

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2016年11月241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：郭宗正

秘 書 長：黃閔照

編 輯：會訊編輯委員會

召 集 委 員：吳孟興

副召集委員：李耀泰

委 員：王三郎 趙宗冠 陳建銘 周輝政

陳信孚 王鵬惠 龍震宇 張廷禎

賴宗炫 何彥秉 易瑜嶠 崔冠濠

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

關西一馬武督森林 健行活動花絮

105.11.13



台灣婦產科醫學會 241 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／郭宗正

05 監事長的話 | 文／張維君

06 秘書長的話 | 文／黃閔照

08 秘書處公告

08 衛生福利部中央健康保險署 函

重申全民健康保險醫療費用審查之審查依據為本署公告週知且具一致性之法令規定，請惠予轉知所屬會員遵循，請查照。

08 衛生福利部中央健康保險署 函

函轉衛生福利部預告修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法（以下稱審查辦法）」第五條、第二十二條、第二十二條附表二草案公告，請查照。

16 台灣婦產科醫學會第 21 屆第 1 次理監事聯席會會議紀錄

19 通訊繼續教育

剖腹產後黏連防治的檢視 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

25 會員園地

25 孕媽咪小心「肝」！ | 文／曾翌捷

27 第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台日韓年輕醫師交流學術活動心得 | 文／楊小萱

29 第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台日韓年輕醫師交流學術活動心得 | 文／陳奐樺

31 第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台日韓年輕醫師交流學術活動心得 | 文／李侑潔

33 第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台日韓年輕醫師交流學術活動心得 | 文／劉慧瑩

35 第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台日韓年輕醫師交流學術活動心得 | 文／謝承恩

37 編後語 | 文／吳孟興

39 活動消息

理事長的話

郭宗正

第 21 屆婦產科醫學會理監事改選已於民國 105 年 10 月 23 日圓滿結束。宗正有幸當選理事長，張維君醫師擔任監事長，並於 11 月 6 日召開臨時理監事會，會中聘請陳思原醫師、賴文福醫師、蘇榮茂醫師擔任本屆副理事長，並邀請黃閔照醫師繼續擔任秘書長一職。

爲了讓學會發揮更大的功能，本屆我們設置了 20 個委員會，其中將醫院評鑑與人力規劃分爲 2 個委員會，分別由陳祈安醫師、蔡鴻德醫師主持，基層聯誼委員會由賴文福醫師負責，康樂福利委員會由洪秉坤醫師帶領，希望能加強醫院醫師與基層醫師的交流。

又現階段學會會館的空間已不敷使用，剛好與會館相連之另一空間合約將至，已委請秘書長深入了解，如價格合理且會員代表大會同意下，可考慮購入，如此將來複數的委員會可同時開會並有充足的資料存放空間。

宗正這幾星期來已多次至學會了解學會的運作，爾後每星期三會定期至學會上班看公文，如各位會員有問題時，請隨時與本人及秘書團隊聯絡，我們會非常樂意爲您服務。

監事長的話

張維君

各位會員醫師，三年一任，又是嶄新的啓動，第 21 屆監事會成員包括：丘林和醫師、鄧森文醫師、李經國醫師、周輝政醫師、徐明洸醫師、劉文雄醫師、賴宗炫醫師、陳怡仁醫師、黃文助醫師及陳菁徽醫師。

回想婦產科界生存發展的最困難階段，在歷屆理監事會的戮力經營，全體會員們的相挺支持，相信大家都有大地回春漸有清風拂面的初覺，舉凡住院醫師的招募、手術給付點數的提昇，醫糾困境的緩解、次專科的蓬勃發展、會員繼續教育，聯誼登山出遊，台日韓等國際交流皆有目共睹，而今年 6 月 30 日正式施行的生產事故救濟條例建立國家的救濟機制，來改善醫病關係和保障婦女生產風險，更是劃時代的里程碑，成爲他國的觀摩標竿。

但挑戰是永遠的，婦產科基層的經營課題，是學會關注的核心議題之一，也是大夥牽手相攜，繼續努力，不斷改善的目標。

第 21 屆監事會除監督學會財務狀況和各項理事會議決意與執行狀況，也以最開通的平台自許，希望不負所有會員的付託！

敬祝大家

執業平安、健康如意

秘書長的話

黃閃照

今天陰雨綿綿，開車送兒子上學，30 多年前我也是依偎在父親後背，冬雨中每天往返彰化、台中的野狼 125 上，星期日回到台中參加產後憂鬱繼續教育，抽空跟父母親吃個飯，發現歲月深刻的烙印在雙親身上，謝謝所有天下的父母親啊！產後憂鬱近年來的確引起重視，許多媽媽也都能自覺而就醫，但這月還是發生媽媽攜子跳樓憾事，學會希望透過繼續教育課程建立婦產、兒科、精神、心理社工網絡的建置，尤其是辛苦的產科醫師，你是所有孕產婦最信賴的醫療人員，不管在產前、產中、產後能夠多花一點時間作產後憂鬱的衛教，並能提早發現高風險族群，及早介入將可避免憾事發生，謝謝黃建需醫師的幫忙協助安排此次繼續教育訓練。

今年衛福部核定婦產科容額為 70 名，過去透過微調制度，近兩年幾乎滿招，婦產科住院醫師在工時上調查的確較其他科別高，將來因應工時調整，醫師人力將出現缺口，如何在有效時間內完成專科醫師訓練更顯重要，感謝陳祈安主任參加衛福部專科醫師里程碑（Milestone）課程，目前國外採取此訓練制度，希望住院醫師能在訓練期間通過各式基本訓練及考核，國內急診醫學科也已經開始此制度。針對婦產科的住院醫師訓練，學會僅採學習護照制度，針對護照內容，並沒有下放訓練醫院針對護照要求的內容作評核，如果要更改住院醫師訓練課程，需要投入更多人力進行教學及評核。但如果在台灣此評核制度只流於形式，則不做也罷，此一議題將透過專科訓練委員會作討論。

10 月 13 日新竹關西馬武督森林公園登山活動近 70 名會員家屬參加，漫步森林享受芬多精洗禮，登山後享受烤乳豬及客家美食，特別謝謝陳建銘前副理事長協助規劃。陳醫師還特別送會員新竹客家柿餅及桔醬，情意十足，再次感謝。明年度年初登山活動將由賴文福副理事長規劃，也希望大家多多參加。

生育事故救濟條例於今年 6 月 30 日上路，學會也辦理多場說明會，12 月 8 日第二次審議會通過 9 件申請案件。其中因生產所致之子宮切除也納入救濟範圍，其救濟金，如無子女（包含此胎）最高為 80 萬，如有一子女（包含此胎）最高為 50 萬，如有二名子女以上最高為 30 萬元，其他產婦死亡、殘障則與過去試辦計畫相同。申請案件中有許多是醫療機構代為申請，為促進醫病夥伴關係，希望大家能夠主動提供相關訊息及代為辦理申報業務，也謝謝站在第一線照護病人的產科醫師，學會目前也努力爭取產科給付，希望多一點人力加入孕產婦照護。

亞太內視鏡微創年會順利在台北 TICC 舉辦，共計 55 國將近 2000 人參加，成功打響台灣名聲，謝謝葉光芃理事長努力，每個演講會場爆滿，尤其是子宮移植大師演講，我想子宮移植在台灣是否有發展潛力，仍須考量醫學倫理及法律問題，現今台灣代理孕母法案一直無法通過，學會會努力跟社會溝通，將來能提早通過相關法案，讓台灣的不孕家庭能夠有一線生機。亞太周產期年會也在 12 月上場，希望會員多多參加。

健保核刪放大回推（見附件，秘書處公告），將來放大回推為 3 倍，根據健保署統計資料，婦產科基層點值倍率逐年萎縮，健保申報平均點值也較其他科別低，過去學會政策鼓勵開放基層執業範圍，如子宮腔鏡手術，子宮頸圓錐狀切除及腹腔鏡手術等，現在健保署取消放大回推天價制度，所以鼓勵會員在合理治療下，符合健保審報原則勇於申報，學會也會在未來辦理一些相關教育課程。

21 屆學會目前已經逐漸上路，新的團隊還是希望大家的支持，多給建議，我們會努力將婦產科帶回榮耀舞台。天氣轉涼，希望大家注意身體健康。

■ 秘書處公告

衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 105 年 10 月 20 日

發文字號：健保審字第 1050036445 號

主旨：重申全民健康保險醫療費用審查之審查依據為本署公告週知且具一致性之法令規定，請惠予轉知所屬會員遵循，請查照。

說明：一、邇來衛生福利部全民健康保險爭議審議會受理醫療院所之爭議案件，部分院所申請理由屢有：「依○○區（分會）○○科○○次會議審查決議，符合共識」等文字，經查醫事機構所述之審查共識非屬全民健康保險醫療費用審查之審查依據。

二、茲重申全民健康保險醫療費用審查作業係依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理，其審查依據為全民健康保險法及相關法令規定，例如：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥品給付項目及支付標準、全民健康保險藥品給付規定、全民健康保險醫療費用審查注意事項等，請貴會轉知所屬會員遵循。

三、本保險法令規定均公開於本署全球資訊網，如貴會對本署上開各項規範有增修建議，可循修訂程序提供相關資料予本署研議。

衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 105 年 10 月 20 日

發文字號：健保審字第 1050012803 號

主旨：函轉衛生福利部預告修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法（以下稱審查辦法）」第五條、第二十二條、第二十二條附表二草案公告，請查照。

說明：一、依據衛生福利部 105 年 10 月 14 日衛部保字第 1051260530B 號函（附件）。

- 二、為強化精準審查，降低現行隨機抽樣及回推作業對保險醫事服務機構執行適當醫療服務之衝擊，經檢討後認為核減點數之回推作業實有修正之必要，爰修正審查辦法第五條、第二十二條，以及第二十二條附表二之內容。主要修正為凡經審查核減之醫療費用點數，除特定類別案件及逐案進程序審查之核減項目外，均另加計三倍核扣計算，取代現行「回推」之作法，併同刪除抽樣方式中有關隨機抽樣與立意抽樣之區分。
- 三、倘貴會有任何意見或修正建議者，請於衛生福利部公告刊登公報次日起 14 日內，依公告事項洽詢衛生福利部社會保險司陳述意見。

衛生福利部 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 105 年 10 月 14 日

發文字號：衛部保字第 1051260530B 號

附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第五條、第二十二條、第二十二條附表二修正草案公告影本（含附件）1 份（105126053B-1.pdf）

主旨：檢送「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第五條、第二十二條，第二十二條附表二修正草案公告，並附「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第五條、第二十二條、第二十二條附表二修正草案總說明及修正草案條文對照表 1 份，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起 14 日內陳述意見或洽詢本部。

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國 105 年 10 月 14 日

發文字號：衛部保字第 1051260530 號

附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第五條、第二十二條、第二十二條附表二修正草案總說明及修正草案條文對照表之 pdf 檔

公告事項：一、修正機關：衛生福利部。

二、修正依據：全民健康保險法第六十三條第三項。

三、「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第五條、第二十二條、第二十二條附表二修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「法令規章／衛生福利部法規檢索系統」（網址 <http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/Default.asp?class=s>）之「法規草案」網頁。

四、本案前業邀集各相關團體討論並參採各界意見，爰預告期間為 14 日。對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起 14 日內陳述意見或洽詢：

（一）承辦單位：衛生福利部社會保險司

（二）地址：11558 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號 4 樓

（三）電話：(02)85906739

（四）傳真：(02)85906048

（五）電子郵件：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第五條、第二十二條、第二十二條附表二修正草案總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於民國八十四年一月二十三日訂定發布，其後歷經十次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法（以下稱本辦法），最近一次修正係於一百零三年十二月二十二日發布，本次為第十一次修訂。

全民健康保險審查制度係以實證醫學為基礎之檔案分析為主，並朝以精準審查之方向進行。現行隨機抽樣審查雖有統計學理上之回推概念，然而回推後之總核減點數，動輒有較原未經回推核減點數高達數十倍之情事，多年來迭有保險醫事服務機構認有不合理之爭議。為避免現行抽樣審查及回推作業對保險醫事服務機構產生過度之財務衝擊，影響適當醫療服務之提供，經與各界檢討認為實有修正之必要，爰修正本辦法第五條、第二十二條、第二十二條附表二之內容。修正重點如下：

一、凡經審查核減之醫療費用點數，除特定類別案件及逐案進程序審查之核減項目外，均另加計三倍核減計算，取代現行「回推」之作法，併同刪除抽樣方式中有關隨機抽樣與立意抽樣之區分（修正條文第五條、第二十二條第二項、第三項及附表二）。

二、考量核減方式之改變對點值影響及醫療生態可能產生之衝擊等因素，案件經審查核減點數之加計倍數，得由相關機關團體共同研商，廣納各界意見，爰增列加計倍數得調整之機制（修正條文第二十二條第四項）。

三、於附表二明定不適用加計核減點數之特定類別案件（修正條文第二十二條第五項及附表二）。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第五條、第二十二條、第二十二條附表二修正草案條文對照表

| 修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|---|---|--|
| <p>第五條 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。</p> <p>對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，其經審查核減之同一部分，不得重複促核扣。</p> | <p>第五條 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。</p> <p>對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，<u>不得回推</u>，其經審查核減之同一部分，不得重複促核扣。</p> | <p>配合第二十二條條文修正意旨，刪除本條第二項「不得回推」之文字。</p> |

| 修正條文 | 現行條文 | 說明 |
|--|--|--|
| <p>第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。</p> <p>保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、<u>增減抽樣審查或全部審查</u>。</p> <p><u>案件經審查核減之醫療費用點數，除特定類別案件及逐案進行審查之核減項目外，其餘案件另加計三倍核減。</u></p> <p><u>前項審查核減點數加計倍數之調整，保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體共同研商，報請主管機關核定後公告。</u></p> <p><u>第三項所稱不適用加計核減點數之特定類別案件如附表二。</u></p> <p>保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減或補付<u>作業</u>之計算基礎。</p> | <p>第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。</p> <p><u>抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。</u></p> <p>保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、<u>減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。</u></p> <p>保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減<u>率</u>或補付<u>率</u>之計算基礎。</p> <p>隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。</p> | <p>一、現行隨機抽樣審查雖有統計學理上之回推概念，然而回推後之總核減點數，動輒有較原未經回推核減點數高達數十倍之情事，多年來迭有保險醫事服務機構認有不合理之爭議。為強化精準審查，降低現行隨機抽樣以及統計回推結果造成保險醫事服務機構執行適當醫療服務之衝擊，回推作業實有修正之必要。是以，經審查核減之醫療費用點數，除特定類別案件及逐案進程序審查之核減項目外，均另加計三倍核減計算（即合計核減點數為原審查核減點數的四倍），取代現行「回推」之作法，併同刪除抽樣方式中有關隨抽樣與立意抽樣之區分，爰刪除現行條文第二項及增訂第三項。</p> <p>二、基於總額支付制度專業自主之精神，考量核減方式之改變對點值之影響及醫療生態可能產生之衝擊等因素，爰針對醫療費用案件經審查核減點數之加計倍數一節，保險人得與各總額相關團體共同研商，廣納各界意見，增訂第四項。</p> <p>三、其餘項次更動及文字修正。</p> |

第二十二條附表二修正草案對照表

| 修 | 正 | 條 | 行 | 條 | 文 | 明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--------------------|----------------|---|--|--|---|--|--|--|---|------|------|------|--|------|--|----|------|-------|------|------|----|------|----------------|----------------|---|---|--|----|----------------|--------------|--|--|--|----|-----------------|--------------|--|--|--|------|------|------|--|--|----|------|-----|-----|----|----|--------------------|----------------|------------|--|----|--|--|--|----|------------------|--------------|---------|---|
| | <p>附表二 全民健康保險保險費服務機構醫療費用案件不適用加計核減點數之特定類別業</p> <table border="1"> <tr> <th>分類</th> <th>業件類別</th> </tr> <tr> <td>門診</td> <td>透析(業件分類:05)、居家照護、精神疾病社區復健、論病例計劃案件(業件分類: C1)</td> </tr> <tr> <td>住院</td> <td>高額、特定醫療案件(業件分類:3)、論病例計劃案件(業件分類:2)、住院診斷關聯群案件(業件分類:5)</td> </tr> </table> | 分類 | 業件類別 | 門診 | 透析(業件分類:05)、居家照護、精神疾病社區復健、論病例計劃案件(業件分類: C1) | 住院 | 高額、特定醫療案件(業件分類:3)、論病例計劃案件(業件分類:2)、住院診斷關聯群案件(業件分類:5) | | | | <p>附表二 全民健康保險保險費服務機構醫療費用案件隨機抽樣方式、核減、補付點數回推計算方式</p> <p>一、隨機抽樣方式：將推論人證戶抽樣或論件抽樣。</p> <p>(一) 論人證戶抽樣</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">抽樣分類</th> <th rowspan="2">抽樣類別</th> <th colspan="2">申報人數</th> <th colspan="2">抽樣人數</th> <th rowspan="2">備註</th> </tr> <tr> <th>申報人數</th> <th>人數抽樣率</th> <th>申報人數</th> <th>樣本人數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">門診</td> <td>西醫基層</td> <td>1-500 501以上</td> <td>1/100 1/100</td> <td>1.以申報人數*人數抽樣率(按四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。</td> <td>1.以申報人數*人數抽樣率(按四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。</td> <td rowspan="2">抽樣類別排除洗腎、代辦案件,以病人為抽樣單位,由電腦按人證戶後,進行隨機抽樣。 樣本人數之全部案件,除排除案件外,均列入抽樣案件送審。</td> </tr> <tr> <td>中醫</td> <td>1-250 251以上</td> <td>1/50 1/50</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>牙醫</td> <td>1-150人 151以上</td> <td>1/15 1/15</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(二) 論件抽樣</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">抽樣分類</th> <th rowspan="2">抽樣類別</th> <th colspan="3">抽樣件數</th> <th rowspan="2">備註</th> </tr> <tr> <th>申報件數</th> <th>抽樣率</th> <th>樣本數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">門診</td> <td>西醫</td> <td>1-10000 10001以上</td> <td>1/100 1/100</td> <td>0 201以上</td> <td rowspan="3">1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不列入。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入類機抽樣案件：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、二代辦案件(業件分類:01、11、21)、代辦案件、論減例計劃案件(業件分類c1)及經電腦程序篩選異常案件者。</td> </tr> <tr> <td>中醫</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>牙醫</td> <td>1-1000 1001以上</td> <td>1/10 1/20</td> <td>0 50</td> </tr> </tbody> </table> | 抽樣分類 | 抽樣類別 | 申報人數 | | 抽樣人數 | | 備註 | 申報人數 | 人數抽樣率 | 申報人數 | 樣本人數 | 門診 | 西醫基層 | 1-500 501以上 | 1/100 1/100 | 1.以申報人數*人數抽樣率(按四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。 | 1.以申報人數*人數抽樣率(按四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。 | 抽樣類別排除洗腎、代辦案件,以病人為抽樣單位,由電腦按人證戶後,進行隨機抽樣。 樣本人數之全部案件,除排除案件外,均列入抽樣案件送審。 | 中醫 | 1-250 251以上 | 1/50 1/50 | | | | 牙醫 | 1-150人 151以上 | 1/15 1/15 | | | | 抽樣分類 | 抽樣類別 | 抽樣件數 | | | 備註 | 申報件數 | 抽樣率 | 樣本數 | 門診 | 西醫 | 1-10000 10001以上 | 1/100 1/100 | 0 201以上 | 1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不列入。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入類機抽樣案件：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、二代辦案件(業件分類:01、11、21)、代辦案件、論減例計劃案件(業件分類c1)及經電腦程序篩選異常案件者。 | 中醫 | | | | 牙醫 | 1-1000 1001以上 | 1/10 1/20 | 0 50 | <p>一、配合條文之文字修正,修正附表名稱。</p> <p>二、配合本次條文內容修正,刪除隨機抽樣方式及回推方式。</p> <p>三、另依修正條文第二十二條第五項規定,明訂不適用加計核減點數之特定類別案件。</p> |
| 分類 | 業件類別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 門診 | 透析(業件分類:05)、居家照護、精神疾病社區復健、論病例計劃案件(業件分類: C1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住院 | 高額、特定醫療案件(業件分類:3)、論病例計劃案件(業件分類:2)、住院診斷關聯群案件(業件分類:5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抽樣分類 | 抽樣類別 | 申報人數 | | 抽樣人數 | | 備註 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 申報人數 | 人數抽樣率 | 申報人數 | 樣本人數 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 門診 | 西醫基層 | 1-500 501以上 | 1/100 1/100 | 1.以申報人數*人數抽樣率(按四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。 | 1.以申報人數*人數抽樣率(按四捨五入)計算樣本人數。 2.西醫基層樣本人數最少5人(不足5人,則依實際申報人數全抽);中醫樣本人數最少10人(不足10人,則依實際申報人數全抽)。 | 抽樣類別排除洗腎、代辦案件,以病人為抽樣單位,由電腦按人證戶後,進行隨機抽樣。 樣本人數之全部案件,除排除案件外,均列入抽樣案件送審。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 中醫 | 1-250 251以上 | 1/50 1/50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 牙醫 | 1-150人 151以上 | 1/15 1/15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抽樣分類 | 抽樣類別 | 抽樣件數 | | | 備註 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 申報件數 | 抽樣率 | 樣本數 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 門診 | 西醫 | 1-10000 10001以上 | 1/100 1/100 | 0 201以上 | 1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不列入。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入類機抽樣案件：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、二代辦案件(業件分類:01、11、21)、代辦案件、論減例計劃案件(業件分類c1)及經電腦程序篩選異常案件者。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 中醫 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 牙醫 | 1-1000 1001以上 | 1/10 1/20 | 0 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

台灣婦產科醫學會第 21 屆第 1 次理監事聯席會會議紀錄

時 間：民國 105 年 10 月 23 日（星期日）下午 2 時

地 點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主 持 人：第 20 屆何理事長 弘能

出 席 者：

第 21 屆

理 事：江千代、蘇榮茂、李建興、許振隆、謝鵬輝、施英富、李江渭、郭宗正、王孫斌、
賴文福、林武周、胡玉銘、柯助伊、陳霖松、蔡明松、陳思源、陳明哲、陳信孚、
黃富仁、呂維國、郭富珍、翁順隆、吳孟興、洪秉坤、武國璋、徐明義、王有利、
詹德富、林嘉祈、鍾明廷、林彥昇、李宗賢

監 事：丘林和、鄧森文、李經國、周輝政、徐明洸、張維君、賴宗炫、陳怡仁、黃文助、
陳菁徽

列 席 者：

第 20 屆

副理事長：蘇榮茂、蕭弘智、陳建銘

常務理事：胡玉銘、蔡明松、陳思源、吳孟興

理 事：林正義、張少萌、施英富、林武周、林錦義、黃富仁、呂維國、翁順隆、洪秉坤、
徐明義、黃建霈、張基昌

監 事 長：蔡英美

常務監事：鄧森文

監 事：周輝政、徐明洸、王鵬惠、王有利、李宗賢

第 20 屆委員會召集人：

副理事長兼康樂委員會召集人 陳建銘

常務理事兼學術研究委員會召集人 陳思源

健保政策委員會召集人 郭宗正

財政委員會召集人 張維君

會訊編輯委員會召集人 劉嘉耀

秘 書 長：黃閔照

副秘書長：孫三源、李煥照、陳信孚、詹德富、黃文助

請假人員：張廷彰、何博基、王鵬惠、劉文雄、顏明賢、吳輝明、李耀泰、鄭英傑、吳輝明、
李耀泰、鄭英傑、余慕賢、孫茂榮、黃啓明、徐超群、蔡永杰、林禹宏、應宗和、

洪滿榮、龍震宇、何志明、官大弘、鄧志文、邱惠瑩、黃思誠、蔡明賢、蘇聰賢、
楊友仕、蔡鴻德、謝卿宏、林隆堯、陳祈安、陳持平、潘恆新、鐘坤井、周天給、
王漢州、仇思源、何信頤、陳勝咸、陳根雄、林姿吟、劉文雄、林靜儀、林金龍、
內政部合作及人民團體司籌備處

記 錄：林雅嫩

壹、選舉第 21 屆常務監事、監事長、常務理事、理事長

主 席：第 20 屆何理事長弘能

監票人：第 20 屆蔡監事長英美、第 20 屆鄧常務監事森文（常務監事、監事長選舉、常務理事）
第 21 屆張監事長維君、第 21 屆鄧常務監事森文（理事長選舉）

發票人：林雅嫩、林家翎

唱票人：程美惠、王劭如

記票人：林家翎、吳純琪

當選名單：

一、常務監事（票數 11 張，有效票 10 張，空白票 1 張）

1. 張維君（得票數：10）
2. 鄧森文（得票數：8）
3. 丘林和（得票數：4）

二、監事長（票數 11 張，有效票 10 張，空白票 1 張）

1. 張維君（得票數：10）

三、常務理事（票數 35 張，有效票 32 張，空白 3 張）

1. 蘇榮茂（得票數：27）
2. 陳思原（得票數：25）
3. 賴文福（得票數：24）
4. 何博基（得票數：24）
5. 吳孟興（得票數：24）
6. 郭宗正（得票數：22）
7. 蔡明松（得票數：19）
8. 王鵬惠（得票數：19）
9. 張廷彰（得票數：17）
10. 胡玉銘（得票數：16）
11. 施英富（得票數：15）

四、理事長（票數 35 張，有效票 32 張，空白 3 張）

1. 郭宗正（得票數：20）

貳、第 20 屆理事長頒發第 20 屆監事長、理監事、召集人及有功人員紀念獎牌及照相

參、交接儀式：第 20、21 屆交接

1. 移交學會官印

2. 移交學會清冊（見附件）

肆、第 21 屆理事長暨全體理監事致贈第 20 屆理事長何弘能紀念獎牌

伍、報告事項

1. 確認第 20 屆第 12 次理事會會議紀錄。（請見附件 P.3）

陸、討論事項

案由一：依據本會章程第 33 條，推舉第 20 屆何弘能理事長為本會終身院士。

提案人：秘書處

決 議：通過

案由二：審查 106 年度收支預算表

說 明：請見附件

提案人：第 20 屆財政委員會

決 議：通過

案由三：每年診所業務萎縮及休診停業非常嚴重，連帶婦產科總點值的萎縮情形也非常嚴重（應是第 20 屆會員代表大會決議追蹤項目），請本屆理事會研討策略固守並增加基層點值。（請參考附件資料 P.9）

說 明：各地婦產科很多沒有在做生產業務，因此各地診所業務萎縮，並且很多診所停業休診，因此婦產科診所點值每年衰退很嚴重，再加上其他科如精神科、家醫科、耳鼻喉科每年診所增加數很大，雙重夾擊，基層婦產科點值被其他科佔有非常嚴重。

辦 法：1. 鼓勵會員多報。

2. 對非浮報重點會員，採寬鬆審查。

3. 對於診所能做的 B 表，開放為 C 表（請參考附件資料 P.12）。請將此案列為本屆理事會重點追蹤案件。

提案人：賴文福

決 議：通過，後續相關問題將交由第 21 屆健保政策委員會討論。

柒、臨時動議

捌、散會

通訊繼續教育

剖腹產後黏連防治的檢視



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

³ 敏盛醫院 婦產科

剖腹產是產科常見的手術，在台灣約有 1/3 的嬰兒，是由剖腹誕生。首次剖腹產的所需時間，通常在 25-40 分鐘，然第二次剖腹產若有黏連，則手術時間會增加，甚至變得困難。根據文獻報告，第二次剖腹產者發生黏連的比率有 12-46%，第三次剖腹產者發生黏連的比率有 26-76%，因黏連的程度不同，故比例差異性較大，同時亦可能有腸阻塞、尿道症狀、腹痛和不孕症等後遺症；日後若需行腹腔的化學、放射線治療或其它手術，腸子受傷機會增加。本文特檢視剖腹產後黏連的防治方法，以供婦產科同仁參考。

◆ 剖腹產後黏連應不容易

理論上，剖腹產後發生黏連的機率應不高，理由有：

- 一、少組織缺氧：組織缺氧是發生黏連的主因，但懷孕後由於心臟血液輸出、紅血球數目、子宮血流均會增加，且 oxyhemoglobin 解離曲線偏右，因此子宮內氧氣是高過未懷孕狀態，因此，懷孕是可以減少因缺氧引起的黏連。
- 二、靜止傷口：在受傷部位如安靜不動，癒合會較佳。在子宮下段橫切的傷口處，纖維組織較肌肉組織多，即子宮肌肉受傷較少，同時在產褥期子宮收縮在上半段，oxytocin 刺

激亦多影響子宮上段，子宮下段多在靜止狀態。

三、膀胱覆蓋：子宮下段傷口被膀胱覆蓋著，膀胱會儲藏尿液膨脹與排空，能阻斷子宮與膀胱間、和子宮與前腹壁間所產生的纖維組織。

四、單一切口：剖腹產在子宮下段只有一個切口（incision）且與腸隔絕，不像子宮肌瘤切除在子宮上可能有許多切口，切口越少，黏連發生率自然也少。

五、少產生血腫瘤：從 2011 年 1 月 PubMed 搜查，血腫並沒有發生在剖腹產橫切的傷口，但在子宮肌瘤切除的傷口，血腫瘤（hematoma）發生率可達 24%。血腫瘤存在會增加黏連的發生率。

◆ 腹膜的縫合與不縫合

剖腹產腹膜不縫合的優、缺點，一直有爭議。2014 年，Bamigboye 等在 Cochrane 發表一綜合分析，在 16 篇文章、共 15480 位婦女中，對不縫合腹膜（包括內臟和腔壁腹膜 -visceral and parietal peritoneum）者與兩層腹膜皆縫合者做比較。手術評估有兩種：短期和長期影響。其中 4 篇文章、共 282 位婦女做手術後黏連評估，結果無統計上差異，危險比率（risk ratio, RR）0.99（95% 信賴區間 0.76-1.29）。在手術所需時間上，不縫合組較縫合組少了 5.81 分鐘（95% 信賴區間 -7.68 至 -3.93）。而在住院時間上，在 13 篇文章、共 14906 位婦女中，不縫合組較縫合組減少了 0.26 天（95% 信賴區間 -0.47 至 -0.05）。此外減少慢性骨盆腔疼痛，在 1 篇文章、共 112 位婦女中，不縫合組優於縫合組。結論似乎不縫合腹膜表現較佳。

至於腹膜縫合所使用的縫線，是否因材質不同而影響黏連的發生率？在 Hamel 等報告，使用貓腸線（chromic catgut，約 2 週可被吸收）或 vicryl（約 2-3 個月可被吸收）來縫合腹膜，發生黏連的比率並無統計上的差異。

◆ 防黏連使用

2014 年，Walfisch 等研究分析 163 篇剖腹產有使用防黏連隔絕物，其中隨機控制組比較共有三篇（1 篇人數較多，另 2 篇較少），論述如下：

(1) 2014 年，Edwards 等在一回顧性研究，共 248 位以 Seprafilm（carboxymethylcellulose）做為首次剖腹產防黏連物使用，並與 269 位不使用者做比較，追蹤其下次剖腹產的結果。在日後的重複剖腹產手術，由下刀到嬰兒出生時間（6.1 vs 5.8 分鐘， $p=0.25$ ）與全部時間（31.2 vs 31.8 分鐘， $p=0.56$ ），兩組均無統計上差異，且兩組在手術上的併發症與存

在的黏連，亦無差別。結論是：使用 Seprafilm 來防止黏連，對首次剖腹產者效果不顯著。

- (2) 2011 年，Chapa 等回顧性研究，共 53 位有使用 Interceed (oxidized-regenerated cellulose) 做為防黏連，並與 59 位不使用者做比較。兩組在第 2 次剖腹產時發生黏連的比率，分別為 26% (14/53)、78% (46/59)，呈統計上差異 ($p=0.011$)。在下刀至嬰兒產出的時間，未使用組平均較使用組增加 5 分鐘，且出血量也較多。結論是：使用 Interceed 者發生黏連較少。
- (3) 2005 年，Fushiki 等前瞻性研究，共 27 位有使用 Seprafilm 做為防黏連，並與 25 位不使用者做比較。兩組在第 2 次剖腹產時發生黏連的比率，分別為 7.4% (2/27)、48% (12/25)，呈統計上差異 ($p=0.001$)。結論是：使用 Seprafilm 者發生黏連較少，然兩組所研究的病例數目均不多。

總括而言，在 Walfisch 等大規模研究的結果，剖腹產時有使用隔絕物防黏連者，所得的效果有限。2011 年，Albright 等研究分析認為，在 2000 位有使用隔絕物防黏連的剖腹產者，僅 1 位可預防腸阻塞的有效病例。防黏連隔絕物的價格不菲，然效果有限，是否值得使用，應予重視。

美國食品和藥物管理局 (FDA) 核准可做為預防手術後黏連的藥物有三種：Adept (4% icodextrin 溶液)、Seprafilm、Interceed 等。

◆ 防黏連的重點

綜合許多研究，對預防剖腹產後黏連的發生，重點包括有：

- (1) 良好麻醉：不論是脊椎或全身麻醉，效果皆不錯，但脊椎膜外麻醉有時因肌肉鬆弛和止痛效果不佳，患者會不適和移動，影響手術進行，間接造成技術上缺陷。
- (2) 手套上滑石粉：如手套上粉末沾黏在腹腔中，會增加黏連的發生率，故應在手術前將手套清洗乾淨。最近，美國已禁止在醫療手套上使用玉米粉。
- (3) 電燒灼：剖腹產宜避免使用電燒灼，因為延誤嬰兒娩生時間，組織碳化後呈黑色，吸收時易產生輕度發燒，增加使用抗生素的機率。且胎兒在未娩出時，電燒灼對胎兒的影響亦未可知？
- (4) 手術要溫柔：手術時如用力撕開組織不夠溫柔 (gentle tissue handling) 時，容易造成微小血管裂傷，傷口易有血腫塊，止血要確實。

- (5) 勿將子宮拿出體外縫合：子宮拿出體外，即使用棉墊包覆，多少會有摩擦，增加粗糙面，加上在空氣中可因水份蒸發而乾燥（保持臟器的濕潤是手術的原則），並會失溫，且縫合後又要用力將子宮推回腹腔，亦有擦傷，發生黏連機會增加。
- (6) 腹膜橫切：腹膜橫切的癒合度較直切為佳，上下切開的腹膜癒合度，較左右切開為快速和平順。手術後 3-5 天腹膜便能癒合完成。
- (7) 不要在腹腔放置大棉墊或紗布：腹膜是光滑而柔細的，放置大棉墊或紗布會有微小摩擦，增加黏連的發生。手術結束時將血塊用手取出便可，或用清水沖洗，盡量避免使用紗布擦拭，可避免腹膜傷害，產生黏連。有些醫師放紗布在子宮兩旁，是擔憂羊水留在腹腔中，然羊水通常是無菌的，且富含大量纖維溶解因子（fibrinolytic factor），有助於黏連的預防，根據動物試驗證明，羊水是可以預防黏連的產生。

剖腹產的技術請參考 Misgav Ladach 方法，簡單、快速、效果好。

◆ 結論

剖腹產手術所需時間短、下段子宮切開不易發生黏連，加上良好手術技巧、有效止血、溫柔的手術過程、避免使用棉墊和紗布、避免使用電燒灼，多數是不會發生黏連。腹膜不縫合可能會縮短手術時間，但對預防黏連的效果，尚待更多研究證實。至於防黏連隔絕物的使用，因價錢昂貴，效果不合乎經濟，並不建議使用於初次剖腹產。

◆ 參考文獻

1. Walfisch A, Beloosesky R, Shrim A, et al. Adhesion prevention after cesarean delivery: evidence, and lack of it. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 446-52.
2. Awonuga AO, Fletcher NM, Saed GM, et al. Postoperative adhesion development following cesarean and open intra-abdominal gynecological operations: a review. *Reprod Sci* 2011; 18: 1166-85.
3. Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section: short- and long- term outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 8: CD000163.
4. 李耀泰, 郭宗正, 陳福民. Misgav Ladach 法剖腹產的新意. *當代醫學* 2004; 31: 837-9.
5. Edwards RK, Ingersoll M, Gerkin RD, et al. Carboxymethyl- cellulose adhesion barrier placement at primary cesarean delivery and outcomes at repeat cesarean delivery. *Obstet*

Gynecol 2014; 123: 923-8.

6. Chapa HO, Venegas G, Vanduyne CP, et al. Peritoneal adhesion prevention at cesarean section: an analysis of the effectiveness of an absorbable adhesion barrier. *J Reprod Med* 2011; 56: 103-9.
7. Fushiki H, Ikoma T, Kobayashi H, et al. Efficacy of Seprafilm as an adhesion prevention barrier in cesarean sections. *Obstet Gynecol Treatment* 2005; 91: 557-61.
8. Albright CM, Rouse DJ. Adhesion barriers at cesarean delivery: advertising compared with the evidence. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 157-60.
9. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產時子宮切口還要在體外縫合嗎? 台灣婦產科醫學會會訊 2015 年 4 月 14-9.
10. Hamel KJ. Incidence of adhesions at repeat cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: e.31-2.
11. Bates GW, Shomento S. Adhesion prevention in patients with multiple cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205: s19-24.
12. Pschera H, Kjaeldgaard A, Larsson B. Fibrinolytic activity in amniotic fluid during late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 417-20.
13. Gonzalez-Quintero VH, Cruz-Pachano PE. Preventing adhesions in obstetric and gynecologic surgical procedures. *Rev Obstet Gynecol* 2009; 2: 38-45.

問答題

一、剖腹產後發生黏連機率不高的原因，理論為何？

- (A) 子宮氧氣充足
- (B) 有膀胱覆蓋
- (C) 少產生血腫瘤
- (D) 以上皆是

二、腹膜不縫合的優點為何？

- (A) 手術速度較快
- (B) 住院時間較短
- (C) 對術後的黏連無影響
- (D) 以上皆是

三、根據 2014 年 Edwards 統計 Seprafilm 防黏連的結果為何？

- (A) 有使用 Seprafilm 較佳
- (B) 不使用 Seprafilm 較佳
- (C) 使用與不使用效果相近
- (D) 以上皆是

四、預防剖腹產黏連的要點為何？

- (A) 洗去手套上滑石粉
- (B) 手術要溫柔
- (C) 避免將子宮在體外縫合
- (D) 以上皆是

五、下列敘述何者錯誤？

- (A) 羊水常為無菌的
- (B) 羊水含纖維溶解因子，可減少黏連
- (C) 放紗布或棉墊在腹中以吸收羊水防止黏連

第 240 期通訊繼續教育

堅果與癌症的檢視

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(A)；五、(D)

會員園地

孕媽咪小心「肝」！



曾翌捷

馨蕙馨醫院主治醫師

根據疾病管制署估計，國內成人 B 型肝炎帶原率約 15%，C 型肝炎感染率約 4-5%，每年約有 13000 人死於肝炎相關疾病，顯示肝炎疾病對國人健康的威脅不容小覷。而臺灣自 1986 年 7 月起全面實施嬰幼兒 B 型肝炎預防接種以來，幼兒 B 型肝炎帶原率由計畫實施前的 10.5%，大幅下降至 0.8%；而孕婦 B 型肝炎表面抗原陽性率也由 17.2% 降低至 8.1%，核心抗原陽性率則由 6.8% 降低至 1.5%，證明全面接種能有效地阻斷母嬰的垂直傳染。但依據我國 B 型肝炎疫苗及免疫球蛋白接種效益追蹤研究，母親表面抗原及核心抗原陽性時，其新生兒於出生時按時注射一劑 B 型肝炎免疫球蛋白及三劑 B 型肝炎疫苗注射，其保護效益仍只有 9 成。故建議幼兒於出生約 1 歲左右進行 B 型肝炎表面抗原及抗體的檢測，以利及早發現幼兒帶原狀況及瞭解疫苗接種成效。目前研究已知，受感染者年齡愈小，愈容易成為慢性帶原者。如新生兒感染約 90% 會成為慢性帶原者，5 歲以下幼兒感染，約 25 ~ 50% 會成為慢性帶原者；若成人感染則成為慢性帶原者之危險性僅在 5% 以下。因此，如何將 B 型肝炎的垂直傳染率再降低是刻不容緩的重要議題。

美國母胎醫學會於 2016 年一月針對降低 B 型肝炎的垂直傳染率也提出了幾點建議：

B 型肝炎表面抗原檢查應納入常規的產前檢查。

母親為 B 型肝炎表面抗原帶原者或感染情況不明的新生兒出生後，應於 12 小時內接種 B 型肝炎免疫球蛋白及 B 型肝炎疫苗，不論母親在懷孕時是否有接受過抗病毒療法。

對於 B 型肝炎帶原的孕婦，建議應該在懷孕 28 到 32 周時測量病毒數。

如果病毒數量大於每毫升 106 個或是 B 型肝炎核心抗原陽性者，則建議接受抗病毒療法以減少子宮內垂直感染的風險。

孕婦的 B 型肝炎抗病毒療法以惠立妥 (Tenofovir) 為第一線用藥。

只要寶寶出生後有接種 B 型肝炎免疫球蛋白及 B 型肝炎疫苗就不需擔心母乳哺育所可能造成的風險。

產前篩檢中的侵入性檢查也不可掉以輕心，尤其是對於血液中高病毒量 (大於每毫升 107 個) 的孕媽咪，仍有垂直傳染的風險存在。

不建議單純因為垂直傳染的考量而建議孕婦接受剖腹生產。

相較於大家所熟知的干安能 (Lamivudine)，惠立妥具有較低的病毒抗藥性。而惠立妥目前也被美國食品藥物管理署列為懷孕等級 B 級的用藥，因此孕婦在使用上可安全無虞。根據 Kitrinos 教授於 2014 年在「肝臟病學」所發表的研究指出，惠立妥的單一療法對於慢性 B 型肝炎可維持六年的治療效果而不出現抗藥性。而對於 B 型肝炎帶原的孕婦，目前建議應該在懷孕 28 到 32 周時測量病毒數，如果病毒數量大於每毫升 106 個或是 B 型肝炎核心抗原陽性者，則建議接受口服惠立妥 300 毫克一直到寶寶出生。根據臺大醫院陳慧玲教授在 2015 年發表在「肝臟病學」的研究指出，在新生兒出生後六個月，有無接受惠立妥抗病毒療法的孕婦族群，其新生兒垂直傳染率分別為 1.5 及 10.7%。而甫於今年 6 月由紐約大學潘教授所主持的中國團隊也在知名的「新英格蘭醫學期刊」發表了類似的報告，其治療成果在有無接受惠立妥抗病毒療法的族群，其新生兒垂直傳染率分別為 5 及 18%。說明在產前使用抗病毒療法確實可有效降低 B 型肝炎的垂直傳染率。

因此，透過孕產期的細心照顧並監測病毒數量，在適當的時機給予抗病毒藥物是目前能否再度降低 B 型肝炎垂直傳染率的重要關鍵。讓我們一起努力，給孕媽咪跟寶寶一個彩色的未來。

◆ 參考文獻：

1. Chen HL, et al. Efficacy of maternal tenofovir disoproxil fumarate in interrupting mother-to-infant transmission of hepatitis B virus. *Hepatology*. 2015;62(2):375.
2. Calvin Q. Pan, et al. Tenofovir to Prevent Hepatitis B Transmission in Mothers with High Viral Load. *N Engl J Med* 2016 JUNE 16; 374:2324-2334
3. Kitrinos KM, et al. No detectable resistance to tenofovir disoproxil fumarate after 6 years of therapy in patients with chronic hepatitis B. *Hepatology* 2014;59: 434-42.
4. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Jodie Dionne-Odom, MD; Alan T. N. Tita, MD, PhD; Neil S. Silverman, MD. Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* JANUARY 2016
5. 衛生福利部疾病管制署公開統計資料

第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台 日韓年輕醫師交流學術活動心得

彰化基 教醫院婦產部 楊小萱

十分榮幸參與今年的台日韓年輕醫師交流，在忙碌的住院醫師生活中，能有這幾天不同的步調，彷彿新能量注入，也對未來有新的想法與期許。

我們入住的飯店 Grand Hilton Seoul 與會場相連，帶領我們的師長們似乎熟門熟路。曾經參與第一屆台日韓交流的大學長黃文助醫師告訴我們，韓國婦產科醫學會每年的年會都在 Grand Hilton Seoul 舉辦，十幾年前他參與的台日韓交流也是在這裡。

我這次報告的內容是有關於 Dexamethasone 對於老鼠卵巢功能的影響，日本九州的女教授 Kiyoto Kato 似乎對於這個題目十分有興趣，對我提出了許多問題，但有礙於時間的限制沒能在會中好好的討論。事後雖然有嘗試寫 e-mail 給 Kiyoto Kato 教授，可惜沒有得到回音。聽完台日韓的報告後，發現各國年輕醫師不論在台風或是外語能力上都很傑出。日本年輕醫師多發表基礎研究，台灣與韓國則以臨床研究居多。聽前輩們說，日本研究醫師會有很長一段時間是完全以實驗室為主，這也難怪日本年輕醫師對於其研究的內容闡述十分深入。

每日的晚上都有安排好的晚宴或是年輕醫師的餐會，常常會聊到各國住院醫師訓練過程的不同。交流之後發現日本與韓國在醫療制度上(工時與給付)其實與台灣有許多相近之處。韓國的年輕女醫師 Hwa Young Choi 說在住院醫師時期值班與沒有值班對他們來說並無差別，即便沒有值班，該日工作完成之後也是晚上十一二點了，因此平日大家都是睡在醫院裡。週日若在婦科組，仍然要來醫院接新病人，他們算算一週的工時大約 100 個小時(看來國外的月亮沒有比較圓)。在 Kay 所待的醫學中心，沒有超音波的技術員，他所屬的生殖不孕症科也沒有諮詢師，專科護理師有限，對他們來說任何事都親力親為，也蠻令人感到驚訝的。近年來在日本婦產科醫學會的努力之下進行制度改變，對於女性婦產科醫師給予

家庭支持，使得婦產科醫師人數增多，且願意接生的婦產科女醫師也增加了。看來工時制度改革確實是目前台日韓努力的目標之一，但如何在工時合理、住院醫師訓練年數與品質不變、維持未來醫院支付主治醫師的薪資之間取得良好平衡，仍需要討論與審慎評估。

我們年輕醫師在準備報告的閒暇之餘，也一起在韓國的街頭喝喝咖啡、大啖人蔘雞、食韓式起司嫩雞炒麵。除了跟外國醫師交流，我們也交流了許多自己醫院的所見所聞，其實大家很希望台灣自己的醫學中心可以有住院醫師短期一兩個月交流參訪的行程。

此次與婦產科前輩們一起出國交流，看到前輩們與各國關係友好，看到行之有年的台日韓交流，看到未來各國住院醫師交換醫院的藍圖，十分佩服前輩們對於台灣婦產界的努力。師長們對於學會的熱誠參與，希望藉由學會讓台灣更好的心意，也成為對自己的期許。最後很謝謝一起參與的台灣年輕醫師們，讓整個旅程充滿了歡笑與台灣的驕傲。

第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台 日韓年輕醫師交流學術活動心得

亞東紀念醫院婦產部 陳奐樺

今年為韓國婦產科醫學會第 102 屆的年會，很榮幸能夠受邀代表台灣婦產科醫學會，前往韓國首爾參與國際年輕醫師交流學術活動。這次參與盛會的台灣代表陣容浩大，此行不僅僅是為了促進三國之間的學術交流，更是為了明年度首屆的台日韓聯合學術研討會議簽署合約，強化三國婦產科學會間的關係。



韓國婦產科醫學會辦事的用心及細膩之處早在行前就可以深刻感受得到。行前兩個月便寄了問卷調查行程、飲食偏好、是否攜伴等相關事宜；行前兩週又提供個人行程，詳細將每天的行程內容（地點、時間、小貼示），甚至是報告題目及時間等都附在小手冊裡，實在是令人覺得窩心。第一天抵達首爾的金浦機場，韓國接待人便帶著我們這群台灣代表入住 Grand Hilton Hotel，這家酒店亦是接下來為期兩天的韓國婦產科醫學會年會的主要場地。地點距離市區雖然較為偏遠，但是地廣人稀，而且後面靠山，閒暇之餘還可以走登山步道，雖然少了便利性，卻多了份寧靜。

抵達首爾的當晚，大會便邀請了所有參與的國外醫師出席 presidential dinner，各國醫師齊聚一堂，享受美食佳餚的同時也可以互相嘯寒問暖。初到現場就被黑壓壓的一片人群給嚇到了，各國代表不論男女都穿著正式西服外套，相較之下我們幾位台灣年輕醫師的裝扮就顯得有點隨便，於是大夥兒分頭各自回房整理服裝儀容。為了避免出現各國的小團體，大會主辦人事先精心規劃座位，故意將台日韓三國的醫師錯開比鄰而坐，此舉別有用心，也確實達到了促進各國交流的目地。

大會總共為期兩天，第一天就有各個領域的英文專題演講（婦癌、婦女泌尿、生殖醫學、產科），由台日韓三國的醫師代表負責授課。隔天的重頭戲就在三國的年輕醫師交流學術會議 (International Young Doctors' Session)，各國分別推薦了五名年輕醫師做為代表，在大會

上發表各自的研究計畫結果。行前韓國婦產科學會特別要求簡報內容不得為過去曾經發表過的。短短三個禮拜的期限內要想出一個研究題材，老實說我一開始原本就想放棄，不過在部主任的鼓勵及協助之下，總算還是順利將手頭上一個正在進行中的研究初步結果彙整出來交差。

對於我們幾位年輕醫師來說，最重要的使命便是在年輕醫師交流學術會議中，全程以英文演說發表各自的研究計畫結果。這次各國的代表顯然都是有備而來而且都是精心挑選過的，大家都說得一口流利的英文而且台風穩健，後來私下偷偷一問，發現這些代表多數都是曾經喝過洋墨水的，難怪口才如此之好。我在過去幾年也曾經以演說者(oral presenter)的身分出席美國婦科內視鏡醫學會國際學術會議(AAGL Global Congress)，見識過大場面，這次顯然已經沒那麼緊張了，對於台下師長們的發問也可以更有自信地應對。另外很令我感動的部分，就是台灣代表的師長們全程在場陪同我們，給予鼓勵和扶持，讓我們信心倍增！



大會結束後的隔天，韓國婦產科醫學會很貼心地為我們安排了首爾一日遊，由韓國代表負責介紹他們當地的風俗民情、建築、美食，三國的年輕醫師一同出遊並且互相交流，認識新朋友，同時也可以了解各國之間的醫療現況。幾天的交流結果，發現日韓兩國的醫療工作環境跟台灣相較起來似乎不相上下，住院醫師一樣面臨工作超時的問題。韓國的住院醫師甚至名符其實，一週五天都住在醫院，只有假日可以回家。日韓兩國的醫學畢業生也都傾向走小科避免醫療糾紛，所以大科也是缺人的。以婦產科來看，多數的醫師也都選擇風險比較小的婦科，導致產科醫師日趨減少。以薪資所得來說，日韓兩國的大學醫院薪水挺慘的，加上物價高稅金重，當醫師的投資報酬率其實很低，但是社會地位普遍上來說卻還是比台灣來得高。



短短的五天四夜，卻是滿滿的收穫。除了認識不少新朋友，對於其他國家的文化背景上也有更深入的瞭解。希望明年度由台灣首辦的台日韓聯合學術研討會議可以順利進行，造福更多的年輕醫師，開拓眼界並且提升國際觀。再次感謝學會和各位師長的栽培！

第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台 日韓年輕醫師交流學術活動心得

林口長庚紀念醫院婦產部 李侖潔



令人印象深刻的主體視覺呈現

感謝學會給予這個寶貴的機會，能到韓國參加今年的大韓產婦人科學術大會。除了和尊敬的前輩老師，優秀的年輕夥伴們一起觀摩台灣、日本、韓國醫師的學術成果，也有機會感受東北亞這個世界第 11 大經濟體內部醫學會社群的氣象。

韓國的保守與前進開幕致詞、重要集會時都有的英文翻譯，原本以為是即時翻譯而相當敬佩。不過仔細觀察會發現，其實是透過演講稿和時間軸配合達到即時翻譯的效果。韓國醫師前輩按照講稿，一絲不苟傳達的正是社群當中的保守嚴謹態度。另一方面，醫學會的骨架由專業的會展公司策劃，可以感受到相當多的細節，包含令人印象深刻的主體視覺呈現，以及移動科技的運用。會場的看板是韓文難以意會，不過應當是利用 QR code 或是 App 進行簽到或是意見回饋。對傳統的保守另一方面又擁抱新科技，在醫療以外的場域尊重其他專業，構成鮮明對比。這樣的對比不是價值的對立，而是成功的匯流與發展：這應當就是近二十年韓國在各方面飛躍的根源。

◆ 手持式陰道鏡與花漾咖啡

會議中間抽空去攤位展場繞了一圈。在全球化的趨勢下大型攤位的品牌品項大致上與台灣沒有太大差異；另外即使在婦產科醫學會的旗幟下，還是有一些醫美相關的廠商進駐。有一個攤位展示的是手持式陰道鏡，似乎是韓國國造。利用數位變焦、可充電式電池、無線傳輸等等配備減少了陰道鏡需要的體積、增加靈活性，同時輕易可以上傳到影像系統不需另外一套主機和螢幕支援，操作完全整合在機器上面，而畫質當然是 Full HD。技術力為傳統檢查帶來的好處展露無遺，而韓國人對於改進和增效絲毫沒有猶豫。在會場不遠就是

熱鬧的弘益大學站，那裡有一家頗受歡迎的花藝主題咖啡店。除了店內典雅的佈置讓每一個訪客的少女心完全解放之外，隨著飲料都會附上一組插花和可愛的小飾品。訪客看得到的都是真花，而受韓國人喜愛的美感在店裡處處可見。美感，效能和對細節的注重在韓國隨時都可以感覺到，令人佩服。除此之外，韓國街頭時常又透露出與台灣相仿的鄉土感。凡事只要多想一點，就能擺脫平庸，非常值得借鏡。



手持式陰道鏡 和 Florte Café

◇ 小結

這次是我第一次去訪首爾，時間也相當短暫，對於韓國的印象無異以管窺天。不過從對照國際期刊上感受到彼國前進的氣勢，和實際在當地的體驗，確實有許多特質可供參考。再次感謝學會給予我們的機會，對於年輕醫師來說，踴躍投稿參與絕對是正確的選擇。

第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台 日韓年輕醫師交流學術活動心得

中山醫學大學 設醫院婦產科 劉慧瑩

這次非常感謝台灣婦產科醫學會讓我有這個榮幸到韓國發表論文，除了與韓國、日本醫師在醫學知識上有所交流之外，我們也參觀了許多名勝古蹟。我們當天抵達，就有貼心的韓國招待人員到機場迎接我們到 Hilton 飯店，下午理事長還請客吃人參雞，晚餐的 Presidential Dinner 也有韓國團體載歌載舞。

隔天早上，The 102nd Annual Congress of

KSOG 2016 就開始交接典禮，接下來謝院士主講泌尿科的研究，之後的時間是台、日、韓醫師交流，我發現現場除了很多海扶刀的廠商之外還有醫美的技術人員等也都齊聚一堂。在 International Young Doctors' Exchange Program 的晚宴還有樂團演唱，大會還特別安排我們跟不同國家的醫師認識並在現場交流。



第三天終於換我上台報告論文，我的主題是關於生殖醫學研究實驗室的情況，還有研究中的限制及倫理。研討會現場也有許多讓我印象深刻的演講，例如：日本醫師的骨盆重建手術、生殖醫學、達文西應用、海扶刀展示、Samsung 自製超音波介紹等等。在聽演講的當下，我也把不懂的部份記在筆記本裡，晚間繼續向韓國及日本的醫師請教。這次與韓國醫師的交流也意外發現韓國的醫療體系和台灣很像，健保給付範圍也差不多，所以年輕一輩很多不願意走產科。認識的韓國醫師都說他們平常已經很忙了，但星期日還要到醫院上班幫病人取卵，

可見得台韓的醫界還是有很多相似的難題，有待我們克服。而日本的醫師則指出，現在日本滿多人傾向到台灣找捐卵者，其原因在於便宜且非近親。而且日本法律規定寶寶出生後，可以知道卵子捐贈者的身份，很多日本人怕麻煩或節外生枝，寧可遠渡重洋來台灣尋求合格的捐卵者，這些新的發現，真是讓我大開眼界！

這次的交流，讓我深刻感受到韓國醫療的進步與其民族的待客熱情，我們除了 KSOG 會場的行程外，也有安排景點觀光，例如：景福宮、通明殿、涵仁亭、廣藏市場、韓屋村、明洞鬧區等等。



經歷五天的年輕醫師交流行程，讓我收穫滿滿，心暖暖。感謝學會的用心良苦，培植我們這些年輕醫師出國交流，這次的經驗真的讓我感觸良多，台灣醫界雖然很進步，但也有許多必須向韓、日醫生學習的地方，我們年輕醫師一定要不斷得進修，自我超越，才能在全球化的競爭之下，保持優勢。我也期許自己要持續向國內外前輩醫師學習，並把自身的經驗及知識傳承給學弟妹，才不會辜負學會的良苦用心。



第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台 日韓年輕醫師交流學術活動心得

馬偕紀念醫院婦產部 謝承恩

承蒙台灣婦產科醫學會及黃秘書長的抬愛，讓我有幸在住院醫師生涯參與台日韓年輕醫師交流，實為相當難能可貴的經驗。過去聽聞科內學長姐參加日韓醫學會的逸事便相當欣羨，寒窗苦讀熬了五年餘總算輪到我了，同時這也是我第一次出國開會，心情可謂非常期待、又怕受傷害。

東北、東南亞跑遍各地，唯獨從沒踏上韓國領土。身為很不哈韓族的我，對韓國的認識，似乎也僅止於泡菜、少女時代、和棒籃球場上台韓大戰的世仇戲碼。從機場到希爾頓飯店沿途首爾給了我一個山城的印象，依山而建的市容就像是日本和台灣的綜合版。第一天的歡迎晚宴上，我和來自日本的年輕醫師們同桌共進晚餐，用餐過程聊聊彼此的生活、工作和醫療現況。最令我感到訝異的是、日本大學附醫住院醫師的薪水換算台幣後竟然只有我們的一半多一些，即便在亞洲物價最高的東京亦是如此，他們也大嘆繁重工作之餘還得利用休假時間打工賺錢才得以補貼生活費。KSOG 也在晚宴上安排了一場精采的表演活動：由三位臉蛋、身材、腿長都媲美少女時代的女孩組成的樂團，分別演奏小提琴、電貝斯、和肩背式電子琴。演唱的曲目橫跨爵士、古典聲樂、搖滾、韓劇式催淚飆高音情歌，搭配誇張的舞蹈和肢體動作，不得不佩服近年來 K-pop 帶起韓國高度競爭的演藝事業，能上台的都非等閒之輩。

年會第一天的節目我聆聽了幾場由台日韓前輩擔綱的 Invited Lecture。印象很深刻的是由日本岡山大學平松醫師介紹的「Project Plus One—日本如何增加年輕婦產科醫師的計劃」。正如台灣因為產科醫糾、廉價給付等惡劣環境因素，日本也遭逢婦產科醫師人力老化、短缺的問題。透過招募醫學院在校學生成為醫學會小小會員、舉辦營隊等等方式，日本很努力解決婦產科醫師青黃不接的問題，秉持能多爭取到一位是一位、「plus one」的精神，這個計劃已經看到一些成果、新血住院醫師的數量開始止跌回升。同時也要感謝台灣各位先進前輩們，不斷的為後輩爭取更友善、健全的工作環境所作的努力。

年會第二天早上即是這次的 International Young Doctors' Session—來自台日韓三國、共 15 位醫師分享各自的研究成果。日本醫師據聞 fellowship 時花費相當長的時間待在實驗室，果不期然他們研究的主題都相當基礎醫學、有著很紮實的實驗方法訓練，這或許也是為何日本基礎科學研究成果較我們豐碩的原因。韓國醫師普遍英文都相當流利，研究主題則是基礎、臨床各半；另外令人印象深刻的是達文西手術相當普遍，一間醫學中心動輒擁有數台達文西，大韓民族投資在硬體設備上可說是毫不手軟。

第三天在 KSOG 的安排下，我們和日韓年輕醫師們結伴出遊。有幸認識來自國立首爾大學醫院、和我同為 R6 的崔醫師，國小時隨父親前往 Brigham & Women's Hospital 研究而旅居波士頓兩年的她，操著一口標準流利的美式英文，也早已考取 USMLE 執照。聊天過程中，我這才瞭解到台韓兩國在健保制度造就的廉價醫療、醫學中心人滿為患的不當資源分配、醫療訴訟造成的醫病對立…等醫療體制面臨的問題竟巧合的一致。我們參觀了位在首爾市區的延世大學附設醫院，無論是建築物、候診空間、病房都非常新穎壯觀、美侖美奐，硬體設施台灣各家醫學中心恐難忘其項背。當晚我們一同去韓式炸雞啤酒店體驗當地的應酬文化，崔醫師推薦我嚐試燒酒加上啤酒的調酒「Somem」，我心想這不就是所謂的深水炸彈嗎？但她一直強調燒酒和啤酒的比例是二比八，這樣的比例不算烈，結果我喝了三口就開始覺得頭暈目眩了。一問之下才得知，她們在住院醫師階段每週都得和老闆同事們應酬兩次，而且是一定得參加的，大韓民族住院醫師的訓練，竟然連下班後都如此紮實！

近年來台灣醫學生因為四大科較長的訓練年限、住院醫師超長工時、和瞬息萬變的工作壓力，造成今日「四大皆空」的慘況。我在過去五年的住院醫師生涯，也常因繁重工作、偶爾興起不如歸去的念頭。而日韓兩國不愧為東北亞最先進國家、東亞人孜孜不倦的表率，聽聞到住院醫師訓練的辛苦程度、較台灣實有過之而無不及。台灣的婦產醫學在前輩辛勤耕耘之下，尚能緊隨先進國家的腳步而有著不錯的成績。這次和日韓年輕醫師交流過後，內心感覺他們已經準備好要接棒了。我們所面臨的競爭絕對不止來自台灣這蕞爾小島，而是整個東亞、甚至全世界。

一起努力。

編 後 語

吳孟興

各位婦產學界先進及會員：

衛生福利部重申本會所屬會員需遵循全民健康保險醫療費用審查作業係依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理，且為避免現行抽樣審查及回推作業對保險醫事服務機構產生過度之財務衝擊，影響適當醫療服務之提供，因此請會員們留意「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」已有部分修正草案，主要修正為凡經審查核減之醫療費用點數，除特定類別案件及逐案進程序審查之核減項目外，均另加計三倍核扣計算，取代現行「回推」之作法，併同刪除抽樣方式中有關隨機抽樣與立意抽樣之區分。

李耀泰主任、陳福民醫師與郭宗正理事長一同撰寫學術論文「剖腹產後黏連防治的檢視」，文中提出特檢視剖腹產後黏連的防治方法，以供臨床實務參考。曾翌捷醫師『孕媽咪小心「肝」！』提出在孕產期的細心照顧並監測病毒數量，在適當的時機給予抗病毒藥物是降低幼兒 B 型肝炎垂直傳染率重要關鍵。

另外五位醫師包括彰化基督教醫院婦產部楊小萱醫師、亞東紀念醫院婦產部陳奕樺醫師、林口長庚紀念醫院婦產部李佾潔醫師、中山醫學大學督設醫院婦產科劉慧瑩醫師、馬偕紀念醫院婦產部謝承恩醫師等代表台灣婦產科醫學會前往韓國首爾參與第 102 屆韓國婦產科醫學會年會台日韓年輕醫師交流學術活動提出心得，觀摩台灣、日本、韓國醫師的學術成果並與不同國家的醫師認識交流，也有機會感受東北亞醫學會社群的風俗民情而有不同或相似的課題，開拓婦產學界視野。此次首次編後語，任重道遠，希望能為學會與學員間能夠建立良好的關係，在所不辭。

郵 票
自 貼

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-1482 九

傳真：(02) 2200-1476

台灣婦產科醫學會

收

◎ 241 通訊繼續教育答案 ◎

題目：剖腹產後黏連防治的檢視

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 |
|----------|---|---|--|------------------|------------------|----|----|
| 161201-1 | 亞太周產期醫學會 (19th Congress of the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies) | 台灣婦產科醫學會 | 台北國際會議中心 | 12月01日 08時00分 | 12月04日 16時00分 | A | 5分 |
| 161204-2 | 婦癌篩檢及治療新趨勢 繼續教育課程 (高雄場) | 台灣婦產科醫學會 | 高雄醫學大學附設 醫院啓川大樓 6 樓 第一會議室 | 12月04日 08時30分 | 12月04日 12時00分 | A | 2分 |
| 161204-1 | [Plenary 11] Induction of labor and monitoring, [Plenary 12] Postpartum hemorrhage, [Plenary 13] Gestational Diabetes Mellitus, 等 | 台灣周產期醫學會 | 台北國會議中心 | 12月04日 09時00分 | 12月04日 16時20分 | B | 5分 |
| 161204-3 | TSRM 2016 中區擴大學 術演講會 | 台灣生殖醫學會、 中山醫學大學附設 醫院婦產部生殖醫 學中心 | 中山醫學大學實驗 大樓一樓演講廳 | 12月04日 09時30分 | 12月04日 17時00分 | B | 4分 |
| 161207-1 | 105 年手術及麻醉品質促 進研討會 | 財團法人醫院評鑑 暨醫療品質策進會 | 高雄榮民總醫院急 診大樓 6 樓【第五 會議室】 | 12月07日 09時00分 | 12月07日 12時30分 | B | 3分 |
| 161208-1 | 105 年手術及麻醉品質促 進研討會 | 財團法人醫院評鑑 暨醫療品質策進會 | 醫療財團法人徐元 智先生醫藥基金會 亞東紀念醫院 14 樓 國際會議廳 | 12月08日 13時40分 | 12月08日 17時00分 | B | 3分 |
| 161211-2 | 婦癌篩檢及治療新趨勢 繼續教育課程 (台北場) | 台灣婦產科醫學會 | 台大醫學院 3 樓 301 講堂 | 12月11日 08時30分 | 12月11日 12時00分 | A | 2分 |
| 161211-1 | 第 11 屆第 2 次會員大會 暨 2016 年學術研討會 | 台灣婦產身心醫學 會 | 三軍總醫院 B12 第 三演講廳 (台北市內 湖區成功路二段 325 號) | 12月11日 09時00分 | 12月11日 17時00分 | B | 4分 |
| 161217-2 | 採證、拍照訓練及注意事 項 | 亞東紀念醫院 | 亞東紀念醫院 10F 第二教室 | 12月17日 09時00分 | 12月17日 12時10分 | B | 1分 |
| 161217-3 | 卵巢癌前鋒議題討論會 | 中華卵巢癌協會 | 台北國賓大飯店 | 12月17日 12時00分 | 12月17日 17時00分 | B | 2分 |
| 161217-1 | Pregnancy in women with Cardiac risks | 臺大醫院成人期先 天性心臟病中心 | 臺大醫院兒童醫院 B1 講堂 | 12月17日 13時00分 | 12月17日 17時00分 | B | 1分 |
| 161218-1 | 台灣子宮內膜異位症學 會第一屆年會 | 台灣子宮內膜異位 症學會 | 台北國際會議中心 102 會議室 | 12月18日 09時00分 | 12月18日 17時00分 | B | 4分 |
| 161218-4 | 台灣福爾摩莎婦女泌尿 醫學會 成立大會暨學術 高峰會 | 台灣福爾摩莎婦女 泌尿醫學會 | 彰化福泰商務飯店 (彰化縣彰化市建寶 街 20 號) | 12月18日 09時15分 | 12月18日 15時30分 | B | 2分 |
| 161218-3 | 醫事人員更年期教育訓 練 | 台灣更年期健康學 會 | 台東馬偕紀念醫院 李麻紀念禮拜堂 | 12月18日 10時30分 | 12月18日 16時55分 | B | 4分 |
| 161218-2 | 增進醫護人員對 HPV 相 關疾病及疫苗的了解 | 台灣醫療繼續教育 推廣學會 | 雲林縣虎尾鎮平和 里大成街 100 號 (虎 尾鵝肉扁海鮮餐廳 會議室) | 12月18日 12時30分 | 12月18日 14時00分 | B | 1分 |
| 161221-1 | 胚胎基因遺傳診斷 | 中山醫療社團法人 中山醫院 | 臺北市仁愛路四段 112 巷 11 號會議室 | 12月21日 13時00分 | 12月21日 14時00分 | B | 1分 |
| 161223-1 | 105 年度職場性騷擾防治 教育訓練 | 亞東紀念醫院 | 亞東紀念醫院 14 樓 第一教室 | 12月23日 15時00分 | 12月23日 17時10分 | B | 2分 |
| 161225-1 | 子宮頸癌預防新知 UPDATE | 台灣醫療繼續教育 推廣學會 | 沐樂日式料理餐廳 1 樓 (嘉義市林森西 路 155 號) | 12月25日 12時00分 | 12月25日 12時40分 | B | 1分 |
| 161225-2 | 子宮頸癌預防新知 UPDATE | 台灣醫療繼續教育 推廣學會 | 慶山日本料理餐廳 (台南市北區公園 南路 385 號) | 12月25日 18時30分 | 12月25日 19時30分 | B | 1分 |

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。
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 | 接近排卵前的危險期使用，部分婦女依然有效 |



enjoy, love, life, actively

