

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2014年9月215期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地 址：台北市民權西路 70 號 5 樓
 電 話：(02) 2568-4819
 傳 真：(02) 2100-1476
 網 址：<http://www.taog.org.tw/>
 E-mail：obsyntw@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

陳持平 畫集

The Art Collection of Chih-Ping Chen



陳持平畫集 卷一
 出版日：2014/5/1
 ISBN：9789869060707
 語言：中文繁體
 規格：平裝
 分級：普級
 開數：20.8cm*29.5cm
 頁數：160



陳持平畫集 卷二
 出版日：2014/7/1
 ISBN：9789869060714
 語言：中文繁體
 規格：平裝
 分級：普級
 開數：20.8cm*29.5cm
 頁數：160



陳持平畫集 卷三
 出版日：2014/9/15
 ISBN：9789869060745
 語言：中文繁體
 規格：平裝
 分級：普級
 開數：20.8cm*29.5cm
 頁數：160

封面畫作：一朵紅紅的玫瑰

一朵紅紅的玫瑰

(英詩：羅伯特·彭斯)

A Red Red Rose

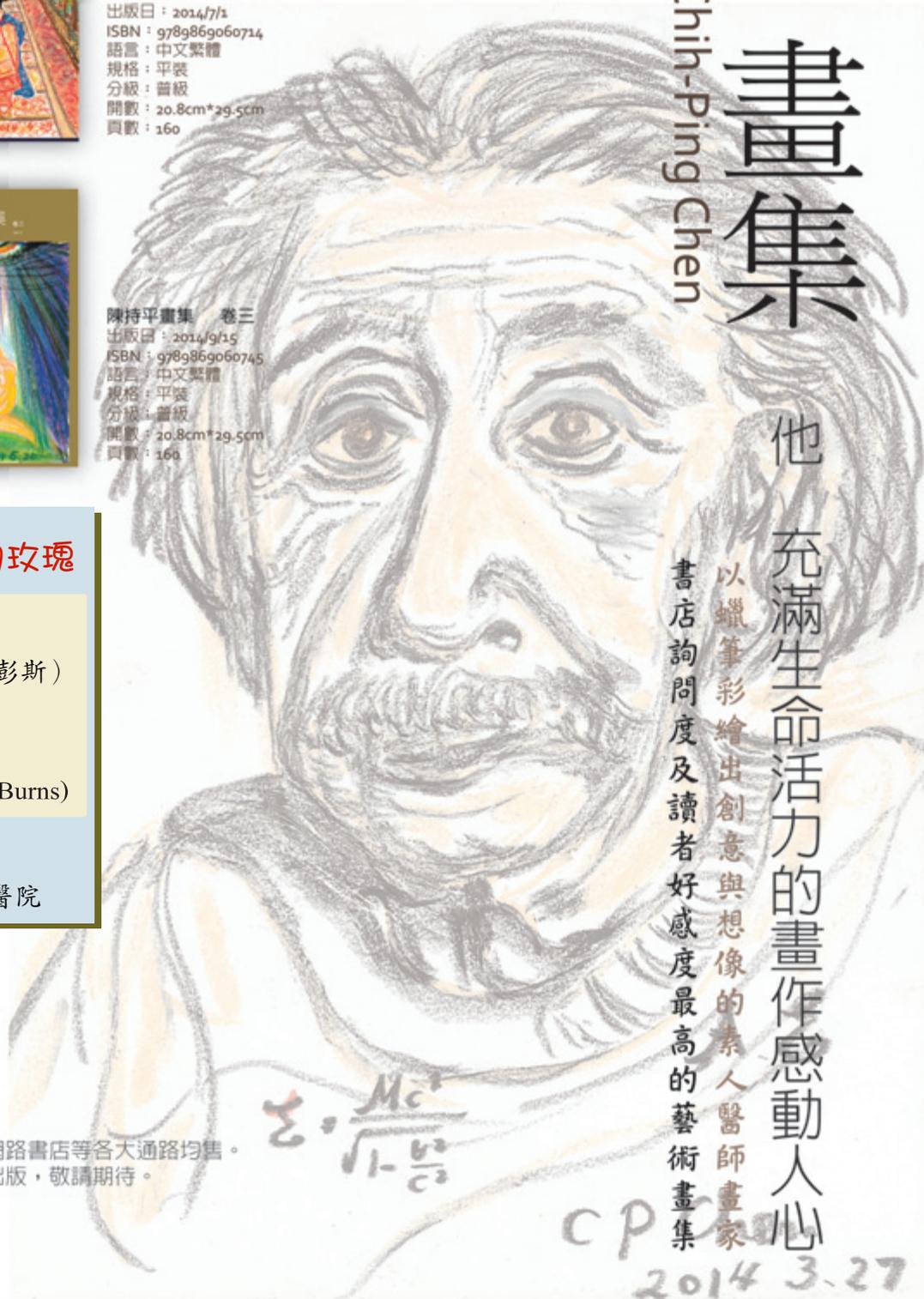
(An English poem by Robert Burns)

作者：陳持平醫師

服務單位：台北馬偕紀念醫院

大於
 創意

誠品書店、金石堂書店、博客來網路書店等各大通路均售。
 陳持平畫集卷四將於2014年11月出版，敬請期待。
 四冊同時擁有，更具收藏價值。



他

充滿生命活力的畫作感動人心

以蠟筆彩繪出創意與想像的素人醫師畫家
 書店詢問度及讀者好感度最高的藝術畫集

台灣婦產科醫學會 215 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

09 秘書處公告

09 衛生福利部 函

重申麻疹腮腺炎德國麻疹混合 (MMR) 及水痘二種活性減毒疫苗可同時接種，如不同時接種，兩劑應至少間隔 4 週 (28 天)，請惠予轉知所屬會員依循辦理，並納入相關教育訓練課程，請 查照。

09 衛衛生福利部疾病管制署 函

有關出生體重低於 2,000 公克嬰兒之 B 型肝炎疫苗接種原則，詳如說明，請惠予轉知貴會會員依循辦理，請 查照。

10 台灣婦產科醫學會第二十屆第四次理事會會議紀錄

15 高雄美濃——靈山步道健行活動

16 通訊繼續教育

懷孕 9 週可以藥物流產嗎？ | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

22 會員園地

22 兩天出院的腹式子宮切除 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

25 從 RBRVS 的精神，談健保分區點值計算的謬誤 | 文/周天給

28 編後語 | 文/陳建銘

30 活動消息

理事長的話

何弘能

敬愛的會員、前輩：大家好！

大家中秋節愉快。今年的中秋節，想必大家月餅少吃了，「餽水油」事件，又讓大家人心惶惶，又是一件丟臉的公安事件，甚至引起國際友人來信關心。

有會員也詢問「一洞論」，學會的態度如何？我想這是政治問題、教育問題，也是修養問題，大家就一笑置之吧！人總要自重才會人重。

生產計畫書在理監事會討論過，大部分理事建議不要迴避，學會應草擬一版本，供大家參考。今年的住院醫師名額也大部分底定，部分艱難地區，學會會努力幫忙，也請專科醫師訓練小組及人力規劃委員會幫忙，緊接著九月及十月將有專科醫師考試，請各訓練中心督促及協助我們未來的新力軍，期望大家都能順利考取專科醫師執照。

健保相關給付，如CA-125的檢驗、胎兒頸部透明帶檢查、懷孕生產相關給付是否能保證1點等於1元等等，學會會一一評估其可行性，儘可能去爭取。

進入了秋天，希望天氣能涼爽一點，擾人的事也能減少一點。

祝各位會員 健康平安！

秘書長的話

黃閔照

各位會員平安：

台灣婦產科醫學會會刊（TJOG）上個月公告 IF 略降至 1.2（原 1.4），不過成績斐然，但爲了改善過去累積稿件，導致受刊至出版時間較長，影響被引用的時機，8 月 31 日理事會通過，明年起將會刊由季刊改成雙月刊，特別再次感謝陳持平主編及王鵬惠副主編的努力，其兩人的文章也是會刊中最常被引用的二位作者。會刊經過十多年來的努力，逐漸在國際間發光發亮，以一個地區性的雜誌，加上非常精簡的人事，可謂另類台灣之光，也希望大家多多支持。

更年期繼續教育及性侵害防治人員訓練活動分別於 9 月 21 日於高雄及台北開始，高雄場更年期繼續教育差點因鳳凰颱風來襲而取消，感謝高雄龍震宇、黃富仁理事的協助，讓課程順利圓滿完成，也有 40 多位會員參加，也感謝大家不畏風雨，共同爲更年期婦女健康照護。另外，也特別感謝陳思原、許朝欽及華筱玲醫師完成課程規劃，也感謝黃國恩院長的協助。另住院醫師第四場生殖及內分泌課程將於 11 月 30 日於國賓飯店舉辦，上午爲專題演講，下午爲分組病例討論，透過實際案例及小組討論方式，加深住院醫師處理病患能力，也再次希望各訓練醫院大力支持。本年度專科醫師筆試也於 9 月 14 日順利完成，有 42 位應考，僅 2 位考生未通過此次筆試，請繼續加油努力，也謝謝所有入闈老師的辛勞。

本年度住院醫師招生率達 9 成（63/70）爲歷年新高，期盼改善健保及醫病關係下，能吸引更多年輕醫師投入婦女健康照護，也特別再次謝謝謝卿宏院士，9 月 10 日到健保署針對給付不合理及開放 CA-125（EIA）與醫管組李純馥副組長溝通。過去學會努力爲會員打拼，但也遺憾有會員在立法院助產士公聽會上，公開抹煞婦產科醫師過去 50 年來帶給台灣婦幼衛生的照顧，甚至批評自己院內的產科醫師過度醫療。台灣到底能不能找回助產士來接生，最大的二個問題在於健保給付及民眾認知，會場中有二位母親現身說法，自己美好的生產經驗，但兩個人都是在美國生產，台灣花東及中南部爲求產檢及生產，有時都不容易，還要做到助產士一對一陪產照顧談何容易，如果依照助產士提出台灣人力需求爲近 8,900 位助產士，也就是每個助產士一年僅服務 20 位產婦即可，我想健保署可能要把現今給付提高 5 倍才有可能，陪產士協會也

提出過去 200 多位陪產案例，病人滿意度很高，但對不起要自費 30,000~45,000 元不等，其中生產計畫書諮詢費便要收費 3,000 元，國家壓榨醫護無限上綱，要求無償提供照顧。須知國家提供是基本的醫療照護，如果要求照護水準提高，自然是提高給付或是自費執行，不要把美國近 30 萬的生產模式，要求台灣十分之一的價格做到。

上次會訊因印刷排版導致高雄氣爆捐款名單有誤，特此更正（附件一），也謝謝陳明哲醫師提醒，再次鼓勵會員報名 10 月 26 日美濃靈山登山活動（p. 15）。

秋末轉涼，天氣多變，望會員們多多注意身體健康。

附件一：

氣爆捐款名單

後續捐款者學會會再將款項捐出，募款已於 8 月 31 日截止請勿再捐款。

蔡明賢	蘇榮茂	吳輝明	李茂盛	林正義	楊友仕	張少萌	顏明賢
蔡鴻德	何弘能	鄭英傑	鄧森文	張廷彰	陳建銘	何博基	胡玉銘
林錦義	蔡明松	徐明洸	黃富仁	龍震宇	應宗和	蔡永杰	翁順隆
洪秉坤	謝卿宏	王有利	黃建霖	黃閔照	張基昌	張紅淇	蕭弘智
陳思原	何志明	王鵬惠	官大弘	蘇聰賢	鄧志文	張建宏	周輝政
李耀泰	王漢州	徐明義	陳恒如	王厚坤	賴明志	林茂	張培琳
詹德富	林麗蓉	林文俊	陳啟豪	許毓馨	周大中	林明德	王子豪
梁景忠	施景中	孫茂榮	鄭文瑞	廖長州	邱希典	黃啟明	林憲明
吳孟興	陳加利	劉俐君	許朝欽	張志隆	林耀庭	林才備	游淑寶
陳明哲	林思宏	郭富珍	謝鵬輝	高良吉	潘隆森	龔福財	黃麗伊
林武周	翁順隆	李鴻樟	王鼎銘	高惠芬	許榮麟	張維君	王馨世
黃兆勉	張素瑜	陳怡仁	陳天啟	李厚懿	嚴高彬	許貴程	彭馨誼
林獻文	黃伯達	簡慶元	古芬蘭	周天給	劉家榮	陳英娟	王耀德
洪隆德	蔡英美	黃思誠	葉冠東	陳玲玲	劉文獻	王義雄	蔡景州
劉嘉耀	許峰雄	王德燦	呂維國				

共 116 人，總金額 1,881,000 元

台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

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) (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) (共肆萬)	102.12.17
徐宇瓊	伍仟(增加) (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 (高雄)	伍仟	103.2.12
王鑄迪	壹萬(增加) (共 1 萬 1)	103.4.22	陳賢堂	伍仟	103.5.7
李天俠	壹萬(增加) (共 1 萬 2)	103.5.18	陳建銘 (新竹)	陸佰壹拾元(增加) (共壹拾捌萬零陸佰壹拾元)	103.5.18
李耀泰	參仟(增加)(共參 萬參仟)	103.7.2			

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

■ 秘書處公告

衛生福利部 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 8 月 27 日

發文字號：疾管防字第 1030200963A 號

主旨：重申麻疹腮腺炎德國麻疹混合（MMR）及水痘二種活性減毒疫苗可同時接種，如不同時接種，兩劑應至少間隔 4 週（28 天），請惠予轉知所屬會員依循辦理，並納入相關教育訓練課程，請查照。

說明：一、我國現行預防接種時程為出生滿 12 個月幼兒應接種 MMR 及水痘疫苗，該兩劑活性減毒疫苗建議同時接種（分開不同部位），惟如不同時接種，兩劑疫苗應間隔至少 4 週（28 天），以避免影響後一劑接種疫苗之免疫效果，確保幼童健康權益。

二、該兩劑活性減毒疫苗接種間隔如不足 28 天，後一劑接種之疫苗應重新補種，補種的疫苗並應與前一劑間隔至少 28 天（例如先接種 MMR 隔 2 週即接種水痘疫苗，則水痘疫苗應行補種，並與前一劑水痘疫苗間隔至少 28 天），相關補種資料請據實登錄於預防接種紀錄卡，並以健保上傳或媒體匯入轄區衛生所之全國性預防接種資訊管理系統（NIIS）。

三、另如幼兒已先接種水痘疫苗，因特殊需求（如出國前往麻疹或德國麻疹流行地區等）而必須提前於 28 天內接種 MMR 疫苗，為降低感染該等疾病之風險，可先行自費接種 MMR 疫苗，惟應提醒於返台後再接再種一劑公費 MMR 疫苗（與前一劑至少間隔 28 天），以達疫苗接種效益。

衛生福利部疾病管制署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 9 月 18 日

發文字號：疾管防字第 1030201040A 號

附件：如說明

主旨：有關出生體重低於 2,000 公克嬰兒之 B 型肝炎疫苗接種原則，詳如說明，請惠予轉知貴會會員依循辦理，請 查照。

說明：一、為預防母嬰間 B 型肝炎垂直傳染，針對出生體重低於 2,000 公克之嬰兒，其 B 型肝炎疫苗接種原則，經「行政院衛生署傳染病防治諮詢會預防接種組 (ACIP)」103 年第 2 次會議建議如下：

(一) 為積極保護母親為 HBsAg(+)之低出生體重新生兒，無論其母親之 e 抗原檢驗結果為何，均應於出生 24 小時內儘速接種 1 劑公費 B 肝疫苗，而該劑疫苗不列入 3 劑常規疫苗接種。

(二) 在孕婦 HBsAg 與 HBeAg 檢測由第三產程提前至第一產程政策實施前，針對母親未完成該等檢測或未獲知結果之早產兒，其 B 肝疫苗接種原則，比照上述母親為 HBsAg (+) 之低出生體重兒辦理。

二、上開嬰兒於體重滿 2,000 公克或出生滿 1 個月後 (二擇一)，應開始接種 3 劑 B 肝常規疫苗，以第 1 劑之接種日起算按 0、1、6 個月的時程依序完成。

三、至於母親為 HBsAg (-) 出生體重低於 2,000 公克之嬰兒，其第 1 劑 B 肝疫苗，則仍維持於出生 1 個月後或體重超過 2,000 公克再接種。

四、檢附修訂後之「出生體重低於 2,000 公克嬰兒之 B 型肝炎疫苗接種原則參照表」供參 (附件)。

台灣婦產科醫學會第二十屆第四次理事會會議紀錄

時間：103 年 08 月 31 日 (星期日) 下午 2 時 0 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 蘇榮茂 蕭弘智 陳建銘

常務理事 張廷彰 何博基 蔡明松 吳孟興

理事 林正義 張少萌 李耀泰 鄭英傑 施英富 余慕賢 林武周

孫茂榮 黃啓明 林錦義 黃富仁 徐超群 蔡永杰 翁順隆

洪秉坤 應宗和 徐明義 龍震宇 黃建霈

列席者：監事長 蔡英美

秘書長 黃閔照

副秘書長 李煥照 仇思源 何信頤 劉文雄

財政委員會召集人 張維君

會刊編輯委員會召集人 陳持平

請假人員：顏明賢 胡玉銘 陳思原 吳輝明 呂維國 林禹宏 洪滿榮 張基昌
王漢州 孫三源 陳信孚 詹德富 陳勝咸 陳根雄 黃文助 林姿吟
林靜儀

記 錄：林雅嫩

壹、確認第 20 屆第 3 次理事會會議紀錄。

通過。

貳、報告事項

理事長報告

1. 高雄氣爆過後隔天謝院士提醒由學會發動募款，秘書長也立即聯絡當地婦產科開業醫師，詢問是否需要協助、幫忙，謝謝全國婦產科醫師同舟共濟的幫忙。募款至目前為止有 176 萬元，也全數捐給高雄市政府。
2. 關於生產計畫書和周產期醫學會合辦記者會，這是一個宣示，醫生的專業是否要受這些契約限制，等一下秘書長會再做詳盡的報告。

監事長報告

1. 關於氣爆捐款，感謝各位婦產科醫師慷慨解囊，各方捐款將由高雄市政府李永得統籌使用於重建工作，陳菊市長也承諾在三個月內會有初步的成果，生為高雄人在此謝謝各位理事的捐款。
2. RBRVS 手術給付應該直接回饋給醫師，請各位醫師注意是否有收到此項回饋。
3. 剛剛監事會有確認上次理事會執行情況，均有進行各項決議，關於 5-7 月財報，監事會有注意到秘書處多項開源節流計畫，本屆理事會已有發起多項募款，所以在開源的部分有增加了，節流的部分也在學會雜誌經費上做了些控管。

副理事長報告

蘇榮茂副理事長：

1. 高雄 81 氣爆範圍裡僅有一家婦產科醫院（正薪醫院），其建築物本體沒有損害，但營業狀況受影響極大無水又無電，8 月 3 日高雄市醫師公會召開臨時理監事會議決議捐款 500 萬，另外，每家受災院所給予慰問金 3 萬，及慰勞急救醫院每家給予 5 萬慰勞金，這次捐了 500

萬外，另加慰問金 78 萬，共 578 萬。再次感謝大家的愛心贊助，尤其是本會的會員，這次氣爆事件各地捐款踴躍，目前已停止接受各方捐款，因最重要的在於重度燒傷的病患後續追蹤及治療和災後的重建工作。

2. 昨天遇到邱部長談到關於醫療糾紛補償辦法，原則上既然補償就不能在提告，再與病患調解後上法院提告的機率也降低了許多。

蕭弘智副理事長：

關於這次婦女新知基金會提出的生產計畫，我們學會的立場在捍衛我們醫師專業的地位，我們都非常同意，但站在基層醫師的立場感受到病人的氛圍，我們在說明上應該要以病人的安全來著手，這樣比較能避免讓人覺得醫師藉由專業而太過專制傲慢。

陳建銘副理事長：

藉由生產計畫書事，我認為跟媒體的接觸是相當重要的，等一下會提出臨時動議：我們如何和媒體建構好得關係，我們醫師不懂的面對媒體，對我們整體的形象都會被打折。

秘書長報告

1. 感謝各位理事對於此次氣爆事件的捐款，學會有感受到大家的愛心，募款信發不到四天就募集到 140 多萬，甚至這幾天還是陸續有捐款進來，也許是會員不知道募款已經截止了。這次截至目前為止共募集到 176 萬元，學會也會專款專用，將所有募集到的款項全數匯交給高雄市政府來統籌使用。
2. TJOG Impact Factor 去年為 1.4，今年稍降至 1.26，不過大於 1 以上仍為是一個好 Journal，目前已受刊但尚未出刊篇數多達 121 篇，為加速出刊速度，建議自明年起將 Journal 由季刊改為雙月刊，等一下陳主編會和大家報告。
3. 製作會員名錄：大家手上這些資料為失聯的會員，請大家幫忙看看或可與秘書處聯絡，這部分在秘書處統整後預計在明年年會時就會有新版會員名錄。個資法上路，受律師要求各會員簽署個資同意書，以免往後在寄送各項資料產生問題。另外，有很多學會引用本會舊的通訊錄，是否有違法？之後秘書處會再向律師或相關法律單位做諮詢。
4. 生產計畫書：7/24 學會與周產期醫學會合辦一個記者會，生產計畫書裡牽涉的東西很廣泛，要求也蠻多的。要配合病人不做內診、不可器械生產、不可閉氣用力，不得催生即使已經破水過久，媒體也有支持及反對兩面。過去產科給付偏低，加上 DRG 效應，導致產科人力流失，現在又要醫師與產婦訂立契約，台灣是多元化社會，孕婦可以選擇助產士生產、診所接生或到醫學中心，但生產計畫書不應納入醫院評鑑項目增加困擾，未來要如何訂立生產計畫書，等會兒會有討論。
5. 會員旅遊擬更改一年一次，另增加各地區登山活動，目前已有規劃 10/26 至高雄美濃靈山，登山後參觀美濃窯，中午享受客家美食，下午參觀客家文化村及旗山糖廠吃冰，請各位會

員踴躍參加。

6. 圓桌案二審敗述，敗述理由：法官認為學會第 1 至 5 期印刷等款項都沒有爭議，為何到第 6 期才有爭議，法院有請會計師公會鑑定釋義實報實銷應是憑第三者的憑據，但法官仍是不採納會計師公會的意見。學會還是仍會繼續做第三審上述，但若敗述造成的財務衝擊則是需要付違約金約 20 萬，因此在財務委員會討論後，決議將提撥圓桌案應付款項含違約金共約 300 萬。

參、討論事項

案由一：審查 103 年度 5~7 月份月報表。

說 明：如附件一。

提案人：財政委員會

決 議：通過。

案由二：討論衛福部函詢生產計畫書一案。

說 明：如附件二。

提案人：秘書處

決 議：由學會擬訂生產計畫書公本，擬訂出之初版公本將於下次理監事會議討論。

案由三：擬自明年起將 Journal 由季刊（3、6、9、12 月）改為雙月刊（2、4、6、8、10、12 月）。

說 明：本誌於每年三、六、九、十二月出刊，目前每期平均刊登篇數為 35 篇，平均頁數為 157 頁。自 Impact Factor 分數逐年上升後，去年投稿數多達 525 篇；而今年至 8 月中止，投稿數也已達 380 篇。目前已受刊但尚未出刊篇數多達 121 篇，為加速出刊速度，建議自明年起將 Journal 由季刊（3、6、9、12 月）改為雙月刊（2、4、6、8、10、12 月）。

提案人：會刊編輯委員會

決 議：Journal 自明年起改為雙月刊（六期/年），相關經費請會刊雜誌編輯委員會精算後於 104 年預算經費案由時提出討論。

案由四：延長早期藥物流產週數由 7 週延長至 9 週。

說 明：現在藥物流產方法規定在懷孕 49 天（7 週）內，以正名為安全流產方法，但世界許

多國家都是以 63 天（9 週）為合法，能造福更多的婦女。

辦 法：建議行文至衛生福利部允許懷孕 63 天（9 週）為合法的流產日期。

提案人：李耀泰

決 議：藥廠仿單適應症仍為 7 週，若要廠商更改仿單內容實在不易，請會員們為顧及自身權益請仍依照仿單內容使用。

案由五：任何補助婦產專科之款項應把婦產專科點值補到 1，才能考慮其他細項。

說 明：去年健保會補助五大慘科 50 億元，其中婦產專科 9.54 億，基層只編列 1 千萬元，造成基層會員非常大的反彈聲浪，希望政府是救婦產專科，而不是只救醫院。

辦 法：補助款若用來補總額婦產專科的點值，才能所有婦產科會員公平分享，雨露均霑。

提案人：黃啓明理事

決 議：學會幹部仍會繼續努力為基層醫師爭取相關點值給付。

案由六：擬將會員旅遊由一年兩次更改為一年一次，並增加各地區一日登山活動。

提案人：秘書處

決 議：為擴大各地區會員參與，通過此議案。

肆、臨時動議

案由一：為和媒體建立良好關係，建議聘任資深媒體人-洪素卿為本會顧問。

提案人：陳建銘副理事長

決 議：通過。

伍、散會

高雄美濃——靈山步道健行活動

康樂福利委員會

靈山步道是由林務局規劃的步道，位於旗山鎮、美濃鎮、杉林鄉交界，最高點 476 公尺，步道長約 1 公里，爬升高度約為 287 公尺，是一條適合全家大小一同參與踏青的步道，靈山山頂可眺望美濃鎮，為旗山、美濃地區熱門的登山健行步道，每天都能夠吸引上百人到此，步道為水泥路以及柏油路，中途經過雷音寺，沿途有竹林蔽蔭，走來相當輕鬆愜意。

日期：103 年 10 月 26 日（星期日）

集合地點：高雄高鐵左營站 5 號出口（到站 8:30 分）

（台北出發可搭高鐵早上 6:30 整，車票自行購買）

集合時間：上午 8:30 分（左營站）

台北回程：可搭下午 4:30 分高鐵，（車票自行購買）

*行程：9:20 靈山步道—11:20 美濃窯集合—

12:00 中餐（888 客家板條）—

13:30 原鄉園紙傘文化村—

14:15 旗山老街冰廠-賦歸

*登山路程：約 1.5 個小時

*登山難易度：中

*攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

*午餐：學會招待

*時間：中午 12:00

報名方式：（無事先報名者恕不供應午餐）

欲參加者請於 103 年 10 月 16 日前報名，並事先繳交 200 元費用及填寫下報名表傳真至學會。（眷屬限直系，不是眷屬者費用 800）

劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

學會電話：02-25684819 傳真：02-21001476

為保障權益將為每一位參加者加保旅遊平安險，請務必填妥下列資料。



會員姓名		年 月 日	身份證字號	
眷屬姓名		年 月 日	身份證字號	
眷屬姓名		年 月 日	身份證字號	
眷屬姓名		年 月 日	身份證字號	
電 話		行動	傳真	
集合地點			會員號碼	
地 址				

共_____人

■ 通訊繼續教育

懷孕 9 週可以藥物流產嗎？



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 ¹ 婦產科

² 台北中山醫院 婦產科

近 30 年來，藥物流產在全世界日漸普遍，在美國，甚至被視為用來終止第一孕期的標準方式，而非做手術流產。許多婦女認為藥物流產較手術流產來得自然（nature）、安全，不僅可避免有侵犯性的手術、免去麻醉風險，且成功率高、副作用少。但藥物流產需多次追蹤和長時間的出血，始竟成功，並要在流產後 7-14 天，經超音波檢查來確認。國內的法規是，懷孕 49 天內可以使用藥物流產，但世界文獻多已認為藥物流產可推遲至懷孕 63 天，本文特加以整理，以供同仁參考。

流產妊娠週數上限的研究

美國食品藥物管理局（FDA）核准使用的流產藥物 mifepristone，其上限為妊娠 49 天內，根據 FDA 報告，在懷孕 49 天內先予以口服 mifepristone 600 mg，48 小時後再口服 misoprostol 400 mcg，流產成功率達 92 %。但臨床上，許多實證醫學認為可以實行至妊娠 63 天，並有足夠的安全性和效果，甚至在妊娠 70 天亦有功效。

2002 年，Ashok 等統計分析英國一大規模藥物流產研究、共 4132 位懷孕 63 天內孕婦，先予以口服 mifepristone 200 mg 1 顆，36-48 小時後，陰道放置 misoprostol 4 顆（共 800 µg），並觀察 4 小時，如沒有妊娠物排出子宮外，再於陰道放置第二劑量 misoprostol 400 µg。結果有 4037

位完全流產（97.7 %），另有 490 位需放置第二次 misoprostol。最後有 94 位（2.3 %）需手術治療，其中 13 位（0.3 %）繼續懷孕。如婦女有 ≥ 1 次流產史，失敗率會更高（OR 2.09）。結論是：misoprostol 使用二次劑量呈有意義減少繼續懷孕率，提高成功率。該文使英國（UK）孕婦懷孕 9 週內可以合法流產。

2008 年，Winikoff 等統計報告美國 7 家醫院、共 966 位孕婦尋求藥物中止妊娠，其中 265 位懷孕 57-63 天（9 週）。在第 1 天，先予以口服 mifepristone 200 mg，24-36 小時後隨機分配在家口服或口含（buccal）misoprostol 800 μg ，經 7-14 天輔以 β -hCG 或陰道超音波追蹤是否完全流產成功。結果在口服組成功率有 91.3 %（389/426 人），口含組有 96.2 %（405/421 人），兩組在統計上沒有差異（ $p = 0.048$ ）。繼續懷孕率在口服組有 3.5 %（15/426 人），在口含組有 1.0 %（4/421 人），兩組呈統計上差異（ $p = 0.012$ ）。但在懷孕 57-63 天者的中止妊娠成功率，口服組（85.1 %）較口含組（94.8 %）為差（ $p = 0.015$ ），繼續懷孕率口服組的 7.9 % 亦較口含組的 1.7 % 為高（ $p = 0.029$ ），相對風險 4.54。兩組的副作用相似，滿意度和接受率極高。結論是：在懷孕第 9 週時，口含 misoprostol 來中止妊娠是較佳的選擇。口服 misoprostol 是安全、有效之方法，但隨著妊娠週數的增加，失敗率亦增加。

2010 年，Raghavan 等研究懷孕 63 天內孕婦之藥物流產，首先予以口服 mifepristone 200 mg，24 小時後再舌下或口含 misoprostol 2 顆（共 400 mcg），經 30 分鐘，在將剩餘藥物吞下，兩週後回診追蹤。懷孕在 8-9 週人數，在口含組為 38 位（13.7 %），在舌下組為 39 位（14.3 %）。結果完全流產率，在口含組為 97.1 %，在舌下組為 97.4 %，均有很高的成功率；滿意度在口含組為 93.3 %，在舌下組為 95.8 %。結論是：孕婦懷孕 63 天內的藥物流產，無論採口含或舌下使用 misoprostol 400 mcg，效果良好。

2013 年，Winikoff 等再統計分析美國 6 家診所、共 325 位懷孕 57-63 天（9 週）與 304 位懷孕 64-70 天（10 週）的孕婦，先以與口服 mifepristone 200 mg，經 24-48 小時後，在家中口含 misoprostol 800 μg ，經過 30 分鐘再將剩餘部份吞下，經 7-14 天輔以陰道超音波追蹤是否完全流產成功。結果在第 9 週的成功率有 93.5 %，在第 10 週有 92.8 %，繼續懷孕率在第 9 週有 3.1 %，在第 10 週有 3 %，兩組無統計上差異。兩組的接受率均高，分別為 87.4 %、88.3 %。結論是：懷孕 64-70 天的藥物流產，仍有很高的成功率與滿意度。

2014 年，Lokeland 等研究分析 1018 位懷孕 63 天內婦女，包括懷孕 < 49 天者有 436 位（42.8 %）、49-55 天者有 310 位（30.5 %）、56-63 天者有 270 位（26.5 %），平均懷孕天數為 50 天。患者先口服使用 mifepristone 200 mg，36-48 小時後再在家中口服 misoprostol 800 μg （因有些患者住家離醫院較遠）。結果完全流產率為 93.6 %，最後須手術來終止妊娠有 50 位（4.9 %），包括在懷孕 < 49 天者有 4.1 %、懷孕 49-55 天者有 3.2 %、懷孕 56-63 天者有 8.1 %，懷孕 56-63 天者的失敗率高於懷孕 < 49 天者（OR 2.06），而懷孕 49-55 天

者的失敗率與懷孕孕 < 49 天者則無統計上差異 (OR 0.78)。結論是：懷孕天數在 63 天內者的藥物流產，在家口服 misoprostol 乃一有效和可接受的方式。

雙胞胎流產成功率

2011 年，Hayes 等研究報告懷孕 63 天的雙胞胎，其藥物流產的治療結果與單胞胎相同。首先，予以懷單胞胎孕婦口服 mifepristone 200 mg，分別在 15 分鐘 (n = 1080)、6-8 或 23-25 小時 (n = 1128) 後於陰道置放 misoprostol 800 mcg，與另 24 位懷雙胞胎孕婦使用相同方法來做比較。懷孕 49-63 天在單胞胎有 1256 位 (58.9%)，在雙胞胎有 13 位 (56.5%)，結果單、雙胞胎兩組的成功率分別為 97%、91%，無統計上差異 (p = 0.19)。

世界文獻綜合分析

2013 年，Raymond 等綜合分析全世界 35 個國家合計 87 篇文章、共 47283 位懷孕 63 天內的孕婦，使用 mifepristone 200 mg (1 顆。非許多政府機構所認定的 600 mg，即 3 顆)，然後以口服、舌下、口含或陰道使用 misoprostol 200-≥ 800 μg。引用的文獻以美國的 20 篇最多、次為英國 11 篇、中國大陸 8 篇，台灣共有 4 篇，包含作者佔了 3 篇。最後流產結果人數報告有 45528 位 (96%)，失敗者有 2192 位 (4.8%)，繼續懷孕有 1.1% (499/45150 人)。研究中，如懷孕 > 8 週者人數超全部人數的 25%，則流產失敗率較高，勝算風險 (OR) 1.5，其它失敗率較高尚有口服使用 misoprostol 者 (非陰道、口含、舌下使用)、mifepristone 與 misoprostol 使用時間 < 24 小時者。副作用包括：45 位 (0.1%) 需要輸血、119 位 (0.3%) 需要住院。結論是：以 mifepristone 200 mg 作為早期流產藥物是十分有效、安全。

欲知在第一孕期的藥物流產，mifepristone 600 mg 和 200 mg 結果何以相同，需從其作用機轉作探討。2006 年，Li 等報導指出 mifepristone 劑量在 100-800 mg，並不能增加 mifepristone 在血清中濃度，因為人類血清中 mifepristone 要靠 α1 acid glycoprotein (AAG) 來運輸，因使用 mifepristone 100 mg 便可使血清中 AAG 運輸蛋白飽和，因此，再增加 mifepristone 的量，血清中濃度並不會再增加，故使用 mifepristone 200 mg 既可節省醫療費用，又能降低副作用的產生。

國際婦產科學會建議

2011 年，Faundes 在國際婦產科學會（FIGO）工作組會議中報告，建議懷孕 63 天（9 週）內的藥物流產，先予以口服 mifepristone 200 mg，24-48 小時後，再採陰道、口含、或舌下使用 misoprostol 800 μ g，如觀察 3 小時後仍未出血，再次於陰道、口含、或舌下使用 misoprostol 400 μ g。結果完全成功率達 98%，失敗率 0.2-0.5%，多數的流產是在 misoprostol 使用後 2-6 小時內發生。而 misoprostol 使用的各種方式中，以陰道使用的副作用最少。

藥物流產後的追蹤

藥物流產後仍有 1-2% 會繼續懷孕、2-3% 因疼痛或出血而求診，故須予以追蹤、適當處置。通常在藥物流產後 7-14 天，除詢問流產過程與內診外，輔以陰道超音波來確定囊胚是否排出子宮外，並觀察子宮內膜厚度，但研究顯示子宮內膜厚度不能預測將來是否需做 D&C。Reeves 等統計研究 1870 位藥物流產婦女，最後有 30 位（1.6%）需要 D&C；在 misoprostol 使用後 7 天，以陰道超音波檢查，需 D&C 者子宮內膜平均厚度為 14.5 mm，不需 D&C 者子宮內膜平均厚度為 10.9 mm，二者相差 3.5 mm，陽性預測值（positive predictive value）< 25%。

另一方法乃以血清 β -hCG（ β -絨毛膜促性腺激素）來追蹤，如在流產 1 週後， β -hCG 比懷孕時下降 > 80%，則完全流產率升高。但此方法必須在懷孕與追蹤時抽血檢查，增加費用與回診次數。近期亦有採小便懷孕檢查或電話聯絡追蹤，尚待更多研究證實其結果。

結論

第一孕期的藥物流產行之普遍，也廣受年青少女親睐，已漸漸取代流產手術。在台灣，亦有 10 年的使用經驗，少有嚴重併發症產生。而且，許多國家明文規定（如英國等）允許在懷孕 9 週內藥物流產，但台灣目前法律仍限定在 7 週內，似乎與國際脫軌，不符合民眾需求，有賴衛生福利部儘快改善，允許懷孕 9 週內的藥物流產，造福更多婦女。

推薦讀物

1. Society of Family Planning Clinical Guideline. Medical management of first-trimester. *Contraception* 2014; 89: 148-61.
2. Bryant AG, Regan E, Stuart G. An overview of medical abortion for clinical practice. *Obstet Gynecol Surv* 2014; 69: 39-45.
3. Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1070-6.
4. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin M, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 1303-10.
5. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, et al. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception* 2013; 87: 26-37.
6. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachcho PT, et al. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG* 2002; 109: 1281-9.
7. Raghavan S, Comendant R, Digol I, et al. Comparison of 400 mcg buccal and 400 mcg sublingual misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' LMP: a randomized controlled trial. *Contraception* 2010; 82: 513-9.
8. Hayes JL, Achilles SL, Creinin MD, et al. Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations. *Contraception* 2011; 84: 505-7.
9. Li YT, Chen FM, Chen TH, et al. Concurrent use of mifepristone and misoprostol for early medical abortion. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2006; 45: 325-8.
10. Faundes A. The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy. FIGO Working Group on the prevention of unsafe abortion and its consequences. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 115: 1-4.
11. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34: 104-9.
12. Lokeland M, Iversen OE, Engeland A, et al. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. *Acta Obstet Gynecol* 2014; 93: 647-53.

 問答題

- 一、根據 FDA 資料顯示，懷孕 49 天內使用 mifepristone 600 mg 和 misoprostol 400 μ g 的藥物流產，其成功率為何？
- (A) 80 % (B) 85 %
(C) 92 % (D) 97 %
- 二、根據文獻報告，懷孕 63 天內的藥物流產成功率為何？
- (A) 80-85 % (B) 86-90 %
(C) 91-95 % (D) 98 %
- 三、根據世界文獻藥物流產報告，使用 mifepristone 200 mg (1 顆) 與 600 mg (3 顆) 之敘述，下列何者正確？
- (A) 600 mg 較佳 (B) 200 mg 較佳
(C) 二者相同
- 四、根據國際婦產科學會報告，懷孕 63 天內藥物流產，misoprostol 的使用方式何者效果最差？
- (A) 口服 (B) 陰道置入
(C) 口含 (D) 舌下
- 五、下列何者為藥物流產後的追蹤方式？
- (A) 超音波 (B) 血清 β -hCG
(C) 臨床檢查和小便懷孕檢查 (D) 以上皆是

第 2 1 4 期通訊繼續教育

婦產科醫師照顧病患的全新改革(II)

答案：一、(D)；二、(B)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

兩天出院的腹式子宮切除

李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹¹ 台南郭綜合醫院 ¹ 婦產科² 台北中山醫院 婦產科

許多醫學研討會的演說者，常引用文獻之綜合分析，認為全子宮切除方法以陰道切除方式最佳，次為以腹腔鏡輔助的全子宮切除（LAVH），最後才是腹式子宮切除（ATH）。但 LAVH 與 ATH 的比較應該在公平條件下進行，即必需是隨機取樣（randomized）而非選擇性的取樣。如 LAVH 是否具備下列條件：(1)無論子宮肌瘤的大小、數目，或巨大子宮腺瘤，皆能做；(2)不論沾黏程度，如嚴重的子宮內膜異位、慢性骨盆腔炎，均能做；(3)不論患者有多次剖腹產、肌瘤切除、或腸阻塞手術，均能做；(4)對後腹膜巨大肌瘤均能取出；(5)對先做腹腔鏡後改為剖腹手術，如何計算？因為將統計歸納在 LAVH 或 ATH 都不公平，如刪除不列入計算，也是不對。如果研究在一開始便有偏見（bias），會降低綜合分析的可信度，況且，巨大的子宮肌瘤會有 1-3 % 屬惡性肉瘤，在美國，曾有 1 位女性麻醉科醫師在 LAVH 後得知是惡性子宮肉瘤，引起眾所皆知的醫療糾紛。

LAVH 被認為比 ATH 理想的主要原因是住院時間較短，但近期的文獻報告指出，使用快速常規的子宮切除（fast-track hysterectomy），住院時間平均為 3 天、甚至可縮短至 2 天，與 LAVH 並無差異。

快速常規計畫

Fast-track 照字義為「快車道」之意。快速常規計畫（fast-track）乃 1990 年丹麥 Kehlet 教授自大腸直腸手術介紹而來，即改善手術前、手術中、手術後的照顧，促進病患恢復健康，減少併發症的產生，降低器官失能，縮短住院天數。近十多年，腹式子宮切除手術的

快速常規計畫亦大增，內容主包括：不灌腸、縮短麻醉前空腹時間、加強手術前、中、後的止痛藥使用、脊椎麻醉、維持麻醉體溫 $> 36^{\circ}\text{C}$ 、減少手術中與手術後的靜脈點滴劑量、術後早下床與早進食、儘快拔除導尿管、避免放置胃管或引流管（有膿瘍者例外）等，都與傳統治療方式迥異，婦產科醫師如能熟稔並加以運用，對醫、病雙方都有幫助。

文獻報告

- (1) 2001 年，Moller 等在 16 位採快速常規腹式子宮切除患者，包括先用胸腔硬脊膜外（epidural）導管（T9-T11）注入 bupivacaine 0.5 % 6 mL 和硬脊膜外注入 morphine，再以 propofol、alfentanil、肌肉鬆弛劑 cisatracurium 做全身麻醉。所有患者在手術結束前 20 分鐘均接受 ketorolac 30 mg 和 ondansetron 4mg，並在傷口注射 bupivacaine（Marcain®）0.25 % 20 mL。在恢復室時，接受直腸置入 paracetamol 2 g。手術期間與術後早期的點滴注射最大劑量為 1500 mL，除非患者大量出血需更多輸液。硬脊膜外注射使用 2 天。導尿管在隔天上午便拔取，手術當天口服正常食物，下床走動 ≥ 2 小時。住院時，患者接受 magnesium oxide 1 g（一天 1 次）和 cisapride 20 mg（一天 2 次）。結果患者平均住院 2（2-4）天。因此，採快速常規子宮切除的患者，可縮短住院時間。
 - (2) 2010 年，Kroon 等在 27 位腹式子宮切除患者，於脊椎內（L2-L3 或 L3-L4）注射嗎啡（morphine）0.1 mg，輔以低劑量 remifentanil 和 propofol 做麻醉（total intravenous anesthesia、TIVA 組），與 26 位患者採 patient-controlled analgesia，輔以 nitrous oxide 和 isoflurane 全身麻醉（PCA 組）做比較。兩組的平均年齡和身體質量指數（body mass index）在 TIVA 組為 47 歲、26 kg/m²，在 PCA 組為 46 歲、25 kg/m²。手術前口服藥物在 TIVA 組為 triazolam 0.25 mg、paracetamol 2 g，在 PCA 組為 triazolam 0.25 mg、paracetamol 1g，與 COX-2 抑制劑 rofecoxib，該藥後因退出市場，手術結束時改使用肛門塞劑 diclofenac 50 mg。而手術前使用止痛藥，可減少術後數小時內的急性疼痛。另外，預防噁心、嘔吐可在手術結束前 30 分鐘，靜脈注射 betamethasone 8 mg、ondansetron 4 mg、droperidol 0.625 mg。手術後注射 Ringer's actate 100 mL/h。在恢復室靜脈注射 ketobemidone 2.5-5 mg（一種嗎啡類鴉片）和 ondansetron 4 mg。回病房後口服 paracetamol 1 g（共 4 次）和 diclofenac 50 mg（共 3 次），如不足，再口服或注射 ketobemidone。並盡快早進食，一旦進食狀況良好便停止點滴注射。
- 結果 TIVA 組和 PCA 組在術後開始口服液體時間分別平均為 4（2-6）、5（2-24）小時（ $p < 0.0001$ ），拔取導尿管時間平均為 9（5-23）、22（17-24）小時（ $p < 0.01$ ），住院時間平均為平均為 2（1-3）、3（1-6）天（ $p < 0.001$ ），均為 TIVA 組較優。由此可知，捐棄舊有治療的陋習，予以足夠的止痛藥劑，做好噁心、嘔吐的預

防，且早進食減少點滴注射，改善麻醉方式，腹式子宮切除患者 2 天便可出院，不比 LAVH 差。

- (3) 2012 年，Carter 等分析 72 位腹部卵巢或子宮切除患者，其中 45 位（63 %）為惡性腫瘤。共有 63 位（88 %）接受垂直中線切開傷口，經快速常規手術後，平均住院 3 天，其中有 7 位（10 %）在手術後 2 天內出院，38 位（53 %）在 3 天內出院。
- (4) 2012 年，Nilsson 在統計研究快速常規腹式子宮切除患者，沒有發生併發症者（n = 121）的平均住院時間為 47（24-80）小時（不到 2 天），有發生併發症者平均為 51（22-125）小時（2 天多）。住院時間的計算從麻醉開始至出院止。
- (5) 2012 年，Dickson 等分析 130 位腹式子宮切除患者，經快速恢復計劃治療，與另外 130 位手術不採快速恢復計劃者做比較，平均住院天數分別為 1（1-17）天、3（2-13）天（ $p < 0.001$ ）。

結論

腹式子宮切除患者如希望在術後 2-3 天便出院，除上述所言設立快速常規計畫手術外，尚須配合精緻的手術方式，如傷口越小越好、腹腔不使用大棉墊推開腸子（改大棉墊 1/3 在腹腔中，加上 flexible 或直腸鉤擋住避免縫針傷到腸子）、腹膜不縫合等，合時合宜的方法，有益於患者恢復健康。

推薦讀物

1. Carter J, Szabo R, Sim WW, et al. Fast track surgery: a clinical audit. Aust N Z J Obstet Gynecol 2010; 50: 159-63.
2. Moller C, Kehlet H, Friland SG, et al. Fast track hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 98: 18-22.
3. Dickson E, Argenta PA, Reichert JA. Results of introducing a rapid recovery program for total abdominal hysterectomy. Gynecol Obstet Invest 2012; 73: 21-25.
4. Kroon UB, Radstrom M, Hjelthe C, et al. Fast-track hysterectomy: a randomised, controlled study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; 151: 203-7.
5. 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.

從 RBRVS 的精神，談健保分區點值計算的謬誤



周天給

台灣婦產科醫學會醫療政策暨資訊委員會召集人

西醫基層醫療服務審查執行會臺北分會法規會務組委員

103年9月12日，西醫基層醫療服務審查執行會臺北分會在新北市醫師公會湯城園區，曾針對基層健保點值作研討。其中提到102年第一季全區浮動點值為0.93444748，102年第二季臺北區浮動點值為0.85229301。若他區跨至本區就醫，他區須支付0.93444748予本區；本區跨至他區就醫則亦同樣支付0.93444748予他區。聰明的您，一窺即可看出其中的謬誤！

美國醫師專家團體組成的顧問群（Technical Consulting Group, Cross-Specialty Panels, RBRVS Expert Panels）發展出了醫療服務的相對值公式¹：

即 $RBRVS = (TW) (1 + RPC) (1 + AST)$ 。

TW = 醫師的工作投入 (total work input by the physician)

RPC = 專科相對執業成本指標 (an index of relative specialty practice costs)

AST = 專科訓練的機會成本之年攤還值指標 (an index of amortized value for the opportunity cost of specialized training)

之後，更將 RBRVS 的定義修正為²：

$RBRVS = (TW \text{ 乘 } GAFw) + (RPC \text{ 乘 } GAFp) + (RL \text{ 乘 } GAFI)$ 。

西醫基層各區健保點值的計算，固應調整地區間之差異性，以力求公平。但是，從102年西醫基層就醫點數的支付，投保臺北區到他區就醫的點值，顯然高於他區到臺北區就醫的點值，那臺北區就醫的點值豈不是不合理地被縮水（餵水？）嗎！

根據總額分配方式：於扣除品質保證保留款後，預算65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。但是，官方網站也明白指出：全民健保總額分配分區與不分區之優缺點比較中，若作分區分配，對醫療利用率較高地區之醫師衝擊較大，又指出以不分區分配預算可避免團體不和諧³。反面來思考，不就肯認分區分配必然造成團體的不和諧，傷害

彼此的感情。又退萬步想，醫療利用率的定義廣泛，意義也較模糊，病患看診的權益竟然被所謂利用率犧牲（縮水）了。因此，個人認為目前全民健保總額分配的方式，實不足採。

從RBRVS（Resources-based Relative Value Scale）的精神，它乃是由利用醫療資源耗用相對價值，考量人力、物力、壓力、財力（如醫療機構的房屋租金、職員薪資的地區水平）等來客觀量化醫療給付⁴。其中關於依據地理調整因子（GAFs）來調整支付，至今美國也已實施多年，足供我們參考。以下就美國部分地理調整因子（GAFs）比較表及當地調整支付金額計算表列如下（見圖一、二）⁵：

圖一：部分地理調整因子比較表：

部分地理調整因子(GAFs)比較表 (以 1997 年與 1998 年為例)

Locality	No.	Locality Name	1999 GAF	1997 GAF	Difference	Percent Difference
2050	18	Los Angeles	1.104	1.103	0.001	0.1
10250	0	Mississippi	0.900	0.899	0.001	0.1
835	99	Rest of Oregon	0.934	0.933	0.001	0.1
5440	35	Tennessee	0.924	0.923	0.001	0.1
590	3	Fort Worth, TX	0.978	0.977	0.001	0.1
570	1	Delaware	1.015	1.015	0.000	0
640	0	Iowa	0.912	0.912	0.000	0
623	99	Rest of Michigan	1.013	1.013	0.000	0
655	0	Nebraska	0.894	0.894	0.000	0
16360	0	Ohio	0.973	0.973	0.000	0
973	20	Puerto Rico	0.794	0.794	0.000	0
900	18	Houston, TX	1.034	1.034	0.000	0
900	20	Beaumont, TX	0.973	0.973	0.000	0
836	2	Seattle, WA	1.023	1.023	0.000	0

資料來源：American Medical Association (1998). Medicare RBRVS: the physicians' guide.

圖二：支付金額計算表

當地調整之支付金額計算

service	work RVUs	work GPCI	practice cost RVUs	practice cost GPCI	PLI RVUs	PLI GPCI	total RVUs	conversion factor	local payment schedule
A	$(2.00 \times 1.02) + (3.00 \times 1.10) + (0.30 \times 1.08) = 5.66$						5.66	\$36.6873	\$ 207.65
B	$(5.12 \times 1.02) + (4.14 \times 1.10) + (0.53 \times 1.08) = 10.35$						10.35	\$36.6873	\$ 379.71
C	$(0.58 \times 1.02) + (0.39 \times 1.10) + (0.03 \times 1.08) = 1.05$						1.05	\$36.6873	\$ 38.52
D	$(27.60 \times 1.02) + (32.30 \times 1.10) + (3.51 \times 1.08) = 67.46$						67.46	\$36.6873	\$2474.93

資料來源：American Medical Association (1998). Medicare RBRVS: the physicians' guide.

衛生署（現為衛福部）於健保總額支付制度開辦時，為平衡「人口風險因子（年齡、性別結構、標準化死亡比）及轉診形態」對總額實際醫療利用率及地區的衝擊，而用「開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」（所謂 S 值）及「各地區校正人口風險後保險對象人數」（所謂 R 值）為分配參數，來達成「就醫公平性與促進醫療資源均衡分佈」之政策目標。但是，有學者認為：「由加拿大英屬哥倫比亞省總額預算調整所考慮之因素觀之，其所考慮之因素即多達十八個之多，其中固有過於抽象，或不適於我國國情者……」⁶。我國擬辦總額預算之初，參酌加拿大的總額預算方式者多，甚至採用其總額預算調整所考慮的因素。但事實上，有不適合我國情者，學者也提出了相當的批評。我們從 102 年的浮動點值來看，難道還要堅持現在的分區分配方式嗎？當然為鼓勵醫師前往偏遠地區行醫，給予該地區適當的提升醫療費用點值，乃是必要及天經地義的事。但是，如同甲區的人民到乙區吃一碗味×家的牛肉麵，政府幫人民給乙區一碗是 100 元；乙區的人民到甲區吃一碗味×家同樣的牛肉麵，政府卻只須幫人民給甲區一碗 80 元，那甲區的味×家牛肉麵難道是縮水（餿水？）麵嗎！更有甚者，乙區卻要甲區肯認借一碗味×家的牛肉麵就是 100 元，甲區多無奈呀！美國甘迺迪曾在西柏林演講詞中：「如果世界上有人不自由，誰又自由了？」我們也能說：「如果台灣有地區健保給付點值不公平，誰又能說是公平了？」我們可參酌美國 RBRVS 精神，除針對地理因子作適當點值調整外，仍應依憲法精神做出實質、公平的合理給付機制⁷。

註解

- 1 醫師服務的支付標準（FS）為 $FS = RBRVS \times CF$ ，CF=轉換因子，係將 RBRVS 轉換為實際的支付標準。請參閱 Hsiao, et al., 1988, “Resource-Based Relative Values: An Overview” . Journal of the American Medical Association, 260, 2347-2353.
- 2 由原始的 RBRVS 公式所做的修正主要有三點考量，其中並調整地區間之差異性，以力求平衡。請參閱 Ginsburg, Lee, et al., 1991. “Physician Payment” , Chapter 4 in E. Ginsberg, ed., Health Services Research: Key to Health Policy, 69-92, Harvard University Press. .
- 3 請參閱 <http://www.drform.org.tw/890709%E5%9F%BA%E5%B1%A4%E7%B8%BD%E9%A1%8D/sld021.htm>
- 4 請參閱 Shi, et al., 2004, “Delivering Health Care in America, A Systems Approach” , Jones and Bartlett Publishers, Inc. , 213 .
- 5 請參閱莊逸洲、黃崇哲，醫療機構人力資源管理，頁 293-294，華杏出版股份有限公司，2004 年。
- 6 請參閱郭乃文：加拿大總額預算支付制度考察報告 <http://www.dryahoo.org.tw/%E6%AC%A1%E7%B6%B2%E9%A0%81%E7%86%B1%E9%96%80%E8%A9%B1%E9%A1%8C%14%E7%B8%BD%E9%A1%8D%E9%A0%90%E7%AE%97%E5%88%B6%E8%A1%8C%E4%B8%8D%E8%A1%8C%E5%BE%97%E9%80%9A/%e9%83%ad%e4%b9%83%e6%96%87%e5%8a%a0%e6%8b%bf%e5%a4%a7%e7%b8%bd%e9%a1%8d%e9%a0%90%e7%ae%97%e8%80%83%e5%af%9f%e5%a0%b1%e5%91%8a.htm>
- 7 請參閱憲法第七條：中華民國人民，無分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等。釋字第 211 號解釋憲法第七條所定的平等權，係為保障人民在法律上地位之實質平等。



編 後 語

陳建銘

各位會員前輩大家好。

八月的台灣不平靜，高雄的氣爆看見了TAOG會員們的慈悲與熱情，秘書處的資料顯示短短幾天就有 116 位會員捐出了總額 1 百八十八萬多元的善款。九月入秋內心期盼秋高氣爽的日子到來，不料「餿水油」又亂了心情，趁開會之便離台遠赴瑞士散心。很巧的是在返台前一天在蘇黎世見識到了瑞士的反墮胎「為生命而行」的遊行，雖然妊娠三個月內有醫學理由在瑞士是可以合法墮胎的，但實際上瑞士的墮胎比率算是低的（15-44 歲婦女每千人大約七點多，相較於 UK 17.5，France 15 或是 U.S. 16），遊行隊伍之外也有支持墮胎的群眾出來示威，但是被全副武裝的鎮暴部隊以強力水柱驅離，很震撼的感受。本期會訊李耀泰醫師剛好有一篇流產相關文章「懷孕 9 週可以藥物流產嗎？」文中就世界文獻綜合分析藥物使用之合理性，並且在理事會提案就此議題建議行文衛生福利部呼籲允許懷孕 9 週內得以藥物流產，以造福更多婦女；但就法論法，在現階段藥物流產還是請會員們依仿單規範只應用在 49 天內之個案。最近一些婦產科同行遭逢不幸而負面的新聞事件、回應婦女新知基金會提出生產計畫書方案與立法院助產士公聽會對婦產科同業的衝擊都突顯了我們醫師所不懂的「媒體應對術」，應對媒體不當對我們整體婦產科的形象都會打折。針對媒體應對理事會已通過聘任資深媒體人洪素卿為醫學會無給職顧問，會員們可多多請益洪顧問的專業。在腹腔鏡微創手術當道的時空李耀泰醫師的「兩天出院的腹式子宮切除」精彩內容提供我們另類的思考。健保分區點值計算一直為同行與學者們所詬病，周天給醫師以專業的學養「從 RBRVS 的精神，談健保分區點值計算的謬誤」深入淺出的點出核心問題，再來只能期待衛福部能夠早日理解全民健保總額分配方式的錯誤認知，看出「牛肉麵」的本質。

九月 TAOG 也有喜事到臨，專科醫師筆試通過了四十位我們未來的生力軍，而本年度住院醫師招生率也達到 9 成（63/70）為歷年新高，期盼未來能吸引更多優質的年輕醫師投入婦女健康照護的行列。成績斐然的醫學會會刊（TJOG）上個月公告 IF 為 1.2，感謝陳持平主編及王鵬惠副主編的努力。為擴大各地區會員參與學會旅遊，理事會通過新議案將會員旅遊由一年兩次更改為一年一次，並增加各地區一日登山活動。首次地區旅遊 10 月 26 日選在高雄美濃，舉辦靈山步道健行活動，靈山步道是一條適合全家大小一同參與踏青的步道，在此誠摯的邀請會員們闔家一起來秋遊。



◎ 215 通訊繼續教育答案◎

題目：懷孕 9 週可以藥物流產嗎？

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](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
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.ircadtaiwan.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.ircadtaiwan	10月02日 07時45分	10月04日 14時30分	B	10分
141005-2	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程	高雄市政府衛生局、台灣家庭醫學醫學會	國軍高雄總醫院-軍陣醫療大樓 4 樓會議中心	10月05日 09時00分	10月05日 17時10分	B	2分
141005-4	New Era of OAB/NDO treatment- Botulinum Toxin A in the Management of Overactive Bladder and Neurogenic Detrusor Overactivity	台灣尿失禁防治協會	台北 W hotel 8 樓 Mega Room	10月05日 09時30分	10月05日 17時00分	B	4分
141005-6	成大醫院骨質疏鬆症防治中心籌備學術研討會	成大醫院骨科部、台南骨鬆症防治暨教育聯合會	成大醫學院第二講堂	10月05日 13時00分	10月05日 18時00分	B	2分
141005-3	103 年度臺北市憂鬱症共同照護網學術研討會	臺北市衛生局	臺北市立聯合醫院松德院區	10月05日 13時30分	10月05日 17時30分	B	2分
141005-1	孕產期癌症預防與治療 高雄	周產期醫學會	高醫啓川大樓第一會議室	10月05日 13時50分	10月05日 17時00分	B	4分
141005-5	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)	10月05日 14時00分	10月05日 18時00分	B	2分
141017-1	103 年度母乳親善母乳哺育研習會	嘉義縣衛生局、嘉義長庚醫院婦產科	嘉義長庚醫院綜合醫學大樓 B1 臨床技能中心	10月17日 08時00分	10月17日 17時30分	B	2分
141018-1	Lifestyle Medicine Summit 生活型態醫療高峰會	中華民國職業病醫學會	台北市敦化南路二段 201 號(香格里拉台北遠東國際大飯店, 3F 遠東宴會廳)	10月18日 09時00分	10月19日 17時00分	B	2分
141018-2	中華民國醫用超音波學會 30 周年、2014 年會暨第四次學術研討會	中華民國醫用超音波學會	台北國際會議中心(請核給積分乙類 2 分)	10月18日 14時00分	10月19日 17時00分	B	2分
141019-2	性侵害防治醫事人員精神鑑定、驗傷、採證及交互詰問訓練課程(花蓮)	台灣婦產科醫學會	門諾醫院	10月19日 08時00分	10月19日 12時00分	A	2分
141019-1	更年期繼續教育研習課程(台南)	台灣婦產科醫學會、台灣更年期醫學會	成功大學醫學院成杏校區第一講堂	10月19日 09時00分	10月19日 12時00分	A	2分
141023-1	性侵害被害人驗傷採證專業教育訓練	中國醫藥大學附設醫院	中國醫藥大學附設醫院癌症中心大樓一樓會議室	10月23日 08時30分	10月23日 15時30分	B	2分
141025-1	2014?醫療數位學習研討會：運用數位學習創造醫療新價值	主辦單位：台灣醫療數位學習學會/台北慈濟醫院/大林慈濟醫院	台北慈濟醫院合心樓一樓協力國際會議廳	10月25日 09時00分	10月25日 12時00分	B	1分
141026-1	更年期繼續教育研習課程(台北)	台灣婦產科醫學會、台灣更年期醫學會	台大醫院兒醫大樓 B1 講堂	10月26日 09時00分	10月26日 12時00分	A	2分
141102-1	更年期繼續教育研習課程(台中)	台灣婦產科醫學會、台灣更年期醫學會	澄清醫院中港分院 17 樓國際會議廳	11月02日 09時00分	11月02日 12時00分	A	2分
141108-1	「2014 台灣醫學週—台灣聯合醫學會學術演講會」暨「臺灣醫學會第 107 屆總會學術演講會」	臺灣醫學會、衛生福利部	台北國際會議中心	11月08日 09時00分	11月09日 17時00分	B	5分
141109-1	性侵害防治醫事人員精神鑑定、驗傷、採證及交互詰問訓練課程(高雄)	台灣婦產科醫學會	高雄榮總	11月09日 08時00分	11月09日 12時00分	A	2分
141114-1	IOF Regionals - 5th Asia-Pacific Osteoporosis Meeting	中華民國骨質疏鬆症學會	台北國際會議中心	11月14日 08時00分	11月16日 16時15分	B	2分
141119-1	人類乳突病毒疫苗	中山醫療社團法人中山醫院	中山醫院 會議室	11月19日 13時00分	11月19日 14時00分	B	1分
141217-1	Development of cremophor-free paclitaxel in the treatment of ovarian cancer in Taiwan	中山醫療社團法人中山醫院	中山醫院 會議室	12月17日 13時00分	12月17日 14時00分	B	1分

9/21性侵害防治醫事人員訓練課程

台北場



9/21更年期 繼續教育

高雄場





adept®

克沾黏溶液
[4% Icodextrin]



**適應症：用於腹腔滴注以減少腹部手術後沾黏，
手術中應以沖洗液方式使用**

BioSurgery

ADVANCING SURGERY,
ENHANCING LIFE

Baxter

藥商：
百特醫療產品股份有限公司
台北市大安區敦化南路二段216號15樓
電話：(02) 2378-5000
傳真：(02) 2377-0441 / 2378-2302

製造廠：
Baxter AG
Industriestraße 67,
1221 Wien, Austria

經銷商：
華宇藥品股份有限公司
11494台北市內湖區舊宗路二段171巷17號3樓
電話：(02)2658-2577
傳真：(02)2658-3977
免費專線：0800-000-191

www.baxterbiosurgery.com

使用前請詳閱說明書
衛署醫器輸字第023001號
北市衛器廣字第10202073號