

# 台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2012年12月194期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地址：台北市權西路 70 號 5 樓  
電話：(02) 2568-4819  
傳真：(02) 2100-1476  
網址：<http://www.taog.org.tw/>  
E-mail：[obsyntw@seed.net.tw](mailto:obsyntw@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 (02) 23698391  
林仲豪 (06) 2200386  
范晉魁 (02) 27519918 分機 111

# 臺灣婦產科醫學會

## 博 物 館



## 招 牌 設 計 稿 圖 樣



# 台灣婦產科醫學會 194 期會訊

## 目錄精華

04 理事長的話 | 文／謝卿宏

---

07 秘書長的話 | 文／黃閔照

---

14 秘書處公告 | 文／秘書處

14 行政院衛生署 函

檢送 101 年 10 月 8 日研商醫療機構「收取指定醫師費」相關事宜會議紀錄 1 份，請 查照。

16 七星山-登山步道

17 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會—活動須知

18 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會—報名表

---

20 通訊繼續教育

以 fluconazole 治療復發性陰道黴菌炎？ | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

---

26 會員園地

除卻非故意或重大過失不良醫療結果之非難<sup>3</sup>，有那麼難<sup>3</sup>嗎？

（法官背景的吳秉叡立委支持 醫療糾紛不責難補償制度） | 文／周天給

---

32 法律信箱

「生產風險補償條例」草案修法建議 | 文／高添富

---

37 編後語 | 文／李耀泰

---

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

## 理事長的話

謝卿宏

又值歲末寒冬，氣溫變化大，大家一定要穿暖和些。在此，先恭賀大家聖誕快樂，新的一年萬事如意、富足平安。

### 學會文物館買在龍潭渴望園區（如封面與內頁）

12月11日我代表學會和屋主吳貴霖、張瑞紋夫婦在中壢就文物館（博物館）簽署買賣合約，購價1,600萬台幣，聖誕節後就會交屋。學會文物館是獨棟三層樓別墅，景色優美，佔地140多坪，建地80多坪，惠請大家先睹為快。我們現在所募可用款項已達1,400多萬，感激所有慷慨解囊會員與朋友的熱情幫忙；當然，我也希望所有會員都能夠踴躍捐款，不管金額多少，都是很大的貢獻，歷史一定會記上我們這一頁。期待大家攜手共同在創造台灣婦產科醫學會歷史的紀錄中齊步前進！千萬不要缺席！

### 要參加每月的登山聚會

日前，驀然發現北部的登山已有幾個月沒辦了，即使秘書長和我每週都有活動要南北奔波，我還是希望秘書處每個月都要規劃台北近郊的登山活動，來聯絡大家的感情，也來促進大家的身體健康。因此，明年1月27日與2月24日我們將分別規劃陽明山七星山踏青與龍潭石門山和學會文物館半日遊，希望大家踴躍參加。

### 明年年會在台南大億麗緻

3月16、17日兩天的年會已在緊鑼密鼓籌備中，這次的古都行將比2006年更精彩，郭宗正副理事長已帶領大台南地區的幹部與會員正積極在辦理中，而且秘書長和秘書處也準備了不少台南的好料與紀念品要和大家分享，大家一定要把握一年一度的盛會，一定要放下工作來參加，與家人、老朋友共同享受南台灣風情，也享受學會安排的學術宴饗。今年，我們除了邀請日、韓與AOFOG的貴賓外，還有世界婦女泌尿醫學會(IUGA)前理事長荷蘭籍的Vervest教授與2013-2015FIGO理事長英國籍Arul教授，更首次邀請到美國婦產科醫學會(ACOG)2012理事長Martin教授與會，期待大家熱烈參與3月16日(週六)的International Symposium和AOFOG Forum，也期待我們能開創學會在國際關係上新的一頁。謝謝大家！

最後敬祝大家身體健康！

附件二

學會文物館已捐款名單 12/19

姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額
謝卿宏	500,000	郭國銓	250,000	郭宗正	250,000	張維君	200,000	洪秉坤	200,000
林錦義	200,000	林新醫療 社團法人 林新醫院 (陳雲娥)	200,000	林新醫療 社團法人 林新醫院 (林仁卿)	200,000	林金龍 (顧問)	200,000	周天給	150,000
蘇聰賢	100,000	鄭英傑	100,000	蔡英美	100,000	蔡明賢	100,000	蔡永杰	100,000
黃閔照	100,000	黃昭彰	100,000	黃光大	100,000	陳霖松	100,000	陳建銘	100,000
陳俊吉	100,000	陳明哲	100,000	張基昌	100,000	張紅淇	100,000	張甫行	100,000
翁順隆	100,000	徐超群	100,000	林正宗	100,000	吳輝明	100,000	王漢州	100,000
何博基	100,000	張錫安	100,000	陳文龍	100,000	姚博琳	100,000	楊友仕	100,000
莊國泰	100,000	吳昆哲	100,000	陳尙仁	100,000	蕭弘智	100,000	陳鴻基	100,000
黃東曙	100,000	龔福財	60,000	謝鵬輝	56,000	鄧志文	50,000	蔡鴻德	50,000
蔡奇璋	50,000	詹德富	50,000	黃德雄	50,000	黃思誠	50,000	張宗進	50,000
柯助伊	50,000	官大弘	50,000	李義男	50,000	何弘能	50,000	柯滄銘	50,000
楊昭宗	50,000	楊宜杰	50,000	呂秉正	50,000	賴文福	50,000	游淑寶	30,000
陳祈安	30,000	張兆榮	30,000	張少萌	30,000	林正義	30,000	李厚懿	30,000
王功亮	30,000	李耀泰	26,000	賴明志	20,000	潘世斌	20,000	楊宗力	20,000
黃建霈	20,000	無名氏(鄭淑)	20,000	曾智文	20,000	陳杓熊	20,000	張弘政	20,000
高添富	20,000	林潔靈	20,000	林茂	20,000	吳峻賢	20,000	何志明	20,000
白進發	20,000	王淑毅	20,000	周美蓮	20,000	陳持平	20,000	王孫斌	20,000
何宗泰	20,000	尹長生	20,000	陳麗賢	20,000	陳光煒	20,000	洪勇雄	20,000
龍震宇	20,000	陳星佑	20,000	張榮州	20,000	郭秋虎	20,000	蔡佳璋	20,000
王炯琅	20,000	呂賴樺玉	20,000	王中誠	20,000	徐文成	11,500	陳清風	12,000
魏福茂	10,000	魏重耀	10,000	蔡欣昱	10,000	廖基元	10,000	楊應欽	10,000
黃慶菖	10,000	黃煥文	10,000	黃啓明	10,000	黃茂宗	10,000	黃青雲	10,000
曾志仁	10,000	傅國維	10,000	陳哲男	10,000	陳世民	10,000	許榮麟	10,000
許峰雄	10,000	徐弘治	10,000	林禹宏	10,000	李永全	10,000	吳孟興	10,000
江千代	10,000	王火金	10,000	王上卿	10,000	王三郎	10,000	杜方超	10,000
魏銘洲	10,000	王鵬惠	10,000	陳榮輝	10,000	方昌仁	10,000	郭鴻璋	10,000
施英富	10,000	吳守正	10,000	無名氏	10,000	王明賢	10,000	張素瑜	10,000
黃港生	10,000	謝麗萍	10,000	葉文德	10,000	李東瑩	10,000	朱明星	10,000
楊朝森	10,000	黃昭順	5,000	曾資程	5,000	吳志奮	5,000	鄧森文	4,000
無名氏	4,000	陳美華	3,600	賀學鉅	3,000	馬大勳	3,000	王宇怡	3,000
李天俠	2,000	呂英仁	2,000	簡博賢	1,000	王鑄迪	1,000	合計	7,697,100
其他廠商捐款	5,830,000	將捐款名單金額	630,000	合計	14,157,100				

學會文物館捐款名單

姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額
謝卿宏	50 萬	武國璋	1 萬	陳勝咸	2 萬	李茂盛	10 萬
備註：名單及金額如有出入請電學會告之以利修正							

各位敬愛的會員：大家好！

首先感謝大家一直以來對學會的支持。

今有一事要拜託大家幫忙，是攸關婦產科歷史文物的保存！去年黃思誠教授領導主編「台灣婦產科五十年」時，我們發現，台灣婦產科文物的流失極為嚴重，常一不留意，即被丟棄，為搶救逐漸散失中的台灣婦產科有形、無形的歷史，及保存與學會相關之會員個人、團體的文物，以彰顯歷史傳承意義及價值，學會決定購置「台灣婦產科醫學會歷史文物會館（或博物館）」，並訂定「台灣婦產科醫學會歷史文物會館（或博物館，以下簡稱文物會館）建館基金籌募辦法」（如附件）。完成保存婦產科文物的使命，該辦法已於2012年3月4日第19屆第3次會員代表大會正式通過在案。

而購置文物會館所需之款項頗大，2012年5月20日理監事會時已向理、監事募到約380萬元。望藉由理監事們的義舉，能收拋磚引玉之功，今盼大家也能為婦產科歷史的保存盡一份心力。

不論金額多寡，均望您熱烈支持，學會必將妥善運用與管理。此外，捐款可以抵稅，而且捐獻芳名錄會銘示於文物會館一樓，以為紀念。學會在此先感謝您的熱心支持，謝謝！

捐款專戶

銀行帳號：玉山銀行民權分行 0598-940-134000

（請務必在匯款時，於附註欄寫明個人姓名及用途）

戶名：台灣婦產科醫學會

最後敬祝大家

身體健康 闔家歡樂

理事長 謝卿宏

監事長 何弘能

副理事長 蕭弘智

副理事長 郭宗正

副理事長 蔡英美

秘書長 黃閔照

財務委員會召集人 張維君 敬上

101.05.23

## 秘書長的話

黃閔照

各位會員平安！

台南我們來了！年會籌畫活動正積極展開，感謝所有投入參與工作的工作伙伴，學術委員會、台南市政府及郭宗正院長的協助，此次會訊先附上台南旅遊地圖一份，讓大家除了參加學術活動外，也可以開始規劃如何玩遍台南府城。

學會歷史文物館正式簽約了，這是婦產科醫學會歷史的新頁，文物館位居龍潭渴望園區內，獨棟庭院三樓挑高設計，將來建構完成後，學會秘書處會安排會員龍潭登山健行及會館參觀活動，這當中最要感謝理事長籌募文物館基金，完成此一不可能任務。目前雖然簽約完成，但還是需要會員大家捐款，完成這最後一塊美麗的拼圖。

最近「超時醫師費」一事再次引起社會關注，婦產科醫師過勞及給付過低現象，過去健保給付只計算醫師到達產房或開刀房的成本分析，給付接生費 8902 點，這當中都未曾計算待產中醫師 stand by 之費用，半夜、假日非值班時間，出勤交通等費用，常常醫師自行吸收，少部分醫院有體恤醫師非常規時間接生辛勞，給予少許的加成補助費用。正本清源而言的是因為過去定額包裝下，健保局未對執行醫療業務去細分析真正成本，RBRVS 又久久無法上路，學會最近也將會發文健保局就生產執行之醫療業務不足的部分，要求增加項目，爭取較合理的健保給付，以吸引年輕優秀的醫師投入接生工作。

母嬰親善認證造成醫護過勞，卻少有實質性補貼，在學會爭取下，國健局明年將改書面認證模式，詳細認證程序仍未定案。但學會日前卻接到台北護理健康大學的來文，要求派人參加未來認證制度的共識會，學會也立即發文國健局說明相關婦產科醫療業務的認證工作，怎可委由私人團體為之，恐影響將來婦產科醫療單位參與認證的權益及意願。學會接手這兩年的母嬰親善認證多以鼓勵認證取代嚴格評鑑工作，最主要是希望大家都能成為母嬰親善醫療單位，同時也能下降不必要之醫護行政業務，今年實地認證醫療院所共 73 家參與，通過為 67 家，通過率為 91.78 %，明年的書面認證標準如何，學會會再密切關注。

今年最後一場繼續教育於 12 月 16 日於台中金典酒店舉辦，今年總共舉辦 40 場繼續教育課程，平均參加人數 91 人，感謝所有參加的會員們，你們熱情的參與是秘書處最大的動力，今年包括會員旅遊、登山健行活動也都參與踴躍，各委員會運作平順，生育救濟計畫上路等，還是要感謝所有會員、會員代表及理監事們的支持。明年度的活動秘書處也在規劃中，另為節能減碳，明年會訊及會刊將依個人需要，寄發紙本，學會也會在明年初開始做電訪，調查所有人的通訊地址及電郵帳號，透過網路建構，以改善目前紙本印刷的成本，並呼應綠色環保。

新的一年即將來臨，預祝 大家事業順利、身體健康。

# 101年大事紀



衛生署下令不得以任何形式揭示胎兒性別，引起反彈，國健局表示僅限於產前遺傳諮詢。20111230



學術委員會討論年會學術活動。20120107



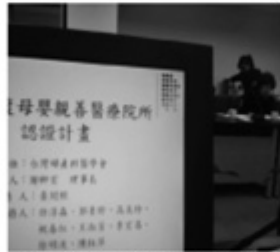
醫藥記者聯誼會忘年會。20120107



國際事務委員會討論 FIGO 及 AFOG 問題。20120107



RBRVS 及健保委員會討論 RBRVS 介入及基層開放 C 表項目。20120108



101 年度母嬰親善醫療院所認證計畫評審會議。20120113



雲林縣婦產科醫師聯誼會於斗六緞麗伯爵飯店聚會，黃啟明，陳夢熊，謝卿宏，賴文福。20120115



醫策會討論 TCPI 台灣醫療品質指標建議刪除 VBAC 項目，新增高危險妊娠比例及類固醇施打率。20120116



新聞挖挖哇之龍年行大運。20120119



國健局邱淑緹局長，孔憲蘭副局長，李翠鳳組長與謝卿宏，郭宗正，黃閔照，鄭博仁，李建南



台南後壁烏樹林五分車懷舊之旅及關仔嶺大凍山之野櫻花盛開。20120204



PM2.5 記者會。20120216



醒新聞與立委楊麗環談人口政策。20120217



與駱會計師，林仲豪，范晉魁律師討論圓桌提告事宜。20120219



理監事會討論圓桌提告。20120219



參加立法院吳宜臻、黃文玲與殘障聯盟及北市女權會召開「國軍招募嚴重歧視」記者會。20120220





衛生署黃閔照與蔡英美參加專科醫師人力發展政策研討會 20120220



黃建霖，洪秉坤，何博基，黃閔照參加國健局 GBS 20120225



彰化溪湖羊肉爐，由柯助伊，蕭弘智，陳鴻基請客，李茂盛，賴文福，呂秉正召集。20120226



台南香格里拉飯店雲嘉南醫師聯誼會。20120226



台北故事茶坊外賓歡迎晚宴。20120302



第一次年會住院醫師教育訓練課程。20120303



台灣婦產科醫學會 101 年度學術研討會。20120303



晚宴台灣大合唱：愛拼才會贏。20120303



會員代表合照。20120304



雙連教會陳哲堯教授追思禮拜。20120305



黃昭順委員辦公室 1109 討論 GBS 及聽力篩檢問題：謝卿宏，黃閔照，徐明洸。20120308



醫療法制委員會。20120310



婦產科人力規劃容額規劃。20120318



福容飯店桃園地區醫師聯誼會，陳保仁，洪秉坤，徐鴻洋。20120318



TJOG 與 Elsevier 魏珮宇，于正穎，陳持平，洪泰和，王鵬惠，謝卿宏，黃閔照討論雜誌事宜。20120323



婦產科兒科醫學會第一次聯合討論會，吳美環，李宏昌，康明哲，林應然，蔣世中及謝卿宏，黃閔照，陳震宇，洪泰和，施景中，張靜玫。20120323



萬芳醫院 101 年度認證  
委員共識會議。  
20120407



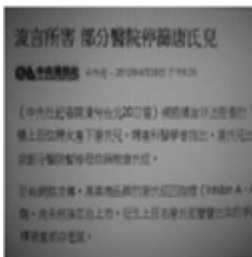
與精神科醫學會周煌  
智,蕭美君,劉嘉逸舉辦  
之產後憂鬱症講座。  
20120408



第一天到達日本與年輕  
醫師參加 JSOG 年會。  
20120411



GBS 國健局改 500 元補  
助方案。 20120415



唐氏症母血四指標篩檢  
風波,學會澄清。  
20120420



桃園東眼山森林遊樂區。  
20120422



葉光芃 PM 2.5 記者會  
20120427



醫療訴訟制度革新研討  
會,外國司法裁判上醫療  
訴訟賠償實務與體系討  
論。 20120428



產科安全品質及 GBS  
Screening 再教育。  
20120429



TVBS 報導新竹國泰生產  
預約登錄。 20120501



拜耳潮媽 APP 預計六月  
上線測試。 20120504



彭園與大陸中華醫學會  
郎景和,魏麗惠討論兩岸  
交流事宜。 20120504



誠品老中青三代產科醫  
師大會談。 20120512



產後憂鬱症分析報導。  
20120513



院士福山植物園及與宜  
蘭醫師餐敘。  
20120526



玉里慈濟黃文宗離職及  
玉里榮民醫院鄭吟豪請  
長假造成方圓百里無人  
接生。 20120528



監察委員黃煌雄討論五大皆空。 20120531



優生保健法及終止妊娠影帶會議。 20120616



國賓醫療發展課程。 20120617



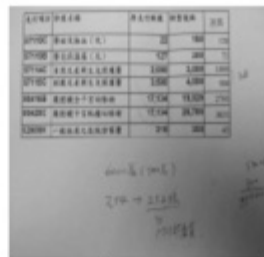
國賓各次專科及六區審查委員公識會。 20120617



馬總統你不再走，婦產科醫師要走了之國賓記者會。 20120617



自由時報之後續報導。 20120618



周天給參加健保局及全聯會討論基層門診診療費調昇 20120620



2012 雙濟婦產科醫學會成立及 AFOG 會議。 20120624



衛生署宣布通過生育救濟試辦計畫。 20120706



法務部醫療行為刑事責任之探討公聽會。 20120706



台大婦兒科聯合母乳實證研討會 20120708



富源蝴蝶谷大合照。 20120713



遠來飯店謝卿宏，蔡明賢，蘇聰賢，楊友任，林金龍，陳建銘，黃閔照討論婦產科健保政策討論會。 20120713



花蓮砂婆礑溯溪。 20120714



戒煙專線拍攝宣導影片。 20120716



華視孕婦辛酸，產科醫師荒，蔡明賢，江育同醫師。 20120716



黃煌雄監委彈劾行政院五大皆空。 20120718



集思國際會議中心舉辦衛生署守護台灣醫療高峰會議。 20120721



新北市產科病床及觀察床疑義。 20120730



澄清醫院與張金堅院長見面，頒發問證書。 20120731



與蔡明松，謝卿宏到台中參加中區婦產科北海岸聯誼會。 20120808



台大婦產科健保政策研討會。 20120812



醫事處與許銘能處長討論容額及生育登錄制度。 20120814



青少年避孕衛教手冊。 20120818



屏東市高蘆法式料理成立第一屆聯誼會，由鄭英傑擔任會長。 20120825



學會與范律師，林律師，駱會計師討論圓桌一案 20120831



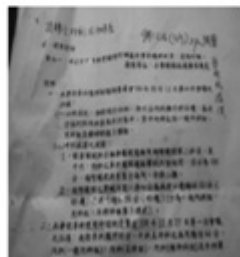
專科醫師考試 43 考試 34 及格 8 不及格 1 缺考。 20120902



渴望園區文物館地點查詢。 20120908



生育事故救濟專家會議。 20120911



衛生署開會討論婦產科專科護理師。 20120912



與國健局討論二代產檢事宜 20120920



泌尿科醫學會理事長黃一勝，秘書長蔡德甫聚餐。 20121002



媽媽寶寶談明年年會議  
題。20121003



台南市政府與顏純左副  
市長討論年會事宜。  
20121005



FIGO 台灣差點被改成  
大陸一省，之後更改為  
台灣。20121007



FIGO 會場。 20121010



FIGO 2012 之 AFOG  
session . 20121010



院士討論國際事務。  
20121013



兒科吳美環，李秉穎與  
蔡明賢，蘇聰賢，楊友  
仕，謝卿宏，何弘能，  
黃閔照討論婦兒科事  
宜。 20121020



中山醫院生育事故救濟  
說明會 20121028



101/10 月生產達最大量  
20121031



母嬰親善認證檢討會  
20121110



高雄觀音山登山健行活  
動 20121111



代理孕母再起爭議  
20121120



理事會討論兩岸交流事  
宜 20121125



國健局做母嬰親善認證  
期末報告 20121128



台南大億麗緻之醫療發  
展課程 20121201

## 秘書處公告

### 行政院衛生署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 101 年 11 月 27 日

發文字號：衛署醫字第 1010267857 號

附 件：會議紀錄

主 旨：檢送 101 年 10 月 8 日研商醫療機構「收取指定醫師費」相關事宜會議紀錄 1 份，請 查照。

### 研商醫療機構「收取指定醫師費」相關事宜會議紀錄

時 間：101 年 10 月 8 日（星期一）下午 3 時正

地 點：本署 1001 會議室

主 席：許署長銘能

出席單位及人員：（敬稱略）

記 錄：李中月

蘇立法委員清泉、行政院消費者保護處（蕭素雲）、公平交易委員會（邱淑芬）、財團法人台灣醫療改革基金會（朱顯光、李芝婷）、中華民國消費者文教基金會（謝天仁）、財團法人早產兒基金會（請假）、台灣婦產科醫學會（蘇主恩、周天給）、台灣外科醫學會（馬旭）、台灣醫院協會（陳瑞瑛、陳俞文、陳志忠、王維蓮、駱長樺、林佩萩）、台灣私立醫療院所協會（吳濬哲、黃暉庭、吳明彥、張偉河、李孟倫）、中華民國基層醫療協會（蔡有成、陳心綺）、中華民國醫師公會全聯會（蔡培斌）、中華民國中醫師公會全聯會（宋美慈）、中華民國牙醫師公會全聯會（林敬修、陳淵琮）、臺北市政府衛生局（黃小玲）、桃園縣政府衛生局（簡玉惠）、新竹市衛生局（請假）、臺中市政府衛生局（蔡明翰）、南投縣政府衛生局（張雅絮）、高雄市政府衛生局（王小星）、行政院衛生署中央健康保險局（王淑華）、健保小組（請假）、本署法規會（陳怡君）、本署醫事處（周道君）

一、主席致詞：（略）

二、業務單位報告：（略）

三、討論事項：討論收取指定醫師費之相關事宜。

綜合結論：

- （一）建請健保局評估婦產科醫師於非值班時間（off duty）額外應病人要求提供之醫療服務所生費用，納入健保給付之可行性分析，供下次會議參考。
- （二）未來可能方案：在不收取指定醫師費之原則下，受理產檢之婦產科醫師，如無提供原產檢產婦在其 off duty 時之接生服務，應事先資訊揭露，並協議或告知產婦，使其知悉未來其生產時，倘係在 on duty 時間將可為其接生；惟如在 off duty 時間，則將由該時段之值班醫師為其接生，以提供民眾就醫時適當的選擇，並確保醫師服務品質及其職業安全。
- （三）建請婦產科醫學會就各方意見內部先行會商，以研議具體可行方案，並請進行問卷調查，針對一種是在不收費之原則下，民眾來待產，但產檢醫師未來沒有責任一定幫其接生的狀況，及另一種是在醫師非上班時間，如仍指定醫師為其進行剖婦產或接生，可酌收 off duty 的超時加班費或值班費（名詞未定）等兩種情形，探詢民眾之意見或意向，以供本署作為政策參考。

四、臨時動議：無。

五、散會。

# 七星山-登山步道

## 康樂福利委員會

七星山海拔 1120 公尺，山勢雄偉狀闊。可沿著陽金公路、中湖戰備道、菁山路一〇一巷、新園街來一趟環山之旅，全長約 15 公里，本區交通便利、停車場眾多、只要天氣良好，常見民眾呼朋引伴，一起上山遊玩，本區擁有許多處健行步道，是值得大家常常來健行的好去處。

\*日期：102 年 1 月 27 日（星期日）

\*集合時間：上午 8：00

\*集合地點：學會門口

登山路徑：七星山苗圃登山口—七星公園—七星山主峰—東峰—再回七星公園

（視個人狀況而定，可抵達七星山或只到七星公園）

登山路程：約 3 個小時

登山難易度：易

攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

午餐：學會招待（便當）

時間：中午 12：30 分

本行程領隊：康樂福利委員會召集人 王三郎

\*報名方式：

欲參加者請於 102 年 1 月 20 日前報名，報名時請填寫下報名表傳真至學會。

報名費用 1 人 300 元 劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科學會

◎無事先報名者恕不供應午餐

◎學會電話：02-25684819 傳真：02-21001476

會員姓名		會員編號	
眷屬姓名			
身分證字號		出生	
電話	行動	傳真	
地址			



# 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會

## 活動須知

### ○ 學術研討會

時 間：102 年 3 月 16 日~3 月 17 日（星期六、日）

地 點：台南大億麗緻酒店(台南市中西區西門路一段 660 號)

### ○ 繳費項目

102 年度常年會費：3,500 元（永久會員免繳此項）

102 年度年會報到費：2,000 元（65 歲以上免繳此項）

PS.電腦系統將會記錄會員之繳費情形，若往年年費未繳清者，請先繳納過去年度的費用，再行繳交 102 年度之會費

### ○ 繳費方式

請盡量利用郵政劃撥事先繳費報名，以加速大會報到作業。

①劃撥接受日期：102 年 1 月 1 日至 102 年 2 月 10 日。

並請於劃撥單備註欄註明各項繳費項目及會員編號。

②根據衛生署規定，年會積分之取得需親自出席報到。

劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

### ○ 午餐

102 年 3 月 16 日~3 月 17 日（星期六、星期日）的午餐，由大會免費招待。

### ○ 歡迎晚宴

時 間：102 年 3 月 16 日（星期六）PM 6:00

地 點：台南大億麗緻酒店(5 樓麗緻廳)

### ○ 住 宿

■大億麗緻酒店 (基本房)單人房 3600 元、雙人房元 3900 元，均含早餐，含服務費。  
(行政房)單人房 4400 元、雙人房 4700 元均，含早餐，含服務費

電話:06-2160077 地址: 台南市中西區西門路一段 660 號

請傳真訂房表自行訂房（表明為台灣婦產科醫學會會員）。

### ■ 旅遊

會員可自行搭乘台南市政府旅遊公車路線 88、89 公車

旅遊資訊請參考旅遊手冊

台南市公車動態路線時間查詢網址: <http://tourguide.tncg.gov.tw/tnbus2/>

# 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會

## ❧ 晚宴報名表 ❧

### ○ 歡迎晚宴

時 間：102 年 3 月 16 日（星期六）PM 6:00

地 點：台南大億麗緻酒店(5 樓麗緻廳)(台南市中西區西門路一段 660 號)

費 用：會員及眷屬（限攜眷一人，15 歲以上）每人均 500 元，歡迎參加。

（65 歲以上之會員免費招待）

報名方式：欲參加者請於 102 年 2 月 10 日前報名，報名時請務必填寫下表，並附上劃撥回執收據傳真回學會。預計 400 名，額滿為止，屆時一律憑邀請卡入場（邀請卡於會前寄出）。

未事先報名者謝絕入場。

學會電話：02-25684819      傳 真：02-21001476

學會劃撥帳號：00037773      戶 名：台灣婦產科醫學會

## 報名表

會員編號		劃撥回執浮貼處
會員姓名		
眷屬姓名		
眷屬姓名		
電 話		
傳 真		
通訊地址		

共\_\_\_\_\_人



2013-03-16

台灣婦產科醫學會訂房表格  
台南大億麗緻酒店訂房表

請填妥下列表格後回傳至大億麗緻酒店訂房組

email: [reservation@tayihlandis.com.tw](mailto:reservation@tayihlandis.com.tw)

Telephone: 886-6-2160077

Fax: 886-6-2160055

住客姓名			身份證字號			生日		
服務單位			職稱					
地址								
Email								
電話			傳真			行動電話		
入住日期					退房日期			
房型 □請勾選	<input type="checkbox"/> 都會客房 /1 客早餐(1 大床) 高樓層景觀	<input type="checkbox"/> 行政客房 /1 客早餐(1 大床) 高樓層景觀	<input type="checkbox"/> 雅緻單人房 /1 客早餐(1 大床)	<input type="checkbox"/> 雅緻雙人房 /2 客早餐(1 大床)				
	NT\$4400.net X 間 x 晚	NT\$4400.net X 間 x 晚	NT\$3600.net X 間 x 晚	NT\$3900.net X 間 x 晚				
	<input type="checkbox"/> 豪華家庭房 /4 客早餐(2 中床)	<input type="checkbox"/> 雅緻雙人房 /2 客早餐(2 小床)						
	NT\$6400.net X 間 x 晚	NT\$3900.net X 間 x 晚						

■ \*\*因房間總數有限，依回傳訂房單優先順序提供預訂，將於 2013-01-15 前截止訂房。

信用卡資料:

卡別	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> JCB				
卡號	/ / /			卡片到期日	(MM)/ (YY)
持卡人姓名: (請以正楷填寫)			持卡人電話		
持卡人簽名 (同信用卡簽名):			末三碼	Date:	

注意事項

- 無完整信用卡資料保證之訂房，恕無法保留訂房。
- 如欲取消保證訂房或延期，請務必於預定住宿當前一日完成，否則本酒店仍保留預訂的房間，並將收取一日之房租。
- 本酒店住宿登記時間為 15:00 以後，退房時間為中午 12:00 前。若您預計的到達時間早於 15:00，我們將依當日房況儘量幫您安排，但不保證得於 15:00 前 Check In。
- 請簽名後回傳此訂房表至 886-6-216-0055(訂房組)，若未回傳將無法完成訂房程序。
- 以上優惠房價僅適用此次活動，自 2013 年 3 月 16 日至 2013 年 3 月 17 日止。
- 因房間總數有限，依回傳訂房單優先順序提供預訂，將於 2013-01-15 前截止訂房。

■ 通訊繼續教育

# 以 fluconazole 治療復發性陰道黴菌炎



李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 郭宗正<sup>1</sup>  
台南郭綜合醫院<sup>1</sup> 婦產科  
台北中山醫院 婦產科

黴菌（candida）存在在人的全身上下，包括口腔、腸道及婦女的陰道。黴菌如發現在陰道但沒有症狀（佔 20 %），是可以不治療的，因此黴菌也可以算是陰道內正常的菌種。如果黴菌在陰道的濃度增加導致痒癢、刺痛、外陰紅腫、小便疼痛、或裂開等症狀時，就需要治療。

外陰陰道黴菌不能算是一種性病，但黴菌雖會經由性行為傳染給性伴侶，男性感染黴菌時，會在龜頭等部位出現症狀，因此婦女一旦有了黴菌感染，其配偶亦應考慮接受治療。但有報告結論，治療其配偶助益不大。

外陰陰道黴菌炎最多的菌種乃白色念珠菌（candida albicans），約佔 80-90 %，其它的則為非白色念珠菌種，包括 C.glabrata、C.tropicalis、C.parapsilosis、C.krusei 等。取陰道分泌物在顯微鏡下如見到偽菌絲（pseudomycelia，如白色念珠菌）或球孢子（spores，多為非白色念珠菌）可協助診斷，但顯微鏡下的靈敏率只有 50-80 %，加用 10 % potassium hydroxide（KOH）時較易觀察。否則要靠黴菌培養或 PCR（polymerase chain reaction）來檢查。

婦女一生約有 70-75 % 感染黴菌的可能，其中 5-8 % 會有復發性外陰陰道炎，即 1 年發生症狀  $\geq 4$  次，稱慢性陰道黴菌炎，對婦女十分困擾。治療黴菌的藥物很多，包括陰道和口服使用，目前以 fluconazole 最為有效、方便、副作用少，1 周只需服用 1 次，儼然成為治

療的標準藥物，但慢性復發性疾病有時需使用此藥數月甚至 1 年。本文特回顧 fluconazole 治療復發性外陰陰道炎的文獻，以供同仁參考。

## 藥理

Fluconazole 乃半合成的 azole，可以口服或靜脈注射。口服使用 1-2 小時後血中達尖峰濃度，生物利用 (bioavailability) > 80%，半衰期長 (平均為 31.6 小時)。口服 150 mg fluconazole，7 天後血漿濃度仍有 2.82 µg/mL (白色念珠菌的最少抑制濃度為 0.39 µg/mL)，因此可以每週使用 1 次。但對非白色念珠菌要增加劑量。Fluconazole 乃一種黴菌抑制劑，但亦有報告認為是殺菌劑，其大部分 (60-75%) 經由腎臟排出，其次為大便。在懷孕用藥屬於 C 級。

## 急性時治療

文獻中顯示，口服 fluconazole 治療急性外陰陰道黴菌炎是有效的，台北榮總趙等報告 24 位陰道黴菌炎患者，黴菌培養為白色念珠菌有 14 位 (58.3%)，為非白色念珠菌有 9 位 (37.5%)，另 1 位 (4.2%) 同時有白色念珠菌和 *C.glabrata*，只以口服 1 次 fluconazole 150 mg 來治療。結果在 28-38 天觀察，臨床上有效者有 21 位 (87.5%)，失敗為 3 位 (12.5%)，包括 1 位 *C.parapsilosis*、2 位 *C.glabrata*。

Sekhvat 等對 72 位急性外陰陰道炎婦女，以口服 1 次 fluconazole 150 mg 來治療，7 天後回診，臨床上治癒者有 61 位 (84.7%)，黴菌檢查治癒者有 58 位 (80.5%)；30 天後再回診，只有 1 位患者有臨床黴菌感染的症狀，結果認為只口服 1 次 fluconazole，對治療外陰陰道炎十分有效。

## 慢性疾病的治療

一、6 個月治療：2004 年 Sobel 有鑒於復發性外陰陰道黴菌炎不易痊癒，於是嘗試以 6 個月長時間連續治療，冀望能有好的效果。研究對象包括：(1)年齡 ≥ 18 歲；(2)過去 1 年內曾有 ≥ 4 次黴菌陰道炎；(3)現有急性黴菌炎；(4)陰道分泌物檢查有黴菌；(5)陰道分泌物培養黴菌為陽性。而排除條件則包括：(1)懷孕；(2)混合性感染；(3)人類免疫缺陷病毒 (HIV) 感染；(4)過去 4 週內曾使用抗黴菌藥物。

使用方法為：一開始先給 fluconazole 150 mg，72 小時重複 1 次，共三劑量，做為誘導治療 (induction therapy)。14 天後，患者回診檢查並做陰道黴菌培養，而培養須為陰

性才表示患者已經臨床痊癒。此時將患者以 1：1 分為兩組，一組每週口服 fluconazole 150 mg，另一組每週口服安慰劑，共 6 個月，宣稱維持治療，並在第 9 和 12 個月再追蹤。共有 494 位患者登錄，去除 67 位（13.6 %）首次黴菌培養為陰性的患者，黴菌培養為陽性者有 427 位，其中以 *C.albicans* 401 位（93.9 %）最多，次為 *C.glabrata* 13 位（3 %）、*C.parapsilosis* 3 位（0.7 %）、*C.tropicalis* 3 位（0.7 %）、以及其它 7 位（1.6 %）。後來有 5 位患者退出，14 天後能痊癒者有 387 位（91.7 %），後來又有 4 位因副作用、3 位失去聯絡，7 位因劑量使用錯誤而退出研究，只有 9 位不能到達臨床上緩解。

最後有 170 位使用 fluconazole、173 位使用安慰劑。在 6 個月後，fluconazole 組治癒者有 90.8 %（128/141 人），復發者有 9.2 %（13/141 人）；在安慰劑組治癒者有 35.9 %（51/142 人），復發者有 64.1 %（91/142 人），兩組呈現統計上的差異（ $P < 0.001$ ）。

至於在 9 個月時的追蹤，在 fluconazole 組復發率為 26.8 %（26/97 人），在安慰劑組為 72.2 %（96/133 人），亦有統計上差別（ $P < 0.001$ ）；在 12 個月時追蹤，在 fluconazole 組復發率為 57.1 %（72/126 人），在安慰劑組為 78.1 %（107/137 人），統計上亦有不同（ $P < 0.001$ ）。至於副作用多屬輕微，包括有胃腸症狀、頭痛、皮膚疹等，對肝功能的影響很小，只有 1 位患者出現 aminotransferase 輕微上升（ $< 1\%$ ），但不影響繼續治療。該作者結論認為，每週口服 fluconazole 連續 6 個月，能有效預防復發性感染，但在停藥半年復發率仍有 57.1 %，表示難以達到長期治癒率。此研究報告平均使用 fluconazole 3.9 g。

二、1 年的治療：有鑒於 2004 年 Sobel 等的研究，在 6 個月的治療後，停藥半年復發率高達 57 %，Donders 等便發展 1 年的 fluconazole 治療，但總劑量不變，只是將藥物使用的間距拉長，來觀察其效果。該研究選擇患者與排除患者的條件和 Sobel 等研究相同，但不能有糖尿病，對 fluconazole 不能有過敏。

使用方法先口服 fluconazole 200 mg，隔 1 天再 1 次，共三劑量（如星期 1、3、5 或 2、4、6），14 天後回診，乃誘導治療，如症狀消失或黴菌培養為陰性，則進入第一週期維持治療，如未能痊癒，再重複另一次誘導治療。第一週期維持治療為每週口服 1 次 fluconazole 200 mg，共四週。如仍為無症狀或黴菌培養為陰性，則進入第二週期維持治療，如失敗，則重複第一次維持治療。第二週期維持治療乃以每 2 週口服 1 次 fluconazole 200 mg，共四個月，如仍為無症狀或黴菌培養為陰性，則進行第三週期維持治療，即每個月口服 1 次 fluconazole 200 mg，共六個月，如仍無症狀或黴菌培養為陰性，則結束治療；如有症狀或黴菌培養為陽性，重複第三週期的維持治療，共一

年。停止治療後 3 個月再回診檢查。

在登錄的 136 位復發性外陰陰道炎患者中，有 19 位因黴菌培養為陰性、失聯、或拒絕追蹤而退出，最後有 117 位患者接受維持治療。結果達到治癒在 6 個月時有 101 位（90 %），在 12 個月時有 90 位（70 %），甚至在 18 個月時仍有 72 位（64 %），沒有發生嚴重的副作用。此研究報告平均使用 fluconazole 4 g。

從上述的兩篇報告可以發現，若將 fluconazole 劑量減少並延長使用藥物的間距，治療效果會更佳。

## 抗藥性

*Candida albicans* 對 fluconazole 是十分靈敏有效的，少有抗藥性產生，但如長期使用，是否會產生抗藥性？2009 年，根據 Shahid 等報告 16 位復發性外陰陰道炎患者，每週使用 fluconazole 150 mg，平均使用 39（4-65）個月，*C.albicans* 平均培養有 5（3-11）次。第 1 次 fluconazole 的 MIC（minimal inhibition concentration）平均為 0.25  $\mu\text{g}/\text{mL}$ 。經平均 35.5 個月追蹤，最後發現有 10 位（56 %）*C.albicans* 的 MIC 沒有改變，有 3 位增加，包括：1 位使用 fluconazole 4 年後，MIC 由 0.25  $\mu\text{g}/\text{mL}$  增加至 16  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ；1 位使用 fluconazole 5.5 年後，MIC 由 0.5  $\mu\text{g}/\text{mL}$  增加至 16  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ；1 位使用 fluconazole 4 年後，MIC 由 0.25  $\mu\text{g}/\text{mL}$  增加至 8  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ，最後以每天 ketoconazole 100 mg 作控制治療。此 3 位患者同時對 miconazole 和 itraconazole 有抗藥性。其它 5 位患者，有 1 位 MIC 由  $\geq 64 \mu\text{g}/\text{mL}$  變為 0.25  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ，4 位由 0.125  $\mu\text{g}/\text{mL}$  增加至 1.0  $\mu\text{g}/\text{mL}$ ，但對每週使用 fluconazole 仍然有效。雖然每週使用 fluconazole 150 mg，陰道組織和分泌濃度  $< 4 \mu\text{g}/\text{g}$ ，但仍有超過治療白色念珠菌濃度。

最近，Hetticarachchi 等報告，在 18 位非白色念珠菌陰道黴菌炎婦女，每晚在陰道置入混合凝膠（含 amphotericin 100 mg 和 flucytosine 1 g），共 14 天，結果非白色念珠菌感染全部治癒，然有 2 例有持續症狀，且培養出白色念珠菌。

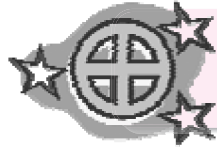
## 結論

復發性外陰陰道黴菌炎是很困擾婦女的一種疾病，常因痒癢不適，影響日常活動，治療也不容易斷根。口服 fluconazole 似乎是理想藥物，其使用方便、有效、副作用少、每週或更久的時間才使用一次，但對非白色念珠菌產生抗藥性比例較高，可能需增加劑量。因此醫師需理解，除避免各種可能致病的因子外，可能開始時先使用較高劑量，然後再使用 6 個月或 1 年，甚至更久的時間。

## 參考文獻

1. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Eng J Med* 2004; 351: 876-83.
2. Shahid Z, Sobel JD. Reduced fluconazole susceptibility of *Candida albicans* isolates in women with recurrent vulvovaginal candidiasis: effect of long-term fluconazole therapy. *Diag Microb Infect Dis* 2009; 64: 354-6.
3. Donders G, Bellen G, Byttebier G, et al. Individualized decreasing-dose maintenance fluconazole regimen for recurrent vulvovaginal candidiasis (ReCiDiF trial). *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 613-21.
4. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 單一劑量 fluconazole 治療陰道黴菌炎. *台灣醫界* 2009; 52(1): 16-18.
5. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正等. 難治的陰道念珠菌感染. *臨床醫學* 2006; 58(2): 130-34.
6. Donders G, Bellen G, Mendling W. Management of recurrent vulvo-vaginal candidosis as a chronic illness. *Gynecol Obstet Invest* 2010; 70: 306-321.
7. Mardh PA, Rodrigues AG, Genc M, et al. Facts and myths on recurrent vulvovaginal candidosis- a review on epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, pathogenesis and therapy. *Int J STD AID* 2002; 13: 522-39.
8. Mylonas I, Bergauer F. Diagnosis of vaginal discharge by wet mount microscopy: a simple and underrated method. *Obstet Gynecol Surv* 2011; 66: 359-68.
9. Sekhavat L, Tabatabaii A, Tezerjani FZ. Oral fluconazole 150 mg single dose versus intra-vaginal clotrimazole treatment of acute vulvovaginal candidiasis. *J Infect Public Health* 2011; 4: 195-9.
10. Chao KC, Liang RC, Huang WH, et al. A comparative study single-dose fluconazole in the treatment of vaginal candidiasis. *J Obstet Gynecol ROC* 1995; 34: 207-11.
11. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet* 2007; 369: 1961-71.
12. Hetticarachchi N, Ashbee HR, Wilson JD. Prevalence and management of non-albicans vaginal candidosis. *Sex Transm Infect* 2010; 86: 99-100.





## 問 答 題

一、Fluconazole 對治療下列何種黴菌最有效？

- (A) *C. albicans* (B) *C. glabrata*  
(C) *C. tropicalis* (D) *C. parapsilosis*

二、下列何者為 fluconazole 可以使用的時間？

- (A) 1 週 1 次 (B) 6 個月  
(C) 1 年 (D) 以上皆是

三、下列何者為使用 fluconazole 一年的總計量？

- (A) 2g (B) 4g  
(C) 6g (D) 8g

四、下列何者為復發性外陰陰道黴菌 1 年發生之次數？

- (A) 3 次 (B)  $\geq 4$  次  
(C)  $\geq 6$  次 (D)  $\geq 8$  次

五、黴菌在陰道存在但沒有症狀，可以算是陰道正常的菌種？

- (A) 對 (B) 錯

第 193 期通訊繼續教育

Premarin 在急性神經發炎性疾病的治療新策略

答案：一、(B)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(A)

會員園地

# 除卻非故意或重大過失 不良醫療結果之非難<sup>ろく</sup>，有那麼難<sup>ろく</sup>嗎？



## (法官背景的吳秉叡立委支持 醫療糾紛不責難補償制度)

撰稿人：周天給 常務理事

瑞典資深法律顧問艾思帕森指出，瑞典每個人平均分攤 10 美元稅金成立醫療事故補償基金。每年約 1 萬 2000 件醫療傷害申請案，接近 5 成可獲得救濟，因此目前瑞典的醫療訴訟「幾乎消失了」。細說台灣，醫療訴訟案件逐年攀升，多少醫生已開始覓尋「輕羅小扇撲流螢」的生活，寧願拋聽筒而選擇觀山聽雨。瑞典這種醫療事故補償基金制度，值得咱們省思。

在認證制度下，只有醫師才被認定是可以擔任醫治病人的任務。換個角度說，若醫師執行醫療業務而有危及病患生命、健康的重大保護法益，就可能被要求背負刑法上的責任。尤其，醫師對危急病人，醫師法規定應依專業能力予以救治或採取必要之措施。醫師因此也常被指責應注意、能注意、而不注意，要負過失責任。2012 年 4 月 5 日蘋果日報刊載「從醫師判賠看兩種正義」一文，台灣神經外科醫學會林欣榮理事長提出一個比喻：「神經外科醫師就像消防隊打火兄弟一樣，…」的確，若救火英雄反倒要賠償被苛責不需破門而入的房屋損失，那情何以堪！因此，面對法院判決神經外科醫師需賠 3000 萬，我們能不認真地來看待這兩種不同正義的公平性嗎？林理事長於文中說：「腦外傷或是取出顱內血塊

- 1 請參閱李聖傑，過失犯罪行為的檢驗，蘇俊雄教授七秩華誕祝壽論文集，頁 119，元照出版社，2005 年 9 月。
- 2 美國各州政府透過侵權行為法律的改革減輕醫師的賠償責任壓力。在有採取侵權行為法律改革的州，老人醫療保險治療心臟病患的醫療費用有顯著的減少；而醫療費用的降低對急性心肌梗塞與缺血性心臟病病患的死亡率與再住院率，並沒有任何顯著的影響。這兩項實證發現防禦性醫療行為確實存在。請參閱盧瑞芬、謝啟瑞，醫療經濟學，頁 210-241，學富文化事業有限公司出版，2004 年 2 月。
- 3 請參照八九易四四四號判決。

後，腦部常會有延遲性出血或腦腫脹，這也是目前醫療科技未能解決的難題……。」他又提起：「顱內壓監視器是置於大腦組織內，必須進到手術房將顱骨鑽洞，再把壓力監視器置於大腦內，……目前並非健保給付的項目，也是非強制使用的項目。」誠然，沒有權利拒絕病人的醫師，若在行必要的醫療行為時，不幸發生了無可避免的不良醫療結果，而仍要醫師承擔其合理的醫療風險，公平嗎？

為什麼台灣的醫師犯罪率被稱世界第一？刑法的目的雖要求「應報」與「預防」。但是，刑法基於謙抑性思想，及最後手段性的本質，Roxin認為只要是可以被解讀為容許風險的行為，就不會是過失行為<sup>1</sup>。法規範中，刑法雖以處罰故意為原則，但對重大生命法益有侵犯的過失，有例外地加以處罰，就是要滿足一種社會秩序的期待。實際上，誰不期盼醫學科技有所突破，希望過去無法醫治之病能在當下有被治癒的機會。但是，科技的有限性，人體活體組織的不可預測，合理的醫療風險反讓醫生要承擔無情的罪責，能不因此而衍生出所謂的防禦性醫療嗎<sup>2</sup>？如今，台灣神經外科醫學會林理事長提出的兩種正義之衝擊，值得我們好好省思。古代的華歆與管寧兩人從土壤翻出一塊黃金來，管寧揮鋤不顧，華歆停下工作，拾起黃金看了一眼再丟掉，於是管寧鄙視華歆的為人。在華歆那個年代，可能被認為除了有私吞黃金的動機，否則就要置之不顧，因為當時沒有失物招領的辦法。時自今日，「拾起來看一眼」是送警局招領的步驟。許多思維本來就存著「常」與「變」的可能，不必食古不化。生活如此，合理化律法制度的變革思維亦應如此。

我們的醫療行為，常會被挑別是否為導致病人傷害結果發生不可想象其不存在的條件，而被質疑是否為傷害結果發生的原因。不過，醫療行為被認定為造成病人傷害結果的條件時，仍應再依「客觀歸責理論」來檢視，檢驗醫師的醫療行為是否製造該病患可能因而傷亡的風險，而且該風險的實現是否具常態的關連性，才可以評斷醫生是否應歸責。也就是說，按照一般生活經驗法則，違反一般具有理性而且謹慎小心的醫生之客觀注意義務，而製造法所不容許之風險，才具行為不法；違反一般具有理性之醫生所能預見且應避免病患死傷結果發生之義務，而違反了客觀上結果迴避之義務，才具結果不法。換言之，「…如行為人無法注意，或無法避免結果之發生，即無過失可言。」<sup>3</sup>論及罪責，行為人在行為當時的具體情況下，若可期待其為合法的行為，行為人卻做違法的行為，才可對之加以責任非難。如不具期待可能性，就不可加以責任非難。醫療具不可預測性，而有合理的風險，

4 請參照 1001105 醫法病三方座談會：醫療過失之因果關係—對我國實務見解之反省(台大法律系王皇玉副教授)

5 請參照最高法院 76 年台上字第 192 號判例。

6 請參閱吳景欽，真理大學財經法律系副教授，醫療過失部分除罪化的疑義，蘋果日報論壇與專欄，2012 年 6 月 28 日。

社會本不應期待醫生皆能事先注意或防患不良結果的發生。法理上，無預見可能，本就不成立過失。醫生執行醫療工作，本可依法定所稱業務上正當行為來阻卻違法；醫療「零風險」的「無期待可能性」，也應是一種超法律的阻卻罪責事由。因此，醫生執行合法的醫療行為，像下列的情況就不應該被非難：

病人倒地不起，醫生急救致其肋骨受傷，本屬緊急避難。醫生承擔使病人肋骨受傷之風險，目的是為救助其生命，自得依刑法第 24 條主張緊急避難而阻卻違法。

若該病患為意思表示，向醫生表示希望予以醫治，醫生應得依照承諾阻卻違法，對於因急救而不幸致其肋骨之傷害無須負責。

醫療為醫師基於其社會地位，反覆實施的社會活動。其醫療行為在合乎醫療規則的風險下，其必要之醫療行為所產生的傷害結果，自得主張業務上正當行為而阻卻違法。

病患未明示承諾，然可得推知病人會承諾醫生為其救治，仍應得阻卻違法。

基於以上的法事實，因此法院對醫療糾紛的判決，被告醫師最終多獲判無罪或緩刑。但是，由於每個案件的判決須耗時多年，對醫師、病人或其家屬而言，的確相當煎熬。思忖之，不良醫療結果的醫師處遇，社會應少負面而多正面的肯定其辛苦才對。台大法律系王皇玉副教授表示：「在醫療過失案件中，對於因果關係之認定，則是常運用『結果迴避可能性』來論定醫師過失責任之有無，且判決的論述模式，是將結果迴避可能性歸類到『相當因果關係』範疇中……。」<sup>4</sup>我國實務見解多半採取相當因果關係說，以作為因果關係的認定標準。相當因果關係之認定，實務上採事後審查，亦即觀察的角度並非行為人當時認知的事實以為判斷標準，而是事後依經驗法則來作客觀的認定。若是偶然的事實，應不認具有因果關係<sup>5</sup>。因此，醫療上合理的風險，致造成偶然的不良醫療結果，本來就不應非難醫師。但是，當病人的生命、身體法益受傷害，社會對一定結果之發生，就是要求有人必須為此付出代價，往往不必要的醫療糾紛就因此而纏訟多年。

尚書記述：「罪疑惟輕，功疑惟重」，就是強調在定罪時有疑難者，雖重罪也要從輕處罰。刑事第 61 條有稱情節輕微，雖可憫恕，若依第 59 條規定減輕其刑仍嫌過重者，得免除其刑。刑事訴訟法第 253 條更提微罪不舉，依偵查所得證據，雖被告涉有犯罪嫌疑，並具訴訟條件及處罰條件，但其情節輕微，顯可憫恕，認為不起訴為適當者，得為不起訴處分。此等斟酌社會通念所容忍之程度予以判斷，多為留日學者所採取。但是，醫療法第

82 條第 2 項所稱：「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」其所謂的「過失」，並不只限「重大過失」而已。在我國的刑法規範中，並無針對具體輕過失、抽象輕過失或重大過失作不同法定刑的規定，只是由法官依具體個案來量刑審酌罷了<sup>6</sup>。我國刑法第 14 條，過失僅區分有認識或無認識過失；而業務過失致人於死或傷者，分別於刑法第 276 條第 2 項及第 284 條第 2 項更有加重處罰的規定。事實上，管見認為不責難非故意或重大過失的醫害結果，並沒有破壞法次序。合理醫療風險的存在應為社會通念所容忍，因還不至於超越法次序所期待的氛圍。不責難非故意或重大過失的不良醫療結果，在社會現今的一般認知思考上，其實並沒有說到不能接受的地步。在社會各種評論文章中，甚稱婦、外等科醫生真難當，醫療風險帶給醫生的壓力太大了。自 101 年 10 月 28 日起，婦產科醫學會分別在全台北、中、南舉辦座談會，對「生育事故救濟試辦計畫」做詳細的說明與介紹。婦產科醫學會謝卿宏理事長特別強調，此「生育事故救濟試辦計畫」是一個開始，讓立法者肯認醫療有合理的風險存在，而此等風險的社會分擔概念，可作為將來修正醫療法 82 條的重大突破之基礎。更盼望在將來能透過立法，對所有非出於明顯故意或重大過失的醫療傷害風險，皆可讓病人得到社會的實質補償，以填補無可非難的醫療責任缺口，而改善醫病關係。

美國太空人阿姆斯壯在登月時曾說：「這是一個人的一小步，卻是人類的一大步。」婦產科醫學會謝理事長努力推動「生育事故救濟試辦計畫」，闡揚風險社會分擔的理念，雖是踏出台灣醫療補償制度的第一步，也是勾勒一個理想醫療環境的一大步。「曠野的聲音」是敘述一名美國婦人在澳洲沙漠的心靈之旅。在這篇文章中，身為醫生的作者·瑪洛摩根告誡：某些動物正瀕臨絕種，難道白種人不了解，每一個物種的滅亡，意味著人類進一步走向毀滅？醫生隨時面臨可能存在的合理醫療風險，而此等風險的責任仍要加諸在醫生身上，讓其承受刑責的陰影與摧殘，不就要加速醫生走向凋零絕種的命運嗎？這幾年來，醫法界共同舉辦多次的醫法論壇，也產生出一些相同或相異理念的光與影。回想起來，醫生為了救人而赴湯蹈火，有時忙得像一具陀螺，反讓自己隨時陷於囹圄之災，只得徒呼負負，泣血漣漣，莫不哀哉。不良醫害發生了，由於人體生物體質的不可預測性，有時真的無法釐清對與錯。因此，非故意或重大過失致不良醫療事故的發生，對病家及醫者都宜抱以同理心，肯認社會對醫療風險分攤的理念，經由醫療風險基金給予受害者在第一時間獲得實質的填補。台大醫院創傷醫學部主任柯文哲說：「丹麥、瑞典的醫療不責難補償制度在台灣短期內無法上線，問題不在制度、財源等等，而在『文化』……。」我國法界堅持不修改醫療法第 82 條只限為故意或重大過失，無非是因為遇有不預期的醫療傷害時，目前尚無配套措施可讓病人得到實質的補償之故。因此宜緊速立法通過醫療風險基金，藉此醫療補償制度的建立，以解決僵局。六祖惠能法師有言：「應無所住，而生其心。」不幸醫

療事故的發生，有時是無法避免的偶然事件，只能歸諸於命運。因此，無須執著於非走上訴訟不可，而應生包容的智慧心來解決此種紛爭。台灣能實施全民健保，的確是一件傲世的成就，也是其他國家所望塵莫及。但是，瑞典等北歐國家及我們鄰國的日本，都已實施醫療事故補償基金制度，難道台灣沒有這個能力嗎？

沒有人說醫界的環境不冷，北極地一圈圈如星雲般的鳥群，冷颼颼地互擠在一起，就這樣來形容目前的台灣醫界是最恰當不過。尤其，那失失落落簇擁在圓圈圈外圍的極凍之鳥，與婦、外科系的醫生族群最神似了。健保開辦以來，婦產科醫師的下場最淒涼。白居易的賣炭翁：「可憐身上衣正單，心憂炭價願天寒。」醫界已夠冷，我們有跟賣炭翁一樣的心情，希望再冷些、再冷些，也許那樣的木炭可以賣個更好的價錢！說真地，婦、外科系的醫生已凍至冰點。現在，衛生署的生育事故救濟試辦計畫終於啟動了，婦產科醫學會謝理事長在會訊中說：「個人期待生育風險救濟計畫之實施，也是婦產科否極泰來之日。」謝理事長於會訊中感謝所有幫忙的前輩，管見所敬稱「寒江孤影、江湖故人」的彰基葉光芃前輩醫師，對醫療糾紛不責難補償制度的推動也不遺餘力。記得葉光芃醫師在一次婦產科理監事會議中認真地說：「醫療糾紛不責難補償制度可以讓很多問題透明化，由專家依據事實真相進行根本原因分析，可以防止醫療傷害的再度發生；這種制度可以下降不必要的醫病緊張，同時也能提升醫療品質。」我們希望生育事故救濟試辦計畫的制度，將來也能擴及於其他科別。日前行政院完成醫療法修法草案審查，未來醫護只有在故意或重大疏失、並致病患死傷，且非屬特殊情況，才得擔負刑責。新北市健保診所協會核心領導們關心此醫療法修法草案，也特別拜會吳秉叡立法委員(見圖一、圖二)，共同對醫療糾紛不責難補償制度做充分的交換意見。有法官背景的吳立委也表示支持醫療糾紛不責難補償制度的理念，並認為因為醫生沒有拒絕病人的權利，所以除非是故意才應被處罰。排除非出於明顯故意或重大過失醫療傷害的非難性，希望不難成為國人的共識文化。同時，我們呼籲政府成立完善的醫療糾紛不責難補償基金，作為填補那些難以非難或無以非難的醫療責任缺口，而落實不歸責的不追究責任(no blame liability)能在台灣全面實施，以創造醫、病、社會三大贏的局面。



台灣婦產科醫學會常務理事周天給、新北市健保診所協會核心領導顏鴻順、周慶明、陳霖松等醫師，在今年 12 月 6 日拜會吳秉叡立委，共同對醫療糾紛不責難補償制度做充分的交換意見。



法官出身的吳秉叡立委也表達支持醫療糾紛不責難補償制度的理念，並認為因為醫生沒有拒絕病人的權利，所以除非是故意才應被處罰。

法律信箱

# 「生產風險補償條例」 草案修法建議



高添富

針對立法院議案關係文書院總第 1353 號委員提案第 13937 號的「生產風險補償條例草案」。案由是「本院委員吳宜臻、劉建國、陳其邁、蔡其昌、尤美女、林淑芬、吳秉叡、林佳龍等 23 人，為營造友善的生產環境，推動平常化生產流程，避免防衛性的過度醫療，國家應建立生產風險承擔機制，確保產婦與新生兒於生產過程中遭遇風險能獲得及時補償，以減少醫病對立；並落實生產風險預防及管控，提昇婦女生產環境之品質，防止類似風險再度發生，爰擬具「生產風險補償條例」，是否有當，敬請公決。」。

個人忝為台灣婦產科醫學會的法律顧問，特提出個人法律意見如下，期待在這次立法過程能夠正本清源，為「生產風險救濟」正名，日後才能一步一步循序漸進，自強制醫師投保醫師責任保險(過失賠償)開始，進而統籌整合「醫療風險受害救濟基金」(風險救濟)，建立起「不責難救濟制度」，達到「醫療風險免責化」後，最後才進入「醫事人員強制責任保險」(事故補償)，用行政補償的方式代替醫療訴訟，達成醫療糾紛去刑事訴訟化(簡稱「醫療糾紛去刑事化」)，才能徹底解決醫療糾紛的民事賠償問題。

## 一、法理問題

開宗明義「生產風險補償條例」草案，正確名稱就應改為「生產風險救濟條例」。一下



子生育「事故」救濟計畫，一下子生產風險「補償」條例，大家就是不遵照「事故補償，風險救濟，過失賠償」的法理，好像在玩文字遊戲，隨心所欲。其實只要比照目前我國作得有聲有色的「藥害救濟法」及「預防接種受害救濟要點」制度的命名就很清楚了：風險受害就是要用救濟方式補償，因為醫師沒有過失責任 without fault，受害人求償無門，才要政府救濟，所以本身就是正宗的「不責難風險救濟」，何必捨近求遠？而事故就要用到補償，為了即時保障受害人，只要一發生醫療事故，不論醫師有無對錯，無關過失 regardless of fault 的責任基礎下都要即時給予受害人補償，以免除受害人費日曠時的訴訟勞費之苦。但因補償是上位觀念，包含賠償與救濟，涉及醫師有過失與沒有過失兩種情況，層面太大，要作到事故補償，尤其又捨強制責任保險，而妄想採取基金募款方式，政府財務負擔自然很重，難如登天，不僅醫師、政府(中央健保局)，連民眾都必須用稅金來分擔大部份的財務，根本不是我國目前經濟肅條之際能力所及。

所以「生產風險」當然是要用「救濟」的條例來立法才對。

## 二、接軌問題

為了拯救五大科的危機，將來衛生署必要整合成一個「醫療風險受害救濟基金」，統籌辦理，可以將藥害救濟(內科)、預防接種受害救濟(小兒科)、生產風險受害救濟(婦產科)、手術風險受害救濟(外科)、急症風險受害救濟(急診科)五大救命科，及麻醉科的麻醉風險受害救濟等諸多救濟制度，統籌整合成一個「醫療風險受害救濟基金」，以涵括五大救命科及麻醉科的全部醫療風險，保障無辜的意外風險受害人，以及高危險科別醫師的執業風險。

此外醫療風險受害救濟除了有社會福利國家社會安全制度下的救助功能外，主要還有配合國家政策推行的功效，如預防接種受害救濟是配合政府的防疫政策，生產風險受害救濟是配合國家的人口政策，並因而可以改善醫病關係，避免醫師防衛醫療，扭轉醫療生態失衡，從而建立起「醫療錯誤通報系統」，貫徹「病人安全制度」的醫療環境，進而達到全民醫療保健的最終目的。若獨獨生產風險採用補償方式，日後根本無法與其他救濟制度接軌。

## 三、條文修改建議

生產風險補償條例草案原法條	條文修改建議	理由說明
生產風險補償條例草案	生產風險救濟條例草案	依據「事故補償，風險救濟，過失賠償」之法理，統一法律用語。

<p>第三條 本條例用詞，定義如下：</p> <p>一、<u>生產風險</u>：指產婦、胎兒及嬰兒於生產過程中所受到之傷害或死亡。</p>	<p>第三條 本條例用詞，定義如下：</p> <p>一、<u>生產風險</u>：指<u>生產過程中，已依專業基準施予必要之診斷、治療或助產措施，仍因無可迴避之機率，致孕產婦或胎兒、新生兒死亡或障礙。</u></p>	<p>一．參考衛生署生育事故救濟試辦計畫定義</p> <p>二．原「產婦、胎兒及嬰兒於生產過程中所受到之傷害或死亡」應是「生產事故」之定義。</p>
<p>第四條 產婦、胎兒或嬰兒發生生產風險導致死亡、障礙或嚴重疾病者，<u>不論醫護人員有無過失，得依本條例規定請求補償。但中止妊娠所致之產婦、胎兒風險，不在此限。</u></p>	<p>第四條 產婦、胎兒或嬰兒發生生產風險導致死亡、障礙或嚴重疾病者，<u>醫護人員無過失責任下，得依本條例規定請求救濟。</u></p> <p><u>前揭生產風險不包括流產、36週前因早產、重大先天畸形或基因缺陷所致之不良結果，及依醫囑不適合懷孕或生育之個案。另對於生產事故明顯可完全歸責於機構或病人方者，排除給予給付。</u></p>	<p>一．生產風險為無結果迴避可能性，為可容許之危險，醫護人員當然無過失責任。</p> <p>二．刪除但書，即使中期流產或早期破水，早產時，只要是涉及「生產」分娩時所致之產婦、胎兒風險仍在救濟範圍。</p> <p>三．正面表列生產風險的除外事項(參考衛生署生育事故救濟試辦計畫)</p>
<p>第七條 生產風險補償給付之請求權人如下：</p> <p>一、死亡給付：受害人之法定繼承人。</p> <p>二、障礙給付及嚴重疾病給付：受害人本人。前項受害人本人或其法定繼承人不能行使時，得由受害人之配偶、直系血親或其法定代理人代為請求。第一項請求權人申請</p>	<p>第七條 生產風險救濟給付之請求權人如下：</p> <p>一、死亡給付：受害人之法定繼承人。</p> <p>二、障礙給付及嚴重疾病給付：受害人本人。前項受害人本人或其法定繼承人不能行使時，得由受害人之配偶、直系血親或其法定代理人代為請求。第一項請求權人申請補償給付之程序、</p>	<p>一．風險補償正名為風險救濟。</p> <p>二．刪除第三項，理由是人民訴訟權是憲法規定的權利，不得明文禁止。</p>

<p>補償給付之程序、應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。<u>依本條例已領取生產風險補償給付之請求權人，就同一原因事實不得再為訴訟或請求。</u></p>	<p>應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。</p>	
<p>第十條 已領取生產風險補償給付而基於同一原因事實獲有賠償或補償者，於取得賠償或補償之範圍內，應返還其領取之生產風險給付。前項不包括依法或依契約所得請求之社會或人身保險給付。</p>	<p>第十條 已領取生產風險救濟給付而基於同一原因事實獲有賠償者，於取得賠償之範圍內，應返還其領取之生產風險給付。前項不包括依法或依契約所得請求之社會或人身保險給付。</p>	<p>一．正名 二．因訴訟勝訴而醫師必須「賠償」時，代表醫師有過失責任，無法成立風險救濟的無過失條件，當然必要返還已領之救濟金。 但若因其他事故補償基金，或未來的醫事人員強制責任保險的「補償」，為被保險人(醫師)賠償的一部份，則可直接作為「抵充」，不必返還。</p>
<p>第十七條 主管機關於生產風險補償案件審定後，如發現醫事人員有故意或應注意而未注意之過失者，應移付懲戒並得命其接受一定時數之繼續教育。<u>主管機關於生產風險補償案件審定後，如發現該風險係因醫療機構、醫事人員故意行為或重大過失所致，得於給付金額範圍內，代位請求賠償。第一項繼續教育之辦法，由主管機關另定之。</u></p>	<p>第十七條 主管機關於生產風險救濟案件審定後，如發現醫事人員有違反醫療法規者，除行政處分外，應移付懲戒並得命其接受一定時數之繼續教育。第一項繼續教育之辦法，由主管機關另定之。</p>	<p>一．刪除第二項，理由是： 1.生產風險爭議事件之審議結果僅作為判定救濟與否之依據，其是否成立其他民、刑事責任，應以司法機關裁判為準。 2.主管機關對醫療院所或醫事人員有違反醫療法規者，應有權行政處分及移付懲戒，但主管機關無司法審判權，如何執行民事代位求償？</p>

◎194 通訊繼續教育答案◎

題目：以 fluconazole 治療  
復發性陰道黴菌炎

1. (    )    2. (    )
3. (    )    4. (    )
5. (    )

會員號碼：  
姓 名：  
日 期：

- \*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於積分登錄。
- \*請多利用線上作答功能，以節省時間及紙張([http://:www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))
- \*本答案卷除郵寄外，亦可**傳真**

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 二五六八—四八一九  
傳真：(02) 二二〇〇—一四七六

台灣婦產科醫學會

收

郵 自

票 貼

## 編 後 語

李耀泰

又是送舊迎新的時分，天氣時而濕冷，時而陽光，流行性病毒正伺機而動，希望每個會員都能多加保暖以防感冒侵襲，過個健康快樂年。並熱情邀約一同參與明年 1 月份在陽明山、2 月份在龍潭石門山的登山之旅，既可運動又能享受森林浴，徹底洗滌身、心、靈的疲憊，神清氣爽迎接新年新希望。

在此首先恭賀台大陳瑞堅教授，其大作登上世界知名醫學雜誌 *Int J Cancer* 首頁，這是個人成就，也是醫界驕傲，讓每位閱讀者都與有榮焉。

人不管生病，或者懷孕迎接新生命，總希望找信任、可靠的醫師來醫治或接生，尤其現在婦女也許只生一胎，當然會更謹慎挑選醫院、指定醫師。然而在台灣，醫師接生費之廉價令人匪夷所思，相對醫療糾紛的高額賠償金叫人不勝唏噓。台灣整個經濟隸屬資本主義市場，唯獨醫療乃社會主義產物，也因而醫療品質將大打折扣，醫療生態勢必被扭曲。收取產婦指定醫師費（或其它名稱），只要事先溝通清楚，醫、病雙方達成共識，乃屬合情、合理、合法之範圍。

本期會訊由郭宗正院長等發表的「以 fluconazole 治療復發性陰道黴菌炎」文章中，對慢性陰道黴菌炎患者，在 3 個月至 1 年給予每周或每月 1 次口服藥物，具有高度療效，詳讀此文有助於治癒惱人的復發性陰道黴菌炎；此外，周天給醫師所撰寫「除卻非故意或重大過失，不良醫療結果之非難，有那麼難嗎？」一文，內容深入淺出，句句肺腑之言，值得詳加閱讀；還有高添富醫師所論述「生產風險補償條例」草案修法建議文章中，有著新的思維。藉此感謝各位先進與立委的努力，由行政院衛生署公告「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，於 101 年 10 月 1 日正式上路，有效期可追溯至 101 年 1 月 1 日。醫院、診所、助產單位只須填寫參加計劃申請書和合約書，此對醫、病雙方都有保障。時間可累積經驗，觀察是否有疏漏和不盡理想之處，以期能夠盡善盡美。

過去一年大家都辛苦了，學會因為有您的參與而更加豐富。告訴大家一個好消息，明年年會將在台南盛大舉行。府城是一個美麗、適合居住的城市，它是福爾摩沙的發源地，有歷史有未來，這裡人文薈粹，美食多、古蹟多、人情溫暖更加多，相信與會者不僅學術上收穫滿滿，同時也會被這片好山好水所深深吸引、流連忘返。

玉山瑞雪紛飛，而大街小巷處處可見燈光閃閃的耶誕樹，裝點著城市溫馨，在這充滿音樂與祝福的季節裡，您希望耶誕老公公的背包裝著什麼？衷心希望來年景氣有所復甦，每個人都能平安、生活無虞。

# 本篇研究論文榮登

International Journal of Cancer Volume  
131, Issue 4, 15 August 2012 封面

**IJC** International Journal of Cancer

Cancer Cell Biology

## **Lysophosphatidic acid receptor 2/3-mediated IL-8-dependent angiogenesis in cervical cancer cells**

Ruey-Jien Chen<sup>1,2,\*</sup>, Shee-Uan Chen<sup>1</sup>,  
Chia-Hung Chou<sup>1</sup>, Ming-Chieh Lin<sup>3</sup>

Article first published online: 8 NOV 2011

DOI: 10.1002/ijc.26476

Copyright © 2011 UICC

台大醫院

陳瑞堅 陳思源 周佳宏 林明杰

Issue



International Journal of  
Cancer

Volume 131, Issue 4, pages  
789–802, 15 August 2012

[Additional Information \(Show All\)](#)

[How to Cite](#) | [Author-Information](#) | [Publication History](#) | [Funding Information](#)

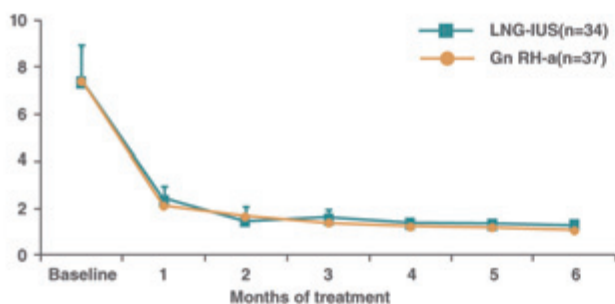
\*Tel.: +886-2-2391-7861, Fax: +886-2-2311-4965

## 避孕 / 治療 · 雙效呈現

### 子宮切除的替代方案，避免手術的風險與困擾

- 獨特的子宮內投藥系統，每天定量釋放 20µg 黃體素 Levonorgestrel (LNG)，抑制子宮內膜增生，效果長達五年。
- 優異的治療效果，經血減少比例 74~97%！
- 研究結果指出，原本計畫進行子宮切除的婦女，裝置蜜蕊娜後六個月，約七成婦女取消子宮切除手術。

減緩月經痛的程度，Mirena<sup>®</sup> 與 GnRHa 兩者差不多

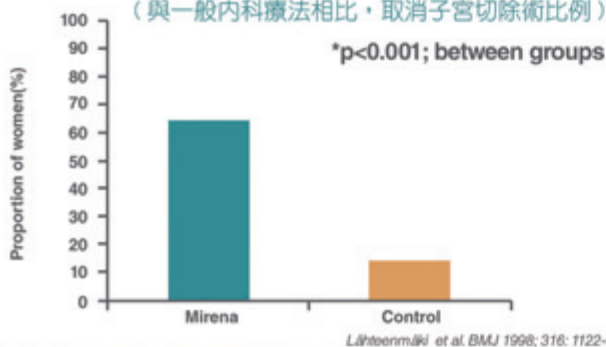


Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis  
(Petta CA et al., Hum Reprod 2005; 20:1993-8)

Mirena<sup>®</sup> as an alternative to hysterectomy (子宮切除術)

#### Proportion of women who cancelled their hysterectomy at 6 months

(與一般內科療法相比，取消子宮切除術比例)



衛署藥輸字第022501號  
詳細使用說明請參考產品仿單

服務專線 0800-00-37-37

照護婦產科術後傷口新選擇

減緩疼痛

促進傷口癒合

# KoCarbon™

## 閉合用傷口敷料

Occlusive Wound Dressing

# KoCarbonAg®

## 含銀膠布

Silver Bandage

### 釋放遠紅外線

- 促進膠原母細胞增生
- 淡化傷口疤痕

### 防水透氣

### 幫助傷口癒合

- 隔絕外在環境細菌
- 消除傷口異味



衛署醫器製字第003638號



衛署醫器製壹字第003735號

### KoCarbon™ 系列產品 活性碳敷料

獨一無二專利活性碳纖維技術設計

- 可提供傷口完善保護
- 消除傷口異味
- 持續釋放遠紅外線，促進傷口癒合
- 隔絕紫外線，淡化疤痕



衛署醫器製字第003735號

衛署醫器製字第003630號

衛署醫器製字第003756號

### KoCarbonAg® 系列產品 含銀活性碳敷料

結合銀顆粒與活性碳敷料技術

包含了所有 KoCarbon™ 產品的特質，並且能

- 廣效殺菌，不具抗藥性
- 適用於感染性傷口
- 減緩疼痛，促進傷口癒合
- 減少傷口護理成本費用



衛署醫器製字第003638號

衛署醫器製字第003488號