

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2011年3月173期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



日 本 震 災

請為災民祈福

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

台灣婦產科醫學會 173 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

12 秘書處公告 | 文 / 秘書處

12 行政院衛生署國民健康局 函

檢送 97、98 年子宮頸抹片篩檢結果為重度癌前病變及以上個案，其篩檢後 6 個月內處置資料分析表，如附件 1，請轉知所屬會員對於抹片異常個案應依診療共識予以處置，請 查照。

14 台灣家庭醫學醫學會 函

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

15 行政院衛生署食品藥物管理局 函

檢送 terbutaline 成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請 查照。

15 中華民國醫師公會全國聯合會 函

貴會建請修訂西醫基層婦產科門診診察費調升 20%，使健保醫療費用支付標準一致性乙案，本會將納入 101 年度西醫基層總額協商相關會議研議，復請 查照。

15 台灣婦產科醫學會第 19 屆第 2 次監事會會議紀錄

17 台灣婦產科醫學會第十九屆第二次理事會會議紀錄

20 台灣婦產科醫學會第 19 屆第 1 次醫院評鑑暨人力規劃委員會會議紀錄

目錄精華

- 24 台灣婦產科醫學會第十九屆第一次健保醫政委員會會議紀錄
- 27 台灣婦產科醫學會第十九屆第一次臨時常務理監事會紀錄
- 28 第 22 屆亞太婦產科醫學會爭取經過及進度報告
- 31 鳴鳳山鳴鳳古道、夢幻桐花道、雲洞宮 - 健行步道
-
- 32 通訊繼續教育
- 孕婦的理想降血壓藥－ Nicardipine ! | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正
-
- 38 會員園地
- 38 妊娠性滋養層細胞疾病 (GTD)治療在台灣五十年之演變 | 文／黃思誠
- 44 產婦有知的權利：美國剖腹產率逐年增加——壓低剖腹產率，恐會傷害新生兒預後
| 文／周天給
-
- 55 徵才看板
-
- 58 編後語 | 文／王三郎
-
- 59 臺灣婦產科醫學會 50 週年年會暨擴大慶祝大會照片集錦
-
- 68 活動消息 | 文／秘書處
-



理事長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

學會五十週年年會已圓滿落幕，我要特別感謝所有參與的會員、廠商和所有幫忙籌畫、演講暨主持的貴賓與同仁，感謝大家！這次年會能夠在高雄漢來舉行，高高屏會員、會員代表與理監事都盡心盡力，籌劃一年多，個人內心只有感激！

為慶祝學會五十歲生日，我們特別出了一本專刊，主編黃思誠教授、編輯委員與秘書長和所有工作人員多次假日、漏夜開會討論、校對，非常辛苦，學會就是大家這樣默默奉獻、支撐起來的。學會特別把今年訂為「台灣婦女健康照護年」，在公關委員會林姿吟召集人與秘書長的幫忙下，3月10日下午在台大校友會館召開年會記者會；3月13日上午7點還舉辦「為婦女健康而跑」活動，約有會員、眷屬與高雄市民千餘人參加。在此，特別對高雄市長青慢跑協會的規劃與幫忙，表達謝意，也對高市衛生局何啟功局長贊助礦泉水，由衷感激；當然，更要感謝林正泰代表領導的高雄市醫師公會、張基昌理事的義守大學附設醫院、龔福財理事、張榮州理事和楊宗力理事分別贊助慢跑活動5萬、3萬和2萬（三人都2萬），此外，再生緣也贊助製作T-shirt。

這次的年會，承蒙民進黨蔡英文主席蒞臨演講、陳菊市長也來支持，還有長期關心婦產科發展的黃昭順立法委員和黃淑英委員也都來相挺，感激！此外，在蔡英美副理事長的建議下，會前我們以辦國際會議的名義向高市政府申請經費補助，高市政府雖答應贊助，但又於3月22日來電說因故完全無法補助；而在黃淑英委員的建議與幫忙下，學會也以同樣理由向外交部申請補助（附件一），外交部函覆補助10萬元，在此，感激所有幫助學會的人！

這次年會中，最令人遺憾與感傷的事，是年會前一天中午1:46（台灣時間）日本東北發生芮氏規模9.0的大地震，遂又引起海嘯而導致核爆；日本的Inaba教授3月11到高雄後即刻束裝返日，JSOG理事長Yoshimura教授、秘書長

Iwashita 教授和今年第 63 屆年會主席 Hoshiai 教授都坐鎮日本不能來台。由於震災的演變超級嚴重，3 月 16 日我即電話聯絡院士、監事長、秘書長和所有常務理監事，大家全部一致同意向會員募款，以為日本祈禱、致哀之外，盼能盡點微薄之力。為求時效，我也立刻聯絡所有理監事尋求支持，當天在院士與所有理監事、秘書長的幫忙下，學會即刻募集 116 萬元（名單如附件二），3 月 17 日上午我們就電匯 4 萬美元到 JSOG，並向理事長與秘書長致意（附件三、四）。個人除了感激所有理監事即時、慷慨的幫忙之外，也為團結的 TAOG 感到驕傲！此外，我也請秘書長立刻發一封信給所有會員，請大家以「人溺己溺」的精神，共同協助我們最要好的鄰邦度過危機；學會會在最短的時間完成第二波的募款。

在林金龍顧問的悉心設計與安排下，健保醫政的研討會是年會的重點，中央健保局除黃三桂副局長親臨指導外，醫務管理組蔡淑玲組長，企畫組王怡人組長和高高屏林淑華副理也都非常難得的蒞會演講，學會的幾位幹部、秘書長和我也事前演練發問的策略，不料因冗長的會員代表大會與過多的臨時動議而完全無法到該研討會發揮及時、有效的運作，這是今年年會中我的最大憾事。因此，我會請秘書處在下次的理事會中提案，計畫把以後的會員代表大會提前在週六舉行，另也將對所有會員代表做問卷調查，看大家的意見。

學會年會簽到退的流程是依據衛生署的規定，如果有什麼不符規定者，應當私下尋求學會幹部、秘書長或我的幫忙，而不是在報到處大吼大叫，甚至拍桌子，把報到板都打壞；而在場的會員若要幫忙，就要像楊宗力理事一樣，即刻找我出面解決，而不是也在現場發飆、罵服務人員或學會秘書，讓人看笑話。溫文儒雅與智慧，才是解決問題的不二法門！何況工作人員也只是依衛生署規定辦事，而且，我們更必須對萬一有人故意要設計、入學會於罪有防備。我誠摯地希望所有會員都能以禮對待服務我們的人，而學會也會以服務所有會員為最高指導原則，我會再要求所有秘書！希望明年年會不要再讓大家看到這種已經七年（上次是 2004 年 AOFOG Council meeting 在圓山大飯店所辦的學術研討會）未曾再有而會讓大家丟臉的事情發生！最後，以「平安就是福」，「平淡是福氣」和大家共勉，也懇求大家為日本祈福、禱告！

敬祝大家 精神愉快 身體健康

附件一：

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：程美惠

正本受文者：外交部

速 別：

密等及解密條件：

發文日期：中華民國 100 年 2 月 8 日

發文字號：台婦醫會總字第 100021 號

附 件：如文

主 旨：本會將於 2011 年 3 月 12 日至 3 月 13 日在高雄漢來大飯店舉辦台、日、韓婦產科國際學術交流，懇請 貴部補助活動經費，請惠覆。

說 明：1. 民國 100 年為本學會成立 50 週年，將在高雄漢來大飯店舉行成立 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會，將邀請世界婦產科聯盟副理事長日本籍 TaKeshi Maruo 教授、亞太婦產科醫學會菲律賓籍秘書長 W. W. Sumpaico 教授以及日、韓兩國婦產科醫學會的理事長與年輕醫師共 35 位參與盛會，進行國際學術交流，以提升國際地位。

2. 今逢台灣建國 100 年，懇請 貴部能補助「台灣婦產科醫學會 50 週年年會」所參訪之台、日、韓婦產科國際學術交流之經費，以促進國民外交。

正 本：外交部

副 本：黃淑英立委

理事長 謝卿宏

附件二：

日本地震理監事捐款名單

類別	姓名	金額	類別	姓名	金額
院士	蔡明賢	2 萬	理事	李奇龍	2 萬
院士	蘇聰賢	2 萬	理事	孫茂榮	2 萬
院士	李茂盛	2 萬	理事	蔡永杰	2 萬
院士	楊友仕	2 萬	理事	應宗和	2 萬
院士	蔡鴻德	20 萬	理事	張基昌	2 萬
理事長	謝卿宏	2 萬	理事	林正義	1 萬
副理事長	蕭弘智	2 萬	理事	張少萌	1 萬
副理事長	郭宗正	2 萬	理事	丘林和	1 萬
副理事長	蔡英美	2 萬	理事	黃啓明	1 萬
常務理事	許淳森	2 萬	理事	吳俊杰	1 萬
常務理事	陳祈安	2 萬	理事	陳明哲	1 萬
常務理事	陳持平	2 萬	理事	林禹宏	1 萬
常務理事	陳建銘	2 萬	理事	武國璋	1 萬
常務理事	周天給	2 萬	監事長	何弘能	2 萬
常務理事	張維君	2 萬	常務監事	張紅淇	10 萬
常務理事	王炯琅	2 萬	常務監事	徐弘治	2 萬
理事	林錦義	20 萬	監事	官大弘	2 萬
理事	吳輝明	2 萬	監事	鄧志文	2 萬
理事	呂秉正	2 萬	監事	顏明賢	2 萬
理事	龔福財	2 萬	監事	何志明	2 萬
理事	徐超群	2 萬	監事	張宗進	2 萬
理事	張榮州	2 萬	監事	黃建霈	2 萬
理事	鄭英傑	2 萬	監事	林士新	1 萬
理事	王功亮	2 萬	監事	張炯心	1 萬
理事	楊宗力	2 萬	秘書長	黃閔照	2 萬

附件三：



**Taiwan Association of Obstetrics and
Gynecology**

5th Floor, No. 70, Min Chuan West Road, Taipei, 104,
Taiwan

Tel: +886-2-25684819

Fax: +886-2-21001476

email: obsgyntw@seed.net.tw

March 17, 2011

Professor Yasunori Yoshimura
Chairperson of the Executive Board
Japan Society of Obstetrics and Gynecology

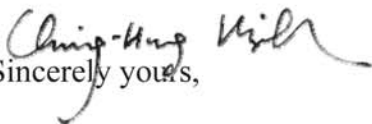
Dear Professor Yoshimura,

Japan Society of Obstetrics and Gynecology and Japan have been the dearest and most precious friends to TAOG. Please accept our deepest condolence of the catastrophe happened to Japan.

The Executive Board members, Council members and the Fellows of Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology had raised US\$40,000 for the usage of relieving the people in stricken areas. We will remit the fund today to JSOG account provided by Ms. Takeda of JSOG. The fund raising from TAOG members will follow soon.

We trust JSOG is in better position of how and where the money can be best utilized. Kindly forward it to the people in need.

God bless Japan and the people!!


Sincerely yours,

Ching-Hung Hsieh, M.D., Ph. D.
President
Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology

/kt

附件四:



JAPAN SOCIETY OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Twin View Ochanomizu Building, 2-3-9, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan
Telephone +81-3-5842-5452 Fax +81-3-5842-5470 E-mail: nissanfu@jsog.or.jp

March 18, 2011

Ching-Hung Hsieh, M.D., Ph. D.
President
Taiwan Association of Obstetrics & Gynecology
5F, 70 Min-Chuan West Road
Taipei 104, TAIWAN

Dear Dr. Ching-Hung Hsieh,

We would like to ask you to accept our sincere gratitude to you for your deepest sympathy extended to the victims of the catastrophe caused by the massive earthquake that hit northeastern Japan on Friday last week. As you might aware, the death toll is increasing day by day.

It is hard for us to find correct words to fully express our appreciation for having received the valuable funds contributed by the Executive Board members, Council members and the Fellows of TAOG, in an amazingly swift manner. Thank you very much for showing us your warmest friendship.

We, JSOG, are now gathering information about the current status of medical treatment in obstetrics and gynecology in the most devastated Tohoku district in order for us to offer our utmost help as medical specialists to the people suffering from this disaster. We promise you that we make the best use of the precious funds from TAOG to reach the people in need.

Sincerely yours,

Yasunori Yoshimura, M.D., Ph.D.
Chairperson of the Executive Board
Japan Society of Obstetrics & Gynecology

Kazunori Ochiai, M.D., Ph.D.
Vice Chairperson of the Executive Board
Director of International Relations
Japan Society of Obstetrics & Gynecology

秘書長的話

黃閔照

各位會員平安

平安的確是一件不容易的事，新聞每天不斷地播送日本的地震與海嘯肆虐的畫面，還有後續的核電危機，造成人心惶惶，也希望友邦的朋友能平安。長久來，學會與日本婦產科界建立起兄弟之邦的良好關係，看到如此的天災，學會也立即對日本婦產科學會表達哀傷之意，並發起募款賑災的活動。在理事長的帶領下，初步已達募款百萬以上，拋磚引玉，也希望大多數會員能夠慷慨解囊幫助日本。

今年年會在高雄漢來飯店舉辦，在大家努力支持下順利落幕，雖然有一些場地及時間上的瑕疵，但第一次舉辦的「歷史文物展」及「為婦女健康而跑」路跑活動，獲得會員們相當的稱讚與正面的回應。文物的保存的確要有有心人，感謝提供文物及畫作的彰基、台大、長庚、高醫、馬偕、郭綜合醫院、徐千田基金會及蔡明賢院士、郭國銓、郭宗正、鄭英傑、江千代、王漢州、李文達、董漢欽醫師等人，讓展示順利成功。「為婦女健康而跑」晨跑，也是學會第一次舉辦的路跑活動，近千人參與踴躍，沿高雄港邊風光明媚。許多會員早起加入慢跑，其中日本年輕醫師也能跑完全程。有健康的醫師才能照顧好病人，也希望會員多能照顧好自己的健康，不僅是為婦女健康而跑，也為自己健康而跑。

三月二日在黃昭順委員的協調下，理事長與秘書長在衛生署與新署長就婦產科健保問題、生育救濟制度、專科護理事等議題進行初步溝通。學會就健保佔率由 7% 逐年下滑到 4%，並引起醫學系畢業生不願從事婦產科，希望政府重視，並給予適當的反應。所以健保局特地在今年年會時南下說明健保相關事務，學會要求的不僅是口頭上的說明，而是實質上對會員的回饋。

九月亞太婦產科醫學會的報名表也隨著本期會訊寄出，為擴大國內的參與，學會將報名費 15,000 元降至 7,500 元，住院醫師與 65 歲以上前輩醫師僅需付報名費 2,000 元即可，請大家注意報名的時間，希望大家能踴躍報名參加。

青少年健康照護繼續教育也將於三月二十七日開始，於台中、新竹、高雄、宜蘭、台北共五場活動，再次感謝所有參與的醫師。循往例，在學會經費可以支持運作下，將不收報名費，會後並印製專家證書，希望會員們能提早傳真報名。

此次年會中遇到許多前輩醫師，多所勉勵並能加油鼓勵，學會在理事長領導下，秉持能夠創造會員福利的精神而運作，希望能夠得到大家的支持。

文末，再次祈福，希望遠方的友人們都能平安度過！

■ 秘書處公告

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 2 月 18 日

發文字號：國健癌字第 1000300378 號

附 件：97、98 年子宮頸抹片篩檢異常個案其後 6 個月內處置資料分析表、子宮頸抹片檢查後續確診手冊

主 旨：檢送 97、98 年子宮頸抹片篩檢結果為重度癌前病變及以上個案，其篩檢後 6 個月內處置資料分析表，如附件 1，請轉知所屬會員對於抹片異常個案應依診療共識予以處置，請 查照。

說 明：一、分析 97、98 年抹片篩檢資料庫發現，抹片結果為重度癌前病變及以上個案，98 年共計 14,804 筆，其中已完成切片並申報資料計有 10,749 筆（72.6%），相較於 97 年度重度癌前病變及以上個案已完成切片並申報資料的比率（69.5%），約略提升 3%，另有 406 筆個案 6 個月內僅提供再次抹片檢查，更有 3,014 筆個案（20.4%）6 個月內既沒切片也沒抹片。

二、抹片篩檢結果為重度癌症病變及以上個案，依臨床治療共識，應直接提供陰道鏡檢查，並做切片以確立診斷，然 98 年抹片篩檢結果為重度癌症病變及以上個案，約有 7 成 2 個案符合共識；其中抹片結果為 AGC 個案，僅 4 成 6 個案於 6 個月內完成切片，請協助轉知所屬會員，對於抹片異常個案應依「子宮頸抹片檢查—後續確診衛教手冊」予以適當處置。

三、隨函檢附本局印製之「子宮頸抹片檢查—後續確診衛教手冊」（如附件 2），如有需要請至本局網站首頁（<http://www.bhp.doh.gov.tw>）癌症防治專區／乳癌與子宮頸癌防治／相關教材，下載參考。

97、98 年子宮頸抹片篩檢異常個案其後 6 個月內處置情形

97 年子抹篩檢異常個案其後 6 個月內處置情形

抹片結果	總個案數	6 個月內有切片且有申報		6 個月內公衛護士追蹤個案表示有切片但切片檔無資料		6 個月內再次抹片		6 個月內沒切片也沒抹片	
		個	%	個	%	個	%	個	%
ASCUS	32,267	8,049	24.9	0	0.0	3,293	10.2	20,925	64.8
LSIL	14,846	7,454	50.2	129	0.9	931	6.3	6,332	42.7
小計	47,113	15,503	32.9	129	0.3	4,224	9	27,257	57.9
AGC	2,199	886	40.3	0	0.0	217	9.9	1,096	49.8
ASC-H	3,089	1,983	64.2	230	7.4	175	5.7	701	22.7
AGC-FN	399	296	74.2	28	7.0	10	2.5	65	16.3
HSIL/CIS	7,786	6,151	79.0	313	4.0	127	1.6	1,195	15.3
Cancer	894	672	75.2	45	5.0	6	0.7	171	19.1
重度癌前病變及以上小計	14,367	9,988	69.5	616	4.3	535	3.7	3,228	22.5

98 年子抹篩檢異常個案其後 6 個月內處置情形

抹片結果	總個案數	6 個月內有切片且有申報		6 個月內公衛護士追蹤個案表示有切片但切片檔無資料		6 個月內再次抹片		6 個月內沒切片也沒抹片	
		個	%	個	%	個	%	個	%
ASCUS	34,353	8,972	26.1	0	0.0	4,873	14.2	20,508	59.7
LSIL	16,160	7,966	49.3	102	0.6	1,448	9.0	6,644	41.1
小計	50,513	16,938	33.5	102	0.2	6,321	12.5	27,152	53.8
AGC	1,980	915	46.2	23	1.2	243	12.3	799	40.4
ASC-H	3,281	2,285	69.6	127	3.9	211	6.4	658	20.1
AGC-FN	393	282	71.8	23	5.9	9	2.3	79	20.1
HSIL/CIS	8,257	6,580	79.7	218	2.6	166	2.0	1,293	15.7
Cancer	893	687	76.9	15	1.7	6	0.7	185	20.7
重度癌前病變及以上小計	14,804	10,749	72.6	406	2.7	635	4.3	3,014	20.4

台灣家庭醫學醫學會 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 2 月 18 日

發文字號：台家醫學會字第 100035 號

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

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

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

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

100 年度門診戒菸治療醫師訓練課程

時間地點

場次別	日期	上課地點
1	100.03.20	台大醫學院/102 講堂
2	100.03.20	花蓮縣衛生局第 1 會議室
3	100.03.20	台東縣衛生局/4 樓會議室
4	100.03.20	連江縣衛生局/3 樓會議室
5	100.05.22	中國醫藥大學/國際會議廳
6	100.06.19	高雄醫學大學附設中和紀念醫院/第 2 講堂
7	100.08.21	台大醫學院/102、103 講堂

行政院衛生署食品藥物管理局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 2 月 24 日

發文字號：FDA 藥字第 1001401298 號

附件：品安全資訊風險溝通表

主旨：檢送 terbutaline 成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請查照。

說明：請貴會轉知所屬會員有關「藥品安全資訊風險溝通表」之藥品安全資訊，以保障病患用藥安全。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 2 月 23 日

發文字號：全醫聯字第 1000000287 號

主旨：貴會建請修訂西醫基層婦產科門診診察費調升 20%，使健保醫療費用支付標準一致性乙案，本會將納入 101 年度西醫基層總額協商相關會議研議，復請查照。

說明：一、覆 貴會 100 年 2 月 14 日台婦醫會總字第 100025 號函辦理。

二、有關旨揭建議修訂案，貴會表示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升，顯有不公之虞（諒悉），感謝貴會惠示卓見，本案將納入本會 101 年度西醫基層總額協商相關會議研議。

台灣婦產科醫學會第 19 屆第 2 次監事會會議記錄

時間：民國 100 年 2 月 13 日（星期日）下午 1 時

地點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主席：何監事長 弘能

出席人員：常務監事 徐弘治 張紅淇

監事 官大弘 鄧志文 顏明賢 何志明 張炯心 黃建霈

列席人員：謝理事長 卿宏、黃秘書長 閔照

請假人員：林士新 張宗進

記 錄：林雅嫩

壹、討論提案

案由一：審查 99 年度各項報表。

說 明：附件一（現場核發）。

提案人：秘書處

決 議：通過

案由二：審查第 1 次理監事聯席會之會議紀錄及決議執行情況。

說 明：附件二

提案人：秘書處

決 議：通過

案由三：審查第 2 次理事會之會議議程。

說 明：附件三（現場核發）。

提案人：秘書處

決 議：通過

案由四：建議健保審查應有共識（各區一致）例如：內診、陰道灌洗…等，除行政審查之外，並公告所有會員知悉及遵循。

說 明：由學會召集所有審查醫師，就審查意見求取共識，並公告周知。

提案人：張紅淇常務監事

決 議：通過，提健保委員會討論。

案由五：請學會健保小組評估第二年 DGR 有關脅迫性流產安胎（DRG 碼：37901、37902、37903）住院健保給付的合理性。

說 明：第二年 DGR 有安胎住院健保給付，不知健保局給付的根據，非常不合理。

辦 法：請學會主動與健保局瞭解與溝通，並訂定應付方案。

提案人：顏明賢監事

決 議：通過，提理事會建議案討論。

案由六：請學會提早安排有關 PGY1 師資培育訓練課程。

說 明：今年是婦產科第一次開始 PGY1 的課程，大多數醫院的婦產科醫師都不很瞭解醫策會的規定與要求。

辦 法：如何配合醫策會所安排師資培育課程規劃，應及早安排（4~6 月間，北、中、南共 7 場），各醫院醫師才方便參加。

提案人：顏明賢監事

決 議：通過，提理事會建議案討論。

台灣婦產科醫學會第十九屆第二次理事會會議紀錄

時 間：民國 100 年 02 月 13 日（星期日）下午 2 時-3 時 30 分

地 點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主 持 人：謝理事長 卿宏

出 席 者：理事長 謝卿宏

副理事長 蕭弘智 郭宗正 蔡英美

常務理事 許淳森 陳祈安 陳持平 陳建銘 周天給 張維君 王炯琅

理 事 吳輝明 林正義 張少萌 丘林和 楊明智 張榮州 鄭英傑

吳俊杰 王功亮 楊宗力 李奇龍 李建南 孫茂榮 黃啟明

林錦義 陳明哲 呂秉正 龔福財 徐超群 蔡永杰 林禹宏

應宗和 武國璋 張基昌

列 席 者：監 事 長 何弘能

祕 書 長 黃閔照

副祕書長 王漢州 孫三源 賴文福 徐明洸 陳信孚 陳根雄 陳勝咸

吳信宏 沈潔怡 詹德富 仇思源 何信頤 林姿吟

請假人員：陳建銘 王炯琅 丘林和 吳俊杰 呂秉正 蔡永杰 王漢州

孫三源 陳根雄 沈潔怡 詹德富 仇思源 何信頤 林姿吟

記 錄：林家翎

壹、報告事項

理事長報告

1. 學會會務在大家的幫忙之下運作非常順利，也感謝各位的幫忙。本屆成立幾個新的委員會，有基層聯誼委員會、婦女健康照護提昇委員會、青少年健康照護小組及產科品質提昇委員會等。繼醫療發展研習會之後，緊接著舉辦青少年相關課程，探討青少年因月經所衍發出來的避孕、肥胖等問題，這部份將是學會未來的重點。
2. 最近與健保局局長、國健局局長等見面協商健保各項給付事宜及產檢費用，有關產檢這部份亦包含產檢次數是否合理，哪些項目該自費等。另外超音波檢查也一併討論。因許多醫療糾紛大多與超音波有關，所以超音波點數應加成計算等。
3. 學會未來努力方向包含醫療糾紛政府應有配套辦法來保護醫師、基層審查動輒被核刪又無法跨表很多項目不能作、醫院醫師被醫院剝削等問題，在新署長上任時對我們來說都新的契機，希望各位理事前輩在未來共同努力。

監事長報告

1. 剛開過監事會，對此次理事會議程並無意見，監事會提了 2 個建議案供理事會討論。
2. 理事長上任後，作了很多努力，且正值二代健保改革期間，私底下運用很多關係幫助大家尤其在健保方面。談起 DRG 第 1-2 年收入是增加的，但第 3 年之後是否會轉為虧損？因此健保這部份還是須要大家共同團結努力的議題。

秘書長報告

1. 這個月以來學會已 2 次登上新聞版面，一次是住院醫師招收問題，一次是環境荷爾蒙議題，在 2 月 13 日在聯合晚報、自由時報、中國時報及聯合報等都已頭條方式報導，因此學會在婦女健康這部份著墨很多。
2. 最近學會發文至健保局及國健局，爭取產前檢查給付及各項健保給付，都有得到很好的回應，這都是從議題上操作所得來的結果，因此根據目前的熱潮繼續追蹤，希望今年能在健保給付上有所成果。
3. 預告 3 月 12 日及 13 日，在高雄漢來飯店舉辦 50 週年年會，會中有規劃許多活動，除以往的旅遊及晚宴外，還包含為「婦女健康而跑」的晨跑，且設計精美 T 恤送給參加晨跑的會員，希望大家共襄盛舉。

貳、討論事項

提案一：99 年度各項報表

說 明：見附件一（現場核發）

提案人：財政委員會

決 議：通過。

提案二：確認第 19 屆各委員會名單

說 明：見附件二

提案人：秘書處

決 議：通過。增聘李慶安為榮譽理事。

提案三：討論婦產科健保醫療費用支付標準修訂。

說 明：1.建請國健局修訂產前檢查（見附件三）。

2.建請健保局修訂婦產科各項給付標準（見附件四）。

提案人：秘書處

決 議：1.因要爭取項目太多，健保局希望有優先順序逐項討論，目前首重基層診察費至少比照醫院調升 20%。

2.另，學會將以 RBRVS 為主軸，請健保局重新檢討婦產科權重比值，若能重新導入

RBRVS 婦產科所有給付項目都會跟著提升。

提案四：如何落實議案之推動

說明：1.當議案提出時各方熱鬧討論，但會議結束後推動的力道不夠。

2.與會員的互動應該如何做才能將提案廣泛討論及落實。

提案人：林錦義理事

決議：理事會議案都會經由監事會追蹤執行情形，議案落實是無問題。學會更需要所有會員提供不同 idea 來讓理事會思考推出各種議案。

提案五：新增「婦女健康衛教照護費」

說明：學會 logo 已增添 Women's Health Care Physicians，應該肩負起照顧全國婦女健康的責任。因內科以有“內科病人健康衛教照護費”500 點實施，婦產科應比照內科新增“婦女健康衛教照護費”500 點，以平衡婦產科專科醫師每看診一婦女，花費數倍於別科看診時間。

提案人：黃啟明理事

決議：請黃理事根據其他科現行之相關措施與其來龍去脈，規劃更詳細的資料，以便學會提出或日後提 RBRVS 修訂時參考。

提案六：提請討論行政院衛生署 100 年 1 月 13 日衛署醫字第 1000200809 號令，所公告內容有關「產前性別篩選之處置」所涵蓋之範圍。

說明：1. 衛生署上述公告有關「產前性別篩選之處置」定義並不明確，（見附件五），提請討論其內容，並提醒會員以免誤觸法規。

2. 「產前性別篩選之處置」是否包含如：(1)因醫療需要施行羊水檢查，得知胎兒之 DNA 而知其性別。(2)仿間實驗室之抽母血猜測其性別。(3)施行精蟲分離而致某種性別可能機率較高。(4)產前超音波檢查而得知胎兒性別…等等措施。

辦法：1.請明確告知會員可能觸法的情況。

2.或請函示衛生署針對「產前性別篩選之處置」正面表列其項目

提案人：徐超群理事

決議：只要是性別篩選都不可以做。請會員務必遵守不可違法。

提案七：有關購置婦產科文物保存會館事宜

說明：1.為保存學會文物，目前會館除開會會議室外，已無多餘空間保存相關文物及書籍。

2.僅存放文物及書籍因此可尋郊區位置，總價以不超過 1500 萬元為原則。

3.財務來源以廠商贊助、會員募款及永久會員招募等為主。

提案人：秘書處

決議：通過。成立規劃小組，提計畫至會員代表大會。

參、臨時動議

肆、監事會建議案

案由一：請學會健保小組評估第二年 DGR 有關脅迫性流產安胎（DRG 碼：37901、37902、37903）住院健保給付的合理性。

說明：第二年 DGR 有關脅迫性流產安胎住院健保給付，不知健保局給付的根據，非常不合理。

辦法：請學會主動與健保局瞭解與溝通，並訂定應付方案。

決議：交由健保醫政委員會討論。

案由二：請學會提早安排有關 PGY1 師資培育訓練課程。

說明：今年是婦產科第一次開始 PGY1 的課程，大多數醫院的婦產科醫師都不很瞭解醫策會的規定與要求。

辦法：如何配合醫策會所安排師資培育課程規劃，應及早安排（4~6 月間，北、中、南共 7 場），各醫院醫師才方便參加。

決議：醫策會所安排師資培育課程已請本會理事長擔任召集人，因此將與醫策會共同規畫辦理，由學會提供訓練課程。

伍、散會（下午三點三十分）

台灣婦產科醫學會第 19 屆第 1 次醫院評鑑暨人力規劃委員會會議紀錄

時間：100 年 2 月 13 日（星期日）中午 12 時 00 分至下午 1 時 00 分

地點：學會會館

主持人：蔡召集人英美

出席者：蔡宏志、黃木發、許淳森、曾啟瑞、李耀泰、簡陳榮、余堅忍、張榮州、王功亮、謝保群、鄧森文、梁景忠、胡玉銘、洪耀欽、李建南、孫茂榮、許德耀、蔡明松、陳明哲、張炯心、陳信孚、陳進典、龔福財、林陳立、陳勝咸、陳思銘、林禹宏、應宗和、武國璋、曾智文、張基昌、蕭聖謀

列席者：謝卿宏 理事長 何弘能 監事長 黃閔照 秘書長

請假人員：趙灌中、江千代、洪正修、何師竹、李茂盛、黃國峰、蔡鴻德、郭宗正、陳建銘、何博基、李奇龍、屠乃方、黃建榮、邱燦宏、蔡永杰、翁順隆、王炯琅、徐明義、詹德富、丁大清

記錄：林雅嫩

壹、報告事項

1. 100 年度醫院評鑑作業共有 32 家醫院提出申請（27 家書面審查，5 家實地訪視）。
2. 依據行政院衛生署 98 年 12 月 16 日衛署醫字第 0980212528 號函辦理，今年度各專科醫師訓練醫院認定，要以專科自成一個聯合訪查之方式辦理。作業方式仍比照以前之作法，由學會辦理，但日期的部份，則由衛生署予以統一排定，預定於 4 月至 8 月間；另外依據 99 年 10 月 15 日衛生醫療業務聯合訪視規劃會議紀錄決議：100 年度起實地訪視委員人數最多為 2 名評鑑委員，評鑑結果須於 100 年 9 月 20 日完成。

貳、討論事項

案由一：討論第 18 屆第 3 次會員代表大會決議提送本委員會案由，如下。建請調整台灣婦產科第一年住院醫師招收總額以因應「不合理的婦產科健保給付」現狀及「少子女化」的趨勢。

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

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

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

立論基礎：

1. 2035 年起台灣新生兒數小於 15 萬將可能成為常態！
 - a. 1985 年之後台灣新生兒數的減少，起因於總生育率的節節下降。
 - b. 未來台灣新生兒數仍將持續下降，此乃源自 1986 年後新生兒數減少所導致出生女嬰（未來的生母）的減少，如 2005 年僅 9.8 萬。因此，如果未來總生育率未能超越日本 1995~2007 連續 13 年間的 1.3~1.4，則自 2035 年起台灣新生兒數小於 15 萬將可能成為常態。如總生育率為 1，新生兒數將小於 10 萬。
2. 若健保制度不變，婦產科健保總額佔率將小於 2%!

- a. 近年來「婦產科醫院健保總額佔率」與該年度「新生兒數」（以萬為單位）有 0.2 的比例關係；依此推算，若健保制度不變，婦產科亦未開發出大的新領域，當新生兒數小於 15 萬，婦產科的醫院健保總額佔率遲早將跌破 3%。
 - b. 2005 年 20% 的老年人口即佔用日本 1/3 的醫療資源，老化速度超越日本的台灣，至 2025 及 2040 年（老年人口分別達 20% 及 30%）時，婦產科的醫院健保總額佔率小於 3% 將是常態。
 - c. 當新生兒 10 萬，婦產科醫院健保總額佔率將小於 2%，婦產科將被迫關門。
3. 參考美國，台灣每年婦產科 R1 總額；55-65 名較適宜。
- a. 依據美國「婦產科 PGY1 人數」及該年「新生兒數」之比例；例如 2007 年，PGY1 共 1155 人，「新生兒數」431.5 萬，比例 = $1155 / 431.5 = 2.7$ ，以 2007 年台灣新生兒 20.4 萬，則 2007 年 R1 招收總額為 $20.4 \times 2.7 = 55$ 名。
 - b. 但因生產常屬急診，以地廣人稀、新生兒數持續上揚的美國數據，來推論地狹人稠、交通便捷，及未來新生兒數仍將持續下降的台灣，比例值 2.7 似乎偏高，因此宜下修為 2.0~2.5，則 R1 招收總額為 $20.4 \times 2.5 = 51$ 名。
 - c. 如參考美國 2004~2008 年間「婦產科 PGY1 人數」佔同年「各科 PGY1 總額」之比例約 5%，則未來台灣婦產科 R1 招收總額 = $1,300 \times 5\% = 65$ 名。
4. 婦產科健保給付 7%-8.5% 應為下限，8.5%-10% 較為適當
- a. 婦產科的高風險與生俱來。以日本醫療訴訟風險為例，婦產科為外科的 2.2 倍、內科的 5.6 倍、耳鼻喉科的 6.6 倍、眼科的 9.3 倍、泌尿科的 12.2 倍、兒科的 17.6 倍。
 - b. 但以 2007 年為例，台灣「每單位專科醫師的健保總額佔率」：婦產科僅 0.77，對照神外 2.79，洗腎 2.72，泌尿外科 1.67，骨科 1.64，神內 1.53，內科 1.50 等科別，明顯偏低。
 - c. 婦產科是勞力、資本、技術、醫糾密集的「精密」「醫療重工業」。其中，產科性質類似腦外；婦科類似骨科、泌尿科、洗腎科。而隨著台灣女性的晚育、高齡產婦的增加，需有「質優量夠」的醫師人力投入。
 - d. 綜觀之，婦產科的「每單位專科醫師的健保總額佔率」理應介於「骨科、泌尿科」的 1.7 及「洗腎科、腦外科」的 2.7 之間。
 - e. 因此，假設每年 55-65 名（見 3a, 3c）婦產科 R1 為合理，如比照「骨科、泌尿科」的「每單位專科醫師健保佔率」1.7，反推算，則 7%~8.5% 的婦產科健保佔率應為下限；如取「骨科、泌尿科」與「洗腎、腦外科」之間的 2.0 為基準，則婦產科健保給付 8.5%~10% 才較為適當。
5. 3.8% 健保僅支持 25 名 R1, 日本產婦人球事件將重現台灣!
- a. 1982 年台灣雖有高達 40.3 萬名新生兒，但只有 1.9% 的高齡產婦；反觀 2007 年雖只

有 20.4 萬名新生兒，卻有高達 12.4% 的高齡產婦。而居先行指標的北市其高齡產婦於 2000 年及 2007 年已分別高達 14.7% 及 23%。

b. 如以 2008 年台灣「婦產科之醫院健保總額佔率 3.82%」及「每單位專科醫師健保佔率」介於 1.5（內科）與 2.0（見 4.e）之間推算，則婦產科 R1 招收總額只能被迫縮減為 $1,300 \times 3.82\% \times 1 / (1.5 \sim 2.0) = 33 \sim 25$ 名。

c. 高工時、高醫糾、低給付，3.82% 的健保給付僅能支持 25 名住院醫師，如何照護未來日增的高齡產婦？如何因應婦產科頻繁的醫糾、訴訟及巨大賠償金？

d. 只能坐視日本孕產婦人球事件在台灣重演，及台灣婦幼醫療體系的崩盤！

6. 改變 才有希望！

a. 政府應全面檢討婦產科健保給付，在政府增加健康投資時，能優先考量婦產科健保給付的調漲。

b. 早日落實「婦產科的醫療風險由國家社會共同承擔」的政見。日本已自 2009 年 1 月 1 日起開始施行產科醫療補償制度，台灣應立即跟進。

c. 衛生署常自詡台灣為全球最健康國家第二名，而第一名的瑞典早自 1975 年起即實行有關醫療傷害補償的「No blame compensation 制度」；期盼馬英九相關健康政見「訂定醫療無過失事故救助辦法」，能比照「老人照護制度」，早日完成立法並施行。

d. 為了婦女的健康及永續的健保，政府在未來應盡力協助並促成婦產科醫師在婦女健康（如乳癌的篩檢與防制）扮演更積極正面的角色。

e. 唯有永續存在的婦產科，才有優質健康的新生兒，才有永續發展的經濟，才有永續經營的健保，才能打造永續台灣！

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

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

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

例 1：2009 年 R1 總額，依 2007 年新生兒數（20.4 萬）估算
 $= 20.4 \times 2.5 = 51$ 人

例 2：假設 2015 年新生兒數回升至 1979 年的 42.4 萬，則
 2017 年 R1 總額估算 $= 42.4 \times 2.5 = 106$ 人

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

例 1: 2009 年 R1 總額, 依 2007 佔率 (3.8%) =
1300 名 X 3.8% X 1/1.5= 33 名;

例 2: 假設 2015 年佔率提高為 9.0%, 則 2017 年 R1 總額
可調升為 1300X 9.0% X 1/1.5= 78 名

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

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

決議: 不通過, 仍維持目前容額數。積極爭取健保給付總額增加, 有得到善意的回應, 因此容額數不應再縮減。

案由二: 討論 100 學年度住院醫師名額微調事宜。

提案人: 蔡召集人英美

決議: 1. email 住院醫師名額分配規則及辦法給每位委員參考, 擇日召開會議討論再行修正。

2. 行文衛生署申請 100 學年度住院醫師名額微調。

3. 今年度招收情形, 不列入本會住院醫師名額分配規則及辦法; 三年內至少需招收到 12 個人月住院醫師之規定。

4. 訓練醫院於每年度 9 月 30 日前未招收到該年度之訓練容額, 則須自願釋出該院名額, 予其他需要之訓練醫院。

參、臨時動議

案由一: 「health2.0-web summit for health」是由國衛院協助計畫運作, 為一個衛生政策學術與實務交流溝通平台, 建議委員能加入線上論壇, 提供意見, 藉著集體智慧之累積, 有利於實際政策建議的產出, 作為提供衛生政策決策之參考。

提案人: 蔡召集人英美

決議: 通過。

肆、散會

台灣婦產科醫學會第十九屆第一次健保醫政委員會會議紀錄

時間: 100 年 02 月 13 日 (星期日) 下午 3 點 30 分

地點: 學會會館

主持人: 郭宗正 召集人

出席者：召集人 郭宗正

副召集人 王功亮（北區醫院） 何博基（北區基層） 孫茂榮（中區醫院）

蕭弘智（中區基層） 徐超群（南區基層） 黃昭彰（南區基層）

委員 官大弘 張少萌 張紅淇 王孫斌 黃啟明 陳信孚 李煥照

楊宜杰 林裕益 郭鴻璋 何延慶 洪秉坤 武國璋 王錦榮 張幸治

列席者：謝卿宏 理事長 何弘能 監事長 黃閔照 秘書長

請假人員：丁鴻志 呂秉正 莊維周 廖基元 蘇榮茂 陳夢熊 陳建銘 張秩嘉 林裕益
郭鴻璋

記 錄：林家翎

報告事項：健保業務成果報告（詳如附件一、二）

壹、討論事項

案由一、建請提高西醫基層婦產科醫師之門診診察費，比照西醫醫院依表定點數加計 17% 以上。

說 明：1. 自民國 100 年 1 月 1 日起西醫醫院婦產科、小兒科及外科申報門診診察費，得依表點數加計 17%。

2. 希望西醫基層比照辦理，以促使醫師有更大意願投入該類科別領域服務。

提案人：黃昭彰副召集人 楊宜杰委員

決 議：行文全聯會提高西醫基層婦產科醫師之門診診察費，得依表定點數加計 20%。

案由二、建請提高婦產科超音波之健保給付點數。

說 明：1. 婦科超音波（19003C）450 點，產科超音波（19010C）550 點，點數太低。

2. 內科腹部超音波（19001C）點數 882 點，新生兒腦部、四肢、腹部超陰波的點數分別為 719、940 及 1411 點。

提案人：黃昭彰副召集人 楊宜杰委員

決 議：以新增骨盆腔超音波或將超音波分為初次超音波及追蹤性超音波或以婦產科醫師執行超音波可加成等方式提高費用。由學會與健保局協商哪一種方式較好，獲得健保局支持後再提案。

案由三、建請通過西醫基層中卵巢癌腫瘤指標 CA-125 之健保給付。

說 明：1. 腫瘤指標如 PSA、CEA 均已改列 C 表，基層可申報。

2. 和婦產科基層業務相關最大之腫瘤指標 CA-125 也應改列 C 表申報，以減少醫療糾紛並增進民眾之健康照護。

提案人：黃昭彰副召集人 楊宜杰委員

決 議：通過。目前首要爭取西醫基層診察費，此列為第二要項。

案由四、建議 DRG 之案件點值應固定點值（一點一元），不應為浮動點值（因為已精算過成本）

說 明：1. 婦產科總額下降，給付應增加（如診療費加成、提高超音波費用增加產檢次數及費用）。

2.補助人工生殖費用（國健局）以增加生育率。

提案人：張紅淇委員

決 議：1.行文有實施 DRG 之各專科醫學會，共同協商如何爭取。

2.人工生殖費用部份，交由生殖醫學會討論。

案由五、建請學會告訴各地區審查醫師在生產率未提升之前，採寬鬆審查以鞏固本科基本盤，不致讓健保局挪到別科。

說 明：去年出生率下降約 20000 人，若每一出生健保給付約 30000 元計，共 6 億，依目前科管理機制下，這 6 億元健保局必會移到其他科去。。

提案人：李煥照委員

決 議：邀請 6 區基層及醫院審查醫師召集人，以餐敘方式交流意見。

案由六、建請比照耳鼻喉科將局部治療費（如：婦科陰道灌洗由目前 60 點、提升到 100 點或 120 點，或如同骨盆腔檢查加成給付）。

說 明：耳鼻喉科同樣是局部治療，十幾年前就給付 120 點；ENT case 又多，ENT 的 30%就比婦產科全部 case 多，難怪婦產科所佔總額從 6%降到 4%。

提案人：官大弘委員

決 議：此案已於 99 年 12 月發文健保局。

案由七、建請作抹片的 case 應可同時申報骨盆腔檢查費。

說 明：單作抹片不同於 P.V.骨盆腔檢查，還須將子宮大小卵巢輸卵管及陰道等檢查清楚，不同於只作抹片，所以應可個別申報。

提案人：官大弘委員

決 議：支付標準已明文規定，抹片檢查已包含 PV。

案由八、有些不方便內診的 case，建請可由腹部超音波檢查代替骨盆腔檢查，而以 PV 來申報。

說 明：如子宮不正常出血的 case，不內診也應照個超音波才放心。

提案人：官大弘委員

決 議：無性經驗者施以肛診、會陰視診、外陰觸診已可申報 55021C 骨盆腔檢查。

參、臨時動議

肆、監事會建議案

案由一：請學會健保小組評估第二年 DGR 有關脅迫性流產安胎（DRG 碼：37901、37902、37903）住院健保給付的合理性。

說 明：第二年 DGR 有關脅迫性流產安胎住院健保給付，不知健保局給付的根據，非常不合理。

辦 法：請學會主動與健保局瞭解與溝通，並訂定應付方案。

決 議：同案由四。邀請有實施 DRG 之各專科醫學會，共同協商如何爭取。

肆、散 會（下午 5 點 10 分）

台灣婦產科醫學會第十九屆第一次臨時常務理監事會紀錄

時 間：民國 100 年 03 月 06 日（星期日）下午 3 時

地 點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主持人：理事長 謝卿宏

出席者：副理事長 蕭弘智 郭宗正 蔡英美

常務理事 陳祈安 陳建銘 周天給 張維君

常務監事 張紅淇

列席者：院 士 蘇聰賢 楊友仕

祕書長 黃閔照

副祕書長 王漢州 賴文福 陳信孚 林姿吟

請假人員：許淳森 陳持平 張維君 王炯琅 何弘能 徐弘治 李鎡堯 黃思誠 蔡明賢

李茂盛 蔡鴻德

記 錄：林家翎

壹、報告事項

貳、討論事項

提案一：討論婦產科健保總額給付提升項目

說 明：衛生署署長於 3 月 4 日交辦健保局，近期內(二星期)與本會代表召開座談會，以協商婦產科健保總額給付項目。為此，敬邀大家討論因應對策。

提案人：秘書處

決 議：1. 以整體結構向健保局提出調升給付，以調整 150%為原則。

2. 基層組一由蕭弘智副理事長、陳建銘常務理事及王漢州賴文福副秘書長等組成，針對婦產科支付標準中的項目提出意見，並與其它科別比較例如：眼科。醫院組一由郭宗正、蔡英美副理事、周天給常務理事及黃閔照秘書長等組成，針對婦產科支付標準中的項目提出意見。

提案二：討論年會中是否安排二代健保修法重點說明會

說 明：健保局企劃組組長來電表示，希望能在年會中安排 20-30 分鐘，針對二代健保修法重點做說明，並請婦產科醫師提供意見。

提案人：秘書處

決 議：通過。安排於年會 3 月 13 日下午 14:40 至 15:00 金龍廳。

參、臨時動議

肆、散 會(下午 4 點)

第 22 屆亞太婦產科醫學會爭取經過及進度報告

圓桌會議顧問公司撰述報告時間：2011 年 3 月 8 日

一、爭取經過：

2007 年 9 月—日本東京

近十餘年來，台灣婦產科之各項醫學研究發展與成就及先進醫護技術早已聞名世界，亞洲稱雄。為展現我國醫學成就，促進與各國學術交流，突顯台灣熱情好客的精神，也為慶祝台灣建國一百年及台灣婦產科醫學會成立五十週年，鑑於 1989 年在台灣舉行第 12 屆亞太婦產科醫學年會(Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynecology, AOCOG)後即未再主辦該項會議，台灣婦產科醫學會遂決議積極爭取 2011 年第 22 屆 AOCOG 之舉辦權。

2007 年 9 月在日本東京舉行之第 20 屆 AOCOG 由楊友仕理事長率隊，李鎡堯院士、蘇聰賢校長、蔡鴻德主任、謝卿宏秘書長及多位學會理監事、委員的共同參與宣傳、遊說、拉票等團結努力作為，加上經濟部、衛生署、會議中心等政府單位之支持，我國競標團隊於焉展現無比的勝選氣勢。9 月 22 日下午競標報告開始，競爭者極為激烈，依序由香港、馬來西亞、台灣及泰國分別報告，台灣由楊理事長開場引言，圓桌會議顧問公司柯樹人執行長進行競標報告，報告完畢後隨即展開各國代表不具名投票，按照大會規定，主辦國需過半數才算通過。



由於台灣事前佈局縝密，全力遊說，加以提出令各國期望之願景報告，終於在第一輪投票結果揭曉，就以超過二分之一票數勝出（為顧及各競標國感受，不公布票數），全場歡聲雷動，紛紛起立向台灣代表祝賀，而我國承辦 2011 年第 22 屆 AOCOG 於焉確認；當然台灣婦產科醫學會也立刻向全體亞太婦產科醫學會成員承諾，此次會議的舉辦，將會是一場圓滿順利、亮麗成功，深刻難忘、歡欣交流的盛會，我們也將讓每位與會者好好體驗台灣的多元文化，品味台灣善良純樸的美好！

二、聯繫交流：

就在 2007 年第 20 屆 AOCOG 結束後，台灣婦產科醫學會就立即成立 AOCOG 2011 籌備委員會及工作會議。因為這樣的重責大任，必須要全體會員共同努力，團結一致，來辦好此次大會。也為了加強與各個會員國的交流與切磋，在 2007 至 2011 年期間，舉凡在亞太地區各重要會議及各國婦產科相

關國際會議，台灣婦產科醫學會也全力參與。希望藉助這些機會，廣泛宣傳會議資訊，邀約更多學術論文及與會參加，並充分溝通各國需求，目的就是讓亞太及世界各國能對臺灣有更深刻的印象。

台灣婦產科醫學會派員參與宣傳的較重要之會議活動依序有：

- 1) 2008年4月—第60屆日本婦產科全國年會（舉辦地：日本）
- 2) 2008年6月—亞太婦產科醫學會理事會（舉辦地：斯里蘭卡）
- 3) 2008年9月—世界婦女泌尿醫學會年會（舉辦地：臺灣）
- 4) 2009年3月—第21屆AOCOG會議（舉辦地：紐西蘭）
- 5) 2009年4月—第61屆日本婦產科全國年會（舉辦地：日本）
- 6) 2009年10月—世界婦產科醫學會年會（舉辦地：南非）
- 7) 2010年4月—亞太婦產科醫學會理事會（舉辦地：尼泊爾）
- 8) 2010年4月—第62屆日本婦產科全國年會（舉辦地：日本）
- 9) 2010年9月—韓國婦產科全國年會（舉辦地：韓國）
- 10) 2010年9月—世界婦女泌尿醫學會年會（舉辦地：義大利）

三、籌備作業及進度：

(一) 籌備會議進度

2011年第22屆AOCOG之籌備委員會於2007年11月成立，由楊友仕醫師擔任籌備委員會主席，蔡鴻德醫師擔任副主席，謝卿宏醫師擔任秘書長，並依工作性質分為7組。籌備會至今已經陸續召開了30餘次大小會議，各組委員會人數、召集人與籌備會議內容，詳述如下：

組別	委員人數	召集人	籌備會議內容
學術組	78人	何弘能醫師	大會議程安排、大會主題與次主題安排、大會講員邀請與安排、論文摘要蒐集與審稿、場地規劃
展覽組	20人	李茂盛醫師	徵展尋求贊助與合作機會、追蹤贊助廠商繳費狀況、場地規
財務組	14人	何博基醫師	掌握大會目前收入支出狀況
公關組	26人	蘇聰賢醫師	大會推廣，藉以吸引更多前來參與、大會網站定期更新
募款組	13人	郭宗正醫師	追蹤各項政府補助案件，以及其他可申請補助之機會
活動組	14人	蔡明賢醫師	大會旅遊、晚宴活動內容安排
顧問組	17人	李鎡堯醫師	大會籌劃之諮詢

(二) 宣傳進度

1. 籌備委員已於2009年3月赴紐西蘭參加第21屆AOCOG年會，並於會場搭設展覽攤位，藉此宣傳本年會2011年將於台灣舉行。
2. 已印製First Announcement(2009年3月)及Second Announcement(2010年4月)，並發送數千份

給各會員國與潛在與會者。預計於 2011 年 3 月底，完成 Third Announcement 的印製與發送給國內會員。

(三) 執行進度

1. 2009 年 8 月成立大會網站 (www.aocog2011.org.tw)。
2. 2010 年 4 月開始向 24 會員國寄出講員提名邀請函，確認邀請講員共計 104 位。
3. 2010 年 6 月開放線上報名及投稿，目前投稿截止日期已展延至 2011 年 4 月 30 日止，歡迎有興趣投稿的國內醫師，把握本次機會、踴躍投稿。
4. 2010 年 11 月、2011 年 1 月與 2 月，多次寄發 E-DM 給亞太婦產科醫學會聯盟(AOFOG)、AOCOG 2009 與會人員、邀請講員、贊助廠商，以及其他潛在參與大會之人員。



AOCOG 2011 籌備會議實況

四、結語：

2011 年第 22 屆 AOCOG 自 2007 年臺灣取得主辦權至今，將近四年的籌備期，各項工作都在積極進行。我們預期會有 1500-1700 位婦產科醫師、專家學者及廠商前來與會，這是一場絕對好會，我們婦產科醫學界應該藉此機會，讓每位與會者都能覺得賓至如歸，學術探討交流成功，體驗臺灣熱情與真實友誼。



做為主人的各位會員們，我們誠心的期許你們踴躍參加。除了可以與亞太地區各國的同道交朋友，介紹臺灣美好的多元面向，帶他們去喝喝茶，看看美麗風景，品味臺灣料理，更重要的是留下張張歡聚一堂的照片與回憶，我們於 9 月 23 日台北國際會議中心 AOCOG 2011 年會見! Yes! The AOCOG Annual Conference is around the corner, Be there! And join us as the best host we can!

更多活動訊息，請參閱大會網站 (<http://www.aocog2011.org.tw/>)

鳴鳳山鳴鳳古道、夢幻桐花道、雲洞宮一健行步道

康樂福利委員會

鳴鳳古道在早期是頭屋到獅潭的重要道路之一，也是賽夏族狩獵的原始林場，現今已經被列為十大古道之一，行走古道在近兩年來慢慢的流行，鳴鳳山多條古道內的特殊人文景觀也漸漸在旅人之間被傳開變夯。鳴鳳古道有兩個登山口，一個登山口是在台三線獅潭義民廟停車場廣場旁，另一個就是我們探路走的登山口，這個登山口是位於雲洞宮停車場旁的邊坡上，在兩個登山口中間有一段特別的林間小路，這相連接的小路因為是穿過樹洞而成，讓遊客行走其間感覺特別舒服，沿路有很多不知名的花草樹木伴行，也有三兩個石椅供遊人短暫休息。從這個登山口走進去會先經過遊憩區，有一個很大的石板上寫著遊憩區的由來，走一小段路就會看見一排長長的階梯等著我們，爬完階梯後，有一座涼亭供人休息，接著走下去就是這條出名的古道，這古道是泥土路，走出古道又會看見一長排階梯等著大家，階梯上面有長些青苔，行走時請小心，山路邊有千百種美麗的花草值得慢慢欣賞，再來又有一座涼亭供我們休息，在亭中呼吸著新鮮的芬多精，順便也可以感受一下古人沉醉在山嵐竹林中的樂趣，繼續往前走，就會看見一個寫著「情人谷」的牌子，在這裡有一個傳說，傳說這是一對不孕夫婦發願所鋪成的，由一百多階的石階平坦鋪成，情人谷裡環境清幽，很適合情侶一起同遊，再過去一小段路就會經過一座木橋，通過茂密的樹林很像在過山洞，但這個山洞是由一些樹木與蕨類所組成的，走在其間心情變得很平靜，如果你覺得很熱的話可以下去小溪流沖涼一下，偶而會看見一些小蝴蝶與蜻蜓在您身邊飛舞，很不錯的感覺喔！走出樹蔭山洞會看見一大片的橘子園，走出橘子園就是一條小河溝，過了橋就是河濱公園，公園裡有提供小朋友的遊樂設施，在河濱公園旁邊的廟就是義民廟，廟旁有一座黃南球紀念館，可以讓我們瞭解古人開山闢土艱辛的一面。

這樣遊鳴鳳古道是下坡向，下坡路讓行程變短、變快，但是個人覺得對於上了年紀的人，膝蓋有些負擔，再加上計畫在雲洞宮旁享用客家美食，到時候可能改為逆向上坡遊古道，沿途有家特別的小店名為「義工的店」，裡面有很多小工藝品販售，有花瓶、木製的桌椅和招牌，義工的店也有芳香的咖啡可以品嚐，歷經關公亭、珊瑚亭、雲洞宮這樣行程可能多一個小時，也不會太累，再者出發前先在義民廟旁有一間出名的仙草小店，吃了道地仙草冰再出發，歡迎大家闔家蒞臨。至於夢幻桐花道，由於寒流肆虐，還沒出花苞，沒辦法為各位先進介紹，靠近出發日，再為大家先行探路。

頭份交流道→台十三線往造橋→頭屋→苗 22 線線往鳴鳳山

公館交流道→台十三甲往苗栗→頭屋→苗 22 線線往鳴鳳山

日期：100 年 4 月 17 日（星期日）

集合地點：學會門口（遊覽車）

集合時間：上午 7:30 分

*登山路程：約 2 個小時易度：中

*攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

*午餐：學會招待（便當）

時間：中午 12:00 分

*康樂福利委員會召集人 陳建銘

本行程領隊：葉冠東 陳建銘

報名方式：

欲參加者請於 100 年 4 月 10 日前報名，並事先繳交 500 元費用及填寫下報名表傳真至學會。（眷屬限直系，不是眷屬者費用 1000）

劃撥帳號：00037773

戶名：台灣婦產科醫學會

無事先報名者恕不供應午餐

學會電話：02-25684819

傳真：02-21001476

會員姓名		會員編號	
出生年月日		身份證字號	
眷屬姓名		身份證字號	
出生年月日			
電話	行動	傳真	
地址			

共_____人

通訊繼續教育

孕婦的理想降血壓藥- Nicardipine !



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 臺北中山醫院 婦產科

約 10 % 的孕婦出現妊娠性高血壓，每年全世界因此死亡的孕婦約有 5 萬人，如能適時予降血壓的治療，則可減少這項母親的風險。但迄今，對孕婦的第一線降血壓用藥仍無共識。通常孕婦降血壓藥有 dihydralazine、labetalol 及 ketanserin。

Dihydralazine (Apressoline?) 乃一種血管擴張劑，多年來均為孕婦急性高血壓的第一線用藥，其最常見的副作用頭痛、噁心、嘔吐（可高達 50 %），與子癲前症惡化時之症狀相似。但文獻上的綜合分析，並不支持以 dihydralazine（與其他降血壓藥比較）作第一線藥物，因為對母親和胎兒的副作用均多，且降血壓的效果並不理想。

Labetalol (Trandate?) 亦廣泛使用在孕婦，副作用較少，但生產期以靜脈注射後需注意，其 β -adrenergic 阻斷的作用，會引起新生兒低血壓、心跳變慢、與低血糖的副作用。另外，其降血壓所使用的劑量，因個人差異很大。

Ketanserin 只有在少數國家（荷蘭、北美洲）使用，主要作用乃改善血管內皮細胞（endothelial cell）的功能異常，但用在妊娠性高血壓效果不彰，半衰期長約 12-16 小時，劑量不易控制。在心電圖上常出現 QT 間距的延長，甚至心跳暫停。

鈣離子拮抗劑在懷孕中具安胎（tocolysis）和降血壓的作用，已證明有效且安全，對母親和胎兒沒有嚴重的副作用，目前最常使用者為 nifedipine (Adalat?)，半衰期 2 小時），但有較多心悸、頭痛、和熱潮紅的副作用，因此不太理想。另一種鈣離子通路阻斷劑 nicardi-

pine，因它只選擇作用在血管的平滑肌上，而少作用在心臟肌細胞上，有較少減弱收縮力（smaller negative inotropic）效果，因此較少反射性心跳加速，nifedipine 則缺乏此種選擇性。本文探討 nicardipine 在懷孕中好的降血壓效果與副作用少，研判是一種較理想的藥物，特回顧文獻，以供同仁參考。

藥理作用

Nicardipine 乃屬於 dihydropyridine 類型的鈣離子通道阻斷劑（calcium-channel blocking），有口服和靜脈注射兩種藥劑。Nicardipine 可以經 L 型電壓閘門（voltage-gated L-type）管道來阻止鈣離子經細胞膜之流動，使細胞內鈣離子濃度下降，因而減少血管中平滑肌細胞的收縮，達到降血壓的效果。Nicardipine 主要用在急性嚴重高血壓與術後的高血壓，在靜脈注射後，會快速強力的使血壓下降。與孕婦常使用的 nifedipine 比較，nicardipine 主要作用在血管之平滑肌，而非心肌，因此較少有反射性的心跳加速。在靜脈快速注射後半衰期僅 2-5 分鐘，在長期（24-48 小時）的滴注後則可延長至 1-2 小時，是孕婦使用之降血壓藥物中半衰期最短的一種（如靜脈注射 dihydralazine 的半衰期是 4 小時、labetalol 是 5.5 小時、nifedipine 是 2-5 小時），因此，其作用不僅快而且容易控制。Nicardipine 降血壓的作用與其血漿中的濃度有關，其在人類血漿中與蛋白結合力很高（> 95 %）。靜脈使用 nicardipine 的劑量在 0.5-20 mg/h 間時，藥物動力學作用會呈直線增加。

Nicardipine 使用在孕婦，通過胎盤的濃度似乎很低，如 nicardipine 在新生猴子（7-35 ng/mL）血中的濃度只有母猴（175-865 ng/mL）的 6 % 左右。在人類的研究，母親血漿中平均濃度為 54.6 ng/mL，新生兒則為 4.18 ng/mL，即約 9 % 的濃度會轉入胎盤。Nicardipine 在非懷孕之婦女，點滴使用劑量建議開始以 5 mg/h，然後每 5 分鐘增加 2.5 mg/h，直至有效，最大劑量為 15 mg/h。用在孕婦中，Hanff 等則建議開始劑量為 3 mg/h，以 0.5-1 mg/h 速度增加至期望的血壓，最大劑量 10 mg/h。Nicardipine 對孕婦屬於 C 級藥。

文獻報告

文獻中，對 nicardipine 在慢性或妊娠性高血壓，有或沒有蛋白尿，第一線或其他降血壓藥物失敗後使用者皆有。治療成功之定義：Elatrous 認為，與未使用前比較，要降低動脈血壓 20 %；Aya 則採用降低平均動脈血壓（mean arterial pressure）20-30 %；Carbonne 等則以達到舒張壓 < 90 mmHg；或 Hanff 等主張以達到目標之舒張壓（< 100 mmHg，在 HELLP 患者 < 90 mmHg）為其定義。

Nij Bijvank 等收集 5 篇文章共 147 位嚴重高血壓孕婦，以靜脈注射 nicardipine 來治療，

所有患者皆有意義的減少收縮壓和舒張壓。Carbonne 等在患者每小時使用 nicardipine 2 mg (n = 9)、4 mg (n = 8)、和 6 mg (n = 3) 後皆能減少 20 % 的舒張壓。Aya 等的 20 位患者，皆能在 1 小時內減少 20 % 的平均動脈壓，其中 14 位 (70 %) 患者在 1 小時內能減少 20 % 的收縮壓和舒張壓或平均動脈壓。在 Hanff 等 (n = 27) 和 Aya 等 (n = 20) 的患者，在 1 小時皆能達成預期目標 (target) 的血壓。由治療始至治療成功的時間很短，分別為 11 分鐘 (Hanff 等)、18 分鐘 (Elatrous 等)、和 23 分鐘 (Aya 等)，但在 Carbonne 等所報告，達到的治療成功的時間較長，分別為 72 分鐘 (2 mg/h)、123 分鐘 (4 mg/h)、和 130 分鐘 (6 mg/h)。在 Aya 等、Carbonne 等、和 Hanff 等研究皆沒有失敗的例子。

副作用不常見，主要為噁心、心悸、頭痛、熱潮紅、和心跳加速。心跳加速通常不會到需要停止治療，Aya 等報告中有 2 位孕婦需要減少使用 nicardipine 的劑量和使用 β -blockers 來減少心跳加速。Hanff 等報告中有 8 位 (5 %) 孕婦有短暫性低血壓 (舒張壓 < 70 mmHg)，其中 5 位需要減少劑量或停止治療，舒張壓皆可快速恢復，所有患者皆沒有胎兒窘迫徵兆。Seki 等報告在 50 位患者中，有 1 位胎兒發生胎心失去變異性 (variability)，但不需要治療。Aya 等認為胎心失去變異性和減緩 (decelerations) 乃暫時性，不需要治療。Hanff 等報告暫時性胎心減緩有 7 %，但沒有胎兒或新生兒發生併發症。Carbonne 等有使用都卜勒超音波測量子宮、臍帶、和中大腦動脈的血流速度 (velocimetry)，皆沒有改變。

Carbonne 等在口服使用 nicardipine 後數小時，發現在母親和胎兒組織皆沒有測量出 nicardipine 的濃度，因此認為 nicardipine 不會堆積在胎盤、胎膜、和臍帶中。Hanff 等和 Elatrous 等研究認為 nicardipine 與硫酸鎂 (MgSO₄) 合併使用，沒有產生副作用。

2004 年，Vaast 等報告 218 位早產婦女以 nicardipine 安胎，其中有 5 位屬懷孕 27-34 週的早產孕婦，以 nicardipine 3 mg 作為開始的安胎劑量 (以 nicardipine 50 mg 加入 0.9 % 生理食鹽水，或 5 % 葡萄糖液 500 mL 中)，如有需要可增至最大劑量 6 mg/h，孕婦同時予類固醇治療以加速胎兒肺的成熟，最後此 5 位孕婦均發生了肺水腫。其中 2 位孕婦為雙胞胎，1 位為 3 胞胎，1 位有二尖瓣脫垂，1 位是注射胰島素之糖尿病患者，安胎天數在 1-5 週之間，每天使用 nicardipine 在 66-144 mg，每天點滴液在 552-1440 mL 間。經停用 nicardipine 後未經特別治療，48 小時內母親和胎兒皆能恢復正常，所以對長期 nicardipine 之治療，在懷多胞胎、有心臟疾病、有使用類固醇之孕婦，需特別小心注射液的量和肺水腫。如在沒有併發症的高血壓時，Hutcheon 等認為懷孕 38 或 39 週時生產，胎兒的併發症較少。

■ 使用方法

Jannet 等在使用 nicardipine 來治療早產時，乃將 nicardipine 50 mg 放入 500 mL 之 5 % 葡萄糖水中，然後以連續點滴幫浦，每小時滴注 30 mL，即每小時 3 mg nicardipine，依注

射情況可增加至每小時 60 mL。Hanff 等則開始以連續性每小時滴注 nicardipine 3 mg，視血壓情況而調整，每小時增加 0.5-1 mg，最大劑量為每小時 10 mg 止。Carbonne 等則以連續性點滴幫浦注射 nicardipine，患者其體重 < 80 kg 以每小時 2 mg、80-90 kg 以每小時 4 mg、> 90 kg 以每小時 6 mg 滴注，每 15 分鐘測量血壓 1 次，直至舒張壓 < 90 mmHg，再改口服 nicardipine（每顆 20 mg），每天 3 次，1 次 1 顆。Aya 等則以連續幫浦滴注 nicardipine 每分鐘 1 µg/kg，直至減少平均動脈壓 15 % 時止。

Elatrous 之使用方法，以 nicardipine 10 mg 在 5 分鐘注射完畢，5 分鐘後再測量血壓，如血壓未能下降 20 %，則以 nicardipine 12.5 mg/h 注射 5 分鐘，5 分鐘後再測量血壓，如仍失敗，則以 nicardipine 15 mg/h 注射 5 分鐘，5 分鐘後再測量血壓，如仍失敗則結束研究。但在此三次注射中能將血壓下降 20 %，則以 nicardipine 1-3 mg/h 做維持劑量，只做短時間（1 小時）的追蹤，1 小時後視各醫師的方法再治療。Seki 等則以每天 nicardipine 20-80 mg 連續幫浦點滴注射。

結 論

回顧文獻的結果，在懷中有嚴重的高血壓，以靜脈注射 nicardipine 乃一有效的治療方式。所有報告皆顯示能有效降低收縮壓和舒張壓。如以平均動脈壓下降 20 % 作為定義，則有 91 % 的成功率，如以收縮壓和舒張壓下降 20 % 作為定義，則有 87 % 的成功率。達成預期目標血壓的時間，70 % 患者所需時間在 23 分鐘內，91 % 患者在 130 分鐘內，表示大多數患者在 0.5-2 小時內便有效果，且最後皆能使血壓下降，沒有失敗的例子。而在 2003 年，Magee 等綜合分析，發現其他降血壓藥物失敗（持續性高血壓）的比率分別如下：nifedipine（12 %）、labetalol（14 %）、dihydralazine（17 %）、ketanserin（18 %）。

靜脈注射 nicardipine 的建議的劑量，在開始時為 1-3 mg/h，然後每小時增加 1 mg，直至最大劑量 10 mg/h 止。

在孕婦使用 nicardipine，母親的併發症很低，僅有短暫性的低血壓，而且在減少劑量或停藥後，便恢復正常。而胎兒的併發症亦少，雖有數例胎心失去變異性和有變異性胎心減緩，但不需特別處理。至於胎兒生長遲滯、早產、和剖腹產的比率，與使用其他降血壓藥物的孕婦相同。Aya 等觀察胎兒在產後 1-7 週內，沒有新生兒的副作用。最後，雖然文獻認為現階段以 nicardipine 作為孕婦降血壓最理想的藥物，唯研究之病例有限，且多為回顧性文章，有待日後更多的研究加以證明。

■ 參考文獻

1. Carbonne B, Jannet D, Touboul C, et al. Nicardipine treatment of hypertension during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 908-14.
2. Hanff LM, Vulto AG, Bartels PA, et al. Intravenous use of the calcium-channel blocker nicardipine as second-line treatment in severe, early-onset pre-eclamptic patients. *J Hypertens* 2005; 23: 2319-26.
3. Elatrous S, Nouria S, Ouanes BL, et al. Short-term treatment of severe hypertension of pregnancy: prospective comparison of nicardipine and labetalol. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1281-6.
4. Seki H, Takeda S, Kinoshita K. Long-term treatment with nicardipine for severe pre-eclampsia. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 76: 135-41.
5. Aya AG, Mangin R, Hoffet M, et al. Intravenous nicardipine for severe hypertension in pre-eclampsia: effects of an acute treatment on mother and fetus. *Intensive Care Med* 1999; 25: 1277-81.
6. Nij Bijvank SWA, Duvekot JJ. Nicardipine for the treatment of severe hypertension in pregnancy: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2010; 65: 341-7.
7. Nagee LA, Cham C, Waterman EJ, et al. Hydralazine for treatment of severe hypertension in meta analysis. *BMJ* 2003; 327: 955-60.
8. Jannet D, Abankwa A, Guyard B, et al. Nicardipine versus salbutamol in the treatment of premature labor. A prospective randomized study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 73: 11-6.
9. Vaast P, Dubreucq-Fossaert S, Houffin-Febarge V, et al. Acute Pulmonary oedema during nicardipine therapy for premature labour. Report of five cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 113: 98-9.
10. Hutcheon JA, Lisonkova S, Magee LA, et al. Optimal timing of delivery in pregnancies with pre-existing hypertension. *BJOG* 2010; 118: 49-54.



問 答 題

一、下列何者為 nicardipine 注射後的半衰期？

- (A) 2-5 分鐘 (B) 2-4 小時
(C) 5-7 小時 (D) 12-16 小時

二、與 nifedipine 比較，下列何者為 nicardipine 的特性？

- (A) 降血壓作用快速 (B) 較少的心跳反速
(C) 降血壓效果強 (D) 以上皆是

三、下列何者為 nicardipine 作用在平滑肌細胞中的機轉？

- (A) 細胞內鈣離子增加 (B) 細胞內鈣離子減少
(C) 細胞外鈣離子增加 (D) 細胞外鈣離子減少

四、下列何者為 nicardipine 使用方法？

- (A) 口服 (B) 快速 (bolus) 注射
(C) 長期點滴注射 (D) 以上皆是

五、下列何者為 nicardipine 使用的副作用？

- (A) 頭痛 (B) 短暫低血壓
(C) 肺水腫 (D) 以上皆是

第 172 通訊繼續教育

子宮鏡手術術後減少沾黏方法之現況

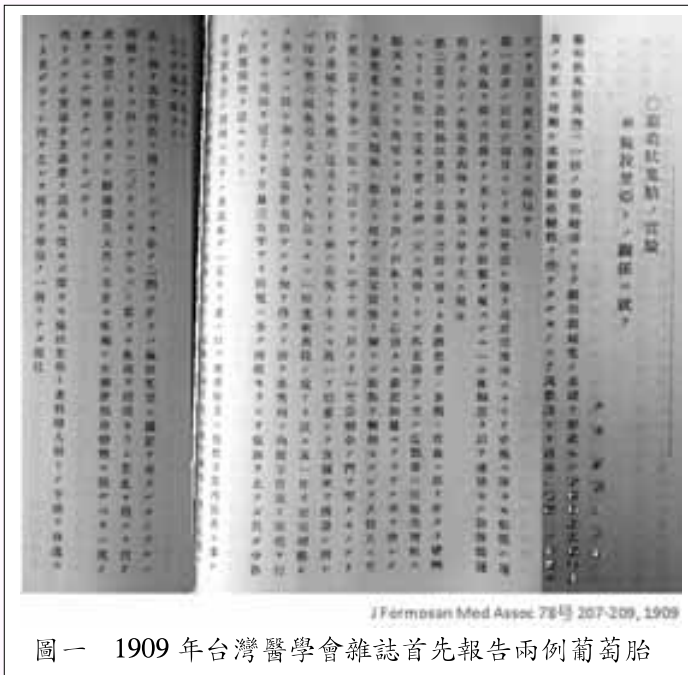
答案：一、(C)；二、(D)；三、(D)；四、(C)；五、(C)

會員園地

妊娠性滋養層細胞疾病 (GTD)

治療在台灣五十年之演變

台大醫院婦產部 黃思誠



圖一 1909年台灣醫學會雜誌首先報告兩例葡萄胎

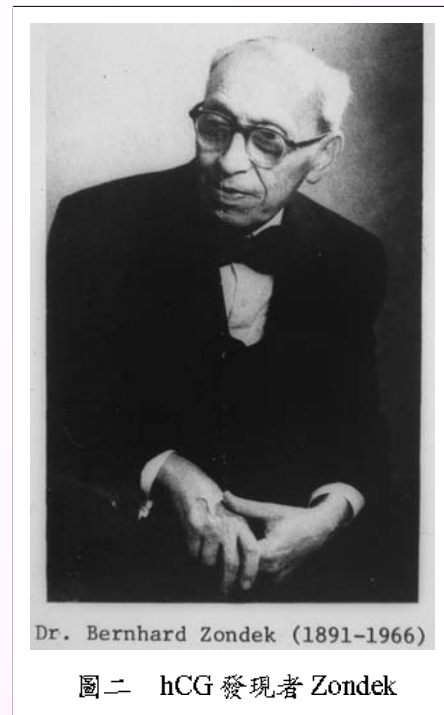
台灣文獻上最早提到滋養層細胞疾病 (GTD) 的是 1909 年高橋力之助，報告兩例瘧疾病人合併葡萄胎的病例 (J Formosan Med Assoc 78 號 207-209, 1909) (圖一)。早期治療以手術為主，子宮內膜刮搔術或子宮切除。病理科陳定堯收集臺大病理科 (1947-1966 年) 及北醫病理科 (1967-1976 年)，30 年間手術標本中的 GTD 病例，共 809 例，其中 518 例葡萄胎、126 例侵襲性葡萄胎、142 例絨毛膜癌、23 例未確診 (北醫學報 15:127-135,

1986)。可見當時 GTD 包括葡萄胎、侵襲性葡萄胎及絨毛膜癌。1976 年 Kurman 發現新的 GTD，即胎盤位置滋養層細胞腫瘤 (placental site trophoblastic tumor, PSTT) 後，台灣於 1988 年宋永魁開始有 PSTT 的病例報告 (J Obstet Gynaecol 9:29-31, 1988)。PSTT 是罕見的，英國倫敦的 Charing Cross Hospital 在 25 年中有 1685 例 GTD，只有 34 例為 PSTT，佔 2% (J Reprod Med 47:460-464, 2002)。目前分子生物及基因的技术也應用在診斷上。完全葡萄胎來自父親的 genome，部分葡萄胎由 2 組父親的染色體 haploid sets，加上 1 組母親的 haploid set。一般而言，完全葡萄胎後變成 GTN 的機會高；部分

葡萄胎變成 GTN 的機會較低。1994 年陳瑞堅研究 207 例持續 GTD 病人，其中 6 例 (2.9%) 的前行妊娠為部分葡萄胎。此 6 位病人，一位子宮全切除後痊癒，5 位化療後痊癒 (Br. J Obstet Gynaecol 101: 330-334, 1994)。絨毛膜癌最令人困惑的是其來源。絨毛膜癌常發生在正常妊娠或葡萄胎妊娠之後，如果是由前次妊娠的滋養層細胞而來，在數月或數年之間滋養層細胞發生了什麼事呢？柯滄銘使用 DNA restriction fragment-length polymorphism assays 證明大部分完全葡萄胎是源自父親的 (androgenetic) (Am J Obstet Gynecol 164: 901-906, 1991)，目前證實如果絨毛膜癌發生在葡萄胎妊娠後是源自父親的 (androgenetic)，而發生在正常妊娠後是源自雙親的 (biparental)。1994 年陳祈安報告 p53 mutation 與 GTD 的病因關連不大 (Carcinogenesis 15: 221-3, 1994)。

在臨床診斷方面，由於早期用木製聽筒來聽胎心音，故約 4-5 個月聽不到胎心音才會懷疑葡萄胎，1963 年 Mac Vicor 及 Donald 使用超音波來診斷葡萄胎妊娠，台灣則遲至 1969 年超音波引進台灣之後，才能早期診斷，對於侵襲性葡萄胎及絨毛膜癌的超音波影像也有很多報告 (蔡偉雄, Int J Fertil 19: 227-232, 1974; 謝豐舟, J Formosan Med Assoc 87: 139-145, 1988)，1994 年謝豐舟發現用彩色都卜勒超音波來觀察 28 位 GTN 病人的血管形式，可分為三型：(1) 瀰漫型 (diffuse, n = 7)，(2) 腔隙型 (lacunar, n = 16)，(3) 緻密型 (compact, n = 5)，瀰漫型對化療反應佳，而腔隙型或緻密型則需更多化療才有效 (Cancer 74: 2361-5, 1994)。當一個病人有持續妊娠滋養層贅瘤 (persistent GTN) 時，應該做胸部 CT Scan 來尋找轉移病灶，尤其是有可能做手術治療者。當胸部 CT 為陽性時，轉移檢查的項目必須包括腹部 CT Scan 來看肝、腎、脾及胃腸道是否有侵犯及頭部的 MRI。PET 有助於發現復發病人的殘餘病灶 (residual disease sites)，2007 年賴瓊慧報告 PET 可能對一些特定的 GTN，在監測化療反應及化療後局部有存活腫瘤有用 (Curr Opin Obstet Gynecol 19: 37-41, 2007)。

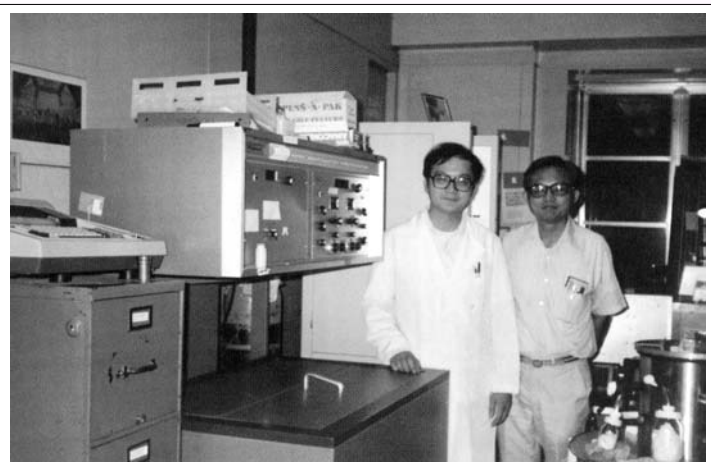
在 GTD 歷史的重要里程碑是 1928 年 Aschheim 及 Zondek (圖二) 發現 hCG。利用 hCG 的測定來追蹤療程方面，台灣在 1950 年以前用 Friedman test (靈敏度為 40 IU，靈敏度的差異是很大的，本文中是根據 Hertz R: Choriocarcinoma and related gestational trophoblastic tumors in women. Raven Pres. New York, 1978 及廠商提供的資料，僅供參考)，即婦女小便注射於雌性成熟家兔，24 小時後，開腹觀察卵巢有排卵現象時，可以診斷妊娠。之後用



Dr. Bernhard Zondek (1891-1966)

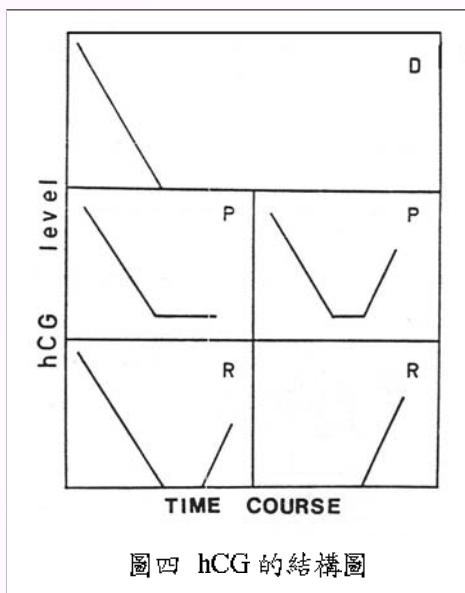
圖二 hCG 發現者 Zondek

Frog test (靈敏度為 5.0 IU)，此為 hCG bioassay 的時代。1948 年時台大醫學院生理學科之助教朱威廉偶然讀到 Maninini 1947 年的報告將尿注射於雄蟻，視尿中有無精蟲出現以診斷妊娠。因此找台大婦產科李卓然教授（當時為助教）共同研究，發現在台灣產雄性蟻及其他蛙類可得到同樣結果 (J Formosan Med Assoc 47: 69, 1948)。台大婦產科 1950 年起在門診用台灣產雄性水蛙 (Rana tigerina daudin) 來做妊娠試驗，徐千田也是同樣作法 (徐千田, J Formosan Med Assoc 49: 131-145, 1950; 邱仕榮及歐陽培銓, 49: 326-334, 1950)。據台大婦產科已退休技工陳孟塗先生 (1951 年進入婦產科服務) 回憶：「歐陽培銓教授，王春雄醫師、余宗光醫師都參與水蛙妊娠試驗。每次到永樂市場買 5~6 斤雄蛙 (1 隻雄蛙大約 2 兩)，每一個試驗要用 2 隻水蛙，飼養在西址四樓研究室內，每次檢驗完需休息 2~3 天才能再用，大約 5~6 天後，活的水蛙放生到水溝去，死的水蛙送到太平間去燒掉。」歐陽培銓教授教過我做 Frog test，當時用 Organon 製造的 Pregnyl 來注射，另外也用 neuraminidase 把 hCG 上的 sialic acid 去掉變成 asialo-hCG，因此在循環中容易被破壞掉，而降低生物活力，無法讓雄蛙射精，血液中 hCG 的半衰期是 358 分，而 asialo-hCG 的半衰期是 3.6 分。在 1965 年雄蛙試驗後來為免疫學試驗方法 (靈敏度為 1 IU/ml) 所取代，臺大當時採用持田出產的 Gonavislide (靈敏度為 0.3 IU/ml) (對滋養層細胞疾患的追蹤則用 Hi-Gonavis, 靈敏度為 5m IU/ml, 但必須用 24 小時尿液濃縮後才能檢測，比較麻煩) 來檢測，但與 hLH 有交叉反應。1979 年謝長堯及吳香達同時報告 PhCG RIA (靈敏度為 5 mIU/ml) (J Obstet Gynecol ROC 18: 131-141, 1979; 18: 142-147, 1979)，其靈敏度及特异性提高，但與 hLH 交叉反應少，對於治療追蹤很有用，並一直延用至今。至於一般妊娠試驗，1987 年起採用 ICON 取代 Gonavislide 來檢驗至今。對於 hCG 臺大有很深入的研究，從歐陽培銓開始，謝長堯、黃思誠從事有關 hCG 的臨床應用以及結構與功能的關係研究。陳瑞堅從事 hCG 單株抗體及次單元的研究 (J Obst Gynecol ROC 25: 1-8, 1986)。我於 1981 至 1983 年共兩年半的時間，在美國國立衛立院 (NIH) 陳浩佳博士指導下從事 hCG 的研究 (圖三)。我去美國前，在台灣萃取 24 小時尿液中的 hCG，當時整天與尿為伍，全身都是尿騷味，共萃取約 1178 例標本，(210 例來自葡萄胎病患、19 例來自



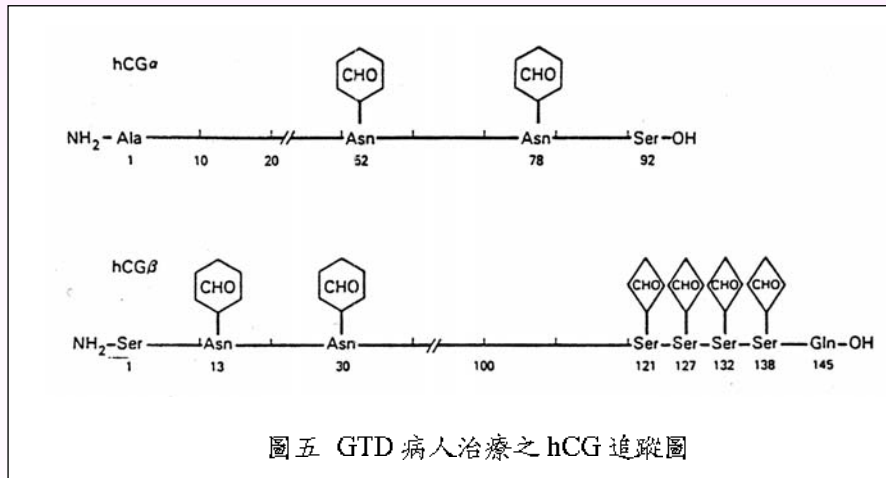
圖三 1981 年於 NIH 研究室，左：黃思誠；右：陳浩佳

部分葡萄胎、317 例來自絨毛膜癌、332 例來自持續性葡萄胎，及其他妊娠及使用避孕器婦女尿液或未孕婦女），標本冷凍乾燥 (lyophilized) 後寄去 NIH。當時用的是 H93 RIA。H93 RIA 是陳浩佳研究室的日本人 Shuji Matsuura 合成的 hCG β 碳氫端 23 peptide (124-145) 得到的抗血清，有非常高的特異性，但靈敏度比較低，無法測量血清中 hCG，必須測量從 24 小時尿液中萃取的性腺激素，採用的方法是 Kaolin- acetone extraction。我們當時的夢想是找出絨毛膜癌特異性的 hCG，希望驗血或驗尿就可以檢驗出絨毛膜癌，然而此夢想並未成功，主要的原因是 peptide 部分與正常 hCG 並無差異，而糖



鏈的分析又超出我們的能力。我們發現無妊婦女也會產生類似 hCG 物質 (J Clin Endocrinol Metab 58: 646-653, 1984)，用 HPLC 來看分子大小，用 chromatofocusing 來看 pI (isoelectric point)。在早期妊娠及 GTD 的 hCG 是酸性的 (pI 3.2-4.0)，但末期妊娠及子癲前驅症的 hCG 是較少酸性的，pI > 6.20，可能與 hCG 的 sialic acid 量有關 (J Formosan Med Assoc 87: 1036-44, 1988; Proc Natl Sci Counc B ROC 13: 64-69, 1989)。hCG α 有 2 個 asparagine 連結的糖鏈，在 residue 52 及 78；hCG β 有 2 個 asparagine 連結的糖鏈，在 residue 13 及 30，與 4 個 serine 連結的糖鏈，在 residue 121、127、132 及 138，這些糖鏈的末端糖是 sialic acid (圖四)。hCG 的等電點變化是與 desialylated hCG 的多寡有關。hCG β 糖類

多，故半衰期 (43 分) 大於 hCG α (13.4 分)。在 NIH 陳浩佳研究室的日本人 Yasuyuki Shimohigashi 用化學方法製備 asialo-hCG、HF-hCG (deglycosylated hCG)、hCG (α A; β)、hCG (α ; β A)。 α A 表示 asialo-hCG α ； β A 表示 asialo-hCG β 。這些在 Chromatofocusing 都是 less acidic。間接證明末期妊娠及子癲前驅症的 hCG 的 sialic acid 含量較少。葡萄胎的 hCG 與正常妊娠 hCG 的大小一樣，但絨毛膜癌的 hCG 則五花八門 (J Formosan Med Assoc 90: 53-58, 1991)，有比較小的、一樣的或比較大的，這可能是絨毛膜癌製造糖鏈的機轉發生問題，故糖鏈有多有少而造成 hCG 分子有大有小。有較小的或較大的 hCG 出現，可能預後不好。GTD 病人的 hCG 追蹤可分為三類型：D pattern 無死亡率；P pattern 10 % 死亡率；R pattern 14.3 % 死亡率 (J Formosan Med Assoc 90: 335-341, 1991) (圖五)。陳瑞堅發現不均衡的 hCG α 與 hCG β 分泌可見於高及中危險 GTD，但不見於低危險 GTD 及葡萄胎 (J Chinese Oncol Soc 8: 22-28, 1992)。



在治療方面，初期以手術療法為主。早期台灣 GTD 治療重鎮為台大魏炳炎、歐陽培銓 (Am J Obstet Gynecol 85: 844-849, 1963)、中興徐千田 (J Obstet Gynecol 5: 321-324, 1966; 8: 327-343, 1969) 及三總。在 1956 年 Roy Hertz 及李敏求首先報告 Methotrexate (MTX) 來治療絨毛膜癌的療效後 (Proc Soc Exp Biol Med 93: 361-366, 1956)，Methotrexate 於 1962 年引入台灣，1967 年魏炳炎及歐陽培銓初步有 Methotrexate 的治療報告 (Am J Obst Gynecol 98: 79-84, 1967)。根據陳定堯分析 1947-1976 年 30 年間 94 例絨毛膜癌的治療，若只用手術治療，其死亡率為 75.4 % (52 / 69)，若手術加上 MTX 治療，其死亡率為 28 % (7 / 25)。用 Higonavis 來追蹤 hCG 時代，死亡率為



26.2 %；而用 PhCG RIA 及 H93 RIA 時代，死亡率為 11.8 %。謝豐舟報告 hCG 在 CSF (J Obstet Gynecol ROC 20: 135-139, 1981) 及 MTX 之 Pharmacokinetics (J Obstet Gynecol ROC 20: 184-190, 1981)。1979 年歐陽培銓 (時為台大婦產科主任，圖六) 去英國 Charing Cross Hospital 的 Bagshawe 處進修 GTN 之化學療法一年，Bagshawe 以預後積分系統 (scoring system) 治療 GTN 聞名。歐陽培銓約 300 天住在也在英國進修高醫李昭男家，當時李昭男在 St. Bartholomew's Hospital 的 T. Chard 處研究胎盤蛋白 (hCG、SP1 及 PP5)，歐陽培銓教授吩咐我寄各種妊娠及 GTD 病人血清到英國給李昭男教授，做胎盤蛋白的研究，結果發現葡萄胎病人血清中有 hCG、SP1 (pregnancy specific β 1-glycoprotein) 及 PP5 (placental protein 5) 存在，但絨毛膜癌病人血清中無 PP5，僅有 hCG、SP1 (Br. J Obstet Gynaecol 89:

69-72, 1982; Am J Obstet Gynecol 139: 702-704, 1981)。歐陽培銓教授亦要我至北醫病理科找陳定堯教授，要求一些 GTN 的 paraffin blocks 寄到英國給李昭男教授，做胎盤蛋白的免疫組織染色研究 (Gynecol Oncol 11: 299-303, 1981; Placenta 3: 67-70, 1982)。因此李昭男與歐陽培銓合作發表了 10 篇有關胎盤蛋白在 GTD 及各種妊娠之研究。無獨有偶，芬蘭的 M. Seppala 也在 St. Bartholomew's Hospital 的 T. Chard 處做研究，李昭男與 Seppala 亦成為好友，故 1998 年 Seppala 為 FIGO 理事長時，李昭男為了台灣婦產科醫學會在 FIGO 的會名問題，請 Seppala 支持台灣的立場，而獲得成功。歐陽培銓回到台灣之後，與陳瑞堅根據 Bagshawe 的積分系統修改後，建立了台灣 GTN 預後積分系統 (J Obstet Gynecol ROC 26: 67-78, 1987; 26: 203-214, 1987; 27: 27-37, 1988; 27: 176-187, 1988)，1980 年開始使用，將 GTD 區分為 low risk ≤ 120 (MTX 或 Actinomycin D)、medium risk 130-170 (course A: etoposide; course B: MTX 和 6-MP; course C: Actinomycin D, 以 ABCB 順序用藥) 及 high risk ≥ 180 (使用 MAC, 無效時用 BVP) 來施行化療，後來對於 MAC 無效者改用 EMA-CO。1983 年 WHO 的積分系統也是由 Bagshawe 的積分系統修改而來的。台灣各醫院也陸續有許多報告。2001 年蘇文祥在超音波導引下，直接注射 50mg MTX 到境界分明的侵襲性 GTD，使得腫塊縮小，hCG 下降 (Eur J Gynecol Oncol 22: 283-6, 2001)。王鵬惠的研究建議 GTD 有肝轉移及腦轉移時，必須加重其積分 (Eur J Gynaecol Oncol 19: 302-304, 1998)。2000 年王中德報告榮總 64 例 GTD (1977 至 1995 年) 的治療結果，其中 6 位病人死亡 (6 / 64)，建議要尋找更有效的治療方法 (Zhonghua Yi Xue Za Zhi 63: 399-406, 2000)。FIGO 在 1980 年代的分期採用大陸北京協和醫院宋鴻釗所建議的解剖位置分期，宋鴻釗曾於 1997 年兩岸婦產科學術交流時來台訪問。而 2000 年 FIGO 分期仍保留解剖位置分期，再加入積分系統，大部分也是 WHO 的概念，但把三組濃縮成二組：低危險，score ≤ 6 (使用 MTX 或 Actinomycin D 治療)；高危險，score ≥ 7 (使用 MAC 或 EMA-CO 治療)。王功亮回溯性重新用 FIGO 2000 年積分系統來分類比較，馬偕醫院 20 年間 89 位 GTN 用 1983 年 WHO scoring system 治療的病人，結果認為兩者有很好的相關性，似乎 FIGO 2000 年積分系統略勝一籌 (Acta Obstet Gynecol Scand 88: 204-208, 2009)。治療 GTD 的標準化療對於以後的生育能力沒有影響，謝豐舟也報告化療後的妊娠，11 位婦女有 13 次妊娠、11 次活產足月胎兒 (84.6%)、2 次萎縮卵 (15.4%)、1 次植入性胎盤



圖七 1992 年 7 月 3 日於日本岩手縣花卷市，黃思誠立於講題下

(7.7%) (Biol Res. In Pregnancy 6: 177-180, 1985)。化療後存活超過 25 年，以後發生 myeloid leukemia、colon 及乳癌的機率增加（主要是 etoposide 的影響）。

台灣從 1963 年魏炳炎報告葡萄胎 hospital incidence 1: 125 至現今變成罕見的疾病，可謂極大的轉變，其原因不明，可能與超音波的使用早期治療，以及營養狀態的改變有關。黃思誠報告台灣癌症登記 1979 至 1995 年間有 122 例絨毛膜癌，此期間 (1979-1995) 全台灣有 5,978,867 活產，所以台灣絨毛膜癌發生率為 1: 49,007 活產。同期間台大醫院活產為 44,124，而絨毛膜癌有 43 例，故台大醫院絨毛膜癌發生率為 1: 1026 活產 (Trophoblastic Research 13: 171-177, 1999)。1981 年宋鴻釗的回溯性人群研究，調查 202 萬餘婦女，大陸的葡萄胎發生率為 1: 1290 次妊娠，仍比歐美 1: 2000~2500 次妊娠為高 (曹澤毅：婦科腫瘤學，北京出版社，1998，P.2007-2008)，台灣無人群研究，只有醫院研究。韓國 1998 年研究報告過去四十年的葡萄胎發生率也是持續下降，原因是在更年輕時就完成生育及營養的改善 (J Reprod Med 43: 60, 1998)。

日本的情況如何呢？日本的 GTD 也減少 (Int J Gynaecol Obstet 60 (suppl 1): S71-76, 1998) 日本有一個絨毛性疾患研究會，我於 1992 年 7 月 3 日應邀參加日本岩手縣花卷市舉行之第 10 回絨毛性疾患研究會 (圖七)，作台灣 GTN 之報告，另外受邀的有大陸的宋鴻釗及韓國 Kim Seung Jo. 接著 1995 年第 13 回 (廣島) 及 1998 年第 16 回 (東京) 也再受到該會的邀請做特別演講，但是由於日本 GTD 病人少，有興趣的會員也減少，故 1998 年絨毛性疾患研究會就不再單獨存在，而併到日本胎盤學會 (The Japan Placenta Association) 去，共同開會。

作者才疏學淺，謬誤遺漏之處在所難免，尚祈大家不吝指正，也感謝黃佩慎醫師幫忙尋找文獻，本文才得以完成。

產婦有知的權利：美國剖腹產率逐年增加——

壓低剖腹產率， 恐會傷害新生兒預後



常務理事 周天給醫師

目錄

- 一、前言
- 二、美國剖腹產率逐年增加
- 三、只為壓低粗剖腹產率統計數字，恐會傷害了母嬰的健康預後
- 四、產婦對生產方式與母嬰預後有知的權利
- 五、討論與建議

一、前言：

許多國家正尋求減少剖腹產率，這可能減少計劃性剖腹產（無嘗試自然產的剖腹產），但可能會增加器械式陰道生產（如產鉗或真空吸引）和嘗試自然生產失敗後實施緊急剖腹產，此兩種模式的生產方式，有研究報告呈現較高比例的產婦和新生兒併發症（可能造成產婦尿失禁及大便失禁，與新生兒腦性麻痺、臂神經叢受損及面部神經麻痺）¹。我們建議，要為母親和新生兒雙方得到更好的服務結果和健康，而不是一味祇為了粗剖腹產率的統計數字。尤其是因為生產所造成的併發症，可能會涉及加重個人和社會成本，而比實際分娩方式的成本高。因此，分娩方式不要把婦女或她們的新生兒處於危險之中，應同時為母親和嬰兒密切關注其健康的預後狀況。

台大施景中醫師也報告剖腹產對母體的風險，其提及：大家最常聽到的，就是死亡率會較自然產高，但那只是 Lilford 等單一的文獻報告[見表一（1）]，而且此篇文獻在統計上還是

1 請參閱 BP Sachs, C Kobelin, et al. The risks of lowering cesarean-delivery rate. N Engl J Med 1999;340:54 – 7. BE Hamilton, JA Martin, et al. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Natl Vital State Rep 2004; 53:1 – 17.

有些問題，因為他們把嘗試自然生產失敗後實施緊急剖腹者，其母嬰預後都列入剖腹產組，當然可以預料到這些母嬰的合併症均會高於順產者。施景中醫師也感嘆說：「非常可惜的是，另兩篇見表一（2）（3）為大型且實驗設計嚴謹的論文，『其中表一（2）為哈佛大學麻州總院所提出』，均顯示經排除自然生產失敗及內科、產科合併症（如前置胎盤、子癲前症）後，剖腹的母體死亡率均低於自然產組，這兩篇文獻發表的醫學期刊排名均較第一篇為高，惟因與主流思考不符，鮮少在醫界受重視²。」在類似的報告中，如 Benedetto 等人（2007）也認為：一些作者指出剖腹產造成比陰道分娩 6-7 倍的產婦死亡風險，其實際死亡原因通常是本身已經存在或產科的疾病，表明剖腹產本身並不是產婦死亡的元凶³。以上這些事實，有必要讓產婦對生產方式與母嬰預後有知的權利。

表一：生產方式與母體死亡率（每 10 萬人）相關的三篇重要統計

研究年度	剖腹	自然產	勝算比	
(1)1975-86	23.0	6.0	3.8	(BJOG 1990;97: 883 - 892.)
(2)1954-85	5.8	10.8	0.53	(Obstet Gynecol 1988;71: 385 - 388.)
(3)1987-96	6.8	8.2	0.82	(Obstet Gynecol 2001;97: 169 - 174.)

美國國家衛生統計中心公佈，2007 年美國剖腹產率達到百分之 31.8，創下連續 11 年的增加率。這個事實，就如彰化基督醫院葉光芃醫師在「台灣訂定『適當剖腹產率』是否適當？」一文中所提：台灣女性的延遲生育及全球最低的總生育率，加上全球少見以「民法加刑法」伺候的不友善的行醫環境可能是台灣高剖腹產率的主因⁴。因此，只為壓低粗剖腹產率統計數字，而忽略了所有醫療事實與醫療環境，恐會影響產婦和新生兒的健康預後，進而影響醫病關係。

二、美國剖腹產率逐年增加

美國的國家衛生統計中心公佈的調查結果，其分析 50 個州，包括哥倫比亞特區和美國領土的嬰兒記錄。該記錄嬰兒出生於 2007 年有 4317119，其中 1372844 是經由剖腹產出。在年剖腹產率上升百分之二，2007 年上升至百分之 31.8，創下連續 11 年增加，再創美國國家衛生統計中心調查的新高（見圖一）。這個比率在過去十年已攀升了百分之五十以上（1996 年是

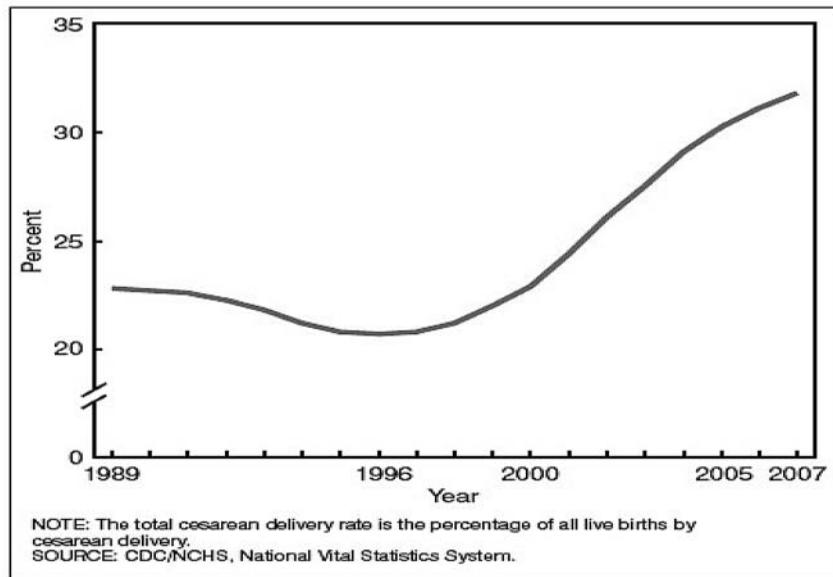
2 請參閱施景中，「剖腹產是產婦的失樂園，醫師的原罪？——我們不為鼓勵剖腹產，但只求剖腹產去污名化」，台灣婦產科醫學會提供。

3 請參閱 C Benedetto ,et al. Short-term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery .A case-controlled study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2007: 135: 35 - 40.

4 請參閱葉光芃，「台灣訂定『適當剖腹產率』是否適當？——全球先進國家的剖腹產趨勢」，台灣婦產科醫學會提供。

百分之 20.7) ⁵。

美國婦產科醫學會作過聲明，目前仍無任何證據支持哪一種生產方式較優。美國剖腹產率逐年增加的事實，除了對各種報導婦女的生產經驗而言，有認為計劃性剖腹產優於自然生產及嘗試自然生產失敗後實施緊急剖腹產外⁶，一些研究也報告剖腹生產的好處，可能包括產後夫妻間性生活較無影響（因經由陰道生產可能造成陰道鬆弛、嚴重裂傷、傷口癒合不良、尿失禁、大便失禁、以及子宮脫垂等現象）。



圖一：Preliminary Data for 2007, National Vital Statistics reports

至於影響剖腹產率之相關因素，國內有研究分析如下：相對於沒有商業保險的產婦，有商業保險的產婦比較傾向於剖腹生產；年齡也是產婦選擇生產方式的重要原因之一；家庭收入的差異會影響婦女選擇剖腹生產或自然生產；有工作的產婦比無工作或家管者更傾向於剖腹生產；有東方宗教信仰者比無宗教信仰或西方宗教信仰者更傾向於剖腹生產⁷。關於剖腹產相關的因素，有探討剖腹產的勝算比 (oddsratio)，以東南亞籍產婦剖腹產勝算比為 1，本國籍為 2.43 倍 ($p < 0.05$)；產婦年齡 < 20 歲為 1， $35 \sim 39$ 歲為 3.289 倍 ($p < 0.05$)， > 39 歲者高達 4.286 倍 ($p < 0.05$)；胎兒體重 < 3800 公克者為 1，則 > 3800 公克者為 1.487 倍 ($p < 0.05$)⁸。中國大陸也提出有關剖腹產率及適應症變遷分析，對 8 年來 4148 例剖腹產病例進行回顧性研究分析，其結果發現剖腹產率產適應症胎兒因素增加不明顯 ($P > 0.05$)，但仍居首位，母親

5 請參閱 Births: Preliminary Data for 2007, National Vital Statistics Reports, Volume 57, Number 12, March 18, 2009.

6 請參閱 FA Liston, et al. Neonatal outcomes with caesarean delivery at term. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2008; 93: 176-182.

7 請參閱許家敏，產婦特性對其生產方式的選擇之影響，臺北醫學大學醫務管理學研究所學位論文，2004 年。

8 請參閱洪思齊，健保生產給付政策改變對剖腹產率影響之探討－以高雄市某地區教學醫院為例，高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班學位論文，2008 年。

因素及社會因素增加顯著 ($P < 0.05$)；新生兒死亡率下降 1.19 倍，剖腹產率升高在一定程度上降低了周產期新生兒死亡率⁹。

葉光芄醫師提到：「除了醫學上的理由外，總生育率、產婦年齡、醫療訴訟及應母親要求的選擇性剖腹產 CDMR 等社會、文化因素均可能影響剖腹產率。」其又提起：「2007 年台灣及台北市生母平均年齡已分別高達 29.5 歲及 31.66 歲，如果未來的台灣女性『32 歲才想結婚，35 歲才想生育』成真；如果未來的台灣仍堅守『全球最低的總生育率』；如果未來的台灣媒體仍以『庸醫誤判，害嬰腦麻』來報導生產不良事件；如果未來的台灣司法仍以『刑法』伺候醫療爭議；如果未來的台灣醫師落實行政院『婦女權益促進委員會』所要求的『充分尊重女性的就醫權及自主性』（例如順應母親要求的選擇性剖腹產 CDMR）；則想經由『適當剖腹產率』的訂定來降低剖腹產率將是緣木求魚。」

在為尊重女性自主權，又剖腹產技術的提升與抗生素的發達，更確定剖腹產的安全性，同時為避免不必要的醫療糾紛，選擇剖腹生產的比率自然會升高。美國國情與醫療環境如此，因此美國剖腹產率逐年增加，各開發國家也略同，台灣也不可能有多大的例外。

三、只為壓低粗剖腹產率統計數字，恐會傷害了母嬰的健康預後

由前提到的病例對照研究中¹⁰，其結果發現（表二；表三；表四），通過對比以往的研究，即在產前正常的產婦，雖然嘗試自然生產失敗後實施緊急剖腹產有相對於自然分娩較高的產婦短期的發病率，尤其是嘗試器械式陰道生產失敗後實施緊急剖腹產；但不管是計劃性剖腹產或嘗試自然生產失敗後實施緊急剖腹產，整體產婦短期的發病率，與自然分娩相比並沒有顯著增加。這有一種可能的解釋，因為以前的研究並沒有作病例對照，他們並沒有考慮不相匹配的臨床狀況，年齡和懷孕週數。因此，剖腹產的主要風險是婦女本身健康或產科方面的問題，這些可能影響短期的發病率，而不是剖腹產過程本身的問題。其並發現計劃性剖腹產有一個顯著減少新生兒併發症，而器械式陰道生產（如產鉗或真空吸引），則明顯增加了產婦併發症（包括產後出血、生殖道裂傷）與新生兒的危險性（包括低 Apgar score、外傷性的新生兒併發症）。

我國剖腹產率近年來平均約 33%，國內媒體與政府單位聲稱相較於世界衛生組織建議之理想剖腹產率 15% 以下，被議論還有很大的努力空間。台大施景中醫師懷疑 WHO 是否建議剖腹產率應控制在 10-15% 以內。其提供了如（圖二）的統計趨勢—即剖腹產率與母親死亡率成反比趨勢，因此認為如果要嚴格控制剖腹產率到 15%，將無可避免地增加母親的死亡率。

9 請參閱魏敏;鮑燕;白駿等，剖腹產率及適應症變遷分析，武漢大學學報（醫學版），22 卷 1 期，頁 77-78，2001 年。

10 請參閱 C. Benedetto et al. Short-term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery .A case-controlled study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2007; 135: 35 – 40.

表二：

Delivery group	n	Maternal complications, n (%)	OR (95% CI)	Neonatal complications, n (%)	OR (95% CI)
Spontaneous vaginal	402	9 (2.2)	1.0 (referent)	24 (5.9)	1.0 (referent)
Instrumental vaginal	201	21 (10.4)	5.1 (2.4-11.3)	38 (18.9)	3.7 (2.1-6.3)
Forceps-assisted	109	15 (13.8)	6.9 (2.9-16.4)	20 (18.4)	3.5 (1.9-6.7)
Vacuum-assisted	92	6 (6.5)	3.0 (1.1-8.8)	18 (19.6)	3.8 (2.0-7.4)
Caesarean section					
Planned without labor	402	6 (1.5)	0.7 (0.2-1.9)	12 (3.0)	0.5 (0.2-1.0)
In labor	402	14 (3.5)	1.6 (0.7-3.7)	21 (5.2)	0.9 (0.5-1.6)

表三：

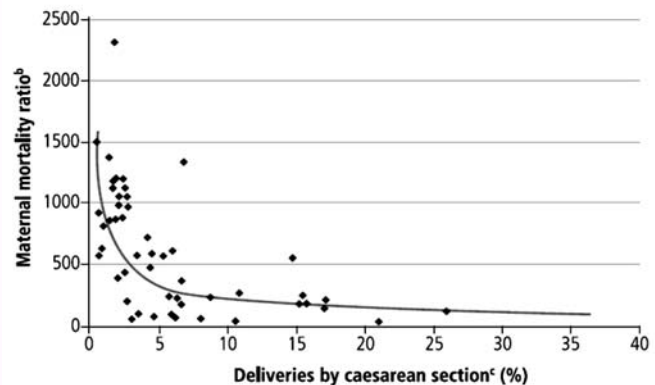
Delivery group	n	Maternal complications, n (%)	OR (95% CI)	Neonatal complications, n (%)	OR (95% CI)
Spontaneous vaginal	402	9 (2.2)	1.0 (referent)	24 (5.9)	1.0 (referent)
Instrumental vaginal	201	21 (10.4)	5.1 (2.4-11.3)	38 (18.9)	3.7 (2.1-6.3)
Forceps-assisted	109	15 (13.8)	6.9 (2.9-16.4)	20 (18.4)	3.5 (1.9-6.7)
Vacuum-assisted	92	6 (6.5)	3.0 (1.1-8.8)	18 (19.6)	3.8 (2.0-7.4)
Caesarean section					
Planned without labor	402	6 (1.5)	0.7 (0.2-1.9)	12 (3.0)	0.5 (0.2-1.0)
In labor	402	14 (3.5)	1.6 (0.7-3.7)	21 (5.2)	0.9 (0.5-1.6)

表四：

Delivery group	n	Apgar 1 min ≤ 4, n (%)	OR (95% CI)	Apgar 5 min ≤ 4, n (%)	OR (95% CI)	Infectious complications, n (%)	OR (95% CI)	Traumatic complications, n (%)	OR (95% CI)
Spontaneous vaginal	402	2 (0.5)	1.0 (referent)	1 (0.2)	1.0 (referent)	13 (3.2)	1.0 (referent)	8 (2.0)	1.0 (referent)
Instrumental vaginal	201	19 (9.5)	20.9 (4.8-90.6)	3 (1.3)	6.1 (0.6-58.8)	2 (1.1)	0.30 (0.1-1.3)	14 (7.0)	3.6 (1.5-8.9)
Forceps-assisted	109	13 (11.9)	27.1 (6.0-122.0)	2 (1.8)	7.5 (0.7-83.4)	2 (1.8)	0.6 (0.1-2.5)	3 (2.8)	1.4 (0.4-5.3)
Vacuum-assisted	92	6 (6.5)	13.9 (2.7-70.3)	1 (1.1)	4.4 (0.3-71.1)	0	-	11 (11.9)	6.7 (2.6-17.1)
Caesarean section									
Planned without labor	402	4 (1.0)	2.0 (0.4-11.0)	0	-	8 (1.9)	0.6 (0.2-1.5)	0	-
In labor	402	12 (3.0)	6.2 (1.4-27.7)	1 (0.2)	1.0 (0.1-16.0)	6 (1.7)	0.5 (0.2-1.2)	2 (0.5)	0.2 (0.05-1.2)

因此，若胎兒因產中無法偵測和避免的合併症，導致腦性麻痺、臂神經叢受損等，而需要長期地復健，除了要耗費龐大社會資源與健保醫藥費用外，給產婦家庭帶來無比的傷痛，甚至會造成更多的醫療訴訟。施景中醫師也提起：「根據美國婦產科醫學會雜誌（2003 年 188 卷 1418-1423 頁），如果扣除醫院常規業務費、醫事人員人事費用，自然產平均耗費 916 美元（這些包括了嘗試自然產失敗所採取的器械式生產或緊急剖腹產），而計劃性剖腹產為 918 美元，

Annex Fig. D. Association between maternal mortality and rate of deliveries by caesarean section, 1989-99^a



^a For countries with data available from Demographic and Health Surveys.

^b Source: WHO/UNICEF/UNFPA estimates of maternal mortality for 1995.

^c Source: Demographic and Health Surveys.

圖二

其實相差無幾。多胎次的產婦的自然產最便宜（因待產時間短，很少須藥物輔助催生），一旦自然產使用了催生，成本就很靠近計劃性剖腹產了；若一旦產程拖長、或用了無痛分娩（美國生產是先完全自費，再自行申請不同來源的保險給付），則成本將超出計劃性剖腹產10%，而花最多錢當然是自然產失敗再行緊急剖腹產了。」其又提起：「平均而言，計劃性自然產（含嘗試失敗者）與計劃性剖腹產費用相差無幾，在此並不考慮新生兒或母體因生產方式不同、所引發合併症的醫療照顧費用。」一文獻報告（見表五）可知：自然產比剖腹產新生兒的NICU使用率高，若包含新生兒的照顧費用（NICU的費用），自然產比剖腹產還高¹¹。因此，自然產與剖腹產的經濟成本效益要從各種相匹配的臨床狀況來估算，難怪美國婦產科醫學會聲明無任何證據可完全支持哪一種生產方式較優。但是，若能作好完善的產前檢查，並能做好產程評估與胎兒健康的監測，儘量減少如同嘗試器械式陰道生產失敗後實施非常緊急的剖腹產，而能適時地採取最佳生產方式（如必要性的計劃性剖腹產），以免影響產婦及新生兒的健康預後，與不需要浪費的醫療成本。

四、 產婦對生產方式與母嬰預後有知的權利

葉光芃醫師也提到他完全認同美國國家衛生研究所（National Institutes of Health, NIH）的看法，其提出：「某些專家提出所謂『理想的剖腹產率』（例如15%），此理想值各界看法不一，人為武斷的宣示並不妥當。最佳剖腹產率，應考量醫療照護資源和母親的偏好，並建立在以獲致母嬰最佳結果為目標的基礎之上。因此，最佳剖腹產率應依個人和社會狀況，視時空及族群而異。」其並提到：

「包含已實施『No Blame Compensation』數十年而絕少有醫療訴訟的北歐各國和紐西蘭（24%），則早已超越15%的上限。其中，剖腹產率超過27%者，有盧森堡、瑞士、德國等；而超過所謂『合理上限』1倍（30%）以上者，則有韓國、澳洲、義大利（39.4%）、美國等。2006年美國剖腹產率超過34%者有7州，而佛羅里達州及新澤西州更分別高達36.1%及37.4%。」

從各種不同的文獻分析，目前

表五：

Study enrollees by race, NICU utilization and baby weight

	Mode of delivery	
	Vaginal	Cesarean section
n	141	186
Mean total charges*	17 624	13 805
Mean total length of stay	10.7	9.6
Race (%)		
White	19.2	19.9
Non-white	80.8	80.1
NICU (%)*		
No	58.9	78.0
Yes	41.1	22.0
Baby weight (%)*		
Abnormal (<2500 g)	28.4	15.0
Normal (≥2500 g)	71.6	85.0

*Significant at $P < 0.05$.
NICU, neonatal intensive care unit.

11 請參閱 V.A.Kazandjian et al. Does a Cesarean section delivery always cost more than a vaginal delivery? Journal of Evaluation in Clinical Practice ISSN 2007: 13:16-20.

並無法歸納出自然產與剖腹產孰優孰劣，但醫師有必要以臨床考量為孕婦分析不同生產方式的利弊，經由醫師充分的告知，並讓孕婦真正的瞭解與足夠時間的思考後同意，在尊重孕婦的自主權（autonomy）下進行醫療服務行為。

美國案例法對醫師違反說明同意原則者，自 1950 年代以後多依侵權行為法論斷。簡言之，將醫師未為說明且完全未取得病患同意者，論以故意侵權行為；而將醫師雖為不實或不完全說明，但已得病患同意者，依侵權行為之過失理論論斷¹²。我國通說即認為未得病患同意¹³、或醫師未盡說明義務致病患瑕疵之同意¹⁴，均自始不阻卻侵權行為之違法性。也就是說，依我國或德國通說，只要符合「未盡說明義務」而致病患瑕疵同意者，與自始未得病患同意者同，亦一律該當侵權行為客觀構成要件；縱使醫療行為之實際施行過程中沒有疏失，而且符合當代之醫療水準，病人也因而治癒，則醫師之醫療行為仍是侵害病患身體權之行為，只是損益相抵後，不發生侵權行為之損害賠償責任而已¹⁵。準此，依國內外學說與實務見解，無論醫師未為說明、為不實說明、或已為說明但說明不完全等三大類型，一律與未得病患同意者同依侵權行為論斷¹⁶。

有學者指出，醫師的說明或告知義務與其注意義務的關係，須就具體情形，視其說明或告知義務是否會影響注意義務的判斷而定。亦即醫師應說明告知到何種程度，才可稱為已至善盡其注意義務¹⁷。由醫師及病人兩者分別觀察，學說上有以下標準¹⁸：1.合理醫師說：即以「一般理性醫師於該個案情形，均會為告知與說明」為判斷標準，此說係將說明義務之判斷

12 依美國案例法，倘醫師未取得病患同意或未善盡說明義務，其醫療行為即分別構成故意或過失侵害行為，病患不必證明醫療行為之實施過程是否有過失，亦無須負擔該過失醫療與損害間因果關係之舉證責任，主張「故意侵權行為」者，病患僅須舉證 1.醫療行為造成身體之碰觸；2.該碰觸係未經病患同意二項，無須證明實際損害之存在，亦不必證明該碰觸與損害間之因果關係，即可能成立「故意侵權行為」；倘主張「過失侵權行為」者，則須證明 1.醫師有告知義務；2.醫師怠於履行告知義務；3.損害之存在；4.醫師若履行告知義務，則病患便不會同意接受該項醫療行為，損害便不至於發生，即可能成立「過失侵權行為」。藉此可技巧性地略過一般醫療過失之訴訟上，病患對過失醫療行為諸多不易舉證之負擔，而獲得損害賠償。請參閱吳志正，解讀醫病關係 II-醫療責任體系篇，頁 176，元照出版公司，2006 年 9 月，初版第 1 刷。

13 參閱史尚寬，債法總論，頁 124-125，自刊，1990 年 8 月。

14 參閱王澤鑑，民法實例研究叢書第三冊，債篇總論第一卷，頁 296-300，三民書局，1989 年 3 月。

15 參閱孫森焱，論醫師為診療行為應負之義務，「鄭玉波先生七秩華誕祝賀論文集」，頁 461，三民書局，1988 年初版。

16 參閱吳志正，解讀醫病關係 II-醫療責任體系篇，頁 178，元照出版公司，2006 年 9 月，初版第 1 刷。

17 「英美學說上對於此種說明義務之說明範圍，有四種標準：（一）理性醫師說：1957 年 *Salgo v. Leland Stanford* 法院判決規定，只有病人對醫療行為的同意是不夠的，病人在同意手術前必須先被告知醫療行為之相關風險。在這項判決中，告知的內容是憑藉著「醫師專業標準」來決定病人被告知的內容，亦即以「理性的醫師」認為應對病人說明的事項來告訴病人。說明範圍之標準取決於「一般醫師」。衛生署舊版手術同意書，即採用醫師專業標準，由醫師決定應對病人說明的事項來告訴病人。但病人所希望被告知的醫療資訊，醫師可能沒說明。甚至一些少見的併發症，病人不知道其可能發生，醫師也因發生率低，而未進一步強調，例如自然產發生肩難產的風險機率。（二）理性病人說：1972 年 *Canterbury v. Spencer* 一個有關手術同意書內容的判例，法官作了一個劃時代的決定。他訂定病人所被告知的內容必須是基於「理性病人標準」，而非醫師專業標準。在這個標準上，醫師必須以一般理性的病人所希望被告知的醫療資訊去告知病人相關資料。說明範圍之標準取決於「一般病人」。衛生署新版手術同意書，即「傾向」採用理性病人標準。（三）具體病人說：1979 年 *Scott Bradford* 之判決，法官認為在醫師可能遇見的範圍內，就其治療的具體、個別病人本人所視為重要的事項，即應說明。這標準亦可被稱為「病人本位標準」。說明範圍之標準取決於「做出承諾的病人本人」。但醫師很難掌握每位病人之特別性及主觀感覺，造成醫師過度沉重不

標準取決於醫師的專業考量。2.合理病人說：即以「一般理性病人，於該個案情形，均會想知道之醫療資訊」為判斷標準。3.具體病人說：「即醫師依病人之年齡、人格、信念、心身狀態等，而為病人所重視之醫療資訊，當醫師有此預見時，則醫師有說明義務。」於此，若採合理病人說，則無異漠視病人之需求；然若採具體病人說，而要求醫師依個別病人之實際需要來決定說明之範圍，亦有強人所難之困擾。有論者提出「合理病人」與「具體病人」之折衷說，即以「合理病人說」為原則，而例外對於合理之具體個案，採取「具體病人說」，以兼顧醫病雙方之立場¹⁹。在美國法院就醫師告知標準亦有如上所述之四種標準²⁰，而通說乃採「具體病人說」與「合理病人說」兩者相加之「總合說」²¹，亦即醫師依據一般病患合理期待的標準，告知其醫療行為所應揭露的內容，而對於特殊個案則採取「具體病人說」。當然少數美國州法院則採取「合理醫師說」，讓醫師正確評估真正病人所需醫療資訊，而作最佳的醫療診療，不過，這仍是極少數的看法²²。然如未影響注意義務的判斷，則其未善盡說明或告知義務，有學者認為則至多僅能受醫療法的處分而已²³。我國醫療法體系及最高法院近年判決，則採病人原則而有向具體病人原則靠攏之趨向，如醫療法第63條及醫師法第12條之1而為告知說明時，則需考量各該病人之教育程度、職業、年齡等情況。而且，對於病人所提出之特別問題，亦應為必要的說明。尤其，晚近國內司法實務判決對以前認為告訴患者，患者可能就不接受處置的部份均不告知，現今則認為此部份為最重要告知之內容，以符合病患選擇權的真諦²⁴。

實務上以「○○醫院肩難產案例」²⁵為之說明。該案事實：○姓產婦於○○醫院接受七次產前檢查後於該院生產，接生醫生未將產婦屬於肩難產高危險群之訊息告知產婦至其未能選擇剖腹生產方式，醫生進行陰道生產時不幸發生肩難產案，經醫生依 McRobert 方式配合中

當之負擔，故美國採此立場之判決不多。（四）折衷說：折衷（一）、（三）兩說（亦有折衷（二）、（三）兩說），即從一般理性的醫師立場而言，凡當作治療對象之具體病人於自我決定之際所認為重要且必要之事項，醫師皆應說明。目前，美國法院將他們的判決標準建立於「醫療資訊告知」這個議題上，但他們沒有界定醫師使用何種標準來告知病人。醫師專業標準及理性病人標準二者是現行被應用在美國的法庭上，以專業標準略占優勢。但理性病人標準已經逐漸普及，而且也漸被法院所採用。日本傾向從理性醫師說向理性病人說移轉。」轉引自林萍章，知情同意法則之「見山不是山」－法院近來裁判評釋，月旦法學第162期，頁20-21，2008年11月。

18 參閱林漢強，論醫療行為之說明義務，頁65-66，全國律師第8卷第12期，2004年12月。

19 參閱黃丁全，醫事法，頁383，元照出版社，2000年7月。

20 參閱楊秀儀，誰來同意？誰作決定？從「告知後同意法則」談病人自主權的理論與實際：美國經驗之考察，台灣法學會「紀念世界人權宣言五十週年」學術研討會論文報告，台灣法學會學報第20期，頁367-406，1999年11月。

21 參閱 Moore v. The Regents of the U. of CA (51 Cal.3d 120,753 P.2d 479 Cal.Rptr. 146 Supreme Ct. of CA, 1990; Korman v. Mallin (Supreme Ct. of Alaska, 589 2d 1145, 1993); Matthies v. Mastrotonaco (Supreme Ct. of New Jersey, 1999)。

22 參閱 1975 年 Salgo v. Leland Stanford 法院判決；1972 年 Canterbury v. Spencer 法院判決；1979 年 Scott v. Bradford 之判決。

23 參閱甘添貴，醫療糾紛與法律適用－論專斷醫療行為的刑事責任，刑事醫療糾紛學術研討會，頁15，台大醫院國際會議中心，2008年1月19日。

24 參閱潘維大，英美侵權行為法案例解析（上），頁175-178，瑞興出版，2002年9月。

25 參閱陳忠五，醫療事故與消費者保護法服務責任之適用問題（上），台灣本土法學雜誌第36期，頁47-74，2002年；侯英冷，論消保法上醫師之安全說明義務－台灣高等法院87年上字第151號判決評釋，頁73-77，台灣本土法學雜誌第37期，2002年8月。

位真空吸引術將胎兒娩出，但新生兒右上臂神經叢因而受損致永久性肢殘。本案歷經三審，最後經三審法院將本案發回更審；後雙方當事人達成和解，原訴撤回²⁶。本案一、二審法院判決謂：「肩難產造成臂神經叢損傷之機會是百分之十五點二」及「此情形大部分係因……拉產所致」，故具有相當因果關係。該見解，亦為台灣高等法院以該院 87 年度上字第 151 號民事判決，維持台北地院第一審判決，駁回○○醫院之上訴。依第一、二審判決，對於因果關係相當性之認定分析，醫師決定以自然產之方式生產，視為肩難產所造成之條件之一（即若無自然產，則必無肩難產）。而在相當性之認定上，援引鑑定報告認為○姓婦人以及胎兒體重過重，產生肩難產之機率較高；而以 McRobert 方式對於肩難產胎兒施術，造成臂神經叢損傷之機會是百分之十五點二，從客觀數據觀察亦具有相當性。當然由○○醫院之肩難產前例判決中，法院在相當因果關係的判斷上，以肩難產造成臂神經叢損傷的機率是 15.2%，且「臂神經叢損傷大部份係胎兒體重過重---造成拉產所致」，○姓產婦的胎兒出生體重是 4198 公克，而認定具有「相當因果關係」，其對一個發生機率相對偏低之事件，法院如何認定其符合「相當性」中之「通常均有發生同樣損害結果之可能者」，此案並未說明。先不問此案例先後的判決是否合理，但為了減少醫療爭訟與新生兒遭受傷害下，醫師能適時地告知產婦產程與臨床評估情形，為孕婦分析此時不同生產方式的利弊，而討論採取最適合生產方式仍是必要的。就如前文所述，若認為告訴患者，患者可能就不接受處置的部份均不告知，現今則認為此部份為最重要告知之內容，以符合病患選擇權的真諦。因此，若為怕告知器械式陰道生產（如產鉗或真空吸引）的併發症，可能明顯增加了產婦生殖道裂傷與外傷性的新生兒危險的機率，此時產婦可能就不接受器械式陰道生產的處置，因而忽略告知同意原則，即使當時是為最佳臨床考量而行器械式陰道生產，但若母嬰有併發症產生，仍可能被依侵權行為起訴，豈不冤枉。

五、討論與建議

剖腹產當然也有其缺點，其對母體的壞處有一般出血較多、可能合併腸沾黏、再次懷孕的前置胎盤以及植入性胎盤機會較高等；剖腹產對新生兒的壞處可能有肺部的併發症，例如剖腹產開刀時間的懷孕週數太早，可能比較會發生新生兒呼吸窘迫症候群、新生兒暫時性呼吸急促症等。因此，我們並不是要鼓吹剖腹產有多大好處，但是就目前實證醫學的文獻，對剖腹產或經由陰道生產對母嬰的好壞處，作一個回顧性的分析，以做為臨床醫師與產婦選擇生產方式的參考。

目前世界各國剖腹產率逐年升高，我國社會指標之統計資料，台灣 2008 年剖腹產率是 35.3%，美國 2007 年上升至百分之 31.8%，甚至有些州在 2006 年就已高達 37.4%，中國大陸

²⁶ 參閱吳志正，解讀醫病關係 II-醫療責任體系篇，頁 301，元照出版公司，2006 年 9 月，初版第 1 刷。

也比我們高（從 1991 年的 23.43% 到 1998 年的 53.86%）²⁷。探究各國剖腹產率逐年升高的原因，實乃世界潮流與醫療環境變遷所使然。尤其女權運動的崛起，更是強調女性自主權，要求自己參與生產的重要決定。同時，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，可以顯著發現 1996 年至 2005 年間，婦產科之「醫療糾紛鑑定案件」居高不下，婦產科醫師的確屬於最高醫療風險群之科別；而有關法律糾紛案件，常是病家控訴醫師未能及時為孕婦剖腹產，而導致母嬰合併症的不幸。因此，欲強制壓低剖腹產率實非易事。

由前文所述，排除自然生產失敗及內科、產科合併症（如前置胎盤、子癲前症）後，剖腹的母體死亡率均低於自然產組的兩篇文獻，分別發表於排名較高的醫學期刊。若排除內科、產科合併症（如前置胎盤、子癲前症）後的一病例對照研究中，不管是計劃性剖腹產或嘗試自然生產失敗後實施緊急剖腹產，整體產婦短期的發病率，與自然分娩相比並沒有顯著增加。其並發現計劃性剖腹產有一個顯著減少新生兒併發症，而器械式陰道生產，則明顯增加了產婦併發症與新生兒的危險性（包括低 Apgar score、外傷性的新生兒併發症）。這些實證醫學的文獻分析，顯然告訴我們剖腹產的主要風險是婦女本身健康或產科方面的問題，而不是剖腹產過程本身。同時，不少文獻也告訴我們，剖腹產確實也減少了新生兒的罹病率與死亡率。

誰來同意？誰作決定？從「告知後同意法則」成為影響司法上注意義務的判斷標準後，生產方式與母嬰預後的關係，當然產婦都有知的權利，即醫師應有說明告知的義務。由於我國醫療法體系及最高法院近年判決，則採合理病人原則而有向具體病人原則靠攏之趨向，而具體病人原則即醫師須依病人之年齡、人格、信念、心身狀態等，而為病人所重視之醫療資訊，當醫師有此預見時，則醫師有說明義務。依此，為了減少不必要的醫療糾紛，對以前認為告訴患者，患者可能就不接受處置的部份均不告知（如器械式陰道生產，會增加產婦併發症與新生兒的危險性），現今則應認為此部份為最重要告知之內容，以符合病患選擇權的真諦，這些咱們應切記！切記！否則只能靠自己技術或保佑母嬰平安了。

最後很感謝我們婦產科醫學會提供兩篇有關剖腹產相當可貴的文章，其中一篇是葉光芃主任的「台灣訂定『適當剖腹產率』是否適當？—全球先進國家的剖腹產趨勢—」；另一篇是施景中主任的「剖腹產是產婦的失樂園，醫師的原罪？—我們不為鼓勵剖腹產，但只求剖腹產去污名化」。小弟在整理此篇文章中，有相當多篇幅引用兩位先進的論述，在此代表學會及個人向兩位主任致謝。

27 請參閱魏敏、鮑燕、白駿等，剖腹產率及適應症變遷分析，武漢大學學報（醫學版），22 卷 1 期，頁 77-78，2001 年。

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.內外各大學院校醫學系、學士後醫學系畢業。 2.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 （芳醫院首頁→人員募集（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.....）		
台北醫學大學 附設醫院	婦產部－生殖醫學暨不孕症研究醫師	職 稱：生殖醫學暨不孕症研究醫師 學 歷：完成總醫師之訓練資格 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 應徵聯絡方式：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		
金郁婦產科診所	婦產專科醫師	高 PPF，只看門診，捷運出口，環境優，時間彈性；發展潛力大，希望長期合作	0958-912180	王先生
台北縣婦產科診所	婦產科女醫師	交通方便，近北市，氣氛融洽，只看門診，不接生，保障薪，待優。 與醫學中心轉診制度完善	0939-060436	周醫師
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
壠新醫院	婦產科 主治醫師	待遇面洽，需具備醫師證書、婦產專科醫師證書	03-4941234 分機 2952 分機 2841	蔡副課長 黃小姐
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	03-5750520 分機 0958-196951	江先生
衛生署豐原醫院	婦產科 主治醫師	本院環境舒適、有宿舍、待遇佳，醫療團隊氣氛佳	04-25271180 分機 2305	王振懿 小姐
林忠毅婦產科診所	婦產科 專科醫師	工作氣氛佳、高保障薪	0958-829666 0952-812077	楊秘書
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

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
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) 有提供宿舍及單身住宿。 (3) 論文發表及口頭報告頒發獎金（最高 240000 元／篇）。 (4) 每年提供高額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
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
陳澤彥婦產科醫院	婦產科主治醫師 3 名 (男女醫師均可)	醫療設備新高標準，高保障薪，高 PF、手術、生產及 OPD 人次獎勵金，外縣市可提供家庭公寓，有專任醫療助理協助業務，發展空間大且穩定。	0932-043123	黃小姐
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 ysisu@kgh.com.tw (蘇主任)	06-2221111 分機 5505	人事室 蘇雅嬪 主任
高市 某婦產專科醫院	婦產專科醫師	全職、兼任皆可，保障薪待優。	0929-012307 0922-655970	林小姐
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
北市婦產科診所	營業中、門診量穩定，設備齊全、租售皆可，合作可談		0922-395234	蔡先生
高雄市婦產科診所 廉讓	營業中、門診穩定、設備齊全		0918-206565	
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	

◎173 通訊繼續教育答案◎

題目：孕婦的理想降血壓藥-

Nicardipine!

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/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

郵 自

票 貼

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

編 後 語

王三郎

盛況空前的五十週年年會已圓滿結束，適逢日本的大地震與海嘯，有些貴賓未能光臨，有點美中不足。

抹片檢查異常個案的追蹤，請大家依國民健康局發行的「子宮頸抹片檢查-後續確診衛教手冊」之診療共識，予以適當處置。

我們婦產科學會的 LOGO 已加添「Women's Health Care Physicians」在每期的會訊上大家都看得到。要如何落實，有待大家共同努力。實證醫學告訴我們吸菸對健康的傷害很大，二手菸的危害也不小。既然照顧全國婦女的健康是我們的責任，鼓勵婦女及其家人戒菸更不能缺席，本期有免費門診戒菸治療醫師訓練基礎課程，歡迎有興趣的會員報名參加。

西醫醫院婦產科門診診療費已調升，希望基層婦產科診察費也要跟進，我們學會應全力以赴去爭取，目前全聯會已來函將納入 101 年度西醫基層總額協商相關會議研議。

通訊繼續教育的課程李耀泰醫師提出了 Nicardipine 對孕婦高血壓之治療可供大家臨床上使用之參考。

春光明媚、鳥語花香的季節，歡迎大家參加鳴鳳山鳴鳳古道登山健行的活動，因為有健康的醫師才有健康的病人。

臺灣婦產科醫學會50週年年會 暨擴大慶祝大會照片集錦

會員報到情形



廠商展示區



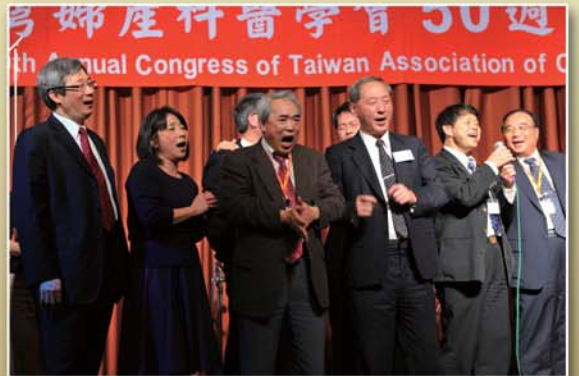
大

會

演

講

大 會 晚 宴





大會晚宴

招待外賓晚宴





年輕醫師交流



海報展示



貴賓致詞



台灣婦產科醫學會歷史



路跑活動 - 為婦女健康而跑



創會會員



理事合影、會員代表合影



歷史 文物展



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
110325-1	Abnormal gynecologic hemorrhage	澄清綜合醫院醫教會	台中市中國區平等街 139 號 3F 會議室	03 月 25 日 07 時 30 分	03 月 25 日 09 時 00 分	B	1 分
110325-2	Scar Management: Prevention and Treatment Strategies 研討會	香港商英維達有限公司台灣分公司	台北六福皇宮飯店 3 樓永安平殿	03 月 25 日 17 時 30 分	03 月 25 日 21 時 30 分	B	1 分
110326-1	Scar Management: Prevention and Treatment Strategies 研討會	香港商英維達有限公司台灣分公司	台中永豐棧酒店 B1 樓 AI 廳	03 月 26 日 17 時 30 分	03 月 26 日 20 時 30 分	B	1 分
110327-3	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-台中	台灣婦產科醫學會		03 月 27 日 08 時 30 分	03 月 27 日 13 時 00 分	A	1.5 分
110327-4	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-台中 (醫學倫理)	台灣婦產科醫學會		03 月 27 日 08 時 30 分	03 月 27 日 13 時 00 分	A	1.2 分
110327-2	Scar Management: Prevention and Treatment Strategies 研討會	香港商英維達有限公司台灣分公司	高雄漢來大飯店 巨蛋會館 9 樓金冠廳	03 月 27 日 09 時 00 分	03 月 27 日 12 時 30 分	B	2 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(I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
110330-1	經前症候群(Premenstrual syndrome)	醫教會	林新醫院 B 棟 13 樓國際會議廳	03 月 30 日 07 時 30 分	03 月 30 日 08 時 30 分	B	1 分
110401-2	endometriosis an overview	財團法人天主教聖馬爾定醫院	嘉義市大雅路二段 565 號 10 樓學術講堂	04 月 01 日 07 時 30 分	04 月 01 日 09 時 00 分	B	1 分
110401-1	婦女骨盆醫學(尿失禁、脫垂)新進展	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	04 月 01 日 12 時 30 分	04 月 01 日 14 時 30 分	B	2 分
110402-3	Overactive bladder syndrome- diagnosis, treatment and biomarkers, The way from clinical to laborator	義大醫療財團法人義大醫院	義大醫療財團法人義大醫院六樓會議廳	04 月 02 日 07 時 30 分	04 月 02 日 08 時 30 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	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
110408-1	剖腹產過程中發生羊水栓塞症候群之本院病例報告	財團法人天主教聖馬爾定醫院	嘉義市大雅路 2 段 565 號 10 樓學術講堂	04 月 08 日 07 時 30 分	04 月 08 日 09 時 00 分	B	1 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
110410-2	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-新竹	台灣婦產科醫學會		04 月 10 日 08 時 30 分	04 月 10 日 13 時 00 分	A	1.5 分
110410-3	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-新竹 (醫學倫理)	台灣婦產科醫學會		04 月 10 日 08 時 30 分	04 月 10 日 13 時 00 分	A	1.2 分
110410-1	生殖器疣治療研討會	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司	華誠日本料理&鐵板燒(高市五福三路 57 號 9 樓)	04 月 10 日 11 時 10 分	04 月 10 日 12 時 40 分	B	1 分
110417-1	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-高雄	台灣婦產科醫學會		04 月 17 日 08 時 30 分	04 月 17 日 13 時 00 分	A	1.5 分
110417-2	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-高雄 (醫學倫理)	台灣婦產科醫學會		04 月 17 日 08 時 30 分	04 月 17 日 13 時 00 分	A	1.2 分
110423-1	2011 年國際幹細胞研討會	中華民國周產期醫學會	台大國際會議中心	04 月 23 日 13 時 00 分	04 月 23 日 17 時 30 分	B	4 分
110424-1	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-宜蘭	台灣婦產科醫學會		04 月 24 日 08 時 30 分	04 月 24 日 12 時 00 分	A	1.5 分
110424-2	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-宜蘭 (醫學倫理)	台灣婦產科醫學會		04 月 24 日 08 時 30 分	04 月 24 日 13 時 00 分	A	1.2 分
110501-2	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-台北	台灣婦產科醫學會		05 月 01 日 08 時 30 分	05 月 01 日 13 時 00 分	A	1.5 分
110501-3	青少年健康照顧繼續教育訓練課程-台北 (醫學倫理)	台灣婦產科醫學會		05 月 01 日 08 時 30 分	05 月 01 日 13 時 00 分	A	1.2 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
110526-1	剖腹產的介紹	財團法人天主教若瑟醫院	本院 11 樓學術講堂	05 月 26 日 12 時 30 分	05 月 26 日 13 時 30 分	B	1 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