

# 台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2013年1月195期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地址：台北市權西路 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](mailto: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  
朱應祥 (02) 27007560

# 我們博物館的風情



渴望三期社區



渴望三期社區入口



渴望會館



渴望路景觀



渴望路宏國大樓



渴望三期社區



渴望一路口二期門口



渴望路高原路口

# 博物館 風情



# 會員日月潭 日月行館之旅

1月19~20日



# 潭日月會員 館之行

1月19~20日



# 會員日月潭 日月行館之旅

1月19~20日



# 台灣婦產科醫學會 195 期會訊

## 目錄精華

---

09 理事長的話 | 文／謝卿宏

---

13 秘書長的話 | 文／黃閔照

---

15 秘書處公告 | 文／秘書處

15 行政院衛生署中央健康保險局 函

檢送本局 101 年 12 月 12 日醫療服務審查委員會第 9 屆第 6 次委員會會議紀錄有關西醫基層之婦產科審查注意事項補正增修條文如附件，請 查照。

16 台灣婦產科醫學會第 19 屆第九次理事會會議紀錄

24 外交部 函

檢送本部編纂之「中華民國建國一百年非政府組織國際參與成果彙編」乙冊，請 查參。

27 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會活動須知

28 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會晚宴報名表

---

## 目錄精華

---

### 31 通訊繼續教育

子宮切除後的子宮外孕，可能嗎？ | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

---

### 36 會員園地

36 如何建構二代產檢程 | 文／蔡明松

42 冬天走了，迎接春天吧---凡走過必留足跡 | 文／周天給

46 現階段健保該走的路 | 文／陳福民

---

### 48 法律信箱

臺灣醫師風險管理學會任重而道遠 | 文／高添富

---

### 56 編後語 | 文／高添富

---

## 理事長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

農曆年前，先向大家拜個早年，恭喜大家 快樂、平安、幸福、美滿！

### 日月潭美得像詩

這次會員旅遊到日月潭，共有超過兩百位的會員與眷屬參加，大家一起享受寒假的第一個週末，惠蓀林場、日月潭纜車、日月行館、日月老茶廠與環湖步道，全都讓我們留下美好的回憶，尤其在日月潭環湖自由車道上單騎，清風徐來，湖光山色美不勝收，湖面漣漪閃爍著金星，優遊其中，讓人流連忘返，尤其是與好友共遊，則人生不過如此而已！誠希望，時光能夠停留在那一刻！

### 要團結，不可自掃門前雪

有時，喜歡看「Animal Planet」頻道，能讓人頓悟些做人做事的道理。在肯亞馬賽馬拉大草原，獵豹追逐著弱小的牛羚欲飽餐一頓，追逐逃命中常見到大牛羚挺身阻擋獵豹的追捕行動，故也常讓獵豹功虧一簣；相同的故事也發生在瞪羚身上，但是，各自逃竄的瞪羚，就沒這麼幸運了。又在獅群集體獵殺非洲水牛之際，其他水牛不僅沒有各自逃命，全部非洲水牛反而團結共同擊退萬獸之王，十幾隻的獅群卻悻悻然落荒而逃。而獵豹雖是爆發力與速度最快的動物，若在非洲大草原上孤獨行動，卻經常失手，但是成群的獵豹，就所向無敵了！

我常在想，我們要當見義勇為的牛羚、團結的非洲水牛、團結的獵豹呢？或是孤獨的獵豹？還是遇到困難或身處險境只知自顧竄逃的瞪羚？「弱肉強食」的自然法則，在古今中外與各物種都一體適用，這是我們一定要認真思考的！所幸，學會目前的運作，有很多熱心的會員、幹部與院士一起參與投入，我們才能在逆境中成長，但是，我也希望能有更多的會員來學會幫忙，讓我們成一群非洲水牛、一群獅子、和一群獵豹般！

在「全民健康保險會」組成前，我們和兒科醫學會吳美環理事長、李秉穎秘書長共同合作，遊說立法委員相挺，尤其林世嘉委員還以婦兒兩科在全民健保實施後

是特別弱勢的科別，故使用為照護婦幼健康之名，以綁住衛生署預算進行政黨協商來力保婦兒科醫學會代表進入「健保會」竟也一敗塗地。由此可見衛生署的思維：二代健保的營運仍然是著重健保利益的分贓，而且只顧財團，不管婦幼死活；只顧醫院經營者，不管醫師死活；只顧財務，不管醫療品質。真是悲哀！我真希望，有朝一日，我們能夠成立「台灣醫師團結聯盟」的組織，挺身為所有醫師的權益與醫療品質的維護與提升來和醫政單位抗衡。

### 感激黃昭順委員力挺

為了學會的會務，一月九日中午在陳菁徽醫師的安排下，秘書長和我特別到立法院拜訪黃昭順委員，也敲定一月十四日上午再一次在黃委員的陪同下到衛生署拜會邱文達署長；我們都知道邱署長很忙，但是，如果沒有當面向他報告、求助，實在無法解決婦產科的困境。這次，我、秘書長和蔡明松主任特別針對：順利推動生育風險救濟計畫，生產給付相關診療項目之支付方式、二代產檢內容、醫師費、婦產科 TWDRG、爭取婦產科加入美容醫學、和「全民健保會」保障婦兒醫學會的參與等議題，拜託邱署長幫忙，期待婦產科能更上層樓。我也向邱署長面報，如果不積極解決婦產科的困境，十年後，婦產科會是壓垮台灣醫界與導致健保崩盤的最後一根稻草。

### 學會博物館的設計已在進行

感謝大家的熱情參與，學會博物館的募款已漸向 1600 萬邁進（如附件），但由於還要做內部與外圍環境的設計、規劃與裝潢，財務尚有缺口，衷心希望所有會員都能參與，不要在歷史的這一刻缺席，我內心一直督促自己一定盡全力做好學會博物館，讓它成為台灣醫界的重要標竿，來開創台灣醫學史的新一頁。大家一定要把握這個共同創造歷史的機會，有天，當時代的巨輪離我們而去，即使已經沒有人記得曾經有我們這一代的婦產科醫師時，我相信台灣婦產科醫學會博物館卻仍會記述今天我們為婦產科奮鬥的每一位醫師與每一個事蹟。最後，謝謝大家！感恩！

也敬祝 大家身體健康、精神愉快！

學會文物館已捐款名單 1/23

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	蔡英美	100,000	蔡明賢	100,000	蔡永杰	100,000
黃閔照	100,000	黃昭彰	100,000	黃光大	100,000	陳霖松	100,000	陳建銘	100,000
陳俊吉	100,000	陳明哲	100,000	張基昌	100,000	張紅淇	100,000	張甫行	100,000
翁順隆	100,000	徐超群	100,000	林正宗	100,000	吳輝明	100,000	王漢州	100,000
何博基	100,000	張錫安	100,000	陳文龍	100,000	姚博琳	100,000	楊友仕	100,000
莊國泰	100,000	吳昆哲	100,000	陳尙仁	100,000	蕭弘智	100,000	陳鴻基	100,000
黃東曙	100,000	龔福財	60,000	謝鵬輝	56,000	鄧志文	50,000	蔡鴻德	50,000
蔡奇璋	50,000	詹德富	50,000	黃德雄	50,000	黃思誠	50,000	張宗進	50,000
柯助伊	50,000	官大弘	50,000	李義男	50,000	何弘能	50,000	柯滄銘	50,000
楊昭宗	50,000	楊宜杰	50,000	呂秉正	50,000	賴文福	50,000	蔡啓安	50,000
陳祈安	30,000	張兆榮	30,000	張少萌	30,000	林正義	30,000	李厚懿	30,000
王功亮	30,000	游淑寶	30,000	李耀泰	26,000	潘世斌	20,000	楊宗力	20,000
黃建霈	20,000	無名氏(鄭淑貞)	20,000	曾智文	20,000	陳杓熊	20,000	張弘政	20,000
高添富	20,000	林潔靈	20,000	林茂	20,000	吳峻賢	20,000	何志明	20,000
白進發	20,000	王淑毅	20,000	周美蓮	20,000	陳持平	20,000	王孫斌	20,000
何宗泰	20,000	尹長生	20,000	陳麗賢	20,000	陳光煒	20,000	洪勇雄	20,000
龍震宇	20,000	陳星佑	20,000	張榮州	20,000	郭秋虎	20,000	蔡佳璋	20,000
王炯琅	20,000	呂賴樺玉	20,000	王中誠	20,000	賴明志	20,000	陳清風	12,000
徐文成	11,500	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	黃茂宗	10,000	黃青雲	10,000
曾志仁	10,000	傅國維	10,000	陳哲男	10,000	陳世民	10,000	許榮麟	10,000
許峰雄	10,000	徐弘治	10,000	林禹宏	10,000	李永全	10,000	吳孟興	10,000
江千代	10,000	王火金	10,000	王上卿	10,000	王三郎	10,000	杜方超	10,000
魏銘洲	10,000	王鵬惠	10,000	陳榮輝	10,000	方昌仁	10,000	郭鴻璋	10,000
施英富	10,000	吳守正	10,000	無名氏	10,000	王明賢	10,000	張素瑜	10,000
黃港生	10,000	謝麗萍	10,000	葉文德	10,000	李東瑩	10,000	朱明星	10,000
楊朝森	10,000	魏福茂	10,000	曾資程	5,000	吳志奮	5,000	黃昭順	5,000
鄧森文	4,000	無名氏	4,000	陳美華	3,600	馬大勳	3,000	賀學鉅	3,000
王宇怡	3,000	李天俠	2,000	呂英仁	2,000	簡博賢	1,000	王鑄迪	1,000
合計	9,124,100	去年廠商	5,830,000	今年廠商(年底自費醫療)	1,600,000	拜耳	40,000		
總計			14,954,100						

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

新的一年開始了，健保局回溯到 101 年 1 月的提高的門診診療費，及生產的新生兒照護費用，部分內視鏡手術等一次發出，算是給各位醫師一個大的紅包。不過在大醫院工作的醫師們，大多無感，主要是因為健保局對口簽約的是醫療院所，跟獨立醫師費概念是不同的，以致於前年提高 17% 的醫院門診診療費用，僅些許部分進入醫師口袋，大部分還是醫院拿走了。台灣是不是適合醫師費及醫院費獨立計算呢？這當然是一項大的變革，1 月 14 日理事長和我及周產期新理事長蔡明松醫師，在黃昭順委員安排下，與邱署長見面，針對現今統包式生產給付的不合理現象提出意見，也參考日本、加拿大給付內容，希望健保局重新制定生產過程每一單項成本，盼能分項計算成本，以提高生產給付，並能將現今不合理的醫院醫師折帳制度，透過是否試辦產科獨立醫師費用，能實質回饋醫師，也方便將來醫師支援人力不足地區生產之給付問題。

學會有鑑於目前唐氏症風險計算軟體，將被列為二級醫療器材查驗登記時，恐影響將來唐氏症篩檢，與周產期醫學會共同推動第一孕期頸部透明帶認證工作，希望透過繼續教育提升目前產科品質，特別感謝蔡明松理事長、李建南、王漢州醫師協助，另學會也特別安排 FMF 認證課程，如果有唐氏症風險計算軟體一案，學會會再持續跟 TFDA 溝通協調。

1 月 5 日學術委員會針對今年年會的學術活動召開會議，感謝陳祈安理事以及所有學術委員，另外學會特別製作了府城台南帆布袋及安產御守初版也已完成（如附圖）其中帆布袋為台南



廣富號手工製作，安產御守祈福鹽袋之南鯤鯓代天府之加持之平安鹽。上一期隨會訊寄出的台南市旅遊地圖等，都是希望所有會員能放下手邊工作來到台南參與一場學術及文化知性之旅。

衛生署生育事故救濟計畫開始上路，感謝所有努力的伙伴，請大家記住務必在 3 月 1 日前提出申請加入此計畫，這是台灣第一次的醫療補償制度，雖然已經參考國外制度，但初上路時大家對制度及申請方式多有爭議，但希望透過申請案件的增加後，將試辦計畫順利推動，以作為將來全面醫療補償的基礎。1 月 19、20 日日月潭日月行館之旅平安順利完成，日月行館六星級的享受及日月潭美麗的風光令人讚嘆！這次會員旅遊，雖然個人因為私事無法參加，但根據回報，大家都玩得十分盡興，也謝謝大家對學會活動的支持。1 月 6 日於馬偕醫院舉辦之婦兒科聯合研討會，感謝小兒科醫學會吳美環理事長、李秉穎秘書長，早產兒基金會董事長李宏昌醫師，李建南、黃建霈、蔡明松醫師精彩的演講，針對政府目前產檢給付不足、安胎照顧及生產新生兒科醫師待命現況都提出建議，也特別邀請早產兒基金會董事李晶玉主播現身說明，自己近 2 個月的安胎過程，希望透過研討會的建議，作為將來健保制度的修訂。

12 月 23 日大桃園地區婦產科醫師聯誼會於桃園福容飯店舉辦聚會有近 20 位醫師參加，感謝陳保仁醫師協助，1 月 13 日大高雄地區也在龔福財主任號召下，舉辦產科急重症研究會，高醫詹德富、高榮卓福男、義大張基昌、屏基劉德森主任等及林正泰理事長、鄭英傑理事也都出席，各醫師出席十分踴躍。醫學中心勇於承擔產後大出血之急救後送的重責，是為基層醫師之福，也希望各地的醫院都能夠出來協助產科重症的後續治療重擔。

最近青少年避孕指引之醫師版會寄出給所有會員，民眾版部分則會透過醫療院所為單位發出，將來在學會網站也會做連結，另外青少年健康照護手冊目前也在編輯製作中，青少年健康照護是學會這幾年來努力的目標，希望能透過全面性的繼續教育，讓會員能持續性關注青少年健康。

龍年即將過去，祝福大家新春快樂！

# 秘書處公告

## 行政院衛生署中央健康保險局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 101 年 12 月 28 日

發文字號：健保審字第 1010076353 號

附 件：如主旨

主 旨：檢送本局 101 年 12 月 12 日醫療服務審查委員會第 9 屆第 6 次委員會會議紀錄有關西醫基層之婦產科審查注意事項補正增修條文如附件，請 查照。

說 明：一、依本局 101 年 12 月 12 日醫療服務審查委員會第 9 屆第 6 次委員會會議紀錄案由三之結論辦理。

二、本次會議紀錄漏植部分說明如下：

(一) 附件 1-1 之項次 1、2 及附件 1-2 之項次 1 部分，漏植「醫院總額，比照修訂。」

(二) 增修條文(附 1-2)漏植項次 2：「子宮頸楔狀切除術 conization 原則上不需住院，若需留院觀察時以一天為原則，病情特殊者須詳述理由。(不論住院天數均詳述理由)。另醫院總額，比照修訂。」

附件 1

附件 1-1

## 醫療費用審查注意事項修訂條文

總額部門別：西醫基層

科別：婦產科

項次	增修條文	原條文	備註說明
1	(二十三) 一般 IUD 之取出置入，健保不給付，而 IUD displacement 因發炎或出血症狀而取出，可以簡單陰道異物去除術(55005C)陰道異物去除術申報。	(二十三) 一般 IUD 之取出，健保不給付，而 IUD displacement 之取出，可以陰道異物去除術申報。	醫院總額，比照修。

2	刪除	(三十二) 手術麻醉中未使用 Pulse or ear oximetry (57017B)，不得申報該項費用，另氣管內插管(47031C)費用，已含於麻醉費用內不得另計。又除病情需要，不可同時申報一般導尿及留置導尿。	醫院總額，比照修。
---	----	--	-----------

附件 1

附件 1-2

## 醫療費用審查注意事項修訂條文

總額部門別：西醫基層

科別：婦產科

項次	增修條文	原條文	備註說明
1	(三十四) 1.骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查之結果，如下： (1) <u>已有性經驗者，宜記載子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之情形，至少也要記載其中之三項或以上有無病變或異常。</u> (2) <u>無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無</u>	(三十四) 骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查之結果。	醫院總額，比照修。
2	<u>子宮頸楔狀切除術 conization 原則上不需住院，若需留院觀察時以一天為原則，病情特殊者須詳述理由。(不論住院天數均詳述理由)</u>	新增條文	醫院總額，比照修。

### 台灣婦產科醫學會第 19 屆第九次理事會會議紀錄

時間：民國 101 年 11 月 24 日（星期日）下午 2 時

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 陳建銘 張維君 王炯琅  
 理事 吳輝明 林正義 張少萌 鄭英傑 楊宗力 黃啓明 林錦義 陳明哲  
 龔福財 徐超群 蔡永杰 林禹宏 應宗和 武國璋

列席者：監事長 何弘能

秘書長 黃閔照

副秘書長 賴文福 仇思源

請假者：常務理事 陳祈安 陳持平 周天給

理事 丘林和 楊明智 張榮州 吳俊杰 王功亮 李奇龍 李建南 孫茂榮  
 呂秉正 張基昌

記錄：楊千慧

## 壹、報告事項

### 理事長報告

- 一、會務目前進行的很順利。在去年繼續教育辦了 38 場，今年辦了 42 場，至今已辦 80 場，很感謝各委員會的幫忙與所有理監事的支持。
- 二、生育風險補償條例已通過，希望大家都能加入，也感謝各醫院主任能夠來協助初審工作。
- 三、明年二代健保上路。二代健保有一些機構有相當的權力，希望學會能有代表，在未來可以帶給會員更多的機會。
- 四、文物館目前已有進展，去年跟今年廠商都有贊助，加上會員捐款有近一千四百萬。希望今年可以順利成立文物館。目前接觸渴望園區之獨棟三樓，我跟蔡明賢院士和秘書長已看過，空間地點都很不錯。
- 五、101 年 11 月 12 日衛生署的照護處已通過婦產專科護理師計畫。以後專科護理師訓練部分是由醫院負責。但是醫院跟護理師都還是會有一些限制，我們會盡量爭取每一個醫院都可以訓練。特別感謝蔡明松主任的幫忙，及國泰醫院護理部陳小蓮主任的幫忙，讓學會能夠及時反應委員的意見做即時反應，也感謝許淳森副院長的大力協助。

### 監事長報告

在監事會裡有提到 HPV 疫苗公費注射爭議部份，等一下會由秘書長說明。審查 8-10 月份的月報表，會刊雜誌部份是目前超出最多預算的，目前秘書處已提出方法減低支出。

### 秘書長報告

- 一、圓桌的民事訴訟已一审勝訴，對方提出上訴中，原則上我們的作法是對的。
- 二、專科醫師於 101 年 9 月 2 日和 16 日考試，考生共 49，口試及格有 35 個，筆試及格有 34 人。
- 三、101 年 11 月 10 日召開母嬰親善認證後綜合檢討會議，會中國民健康局有談到未來「母嬰親善認證」為一次性的查核，每四年做一次書面審查，而實地訪查的對象為新申請或前次認證未通

過之醫療院所。這對我們來說是很好的事情，所以學會在這一方面的努力還是可以看得到的。

- 四、102 年 1 月 6 日於馬偕醫院，本會將與兒科醫學會聯合舉辦第二次研討會。課程內容包含早產兒的醫療照護和二代產檢的部份，會在當日提出訴求，希望理監事們能撥空參與。
- 五、秘書處有發文給各大醫院，希望各大醫院對於專科護理師員要有早一點的提前準備，因為若考試是在明年的 6 月，每位的訓練時間需要 4 到 5 個月的時間，所以要開始做訓練了。學會是怕大家來不及訓練而提早公佈，故先發文通知，所以儘可能的能先把上一些課程。
- 六、明年年會於台南大億麗緻酒店舉行，Abstract 部份會在 12 月中旬截止，希望能跟所有住院醫師通知一下。102 年年會 3 月 16 日是週六，當天有 International Symposium，也有住院醫師的教學和教育課程，希望各醫院主任都能讓住院醫師前來台南，也藉由一些旅遊活動來幫助他們放鬆一下。
- 七、第六次理監事會議中提到關於 CA-125 問題已行文給健保局，健保局轉全聯會的決議，最後還是沒通過，因為他們認為 RIA 的準確度比 EIA 高。
- 八、今年年底的生育率可望破 22 萬，但明年也有可能下探至到 18 萬左右。學會將積極爭取提高二代產檢的給付部份，尤其在健保的項目裡的產科部份，以往都沒詳細規劃，我們期待能用正向思考的態度想辦法來解決目前健保問題。因此參考日本健保制度資料，最近會發文給健保局，參考日本生育、產檢制度，將給付項目擴大，以提升產科給付。

### 蕭弘智副理事長報告：

最近同業在四指標篩檢部分有問題，此會議也列入議程，希望理事能提出因應措施。關鍵是這篩檢不是牽涉到診斷，不應該被列為診斷的工具。

### 貳、討論事項

提案一：審查 101 年度 8-10 月份月報表及審查 102 年度收支預算表

說 明：見附件一(P1-4)

提案人：財政委員會

決 議：無異議通過。

提案二：1. 依第八次理事會決議：設立「學會貢獻獎」，頒發給長期幫忙學會，對學會貢獻者，並擬訂資格審查辦法，如說明。

2. 為感謝張金堅教授，李俊毅前立法委員，劉永昌副社長，黃淑英前立法委員等，長時間來對學會大力幫忙，特頒發此獎項以資感謝。

說 明：學會貢獻獎審查辦法：成立學會貢獻獎審查小組，小組成員由學會院士擔任，經院士會議提名對本會有卓越貢獻之中外人士，經理事會同意後，頒發「台灣婦產科醫學會貢獻獎」，並於隔年年會晚宴中頒發。

提案人：秘書處

決 議：無異議通過。

提案三：因應唐氏症風險評估軟體被衛生署食品藥物管理局列為第二等級醫療器材列管，並要求各地衛生局查核，恐造成唐氏症篩檢工作上之衝擊，請討論因應措施。

說 明：衛生署食品藥物管理局於 101 年 3 月 5 日發文列管唐氏症風險評估軟體，經學會行文後於 101 年 4 月 27 日回文如附件二-(P9-10)，食品藥物管理局又於 101 年 8 月 31 日行文各地衛生局查核軟體調查表一份如附件二-(P11)。已造成會員困擾，影響目前唐氏症篩檢工作。

提案人：秘書處

決 議：學會已發文給衛生署台灣食品藥物管理局，待回文後再處理。

提案四：討論是否與中國大陸恢復兩岸學術交流之事宜。

說 明：1. 有鑑於近年來台灣與大陸婦產科學界交流頻繁，是否恢復兩岸學術交流事宜並訂立交流原則。

2. 中國中華醫學會婦產科分會多次透過各種場合表達期待恢復婦產科之學術交流。

3. 參閱第 15 屆第一次會員代表大會提案三紀錄（見附件三 P12）

提案人：秘書處

決 議：由秘書長與中國王建六醫師連絡討論恢復交流之共識後再議。

提案五：討論第 8 次理事會決議：有關學會舉辦的繼續教育是否開放護理人員參加，並給予參加證明及申請護理學分等細項事宜。

說 明：1. 根據台灣護理學會，規定辦理護理人員繼續教育課程及積分審定作業程序，審查程序與學會相似，積分申請費用不高(4 小時 400 元)，但如開放護理人員參加，學會的活動成本必然增加(如場地費、講義印刷費、茶點…等)，亦會影響會員權益。

2. 學會所舉辦的活動應以會員參加為主，如遇場地限制，人數過多無法容納時，容易引起爭議造成會員的不滿，學會資源應用於會員本身較為適宜。

提案人：秘書處

決 議：繼續教育對象仍以本會會員為主，不對外開放提供外界人士參與。

參、散 會（下午四時）

# 台灣婦產科醫學會 函

本會地址：104 台北市民權西路七十號五樓  
電話：02-25684819 傳真：02-2100-1476  
聯絡人：林家翎

受文者：行政院衛生署中央健康保險局

速別：速件

密等：

解密條件：

發文日期：中華民國 102 年 01 月 07 日

發文字號：台婦醫會總字第 102005 號

附件：如文

主旨：擬就「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」（以下簡稱健保支付標準）提請修訂（如附件），請查照。

說明：

- 一、針對全民健康保險（以下簡稱本保險）自實施起，即對於婦女生產相關診療項目之支付方式與內容設計錯誤。加上貴局將婦女生產給付列為「Tw-DRG 住院診斷關聯群」全包式給付模式內，因此，產科在健保支付標準支付方式與設計錯誤的情形下，並無或缺少完整相對應的健保支付碼，而形成「Tw-DRG 住院診斷關聯群」無法精確表達孕產婦之實際醫療需求之情況。為徹底解決現行存在之問題及改善孕產婦之就醫權益等，爰提本次建議案。
- 二、經查現行健保支付標準，係完全由原「勞工保險診療費用支付標準表」（以下簡稱甲乙丙表）轉換而來。由於勞工保險（以下簡稱勞保）對於生育給付係採用現金給付方式，即提供勞保被保險人或其眷屬生育補助費及分娩費方式辦理給付。由於上述勞保保險給付之特性，甲乙丙表當然不具備有婦女生產醫療所需之合理設計及完整支付項目等。
- 三、由於本保險於 84 年 2 月底倉促宣布自同年 3 月 1 日起實施，並宣布各項醫療費用支付項目、點數均採直接轉換自甲乙丙表及作做為健保支付標準。其中生產之醫療給付，本保險在未經專家校正或與醫療提供者討論及合理修訂下，亦直接援用原來即無生產醫療給付之「勞工保險診療費用支付標準表」。基於各醫療機構原為自費醫療項目之生育醫療，原即有產婦要求或醫療所需之計費方式。經被修改為健保給付後，卻又發生無完整或適當支付項目與點數，以作為論量計酬之適用，故實施日起即造成實務之困難，次經北區

部分特約醫療機構反映及經協調後，而暫時以比照當時公保論件計酬點數以支付產婦之生產處置費用方式因應。之後，本保險亦多循此模式以簡略調整論件計酬之點數，作為處理慣例。由於此模式自始即未能在本保險支付標準之支付項目上，針對本保險婦女生育時之各種醫療需求或問題，設計或研訂出合宜項目，以供保險醫療機構實際運用。加上 貴局又比照以往模式，擴大將婦女生產給付列為「Tw-DRG 住院診斷關聯群」全包式給付模式內，此舉已造成問題更形複雜及扭曲，如 CMI 之分析後，整個產科項目均屬偏低，可見一般。加上二代健保之規定下之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，該項支付標準所列之給付項目等同保險對象之保險理賠範圍。因此，本學會基於保障婦女生育之就醫之權益之前提下，針對各項既存之問題，提呈本建議案並建請儘速完成修訂與調整「Tw-DRG 住院診斷關聯群」相關系數等。

四、綜上，謹本保險支付標準所呈現之問題，臚列如次，並考量本保險支付標準所轉換使用之勞保甲乙丙表，原係參考自日本厚生省訂頒之「醫科診療報酬點數表」（甲乙表）的架構與支付方式。故依據 2010 年 4 月日本厚生勞動省訂頒最新版之之「醫科診療報酬點數表」相關支付項目，及配合本保險給付水準（約僅日本之十分之一），研擬建議項目，如附件：

- （一）婦女懷孕至分娩，實不同一般疾病或傷害而存有一定進程或孕婦身體狀況必須掌握與照護。唯本保險對於孕婦並無類似以全人醫療照護之設計與支付項目，尤其對於高危險孕婦，則完全沒有相關支付項目，可資運用。因此，對於「高危險妊娠」建議新增高危險妊娠醫師照護與高危險妊娠分娩醫師照護等給付與支付項目。
- （二）現行本保險對於婦女生產所支付之費用，僅屬正常分娩當時之醫療處置費用。對於孕婦之待產、胎盤人工娩出、產後出血疾患照護及胎盤前置剖腹生產或採真空吸引生產或採產鉗等器械生產之費用及新生兒科醫師緊急照會費，均未明訂與合理計算與支付。因此，建議對於正常生產外之相關待產、胎盤人工娩出、產後出血疾患照護及胎盤前置剖腹生產或採真空吸引生產或採產鉗等器械生產之費用等研擬合理給付與必要支付項目。
- （三）孕婦分娩時，多屬於緊急與上班時間外之情形，以現行之支付項目論，上述該等緊急與上班時間外之生產情形，醫療機構所增加之各項醫療成本，卻均未訂有可行之支付項目或點數。以本保險之保險對象角度，因沿用勞保支付項目及本保險亦未明訂下，致孕產婦因緊急或上班時間外之生產，而必須自費負擔相關醫療成本，實屬不合理。因此，建議對於生產費用非常規時間加計必要點數，以符實際。

正本：行政院衛生署中央健康保險局

副本：

理事長 謝卿宏

# 台灣婦產科醫學會 函

本會地址：104 台北市民權西路七十號五樓  
電 話：02-25684819 傳真：02-2100-1476  
聯 絡 人：林家翎

受 文 者：行政院衛生署

速 別：速件

密 等：

解密條件：

發文日期：中華民國 102 年 01 月 07 日

發文字號：台婦醫會總字第 102006 號

附 件：如文

主 旨：有關「收取指定醫師費」乙案，經本會內部研議其可行方案如說明段 敬請參酌。

說 明：1. 復 貴署衛署醫字第 1010267857 號函。

2. 產檢支付自民國 95 年改由國民健康局編列預算執行，而生產醫療給付則屬健保局支付項目，兩者間並無責任因果關係，亦即產檢醫師不必是接生醫師，非上班時間，由值班醫師執行接生事宜，並無所謂責任醫師制度問題。
3. 過去產科醫師為提高孕產婦照護品質，在孕產婦待產期間，犧牲非常規上班時間，長時間等待及經常性緊急到院進行接生工作，並無實質補貼，而根據健保局支付項目，僅給付 81024C 接生費用 8902 點，針對待產過程及緊急到院接生之出勤及交通費用均未列入成本分析，導致給付過低。
4. 本會建議健保局，因將近 10 年來生育數目下降後減少之健保支出，應用於改善產科給付，並要求所屬簽約之醫療院所，相對醫師手術勞務及診療費用之給予醫師成數，不得低於六成。
5. 針對非常規上班時間全時待產與到院接生之超時醫師費，如可由健保支出，自然民眾不需額外負擔，惟健保在現階段下無法提高產科給付時，應開放醫療院所依其成本收取費用。
6. 針對民眾之意向調查，本會建議由醫事處委託公正單位執行，以昭公信。
7. 針對國人非醫療需要之看時剖腹生產，造成額外醫護人員勞務支出，應開放各醫療院所向各該縣市衛生局報備管理即可。

正本：行政院衛生署

副本：

理事長 謝卿宏

## 102 年產科照護新增項目

### 新增項目

序號	名稱
1	高危險妊娠轉診照護費
2	高危險妊娠醫師照護費（不超過 20 天）
3	高危險妊娠分娩醫師照護費用（不超過 8 天）
4	待產中醫師照護費
5	器械生產費用（真空吸引生產及產鉗生產）
6	生產費用非常規時間加計（6-8AM）、（5-10PM）
7	生產費用非常規時間加計（10PM-06AM）、（例假日）
8	新生兒科醫師緊急照護費
9	胎盤人工娩出費
10	產後大出血

### 提高項目

1	前置胎盤剖腹生產（加計）
2	陰道生產接生費用

傳遞方式：寄送

檔 號：  
保存年限：

外交部 函

103 台北市大同區民權西路 70 號 5 樓

地 址：100 台北市凱達格蘭大道 2 號  
聯 絡 人：張國璋  
電 話：(02) 2348-2230  
電子信箱：kwchang@mofa.gov.tw

受文者：台灣婦產科醫學會  
發文日期：中華民國 101 年 12 月 28 日  
發文字號：外民援字第 10193005160 號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：普通  
附件：如文

主旨：檢送本部編纂之「中華民國建國一百年非政府組織國際參與成果彙編」乙冊，請 查參。

說明：

- 一、本部為展現我非政府組織(NGO)國際參與成效，分別於上(100)年 9、10 月舉辦「Love from Taiwan—台灣發聲，國際接軌」NGO 國際參與研討會及成果展，並將前揭參與活動之團體及其他積極從事國際參與之 NGO 資料彙集成冊，以相互觀摩國際參與成效，感謝貴單位提供相關資訊。
- 二、本彙編收錄 405 個積極從事國際參與之民間團體，依其功能分為公共政策、學術文化、經濟工商、醫療衛生、農業環保、科技能源、人道慈善、社會福利、運動休閒及其他等十類。本書內容包括序言、分類及頁次、我活躍之 NGO 國際參與成果及附錄（簡介國際著名競賽、節慶及展覽）。

正本：財團法人臺灣民主基金會等 405 單位  
副本：

敬  
敬全體理事長  
敬全體同仁  
李同也 102-1-15

部長 林永樂

本案依分層負責規定授權業務主管決行

第 全 頁

貼 條 碼 處

# 台灣婦產科醫學會



負責人:謝御宏 聯絡人:林均蔓 電話:(02)2568-4819 傳真:(02)2100-1476  
地址:103臺北市大同區民權西路70號5樓 網址:<http://www.taog.org.tw>

## 成立背景

1960年，由4位婦產科資深醫師發起，經由幾位醫師規劃及籌備，於1961年在臺大醫院外科講堂成立「中華民國婦產科醫學會」，2002年正式更名為「台灣婦產科醫學會」。

## 宗旨

- 提高婦產科醫療水準。
- 促進對婦產科醫學之研究。
- 維護會員權益。
- 與國際性婦產科醫學團體交流。

## 組織架構

由會員大會推選理事及監事，並由理事中選任常務理事，監事中選任常務監事，理事長則由常務理事選舉之，下轄學術研究、國際事務等20個委員會，分層協助會務。

## 國際組織會籍

- 國際婦產科聯盟
- 亞太婦產科聯盟

## 國際參與

- 2009年
  1. 於紐西蘭參加第二十一屆亞太婦產科醫學會。
  2. 於南非參加第十九屆世界婦產科大會。
- 2011年 於臺北主辦第二十二屆亞太婦產科醫學會。
- 2012年 於義大利參加第二十屆世界婦產科大會。



# Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology

Head: Hsieh Ching-hung Contact: Lin Chun-man Telephone: 886-2-25684819 Fax: 886-2-21001476  
Address: 5F., No.70, Minguan W. Rd., Datong Dist., Taipei City 103, Taiwan (R.O.C.)  
Website: <http://www.taog.org.tw>

## Background

In 1960 4 senior obstetricians and gynecologists initiated the establishment of the Association of Obstetrics and Gynecology, ROC at the Classroom of Surgical Department of National Taiwan University Hospital. After 1 year of preparation, the association was founded in 1961. The association later gained its formal status and renamed Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology in 2002.

## Purpose

- To advance the professionalism of Obstetrics and Gynecology;
- To facilitate studies and researches of Obstetrics and Gynecology;
- To maintain and protect members' rights;
- To exchange and interact with other international groups of Obstetrics and Gynecology

## Organization

The general assembly elects directors and supervisors among whom standing directors and supervisors are also elected. The standing directors elect the president who is supported by 20 committees such as academic research, international affairs, etc.



## Membership of International Organizations

- International Federation of Gynecology and Obstetrics
- Asia and Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology

## International Participation

- In 2009, the association participated in the 21<sup>st</sup> Asia & Oceania Congress of Obstetrics & Gynecology held in Auckland, New Zealand and participated in the 19<sup>th</sup> International Federation of Gynecology and Obstetrics World Congress held in Cape Town, South Africa.
- In 2011, the association participated in the 22<sup>nd</sup> Asia & Oceania Congress of Obstetrics & Gynecology held in Taipei, Taiwan.
- In 2012, the association participated in the 20<sup>th</sup> International Federation of Gynecology and Obstetrics World Congress held in Rome, Italy.

# 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會

## 活動須知

### ○ 學術研討會

時 間：102 年 3 月 16 日~3 月 17 日（星期六、日）

地 點：台南大億麗緻酒店(台南市中西區西門路一段 660 號)

### ○ 繳費項目

102 年度常年會費：3,500 元（永久會員免繳此項）

102 年度年會報到費：2,000 元（65 歲以上免繳此項）

PS.電腦系統將會記錄會員之繳費情形，若往年年費未繳清者，請先繳納過去年度的費用，再行繳交 102 年度之會費

### ○ 繳費方式

請盡量利用郵政劃撥事先繳費報名，以加速大會報到作業。

①劃撥接受日期：102 年 1 月 1 日至 102 年 2 月 10 日。

並請於劃撥單備註欄註明各項繳費項目及會員編號。

②根據衛生署規定，年會積分之取得需親自出席報到。

劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

### ○ 午餐

102 年 3 月 16 日~3 月 17 日（星期六、星期日）的午餐，由大會免費招待。

### ○ 歡迎晚宴

時 間：102 年 3 月 16 日（星期六）PM 6:00

地 點：台南大億麗緻酒店(5 樓麗緻廳)

### ○ 住 宿

■大億麗緻酒店 (基本房)單人房 3600 元、雙人房元 3900 元，均含早餐，含服務費。

(行政房)單人房 4400 元、雙人房 4700 元均，含早餐，含服務費

電話:06-2160077 地址: 台南市中西區西門路一段 660 號

請傳真訂房表自行訂房（表明為台灣婦產科醫學會會員）。

### ■ 旅遊

會員可自行搭乘台南市政府旅遊公車路線 88、89 公車

旅遊資訊請參考旅遊手冊

台南市公車動態路線時間查詢網址: <http://tourguide.tncg.gov.tw/tnbus/>

# 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會

## ≈ 晚宴報名表 ≈

### ○ 歡迎晚宴

時 間：102 年 3 月 16 日（星期六）PM 6:00

地 點：台南大億麗緻酒店(5 樓麗緻廳)(台南市中西區西門路一段 660 號)

費 用：會員及眷屬（限攜眷一人，15 歲以上）每人均 500 元，歡迎參加。

（65 歲以上之會員免費招待）

報名方式：欲參加者請於 102 年 2 月 10 日前報名，報名時請務必填寫下表，並附上劃撥回執收據  
傳真回學會。預計 400 名，額滿為止，屆時一律憑邀請卡入場（邀請卡於會前寄出）。

未事先報名者謝絕入場。

學會電話：02-25684819      傳 真：02-21001476

學會劃撥帳號：00037773      戶 名：台灣婦產科醫學會

## 報名表

會員編號		劃撥回執浮貼處
會員姓名		
眷屬姓名		
眷屬姓名		
電 話		
傳 真		
通訊地址		

共\_\_\_\_\_人



2013-03-16

台灣婦產科醫學會訂房表格  
台南大億麗緻酒店訂房表

請填妥下列表格後回傳至大億麗緻酒店訂房組

email: [reservation@tayihlandis.com.tw](mailto:reservation@tayihlandis.com.tw)

Telephone: 886-6-2160077

Fax: 886-6-2160055

住客姓名				身份證字號			生日		
服務單位				職稱					
地址									
Email									
電話			傳真			行動電話			
入住日期					退房日期				
房型 <input type="checkbox"/> 請勾選	<input type="checkbox"/> 都會客房 /1 客早餐(1 大床) 高樓層景觀 NT\$4400.net X__間 x__晚	<input type="checkbox"/> 行政客房 /1 客早餐(1 大床) 高樓層景觀 NT\$4400.net X__間 x__晚	<input type="checkbox"/> 雅緻單人房 /1 客早餐(1 大床) NT\$3600.net X__間 x__晚	<input type="checkbox"/> 雅緻雙人房 /2 客早餐(1 大床) NT\$3900.net X__間 x__晚					
	<input type="checkbox"/> 豪華家庭房 /4 客早餐(2 中床) NT\$6400.net X__間 x__晚	<input type="checkbox"/> 雅緻雙人房 /2 客早餐(2 小床) NT\$3900.net X__間 x__晚							

■ \*\*因房間總數有限，依回傳訂房單優先順序提供預訂，將於 2013-01-15 前截止訂房。

信用卡資料:

卡別	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> JCB		
卡號	/ / /	卡片到期日	(MM)/ (YY)
持卡人姓名: (請以正楷填寫)	持卡人電話		
持卡人簽名 (同信用卡簽名):	末三碼	Date:	

注意事項

- 無完整信用卡資料保證之訂房，恕無法保留訂房。
- 如欲取消保證訂房或延期，請務必於預定住宿當前一日完成，否則本酒店仍保留預訂的房間，並將收取一日之房租。
- 本酒店住宿登記時間為 15:00 以後，退房時間為中午 12:00 前。若您預計的到達時間早於 15:00，我們將依當日房況儘量幫您安排，但不保證得於 15:00 前 Check In。
- 請簽名後回傳此訂房表至 886-6-216-0055(訂房組)，若未回傳將無法完成訂房程序。
- 以上優惠房價僅適用此次活動，自 2013 年 3 月 16 日至 2013 年 3 月 17 日止。
- 因房間總數有限，依回傳訂房單優先順序提供預訂，將於 2013-01-15 前截止訂房。



Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology

102年度年會暨擴大學術研討會(婦產科醫學會)

16 - 17 March 2013

FAX RESERVATION FORM

New Booking       Amendment       Cancellation       Repeat Guest

To :	Ruby Chang - Sales Manager	From :	_____
	Shangri-La's Far Eastern Plaza Hotel, Tainan	Company:	_____
E-mail:	ruby.chang@shangri-la.com	Email:	_____
Tel :	886 6 7028888 EXT. 6815	Fax :	_____
Fax :	886 6 7027799	Tel :	_____

Guest's Information

Mr/Ms	_____	_____	_____
	Last Name	Given Name	
Title	_____	Company Name	_____
Company Address	_____		
Zip/City Code	_____	Country	_____
Golden Circle Membership Number	_____		
Passport Number	_____	Nationality	_____
Place & Date of Issue	_____	Date of Birth	_____

Reservation Requirements

Room Type (50 sqm)  Deluxe Room with 1 breakfast@ NT\$3,850+10%+5% on Saturday  
 (50 sqm)  Deluxe Room with 1 breakfast@ NT\$3,350+10%+5% on Sunday ~ Friday  
 (50 sqm)  Horizon Deluxe Room@ NT\$5,150+10%+5% included Horizon benefits on Saturday  
 (50 sqm)  Horizon Deluxe Room@ NT\$4,650+10%+5% included Horizon benefits on Sunday ~ Friday  
 (89 sqm)  Plaza Suite@NT\$6,400+10%+5% included Horizon benefits

**For double occupancy @NT\$700+10%+5% per room per night included 2nd breakfast  
 Complimentary in-house wired Internet and Wi-Fi access throughout the hotel**

Arrival	Date _____	Flight Number _____	ETA _____	Yes <input type="checkbox"/> Item No. _____ Transportation Service
Departure	Date _____	Flight Number _____	ETD _____	Yes <input type="checkbox"/> Item No. _____ Transportation Service

\*Transportation Fee  
 1. HSR Tainan Station- Hotel (Limousine / 7 seat Van) : NT\$600 / NT\$1,000 per car per trip  
 2. Kaohaiung International Airport - Hotel (Limousine / 7 seat Van) : NT\$1,500 / NT\$2,000 per car per trip

Guest's Preference (Upon Availability)

Preferred Bed  King\*\*       Twin       No Preference      \*\* Upon availability

Special Dietary \_\_\_\_\_

\*\*In accordance to government regulations, smoking is not allowed throughout the hotel beginning Jan. 11, 2009. All rooms provided is non-smoking rooms.

Credit Card Guaranteed

All reservations must be guaranteed by credit card. Reservation without credit card number are not accepted. Notice of cancellation must be received no later than 72 hours of arrival date to avoid a cancellation penalty equivalent to one room night's charge.

Credit Card \_\_\_\_\_  
 Credit Card Type / Number \_\_\_\_\_      Expiry Date \_\_\_\_\_

Card Holder's Name \_\_\_\_\_

Remarks:

Hotel Confirmation

Room Rate	Confirmation Number	Confirmed by	Date
_____	_____	_____	_____

- 1) No-shows or cancellations made within 2 hours prior to the requested transportation arrangement will be subject to one trip charge in full as cancellation fee.
- 2) Check-in time is at 15:00 and check-out time is at 12:00 noon. Check-in require prior to 12:00pm will subject to additional one night room charge. Additional room charge will be applied for late check-out. Please consult with Front Office Receptionist upon check-in on availability. Room occupy until 16:00 will be charge at 50% of the room rate and full rate will be apply for late check-out beyond 18:00.
- 3) Rooms are available on a first-come, first-served basis. Reservations are NOT confirmed until the hotel sends a confirmation number.
- 4) All Rates are quoted in NT\$ and are subject to 10% service charge and 5% VAT
- 5) Kindly send in your reservation form by **Feb 22, 2013**. After this date, rooms are subject to availability

## ■ 通訊繼續教育

# 子宮切除後的子宮外孕， 可能嗎？



李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 郭宗正<sup>1</sup>

台南郭綜合醫院<sup>1</sup> 婦產科

台北中山醫院 婦產科

當育齡婦女有腹痛、月經異常、噁心、乳房脹痛等症狀，婦產科醫師均會聯想到子宮外孕，現代科技下已很少誤判。然對子宮已切除的婦女若有上述症狀，急診科醫師多會向胃腸、泌尿道、卵巢與沾黏等疾病診斷，不會想到做小便懷孕試驗，結果會以其它常見疾病處理，連文獻上亦未將子宮外孕列為子宮切除後的併發症，但這些患者可能因子宮外孕，延遲診斷會造成休克、輸血或死亡。本文特回顧相關文獻，對已切除子宮的婦女仍發生子宮外孕的個案整理，以供同仁參考。

## 子宮外孕種類

子宮切除後的子宮外孕，依受孕的時間可分為兩類：

- 一、早發型（early presentation）：在子宮切除時便已有不知悉的臨床懷孕，如手術時受精卵已存在於輸卵管中，或手術接近排卵期，有性行為且未避孕，精蟲已到達輸卵管或腹腔中，手術後受精成為子宮外孕。故對生育年齡婦女行子宮切除，不宜在黃體期（luteal phase）實施，或子宮切除前之房事要採避孕（最好使用保險套），或手術時切除輸卵管，即可以預防大部份。

二、晚發型 (late presentation)：指在手術時腹腔中沒有受精卵或精蟲的存在，但在手術後，因陰道與腹腔間存有瘻管 (fistulous tract)，精蟲經由陰道進入腹腔所產生之子宮外孕。

## 遲發型臨床表現

文獻所報告之子宮切除後的子宮外孕，一定比實際數目少。Aldin 等回顧 1918 年至 2010 年文獻、共 27 位遲發性子宮切除後的子宮外孕，患者平均年齡 35 歲，最早發生在子宮切除後 4 個月，最遲為 12 年，平均為 47 個月。患者主要症狀包括：(1) 23 位 (85%) 有腹痛或骨盆腔疼痛，為期數天或數週，亦有突然劇痛者；(2) 9 位 (33%) 有噁心和/或嘔吐；(3) 7 位 (26%) 有陰道分泌物，發生時間長短不一，由少量正常陰道液體至陰道出血。通常子宮切除後不會有出血，所以婦檢時如陰道沒有病灶，要聯想到有瘻管血液從腹腔逸出；(4) 2 位 (7.4%) 有急尿、頻尿和小便疼痛；(5) 2 位 (7.4%) 有發燒和/或發抖；(6) 2 位 (7.4%) 有腹瀉；(7) 1 位 (3.7%) 有熱潮紅和乳房疼痛。

全部患者中有 15 位 (56%) 曾接受自陰道子宮切除，12 位 (44%) 接受剖腹子宮切除，其中之 8 位屬次全子宮切除 (supracervical subtotal)。有 3 位患者在切除子宮同時切除輸卵管，但後來仍發生子宮外孕。

27 位患者中有 21 位有說明子宮外孕的部位，包括 13 位 (62%) 發生在輸卵管、3 位 (14%) 發生在附屬器、2 位 (9.5%) 在卵巢、2 位 (9.5%) 在陰道、1 位 (4.7%) 在子宮頸。此 27 位患者中有 17 位在診斷確定時外孕病灶已破裂，8 位未破裂，2 位未論及。其中 8 位 (31%) 在第 1 次診治時未診斷出子宮外孕。

27 位患者中，最後有 2 位 (7.4%) 死亡，2 位 (7.4%) 發生復發性子宮外孕。復發之二例：McMillian 等報告 1 例在子宮切除後 1 年外孕先發生於脾臟下方，次年又發生於輸卵管；Hitti 等報告 1 例在次全子宮切除後 2 年發生於不明部位，以注射 methotrexate 治癒，5 年後又發生於右側輸卵管，此次手術時亦同時切除左側輸卵管；1 年後又將子宮頸切除，以避免子宮外孕的復發。說明即使已無子宮，仍有復發性外孕的可能性。

臨床上的診斷除了由症狀和超音波之外，有時 hCG 很低，如 Anupama 等報告 1 例 hCG 為 43.62 IU/mL，此時可能需磁振造影 (MRI) 來加以確認，Anupama 等和 Barhate 等皆報告過以 MRI 來診斷子宮切除後的子宮外孕。

## 治療

如此類子宮外孕診斷時之病灶不大，血流動力穩定，仍可使用腹腔鏡將病灶切除，但

如妊娠之胎兒已太大，屬腹腔妊娠，沾黏太嚴重，或血流動力不穩定，則應考慮剖腹治療。據文獻之報告，尚有其它幾類方法：

- (一) 藥物治療：McCool 報告 1 例 29 歲患者，在 21 個月前曾接受腹腔鏡次全子宮切除，因乳房疼痛兩週，小便懷孕試驗為陽性，下腹痛了 5 天來求診。血清 $\beta$ -hCG 為 473 mIU/mL。陰道超音波在右側卵巢有 4.2 x 2.1 x 2.7 cm 腫塊，旁有一 4 mm 高迴波邊緣病灶，診斷為子宮外孕，予肌肉注射 methotrexate 50 mg/m<sup>2</sup>，15 天後 $\beta$ -hCG < 5 mIU/mL，一切良好。以化學治療子宮外孕的優點乃簡單、方便、免去手術風險，但缺乏病理標本，而造成 $\beta$ -hCG 增加之原因，除胚胎絨毛疾病外，尚可見於乳癌、肺癌、肝癌、胰臟癌、膀胱癌、胃腸癌和腦瘤等情況。
- (二) 陰道手術：Ramos 等報告 1 位 38 歲、曾接受剖腹 2 次和輸卵管結紮的患者，因經血過多接受陰道子宮切除，術後 5 個月發生腹痛，小便懷孕試驗呈現陽性。陰道超音波可見左側卵巢旁靠近陰道袖口 (cuff) 有一 6.2 mm 妊娠囊，且有胎兒心跳。患者接受陰道手術，陰道袖口沒有看到廔管。切開陰道袖口，即見左側輸卵管下墜入切口，其遠端腫大。將左側附屬器切除，病理報告為輸卵管外孕和卵巢黃體，右側輸卵管和卵巢則為正常。術後 2 天順利出院。該作者認為，在沒有腹腔鏡設備下，陰道手術在沒有子宮的狀況下切除附屬器不難，恢復很快。

## 討 論

從文獻得知，無論以何種方式切除子宮，日後均有子宮外孕的可能性，其中以自陰道切除子宮的手術發生率最高，可能是因為陰道式子宮切除，輸卵管及卵巢被帶到靠近陰道袖口處，易與陰道有廔管相通，而腹式的子宮手術，輸卵管和卵巢離陰道袖口較遠，且手術時常會將骨盆底部的壁腹膜 (parietal peritoneum) 縫合，使陰道與腹腔隔絕，故不易產生子宮外孕。至於腹腔鏡手術，文獻上只有 1 例在腹腔鏡輔助全子宮切除 (LAVH) 後發生子宮外孕，但如 LAVH 日後普遍使用，病例是否會增加則有待觀察研究，因 Hur 等報告在 2000-2009 年子宮切除後發生陰道袖口裂開 (dehiscence) 者，在全腹腔鏡子宮切除 (total laparoscopic hysterectomy, TLH) 者佔 1.35 %，在 LAVH 佔 0.28 %，在腹式全子宮切除 (TAH) 有 0.15 %，在陰道式全子宮切除 (TVH) 有 0.08 %，因此子宮切除方法與是否有袖口裂開及陰道腹腔廔管形成有關，須更多的研究加以証實，因手術後陰道袖口發炎和有肉芽組織，會增加廔管產生的可能性。

子宮切除後的子宮外孕仍多發生在輸卵管，因此子宮切除的同時是否考慮同時切除兩側輸卵管，以減少卵巢癌及術後子宮外孕，是值得探討的事。一旦發現輸卵管外孕，手術時是否一併切除對側輸卵管，亦應考慮。Anupama 等和 Hitti 等共報告 5 位次全子宮切除後

發生子宮外孕的案例，故不建議做次全子宮切除手術。在剖腹產之次全子宮切除時，子宮頸已擴張，可能將來精蟲更容易進入腹腔。

由於醫師不熟悉子宮切除後仍有子宮外孕的可能，因此有高達 31 % 的子宮外孕患者在首次診療時並未被診斷出來，相對有子宮者只有 12 %，而且死亡率在前者有 7.4 %，後者僅 0.3 %。故婦產科和急診醫師需心存此疾病，以避免重大併發症的產生。

## 推薦讀物

1. Saad Aldin E, Saadeh J, Ghulmiyyah L et al. Review article: late post-hysterectomy ectopic pregnancy. *Emerg Med Australas* 2012; 24: 239-43.
2. Anupama R, Beeyum TR, Indu RN. Ruptured ectopic pregnancy 11 years after supracervical hysterectomy: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012; 162: 116-7.
3. McCool RA. Successful medical management of ectopic pregnancy after prior hysterectomy. *J Reprod Med* 2012; 57: 510-2.
4. Hitti E, Ghulmiyyah L, Pipkin M. Rare case of recurrent late post-hysterectomy ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2010; 50: 303-4.
5. Ramos DB, Busso NE, Busso CE. Vaginal management of a “late” ectopic pregnancy after vaginal hysterectomy. *Fertil Steril* 2010; 94: 352.e1-e3.
6. Bansal S, Saini M, Harsh M et al. Is ectopic possible after hysterectomy? *Fertil Steril* 2010; 94: 350.e5-e7.
7. 李耀泰, 陳福民, 何民康等. 非婦產科疾病之人類絨毛膜促性腺激素增加. *中華民國婦癌醫學雜誌* 2008; 1: 67-74.
8. 李耀泰, 陳福民, 林大欽等. 低人類絨毛膜促性腺激素的檢視. *中華民國婦癌醫學雜誌* 2006; 1: 34-40.
9. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 子宮切除後的子宮外孕. *當代醫學* 2011; 38: 798-801.
10. Hur HC, Donnellan N, Mansuria S et al. Vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 794-801.
11. Barhate KP, Domkundwar S, Patil N et al. Sonographic diagnosis of ectopic pregnancy 2 years after total hysterectomy. *J Clin Ultrasound* 2009; 37: 347-9.



## 問 答 題

一、下列何者為預防子宮切除後早發型子宮外孕的方法？

- (A) 不宜在黃體期手術
- (B) 手術前的房事應使用保險套；
- (C) 手術前的小便驗孕
- (D) 以上皆是

二、下列何者為子宮切除後子宮外孕常見的症狀？

- (A) 腹痛
- (B) 噁心或嘔吐
- (C) 陰道有分泌物或出血
- (D) 以上皆是

三、下列何者為子宮切除後子宮外孕最常發生病灶的部位？

- (A) 輸卵管
- (B) 卵巢
- (C) 子宮頸
- (D) cul-de-sac

四、下列何者可能增加子宮切除後子宮外孕的機率？

- (A) 手術後陰道袖口發炎
- (B) 手術後陰道有肉芽組織
- (C) 次全子宮切除
- (D) 以上皆是

五、下列何種疾病曾被報告會產生 hCG？

- (A) 乳癌
- (B) 肺癌
- (C) 胃腸癌
- (D) 以上皆是

第 194 期通訊繼續教育

以 fluconazole 治療復發性陰道黴菌炎？

答案：一、(A)；二、(D)；三、(B)；四、(B)；五、(A)

會員園地

# 如何建構二代產檢



蔡明松

## 前言

產前檢查是針對懷孕婦女及其子宮內胎兒的健康評估所提供的預防性醫療照護。美國衛生部自 1985 年來倡導所有的孕婦皆必須接受有系統的產檢，並說服國會通過經費去照顧低收入孕婦接受產檢的醫療照護，目的是減少低體重兒的發生率。因為他們認為每花 1 美元在高危險妊娠的治療上可以相對減少 3.38 美元花在低體重新生兒之醫療照顧上。雖然有些學者對於產檢是否可以減少早產之發生率持保留態度，但是大多數學者認為規律的產前檢查確實除了可以降低孕婦的產科併發症及死亡率之外，並可早期偵測胎兒健康問題即時介入治療以減少新生兒罹病率及死亡率。

近 20 多年來台灣的懷孕婦女在婦產科各個先進的努力下，產婦及新生兒併發症及死亡率皆相當低，與歐美水準相近，然而自 1995 年健保制度實施以來產前檢查之次數及給付皆未調整，已無法滿足婦產科界及婦女的期待，因此應儘快來檢討改進，共創雙贏之局面。

## 確認正常子宮內懷孕及週數

正常狀況下，一個計劃懷孕的婦女其月經過期之後常自行驗尿液的懷孕試驗，當為陽性時，就會至醫療院所找產科醫師做確認，產科醫師的責任就必須確認其為正常的子宮內懷孕排除子宮外孕，並參考其月經週期訂出正確的預產期，以做為未來是否有早產或胎兒發育遲緩之重要參考，除此之外亦可做為是否有多胞胎、子宮、卵巢腫瘤的早期診斷之依據，因此 6~10 週之間提供超音波檢查是有必要的。確定正常懷孕之後醫師可與病人討論往後的產檢流程。

## 目前國健局提供的第一代產檢次數(10次)及內容似乎稍嫌不夠，至於產檢次數多少次為合理呢？

根據 1989 年美國婦產科學院訂出產檢的時間流程表，建議妊娠 4~28 週間每四週產檢一次，28~36 週之間每 2~3 週產檢一次，36 週以後每週產檢一次至生產。在此架構下若婦女月經過期就到醫院就診至妊娠足月生產總共需要 15 次產檢。雖然各個國家有不同的產檢政策無法統一，但是目前國健局給予國人 10 次的產檢、1 次的早產防治衛教及 1 次的超音波檢查是絕對不夠的，無法滿足婦產科界及婦女對於母子皆正常健康的期待。建議應至少提供產檢 12 次以上、超音波 3 次、衛教 3 次，其詳細內容分述如下。

### 一般例行產檢內容

孕婦身高、體重、血壓、尿液的蛋白質及糖份之定性檢驗、子宮高度、腹圍及胎心音與胎動之偵測。

### 10~13 週之產檢

美國婦產科學院建議此次產檢主要分成兩部份，(1)詳細病史詢問如內外科病史、婦產科病史、家族病史及遺傳性疾病、社交狀況，(2)完整的實驗室檢驗包含血液常規、血型及 Rh 因子、尿液常規及培養、子宮頸抹片、愛滋及梅毒、淋菌及披衣菌、B 型肝炎表面抗體、德國麻疹及水痘，此外針對特殊族群需加做血紅素電泳、肺結核、弓漿蟲、C 型肝炎檢查。此內容與國健局之第一次產檢內容差異不大，但其中值得我們參考的應該是尿液的培養，主要是篩檢出孕婦之 Asymptomatic bacteriuria (ASB)，在美國發生率約為 2.5~11%，如果沒有治療的話約有 20~40% 的機會導致懷孕期間的腎盂腎炎。另外，根據 HAPO 之建議對於有糖尿病高風險族群的孕婦應於第一次產檢時加做空腹的血糖(Fasting plasma glucose, FPG)及糖化血色素(HbA1C)之檢驗，當  $92\text{mg/dl} \leq \text{FPG} < 126\text{mg/dl}$  時則可診斷為妊娠糖尿病(GDM)，若  $\text{FPG} \geq 126\text{mg/dl}$  或  $\text{HbA1C} \geq 6.5\%$  時則為明顯糖尿病(Overt diabetes)，若小於  $92\text{mg/dl}$  時建議於 24~28 週之間再做 75 公克葡萄糖測試(75-g OGTT)。

### 11-13 週的妊娠早期衛教

指導項目包括認識乳房生理變化、生理不適之自我照護、飲食營養及產前檢查與產前運動衛教。有關維他命的補充，建議孕婦每日攝取 1000~1300mg 的鈣質，可降低高血壓及子癲前症的發生率，懷孕 4-12 週間每日攝取 0.4~0.8mg 的葉酸可預防胎兒神經管缺損，曾生過神經管缺損胎兒的孕婦每日建議攝取量則為 4mg。依不同 BMI，孕婦之體重增加建議

如下表：

Prepregnancy BMI	Total Target Weight Gain(kg)
Underweight(<18.5)	12.7-18.2
Normal(18.5-24.9)	11.4-15.9
Overweight(25-29.9)	6.8-11.4
Obese(>30)	5-9.1

### 唐氏症篩檢：妊娠前期(11~13 週)或妊娠中期(14~20 週)

唐氏症篩檢是針對不具有羊膜穿刺適應症之孕婦所提供的產前篩檢，透過母血清生化標記及超音波標記去運算孕婦可能懷有唐氏兒的機率，若醫療院所具備測量胎兒頸部透明帶(Nuchal translucency)的能力，可在 11~13 週之間給予孕婦實施妊娠前期唐氏症篩檢(Age + NT +  $\beta$ -hCG + PAPP<sub>A</sub>)，因在 5%的偽陽性率下唐氏兒之偵測率可以達到 85~90%。若危險值高於 1/270 者屬於高危險群(High risk)建議做羊膜穿刺或絨毛穿刺，若危險值低於 1/1000 者屬於低危險群(Low risk)不建議做羊膜穿刺，但是當危險值介於 1/270~1/1000 之間屬於中等危險群(Intermediate risk)時，則建議加做妊娠中期母血清四指標檢查(Age + AFP +  $\beta$ -hCG + E3 + Inhibin A)，綜合早期及中期的標記一起運算唐氏症之危險機率，稱為 Contingent Sequential Screening，若其危險值仍高於 1/270 者才建議施行羊膜穿刺。當醫療院所無法提供妊娠前期唐氏症篩檢或者是孕婦已經進入第 14 週後才來接受產檢時，可建議孕婦於 16~18 週之間接受妊娠中期母血清四指標唐氏症篩檢，其在 5%的偽陽性率下唐氏兒之偵測率可達 75~80%。目前此項檢查皆為自費，某些縣市的衛生局可依其財務狀況編列補助費用。

### 妊娠 20 週的第一次超音波檢查

妊娠 20 週例行的產前檢查包含唯一國健局給付一次的產科超音波檢查，此次檢查主要提供胎位、胎兒重量、胎盤位置、羊水量之評估。若國健局願意提高給付我們將可考慮加入陰道式子宮頸長度之測量，對於小於 2.5 公分的孕婦應給予預防性藥物治療，以降低早產的發生率。

### 24 週的妊娠中期衛教

包含妊娠糖尿、早產、妊娠高血壓等之高危險妊娠衛教，母嬰親善之哺餵母乳的優點

及技巧、產後即刻肌膚接觸的重要、24 小時親子同室的重要性。

## 24~28 週妊娠糖尿病篩檢

以前我們是以二階段的妊娠糖尿病篩檢，先給 50 公克葡萄糖若孕婦血糖高於 140 mg/dl 時，需做 100 公克的葡萄糖測試。根據本土的文獻報告，若使用 Carpenter-Coustan(CC) 或 National Diabetes Data Group(NDDG) criteria 時約分別有 3.81%、7.95% 會被診斷有妊娠糖尿病，但因為此篩檢方法並無法有效的減少妊娠糖尿病的產科併發症發生率，所以現在歐美先進國家已經改成 75 公克一階段的妊娠糖尿病篩檢，若禁食 8 小時以上的空腹血糖(92 mg/dl)或口服 75 公克葡萄糖後一(180 mg/dl)及兩小時(153 mg/dl)之血糖任何一個高於正常值，則被診斷為糖尿病，約有 15% 的孕婦會必須接受飲食控制或治療。

## 30 週第二次產科超音波檢查

一般胎位於 28~30 週之間固定，所以此次超音波可以確認胎位、評估胎兒體重過重或過輕、羊水量，對於高危險妊娠者可加做臍帶血流量評估或者 BPP。

## 35~37 週乙型鏈球菌篩檢(GBS Screening)

約有 2~7% 孕婦的尿液中可以發現潛在的 GBS 感染，因此孕婦於妊娠 35~37 週之間應該接受乙型鏈球菌篩檢，如果為陽性時在目前尚未有 GBS Vaccine 之前，應在待產過程當中必須給予產婦預防性抗生素，以減少因乙型鏈球菌造成的早發型新生兒感染及敗血症。原則上是使用棉棒在陰道口裡(lower vagina)及經由肛門進入直腸去採樣，也可只採取陰道口裡在特殊的細菌培養基做乙型鏈球菌的細菌培養，其陽性率差異不大，都約在 25~30% 之間。假如培養超過五個禮拜仍未生產，則必須再重覆培養一次。

## 36 週的妊娠後期衛教

指導項目包括不同生產方式之優缺點、何謂產兆、何謂破水、自行監視胎動的重要性、呼吸放鬆技巧訓練、確認產後餵食計劃、住院須知及攜帶相關物品準備。

## 37 週以後建議做第三次的產科超音波檢查

針對預估胎兒重量、羊水量以及胎盤鈣化程度，並配合臨床上孕婦骨盆形狀大小及胎頭下降情形以做為產科醫師評估生產方式的依據，此外可以針對胎兒體重過重(LGA)或過輕(SGA 或 IUGR)、羊水過少或過多、重度胎盤鈣化之孕婦提供胎兒健康評估(NST、OCT、BPP)以預防產科併發症之發生。

綜合以上的內容，建議產檢內容及次數如下表：

產檢次數	產檢週數	產檢項目
第一次	第 11~13 週	<p>1. 第一次檢查需包括下列檢查項目：</p> <p>(1) 問診：家族病史、孕婦過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀。</p> <p>(2) 身體檢查：體重、身體、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。</p> <p>(3) 實驗室檢驗：血液常規（WBC、RBC、Plt、Ho、WCY）、血型、Rh 因子、VDRL（梅毒篩檢）、RubellaIgG（德國麻疹抗體）、愛滋病檢查（ELISA 或 PA）、尿液常規檢查、子宮頸抹片、淋菌及披衣菌、B 型肝炎表面抗體及水痘，特殊族群需加做血紅素電泳、肺結核、弓漿蟲及 C 型肝炎。</p> <p>2. 妊娠早期衛教。</p> <p>3. 妊娠前期唐氏症篩檢。</p>
第二次	第 16 週	<p>1. 例行檢查項目。</p> <p>2. 妊娠中期唐氏症篩檢（未接受妊娠前期唐氏症篩檢者）。</p>
第三次	第 20 週	<p>1. 例行檢查項目。</p> <p>2. 第一次超音波檢查。</p>
第四次	第 24 週	<p>1. 例行檢查項目。</p> <p>2. 妊娠糖尿病篩檢（24~28 週）。</p> <p>3. HBsAG、HBeAG、VDRL 檢驗（與妊娠糖尿病篩檢合併抽血以減少抽血次數）。</p> <p>4. 妊娠中期衛教（等候抽血的時間做衛教以節省病人時間）。</p>
第五次	第 28 週	例行檢查項目。
第六次	第 30 週	<p>1. 例行檢查項目。</p> <p>2. 第二次產科超音波檢查。</p>
第七次	第 32 週	例行檢查項目。

產檢次數	產檢週數	產檢項目
第八次	第 34 週	例行檢查項目。
第九次	第 36 週	1. 例行檢查項目。 2. 補助孕婦乙型鏈球菌篩檢(35~37 週)。 3. <b>妊娠後期衛教。</b>
第十次	第 38 週	1. 例行檢查項目。 2. <b>第三次產科超音波檢查。</b>
第十一次	第 39 週	例行檢查項目。
第十二次	第 40 週	例行檢查項目。

註：紅色粗體字為建議新增項目。

### 參考文獻：

1. Pregnancy Outcomes of Taiwanese Women With Gestational Diabetes Mellitus:A Comparison of Carpenter-Coustan and National Diabetes Data Group Criteria~JOURNAL OF WOMEN' S HEALTH, vol 19,number5:2010
2. The HAPO study: paving the way. Am J Obstet Gynecol.2010 Jun;202(6):654.e1-6
3. Prenatal Care: Touching the Future. Prim Care Clin Office Pract 39 (2012)17-37
4. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome (HAPO) study. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE.2008 May; vol.358 NO.19.
5. Prevention of Perinatal Group B Strptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC,2010;Vol. 59

# 冬天走了，迎接春天吧

## ——凡走過必留足跡



撰文者：常務理事 周天給醫師

龍潭登山步道，天空雲如羽毛。  
能與良師為伴，徒步不覺路遠。  
自古文物收藏山水間。故宮是，  
婦科文物亦應如是。

今年正月初六，天給跟隨良師蔡明賢院士、楊友仕院士、謝卿宏理事長、婦產科醫學會的林金龍顧問、以及學長王漢州副祕書長，前往山巒翠綠與綠地綿密的龍潭登山。龍潭天空雲如羽毛，徒步於天然古道，儼然與山水結緣，忘情大隱於山野間。山中涼亭小憩處，二隻黃鶯鳴翠喉，甚好聽。出山口，突見英姿暴龍入青天，煞好看(見圖一)。一路自覺能與良師為伴，樂山樂水，徒步不覺路遠。



圖一：龍潭天空雲如羽毛，徒步於天然古道，儼然與山水結緣，忘情大隱於山野間。  
出山口，突見英姿暴龍入青天，煞好看(周天給攝影)。

隨後，驅車前往學會文物館。學會文物館座落渴望山莊境內。一路山莊茶景清幽，人文氣息濃郁。學會文物會館在此建構，展現保存文物決心的微妙哲學。自古文物收藏山水間，故宮如此，學會文物自應如此。文物館依山而建、草木青優，有挺直青松及心靈吊床的園景設計(見圖二)。離去時，一路遠山婉轉起伏，如餘音嫋嫋，叫人留連山莊忘回返。

自古英雄皆寂寞，只留夕陽天邊紅。

良心猶如沒有年輪的蒼松古木，

留給後人是永遠的惦記。

黃煌雄監察委員誓將「四大皆空」的科別起死回生。學會成立 RBRVS 小組，由小弟及副理事長郭宗正、顏明賢、梁景忠、孫茂榮、張維君、張文君、陳楨瑞、龔福財、顏志峰、詹德富、黃閔照等委員，在一個月內完成所有婦產科健保支付項目共計 209 項之成本計算。我們在謝理事長的叮嚀下，挑燈夜戰，彼此不止費時十五日以上的工作天，逐一討論及精算每項給付的成本。過去被認為生產只須 60 分鐘左右，但我們重申須 750 分鐘，因須包括待產的照顧等成本。諸委員在各次專科領域給付項目的精算更是絲毫不馬虎，真叫人感動。如今學會將 RBRVS 精算結果送至健保局已達一年，但最後結果仍尚未揭曉，頗讓人期待與無奈。回顧我們委員對每項給付的成本分析，逐一對簡報顯示出來的數據反覆思量；每一場討論會，甚至來自中南部的委員也都全程參與。諸委員努力的精神，就是為了爭取婦產科更多的生存空間。在此，小弟身為 RBRVS 的召集人，再度對各位委員的付出表示感謝。



圖二：學會文物館依山而建、草木青優，有挺直青松及心靈吊床的園景設計。

謝卿宏理事長偕同蔡明賢院士、楊友仕院士親自巡視文物館(周天給攝影)。

秋風未動蟬先覺，春江水暖鴨先知。

冬天走了，迎接春天吧！

健保局對外、婦、兒科醫師之門診診察費作調整，在大家的共同努力爭取下，去年初終獲得通過婦產科基層補助 2.54 億。由於遲遲未見撥款下來，最後在本人及何博基前監事長跟健保局協調下，終於在 101 年 6 月 20 日作成定案。門診第一階段的 25 人，每人加成 9 %。至於新生兒照顧費，自然產增加 1000 點、剖腹產增加 500 點。去年年底，每一個生產個案皆增加給付 1129 點。另外，腹腔鏡全子宮切除及腹腔鏡肌瘤切除費用也分別提高 2795 點與 3655 點。以上的調整，都可追溯至 101 年 1 月 1 日。這些也都要感謝陳夢熊、徐超群醫師過去在全聯會的努力。龍年生產數多的醫療機構，可能一年可多獲得給付達數百萬。因此，有人說婦產科的冬天已過了，準備迎接春天吧！

二鳥在林不如一鳥在手。

夏蟲不可語冰，因為它沒度過冬天。

學會為爭取產前檢查的給付項目，也與國健局舉辦多次座談會及記者招待會。到底是國健局不了解醫療成本，或是應付了事。不過，學會一直堅持維護會員的權利，極力爭取合理的健保給付絕不退縮。終於，國健局尊重學會的建議，對 GBS 篩檢作出 500 元的補助方案，成本超出 500 元的費用，可以再向產婦收取差額。另外關於新生兒聽力篩檢，學會強硬聲明給付 500 元是不敷成本，國健局最後才答應提升至 700 元。當然，我們學會仍會繼續向國健局抗議目前不合理的產前超音波給付。不過，所謂二鳥在林不如一鳥在手，我們只好逐一再接再厲。

山高必定水深，澗水寂冷。

幸福不會憑空從天掉下來，部隊中的長官就是這樣叮嚀。

目前健保局對 RBRVS 的精算結果遲遲未公佈。現為婦產科醫學會的林金龍顧問，他認為婦產科的健保給付缺乏合理的依據，尤其生產給付的計算方式草率，許多執行項目均未列入考量。因此，學會目前積極參考日本生產給付模式，在生產給付內容中，提出新增項目來提高給付，藉此增加婦產科生存的空間。說到這裡，我們提一個比喻。一般在賭場裡，賭客和莊家利害往往是衝突的。阿拉斯加的賭場，一名賭客輸到只剩下了手槍，但他還是掏出來押上。結果，這位賭客又輸了。乍間，賭客伸手抓取在賭桌上的手槍，想了一下，開了槍，朝著自己的左胸。槍聲雖然沉重，但到底簡單，全場鴉雀無聲，莊家也面無表情。幾秒後，自殺身死的賭客被拖走，一個新賭客補上空出來的位子，賭局繼續。健保制度，有幾分相同呢？

我們婦產科執業醫師難道不需要突破這樣的命運嗎？有人說，幫忙產科醫師爭取生產費用，只會圖利某些集團。但是，產科給付是一切婦產科健保給付的基礎。身為學會的幹部，一日朝臣一日當，鞠躬盡瘁而已。當然，站在前鋒打仗的士兵，往往會所當其衝，容易得罪當局。有一個古老故事，道人告訴杜子春求仙之法，要她能忍受任何痛苦而不發出聲音，最後就可以成爲神仙。由於幸福是不會憑空從天掉下來，部隊中的長官曾經這樣的叮嚀。面對健保不合理的給付，身為幹部不發聲力爭，可以嗎？因此，小弟可能跟杜子春一樣的命運，永遠成不了神仙。

不要忘記叮嚀。

那聲仍在，那光仍在，叮嚀仍在。

小弟在月初接到謝理事長來電，希望在進入農曆年之前，撰記此文作爲回顧。天給只能擇其要，以爲交代。這一年來，生育救濟計畫在理事長、祕書長以及院士的努力下，終於啓動了。蔡英美副理事長極力爭取婦產科人力的容額，以改善各醫院人力不足現況，可說用心良苦。謝理事長叮嚀，學會幹部極力爲會員爭取權利，但希望審查醫師不要在內部自己殺自己。因此，在郭宗正副理事長的用心整合下，做成學會的一般共識，供會員及審查醫師的參考。另外，郭宗正副理事長、宅心仁厚的陳建銘常務理事、以及各區會員的努力，擬出一份簡單的超音波報告範本，以符合健保局要求的規定。審核標準，健保局每年都有檢討。上個月，小弟代表婦產科醫學會列席健保審核標準修訂的會議，其中有關避孕器的取出，健保局認爲由健保給付不符母法規定。但經本人解釋，若避孕器是造成子宮發炎或不正常子宮出血的原因下，由健保給付簡單陰道異物的取出(健保碼 55005C)，是不違反母法。在場，由於獲得蔡鴻德委員公正力挺下，終於得到該委員會的通過。在此代全體會員向學會蔡鴻德院士表示由衷感謝。

<sup>1</sup> 請參閱婦產科會訊 193 期：超音波檢查一定要有適應症並要註明主訴。婦科及產科兩者合計以 20%、乳房超音波則 5% (30 歲以上每年可做一次) 爲原則，超過上限嚴加審查。子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病應可申報產科超音波。高危險妊娠胎兒生理評估，妊娠期間以 2 次爲限。安胎可至 36 週+6 天。門診手術因病情需要時可申報 CBC、EKG。抹片 ASCUS(含)以上，建議要做陰道鏡，必要時可加做 ECC。Condyoma 電燒或雷射治療可申報全身麻醉。

<sup>2</sup> 請參閱婦產科會訊 189 期。

# 現階段健保該走的路



陳福民

健保因是由經建會主導、經公衛及經濟學者規劃所成，基本是採社會主義計劃經濟的模式，在照顧全民的福利上呈現了極大功效，不但使在台灣佔近半數的弱勢人民（老、幼、殘、弱）得到醫療照顧，且其論量計酬的方法，誘導醫療院所拼命作工搶錢，達到醫療方便性世界第一。在政治上，不但是台灣半世紀以來最成功的民生政策，甚至已揚名世界，成為各國學習的對象。但民生政策必須隨著人民消費方式改變而改變，尤其社會主義的東西，因缺乏競爭的機制，結果都會走向落伍。

自黃煌雄監委明確指出「重整四大科」、「守護社區醫療」、及「調整無效醫療」是健保刻不容緩須做的事，並已對規劃及管理健保者提出彈劾，表示經過 17 年的健保，已因計劃經濟必然的分配不公，使消費者（人民）及執行者（醫療院所）出現可怕的行為偏差。

「四大皆空」象徵正統醫療的式微，長此以往，不但重病可能找不到好醫師、好醫院；更重要的是，學醫者的志趣將不再是健保醫療的「事多、錢少、壓力大」，而是轉向健保外追求「事少、錢多、壓力小」的另類醫療，台灣的醫學教育水準必將江河日下。

「社區醫院」指的是私立中小醫院，原應是醫療企業正三角的基礎；由於健保資源分配不公，健保開辦後已倒閉近半，醫療企業成為頭重腳輕的倒三角，人民不論看什麼病，均蜂擁至大醫院，造成大醫院一日門診量逾萬的怪現象，一診二、三百人的量，真不知是如何的看？醫療品質怎能維持？

「無效醫療」更是分配不公下，醫政、法律、道德敗壞的結果，給植物人氣切、插管；癌症末期人洗腎、輸蛋白；百歲老人做 CPR 等常有所聞外，現在已是急診病人要排隊，重症

慢性病院卻一家家開，而結果祇是使「壽終正寢」變成「不得好死」。二代健保再怎麼擴大財源，都將是計劃趕不上變化，沒有政權可以維持這樣的醫療。

現階段唯一可挽救這個局面、且合乎黃委員要求的簡單方法，就是予私立社區醫院適當的自由經濟，即社區醫院能合理向該區的人民收費，但公立及財團法人醫院因成立目的即是為了社福，又有健保以外之財源，必須嚴格遵守現有健保的收費規定。結果會產生下列 6 項正面的發展：

1. 迎合世界及台灣走自由經濟的政策路線，還人民有自由選擇醫療的憲法保障。
2. 私立中小醫院的服務及醫療品質，在自由經濟競爭下必然變好，基層醫療能站起來，有助健保的轉診制度，恢復醫療企業正常的正三角型態。
3. 私立中小醫院有收費誘因，使大醫院資深好醫師願轉移到社區醫院服務，可促成醫學中心人才之新陳代謝，讓年輕有創新力的醫學人才，能留在醫學中心學有所用，滿足年輕人向上的理想，也可使民間獲得高水準醫療。
4. 醫學中心著重研發、教學及重症治療，則醫學基本的內、外、婦、兒四大科人才自然重新站上應有的地位，醫療事業生態向正常發展，台灣醫學水準得以繼續向上。
5. 正規醫療在地區紮根，非正規醫療自然式微，將目前三倍於正規醫療的非正規醫療財政（錢），合理轉資到有實証基礎的正規醫療，不祇糾正人民醫學知識的偏差，改變劣質化的商業醫療行爲，並可拯救健保財政的困境。
6. 現有計劃經計的醫療政策下，作為國家經濟發展一大項的國際醫療根本無法發展，私立中小醫院自由經濟化是最好補強的方法，政府能輔導，醫界一定有意願，是政府財政、醫療雙贏的好方式。

當然如何規範社區醫院的收費及維持合理的競爭，仍是醫政單位要努力的方向。如：

1. 偏遠地區的私立中小醫院，因人民貧困難獲自由經濟的好處，對這些醫療院所，健保給付不能隨總額預算打折扣。
2. 政府應將健保的社會福利拉回到社會保險，不得任意由政客決定包山包海的搶選票提案。
3. 自由經濟不是任意收費，醫政單位仍需訂定收費及監督的辦法；管理有實証基礎的正規醫療，遠比管理無標準的非正規醫療容易。
4. 對非正規醫療及無用醫療要透過教育，導民以正。這一方面的工作，政府幾乎闕如。

如果政府能按照我上面的思維好好規劃，則黃煌雄監委所彈劾的三點均可一併解決。

法律信箱

# 臺灣醫師風險管理 學會任重而道遠



本會法律顧問 高添富醫師

感謝謝卿宏理事長的支持，臺灣醫師風險管理學會籌備會於 2013 年 1 月 4 日在學會會議室正式成立，並依法可以正式向外招收會員。

本學會的宗旨及工作目標洋洋灑灑，最重要的有以下四點：

- 一、每月發行「醫師風險管理電子報」與紙本會訊，提供會員最新醫療法律資訊。
- 二、開放會員免費電話諮詢，討論醫療風險管理及醫療糾紛相關法律問題。
- 三、面談討論醫療法律權益，或協助撰寫司法醫學鑑定文書(只限會員)。
- 四、培訓會員擔任「醫師專家證人」，並由本會負責調派出庭作證。

一言以蔽之，臺灣醫師風險管理學會主要就是爲了要提供有需要的醫師，更進一步的醫療風險管理(如何預防醫療糾紛)及醫療法律指引(如何面對醫療糾紛)，並號召學有專攻的醫師法律人，或有志服務同儕的年輕醫師來共同研究風險管理，希望能對一時陷入水深火熱的會員，及時伸出援手雪中送炭，提供更專業的醫療法律諮詢，以免一方求助無門，一方愛莫能助，彼此無法交集。

## || 風險管理未雨綢繆

我們臺灣醫師風險管理學會就像我們婦產科醫學會有婦癌次專科，不孕症次專科一樣，醫療法律、司法醫學也可以有「醫師風險管理」次專科，成立醫師風險管理學會就是特地爲了專心協助婦產科醫學會的醫療法律運作，作爲醫學與法學之間的橋樑。我們婦產科醫學會的「醫療法制暨醫療糾紛委員會」功能依舊，照常承接一般的法院醫療鑑定任務，建立學術權威與公信力，而醫師風險管理學會則責無旁貸，可以承接私密的個人醫療糾紛事件，自電

話諮詢、面談，介紹醫療法律師，到專家證人出庭都可以盡力從旁協助。惟為提供良好的私人服務，除由專家專人負責外，仍不離「使用者付費原則」，所以醫師必須另外加入本會，才能提供進一步的風險管理服務。個人發行「醫師風險管理電子報」已逾三年，雖嘉惠不少醫師訂戶，但訂戶少諮詢多叫好但不叫座，可嘆巧婦難為無米之炊，問題就是出在「天下那有白吃的午餐」？許多醫師平日不屑風險管理，事到臨頭才要臨時報佛腳，隨手就要差遣醫師法律人為他隨時隨地效忠服務，呼之即來揮之即去，用後即丟棄之如敝履，世態炎涼令人感觸良多。但若一開始我們醫師就都能自風險管理來未雨綢繆，日後就根本不會有後繼的醫療糾紛需要解決了，執業醫師何患憂心忡忡？

最近個人在眾多訂戶醫師，每日一問的訂戶不同諮詢應答內容中，更加觸類旁通受益良多，顯然醫療糾紛衍生的問題遠比醫療糾紛案本身要複雜的多。其實造成醫療糾紛的醫療事故可分為「醫療過失」與「醫療風險」(醫療無過失)兩種情況。本來嘛，醫師有過失二話不說，就應該低調趕緊和解，賠償了事，以免夜長夢多，所以剩下的醫療事故中當然都是醫師無過失的醫療風險，也就是所謂的「醫療不幸」或「醫療意外」這兩種醫療風險事故，而醫療風險才是目前造成醫病雙方僵持不下的拉鋸戰局的主力原因。

## || 何謂醫療風險？

醫療風險包括「醫療不幸」或「醫療意外」。什麼是「醫療不幸」呢？即「醫療併發症」及「藥物副作用」是也，蓋這些事故雖有「結果預知可能性」，但無「結果迴避可能性」，醫師已盡力不使併發症或副作用發生，但終不免發生，所以是屬於「可容許危險」的範疇，當然不是醫師的過失。什麼是「醫療意外」呢？即指「疾病合併症」及「藥物過敏」者，這些事故既沒有「結果預知可能性」，更沒有「結果迴避可能性」，屬不可預料、不可抗力，當然是「可容許危險」，也更知道不是醫師的過失所致。這兩種風險既不是醫師的過失造成的，本來就應該由國家出面來解決，而不是任由行為者負擔風險，導致防衛醫療，偏偏日風日下人心不古，秉持「第一賣冰，第二告醫師」的心態，許多病家受不了圍事插花者的挑撥離間，文則召開記者會訴諸溫情，武則拉白布條抬棺灑冥紙，恐嚇威脅，就是為了一個錢字。此時醫師即使有參加醫師責任保險，也因為保險公司認定醫療風險並不是醫師過失，依保險法第 90 條：「責任保險人於被保險人對於第三人，依法應負賠償責任，而受賠償之請求時，負賠償之責。」，醫師既無過失，依法就不應負賠償責任，所以保險公司也當然拒賠，醫師更是雪上加霜，內憂外患兩邊不是人。

好在我國目前已有藥害救濟、預防接種受害救濟在運作，加上去年十月一日上路的「生產事故救濟基金」方興未艾，用來急難救助保障被害人，已是我國醫療步上「不責難風險救濟制度」的濫觴。

## || 殺雞取卵，接生找不到醫師

即使在法律上站得住腳，但醫師當事人面對來自三教九流圍事插花的無理取鬧的困擾，完全束手無策，尤其碰到社會濫情主義，及醫師為富不仁的污名化，人情世故、社會觀感都自然同情弱者，偏心病家。一開始，醫師也只能孤援無助，自己去面對綿延不絕的無理抗爭，最後還免不了孤獨的進入漫長的司法訴訟程序，在五年十年後，即使終於由法官證明醫師的清白了，但也早已身敗名裂，斯文掃地而且人事皆非矣。所以醫療糾紛搞了半天，只有醫師當事人一個人焦頭爛額，一根蠟燭兩頭燒，最後可能因而心力交瘁心灰意冷，從此誓不接生，結局就是台灣許多鄉鎮地區，方圍 100 里內都找不到有產科醫師可以接生了。病家為個人貪婪私慾殺雞取卵，造成醫師防衛醫療不敢再接生，接生找不到醫師，吃虧不便的可都是自己的左鄰右舍親戚朋友，討乞的不義之財又多被圍事插花者分去大半所剩無幾，何苦來哉？

而最令人痛心疾首的是，十多年來，個人在台灣婦產科醫學會大聲疾呼推動的「婦產科醫師集體投保責任保險」及「醫事人員強制責任保險」都功敗垂成，失敗的最大原因正是醫師本身的漠不關心，以及主管機關對保險的無知不解。以至於個人獨資發行三年的「醫師風險管理電子報」，全盛時期也只有 265 位醫師訂閱，佔全國 2500 名婦產科醫師中的十分之一，佔全國 38000 名醫師中的千分之七，且人數甚至在逐年消退。雖然即使只有二百多名訂戶，醫療法律諮詢的電話絡繹不絕，幾達每日一問，又代表有其市場需求，甬談不時還會有非訂戶醫師臨時出事，就要緊急諮詢的火爆急驚風上演，足見實務上醫師風險管理卻有其存在的必要性。只是事未臨頭，醫師漠然冷眼旁觀，不動如山的淡定個性依然，導致醫療糾紛衍生的事端更形變本加厲，如病家抗議騷擾，無理取鬧造成執業中斷，訴諸媒體毀謗醜化弄得身敗名裂，事到臨頭醫師當事人渴求及時醫療諮詢，求助無門：委託律師隔行如隔山，一竅不通，起訴檢察官偏認被告都不會說自己有錯，有苦難言，審判法官則對醫學矇矓矓矓自由心證，有理說不清，大家攪和在一起，瞎子摸象不求甚解，再加上責任保險任人擺佈，救濟基金緩不濟急，令當事滿腹冤屈無所適從，連身為風險管理專家者也嘆為觀止，愛莫能助。

以下謹就一、學會公會應出面協助會員應付病家騷擾？二、如何諮詢取得正確醫療法律資訊？三、如何立法維護醫師清譽？四、醫師當事人可不可以控告病人？一一加以討論：

### 一、學會公會應出面協助會員應付病家騷擾？

醫師也有憲法保障的人性尊嚴，也是具有生命、身體、自由、人格、財產法益的權利主體。醫師工作時本身就常要身先士卒奮不顧身，SARS 死人無數，醫師也得堅守工作崗位，與病患共存亡；逃難時要當最後一位離開的人或甚至與船艦共存亡，戰場上更不能遺棄傷患，撤退時也要留下照顧傷患。結果一遇醫療糾紛，醫師還動輒被病家打殺羞辱，被流氓罰跪受辱，形同斬首示眾，或被彪形大漢圍攻嗆聲威脅，恐嚇要丟到大海餵魚，不一而足，人身安全幾無保障。

醫療法有具體禁止滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務之執行的規定，即第 24 條第二、三項：「為保障病人就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務之執行。違反前項規定者，警察機關應協助排除或制止之。」，明定警察機關應協助排除或制止之，並在醫療法第 106 條訂出罰責：「違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。其觸犯刑法者，應移送司法機關辦理。」，以茲保護醫師行醫安全，免受滋擾或妨礙。惟醫師文弱書生，手無縛雞之力無法單打獨鬥，遇有醫療糾紛，會員向學會公會呈報，學會公會必須提供律師或委員備詢，並隨時保持關切。遇有抗爭騷擾，學會公會亦應出面派人協助應付，必要時派特保全人員協助蒐證，或作醫師的貼身保鏢，以捍衛人身安全，這不是學會公會應盡的義務嗎？

## 二、如何諮詢取得正確醫療法律資訊？

醫療法律諮詢最是吃力不討好，而且因為沒有標準答案，人人都可以說得頭頭是道，但除非醫師法律人終日浸淫其間，累積實務經驗，否則往往回答到連問的人也不知何去何從。其實醫療風險管理法律諮詢者，也就是教導醫師避險之道的諮詢，原則上以醫療糾紛尚未涉及司法訴訟的案子為主者。如醫師要動人工流產手術時，對方婆婆要出面干涉時怎麼辦？菲佣老公不能來台簽名同意人工流產時，怎麼辦？涉及健保虛報被裁定停業行處分時，如何申訴？醫師平日不關心風險管理，一旦出了醫療糾紛，再要來諮詢如何補救，大都為時已晚：該作的沒作，該說明的沒說明，該回診的沒叫病人回診，一錯再錯，當然是呼天不應叫地不靈。

曾有一次醫師當事人問說，檢察官囑他次日去看病理解剖，通常檢察官很少主動告知被告解剖時點，有這個機會，個人當然要醫師當事人把握機會去現場，結果律師居然勸醫師當事人不要去看解剖，怕家人也在現場醫師會挨揍云云。令個人扼腕而且不以為然，蓋現場解剖時，臨床醫師可以與法醫討論，如請法醫注意肺部器官看是否羊水栓塞症？就是因為法醫師的解剖報告執掌醫師生死大權，曾有一件羊水栓塞症案例，就因為沒有臨床經驗的法醫師把羊水栓塞症引起的肺水腫現象，誤診為點滴注射過多所致，醫師當事人花了九年時間平反，才無罪定讞；另一案臨床昭然若揭的羊水栓塞症，也因法醫師誤判死是因為病人剖腹生產的傷口裂開，導致內出血(才約一百西西)致死，也歷經七年訴訟才還醫師一個清白，惟遲來的正義早已令當事人人人事皆非。何況台灣至少還是個法治國家，檢察官面前揍人，豈非形同現行犯，可以當場拘捕羈押，難道醫師當事人不會事先叫親朋好友保護嗎？不會請保全嗎？怎麼可以因噎廢食。

即使如耳鼻喉科醫師也要風險管理，如看感冒上呼吸道感染數百人，一但有小兒病人惡化成肺炎死亡，耳鼻喉科醫師有否作肺部聽診，就變成法庭上的重要爭點，若耳鼻喉科醫師診所連個聽診器都沒有，豈不就是誤診或延誤病情，未能及時轉診的確鑿證據？或如急診科醫師碰到腹部挫傷的病人，三天後因腸壁血管壞死而敗血症致命，急診科醫師當時有否作腹

部超音波檢，或腹部 X 光或甚至觸診，以排除腸壁壞死的可能性者，都是法庭上醫師有否誤診罪責之關鍵證據。總之若醫師不懂風險管理，小至催經不成，後來驗出有孕病人要生而被要求喪子費者，大至感冒惡化成肺炎，醫師被告業務過失致死而難逃其咎，到時連化錢消災賠錢也未必了事，平日的風險管理諮詢，豈可掉以輕心？

### 三、如何立法維護醫師清譽？

醫療事故真相大白之前，「醫療糾紛處理法」應明文禁止報章雜誌隨意盲目抹黑報導醫療糾紛事件，建議應新增：「宣傳品、出版品、廣播電視、網際網路或其他媒體，不得報導或記載調解中或審判前之醫療糾紛事件當事人姓名，或其他足以識別當事人身分之資訊，但經當事人同意或因偵查犯罪之必要或審判定讞者，不在此限。違反前項規定者，新聞主管機關對其負責人及行為人，得各處以新台幣三萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得沒入前項物品。」。

就是希望有一天，醫師也可以立法禁止醫療事故或爭議在尚未審判前，能仿少年事件處理法(第 83 條：任何人不得於媒體、資訊或以其他公示方式揭示有關少年保護事件或少年刑事案件之記事或照片，使閱者由該項資料足以知悉其人為該保護事件受調查、審理之少年或該刑事案件之被告。違反前項規定者，由主管機關依法予以處分。)及性侵害犯罪防治法(第 10 條：宣傳品、出版品、廣播電視、網際網路或其他媒體不得報導或記載性侵害事件被害人之姓名或其他足以識別被害人身分之資訊。但經被害人同意或因偵查犯罪之必要者，不在此限。違反前項規定者，新聞主管機關對其負責人及行為人，得各處以新台幣三萬元以上三十萬元以下罰鍰，並得沒入前項物品。行政機關及司法機關所製作必須公示之文書，不得揭露足以識別被害人身分之資訊。)

目前未立通過之前，至少請媒體尊重一下醫師，追風補影時，醫師尊容及診所名稱都必須先用馬賽克處理，每位醫師亦宜由學會或醫師公會分發一片馬賽克面板，隨時備用，否則醫師公會都可為會員聲明保留法律追訴權。待事情告一段落，醫師公會也要向報社爭取事後醫師無罪證明權，必須要求報社以相同大小篇幅平衡報導，給蒙冤醫師一個清白。

### 四、醫師當事人可不可以控告病人？

前文提到，病人生病才來看醫師，不幸或意外都受到醫療傷害了，醫師悲天憫人：「我雖不殺伯仁，伯仁因我而死，」，當然沒有正當理由，怎麼可能反向操作直接就要去告病人？其實碰到無理取鬧的病家，任意損毀診所用品，打傷醫護人員，妨礙名譽毀人名節，難道醫師就沒有人格權了嗎？沒有工作權了嗎？所以必要時，可考慮請醫師公會出面，協助控告病人。但有幾點必須自我約束，以免破壞社會觀感，反而貽笑大方。

#### (一) 控告病人必須是與醫療糾紛案情無關

控告病人最好是控訴與醫療糾紛案情無關者，以涉及醫師個人基本人權或自由財產權有

關者優先，譬如說損毀罪、擾亂醫院安寧罪，違反醫療法妨礙病人安全，妨礙名譽(撒冥紙)，強制罪，恐嚇取財罪等告訴乃論者，甚至傷害罪、殺人罪俾日後當作談判籌碼，必要時把撤回告訴當作和解的條件。

#### (二).不要告病人誣告

主要因為誣告罪極難成立，即使因無十足證據刑事無罪判決，並不代表民事也無罪，更非代表原告是誣告。

#### (三).控告病人的時點

年輕氣盛的醫師，得理不饒人，大都義憤填膺，馬上要告病家召開記者會，妨礙名譽或誣告。其實若與醫療糾紛有關的案情，最好等醫療訴訟勝訴或暫告一個段落時再告，比較合乎情理。醫療糾紛官司正在訴訟時，許多徵結醫療鑑定都尚未釐清，同時進行告訴病人妨礙名譽的事，可能多會影響法官的自由心證。若判處醫師刑事上成立業務過失重傷害，法官量刑時，看到加害人還在控告被害人，多少可以認為加害人沒有悔意，而加重刑度。即使醫師告病家妨礙名譽勝訴，正義得以伸張，但民眾法感情上並未必認同醫師。

#### (四).控告病人或發表嚴正聲明，應由醫師公會主導

控告病人或發表嚴正聲明由誰來主導幫忙？最理想的是由地方醫師公會出面，並代聘律師，醫師公會是在負責醫師福利，為會員爭取權益控告病人，或發表嚴正聲明，支持醫師權益的白領階級的工會團體，當然是誓為會員後盾。最重要的是千萬不可以找專科醫學會出面，不論是召開記者會，發表聲明稿，或代行訴訟，都要避之唯恐不及，因為日後上法院時，醫學會還要接醫學鑑定的初審工作，來為會員的醫療常規背書，若醫學會在第一時間即站出來為會員講話，日後再接鑑定時，就難免會被質疑有偏頗之虞，反而錯失為會員平反，還會員清白的良機。

## 臺灣醫師風險管理學會任重而道遠

總之，臺灣醫師風險管理學會日後必會舉辦許多研討會，繼續研究司法醫學，以釐清法學上的許多謬誤，豎立醫療法律的整體觀念，推動立法以維護醫師清譽。除了發表「醫療風險理論」研究心得以建構醫學與法學橋樑，同時可以矯正醫師的無知與錯誤，建立專業的諮詢管道，讓醫師能取得正確的醫療法律資訊，及面對醫療糾紛的司法指引，並建立醫師風險管理及分散風險消化損失的保險觀念。

甚至要進而承接學會公會處理醫療糾紛的任務，出面組織關懷小組，幫助本會會員應付病家騷擾，讓醫師退居二線，或由本學會聘請律師，協助醫師公會替醫師當事人出面控告病人，更進一步還要培訓「醫師專家證人」，訓練退休的前輩醫師出庭來為後輩醫師清白作證。足見從今而後，我們臺灣醫師風險管理學會，任重而道遠。

# 臺灣醫師風險管理學會 公開徵求會員入會

## 臺灣醫師風險管理學會籌備會公告

醫風管字第 102001 號 102 年 1 月 5 日

主旨：本會經內政部 101 年 11 月 26 日台內社字第 1010368072 號函准設立，並成立籌備會，茲公開徵求會員。

公告事項：

一、本會宗旨：以醫師風險管理為宗旨。工作目標如下：

1. 加強醫師風險管理臨床實務訓練與法律、保險教育。
2. 研討並接受「司法醫學」與「保險醫學」繼續教育課程。
3. 定期聘請風險管理學者與司法官演講授課。
4. 每月發行「醫師風險管理電子報」與紙本會訊，提供會員最新醫療法律資訊。
5. 培訓會員擔任「醫師專家證人」，並由本會負責調派出庭作證。
6. 開放會員免費電話諮詢，討論醫療風險管理及醫療糾紛相關法律問題。
7. 面談討論醫療法律權益，或協助撰寫司法醫學鑑定文書(只限會員)。

二、入會資格：

1. 凡具醫師資格者都可入會，不限西醫師、專科醫科，亦不需具法律背景。
2. 訂閱 DRK 醫師風險管理電子報之訂戶，即為本會準會員。

三、籌備期間申請入會之截止日期：即日起至一〇二年三月一日止。

四、籌備會地址：台北市民權東路一段 67 號 2 樓

電話：(02) 25955575 聯絡人：高添富婦產科診所 吳淑華。

五、入會申請有關資料，請向前項地址聯絡人電話諮詢。

臺灣醫師風險管理學會籌備會主任委員 高添富

一〇二年一月五日

◎195 通訊繼續教育答案◎

題目：子宮切除後的子宮外孕，可能嗎？

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**

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—二四七六

台灣婦產科醫學會

收

郵 票

自 貼

## 編 後 語

高添富

本期最大的奇蹟要事是我們婦產科文物館終於完成建館大事了，在謝卿宏理事長一手策劃下，完全以募款方式，在未花學會一分一毛之下，居然完成這項一開始就不被看好的不可能的任務，可說是為我們台灣婦產科界寫下一頁歷史記錄。撫今追昔緬懷憶舊，後輩小生那能想像前輩當年用青蛙作妊娠試驗的千辛萬苦？長庚購置第一台胎音監聽器時產公如獲至寶的欣喜若狂？像我們這些婦產科界的老人，診所內使用四五十年之器械，與老古董醫師本人也都可以堂而皇之列入古文物的陳列名單了，就不知咱們文物館，什麼時候又要擴建第二館，第三館了。

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：「子宮切除後的子宮外孕，可能嗎？」一文，讓我們瞭解，文獻報告 Aldin 等回顧 1918 年至 2010 年文獻，共發現有 27 位遲發性子宮切除後的子宮外孕，患者平均年齡 35 歲，最早發生在子宮切除後 4 個月，最遲為 12 年，平均為 47 個月。從文獻更得知，無論以何種方式切除子宮，日後均有子宮外孕的可能性，其中以自陰道切除子宮的手術發生率最高，可能是因為陰道式子宮切除，輸卵管及卵巢被帶到靠近陰道袖口處，易與陰道有瘻管相通。

「會員園地」有三篇大作，第一篇是由蔡明松醫師撰寫的「如何建構二代產檢」。文中指出因鑑於產前檢查是針對懷孕婦女及其子宮內胎兒的健康評估所提供的預防性醫療照護，美國認為每花 1 美元在高危險妊娠的治療上可以相對減少 3.38 美元花在低體重重新生兒之醫療照顧上。大多數學者認為規律的產前檢查確實除了可以降低孕婦的產科併發症及死亡率之外，並可早期偵測胎兒健康問題即時介入治療以減少新生兒罹病率及死亡率，但我國自 1995 年健保制度實施以來產前檢查之次數及給付皆未調整，已無法滿足婦產科界及婦女的期待，蔡醫師因此具體提出建議產檢內容及次數，以檢討改進並共創雙贏之局面。

第二篇是由周天給醫師所撰寫的「冬天走了，迎接春天吧—凡走過必留足跡」，描述其與諸位前輩前往山巒翠綠與綠地綿密的龍潭登山。「但見龍潭天空雲如羽毛，徒步於天然古道，儼然與山水結緣，忘情大隱於山野間，山中涼亭小憩處，二隻黃鶯鳴翠喉，

甚好聽，出山口，突見英姿暴龍入青天，煞好看。一路自覺能與良師為伴，樂山樂水，徒步不覺路遠。」，想不到一向治學嚴謹執業有成，醫管法三修的周醫師，果然也是性情中人也。

第三篇是由陳福民醫師所撰寫的「現階段健保該走的路」，有鑑於黃煌雄監委明確指出健保刻不容緩須做的事是「重整四大科」、「守護社區醫療」、及「調整無效醫療」，表示經過 17 年的健保，已因計劃經濟必然的分配不公，使消費者（人民）及執行者（醫療院所）出現可怕的行爲偏差。陳醫師指出現階段唯一可挽救這個局面，且合乎黃委員要求的簡單方法，就是給予私立社區醫院適當的自由經濟，即社區醫院能合理向該區的人民收費，但公立及財團法人醫院因成立目的即是為了社福，又有健保以外之財源，必須嚴格遵守現有健保的收費規定；而如何規範社區醫院的收費及維持合理的競爭，仍是醫政單位要努力的方向。

「法律信箱」是由本期執行編輯高添富執筆的「臺灣醫師風險管理學會任重而道遠」的招募會員公告。本期執行編輯在連開兩次大手術後，閉關養生韜光養晦兩年，終於逐漸康復可以重出江湖，回到醫療糾紛風險管理的老本行，重操舊業了。正因為婦產科醫療院所與病人簽訂的醫療契約有兩位當事人，醫療糾紛發生頻率加倍增多，「臺灣醫師風險管理學會」等同是我們婦產科醫學會專屬的一個次專科。創立本學會不是要與台灣婦產科醫學會分庭抗禮，主要是有鑑於未來「醫療糾紛處理與事故補償法」通過之後，台灣婦產科醫學會要承擔許多開放給民眾或律師要求的醫療鑑定(私鑑定)工作，以避免醫療糾紛必須上法院才能限定由法官或檢察官指定作的公鑑定，藉此早日強制調解，減少動輒刑事訴訟的繁文縟節，可知日後學會的「醫療法制暨醫療糾紛委員會」必定會手忙腳亂心無旁騖，對會員個人的醫療糾紛預防與指引等芝麻小事，倒可藉由「臺灣醫師風險管理學會」來分擔服務即可，本期執行編輯才有創會招收有志研討風險管理的會員之舉。

針對醫療糾紛事件愈來愈多，而且名堂滿目出奇至勝，首先要呼籲會員的是醫師平日就要先作好風險管理，未雨綢繆防患未然。執行醫療業務時，若不步步為營戒慎恐懼，等同自掘墳墓，尤其經濟愈不景氣世風日下，愈發突顯民眾「第一賣冰，第二告醫師」的致富之道，防不勝防。若醫師平日不關心風險管理，一旦出了醫療糾紛，再來諮詢專家要如何應對補救，大都為時已晚，追根究底，醫師該作的沒作，該說明的沒說明，該

回診的沒叫病人回診，一錯再錯當然是呼天不應叫地不靈，最後只有化錢消災賠錢也未必了事。最近就有一位婦產科後輩因子宮外孕被告，好在該醫師一向都注重風險管理，言聽計從遵循本期執行編輯的「子宮外孕風險管理」的標準程序，連術後隨身單也依樣畫葫蘆發給病人，在正常標準作業程序下無懈可擊，最後當然是不起訴處分結案。

其次是有關會員醫療諮詢的問題，正如本文所言：「醫療法律諮詢最是吃力不討好，而且因為沒有標準答案，人人都可以說得頭頭是道，但除非醫師法律人終日浸淫其間，累積實務經驗，否則往往回答到連問的人也不知何去何從？」。連有時會員無知亂問，也會反而吹皺一池春水自找麻煩，就以上屆婦產科會員大會學術研討會時，有會員請教演講的法官為例，問說「若父母離婚，又均為未成年少女的共同監護人，優生保健醫師作人工流產時，是否需要兩人一起簽署同意書才算數？」，法官是民法專家，依法論法當然是回答「必須兩共同簽名才行。」。其實優生保健法的立法旨意是在保護孕婦的生育自由權，依第九條第二項，未成年少女只要有法定代理人簽名同意即可，而父母子女一般屬於自然血親關係，不能通過法律程式加以解除，所以生父母離婚後仍是未成年子女的監護人。所以本期執行編輯人的看法是父母離異，即使為共同監護人時，只要其中有一人簽署人工流產同意書即可，何況我們檢查未成年少女的身分證上註記的父母姓名時，只要與帶她來診所者的身分證名字符合，或只要戶口謄本證明兩者是母女關係或父女關係之一，就請他簽名同意即可，醫師已盡到告知同意義務已足，重點只要不要是男方的母親帶來湮滅證據的就好了，何必再作身家調查？醫師日理萬機早已焦頭爛額，要如何知道少女的父母的婚姻狀況或監護權所在？若依法非找到兩位早已勞燕分飛的父母出面共同簽名不可，說不定其中一名早已出國，或十年失散不見音訊全無，難道優生保健醫師還要追根究底，為病人千里尋父不成？簡直就是自找麻煩，這也就是醫師平日不作風險管理，亂問錯問問題的後果。

不過，毋怪本期執行編輯言重了，愛之深責之切耳。只希望我們醫師之中有關心風險管理，且對參加「專家證人培訓計畫」有興趣，將來退休時願意有償出庭(每庭 5 萬元)為我們後輩醫師洗雪清白者，歡迎趕緊加入我們的「臺灣醫師風險管理學會」行列，共同打拚，替我婦產科醫師營造出一個更安全尊貴，且能免於恐懼的行醫環境。



# 婦兒科 聯合研討會

1月6日



愛在  
我在  
公益  
活動

愛在·我在  
女性關懷公益市集



照護婦產科術後傷口新選擇

減緩疼痛

促進傷口癒合

# KoCarbon™

## 閉合用傷口敷料

Occlusive Wound Dressing

# KoCarbonAg®

## 含銀膠布

Silver Bandage

### 釋放遠紅外線

- 促進膠原母細胞增生
- 淡化傷口疤痕

### 防水透氣

### 幫助傷口癒合

- 隔絕外在環境細菌

### 消除傷口異味



### KoCarbon™ 系列產品 活性碳敷料

獨一無二專利活性碳纖維技術設計

- 可提供傷口完善保護
- 消除傷口異味
- 持續釋放遠紅外線，促進傷口癒合
- 隔絕紫外線，淡化疤痕



### KoCarbonAg® 系列產品 含銀活性碳敷料

結合銀顆粒與活性碳敷料技術

包含了所有 KoCarbon™ 產品的特質，並且能

- 廣效殺菌，不具抗藥性
- 適用於感染性傷口
- 減緩疼痛，促進傷口癒合
- 減少傷口護理成本費用

