

台灣

婦產科醫學會會訊



發行日期：2012年8月190期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄

8月12日婦產科健保政策研討會



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：obsyntw@seed.net.tw
發行人：謝卿宏
秘書長：黃閔照
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
法律顧問：曾孝賢 (02) 23698391
林仲豪 (06) 2200386
范晉魁 (02) 27519918 分機 111
朱應翔 (02) 27007560

婦產科健保政策研討會

8月12日



左起：趙天麟立法委員、林世嘉立法委員、謝卿宏理事長



陳清芳會長、謝卿宏理事長



左起：督保盟滕西華發言人、新竹國泰醫院婦產科主任曾英智
國健局趙坤郁副局長、健保局李純馥專門委員



趙天麟立法委員、蘇聰賢院士



記者發問

2012/8/12 12:40

台灣婦產科醫學會 190 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文/謝卿宏

08 秘書長的話 | 文/黃閔照

09 秘書處公告 | 文/秘書處

高雄觀音山--登山步道

10 通訊繼續教育

預防 B 型肝炎垂直感染，需要改良嗎？ | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

16 會員園地

在資源不足的情況下如何預防和治療產後大出血—FIGO Guidelines | 文/陳震宇

29 徵才看板

34 編後語 | 文/高添富

35 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！

來去匆匆，今年又過了一半，對於學會會務與發展，內心無時無刻不感戒慎恐懼，如履薄冰。

正向思考 同心協力 化解婦產科危機

在「生育風險補償條例」確定實施之後，婦產科的困境源頭，就以健保為最，因此，學會於 8 月 12 日上午在台大舉辦「婦產科健保政策研討會」，企圖拋出解決之道。感謝台灣女人連線蔡宛芬秘書長、台大公衛學院江東亮教授、曾英智代表、新竹市曾資程市議員的蒞會演講，也感謝黃昭順委員、林世嘉委員與趙天麟委員的支持。學會出席者有蔡明賢、蘇聰賢和楊友仕院士，郭宗正和蕭弘智副理事長，何弘能監事長、黃閔照秘書長、張基昌理事與眾多會員與前輩，還有林金龍顧問和督保盟滕西華發言人都熱烈參與。我們會在研討會結束後繼續延伸相關議題，除將彙整結論，也要導入更多的 inputs，並參考美、日資訊（特別感謝郭宗正副理事長幫忙蒐集日本健保資料），結合關心婦女健康照護品質的立法委員，持續向政府提出婦產科當今問題與困境的解決之道。我也期待所有會員都能幫忙、蒐集和思考所有有關解決婦產科困境的資訊，共同以正向的態度來挽救婦產科，期待我們能夠走出健保實施以來的谷底，來讓婦女健康的品質能夠獲得永續發展。

婦產科人力已在復甦

PGY101 讓醫界人力吃緊，我們也不例外，但是各訓練醫院的住院醫師招收情形卻屢破表，而衛生署也同意我們可依實收情形報署核辦。對此，我要特別代表學會感謝醫事處石崇良前處長的支持，石處長不僅對婦產科人力規劃幫很多忙，在「生育風險補償條例」的討論過程，也都力挺學會的意見，化解了不少暗流，我們很少看到這麼有擔當又積極任事的政府官員。此外，現任醫事處許銘能處長也於 8 月 12 日參加

學會辦的健保政策研討會，上任剛滿一週的許處長非常關心婦產科的發展，對此，我們非常感激；日前我和秘書長特別到衛生署去拜訪許處長，除了對婦產科的相關政策做溝通外，許處長承諾 100 %支持婦產科的人力規劃。

學會文物館募款已達 4,921,000 元（如附件）

感謝大家對學會的支持，對於歷史的傳承我們不僅有使命感，也滿懷信心，相信在大家無私的奉獻與的努力下，學會一定能夠創造醫界的光榮。

國健局政策常犧牲損害婦產科權益

在理論上，我們應該配合國健局，來提昇婦女的健康，但是國健局的政策比健保局更苛刻，屢以沒有預算為由，壓榨我們執行業務的給付，又時常發佈否定婦產科的新聞，實施母嬰親善認證政策，卻又造成產婦與醫護人員的反彈，又僅強調母乳的好處，卻不告訴大家母乳受環境荷爾蒙污染的實情。近期，我又接獲會員的反應，國健局已委託一個與我們學會無關的團體要進行「更年期友善照顧醫院認證制度規劃」的研究，我實在不知道這是不是又是醫界另一個災難的開始，國健局真的不能多做些真正正面的、有益國民健康的政策嗎？台灣醫界真的這麼不安全、這麼爛，婦產科水準真的這麼差？還需要政府疊層架屋，實行這麼多的認證、評鑑來管控嗎？我實在不相信！最後，期待所有會員都能共同來參與學會的運作，也將您的寶貴意見傳到學會，謝謝大家，也祝福大家身體健康、精神愉快！

附件

學會文物館已捐款名單 8/23

姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額
謝卿宏	500,000	郭國銓	250,000	郭宗正	250,000	張維君	200,000	洪秉坤	200,000
林錦義	200,000	林新醫療 社團法人 林新醫院 (陳雲娥)	200,000	林新醫療 社團法人 林新醫院 (林仁卿)	200,000	林金龍 (顧問)	200,000	周天給	150,000
蘇聰賢	100,000	鄭英傑	100,000	蔡明賢	100,000	黃閔照	100,000	黃光大	100,000
陳霖松	100,000	陳俊吉	100,000	陳明哲	100,000	張基昌	100,000	張紅淇	100,000
徐超群	100,000	林正宗	100,000	吳輝明	100,000	王漢州	100,000	蔡永杰	100,000
賴文福	50,000	鄧志文	50,000	詹德富	50,000	黃思誠	50,000	柯助伊	50,000
官大弘	50,000	何弘能	50,000	黃德雄	50,000	張宗進	50,000	游淑寶	30,000
張兆榮	30,000	張少萌	30,000	林正義	30,000	李厚懿	30,000	李耀泰	26,000
龔福財	25,000	潘世斌	20,000	黃建霈	20,000	陳杓熊	20,000	張弘政	20,000
林茂	20,000	何志明	20,000	賴明志	20,000	白進發	20,000	王淑毅	20,000
楊宗力	20,000	陳清風	12,000	魏福茂	10,000	魏重耀	10,000	蔡欣昱	10,000
廖基元	10,000	楊應欽	10,000	黃慶菖	10,000	黃煥文	10,000	黃啓明	10,000
無名氏	10,000	曾志仁	10,000	傅國維	10,000	許峰雄	10,000	徐弘治	10,000
林禹宏	10,000	李永全	10,000	王火金	10,000	江千代	10,000	黃茂宗	10,000
吳志奮	5,000	鄧森文	4,000	無名氏	4,000	賀學鉅	3,000	馬大勳	3,000
王宇怡	3,000	李天俠	2,000	呂英仁	2,000	王鑄迪	1,000	簡博賢	1,000
總計 4,921,000									

學會文物館捐款名單

姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額
謝卿宏	50 萬	蕭弘智	10 萬	蔡英美	10 萬	陳祈安	3 萬
陳建銘	10 萬	武國璋	1 萬	陳勝咸	2 萬	翁順隆	10 萬
蔡鴻德	5 萬	李茂盛	10 萬	楊友仕	10 萬		

各位敬愛的會員：大家好！

首先感謝大家一直以來對學會的支持。

今有一事要拜託大家幫忙，是攸關婦產科歷史文物的保存！去年黃思誠教授領導主編「台灣婦產科五十年」時，我們發現，台灣婦產科文物的流失極為嚴重，常一不留意，即被丟棄，為搶救逐漸散失中的台灣婦產科有形、無形的歷史，及保存與學會相關之會員個人、團體的文物，以彰顯歷史傳承意義及價值，學會決定購置「台灣婦產科醫學會歷史文物會館（或博物館）」，並訂定「台灣婦產科醫學會歷史文物會館（或博物館，以下簡稱文物會館）建館基金籌募辦法」（如附件）。完成保存婦產科文物的使命，該辦法已於2012年3月4日第19屆第3次會員代表大會正式通過在案。

而購置文物會館所需之款項頗大，2012年5月20日理監事會時已向理、監事募到約380萬元。望藉由理監事們的義舉，能收拋磚引玉之功，今盼大家也能為婦產科歷史的保存盡一份心力。

不論金額多寡，均望您熱烈支持，學會必將妥善運用與管理。此外，捐款可以抵稅，而且捐獻芳名錄會銘示於文物會館一樓，以為紀念。學會在此先感謝您的熱心支持，謝謝！

捐款專戶

銀行帳號：玉山銀行民權分行 0598-940-134000

（請務必在匯款時，於附註欄寫明個人姓名及用途）

戶名：台灣婦產科醫學會

最後敬祝大家

身體健康 闔家歡樂

理事長 謝卿宏

監事長 何弘能

副理事長 蕭弘智

副理事長 郭宗正

副理事長 蔡英美

秘書長 黃閔照

財務委員會召集人 張維君 敬上

101.05.23

秘書長的話

黃閔照

各位會員平安

生育事故救濟計畫預計今年 10 月上路，並回溯到今年度 1 月 1 日，實施精神為與病人和解後才能提出申請，希望能化解不必要的醫療訴訟。詳細施行細節近期衛生署會召開委員會後公布。我們希望衛生署在對民眾的教育尚須說明這是一個政府、醫師、病患合作的計畫，而不是部份民眾認為補償全是加諸在和解金之上，反而傷害此一制度的精神。

8 月 12 日學會召開婦產科健保政策研討會，感謝黃昭順、林世嘉、趙天麟立法委員、督保盟滕西華發言人、蘇聰賢及楊友仕院士出席與談，也感謝女人連線秘書長蔡宛芬、台大公衛學院教授江東亮、新竹國泰醫院婦產科主任曾英智及新竹市議員曾資程：針對健保制度對婦產科的衝擊及全國生育登錄制度是否可行提出大家的意見，也特別謝謝醫事處許銘能處長、國健局趙坤郁副局長、健保局李純馥專門委員出席，共同為婦產科面臨的問題找到出路，找回榮耀。

婦產科人力老化不足，常被媒體報導但是都沒有有效的政策建立，新竹國泰醫院生育登錄在醫護品質上都是進步的，過去健保的制度雖然醫療可近性，獲得世界的讚譽，但也把民眾的胃口養大，造成醫療資源的過度浪費，生育生產基本上是可以規畫的，透過全國生育登錄制度，配合高危險轉診、新生兒及產後大出血後送計畫地區備血、輸血系統的整合，及偏鄉孕產婦的管理是可以讓我們的周產期醫療品質再提升，但目前關於周產期的照顧分屬國健局、健保局、衛生署等，如何將這些執行中的預算，聯合成一獨立預算，完全作為改善產科品質是我們大家可以思考的目標及政策。

8 月 8 日父親節，理事長和我特別南下台中參加中區婦產科於北海岸的聯誼會，特別感謝李茂盛院士的安排，雖然是父親節，但也來了近四桌的伙伴們，大家相聚甚歡。預計 11 月 11 日大高雄地區的觀音山登山健行，也在楊宗力理事安排下進行，希望南部的伙伴們也能放下手邊忙碌的工作，爬山健行，呼吸新鮮的空氣。

目前籌畫中的婦產科歷史文物館會員捐款部份已達 NT\$4,921,000，理事長也透過各地會員找尋適合的建築作為使用，也再次希望會員們能夠慷慨解囊，所有募集到的經費，文物館小組也會做最好的利用，務必讓每一分前都花在刀口上，再次感謝所有婦產科會員的努力，感恩！

秘書處公告

高雄觀音山—登山步道

康樂福利委員會

觀音山為南部著名近郊風景區，原高雄縣十大名山之一，以主峯形似觀音趺坐而得名，觀音里曾隸治南台十多鄉鎮，每逢假日遊客如織數以萬計。國道 1 楠梓交流道下興楠路東接大社中山路 3.5 公里。國道 3 仁武交流道下沿國道 10 下面大社和平路接中山路東轉三百公尺即到。

觀音山因含鐵質略呈黃色，多為粉砂岩，為全台第一座赤腳公園，同時也是座藥山，輕病者常爬此山，大有助益。山上動物種類繁多，可見赤腹松鼠、台灣獼猴攀爬在樹上，不時可以聽到白頭翁、畫眉、樹鵲、綠繡眼在嚶嚶啼叫。現已發展為假日市集，由入山口至環保公園假日攤位二百餘攤，食衣住行育樂用品全備，登山可健身、賞景、認識生態、採購，並品嚐山城美味。

◆日期：101 年 11 月 11 日（星期日）

◆集合地點：1.高雄高鐵站 5 號出口處

2. 自行開車可從 1 號高速公路或 3 號高速公路轉入國道 10 號快速道路，從仁武交流道下轉往觀音山風景區牌樓前左側停車場（龍成藝品公司對面）

◆集合時間：1.上午 8:50 分

2.自行開車至觀音山風景區 9:20 分

◆登山路徑：停車場右轉走翠屏路 108 巷處→前往高速路登山口左轉→經過竹溪橋→相思橋→左轉 101 棧道→經過往天洞登山起點→經過環保公園→返回停車場

◆登山路程：約 2.5 個小時易度:易

◆攜帶用具：雨衣、拐杖、禦寒衣物、水、手套。

◆午餐：學會招待

時間：中午：12:00 分

◆康樂福利委員會召集人：陳建銘

隊長：理事長謝卿宏 副隊長：秘書長 黃閔照

本行程領隊：楊宗力醫師、張基昌醫師

報名方式：

欲參加者請於 101 年 10 月 15 日前報名，填寫下報名表傳真至學會。（無需繳費）

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	
眷屬姓名			
身份證字號		出生年月日	
身份證字號		出生年月日	
電話	行動	傳真	

■ 通訊繼續教育

預防 B 型肝炎垂直感染， 需要改良嗎？



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹
台南郭綜合醫院¹ 婦產科³ 藥劑科
台北中山醫院 婦產科²

前言

B 型肝炎是影響人類健康的一項重要疾病，世界衛生組織估計，2002 年全球有 3 億 5 千萬人口是 B 型肝炎的慢性帶原者，是造成癌症第二種常見的病因。這些慢性帶原者若不予積極的治療，有 25-40 % 的患者會因肝臟慢性發炎而纖維化，最後死於肝硬化或肝癌，據估計全球每年有 50 萬人死於 B 型肝炎。B 型肝炎的預防，垂直感染是重要的議題。

根據統計約 40-50 % 的 B 型肝炎是經由母親經由垂直（子宮內傳染、生產時和餵母乳時傳染）或水平（每天接觸）感染傳給嬰兒。目前台灣，對 B 型肝炎帶原母親所產下的嬰兒，在出生第 1 天先注射 B 型肝炎免疫球蛋白 0.5 mL（200 單位），並在出生第 1 天、第 1 個月、第 6 個月時各注射 B 型肝炎疫苗 1 mL（20 mcg）。但對在懷孕中子宮內已經傳染 B 型肝炎病毒的胎兒，是否成為漏網之魚，文獻報告發生率約佔 5-15 %。本文特探討降低 B 型肝炎垂直感染的發生率，以供同仁參考。

高危險垂直感染因子

慢性 B 型肝炎的孕婦，下列因子會使新生兒易有 B 型肝炎病毒的感染：(1)高病毒量（DNA > 107 copies/mL）：有研究顯示，如 HBV DNA 濃度 > 109 copies/mL，則出生後預防注射有 32 % 失敗率；(2)母親血清 HBeAg 呈陽性；(3)先兆性流產或先兆性過早分娩（threaten preterm

labor)：因為引起胎盤裂漏，造成子宮內感染；(4)其它：如羊水穿刺、絨毛膜取樣、臍血抽取（尚待更多的研究證實）。

子宮內病毒感染

Yan 等曾在 131 位有 B 型肝炎表面抗原的孕婦行人工流產時，收集胎盤來檢查 HBV 感染率，結果發現在 24 位第一孕期流產的胎盤中，HBV 陽性者僅有 1 位（4.2 %），6 位第二孕期流產的胎盤中，陽性者也僅有 1 位（16.7 %），而 101 位第三孕期孕婦的胎盤中，陽性者有 45 位（44.6 %）。認為 B 型肝炎在懷孕 28 週後最容易傳染給胎兒。

1978 年 Lee 等檢驗慢性肝炎的母親，HBsAg 在羊水中陽性比率佔 33 %，在臍帶血中有 50 %，在母乳中有 71 %，在嬰兒胃的分泌物中有 95 %，因此認為病毒可能在生產期間由口腔吸入胃中，認為剖腹產可能會減少垂直感染。

最近，已有報告指出生殖細胞（germ）亦有 B 型肝炎病毒的存在。Hu 等報告，在有 HBsAg 母親的 250 顆 oocytes 中，HBV DNA 陽性比率有 9.6 %（24/250）；而在有 HBsAg 母親或父親或雙親的 578 顆胚胎中，HBV DNA 陽性比率有 14.4 %（83/578）。所以，B 型肝炎病毒垂直感染的預防，可能要從受孕前，或開始懷孕便要予以治療。

B 型肝炎治療的適應症

在台灣，尚沒有懷孕中有關 B 型肝炎治療的指引。至於未懷孕者治療的適應症，可參考：(1)2008 年亞太肝臟醫學會，對 e 抗原陽性的 B 型肝炎病患，或病毒量大於每毫升血二萬單位（20000 IU/mL）或是 e 抗原陰性的病患，B 型肝炎病毒量大於每毫升血二千單位（2000 IU/mL），但肝功能（ALT）大於正常值二倍以上，就應該接受治療；(2)2009 年歐洲肝臟醫學會認為只要病毒量 > 2000 IU/mL 以上，合併肝功能異常即應開始治療；(3)2009 年美國醫學會，對 e 抗原陰性的慢性 B 型肝炎，病毒量 > 20000 IU/mL 才開始治療。（註：1 IU 約等於 5 copies）

治療的目標，對 e 抗原陽性的病人是使 e 抗原轉為陰性（seroconversion），能產生抗體及肝功能正常，B 型肝炎病毒的量，以 PCR-base 檢驗不出來。

預防方法

一、剖腹生產：台北榮總 Lee 等對有陽性 B 型肝炎 e 抗原（HBeAg）和 B 型肝炎表面抗原（HBsAg）婦女所產下的 447 位新生兒，施打 B 型肝炎病毒疫苗注射。發現陰道產的新生兒，B 型肝炎病毒（HBV）感染率為 24.9 %（96/385），高過剖腹產產者的 9.6 %（6/62）。如檢查新生兒在出生時血清 HBV-DNA，在 67 位陰道產的新生兒，有 13 位呈現陽性，但在 30 位剖腹產者為 0 位。該作者認為，母親若為慢性 HBsAg 帶原者或是有高血清 HBV-DNA 者，若以剖腹生產可減少胎兒與母親體液的接觸，降低 B 型肝炎垂直

感染的比率。

然而，大陸 Wang 等報告由陽性 HBsAg 所產下嬰兒，包括 144 位自然陰產道、40 位經產鉗或真空吸出、117 位經剖腹產。胎兒出生時注射 B 型肝炎免疫球蛋白，並在第 1、2、7 個月注射 B 型肝炎疫苗。結果在第 12 個月時，三組嬰兒呈陽性 HBsAg 分別為 8.1 %、7.7 %、9.7 %。結果認為剖腹產並未減少嬰兒 B 型肝炎的垂直感染。但此報告亦反映雖經預防治療，仍有 7.7-9.7 % 的失敗率。

2008 年，Yang 等綜合分析 4 篇文章，在 B 型肝炎的孕婦中，有 304 位接受剖腹產，485 位自然生產。結果 HBV 垂直感染之相對風險 (RR) 0.41 (95 % 信賴區間 0.28-0.60, $P < 0.000001$)，因此認為剖腹產是可以預防 HBV 垂直感染，但需注意各研究文章可能有高風險性之偏差 (grade C)。

- 二、懷孕中注射 HBIG：B 型肝炎免疫球蛋白乃由健康人經注射 HBV 疫苗後的血漿中提煉出來，內含 B 型肝炎表面抗體 (HBsAb)，予具 HBsAg 的孕婦肌肉注射，可經結合強化補體和液體免疫力 (humoral immunity)，會減少孕婦體內 B 型肝炎病毒的含量，因而減少 HBV 的複製，並使胎兒有被動免疫的能力。2010 年，Shi 等收集 37 篇隨機分配的文章，在 5900 位無症狀、HBsAg 陽性之孕婦，其中 3062 位孕婦在懷孕的第 28、32、和 36 週注射 HBIG 200 IU，與 2838 位不注射 HBIG 組比較，發現新生兒在 HBIG 注射組有較低子宮內感染率，HBsAg 之勝算比率 (OR) 0.22 (95 % 信賴區間 0.17-0.29, $P < 0.01$)，HBV DNA 之勝算比率 0.15 (95 % 信賴區間 0.07-0.30, $P < 0.01$)，和有較高的抗體比率，即 HBsAb 之勝算比率 11.79 (95 % 信賴區間 4.69-29.61, $P < 0.01$)。

在嬰兒出生 9-12 個月後，亦有相同的結果，即注射組的 HBsAg 勝算比率 0.33 (95 % 信賴區間 0.21-0.51, $P < 0.01$)，和 HBsAb 勝算比率 2.49 (95 % 信賴區間 1.55-4.01, $P < 0.01$)。HBIG 的副作用很少，認為有 HBV 帶原的孕婦，如在懷孕後期接受多次注射 HBIG，能有效和安全減少 HBV 的子宮內傳染。

- 三、口服干安能 (lamivudine)：最早口服使用抗病毒藥物就是 lamivudine。每天口服 100 mg 一次，共 48-52 週，使 HBeAg(+) 轉變為 HBeAg(-) 的比例有 16-21 %，轉變 HBV DNA 為 (-) 的比率有 40-44 %，但發生抗藥性高達 23 % 乃其缺點，副作用則有嘔吐、胰臟炎、乳酸中毒等。懷孕用藥屬於 C 級。

最早 van Nunen 等報告 3 位感染 B 型肝炎孕婦，HBV DNA 病毒量 $> 1.2 \times 10^9$ g Eq/mL，在產前 4 週口服 lamivudine，成功預防了新生兒感染。後來 van Zonneveld 等亦報告 8 位感染 B 型肝炎孕婦，HBV DNA 病毒量 $> 10^9$ g Eq/mL，在產前 6-40 天口服 lamivudine，結果只有 1 位 (12.5) 新生兒有 HBsAg 和 HBV DNA 陽性。至於過去歷史控制組則為 28 %。

其後，Su 等又報告共 12 位慢性 B 型肝炎孕婦，在懷孕期間使用 lamivudine 來治療，檢查至 12 個月大嬰兒的血清，全部皆 HBsAg(-)，也就是有 12 位 (100 %) 成功阻斷垂直

感染，優於只用 B 型肝炎疫苗注射 3 次（30, 30, 10 μg ）的成功率（60/81 人, 74.1 %）、及自然發展的成功率（0/10 人, 0 %），使用 lamivudine 沒有妊娠副作用與先天畸型。結論認為 lamivudine 能有效預防 B 型肝炎的垂直感染。

2010 年，Shi 等研究 6 篇隨機比較的文章，是 HBV 帶原婦女在懷孕 28 週起，每天口服 lamivudine 100 mg，與不服 lamivudine（或安慰劑）者比較，前者所生新生兒得 B 型肝炎比率較低，HBsAg 勝算比率 0.38（95 %信賴區間 0.15-0.94, $P = 0.94$ ），和 HBV DNA 勝算比率 0.22（95 %信賴區間 0.12-0.40, $P < 0.001$ ），表示 lamivudine 為阻止子宮內 HBV 感染的有效藥物，可減少子宮內感染 13.0-23.7 %。

追蹤至 9-12 個月時，口服 lamivudine 的嬰兒 HBsAg 勝算比率為 0.31（95 %信賴區間 0.15-0.63, $P < 0.01$ ），和 HBV DNA 勝算比率為 0.20（95 %信賴區間 0.10-0.39, $P < 0.001$ ），換算結果，lamivudine 可減少全部垂直感染的 1.4-2.0 %。

四、口服喜必福（telbivudine）：乃在孕婦中使用抗病毒藥物唯一有前瞻性的研究。通常每天口服 300 mg 一次，連續 48 週，效果可使 HBeAg(+)轉變為 HBeAg(-)之比率有 22 %，使 HBV DNA(+)轉變成 HBV DNA(-)有 60 %，抗藥性 2.7-4.4 %，副作用有肌肉病變、周邊神經病變、乳酸中毒，懷孕用藥屬於 B 級。Han 等報告在 190 位 HBeAg(+)婦女，HBV DNA 病毒量 $> 6,000,000$ copies/mL，在懷孕 20-30 週中予 telbivudine，跟不給予抗病毒藥物的控制組作比較。在生產時，使用 telbivudine 組母親有 30 %已無法測出病毒量，而控制組為 0 %。在新生兒中，telbivudine 組有病毒者佔 3.2 %，控制組有 30.43 %，二者有統計上差異。在嬰兒至 28 週時，HBsAg(+)或有 HBV DNA 者，在 telbivudine 組有 2.11 %，在控制組有 13.04 %。兩組均無先天性畸形，亦無母親因嚴重副作用而停藥。肝功能之 ALT（alanine aminotransferase）上升為正常的 2-5 倍，在 telbivudine 組有 7.45 %，在控制組有 18.48 %。結論認為在懷孕中使用 telbivudine，是安全且有效的預防 B 型肝炎的垂直感染。

五、口服惠立妥（tenofovir）：2001 年美國食品藥物管理局核准 tenofovir 可使用在治療 HIV 感染，2008 年再通過用在治療慢性 B 型肝炎。每天口服 tenofovir 300 mg 一次，共 48 週，使 HBeAg(+)轉成為 HBeAg(-)的比率有 21 %，使 HBV DNA 轉(-)有 76 %，抗藥性為 0 %，副作用則有腎毒性、皮疹、骨質缺乏、Fanconi 症候群。懷孕用藥屬於 B 級，健保尚未給付。在 B 型肝炎已有 5 年使用經驗，可以改善肝硬化的纖維化。

最近，Puoti 等報告在孕婦第一孕期便以 tenofovir 來治療慢性 B 型肝炎，所產下的嬰兒出現先天性畸形的比率為 2.2 %，相同的若在第二、三孕期才使用，則出現先天性畸形的比率為 1.3 %，與沒有服用藥物治療的 B 型肝炎孕婦所產下第一孕期及第二、三孕期的嬰兒相比，出現先天性畸形的比率分別為 3 %和 2.6 %，並無統計上的差異。

結論

台灣 20 多年前，新生兒實施免疫球蛋白和 B 型肝炎疫苗注射，如今 B 型肝炎患者減少許多，但仍有 5-15 % 的失敗率，可能是因胎兒在母親子宮內已遭受感染，因此對有高危險因子的婦女，在懷孕前或懷孕中，便要考慮接受治療。治療可使用懷孕分類 B 級的 telbivudine 或 tenofovir，甚至 C 級的 lamivudine，或加上注射 HBIG。現今產檢 B 型肝炎是在第三孕期，如果是在第一孕期便加以檢查，和使用抗病毒藥物，以減少新生兒 B 型肝炎垂直感染的可能，需要多少費用？則有賴公共衛生專家的統計。但至少婦產科醫師對於有經濟能力的孕婦，可自費購買抗病毒藥物，並給予足夠的訊息，加以落實 B 型肝炎垂直感染的預防，而國內醫學中心亦應共同合作研究，大幅提升醫療技術與品質。

參考文獻

1. Lee S, Lo K, Tsai Y, et al. Role of caesarean section in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. *Lancet* 1988; 2: 833-4.
2. Giles ML, Visvanathan K, Lewin SR, et al. Chronic hepatitis B infection and pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2012; 67: 37-44.
3. 吳文傑, 陳怡仁, 林宜演等. B 型肝炎病毒 (HBV) 孕婦的自然病程與治療策略. *臨床醫學* 2011; 67: 453-9.
4. 李耀泰, 陳福民, 林愛惜等. 阻斷 B 型肝炎垂直感染的新觀念. *當代醫學* 2012; 39: 306-8.
5. Wang J Zhu Q, Zhang Z. Effect of delivery mode on maternal-infant transmission of hepatitis B virus by immunoprophylaxis. *Chin Med J* 2002; 115: 1510-2.
6. Lee AKJ, Ip HMH, Wong WCN. Mechanism of maternal-fetal transmission of hepatitis B virus. *J Infect Dis* 1978; 138: 668-71.
7. Hu XL, Zhou XP, Qian YL, et al. The presence and expression of the hepatitis B virus in human oocytes and embryos. *Hum Reprod* 2011; 26: 1860-7.
8. 陳昭姿. Tenofovir(Viread)-抗 B 型肝炎病毒再添生力軍. *當代醫學* 2011; 38: 15-8.
9. Shi Z, Li X, Ma L. Hepatitis B immunoglobulin injection in pregnancy to interrupt hepatitis B virus mother-to-child transmission-a meta-analysis. *Int J Infect Dis* 2010; 14(7): e622-34.
10. van Nunen AB, de Man RA, Heijtkink RA, et al. Letters to the Editor: Lamivudine in the last 4 weeks of pregnancy to prevent perinatal transmission in highly viremic chronic hepatitis B patients. *J Hepatol* 2000; 32: 1040-1.
11. van Zonneveld M, van Nunen AB, Niesters HG, et al. Lamivudine treatment during pregnancy to prevent perinatal transmission of hepatitis B virus infection. *J Viral Hepat* 2003; 10: 294-7.
12. Han G, Zhao W, Cao M, et al. A prospective and open-label study for the efficacy and safety of telbivudine in pregnancy for the prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus(HBV) to the infants. Paper presented at: 61st Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases(AASLD 2010); October 29 - November 2, 2010; Boston, MA, Abstract 212.
13. Puoti M, Brown RS Jr, Goodwin D, et al. Tenofovir disoproxil fumarate in pregnancy: findings from the antiretroviral pregnancy registry. *Dig Liver Dis* 2009; 41: A39-40.
14. Su GG, Pan KH, Zhao NF, et al. Efficacy and safety of lamivudine treatment for chronic hepatitis B in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2004; 10: 910-2.
15. Yang J, Zeng XM, Men YL, et al: Elective caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to child transmission of hepatitis B virus- a systematic review. *Virol J* 2008; 5: 100-5.



問 答 題

一、下列何者為 B 型肝炎高危險垂直感染因子？

- (A) 母親有高病毒量 (B) 母親 HBeAg(+)
(C) 有先天性流產 (D) 以上皆是

二、在慢性 B 型肝炎孕婦，下列何者會有 HBsAg 的存在？

- (A) 羊水 (B) 臍帶血
(C) 母乳 (D) 以上皆是

三、下列何者為預防 B 型肝炎垂直感染方法？

- (A) 剖腹生產
(B) 懷孕中注射人類免疫球蛋白
(C) 口服抗病毒藥物
(D) 以上皆是

四、下列何者藥物為慢性 B 型肝炎孕婦用來防止垂直感染？

- (A) lamivudine (B) telbivudine
(C) tenfovir (D) 以上皆是

五、下列何者屬 B 級懷孕藥物？

- (A) lamivudine (B) telbivudine
(C) tenfovir (D) B+C

第 188 期通訊繼續教育 延長性的口服避孕藥

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(C)

第 189 期通訊繼續教育

檢視 Ulipristal Acetate 在婦產科使用的情形

答案：一、(A)；二、(C)；三、(C)；四、(D)；五、(D)

會員園地

在資源不足的情況下 如何預防和治療產後大出血— FIGO Guidelines

台北馬偕紀念醫院 陳震宇醫師

今年四月在產科安全品質繼續教育課程中演講「產後大出血處理」，得到各位前輩先進的共鳴，與會人員受益良多。恰好今年FIGO的官方期刊International Journal of Gynecology and Obstetrics 提到一篇 guideline (Int J Gynecol Obstet 2012;117:108-118): Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings。奉秘書長黃閔照醫師之命，將其重點整理如下，提供各位前輩先進參考。

全世界大約 30%(有些國家甚至 50%)的孕產婦死亡是由於嚴重出血，其中絕大多數是由於產後大出血。這些案例多發生在於設備不足的地區或醫院，當地沒有足夠接生的醫護人員或助產士(birth attendant)，或其對於產後大出血和休克的預防和處理技術或設備不足所造成。

定義

產後大出血的定義為：陰道生產出血超過 500 毫升或剖腹生產出血超過 1000 毫升。臨床上產後出血造成生命徵象不穩定都應該考慮到是否有產後大出血的可能，因為常常在評估生產時的出血量是不夠精確的。

Primary postpartum hemorrhage：發生在產後 24 小時內稱之。約 70%是由於子宮收縮不良(uterine atony)所造成。

Secondary postpartum hemorrhage：發生在產後 24 小時至 6 週內稱之。大部分是由於胎盤滯留或感染所造成。

病因 (4“T”s)

Tone：子宮收所不良、膀胱過度膨脹。

Trauma：子宮、子宮頸、陰道裂傷。

Tissue：胎盤或血塊滯留。

Thrombin：先天或後天造成的凝血功能不良。

造成產後大出血最常見的原因為 *uterine atony*。子宮肌肉層的血管穿梭在子宮肌肉細胞中，產後第一步的止血機制為子宮肌肉層收縮造成子宮血管的閉合，此機轉又稱為”*living ligatures*” (Fig. 1)。

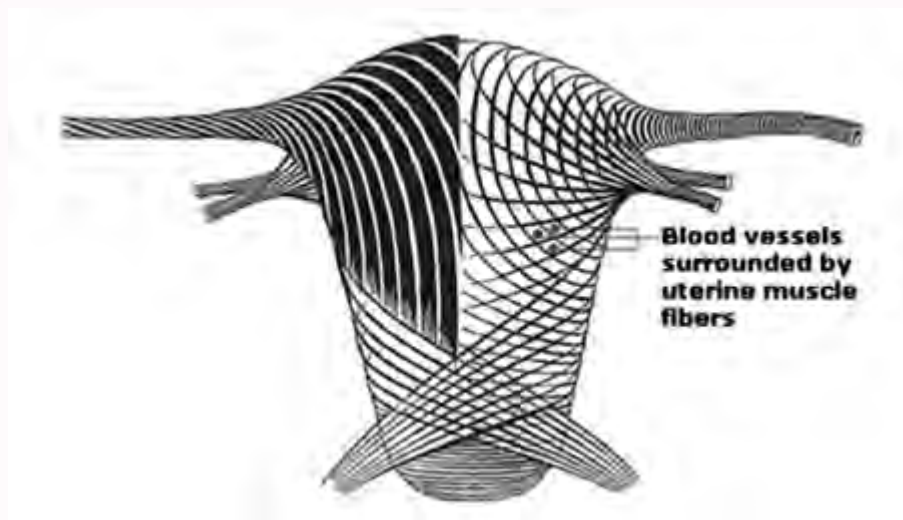


Fig. 1 Muscle fibers of the uterus, Image reproduced, with permission, from Ref. [6].

預防

(一) 積極處理第三產程

文獻上建議受過訓練的醫護人員積極處理第三產程 (active management of the third stage of labor (AMTSL)) 可以減少產後大出血的機會。Bristol 研究發現積極處理第三產程與否其發生產後大出血的機率為 5.9% 比 17.9%；Hinchingbrooke 的研究結果則為 6.8% 比 16.5% (Table 1)。

	When active management of the third stage was applied	When expectant management of the third stage was applied	Odds ratio (95% confidence interval)
Bristol trial (8)	50 PPH cases per 846 women (5.9%)	152 PPH cases per 849 women (17.9%)	3.13 (2.3-4.2)
Hinchingbrooke trial (9)	51 PPH cases per 748 women (6.8%)	126 PPH cases per 768 women (16.5%)	2.42 (1.78-3.31)

Abbreviations: PPH, postpartum hemorrhage.

AMTSL 包括：

1. 使用催產素(oxytocin)或其他幫助子宮收縮的藥物。
2. 控制臍帶的牽引(controlled cord traction)。
3. 胎盤娩出後按摩子宮。

步驟一：如何適當使用子宮收縮藥物

1. 在嬰兒出生後一分鐘內給予產婦 10 IU oxytocin 肌肉注射(IM)。Oxytocin 比其他幫助子宮收縮的藥物較理想的原因為：注射後 2~3 分鐘即有效、副作用少、絕大多數產婦皆可以使用。
2. 如果當下沒有 oxytocin，可以給予其他幫助子宮收縮的藥物，如：ergometrine 或 methylergometrine 0.2 mg IM；syntometrine 一安瓿 IM (每安瓿含 oxytocin 5 IU 加上 ergometrine 0.5mg)；或是口服 misoprostol 600 mcg (常見的副作用為暫時性的顫抖或發燒)。

注意：有心臟病、妊娠毒血症、或高血壓的產婦不能使用 ergometrine、methylergometrine、或 syntometrine，因為這些藥物含有麥角生物鹼(ergot alkaloids)的成分，可能引起血壓上升。

步驟二：如何控制臍帶的牽引 (Fig. 2)

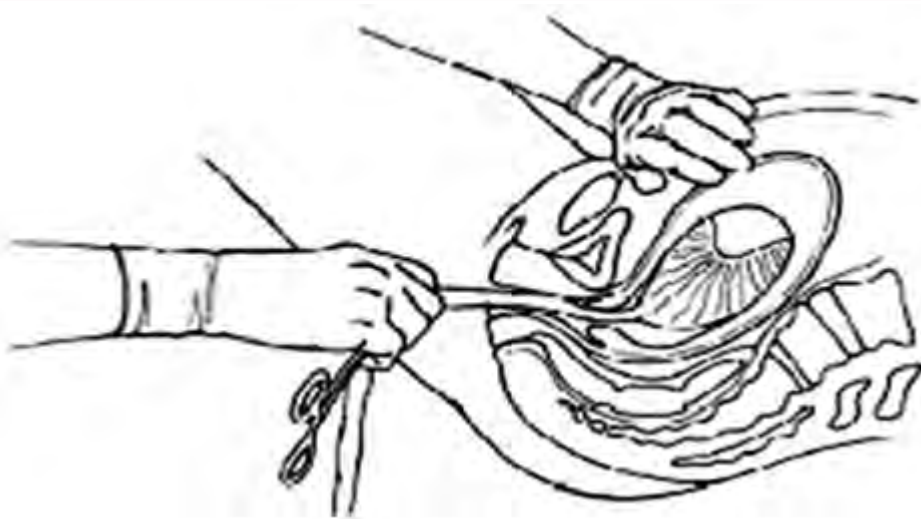


Fig. 2 Controlled cord traction.

1. 如果新生兒無任何異狀，可以在其出生後觀察臍帶血管已無脈動，在接近產婦會陰處斷臍，或是等待 2 分鐘後斷臍（如果新生兒需要急救則盡快斷臍）。
2. 一隻手牽引臍帶，另一隻手在恥骨上緣施予反向的力量。
3. 牽引臍帶的那隻手輕輕地拉住，等待子宮出現強烈的收縮(一般約 2~3 分鐘後)。
4. 當子宮出現強烈的收縮時，鼓勵產婦腹部用力，並小心翼翼地將臍帶及胎盤拉出，記得另一隻手必須持續在恥骨上緣施予反向的力量。
5. 如果 30~40 秒內胎盤還沒娩出，則暫時不要再牽引臍帶，耐心等待下一次的子宮收縮時再重複上述之動作。
6. 當胎盤娩出時，雙手接住它並輕輕地扭轉，直到胎膜完整娩出。

7. 如果胎膜無法完整娩出，則使用 sponge forceps 小心地將殘留的胎膜移除。
8. 小心地檢查胎盤的母體面及胎兒面，以確定胎盤有完整地娩出(Fig. 3 & 4)。

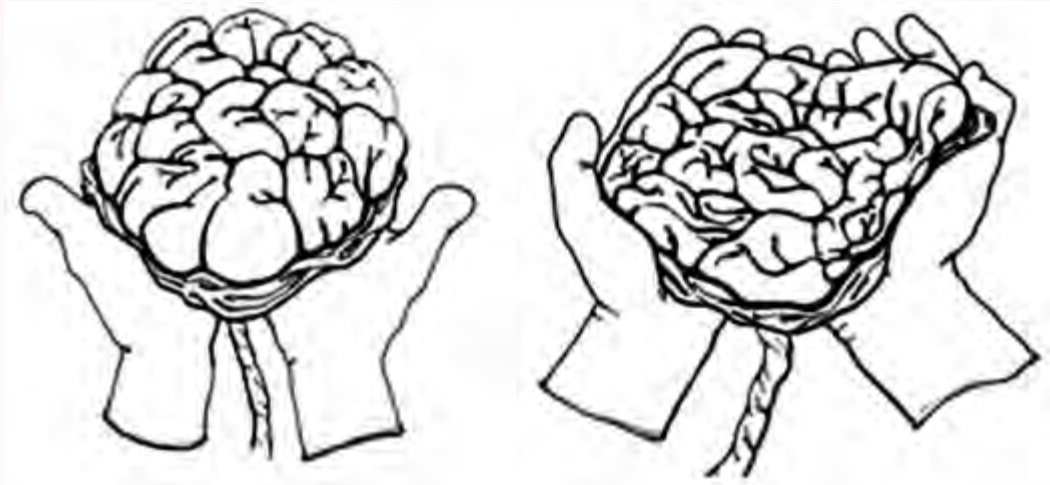


Fig. 3. Examining the fetal side of the placenta. Reproduced, with permission, from Ref. [19].



Fig. 4. Examining the fetal side of the placenta. Reproduced, with permission, from Ref. [19].

步驟三：如何正確按摩子宮

1. 胎盤娩出之後立刻按摩子宮底，一直到子宮收縮。
2. 產後 2 小時內必須每 15 分鐘檢查一次子宮收縮的情況(此時子宮底大約在肚臍附近)，必要時持續按摩子宮。
3. 必須確定子宮收縮後，才可以暫時停止按摩子宮。
4. 上述動作必須告訴產婦及其家屬，請其幫忙注意子宮收縮的情況。

(二) 缺乏子宮收縮藥物時如何處理第三產程 (physiologic or expectant management)

雖然 FIGO 提倡 AMTSL，但有些地區因資源或經驗不足而無法做到，Table 2 列出此時醫護人員必須注意的重點。

Table 2
Comparison of expectant (physiologic) versus AMTSL.*

	Physiologic (expectant) management	Active management
Uterotonic	Uterotonic is not given before the placenta delivered	Uterotonic is given within one minute of the baby's birth (after ruling out the presence of a second baby)
Signs of placental separation	Wait for signs of separation: Gush of blood lengthening of cord Uterus becomes rounder and smaller as the placenta descends	Do not wait for signs of placental separation. Instead, palpate the uterus for a contraction Wait for the uterus to contract Apply CCT with counter traction
Delivery of the placenta	Placenta delivered by gravity assisted by maternal effort	Placenta delivered by CCT while supporting and stabilizing the uterus by applying counter traction
Uterine massage	Massage the uterus after the placenta is delivered	Massage the uterus after the placenta is delivered
Advantages	Does not interfere with normal labor process Does not require special drugs/supplies May be appropriate when immediate care is needed for the baby (such as resuscitation) and no trained assistant is available May not require a birth attendant with inversion skills	Decreases length of third stage Decrease likelihood of prolonged third stage Decreases average blood loss Decreases the number of PPH cases Decreases need for blood transfusion
Disadvantages	Length of third stage is longer compared to AMTSL	Requires uterotonic and items needed for resuscitation safety

Abbreviation: CCT, controlled cord traction.
* Table reproduced, with permission, from Ref. [6].

1. 當新生兒已娩出，在等待胎盤剝離時，教導產婦採半坐姿，將嬰兒放在產婦的胸前，幫助二人皮膚接觸並盡快開始產台試吸。
2. 胎盤剝離的幾個徵象：
 - (1) 子宮變圓、變小，位置上升。
 - (2) 一灘血湧出陰道。
 - (3) 外露於陰道口的臍帶變長。
 - (4) 產婦覺得子宮收縮，陰道有沉重感。
3. 感覺胎盤剝離時，鼓勵產婦採上身直立的姿勢，等待胎盤自然娩出或腹部用力配合子宮收縮將胎盤娩出。

注意 1：等待胎盤自然剝離的時間一般不會超過一小時，否則必須採取其他的方式幫助其娩出，並注意這段期間出血的可能性而尋求他人的協助。

注意 2：缺乏子宮收縮藥物時或胎盤尚未剝離時，不建議牽引臍帶，因為如此容易造成胎盤剝離不完全、臍帶破裂、大量出血、或子宮內翻 (uterine inversion)。

(三) 胎盤娩出後的處理原則

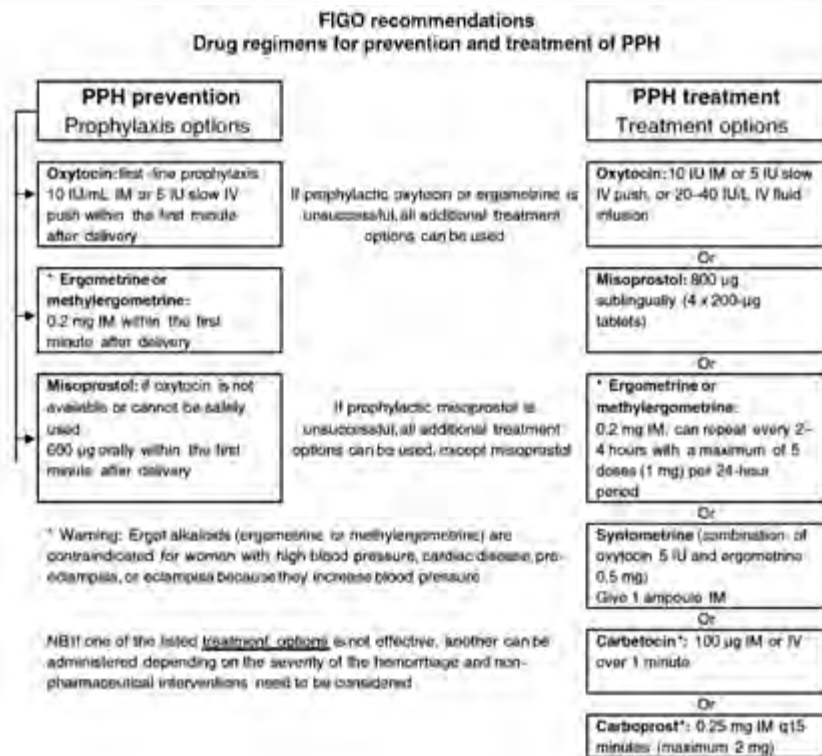
1. 產後 30 分鐘內每 5~10 分鐘監測產婦生命徵象；接下來 30 分鐘內每 15 分鐘監測生命徵象；再接下來 2 小時內每 30 分鐘監測生命徵象。
2. 產後 2 小時內每 15 分鐘觀察新生兒膚色、呼吸、和心跳。
3. 產後 2 小時內必須每 15 分鐘檢查一次子宮收縮的情況。
4. 檢查胎盤是否完整。

治療

大出血時的緊急處理原則

1. 尋求幫忙並先打上大口徑的點滴(使用輸血 set)，必要時打上第二條點滴。
2. 患者維持頭低腳高的姿勢。
3. 持續按摩子宮維持其收縮。
4. 排空膀胱。
5. 必要時給予補充氧氣。
6. 盡快給予子宮收縮藥物。
7. 雖然 uterine atony 為產後大出血最常見之原因，其他可能因素仍須排除，如：胎盤滯留、產道裂傷、子宮破裂、子宮內翻、及凝血功能異常等。

(一) 藥物部分 (Fig. 5)



1. Oxytocin

Oxytocin 為最理想的子宮收縮藥物，可以刺激子宮上段(upper segment)平滑肌韻律性的收縮(rhythmic contraction)而止血，安全且有效，為產後大出血的第一線用藥。如果長時間使用則以靜脈滴注為佳，以達到藥物穩定濃度。靜脈滴注結束一小時後，子宮對藥物的反應就會消失。

2. Ergot alkaloids

Ergot alkaloids，如：ergometrine、methylergometrine、及 syntometrine，可以刺激子宮上段及下段平滑肌僵直性的收縮(tetanic contraction)而止血。雖然包裝上每安瓿劑量各有不同(0.2 mg/mL 或 0.5 mg/mL)，但建議劑量仍為每 2~4 小時肌肉注射 ergometrine 或 methylergometrine 0.2 mg，最大劑量為 24 小時內不要超過 1 mg。有心臟病、妊娠毒血症、或高血壓的產婦不能使用 ergot alkaloids，因其可能引起血壓上升。

3. Misoprostol

研究顯示不管有無合併使用 oxytocin，舌下使用單一劑量 800 mcg (4 x 200 mcg tablets) misoprostol 為治療 uterine atony 所造成產後大出血之安全而有效的藥物(前文則說是口服 600 mcg misoprostol)。居家生產時 misoprostol 為一方便且可行的藥物選擇。

(二)非藥物部分

1. 雙手壓迫止血 (bimanual compression)：分為外部 (Fig. 6) 和內部 (Fig. 7) 二種方式。前者為二隻手皆放在腹部相對於子宮處壓迫止血；後者為一隻手握拳伸入陰道中，另一隻手在腹部宮底的位置壓迫止血。



Fig. 6. External bimanual massage.

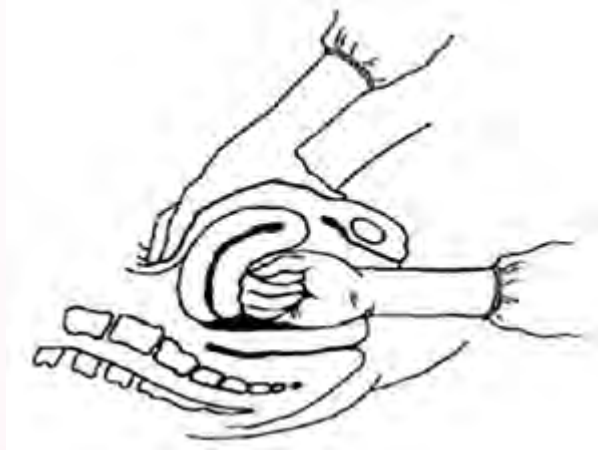


Fig. 7. Internal bimanual compression of the uterus. Reproduced, with permission, from Ref. [17..]

2. 主動脈壓迫止血 (aortic compression) (Fig. 8)：為一嚴重產後出血的救命方式，其步驟如下：

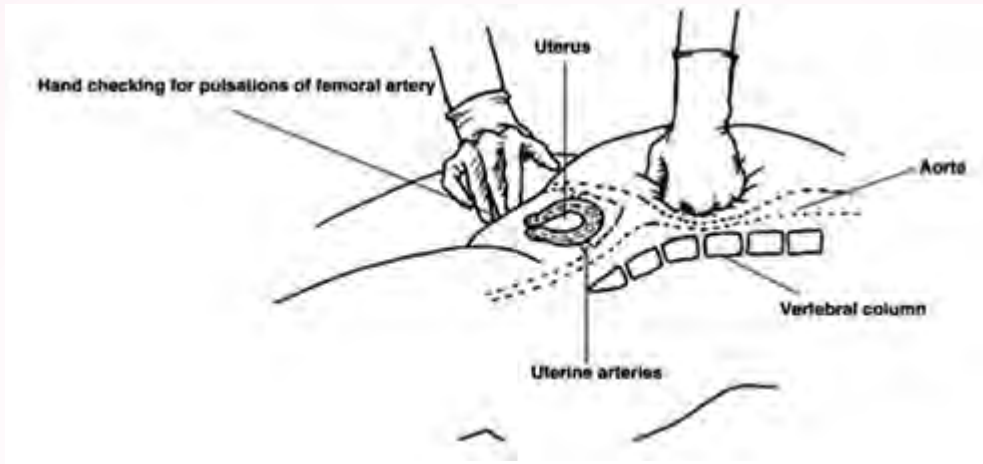


Fig. 8. Compression of abdominal aorta and palpation of femoral pulse.
Adapted, with permission, from Ref. [29].

- (1) 如果產婦的意識仍清楚，向其解釋施行這個動作的原因。
- (2) 站在產婦的右側。
- (3) 將左手拳頭放在產婦肚臍偏左一點的位置(因為腹主動脈的位置略為中心偏左)。
- (4) 將身體傾斜靠向產婦，用身體的重量去壓迫主動脈，而不是使用手臂的力量(如同做 CPR 時的姿勢)。此時左手指關節必須感受到主動脈的脈搏。
- (5) 在實施主動脈壓迫止血的動作時，先用右手的食指和中指去檢查股動脈的脈搏。
- (6) 當二隻手都在正確位置時，慢慢增加壓力去壓迫主動脈。
- (7) 如果主動脈壓迫止血的動作有效，右手手指應該感覺到股動脈的脈搏已消失。否則繼續調整左手拳頭的位置和壓力，直到股動脈的脈搏消失為止。
- (8) 右手手指應該持續放在股動脈處以確定此壓迫止血的動作一直有效。

注意 1：主動脈壓迫止血的步驟可以適用在胎兒娩出後任何階段，為一簡單易學的救命方法。

注意 2：此時如果要轉送大醫院，醫護人員應隨侍在側。

3. 子宮內水球壓迫止血 (hydrostatic intrauterine balloon tamponade)

這裡的「水球 balloon」包括：Foley 導尿管的 balloon、SOS Bakri balloon、保險套、甚至是使用無菌手套所製成等 (Fig. 9)。一般建議裡面灌水 300~500 毫升。此水球可以置放在子宮內 24 小時，然後每 2 小時放出 50~100 毫升慢慢移除。如果在放水的過程中又開始出血，則再灌水進去等再過 24 小時再重複上述的動作。文獻上記載約有 77.5~91.5% 的成

功率。此外，子宮內水球壓迫止血法還可以用來測試是否出血是來自子宮內，如果裝置水球後仍繼續出血必須考慮是否有別處裂傷或其他原因。在 www.glowm.com 網站有主動脈壓迫止血和子宮內水球壓迫止血的教學錄影帶可供參考。

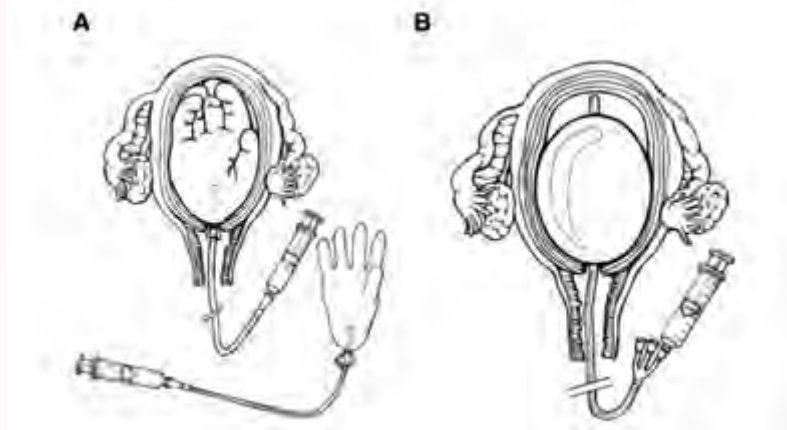


Fig. 9. Types of intrauterine tamponade edvice. A. Hydrostatic intrauterine balloon tamponade and glove [19]. B. Hydrostatic intrauterine balloon tamponade and Bakri SOS balloon [19].

4. 使用抗休克束縛衣(anti-shock garment)



Fig. 10 Anti-shock garments work through the application of counter-pressure to the lower byd, which may reverse shock by returning blood th toe vital organs.The gramtent is applied first to the lowest possible extremity (the ankles), then upwards. Reproduced, with permission, from Ref. [37].

抗休克束縛衣為尼奧普林(neoprene)材料和魔術貼(hook-and loop fastener)所組成，包含下肢部、骨盆部、和腹部三截式 (Fig. 10)，用以壓迫下半身之血流，讓血流分部再核心器官：腦部、心臟、和肺臟。穿著順序為由下(腳踝)往上(腹部)開始。抗休克束縛衣

可以讓血流動力學穩定 2 小時以上，失血每小時少於 50 毫升，利用這段時間轉送醫學中心。脫掉順序也是從下(腳踝)慢慢開始，每 15 分鐘脫掉一截，而且每脫掉一截都要測量產婦的脈搏和血壓。

5. 開腹手術

如果上述方法皆無法執行或奏效，則必須開腹手術。處理原則為在產婦凝血功能尚未異常或因灌流不足而器官受損之前就必須下決定。保守性的開腹手術可以先嘗試，如：compression sutures (B-Lynch 或 Cho square 方式)，子宮卵巢血管阻斷、內腸骨動脈血管阻斷。如果失血量非常多又無法控制，必須當機立斷行子宮全切除或次全切除手術。更多這方面資訊請參考網站：<http://www.sapienspublishing.com/medical-publications.php?view=1>。

(三) 適當的監測包括：

1. 確定子宮持續保持收縮。
2. 使用產褥墊評估後續在流的失血量。
3. 評估產婦生命徵象、膚色、和意識。
4. 適當的液體補充：
 - (1) 產婦穩定後，每 4~6 小時給予點滴 1 公升。
 - (2) 如果點滴打不上，可以請產腹喝或經由鼻胃管給予電解質口服補充液(oral rehydration salts)，每小時 300~500 毫升。
5. 監測輸血量和給予的點滴量。
6. 監測尿量。
7. 所有執行的動作都必須詳細精確地記錄在病歷上。
8. 在產婦出血受到控制和情況穩定前，都必須確認有足夠的醫護人員在旁協助。
9. 出院前必須確認血紅素的狀況，必要時補充鐵劑和葉酸。

結論

1. 所有的醫護人員皆應該熟悉 AMTSL 的內容和步驟。
2. 所有的醫護人員皆應該了解子宮收縮藥物的使用。
3. 所有的醫護人員皆應該熟悉缺乏子宮收縮藥物時如何處理第三產程。
4. 醫院應準備並張貼預防和治療產後大出血的流程圖(Fig. 11)。

5. 政府應每年監測和追蹤地區、區域、和整個國家的產後大出血發生率。

參考資料

1. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics. Joint statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage. London: FIGO; 2003.
2. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics. Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. *Int J Gynecol Obstet* 2007;97(2):160 – 3.
3. Khan KS, Wojdyla D, Say L, G? Imezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367(9516):1066 – 74.
4. United Nations. United Nations Millennium Development Goals 2000. <http://www.un.org/millenniumgoals>. Accessed September 15, 2011.
5. Smith JR. Postpartum Hemorrhage. <http://www.emedicine.com/med/topic3568.htm>. Updated August 30, 2011.
6. POPPHI. Prevention of Postpartum Hemorrhage: Implementing Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL): a Reference Manual for Health Care Providers. Seattle: PATH; 2007.
7. Prendiville W, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(3):CD000007.
8. Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *BMJ* 1988;297(6659):1295 – 300.
9. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomized controlled trial. *Lancet* 1998;351(9104):693 – 9.
10. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD003249.
11. World Health Organization. Unedited Report of the 18th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. http://www.who.int/selection_medicines/Complete_UNEDITED_TRS_18th.pdf. Published 2011.
12. Mobeen N, Durocher J, Zuberi N, Jahan N, Blum J, Wasim S, et al. Administration of misoprostol by trained traditional birth attendants to prevent postpartum haemorrhage in homebirths in Pakistan: a randomised placebo-controlled trial. *BJOG* 2011;118(3):353 – 61.
13. Sanghvi H, Ansari N, Prata NJ, Gibson H, Ehsan AT, Smith JM. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. *Int J Gynecol Obstet* 2010;108(3):276 – 81.

14. Rajbhandari S, Hodgins S, Sanghvi H, McPherson R, Pradhan YV, Baqui AH. Expanding uterotonic protection following childbirth through community-based distribution of misoprostol: operations research study in Nepal. *Int J Gynecol Obstet* 2010;108(3):282 – 8.
15. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(4):CD003248.
16. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007;297(11):1241 – 52.
17. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*. <http://www.who.int/reproductive-health/impac/mcpc.pdf>. Accessed on September 1, 2011.
18. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *ALARM International Program*. 4th edition. Chapter 6. http://www.sogc.org/cme/alarm_e.asp. Accessed September 25, 2011.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Obstetrical Hemorrhage*. Williams Obstetrics. 23rd edition. New York: McGraw-Hill; 2010. p. 760.
20. Sibley L, Buffington ST, Haileyesus D. The American College of Nurse-Midwives' home-based lifesaving skills program: a review of the Ethiopia field test. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(4): 320 – 8.
21. United Nations Population Fund. *Emergency Obstetric Care: Checklist for Planners*. http://www.unfpa.org-pload.lib_pub_file/150_filename_checklist_MMU.pdf. Accessed August 20, 2011.
22. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, noninferiority trial. *Lancet* 2010;375(9710):217 – 23.
23. Winikoff B, Dabash R, Durocher J, Darwish E, Nguyen TN, Le? n W, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women not exposed to oxytocin during labour: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet* 2010;375(9710):210 – 6.
24. Prata N, Mbaruku G, Campbell M, Potts M, Vahidnia F. Controlling postpartum hemorrhage after home births in Tanzania. *Int J Gynecol Obstet* 2005;90(1):51 – 5.
25. Chong YS, Chua S, Arulkumaran S. Severe hyperthermia following oral misoprostol in the immediate postpartum period. *Obstet Gynecol* 1997;90(4 Pt 2):703 – 4.
26. Widmer M, Blum J, Hofmeyr GJ, Carroli G, Abdel-Aleem H, Lumbiganon P, et al. Misoprostol as an adjunct to standard uterotonics for treatment of post-partum haemorrhage: a multicentre, double-blind randomised trial. *Lancet* 2010;375(9728):1808 – 13.
27. World Health Organization. *WHO Guidelines for the Management of Postpartum Haemorrhage and Retained Placenta*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf. Published 2009.

28. Crafter H. Intrapartum and Primary Postpartum Haemorrhage. In: Boyle M, editor. *Emergencies around Childbirth: a Handbook for Midwives*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2002. p. 149 – 68.
29. World Health Organization (WHO). *Managing Eclampsia: Education Material for Teachers of Midwifery*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546662_5_eng.pdf. Published 2006.
30. Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. *Int J Gynecol Obstet* 2006;94(3):243 – 53.
31. Georgiou C. Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review. *BJOG* 2009;116(6):748 – 57.
32. Miller S, Fathalla MM, Ojengbede OA, Camlin C, Mourad-Youssif M, Morhason-Bello IO, et al. Obstetric hemorrhage and shock management: using the low technology Non-pneumatic Anti-Shock Garment in Nigerian and Egyptian tertiary care facilities. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:64.
33. Lester F, Stenson A, Meyer C, Morris J, Vargas J, Miller S. Impact of the nonpneumatic antishock garment on pelvic blood flow in health postpartum women. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(5):409. e1 – 5.
34. Miller S, Turan JM, Dau K, Fathalla M, Mourad M, Sutherland T, et al. Use of the non-pneumatic anti-shock garment (NASG) to reduce blood loss and time to recovery from shock for women with obstetric haemorrhage in Egypt. *Glob Public Health* 2007;2(2):110 – 24.
35. Turan J, Ojengbede O, Fathalla M, Mourad-Youssif M, Morhason-Bello IO, Nsima D, et al. Positive effects of the non-pneumatic anti-shock garment on delays in accessing care for postpartum and post-abortion hemorrhage in Egypt and Nigeria. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(1):91 – 8.
36. Miller S, Hensleigh P. Postpartum Hemorrhage: New Thoughts, New Approaches. In: B-Lynch C, Lalonde A, West L, editors. *Non-pneumatic Anti-shock Garment for Obstetric Hemorrhage*. London: Sapiens; 2006. p. 136 – 45.
37. Miller S, Martin HB, Morris JL. Anti-shock garment in postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2008;22(6):1057 – 74.
38. B-Lynch C. Conservative Surgical Management. In: B-Lynch C, Keith L, Lalonde A, Karoshi M, editors. *A Textbook of Postpartum Haemorrhage*. London: Sapiens; 2006. p. 287 – 98.
39. Tourn? G, Collet F, Lasnier P, Seffert P. Usefulness of a collecting bag for the diagnosis of post-partum hemorrhage. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33(3):229 – 34.
40. Prata N, Mbaruku G, Campbell M. Using the kanga to measure postpartum blood loss. *Int J Gynecol Obstet* 2005;89(1):49 – 50.
41. Tsu VD, Sutanto A, Vaidya K, Coffey P, Widjaya A. Oxytocin in prefilled Uniject injection devices for managing third-stage labor in Indonesia. *Int J Gynecol Obstet* 2003;83(1):103 – 11.

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
安媿婦產科 www.womanclinic.com.tw	婦產專科醫師	環境待遇優，只看門診，不接生，正職，希望長期合作	02-28939998 0968-202861	李醫師
金郁婦產科診所 www.femalecare.com.tw	婦產專科醫師	固定兼職可，只看門診，捷運出口，環境優，時間彈性。希長期合作。	mff0602@yahoo.com.tw	王先生
新莊區曜生婦產科 www.bsobs.com.tw	婦產科醫師	新莊區婦產科，待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強	0935-107177	張主任
板橋區茵生婦產科 www.bsobs.com.tw	婦產科醫師	新板特區婦產科，待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強，待優		
新莊惠欣婦產科小兒科診所	婦產科專科醫師	待優優渥	0932-001152	陳小姐
新北市土城區永佳婦產科診所	婦產科專科醫師 2名	1.待遇優渥，醫療團隊工作氣氛融洽。 2.專任門診、不接生 1名， 3.值班、接生 1名 4.以上均可再面議詳談 5.具專科醫師證書	02-22631188 分機 101	林醫師
敏盛綜合醫院	婦產科專科醫師	1. 需具婦產科專科證書。 2. 待遇優，初期採保障薪制度。 應徵方式：意者請將履歷寄至：桃園市經國路 168 號人力資源室收 傳真：03-3164300 Email：hr-cap@e-ms.com.tw	03-3179599 分機 2012	人力資源室 蔡小姐
怡仁綜合醫院 http://www.yeezen.com.tw	婦產科專科醫師	300 床地區教學醫院評鑑優等 高薪禮聘婦產科專科醫師 電子郵件：a9002@yeezen.com.tw 地址：楊梅市楊新北路 321 巷 30 號（楊梅交流道下 1.5 公里）	0936-530708 03-4855566 分機 6158	廖醫師 人事室
堰新醫院	婦產科主治醫師 1名	工作地點：桃園縣平鎮市堰新醫院 工作待遇：保障月薪 30 萬以上 職務內容：每月值班 8 天（含一個六、日），每週門診 5 節，每週需協助腹腔鏡手術 2 天。 學歷：需在醫學中心完成婦產科住院醫師訓練，具備醫師證書、婦產專科醫師證書	03-4941234 分機 2952 分機 2953	蔡課長 胡小姐
長榮醫療體系： 中壢長榮醫院 新長偕婦幼聯合診所 www.egh.com.tw	婦產科專科醫師	薪優+高獎金制度，合作亦可，徵求有理想、有熱忱的婦產專科醫師加入我們的行列。	03-4631230 分機 1902	莊小姐

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
桃園市麥婦產科診所 www.maiyuanlun.com.tw	婦產科醫師	具專科醫師證書，每週工作二日（本診所已有二位醫師），需接生及值班。薪優、PPF無上限，保障底薪。	0935-696968 0922-856076	楊小姐
竹北劉家麟皮膚專科診所	婦產科專科醫師	1. 皮膚醫療/醫學美容門診 2. 青春痘/荷爾蒙治療門診 3. 院所現任皮膚專科醫師 3 位、婦產專科 2 位 4. 詳見 1111 人力銀行 5. 聯絡方式 mail : skinnet49@gmail.com		
馬偕紀念醫院新竹分院	婦產科主治醫師	學 經 歷：大學以上醫學系畢 職務內容：負責婦產科看診業務、留觀病人醫療業務，並參與科內及院內教學活動。 條 件：需具備醫師證書，且具有婦產科專科醫師資格。於醫學中心完成婦產科住院醫師及總醫師訓練。具教育部部定教職資格尤佳。請檢具近五年於醫學期刊發表之論文集總。 應徵方式：請至新竹馬偕紀念醫院網站下載「主治醫師應徵申請表」，寄至 30071 新竹市光復路二段 690 號新竹馬偕紀念醫院人事組嚴小姐收。		
光田醫療社團法人 光田綜合醫院	婦產科 住院醫師 婦產科 主治醫師 (負責子抹業務)	本院榮耀：99 年新制醫院評鑑特優、98 年新制教學醫院評鑑優等。 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 台中市沙鹿區沙田路 117 號（人力資源組） 5. 電子郵件地址： hrm@ktgh.com.tw	04-26621100	胡小姐

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
行政院衛生署 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	王振懿 小姐
台中市婦產科診所	婦產科專 科醫師	環境優，須值班接生，保障薪資 30~35 萬，PPF 無上限	0921-772223	林小姐
童綜合醫療社團法人 童綜合醫院 www.sltung.com.tw	主治醫師 (具產科 高層次超 音波專長)	待遇優渥，意者請至本院網站人才 招募系統填寫電子履歷表或備履 歷表及相關資料，寄至台中市梧棲 區中棲路一段 699 號人資室收 Email: d4235@ms.sltung.com.tw	04-26581919 分機 4237	人資室 蔡小姐
彰化溪湖林忠毅 婦產科診所	婦產科專 科醫師	環境佳、待遇優、保障薪 30 萬， ND、C/S 另外加給。	0958-829666 0952-812077	楊秘書
皓生婦幼醫院	婦產科 專科醫師	環境佳、待遇超優 誠徵有熱忱婦產專科醫師、小兒科 專科醫師	04-8379560	邱小姐
戴德森醫療財團法人嘉 義基督教醫院	婦產科 主治醫師	徵才條件-需具醫師證書及婦產科 專科證書；有次專科資格者尤佳 竭誠歡迎您的參與。 應徵方式-意者請自嘉基網站→人 才招募→應徵方式（線上填表應 徵） <a href="http://www.cych.org.tw/cychweb/cyc
h2/recruit.aspx?menub_id=25">http://www.cych.org.tw/cychweb/cyc h2/recruit.aspx?menub_id=25	05-2765041 分機 8552	莊主任
台灣基督長老教會新樓 醫療財團法人	婦產科 主治醫師	<ul style="list-style-type: none"> ■ 徵才條件：需具醫師證書及婦 產科專科證書；有次專科資格 者尤佳。 ■ 本院特色： <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供取得醫院教職、國外進修機會。 2. 待遇特優，有保障薪制度。 3. 醫療團隊氣氛佳。 ■ 應徵方式：意者請將履歷寄至 <ul style="list-style-type: none"> ◎台南院區 地址：台南市東門路一段 57 號人力資源室收 Mail：slh17@sinlau.org.tw ◎麻豆院區 地址：台南市麻豆區小埤里 芥子林 20 號人力資源室收 Mail：slh177@sinlau.org.tw 	台南院區 06-2748316 分機 6324 麻豆院區 06-5702228 分機 4023	台南院區 聯絡人 陳主任 麻豆院區 聯絡人 蔡小姐
台南市婦產科診所	婦產科 專科醫師	高薪聘請，基礎好，只看門診，不 接生	0918-206565	張小姐

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台南郭綜合醫院	1. 婦產科 住院醫師 2. 婦產科 主治醫師 3. 婦女泌尿 專科醫師	1. 本院榮獲 99 年度新制教學醫院評鑑優等、100 年度新制醫院評鑑特優。 2. 與嘉南藥理科技大學、中華醫事科技大學、敏惠醫護管理專校、樹人醫護管理專校合作，提供取得部定教職機會。 3. 每年提供高額研究經費補助。 4. 論文發表頒發獎勵金最高 100,000 元，不限篇數。 5. 待遇特優，有保障薪制度。 6. 意者請 E-mail 履歷表至： 醫院：kgh@kgh.com.tw 或 蘇主任：yisu@kgh.com.tw	06-2221111 分機 5505	人事室 蘇雅娟 主任
高雄市 某婦產科診所	婦產科 醫師	禮聘看診醫師，具婦專，保障底薪，享高 PPF，不必輪值，星期假日均可休假，專兼職皆可。	0930-173888	簡小姐
容婦產科診所	婦產科 專科醫師	條件：1.具婦產專科醫師資格 2.享保障底薪及 PPF 親洽地址：高雄市鼓山區明誠三路 487 號(親洽者請先電聯面試時間)	07-5541000 分機 104	吳小姐
健新醫院	婦產科 醫師	全新裝潢，擴大醫師陣容，提供優質醫療服務。待遇從優<面議>，位於高雄市中心，交通便利 Email: service@cshospital.com.tw	07-2613866 分機 102 0985-732129	劉小姐
高市某婦產專科醫院	婦產專科 醫師	保障薪資併 PPF，兼職可。	0922-655970	林小姐
高雄市鳳山地區醫院	婦產科 醫師	鳳山近交流道，交通便利，環境佳，專任、兼任皆可，待優，要或不要手術及接生皆可，竭誠歡迎加入我們的行列，另誠徵泌尿科主治醫師、大夜門、急診值班醫師、外科及心臟科醫師。	0988-462097	陳醫師
南部婦產科廉售儀器	廉售九成新醫美床、醫美儀器和配備。另廉售九誠心電動升降分娩台及產房、嬰兒房配備與器械。		0930-173888	簡小姐

郵 票 自 貼

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 二五六八—四八一九
傳真：(02) 二二〇〇—一四七六

台灣婦產科醫學會

收

◎190 通訊繼續教育答案◎

題目：預防 B 型肝炎垂直感染，需要改良嗎？

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>)

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

編 後 語

高添富

本期會訊的頭條新聞是「婦產科健保政策研討會」，醫師會員普世鬱卒的心聲一定要充分表達出來，才能下情上達。不過我國健保制度今日能夠揚名天下，靠的就是剝削醫師勞力，降低醫師收入，根本問題就是患不寡又患不均，病入膏肓藥石罔效。站在醫療法律立場，中央健保局系與我們醫事服務機構簽訂公法契約，而特約醫事服務機構又與其醫師及其他醫事人員之間成立民事僱傭契約關係，所以特約醫事服務機構為中央健保局的「履行輔助人」，而醫師則為醫事服務機構僱用之「履行輔助人」。依民法第 224 條「為債務履行輔助人而負責」規定：「債務人之代理人或使用人，關於債之履行有故意或過失時，債務人應與自己之故意或過失負同一責任。」，所以當醫師發生醫療糾紛時，醫事服務機構(債務人)應為債務履行輔助人(受僱醫師)負責，而中央健保局(債務人)應為債務履行輔助人(特約醫事服務機構)負責。世界上那有中央健保局烏托邦美名在外，敗絮其中的醫療糾紛則由醫師全權自行負責，自我了斷者？最後還要關起門來打孩子，依業務過失致人死傷，醫師還要受一罪四罰的荒謬笑話？

本期「通訊繼續教育」是由李耀泰、陳福民、郭宗正撰寫的學術論文：預防 B 型肝炎垂直感染，需要改良嗎？」，有鑑於目前台灣，對 B 型肝炎帶原母親所產下的嬰兒，在出生第 1 天先注射型肝炎免疫球蛋白 0.5ml (200 單位)，並在出生第 1 天、第 2 個月、第 6 個月時各注射型肝炎疫苗 1ml (20mcg)。但對在懷孕中子宮內已經傳染 B 型肝炎病毒的胎兒，可能成為漏網之魚，文獻報告發生率約佔 5-15%。本文特探討如何降低型肝炎垂直感染的發生率，可供臨床會員們參考。

「會員園地」由陳震宇醫師撰寫「在資源不足的情況下如何預防和治療產後大出血—FIGO Guidelines」。文中詳細說明了產後大出血的 SOP，包括：(一) 積極處理第三產程：文獻上建議受過訓練的醫護人員積極處理第三產程(active management of the third stage of labor (AMTSL)，可以減少產後大出血的機會。(二) 缺乏子宮收縮藥物時，如何處理第三產程(physiologic or expectant management)：針對有些地區因資源或經驗不足而無法做到 FIGO 提倡的 AMTSL 時，醫護人員必須注意的重點提示。(三) 胎盤娩出後的處理原則。結論是 1.所有的醫護人員皆應該熟悉 AMTSL 的內容和步驟。2.所有的醫護人員皆應該了解子宮收縮藥物的使用。3.所有的醫護人員皆應該熟悉缺乏子宮收縮藥物時如何處理第三產程。4.醫院應準備並張貼預防和治療產後大出血的流程圖。5.政府應每年監測和追蹤地區、區域、和整個國家的產後大出血發生率。有此因地制宜的標準作業流程，若每位會員們都知之甚稔，只有您老兄茫然不知，有違注意義務的一般醫療水準，則有醫療疏失責任之嫌，豈可不再三拜讀之？

無事興風作浪搞得大家心神不寧，實在罪過。最後，在百忙過勞之餘，仍請會員們不要忘了 101 年 11 月 11 日 (星期日)，由學會康樂福利委員會舉辦的高雄觀音山--登山步道，藉此呼朋喚友舒解身心，方可延年益壽，也才能繼續為爭取婦產科的最後版圖，而打拼奮鬥。

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
120825-1	20120825 南區婦癌學術研討會	台灣婦癌醫學會、高雄長庚紀念醫院婦產部	高雄長庚紀念醫院 兒童醫院六樓國際會議廳藍廳(高雄市鳥松區大埤路 123 號)	08月25日 09時00分	08月25日 16時00分	B	7分
120825-2	台灣生殖醫學會 2012 年會	台灣生殖醫學會	台北國際會議中心 101AB	08月25日 13時00分	08月26日 16時15分	B	9分
120826-1	異常子宮頸抹片確診暨子宮頸抹片採檢品質提升研討課程	台灣婦產科醫學會	高雄長庚醫院 6 樓國際會議廳藍廳	08月26日 08時30分	08月26日 12時20分	A	1.5分
120827-2	2012 年骨鬆年會系列演講	中華民國骨質疏鬆症學會	台北國賓大飯店 2F 聯誼廳	08月27日 17時30分	08月27日 21時30分	B	2分
120827-1	The Revolution on Osteoporosis Treatment through RANKL Pathway	中華民國骨質疏鬆症學會	高雄金典酒店 41F 星辰廳	08月27日 18時00分	08月27日 21時00分	B	1分
120828-1	2012 年骨鬆年會系列演講	中華民國骨質疏鬆症學會	高雄漢來巨蛋 9 樓 金冠廳	08月28日 17時30分	08月28日 21時30分	B	2分
120902-1	乳房超音波診斷教育課程高級班	中華民國醫用超音波學會	台大醫學院 103 講堂(申請核給 B 類 3 分)	09月02日 08時45分	09月02日 17時00分	B	5分
120907-1	乙型鏈球菌篩檢	社團法人高雄市醫師公會	社團法人高雄市醫師公會四樓	09月07日 12時30分	09月07日 14時30分	B	2分
120908-1	急診創傷訓練課程 ETTC	連江縣衛生局	連江縣疫情處理中心一樓講堂	09月08日 08時00分	09月09日 16時30分	B	3分
120908-2	婦產科超音波講習課程基礎班	中華民國醫用超音波學會	台大醫學院 502 講堂(申請核給 B 類 4 分)	09月08日 09時10分	09月08日 16時15分	B	4分
120908-3	Overactive Bladder	台灣尿失禁防治協會、台灣泌尿科醫學科	台北長榮桂冠酒店(3 樓牡丹廳)	09月08日 13時20分	09月08日 18時00分	B	5分
120909-1	101 年度幸福九號親善醫師培訓課程-進階	台灣青少年醫學暨保健學會	台北市立聯合醫院婦幼院區第二醫療大樓八樓	09月09日 08時20分	09月09日 17時40分	B	4分
120909-2	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室(彰化市中山路二段 349 號)	09月09日 14時00分	09月09日 18時00分	B	2分
120916-1	【北區】婦女骨質疏鬆症研討會	台灣更年期醫學會、台北榮民總醫院	台北榮民總醫院致德樓 1 樓會議室四	09月16日 13時40分	09月16日 14時30分	B	1分
120920-1	少女性多囊性卵巢症候群簡介	西園醫院	台北市萬華區西園路二段 189 號九樓永越廳	09月20日 13時00分	09月20日 14時00分	B	1分
120921-1	2012 TIBCS & IOPBS	台灣乳房醫學會	臺北國際會議中心	09月21日 09時00分	09月23日 16時30分	B	10分
120922-1	台灣尿失禁防治協會 101 年度會員大會暨學術研討會	台灣尿失禁防治協會	台大醫學院 102、103 講堂	09月22日 14時00分	09月23日 12時00分	B	6分
120927-1	腸道及水患相關傳染病防治醫事人員在職教育訓練	連江縣衛生局	連江縣衛生局一樓講堂	09月27日 18時00分	09月27日 20時30分	B	1分
120928-1	婦產科內視鏡大體手術研習營之會前會	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、花蓮慈濟醫院婦產部	花蓮福容飯店百合、水仙廳	09月28日 14時00分	09月28日 17時30分	B	3分
120929-2	婦產科內視鏡大體手術研習營	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、花蓮慈濟醫院婦產部	慈濟大學模擬手術中心	09月29日 08時00分	09月30日 12時00分	B	3分
120929-1	2012 新生兒聽力篩檢及聽能早期療育研討會	行政院衛生署國民健康局	成大醫學院第二講堂(台南市勝利路 138 號)	09月29日 08時20分	09月29日 12時50分	B	4分
120929-3	2012 Contemporary Scar Management Symposium	香港商英維達有限公司台灣分公司	義大皇冠-高雄市大樹區學城路一段 153 號	09月29日 11時00分	09月29日 15時00分	B	1分
121007-1	2012 新生兒聽力篩檢及聽能早期療育研討會	行政院衛生署國民健康局	彰化基督教醫院教研大樓 11F 連瑪玉講堂	10月07日 08時00分	10月07日 12時30分	B	4分
121014-1	先天性心臟病產前診斷新趨勢-基礎篇	中山醫學大學附設醫院	中山醫學大學 正心樓 0112 教室	10月14日 08時30分	10月14日 16時00分	B	6分
121128-1	生殖保存的醫學運用於年輕的癌症患者	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	11月28日 13時00分	11月28日 14時00分	B	1分
121226-1	產前胎兒異常染色體診斷	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	12月26日 13時00分	12月26日 14時00分	B	1分

非侵入性胎兒染色體檢測

非侵入性胎兒染色體檢測技術為一項新型技術，
僅需抽取孕婦的靜脈血即可準確判斷胎兒是否為染色體異常。

目前該技術可準確檢測以下胎兒染色體異常疾病：



- 安全～非侵入性、無流產、無感染風險
- 準確～DNA等級檢測，準確率達99%以上
- 孕早期檢測～孕期12週以上即可檢測

研究發現，孕婦靜脈血漿中可檢測到胎兒游離DNA資訊，
基於此發現，利用新一代定序技術和生物資訊學的方法進行分析，
可準確判斷胎兒是否有染色體異常。

