

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2017年2月244期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



臺灣婦產科醫學會

106年年會暨擴大學術研討會

2017/3/18 - 19 圓山大飯店

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

轉診病例討論會花絮

106.2.19

台北場



台南場



花蓮場



台灣婦產科醫學會 244 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／郭宗正

06 秘書長的話 | 文／黃閔照

11 秘書處公告

11 衛生福利部食品藥物管理署 函

檢送含全身性麻醉劑及鎮靜劑成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請查照。

13 衛生福利部疾病管制署 函

檢送 106 年起實施之「兒童常規疫苗接種處置費補助作業計畫」，請轉知所屬會員依循辦理，請查照。

15 中華民國醫師公會全國聯合會 函

檢送台灣婦產科醫學會有關婦產科醫師於非常規上班時間緊急接生收費之適法性建議，請 察照。

15 衛生福利部中央健康保險署 函

檢送 106 年 2 月 7 日「106 年醫院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之一定比率，超過部分，不予分配之執行方式」會議紀錄，如附件，請 查照。

17 台灣婦產科醫學會第 21 屆第 2 次「健保政策委員會」暨「審查共識會」紀錄

24 南投 -- 惠蓀林場 - 健行活動

25 通訊繼續教育

膀胱過動症最理想藥物組合：mirabegron + solifenacin | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

31 會員園地

31 實行 ERAS，微創手術的優點要重新評估 | 文／李耀泰 陳福民 尹長生 郭宗正

37 全身麻醉與幼兒神經發育 | 文／陳宜雍 黃雅嫻

40 編後語 | 文／周輝政

42 活動消息

理事長的話

郭宗正

106年2月有幾件印象深刻且重要的事情，向會員們報告：

Part I

2月12日是一個天氣晴朗的星期天，我們總共有24位理監事去龍潭參觀學會博物館。博物館成立於民國102年，由謝卿宏院士發起、購置，目前保有約180件珍貴的婦產科文物。謝館長將博物館整理得非常理想，每件文物的由來均有詳細說明，目前更在建置e化文物多國語言解說系統，讓人非常感動。希望每年學會均可定期舉辦參觀行程，讓國內外更多的婦產科醫師了解醫療文化的改變及科技的進步。

Part II

同在2月12日的下午，學會召開了第3次監事會及第4次理事會。會中有幾件重要的事情向大家報告：

1. 健保署將於今年開始實施分級醫療，以後醫學中心與區域醫院的初級照護將被設限，希望台灣未來也能與國外相同，小病看診所，大病才看醫院，減少醫療資源的浪費，達到醫療照護品質的提升。
2. 國健署希望學會能幫忙把關國內出生嬰兒性別失衡的問題，會議中我們有深入的討論，學會不願看到生產數較少的醫療院所常被主管機關約談，目前已成立相關小組進行研議中。

Part III

2月19日在黃閔照秘書長及繼續教育委員會林隆堯召集人的規劃下，同時在台北、桃園、新竹、台中、台南、高雄及花蓮7個地方進行了「轉診病例討論會」，希望藉此研討會讓診所及後送醫院有更緊密的合作關係，以提昇病人安全並減少醫療糾紛。

Part IV

學會將於3月18日及19日舉辦106年度台灣婦產科醫學會年會暨擴大大學術研討會，今年的年會將於台北圓山大飯店舉行，希望會員們能排除萬難參加學會一年一度的盛會，其中有兩個新的國際研討會議向大家介紹：

1. 3月18日(六)上午9:00~12:00 亞太婦產科醫學會主持的 AFOFG Session。此 Session 提議人是多年擔任亞太婦產科醫學會的秘書長，菲律賓的 Prof. Sumpaico。
2. 3月18日(六)下午1:30~5:00 第1屆台日韓資深醫師之 Joint conference，此研討會是楊友仕院士在去年台日韓三國會議中提議成立的。

本人接任婦產科醫學會理事長乙職至今屆滿4個月，深深的感謝理監事及會員們的支持，更感謝多位院士前輩的指導，及黃閔照秘書長、學會6位秘書的幫忙。黃秘書長的能力與智慧使我敬佩，這亦是學會的福氣！

106.02.23

秘書長的話

黃閱照

2月19日學會第一次辦理全國七區轉診研討會，感謝各區負責的王有利、張廷彰、翁順隆、張維君、吳孟興、黃富仁及廖基元醫師。會員討論踴躍，也希望透過研討會模式建立常規轉診互動模式，同時在2月12日理事會也通過建議衛福部，將醫療機構間之轉診處置流程納入106年度緊急醫療能力評鑑試評，也就是希望醫院要建立基層醫療良好暢通的轉診流程，研討會議中當然也有一些爭辯，但不管是轉診醫師或受轉診醫師間要互相協助、信任，而不是推卸責任，期盼大家共同為婦女健康照護努力。

第21屆理監事會成立，學會特別安排理監事參觀學會博物館，許多人第一次來博物館均讚嘆不已，博物館近年來接受許多資深會員捐贈，許多絕版文物能獲得良好保存，有些文物勾起大家年輕時執業的回憶，在此特別感謝謝卿宏院士投入相當多的時間，做文物建置及管理，目前更朝向e化，推展婦產科文化，也希望婦產科能像庭院中，我和蔡明賢、謝卿宏院士三年前種植的山櫻花，開花散枝。博物館的經營需要會員共同努力，希望大家能夠持續捐獻，也謝謝理事長帶頭再捐贈10萬元，也謝謝洪秉坤理事的博物館行程安排及好吃的龍潭花生糖。

2月19日除了辦理七區轉診研討會，葉光芄醫師跳出醫師的高度，辦理全台反空污大遊行，葉醫師是我敬佩的醫師，堅持在自己理想的道路前進，這幾年如果不是他在後面努力，幾乎拋棄醫師的正職工作。國家及人民是不會重視空污殺手對環境及健康的影響，越來越多人投入運動，改變便可以造成。手術台上救的是一個人、一個家庭，社會運動救的是一個國家，也請大家支持葉光芄醫師。

3月18、19日婦產科年會將在台北圓山飯店辦理，同時辦理第一屆台日韓聯合

研討會及年經醫師交流活動，晚宴時特別安排中華民國書法協會潘慶忠理事長揮毫贈書及表演凌空揮毫。今年大會活動精彩，不管是海報、口頭報告及專題演講均為一時之選，學會也邀請美國婦產科前理事長 Prof. Mark DeFrancesco、AOFOG 現任理事長 Joo-Hyun Nam 及下屆理事長 Ravi Chandran 及副秘書長 Pisake Lumbiganon，及日韓近 40 位外賓參加活動，請大家踴躍參加。

日前理事會通過決議，制定公版終止妊娠同意書（如附件），為符合優生保健法規定，建議要將終止妊娠理由寫入同意書內容，以保障會員權益，除會訊公告外，學會網站也可以下載，近年來相關終止妊娠之爭議甚多，會員執行相關醫療業務，需特別注意法律規範，也謝謝林嘉祈醫師及黃建需醫師的幫忙。

賴文福副理事長特別安排 4 月 30 日蕙蓀林場登山活動，賴醫師為此特別親自造訪林場多次，規劃合宜登山路線，登山後參觀北港溪糯米橋，感謝賴醫師規劃，也請大家報名參加。

附件

終止妊娠同意書

(台灣婦產科醫學會版本)

孕婦：_____與先生、家人經深切思考後，因此次懷孕或生產恐造成

精神壓力者，影響心理健康。

影響家庭生活。

其他_____

經醫師診察及解釋後，仍決定依優生保健法第九條規定終止妊娠。

終止妊娠方式：

1. 藥物流產：使用黃體素拮抗劑及前列腺素

適用懷孕週數七周內，成功率約 95%，不必麻醉，疼痛度較高，但大多可忍受。嚴重併發症發生率 <2%，母體死亡率約十萬分之五，陰道出血量較多、時間較長，但大多不超過 4 周，只有 <1% 會需要輸血，及對將來懷孕造成不良影響。

2. 手術流產：使用子宮頸擴張及吸取式子宮內容物刮除術

適用懷孕週數 12 周內，成功率約 99%，需麻醉，疼痛度較低。嚴重併發症發生率 <2%，母體死亡率約十萬分之一，陰道出血量較少、時間較短，大多不超過 2 周，只有極少數需要輸血，<1% 對將來懷孕造成不良影響。

立 同 意 書 人	_____ (簽章)
連 絡 電 話	_____
身 分 證 統 一 編 號	_____
出 生 日 期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
住 址	_____

配偶或主要關係人	_____ (簽章)
關 係	_____
連 絡 電 話	_____
身 分 證 統 一 編 號	_____
出 生 日 期	_____ 年 _____ 月 _____ 日
住 址	<input type="checkbox"/> 同上 或 _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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！

2013 年 10 月 13 日學會博物館成立以來，仍然有很多會員踴躍捐款，而捐獻文物的行動也絡繹不絕，國內外參觀者也不少，大家給了很多鼓勵，發生了很多感人的故事，著實豐富了博物館的館藏。我們期待能有機會再編本專刊來紀念這一段學會與博物館的歷史，希望大家能夠共襄盛舉，共創台灣婦產科醫學會歷史。

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 郭宗正

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃閔照

財務委員會召集人 陳信孚 敬上

台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

姓名	金額	日期	姓名	金額	日期
江茂橋	10,000	102年11月7日	卓淀	1,000	104年2月12日
吳鳳昕	10,000	102年11月12日	周輝政	20,000	104年4月17日
賴文福	50,000(增加)	102年11月29日	李耀泰	2,000(增加)	104年5月29日
黃甫彥	10,000	102年12月3日	無名氏	10,000	104年6月05日
林耀庭	50,000	102年12月9日	梁景忠	10,000	104年7月07日
謝茂益	20,000	102年12月11日	陳建銘	1,220(增加)	104年8月27日
謝鄭金枝	23,600	102年12月11日	阮正雄	23,200	104年8月27日
鄭淑貞	20,000(增加) (共40,000)	102年12月17日	連瑞昌	1,469(增加) (共11,469)	104年12月7日
徐宇瓊	5,000(增加) (共10,000)	102年12月31日	朱明星	6,500	104年12月7日
蕭倩如	10,000	103年1月6日	潘汪清花	3,000 (中華書法傳承學會)	104年12月25日
林彥互	5,000	103年1月6日	張鳳池	5,000	104年12月26日
牟惟茜	5,000	103年1月6日	楊婷喻	5,000	105年1月29日
鄭雅敏	50,000	103年1月14日	陳文龍	1,000(增加) (共101,000)	105年2月3日
陳建銘(高雄)	5,000	103年2月12日	陳子健	500	105年2月3日
王鑄迪	10,000(增加) (共11,000)	103年4月22日	陳建銘	560(增加) (共182,390)	105年2月20日
陳賢堂	5,000	103年5月7日	李耀泰	3,000(增加)	105年2月21日
李天俠	10,000(增加) (共12,000)	103年5月18日	賴文福	50,000(增加) (共200,000)	105年4月14日
陳建銘(新竹)	610(增加)	103年年5月18日	陳忠義	20,000	105年5月5日
李耀泰	3,000(增加)	103年7月2日	謝中川	10,000	105年5月6日
王厚坤	10,000	103年7月8日	陳昌平	20,000	105年6月23日
楊誠嘉	10,000	103年7月25日	李耀泰	3,000(增加)	105年8月5日
張千惠	5,000	103年8月1日	葉文德	10,000(增加) (共20,000)	105年9月9日
郭敏哲	5,000	103年8月1日	郭宗正	100,000(增加) (共350,000)	105年11月15日
謝朝昌	5,000	103年8月7日	李耀泰	5,000(增加)	105年12月23日
謝瓶	5,000	103年8月7日	江千代	50,000(增加) (共60,000)	105年12月31日
吳翠惠	10,000	103年10月28日	王桃蓀	10,000	106年1月13日
麥袁綸	10,000	103年11月17日	蔡明賢	20,000(增加) (共120,000)	106年2月13日
賴文福	50,000(增加)	103年11月20日	洪秉坤	10,000(增加) (312,000)	106年2月13日
陳文瑩	20,000	103年11月20日	李耀泰	3,500(增加) (共43,000)	106年2月18日
李耀泰	3,500(增加)	103年11月21日			
謝造	1,000	104年2月12日			
林綿	1,000	104年2月12日			
陳得	1,000	104年2月12日			
謝春	1,000	104年2月12日			

新增文物捐贈名單

陳福民、方昌仁、謝欣穎、施景中、賴明志、李榮憲、朱明星、蔡景林、蔡英美、甘名又、張志源、楊友仕、黃閔照、蘇文彬、何弘能、謝卿宏、原水文化(城邦出版社)、黃思誠、蔡明賢、蘇聰賢、李茂盛、馬偕醫院、阮正雄、王漢洲、Prof. Joo-hyun Nam(韓國)、Prof. Yong-won Park(韓國)、KSOG、柯瑞祥、蕭惠貞、周建章、Prof. James N. Martin(美國)、Prof. Jeanne Corny(美國)、Prof. Takeshi Maruo & Mrs. Keiko Maruo(日本)、Prof. Yuji Hiramatsu(日本)、Prof. Yoon-seok Chang(韓國)、尹聖道教授(韓國)、李枝盈、李盛、林炎照、劉永昌、成功、鐘坤井、陳麗貴、李正義

原文物捐贈名單

黃德雄、王漢州、李正義、許峰雄、陳文龍、葉文德、黃思誠、楊友仕、王義雄、陳哲男、謝卿宏、馮承芝、姜仁發、蔡明賢、郭宗正、陳宏銘、木村正教授(日本)、楊應欽、許龍國、林正義、台大醫院婦產部

秘書處公告

衛生福利部食品藥物管理署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 106 年 1 月 13 日

發文字號：FDA 藥字第 1061400291 號

附件：全身性麻醉劑及鎮靜劑成分藥品安全資訊風險溝通表

主旨：檢送含全身性麻醉劑及鎮靜劑成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請查照。

說明：一、請貴會轉知所屬會員有關「全身性麻醉劑及鎮靜劑成分藥品安全資訊風險溝通表」之藥品安全資訊，以保障病人用藥安全。

二、有關「全身性麻醉劑及鎮靜劑成分藥品安全資訊風險溝通表」可至本署網站「首頁」>「業務專區」>「藥品」>「藥品安全資訊」下載。

全身性麻醉劑及鎮靜劑成分藥品安全資訊風險溝通表

製表日期：106/1/9

藥品成分	全身性麻醉劑及鎮靜劑（包含：desflurane、isoflurane、sevoflurane、halothane、etomidate、ketamine、propofol、methohexital、pentobarbital、lorazepam injection、midazolam injection、midazolam syrup。）
藥品名稱及許可證字號	衛生福利部核准全身性麻醉劑及鎮靜劑： 含 desflurane 成分製劑之藥品許可證共 <u>1</u> 張， 含 isoflurane 成分製劑之藥品許可證共 <u>5</u> 張， 含 sevoflurane 成分製劑之藥品許可證共 <u>6</u> 張， 含 etomidate 成分製劑之藥品許可證共 <u>1</u> 張， 含 ketamine 成分製劑之藥品許可證共 <u>5</u> 張， 含 propofol 成分製劑之藥品許可證共 <u>14</u> 張， 含 lorazepam 成分注射劑之藥品許可證共 <u>2</u> 張， 含 midazolam 成分注射劑之藥品許可證共 <u>8</u> 張； 網址： http://www.fda.gov.tw/MLMS/H0001.aspx
適應症	全身性麻醉劑或鎮靜劑（詳如附件）。

藥理作用機轉	阻斷 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受器或促進 γ -aminobutyric acid (GABA) 活性。
訊息緣由	<p>美國 FDA 發布藥品安全溝通訊息指出，第三孕期的孕婦和未滿三歲的幼童若長時間或反覆使用全身性麻醉劑及鎮靜劑，可能影響胎兒或幼兒腦部發育。</p> <p>網址： http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm533195.htm</p>
藥品安全有關資訊分析及描述	<ol style="list-style-type: none"> 1. 動物實驗發現，使用阻斷 NMDA 受器和促進 GABA 活性的麻醉劑及鎮靜劑超過三小時，會增加腦部神經凋亡（neuronal apoptosis），而導致長期認知缺損（cognitive deficits）；推估最有可能影響第三孕期胎兒及三歲以下幼兒。 2. 近期人類研究指出，單次、短時間使用全身性麻醉劑及鎮靜劑不太會對嬰幼兒的行為和學習造成負面影響。 3. 但部分臨床研究顯示，長時間或反覆使用麻醉藥品可能與神經發育遲緩（neurodevelopmental delay）、學習障礙（learning disability）、注意力不足過動症（ADHD）等認知及行為問題有關，但尚無法釐清係因麻醉藥品或諸如手術本身、病人既有疾病等其他因素所致。 4. 病人在危及生命的情況下，不應延誤必要手術的進行，病人家屬和照護者應與醫療人員充分討論手術的效益及風險。
<p>◎ 醫療人員應注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於任何需麻醉的非緊急處置（elective procedure），應謹慎評估其臨床效益與風險以決定適當的手術時機。 2. 醫療人員應與孕婦或病人家屬及照護者充分討論麻醉手術的效益、風險、適當的手術時機、手術時間長短，以及疾病未治療的健康風險。 <p>◎ 病人應注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於須接受手術或其他高疼痛、高壓力醫療處置的兒童、嬰兒及孕婦，麻醉劑及鎮靜劑為治療所需。疼痛若未處理可能對兒童及其發育中的神經系統有害。 2. 病人家屬及照護者應向醫療人員詢問有關病人的手術計畫，如手術時間長短、後續是否需反覆進行手術，並與醫療人員討論麻醉對病人腦部發育可能造成的不良影響，以及是否宜將手術延後至適當時機而不危及病人健康。 <p>◎ 醫療人員或病人懷疑因為使用（服用）藥品導致不良反應發生時，請立即通報給衛生福利部所建置之全國藥物不良反應通報中心並副知所屬廠商，藥物不良反應通報專線 02-2396-0100，網站：https://adr.fda.gov.tw；衛生福利部食品藥物管理署獲知藥品安全訊息時，均會蒐集彙整相關資料進行評估，並對於新增之藥品風險採取對應之風險管控措施。</p>	

全身性麻醉劑及鎮靜劑成分藥品之適應症

成分	適應症
Desflurane	吸入性全身麻醉劑。說明：麻醉誘導 SUPRANE 適用於成人在住院及門診手術誘導期之吸入性麻醉劑。SUPRANE 禁用做為兒科病患誘導用之吸入性麻醉劑，因為它會導致中至重度的上呼吸道不良反應。麻醉維持 SUPRANE 適用於成人與兒科病患住院或門診手術之吸入性麻醉維持。若以本藥以外之吸入性麻醉藥來誘導與氣管插管，SUPRANE 可用在小孩及嬰兒麻醉維持。SUPRANE 不適用於非插管之幼童麻醉維持，因為 SUPRANE 極可能造成幼童之呼吸不良反應，包括：咳嗽、咽喉痙攣或刺激分泌產生。
Isoflurane	吸入性全身麻醉。
Sevoflurane	吸入性全身麻醉。
Etomidate	靜脈注射麻醉劑。
Ketamine	全身麻醉。
Propofol	靜脈注射麻醉劑，已住在加護病房中使用人工呼吸器之成人病人作為鎮靜之用。手術和侵襲性檢查時鎮靜用。
Lorazepam	焦慮狀態。
Midazolam	知覺鎮靜、急救加護病房鎮靜、麻醉誘導及維持、手術前給藥。

註：查無含 halothane、methohexital、pentobarbital 成分製劑和含 midazolam 成分糖漿劑之藥品許可證。

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 106 年 1 月 17 日

發文字號：疾管防字第 1050201594A 號

附件：兒童常規疫苗接種處置費補助作業計畫

主旨：檢送 106 年起實施之「兒童常規疫苗接種處置費補助作業計畫」，請轉知所屬會員依循辦理，請查照。

說明：一、鑒於醫療院所辦理兒童常規疫苗接種需執行接種用之健康評估及衛教、疫苗冷運冷藏管理、接種資料之登錄及上傳等工作，為補助前述作業之需求，以持續提升服務品質，業經行政院核定自 106 年起實施旨揭計畫。即自 106 年 1 月 1 日起，預防接種合約院所及衛生所為兒童接種 1 歲以下（含）應接種之常規疫苗，每一診次由本署補助接種處置費 100 元。

二、本項兒童常規疫苗接種處置費之補助原則如下：

- (一) 按接種診次核計，每位兒童補助 7 診次。同時程應接種之疫苗若分開不同時間接種，以 1 診次計。
- (二) 若該診次常規疫苗與流感疫苗同時接種，因已補助流感疫苗接種處置費，不另補助常規疫苗接種處置費。
- (三) 當次就診單純接種常規疫苗，補助接種處置費，不得再向中央健康保險署（下簡稱健保署）申報診察費，亦不得向民眾收取診察費。
- (四) 因病就診同時接種常規疫苗，補助接種處置費，但不得向民眾收取診察費；看病部分則可向健保署申報診察費。
- (五) 同時執行兒童預防保健服務並接種常規疫苗，補助接種處置費，得向健保署申報預防保健服務補助費用，但不得向民眾收取接種診察費。

三、本項接種處置費之申報及核付方式如下：

- (一) 作業初期考量健保普及各合約院所之資訊系統功能增修所需時程，由本署逕依院所匯入全國性預防接種資訊管理系統（NIIS）之接種資料，核算各接種院所每一季的接種診次及補助金額，送請健保署代為撥款至各接種院所。該補助款項請院所衡酌核付予實際執行該項服務之醫事人員，以發揮經費補助之最大效益及目的。
- (二) 前述執行方式，將視健保署及各醫療院所資訊系統配合功能增修情形與執行進度，適時評估調整。

四、為使兒童按時接種疫苗、及早建立免疫力，請轉知所屬會員，確實依照「預防接種時程及紀錄表」，針對同時程接種之疫苗項目，應安排同時接種（分間不同部位），並向家長加強溝通及宣導疫苗同時接種之效益與安全性，避免兒童延誤接種，亦減少家長帶幼兒往返院所之次數。

五、另低收入戶及中低收入戶兒童接種 1 歲以上至學齡前之常規疫苗劑次，仍續補助接種處置費，相間經費則併同本計畫作業方式核撥。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 106 年 2 月 13 日

發文字號：全醫聯字第 1060000218 號

附件：如文

主旨：檢送臺灣婦產科醫學會有關婦產科醫師於非常規上班時間緊急接生收費之適法性建議，請 察照。

說明：一、回應一例一休及醫護人員過勞問題，臺灣婦產科醫學會 106 年 1 月 12 日以台婦醫字第 106009 號函（如附件），建議對於非上班時間緊急接生，基於使用者付費原則，應可酌收人事成本，非為巧立名目之項。

二、查本會亦於 102 年 7 月 30 日以全醫聯字第 1020001113 號函（諒達），建請貴部開放各縣市主管機關自行訂定收取費用，以合理反映醫師於非值班時間到院接生服務所產生之成本及費用。此等建議在新制勞基法上路後更顯必要，爰建請貴部考量整體勞動條件改變與醫療品質之維護，惠予重視上處。

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 106 年 2 月 10 日

發文字號：健保醫字第 1060032708 號

附件：如主旨

主旨：檢送 106 年 2 月 7 日「106 年醫院部門醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之一定比率，超過部分，不予分配之執行方式」會議紀錄，如附件，請查照。

說明：有關會議紀錄第二點第二項「特定項目之兒科」部分，請台灣兒科醫學會於 106 年 2 月 15 日前函復項目代碼及名稱。

序號	ICD10CM 中文	諮詢科（常見科）	2月7日會議結論
389	B373 女陰及陰道念珠菌病	婦產科	納入
390	C539 子宮頸惡性腫瘤	婦產科	不納入
391	D259 子宮平滑肌瘤	婦產科	不納入
392	N72 子宮頸炎性疾病	婦產科	不納入
393	N739 女性骨盆炎性疾病	婦產科	納入
394	N760 急性陰道炎	婦產科	納入
395	N761 亞急性及慢性陰道炎	婦產科	納入
396	N7689 陰道及女外陰其他特定炎症	婦產科	不納入
397	N771 歸類於他處疾病所致之陰道炎、女外陰炎及女外陰陰道炎	婦產科	不納入
398	N800 子宮體之子宮內膜異位症	婦產科	不納入
399	N898 陰道其他特定非炎性疾患	婦產科	不納入
400	N911 續發性無月經	婦產科	不納入
401	N912 無月經	婦產科	納入
402	N920 月經量過多及次數過多伴有規則週期	婦產科	不納入
403	N921 月經量過多及次數過多伴有不規則週	婦產科	不納入
404	N925 其他特定月經不規則	婦產科	納入
405	N926 月經不規則	婦產科	納入
406	N938 其他特定子宮及陰道異常出血	婦產科	不納入
407	N939 子宮及陰道異常出血	婦產科	納入
408	N946 痛經症	婦產科	納入
409	N951 停經及女性更年期之病況	婦產科	納入
410	N959 停經及停經前後之疾患	婦產科	不納入
411	N979 女性不孕	婦產科	不納入
412	O200 迫切流產	婦產科	不納入
413	Z392 來院接受產後例行追蹤	婦產科	不納入

台灣婦產科醫學會第 21 屆第 2 次「健保政策委員會」暨「審查共識會」紀錄

時 間：106 年 01 月 22 日（星期日）下午 3 點 30 分

地 點：學會會館

主 持 人：詹德富 召集人

出 席 者：召 集 人 詹德富

副召集人 顏明賢 張紅淇 賴文福 林嘉祈

委 員 蘇榮茂 吳宗城 張少萌 李建興 謝鵬輝 施英富 徐宇瓊 王孫斌

陳建銘 柯助伊 黃啟明 李煥照 呂維國 徐超群 林燕青 洪秉坤

顏志峰 蔡啟智 黃文助 沈煌彬

列 席 者：謝卿宏院士 郭宗正理事長 張維君監事長 黃閔照秘書長

醫院代表：洪秉坤 林隆堯 林錦義 郭富珍 廖基元

請假人員：蕭弘智 郭宗男 楊宗力 周天給 嚴孟祿 楊宜杰 黃昭彰 陳繼征 何延慶

魏重耀 張宗進 王錦榮 林禹宏

紀 錄：林家翎

壹、報告事項

依健保署來函請提供下列項目相關意見資料

- (1) 調整 81017C 無妊娠併發症之陰道生產
- (2) 修正 81034C 有妊娠併發症之定義
- (3) 新增器械生產費用
- (4) 新增高危險妊娠轉診費用
- (5) 新增產後大出血轉診費用

貳、討論事項

案由一：於基層會員之健保申報

- (1) 教導會員如何合理申報，增加點值。
- (2) 對於核刪之案件，辦法如下：
 - A. 與審查委員討論，明瞭原因。
 - B. 對會員說明核刪之理由。
 - C. 輔導申覆。

說明：各分區宜設立健保申報服務窗口，使上情能下達。

辦法：擬由中區開始試辦，收集各種案例，以為日後政策委員會議之參考。

提案人：賴文福委員

決議：1. 同意由中區開始試辦。

2. 務必在符合法源之下教導會員合理申報及病歷書寫的完整性。

案由二：於基層會員之健保申報民國 105 年 12 月 11 日議程案由一之附件一(如下)，中區分局 105 年 8 月份婦產科申報 P50，件數 833，點值 541,033 點。

中區健保分局基層診所各科申請之點數件數排比

P50 中區 健保 分局	復健科	骨科	精神科	皮膚科	眼科	科 耳鼻喉	小兒科	內科	家醫科	婦產科	外科
申請件數	1149	1544	1038	2831	1850	1841	1367	979	1020	833	867
申請點數 (萬)	155	124	111	95	93	81	66	60	57	54	53

提案人：賴文福委員

決議：以訂定品質指標為方向，如達品質指標從寬審查。

案由三：為使審查醫師進行審查與核刪時，統一而有所本，且把核刪的壓力給學會來承擔。

說明：1. 召開婦產科審查共識會議。在用藥、檢查、處置、手術各方面有一準則。

2. 公告讓審查醫師及所有會員明白並遵循。

辦法：學會制定：1. 治療準則 2. 審查要點。

進行審查及核刪時是依循“專業的醫學會”所制定的準則。審查醫師是準則下的執行者；如遇有任何核刪上的爭議，先反映給各分區窗口，若無法解決，再呈報給醫學健保爭議小組討論。(“健保具名公開審查 這樣做可三贏__ 20170119 __蘋果日報”)

提案人：賴文福委員

決議：1. 有關蘋果日報泌尿科醫師所提之作法，學會已在執行中，其成果如下：

(1) 於 105 年 9 月 19 日發函健保署，將多年來的審查共識提修訂審查注意事項，基層亦同步修訂。可至健保署網站查詢 (http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&webdata_id=2889)

(2) 具名審查目前僅醫院總額先行試辦，婦產科為第一批加入該試辦計畫。

案由四：有關台北區會員陳情婦科超音波遭核刪乙案。

- 說明：1. 台北區某會員於 105 年 9 月份被核刪 2 筆婦科超音波，核刪理由都是腫瘤需大於 2 或 3 公分，經申覆後都不予補付，其理由一個是 negative finding 另一個是看不出有更大腫瘤，這兩個原因都與學會會訊 104 年 8 月份所公布審查共識相違背。
2. 該會員表示，本院超音波檢查率為 9.97% 絕非浮濫申報，又因沒有產房只看婦科，很多婦科超音波自認不符適應症都沒有申報。此兩件為符合適應症但沒有 finding，其依會訊公告的審查共識申報卻被核刪。
3. 此案已進入爭議審議中。

提案人：秘書處

- 決議：1. 將學會共識行文健保署，不應檢查結果為無異常發現就逕行核刪。
2. 宣導會員病歷應寫清楚。

案由五：討論基層申報模式。擬由健保政策委員會討論合理申報原則，給予審查醫師做為參考，讓會員們合理及安心申報。

- 說明：婦產科西醫基層，申報所佔總額逐年下降，從民國 93 至 104 年，由 7.13% 降至 4.4%，其歸咎主要之原因為：
- (1) 會員們不知如何申報。
- (2) 懼於核刪不敢申報。

因此，擬由中區基層賴文福委員提出 32 項基層常見的申報項目，提請健保政策委員會討論合理申報原則，給予審查醫師做為參考，讓會員們合理及安心申報。

辦法：擬定合理申報原則。

提案人：健保政策委員會

決議：如附件

參、臨時動議

肆、散會（下午 6 點）

注意事項：

- 1.所有醫療行為須有適應症及確實執行，同時病歷需紀錄清楚下才可申報。
- 2.供申報參考，並非全部照表申報。
- 3.此表格經1/22日學會健保政策委員會決議達成共識，申報以此表格為準。

附件

No.	Dx.	申請 項次 (點值)	健保申請 (扣除部 份負擔)	意見回覆
1	子宮頸炎	55021C 55 骨盆檢查費 55011C 60 陰道灌洗 55004C 49 子宮頸出血藥物治療	344	1..骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下： (1)已有性經驗者，宜記載子宮、子宮附屬器、子宮頸、陰道、外陰部五項檢查之情形，至少也要記載其中之三項或以上有無病變或異常。 (2)無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。 2.陰道灌洗必須記載於病歷內。 * 未內診僅執行超音波者不得申報內診。 如有出血可用AgNO3作治療
2	月經過期	06505C 100 妊娠試驗(幾天可驗一次)	100	每隔七天可驗一次；到下次月經前，最多可驗二次
3	懷孕併發症	55021C 55 骨盆檢查費 19010C 550 產科超音波	785	視臨床症狀，可進行適應症之治療，惟不得同時申報產檢及健保
4	子宮肌瘤	19003C 450 超音波 55021C 55 骨盆檢查費	685	可每三個月申報一次，如有出血等或病情變化異常情形，不在此限
5	卵巢瘤	19003C 450 超音波 55021C 55 骨盆檢查費 12077C 400 CA-125	1085	卵巢腫瘤之確診或追蹤可申報超音 CA-125(EIA)之審查：(1)臨床上懷疑有婦科惡性腫瘤或已確認為婦科惡性腫瘤者，監測其治療效果或追蹤其是否復發。每三個月申報一次，其他惡性腫瘤，CA-125如可做為癌症監測指標者一同，但如因病情變化需要提早監測時須說明其理 (2)可作為腫瘤如子宮肌腺症、子宮內膜異位症手術前後之追蹤。每六個月抽血一次。
6	乳房疾病	19014C 588 乳房超音波	768	依照 Category 3以上，可半年一次

No.	Dx.	申請 項次 (點值)	健保申請 (扣除部 份負擔)	意見回覆
7	泌尿道感染	55021C 55 骨盆檢查費 55011C 60 陰道灌洗 06012C 75 尿常規檢查	370	如合併陰道炎可合併申報 每三天可驗尿一次，共2次
8	婦女子宮頸 抹片採樣	33 子宮頸細胞病理檢驗 (預防保健)	採檢費 (31)_230 病理檢驗 (33)_200	1. 預防保健，每年一次 2. 虛歲>=30歲，可做預防保健
9	子宮頸細胞 化生不良(抹 片追蹤時程 以抹片病理 報告為主)	55004C 49 子宮頸出血藥物治療 55012C 80 子宮頸抹片取樣 55011C 60 陰道灌洗 15017C 0 婦科細胞檢查	419	以抹片病理報告單為主，如需追蹤 抹片者，至少需間隔91天以上 245點歸病理科醫師
10	子宮頸炎 (不限30歲)	55012C 80 子宮頸抹片取樣 55011C 60 陰道灌洗 55004C 49 子宮頸出血藥物治療 15017C 0 婦科細胞檢查	419	不限年齡，糜爛嚴重或懷疑有病變 者，病歷必須寫清楚 245點歸病理科醫師
11	抹片異常 (小切)	55021C 55 骨盆檢查費 55011C 60 陰道灌洗 28028C 605 陰道鏡 55001C 430 宮頸切片 25004C 1741 第四級外科病理 81031C 612 子宮內管刮除術ECC 25004C 1741 第四級外科病理	5748	抹片ASCUS(含)以上，得進行陰道 鏡檢查，附加之子宮頸切片及ECC 得另行申報。 子宮頸切片及ECC各填一份病理申 請單，可申請二份病理檢查費用
12	抹片異常 (大切)	55021C 55 骨盆檢查費 80205C 2810 子宮頸楔狀切除術 25024C 2778 第五級外科病理 81031C 612 子宮內管刮除術ECC 25004C 1741 第四級外科病理	10654	送五級外科病理 送四級外科病理 (可申請二次病理檢查費用)
13	子宮頸糜爛 陰道炎 陰唇 炎	55007C 230 電或化學燒灼 55021C 55 骨盆檢查費 55011C 60 陰道灌洗	525	即然已有55007C，就不可再報
14	子宮頸糜爛 陰道炎 陰唇 炎	55003C 671 子宮頸冷凍或電燒手 55021C 55 骨盆檢查費 55011C 60 陰道灌洗	966	一年1-2次，必須間隔6個月以上

No.	Dx.	申請 項次	(點值)	健保申請 (扣除部 份負擔)	意見回覆	
15	子宮頸息肉	80207C	392	子宮頸息肉摘除手術	2685	
		55021C	55	骨盆檢查費		
		55011C	60	陰道灌洗		
		25004C	1741	第四級外科病理		
16	巴氏腺膿瘍	79601C	1304	會陰膿腫切開引流(非產科)	2290	
		55021C	55	骨盆檢查費		
		55011C	60	陰道灌洗		
17	巴氏腺膿瘍	79802C	1663	巴氏腺囊腫造袋術	2839	
		55021C	55	骨盆檢查費		
		55011C	60	陰道灌洗		
18	巴氏腺膿瘍	79803C	1815	巴氏腺囊切除術	3072	
		55021C	55	骨盆檢查費		
		55011C	60	陰道灌洗		
19	尖形濕疣	51005C	280	單純皮膚電燒	515	電燒或雷射治療Condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉(如：多發性、大範圍之病灶)，須於病歷詳載理由，並有麻醉紀錄。只有少數濕疣用局部麻醉電燒。
		55021C	55	骨盆檢查費		
20	尖形濕疣	55008C	1064	濕疣切除及電燒	5365	
		25004C	1741	第四級外科病理		
		96004C	1500	靜脈或肌肉麻醉		
		55021C	55	骨盆檢查費		
		39004C	75	大量點滴注射		
21	女陰之其他 膿瘍	79601C	1304	會陰膿腫切開	2580	可視情況申請 可視情況申請
		55021C	55	骨盆檢查費		
		13007C	200	細菌培養鑑定		
		13020C	150	抗生素敏感性		
22	多囊性卵巢 瘤	55021C	55	骨盆檢查費	1525	尚無共識
		19003C	450	超音波		
		09125C	180	FSH		
		09126C	180	LH		
		09127C	180	E2		
		09120C	150	泌乳激素		
		09121C	150	睪丸酯醇 (以上檢查間隔時間多)		
23	不排卵性月 經異常	55021C	55	骨盆檢查費	925	尚無共識
		09127C	180	E2		
		09125C	180	FSH		
		09126C	180	LH		
		09120C	150	泌乳激素		

No.	Dx.	申請 項次	(點值)	健保申請 (扣除部 份負擔)	意見回覆
24	子宮外孕 (異位妊娠)	55021C 12022C 19010C	55 400 550	骨盆檢查費 β-HCG (每隔二天) 產科超音波	1185 β-HCG 每隔二天可驗一次 可申報「產科」超音波(550點)，非 婦科超音波(450點)
25	子宮內粘連	19003C 55018C	450 483	婦科超音波 治療性子宮頸擴張術	1113
26	子宮異常出 血	55021C 19003C	55 450	骨盆檢查費 超音波	685
27	子宮異常出 血 (無麻醉)	55021C 19003C 55002C 25004C	55 450 1163 1741	骨盆檢查費 超音波 子宮內膜切片 第四級外科病理(一次)	4525 1. 已停經之婦女, 子宮內膜厚度 <4mm, 有不正常出血, 即可考慮 D&C 2. 更年期未完全停經之婦女, 有出 血, 內科治療無效, 持續出血, 即 可做D&C 3. 吃Tomaxifen婦女, 在子宮內膜有 活化雌激素作用, 有不正常出血,
28	子宮異常出 血 (有麻醉)	80401C 19003C 96004C 25004C	1799 450 1500 1741	診斷性或治療性子宮 擴張刮除術 (非產 超音波 靜脈或肌肉麻醉 第四級外科病理(一次)	8309 ECC標本及子宮內膜刮除標本分為 A、B二瓶, 只能申請一次四級外 科病理費用, 填同一張病理檢查申 請單
29	子宮內胎兒 死亡	81006C 19003C 96004C 25004C 39004C	2556 450 1500 1741 75	妊娠前12週流產刮宮 超音波 靜脈或肌肉麻醉 第四級外科病理 大量點滴注射	8607 子宮內胎兒死亡超音波, 如已申報 過, 手術時不能再重複申報。
30	子宮內胎兒 死亡	81007C 19003C 96004C 25004C 39004C	6085 450 1500 1741 75	妊娠超過12週流產或 死胎刮宮術 超音波 靜脈或肌肉麻醉 第四級外科病理 大量點滴注射	14006
31	更年期障礙	55021C 09127C 09125C	55 180 180	骨盆檢查費 E2 FSH	595 停經之指標FSH>40mIU/ml、E2<20 pg/ml, 驗此二項即已足夠

南投 -- 惠蓀林場 - 健行活動

康樂福利委員會中區行程召集人：賴文福

惠蓀林場位於南投縣仁愛鄉北港溪畔，距離台中約 70 公里，行經國道 6 號，由南投縣國姓鄉進入，公路兩旁果園瓦舍，農田阡陌縱橫、純樸農村、景色怡人。延著北港溪古蹟糯米橋而上，經山地清流部落，到達惠蓀林場。惠蓀林場面積 7434 公頃，從海拔 454 公尺至 2418 公尺，森林景色分布為溫帶、暖帶、亞熱帶，林相多元而優美；有壯麗的高山與深切的狹谷，及清澈的溪流和瀑布，並築有五條步道。我們將走最美的山嵐小徑，沿途蟲鳴鳥叫，猿猴啼叫林梢，踏著落羽松的細葉，在薄霧中前進，希望會員們舉家同遊，舒散身心。

糯米橋：建於民國 29 年，為日人為盜採運輸北港溪上遊之木材所建。位於國姓鄉北港村，取材當地石塊，以石灰、紅糖、糯米黏著建成，長 53 米，高 20 米，寬 5 米，為台閩地區三級古蹟。（1 公頃 = 100 公尺長 × 100 公尺寬 = 10000 平方公尺 = 1.031 甲 = 3025 坪）

清流部落：1930 年霧社事件，1400 賽得克族人僅存 298 人，西元 1931 年 5 月 6 日，日本人將餘生者遷於此地集中看管，現以種植稻米、生態旅遊為主；當地建有「餘生紀念館」，記錄霧社事件血淚史，及抗日遺族被迫遷至此的史料。

◆日期：106 年 4 月 30 日（星期日）

集合點一：上午 8:00 茂盛醫院大門口（台中市北屯區昌平路 30-6 號）

集合點二：上午 8:00 分（烏日高鐵站 1 樓 6 號出口）

◆回程：北上：可搭下午 5:39 分高鐵（車票自行購買），南下：可搭下午 5:49 分高鐵（車票自行購買）

★行程：10:00 惠蓀林場林場販賣部集合（化妝室）--10:00 山嵐小徑健行→咖啡學堂（化妝室）--12:10 柑仔店對面停車場集合（化妝室）--午餐--14:00 照相離開 --14:40 糯米橋 --15:00-- 賦歸

★攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

★午餐：學會招待（無事先報名者恕不供應午餐） 時間：中午 12:30 分

★PS：請會員務必將名牌掛上，以利辨識身份，（65 歲者請攜帶證件）

◆報名方式：

欲參加者請於 106 年 4 月 5 日前報名，並事先繳交 400 元費用及填寫下列報名表傳真至學會。（眷屬限直系，不是眷屬者費用 800 元）

劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

學會電話：02-25684819 傳真：02-21001476

★為保障權益將為每一位參加者加保旅遊平安險，請務必填妥下列資料

會員號碼		必填集合點					
會員姓名		出生年月日	年	月	日	身份證字號	
眷屬姓名		出生年月日	年	月	日	身份證字號	
眷屬姓名		出生年月日	年	月	日	身份證字號	
眷屬姓名		出生年月日	年	月	日	身份證字號	
必 填		行動電話				電 話	

通訊繼續教育

膀胱過動症最理想藥物組合： mirabegron + solifenacin



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

膀胱過動症 (overactive bladder, OAB) 的盛行率很高，在歐洲、美國和日本達 12-16%，它的症狀為增加日間急尿和頻尿、夜尿、有或沒有急尿性小便失禁，但沒有尿道感染或其它病灶，其中急尿性小便失禁在 OAB 中的發生率約為 1/3，影響生活作息及品質，患者有高比率憂鬱症、情緒壓力、孤僻，並會消耗社會成本、降低生產力。抗蕁毒鹼接受器藥物 (如 solifenacin) 乃治療 OAB 第一線藥物，但有些患者使用後的效果不完全有效，或因無法忍受其副作用 (如口乾、便秘) 而須尋求其它方法。Mirabegron 乃一 β_3 腎上腺接受器加強劑 (β_3 -adrenoceptor agonist)，能促使迫尿平滑肌 (detrusor smooth muscle) 在膀胱儲尿期時放鬆、增加膀胱容量，但不改變最大尿量流速 (Q_{max})、 Q_{max} 時迫尿肌壓力 ($P_{det} Q_{max}$)、殘留尿量 (residual volume)，副作用少，使用普遍。但無論使用任何藥物，對症狀的改善常感不足。最近，許多文獻合併 solifenacin 和 mirabegron 來治療難治的 OAB 患者，成效更為良好。本文特整理相關文獻，以供同仁參考。

文獻報告

2015 年，Kosilov 等研究報告在年齡 > 65 (平均 71.2) 歲的 143 位女性和 95 位男性 OAB

患者，分成四組：(1)A 組 (n = 63)：每天予 mirabegron 50 mg；(2)B 組 (n = 52)：每天予 solifenacin 10 mg；(3)C 組 (n = 65)：每天予 mirabegron 50 mg + solifenacin 10 mg；(4) D 組 (n = 59)：予以安慰劑，共 6 週，來評估其效果。最後結果以 C 組表現最佳，每天小便失禁次數平均由 5.1 次減少至 1.6 次 ($p \leq 0.01$)，小便次數平均由 9.1 次減少至 5.3 次 ($p \leq 0.01$)。C 組亦較 A、B 組為佳 ($p \leq 0.05$)。四組 (A、B、C、D) 膀胱過動症量表 (overactive bladder questionnaire, OAB-q) 初始分別為 18.4、17.2、21.9、23.1 分，治療結束時分別為 12.5、14.8、8.8、19.1 分；每天小便減少次數四組分別為 - 3.7 次 ($p < 0.05$)、- 3.6 次 ($p < 0.05$)、- 3.8 次 ($p < 0.05$)、- 1.2 次 ($p > 0.05$)。副作用四組相近，分別為 33.3%、21.2%、29.2%、23.7%，其中高血壓分別佔 7.9%、1.9%、6.2%、6.8%。結論是：以 mirabegron + solifenacin 來治療年長者 OAB，短期成效良好，且無增加副作用，有效提升生活品質和自信。

2016 年，MacDiarmid 等在一隨機、雙盲、多中心、第 IIIb 研究，共 2174 位 (女性佔 83%)、平均 59 歲、每 24 小時有 ≥ 2 次小便失禁的 OAB 患者，首先予以 solifenacin 5 mg 治療，共 4 週，但仍有小便失禁 OAB，便隨機以 1:1:1 分為三組：(1)A 組：每天予 mirabegron 50 mg + solifenacin 5 mg (n = 727)；(2)B 組：每天予 solifenacin 5 mg (n = 728)；(3)C 組：每天予 solifenacin 10 mg (n = 719)，共 12 週。結果在 OAB-q 和患者膀胱狀況感覺 (patient perception of bladder condition, PPBC)，A 組均較 B、C 組改善更多 ($p < 0.05$)。小便無失禁者，A 組較 B 組多 47% (勝算比率 OR 1.47，95% 信賴區間 1.17-1.84、 $p = 0.001$)、較 C 組多 28% (OR 1.47，95% 信賴區間 1.02-1.61、 $p = 0.033$)。結論是：合併兩種藥物較單一藥物者，更能改善小便失禁與小便頻率，提升生活品質。

2016 年，Drake 等報告如 MacDiarmid 等相同方法和病患，結果 A、B、C 組三組無漏尿的乾爽 (dry) 者分別有 46%、37.9% (A 與 B 組比較 OR 1.47，95% 信賴區間 1.17-1.84)、40.2% (A 與 C 組比較 OR 1.28，95% 信賴區間 1.02-1.61)；在全部副作用分別為 35.9%、33.1%、39.4%，包括口乾：5.9%、5.6%、9.5%，過敏：1.5%、0.8%、0.8%，便秘：4.6%、3.0%、4.7%；在心電圖 QT 延長分別為 0.1%、0.1%、0.3%，三組相近，全部未出現小便滯留和青光眼。

■ 第 IV 期 (上市後) 研究

2015 年，Yamaguchi 等針對 ≥ 20 歲、OAB 患者第 IV 期研究報告，首先予以 solifenacin 2.5 和 5 mg 治療 4 星期，然後以該劑量經 2 星期篩檢，加入 mirabegron 25 mg，共 8 週，未見效果者，則將 mirabegron 劑量增加至 50 mg，共 8 週。即分成四組：(1)A 組 (n = 33)：solifenacin 2.5 mg + mirabegron 25 mg；(2)B 組 (n = 37)：solifenacin 2.5 mg + mirabegron 50 mg；(3)C 組

(n = 55) : solifenacin 5 mg + mirabegron 25 mg ; (4)D 組 (n = 93) : solifenacin 5 mg + mirabegron 50 mg。結果四組均能改善 OAB 症狀 (包括小便次數、急尿次數、夜尿次數)，有 52% 患者能達到正常的膀胱過動症的症狀分數 (overactive bladder symptom score, OABSS, 正常 ≤ 2 分) [註一]，38.2% 患者小便次數 <8 次 /24 h，60.3% 患者的急尿性小便失禁消失，17.6% 患者沒有夜尿。全部副作用為 23.3%，多數為輕度和中度的便秘 (6.3%)、口乾 (0.4%)、口渴 (2.2%)、腹脹 (0.9%) 等。結論是：以 solifenacin + mirabegron 來治療 OAB，極具吸引力。

■ 哪種劑量組合較佳

2015 年，Abrams 等在歐洲 20 個國家、141 處做第 2 期隨機、雙盲、安慰劑，共 1306 位 (66.4% 為女性) OAB 患者，共 12 週，其中 6 組為合併組 (solifenacin 2.5、5 或 10 mg + mirabegron 25 或 50 mg)，5 組為單一治療 (solifenacin 2.5、5、10 mg，或 mirabegron 25、50 mg)，1 組為安慰劑，主要評估合併 solifenacin/mirabegron 與單獨使用 solifenacin 之效果，次為評估合併的劑量與單一或安慰劑組的安全性。結果發現在每次小便平均量 (mean volume voided per micturition, MVV)，mirabegron 合併 solifenacin 5 或 10 mg 組較單獨使用 solifenacin 5 mg 呈有意義增加 (18.0-26.3 mL)；3 組不同合併組與 solifenacin 5 mg 組比較，小便頻率次數呈有意義漸少 (0.8-0.98 次)；6 組結合中的 5 組與 solifenacin 5 mg 組比較，急尿次數呈有意義漸少 (0.98-1.37 次)。所有合併組與單獨組，均無增加血壓、脈搏速率、餘尿、實驗室或心電圖等副作用，只有便秘有增加情形。結論是：mirabegron 合併 solifenacin 使用較單獨 solifenacin 5 mg 使用，能更有效改善 MVV、小便頻率、急尿次數，且合併組亦有相近的接受度，而安全性與單獨使用組或安慰劑組相同。

2016 年，Abrams 等研究分析 1278 位、第 II 期成人 OAB 患者，採不同劑量治療，分成 12 組，其中 6 組為合併組 (solifenacin 2.5、5 或 10 mg + mirabegron 25 或 50 mg)，5 組為單一治療 (solifenacin 2.5、5、10 mg，或 mirabegron 25、50 mg)，1 組為安慰劑組，共 3 個月。評估 OAB-q 和 PPBC 分數。結果 solifenacin 5 或 10 mg + mirabegron 25 或 50 mg 效果較其它組為佳。在小便頻率改善率 (<8 次 /24 小時)，solifenacin 10 mg + mirabegron 25 mg 組與 solifenacin 5 mg + mirabegron 50 mg 組均較 solifenacin 組增加約 2 倍，OR 分別為 2.06 (95% 信賴區間 1.11-3.84、p = 0.023) 和 1.91 (95% 信賴區間 1.14-3.21、p = 0.015)。結論是：合併 solifenacin 5 或 10 mg 和 mirabegron 25 或 50 mg 來治療 OAB 患者，有較好的主、客觀效果。

Mirabegron 的副作用

2016 年，Rosa 等統計 12 篇文章，在血壓上升發生率：mirabegron 50 mg 組和安慰劑組分別為 8.7%、8.5%，多為輕微、且停藥後均恢復正常；在心律不發生率：mirabegron 50 mg、100 mg 組及 tolterdoine ER 4 mg 組分別為 0.8%、0.5%、1%，無統計上差異。

2015 年，Balachandran 等發表在 279 位使用 mirabegron 50 mg 患者，發生心悸有 8 位（2.7%）、胃灼熱（heartburn）有 4 位（1.4%）、尿道感染有 4 位（1.4%）、腹痛有 3 位（1%）、頭痛有 2 位（0.7%）、口乾有 2 位（0.7%），其它如嗜睡、嘔吐、紅疹、搔癢、小便困難者各有 1 位（0.3%）。

結論

OAB 患者如接受 solifenacin 5 mg 治療後的效果不彰，可增加劑量至 10 mg 或改採用 mirabegron。近期文獻認為，合併 solifenacin 和 mirabegron 的短期效果更加好，且副作用可被接受。但 OAB 為一慢性病，如要長期使用，其效果、開銷、何種劑量組合會較適當，有待更多的研究加以證實。現已知 solifenacin 與 mirabegron 作用機轉不同，亦無相互干擾作用。當前健保局只核准使用一種藥物，採 2 種藥物恐有重複申報之疑慮，可能會被刪除，但如審查醫師能知悉詳情，上呈相關單位因應制宜，以造福更多患者。

註一：OABSS 包括日間頻尿（0-2 分）、夜尿（0-3 分）、急尿（0-5 分）、急性小便失禁（0-5 分），總共 15 分。分數越高者，症狀越嚴重。

參考文獻

1. Kosilov K, Loparev S, Ivabovskaya M, et al. A randomized, controlled trial of effectiveness and safety of management of OAB symptoms in elderly men and women with standard-dosed combination of solifenacin and mirabegon. Arch Gerontol Geriatr 2015; 61(2): 212-6.
2. Mac Diarmid S, Al-Shukri S, Barkin J, et al. Mirabegron as add-on treatment to solifenacin in patients with incontinent overactive bladder and an inadequate response to solifenacin monotherapy. J Urol 2016; 196: 809-18.
3. Yamaguchi O, Kakizaki H, Homma Y, et al. Safety and efficacy of mirabegron as add-on therapy in patients with overactive bladder treated with solifenacin:” a post-marketing, open-label study in Japan(MILAI study). Br J Urol Int 2015; 116: 612-22.

4. Abrams P, Kelleher C, Staskin D, et al. Combination treatment with mirabegron and solifenacin in patients with overactive bladder: efficacy and safety results from a randomized, double-blind, dose-ranging, phase 2 study(SYMPHONY). *Eur Urol* 2015; 67: 577-88.
5. Abrams P, Kelleher C, Staskin D, et al. Combination treatment with mirabegron and solifenacin in patients with overactive bladder: exploratory responder analyses of efficacy and evaluation of patient-reported outcomes form a randomized, double-blind, factorial, dose-ranging, phase 2 study(SYMPHONY). *World J Urol* 2016; DOI 10.1007/s 00345-016-1908-1.
6. 李耀泰, 陳福民, 吳尚德等. 膀胱過動症的藥物治療. 台灣婦產科醫學會會訊 2015; 3月: 26-32.
7. Drake MJ, Chapple C, Esen AA, et al. Efficacy and safety of mirabegron add-on therapy to solifenacin in incontinent overactive bladder patient with an inadequate response to initial 4-week solifenacin monotherapy: a randomized double-blind multicentre phase 3B study(BESIDE). *Eur Urol* 2016; 70: 136-45.
8. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 膀胱過動症的首選藥物 Mirabegron. 台灣婦產科醫學會會訊 2016; 1月: 19-24.
9. Rosa GM, Ferrero S, Nitti VW, et al. Cardiovascular safety of β 3-adrenoceptor agonist for the treatment of patients with overactive bladder syndrome. *Eur Urol* 2016; 69: 311-23.
10. Balachandran AA, Duckett JRA. The risk and severity of developing symptomatic palpitations when prescribed mirabegron for overactive bladder. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015; 187: 60-3.

問答題

一、何者是膀胱過動症的症狀？

- (A) 日間急尿
(B) 夜尿
(C) 急尿性小便失禁
(D) 以上皆是

二、Mirabegron 的作用機轉為何？

- (A) 增加膀胱容量
(B) 不改變逼尿肌壓力
(C) 不增加殘留尿量
(D) 以上皆是

三、以 solifenacin+miravegron 或單一 solifenacin 來治療膀胱過動症，現階段文獻認為何者效果較佳？

- (A) 合併組
(B) 單一組
(C) 無差異

四、以 solifenacin+miravegron 或單一 solifenacin 來治療膀胱過動症，副作用的比較結果？

- (A) 合併組較多
(B) 單一組較多
(C) 無差異

五、你贊成對難治的膀胱過動患者，予以 solifenacin+miravegron ？

- (A) 贊成
(B) 反對
(C) 沒意見

第 243 期通訊繼續教育

如何處理婦癌病患接受 bevacizumab 治療時的不良反應

答案：一、(A)；二、(B)；三、(D)；四、(B)；五、(D)；六、(C)

會員園地

實行 ERAS，微創手術的優點 要重新評估



李耀泰¹ 陳福民² 尹長生³ 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

³ 台北康寧醫院 婦產科

微創手術日漸普遍，加上醫師大力宣傳和健保給付較高，已成常婦科為病人的首選。通常認為，微創手術的優點包括：傷口少和美觀、疼痛少、粘連少、恢復快、住院時間短等。但這些優點多基於不盡公平的比較，即部份病患是經過選擇的，如果能不分腫瘤大小、巨大腺瘤、嚴重沾黏、曾接受多次手術、手術中有嚴重出血、腸子或輸尿管破裂等，均採取隨機選擇後不改方式完成，才能算公平的比較。但若以微創硬做到底，會增加危險，對患者不公、更不道德。微創手術的併發症常是很嚴重的，困難的微創手術會耗時更久、費用更昂貴，陰道也會因器械牽扯而有看不到傷害。現在推出之手術後快速恢復（enhanced recovery after surgery, ERAS），簡稱術後快速康復（fast-track surgery, FTS），本身已能具有手術後少疼痛、恢復快、住院時間短、併發症少、病患滿意度高等優點，更應予以重視 [1]。

微創手術是以最小傷口完成手術，ERAS 則是以最小傷害正常生理功能為主旨，使患者快速恢復及減少併發症。在微創手術被醫師大力宣導下，ERAS 卻少被注意。但現在已有許多手術（包括大、直腸、胃、胰臟、食道、心臟、泌尿、神經、肺臟和骨科等）都已證明，ERAS 可縮短住院時間、減少併發症和開銷，並同時能改善疲倦、睡眠、嘔吐等問題，提升患者滿意度。ERAS 是合併手術前、中、後的許多細節，並經實證醫學證實排除了不必要的步驟，讓患者減少精神和生理的壓力，這需要手術醫師、麻醉醫師、護理師、營養師和藥劑師通力合作方可達成。

● 文獻報告縮短住院時間

2015 年，De Groot 等 [2] 研究分析婦科經腹部手術採 4 項以上 ERAS 的 16 篇文章，包括：Borendal 等 (2011)、Carter 等 (2012)、Cascales 等 (2011)、Chowdhury 等 (2012)、Dickson 等 (2012)、Eberhart 等 (2008)、Hansen 等 (2007)、Kologera 等 (2013)、Kroon 等 (2010)、Marx 等 (2006)、Moller 等 (2001)、Oscarson 等 (2006)、Pather 等 (2011)、Rardin 等 (1999)、Sidhu 等 (2012)、Wijk 等 (2014) [3-18]，將其中有實行的項目（在括號內數字）分析如下：

- 一、手術前項目：(1) 諮詢和教育 (n = 16)；(2) 手術前最佳狀態 (optimization, n = 3)；(3) 不灌腸 (n = 10)；(4) 麻醉前口服碳水化合物 (n = 5)；(4) 無隔夜禁食 (n = 9)；(5) 避免長效鎮定劑 (n = 10)；(6) 口服止痛藥 gabapentin (n = 2)。
- 二、手術中項目：(1) 給予預防性抗生素 (n = 11)；(2) 預防靜脈栓塞 (n = 6)；(3) 常規予止吐藥物 (n = 8)；(4) (胸部) 外脊椎膜的止痛 (n = 6)；(5) 予高濃度氧氣 (n = 1)；(6) 限制靜脈注射液 (n = 9)；(7) 預防低體溫 (空氣加溫或毛毯 n = 7、注射液加溫 n = 3)；(8) 避免骨盆腔置放引流管 (n = 6)；(9) 傷口予以局部注射麻醉藥 (n = 7)。
- 三、手術後項目：(1) 避免置放鼻胃管 (n = 8)；(2) 避免腸阻塞 (咀嚼口香糖 n = 1、常規予瀉藥 n = 6)；(3) 預防手術後噁心和嘔吐 (外項方法 n = 7、常規予止吐藥 n = 2)；(4) 多元化止痛 (連續外脊椎膜止痛 n = 3、盡量減少鴉片藥物 n = 12)；(5) 早進食 (n = 16)；(6) 補充營養品 (n = 6)；(7) 早下床活動 (n = 16)；(8) 預防靜脈栓塞 (予藥物 n = 10、採器械性預防 n = 3)。

結果發現，患者住院天數較傳統照顧方法者，平均減少 3.05 天 (95% 信賴區間 -4.87 和 -1.23 天)，未增加併發症，ERAS 組與控制組相對風險 (RR) 0.92 (95% 信賴區間 0.62-1.37, p = 0.69)，30 天內再住院率 RR 1.12 (95% 信賴區間 0.74-1.71, p = 0.59)，並無統計上差異。同時，可減少醫療費用，提升患者滿意度，且死亡率無增加。

● 減少住院費用

有數篇報告認為，ERAS 能減少住院開銷，平均在陰道子宮切除者可減少 257 美元、在卵巢癌手術者可減少 7600 美元 [19]。

Torbe 等 [20] 研究報告 20 位、採 ERAS 照顧的子宮切除婦女 (陰道 11 位、腹式 10 位、

腹腔鏡 10 位），並與 32 位、採傳統照料方式者做比較，住院天數由平均 2.7 天減少至 1.8 天，平均每位可節省 285 美元。

Chapman 等 [21] 統計分析，微創手術的婦癌患者，如採 ERAS 與傳統方式做比較，可節省 12% 住院開銷（\$13771 vs 15649 美元， $p = 0.01$ ）。

Gerardi 等 [22] 研究分析 19 位、採 ERAS 照護的卵巢癌併腸子切除手術患者，並與另 45 位相同病況、採傳統照護方式之患者做比較，結果 ERAS 組平均可減少住院天數（7 vs 10 天， $p = 0.014$ ）、及每人醫療開銷減少 5410 美元。

● 減少疼痛

Modesitt 等 [23] 研究分析 136 位、採 ERAS 照護的重大婦科手術患者，並與 211 位、採傳統照護方式者做比較，結果手術後的疼痛分數較低，即可有效減輕術後疼痛（3.7 vs 5.0， $p < 0.001$ ）、住院時間較短（2.0 vs 3.0 天， $p = 0.007$ ）。而在 Chapman 等 [21] 研究報告，在微創婦癌手術婦女，採 ERAS 者與統照顧者做比較，亦能減少術後疼痛分數（2.6 vs 3.12， $p = 0.03$ ），第 1 天能出院者分別為 91%、60%，勝算比率（OR）6.7（95% 信賴區間 2.46-18.04）。

● 滿意度

女性接受婦科手術後會面對許多問題，如性功能改變、喪失生育能力、失去部分生殖道的正常結構，心理上自然有創傷，而 ERAS 能改善患者自我感覺、提升生活品質和滿意度。

De Groot 等 [24] 研究分析，婦科手術後採 ERAS 照顧者，可提早 2 天進食一般食物、提早 3 天獨立活動，且手術後疼痛減少，降低鴉片類止痛藥物使用率。其它，在住院時獲得改善的有：噁心、失眠、便秘、急尿、記憶困難等不適。

Ottesen 等 [25] 以”如預期”、”比預期更輕鬆”、”比預期輕鬆很多”來統計 ERAS 照護患者之滿意度，結果共有 92.7% 達此三項，表示滿意度很高，如以 0 至 10 分讓患者評估 ERAS 照護計畫的滿意度，結果平均分數為 10 分。其它報告病患的滿意度在 75-95% 間 [10,20,26,27]。

● 結論

隨著實證醫學和許多對生理的了解，改變手術後的照顧，將不需要的步驟刪除，加強不足的照護，可促患者恢復正常功能、縮短住院時間、減少住院費用、降低術後疼痛，且不會增加併發症、再住院、死亡等風險。在許多國家和科別，均認定 ERAS 為手術的最佳照顧方式。當然，腹腔鏡可考慮為 ERAS 一項目，結合二者使患者得到更好的照顧。最近有研究認為，在腹腔鏡手術的腹腔中充氣（pneumoperitoneum）和頭低（head down）位置，亦會影響血流和組織灌流（perfusion）壓力，使復原較慢 [28]，而且強大乾燥 CO₂ 氣流在腹腔中流竄，也會使體溫下降和將水份揮發，產生沾黏、不利恢復。

● 參考文獻

1. Nanavati AJ, Nagral S. Why have we embraced minimally invasive surgery and ignored enhanced recovery after surgery? *J Minim Access Surg* 2016; 12(3): 299-301.
2. De Groot JJA, Ament SMC, Maessen MC, et al. Enhanced recovery pathways in abdominal gynecologic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016; 95: 382-95.
3. Borendal WN, Nilsson L, Kjolhede P. The impact of mode of anaesthesia on postoperative recovery from fast-track abdominal hysterectomy: a randomized clinical trial. *BJOG* 2011; 118: 299-308.
4. Carter J. Fast-track surgery in gynecology and gynaecologic oncology: a review of a rolling clinical audit. *ISRN Surgery* 2012; 2012: 368014.
5. Cascales CPA, Gil MJ, Galindo FPJ, et al. Perioperative fast track program in intraoperative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy(HIPEC) after cytoreductive surgery in advanced ovarian cancer. *Eur J Surg Oncol* 2011; 37: 543-8.
6. Chowdhury P, Kadry M, Raslan F. Audit of the enhanced recovery programme for hysterectomy at West Middlesex University Hospital. *BJOG* 2011; 119: 230.
7. Dickson E, Argenta PA, Reichert JA. Results of introducing a rapid recovery program for total abdominal hysterectomy. *Gynecol Obstet Invest* 2012; 73: 21-5.

8. Eberhart LHJ, Koch T, Ploger B, et al. Enhanced recovery after major gynecological surgery for ovarian cancer- an objective and patient-based assessment of a traditional versus a multimodal “fast track” rehabilitation programme(in German). *Anesthesiol Intensivmed* 2008; 49: 180-94.
9. Hansen CT, Sorensen M, Moller C, et al. Effect of laxatives on gastrointestinal function recovery in fast-track hysterectomy: a double-blind, placebo-controlled randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 311.e1-7.
10. Kologera E, Bakkum-Gamez JN, Jankowski CJ, et al. Enhanced recovery in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2013; 122(2Pt 1): 319-28.
11. Kroon UB, Radstrom M, Hjelthe C, et al. Fast-track hysterectomy: a randomised, controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 151: 203-7.
12. Marx C, Rasmussen T, Hjort JD, et al. The effect of accelerated rehabilitation on recovery after surgery for ovarian malignancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 488-92.
13. Moller C, Kehlet H, Friland SG, et al. Fast track hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 98: 18-22.
14. Oscarsson U, Sundstrom PI, Nussler E, et al. No difference in length of hospital stay between laparoscopic and abdominal supravaginal hysterectomy- a preliminary study. *Acat Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 682-7.
15. Pather S, Loadsman JA, Mansfield C, et al. Perioperative outcomes after total laparoscopic hysterectomy compared with fast-track open hysterectomy- a retrospective case-control study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011; 51: 393-6.
16. Rardin CR, Weisman CJ, Kim YB, et al. Early discharge after abdominal surgery: experience on a gynecologic oncology service. *Gynecol Oncol* 1999; 575: 47-50.
17. Sidhu VS, Lancaster L, Elliott D, et al. Implementation and audit of “Fast-Track Surgery” in gynaecological oncology surgery. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2012; 52: 371-6.
18. Wijk L, Franzen K, Ljungqvist O, et al. Implementing a structured Enhanced Recovery After Surgery(ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014; 93: 749-56.

19. Barber EL, Vanle L. Enhanced pathways in gynecology and gynecologic oncology. *Obstet Gynecol Surv* 2015; 70: 780-92.
20. Torbe E, Loudon K. An enhanced recovery programme for women undergoing hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 119: S690.
21. Chapman JS, Roddy E, Ueda S, et al. Enhanced recovery pathways for improving outcomes after minimally invasive gynecologic oncology surgery. *Obstet Gynecol* 2016; 128: 138-44.
22. Gerardi MA, Santillan A, Meisner B, et al. A clinical pathway for patients undergoing primary cytoreductive surgery with rectosigmoid colectomy for advanced ovarian and primary peritoneal cancers. *Gynecol Oncol* 2008; 108: 282-6.
23. Modesitt SC, Sarosiek BM, Trowbridga ER, et al. Enhanced recovery implementation in major gynecologic surgeries. *Obstet Gynecol* 2016; 128: 457-66.
24. De Groot JJA, van Es LEJM, Maessen JMC, et al. Diffusion of enhanced recovery principles in gynecologic oncology surgery: is active implementation still necessary? *Gynecol Oncol* 2014; 134: 570-5.
25. Ottesen M, Sorensen M, Rasmussen Y, et al. Fast track vaginal surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 138-46.
26. Ulrich D, Bjelic-Radisic V, Bader A, et al. Fast-track hysterectomy: a pilot study. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 282: S122-3.
27. Mistrangelo E, Deltetto F, Febo G. Fast track surgery in urogynecology. *Neurourol Urodyn* 2011; 30: 7-8.
28. Scott MJ, Miller TE. Pathophysiology of major surgery and the role of enhanced recovery pathway and the anesthesiologist to improve outcomes. *Anesthesiology Clin* 2015; 33: 79-91.

全身麻醉與幼兒神經發育

陳宜雍¹ 黃雅嫻²

馬偕醫院婦產部¹ 馬偕醫院麻醉科²

婦女在懷孕期間可能因不同原因必須接受非產科手術（non-obstetric surgery），美國統計孕期接受非產科手術的機率約有 0.75%~2%，最常見的適應症為急性腹腔內感染（如盲腸炎及膽囊炎）和外傷（如車禍）。於此情況下為孕婦實施麻醉時，麻醉醫師需同時兼顧孕婦和未出生胎兒的安全。除了考量懷孕初期有畸胎和流產的疑慮，後期有胎兒缺氧窒息和早產的風險之外，全身麻醉藥物是否會影響幼兒神經發育，更是目前關注的焦點。2016 年 12 月，美國食品藥物管理局（Food and Drug Administration, FDA）提出安全性提醒：小於 3 歲幼兒和第三孕期孕婦在手術期間反覆或長時間使用全身麻醉和鎮靜藥物可能影響幼兒及胎兒的腦部發育。

► 懷孕時期的麻醉

懷孕時期的麻醉方式通常以局部或半身麻醉為優先，但有些較複雜和長時間的手術必須接受全身麻醉。大部份的全身麻醉藥物是脂溶性的，可以輕易地通過胎盤，進入胎兒體循環。此外，某些手術可能需要使用較高的麻醉劑量以利手術進行或讓子宮完全放鬆，避免早產。這些情況都可能增加胎兒接觸全身麻醉藥物的機會。

► 胎兒腦部發育

懷孕後前三個月內，大部分的器官組織完成了發育，而大腦的發育在分娩後依然進行，從懷孕末期三個月一直到三歲，都是胎兒或嬰兒大腦突觸形成和神經元生長的重要時期。腦部神經發育的順序為：神經生成（neurogenesis）、神經分化（neural differentiation）、神經細胞遷移（neuronal migration）和突觸新生（synaptogenesis）。腦部神經發育除了與基因

編程有關外，也會受到子宮內環境和藥物影響。通常神經生成和分化在第二孕期末就會完成，第三孕期主要是突觸新生。與啮齒類動物不同，人類的突觸新生會持續到出生後的兩至三年並且由一些神經傳導物質所調控，其中比較重要的是 γ -aminobutyric acid (GABA) 和 glutamate。

▶ 全身麻醉和鎮靜藥物對於腦部神經發育的影響

在腦部神經細胞連結發育的階段，接觸阻斷 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受器或是促進 γ -aminobutyric acid (GABA) 活性的藥物可能對於神經細胞連結造成負面影響。臨床上可能造成影響的藥物包括：desflurane、isoflurane、sevoflurane、etomidate、ketamine、propofol、lorazepam 及 midazolam。

▶ 動物研究

由啮齒類動物實驗發現在腦部突觸新生階段，長時間使用麻醉藥物會造成腦部神經細胞及寡突膠細胞 (oligodendrocyte) 數目減少和突觸型態改變。而靈長類動物在懷孕後期，若接受 24 小時 ketamine、5 小時 isoflurane 或是 5 小時 propofol 都會造成胎兒腦部神經細胞數目減少。神經細胞及寡突膠細胞數目減少可能會造成認知 (包括學習和記憶) 能力受損。不過，這類實驗結果同理推論到人體研究則尚有爭論。

▶ 臨床研究

目前尚未有關於懷孕後期長時間使用全身麻醉藥物對於胎兒腦部發育的大規模臨床研究，主要還是著重於接受全身麻醉剖腹產對於新生兒日後腦部功能的影響。2009 年，Sprung 等學者分析研究美國明尼蘇達 Olmsted 的 193 位全身麻醉剖腹產、304 位半身麻醉剖腹產和 4823 位自然產新生兒，發現新生兒出現日後學習障礙的機會：全身麻醉剖腹產與自然產相仿，而半身麻醉剖腹產與自然產相比則較低，風險比為 0.64 (95% confidence interval 0.44~0.92, $p=0.017$)。2015 年 Chien 等學者利用台灣健保資料庫，在平均 4.3 年的追蹤後，發現經由全身麻醉剖腹產生下的孩童比自然產出生的孩童增加 52% 自閉症的機會。相反的，2015 年 Creagh 等學者在波多黎對於產婦和小於 2 歲孩童接受全身麻醉後的追蹤研究，則認為全身麻醉並不會增加幼兒自閉症的機會。

▶ 結論：

雖然在動物實驗發現長時間（大於 3 小時）使用阻斷 N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受器或是促進 γ -aminobutyric acid (GABA) 活性的麻醉和鎮靜藥物會增加腦部細胞受損和日後認知障礙的機會，然而，人類的證據是混淆且沒有那麼直接的。目前並無證據顯示單次、短時間的全身麻醉和鎮靜藥物使用會造成人類幼兒學習和行為的負面影響。也沒有證據顯示哪一種全身麻醉和鎮靜藥物較為安全。值得注意的是，全身麻醉藥物對嬰幼兒神經系統的影響與麻醉藥的劑量、使用時間、麻醉次數以及初次麻醉年齡有關。面對懷孕後期孕婦需要接受全身麻醉手術時，除了考量手術時機與風險外，也要留意全身麻醉和鎮靜藥物對於胎兒的影響。

▶ 推薦閱讀

1. FDA Drug Safety Communication: FDA review results in new warnings about using general anesthetics and sedation drugs in young children and pregnant women.
2. Palanisamy A. Maternal anesthesia and fetal neurodevelopment. *Int J Obstet Anesth* 2012; 21: 152-62.
3. De Tina A, Palanisamy A. General Anesthesia During the Third Trimester: Any Link to Neurocognitive Outcomes? *Anesthesiol Clin* 2017; 35: 69-80.

編 後 語

周輝政

首度參與會訊的編輯工作，雖然以前不乏寫稿、趕稿以及編輯的經驗，仍感戰戰兢兢。也因為知道相關工作的繁瑣，需要相當的熱情才能完成，也在此感謝各位參與的先進以及工作人員。

年度的大活動一年會暨擴大學術會議即將在3月18日~19日在圓山飯店舉行，今年的內容相當精采，希望大家都能一起來參與。

本會博物館在各位先進支持之下收藏日豐，仍懇請各位先進仍熱烈捐輸，以維持日常運作。

學會每次旅遊活動都獲得好評，大家參加踴躍，4月30日中區健行行程選在惠蓀林場。有意參加者請記得報名，和大家一起享受森林浴。

本期通訊繼續教育，由李耀泰醫師、陳福民醫師、尹長生醫師，以及郭理事長所撰寫「膀胱過動症最理想藥物組合」，以及「實行ERAS，微創手術的優點要重新評估」相信對於各位會員平日臨床的操作有很大的幫助，也鼓勵各位會員多多提筆，投稿醫訊，把平日的臨床及研究心得分享給各位會員。

一年復始，萬象更新，雖然整個婦產科受到少子化的影響，但是在各位會員共同的努力之下，整個婦產科隱隱有回春的跡象，這是新的年度讓人最感到欣慰的。也在此向各位先進拜個晚年。

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 九

傳真：(02) 2200-1476

◎ 244 通訊繼續教育答案◎

題目：膀胱過動症最理想藥物

組合：mirabegron + solifenacin

1. () 2. ()

3. () 4. ()

5. () 6. ()

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
170226-1	『精彩雙十萬芳奔馳』萬芳醫院20週年院慶婦產部醫療新知研習會	萬芳醫院婦產部	萬芳醫院6樓國際會議廳 地址/台北市文山區興隆路三段111號	02月26日 08時30分	02月26日 15時05分	B	5分
170226-2	2017更年期繼續教育訓練課程(上)台北場	台灣更年期醫學會、奇美醫院、高雄長庚醫院婦產部	台大兒童醫院B1視聽講堂	02月26日 08時30分	02月26日 13時00分	B	4分
170305-1	2017更年期繼續教育訓練課程(上)台中場	台灣更年期醫學會、奇美醫院、高雄長庚醫院婦產部	中山醫學大學正心樓0213教室	03月05日 08時30分	03月05日 13時00分	B	4分
170305-2	乳癌影像篩檢之解讀	臺中市大臺中醫師公會	台中慈濟醫院感恩樓5樓	03月05日 15時30分	03月05日 16時30分	B	1分
170308-1	Coenzyme Q10在治療男性不孕症之運用	林新醫療社團法人林新醫院	林新醫院B棟13F國際會議廳	03月08日 13時00分	03月08日 14時00分	B	1分
170311-1	Advanced Minimal Invasive Surgery and Endometrial Biology	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、高雄財法大醫院婦產部	義大醫院-六樓大講堂(高雄縣燕巢鄉角宿村義大路1號)	03月11日 08時30分	03月11日 17時30分	B	5分
170318-1	106年度年會暨擴大學術研討會	台灣婦產科醫學會	台北圓山大飯店	03月18日 08時15分	03月19日 17時00分	A	29分
170319-1	台灣骨鬆肌少關節防治學會2017年會員大會暨學術研討會	台灣骨鬆肌少關節防治學會	台北天成飯店	03月19日 08時30分	03月19日 15時30分	B	2分
170325-1	新生兒高級急救課程(救命術(NRP)訓練)	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	童綜合醫療社團法人童綜合醫院(梧棲院區)臨床技能中心	03月25日 07時30分	03月25日 17時10分	B	1分
170326-1	2017更年期繼續教育訓練課程(上)台南場	台灣更年期醫學會、奇美醫院、高雄長庚醫院婦產部	奇美醫院第五醫療大樓6樓561會議室	03月26日 08時30分	03月26日 13時00分	B	4分
170409-1	2017更年期繼續教育訓練課程(上)高雄場	台灣更年期醫學會、奇美醫院、高雄長庚醫院婦產部(依日期順序排列)	高雄長庚醫院國際會議紅廳	04月09日 08時30分	04月09日 13時00分	B	4分
170409-2	台灣福爾摩沙泌尿醫學會北區研討會	台灣福爾摩沙泌尿醫學會	臺北榮民總醫院中正樓3F外科中部會議室(台北市北投區石牌路二段201號)	04月09日 09時00分	04月09日 15時40分	B	4分
170614-1	產後憂鬱	中山醫療社團法人中山醫院	中山醫院會議室	06月14日 13時00分	06月14日 14時00分	B	1分

轉診病例討論會花絮

106.2.19

新竹場



台中場



高雄場





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