

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2009年8月154期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



敬 悼

八八水災受苦受難的同胞

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-mail：obsgyntw@seed.net.tw
發行人：蔡鴻德
編 輯：會訊編輯委員會
召集委員：龔福財

副召集委員：潘俊亨
委 員：王三郎 王漢州 高添富 李耀泰
劉嘉耀 簡基城 游淑寶 陳建銘
陳信孚 沈潔怡 張維君
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
秘書長：謝卿宏
學會法律顧問：黃清濱 律師 04-22511213
曾孝賢 律師 02-23698391

台灣婦產科醫學會 154 期會訊

目錄精華

05 理事長的話 | 文/蔡鴻德

06 監事長的話 | 文/何博基

07 秘書長的話 | 文/謝卿宏

08 秘書處公告 | 文/秘書處

08 行政院衛生署 函

「醫院緊急醫療能力分級標準」，案經本署於中華民國 98 年 7 月 13 日以衛署醫字第 0980209066 號令發布施行，請 查照。

12 行政院衛生署疾病管制局 函

檢送修訂之「新生兒愛滋篩檢計畫」篩檢作業流程圖（如附件），詳如說明段，請 查照辦理。

13 行政院衛生署疾病管制局 函

檢送本局研擬之「預防接種紀錄卡」樣稿乙式，請轉知所屬會員參考運用，請 查照。

15 行政院衛生署國民健康局 函

有關預防保健子宮頸細胞病理檢驗費核付原則，詳如說明段，請 查照。

16 孕婦與 H1N1 新型流感－臨床醫師們應考慮的事

目錄精華

20 The 6th Taipei Workshop on the First Trimester Down's Syndrome screening course for Certification

24 通訊繼續教育

異形 異位 異位瘤－談子宮內膜異位瘤的診斷與處理考量 | 文/吳信宏

33 會員園地

婦女，小心甲狀腺功能不足 | 文/李耀泰、陳福民、李文琮、郭宗正

39 法律信箱

學會會員集體責任保險的最後主張 | 文/高添富

44 徵才看板

46 編後語 | 文/李耀泰

48 活動消息 | 文/秘書處



理事長的話

蔡鴻漣

敬愛的會員：大家平安！

八月一日至二日學會舉辦兩天一夜台東風情之旅，由於高鐵故障，中南部會員臨時改搭各種交通工具，千辛萬苦趕到台東與大家會合。多年未到的台東更加秀麗，美麗依然，鹿野鄉的龍田村在日據時代是日本人在台東縱谷開發的最大移民村，地形方正、整齊，有山有水，彷彿是世外桃源，來一趟自行車生態之旅，路經一公里的小葉欖仁綠色隧道，誇張的阿度要大家躺在馬路上，看樹上的鳥巢、看飛行傘從碧綠的山頭緩緩下降，輕風徐來，陰涼的樹蔭下，一群傻瓜偷得浮生半日閒，橫躺在路邊，感受一下泥土與綠草的香氣，是一種很不一樣生活體驗。

台東是台灣的後花園，是台灣最後一塊淨土，兩天來往於知本老爺美麗的公路，因八月八日莫拉克颱風挾狂風暴雨而受到重創，堤防不見了，公路不見了，離河邊百公尺的金帥飯店也倒了，每天看到電視淒慘畫面，令人感到不捨與心痛，上萬的志工到災區幫忙，全台百姓以各種不同方式盡心盡力，除了捐贈金錢物資之外，也有人參與公益社團舉辦的援助活動，協助整理或幫忙運送，儘管參與方式不同，個別的能力有別，但關懷同胞的心都是一樣的。雖然挑戰層出不窮，但一直與逆境作戰的台灣其實有極強的能量，這力道來自台灣人善良且堅強的韌性，也來自彼此的愛。此時此刻彼此關懷，相互扶持，身為經濟較寬裕的我們更應大力捐獻，讓南台灣早日恢復它昔日的美麗。

八月十二日下午代表婦產科醫學會到中央健保局開醫療服務審查委員會，討論DRG支付審查注意事項，學會事前曾召開過臨時緊急會議，反對現階段實施DRG，主要理由“產科安胎”應排除在外，因為全台生產數降低，試管嬰兒週期數從96年7941升到97年8230，試管嬰兒週期數升，成功率高，早產率及安胎數亦同時會增加，祇要安胎住院三天，生產醫院即賠本，婦科手術祇有簡單分卵巢與子宮手術，婦女泌尿手術無法合併申報，DRG在九月一日施行，就好比籃球賽規則未訂好，要裁判及球員如何進行比賽？婦產科醫學會極力反對，台灣醫院協會、骨科、復健科醫學會亦反對，審查委員會不替健保局背書，打算徵詢各專科學會意見，八月二十六日再議。報告大家一項好消息，八月十五日接到醫院簡訊通知，DRG暫緩實施。幾個月的各方努力，總算有個結果，期待大家一起努力、再努力！永遠、永遠、永遠不放棄！

祝 身體健康！醫療平安！

監事長的話

何博基

敬愛的會員、前輩：大家好！

最近二期會訊，學會接到些許會員反應，健保審核醫師審查過嚴或不合理的刪除問題，站在學會為會員福利發表意見（尤其理事長、秘書長）是天經地義的事，無可厚非，但另一個角度，審查醫師有其審查的參考原則，最主要的是送審病歷的記載是否詳實記錄，是否真正適應症而申報：例如 PV：應按照 SOAP 詳實書寫（us.ad.cx），而不是只寫 PV：NP，或 DITTO，至於如何被刪？應可依管道，提出申複，最後向爭議審議委員會做行政訴訟。

站在監事長的立場，理事長是會訊發行人，逕行公開審查醫師名單，且編輯委員會亦沒詳查糾正，其衍生下列問題，希望此後三思。一、違反審查醫師不公開原則：依據審查醫師管理要點第六點：審查醫師有下列行為，經分區委員確認屬實者，得逕行解除該審查醫師職務：1.以名片、廣告、市招或其他不符合醫學倫理規範公開其審查醫師職務者。二、造成審查醫師困擾，影響審查之公平。三、危及審查醫師之人身安全。四、衍生不確定之法律訴訟。五、影響審查醫師之參與意願。

最後希望各位會員、前輩，病歷應詳細記載，申報內容應屬實，被刪、被扣款，會影響明年度總額被列入減項之額度，影響全體會員之全力，尚思、尚思！

秘書長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

八月一、二日台東知本會員旅遊，讓大家感受台灣的好山好水，不料返家不到一週，莫拉克颱風時，即驚見知本山崩地裂，不僅讓人感到無常，更覺自然力量之大，讓人無法勝天。登知本森林遊樂區遠眺對面翠鬱的山林硬被削了一大半，改種短期經濟利益高的檳榔，想來，有果必有因，如果我們能夠多些豁達，多些憐閔，能知天地蒼生並非全為我用我棄，而是要與天地萬物共存共榮，則我們的短暫生命必定更快樂！

學會已成立「婦產科文物保存小組」（暫訂，大家可對名稱提供更好意見），個人忝為召集人，故深切期待所有台灣婦產科的雪泥鴻爪，都能被保留下來。因此，我們希望所有的會員與前輩，有機會整理個人東西與資料時，只要與婦產科有關者，即使是一張紙，也都不要丟棄，尤其當私人保存意願不高時，可聯絡學會，讓學會來收藏，甚至我們也可能在 2011 年學會五十週年時拿出來展示，期待大家都能共同參與這件盛事，為台灣婦產科歷史作見證！也期待百年後，後人會知道我們這一代在做什麼。

近期又有會員因超音波未能診斷出胎兒畸形，遭患者家屬騷擾與訴諸媒體，更有不瞭解病情的醫學中心醫師以理所當然可以看出的態度對媒體作評論。對於亂做 comments 的會員，很多會員氣憤地反應，要倫理委員會調查。當然，我們的會員在替孕婦產檢時，要依健保局與國民健康局之規定，只在適當時機作超音波，千萬不要競相順便幫患者免費看 social sonography，否則受害的一定是自己，此外，也不要競相購買幾百萬元的 3D、4D 免費服務患者！而且一定要堅持，額外做 sona 就收費。否則，每次產檢都照超音波，看沒兩三分鐘，就告訴患者正常，那麼自己執業的風險就殺很大囉！大家一定要想想，經由大家的努力，我們婦產科實在非常進步，每年孕產婦的死亡併發症常不及雙手之數目，但是二十萬個胎兒，大大小小的畸形，可是不勝枚舉，一不小心，官司馬上纏身，千萬不要和自己的生命財產與生活品質過意不去！最後敬祝大家身體健康，心情愉快！

■ 秘書處公告

行政院衛生署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 98 年 7 月 13 日

發文字號：衛署醫字第 0980209069 號

附件：發布令掃描檔、條文各 1 份

主旨：「醫院緊急醫療能力分級標準」，案經本署於中華民國 98 年 7 月 13 日以衛署醫字第 0980209066 號令發布施行，請查照。

說明：檢附「醫院緊急醫療能力分級標準」發布令掃描檔、條文各 1 份。

醫院緊急醫療能力分級標準

衛署醫字第 0980209066 號令發布

第一條 本標準依緊急醫療救護法（以下簡稱本法）第三十八條第二項規定定之。

第二條 醫院之緊急醫療處理能力（以下稱醫院緊急醫療能力），依其提供之緊急醫療種類、人力設施、作業量能，區分為重度級、中度級、一般級。其評級項目，如附表。

第三條 醫院於評定後，因條件異動顯有影響其分級者，中央衛生主管機關得予重新評定。

第四條 醫院緊急醫療能力未符附表規定，經地方衛生主管機關認有因應特殊緊急醫療需求之必要者，得評定其為暫准中度級或暫准一般級。

中央及地方衛生主管機關對前項評定之醫院，應加強輔導改善。

第五條 本辦法自發布日施行。

醫院緊急醫療能力評級表

| 項目 | 重度級 | 中度級 | 一般級 |
|---|-----|-----|-----|
| 一、依醫療機構設置標準設置急診室。 | ✓ | ✓ | ✓ |
| 二、設有急診醫學部門 | ✓ | ✓ | — |
| 部門主管為專任且具急診醫學科專科醫師資格。 | ✓ | — | — |
| 三、急診專任人力配置 | | | |
| (一) 急診專任專科醫師配置(需 24 小時在急診值班)： | | | |
| 1. 應有 5 名以上急診專任專科醫師，其中應有一半以上具有急診醫學科專科醫師資格。若前一年度急診病人就醫數大於 2 萬人次，則每增加 5 千人次應增加一名急診專任專科醫師。 | ✓ | | |
| 2. 每月留觀每 600 人次應增加 1 名急診專任專科醫師 | | | |
| (二) 24 小時應有 1 名急診專任專科醫師值班。 | | ✓ | |
| 四、會診 | | | |
| (一) 會診人力配置(需 24 小時值班) | | | |
| 1. 外科專科醫師 | ✓ | ✓ | — |
| 2. 內科專科醫師 | ✓ | ✓ | — |
| 3. 骨科專科醫師 | ✓ | ✓ | — |
| 4. 神經外科專科醫師 | ✓ | — | — |
| 5. 神經科專科醫師 | ✓ | — | — |
| 6. 婦產科專科醫師 | ✓ | — | — |
| 7. 兒科專科醫師 | ✓ | — | — |
| 8. 麻醉科專科醫師 | ✓ | — | — |
| 9. 院內醫師(不限科) | — | — | ✓ |
| (二) 會診時效 | | | |
| 1. 急診醫學部門如有會診個案，75 %以上能於 30 分鐘內得到適當專科支援。 | ✓ | | |
| 2. 急診醫學部門如有會診個案，75 %以上能於 1 小時內得到適當專科支援。 | | ✓ | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 五、設有督導急診醫療品質之委員會，負責急診醫療品質管制和跨部門協調等相關事項。 | ✓ | ✓ | — |
| 六、參與區域內緊急醫療救護體系運作。 | | | |
| (一) 建立院內指揮組織架構與人員職掌機制 | ✓ | ✓ | ✓ |
| (二) 建立因應緊急傷病患或大量傷病患事故之人力、設備或設施調度原則之機制 | ✓ | ✓ | ✓ |
| (三) 建立假日及夜間時段之應變措施 | ✓ | ✓ | ✓ |
| (四) 訂有大量傷病患應變計畫，並定期舉辦演習。 | ✓ | ✓ | — |
| (五) 提供救護技術員之醫院實習及線上醫療指導 | ✓ | ✓ | — |
| 七、加護病房之照護品質 | | | |
| (一) 醫師人力 | | | |
| 1.加護病房每 10 床有專責主治醫師 1 人以上。 | ✓ | ✓ | |
| 2.(1) 24 小時有專責專科醫師負責加護病房醫療業務，該醫師需領有高級心臟救命術 (ACLS) 證書，且受有重症加護相關訓練。 (2) 24 小時有專責之第 3 年以上住院醫師 (R3) 於加護病房內值班。 | ✓ | | |
| 3.(1) 24 小時有專科醫師負責加護病房醫療業務，該醫師需領有高級心臟救命術 (ACLS) 證書，且受有重症加護相關訓練。 (2) 24 小時有醫師於加護病房內值班。 | | ✓ | |
| (二) 有加護病房床位調度機制，且運作良好 | ✓ | ✓ | — |
| (三) 定期品質指標監測，並有具體改善方案。 | ✓ | | — |
| 註：專責專科醫師係指該醫師每週至多 3 個半天門診或手術，其餘時間皆待在加護病房執行業務者。 | | | |
| 八、能進行急性腦中風病患照護 | | | |
| (一) 訂有急性腦中風病患處置流程 (含住院、手術、轉院標準) | ✓ | ✓ | — |
| (二) 有神經科專科醫師緊急照會機制 | ✓ | ✓ | — |
| (三) 有神經外科專科醫師緊急照會機制 | ✓ | — | — |
| (四) 急性腦中風病患之照護符合品質要求 | ✓ | ✓ | — |
| (五) 能全天候處置急性腦中風病患 (包括執行手術) | ✓ | — | — |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 九、能進行急性冠心症病患照護 | | | |
| (一) 訂有急性冠心症病患處置流程(含住加護病房、手術、轉院標準) | ✓ | ✓ | — |
| (二) 有心臟內科緊急照會機制 | ✓ | ✓ | — |
| (三) 有心臟外科緊急照會機制 | ✓ | — | — |
| (四) 能執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI) | ✓ | — | — |
| (五) 急性冠心症病患之照護符合品質要求 | ✓ | ✓ | — |
| (六) 能全天候處置急性冠心症病患(包括執行緊急冠狀動脈介入手術) | ✓ | — | — |
| 十、能進行重大外傷病患照護 | | | |
| (一) 設有外傷處置小組, 並訂有重大外傷病患處置流程(含住院、手術、轉院標準) | ✓ | ✓ | — |
| (二) 有專責處理重大外傷病患之負責單位(外傷小組或外傷科(部)), 且其全部成員均領有高級外傷救命術(ATLS)證書。 | ✓ | — | — |
| (三) 有外傷相關各專科醫師緊急照會機制 | ✓ | ✓ | — |
| (四) 外傷專責單位負責人具高級外傷救命術(ATLS)及外傷處置相關訓練之有效證書。 | ✓ | ✓ | — |
| (五) 有外傷嚴重度(ISS)之評估記錄 | ✓ | ✓ | — |
| (六) 重大外傷病患之處置符合品質要求 | ✓ | ✓ | — |
| (七) 能全天候處置重大外傷病患(包括執行緊急外傷手術) | ✓ | — | — |
| 十一、能進行高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護 | | | |
| (一) 訂有高危險妊娠孕產婦處置流程(含住院、手術、轉院標準、緊急照會機制等。) | ✓ | ✖ | — |
| (二) 訂有新生兒(含早產兒)處置流程(含: 轉院標準、緊急照會機制等。) | ✓ | ✖ | — |
| (三) 照護人力 | | | |
| 1. 具有高危險妊娠照護相關訓練之婦產科專科醫師能於病患入院30分鐘內指導診治。 | ✓ | — | — |
| 2. 有婦產科專科醫師能於病患入院1小時內診治。 | — | ✖ | — |
| 3. 有受過高危險妊娠照護訓練之護理人員 | ✓ | ✖ | — |
| 4. 有具新生兒(含早產兒)照顧訓練之兒科專科醫師, 並具新生兒高級救命術(NRP)證書。 | ✓ | — | — |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5. 有受過新生兒（含早產兒）照護訓練之護理人員，並具新生兒高級救命術（NRP）證書。 | ✓ | ✖ | — |
| 6. 社工師。 | ✓ | — | — |
| (四) 能於假日及夜間處置高危險妊娠孕產婦 | ✓ | ✖ | — |
| (五) 能於大夜班進行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術 | ✓ | — | — |
| (六) 能於假日及夜間處置急重症新生兒(含早產兒) | ✓ | ✖ | — |
| (七) 能於大夜班進行急重症新生兒(含早產兒)手術及介入性治療 | ✓ | — | — |
| <p>註：1. 高危險妊娠照護訓練：於婦產科專科醫師訓練醫院接受至少 2 年以上完整的高危險妊娠照護訓練並檢附相關證明、能獨立執行產科急症相關緊急手術與治療及定期接受高危險妊娠相關再教育課程並取得認證學分。</p> <p>2. 新生兒（含早產兒）照護訓練：兒科專科醫師訓練醫院接受至少 2 年以上完整的新生兒照護訓練並檢附相關證明、能獨立執行新生兒科急症相關緊急救護醫療、定期接受新生兒科相關再教育課程並取得認證學分。</p> | | | |
| 十二、訂有品質監控措施，並依緊急醫療救護資訊通報辦法提報緊急醫療救護資訊及每月提報品質指標 | ✓ | ✓ | ✓ |

備註：「✓」表示應符合該項評級規定，「—」表示該項評級規定得免查核，「✖」表示該項評級為可選擇。

行政院衛生署疾病管制局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 98 年 7 月 22 日

發文字號：衛署疾管愛字第 0980013571 號

附件：篩檢作業流程圖

主旨：檢送修訂之「新生兒愛滋篩檢計畫」篩檢作業流程圖（如附件），詳如說明段，請查照辦理。

說明：一、旨揭計畫前依本局 97 年 1 月 18 日衛署疾管愛字第 0960019912 號公告在案。
 二、案內原規定西方墨點法（W.B.）檢測為陽性者，始進行「傳染病個案通報系統」之新生兒疑似 HIV 感染個案通報，為符現行疾病通報定義，茲修訂為

酵素免疫法 (ELISA) 或顆粒凝集法 (PA) 檢驗結果呈陽性者，即進行通報作業。

三、另為求謹慎，新生兒 ELISA 或 PA 為陽性，應儘速完成 W.B. 檢驗作業，後續 W.B. 檢驗結果為陰性者，請同步確認該名新生兒母親 W.B. 檢驗結果，以做為醫生判斷新生兒是否繼續用藥的依據，若無法確認產婦之感染狀態，則該新生兒應間隔 1 - 2 週再複驗 W.B.，複驗結果呈陰性者，應立即停止預防性用藥。

四、修訂之篩檢作業流程圖，詳載於本局全球資訊網 <http://www.cdc.gov.tw>。

行政院衛生署疾病管制局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 98 年 7 月 31 日

發文字號：衛署疾管預字第 0980005117 號

附件：「預防接種紀錄卡」樣稿乙份

主旨：檢送本局研擬之「預防接種紀錄卡」樣稿乙式，請轉知所屬會員參考運用，請查照。

說明：一、隨著新疫苗之陸續上市及接種年齡之多元化，為利民眾預防接種資料之統一記錄及保存，本局研擬接種紀錄卡乙式。業經「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組 (ACIP)」同意，提供嬰幼兒及國小學童以外無接種紀錄卡之對象使用。

二、該紀錄卡之樣稿，已置於本局全球資訊網。網址：<http://www.cdc.gov.tw>，路徑：CDC 分類之防疫專區→預防接種→預防接種資料庫→預防接種紀錄卡樣稿），提供各界參考運用，請轉知所屬會員，如有需求，可下載使用。

行政院衛生署國民健康局 函

受文者：台杏診所

發文日期：中華民國 98 年 7 月 3 日

發文字號：國健癌字第 0980300836 號

主旨：有關預防保健子宮頸細胞病理檢驗費核付原則，詳如說明段，請查照。

說明：一、依行政院衛生署預防保健服務補助標準規定，子宮頸細胞病理檢驗費用（代碼 33）應由通過認證之子宮頸細胞病理診斷單位申報，非前述認證單位申報該項費用本局將不予支付。

二、醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項第 3 點規定，略以三十歲以上，每年補助一次子宮頸抹片檢查，故同一年內重複檢驗個案本局將不支付預防保健子宮頸細胞病理檢驗費。

三、現行病理醫療機構子宮頸抹片登錄子系統已具備查詢個案是否重複受檢之功能，請子宮頸細胞病理診斷單位可運用此項功能，以避免子宮頸細胞病理檢驗費用遭核扣。

敬啟者：

因國建局有新的措施方案（*全文如後附件）：同一年內重複檢驗“31”預防保健個案，將不支付檢驗費，所以請貴院所務必配合：在病患掛號刷健保卡時，仔細注意同一年度是否已經做過“31”預防保健抹片。

孕婦與 H1N1 新型流感－臨床醫師們應考慮的事

Pregnant Women and Novel Influenza A (H1N1) Considerations for Clinicians

這份文件為孕婦感染新流感時，使用抗病毒治療之最新臨時指引。當孕婦出現類流感症狀時，應盡快治療；治療不應因等候流感測試結果而延遲。而預防性投藥指引已更新以符合 CDC 對於高危險群之使用建議。嬰兒餵養的措施也做更新，以符合目前防護面具使用指引及降低嬰兒感染風險。最後，本指引為臨時性質，會根據美國新型流感疫情做適時的修正與改善。

背景

在人與人之間傳播的 H1N1 新型流感於 2009 年 4 月首次被發現。雖然孕婦與嬰兒尚未有完整流行病學研究資料出現，但在這次的疫情中已有孕婦及嬰兒重症報告。

根據前次流感大流行與季節性流感病情發現，懷孕婦女較易引起嚴重的併發症狀。1918 年至 1919 年與 1957 年至 1958 年流感流行期間，曾報導許多關於孕婦感染流感病毒而導致死亡的案例。根據先前流感大流行的報導中記載許多因感染流感而導致不良妊娠 (adverse pregnancy) 的案例，如較高的自然流產率與早產，尤其是在因感染導至肺炎的孕婦身上。另外，根據在非大流行期間所研究的病例報告和流行病學也顯示，懷孕後感染流感導至孕婦併發症的風險性較一般人為高，且會增加不良周產期狀況 (adverse perinatal outcomes) 或分娩併發症 (delivery complications) 之風險。

臨床表現

孕婦感染新型流感預期將產生典型的急性呼吸道症狀 (如咳嗽，喉嚨痛，流鼻涕等) 和發燒。其他的症狀包括全身疼痛、頭痛、疲勞、嘔吐與腹瀉等。大多數孕婦感染後除典型的流感症狀外並無併發症發生。然而，在少數懷孕婦女，病程可能會發展迅速，導致繼發性細菌性感染，包括肺炎等。這些嚴重的母體疾病可能合併發生胎兒窘迫，也曾有過個案報告不良妊娠與產婦死亡可能與重症有關。理論上，當孕婦懷疑感染新型流感病毒時，應進行採樣檢測。然而，不應因未進行檢驗或等待檢驗結果而暫緩或延遲治療。因為使用抗病毒藥劑只有出現症狀之早期進行治療較具效果 (一般為發病後前兩天內使用)。在很多情況下無法檢驗或檢驗結果出爐需等待數日，故臨床醫生應依新型流感在該區的蔓延情況與是否符合流感症狀等要素給予婦女適當的治療，不應等待檢測結果出爐才進行治療。

治療和預防性投藥

當孕婦懷疑感染流感時，應儘早進行抗病毒藥物治療。醫生不應當等待測試結果後再治療，因為這些藥物在早期症狀出現時給予效果最佳。目前流行的新型流感病毒對 neuraminidase inhibitor 如 zanamivir (Relenza®) 與 oseltamivir (Tamiflu®) 具敏感性，但是對 adamantane 如 amantadine (Symmetrel®) 和 rimantadine (Flumadine®) 等抗病毒藥物則具有抗藥性。Oseltamivir 是以口服的方式導致全身吸收；相反的，zanamivir 是以噴霧的方式吸入，故全身吸收效果較低。Zanamivir 或 oseltamivir 建議用於孕婦感染新型流感與成年人感染季節性流感之治療方式相同。懷孕不應被視為使用 zanamivir 或 oseltamivir 的禁忌。由於孕婦感染新型流感時有較高的風險會發生嚴重的併發症，故使用 zanamivir 或 oseltamivir 治療的效益會高於其使用時理論上可能的副作用。雖然曾有報導指出孕婦服用抗病毒藥物出現一些副作用，但並無直接證據顯示之間有所關聯（抗病毒藥物資料可至 CDC, Interim Guidance on Antiviral Recommendations for Patients with Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection and Their Close Contacts 查詢）。

治療建議

患有流感的孕婦應接受抗病毒藥物治療。由於 oseltamivir 具有全身性作用，故為治療孕婦的首選藥物。建議治療期間程為 5 天。治療不應因等待檢驗結果而延遲，且應儘速於發病後治療，最好是在發病後 48 小時內開始。由季節性流感的研究數據顯示，住院病人即使開始接受抗病毒藥劑治療時間超過發病後 48 小時，仍具有一定的療效。因此，建議高風險族群，包括孕婦在內，發病超過 48 小時後仍應持續服用抗病毒藥劑，尤其是需要住院治療之患者。

預防性投藥建議

當孕婦與可疑或確定感染新型流感者有密切接觸時，應考慮暴露後預防投藥。因為 zanamivir 的全身性吸收有限，故一般建議使用 zanamivir 進行預防性投藥。然而一些資料顯示，這種吸入性的給藥途徑可能導致呼吸上的併發症。故對於會產生呼吸症狀的婦女，使用 oseltamivir 是較理想的替代方法。一般預防投藥為最後接觸病患後再進行 10 天的治療。但在可能有多重暴露的情況下，如家人間，對孕婦進行預防性投藥所須時程需臨床上的考量。建議應對暴露後之孕婦密切監測是否有類流威症狀。

發燒治療

許多研究指出流感的副作用與體溫過高 (hyperthermia) 有關。研究顯示，產婦在懷孕

前三個月若有體溫過高的現象，有雙倍的風險可能會導致胎兒中樞神經和其他先天缺陷與不良後果。其它有限的研究數據也顯示，與發燒相關的出生缺陷（birth defects）可能可以藉由退燒藥或含有葉酸之多重維生素治療以減輕此現象發生。孕婦在分娩時發燒已被證明對新生兒與其發育是一個危險的因素，可能會造成不良的影響包括新生兒抽搐、腦病變、腦性麻痺、和死亡。雖然區分這些不良影響究竟是由引起發燒的原因，或是由於體溫過高本身所導致是相當困難的，但孕婦若有發燒的現象則應進行治療，因為會對胎兒造成影響。Acetaminophen 是懷孕期間發燒最佳的治療方式。

表 1 以下是簡要節錄抗流感藥物指引內容。欲了解更多有關抗流感病毒藥物，至 [recommendations](#)。

| 表 1. 建議在新型流感治療或是預防上所需之抗病毒藥物劑量 (Table extracted from IDSA guidelines for seasonal influenza) | | |
|--|---|-----------------------------------|
| 藥劑, 族群 | 治療 (Treatment) | 預防 (Chemoprophylaxis) |
| Oseltamivir | | |
| 成人 | 一天服用兩次的 75-mg 膠囊藥物持續治療 5 天 | 一天服用一次的 75-mg 膠囊藥物 |
| Zanamivir | | |
| 成人 | 左右鼻腔各吸入 5-mg 的藥物 (共 10mg)。一天共使用兩次, 持續治療 5 天 | 左右鼻腔各吸入 5-mg 的藥物 (共 10mg)。一天共使用一次 |

以其他的方式來降低孕婦感染新型流成之風險

目前尚無疫苗可以有效預防的 H1N1 新型流感病毒。但是，藉由防止病毒由呼吸道感染措施可減少被 H1N1 新型流感病毒感染之風險。這些行動措施包括：

1. 經常洗手；
2. 盡量減少與病患接觸；
3. 有症狀者留在家中（除非去尋求醫療照顧外）；
4. 有症狀者咳嗽應掩口鼻；
5. 發生社區感染時應盡可能避免到密集性場所；
6. 正確地使用防護面罩和口罩（詳細內容可至 [Interim Recommendation for Facemask and Respirator Use to Reduce Novel Influenza A \(H1N1\) Virus Transmission](#) 查詢）。

嬰兒餵養的考量

嬰兒若不餵食母乳特別容易受到感染和因嚴重呼吸道症狀而須住院治療。未因流感致病

的產婦在分娩後應鼓勵其儘早並頻繁地用母乳餵養嬰兒。理想的情況下，嬰兒應從母乳中獲得大部分營養。避免使用配方奶；讓嬰兒儘可能由母乳中獲得母源抗體。

嬰兒為新型流感感染的高危險群，但鮮少有資料提供如何防治嬰兒的新型流感感染。可能的話，應只允許無病徵的成年人照顧嬰兒，包括餵食。新型流感病毒是否會經由母乳傳染仍不清楚，但因季節性流感甚少導致成病毒血症，故推測其經由母乳傳染也是極為罕見。生病的婦女為避免疾病傳染至嬰兒，應鼓勵其使用唧筒將母乳抽出至奶瓶中，並由健康的家人代為餵食。使用抗病毒藥物治療或預防不應視為是哺育母乳的禁忌。

認真遵守手部衛生和咳嗽禮儀是至關重要的，尤其是生病婦女在無人可以幫助照料嬰兒的情況下。有出現類流感症狀之婦女在照顧和餵養嬰兒時應使用口罩。（see Interim Recommendations for Facemask and Respirator Use to Reduce Novel Influenza A (H1N1) Virus Transmission）。

應指導家長或是保姆們如何保護嬰兒以避免受到如新型流感病毒等呼吸感染：

1. 於任何時候皆實踐手部衛生與咳嗽禮儀；
2. 使嬰兒遠離生病患者，並儘可能不去人多的場所。
3. 避免嬰兒將玩具和其他物品放進嘴巴裡。若曾放置嬰兒嘴巴的物品應使用肥皂和水洗淨。

The 6th Taipei Workshop on the First Trimester Down's Syndrome screening course for Certification

英國 NSC 的 Fetal Anomaly Screening Programme Committee 主管英國篩檢的政策。2003 至 2010 年以第一孕期篩檢為主，篩檢偵測率高於 75%、假陽性低於 3%為標準，此標準他們已經做到了。2010 年後的標準為篩檢偵測率高於 90%、假陽性低於 2%且 Cut off 值訂於 1/150。看看英國的政策，以“專注完美，近乎苛求”，不僅是汽車廣告名詞，更應是我們醫學追求的目標。於 2008 年最新版訂定的產前照護 (ANC) 之染色體篩檢指導原則為第一孕期篩檢。其採用的方法完全採用 Prof. Nicolaides 訂定的標準方法。美國婦產科醫學會(ACOG)於 2007 年 1 月 4 日；緊跟著加拿大與法國於 2、7 月份也宣佈染色體篩檢指導原則為第一孕期染色體異常篩檢；採用兒頸部透明帶配合生化血清，並且胎兒頸部透明帶必須標準化及定期審核。

周產期醫學會去年底搜集了台灣通過 FMF 認證醫師共計 12911 筆資料，經分析結果偵測率為 86.4%，僅 2.64%的假陽性，分別篩檢出 Trisomy 21、18、13 及 Turner syndrome 各 18、10、5、12 位，還有其他的 6 位染色體異常之胎兒。幾年下來我們都知道，第一孕期篩檢為主的胎兒頸部透明帶標準化及定期審核的嚴格標準，讓許多人望而退步。但實證醫學的時代裡，醫師應該堅持社會道德責任與勇氣，唯有真理與事實才能經過時代的考驗。

周產期醫學會已經開發出本土中文版的第一孕期篩檢軟體程式，經過與 FMF 軟體比較偵測率與假陽性不相上下，且目前已有醫學中心使用中。學會對醫療品質的提昇方面，提供優生學之第一孕期染色體異常篩檢方法，以期能讓婦產科醫師網路方式，提供給台灣婦女最佳的產檢服務。因此周產期醫學會將於 2009 年 9 月 6 日於台大醫院兒童大樓(台北市中山南路 8 號)，再度舉辦胎兒頸部透明帶認證課程，並介紹大家使用本土中文版的第一孕期篩檢軟體程式。鑒於各醫療院所之體系不同，本次課程希望多培植訓練超音波技術員。周產期醫學會已成立台灣頸部透明帶認證委員會，依照認證辦法，通過理論及臨床課程並繳交 5 份胎兒頸部透明帶影像，學會將授予合格會員證書且公告於學會網站，並且合格參與第一孕期染色體異常篩檢之行列；請查學會網站 <http://www.tsop.org.tw/nt/index.asp> 或 <http://www.fetalmedicine.org.tw/>。周產期醫學會已推出統合性中文版第一孕期染色體異常風險篩檢計算軟體，提供全國各醫療院所具有本學會胎兒頸部透明帶合格認證之醫師及超音波技術員上網登錄使用，敬請合格會員與學會聯絡。

誠摯邀請您參與盛會

中華民國周產期醫學會

台灣頸部透明帶認證委員會

理事長

主任委員

召集人

許德耀醫師

徐振傑醫師

蕭慶華醫師

敬邀

周產期醫學會 敬上

中華民國 98 年 8 月 1 日

相關課程報名資訊查詢請參閱中華民國周產期醫學會 www.tsop.org.tw

The 6th Taipei Workshop on the
First Trimester Down's Syndrome
Screening course for Certification

染色體異常篩檢最新趨勢

Taiwan Nuchal Translucency certification Committee
(台灣頸部透明帶認證委員會)

11-13⁺⁶ Weeks Nuchal Translucency 認證課程



理論課程與現場實操作際展示

時間：98年9月6日(日) 9:00~17:20

地點：台大醫院兒童大樓(台北市中山南路8號)

主辦單位：中華民國周產期醫學會

協辦單位：台灣婦產科醫學會，中華民國超音波醫學會

贊助單位： 訊聯生物科技 
BIONET 三東儀器股份有限公司

詳情請參閱中華民國周產期醫學會網站 www.tsop.org.tw

The 6th Taipei Workshop on First Trimester Down's Syndrome Screening

TNC Certificate of Competence in the 11-13⁺⁶-Week Scan
Sunday, 6th Sept, 2009

Program

| | | |
|-------------|--|------------------|
| 09:00-09:10 | Opening Remarks | 許德耀理事長 |
| 09:00-09:30 | Maternal age at gestation Maternal serum β -hCG and PAPP-A | 中國附設醫院何銘醫師 |
| 09:30-10:00 | Fetal nuchal translucency, Fetal nasal bone, Tricuspid regurgitation, Ducts venous, and Facial angle | 林口長庚鄭博仁主任 |
| 10:00-10:30 | Increased nuchal translucency and normal karyotype | 高雄長庚歐家佑主任 |
| 10:30-10:45 | Coffee Break | |
| 10:45-11:15 | Fetal defects at 11-14 weeks | 台北市立婦幼林陳立 醫務長 |
| 11:15-12:00 | Second trimester biochemistry Second trimester sonogram | 台大醫院李建南主任 |
| 12:00-13:00 | Lunch | |
| 13:00-13:30 | Live demonstration NT, NB, TR, DV, FA, UA | 林佳慧/蕭慶華 醫師 |
| 13:30-14:00 | Amniocentesis and chorionic villus sampling Qf-PCR and full karyotype | 彰化基督教醫院 陳明醫師 |
| 14:00-14:30 | Pathophysiology of NT Twins in the first trimester | 花蓮慈濟醫院 魏佑吉主任 |
| 14:30-15:00 | Principles of screening | 陽明大學周碧慈教授 |
| 15:00-15:15 | Coffee Break | |
| 15:15-15:45 | First trimester screening experience in Cathy General Hospital | 國泰醫院蔡明松主任 |
| 15:45-16:15 | New milestone of first trimester screening Certification process and audit of result | 台北市立婦幼 蕭慶華醫師 |
| 16:15-16:45 | Introduction the Taiwan First Trimester Screening Software | 陽明大學曾尹俊博士 |
| 16:45-16:50 | Closing Remark | 台北長庚徐振傑主任 |
| 16:50-17:20 | MCQ test | 台北長庚徐振傑主任 |

The 6th Taipei Workshop on First Trimester Down's Syndrome Screening

Certificate of Competence in the 11-13⁺⁶-Week Scan

Sunday, 6th Sept, 2009

第六屆胎兒頸部透明帶課程報名表

- 一、主辦單位：中華民國周產期醫學會
- 二、協辦單位：台灣婦產科醫學會，中華民國醫用超音波學會，台大醫院
- 三、上課時間：98年9月6日星期日
- 四、上課地點：台大醫院兒童大樓地下一樓(台北市中山南路八號)
- 五、報名費用：周產期會員\$3,000.，非會員\$4,000.
- 六、報名截止：98年8月25日
- 七、報名辦法：請至郵局劃撥，帳號-12420668，戶名-中華民國周產期醫學會
- 八、注意事項：完成報名者，8月30日學會將報到卡寄出，如未收到請與學會聯絡
辦理退費者，請於8月25日前告知，並扣手續費30元
- 九、積 分：周產期醫學會、婦產科醫學會與醫用超音波學會積分-申請中
- 十、聯絡學會：電話-2381-6198、0911366551，傳真-2381-4234
100 台北市常德街一號景福館二樓 203 室、周產期醫學會

周產期會員編號：_____ (\$3,000.) 非周產期會員：(4,000.)

中文姓名：_____

服務單位：_____ 職稱：_____

郵遞區號：_____ 郵寄地址_____

行動電話：_____ 傳真：_____

e-mail: _____

請將郵政劃撥收據影本黏在此處並傳真至學會：02-23814234

(報名表未貼妥收據影本者，將視同報名無效)

■ 通訊繼續教育

異形 異位 異位瘤

— 談子宮內膜異位瘤的診斷與處理考量 —



吳信宏

彰化基督教醫院婦產部生殖醫學科 主治醫師

中山醫學大學婦產科學 兼任助理教授

台灣婦產科醫學會 副秘書長

中山醫學大學醫學研究所 博士班研究生

「異形」是八零年代著名的電影，共演了四集，劇中異形的特色，除了造成嚴重禍害外，就是不易根除，甚至植入女主角身體內成長。子宮內膜異位症（endometriosis）的定義，是子宮內膜生長在子宮腔以外的地方，病理顯微鏡下是良性，但其特性如到處侵犯及容易復發等，又非常像是惡性腫瘤，子宮內膜異位症的臨床特性就像異形一樣，難以掌握。當長在卵巢內，易形成腫瘤且含有像巧克力的內容物，即子宮內膜異位瘤（endometrioma），俗稱的「巧克力囊腫」。

子宮內膜異位瘤的診斷

卵巢的子宮內膜異位瘤可由陰道超音波檢查來診斷，它的陽性相似比（positive likelihood ratio）是 7.6~29.8，它的陰性相似比（negative likelihood ratio）是 0.1~0.4【1】。典型的超音波檢查圖像是 diffuse low level internal echoes；當 endometrioma with clot，其超音波圖像會懷疑是惡性腫瘤，此時可在超音波檢查時打上 color 或 power Doppler，這些 solid components 會呈現 non-vascularized，可幫忙區別是血塊或 neoplasm；另當懷孕期間的卵巢子宮內膜異位瘤，可能會在瘤的壁上看到 vascularized solid components，此可能是 decidualized endometri-

osis，會與惡性腫瘤不易區分；其他，在停經後婦女的卵巢子宮內膜異位瘤，可能會看到鈣化現象，此時應與卵巢畸胎瘤作區別【2】。

病人的主訴 (Chief complaints)

當病人有卵巢子宮內膜異位瘤，來到門診就診，其主訴不外乎下列三種：腫瘤、疼痛及不孕。

1. 腫瘤 - 需諮詢惡性或將來變惡性的可能性。

根據「The ESHRE Guideline on Endometriosis 2008」【3】，有子宮內膜異位症的婦女並不會增加得癌症的機率（0.7~1.0%），而由子宮內膜異位症轉化為惡性的機會也非常低。然而，惡性癌症發生在卵巢的機率（5%）高於非卵巢的子宮內膜異位症（1%），作者推斷可能跟局部高動情激素濃度有關【4】。研究亦顯示，子宮內膜異位症的確具有許多 neoplastic process with malignancy transformation 特性，且與 clear-cell 及 endometrioid carcinoma 兩種卵巢癌有關【5】。

手術治療：子宮內膜異位瘤的治療有數種選擇【表一】【6】，當考量到卵巢子宮內膜異位瘤的良惡性時，除定期追蹤外，就是手術治療。針對超音波圖像偏良性的卵巢子宮內膜異位瘤，腹腔鏡手術是首選方式，當然也需依個人經驗及設備而調整；至於選擇 cystectomy 或 fenestration，則需多方面考量，高雄長庚龔福財部長在台灣生殖醫學會 2008 年 1 月會訊中作很好的比較，值得參考，但針對良惡性及復發考量，cystectomy 似乎是較好的選擇。

藥物治療：已形成腫瘤的子宮內膜異位症，是無法靠藥物治療消除的，有報告顯示長期荷爾蒙治療，會經由 1) negative selection、2) increasing the rate of dyskaryosis、3) loss of heterozygosity，而增加惡性轉化機會【7】，但仍需進一步研究。

2. 疼痛 - 需提供有別於各種疼痛的治療方案。

疼痛是子宮內膜異位症常見的症狀，包括經痛、下腹痛及性交疼痛等，可能產生疼痛的機制，包括：1) 慢性發炎反應、2) 異位內膜出血的刺激、3) 內膜異位症直接或間接侵犯到骨盆神經【8】。

藥物治療：針對疼痛改善，最簡單使用是 NSAIDs（如 naproxen），但對於子宮內膜異位症造成的疼痛，其止痛效果較不一致【3】。荷爾蒙治療對疼痛改善有效，有多種選擇【表二】，主要經由荷爾蒙造成身體「假懷孕」（黃體素增加）或「假停經」（動情激素減少）來作用。藥物治療並無法治癒子宮內膜異位瘤，但可當成病人嘗試懷孕前或手術前的疼痛控制及減緩病程進展治療。各種藥物均有效，因此選擇的考量主要根據 1) 安全性與副作用、

2) 忍受性與方便性、3) 價錢【9】。口服避孕藥及黃體素是方便取得、安全及便宜的藥物，且可長期服，因此可當成第一線藥物；而 extended continuous 的口服避孕藥又較 cyclic 口服避孕藥，改善疼痛效果更好【10】。其他研究中用於子宮內膜異位症治療的藥物，包括 aromatase inhibitors、immunomodulators、anti-angiogenic therapies 及 selective progesterone receptor modulators。蜜蕊娜避孕器 (Mirena(r)) 是一局部投予的黃體素，優點是方便使用、副作用低及長期效果，它可有效改善經痛及性交疼痛，亦可減小直腸陰道的子宮內膜異位節結體積，也可用於術後防止疼痛的藥物維持或復發疼痛的治療【3、8、9】。

手術治療：至於針對改善骨盆腔疼痛的手術治療，除了腫瘤手術及沾粘剝離外，還包括：1) laparoscopic uterosacral nerve ablation (LUNA) 與 2) presacral neurectomy。對子宮內膜異位症造成的經痛治療，無證據顯示 LUNA 是必要步驟，LUNA 優點是技術較簡單，但也應注意輸尿管損傷及以後子宮脫垂風險；至於 presacral neurectomy，有報告會改善疼痛，但較具技術性且術中容易有出血的風險【8】。

3. 不孕 - 需提供卵巢子宮內膜異位症對受孕的影響，並擬定受孕計畫。

子宮內膜異位症與不孕有很大關係，相較於無不孕困擾的婦女，其有子宮內膜異位症的盛行率約 0.5~5%，而有不孕症的婦女約 25~40% 有子宮內膜異位症【11】。子宮內膜異位症可經由下列機制影響受孕，包括：1) distorted pelvic anatomy、2) altered peritoneal function、3) altered hormonal and cell-mediated function、4) endocrine and ovulatory abnormalities、5) impaired implantation【12】。

藥物治療：對於不孕婦女有卵巢子宮內膜異位瘤，藥物內科療法是無法幫助受孕【3】，且幾乎所有荷爾蒙治療都會影響排卵。Pentoxifylline 是一 multi-site immunomodulating 藥物，此藥物透過免疫系統抑制氧化自由基形成，它最大特點是不影響排卵，因此可用於術後治療子宮內膜異位症，而不會影響嘗試懷孕【13】。

手術治療：子宮內膜異位瘤手術治療的主要目標，除了去除腫瘤及緩解不適外，就是恢復正常骨盆腔及延緩子宮內膜異位症對骨盆的破壞，另外手術中亦可進一步提供不孕的檢查。目前並無 RCTs or meta-analyses 回答：是否手術 cystectomy 會增加懷孕率？有報告顯示腹腔鏡切除 4 公分以上的卵巢子宮內膜異位瘤，對受孕有助益；然而腹腔鏡 cystectomy 手術除了有開刀風險外，最大的壞處是減少排卵反應【3】。

不孕治療：不孕症的治療包括：排卵刺激、人工受精 (intra-uterine insemination; IUI) 及試管嬰兒 (in vitro fertilization; IVF)；不孕症的治療，年紀是非常重要的考慮。對於較輕度子宮內膜異位症，排卵刺激加 IUI 是有效的；而當患者術後仍無法受孕，或嚴重輸卵管問題，或合併其他不孕因素如精子問題，或高齡患者，應積極考慮 IVF 治療。對於 IVF 治療的排卵刺激方式，GnRH-agonist protocol 比 GnRH-antagonist protocol 有較多卵子與胚胎，但懷

孕率相似【3】；而於排卵刺激前，先用 GnRH-agonist 治療 3 到 6 個月，會增加懷孕率【14】。至於是否需在作 IVF 治療前處理子宮內膜異位瘤？是一個複雜有爭議的議題，手術治療的優點，包括：減少取卵後膿瘍發生、減少瘤破裂的急性腹痛、減少因沾粘的取卵困難度、減少瘤的內容物污染卵子，減少子宮內膜異位症進展及惡性可能；手術治療的缺點，則包括：手術對卵巢排卵反應的副面影響、手術潛在的風險、手術費用及缺乏證據支持手術對試管嬰兒治療成功率有改善【15】。因此若病人已決定作 IVF 治療，手術治療子宮內膜異位瘤會保留給病人有嚴重疼痛無法藥物控制，或惡性腫瘤考慮【16】；至於大的子宮內膜異位瘤，ESHRE 2008 建議 4 公分以上的瘤，於 IVF 治療前手術，但 ASRM 2006 則無此建議【3、12、17】。Garcia-Velasco JA 則建議，如果子宮內膜異位瘤不影響取卵過程，即便大於 4 公分，也不需處理；然而，雖然是小的瘤，但會擋住濾泡，干擾濾泡追蹤或取卵，特別是已造成卵巢沾粘而固定住，則仍應考慮先手術處理【16】。

狀況與處理建議

當一位婦女超音波檢查發現有典型卵巢子宮內膜異位瘤，根據病人不同年齡與不同主訴，可有不同的建議【圖一】：

1. 青少年及年輕未婚 -- 治療重點在於減少疼痛、限制子宮內膜異位症進展、及保持未來受孕能力【18、19】。
 - * 考慮瘤的大小，成長速度及疼痛控制情況，必要時腹腔鏡保守手術及術後藥物治療來減緩疾病復發或進展。
 - * 小於 16 歲少女，藥物選擇應避免使用 GnRH agonists。
 - * 年輕少女較少嚴重子宮內膜異位瘤，因此青少年應注意是否因有先天生殖道阻塞，造成子宮內膜異位瘤。
2. 已婚婦女 -- 首要考量有無生育問題。
 - * 若不知有無不孕，且無疼痛症狀，則先積極嘗試懷孕；若又有疼痛，則用 NSAIDs 控制疼痛及積極嘗試懷孕。
 - * 有不孕婦女，若高齡或合併其他不孕因素如男性問題，可考慮 IVF 治療；若年輕且無其他不孕因素，考慮腹腔鏡保守手術及輸卵管評估，再決定後續懷孕計畫；若病人決定接受 IVF 治療，是否需腹腔鏡手術，應進一步評估，及與病人充分溝通；若是子宮內膜異位瘤復發病人，應直接考慮 IVF 治療，並避免再次 cystectomy。
 - * 若已完成生育，治療重點在於去除腫瘤，改善症狀及防止復發。考慮腹腔鏡 cystectomy 及術後藥物治療；復發患者可考慮腹腔鏡 adnexectomy。

3. 接近停經婦女 – 此時應考慮瘤的良惡性。

* 考慮腹腔鏡 adnexectomy 或 cystectomy, 及術後藥物治療。

子宮內膜異位瘤的處理, 是爭議性相當高, 處理的恰當是一種藝術, 需 case by case, 個人才疏學淺, 內容如有不妥, 望各位前輩先進來文糾正。

【感謝彰基蔡鴻德理事長、高長龔福財部長、彰基葉光芃及許瑞昌醫師的指導及建議】

參考與選讀文獻

1. Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S, Kennedy S. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002; 20:630-4.
2. Asch E, Levine D. Variations in appearance of endometriomas. *J Ultrasound Med.* 2007;26: 993-1002.
3. The ESHRE Guideline on Endometriosis 2008. <http://guidelines.endometriosis.org/>
4. Stern RC, Dash R, Bentley RC, Snyder MJ, Haney AF, Robboy SJ. Malignancy in endometriosis: frequency and comparison of ovarian and extraovarian types. *Int J Gynecol Pathol.* 2001;20:133-9.
5. Varma R, Rollason T, Gupta JK, Maher ER. Endometriosis and the neoplastic process. *Reproduction.* 2004;127:293-304.
6. Alborzi S, Zarei A, Alborzi S, Alborzi M. Management of ovarian endometrioma. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49:480-91.
7. Blumenfeld Z. Hormonal suppressive therapy for endometriosis may not improve patient health. *Fertil Steril.* 2004;81:487-92.
8. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril.* 2008;90:S260-9.
9. Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abbiati A, Daguati R, Crosignani PG. Endometriosis: current and future medical therapies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22: 275-306.
10. Sulak PJ. Continuous oral contraception: changing times. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22:355-74.
11. Houston DE, Noller KL, Melton LJ 3rd, Selwyn BJ, Hardy RJ. Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota, 1970-1979. *Am J Epidemiol.* 1987;125:959-69.

12. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and infertility. *Fertil Steril*. 2006;86:S156-60.
13. Creus M, Fabregues F, Carmona F, del Pino M, Manau D, Balasch J. Combined laparoscopic surgery and pentoxifylline therapy for treatment of endometriosis-associated infertility: a preliminary trial. *Hum Reprod*. 2008;23:1910-6.
14. Sallam HN, Garcia-Velasco JA, Dias S, Arici A. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;25:CD004635.
15. Somigliana E, Vercellini P, Vigano P, Ragni G, Crosignani PG. Should endometriomas be treated before IVF-ICSI cycles? *Hum Reprod Update*. 2006;12:57-64.
16. Garcia-Velasco JA, Somigliana E. Management of endometriomas in women requiring IVF: to touch or not to touch. *Hum Reprod*. 2008 Dec 4. [Epub ahead of print]
17. Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach. *Hum Reprod*. 2008 Oct 23. [Epub ahead of print]
18. ACOG Committee Opinion. Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. *Obstet Gynecol*. 2005;105:921-7.
19. Laufer MR. Current approaches to optimizing the treatment of endometriosis in adolescents. *Gynecol Obstet Invest*. 2008;66:19-27.

表一、子宮內膜異位瘤治療的選擇

| |
|--|
| Medical treatment |
| Surgical treatment |
| 1. Ultrasound-guided aspiration |
| 2. Aspiration plus sclerotherapy |
| 3. By laparoscopy |
| Conservative |
| ✧ Aspiration |
| ✧ Cystectomy (stripping method) |
| ✧ Drainage and destruction of inner lining or fenestration and coagulation |
| Radical |
| ✧ Ovariectomy |
| ✧ Adnexectomy |
| 4. By laparotomy |

(引用: Alborzi S, Zarei A, Alborzi S, Alborzi M. Management of ovarian endometrioma. Clin Obstet Gynecol. 2006;49:480-91.)

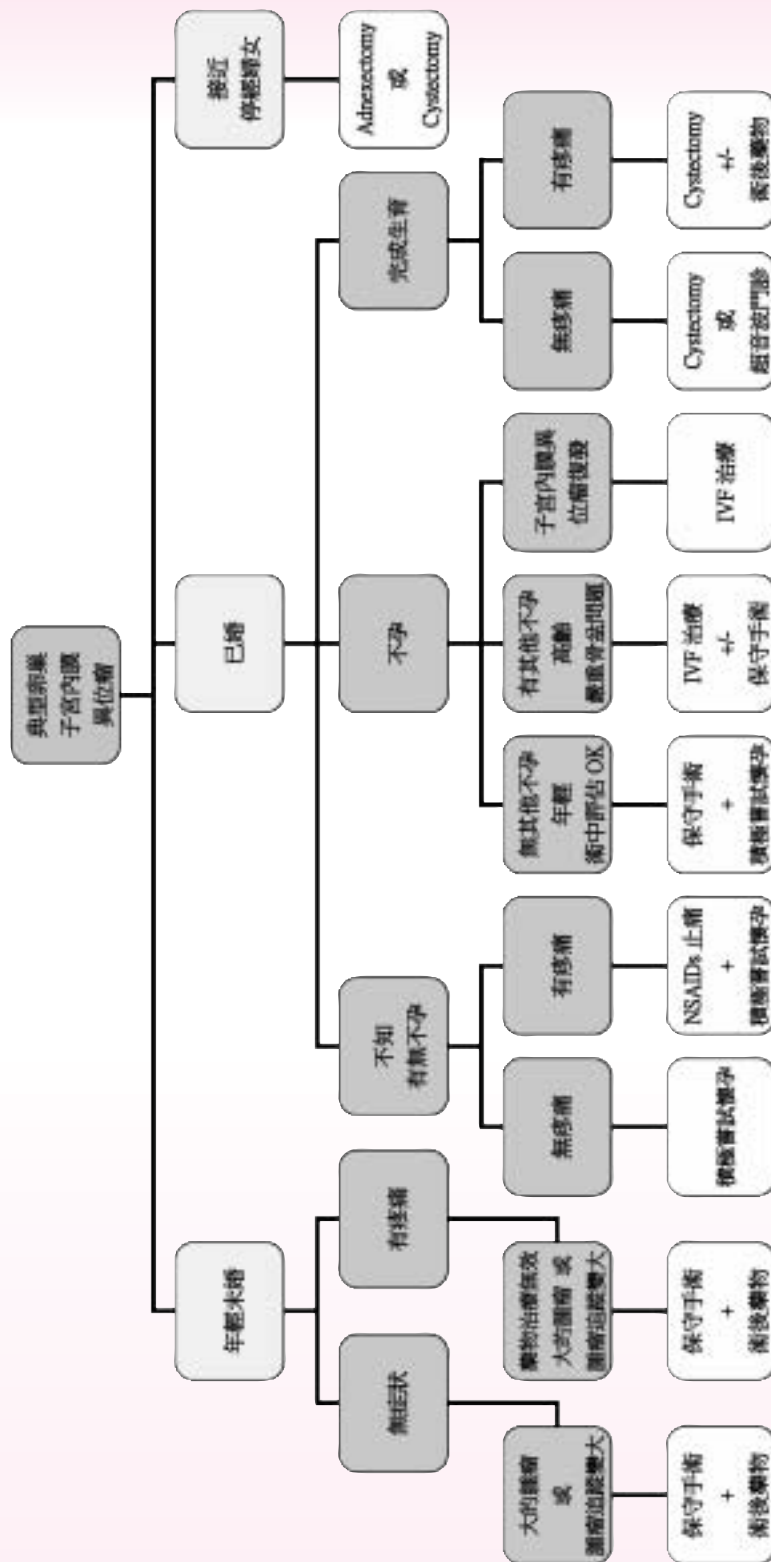
表二、有症狀但不打算懷孕的子宮內膜異位症 藥物治療選擇

| |
|---|
| <p>First-line treatments</p> <p>Peritoneal disease and endometriotic cysts (<math>\leq 3\text{ cm}</math></p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Oestrogen - progestin combinations used cyclically or continuously* (oral, intravaginal or transdermic use) <p>Rectovaginal lesions</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Noretisterone acetate, 2.5 mg/day per os used continuously* |
| <p>Second-line treatments</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Depot GnRH analogues plus add-back therapy (e.g. tibolone 2.5 mg/day per os) ✧ Alternative progestins (e.g. medroxyprogesterone acetate, desogestrel, cyproterone acetate) |
| <p>Third-line treatments</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Low-dose danazol (e.g. 200 mg/day, oral or intravaginal use) ✧ Gestrinone, 2.5 mg twice weekly per os |
| <p>Specific conditions</p> <p>Parous women with dysmenorrhoea as main symptom</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Levonorgestrel-releasing intra-uterine device <p>Hysterectomized women with residual disease</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Depot medroxyprogesterone acetate (150 mg intramuscularly every 3 - 6 months) |

GnRH, gonadotrophin-releasing hormone.

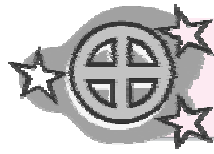
✧ A 7-day interruption is suggested in case of breakthrough bleeding during continuous use.

(引用: Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abbiati A, Daguati R, Crosignani PG. Endometriosis: current and future medical therapies. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008;22:275-306.)



NASIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs; IVF, in vitro fertilization
 (製圖：吳信宏『異形異位異位瘤 - 談子宮內膜異位瘤的診斷與處理考量』)

圖一、子宮內膜異位瘤的處理考量。



測驗題

- 一、研究顯示，子宮內膜異位症與何種卵巢癌有關？
- A. Clear-cell carcinoma B. Mucinous adenocarcinoma
C. Serous adenocarcinoma D. All of the above
- 二、一位國中女生，有子宮內膜異位瘤並嚴重經痛，可考慮何種藥物治療？
- A. Oral contraceptives B. GnRH agonists
C. Aromatase inhibitors D. All of the above
- 三、目前唯一有臨床試驗用於治療 endometriosis-associated infertility 的藥物是：
- A. Pentoxifylline B. Lupron
C. Anastrozole D. None of the above
- 四、何種試管嬰兒排卵刺激方式的臨床懷孕率最高？
- A. Ultralong GnRH agonist protocol B. Long protocol
C. GnRH antagonist protocol D. All the same
- 五、一位接近停經婦女，右側卵巢有 5 公分巧克力囊腫，你/妳會建議她接受何種手術？
- A. Complete excision of the endometrioma
B. Laser vaporisation of the endometrioma
C. Aspiration of the endometrioma
D. All of the above

第 153 期通訊繼續教育

產褥期脾臟的破裂

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

婦女，小心甲狀腺功能不足



李耀泰¹ 陳福民² 李文瑞³ 郭宗正¹
台南郭綜合醫院¹ 婦產科³
²台北中山醫院 婦產科

甲狀腺功能不足可以為原發性（指甲狀腺本身之缺陷）或次發性（指腦下垂體和下垂視丘疾病導致甲狀腺刺激素TSH之不足）。實際上，在成年婦女患甲狀腺功能不足者，95%屬原發性，其中又以自體免疫疾病最多，此係因 antithyropoxidase (anti-TPO) 抗體之存在，對甲狀腺中濾泡 (follicular) 細胞有毒性，造成 lymphocytic (Hashimoto) 甲狀腺炎，最後因細胞死亡、甲狀腺萎縮致甲狀腺功能不足。

Hashimoto 疾病的發生率，在女性約 0.4%，在男性約 0.1%，有些地區則高達 1-3%。但症狀不顯 (subclinical) 的甲狀腺功能不足在女性約有 6-8% (> 60 歲有 10%)，男性約有 3%，女性為男性的 5-8 倍。原發性甲狀腺功能不足，常伴有糖尿病或其它血中有自體抗體 (autoantibody) 之疾病：如 Sjogren 症候群、惡性貧血、紅斑性狼瘡、類風濕關節炎、原發性膽道肝硬化和慢性肝炎等，較罕見的尚有多發性內分泌腺體功能不足，乃存在多種不同的自體抗體，使腎上腺、副甲狀腺、性腺、及甲狀腺功能皆受影響。Hashimoto 疾病患者在淋巴細胞侵潤的時期，甲狀腺會腫大 (goiter)，此時甲狀腺功能常正常 (euthyroid)，直至甲狀腺濾泡細胞死亡，甲狀腺開始萎縮，才產生甲狀腺功能不足。故早期之甲狀腺功能不足常不明顯 (TSH 4-10 mU/L)。另外，當 Hashimoto 疾病患者在 euthyroid 期，可吸引過量外來的碘，此亦可造成碘誘發之甲狀腺功能不足。

臨床上症狀

甲狀腺功能不足之徵兆和症狀，視疾病之嚴重程度、時間、患者年齡、和可能合併的疾病，有很大差異。早期甲狀腺功能不足症狀因慢慢出現，常沒有特異性，包括疲倦、嗜睡、便秘、怕冷、肌肉僵硬和抽痛，手腕墜道症候群、性慾減少、憂鬱、掉髮、月經不規則、經血過多和不孕等，不易被發現，尤其在年紀較長之婦女，因常伴隨無表情，敏銳和運動能力變慢、記憶力衰退、胃口欠佳但體重增加、皮膚和毛髮變乾、毛髮變細易斷落、聽力變差、聲帶水腫、聲音變沉、嗜睡、舌頭變大，睡眠中阻塞性呼吸等症狀，常被視為老化，或診斷為老人常見之巴金氏症。憂鬱症、或 Alzheimer 疾病。

當甲狀腺功能越來越差，症狀便越嚴重，臨床上有鮮紅色黏液水腫（florid myxedema），患者外觀呈蒼白無血色（pallid）、憂鬱、運動減少（hypokinetic）、聲音嘶啞、遲鈍、臉無表情、頭髮稀少和大舌頭。物理檢查觸摸皮膚涼、乾、粗或有鱗狀皮屑，臉和眼臉周圍浮腫，甚至有全身性水腫。體液可堆積在身體不同部位，如肋膜積水、心包膜積水或腹水。甲狀腺腫大與否，則視甲狀腺功能不足之原因而異，在 Hashimoto 疾病所導致原發性黏液水腫時，因甲狀腺已萎縮，常無法觸摸出來。

胸部X光下心臟輪廓常變大，可能因有房室擴張或心包膜積水。如心臟輪廓變小，要懷疑因腦下垂體所致之腎上腺功能不足，或同時合併有原發性腎上腺功能不足（Schmidt 症候群）。便秘乃因腸胃蠕動變慢、麻痺性腸阻塞，甚至會有巨大結腸。精神症候群-黏液水腫瘋狂（myxedema madness）和神經異常，如延遲深層肌鍵（deep tendon）之反射、肌肉無力和走路不穩等。

實驗室診斷

診斷原發性甲狀腺功能不足的單一最重要的試驗乃測量血清中甲狀腺刺激素（TSH），當 $TSH > 10 \text{ mU/L}$ 診斷便成立。在各型甲狀腺功能不足，血清中之總量和游離甲狀腺素（T4）皆會下降。T3 值在大多數甲狀腺功能不足之患者仍為正常，故較少用。甲狀腺自體抗體（較少見為 anti-TPO 和 antithyroglobulin）常為陽性。放射性碘吸收檢查可以為減少、正常或增加，在 Hashimoto 疾病早期可以增加，當甲狀腺萎縮後則減少。

其它有助診斷甲狀腺功能不足之非甲狀腺檢查，包括：triglycerides、total and free lipoprotein cholesterol、carotene、creatine phosphokinase（CPK）、aspartate transaminase 和 lactate dehydrogenase（LDH）之上升。患者亦因對鐵之利用不良而貧血，約 10 % 患者會有惡性（pemicious）貧血。心電圖則顯示心跳變慢、低振幅 RQS complexes、扁平或倒立 T 波，尤

其在心包膜積水時更明顯。又因 prejection period 延長, preejection period 與 left ventricular ejection time 之比例增加, 使心臟收縮減少。

治 療

甲狀腺功能不足之首選藥物為 levothyroxine, 以測量血清中 TSH 來調整劑量。此藥物因治療指數 (therapeutic index) 狹窄, 容易有劑量過低或過高之問題, 所以須小心調整。又因每一藥廠 levothyroxine 之生物效價和轉換能力 (switchability) 不盡相同, 故美國甲狀腺學會及美國臨床內分泌學會皆建議使用商標名 (branded name), 而不用學名 (generics name), 患者應固定用一種牌子的藥物, TSH 每 6 週須檢查一次, 使維持在 0.5-1.5 mU/L。如更換不同牌子藥物, 需重新調整劑量。

Levothyroxine 患者每天口服一次便可, 因半衰期為 6-7 天。其它甲狀腺製劑包括乾燥甲狀腺萃取物 USP。一種 triiodothyronine (T3) 製劑, 和 Liotrix、一種 T4 (thyroxine) 和 T3 的混合藥物。這些藥品雖一度流行, 但現已不建議使用, 因這些含 T3 的藥物吸收很快, 當血清中 T3 濃度很快升高時, 會產生不舒服的心跳加速和心律不整, 特別是在老人和有心臟病之患者。Levothyroxine 是較穩定的 T4, 吸收後在體內再轉變成 T3, 濃度會接近正常生理需要。通常在診斷出甲狀腺功能不足時, 患病已有一段時間, 除非是已呈現黏沾水腫昏迷, 沒有理由需立即快速糾正甲狀腺之功能不足, 故不需直接使用 T3 製劑。在年輕婦女, 用 thyroxine 之開始劑量每日 75-80 μg 。在年長者, 特別有心臟病者, 開始劑量每天 25-50 μg , 然後每 4-6 週增加 25 μg , 直至得到正常之新陳代謝狀態, 即 TSH 為 0.5-1.5 mU/L。平均理想的劑量約每天 1.7 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 但在因癌症已切除全部甲狀腺, 或局部手術後再以放射線碘破壞 (ablation) 甲狀腺之患者, 則每天約需 2.1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 。劑量須慢慢增加, 以免新陳代謝突然增加、心臟或冠狀動脈負荷過重。

在患者懷孕時, 因 TSH 會增加, 原本已穩定的 levothyroxine 劑量, 每天約要增加 25-50 μg , 但需要慢慢增加, 想反的, 如 Hashimoto 疾病, 自然消失 TSH 接受器阻斷抗體時, 則需減少 thyroxine 劑量。

症狀不顯 (Subclinical) 之甲狀腺功能不足

早期和輕度的甲狀腺功能不足因症狀不明顯難以診斷, 英語稱 "subclinical", 有些學者以輕度甲狀腺功能不足或早期甲狀腺功能不足來形容。此時血清中之總量和游離 T4 或 T3 仍在正常範圍, 主要診斷祇有血清 TSH 上升。

TSH 正常值因地區有所不同, 可在 0.3-6.5 mU/L 之間, 但大多數學者認為應在 0.3-2.5

mU/L 之間，2.5-4.0mU/L 則屬灰色地帶 (gray zone) ，4-10mU/L 已被認為是早期或輕度甲狀腺功能不足。

輕度甲狀腺功能不足傳統上認為是無症狀的，但可能有月經不規則或不孕。實際上，如仔細問病史和做理學檢查，甲狀腺功能不足之症狀，如疲倦、缺乏精力、肌肉無力、乾燥皮膚和睡眠障礙是可能存在的。其中 Hashimoto 甲狀腺炎為最主要甲狀腺功能不足的原因，其它原因尚包括使用放射性碘，用抗甲狀腺藥物（如 PTU），放射線治療，部份甲狀腺切除，及使用含 amiodarone、lithium 之藥和放射線顯影劑等。

症狀不顯的甲狀腺功能不足需治療嗎？

超過 95 % 正常健康者，血清 TSH 在 0.4-2.5 mU/L 之間，如血清 TSH $>$ 2.5 mU/L，應在 3-4 星期後，再重複檢查一次。如仍 $>$ 2.5 mU/L，需檢查 TPO-抗體，如為陽性，則患者可能有 Hashimoto 疾病，及發展為甲狀腺功能不足。

如以 TSH $>$ 4.5 mU/L 為閾 (cutoff) 值，則症狀不顯的甲狀腺功能不足在黑人有 1.1 %，在白人有 4.5 %，在 $>$ 80 歲的人則高達 12.9 %。危險因素包括白種人、女性、食用碘高（小便中碘 $>$ 1 mgm/gm creatinine）食物者、和具高的抗甲狀腺抗體者，後者常合併其它自體免疫相關疾病如糖尿病（孕婦如有糖尿病，約 25 % 患者在產後會有某種程度之自體免疫甲狀腺炎）、類風濕性關節炎、紅斑性狼瘡等。

今日，輕度甲狀腺功能不足与其它內分泌腺一樣，被認為是一種常見情況，很多學者在加強研究其流行病學，可能影響其治療之方向。不少學者主張對症狀不顯的甲狀腺功能不足、且 TPO 抗體陽性者，以 thyroxine 來減輕症狀、改善生理和預防由輕度變成明顯甲狀腺功能不足。但在僅有少許 TSH 增加、無 TPO 抗體存在者，宜先予觀察，許多患者當身體上有疾病，TSH 會被壓抑，稱"sick euthyroid syndrome"（有病時之正常甲狀腺症候群），在病恢復期時，TSH 出現中度上升，會被錯認為有甲狀腺功能不足。對單獨一次輕度 TSH 上升者，應在 30-60 天後再做一次來確定。所以，住院中患者之 TSH 微增，不宜視為 subclinical 甲狀腺功能不足。

過去有專家們認為 TSH $>$ 4.5，便會漸漸進行成為明顯之甲狀腺功能不足，開始給予 levothyroxine 治療，但後來並未證明其好處，最近認為，TSH 達 5-10 mU/L 時才需要治療。

有些作者認為，輕度甲狀腺功能不足會有不正常的脂肪代謝，包括總量、低密度脂蛋白、和 apolipoprotein 之增加，結果會增加主動脈粥狀硬化 (odds ratio, OR 1.7) 和心肌梗塞 (OR: 2.3)，尤其在 TPO 抗體增加時為甚，研究顯示在以 levothyroxine 治療後會得到改變。其它報告亦顯示，輕度甲狀腺功能不足在治療後可以改善憂鬱症狀、記憶、肌力、疲倦及原因不明之不孕。Levothyroxine 之治療，通常不會影響骨骼的密度。

篩 檢

美國甲狀腺學會 (The American Thyroid Association) 建議所有 > 35 歲成年人 (特別是女性), 應每年篩檢 TSH 一次。美國臨床內分泌專家學會 (The American Association of Clinical Endocrinologists) 和美國家庭醫學會 (The American College of Physicians) 建議 > 50 歲婦女每年應做一次篩檢。美國婦產科醫學會 (The American College of Obstetrics and Gynecology, ACOG) 並未建議在孕婦或想要懷孕之婦女應做常規甲狀腺篩檢, 僅對有甲狀腺病史或甲狀腺症狀者做篩檢, 但後者之條件很寬, 疲倦是甲狀腺疾病之一種症狀, 而疲倦是許多人都有的感覺, 因此 TSH 已成為許多婦產科醫師的常規篩檢, 如 TSH > 3.0 mU/L, 應做 TPO 抗體檢查。Hashimoto 甲狀腺炎在美國發生率很高, 且有報告認為孕婦患者會使胎兒神經發育受損或引起早產, 故美國婦產科醫師常做此篩檢。除孕婦外, 年長者、婦女 > 35 歲、有家族或個人甲狀腺病史、糖尿病、心血管疾病、高膽固醇血症、惡性貧血、Sjogren 症候群、Addison 疾病等, 都應該考慮篩檢。

參考文獻

1. Ross A, Linn-Rasker SP, van Domburg RT, et al; The starting dose of levothyroxine in primary hypothyroidism treatment. Arch intern Med 2005; 165; 1714-1720.
2. Alexander EK, Marqusee E, Lawrence J, et al; Timing and magnitude of increase in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism. N Engl J Med 2004; 351; 241-249.
3. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, et al; Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population(1988 to 1994); National Health and Nutrition Examination Survey(NHANES III). J Clin Endocrinol Metab 2002; 87; 489-499.
4. Meier C, Staub I-I, Roth C-B, et al; TSH-controlled L-thyroxine therapy reduces cholesterol levels and clinical symptoms in subclinical hypothyroidism; a double blind, placebo-controlled trial(Basel Thyroid Study). J Clin Endocrinol Metab 2001; 86; 4860-4866.
5. Alvarez-Marfany M, Roman SH, Drexler AJ, et al; Long-term prospective study of postpartum thyroid dysfunction in women with insulin dependent diabetes mellitus. J Clin Endocrinol Metab 1994; 79; 10-16.
6. Haddow JE, Palomaki GE, Allan CW, et al; Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. N Engl J Med 1999; 341; 549-555.

7. US Preventive Services Task Force. Screening for thyroid disease: recommendation statement. *Ann intern Med* 2004; 140: 125-127.
8. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, et al; American Thyroid Association guidelines for detection thyroid dysfunction. *Arch intern Med* 2000; 160: 1573-1575.
9. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 37. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 387-396.
10. Lazarus JH, Premawardhana LD; Screening for thyroid disease in pregnancy. *J Clin Pathol* 2005; 58: 449-452.
11. Casey BM, Dashe JS, Wells CE, et al; Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol* 2004; 105: 239-245.
12. Mandel SJ, Spencer CA, Hollowell JG; Are detection and treatment of thyroid insufficiency in pregnancy feasible? *Thyroid* 2005; 15: 44-53.

■ 法律信箱

學會會員集體責任保險的最後主張



本會常務理事/醫療法制暨醫療糾紛委員會召集人
政大風險管理與保險研究所法律組博士 高添富

進入正文之前，著急人忍不住要先對醫師會員發一頓牢騷，以免氣急攻心，出師未捷身先死，中了風就無以為繼了。話說著急人讀萬卷書行萬里路，至今居然無法學以致用，連個台北市醫事審議委員會的委員都輪派不到，真不知九年專攻醫療糾紛所學何事？不過紙上談兵而已。像著急人聲嘶力竭主張要在學會建立鑑定人出庭制度，眾望所歸，第一個被法院傳出庭作証的就是著急人，必須單槍匹馬一個人孤苦伶仃遠征他鄉，又得放棄私人門診業務，真是情何以堪？下次再也不敢高談闊論了。

行政補償取代司法賠償

2006年著急人自己向衛生署毛遂自薦，爭取了一份官方的「強制醫事人員保險制度之相關研究」的研究計畫，花了近一年時間草擬了「醫事人員強制責任保險法草案」，頗有心得。個人的博士論文「解決醫療糾紛民事責任之保險與法律制度」，洋洋灑灑寫了廿四萬字，講來講去就是在分辨什麼是賠償？什麼是補償？什麼是救濟？以及為什麼過失要賠償？為什麼事故要補償？為什麼風險要救濟？結果最近衛生署一個三個月東抄西抄急就章的「醫療傷害救濟法」就把個人五年來嘔心瀝血，絞盡腦汁研究出來的「過失賠償、非過失救濟、無關過失補償」的三句真言完全打敗，主管機關還振振有詞說本法其實是補償，表面說救濟是障眼法，等立法院先通過了再說，實在不知所云。

本人的不同意見是認為，「醫療傷害救濟法」的立法歷程比剝奪醫師調劑權的藥事法第 102 條還要草率，當年醫界在位者不是個個都不把它當一回事，不看在眼裡？方使得今日後繼醫師焦頭爛額，被窮追猛打滿頭是包？「全民健康保險法」以醫師為祭禮，當年也是政治人物為了選票匆匆上路，至今捉襟見肘邊走邊改，把美國所有的公共衛生理論都一一用罄，用二千三百名國民健康當成國外公衛理論的實驗白老鼠，終也是湘馬技窮，一籌未展；醫師與狼共舞，只有背水一戰且戰且走，溫水煮青蛙下益見窮途末路。殷鑑不遠，而今日的「醫療傷害救濟法」不正也是立法草率，推動浮濫，如出一轍？不過是為了要表彰馬總統的政績，配合必須在年底上路的政治壓力，在毫無任何配套措施下，一意孤行。官大學問大，結果只是把國外盛行正夯的行政補償的美意，化身為不倫不類的「醫療傷害風險救濟補償賠償法」的四不像怪獸而已，可以預見其不切實際，醫病官三輸之最終下場。

為什麼要推動行政補償呢？主要是近年來美國發現醫療糾紛採用司法訴訟的解決方式，不但費日曠時勞民傷財，純藉由責任保險來分擔風險，消化損失的賠償機制也是杯水車薪無濟於事，賠償費用有近 41 % 落入律師手中，尤其遲來的正義，對受害者並無實質助益。加上在美國保險界，陸續發生了三次保險公司拒保，醫師無保險可買的「保險危機」……縱有兩次侵權行為法改革，限制精神慰撫金的上限，及調降律師均分保險理賠金的比率，結果都力有未逮，因而才逐漸發展出訴訟外的行政補償 administration compensation 與衛生法院 health court（由醫師法官審理）裁決的方式，施行以來頗有成效並受好評。但不同的是，因我國衛生主管機關有政策壓力，又不求甚解，只想一味和稀泥先強行通過這急就章的「醫療傷害救濟法」，日後要行束之高閣，就是再來得慢慢逐條修正，邊作邊改，走一步算一步，一樣是把百姓的生命健康權益當白老鼠，窒礙難行失敗可期，當然令著急入益加心急如焚，義憤填膺。

醫師只有生存危機，沒有保險危機

在我國，因為醫師都還沒有用保險分散風險，損化損失的觀念，民眾也不知道出事可直接向保險公司要求賠償金（直接請求權），保險界更只是耳聞美國的保險危機，就得了恐慌症憂鬱症，對承保醫師責任保險的業務也都敬而遠之，以價制量。其實我國醫師一向都是自力救濟，用醫院基金自己保險，民眾也知善用媒體，用法制外方式求償，在台灣那有發生保險危機的機會可言？有如乞丐三餐都吃不飽了，還怕撐破肚皮，營養過剩？但要直接三級跳到用訴訟外補償的方式解決醫療糾紛，其實也不失為防患未然的良方，尤其因為任何責任負擔態樣（賠償、補償、救濟）都可以採取保險模式或基金模式來解決，才有不少先見之士，陸續提出強制醫療責任保險法草案（余政道立委 2002）、醫療糾紛處理及補償條例（沈富雄立委 2002）、醫療糾紛處理及補償條例草案（邱永仁立委 2005）與去年

如火如荼的醫療傷害處理法草案（賴清德立委 2008），都是洞燭先機的先見之明，十分值得敬佩，可惜都因後續推動無力，胎死腹中；如今衛生署冒然提出一個風牛馬不相及的救濟制度，就有點匪夷所思。蓋救濟應是針對配合國家政策下，民眾遭遇不可預料的醫療不幸與不可抗力的醫療意外時的一種社會安全制度（社會救助），如配合防疫政策下的「預防接種受害救濟」，或配合人口政策下的「生產風險受害救濟」，但忽然針對所有的醫療傷害，包括手術、生產、麻醉都要全面救濟，就有點作凱子撒銀子，打腫臉充胖子之敗金子作風了。今若四不像的「醫療傷害救濟制度」法案卻可能強行過關，誤把馮京當馬涼，假救濟之名行補償之虛，賠償之實，豈不令人扼腕之餘，更加膽戰心驚，心驚肉跳？

本法一旦冒然施行，最後結果必是發生醫療糾紛時，醫師不但雪上加霜凡事都賠，而且主管機關還要落井下石，介入代位求償（？），醫師的苦日子還有得熬的了。放眼過去策畫將來，醫師為了自力救助，顯然今日學會會員的集體責任保險更是勢在必行了，醫師再不際出此最後的武器緊急避難，日後醫師一旦碰到大小醫療糾紛，包括連不可預料、不可抗力的羊水栓塞之醫療意外，也都要醫師出資補償，又要被代位強制賠償，當事醫師終得身敗名裂破產潦倒，不死得很難看也難。

會員集體責任保險

這次學會計畫推出的會員集體責任保險，內容很簡單，婦產科醫師只有兩種產品：一是保額 400 萬，保費每年 6 萬（去年的估價單），適合有接生或開腹手術的醫師投保，另一是保額 100 萬，保費每年 2 萬，適不接生，只看門診與執行門診手術，如人工流產者的醫師（依去年兆豐產物醫師業務責任保險報價單，只供參考），表列如下：

| 保險金額／科別 | 100 萬（適婦科） | 400 萬（適產科，含婦科） |
|------------|---------------------------------------|--------------------|
| 保險費 | 20,000.- | 60,000.- |
| 每一事故體傷或死亡 | 1,000,000.- | 4,000,000.- |
| 保險期間最高賠償金額 | 2,000,000.- | 8,000,000.- |
| 自負額 | 每一意外事故 10% 最少 1 萬元 | 每一意外事故 10% 最少 1 萬元 |
| 慰問金 | 身故慰問金新台幣五萬元、殘廢慰問金新台幣三萬元、傷害慰問金新台幣一萬元為限 | |

本法將明訂某年某月某日零時（如 2009 年 10 月 1 日）開始承保，以一年為期。要參加的會員二選一，只要把指定產品的保費直接寄到學會的指定保險帳戶即大功告成，交由保險代理人公司造冊，匯集保費交給保險公司，再由保險公司出具每位投保醫師者的保單，意思就是說基本上仍是一種醫師個人的專業責任保險，保費集體彙繳而已。若有會員來不及在指定日期投保，日後想再加入者，會以扣除部份保費方式，將投保日固定在同一日期（如上述之 2009 年 10 月 1 日）。投保會員於到期要續保時，只是會同產險公司統一通知會員繳費，可以減少許多繁瑣手續，讓醫師會員們可以專心執業，心無旁騖。

會員集體責任保險之好處

基本上，此種集體投保的方式並不是團體保險（必須由學會當要保人，參加投保會員當被保險人，而保險公司只出一份保單者），因為責任保險的團體保險制度尚未開發上市，被保險人的權利義務尚未明確，且保單還必須經過金管會保險局審查通過才能推出，緩不濟急，故目前暫先採取會員集體責任保險方式，由學會匯集保費，統一投保。保費佣金一部份繳給獨立的風險管理公司協助處理保險事故（醫療糾紛），接受被保險人的法律諮詢，並由學會的醫療法制暨醫療委員會負責保險醫療鑑定（必須證明醫師有過失才有理賠，鑑定費用由保險公司負責），學會並會代會員向產險公司爭取理賠權益或優惠賠款。

依大數法則，學會會員集體責任保險的優點如下：

- 一、以醫師個人名義投保，好處是不論在何處執業或支援，均可獲得保險理賠。
- 二、節省保費。
- 三、不必單打獨鬥，由學會專人向產險公司爭取保險權益。
- 四、保險鑑定由學會負責，保險公司不可能裁判兼球員。
- 五、以不訴訟為原則，學會或風險管理公司可介入與病患及保險公司的談判調解。
- 六、若有理賠爭議，學會或風險管理公司也會為被保險人爭取權益。

惟目前相關事宜，迄今未與任何一家產險公司談妥，仍在奮鬥規劃中，尚未正式推出，仍有待意興闌珊的著急人繼續努力爭取。

[後記]-還是牢騷滿腹

召集人唸了九年醫療法與保險法，年年都興緻沖沖在我們學會推出醫師責任保險的方案，每每也都後繼無力無疾而終，個人彷彿成了很沒有氣質的「拉保險的」，到處吃驚，不折不扣成了爹不疼娘不愛的敗家子。先是保險公司的職員會噲聲擲揄：您們醫師每次都會吹噓有多少人多少人要投保，到時還都不是空口說白話，吹吹牛而已！多數保險代理人或

經紀人對醫師責任保險是什麼名堂都還沒搞清楚，但都會體諒咱們醫師自命清高，只會看病不會做生意，所以佣金都堂而皇之由他們代勞收取，納入私囊，至今著急人居然分文都未取過，信不信由您。問題是一旦出了保險事故，保險代理人經紀人就會大辣辣的說：「產品是你著急人開發的，你最瞭解，由您全權負責處理！」，被保險人醫師也自然而然，理直氣壯的說：「我們是接受你著急人的推薦才投保的，不找您找誰？」，所以到後來，又必須責無旁貸作義工負責到底，三邊都不討好，個人只好重拾舊手工業，還是乖乖回頭作開業醫師單純多了。

只是年初在參加一場保險研討會的場合，碰到身兼中華民國財產保險商業同業公會理事長的富邦石董事長時，著急人有感而發，忍不住又向他發了一陣牢騷：不解為什麼醫方迫切需要責任保險，台灣又沒有保險危機，為什麼產險公司居然興趣缺缺？石董也允諾待著急人博士畢業後，雙方人馬要坐下來好好的徹底檢討一下，擬出雙贏方案，此即為著急人在此提出「學會會員集體責任保險」的最後主張的動機。今後我們醫師尚得束手就擒，配合不按打牌理出牌的「醫療傷害風險救濟補償賠償法」，然惡法亦法，醫師再不圖自救加入醫師責任保險，一但出了醫療糾紛，行政補償之外，連主管機關都要介入司法賠償的討債行動，遑論其他有「仇醫情結」的無數民間團體的圍剿？醫師當事人必定會哭訴無門，死得更難看了。

本次方案若一事無成再度損龜，著急人徒勞無功愧對會員，必將引咎歸隱，再也不再自鳴清高高唱保險「人人為我，我為人人」，更甬談「人飢己飢，人溺己溺」那麼無怨無悔，只有退出江湖雲遊天下，含飴弄孫安養終年一途去了。

醫療風險基金 捐款芳名錄

| 捐款時間 | 捐款人 | 捐款金額 | 備註 |
|---------|-----|-------|-----|
| 98/7/24 | 李耀泰 | 14000 | 不指定 |
| 98/5/7 | 高添富 | 6000 | 不指定 |
| 98/7/24 | 許淳森 | 2000 | 不指定 |
| 98/7/26 | 官大弘 | 3000 | 不指定 |
| 98/7/26 | 林裕益 | 1995 | 不指定 |
| 98/7/26 | 陳建銘 | 580 | 不指定 |

徵才看板

| 徵才單位 | 徵才內容 | 條件 | 聯絡電話 | 聯絡人 |
|--|---|---|----------------------------|------------|
| 台北縣婦產科診所 | 婦產專科醫師 (男女不拘) | | 0935-107-177 | 管理部 張主任 |
| 永和市婦產專科醫院 | 婦產科女醫師 | 全職、兼任、支援皆可 待遇優，竭誠歡迎加入我們的行列 有意者請傳真或寄履歷至 FAX: (02)2923-5163 E-mail: birth@drko.com.tw | 02-2923-5133 分機 2212 | 楊小姐 |
| 辰佑婦產科診所 | 婦產科女醫師 | 工作地點板橋市四川路，業務穩定，可僅看門診（有意願接生或值班者佳）每週日休息。歡迎加入我們的行列 | 02-29560015 分機 75 | 黃小姐 季小姐 |
| 桃園縣蘆竹鄉 梁志豪婦產科診所 | 婦產科專科醫師 | 保障薪、待優 | 0922-964932 | 薛小姐 |
| 新竹竹北劉家麟皮膚 專科診所 Skinnet7049@xuite. net | 婦產科專科 女醫師一名 | 1.健保青春痘門診 2.荷爾蒙/PCO/青春痘門診 3.超音波檢查門診/醫學美容治療門診 4.薪資：A 平均 8 節/週 B 三各月保障薪/PPF 制/病人數穩定 C 稅制：合夥制 5.請配合診所夜診（18:30-22:00） 6.本團對竹北經營六年現任皮專名、婦科 1 名、家醫名，健保為主/非推廣型診所，因門診並人數穩定，歡迎可接受皮膚/婦產雙專科結合領域的醫師加入。 | 03-5513347 0927-802692 | |
| 賴興華婦產科診所 (送子鳥生殖中心) | 歡迎渴望找到工作 樂趣、生活幸福與 生命喜悅的專科醫 師加入 | 面議 stork.lai@msa.hinet.net | 03-523-3355 分機 102 | 朱小姐 |
| 署立豐原醫院 | 婦產科主治醫師 | 本院環境寬敞舒適，有宿舍，徵求有理想、有熱忱的婦產專科醫師加入。 | 04-25271180 分機 2305 | 王振懿 小姐 |
| 台中縣婦產科診所 | 婦產專科醫師 | 全職、保障薪資 | 04-22706768 0939-441615 | 林醫師 |

徵才看板

| 徵才單位 | 徵才內容 | 條件 | 聯絡電話 | 聯絡人 |
|------------------------------|--|---|---------------------------|------------|
| 台中慈濟醫院 | 婦產科主治醫師 (須具婦產科專科醫師證書) | 本院環境舒適、醫療團隊氣氛佳敬請意者至本院網站下載履歷表(附照片)、自傳及相關證書影本來函請寄 427「台中縣潭子鄉豐興路一段 66 號-財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院人力資源組」收。 | 04-3606-0666 分機 3739 | 王小姐 |
| 光田醫療社團法人光田綜合醫院 | 婦科主治醫師 | 條件：需具備「婦癌」專業說明： 1.意者請電洽、郵寄或 E-mail 履歷表(E-mail: hrm@ktgh.com.tw) 2.本院備有員工單身宿舍與眷舍 | (04)26625111 分機 2016 | 胡小姐 |
| 皓生醫院 | 婦產科醫師 | 待遇優、環境佳 | 04-8379560 | 邱小姐 |
| 署立彰化醫院 | 婦產專科醫師 | 待遇優、環境佳 | 04-8298686 分機 1771 | 張醫師 |
| 彰化林忠毅婦產科 | 婦產科醫師 | 保障月薪 30 萬以上，高 PPH | 0958-829666 | 楊秘書 |
| 惠心婦產科 | 婦產專科醫師 1.支援醫師 2.駐診醫師 | 待優、保障薪水、環境優，交通便利，工作地點：斗六市 | 0933-477087 05-5378029 | 歐小姐 沈秘書 |
| 高市某婦產專科醫院 | 全職婦產專科醫師 | 保障薪待優 | 電洽或簡訊 0929012307 | 林小姐 |
| 屏東安和醫院增設分院 (屏東市自由路 598 號) | 禮聘 (需具備專科醫師執照) 1.婦產科醫師 2.兒科醫師 | 上班地點：屏東市或屏東縣潮州鎮 本院現有婦產科醫師 10 名、兒科醫師 4 名，為屏東最具規模之婦幼醫院， 【優良的工作環境、交通便利】 | 0913-052900 | 管理部 朱小姐 |
| 南部某婦產科診所 | 廉售九成新各式病床及 DR、BR、OR，所有配備與器械， IV pump、Monitor、消毒鍋... | | 0930-173888 | |

器械廉讓： 1995 年份 panasonic 超音波 (含陰道、腹部探頭)、冷凍治療槍、D&C 器械及 suction 意洽：02-26328642 李主任或 sam458@gmail.com

編 後 語

李耀霖

八八水災重創台灣尤以南部為甚，那殘破不堪的景象令人鼻酸。大慈無聲大悲無言，還好有那些默默行善和救難人員，發揮人飢己肌人溺己溺的精神，讓我們感受到溫暖，在痛苦中還能看到希望，相信只要我們攜手同心，必能共渡難關，重建美麗家園。

本期有關孕婦感染H1N1 新型流感，仍可使用抗病毒藥物，內容豐富，值得細細品味；吳信宏醫師有關子宮內膜異位瘤一文，提供許多治療方針，推薦大家參考；高添富醫師撰文「學會會員集體責任保險的最後主張」，文情並茂，其對學會的貢獻溢於言表，希望每位會員都能詳細閱讀，面對日趨嚴重的醫療糾紛，審慎以對，才不枉高醫師的努力，在此呼籲大家都能全心全力支持，作為他最好的後盾；陳福民和郭宗正等醫師之小心甲狀腺功能不足，為一篇實用的文章，對行醫有莫大的幫助。

懂得知足的人找到快樂，懂得放下的人找到自在，懂得珍惜的人找到幸福，懂得放心的人找到輕鬆，懂得遺忘的人找到自由，懂得關懷的人找到朋友，願共勉之，並祝各位會員

身體健康 事事如意！

◎154 通訊繼續教育答案◎

題目：異形 異位 異位瘤

—談子宮內膜異位瘤的診斷與處理考量—

1. () 2. ()

3. () 4. ()

5. ()

會員號碼：

姓名：

日期：

*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於積分登錄。

*請多利用線上作答功能，以節省時間及紙張(<http://www.taog.org.tw>)

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

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 二五六八 四八一九
傳真：(02) 二二〇〇 一四七六

台灣婦產科醫學會

收

郵 自

票 貼

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 |
|----------|---|-------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------|----|------|
| 090822-1 | TCS 下尿路功能障礙臨床診療指引期末報告研討會 | 台灣尿失禁防治協會 | 台大醫學院 101 講堂 | 08 月 22 日 13 時 15 分 | 08 月 22 日 18 時 30 分 | B | 4 分 |
| 090809-1 | 乳房超音波診斷教育課程高級班 | 中華民國醫用超音波學會 | 彰秀秀傳醫院微創中心會議室 | 08 月 23 日 08 時 45 分 | 08 月 23 日 17 時 00 分 | B | 3 分 |
| 090823-1 | 彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程 | 彰化縣醫師公會 | 彰化縣農會 14 樓會議室 (彰化市中山路二段 349 號) | 08 月 23 日 14 時 00 分 | 08 月 23 日 18 時 00 分 | B | 4 分 |
| 090825-1 | Vulvodynia | 花蓮縣醫師公會 | 慈濟醫院三西病房討論室 | 08 月 25 日 07 時 30 分 | 08 月 25 日 09 時 00 分 | B | 1 分 |
| 090827-1 | A new window onto osteoporosis management | 中華民國骨質疏鬆症學會 | 高雄漢來飯店 9F 金寶金銀廳 | 08 月 27 日 19 時 00 分 | 08 月 27 日 20 時 50 分 | B | 2 分 |
| 090828-1 | OSTEOPOROIB | 高雄市診所協會 | 高雄市前金區成功一路 266 號 | 08 月 28 日 17 時 00 分 | 08 月 28 日 18 時 00 分 | B | 1 分 |
| 090828-2 | 南台灣骨質疏鬆症研討會 | 中國民國骨質疏鬆症學會 | 高雄蓮潭國際會館 B1 國際二廳 | 08 月 28 日 19 時 00 分 | 08 月 28 日 21 時 10 分 | B | 3 分 |
| 090828-3 | A new window onto osteoporosis management | 中華民國骨質疏鬆症學會 | 台中日華金典酒店 13F 菁英 | 08 月 28 日 19 時 00 分 | 08 月 28 日 20 時 50 分 | B | 2 分 |
| 090829-1 | 試管嬰兒的歷史 | 財團法人義大醫院 | 財團法人義大醫院六樓會議廳 | 08 月 29 日 07 時 15 分 | 08 月 29 日 08 時 15 分 | B | 1 分 |
| 090829-5 | 台灣實證醫學學會 2009 學術年會 | 台灣實證醫學學會 | 台北榮民總醫院致德樓 第二會議室 | 08 月 29 日 08 時 30 分 | 08 月 30 日 17 時 00 分 | B | 16 分 |
| 090829-4 | 骨質疏鬆症藥物處方學學分班暨特別演講 | 中華民國骨質疏鬆症學會 | 台北國際會議中心 102 會議室 | 08 月 29 日 13 時 30 分 | 08 月 29 日 17 時 30 分 | B | 3 分 |
| 090829-3 | 中台灣骨質疏鬆症研討會 | 中國民國骨質疏鬆症學會 | 台中裕元花園酒店 4F 西側包廂 | 08 月 29 日 17 時 00 分 | 08 月 29 日 20 時 40 分 | B | 3 分 |
| 090829-2 | A new window onto osteoporosis management | 中華民國骨質疏鬆症學會 | 台北西華飯店 3F 元明廳 | 08 月 29 日 19 時 00 分 | 08 月 29 日 20 時 50 分 | B | 2 分 |
| 090830-2 | 中華民國骨質疏鬆症學會 98 年度第七屆第一次會員大會暨學術研討會 | 中華民國骨質疏鬆症學會 | 台北國際會議中心 102 會議室 | 08 月 30 日 08 時 30 分 | 08 月 30 日 17 時 20 分 | B | 8 分 |
| 090830-1 | 子宮頸癌疾病與預防新知 | 高雄市診所協會 | 高雄市前金區成功一路 266 號 | 08 月 30 日 15 時 00 分 | 08 月 30 日 16 時 00 分 | B | 1 分 |
| 090901-1 | 子宮頸癌術後病尿失禁 | 敏盛綜合醫院 | 敏盛綜合醫院 20 樓演講廳 | 09 月 01 日 07 時 30 分 | 09 月 01 日 08 時 30 分 | B | 1 分 |
| 090906-1 | 第六屆胎兒頸部透明帶課程 | 中華民國周產期醫學會 | 台大醫院兒醫大樓 B1 | 09 月 06 日 09 時 00 分 | 09 月 06 日 16 時 50 分 | B | 6 分 |
| 090914-1 | 98 年度提昇山地離島及原住地區醫事人員繼續教育推廣計畫 | 行政院衛生署台中醫院 | 署立台中醫院研習所 | 09 月 14 日 08 時 00 分 | 09 月 17 日 18 時 00 分 | B | 1 分 |
| 090919-1 | The Stress Pandemic- Natural Strategies for Bridging the Mind-Body Gap 壓力的盛行-透過天然的方式促進身心的健康 | 中華民國職業病醫學會 | 香格里拉台北遠東國際大飯店 北市敦化南路二段 201 號 | 09 月 19 日 08 時 30 分 | 09 月 19 日 16 時 30 分 | B | 6 分 |
| 090925-1 | 先兆早產處置之臨床實務 | 財團法人天主教若瑟醫院 | 本院十一樓學術講堂 | 09 月 25 日 12 時 30 分 | 09 月 25 日 13 時 30 分 | B | 1 分 |
| 090927-1 | Azoospermia: Update Diagnosis and Treatment | 台灣男性醫學學會 | 台北榮總流區致德樓一樓第三會議室 | 09 月 27 日 09 時 00 分 | 09 月 27 日 16 時 30 分 | B | 6 分 |