

台 灣

婦產科醫學會會訊



發行日期：2015年3月221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：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

104年度年會暨擴大學術會花絮

會員報到



104年度年會暨擴大學術會花絮

大會 演講



104年度年會暨擴大學術會花絮

大會 演講



104年度年會暨擴大學術會花絮



大會 演講



104年度年會暨擴大學術會花絮

海報展示 & 廠商展示



104年度年會暨擴大學術會花絮 國際學術交流



104年度年會暨擴大學術會花絮

晚宴



104年度年會暨擴大學術會花絮

晚宴



104年度年會暨 擴大學術會花絮 晚宴



台灣婦產科醫學會 221 期會訊

目錄精華

12 理事長的話 | 文／何弘能

13 秘書長的話 | 文／黃閔照

16 秘書處公告 | 文／秘書處

16 台灣婦產科醫學會第 20 屆第 2 次健保政策委員會會議紀錄

18 台灣婦產科醫學會第二十屆第六次理事會會議紀錄

23 會員聯誼——3 天 2 夜 台東花蓮之旅

26 通訊繼續教育

膀胱過動症的藥物治療 | 文／李耀泰 陳福民 吳尚德 郭宗正

34 會員園地

絞碎術的爭議 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

38 法律信箱

居家生產的反面思考 | 文／高添富

43 編後語 | 文／楊濬光

46 活動消息

理事長的話

何弘能

敬愛的會員、前輩：大家好！

2015 年年會終於在台中圓滿落幕，今年學術委員會幫我們準備了不少精彩議程，除了必要的倫理法律課程外，增加了不少學術性及臨床重要課程。在國際會議上，特別加入台、日、韓中生代講者，果然有令人耳目一新的感覺，期望能進一步促進台日韓學術交流，連接並加強不同年齡層的交流。

今年美國前任婦產科醫學會理事長 Professor Conry 更特別為我們演說兩個重要的議題，有關產後如何進一步追蹤和照顧婦女及妊娠與環境影響，值得各位同仁的省思。過去我們對相關議題並未曾有深入討論，或許未來應設立不同工作小組研究並提出我們的政策。

台中是人文薈萃的城市，具有許多文化特色，今年的各項節目讓國外的學者及來賓有很深刻的體驗，在此謝謝秘書處及中部同仁的協助。

會員代表大會通過的 2015 年預算及工作項目，學會會努力執行，一些臨時動議及意見將列入理監事會議討論，特別是牽涉學會章程修改等重大事項，理應更加謹慎，經理監事會議充分討論後再提出修改方案，經下次會員代表大會通過後執行。

今年年會會員的參與非常踴躍，報到人數突破往年紀錄，謝謝大家，

最後敬祝大家

健康、快樂！

秘書長的話

黃閔照

各位會員：

期盼許久終於降下甘霖，稍解缺水之「旱」，台灣自去年秋冬少雨，到今年春雨不接，創下 67 年最乾旱的季節，再加上地形起伏，過去負有蓄水功能的水庫，近幾年來大都因淤積失去蓄水防旱的功能，從各水庫見底的淤塞景象也可看到過去大家不重水土保持，大自然反撲的力道。「天祐台灣」的天燈冉冉升起，的確沒有一盞能直達天聽，但只能殘破地落在樹梢溪畔，人如不祐台灣，老天也不會保佑我們！

感謝大家的支持，今年年會在台中裕元花園酒店順利完成，每場演講都座無虛席，也特別感謝大台中地區理監事及會員代表的幫忙，此次演講特別邀請到美國前婦產科醫學會理事長 Jeanne Conry 來台做兩場演講，分別談到環境對婦女懷孕的影響及懷孕婦女身體變化對將來女性身體健康的影響，做為一個婦產科醫師，應該要擔負女性全人健康照護，這也會是將來學會努力的方向。在此向所有協助年會的人，包括所有院士們、陳思原召集人及學術委員會成員，提供支援贊助的廠商及學會秘書們的努力，讓大會成功，謝謝大家！

4 月 19 日苗栗銅鑼健行賞桐，以銅鑼大興善寺出發，來回約 8 公里，柏油路面坡平緩，適合全家出遊，報名者眾多，謝謝會員們的踴躍參加。另 7 月 10 ~ 12 日年度會員旅遊，此次安排花東三日行也希望會員多多報名。

今年住院醫師招收共 69 名額，目前容額全滿，很多訓練醫院都還有考試及選擇的空間，除了歸功醫事司做容額的管控外，生育事故救濟計畫的試辦成功也功不可沒，此次年會也特別針對會員醫糾做問卷統計，的確有相當比例的會員有過醫療糾紛及民刑事訴訟。美國婦產科醫學會前理事長 Conry 教授聽到有醫師因此入獄，大吃一驚，認為不可思議。過去對醫學生執業選擇的調查，發現生活品質是優先考量，其次才是醫療糾紛及收入，學會會再努力，希望將婦產科能帶入全新的境界，也希望各訓練醫院好好訓練每一梯的住院醫師們，讓他們有能力、無憂慮的做一個婦產科醫師。此次年會三國婦產科醫學會理事長也談到，如何加強年輕醫師交流，希望不久將來可建立一個平台，提供年輕醫師赴日、韓做短期交流訓練。

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

台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

江茂橋	壹萬	11月7日
吳鳳昕	壹萬	11月12日
賴文福	伍萬（增加）（共壹拾伍萬）	11月29日
黃甫彥	壹萬	12月3日
林耀庭	伍萬	12月9日
謝茂益	貳萬	12月11日
謝鄭金枝	貳萬參仟陸佰	12月11日
鄭淑貞	貳萬（增加）（共肆萬）	12月17日
徐宇瓊	伍仟（增加）（共壹萬）	12月31日
蕭倩如	壹萬	103年1月6日
林彥互	伍仟	103年1月6日
牟惟茜	伍仟	103年1月6日
鄭雅敏	伍萬	103年1月14日
陳建銘（高雄）	伍仟	103年2月12日
王鑄迪	壹萬（增加）（共1萬1）	103年4月22日
陳賢堂	伍仟	103年5月7日
李天俠	壹萬（增加）（共1萬2）	103年5月18日
陳建銘（新竹）	陸佰壹拾元（增加）（共壹拾捌萬零陸佰壹拾元）	103年年5月18日
李耀泰	參仟（增加）（共參萬參仟）	103年7月2日
王厚坤	壹萬	103年7月8日
楊誠嘉	壹萬	103年7月25日
張千惠	伍仟	103年8月1日
郭敏哲	伍仟	103年8月1日
謝朝昌	伍仟	103年8月7日
謝 瓶	伍仟	103年8月7日
吳翠惠	壹萬	103年10月28日
麥袁綸	壹萬	103年11月17日
賴文福	伍萬（增加）（共壹拾伍萬）	103年11月20日
陳文瑩	貳萬	103年11月20日
李耀泰	參仟伍佰（增加）（共參萬陸仟伍佰）	103年11月21日
謝造	壹仟	104年2月12日
林綿	壹仟	104年2月12日
陳得	壹仟	104年2月12日
謝春	壹仟	104年2月12日
卓淀	壹仟	104年2月12日

文物捐贈名單

陳福民、方昌仁、謝欣穎、施景中、賴明志、蘇文彬、李榮憲

■ 秘書處公告

台灣婦產科醫學會第 20 屆第 2 次健保政策委員會會議紀錄

時 間：104 年 02 月 08 日（星期日）下午 3 點 30 分

地 點：學會會館

主 持 人：郭宗正 召集人

出 席 者：召 集 人 郭宗正

副召集人 蕭弘智 顏明賢 施英富 張嘉訓 張紅淇 孫茂榮 李煥照 徐超群

委 員 官大弘 張少萌 王孫斌 陳建銘 賴文福 何博基 黃啓明 陳信孚

洪秉坤 王錦榮 沈煌彬

請假人員：廖基元 王功亮 黃昭彰 吳宗城 周天給 徐明洸 楊宜杰 何延慶 武國璋

鍾明廷 陳郁菁

列 席 者：何弘能理事長 蔡英美監事長 黃閔照秘書長

記 錄：林家翎

報告事項：

1. ICD-10-CM/PCS 編碼草案已公布於健保署網站，供各界參閱並提供修正意見，若有意見可上健保署網站提交意見建議書。
2. CA-125(EIA) 代碼 12077B，由 B 表改為 C 表，經過多年努力仍未通過，經詢問幾家醫學中目前也都不用（RIA）檢驗，因此也行文健保署廢除 27053C(RIA)，全面改以（EIA）申報，12077B 也順理改成 12077C。今年在全聯會的基層總額醫療給付費用成長項目，仍會提開放 CA-125(EIA) 為第一優先。

討論事項

案由一、有關蜜蕊娜（Mirena）裝置費是否納入健保。

說 明：1. 有關蜜蕊娜子宮內投藥系統開放健保，但健保署並未合併裝置費用引起申報上爭議。（目前裝置費約 800-1,200 元之間）

2. 蜜蕊娜屬藥物 5 年給付一次，但蜜蕊娜裝置後有脫落之可能，且比例不低，又其他醫療院所，如何得知過去五年內病患是否裝置過，且擔心脫落後，會要求醫師負責。

提案人：秘書處

決 議：暫不爭取裝置費，以保留自費空間。

案由二、羊膜穿刺收費標準。

說明：國健署接獲民眾投書，婦產科醫療單位於補助提高至 5000 元後，提高收費，過去十多年來羊膜穿刺未因人事、物價作調整，是否建議提高收費標準，以因應成本支出。

提案人：秘書處

決議：各醫療院所一各自成本考量作適度調整。

案由三、舉辦「產科獨立預算」研討會。

提案人：秘書處

決議：通過。

案由四、基層審查注意事項修訂

說明：依據全聯會來函辦理。

辦法：擬提新增修 2 項。

提案人：秘書處

決議：1. 提增修基層產科出院條件（如附件 1）。

2. 免審查乙案，改以各區代表餐敘時提出。

案由五、討論 105 年西醫基層總額醫療給付費用成長項目。

說明：依據全聯會來函辦理，並以不超過 3 個建議為原則。

辦法：以 104 年所提項目為基礎（6 項），並新增 97033B 卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術。

提案人：秘書處

決議：擬提第一優先「CA-125 腫瘤標記」、第二優先「腹腔鏡次全子宮切除術」及第三優先「CA-153 腫瘤標記」（如附件 2）。

案由六、請加強審核委員的在職教育訓練及考核以增強其審查能力。

說明：曾經有案例為胚胎萎縮（懷孕 9 周胎死腹中）接受健保人工流產，依規定組織送病理化驗，報告為「懷孕的組織」（product of conception）遭全件刪除，理由是病理報告與診斷不符。

辦法：學會每年至少開兩次全國婦產科審查醫師在職教育及共識研討會，增加審查水準及能力。

提案人：張紅淇委員

決議：擬召集各區代表餐敘討論。

參、臨時動議

肆、散會（下午 5:30）

台灣婦產科醫學會第二十屆第六次理事會會議紀錄

時間：104 年 02 月 08 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 顏明賢 張廷彰 何博基 蔡明松

理事 吳輝明 林正義 張少萌 李耀泰 施英富 林武周 孫茂榮 黃啓明

林錦義 黃富仁 呂維國 徐超群 蔡永杰 洪秉坤 林禹宏 應宗和

徐明義 龍震宇 黃建霖 張基昌

列席者：監事長 蔡英美

秘書長 黃閔照

副秘書長 李煥照 黃文助 劉文雄

財政委員會召集人 張維君

請假者：胡玉銘 陳思原 吳孟興 鄭英傑 余慕賢 翁順隆 洪滿榮

記錄：林雅嫩

壹、確認第 20 屆第 5 次理事會會議紀錄。

貳、報告事項

理事長報告

1. 麻醉科醫學會主張婦產科醫師執行手術工作時不得同時執行麻醉工作，對此我們會積極去反映及爭取。
2. 與兒科醫學會討論到在新生兒的急救方面，對於婦產科基層診所會有困難，今年會針對此項與兒科醫學會合辦分區繼續再教育，加強基層院所的新生兒急救處置。

3. 母嬰親善認證計畫：今年度母嬰親善認證計畫國健署有意給醫策會承接，決定今年不承接此項計畫。
4. 復興航空空難，本會會員劉兆輝醫師也在飛機上，飛機失事後，他主動脈剝離、全身多處骨折，被送往台北醫學大學附設醫院急救，在各位醫師幫忙下脫離險境，目前正在恢復中。劉醫師有感於金門醫療資源缺乏，8年前自願前往金門開業，服務金門鄉親，熱心公益，學會向他致敬，並祝福他早日康復。
5. 會刊雜誌：今年由4期改為6期，約增加30%的費用，近日科技部回函同意補助本會「全國性學術團體辦理學術推廣業務」，本會期刊一直是大家的驕傲，是一個甜蜜的負擔。

監事長報告

今年的收入比往年增加，對於會刊雜誌的經費雖然增加，但經由各位理事、秘書處的努力擴展各項業務，增加學會不少收入。

秘書長報告

1. 今年年會在台中裕元花園酒店舉辦，今年也特別邀請到美國婦產科醫學會前理事長來台為我們演講，希望各理事們多多宣傳轄內醫師踴躍參加，尤其是各訓練醫院能夠減少周六的常規醫療活動，讓住院醫師能多多參與年會。
2. 桃園縣呂玉玲立委，為提高麻醉醫療品質，建議修正「醫師法」第二十八條：增列護理人員、助產人員或其他醫師人員在進行麻醉醫療行為時，須有麻醉醫師在場之規定。過去衛生署在87年11月11日來文說明「麻醉屬醫療業務範圍，依醫師法規定，凡具醫師資格者，均得執行，依法應不得以行政命令限制非麻醉專科醫師不得執行醫療業務」，加上監察院糾正文中說明，目前麻醉人力尚無法滿足醫院的麻醉需求，如此修正法案，可能導致病患權益受損，全聯會也在1/18法規委員會做出結論：鑒於《醫師法》第28條增列第2項規定後，形同開放「助產人員或其他醫事人員」亦得協助醫師執行麻醉工作，而有違衛生署歷年強調施行麻醉係屬醫療行為，原則應由醫師親自執行及僅護理人員得在醫師指導下協助醫師執行麻醉工作之函釋意旨，並將導致非麻醉醫師即不得指導執行麻醉工作，而忽視合格醫師皆有指導執行麻醉工作之能力，亦有嚴重影響病人就醫權益之疑慮，爰建議不予增列《醫師法》第28條第2項。學會有鑑於麻醉的風險，最近的繼續教育內容也以手術及麻醉安全為主題，將來也希望能跟麻醉科醫學會合作辦理繼續課程，以病人的安全為目標。
3. 最近與兒科醫學會理事長、秘書長及相關幹部做討論，建議兒科醫學會能夠比照麻醉醫學會協助接生診所，完成新生兒急救訓練課程，目前規劃除參加原本兒科已辦理之課程外，也希望各地區醫療院所聯合辦理相關課程，以方便基層醫護人員參加，學會將會盡全力協助課程安排。
4. 生育事故試辦計畫之延長辦理，今年再次委託醫策會辦理訪查業務，今年除新增醫療機構訪查外，特別針對過去三年申請案件在二件以上之醫療院所做檢討。醫院因有病例討論

會，僅須繳交討論報告，診所部分則透過訪查同時，由訪查委員與診所負責醫師共同討論，針對病例是否將來有改善的空間。對此學會特別跟醫策會協調結論，不做個案分析對錯，僅就醫療品質問題，由訪視委員提供相對寶貴經驗給基層診所，做為將來處置類似案件的流程，請會員們不要過於緊張。

5. 母嬰親善認證計畫：今年度母嬰親善認證計畫國健署有意給醫策會承接，決定今年不承接此項計畫。
6. 因應最近有會員反應，未滿 18 歲少女到醫療院所驗孕或產檢，是否通報存有疑義，及理事會中針對胎死腹中之流產手術告知原則不明，秘書處特別將過去高添富醫師及張少萌醫師在會訊發表的文章及衛生署來文於本期會訊中公告釋疑。
7. 復興航空空難搭乘同班飛機的金門婦產科劉兆輝醫師，雖受重傷但在北醫團隊的緊急手術下，目前病情穩定。再次感謝此次空難所有努力的軍警消及醫護人員，也謝謝陳菁徽醫師第一時刻的通知，隔日在劉醫師恢復意識，病情穩定下，理事長也親自到北醫探視。台灣偏鄉醫療人力不足，許多醫護人員必須舟車奔波，再次謝謝劉醫師對金門地區醫療的貢獻也祝您早日康復！

參、討論事項

案由一：審查 103 年度 11 ~ 12 月份、104 年度 1 月份月報表及 103 年度各項決算報表。

說 明：如附件。

提案人：財政委員會

決 議：通過。

案由二：爭取病態懷孕人工流產去刑化。

說 明：萎縮卵（Blighted ovum），胎死腹中（I.U.F.D），先天畸形（congenital anomaly）等病態懷孕屬於醫療必須之人工流產，應爭取免受刑法墮胎罪的約束，以免會員不慎觸法。

辦 法：向和婦產科醫學會關係良好的立委，研商修法的可行性，修訂優生保健法第 9 條加註第四款「得免刑責」或修訂刑法第 288、289、290 附註「病態懷孕除外」。

提案人：黃啓明 理事

決 議：優生保健法已有相關規範，請參閱張少萌理事所撰寫的「流產手術應注意的法律問題」一文，並於本期會訊再次刊登週知會員。

案由三：104 年度專科醫師訓練計畫之認定作業，大部分醫學會可採新制或建議再試辦一年後執行，本會是否依衛福部規劃逐年採行新制評鑑內容？

說 明：103 年婦產科專科訓練新制試評，依據委員反映，在受評醫院沒有住院醫師的情形下，

評分表約有近半評估項目無法評估，改以 NA 取代，因此無法有效看出無住院醫師訓練醫院之訓練品質。且受評醫院著重在一般教學訓練醫院之共同項目，因此原本專科訓練內容評分比例大幅下降，無法有效看出專科訓練醫院之品質。

辦 法：依第 20 屆第 5 次醫院評鑑暨人力規劃委員會議決議再做討論。

提案人：秘書處

決 議：發文詢問衛福部 104 年認定作業之執行方式為何？以利各訓練醫院及早準備認定資料。

案由四：醫學系學制自 102 學年度起改為 6 年，6 年至醫學系畢業生之畢業後一般醫學訓練（PGY 訓練）原則以 2 年規劃，第 1 年不分科訓練，第 2 年採分組訓練，如第 2 年以內外婦兒分組方式訓練（婦產科 9 個月），得否採認專科訓練資歷？

說 明：依衛福部規劃，將來 PGY2 採內外婦兒 4 組 9 個月訓練，未來應採計為專科醫師訓練時程多久，並由醫學會成立小組規劃 PGY2 課程。

辦 法：依第 20 屆第 5 次醫院評鑑暨人力規劃委員會議決議再做討論。

提案人：秘書處

決 議：籌組 PGY2 規劃小組，將先發函請有意願之委員會醫師踴躍加入此小組。

案由五：建立台、日、韓三國年輕醫師短期（1～3 個月）訓練交流平台。

說 明：今年度年會時台、日、韓三國理事長將共同討論訓練交流平台，惟訓練資歷是否列為各次專科訓練年資，請做討論。

提案人：秘書處

決 議：通過，訓練交流對象將以 Fellow 為主。訓練交流平台之細節，待今年度年會時，三國理事長共同討論後再行公布。

案由六：食品藥物管理署（藥品由處方轉類為指示藥之作業說明）：請確認陰道塞劑做為自我藥療的適當性，並提出因應措施。

說 明：如附件資料。

提案人：秘書處

決 議：行文衛福部食品藥物管理署建議不應將該藥品轉類為指示用藥。

肆、臨時動議

案由一：建議將子宮頸癌防治委員會改為婦女癌症防治委員會。

說 明：現在子宮頸癌的發生率已降低，反倒是子宮內膜腺癌發生率提高，子宮頸癌防治委員

會要做的事不只是子宮頸癌防治議題，應包含子宮頸癌、子宮內膜腺癌、卵巢癌、乳癌等等，故建議本委員會改為婦女癌症防治委員會，於將來本學會對婦女界要宣導預防保健之重要性時，較容易被接受，而免於心理恐懼感之作祟。

提案人：子宮頸癌防治委員會

決 議：通過。

案由二：請訂定基層 (1) 子宮腔鏡檢查適應症，(2) 子宮腔鏡切除子宮內膜息肉手術適應症。

說 明：由於北區基層申報子宮腔鏡檢查及子宮腔鏡切除子宮內膜息肉手術之案件數增加，造成其他給付點值受到影響，同時也已造成申報會員與審查醫師之間的爭議，因此提請理事會訂定子宮腔鏡檢查及子宮腔鏡切除子宮內膜息肉手術之相關適應症及審查共識

提案人：陳建銘

決 議：1. 依 4 種情形下實行手術（更年期後息肉、無症狀息肉觀察三～六個月後、息肉合併不正常出血、不孕症病人合併有息肉），並於術後附上照片申報給付。
2. 請各分區小組會員制訂處置申報之共識。

案由三：請明確訂定 MIRENA 健保支付之臨床適應症。

說 明：由於 MIRENA 於 2015 年 2 月 1 日開放健保支付，然而健保給付之臨床適應症過於模糊，基層會員與審查醫師均有疑慮，未免未來造成基層會員與審查醫師之間的爭議，因此提請理事會訂定 MIRENA 健保支付之臨床適應症及審查共識。

提案人：陳建銘

決 議：請各會員使用健保支付 MIRENA 時，向病人說明清楚藥品適應症及健保支付條件。

伍、散會

會員聯誼--3天2夜

花蓮-台東之旅

旅遊日期

104年7月10~12日(星期五~日)

報名方式

104年4月25日以前傳真報名表至學會與旅行社，並劃撥旅費至學會(以收到郵局劃撥單為準)，逾期恕難辦理。(因房間數及北上火車票有限，額滿為止)
郵局劃撥帳號：00037773
戶名：台灣婦產科醫學會

集合時間、地點

★此次將事先寄發車票，自行上車，工作人員將在車上點名
★火車時刻會依(班次已實際申請為主)申請做安排，集合地點及時間為暫定將會再寄發旅遊手冊，以手冊內容為主。
★台北回程以莒光號火車返回
★桃竹苗以南迴線至高雄左營高鐵站返回
預計晚上9:30抵達可愛的家

行程概要

第一天(五)

搭乘遊覽車前往蘇澳站→轉搭麗娜輪→花蓮搭乘遊覽車出發→享用午餐→兆豐農場(農場土地總面積有726公頃，觀光區與牛區是兆豐休閒農場主要的農牧生產區。在觀光園區裡，種植了檸檬、酪梨、香蕉、柚子、金桔及柳丁等水果。乳牛區則是兆豐休閒農場的生產主力，廣達70多公頃的放牧區裡，種植了乳牛最愛的整

固拉牧草，其飼餵養了500多頭乳牛，所生產的鮮乳，全部供應知名鮮乳廠商製成市售鮮乳
→進飯店→晚餐(飯店內)
宿：遠來大飯店

第二天(六)

享用美味早餐→

行程A：泛舟

花蓮秀姑巒溪為台灣泛舟最熱門地點，每年4-10月是泛舟旺季，秀姑巒溪泛舟河段由瑞穗大橋長虹橋，里程約為24公里，泛舟行程約三~四小時，由瑞穗泛舟服務中心出發，沿途峽谷氣勢雄偉，穿越二十多處激流、險灘，中途於奇美休憩區補充體力繼續上路，接著行經最刺激驚險的S型河段，最後抵達終點長虹橋淋浴休息→享用午餐
〈回程視時間安排點點停留〉

行程B：海岸之旅

拙而奇藝術空間

拙而奇 JOKI 是由甘信一先生及其工作團隊於1996年時在花蓮石門成立，主要以石、各式原木與金屬銅等三元素進行複合性材質創作。在東海岸山水的涵養之下，甘信一先生將其對生命的感動與想像，以創意重新解構組合，透過點、線、及不規則圖塊的交舞，讓作品跳脫事物表象的束縛，直接與觀賞者進行心靈對話，令人忘我於神祕境界當中。

八仙洞

這裡有數十個天然的海蝕洞奇景可供遊客參觀，每個海蝕洞形狀隨著地質軟硬不均而有不同，每個海蝕洞高度都大於十公尺，近看更顯壯觀；這裡也是台灣十分重要的舊石器時代文化「長濱文化」的發現地，這可是台灣的一級古蹟喔！

三仙台

位於台東縣成功鎮東北方的三仙台，是由離岸小島和珊瑚礁海岸所構成，島上奇石分布，其中

三塊巨大的岩石，傳說呂洞賓、李鐵拐、何仙姑曾登臨此島，因而得名。

→進飯店(自由活動)→晚餐

宿：知本老爺大飯店

第三天(日)

享用美味早餐→

行程A：森林博物館(為原始步道，行動不便的貴賓不建議參加)

包括森林博物館生態人文深度導覽、探訪珍貴森林博物館
1. 舉行土地祭儀，向祖靈山神打招呼
2. 傳統布農族人利用森林資源的經驗與智慧
3. 認識布農族如何永續利用生活的冰箱、倉庫、銀行—森林珍貴的文化資產
4. 尋找童年爬樹、採野果、拔野菜的乐趣
5. 推動無痕山林，綠色旅遊，原始森林SPA 鷺山風味餐、布農族迎賓禮(現烤小米酒)、清潔費、打肉、獵人的舒樹(八部合音)〈上午09:00-14:00〉

行程B：豐源國小、高台茶園

濃濃地中海風—台東豐源國小
這間小學，真的很浪漫，台東市的豐源國小，校舍、以希臘地中海風格來打造，特別用藍白色建築，讓學生上課，就好像在度假一樣，成為台東的新景點，還有人特別來拍婚紗。

高台茶園

高台觀光茶園可近賞整齊美麗的綠色茶園風光外，也可遠眺花東縱谷以及龍田河階上方整的農田景觀。此外，台東現有的飛行傘、滑翔翼練習場，皆位於觀光茶園一帶，假日來此，常可見到花花綠綠的飛行傘翱翔天空，為茶園增色不少。乘火車返回可愛的家

→晚餐(台鐵便當)

費用

●以上費用以 1 個人計算

● 65 歲以上、12 歲以下火車、高鐵有優待

出發地 房型價錢		桃園	新竹	台中	嘉義	台南	高雄	出發地 房型價錢		台北
2 人 房	會員 6 折優待價	9672	9672	9672	9672	9672	9672	2 人 房	會員 6 折優待價	9000
	會員 65 歲高鐵優待價	8672	8672	8672	8672	8672	8672		會員 65 歲火車優待價	8600
	限 1 位眷屬 8 折優待價	12896	12896	12896	12896	12896	12896		限 1 位眷屬 8 折優待價	12000
	限 1 位眷屬 8 折老幼高鐵優待價	11896	11896	11896	11896	11896	11896		限 1 位眷屬 8 折老幼火車優待價	11600
	非會員及第 2 位眷屬全價	16120	16120	16120	16120	16120	16120		非會員及第 2 位眷屬全價	15000
	非會員及第 2 位眷屬全價 高鐵老幼優待價	15120	15120	15120	15120	15120	15120		非會員及第 2 位眷屬全價 火車老幼優待價	14600
3 人 房	會員 6 折優待價	9192	9192	9192	9192	9192	9192	3 人 房	會員 6 折優待價	8520
	會員 65 歲高鐵優待價	8192	8192	8192	8192	8192	8192		會員 65 歲火車優待價	8120
	限 1 位眷屬 8 折優待價	12256	12256	12256	12256	12256	12256		限 1 位眷屬 8 折優待價	11360
	限 1 位眷屬 8 折老幼高鐵優待價	11256	11256	11256	11256	11256	11256		限 1 位眷屬 8 折老幼火車優待價	10960
	非會員及第 2 位眷屬全價	15320	15320	15320	15320	15320	15320		非會員及第 2 位眷屬全價	14200
	非會員及第 2 位眷屬全價 高鐵老幼優待價	14320	14320	14320	14320	14320	14320		非會員及第 2 位眷屬全價 火車老幼優待價	13800
4 人 房	會員 6 折優待價	8172	8172	8172	8172	8172	8172	4 人 房	會員 6 折優待價	7500
	會員 65 歲高鐵優待價	7172	7172	7172	7172	7172	7172		會員 65 歲火車優待價	7100
	限 1 眷屬 8 折優待價	10896	10896	10896	10896	10896	10896		限 1 位眷屬 8 折優待價	10000
	限 1 位眷屬 8 折老幼高鐵優待價	9896	9896	9896	9896	9896	9896		限 1 位眷屬 8 折老幼火車優待價	9600
	非會員及第 2 位眷屬全價	13620	13620	13620	13620	13620	13620		非會員及第 2 位眷屬全價	12500
	非會員及第 2 位眷屬全價 高鐵老幼優待價	12620	12620	12620	12620	12620	12620		非會員及第 2 位眷屬全價 火車老幼優待價	12100

報名表（在報名表上請註明房型、出發地點）

會員編號		身分證字號		出生年月日	
會員姓名					
家屬姓名		身分證字號		出生年月日	
房型		電話		行動電話	
PS：火車、高鐵老幼優待者請一併傳真證明文件					
選擇第二天行程 A: 泛舟 B: 海岸之旅（選擇泛舟者當天無法取消及臨時參加）				行程選擇	
選擇第三天行程 A: 森林博物館（為原始步道，行動不便的貴賓不建議參加） B: 豐源國小 - 高台茶園				行程選擇	
地址				出發點	

主辦：台灣婦產科醫學會

電話：02-25684819 傳真：02-21001476

協辦：東南旅行社

電話：(02)25115596 傳真：25642256

70 羅自強 (0939742619)

■ 通訊繼續教育

膀胱過動症的藥物治療



李耀泰¹ 陳福民² 吳尚濤³ 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

³ 台南郭綜合醫院 神經內科

膀胱過動症（overactive bladder, OAB）是婦科門診常見的臨床疾病，影響婦女生活品質甚鉅。不明原因（idiopathic）膀胱過動症乃指沒有神經病變，但發生急尿感（urgency，突然、強迫去解小便，而且很難延遲小便），通常伴有頻尿（24 小時小便次數 \geq 8 次）和夜尿（晚上小便次數 \geq 2 次），但沒有尿道感染或其它病灶，有時會有急迫性尿失禁（urgency urinary incontinence），此時稱為濕的（wet）膀胱過動症，如沒有小便失禁，則稱為乾的（dry）膀胱過動症。

► 排尿生理

膀胱乃儲藏小便可，此時交感神經（sympathetic nerve）使逼尿肌（detrusor muscle）放鬆，同時關閉膀胱出口的括約肌；另一方面，當膀胱尿量達 \geq 200-400 mL 時，副交感神經則會作用在逼尿肌中蕁毒鹼接受器（muscarinic receptor）中，會有急尿的感覺，此時副交感神經會釋放乙醯膽鹼（acetylcholine），使逼尿肌收縮，同時交感神經使括約肌放鬆，小便遂排出體外。

副交感神經分泌會作用蕁毒鹼接受器中，共有 M1-M5 五種形式，逼尿肌主要為 M2（80%）和 M3（20%），雖然 M3 所占比例較少，但它是逼尿肌收縮主要的接受器。至於交感神經作用接受器乃為 β 腎上腺素接受器（ β -adrenergic receptor），分成 β 1- β 3 三種，其中以 β -3 所占比例最為重要（97%）。

► 發生率

膀胱過動症乃一常見疾病，全世界 20 歲以上成年人發生率約 11%，男性與女性比例相近。2006 年，Irwin 等統計結果，30 歲以下男、女性發生率各為 8%、9%，65-69 歲男、女性發生率各為 15%、16%，70 歲以後男、女性發生率則為 21%、22%，換言之，年紀越大者，膀胱過動症發生比率越高。

2013 年，Palma 等統計分析 20-45 歲經產婦（ ≥ 2 胎），在頻尿（ $p < 0.0001$ ）、夜尿（ $p < 0.0001$ ）、迫尿性小便失禁（ $p = 0.0313$ ）之比率均比未生育過者高，但迫尿則無統計上無差異（ $p = 0.0682$ ）。國際調查小便失禁問卷（ICIQ-OAB）總分在未生育者為 2.2，生育 1 胎者為 2.7，生育 ≥ 2 胎者為 3.0（ $p < 0.0001$ ），即生育次數越多的婦女，膀胱過動症發生率越高。

2012 年，Han 等統計 449 位曾陰道生產 ≥ 1 胎的婦女，在 5-10 年間，有 45 位（10%）發生膀胱過動症，與自然陰道生產者比較，使用產鉗者勝算比率（odds ratio, OR）為 2.92，真空吸引 OR 為 1.76，換言之，曾有手術陰道生產者，會增加膀胱過動症的發生率。

► 對生活影響

膀胱過動症影響生活品質甚鉅，包括減少性交、旅行、運動、無法工作、有罪惡感和自卑，比氣喘、糖尿病、癌症、心臟病、偏頭痛之患者的生活品質更差。2005 年，Darkow 等報告膀胱過動症者與控制者做比較，結果兩者在尿道炎（28% vs 4.9%）、跌倒和骨折（25.3% vs 16.1%）、憂鬱症（10.5% vs 4.9%）、皮膚感染（3.9% vs 2.3%）均為膀胱過動者發生比率較高。

有膀胱過動症的婦女，或因影響社交、或因難以啓齒、或者誤認為是老化現象所致，加上錯誤觀念以為須手術治療，故有過半數的患者都是在症狀發生 1 年後才開始尋求治療。而家庭醫師亦少詢問及膀胱症狀，或不了解該疾病如何診斷與治療，故有所延遲治療。

► 診斷

膀胱過動症的診斷需靠病史和理學檢查，排除其它疾病的可能，如復發性尿道感染、間質性膀胱炎、尿道狹窄、膀胱結石或癌症、喝水過多或藥物造成。需做小便檢查，小便後殘留尿量和膀胱日誌。膀胱過動症在尿動力學檢查常有逼尿肌過度活躍（detrusor overactivity, DO），但 DO 不一定存在。每位患者簡單記載 3 天膀胱日誌，說明小便次數、時間、喝水量、夜尿次數。

喝水過多和夜間喝水記錄也可作為治療的建議。

2006年，Homma等統計一過度膀胱過動症分數（Overactive Bladder Symptom Score, OABSS）來評估嚴重度，包括：(1) 每天清醒時小便次數（0分 \leq 7次、1分：8-14次、2分 \geq 15次）；(2) 夜尿次數（0分0次、1分1次、2分2次、3分 \geq 3次）；(3) 急尿次數（0分沒有、1分 $<$ 1次/週、2分 \geq 1次/週、3分約1次/、4分2-4次/天、5分 \geq 5次/天）；(4) 失禁次數（0分沒有、1分 $<$ 1次/週、2分 \geq 1次/週、3分約1次/天、4分2-4次/天、5分 \geq 5次/天）。OABSS可以用來評估治療前、後的效果。

► 治療

一、行為治療：治療OAB方法第一線方式是行為治療，包括：(1) 改善健康：有影響小便的症狀如便秘、尿道感染、糖尿病、心臟衰竭、阻塞性睡眠呼吸中止者，予適當治療；(2) 水份攝取：控制日、夜間飲水量，可減少小便頻率和夜尿次數。尤其有利尿功能的飲料如咖啡、茶、酒亦應避免。咖啡可以利尿和刺激逼尿肌收縮，有些食物和飲料含有潛伏性咖啡因，不可多食；(3) 定時小便：初始每3-4小時或更短時間定時小便，減少急尿和漏尿次數，如有急尿亦應即刻小解；(4) 膀胱訓練：一段時間後，在希望小便時，漸漸延長時間才去小解，冀望減少頻尿和頻率；(5) 減輕體重和禁菸。

良好的行為矯正與藥物治療的效果相近，可減少50-80%尿失禁。如行為治療的反應不佳，則考慮予藥物治療。

二、藥物治療：抗蕈毒鹼接受器藥物是治療膀胱過動症的標準藥物，屬第二線治療方法，通常須配合行為治療同步治療。抗蕈毒鹼藥物可以對抗乙醯膽鹼與蕈毒鹼接受器間作用，因而減少膀胱逼尿肌收縮，使逼尿症狀減輕。常用藥物還包括：

(1) Oxybutynin (Ditropan, 奧昔布寧)：作用在M1-M4。口服分為立即釋放(immediate release, IR。一天2-3次，1次5mg，半衰期2-3小時，最大劑量一天4次)與長效型(extend release, ER。一天1次，1次5-30mg)。當oxybutynin劑量由5mgQD漸增至30mgQD，改善尿失禁的效果由11%提升至42.9%，不過此藥物劑量增加至20mgQD效果已有38.9%，再增加在統計上無太大意義。副作用是口乾(68-72%)、便秘、視力模糊、噁心、認知障礙等，ER副作用較少，由肝臟CYP450酵素代謝。

此外，oxybutynin有貼片使用，使用24-48小時藥力穩定可達96小時，故一貼片可用4天。貼片藥物不經胃、腸、肝臟代謝，副作用亦較少，包括貼片位置搔癢(16.1%)、紅疹(7%)、口乾(7%)、便秘(2.1%)。貼片使用的效果與口服oxybutynin相近，

且耐受力較佳，口乾副作用少（ $p < 0.001$ ）。貼片與 tolterodine ER 比較，均可改善膀胱過動症症狀，而全身性副作用較少。

- (2) Tolterodine（得舒妥）：作用在 M1-M3、M5。亦分為 tolterodine IR（一天 2 次，1 次 1-2 mg）和 tolterodine ER（一天 1 次，1 次 2-4 mg），副作用是口乾、頭痛、腹痛和便秘。Tolterodine 使用耐受力較 oxybutynin 為佳，患者較少有因口乾而停止用藥。Tolterodine 每天使用劑量如 ≥ 8 mg，會使心臟 QT 距離延長，故有心律不整者不宜使用。
- (3) Solifenacin（Vesicare, 衛喜康）：作用選擇在 M3（一天 1 次，1 次 5-10 mg），對心臟副作用較少，主要代謝在肝臟，半衰期長達 45-68 小時，因此停藥後副作用仍維持一段時間。由於半衰期長，對衰弱或年長患者，可改每兩天口服 1 次。在副作用方面，劑量 5 mg 比 10 mg 好，如口乾（10.9% vs 27.6%）、便秘（5.4% vs 13.4%）、視力模糊（3.8% vs 4.8%）等；但效果而言，劑量 10 mg 比 5 mg 好。使用 solifenacin 可從 5 mg 開始，可改善病患的生活品質、急尿、漏尿等症狀，效果優於 oxybutynin 和 tolterodine IR，口乾副作用也較少，相對風險（RR）0.69，換言之，Solifenacin 是治療 OAB 最理想藥物。
- (4) Propiverine（Urotol）：乃一混合非選擇性（M1-5）抗蕈毒鹼接受器和鈣離子阻斷（calcium channel-blocking）藥物，開始劑量在 propiverine IR 為一天 2 次，1 次 15 mg，在 ER 為一天 1 次，1 次 30 mg。Propiverine IR（15 mg bid）的效果與副作用與 tolterodine 相近。Propiverine 由肝臟代謝，因此腎功能欠佳者劑量需做調整。副作用為便秘和視力模糊。
- (5) Trospium chloride（可尿安）：乃一非選擇性（M1-5）抗蕈毒鹼接受器藥物。開始劑量在 IR 為一天 2 次，1 次 20 mg，在 ER 為一天 1 次，1 次 60 mg，能有效治療急迫性尿失禁、失禁，並改善睡眠與生活品質。此藥物為抗蕈毒鹼製劑中不通過腦障壁（BBB），腦脊髓液中檢測不出來，因此不會發生認知障礙，影響學習與記憶。副作用有：口乾（20.1%）、便秘（5.8%）。此藥物少在肝臟代謝，固有其它共病較適合使用。

所有抗蕈毒鹼藥物的禁忌症包括：窄角度（narrow angle）、青光眼、小便滯留等，另外還會妨礙胃排空時間，因此患者使用固態食物和氯化鉀，可能會增加鉀離子的吸收。至於重症肌無力（myasthenia gravis）則無相關研究報告，使用時需特別謹慎。同時，抗蕈毒鹼藥物會影響認知功能，在年長者或其它高危險患者亦須小心使用。

由於沒有任何一種抗蕈毒鹼藥物是完全對單一蕈毒鹼接受器有特異性，且對 M1-5 各有不同親和力，因此會產生不同的作用和副作用。因此，如有任何一種藥物效果不彰，可考慮增加藥物的劑量，如副作用大，則改用其它藥物。亦可同時使用兩種藥物（如 oxybutynin 加

tolterodine 或 solfenacin、或 propiverine 加 tolterodine 或 solfenacin 或 oxybutynin) 會有不錯的效果，避免相同副作用產生。

► 抗憂鬱劑

Duloxetine (Cymbalta[®], Yentreve[®]) 乃一強效血清素 (serotonin) / noradrenaline reuptake inhibitor，用來治療憂鬱症，歐洲醫學會於 2004 年通過可用在治療小便失禁。其可刺激 pudendal 運動神經細胞，並增加尿道括約肌收縮力，對改善女性小便失禁有助益。劑量可由 40 mg bid (四星期) 再增加至 60 mg bid (八星期)，可有效預防小便次數和提升生活品質，而副作用包括有噁心、口乾、頭暈、便秘、失眠和疲倦等，對乾或濕的膀胱過動症併發逼尿肌過度活躍與膀胱容量 < 400 mL 者皆有效。Duloxetine 亦可用來治療糖尿病引起之周邊神經痛，然該藥物會增加自殺意念及行爲，須加以監測，亦不可突然停藥，須採漸漸降低劑量，避免產生戒斷症狀。

► β 腎上腺接受器加強劑 (β -Adrenoceptor agonists)

Mirabegron 乃一 β 3-adrenoceptor agonist 藥物，歐盟醫學會 (European Medicines Agency) 於 2012 年通過使用，其可將逼尿肌放鬆，增加膀胱容量，但不改變小便壓力 (micturition pressure) 和殘留尿量。Mirabegron 乃爲安全、有效之藥物，對年長者或有認知障礙者使用方便，耐受力佳，能有效減少小便失禁次數和頻率。如對抗蕈毒鹼治療無效時，mirabegron 乃爲替代藥物 (一天 1 次，1 次 25 mg)，副作用亦較少，但長期副作用尚無研究報告。

經藥物動力學研究，任何一種抗蕈毒鹼藥物加上 mirabegron 的初步結果，亦可成爲日後治療的新方向。

► 雌激素

另外，下尿道中有雌激素 (estrogen) 接受器，而荷爾蒙對小便失禁可能有所幫助。事實上，雌激素可以增加尿道血流、誘導尿道和膀胱細胞的成熟，因此對停經後缺乏爾蒙缺的女性，局部雌激素藥膏有所助益，但口服荷爾蒙的效果則不彰。

有些報告合併 tolterodine 2 mg bid 加上陰道雌激素藥膏，每周 2 次，效果比單獨使用相同劑量的 toleterodine 更佳。以雌激素治療經期效果不錯，但長期效果有待更多的研究加以證實。

▶ 食物治療

2014年，Nishimura 等分析研究 45 位（男性 25 位、女性 20 位）膀胱過動症患者，平均年齡 41-80 歲。每天口服 10 mg 由 *Cucurbita maxima* 中萃取的南瓜子油（成份包括維生素 A、D、E、K-1、蛋白質、脂肪酸、sitosterol 等），共 12 星期。小便功能的膀胱過動症候群分數在 6 週後由平均 4.4 下降至 3.5 ($p < 0.05$)，在 12 週時下降至 2.7 ($p < 0.01$)。改善項目包括：白天和夜晚的小便次數、急尿和急迫性小便、失禁等，未發生嚴重副作用。患者口服 500-1000 mg 由 *Cucurbita pepo* 萃取的南瓜子油，已成為治療良性前列腺肥大的保健食品。在日本，*C.maxima* 則為很普遍的南瓜品種。Sitosterol 被認為是改善尿道症狀最主要成份。

▶ 結論

膀胱過動症是年長婦女常見症狀，包括急尿、頻尿、夜尿、急迫性尿失禁等，嚴重影響生活品質。患者多不能正常社交、工作、性行為，常伴有尿道炎、骨折（急著小便而跌倒）、憂鬱、皮膚感染等副作用。但大部分膀胱過動症患者經行為治療、一種或兩種藥物治療、調整劑量和避免相同副作用，症狀都可獲得改善。新的藥物漸漸研究成功，效果好、副作用低，或者貼片方式使用，數天才更換一次，冀望能造福更多膀胱過動症婦女，以提升生活品質。

▶ 推薦讀物

1. Ellsworth PI. The pharmacologic management of idiopathic overactive bladder in primary care. *J Fam Pract* 2014; 63: S38-S45.
2. Nishimura M, Ohkawara T, Sato H, et al. Pumpkin seed oil extracted from *Cucurbita maxima* improves urinary disorder in human overactive bladder. *J Tradit Complement Med* 2014; 4: 72-4.
3. Homma Y, Yoshida M, Seki N, et al. Symptom assessment tool for overactive bladder syndrome-overactive bladder symptom score. *Urology* 2006; 68: 318-23.
4. Cipullo LMA, Cosimato C, Filippelli A, et al. Pharmacological approach to overactive bladder and urge urinary incontinence in women: an overview. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 174: 27-34.
5. Jayarajan J, Radomski SB. Pharmacotherapy of overactive bladder in adults: a review of efficacy, tolerability, and quality of life. *Research and Reports in Urology* 2014; 6: 1-16.
6. Palma T, Raimondi M, Souto S, et al. Prospective study of prevalence of overactive bladder

- symptoms and child-bearing in women of reproductive age. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 29: 1324-9.
7. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 233-9.
 8. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006; 50: 1306-14.
 9. 洪滿榮 對於第一種抗膽鹼藥物無效的膀胱過動症病患加上第二種抗膽鹼藥物是否可以改善其症狀 *Incont Pelvic Floor Dysfunct* 2012; 6: 37-40.
 10. Darkow T, Fontes CL, Williamson TE. Costs associated with management of overactive bladder and related comorbidities. *Pharmacotherapy* 2005; 25: 511-9.
 11. Zellner M, Madersbacher H, Palmtag H, et al. Trospium chloride and oxybutynin hydrochloride in a German study of adults with urinary urge incontinence: result of a 12-week, multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, flexible-dose noninferiority trial. *Clin Ther* 2009; 31: 2519-39.

問答題

一、下列何者為過動膀胱症分數評估項目？

- | | |
|---------------|----------|
| (A) 每天清醒時小便次數 | (B) 夜尿次數 |
| (C) 急尿次數 | (D) 以上皆是 |

二、下列何者會因過動膀胱症而增加發生率？

- | | |
|-----------|----------|
| (A) 跌倒和骨折 | (B) 憂鬱症 |
| (C) 皮膚感染 | (D) 以上皆是 |

三、下列何種藥物可用來治療過動膀胱症？

- | | |
|----------------|---------------|
| (A)oxybutynin | (B)tolerodine |
| (C)solifenacin | (D) 以上皆是 |

四、下列何者有助改善過動膀胱症？

- | | |
|------------|----------|
| (A) 控制水分攝取 | (B) 定時小便 |
| (C) 體重減輕 | (D) 以上皆是 |

五、下列何者為治療過動膀胱症的 β 腎上腺接受器加強劑？

- | | |
|---------------|----------------|
| (A)mirabegron | (B)propiverine |
| (C)sitosterol | (D)estrogen |

第 220 期通訊繼續教育

一種重要但被忽略的藥物 -Gabapentin

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

絞碎術的爭議



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

腹腔鏡手術具有傷口美觀、疼痛少、傷口感染率低、住院時間短、恢復快等優點，已成患者首選的方式，尤其是用在肌瘤和子宮切除上。為達成上述優點，手術中常使用電動絞碎術（morcellation）將大於傷口的肌瘤或子宮絞碎後取出，以避免擴大傷口或經剖腹取出，但絞碎術曾有血管和臟器受傷，甚至死亡，特別是殘留腫瘤碎屑可能被遺留在腹中又生長，尤其殘留組織屬良性還是惡性，在手術前極難判斷，接受另一次手術的機會增加。本文討論相關機構對絞碎術實行的檢討意見。

FDA 的建議

美國食品和藥物管理局（FDA）對絞碎術的建議如下：

1. FDA 不鼓勵在腹腔鏡做子宮和肌瘤切除時，使用電動絞碎機。
2. 患者如懷疑或已知有子宮癌症，不要使用電動絞碎術。
3. 對有症狀的子宮肌瘤，應考慮所有可用的治療方式。
4. 向患者解釋所有治療方式的優、缺點。
5. 假如認為對患者最好的治療方法是電動絞碎術，應先告知肌瘤中可能會發生無法預料的癌症病灶，腹腔鏡的電動絞碎術可能會使癌症擴散，對預後不利。
6. 有些醫師和醫院建議，在絞碎術時使用‘袋子’來裝子宮的組織，以減少腹腔和骨盆腔癌症擴散的風險。

AAGL 的建議

美國婦科腹腔鏡專家學會（American Association of Gynecologic Laparoscopist, AAGL）對絞碎術的施行，原則是贊成繼續使用，原因包括：

1. 微創手術可減少手術中出血、輸血、肺部併發症、感染、靜脈栓塞、住院時間、術後疼痛，以及改善生活品質，傷口較美觀，較快恢復至正常功能（Level I 證明）。
2. 美國每年微創手術約 5-15 萬人，好處多於風險。
3. 絞碎術意外發現為子宮惡性平滑肌瘤的可能性為 1/360-1/7400，發生率低。
4. 在 9 篇文章中，意外發現為子宮惡性平滑肌瘤者，如在首次手術後 30 天再手術，期別上升有 21%（4/19），如在更早或晚或不明時間再手術，期別上升為 42%（8/19），因此不是全部患者都一定會期別上升。
5. FDA 評估，非預期性惡性子宮肉瘤發生率為 1/498，但 AAGL 評估則為 1/585。
6. 剖腹手術的死亡率為 0.085%，高過腹腔鏡使用電動絞碎機的死亡率 0.077%。如以 1/585 計算，在美國每年使用剖腹手術的死亡人數，較電動絞碎術者多出 17 人。
7. 教育改善取出標本的技巧，提高電動絞碎術的安全性，如改用剖腹，會增加死亡率和罹病率，無須為了子宮惡性平滑肌瘤而犧牲絞碎術的優點。

剖腹手術和腹腔鏡手術是不能比較的

Brown 等在 AAGL 中引述論點認為，剖腹手術死亡率高於腹腔鏡，是有邏輯上的謬誤，因為二者手術前的適應症是不盡相同，是經過選擇的，如有巨大腫瘤、嚴重沾黏、嚴重子宮內膜異位、經過多次手術、有腸阻塞病史、後腹壁腫瘤、心肺功能差不適合頭低腳高（Trendelenburg）與腹腔充氣、以及癌症病例，都採剖腹手術，而相對簡單的才用腹腔鏡，這樣怎麼比？而且在腹腔鏡手術時發生嚴重出血時，又會改為剖腹手術，此時患者屬哪一方都不合理，除非腹腔鏡不論情況（如大出血或腸子破裂）皆能繼續手術，二者方能比較，所有選擇性的比較是不公平的，正如有比西瓜、鳳梨孰甜？蘋果、柳丁哪個好吃？是不能這樣比的。

SGO 的建議

2013 年 12 月，婦癌醫學會（Society of Gynecologic Oncology, SGO）對絞碎術的建議如下：

1. 對高度懷疑為惡性腫瘤者，絞碎術視為禁忌，同時不建議在前驅惡性（pre-malignant）病灶或減少風險手術（risk-reducing surgery, 如子宮腫瘤不知是良性或惡性，或將來會變為惡性，

而做的預防性切除)。

2. 患者如在腹腔鏡或達文西手術須採絞碎術時，要先評估有子宮或子宮頸的可能性，並考慮使用微小剖腹術 (mini-laparotomy) 或在腹腔鏡袋中取出子宮。
3. 惡性子宮平滑肌瘤 (leiomyosarcoma 或 endometrial stromal sarcoma) 無可靠方式能在手術前診斷出來，且此類疾病即使完整取出，預後亦甚差。
4. 醫師應與患者清楚說明絞碎術的風險、優劣與取代方式，讓患者決定使用方法 (ACOG Committee Opinion 439 informed Consent)。

優、缺點比較

腹腔鏡手術有許多優點是被肯定的，但其併發症有被低估或不報告的情形，如血管刺破、腸子破裂、輸尿管和膀胱受傷，在手術時未能及時發現，而後果多屬嚴重性，如要做腸子造口術，影響心理上和工作上極深，同時增加住院時間。剖腹手術當然也有出血、腸子和泌尿道受傷的風險，但在發生率和嚴重併發症的治療上，可能較少。

如在絞碎時使用單孔內視鏡取物袋取出，根據 Cohen 等報告，只在取出標本便平均耗時 114 (32-380) 分鐘，多 2 小時取出樣本，會增加麻醉費用和患者恢復時間。

2014 年，Milad 等報告用絞碎機共發生 55 例併發症，包括腸子 (n = 31)、血管 (n = 27)、腎臟 (n = 3)、輸尿管膀胱 (n = 1)、橫膈膜 (n = 1)，並有 6 位患者死亡，但作者相信，大部分絞碎機的併發症都未被報告，怕有醫療糾紛，是否能詳盡報告，有助絞碎機的改進。

腹腔鏡手術是要架腿，剖腹手術可以平躺，架腿因著力位置少，長時間易產生靜脈栓塞。但因手術困難度不同，非隨機的統計認為剖腹手術造成較多靜脈栓塞，說法不公平。此外，經腹腔鏡子宮切除後之陰道裂開比率，亦較剖腹子宮切除者多。

腹腔鏡手術如子宮切除，大的子宮從陰道取出，經拉拉扯扯，壓傷骨膜、膀胱，傷口組織的時間久，傷害大。所以，有些患者手術後仍會十分疼痛。

絞碎術時飛出碎屑，留在腹腔中形成多部位的肌瘤、腺瘤、子宮內膜異位症，甚至是子宮惡性平滑肌瘤、子宮內膜基質肉瘤、卵巢癌、子宮內膜癌、絨毛膜疾病等都曾被報告過。如因此再予另一次手術，對患者的生理和心理都是很大的傷害，可能衍生醫療糾紛。

結論

FDA 和 AAGL 的意見相左，我們不予評論，但觀察一件事物，必須廣泛且深入了解。絞

碎術雖有風險，但潮流所趨，無法倒退，但須呈報真實資料，予廠商改良器械的壓力，達到更安全更快捷的目的，畢竟醫療糾紛，正是醫、病皆輸。令人擔憂的，一旦在絞碎術中發生併發症，患者的律師採取 FDA 的建議，法官在自由心證下會如何？而且如有一天，病理醫師認為無法正確診斷絞碎術後的標本，不建議使用絞碎術時，醫師又將如何？

2014 年 2 月，刺針腫瘤醫學雜誌主編認為，病患的安全凌駕於任何所有照顧（patient safety must be a priority in all aspects of care），所有新的技術和器械必須證明其安全，方能普遍使用，而非等到發生危險才限制使用。但 2 個月後，Goff 在該雜誌認為，以絞碎術取出子宮，受益婦女數以萬計，特別是肥胖婦女尤甚，故建議繼續使用，這是倫理兩難的議題。

然而不久前，一名哈佛附屬醫院的麻醉科醫師，在接受絞碎術子宮切除後，惡性子宮肉瘤組織擴散至腹腔的案例，而其心胸外科醫師的丈夫書寫數十封信至醫學期刊與媒體，希望停止使用絞碎術，2014 年 7 月 30 日 Johnson & Johnson 公開表示不再生產製造絞碎器，過去由 Ethicom 所發行之絞碎器，即刻起全面性召回。

推薦讀物

1. Stine JE, Clarke-Pearson DL, Gehrig PA. Uterine at the time of hysterectomy: techniques, risk, and recommendation. *Obstet Gynecol Surv* 2014; 69: 415-25.
2. Brown J. AAGL advancing minimally invasive gynecology worldwide: statement to the FDA on power morcellation. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; 21: 970-1.
3. Milad MP, Milad EA. Laparoscopic morcellator-related complications. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; 21: 486-91.
4. 李耀泰，陳福民，郭宗正 子宮切除後的陰道裂開 台灣婦產科醫學會會訊 2013; 2: 16-16.
5. 李耀泰，陳福民，郭宗正 兩天出院的腹式子宮切除 台灣婦產科醫學會會訊 2014; 9: 22-24.
6. SGO Position Statement: Morecellation. <https://www.sgo.org/newsroom/position-statements-2/morcellation/>
7. Patient safety must be a priority in all aspects of care. *Lancet Oncol* 2014; 15: 123.
8. Goff BA. SGO not soft on morcellation: risks and benefit must be weighed. *Lancet Oncol* 2014; 15: e148.
9. Senapati S, Tu FF, Magrina JF. Power morcellators: a review of current practice and assessment of risk. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 18-23.

法律信箱

居家生產的反面思考



高添富 醫師

有篇居家生產的文章要請 Dr.Kao 審稿，得以先睹為快，讀畢不禁感慨萬千，不得不一吐為快。話說一開始，作者即提及「過去讀過的一些研究資料也指出，台灣從日治時期開始培訓專業助產士後，開始了由助產士協助在家生產的歷史，直到 60 年代，在醫生團體的爭取與操作下，生產才從助產士手中逐漸轉移到醫院裡，所以半數的 5 年級生都在自家誕生，6 年級生的比例逐漸降低，到我所屬的 7 年級生這一代，幾乎都在醫院裡誕生了。」，但作者竟解讀為：「算一算，只花了 30 年的時間，台灣產婦就被醫院馴化了，陣痛難耐時必須以不自然的躺姿出力生產，被綁上監測器無法隨意走動紓解陣痛，某些醫院還堅持剃毛灌腸，以動手術的觀點處理生產，當然剪會陰是一定要的，另外還包括打催生針增快生產速度，甚至生產結束後，醫生會提醒產婦謝謝護理人員幫忙推宮底（壓肚子）加快產程，即便那痛到幾乎讓產婦昏厥。」

見證產科一日千里

Dr.Kao 剛好恭臨盛會，自 1976 年進入婦產科界，至 1995 年因健保而退出生產行列，近二十年期間，目睹台灣的產科蓬勃發展進步一日千里，簡直令人無法置信。自擺脫台灣新生兒破傷風死亡率世界第一的污名，到因胎音監測器的發明，急救多少胎兒窘迫及減少多少新生兒腦性麻痺的比率，可說罄竹難書，以至於胎嬰兒死亡率及產孕婦死亡率，接近已開發國家之水準。根據台灣省婦幼衛生研究所之資料，台灣地區孕產婦死亡率由 1952 年之每十萬名活產兒中、孕產婦死亡數達 196.56 名逐年下降，至 1982 年為每十萬名活產兒孕產婦死亡 19.06 名；

到了 1992 年更下降至 6.85 名；2012 年台灣更達每千名活產嬰兒中死亡數 6.0，每十萬活產嬰兒中孕婦死亡數 8.5 的國際水準，就是拜產科醫師介入及產科蓬勃發展之故。比起當年產婦居家生產，「生好燒酒香，生壞四塊板」的無奈，以及自己用生鏽剪刀斷臍造成台灣新生破傷風死亡率世界第一的悲劇年代，簡直不可同日而語。

不幸的是，目前世界共同的潮流是產科醫師人力不足，以及住院醫療費用的高昂（在美國剖腹生產只能住三天，自然生產只能住一天），英美各國早已發展出借重助產士或助產機構來接生的機制，甚至不得不發展出居家生產，是不得已的醫療應變政策。可笑的是台灣醫師人力並非不足，產科醫師是患不均而非患不寡，只因醫療糾紛多，民眾對醫師期待太高苛責太深，尤其產科醫師必須經常面對一屍兩命兩位當事人，動輒得咎，故產科醫師成了年輕人望而卻步的科別，但政府才開始要開放助產士獨立接生而已，就有孕婦自作聰明要提早放棄而選擇居家生產，豈不荒謬至極？

一．醫療政策面的思考

立法院已於民國 103 年 06 月 04 日三讀通過護理人員法修正第 24 條第 3 項：「專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務」。同時助產人員之業務範圍不但包括接生，助產人員還可以獨立執行助產業務，及得施行其他必要手術之醫療行為，即助產人員於執行正常分娩之接生時，得依需要施行灌腸、導尿、會陰縫合及給予產後子宮收縮劑等必要事項（助產人員法第 27 條）。另依衛部照字第 1021580351 號函釋：「依旨揭法規，完成外科（婦產科組）專科護理師訓練及通過甄審之護理人員執行醫療輔助行為，其業務範疇仍為須符合護理人員法所界定之護理業務，例如：產程評估、灌腸、導尿、會陰縫合及給予產後子宮收縮劑等事項仍需在醫師指示之下為之，助產人員則可獨立執行助產人員法所訂執業內容。」，助產人員不必在醫師指示下，就可以獨立縫合會陰裂傷傷口。

開放助產人員獨立執行會陰縫合手術，固為因應醫師人力不足，問題是助產人員並沒有接受外科縫合手術訓練，如何獨立執行會陰縫合手術？難怪助產人員公會一再詆譏污名化會陰切開術是萬惡不赦之事，因為若會陰剪開了就不得不縫，她們力有未逮力不從心，但自然裂傷就可視若無睹，任其自然癒合。但更大的問題是，萬一會陰自然裂傷嚴重，尤其採取非典型的坐式或截石術分娩，助產人員就根本無法作適當的會陰保護，萬一自然裂傷裂及肛門括約肌（第三度裂傷），沒縫到或縫好，日後恐有大便失禁之虞，若第四度裂傷裂及直腸沒縫到，恐日後

有形成陰道直腸瘻管，大便自陰道出來之虞，在產科也只有總醫師級以上醫師才能妥善處理，助產人員怎能獨立完成縫合？令人堪憂。

君不知，從前接生婆時代，婦女動輒生個八個十個，第一胎會陰自然裂傷後反正也沒有人會縫，之後門戶洞開，分娩自然十分順暢，也不會再有會陰裂傷之事發生。如今時代不同了，現代女性生一胎已勉為其難，自然分娩後莫不要求醫師把會陰切開的整齊傷口縫到天衣無縫，恢復原狀為止，不相信會有誰能容忍陰道出入如無人之境？不怕的話那就儘量居家生產，臨老了子宮下墜，直腸膀胱下垂，一咳嗽就尿失禁時，再找婦產泌尿醫師手術治療就是。

二．合法性的病人安全考量

（一）現行法規規定助產人員得以應邀出外執行業務，並有聯絡醫師及急救義務

1. 急救或應邀出外執行業務。

助產人員法第 12 條第一項但書：「助產人員執業以一處為限，並應在所在地主管機關核准登記之助產機構或醫療機構為之。但急救或應邀出外執行業務者，不在此限。」（比照已廢止的助產士法施行細則第四條：助產士應在助產所或醫療院、所執行助產士業務。但急救或應產婦或其家屬邀請出外執行業務者，不在此限。）

2. 聯絡醫師及急救義務。

依助產人員法第 26 條：「助產人員執行助產業務時，發現產婦、胎兒或新生兒有危急狀況，應立即聯絡醫師，並予必要之急救處置。」

（二）已廢止法規命令

1. 強制助產原則。原助產士法第 22 條：助產士不得無故拒絕或遲延接生。

2. 告知延醫及必要救置之義務。

原助產士法第 19 條：助產士於接生時，發現產婦、胎兒或新生兒有異狀時，應告知其家屬或產婦指定之人延請醫師診治，並予必要之急救處置。

3. 與鄰近之醫療院、所訂定契約義務。

已廢止助產士法施行細則第十四條：助產所應與鄰近之醫療院、所訂定契約，於發現產婦、胎兒或新生兒有異狀時，由該醫療院、所立即救治。（助產士法施行細則 94.07.28 廢止，而於民國九十四年七月二十八日行政院衛生署衛署醫字第 0940223650 號令修正發布名稱助產人員法施行細則及全文 11 條；並自發布日施行。）

故依現行法令，助產人員沒有強制助產原則，也沒有告知延醫及必要救置之義務，設立助

產機構時並無與鄰近之醫療院、所訂定契約之義務，可說對產婦後送急救處置，未有妥善規定。

（三）未來試辦計畫，將助產人員納入醫院產科運作。

衛生福利部最快在 2015 年 3 月會啟動「助產士重返醫院」計畫，由六家部立醫院展開，讓助產師負責部分接生、產檢及保健指導等業務，希望藉此紓解產科醫師人力不足的壓力。可見居家生產固然合法，但腳步比衛生福利部還要快，在其他配套措施尚嫌不足，法律的保護不週下，站在病人安全考量的立場，冒然脫法鼓勵民眾實施居家生產，似嫌不智。

三．法律責任

個人單一經驗不足以作為科學統計，台灣人的毛病就是最愛以偏概全，以個案當作實證醫學，又不願負誤導的法律責任。像流行過一陣子的水中生產，最新的報導證實水中分娩有可能增加產婦及新生兒的感染風險，孕婦若在分娩前未灌腸，可能會在分娩因用力而排便，也有可能造成新生兒的肺炎或心臟功能性障礙。水中分娩在歐美國家如美國、加拿大、澳洲、英國、德國等均能被普通民眾所接受，但是並不流行。（水中生產 Water birth <http://zh.wikipedia.org/wiki/%E6%B0%B4%E4%B8%AD%E5%88%86%E5%A8%A9>）。

如該文所說：「一個正向的生產經驗，可以讓孕婦做好成為一名母親的準備，『溫柔生產』並沒有任何硬梆梆的規則，而是一種最適合自己、伴侶與寶寶的生產方式，無論是選擇在醫院生產或在家生產，建議產婦都應謹慎思考自己想要的生產方式，畢竟每一種生產方式都有風險，每一次的生產都可能發生意外」。

作者身為記者知識份子，至少還有無菌觀念衛生常識，也有錢請得起特別助產士到家中陪產她一人，即如文中所述：聯繫助產士，八小時後，助產士抵達家中，她握著我的手問：「你相不相信自己做得到？」我答：「可以 ...」她又問：「你覺得寶寶做得到嗎？」我不知道哪裡來的信心回答：「他也可以。」，助產士露出笑容說：「那就不需要擔心了……」。

量身訂作，全面動員

問題是要特別助產士自上午十點陪到下午三點分娩完，全程陪伴所費不貲，未必是尋常人經濟能力所及。接著是動用老公也要請假全程參與（陪產假），甚至親手斷臍帶，也必須有幸能嫁到這種不怕見血，又有勇氣敢斷臍的鐵血漢子，不會當場昏倒已是難能可貴。問題是親眼

目睹血淋淋的會陰裂傷外，平日溫柔婉約的老婆齜牙裂嘴蓬頭散髮，原形畢露，老公日後會不會因不忍或心理創傷而導致性無能，並非本文討論重點。然依文中所述「讓我能夠懸空，靠著地心引力引導寶寶往下鑽，有時則讓我反坐抱著，最後終於在以蹲姿成功分娩」，可證分娩時，該助產人員根本沒有作任何會陰保護動作的機會，更甬談作無菌的會陰切開術，只是不剪會陰任其自裂傷自然癒合（顯然助產士也不會縫），會不會造成三度四度裂傷也渾然不知，日後大便失禁，或大便自陰道流出的後遺症，要由誰負責？是咎由自取？還是要概括承受？

然產科醫師最關心的是，居家生產是否事先也有 B（後備）計劃？包括自己有否與鄰近之醫療院、所約定萬一難產時的退路，要聯絡那位醫師可以廿四小時隨時急診剖腹生產？若遠在窮鄉僻壤交通不便的山區離島，有樣學樣居家生產，出了事找不到醫師，後送無門怎麼辦？Dr.Kao 若認同此文，形同在法律未備，配套不全情況下間接背書，鼓勵居家生產，萬一生產時母子有一位出了意外，「我不殺伯仁，伯仁因我而死」，豈不成了共同正犯，難逃其咎？

目前仍不宜居家生產

總之，除非您是有錢的知知識份子，請得起特別助產士至少六小時，還必須要嫁給不怕見血的老公；加上生產風險可以獨自承擔，一但會陰裂傷至門戶洞開或大便失禁，老年膀胱子宮直腸脫也能安之如飴，再來談居家生產不遲。Dr. Kao 以站在四十年臨床經驗的老醫師立場，雖身為怕到不敢接生的產科逃兵，更怕背書間接鼓勵無知的居家生產，而無端官司纏身。目前台灣產科醫師尚未彈盡援絕之前，講句良心話，實仍不宜冒險居家生產，否則後果自負。

結論是，Dr.Kao 對本文之個人經驗談的看法是恐有誤導之虞。為求母子均安，維護產婦及新生兒的安全，在我國，目前仍不宜提倡居家生產。

編後語

楊濬光

一年一度的年會暨擴大學術研討會已經圓滿閉幕了，相信各位會員們一定收穫滿滿。醫學的進步，來自創新、研究、與妥善的執行，從大會的專題演講，到樓梯間旁張貼的研究海報，都讓人因置身於醫學進步的行列而覺得開心與感動。

每個月最覺得如沐春風的時刻，便是閱讀李耀泰前輩大作時了。這次有「膀胱過動症的藥物治療」與「絞碎術的爭議」兩篇。功能性疾病的診斷，需要完整的病史與檢查，治療上更是充滿藝術，實在需要經驗老到的醫師傳承給吾等後輩。在咀嚼文章的同時，也讓我不免驚覺，偶有診間患者描述、我原不以為意的症狀，竟就是膀胱過動症！

微創手術發展蓬勃，「絞碎術」在同儕間，似乎也早已經成了滿平常的術式了。只是，凡事有利必有弊，當發生非預期的癌症病灶，絞碎術頓時成了擴散癌細胞的幫兇了。當此術式還並非百分百完美之前，執行手術的醫師，最好能知道可能發生的風險，也應該明白當代醫學界對此術式的看法。希望大夥的努力，可以讓這個術式更臻完美。

如果能夠心平氣和的讀完鴨嘴大夫高添富前輩的「居家生產的反面思考」文章，應該就算是極有修養的婦產科醫師了！我才讀到「只花了 30 年的時間，台灣產婦就被醫院馴化了……」那裏，就已經眼球充血、血壓飆升了。如果錯誤的健保、

醫療政策，導致接生醫師不足，卻要從鼓吹產婦尋求助產人員接生，政府這樣的思維，實在令人費解。我們尊重多元的意見，也敞開心胸聆聽產婦對於生產過程的期望。但是，讓人不免擔心，過度強調美好生產經驗時，是否讓產婦越來越忽略了分娩背後的危險。日前幫一位用力四個多小時的產婦真空助產，吸了好幾次，終於才拚出來，正當醫護人員們大大鬆了一口氣，準備斷臍時，產婦先生卻氣急敗壞的指著剪刀說「不是我來剪臍帶嗎！」顯然，這位先生雖然全程在場，卻應該不太知道我們剛為他的太太與小孩，做了多大的冒險！居家生產議題發酵的背後，潛藏著婦產科醫師專業不被重視的事實，更犧牲了母嬰的健康保障，值得深思。

最後敬祝大家身體健康，執業順利。

郵 票 自 貼

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-1482

傳真：(02) 2200-1476

台灣婦產科醫學會

收

◎ 221 通訊繼續教育答案 ◎

題目：膀胱過動症的藥物治療

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

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
150405-1	2015 Surgical Pathology Update-Taipei Part I—Breast and Gynecologic Pathology	台大醫院病理科、國家衛生研究院病理核心實驗室、中華民國癌症醫學會、台灣肝癌醫學會	2015 Surgical Pathology Update-Taipei Part I—Breast	04月05日 08時20分	04月05日 17時20分	B	2分
150408-1	2015 Surgical Pathology Update-TaiChung	中山醫大附設醫院解剖病理科、國家衛生研究院病理核心實驗室、中華民國癌症醫學會、台灣肝癌醫學會	台中市 中山醫大附設醫院，國際會議廳	04月08日 08時00分	04月08日 12時30分	B	2分
150410-1	自我保護絕招～什麼是性騷擾？在法律面上有哪些規範與保障？	亞東紀念醫院	亞東醫院 10 樓第二教室	04月10日 09時00分	04月10日 11時00分	B	2分
150411-2	兒少保護醫療服務講座	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	屏東基督教醫院約翰大樓六樓集會堂	04月11日 08時00分	04月11日 12時00分	B	2分
150411-3	新時代婦產科	財團法人臺大景福基金會	臺大醫學院基礎醫學大樓 101 講堂	04月11日 09時00分	04月11日 12時00分	B	3分
150411-1	2015 Surgical Pathology Update-Kaohsiung	高雄長庚醫院病理科、國家衛生研究院病理核心實驗室、中華民國癌症醫學會、台灣肝癌醫學會	高雄長庚醫院，國際會議廳，藍廳	04月11日 13時00分	04月11日 17時30分	B	2分
150412-1	2015 產科幹細胞新知研討會（一）	台灣周產期醫學會	Hotel One 台中亞緻大飯店 27 樓 Room1 (台中市西區英才路 532 號)	04月12日 13時30分	04月12日 17時00分	B	2分
150418-1	骨質疏鬆症專科醫師學分班	中華民國骨質疏鬆症學會	高雄醫學大學國際學術研究大樓 2 樓	04月18日 09時00分	04月19日 16時50分	B	3分
150419-1	子宮頸癌預防新趨勢	台灣婦癌醫學會	台大醫院國際會議中心 401 室	04月19日 08時00分	04月19日 12時00分	B	2分
150419-2	2015 產科幹細胞新知研討會（一）	台灣周產期醫學會	台北喜來登大飯店 B2 喜廳 (台北市忠孝東路一段 12 號)	04月19日 08時30分	04月19日 12時00分	B	2分
150426-1	「性別與醫療」議題可能的方向與策略：從「醫療化」論點的當代演化談起	科技部「新世代跨領與科學人才培育計畫」「醫療史研究群的建構與發展子計畫」	國立陽明大學活動中心第三會議室	04月26日 09時00分	04月26日 10時20分	B	1分
150426-2	2015 產科幹細胞新知研討會（一）	台灣周產期醫學會	高雄君鴻國際酒店 (原高雄金典, 高雄市苓雅區自強三路 1 號)	04月26日 13時00分	04月26日 16時30分	B	2分
150509-1	兒虐與疏忽之臨床評估	新北市政府衛生局、亞東紀念醫院	亞東紀念醫院 10 樓第二教室	05月09日 09時00分	05月09日 11時00分	B	1分
150510-1	四價子宮頸疫苗預防新知	雲林婦產科聯誼會	斗六市緻麗伯爵飯店	05月10日 12時30分	05月10日 14時30分	B	2分
150517-1	子宮頸癌預防新趨勢	台灣婦癌醫學會	高雄醫學大學附設醫院 啓川大樓 6F 第一講堂	05月17日 08時00分	05月17日 12時00分	B	2分
150520-1	多囊卵巢 (PCOS) 婦女在臨床與代謝障礙的表現	中山醫療社團法人中山醫院	中山醫院 會議室	05月20日 13時00分	05月20日 14時00分	B	1分
150524-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程	台灣家庭醫學醫學會	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 / 第二講堂	05月24日 09時00分	05月24日 17時00分	B	1分
150531-1	子宮頸癌預防新趨勢	台灣婦癌醫學會	中國醫藥大學附設醫院 癌症大樓 1F 階梯會議室	05月31日 08時00分	05月31日 12時00分	B	2分
150607-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程	台灣家庭醫學醫學會	亞東紀念醫院 / 國際會議廳	06月07日 09時00分	06月07日 17時00分	B	1分
150617-1	孕產期腫瘤處理	中山醫療社團法人中山醫院	中山醫院 會議室	06月17日 13時00分	06月17日 14時00分	B	1分
150726-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程	台灣家庭醫學醫學會	中國醫藥大學附設醫院 / 國際會議廳	07月26日 09時00分	07月26日 17時00分	B	1分
150823-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程 (含同步視訊)	台灣家庭醫學醫學會	台大醫學院 / 101 講堂	08月23日 09時00分	08月23日 17時00分	B	1分

104年度年會暨擴大學術會花絮 會員代表大會





Bio-Oil®百洛®在全球17個國家的撫紋、抗痕類護膚產品銷售第一名*，具有專業調理肌膚配方，可改善肌膚瑕疵、細紋，並淨白肌膚。富含多種天然油脂、維生素及突破性的獨特配方成分PurCellin Oil™沛希靈。欲索取更進一步的產品資訊及研究結果，請上官網www.bio-oil.com。建議售價：NT\$425(60ml)。

*根據2012~2013年ACNielsen及IMS等市場調查研究報告。