

台 灣

婦產科醫學會會訊



發行日期：2015年9月227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

104.09.06

草山月世界 308高地之旅



台灣婦產科醫學會 227 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

12 秘書處公告 | 文/秘書處

12 台灣婦產科醫學會第二十屆第八次理事會會議紀錄

16 衛生福利部國民健康署 函

為改善孕產兒營養狀況，強化醫事人員對於懷孕婦女有關葉酸、碘、鐵及其他重要營養素健康傳播資訊，惠請依說明段，加強協助辦理，至紉公誼。

17 通訊繼續教育

陰道自然生產仍需灌腸嗎？ | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

23 會員園地

9 價子宮頸疫苗 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

26 法律信箱

針對楊玉欣立委「病人自主權法」草案之法律意見 | 文/高添富

37 編後語 | 文/高添富

42 活動消息

理事長的話

何弘能

敬愛的會員、前輩：大家好！

今年專科醫師筆試部分已圓滿結束，今年只有二位年輕醫師未能順利通過筆試。接著在 10 月 18 日口試將登場，請各訓練醫院多予年輕醫師輔導。

未滿 16 歲懷孕者須通報，經學會及秘書長多方努力，於 104 年 8 月 27 日於衛福部，經各個與會團體及學者在研商之後，最後仍決議認為依現行法令規定須進行通報，所以請各位會員目前還是得依法通報，以免受罰。至於日後如何再努力爭取，必須重新想辦法。

九月中旬學會一行 7 名參加了韓國婦產科醫學會 101 屆年會，除了祝賀、參加其國際研討會，並於期間，日、韓、台進一步研商未來年輕醫師短期互到對方進修的可能方案。藉此希望三個國家的交流及友誼能更深化、更長久。

中秋佳節將至，今年將有超級月亮出現，雖然北部會員可能受颱風的打擾，但是還是衷心祝福各位會員佳節快樂！

闔家健康，如意！

秘書長的話

黃閔照

各位會員、前輩，大家好：

青少年健康照護講座順利結束，但結束不了的爭議是對未成年少女性行為通報問題，8月27日在衛福部召開通報會議，法務部擴大解釋兒童及少年福利與權益保障法第49條第9款強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為猥褻行為或性交，及第17款其他對兒童及少年或利用兒童及少年犯罪或為不正當之行為。尤其是第17款包山包海，把所有責任推給第一線醫事人員，並處以未通報罰則，完全不管第53條中於執行業務時「知悉」不法之情事，醫事人員非法官，如何「知悉」，加上目前通報後，後續社工介入的能力及處置，無法得到社會尤其是青少年之認同時，反而阻怯青少年就醫的選擇權益，我特別拜會台大法律王皇玉教授，他也認為通報不妥（附件為王教授針對通報的論述），最近監察院通過糾正案糾正新北市少女遭性侵及殺害一案，許多單位在接獲報案後，兩個月無所做為，導致少女遭害，以目前這樣的通報系統真的能為青少年解決問題，還是引起更大爭議，盼在位者能實際瞭解社會現況及需求。給有需求的青少年們醫療自主的空間吧！

9/26 是世界避孕日，學會在 23 日舉辦婦產科醫師前進校園記者會，過去一年多學會辦理多場校園演講，宣導安全的性行為及避免不必要的懷孕，當然不要有性行為是阻卻性病及懷孕的最好方式，但一旦有性行為後，就要好好的保護自己的身體，馬偕醫院翁嘉穗醫師以自己校園演講的經驗及學生的提問作主軸，談現今年輕人的性世界及許多存在其中謬誤的避孕知識，也感謝蔡永杰在青少年健康照護上的努力，也謝謝嘉穗及許多演講醫師們的努力，學會會再 10 月底再辦理種子講師研習課程，希望有興趣的年輕醫師們能加入青少年健康照護行列。

9月6日台南草山月世界健行活動，雖然台南登革熱疫情增溫，但草山地區因為為非疫區，故會員參加踴躍，共計有70位會員與家屬參加，謝謝郭宗男醫師協助規劃，大台南婦產科聯誼會會長王榮堂醫師更是致贈參加的會員醫師，每人一箱麻豆柚子，敬祝中秋佳節愉快，再次感謝王會長，下次12月13日為新竹北埔登山活動，此次由陳建銘副理事長安排也希望會員多多參加。

專科醫師第一階段筆試於9月13日完成，感謝黃思誠召集人及所有入闈命題老師的辛勞，第二階段口試將於10月18日辦理，也希望考生多多加油，此次參加韓國婦產科年會，台日韓三國特別針對三國年輕醫師交流有更具體的建議，將來會成立網頁提供年輕醫師交流資訊，以便申請1~3月的短期交流課程，也謝謝許多支持方案的醫學中心，希望年輕的醫師能有更多的空間進行國際交流。

TWDRGs 要趕在明年全面上線，剛好強碰 ICD-10 實施之際，許多學會表示應暫緩 DRG 實施，併檢討過去兩階段實施對醫療生態之衝擊，學會也建議安胎部分不應該納入 DRG，以免造成不必要醫療爭議，謝謝謝卿宏院士，顏明賢理事，顏志峰，陳治平，黃文助醫師協助。CA125 跟健保署協商明年度預算為 3000 萬，謝謝全聯會夥伴的爭取。

最後敬祝大家中秋佳節快樂！

對未滿 16 歲懷孕者通報義務之疑慮

王皇玉（台大法律系教授）

一、婦產科醫師通報義務之處罰法源依據不明

（一）性侵害防治法之通報義務

1. 通報義務之相關規定

性侵害防治法第 8 條：

「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。

前項通報內容、通報人之姓名、住居所及其他足資識別其身分之資訊，除法律另有規定外，應予保密。」

性侵害防治法第 2 條：

本法所稱性侵害犯罪，係指觸犯刑法第二百二十一條至第二百二十七條、第二百二十八條、第二百二十九條、第三百三十二條第二項第二款、第三百三十四條第二款、第三百四十八條第二項第一款及其特別法之罪。

2. 並無罰則規定

前開關於「性侵害防治法」責任通報之規定，並未制定相關罰則，亦即未進行責任通報亦不加以處罰，此乃考量性侵害對被害人身體自主權及人身安全之剝奪與侵害，必須妥予考量被害人身心狀況與感受。性侵害防治法尚未制定罰則規定，地區衛生主管單位不得根據該法處罰未經通報之婦產科醫師。

（二）兒童及少年福利與權益保障法之通報義務

1. 通報義務之相關規定

「兒童及少年福利與權益保障法」第 53 條雖亦訂有醫師之通報義務，但醫師所應通報之事項，必須是該法第 49 條所定各款事項。其中與性行為較有關係者，為知悉兒童或少年遭受下列幾款情事：「二、身心虐待」、「三、利用兒童及少年從事

有害健康等危害性活動或欺騙之行爲」、「十四、強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年爲猥褻行爲或性交」或「十五、其他對兒童及少年或利用兒童及少年犯罪或爲不正當之行爲」。

2. 未通報之罰則

關於未爲通報之罰則，「兒童及少年福利與權益保障法」第100條規定，醫事人員違反第五十三條第一項規定而無正當理由者，處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。

惟未滿16歲之人懷孕，直接認定爲受到身心虐待、被利用從事有害健康活動、被強迫爲性交行爲，或被利用爲犯罪或不正當行爲，已屬速斷；至於是否有所關連，醫師並非法律專業人士，根本無從判斷與認定；再者醫師通常是出於守密義務與醫學倫理之「正當事由」而未爲通報，應屬第100條有「正當理由」而除外不罰之範圍。從而，衛生主管機關以「兒童及少年福利與權益保障法」第100條作爲醫師未爲通報之處罰規定，在法律適用上明顯有所不當。

二、婦產科醫師通報義務之不妥與疑慮

1. 有違刑法與醫師倫理

醫師的專業在於提供醫療上之協助，且爲了使病人能安心就診，尋求正當醫療管道就醫，醫師對於病人就診時所提供的資訊負有業務上保守秘密的義務，即使未滿16歲懷孕之人去婦產科醫師就診時，亦應享有醫療隱私權。此外，醫師洩露執行醫療業務所知悉之秘密，乃觸犯刑法第316條洩密罪，得處一年以下有期徒刑。從而，強迫婦產科醫師對於未滿16歲懷孕之人進行通報，不僅是強迫醫師犯洩密罪，且強迫醫師違反保守秘密之醫師倫理。

2. 就「疑似性侵害犯罪情事」或「被利用為犯罪行為」，婦產科醫師無從且無能力認定

未滿16歲之人懷孕，有可能是與未滿18歲之人爲性行爲，此等行爲在刑法上屬告訴乃論之罪，且可減輕或免除其刑（刑法第227之1條、第229條之1等兩小無猜條款）。醫師並非法律專業人士，無法從客觀上或主觀上去判定未滿16歲之人究竟是否爲性犯罪之被害人或兩小無猜。此外，直接將未滿16歲人之懷孕視爲「兒童及少年福利與權益保障法」第49條所稱遭受身心虐待或被利用爲犯罪行爲，亦屬跳躍思考，稍嫌過快。

醫師於病人就診時，為顧及病人隱私，多不會主動探詢病人如何懷孕、與誰為性行為，而少女也未必會對醫師吐露懷孕之原因與真相。即使病人說了，也可能是謊話而非真相。對於懷孕之人是否為性侵害被害人，要求醫師從事醫療專業以外之判斷，此對醫師而言，已屬不當負擔。故要求醫師僅以年齡作為通報的「唯一」依據，未通報就處罰，實有不當連結之疑慮。

3. 避免未滿 16 歲懷孕人放棄尋求正規醫療管道

從公衛政策來看，強迫婦產科醫師對於未滿 16 歲懷孕之人加以通報，反而會迫使他們不敢尋求正規醫療管道，改以各種其他地下管道尋求協助，例如自行服藥墮胎或自行產子，導致懷孕少女的身體與健康遭受更大的不利益。此外，也會迫使懷孕少女放棄婦產科醫師提供的其他醫療協助，例如教導避孕措施、預防性傳染病，形成公衛漏洞。故美其名為保護性侵害被害人之通報義務，卻將這些懷孕少女推向無法獲得醫療資源的黑暗深淵，無疑是製造更大的危害。倘若懷孕少女自行產子而死亡，或是自行產子後任意遺棄嬰兒造成另一個生命死亡，無疑是「政策殺人」。

4. 通報義務造成婦產科醫師的執業恐懼

婦產科醫師之專業是提供醫療協助，但通報義務卻是要求婦產科醫師在醫療專業之外，自行認定未滿 16 歲懷孕少女是否為性侵害被害人。通常醫師執業時，出於尊重病人隱私，多不會主動探詢病人如何懷孕，即使問了，懷孕少女也未必會對醫師吐露懷孕之原因與真相。醫師不是調查機關，也沒有調查權，無從查證真相或認定真偽如何，如果醫師通報出去，後續的調查活動造成懷孕少女本人、家人或男友間的紛爭，或是病人、家屬、男友不理智的遷怒，或對通報醫師進行威脅或恐嚇行為，將使執業之婦產科醫師感到恐慌與害怕，或身陷不知名的危險。其可能後果，也會使得婦產科醫師產生執業倦怠，或沒有人願意從事婦產科醫師的工作。

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
周輝政	貳萬	104年4月17日
李耀泰	貳仟	104年5月29日
無名氏	壹萬	104年6月05日
梁景忠	壹萬	104年7月7日
陳建銘	壹仟貳佰貳拾	104年8月27日
阮正雄	貳萬參仟貳佰	104年8月27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、蔡英美

■ 秘書處公告

台灣婦產科醫學會第二十屆第八次理事會會議紀錄

時 間：104 年 08 月 16 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：常務理事 蕭弘智 陳建銘 張廷彰 胡玉銘 蔡明松 何博基

理 事 吳輝明 林正義 張少萌 李耀泰 施英富 余慕賢 黃富仁 呂維國

翁順隆 洪秉坤 徐明義 龍震宇 黃建霈 張基昌

列 席 者：監 事 長 蔡英美

祕 書 長 黃閔照

副祕書長 孫三源 何信頤 黃文助

請假人員：蘇榮茂 顏明賢 陳思原 吳孟興 鄭英傑 林武周 孫茂榮 黃啓明 林錦義

徐超群 蔡永杰 林禹宏 應宗和 洪滿榮 王漢州 李煥照 陳信孚 仇思源

詹德富 陳勝咸 陳根雄 林姿吟 劉文雄 林靜儀

記 錄：林家翎

壹、確認第 20 屆第 7 次理事會會議紀錄（見附件一）

貳、報告事項

理事長報告

1. 有關蜜蕊娜納入健保給付的問題引發很大爭議，這些相關問題下一個會議健保政策委員會將會充分討論，包含學會的態度及適應症的訂定等。
2. 有關兒少法中通報已變成新聞事件，學會仍會在月底前與衛福部召開會議討論。
3. 原訂 7 月份的會員旅遊到花東因颱風取消，延期至 11 月 20-22 日舉辦，請各位理監事踴躍參加。
4. 財務報告中有一項與圓桌會議公司的訴訟敗訴，需支付 350 萬包含訴訟費、違約金及利息，這筆費用在每月月報表都已先預留，因此並不會增加支出。
5. 9 月份將舉辦專科醫師考試，10 月 18 日舉行口試，請大家幫我們要考試的年輕醫師加油。

監事長報告

1. 監事會剛開完，針對理事會上次會議執行狀況及今天會議議程作審核，有關兒少法對已經結婚的到底要不要通報？目前還是要通報，這點是很不可思議，但學會還是會繼續努力，為會員爭取最大的權益。
2. 有醫學會跟我們反映有關專科醫師訓練的內容及考試各次專科的比例問題，等下在臨時動議會再補充。

秘書長報告

1. 有關醫糾法目前立法院未能通過，而我們的生育補償條例目前由黃昭順立委在提案中，醫糾法的立法精神在降低醫療糾紛，而「生育補償條例」立法的精神在於女人生產過程造成的傷害由國家賠償，是以女人為出發點，替代好處是要申請「生育補償」就必須放棄訴訟權，醫師得到的是一個附帶的價值，而不是為了降低醫療糾紛，這與醫糾法精神不同，如同藥害救濟和預防疫苗注射過程中病人引發併發症，由國家賠償的精神較為類似。最近在檢討「生育事故救濟計畫」發現新生兒急救防範不夠，若各地區未來要辦新生兒急救方面課程可與學會聯繫，學會將與新生兒科醫學會合作由他們提供教具課程及講師等安排。
2. 16歲以下不管是否合理的性行為都視為性侵害需要通報，這對青少年而言是非常大的傷害，過去學會在舉辦青少年健康照護時，希望婦產科醫師能成為青少年健康照護的家庭醫師，幫青少年解決她的問題，但現在衛福部又要婦產科醫師通報16歲以下性行為，以後可能造成青少年不敢來或轉為地下醫療，甚至造成殺嬰或棄嬰等更嚴重的問題，因此學會透過立委及向媒體發佈訊息，大多數都認為這樣的操作過於粗糙，衛福部也受到壓力將於月底召集學會、法界及立委等召開共識會擬訂通報原則。學會的立場是醫師從事醫療行為，只要解決醫療上的問題即可不應將其它責任加諸在醫師身上。
3. CA-125 (EIA) 已通過可由基層診所申報，等公告後即可實施。
4. 學會雜誌 Impact factor 從 1.46 降為 0.988，大家會關心為什麼會下降原因可歸納為：
 - (1) 今年 SCI 把 Research Letter 也計入計算之分母內（前兩年並無將之納入計算），故分母擴大，為 IF 分數下降的其中一個原因。
 - (2) 2014 年的 self-cite 比例為 28%，為歷年最低。過去曾有達到 50% 以上。
 - (3) 近五年的 IF 為 0.929，與兩年計算之 0.988 很接近，算合理數字。近五年的 self-cite 比例為 45%。
 - (4) 2014 年的引用次數為 254 次，是歷年最高，所以今年雖然下降但是雜誌的品質仍是不錯的。

5. 會員旅遊改到 11 月 20-22 日希望大家多多參加。9 月 6 日舉辦台南草山月世界的登山，中午在 308 高地用餐可環看整個月世界的聖地形非常漂亮，請台南地區的理監事號召會員踴躍參加。
6. 母嬰親善今年由醫策會承接，國健署將母嬰親子同室分數占比提升增加困難度，今年要參加認證的院所要留意分數比。
7. 明年 105 年年會預計在台大國際會議中心舉辦，後年 106 年可能會在高雄義大皇家飯店舉行，監事長也推薦其它場地，學會也都去看過場地，目前應該是義大皇家飯店無論在價格、場地或住宿等都比較合適，謝謝張基昌理事協助。

參、討論事項

案由一：審查 104 年度 5-7 月份月報表

說 明：見附件二

提案人：財政委員會

決 議：通過。

案由二：建請將「謝謝你，我的接生醫師」臉書網站轉型為互動式衛教網站

說 明：1. 學會於今年 5 月 22 日成立「謝謝你，我的接生醫師」臉書粉絲團，由民眾留言給要感謝的醫師，學會於 5-7 月間回復了將近 3500 封留言，同時也將留言轉達給要感謝的醫師，這是醫師與民眾良好互動的開始。

2. 臉書網站目前由學會顧問張向昕經營，目前已完成階段性任務，是否提撥經費轉型為互動式衛教網站，以持續提供民眾與醫師溝通平台。

提案人：秘書處

決 議：通過。

肆、臨時動議

案由一：表彰台灣婦產科醫學會理監事榮膺醫學中心院長乙事

說 明：婦產科醫師在現階段醫療環境中要成為醫學中心之院長實屬不易，對婦產科醫學會全體會員都是一種榮耀與鼓舞，建請理事會給予相當合宜的表彰。

提案人：陳建銘副理事長

決 議：通過。

案由二：建議住院醫師訓練課程加入更年期訓練課程

說 明：因 RRC 已將更年期醫學課程列為專科醫師訓練的主軸之一，因此更年期醫學會已訂

定相關教育訓練課程內容，包含更年期醫學及生殖醫學，希望學會在會員繼續教育及住院醫師訓練課程中都能列入更年期醫學，且能占有一定的比例。

提案人：蔡永杰理事

- 決議：1. 在會員繼續教育及住院醫師訓練課程中加強更年期醫學教育，專科考試也鼓勵出題者加強有關更年期醫學的比重。
2. 未來學會舉辦住院醫師訓練課程時，請相關各次專科醫學會提供意見。

伍、散會（下午 3:30）

一般審查共識

104.08.16

1. 超音波檢查一定要有適應症並註明主訴（可以沒有 finding）。婦科、產科及乳房超音波三者可合計為當月門診量的 30% 為原則，超過上限嚴加審查。
2. CA-125（EIA）申報之適應症：
 - (1) 臨床上懷疑有婦科惡性腫瘤者或已確認為婦科惡性腫瘤，監測期治療效果或追蹤其是否復發。
 - (2) 可作為腫瘤如子宮腺肌症、子宮內膜異位症之追蹤。
3. 蜜蕊娜（Mirena）申報之適應症：
 - (1) 6 個月以上藥物治療無效者。
 - (2) 嚴重貧血（Hemoglobin \leq 8g/dL）之婦女。
4. 胎死腹中之病例，不得因病理報告為「懷孕組織」（Produce of conception）而核刪之。
5. 門診人工流產手術申報健保時，只需麻醉及手術紀錄，不需檢附麻醉及手術同意書。

衛生福利部國民健康署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 104 年 9 月 9 日

發文字號：國健婦字第 1040402104 號

主旨：為改善孕產兒營養狀況，強化醫事人員對於懷孕婦女有關葉酸、碘、鐵及其他重要營養素健康傳播資訊，惠請依說明段，加強協助辦理，至綑公誼。

說明：一、有關葉酸、碘和鐵等營養素對於懷孕婦女及胎兒健康尤其重要，惠請貴學會持續透過繼續教育、會訊，轉知所屬會員於臨床上提供產前檢查、孕婦產前健康照護衛教指導服務等醫療保健服務時，加強懷孕婦女旨揭營養素補充之衛教指導。並評估渠等營養素攝取情形是否充足，針對可能不足者，提供妥適之醫療處置，以確保懷孕婦女能獲取足夠營養素，以維護母嬰健康。

二、為提供育齡婦女、孕產婦及其家人能夠獲得正確營養資訊，業於新婚健康手冊、孕婦健康手冊、孕產婦關懷網站、全國免付費孕產婦關懷諮詢專線（0800-870870）及雲端好孕守 APP 等，將葉酸、碘及鐵等重要營養素攝取及補充納入孕期營養衛教資訊，亦請多加宣導運用。

■ 通訊繼續教育

陰道自然生產仍需灌腸嗎？



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

過去，經陰道自然生產的婦女都會在進入第一產程後施以灌腸，以清除直腸中的大便，主要理由有：(1) 減少生產時大便溢出，如有會陰切開，糞便會汙染傷口，母、嬰均可能受感染；(2) 直腸大便排除後，騰出的空間有利胎頭下降；(3) 腸子收縮能加強刺激子宮的收縮力量；(4) 生產時如溢出大便，產婦會感窘態；(5) 可延遲產後首次的大便時間，避免會陰傷口的疼痛和感染；(6) 產婦心裡認為，清除直腸糞便是一項潔淨的行為。

但另一方面，世界衛生組織（WHO）於 1997 年宣布，陰道自然生產要避免灌腸，主要理由有：(1) 灌腸無法證明有上述之效用；(2) 灌腸後的水狀糞便反而會增加母、嬰受到感染的機率；(3) 增加產婦的不適及開銷；(4) 增加護理師的負擔。甚至有少數病例因灌腸產生副作用。本文特探討實證醫學，對陰道自然生產者是否需要灌腸？作一詳細分析，以供同仁參考。

文獻報告

1981 年，Romney 等首先從 149 位單胞胎產孕婦，在生產時予以低體積磷來灌腸，與 125 位不灌腸的單胞胎產婦做比較。母親和嬰兒受到感染在兩組均為 7 位，但培養出的細菌

與大便有關者，在灌腸組有 2 位，在無灌腸組有 4 位。故作者結論是：產婦無須常規性的灌腸，只有在產前 24 小時和首次骨盆檢查發現直腸有大便者，才予以灌腸。

2013 年，Reviz 等研究 Cochrane 報告的 4 篇文章，比較 1917 位產婦在第 1 產程有、無灌腸的各項結果。在 2 篇隨機分析報告、在 594 位產婦中，有、無灌腸者發生產褥感染無統計上的差異，相對風險 RR 0.66（95% 信賴區間 0.42-1.04）。在另 2 篇隨機分析報告、共 592 位產婦中，新生兒臍帶感染率亦無統計上的差異，RR 3.16（95% 信賴區間 0.50-19.82）。而另外 2 篇綜合分析的研究，外陰裂傷和平均生產時間亦無統計上的差異。

至於在台灣的研究，Tzeng 等分析研究中國醫藥大學的 264 位足月產婦，接受 3 顆 10 mL glycerin（低體積的磷）灌腸，與另外 270 位足月產婦未接受灌腸做比較。結果兩組母親與嬰兒的感染率，無統計上的差異；在生產時間灌腸組平均為 608.9 分鐘，在無灌腸組平均為 657.4 分鐘（ $p = 0.28$ ）；在產後首次排便時間兩組亦無統計上的差異（ $p = 0.59$ ）。結論是：生產前的灌腸非醫學上的必要。此外，馬偕醫院 Chen 等亦引用多篇文獻報告，認為正常生產的產婦，灌腸並無益處。

2007 年，Clarke 等分析研究 75 位產婦予以肥皂水 1 L 灌腸，並與 77 位不灌腸的孕婦做比較。生產時間在灌腸組平均為 504.7 分鐘，在無灌腸組平均為 392.7 分鐘，二者相差 112 分鐘，呈統計上差異（ $p < 0.001$ ）；生產中的感染率在灌腸組平均為 12.3%，在無灌腸組平均為 2.7%（ $p = 0.028$ ），但加計算破水時間後，灌腸組的感染率較低（ $p = 0.077$ ）；生產時大便呈固態在灌腸組平均為 11%，在無灌腸組平均為 30%（ $p = 0.005$ ），兩組生產方式並無差異（ $p = 0.5$ ）。結論是：自然產孕婦如灌腸會延長生產時間，且生產時較少固態糞便。

2009 年，Chalmers 等在加拿大婦產科醫學會和 Health Canada 皆認為，產婦予以灌腸是不必要的，應避免此步驟。在加拿大，產婦的灌腸比率有 5.4%，所有省份灌腸比率為 1.9-13%，與台灣產婦灌腸比率其相對較低。

在 Berghella 等對生產的實證醫學中，灌腸屬於 D 級，故對無症狀的產婦，認為無需常規性的灌腸。

灌腸引產效果

蓖麻子油（castor oil）為常用的強效瀉藥，從植物蓖麻子果實提煉而來，遠在古埃及時便被使用來刺激生產，是助產士最常用的引產方式。蓖麻子油為液態，故多以洗澡或灌腸

方式使用，成人口服劑量為 15-60 mL。2013 年，Kelly 等在 Cochrane 綜合分析 3 篇文章、共 233 位第 3 孕期婦女，予蓖麻子油採浴澡或灌腸方式來使用，與不使用蓖麻子油的產婦做比較。兩組無論在剖腹產比率（RR 2.04，95% 信賴區間 0.92-4.55）、使用機械生產（RR 0.46，95% 信賴區間 0.10-2.26）、胎便比率（RR 0.62，95% 信賴區間 0.23-1.66），都無統計上的差異。但有使用蓖麻子油灌腸者會感到噁心（RR 59.92，95% 信賴區間 8.46-424.52）。3 篇文章均未討論母親與嬰兒的罹病率和死亡率。結論是：單次使用蓖麻子油，無論浴澡或灌腸的方式來引產，均不具效果卻有副作用。

灌腸的副作用

有極少數的灌腸者會出現嚴重的副作用。2011 年，Yeat 等報告在桃園 Landseed 醫院一名 G2P1、有 1 次曾因延長產程而剖腹的孕婦，在懷孕 39 週的剖腹前先予以常規的灌腸，結果直腸從肛門脫出，經外科醫師復位失敗，於是進行剖腹產，術後其大腸、直腸因肛門周圍括約肌收縮仍無法復位，且腸子出現壞疽的（gangrenous）改變，結果以切除 28 cm 腸子及安置人工肛門，術後 3 天有排氣，人工肛門在 3 個月時接回。該作者認為，懷孕時荷爾蒙會改變骨盆底組織的支撐及胃腸肌肉的收縮，易產生便秘，灌腸所增加的腹壓，導致腸子脫出。

另外，Gayer 等曾報告 14 例因慢性便秘做清腸（cleansing）灌腸後腸子破裂的病例，經電腦斷層診斷後，有 10 例接受了手術治療，其中有 5 例死亡，而未接受手術治療的 4 例則全部死亡。

2005 年，Bucher 等將灌腸後切除的腸子在顯微鏡下觀察其腸子結構的變化：25 位、平均 61 歲、因癌症和複雜性憩室炎而接受選擇性大腸直腸切除的患者，手術前的 12-16 小時予以 3 公升 polyethylene glycol 灌腸，與另外 25 位未灌腸患者做比較。在切除腸子標本中，兩組（灌腸組與無灌腸組）有中度 - 嚴重度表層黏液（mucus）消失者分別佔 90% vs 52%（ $p < 0.001$ ）；有中度 - 嚴重度表皮細胞消失者分別佔 88% vs 40%（ $p < 0.01$ ）；發炎反應在兩組：有多量淋巴球者分別佔 48% vs 12%（ $p < 0.02$ ），有多量多形性有核細胞浸潤者分別佔 52% vs 8%（ $p < 0.02$ ）。結論是：機械性灌腸會改變大腸壁之結構、呈現炎性反應，都會增加腹部手術的罹病率。

另外，Brown 等報告 34 隻老鼠，灌腸後 24 小時做大腸分子結構研究，並與 34 隻未灌腸的老鼠做比較。結果發現，灌腸組老鼠的大腸有細胞增殖（proliferation）、細胞內丁酸

(butyrate) 均減少。丁酸乃一短鏈脂肪酸，屬 HDAC (histone deacetylase) 抑制劑，會誘導腸癌細胞和多種癌細胞的凋亡，一旦減少對身體不利。該作者認為，灌腸會增加大腸直腸手術患者的罹病率。

上海的報告

2006 年，Qian 等報告，在上海 3 間公立醫院和江蘇省鄰近的 1 間地區醫院，比較 1999 年和 2003 年自然生產的常規處理之改變，在公立醫院已由 1999 年的為 1% 減至 2003 年的 0%，在地區醫院亦由 1999 年的 54% 減至 2003 年的 3%。後者有顯著的減少，主要是遵循世界衛生組織和實證醫學的建議，均已有合時代的改變。

結論

陰道自然生產前的常規灌腸，在台灣行之多年，但懷孕生產應屬自然過程而非疾病，不應予以太多人為干預，今日醫院均在推行友善多元溫柔生產的照顧，實證醫學證實，已獲世界衛生組織正式建議，自然產婦勿需灌腸。然灌腸已成深植在醫護人員的舊觀念，需經再教育予以改變，建議先從常規產前醫令中剷除，僅用在有特殊理由的產婦。

推薦讀物

1. Reveiz I, Gaitan HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7: CD000330.
2. World Health Organization. Care in normal birth- a practical guide. Geneva: Author.
3. Yeat SK, Chen SC, Lee HHC. Enema resulting in rectal prolapse and colostomy in a term pregnant woman. Taiwan J Obstet Gynecol 2011; 50: 370-1.
4. Gayer G, Zissin R, Apter S, et al. Perforations of the rectosigmoid colon induced by cleansing enema: CT finding in 14 patients. Abdom Imaging 2002; 27: 453-7.
5. Tzeng YL, Shih YJ, Teng YK, et al. Enema prior to labor: a controversial routine in Taiwan. J Nurs Res 2005; 13: 263-70.
6. Chen CY, Wang KG. Are routine interventions necessary in normal birth? Taiwan J Obstet

- Gynecol 2006; 45: 302-6.
7. Clarke NT, Jenkins TR. Randomized prospective trial of the effects of an enema during labor. *Obstet Gynecol* 2007; 109(4)(Supplement): 7S.
 8. Chalmers B, Kaczorowski J, Levitt C, et al. Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the maternity experience survey. *Birth* 2009; 36(1): 13-25.
 9. Bucher P, Cervaz P, Egger JF, et al. Morphologic alterations associated with mechanical bowel preparation before elective colorectal surgery: a randomized trial. *Dis Colon Rectum* 2005; 49: 109-12.
 10. Brown S, Ali MS, Williams M, et al. Cellular changes of the colon after mechanical bowel preparation. *J Surg Res* 2015; 193: 619-25.
 11. Kelly AJ, Kavanagh J, Jhomas J. Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. *Cochrane Database Sys Rev* 2013; 7: CD003099.
 12. Gilad R, Hochner H, Vinograd O, et al. The CIC Trial-castor oil for induction of contractions in post-term pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206(Suppl 1): S77-78.
 13. Romney ML, Gorden H. Is your enema really necessary? *Br Med J* 1981; 282: 1269-71.
 14. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 445-54.
 15. Qian X, Smith H, Liang H, et al. Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals. *BMC Health services Research* 2006; 6: 29.

問答題

一、下列何者為主張陰道生產灌腸的理由？

- (A) 減少會陰傷口感染 (B) 增加子宮收縮力量
(C) 延遲產後首次大便時間 (D) 以上皆是

二、下列何者為反對陰道生產灌腸的理由？

- (A) 水狀糞便會增加會陰感染 (B) 增加產婦不適
(C) 增加護理師負擔 (D) 以上皆是

三、下列何者是灌腸會發生的副作用？

- (A) 腸子脫肛 (B) 腸子破裂
(C) 噁心 (D) 以上皆是

四、灌腸後，顯微鏡下腸子結構的改變為下列何者？

- (A) 有腸子表皮層黏液消失 (B) 有腸子表皮細胞的消失
(C) 有發炎反應 (D) 以上皆是

五、2013 年 Reviz 在 Cochrane 對有、無灌腸之陰道生產婦女，綜合分析結果為下列何者？

- (A) 產褥感染無差異 (B) 新生兒臍帶感染無差異
(C) 生產時間無差異 (D) 以上皆是

第 226 期通訊繼續教育

維他命 D 在多囊性卵巢症治療的動向

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

9 價子宮頸疫苗



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

2 價和 4 價子宮頸疫苗實用多年，兩者均可有效（約 70%）預防人類乳突病毒（HPV）16、18 所引起的子宮頸癌，及大部分的子宮頸變異（cervical dysplasia）。其中 4 價疫苗中的 HPV 16、18 是針對子宮頸、陰道、外陰和肛門等細胞變異，HPV 6、11 是針對尖頭濕疣（condyloma）。HPV 不僅會導致女性罹患子宮頸癌，亦會造成男性的生殖系統疾病，包括肛門癌和陰莖癌等。子宮頸疫苗在上市 3 年後，已有報告指出，能高度降低子宮頸變異和生殖道疣（warts）。最近更有 9 價（9-valent）HPV 疫苗研究，除原有 HPV 6、11、16、18 四種 HPV 外，另加上 HPV 31、33、45、52、58 等五種有致癌性 HPV。本文特加以整理探討，分析其效益。

美國食品和藥物管理局的通過

2014 年，美國食品和藥物管理局（the Food and Drug Administration, FDA）通過 9 價 HPV 疫苗（Merck and Co., Inc.），可以施打 9-26 歲的女性和 9-15 歲的男性身上。而免疫施打建議委員會（the Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP）則建議男性施打年齡延長至 26 歲，即與女性施打年齡相同。至於 2 價（HPV 16、18）疫苗僅限於女性施打使用。

文獻報告

在美國，由 HPV 16、18 所引起的癌症約 64%（女性 65%、男性 63%，一年約 21300 位患者）；由 HPV 31、33、45、52、58 所引起的癌症約 10%（女性 14%、男性 4%，一年約

3400 位患者)。至於 CIN 2-3 由 HPV16、18 所引起者約佔 50%，由 HPV 31、33、45、52、58 所引起者則佔 25%。另有 90% 的生殖道疣是由 HPV 6、11 所引起，此二類病毒並是產生大部分復發性呼吸道乳突瘤病 (recurrent respiratory papillomatosis) 的禍首。

2015 年，Joura 等報告 14215 位第 3 期 (phase 3) 的研究，於 16-26 歲的婦女分別在第 0、2、6 個月時分別注射 9 價疫苗 (HPV 6、11、16、18、31、33、45、52、58) (n = 7106) 和 4 價疫苗 (HPV 6、11、16、18) (n = 7109) 做比較，並追蹤 5 個月。結果在預防由 HPV 31、33、45、52、58 所引起的 CIN 2-3、VIN (vulvar intraepithelial neoplasia) 2-3、VIN (vaginal intraepithelial neoplasia) 2-3，有效防護率達 96.7%。結論是：9 價 HPV 疫苗可預防 90% 子宮頸癌的產生。

至於在第 7 個月時，Joura 等報告所有 9 價和 4 價疫苗的抗體，在 anti HPV 6 (893.1 vs 875.2 mMU/mL)；在 anti HPV 11 (666.3 vs 830 mMU/mL)；在 anti HPV 16 (3131.1 vs 3156.6 mMU/mL)；在 anti HPV 18 (804.6 vs 678.7 mMU/mL)，均十分相近。但尚待更久的追蹤時間，來詳加了解。

2012 年，Serrano 等研究統計西班牙 8977 位子宮頸癌患者，總共發現在 9 種 HPV 有 89.4%，其中 HPV 31、33、45、52、58 則有 18.5%。而以組織分類：在鱗狀細胞癌佔 89.1%、在腺癌佔 95.5%。該作者的結論是：9 價疫苗可預防約 90% 的子宮頸癌。

2014 年，Serrano 等另一篇文章中指出，9 種 HPV 在子宮頸癌 (由 HPV 6、11、16、18、31、33、45、52、58 所引起) 的發生率在巴西有 88.6%，在墨西哥有 85.7%，在印度有 92.2%，在中國有 97.3%；其中 HPV 31、33、45、52、58 的發生率，在巴西有 18.8%，在墨西哥有 17.6%，在印度有 11.3%，在中國有 11.9%。因此推估，在上述國家中，如增加 HPV 31、33、45、52、58 疫苗注射，可預防 12-19% 的子宮頸癌，9 種類型疫苗則可預防 90% 的子宮頸癌。

結論

人類乳突病毒會造成癌症 (如子宮頸、陰道、外陰、肛門、陰莖、口咽)、癌前病灶及生殖道疣。近年來，因 2 價和 4 價 HPV 疫苗接種普遍，這些病灶日漸減少。最近，9 價 HPV 疫苗已通過 FDA 認可，初步試驗反應良好，但長期效果和抗體濃度，有待長時間的追蹤觀察。至於已經注射 2 價和 4 價疫苗者，是否須再追加 9 價疫苗？抑或追加幾次？所費與效益是否值

得？均有待日後的研究加以證實。

推薦讀物

1. Joura EA, Giulian AR, Iversen OE, et al. A 9-valent vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *New Eng J Med* 2015; 372: 711-23.
2. Petrosky E, Bocchini JA, Hariri S, et al. Use of 9-valent human papillomavirus(HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015, March 27; 64(11): 300-4.
3. Serrano B, Alemany L, Tous S, et al. Potential impact of a nine-valent vaccine in human papillomavirus related cervical disease. *Infect Agent Cancer* 2012, Dec. 29; 7(1): 38. Doi: 10.1186/1750-9378-7-38.
4. Serrano B, Alemany L, de Ruiz PA, et al. Potential impact of a 9-valent HPV vaccine in HPV-related cervical disease in 4 emerging countries(Brazil, Mexico, India and China). *Cancer Epideriol* 2014; 38: 748-56.

■ 法律信箱

針對楊玉欣立委「病人自主 權法」草案之法律意見



高添富醫師

- 壹 病人自主權法立法理由
- 貳 病人自主權利法草案的精神
- 參 本法為醫界背書，醫界應全力擁護
- 肆 美中不足——本草案未納入未成年人醫療自主權
 - 一· 第四條之一：成熟之未成年人法則
 - 二· 第四條之二：自主之未成年人條款
- 伍 病人自主權草案有待修正之疑慮處
- 陸 「後記」病人自主權法草案未納入「未成年醫療自主權」之前

維護人性尊嚴與尊重人格自由發展，乃自由民主憲政秩序之核心價值，知悉個人醫療資訊並據以作成醫療決策，更是個人生活私密領域不可或缺之部分，應受憲法保障，任何人均不得恣意干涉。然我國現行法律與制度對於病人的醫療自主權保障並不完善，亟待改善。

壹 病人自主權法立法理由

依病人自主權利法草案總說明，《醫療法》第六十三條、第六十四條規定，醫療機構實施手術與中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人「或」其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，始得為之。第八十一條之病情告知對象同前兩條之規定，亦為病人或其他相關人。依此，《醫療法》規定之受告知對象與做醫療決策的主體未必是病人本人，導致實務上經常出現醫師只對家屬說明、由家屬簽具同意書之情事，至於病人則可能自始至終均被蒙在鼓裡，不但剝奪病人的醫療自主權，更嚴重侵害病人之隱私。

其次，在病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，現行制度也欠缺配套措施，來確保病人的醫療自主權得以實現。例如《醫療法》第六十三條與第六十四條以及《安寧緩和醫療條例》第七條等規定，當病人意識昏迷、無法清楚表達意願時，係由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具同意書，同意書未必與病人意願相符。世界各國近年來均致力於推動預立醫療照顧計劃（advance care planning）、預立醫療指示（advance directives）、醫療委任代理人（health care proxy），將個人自主權延伸至喪失決策能力之後，讓個人可以事先決定選擇或拒絕各式醫療照護方針；反觀我國相關醫療法律與制度則尚未完整建構，僅《安寧緩和醫療條例》有相關意願書之規定，範圍與適用對象均非常有限。因此，有必要建立相關法制，以利後續推動。

最後，我國現行法制下，病人拒絕醫療的權利未獲適當規範。目前只有特別法《安寧緩和醫療條例》賦予末期病人不施行「心肺復甦術」或「維生醫療」的權利，但該條例適用對象僅限「末期病人」，在醫療科技已大幅躍升且持續進步的情況下，大部分的植物人、漸凍人、重度失智症患者與罕見疾病患者都不是「末期病人」，無法適用《安寧緩和醫療條例》，不僅阻礙國內緩和醫療的發展，更不當限縮病人的拒絕醫療權。這些痛苦難以忍受、疾病無法治癒且已無其他合適解決方法的病人，現況之下只能被迫持續忍受不必要的痛苦與折磨，無清楚之法律規範，確保其拒絕醫療權。

貳 病人自主權利法草案的精神

一、預立醫療指示，預立醫療照顧計劃比安寧緩和醫療條例規定的不施行心肺復甦術更廣

預立醫療指示，Advance Directives（AD，預立治療計畫 Advance Care Planning（ACP），比安寧緩和醫療條例規定的不施行心肺復甦術 Do-Not-Resuscitate（DNR）及拔管，為

更早一步的生死策劃。

二·適用對象擴大（草案第 13 條）

擴及一、末期病人。二、處於不可逆轉的昏迷狀況。三、持續植物人狀態。四、重度或極重度失智。五、病人痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適的解決方法（概括條款？）。

三·確立病人的醫療拒絕權—容許病人行使其拒絕醫療權，聽任死亡自然發生 *letting die naturally* —醫師在尊重病人意願下中止醫療

本法之前，當醫療拒絕權與醫師之救助義務衝突時，產生孰輕孰重的兩難。

（一）雖依醫師法第 21 條及醫療法第 60 條之規定，醫師對於危急病人有救助義務，如不施予急救，放任病人死亡之果，將可能涉及不作為殺人的問題。

（二）自動出院 *AA Discharge*

而依我國醫療法第 75 條規定：「醫院得應出院病人之要求，為其安排適當之醫療場所及人員，繼續追蹤照顧。醫院對尚未治癒而要求出院之病人，得要求病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人，簽具自動出院書。病人經診治並依醫囑通知可出院時，應即辦理出院或轉院。」

病人有拒絕醫療的權利：尤其是意識清楚且尚未治癒之病人，其可以向醫療機構主張要求自動出院（*against advise discharge, AAD*），拒絕接受進一步醫療照顧。由此可知，醫療機構不得拒絕病人自動出院之申請，然為證明起見，避免日後糾紛產生，醫療機構有權要求病人或家屬簽具自動出院書，當病人在具有意識清楚的前提下，自願行使其醫療拒絕權時，則依上述醫療法第 75 條之規定，醫師延長病人生命之救助義務即告終止，醫師停止治療不構成犯罪，蓋此為病人身體自主權行使，亦是人性尊嚴之展現。

四·本法草案進一步保障醫師的醫療裁量權

然本法要在提供醫療機構與醫師明確的法律依據，免受相關的行政罰或刑罰制裁並不強制醫療機構與醫師執行病人的 AD，沒有課予醫師執行之義務，不執行並不違法。

以前醫界都是用自動出院條款來取代醫療拒絕權，本草案若病人將其權利義務關係已經釐清。至少可以保障醫師。如耶和華見證會家屬拒絕給病人輸血，最後死亡又怪罪延誤高壓氧治療的藉口，控告醫師業務過失致人於死。所以其實除非病人自動出院或

轉診，醫師兩全下之下只能堅持正確的治療。

病人自主權利法醫療可以自主，先決條件就是病人責任自負，不要出了事又回頭說我們又不是醫生，怎麼知道這麼嚴重？所以拒絕同意書也必須簽署，免得橫生枝節，病人有自主決定之前最好有第二個醫生的意見，也最好有親戚朋友的同意作見證，否則醫師一心一意想要救人生命，最後連自己都救不了。



本法為醫界背書，醫界應全力擁護

尊重醫師專業，保障醫師醫療裁量權，為醫師提供法律的保障，而不會被法律追究殺人責任。

一·本法草案提倡病人自主，不會傷害醫療之專業自主

1. 本法草案第 4 至第 6 條提到的病人知情選擇與決定權，是以醫師對於病情、醫療選項之專業判斷為前提，條文書寫方式亦類似醫療法第 63，64，81 條，無病人自主凌駕醫療專業之虞。
2. 本法草案第 3 條與第 9 條引入預立醫療照顧計劃 ACP，其基本精神更是承認，病人自主權的捍衛必須以對醫療專業的諮詢為前提。依此，有效的預立醫療指示 AD 必須是經過 ACP 諮商過程後由病人自主訂定的 AD。

二·本法草案進一步保障醫師的醫療裁量權

提供醫療機構與醫師明確的法律依據，以前醫界都是用自動出院條款來取代醫療拒絕權，本草案若病人將其權利義務關係已經釐清，免受相關的行政罰或刑罰制裁，至少可以保障醫師的醫療裁量權，又沒有任何罰則針對不作為的行政處分，只是正在第一線的臨床醫師面對許多誤解或濫用的家屬無理取鬧，更必須要有嚴格的要件規定，可以維護病人不死的自主權，而不是任由不孝兒女自由心證任意宰割。

但也有如耶和華見證會信徒，家屬拒絕讓病人輸血，最後病人死亡又用怪罪延誤高壓氧治療的藉口，控告醫師業務過失致人於死。所以其實除非病人自動出院或轉診，醫師兩全下之下只能堅持正確的治療。

本案一旦法制化，病人只要符合本法第 13 條規定則得拒絕施行或撤除維持生命治療之全部或一部。依此，在符合本法法定要件下，本法之立法將保障願意成全病人不苟活之醫院或醫師。然病人自主權利法醫療可以自主，先決條件就是病人或家屬必須責任

自負，不要出了事又回頭說「我們又不是醫生，怎麼知道會這麼嚴重？」，所以拒絕同意書也必須簽署，免得橫生枝節，病人有自主決定拒絕醫療或輸血之前，最好也徵詢第二位醫生的意見，也最好有親戚朋友的同意作見證，否則醫師一心一意想要救人的生命，最後連自己都救不了。

三· 本法並不強制醫療機構與醫師執行病人的預立醫療照顧計劃，沒有課予醫師執行之義務，不執行並不違法

本法不強制醫療機構或醫師執行病人之預立醫療照顧計劃 ACP，顯示本法尊重醫療專業或醫師之多元倫理觀點。此外，本法保障醫療機構或醫師在尊重病人合法之拒絕醫療意願時，得以阻卻違法，是本法尊重及保護醫療專業實踐的另一例。

肆 美中不足——本草案未納入未成年人之醫療自主權

一· 建議新增「成熟之未成年人法則」及「自主之未成年人條款」

草案第四條（病人知情選擇決定權）病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫療選項有選擇與決定之權利。之後應新增草案第四條之一（成熟之未成年人法則 Mature minor Rule）及新增草案第四條之二（自主之未成年人條款 Emanipated minor provision）。

二· 病人自主權利法草案新增未成年人醫療自主權條款

病人自主權利法草案	
條文	說明
<p>第四條之一（成熟之未成年人法則）</p> <p>十二歲以上之未成年少女應有下列之醫療自主權，不必父母同意：</p> <p>一· 避孕服務。</p> <p>二· 性傳染疾病治療服務。</p> <p>三· 妊娠前三個月產前檢查。</p> <p>四· 選擇安置收養小孩。</p> <p>五· 自行同意對小孩的醫療照護。</p> <p>十二歲以上之未成年少女應無下列之醫療隱私權，必須通告父母：</p>	<p>本條新增。參考美國未成年人同意法概論</p> <p>一· 未成年人在敏感的健康照護服務範圍裡同意的合法能力—包括性和生殖的健康照護，精神健康照護以及酒精和藥物濫用治療—在過去三十年裡已有戲劇性的擴張。而這個趨勢的反應也確認了，父母親的參與未成年人健康照護的決定是理想的 desirable，然而如果他們被強迫必須要有父母親的參與，在一些重要的服務上將不會有助於許多未成年人。</p>

<p>一· 妊娠中三個月和妊娠末三個月產前檢查。</p> <p>二· 人工流產。</p> <p>下列服務範疇有年齡限制：</p> <p>藥物依賴治療服務：十三歲以上的未成年人可自己同意門診服務。但未滿十八歲者，須得到父母或監護人的同意才能住院接受治療。</p> <p>心理健康服務：十三歲以上的未成年人可自己同意門診服務，也可不經父母同意住院到治療機構，惟機構必須在未成年人自願住院廿四小時內通知父母。但未滿十三歲的未成年人接受任何治療都必須由其父母或監護人授權同意。</p>	<p>二· 關於性和生殖的健康照護，許多的州明白地准許所有或是一些未成年人不需父母親參與下，即可得到避孕和產前檢查和性傳染病 STI 的服務。此外，接近所有的州皆允許未成年父母做關於他們自己小孩的重要決定。</p> <p>三· 而跟這有強烈對比的就是，大多數的州對於未成年人的流產需要有父母親的參與。在多數的案例裡，州同意法 state consent laws 適用於所有十二歲和以上的未成年人，然而，在一些案例裡，州允許某些族群的未成年人—例如已經結婚，懷孕或是已經成為父母的未成年人能夠自行同意。</p>
<p>第四條之二（自主之未成年人條款）</p> <p>十六歲以上之未成年少女可向法院申請為自主之未成年人，且必須符合下列條件之一：</p> <p>一· 結婚。</p> <p>二· 在軍隊服務。</p> <p>三· 法院必須決定獨立自主是對你或者你的父母或你的未成年子女的最佳利益。</p> <p>自主之未成年人視同法定成年人，可自行同意接受醫療，牙科，或精神病照護，不受優生保健法第九條第二項之限制。</p>	<p>本條新增。依自主之未成年人條款。</p> <p>一· 獨立自主 Emancipation 是一個法律程序，讓一個 16 歲以上青少年在法律上從他的父母或監護人獨立出來，雖未成年，法律上仍可授以像成年人一樣獨立自主作主張的權利。</p> <p>二· 誰可以獨立自主？</p> <p>要通過康涅狄格州法律 Connecticut law 法院成為獨立自主，你必須至少 16 歲。此外，還必須符合下列條件之一：你必須結婚，或你必須在美國軍隊服務，或你必須與你的父母或監護人分開居住，並管理自己的錢，或法院必須決定，獨立自主是對你，或者你的父母，或你的未成年子女的最佳利益（如果有的話）。</p> <p>三· 您如何成為獨立自主？</p> <p>你或你的父母可以啟動開始獨立自主的程序。啟動程序的人必須向法院提起「請求獨立自主」的格式。</p>

四·一個自主的青少年有什麼權利？

當你成為自主的未成年人，你有其他青少年沒有的合法權益。你也有大多數青少年不必擔心的責任 responsibilities。當您思考獨立自主時，你應該謹慎的權衡這些權利和責任想想。

五·不受優生保健法第九條第二項限制。

即 16 歲以上自主之未成年人，依規定施行人工流產，不必應得法定代理人之同意。

伍 病人自主權法草案有待修正之疑慮處

一·人倫關係越來越淡，虐老或遺棄老人的事件頻傳

為區區幾十萬保險金可以謀殺父母，如果有機會放手，讓老人早日歸天，不必負擔奉養反哺的責任，何樂而不為？尤其目前在台灣安樂死尚沒有法律依據，所以本案雖然不是積極的安樂死，有可能成為消極的安樂死，安樂的是兒女。在萬芳的醫療倫理委員會案例中，不時碰到醫療裁量需要急救，而且可以拯救病人的時候，家屬也要來拔管，令人心寒。如今這麼條件放鬆到植物人或是失智但行動自如的老人，若無法律嚴格把關，會不會發生不作為的濫殺無辜？

（一）活的人比要死的人重要，誰要浪費遺產在快死的人？

即使病人有保長期壽險和癌症保險，病人也未必享有的到保險給付，「身故保險金」為總保險金額三倍給付，若是「生命末期保險金」只給付總保險金額的百分之一百三十。活的受益人不願意把這些錢浪費在病人身上，因為最多只是讓病人多苟延殘喘三個月，這又是現實問題。配偶是否願意把保險金留給病人當作生命末期保險金用盡外，甚至不夠還要動用到其他遺產？但若放棄急救或拔管死亡，馬上有三倍身故保險金可領。

（二）司法機關能否及時介入（虐老遺棄）

在臨床實務上，亦曾有罹患急性呼吸衰竭的病人在兒女的勸說下，作出病人的真實意願相反的決定，勉強要求醫師對其不施行心肺復甦術的情形。如果病人

之真實意願被壓抑，醫療人員宜要求社政機構如社工人員的協助，以探求病人拒絕接受醫療之真意。或者對病人所聲明的拒絕接受治療的後果有疑慮（如涉及病人親屬間棄養問題），且不進行治療將危及病人生命或會對健康造成無法補救的傷害時，則醫師和醫療機構應及時尋求司法機關之介入。

二．針對適用對象，是否有客觀標準把關？

（一）立法要嚴格，適用對象標準要客觀，避免成為不孝子濫用變成棄養或爭產工具。

適用對象包括：一、末期病人。二、處於不可逆轉的昏迷狀況。三、持續植物人狀態。四、重度或極重度失智。五、病人痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適的解決方法之適用的客觀標準？

1. 末期病人三要件為「指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者」，安寧緩和適用對象就惹出許多家屬誤解，濫用不施行心肺復甦術 DNR，因而連醫師不時捲入病人家族，婚姻，爭產等複雜問題，不勝其擾。

2. 處於不可逆轉的昏迷狀況，是要用昏迷指數幾分作標準？3 分到 5 分或多少？

格拉斯哥昏迷指 Glasgow Coma Scale 數 GCS 由三項動作評估後的總和，從 3 分到 15 分例如 E1V1M1 是 3 分，E1V2M5 是 8 分，E4V5M6 是滿分 15 分。E 代表 EYE（睜眼反應），V 代表 VERBAL（語言反應），M 代表 MOTOR（動作反應）。

3. 持續植物人狀態。臨床上有影像診斷標準嗎？

有報導病人：他變成植物人昏迷了 19 年，醒來後居然告訴大家「這件事」。其實在昏迷的這段期間，他的大腦一直在工作，能聽、能看、能思維、能思考，還有記憶，但是身體不能動，他為此一直感到很著急。（http://www.ptt01.cc/post_21706）

4. 重度或極重度失智。亂花錢，性騷擾，暴露狂，但行動自如 --- 受監護宣告？受輔導宣告？

5. 病人痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適的解決方法：概括條款，不確定的法律觀念，主觀感受，並無客觀標準。

(二) 配合我國的國情民俗，不能全盤受西方思想模式

西洋人的生死思維與我們台灣人不同，洋人看到狗或馬受傷，怕牠們會疼痛就一槍把動物斃命，或是將狗用亂棒打死，免得牠們受痛苦。在屏東就有一隻狗被車子壓到，旁有一個外國人就拿起棒子亂棒打死，周圍居民群情激憤，認為狗受傷了已經夠可憐了，不去救，還要把他狗亂棒打死？這就是美國人的思維，大可不必把外國的法令都拿來應用。而且外國人婚姻觀也不同，他們認為配偶決定權當然是大於直系血親，理所當然，而且一般人可以坦然接受，但我們台灣人可以完全接受嗎？

三·醫療委任代理人是最後希望—其資格限制應嚴加把關

(一) 安寧緩和醫療條例規定中醫療委任代理人的弊端

主要是針對 102 年修法的拔管的規定，從四代同堂及倫理委員會通過，修正到只要有最近親屬一人同意即可拔管，已經產生生存危機。尤其最近親屬的配偶為第一位，直系血親卑親屬及尊親屬反而排在後面，若是一對怨偶，老公有小三，老婆早就預去之為一快，唯一的機會來了，當然要趕快拔管，這個時候居然連病人他的子女，甚至他的父母，因為是屬於後順序的最近親屬，竟無權置喙或反對，只能用有否符合末期病人標準及選任醫療委任代理人來對付。

像安寧緩和，單獨配偶一人即有權決定要不要拔管時，試問誰能規範配偶不簽 DNR 或拔管同意書？所以若無醫療委任代理人，只能在末期病人的三個條件來把關，或依靠醫療委任代理人成了最後一道防線來救命。所以本法醫療委任代理人的角色，變得相當具足輕重。

(二) 病人自主權利法草案中放寬適用對象，若未對醫療委任代理人資格，條件，加以限制或要求，恐更增弊端。

因為醫療委任代理人凌駕最近親屬之上，假設如今是小三擔任醫療委任代理人，堅持要把植物人拔管，現在連第一順位的老婆都無法反對了，遑論他的子女和父母，情況可能更悲慘。現在這個社會婚姻離婚率很高，小三更是因利益而結合，如果是老榮民的年輕老婆，或照顧他的外傭或有心機的未婚友人，豈不依法取得生殺大權？

醫療委任代理人資格如何限制？茲事體大，至少要有利益迴避或不能有利害關係者，不能有犯罪關係記錄（如詐騙或與當事人有婚外情通姦罪），或違反公

序良俗關係者才能擔任醫療委任代理人，若資格不符，則醫療委任代理人委託書自始無效。醫療委任代理人雖不一定要限律師或醫師，但醫師朋友或家庭醫師是不錯的人選，另法院是否要有公設醫療委任代理人？都必須從長商議，妥善立法。

陸 「後記」病人自主權法草案未納入「未成年醫療自主權」之前

針對衛福部衛部護字第 1040016069 號行政函釋主旨：「有關貴會函請本部就未滿 16 歲兒童及少年因懷孕至婦產科診所就診，相關醫事人員是否一律依性侵害案件通報之法律適用疑義釋明一案，復如說明，請查照。…爰依上開規定，未滿 16 歲之兒童及少年不論是否為合意性行為，皆屬法定應通報事項，醫事人員於執行業務時倘知悉兒童及少年有該等情事，依法應通報直轄市、縣（市）主管機關，當無疑義。」。結論好像是說：「未滿 16 歲兒童及少年因懷孕至婦產科診所就診，不論是否為合意性行為，皆屬法定應通報事項」，搞得會員人心惶惶，不可終日。

Dr. Kao 於 9 月 20 日親赴台大兒童醫院 B1 講堂，二度參加台灣婦產科醫學會 104 年度「青少年健康照護繼續教育訓練課程」的法律與倫理議題演講：「青少年保密性和電子病歷 Adolescent Confidentiality and Electronic Health Records。」時，力揭該政策不但違反世界潮流，而且與「成熟之未成年人法則 The Mature Minor Rule」，「自主的未成年人 Petition for Emancipation」，及「未成年同意法 Minors Consent Law」，背道而馳。會後有女會員諮詢 Dr. Kao，若通報被社會社工訪視後，病人來診所鬧場，揚言要告醫師洩密，怎麼辦？其實會員的多慮是對的，若未滿 16 歲兒童及少年懷孕而來門診產前檢查或諮詢流產事宜，門診結束後醫師在為告知病人下逕行依法通報，第二天社會局派人去她家訪視，病人不回頭找醫師麻煩者幾稀，甚至暴走族的男友或老爸上門興師問罪的亦恐不乏其人。若醫師看診完畢，當場告訴病人奉令要向社會局通報，病人反悔哭鬧，要求退號或索回病歷，糾纏不清一定不肯罷休，問題是健保卡已刷過卡，資料業已入檔，衛福部或社會局要篩檢出 16 歲以下少女懷孕之病人名單輕而易舉，此時病人要退掛號都已無濟於事，除非醫師偽照文書，檔案上不寫病人懷孕，只寫月經過其，電腦才可能搜索不出。

Dr Kao 建議，目前病人自主權法草案未納入「未成年人醫療自主權」之前，通報爭論方興未艾，贊成通報的社會人士不少，其實都是不乏不食人間煙火的高級知識份子。礙於現實，婦產科開業醫師明哲保身的方法就是先貼門診公告，事先向病患說明本院依法必須

通報未滿 16 歲兒童及少年的懷孕病人，免得不教而殺，反作了違反世界潮流醫療政策的劊子手。門診公告內容建議如下，僅供參考：

一、奉衛福部規定，即日起凡十六歲以下少女懷孕就診，本院依法一律必須通報市政府社會局。

二、十六歲以下懷孕病患亦可改赴全台各地青少年親善門診（Teens' 幸福 9 號）就診或諮詢（<http://www.facebook.com/TeensNine>）

三、特此公告周知

○○○婦產科診所敬啓 中華民國 104 年 6 月 17 日

編後語

高添富

本期熱門報導有二，一是本會要推動「生育補償條例」，二是 16 歲以下未成年少女懷孕，都一律需要通報。

祕書長報告中提到，醫糾法目前立法院未能通過，而我們的「生育補償條例」目前正由黃昭順立委在提案中，真是令本期執行編輯再度捏一把冷汗。蓋「生產風險救濟」是指生產過程中所遭遇到意外風險如羊水栓塞、腦性麻痺等，正如祕書長所言，同藥害救濟和預防疫苗注射過程中病人引發的過敏或意外，理當用國家賠償的精神來負責救濟，以利政策之推廣，證之我們學會用「生育事故爭議事件試辦計畫生產」，三年內把相關醫療糾紛訴訟鑑定的案件降到約 72%，就是拜「風險救濟」的效果。但「生育補償條例」講的是「事故補償」，是在懷孕十個月及分娩過程中，凡發生醫療事故包括自然流產，胎死腹中時，「不論對錯，無關過失」一律給予病人補償。聽到「事故補償」的無限上綱大而不當，醫師又要負擔三成經費，各科都紛紛避之惟恐不及，只有我們婦產科誤把馮京當馬涼，勇敢的自願要承接「生育事故補償」，實在令人不可思議，此條例註定會流產，不然各科都眼睜睜等著看我們的下場好戲。

現在衛福部要求婦產科醫師通報 16 歲以下少女懷孕者，不管是否合理的性行為都要視為性侵害而需要通報。可能因而造成青少年不敢來找合法醫師，或轉為地下醫療，甚至造成殺嬰或棄嬰等更嚴重的問題，因此學會透過立委及向媒體發佈訊息，大多數有識之士都認為這樣的操作過於粗糙，衛福部也受到輿論壓力，故在今年 8 月 27 日針對 16 歲懷孕通報義務，召集學會、法界及立委等召開共識會，擬訂通報原則，問題是結論仍維持原議。翻閱衛生福利部的研商會議記錄可見，至今許多不食人間煙火的社會學者、女性專家居然仍懷抱三師之醬缸思想（為之君，為之師，為之父），一致認為站在為照顧正在發育中的無知少女的立場，都贊同婦產科醫師有法定通報義務。現實問題是，如果自己的未成年女兒懷孕了，是否保證就會

跟自己溝通？是否母女間都存在著良好的親子關係？連自己都懷疑的時候，為人父母的能夠接受社會局的人上門訪視，告訴說您自己的寶貝乖女兒懷孕的事情嗎？實在也令人不可思議。

其實依性侵害犯罪防治法第八條的通報規定，修法理由明文指出係因為其他性侵害犯罪皆已改為非告訴乃論，為免有影響司法程序進行之嫌，且相關人員於執行職務知悉有性侵害事件發生時，如能及時通報，可使政府及早介入。但未滿 16 歲之兒童及少年懷孕，即使不是合意性行為也是屬於告訴乃論，為保護受害人及尊重其隱私，解釋上亦應回歸九十四年一月二十一日第八條修法前，原第六條之二第二項所規定的尊重受害人自主權的精神：「前項通報之內容，應徵得被害人、法定代理人或依法負責執行監護事務者之同意；其不同意者，應以犯罪事實或犯罪嫌疑人資料為限。」。怎麼現在反而變本加厲，針對非告訴乃論的案子也必須在未應徵得被害人同意下，私下通報？反正就是秀才遇到兵，有理講不清就是了。

本期「通訊繼續教育」慣例是由李耀泰、陳福民、郭宗正撰寫的學術論文：「陰道自然生產仍需灌腸嗎？」一文。因世界衛生組織（WHO）於 1997 年宣布，陰道自然生產要避免灌腸，主要理由有：(1) 灌腸無法證明有上述之效用；(2) 灌腸後的水狀糞便反而會增加母、嬰受到感染的機率；(3) 增加產婦的不適及開銷；(4) 增加護理師的負擔，甚至有少數病例因灌腸產生副作用。本文特探討實證醫學，對陰道自然生產者是否需要灌腸？作一詳細分析，以供同仁參考，結論是陰道自然生產前的常規灌腸，在台灣行之多年，但懷孕生產應屬自然過程而非疾病，不應予以太多人為干預，今日醫院均在推行友善多元溫柔生產的照顧，實證醫學證實，已獲世界會生組織正式建議，自然產婦勿需灌腸。然灌腸已成深植在醫護人員的舊觀念，需經再教育予以改變，建議先從常規產前醫令中剷除，僅用在有特殊理由的產婦。

本期會員園地亦由李耀泰、陳福民、郭宗正撰寫「9 價子宮頸疫苗」，鑑於最近更有 9 價（9-valent）HPV 疫苗研究，除原有 HPV 6、11、16、18 四種 HPV 外，另加上 HPV 31、33、45、52、58 等五種有致癌性 HPV，本文特加以整理探討，分析其效益。結論是，人類乳突病毒會造成癌症（如子宮頸、陰道、外陰、肛門、陰莖、口咽）、癌前病灶及生殖道疣。近年來，因 2 價和 4 價 HPV 疫苗接種普遍，這些病灶日漸減少，最近，9 價 HPV 疫苗已通過 FDA 認可，初步試驗反應良好，

但長期效果和抗體濃度，有待長時間的追蹤觀察。至於已經注射 2 價和 4 價疫苗者，是否須再追加 9 價疫苗？抑或追加幾次？所費與效益是否值得？均有待日後的研究加以證實。

「法律信箱」則由本期執行編輯高添富撰寫「針對楊玉欣立委『病人自主權法』草案之法律意見」，主要是應全聯會的要求，要我們學會表態提出法律意見。因本期執行編輯曾參與 8 月 17 日的「探討病人自主權國際趨勢與我國立法可行性之研究計畫」的公聽會，事先也曾與楊立委與孫老師討論過，公聽會中王皇玉教授也建議應該把十六歲以下未成年少女的醫療自主權納入，所以整理出本份法律意見報告。尤其針對全聯會代表以個人之見持反對看法，當場被其他醫師砲轟，質疑沒有作過問卷調查，全聯會如何代表全體醫師之意見？到底草案有否好好唸過一遍，都令人懷疑。此文雖然也是個人淺見，但也必須在會訊上公開發表，就教各位賢明，若有任何高見或不同意見，仍歡迎不吝賜教，法律沒有一言堂，何況真理是愈辯愈明。

9 月 20 日本期執行編輯親赴台大兒童醫院 B1 講堂，二度參加台灣婦產科醫學會 104 年度「青少年健康照護繼續教育訓練課程」的法律與倫理議題演講，題目正是：「青少年保密性和電子病歷 Adolescent Confidentiality and Electronic Health Records。」其實會員最關心的仍是未滿 16 歲之兒童及少年，不論是否為合意性行為，皆屬法定應通報所帶來的困擾，搞得人心惶惶不可終日。會後有女會員諮詢本期執行編輯，若通報被社會社工訪視後，病人來診所鬧場，揚言要告醫師洩密，怎麼辦？其實會員的過慮是對的，若未滿 16 歲 兒童及少年懷孕而來門診產前檢查或諮詢流產事宜，門診結束後醫師在未告知病人下逕行依法通報，第二天社會局派人去她家訪視，病人不回頭找醫師麻煩者幾稀，甚至暴走族的男友或老爸上門興師問罪的亦恐不乏其人。若醫師看診完畢，當場告訴病人奉令要向社會局通報，病人反悔哭鬧，要求退號或索回病歷，糾纏不清一定不肯罷休，問題是健保卡已刷過卡，資料業已入檔，衛福部或社會局要篩檢出十六歲以下少女懷孕之病人名單輕而易舉，此時病人要退掛號都已無濟於事，除非醫師偽照文書，檔案上不寫病人懷孕，只寫月經過期，電腦才可能搜索不出。

所以明哲保身的方法就是，醫療院所必須先貼出門診公告，事先說明本院依法

必須通報懷孕之未滿 16 歲兒童及少年，若不能接受通報者，請另請高明。門診公告內容建議如下：

一、衛福部規定，凡十六歲以下少女懷孕就診，本院奉令必須一律通報市政府社會局。

二、十六歲以下懷孕病患亦可改赴全台各地青少年親善門診（Teens' 幸福 9 號）就診或諮詢 (<https://www.facebook.com/TeensNine>)。

三、特此公告週知。 ○○○婦產科診所 敬啓 / 中華民國 104 年 6 月 17 日

走筆至此，本期執行編輯乏天無力，不禁感嘆萬千，咱們婦產科醫師中學法的醫師法律人最多，長江後浪推前浪江山輩有人出，不乏也有不少投入十多年的心力在鑽營醫療法的研究者。本期執行編輯不材，講了研究六年的「事故補償，風險救濟，過失賠償」十二箴言，上屆的會員學術大會居然請了一位非法律人士的政治人物來演講「風險補償」，本期執行編輯還擔任主持人，差點當場中風。明明婦產科醫療糾紛最多，身受其害刻苦銘心，唸法律的醫師也最多，居然還請了一位家庭醫學科的醫師法律人，來教婦產科的醫療糾紛，禮失而求諸野，令人瞠目結舌。

尤其本期執行編輯多年來孤軍奮鬥爭取醫師權益，鞠躬盡瘁死而後已，不勝餘力堅持認為「醫療行為以故意為限，負刑事責任」，以及「醫藥分業，藥師自負藥事糾紛責任」，偏偏敲鑼打鼓孤掌難鳴，醫界高層照常不聞不問，反正事不關己，隔岸觀火冷眼旁觀，甚者還要引清兵入關打擊異己，聽任正統法律人的欺壓凌遲。像這樣連醫師同行都看不起的醫師法律人，以為都不過是玩票性質，成不了氣候的泛泛之輩，當四面楚歌之時，如何教那些自視甚高的法律學者，會相信這種半路出家的醫療法律人懂個什麼？臨危受命自是孤掌難鳴，孤立無援寸步難行，妄想爭取醫師的權益自然處處受阻難如登天，甘苦又有誰知？

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

◎ 227 通訊繼續教育答案 ◎

題目：陰道自然生產仍需灌腸嗎

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

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
150925-1	全院性臨床或外科病理討論會	澄清綜合醫院中港分院醫學教育研究部	澄清綜合醫院中港分院 17 樓國際會議廳	09 月 25 日 07 時 30 分	09 月 25 日 08 時 30 分	B	1 分
150925-2	孕產期的女性癌症防治新趨	台灣醫療繼續教育推廣學會	正新醫院會議室 (高雄市前鎮區一心一路 233 號)	09 月 25 日 12 時 20 分	09 月 25 日 13 時 20 分	B	1 分
151001-1	Advanced course in Gynaecological Surgery	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 01 日 07 時 45 分	10 月 03 日 14 時 30 分	B	10 分
151004-1	更年期繼續教育訓練	台灣更年期醫學會	高雄榮民總醫院	10 月 04 日 08 時 20 分	10 月 04 日 13 時 00 分	B	4 分
151004-2	2015 年營養醫學整合性治療 - 營養醫學與疾病關係與臨床應用最新趨勢	台灣營養醫學推廣協會	台北市公務人力發展中心 (台北市大安區新生南路三段 30 號)	10 月 04 日 09 時 00 分	10 月 04 日 17 時 00 分	B	1 分
151025-1	第一孕期唐氏症篩檢新知及認證研討會	台灣周產期醫學會, 台灣婦產科醫學會	台大醫學院 103 講堂	10 月 25 日 09 時 00 分	10 月 25 日 12 時 00 分	A	2 分
151031-1	2015 婦產科臨床新境界—長庚國際研討會	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	林口長庚兒童醫院 K 棟 12 樓第三會議室、第二簡報室	10 月 31 日 08 時 30 分	11 月 01 日 17 時 20 分	B	10 分
151115-1	國際學術研討會	亞太婦女泌尿醫學會	彰基國際培訓中心	11 月 15 日 08 時 00 分	11 月 15 日 17 時 00 分	A	1 分
151118-1	子宮頸癌防治之最新進展	中山醫療社團法人中山醫院	臺北市仁愛路四段 112 巷 11 號 中山醫院會議室	11 月 18 日 13 時 00 分	11 月 18 日 14 時 00 分	B	1 分
151128-1	2015 年度癌症診療品質研討會	三軍總醫院癌症中心	三軍總醫院 B1 第二演講廳	11 月 28 日 08 時 30 分	11 月 28 日 12 時 30 分	B	2 分
151205-1	International Congress on Menopause in Taiwan	台灣更年期醫學會及國際更年期總會 (International Menopause Society)	財團法人張榮發基金會國際會議中心	12 月 05 日 08 時 30 分	12 月 06 日 17 時 20 分	A	1 分
151216-1	青少年多囊性卵巢症候群	中山醫療社團法人中山醫院	臺北市仁愛路四段 112 巷 11 號 中山醫院會議室	12 月 16 日 13 時 00 分	12 月 16 日 14 時 00 分	B	1 分

青少女健康照護課程— 台北場

104.09.20 講堂(2) 攜帶飲食進入謝謝合作



事後防護 別賭「孕」氣

事後避孕藥

意外激情 愈早服用效果愈好

在口服事後避孕藥中，服用ella[®]的懷孕風險顯著低於Levonorgestrel！

口服事後避孕藥的主要作用機轉為抑制或延遲排卵，臨床研究顯示，ella[®]為延遲排卵，避免意外懷孕的極佳事後避孕藥，且不易造成出血及亂經等身體的負擔。

新型事後避孕藥

品名	ella [®] 艾伊樂
成分	Ulipristal acetate
避孕成功率	98%-99%
排卵前使用的有效性	即使在預期排卵前才服用，ella [®] 仍可延後部分婦女的濾泡破裂



enjoy, love, life, actively

