



# 台 灣

## 婦產科醫學會會訊

發行日期：2021年12月 302期

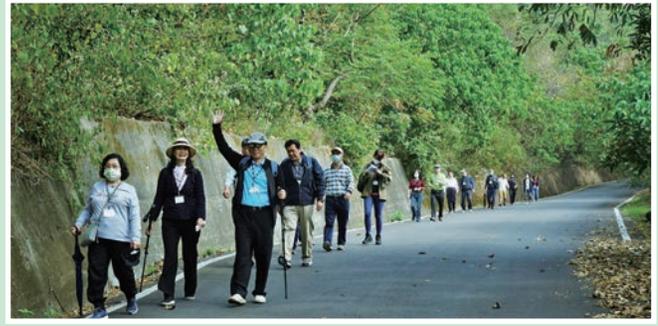
台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



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：<https://www.taog.org.tw/>  
E - m a i l：obsyntw@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  
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

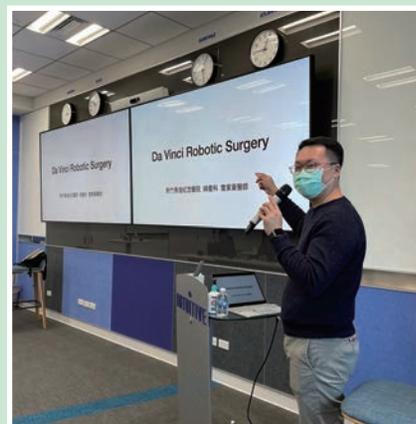
# 110. 12. 19 羅木斯步道健行活動



更多照片請至雲端相簿觀賞：  
<https://reurl.cc/pxqx3d>



# 110. 12. 12 住院醫師訓練課程 - 達文西機器人手臂手術



# 台灣婦產科醫學會 302 期會訊

## 目錄精華

---

04 理事長的話 | 文／黃閔照

---

06 秘書長的話 | 文／黃建霈

---

08 文物館捐款名單

---

09 懷念追思

---

09 嚴父日已遠，典型在夙昔 文／藍郁修、藍郁文

10 我們的老師 藍大夫 文／楊育正

13 永懷藍中基院長

---

15 秘書處公告

---

15 衛生福利部 函

為利產檢院所之第一線醫事人員方便辨識及記錄，檢送「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」第三點附表 2.2 孕婦產前預防保健服務之醫令代碼調整及問答集各 1 份（附件 1、2），並自 111 年 1 月 1 日起實施，請查照並惠予配合辦理。

---

16 通訊繼續教育

---

16 早期子宮內膜癌淋巴結摘除的檢視 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

---

23 60 周年專欄

---

23 人工流產的省思 文／馬大勳

---

24 會員園地

---

24 如何寫好一份優質的醫療鑑定報告 文／潘恆新

---

27 編後語 | 文／賴宗炫

---

29 徵才訊息

---

31 活動消息

---

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

## 理事長的話

黃閔照

歲末天寒，我們敬愛的藍中基院長於 12 月 9 日因肺炎過世，享壽 92 歲，藍院長一生貢獻婦產科，曾任第九、十屆學會總幹事，同時也帶領馬偕婦產科蓬勃發展，記得 1994 年在馬偕實習時，聽說藍院長要來接生，產房桂容，趕快去準備封存許久的木屐，後來還是無緣見識他接生的風采。馬偕退休後，歸鄉宜蘭服務，感謝他一輩子無私的奉獻。而我敬愛的高添富醫師也在 11 月中因病逝世，高醫師（鴨嘴大夫）醫法雙修，與吳建樑一起建立學會醫療糾紛鑑定制度，幫助許多會員，我擔任秘書長期間，每每有醫療爭議，多會向他請益，他也常常能切中要害，提供正確的建議，特別感念鴨嘴大夫，對學會的貢獻。

幾場視訊會議後，學會醫療發展課程開始實體課程，12/26 台北國賓場國際廳來了 170 名會員參加，記得 101 年 7 月也是在國賓國際廳召開生產事故救濟記者會，之後行政院順利通過試辦計劃，也才有今天的生產事故救濟條例，國賓飯店預計進行危老改建，希望未來重生的國賓飯店能夠提供學會活動的空間。

南部登山健行共計 53 人參加，羅木斯步道沿著溪谷前進，溪水清澈見底，步道在 88 風災後重建後，十分適合健行，原住民風味餐，餐點豐富，感謝張基昌監事長及其夫人安排此次活動，讓會員們能盡情享受芬多精。

12 月 10 日參加衛福部家庭政策具體行動措施會議，這是一個跨部門的會議，我也跟李麗芬次長，提出友善孕產婦職場環境，棄嬰保護艙及非法移工產檢事宜，希望未來能建構尊重女性、保護女性的人權社會，同時生產事故救濟實施 5 年後，根據事故，醫策會病安委員會在醫事司指導，開始推動孕產兒安全組合式照護，透過這些照護方式的改變，期盼能改善孕產婦及新生兒的死亡急重病，整體提昇產科照護品質。

新制產檢於 7/1 上路，當時為減少衝擊，加上制度實施在即，編碼無法連續，造成會員困擾，學會透過衛福部、國健署、健保署將預防保健用碼重新整理，修正助產機構產檢代碼後，新的產檢碼由 40 到 53，超音波 60、61、62，有些會員反應，為何又再修正代碼，但站在長久使用的角度，同時趁著更新版孕婦健康衛教手冊的修正一次到位，也希望會員能體諒半年內二次修正產檢碼，也特別謝謝國健署曾桂琴科長的奔走，而此次修正的衛教手冊，也特別納入孕產婦血管栓塞的內容，學會去年推動下降產科肺栓塞救命繩 (ROPE)，



但還是有醫療機構不知道也未能執行，每每發生事故時，才開始警覺到風險，近年來術後加速康復 (ERAS) 開始納入照護觀念，學會在幾年前透過李耀泰醫師在會訊及演講也在推動剖腹產後不需空腹，儘早下床，也是希望大家改善過去的思維，透過儘早下床及彈性襪的穿著，減少靜脈栓塞。

我們的醫師林靜儀將在 1/9 爭取中二選區立法委員補選，過去林醫師在不分區立委期間，協助學會跟健保署、國健署、食藥署爭取權益，包含 yutopar 安胎藥物使用、cytotec 仿單外適應症、急用藥物及醫材的進口、新增腹腔鏡次全子宮切除、產檢的爭取等，也希望大家會員能夠關注，也能夠上林靜儀醫師的官方網站支持 (<https://www.facebook.com/LinCYminorta/>)，或者踴躍捐款，協助一個好的醫師進入國會。也預祝她高票當選！

## 秘書長的話

黃建霖

各位會員好：

COVID-19 疫情於歐美再起，Omicron 變種的超高傳染力，讓美、英、法各國雖都已有很高的疫苗覆蓋率，但都每天超過 10 萬例新確診個案，而佔最多感染的仍多為未完成疫苗的族群，所幸重症、死亡率比 Delta 少些，最近美國婦產科醫學會 (ACOG) 的報告顯示在美國七、八月時，每月均有超過兩打的孕婦死亡數，重症率 25%，死亡率更超過 1%，約是一般孕產婦死亡率的 100 倍！而最早施打疫苗的美國，迄今已超過 5000 萬例確診，約佔其人口的 1/6，台灣能守多久？多好？其實無法確定。而目前台灣仍還有三成孕婦選擇不接種疫苗，一旦本土疫情爆發，很可能會引起重大傷亡，過年前的國境開啟風險仍相當高，而 ACOG 也於其官方網頁上再度呼籲孕產婦應儘早接種疫苗，並且施打加強劑。

明年年會將於 6/18-19 於台北圓山飯店舉行，12/4 學術委員會也召開第一次籌備會議，感謝召集人陳思原教授及各學術委員的辛勞，口頭報告、海報投稿，也將於年底截止，還請大家踴躍參與，預定 1/22 召開第二次會議決定演講內容。

每年年底的自費醫療發展課程，也於 12/26 於台北場開始，今年課程包括更年期婦女自費項目，尤其男性荷爾蒙等，婦女自費疫苗，特別是新的水痘疫苗較過去有更好的預防帶狀疱疹效果，以及 HPV 疫苗，男女一起施打的新觀念，還有新式及個人化的避孕，均相當實用，本次課程無視訊，1/16 高雄場、1/23 台中場、2/13 台南場，還請大家先報名及預留時間現場來參加。

12/19 南部登山活動，於高雄茂林羅木斯步道舉行，難度不小，但九成參與者均努力走完全程，以平均 60 歲的隊伍來說，著實不容易，也給大家拍拍手。而我於隔天也挺著痠痛的「羅木斯鐵腿」，再去接種了加強劑，同時有了「莫德那手臂」，真是痛肉運的一週，所幸並無其他症狀，但也成為疫苗認證的老人。

2021 是傷痛的一年，尤其下半年，10 月榮總 張昇平院士，11 月高添富院長、陳俊麟醫師，12 月馬偕 藍中基院長，陸續離開了我們，我大學同學 林經國醫師也於本月英年早逝，但願他們在天上無病無痛，得主看顧，同時學會也收到多位會員前輩身體欠安的消息，誠心祈願逝者安息、家屬得到安慰，病者早日康復，也請大家於此天冷之時，多多注意身體健康，並適時接種加強劑，增加抵抗力。

敬祝大家

平平安安、除災免厄、身體健康、新年快樂。

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 黃文助 敬上

## 110 年度文物館捐款名單

會員編號	姓名	本次捐款金額	個人總捐款金額	捐款日期
1054	謝鵬輝	1,365	178,731	110年03月15日
1599	賴文福	50,000	450,000	110年04月16日
3137	陳菁徽	5,000	10,000	110年06月04日
3401	林麗雪	500	500	110年08月16日
1054	謝鵬輝	1,357	180,088	110年09月06日
0612	黃思誠	10,000	60,000	110年09月16日
1593	陳建銘	3,000	187,510	110年10月14日
2394	鄭雅敏	2,700	52,700	110年11月24日
2460	關祥彬	20,000	20,000	110年12月21日

## 博物館成立後再捐贈文物名單

製表日期：109/05/26

### 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、林國昭、林錦義、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、陳明哲、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、葉光芃、趙宗冠、劉永昌、蔡明賢、蔡英美、蔡景林、鄭英傑、蕭惠貞、賴明志、賴朝宏、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

## 嚴父日已遠，典型在夙昔 (藍郁修、藍郁文追思)

父親是良醫，亦是嚴父。

從小認識的父親就是一個堅持原則、一絲不苟的模範。在我們小時候每當有病人送禮到家裡面，父親一定是接受禮物來感謝病人的心意，但絕對拒收紅包。有的時候紅包藏在禮物裡面，父親還拿給我們追出去還給病人家屬。父親從來不會因為要賺更多的錢，而違背醫德。不論病人是有錢還是沒錢，有送禮還是沒送禮，他都一樣的對待所有的病人 -- 給他們最合適的治療。決對不亂開刀，不多開藥。父親以「醫者父母心」身教於世。

父親對自己的學習非常廣博且嚴謹。但凡醫學、天文、地理及圍棋都仔細做筆記。對子女的學習要求也是一樣的嚴格。我們的學校作業被他檢查出錯誤，常常就被丟回來要重做。

年少的時候不了解，覺得父親要求過份。但是踏入社會之後才發現父親是對的。學業跟事業就是要鉅細靡遺、精益求精，才能出類拔萃。

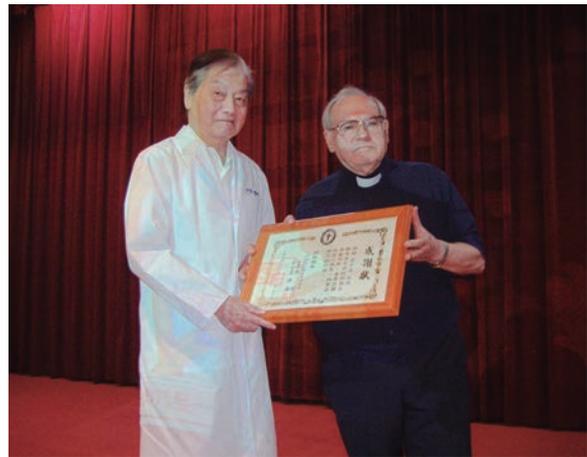
當我們年輕時，無法體會父親有多難為。父親天天要隨叫隨到去產房接生，甚至於要在開刀房站上幾個小時切除子宮腫瘤，回家後還要相妻教子。後來才能體會在每天上完班精疲力竭之後，在家中還得繼續扮演父親的角色有多難為。

「尺璧非寶，寸陰是競」是父親的座右銘。父親不追求名利，而是利用他的人生分分秒秒做對的事。

在我們成長的過程中，耳濡目染父親的一言一行，而成就了我們的學業與事業。父親的典範為高山仰止，我們必當承先啓後，繼往開來。以往我們以藍中基的孩子為榮，從今往後在天國的父親能以我們為榮！

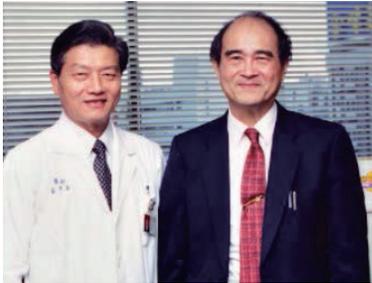


藍中基院長、夫人謝麗美女士  
兒子郁修、女兒郁文



退休後 藍院長 返鄉服務  
榮獲宜蘭羅東聖母醫院 頒獎表揚

## 我們的老師 藍大夫 (楊育正恭撰)



馬偕傳承：從吳再成院長到藍中基院長

帶領馬偕紀念醫院婦產科及台灣婦產科界，走過 1970 到 1990 這一段蓬勃發展的日子，我們永遠的藍大夫 -- 藍中基院長，在 2021 年 12 月 9 日凌晨因肺炎溘然安息於他奉獻一生最精華的 32 年的馬偕醫院。距生於 1930 年，享年 92 歲。

哲人其萎，風範長昭。

台灣在日據時代以後，第一代的台灣婦產科前輩當以邱仕榮、吳家鑄、林柳新、石滋理、李枝盈、徐千田、魏炳炎、李卓然、王耀文等等醫師為第一代婦產科領導人物。藍大夫在 1984-1990 擔任兩屆婦產科醫學會總幹事，是台灣本土婦產科界第二代的領導人物。

藍大夫在 1964 年由台大醫院轉任馬偕醫院，初到之時，馬偕生產數每月只有 30 到 40 例，婦科手術病例亦少。在藍大夫一篇告別馬偕醫院，題為「我是馬偕人」的文章裡，他提到當年初到馬偕時只有二百床，舊院舍極為簡陋，就在這裡，他永遠懷念的地方，藍大夫在他「在這裡我曾經這樣走過」的另一篇文章裡深情地說：「我就在這裡度過了婦產科醫師大半生涯的時光... 它是今日馬偕紀念醫院成長茁壯的泉源，在這裡度過醫護及行政生涯的一群人將會永遠感謝它、懷念它」。當時的產房裡並排著四張待產床，相隔不到 1 公尺。炎熱的夏天，每床只有一隻小電扇，醫護人員都是汗流浹背但仍細心的照顧產婦。我在 1976 年初到馬偕醫院擔任住院醫師，也見識過一間鐵皮屋婦科病房，裡面 12 張床，室外溫度 37 度室內 38 度的場面，偶而下大雨還經常漏水。

隨著醫院的發展，尤其在第一期醫療大樓落成後，馬偕醫院發展迅速，婦產科在藍大夫帶領下尤其蓬勃茁壯，生產數日增。更令人難忘的是 1988 年龍年，11 月單月生產數超過 900 例，其餘包括子宮頸癌根除手術的婦科手術也大大的增加。隨著業務和聲望的提升，歷年來馬偕申請婦產科住院醫師的人數都常超過 60 人，而馬偕每年只收三到四名住院醫師。

在藍大夫的教導和要求下，科裡周間每天都在七點晨會。藍大夫會檢查所有新住院病歷，要求非常嚴格。我在實習醫師時，親眼看著不合格的病歷直接被摔出會議室！藍大夫對工作、穿著、應對進退都有要求，有時跡近嚴厲，他要求我們在參與院外醫學會時穿著整齊，一律打好領帶，並集體進出。退休後藍大夫在 2005 年寫的一篇文章，文中有感而發的說：「我必須對那些我曾經過度要求的住院醫師、實習醫師、護士小姐、行政人員、和檢驗人員說抱歉，我不該那樣嚴格的要求他們，尤其不該用那樣的語氣責備他們。」

然而藍大夫並非永遠如此嚴苛，我從不會忘記我們早年幾乎三、五個月就會安排一次全科出遊，是帶著全家一起參與婦產科大家庭的聚會，極為溫馨。偶有晚餐聚會，藍大夫總是帶頭歡唱，記憶中他每次都唱同一首歌，就是李七牛作詞作曲的「少年的我」，每一次都顯得豪

氣干雲又柔情似水：「春天的花是多麼地香 秋天的月是多麼地亮 少年的我是多麼地快樂 美麗的她不知怎麼樣 ... 寶貴的情像月亮 甜蜜的愛像花香 少年的我不努力 怎能夠使她快樂歡暢 ... 。」

就在這樣的領導下馬偕醫院婦產科持續發展，不僅留在醫院內的醫師越來越多，並開始有次專科的分科，出去開業、創業的同仁們也都一身功夫，成為最接地氣的分枝散葉，這很大的部分是跟藍大夫這一路的領導和教導，風動草偃有以致之。

藍大夫對馬偕弟子們的期許尤深，他曾告訴我，每在外聽到學生們的好風評時都極感欣慰，但偶而聽到不好的評論就內疚神傷，自認為教不嚴是師之惰，並感慨傳心難於傳藝 ... 。

藍大夫於 1996 年屆齡從馬偕紀念醫院院長下任後，選擇離開台北返回羅東故鄉陪伴年已 91 歲的老母親，並在聖母醫院和省立宜蘭醫院擔任婦產科醫師。有一天藍大夫與我見面時，很高興的告訴我他剛獲新職，我以為一定是醫院裡要委以高職重任，原來卻不是，藍大夫說是到蘭陽女中去擔任校醫！我因此深刻體會到藍大夫拿得起放得下，又另具服事人的胸懷、境界，來去自如！追隨我的老師，我也在馬偕醫院付出我一生最美好的時光，就像藍大夫一樣我是永遠的馬偕人。下了位置的院長除了為醫院禱告，當自制、寡言，在禱告中祝福。

退休後的藍大夫仍參與醫院及教學醫院評鑑的工作，對師資、教學設施、及訓練成果的品質提升多所貢獻，對婦產科教學醫院的品質尤其重視，其實也就是接續他一貫的對馬偕子弟兵的嚴格要求。他在自己醫院的婦產科裡，非常重視適當的剖腹產比例，其次是產程的監控和記錄，平素教學非常重視產程曲線的紀錄和分析，對產程中子宮頸擴張、胎兒下降及子宮收縮的監視和記錄等以及產後臍帶、胎盤、羊水的量和色澤等，對於婦科手術紀錄的完整性和住院醫師病歷的書寫是否有適當的指導等等，都是延續自他一向對自己科內的要求。

回想親近師顏的每一個時刻，都是嚴以律己、一絲不苟、愛與公義的言教和身教的教導，藍大夫也以自我的批判展現自我反省的功夫，並在需擔當的時候挑起重擔，該放下的時候輕鬆放下，返鄉陪侍老母親。

在一個偶然跟老師單獨相處的時候，老師問我知不知道他作為婦產科醫師的獨到領會和心得？當我一臉困惑的時候，藍大夫說 time factor, 時間因素！是啊，作為婦產科醫師，我們看到初生生命，感受到生命的奧妙。不僅在生產過程中，看到如何從最大的痛苦轉變為最大的喜悅，更學到時間因素的重要：不管是懷孕或生產、產程，太早或太晚都各有隱憂，不適時的介入更是許多禍源。藍大夫並引用美國領導學專家以權變領導理論著稱的費德勒（F.E.Fiedler）

對領導的說法：領導之優劣取決於最重要的因素——時機！從此延伸到做事、做人，不只當作對的事，用對的方法，更重要的是必須在對的時間做，或者不做。



藍大夫 70 歲生日與母親、好友合影（楊育正攝）

在送別我最尊敬的老師的時刻，我願與婦產科同儕們分享藍大夫的教導，並以聖經的一節經文送別永遠的藍大夫：

主耶和華的靈在我身上  
因為耶和華用膏膏我  
叫我傳好信息給謙卑的人  
差遣我醫好傷心的人  
報告被擄的得釋放 被囚的出監牢  
報告耶和華的恩年 and 我們神報仇的日子  
安慰一切悲哀的人  
賜華冠與錫安悲哀的人 代替灰塵；  
喜樂油代替悲哀；  
讚美衣代替憂傷之靈；  
使他們稱為「公義樹」，是耶和華所栽的，  
叫他得榮耀。（以賽亞書 61 章一到三節）



五十年前的台北民生西路



台北中山北路馬偕醫院，藍大夫在 1964 年由台大醫院轉任馬偕醫院，藍大夫說：「我就在這裡度過了婦產科醫師大半生涯的時光…它是今日馬偕紀念醫院成長茁壯的泉源」

## 永懷藍中基院長 (轉載自 台灣婦產科醫學會五十年史)

宜蘭，一個風光明媚、地靈人傑的觀光新焦點，有著純樸的鄉村氣息，也有政府精心規劃的建設成果。在一個麗日晴和的早晨，我乘著火車赴約，不是赴冬山河潺潺的呼喚，也不是國際童玩節琳瑯滿目的邀約；此次前來，乃為專門拜訪一位婦產科的名醫——有「產公」之譽的藍中基醫師。

走進省立宜蘭醫院的大門，就看見一張海報寫著：「歡迎馬偕醫院院長藍中基醫師返鄉服務」。藍醫師是宜蘭羅東人，去年4月自馬偕醫院院長之職榮退之後，便返鄉貢獻，在宜蘭醫院和羅東聖母醫院造福鄉民；他是家鄉的至寶，亦是宜蘭的另一種豐厚資產啊！1956年自台大醫學系畢業的他，先在大醫院婦產科做到主治醫師，之後有33年的時間，皆在馬偕醫院服務。他以精湛的醫術與同仁一起打拼，打響了馬偕婦產科的名聲，更使得接生了不計其數新生命的藍醫師，享有「產公」的美名。

在許多同仁和學生的心目中，藍醫師是個作風絕對、堅守原則的領導者。他自己也知道：在別人眼中，他常是「板起面孔，嚴格要求，不近人情」的模樣，說著說著，他竟露出了靦腆的笑容。在訪談中，我確實可



以感受到藍醫師凜凜有神的威嚴，但是挑起一抹微笑的他，也會散發親切幽默的親和力呢！其實藍醫師又何嘗喜歡扮演「黑臉」，或許是那份強烈的「責任感」使然吧！如今，他已卸下人生事業中最沉重的責任，並要和我們分享寶貴的經驗，以及成功背後的堅持和原則。

### 為師心切的「四項要求」

素聞藍醫師是學生心目中又敬又畏的「嚴師」，其實他是「嚴而不苛」，所要求的一切都是為了培養能夠獨當一面的好醫師，首先，他要求學生「守時」；其次是要他們「有所表現」，例如：

上課時多發問、討論時多發言，聽到任何的見解或觀念也要有所反應，而不只是當讀書的機器人；第三點是教學生注重「開刀時的親切感」，給病人十足的安全感；最後一點，也是他最強調的，就是「病歷的完整性」。雖然這是日積月累的細節功夫，但是藍醫師一點也不輕忽，他總是要求學生認真填寫病歷，若有人馬馬虎虎就退回重寫。經過以上的基本要求，他的學生無論在國內國外，幾乎都深獲好評，真是印驗「名師出高徒」這句話。但是，目前參與健保審核工作的藍醫師仍發現，一些經由「爭議委員會」送來的開業醫師所寫的病歷，根本不符合他的標準，其中偶有他教過的學生，不免令他寒心。對於這些在健保給付上有爭議的情況，他認為病歷至少要完整，才有資格要求經費，否則實在無從評斷。

值得一提的是，藍醫師不僅為師心切，

他自己在當學生時也是師長心目中的安慰與驕傲。他對師長尊敬有加，態度謙虛認真，然而應該表現時，他從不放棄任何機會，因此深獲師長們的欣賞。

### 經驗傳承的「三大原則」

藍醫師很看重「求知的態度」，他說：「大家應該都明瞭求知的態度，但是真正能實踐做到的恐怕不多。」他鼓勵後生晚輩們努力吸收更新的知識，尤其作為一名醫師，應不斷充實灌注新知的泉源，精益求精；其次，他說：「當一名好醫師就要站在病人的立場，他們需要什麼，就給他們什麼，甚至把病人當作自己的鄰居、好朋友、親人來看待。該做的檢查就做，不必做的就不要多此一舉，因為服務病人絕對不是為了賺錢啊！」第三點更重要的是，對病人好好說明病情，「病人想知道很多東西，甚至他們不知道應該知道些什麼，所以醫師有責任耐心地向病人解釋清楚。」藍醫師的一席話，點明了醫師天職中最基本的幾項原則，但我們不禁想問，能如藍醫師「知行合一」的能有幾人呢？

當婦產科醫師的「苦與樂」是什麼呢？藍醫師笑著說：「半夜裡從夢鄉中清醒去接生，那種滋味是很辛苦的；但是每看見一個新生命的到來，就是一次雀躍歡呼的時刻；但是在高興的剎那，如果發現孩子先天上有缺陷，那時真是難過不已啊！」當然，病人的感謝也總是溫暖了藍醫師的心田，只是時代在改變「現在懂得感恩的病人已經不多了，醫師所受的尊重實在差太多了。」他不禁感嘆地說。即使如此，藍醫師「視病猶親」的那份愛心與責任心並無動搖，他相信病人仍能感受到他的熱忱。

### 對於學會的「兩個期望」

藍醫師回憶起 1961 年「婦產科醫學會」初創時期，他還在當第二年住院醫師。後來他也曾經當任總幹事，現在他雖然沒有直接參與學會的運作，但是他仍對學會抱持很深切的期望，期望它在內政部所訂定的原則之下，能夠真正為公服務，健康地發展下去。此外，學會在「專科醫師資格考試」中扮演很重要的角色，自然需要謹慎處理、公平公正。

### 生活規劃的「一份理念」

從馬偕醫院忙碌的院長職位，到返鄉服務的悠閒生活，在轉換舞台的同時，藍醫師有自己獨到的生活理念。從小在鄉下長大的他，心中埋藏著對鄉土濃濃的眷戀，這裡有他熟悉的山川海湄，有清新宜人的空氣和氣候，更重要的是能陪伴他高壽 91 的老母親。退休之後的藍醫師渴望的正是一份恬靜自得的鄉居生活，現在他騎著腳踏車上下班，休閒時與老朋友下下棋，或是陪母親種種花草，既豐富又愜意，怎不教人羨煞？

「每人隨著年齡的增長，許多想法也會改變，年輕時會想著如何為將來打拼，年過花甲之後又有不同的理想與喜好。例如：自己喜歡的到底是什麼？人生的歸屬又在何處？怎麼去過每一天的生活？……這些問題都值得去思考。」身為基督徒的藍醫師靠著信仰追尋心靈的平安，如今他像是滌盡鉛華、卸下重擔的逍遙翁，帶著滿足與喜樂，在一片芬芳的土地上，繼續散播著杏林之愛。

## 衛生福利部 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 110 年 12 月 17 日

發文字號：衛授國字第 1100461452 號

**主旨：**為利產檢院所之第一線醫事人員方便辨識及記錄，檢送「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」第三點附表 2.2 孕婦產前預防保健服務之醫令代碼調整及問答集各 1 份（附件 1、2），並自 111 年 1 月 1 日起實施，請查照並惠予配合辦理。

**說明：**一、現行孕婦產前預防保健服務（以下簡稱產檢）醫令代碼（41-60、4A-4E、5A-5D）由數字及英文字穿插，不易讀卡及核對，為方便醫事服務機構執行產檢服務之辨識及記錄，爰重新調整產檢項目之醫令代碼。

二、旨揭產檢醫令代碼調整如下：

（一）醫療院所：14 次產檢醫 40-53、產檢專案申請醫令 54、3 次超音波醫令 60-62、貧血檢驗醫令 55、妊娠糖尿病篩檢醫令 56。

（二）助產所：14 次產檢醫令 5A-5N、3 次超音波醫令 6A-6C、貧血檢驗醫令 6D、妊娠糖尿病篩檢醫令 6E。

（三）另孕婦乙型鏈球菌篩檢醫令 66 及 67，原配合第 10-14 次產檢之就醫序號擇一提供服務；自 111 年 1 月 1 日起修正為醫令 66 及 67 配合第 9-12 次產檢之就醫序號擇一提供服務。

三、請各醫療院所依旨揭規定及建議時程提供服務，並完成醫療資訊系統之醫令代碼修正及就醫序號設定。

四、請本部中央健康保險署協助轉知各區業務組，並於健保資訊網服務系統（VPN）公告相關訊息。

五、旨揭資訊同步刊登於本部國民健康署網站 > 健康促進法規之預防保健服務類專區。

六、本案聯絡人：本部國民健康署劉寶云技士、蔡怡蓁約用專業人員，地址：臺北市大同區塔城街 36 號，電話：02-2522-0626，電子郵件信箱：yichen0326@hpa.gov.tw。

公文附件請見：<https://reurl.cc/AKnEzd>、QRcode



## 早期子宮內膜癌淋巴結摘除的檢視



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

在 1980 年以前，子宮內膜癌的手術治療主要為全子宮和兩側輸卵管切除，並不包括骨盆腔和主動脈旁的淋巴結摘除<sup>[1]</sup>；而在 1987 年，Creasman 等<sup>[2]</sup>於 GOG (Gynecologic Oncology Group) 33 號的文章報告認為，子宮內膜癌特別是有深部肌肉層侵犯和分化不良病灶的患者，後腹膜淋巴結的轉移會增加，故完全的骨盆腔和主動脈旁淋巴結摘除儼然成為子宮內膜癌的標準完整手術方法。時至今日，由於檢驗和偵測方法大幅進步，很多子宮內膜癌在早期便能被診斷出來，這些患者是否真的需要淋巴結摘除？因為淋巴結摘除會增加出血、神經受傷、淋巴水腫、淋巴囊腫、麻醉時間延長和醫療支出<sup>[1]</sup>。

近期，由梅約診所醫學中心 (Mayo Clinic) 大規模研究報告顯示，在第 Ia 期子宮內膜癌的類內膜 (endometrioid) 細胞，第 1 或 2 度分化，腫瘤 ≤ 2 cm 和內膜 ≤ 50% 肌肉層侵犯，淋巴結轉移率為 0%，因此可不用做淋巴結摘除，被視為遵行準則<sup>[1]</sup>。本文特回顧相關文獻，作一分析以供同仁參考。

### ◆ 不建議淋巴結摘除的研究

2006 年，Zuurendonk 等<sup>[3]</sup>研究分析 335 位、FIGO 第 I 期子宮內膜癌患者，其中 98 位接受全子宮和兩側輸卵管切除標準治療，另 237 位接受標準治療再加上骨盆腔淋巴結摘除。其中有 11 位 (4.6%) 有淋巴結轉移，並接受放射線輔助治療。結果五年全部生存率 (n=335) 為 85%，與子宮內膜癌相關的生存率為 93.7%，有局部轉移病灶佔 85%。在 226 位淋巴結摘除且無病灶者，有、無病灶轉移的生存率分別為 88.2% 和 93.9%，結果相近；在 58 位沒有危險因子 (如腫瘤細胞第 III 度分化、深層肌肉侵犯、≥ 60 歲等) 者，均無淋巴結轉移。結論是：FIGO 第 I 期子宮內膜癌患者如不存在危險因子，可以不用淋巴結摘除。

2008年，Mariani等<sup>[4]</sup>研究報告在梅約診所醫學中心的112位早期子宮內膜癌患者，如類子宮內膜腫瘤細胞屬第1/2度分化、腫瘤直徑 $\leq 2$  cm、子宮肌肉層侵犯 $\leq 50\%$ ，淋巴結轉移率為0%，建議不用做後腹膜淋巴結摘除，稱梅約標準（Mayo criteria）。

2008年，Panici等<sup>[5]</sup>研究分析514位、臨床上診斷為第I期的子宮內膜癌患者，其中264位有接受骨盆腔淋巴結摘除，平均摘除30（22-42）顆，另250位則無接受摘除。有、無摘除淋巴結兩組發生副作用分別有81位和34位（ $p=0.001$ ）、改善手術分期分別為13.3%和3.2%（ $p < 0.001$ ）。經平均追蹤，5年無疾病生存率分別為81.0%和81.7%（ $p=0.68$ ）、全部生存率分別為85.9%和90%（ $p=0.50$ ）。結論是：早期子宮內膜癌的骨盆腔淋巴結摘除，能增加手術分期的準確性，但對無疾病生存率和全部生存率並無幫助，且副作用較多。

2009年，Kitchener等<sup>[6]</sup>統計報告在4個國家、85間醫學中心、共登錄1408位子宮內膜癌患者，手術前診斷病灶只存在於子宮，一組（ $n=704$ ）接受子宮和兩側輸卵管切除標準治療，另一組（ $n=704$ ）接受標準治療再加上淋巴結摘除。對中度和高度危險復發病例予以放射線輔助治療。經平均37個月的追蹤，有、無淋巴結摘除組各有88位和103位死亡，危險比率（hazard ratio, HR）1.16（ $p=0.31$ ），5年全部生存率絕對差異為1%；死亡或復發分別有107位和144位，HR 1.35（ $p=0.017$ ），5年無復發生存絕對差異為6%。經調整後，兩組全部生存率HR 1.04（ $p=0.83$ ）、無復發生存率HR 1.25（ $p=0.14$ ）。結論是：早期子宮內膜癌患者不建議依常規進行骨盆腔淋巴結摘除。

2009年，Neubauer等<sup>[7]</sup>研究分析581位、手術前診斷腫瘤細胞為第1度分化的子宮內膜癌患者，其中268位有接受淋巴結摘除（骨盆腔和主動脈淋巴結分別為5.4%和3.2%），另313位則無摘除。最後病理診斷為晚期患者有9%，在第2度分化者增加為21.1%、第3度分化者1.4%。全部患者5年的OS皆為91%、PFS為90%，在有、無摘除淋巴結兩組並無統計上差異，HR分別為1.00（ $p=0.992$ ）、0.96（ $p=0.815$ ）。結論是：對腫瘤細胞第1度分化的子宮內膜癌患者，淋巴結摘除對生存率並無助益，對晚期患者予以輔助治療便可。

2017年，Zhu等<sup>[8]</sup>更進一步探討，在第Ia期、腫瘤細胞1/2度分化、類子宮內膜細胞的子宮內膜癌患者，中等度風險（intermediate-risk）的腫瘤 $> 2$  cm者，是否需要摘除淋巴結？共計在1009位中等度風險的子宮內膜癌患者，有624位接受淋巴結摘除，淋巴結有轉移病灶有12位（1.9%）；而在818位低風險的子宮內膜癌患者，淋巴結摘除陽性率僅0.3%。兩組並無統計上差異（ $p=0.021$ ）。在中等度風險的患者，有、無淋巴結摘除的5年生存率分別為100%和98.9%（ $p=0.351$ ），5年PFS分別為95.2%和93.3%（ $p=0.464$ ），均無統計上差異。結論是：對中等度風險的早期子宮內膜癌患者，淋巴結無論摘除與否，皆有良好的結果，故建議無需摘除淋巴結。

2019年，Polcher等<sup>[9]</sup>研究報告第I、II期子宮內膜癌患者，子宮切除後的冰凍切片結果，其中(1)58.5%為低風險G1/G2分化、無淋巴血管侵犯的第Ia期類子宮內膜癌，LVSI(-)；(2)30.1%為中度風險；(3)11.4%為高風險G3分化、第Ib期類子宮內膜癌，LVSI(+/-)，或G3分化、第Ia-Ib期非類子宮內膜癌，LVSI(+/-)。淋巴結摘除在低、中、高度風險分別為20.2%、53.0%、63.7%，經10年的追蹤，各組的生存率，無論是否有摘除淋巴結，均無統計上差異。

結論是：早期子宮內膜癌患者摘除淋巴結對生存率並無助益。

2019年，Candido等<sup>[10]</sup>研究分析194位、中度風險的子宮內膜癌患者（為G2/G3分化的第Ia期，或G1/G2分化的第Ib期），均以剖腹切除子宮，其中95位有摘除淋巴結，另99位則無。經5年的追蹤，癌症特別生存率（cancer-specific survival rate）在有、無淋巴結摘除組分別為88%和95%（ $p=0.039$ ），無復發生存率分別為85%和97%（ $p=0.004$ ），反而無摘除淋巴結組表現較佳。結果是：早期中度風險的子宮內膜癌患者，淋巴結摘除對癌症特別生存率和無復發生存率皆無幫助。

2021年，Sullivan等<sup>[11]</sup>研究分析141位、非典型增生（atypical hyperplasia, AH）和子宮內膜內皮贅瘤（endometrial intraepithelial neoplasia, EIN）患者，皆行全子宮切除，手術後有51位（36%）診斷為癌症，大部分（96%）為第Ia期、第1度細胞分化的類子宮內膜癌，有7位（5%）符合梅約準則，其中3位有接受淋巴結摘除，但轉移病灶為0%。全部患者共有7位接受淋巴結摘除，但全為陰性。51位癌症患者中，僅10位做冰凍切片，且只有2位符合梅約準則。經平均24.3個月的追蹤，無任何病患復發。結論是：非典型增生和子宮內膜內皮贅瘤乃低危險疾病，摘除淋巴結的效益不大。

2021年，Latif等<sup>[12]</sup>研究報告15101位子宮內膜癌患者，淋巴結摘除有9004位（60%），無摘除有6097位（40%）。結果發生靜脈栓塞有486位，包括在淋巴結摘除組有346位（3.8%），無摘除組140位（2.3%），相對風險（relative rate, RR）1.67（ $p < 0.0001$ ）；進一步分析，以微創侵犯手術施行淋巴結摘除發生靜脈栓塞的風險，是剖腹淋巴結摘除的2倍，RR 1.99（ $p=0.0014$ ）。結論是：早期子宮內膜癌淋巴結摘除會增加靜脈栓塞的發生率，此乃一嚴重併發症，尤其是在微創手術，故應審慎評估淋巴結摘除的必要性。

## ◆ 建議淋巴結摘除的研究

2012年，Nezhat等<sup>[13]</sup>綜合分析多篇研究，建議在中等度風險（第Ib期、第3度腫瘤細胞分化）和高風險（第Ic期、第II-IV期、所有細胞分化和非類子宮內膜細胞）的子宮內膜癌患者，摘除骨盆腔和主動脈淋巴結，能提高生存率。

2018年，Venigalla等<sup>[14]</sup>研究報告7250位、第I期的漿液性癌（serous carcinoma）、亮細胞癌或癌肉瘤（carcinosarcoma）等非類子宮內膜癌患者，在切除子宮時，有2177位（30%）有接受骨盆腔淋巴結摘除、4143位（57%）同時接受骨盆腔和主動脈旁淋巴結摘除，另930位（13%）則無摘除淋巴結。經5年的追蹤，骨盆腔淋巴結摘除者的死亡率低於無摘除者，危險比率（hazard ratio, HR）0.65（95%信賴區間0.59-0.71）；骨盆腔併主動脈旁淋巴結摘除者的死亡率亦較骨盆腔淋巴結摘除者為低，HR 0.85（95%信賴區間0.79-0.91）。而淋巴結摘除 $> 15$ 個，乃一獨立減少死亡因子，HR 0.86（95%信賴區間0.77-0.96）。結論是：非類子宮內膜細胞的子宮內膜癌患者摘除淋巴結有助於生存率。

2018年，Guo等<sup>[15]</sup>綜合分析8篇文章、共2793位、第I-IV期的子宮內膜癌患者，骨

盆腔併主動脈旁淋巴結摘除者的全部生存時間，較骨盆腔淋巴結摘除者為佳，HR 0.68 ( $p < 0.001$ )。進一步分析，在中度和高度風險者，合併摘除淋巴結的復發率亦較低，HR 0.52 ( $p < 0.001$ )，但在低風險者，則無統計上差異，HR 0.48 ( $p=0.077$ )。結論是：中度和高度風險的子宮內膜癌患者，骨盆腔併主動脈旁淋巴結摘除能增加生存時間，降低復發率。

## ◆手術前預測淋巴轉移

2008年，Selman等<sup>[16]</sup>綜合分析18篇文章，結論為：以磁共振造影(magnetic resonance imaging, MRI)診斷子宮內膜癌後腹膜淋巴結轉移率的準確度，較電腦斷層(computer tomography, CT)為佳。

2021年，Bus等<sup>[17]</sup>研究報告以MRI診斷淋巴結腫大(short axis > 1 cm)為轉移的標準，在96位患者經手術後驗證，其準確率、靈敏率、特異率、陰性預測值和陽性預測值，分別為78.1%、28.6%、82%、11.1%和93%。結論是：以MRI診斷淋巴結轉移，對於增生和轉移淋巴結的區分困難，易造成偽陽性。

2016年，Imai等<sup>[18]</sup>以手術前風險計分法(risk-scoring system)來預測子宮內膜癌淋巴結轉移風險，判斷是否應行淋巴結摘除。共分為4項，每項1分：(1)腫瘤體積> 6 cm<sup>3</sup>(MRI評估，長x寬x高)；(2)肌肉侵犯> 50%；(3)非G1類子宮內膜癌；(4)CA125在停經前> 70 U/mL、停經後> 25 U/mL。如分數為0，則不用作淋巴結摘除；分數1-2分，做骨盆腔淋巴結摘除；分數3-4分，做骨盆腔併主動脈旁淋巴結摘除。結果在156位分數為0分的患者，淋巴結轉移率0%，5年後轉移僅1位(0.6%)。

2021年，O'Toole等<sup>[19]</sup>以血清HE4和CA125來預測147位、類子宮內膜細胞的子宮內膜癌淋巴結轉移。HE4以81 pmol/L作為分界點，CA125以35 U/mL作為分界點。結果靈敏率、特異率、AUC(area under curve)在HE4分別為78.6%、53.4%、0.66，在CA125分別為57%、91.4%、0.74，在合併HE4和CA125分別為42.9%、93.8%、0.68。結論是：HE4和CA125皆有助類子宮內膜癌淋巴結轉移病灶的判斷。

此外，其它尚有將組織做免疫化學染色來預測子宮內膜癌淋巴結轉移。2016年，Yang等<sup>[20]</sup>研究報告370位子宮內膜癌患者，如黃體素接受器(progesterone receptor, PR) > 50%和Ki67 < 40%，屬於低風險；如加上CA125 < 30.0 IU/mL，則靈敏率達84.6%，特異率有67.4%，陰性預測值為97.4%(223/229)，相當實用。符合三要素的患者，可以考慮不做淋巴結摘除。

## ◆減少淋巴結摘除後維持健康

2021年，Forsse等<sup>[21]</sup>研究報告1308位、第I-IV期的子宮內膜癌患者，在2001-2012年時(n=778)淋巴結摘除為78%，在2013-2019年時(n=530)淋巴結摘除為53%，即減少了50%，淋巴結轉移率分別為9%和8%( $p=0.58$ )。兩組無淋巴結摘除的第I期患者，3年無復

發病灶分別為 88% 和 90% ( $p=0.67$ )；在第 III 期患者的輔助化學治療，2001-2009 年及 2010-2019 年分別為 27% 和 97%，但放射線治療由 57% 減少至 0%，而此段時間兩組的生存率無統計上差異。結論是：淋巴結摘除逐漸減少，但如有追加化學治療，仍有相近的生存率，且不管期別，無需放射線治療仍有相同效果。

## ◆ 結論

近來越多的研究認為，類子宮內膜細胞的子宮內膜癌如病灶  $< 2\text{ cm}$ 、分化良好、子宮肌肉侵犯  $< 50\%$ ，可不用做後腹膜淋巴結摘除，治療效果依然良好，並能避免手術中、後的許多併發症。如果是在手術後才意外發現子宮內膜癌，卵巢若已切除，並非一定要再剖腹做淋巴結摘除。但如有危險因子，或在第 Ib 以上期別，可考慮予化療，效果亦佳，值得更深入的研究，讓子宮內膜癌的治療更進步。

## ◆ 參考文獻

1. Ferriss JS, Fader AN. Enough already: Is this the end of comprehensive lymphadenectomy in endometrial cancer or are further trials needed? *Gynecol Oncol* 2019; 155: 175-6.
2. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1987; 60: 2035-41.
3. Zuurendonk LD, Smit RA, Mol BWJ, et al. Routine pelvic lymphadenectomy in apparently early stage endometrial cancer. *Euro J Surg Oncol* 2006; 32: 450-4.
4. Marian A, Dowdy SC, Cliby WA, et al. Prospective assessment of lymphatic dissemination in endometrial cancer: a paradigm shift in surgical staging. *Gynecol Oncol* 2008; 109: 11-8.
5. Panic PB, Basile S, Maneschi F, et al. Systematic pelvic lymphadenectomy vs no lymphadenectomy in early-stage endometrial carcinoma: randomized clinical trial. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 1707-16.
6. Kitchener H, Swart AM, Qian Q, et al. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer(MRC ASTEC trials): a randomized study. *Lancet* 2009; 373(9658): 125-36.
7. Neubauer NL, Havrilesky LJ, Calingaert B, et al. The role of lymphadenectomy in the management of preoperative grade 1 endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 2009; 112: 511-6.
8. Zhu M, Jia N, Huang F, et al. Whether intermediate-risk stage 1A, grade 1/2, endometrioid endometrial cancer patients with lesions larger than 2 cm warrant lymph node dissection? *BMC Cancer* 2017; 17: 696.
9. Polcher M, Rottmann M, Brugger S, et al. Lymph node dissection in endometrial cancer and clinical outcome: a population-based study in 5546 patients. *Gynecol Oncol* 2019; 154: 65-71.

10. Candido EC, Neto OFR, Toledo MCS, et al. Systematic lymphadenectomy for intermediate risk endometrial carcinoma treatment does not improve the oncological outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X* 2019; X3: 100020.
11. Sullivan MW, Philp L, Kanbergs AN, et al. Lymphnode assessment at the time of hysterectomy has limited clinical utility for patients with pre-cancerous endometrial lesions. *Gynecol Oncol* 2021; 162: 613-8.
12. Latif N, Oh J, Brensinger C, et al. Lymphadenectomy is associated with an increased risk of postoperative venous thromboembolism in early stage endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2021; 161: 130-4.
13. Nezhat F, Chang L, Solima E. What is the role of lymphadenectomy in surgical management of patients with endometrial carcinoma? *J Minim Invasive Gynecol* 2012; 19: 172-5.
14. Venigalla S, Chowdhry AK, Shalowitz DI. Survival implication of staging lymphadenectomy for non-endometrioid endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2018; 149: 531-8.
15. Guo W, Cai J, Li M, et al. Survival benefits of pelvic lymphadenectomy versus pelvic and para-aortic lymphadenectomy in patients with endometrial cancer. A meta-analysis. *Medicine* 2018; 97: 1(e9520).
16. Selman TJ, Mann CH, Zamora J, et al. A systematic review of tests for lymph node status in primary endometrial cancer. *BMC Womens Health* 2008; 8: 8.
17. Bus D, Nagy G, Poka R, et al. Clinical impact of preoperative magnetic resonance imaging in the evaluation of myometrial infiltration and lymph node metastases in stage I endometrial cancer. *Pathol Oncol Res* 2021; 27: 611088.
18. Imai K, Kato H, Katayama K, et al. A preoperative risk-scoring system to predict lymph node metastasis in endometrial cancer and stratify patients for lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 2016; 142: 273-7.
19. O'Toole SA, Huang Y, Norris L, et al. HE4 and CA125 as preoperative risk stratifiers for lymph node metastasis in endometrioid carcinoma of the endometrium: A retrospective study in a cohort with histological proof of lymph node status. *Gynecol Oncol* 2021; 160: 514-9.
20. Yang B, Shan B, Xue X, et al. Predicting lymph node metastasis in endometrial cancer using serum CA125 combined with immunohistochemical marker PR and Ki67, and a comparison with other prediction models. *PLOS ONE* 2016; 11(5): e0155145.
21. Forsse D, Berg HF, Bozickovic O, et al. Maintained survival outcome after reducing lymphadenectomy rate and optimizing adjuvant treatment in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2021; 160: 396-404.

## 問 答 題

- 一、下列何者為子宮內膜癌之梅約準則？  
(A) 類子宮內膜腫瘤細胞第 1/2 度分化；(B) 腫瘤直徑 $\leq 2$  cm；  
(C) 子宮肌肉侵犯 $\leq 50\%$ ；(D) 以上皆是
- 二、子宮內膜癌第 Ia 期和符合梅約準則者，後腹膜淋巴結的轉移率為何？  
(A) 0-1%；(B) 10-15%；(C) 16-25%；(D)  $\geq 26\%$
- 三、子宮內膜癌如後腹膜淋巴結有轉移，屬 FIGO 的分期為何？  
(A) I 期；(B) II 期；(C) III 期；(D) IV 期
- 四、下列何者可以預測子宮內膜癌可能有後腹膜淋巴結轉移？  
(A) CT；(B) MRI；(C) HE4；(D) 以上皆是
- 五、下列何種子宮內膜癌建議接受後腹膜淋巴結摘除？  
(A) 非類子宮內膜腫瘤細胞；(B) 第 3 度分化；  
(C) 肌肉侵犯 $\geq 50\%$ ；(D) 以上皆是

### 第 301 期通訊繼續教育

答案：一、(D)；二、(D)；三、(A)；四、(C)；五、(D)

## 人工流產的省思

馬大勳

人工流產是婦產科醫師在其執業生涯中大多數會遇到的一項工作，但因涉及醫學倫理，道德良心，醫事法律等等問題，又是一項極其複雜的難題。

曾讀清代大學問家，乾隆皇帝重臣紀曉嵐先生在其所著的閱微草筆記一書中，有一短文將其抄錄如下：醫者某生，素謹厚。一夜，有老嫗持金釧一雙，就買墮胎藥，醫者大駭，峻拒之，次夕，又添珠花兩枝來，醫者益駭，力揮去，越半年餘，忽夢為冥司所拘，言有訴其殺人者，至則見一披髮女子，項勒紅巾，泣陳乞藥不與狀，醫者曰：「藥醫治人，豈敢殺人漁利？汝自以姦敗，與我何有？」女子曰：「我乞藥時，孕未成形，倘得墮之，我可不死，是破一無知之血塊，而全一待盡之命也，既不得藥，不能不產，以致子遭扼殺，我亦見逼就縊，是汝欲全一命，反戕害兩命矣，罪不歸汝，反歸誰乎？」冥官喟然曰：「汝所言酌乎時勢，彼所執者則理也，而不揆時勢之利害，獨此人也哉，汝且休矣。」拊幾有聲，醫者悚然而悟。

陰間法官（冥司）竟能清楚明白將時勢與正理把醫者訓斥了一頓才能使其“頓悟”。

公元 1991 年曾赴南非行醫。工作地點在南非東北部與莫三比克，史瓦濟蘭交界處的黑人區，當地生活水平低，但出生率很高，走入村落到處都是孩童，但醫師人數少，而且多為從世界各國，如英、紐、澳、德等國來的年輕醫師，除總主任在此工作 20 多年外，我算是有經驗醫師，處理較為複雜困難問題，一般自然產由助產士接生，難產由醫師處理。

因南非法律禁止墮胎，但懷孕婦女私下進行的為數不少，因醫院不作，只有求於密醫，而且密醫膽大，不論懷孕多久，連四、五個月的都敢做，因而造成很多可怕的“不完全流產”送到我們醫院就醫，當時我們醫院尚無超音波使用，手術只靠醫生的經驗，小心翼翼的進行，取出子宮內殘存物，有的還會發現有樹枝，小石塊等，手術要小心再小心，以免造成子宮穿孔或其他傷害。幸好有麻醉師做全身麻醉，才能使手術進行順利。可見法律雖明訂禁止墮胎，但不能阻止其發生，反而增加病人痛苦和醫師的負擔。

多年前參加在台大醫學院舉辦的婦產科年會，午餐時因不想吃餐盒，於是走向台大醫院地下樓的美食街，選了一家餐廳，點了一碗一百元的湯麵，等了一會老闆娘親自端上，並附帶了一盤水煮蝦，一盤滷菜和水果，我說：「只點了百元的湯麵，並無其他，為何如此豐盛？」50 餘歲的老闆娘回答說：「你是馬醫師，我認得你，因為在 20 多年前我曾到你在廈門街的診所求你“拿孩子”你曾要求我說出理由，我說了一些你都不答應，連去三次都無法將你說服，最後生氣將孩子生下來，是個男孩，現在已 20 歲，已是大學二年級學生啦，今天能遇到你這點小菜只能表達對你的感謝」，頓時心中充滿暖意，感動不已，我不曾想到事隔二十年會有此巧遇。

西方醫學祖師希波克拉底在 2400 多年前宣布的醫師誓詞中有一句“醫師永不給婦女提供墮胎手術”現今歷經兩千多年，全世界人口已有七十多億，縱然有倫理、宗教、法律的約制，但流產手術依然存在，唯有面對問題，提出符合時勢的方案，對病人提供安全合理的醫療照顧才是正途。

# 如何寫好一份優質的醫療鑑定報告

新光醫院婦產科 潘恆新

醫療鑒定是一件非常繁雜而且燒腦的過程，一般初鑑醫師接到鑑定的委託時，常常不知從何下手，而且看到鑒定資料滿滿二、三十公分的病歷高度，一看就使人卻步，但是想起我們的同業前後輩，如果此時正遭受水深火熱的痛苦時，這時候動力就會油然而生。初審醫師基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，作為衡量判斷被告有無悖於平均醫療水準之基礎。目前新的醫療鑒定觀念，醫療鑒定包括「醫學學術鑒定（含死因鑒定）」及「醫療過程鑒定」。委託鑒定機關委託鑒定，應敘明鑒定範圍或項目，並提供相關卷證資料，包括完整之病歷資料、護理紀錄、X光片、訴狀、調查或偵查相關卷證、法醫解剖或鑒定報告及其他必要之卷證資料。故原則上進行鑒定所依憑之證據資料，悉依照委託機關所提供者為限。

鑒定案件先行交由相關科別專長之醫師（即所謂初審醫師）審查，研提初步鑒定意見。詳言之，係將委託鑒定機關所送之鑒定案件作初步篩檢後，找出被告醫師之學經歷資料，再將有關資料送與被告醫師之學經歷無關之醫學中心，請主治醫師以上等級之專家提供初步意見，來完成醫學學術鑒定。醫療鑒定時的「醫學學術鑒定」與醫事審議時的「醫療過程鑒定」之不同，在於醫療鑒定的醫學學術鑒定，是針對檢察官法官的醫學上的困惑或問題來提供純粹學術上的意見，也就是學術的總複習，提供新知及舊聞，給法官形成自由心証所需的證據。初審醫師由各專科醫學會或醫學中心的專科主治醫師，自學術立場提供醫療鑒定學術觀點－醫學專業認定，樹立學術權威與公信力，還醫師清白。而醫療過程鑒定係指法院或檢察官將醫療糾紛訴訟案件中告訴人針對醫學上或醫療過程上所提出的攻擊爭點，以及被告醫師的防禦辯解，連同扣案病歷資料及法醫的解剖鑒定報告等卷證。送交選任鑒定人或囑託之醫學機關，請求就被告為病人所為或所不為的診察、診斷、處方、治療、檢驗、處置……等醫療過程的是非曲直作成認定，或者就訴訟當事人之間互相爭執的醫學論點及審檢機關所希望瞭解的醫學問題，請求鑒定並表示意見。

醫事審議的醫療過程鑒定是比較著重醫療過程有否疏忽或過失，醫師有否盡醫師應盡之義務，包括診療，轉診，說明，告知同意，有點像主治醫師對住院醫師作法的認同或不認同的同意與否，再召開醫事鑒定小組會議，請初審醫師參與討論。所以，醫事審議委員會的醫事審議包括兩個步驟：「初審」與「審議」。初審由法醫負責死因鑒定，由臨床醫師負責醫學學術鑒定，參考死因鑒定提出初審報告；審議委員會的審議負責醫療過程鑒定，審議初審報告，提出醫療鑒定結論。但是常常我們發現，法醫師所診斷的死因鑒定跟臨床醫師所提出的初審報告有時會不一致，舉例而言，因為近年來，有兩件剖腹生產合併羊水栓塞的死亡案子，也因非婦產科出身的法醫師死因鑒定的誤導，造成醫師當事人的困擾甚鉅。案例一是因為法醫師誤把羊水栓塞引起的肺水腫診斷為輸液過量所致，因而刑事官司纏訟九年才釐清真相，還原真實；另一案為

羊水栓塞造成散發性血管內凝血異常 DIC，因而術後出血不止，法醫師竟誤以為是剖腹生產子宮傷口縫合不良，導致腹內出血，也因而纏訟七年才還醫師清白。這就是典型的專業領域上，認定爭執的謀合。台灣婦產科醫學會蘇聰賢院士也說過：「醫療過程的每一個細節我們會員都要注意到，因為醫事審議時，即使是羊水栓塞症，醫師並沒有過失，但審議的不只是死因對或錯的問題，還要追究醫師在醫療過程中是否有任何疏失，譬如說催產劑 Piton-s 是否打太過量？胎兒窘迫時有否給予氧氣？胎心博率下降時護士有否馬通知醫師？醫師有否即時到場適當處理？醫師是否馬上決定剖腹生產等等，只要過程中出現有一點瑕疵，醫師恐就無法全身而退。」這些全然都是追究「責任結果」的懲罰性裁判理由，不時都在醫療判決文中出現，當然其中不乏都是事後孔明的門外之見，尤其在庭上辯論時，我們常常可以聽得到對造律師會說為什麼當時不做電腦斷層或其他檢查，但就醫學專業言，此電腦斷層檢查是否為醫療常規，惟常被核刪該部分之健保給付，致醫療時常面臨遭核刪或被法院認定違反醫療常規之兩難困境，所以初審醫師應站在當時、當下被告醫師的立場，來思考，處理事情，才不至於有事後諸葛的疑慮，因為醫療學術鑑定的原則是：該事件是否不具可避免性？醫療事故是否為一種醫療風險？發生率及預後判斷到底是醫療不幸，還是醫療意外？其次，我們才會再繼續考慮醫療過程鑑定：醫師醫療行為的過程，是否符合醫療照護水準？有否違反醫療常規？醫療行為與病人的傷亡，在醫學上有否因果關係存在？由此可見，初審的醫學學術鑑定，病歷要求力求詳實清晰，特別注意護理記錄，英文醫學名詞不好懂，醫師字跡簡單幾字甚或艱深，法官、檢察官通常只唸中文的護理紀錄，所以初審醫師必須要把案情摘要寫得合乎邏輯並且詞達意順，就個人的經驗而言，時間順序是非常重要的、劑量也是非常重要的。正如同婦科的腹腔鏡手術後熱效應，致使腸穿孔一般通常都會發生在術後的七天到十天以後，所以太早苛責醫師為什麼沒有看出來，是不合理的！

所以一旦我們接受鑒定，受託鑑定醫療責任應注意事項有

#### 一、瞭解事實：

1. 醫師問診是否詳盡、適切？且加以記錄？
2. 是否完成物理診斷？且加以記錄？
3. 是否已適時施予能做且必要做之各項檢查？有資料否？
4. 是否週詳、密切觀察病情變化，予以記錄？
5. 是否擬訂一套完整、適切而必要之醫療計劃，且按表實踐？
6. 處方內容是否適當？(適時、適量和適應)。
7. 所有醫療步驟、程序、方法、準備、以及事後之觀察、評估與照護等，是否皆適時、正當、正確、無延誤、錯誤與疏忽？
8. 醫師聘僱或指定協助執行醫療輔助之人員，其資格與能力是否適當和合法？有無行為過失？

當然上述的醫療鑑定的案情概要，如果要照著上面詳細的記載依序而且有邏輯的寫下來，的確需要一直不斷地練習，而且更需長時間閱讀新知，才能夠有所進步，由於目前鑒定也屬於醫院評鑒的一環，也希望各位前後輩同儕，能夠在鑑定的路上，走上康莊大道！就個人經驗而言，案情概要如果寫完，大概就回答完問題，因為邏輯通了，後面的問題自然就通了，解答自然就了然於胸，最後也建議醫療專業與法律專業的整合的必要性，善用醫事法律人才 --- 請律師聘請醫療「專家鑑定人」協助提供醫學專業意見，專家鑑定人由各科醫學專科醫師所組成，由學會主導完成法律培訓。比照仲裁人，應律師或當事人要求出庭作証提供檢察官，法官的醫療資訊，醫術規則或同儕意見，可參與交互詰問。

#### (附) 台灣婦產科醫學會醫療糾紛學術鑑定辦法

2007年10月9日第十八屆第二次理事會議草案通過，2009年1月18日第十八屆第六次理事會議增修第五至十條文通過。

##### 一、鑑定初審

指定醫療法制暨醫療糾紛委員會或學術研究委員會委員一名為該案初審醫師，需於一個月內做出「醫學鑑定初審報告」，於醫療法制暨醫療糾紛委員會複審會議中提出討論。初審報告必要時至多以延長半個月為限。

##### 二、復審會議

每案舉辦之復審會議，須就醫療過程及因果關係做出「醫學鑑定」結論。初審委員必須準備相關資料報告，委員當場必須做出鑑定結論，由祕書整理會議記錄後，交由初審醫師於一週內定稿，提出正式鑑定報告。若因資料收集不全，必要時得順延一次，於下次會議復審。

##### 三、覆文時程

鑑定報告需經召集人審查補全，並報呈理事長校閱會簽後，一週內必須發出公函，唯結論不得違反會議記錄，若有嚴重爭議，召集人得要求再度提付複審討論。

每次鑑定案件最遲於三個月內，以理事長名義發文回函。

##### 四、鑑定費用

對外申請之鑑定費用，其中五仟元由負責初審鑑定醫師收執，其餘交給學會，充當醫療糾紛風險會基金，專款專用。

## 編後語

賴宗炫

十二月9日我們婦產科醫界敬重的前輩馬偕醫院藍中基前院長病逝於馬偕醫院，享年92歲。藍院長奉獻一生最精華的32年光陰於馬偕醫院，身教及言教具備，訓練出許多優秀的婦產科醫師，使馬偕醫院婦產科成為馬偕醫院的亮點，也是婦產科界的翹楚。楊育正院長撰文回憶他的老師藍大夫在馬偕行醫及教導學生的點滴，讓我們後輩更加肅然起敬。哲人其萎，風範長存。藍院長的兒女也纂文感念父親養育之恩，孺慕之情令人動容。學會也轉載台灣婦產科醫學會50年史內容，讓大家一起來感懷藍中基院長。

本期通訊繼續教育由李耀泰主任執筆，針對早期子宮內膜癌淋巴結是否需要一律摘除，提出實證醫學證據，總結類子宮內膜細胞的子宮內膜癌如病灶 $< 2\text{ cm}$ 、分化良好、子宮肌肉侵犯 $< 50\%$ ，可不用做後腹膜淋巴結摘除，治療效果依然良好，並能避免手術中、後的許多併發症。細節李主任在文中有精闢解析，請會員研讀。

馬大勳醫師在60週年專欄發表人工流產的省思一文，非常有深度的探討此複雜難題，值得各位會員先進參考。文章從東西方對人工流產不同面向的看法，加上個人在南非義診見聞和日常行醫故事，點出人工流產是我們婦產科醫師在執業生涯中多數會遇到的問題，不僅僅是單純的醫療問題，還涉及醫學倫理、道德、醫事法律等等問題，非常複雜的難題。如何處理得當值得我們好好思考。

遇到醫療糾紛一直是我們醫師最擔心及煎熬的事情，一位好醫師可能因為遇到一次不好的醫療糾紛判決結果，對醫療的熱誠盡失，轉而心灰意冷出現防衛性醫療行為，甚至從此退出醫界，實非病患之福。如何設身處地站在醫師所處情境之下，客觀並且細心的寫出醫療鑑定初審報告非常重要，優質的醫療鑑定報告才能讓往後醫療審議順利釐清爭點，幫助醫師及病家解決醫療爭議，是大功德一件。本期會員園地邀請醫事法律專家新光醫院潘恒新醫師撰稿，提醒參與醫療鑑定的醫師，如何寫好一份優質醫療鑑定初審報告，內容詳盡精彩且實用，提供給醫療鑑定醫師參考。

2021年即將結束之際，Omicron變種冠狀病毒來勢洶洶，已有少數境外移入個案進入台灣，希望大家鼓勵親朋好友及工作夥伴趕快完整施打疫苗，也提醒各位會員看診時要做好適度防護措施。最後敬祝各位會員先進身體健康，萬事如意，新年快樂！

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)二五六八一四八一九

傳真：(〇二)二二〇〇一四七六

◎ 302 通訊繼續教育答案◎

題目：早期子宮內膜癌淋巴結  
摘除的檢視

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。

\*登入學會網站(<http://www.taog.org.tw>)  
點選「線上通訊教育」即可利用線上  
作答功能，以節省時間。

\*本答案卷除郵寄外，亦可**傳真**

# 徵才訊息

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
台北市	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。	張院長	09-28087718
台北市	台北市立聯合醫院仁愛院區(婦產科)	具備醫師證書，婦產科專科醫師證書。歡迎有興趣加入本院婦產科。聯絡信箱 :B3207@tpech.gov.tw	謝喬專科護理師	02-27093600 轉3427， 0979-306237
台北市	財團法人醫藥品查驗中心(CDE)	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 網址： <a href="http://www.cde.org.tw/">http://www.cde.org.tw/</a> 工作地點：台北市南港區11557忠孝東路六段465號3樓	資深人資專員黃小姐	02-81706000 分機651
台北市	楊鵬生婦產科診所健康暨生殖中心	台北市楊鵬生試管中心誠徵專兼職胚胎師需具證照，捷運東門站，交通方便備宿舍，團隊工作氣氛佳，意洽郭督導請備履歷 e-mail :linglingkuo999@gmail.com	郭督導	0918-204963
台北市	協和婦女醫院	協和婦女醫院誠徵婦產科醫師合作 待遇及工作模式可細談	何小姐	0917-275560
台北市	臺北醫學大學附設醫院婦產部	1. 具備醫師證書及婦產科專科醫師證書。 2. 環境、福利、待遇優面洽，產房接生、開刀、輪值班，工作模式可細談，竭誠歡迎有衝勁熱誠的夥伴加入我們的行列。 3. 工作地點：台北市信義區吳興街252號。 4. E-mail：205056@h.tmu.edu.tw Tel：02-2737-2181 分機3520	陳秘書	0970-405397
新北市	蘆洲區宥宥婦幼診所	新北市蘆洲區宥宥婦幼診所 誠徵婦產科醫師 待遇優，高PDF 意者請洽 0935-107-177 張部長	張部長	0935-107177
新北市	板橋區函生婦幼診所	板橋區函生婦幼診所誠徵婦產科醫師 薪資優高 PPF, 醫療團隊堅強 意洽 張部長 0935-107-177	張部長	0935-107177
新北市	曜生婦產科診所	新莊區誠徵婦產科醫師 待遇優，高PDF 醫療團隊堅強 意洽：0935-107-177 張部長	張部長	0935-107177
新北市	榜生婦產科	新莊區誠徵婦產科醫師 待遇優，高PDF，醫療團隊堅強 意洽：0935-107-177 張部長	張部長	0935-107177
新北市	新北市蘆洲區愛麗生婦產科診所	1. 具備醫師證書及婦產科專科醫師證書。 2. 環境、福利、待遇優面洽，產房接生、開刀、輪值班，工作模式可細談，竭誠歡迎有衝勁熱誠的夥伴加入我們的行列。 3. 工作地點：新北市蘆洲區長榮路323號。 4. E-mail：Sindy77921@gmail.com Tel：02-22890666 分機233	黃郁筑主任	0916-680338
桃園市	宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	誠徵專任婦產科醫師數名 薪資優渥，專任主治醫師年度總所得(稅前)650萬元以上，本院婦科、產科、微創手術、不孕症生殖醫學、胎兒影像中心之業務量大，歡迎有能力有興趣有抱負的婦產科專科醫師加入我們的行列，我們一定全力培養與支持您發展志業。 梁小姐 60012@hch.org.tw	梁小姐	03-4618888 分機1108

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
桃園市	秉坤婦幼醫院	婦產科 主治醫師 薪資:面議(保障薪+PPF) 資格條件 1.學歷:公私立大學(學院)醫學系以上畢業 2.經歷:於醫學中心受過訓者佳 3.專長:具備醫師證書、婦產科專科醫師證書。工作項目: 1.門診、產房接生、婦科手術、需輪值。 2.女醫師純看門診亦可。 ※ 上班地點: 1.桃園院區-桃園市桃園區慈文路 957 號 2.平鎮院區-桃園市平鎮區延平路二段 129 號 意者請先 Email 履歷表至 kyokolin8944033@gmail.com 聯絡電話: 03-4025866#668 林小姐 面試地點: 桃園市平鎮區延平路二段 129 號	林小姐	03-4025866 分機 668
桃園市	衛生福利部桃園醫院	誠徵【婦產科主治醫師數名】 保障薪制 保障醫中次專訓練 應徵方式請將履歷 email: stacy0118@mail.tygh.gov.tw 聯絡人: 史岱玉 03-3699721 分機 3492 桃園市桃園區中山路 1492 號 婦產科	史岱玉	03-3699721 分機 3492
台中市	台中市烏日林新醫院	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 有保障薪、PPF 制度 資格: 具婦產科專科醫師證書	院長室 吳小姐	04-23388766 分機 1157
台中市	澄清綜合醫院中港分院	誠徵婦產科主治醫師 醫師資格: 1. 具婦產科專科醫師證書 2. 具次專科醫師證書(如: 婦癌, 婦女泌尿) 或部定教職證書尤佳 # 交通便捷, 優越的生活機能 # 薪資優厚與溫馨的工作環境 # 獎勵研究與進修, 鼓勵取得部定教職 聯絡人: 葉小姐 E-mail: human@ccgh.com.tw.15025@ccgh.com.tw 電洽: 04-24632000-32503	葉小姐	04-24632000 分機 32503
台中市	豐原區優生聯合婦產科診所	具備婦產科專科醫師證書。待遇佳! 上班地點機能佳! 工作時段可討論! 女醫師可以免值班!	陳院長	0972036756(未接可留簡訊)
彰化縣	林忠毅婦產科診所	誠徵婦產科醫師 保障月薪 40 萬 聯絡方式: 請電話聯絡或訊息 0958829666 楊小姐	楊小姐	0958-829666
彰化縣	彰化縣皓生醫院	彰化縣員林市皓生醫院誠徵產科主任, 不孕症專科醫師及直腸科醫師, 意者請洽 TEL:0988722656 院長室	邱小姐	0988-722656
嘉義市	嘉安婦幼診所	誠徵婦產科主治醫師。 1. 具備醫師證書、婦產專科醫師證書。 2. 工作地點: 嘉義市友愛路 390 號 最新、優質婦幼、試管、聯合門診中心。 3. 待遇優, 高 PPF, 醫療團隊堅強。 4. 網址: www.jiaanclinic.com.tw/ 意者請洽: 0963-411-366 李院長	李院長	0963-411366
嘉義市	嘉義市婦產科診所	具備婦產科專科醫師證書, 僅看門診, 合作業務詳情請電話聯繫	蔡小姐	0928-199301
高雄市	四季台安醫院	四季台安醫院誠徵婦產科專科醫師 具工作熱忱負責任感; 待遇優。 竭誠歡迎加入我們的行列。 Email: tai460821@kimo.com	張主任	0905-280900
高雄市	金安心醫院	具備醫師證書、婦產專科醫師證書。 環境、福利、待遇優, 工作模式、診數可談可細談, 竭誠歡迎您加入我們的行列。 工作地點: 高雄市楠梓區加昌路 606 號 Email: gac0982@gmail.com	管理部 陳主任	07-3649890 分機 305
宜蘭縣	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	1、具婦產科專科醫師證書 2、本院具多名專科護理師協助臨床業務及大夜值班 3、待遇優, 有保障薪資制度 4、進修、研究等機會(論文發表及口頭報告獎勵金優渥)。 5、提供眷屬宿舍、單身住宿以及停車位。 聯絡 E-mail: c00b018@mail.pohai.org.tw 聯絡地址: 265 宜蘭縣羅東鎮南昌街八十三號 院長室收	簡小姐	03-9543131 分機 5451, LINE ID: an-yu1231

## 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
211231-1	婦兒 mortality & mobility conference	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	2021-12-31 07:30:00	2021-12-31 08:30:00	B	1
220116-1	110-111 年度 婦產科醫學會 自費醫療發展研習課程 (高雄場)	台灣婦產科醫學會	高雄萬豪酒店 8 樓萬享宴會廳 C (高雄市鼓山區龍德新路 222 號)	2022-01-16 08:45:00	2022-01-16 12:00:00	A	3
220123-1	110-111 年度 婦產科醫學會 自費醫療發展研習課程 (台中場)	台灣婦產科醫學會	台中裕元花園酒店 4 樓東側包廂 (台中市西屯區台灣大道四段 610 號)	2022-01-23 08:45:00	2022-01-23 12:00:00	A	3
220123-2	《別讓孕婦不開心》講座	台灣營養精神醫學研究學會	台北益品書屋 C 廳演講廳 (100 台北市中正區仁愛路二段 69 號 1 樓)	2022-01-23 09:00:00	2022-01-23 12:00:00	B	1
220123-3	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室	2022-01-23 14:00:00	2022-01-23 18:00:00	B	1
220213-1	110-111 年度 婦產科醫學會 自費醫療發展研習課程 (台南場)	台灣婦產科醫學會	香格里拉台南遠東國際大飯店 3 樓成功廳	2022-02-13 08:45:00	2022-02-13 12:00:00	A	3

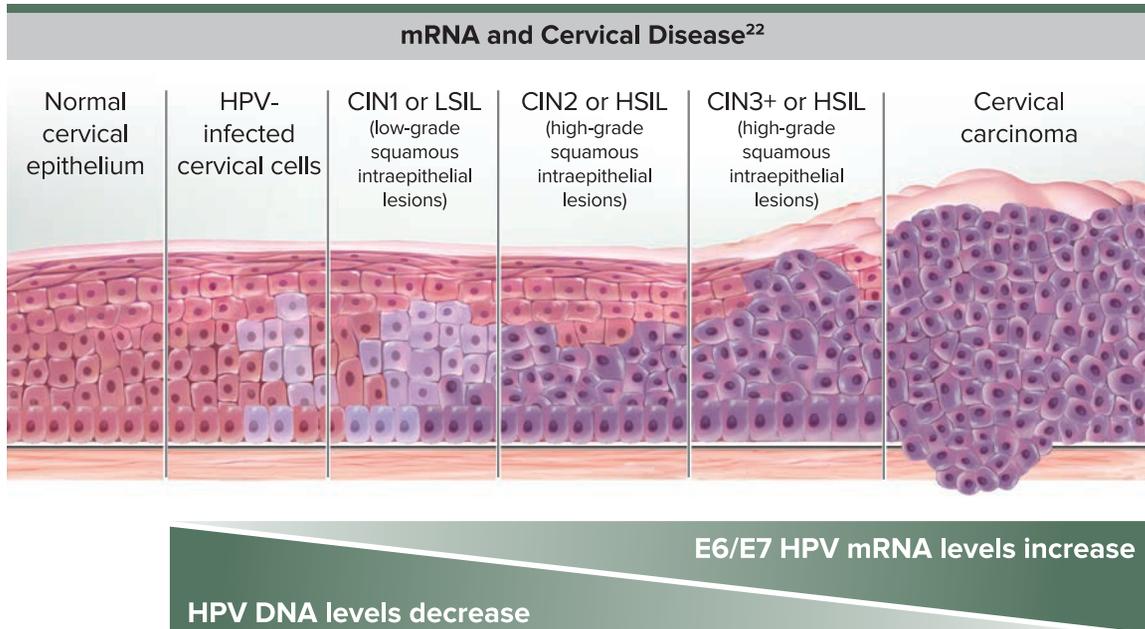
# 110. 12. 26 自費醫療發展研習課程



The Aptima® HPV assay targets E6/E7 mRNA.

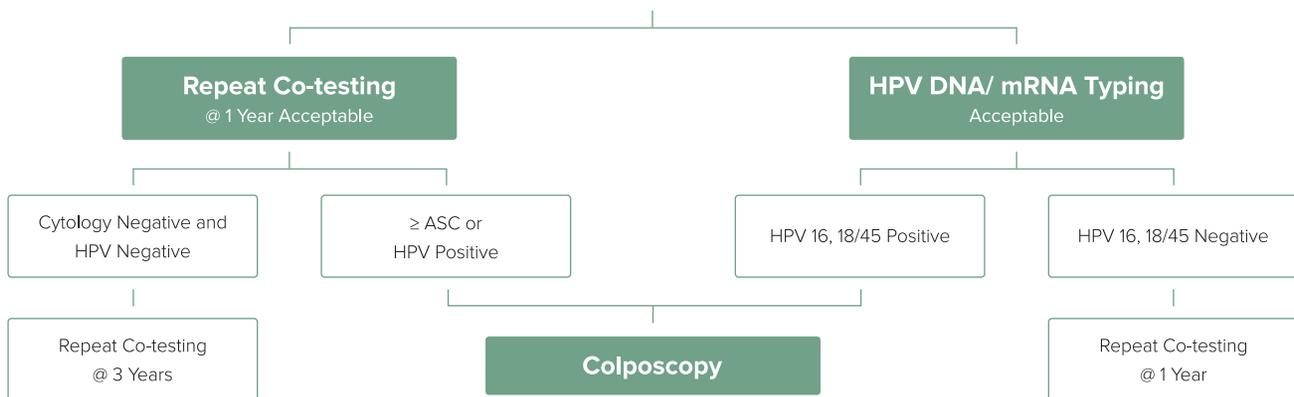
Identifies high-risk HPV infections that are present and active.

# E6 E7



## Genotyping Algorithm

Management of Women  $\geq$  Age 30 Who Are Cytology Negative, but HPV Positive<sup>\*27</sup>



## When Do Guidelines Recommend Genotyping?<sup>27,28</sup>

Only for women over 30 with a negative Pap and positive hrHPV test result.

# 3.7%

Cytology-negative and HPV-Positive co-test results occurred in 3.7% of women older than 30 years.<sup>29</sup> – ACOG PB157

22. Intl J Cancer. 2011;129(3):691-701.

27. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2013;17(5):S1-S27.

28. Obstet Gynecol. 2013;122(6):1338-67.

29. ACOG. Practice Bulletin No. 157 2016;127(1):e1-e20.

The Product of  
Hyaluronic Acid,  
Your Best Choice!

## Hyalobarrier<sup>®</sup>

3D anti-adhesion gel

In laparotomic procedure



In laparoscopic and  
hysteroscopic procedure



## Hyalofemme<sup>®</sup>



For the prevention of post-surgical adhesions

- ✓ Complete bioabsorbability
- ✓ Optimal adhesiveness/ viscosity
- ✓ Adequate resident time
- ✓ Easy to handle

- ✓ Patent: HYDEAL-D, HA derivative (Retain the biocompatibility and characteristic of HA)
- ✓ Increase vaginal moisture and lubrication
- ✓ Help restore vaginal elasticity and tenderness



Fidia Farmaceutici S.p.A.  
Via Ponte della Fabbrica 3/A  
35031 Abano Terme (PD) /Italy



Anika Therapeutics S.r.l.  
Via Ponte della Fabbrica 3/B  
35031 Abano Terme (PD) /Italy



雅力信股份有限公司  
臺北市信義區基隆路二段109號5樓