040	15652	3,612	30%	針對婦癌科較為複雜之手術略增健保總額點數。
80027B	子宮切除之骨盆重建手術	14,584	18,584	4,000	27%	多刀且手術複雜度及風險高。
80033B	經腹腔之骨盆底重建手術	11,730	15,730	4,000	34%	多刀且手術複雜度及風險高。
增列	腹腔鏡輸卵管重建手術	0	9,718	9,718		無此項手術代碼,此為新添加。
增列	同房測試	0	1,500	1,500		不孕症病人漸多,此項檢查可篩檢出初步原因。
增列	雙側子宮附屬器部份或全部切除	6,781	10,172	3,391	50%	1.雙側卵巢手術耗費時間較單側高。 2.須加計病理費用。
增列	腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切除術	12,470	17,458	4,988	40%	1.雙側卵巢手術耗費時間較單側高。 2.須加計病理費用。

附件三

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：02-25684819 傳真：02-2100-1476
聯絡人：林家翔

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

速 別：速件

密 等：

解密條件：

發文日期：中華民國 100 年 02 月 14 日

發文字號：台婦醫會總字第 100025 號

附 件：如文

主 旨：建請修訂婦產科西醫基層基本診察費 惠請協助辦理。

說 明：1. 依據健保局健保醫字第 1000072500 號令公告，西醫醫院婦產科、小兒科及新生兒科、外科等，申報門診診察費項目，得依表定點數加計。
2. 健保醫療費用支付標準應為一致性，西醫醫院婦產科門診診察費已調升，而西醫基層婦產科門診診察費卻未同時調整，顯有不公甚或有歧視基層之虞；建請西醫基層婦產科門診診察費調升 20%。

正 本：中華民國醫師公會全國聯合會

副 本：

理事長 **謝御宏**

秘書長的話

黃閔照

各位會員平安

新的一年，祝所有人揚眉兔氣！

去年全國生產率創新低，婦產科住院醫師招收也出現少子化現象，聯合晚報甚至以頭版頭條報導，即使今年為畢業後一般醫師訓練（PGY）的第一年，參與住院醫師招生的人數較少，但婦產科招生不力現象也非一日之寒，去年秘書處也投書自由時報要求政府重視，理事長也在蘋果日報說明招生困難原因，健保給付不足、高醫療風險及高勞動為其原因，希望在學會的努力下能夠再將健保給付提高，並促進生產無過失補償制度的施行，給予婦產科醫師一個良好的執業環境。

關於健保診察費用，今年在醫院方面有 17 % 的提升，學會也正加緊努力，希望跟全聯會的伙伴們合作，讓基層醫師的診察費用能一併提高，以符合社會公義原則。相關健保費用提升一事：99 年 12 月 10 日南下郭綜合醫院與黃煌雄監委座談，今年 1 月 25 日在立委黃淑英辦公室，也就健保及安胎是否納入 TWDRG 與健保局戴局長面談，之後健保局安排今年 1 月 25 日與黃三桂副局長等人與理事長、郭宗正副理事長協調健保事宜，2 月 1 日理事長再率郭宗正副理事長、許淳森、李建南、王炯琅醫師等人，與國民健康局邱局長協調產檢給付不足事宜，也得到國健局正面回應。今年婦產科因為人力短缺問題在加上給付不合理，得到社會的強烈關注，連陳文茜也在蘋果發表言論支持，這些都是推動學會為會員們爭取權利的最好時機，也希望能有斬獲。

這次墾丁三天兩夜會員旅遊共計會員及家屬有 235 人參加，屏東海生館驚奇之旅，南仁湖保護區的風光明媚，墾丁國家公園的奇岩異石都讓大家驚歎不已。古城恆春海角七號遊，晚宴卡拉 OK 的餘音繞樑，南灣海濱沙灘的 cocktail，讓人記憶猶新，再次感謝參與的熱情，也感謝劉裕森醫師的遊記，下一次 7 月的武陵農場煙聲之旅，希望能有更多人參加。

學會把今年訂為「婦女健康照護年」，2 月 12 日新春第一炮，談隱形殺手：環境荷爾蒙。感謝簡基城及陳思原兩位醫師，此議題也成為連續兩天的頭版頭版，學會陸續會再就婦女健康議題提出建言。產科照護提升委員會也在 1 月 30 日開會，感謝鄭博仁召集人及各位醫師的關心，預計在母親節開始就早產防治上提供新的觀念及治療模式。

3 月 12、13 日學會每年最大的重頭戲，年會及 50 週年慶祝活動，將在高雄漢來大飯店舉辦，3 月 13 日早上有「為婦女健康而跑」一晨跑活動，目前已經有一千個人報名，但我們自己的會員卻還不多，希望所有會員都能參加，不僅是為婦女健康，也能為自己健康而跑！再次提醒，不管各位醫師有沒有報名，現場也都歡迎全家參加，現場有千份 50 周年紀念衫及紀念品，依報到順序發給，記得要早起！

學會所有的活動都希望能獲得所有會員的認同與支持，也希望大家都能多多參與學會的活動。

敬祝大家 身體健康

秘書處公告

行政院衛生局疾病管制局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 1 月 5 日

發文字號：衛署疾管預字第 1000400011 號

主旨：鑑於近日埃及與亞洲鄰近國家紛傳人類及動物禽流感疫情，爰請貴局轉知轄區醫療院所，提高警覺並加強通報，請 查照。

說明：一、依世界衛生組織公布資料，近期香港、埃及與印尼等地陸續有人類 H5N1 流感確定病例發生，加以世界動物組織證實我鄰近日本及南韓等國家近日有多起 H5N1 高病原性禽流感疫情，顯示人類感染 H5N1 流感風險仍在。

二、為及早診斷與治療，請轉知轄區醫療院所提高警覺，如發現禽流感疑似個案，應主動詢問旅遊及接觸史，若符合「H5N1 流感病例定義」，應循「症狀監視通報系統」儘速通報；倘屬符合公費流感抗病毒藥劑使用對象者，應及時給予用藥治療，以避免疫情擴散。

三、檢附「H5N1 流感病例定義」及「公費流感抗病毒藥劑使用對象」各乙份。

四、副本抄送各醫學會，請惠予協助轉知所屬會員，提高警覺並加強通報。

H5N1 流感 (H5N1 Influenza)

一、臨床條件

- (一) 符合類流感病例通報定義*。
- (二) 胸部 X 光片顯示肺炎者。
- (三) 不明原因快速惡化之肺炎病患。
- (四) 未明原因急性下呼吸道疾病且伴隨發燒 (>38°C) 與咳嗽、呼吸急促或呼吸困難。
- (五) 胸部 X 光顯示浸潤性肺炎或急性肺炎變化，且有呼吸衰竭症狀 (缺氧、呼吸急促)。

*類流感病例通報定義，同時具有以下至少三種條件者：

- (一) 突然發病，有發燒 (耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) 及呼吸道症狀；

- (二) 具有肌肉酸痛、頭痛、極度倦怠感其中一種症狀者；
- (三) 需排除單純性流鼻水、扁桃腺炎與支氣管炎。

二、檢驗條件

- (一) 調查病例：
醫療（事）機構、學術或研究機構檢出 H5 亞型流感病毒。
- (二) 極可能病例：
實驗室確認感染 A 型流感，但尚未能確認係感染 H5N1 流感。
- (三) 確定病例（具下列任一條件者）
 1. 臨床檢體（咽喉擦拭液）分離並鑑定出 H5N1 流感病毒（Influenza A virus (H5N1)）。
 2. 分子生物學 H5 核酸檢測陽性：檢驗出兩種不同的聚合酶連鎖反應標的物（如以 A 型流感及 H5HA 之引子檢測）。
 3. 血清學抗體檢測陽性：發病 14 天後的單一血清檢體測得之 H5N1 微中和（microneutralization）抗體效價 $\geq 1:80$ ，且另一種血清學檢測亦呈現陽性（如馬紅血球凝集抑制試驗效價 $\geq 1:160$ 或 H5 特異性抗體經由西方墨點法證實為陽性）；或恢復期較急性期（發病 7 天內）H5N1 血清中和抗體效價 ≥ 4 倍上升，且恢復期的中和抗體效價 $\geq 1:80$ 。

三、流行病學條件

具有下列任一個條件：

- (一) 於國內曾與 H5N1 流感疑似、極可能或確定病例接觸或與懷疑感染 H5N1 流感之動物（或其排泄物）接觸者。
- (二) 曾赴一個月內有 H5N1 流感確定病例之境外地區。
- (三) 曾赴一個月內有動物 H5N1 流感疫情發生的境外地區，且有動物接觸史或至禽畜相關場所者。
- (四) 曾處於從事流感病毒實驗之實驗室。
- (五) 與疑似（suspected）、極可能（probable）或確定（confirmed）之 H5N1 流感病例有密切接觸者（距離一公尺內，如：照顧、談話、碰觸）。
- (六) 曾至過去一個月內發生動物或人類 H5N1 流感疑似、極可能或確定病例的地方，處理家禽（如飼養、屠宰、去毛或販售前的準備工作等）、接觸野鳥或其屍體，或暴露於被其糞便污染的環境。
- (七) 曾至過去一個月內出現動物或人類 H5N1 流感疑似、極可能或確定病例的地方，生食或食用未煮熟的禽肉。

- (八) 與其他動物 H5N1 流感確定病例 (如貓、豬) 有密切接觸。
- (九) 在實驗室或其他環境，處理動物或人類之檢體，而該檢體可能含有 H5N1 流感病毒。
- (十) 與 H5N1 流感極可能病例或確定病例，有時間、地點或暴露史等流行病學相關等未明原因急性呼吸道疾病死亡病例。

四、通報定義

具有下列任一個條件，即通報*為「H5N1 流感調查病例」：

- (一) 符合臨床條件第一項或第二項，且於發病前七天內，具有流行病學條件第一項至第四項之任一條件。
- (二) 符合臨床條件第三項。
- (三) 符合檢驗條件第一項。
自「症狀監視通報系統」進行通報。

五、疾病分類

- (一) 調查病例 (Person under investigation)：

具有下列任一個條件：

- 1. 符合臨床條件第一項或第二項，且於發病前七天內，具有流行病學條件第一項至第四項之任一條件。
- 2. 符合臨床條件第三項。
- 3. 符合調查病例之檢驗條件。

- (二) 疑似病例 (Suspected H5N1 case)：

符合臨床條件第四項，且於發病前七天內，具有流行病學條件第五項至第九項之任一條件。

- (三) 極可能病例 (Probable H5N1 case)：

具有下列任一個條件：

- 1. 為 H5N1 流感疑似病例，且符合臨床條件第五項。
- 2. 為 H5N1 流感疑似病例，且符合極可能病例之檢驗條件。
- 3. 符合流行病學條件第十項。

- (四) 確定病例 (Confirmed H5N1 case)：

H5N1 流感疑似病例或極可能病例，且符合確定病例之檢驗條件。並經疾病管制局推定為確定病例者。

六、檢體採檢送驗事項

項目	檢體種類	採檢目的	採檢時機	採檢規定	運送條件	注意事項
H5N1 流感	咽喉 擦拭液	病原體檢 (Real-time RT-PCR)	發病 3 天內	以病毒拭子之 棉棒擦拭咽 喉，插入病毒 保存輸送管。	低溫	見防疫檢體採檢手冊附 錄-2.7.5 說明，咽喉採檢 步驟請參考第 3.7 節及圖 3.7。
	血清	抗體檢測 (檢體保留)	急性期 (發病 1 - 5 天)； 恢復期 (發病 14 - 20 天之間)	以無菌試管收 集至少 3mL 血 清。		1. H5N1 流感第 2 次血清 採檢時機，由本局崑 陽辦公室通知。 2. 血清檢體見附錄-2.7.3 及 2.7.4 備註說明，血 清採檢步驟請參考附 錄-第 3.3 節。

行政院衛生署疾病管制局 公費流感抗病毒藥劑使用對象

2010 年 9 月修訂

●治療性用藥對象

H5N1 流感調查病例 (病例定義 <http://www.cdc.gov.tw/public/Data/081016111071.pdf>)

流感併發重症通報病例 (病例定義 <http://www.cdc.gov.tw/public/Data/081016193571.pdf>)

伴隨危險徵兆之類流感患者¹

具重大傷病或心肺血管疾病、肝、腎及糖尿病等之類流感患者¹

經醫師評估需及時用藥之孕婦¹

過度肥胖之類流感患者¹

●預防性用藥對象

H5N1 流感「疑似病例」、「極可能病例」或「確定病例」之密切接觸者。

●其他

經傳染病防治醫療網正/副指揮官認可之類流感群聚事件。

¹ 詳閱疾病/徵兆類別代碼一覽表

疾病／徵兆類別代碼一覽表

一、心肺血管疾病、肝、腎及糖尿病

慢性肝病及肝硬化：571。

糖尿病：250。

心肺血管疾病：

1. 風濕熱及風濕性心臟病：390-398。
2. 缺血性心臟病：410-414。
3. 肺性循環疾病及其他形態之心臟病：415-429。
4. 慢性肺部疾病：490-519。
- 5 氣喘：493。

腎臟疾病：

1. 急性、慢性絲球腎炎：580,582。
2. 腎徵候群：581。
3. 腎炎及腎病變，未明示為急性或慢性者：583。
4. 急性、慢性腎衰竭及腎衰竭未明示者：584-586。
5. 腎硬化，未明示者：587。
6. 腎功能不良所致之疾患：588。

二、孕婦：

領有國民健康局核發孕婦健康手冊之婦女。

三、過度肥胖：

BMI \geq 35.0

四、重大傷病：

健保 IC 卡內具註記為重大傷病或領有重大傷病證明紙卡者。

五、危險徵兆：

- 呼吸急促（運動中或是休息狀態時）
- 呼吸困難
- 發紺（缺氧）
- 血痰
- 胸痛

- 意識改變
- 低血壓

另兒童之危險徵兆尚包含呼吸急促或困難、缺乏意識、不容易喚醒及活動力低下。

行政院衛生局疾病管制局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 1 月 7 日

發文字號：衛署疾管預字第 0990200069 號

主旨：邇來仍時有家長反應關於經 B 型肝炎篩檢，測不到抗體之疑義，本局重申如說明，請轉知轄區各級學校與醫療院所依循辦理，請查照。

說明：一、有關旨揭對象之建議措施（如附件），本局業於 98 年至 99 年間分別函請各衛生局（98 年 1 月 21 日衛署疾管預字第 0980001220 號函）、臺灣兒科等醫學會（98 年 1 月 21 日衛署疾管預字第 0980001220A 號函）及教育部（98 年 2 月 6 日衛署疾管預字第 0980001248 號函與 99 年 4 月 27 日衛署疾管預字第 0990008692 號函）轉知所屬及相關單位依循辦理在案。

二、然年來本局及地方衛生單位仍時接獲各級學校學生（童）家長詢問學生（童）已依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性，致懷疑疫苗失效及是否須追加接種，或反應校方委託之健檢院所未依衛生單位之建議採取疫苗追加接種劑次…等問題。

三、針對上開疑義，本局說明如下：

（一）B 型肝炎病毒主要是藉由體液或血液，經由親密接觸、輸血、注射等途徑而傳染，一般可分為垂直傳染和水平傳染兩類：

1. 垂直傳染：指帶原的母親在生產前後將 B 型肝炎病毒傳染給新生兒。
2. 水平傳染：含有病毒的血液或體液透過皮膚或粘膜進入體內而感染，如輸血、共用針頭或注射器、…都可能感染。

（二）由於受 B 型肝炎感染時的年齡愈小，愈容易成慢性帶原者，所以新生兒感染者約有 90% 會成為慢性帶原者，而成人感染者成為慢性帶原者之危險性約在 5% 以下。母子間之垂直感染，是台灣地區 B 型肝炎盛行的重要原因，40-50% 的帶原者是經由此途徑傳染，而早期的預防注射能有效預防 B 型肝炎的感染。為截斷母子垂直感染，政府自民國 75 年 7 月開始，全面對新生兒接種 B 型肝炎疫苗，經過研究調查顯示，經由 B 型肝炎預防接種政策之推行，我國 6 歲幼童 B 型肝炎帶原率，已自 B

型肝炎預防接種計畫推動前之 10.5% 下降至 0.8%，不僅有效阻斷母子垂直傳染，同時減少具有高度傳染力的帶原兒童，亦使水平感染之機會逐年下降。

- (三) 接種 B 型肝炎疫苗主要是誘發體內免疫系統主動產生有保護作用之 B 型肝炎表面抗體，惟接種 B 型肝炎疫苗後仍可能有 5-10% 的個體無法成功誘導免疫力。接種 B 型肝炎疫苗經過數年後，抗體力價可能降低致血清抗體無法檢出，但據研究，大多數未檢出抗體者之細胞性免疫力並未消失；對於 B 型肝炎病毒感染仍具有保護力；其他研究亦顯示慢性帶原率並未增加，且近年國內急性 B 型肝炎通報病例並未明顯上升。基此，經衛生署「肝癌及肝炎防治委員會」暨「傳染病防治諮詢委員會預防接種組 (ACIP)」之專家多次研議，針對「依規定時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性者」，現行之建議仍維持無須全面再追加 1 劑 B 型肝炎疫苗 (世界衛生組織亦持相同建議)，並經 ACIP 研定相關建議措施 (詳見附件)。
- (四) 另對於經檢驗為 B 型肝炎表面抗原陽性者，建議轉介醫學中心內科或兒科之消化科、感染科等相關專科醫師，進行後續諮詢及追蹤等，以維護其健康。並請衛教受檢學生 (童)，其檢查或補接種之紀錄應妥為保存，以提供日後健康查詢之需。
- (五) 肝炎防治工作向為本局重要之防疫政策，對於 B 型肝炎疫苗之接種執行效益、國內的 B 型肝炎感染趨勢與流行病學變化等狀況，均審慎密切追蹤，隨時評估疫苗接種政策，以期妥善照顧國民健康。

四、前述說明及因應，請貴局確實轉知轄區衛生所 (室)、醫療院所及各級學校依循辦理及衛教，以利民眾獲得正確訊息，減少疑慮。

附件

行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組 針對「依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性者」之建議措施

由於接種 B 型肝炎疫苗經過數年後，抗體力價可能降低致血清抗體無法檢出，但據研究，大多數人的細胞性免疫力並未消失。其他研究亦顯示慢性帶原率並未增加，且近年國內急性 B 型肝炎通報病例並未明顯上升。基此，對於「依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性者」之建議措施如下：

一、若為 B 型肝炎感染高危險群 (血液透析病人、器官移植病人、接受血液製劑治療者、免疫不

全者；多重性伴侶、注射藥癮者；同住者或性伴侶為帶原者；身心發展遲緩收容機構之住民與工作者；可能接觸血液之醫療衛生等工作人員…），可自費追加 1 劑 B 型肝炎疫苗，1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性（ $< 10\text{mIU/ml}$ ），可以採「0-1-6 個月」之時程，接續完成第 2、3 劑疫苗。如經此補種仍無法產生抗體者，則無需再接再種，但仍應採取 B 型肝炎之相關預防措施，並定期追蹤 B 型肝炎表面抗原（HBsAg）之變化。

二、若非 B 型肝炎感染高危險群，目前尚無須全面再追加 1 劑 B 型肝炎疫苗。若個案或家屬對此非常擔憂，可自費追加 1 劑，1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性（ $< 10\text{mIU/ml}$ ），可諮詢醫學中心內科或兒科之消化科、感染科等相關專科醫師。

行政院衛生署國民健康局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 1 月 19 日

發文字號：國健婦字第 10004000762 號

主旨：請確實依「人工生殖資料通報及管理辦法」之規定，於所定期限內通報各項資料，請查照。

說明：一、邇來發現有人工生殖機構未依人工生殖資料通報及管理辦法所定之通報期限通報「人工生殖開始使用排卵藥物等進入治療週期個案通報表」及「人工生殖個案資料表」，本局業已移請相關直轄市及縣市政府衛生局查辦中。

二、為避免類似情事發生，請確實依「人工生殖資料通報及管理辦法」之規定，於所定期限內通報各項資料。

行政院衛生署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 1 月 21 日

發文字號：署授國字第 09904027653 號

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

說明：一、依據行政院 99 年 12 月 21 日院臺規字第 0990108172 號函辦理。

二、依地方制度法第四條第二項規定，桃園縣準用旨揭法規中關於直轄市規定之範圍及事項，並自 100 年 1 月 1 日生效。

三、有關優生保健措施減免或補助費用辦法準用乙項，100年將由桃園縣編列年度預算支應，嗣後辦理優生保健措施機構，如減免對象設籍於桃園縣者，須逕向桃園縣政府衛生局申請補助。

四、旨揭法規全案條文內容，請至本署國民健康局網站「本局資訊-法規輯要」項下查詢下載（網址：www.bhp.doh.gov.tw）。

行政院衛生署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 1 月 7 日

發文字號：衛署醫字第 1000260015 號

主旨：檢送研商有關「醫療法第 64 條第 1 項，中央主管機關規定之侵入性檢查或治療」相關事宜會議紀錄 1 份，請 查照。

研商有關「醫療法第 64 條第 1 項，中央主管機關規定之侵入性檢查或治療」相關事宜會議紀錄

時間：99 年 12 月 29 日下午 2 時

地點：本署 1001 會議室

出席單位：如簽到單

主席：石處長崇良（王副處長宗曦代）

記錄：洪國豐

一、主席致詞（略）

二、報告事項

（一）本署 99 年 9 月 24 日衛署醫字第 0990262608 號公告，預告「醫療法第 64 條第 1 項，中央主管機關規定之侵入性檢查或治療」。公告內容：「應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得施行之侵入性檢查或治療，為以醫療器材植入、插入人體之方式，施行之檢查或治療。但不包括一般之靜脈、肌肉或皮下注射及抽血。」

（三）經彙整預告期間收集之意見，擬將公告內容修正為：「應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得施行之侵入性檢查或治療，為以醫療器材植入、深入人體（如內視鏡檢查、氣管插管、血液透析、插入導管 catheter

或相當方式)之方式,施行之檢查或治療。但不包括一般之口鼻咽腔檢查與治療、婦科內科或灌洗、靜脈或肌肉、皮下注射及抽血或相當之診療。」

三、討論與結論

(一) 與會單位提供之意見如下:

1. 病人主動要求裝置子宮避孕器、肛溫、氣切更換。中醫診療(如:針灸、放血)、牙科(包含根管治療)、雷射治療、眼科、骨科、精神科或神智不清者、輔佐麻醉安全之中央靜脈導管、動脈導管、肺動脈導管,是否需依醫療法第64條第1項,簽具同意書後,始得為之。
2. 「相當方式」、「相當之診療」為不確定之用語,不適於出現在公告之內容。
3. 請各專科醫學會提供高危險性之侵入性檢查或治療項目,以正面表列方式呈現。
4. 收集各醫學中心現行須簽同意書之侵入性檢查或治療項目、常發生醫療糾紛之侵入性檢查或治療項目,以正面表列方式呈現。
5. 公告同意書之參考格式,並以一式2份呈現,病人可取回1份。
6. 對於已施行之檢查或治療,若為例行性更換管子,希望能予以除外,以避免動輒要求臥床病人之家屬前來填具同意書。
7. 醫改會肯定此項公告,可以用愈明確愈好的公告內容,可以先就有共識的內容公告,逐步增加項目。

(二) 主席裁示:依今日與會各單位之發言,均支持且願意配合針對醫療法第64條第1項規定之侵入性檢查或治療,填具同意書與病人進行風險溝通,以保障醫療服務提供者及病人的權益,維持良好的醫病關係,惟希望公告的內容能更為具體明確。且以具有高度風險之侵入性檢查或治療為主,後續本署將依與會單位所提之建議,於內部綜整討論後,據以修正公告之內容。

四、散會(下午4時00分)。

行政院衛生署 書函

受文者:臺灣婦產科醫學會

發文日期:中華民國100年1月13日

發文字號:署授國字第10020009A號

主旨:檢送「訂定醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置,或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為,為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為」令1份,請刊登行政院公報。

說明:檢附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

行政院衛生署 令

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 1 月 13 日

發文字號：衛署醫字第 1000200809 號

訂定「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為」，並自即日生效。

行政院衛生局中央健康保險局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 2 月 1 日

發文字號：健保醫字第 1000058330 號

主旨：貴會建議修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」婦產科各診療項目乙案，復如說明，請查照。

說明：一、復 貴會 99 年 12 月 27 日台婦醫會總字第 99223 號。

二、為反映合理公平之支付標準、配合醫療科技的進步及資源耗用情形，自健保開辦以來，本局持續就各項支付標準廣納各界（包括醫界）之建議進行檢討，並依全民健康保險醫療費用協定委員會公告預算及法定程序來調整相關支付標準。

三、依據「100 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」公告，100 年醫院總額支付標準調整基本診療項目編列預算 14.78 億元，並優先考量小兒科、婦產科及外科門診診察費調整，而新增醫療費用支付標準診療項目編列預算約 3 億元。

四、綜上，有關支付標準調整基本診療項目部分，本局經提 99 年 12 月 14 日召開「醫院總額支付委員會議」研議及 99 年 12 月 15 日召開「全民健康保險醫療給付協議會議」確認，會議結論（摘略）：100 年調整基本診療項目編列預算 85 %用於調增婦、兒、外科門診診察費，15 %用於調整其他科別門診診察費，其中婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報門診診察費項目，得依支付標準表定點數加計 17 %，同時符合兒童加成者，依表定點數加計 37 %；爰此，本局已依上開會議結論報請行政院衛生署核定後公告實施。至於 貴會

建議新增診療項目，建請依「全民健康保險醫療費用支付標準新增診療項目申請表」，填具明確修訂內容（詳附件），俾利本局理後續新增相關作業；另有關修訂本保險支付標準特定診療項目之支付點數部分，費協會並未於100年醫院總額中議定相關預算。

五、另有關DRG部分，本局將依醫界意見進行統計及協商，貴會意見亦將一併納入考量，惟仍建請貴會提供具體DRG編碼分類建議，以利本局納入研議。

行政院衛生署 公告

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國100年1月28日

發文字號：署授國字第1000400105號

附件：新增及修訂公告罕見疾病名單

主旨：預告新增 Moebius syndrome 疾病為罕見疾病。

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 Moebius syndrome 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>），公告網頁。

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次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（婦幼及生育保健組）。

（二）地址：臺中市黎明路2段503號5樓。

（三）電話：(04)22550177 轉 412。

（四）傳真：(04)22545145

（五）電子郵件：chyong@bhp.doh.gov.tw

分類序號	疾病名稱	中文翻譯（僅供參考）	ICD-9-CM 編碼
B1-18	Moebius syndrome	Moebius 症候群	352.6

行政院衛生署 公告

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 2 月 11 日

發文字號：署授國字第 0991416024 號

主旨：公告含雙磷酸鹽類（Bisphosphonates）成分藥品再評估結果相關事宜。

依據：一、藥事法第 48 條。

公告事項：一、治療骨質疏鬆症之雙磷酸鹽類（Bisphosphonates）成分藥品可能導致非典型股骨骨折（atypical femur fracture）之不良反應，經本署再評估其臨床效益與風險，所有用於治療骨質疏鬆症之雙磷酸鹽類（Bisphosphonates）成分藥品之仿單，應加刊相關警語與注意事項；加刊內容為「使用雙磷酸鹽類藥品曾有非典型股骨骨折案例報告。病患使用此類藥品後，若感覺大腿或鼠蹊部疼痛，醫師應評估是否為股骨骨折」。

二、另使用含雙磷酸鹽類（Bisphosphonates）成分藥品有導致罕見但嚴重之顎骨關節壞死之不良反應，已刊載於該類藥品之仿單中，應持續嚴密監視其安全性。

三、持有前項藥品許可證者，應於 100 年 6 月 31 日前，向本署提出仿單更新之申請，毋須繳交規費。逾期未辦理者，依藥事法有關規定處理。

行政院衛生署疾病管制局 公告

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 12 月 15 日

發文字號：衛署疾管預字第 1000200127 號

主旨：為能掌握全國孕婦 B 型肝炎產前檢查比率並確保母親為高傳染性（e 抗原陽性）帶原者所生新生兒，皆能於出生後儘速完成 1 劑 B 型肝炎免疫球蛋白接種事宜，請轉知所屬會員依說明段辦理，請 查照。

說明：為降低幼兒 B 型肝炎垂直感染之風險，若母親為高傳染性（e 抗原陽性）帶原者，其所生新生兒，應儘速於出生後接種 B 型肝炎免疫球蛋白，最遲不超過 24 小時。各醫療院所務必將「孕婦 B 型肝炎產前檢查登錄表」提交衛生單位，俾利掌握新生兒 B 型肝炎免疫球蛋白接種情形。

- 二、依據本局委託研究計畫顯示，母親若為高傳染（e 抗原陽性）帶原者，其所生幼兒於接種 B 型肝炎免疫球蛋白及疫苗後，仍約有 10% 之帶原機會。請主動建議該族群幼童於 1 歲時至醫院檢查帶原情形，如經檢測為帶原者，應定期接受肝功能等檢查。

轉載自【自由時報】2010 年 12 月 9 日 A17 版

如果孕婦找不到醫師接生

◎黃閔照 秘書長

最近二代健保的費率計算，佔據了大半新聞版面，這小小一條讀者投書，「兩大醫學中心找不到婦醫」，不曉得我們在立法院的衛生署長官們有沒有看到。自兩千年後，全台婦產科執業醫師整體人力，便呈現逐漸下降的負成長驅勢，許多醫院早就習慣沒有婦產科住院醫師的醫療環境。沒有新血投入，也造成婦產科醫師嚴重老化現象？2009 年統計婦產科醫師平均執業年齡高達 52.5 歲，比全國執業醫師的平均 44.5 歲高出 8 歲。現在的狀況是全台 368 個鄉鎮，其中有 159 個鄉鎮（43%），是沒有婦產科醫師的。按照目前冰凍三尺的計算模式，可以預計未來十年後婦產科醫師將出現空窗現象，也就是可能發生像日本孕婦找不到醫師接生的窘境。

分析台灣婦產科醫師人力失衡的原因包括：

- 一、婦產科屬於高醫療風險群之科別：依照行政院衛生署統計「一九九六至二〇〇五年醫療糾紛鑑定案件統計」結果，可以顯著發現婦產科之「醫療糾紛鑑定案件」為各科之冠。
- 二、婦產科為高勞動科別：婦產科較其他科別不同的是，婦產科醫師須 24 小時待命接生；超時工作，勞動時間及執業壓力遠較其他科別高，難怪無法羅致人材。
- 三、婦產科健保給付上的不合理：年輕醫師選擇其他科別，不願至婦產科的重要原因之一，即在於健保給付的不公平。例如割盲腸的給付要比生小孩給付來得高。懷孕十個月政府僅補助產檢 2,270 元，其中僅有一次超音波檢查補助為 350 元，比動物醫院狗貓的超音波費用還低，但卻得負擔新生兒出生缺陷的醫療糾紛及賠償。

寒流來了，等一下還有一位產婦要生，有時看著新手爸媽抱著新生命；即使接生了那麼多人，心中還是會有莫名的感動，只是不曉得有多少的醫學生，能體會到這種感動。

台灣婦產科醫學會 50 週年年會暨擴大慶祝大會

活動須知

○ 學術研討會

時 間：100 年 3 月 12~3 月 13 日（星期六、日）
地 點：高雄漢來大飯店 9 樓（高雄市成功一路 266 號）

○ 繳費項目

100 年度常年會費：3,500 元（永久會員免繳此項）
100 年度年會報到費：2,000 元（65 歲以上免繳此項）

○ 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。

①劃撥接受日期：100 年 1 月 25 日至 100 年 3 月 1 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

○ 午餐

100 年 3 月 12 日~3 月 13 日（星期六、星期日）的午餐，由大會免費招待。

○ 歡迎晚宴

時 間：100 年 3 月 12 日（星期六）PM 6:00
地 點：漢來大飯店（龍鳳廳）

○ 捐款：

為響應婦女健康照護實際落實推動，希望會員能在年會報到當日自由樂捐，金額將全數捐於婦女團體，請會員共同參與此項活動。

○ 住 宿

■高雄漢來大飯店 9 樓 單人房 3960 元、雙人房元 4290 元，均含早餐，含服務費。

TEL: 07-2135766 傳真:07-2135700 地址:高市成功一路 266 號

請自行傳訂房單訂房（表明為台灣婦產科醫學會會員）。

■高雄國賓 單人房 3300 元、雙人房 3800 元，均含早餐、服務費、飯店會場接送

TEL: 07-2115211 傳真：07-2010348 地址：高雄市民生二路 202 號

請自行電洽訂房（表明為台灣婦產科醫學會會員）。訂房代號：00965910

■高雄金典 單人房 3740 元、雙人房 4125 元，均含早餐、含服務費。

TEL: 07-5668123 傳真：07-5661087 地址：高雄市自強路三段 1 號 37-85 樓

請自行傳訂房單訂房。

交通資訊：

1. 中山高速公路：高雄市中正交流道下→沿中正路市區方向→沿五福路→左轉成功路
2. 快速道路：
 - ◎國道 10 號→接中山高速公路往南→中正交流道下→轉中正路市區方向→沿五福路→左轉成功路
 - ◎88 東西向快速公路高雄方向→接中山高速公路往北→中正交流道下→轉中正路市區方向→沿五福路→左轉成功路
3. 岡山、橋頭南下路線：省道台 1 線縱貫公路→沿民族路→右轉五福路→左轉成功路
4. 高鐵、台鐵：高鐵左營站、台鐵新左營站→捷運紅線 R9 中央公園站下→五福路及中山路口轉搭漢神接駁專車
5. 漢神百貨捷運中央公園站接駁車服務時間：AM 10: 30~PM 22: 30，約十分鐘一班。

■ 通訊繼續教育

子宮鏡手術術後 減少沾黏方法之現況



高雄榮總婦產部生殖內分泌科主任
崔冠濠

● 前言

隨著子宮鏡的發展，無論在子宮鏡本身的清晰度或處置器械的進步，使得我們能用子宮鏡處理更複雜的個案；加上數位化診斷性子宮鏡的使用，利用子宮鏡診斷更為快速便利。隨著診斷方式的進步及子宮鏡手術的增加，子宮腔沾黏近年來有增加的趨勢。而子宮腔沾黏這個名詞最早由 Heinrich Fritsch 在 1894 年提出，之後 Joseph G Asherman 於 1948 年至 1961 年發表一系列的文章來闡述子宮腔沾黏的成因、發生率及臨床表現等，因此子宮腔沾黏又被稱為 Asherman syndrome。根據 Asherman 原始的定義，子宮腔沾黏係指創傷引起的子宮腔部分或是全部阻塞，可能同時伴隨子宮頸阻塞，導致臨床表現出包括經血量少或無月經、不孕和習慣性流產等症狀稱之。不孕的情況根據 Schenker JG【1】統計高達 43% 會有此問題，對於想要生育子女的婦女來說，子宮腔沾黏是一大阻礙，本文主要提出目前最新減少子宮腔沾黏的新觀念，期望能對子宮腔沾黏病人有所助益。

● 子宮腔沾黏之診斷標準及分類

◆ 根據上述定義，診斷 Asherman syndrome 必須符合下列兩個條件

- (1) 須至少有下列臨床表現之一：包括經血量少或無月經、不孕、習慣性流產和曾經懷孕併發胎盤異常問題包括前置胎盤或置入性胎盤。

(2)須在子宮鏡下見到子宮腔沾黏(若肉眼見不到子宮腔沾黏,病理證實有 intrauterine fibrosis 亦成立)。

◆子宮腔沾黏的分類根據不同的診斷工具有許多的分類方法,早期有根據輸卵管攝影的分類法,隨後有多種依子宮鏡的分類法,但到目前為止,子宮腔沾黏的分類並無一個統一的標準分類法,因此產生不同文章用不同分類法而無法比較的問題。不過,目前較為廣泛應用的分類法有二:包括美國生殖醫學會在 1988 年所訂立的 The American Fertility Society(AFS) classification of intrauterine adhesion【2】及歐洲婦科內視鏡醫學會於 1995 年所訂立的 European Society of Gynecological Endoscopy(ESGE) classification of IUAs【3】。此兩分類法除了將沾黏範圍、程度列入分類外,還將月經異常此臨床表現列入分類,結合臨床表現,因此較為大家所接受。

●子宮腔沾黏之成因

根據 Schenker JG【1】針對 1856 位患有 Asherman syndrome 的病人進行成因分析,約 90%是因為懷孕的子宮腔接受手術創傷造成,如人工流產或產後子宮搔刮手術,因為懷孕的子宮十分柔軟,此時子宮腔接受手術易傷到內膜的基層(Basal layer),而造成內膜無法再生,於是容易形成沾黏,此種情形最易出現在產後的 2~4 週。其他手術,包括子宮鏡手術(肌瘤切除、子宮中膈切除)及子宮內膜燒灼危險性較高;而子宮內膜擴刮、子宮頸切片或息肉切除及子宮內避孕器亦有可能造成沾黏,但危險性較低。另外,子宮腔結核感染、放射治療也都是可能形成沾黏的原因。

●子宮腔沾黏之治療

子宮腔沾黏的治療目標是希望恢復原來子宮腔的大小和形狀、促使破壞的內膜的修復及再生、進而達到正常的生育功能。過去使用子宮內膜擴刮術或子宮切開術(Hysterotomy)來治療子宮腔沾黏是十分危險的,因為大出血及子宮穿孔的危險性高。目前的標準治療方法為子宮鏡沾黏分離術(Hysteroscopic adhesiolysis)。分離沾黏的方法目前以半硬式的子宮鏡剪刀做 sharp lysis 為最佳的選擇,分沾黏時先從細微及中央的沾黏先分,再分緻密及邊緣的沾黏,隨時要保持視野的清晰,遇到沾粘較嚴重而易出血的個案,可輔以電燒來減少出血,但可能增加內膜的破壞,至於單極或雙極電燒的治療效果研究上並無差異。另外, Laser vaporization(目前有 Na-YAG laser 和 KTP laser 兩種)或最新式的 PK 刀亦可使用於沾黏分離。

目前對於嚴重的子宮腔沾黏仍是個棘手的問題,可能需要多次的子宮鏡沾黏分離術才能達到治療效果且即使在子宮鏡下手術,子宮穿孔的危險性仍高。對於這類病人,我們須利用導引來幫助我們順利完成手術,常用的導引方法包括腹腔鏡導引、螢光導引及經腹部

超音波導引，後者為高榮目前採行的方法，術中經腹部超音波導引，可見器械在子宮腔內的位置，若有懷疑較薄的子宮壁位置，可直接測量子宮壁的厚度(安全的子宮壁為 10mm)，降低子宮穿孔的危險性，且又不具侵犯性，為目前最理想的導引方法。

●減少術後再沾黏

子宮鏡子宮腔沾黏分離後，復發的機率約 20~30%，若為嚴重沾黏個案，術後再沾黏機率更高達 40~50%【4】【5】。目前的預防方法可分為三大類：Surgical technique, Pharmacological therapy, Physical barriers。

◆ Surgical technique

- (1) 一個良好的手術技巧可減少術後之沾黏，其中最重要的觀念是避免傷害鄰近病灶的正常子宮內膜與子宮肌肉層組織，並盡可能的減少電燒的使用。林保良教授與台大楊政憲醫師使用所謂 one-step method【6】，避免了過度傷害鄰近子宮肌肉層組織，其子宮鏡單一顆肌瘤切除手術術後有沾黏的比例僅 1.5%(2/132)【7】。

One-step method: 子宮鏡可先以較低的水柱壓力(30mmHg)撐開子宮腔，避免因較高的子宮腔內壓力使肌瘤下沉埋入子宮肌肉層，等正確找到肌瘤與子宮肌肉層界面時，再調高壓力(70-100mmHg)方便手術進行。

- (2) Early second-look office Hysteroscopy

此觀念最早於 1993 年提出，主要想法是因為沾黏形成是一連串的步骤，若在沾黏形成的早期，如同用掃帚掃蜘蛛絲一般，將細微的沾黏分離，將使得後續沾黏無法形成。根據台大楊政憲醫師研究子宮鏡肌瘤切除的病人【7】，病人以肌瘤切除後兩週內有無接受 second-look office Hysteroscopy 分成兩組，此兩組術後沾黏的比例相差甚大(0% vs 78%, p=0.003)。Pabuccu R et al.研究子宮鏡子宮腔沾黏分離的病人【8】，沾黏分離後，實驗組一週後行 second-look office Hysteroscopy，控制組則不執行，兩個月後再用子宮鏡觀察子宮腔內的情形，結果實驗組僅 8.1%形成沾黏，而控制組高達 82.5%形成沾黏，統計上有顯著差異。所以，子宮鏡手術術後兩週內行 second-look office Hysteroscopy 似乎可大大減少沾黏或再沾黏的形成，但缺點是並非每個醫院都備有 Office Hysteroscopy 的設備。

◆ Pharmacological therapy

- (1) Antibiotic administration

目前子宮腔感染和子宮腔沾黏形成的關聯並不清楚(除子宮腔結核)且並無資料顯示子宮鏡手術術前需要給予預防性抗生素。American College of Obstetricians and

Gynecologists 對診斷性或手術性子宮鏡也不建議給予預防性抗生素。

(2) Pre-operative hormonal endometrial suppression

GnRH analogues 或 Danazol 廣泛地在子宮鏡術前給予，目的是可抑制子宮內膜的 vascularity 和 edema，進而提供理想的手術環境，使手術便於進行，減少併發症產生。Sowter MC et al.【9】於 2009 年發表於 Cochrane Library 的研究指出，GnRH analogues 或 Danazol 確實皆可使子宮內膜達到理想的厚度，不過，GnRH analogues 在手術時間、手術困難度及術後出血的表現比 Danazol 為佳。Triolo O et al.【10】比較 Gestrinone 和 Danazol 在子宮鏡術前的治療，結果在手術時間、術中灌水量及術後出血皆是 Gestrinone 表現較佳，統計上有顯著差異。目前沒有 GnRH analogues 與 Gestrinone head to head 的比較研究文獻。

(3) Post-operative hormonal treatment

一般在子宮鏡手術後都會給予荷爾蒙治療，一來可刺激子宮內膜再生；另一方面可促使手術遭破壞處 (scarred surface) 再生上皮層。雌性素一般皆會給予，主要的差別在於給不給黃體素，多數的文章及我們的經驗皆贊成合併雌性素及黃體素給予，用法主要可分兩種

(i) 合併雌性素及黃體素給予一個月

- Estradiol valerate 4mg/day for 31 days + Medroxyprogesterone acetate 10 mg/day on Day 22~31 (The last 10 days)
- Conjugated estrogen (Premarin) 2.5 mg for 30 days + Medroxyprogesterone acetate (Provera) 10 mg on Day 26~30 (The last 5 days)

(ii) 合併雌性素及黃體素給予二個月

- Conjugated estrogen (Premarin) 0.625 mg,tid for 60 days + Medroxyprogesterone acetate (Provera) 10 mg, bid on Day 54~60 (The last 7 days)
- Conjugated estrogen (Premarin) 5 mg/day for 60 days + Medroxyprogesterone acetate(Farlutal) 10 mg/day on Day 51~60 (The last 10 days)

◆ Physical barriers

安全、方便使用、有效及符合經濟效益為理想 barriers 的條件。事實上，能符合上述條件的理想 barriers 至今仍未出現，需要更進一步的開發研究。目前子宮鏡手術術後常用的三種 Physical barriers 包括

(1) Intrauterine device(IUD)

子宮內避孕器一般會留滯在子宮腔一到三個月，有許多文章已證實此法術後防沾黏

的效果，其中尤以 Lippes loop IUD 最理想，因為它的體表面積最大可使子宮腔撐開的效果最好，但現今並不容易找到年代久遠的 Lippes loop IUD；至於含銅避孕器則不建議使用，因為會誘發明顯的發炎反應；T-shaped IUD 亦可使用，但體表面積較小，效果較差。使用子宮內避孕器的缺點便是有感染的風險，須口服預防性抗生素至少一週，另外可能會有子宮穿孔或避孕器移位的併發症。

(2) Foley balloon catheter

一般會使用 8Fr 的小兒導尿管，置入子宮腔內，然後打水 3-5c.c.使氣球擴張撐開子宮腔，放置 1 週後移除，同樣須使用口服抗生素來預防感染。目前 COOK 公司生產一種與子宮腔形狀相符的 Foley balloon catheter，分 5c.c 和 8c.c 兩種 size，以便適應不同的子宮腔大小，達到更好的防沾黏效果，最重要的是可給予 cornua 較好的撐開效果。

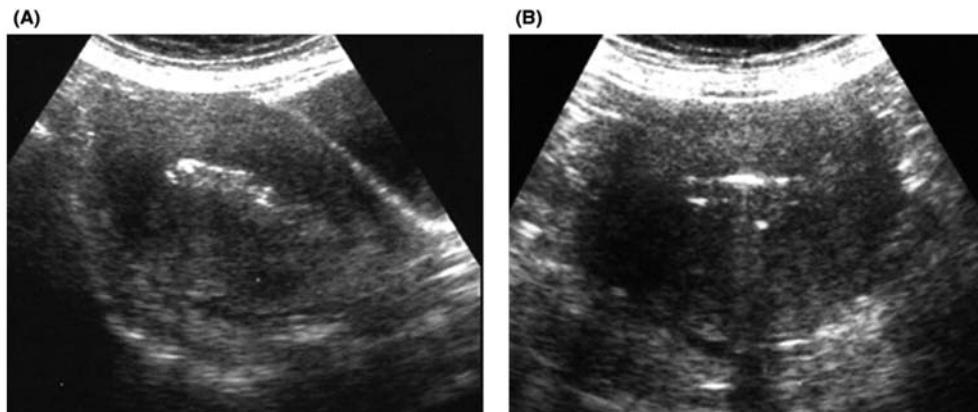
使用 Foley catheter balloon 和 IUD 何者效果較佳呢？目前 head to head 的比較文章只有一篇，Orhue AA et al.【11】比較子宮鏡子宮腔沾黏分離的病人，術後使用 Foley catheter balloon 和 IUD 的效果，結果顯示因沾黏復發而需要再次治療的比例，Foley catheter balloon 明顯低於 IUD(13.6% v.s. 43.1%, $p=0.0005$)，看起來是 Foley catheter balloon 的防沾黏效果優於 IUD，但此文章不是 RCT 的研究，效力有待商榷。

(3) Auto-cross-link hyaluronic acid gel (ACP gel)

Hyaluronic acid 是由 glucuronic acid 和 N-acetylglucosamine 組成的雙糖體聚合物，成線形。Auto-cross-link hyaluronic acid 則是將多個線形 Hyaluronic acid 聚合物作自體交叉鏈結，形成具有更高度黏稠度、密度與附著能力的玻尿酸衍生物質，能有效地附著在受傷的組織器官或縫合處，延長其停留時間，進而達到更好的防沾黏效果。

期刊 Human Reproduction 於 2003 和 2004 各發表一篇關於 Auto-cross-link hyaluronic acid gel(ACP gel)應用於子宮鏡術後防沾黏的 prospective, randomized, controlled study. Acunzo G et al.研究【12】將 92 位子宮內沾黏的婦女分成 A、B 兩組，A 組術後於子宮腔內注入 10ml ACP gel，B 組則無，3 個月後追蹤沾黏復發的情形。結果顯示，評估沾黏的分數(adhesion score)，A 組較低(2.0 ± 0.0 v.s. 5.3 ± 0.2 , $p < 0.05$)；沾黏復發的比例，A 組同樣較低(13.95% v.s. 31.70%; $p < 0.05$)，表示使用 ACP gel 確實可有效防止術後沾黏復發。另外，這篇文章做了一個有趣的研究，在 A 組的術後 0、24、48 及 72 小時，以超音波檢視 ACP gel 停留在子宮腔的狀況，結果發現在 0、24、48 與 72 小時，高回音厚度層分別為 10 ± 1.2 mm, 7.9 ± 0.2 mm, 5.2 ± 0.3 mm 與 2.7 ± 0.4 mm (圖一)，顯示注入 72 小時後，ACP gel

仍有約 2.7mm 厚度停留於子宮腔內。此研究解開大家心中的疑惑，因為子宮腔為一開放的空腔，ACP gel 注入其中理應會慢慢流出，不曉得能停留多久，不曉得會不會影響其效果，此研究告訴我們 ACP gel 可停留於子宮腔內至少 72 小時。



(A) 術後 24 小時

(B) 術後 72 小時

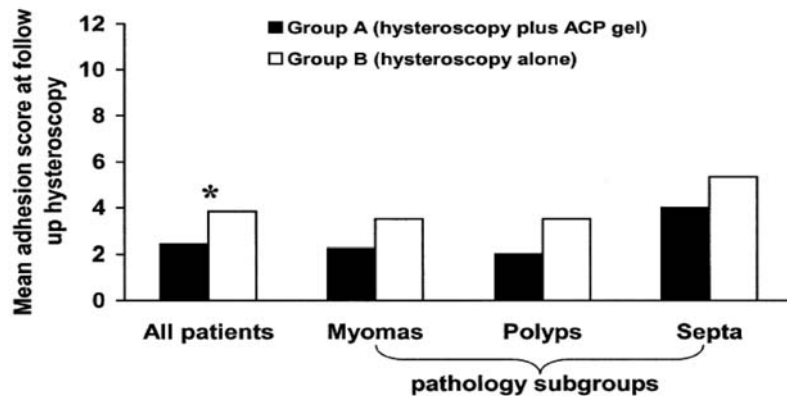
圖一 超音波追蹤 ACP gel 停留子宮腔的情形

Guida M et al. 研究【13】將 132 位病人(包括第 I 組 49 個子宮肌瘤的病人，第 II 組 67 個子宮息肉的病人，第 III 組 16 個子宮中隔的病人)，依 I、II、III 組再各別分為有無使用 ACP gel，3 個月後追蹤沾黏形成的情形。結果顯示，無論哪一組，使用 ACP gel 之沾黏形成比例都明顯較低

(第 I 組 16% vs 33.3%；第 II 組 5.9% vs 18.1%；第 III 組 12.5% vs 37.5%)，統計上有意義；而以評估沾黏分數(adhesion score)來看，I、II、III 組個別看，有無使用 ACP gel 沾黏分數並無統計上差異，但將 I、II、III 組 132 位病人合併來看，使用 ACP gel 之沾黏分數則明顯較低，統計上有意義(圖二)。

上述兩個研究顯示 Auto-cross-link hyaluronic acid gel (ACP gel) 運用於子宮鏡術後的防沾黏有絕佳的效果，不過，雖然兩篇都是 RCT 研究，但 case number 都很少，是否真有這麼大的效果，應該要做更大型的臨床研究才能證實，此外，經濟效益的因素可能是 ACP gel 普及的一個限制因素。

另外，Yoon Teo et al.【14】於 2007 年首次提出 Hybrid systems，合併 Auto-cross-link hyaluronic acid gel (ACP gel) 和 tissue-type plasminogen activator (t-PA) 應用於術後防沾黏，結合藥理特性與物理 barrier 特性，即所謂的 Hybrid systems，結果顯示防沾黏效果卓越，優於 ACP gel 單獨使用，但目前只在動物研究模式，相信是未來研究發展的趨勢。



* Group A vs. Group B: $p < 0.05$

圖二 沾黏分數的比較

● 治療的成果和預後

研究【4】顯示 Asherman syndrome 經子宮鏡沾黏分離術後，平均 84.5%可恢復正常月經週期，平均 74%懷孕成功，這些成功懷孕的婦女當中，仍有高達 20.6%的流產率。研究【4】顯示 Asherman syndrome 經子宮鏡沾黏分離術後懷孕，除較易流產外，在懷孕過程發生產科併發症的機率較一般人高，如早產、胎盤植入、生長遲滯和生產時子宮破裂等，所以，一旦 Asherman syndrome 接受子宮鏡沾黏分離手術後懷孕的婦女皆視為高危險妊娠，懷孕過程皆須密切注意。

● 結論

目前無論子宮鏡或腹腔鏡術後的防沾黏的方法眾多，大致可將這些方法分為三大類：Surgical technique, Pharmacological therapy, Physical barriers。目前沒有任何單一的方法可完全預防沾黏的形成，故精進我們的手術技巧，術後再合併使用多種方法，才能將沾黏降至最低，另外，我們也期待 Hybrid systems 能有進一步的研究和發展，以供臨床使用。

● 參考文獻

1. Schenker JG, Margalioth EJ. Intrauterine adhesions: an updated appraisal. *Fertil Steril* 1982; 37:593 - 610.
2. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 1988;49:944 - 55.

3. Wamsteker K, De Block S. Diagnostic hysteroscopy: technique and documentation. In: Sutton C, Diamond M, eds. Endoscopic surgery for gynecologists. London: WB Saunders, 1998:511 - 24.
4. Dan Yu, M.Med., Yat-May Wong et al. Asherman syndrome— one century later. *Fertility and Sterility* 2008 April; 89(4):759-79
5. Yu D, Li TC, Xia E et al. Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome. *Fertil Steril.* 2008 Mar;89(3):715-22.
6. Lin B, Akiba Y, Iwata Y. One-step hysteroscopic removal of sinking submucous myoma in two infertile patients. *Fertil Steril.* 2000 Nov;74(5):1035-8.
7. Yang JH, Chen MJ, Wu MY, Chao KH, Ho HN, Yang YS. Office hysteroscopic early lysis of intrauterine adhesion after transcervical resection of multiple apposing submucous myomas, *Fertil Steril.* 2008 May; 89(5):1254-9.
8. Pabuccu R, Onalan G, Kaya C et al. Efficiency and pregnancy outcome of serial intrauterine device-guided hysteroscopic adhesiolysis of intrauterine synechiae. *Fertil Steril.* 2008 Nov;90(5):1973-7.
9. Sowter MC, Lethaby A, Singla AA. Pre-operative endometrial thinning agents before endometrial destruction for heavy menstrual bleeding (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 1.
10. Triolo O, De Vivo A, Benedetto V et al. Gestrinone versus danazol as preoperative treatment for hysteroscopic surgery: a prospective, randomized evaluation. *Fertil Steril.* 2006 Apr;85(4): 1027-31.
11. Orhue AA, Aziken ME, Igbefoh JO. A comparison of two adjunctive treatments for intrauterine adhesions following lysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003 Jul;82(1):49-56.
12. Acunzo G, Guida M, Pellicano M, Tommaselli GA, Di Spiezio Sardo A, Bifulco G, Cirillo D, Taylor A, Nappi C. Effectiveness of auto-cross-linked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic adhesiolysis: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod.* 2003 Sep;18(9):1918-21.
13. Guida M, Acunzo G, Di Spiezio Sardo A, Bifulco G, Piccoli R, Pellicano M, Cerrota G, Cirillo D, Nappi C. Effectiveness of auto-crosslinked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod.* 2004 Jun;19(6):1461-4.
14. Yeo Y, Bellas E, Highley CB et al. Peritoneal adhesion prevention with an in situ cross-linkable hyaluronan gel containing tissue-type plasminogen activator in a rabbit repeated-injury model. *Biomaterials.* 2007 Sep;28(25):3704-13.



問 答 題

1. 關於子宮腔沾黏(Intrauterine adhesion)的敘述，下列何者正確
 - (a) 又稱 Asherman syndrome，是因為最早由 Joseph G Asherman 提出
 - (b) 目前分類法已統一，以美國的 AFS 及歐洲的 ESGE 分類法為主
 - (c) 90%是因為懷孕的子宮腔接受手術創傷造成，如人工流產或產後子宮搔刮手術
 - (d) 目前診斷子宮腔沾黏的最標準的方法為子宮輸卵管攝影
2. 關於子宮腔沾黏(Intrauterine adhesion)的治療及預後，下列何者錯誤
 - (a) 目前的標準治療方法為子宮鏡沾黏分離術(Hysteroscopic adhesiolysis)
 - (b) 分離沾黏的方法包括半硬式的子宮鏡剪刀、電燒、Laser vaporization 及 PK 刀
 - (c) 對於嚴重的子宮腔沾黏，在經腹部超音波導引下執行子宮鏡手術，可降低子宮穿孔的危險性
 - (d) 子宮鏡沾黏分離術後，平均 74%可順利生下健康寶寶
3. 關於子宮腔沾黏(Intrauterine adhesion)術後減少沾黏的敘述，下列何者錯誤
 - (a) 術後復發的機率約 30%，若為嚴重沾黏個案，復發機率高達 50%
 - (b) 目前的預防方法可分為三大類：Surgical technique, Pharmacological therapy, Physical barriers
 - (c) 子宮鏡手術術後兩週內行 second-look office Hysteroscopy 可大大減少沾黏的形成
 - (d) Hybrid systems 合併 Auto-cross-link hyaluronic acid gel 和 tissue-type plasminogen activator 應用於術後防沾黏效果卓越，目前已廣泛應用於臨床
4. 關於子宮腔沾黏(Intrauterine adhesion)術後減少沾黏在“Pharmacological therapy”的敘述，下列何者錯誤
 - (a) GnRH analogues 或 Danazol 廣泛地在子宮鏡術前給予，目的是可抑制子宮內膜的 vascularity 和 edema，進而提供理想的手術環境
 - (b) 子宮鏡手術後給予荷爾蒙治療，可刺激子宮內膜再生及促使手術遭破壞處(scarred surface)再生上皮層
 - (c) Pre-operative hormonal endometrial suppression 的藥物效果為以 Danazol 最佳
 - (d) Post-operative hormonal treatment 以合併雌性素及黃體素給予為主
5. 關於子宮腔沾黏(Intrauterine adhesion)術後減少沾黏在“Physical barriers”的敘述，下列何者錯誤
 - (a) 安全、方便使用、有效及符合經濟效益為理想 barriers 的條件
 - (b) 目前子宮鏡手術術後常用的三種 Physical barriers 包括 Intrauterine device(IUD)、Foley balloon catheter 及 Auto-cross-link hyaluronic acid gel (ACP gel)
 - (c) 目前研究顯示 Foley catheter balloon 的防沾黏效果一定優於 IUD
 - (d) Auto-cross-link hyaluronic acid gel 可停留於子宮腔內至少 3 天

第 171 通訊繼續教育

產科醫師必須知道的一種救命藥—Novo Seven

答案：一、(D)；二、(B)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

腹腔鏡子宮肌瘤切除後的子宮破裂



李耀泰 陳福民* 郭宗正+
台南郭綜合醫院 婦科主任
*臺北中山醫院 婦產科主任
+台南郭綜合醫院 院長

摘要

不論是經剖腹或經腹腔鏡的子宮肌瘤切除後，如果患者後來懷孕，都要小心有子宮破裂的可能性，雖然許多報導認為不會影響懷孕的結果。尤其在腹腔鏡子宮肌瘤切除手術中，縫合困難度有時較高，縫合接合面可能不夠緊密，較易產生血腫或瘻管，而電極止血的頻繁燒灼，易造成無血管的壞死，疤痕可能很深，對生產時子宮收縮的抵抗力亦可能較差。對有腹腔鏡子宮肌瘤切除史之孕婦，產前檢查期即須謹慎，告知有子宮破裂的可能性、如何緊急應變、和可能行剖腹生產。對於沒有症狀的肌瘤，除非證實壓迫到輸卵管，或用盡方法查不出其他不孕的原因，原則不應施行手術。

關鍵字：腹腔鏡子宮肌瘤切除 (laparoscopic myomectomy)、
子宮破裂 (uterine rupture)

前言

腹腔鏡手術因為傷口小、痛少、進食早、用藥少、住院短、術後美觀及沾黏少，加上新技術健保的給付較高及醫師對新技術的宣傳，使許多病患一旦診斷出有良性婦科病灶，便要求醫師以腹腔鏡治療，子宮肌瘤切除亦是其中一項，但腹腔鏡子宮肌瘤切除的困難度高，手術時間會延長和出血量多。手術後又可能產生寄生型 (parasitic) 肌瘤，和懷孕後子宮破裂的風險。腹腔鏡子宮肌瘤切除，須靠細長的器械來綁線，但細長器械末端的力量，

有時會比用手綁線的力量不精準，使組織間的接合較差；縫合處及切面止血有時困難，易產生血腫，甚至有子宮-腹腔瘻管（uterine peritoneal fistula）的產生，止血靠電燒，如太頻繁會導致組織纖維化，這些都是將來子宮破裂的因素。本文回顧有關腹腔鏡子宮肌瘤切除後，在懷孕期中產生子宮破裂的文獻，作一回顧檢視，以供同仁參考。

病例一

1995年，Dubuisson等曾報告一位31歲不孕症婦女，曾以腹腔鏡切除長於子宮後壁肌肉層內的3cm肌瘤，肌瘤以單電極切開後取出，止血以雙電極和3-0 Vicryl縫線作間斷性縫合，手術過程順利。1七週後，腹腔鏡追蹤檢查，經子宮灌入methylene blue時，紫色藥水由原子宮肌瘤切口縫合處逸出，表示有瘻管，乃以3-0 Vicryl做8字型線縫，重覆methylene blue試驗證明有改善。1年後，因患者仍未懷孕，以試管嬰兒和胚胎植入得1單胞子宮內懷孕。產前檢查正常，至妊娠34週時，因急性腹痛和胎心變慢，立刻進行剖腹生產，發現子宮後壁頂部有一大的裂口，胎兒和胎盤在擴大裂口後娩出，子宮以2層間斷性縫合，胎兒Apgar scores在1分鐘時為3，在5分鐘時為5，後來嬰兒漸漸復原，母親也順利出院。

病例二

2001年，Oktem等報告一位29歲的婦女，在懷孕17週時子宮破裂。2患者在8年前因不孕症，經輸卵管攝影和超音波檢查，顯示在右側子宮角有一顆3x4cm漿膜下肌瘤，接受了單電極肌瘤切除和止血，未做傷口縫合，傷口有約1/4肌層深度的缺陷。術後輸卵管攝影顯示兩側輸卵管和子宮腔皆正常。

患者在2年後因仍未懷孕，用排卵藥治療無效，做了第二次腹腔鏡檢，子宮上除以前肌瘤切除部位有疤痕外，沒有任何異常。再6年，患者在自然懷孕後急性腹痛求診，陰檢無出血，子宮頸正常。超音波檢查見子宮內有正常17週大小之胎兒，因患者的生命徵兆快速惡化，血紅素在2小時內由12下降至8mg/dL，立刻施行剖腹產。手術時發現嚴重腹腔內出血，胎兒浮在血中且已死亡，子宮破裂胎盤已分離。子宮在肌瘤切除之疤痕部位破裂，約3cm長。經以2層polyglactin縫合後，患者手術後第4天平安出院。表示手術後8年懷孕，仍有子宮破裂的可能性。

病例三

2004年，Lieng等報告一位35歲的婦女，因不孕症切除一顆4cm有蒂的子宮後壁肌瘤，蒂的直徑有2-3cm寬，先以雙電極燒灼蒂部，再以單電極切除肌瘤，沒有使用縫線縫

合。3 患者在術後 6 週經試管嬰兒和胚胎植入受孕，除在第一、二孕期各有一次陰道出血外，懷孕過程尚稱順利，但在 35.5 週時，因右上腹疼痛 3 天住院，疼痛會放射至背部和肩部，理學檢查患者臉色蒼白，血壓為 80/50 mmHg，脈搏每分鐘 108 次，腹部有壓痛，胎兒心跳為每分鐘 70 次，於是患者接受緊急剖腹生產，發現在腹腔中有 2000 mL 血液，剖下之女嬰，Apgar 分數在 1、5、和 10 分鐘分別為 2、8、和 9 分。手術中發現在子宮後壁頂部有一 4 x 5 cm 裂開，胎盤由裂口處逸出並予娩出，乃將破裂的後壁和前壁切口縫合，患者在 11 天後順利出院。該作者判斷上次切除之肌瘤部份深入子宮肌肉層中，或與單電極電燒灼過深有關。建議在肌瘤切除後至少等 3 個月，讓傷口癒合，再做試管嬰兒。

病例四

2009 年，Goynumer 等報告一位 32 歲首次懷孕約 17 週之患者，因骨盆腔與腹部疼痛、陰道出血、心悸、呼吸困難、噁心、嘔吐來求診。患者在 3 年前以腹腔鏡單電極 (monopolar) 在子宮頂部，以橫切取出一 4 cm 的肌層內 (intramural) 肌瘤，再以單電極止血和用 1-0 polydioxanone 線縫合肌肉層和漿膜層。4 患者住院後，血壓、呼吸、血液、和凝血功能正常，腹部檢查子宮約 4 個月大小有反彈痛，子宮頸未開，沒有壓痛，但有少量血由子宮口流出。腹部超音波檢查有一 17 週大已死亡的胎兒，羊水量正常，胎盤外觀正常。右側附屬器有一 34 x 28 mm 實心囊狀結構，與盲腸炎不能區別。患者再以電腦斷層檢查，發現妊娠囊不在子宮內，子宮邊緣不清楚，腹腔中有中等量液體，血紅素由 10.6 下降至 9.6 g/dL，腹痛漸漸轉劇，有腹肌僵直和反彈痛。

在子宮破裂或盲腸炎的臆測下，患者接受剖腹探查。手術採用中線直切，進入腹腔後，發現有羊膜完整的死胎在右側小腸旁，腹腔內有血約 200 mL，在子宮頂部有一 6 x 7 cm 橫斷裂口，但破裂傷口處已無出血。將妊娠物取出後，子宮破裂傷口以 polyfilament 做 2 層縫合，患者第 5 天平安出院。該作者認為此次破裂乃以前腹腔鏡肌瘤切除所造成，可能因單電極電燒止血所造成之疤痕組織夠強，或因縫合層次不足，致在第二孕期即發生子宮破裂，認為以傳統剖腹做肌瘤切除較為理想。

討論

在腹腔鏡子宮肌瘤切除術後，對未來懷孕後的子宮破裂，依上述病例之討論，應考慮如下：

1. 如已有子宮破裂，下次懷孕是否會再發生？
2. 經腹腔鏡或經剖腹的子宮肌瘤切除，二者在懷孕後的子宮破裂是否有不同？
3. 子宮肌瘤切除後，需隔多久才適宜做人工生殖？

經傳統剖腹和經腹腔鏡的子宮肌瘤切除後，子宮破裂的機率均很低，根據文獻的報告比較，兩種方式後來的懷孕率和生產結果沒有差異，少有子宮破裂的報告。雖然有些專家建議在肌瘤切除後的懷孕需考慮剖腹產，但也認為漿膜下和有蒂的肌瘤，應不會增加子宮破裂的風險，而且，所有報告的子宮破裂皆發生在產痛開始時。根據 Lee 等 2009 年的報告，在 11 位腹腔鏡切除肌瘤後子宮破裂的病例中，子宮肌瘤的類型（肌肉層內或漿膜層下）、切除肌瘤的數目（一個或多個）、肌瘤的大小（1 至 5 公分），是否有進入子宮腔、和手術後的間距（短時間和長時間），都與破裂無關聯，認為很難對這些問題下一定論。5 這 11 位病例中第一次懷孕者有 9 位、3 位沒提及，最後有 8 位活胎、3 位胎死腹中；由上次手術後至懷孕間距由 1.5 至 96 個月；肌瘤大小由 1.2 至 5 公分；肌瘤數目 1 顆者有 8 位、2 顆者有 1 位、2 位沒有說明；手術時切開子宮腔者有 3 位、沒有切開者有 5 位、3 位沒有說明；子宮以縫線縫合者有 1 位、沒有縫合者有 5 位、5 位沒有說明。其實，Oktem 等在 2001 年已由文獻收集到 11 例腹腔鏡肌瘤切除後子宮破裂的病例，加上自己的 1 例共 12 例，2 而 Nezhad 等也報告了 2 例第三孕期的子宮破裂。6 另外 Asakura 等在 2004 年曾檢視文獻，找到 13 例經腹腔鏡子宮肌瘤切除後的子宮破裂 4。根據 Oktem 等的評估，在 100 位腹腔鏡子宮肌瘤切除後懷孕者，子宮破裂的機率为 1% (95% CI 0-5.5%)。

腹腔鏡子宮肌瘤切除日漸普遍，懷孕後子宮破裂的比例，因通報不確實，未見大規模統計分析，尚無法評估其危險性。Asakura 等認為子宮破裂在胎心監視的早期最常見的徵兆為胎心不確定 (non-reassuring)，次為胎心變異性減速 (variable deceleration)，最後變為晚期性減速和心跳停止。7 臨床徵兆則包括：腹痛、陰道出血、摸不到胎兒先露部 (presenting part)、低血壓、和休克等。所以在腹腔鏡子宮肌瘤切除後之懷孕，要小心監視產程，必要時迅速剖腹生產。

腹腔鏡輔助的腹式肌瘤切除 (laparoscopic-assisted abdominal myomectomy, LAAM) 乃指經腹腔鏡將肌瘤定位和橫切後，在恥骨上作一 4-5 cm 切口，以傳統開腹手術將肌瘤切除和子宮縫合。是否會減少術後懷孕之子宮破裂並不清楚。

結論

不論是經剖腹或經腹腔鏡的子宮肌瘤切除後，如果患者後來懷孕，都要小心有子宮破裂的可能性，雖然許多報導認為不會影響懷孕的結果。尤其在腹腔鏡子宮肌瘤切除手術中，縫合困難度有時較高，縫合接合面可能不夠緊密，較易產生血腫或瘻管，而電極止血的頻繁燒灼，易造成無血管 (avascular) 的壞死，疤痕可能很深，對生產時子宮收縮的抵抗力亦可能較差。如以鉗子作短暫性的子宮動脈阻塞，再做腹腔鏡肌瘤切除，因出血少縫合傷口不必太急，並可減少燒灼，可能為另一變通方法。8-9 對有腹腔鏡子宮肌瘤切除史之孕婦，產前檢查期即須謹慎，告知有子宮破裂的可能性、如何緊急應變、和可能行剖腹生產。

對於沒有症狀的肌瘤，除非證實壓迫到輸卵管，或用盡方法查不出其他不孕的原因，原則不應施行手術。

參考資料

1. Dubuisson JB, Chavet X, Chapron C, et al. Uterine rupture during pregnancy after laparoscopic myomectomy. Hum Reprod 1995; 10: 1475-7.
2. Oktem O, Gokaslan H, Durmusoglu F. Spontaneous uterine rupture in pregnancy 8 years after laparoscopic myomectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001; 8: 618-21.
3. Lieng M, Istre O, Langebrekke A. Uterine rupture after laparoscopic myomectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11: 92-3.
4. Goynumer G, Teksen A, Durukan B, et al. Spontaneous uterine rupture during a second trimester pregnancy with a history of laparoscopic myomectomy. J Obstet Gynecol Res 2009; 35: 1132-5.
5. Lee CL, Wang CJ. Laparoscopic myomectomy. Taiwan J Obstet Gynecol 2009; 48: 335-41.
6. Nezhat CH, Nezhat F, Roemisch M, et al. Pregnancy following laparoscopic myomectomy: Preliminary results. Hum Reprod 1999; 14: 1219-21.
7. Asakura H, Oda T, Tsunoda Y, et al. A case report : change in fetal heart rate pattern on spontaneous uterine rupture at 35 weeks gestation after laparoscopically assisted myomectomy. J Nippon Med Sch 2004; 71: 69-72.
8. Dubuisson JB, Fauconnier A, Deffarges JV, et al. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy. Hum Reprod 2000; 15: 869-73.
9. Hockstein S. Spontaneous uterine rupture in the early third trimester after laparoscopically assisted myomectomy. J Reprod Med 2000; 45: 139-41.

【轉載台北縣醫誌 2010 年第 8 期醫政廣場】

麻醉護理師 支援診所違法嗎？

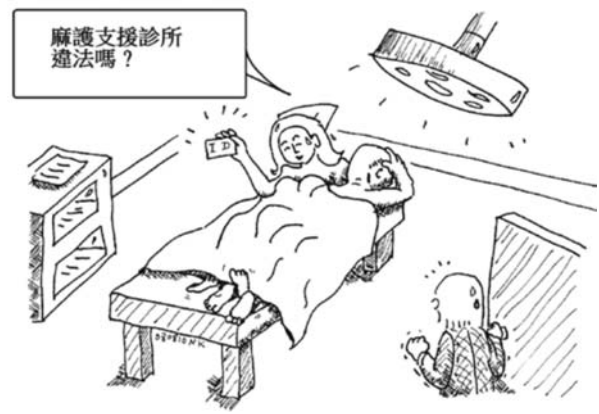


周天給 常務理事

- 國立政治大學法學碩士在職專班
- 財團法人思源醫療基金會常務董事
- 台北縣醫師公會理事

根據

台灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號刑事判決認定理由：「麻醉係屬醫師法第二十八條第一項所稱之醫療業務行為……此項醫療業務行為原則上須取得合法醫師資格者始得為之，雖例外在醫療機構於醫師指示下之護士亦得為之（醫師法第二十八條第一項規定參照），惟在醫師指示護士為醫療業務行為情況下，醫師對依其指示而為醫療業務行為之護士，本當負有指揮、監督之責。醫療業務既屬醫師之權限，雖可於一定條件下委由護士執行，但仍須在醫師之指示下為之，護士不得單獨執行醫療業務。則在醫師將醫療業務交由護士執行時，對於護士之行為，自應負指示及監督之責。倘醫師未盡指示、監督之責，致護士執行醫療業務具有疏失，醫師亦須負監督不週之過失責任。」由此可知，目前各醫療院所有麻醉護理師經由報備衛生局，而前往各報備醫療診所施行麻醉之醫療輔助行為時，均須在醫師指示下，始能執行。因此，若麻醉護理師擅自執行醫療業務，可能違反醫師法第 28 條規定，得處六個月以上五年以下有期徒刑，能不慎之。



醫師指示下之麻醉—輔助醫療行為

有關醫師未具麻醉專科醫師資格，是否可以執行麻醉行為¹，或指示麻醉護理師施執麻醉之輔助行為？因為我國對麻醉行為目前無類似醫事麻醉師法之立法，而麻醉係屬醫師法第二十八條第一項所稱之醫療業務行為（見行政院衛生署八十八年十一月五日衛署醫字第八八〇六四二六五號函）。因此，麻醉是屬於醫療行為。依此，目前我國婦產科醫師雖未具麻醉專科醫師資格，仍可以執行麻醉行為¹。尤其醫師遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延，此於醫療法第四十三條第一項亦有明定。當然，按照醫療法第七十三條規定：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。」因此，醫師若欲指示麻醉護理師執行麻醉輔助行為，亦應做麻醉前評估，如限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。至於麻醉是否屬於醫療輔助行為？按依護理人員法第二十四條規定，護理人員之業務³包括侵入性治療、處置之護理及其他經衛生主管機關認定的醫療輔助行為等。所以我國現行醫事法上，麻醉行為屬於護理人員法第二十四條所稱醫療輔助行為，麻醉護士可以在醫師指示下，執行麻醉行為⁴。

結語

綜合以上所論，非專業資格人員所為之醫療行為，自屬違反專門職業人員管理法令而有處罰之規定，譬如上文所述，麻醉護理師乃未具合法醫師之資格，若無醫師之指示及監督下，而擅自執行醫療業務，依醫師法第二十八條規定，應予處罰。又依據醫師法第七條之一規定，醫師經完成專科醫師訓練，而取得專科醫師資格，乃係為提昇醫療品質，然鑑於實務需要，醫師法亦無限制非麻醉專科醫師不得執行麻醉醫療業務。但是，朝著邁向提昇醫療品質，在有足夠麻醉專科醫師人員投入醫療麻醉工作，則此爭議即可一一解除。但是，由於麻醉專科醫師缺乏，參照醫師法第二十八條第一項規定，則例外在醫療機構於醫師指示下之領有證照麻醉護士亦得為麻醉業務工作，惟在醫師指示下，護士始能為此麻醉醫療業務，且醫師對依其指示而為醫療業務行為之護士，應當負有指揮、監督之責。

註解

1 「台灣現行的衛生法規中，關於醫事人員，例如藥劑師、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師等等，大多在相關法規內明訂出其業務範圍，但惟獨醫師法，則無論關於醫師業務的具體範圍，或關於醫療行為的定義，皆都不明確。」又「衛生署於1976年4月6日曾以衛署醫字第10788號函定義醫療行為，謂：「凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺或保健目的，所為之診療及治療，或基於診察、診斷結果而以治療為目的所為之處方，或用藥等行為全部或一部之總稱，謂為醫療行為。」依此，醫療目的，即以

治療、矯正、預防為目的；醫治行為，即有診查、診斷、治療等行為；用藥行為，即有處方、用藥等行為。因此，為病人洗眼睛或上藥膏，係屬醫療行為。1992年8月11日行政院衛生署又以衛署醫字第8156514號函謂：「醫療行為係為指凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部之總稱。」因此，對「醫療行為」範圍綜合如下：1.具診療目的性且有實質診治行為者，2.行為雖非具診療目的性，但含處方藥物、或對人體有侵犯性，或已達影響或改變人體結構及生理機能者。除此之外，皆非為醫療行為之範圍。請參照周天給，醫療糾紛之醫師民事責任之探討，國立政治大學法學院碩士論文，頁9-12，2010年6月。

- 2 請參照衛署醫字第87054821號函：「(一)麻醉屬醫療業務範圍，依醫師法規定，凡具醫師資格者，均得執行，依法應不得以行政命令限制非麻醉專科醫師不得執行麻醉醫療業務。(二)又醫療業務在性質上本為一體，各科醫療業務實無法嚴格分割，至於專科醫師制度之實施，依據醫師法第七條之一規定，醫師經完成專科醫師訓練，得參加專科醫師甄審，請領專科醫師證書，乃係為提升醫療品質，對已取得醫師資格而繼續接受臨床專業訓練者，所具醫療「專長」之一種認定。具專科醫師資格之醫師固可從事該專科範圍內之醫療業務，而未具專科醫師資格之一般醫師亦無法限制其不得從事專科範圍內之業務。(三)醫療業務係屬一類自由職業之專業服務，以法令限制其服務量，似不符自由職業之本質，且依醫學專業倫理，醫師遇有危急病人不得無故拒絕招請或無故延遲；醫事法第四十三條第一項亦明定，醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延。因此，以法令限制醫師之服務量，超過即不得提供服務，尚非適宜，執行亦有困難。」
- 3 按依護理人員法第二十四條規定，護理人員之業務包括1.健康問題之護理評估；2.預防保健之護理措施；3.護理指導及諮詢；4.醫療輔助行為。何謂醫療輔助行為？依衛生署82.6.29衛署一字第8246034號函：一、侵入性檢查之護理；二、侵入性治療、處置之護理；三、各項手術全程護理；四、分娩全程護理；五、放射線檢查、治療之護理；六、化學治療之護理；七、氧氣療法、光線療法之護理；八、恢復室、加護病房（含精神科保護室）、洗腎室、急診室病人全程護理；九、住院病人、暫留病人口服藥物的投與；十、生命徵象監視器的監視；十一、住院病人生命徵象測量與評估；十二、其他經衛生主管機關認定的醫療輔助行為。
- 4 臺灣彰化地方法院94年度訴字第1674號判決(節)：醫師法第二十八條第一項固規定：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。」，惟該條第一項但書亦規定，合於下列情形之一者不罰：「二在醫療機構於醫師指示下之護理人員、

助產人員或其他醫事人員。」。又護理人員之業務如下：一健康問題之護理評估；二預防保健之護理措施；三指導及諮詢；四醫療輔助行為。前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之；護理人員法第二十四條亦有明定。而護士在醫師指示下執行「醫療行為」，不限於是醫師眼睛能見度範圍以內；單純替病人注射針劑，核係醫療行為，未具醫師資格人員得依醫師處方指示為之，惟該行為所產生之責任應由指導醫師負責；合格護士在醫院診所內，依醫師處方為患者施打針劑，應屬合法，並不以醫師親自在場指導為限；護士在醫師指示下，協助醫師執行麻醉工作，尚無不可；業經行政院衛生署分別以六十七年十月二日衛署醫字第 0 六四六三號、七十四年十月十五日衛署醫字第五五八九一七號、七十六年十月十三日衛署醫字第六九三四 0 七號、八十四年十一月二十七日衛署醫字第 00000000 號函解釋在案，有各該函釋在卷足稽。……又施行麻醉，係屬連續性之醫療措施，麻醉計畫之完整醫療過程，包括麻醉前之評估（包括病人病況是否適應麻醉、有無特殊體質史、採取何種麻醉方式、麻醉藥劑之選擇、用量……）、執行麻醉之醫療輔助行為、麻醉過程中之生命徵象監測及相關用藥、處置與麻醉結束後之病人護理照護等；另查注射藥物係屬侵入性治療、處置；次查『輔助施行侵入性治療、處置』，係屬護理人員法第二十四條第一項第四款所稱醫療輔助行為之範圍；爰此，有關麻醉計畫之擬定、診斷及處方，應由醫師親自為之，至該計畫執行過程中之藥物注射（例如靜脈注射）、生命徵象監測及評估等醫療輔助行為，得指示護理人員本其專門職業法律規定之業務執行。是以，本案護理人員如依前述規定執行護理業務，尚無違反醫師法第二十八條第二款之規定。……至醫師法第二十八條第二款所稱『指示』，係指醫師就特定病人診察後，得交由護理人員、助產人員或其他醫事人員，依各該專門醫事人員職業法律之規定（如護理人員法、助產人員法或醫事檢驗法等）執行醫療輔助行為，所為之口頭或書面醫囑而言。而該『指示』，可由醫師視工作狀況，自行斟酌指示方式，尚不以在場為要件。本件護理人員如係依據醫師醫囑之麻醉方式及麻醉藥劑量而施行麻醉打針行為，應認屬於醫師『指示』下之協助麻醉行為。……且由本案事證中，尚難證明被告乙○○除受被告戊○○指示為告訴人丁○○進行半身麻醉及硬脊膜外自體血液修補術外，更有其他擅自執行診察、診斷及治療等醫療行為，自不能遽認被告乙○○有逾越護士權限而進行醫療行為之犯行。……應無違反醫師法第二十八條之規定明確。

陽光墾丁、南仁湖風情三日遊

劉裕森醫師

天慈婦產科診所



揮別溼冷的北台灣，來到和煦的南台灣渡假，是非常 nice 的選擇！似乎，已是一種期盼，一種憧憬，參加婦產科學會舉辦的活動，成為我們生活中必然的一環。這些年來，在前理事長蔡明賢帶領下，歷經蘇聰賢校長、楊友仕主任、蔡鴻德主任，到如今上任的謝卿宏等理事長，及學會所有默默付出辛勞的工作團隊，共同協力耕耘之下，會務蒸蒸日上，不論在國內或國外，都有最佳的風評及表績！感謝學會每年兩次寒暑假的旅遊活動，不但能促進醫師間的互動，更能增進親情，已往只有二日遊，此次三日遊能吸引全國二百多位醫眷，來自四方，共襄盛舉，這是難得的創舉啊！

齊集在火車站，久別重逢的喜悅，一聲聲親切的問候，溫暖了每個人的心。搭乘便捷的高鐵，坐擁舒適的空間，才兩個多小時光景便抵達海生館！國立海洋生物博物館共分為台灣水域館、珊瑚王國館及世界水域館，展館豐富！看到了久違的熱帶魚群，格外感到親切熟悉，走在海底隧道中，欣賞到繽紛十采的魚群掠過，好是興奮！最可愛的莫過於白鯨寶寶囉，只是，怎麼變得那麼胖呢?!欣賞可愛的白鯨特技表演，奔躍、頂球，可愛的模樣，博得滿堂彩，看著工作人員猛給獎勵，猛給牠吃魚，難怪！有如此壯碩的身材。聽說目前，也有夜宿海生館，體驗與魚群共眠的活動，真真不錯的呦！關山賞夕陽的行程，因天氣使然而取消，有點可惜！

第二天，起了一大早！旅遊的心，總是讓我們特別珍惜每一段時光，慕名已久的南仁湖，如今能一償宿願，難掩喜悅之情！南仁湖生態保護區為墾丁國家公園所管轄，屬於國內少數低海拔原始森林，各式各样的爬蟲類、兩棲類、哺乳類生物相當豐富。需憑身分證才可進入，在入口處，大夥兒紛紛選取了當地提供的登山杖助行，搭配登山裝備，每個人頓時顯得帥氣十足，紛紛拍照留影作紀念！



穿著舒適的登山鞋，一行人有說有笑地往山徑小路走去！手冊上記載：保護區內擁有暖溫帶、亞熱帶與熱帶雨林共存的特殊景觀，學界稱為「植物壓縮效應」，也因此具有豐富的生物資源。一路上，邊走邊欣賞沿途物相的變化，隨著標誌，愈走愈近，內心也莫名的興奮起來！由於孕育著上千種植物與各類野生動物，須經許可，方能進入生態保護區，我們都需要有如此之共識，來保護這塊土地，愛護這塊土地！走出了山林，如柳暗花明般，頓時！眼前一片空曠的景觀呈現，尤其，那一片綠絨絨的草地，忍不住想去擁抱這一片綠！清澈的湖水倒映下，風輕拂臉頰，令人陶然！

山區道路由於前這幾天的陰雨，成為泥巴路，望著眼前這段泥濘路，勇往直前，腳上的鞋，曾幾何時，已如彩繪般熱鬧！女兒瑄的長褲更是一絕，吸引了眾人的目光！終於來到南仁湖 4.3 公里處，開心的拍下紀念照。環視四方，南仁山、南仁湖今日終能揭開其神秘的面紗，一睹風貌，誠屬彌足珍貴。



回程中，大夥兒錯身而過時〈學會成員人數眾多，分成二梯次〉，總是相互寒暄、鼓勵，讓人倍覺溫馨！想起三年多前，也是參加學會攀登玉山的壯舉，當時，上下山的登山者相互擦身而過時的景象，如出一轍！



能想像在美麗的墾丁沙灘上，享受著雞尾酒，和親愛的友人敘敘舊、談談心，欣賞落日餘暉的景象嗎？此次，學會貼心的安排，讓大家暫時忘卻忙碌，清閒又自在的享受這浪漫的一刻。瞧！孩子們開心的玩堆沙遊戲，大人們漫步海邊，此情此景，深深難忘！此行，又遇見袁樹化醫師賢伉儷，感到特別開心，曾經共遊南非的美好回憶，再次湧現。更開心地是遇到老同學蔡啟安和許武松，老友相聚聊聊天，份外珍惜！



晚宴上，蔡前理事長的一席話，讓人好生感動！身為婦產科醫學會的一員，與有榮焉，

相信在謝理事長帶領下，更能發光發亮，再創佳績！沒想到一曲「愛情的力量」博得如此多掌聲，心中感到想必唱出大家的心聲吧！哈哈…

三日遊讓人感覺特別輕鬆自如，也更有度假的Feeling。上午，要到社頂公園一遊。南台灣真是豔陽高照，大家跟隨導覽解說員，沿著林蔭步道，魚貫而行，不由然形成一條人龍。公園內規劃了數條賞遊步道與觀景亭，都仍保留了原始風貌，來到小峽谷〈又名小裂谷〉，穿梭於礁岩小徑之間，格外有趣！終於大家齊聚在社頂公園的大草原上，拍團體大合照，留下最美麗的回憶。每一次的活動，都是最美麗的曾經！由於這兒的地形，遍佈珊瑚礁岩、石灰岩洞、峽谷、灌木林...，值得一遊。而大峽谷屬巨大的礁岩，其間的裂縫，更長達 50 公尺，峽谷頂端樹林交錯，光線從中輕瀉而下，如一幅畫！姑且挑戰一下自己的能耐，攀爬之，其實，並不會太陡峭，倒是像小孩般，興奮的爬上爬下的，開心之至！

中午來到寶島的最南端，鵝鑾鼻燈塔，望著太平洋、巴士海峽和台灣海峽的海天麗景，不禁祈求老天爺：請保佑疼惜咱們美麗的 Formosa！

午餐享用知名的屏東豬腳後，踏上回程，結束難忘的墾丁三日遊。

愛上學會舉辦的活動，從中不但讓我們能增長親情，還有更多機會去認識更多的同行夥伴，無論是前輩寶貴經驗的傳承，或與後進的醫學交流，透過如此輕鬆自如的活動，都能發揮得淋漓盡致！我們好比是一個個活躍的音符，感謝學會用尊重、貼心、用心與熱心



來為我們譜出生命中美麗的樂章！親愛的您，在忙碌緊張，充滿壓力的生活中，不要忘了，多多愛護一下自己！暫時，放鬆一下，來參與學會為我們精心安排的自然之旅吧！

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台北市立萬芳醫院 (委託財團法人私立臺北醫學大學辦理)	婦產科 住院醫師 (R1、CR) 各 1 名	◎徵才條件： 1. 國內外各大學院校醫學系、學士後醫學系畢業。 2. 外籍醫師或國外醫學院校畢業者，需領有我國西醫醫師證書。 ◎報名方式： 備妥下列資料，請寄「116 台北市文山區興隆路三段 111 號 台北市立萬芳醫院人力資源室收」。 1. 履歷表 (請至 http://www.wanfang.gov.tw (萬芳醫院首頁→人員募集(首頁左邊)→福利制度及應徵方式→履歷表單下載)) 2. 自傳 (A4 格式一張，約 500-1000 字，中英文皆可) 3. 兩吋照片*1 4. 身份證影本*1 5. 所有證書影本*1*(畢業證書、醫師證書等...)		
永和市 婦產專科醫院	婦產科女醫師	全職、兼任、支援皆可。待遇優，竭誠歡迎加入我們的行列 意者可傳真或寄履歷至： FAXL：02-29235163 Email：birth@drko.com.tw	02-29235133 分機 2212	楊小姐
樂生婦幼醫院	婦產科 主治醫師	待遇優、環境舒適、醫療團隊氣氛佳	0926-650065	司小姐
三重惠心婦幼診所	婦產科 專科醫師	需接生，待遇特優，高 PPF，醫療團隊氣氛佳，可入股，口碑好	02-29810568 0938-037859	吳小姐
台北縣婦產科診所	婦產專科醫師 (男女不拘)	看診、不值班可。	0935-107-177	管理部 張主任
板橋地區醫院	婦產科 專科醫師	醫師退休，誠徵有意獨立作業之婦產科醫師，每月營業額 200~250 萬，月入 50~100 萬，希有創業精神之年輕醫師承接。	0958-873395	劉特助
長榮醫療體系 新長偕婦幼聯合診所 中壢長榮醫院	婦產科 專科醫師	本院地點佳、病患多、高 PPF、發展最佳，比醫學中心及開業更多的選擇	03-4631230 分機 1902	張小姐
送子鳥診所	婦產科 專科醫師	除了千篇一律的服務模式外 您也可以改變命運 歡迎「轉身」讓人生更美好	03-523-3355 分機 102	朱小姐
新竹市 江美麗婦產科診所	專、兼任婦產科、內科、家醫科等醫師	只看門診、不接生、待優	0958-196951	江先生
台中縣婦產科診所	婦產科 專科醫師	保障薪、待遇優、可值班、環境佳	0939-593159	賴小姐
台中縣婦產科診所	婦產科 專科醫師	須接生，可值班	0939-441615	林醫師
光田醫療社團法人 光田綜合醫院	婦產科 主治醫師 住院醫師	1. 本院特色： (1) 光田醫療體系-弘光科技大學提供取得教職機會(已有論文發表者優先兼課)及研究計劃。 (2) 有提供眷舍及單身住宿。 (3) 論文發表及口頭報告頒發獎金 (最高 240000 元/篇)。 (4) 每年提供高領研究經費補助院內專題研究計劃及產學研究計劃之申請。 (5) 其他福利可上本院網站查詢 http://www.ktgh.com.tw 。 2. 報名方式:有意者請將履歷郵寄或 mail 至本院 3. 待遇：面議 4. 聯絡地址：43303 台中縣沙鹿鎮沙田路 117 號(人力資源組) 5. 電子郵件地址:hrm@ktgh.com.tw	04-26625111 分機 2016	胡小姐

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 敬請意者至本院網址： http://www.tzuchi.com.tw 下載履歷表、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 台中慈濟醫院 人力資源組王小姐收，或電子郵件地址： kelen_wang@tzuchi.com.tw	04-3606-0666 分機 3739	王小姐
皓生婦幼醫院	婦產科 專科醫師	待遇優、環境佳 另誠徵各專科醫師，不限科別	04-8379560	邱小姐
新惠生醫院	女婦產科 專科醫師	1. 純門診不值班，待遇優 2. 本院環境優美舒適，團隊陣容堅強 3. 徵求有服務熱忱醫師加入我們行列	04-25228792 分機 3108 0933-554406	羅小姐
國立成功大學醫學院 附設醫院斗六分院 http://d6www.hosp.ncku.edu.tw/	主治醫師	資格條件： 1. 國內各醫學院醫學系畢業或經教育部承認之國外醫學院醫學系以上畢業，具備「醫事人員人事條例」任用資格。 2. 具有衛生署認可之專科醫師證書，及已考取次專科醫師證書（無次專證書，但即將參加次專科醫師資格考試者亦可）。 3. 具有 ACLS 證書者尤加。 工作地點： 雲林縣斗六市莊敬路 345 號 （成大醫院斗六分院） 應徵方式： 意者自即日起，備妥本院醫師甄選基本資料表請至本院網站下載，貼妥照片，檢附身份證（正、反面）、學歷證書、醫師證書、專科醫師證書等相關證件影本各乙份，郵寄至本院院長室收。 郵寄地址： 雲林縣斗六市莊敬路 345 號（信封請註明：應徵主治醫師）	05-5332121 分機 6005 Email: viven@dou6.hosp.ncku.edu.tw	院長室 余懿紋 小姐
台南郭綜合醫院	1. 婦產科 主治醫師 2. 婦女泌尿 專科醫師	待遇特優，有保障薪。意者請 E-mail 履歷表至本院信箱： kgh@kgh.com.tw (醫院) 或 yisu@kgh.com.tw (蘇主任)	06-2221111 分機 5505	人事室 蘇雅嬪 主任
屏東安和醫院	婦產科醫師 （需具備專科 醫師執照）	PPF 無上限，上班地點：屏東市或屏東潮州鎮，本院現有婦產科醫師 10 名、小兒科醫師 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
鳳山婦產科診所 退休廉租		可使用面積 280 坪左右 DR、OR、BR 設備全，現看診中。	0919646486	
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	

編 後 語

劉嘉輝

婦產科給付偏低風險高及生育率偏低，為目前婦產科醫師之困境，謝理事長呼籲新上任邱署長能重視此一問題，設立生產風險基金，增加給付及多參考學會提供之意見，真正聽到大多數婦產科醫師的心聲，如不其然，黃秘書長的憂慮「如果孕婦找不到醫師接生」可能成真。但權利是必須爭取的，希望會員能各盡所能，讓學會去為我們爭取較合理的權益。禽流感 H5N1 仍未完全退場，每位會員最好參閱秘書處公告事項，善盡婦產科醫師之職責。

目前國內全面新生兒 B 肝疫苗施打，但仍有「依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 行肝炎表面抗體陰性者」，有衛生署專家之建議做參考。人工生殖資料通報在開始使用排卵藥時就必須通報，以免受罰。婦科內診不算是侵入性檢查或治療，讓各位會員放下心中之一塊大石頭。

非關遺傳之胎兒性別篩選或流產，為醫師法規定不得從事之醫療行為。本年度婦、兒、外科門診診察費可望調高 17 %。子宮鏡手術後如何減少子宮腔沾黏，高雄榮總崔主任有詳盡的討論；子宮破裂為婦產科醫師之惡夢，李主任對腹腔鏡子宮肌瘤切除後之子宮破裂有很實用的經驗談。醫師仍必須為支援診所之麻醉護理師，負有指揮、監督之責，詳情請參閱周常務理事之論文。

元宵過後，春天的腳步近了，劉裕森醫師的陽光墾丁、南仁湖風情三日遊，文圖情並茂，也提醒大家下個月在陽光普照的高雄開年會，把握每年一次之聚會。

◎172 通訊繼續教育答案◎

題目：子宮鏡手術術後減少沾黏
方法之現況

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

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4829
傳真：(02) 2209-1476

台灣婦產科醫學會

收

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
110220-4	更年期全方位照護醫師研習課程	台灣更年期醫學會	台中亞緻飯店 27 樓 ROOM1	02月20日 08時30分	02月20日 12時20分	B	3分
110220-1	婦產科醫療發展研習課程 (高雄)	台灣婦產科醫學會	高雄金典酒店	02月20日 09時00分	02月20日 12時00分	A	1.5分
110220-2	超音波指引下之乳房鈣化點切片檢查	中華民國醫用超音波學會	三軍總醫院 B1 第一會議室 (請核給乙類積分 3 分)	02月20日 09時00分	02月20日 15時40分	B	3分
110220-3	1.乳癌之篩檢診斷及治療 2.高血壓與高血脂關係與處理 3.生殖醫學新境界	台中市醫師公會	行政院衛生署台中醫院 12 樓大禮堂	02月20日 13時30分	02月20日 17時00分	B	2分
110220-5	更年期全方位照護醫師研習課程	台灣更年期醫學會	新竹國賓飯店 13 樓 會議 AB 室	02月20日 13時30分	02月20日 17時20分	B	3分
110226-1	Promoting Women's Health-Cardiovascular Disease in Women	中華民國血脂及動脈硬化學會	台中裕元花園4樓西側包廂	02月26日 13時30分	02月26日 18時00分	B	3分
110227-1	婦產科醫療發展研習課程 (台中)	台灣婦產科醫學會	台中裕元花園酒店	02月27日 09時00分	02月27日 12時00分	A	1.5分
110228-1	腹腔鏡手術在子宮內膜癌治療上的角色	台灣婦癌醫學會	林口長庚醫院兒童醫院 12K 第三會議廳	02月28日 09時50分	02月28日 14時10分	B	3分
110304-1	婦女骨盆腔良性腫瘤	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	03月04日 12時30分	03月04日 14時30分	B	1分
110305-1	2011 台灣婦女健康學會年會暨「產後婦女健康照護」學術研討會	臺灣婦女健康學會	集思台大會議中心-蘇格拉底廳(台北市羅斯福路四段 83 號 B1)	03月05日 12時30分	03月05日 17時40分	B	4分
110305-2	Promoting Women's Health-Cardiovascular Disease in Women	中華民國血脂及動脈硬化學會	台北西華飯店 4樓元明清廳	03月05日 13時30分	03月05日 18時00分	B	3分
110306-3	更年期全方位照護醫師研習課程	台灣更年期醫學會	台北福華飯店 4 樓 405 室	03月06日 08時30分	03月06日 12時20分	B	3分
110306-1	婦產科手術預防沾粘(中區)	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、中山醫學大學附設醫院婦產部	中山醫學大學正心樓二樓 0211 階梯教室(台中市建國北路一段 110 號)	03月06日 09時30分	03月06日 15時40分	B	5分
110306-4	生殖器械治療研討會	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司	全國大飯店	03月06日 11時00分	03月06日 14時00分	B	1分
110306-2	Promoting Women's Health-Cardiovascular Disease in Women	中華民國血脂及動脈硬化學會	高雄金典酒店 42 樓琥珀廳	03月06日 13時30分	03月06日 18時00分	B	3分
110312-1	台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會	台灣婦產科醫學會	高雄漢來大飯店	03月12日 08時30分	03月13日 16時00分	A	29分
110312-2	50 週年年會暨擴大慶祝大會 (醫學倫理-性別)	台灣婦產科醫學會	高雄漢來飯店	03月12日 13時00分	03月12日 17時00分	A	1.2分
110313-1	50 週年年會暨擴大慶祝大會 (醫學倫理-法規)	台灣婦產科醫學會	高雄漢來飯店	03月13日 13時00分	03月13日 17時00分	A	6.4分
110320-1	生殖器械治療研討會	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司	台北君品酒店	03月20日 11時50分	03月20日 13時20分	B	1分
110327-1	中華民國基層醫療協會活動過敏性鼻炎、荷爾蒙療法、高血壓等疾病治療趨勢與經驗分享」學術研討會	中華民國基層醫療協會、中國醫藥大學附設醫院心臟內科	中國醫藥大學附設醫院 癌症中心大樓(1 棟) 一樓會議室	03月27日 13時20分	03月27日 17時00分	B	1分
110402-1	Asia-Pacific Mirena Academy (亞太蜜蕊娜學院)	台灣拜耳股份有限公司	台北君悅大飯店 (憑邀請函入場, 不接受現場報名)	04月02日 09時00分	04月03日 13時00分	B	10分
110402-2	尿路動力學研討會	中國醫藥大學附設醫院等	中國醫藥大學附設醫院癌症中心 1 樓階梯教室	04月02日 13時30分	04月02日 17時30分	B	2分
110409-1	2011 癲癇專題學術研討會暨第十一屆年會	台灣癲癇醫學會	台北喜來登大飯店 B2 祿廳	04月09日 08時00分	04月09日 17時40分	B	2分
110501-1	婦女神經泌尿學研討會	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	台北馬偕醫院	05月01日 09時00分	05月01日 17時00分	B	5分
110622-1	如何使用超音波掃描執行乳癌篩檢	中山醫療社團法人中山醫院	台北市仁愛路四段 112 巷 11 號大會議室	06月22日 13時00分	06月22日 14時00分	B	1分

會訊封面徵稿

您願意讓大家分享您的繪畫、攝影作品嗎？

會訊封面現已開放刊登會員們的大作，歡迎有才氣的您將各種繪作、攝影原創作品投稿給本會，讓會訊多點藝術氣息，成為紙上藝廊。

徵稿規範：請自行選定您要投稿的主題，每位作者投稿不限篇數；每期會訊封面則以一篇刊登為限。

圖文規格：彩繪圖或攝影作品，圖片請備解析度 100dpi 以上，並請以壓縮檔方式 e-mail 至學會信箱 ob-sgyntw@gmail.com 或燒錄成光碟郵寄至學會。

注意事項：請投稿會員務必填寫您的作品題目（含作品介紹約 30-50 字）、會員編號、姓名、email 信箱、地址和聯絡電話，併附上您二吋相片電子檔及簡歷，以便一起刊登於會訊上。投稿作品恕不退稿，請自留底稿。

台灣婦產科醫學會

理事長 謝卿宏

秘書長 黃閔照

會訊編輯委員會

召集人 劉嘉耀

副召集人 李耀泰

敬上

100 年度會員旅遊 - 高雄墾丁之旅

