

台 灣



婦產科醫學會會訊

發行日期：2015年4月22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

第67屆

日本婦產科醫學會年會

暨年輕醫師交流

楊友仕院士

獲頒榮譽會員



台灣婦產科醫學會 222 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 秘書處公告 | 文／秘書處

08 衛生福利部疾病管制署 函

重申育齡婦女及外籍配偶之麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫（MMR）接種建議及實施對象，請轉知轄內各衛生所、合約院所及婦產科等相關醫療院所依循辦理，請 查照。

09 衛生福利部疾病管制署 函

檢送修正後「疑似愛滋寶篩檢作業流程」、「新生兒愛滋篩檢作業流程」及「疑似愛滋寶寶醫療照護作業」（如附件），請配合修正現行作業並落實執行，並請轉知所轄之醫療院所（會員）周知，請 查照。

11 會員聯誼——3 天 2 夜 台東花蓮之旅

14 通訊繼續教育

剖腹產時子宮切口還要在體外縫合嗎？| 文／李耀泰 陳福民 吳尚德 郭宗正

20 會員園地

20 一位高血壓孕婦死亡的啓示 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

23 第 67 屆日本婦產科醫學會年會及年輕醫師交流感想 | 文／周佳謙

25 法律信箱

十六歲以下少女驗孕及產檢要通報社會局嗎？| 文／高添富

32 編後語 | 文／張志隆

34 活動消息

理事長的話

何弘熊

敬愛的會員、前輩：大家好！

今年的日本婦產科醫學會年會，我們有五位年輕醫師參與，有非常優秀的表現，除得獎外，深得美日韓與會的學者的稱讚。日本醫學會更詢問臺灣如何篩選年輕優秀的同仁參與。這幾年在楊友仕院士的規劃下，我們確實建立了良好的台日韓年輕醫師交流計畫。這一年我們更提出如何建立中年齡層的交流，期望能讓這個國際交流能延續，並更提升。

4月19日學會舉辦苗栗賞桐花的郊遊，謝謝會員的踴躍參加，160多人分4部遊覽車，大家有了一次愉快、健康和美麗的郊遊，在此謝謝秘書長及秘書的精心策畫及體貼的安排，老天也幫忙，在陰雨綿綿之間，突然放晴大半天，讓大家不但能享受陽光，也不會太熱。在大合照之後，才下起雨來。

春天天氣多變化，氣溫在一天之內常有十度左右的變化，希望各位會員多注意身體健康。

秘書長的話

黃閔照

各位會員：

4月19日有近160人參加學會舉辦之苗栗桐花健行之旅，適逢桐花盛開，天空步道坐看桐花波浪疊疊，伯公坑幽徑漫步落英繽紛，感謝會員們的參與。也特別謝謝李茂盛及蔡鴻德院士協助中彰地區接駁事宜，賴文福及曾智文醫師當天協助人員管控，杏輝藥品公司朱志舜先生特別犧牲假日，幫忙人員接送。秘書處為求完美，也都先行探勘路線及餐廳，希望大家能多給學會支持，多多參加學會活動。下次登山活動預計九月辦理台南、高雄草山月世界，也希望南部會員注意通知。

繼續教育課程婦女泌尿講座，預計於5月17日開始北中南課程，邀請專家演講，介紹婦女下泌尿道症狀之評估及門診藥物治療，以及手術介入之時機，雖然泌尿道感染是造成下泌尿道症狀之主因，但並非所有症狀都是感染，透過適當的評估及給藥，除了對症下藥外，也可以減少不必要之抗生素使用。感謝謝卿宏院士及王有利醫師協助課程安排，另上半年醫療發展課程之通知也將於近日內寄出，尤其是學分不足的會員，應注意學會課程以免影響個人權益。

此次參加日本橫濱第67屆年會，恭喜楊友仕院士也獲頒日本醫學會榮譽會員，日本舉辦本屆台日韓年輕醫師交流，也特別針對子宮肌瘤處理，早產及人工生殖科技，美日台韓分別就其國家資料作分析，交流中可見台灣的醫療不亞於其他國家，而且國家資料完整，幾位醫師演講台風穩健，英文表達能力佳，恭喜大家。三月在台中年會時，台灣也提出台日韓三國年輕醫師短期出國進修計畫，這次在日本年會中也獲得日韓兩國良性回應，也許不久將來台日韓間可以有更多交流。

學會日前提出生產獨立預算概念，年前已跟健保署溝通，當然也得獲得學者及民眾支持，尤其是在獨立預算下如何提升醫療品質及建構偏鄉照護。預計6月中旬舉辦「健保二十年產科醫療照護研討會」，邀請產官學界透過公開政策辯論、提升產科照護品質，並改善產科醫師人力不均現象。

住院醫師微創手術縫合營將於5月30及6月13日於義大及淡水馬偕醫院舉辦，謝謝張基昌及翁仕賢醫師協助辦理，也希望各訓練醫院主任多能讓住院醫師參與訓練。針對住院醫師訓練醫院評鑑，學會今年將採新制評鑑，同時也推薦許多新委員加入評鑑工作，日前參加衛福部RRC小組會議，RRC小組希望將新制評分排名納入將來容額分配條件之一，本人也提出質疑，因為新制才上路，而且並非所有訓練醫院都已經接受過實地評鑑，為避免不公應該跟容額分配分開討論，不應利用容額分配壓迫各醫學會，這也是為何各專科醫學會對RRC小組反彈的原因。的確好的訓練醫院，才能訓練出好的學生，過去學會秉持此原則，將來新制制度也將如此，感謝陳祈安召集人的努力。

此次會員登山也感受到許多會員的鼓勵支持，再次謝謝大家，也恭喜鄭英傑醫師就任屏東醫師公會理事長，雲林醫師公會也在陳夢熊醫師領導下，新的醫師公會會館落成。再次謝謝大家。

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

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 104 年 3 月 27 日

發文字號：疾管防字第 1040200311 號

附件：附件 1- 育齡婦女接種 MMR 疫苗人數統計表

主旨：重申育齡婦女及外籍配偶之麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫（MMR）接種建議及實施對象，請轉知轄內各衛生所、合約院所及婦產科等相關醫療院所依循辦理，請查照。

說明：一、邇來或因工作人員異動頻繁，屢有衛生局（所）或醫療院所詢問育齡婦女及外籍配偶 MMR 疫苗之接種建議及公費實施對象或接種於非公費對象之情事，爰請貴局務必確實轉知旨揭事宜，俾利醫護人員依循。

二、有關我國現行公費 MMR 疫苗提供育齡婦女（15-49 歲）施打之對象如下：

（一）本國籍育齡婦女：(1)60 年 8 月以前出生未曾感染過德國麻疹者，可提供 1 劑 MMR 疫苗；(2)60 年 9 月以後出生者，依當時之接種政策應已至少接種過 4 劑含德國麻疹疫苗，如現今出具經檢測德國麻疹抗體陰性之證明者，可接種 1 劑 MMR 疫苗。

（二）外籍配偶育齡婦女：針對來台申請居留／定居且無德國麻疹相關疫苗接種證明者，或經檢測不具德國麻疹抗體出具證明者，提供 1 劑 MMR 疫苗接種。

三、婦女於懷孕期間如經檢測未具德國麻疹抗體，應避免前往德國麻疹流行地區，並於產後儘速持德國麻疹抗體陰性證明，就近至各衛生所（台北市為聯合醫院 12 區附設門診部）或合約院所接種 1 劑 UMMR 疫苗，以保護婦女本身、新生兒及下一胎幼兒之健康。

四、鑑於國際間德國麻疹仍屢有疫情發生，為預防婦女懷孕期間受感染，導致胎兒先天性畸形，請確實轉知轄區相關院所加強宣導，提醒德國麻疹抗體陰性育齡婦女，於準備懷孕前先施打 MMR 疫苗，接種疫苗後 4 週內應避免懷孕。

五、另請貴局於每季終了次月（1、4、7、10月）10日前，依附件1格式填列彙送轄區育齡婦女MMR疫苗接種人數統計（承辦人 mail:tuchun0701@.cdc.gov.tw）。

縣（市）育齡婦女接種MMR疫苗人數統計表

____年 第____季 接種期間： 年 月 至 月

鄉鎮市區別	本國籍育齡婦女		大專院校（包括研究所女學生）	醫護人員	外籍與大陸配偶		其他	合計
	60年8月前出生未感染過德國麻疹者	60年9月後出生者*			申請定居或居留**	非申請定居或居留		
00區	0	1	1	2	1	1	0	0
合計	0	1	1	2	1	1	0	2

*60年9月後出生非學生及醫護人員

**申請定居或居留時，無法提供接種證明或檢驗抗體陰性而接種者

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104年4月8日

發文字號：疾管愛核字第1040300326號

附件：如主旨

主旨：檢送修正後「疑似愛滋寶寶篩檢作業流程」、「新生兒愛滋篩檢作業流程」及「疑似愛滋寶寶醫療照護作業」（如附件），請配合修正現行作業並落實執行，並請轉知所轄之醫療院所（會員）周知，請查照。

說明：一、為符合國際趨勢，參照美國 CDC 發布「Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection — United States, 2014」及台灣兒科醫學會建議，修正現行「疑似愛滋寶寶篩檢作業流程」及「疑似愛滋寶寶醫療照護作業」。

二、本次修正重點為：

(一) 嬰幼兒疑似感染者之追蹤採檢時程為：

1. 出生 48 小時。
2. 出生滿 2 個月。
3. 出生滿 4 個月。

(二) 嬰幼兒疑似感染者之排除感染：

1. 依疑似愛滋寶寶篩檢作業流程各時程之分子生物學核酸檢測 (NAT) 均為陰性者。
2. 出生滿 4 個月者：過去採檢紀錄不符流程，須有 2 次出生滿 4 個月且不同日期採檢之分子生物學核酸檢測 (NAT) 陰性。
3. 出生滿 6 個月：過去採檢紀錄不符流程，以 3 次出生滿 6 個月且不同日期採檢之抗體篩檢檢測 (EIA 或 PA) 陰性。
4. 若 48 小時內未完成 NAT 檢驗，出生滿 2 個月及出生滿 4 個月 NAT 檢測均為陰性者，亦可排除感染。

(三) 「新生兒愛滋篩檢作業流程」：複檢送驗之確認檢驗 (WB) 改為 NAT 檢測。

(四) 同步修正「疑似愛滋寶寶醫療照護作業」之追蹤採檢誘因 (等值嬰兒配方食品或兌換卷) 之核付時程。

1. 追蹤採檢訪視時程：出生 48 小時、出生滿 2 個月及出生滿 4 個月，每次核付 3000 元。
2. 後續排除追蹤訪視：出生滿 8-12 個月，核付 3000 元。
3. 最高得給付 4 次，總計提供 12,000 元等值嬰兒配方食品或兌換卷。

三、請貴局同步配合修正後之作業流程，並落實相關執行略。

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5月10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(現烤布農族木碳烤肉、獵人的舒跑、特色小米酒)、清潔費、打麻糬、種樹、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 位眷屬 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)

剖腹產時子宮切口 還要在體外縫合嗎？



李耀泰¹ 陳福民² 吳尚德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

剖腹產在台灣是極普通的手術。在胎兒和胎盤娩出後，要縫合子宮切口，而縫合的技術一般有兩種：(1) 在骨盆腔內 (in situ) 縫合；(2) 將子宮拿出母親體外 (exteriorization) 縫合，後者的視野較佳。許多文章都曾比較此兩種方式的優、劣，在台灣，醫師各有其擅用的習慣方式。本文特整理歸納相關文獻，以供同仁參考。

一、手術後疼痛：理論上，將子宮取出至體外時，子宮韌帶和腹膜 (parietal peritoneum) 會被牽扯 (stretch)，韌帶會被拉長，有肉眼看不見的傷害，會增加手術後的腹部疼痛。2014 年，El-Khayat 等比較子宮切口在體外縫合 (n=500) 與在體內縫合 (n=500) 之患者，產生嚴重疼痛者各有 165 位 (33%) 與 115 位 (23%) ($p=0.001$)，即子宮切口在體外縫合者，術後疼痛的比率較體內縫合者多。

Coutinho 等亦報告 325 位子宮體外縫合、與 312 位子宮在體內縫合之婦女，手術後發生中度至重度疼痛者各有 106 位 (32.6%) 和 72 位 (23.1%) ($p=0.026$)，但兩者在 3 天內所使用的止痛藥則無差異。

當然，產婦如有使用 ergonometrine 等子宮收縮藥物，在剖腹後會增強腹痛。此外，手術如採脊髓麻醉或硬脊椎膜外麻醉時，若加上嗎啡或是術後患者自我疼痛控制 (PCA)，腹痛

的檢測可能會受到影響。現今，醫療體系以人為本，主張手術後定時給予止痛藥，以避免有嚴重疼痛發生，增加患者的舒適、滿意度，因此痛的問題已難做判斷，也變得較不重要。

二、噁心和嘔吐：內臟痛多經無髓鞘（unmyelinated）C-纖維傳導，主要分布在臟器上，如手術時用力牽扯到子宮組織，會有手術中和手術後的疼痛產生。在硬脊椎膜外嗎啡麻醉時，麻醉程度要高至 T5，方能預防手術中的疼痛，但術後易有嘔吐現象。2007 年，Siddiqui 等研究分析 40 位子宮在腹中縫合、與 39 位子宮在體外縫合的剖腹產婦女，手術後出現噁心和嘔吐各有 7 人（18%）和 15 人（38%）（ $p=0.4$ ），即子宮切口在體內縫合者，術後噁心和嘔吐比率較體外縫合者低。該作者認知，剖腹產後的噁心和嘔吐發生率可高達 80%，多因區域麻醉的方式（脊髓、硬脊椎膜外、或合併脊髓 - 硬脊椎膜外）、嗎啡的使用量、與有無使用預防嘔吐藥物而不同。並認為低血壓和內臟器官的牽扯，亦為噁心和嘔吐的原因。然而 Gode 和 Coutinho 等則報告此二種不同方法的子宮縫合，手術前、後的噁心和嘔吐並無差異。

三、平均首次腸子蠕動：手術後排氣的快慢，會影響產婦的舒適度。Gode 等報告 355 位子宮在體外縫合、與 722 位子宮在體內縫合的孕婦，平均首次腸子蠕動時間各為 17.1 小時和 14.2 小時（ $p < 0.05$ ），即子宮在體內縫合者較優。在另一大規模研究，Dogany 等研究報告 2462 位子宮在體內縫合之孕婦，腸功能恢復正常的平均時間為 12 小時，優於 2463 位子宮在體外縫合的 15.9 小時（ $p=0.001$ ），此統計研究的人數多，可信度較高。另腸子排氣的快慢，亦與手術的技術有關，如放大紗布在腹部防止羊水擴散（其實羊水不但無害，反有殺菌功能）、用紗布不斷擦拭腸子旁血水、使用嗎啡止痛藥、晚進食、長時間臥床、術後注射水液過多等因素，均會影響排氣的時間，腸子的操作越少則排氣越早。

四、手術時間：多數婦產科醫師認為，子宮在體外縫合的視野較佳，加上可直接感受到子宮的收縮好壞，有助快速縫合及減少出血。然事實是否如此？根據 Dogany 等研究 2462 位子宮在體內縫合之孕婦，平均耗時為 36.8 分鐘，優於 2463 位子宮在體外縫合的 44.6 分鐘（ $p=0.04$ ）。相同的在 El-Khayat 等報告中，子宮在體內縫合者（ $n=500$ ）平均耗時 39.9 分鐘，優於子宮在體外縫合者（ $n=500$ ）的 49.9 分鐘（ $p < 0.001$ ）。而手術者的技術，與手術時間快、慢亦有所關聯。

五、出血量：評估剖腹產時的出血量有：目視估計、手術前、後測量紅血素或血球沉澱率（hematocrit）、秤手術前、後紗布重量（然羊水亦混雜其中，評估會有誤差）等。早期研究認為，子宮在體外縫合的出血量較少，但後來的研究則認為無論體內或體外縫合，出

血量並無差異。Walsh 等綜合分析 8 篇文章，其中 831 位子宮在體外縫合者有 12 位（1.4%）需要輸血，另 819 位子宮在體內縫合者有 18 位（2.2%）需要輸血，二者並無統計上差異（ $p=0.39$ ），勝算比率 0.73（95% CI 0.35-1.52）。

六、傷口感染：剖腹產傷口感染的因素，除包括術前或胎兒娩出後抗生素的注射、抗生素的種類和劑量、貧血、糖尿病、羊膜腔感染、手術者的技術等外，亦可能與子宮在體內、外縫合相關。2012 年，Gode 等報告子宮在體外縫合者，傷口感染率有 13.2%（47/355 人），高於子宮在體內縫合者的 0.6%（5/732 人），二者呈統計上差異（ $p < 0.05$ ）。但 2009 年，Walsh 等綜合研究 6 篇文章，子宮在體外縫合者，傷口感染率有 4.5%（40/890 人），低於子宮在體內縫合者的 5.5%（48/870），二者無統計上差異（ $p=0.35$ ），勝算比率（OR）0.81（95% CI 0.52-1.26）。

七、子宮內膜炎：剖腹產後發生子宮內膜炎的因素，除包括抗生素的注射、貧血、糖尿病外，陰道內診頻繁、產前破水、用手或拉臍帶娩出胎盤均會影響。Walsh 等統計 9 篇文章，子宮內膜炎發生率在 1175 位子宮體外縫合者有 163 位（13.9%），在 1141 位子宮體內縫合者有 118 位（10.3%），二者無統計上差異（ $p=0.08$ ），勝算比率 1.46（95% CI 0.95-2.24）。

八、致命風險：在 Walsh 等統計 2 篇文章，其中有 484 位子宮體外縫合患者，共計 2 位死亡，另有 461 位子宮體內縫合患者，無患者死亡，二者無統計上差異（ $p=0.43$ ），勝算比率 2.61（95% CI 0.24-28.90）。至於靜脈栓塞者，子宮在體外縫合者死亡率較高，而 Lowenwirt 等卻認為靜脈空氣栓塞者，子宮在體外縫合者的死亡率較高，因為：(1) 將子宮牽扯（traction）會使子宮靜脈竇（sinus）擴大，空氣容易進入；(2) 將子宮位置提高，子宮與心臟有水壓差（hydrostatic gradient），增加靜脈空氣栓塞。另外，將子宮拉扯致體外，亦可能不慎將附屬器旁的血管撕裂，引起出血。患者若有前置胎盤、子宮下段、膀胱、附屬器等，由於血管很多，拉扯不僅會有血管受傷的可能，甚至有大出血的風險。

九、沾黏：文獻上少有討論體、內外子宮縫合後其預後的差異性，因需長期追蹤，且受多種因素影響。但將子宮取出體外需有大棉墊的包圍或榨壓，因此產生微小磨擦，是肉眼看不見的傷害，加上子宮暴露在空氣中，水份因此蒸發而乾燥，亦可增加腹腔沾黏的可能性。

十、低體溫：剖腹生產多為脊椎麻醉，麻醉醫師為了預防低血壓，常會快速注射大量點滴，加上手術房溫度在 24°C，孕婦沒有穿衣服、消毒藥水揮發、置放導尿管等耗費時間、下肢血管擴張、羊水流出揮發等，低體溫（ $< 36^{\circ}\text{C}$ ）發生率高達 80%，如加上將血液循環豐富巨大子宮置在體外縫合，在冷空氣中失溫的機率會增加。失溫會增加傷口發炎、出血、

心臟缺氧和住院時間。

► 文獻建議

綜合有關討論剖腹產的方法，2013年，Pandit等主張子宮應在體內縫合，因為體外縫合會引發更多的疼痛，且無法改善出血和感染的結果（實證醫學屬A級，可信度高）。2013年，Diamond等則認為子宮在體外縫合雖然會增加疼痛，但較容易縫合。

子宮在體外縫合後，子宮收縮變硬，常因Pfannenstiel的傷口便不容易將子宮放回骨盆腔內，有時需用力搾壓子宮，或使子宮兩旁血管因磨擦壓迫而受傷。至於Misgav-Ladach剖腹產方法是可省去傳統剖腹產的步驟，讓手術時間變短，恢復較快，而我們仍贊同Misgav-Ladach方法，子宮要在體內縫合子宮切口。根據我們的經驗，子宮在體內縫合的容易度與體外縫合的差異性不大。

► 結論

在台灣進行剖腹產時，婦產科醫師多將子宮暫時取出體外進行縫合，此乃行之多年的傳統醫學習慣。雖然，許多實證醫學探討體內縫合或體外縫合，二者在手術時間、出血量、排氣時間、子宮內膜炎、傷口發炎、手術中或手術後的噁心和嘔吐，結果不盡相同，但靜脈栓塞、附屬器血管受傷、術後沾黏等，則體外縫合者的風險可能會增加。自然是最好的法則，如孕婦不能自然產，選擇剖腹產時我們建議子宮應在體內縫合較為理想。但最好先看清楚兩端切口出血的情形，或先予縫合。

► 推薦讀物

1. El-Khayat W, Elsharkawi M, Hassan A. A randomized controlled trial of uterine exteriorization versus in situ repair of the uterine incision during cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2014; 127: 163-6.
2. Pandit SN, Khan RJ. Surgical techniques for performing caesarean section including CS at full dilatation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 179-95.
3. Siddiqui M, Goldszmidt E, Fallah S, et al. Complications of exteriorized compared with in situ uterine repair at cesarean delivery under spinal anesthesia. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 570-5.

4. Code F, Okyay RE, Saatli B, et al. Comparison of uterine exteriorization and in situ repair during cesarean section. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 1541-5.
5. Doganay M, Tonguc EA, Var T. Effects of method of uterine repair on surgical outcome of cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 111: 175-8.
6. Diamond KA, Bonney EA, Myers J. Cesarean section: techniques and complications. *Obstet Gynecol Reprod Med* 2013; 24: 39-44.
7. Walsh CA, Walsh SR. Extraabdominal vs intraabdominal uterine repair at cesarean delivery: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200: 625.e1-5.
8. Lowenwirt IP, Chi DS, Handwerker SM. Nonfatal venous air embolism during cesarean section: a case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1994; 49: 72-6.
9. Coutinho, IC, de Amorim MMR, Katz L, et al. Uterine exteriorization compared with in situ repair at cesarean delivery. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 116: 639-47.
10. Hui CK, Huang CH, Lin CJ, et al. A randomized double-blind controlled study evaluating the hypothermic effect of 150 μ g morphine during spinal anaesthesia for Cesarean section. *Anaesthesia* 2006; 61: 29-31.
11. Harper CM, Alexander R. Hypothermia and spinal anaesthesia 2006; 61: 612.
12. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. Misgav Ladach 法剖腹產的新意. *當代醫學* 1994; 10: 837-9.

問答題

一、有關剖腹產子宮縫合位置不同，下列何者發生術後疼痛的機率較高？

- (A) 體內縫合 (B) 體外縫合
(C) 二者相同

二、下列何者是剖腹產子宮縫合後，發生噁心、嘔吐的危險因子？

- (A) 術後嗎啡的使用量 (B) 手術中低血壓
(C) 子宮的牽扯 (D) 以上皆是

三、下列何者是影響剖腹產手術後排氣快慢的因子？

- (A) 手術中不斷擦拭腸子旁血水 (B) 術後嗎啡劑量
(C) 晚進食 (D) 以上皆是

四、下列何者是剖腹產手術後，產生子宮內膜炎的原因？

- (A) 貧血 (B) 羊膜腔感染
(C) 取出胎盤的方法 (D) 以上皆是

五、下列何者會加剖腹產子宮在體外縫合的併發症？

- (A) 靜脈栓塞 (B) 附屬器血管受傷
(C) 沾黏 (D) 以上皆是

第 221 期通訊繼續教育

膀胱過動症的藥物治療

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(A)

會員園地

一位高血壓孕婦死亡的啟示



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

近日報載北部某診所的一名產婦，因子癩前症（preeclampsia）接受剖腹生產，但產後血壓偏高，轉送至醫學中心治療，數天後仍不幸死亡，衍生醫療糾紛。如何避免悲劇再發生，值得討論。

子癩前症

子癩前症發生率在 2-8%，會造成母、嬰死亡的危險，在美國根據統計，死亡率雖有下降趨勢，但仍佔懷孕母親死亡的 18%，不可輕忽，同時，因早產關係也增加了新生兒的罹病率和死亡率。所以，醫師務必清楚了解，儘管加強治療仍有高的死亡率。

子癩前症原因

子癩前症產生的機轉不明，但根據風險因子分析歸成兩大類：

- 一、孕婦疾病：如孕婦為高血壓、腎臟病、肥胖、糖尿病及高齡患者，會有較高比例的子癩前症發生率。
- 二、免疫因素：如孕婦為首次懷孕、有 HLA-DR4 基因、父親家族有子癩前症病史，易造成子癩前症的發生。有些疾病會同時具備上述二種因子，如以前有子癩前症病史、或自身免疫疾病（如 Grave's 疾病、第 1 型糖尿病、紅斑性狼瘡 SLE）。因此母親的免疫系統可能

與子癩前症的病理生理學有關聯。胎兒的胎盤與母親血液循環相通，可能刺激母親免疫反應，故子癩前症可能對胎兒或滋養層細胞抗原產生的一種自主免疫（alloimmune）反應。其中父親來源的抗原因素極為可能，因同一婦女與不同男性懷孕會有決然不同的結果。

加速復原方法

子癩前症的根除治療就是終止妊娠，取出胎兒和胎盤組織。此時須考量：(1) 在胎兒出生時胎盤與子宮分開，正如羊水栓塞一樣，胎兒和滋養層細胞會進入母親循環中，會有免疫性反應，症狀會持續一段時間；(2) 產後子宮內仍殘留滋養層組織，亦會有免疫性反應。因此，在生產後如輕輕以鈍刮匙將蛻膜（decidua，懷孕中子宮內膜組織稱之）刮除，是否可以加速復原？

1993 年，Magann 等研究報告 16 位在產後立即清除子宮內膜的子癩前症孕婦（刮除組），與另 16 位產後未清除子宮內膜的子癩前症孕婦（控制組）做比較。結果：在產後 24 小時平均動脈血壓（MAP），刮除組低於控制組（ $p < 0.0002$ ）；在小便量，刮除組高於控制組（ $p < 0.0002$ ）；在平均血小板量，刮除組為 $167000/\mu\text{L}$ 、控制組為 $121000/\mu\text{L}$ （ $p < 0.0003$ ），均為刮除組復原較快。

2013 年，Ragab 等研究報告 170 位子癩前症與 50 位子癩症孕婦（懷孕 24-39 週）、平均年齡 31.5 歲，其中有 125 位（58.1%）採剖腹生產，產後以鈍刮匙輕刮子宮內膜（刮除組），並與另外相同情況的 160 位子癩前症與 40 位子癩症孕婦，其中有 130 位（65%）採剖腹生產，產後沒有刮子宮內膜（控制組）做比較。結果是：在產後 6、12、24 小時，刮除組有較低的平均動脈血壓（MAP）和較高的平均血小板量；MAP 達 ≤ 105 mmHg 時間，刮除組平均為 40 ± 3.2 小時、控制組平均為 86 ± 5.3 小時（ $p < 0.05$ ）；產後 48 小時 creatinine 平均值，在刮除組為 1.2、在控制組為 1.3，兩組無統計上差異；在產後 24 小時內發生抽筋者，在刮除組有 2 位、在控制組有 11 位（ $p = 0.02$ ），兩組均無母親死亡。結論是：如子癩前症和子癩症孕婦，產後施以子宮蛻膜清除，能加速 MAP 下降和血小板增加，有助於快速恢復正常，且是安全、有效的方式。

此外，Stevens 等研究子癩前症孕婦子宮中螺旋動脈（spiral arteries）和胎盤中 decidua parietalis，會有蛻膜血管病變（decidual vasculopathy, DV），即在血管旁有發炎性滲潤、類纖維壞死（fibrinoid necrosis）、泡沫細胞（foam cells），發生率 40-60%。胎盤有 DV 的孕婦，會有較高舒張血壓（diastolic blood pressure），日後有高風險的心血管疾病與栓塞，故子癩前症孕婦如在產後輕刮子宮內膜，或能減少子宮中螺旋動脈內 DV 量，加速血壓下降。

麻醉方式和點滴注射量是子癲前症的另一重要問題。麻醉以脊椎膜外（epidural）最為理想，如孕婦血小板過低，或麻醉醫師有執行技術上的困難，可改全身麻醉，要注意的是，由於孕婦血壓升高或有咽喉水腫（子癲前症孕婦除下肢水腫外，肺和腦亦有水腫），會增加氣管插管的困難度。至於脊椎麻醉會伴隨低血壓的風險，此時如點滴速度過快，會造成肺和腦水腫更加嚴重，且同時會出現抽筋、腦出血、肺水腫副作用，增加危險性。建議減少點滴約每小時 4 mL/kg，一天約 1200 mL，剖腹產後盡快進食，如進食良好便停止點滴注射。

結論

子癲前症屬高危險妊娠，需告知患者有死亡的風險，如能轉至醫學中心治療最為理想。而終止妊娠是治療子癲前症唯一方法，可考慮在生產後（無論自然或剖腹產）以鈍刮匙將殘留子宮內的蛻膜輕輕刮除，並減少點滴注射量，冀望降低母親死亡率。

推薦讀物

1. Ragab A, Goda H, Raghieb M, et al. Dose immediate postpartum curettage of the endometrium accelerate recovery from preeclampsia-eclampsia? A randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet 2013; 288: 1035-8.
2. Stevens DU, Al-Nasiry S, Fajta MM, et al. Cardiovascular and thrombogenic risk of decidual vasculopathy in preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2014; 210: 545.e1-6.
3. Magann EF, Martin JN, Isaacs JD, et al. Immediate postpartum curettage: accelerated recovery from severe preeclampsia. Obstet Gynecol 1993; 81: 502-6.

第 67 屆日本婦產科醫學會 年會及年輕醫師交流感想

台大醫院婦產部 周佳謙醫師

在這櫻花盛開的季節，我們來到了橫濱，參加日本婦產科醫學會主辦的年輕醫師交流。十分感謝日本婦產科醫學會和台灣婦產科醫學會給予我這難得的機會，讓我們能在各國醫師（美國、日本、韓國、台灣）面前呈現台灣自己的資料，並進而與各國交流。



這次的年輕醫師交流分別是 International workshop for junior fellows 和 International poster session。學會分派給我的，是在 International workshop for junior fellows 的時段，分析「台灣人工生殖科技 (ART) 的統計資料及其變化」。準備的過程中，特別感謝台大生殖內分泌科的師長給予我很多的幫助。回顧過往 ART 在台灣的發展，我看到了前輩們如何努力精益求精。因為排卵刺激、胚胎培養技術、玻璃化冷凍技術的成熟，我們 ART 的活產率是相當高的。而有鑑於較高的多胞胎比率對於產婦與嬰兒的健康無益，對於「胚胎植入的顆數」我們不只立法也做了更進一步的規範。另外，相較於台灣已有完整的「精卵捐贈」制度，日本的卵子捐贈比例很低且平均接受 ART 的年紀都較高（高於 40 歲者占了將近 40% 的 ART cycle）。於是在會中，日本的醫師們也請教我們一些「精卵捐贈」應注意的細節。

其他主題還包括肌瘤和早產的處理。值得一提的是，2014 年 FDA 對於腹腔鏡手術使用 mocoerator 提出了警告，日本目前使用 mocoerator 的比例並沒有減少。這其實是他們經過審慎評估其國內腹腔鏡肌瘤切除卻發現是惡性肉瘤的比例很低之後，才決議繼續使用的。而日本的教授也在會中提及，他們的 MRI 並不貴，通常在切除肌瘤之前，就會用 MRI 評估良 / 惡性。所以，他們的腹腔鏡肌瘤切除術後發現是惡性的機會就少很多。

而 Poster session 的部分，日本婦產科醫學會從每一組選出一人獲獎。雖然一組的人數不多，但在各國醫師面前呈現自己的 poster 是一件很特別的事，在陳述的過程中或是在答問的過程中，也會磨擦出與過往不同的思維。我和馬偕的楊子逸醫師很幸運也很榮幸地在這一個 session 獲獎。

在日本的這些日子，讓我們這五位來自不同醫院的年輕醫師有機會了解彼此不同的訓練和方向。學習用不同的想法去看待醫療服務，對我而言是一種特別的收穫！而台灣的前輩們在這些天來對我們的照顧，更讓我點滴在心頭。再次感謝學會，給我這個機會參與這項盛會！



■ 法律信箱

十六歲以下少女驗孕及產檢 要通報社會局嗎？



高添富 醫師

► 前言

2015年3月15日 Dr.Kao 遠赴台中裕元花園酒店，參加台灣婦產科醫學會舉辦的104年度年會暨擴大學術研討會及會員代表大會時，遇到高雄的基層診所的資深醫師楊院長告之，他因針對十六歲以下少女驗孕及產檢而遭市政府約談，並且說因未通報社會局而要被行政罰鍰最高五萬元，令 Dr.Kao 簡直不敢相信。可能只是一造說詞，又語焉不詳，講者愈說愈激動，聽者人人都是義憤填膺，連 Dr.Kao 也不禁感嘆現在居然有像高雄市政府社會局如此熱心過度的官員，吃飽撐著竟會要求診所遇到未滿十六歲以下少女來驗孕或產檢，診所醫師就要通報社會局，否則就要行政處分罰鍰5萬以下，有如天方夜譚，感覺太不可思議了。

不過因行為人的正式行政處分書未收到，無作法律辯論攻防，只是現場人心惶惶議論紛紛，目前只能針對十六歲以下少女因無性自主權，若到婦產科基層診所驗孕或產檢，醫師是否有法定通報義務一說，依法論法先作釐清，以免咱們會員，包括 Dr.Kao 終日徬徨不安，無所適從。

► 違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者不罰

高雄市政府的律師還信誓旦旦告訴當事人醫師說，依行政罰法第8條規定：「不得因不知

法規而免除行政處罰責任。但按其情節，得減輕或免除其處罰。」，看來罰鍰五萬元以下是跑不掉了。問題是目前該會員尚未收到行政處分書，行政處分的理由不知是什麼，令人好奇。蓋依行政罰法第 7 條第 1 項有規定：「違反行政法上義務之行為非出於故意或過失者，不予處罰。」，行政罰法本於現代國家「有責任始有處罰」之原則，對於違反行政法上義務之處罰，應以行為人主觀上有可非難性及可歸責性為前提，如行為人主觀上並非出於故意或過失情形，應無可非難性及可歸責性，故第 7 條第 1 項明定不予處罰。意即，以出於「故意」或「過失」之行為，方予處罰，此立法對人民權益之保障有，相當之提升。自此，行政機關仍須以人民有故意或過失，始得予以裁處行政罰（參閱 洪家殷，《行政罰法論》，五南，2006.11 二版第 1 刷，206 頁。）。問題正是婦產科醫師開業看門診，有十六歲以下病人來掛號驗孕或產檢，醫師就要主動懷疑她有遭性侵之虞，若沒有通報，這樣就說醫師主觀上有可非難性及可歸責性，而予以處罰，實在有違行政法上的「恣意禁止原則」。

➤ 限制行為能力人看病驗孕產檢應得法定代理人之允許？

更令人困惑的是未滿十六歲以下少女，在民法上是屬於限制行為能力人，但依民法第 77 條：「限制行為能力人為意思表示及受意思表示，應得法定代理人之允許。但純獲法律上利益，或依其年齡及身份、日常生活所必需者，不在此限。」。到診所驗個尿或懷孕要看醫師作產前檢查，難道也要得法定代理人之允許才屬合法？否則醫師就有通報性侵害之義務？其實類推適用民法第 15-1 條第 1 項可知：應得法定代理人或輔助人同意者，包括以下七種：一、為獨資、合夥營業或為法人之負責人。二、為消費借貸、消費寄託、保證、贈與或信託。三、為訴訟行為。四、為和解、調解、調處或簽訂仲裁契約。五、為不動產、船舶、航空器、汽車或其他重要財產之處分、設定負擔、買賣、租賃或借貸。六、為遺產分割、遺贈、拋棄繼承權或其他相關權利。七、法院依前條聲請權人或輔助人之聲請，所指定之其他行為。可見檢驗或看病都不包含在應得法定代理人之允許內，換句話說，未滿十六歲以下少女驗孕或產檢都是純獲法律上利益，或依其年齡及身份、日常生活所必需者。難不成十六歲以下少女去超商買飲料，成立買賣契約，因未成年人契約無效而必須父母出面，否則連飲料也喝不到？小至驗孕，大至買事後藥的預防措施也佈下銅牆鐵壁，置之於萬劫不復？豈是政府官員依法行政之道。

➤ 醫師沒有主動告發現行犯之義務

而今若高雄市政府堅持只要是十六歲以下少女要求驗孕，因她沒性自主權，所以不管她有

沒有懷孕，醫師都要主動預想她就是受性侵害者，而且是「與未成年人性交罪」的受害人，甚至連驗孕陰性，也要假設她已有受性侵害之虞（否則幹嘛驗孕），而醫師就必須主動向社會局通報，以便循線捉人。同樣情形，如果十六歲以下少女懷孕來產檢，不論是否已婚，也要先認定她就是受性侵害的受害者，而必須通報報社會局，以便深入調查是誰播的種？行政機關如此恣意妄為，真令人懷疑，地方官員都真的這麼閒嗎？何況若真的病人是「與未成年人性交」的「擬制強制性交罪」的受害人，而陪同病人的男朋友或老公不就是加害人？依照刑事訴訟法第 240 條：「不問何人知有犯罪嫌疑者，得為告發。」，固然基層診所醫師「得」為告發，然醫師又不是公務員，依刑訴第 241 條：「公務員因執行職務知有犯罪嫌疑者，應為告發。」，並沒有一定要「應」為告發的義務，但除非是現行犯又另當別論，因刑訴第 88 條復規定：「現行犯，不問何人得逕行逮捕之。犯罪在實施中或實施後即時發覺者，為現行犯。有左列情形之一者，以現行犯論：一、被追呼為犯罪人者。二、因持有兇器、贓物或其他物件、或於身體、衣服等處露有犯罪痕跡，顯可疑為犯罪人者。」。

問題是受害人又不是正被性侵，即使陪同病人的男朋友或老公，也未露有犯罪痕跡，醫師又未親眼目睹了與未成年人性交罪的擬制強制性交罪行，怎麼會有主動舉發之義務，實在令人匪夷所思？

➤ 兩小無猜條款 --- 青少年偷嚙禁果從輕發落

何況針對青少女少男無性自主權，未滿 14 歲之男女絕對無性自主權，14~16 歲男女只有相對性自主權，故刑法第 227 條與未成年人性交罪有規定：「對於未滿十四歲之男女為性交者，處三年以上十年以下有期徒刑。對於未滿十四歲之男女為猥褻之行爲者，處六月以上五年以下有期徒刑。對於十四歲以上未滿十六歲之男女為性交者，處七年以下有期徒刑。對於十四歲以上未滿十六歲之男女為猥褻之行爲者，處三年以下有期徒刑。第一項、第三項之未遂犯罰之。」，亦即未滿十八歲之男友與女友為性交者，若女友的年齡未滿十六歲，男友可能遭女友之父母依刑法第二百二十七條準強制性交罪提出告訴；若女友的年齡未滿十四歲，其本刑可處三年以上十年以下有期徒刑；若是十四歲以上未滿十六歲，可處七年以下有期徒刑；若男友的年齡同樣未滿十六歲，該女友也可能面臨同樣的告訴，因為準強制性交罪保護的對對象包含未滿十六歲的男女雙方，而不僅限於女生這方。

但為了不讓少年男女偷嚙禁果，因法律的介入而破壞雙方可能結成姻親的結局，刑法特別增定了「兩小無猜條款」，也就是未滿十八歲之人對未滿十六歲之男女性交者，除可以減輕或

免除其刑，仍屬於告訴乃論罪。即我國刑法在 1999 年 4 月 23 日起增訂「妨害性自主罪」第二百二十七條之一及第二百二十九條之一。（刑法第 227-1 條：十八歲以下之人犯前條之罪者，減輕或免除其刑。刑法第 229-1 條：對配偶犯第二百二十一條、第二百二十四條之罪者，或未滿十八歲之人犯第二百二十七條之罪者，須告訴乃論。），把強姦行為從告訴乃論修改為公訴罪，並針對青少年偷嚐禁果之法律責任，減輕或免除其刑（參考 <http://www.rclaw.com.tw/SwTextDetail.asp?Gid=732>）。

刑法罪刑法定主義對青少年偷嚐禁果都可從輕發落了，吹皺一池春水，醫師反而殃及池魚，也難怪會有小女生寫信諮詢 Dr.Kao 問說一. 婦產科醫生如果發現我不是處女，以後會不會通知警察之類的？二. 我 16 歲，我男朋友也 16 歲，我不希望他被告。顯然病人這種無知的隱憂，萬一真的要付諸實現而強制醫師要通報社會局，這豈不是少女健康自主權的一種另類的白色恐怖？

➤ 超商店員賣驗孕棒也要通報

更可笑的是，依平等原則，是否今後連十六歲以下少女到高雄的任何一家超商買驗孕棒，超商店員也要以小人之心肚君子之腹，因為有性侵害之虞，一律立即通報社會局，即使 7-11 廿四小時全年無休。未滿十六歲少女到藥局買事後避孕藥，藥師也要通報，因為她一定是發生無自主權的性行爲了，才要事後緊急避孕；至於一向違法販賣口服墮胎藥的藥局更是踢到鐵板了，因為若販賣 RU486 給未滿十六歲的懷孕少女，除了該當刑法第 290 條「意圖營利加工墮胎罪」，可處六月以上五年以下有期徒刑，又得併科五百元以下罰金外，還要再加上一條未通報性侵害的行政罰鍰。當然超商店員賣驗孕棒也要通報之前還要查身分證，她們不會要成年人替她買驗孕棒來驗孕嗎？防不勝防。問題是有需要這樣嚴刑峻罰的嗎？還只是針對犯罪成性爲富不仁的醫師刻意的嚴陣以待？

➤ 醫師要向誰通報？

而醫師碰到十六歲以下少女驗孕及產檢若要通報，到底要向誰通報也有問題，應該是向警察局？向衛生局？或社會局？還是依法向市政府？相信連市政府總機小姐也莫名其妙。

然依性侵害犯罪防治法第 8 條前段規定：「醫事人員、社工人員、教育人員、保育人員、警察人員、勞政人員、移民業務人員，於執行職務時知有疑似性侵害犯罪情事者，應立即向當

地直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得逾二十四小時」，而同法第 4 條規定：「本法所稱主管機關：在中央為內政部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府」，所以在高雄市直轄市，醫師依法是應該向直轄市政府通報的。

而依兒童及少年福利與權益保障法第 53 條前段規定：「醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、教保服務人員、警察、司法人員、移民業務人員、戶政人員、村（里）幹事及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年有下列情形之一者，應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過二十四小時：」，同法第 6 條亦作同樣規定：「本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府」，在高雄市也應該是向高雄市政府通報，而非社會局或衛生局，何況公務人員下班時間或半夜急診，醫師要找誰通報？也將是一個大問題。

➤ 性侵害犯罪防治法未通報沒有罰則

最納悶的是若十六歲以下少女驗孕或產檢，即涉及與未成年人性交的擬強制性交罪被害人，而有遭性侵害之嫌，醫師必須通報而沒有通報時，Dr.Kao 尋遍性侵害犯罪防治法法條，居然找不到任何未在廿四小時通報的罰則規定，只有性侵害犯罪防治法第 8 條第 1 項規定：「醫事人員、社工人員、教育人員、保育人員、警察人員、勞政人員、移民業務人員，於執行職務時知有疑似性侵害犯罪情事者，應立即向當地直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得逾二十四小時。通報之方式及內容，由中央主管機關定之。」及性侵害犯罪防治法施行細則第 4 條第 1 項規定：「本法第八條第一項規定之通報方式，應以電信傳真或其他科技設備傳送等方式通報直轄市、縣（市）主管機關；情況緊急時，得先以言詞、電話通訊方式通報，並於通報後二十四小時內補送通報表。」而已。

基於好奇與好學，Dr.Kao 真迫不及待想看看高雄市社會局，對診所未通報性侵害的行政處分理由是什麼，好大大開開眼界。

➤ 結論：十六歲以下少女驗孕或產檢不必通報社會局

所以說高雄市政府社會局越俎代庖，規定 16 歲以下少女來診所驗孕，只要是陽性反應，診所醫師就得通報疑似性侵，但門診病人來掛號求診，又不是現行犯被害人，也沒有需要進入驗傷檢驗流程，通報了又能做什麼亡羊補牢的保護措施？最大的問題可能耳語相傳引起的寒蟬

效應，以後還有小女生敢來診所找醫師驗孕嗎？敢來診所檢查會不會是子宮外孕嗎？小女生只好隨便在超商買個驗孕棒，至少不會被通報張揚，甚至連正常計畫生育的 16 歲以下的已婚孕婦，要產前檢查都要被通報，豈不漠視未成年人之健康權，間接在摧殘民族幼苗？

也就是說，在刑法及刑事訴訟法方面：十六歲以下少女來驗孕或產檢，就一律疑被性侵，除非醫師目睹性侵現行犯，醫師如何判斷病人就是擬制強制性交罪的受害人？何況基層醫師又不是公務員，沒有應主動告發的法定義務。尤其甚者，連刑法都謙抑到基於雙方兩小無猜，而將「與未成年人性交罪」都歸於告訴乃論罪（刑法第 229-1 條後段：或未滿十八歲之人犯第二百零二十七條之罪者，須告訴乃論）了；何況子虛烏有的性侵害控訴，不但有違刑法「無罪推定原則」外，連驗孕陰性反應也代表有犯意或已是既遂犯，不以有否懷孕而免責，豈不天下大亂？把刑法非故意或過失不罰，與刑事訴訟法公務人員對現行犯的法定告發責任混為一談，更是把全國婦產科醫師弄得人心惶惶昏頭轉向，動輒得咎不知所措。

在優生保健法方面：同樣道理，要是規定 16 歲以下少女要求墮胎時，醫師就要通報，等同間接鼓勵小女生逃之夭夭避之惟恐不及，只好去找密醫，或去藥房買 RU486 自行了斷，萬一子宮外孕身亡，也是咎由自取罪有應得，那何必再訂優生保健法第 9 條第 2 項前段（未婚之未成年人或受監護或輔助宣告之人，依前項規定施行人工流產，應得法定代理人或輔助人之同意）的特別法來強調法定代理人父母的同意權？何況一般未成年少女懷孕，聽到醫師告知人工流產必須告知父母來簽同意書時，大都寧願挺而走險，不找優生保健醫師處理了，若醫院還要兒童及少年應保護之事件或性侵名目通報主管機關來相逼，不等同逼上梁山，要兒童及少年不找密醫墮胎或買墮胎藥 DIY，就得偷偷懷孕下去，最後自行在廁所生產血崩，或造成出生嬰兒死亡的悲劇。台灣社會竟會逼迫一位 16 歲以下的小女生，孤援無助求救無門，最終必須走上絕路，至此大人還假慈悲為懷，藉口保障兒童及少年福利及權益，而行所謂制度殺人之實，未免也太冷酷無情。

在民法方面：依未成年少女的民法權利，連去超商買驗孕棒都要查身分證依擬制強制性交罪而要通報，否則連超商也要罰鍰，若未成年少女去藥局買事後避孕藥，豈不更人贓俱獲，藥局藥師更應該馬上報警處理？這種對兒童及少年違憲的健康權侵害，自主權限制真的是在為兒童及少年的福利著想，在為兒童及少年的權益保障嗎？值得懷疑。

在行政程序法方面：依法論法，行政人員黯然違反行政法「恣意禁止原則」及「禁止不當聯結原則」。所謂「禁止不當聯結原則」即行政行為對人民造成不利益所使用之手段，必須與行政行為所欲追求之目的間有合理之聯結關係存在。「禁止不當聯結原則」目的在防止行政機關利用其優勢地位而濫用公權利，造成人民不合理的負擔。

所以結論是依法論法，若十六歲以下少女到診所驗孕或產檢，診所醫師並沒有法定通報義務，否則行政人員有違行政法「恣意禁止原則」，若行政單位一意孤行不當聯結，強制規定十六歲以下少女驗孕或產檢必須通報社會局，違憲侵害兒童及少年福利及權益保障影響所及造成的社會恐慌，絕對是無遠弗屆，始料未及的。

➤ 〈後記〉

- 一、這是 Dr.Kao 只依一造說法下的偏頗言論，也只是陣喊話當作法律熱身操的牛刀小試而已，只是大家都是婦產科醫師，同在一條船上感同身受。本來的計畫是取得當事人的行政處分公文書後，才能再來依法論法，作出正式的法律攻防研究。
- 二、不料花了三天三夜整理完欲投稿當晚，13 日就收到學會傳來的行政處分書了，搞了半天那有什麼驗孕產檢需要通報的傳言？該行政處分書主要是涉及未成年少女的人工流產問題。其實既然人工流產連監護人都出面簽署同意書，業已合乎優生保健法及阻卻刑法墮胎罪的規定了，行政機關居然還要課以醫師「…知悉兒童及少年疑似有發生性行為之情事…」之通報義務？連少女的父母監護人都知道而且簽署同意書了，醫師那有可非難性及訂歸責性可言？行政機關憑什麼還要來追究優生保健醫師違反通報義務？行政處分書的理由居然是「知悉兒童及少年疑似有發生性行為之情事，而未通報？」真是滑天下之大稽，不過恐怕 Dr.Kao 又要再花三天三夜來整理法條作法律攻防，只有留待下期會訊發表，再讓 Dr.Kao 多賺一次稿費了。
- 三、不過至少本文可以得到一個結論就是：「十六歲以下少女驗孕及產檢不必通報社會局」，希望會員們忍氣吞聲苦心讀完本文，雖落落長有如裹腳布，至少不要是空手而回白讀一場，是所至願。

編後語

張志隆

學會的先進們 大家好！

上個月台灣婦產科醫學會的年度大會剛圓滿落幕，而這個月初，又有不少資深或年輕的會員醫師們，前往橫濱參加日本第 67 屆婦產科醫學會年會。國內或國外，全世界各角落的婦產科醫師都在為婦女的健康努力。不管在臨床行醫的經驗分享上，或是學術研究的奠基傳承上，相信大家都受益滿載。

很感謝前輩醫師李耀泰醫師在通訊繼續教育中，總是扮演著提攜的角色，溫故知新的在文章中，提醒身為後輩婦產科醫師基礎又重要的觀念；本期會刊中，他分享了兩篇文章："剖腹產時子宮切合還要在體外縫合嗎？"以及"一位高血壓孕婦死亡的啓示"。

在"剖腹產時子宮切合還要在體外縫合嗎？"中，他就手術後疼痛、噁心與嘔吐、首次腸子蠕動時間、手術時間、出血量、傷口感染、致命風險....等十個面向來討論比較優劣。僅管在台灣進行剖腹產時，暫時取出子宮在體外縫合，是不少醫師行之多年的傳統習慣。但提醒靜脈栓塞、術後沾黏、附屬器官血管受傷等，體外縫合的風險可能增加。他提醒大家，剖腹產時子宮在體內縫合仍是較理想的作法。而第二篇"高血壓孕婦死亡啓示"則是某一醫學中心的實例。一名子癲前症孕婦接受剖腹產，但產後血壓偏高，雖轉送醫學中心，仍不幸死亡，後來導致醫療糾紛。美國統計中，儘管子癲前症死亡率雖有下降趨勢，但仍占懷孕母親死亡的 18%，同時由於早產之故，也增加新生兒罹病和死亡率，這個問題在產科醫師執業時，絕對不可輕忽。兩篇文章的討論，幫你我再度分析剖腹產子宮在體外縫合的風險以及子癲前症的機轉及處理。在這醫病關係大不同於往昔的今天，我想每位醫者內心都會有更深層的思考才是。

"法律信箱"中，高添富醫師繼二月號、未滿十八歲少女到診所驗孕，醫事人員免予通報"之後，再度鉅細靡遺的就"十六歲以下少女驗孕及產檢需要通報社會局嗎？"為我們檢視少女、家庭、社會以及法律各層面攻防的理解和推譯。雖然最後結論是：十六歲以下少女驗孕及產檢，"不必"通報社會局。文章儘管"落落長"，但在同一條船上感同身受的我們，在這裡義理相挺這位會員，也謝謝高醫師。

每每在國內外醫學會後，最欣慰看到的就是年輕醫師們的心得分享。這次謝謝包括台大周佳謙、馬偕楊子逸醫師在內的五位年輕醫師們，在日本的優異表現。總相信"江山代有才人出"、"長江後浪推前浪"的定論。大家一起加油！

最後，好康提醒！多久沒有為自己和家人安排聚會旅遊了呢？七月份的花東三天兩夜遊，請踴躍報名。

四月天，應是春花滿開的好季節。只是乾旱情況依舊，新北市和中南部限水的情形造成不便；再加上 4/21 地牛翻身，一日五震，也驚嚇了不少民眾。儘管大自然界如此，希望大家都能平心靜氣來面對。

祝暑安

郵 票 自 貼

台灣婦產科醫學會

收

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-1482

傳真：(02) 2200-1476

◎ 222 通訊繼續教育答案 ◎

題目：剖腹產時子宮切口還要在體外縫合嗎？

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

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
150425-4	Joint COS-CAHON-SITC Workshop on Cancer Immunotherapy 2015	台大醫院	台大醫院國際會議中心	04月25日 09時10分	04月25日 12時10分	B	2分
150425-5	2015 International Symposium on Cancer Research	馬偕紀念醫院	馬偕紀念醫院台北總院(台北市中山北路二段92號)	04月25日 10時00分	04月25日 15時10分	B	4分
150425-1	104年更年期醫學繼續教育課程	台灣更年期醫學會	屏東基督教醫院	04月25日 12時30分	04月25日 16時10分	B	3分
150425-2	達文西機械手臂輔助手術研討會	高雄榮民總醫院	高雄榮民總醫院高齡醫療大樓B1第11會議室	04月25日 13時00分	04月25日 17時40分	B	2分
150425-3	The 4th Japan-Taiwan Oncology Phase I Conference (JTOPIC)	台大醫院	台大醫院國際會議中心	04月25日 14時00分	04月26日 12時20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
150426-3	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程	台灣家庭醫學醫學會	中壢天晟醫院/國際會議廳	04月26日 09時00分	04月26日 17時00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
150426-4	「Non-smoking in Surgical smoke」研討會	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會	台大醫學院102講堂	04月26日 13時00分	04月26日 17時00分	B	4分
150502-1	Androgen receptor roles in female tumors- 雄激素受體在女性腫瘤的作用	台灣癌症聯合學術年會	榮總致德樓	05月02日 08時30分	05月02日 17時30分	B	4分
150502-2	104年度連江縣糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練	連江縣衛生局	連江縣衛生局一樓講堂	05月02日 13時00分	05月03日 15時50分	B	1分
150502-3	LUTS & UDS Symposium	台灣尿失禁防治協會	高雄長庚兒童醫院六樓藍廳	05月02日 13時00分	05月02日 17時15分	B	2分
150503-1	先進癌症免疫治療新趨勢	臺中市大臺中醫師公會	臺中市大臺中醫師公會(第一會議室)	05月03日 15時30分	05月03日 16時30分	B	1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	斗六市緞麗伯爵飯店	05月10日 12時30分	05月10日 14時30分	B	2分
150516-1	尿路動力學繼續教育課程	台灣尿失禁防治協會	台大醫學院104講堂(地址:台北市仁愛路一段一號)	05月16日 14時00分	05月16日 17時00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
150523-1	卵巢癌治療的成果與新展望 -- 腫瘤抗原與疫苗	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	南投縣埔里鎮鐵山路1號-8樓謝緯紀念堂	05月23日 07時30分	05月23日 08時30分	B	1分
150523-2	初篩-中區2015新生兒聽力篩檢研討會	國民健康署	彰化基督教醫院11樓連瑪玉講堂	05月23日 13時10分	05月23日 17時30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
150524-2	HPV 癌症疫苗高抗體的臨床優勢與機會	臺中市山海屯診所協會	金華屋婚宴會館(台中市北屯區崇德八路一段368號)	05月24日 17時30分	05月24日 18時30分	B	1分
150528-1	“從IMPROVR-IT的最新研究發表,探討血脂異常的治療”	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)	05月28日 12時30分	05月28日 14時30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
150605-1	家暴性侵個案服務:醫事人員性別角色的反思與整理	新北市政府衛生局、亞東醫院	亞東醫院10樓第二教室	06月05日 09時00分	06月05日 11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
150808-1	2015年新生兒聽力篩檢研討會(北區)	國民健康署	馬偕紀念醫院 福音樓9樓第一講堂	08月08日 08時00分	08月08日 12時30分	B	2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

104.04.19

苗栗桐花健行之旅





在以後的手術中

別讓沾黏擋路

沾黏讓日後手術變得更複雜

- 難以辨識、觸及和分離組織。
- 延長手術時間且限制手術可以處理的部位。
- 沾黏是由腹腔鏡手術轉變成剖腹手術的首要原因。

使用前請詳閱說明書書語及注意事項
衛署醫器輸字第018915號
北市衛器廣字第10309100號