

# 台 灣

## 婦產科醫學會會訊

發行日期：2014年7月213期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地 址：台北市民權西路 70 號 5 樓  
電 話：(02) 2568-4819  
傳 真：(02) 2100-1476  
網 址：<http://www.taog.org.tw/>  
E - m a i l：[obsygnw@seed.net.tw](mailto:obsygnw@seed.net.tw)  
發 行 人：何弘能  
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 高添富 陳建銘 陳信孚  
張志隆 龍震宇 張廷禎 賴宗炫  
楊濬光 王鵬惠  
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



103年會員聯誼

# 澎湖3天2夜風情之旅





# 台灣婦產科醫學會 213 期會訊

## 目錄精華

---

04 理事長的話 | 文/何弘能

---

05 秘書長的話 | 文/黃閔照

---

08 健保【你不可不知】專欄

---

08 婦產科超音波申報項目

09 台灣婦產科醫學會 函

鑑請修訂 Tw-DRGs 實施範圍及內容。

10 衛生福利部 公告

檢送本部 103 年 6 月 25 日召開「導入 TW-DRGs 第 2 階段意見溝通協調會議」會議紀錄，請 查照。

11 台灣婦產科醫學會 函

有關第一階段 TW-DRGs 導入項目，已造成高危險妊娠醫師出走及重症孕婦人球形成，並 103 年已公告調整支付標準，有鑑於此，本會建議調整第一階段導入 TW-DRGs 之項目，詳如說明。

---

12 秘書處公告 | 文/秘書處

---

台灣婦產科醫學會第 20 屆第 2 次臨時常務理監事聯席會會議記錄

---

13 通訊繼續教育

婦產科醫師照顧病患的全新改革(I) | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

---

21 會員園地

產科醫師必須知道的休克指數 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

---

24 編後語 | 文/李耀泰

---

26 活動消息

---

## 理事長的話

何弘能

敬愛的會員、前輩：大家好！

澎湖的太陽赤焰焰，日光直射到讓人皮膚又紅又痛。不過這次的會員旅遊大家的熱情更旺，看看幾位會員們全家大小玩得不亦樂乎，一群小孩曬得臉紅咚咚的甚是可愛。今年有不少新面孔的會員參加，星期六的晚宴中，許多會員上台唱歌，沒想到婦產科醫學會的會員真是臥虎藏龍，個個皆有很好的歌喉，不輸專業歌手。更感謝在地的謝鵬輝醫師的盛情參與和贈品，更讓人欽佩。這次旅遊大家能快快樂樂的出遊，平平安安回家都要感謝秘書長及秘書們的安排，要安排那麼多人的旅遊，而且到離島並不簡單，不少參加的會員已在詢問下次旅遊的目的地時間，接下來可要再請秘書處好好規劃了。

健保的 DRG 第二階段即將上路，但學會發現不少不合理的地方，早先擔憂的一些問題，例如產科重症，婦女泌尿手術給付，好不容易增加的婦產科手術的點數在 DRG 之下，可能都將再歸於零。凡此種種，學會都在密切注意中，適時提出我們的主張及建議，希望不要浪費過去的努力。

衛福部國健署最近想要提高產檢門診處置費用，並討論有關「孕婦產前健康照護衛教指導服務方案」，雖然所增加點數有限，無法達到產婦照護實質的給付，但不無小補，學會也正努力爭取中。

炎炎夏日，請各位會員多補充水分，最後敬祝大家健康愉快！

## 秘書長的話

黃閔照

各位會員平安：

第二階段 TW-DRGs 導入引起莫大爭議，過去學會多次行文要求修改，甚至取消 TW-DRGs 制度，避免重症醫師流失及限縮婦產科給付成長，可惜健保署只跟醫院談金錢分配，而忽視了醫生病患這二個最主要的醫療主體。健保制度設計下的不同工同酬，已經造成五大皆空，如今 TW-DRGs 制度再次以成本管控角度出發，形成專科內不同工同酬概念，加重科內重症醫師流失，這點可以從高危險妊娠醫師紛紛出走醫院自行開業可見一斑，當然健保成本的控制相當重要，但最後行政凌駕醫療之上，甚至干涉醫療時，非民眾之福。又 103 年度修訂支付標準後，給付回溯至 102 年度，少部分醫師在補助款提撥前離開醫院，醫院以許多理由搪塞，不願意提撥回饋過去因為醫師的貢獻而獲得給付之提升。學會認為此款項為回溯至 102 年度，應比照過去提成比例回饋，所以也支持這些醫師向原任職醫院爭取甚至採取法律訴訟爭取權益。

衛福部最進行文學會要求訂立生產計畫書，其計畫書內容包括訂立契約如生產的地點、待產期間不得破水、不得任意內診、期間僅需三次胎兒心跳監視，我可以選擇我喜歡的生產方式，甚至在廁所裡，如此的計畫書還要求要列入未來評鑑項目。乾脆給把剪刀，讓孕婦自己回家生小孩算了。做了十多年的產科醫師，我真的沒有學過在廁所裡接生。建議衛福部是否可以再加一條，不管任何事情產婦自行負責，不可提告相關醫療人員。我們的助產師們要進入生產行列，我們不反對，但用例行逆施的錯誤政策，強調自己人性，友善，給醫師接生就不人性，不友善。以目前台灣民眾要求 100 分醫療的環境下，你們就等著上法院被告吧！如果決策單位也如此蠻橫的話，產科醫師大概又要出走一半了！

7 月 14 日理事長與王漢州秘書長參加國健署會議，會議中正式通知，將提升產檢給付 230 至 267 元，另外補助衛教費用 2 次，每次 100 元，但國健署要求的衛教內容過於繁雜，且必需要參加衛教講習學分才能申請，本會會再跟國健署協調，是否以孕婦手冊中衛教內容為主即可，否則以 200 元的補助杯水車薪，反而加重醫療人員負擔。

7 月 11-13 日會員澎湖旅遊，有 116 人參加，夏日澎湖豔陽高照，熱力十足，吉貝海上活動、南島地質文化之旅，海上牧場烤蚵釣魚、跨海大橋、通樑古榕、生猛海鮮，每個人回程都歡喜地背著大包、小包的澎湖名產回台，學會目前有在規劃是否將一年二次的會員旅遊改一年一次，另外改一年三次的一天登山活動，以擴大各地會員的參與，希望會員們多多支持。

疾管署委託學會辦理孕婦流感講座，並預計今年度開始孕婦公費流感注射，希望會員多多參與。另外住院醫師第三場婦女泌尿學講座，8 月 3 日於台北國賓飯店舉辦，目前除老師們上課外，也規劃許多 workshop 包括尿動力學機器操作，人工網膜實作、生理回饋、電刺激、子宮托等，希望各訓練醫院主任多多讓住院醫師參加。

夏日炎炎，氣溫屢創新高，記得出門防曬並多攝取水分。

各位敬愛的會員：大家好！

首先感謝大家對學會的支持。

在大家的奉獻與幫忙下，攸關婦產科歷史文物保存的「台灣婦產科醫學會博物館」已於2013年10月13日落成。為達成保存婦產科文物之使命，學會需要您的繼續支持，期盼大家秉持支持學會保存婦產科歷史文物竭盡心力的熱誠，共襄盛舉，一起為創造婦產科歷史向前邁進。

今後，不論任何文物，也不論金額多寡，均望您熱烈支持，學會必將妥善運用及管理。此外，捐款可以抵稅，而且捐獻芳名錄也會定期（或每月）公告在會訊，待達一定數量之後，希望每年也都能有機會出版一本小冊子來紀錄所有會員的奉獻，並在適當時機將該等資料彙編成冊發行，此外，也能夠每隔一段時間就 update & renew 博物館誌，並以平板輸出方式，懸掛在二樓大廳來感謝和紀念大家的奉獻，也讓它成為婦產科歷史的一部分。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 何弘能

博物館館長 謝卿宏

秘書長 黃閔照

財務委員會召集人 張維君 敬上

## 台灣婦產科醫學會新捐款名單

| 姓名   | 金額                  | 日期          | 姓名          | 金額                         | 日期        |
|------|---------------------|-------------|-------------|----------------------------|-----------|
| 江茂橋  | 壹萬                  | 102.11.07 日 | 吳鳳昕         | 壹萬                         | 102.11.12 |
| 賴文福  | 伍萬(增加)<br>(共壹拾萬)    | 102.11.29   | 黃甫彥         | 壹萬                         | 102.12.03 |
| 林耀庭  | 伍萬                  | 102.12.09   | 謝茂益         | 貳萬                         | 102.12.11 |
| 謝鄭金枝 | 貳萬參仟陸佰              | 102.12.11   | 鄭淑貞         | 貳萬(增加)<br>(共肆萬)            | 102.12.17 |
| 徐宇瓊  | 伍仟(增加)<br>(共壹萬)     | 102.12.31   | 蕭倩如         | 壹萬                         | 103.1.6   |
| 林彥瓦  | 伍仟                  | 103.1.6     | 牟惟茜         | 伍仟                         | 103.1.6   |
| 鄭雅敏  | 伍萬                  | 103.1.14    | 陳建銘<br>(高雄) | 伍仟                         | 103.2.12  |
| 王鑄迪  | 壹萬(增加)<br>(共 1 萬 1) | 103.4.22    | 陳賢堂         | 伍仟                         | 103.5.7   |
| 李天俠  | 壹萬(增加)<br>(共 1 萬 2) | 103.5.18    | 陳建銘<br>(新竹) | 陸佰壹拾元(增加)<br>(共壹拾捌萬零陸佰壹拾元) | 103.5.18  |
| 李耀泰  | 參仟(增加)(共參<br>萬參仟)   | 103.7.2     |             |                            |           |

## ■ 健保【你不可不知】專欄

# 婦產科超音波申報項目

婦產科超音波的健保給付，除了最常申報的一般婦科、產科超音波之外；其實，還有其他點值較高的申報項目，下面列出所有可以申報的超音波項目，及其適應症，希望大家可以透過"聰明申報"，得到合理的報酬！

- (1) 婦科超音波：健保碼 19003C，點值 450，基層院所以上醫療院所可申報。
- (2) 產科超音波：健保碼 19010C，點值 550，基層院所以上醫療院所可申報。目前初期妊娠、子宮外孕、或是先兆性流產等，均可以申報產科超音波，已經列入醫院審查注意事項中，基層部分待全聯會通過即可全面申報。
- (3) 高危險妊娠胎兒生理評估：健保碼 19011C，點值 1500，基層院所以上醫療院所可申報。各種高危險妊娠：IUGR, DM, Pre-eclampsia, 羊水過多等高危險妊娠情況。或是胎兒篩檢結果不正常, Non-reactive NST, OCT test(+), 產科超音波發現胎兒異常、杜卜勒超音波發現胎兒臍帶血流異常等。但孕期內申報二次為限，此項檢查點值較高，而且可確認胎兒健康無虞，故如符合適應症時即可申報，申報同時需再報告上面記錄檢查項目及結果。
- (4) 骨盆腔杜卜勒超音波：健保碼 18038C，點值 555，地區醫院以上醫療院所可申報。檢查骨盆腔器官，子宮、卵巢等。合併血流情況，如 RI 值等。
- (5) 胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈超音波：健保碼 18037C，點值 760，地區醫院以上醫療院所可申報。檢查胎兒臍帶血流，適用於子宮內生長遲滯、妊娠高血壓…等，各種高危險妊娠情況。



## 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：衛生福利部中央健康保險署

速 別：速件

密 等：解密條件：

發文日期：中華民國 103 年 06 月 17 日

發文字號：台婦醫會總字第 103126 號

附 件：如文

主 旨：鑑請修訂 Tw-DRGs 實施範圍及內容。

- 說 明：1. 婦產科第二階段導入 TW-DRGs 內容及範圍 貴署僅透過醫院協商未與相關醫學會合作溝通，導致施行內容及範圍與臨床實務有異。
2. 過去第一階段導入之 TW-DRGs 項目 貴署僅作住院天數及成本分析，日前發生產科重症醫師要求重症病人自動轉診，相對高風險病人照護投入心血高，依現行 TW-DRG 給付模式，反而需自行負擔醫療成本，加上新調整之支付標準，雖然在產科重症處置上有明顯提高點值，但實際給付卻未增加。建議放寬產科重症病人，依過去論病歷計酬之合理給付模式以保障醫師及病人權益。
3. TW-DRGs 點值應依照 103 年度支付標準修正後做修正，併提供實際修正給付及成本試算給相關醫學會做參考。同時與相關醫學會緊速召開座談會研擬 TW-DRGs 之實施內容及範圍。

正 本：衛生福利部中央健康保險署

副 本：

理事長 何弘能

衛生福利部 公告

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 7 月 9 日

發文字號：部授保字第 10300001580 號

附件：如主旨

主旨：檢送本部 103 年 6 月 25 日召開「導入 TW-DRGs 第 2 階段意見溝通協調會議」會議紀錄，請查照。

(七) 台灣婦產科醫學會

1. DRG 第一階段幾乎導入多數婦產科 DRG 項目，以致嚴重影響婦產科醫師人力招募，建議先檢討第一階段實施項目之成效。
2. 第二階段婦產科 DRG 導入項目將因重症病患支付不足，可能導致執行重症婦產科醫師由醫院改至基層執業。
3. 健保署推行各項支付制度，影響醫療專業發展及醫療政策，不宜僅與醫院團體溝通給付問題，宜與專科醫學會加強溝通。
4. 本會建議在尚未檢討第一階段 DRG 導入對科別間影響及衝擊前，第二階段 DRG 導入暫緩實施。
5. 建議 DRG 分類要符合 DRG 的精神，應 CMI 值相近、變異性不大為原則，對於複雜、變異大的個案應予以排除，或再分類。例如 DRG356，將尿失柰、變性及陰道整形等，都歸類為女性生殖系統整形術，支付點數從 2 千多點至 2 萬多點，變異極大。

## 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：衛生福利部中央健康保險署

速 別：速件

密 等：解密條件：

發文日期：中華民國 103 年 07 月 17 日

發文字號：台婦醫會總字第 103138 號

附 件：如文

主 旨：有關第一階段 TW-DRGs 導入項目，已造成高危險妊娠醫師出走及重症孕婦人球形  
成，並 103 年已公告調整支付標準，有鑑於此，本會建議調整第一階段導入 TW-  
DRGs 之項目，詳如說明。

說 明：1. 胎盤植入、產後出血及凝血功能異常目前已規劃排除在生產 DRGs 項目外，惟  
目前陰道生產成本支出，貴署仍未採取本會建議加入待產醫師費、接生費用加  
成等，恐導致錯估實際發生成本，因此在陰道生產之成本計算上，依過去成本  
之錯誤分析，即使加入產後出血處置費用等，仍可能低於目前給付，故建議陰  
道生產成本分析應加入待產費及急診生產加成等。在未加計上述費用前，陰道  
生產之產後出血發生之額外費用應另計於原定額給付成本之上，否則無法適切  
反映醫師投入。

2. 依照 103 年公告調整之支付標準多項產科給付提升，如 81028C 前置胎盤或植入  
性胎盤之剖腹產由 11751 點調整至 25420 點、81024C 前胎剖腹產後之陰道生產  
由 8902 點調至 19489 點、81018C 雙胎分娩由 13353 點調整至 23994 點及 81019C  
多胎分娩由 15261 點調至 26439 點等，此類生產費用遠高於 DRG 設定給付上  
限，應獨立。

3. 剖腹及腹腔鏡之雙側卵巢手術應與原來單側卵巢給付部分拆項。

4. 子宮內膜異位瘤合併子宮內膜異位症其手術困難程度較高，同時合併子宮內膜  
異位症申報，應與傳統單雙側卵巢手術非子宮內膜異位瘤拆項。

正 本：衛生福利部中央健康保險署

副 本：

理事長 何弘能



## 秘書處公告

### 台灣婦產科醫學會第 20 屆第 2 次臨時常務理監事聯席會會議記錄

時間：103 年 06 月 07 日（星期六）下午 4 時 05 分  
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 何弘能  
出席者：副理事長 陳建銘  
          常務理事 顏明賢 蔡明松 陳思原 吳孟興  
          監事長 蔡英美  
          常務監事 鄧森文  
列席者：院    士 蔡明賢 蘇聰賢 李茂盛 謝卿宏  
          祕書長 黃閔照  
          醫    師 薛瑞元  
請假人員：副理事長 蘇榮茂 蕭弘智  
          常務理事 張廷彰 何博基 胡玉銘  
          常務監事 何志明  
記    錄：吳純琪

#### 壹、討論事項

提案一：是否持續支持生育風險補償條例於立法院立法通過？

說    明：本會於第二十屆第三次理事會通過與全國醫師聯合會共同提案於立法院推動生育補償條例立法。惟行政院衛生福利部於日前黨團協商通過醫療糾紛處理及醫療事故補償法，其補償範圍給付金額與基金來源與本會所提之醫療事故補償法有異，故提案討論是否持續支持生育補償條例或行政院之醫療糾紛處理及醫療事故補償法？

提案人：秘書處

決    議：(1)不反對衛生福利部推動之「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」，但針對法案第 25 條、第 27 條施行範圍基金來源不明確部分進行溝通了解。  
(2)建議醫療事故死亡之最高補償金額，產科死亡應維持與生育事故救濟試辦計畫之最高賠償金額 200 萬相同。  
(3)關於「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」之第 29 條中提及設置審議會，爭取婦產科醫師為委員成員。

#### 貳、散會（下午 5 點 15 分）

## 通訊繼續教育

# 婦產科醫師照顧病患的 全新改革(I)



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

<sup>1</sup> 台南郭綜合醫院 <sup>1</sup> 婦產科

<sup>2</sup> 台北中山醫院 婦產科

在過去二、三十年中，無論對婦科良性或惡性的腫瘤的手術，均有重大的突破與進步，包括：微創手術、前哨淋巴結的概念、子宮內膜癌淋巴節之摘除應視個案而異、卵巢癌減積手術包含至肉眼看不見病灶等，不僅有效減少併發症的產生，且恢復快、效果更好，但在手術前、後（perioperative）的照料上卻有被忽略的地方。

婦產科醫師技術的養成多學自師長，隨著科技的日新月異，手術方法、麻醉方式、藥物的使用均有改進，如墨守成規就是落伍。醫師一定要苦患者所苦、視病如親，對各種問題尋求更舒適、更理想的方式，如剃毛、術前灌腸、術前長時間的禁食、術後的進食、使用鼻胃管、放置腹腔引流管、臥床時間、導尿管置放時間、抗生素的使用、氣管插管的置留、放置中心靜脈導管，術後疼痛、嘔吐、噁心、疲倦和失眠等之控制，均有改善的空間。如能加以改良，不但有助於復原、提升術後的滿意度，且可縮減住院時間與開銷，創造醫、病雙贏。綜合上述改良方法，在文獻中常用快速常規（fast-track，快車道）的子宮切除，目的是希望患者儘快恢復正常，縮短住院天數。

本文的目的，主在協助患者減少手術引起之痛苦及迅速恢復，這需要團隊的力量，包括麻醉醫師、婦產科醫師、藥劑師、護理師等通力合作，且在手術前要對病患及家屬進行教育。如在病患手術後當天便鼓勵早進食等，術前衛教不容忽視。

## 不必要的手術前陰道沖洗

有些醫師習慣對於全子宮切除患者，手術前一天予以陰道沖洗。雖然有報告認為，先以 povidone iodine 來沖洗陰道，可以減少術後感染，但 Kjolhede 等在 7193 位腹式全子宮切除患者，將手術前沒有沖洗陰道者 (n = 670)，與手術前以 chlorhexidine (n = 5118) 或 saline (n = 296) 沖洗陰道者做比較，結果發現：術前沒有沖洗陰道組其術後感染率為 14.3 %；而以 chlorhexidine 沖洗陰道組其術後感染率亦為 14.3 %，二者無統計上差異；而以 saline 沖洗陰道組其術後感染率較高達 22 %。故手術前一天陰道沖洗是無用的，故可摒棄之，只要在手術中皮膚消毒時，同時以優碘清潔陰道即可。

## 手術前食物

手術前一晚半夜 12 點前皆可進食，手術前 4 小時尚可喝飲料，特別是含碳氫化合物 (carbohydrate loading) 的飲料。由於手術壓力會造成胰島素抗阻增加，手術前一晚如能多喝碳水化合物，便能促進胰島素的分泌，減少分解代謝的反應 (catabolic response) 與術後噁心、嘔吐的情形。Mathur 等主張手術前一晚 (19:00-24:00) 口服 800 mL Nutrica Pre Op® (Numico : 12.5 % CHO、50 kcal/100 mL、290 mOsm/kg、pH 5.0)，且手術前 2 小時，再飲用 400 mL CHO 水液，有助術後的恢復。許多麻醉學會允許手術患者在術前 2 小時飲用 clear fluid (水、茶、黑咖啡、無渣果汁)，因胃不僅可在 90 分鐘將其排空，含 CHO 飲料並增加血中胰島素的濃度，增加免疫力，有助術後的恢復，唯此新觀念必須先經麻醉科醫師、手術醫師、護理師及家屬的認同與接受，去掉根深蒂固的常規。固態食物則需 6 小時胃才能排空。

## 灌腸

2014 年，Siedhoff 等針對 73 位接受腹腔鏡子宮切除之患者，手術前一晚以 sodium phosphate 灌腸，隔天如大便無法清除，輔以機械性 (mechanical) 清腸，與另 73 位不接受任何灌腸的患者做比較。結果在手術開始與結束時，視野良好與優良者 (4 分法) 在灌腸組與未灌腸組分別有 87.7 % (64 人)、82.2 % (60 人) (p = 0.36) 與 94.5 % (69 人)、94.5 % (69 人) (p = 0.99)，兩組均無統計上差異。術前如不告知醫師，請醫師猜測是否有灌腸，結果醫師猜對的比例在灌腸組有 59 % (42/71 人)、在未灌腸組為 55 % (41/75 人)，兩組沒有統計上差異 (p = 0.27 和 p = 0.56)。兩組的副作用相同，術後發生便秘



者在灌腸組有 15.1 % (11 人)、在未灌腸組為 11 % (8 人) ( $p = 0.46$ )。結論是：腹腔鏡子宮切除，有無灌腸並不影響手術視野。

2014 年，Ballard 等亦在陰道脫垂重建手術研究中，認為灌腸對手術視野不僅沒有幫助，反而產生腹部症狀，減少滿意度。

手術前常規灌腸會產生腹痛、腹脹 (bloating)、腹瀉、脫水、失眠、疲倦與腸子黏膜水腫等現象，不利於術後腸子之排氣。2009 年，Story 等認為捨棄常規的術前灌腸，可以減少術後腸子發生麻痺性腸塞 (ileus)，在實證醫學上證據已很強 (Ia)。

## 進入手術房前止痛藥

包括：(1)口服一次 celecoxib 400 mg；(2)口服一次 acetaminophen 1000 mg；(3)口服一次 gabapentin 600 mg。

合併使用 COX-2 抑制劑、NSAID、抗癲癇藥物等三種不同機轉藥物，可以減少手術後的疼痛。術前吃藥、喝一點水，麻醉不受影響，所以團隊必須有麻醉醫師。手術前一晚口服 lorazepam (Ativan) 2 mg 或術前注射 acetaminophen 2 g，亦可改善術後疼痛。

## 手術後噁心和嘔吐預防

在皮膚切開傷口前 ( $\pm 30$  分鐘)，靜脈注射一次類固醇 dexamethasone 4 mg 與 droperidol 0.625 mg；另外，在縫合傷口前 ( $\pm 30$  分鐘)，注射一次 granisetron 0.1 mg，均能有效防止手術後的噁心與嘔吐。

另外，麻醉時使用 propofol 短效麻醉藥，因作用時間較短，故恢復較快，但文獻曾報告使用 propofol 後發生急性肺損傷，經氣管插管、呼吸器、葉克膜搶救成功。手術時應予充足水份，減少使用揮發性 (volatile) 麻醉藥、nitrous oxide (NO)，並減少術後嗎啡的使用。適當疼痛的控制，在手腕部子午線點 6 (meridian point 6) 之針灸，對舒緩疼痛皆有助益。Lee 等統計研究 40 篇報告、共 4858 位患者，術前在手腕 P6 acupoint 施以針灸、電針灸、皮膚神經刺激、雷射等，能有效降低術後噁心 (相對風險 0.7, 95 % CI 0.61-0.83) 與嘔吐 (相對風險 0.7, 95 % CI 0.59-0.83) 的產生。

## 脊椎麻醉

許多研究認為，子宮切除手術採脊椎麻醉的方式其恢復較快，然時下普遍的腹腔鏡切

除手術，脊椎麻醉的施行有困難度。Nilsson 等建議在腹式子宮切除時，採用麻醉藥物 hyperbaric bupivacaine 20 mg 和 morphine 0.2 mg 與 propofol 鎮定劑；而 Wodlin 等報告，建議在腹式子宮切除麻醉時，脊椎麻藥於脊椎腔內（intrathecal）加入 0.2 mg（0.4 mg/mL）的 morphine，會減少術後疼痛。但根據作者多年經驗，脊椎麻醉加入嗎啡的止痛效果雖然十分良好，但在術後 24 小時內，會出現皮膚搔癢，偶有呼吸、心跳停止，此時瞳孔會有縮小的現象，如沒有特別護士的照料，不建議使用脊椎內嗎啡，一旦發生發紺，需注射 naloxone 來治療。在台灣，發生數起在剖腹產後併發死亡之案例，其原因皆為脊椎內加嗎啡麻醉，致呼吸停止發紺，但皆以羊水栓塞結案。

## 麻醉中低體溫

如麻醉中體溫  $< 36^{\circ}\text{C}$  稱為低體溫（hypothermia）。低體溫會改變免疫系統，使自然殺手細胞和細胞調節（cell-mediated）抗體功能下降，壓抑吞噬功能，減少多核細胞移動中性白血球殺菌能力，加上低體溫會導致血管收縮，因此會增加手術後的感染機率。低體溫亦會產生發抖，增加代謝需要和氧氣消耗，並加強交感腎上腺功能，造成心肌缺氧。根據研究顯示，手術中低體溫會增加 3 倍的術後併發症。2012 年，Moslemi-Kebria 等研究統計 146 位卵巢癌減積手術之患者，有 81 位（55%）在手術中發生低體溫，低體溫定義為在縫合皮膚時中心（core）體溫  $< 36^{\circ}\text{C}$ ，其發生靜脈栓塞的勝算比例為 3.53 倍，感染率為 2.99 倍，再一次手術者為 4.96 倍，平均住院時間高於正常體溫者（45 個月 vs 34 個月、 $p = 0.45$ ）。低體溫會增加血小板凝集力，造成血栓的重要原因。因此，維持患者手術中的體溫便十分重要。增加患者體溫方法包括：空氣加溫、輸液加溫、熱氈等。手術前加溫 1 小時，亦可減少手術第 1 小時的低體溫發生率。

## 限制麻醉中和手術後輸液

通常醫師不大注重麻醉中和手術後點滴的注射量，麻醉中注射常用 lactate ringer 10-15 mL/kg/h，但最近研究，注射較多水液會造成腸子水腫，因而腸功能變差，排氣較慢。如術後注射鹽份和水液較多，體重增加較多，會造成血中蛋白過低（hypoproteinemia），因此延遲胃排空時間，延長小腸蠕動時間，產生術後麻醉性腸阻塞（ileus），且增加併發症機率與住院時間。Nisanevich 等報告 75 位腹部手術患者，麻醉中輸液為第 1 小時注射 lactate ringer 10 mL/kg，然後每小時 12 mL/kg（隨意組），與另 77 位限制水液患者，每小時注射 4 mL/kg（限制組）做比較。結果在限制組併發症較少（ $p = 0.046$ ），放屁時間隨意組較限

制組為長（4 天 vs 3 天， $p < 0.001$ ），大便時間隨意組較限制組更長（9 天 vs 8 天）。手術後第 1 和 3 天，隨意組體重的增加比限制組多（1.93 kg vs 0.51 kg、1.85 kg vs 0.24 kg， $p < 0.01$ ）。在手術後第 3 天，限制組的 hematocrit 和血蛋白比隨意組為高。結論是：腹部手術患者如限制水液注射，好處較多，可減少術後罹病率，並縮短住院時間。方法是，注意手術後體重不要增加太多。一旦口服液體足夠，立即停止點滴注射。

## 不放鼻胃管

許多重大腹部手術，常態性的會在術後放置鼻胃管（nasogastric tube），用來幫胃腸減壓，預防嘔吐和吸入性肺炎。2011 年，Fanning 等引用許多文獻認為，鼻胃管的置放不僅無法預防嘔吐，反而增加肺炎的機率，亦無法減少術後傷口裂開；反之，不放置鼻胃管，腸子的功能恢復較迅速。同時，鼻胃管會令患者十分不適，鼻咽部位會有出血與結疤等缺失。但在手術前已有腸阻塞者，術後鼻胃管的放置與否，及利害得失則少有研究，視個案情況處理。

## 開始時先進食固態食物

傳統上，手術後的進食流程乃為：當患者已有腸蠕動聲音、放屁、腸子有移動，且噁心、嘔吐和腹脹已趨和緩，先予以水液或飲料，後改為稀飯，再慢慢改為固態食物，但此漸進式進食缺乏實證醫學。Fanning 等引用文獻，證明手術後立即進食固態食物者與傳統方式做比較，並不會增加肺炎或痙攣性腸塞，並可縮短住院時間，其它的胃腸手術亦有相同的結果。術後先進食固態食物，不會增加併發症，反之，術後先喝水，因咽喉控制力差，反而容易發生水液進入氣管。因此，術後進食，先以麵、飯、麵包、水餃、饅頭為佳。

## 盡快移除導尿管

子宮切除後，有些醫師放置導尿管 2-3 天後才移除，但導尿管放置時間過久，泌尿道的感染機率提高，如導尿管置放時間超過 24 小時，泌尿道感染機率會增加 3 倍。2000 年，Saint 等統計文獻結果，導尿管放置 2-10 天者，菌尿症（bacteriuria）發生率有 26%，出現尿道症狀發生率有 24%，菌血症（bacteremia）發生率有 3.6%，不僅增加許多醫療費用，也提高死亡率，如菌尿症患者死亡率增加 2.8 倍，有菌血症者的死亡率為 12.7%。

在腹式子宮切除後置放導尿管之患者，有感到不適者，就應立即拔除導尿管，至少應



在隔天儘早移除。儘早拔除導尿管有助患者早下床活動，減緩術後精神壓力。

## 推薦讀物

1. Kalogera E, Bakkum-Gamez JN, Jankowski CJ, et al. Enhanced recovery in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 319-28.
2. Ballard AC, Parker-Autry CY, Markland AD, et al. Bowel preparation before vaginal prolapse surgery. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 232-8.
3. Siedhoff MT, Clark LH, Hobbs KA, et al. Mechanical bowel preparation before laparoscopic hysterectomy. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 562-7.
4. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 婦產科醫師應熟稔的術後止痛方法. 台灣婦產科醫學會會訊 2013 年 10 月 34-9.
5. Wodlin NB, Nilsson L. The development of fast-track principles in gynecological surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 97: 12-27.
6. Dickson E, Argenta PA, Reichert JA. Results of introducing a rapid recovery program for total abdominal hysterectomy. *Gynecol Obstet Invest* 2012; 73: 21-5.
7. Nilsson L, Wodlin NB, Kjolhede P. Risk factors for postoperative complications after fast-track abdominal hysterectomy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2012; 52: 113-20.
8. Moslemi-Kebria M, El-Nashar SA, Aletti GD, et al. Intraoperative hypothermia during cytoreductive surgery for ovarian cancer and perioperative morbidity. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 590-6.
9. Lee A, Fan LT. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD003281.
10. Mathur S, Plank LD, McCall JL, et al. Randomized controlled trial of preoperative oral carbohydrate treatment in major abdominal surgery. *Br J Surg* 2010; 97: 485-94.
11. Story SK, Chamberlain RS. A comprehensive review of evidence-based strategies to prevent and treat postoperative ileus. *Dig Surg* 2009; 26: 265-75.
12. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產需要放導尿管嗎? 台灣婦產科醫學會會訊 2011 年 6 月 p58-62.
13. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產前灌腸的檢視. 台灣婦產科醫學會會訊 2013 年 3 月 p23-7.

14. Fanning J, Valea FA. Perioperative bowel management for gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(4): 309-14.
15. Saint S, Michigan AA. Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteriuria. *Am J Infect Control* 2000; 28: 68-75.
16. Wodlin NB, Nilsson L, Arestedt K, et al. Mode of anesthesia and postoperative symptoms following abdominal hysterectomy in a fast-track setting. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90: 369-79.
17. Kjolhede P, Hulili S, Lofgren M. The influence of preoperative vaginal cleansing on postoperative infectious morbidity in abdominal total hysterectomy for benign indication. *Acta Obstet Gynecol* 2009; 88: 408-16.
18. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 腹腔鏡手術前需要灌腸或口服瀉藥嗎? 台灣婦產科醫學會會訊 2014 年 5 月 p15-9.
19. 吳青柳. Propofol 使用相關之急性肺損傷. 台灣醫學 2013; 17: 135-9.

## 問答題

一、手術前的常規灌腸會出現下列何種症狀？

- (A) 腹痛
- (B) 脫水
- (C) 腸子黏膜水腫
- (D) 以上皆是

二、麻醉中低體溫會產生下列何種副作用？

- (A) 心肌缺氧
- (B) 靜脈栓塞增加
- (C) 感染風險提高
- (D) 以上皆是

三、麻醉中和手術後的輸液過多，會出現下列何種問題？

- (A) 腸子水腫
- (B) 血中蛋白過低
- (C) 術後的腸阻塞
- (D) 以上皆是

四、手術後儘快移除導尿管的優點為何？

- (A) 減少尿道感染
- (B) 有助早下床活動
- (C) 減少手術後的精神壓力
- (D) 以上皆是

五、脊椎麻醉加入嗎啡的副作用為何？

- (A) 皮膚搔癢
- (B) 突然呼吸停止
- (C) 突然心跳停止
- (D) 以上皆是

第 2 1 2 期通訊繼續教育

婦科手術使用預防性抗生素的檢視

答案：一、(B)；二、(B)；三、(D)；四、(D)；五、(A)



## 會員園地

# 產科醫師必須知道的休克指數

李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 郭宗正<sup>1</sup><sup>1</sup> 台南郭綜合醫院 婦產科<sup>2</sup> 台北中山醫院 婦產科

婦女產後出血 (postpartum hemorrhage, PPH) 大多數是可以無礙的，少數因過度嚴重造成傷害，甚至死亡，特別是對產前已有貧血的人。PPH 如治療不當，在 2-6 小時內可發生低容積性休克，在多重器官功能異常後可致死亡，此類患者佔母親死亡的 8%，因此 PPH 的早期診斷與治療至為重要。

## PPH 評估的重要性

PPH 的定義是在自然生產後出血量 > 500 mL 或剖腹產後 > 1000 mL。大部份的產後出血量是以視覺評估的，常有低估的情形。有人採抽血檢查 hematocrit/hemoglobin 減少 10% 來評估，但幫助有限。因此，有醫師提出是否可用臨床徵兆和低容積症狀來判斷 PPH，如皮膚蒼白、頭暈眼花、無力、心悸、心跳加速、出汗、神志混亂、缺氧 (air hunger)、昏厥、疲勞、少尿等，但這些徵兆，仍與產科低容積程度缺乏對等的相關性，且出血時少有人做到上述症狀全面性的評估。

由於懷孕時的血球和血漿增加許多，因此產後出血 1000 mL 時，患者的脈搏和血壓仍能維持在正常範圍內，然一旦出血超過限度且未予適當的治療，孕婦的生命徵兆 (vital sign) 會快速下降，危及性命。因此尋求一簡單、快速的檢查方法，以清楚了解孕婦失血狀況，就十分重要。

## 休克指數

2014年，Bourke 等報告使用非侵入性 Sp Hb Pulse Co-Oximeter (Masimo, Irvine, CA, USA) 夾著手指，可連續測出血紅素 (Hb) 值，與抽血檢查的誤差值在 0.47 g/dL 之內，然此器械在台灣尚未被普遍使用。

Chandharan 提出“30 定律”，當收縮血壓下降  $> 30$  mmHg、脈搏速度增加  $> 30$  次/分鐘、呼吸率  $> 30$  次/分鐘、Hb 或 hematocrit 下降  $> 30\%$ ，則表示患者至少減少血液體積 30%，會呈現中度至重度休克現象。

當發生 PPH 時如持續流血，收縮壓會下降，脈搏速度會上升。休克指數 (Shock Index, SI) 定義為脈搏速度/收縮壓，正常值為 0.5-0.7，當 SI 升高  $> 0.9$  時，便需予以積極的治療，否則患者會有生命危險。脈搏和血壓數據可以快速取得，也無須實驗室的耗時檢查，可快速得知患者臨床狀況。

## 子宮外孕的休克指數

2002年，Birkhahn 等登錄 280 位第一孕期孕婦，因腹痛或陰道出血而急診者，並測量其 SI 值，在 24 位破裂子宮外孕、28 位無破裂子宮外孕、228 位非子宮外孕患者中的平均值分別為 0.84、0.64、0.67。當 SI 值  $> 0.85$  時，已破裂子宮外孕的機會增高 15 倍 (95% CI 5.6-40.4)，因此，SI 值也可視為診斷和治療子宮外孕的重要依據。

2010年，Jaramillo 等報告 42 位在急診室被診斷為破裂子宮外孕的婦女、與 23 位未破裂子宮外孕婦女做比較，其 SI 值平均分別為  $0.74 \pm 0.16$ 、 $0.67 \pm 0.14$ ，二者呈統計上差異 ( $p < 0.04$ )；在腹腔中的血液，破裂與未破裂兩者分別為  $363 \pm 2703$  mL、 $63 \pm 43$  mL ( $p < 0.01$ )。如以  $SI \geq 0.81$  作為診斷依據，則破裂子宮外孕相對風險為 1.67 (95% 信賴區間 1.27-2.21)、靈敏率 35%、特異率 95%、陽性預測率 94%、陰性預測率 44%。結論為：心跳速率與血壓可以用來預測有破裂子宮外孕的可能。

## 產科休克指數

2014年，Bas 等採用產科休克指數 (obstetric shock index, OSI) 來評估 50 位沒有 PPH 婦女 (控制組)、與 50 位有嚴重 PPH (出血  $> 30\%$  血液體積) 的婦女 (疾病組) 做比較。OSI 在產後出血的 10 分鐘、30 分鐘在控制組平均為 0.74 (0.4-1.1)、0.76 (0.5-1.1)、在病例組為 0.91 (0.4-1.5)、0.90 (0.5-1.4)，且有 64% 患者需要輸血。疾病組在 PPH 開始 10 分鐘時若  $OSI \geq 1.1$ ，有 89% 患者需要輸血，於 30 分鐘時若  $OSI \geq 1.1$ ，則有 75% 患者

需要輸血。病例組平均出血 2483 (1500-5500) mL，出血量 39 (30-94) %，控制組平均出血 417 (200-1000) mL。結論是：OSI 正常值在 0.7-0.9，一旦  $OSI > 1$ ，可能會有嚴重 PPH，並需輸血治療。

2013 年，Pacagnella，等綜合 30 篇文章，分析出血量與心跳速率、收縮血壓 (systolic blood pressure)、休克指數之相關性，採 AUC (area under curve) 來表示。分析結果心跳速率 AUC 為 0.56-0.74、收縮血壓 AUC 為 0.56-0.79、休克指數 AUC 為 0.77-0.84。換言之，休克指數預測出血量較為準確，而三者均與死亡息息相關。

## 結論

產後出血是產科面臨的緊急狀況，若延遲處理，患者的健康常會急速變壞。生產時孕婦常因覆蓋消毒被單，醫師又全神貫注於傷口的縫合，有時會忽略了孕婦的生命徵兆，因此如果能有助手或護理師，在旁協助測量孕婦的血壓與脈博（或心跳），其比例值可做為休克指數，一旦脈博  $>$  收縮壓 ( $SI > 1$ )，即刻須予積極治療，包括輸血或找到出血源加以止血，此乃婦產科臨床重要指標，每位醫師應當熟稔，以避免悲劇發生，衍生不必要的醫療糾紛。

附：臨床分析時，咖啡因 (caffeine)、酒精、生產時子宮收縮程度均會影響心跳速率、平均動脈血壓。患者如有貧血亦會有所關聯。另外，在分析休克指數時需排除甲狀腺功能過高或心臟疾病等因素。

## 推薦讀物

1. Le Bas A, Chandraharan E, Addei A, et al. Use of the obstetric shock index as an adjunct in identifying significant blood loss in patients with massive postpartum hemorrhage. *Int J Gynecol Obstet* 2014; 124: 253-5.
2. Pacagnella RC, Souza JP, Durocher J, et al. A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. *PLoS One* 2013; 8(3): e57594.
3. Bourke M, Cooley SM, Mcmarrow R, et al. Noninvasive hemoglobin measurement in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2014; 125: 78-85.
4. Birkhahn RH, Gaeta T, Bei R, et al. Shock index in the first trimester of pregnancy and its relationship to ruptured ectopic pregnancy. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 115-9.
5. Jaramillo S, Barnhart K, Takacs P. Use of the shock index to predict ruptured ectopic pregnancies. *Int J Obstet Gynecol* 2011; 112: 68.

## 編 後 語

李耀泰

綠樹村邊合，青山郭外斜。這樣的天氣，不會教條式的告訴您心靜自然涼，但若是心浮氣躁，肯定讓人心煩、不快樂。詩有云：「讀書之樂樂無窮，瑤琴一曲來薰風」，正是說明夏有涼風的讀書樂趣，不失為消暑妙帖。或許您有不同的消暑良方，但無論如何，懇請各位會員多加保重。這季節，有紅蘋果的陽光，還有香遠益清，亭亭淨植的蓮花可欣賞，或者跟著提燈的螢火蟲，在美麗的夏夜裡愉快地旅行。換個心境，尋找出讓自己夏天舒服的方式，愜意過生活。

很高興的在學會理事長與秘書長的帶領下，澎湖之旅歡樂無限，讓每位參與者都有滿滿的回憶；而身受 TW-DRGs 的壓力，仍戮力爭取婦產科不受 TW-DRGs 限制，冀望能得到較合理的給付。

本期郭宗正院長所著的兩篇文章，其一「婦產科醫師照顧病患的全新改革(I)」內容精闢，鑄劍名師如十年磨一劍，那該文無庸置疑是作者一生的精華，會員如能仔細閱讀，融會貫通，定能大有斬獲；其二「產科醫師必須知道的休克指數」一文深入淺出，字字珠璣，詳加了解能助產科醫師避免無謂的醫療糾紛。

與大家分享：每個出現在你生命的人，都有其原因。喜歡你的人帶給你溫暖和勇氣，你喜歡的人讓你學會喜愛和自持；你討厭的人教會你寬容和尊重，討厭你的人會讓你自省與成長。沒有人無緣無故出現在你生命裡，每個出現的人都有其緣份。凡事因看輕而快樂，因看淡而幸福，一切隨緣，因為快樂幸福，痛苦自然遠離。煮一鍋粥要放三分的米、七分的水，對家庭的原則是三分愛心、七分責任，處事的原則是三分為己、七分為人，對朋友的原則是三分認真、七分寬容，看文章的原則是三分在看、七分在品，喝酒的最高境界三分醉、七分醒。三分、七分的比例，正是最佳的人生態度。雖然看的只是書，但讀的都是全世界；雖然沏的只是茶，但學的都是生活；雖然斟的只是酒，但品的卻是艱辛。您自己認為快樂的，就馬上尋找，你自己認為值得的，就馬上去做，你自己認為幸福的，就馬上去追求，每個人依心而行而無憾。人生的兩件寶貝：身體健康、心情愉快。



◎ 213 通訊繼續教育答案◎

題目：婦產科醫師照顧病患的  
全新改革(1)

1. (     )     2. (     )
3. (     )     4. (     )
5. (     )

會員號碼：  
姓     名：  
日     期：

\*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於  
積分登錄。

\*請多利用線上作答功能，以節省時間  
及紙張([http://:www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp)  
[/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

\*本答案卷除郵寄外，亦可**傳真**

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 二五六八—四八一九  
傳真：(02) 二二〇〇—一四七六

台灣婦產科醫學會

收

郵 自

票 貼

## 活動消息

| 活動編號     | 主題   | 主辦單位  | 舉辦地點   | 開始時間             | 結束時間             | 類別 | 學分  |
|----------|--|---|--|------------------|------------------|----|-----|
| 140721-1 | 分子醫學臨床應用研討會  | 嘉義長庚紀念醫院  | 嘉義長庚紀念醫院臨床技能中心演講廳                                    | 07月21日<br>18時30分 | 08月02日<br>12時00分 | B  | 5分  |
| 140726-2 | 2014 Reproductive Surgery Hands-on Workshop-Animal Lab                               | 亞太婦產科內視鏡暨微創治療醫學會、台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、秀傳亞洲遠距微創手術中心    | 秀傳亞洲遠距微創手術中心(AITS)(彰化縣鹿港鎮鹿工路6-1號-)                   | 07月26日<br>08時00分 | 07月26日<br>18時00分 | B  | 5分  |
| 140726-1 | 103年醫事人員流感疫苗教育訓練   | 台灣疫苗推動協會  | 高雄榮總 第一會議室   | 07月26日<br>13時30分 | 07月26日<br>17時00分 | B  | 3分  |
| 140727-1 | 103年度流感疫苗繼續教育訓練課程(台北場)   | 台灣婦產科醫學會  | 台大兒醫大樓 B1 講堂   | 07月27日<br>08時30分 | 07月27日<br>11時30分 | A  | 2分  |
| 140727-2 | 2014 Reproductive Surgery Hands-on Workshop-研討會                                      | 亞太婦產科內視鏡暨微創治療醫學會、台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、秀傳亞洲遠距微創手術中心    | 秀傳亞洲遠距微創手術中心(AITS)一樓國際會議廳                            | 07月27日<br>08時30分 | 07月27日<br>17時00分 | B  | 5分  |
| 140727-4 | 如何一同牽手走過更年期  | 國軍高雄總醫院左營分院                                     | 高雄市左營區軍校路553號地下室大禮堂                                  | 07月27日<br>09時00分 | 07月27日<br>11時00分 | B  | 2分  |
| 140727-3 | 中華民國生育醫學會 103年第一次學術研討會   | 中華民國生育醫學會                                       | 台北榮民總醫院 致德研究大樓1樓第4會議室                                | 07月27日<br>09時30分 | 07月27日<br>17時35分 | B  | 4分  |
| 140802-1 | 第六屆台兒胎兒醫學工作坊   | 台兒診所、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、三軍總醫院婦產部                  | 三軍總醫院 B1 第二演講廳                                       | 08月02日<br>09時00分 | 08月02日<br>16時30分 | B  | 5分  |
| 140803-2 | 103年度流感疫苗繼續教育訓練課程(台中場)   | 台灣婦產科醫學會  | 中山醫學大學附設醫院正心樓0322教室                                  | 08月03日<br>08時30分 | 08月03日<br>11時30分 | A  | 2分  |
| 140803-1 | 戒菸治療醫師訓練課程   | 台灣家庭醫學醫學會                                       | 高雄醫學大學附設醫院第二講堂                                       | 08月03日<br>09時00分 | 08月03日<br>17時00分 | B  | 1分  |
| 140808-1 | 如何預防篩檢及診斷乳癌  | 社團法人高雄市醫師公會                                     | 高雄市醫師公會四樓禮堂(高雄市前金區市中一路225號4樓)                        | 08月08日<br>12時30分 | 08月08日<br>14時30分 | B  | 2分  |
| 140809-1 | Symposium of Algorithms of TUA LUTS Guideline  | 台灣泌尿科醫學會  | 台北晶華酒店3樓元明廳  | 08月09日<br>13時30分 | 08月09日<br>18時05分 | B  | 2分  |
| 140810-1 | 雲林縣「103年度流感疫苗接種計畫」暨「肺炎鏈球菌多醣體疫苗」合約說明會暨冷運冷藏課程表   | 雲林縣衛生局疾病管制科                                     | 天主教若瑟醫院  | 08月10日<br>08時00分 | 08月10日<br>16時00分 | B  | 1分  |
| 140817-1 | 戒菸治療醫師教育訓練基礎課程(同步視訊連線)   | 台灣家庭醫學醫學會                                       | 台灣大學醫學院101講堂等  | 08月17日<br>09時00分 | 08月17日<br>17時00分 | B  | 1分  |
| 140817-2 | 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)                            | 08月17日<br>14時00分 | 08月17日<br>16時00分 | B  | 2分  |
| 140824-1 | 103年度青少年親善醫師進階培訓課程   | 台灣青少年醫學暨保健學會                                    | 台北市立聯合醫院和平院區10樓大會議室(台北市中華路二段33號)                     | 08月24日<br>08時00分 | 08月31日<br>17時00分 | B  | 5分  |
| 140824-2 | 103年度流感疫苗繼續教育訓練課程(高雄場)   | 台灣婦產科醫學會  | 高雄醫學大學附設醫院 啓川大樓6樓第二講堂                                | 08月24日<br>08時30分 | 08月24日<br>11時30分 | A  | 2分  |
| 140830-1 | 2014年新生兒聽力篩檢、確診及療育學術研討暨共識會議  | 國民健康署   | 馬偕醫學院 第二教學大樓國際會議廳(新北市三芝區中正路三段46號)                    | 08月30日<br>08時00分 | 08月30日<br>17時00分 | B  | 2分  |
| 140913-1 | 2014年新生兒聽力篩檢研討會(南區)  | 衛生福利部國民健康署                                      | 國立成功大學醫學院 第二講堂(台南市勝利路138號)                           | 09月13日<br>08時00分 | 09月13日<br>12時30分 | B  | 2分  |
| 141002-1 | Advanced course in Laparoscopic Treatment in Oncology and Deep Endometriosis Disease | 秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院 微創手術訓練中心(www.ircaintaiwan.com) | 彰化縣鹿港鎮鹿工路6-1號-秀傳亞洲遠距微創手術訓練中心 http://www.irca-dtaiwan | 10月02日<br>07時45分 | 10月04日<br>14時30分 | B  | 10分 |





103年 澎湖  
會員聯誼

3天2夜

風情之旅








植物複方新成份 DT56a  
來自地中海大豆與亞麻籽的神祕配方  
熟齡女性維持健康青春美麗！



※一天兩顆，早晚各一顆

- ✓ 植物複方新概念 涵蓋3種植物性雌激素
- ✓ 歐盟非基因改造認證大豆 ，並通過國內四項 SGS 檢驗合格（衛生指標菌、防腐劑、重金屬、塑化劑），請安心食用
- ✓ 國際更年期權威專科醫師發表期刊背書（註1~10）
- ✓ 國內醫學中心同步進行臨床試驗

References :

1. Yoles I. et al. Menopause 2003;10(6):522-525
2. Yoles I. et al. J. of Clin Exper Obstet Gynecol 2004;31(2):123-126
3. Somjen D, Yoles I. J. of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 2003;86(1):93-98
4. Somjen D, Yoles I. J. of Endocrinological Investigation 2003;26(10):966-971
5. Somjen D, Yoles I. J. of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 2007; 104:252-258
6. Oropeza M.V, Orozco S, Ponce H, Campos M.G. Reproductive Toxicology 2005;20(2):261-266
7. Nachtigall L. et al. 22nd Annual Meeting of the North American Menopause Society, 2011; Book of Abstract p. 55.
8. Yoles I., and Lilling G. European J. of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2007;130(1):140-141.
9. Nachtigall L et al. Menopause 2011;18(3):285-288
10. Genazanni AR et al. Menopause 2009;16(5):1037-1043