

台 灣

婦產科醫學會會訊



發行日期：2015年11月29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)27006120 分機 801

朱應翔 (02)27007560

會員聯誼 104.11.20-22

3天2夜花東之旅



台灣婦產科醫學會 229 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

11 秘書處公告 | 文/秘書處

衛生福利部疾病管制署 函

檢送「各項常規疫苗最小接種年齡與最短接種間隔」修訂表 1 份，請貴會惠予週知所屬會員，並納入相關教育訓練課程，請查照。

15 通訊繼續教育

雙磷酸鹽可減少婦女癌病的發生率 | 文/李耀泰 陳福民 沈仁達 郭宗正

20 會員園地

20 勞工失能診斷證明書的開立原則與「診斷」證明書釋疑 | 文/潘恆新

26 懷孕期間流行性感冒防治 | 文/王宇林、陳治平

30 謙虛與同理心—兼論骨盆腔鬆弛與尿失禁手術 | 文/謝卿宏

37 性傳染病防治宣導專欄

37 對肛門砂眼披衣菌感染的治療 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

41 當同志與醫療相遇 | 文/喀飛 (愛滋病及性傳染病防治進階教育訓練種子講師課程之講師)

44 編後語 | 文/劉嘉耀

46 活動消息

理事長的話

何弘熊

敬愛的會員、前輩：大家好！

今年的專科醫師考試，只有兩位未能過關，是歷年來通過率最高，歡迎婦產科新力軍的加入。各醫院收住院醫師的情況也比往年好，謝謝大家的努力，也表示婦產科年輕醫師的參與率正在提高。

理監事的旅遊這個月在蘭陽地區舉行，順道考察及規劃明年年會外賓可能的 Social Event 行程，謝謝秘書長和幾位院士的參與，聽說一切順利。本來想親自參與這次行程，不幸家岳父王苔德醫師（為創會會員，會員號碼記得是 0005）驟逝，享年 92 歲，很遺憾，只好跟大家說抱歉了，並在此對家岳父的故友、同仁及學生們致意。

上次的會員旅遊因颱風延期，將於 11/20-11/22 補辦，這次是花東之旅。因服喪期間，只能參加其中小部分，請各位會員能見諒，並祝這次旅遊大家能盡興，一切平安。

最近不只氣候變化大，整個政治、民心及制度很浮動。健保制度是大家關心的，學會正努力是否能在產科相關給付方面能繼續上波婦科給付上升之後能有所增加，學會的工作小組正在努力中。生育救濟補助相關法案，也在立法院審議中，希望能有好消息報告各位會員。

時過冬至，但天氣仍變化無常，今年夏天好像特別長，請各位會員多注意身體健康，特別是年長者。

秘書長的話

黃閔照

各位會員、前輩，大家好：

11月18日立法院在朝野高度共識下衛環委員會通過生產事故救濟條例初審，法案幾個重要精神包括：1. 由國家負擔國人生產風險設立基金。2. 本國人及其外配在本國內生產時發生生產事故，無論是否發生在醫療機構內，均納入救濟範圍。3. 採不責難制度，取消試辦計畫中明顯可完全歸責於機構或病方者不納入救濟之條文，但須做RCA以作為將來醫療品質之改進。4. 放寬目前早產限定週數至34週，以保障更多育齡婦女。5. 生產事故救濟申請者須放棄訴訟，以下降不必要之社會成本支出。生產事故補償條例能通過初審，要感謝許多一路走來堅持到底的人，包括高添富醫師、葉光芃醫師、女人連線黃淑英理事長、蔡宛芬秘書長、衛福部推動試辦計畫的邱文達部長、石崇良主秘及此次在立法院為生產事故救濟條例辯護的林奏延次長、王宗曦司長等，何理事長、謝卿宏院士和我多次奔走立法院尋求支持，黃昭順委員不停地為條例通過奔走，安排學會幹部拜訪廖國棟書記長，同時恭喜她榮膺國民黨不分區立委提名，黃淑英則安排拜會民進黨柯建銘總召，尋求兩大黨團之支持。也感謝田秋堇、林淑芬委員的支持，衛環委員會的召委陳節如及楊玉欣也努力將此法條送入委員會審查，尤其楊玉欣立委為此特別在11月13日召開法條審查會前會，先就條文內容取得共識後，才能很順利的在委員會初審通過，全聯會包括蔡明忠秘書長、陳夢熊、張嘉訓、施肇榮醫師更是努力推動法案，蘇清泉理事長多次為生產事故救濟條例辯護，尤其在立法院強力推動法案的通過，再次感謝。也要謝謝李茂盛及蘇聰賢院士的協助及所有會員的支持，希望立院快速完成二、三讀。

學會與生殖內分泌學會辦理IUI workshop順利在高雄及台北辦理，兩場人數爆滿，座無虛席，感謝陳思原醫師策劃協助。國家生育率下降，如何有效幫助孕齡婦女懷孕，

同時瞭解哪些病人可能需要進一步轉介治療，如此基層醫院互相合作，共創三贏局面，也是學會舉辦工作坊原因。下一場 12 月 6 日在台中中山附醫，希望大台中地區會員踴躍參加，另外醫療發展課程及子宮腔鏡的 workshop 開會通知也陸續寄出，也希望各地會員報名參加。明年年會三月 5-6 號於台大國際會議中心辦理，相關論文發表及報名，請大家注意日期，晚宴安排於喜來登飯店，請大家空出時段，參與盛會。

原訂於 7 月 9 日辦理會員旅遊，因颱風順延到 11 月 20 ~ 22 日辦理，花東入秋後天氣涼爽，兆豐農場花東海岸風景宜人，秀姑巒溪泛舟驚險刺激，巒山森林登山回歸山林，許多資深會員也都完成山林溪谷的挑戰，晚餐的卡拉 OK 歡唱，會員們個個有所準備，好似開演唱會般欲罷不能。明年會員旅遊初步規劃為合歡山日月潭之旅，也許安排個台灣最平易近人的百岳石門山健行。12 月 13 日北埔登山活動也請大家儘早報名，方便秘書處安排行程。

文末敬悼王苔德老先生，王苔德醫師會員編號 5 號，也是理事長的岳父，不幸於日前辭世，享年 92 歲，謝謝王醫師對婦產科界的貢獻、感念。

附件

生產事故救濟條例立法 朝野有共識

中央廣播電台

11月18日週三 上午 11:18

立法院社會福利及衛生環境委員會 18 日審查「生產事故救濟 (補償) 條例草案」，朝野立委認為婦女生產攸關國家未來發展，生產過程的風險應由國家承擔，有必要單獨立法予以保障。衛福部長蔣丙煌對此也表達尊重，認為這項條例有助於降低醫病之間的爭議。

婦女團體長期以來不斷呼籲，希望政府儘速讓「生產事故救濟 (補償) 條例」單獨立法通過，由國家出面承擔婦女在生產過程中可能出現的風險，並降低婦女與醫師的對立，這個訴求獲得朝野立委支持，並在立法院社福與衛環委員會中連署提案，希望趕在本會期立法通過。

國民黨立委黃昭順表示，「生產事故救濟 (補償) 條例」立法有其必要性，有助於降低醫病糾紛。民進黨立委林淑芬也強調，婦女生產過程的風險攸關國家未來人才發展，加上這幾年台灣少子化現象嚴重，婦產科醫師缺乏，生產糾紛不斷，有必要立法保障婦女的生產權益。林淑芬說：『(原音) 我們知道生產本身就背負一定的風險，這樣的風險我們希望透過這樣的立法，由國家幫忙承擔，也因為這幾年少子化，就成為國家問題，然後遇到產科醫生凋零，生產過程也過度醫療化，所以這些種種的問題，我們就一併在這個機制裡面做一個補償機制。』

民進黨立委田秋堇表示，衛福部自 2012 年開始推動「生育事故救濟試辦計畫」，成效相當好，減少許多醫病糾紛，但試辦計畫沒有穩定的財源支持，唯有法制化、由政府編列預算，才能讓婦女生產獲得真正的保障。

衛福部長蔣丙煌對於立委提出「生產事故補償 (救濟) 條例草案」表達尊重，但表示草案中關於救濟範圍、預算來源等部分仍有爭議，需要進一步討論。

「生產事故救濟條例」過初審 產婦死亡最高獲賠 200 萬

ETtoday 健康新聞 | ETtoday 新聞雲
記者嚴云岑 / 台北報導

生產原本為喜事，但生產事故所導致的醫療訴訟，對產婦及家屬皆造成嚴重的傷害。衛福部為了鼓勵生產、減少訴訟，於 3 年前推動「生育事故救濟試辦計畫」，至少造福 174 個家庭。立法院今（18）日於衛環會通過《生產事故救濟條例》初審，將新生兒早產致死的救濟條件從 36 周放寬到 33 周，預計可幫助更多遭遇生育事故的家庭。

立法委員林淑芬上午在書面報告時提到，婦女生產的問題不應該只由家屬承擔，而是需要國家幫忙，在遇到事故時給予救濟，如此才能提高生產意願，緩解少子化現況。

立委田秋瑾也提到，婦產科的醫療糾紛，佔歷年醫審會案件的 15%，許多醫師因為擔心糾紛，採取「防衛性醫療」，就連女婦科醫師生產，也要先立下遺囑，要求先生保住孩子，若《生產事故救濟條例》通過，將可做到即時補償、避免訴訟、不重蹈覆轍，婦科醫師也較敢行醫療性接生。

衛福部司長王宗曦表示，生育事故的救濟條件，是指接生過程中，發生不可預期的血栓或羊水栓篩，造成產婦或胎兒死亡或重殘，2012 年 10 月的試辦計畫中，孕婦死亡最高可獲得 200 萬元賠償，胎兒死亡最高 30 萬元。另外，孕婦或新生兒若因生產事故，造成極重度殘障，最高也可獲得 150 萬元賠償、重度殘障最高 130 萬、中度殘障最高 110 萬，未來條例若通過，賠償金額亦會比照辦理。



▲衛福部醫事司司長王宗曦。
(圖 / 記者賴映秀攝)

此外，王宗曦更提到，「生育事故救濟試辦計畫」的經費來源是醫療發展基金，立法後將設置專屬基金，由政府編列預算，不排除由菸捐來支應。目前衛福部一年約支付 6000 萬元生產事故賠償，若條例通過，因為新生兒的週數與生產地點接放寬，未來的賠償金額，將高達 1 億多元，但產婦風險與醫療爭議，將可獲得更多保障。

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

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 10 月 20 日

發文字號：疾管防字第 1040200987A 號

附件：103 年 1-11 月性病篩檢愛滋病毒成果

主旨：檢送「各項常規疫苗最小接種年齡與最短接種間隔」修訂表 1 份，請貴會惠予週知所屬會員，並納入相關教育訓練課程，請查照。

說明：一、有關國內幼童常規接種之各項疫苗，請依現行預防接種時程（如附表 1）規範辦理；惟在特殊情況下，如幼兒缺漏劑次多、往返國際不易追蹤，亦或近期預訂前往疾病流行國家等，為儘速建立免疫保護力。在考量不影響接種效益，並經醫師評估無接種禁忌下，可參照附表 2 所列最小接種年齡與最短接種間隔安排接種。

二、另對於活性減毒疫苗之 MMR 及水痘疫苗，考量接種間隔不足影響後一劑接種疫苗之免疫效力，爰建議該二劑活性減毒疫苗應同時接種（分開不同部位）如不同時接種，應間隔至少 28 天，不再縮短。

我國現行預防接種時程

103 年 12 月 16 日版

疫苗	接種年齡		1 month	2 months	4 months	6 months	12 months	15 months	18 months	24 months	27 months	30 months	滿 5 歲至入國小前
	24hr 內儘速	≥ 24 hr											
B 型肝炎疫苗 (HepB)	第一劑		第二劑			第三劑							
卡介苗 (BCG)		一劑											
白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗 (DTaP-Hib-IPV)				第一劑	第二劑	第三劑			第四劑 ⁵				
結合型肺炎鏈球菌疫苗 (PCV13) ¹				第一劑	第二劑		第三劑						
水痘疫苗 (Varicella)							一劑						
麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 (MMR)							第一劑						第二劑
日本腦炎疫苗 (JE) ²								第一劑 第二劑			第三劑		第四劑
流感疫苗 (Influenza) ³							← 初次接種二劑，之後每年一劑 →						
A 型肝炎疫苗 (HepA) ⁴							第一劑		第二劑				
減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap-IPV)													一劑

- 104 年起，結合型肺炎鏈球菌疫苗 (PCV13) 納入年兒常規接種項目。第一劑與第二劑接種至少間隔 8 週。
- 日本腦炎疫苗出生滿 15 個月接種第一劑；間隔 2 週接種第二劑。
- 8 歲 (含) 以上兒童，初次接種流感疫苗應接種二劑，二劑間隔 1 個月以上。
- A 型肝炎疫苗免費接種之實施對象為設籍於 30 個山地鄉、9 個鄰近山地鄉之平地鄉鎮及金門、連江兩縣之兒童，接種時程為出生滿 1 歲接種第一劑，間隔 6-12 個月接種第二劑。
- 因應全球五合一疫苗缺貨，自 103 年 1 月起暫時將五合一疫苗第四劑接種年齡調整為出生滿 27 個月接種。

各項常規疫苗最小接種年齡與最短接種間隔

104.08 版

疫苗	建議接種時程	第 1 劑最小接種年齡 ¹	最短接種間隔 ¹		
			第 1 與第 2 劑	第 2 與第 3 劑	第 3 與第 4 劑
卡介苗 (BCG)	5-8 個月 *	出生後			
B 型肝炎疫苗 (HepB)	出生 24 時內 儘速 1 個月 6 個月	出生 24 小時內儘速	4 週	8 週 ² (且第 1、第 3 劑應間隔至少 16 週)	
白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗 (DTaP-Hib-IPV)	2 個月 4 個月 6 個月 18 個月 #	6 週	4 週	4 週	6 個月 ³ (滿 1 歲後)
13 價結合型耆炎鏈球菌疫苗 (PCV13) ⁴	2 個月 4 個月 12~15 個月	6 週	8 週	8 週 (滿 1 歲後)	
水痘疫苗 (Varicella) ⁵	12 個月	12 個月			
麻疹腮腺炎德國麻疹疫苗 (MMR) ⁵	12 個月 滿 5 歲	12 個月 ⁶	4 週		
日本腦炎疫苗 (JE)	15 個月 15 1/2 個月 27 個月 滿 5 歲	12 個月	1 週	6 個月	6 個月 (滿 4 歲後)
減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺疫苗 (Tdap-IPV) ⁷	滿 5 歲	4 歲			
A 型肝炎疫苗 (HepA) ⁸	12 個月 18 個月	12 個月	6 個月		

* 105 年 1 月 1 日起卡介苗接種時程調整為出生滿 5-8 個月。

因應全球五合一疫苗缺貨，第 4 劑接種年齡延後至出生滿 27 個月。

附註：

1. 接種間隔標示”月”係日曆月，4週=28天。
2. B型肝炎疫苗第2劑與第3劑之最短接種間隔為8週，且第3劑與第1劑應間隔至少16週。
3. 五合一疫苗第4劑如於出生滿12個月時即接種，不適用再提前4天之寬限。
4. PCV13第1劑與第2劑間隔至少8週，第3劑應在滿1歲後接種，且與第2劑間隔至少8週；
PCV13第1劑如於出生滿7個月後才開始接種，與第2劑之接種間隔可縮短至4週。
5. 水痘、MMR活性減毒疫苗兩劑疫苗之接種間隔至少28天，不能再縮短。
6. 如為因應疫情或須前往麻疹流行地區，MMR第1劑最早可提前於出生滿6個月後接種，但滿12個月後仍須按常規時程完成2劑公費MMR疫苗。
7. 五合一疫苗第4劑若於4歲以後才接種，Tdap-IPV疫苗可不再接種。
8. A型肝炎公費疫苗實施對象為設籍於30個山地鄉、9個鄰近山地鄉之平地鄉及金門、連江兩縣等地區。
9. 表列同種類疫苗（水痘、MMR活性減毒疫苗除外）各劑次間，因特殊情況可容許最短接種間隔或最小接種年齡再提前4天之寬限期，若提前5天（含）以上接種者，則該劑疫苗應視同無效，並依表列接種年齡、間隔規範重新安排接種。

■ 通訊繼續教育

雙磷酸鹽可減少婦女癌病的發生率



李耀泰¹ 陳福民² 沈仁達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 舊金山加州太平洋醫學中心 婦癌科

雙磷酸鹽 (bisphosphonates) 可干擾蝕骨細胞 (osteoclast) 對骨骼的熔蝕，被用在預防骨質疏鬆已有數十年。雙磷酸鹽因可分為含氮雙磷酸鹽 (N-bisphosphonates，如 zoledronate 和 pamidronate) 與不含氮雙磷酸鹽 (如 clodronate)，其中含氮雙磷酸鹽的作用大於不含氮雙磷酸鹽，且具有抑制 mevalonate 的途徑，類似 statin 之功效。在腫瘤學上，雙磷酸鹽對骨骼轉移之病患緩解的治療功效。有許多研究顯示，雙磷酸鹽亦可抑制腫瘤細胞的增殖、黏連、血管增生和侵犯。而且，雙磷酸鹽對腫瘤細胞的蛋白會有影響，如破壞基質金屬蛋白酶 (matrix metalloproteinases) 與誘導自然凋亡。雙磷酸鹽對蝕骨細胞有明顯效果，能影響 T-cell 功能，有效預防和延遲骨骼病灶的轉移。亦有報告認為，雙磷酸鹽可預防癌病的進展和轉移。

雙磷酸鹽通常口服吸收欠佳 (1-5%)，宜在空腹或在早上服用，同時需飲用 240 mL 以上的水液，以預防藥物卡在食道，造成食道炎的副作用。服用後的 1 個半小時內，不宜食用任何食物、飲料、藥物及臥床。雙磷酸鹽亦有靜脈注射的使用方式，如 zoledronic acid 可每年注射一次，每次注射需 15 分鐘以上，或 ibandronate 每 3 個月注射一次，每次注射需 15-30 分鐘。使用雙磷酸鹽時，不建議同時使用雌激素或 raloxifene，因助益有限，副作用卻增加，並請牙科醫師先做口腔清潔衛生，以避免日後植牙等情況出現問題。本文特探討雙磷酸鹽對婦科癌症的影響，以供同仁參考。

• 有骨折病史者，乳癌和子宮內膜癌的發生減少

2001 年，Newcomb 等報告美國一篇從 1992 至 1994 年的研究，如在過去 5 年內曾有骨折者，日後罹患乳癌的風險可減少 20%，OR (odd ratio) 0.80 (95% 信賴區間 0.68-0.94)、罹患

子宮內膜癌的風險可減少 41%，OR 0.59（95% 信賴區間 0.40-0.89）。如身高減少 ≥ 2.5 cm 和最近有骨折者，罹患乳癌風險 OR 0.62（95% 信賴區間 0.46-0.83）、罹患子宮內膜癌風險 OR 0.15（95% 信賴區間 0.05-0.43）。該作者認為，內分泌荷爾蒙不足會增加骨折風險，但同時卻可減少乳癌和子宮內膜癌的發生率。雖該文並未提及有骨折者可能多數有骨質疏鬆症，在使用雙磷酸鹽後除治療骨質疏鬆外，並能進一步降低此二種癌症的發生。

• 子宮內膜癌

2015 年，Alford 等報告從 1993 至 2001 年在 PCLO（Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian）癌症篩檢的大型研究，登記參加者共 154900 位、年齡 55-74 歲之男、女患者，經平均 7 年的追蹤。所使用的雙磷酸鹽含氮（nitrogen），因其抗癌力強，包括 alendronate、risedronate、etidronate 和 ibandronate 等。比較曾使用過雙磷酸鹽者（23109 人 - 年）與沒有使用者（13536 人 - 年），在 10000 人 - 年的子宮內膜癌的發生率分別為 8.7% 和 17.7%，RR（rate ratio）0.49（95% 信賴區間 0.30-0.80）。結論是：雙磷酸鹽對已停經婦女，能降低子宮內膜癌的發生，因之推想可當作成預防之藥物。

2015 年，Newcomb 等報告從 1993 至 1998 年在美國 40 個臨床單位（包括 WHI, Women's Health Initiative）的前瞻性大型研究，共 161808 位、年齡 50-79 歲的停經婦女，經平均 12.5 年的追蹤。使用口服雙磷酸鹽（有 90% 為 alendronate）對子宮內膜癌發生的影響。在曾經使用口服雙磷酸鹽者（68608 位 - 年）與未使用者（871495 位 - 年），發生子宮內膜癌分別有 53 位和 1070 位，經多變數（包括體重、荷爾蒙使用、年齡、抽菸）調整後，危險比率（adjusted hazard ratio）0.80（95% 信賴區間 0.64-1.00， $p=0.05$ ），而且使用口服雙磷酸鹽 <1 年、1-3 年、 ≥ 3 年者，效果相近，無統計上差異。結論是：停經後婦女如使用口服雙磷酸鹽，統計上能有效減少子宮內膜癌的發生約二成。

2014 年，Rennert 對在以色列海法（Haifa）的研究，發現曾使用雙磷酸鹽者可減少子宮內膜癌的發生率，OR 0.39（95% 信賴區間 0.24-0.63），如經其它因素（年齡、體重、荷爾蒙、食物）調整後，仍呈有意義的減少，RR 0.48（95% 信賴區間 0.26-0.89）。

• 卵巢癌

2014 年，Rennert 等報告從 2003 至 2010 年在以色列海法卵巢和子宮癌研究中心的研究，其中 70% 為年長者（ > 60 歲），曾使用口服雙磷酸鹽（alendronic acid 處方 9425 次、

risedronic acid 處方 1923 次) 1 年以上者，卵巢癌的發生率較未使用者為低 (12.8% vs 23.1%， $p=0.026$)，OR 0.49 (95% 信賴區間 0.26-0.93)。因雙磷酸鹽作用機轉與 statin 類似，如調整使用 statin 後的結果，仍為有意義的差別，OR 0.46 (95% 信賴區間 0.23-0.90)。結論是：使用口服雙磷酸鹽可減少約 50% 的卵巢癌發生。

但根據在英國 1996 至 2006 年的研究中，有使用口服雙磷酸鹽 (含氮和 alendronate) 者，發生卵巢癌有 85 位，未使用雙磷酸鹽者發生卵巢癌有 92 位，RR 0.92 (95% 信賴區間 0.73-1.14)，並無統計上差異。

• 乳癌

文獻上有很多使用口服雙磷酸鹽與乳癌的關係，且多數認為雙磷酸鹽是可以減少乳癌的發生、進展與轉移。

2011 年，Cardwell 等報告從 1996 至 2006 年曾使用雙磷酸鹽 (含氮和 alendronate) 者，乳癌的發生率比未使用者為低，HR (hazard ratio) 0.71 (95% 信賴區間 0.62-0.81)。

2012 年，Liu 等綜合分析 4 篇文章、共 15363 位乳癌患者和 84931 位有使用雙磷酸鹽者做比較，結果發現有使用雙磷酸鹽者可減少 15% 任何型乳癌的發生率，RR 0.85 (95% 信賴區間 0.74-0.98， $p=0.03$)，與減少 32% 侵犯性乳癌，RR 0.68 (95% 信賴區間 0.59-0.80， $p<0.001$)。而且使用時間越長、劑量越高者，效果更好，即使用 1 年以上者，保護效果佳，每多 1 年的使用可減少 8% 乳癌發生率，RR 0.92 (95% 信賴區間 0.87-0.96， $p=0.001$)。結論是：使用雙磷酸鹽可降低乳癌發生率。

2011 年，Monsees 等亦報告 351 位、平均 40-79 歲乳癌患者，與 662 位控制組做比較，在使用含氮雙磷酸鹽和 alendronic acid 者，可減少對側乳癌的發生率，分別為 OR 0.41 (95% 信賴區間 0.20-0.8)、OR 0.39 (95% 信賴區間 0.18-0.88)。結論是：雙磷酸鹽使用越久，對側乳癌發生率越低。

此外，2015 年英國 EBCTCG (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group) 研究報告 26 篇文章、共 18766 位早期乳癌婦女，如在停經前使用雙磷酸鹽，並不影響預後，但在停經後使用雙磷酸鹽 ($n=11767$)，則可減少病灶復發 RR 0.86 (95% 信賴區間 0.78-0.94， $p=0.002$)、骨骼轉移 RR 0.72 (95% 信賴區間 0.60-0.86， $p=0.0002$)、乳癌死亡率 RR 0.82 (95% 信賴區間 0.73-0.93， $p=0.002$)。同時，不論何種雙磷酸鹽、治療排程、雌激素接受器狀態、淋巴結、腫瘤分化或同步化學治療，功效均相近。結論是：對停經後早期乳癌婦女，在治療期間

便予以雙磷酸鹽，能有效減少病灶復發，提高生存率。

• 結論

研究顯示，雙磷酸鹽除治療骨質疏鬆和骨骼轉移的病灶外，尚有誘導自然凋亡、抑制腫瘤細胞生長、抑制腫瘤細胞侵犯、抑制血管生長的功效。根據近期報告，雙磷酸鹽可減少子宮內膜癌、卵巢癌、乳癌的發生率，甚至與細胞毒殺（cytotoxic）的藥物合用，亦有加成作用，為一新的治療趨勢，值得我們繼續深入研究。此外，亦有報告指出，雙磷酸鹽能減少大腸癌的發生率。

• 參考文獻

1. Alford SH, Rattan R, Buekers TE, et al. Protective effect of bisphosphonates on endometrial cancer incidence in data from Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian(PCLO) cancer screening trial. *Cancer* 2015; 121: 441-7.
2. Newcomb PA, Passarelli MN, Phipps AI, et al. Oral bisphosphonate use and risk of postmenopausal endometrial cancer. *J Clin Oncol* 2015; 33: 1186-90.
3. Rennert G, Rennert HS, Pinchev M, et al. The effect of bisphosphonates on the risk of endometrial and ovarian malignancies. *Gynecol Oncol* 2014; 133: 309-13.
4. Cardwell CR, Abnet CC, Veal P, et al. Exposure to oral bisphosphonates and risk of cancer. *Int J Cancer* 2011; 131: E717-25.
5. Liu Y, Zhao S, Chen W, et al. Bisphosphonate use and the risk of breast cancer: a meta-analysis of published literature. *Clin Breast Cancer* 2012; 12: 276-81.
6. Monsees GM, Malone KE, Tang MT, et al. Bisphosphonate use after estrogen receptor-positive breast cancer and risk of contralateral breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2011; 103: 1752-60.
7. Neville-Webbe HL, Holen I, Coleman RE. The anti-tumour activity of bisphosphonates. *Cancer Treat Rev* 2002; 28: 305-19.
8. Newcomb PA, Trentham-Dietz A, Egan KM, et al. Fracture history and endometrial cancer. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 1071-8.
9. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group(EBCTCG). Adjuvant bisphosphonate treatment in early breast cancer: meta-analyses of individual patient data from randomized trials. *Lancet* 2015; July 23, available online.
10. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 骨質疏鬆症的預防和治療：實證醫學探討. 台灣婦產科醫學會會訊 2010; 2: 27-31.

問答題

一、下列何者乃雙磷酸鹽藥物對腫瘤細胞作用的機轉？

- (A) 可抑制腫瘤細胞的增殖 (B) 破壞基質金屬蛋白攢
(C) 誘導自然凋亡 (D) 以上皆是

二、關於雙磷酸鹽藥物的使用方法，何者正確？

- (A) 早上空腹時使用 (B) 需飲用 240 mL 以上的水液
(C) 使用後不宜立即臥床 (D) 以上皆是

三、下列何者雙磷酸鹽可減少婦癌的發生率？

- (A) 含氮雙磷酸鹽 (B) 不含氮雙磷酸鹽
(C) 二者效果相同

四、根據 Newcomb 等研究，有骨折的女性可減少下列何種癌症的發生？

- (A) 乳癌 (B) 子宮內膜癌
(C) 二者皆是 (D) 二者皆非

五、根據文獻研究，雙磷酸鹽藥物可減少下列何者癌症的發生率？

- (A) 乳癌 (B) 子宮內膜癌
(C) 卵巢癌 (D) 以上皆是

第 228 期通訊繼續教育

減少腹式肌瘤摘除術出血的簡單、有效方法

答案：一、(D)；二、(D)；三、(C)；四、(A)；五、(D)

會員園地

勞工失能診斷證明書的開立原則與 「診斷」證明書釋疑

新光醫院 婦產部
潘恆新醫師

最近由於看到飛機上生產的產婦，有時產婦會要求婦產科醫師開立診斷證明。婦產科臨床上常遇到，病人為獲得其保險理賠，要求醫師能開立一張符合他希望的診斷證明書；或者是當病人想告前一位醫師時，便會至其他院所就診，要求開立一張符合他期望的診斷證明書，到底診斷證明書如何開立是適法？如何算違法？如何是應該？如何是不該？今就相關法律問題，提供大家參考：

診斷書

1. 法源

- (1) 醫師法第 11 條第 1 項，醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。
- (2) 醫療法第 76 條第 1 項及醫師法第 17 條規定，醫師、醫院、診所如無法令規定之理由，對其診治之病人，不得拒絕開給診斷書。而且要求開給各項診斷書時，應力求慎重。

2. 罰則

(1) 未開立

醫師如有違反，則依醫師法第 29 條，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。

醫療機構或診所如有違反則依醫療法第 102 條第一項第一款，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰。

(2) 開立不實

醫師如果出具與事實不符之診斷書，依醫師法第 28-4 條第五款，除處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰外，還可併處限制執業範圍、停業處分一個月以上一年以下或廢止其執業執照，如果情節重大者，還可能被廢止其醫師證書。

3. 收費種類

以西醫醫院診所收費標準表為準。

4. 申請保險理賠之用者，應以中文記載（101 年 06 月 27 日新修訂）

依醫療法第 76 條第二規定，診斷書如係病人為申請保險理賠之用者，應以中文記載，所記病名如與保險契約病名不一致，另以加註方式為之。

該項明定醫院所開病人診斷書，如病人係為申請保險理賠證明者，其記載之病名應與保險病名一致，如有需要補充醫學上之名詞，另以加註方式為之。列如：肺癌（因肺癌致心肺衰竭）死亡。如此，始可避免醫院（醫師）、病人（家屬）、保險公司之間的糾紛，也避免訴訟。

5. 法律效力為有效之法律行為

由於醫師法第 17 條及依醫師法第 28 條之 4 第 5 款之規定，可知醫師出具之診斷書若有錯誤、虛偽，醫師之執業執照、醫師證書均可能因而廢止，是其正確性甚高，且司法機關隨時可以調取病歷與之相互核對，因此醫師執行醫療業務時，不論患者是因病尋求診療，或因特殊目的而就醫，醫師於診療過程中，應依醫師法之規定，製作病歷，此一病歷之製作，均屬醫師於醫療業務過程中所須製作之紀錄文書，其中縱有因訴訟目的，對醫師而言，仍屬其醫療業務行為之一部分，依法仍應製作病歷，故該病歷仍屬業務上所製作之紀錄文書，與通常之醫療行為所製作之病歷無殊，自屬刑事訴訟法第 159 條之 4 第二款所稱從事業務之人於業務上所須製作之紀錄文書，而診斷證明書係依病歷所轉錄之證明文書，自仍屬本條項之證明文書。

6. 申請人

- (1) 診斷書之交付對象，為其診治之病人
- (2) 病人之配偶或家屬，如擬申請病人診斷書，應經病人授權，並檢具相關證明文件始得據以辦理。
- (3) 醫療機構若得確定申請人經病人授權，則可依其檢具之相關證明文件，交付病人診斷書，

不以病人簽名之書面委託書為限。

7. 可以開立之人員

(1) 診察醫師

a. 診察當時

依醫師法第 11 條第 1 項規定，醫師非親自診察，不得交付診斷書。故醫師交付診斷書，應經診察後，按病人病情現況，據實填載。

b. 診察日後，需載明其當時之就診日期

醫師係依病歷紀錄及相關證明書，就病人以往就診結果交付診斷證明書，應於診斷證明書醫囑欄內載明，「其當時之就診日期」。

(2) 非診察醫師本人，需備註原診治醫師及發證醫師姓名

依（衛生署）現在是衛福部 93 年 6 月 25 日函釋第 0930203184 號，基於便民原則，病患向醫療院所申請診斷書時，原診治醫師若因輪班、差假或由該院其他醫師依病患之病歷資料，依原病歷記載代填開具診斷書，並於醫師姓名欄備註原診治醫師及發證醫師姓名，應符合醫師法及醫療法之立法精神。

8. 開立不實診斷證明書之刑事責任

(1) 業務登載不實罪：刑法第 215 條規定：「從事業務之人，明知為不實之事項，而登載於其業務上作成之文書，足以生損害於公眾或他人者，處 3 年以下有期徒刑、拘役或 500 元以下罰金。」，醫師開立不實診斷證明書，其既明知為不實內容而登載，主觀上有故意，故可能構成業務登載不實罪。

(2) 詐欺取財罪：刑法第 339 條第 1 項規定：「意圖為自己或第三人不法之所有，以詐術使人將本人或第三人之物交付者，處五年以下有期徒刑、拘役或科或併科十萬元以下罰金。」，醫師開立不實之診斷證明書，如為行使詐術使保險公司陷於錯誤而給付保險金予病患，主觀上醫師明知其所開立者為不實之診斷證明書將使保險公司給付保險金，且亦具有為第三人獲取違法之財產利益之不法意圖，故醫師開立不實之診斷證明書之行為，可能構成詐欺取財罪。

醫療診斷書與鑑定書為「醫療專業」下之產物，醫療機構及醫師本應根據事實與病歷記載，開立診斷書或為專業鑑定。惟現今多元社會情況下，醫療機構及醫師所開立之診斷書卻產生許

多額外不同之用途。

對於婦產科醫師而言，病人前來要求開立診斷證明書，除請假用（這類較無太大爭議）外，最常見則為請領保險理賠及訴訟兩大類。

請領保險理賠

1. 申請保險理賠之用者，醫療法規定應以中文記載。
2. 需有病人合法授權（填具衛福部之病歷資料調閱授權書），醫師始得於病人授權範圍內提供醫療資訊於保險公司。
3. 不接受病人或保險業務員指導開立

（1）病人要求

就婦產科醫師的立場，開立診斷書本來就應依照診斷結果及專業判斷，不應受到他人左右；但有些醫師為保持和諧的醫病關係，有時會「容忍」病人的要求，特別是老病人，他們總是希望診斷證明書記載「因跌倒……」、「因意外所致……」，然而醫師並沒有在民眾發生事故的現場，如何知道與判斷跌倒、發生意外？

而且這類內容原本為病人主訴，通常記載在病歷而不是診斷證明書，況且根據理賠調查經驗，是否給付傷害醫療保險金，其實還是參酌診斷證明書以外的其他資訊判斷，並非單純依賴診斷證明書。故在主訴的描述，才需要加上因跌倒或因意外，因此當面對病人要求非屬事實或無法證明事項之記載時，就算是老病人，還是得告訴他，第一、你是守法的醫師，一切依法行事。第二、當造假或偽造被發現，你我都有事。

（2）保險業務員要求

有些業務員會對醫師下指導棋，多半都是要幫客戶爭取理賠權益，更怕自己當初承諾會賠的項目，結果不賠，被客戶抱怨。

因此只要碰到這種業務員前來，依據保險法的規定，被保險人只需告訴保險人事實的真偽，請病人自己來，連理也不理他。並且告訴病人，當造假或偽造被發現，醫師跟病人都有事，就只有他沒事。

4. 沒必要做他家診所之鑑定

非自己診所病人，絕對不要幫保險公司開立所需之醫療鑑定意見證明書，第一、醫師並無開具之義務，第二、自己會徒增麻煩，甚至惹禍上身，就算與保險公司簽訂加密處理保護

醫師個人資料條款或合約，但只要到法庭，當你的鑑定意見與病人相左時，而無法獲得理賠時，病人一定會知道「兇手就是你」。

■ 訴訟用

如是自家病人要求開立訴訟用診斷證明書，大多是因車禍或意外而為向對方告訴求償用，此類一般問題不太大，反而是在別家已經治療完成或治療中之病人，卻來院所要求開立診斷證明書，反而是需要特別注意，以下說明便此類為主。

1. 謹言慎行，客觀描述，主觀排除

當病人（特別是初診病人）前來就診的重心，是一直在其之前就診診所所處置之內容打轉時，醫師心中此時便應該提醒自己，謹言慎行。因為或許有些病人，是真心來尋求第二意見（second opinion），以助他決定何種治療程序對他最有利。但現今社會卻也有些病人前來就診的目的，是希望能夠從你口中獲得前一位醫師有沒做好、做不好的地方，以助他決定和種訴訟程序對他最有利。

客觀地將實際狀況告訴病人，本就是我們身為醫師的義務與責任，但最大的問題是，我們不是前任醫師，無法得知當初他所做這處置決定時的環境與背景，也許是醫師自己決定，也許是與病人共同決定，更也許是病人自己要求，但當病人前來向你詢問他想要的真相時，這些參考指標全消失，再加上有時醫師往往太過主觀的認定與認知時，賓果，你所說的一切，就是這類病人想要的。話一出口，想賴也賴不掉，這類病人通常一定會錄音，也會把這錄音當作呈堂證據，一被錄下病人想要的答案時，此時「錄」死誰手，自己看著辦。

但也不需以病人就診目的來考量如何開立診斷證明書，因為醫師依法本就不需掩飾、也不需說謊，只要將目前我們所見到的狀況與客觀的資訊，告知病人；但卻不需主觀去臆測前一位醫師的動機與目的，因為我們不是法官，所以永遠不會知道真正的答案；更不需要主觀的去肯定或否定你所見到的術式，因為你不是前一位醫師，當時的時空背景，永遠不可能重現。請記住，有時你的真知拙見，有沒幫到病人或許未知，但肯定會弄巧成拙，讓前一位醫師，得花更多時間精力，來證明他可能的清白。

2. 載你所見，不要推理。

雖然醫療法規定，醫師不得拒絕開立診斷書，但亦規定非親自診察，不得交付。因此當面對病人所呈現的狀況時，診斷證明書所要表達的是此時病人的情況，而非請你推斷之前的治療是不是恰當或正確，除非你能絕對確定你已將所有可能因素排除後，而能做出最正確的判定與

診斷，否則絕對不要輕易下推論與結論。因為當你診斷，必增前一位醫師被訴機率。

3. 內容不同、費用不同，效力相同。

台北市衛生局的「西醫醫院診所收費標準表」亦載明，診斷證明分「呈報退休用」、「傷害、殘廢鑑定證明」、「國民年金身心障礙綜合評量表」及「訴訟用」，依不同用途價格有別，其中訴訟用的驗傷單收費二千五百元到五千元間。

雖然開立診斷證明屬醫療費用的一部分，依目的的不同而開立的甲、乙、丙等證明但其診斷證明真的有用途上的差異嗎？

當然是沒有，而且是衛福部告訴你真的沒有差異，依照其函釋指出，「實務上，醫院、診所所發之診斷書，雖有甲種診斷書、乙種診斷書，但其僅係基於收費標準考量區分，至於其內容之效力，應無不同。」。因此只要是合法開立的診斷證明書，不管甲式、乙式、丙式，在法律上的效力都是一樣的，只是當內容寫得簡略（也就是一般常開立的乙式診斷證明書）時，若檢察官或法官若仍有疑義，可能需透過調閱病歷或傳喚開立之醫師作證差別而已，但絕不會因為寫得少，就否認此份診斷證明書效力。

4. 加註訴訟無效，仍可做訴訟。

以最常見的「乙種診斷書」而言，雖只記錄病人、醫療機構基本資料、就醫日期、診斷及醫囑，很多時候為避免不必要的困擾，許多院所會加蓋或註記，「訴訟無效」，但診斷書上加註訴訟無效真能避免成為訴訟證據嗎？當然不是，除了醫師自我安慰外，並無實質效果。在法律上依然認定診斷書有效可做為訴訟案件之佐證，故於開立診斷書時應審慎處理。

■ 結論

一份客觀真實的診斷證明書，可以讓病人了解病情與病因，更可幫助病人達到他所希望的目的；但一份模糊、語意不清或過度推理的診斷證明書，除了幫不了病人之外，還可能害到前一位醫師背負上不必要之責任與法律糾葛。因此好好照實開立一份合法、適法、合理不推理的診斷證明書，是醫師的責任與義務。

最後感謝學長鄧醫師的資料補充，謝謝學長。

懷孕期流行性感冒防治

馬偕紀念醫院 高危險妊娠科
王宇林、陳洽平醫師

► 前言

秋末至初春為台灣流行性感冒盛行之際，衛生福利部疾病管制署去年首度將孕婦納入公費施打流感疫苗的對象，但相較於每年約 20 萬名的新生兒，去年僅有 9315 名孕婦施打流感疫苗，顯示國內孕婦流感疫苗接種率偏低，也突顯出國人對於懷孕時期施打流感疫苗仍存有相當的顧慮或誤解。在孕婦感染流行性感冒時的治療，臨床上也不乏出現許多猶疑及延遲的案例。

► 流行性感冒簡介

感冒和流行性感冒的名詞為常見混淆。感冒是泛指由鼻病毒、腺病毒、副流感病毒、呼吸道細胞融合性病毒等數百種不同的病毒造成的急性上呼吸道感染，造成局部呼吸道的症狀如咳嗽、喉嚨痛、鼻塞、流鼻水。而流行性感冒指的是由流感病毒引起的感染，除了一般的上呼吸道症狀外，還會有發高燒、肌肉痠痛、頭痛、倦怠等全身性的影響，病情較嚴重且病程常延續 1 至 2 週，具高度傳染力也較容易引發肺炎、心肌炎、神經系統病變等合併症。傳染途徑主要經由呼吸道的飛沫傳染，亦會經手接觸口沫及鼻涕的途徑傳播病毒，潛伏期平均約 2 天，症狀開始前 1 天到發病後 7 天均有傳染力。

流感病毒依照其核蛋白的抗原性可分為 A、B、C 三型，世界衛生組織將人和動物流感病毒依據其 H 抗原亞型及 N 抗原亞型來決定流感病毒株的亞型。A、B 型可以引起大規模的季節性流行，而流感病毒的高突變性是其能不斷引起族群感染及大流行的原因，平均每年全世界有 10~20% 的人口會得到流感，雖然大多患者感染後都能自行痊癒，但每年也約有 500 萬人口屬嚴重案例。在近百年歷史上幾次的大流行，從 1918 年的西班牙流感、1957 年的亞洲流感、1968 年的香港流感、及近期爆發的 2009 年 H1N1 大流行流感，分別造成 4000 多萬、100 多萬、近 100 萬、及 50 多萬的全球人口死亡，影響的不僅僅是生命上的威脅，更是對重症醫療照護及公衛防疫體系的挑戰。

► 流行性感冒對於孕婦的影響

婦女懷孕期間，生理機能出現變化，包括心輸出量及心率上升、耗氧量增加、肺容量減少，加上免疫力下降，使得孕婦增加感染流感及併發重症的風險。在 2009 年 H1N1 流感大流行時的美國研究顯示，孕婦雖然只佔美國總人口的 1%，但是孕婦的感染人數卻占了總感染人數的 5%。統計上，孕婦感染流感後發生急性心肺疾病的比率、住院率、及死亡率要比非懷孕婦女要來的高，尤其到懷孕的末期的風險性更高，另外在流產、死胎、早產及低出生體重的比率上也會增加。

► 流行性感冒的診斷

臨床上，在流感季節出現類流感症狀時，可進行流感快速篩檢，採取鼻咽、喉嚨等部位的檢體，利用試劑中已知的抗體偵測流感病毒的表面抗原，30 分鐘內就能初步檢驗是否感染到 A 型或 B 型流感。雖然敏感度仍嫌不足，只有大約 50~80%，顯示陰性結果並不能完全確定未受到流感病毒感染，但特異性可達到 90~95%，即陽性結果幾乎可以判定遭受到流感病毒感染，醫師可針對病患臨床症狀及快篩結果加以評估，儘早給予診斷並進行治療。病毒培養及反轉錄聚合酶反應法 (RT-PCR) 等分子生物學檢驗方法，相對耗時且需要特殊的儀器，作為最終確診及亞型確認的工具。

► 孕婦感染流行性感冒的治療

治療流感使用的抗病毒藥物目前以神經胺酸抑制劑為主要，包括克流感 (Tamiflu®，Osetamivir)，用法為口服一顆 75 毫克的克流感，一天兩次，連續治療 5 天；或瑞樂沙 (Relenza®，Zanamivir)，使用隨藥提供的吸入器，吸入兩劑 5 毫克的瑞樂沙粉劑，一天兩次，連續治療 5 天。在懷孕用藥的安全性上，兩者分級列為 C 級，意指潛在效益大於可能風險時可使用。克流感在動物研究中並未發現有造成畸胎的情形，雖然未進行過任何針對孕婦的對照性臨床試驗，但就目前回朔性觀察監視的報告中，未顯示會對懷孕、胚胎或出生後胎兒的成長有害；瑞樂沙在動物研究中顯示會透過胎盤轉移，但未顯示會造成畸形、生殖力或發育損害的證據。目前，經評估需及時用藥之產婦也列為政府公費流感抗病毒藥劑使用的對象之一。甚至在治療的時機上，更需要及早介入，在症狀出現的 48 小時以內給予，JAMA 2010 的報告中指出，延遲用藥將有可能提高合併重症、住入加護病房及死亡的機會。而減少孕婦發燒症狀，也將避免胎兒發生相關的先天性異常風險，如神經管缺損、唇顎裂及先天性心臟病等。

在衛教方面，也應請病患做好自主健康管理，勤洗手、多休息、按時服藥，只有少數的重症患者需要住院治療。

► 預防流感及流感疫苗的安全性

定期接種流感疫苗是預防流感併發症最有效的方式，流感疫苗是不活化疫苗，注射後不會導致流感的感染。每年世界衛生組織會匯集前一年流行性感冒的資料、各區域流感實驗室收集的病毒株及流感專家的意見，來預測最可能引起流行的病毒株，由各個流感疫苗製造單位生產疫苗供應大眾施打。以今年北半球為例，預測在 2015~2016 流感季節流行的病毒株為加州株 [A/California/7/2009(H1N1)pdm09-like virus]、瑞士株 [A/Switzerland/9715293/2013(H3N2)-like virus]、普吉株 [B/Phuket/3073/2013-like virus] 及布里斯本株 [B/Brisbane/60/2008-like virus]，三價疫苗涵蓋前三株包括兩種 A 型跟一種 B 型的病毒株，四價疫苗則再多一種 B 型的病毒株。值得注意的是因應上一季流感病毒抗原微變造成的區域性流行疫情，今年的病毒株已做出調整，將 H3N2 原本的德州株改為瑞士株，將 B 流原本的麻州株改成普吉株，期望今年度疫苗能提高保護力。在完成流感疫苗接種後約兩週後會產生保護力，健康成人接種流感疫苗的有效性約 70~90%，可以有效阻斷病毒傳播，建立群體免疫，保護期不超過一年，保護力約 4~6 個月後即可能下降，再加上每年病毒株都會稍有不同，因此一般建議每年均須接種一次流感疫苗。有研究顯示，孕婦施打流感疫苗，產生的抗體會經由臍帶進入胎盤，間接對新生兒有保護的效益，統計上可降低出生後 6 個月內的新生兒 63% 的感染機率。

接種的禁忌包括對疫苗成分或「蛋」之蛋白質嚴重過敏，曾經注射流感疫苗有過嚴重的副作用，有發燒或急性感染症通常建議延後疫苗接種。一般注射流感疫苗後的可能副作用包括：注射部位的局部紅腫疼痛最常見，全身性的輕微反應如頭痛、肌肉痠痛、發燒、起蕁麻疹等，一般在 1~2 天內自然會恢復，有極小機率會發生立即性過敏反應、過敏性休克或 Guillain-Barre 症候群，因此可在接種後觀察 30 分鐘，看有無出現任何不適症狀再離開。在過去的統計資料顯示，沒有明顯的證據提到懷孕期間注射流感疫苗會增加孕婦或胎兒的傷害，雖然第一孕期資料相對較不足夠，在第二、第三孕期都已有相當的證據可顯示其安全性，授乳期間亦可施打流感疫苗。在注射流感疫苗的副作用方面，懷孕婦女與非懷孕婦女發生的機率無差異。

► 施打的時機及建議

在 2005 世界衛生組織發表的聲明中，明確提及婦女在懷孕期間施打流感疫苗的安全性，且在流感盛行的季節建議任何孕期的孕婦都要施打流感疫苗，不僅僅是為降低孕婦本身感染

的機會，也可間接保護剛出生的嬰幼兒。美國預防接種組 (ACIP) 在 2004 年開始建議任何孕期的孕婦在流感季節接受例行性施打疫苗。加拿大在 2007~2008 年時也同意任何孕期皆可施打流感疫苗的作法。在台灣，目前權衡罹病風險和資料顯示的疫苗安全性後，建議所有準備懷孕或已經懷孕的婦女，在流感季節間考慮接受流感疫苗接種。

➤ 結論

孕婦屬流行性感冒的高風險族群，易感染又常合併嚴重併發症，不僅危害孕婦的生命也影響胎兒健康，而接種疫苗預防流感是最有效益的方式，在懷孕時期接種流感疫苗的安全性無慮，在台灣自 2014 年度已將孕婦列入公費流感疫苗接種對象，然而不及百分之五的接種率大大地顯示醫護教育及民眾資訊推廣仍不足夠，這需要我們產科醫療人員繼續努力，同時也需加強及時診斷和治療疑似感染流行性感冒孕婦的觀念。

➤ 參考文獻

1. 衛生福利部疾病管制署，季節性流感防治工作手冊，2015 年 9 月
2. 衛生福利部疾病管制署，認識流感疫苗教學手冊，2011 年 4 月
3. WHO 2009. Influenza Factsheet 211. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>
4. Effect of influenza on pregnant women and infant. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2012 ; 207:S3-8
5. Pandemic 2009 influenza illness in pregnant women in the US. JAMA 2010; 303: 1517-1525
6. Influenza vaccination in pregnancy: current evidence and selected national policies. Lancet Infectious Disease. 2008 Jan;8(1):44-52
7. Safety of influenza vaccination during pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2012 ; 201: 547-552
8. ACOG Committee Immunization During Pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologist Committee Opinion 2010; 468:1-2
9. A review of antenatal and infant protection associated with antenatal influenza immunization. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2012; S21-7

謙虛與同理心

兼論骨盆腔鬆弛與尿失禁手術

謝卿宏 院士

泌尿婦科（或婦女泌尿學）在蘇聰賢院士引進和推廣以來，至今也快三十年了，我個人何其幸運，能在追隨蔡明賢院士學習一般婦科手術（含陰道手術）與腹腔鏡手術三年後，就跟蘇院士研習婦女泌尿學，且在 CR 之後就以泌尿婦科為終身志業，至今匆匆已過二十年。

骨盆腔非常複雜，發生鬆弛時常是多重器官的鬆弛，因此，患者多合併有不同程度的泌尿、大便與骨盆腔壓迫、疼痛的問題；由於骨盆腔鬆弛與尿失禁的致病機轉至今仍尚未完全清楚，各家學說眾說紛紜，故也常發現昨是今非。這十幾年來甚流行的尿失禁手術：中段尿道吊帶懸吊術（TVT）就已進化到 TOT，而且手術使用的吊帶已從第一代演化到第三代而多達 41 種；同樣地，還不到十年，而用來做骨盆重建的人工網膜也從第一代演化到第三代也多達 32 種；若由國際婦女泌尿醫學會 (IUGA) 的雜誌 IUJ 主編 Prof. Paul Riss 的研究，論述尿失禁手術的演變：The failed idea of a “gold standard” 一文（George Ralph et al 【2015】 Int Urogynecol J），就可以知道我們在醫學的領域一定要謙虛。執業常是終身學習，尤其泌尿婦科，不僅在醫學領域發展較慢，治療的不確定因素又多，除了知識和開刀技術之外，臨床醫師常需做 Decision making，故也必須時時刻刻思考：當病人考慮開刀時，要怎樣診治才會對病人最有利？最重要的是要有同理心，如果她是家人，我會不會這樣做？是配合健保，分幾次手術一刀一刀來開呢？還是一次就解決她的所有問題？只做單側就好？要綁緊一點或縫深一點？要考慮健保給付嗎？要不要切除子宮？或只做子宮頸部分切除？其實，泌尿婦科常是術後馬上見真章，偶爾就會遭遇失敗，身為醫師怎能不謙虛？何況，萬一手術失敗，還必須歸納出患者的差異，並想辦法修正手術方式讓患者獲益！

在國內從事臨床工作，除了學術、學理的探討與實務的挑戰之外，另一個重大的負擔就是健保非常不專業的所謂「專業審查」，誰說婦產科專科醫師就懂泌尿婦科？我在當學會秘書長與理事長期間，主要的工作之一就是和健保署論戰「健保的專業審查到底有沒有專業？」，並想辦法提升審查醫師的專業審查能力，來達到審查的最高共識。不料，今天健保的婦產科審查，

仍然為大家所詬病，婦產科相關的審查實務雖然都由婦產科專科醫師執行，照理說，能夠當審查醫師，不管是學識或經歷與醫德應該都是一時之選，應該都知道審查共識，也應粗略了解一般婦產科 updated 的學理，更應該知道什麼是醫學哲理。健保署員工是人民的公僕，要在崗位上服務人民、服務醫療院所與醫師，而在健保署的審查醫師也應在執行公權力的時候，能夠為健保財務把關、為病人的健康把關，揪出浪費醫療資源、不符合學理的醫療行為，不僅不把權力當工具隨意揮灑，而且對專業知識要謙虛，更要有同理心：當你是泌尿婦科專科醫師的立場，你會這樣治療病人？或你為什麼不會這樣做？尤其在自己所知（或專業知識）有限時，當審查醫師就要更謙卑一點！

沒想到在努力了十幾年，今天的婦產科審查醫師仍然可以在他們的王國內為所欲為，在健保黑箱審查的保護傘下，任意解釋專業的醫療行為，甚至違反健保署審查共識，而健保署的負責官員對沒有學理依據與違反審查共識的核刪竟然輕鬆的說：對於審查醫師的不同見解就在申復時一一說明就好呀！這些行政人員可以有一點同理心嗎？在我們這個民主的國度裡，到底健保制度出了什麼問題？難道在面對醫學專業與病人權益時，不能謙卑一點？不能有點同理心嗎？相信所有的醫師，都希望看到合理、公平、公開的健保審查制度，何況高明、專業的審查如果能夠指出醫療行為的錯誤，除了功德無量之外，還能促進醫療的進步！

下面是個人最近的遭遇：

為罹患多年被骨盆鬆弛合併有尿失禁所苦的病人施行骨盆多器官重建手術與尿失禁手術後，於今年五月和八月各有兩個和四個案例被健保署審查醫師以「Burch 尿失禁手術、膀胱造口術、和膀胱造口閉合」屬於治療／處置（在此指骨盆底重建）內含項目，不得另行申報，而全數刪除（如下）。

類別	項目代碼	項目名稱及規格	p4 支付 成數	12用法或會計 科別或病況號 碼或TV-DRG 計算或診斷的 事實或診斷的 醫療查資料	p19 審計 審查 受理 編號	p20 執行 醫師 人員 代號	p21 影 像 學 科 代號	p22 診 察 科 別	p23 自費 特材 群組 序號	執行日期					醫療費用					
										p14 起日	p15 迄日	p16 總量	p17 單價	p18 點數	醫 生 診 費	診 察 費	藥 費	特 材 費	其 他 費	
19	2	47004C 甘油灌腸 Glycerin	100							1040707	1040707	1.0	40.00	40						
20	2	47006C 小量或留置灌腸	100							1040704	1040704	1.0	123.00	123						
21	2	47014C ON FOLLY	100							1040704	1040704	1.0	315.00	315						
22	2	48011C Change dressing-m	100							1040704	1040709	6.0	47.00	282						
		治療處置費小計												760						
23	2	78003C 膀胱造口術	155							104070412550407041440	10407041440	1.0	3285.00	5026						
24	2	78004C 膀胱造口閉合	155			p20: 執行醫師人員 - 3122152577謝靜宏				104070412550407041100	10407041100	1.0	4760.00	7282						
25	2	78030B Burch尿失禁手術	79			p20: 執行醫師人員 - 3122152577謝靜宏				104070412550407041440	10407041440	1.0	18806.00	14481						
26	2	80033B 經腹腔之骨盆底重建	155			p20: 執行醫師人員 - 3122152577謝靜宏				104070412550407041440	10407041440	1.0	20164.00	30851						
		手術費小計												57641						

大家都知道，骨盆腔鬆弛與尿失禁是不同器官的不同疾病，各有其手術方法，健保給付與審查都有相關規定，審查醫師竟然為所欲為！健保署 103.1.9 健保審字第 1020044714C 函中已有明述：按支付標準編號 80026B、80027B、80028B 及 80033B 之中英名稱已明註不含尿失禁手術，如為同次手術過程合併執行 2 項手術項目，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六規定辦理。另中央健保署從今（2015）年一月一日起將複雜性多重骨盆腔器官脫垂施行骨盆腔多器官重建手術之個案〔處置碼：（684 + 7077+7050）、（6859+7077+7050）、（7050+6922+7092）、（7079+6922+7092）〕有無合併（5979、595）之固定組合排除於 TW-DRGs 之外，其中四組不包含尿失禁手術（5979、595），另外四組則包含尿失禁手術（5979、595），顯然可知，「Burch 尿失禁手術」並不屬於治療 / 處置（在此指骨盆底重建）內含項目。審查醫師對此無知，負責該等醫師講習的健保署顯有疏忽。其次，膀胱造口術不僅與骨盆重建手術在不同刀口，而且健保署 103.1.9 健保審字第 1020044714C 函也明述：膀胱造口術非常規性骨盆重建手術及尿失禁手術後之手術，如因病情需要執行膀胱造口術，得依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則申報。審查委員就憑握有審查權利就可逕指「膀胱造口術」屬於治療 / 處置（在此指骨盆底重建）內含項目？他們當然沒有這種權力！此外，膀胱造口術相對於尿管留置的優點，相關文獻與教科書的記載可謂汗牛充棟，何況負責執行手術的醫師在面對病人時，認為膀胱造口術是應該做的手術，而且是對患者非常有益的手術。因此，健保就要依照相關規定給付（這句話不是健保令人滿意的口號嗎？），我認為膀胱造口術可以讓病人舒適、好照顧、解尿時不必 Try and error，可以提供好的、高水準的醫療品質。而膀胱造口閉合則是病人出院時執行的手術，可以指鹿為馬嗎？

真理是愈辯愈明，在透過關係反應、表達相關意見後，健保署相關單位傳來一個反駁我的「婦產科審查醫師意見綜整」，原文如下：

「TN」區業務組審查意見：

1. 子宮與膀胱直腸脫垂常規手術為 VTH+A-P repair（Antero-posterior colporrhaphy 陰道前後壁修補術），骨盆底重建手術非常規手術，該醫師將之作為常規治療甚不合理。
2. 應力性尿失禁（Stress urinary incontinence）原因有 hypermobile urethra、intrinsic sphincter defect（固有括約肌缺陷），通常病患兩類原因多少都有。所以最新的治療方式通常採如 TVT 或 TVT-O（閉鎖孔）之類的 midurethra suspension（中段尿道懸吊）的手術，而非舊式之 Burch operation（容易引起尿滯留）。

3. 該醫師手術點數幾乎每位病人都申請 4 項手術，且多採舊式之 Burch operation。其實骨盆重建後尿道就比較固定（不那麼 hypermobile）；是否有必要同時做 Burch operation，徒增 complication，值得斟酌。
4. 膀胱造口術是否必要，是否只需 on Foley 取代，也是值得斟酌。另膀胱造口閉合術更屬不必要，拔除之後 24h 內傷口可自動癒合。
5. 同時作 pelvic reconstruction 及 Burch op 引發 urine retention 的機會相當高，但 cystostomy tube 術後幾天即可拔除與臨床所見不同，是否確有併做手術？健保屬應詳查。

「TP」業務組專審意見：

1. 骨盆底重建術若需同時申報尿失禁手術宜有術前尿動力學檢查證明有 ”尿動力應力性尿失禁” 或 “潛在尿動力應力性尿失禁”，申報時應檢附相關檢查資料並於病歷中詳實記載。
2. 同時申報骨盆底重建術及 78003C 或 78004C 應屬少數個案，申報須有醫學上之適應症或特殊理由說明。依國際婦女泌尿科醫學會或台灣婦女泌尿醫學會共識多認為不論是骨盆脫垂手術或尿失禁術後都不必放 Cystostomy，目前多由放置導尿管取代，另因只是短暫膀胱造口，可不用做造口閉合。

看到專業水準竟是這般的「所謂官方的專業審查意見」，除了要學慧慈小姐大叫一聲：Oh, my God！我實在無言以對！真的能不能謙虛一點嗎？可以有一點同理心嗎？

對於 TN1 的意見，我倒要問：這位審查醫師知道骨盆腔鬆弛有五種器官的鬆弛？而這五種器官簡單來說又各有五級的鬆弛分類，怎可這麼殘忍，不分青紅皂白、任何等級的鬆弛全部都要做他所謂的「常規手術」：VTH+A-P repair？不知做 VTH 的目的何在？為什麼要做 A-P repair？做 A repair 有什麼作用？審查醫師知道「Lateral type 的 Cystocele，在做 A repair 後骨盆腔鬆弛會更嚴重，而且 A repair 對尿失禁也沒有治療效果」嗎？如果說 VTH+A-P repair 是三十年前治療嚴重骨盆腔鬆弛手術的常規手術，或許還對；而且即使是今天的非泌尿婦科的婦產科專科醫師這樣做，基於醫療有很多 Options，且限於執行醫師的專業能力，我們也不敢說因為骨盆重建是主流，就竟指 VTH+A-P repair 不對，甚至要全數核刪健保給付。何況，還亂指骨盆底重建手術不是常規手術，其實臨床上如果 VTH+A-P repair 就是骨盆底鬆弛的常規手術，則它不僅完全剝奪了患者的生殖能力，甚至整個手術傷口加起來也常大於 30 公分，而經腹腔的骨盆重建手術傷口也只 10-12 公分，而且經腹部的傷口於術後隔天就乾乾的了，並不像 VTH+A-P repair 在術後陰道會有一兩個月的惡臭滲出液；此外，如果手術技術不良，VTH+A-P repair 經常會造成術後陰道變窄、變短而使患者無法有正常的性行為，這是何等的不人道與嚴

重呀！而做經腹腔的骨盆底重建手術的患者，術後完全不會有因為陰道結構改變而致影響性行為的情事。而從研究上來說，依據台灣婦產科醫學會雜誌 (TJOG) 一篇從 1997-2010 健保資料庫彙整的論文顯示台灣和美國一樣，婦女因婦科疾病而切除子宮者，有逐年減少的趨勢 (Jerry Cheng-Yen Lai et al 【2015】 Taiwan J Obstet Gynecol)，而且因為子宮脫垂而施行切除子宮者也只佔總人數的 1.4%。所以，大家都漸漸有替婦女保留子宮的共識。何況，瑞典的全國性研究顯示子宮切除後，尤其是經陰道子宮切除者，會顯著增加再次做骨盆腔鬆弛和尿失禁手術的危險 (Catharina Forsgren et al 【2015】 Int Urogynecol J)，那麼 VTH + AP repair 怎麼會是骨盆腔鬆弛患者的常規手術呢？我和國健局對台灣 60 歲以上婦女所做尿失禁流行病學研究更顯示已切除子宮與未切除者的尿失禁盛行率分別是 42.38% 與 27.96% (Ching-Hung Hsieh et al 【2015】 Taiwan J Obstet Gynecol)，子宮切除後尿失禁呈現顯著而且有意義的增加。

由 TN2 的意見可以得知，當醫師一定要 Update 專業素養與本能學識，因為 Stress urinary incontinence 是壓力性尿失禁，而不是應力性尿失禁，International Continence Society 於 2002 已經取消應力性尿失禁 (Genuine stress incontinence)。而更令人匪夷所思的是對尿失禁手術的方法，竟然是只主張使用「最新的」TVT 和 TVT-O (其實還有 TOT)，而認為不能使用 Burch，真不知立論之根據何在？沒錯！Burch 從 1961 年已經被使用至今，但是無可否認的是，Burch 陰道懸吊術仍然是今天成功率最高、最穩定、最好的尿失禁手術。因為這是最專精的尿失禁手術，而且手術經驗超過 20 年，我認為 Burch 對病人最有利：成功率最高、併發症最少 (不會引起尿滯留)，因此就一直沒有將這一種最難施行的尿失禁手術改成簡單、迅速、每人都會做的 TVT 與 TOT。而用於 TVT 與 TOT 的吊帶從西元 1996-2012 年已經從第一代演化到第三代，總共有 41 種不同的吊帶，而且這些吊帶即使已在醫院流通使用這麼久，竟然大多數都沒有任何 Scientifically proven basis or pre-launch research (Cornelis et al 【2015】 Int Urogynecol J)，又請問，這麼多「代」和「帶」，它又代表什麼意義呢？大家自己想也知道！

對於 TN3 的意見，下列幾篇 2015 年 IUJ 的論文就可以說明，國際婦女泌尿醫學會 (IUGA) 對會員的調查顯示，世界各國婦產科醫師 preferred 的三大尿失禁手術是：TVT、TOT、Burch (Gamal Ghoniem et al 【2015】 Int Urogynecol J)。其次，國際婦女泌尿醫學會 (IUGA) 對會員的另一調查顯示，世界各國婦產科醫師為尿失禁患者施行 midurethral sling 手術失敗後再一次選擇手術時，preferred 的四大尿失禁手術是：Retropubic sling、Urethral bulking agents、TOT、Burch (Ilias Giarenis et al 【2015】 Int Urogynecol J)。至於骨盆重建手術後，對有尿失禁的患者，到底還需要做尿失禁手術嗎？另一篇 Systemic review 的論文發現做骨盆腔重建手術

時如果同時施行尿失禁手術，可以降低骨盆腔重建手術後再做尿失禁手術的危險（Matsuoka et al 【2015】 Int Urogynecol J）。由此可知，Knowledge、謙虛、和同理心都非常重要。此外，對於這類患者，如果不食人間煙火地說「該醫師手術點數幾乎每位病人都申請 4 項手術」也是核刪理由，那我不禁要問：如果不是支付標準中刀口與點數的嚴苛規定，如果不是健保剝屑醫師，我倒是非常樂意開什麼刀就報什麼刀的給付。

對於 TN4 有關膀胱造口術的意見，如前所述。此外，我也只能說，有關膀胱造口術相對於導尿管留置的優點與較少可能造成併發症一事，文獻與教科書上都有明確的定論，如果她是您的病人或是親屬，當您有所選擇時，您會這麼怎麼做？而且又有哪個病人出院時可以忍受尿持續從肚子流出來，乖乖回家等 24 小時讓膀胱造口傷口自動癒合？是不是要有一點同理心？

TN5 的意見：不知所云！敢問：審查醫師，您到底有沒有做過 Pelvic reconstruction、Burch colposuspention、和 Cystostomy？

TP1 的意見：與學理、健保規定相符合。

對於 TP2 的意見：「依國際婦女泌尿科醫學會或台灣婦女泌尿醫學會共識多認為不論是骨盆腔脫垂手術或尿失禁術後都不必放 Cystostomy，目前多由放置導尿管取代，另因只是短暫膀胱造口，可不用做造口閉合」，這種論述完全不符事實。國際婦女泌尿科醫學會或台灣婦女泌尿醫學會（應是台灣婦女泌尿暨骨盆腔醫學會，TUGA）都沒有這種共識，個人從 TUGA 成立以來都在該學會任職（現為理事長），TUGA 完全沒有這種共識，更沒有提供這種共識給健保署；即使 TUGA 有，健保署也不會採用 TUGA 的共識，因為健保署有關婦產科的審查共識都是透過台灣婦產科醫學會來協商制定，再由健保署招集開會決議後施行，絕對不會由次專科決定共識。至於是否該放置 Cystostomy 的論述已於前述，也請拜託去請教蘇聰賢院士怎麼做。此外，如果參閱美國泌尿婦科的導師、先驅 Professor Donald R. Ostergard（個人曾於 1999 年 11 月底至 2000 年 2 月初當他的 Fellow）等所著 Atlas of Gynecologic Surgery（W.B. Saunders Company 出版）一書，在尿失禁手術後就以膀胱鏡和 Suprapubic cystostomy 來完成全部手術，而臨床上他也都是這樣照顧病人；如果我們沒有人家的成就，是不是應該謙虛些？是否多具些同理心？或是美國人比較珍貴，而台灣病人比較賤？

不料，這種自認公平、合理卻不敢具名的不負責行為還沒有結束，最近健保審查醫師對類似的案例竟然改用完全不同的核刪理由，九月份共有五個做骨盆腔重建和尿失禁手術的案例被以不同於上述的理由核刪。首先，以「膀胱造口術、和膀胱造口閉合」屬於為達手術（在此指

Burch 尿失禁手術) 目的的過程附帶之手術 / 處置，不得視為副手術或另行申報；接著又指「經腹腔之骨盆底重建」為非必要之手術或處置，而全數刪除（如下）。

p2 醫令 類別	p3 醫令代碼	項目名稱及規格	p4 支付 成數	I2用法或會診 科別或特殊號 碼或ICD-9 計算或切開前 置置料或器具 別類查資料	p19 事前 審查 受理 編號	p20 執行 醫事 人員 代號	p21 影 象 科 別	p22 註 釋 序號	p23 自費 特材 群組	執行日期		醫療費用欄			核減欄				
										p14 起日	p15 迄日	p16 總量	p17 單價	p18 點數	醫 令 代 碼	數 量	加 法	單 價	核 減 代 碼
2	48011C	Change dressing-in	100							1040730	1040804	6.0	47.00	282					
2	57017B	Pulse or ear oxime	100							1040729	1040729	1.0	30.00	30					
		治療處置費小計												750					
2	78003C	膀胱造口術	153							1040729123	10407291550	1.0	3285.00	5026					
										p20: 執行醫事人員 - R122182577 謝靜宏									
2	78004C	膀胱造口閉合	153							10408040800	10408040800	1.0	4760.00	7283					
										p20: 執行醫事人員 - R122182577 謝靜宏									
2	78030B	Burch尿失禁手術	77							1040729123	10407291550	1.0	18806.00	14481					
										p20: 執行醫事人員 - R122182577 謝靜宏									
2	80033R	經腹腔之骨盆底重建	153							1040729123	10407291550	1.0	20164.00	30851					
										p20: 執行醫事人員 - R122182577 謝靜宏									
		手術費小計												57641					

尿失禁常是骨盆腔器官中的膀胱與尿道出了問題，對於一個有骨盆腔多重器官鬆弛合併尿失禁的患者，只要做尿失禁手術嗎？上回不是說 Burch 是舊的手術嗎？此外，又憑什麼說「經腹腔之骨盆底重建」為非必要之手術？申報之規定在全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則中已有詳述，審查委員無權任意扭曲解釋；請審查委員指出這些骨盆腔多重器官鬆弛合併尿失禁的案例所做「經腹腔之骨盆底重建」為非必要之手術或處置的理由，你們有權力隨便叫臨床醫師申復，就要有義務指出我的「非必要之處」，難道是官大學問大嗎？真的好大的官威呀！想來即使拜託立法委員出面也一定無法討回公道的！

性傳染病防治宣導專欄

對肛門砂眼披衣菌感染的治療



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

砂眼披衣菌（*chlamydia trachomatis*）是婦科常見的一種性病病原，除影響輸卵管、骨盆腔炎引起輸卵管阻塞，可造成子宮外孕和不孕症外，在陰道產時，如產道中有砂眼披衣菌，亦會造成胎兒被感染。另外，砂眼披衣菌亦可藉由口交和肛交等性行為，在肛門、直腸及咽喉造成感染，此時治療會比生殖道感染更加困難，更易復發。

症狀和菌種

男、女性可皆有肛門、直腸砂眼披衣菌感染，多數患者無症狀，少數出現直腸炎（有肛門黏液、膿狀或血液分泌物、直腸疼痛或潰瘍、便秘、肛門狹窄等現象）；而且，有肛門直腸感染者，會因直腸黏膜的受損，容易被人類免疫不全病毒（HIV）和肝炎病毒感染。砂眼披衣菌可分為 15 種遺傳性型（genotype），不同的遺傳性型會有不同的疾病，如地方性砂眼屬 A、B、Ba、C 型，泌尿生殖道、眼睛和直腸感染主屬 D 至 K 型，當 L 型（主要為 L1、L2、L3）感染直腸則稱花柳性淋巴肉芽腫（*lymphogranuloma venereum*），會有鼠蹊部淋巴腫大，約 27% 無症狀。Kong 等引用英、德兩國的報告指出，花柳性淋巴肉芽腫男性發生率在 17-53% 間。

取樣

肛門直腸的標本取樣，乃將無菌、前端有棉花拭子放入直腸肛門 3-4 cm 的深度，棉枝頂端壓在肛門壁上並旋轉 30 秒後，取出並放置於含 500 μ L 無 DNA 的水液中，再送至實驗室檢查。

發生率

肛門直腸砂眼披衣菌的感染率，在同性有肛交行為者有 7-14%，在異性有肛交行為者有 6-15%。且肛門、直腸感染者無論是男、女，有 2/3 都沒有症狀，因此，肛門直腸砂眼披衣菌的常規檢查，仍有爭議。

一旦罹患泌尿生殖道砂眼披衣菌，則發生肛門直腸披衣菌的風險很高。2014 年，van Lier 等研究報告 654 位在性病診所檢查的婦女，其中 203 位（31%）有肛門性行為或症狀，48 位（7.3%）有使用手指或情趣道具，403 位（61.6%）無肛門症狀、無肛門性行為、無使用手指或輔助道具。結果在所有患者中，發現泌尿生殖道披衣菌有 73 位（11.2%）；直腸肛門砂眼披衣菌有 55 位（8.4%），其中有肛門性行為或症狀者有 16 位（7.9%），無肛門性行為或症狀者有 39 位（8.6%），二者無統計上差異（ $p=0.74$ ）；在肛門、直腸感染患者中，同時有泌尿道感染者有 52 位（94.5%），反之，有泌尿道生殖道感染患者中，同時有肛門直腸感染者有 52 位（71.2%）。結論是：檢查子宮頸和陰道砂眼披衣菌如為陽性，應考慮同時檢查肛門直腸砂眼披衣菌，因二者療法略有不同。

治療困難的檢視

治療無併發症的泌尿道砂眼披衣菌感染的方法有：(1) 口服 1 次 azithromycin 1 g；(2) 口服 doxycycline 100 mg，1 天 2 次，共 7 天。但相同方式如用在肛門直腸砂眼披衣菌的治療，失敗率會較高的原因分析如下：

一、Doxycycline 可能較佳：在泌尿生殖道（子宮頸和尿道）砂眼披衣菌的治療有效率，根據 2002 年、Lau 等研究報告中，口服 azithromycin、doxycycline 分別為 97%、98%，效果相近；在 2014 年、Kong 等綜合分析中，口服 azithromycin、doxycycline 分別為 94.3%、97.4%，doxycycline 較 azithromycin 優（95%CI 0.5%-4.7%）。在肛門直腸砂眼披衣菌的治療有效率，根據 2015 年、Kong 等研究報告中，口服 azithromycin、doxycycline 分別為 82.9%、

99.6%，doxycycline 較 azithromycin 優（95%CI 11.4%-28.3%）。

使用 azithromycin 後，在肛門直腸組織的濃度不了解，可能口服抗生素到達的濃度不足夠。

二、抗藥性：現階段不認為肛門直腸砂眼披衣菌會有抗藥性，在體外培養中，有些披衣菌的 23S rRNA 基因會有突變，對 macrolide（包括 azithromycin）會有抗藥性，但因感染會有多種類型（heterotypic）感染，抗藥性只佔小部份菌種，大部分菌種類型是對藥物靈敏的。至於砂眼披衣菌的最低濃度抑制量（minimal inhibitory concentrations, MICs）的相關文獻極少有研究，而不同細胞株結果也不盡相同。

三、病菌量負載（organism load）：2015 年，Vodstrcil 等綜合分析發現病菌量負載，在女性者最多為肛門直腸，次為陰道，最低為尿液；在男性者肛門直腸亦高過尿液。可能因病菌量負載肛門直腸中較高，則此治療較容易失敗。因此，以 azithromycin 來治療肛門直腸患者可能需要更久時間。

四、偽陽性診斷：最新的砂眼披衣菌檢查，是以 NAAT（Nucleic Acid Amplification Test）來檢查病菌 mRNA。因其靈敏度高，如在治療後 4 週再檢查，有時無法分辨出存活或不存活（死亡）披衣菌核酸，故通常建議在 3 個月才再檢查，以減少偽陽性的診斷。

五、花柳性淋巴肉芽腫（LGV）的誤診：如肛門直腸炎為 L1-L3 型砂眼披衣菌感染，要使用 doxycycline 長達 21 天才能治癒，但 LGV 有 27% 的患者並無症狀，必須要診斷出來，才能有適當的治療。

六、自我傳染（auto-inoculation）：由於直腸感染如以 azithromycin 治療困難，因此可能造成由直腸感染自我傳染至子宮頸感染，使子宮頸發生重覆感染。在英國，異性戀有肛交行為者的發生率有 15-17%，較 1990 年時期增加 2-3 倍。另一方面，許多婦女沒有肛交行為，但亦會發生直腸披衣菌感染。

所以，如婦女檢測子宮頸披衣菌試驗，應同時做直腸試驗較為理想，但相對會增加檢查費用，故應考慮對在 3 個月內有重覆子宮頸感染或肛交者，同時做肛門披衣菌檢查。最後，對重覆感染披衣菌者，應使用 7 天 doxycycline，而非使用一次 azithromycin 1 g。

結論

生殖道砂眼披衣菌感染不算少見，常有陰道膿狀分泌物，造成骨盆腔炎、輸卵管阻塞、不孕症等現象，可以採陰道分泌物、尿液或血液檢查。但有些患者可能單獨或同時發生肛門直腸

砂眼披衣菌感染，但有時並無症狀，有檢驗肛門的必要。治療可能須使用 doxycycline 一週較為理想。肛門直腸感染可能由生殖道而來，或再傳染至生殖道去，或二者同時共有，婦產科醫師應詳加了解肛門直腸砂眼披衣菌，必要時要能夠檢查肛門直腸，予以適當治療。

參考文獻

1. Kong FYS, Hocking JS. Treatment challenges for urogenital and anorectal chlamydia trachomatis. *BMC Infect Dis* 2015; 15: 293; 1-7.
2. Li JH, Cai YM, Yin YP, et al. Prevalence of anorectal chlamydia trachomatis infection and its genotype distribution among men who have sex with men in Shenzhen, China. *Jpn J Infect Dis* 2011; 64: 143-6.
3. van Liere GAFS, Hoebe CIPA, Wolffs PFG, et al. High co-occurrence of anorectal chlamydia with urogenital chlamydia in women visiting an STI clinic revealed by routine universal testing in an observational study: a recommendation towards a better anorectal chlamydia control in women. *BMC Infect Dis* 2014; 14: 274; 1-7.
4. Hafner LM. Pathogenesis of fallopian tube damage caused by chlamydia trachomatis infection. *Contraception* 2015; 92: 108-15.
5. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infection: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 497-502.
6. Kong FYS, Tabrizi SN, Law M, et al. Azithromycin versus doxycycline for the treatment of genital chlamydia infection- a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis* 2014; 59: 193-205.
7. Kong FYS, Tabrizi SN, Fairley CK, et al. The efficacy of azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydia infection: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother* 2015; 70: 1290-7.
8. Vodstrcil LA, McIver R, Huston WM, et al. The epidemiology of organism load in genital chlamydia trachomatis infection- a systematic review. *J Infect Dis* 2015; 211: 1628-45.

當同志與醫療相遇

台灣同志諮詢熱線協會理事 喀飛
(愛滋病及性傳染病防治進階教育訓練種子講師課程之講師)

儘管同志的處境相較以往好像有所改善，但是對身邊沒有同志朋友的人來說，對同志仍然所知有限，講到同志會浮現的，仍是大眾媒體塑造的片面印象。當同志與醫療人員相遇診間，究竟有哪些值得認識、需要被提醒的面向？有些醫療人員很納悶，如果同志身份在醫療過程是重要的，甚至與治療效果有關，為什麼同志不願意直接讓醫療人員知道？本文僅以這些年來參與同志平權運動、長期服務同志社群的觀察與心得為基礎進行分享。

你要不要驗 HIV ？

男同志在醫療現場會面對的窘況就是，有些醫療人員知道當事人是同志後，即使原本治療的疾病和 HIV 無關，卻還是要求當事人：先驗一下 HIV ！

2014 年南部某醫院的醫生，對求診腎結石的男同志病患未經告知而直接檢驗 HIV，因違反了「愛滋防治條例」中，「須經當事人同意」的規定，而遭裁罰。也有許多男同志只是去陪診，或陪感染者前往衛生所辦理「全國醫療卡」，竟然被公衛護理師強烈暗示要「檢驗 HIV」！

把看到的男同志都當成潛在感染者，而提出檢驗 HIV 的要求，這十足反映了男同志身上背負的「男同志 = 愛滋」的巨大汙名。這種被對待的方式，讓同志朋友在醫療場所面臨很大壓力與差別待遇。當愛滋治療的醫藥已不斷創新發明，社會對愛滋的莫名恐懼和加諸感染者或同志身上的道德汙名，這 20 多年來，改變卻很緩慢。

現在的愛滋治療藥物，只要感染者順從服藥半年，體內病毒量是可以達到測不到的狀況，這也使得傳染力大減。但台灣法律仍存在著「蓄意傳染」的刑罰。甚至有法官在判決時，不理會愛滋專科醫師的證詞，將順從服藥的被告以「蓄意傳染罪未遂犯」重判。

愛滋傳染途徑、預防感染的基本知識、感染後治療現況……，即使具備了這些醫療知識，對有些人（包括醫療人員），就是無法消除面對愛滋的恐懼與焦慮。這也說明了，若要改變這種長年恐嚇教育所造成集體恐懼，光是認識愛滋基本知識是不夠的，必須認真地去討論與分析恐懼的來源，才有可能扭轉潛藏心底的恐懼陰影，讓愛滋回到一個疾病應有被對待的方式，避

免感染者遭到拒診的案例繼續發生。

你的家屬在哪裡？

同志在開刀住院時，最常面對的就是手術前、手術後，被醫療人員問：「你的家屬在哪裡？」即使當事人身邊已有一位形影不離、對病情的擔心全寫在臉上的伴侶，甚至是當事人已經告知「我們住在一起」還被記下「獨居」身份，同志伴侶在醫療場所常被當成空氣或陌生人，而遭到嚴重忽略。

伴侶的陪伴與照顧，對生病的人來說，是重要的倚靠力量，也是放心養病恢復的後盾。或許醫院當局有醫療糾紛的法律顧慮，或因過去爭議事件帶來的保守謹慎，不過，放著陪伴當事人身邊的伴侶，不願意徵詢醫療決策，或告知醫療處遇進度，寧願等待一位極少往來、對當事人現狀幾近陌生的「親屬」來簽字，這對同志來說，等於是在面對摯愛伴侶遭逢身體疾病威脅時，另一個必須忍受的身心折磨。

爲什麼同志不出櫃？

理解同志爲什麼不易出櫃（讓別人知道是同志），是看見同志社會處境很關鍵的課題！身爲同志，從意識到自己是同志開始，都會謹慎地觀察、衡量身邊的人是否友善，特別是對關係親近的父母家人，朝夕相處的死黨或同學，很多時候同志無法說，是擔心說出自己是同志，會遭到排斥而失去家人、好友。

讓同志朋友擔心顧慮而不敢出櫃，來自於媒體上常見、根深蒂固的刻板印象和誤解，最常見的包括以下幾點：

成見 1：男同志都很娘，女同志都很 man；同志都想要變性。

說明

性別氣質分布如光譜，樣貌萬千。陰柔男同志和陽剛女同志因明顯不同於傳統而容易被看見，甚至被誤以爲是同志全貌，卻是一大錯解。有些跨性別朋友會想變性，但不代表所有同志都會想變性。這類刻板印象的影響，讓許多人忽視身邊其實有很多同志朋友的存在。

成見 2：青少年不能確定就是同志，只是假性 / 情境式 / 密友期。孩子變同志，是交了損友才被帶壞。

說明

青春期待渴望靠近喜歡的人、期待談戀愛，異性戀或同志皆然。甜蜜或苦澀，喜悅或失落，

掙扎、困擾或猶豫，每段關係都是真實。否定青少年同志的正當性，或認為「變」同志是被帶壞，追根究底，是把同志視為次等或病理化才有的論點。這類刻板印象的影響，讓許多人忽視青少年同志的自主性。

成見 3：同志很淫亂，會搞轟趴，容易得愛滋。常換對象，感情激烈，常見情殺。

說明

刻板印象是什麼？就是當你身邊並不認識特定族群的朋友，但講到他們，你還是會立刻浮現帶有價值判斷（或貶抑）的看法，這就是刻板印象。這些成見常發生在少數族群，像是：原住民、新移民、同志的身上，因為少有被認識的機會，於是登上媒體就是負面的社會新聞，長久累積下來，不知不覺受到偏頗報導的影響。

社會對同志的成見當然不只以上這些，僅舉出幾個，是想讓大家瞭解，同志一旦出櫃，就要面對社會上已存在的這些刻板印象的壓力。誰不希望成長過程或生命中，可以和知己好友分享各種喜怒哀樂，一起商討一起面對人生旅程的挑戰，可是同志往往怕失去身邊親近的人而不敢出櫃。

不出櫃代表同志在生命各階段，常要獨自承擔許多壓力，或是隱藏生命旅程的難過或快樂，包括：青春期暗戀的苦澀、與同儕分享關係中的徬徨、中老年就醫時的醫療決策。

結語：從開放的態度開始

對同志友善，沒有什麼標準課程或制式的 SOP，第一步就是打開心胸，或許你不够認識同志，還沒有機會和同志當朋友，但如果可以把成見放下，先相信世界上每個生命個體的獨特性，對於不同的人生哲學、生活方式、性愛偏好都可給人尊重，就是一個很好的開始。

舉一個婦產科診間常見的狀況，女性就診時如果醫生要觸診前，會先問病人是否有性經驗。從醫生朋友的交流中我知道，這是避免日後醫療爭議的必要詢問。同樣這件事，我從女同志社群經常聽到的卻是抱怨，女同志對婦產科醫生的問法不知如何回答，讓她們很為難。她們認為，這問法預設了就診的人一定是異性戀女生，女同志沒有「陰莖插入陰道式」的性經驗，卻有女同志的性愛經驗。是否應該在診間跟婦產科醫生出櫃，直接了當把自己同志身份的身體經驗告知？醫生可以接受我的同志身份和同志性行為方式嗎？會不會取笑、排斥或譴責呢？

在診間的同志是一個病人，也就是一個人。回到對待人的尊重和善意，透過更多的對話、互動，進一步增進認識與瞭解。當同志與醫療在診間相遇，其實並沒有比遇到外星人的溝通困難！

編後語

劉嘉耀

各位婦產醫學先進及會員：

很快今年已近尾聲。這一年中，許多會員在很多方面有傑出的表現或得到很大的榮譽，可喜可賀。學會現任大家長何理事長榮升台大醫院院長，蔡監事長榮獲國際婦產科醫學會 (FIGO) 應屆傑出女醫師獎。另一方面令人惋惜的是有些傑出資深之前輩如何理事長岳父王苔德醫師之仙逝。

本期會訊有疾管局發布「接種疫苗最小接種年齡與最短接種間隔」修正表，可置於玻璃墊下，需要用到時可馬上參考。雙磷酸鹽除了用來治療骨質疏鬆和骨骼轉移的病灶外，最近研究報告，雙磷酸鹽可減少子宮內膜癌、卵巢癌、乳癌的發生率，甚至與細胞毒殺 (cytotoxic) 的藥物合用，也有加成毒殺癌細胞作用，李耀泰醫師「雙磷酸鹽可減少婦女癌病的發生率」有令人耳目一新的論述。會員行醫以來，開過無數診斷證明，開診斷證明有些應注意細節及潛在風險，記得約二十年前本會一位十分優秀會員謝醫師因拒開不實證明，不幸喪命於黑道份子，開診斷證明一事，不可輕忽，潘恆新醫師精闢大作『勞工失能診斷證明書的開立原則與「診斷」證明書釋疑』提供許多寶貴見解。流行性感冒期間應鼓勵所有孕婦接種流感疫苗，王宇林、陳治平醫師在「懷孕期流行性感冒防治」提出詳細論述。婦女下身鄰近的兩重要開口 ---- 陰道與肛門，常有許多細菌微生物在兩者間交流，砂眼披衣菌是生殖道的常客，當它劈腿到鄰居肛門時，要如何處置，李耀泰醫師大作「對肛門砂眼披衣菌感染的治療」提供很好的建議。每個細胞都有性別 (Every cell has a sex)，順應精準醫學 (precision medicine) 的時代潮流，同一種疾病，臨床表現及處置，男女有別，所謂性別醫學 (gender medicine)；另一與性別有關之重要議題 ---- 同志議題，當同志與醫療相遇時，同志希望提供醫療服務的醫師如何對待他 / 她，「當同志與醫療相遇」一文提供那些值得認識、注意及需要被提醒的面向。

秋即去，冬將來，天氣轉涼，請大家多注意保重養身。

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

◎ 229 通訊繼續教育答案 ◎

題目：雙磷酸鹽可減少婦女癌症的發生率

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
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
151129-2	TSRM 2015 北區擴大學術演講會	台灣生殖醫學會	台大公衛學院公衛大樓 101 講堂	11 月 29 日 09 時 30 分	11 月 29 日 16 時 00 分	B	5 分
151129-1	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室 (彰化市中山路二段 349 號)	11 月 29 日 14 時 00 分	11 月 29 日 16 時 00 分	B	2 分
151204-1	婦科微創手術之發展及應用	澄清綜合醫院中港分院	澄清綜合醫院中港分院 17 樓國際會議廳	12 月 04 日 07 時 30 分	12 月 04 日 08 時 30 分	B	1 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
151205-2	婦幼醫學學門第二次策略共識會議—提升青春期及生育年齡女性健康研討會	科技部生科司	台南富信大飯店 2 樓宴會廳 (台南市北區成功路 336 號)	12 月 05 日 10 時 00 分	12 月 05 日 17 時 00 分	B	4 分
151206-1	人工授精研習課程	台灣婦產科醫學會	台中醫學大學醫學院	12 月 06 日 08 時 30 分	12 月 06 日 12 時 30 分	A	2 分
151206-3	104 年度婦產科醫療發展研習課程	台灣婦產科醫學會	台南大億麗緻酒店 3 樓富貴廳	12 月 06 日 09 時 00 分	12 月 06 日 11 時 40 分	A	2 分
151206-5	Recommendations from FIGO 2015, Advance in Prenatal Diagnosis, Advances in high risk pregnancy managements, Advances in Strategies of Hepatitis B infecti	台灣周產期醫學會	台大醫學院 102 講堂	12 月 06 日 09 時 00 分	12 月 06 日 17 時 00 分	B	6 分
151206-2	二價子宮頸疫苗預防新知	雲林婦產科	鵝肉扁餐廳 (雲林縣虎尾鎮平和里大成街 100 號)	12 月 06 日 12 時 30 分	12 月 06 日 14 時 30 分	B	2 分
151206-4	超快感電波 workshop	沃醫學有限公司	W Hotel Strategy1+2	12 月 06 日 13 時 00 分	12 月 06 日 16 時 30 分	B	3 分
151208-1	2015 International Conference "Breastfeeding" with Dr. Jack Newman 與大師談哺乳 - 紐曼醫師 2015 國際研討會	社團法人台灣母乳協會	張榮發基金會國際會議中心 1101/ 1001 會議廳 (台北市中正區中山南路 11 號)	12 月 08 日 09 時 00 分	12 月 09 日 17 時 30 分	B	10 分
151213-1	內視鏡暨微創醫學會 - 南區研習會	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、高雄醫學大學附設醫院婦產部	高雄醫學大學附設醫院 啓川大樓六樓 第二講堂	12 月 13 日 09 時 00 分	12 月 13 日 15 時 30 分	B	6 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
151220-1	104 年度婦產科醫療發展研習課程	台灣婦產科醫學會	台北國賓大飯店 12 樓樓外樓	12 月 20 日 09 時 00 分	12 月 20 日 11 時 40 分	A	2 分
151220-2	2015 中華民國生育醫學會第二次學術研討會	中華民國生育醫學會	台北榮民總醫院致德樓 1 樓第 4 會議室	12 月 20 日 09 時 00 分	12 月 20 日 18 時 00 分	B	4 分
151227-1	104 年度婦產科醫療發展研習課程	台灣婦產科醫學會	高雄君鴻國際酒店 41 樓星辰廳 (原高雄金典酒店)	12 月 27 日 09 時 00 分	12 月 27 日 11 時 40 分	A	2 分
151227-2	子宮頸癌的巡弋飛彈：人類乳突病毒	桃園市醫師公會	本會會議室。(桃園市桃園區江南一街 13 號)	12 月 27 日 13 時 00 分	12 月 27 日 17 時 00 分	B	1 分
160110-1	104 年度婦產科醫療發展研習課程	台灣婦產科醫學會	台中裕元花園酒店 4 樓東側包廂	01 月 10 日 09 時 00 分	01 月 10 日 11 時 40 分	A	2 分

104.11.08

台北場人工授精研討會



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

