

# 台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2020年1月279期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



## TAOG 20+20

台灣婦產科醫學會  
109年度年會暨擴大學術研討會

The 59th Annual Congress of Taiwan Association  
of Obstetrics and Gynecology



2020  
FEBRUARY 22 Sat. -23 Sun.

TICC 台北國際會議中心

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.ort.tw/>

E-mail：[obsgyntw@seed.net.tw](mailto:obsgyntw@seed.net.tw)

發行人：黃閔照

秘書長：黃建霖

編輯：會訊編輯委員會

召集委員：陳明哲

副召集委員：李耀泰

委員：王三郎 王鵬惠 周輝政 易瑜嶠

林明輝 洪煥程 崔冠濠 陳建銘

詹德富 鄭雅敏 賴宗炫 龍震宇

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



# 108.12.15 醫療發展 - 台南場



# 108.12.22 醫療發展 - 台中場



# 台灣婦產科醫學會 279 期會訊

## 目錄精華

---

04 理事長的話 | 文/黃閔照

---

06 秘書長的話 | 文/黃建霖

---

09 文物館捐款名單

---

10 秘書處公告

---

10 桃園 - 石門山步道健行活動

11 中華民國醫師公會全國聯合會 函

有關 貴學會建議本會修訂「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」部分條文案，詳如說明，請查照。

13 衛生福利部中央健康保險署 函

有關「限用於胃及十二指腸潰瘍之藥品用於催產」之申報規範，請貴會轉知所屬會員，本藥品不符藥品許可證所載適應症未變更前，本署仍將依現行規定不予給付，請查照。

14 衛生福利部中央健康保險署 函

檢送 108 年 12 月 12 日召開「全民健康保險醫療費用審查注意事項 108 年度研修案西醫分科專家諮詢會議 - 第 1 次會議」會議紀錄乙份，請查照。

18 衛生福利部疾病管制署 函

請確實函知轄區衛生所及預防接種合約院所，針對已接種 2 劑不活化日本腦炎疫苗，且於間隔 12 個月後完成 1 劑活性減毒日本腦炎疫苗之幼童，其後不必再追加，請查照。

19 通訊繼續教育

---

19 FDA 警語：麻醉藥對胎兒神經發育有影響

文/李耀泰 陳福民 郭宗正

24 會員園地

---

24 淺談剖腹產 (Cesarean section)

文/許文瑋

29 女性下泌尿道症狀的藥物治療

文/蔡青倍

34 編後語 | 文/李耀泰

---

36 徵才訊息

---

40 活動消息

---

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>



## 理事長的話

黃閔照

1/11 選舉結束，恭禧小英總統獲得 817 萬過半台灣人的選擇，連任為中華民國第 15 屆總統，選舉期間充斥著許多政治言語，也希望伴隨著選舉結束，大家能夠團結一致，共同為台灣努力。

Cytotec off label use 問題，學會近期內多次公告，須依照規定使用，尤其在足月活產催生上。過去曾發生子宮過度刺激及子宮破裂案件，臨床上雖然不能直接認定因果關係，但的確在產科用藥上，不比其他藥物，須更加小心謹慎。立法院也做出決議，要求催生藥物使用 cytotec 要依照使用常規及告知原則（學會網站下載），年會中，也有相關懷孕子宮破裂的講題，off label use 使用原則及 cytotec 之臨床應用作討論，也歡迎大家參加。

本次年會 2/22-2/23 因考量辦理第四屆台日韓學術交流，在台北國際會議中心舉辦，請會員提早訂房，或者透過台北市捷運系統也是不錯的選擇。本次演講也新增更年期治療新知，2002 WHI 因賀爾蒙治療用藥安全，提早終止研究計劃，造成世界對賀爾蒙使用的全面撤出，連帶造成對婦女健康照護的影響。近年來許多研究發現賀爾蒙治療不若當初 WHI 的研究結果，希望透過實證醫學的討論，給予停經後婦女安全合宜的照護，大會演講特別邀請何弘能院士談幹細胞的臨床應用，韓國 Young-Tak Kim 教授談韓國 HPV 疫苗現況，日本 Hiroshi Sameshima 教授談如何改善日本周產期照護，美國 Diana Ramos 談由受孕開始的全人健康，大會也特別感謝陳建仁副總統過去對台灣公衛健康的貢獻，邀請作大會演講。日前面對社會團體提出心跳法案，本次醫學倫理講座也邀請林靜儀立委談 CEDAW（聯合國消除婦女的一切形式歧視公約）對台灣的影響，江盛醫師談生育自主權及胎兒生命權的衝突，針對 CEDAW，國健署也於 1/20 召開專家會議，討論是否取消受暴或弱勢婦女中止妊娠之配偶同意權及未成年醫療自主權的問題。其實社會上對優生保健法修法有很高的期待，但一直因為爭議性高，無法達成共識，1/11 中選會駁回心跳法案公投案，但民團再提出六天思考期公投案，公投的確可以表現出人民意志，但是面臨健康自主權時，仍應該多



加思考，不要用公投議案來分裂社會了！

108 年生產數為 177,767 人，為史上第二低，比去年 181,601 少 3834 人，1/4 跟黃建霈秘書長及何信頤副秘書長參加醫療記者聯誼會餐會，記者有問到台灣生育率問題，其實最大隱憂是 2022 年的虎年，每次虎年的生產數會比前一年下降 2 到 3 萬人，期盼國家少子化問題嚴重下，政府應立即改善孕產婦友善職場環境，透過成功人士介紹，改善國人對虎年沖煞的觀念，減緩少子化衝激。

歡送金豬，喜迎金鼠，期盼象徵帶財的錢鼠，能為大家帶來一年的幸福平安，發大財。

## 秘書長的話

黃建霖

各位會員前輩及伙伴們：大家平安

轉眼鼠年將至，每年到了年底，少子化的議題必然又浮出檯面，依內政部戶政司統計資料顯示，去年1至12月累計出生數為177,767人，較上年同期減少3,834人或2.11%，創下九年來新低，而且專家預測最低點可能還沒到，三年後的虎年可能將創下台灣半世紀以來出生數的新低，而且年出生數與死亡數很可能在2020年出現死亡交叉，從此台灣即將進入人口負成長時代。

而在人口出生數創新低時，我們的孕產婦與新生兒死亡率卻悄悄攀高。究其原因，國內高齡產婦比率首度超過三成，導致生產併發症增加為首要原因。這與社會風氣改變，晚婚、晚生、生的少，甚至不婚、不生極有關係。加上低薪、高房價的大環境，年輕人在無穩定經濟基礎下，養活自己都很辛苦，因此不敢來生育下一代。近年來政府雖有些各項補助，但目前看來效果並不佳，不然出生數不會一直下探。或許減稅，吸引高收入者多來生，獎勵企業給予孕產婦友善職場環境，優先提供合宜住宅或減免房貸利息給有幼兒的家庭，並對不孕症患者給予補助，以及開放代理孕母，提供嬰幼兒充足且良好的幫忙照顧體系，多管全方位齊下，才能收到效果。另外對孕婦產檢提供更多的經費以提高照護品質，以期能事先找到危險並加以適當預防及處理，建立完整且鼓勵適時轉介的醫療體系，甚至在準備懷孕前鼓勵先做好身體評估及調整，及提供產後的延續照顧，也是政府及各專業團體責無旁貸的部分。而找出產科醫師在臨床處置可改善的部分，並加以訓練、考核、改善、獎勵，值得我們大家一起來努力，學會也當著力集合國內外的專家，來提供良好的訓練課程及演練，讓第一線的人員都有足夠的能力來面對醫療緊急事件。近日生育風險補償基金及醫策會生產事故事件通報小組，在蘇聰賢院士及黃閱照理事長領導下，除爭取到更高額的生育風險補償，來減少大家面臨產科醫糾時的訴訟外，也提醒大家應於兩日內給予病家關懷，畢竟病家的感覺很重要，也關乎這個制度能否長久推行。近期內醫策會也將推出一系列生產風險管控範本，以協助醫療及助產機構建立機構內風險管控機制，來幫助各機構做更好的準備，儘量減少憾事的發生及其嚴重度。畢竟在少子化的時代，每個孕婦跟寶寶都非常重要。學會也即將在三月份於北、中、南舉辦一系列生產事故相關教育訓練課程，歡迎大家屆時一起來參與。

健保署審查共識會議的結論，也已於本期會訊公告。還請大家前後對照來看，應可更清楚該如何來做。至於新增尚未通過的部分，在李茂盛院士及新任武國璋召集人領導的健保政策委員會努力下，已初步擬訂如何再爭取，可期待未來再有斬獲。

109 年度年會暨擴大學術研討會即將於 2/22-23，假台北國際會議中心舉行。各項大會資訊已公告在學會網頁，歡迎查詢。另在寄給大家的三摺頁上也有說明，並設計了 QRcode，方便大家隨時查詢年會詳細資訊。希望大家都能輕鬆愉快地來參與年會，一起學習成長。

桃園石門山健行活動，即將於 3 月 22 日舉行。除登山健行及聚餐外，將參訪學會博物館，館藏文物目前超過兩千件，近日內在謝卿宏院士領導的文物保存委員會努力下，已全面完成 E 化，相當值得一看。有興趣的會員們，歡迎於 2 月底前報名，一起來參加。

年關將近，天氣變化劇烈，尾牙也多，又有各項傳染病蠢蠢欲動，還請大家多多注意身體健康。

最後敬祝大家

鼠年行大運歡喜ㄉㄨˇ不盡

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 黃閔照

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃建霈

財務委員會召集人 陳信孚 敬上



## 108 年度文物館捐款名單

會員編號	姓名	本次捐款金額	總捐款金額	捐款日期
1422	郭宗正	30,000	575,000	108年01月14日
3405	邱上琪	2,000	2,000	108年01月20日
1643	潘俊亨	50,000	50,000	108年02月15日
1866	陳明哲	20,000	120,000	108年03月11日
0800	王國恭	20,000	20,000	108年04月03日
1422	郭宗正	30,000	605,000	108年05月02日
2290	謝卿宏	2,155	1,002,155	108年05月30日
1593	陳建銘	2,120	185,640	108年08月29日
1769	黃啟明	1,830	11,830	108年08月30日
3048	董宇紅	8,000	8,000	108年09月18日
1422	郭宗正	50,000	655,000	108年10月07日
1599	賴文福	50,000	300,000	108年10月14日
0956	李耀泰	20,000	93,000	108年11月01日

## 博物館成立後再捐贈文物名單

製表日期：109/01/21

### 個人捐贈（依姓氏筆畫排序）：

方昌仁、王俊雄、王義雄、王漢州、王鵬惠、甘明又、成功、朱明星、何弘能、李盛、李正義、李枝盈、李茂盛、李榮憲、李耀泰、杜錦照、阮正雄、周建章、林正義、林炎照、吳香達、姜仁發、施景中、柯瑞祥、張志源、張維君、張昇平、許峰雄、許龍國、郭宗正、陳文龍、陳宏銘、陳哲男、陳福民、陳麗貴、曹國賢、馮承芝、黃思誠、黃閔照、黃德雄、黃秀吉、彭增福、楊友仕、楊應欽、葉文德、趙宗冠、劉永昌、蔡明賢、蔡英美、蔡景林、蕭惠貞、賴明志、謝欣穎、謝卿宏、蘇文彬、蘇聖傑、蘇聰賢、鐘坤井

### 機關單位捐贈：

台大醫院婦產部、馬偕醫院、原水文化（城邦出版社）

### 外國組織 / 個人捐贈：

日本：木村正教授、Prof. Takeshi Maruo & Mrs. Keiko Maruo、Prof. Yuji Hiramatsu

韓國：KSOG、Prof. Joo-hyun Nam、Prof. Yong-won Park、Prof. Yoon-seok Chang、尹聖道教授

美國：ACOG 前理事長 Prof. James N. Martin、ACOG 前理事長 Prof. Jeanne Conry、

ACOG 前理事長 Prof. Mark S. DeFrancesco、ACOG 前理事長 Prof. Thomas M. Gellhaus

馬來西亞：AFOG 理事長 Dr. Ravi Chandran

英國：FIGO 前理事長 Prof. Sabaratnam Arulkumaran

## 桃園 - 石門山步道健行活動

康樂福利委員會

石門山位在石門水庫西側，又名小竹坑山，是台灣小百岳之一，海拔高度 551 公尺，坐擁石門水庫壯麗美景，以及龍潭、大溪街景，而且還有機會能見到台北 101 大樓，解放你的視野。我們將由民治路的入口牌樓進入石門山步道北端，前段屬原始泥土路，假日不少攤商聚集販售登山杖、小吃、山產。沿途坡度平緩，可以用悠閒自在的步調，慢賞相思林、油桐樹、蕨類植物。

午餐至全家福客家菜館用餐，此間餐廳坐落於龍潭三和村內，為當地知名景觀餐廳，有舒服迷人的花園景觀及魚池。

享用完客家美食後，將前往位於龍潭渴望園區的學會博物館，博物館內珍藏歷代婦產科先輩打拼的事蹟、使用的器材與非常有價值的文獻！讓台灣婦產科的發展軌跡，保留珍藏、永續維護、世代流傳。

日期：109 年 3 月 22 日（星期日）

集合點一：上午 8:50 學會 1 樓大門口（台北市中山區民權西路 70 號）

集合點二：上午 9:00 秉坤婦幼醫院停車場（免費）（桃園市平鎮區延平路二段 129 號）

◇登山路程：約 2 個小時

◇登山難易度：易

◇攜帶用具：雨衣、登山杖、護膝、禦寒衣物、水、手套。

◇午餐：全家福客家菜館（三和館），約中午 12 時 30 分用餐。

備註：請參與的會員務必配掛名牌，以利識別身份，謝謝您的配合。

中南部地區會員，可參考下表往返台北搭乘高鐵的時間班次表。

站名	北上		南下
	出發車次	出發時間	建議搭乘車次及台北出發時間
台中烏日	802 或 204	07:25 或 07:48	845 車次 17:11(每站皆停) 667 車次 17:21 149 車次 17:31(直達台中、左營)
雲林	802	07:00	
台南	802 或 204	06:29 或 07:07	
高雄左營	802 或 204	06:15 或 06:55	

### ★報名方式：

欲參加者請於 **109 年 2 月 29 日前** 報名，並事先繳交 300 元費用（限會員及配偶或直系血親，非會員每人費用 600 元）及填寫下列報名表傳真回覆學會。

或線上報名連結：<https://forms.gle/gHR9i4nEjpLkQYVP9> 或掃描右方 QRcode：

繳款方式：郵局劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

為保障權益將為每一位參加者加保旅遊平安險，請務必填妥下列每項資料。



會員資料		參加人員 2		參加人員 3	
會員姓名		眷屬姓名		眷屬姓名	
會員編號		<input type="checkbox"/> 配偶或直系血親	<input type="checkbox"/> 朋友	<input type="checkbox"/> 配偶或直系血親	<input type="checkbox"/> 朋友
出生年月日		出生年月日		出生年月日	
身份證號		身份證號		身份證號	
行動電話		集合點（必填）			

學會電話：02-25684819

傳真：02-21001476

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 108 年 12 月 20 日

發文字號：全醫聯字第 1080002291 號

附件：如說明段

主旨：有關 貴學會建議本會修訂「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」部分條文案，詳如說明，請 查照。

說明：一、復 貴學會 108 年 8 月 20 日台婦醫會總字第 108149 號函。

二、依據本會 108 年 10 月 22 日西醫基層醫療服務審查執行會（審查組）108 年第 3 次會議結論暨 108 年 12 月 8 日西醫基層醫療服務審查執行會 108 年第 4 次會議報告通過辦理。

三、貴會建議修訂旨揭部分條文，本會謹申謝忱。前揭建議業經本會相關會議討論，通過之增修訂條文對照表詳如附件一；部分條文未獲會議共識（未通過條文暨理由詳如附件二），盼請諒察。



全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項增修訂條文對照表 (108/10/22)

婦產科

規範醫令代碼	建議增訂條文	原條文	增修目的	增修依據	說明
28028C 55001C 81031C	200504 婦科子宮頸病狀診療 200504022 抹片 ASCUS(含)以上及HPV16、18型陽性病人，得進行陰道鏡檢查(28028C)，附加之子宮頸切片(55001C)及ECC子宮內管刮除術(81031C)得另行申報。	200504 婦科子宮頸病狀診療 200504022 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。	<input type="checkbox"/> 確保病人安全 <input type="checkbox"/> 減少不當醫療服務量 <input type="checkbox"/> 配合醫療服務給付項目及支付標準/藥物給付項目及支付標準修訂 <input type="checkbox"/> 增進醫療照護之公平性 <input type="checkbox"/> 提升醫療照護品質 <input type="checkbox"/> 助於減少臨床行為之差異 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 醫療服務給付項目及支付標準或藥物給付項目及支付標準之藥品給付規定修訂說明 <input type="checkbox"/> 爭審會爭議審議原則 <input type="checkbox"/> 實證醫學證據等級(檢附文獻如附件) <input type="checkbox"/> 1++ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2++ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項未通過條文理由彙整表 (108/10/22)

婦產科

規範醫令代碼	建議修訂條文	原條文	修訂目的	修訂依據	其他單位意見	未通過理由
55021C	200505 婦科骨盆腔病狀診療 200505010 骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下 200505010-01 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。 200505010-02 無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。 200505010-03 陰道灌洗必須記載於病歷內。 200505010-04 如以其他理學檢查，病歷上有記載子宮及其他附屬器之發現，亦可申報。	200505 婦科骨盆腔病狀診療 200505010 骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下 200505010-01 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。 200505010-02 無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。 200505010-03 陰道灌洗必須記載於病歷內。	<input type="checkbox"/> 確保病人安全 <input type="checkbox"/> 減少不當醫療服務量 <input type="checkbox"/> 配合醫療服務給付項目及支付標準/藥物給付項目及支付標準修訂 <input type="checkbox"/> 增進醫療照護之公平性 <input type="checkbox"/> 提升醫療照護品質 <input type="checkbox"/> 助於減少臨床行為之差異 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 醫療服務給付項目及支付標準或藥物給付項目及支付標準之藥品給付規定修訂說明 <input type="checkbox"/> 爭審會爭議審議原則 <input type="checkbox"/> 實證醫學證據等級(檢附文獻如附件) <input type="checkbox"/> 1++ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2++ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	健保署意見： 骨盆腔檢查條文並未設限檢查方式，且需於病歷上需記載事項亦同前項，是否有增修之需要，請惠示意見。	因醫療服務給付項目及支付標準之附註已訂有申報規範，爰本修訂條文保留。
19011C	<b>【新增條文】</b> 胎兒生理評估不侷限於高危險妊娠，胎動減少、羊水異常亦可申報，必要時得增加檢查次數，妊娠期間若超過2次，須於病歷記載檢查理由。		<input type="checkbox"/> 確保病人安全 <input type="checkbox"/> 減少不當醫療服務量 <input type="checkbox"/> 配合醫療服務給付項目及支付標準/藥物給付項目及支付標準修訂 <input type="checkbox"/> 增進醫療照護之公平性 <input type="checkbox"/> 提升醫療照護品質 <input type="checkbox"/> 助於減少臨床行為之差異 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 醫療服務給付項目及支付標準或藥物給付項目及支付標準之藥品給付規定修訂說明 <input type="checkbox"/> 爭審會爭議審議原則 <input type="checkbox"/> 實證醫學證據等級(檢附文獻如附件) <input type="checkbox"/> 1++ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2++ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	A單位意見： 既名為高危險妊娠胎兒生理評估，對象應明確以免申報浮濫。	因醫療服務給付項目及支付標準之附註已訂有申報規範，爰本修訂條文保留。

## 衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 108 年 12 月 24 日

發文字號：健保審字第 1080064503 號

附件：如說明段

主旨：有關「限用於胃及十二指腸潰瘍之藥品用於催產」之申報規範，請貴會轉知所屬會員，本藥品不符藥品許可證所載適應症未變更前，本署仍將依現行規定不予給付，請查照。

說明：一、旨揭藥品為「MISOPROSTOL，一般錠劑膠囊劑，200.00MCG」分類分組藥品，其藥品許可證核可之適應症為胃及十二指腸潰瘍，經本署分析發現該藥品多用於催產病人，經洽主要相關專科醫學會之臨床用藥意見，摘要如下：本藥品依據國際婦產科聯盟準則，MISOPROSTOL 使用於引產，惟此為仿單外使用，應有產婦知情同意書為宜。另仿單上提及與周產期相關的罕見不良反應報告有：子宮破裂、羊水栓塞、子宮收縮異常、胎兒死亡等，應考量用於產婦催生時可能會導致子宮強烈收縮，而造成胎兒窘迫、子宮破裂等危險。

二、對於前揭意見因涉及不符藥品許可證所載適應症之使用範圍，本署將另案函予廠商，請其向衛生福利部食品藥物管理署申請變更適應症。

三、旨揭藥品不符藥品許可證所載適應症之處方，於仿單適應症未變更前，本署仍將依現行規定不予給付；惟特殊病例得以個案向本署申請事前審查，於核准後給付。

Cytotec 知情同意書：<https://reurl.cc/6gOY8M>

FIGO 相關使用規範：<https://reurl.cc/31Epz0>



衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 109 年 1 月 6 日

發文字號：健保審字第 1080036773 號

附件：如說明段

主旨：檢送 108 年 12 月 12 日召開「全民健康保險醫療費用審查注意事項 108 年度研修案西醫分科專家諮詢會議 - 第 1 次會議」會議紀錄乙份，請查照。

全民健康保險醫療費用審查注意事項 108 年度研修案  
西醫分科專家諮詢會議第 1 次會議紀錄

時間：108 年 12 月 12 日 14 時

地點：本署 9 樓第一會議室

出席(列)席委員、單位及人員：詳簽到單

主席：馬顧問辛一

紀錄：葉祝玫

一、主席致詞：略

二、報告事項：

報告單位：本署醫審及藥材組

(一) 案由：本署分科專家諮詢會議組成及功能簡介。

決定：洽悉。

(二) 案由：各科低效益醫療服務項目審查注意事項案。

決定：洽悉。

(三) 案由：配合支付標準開放表別，修正相關審查注意事項案。

決定：洽悉。

三、討論提案

提案一

案由：增修訂一般原則、骨科、外科、耳鼻喉科及婦產科全民健康保險醫療費用審查注意事項案，提請討論。

結論：



- (一) 同意增修或維持原條文或不予新增或移本署相關業務單位研參之修訂內容，如附件。
- (二) 有關西醫基層總額之一般原則增修四肢超音波檢查(19016C) 審查規範部分，請醫師全聯會於1個月內函復本署，是否併同醫院總額增訂。
- (三) 有關耳鼻喉科部分：針對上述「100903050 追蹤鼻咽癌，咽喉癌及其它頭頸部癌症之內視鏡」增列例外狀況(如出血...等)部分，請台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會邀集相關單位開會研商後，於1個月內函復本署，提供正面表列文字。

四、散會(下午4時30分)

(五)婦產科

科別	總額別	會議提案增修條文	結論
婦產科_1	西醫基層	2005通則 200501031用藥 200501031-02注射藥品之使用時機，應以不能口服或口服仍不能期待有立即治療效果時，方得為之。	同意增修。
婦產科_2	西醫基層	200501031-03荷爾蒙之使用： <u>1.停經後荷爾蒙合併雌激素與黃體素荷爾蒙之使用，得依醫師診斷使用於閉經、更年期症候群、骨質疏鬆症等疾病治療。</u> <u>2.但已接受子宮切除後之病患不宜使用含黃體素之荷爾蒙製劑。</u> <u>3.若因重度子宮內膜異位症而須切除子宮之病患，則仍需併用黃體素以避免停經後子宮內膜異位症之發生。</u>	1. 同意酌修文字後增訂。 2. 文字修訂如下:3. 若因重度子宮內膜異位症而須並已切除子宮之病患，則仍需併用黃體素以避免停經後子宮內膜異位症之發生。
婦產科_3	西醫基層	200501031-05止血劑及酵素腫劑：應慎重選擇使用。正常凝血機能下之手術後及脅迫流產等，應不必使用止血劑檢視其使用之必要性。	同意增修
婦產科_4	西醫基層	200502 婦科子宮病狀診療 200502010 CA-125(EIA)之審查 200502010-01臨床上懷疑有婦科惡性腫瘤或已確認為婦科惡性腫瘤者，或其他惡性腫瘤可作為監測指標者，監測其治療效果或追蹤其是否復發。得每三個月申報1次，其他惡性腫瘤，CA125如可作為癌症監測指標者亦同，但如療程中或因病情變化需要提早監測時須說明其理由。	1. 同意增修。 2. 增列婦科腫瘤標記(如SCC、CA199、CA153)另立條文部分，請醫師全聯會邀集台灣醫院協會及台灣婦產科醫學會等單位共同協商整合意見後，提供西醫基層章節之增訂意見。
婦產科_5	西醫基層	200502010-02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3-6個月抽血1次。	同意增修

# 秘書處公告

<p>婦產科 _6</p>	<p>醫院</p>	<p>100502062婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則： 100502062-01適宜執行「19003C婦科超音波」及「19013C陰道式超音波」病症以下列為原則： a. 月經週期異常、子宮異常出血。 b. 腹痛。 c. 經痛、經血過多。 d. 不孕症評估。 e. 懷疑骨盆腔腫瘤(良性或惡性)。 f. 懷疑先天性生殖器官異常。 g. 懷疑泌尿道異常。 g.h. 懷疑骨盆腔感染。 h.i. 子宮內避孕器位置檢查。 i.j. 懷疑子宮外孕。 j.k. 第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。 k.l. 早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。 l.m. 上次超音波檢查： (1).有異常發現，可依據臨床狀況，視病情需要進行超音波追蹤檢查。 (2).正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。 m.o. 其他慢性病灶之追蹤。 100502062-02檢查頻率：視病情嚴重程度3~6個月執行一次。 100502062-03應檢附病歷紀錄，初步理學檢查之結果及執行超音波之理由，併附清晰可審視之超音波影像及判讀報告。</p>	<p>同意增修</p>
<p>婦產科 _7</p>	<p>西醫 基層</p>	<p>200502新增 婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則： <u>一、適宜執行「19003C婦科超音波」及「19013C陰道式超音波」病症以下列為原則：</u> <u>1.月經週期異常、子宮異常出血。</u> <u>2.腹痛。</u> <u>3.經痛、經血過多。</u> <u>4.不孕症評估。</u> <u>5.懷疑骨盆腔腫瘤(良性或惡性)。</u> <u>6.懷疑先天性生殖器官異常。</u> <u>7.懷疑泌尿道異常。</u> <u>8.懷疑骨盆腔感染。</u> <u>9.子宮內避孕器位置檢查。</u> <u>10.懷疑子宮外孕。</u> <u>11.第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。</u> <u>12.早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。</u> <u>13.上次超音波檢查：</u> <u>(1).有異常發現，再依據臨床狀況決定，1個月以上不等的頻率繼續作超音波追蹤。</u> <u>(2).正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。</u> <u>14.其他慢性病兆之追蹤。</u> <u>二、檢查頻率：視病情嚴重程度3~6個月執行一次。</u> <u>三、應檢附病歷紀錄，初步理學檢查之結果及執行超音波之理由，併附清晰可審視之超音波影像及判讀報告。</u></p>	<p>同意增訂。</p>



婦產科 _8	醫院	(維持原條文) 100503021-01陰道及外陰之發炎，門診口服抗微生物製劑使用以一種為限，得併用陰道塞劑或藥膏。	維持原條文
婦產科 _9	西醫 基層	(維持原條文) 200503婦科陰道病狀診療 200503021陰道及外陰、骨盆腔發炎之抗微生物製劑使用 200503021-01陰道及外陰之發炎，門診口服抗微生物製劑使用以一種為限，得併用陰道塞劑或藥膏。	維持原條文
婦產科 _10	西醫 基層	200503婦科陰道病狀診療 200503042一般IUD之置入，健保不給付，而IUD因發炎或出血症狀而取出，可以簡單複雜陰道異物去除術(55005C55006C)申報。	同意增修
婦產科 _11	西醫 基層	200504婦科子宮頸病狀診療 200504022抹片 ASCUS(含)以上及HPV16、18型陽性病人，得進行陰道鏡檢查(28028C)，附加之子宮頸切片(55001C)及ECC子宮內管刮除術(81031C)得另行申報。	同意增修
婦產科 _12	西醫 基層	(維持原條文) 200505婦科骨盆腔病狀診療 200505010骨盆腔檢查，病歷必須有記載骨盆腔檢查如下 200505010-01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。 200505010-02無性經驗者，宜記載陰道口、外陰部有無病變或異常。(102/3/1) 200505010-03陰道灌洗必須記載於病歷內。(100/1/1)	維持原條文
婦產科 _13	醫院	100508產科產前檢查 100508030高危險妊娠胎兒生理評估 100508030 高危險妊娠，胎動減少、羊水異常等得進行胎兒生理評估，若增加檢查次數，妊娠期間若超過2次，須於病歷記載檢查理由。」	回歸支付標準規定，本條文刪除。
婦產科 _14	西醫 基層	(不同意新增) 產科產前檢查	不同意新增，配合醫院總額刪除本條文之結論。
婦產科 _15	西醫 基層	(維持原條文) 200512產科子宮外孕診療 200512010產科超音波 200512010-01 子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病得申報產科超音波(19010C)。	1.維持原條文。 2.台灣婦產科醫學會建議增修「陰道超音波」等文字部分，請學會另提新增條文之建議。



衛生福利部疾病管制署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 109 年 1 月 10 日

發文字號：疾管防字第 1090200028 號

附件：如說明段

**主旨：請確實函知轄區衛生所及預防接種合約院所，針對已接種 2 劑不活化日本腦炎疫苗，且於間隔 12 個月後完成 1 劑活性減毒日本腦炎疫苗之幼童，其後不必再追加，請查照。**

說明：一、國內幼兒常規接種之不活化日本腦炎疫苗 (JE) 自 106 年 5 月 22 日起改採活性減毒疫苗 (JE-CV)，有關該項疫苗之接種實務及接種間隔等資訊，業於 106 年 5 月 12 日疾管字防第 1060200455 號函週知 (附件 1)，計達。

二、該項疫苗依據「衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組 (ACIP)」訂定之轉銜原則，已接種 2 劑 (或 3 劑) 不活化日本腦炎疫苗且於間隔 12 個月後完成 1 劑活性減毒日本腦炎疫苗接種之幼童，即已完成接種時程，其後不必再追加 (附件 2)。

三、由於爾來時有接獲縣市函報前揭已完成日本腦炎疫苗接種時程之幼童，於前來接種滿 5 歲至入小學前應接種的疫苗劑次時，因接種單位未細查其過往接種史，即依預防接種時程及紀錄表欄位進行接種，而造成接種誤失。

四、為避免前揭疫苗接種誤失一再發生，請落實週知再次提醒轄區接種單位，針對持 107 年以前版兒童健康手冊者，應確實查核幼童過往日本腦炎疫苗接種史，並於兒童健康手冊之「預防接種時程及紀錄表」刪除無需接種劑次，且正確登錄上傳 NIIS 疫苗劑次 (詳如附件 3 規範)。

公文附件網址：<https://reurl.cc/XXnnLe>



## 通訊繼續教育

# FDA 警語：麻醉藥對胎兒神經發育有影響



李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 郭宗正<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 台南郭綜合醫院 婦產部

<sup>2</sup> 台北中山醫院 婦產科

2016 年 12 月，根據美國食品藥物管理局（Food and Drug Administration, FDA）警示，凡第三孕期胎兒至小於 3 歲的兒童，如因手術需重複或長時間（>3 小時）的全身麻醉或使用鎮定劑，可能會影響日後兒童神經的發育<sup>[1]</sup>。麻醉藥物中有兩大類：(1)GABA（gamma-aminobutyric acid）接受器加強劑：包括鹵化性麻醉氣體（如 isoflurane、sevoflurane、desflurane）、barbiturates、etomidate、benzodiazepine（如 midazolam）、鎮定催眠藥（如 propofol）等；(2) NMDA（N-methyl D-aspartate）拮抗劑：如 ketamine（Ketalar®）等，會產生神經毒性，在動物實驗上對動物的胎兒或初生兒有深切影響，故少被使用在孕婦的手術。但 ketalar 因具有使用方便、藥效快速、少有呼吸抑制等優點，在資源落後地區，不論是在胎兒有早產或先天性心臟病之剖腹產孕婦，仍被採用<sup>[2]</sup>。第三孕期胎兒及幼兒在缺氧狀態下，因神經發育尚未完成，如同時有全身麻醉，胎兒腦功能與麻醉是否有關連，有待更多研究證明。

然亦有與 FDA 南轅北轍的論調，認為如此為恐懼，而延遲需要手術和診斷的時間，對患者反而不利<sup>[3]</sup>，過去陳等<sup>[4]</sup>有發表文章說明。本文特整理近期相關研究報告，作一綜合分析，以供同仁參考。

## ◆胎兒和嬰兒的腦部生長發育

神經生成（neurogenesis）在懷孕初期數週便開始，神經細胞遷移（migration）在懷孕第 12-20 週時產生。遷移後，在 20 週始便有神經突觸（synapses）的增殖（proliferation），稱突觸新生（synaptogenesis），直至 1-2 歲時才達到高。而在妊娠 28 週後，又有髓鞘形成（myelination），此要到青少年時期後完成<sup>[5]</sup>。

剛出生正常嬰兒，其大腦所有的神經原細胞（1000 億個以上）均已分化完成，並遷移到大腦適當位置，此時神經細胞相互聯絡的突觸尚未完成。如新生兒突觸只有成人的 1/3，因此嬰兒眼睛所能看到的，只有約 1 公尺距離。隨後，大腦大量的突觸連接成唯一複雜網路，期間突觸亦有凋亡和消失，然新生的遠多於消失的，故突觸在 1-2 歲時已是成人的 2 倍。而那些突觸要保留或凋亡，全憑外界環境信號而定。

在神經發育中，GABA 和 NMDA 的 glutamate 接受器都佔了重要的成份，一旦這些接受器被藥物佔有或競爭，便產生神經原的凋亡（neuroapoptosis）。因此，如在第二孕期後期、第三孕期及幼嬰時期受到麻醉藥物而影響到此二者接受器，便可能對神經造成影響 [5]。

## ◆動物研究

胎兒神經功能發育，會受麻醉藥物的影響，大多從動物研究而來。根據 Yu 等 [6] 的動物實驗報告，在相當於人類第二或第三孕期、連續使用 4-5 小時麻醉藥物，結果會產生神經細胞死亡，稱為神經凋亡（neuroapoptosis）。在 Olutoye 等 [7] 的羊試驗報告，在中期妊娠接受 isoflurane，結果雖不會產生神經凋亡，但重覆使用此麻藥，會導致新生神經細胞死亡。綜合許多動物實驗結果，靜脈注射的麻醉，影響胎兒神經的發育較為肯定，而氣體則在低濃度較少影響，但高濃度則會有傷害 [8]。

但這些研究均只接受麻醉藥物，並無接受手術，與真實情況尚有不同，因此是否能套用於人類，仍是未知。

## ◆減少麻醉藥物濃度和時間

2015 年，美國約有 1500 位胎兒在子宮內進行 myelomeningocele 修補、sacroccygeal 畸胎瘤或大的肺腫瘤切除、先天性橫膈膜疝氣、twin-twin 輸血症候群和其它先天性畸形等手術。在手術時，母親常使用吸入性氣體，胎兒會予肌肉注射鴉片類藥物和肌肉鬆弛劑，劑量濃度越高，越能使子宮鬆弛並減少胎兒的活動，便於手術的進行，但如何避免使用高濃度氣體麻醉？建議不要使用 midazole 和 propofol 藥物是否可行？他們建議胎兒手術可使用 lidocaine 和 bupivacaine（不影響胎兒腦神經），或靜脈注射 nitroglycerin、magnesium sulfate（合併 indomethacin 和 nifedipine）來加強子宮肌肉的鬆弛，亦可採靜脈注射 atosiban（抑制 oxytocin 和 vasopressin 作用）。同時，麻醉時間不超過 3 小時為佳 [1]。避免重覆性麻醉和多種麻醉藥物的使用，亦可降低胎兒神經毒性。

## ◆在人類的研究

2009 年，Sprung 等 [9] 研究分析、1976-1982 年間出生的 5320 位嬰兒，其中 497 位採剖腹



生產（有 193 位採全身麻醉、304 位採脊椎麻醉），追蹤至兒童 4 歲。結果在學習能力上，採全身麻醉剖腹生產者與陰道生產者的嬰兒相近，但採脊椎麻醉剖腹生產者的嬰兒表現則較差（危險比率 hazard ratio 0.64， $p=0.017$ ）。

但在另一方面，學習能力不是唯一改變腦功能的指標。2015 年，Chien 等 [10] 統計分析台灣全國生產報告資料庫中，在 2004-2007 年超過 800000 單胞胎生產，其中 362297 位為陰道產、161992 位採脊椎麻醉剖腹產、12384 位採全身麻醉剖腹產。經平均 4.3 年的追蹤，結果在自閉症（autism）發生率，採脊椎麻醉剖腹生產者與陰道生產者的嬰兒無統計上差異（adjusted risk 1.01、95% 信賴區間 0.75-1.36， $p=0.956$ ），但採全身麻醉剖腹生產者的嬰兒則高於陰道生產者 52%（adjusted risk 1.52、95% 信賴區間 1.18-19.4， $p=0.01$ ）。

而在另一篇波多黎各的報導，麻醉剖腹產和自然產的嬰兒，與自閉症發生率無關 [11]。

## ◆ 以 dexmedetomidine 做麻醉的神經保護劑

Dexmedetomidine 為一新型鎮定、催眠、消除焦慮的藥物，用在中樞和脊椎神經系統  $\alpha$ -腎上腺素接受器（adrenergic receptor）上。1999 年 FDA 通過其可用在有換氣（ventilated）成人中作為鎮定劑，2007 年再通過可用在自然換氣成人中作為鎮定劑。雖然，FDA 未同意 dexmedetomidine 使用在 18 歲以下年齡，但在小兒麻醉和加護病房中已普遍被使用。

Dexmedetomidine 因與 GABA 或 NMDA 接受器無交互作用，同時在小兒科或外科被廣泛使用，因此被研究做神經毒性保劑，不論單獨或混合與 isoflurane 使用，均不會導致神經凋亡 [12]。後來又有 10 個相關研究，其中 8 個證明 dexmedetomidine 不會產生神經凋亡。而在人類臨床所使用 dexmedetomidine 的劑量，通常不會有神經毒性，甚至具有神經保護的作用 [5]。

剖腹產亦有使用 dexmedetomidine 做為鎮定和止痛藥物。Yoshimura 等研究報告 27 位、採合併脊椎和硬腦外麻醉的產婦，在胎兒出生後，靜脈先注射 dexmedetomidine 6  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$  10 分鐘，而後再以 0.7  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$  維持至縫合腹膜時止。在產後 6、12 和 24 小時所測量母乳中 dexmedetomidine 的濃度均低 [13]。

## ◆ 結論

嬰幼兒神經功能評估除包括學習和記憶外，自閉症亦有相關性。隨著很多動物試驗，不論是靜脈注射麻醉藥物（如 propofol、midazolam、ketamin 等）或使用高濃度氣體麻藥（如 isoflurane、sevoflurane、desflurane 等），都可能影響胎兒或嬰幼兒神經的發育，宜盡量避免。如需使用時，宜遵守下列原則：縮短使用時間（ $<3$  小時）、低濃度、勿重覆使用。不論麻醉科、婦產科、小兒科和其它科醫師應熟稔，共同研究採一最適合嬰兒和嬰幼兒的麻醉方式，學會宜舉辦一場研討會以促進了解。根據美國德州兒童醫院，每年約有 1400 位、小於 3 歲的幼童、因病情需立即手術（即不能等到滿 3 歲後），以及每年約有 2000 位幼兒需予鎮定或麻醉來做

磁共振造影 (magnetic resonance imaging, MRI) 檢查，因此是否要對幼兒母親說明，亦應併入考量檢討 [3]。Dexmedetomidine 和鴉片類藥物雖然對神經發育沒有影響，但不能取代所有麻醉藥物。

## ◆ 參考文獻

1. Olutoye OA, Baker BW, Belfort MA, et al. Food and drug administration warning on anesthesia and brain development: implications for obstetric and fetal surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218: 98-102.
2. Burke TF, Nelson BD, Kandler T, et al. Evaluation of ketamine-based anesthesia package for use in emergency cesarean delivery or emergency laparotomy when no anesthetist is available. *Int J Gynecol Obstet* 2016; 135: 295-8.
3. Andropoulos DB, Greene MF. Anesthesia and developing brains- implications of the FDA warning. *New Engl J Med* 2017; 376: 905-7.
4. 陳宜雍, 黃雅嫻. 全身麻醉與幼兒神經發育. 台灣婦產科醫學會會訊. 2017年3月 p37-9.
5. Andropoulos DB. Effect of anesthesia on the developing brain: infant fetus. *Fetal Diagn Ther* 2018; 43: 1-11.
6. Yu D, Li L, Yuan W. Neonatal anesthetic neurotoxicity: insight into the molecular mechanisms of long-term neurocognitive deficits. *Biomed Pharmacother* 2017; 87: 196-9.
7. Olutoye OA, Sheikh F, Zamora IJ, et al. Repeated isoflurane exposure and neuroapoptosis in the midgestation fetal sheep brain. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214: 542.e1-8.
8. De Tina A, Palanisamy A. General anesthesia during the third trimester. Any link to neurocognitive outcomes? *Anesthesiol Clin* 2017; 35: 69-80.
9. Sprung J, Flick RP, Wilder RT, et al. Anesthesia for cesarean delivery and learning disabilities in a population-based birth cohort. *Anesthesiology* 2009; 112(2): 302-10.
10. Chien LN, Lin HC, Shao YH, et al. Risk of autism associated with general anesthesia during cesarean delivery: a population-based birth-cohort analysis. *J Autism Dev Disord* 2015; 45(4): 932-42.
11. Creagh O, Torres H, Rivera K, et al. Previous Exposure to Anesthesia and Autism Spectrum Disorder(AS): a Puerto Rican Population- Based Siblink Cohort Study. *Bol Asoc Med PR* 2015; 107(3): 29-37.
12. Sanders DR, Xu J, Shu Y, et al. Dexmedetomidine attenuates isoflurane- induced neurocognitive impairment in neonatal rats. *Anesthesiology* 2009; 110: 1077-85.
13. Yoshimura M, Kunisawa T, Suno M, et al. Intravenous dexmedetomidine for cesarean delivery and its concentration in colostrum. *Int J Obstet Anesth* 2017; 32: 28-32.

## 問 答 題

- 一、下列何種麻醉藥物對胎兒或嬰幼兒可能會有神經發育影響？  
(A) isoflurane；(B) propofol；(C) ketamine；(D) 以上皆是
- 二、下列何種麻醉藥物對胎兒或嬰幼兒不會有神經發育的影響？  
(A) dexmedetomidine；(B) morphine；(C) midazolam；(D) A+B
- 三、胎兒手術時，可使用下列何者藥物來鬆弛子宮，以減少氣體麻藥的使用濃度？  
(A) i. v. nitroglycerine；(B) i. v. magnesium sulfate；  
(C) i. v. atosiban；(D) 以上皆是
- 四、下列何者麻醉方式可以減少胎兒或嬰幼兒神經發育的傷害？  
(A) 麻醉時間少於 3 小時；(B) 避免重覆性麻醉；  
(C) 避免多種麻醉藥物的使用；(D) 以上皆是
- 五、麻醉藥物對嬰幼兒的神經發育影響包括有下列何者？  
(A) 學習力；(B) 記憶力；(C) 自閉症；(D) 以上皆是

### 第 278 期通訊繼續教育

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)



# 淺談剖腹產 (Cesarean section)

台大醫院婦產部許文璋醫師

剖腹產是個歷史悠久的手術，文獻上類似剖腹產的紀載最早可追溯至公元前七世紀，當時的羅馬律法規定在孕婦死亡後，必須先劃開子宮將胎兒取出才能將孕婦下葬。至於剖腹產的英文「Cesarean section」緣由有各式軼聞，有人說這是凱薩大帝立的律法，也有人說凱薩是形容詞，表示一種神聖、不尋常的生產方式。

第一例較可信的剖腹產發生於西元十七世紀，由德國醫師 Jeremias Trautmann 執行手術，母親在手術後 25 天因為感染死亡，但嬰兒順利存活下來。而第一例母嬰皆順利存活的剖腹產發生在 1792 年的荷蘭，當時的適應症是骨盆狹窄。隨著手術技術的進步、器械及無菌概念的改善，剖腹產的死亡率在 19 世紀逐漸下降，成為一個穩定成熟的手術 [1]。

## ◆ 剖腹產率

根據國健署出生通報資料，台灣近十年來的剖腹產率約為 35-37%，2013 年 NICE 公布英國的剖腹產率約為 20-25%，同年日本的統計則為 18%。WHO 在 2015 年發表了一份聲明，指出剖腹產率小於 10~15% 時，母嬰的周產期死亡率會較高，而當剖腹產率升高到 30% 左右時，母嬰的周產期死亡率並沒有更顯著的改善。即便如此，WHO 仍表示醫師們不應拘泥於遵守剖腹產率，認為有施行剖腹產的必要時即應手術 [2]。

## ◆ 手術方法

剖腹產經過數百年的發展，衍生出許多不同的流派及手術技巧，例如 Pfannenstiel technique、Pelosi technique、modified Joel-Cohen technique 等，各有千秋。以下就皮膚傷口、子宮傷口及縫合等略作概述。

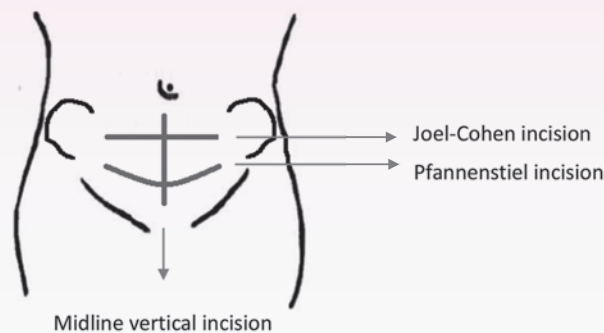
### ● 皮膚傷口：

◆ 橫向傷口：除了較美觀之外，也較少術後疼痛或是腹壁疝氣的問題。其中常用的橫向傷口又分兩種：(圖一)

1. Pfannenstiel: 約在恥骨聯合上方 2-3 公分處，呈微笑弧形。

2. Joel-Cohen type：ASIS (Anterior superior iliac spine) 連線下方 3 公分，為一直線。根據 meta-analysis 的結果，Joel-Cohen 傷口因為離恥毛較遠，因此術後的發燒及感染率較低，但也較不美觀 [3]。

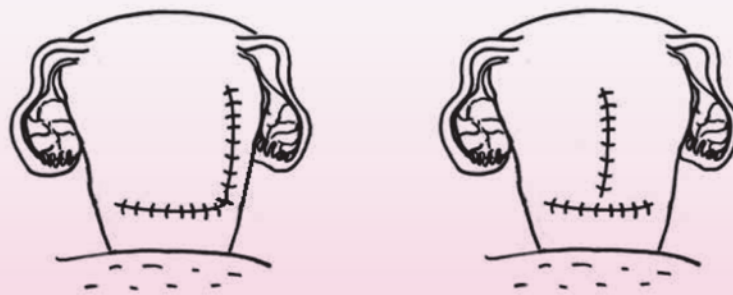
- ◆垂直傷口：可以減短手術時間，且能延長傷口以達到更佳的手術視野，因此常用於緊急狀況的剖腹產，或需較大傷口的情形，例如有子宮肌瘤、植入性胎盤、較胖的產婦等。此外，直式傷口造成的皮下出血及表皮神經傷害也較低。



(圖一) 不同的皮膚傷口

- 子宮傷口：取決於胎位、胎盤位置、有無子宮肌瘤等因素。

- ◆橫式傷口：一般剖腹產多採行子宮下段的橫式傷口 (Kerr incision)，優點包括出血量較少、容易縫合、之後懷孕時子宮破裂機會較低。然而橫式傷口無法往兩邊延伸，若需擴大傷口則會變成 J 型或倒 T 型 (圖二)，而這兩種傷口的末端因血流較不豐富，會形成較脆弱的疤痕組織，下次懷孕時子宮破裂的風險可能提高。此外，產程遲滯時，因子宮下段薄且軟，若傷口太低可能會造成兩側嚴重撕裂傷。



(圖二) J 型 (左) 及倒 T 型 (右) 子宮傷口

- ◆直式傷口：又可分為下段垂直傷口 (the low vertical, Kronig, DeLee, or Cornell) 或是古典垂直 (classical vertical)，然而並沒有明確定位點來區分這兩種傷口。垂直傷口的缺點是可能會往下延伸而致膀胱受傷，且在下次懷孕想嘗試自然產時較容易子宮破裂，其中古典垂直

傷口又有更高的子宮破裂風險。雖說直式傷口有以上缺點，但在某些情況下仍會考慮使用：胎兒橫位且背朝下、子宮下段有肌瘤或植入性胎盤等阻礙物、胎兒過大、瀕死期剖腹產。

- 子宮縫合：胎盤娩出後可依醫師習慣選擇是否取出子宮，兩者在手術時間、出血量、術中噁心感、腸胃道功能恢復等皆無顯著差別 [4]。子宮縫合有許多不同的作法，包括縫合層數、是否縫合內膜層、是否使用 lock suture、連續縫合或分段縫合 (interrupt suture) 等，爭議已久且無定論。AJOG 在 2009 年發表的 meta-analysis 指出相較於雙層縫合，單層連鎖縫法 (continuous locking) 手術時間較短，但之後會有較高的子宮破裂風險 [3]。也有些證據認為子宮破裂的原因並不是單層縫合造成的，而是使用連鎖縫法會造成子宮肌肉層缺血，因此產生缺陷 [5]。關於內膜是否一併縫合，目前仍無很好的文獻證明優劣。較早期的觀念認為全層縫合可能導致子宮內膜往肌肉層內生長，造成局部缺陷 [6]。也有研究使用單層縫合，並分成縫合內膜及不縫兩組，術後六週的超音波顯示縫合內膜組較不會有子宮傷口凹陷的情形 [7]。

另外也有醫師提出一些特別的縫合方法，像是 Matress 或是東口袋縫法，都有機會改善剖腹產子宮疤痕的問題 [8][9]。

## ◆ En caul 分娩

為早產兒進行剖腹產的風險通常比足月生產來得高，因為此時還沒有成熟的子宮下段，子宮壁較厚，如在破水後子宮強力收縮，可能會導致胎兒被束縛在子宮內 (hug-me-tight uterus)，此狀況尤以胎位不正時嚴重。為了避免生產過程造成胎兒骨折、腦部出血或其他物理性傷害，對於小於 1500g 或是小於 32 週的剖腹產可採行 En caul 生產法，先不破水，將羊膜完整地娩出，保留水囊以降低對胎兒的衝擊 [10] (圖三)。這個概念首先在 1983 年由 Robert L. Goldenberg 等人提出，當時討論的對象主要是早產的陰道分娩，特別是胎位不正時建議不要人工破水，隨後這個方法也應用於剖腹產。

## ◆ EXIT(ex utero intrapartum treatment)

第一例的 EXIT 在 1993 年於美國賓州醫院進行，這個生產方式常使用於胎兒呼吸道有阻塞，預期出生後需盡快建立呼吸道的狀況，例如頭頸部腫瘤、較嚴重的橫膈疝氣或先天性肺部呼吸道畸形 (congenital pulmonary airway malformation, CPAM)、小下巴、氣管或喉道閉鎖、巨大的縱膈腔腫瘤等 (圖四)。生產時將胎兒娩出至胸口，伸出一手以利偵測生命徵象，臍帶則保持在子宮當中，接著交由新生兒科或小兒耳鼻喉科醫師建立呼吸道 (插管或氣切，甚至切除腫瘤)，完成後再將胎兒娩出為之斷臍。在處置過程中需持續給予媽媽子宮鬆弛劑以及充足水分，以確保臍帶有足夠的血流供給胎兒。





(圖三) 此為一懷孕 30 週的孕婦，因早期宮縮且臀位而接受剖腹產。術中使用 en caul 方式將胎兒娩出，維持水囊的完整



(圖四) 此為一患縱膈腔腫瘤的胎兒，因胎兒全身水腫，母親於懷孕 28 週時接受剖腹產。胎兒上半身娩出後小兒耳鼻喉科醫師正在建立呼吸道，臍帶以下還在母體內。(照片由施景中醫師提供)

## ◆ 腹膜外剖腹產

這個手術技巧於二十世紀初期發展出來，流行於沒有抗生素的時期，因使用腹膜外的手術可減少腹腔內的感染。隨著抗生素逐漸發達，採行腹膜外手術以降低術後感染率的優勢逐漸被藥物取代，學習這項手術技巧的醫生即日益減少。Hedric Baur Hanson 醫師在 1984 年的一場演講中分享了自己十年的手術經驗<sup>[11]</sup>，他完成了 346 例腹膜外剖腹產，其中 17 例轉為經腹膜手術，另有一例有膀胱受傷，他認為這項手術式微的原因主要是複雜的解剖結構，以及因為使用抗生素而缺乏學習這項術式的機會。從腹膜外進入子宮的這個區域 (Retzius space and Bogros space) 千變萬化，會隨著懷孕週數、產程、胎位、先前手術等原因而有不同，若不慎傷及泌尿道系統或血管叢可能會發生嚴重併發症，例如產生膿瘍、瘻管等<sup>[12]</sup>。此外，從皮膚劃開到胎兒娩出的時間可能會較長。因此 Hedric Baur Hanson 醫師建議採行腹膜外剖腹產須對骨盆腔下段的解剖結構相當熟稔，首先應先累積大量的觀察經驗後再操作，且前 10 至 15 例手術應在極有經驗的醫師協助下進行。若手術順利，則術後疼痛、感染及噁心感皆可減低<sup>[13]</sup>。

## ◆ 結論

剖腹產手術為一個歷史悠久且技巧多元的手術，時至今日仍無法定論各種技巧的優劣，且隨著醫療的進展仍有許多手法推陳出新。文中介紹僅為冰山一角，臨床上可依不同的狀況及個人習慣選擇。

## ◆ 參考文獻：

1. Pieter WJ, Caesarean section – etymology and early history, *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009;15(2):62.
2. WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015
3. Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A. Techniques for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:431.
4. Zaphiratos V, George RB, Boyd JC, Habib AS. Uterine exteriorization compared with in situ repair for Cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth* 2015; 62:1209.
5. Roberge S, Chaillet N, Boutin A, et al. Single versus double-layer closure of the hysterotomy incision during cesarean delivery and risk of uterine rupture. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;115:5–10.
6. Poidevin LO, editor. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1965. Caesarean section scars.
7. Yazicioglu F, Gökdogan A, Kelekci S, et al. Incomplete healing of the uterine incision after caesarean section: Is it preventable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124:32.
8. Babu, K., & Magon, N. Uterine closure in cesarean delivery: a new technique. *North American journal of medical sciences* 2012; 4(8), 358–361.
9. Turan C, Büyükbayrak EE, Onan Yilmaz A, et al. Purse-string double-layer closure: A novel technique for repairing the uterine incision during cesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2015; 41(4): 565-574.
10. Lin CH, Lin SY, Yang YH, et al. Extremely Preterm Cesarean Delivery “En Caul”. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2010 Sep;49(3):254-9.
11. Hanson HB. Current use of the extraperitoneal cesarean section: a decade of experience. *Am J Obstet Gynecol.* 1984 May 1;149(1):31-4.
12. Chou CY, Liang PC, Chen CA, et al. Cervical Abscess with Vaginal Fistula After Extraperitoneal Cesarean Section. *J Formos Med Assoc* 2007;106(12):1048–1051.
13. Tappauf C, Schest E, Reif P, et al. Extraperitoneal versus transperitoneal cesarean section: a prospective randomized comparison of surgical morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209:338.e1.

# 女性下泌尿道症狀的藥物治療

台中榮總婦女醫學部蔡青倍醫師

下泌尿道於排尿或儲存尿液時所產生的臨床症狀統稱為「下泌尿道症狀」(lower urinary tract symptoms, LUTS)<sup>[1]</sup>。下泌尿道症狀盛行率其實不低，雖然這些症狀對患者並不會有明顯的健康危害，但對生活品質卻有顯著的影響，以往大家可能羞於開口，但現今患者對於生活品質的追求會使下泌尿道症狀獲得更多的重視。本文將羅列各種女性的下泌尿道症狀的藥物治療，讓大家在臨床照護病患得以參考。

要知道如何使用藥物，得先了解下泌尿道的神經支配。自主神經與體神經支配膀胱、尿道、外尿道括約肌和骨盆底肌肉、而自主神經與體神經也接受大腦和脊髓等中樞神經系統的調節，透過精密且複雜的神經系統整合調控，才能控制尿液的儲存與排泄，任何一部分有障礙，或是統合協調不順暢，都會產生下泌尿道症狀<sup>[2]</sup>。

儲尿期時，副交感神經靜止不活化而抑制逼尿肌的收縮或交感神經傳出衝動的增強，使逼尿肌盡量放鬆，且尿道外括約肌收縮反射增強。而排尿時，體神經和交感神經衝動忽然停止，造成尿道外括約肌放鬆及膀胱頸部鬆弛，同時副交感神經活動增強，引起逼尿肌收縮將尿液排出膀胱<sup>[3]</sup>。

## 一、儲尿期的下尿路症狀（白天頻尿、夜尿、急尿及急尿失禁）

目前較有實證證據的藥物主要分兩大類：抗膽鹼藥物以及  $\beta_3$  交感神經促進藥物，兩者都可當作第一線藥物治療，但使用取決於藥物的副作用與效能，而當一種藥物治療效果不甚滿意時，合併使用 (combination therapy) 對於許多患者有更好的效果。

1. 抗膽鹼藥物：目前仍是治療膀胱過動症的主要藥物，這類藥物的效果都不錯，也沒有足夠的證據顯示哪一種有較好的療效<sup>[4]</sup>。不同之處在於脂溶性、器官選擇性、半衰期等等。但此類的藥物有口乾、便秘、認知功能的改變、視力模糊等，應優先選擇長效 (ER) 或膀胱選擇性高的劑型，以減少副作用；立即釋放 (IR) 劑型的優點則是作用時間快、效能短，可以有需要的時候才使用。

目前國內常用的抗膽鹼藥物如下：

### 1.1 Trospium chloride



屬於極性高、大分子的四級胺抗膽鹼藥品，最大的優點是不會通過血腦障壁 (BBB)，減少認知功能的影響，因此老人家使用可能相對安全 [5]。但因為是非專一性 M 受體拮抗性，口乾、便秘等副作用稍高。亦有緩釋劑型，減少併發症比率。

### 1.2 Oxybutynin

此藥同時具備多重作用機轉：抗膽鹼、平滑肌鬆弛與局部麻醉作用，因此治療效果佳，且價格便宜，使用劑量彈性大，小孩可使用，孕期可使用（等級為 B），因此在過去三十年裡可說是治療膀胱過動症的優先選擇。缺點在於口乾便秘等副作用高，且 oxybutynin 能通過血腦障壁，須注意老年患者認知功能影響 [6]。目前有短效與緩釋兩型，而緩釋型口服錠，不僅使用更方便，口乾的副作用也比短效劑型降低許多。國外亦有貼片劑型，可減少藥物經由肝臟首度效應造成的藥效流失，降低藥物劑量使用，也降低副作用。

### 1.3 Tolterodine

於 1998 年核准上市，雖然沒有明顯 muscarinic receptor 亞型的選擇性，但動物實驗顯示 tolterodine 對膀胱的組織親和力比唾液腺高（具器官選擇性）[7]。臨床試驗也證實，tolterodine 的口乾副作用比 oxybutynin 來的少 [8]，而治療效果則與 oxybutynin 相當。在便秘的副作用方面可說是在所有抗膽鹼類藥物中較輕微的 [9]。Tolterodine 也有短效與緩釋兩型，可依病患需求使用。

### 1.4 Solifenacin

是 M3 選擇性抗膽鹼藥物，對 M3 受器專一性比 Oxbu 或 Detrusitol 來的高，也因此副作用降低。它較特別的地方在於有 15% 原型藥物會直接釋放至膀胱，能在膀胱內產生局部效果，加成 OAB 療效。STAR study 比較它與 Detrusitol 的療效，發現在急迫性尿失禁降低次數較為顯著 [10]。

2. 選擇性  $\beta_3$  乙型交感受體促進劑：Mirabegron。這類藥物可活化膀胱逼尿肌  $\beta_3$  受體，增加膀胱儲尿容積，臨床研究顯示在改善頻尿急尿等症狀與抗膽鹼類藥物類似，且相較於抗膽鹼藥物，副作用較少，各類不良反應發生比例和安慰劑相似，長期服藥的順應性較抗膽鹼類藥物好 [11-12]；唯血壓控制不良者 ( $\geq 180/110\text{mmHg}$ ) 不建議使用。

### 3. 其他類藥物

3.1 Imipramine，此藥屬於三環抗憂鬱劑，兼具  $\alpha$ -adrenergic 與抗膽鹼效果，可增加尿道括約肌的張力，對急迫性與壓力性混合型尿失禁可能有效，但副作用相對大，多於睡前低劑量使用，適合同時有慢性疼痛或睡眠障礙的患者。

3.2 Duloxetine 為 serotonin 及 norepinephrine 再回收抑制劑，作用於排尿中樞，增加尿道括約肌的張力及抑制排尿反射，已經有許多試驗證實它應用於應力性尿失禁的療效 [13]，也因此美國 FDA 於 2002 年也認可 Duloxetine 於應力性尿失禁的治療，但此藥長期使用的安全性與療效尚待確認。

3.3 抗痙攣藥物（antispasmodic agents，例如 flavoxate）亦被用來治療膀胱過動症，然而研究指出這些藥物的效果較不顯著 [14]，但也因為藥效溫和，副作用較低，對於少數藥物治療較為敏感的族群（例如一吃抗膽鹼類藥物就尿不出來）可能適合。其他直接鬆弛膀胱平滑肌的藥

物，如 calcium channel antagonist 等等，也有治療上的潛力。

3.4 Desmopressin(DDAVP) 是一種選擇性的 V2 receptor 促進劑，作用在腎小管，可以促進水分再吸收並濃縮尿液。有許多臨床試驗證實低劑量睡前使用能減少夜尿次數 [15]。因為夜尿其實反映了睡眠期間的尿液製造量以及膀胱儲存容量的變化，若只用單一膀胱過動藥物來治療夜尿能達到的效果有限，在夜間多尿（目前普遍被接受的夜間多尿定義為夜間尿量大於全日尿量的 33%）的病患如能合併使用 desmopressin，可以達到不錯的效果。須注意常見的副作用為低血鈉，應在治療前後密切追蹤。

3.5 肉毒桿菌素（botulinum toxin A），能選擇性阻斷神經纖維末端釋放乙醯膽鹼，局部注射至逼尿肌可以緩解各種膀胱過動的症狀，健保署針對口服藥物無效且急迫性尿失禁嚴重病患，經專案審查符合資格後可健保給付，每次注射約可維持六個月，因此限定每年最多注射二次。肉毒桿菌素膀胱內注射治療的風險在於，有少數病人會因膀胱肌肉放鬆而尿不出來，需做自行導尿，或因餘尿過多而發生尿路感染，需定期回診追蹤 [16]。

## 二、排尿症狀（尿素緩慢、尿流分叉、排尿遲緩、尿流間斷、用力排尿、尿後涓滴）、以及排尿後症狀（不完全排空、排尿後滴滴答答）

這類的症狀雖不少見，但臨床上可使用的藥物卻不多，在女性患者的使用藥效也不明確，以下由不同藥物治療機轉來討論。

### 1. 降低膀胱出口阻力的藥物

#### 1.1 $\alpha$ 1-blockers 甲型交感神經阻斷劑

此類藥品的作用乃藉由阻斷分布於尿道及膀胱頸附近的神經傳導接受器 ( $\alpha$ 1A receptor)，而幫助尿道擴約肌和前列腺鬆弛，進而改善排尿。此類藥物有不具非尿路選擇性的 Doxazosin、Terazosin 等，較適合同時有高血壓的病患使用；以及具尿路選擇性的 Tamsulosin、Alfuzosin、Silodosin 等等。原則上這兩類藥物都有治療排尿障礙的效果，但尿路選擇性高的藥物，因較不會有血管擴張的作用，副作用（包括無力、頭暈、姿勢性低血壓等等）較不明顯 [17]。事實上，甲型交感神經阻斷劑不僅可以治療攝護腺肥大，對各種排尿障礙、小顆的尿路結石、手術後排尿困難等問題，都可以嘗試用來治療。但女性病患的使用目前健保並不給付，需自費。

#### 1.2 尿道括約肌鬆弛劑

目前並沒有任何藥物能選擇性放鬆骨盆底肌肉。BZD 類藥物（主要為 Diazepam）與 baclofen 主要透過中樞神經作用來達到放鬆肌肉的效果，有些小規模的試驗顯示可以減少尿道張力，減少餘尿 [18]，臨床上可嘗試使用於排尿障礙的患者。然而，並無確切的建議治療劑量，且要達到療效的劑量可能很高，副作用跟著上升。

### 2. 增加膀胱收縮力的藥物

過去 bethanechol 被應用於手術或生產過後的尿滯留，對於無張力性膀胱則可以提升張力，

並在脊髓休克時幫助排尿反射恢復。但目前為止沒有足夠證據顯示單獨使用此藥物可以幫助尿液排空<sup>[19]</sup>，比較不理想的是，這個藥物只是提升逼尿肌整體的張力，而不是間歇性增加膀胱收縮力，而且要達到療效的藥物劑量，可能需比臨床常用的劑量高很多<sup>[20]</sup>。因此，整體來說，目前並不建議使用。

總結來說，下泌尿道症狀雖不會明顯妨害患者的生命與健康，卻可能嚴重影響到生活品質。目前已有許多藥物被開發使用，能多了解各種藥物的療效與副作用，可以使治療更加完善與多元化，以提升病患滿意度。

### ◆ 參考文獻：

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003 Jan;61(1):37-49. Review.
2. 郭漢崇總編輯，功能性泌尿學 2019 July P.45-52
3. 郭漢崇總編輯，功能性泌尿學 2019 July P.30-46
4. Shamliyan T, Wyman JF, Ramakrishnan R, et al. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012 Jun 19;156(12):861-74, W301-10.
5. Geller EJ1, Dumond JB, Bowling JM, et al. Effect of Trosipium Chloride on Cognitive Function in Women Aged 50 and Older: A Randomized Trial. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017 Mar/Apr;23(2):118-123.
6. Chancellor M1, Boone T. Anticholinergics for overactive bladder therapy: central nervous system effects. *CNS Neurosci Ther*. 2012 Feb;18(2):167-74.
7. Ohtake A, Ukai M, Hatanaka T, et al. In vitro and in vivo tissue selectivity profile of solifenacin succinate (YM905) for urinary bladder over salivary gland in rats. *Eur J Pharmacol*. 2004 May 25;492(2-3):243-50
8. [Klausner AP & Steers WD. Antimuscarinics for the treatment of overactive bladder: a review of central nervous system effects. *Curr Urol Rep*. 2007;8(6):441-7.
9. Meek PD, Evang SD, Tadrous M et al. Overactive bladder drugs and constipation: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Dig Dis Sci*. 2011;56(1):7-18.
10. Chapple CR, Fianu-Jonsson A, Indig M, et al. Treatment outcomes in the STAR study: a subanalysis of solifenacin 5 mg and tolterodine ER 4 mg. *Eur Urol*. 2007 Oct;52(4):1195-203.
11. Nitti VW, Khullar V, van Kerrebroeck P, et al. Mirabegron for the treatment of overactive bladder: a prespecified pooled efficacy analysis and pooled safety analysis of three randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III studies. *Int J Clin Pract*. 2013 Jul;67(7):619-32
12. Chapple CR, Nazir J, Hakimi Z et al. Persistence and Adherence with Mirabegron versus

- Antimuscarinic Agents in Patients with Overactive Bladder: A Retrospective Observational Study in UK Clinical Practice. *Eur Urol.* 2017 Sep;72(3):389-399
13. Zinner NR, Koke SC, Viktrup L. Pharmacotherapy for stress urinary incontinence : present and future options. *Drugs* 2004; 64 (14)1503-16.
  14. Smith A, Bevan D, Douglas HR, et al. Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2013 Sep 10;347:f5170
  15. 郭漢崇總編輯, 功能性泌尿學 2019 July P.330-35
  16. Duthie JB, Vincent M, Herbison GP, et al. Botulinum toxin injections for adults with overactive bladder syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD005493.
  17. 功能性泌尿學 郭漢崇總編輯 2019.7 P.323-28
  18. Chen CH, Hsiao SM, Chang TC, et al. Clinical and urodynamic effects of baclofen in women with functional bladder outlet obstruction: Preliminary report. *J ObstetGynaecol Res.* 2016 May;42(5):560-5.
  19. Barendrecht MM, Oelke M, Laguna MP, et al. Effects of bethanechol chloride and distigmine bromide on postvoiding residual volume in patients with underactive bladder. *Minerva UrolNefrol.* 2014 Dec;66(4):241-7.
  20. Izumi K, Maolake A, Maeda Y, et al. Effects of bethanechol chloride and distigmine bromide on postvoiding residual volume in patients with underactive bladder. *Minerva UrolNefrol.* 2014 Dec;66(4):241-7.



## 編後語

李耀泰

寒天催日短，風浪與雲平。這天氣變化詭譎，有時冷風刺骨，有時煦煦陽光，正是溫差大，大家都要保養身體、多運動，並注意飲食。有了健康，自然年年是好年。

2月22-23日為婦產科年度盛會，歡迎會員們踴躍參與、共襄盛舉，交流知識與情感，閒話家常也能樂融融。

本期通訊繼續教育，由李耀泰等撰寫的「FDA警語 - 麻醉藥對胎兒神經發育有影響」一文，說明婦產科和麻醉科醫師對新生兒照顧的重要性，包括在出生前的手術麻醉對胎兒日後發育的影響，婦產科醫師的責任真是任重道遠。同時，亦需有更多的新知識，才能保障下一代健康。

此外，許文瑋醫師撰寫「淺談剖腹產」一文，對剖腹產手術方法、皮膚和子宮不同傷口與子宮縫合法，論述由淺入深且圖文並茂，並有早產時 En caul 方法、胎兒頭頸部和胸部異常時所使用 EXIT 方法等，觀念十分新穎，值得學習。

還有，蔡青倍醫師撰寫「女性下泌尿道症狀的藥物治療」一文內容多元豐富，鑒於下泌尿道症狀盛行率不低，閱讀此文對日後行醫大有助益，能改善患者不適並提升生活品質。

有一句話：人與人交往，始於顏值、敬於才華、合於性格、久於善良、終於人品。而善良和高尚人品，人人皆可做到。

天泰地泰三陽泰，人和事和萬事和。爆竹聲中一歲除，春風送暖入屠蘇，千門萬戶曠曠日，總把新桃換舊符。在這銀花萬簇迎金鼠的時分，我的祝福不遲到，送您個大紅包，裡面裝滿了幸福、歡樂好運氣。願會員好友們，新年到好運到，春花開好運照，身體健康、歲歲平安。

郵 票  
自 貼

104

台灣婦產科醫學會

收

台北市民權西路七十號五樓

電話：(〇二) 二五六八—四八二九

傳真：(〇二) 二二〇〇—二四七六

◎ 279 通訊繼續教育答案◎

題目：FDA 警語：麻醉藥對胎兒  
神經發育有影響

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](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp)  
[/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

\*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

## 徵才訊息

徵才單位	條 件	聯絡電話	聯絡人
郭綜合醫院	徵才內容： 婦產科主治醫師 1. 產科 2. 生殖內分泌 3. 婦女泌尿 4. 一般婦科 條件： 1. 待遇特優、底薪加 PF。 2. 保障薪 1-2 年。 3. 意者請 E-mail 履歷表至：Kgh@kgh.com.tw	06-2221111 分機 5500	人事室 張主任
聯新國際醫院	婦產科主治醫師 2 名 工作地點：桃園市平鎮區聯新國際醫院 工作待遇：第一年保證薪，PPF 無上限 學歷：具備醫師證書、婦產專科醫師證書	0929-909595	王小姐
長安醫院	1、國內外醫學系畢業並具有台灣醫師證書者 2、具婦產專科醫師證書者 應徵方式： 電話：04-3611-3611 分機 3565 人資 陳小姐 電子郵件：everanhospital@gmail.com 醫院網址：http://www.everanhospital.com.tw/ 院址：台中市太平區永平路一段 9 號	04-36113611 分機 3565	陳小姐
烏日林新醫院	醫院簡介：位於台中市烏日高鐵特區，距離 高鐵台中站只需 5 分鐘車程，交通便利 資格：婦產科專科醫師證書 需與科內兩名醫師一起值班 應徵方式： 請將醫師應徵申請表 email 至 wlshr@wlshosp. org.tw 醫師應徵申請表，可於本院網站 http:// wlshosp.org.tw/ 人才招聘 / 應徵方式 / 下載	04-23388766 分機 1157	院長室 吳祕書
戴德森醫療財團 法人嘉義基督教 醫院	誠徵不孕症次專科醫師 1. 有不孕症次專科醫師資格者。 2. 尚未有不孕症次專科醫師資格者，醫院可 幫忙找醫學中心訓練。	05-2765041 分機 8598	陳小姐
愛麗生婦產科診 所 <a href="https://www.lovealison.com.tw/">https://www. lovealison.com. tw/</a>	愛麗生徵求 未來十年 院長接班人 期許自己能夠成為經營者嗎？ 不必再擔任一年一約、到處流浪的受僱者 如果願意學習，培養自己的經營能力 未來十年成為一個成功的經營者 意者請速洽安排面試時間 Email：estherlo13489@gmail.com	02-22890666 分機 152 0912-495-897	羅副院長

徵才單位	條 件	聯絡電話	聯絡人
台北市瑪麗安女醫婦產科診所	台北市中心西門捷運站旁，交通便利，環境舒適。純門診，待遇極優。多名醫師合作，上班靈活，方便照顧家庭、長假、移民。	1.02-2381-3500 分機 881 2.09-2808-7718	傅小姐
高雄市金安心醫院	婦產科主治醫師。 具備醫師證書、婦產專科醫師證書。 高 PPF 一、看診、接生、手術、值班：第一年保障薪 40 萬。 二、僅看門診：第一年保障薪 25 萬 地點：高雄市楠梓區加昌路 606 號 Email：gac0982@gmail.com	07-3649890 分機 602	陳主任
創健診所	婦科檢查醫師，女性尤佳。 1. 具備醫師證書、婦科專科醫師證書。 2. 陰道超音波檢查、抹片檢查、內診檢查。 3. 上班時間：8:00~12:00 4. 本診所為預防醫學機構工作地點：捷運文湖線中山國中站出口即達 Email：susan@htcenter.com.tw	02-55566789 分機 888	張小姐
財團法人醫藥品查驗中心 (CDE) – 醫師審查員	學歷：國內外醫學系畢業並具有台灣醫師證書者 經驗： 1. 婦產科臨床工作經驗 3 年以上 (含住院醫師訓練) 2. 專科醫師證書 3. 中英文說寫流利 職務內容說明： <a href="http://www.cde.org.tw/file/hr/20191126_MD.pdf">http://www.cde.org.tw/file/hr/20191126_MD.pdf</a> 電子郵件：hr@cde.org.tw	電 話：02-8170-6000 分機 651 地址：台北市南港區 11557 忠孝東路六段 465 號 3 樓 網址： <a href="http://www.cde.org.tw/">http://www.cde.org.tw/</a>	黃小姐
桃園市中壢區宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	徵婦產科專科醫師 2 名 全職、待遇優、高 PPF (可到醫學中心進修或兼任)	03-4618888 #1108 60012@hch.org.tw	梁小姐
呂維國婦產科診所	具備醫師證書、婦產專科醫師證書。 環境好、待遇優、團隊氣氛佳，竭誠歡迎加入我們的行列。 工作地點：台中市豐原區中正路 348 號	0910-827507	賴小姐
宥宥婦幼診所	蘆洲區－宥宥婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 <a href="http://www.asobs.com.tw">www.asobs.com.tw</a>	0935-107-177	張部長



徵才單位	條 件	聯絡電話	聯絡人
榜生婦幼診所	新莊區－榜生婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.bsobs.com.tw	0935-107-177	張部長
菡生婦幼診所	新板特區－菡生婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.hsobs.com.tw	0935-107-177	張部長
馨生婦幼診所	汐止區－馨生婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.csobs.com.tw	0935-107-177	張部長
儷生婦幼診所	土城區－儷生婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.lissomobs.com.tw	0935-107-177	張部長
育禾婦幼診所	新竹區－育禾婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.yhobs.com.tw	0935-107-177	張部長
宥生婦幼診所	蘆洲區－宥生婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.hsobs.com.tw	0935-107-177	張部長
曜生婦幼診所	新莊區－曜生婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.ysobs2008.com.tw	0935-107-177	張部長
蕙生婦幼醫院	中和區－蕙生婦幼醫院，誠徵婦產科醫師 待遇優，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.fsobs.com.tw	0935-107-177	張部長

# 108.12.29 醫療發展 - 高雄場





## 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
200131-1	女性生殖力衰竭_如何保有一線生機	成大醫院家庭醫學部	成大醫院門診大樓三樓第一會議室	01月31日 12時30分	01月31日 15時30分	B	3分
200225-1	子宮肌瘤之介紹	林新醫療社團法人林新醫院	台中市南屯區惠中路三段36號	02月05日 13時05分	02月05日 14時05分	B	1分
200208-2	ISCD/IOF 國際骨密認證課程及考試	中華民國骨質疏鬆症學會	高雄市前金區中華三路68號大同醫院	02月08日 08時00分	02月09日 12時40分	B	2分
200208-3	20200208 北區婦癌學術研討會	台灣婦癌醫學會	臺北榮民總醫院致德樓一樓第三會議室(台北市北投區石牌路二段322號)	02月08日 10時00分	02月08日 15時20分	B	3分
200208-1	台灣胎兒醫學振興會第三次胎兒超音波培訓課程	社團法人台灣胎兒醫學振興會	台北市中山區中山北路二段162號9樓	02月08日 13時30分	02月08日 16時00分	B	2分
200209-1	2020 台灣子宮鏡醫學會子宮鏡初級班	台灣子宮鏡醫學會	台大醫院微創手術訓練中心B1(台北市中正區徐州路2號台大醫院國際會議中心B1)	02月09日 08時50分	02月09日 15時30分	B	2分
200212-1	HIV 患者能不能懷孕?	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	南投縣埔里鎮鐵山路1號-8樓謝緯紀念堂	02月12日 16時00分	02月12日 17時00分	B	1分
200213-1	台兒『川瀧塾』(遠距版)	社團法人台灣胎兒醫學振興會	台兒診所	02月13日 08時00分	02月13日 09時00分	B	1分
200214-1	G 緊雷射 - 私密處緊實嫩白防滴漏	社團法人高雄市醫師公會	高雄市醫師公會4樓禮堂(高雄市前金區市中一路225號4樓)	02月14日 12時30分	02月14日 14時30分	B	2分
200215-2	高危險妊娠照護教育訓練課程	恆基醫療財團法人恆春基督教醫院	屏東縣恆春鎮恆西路21號(三樓禮拜堂)	02月15日 08時00分	02月15日 12時00分	B	3分
200215-1	109 年度青少年健康照護人員訓練課程(北區)	衛生福利部國民健康署。承辦單位:台灣青少年醫學暨保健學會	台北市立聯合醫院婦幼院區第二醫療大樓7樓講堂 台北市中正區福州街12號	02月15日 08時30分	02月22日 14時30分	B	2分
200221-1	全院性死亡及併發症討論會(MMC)- 婦 + 兒 科 (34週早產兒合併產婦產後HELLP syndrome)	澄清綜合醫院中港分院	台中市西屯區台灣大道四段966號17樓國際會議廳	02月21日 07時30分	02月21日 08時30分	B	1分
200222-1	109 年度青少年健康照護人員訓練課程(東區)	衛生福利部國民健康署。承辦單位:台灣青少年醫學暨保健學會	臺灣基督教門諾醫院(花蓮市民權路44號)恩慈樓3樓第二會議室	02月22日 08時30分	02月22日 16時30分	B	2分
200308-1	帶狀皰疹疾病負擔與疫苗介紹	大安婦幼醫院	台南市大億麗緻酒店	03月08日 17時00分	03月08日 18時50分	B	1分