

# 台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2011年6月176期  
台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



## AGCG 2011

September  
**23-27, 2011**  
Taipei, Taiwan

The XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology

### New Frontiers in Women's Health

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](mailto:obsgyntw@seed.net.tw)  
發行人：謝卿宏  
秘書長：黃閔照  
編輯：會訊編輯委員會

召集委員：劉嘉耀  
副召集委員：李耀泰  
委員：王三郎 林隆堯 高添富 簡基城  
游淑寶 陳建銘 潘俊亨 陳信孚  
沈潔怡 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 林仲豪

## 台灣婦產科醫學會五十周年

The 50th Annual of Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology

# 婦產科歷史文物

捐贈者：謝卿宏理事長

品名：Shanghai ring ( ? )  
避孕器子宮環(1934'S ? )



品名：木雕—  
有寶寶的女兒



作者：  
三義—曾進財  
22 x 12 x 60cm  
(1997 丁丑年)

品名：綠釉夜壺(24 x 16 x 16.3cm)



品名：格拉芬伯格(Ernst Grafenberg)  
子宮環 (1910's)



品名：腹腔鏡推節器 (Pusher)  
(謝卿宏, 1996)



品名：Chain cystourethrography 器械  
(謝卿宏, 1995)



品名：Bonano (MD) 耻骨上膀胱  
造瘻 (cystostomy) 穿刺套組



品名：陰蝨與蟲卵標本



# 台灣婦產科醫學會 176 期會訊

## 目錄精華

---

05 理事長的話 | 文 / 謝卿宏

---

09 秘書長的話 | 文 / 黃閔照

---

11 秘書處公告 | 文 / 秘書處

11 行政院衛生署國民健康局 函

檢送本局 100 年母嬰親善醫療院所認證作業說明乙份，請查照轉知轄區各醫療機構，請查照。

14 台灣家庭醫學醫學會 函

檢附本學會接受行政院衛生署國民健康局委託辦理「成人預防保健服務教育訓練」課程說明及報名表（如附件），敬請轉知所屬之有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師踴躍報名（額滿為止），全程參與本教育訓練課程並經考試及格等認可程序，始取得申辦成人預防保健服務資格，請查照。

14 行政院衛生署疾病管制局 函

有關「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組（ACIP）」針對接受嚴重複合型免疫缺乏症（Severe combined immunodeficiency, SCID）篩檢新生兒其卡介苗之接種建議，詳如說明，請惠予轉知所屬會員依循辦理，請查照。

15 行政院衛生署疾病管制局 函

有關「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組（ACIP）」100 年第 1 次會議針對預防接種實務之相關建議事項，詳如說明，請惠予轉知所屬會員依循執行，請查照。

16 行政院衛生署 函

檢送「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」修正公告乙份，請查照。

24 台灣婦產科醫學會第十九屆第三次理事會會議紀錄(精簡版)

## 目錄精華

---

### 38 健保快訊

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定——第 10 章抗微生物劑 Antimicrobial agents。

### 39 第 22 屆亞太婦產科醫學會年會專刊

### 47 活動信函

### 48 談如何提昇婦產科醫療給付 | 文/周天給

---

## 58 通訊繼續教育

剖腹產需要放導尿管嗎? | 文/李耀泰、陳福民、郭宗正

---

## 64 會員園地

64 Array CGH 在臨床上的運用 | 文/林思宏、蘇怡寧

69 青少年的痛經問題 | 文/黃富仁

70 懷孕囊及卵黃囊與第一孕期陰道出血 | 文/蔡宏志

---

## 77 徵才看板

---

## 82 編後語 | 文/游淑寶

---

## 83 活動消息 | 文/秘書處

---



## 理事長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

國健局已公告，自今年 5 月 13 日起，產檢診察費除第一次調高 25 元外，餘九次均調高 30 元為 230 元，預估一年約可增加全部婦產科門診六千萬元以上收入。對此，我個人對參與爭取的所有學會幹部表達謝意；然而，我還是要呼籲國健局要有公平正義，千萬不要為德不卒，畢竟每次都是做兩人的診察，更不是幾次產檢的問題，何況，每次產檢都要負責母子安危，收入卻不及秒殺看一患者的費用。所以，產檢診察費至少應該要 500 元以上，才有公平正義。對此，我也拜託黃淑英委員、黃昭順委員和江玲君委員幫忙，國健局的回覆是明年依公務預算再議，大家一定要持續追蹤、共同努力，也要一起來，幫助學會擬定更好的政策！

對於會員代表大會中有關調降年會報到費、常年會費與資深會員優惠的臨時動議，已於 5 月 22 日學會第十九屆第三次理事會中全程詳細討論，絕大多理事咸認為以學會財務支出和會員所繳交費用的狀況暨學會所辦的活動，目前仍不宜做調整請（參見精簡版理事會會議記錄）；因此，理事會會把所有決議提下次會員代表大會。對於這些議案的結果，我希望所有會員能夠瞭解學會的努力，也能諒解可以等到學會沒有財務顧慮時再考慮這些問題。

塑化劑風暴愈演愈烈，黃秘書長代表參與衛生署的相關會議，衛生署的處理原則是不會造成孕婦的恐慌，因此，大家只要配合學會印發的通知處理即可（如附件一）；當然，對孕婦和胎兒與青少年的診治若有新的規定，我們一定會立即回應，並告訴大家。

對於醫療爭議事件，學會處理的原則是「快刀斬亂麻」，畢竟爭議見諸媒體，一般人都是不明究理，只知那家醫療院所出事了，我們很難解釋清楚，何況媒體常會斷章取義，新聞拖愈久可能會愈吃虧。當然，該說清楚或反擊時，學會幫忙的原則是一定要讓秘書處完全弄清事件的來龍去脈，苦主不能有所保留，我們才能在學理上支援，否則，無俚頭地要求學會開記者會或出面相挺，可能會讓「台灣婦產科醫學會」的信用掃地，我們不容許學會的 credit 因個人利害而讓人踐踏；何況學會還常替檢察署與法院做醫療鑑定，因此，我希望所有會員都能瞭解。此外，對於醫療院所因醫療爭議事件受威脅或騷擾時，警政署已有相關公告（如附件二），大家要注意以防不備；當然，只要我們的同仁受患者暨家屬威脅，學會也有檢警朋友，只要有需要，我

們一定力挺大家，排除不法。

產後憂鬱症是一不容忽視的問題，我們打算來關心這個領域，澳洲的產婦很幸福，產檢期間有兩次的憂鬱問題的諮詢，所以，政府一定要重視。感激王漢州副秘書長答應擔任召集人，也要謝謝何英世醫師和秘書長的幫忙，期待這會開啟學會服務婦女的新一章。

健保給付失衡，但在現存制度下，學會難有對策，然而，若衛生署重起RBRVS，我們就有機會了；因此，為及早因應 RBRVS 的修正，學會近期就要成立相關的任務小組，我特別拜託醫政委員會召集人周天給常務理事與健保委員會召集人郭宗正副理事長來領導學會的「RBRVS小組」，他們也已開始著手蒐集美國與日本的相關資料，期待能在第一時間導入中央健保局的 RBRVS。屆時，我們也要請女權團體與立委幫忙，希望大家多提供寶貴意見。最後，還要特別感謝林金龍顧問，對於他的義務幫忙，真的是幫很大！

PGY1 將於 7 月導入，大家都知道婦產科醫師是最紳士的醫師，我們一定要趁此機會讓所有的年輕醫師對婦產科的好有深刻的印象，倫理、團結、正向、努力、知識和起死回生的開刀功夫，都是維繫「唯一有喜事的醫學科」的命脈，這也是我們讓優秀的年輕醫師選擇婦產科的機會。否則，沒有榮譽感，而只是整日哀聲嘆氣或只是是非，則連幸運之神也不可能眷顧。

個人認為宣導讓大家對「台灣婦產科歷史文物」的重視和關心，與能讓大家立即開始著手婦產科文物的保存，是我當理事長這一屆的重要任務之一；很高興年會的文物展引起很大的迴響，希望大家能共同參與，聚流成海。這期會訊刊出個人捐出的文物，是我收集曾使用與設計的一些器物，只是期待發揮拋磚引玉之功。

最後，我要說明的是：學會的任何政策，絕對沒有基層與醫院之分，我們都是唇齒相依呀！學會的最重要使命就是讓婦產科好起來！然而，大家也要尊榮自己的智慧財產，每一個醫療行為都是非常珍貴、無價與獨一無二的 Decision making，千萬不要做白工，該收費就收；否則，再多的免費服務，一旦患者不滿意，翻臉如翻書，誠得不償失！

希望各地方的婦產科醫師聯誼會能夠協調溝通，大家要一致行動，不然，當地會員代表或理監事也可負責聯誼，當然，若有需要，學會可以出面幫忙整合。

秘書處告訴我，綠島會員旅遊報名已超過 240 人，期待有更多會員參加，讓台灣婦產科醫學會旺起來，好不好？

祝大家身體健康、精神愉快！

# 塑化劑風暴下，婦產科醫師能作什麼？

各位會員平安：

此次食品不當添加物，造成社會恐慌，其中DEHP(Di(2-ethylhexyl) phthalate)及DINP (di-isononyl phthalate) 均有類荷爾蒙作用，長期使用於動物實驗及小型人體研究觀察(目前無大規模人體研究)發現有可能引起生殖系統異常及生育能力問題之虞。政府雖然有設立諮詢門診，但面對衝擊最大的兒童及孕婦，學會擬出簡單處理原則，提供會員參考。

## 一、女性兒童性早熟問題 (precocious puberty)

如果發現 8 歲以前出現初經或第二性徵就可認定為性早熟。

需做的檢查：

1. 完整的理學檢查：身高、體重、血壓、乳房、腋毛、陰毛、體毛、外陰部、青春痘、與常規一般物理檢查。
2. 基本的抽血檢查：濾泡刺激素、黃體刺激素、雌二醇(E2)、雄性素、DHEAS。
3. 進一步的檢驗檢查：Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) Test, 17-OHP androstenedione、ACTH test。
4. 體重過重或父母膽固醇高於 240 mg/dL 者須加測膽固醇、三酸甘油脂、低密度脂蛋白、個子異常矮小者須加測生長激素、甲狀腺刺激素與染色體檢查。
5. 請參閱本期會訊(2011-5 月 第 175 期 42-45)奇美蔡永杰主任「初經」一文或學會網站。

## 二、孕婦諮詢胎兒生殖器是否有異常

因超音波不易測量生殖器之異常 (short anogenital distance (AGD), hypospadias, undescended testes (28 週前為正常) )，但為避免引起恐慌及會員不必要困擾，目前學會建議不必全面去做胎兒生殖器外觀篩檢，但可建議孕婦：

1. 不要恐慌。
2. 儘量多喝白開水與現榨果汁。
3. 暫勿飲用與接觸任何可能含有環境荷爾蒙之產品及飲料與食物。
4. 如有疑問可詢問妳的產檢醫師或塑化劑諮詢門診。

## 三 新生兒生殖器檢查

新生兒檢查時應主動觀察生殖器外觀是否有異常，如外觀有異常者，再做以下測量。

1. 測量男嬰生殖器長短(>2cm)。
2. 有無隱睪症。
3. 有無尿道下裂。
4. 生殖器官與肛門距離是否縮短。

如有上述情形建議做進一步檢查。

備註：目前衛生署尚未提供血液、尿液檢測 DEHP 及其代謝物檢查。

# 反 暴 力

為共同維護醫療安全，動粗前，請**三**思

## 一、暴力行為害人害己

保障民眾就醫安全，醫療環境安全需要你我來維護，在醫院診所任何的暴力行為，均會影響病人就醫，並危害院內所有人的生命身體安全。

## 二、法網恢恢疏而不漏

院內暴力行為將會觸犯下列法條：

1. 毆打他人：刑法第277條傷害罪，處三年以下有期徒刑、拘役或一千元以下罰金；刑法第278條重傷罪，處五年以上十二年以下有期徒刑。」
2. 辱罵他人：刑法第309條公然侮辱罪，處拘役或三百元以下罰金。
3. 毀損物品：刑法第354條毀損罪，處二年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。
4. 恐嚇威脅：刑法第305條恐嚇罪，處二年以下有期徒刑、拘役或三百元以下罰金。
5. 滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務之執行：醫療法第106條，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。其觸犯刑法者，應移送司法機關辦理。

## 三、直接申訴方便有效

為維持醫院診所秩序與病人安全，敬請尊重醫事人員的指示接受診治，共創良好醫療環境。若您就醫時有任何疑問，請洽衛生署「健保諮詢及醫療申訴」專線0800-030-598或洽基層總額支付委員會各分區服務專線（台北區 02-2331-1508；北區 03-456-2432；中區04-2320-4561；南區 06-221-1971；高屏區 07-322-2676；東區 03-833-4236）。

內政部警政署、中華民國醫師公會全國聯合會

關 心 您



## 秘書長的話

黃閔照

各位會員平安

5、6 月份整個台灣籠罩在塑化劑的風暴下，幾乎所有的食品無法倖免於難，其實今年 2/12 學會早就提醒民眾環境荷爾蒙對婦女健康的戕害，原本是要提醒社會大眾要避免接觸到環境中各種可能會釋放環境荷爾蒙的容器物品等，但沒想到黑心商人竟直接將塑化劑溶入食品中，而且是大規模、長時間的添加。這段期間感謝簡基城、蔡永杰、陳明哲、陳思原、陳信孚、施景中、徐明洸醫師等人的提供諮詢幫忙，學會也在 6/13 提出聲明，針對女童性早熟、孕婦與胎兒健康及新生兒生殖器檢查上提供簡單處理流程，希望能夠提供諮詢上的幫忙。

5/25 蘋果日報頭條：產後大出血造成孕婦恐截肢，再次又重傷了婦產科，事件報導後家屬包圍診所抗議一事，理事長與我多次討論幫忙事宜，後也透過關係請求警政單位介入，以保障會員執業安全及權利。5/29 診所負責人召開記者會反駁媒體報導不實，及家屬獅子大開口要求提高賠償金一事，也獲得媒體平反。其中理事長及秘書長等人雖然在台中開會並沒有出席記者會，但也多次與鄭醫師聯絡相關事宜。學會長久以來努力與醫藥記者建立良好互動，也拜託記者們在做相關醫糾報導時，能採納雙方意見。此事件報導後，我們也主動聯絡相關體系醫藥記者，關心後續報導事宜，也瞭解此報導由地方社會記者主導非醫療新聞事件。其實大多數會員遇到醫療糾紛時會十分茫然，常常希望學會能站到第一線聲援，但學會扮演一定的社會角色及地位，尤其是將來醫療鑑定及調處的角色上是不容被質疑的，然而，對於醫糾處理的方向，學會樂於提供學理法律及公關的服務及建議，也希望會員們有相關困擾時，能跟學會聯絡，並即時提供充足、正確的資訊，我們才能做適當的建議。

5/22 理監事會就會員代表大會中臨時動議的三個調降費用議案再做討論，秘書處也蒐集各醫學會的收費標準、年會活動、平時活動等做了比較，事實上婦產科醫學會的年費及年會報到費之整體收入，並不高於其他醫學會，但繼續教育報名費、資深會員減免等費用均較其他學會補助為多。在聯絡時，很多其他學會秘書都很訝異婦產科醫學會一年能夠辦那麼多活動，甚至 200 人的旅遊，理事長及學會重要幹部犧牲平常休假時間南北奔波，其實是希望會員們能夠獲得更多醫療資訊，也希望婦產科更能團結一氣，努力創造婦產科榮景。精算過年費及年會報到費收入僅能提供學會平日運作及大會活動，其中年費收入維持學會平日人事費、文書費、繼續教育等基本運作尚且

不足，所以還是要募款以支持SCI雜誌，每月會訊及每年二次會員旅遊等，而年會的報到費收入剛好抵平飯店或會議中心場租、晚宴、午餐便當、場地布置等費用，也許大家會認為是不是到醫院或學校舉辦即可，可以節省些開支，秘書處也試算過其實節省的經費有限，但相對提供一個舒適的會議地點，讓大家老朋友有舒適的地方聚一聚的實質意義更高，如同有基層會員認為為什麼要SCI雜誌，也有醫學中心會員說為什麼要辦會員旅遊等；學會設計的各種活動當然無法滿足每位會員的需求，但學術是重要的，休閒也是重要的，也就是能夠有各種活動，讓會員各取所需。近幾年來學會年度結算，財務目前是健全穩定的，但不是在持續累積財富中，今天學會能夠這麼活躍，完全要感謝所有會員做支持後盾，讓學會領導者努力向前衝。

國健局於 5/13 公告產檢診察費由現行每次 200 元提高 30 元至 230 元，總年度增加約在五到六千萬左右，但對照顧母親、胎兒二人健康下仍嫌不足，學會幹部會再持續與國健局溝通，希望再調升診察費用及超音波費用，並能增加衛教費，以提升孕產婦照顧。同樣地在生育風險補償試辦計畫中，理事長也爭取到試辦期間，婦產科醫師免繳交任何基金費用，粗估每年政府須挹注兩到三億元基金，作為生育補償，以下降不必要醫療對立及訴訟。這也都是要感謝會員們大力支持，讓學會幹部無後顧之憂下爭取的。

產科品質提升研討會已近入尾聲，感謝鄭博仁召集人及所有講師努力，也更感謝所有會員在假日中能夠抽空參加會議，最後，我們將在雲林斗六有完美的ending。再來7月份是醫療新知，此次也特別安排嘉義場（7/24），希望雲嘉地區會員多多參加。另5/29下午於台中及台北各有一場基層醫療演講及座談，感謝中區的李茂盛院士、林金龍顧問、呂秉正及賴文福醫師、台北的周天給、潘俊亨醫師，會中也提供了相當多寶貴意見給學會的幹部，其中健保局預估下半年可能會重啟RBRVS計算，學會現在在規劃RBRVS小組，希望結合力量，先開始精算成本，並把醫療投入的壓力、術前術後照顧病人的投入值等納入計算，再為會員爭取福利。

8月5~7日台東綠島會員旅遊目前報名已有240人，也預祝此次活動成功，AOCOG目前報名國內已有170人，早鳥專案延至7/31，理事會中有人提議：專科訓練醫院報名比率及住院醫師報名都可能列入未來評比及考試加分參考，其實多一些人參與盛會，把大會辦的成功風光，將能打開台灣的國際能見度，所以不管是否有評比或加分參考，希望會員多多參與。

母嬰親善認證工作今年由學會接下，時間上有些匆促，希望各醫療院所有意加入認證可以直接跟學會秘書處聯絡，最後祝大家平安喜樂！

## ■ 秘書處公告

行政院衛生署國民健康局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 6 月 13 日

發文字號：國健婦字第 1000401209 號

**主旨：**檢送本局 100 年母嬰親善醫療院所認證作業說明乙份，請查照轉知轄區各醫療機構，請查照。

**說明：**一、100 年度母嬰親善醫療院所認證作業係委託台灣婦產科醫學會辦理，認證相關資料可由本局網站 (<http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding>) 或該會網站 ([http://www.taogorg.tw/content\\_04-3.htm](http://www.taogorg.tw/content_04-3.htm)) 下載列印。

二、認證相關規定請參照認證作業說明，申請日期自即日起至 100 年 7 月 15 日止，請轉知轄區各醫療院所踴躍參與認證。

三、副本兼復台灣婦產科醫學會 100 年 5 月 23 日台婦醫會總字第 100102 號函。

## 100 年度母嬰親善醫療院所認證作業說明

### 壹、認證目的

為創造一個讓母乳哺育成為常規的醫療照顧環境，給予每個嬰兒生命最好的開始，並使通過認證的醫療院所能持續落實相關政策，以促使醫療院所營造親善哺乳環境。

### 貳、辦理機關

行政院衛生署國民健康局主辦（以下簡稱國民健康局），委託台灣婦產科醫學會辦理。

### 參、申請資格及檢附文件

一、有意願參與認證之醫療院所均得以申請。

二、應檢附文件：

（一）「認證申請書」。

（二）母嬰親善醫療院所認證資料表（包含基本資料表及 99 年 1 月~100 年 3 月之住院期

間母乳哺育率、產後即刻母嬰皮膚接觸及親子同室率等統計表；新申請認證之醫療院所只需填寫 100 年 1-3 月資料數據即可。)

(三) 母嬰親善醫療院所認證自我評量表。

#### 肆、認證委員

聘請專家、學者及醫療院所相關業務主管擔任委員，進行實地認證作業。

#### 伍、認證內容

依「100 年度母嬰親善醫療院所認證基準及評分說明」辦理。

#### 陸、申請認證程序

一、請由台灣婦產科醫學會網站 ([http://www.taog.org.tw/content\\_04-3.htm](http://www.taog.org.tw/content_04-3.htm))，下載列印「認證申請書」及相關附件包括：

(一) 母嬰親善醫療院所認證資料表 (包含基本資料表及 99 年 1 月~100 年 3 月之住院期間母乳哺育率、產後即刻母嬰皮膚接觸及親子同室率等統計表)。

(二) 母嬰親善醫療院所認證自我評量表。

二、本 (100) 年度認證申請期限自公告日起至 100 年 7 月 15 日止：

(一) 填妥「母嬰親善醫療院所認證申請書」及完成負責醫師簽章欄及關防，先以傳真方式向台灣婦產科醫學會提出申請，傳真後請務必來電確認，以免影響申請權益，並於申請期限內以掛號郵寄 (以郵戳為憑) 或由專人送達至台灣婦產科醫學會，並副知當地衛生局。

(二) 檢齊「參、二」所述相關附件各 1 式 4 份，其中：

1. 3 份 (含正本)，並於申請期限內以掛號郵寄 (以郵戳為憑) 或由專人送達至台灣婦產科醫學會。

2. 1 份郵寄至所轄屬衛生局。

3. 若統計表以電子檔方式填報者，請一併將電子檔案寄至台灣婦產科醫學會。

(三) 各項申請資料由台灣婦產科醫學會進行行政審查，若有未符合申請條件而需補件者，將由台灣婦產科醫學會通知於 3 日內完成補件，逾期未補件或仍不符申請條件者，將取消申請資格。

#### 柒、實地認證日期及方式

一、得於 100 年 7 月至 11 月辦理實地認證作業。

(一) 實地認證程序

1. 醫療院所簡報

2.實地查證與訪談

3.意見回饋與交流

(二) 實地認證時間：3~3.5 小時。

(三) 為符合認證作業需要，得由台灣婦產科醫學會安排觀摩委員觀摩實地認證作業。

### 捌、認證成績核算方式及評定原則

#### 一、母嬰親善醫療院所認證成績核算方式

$$\text{最後得分} = \text{原始總得分} \times \frac{100}{98,99,100,101,102}$$

備註：成績計算，其分數均以小數點以下第二位四捨五入取至小數點以下第一位，再自小數點以下第一位四捨五入取至整數位計。

#### 二、母嬰親善醫療院所認證合格標準

(一) 母嬰親善醫療院所認證最後得分達 80 分（含）以上者，則評定為合格。

(二) 最後得分達 70-79 分，且十項措施無任何一項為零分者，得列為「母乳哺育推廣醫療院所」，效期為 1 年。

### 玖、認證結果

一、認證結果由國民健康局公告，並發給合格證明文件，由台灣婦產科醫學會發給實地認證個別建議事項。

#### 二、合格效期

(一) 最後得分達 95 分以上者其合格效期為 4 年。

(二) 最後得分達 90-94 分者其合格效期為 3 年。

(三) 最後得分達 85-89 分者其合格效期為 2 年。

(四) 最後得分達 80-84 分者其合格效期為 1 年。

三、已公告合格之醫療院所，在有效期間內，若發現有與配方奶公司合作進行配方奶之宣傳，由中央主管機關進行查證屬實者，得依其違規情形認定予縮短或註銷其合格效期。

四、認證委員在認證過程中，醫療院所有偽造資料或紀錄之情形者，經訪查當日查證屬實，將取消該年度之認證資格。

五、醫療院所收到認證結果後，對成績如有疑義，應於一週內向國民健康局提請成績複查，惟複查結果不提供成績資料。

### 拾、其他

仍為效期內（含至 101 年及 102 年）之母嬰親善醫療院所，無須重新提出認證申請，惟其仍應



(包含基本資料及 99 年 1 月~100 年 3 月之住院期間母乳哺育率、產後即刻母嬰皮膚接觸及親子同室率等統計表) 及前次認證建議改善事項改善情形一覽表各 1 式 4 份後, 其中 3 份(含正本) 以掛號郵寄(以郵戳為憑) 或由專人送達至台灣婦產科醫學會, 1 份郵寄至所轄屬衛生局。

台灣家庭醫學醫學會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 100 年 5 月 17 日

發文字號：台家醫學會字第 100103 號

附 件：課程說明及報名表

主 旨：檢附本學會接受行政院衛生署國民健康局委託辦理「成人預防保健服務教育訓練」課程說明及報名表(如附件), 敬請轉知所屬之有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師踴躍報名(額滿為止), 全程參與本教育訓練課程並經考試及格等認可程序, 始取得申辦成人預防保健服務資格, 請 查照。

說 明：課程說明及報名表, 可逕至本學會網站新聞焦點瀏覽下載(網址：<http://www.tafm.org.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 100 年 5 月 12 日

發文字號：衛署疾管預字第 1000200422A 號

主 旨：有關「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組(ACIP)」針對接受嚴重複合型免疫缺乏症(Severe combined immunodeficiency, SCID) 篩檢新生兒其卡介苗之接種建議, 詳如說明, 請惠予轉知所屬會員依循辦理, 請 查照。

說 明：一、依據行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組(ACIP) 100 年第 1 次會議決議辦理。

二、接受 SCID 篩檢之新生兒, 不論篩檢結果正常或異常, 篩檢單位均應以書面通知家長; 針對篩檢結果正常之新生兒, 則應同時提醒家長盡速攜帶幼兒完成卡介苗接種, 最遲於出生滿 1 個月接種 B 型肝炎疫苗第 2 劑時同時完成卡介苗接種。

三、以上流程並建議於媽媽教室等徵詢與篩檢之場合, 即先行進行完整衛教。

## 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 100 年 5 月 9 日

發文字號：衛署疾管預字第 1000200416A 號

附件：小一學童未完成學齡前日本腦炎疫苗 OPV 疫苗及 DTP 疫苗應接種劑次者補種建議各項預防接種間隔時間一覽表 附件 1-附件 1.doc、附件 2-附件 2.doc、附件 3-附件 3.doc、附件 3-附件 3.doc

主旨：有關「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組（ACIP）」100 年第 1 次會議針對預防接種實務之相關建議事項，詳如說明，請惠予轉知所屬會員依循執行，請查照。

說明：一、依據行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會預防接種組（ACIP）100 年第 1 次會議決議辦理。

二、幼兒（童）於接種疫苗時因哭鬧、扭動，致使注射（口服）過程發生疫苗滲漏（或吐出）等情形之因應措施：

（一）在口服疫苗部分：OPV 維持口服 30 分鐘內吐出一律補服之建議，而輪狀病毒疫苗則依仿單建議不用補服。

（二）至於其他非口服（肌肉或皮下注射）疫苗，則於不同部位再補接種 1 劑。

三、幼兒因故隨父母往返兩地，其日本腦炎預防接種之接續建議及小一學童日本腦炎疫苗之補種建議：

（一）接種活性減毒疫苗者：國際間之接種劑次一般為 2 劑，依其接種狀況採以下原則：

1、已完成 2 劑者：學齡前之劑次視同完成，無需再接種，小一依規定接種 1 劑。

2、僅接種一劑者：

（1）若近期擬回國外居住地者：建議回居住地完成後續劑次。

（2）若不再回國外居住地者：依我國時程接續完成（惟第 3 劑與第 2 劑至少間隔 6 個月）。

（二）接種不活化疫苗或不清楚接種之疫苗種類者：依我國時程採缺幾劑補幾劑之原則接續（惟第 3 劑與第 2 劑至少間隔 6 個月）。

（三）有關小一學童未完成日本腦炎疫苗應接種劑次者之補種建議詳如附件 1。

- 四、100 年入學小一學童如改接種 Tdap-IPV 疫苗後，針對未完成學齡前 OPV、DTP 疫苗應接種劑次之補種建議詳如附件 2、附件 3。
- 五、幼兒全面改接種五合一疫苗後，因故延遲接種且其年齡已滿 4 歲之學齡前幼童，應優先以五合一疫苗接續完成接種。
- 六、另有關注射 Palivizumab (RSV 預防性單株抗體) 的幼兒其與各項疫苗之接種間隔，經 ACIP 工作小組會議決議：由於單株抗體不會干擾活性減毒疫苗之免疫反應，因此與各項疫苗無須特別間隔。檢附本局依建議作修正後之「各項預防接種間隔時間一覽表」（如附件 4），併請轉知所屬會員參照執行。

### 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 100 年 5 月 16 日

發文字號：署授國字第 1001400401 號

附 件：衛生署公告

主 旨：檢送「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」修正公告乙份，請 查照。

說 明：一、依本署 100 年 5 月 13 日署授國字第 1001400279 號公告辦理。

二、有關本注意事項內容，登載於本署網站「衛生法令查詢系統」之行政規則、本署中央健康保險局網站「一般民眾」網頁/健保醫療服務/民眾健康照護指南/預防保健，及本署國民健康局網站/健康主題專區/預防保健，敬請自行下載參考。

### 行政院衛生署 公告

發文日期：中華民國 100 年 5 月 13 日

發文字號：署授國字第 1001400279 號

附 件：醫事服務機構辦理預防保健注意事項及附表乙份

主 旨：公告修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」（如附件），並自即日生效。

說 明：一、修正原九十九年一月六日公告之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，重要內容如下：

- （一）修正第四點第八款成人預防保健服務項目內容及名稱，以提升該服務之效益（自一〇〇年八月一一日開始實施，實施前仍依原成人預防保健服務規定辦理）。

- (二) 修正第六點第九款辦理成人預防保健服務之醫師資格（符合本款規定資格者，自公告日起即可申辦成人預防保健服務）。
- (三) 新增第八點特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健「健康加值」方案之檢驗檢查服務資格限制（若新增規定，自一〇一〇年八月一日開始實施）。
- (四) 修正第十點執行兒童預防保健後，由家長或主要照顧者於該次服務紀錄表簽名，以確保民眾就醫權益。
- (五) 修正第十二點執行乳房攝影巡迴篩檢之醫療機構，無執行乳房攝影篩檢陽性個案後續複檢及確診之能力，需與具複檢及確診能力之醫療機構合作簽訂合約，並訂定後續轉介、資料回報流程，報當地衛生局同意後辦理；未依上述規定辦業者，本署不予核付費用。
- (六) 修正第十九點特約醫事服務機構執行兒童牙齒塗氟保健服務時，應告知其家長或主要照顧者。
- (七) 修正第二十二點特約醫事服務機構至公、私立長期照護機構及安養機構、身心障礙福利機構及護理之家等機構有條件提供成人預防保健「健康加值」方案之規定（自公告日起特約醫事服務機構即可依本點之規定，提供符合本點規定之住民既有之成人預防保健服務）。
- (八) 附表一修正：
- 1、兒童預防保健檢查之「髖關節篩檢」增列於第三次身體檢查項目。
  - 2、孕婦產前檢查調高各次補助金額，及乙型鏈球菌篩檢補助對象為九十九年一月一日起為低收入戶，自一〇一〇年一月一日起擴大為低收入戶、中低收入戶及設籍山地離島偏遠地區之孕婦。
  - 3、定量免疫糞便潛血檢查補助金額由九十元提高至一百三十元。
  - 4、口腔黏膜檢查補助金額由七十元提高至一百三十元。
  - 5、成人預防保健「健康加值」方案增加民國五十五年（含）以後出生終身一次 B、C 型肝炎篩檢服務。
- (九) 附表四：修正成人預防保健「健康加值」方案名稱及檢查項目。
- 二、本注意事項登載於本署網站「衛生法令查詢系統」之行政規則、本署中央健康保險局「一般民眾」網頁/健保醫療服務/民眾健康照護指南/預防保健及本署國民健康局網站/健康主題專區/預防保健。
- 三、本注意事項修正規定若有疑義，各項預防保健服務聯絡窗口電話如下：
- (一) 兒童預防保健服務：(04) 22550177 分機 431 蔣小姐。
  - (二) 孕婦產前檢查：(04) 22550177 分機 435 宋先生。

(三) 癌症篩檢：

- 1、婦女子宮頸抹片檢查：(00) 29978616 分機 331 陳小姐。
- 2、乳房攝影：(02) 29978616 分機 322 羅小姐。
- 3、定量免疫法糞便潛血檢查：(02) 29978616 分機 316 鍾小姐。
- 4、口腔黏膜檢查：(02) 29978616 分機 312 王小姐。

(四) 兒童牙齒塗氟保健服務：(04) 22550177 分機 411 洪小姐。

(五) 成人預防保健服務：(04) 22550177 分機 521 王小姐。

## 醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項

行政院衛生署 95 年 2 月 13 日署授國字第 0951400033 號公告訂定  
行政院衛生署 96 年 1 月 5 日署授國字第 0951400432 號公告修正發布  
行政院衛生署 97 年 8 月 12 日署授國字第 0971400216 號公告修正發布  
行政院衛生署 98 年 3 月 12 日署授國字第 0981400088 號公告修正發布  
行政院衛生署 98 年 11 月 17 日署授國字第 0981400643 號公告修正發布  
行政院衛生署 99 年 1 月 6 日署授國字第 0981400784 號公告修正發布  
行政院衛生署 100 年 5 月 13 日署授國字第 1001400279 號公告修正發布

- 一、行政院衛生署（以下簡稱本署）配合全民健康保險預防保健經費改由公務預算支應，預防保健業務改由本署國民健康局（以下稱健康局）請本署中央健康保險局（以下稱健保局）協助辦理，為持續提供此項服務，特訂定本注意事項。
- 二、全民健康保險特約醫事服務機構（以下簡稱特約醫事服務機構）提供提供第三點所定對象預防保健服務，有關補助醫療費用之申報與核付作業，應依照本注意事項辦理；本注意事項未規定者，準用全民健康保險相關法令之規定。
- 三、提供預防保健服務，其補助對象及實施時程如下：
  - (一) 兒童預防保健：
    1. 未滿一歲六個月：補助四次。
    2. 一歲六個月以上至未滿二歲：補助一次。
    3. 二歲以上至未滿三歲：補助一次。



4. 三歲以上至未滿七歲：補助一次。

(二) 孕婦產前檢查：

1. 妊娠第一期（未滿十七週）：補助二次。
2. 妊娠第二期（十七週至未滿二十九週）：補助二次。
3. 妊娠第三期（二十九週以後）：補助六次。

(三) 婦女子宮頸抹片檢查：三十歲以上，每年補助一次。

(四) 婦女乳房攝影檢查：

1. 四十五歲以上至未滿七十歲，每二年補助一次。
2. 四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年補助一次。

(五) 定量免疫法糞便潛血檢查：五十歲以上至未滿七十歲者，每二年補助一次。

(六) 口腔黏膜檢查：三十歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年補助一次。

(七) 兒童牙齒塗氟保健服務：五歲以下兒童，每半年補助一次。

(八) 成人預防保健「健康加值」方案：

1. 四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次。
2. 六十五歲以上者，每年補助一次。
3. 罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。
4. 五十五歲以上原住民，每年補助一次。

四、提供預防保健服務，其補助之項目如下：

(一) 兒童預防保健：

1. 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、眼睛、口腔檢查、生長發育評估等。
2. 衛教指導：母乳哺育、營養、幼兒發展、口腔保健、視力保健、事故傷害預防等。

(二) 孕婦產前檢查：

1. 身體檢查：個人及家族病史、個人孕產史查詢、成癮習慣查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查等。
2. 血液檢查及尿液檢查。
3. 超音波檢查：於妊娠第二期提供一次。因特殊情況無法於妊娠第二期檢查者，可改於妊娠第三期提供本項檢查。
4. 衛教指導：孕期生活須知、產前遺傳診斷、營養、生產徵兆、母乳哺育、成癮習慣戒除與轉介等。

(三) 婦女子宮頸抹片檢查：

1. 子宮頸抹片採樣。
2. 骨盆腔檢查。
3. 子宮頸細胞病理檢驗。

(四) 婦女乳房攝影檢查。

(五) 定量免疫法糞便潛血檢查。

(六) 口腔黏膜檢查。

(七) 兒童牙齒塗氟保健服務：

1. 牙醫師專業塗氟服務。
2. 一般性口腔檢查。
3. 衛教指導：使用適量氟化物、定期口腔檢查、餐後潔牙、健康飲食等。

(六) 成人預防保健「健康加值」方案：

1. 身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數、腰圍。
2. 實驗室檢查：生化檢查及尿液蛋白質檢查。
3. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健。

五、各類預防保健服務補助金額如附表一。

六、特約醫事服務機構符合下列資格條件，始得申請辦理預防保健服務：

- (一) 申請辦理兒童預防保健者，應有登記執業之小兒科或家庭醫學科專科醫師。
- (二) 申請辦理孕婦產前檢查者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。申請辦理產前檢查母乳衛教指導者，應為本署認證之母嬰親善醫療機構。
- (三) 申請辦理子宮頸抹片採樣者，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；在衛生所執業，但執業登記非屬婦產科或家庭醫學科之醫師，須先完成本署核可之子宮頸抹片採樣訓練；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。
- (四) 申請辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應通過本署子宮頸細胞病理診斷單位認證。
- (五) 申請辦理婦女乳房攝影檢查者，應通過本署婦女乳房攝影醫療機構認證，或由當地衛生局報經本署核准辦理婦女乳房攝影檢查。
- (六) 申請辦理定量免疫法糞便潛血檢查服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至經本署認證的糞便潛血檢驗醫事機構（以下簡稱檢驗醫事機構）。
- (七) 申請辦理口腔黏膜檢查者，應有登記執業之牙科、耳鼻喉科專科或經本署核可之醫師。

(八) 申請辦理兒童牙齒塗氟保健服務者，應有登記執業之牙科醫師。

(九) 申請辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應有登記執業並符合「專科醫師分科及甄審辦法」第三條所規定之專科醫師；除家庭醫學科及內科專科醫師外，新申辦之執行科別醫師，均應接受相關訓練通過後，始能取得辦理本方案之資格。

七、特約醫事服務機構申請辦理預防保健業務，應備有相關檢驗設備，且其醫事檢驗作業需符合醫事檢驗相關規定；未具檢驗設備者，應委託其他之特約醫事服務機構代為檢驗。

八、特約醫事服務機構申請辦理成人預防保健「健康加值」方案之檢驗服務，應具備最近三年內通過生化基本項目能力試驗之證明文件；已辦理檢驗服務者，需取得並保存最近三年內通過生化基本項目能力試驗之證明文件。

前項生化基本項目及證明文件出具單位如附表二。

九、經本署核可之醫師辦理口腔黏膜檢查服務，至少須具下列檢查設備，始得辦理：

(一) 應讓民眾平躺或提供支撐讓其頭部可維持向後仰姿勢之設備。

(二) 口鏡。

(三) 充足的光源(LED 頭燈或站立式光源)。

十、特約醫事服務機構辦理兒童預防保健服務者，應依下列規定辦理：

(一) 應於特約醫事服務機構內執行。如為特殊情況，得由當地衛生局以專案方式報經健康局核定後辦理。

(二) 執行兒童預防保健時，應告知其家長或主要照顧者，並於兒童健康手冊之「兒童預防保健服務檢查紀錄表」及「家長紀錄事項」登載後，由家長或主要照顧者於該次服務紀錄表簽名，並依醫療法第六十七條規定登載各項檢查資料於病歷。

十一、成人預防保健「健康加值」方案第一階段檢驗檢查服務，除特約醫院、診所提供外，亦可由符合受檢資格之保險對象，選擇由特約醫事檢驗機構逕依成人預防保健「健康加值」方案檢查單提供之雙軌作業方式辦理。特約醫事檢驗機構提供民眾第一階段檢驗檢查服務後，為提高受檢民眾完成第二階段服務，應依下列規定辦理：

(一) 辦理第一階段檢驗檢查服務後，由受檢民眾告知選擇執行第二階段服務之特約醫事服務機構，並註明於成人預防保健「健康加值」方案檢查單。

(二) 向受檢民眾說明第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至選定之特約醫事服務機構，請其同意直接至醫事服務機構索取報告並接受第二階段服務(請受檢民眾填具聲明書，如附表三)。

特約醫事服務機構收到第一階段檢驗檢查結果報告後，應主動聯繫受檢民眾接受第二階段服務。

十二、特約醫事服務機構如申請辦理婦女子宮頸抹片、婦女乳房攝影、定量免疫法糞便潛血檢查與口腔黏膜檢查社區巡回服務，應先報經當地衛生局同意；如執行乳房攝影巡回篩檢之醫

療機構，無執行乳房攝影篩檢陽性個案後續複檢及確診之能力，應與具複檢及確診能力之醫療機構簽訂合約，並訂定後續轉介、資料回報流程，報當地衛生局同意後。始得為之；如申請辦理成人預防保健社區巡迴服務，應參與當地衛生局報經健康局核定之整合性預防保健服務計畫，並由當地衛生局向健保局報備後辦理。

未依前項規定辦理者，本署不予核付費用。

- 十三、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，應善盡查核之責，如經查核發現健保卡與本人不符、補助對象資格舉證不實、重複施行、超次使用或其他不符合規定之情事時，所需費用均應自行負擔，不得向本署申報。但補助對象因醫療需求必須重複接受服務者，應依全民健康保險法申請醫療給付。
- 十四、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應於本署所規定之成人預防保健「健康增值」方案服務檢查單（附表四）、兒童預防保健檢查紀錄表（附表五）、兒童健康手冊、孕婦健康手冊、婦女子宮頸抹片檢查表（如附表六）、婦女乳房攝影檢查表（如附表七）、定量免疫法糞便潛血檢查表（如附表八）、口腔黏膜檢查表（如附表九），詳實記載各項資料，各類檢查表單並留存於病歷；醫療院所須要求 40 歲以上至未滿 45 歲接受乳癌攝影檢查之婦女檢具其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件（如民眾無法提出證明，應請其填具聲明書，如附表十），並留存影本於病歷中備查。
- 十五、特約醫事服務機構應將檢查結果通知保險對象；如檢查之結果無法判讀，應通知其複檢；如發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構治療。
- 十六、特約醫事服務機構應於提供各項預防保健服務日之次月一日起六十日內，依下列規定，於網路向本署詳實申報資料：
  - （一）辦理兒童預防保健服務者，應將一歲半至二歲、三歲至七歲之兒童預防保健服務檢查結果，傳輸至健康局指定之系統或登錄於健康局指定之網頁，內容及格式如附表十一。
  - （二）辦理子宮頸細胞病理檢驗者，應另申報婦女子宮頸抹片檢查表及所有子宮頸病理切片之相關資料。
  - （三）辦理婦女乳房攝影檢查者，應另申報婦女乳房攝影檢查表、婦女乳房攝影檢查異常個案報告表（附表十二）及婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表（附表十三，限篩檢個案）等相關資料。
  - （四）辦理定量免疫法糞便潛血檢查者，應透過其檢驗部門或委託代檢之檢驗醫事機構，將定量免疫法糞便潛血檢查結果與確診結果傳輸至本署指定之系統，內容及格式如附表十四。
  - （五）辦理口腔黏膜檢查者，應將口腔黏膜檢查結果與確診結果傳輸至本署指定之系統

，內容及格式如附表十五。

(六) 辦理成人預防保健「健康加值」方案者，應將該方案檢查結果傳輸至健保局系統或登錄於健保局網頁，內容及格式如附表十六。

逾期末申報相關資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期仍未補正者，本署不予核付費用。

十七、特約醫事服務機構應自提供各項預防保健服務之日起二年內，向健保局申報費用，逾期末申報者，本署不予核付費用。

十八、特約醫事服務機構辦理子宮頸抹片採樣或子宮頸細胞病理檢驗，其品質經抽查未達本署所訂之標準，經通知限期改善，逾期仍未改善者，本署得依下列原則不予核付費用：

(一) 特約辦理子宮頸抹片採樣之醫事服務機構，如連續二年統計難以判讀率未達標準，依該機構難以判讀率扣掉本署所定之標準後，乘以當年該機構所有抹片量，為不予核付之抹片量。

(二) 特約辦理子宮頸細胞病理檢驗之醫事服務機構，如連續二年抽審品質未達標準，依該機構被抽查良好或尚可抹片經複閱為難以判讀比率扣掉本署所定之標準後，乘以當年該機構所有良好或尚可抹片量，為不予核付之抹片量。

十九、特約醫事服務機構執行兒童牙齒塗氟保健服務時，應告知其家長或主要照顧者。並於病歷上記載使用氟化物之種類，且氟濃度至少應為 8500ppm 以上；違反規定者，本署不予核付費用。

二十、特約醫事服務機構辦理成人預防保健「健康加值」方案，其二階段服務間隔時間不得超過六個月；違反規定者，本署不予核付第二階段服務之費用。

二十一、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，如因其他醫療需求提供超過第三點及第四點所定項目及次數，則非屬健康局補助預防保健服務範圍。

二十二、特約醫事服務機構經健保局同意後，可至公、私立長期照護機構、安養機構、身心障礙福利機構及護理之家等機構提供一般門診診療業務。

前項機構之入住個案，經醫師專業判斷，無下列情形之下者，得由特約醫事服務機構提供成人預防保健「健康加值」方案。

(一) 四十歲以上未滿六十五歲且過去三年內曾至少接受血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。

(二) 六十五歲以上或五十五歲以上原住民，過去一年內曾至少接受血壓、血糖、血膽固醇及三酸甘油酯四項與成人預防保健「健康加值」方案近乎相同之檢查項目。

(三) 經診斷患有糖尿病、中風及心臟病之病人。

二十三、健康局及健保局對於辦理預防保健服務特約醫事服務機構得實施不定期之查核與輔導。



二十四、特約醫事服務機構辦理預防保健服務，經查有費用申報不實、費用申報與病歷記載或服務提供不符、各項預防保健服務手冊表單、檢查結果之記載、登錄上傳虛偽不實、不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相關法規者，本署應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。

## 台灣婦產科醫學會第十九屆第三次理事會會議紀錄(精簡版)

時 間：民國 100 年 05 月 22 日（星期日）下午 2 時~4 時 00 分

地 點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主 持 人：謝理事長 卿宏

出 席 者：理 事 長 謝卿宏

副理事長 蕭弘智 蔡英美

常務理事 許淳森 陳祈安 陳持平 陳建銘 周天給 王炯琅

理 事 吳輝明 林正義 張少萌 丘林和 楊明智 張榮州 鄭英傑 孫茂榮

黃啟明 陳明哲 呂秉正 龔福財 徐超群 蔡永杰 林禹宏 武國璋

列 席 者：監 事 長 何弘能

祕 書 長 黃閔照

副祕書長 王漢州 孫三源 賴文福 徐明洸 陳信孚 陳根雄 陳勝成 吳信宏

沈潔怡 詹德富 仇思源 何信頤 林姿吟

請假人員：郭宗正 張維君 吳俊杰 王功亮 楊宗力 李奇龍 李建南 林錦義 應宗和

張基昌

### 壹、報告事項

#### 理事長報告

1. 這屆繼續教育到目前已舉辦 15 場，平均每場 102 人次，我們的題目都非常實用，對執業的範圍、內容與品質也都很有幫助，請大家要就近告訴所有會員參加。
2. 雜誌（TJOG）已進入 SCI，六月 Impact factor 將公布。
3. 衛生署生育風險補償基金將納入所有醫療醫院，於今年底即將上路，會員代表大會決議底線是婦產科醫師每接生一人次就提撥 30 元做為基金專戶之用，但目前衛生署規劃三年試辦期間會員免繳費用。無過失賠償金額為 200 萬，但參加之醫療院所均需接受衛生署評鑑認定，以維護相關之照護品質，我已向醫事處石處長表達一定讓所有基層院所加入才有意義。
4. 學會期待未來能在醫療政策方面多做幫助所有會員的事，不管是基層開業或服務醫師的事，都

是我們打拼的目標，也希望大家一起來努力，讓學會日益茁壯。

### 監事長報告

1. 財務報表經查證後不須由監事長用印，只須提交監事會議查核。
2. 監事會對於此次理事會提案及 100 年 2~4 月份月報表，無異議通過。

### 秘書長報告

1. 會員對日本賑災捐款金額總共約 240 萬，是日本所有國際學術團體中捐款最多的國家，一直以來日本與台灣在國際交流上有良好的關係，也希望能繼續保持下去。
2. 今年年會、五十週年文物展、路跑活動均圓滿完成，感謝所有理監事的大力幫忙和參與。
3. 第 19 屆第 2 次會員代表大會提案調降常年會費和年會報到費及資深會員 65 歲以上（含 65 歲）免繳年會報到費，因代表大會時為臨時提案，沒有相關輔助說明無法得到一致共識，故提交理事會討論。秘書處整理各醫學會收費活動統計、第 16~19 屆繼續教育辦理場次及平均人次、預調降費用的衝擊。

目前各學會的會員及收費活動如附件，其中各學會的人數與相關之收費，經秘書處查詢後發現與會員代表大會葉光芃代表提案說明不同者如下：

- ①學會的會員數是四大科與家醫科中最少者，但是我們做的事最多，要奮鬥努力的也最多。
- ②婦產科年費及報到費每年總收入，與內、外、兒、家醫科相較，除內科外，此部份收入相對少。此外，年會多在北、中、南各地（北 9 次、中 3 次、南 1 次、高 2 次）之會議中心或飯店舉辦（而許多學會多在醫院舉辦，且大部分在北部），年會並舉辦晚宴，理監事、會員代表、委員會委員與演講者、65 歲以上會員均免費，一般會員參加費只要 500 元（原價約 2000 元），午餐便當均在 200 元以上；各地區（北、中、南）辦理「免報名費」繼續教育，半年來已舉辦 15 場，平均每場參加人數為參加 102 人，平均每場支出約 6 萬元（其他學會大都要收費，且舉辦場次很少）；康樂活動：學會每年舉辦二次會員旅遊，其他學會則無；65 歲以上資深會員免年會報到費 2000 元（較內、外科醫學會資深會員減免更多，而家醫科與兒科則全無優待減免），且免費參加年會晚宴（成本約 2000 元）。
- ③根據 97-99 年決算學會每年基本費用支出，如：人事費 250 萬、辦公費 110 萬、繼續教育支出 180 萬、國際會費 45 萬，總計支出約 585 萬，收支僅供學會基本運作，其他基本費用部份尚未包括會刊雜誌、每月會訊、台日韓學術交流、外賓費及康樂福利活動支出等，這些花費都是辦活動而來。
- ④年會支出表：年會會員報到費收入約為 350~400 萬，但年會的支出：場地費 90 萬、晚宴費 50 萬、午餐費 45 萬、茶點費 25 萬、設備租借費 20 萬、印刷費 60 萬、攤位設計費 45 萬、樂團費 7 萬、講師、工作獎金、郵電、文具費 20 萬、攝影費 2 萬、雜費 20 萬、布置費 3 萬、禮品費 30 萬，總計支出約 417 萬，已超過會員報到費的收入，其他支出部分尚未包括

住宿費、交通費、外賓費。從歷年資料看來，報到費的收入並無法支付年會的運作。

- ⑤本屆舉辦4場記者會(11/22、2/12、5/1、5/8)，繼續教育已辦理15場，平均每場參加人數約102人。下半年度還將舉辦3場產科品質、4場青少女健康照護、4場醫療發展、2場婦女泌尿、6場乳房超音波繼續教育，學會這半年來的努力，希望會員都能看的到!
- ⑥經費概算：若會費調降為3000元，會費收入每年則將減少89萬；若報到費調降為1500，則每年報到費收入則將減少100萬；若65歲以上資深會員免繳會費，則收入每年將減少129萬，請參考附件。

## 貳、討論事項

提案一：審查100年度2-4月份月報表

說明：見附件一(現場核發)

提案人：財政委員會

決議：通過

提案二：討論101年年會暨擴大學術研討會場地。

提案人：秘書處

決議：1.每屆理事長上任後須將未來三年年會預定舉辦都市告知會員，以北中南輪流舉辦為原則，但還是要尊重理事長的決定。

2.本屆明(101)年年會在台北舉辦，民國102年在台南舉辦。

提案三：請各位理監事廣邀各方醫師多多參與9/23~27第22屆亞太婦產科會議(AOCOG 2011)。

提案人：秘書處

決議：1.通知即將換發專科醫師證書但積分卻不滿180分之醫師報名參加。

2.訓練醫院：有否動員所屬醫師報名參與此次會議，列入訓練醫院評鑑評分參考。

3.住院醫師：有否報名參與此次會議，未來四年將列入專科醫師甄審口試加分參考。

提案四：建請明訂65歲(含)以上之會員為榮譽會員並免除其繳納常年會費及學術活動參加費之義務，以彰顯其對社會及學會之貢獻，並鼓勵其參與學會之學術活動。(第19屆第2次會員代表大會決議提交理事會討論)

說明：1.包含內科、外科、眼科、耳鼻喉科、麻醉科、醫用超音波等醫學會章程均明列「70歲(超音波學會65歲)以上會員是為資深(或榮譽)會員，得免繳會費(及學術活動參加費)」之條款。

2.據台灣婦產科醫學會2009年調查，台灣婦產科醫師的「平均壽命」為69歲，比國內男性平均餘命76歲，短少近七年。

3.承上，對婦產科醫學會而言，資深(或榮譽)會員資格之訂定標準似以「65歲(含)以上」

為宜。

4. 學會原本即有 65 歲以上之會員免繳學術活動參加費之常規，惟每年仍須繳交常年會費。對奉獻大半生、屆退休年齡、無固定收入之資深會員，除造成經濟上之負擔外，難免有未獲尊榮之遺憾。

辦法：請於學會章程第五章第卅四條「會費及會計」「本會經費來源如下」，增列第九點。

本會經費來源如下：

- 一、入會費：會員伍仟元，準會員壹仟元。
- 二、常年會費：會員參仟伍佰元，準會員伍佰元。
- 三、名譽理事、名譽會員及永久會員免繳常年會費。
- 四、事業費。
- 五、會員捐款。
- 六、委託收益。
- 七、基金及孳息。
- 八、其他收入。
- 九、榮譽會員 (65 歲以上之會員) 免繳常年會費及學術活動參加費。

提案人：秘書處

討論：蔡英美副理事長：此屆辦理繼續教育場次多，我在南部就常接到要租借場地的訊息，雖然我在高醫服務，但租借場地還是要錢；會刊雜誌進入 SCI 是有錢買不到的，引用台南市長賴清德上任時在議會說的話：讓我做看看，不要一開始就不給我錢。所以，學會在財務經費使用上是很透明的，理監事們負責做好監督工作，學會可以運作的更好，以上是我個人的想法，請各位理事可以參考。

謝卿宏理事長：我們學會實行 65 歲以上免繳年會報到費 2000 元已很多年（民國 95 年始），其他學會如內、外科 70 歲以上免年費 1000 元，相較之下本會仍優於其他各學會。另若免繳年費，則當年永久會員因解決購置會館債務，捐款繳交五萬元會費及迄今的利息（複利），才能免繳年費，但是當時的利率為 12 %（即使是現在的循環利息也要近 20 %），現今來算，十多年來是多少錢大家可以算看看，我們當然尊敬資深會員，也希望有更多人可以優惠，但是這樣做對永久會員不公平。

楊明智理事：此案為會員代表大會決議不可修改，須依照代表大會決議辦理。

陳祈安常務理事：年會場地會議室最好能夠有 4 間以上，不要像今年一樣因會員代表大會而延誤其他課程的時間。

陳建銘常務理事：此案為代表大會臨時動議，剛陳祈安常務理事有提到因當日會議時間

嚴重延誤到後面學術課程時間，且沒有相關輔助說明，無法得到一致共識，故將此案提交理事會討論其可行性，並非不可修改。

黃啟明理事：國家對於年長者因為敬老均為半價，建議年費、報到費及晚宴費用…等是否也可以半價優待。

謝卿宏理事長：學會自民國 95 年以來，65 歲以上的會員，晚宴都不用費用，一桌約一萬多元（高雄年會為例），一人負擔成本約一千多元，加上免報到費 2000，等於是 3000 多元，跟年費 3500 相比也幾乎是半價。如果還加上會員旅遊的補助與參加繼續教育不用錢等實際已超過半價甚多。

決議：表決：贊成 1 票，反對 13 票。不通過，維持原章程規定，決議提下次會員代表大會。

案由五：建請調整本會會員之常年會費。（第 19 屆第 2 次會員代表大會決議提交理事會討論）

說明：1. 台灣婦產科醫學會會員之常年會費 3,500 元，居全台醫學會之冠。（附表一）

附表一：(依醫師公會登錄)會員人數達千人以上之醫學會，婦產科常年會費最高。

	常年會費	人數	常年會費總額/年
婦產科醫學會	3,500	2180	7,630,000(實際 680 萬)
兒科醫學會	2,000	2978	5,956,000
放射科醫學會	2,000	1074	2,148,000
超音波醫學會	1,500	6300	9,450,000
家庭醫學醫學會	1,500	3061	4,591,500
耳鼻喉科醫學會	1,500	2109	3,163,500
眼科醫學會	1,500	1621	2,431,500
精神科醫學會	1,500	1346	2,019,000
內科醫學會	1,000	8392	8,392,000
外科醫學會	1,000	3433	3,433,000
急診醫學會	1,000	1350	1,350,000

- 統計會員人數達千人以上之醫學會中，常年會費 1,000 元者有內科、外科及急診醫學會；1,500 元者有耳鼻喉科、家庭醫學科、精神科及眼科醫學會；高達 2,000 元者僅兒科及放射科醫學會。
- 如以「常年會費」乘以「會員人數」計算各學會之年收，本會以會員 2180 人，每年常年會費總收入約 763 萬(實際為 680 萬)，僅次於會員人數 4 倍於本會的內科醫學會(8392 人)的 839 萬；而遠高於會員人數高於本會的兒科醫學會(2978 人)的 596 萬、家醫科醫學會(3061 人)的 459 萬及外科醫學會(3433 人)的 343 萬；更數倍於會員人數相



當的耳鼻喉科醫學會(2109 人)的 316 萬及眼科醫學會(1621 人)的 243 萬。(附表二)

附表二：會員人數達千人以上之醫學會，婦產科人數第五，但常年會費總收入第二高

	常年會費	人數	常年會費總額/年
內科醫學會	1,000	8392	8,392,000
婦產科醫學會	3,500	2180	7,630,000(實際 680 萬)
兒科醫學會	2,000	2978	5,956,000
家庭醫學醫學會	1,500	3061	4,591,500
外科醫學會	1,000	3433	3,433,000
耳鼻喉科醫學會	1,500	2109	3,163,500
骨科醫學會	2,000	1278	2,556,000
眼科醫學會	1,500	1621	2,431,500
放射科醫學會	2,000	1074	2,148,000
精神科醫學會	1,500	1346	2,019,000
急診醫學會	1,000	1350	1,350,000

4. 台灣婦產科醫學會超高的常年會費有其時代背景，但在歷任會員代表、理監事及全體會員同舟共濟下，2010 年底婦產科醫學會已有存款約 1,800 萬，加上不動產，總資產約 4,470 萬。

5. 由本會 2011 年度「收支預算表」中編列達三百萬(平均每會員 1,200 元)的「康樂服務費」，顯見：婦產科醫學會財政戒嚴時期已過，超高的常年會費理應有所調整。

辦法：將本會章程第五章第卅四條「會費及會計」「本會經費來源如下」之第二點「常年會費：會員參仟伍佰元」改為貳仟元。

討論：蔡永杰理事：會費收入如果有盈餘，則長年下來最後也是留存在學會，重點是會費收入有無亂用。現今所收的會費可以替學會存點錢，因學會是個永久的組織，若我們沒用到，後人還是可以用。因此，學會好好運作比減會費一千、二千元更有意義。

陳明哲理事：現在繼續教育均不收報名費，一年下來有諸多場次的繼續教育，若平均一年參加三次繼續教育其實就不只 500、1000 元了。

孫茂榮理事：回應剛剛兩位理事的意見，每場繼續教育均辦得有聲有色，每位參加會員都有很大的收穫，所以學會好好運作，我們做好監督的角色，讓每位會員均能有所收穫。

黃啟明理事：首先恭喜大家都在一個績優股，台灣婦產科醫學會的儲蓄存款超過我們一

年所花費。大家也許不知道我們南部像斗六市最後一家有產科的診所也熄燈，所以我們全斗六市沒有任何一家做產科，全都是做婦科，只有做婦科的話門診數一直在掉，去年國健局及中央健保局調定我的收入一個月淨收入為六萬元，不像各位可能是高收入。大家都知道做婦產科都苦哈哈，那為什麼有能力去繳交所有學會中最高的會費，人家會質疑你根本不苦，但是我們是真的很苦。所以調降是一個宣示，表示我們婦產科在度小月。招不到住院醫師，沒有一個年輕醫師願意走這科，這是我們面臨到的一個問題。像皮膚科看 100 個很輕鬆，診斷費跟我們一樣，這樣公平嗎？

林正義理事：佩服黃理事每個月還有六萬元，我是每個月都虧本。想想現在若沒有錢就無法做事，立法委員沒有錢他會幫你做事嗎？請大家能給年輕一輩機會，天下沒有白吃的午餐，學會幹部至立法院公聽會、到衛生署開會都是犧牲自己的門診時間，為我們去爭取福利，希望大家體諒學會幹部的辛苦。

陳建銘常務理事：因為有錢就可以不用存錢的論點是錯的。陳持平常務理事請求學會撥款拼雜誌，現在讓雜誌能夠進入 SCI 了；南亞海嘯理事會決議捐款，我要求加碼是因為國際能見度能夠增加，果不其然楊友仕院士當上 AOFOG 副理事長。

楊明智理事：主席，我要清點人數。現場共 25 位理事出席會議。

陳持平常務理事：本會雜誌已獲得 SCI 認可，質量都相當好，但光靠一年訂閱費 2500 元，不足以支付一年 300 萬的開銷，目前一年 4 期，我們期待像 AOFOG 雜誌一樣一年 6 期。現在各醫學會只有婦產科醫學會雜誌進入 SCI，兒科跟新生兒科醫學會是兩個學會一起負擔一個雜誌，超音波醫學會也在慘淡經營中，而我們卻可以負擔一個國際型的醫學雜誌，不只是學會的榮譽也代表台灣的水準，這是我們為台灣婦產科與我們的後輩開拓的康莊大道，何況，雜誌代表的價值這是將來用錢也買不到的。

決議：表決：贊成 2 票，反對 16 票。不通過，維持原章程規定，決議提下次會員代表大會。

案由六：建請調整本會會員之年會報到費。（第 19 屆第 2 次會員代表大會決議提交理事會討論）

- 說明：1. 如以「年會報到費」及「常年會費」之總和乘以「會員人數」計算各醫學之年收入，台灣婦產科醫學會之年收入為各醫學會之冠。（附表一、二）
2. 年會報到費或可能有所變動，但大體而言，會員千人以上之醫學會，年會報到費稍高者僅 1,500 元的眼科、耳鼻喉科及急診醫學會；其餘如兒科(500×2)、外科醫學會均僅 1,000 元；更有免報到費者，如內科、超音波及放射科醫學會；婦產科醫學會的年會報到費居各醫學會之首。（附表三）
3. 台灣婦產科醫學會較高之年會報到費有其時代背景，但在歷任會員代表、理監事及全

- 體會員共同努力下，2010 年底婦產科醫學會總資產已達約 4,470 萬。
4. 婦產科醫學會財政戒嚴時期已過，偏高的年會報到費亦應有所調整。

附表一：依總收入排序，婦產科總收入居各醫學會之首。

學會	常年會費(B)	報到費(C)	B+C	會員人數	總收入/年
婦產科醫學會	3,500	2,000	5,500	2180	11,990,000
超音波醫學會	1,500	0	1,500	6300	9,450,000
兒科醫學會	2,000	1,000	3,000	2978	8,934,000
內科醫學會	1,000	0	1,000	8392	8,392,000
家庭醫學醫學會	1,500	1,200	2,700	3061	8,264,700
外科醫學會	1,000	1,000	2,000	3433	6,866,000
耳鼻喉科醫學會	1,500	1500	3,000	2109	6,327,000
眼科醫學會	1,500	1,500	3,000	1621	4,863,000
急診醫學會	1,000	1,500	2,500	1350	3,375,000
放射科醫學會	2,000	0	2,000	1074	2,148,000

附表二：依(醫師公會登錄)會員人數排序，婦產科第 6，但總收入高居各醫學會之冠。

學會	常年會費(B)	報到費(C)	B+C	會員人數	總收入/年
內科醫學會	1,000	0	1,000	8392	8,392,000
超音波醫學會	1,500	0	1,500	6300	9,450,000
外科醫學會	1,000	1,000	2,000	3433	6,866,000
家庭醫學醫學會	1,500	1,200	2,700	3061	8,264,700
兒科醫學會	2,000	1,000	3,000	2978	8,934,000
婦產科醫學會	3,500	2,000	5,500	2180	11,990,000
耳鼻喉科醫學會	1,500	1500	3,000	2109	6,327,000
眼科醫學會	1,500	1,500	3,000	1621	4,863,000
急診醫學會	1,000	1,500	2,500	1350	3,375,000
放射科醫學會	2,000	0	2,000	1074	2,148,000

辦法：本會會員之年會報到費宜調整為壹仟元。

討論：謝卿宏理事長：因經濟不景氣其他收入之金額已逐年下降，今年年會可能因為 9 月 ACOG 2011 年會的關係，比去年收入較少，另因健保給付因素，許多廠商均已外移，

所以爾後年會應要有使用者付費的概念。歷年來年會均在會議中心或飯店舉辦，不但舉辦晚宴也提供豐富的午餐和點心飲料，也是為了讓會員有更好的空間參加年會，這在未來要不要改變，大家可以討論。

附表三：依年會報到費排序，婦產科年會報到費最高。

學會	報到費	會員人數
婦產科醫學會	2,000	2180
眼科醫學會	1,500	1621
耳鼻喉科醫學會	1,500	2109
急診醫學會	1,500	1350
家庭醫學醫學會	600 × 2 次/年	3061
外科醫學會	1,000	3433
兒科醫學會	500 × 2 次/年	2978
內科醫學會	0	8392
放射科醫學會	0	1074
超音波醫學會	0	6300

決議：表決：贊成 2 票，反對 16 票。不通過，維持原章程規定，決議提下次會員代表大會。

提案七：調降學會年費和報到費。

說明：會員反映學會目前財務健全，沒有負債，且有結餘，但許多基層會員因健保制度不合理以及少子化趨勢，造成收入銳減，對於學會年費和報到費高居所有學會之冠，頗有怨言，敬請調降！

辦法：1.各調降 500，年費 3500→3000，報到費 2000→1500  
 2.各調降 1000，年費 3500→2500，報到費 2000→1000  
 3.年費調降 1500，3500→2000，報到費調降 1000，2000→1000

提案人：黃啟明理事

討論：謝卿宏理事長：因為此案與前三項提案重覆，是否考慮撤案。

黃啟明理事：因代表中南部基層會員的心聲，所以不能撤案。

決議：逕付表決：贊成 2 票，反對 18 票。不通過，維持原學會年費 NT \$ 3500，報到費 NT \$ 2000。

參、臨時動議

提案一：暫緩調整學會常年會費和年會報到費

說明：第 19 屆第 2 次會員代表大會以「婦產科醫學會財政戒嚴時期已過」一詞，更舉出 2011 年度康樂服務費編列三百萬的康樂服務費為由要求調降學會常年會費和年會報到費，身為康樂福利委員會召集人，不得不提案表達立場。

首先以現在有錢來當成不用存錢的論述，期期以為不可，其二服務內容與消費支出是一體兩面，我們可以期許「物超所值」但無法無中生有，有八分錢做十分事，相信大家都樂觀其成，但要用五分錢做十分事就有些困難。理事會從理事長以降，爭取 TAOG 的國際地位、推動會刊升級進入 SCI 國際期刊行列，提攜優秀後輩參與台、日、韓學術交流擴展國際觀與友誼，而且理事會常要周旋於政府與立法部門，對改善全體婦產科會員的執業空間有很大的助益，再者歷年來的康樂福利支出均非由學會常年會費中提列，而是由理事會領導人們爭取來的福利，以此來奪會員的聯誼機會，誠屬不當，盼望理事會暫緩調整學會常年會費與年會報到費。

辦法：請秘書處準備說帖，具體在下次會員代表大會向會員代表溝通說明。

提案人：康樂福利委員會召集人陳建銘常務理事

決議：陳建銘常務理事：此次秘書處已準備好相關的輔助資料，可將此次資料刊登於會訊公布，並於下次會員代表大會向會員代表說明。

表決：通過（贊成 15 票，反對 1 票）。

提案二：100 年 5 月 1 日婦產科醫學會公佈調查。①高中生的第一次性行為，由 16.8 歲提早至 15.9 歲②超過三成的中學生有戀愛經驗，其中超過二成（> 6%）進展至愛撫、口交、性行為階段，所以學會特地成立「青少女健康照護小組」。依基層門診之經驗，青少女懷孕之增加，與不知如何安全解決，此乃目前之最大問題。

說明：1.5 月 2 日立法院三讀通過，95 年 12 月 31 日以前，首長特別費之使用不再追究其行政、民事、刑事之責任，正式替特別費除罪化，但不包括國務機要費，基層民代的事務費，以上表示歷史共業可修法解決。

2.①與滿 14 歲以上、未滿 16 歲之男女發生性行為，乃觸犯強制性交罪，刑處 7 年以下有期徒刑。②與未滿 14 歲男女發生性行為，乃觸犯加重強制性交罪，刑處三年以上，十年以下有期徒刑。③至於與年滿 16 歲男女發生性行為，只要雙方都同意，且單身就不犯法。滿 16 歲至未滿 20 歲之青少女，其性行為並不會向監護人報備，然而懷孕了，依優生保健法行人工流產，則需監護人同意，是否有修法之空間。

辦法：1.未成年人依優生保健法實施人工流產，其合法年齡可否下修至滿 16 歲。

2.其執行之醫療單位可討論之。

提案人：陳建銘常務理事、賴文福副秘書長

決議：請賴文福副秘書長準備更周延之說帖，再行文立法委員、衛生署及國民健康局。

肆、散會（下午三點三十分）





## 第16屆辦理繼續教育場次

活動日期	活動名稱	人數
91/12/0100:00	準專科醫師繼續教育課程(一)	50
91/12/0700:00	子宮頸抹片採樣品質提昇與陰道鏡訓練研討會(中區)	70
91/12/0800:00	子宮頸抹片採樣品質提昇與陰道鏡訓練研討會(北區)	28
91/12/2900:00	專業審查醫師資格認證研習會(北區)	224
92/01/0500:00	準專科醫師繼續教育暨中區醫師繼續教育課程(二)	50
92/02/1600:00	準專科醫師繼續教育暨南區醫師繼續教育課程(三)	66
92/03/2300:00	專業審查醫師資格認證研習會(中區)	112
92/03/3000:00	準專科醫師繼續教育暨南區醫師繼續教育課程(四)	34
92/04/1300:00	乳房超音波診斷繼續教育課程(北)	129
92/04/2700:00	乳房超音波診斷繼續教育課程(北)	63
92/07/0600:00	準專科醫師繼續教育暨南區醫師繼續教育課程(五)	33
92/07/1300:00	準專科醫師繼續教育暨南區醫師繼續教育課程(六)	39
92/07/2000:00	專業審查醫師資格認證研習會(南區)	96
92/07/2700:00	準專科醫師繼續教育暨南區醫師繼續教育課程(七)	39
92/07/2700:00	性侵害防治責任醫療小組成員訓練研討會(北區)	41
92/08/0100:00	性侵害防治責任醫療小組成員訓練研討會(東區)	8
92/08/0300:00	準專科醫師繼續教育暨南區醫師繼續教育課程(八)	32
92/08/1000:00	子宮頸抹片採檢品質提升暨陰道鏡訓練研習會(北區)	352
92/08/1000:00	乳房超音波診斷繼續教育課程(南)	72
92/08/2400:00	準專科醫師繼續教育暨南區醫師繼續教育課程(九)	47
92/08/2400:00	乳房超音波診斷繼續教育課程(中)	88
92/08/3000:00	子宮頸抹片採檢品質提升暨陰道鏡訓練研習會(中區)	265
92/09/0700:00	子宮頸抹片採檢品質提升暨陰道鏡訓練研習會(南區)	152
92/10/1700:00	性侵害防治責任醫療小組成員訓練研討會(中區)	18
92/10/1900:00	性侵害防治責任醫療小組成員訓練研討會(南區)	36
92/12/2100:00	專業審查醫師資格認證研習會(北區)	111
93/05/2300:00	準專科醫師繼續教育課程(一)	39
93/06/1900:00	醫療法暨健保給付近況高屏區研討會	62
93/06/2700:00	準專科醫師繼續教育課程(二)	31
93/07/0400:00	準專科醫師繼續教育課程(三)	19
93/07/1100:00	準專科醫師繼續教育課程(四)	42
93/08/0100:00	準專科醫師繼續教育課程(五)	31
93/08/2200:00	準專科醫師繼續教育課程(六)	29
平均人數		41

共33場

## 第17屆辦理繼續教育場次

活動日期	活動名稱	人數
93/11/2100:00	準專科醫師繼續教育課程(七)	36
93/12/0500:00	準專科醫師繼續教育課程(八)	21
93/12/1200:00	準專科醫師繼續教育課程(九)	25
93/12/1200:00	性侵害防治業務通報成員訓練研討會(北區)	30
93/12/1900:00	性侵害防治業務通報成員訓練研討會(中區)	35
94/03/2700:00	婦產科專科醫師繼續教育(一)台北	44
94/04/0300:00	台灣婦產科醫學會繼續教育(一)台南	29
94/05/2900:00	繼續教育(二)北區	39
94/06/1900:00	人類乳突病毒訓練課程研討(北區)	51
94/07/1000:00	婦產科專科醫師繼續教育繼續教育課程(二)南區	31
94/07/2400:00	人類乳突病毒訓練課程研討(中區)	85
94/08/1400:00	人類乳突病毒訓練課程研討(南區)	76
94/08/2100:00	人類乳突病毒訓練課程研討(東區)	10
94/10/0900:00	婦產科專科醫師繼續教育課程(三)	25
94/11/1300:00	婦產科專科醫師繼續教育課程(三)-東區	18
94/12/1100:00	專科醫師繼續教育(四)	53
94/12/1800:00	專科醫師繼續教育(四)	60
95/02/1900:00	婦產科專科醫師繼續教育課程(一)	50
95/04/3000:00	專科醫師繼續教育課程(北區)	67
95/05/0700:00	專科醫師繼續教育課程(二)中區	37
95/06/1800:00	95年度專科醫師繼續教育課程(三)	61
95/06/2500:00	婦產科專科醫師繼續教育(三)	22
95/10/2900:00	婦產科專科醫師繼續教育(四)HPV疫苗研討會(南區)	113
95/11/1900:00	婦產科專科醫師繼續教育(四)HPV疫苗研討會(北區)	176
95/12/0300:00	婦產科專科醫師繼續教育(四)HPV疫苗研討會(中區)	108
96/01/2100:00	專科醫師繼續教育(一)無痛生產研討會	45
96/01/2800:00	專科醫師繼續教育(一)無痛生產研討會	48
96/02/0400:00	專科醫師繼續教育(一)無痛生產研討會	39
96/03/0400:00	專科醫師繼續教育(一)無痛生產研討會(花蓮)	11
96/05/2700:00	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程(花蓮)	12
96/06/2400:00	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程(台北)	83
96/07/1508:40	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程(台南)	56
96/07/2908:40	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程(台中)	59
96/08/1200:00	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程(新竹)	37
96/08/1900:00	性侵害防治網絡醫事人員採證、驗傷、通報專業訓練課程	54
96/08/2600:00	HPV疫苗醫事人員教育訓練課程(高雄)	54
96/11/0400:00	性侵害防治網絡醫事人員採證、驗傷、通報專業訓練課程	94
96/11/1100:00	性侵害防治網絡醫事人員採證、驗傷、通報專業訓練課程	11
平均人數		31

共38場

## 第18屆辦理繼續教育場次

活動編號	活動日期	活動名稱	人數
100704-1	99/07/0409:00	婦產科醫療發展研習課程(高雄)	105
100627-1	99/06/2709:00	婦產科醫療發展研習課程(台中)	125
100620-1	99/06/2009:00	婦產科醫療發展研習課程(桃園)	60
100613-1	99/06/1308:30	友善性病門診及性病防治知能研習課程(彰化)	48
100606-1	99/06/0608:30	友善性病門診及性病防治知能研習課程(高雄)	86
100530-3	99/05/3009:00	婦產科醫療發展研習課程	174
100523-3	99/05/2308:30	友善性病門診及性病防治知能研習課程(台北)	112
100516-4	99/05/1609:00	婦產科醫療發展研習課程(台南)	82
100131-2	99/01/3109:00	醫療發展研習課程	81
100124-3	99/01/2409:00	醫療發展研習課程	114
100117-3	99/01/1709:00	醫療發展研習課程	44
100110-1	99/01/1009:00	醫療發展研習課程	143
100103-1	99/01/0309:00	醫療發展研習課程	160
090906-5	98/09/0609:00	醫療發展研習會	49
090830-3	98/08/3009:00	婦產科醫療發展研習課程	58
090823-2	98/08/2309:00	婦產科醫療發展研習課程	100
090816-2	98/08/1609:00	婦產科醫療發展研習課程	54
090809-3	98/08/0909:00	婦產科醫療發展研習課程	67
090621-6	98/06/2108:15	提升醫事人員對性侵害個案驗傷採證及其流程品質之知能計畫研習課程	71
090614-5	98/06/1408:15	提升醫事人員對性侵害個案驗傷採證及其流程品質之知能計畫研習課程	40
090607-6	98/06/0708:15	提升醫事人員對性侵害個案驗傷採證及其流程品質之知能計畫研習課程	37
090222-2	98/02/2208:30	98年乳房超音波精進課程	136
090215-3	98/02/1508:30	98年乳房超音波精進課程	112
081221-4	97/12/2109:00	乳房超音波精進課程(北區)	128
080921-1	97/09/2109:00	醫療發展研習課程(台南)	63
080907-2	97/09/0714:00	醫療發展研習課程(桃園)	46
080907-1	97/09/0709:00	醫療發展研習課程(新竹)	37
080824-1	97/08/2409:00	醫療發展研習課程(高雄)	70
080817-1	97/08/1709:00	醫療發展研習課程(台中)	56
080810-2	97/08/1009:00	醫療發展研習課程(台北)	65
080727-1	97/07/2708:30	婦產科醫師乳癌篩檢研習基本課程	121
080713-4	97/07/1308:30	婦產科醫師乳癌篩檢研習基本課程	109
080629-3	97/06/2908:30	婦產科醫師乳癌篩檢研習基本課程	203
080217-1	97/02/1708:45	97年度專科醫師繼續教育課程(一)	24
080203-1	97/02/0308:45	97年度專科醫師繼續教育課程(一)	94
080127-2	97/01/2708:45	97年度專科醫師繼續教育課程一	51
080120-5	97/01/2008:45	97年度專科醫師繼續教育一	84
平均人數			132

共50場

### 第19屆辦理繼續教育場次

活動編號	活動日期	活動名稱	人數
110508-1	100/05/08 08:30	產科品質提升研討會--台北	190
110501-2	100/05/01 08:30	青少女健康照護繼續教育訓練課程--台北	198
110424-1	100/04/24 08:30	青少女健康照護繼續教育訓練課程--宜蘭	32
110417-1	100/04/17 08:30	青少女健康照護繼續教育訓練課程--高雄	132
110410-2	100/04/10 08:30	青少女健康照護繼續教育訓練課程--新竹	50
110327-3	100/03/27 08:30	青少女健康照護繼續教育訓練課程--台中	104
110227-1	100/02/27 09:00	婦產科醫療發展研習課程（台中）	109
110220-1	100/02/20 09:00	婦產科醫療發展研習課程（高雄）	96
110213-1	100/02/13 09:00	婦產科醫療發展研習課程（台北）	181
110130-1	100/01/30 09:00	婦產科醫療發展研習課程（台南）	65
110109-1	100/01/09 09:00	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程（花蓮）	9
101226-1	99/12/26 09:00	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程（台中）	69
101219-2	99/12/19 00:00	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程（台北）	155
101212-2	99/12/12 09:00	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程（台南）	54
101128-2	99/11/28 09:00	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程（高雄）	90
平均人數			102

共15場

### 健保快訊

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定——第 10 章抗微生物劑 Antimicrobial agents

（自 98 年 11 月 1 日生效）

10.7.1.1 全身性抗疱疹病毒劑（Acyclovir; tromantadine; famciclovir; valaciclovir）  
（98/11/1）

使用療程原則以十天為限，疱疹性腦炎得使用 14 至 21 天，口服、注射劑及外用藥膏擇一使用，不得合併使用。（95/6/1）

10.7.1.2 局部抗疱疹病毒劑（如 Acyclovir）外用製劑；（97/12/1、98/11/1）

1. 單純性疱疹（感染部位在頭頸部、生殖器周圍、嘴唇、口腔、陰部）3 日內可使用 acyclovir 藥膏，每次給予藥量限 5 公克以內。
2. 口服、注射劑及外用藥膏擇一使用，不得合併使用。

備註：劃線部份為新修訂之規定。



AOCOG 2011

September  
23-27, 2011  
Taipei, TaiwanThe XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology

New Frontiers in Women's Health

## 第22屆亞太婦產科醫學會年會專刊

撰述單位：圓桌會議顧問公司

第二十二屆亞太婦產科醫學會年會(AOCOG 2011)，將於2011年9月23日至27日假台北國際會議中心(TICC)及台北世貿中心(TWTC)一館A區舉行。預計將吸引國內外醫生及相關領域之專業人士約1,600人與會，發表約500篇論文。因適逢建國一百年以及台灣婦產科醫學會成立五十週年，本次會議舉辦格外具有意義，透過本次重要的醫學會，將可促進婦產科相關領域之學術交流，更可拓展台灣婦產科領域之國際視野，歡迎有興趣的會員一同參與本次盛會！

## 豐富萬分的議程內容

本次大會邀請多國知名專家前來演講，分別安排於：特別演講 (含：President's Lecture)、大會演講 (Plenary Lecture)、研討會 (Parallel Symposium)、口頭報告與海報展示 (Oral and Poster Presentation)。詳細的各場次講員與內容，敘述如下：

## 1. 特別演講

邀請到 AFOG 理事長 Dr. Pak Chung Ho 與 FIGO 理事長 Gamal I. Serour 教授來台演講；此外，也邀請 Dr. Richard Barakat 與 Dr. Yuju Murata 分別擔任徐千田紀念演講會，以及 SS Ratnam 紀念演講會的講者，詳細的細節如下：

演講類型	姓名	講題
President's Lecture	Pak Chung Ho	Reproduction in the Brave New World
FIGO President's Lecture	Gamal I. Serour	Global Challenges for Obstetricians and Gynecologists
CT Hsu Memorial Lecture	Richard Barakat	Pelvic Exenteration for Recurrent Cervical Cancer: The Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Experience
SS Ratnam Memorial Lecture	Yuji Murata	Fetal Heart Rate Monitoring- Having Witnessed the Dawn of Perinatal Medicine

AOCOG 2011 大會秘書處 聯繫方式

Tel: +886-2-25081825 Fax: +886-2-25083570

Email: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw) Website: [www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)

**AOCOG 2011**

September  
**23-27, 2011**  
Taipei, Taiwan

The XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology



**New Frontiers in Women's Health**

**2. 大會演講(Plenary Lecture)**

邀請到 12 國會員國的講員共襄盛舉，詳細的細節如下：

國家	姓名	講題
Australia	Jane Hirst	Gestational Diabetes in Asia in the 21st Century
Bangladesh	Sayeba Akhter	Training Needs of Fistula Surgery in Asia: Current Situation
Hong Kong	Hextan Ngan	Minimally Invasive Surgery in Cervical Cancer
India	C. N. Purandare	Metabolic Assessment and Phenotyping of PCOS in Indian Women
Indonesia	Yuditiya Punvosunu	Turning the Antenatal Care through Prenatal Diagnosis
Japan	Toshiharu Kamura	Prognostic Factors of Cervical Cancer
Korea	Young Tae Kim	Telerobotic Surgery for Gynecologic Malignancy
Malaysia	H. Krishna Kumar	Problems in the Management of Recurrent Miscarriages
Nepal	Pramila Pradhan	The Study of Myocardial Infarction and Identifiable Risk Factors in Post Menopausal Women ; Role of Hormone Therapy
Philippines	Walfrido W. Sumpaico	Angiogenic Biomarkers in Pre-Eclampsia
Singapore	How Chuan Han	The Latest Surgical Management of Pelvic Organ Prolapse
Thailand	Khunying Kobchitt Limpaphayom	Comprehensive Cervical Cancer Prevention : Protect Your Daughter! Protect Yourself

AOCOG 2011 大會秘書處 聯繫方式

Tel: +886-2-25081825 Fax: +886-2-25083570

Email: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw) Website: [www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)

AOCOG 2011

September  
23-27, 2011  
Taipei, TaiwanThe XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology

New Frontiers in Women's Health

### 3. 研討會(Parallel Symposium)

本次大會邀請到 183 位國內外講員(含國外 108 位與國內 75 位),八次專科預計將舉行 40 場研討會,內容包羅萬象,包括目前熱門的新穎技術與議題,詳細的各場次時程與主題,請參閱附錄的議程。

### 4. 口頭報告與海報展示 (Oral and Poster Presentation)

目前摘要投稿國家數已高達 30 國,投稿篇數共 271 篇。大會籌備委員會已於 5 月初挑選出 72 篇摘要做為口頭報告發表;此外,也持續開放海報摘要投稿至 6 月 30 日為止。歡迎有興趣的會員把握最後機會!更多的投稿資訊,請參考大會網站 Call for Abstract 資訊 (<http://www.aocog2011.org.tw>)。

### 5. 中文學分課程提供

為吸引更多會員共襄盛舉,大會籌備委員會特於 9 月 25 日(星期日)下午 1 點至 5 點,安排「倫理與法律」、「兩性議題」兩場中文學分課程。所有參與的與會人員除可獲得學會認證的 A 類 40 個學分以外,又可獲得倫理與法律及兩性議題的 4 個學分。

### 精采可及的大會活動

本次大會除安排豐富的議程內容外,特別為國內外的所有與會者,安排精彩可及的活動。在緊湊充實的會議中,與會者有機會與其他人多方交流,並盡情享受大會準備的表演、飲食與熱鬧氣氛,留下一次難忘的會議經驗。

### 1. 開幕式 (Opening Ceremony)

9 月 23 日(星期五)晚間 6 點至 7 點,於台北國際會議中心 3 樓大會堂舉行。將有許多貴賓前來蒞臨,為本次 4 天的大會揭開序幕。開幕式結束後,與會者將引導至台北世貿中心(TWTC)參與歡迎晚宴。



AOCOG 2011 大會秘書處 聯繫方式

Tel: +886-2-25081825 Fax: +886-2-25083570

Email: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw) Website: [www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)



# AOCOG 2011

September  
23-27, 2011  
Taipei, Taiwan

The XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology



## New Frontiers in Women's Health

### 2. 歡迎晚宴 (Welcome Reception)

9月23日(星期五)晚間7點，於台北世貿中心(TWTC)一館A區舉行。凡報名的與會者皆受邀參加。現場將有許多精彩表演、多樣餐飲選擇，及民俗技藝攤位，供所有與會者一同欣賞、享受與同樂，慶祝大會開始。



### 3. 正式晚宴 (Banquet)

9月26日(星期一)晚間7點，於圓山飯店12樓大會廳舉行。入場票券須另購，詳細內容，請詳報名與購票優惠。



### 報名與購票優惠

為鼓勵更多國內會員參與，台灣婦產科醫學會特提供以下補助優惠價格！會員(含資深會員及住院醫師)於7月31日前完成報名繳費，即可獲得5折以上優惠！(原價新台幣15,000元)。機會難得，歡迎會員把握機會，踴躍報名！

報名表下載處 (<http://aocog2011.aotek.com/>)

會員 優惠價	身份類別	2011年7月31日前 完成報名並繳費 (原價新台幣15,000元)	2011年8月1日-現場 完成報名並繳費
		會員	新台幣7,500元
	資深會員(65歲以上) 及住院醫師	新台幣2,000元	

#### 請注意：

- 9月26日正式晚宴(中式桌菜)費用另計，每位新台幣500元，每人限購2張，請於填寫報名表時勾選。票券將於會期報到時發放。
- 報名費收據將於會期間統一發放，若有報帳需求，請另行洽詢大會秘書處。
- 大會秘書處將於收到與會者報名表與劃撥單據後，三週內以電子郵件寄發報名確認函。屆時若未收到，請與大會秘書處聯繫。

AOCOG 2011 大會秘書處 聯繫方式  
Tel: +886-2-25081825 Fax: +886-2-25083570  
Email: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw) Website: [www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)



AOCOG 2011

September  
23-27, 2011  
Taipei, TaiwanThe XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology

New Frontiers in Women's Health

附錄

## 9月24日(星期六)單日議程表

Time	Venue	3F Plenary Hall	101AB	101CD	201ABC	201DEF	102	
08:00			Symposium Ovarian Cancer (1)	Symposium Laparoscopic Myomectomy	Symposium Universal Application of Endoscopy	Symposium Ectopic Pregnancy	Oral Presentation High Risk Pregnancy (1)	
09:00		President's Lecture <u>Pak Chung Ho</u>	Please move to 3F Plenary Hall for President's Lecture					
10:00		Coffee Break						
11:00		FIGO President's Lecture <u>Gamal I. Serour</u>	Please move to 3F Plenary Hall for Plenary Lecture					
		Plenary Lecture <u>Walfrido W. Sampaio</u>						
12:00		Luncheon Symposium 1: 3F Banquet Hall Luncheon Symposium 2: 4F VIP Room						
13:00			Symposium Prenatal Diagnosis (1)	Symposium Ultrasound Screening in Obstetrics and Gynecology	Symposium POP and SUI	Symposium Ovarian Cancer (2)	Oral Presentation Abortion, Myoma, and Others	
14:00								
15:00		Coffee Break						
16:00		AOFOG General Assembly 1	Symposium Prenatal Diagnosis (2)	Symposium Polycystic Ovarian Syndrome	Symposium Menopause, Hormone Therapy and Breast Cancer	Symposium Cervical Cancer (1)	Special Session Misoprostol for the Prevention and Treatment of PPH in Low Resource Settings	
17:00								

AOCOG 2011 大會秘書處 聯繫方式

Tel: +886-2-25081825 Fax: +886-2-25083570

Email: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw) Website: [www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)

**9月25日(星期日)單日議程表**

Venue Time	3F Plenary Hall	101AB	101CD	201ABC	201DEF	102
08:00	Symposium Surgical Treatment of Cervical Cancer	Symposium Cervical Cancer Screening	Symposium Laparoscopic Hysterectomy	Symposium Vaginal Fistula	Symposium Ultrasound in Diagnosis of Fetal Anomaly	<b>Oral Presentation</b> Endometrial Cancer, Gestational Trophoblastic Disease, and Breast Cancer
09:00	<b>CT Hsu Memorial Lecture</b> <u>Richard Barakat</u>	Please move to 3F Plenary Hall for CT Hsu Memorial Lecture				
10:00	Coffee Break					
11:00	<b>Plenary Lecture</b> <u>Young Tae Kim</u> <u>Hexian Ngan</u> <u>Toshiharu Kamura</u>	Please move to 3F Plenary Hall for Plenary Lecture				
12:00	Luncheon Symposium 1: 3F Banquet Hall Luncheon Symposium 2: 4F VIP Room					
13:00	學分課程 倫理與法律	Symposium Endometrial Cancer	Symposium High Risk Pregnancy (1)	Symposium Infertility (1)	Round Table Discussion	<b>Special Session</b> Safe Abortion
14:00						
15:00	Coffee Break					
16:00	學分課程 兩性議題	Symposium Laparoscopic Surgery in Gynecologic Cancer	Symposium Laparoscopy for Adenaxal Tumor	Symposium Cryopreservation of Oocytes, Embryos, and Ovarian Tissues	<b>Oral Presentation</b> Obstetrical Hemorrhage	
17:00						

AOCOG 2011 大會秘書處 聯繫方式  
Tel: +886-2-25081825    Fax: +886-2-25083570  
Email: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw)    Website: [www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)

**AOCOG 2011**

September  
**23-27, 2011**  
Taipei, Taiwan

The XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology



**New Frontiers in Women's Health**

**9月26日(星期一)單日議程表**

Venue Time	3F Plenary Hall	101AB	101CD	201ABC	201DEF	102
08:00		Symposium Ovarian Cancer (3)	Symposium Robot-assisted Laparoscopy	Symposium Urodynamics and Image	Symposium Endometriosis - Clinical	Oral Presentation Prenatal Diagnosis
09:00	SS Ratnam Memorial Lecture <u>Yuu Murata</u>	Please move to 3F Plenary Hall for SS Ratnam Memorial Lecture				
10:00	Coffee Break					
11:00	Plenary Lecture H. Krishna Kumar <u>Jane Hiral</u> <u>Yuditiya</u> <u>Purvosunu</u>	Please move to 3F Plenary Hall for Plenary Lecture				
12:00	Luncheon Symposium 1: 3F Banquet Hall Luncheon Symposium 2: 4F VIP Room					
13:00		Symposium Obstetrical Hemorrhage	Symposium Basic Science of Reproduction	Oral Presentation & Young Gynecologist Award (YGA) Presentation	Symposium Myoma	Oral Presentation Ovarian cancer and Cervical cancer
14:00						
15:00	Coffee Break					
16:00	AOFOG General Assembly 2	Symposium High Risk Pregnancy (2)	Symposium Infertility (2)	Special Session The Prevention of Unsafe Abortion and its Complications	Symposium Cervical Cancer (2)	Symposium Better Health Care for Women Heading and After Menopause
17:00						

AOCOG 2011 大會秘書處 聯繫方式  
 Tel: +886-2-25081825 Fax: +886-2-25083570  
 Email: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw) Website: [www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)

**AACOG 2011**

September  
**23-27, 2011**  
Taipei, Taiwan

The XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology



**New Frontiers in Women's Health**

**9月27日(星期二)單日議程表**

Time	Venue	3F Plenary Hall	101AB	101CD	201ABC	201DEF	102
08:00			Symposium Gynecologic Cancer	Symposium Single-Port Laparoscopy	Symposium Urogynecology	Symposium Endometriosis -Basic	Symposium 3D Imaging in Gynecology
09:00	Plenary Lecture <u>Sayeba Akhter</u> <u>How Chuan Han</u>	Please move to 3F Plenary Hall for Plenary Lecture					
10:00	Coffee Break						
11:00	Plenary Lecture <u>C. N. Purandare</u> <u>Pramila Pradhan</u> <u>Khunying Kobchitt</u> <u>Limpaphayom</u>	Please move to 3F Plenary Hall for Plenary Lecture					
12:00	Luncheon Symposium 1: 3F Banquet Hall Luncheon Symposium 2: 4F VIP Room						
13:00			Symposium Alternative Treatment, Sexual Study in Postmenopausal Women	Symposium Abortion and Contraception	Oral Presentation High Risk Pregnancy (2)	Oral Presentation Reproductive medicine and Health Science of Menopause	Oral Presentation Cervical cancer and Endoscopy
14:00							
15:00	Coffee Break						
	Closing Ceremony						
16:00							

AACOG 2011 大會秘書處 聯繫方式  
Tel: +886-2-25081825 Fax: +886-2-25083570  
Email: [service@aacog2011.org.tw](mailto:service@aacog2011.org.tw) Website: [www.aacog2011.org.tw](http://www.aacog2011.org.tw)

Dear Sir/Madam

## Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology

I am writing to you on behalf of the Organizing Committee of The 2nd International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy (CPP 2012) which is scheduled to take place in Berlin, Germany from 17-20 May 2012.

The Congress will include a scientific program featuring a distinguished panel of speakers. The topics that the Congress deals with are aligned with the activities of your society. Therefore, we would be pleased and honored if you would consider endorsing our meeting. Endorsing our meeting will provide your Society with a number of benefits, including: The opportunity to publicize your Society and its upcoming events on the congress website. The opportunity to distribute your organization's marketing materials in either the delegate bags or at the exhibition area.

We hope that your society will agree to endorse our congress and work together with us. In addition, we would very much appreciate it if you could inform your society members of this upcoming congress (via mailings, emails, newsletters and so on) as well as posting it on your website (including a link to the congress site).

For more information about the Congress, including its topics and committees, we invite you to visit the Congress website: [www.cppcongress.com](http://www.cppcongress.com).

Please do not hesitate to contact us should you have any questions or require additional information.

We look forward to working with you on this upcoming congress.

Best Regards,

Sarah Krein

International Congresses, Marketing and Sales (ICMS)

Paragon-Conventions

## 談如何提昇婦產科醫療給付

台灣婦產科醫學會醫療政策暨資訊委員會  
召集人 周天給醫師

## 衛署官員有重新檢討的能力嗎?

- 5/3、5/4衛生署與美國杜克大學在台大醫院國際會議中心舉行「重新思考健康風險與平等」的研討會。
- 美五州衛生署署長全程參與研討會的經驗分享，但台灣高層有好好汲取別人的寶貴經驗嗎?

## 衛署官員有重新檢討的能力嗎?

- 華盛頓州衛生署署長Ms. Mary Selecky提：面臨危機事件，政府要迅速向人民公佈正確信息，慎選受人民信賴的發言人發佈大家關切的資訊。
- 我們政府單位有無對人民質疑的問題，一直都能作立即性、提供正確性資訊的回應嗎？

## 衛署官員有重新檢討的能力嗎?

- 田納西州衛生署署長Ms. Susan Cooper提出當遇到危機時，他們會虛心聽取各方的質疑意見與不同報告的論點，而開誠布公地開放討論，當然最後他們也會果斷地提出最正確的訊息給人民。
- 政府有無檢討能力呢?答案就在於有無反省“發揮同理心與否”的能力。

## 調增健保門診診察費，一國多制？

- 監察院糾正健保局未實施全民健康保險醫療費用支付標準相對值量表，不能反映不同診療項目資源投入之多寡。糾正文：健保之支付制度，確實影響醫學生之就業選擇，一般而言，容易開業、風險低、給付佳之科別，醫生趨之若鶩；惟像外科、婦產科、麻醉科等，風險高、疾病嚴重或複雜之科別，則醫師問津者寡，長期而言，部分專科之醫療品質，勢必受到影響。

## 調增健保門診診察費，一國多制？

- 台灣婦產科醫師人力，自2000年至2005年後，呈現逐漸下降的負成長，2009年勉強呈現零成長，遠低於全台醫師人數成長率。各種研究指出婦產科服務之風險高、健保給付差，又比一般科別付出的時間、心力、勞力、壓力皆大，這些都是造成醫師不願選擇婦產科的原因。

## 調增健保門診診察費，一國多制？

- 健保局自100年1月1日起調增婦產科、兒科及外科醫師之門診診察費17%，不過，調增婦科醫師之門診診察費只適用於醫院。
- 調增婦兒外科醫師之門診診察費中，除西醫基層兒科專科醫師或醫院小兒科及新生兒科醫師門診診察費均得調增外，西醫基層婦產專科醫師門診診察費的調增仍被忽略了。

## 同理心?

- 漢堡包愛情公式：  
感受—事實—事實—事實—感受
- 是官場文化？



## 自救互救

- 騎馬找馬吧！
- 蝴蝶效應！
- 吹吹風！

## 醫療經濟學

- CPR: Medicare 給付醫師服務費(索價的金額): customary, prevailing and reasonable.
- UCR: usually, customary and reasonable. 用在私人保險計畫
- RBRVS :Resources-based Relative Value Scale 資源依據相對值表

## 以RBRVS 重新制定合理的健保支付標準

- Resources-based Relative Value Scale (RBRVS) 是一種利用醫療資源耗用相對值表來客觀量化醫師的支付標準。

[請參閱 Shi, et al., 2004, "Delivering Health Care in America, A Systems Approach", Jones and Bartlett Publishers, Inc., 223.]

## RBRVS 支付標準之目的

- RBRVS 量化醫師的支付標準，其目的乃在縮短各領域間或專科與一般醫師間之醫療給付間差距。

## RBRVS

- 1986年美國國會委託哈佛大學 (Harvard University) 研擬的「資源依據相對值表」(RBRVS)。該研究將醫師服務的投入要素 (input factor) 分為三種：(1) 醫師投入；(2) 訓練的機會成本；(3) 執業成本。

## 醫師投入

- 其中醫師投入之四個層面包含時間、勞心程度與臨床判斷、技術熟練度及勞力程度、以及醫師的壓力程度。

## 醫師投入

- 醫師投入：又可按發生的時點分為一、服務前 (pre-service)，如查看病歷，研究病情及看病前準備工作；二、服務中 (intra-service)，如檢查病患，了解病情，即與病患接觸時所提供的服務；三、服務後 (post-service) 與病患接觸後的一些後續工作，如完成病歷記錄等。

## 執業成本

- 而執業成本，則包含執業時的行政成本，如辦公室的租金、水電及人事等行政費用。

訓練的機會成本

- 訓練的機會成本，係考量因接受專科訓練，而無法執業的機會成本。
- 但專科醫師的訓練，譬如診療技術的熟練度，已反應在醫師之投入項目，如仍保有機會成本項目，則將有重複計算之虞，因此在1988年有作修正。

請參見Becker et al, 1988, "Relative Cost Differences Among Physician's Practices", Journal of the American Medical Association, 260, 2307-2402.)

RBRVS

- $RBRVS = (TW)(1+RPC)(1+AST)$ 
  - TW=醫師的工作投入(total work input by the physician)；
  - RPC=專科相對執業成本指標(an index of relative specialty practice costs)；
  - AST=專科訓練的機會成本之年攤還價值指標(an index of amortized value for the opportunity cost of specialized training)。

1988年RBRVS的修正

- 在1988年，醫師服務採行RBRVS的定義修正如下：
- $RBRVS = (TW \text{ 乘 } GAFw) + (RPC \text{ 乘 } GAFp) + (RL \text{ 乘 } GAFI)$
- TW=醫師的工作投入(total work for a given service)；
- RPC=執業相對成本，但不含醫部醫療過失責任險保費(relative practice cost)；
- RL=醫部醫療過失責任險相對成本(relative cost for professional liability insurance)；
- GAFw、GAFp、GAFI，則為地理區域調整因子，以調整地理區域間，醫師專業收入、執業成本及醫部醫療過失責任險保費的差異。

RBRVS的修正原因

- 由原始的RBRVS公式所釀的修正主要有下列三點考量：
    - 專科醫師的訓練，譬如診療技術的熟練度，已反應在醫師之投入項目，如仍保有機會成本項目，則將有重複計算之虞。
    - 將醫療過失責任險保費的考量，獨立於執業成本項目計算之外，以強調醫療過失責任險之重要性，另外將原本各項日間相關的關係改為相加，即可保持各項日間的獨立性。
    - 調整地區間之差異性，以力求平衡。
- 請參見Grunberg, Lee, et al., 1981, "Physician Payment", Chapter 4 in E. Ginzberg, ed., Health Services Research: Key to Health Policy, 68-81, Harvard University Press. 以及Grunberg, et al., 1985, "Resource-Based Relative Values: An Overview", Journal of the American Medical Association, 260, 2347-2353.)

部分地理調整因子(GAF)比較表 (以1987年與1988年為基)

Locality	No.	Locality Name	1987 GAF	1988 GAF	Difference	Percent Difference
2090	18	Los Angeles	1.104	1.100	-0.004	0.3
10250	8	Mississippi	0.800	0.899	0.099	12.4
831	99	Rest of Oregon	0.924	0.923	-0.001	-0.1
5440	25	Tennessee	0.928	0.923	-0.005	-0.5
190	3	Fort Worth, TX	0.978	0.977	-0.001	-0.1
170	2	Delaware	1.015	1.015	0.000	0
680	0	Iowa	0.912	0.912	0.000	0
423	99	Rest of Michigan	1.013	1.013	0.000	0
551	0	Nebraska	0.894	0.894	0.000	0
16360	0	Ohio	0.973	0.973	0.000	0
973	30	Puerto Rico	0.794	0.794	0.000	0
900	18	Houston, TX	1.034	1.034	0.000	0
900	30	Houston, TX	0.977	0.977	0.000	0
836	2	Seattle, WA	1.023	1.023	0.000	0

資料來源：American Medical Association (1990) Relative RBRVS Recalculation Guide



1989年醫師執業成本比例

平均執業成本百分比 (As a percentage of total revenue)

美國醫學會的專科 (AMA Specialty)	執業的專科 (SOCFA Specialty)	平均成本 (扣除醫療糾紛保費)	平均醫師糾紛保費成本
內科醫師 (All physicians)		41.8%	2.4%
一般/家庭醫師 (General Family Practice)	Family practice	52.2	1.2
內科 (Internal medicine)	General practice	46.4	1.8
內科內科 (General internal medicine)	Internal medicine	46.4	1.8
心臟血管疾病 (Cardiovascular disease)	Cardiovascular disease	34.1	2.7
其他 (Other)	Neurology	40.5	2.8
	Gastroenterology	40.5	2.8
	Geriatrics	40.5	2.8
	Nephrology	40.5	2.8
	Pulmonary disease	40.5	2.8
外科 (Surgery)		31.8*	7.4
一般外科 (General surgery)	General surgery	31.8	7.4

1989年醫師執業成本比例 (續)

美國醫學會的專科 (AMA Specialty)	執業的專科 (SOCFA Specialty)	平均成本 (扣除醫療糾紛保費)	平均醫師糾紛保費成本
Other (續)	Peripheral vascular disease or surgery	38.9	7.6
	Plastic surgery	38.9	7.6
	Proctology	38.9	7.6
	Thoracic surgery	38.9	7.6
小兒科 (Pediatrics)	Pediatric	49.3	4.1
婦產科 (Obstetrics/gynecology)	Gynecology	38.9	8.8
	Obstetrics	38.9	8.8
	Obstetrics-gynecology	38.9	8.8



1991年醫師職業成本比例 (續)

美國醫師協會 醫學特種專科 (AMA Specialty)	職業特種專科 醫學的醫師專科 (Other Specialty)	平均成本 (1991年醫師 職業特種專科)	平均 醫師特種 專科成本
皮膚科(Dermatology) (續)	Biogeriatrics Geriatrics Geriatric oncology	34.1	3.9
精神科(Psychiatry)	Psychiatry	34.4	3.7
放射科(Radiology)	Cardiothoracic Cardiothoracic Cardiothoracic	35.1	3.3
泌尿科(Urology)	Diagnostic laboratory Laboratory	36.3	3.3
內科(Medicine)	Pathologic anatomy, clinical Pathology	36.3	3.9
外科(Surgery)	Pathology	36.3	3.9
其他專科 (Other specialty)	Occupational therapy Laboratory	36.3	3.3
	Other medical care General	36.3	3.3
	Obstetrics	36.3	3.3
	Obstetric medicine	36.3	3.3
	Physical medicine and rehabilitation	36.3	3.3
美國醫師協會醫學特種專科 (AMA Specialty)	Other or other group practice (general)	36.3	3.3
No AMA specialty	Cardiology	36.3	3.3
No AMA specialty	Occupational	36.3	3.3
No AMA specialty	Podiatry	36.3	3.3

當地調整之支付金額計算

service	wkt RVUs	wkt GPI	practice cost RVUs	practice cost GPI	PLI RVUs	PLI GPI	total RVUs	conversion factor	local payment schedule
A	(2.00*1.02) + (3.00*1.10) + (0.30*1.08) = 5.66						\$36.6873	\$ 207.63	
B	(5.12*1.02) + (4.14*1.10) + (0.55*1.08) = 10.35						\$36.6873	\$ 379.71	
C	(0.58*1.02) + (0.39*1.10) + (0.03*1.08) = 1.05						\$36.6873	\$ 38.52	
D	(27.68*1.02) + (32.30*1.10) + (3.51*1.08) = 67.46						\$36.6873	\$2474.93	

資料來源：American Medical Association (1990), Medicare RBRVS: the physician's guide.

RBRVS計畫的結果

- RBRVS計畫的結果發現，醫師費用在各專科間顯然產生一些變化，例如皮膚科醫師服務的費用下降(-4.3%)眼科(-5.5%)精神科(+3.6%)。

某高層級項目在老人醫療保險支付額的改變——完全實施支付表與1991年經調整後之成本比例比較

CPT-4 Code	服務項目	調整後支付額(%)
99214	Office visit, established patient	33
99201-99202	Office visit, new patient	49
99211-99212	Office visit, established patient	22
99213-99215	Initial hospital care	37
99216-99218	Subsequent hospital care	30
99219-99220	Office consultation	20
99221-99225	Initial hospital consultation	18
99226-99228	Follow-up hospital consultation	11
99229-99230	Consultation, consultation	35
27110	Total hip replacement	-30
27120	Repair femur fracture	-13
27122	Removal of prosthesis	-44
27123	Revision arthroplasty	-44
44140	Partial removal of colon	-34
44142	Resect sigmoid flexure	-34
71000	Prostatectomy (TURP)	-30
71001	Radical prostatectomy	-40
85271	Upper GI endoscopy	-11
85272	Esophagoscopy	-18
72100	Fluoroscopy	-1
72101	Upper GI (esophagus)	-1
72102	Small intestine (jejunum)	-1
72103	Colon (CAF) (small intestine)	-11
72104	Colon (CAF) (large intestine)	-11
72105	Small intestine (jejunum)	-11
72106	Small intestine (jejunum)	-11
72107	Small intestine (jejunum)	-11
72108	Small intestine (jejunum)	-11
72109	Small intestine (jejunum)	-11
72110	Small intestine (jejunum)	-11
72111	Small intestine (jejunum)	-11
72112	Small intestine (jejunum)	-11
72113	Small intestine (jejunum)	-11
72114	Small intestine (jejunum)	-11
72115	Small intestine (jejunum)	-11
72116	Small intestine (jejunum)	-11
72117	Small intestine (jejunum)	-11
72118	Small intestine (jejunum)	-11
72119	Small intestine (jejunum)	-11
72120	Small intestine (jejunum)	-11
72121	Small intestine (jejunum)	-11
72122	Small intestine (jejunum)	-11
72123	Small intestine (jejunum)	-11
72124	Small intestine (jejunum)	-11
72125	Small intestine (jejunum)	-11
72126	Small intestine (jejunum)	-11
72127	Small intestine (jejunum)	-11
72128	Small intestine (jejunum)	-11
72129	Small intestine (jejunum)	-11
72130	Small intestine (jejunum)	-11
72131	Small intestine (jejunum)	-11
72132	Small intestine (jejunum)	-11
72133	Small intestine (jejunum)	-11
72134	Small intestine (jejunum)	-11
72135	Small intestine (jejunum)	-11
72136	Small intestine (jejunum)	-11
72137	Small intestine (jejunum)	-11
72138	Small intestine (jejunum)	-11
72139	Small intestine (jejunum)	-11
72140	Small intestine (jejunum)	-11
72141	Small intestine (jejunum)	-11
72142	Small intestine (jejunum)	-11
72143	Small intestine (jejunum)	-11
72144	Small intestine (jejunum)	-11
72145	Small intestine (jejunum)	-11
72146	Small intestine (jejunum)	-11
72147	Small intestine (jejunum)	-11
72148	Small intestine (jejunum)	-11
72149	Small intestine (jejunum)	-11
72150	Small intestine (jejunum)	-11
72151	Small intestine (jejunum)	-11
72152	Small intestine (jejunum)	-11
72153	Small intestine (jejunum)	-11
72154	Small intestine (jejunum)	-11
72155	Small intestine (jejunum)	-11
72156	Small intestine (jejunum)	-11
72157	Small intestine (jejunum)	-11
72158	Small intestine (jejunum)	-11
72159	Small intestine (jejunum)	-11
72160	Small intestine (jejunum)	-11
72161	Small intestine (jejunum)	-11
72162	Small intestine (jejunum)	-11
72163	Small intestine (jejunum)	-11
72164	Small intestine (jejunum)	-11
72165	Small intestine (jejunum)	-11
72166	Small intestine (jejunum)	-11
72167	Small intestine (jejunum)	-11
72168	Small intestine (jejunum)	-11
72169	Small intestine (jejunum)	-11
72170	Small intestine (jejunum)	-11
72171	Small intestine (jejunum)	-11
72172	Small intestine (jejunum)	-11
72173	Small intestine (jejunum)	-11
72174	Small intestine (jejunum)	-11
72175	Small intestine (jejunum)	-11
72176	Small intestine (jejunum)	-11
72177	Small intestine (jejunum)	-11
72178	Small intestine (jejunum)	-11
72179	Small intestine (jejunum)	-11
72180	Small intestine (jejunum)	-11
72181	Small intestine (jejunum)	-11
72182	Small intestine (jejunum)	-11
72183	Small intestine (jejunum)	-11
72184	Small intestine (jejunum)	-11
72185	Small intestine (jejunum)	-11
72186	Small intestine (jejunum)	-11
72187	Small intestine (jejunum)	-11
72188	Small intestine (jejunum)	-11
72189	Small intestine (jejunum)	-11
72190	Small intestine (jejunum)	-11
72191	Small intestine (jejunum)	-11
72192	Small intestine (jejunum)	-11
72193	Small intestine (jejunum)	-11
72194	Small intestine (jejunum)	-11
72195	Small intestine (jejunum)	-11
72196	Small intestine (jejunum)	-11
72197	Small intestine (jejunum)	-11
72198	Small intestine (jejunum)	-11
72199	Small intestine (jejunum)	-11
72200	Small intestine (jejunum)	-11

資料來源：Hsiao, W. C., & Hsiao, J. M. (1996). The transition of the RBRVS into the Medicare fee schedule and the Process for updating the RBRVS. (unpublished paper).

老人醫療保險在特定醫療服務項目支付金額的變化情形\*

CPT 編碼 (CPT code)	服務項目 (service)	百分比變化情形 (percent change)
visit*	visit services	28 %
27130	total hip replacement	-17 %
27244	repair femur fracture	-7 %
33207	insertion of heart pacemaker	-36 %
33512	coronary artery bypass graft	-27 %
35301	occlusion artery of neck	-26 %
44140	partial removal of colon	-14 %
45383	colonoscopy to remove lesion	-29 %
49505	repair inguinal hernia	-29 %
52001	prostatectomy (transurethral)	-17 %
60984	remove cataract, heart lens	-19 %
93000	electrocardiogram, complete	-37 %
93585	right heart catheterization	-31 %

老人醫療保險支付額在特種專科別改變情形——支付額的完全實施與1991年經調整的基礎值比較

醫學特種專科(Specialty)	百分比(Percent)
內科(Medicine)	9
Cardiology	23
Geriatric/General Practice	23
Geriatric/gerontology	19
General Medicine	9
Non-geriatrically oriented	36
Preferentially oriented	0
Order Medical	65
外科(Surgery)	-13
General Surgery	-14
Gynecology	-13
Orthopedic Surgery	-14
Thoracic Surgery	-23
Urology	-17
Other Surgical	6
放射科 - 診斷與治療(RAD/PT)	-28
Radiology	-27
Neurodiagnosis	-13
Pathology	-13
其他(Other)	-1
所有醫師(All physicians)	-6.3

資料來源：Hsiao, W. C., & Hsiao, J. M. (1996). The transition of the RBRVS into the Medicare fee schedule and the Process for updating the RBRVS. (unpublished paper).

1991~1993年老人醫療保險支付額、服務數量與強度之每年改變情形——依專科別

專科 (Specialty)	每項服務的支付額 (Medicare payment per service)	每位醫師之 服務數量與強度 (volume & intensity per physician)	每位醫師的支付額 (Medicare payment per physician)
All	-1.1	3.2	2.1
Medical	1.2	4.4	5.6
Surgical	-3.7	1.5	-2.2
Other	-2.3	4.8	2.4

資料來源：Hsiao, W. C., & Hsiao, J. M. (1996). The transition of the RBRVS into the Medicare fee schedule and the Process for updating the RBRVS. (unpublished paper).

- 從1989年美國醫師執業平均醫療糾紛保險成本比例可知，婦產科平均醫療糾紛保險成本最高(8.8%)，應考慮在以資源投入為依據(resource-based)的支付標準計畫內，以期降低支付標準的不公平性。

資料來源：Hsiao, W. C., & Hsiao, J. M. (1996). The transition of the RBRVS into the Medicare fee schedule and the Process for updating the RBRVS. (unpublished paper).

### RBRVS計畫的結果

- RBRVS確實在不同專科間的醫師費用，有重分配的效果，例如手術及檢驗性質的醫師費用調降，而診療性質(evaluation and management services)的醫師費用則調升。

### RBRVS計畫的結果

- RBRVS (1986-1992)的重要貢獻，乃在於以科學的方法衡量醫師執行醫療業務的實際投入，並以此作為依據，設定其支付標準，而期能使支付標準反應科別間、地域間及不同服務性質間的資源投入差異。

### 台灣有學者提出RBRVS

- 台灣有學者提出目前在制訂健保支付標準時宜參考醫療資源耗用相對價值表(RBRVS)的方法，重新改革支付標準。

(請參閱陳楚杰，醫院組織與管理，頁52，合記書局，2008年。)

### 美國

- 美國國會通過要求以RBRVS做為美國老年醫療保險(Medicare)醫師支付制度的基礎標準，故其藍十字、藍盾保險公司約有50%以上的保險計畫採用RBRVS模式制定支付制度。
- 美國Medicare, Medicaid 及許多私人保險公司均紛紛採用RBRVS來決定醫師服務之合理支付標準，追蹤醫師的生產力及評價醫師的工作表現。

(請參閱 Kogut et al., 2001, "EFFECTS OF Managed Health Care" Jones and Bartlett Publishers, Inc., 121-122.)

### 美國

- 美國大部分的保險公司與管理式照護機構(MCOs, Managed Care Organizations)雖然沒有按照老年醫療保險(Medicare)的相同給付，但仍經常用RBRVS之計劃來決定醫師的支付標準，正因為RBRVS所提供的是較為客觀的科學數據。

### 加拿大

- 加拿大與醫師團體協商，其各醫療專科分配總額預算時，也採用RBRVS模式做為大家共同談判的基礎，共同制定醫師支付之政策。

### 台灣的全民健保？

- 台灣的全民健保支付標準中，並無明確醫師費標準，且台灣健保的醫療給付均以醫院費和醫師費一併支付。

### 台灣的全民健保？

- RBRVS考慮了醫師提供某服務項目所投入的心血、精力與技術等各種因素，作為醫師「服務收入」金額的重新評估計算依據，是一套相當合適且良好的制度，可回歸合理的醫師費計算基礎，這對重新制定台灣合理的健保醫療支付標準，未嘗不是一個很好的方法。

### 婦產科的生產給付

- 婦產科在生產給付方面，於自然生產部分，由於待產時間長短不一，對母親生命現象與胎心率的監控，皆須投入相當多的心力、勞力，及承受相當大的壓力，更不宜忽略婦產專科醫師監控待產時間中的間接成本(包括機會成本，執業專科醫師須一直隨時提供照護)。

### 台灣的全民健保！

- 健保包裝式的論病例計酬(例如產程無進展而需進行剖腹產，健保DRG給付的費用已含括術前待產的照護費用、手術費用、麻醉費用以及術後照護費用等等)，並未確實反映出醫療服務的真正成本，的確有需重新調整的必要。

### 台灣的全民健保！

- 美國醫師公會(American Medical Association)針對醫師提供的醫療服務項目或處置，統予以編碼Current Procedural Terminology (CPT-code)，以做為申報或紀錄之標準。健保局目前已購置2001年標準版本，可供參考。
- 參考RBRVS，先比對CPT，確立全民健康保險醫療費用支付標準診療項目所對照之CPT-code才進行。

### 美國RVU (relative value units)

- APPENDECTOMY: Total facility RVUs(14.61)=work RVU醫師的工作投入(8.70)+ facility practice expense RVU 執業相對設備成本(5.03)+PLI RVU 醫師醫療過失責任險相對成本(0.88)=\$558.95=16209.55TWD
- Cesarean delivery: Total facility RVUs(47.96)=work RVU (26.22)+ facility practice expense (17.04)+PLI RVU (4.70)=\$1,834.86=53210.94TWD

### 美國RVU (relative value units)

- Vaginal delivery: Total facility RVUs(49.10) obstetrical care + deliver placenta + episiotomy or vaginal repair=\$1,878.48=54475.92TWD
- 1\$(USD)=29TWD\$; F5=RBRVS X CF(\$38.26)
- Anesthesia Base Units(7):Anesthesia for intraperitoneal procedures in lower abdomen including laparoscopy; cesarean section.
- Anesthesia Base Units x(Anesthesia CF/Fee schedule CF) X 0.7657(Anesthesia work fraction)=RVUs(anesthesia CF-\$17.26)

### 台灣論病例計酬支付標準

- 台灣闌尾切除: 33824-35817 TWD  
台灣闌尾切除手術費用: 7301 X 1.53=11170.53 TWD (依美國 APPENDECTOMY之Total facility RVUs估算為16209.55TWD)
- 台灣剖腹生產: 29435-36335 TWD  
台灣剖腹生產手術費用: 8902X1.53=13620 TWD (依美國之Total facility RVUs估算為53210.94TWD)
- 台灣自然生產: 29436-34530 TWD  
台灣自然接生費用: 8902X1.53=13620 TWD (依美國之Total facility RVUs估算為54475.92TWD)

### 美國婦產科的生產給付

- 「For patients not covered by health insurance, the typical cost of a vaginal delivery without complications ranges from about \$9,000 to \$17,000 or more(261000 -493000TWD), depending on geographic location and whether there is a discount for uninsured patients. The typical cost for a C-section without complications or a vaginal delivery with complications ranges from about \$14,000 to \$25,000 or more.」(406000-725000TWD)

Wang and Anderson, et al., 2011, "Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery," National Perinatal Epidemiology Unit, Institute of Health Sciences, Heidelberg, Oxford, UK, DOI: 10.1136/bmj-2011-018457.

### 台灣婦產科的生產給付

- 2010年台北市醫師公會會刊中，對「台灣健保的過去與未來」作一個回顧，指出台灣生產給付大約36,000元，美國大約318,150元，台灣就醫費用遠低於美國，費用相差約達10倍。

### 學會如何建立婦產科的RBRVS模式

全民健康保險醫療費用支付標準相對值研訂計畫名義團體法

- 由主席先說明該名義團體之任務。
- 經過討論，選擇該科之某一項目當基準項（相對值為1.00）。基準項之選訂由各專科學會自訂，但最好選擇常用，具代表性，且服務內容共識度較高之項目。
- 由各代表獨立針對該科各服務項目，相對於基準項醫師投入（或醫療資源投入程度）之高低以相對值加以評定。由各代表分別填表，進行首次的相對值評定。

### 名義團體法

- 計算所有相對值研究小組代表第一次填寫的各服務項目相對值之分布情形（統計資料包括：最高值、最低值、平均值、標準差及中位數），並提供代表參考。
- 各代表參考個人第一次相對點數資料，填寫「第二次建議相對點數」。若各代表認為第一次建議之相對點數已甚合理，可維持原相對點數。
- 重複進行，直到團體共識形成或完成預先設定進行之次數(如進行三次)。

### 台灣牙醫療服務資源耗用相對值(RBRVS)模式

- 以隨機抽樣自全國婦產科醫師抽出360位，進行德非法問卷調查具有代表性醫療服務之婦產科醫師工作量、臨床操作時間值，並由4家樣本診所取得藥劑材成本，再透過專家小組主觀判斷外推至未調查之醫療服務，以獲得三種相對值，發展評估婦產科醫療服務資源耗用相對值模式。

### 學會要推RBRVS ?

- ATH: 45624-46921(56774-57001) TWD(依美國ATH之Total facility RVUs估算為27692TWD)
- REMOVAL OF OVARY: 32449-34397(41949-42357) TWD(依美國之Total facility RVUs估算為14223.63TWD)
- APPENDECTOMY: 33824-35817(42824-42982) TWD(依美國之Total facility RVUs估算為16209.55TWD)
- C/S: 29436-36335 (33460-36530)(依美國之Total facility RVUs估算為53210.94TWD)

老人醫療保險支付額在各醫療專科的變化情形

專科(Specialty)	百分比變化(Percent change)
內科(Medical)	20 %
• Internal Medicine	18 %
• Family practice	27 %
外科(Surgical)	-11 %
• Ophthalmology	-17 %
• General surgery	-9 %
• Orthopedic surgery	-10 %
• Urology	-3 %
• Thoracic surgery	-20 %
• Otolaryngology	7 %
• Otorhinolaryngology	-1 %
以醫院為基礎(Hospital based)	NA
• Radiology	-21 %
其他醫師(Other physicians*)	6 %

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

• 關尾及手術成本分析 (摘自彭雅惠, 醫院成本與管理會計, 2003年)

NO.	項目	成本分析內容
1.	用人費用	• 手術醫師人數3名(主刀醫師1名、住院医师2名、麻醉師2名、護理人員4名(含麻醉護理士4名)、病人輸送執行人員4名、行政人員1名) • 手術時間：醫師時間90分鐘(含術前及術後時間)、護理人員時間90分鐘(含術前及術後護理時間)、麻醉師時間30分鐘、輸送護理士時間40分鐘、病人輸送執行人員時間20分鐘、行政人員時間10分鐘 • 工作時間與耗費：每年工作日數272天，每日工作4小時，工作佔700%，主治醫師佔60%
2.	藥品及材料費用	詳見表1
3.	折舊費用	• 折舊包含麻醉科折舊費及手術室折舊費 • 設備物及醫療儀器設備之費用年數按折舊率計算之規定 • 手術室設備折舊費及設備折舊費詳見表2
4.	能源費用	手術過程所需一般醫療設備之能源費用，詳見表3及表4
5.	行政費用	依醫院折舊率計算
6.	教學研究費用	依醫院收入3%計算

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

- 成本計算方法
- 1. 用人成本計算方式=(月薪金+每月工時) x(耗用時間) x 人數  
每月工時=全年上班時數÷12個月  
=8 x 272 ÷ 12  
=2,176(小時)÷12=181(小時)
- 主治醫師每月工作時間=181x60=10860(分鐘)
- 住院医师及其他人員每月工作時間=181x60=10860(分鐘)
- 主治醫師成本=(520,000 ÷ 108) x 181 x 60 = 5,183,400
- 副醫師成本=(520,000 ÷ 108) x 181 x 60 x 1.5 = 1,555,050
- 住院医师成本=(591,800 ÷ 145) x 60 x 60 x 1.5 = 564,360
- 護理人員成本=(543,000 ÷ 145) x 90 x 60 x 2 = 5827,50
- 麻醉師成本=(548,000 ÷ 145) x 90 x 60 x 1.5 = 5229,80
- 行政人員成本=(525,000 ÷ 145) x 181 x 60 x 1.5 = 538,74
- 其他人員成本=(528,000 ÷ 145) x 181 x 60 x 1.5 = 545,98

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

• 表1 藥品及材料耗用表

項目	單位	數量	標價	項目	單位	數量	標價
生理	pr	4	80	Normal Saline	cc	3000	80
刀片(MD, #20)	pc	2	16	Aq-Betadine(1.7%)	cc	30	30
電力導管片	pc	1	140	Al-Betadine(1%)	cc	50	40
1-0 Viorl 150H	pc	1	200	膠水(皮用)	ea	1	10
Silk包	pc	1	50	紗包	pc	1	40
3-0 Nylon 609H	pc	1	90	膠水			5225
Lap Pack-套圈包	pk	1	100				
手術衣包	ea	1	218				
紗布計數盒	bx	1	5				
4" x 4" 紗布計數包	bx	2	24				
紗布墊12x18	cc	2	20				
Soap-Betadine(7.5%)	cc	100	80				

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

- 成本計算方法
- 2. 不計價藥材成本=實際利用量×單價=1,215(實際耗用量見表1)
- 表2 醫療儀器設備項目及耗用時間表

醫療設備項目	數量(台)	每人每次耗用時間
手術台	1	60分
手術燈	1	40分
中央抽吸機	1	60分
監視器	1	80分
病床	1	20分
電子白板	1	20分

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

- 成本計算方法
- 3. 折舊費用=(月折舊金額×月使用時間)×使用期間  
房屋折舊依財政部主計處規定年限55年，使用時間為每月工時之75%，共136小時。  
房屋折舊成本=( $\$2,500,000 \div 55 \div 12 \times 136$ )  $\times (60 \div 60)$   
= \$27.85  
設備折舊之年數依財政部主計處規定年限55年，使用時間為每月工時之75%，共136小時，再依據每一人次耗用時間列計，其計算方式同上，共計 \$178.62  
4. 維護費用=(房屋折舊成本+設備折舊成本)  $\times 18\%$   
維護費用=( $\$27.85 + 178.62$ )  $\times 18\% = \$37.16$

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

- 5. 作業費用按該部門作業費用占總醫務成本之實際百分比(假設為9%)  
作業費用= ( $\$5076.4 \div (1-9\%)$ )  $\times 9\% = \$502.06$
- 6. 行政管理費用按醫務總成本之5%列計。  
行政管理費用=( $\$5076.4 + \$502.06$ )  $\times 5\% = \$278.92$
- 7. 教學研究費用按醫務收入之5%列計。  
教學研究費用=( $\$5076.4 + \$502.06$ )  $\times 1.1 \times 5\% = \$306.82$

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

• 單項成本分析表  
項目名稱：關節手術  
編號：000

項目	單位	數量	單位成本	材料數量	材料單價	成本合計
醫 人 工 費	手術醫師	1	200000	90	2222	200000
	手術醫師	1	200000	90	2222	200000
	護理人員	1	40000	90	444	40000
	護理人員	1	40000	90	444	40000
藥 材 成 本	藥品	1	40000	90	444	40000
	藥品	1	40000	90	444	40000
	藥品	1	40000	90	444	40000
	藥品	1	40000	90	444	40000
設 備 折 舊	手術台	1	60分	1	600	600
	手術燈	1	40分	1	400	400
	中央抽吸機	1	60分	1	600	600
	監視器	1	80分	1	800	800
其 他 費 用	病床	1	20分	1	200	200
	電子白板	1	20分	1	200	200
	其他	1	20分	1	200	200
	其他	1	20分	1	200	200
合計						2,790

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

- 電腦斷層掃描成本分析(國以計總處-醫院成本核算會計-2009年)  
- 成本計算方法
- 1. 用人成本：包含技術人員1人之薪資每月平均\$45,000，每月工時以180小時，私人寬裕時間20%。  
用人成本= ( $\$45,000 \div (180 \text{小時} \times 80\% \times 60 \text{分鐘})$ )  $\times 30 \text{分鐘/次} = \$156$
- 2. 藥品及材料成本：包含每人次之材料成本X光片1片成本100元。
- 3. 設備折舊：電腦斷層掃描之取得成本為\$25,000,000，折舊年限依財政部主計處規定為5年，月使用時間為180小時，使用率為70%。  
設備折舊= (取得成本  $\div (5 \text{年} \times 12 \text{個月} \times 180 \text{小時} \times 70\% \times 60 \text{分鐘})$ )  $\times 30 \text{分鐘/次}$   
= ( $\$25,000,000 \div (5 \times 12 \times 180 \times 70\% \times 60)$ )  $\times 30$   
= \$1,653

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

- 電腦斷層掃描成本分析  
- 成本計算方法
- 4. 維護費用為設備折舊金額的18%  
維護費用=設備折舊  $\times 18\%$   
=  $\$1,653 \times 18\%$   
= \$298
- 5. 事務費用：其金額以作業成本(包含用人成本、藥材成本及設備折舊)之5%列計。  
事務費用=(用人成本+藥材成本+設備折舊)  $\times 5\%$   
= ( $\$156 + \$100 + \$1,653$ )  $\times 5\%$   
= \$95

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

- 電腦斷層掃描成本分析  
- 成本計算方法
- 6. 醫療服務費：其金額以作業成本(包含用人成本、藥材成本及設備折舊)之12%列計。  
醫療服務費=(用人成本+藥材成本+設備折舊)  $\times 12\%$   
= ( $\$156 + \$100 + \$1,653$ )  $\times 12\%$   
= \$229
- 7. 管理費用：其金額以作業成本(包含用人成本、藥材成本及設備折舊)之12%列計。  
管理費用=(用人成本+藥材成本+設備折舊)  $\times 12\%$   
= ( $\$156 + \$100 + \$1,653$ )  $\times 12\%$   
= \$229

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

• 單項成本分析表  
項目名稱：電腦斷層掃描  
編號：000

項目	單位	數量	單位成本	材料數量	材料單價	成本合計
醫 人 工 費	技術人員	1	45000	90分鐘	500	45000
	技術人員	1	45000	90分鐘	500	45000
	技術人員	1	45000	90分鐘	500	45000
	技術人員	1	45000	90分鐘	500	45000
藥 材 成 本	X光片	1	100	1	100	100
	X光片	1	100	1	100	100
	X光片	1	100	1	100	100
	X光片	1	100	1	100	100
設 備 折 舊	電腦斷層掃描	1	25,000,000	30分鐘	1,653	1,653
	電腦斷層掃描	1	25,000,000	30分鐘	1,653	1,653
	電腦斷層掃描	1	25,000,000	30分鐘	1,653	1,653
	電腦斷層掃描	1	25,000,000	30分鐘	1,653	1,653
其 他 費 用	手術台	1	60分	1	600	600
	手術燈	1	40分	1	400	400
	中央抽吸機	1	60分	1	600	600
	監視器	1	80分	1	800	800
其 他 費 用	病床	1	20分	1	200	200
	電子白板	1	20分	1	200	200
	其他	1	20分	1	200	200
	其他	1	20分	1	200	200
合計						2,790

### 如何制訂收費標準

- 收費標準制訂的依據
 

過去台灣的醫療機構常採用權益財務的訂價法，亦即以自費病患的高收費來彌補保險給付的不足或收入的赤字。在此種情況下，對於未加入保險之病患非常不公平，因為加入保險的病患只須負擔照護費用，而自費病患除照護費用外，尚須負擔醫院對財務及營運資金的需求，收費的合理性因此受到質疑。(摘自劉振基，醫院成本與管理會計，2008年)

### 如何制訂收費標準

- 美國醫院行政協會(American Hospital Association)在〈保健照護機構的財務需求〉一文中強調：「所有買者－包括保險公司，都必須完全負擔醫療保健服務機構之所有財務需求，包括周轉資金、新技術的發展、預防保健、更新設備及儀器...等。保險人需公平分攤財務上的需求。(註1)」故提供建構合理收費標準的指導。
 

註1：Berman, H. J. et al.(1990). The financial management of hospital(7<sup>th</sup> ed., p.238). Health Administration Press.

### 如何制訂收費標準

- 在〈保健照護機構的財務需求〉一文中，將成本結構分成生產成本、會計成本、財務成本及經濟成本四種層次。所謂生產成本包括基本的直接及間接服務成本；若將教育訓練及社會服務的成本加入，即可定義為會計成本；若再將設備需求、營運資金及周轉金之需求列入考慮，則為財務成本，財務成本才能確實反應醫院的財務需求及營運狀況，並維持醫療服務的品質，然而醫院偶有呈報發生，以及免費或優惠的醫療服務，財務成本應再加上此部分成本，稱為經濟成本，才能作為訂價的依據(見下圖1)。

### 如何制訂收費標準

圖1 醫院成本的結構

資料來源：Berman, H. J. et al. (1990). The financial management of hospital(7<sup>th</sup> ed., p.238). Health Administration Press.

### 決定收費標準之範例

若以上述中之電腦醫療服務服務為例，收費標準之制定應考慮合理利潤、醫療成本及其附加收益(利潤率15%，價格49%)。

病人	人員數	執行內服藥(粒)	執行注射(1升)	總成本(元)
病人	1	45,000	100	500
藥	2	100	1	100
注射	1	100	1	100
病人	1	100	1	100
藥	2	100	1	100
注射	1	100	1	100
病人	1	100	1	100
藥	2	100	1	100
注射	1	100	1	100
病人	1	100	1	100
藥	2	100	1	100
注射	1	100	1	100
病人	1	100	1	100
藥	2	100	1	100
注射	1	100	1	100
病人	1	100	1	100
藥	2	100	1	100
注射	1	100	1	100

總計費用=
 

- 單位成本=(1+10%的PF)= \$2,750 (-11-15%-30%) = \$5,518
- 單位PF=\$5,018
- >30%=\$1,500

 合理利潤=\$5,018
 

- >15%=\$753

### 自然產

- 待產時間:陣痛至生產約8-14小時
- 生產時間:15-30分鐘

(故自然生產待產時間、生產時間及傷口處理時間共平均約12小時)

### 剖腹產

- 待產時間:準備至下刀約15-30分鐘
- 生產時間:30-50分鐘

(故剖腹產準備至生產結束平均約1小時)

### 西醫基層醫療品質指標(全局)

- 全民健康保險監測值:剖腹產率 ≤34% (資料來源:醫療給付檔案分析系統)

### 剖腹產率

- 100年 Q1(p)西醫基層剖腹產率: 38.23 %  
醫院剖腹產率:34.79 %  
(故暫估平均剖腹產率以全民健康保險監測值:剖腹產率 34%為準)

### 以2003年健保資料庫為例

- 初次剖腹產率為23.34%。基層診所33.0%，醫學中心(16.2%)。
- 基層診所“非剖腹產適應症”比例(45.7% V.S 醫學中心7.3%)。
- 故初次剖腹產占有所有生產7.95%(剖腹產率34% ×初次剖腹產率為23.34%)
- 非初次剖腹產率占有所有生產26.06%(34%-7.95%)

### 生產合理時間估算

- 假設自然生產平均需12小時(占生產人數66%)
- 假設初次剖腹產的適應症全部是難產，從待產到生產至少需12小時(占生產人數7.95%)
- 假設非初次剖腹產率是預約剖腹產，剖腹產準備至生產結束平均需1小時(占生產人數26.06%)
- 生產合理時間估算至少是  
 $12 \times 0.66 + 12 \times 0.0795 + 1 \times 0.2606 = 9.13$ (小時)

### 生產合理給付估算

醫師及士費：

主治醫師成本=(206,000 +106) ×(9-60) ×1人=1834.86TWD  
 住院醫師成本=(93,800 +345) ×(50-100) ×1人=646.90TWD  
 護理人員成本=(40,000 +345) ×(50-100) ×2人=827.99TWD

成本總計為4,369.22TWD

合理給付：4164.20 ×(1+合理利潤15%)=3088.83TWD

(以上不包括給付醫費及檢驗檢驗費及進行檢驗(對成本)

孕婦生產成本：

主治醫師成本=(206,000 +106) ×(9-13) ×1人=1834.86 ×(9-13) =16752.27TWD  
 住院醫師成本=(93,800 +345) ×(9-13) ×1人=646.90 ×(9-13) =5906.20TWD  
 護理人員成本=(40,000 +345) ×(13-9-13) ×2人=827.99 ×(9-13) =7555.96TWD

成本總計為33069.22TWD

合理給付：33069.22 ×(1+合理利潤15%)=38029.80TWD

(以上不包括給付醫費及檢驗檢驗費及進行檢驗(對成本)

老人醫療保險支付額在各醫療專科的變化情形

專科(Specialty)	百分比變化(Percent change)
內科(Medical)	20 %
• Internal Medicine	18 %
• Family practice	27 %
外科(Surgical)	-11 %
• Ophthalmology	-17 %
• General surgery	-9 %
• Orthopedic surgery	-18 %
• Urology	-3 %
• Thoracic surgery	-29 %
• Otolaryngology	7 %
• Obstetrics/gynecology	-1 %
以醫院為基地(Hospital based)	NA
• Radiology	-21 %
其他醫療(Other physicians*)	6 %

### 單項醫療服務項目之成本分析範例

• 闡尾尖手術成本分析 (摘自彭雅惠, 醫院成本與管理會計, 2003年)

NO. 類別	成本分析內容
1. 用人費用	•手術醫師人數3名(主治醫師1名、住院醫師2名、麻醉科醫師4名、護理人員2名(含麻醉護士4名)、病人輸送執行人員4名、行政人員1名) •手術時間：醫師約90分鐘(扣除休息時間之後)，護理人員約90分鐘(扣除準備手術前後護理時間)，麻醉科醫師約30分鐘，麻醉護士約30分鐘，病人輸送執行人員約需約20分鐘，行政人員需時10分鐘 •工作時間與耗量：每年工作日數272天，每日工作4小時，工作佔700%，主治醫師佔60%
2. 藥品及材料費用	詳見表1
3. 折舊費用	•所有包含健保支付費項目及醫療設備折舊 •醫療物及醫療設備折舊之費用年數約計3至5年之規定 •手術室設備折舊設備及設備折舊詳見表2
4. 能源費用	手術過程所需一般醫療設備之能源費用，為折舊費用71.8%
5. 行政管理費用	依總體成本33%估計
6. 教學研究費用	依醫療收入3%估計

謝謝聆聽！



通訊繼續教育

# 剖腹產需要放導尿管嗎？



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

剖腹產的過程都是師承前輩的指導，但是否均妥善？可以討論。對於剖腹產的技術，我們曾撰文探討過，但未論及放置導尿管的問題。在常規下，剖腹手術前都會先放置導尿管排空膀胱，然後再進行手術，並在術後 12-24 小時將導尿管拔除，其理由包括：預防手術中膀胱的受傷、減少手術的困難、預防手術後的排尿困難及尿滯留等。

但是，放置導尿管會讓婦女感到不適，增加泌尿道感染，尿道擴大、受傷、甚至尿道狹窄，延遲下床時間，增加費用，和對心理亦不利。最近有些研究，以術前 30 分鐘先自解小便來代替放置導尿管，統計手術是否較困難、膀胱是否較易受傷、以及術後小便感染和尿液滯留等情形。本文特作一回顧，探討不放導尿管，在手術中和手術後的各項利弊，以供同仁參考。

## 尿道感染率

不置放導尿管的主要目的是減少泌尿道感染。正常婦女，導尿一次會有高達 3 % 的尿道炎，而剖腹產後沒有併發症的尿道感染比率在 0.17-35 % 間，大部分經抗生素治療會恢復正常，只有少數會發生菌血症、腎盂腎炎等嚴重合併症，特別是在糖尿病或免疫不全的病例。

有兩篇前瞻性比較尿道感染（包括菌尿症）的相關文章，Senanayake 等報告，剖腹產不使用導尿管者的感染率為 0.58 % (2/344)，使用導尿管者為 6 % (3/50)，RR 0.08 (95 % 信賴區間 0.01-0.64)。Nasr 亦有相同結果，兩組各有 210 位，在不放導尿管組手術後 24 小時尿導感染率為 0.5 %，在放導尿管組為 5.7 % (P < 0.001)，7 天後分別為



0 %和 2.9 % ( $P < 0.001$ ) , RR 0.10 (95 %信賴區間 0.02? 0.57) 。皆顯示不放導尿管者尿道感染率較低。

此外, Barnes 等在 329 位接受剖腹產或子宮切除患者中, 沒有接受導尿有 70 位, 手術前、後接受導尿有 251 位。結果產生尿道炎, 在沒有接受導尿者為 0 位, 在曾接受導尿者有 21 位 (8.4 % ,  $P < 0.05$ ) 。尿道炎的診斷為小便菌落數 (colony count)  $> 105/\text{mL}$ 。該作者認為不導尿會減少尿道炎的發生。

### ■ 小便滯留

剖腹產後的小便滯留, 是婦產科醫師及護理人員不願意看到的事, 因此, 為了醫療上的方便, 便全部放入導尿管, 成為剖腹產的常規。

Arulkumaran 等比較 55 位剖腹產後放置導尿管 24 小時, 拔除導尿管後有 1 位 (1.8 %) 因小便滯留, 又重放導尿管 24 小時, 另 133 位不放導尿管者, 有 125 位 (94 %) 自解順利, 4 位 (3 %) 需導尿 1 次, 4 位 (3 %) 在需要行第 3 次導尿時, 置放了導尿管, 24 小時後拔除。結果發生小便疼痛者, 在導尿管組有 5 位 (9 %) , 在沒有放導尿管組有 7 位 (5 %) ; 而需要手術後抗生治療尿道感染者, 在導尿管組有 15 位 (27.2 %) , 在沒有導尿管組有 14 位 (10.5 %) ( $P = 0.001$ ) 。結論為: 97 % 剖腹產婦可以不需要放導尿管來預防產後小便滯留, 只有 3 % 需 1 次導尿。

Senanayake 等對 344 位剖腹產不放置導尿管的婦女, 因發生子宮收縮不良之產後出血有 23 位 (6.68 %) , 這些患者中有 17 位 (4.9 %) 立即在手術後以金屬導尿管導尿 1 次; 只有 1 位需放置導尿管 24 小時; 另有 2 位 (0.58 %) 需要再放導尿管 24 小時。扣除此 3 位再放導尿管婦女, 其它 341 位婦女皆能在平均 8.7 (3.75-15.5) 小時自解小便, 包括在床上便盆自解者 92 位 (26.8 %) , 平均自解小便時間為 7 (3.75-13) 小時; 到廁所自解者 234 位 (68.2 %) , 平均自解小便時間為 9.2 (6-15.5) 小時。該作者認為剖腹產不置放導尿管並不會引起術後小便滯留。但我們認為可能會增加許多護理工作及可能增加子宮收縮不良。

Lang 等對 108 位剖腹產孕婦, 在術前 30 分鐘先自解小便, 其中 70.3 % 婦女接受脊椎麻醉, 29.6 % 婦女接受全身麻醉, 平均手術時間為 28.5 分鐘, 手術中沒有因膀胱膨脹而影響子宮下段手術。術後自解小便時間平均為 252.9 (124-599) 分鐘。6 位患者需要導尿, 包括 4 位在手術過程中導尿, 1 位在術後 523 分鐘導尿 1 次, 4 小時後能自解。另有 1 位在術後 152 分鐘因陰道出血, 置放留置導尿管, 12 小時後取出, 取出後 3 小時自解成功。所有患者第 1 次皆到洗手間自解。沒有患者發生尿道感染。該作者結論為: 剖腹產的留置導尿管是不需要的, 不導尿管不會影響手術過程, 術後小便滯留少發生, 沒

有尿道感染和術後數小時便可走路活動。但小便在給大量點滴後，可在 10 分鐘內充滿膀胱，手術中導尿很麻煩，手術準備時間可能延長，自解小便有摔倒的意外，病人不願起床等等問題亦應考慮。

### ■ 手術中的困難

手術中不放留置導管，會不會在手術中造成子宮下段切除和縫合上的困難？文獻回顧皆認為不會。Senanayake 首先在 50 位剖腹產先導尿 1 次，平均尿液為 25.5 (8-60) mL，術後再單導 1 次，平均尿液為 42.8 (25-120) mL。如果換算成體積 ( $\pi r^3$ )， $r$  表示半徑，那膀胱直徑在術前為 4 cm，術後為 4.6 cm，此時膀胱大小不會影響手術的進行。但我們認為，術前術後各導一次，也增加感染，不如術後 6 小時拔管好。

Nasr 等統計 210 位剖腹產不放留置導尿管之病例，手術中膀胱脹大的只有 1 位 (0.4%)，另 210 位放留置導尿管者為零位 (0%)，統計上無意義 ( $P = 0.478$ )。因沾黏致子宮下段暴露困難者，兩組各有 1 和 2 位，亦無統計上差別，二組總困難數為 1.4%；1.4%，RR 1.0 (95%信賴區間-3.32? 1.12)。故認為不放留置導尿管不會造成手術困難。但我們認為可能偶爾會有困難。

### ■ 手術時間

Senanayake 等報告在 50 位使用滯留導尿管行剖腹產之病例，手術時間平均為 22.4 分鐘，而 344 位沒有放置導尿管之病例，平均手術時間為 21.3 分鐘 ( $P = 0.3$ ) (平均差異-1.10；95%信賴區間-3.32?-1.12)。

### ■ 需要再導尿

Nasr 等報告 210 位沒有放置導尿管行剖腹產之婦女，23 位 (11.0%) 在術後因膀胱膨脹在手術房中再導尿 1 次。Ghoreishi 等報告 135 位不放導尿管行剖腹產之婦女，有 6 位 (4.4%) 需再導尿，而 Senanayake 等之 50 位患者中只有 2 位 (0.6%) 需手術後導尿，這些報告沒有談及需第 2 次導尿。需再導尿應與手術中灌注多少點滴有關，在 Senanayake 的研究中，手術時平均靜脈注射 1.4 L crystalloid 液體。

### ■ 首次小便不適

Nasr 等報告不放留置導尿管的婦女，第 1 次小便皆很滿意，特別是在以前剖腹產曾放置過導尿管者。Ghoreishi 等報告在 135 位不使用留置導尿管之婦女中，第 1 次小便無不適者佔 127 位 (94.1%)，另 135 位放導尿管者，第 1 次小便無不適只有 9 位 (6.7

%) ( $P < 0.05$ ) , RR 0.06 (95 %信賴區間 0.03? 0.12) 。

### ■ 首次小便時間

Nasr 等報告不使用留置導尿管婦女，首次小便時間平均為 7.64 (3-18) 小時，有導尿管者平均為 24.45 (16-31) 小時 ( $P < 0.001$ ) ，平均提早 16.81 小時 (95 %信賴區間-17.31?-16.31) 。

Ghoreishi 等報告在 135 位不放導尿管行剖腹產之婦女，首次小便在術後 5-8 小時者有 52 位 (40.9 %) ，在 8-11 小時者有 54 位 (42.5 %) 。

### ■ 首次下床走動時間

Nasr 等報告 Ghoreishi 等兩篇文章，不放導尿管者可提早 6.01 小時下床 (95 %信賴區間-6.68?-5.35) 。

### ■ 住院時間

Nasr 等報告不使用導尿管者住院時間較短，平均為 21.8 小時，而使用導尿管者平均為 45.2 小時 ( $P < 0.001$ ) 。 Ghoreishi 等亦有同結果，在不使用導尿管者住院時間平均為 46.5 小時，在使用導尿管者平均為 64.0 小時 ( $P < 0.05$ ) 。

### ■ 費用

Nasr 等報告不使用導尿管者的費用約使用者的一半 (54.02 和 116.28 埃及法朗) 。

### ■ 手術後立即拔除導尿管

Onile 等比較 89 位選擇性剖腹產婦女，手術後 24 小時取下導尿管，與 86 位手術時有置放導尿管，但術後立即取下，結果兩組在術後小便滯留 (0 % vs 1.2 % ,  $P = 0.986$ ) 、小便疼痛 (7.9 % vs 2.3 % ,  $P = 0.188$ ) 、急尿 (6.7 % vs 1.2 % ,  $P = 0.134$ ) 、住院時間 (6.91 vs 6.82 ,  $P = 0.879$ ) ，皆無統計上差異；而 72 小時後小便培養陽性細菌比率 (11.2 % vs 8.1 % ,  $P = 0.489$ ) ，立即取下導尿管者有較低的尿道感染。該作者建議剖腹產後可立即取下導尿管。

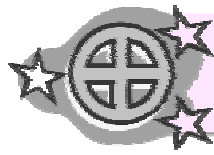
### ■ 結論

目前行剖腹產，常規均放置導尿管 1-2 天後再拔掉，此種處理方法完全是以方便醫

護人員，對患者而言，可能不是最好的處理方式。若以病人為中心導向，以實證醫學的結論為原則，則剖腹產後不放置導尿管，既可以減少尿道感染，亦可減少首次小便的不適及提早下床走動時間，改善心理上負擔，好處比較多。所以我們建議在白天醫護人員足夠時，剖腹產後不必放留置導尿管，但必須密切注意患者該小便的時間，避免膀胱過度膨脹。用導尿管者，如手術後感到不舒服，應立即拔除導尿管。對晚上剖腹產者，因人力不足而留置導尿管，在隔天上班時間亦應儘早拔除。避免不必要的醫療操作，醫療才能進步。

### ■ 參考文獻

1. Li L, Wen J, Wang L, et al. Is routine indwelling catheterisation of the bladder for caesarean section necessary? A systematic review. BJOG 2011; 118: 400-9.
2. 李耀泰, 郭宗正, 陳福民. Misgav Ladach 法剖腹產的新意. 當代醫學 2004; 31(10): 837-9.
3. Senanayake H. Elective cesarean section without urethral catheterization. J Obstet Gynaecol Res 2005; 31: 32-7.
4. Arulkumaran S, Cheng S, Ingemarsson I, et al. Is there a need for routine indwelling catheter after cesarean section? Singapore Med J 1986; 27: 54-7.
5. Lang JF, Bowen JC, Strong P. Use of indwelling urinary catheter at cesarean delivery. Obstet Gynecol 2001; 97: S66.
6. Nasr AM, ElBigawy AF, Al-khulaidi S, et al. Evaluation of the use vs nonuse of urinary catheterization during cesarean delivery: a prospective, multicenter, randomized controlled trial. J Perinatol 2009; 29: 416-21.
7. Ghoreishi J. Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet 2003; 83: 267-70.
8. Onile TG, Kuti O, Ernest O, et al. A prospective randomized clinical trial of urethral catheter removal following elective cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet 2008; 102: 267-70.
9. Buchholz NP, Daly-Grandeau E, Huber-Buchholz MM. Urological complications associated with caesarean section. Eur J Obstet Gynecol 1994; 56: 161-3.
10. 李耀泰, 郭宗正, 陳福民. 產後小便滯留. 當代醫學 2006; 33(3): 206-9.
11. Barnes JS. Is it better to avoid urethral catheterization at hysterectomy and Caesarean section? Aust NZ J Obstet Gynaecol 1998; 38: 315-6.



## 問 答 題

一、下列何者為傳統上剖腹產放置導尿管的好處？

- (A) 預防手術中膀胱的受傷
- (B) 減少手術的困難
- (C) 預防手術後的尿滯留
- (D) 以上皆是

二、下列何者可能為剖腹產放置導尿管的壞處？

- (A) 增加尿道感染
- (B) 尿道受傷
- (C) 延遲下床時間
- (D) 以上皆是

三、許多研究中，顯示剖腹產不放置導尿管的尿道炎發生率為何？

- (A) 增加
- (B) 減少
- (C) 相同

四、下列何者可能會影響剖腹產後的自動排尿？

- (A) 麻醉的方式
- (B) 點滴注入之多寡
- (C) 傷口的疼痛
- (D) 以上皆是

五、下列何者為剖腹產不放置導尿管的缺點？

- (A) 增加手術之困難
- (B) 增加手術的時間
- (C) 增加首次小便的不適
- (D) 以上皆是

第 175 通訊繼續教育

多囊性卵巢症候群和婦女心 血管疾病？

答案：一、(D)；二、(B)；三、(A)；四、(B)；五、(C)

## 會員園地

# Array CGH 在臨床上的運用

林思宏、蘇怡寧醫師  
台大醫院

隨著分子醫學的進步，越來越多的檢查推陳出新，對於臨床醫師而言，那些檢查是真正對於孕婦有實質上的幫助，可以在產檢的過程中得到更多的保障才是最重要的議題。過去幾年在婦產科醫學會、周產期醫學會的推動下，台灣在產前唐氏症篩檢有許多的進步，包括第二孕期唐氏症篩檢由二指標提升為四指標，使檢測率可以提升到 80% 以上；也推動第一孕期頸部透明帶的篩檢及相關認證，更進一步提升產前唐氏症篩檢率達 85%~90% 以上；除此之外，晶片式比較基因體雜交技術，也就是所謂的「基因晶片」也開始使用在台灣的產前檢查項目中（目前為自費項目），本文將什麼是晶片式比較基因體雜交技術、晶片式比較基因體雜交技術與頸部透明帶的關係、晶片式比較基因體雜交技術使用的適應症、以及晶片式比較基因體雜交技術的限制等四大項目加以說明，使各位先進能夠更了解「基因晶片」在臨床上的運用。

## ▷ 什麼是晶片式比較基因體雜交技術

晶片式比較基因體雜交技術（array CGH）相對上提供了比傳統染色體檢查（karyotyping）更快速、高準確與高解析度的染色體基因劑量分析，是將所要檢測的檢體與正常的檢體分別標上不同顏色的螢光（通常是紅色及綠色），在設計好的晶片上進行雜交反應後，可以由螢光顏色的不同來判定基因劑量的增或減，不同的基因晶片設計的原理類似，但所俱備的探針數有所不同，包括了有 BAC array, oligo-array, SNP array 等，根據臨床運用上的不同使用在不同的適應症。

## ▷ 晶片式比較基因體雜交技術與第一孕期唐氏症篩檢

根據文獻報告，在第一孕期唐氏症篩檢頸部透明帶增厚的胎兒，染色體異常的比例有顯著的上升，特別在三套染色體 13, 18, 21。在晶片式比較基因體雜交技術還未應用於臨床

使用之前，有學者利用 multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA) 或 fluorescent in situ hybridization (FISH) 的方式，統計頸部透明帶增厚但染色體檢查正常的胎兒，是不是與 Chr. 22q11 microdeletion (DiGeorge syndrome) 有關，結果發現沒有一個是 DiGeorge 症候群<sup>[1,2]</sup>，但也有零星的報告與 DiGeorge 症候群有關<sup>[3]</sup>。但我們知道，使用 MLPA 或 FISH 的方式只能針對單點來做檢查，無法對全基因做劑量上的檢測，單單要以這種方式證明頸部透明帶增厚與微缺失症候群無關，實在是難以服眾，許多學者還是認為頸部透明帶增厚，但染色體正常的胎兒，有一定的比率其實是微缺失症候群。隨著基因晶片的發展，開始有相關的個案被報導出來；香港學者 Law LW et al. 報告一個案例頸部透明帶 3.2mm 的胎兒染色體檢查正常，但基因晶片發現其實是 De novo 16p13.11 一段 1.32-Mb microdeletion<sup>[4]</sup>；法國學者 Brisset S. et al. 也曾報告一例頸部透明帶 4.4mm 的胎兒，染色體檢查結果為 46,XX, add(9)(p24.3), de novo，但透過基因晶片的檢查發現其實染色體 9p 多的那段是來自於 17q24.3-qter 的微複製，而真正的 9p24.3-pter 其實是微缺失 (monosomy 9p24.3-pter and a trisomy 17q24.3-qter.)，結果也經由 FISH 技術證實<sup>[5]</sup>，目前基因晶片在頸部透明帶增厚的胎兒的大規模統計資料尚未有報告，無法得知頸部透明帶增厚與微缺失症候群之間的比率關係，但不可否認關係性一定存在，因此胎兒出現頸部透明帶增厚的孕婦在選擇絨毛膜穿刺或羊膜穿刺檢查的同時，基因晶片可以提供更高的解析度及更高的保障。

### ▷ 什麼情況需要進行晶片式比較基因體雜交技術的檢查

- (1) 希望進行高解析度染色體檢查以降低懷孕風險者：根據統計，微缺失症候群發生的比率約在 1/200~1/300，發生率其實並不算低，但即使是傳統的染色體檢查加上高層次超音波掃描，只要自發性的微缺失或微複製症候群 (de novo microdeletion or microduplication syndrome) 的體表現 (phenotype) 沒有特異性，產前高層次超音波掃描就無法檢查出來，更不用說一些智能不足、發育遲緩等問題，更不可能在產前檢查出來，因此可以藉由晶片式比較基因體雜交技術，可以對於微缺失或微複製症候群有更高的檢測率。
- (2) 傳統的染色體檢查已發現異常者：我們舉平衡性轉位為例來說明，進行傳統的染色體檢查，常常困擾臨床醫師的平衡性轉位 (balance translocation)，真的是平衡性轉位嗎？還是其實是不平衡性轉位，只是無法透過傳統染色體檢查看出來？這類的暗例透過晶片式比較基因體雜交技術，就可以將不平衡性轉位的風險降到最低，以台大醫院的統計，大約有 20% 的病人傳統染色體檢查是平衡性轉位，但透過基因晶片的再次確診，其實是有基因劑量缺損的不平衡性轉位。此外一部分經由傳統染色體檢查發現胎兒有標記染色體 (small supernumerary marker chromosome, sSMC) 的孕婦，因他可能



來自任何一條染色體的任何部位，對於他的特性始終缺乏完整的相關研究，加上標記染色體對表現型的影響變異非常大，因此造成臨床診斷上遺傳諮詢時的困難，台大醫院以晶片式比較基因體雜交技術分析 10 個產前發現標記染色體的個案，其中 6 個個案無基因劑量變化，推測其標記染色體為來自無探針設計之中心粒或異染色質，5 個個案已出生，至今皆無明顯的異常症狀；1 個案經結果諮詢後因個人因素選擇終止妊娠；另有 3 個個案出現基因劑量變異，2 個個案因其標記染色體帶有基因，經諮詢後選擇終止妊娠，1 個個案因增加之染色體片段屬正常變異故繼續懷孕，小孩出生後至今無發現異常表現型。

- (3) 胎兒超音波檢查有構造異常，但染色體檢查正常者：我們舉產前先天性心臟病為例，在產前高層次超音波如果發現胎兒心臟有法洛式四重症，這是一個可以手術治療的先心病，於是我們安排染色體檢查結果正常，我們該怎麼向病人諮詢？英國學者 Poon LC et al. 在 2007 年統計了 129 個產前發現法洛式四重症的胎兒，其中 78 位有做頸部透明帶檢查，37 位（47%）有增厚的情形；112 位有做染色體或合併 FISH 檢查的個案中，有 55 位（49%）有染色體的異常，其中 15 位（13.4%）有 DiGeorge 症候群<sup>[6]</sup>。根據台大醫院的統計，不只先天性心臟病，大約有 15%~20% 胎兒超音波檢查異常，透過基因晶片的檢查可以找到染色體微缺失或微複製，如果胎兒超音波檢查發現有兩個或兩個以上的器官系統異常，更是有 28% 以上的比例，比過去的文獻報告都還要高，這突顯了基因晶片在這個領域「全基因」檢查的優勢，此論點也在國外的文獻證實<sup>[7]</sup>。此外有時一個症狀可能有好幾個可能致病的基因，而且都位於不同染色體上，以往是透過 FISH 的方式來檢測，但不可能一個一個基因去找，既沒效率花費的成本也很高，使用晶片式比較基因體雜交技術上的特殊探針，對 whole genome 來進行檢測，以增加檢出的機會。
- (4) 有先天性異常的家族史或者是已經生過先天性異常的寶寶：之前有生過先天性異常的寶寶，卻無法由傳統染色體檢查找到原因者。由於晶片式比較基因體雜交技術的解析度較傳統染色體高出許多，或許可以找出導致這些異常的原因，但若發生的原因為單基因突變，像先天性軟骨發育不全症（achondroplasia）或是成骨不全症（osteogenesis imperfecta），這類疾病就無法透過基因晶片來檢測。
- (5) 具有智能障礙或發育遲緩的患者，但無法找到原因者：把他列在最後一點是因為這不是產前的一項運用，而是對於產後有發育遲緩或智能障礙的小朋友也可以有些幫助。事實上，有三分之二的先天性異常或發育遲緩是找不出原因，或者因為病變的區域太小而無法以傳統染色體檢查找出原因，根據最新的統計，利用晶片式比較基因體雜交技術可以再多提供 15-20% 的個案找出導致智力障礙或發育遲緩的原因。



## ▶ 晶片式比較基因體雜交技術的限制

基因晶片的檢查並不是萬無一失，也不能檢測出所有的遺傳疾病，以下我們將說明基因晶片限制，讓讀者了解：

- (1) Copy Number Variation (CNV)：解析度太高的基因晶片會偵測出許多基因劑量上的變異，稱為 variation，但大多數都是正常的 copy number variation (CNV)，判讀上需要經驗充足的遺傳專家，以及更多的資料庫可以查詢才不會把正常的變異當成異常。
- (2) Uni-parental disomy ((UPD)：基因晶片只能檢測基因劑量上的差別，並無法針對基因來源區分，所以對於少部份的 Prader Will syndrome 或 Angelman syndrome 之類的遺傳疾病，發病的原因並不是微缺失症候群造成，而是 15 號染色體來自同源（父源或母源）所造成，array-CGH 就沒辦法檢測出來。
- (3) Chromosomal inversion or rearrangement:晶片只針測基因劑量的增減，並沒辦法對於空間上的改變加以區分，這也是基因晶片到目前為止還沒辦法全面取代傳統染色體檢查的原因，不過即使有發生轉位或重組的狀況，除了在極少數的情形下有可能好發癌症（如費城染色體），在沒有基因劑量改變的前提下，絕大多數是沒有問題的。
- (4) Low-rate mosaicism，基因晶片對於低比例（< 20%）的染色體鑲嵌型是沒辦法檢測來的，必需靠傳統的染色體檢查才有辦法。

分子醫學的進步讓許多以前無法得之原因的疾病找到了致病機轉，但仍有許多未知的謎待解；人類全染色體基因序列已經解開，想必再沒多久的將來會有更新的基因檢測方式應用在臨床上，在醫病關係日益緊張的現在，身為一位婦產科醫師，孕婦想知道的可能不只是生男還是生女，還想知道是不是有其他先天性的缺陷，產前檢查當然沒辦法做到百分之百，但比起過去只能靠傳統染色體檢查的年代我們的確可以做的更多。以上述的討論看來，沒有單一一種檢查方式，可以完全取代其他的檢查，也就是沒有一種方式是最好的，唯有運用傳統染色體檢查了解染色體空間上的關係、用基因晶片來偵測微缺失或微複製、利用超音波來排除非基因所造成的器官上的異常、用家族病史，DNA sequence, MLPA，或 DHPLC...等等分子診斷的方式來針測「單基因突變」疾病，各種方式相輔相成，才是最強而有力且正確的篩檢工具。

除此之外，我們不能單從醫療的角度來看，更應該把倫理議題納入思考，良好的遺傳諮詢讓孕婦更了解我們的想法，不至於有溝通上的問題出現，把利弊得失、所會面臨的狀況都跟病人分析，讓病人及家屬做出自己的決定（non directive decision making - ，才能夠對孕婦有最完善的產前照顧。

▶ Reference

- [1] Ultrasound Obstet Gynecol. 2001 Jul;18(1):32-4. Hollis B, Mavrides E, Carvalho JS, Hill L, Dickinson V, Thilaganathan B. Significance of chromosome 22q11 analysis after detection of an increased first-trimester nuchal translucency.
- [2] Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(11):1252-5. Lautrup CK, Kjaergaard S, Brøndum-Nielsen K et al. Testing for 22q11 microdeletion in 146 fetuses with nuchal translucency above the 99th percentile and a normal karyotype.
- [3] Prenat Diagn. 1998 May;18(5):507-10. Lazanakis MS, Rodgers K, Economides DL. Increased nuchal translucency and CATCH 22.
- [4] BJOG. 2009 Jan;116(2):339-43. Epub 2008 Nov 11. Law LW, Lau TK, Fung TY, Leung TY, Wang CC, Choy KW. De novo 16p13.11 microdeletion identified by high-resolution array CGH in a fetus with increased nuchal translucency.
- [5] Prenat Diagn. 2006 Mar;26(3):206-13. Brisset S, Kasakyan S, L'Herminier AC et al. De novo monosomy 9p24.3-pter and trisomy 17q24.3-qter characterised by microarray comparative genomic hybridisation in a fetus with an increased nuchal translucency.
- [6] Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 Jun;29(6):625-7. Poon LC, Huggon IC, Zidere V, Allan LD. Tetralogy of Fallot in the fetus in the current era.
- [7] Prenat Diagn. 2009 Dec;29(13):1213-7. Kleeman L, Bianchi DW, Shaffer LG et al. Use of array comparative genomic hybridization for prenatal diagnosis of fetuses with sonographic anomalies and normal metaphase karyotype.

# 青少年的痛經問題

高雄長庚紀念醫院 婦產部生殖醫學科  
主任 黃富仁醫師

青春蕩漾年華的少女，一旦初經來臨時，是應該充滿著期待和夢想。但是有許多少女卻因為月經的到來，讓生活由彩色變成黑白。因為每個月的經期使她們必須準備以前不需要的東西，包括衛生棉墊。以前隨心所欲的活動，會因為月經而取消。這些可能是她們碰到的基本困擾。然而有大約 60-80% 的少女必須面對月經引起的病痛，它包含有經前症候群，月經不規則和痛經等。尤其是痛經造成許多青少年無法上課、無法上學。

依照醫學文獻分析，痛經的好發率會依種族文化不同而有差別，好發率大約可以從土耳其少女的 45.3% 到義大利少女的 85% 不等。而危險因子包含了初經的年齡、體重、飲食習慣、社會心理層次和骨盆腔的病變。進一步分析得知，如果有痛經家族史的少女，將有 3.5 倍的機率會痛經。體重較輕比體重過重的少女有 1.5 倍機率會痛經。有抽煙史的少女，會有 1.6 倍的痛經機率。醃份飲食過量的少女有 1.8 倍痛經機率。

青少年的痛經大約 90% 是原發性，和以上一些危險因子有關。但是仍有 10% 的痛經是和骨盆腔病變有關。而骨盆腔病變包含有子宮內膜異位症、子宮肌腺症、先天性子宮、陰道發育異常。因此青少年一旦發生痛經時，除了用吃止痛藥等方式改善，必須要排除以上病變。而診斷這些骨盆腔病變的工具，除了常用的婦產科超音波儀器，現在有更精準的核磁共振檢查 (MRI)，甚至可以善用到我們婦產科醫師熟悉的腹腔鏡和子宮腔鏡作診斷和治療。

許多文獻報告發現，青少年發生痛經會去找醫師求助者，只占 12%—25.9% 不等。大部分是透過自己的母親或好朋友去買藥解決。由於有 10% 的痛經是骨盆腔病變造成，因此身為婦產科醫師，有責任深入社區、學校去教育民眾了解這些疾病的知識，唯有經過專科醫師的檢查，才不會耽誤骨盆腔病變的診斷，早期治療、減少藥物使用的氾濫。

# 懷孕囊及卵黃囊 與第一孕期陰道出血

## Gestational sac and yolk sac in first trimester vaginal bleeding

蔡宏志

光田醫療社團法人光田綜合醫院婦產科

### 前言

「一見到女人就要想到懷孕。」這是 40 多年前中山醫專（中山醫大前身）第一任校長徐傍興教授上外科一堂課的名言，當時還沒有超音波檢查幫忙診斷，不過也可想到連外科醫師都要注意懷孕這個常見的生理現象，卻又時常連帶一些像似疾病的症狀或是引發的問題，造成診斷上的困擾。目前，婦女有早期懷孕與懷孕相關問題大致會找到婦產科醫師，或者一般開業醫師、家庭醫學醫師。本文探討早期懷孕與懷孕相關問題，如陰道出血與懷孕囊相關問題，以提供同好參考。

### 懷孕試驗

婦女經驗早期懷孕大致以月經沒來起始，首先陽性懷孕試驗幾乎可以確定有喜了。回憶中山醫專最早期的懷孕試驗，我們曾以婦女尿液做過（雄）青蛙試驗；由於懷孕試驗基於絨毛膜滋養層細胞分泌的促性腺激素（hCG），現在 hCG 試驗對滋養層細胞相關狀態 100% 的敏感度與特異度，也就是說，除了最可能是懷孕之外，只有少見的滋養層細胞疾病與腫瘤；滋養層細胞疾病通常也是懷孕異常而來的，稱為妊娠性滋養層細胞疾病（GTD）。所謂居家懷孕試驗，婦女自己執行的檢驗，以免疫測試尿液中 hCG 濃度高於 12.5 mIU/mL，在月經沒來婦女，正確執行的試驗，陽性結果可能接近 95% 有喜了。臨床醫師與醫檢師使用的懷孕試驗陽性反應 hCG 濃度臨界點值大約在 25 mIU/mL。害喜婦女或晨吐出現後更像似懷孕，超音波掃瞄檢查經常被臨床醫師應用為第三隻眼睛；尤其如果合併有稍微出血或某些腹痛，須要考慮流產或排除子宮外孕時，診斷難免須要這不具侵襲性又可靠的超音波掃瞄檢查；難怪超音波掃瞄儀如此普遍。

## 懷孕囊 (gestational sac)

最早診斷出懷孕，以超音波檢查可見有個懷孕囊的出現。由於懷孕齡是因生物測量來計算，在胎兒最小的早期懷孕，胎兒生物個別差異最少時的估計就最準。經陰道超音波掃瞄比起經腹部超音波掃瞄影像更清晰且精準，也可能更早些發現子宮內懷孕囊。一般而言，經陰道超音波掃瞄在懷孕約 4.5-5 週月經齡（正常規則月經週期婦女最終月經第一天起算，也就是說排卵齡 2.5-3 週），通常可見懷孕囊；約 5.5-6 週可見雙蛻膜相（經腹部超音波掃瞄最早發現子宮內懷孕的現象），外層為子宮內膜腔的壁側蛻膜，內層為包圍游離懷孕囊的被覆蛻膜。懷孕約 3-5 週時，子宮內膜有三層相，必須要發現懷孕囊才能確立子宮內懷孕。最早的懷孕囊為小液體囊，位在偏子宮內膜表面線的中心旁，能夠確定的最小懷孕囊約 2-3 mm，此時約懷孕 4 週又 1-3 天（月經齡）。經陰道超音波掃瞄發現懷孕囊，對照 hCG 值大約在 1500-2400 mIU/mL (IRP)，經腹部超音波掃瞄約在 1800-3000 mIU/mL (IRP)。懷孕進展至 10 週齡，基底蛻膜接觸變厚增殖的葉性絨毛膜組成的早期胎盤；接觸子宮內膜腔的絨毛膜血流受阻，絨毛退化成光滑絨毛膜，隨後即與壁側蛻膜接觸，光滑絨毛膜存在相對低氧狀態下。光滑絨毛膜與羊膜本來以外胚腔（胚胎外體腔）互相隔離，約 12 週齡後，被覆蛻膜伸張至與壁側蛻膜融合，成為真性蛻膜，絨毛膜囊大到外胚腔不見了（參看附圖）。

以懷孕囊測量計算懷孕齡有幾種方式。最常用標準公式計算平均囊徑（測量超音波透明囊長寬高的平均）。簡易方法計算以懷孕囊大小（mm）加 30 即懷孕天數；如懷孕囊 5 mm，懷孕天數即 35 天，也就是 5 週。最早的懷孕囊約每天增加 1mm，也就是每週增加 7mm；不過懷孕齡越大，懷孕囊增大越快、測量就越不準確。

懷孕囊通常呈圓形，由於某些因素可能改變形狀，生理因素如子宮收縮、膀胱漲大，解剖因素如子宮肌瘤、著床出血等。不呈圓形的懷孕囊或許是懷孕失敗重要的徵兆。胚體出現後，估計懷孕齡就以頭臀長（crown rump length, CRL）較為準確。當胚體未出現或卵黃囊未出現前評估懷孕囊可要小心，因為子宮外孕會有所謂假懷孕囊出現。

## 卵黃囊 (yolk sac)

證實子宮內懷孕，懷孕囊內最早出現的解剖構造就是卵黃囊。雖然羊膜囊比卵黃囊在胚胎學上更早出現，影像上比較容易看到的仍然是卵黃囊。卵黃囊呈球形，超音波影像可見中心透明而周邊有回音的薄壁小囊，第 5 週懷孕（平均懷孕囊徑 5 mm）開始出現，經陰道超音波掃瞄在平均懷孕囊徑 10 mm 通常可見卵黃囊，位於羊膜囊外，平均囊徑 15 mm 通常可見卵黃囊與胚體。最晚平均囊徑 8 mm 以上仍然沒有卵黃囊可能代表不正常懷孕。

首先看見胚體板 1-2mm 大約懷孕齡 5-6 週。之後，胚體約 2-5 mm 出現於相對明亮的所謂次級卵黃囊附近，此時卵黃囊約 3-4 mm；超音波下看到卵黃囊複合體與胚胎羊膜囊呈雙泡泡，不可誤會為雙胞胎。卵黃囊繼續長大至約 6mm，到 10 週懷孕齡；卵黃囊慢慢轉移至絨毛膜腔邊緣（參看附圖），大約 12-14 週超音波掃瞄不再看見，大約 14 週就在羊膜與絨毛膜融合時，卵黃囊阻塞了。在多胞胎時，通常卵黃囊數目應等於羊膜數目，例如雙羊膜雙胞胎應各有一卵黃囊於各羊膜腔邊的懷孕囊內，共計兩個卵黃囊。不正常的卵黃囊已經證實可引起懷孕失敗；卵黃囊不正常的情況，例如比起孕期過大或太小、不規則形狀、不在懷孕囊邊緣而是在中心游離、有鈣化、或是不出現。

### 頭臀長 (crown rump length, CRL)

懷孕的前三個月估計懷孕齡最佳測量如前述是頭臀長（頭臀長徑）。估計懷孕齡參考值已經可至 CRL 120 mm；一般而言，CRL 小於 25mm 時，CRL 值加 42 即懷孕天數。為測量正確可以取三次測量平均。最準確測量 CRL 時機約在 6-10 週時；估計 CRL 在 7-10 週時，準確度可在誤差 3 天內；估計 CRL 在 10-14 週，誤差 5 天內；15 週以上誤差可至 8.4 天內<sup>[1]</sup>。誤差的理由在於胎頭與軀體解剖位置的不同，以及生長與發育的快慢有關。因此，10 週後估計懷孕齡應參考其他指標。胚胎小到困難測量時，卻能偵測出心跳，大約懷孕 5.5-6 週。

### 早期懷孕胚胎營養

著床之後，母親胎兒循環交換是以絨毛膜尿囊形成的胎盤建立一個所謂親血液營養來轉移輸送。直到 8-9 週懷孕，子宮腺體分泌就注入絨毛間隙，由融合滋養層細胞噬入。母親血漿蛋白質及其他分子堆積在胚體腔液內，經過絨毛膜與絨毛的滋養層細胞過濾、擴散或轉送進入外胚腔，由次級卵黃囊吸收，建立了胚胎外循環；可見卵黃囊在早期胚胎營養的重要性。早期懷孕的親組織營養可以在低氧狀態下就能供應胚胎養分，避開在這器官形成時期的最易受自由基傷害時刻，減少危險性。大約 12-14 週，次級卵黃囊退化，由於羊膜腔長大而外胚腔也逐漸阻塞。之後，從第二孕期，胎兒氧氣需求增加，親血液營養再開始轉移直到建立完整的母親胎盤循環<sup>[2]</sup>。

### 第一孕期陰道出血

懷孕的前三個月之所謂第一孕期發現陰道出血可多到占孕婦 20-40%。原因有較為常



見的流產（從先兆、迫切、難免、不全到完全流產），子宮外孕，著床出血，或者是子宮頸、陰道、子宮病變，發炎感染，滋養層細胞疾病等。正常早期懷孕血清 hCG 於 48 小時會雙倍或至少增加 66%，也就是說，每 2-3 天增加一倍。一般而言，hCG 值 1000-2000 mIU/mL (IRP) 時，經陰道超音波掃瞄正常應可見子宮內懷孕囊；hCG 值大於 2000 mIU/mL (IRP) 時，子宮內腔仍然只有空腔，應考慮自然流產或子宮外孕。經陰道超音波 CRL > 5 mm 時，應可見胚胎心跳，證實胚胎存活。如前述經陰道超音波掃瞄平均懷孕囊徑 8-10 mm 仍然沒有卵黃囊，或發現懷孕囊徑 16-18 mm 以上仍然沒有胚胎；或是經腹部超音波掃瞄平均懷孕囊徑 20 mm 以上仍然沒有卵黃囊，懷孕囊徑 25 mm 以上仍然沒有胚胎，就是無胚的懷孕，所謂「空囊泡」的萎縮卵。（許多專家認為「萎縮卵」名詞不妥，為何怪罪卵萎縮了？「第一孕期懷孕失敗」是否較好的名詞？國際疾病分類屬於 ICD-9 CM 疾病碼 631 「其他異常之受孕產物」，而疾病碼 632 「過期流產」應有一段時間死胎未出，疾病碼 634 為流產相關之合併症。）平均懷孕囊徑減 CRL 正常應大於 10 mm，平均懷孕囊徑與 CRL 相差 < 5 mm（懷孕囊太小，有人稱為第一孕期羊水過少）時，自然流產危險性可達 80%。孕婦前三個月的第一孕期出血中，超音波掃瞄可發現約 20% 有絨毛膜下血腫<sup>[3]</sup>。孕婦第一孕期超音波下發現有心跳時，沒有陰道出血的自然流產率 5.2%，而有陰道出血者達 16.4%<sup>[4]</sup>。

定義上，早期懷孕（懷孕的前三個月第一孕期），發現陰道出血、有合併或沒有合併腹痛都稱為先兆流產。一般早期懷孕合併陰道出血的自然流產率約 10-15%。探討其危險性因素有高齡婦女、有流產史、低血清黃體素或低 hCG、大量的出血、較早期的懷孕、以及前述無胚的懷孕。胚胎心率太慢也是一危險性因素。評估診斷早期懷孕出血如前述超音波掃瞄十分重要，不過預防與治療上仍然缺少任何有效方案。尤其給予黃體素治療先兆流產的所謂安胎，完全沒有實證醫學的支持<sup>[5]</sup>；也不支持給予 hCG 來治療<sup>[6]</sup>。

一般而言，如果陰道超音波掃瞄發現子宮外有懷孕囊、卵黃囊、或胎心跳，子宮外孕的診斷即可確定。否則，可以 hCG 值參考來追蹤、排除子宮內懷孕、自然流產，須動用診斷性腹腔鏡檢查的機會很少。以 methotrexate 治療子宮外孕的情況而言，比較容易失敗的最重要因素已知是較高的基礎 hCG 值（大於 5000 mIU/mL）。其次，如胎心跳出現、子宮外孕腫塊較大（大於 3.5 cm）等因素都暗示較為成功的子宮外孕，以內科治療較容易失敗。假使超音波掃瞄檢查，出現卵黃囊也被發現是治療失敗的一個因素<sup>[7]</sup>。

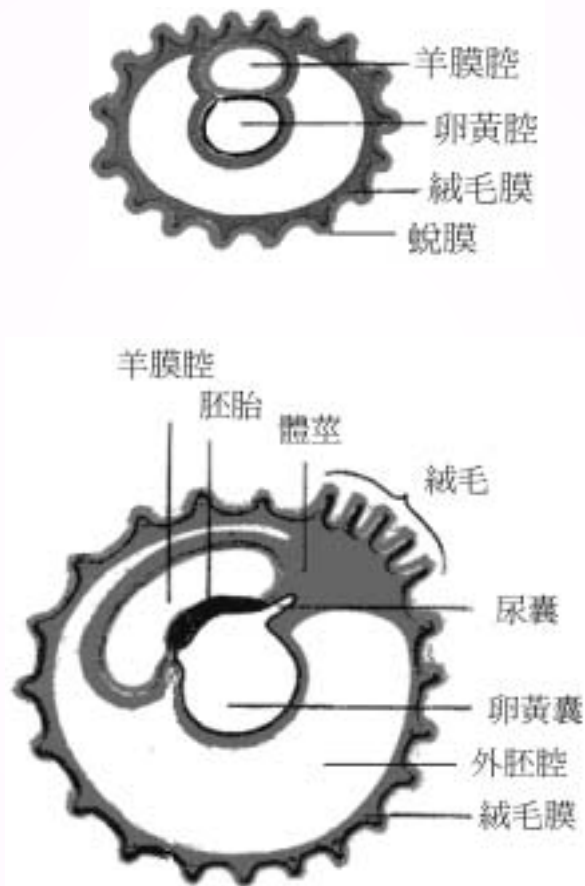
第一孕期併發先兆流產時，母親與周產期合併的危險性有增加前置胎盤的產前出血（1.62 倍，95%信賴區間 1.19- 2.22）、不明位置的產前出血（2.47 倍，95%信賴區間 1.52- 4.02），過早早期破水 PPRM（1.78 倍，95%信賴區間 1.28- 2.48）、早產（2.05 倍，95%信賴區間 1.76- 2.4），以及子宮內生長受限嬰兒（1.54 倍，95%信賴區間 1.18- 2.00）、周產期死亡率（2.15 倍，95%信賴區間 1.41- 3.27）、低出生體重嬰兒（1.83 倍，95%信賴區間 1.48- 2.28）<sup>[8]</sup>。

## 結 論

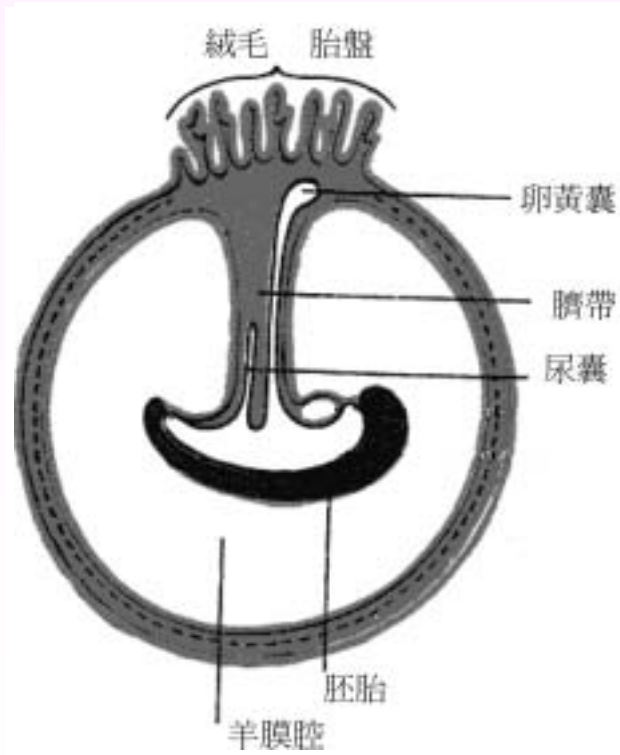
早期懷孕合併陰道出血而自然流產中最常見者為染色體異常，其餘也有許多危險性因素，我們大都無能為力給予改變。評估診斷上，超音波掃描發現懷孕囊與卵黃囊有許多助益。

### 參考圖

(示意圖改自 Wikipedia)







超音波圖



腹部超音波影像顯示懷孕囊中有卵黃囊 6 mm (小箭頭) 位於絨毛膜囊 (中箭頭) 腔邊緣, 外胚腔之內, 胚胎在圖左方 (長箭頭)。

### 參考文獻

1. ACOG Practice Bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 98. Ultrasonography in pregnancy. Obstet Gynecol 2008 ;112:951-61.
2. Burton GJ, Hempstock J, Jauniaux E. Nutrition of the human fetus during the first trimester--a review. Placenta 2001;22 Suppl A:S70-7.
3. Dogra V, Paspulati RM, Bhatt S. First trimester bleeding evaluation. Ultrasound Q 2005 ; 21:69-85.
4. Siddiqi TA, Caligaris JT, Miodovnik M, Holroyde JC, Mimouni F. Rate of spontaneous abortion after first trimester sonographic demonstration of fetal cardiac activity. Am J Perinatol 1988 ;5:1-4.
5. Wahabi HA, Abed Althagafi NF, Elawad M, Al Zeidan RA. Progestogen for treating threatened miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2011 ;3:CD005943.
6. Devaseelan P, Fogarty PP, Regan L. Human chorionic gonadotrophin for threatened miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2010 ;5:CD007422.
7. Bixby S, Tello R, Kuligowska E. Presence of a yolk sac on transvaginal sonography is the most reliable predictor of single-dose methotrexate treatment failure in ectopic pregnancy. J Ultrasound Med 2005;24:591-8.
8. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG 2010 ;117:245-57.

### 更正啓事

2011年4月份174期 會訊中「理事長的話」，第一段之高高屏的會員聯誼，其中參加人員之一，誤植為劉孝榮代表，在此特予更正為「李世隆代表」

# 徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
<b>台北市立萬芳醫院</b> (委託財團法人私立 臺北醫學大學辦理)	婦產科主治醫師 數名	◎徵才條件： 1. 具專科證書。 2. 外籍醫師或國外醫學院校畢業者，需領有我國西醫醫師證書。 3. 專精婦女泌尿，或婦科專長者尤佳。 4. 薪資：面議。 5. 福利：提供勞健保、團保、退休撫卹制度、鼓勵在職進修、教職機會、員工互助金、員工旅遊、就醫醫療優待、三節禮金、忘年會及月光烤肉晚會等。 ◎報名方式： 備妥下列資料，請寄「116 台北市文山區興隆路三段 111 號 台北市立萬芳醫院人力資源室收」。 1. 履歷表（請至 <a href="http://www.wanfang.gov.tw">http://www.wanfang.gov.tw</a> （萬芳醫院首頁→人員募集（首頁左邊）→福利制度及應徵方式→履歷表單下載） 2. 自傳（A4 格式一張，約 500-1000 字，中英文皆可） 3. 兩吋照片×1 4. 身份證影本×1 5. 所有證書影本×1×（畢業證書、醫師證書、專科醫師證書、教職證書、論文著作相關資料等...）。		
	婦產科 住院醫師 (RI·CR)各1名	◎徵才條件： 1. 國內外各大學院校醫學系、學士後醫學系畢業。 2. 外籍醫師或國外醫學院校畢業者，需領有我國西醫醫師證書。 ◎報名方式： 備妥下列資料，請寄「116 台北市文山區興隆路三段 111 號 台北市立萬芳醫院人力資源室收」。 1. 履歷表（請至 <a href="http://www.wanfang.gov.tw">http://www.wanfang.gov.tw</a> （萬芳醫院首頁→人員募集（首頁左邊）→福利制度及應徵方式→履歷表單下載） 2. 自傳（A4 格式一張，約 500-1000 字，中英文皆可） 3. 兩吋照片×1 4. 身份證影本×1 5. 所有證書影本×1×（畢業證書、醫師證書等...）		
<b>金郁婦產科診所</b>	女婦產專科醫師	固定兼職可，只看門診，捷運出口，環境優，時間彈性。希長期合作。	mff0602@yahoo.com.tw	王先生
<b>板橋安媞婦產科</b> <a href="http://www.womanclinic2.com.tw">www.womanclinic2.com.tw</a>	女性專科醫師	待優，只看門診，不接生	02-28939998 0968202861	李醫師
<b>三重惠心婦幼診所</b>	婦產科專科醫師	需接生，待遇特優，高 PPF，可入股，醫療團隊氣氛佳，口碑好	02-29810568 0938-037859	吳小姐
<b>長榮宥宥、 齒生婦產科診所</b>	婦產科專科醫師	需接生，待遇特優，高獎金，醫療團隊堅強，適合年輕主治醫師。	0935-107-177	張主任
<b>新莊惠欣婦幼診所</b>	女婦產專科醫師		0932-001152	陳小姐
<b>桃園惠生婦產科診所</b>	專、兼任婦產科 醫師（男女不拘） 家醫科女醫師 內科女醫師	只看門診，不接生、不值班，供住宿，醫療團隊氣氛佳。	0982-504 650	蔡小姐

# 徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
堰新醫院	婦產科主治醫師	待遇面洽，需具備醫師證書、婦產專科醫師證書 工作地點：桃園縣平鎮市堰新醫院	03-4941234 分機 2952 分機 2841	蔡副課長 黃小姐
送子鳥診所	婦產科專科醫師	除了千篇一律的工作模式 您也可以「轉身」創造更美好的人生	03-5233355 分機 102	朱小姐
台中市權霖診所	婦產科專科醫師	待遇佳，工作環境優 診所位於文心路、大業路口，家樂福斜對面，近台中市政府。	0910-563125	許醫師
台中市南屯區婦產科診所	婦產科女醫師	專任、兼任皆可	0937-395612	王小姐
台中市婦產科診所	婦產科專科醫師	因擴大服務需求，增聘專科醫師，待遇優，高保障底薪 PPF 無上限，發展潛力大，歡迎有衝勁醫師加入。	0912-320520	邱主任
台中婦產科診所	婦產科專科醫師	須接生，可值班，待遇優	0939-441615	林醫師
新惠生醫院	婦產科專科醫師	1. 純門診不值班，待遇優 2. 本院環境優美舒適，團隊陣容堅強 3. 徵求有服務熱忱醫師加入我們行列	04-25228792 分機 3108 0933-554406	羅小姐
光田醫療社團法人 光田綜合醫院	婦產科 主治醫師 住院醫師	本院榮耀：99 年新制醫院評鑑特優、98 年新制教學醫院評鑑優等。 1. 本院特色： (1) 光田醫療體系-弘光科技大學提供取得教職機會(已有論文發表者優先兼課)及研究計劃。 (2) 有提供宿舍及單身住宿。 (3) 論文發表及口頭報告頒發獎金(最高 240000 元/篇)。 (4) 每年提供高階研究經費補助院內專題研究計劃及產學研究計劃之申請。 (5) 其他福利可上本院網站查詢 <a href="http://www.ktgh.com.tw">http://www.ktgh.com.tw</a> 。 2. 報名方式:有意者請將履歷郵寄或 mail 至本院 3. 待遇：面議 4. 聯絡地址：43303 台中市沙鹿區沙田路 117 號(人力資源組) 5. 電子郵件地址:hrm@ktgh.com.tw	04-26621100	胡小姐
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 敬請意者至本院網址： <a href="http://www.tzuchi.com.tw">http://www.tzuchi.com.tw</a> 下載履歷表、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 號台中慈濟醫院 人力資源組王小姐收，或電子郵件地址： <a href="mailto:kelen_wang@tzuchi.com.tw">kelen_wang@tzuchi.com.tw</a>	04-3606-0666 分機 3739	王小姐



# 徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
皓生婦幼醫院	婦產科專科醫師	環境佳、待遇超優 另誠徵各專科醫師，不限科別	04-8379560	邱小姐
佛教大林慈濟綜合醫院	婦產科專科醫師	工作環境： 1. 設備齊全--內視鏡、尿動檢查、不孕症 2. 與大學醫學院合作密切，升等管道暢通 3. 鼓勵在職進修 待遇： 1. 依本院薪資及抽成辦法 2. 提供醫師有眷宿舍 傳真：05.2648999 地址：嘉義縣大林鎮民生路 2 號人資室	05-2648000 分機 5165	王小姐
台南郭綜合醫院	1. 婦產科主治醫師 2. 婦女泌尿專科醫師	待遇特優，有保障薪，意者請 E-mail 履歷表至本院信箱： kgh@kgh.com.tw (醫院) 或 yisu@kgh.com.tw (蘇主任)	06-2221111 分機 5505	人事室 蘇雅娟 主任
樂生婦幼醫院	婦產科醫師	待遇特優，有保障薪 意者請 E-mail 履歷表至本院信箱： lovesaint@seed.net.tw 或來電。	0926-650065	司小姐
高雄義大醫院	婦產科專科醫師 2 名	1. 具婦癌專長主治醫師 2. 一般型主治醫師 保障薪優，環境佳	07-6150011 分機 1157	呂小姐
屏東安和醫院	婦產科醫師 (需具備專科醫師執照)	PPF 無上限，上班地點：屏東市或屏東潮州鎮，本院現有婦產科醫師 10 名、小兒科醫師 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
衛生署立金門醫院	婦產科專科醫師	資格： 1. 婦產科專科醫師(具中華民國婦產科專科醫師證書) 2. 年紀 50 歲以下 3. 不必有公務員資格亦可應徵 待遇 (一) 公職醫師依本院薪水及獎勵金辦法給付 (二) 合約醫師月薪 25 萬 (三) 並提供醫師眷舍	082-330455 082-332546 分機 1708、1706	人事室 薛主任
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	

◎176 通訊繼續教育答案◎

題目：剖腹產需要放導尿管嗎？

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) 2568-4829  
傳真：(02) 2209-1476

台灣婦產科醫學會

收

郵 自

票 貼



September  
**23-27, 2011**  
Taipei, Taiwan  
**AOCOG 2011**

The XXII Asian and  
Oceanic Congress of  
Obstetrics and Gynecology



第 22 屆亞太婦產科醫學年會  
2011 年 9 月 23 日(五)-27 日(二)

1. 本報名表限台灣婦產科醫學會會員使用
2. 報名截止日期：2011 年 5 月 31 日
3. 填妥報名表後請傳真至(02)2100-1476
4. \*為必填欄位

**大會報名表**

STAFF USE ONLY

接受報名日期：  
匯款資料：  
報名編號：

**1. 與會者基本資料**

\*稱謂  Prof.  Dr.  Mr.  Ms. \*台灣婦產科(TAOG)會員會員編號：\_\_\_\_\_

\*中文姓名 \*英文姓名(姓氏請使用全大寫)

---

\*服務單位 (中文) \* (英文)

---

\*職稱 (中文) \* (英文)

---

\*身分證字號 \*出生日期(年月日) / / \*是否吃素  是  否

---

\*聯絡地址  公司  住家  
□□□

---

\*聯絡電話 - - 傳真 - -

---

\*電子郵件 @

**2. 大會報名費用**

身分別	<b>2011 年 7 月 31 日前完成報名並繳費</b> *報名費均已獲得學會補助
會員	<input type="checkbox"/> NTD 7,500
資深會員(65 歲以上)及住院醫師	<input type="checkbox"/> NTD 2,000
社交活動	
2011 年 9 月 23 日 - 歡迎酒會(站立式自助餐)	<input type="checkbox"/> 參加 (報名者免費)
2011 年 9 月 26 日 - 大會晚宴(圓山飯店/中式桌菜)	<input type="checkbox"/> 參加 (NTD 500 元 X ____張) 每人限購 2 張(於報到時領取)
總計	新台幣_____

**3. 繳費資訊**

請以郵局劃撥方式進行繳費。繳費日期：即日起至 2011 年 7 月 31 日前，請於付款後，附上劃撥回執收據及註明您報名姓名及會員號碼，傳真回學會，傳真號碼 **02-21001476**

戶名：台灣婦產科醫學會 學會劃撥帳號：00037773

學會電話：02-25684819 學會傳真：02-21001476

大會秘書處：02-25081825 (圓桌會議顧問公司) 大會信箱：service@aocog2011.org.tw

台灣婦產科醫學會(TAOG)網站 [www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw)

投稿及更多本大會相關資訊，請參考 AOCOG 2011 大會網站—[www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)

## 編 後 語

游淑賢

炎炎夏日，颱風還沒來幾個，塑化劑風暴倒是如火如荼的展開了。正在昏昏欲睡的當下，接到學會為會員提供的處理原則建議，精神又來了，感謝學會於此期會訊中再次提醒。

預防保健服務在各國都是很重要的一環，若能落實，政策也能配合，國民健康的提升是指日可待。大概上位者終於想通了，(當然醫界的努力也功不可沒)，五月十三日修正公告了鉅細彌遺的注意事項，整整十頁，請大家用力看，認真做，期待有一天疾病都可以早期發現，早期治療，希望到時候醫療支出變少，醫師的給付可以增加，屆時或許大家可以不必為了「業績」而過勞了。當然，以 RBRVS 來重新制定合理的健保支付標準也許亦無不可，歡迎各位腦力激盪，提供建言。

剖腹產需要放導尿管嗎？當然阿，前輩都是這麼做的呀！經常在傳統處置中提出不同思維的李耀泰醫師，這回又有不一樣的分析，供大家參考。林思宏醫師及蘇怡寧醫師則教導大家 Array CGH 在臨床上的運用；加上蔡宏志醫師探討經常造成婦女及大部分基層醫師困擾的早期懷孕與懷孕相關問題的超音波發現，相信各位會員精神都來了，而且求知若渴，趕快報名九月份的 AOCOG 吧！

窗外的阿勃勒正盛開，願婦產科同仁們均能放下煩憂，有花當賞直需賞，祝福各位！



## 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
110621-1	Endometrioid epithelial ovarian cancer	敏盛綜合醫院	20 樓演講廳	06 月 21 日 07 時 30 分	06 月 21 日 08 時 30 分	B	1 分
110622-1	如何使用超音波掃描執行乳癌篩檢	中山醫療社團法人中山醫院	台北市仁愛路四段 112 巷 11 號大會議室	06 月 22 日 13 時 00 分	06 月 22 日 14 時 00 分	B	1 分
110625-3	婦科手術的新境界	中華民國婦高醫學會 中華醫學會	台北榮民總醫院 致德樓會議室第 4 會議室	06 月 25 日 13 時 30 分	06 月 25 日 16 時 40 分	B	3 分
110625-1	ㄟ疹&尖頭濕疣 (菜花)	台灣泌尿科醫學會	柳營奇美醫院一樓 第二會議室	06 月 25 日 14 時 00 分	06 月 25 日 16 時 10 分	B	2 分
110626-1	尿路動力學進階教育課程	台灣尿失禁防治協會	台北市立聯合醫院忠孝院區 10 樓大禮堂	06 月 26 日 09 時 00 分	06 月 26 日 17 時 10 分	B	6 分
110626-3	2011 北區性傳染病繼續教育訓練	臺灣皮膚科醫學會	國立台灣大學醫學院 102 講堂	06 月 26 日 09 時 00 分	06 月 26 日 16 時 00 分	B	5 分
110626-4	Robotic GYN Surgery Symposium in Taiwan, 2011/ 2011 台灣婦科達文西手術論壇	三軍總醫院 婦產部	三軍總醫院 B1 第二演講廳	06 月 26 日 09 時 30 分	06 月 26 日 16 時 50 分	B	6 分
110626-2	婦女泌尿道問題	台中市醫師公會	行政院衛生署台中醫院 12 樓大禮堂	06 月 26 日 14 時 30 分	06 月 26 日 15 時 30 分	B	1 分
110628-1	Recurrent cervical cancer	敏盛綜合醫院	20 樓演講廳	06 月 28 日 07 時 30 分	06 月 28 日 08 時 30 分	B	1 分
110628-2	家暴暨性侵害案件醫事人員研習會	三軍總醫院	三軍總醫院 B1 第三演講廳	06 月 28 日 09 時 00 分	06 月 28 日 16 時 30 分	B	1 分
110703-1	100 年度學術研討會	台灣家庭醫學醫學會	國防醫學院	07 月 03 日 09 時 00 分	07 月 03 日 17 時 10 分	B	2 分
110706-1	The Ethical Concern toward Women in Clinical Settings	林新醫療社團法人林新醫院醫教會	B 棟 13 樓國際會議廳	07 月 06 日 07 時 30 分	07 月 06 日 08 時 30 分	B	1 分
110709-2	停經婦女使用賀爾蒙的正確認知	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	07 月 09 日 07 時 30 分	07 月 09 日 09 時 00 分	B	1 分
110709-1	New Trends in Gynecology Cancers: origin, epigenetics and early detection	中華民國婦癌醫學會、台灣婦癌醫學會、花蓮慈濟醫院婦產部	花蓮慈濟醫院協力樓二樓合心講堂	07 月 09 日 10 時 45 分	07 月 09 日 14 時 30 分	B	3 分
110714-1	UPDATE IN LAPAROSCOPIC ENDOMETRIOSIS SURGERY	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院-秀傳亞洲遠距微創手術訓練中心	彰化縣鹿港鎮鹿工路 6-1 號-秀傳亞洲遠距微創手術訓練中心	07 月 14 日 08 時 00 分	07 月 16 日 16 時 00 分	B	10 分
110717-1	12th New Innovation Ultrasound In Ob/Gyn	奇異亞洲醫療股份有限公司	上午場 (台大 102 講堂) 下午場 (成大第三講堂)	07 月 17 日 08 時 00 分	07 月 17 日 18 時 00 分	B	3.2 分
110723-1	OAB 繼續教育學術研討會	台灣尿失禁防治協會	君品酒店五樓亮懷廳	07 月 23 日 13 時 30 分	07 月 23 日 18 時 30 分	B	4 分
110820-1	第三屆台兒第一孕期唐氏症篩檢工作坊	台兒診所、元培科技大學放射技術系、中華民國醫事放射師公會全國聯合會	新竹喜來登大飯店會議廳 (新竹縣竹北市光明六路東一段 265 號)	08 月 20 日 09 時 00 分	08 月 20 日 17 時 00 分	B	6 分
110827-1	21 世紀免疫與發炎新知探討: 突破性的科學與臨床應用	中華民國職業病醫學會	臺北市大安區 敦化南路二段 201 號 香格里拉台北遠東國際大飯店	08 月 27 日 09 時 00 分	08 月 28 日 12 時 30 分	B	9 分

September **23-27, 2011**  
**Taipei, Taiwan** The XXII Asian and  
 Oceanic Congress of  
 Obstetrics and Gynecology

## New Frontiers in Women's Health

### 第二十二屆亞太婦產科醫學會

2011年9月23-27日 台北國際會議中心

為鼓勵國內醫師參與本次大會，特延長開放海報摘要投稿至 **2011年6月30日止**，歡迎踴躍投稿！

The deadline for abstract submissions for the poster display has been extended to June 30, 2011. Local physicians are encouraged to submit abstracts and participate in the AOCOG 2011.

#### Registration 註冊報名

請上大會官網下載中文報名表 ([www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw))，填妥後請傳真至台灣婦產科醫學會 (02)2100-1476 完成報名。

Please visit the Congress website at ([www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)), download and complete the registration form, and fax to TAOG (02)2100-1476

敬請把握  
機會參與

報名費截止日期: 2011年7月31日

(凡7月31日以前報名，報名費每項美金100美金)

Deadline: July 31, 2011, Late and On-site

(from August 1, 2011, the registration fee is \$100 USD)

大會報名費用 Registration Fee

身分別 Type	大會報名費用 Registration Fee
會員 TAOG Member	NTD 7,500
資深會員 (65 歲以上) 及住院醫師 Senior TAOG Member (aged 65 and over) and Resident	NTD 2,000

#### Topics For Symposia 研討會主題

- |                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 1. General Gynecology 一般婦科 | 5. Reproductive Endocrinology 生殖內分泌 |
| 2. Gynecologic Oncology 婦癌 | 6. Urogynecology 婦女泌尿               |
| 3. Imaging 超音波             | 7. Menopause 更年期                    |
| 4. Perinatology 周產期        | 8. Minimally Invasive Surgery 微創手術  |

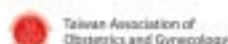
#### Congress Secretariat 大會秘書處

**Round Table PCO** Contact person: Ms. Laura CHANG  
 Tel: (02)2508-1825 ext. 114 Fax: (02)2508-3570  
 E-mail: [service@aocog2011.org.tw](mailto:service@aocog2011.org.tw)

更多資訊請上大會網站

Please visit the congress website for more information.  
[www.aocog2011.org.tw](http://www.aocog2011.org.tw)

Organizers: 主辦單位



Co-organizers: 協辦單位

