

台 灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2013年4月198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 - m a i l：obsygtw@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
朱應翔 (02) 27007560

2013年度

屏東地區婦產科醫護人員 婦產科重症工作座談會

2013年度屏東地區婦產科醫護人員 婦產科重症工作推動座談會

主辦單位：行政院衛生署、台灣婦產科醫學會、屏東縣衛生局、屏東縣醫學會
承辦單位：屏東醫藥財團法人屏東基督教醫院
舉辦日期：2013年04月19日（星期六）12:00-19:00
研討地點：屏東基督教醫院 國際大樓六樓禮堂



台灣婦產科醫學會 198 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文/謝卿宏

14 秘書長的話 | 文/黃閔照

16 通訊繼續教育

當天出院的經陰道子宮切除 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

22 會員園地

22 兩岸交流 歷史見證~第 19 屆第 4 次會員代表大會提案：兩岸交流」的發言紀實~
| 文/蔡明賢

25 2013 年度屏東地區婦產科醫護人員婦產科重症工作推動座談會屏東縣婦產科醫師聯誼會
| 文/鄭英傑

27 對於子癲前症篩檢，您不可不知的三件事 | 文/林思宏

30 法律信箱

風險管理相見恨晚---聲援癌末病人醫師疏失賠百萬 | 文/高添富

37 編後語 | 文/游淑寶

38 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！

年會過後，心情頓覺輕鬆，雖然仍有健保持努力，RBRVS還要打拼，英文秘書也要另找，學會博物館還要裝潢，…，更有些凸槌的突發狀況；但只要一切都是為學會發展，為會員執業尊嚴打拼，大家繼續群策群力，我們敢說婦產科的谷底已過，期待大家準備好，翱翔！第十九屆任期只剩半年，其實還有很多事要做，我希望所有會員都能團結一致，不要計較個人些微得失，掌握住脈動，來共創婦產科的榮景。現再向大家報告幾事！

學會的財務雖健全，但要大家共襄盛舉

歷任理事長都很努力辦活動，而在第十九屆，學會更是每年都辦四、五十場免費繼續教育，大家很容易就拿到 A 類學分，又因現在六年 A 類學分的門檻降低很多，只要 140 分即可換證（含婦產科專科醫師和醫師執業執照）；秘書處發現大家不用六年、很早就拿到了該有的學分，而導致有很多人參加年會的情形發生（歷年參加年會報到繳費人數：99 年 2227 人，100 年 2194 人，101 年 2159 人，102 年 2134 人；65 歲以上會員年會免報到費 273 人，而且這三年新增加的專科醫師共有 107 人），再加上每年實際繳年費的人數也沒有增加（歷年繳交年費人數：99 年 1758 人，100 年 1894 人，101 年 1868 人，102 年 1734 人；永久會員有 587 人不用繳年費）。因為每場繼續教育約都花五、六萬元，而且學會雜誌 TJOG 進入 SCI 後的花費每期都節節上升；如果不開源節流，可能繼續教育場次一定要減少。我期待大家不要因為積分已夠，就不參加年會，畢竟參加年會的深層意義非凡，何況我們的一生能夠優哉游哉地再和老友共聚一堂享受學術饗宴、閒話家常的機會，其實也並不是很多，而且人生的使命也常有階段性，如果時序已經不是我們的世代，我們就要知道得失、進退之所在，而悠然自得於天地之間，有所為，有所不為，提升高度，放眼宇宙，再創人生的樂趣。

感激大家對學會博物館的支持（如附件）

TAOG 博物館的室內裝潢設計和庭院設計已大致完成，室內（含延伸出去的陽台）共有 90 幾坪，設計取向堅固耐用、高雅大方，除文物的實體保存展示外，也準備 E 化，空調、加上學會 LOGO 和掛牌、博物館沿革，花費要控制在三百萬元以內。庭院約 100

多坪，主要採日本風：碎石步道，山丘造景、竹矮籬，全院環繞十六株台灣肖楠（約6尺）、數十株原生種日本山茶花（約2尺）、和幾株櫻花，多虧好友吳裕民老闆義挺幫忙，材料加上工資不到二十萬即可竟功。當然，最要感謝的是馮承芝教授的就近安排照顧！希望博物館的完成，能讓大家與有榮焉，我相信，我們一定可以讓它的功能發揮到淋漓盡致！



學會要有會員專攻健保政策與實務

婦產科在健保實施後面臨嚴峻考驗，執業環境每況愈下，全都任憑醫院管理者與健保局宰割，十八年來，我們完全沒有置喙餘地；若不是常有好朋友相挺，後果實在不堪設想。當然，我們也有很多會員與幹部投入甚深，我們才能隨時應戰，化解一些危機，否則，情況可能更糟！然而，我們也常會發現，即使我們再怎麼努力思考對策，健保局隨便一句話或一紙公文就馬上可以把我們打死，這幾年來幸虧林金龍顧問花了很多時間來指導我們，常用一句話就點醒我們，也讓我們知道健保的死穴在那裡。今天，對於拼裝車的全民健保我們也必須「知己知彼」，才能力於不敗之地。所幸，目前學會已找到年輕主治醫師答應投入相關領域，到研究所攻讀健保政策，我個人謹代表學會對其為學會發展之大義而犧牲個人臨床業務的這位同仁，表達最崇高的敬意。

台南市醫師公會要殲滅婦產科

醫師的身份與地位非常特殊，也非常崇高，即使偶有不堪之情形，理應無人敢侵犯全體醫師之權益。然而，我們必須自重，才會人重，即使有挑戰，有不合理，我們也當團結一致，無懼地群起攻之，可矣！醫學會本在維護會員執業尊嚴，而醫師公會則捍衛所有醫師的執業與行政權益，不料日前接到台南市一個會員的申訴，指台南市醫師公會假病人權益去搜尋法令要限制婦產科診所每月生產數最多只能八十人以達到保護、提升南區基層總額點值的目的。對於台南市醫師公會的決議，我們只能說：如果真的要這樣蠻幹、硬幹，而不知懸崖勒馬，學會的法律顧問絕對會向監察院告狀。真不知這種醫師

公會到底是幹什麼的？台南市醫師公會有權千方百計限制婦產科？爲什麼要在醫療生態已被嚴重扭曲的婦產科的傷口上灑鹽？難道婦產科的總額佔率已由 8 % 下降到今天的 4 % 還不夠淒慘嗎？我們該有的點數都被其他甜蜜醫療科瓜分了，今天又還要受醫師公會的歧視，這種眼中只有點值，不顧婦產科發展的台南市醫師公會竟然還仗勢凌人，做出殲滅婦產科的決議。大家認爲我們要緘默？我個人主張所有台南市的婦產科醫師要拒繳會費，並罷免該公會理事長，因爲他並沒盡到照顧所有醫師會員的責任。

感謝鄭英傑理事積極辦理屏東聯誼會

四月 13 日中午，我特別趕到屏基，參加屏東婦產科醫師聯誼會第二次聚會，在這總共兩次的聚會，可以看出鄭英傑理事的用心。屏東的會員參與踴躍，發言熱烈，互動良好，尤其是屏東縣醫師公會李昭仁理事長不分白晝黑夜兩次都參加，令人感動，還有魏福茂前理事、許振隆醫師和屏基劉德森主任，也都熱烈幫忙！在屏東，我們看到婦產科同仁無私地付出，當地醫師公會更和所有會員緊密結合，照顧所有會員權益，更不忘拉抬弱勢的婦產科一把。不知道台南市醫師公會王正坤理事長的表現怎麼和屏東縣的李昭仁理事長差這麼多！

兩岸婦產科正邁向學術交流中

對於中國婦產科醫學會希望恢復兩岸學術交流一事，學會第十九屆第四次會員代表大會已通過理事會的提案，同意兩岸邁向學術交流。因此，學會理事會與會員代表大會都責成黃秘書長與中國方面窗口交涉，現正等中國回應。其實，只要學術歸學術，不要談政治，我們都敞開大門，竭誠歡迎！去年六月，我代表學會和蘇聰賢、楊友仕和蔡鴻德院士、黃閔照秘書長到斐濟參加亞太婦產科醫學會理事會，就和中國婦產科醫學會理事代表曹澤毅教授共聚一堂，相談甚歡（如封面照片），也樂見中華民國國旗和中華人民共和國國旗並列。只要沒有政治味和政治考量或算計，我們贊成海峽兩岸兩國婦產科能夠爲提昇婦女健康照護水平而向學術交流邁進。

暑假會員旅遊要到阿里山

七月 13、14 日兩天，我們將到阿里山一遊，但是阿里山賓館房間有限，大家一定要儘速報名，以免向隅。謝謝大家，期待再相逢！也敬祝大家

身體健康、萬事如意

學會文物館已捐款名單 102/4/23

姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額
謝卿宏	1,000,000	吳貴霖	500,000	林錦義	500,000	蘇文龍	300,000	洪秉坤	300,000
郭國銓	250,000	郭宗正	250,000	張維君	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	張紅淇	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	陳尚仁	100,000
蕭弘智	100,000	陳鴻基	100,000	黃東曙	100,000	李茂盛	100,000	龔福財	60,000
謝鵬輝	56,000	賴文福	50,000	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	蕭仁哲	50,000	蔡啓安	50,000	翁明清	50,000
涂百洲	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	無名氏	22,000
蘇守良	22,000	賴明志	20,000	潘世斌	20,000	楊宗力	20,000	黃建霖	20,000
鄭淑貞	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	鄧振枝	20,000	黎惠波	20,000	陳勝威	20,000
王義雄	20,000	許振隆	20,000	蔡明松	20,000	孫三源	20,000	李江渭	20,000

學會文物館已捐款名單 102/4/23

姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額	姓名	金額
陳信孚	20,000	張宏吉	20,000	周博治	20,000	張仁姬	20,000	陳思銘	20,000
薛俊福	16,000	陳清風	12,000	徐文成	11,500	汪文生	11,000	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	陳建廷	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
顏鴻仁	10,000	吳桂荻	10,000	黃貴帥	10,000	李建興	10,000	張旭陽	10,000
葉慧娜	10,000	李發焜	10,000	簡再彥	10,000	賴宗炫	10,000	黃文貞	10,000
張美玲	10,000	黃家彥	10,000	張致遠	10,000	陳思宇	10,000	陳宇立	10,000
陳俐瑾	10,000	曹國桃	10,000	曾政謀	10,000	劉裕森	10,000	梁西米	10,000
邱振煥	10,000	陳光發	10,000	程永和	10,000	王宏木	10,000	盧信芬	10,000
趙灌中	10,000	顏明賢	10,000	李新揚	10,000	屠乃方	10,000	趙湘台	10,000
莊其穆	10,000	陳怡仁	10,000	何積泓	10,000	趙堅	10,000	李松源	10,000
鄭美蕊	10,000	彭嘉賢	10,000	阮正雄	6,000	張蔚熙	5,000	黃昭順	5,000
曾資程	5,000	吳志奮	5,000	徐宇瓊	5,000	洪煥程	5,000	無名氏	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	楊于萱	3,000	李天俠	2,000	呂英仁	2,000	陳志堯	2,000
簡博賢	1,000	王鑄迪	1,000	合計	10,529,100	其它收入		5,830,000	
總計				16,359,100					

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

臺南市政府衛生局 函

檔 號：	南基總收文
保存年限：	收文日期 101.12.12
收文日期：	101.12.12

地址：73064臺南市新營區東興路163號
 承辦人：吳美華
 電話：06-6357716#119
 傳真：06-6354501
 電子信箱：med52@tncghb.gov.tw

台南市民生路1段82號2樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會南區分會

發文日期：中華民國101年12月10日
 發文字號：南市衛醫字第1010170208號
 類別：普通件
 密等及解密條件或保密期限：
 附件：如說明五



主旨：有關 貴會函詢六法全書第六大項行政法規之醫療法第二章醫療機構第12條中所提及之觀察病床及產科病床的定義及不同之處乙案，復請 查照。

說明：

- 一、復 貴會101年11月14日101南基總字第0085號函。
- 二、依行政院衛生署85年12月30日衛署醫字第85070270號函略以：「診所設置觀察病床旨在方便診所對門診病人，得視病情需要時給予收治，藉以觀察病情。」
- 三、次依行政院衛生署94年12月26日衛署醫字第0940063692號函略以：「婦產科診所得依醫療業務需要設置10張以下產科病床，上述規定係指婦產科診所，得依其照顧生產或剖腹產病患等醫療業務之需求，將病患留院住院進行整體之照顧。該病床住院之病人，並無僅可住院24小時之限制。」
- 四、再依縣市醫療機構現況表編製說明五、統計科目定義（或說明）（二）病床：3. 診所觀察病床：指診所、衛生所、保健中心，用於診斷治療疾患者所設之暫留病人之觀察床，除洗腎治療床、嬰兒床外，餘均列入觀察病床，但不包括推床。4. 診所產科病床：婦產科診所收治孕產婦之病床。」
- 五、另行政院衛生署101年4月9日修正發布之醫療機構設置標準第9條之附表（七）診所設置標準表，對於護產人員及產房之產科病床應符合之規定亦有明確之規範。
- 六、檢附上開函釋及設置標準等相關資料1份供參。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會南區分會
 副本：本局醫事科

局長林聖哲

二、查醫療相關法規對購買自用交通車並無規定，惟依道路交通安全規則第16條附件1自用大客車及自用大貨車牌照申領審核規定第二點，人民團體、民間機構或私立學校申請自用大客、貨車牌照者，除人民團體中之政黨外，應經各該主管機關之同意始予發照。爰此，○○醫院擬購自用交通車，依上述規定，貴局應就權責審核該院需求後，發給同意函。

94.12.26 衛署醫字第 09440063692 號

主旨：有關婦產科基層診所得否為病患施行婦產科手術之相關疑乙案，復請查照。

說明：

- 一、復貴局 94 年 11 月 25 日健保醫字第 09440034403 號函。
- 二、查醫療法第 12 條第項規定，婦產科診所，得依醫療業務需要設置十張以下產科病床。上述規定係指婦產科診所，得依其照顧生產或剖腹產病患等醫療業務之需求，將病患留院住院進行整體之照顧。該病床住院之病人，並無僅可住院 24 小時之限制。
- 三、本案若婦產科診所基於病患病情，為病患施行產科及婦科子宮外孕手術等婦產科手術時，其護產人員、設備之審核標準，符合綜合醫院、醫院、專科醫院設置標準之相關規定，且設有門診手術室，基於病患就醫權益考量，並無不可；其住院時間，不受手術後 24 小時之限制。

95.3.31 衛署醫字第 0950011156 號

主旨：查現行醫療相關法規，並無規定診所須備有供急救使用之插管設備以及腎上腺素 (epinephrine)，復請查照。

說明：復貴會 95 年 3 月 15 日 (95) 高市醫會總字第 145 號函。

95.5.26 衛署醫字第 0950020794 號

主旨：所詢○○紀念醫院申請設置小型日常用品零售業店舖，是否符合醫療法規定乙案，復請查照。

說明：

- 一、復貴局 95 年 5 月 15 日北市衛醫護字第 09533581100 號函。
- 二、按醫療機構除應依據相關法令規定設置醫療設施，提供醫療服務外，其為考量員工、病人及家屬之就醫需要，設立宿舍、餐廳或研究單位等周邊服務設施，尚無不可。本案馬信紀念醫院申請於一樓設置小型日常用品零售業店舖，如係為服務醫院之員工、病患及到醫院探病之親友，方便購買日常所需用品，爰可認屬為衛生醫療周邊服務設施，得由醫療機構依其需求自行規劃辦理。
- 三、又本案非屬醫療法第 15 條規定所稱之登記事項，無需辦理變更登記事項事宜。

95.7.12 衛署醫字第 0950029174 號

主旨：所詢貴轄○○牙醫診所擬於他址擴充診間之適法性乙案，復請查照。

第一節 通則

第十一條 醫療機構設有病房收治病入者為醫院；僅應門診者為診所。非以直接診

治病入為目的而由醫師辦理醫療保健業務之機構為其他醫療機構。

前項診所得設置九張以下之觀察病床。

醫療機構之設置標準，由中央衛生主管機關定之。

85.12.30 街署醫字第 八五〇七〇二七〇號

主旨：所請對醫療資源缺乏偏遠地區准許診所得設置九張以下之病床一案，復請

查照。

說明：

一、復貴會八十五年十二月七日(55)全醫聯字第 七三四號函。

二、依醫療法第十一條規定：「醫療機構設有病房收治病入者為醫院；僅應門診

者為診所。診所得設置九張以下之觀察病床。」，診所設置觀察病床旨在方

便診所對於門診病人，得視病情需要暫時給予收治，藉以觀察病情。病人病

情如需住院治療，應即依醫療法第五十條規定轉診醫院治療。

三、貴會建議醫療資源缺乏偏遠地區准許診所得設置病床一節，本署已錄案供修

法時參考。

85.12.30 街署醫字第 八五〇七〇二七〇號

主旨：所請增設醫院及診所之定點應性乙類醫療機構一案，復請查照。

說明：

一、復貴處八十七年二月十九日街署三字第八七〇〇八五五一號函。

二、有關醫院診所之定義，依醫療法第十一條規定：「醫療機構設有病房收治病

入者為醫院；僅應門診者為診所」，「前項診所得設置九張以下之觀察病

床」，「醫療機構之設置標準，由中央衛生主管機關定之」。本署並依上開

醫療法規定，分別訂有醫院及診所之各該設置標準，是以醫院、診所兩者屬

性不同。

三、又醫院、診所兩者之設置序不同，醫院之設置，應先依醫療法第十二條規定

申請衛生主管機關許可後，始得依同法第十三條及醫院設置標準規定向所在

地地方衛生主管機關申請核准開業登記，發給開業執照。至於診所，只要符

合診所設置標準，即可依醫療法第十三條規定所在地地方衛生主管機關申請

核准開業登記，發給開業執照。

四、是以依醫療法規定，所稱醫院並不包括診所。

83.1.30 街署醫字第 〇九二〇〇六六一九四號

主旨：所詢「門診治療」在醫學上是否有其定義乙案，按門診治療實務上係指病

人前往醫療機構，接受非住院性質之醫療服務而言，請查照。

附件三 台南市醫師公會會議決議

丁、臨時動議：

提案人：張金石理事

- 一、案由：建請全聯會將本案提理監事會討論，為保障消費者醫療品質、病人安全、病人消防安全，有關部份超高產值婦產科診所，每月平均生產件數，與基層審查兩區分會函詢台南市政府衛生局六法全書第六大項行政法規之醫療法第二章醫療機構第12條中所提及之觀察病床及產科病床的定義及不同之處案。

說明：按診所代碼計算住院生產人數（醫令代碼為：97004C(陰道生產)、97009C(剖腹生產)、97014C(自行要求剖腹產)）總申報費用，按總申報費用排序，核減當月超過案件數之總申報費用，並從最高總申報費用依次核減。

辦法：1. 生產件數超過 80 件以上部份，總申報費用不予支付。

2. 不予支付人數 = 當月生產件數 - 80 件。

3. 不予支付點數 = 依不予支付人數，從最高總申報費用依次核減總申報費用。

決議：照案通過。

秘書長的話

黃閔照

年會結束後，新的繼續教育課程也在各地開始，相關後頸透明帶訓練在 3/31 及 4/21 分別在花蓮及台南舉辦第 4 場及第 5 場教育課程。課程後之超音波實做訓練，請大家儘早寄到學會作認證，才能發給合格證書，學會也預計在 4/28 針對實做部分作專家審查。有會員詢問相關周產期醫學會頸部透明帶認證合格及英國 F M F 認證合格是否相互衝突，學會是為服務所有的會員，加上目前中期唐氏症母血篩檢電腦計算軟體之使用在衛生行政單位有爭議，中南部有能做後頸透明帶檢查的醫師也較少，所以學會與周產期醫學會合作教育訓練，希望提供孕產婦更多的選擇。故已是周產期及 F M F 合格會員亦可以直接跟學會申請合格證明，不須再做認證。另外，醫療發展課程及青少年健康照護課程也分別在北、中、高、宜蘭舉辦，也希望會員能踴躍參加。

此次年會共計有 2134 人參加，佔會員比例 80 %，少部分休業資深會員或者已經出國多年未在台灣執業的醫師也一定比率，但不少年輕會員未參加年會，導致無法達到換證學分，而有被取消專科醫師資格之虞，也希望會員們能多注意自己的積分。故秘書處為提高服務及有效宣導公告相關會員權益資訊，今年度會再做會員通訊地址調查，年會中已回收近千份回函，秘書處近期內會再針對未更新通訊會員部分做進一步查詢，也希望大家能主動回覆相關資訊（附件一），但目前因個資法實行，故仍須會員們填寫同意資料，以方便秘書處作業。

3/31 馬偕舉辦產後出血緊急備血輸血及後送計畫，邀請大台北地區開業醫師參加，4/13 屏東地區也由高長、高醫、義大各主任出席，舉辦急重症後送研討會，4/14 桃園地區也舉辦大桃園地區開業醫師聯誼會，會中各醫院及醫學中心也都將作為開業醫師的後盾，以形成更密切的照護系統，感謝楊育正院長、王功亮、龔福財、蔡英美、張基昌、張舜智等主任大力幫忙，也感謝各地聯誼會召集人周天給、鄭英傑、嚴鴻禎、洪秉坤醫師居中聯絡，及林金龍顧問特別演講健保相關支付制度，也希望各地開業醫與醫院及醫學中心成為醫療系統，共同為爭取更高的醫療品質努力。

學會歷史文物館目前正積極規劃及裝修中，也希望所有的醫師如果診所或家中有相關台灣婦產科歷史文物，願意捐給學會作為將來文物保存及展示，可以先將照片寄到學會或透過電子郵件寄到學會以方便未來規劃。當然也希望所有會員們能再繼續慷慨解囊，多盡一份心力，成就台灣第一個由學會成立之歷史文物館，保存台灣婦產科界對過去台灣醫療的貢獻。

7 月 13、14 日阿里山會員旅遊已經開始報名，也希望大家都能放下手邊忙碌的工作，來一場芬多精之旅，過去婦產科醫師沒日沒夜的工作，犧牲身體的健康及家庭的幸福，尤其在醫院工作者，最後換來身體早衰及屆齡退休。許多醫院經營者考量的僅是實質的收入，較少思考如何提供適度的工作及合理的給付，及身體的照顧。再加上健保制度下，民眾對醫師的尊崇及感謝也逐漸消失，醫師感到的成就感也逐漸消失，在醫療崩壞的年代，大家應該要去思考未來遠景、健康及幸福是應該先找回的。

祝大家平安快樂

附件一：

蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書

本人同意台灣婦產科醫學會，對會員基本資料重新諮詢並建檔，以利往後製作名冊或名錄及寄送文書、刊物、推廣、旅遊、或委外調查或申報或其他類似或相關之行為、依法提供資料予政府機關等，各種活動於特定目的及範圍內，為台灣婦產科醫學會國內外組織機構內書面或電子傳輸使用之。

請正確且詳細填寫下列表格內容後，傳真或郵寄回學會，以利建檔之用，謝謝您的配合！

姓名		會員編號	
服務醫院	(必填)請填寫服務醫院名稱，若無執業請填寫「無」。		
醫院地址	郵遞區號	電話	
		傳真	
通訊地址	郵遞區號	電話	
		傳真	
所屬縣市醫師公會	(必填)	手機	
E-Mail	(發送電子報及學會相關訊息公告用)		

立同意書人：_____ (親自簽名)

中 華 民 國 102 年 _____ 月 _____ 日

■ 通訊繼續教育

當天出院的經陰道子宮切除



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 ¹ 婦產科

² 台北中山醫院 婦產科

在美國住院昂貴，人民工作繁忙，為了節省醫療開銷及減輕家屬照顧的困擾，許多手術均希望能在 1 天內出院（稱之為當天出院手術-Day surgery）。子宮切除也不例外，但必須考慮到其安全性與再住院的可能性。日前美國的陰道全子宮切除，患者住院時間平均為 3 天，有些地區甚至達 4-9 天，本文特探討經陰道的全子宮手術在當天內出院的可能性，關於用腹腔鏡或達文西手臂，所進行之子宮切除手術，是否可當天出院，將另撰文討論之。

陰道子宮切除比率

美國每年約有 60 萬次的子宮切除手術，是一項常見且有用的婦科手術。2005 年，經陰道切除子宮者佔 22 %、經腹腔鏡切除子宮者佔 14 %、經剖腹手術切除子宮者佔 64 %；但到 2012 年，經陰道切除子宮者下降至 14 %、經腹腔鏡切除子宮者佔 16 %、經剖腹手術切除子宮者亦下降至 39 %，但以達文西手臂切除子宮者佔了 31 %。表示有了新的切除方式之後，採用經陰道和剖腹方式之子宮切除之比率大幅下降，其是否合理，尚待檢討。因美國婦產科醫學會（於 2009 年）和美國婦科腹腔鏡醫學會（於 2011 年）皆認為對良性子宮疾病，經陰道切除子宮實為最佳的切除方法。

患者選擇

當天出院的陰道子宮切除手術，醫師必須先與患者及其家屬詳細溝通，除簽署同意書

外，尚需具備其它條件，包括：(1)年齡須在 18-65 歲；(2)沒有嚴重內科疾病（如糖尿病、心臟病），術後無需手術外的特別照料；(3)子宮小於懷孕 16 週之大小；(4)子宮可以移動，表示子宮與骨盆腔內器官無嚴重沾黏，曾有骨盆腔手術史者，仍可手術；(5)可以同時進行卵巢切除，但不同時進行陰道的修補；(6)無子宮頸癌或子宮內膜癌可能者；(7)無子宮內膜異位病史；(8)沒有精神病史；(9)手術 48 小時內，要有一成人能全天照顧；(10)住處離醫院車程在 1 小時內；(11)可隨時與醫院聯繫；(12)手術中無併發症產生。

醫生在術後的當晚及隔天，應透過電話和患者進行會談，實際了解並掌握患者情況，視情況需要，護士可在術後的頭 2 天到患者住處訪視。

術後過程

手術結束，患者經恢復室觀察後，可送至一可以行動手術單位（ambulatory surgery unit），鼓勵她走動、攝取流質食物、如廁等。術後當天檢查 hematocrit 兩次（相隔 4 小時），其值差距不能 $> 3\%$ 。可予患者止吐、止痛、軟大便之藥物。告知患者在出院的第一天，至少喝 6 杯水，出院的頭兩天，每 4 小時要測量體溫一次。如出現有發燒、陰道出血、無法控制的嘔吐和疼痛等情形，要即刻通知醫師。

嘔吐的預防

Scopolamine 是有效的止吐藥物，唯半衰期短，約莫 1 小時，故不適合注射使用，可用含 1.5 mg scopolamine 的貼片，每小時可釋放 scopolamine 5 μg ，可連續使用 3 天。Bailey 等報告，在手術前一晚於耳朵後面放置 scopolamine 貼片，研究在門診腹腔鏡手術後 2 天內噁心嘔吐的情形。結果貼片組有嚴重噁心和嘔吐者為 37%，安慰劑組則有 62%（ $P = 0.0029$ ）。

另外，ondansetron 是一種 5-HT₃ 接受器拮抗劑，有超強的止吐效果，常用於化學治療的止吐。Rust 等統計，歐、美兩洲在重大婦科手術前 1 小時，口服 ondansetron 16 mg，結果在術後 24 小時內無嘔吐情形發生者，歐洲組為 54%，美洲組為 52%；在使用安慰劑無嘔吐情形發生者，歐洲組為 26%，美洲組為 32%（ $P < 0.001$ ）。因此，適當使用止吐藥物可以避免術後的噁心和嘔吐。

疼痛的預防

大部分經陰道子宮切除當天出院的患者，多採用全身麻醉方式，少部分採脊椎麻醉。根據研究指出，在子宮切除前，如在子宮旁的子宮頸陰道交界處 3、5、7 和 9 點位置行 para-

cervical block 注射長效局部麻藥（局部麻醉藥可選用 0.5 % bupivacaine 加入 1：2000,000 epinephrine，注射劑量約 5 mL），對術後降低傷口疼痛有所幫助，服用止痛藥亦相對減少，對當天便出院之患者的術後疼痛，較容易控制。

術後盡快拔掉導尿管

子宮切除後應盡快取出導尿管，因其留置太久會增加尿道感染的機率，然而太早取出必定有再置入的可能。Alessandri 等針對 96 位子宮切除（包括 44 位 VTH、37 位 ATH、15 位 LAVH）患者，分成三組進行研究，包括：A 組的 32 位於手術後即刻取出導尿管、B 組的 30 位於術後 6 小時取出導尿管、C 組的 32 位於術後 12 小時取出導尿管。結果需重置導尿管者有 6 位（18.8 %），均為脊椎麻醉 VTH 患者，其餘 B、C 兩組患者皆可自動排尿、下床走動、縮短住院時間。結論為：不用脊椎麻醉，早移除導尿管對患者有更多好處。

Summit 等對 49 位經陰道切除子宮之患者放置導尿管，並於 24 小時後取出，與另外 50 位經陰道切除子宮後之患者不放置導尿管，二者作比較。結果有放置導尿管組有 2 位需重放導尿管，無放置導尿管組皆可自行排尿。兩組在 48 小時後和 2 週後之小便細菌培養，結果沒有差異。該作者認為經陰道切除子宮之患者，無需依常規性放置導尿管。作者以為對此類病患，應教導自己導尿的方法。

早進食

傳統上，腹部手術病患在術後都是被禁食的，直至放屁後先開始食用流質食物，再食用固態食物，以避免發生腸氣及腸阻塞。但在空腹時，胃每天仍產生 500-1000 mL 胃液，刺激胰臟分泌等量液體，同時小腸每天亦分泌出 1-2 L 內源性液體，因此雖然禁食，但胃腸道仍有 2-3 L 液體。研究同時指出在腹腔手術後數小時，小腸便開始有蠕動的現象，因此早進食反而有助加速排氣，並不會因此增加腸阻塞的發生。

流質食物容易吞嚥和從胃中排空，因此手術後可試用流質食物。但流質食物快速經過咽部，容易因嗆到而吸入氣管，尤其當術後使用止痛和鎮定劑時，會干擾聲門（glottic）的關閉與咳嗽反射，增加吸入氣管的可能性，此時則以固態食物更為理想。根據 Pearl 等針對 138 位接受婦癌剖腹手術患者，如術後第 1 天未出現噁心、嘔吐和脹氣之情況，便予以進食固態食物，與另外 107 位相同情況下之患者，先給予流質食物再固態食物做比較，兩組均未出現腸阻塞及吸入氣管之併發症，平均排氣時間皆為 2.8 天，平均住院天數為 3.4 和 3.6 天，無統計上差異。結論是：婦癌手術後的早進食固態食物，是安全有效的。此可作為經陰道子宮切除術患者之參考。

再住院比率

最早在 1988 年，Reiner 等報告 40 位因子宮異常出血（20 位腺瘤、19 位肌瘤、1 位子宮內膜癌）之患者，年齡在 24-68 歲，經陰道切除子宮後 1 天內出院，並沒有患者因疼痛、出血和感染再住院。

1993 年 Powers 等報導 10 位經陰道切除子宮之患者，從開始手術至出院未超過 8 小時，結果有 9 位患者術後良好，僅 1 位在術後第 7 天出現發燒和下腹壓痛，診斷為骨盆腔炎，再住院接受 4 天的抗生素治療後痊癒。該作者認為子宮切除手術可以作為當日出院手術。

1994 年 Summitt 等報告 133 位子宮切除後 1 天出院的患者，其中包括 92 位（69.2%）VTH、41 位（30.8%）LAVH。僅有 12 位（9%）患者不能在 1 天內出院，主要是因為貧血、膀胱或血管受傷、噁心、發燒或改行 ATH 者等；另有 5 位（3.8%）患者在出院後平均 4.8 天再次住院，包括 3 位由於陰道袖口感染、1 位陰道袖口有血腫塊、1 位脊椎麻醉引發頭痛。

2005 年 Levy 等對 284 位經陰道切除子宮之患者，在住院後的 12 小時內出院，均無患者因出血、疼痛、小便滯留、噁心、嘔吐等情形再度住院。且計算門診子宮切除的費用，會比住院多天者省下 25% 的開銷。

2007 年 Penketh 等報告 65 位經陰道切除子宮，且於 24 小時內出院之患者，有 4 位在術後 7-10 天，因輕度感染而再住院，予以口服抗生素和止痛藥後而痊癒。該作者認為經陰道切除子宮患者，因早出院而再住院的比率低，故認為術後 24 小時內出院是可行的。

2012 年，Zakaria 等報告 171 位經 VTH 手術後 1 天出院的患者，有 5 位（0.5%）在出院 30 天內再次住院，原因包括；2 位腹痛和發燒、1 位噁心和嘔吐、1 位肺栓塞、1 位膀胱陰道瘻管。認為再住院的比率是可被接受的。

結論

台灣醫療的住院費用，比起美國是十分便宜的，加上民眾自我意識高漲，衍生出許多無謂的醫療糾紛，也因此台灣少見子宮切除術後當天便出院的案例。最近，有使用達文西手臂切除子宮後，1 天就可以出院的報告，以及很多 VTH 和 LAVH 後 1 天出院的報告，只是 LAVH 的費用較高，VTH 除相對便宜外，美觀、疼痛等副作用均較少，不應為趕時髦而將之遺忘或摒棄。LAVH 僅應用在一些較棘手的病例，例如骨盆內有沾黏問題時。但從子宮切除後希望當天出院的立場，術後疼痛的預防、早進食、早拔除導尿管、早下床、不要天天換藥等觀念極待建立，使醫療技術能更進一步。

推薦讀物

1. Zakaria MA, Levy BS. Outpatient vaginal hysterectomy. Optimizing perioperative management for same-day discharge. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 1355-61.
2. Stovall TG, Summitt RL Jr, Bran DE, et al. Outpatient vaginal hysterectomy: a pilot study. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 145-9.
3. Summitt RL Jr, Stovall TG, Lipscomb GH, et al. Outpatient hysterectomy: determinants of discharge and rehospitalization in 133 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1480-4.
4. Alessandri F, Mistrangelo E, Lijoi D, et al. A prospective, randomized trial comparing immediate versus delayed catheter removal following hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 716-20.
5. O' Neal MG, Beste T, Shackelford DP. Utility of preemptive local analgesia in vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1539-41.
6. Reiner IJ. Early discharge after vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 416-8.
7. Powers TW, Goodno JA, Harris VD. The outpatient vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1875-80.
8. Summitt RL, Stovall TG, Bran DF. Prospective comparison of indwelling bladder catheter drainage versus no catheter after vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1815-21.
9. Pearl ML, Frandina M, Nahler L, et al. A randomized controlled trial of a regular diet as the first meal in gynecologic patients undergoing intraabdominal surgery. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 230-4.
10. Penketh R, Griffiths A, Chawathe S. A prospective observational study of the safety and acceptability of vaginal hysterectomy performed in a 24-hour day case surgery setting. *BJOG* 2007; 114: 430-6.
11. Bailey PL, Streisand JB, Pace NL, et al. Transdermal scopolamine reduces nausea and vomiting after outpatient laparoscopy. *Anesthesiology* 1990; 72: 977-80.
12. Rust M, Cohen LA. Single oral dose ondansetron in the prevention of postoperative nausea and emesis. *Anaesthesia* 1994; 49: 16-23.
13. Levy BS, Luciano DE, Emery LL. Outpatient vaginal hysterectomy is safe for patients and reduces institutional cost. *J Minim Invasive Gynecol* 2005; 12: 494-501.



問 答 題

- 一、下列何者為當天出院的陰道子宮切除的好處？
- (A) 減少醫療費用
 - (B) 減輕家屬照顧的困擾
 - (C) 增加醫院床位有效利用
 - (D) 以上皆是
- 二、下列何者為美國婦產科醫學會建議，對良性子宮疾病最佳子宮切除的方法？
- (A) 經陰道切除
 - (B) 經腹部切除
 - (C) 經腹腔鏡切除
 - (D) 經達文西手臂切除
- 三、下列何者為當天出院經陰道子宮切除的條件？
- (A) 沒有嚴重內科疾病
 - (B) 子宮與骨盆內器官無嚴重沾黏
 - (C) 手術中無併發症產生
 - (D) 以上皆是
- 四、下列何者為當天出院的陰道子宮切除應注意事項？
- (A) 疼痛和嘔吐
 - (B) 術後盡快拔掉導尿管
 - (C) 早進食
 - (D) 以上皆是
- 五、下列何者手術文獻報告可以當天出院？
- (A) 經陰道子宮切除
 - (B) 經腹腔鏡切除
 - (C) 經達文西手臂切除
 - (D) 以上皆是

第 1 9 7 期通訊繼續教育 剖腹產前灌腸的檢視

答案：一、(D)；二、(D)；三、(A)；四、(D)；五、(D)

會員園地

兩岸交流 歷史見證

～第 19 屆第 4 次會員代表大會提案： 「兩岸交流」的發言紀實～

蔡明賢 院士

兩岸交流不是理事長一個人或少數人可以決定的事情，兩岸交流是重要議題，要由會員代表過半數通過後做成決議，我們已經有交流經驗，可以做為今天是否交流的參考，今天我沒有個人的意見，我也不應該有個人的意見，大會的決議就是我的意見，我遵守大會最後的決定。我有幸從學會兩岸交流開始的那一天到結束都曾多少參與所有的活動，今天我希望把我的經驗很真實地向各位會員代表提出報告，作為各位會員代表作決議時的參考，以及我們學會歷史的見證。

1996 年，黃思誠理事長剛剛上任不久，有一天中國婦產科醫學會的曹會長，到台大要跟黃思誠理事長見面，當時我是監事長，所以黃理事長打電話給我，希望我能出面參加跟曹會長見面，見面的目的是曹會長向黃理事長提出兩岸交流，因為兩岸已經斷絕幾十年的關係，如果能夠交流促進彼此了解也沒有甚麼不好，所以在原則上，黃理事長同意曹會長的要求進行交流，我當時沒有表示任何意見，後來沒多久黃理事長組一個台灣代表團，到北京簽訂了『兩岸交流協定』，以平等互惠為最高宗旨，並促進友誼及增進了解為目的。兩岸正式交流，規定每一年在台灣或中國輪流舉辦一次討論會及觀光旅遊，黃思誠理事長任內舉辦了台灣一次，中國一次，我任內也分別在中國和台灣各舉辦一次的交流活動，總共四年的交流，前面三年的交流氣氛很好一路平順，已經奠定不少友誼的存在，沒想到在一片藍天白雲時突然黑雲密布，我當理事長的第二個月，就收到 FIGO 秘書長的來信，說大陸要加入 FIGO 要我們改名。改名字對我們是很大的污辱，是一種不友善的舉動，我立刻寫信給 FIGO 秘書長，中華民國婦產科醫學會在 1964 年加入 FIGO，是一個資深的會員國，FIGO 是一個學術團體，不應該受到政治的干擾，拒絕改名，沒多久 FIGO 秘書長又來信，這次他放下身段，他說：PROC 跟 ROC 只有一字之差，在 FIGO 出版的雜誌、刊物上，會員國常常搞不清楚，他請我們幫忙，為了 FIGO 的工作順利，請我們幫忙能夠改名字，這是委託之詞，政治意圖我們都知道，我們也不得

不面對這樣的一個壓力，沒多久我回信給 FIGO 秘書長，說：中華民國婦產科醫學會改名為台灣婦產科醫學會 TAOG，同時行文給 AFOG 亞太婦產科聯盟，我們的名字從此改為『台灣婦產科醫學會』Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology，不久 FIGO 的秘書長就寫信來，第一個表示接受我們的改名，第二個表示歡迎，第三個表示感謝我們依照他的要求改名。

2000 年，我帶了台灣 79 位代表(包含家屬)到了中國西安參加兩岸交流，我私底下跟曹會長溝通：『兩岸的交流進展的不錯，很順利，希望不要提出要改名字的要求，因為改名字對我們尊嚴是非常嚴重的損害，能不能不要提出改名字這種不友善的舉動。假如要求改名，兩岸交流可能損害停止』。

1999 年跟 2000 年，學會邀請了 FIGO 的理事長及秘書長來參加我們的年會，這是中華民國婦產科醫學會從來沒有的事情，讓他們了解台灣婦產科的水準，也建立雙方友好關係，在 2000 年 FIGO 要開年會的時候，FIGO 秘書長已經寫信給我們，表示中國要求我們改名，FIGO 沒有同意中國的要求。要我們放心。FIGO 不會要求我們改名，但是我們還是有壓力存在，在 FIGO 大會的前一個晚上 President night dinner，在幾百個人的大會場上，我跟蘇前理事長及現任謝理事長，我們在台灣的免稅商店，以半價優惠，買了十幾支萬寶龍的名筆，我們三個人帶著這些禮物及名片，找看看哪個國家最有影響的理事長自我推銷，我們是來自台灣，希望你支持，我們拿出禮物彎腰點頭，這是我這一生中為了拜託人家做過頭最低、身段最柔軟的事情，這樣一個一個去拜託，我到現在都還印象深刻，FIGO 的理事長及秘書長的太太在收到禮物那種高興的臉孔，第二天遇到我們還跑過來感謝我們送的禮物，這樣我們建立了一些國際的關係。那天晚宴結束後，我們約了曹會長坐下談一談，希望他能打消在大會上不要提出要改我們名字的事情，那會對我們尊嚴的損害，我們也表示，如果他說要我們改名字就停止兩岸交流，曹會長在我跟蘇前理事長及謝理事長三個人的面前說：你們如果要停止兩岸交流，你們寫下來寄給我，我就把你們登記起來，完全是威脅恐嚇的口氣，本來是稱兄道弟、和藹可親的態度，怎麼突然間變臉，令人不敢置信。第二天大會開始，中國通過申請入會，曹會長站起來感謝大家的支持讓中國進入 FIGO，接著他說 Taiwan is a part of China 台灣有四個選舉票八個代表，聽到這一句 Taiwan is a part of China 八位代表全部站起來大聲說: "Objection"。表示抗議，在這麼大的國際學術會議場所，這樣大聲的說 "抗議" 恐怕也是歷史的紀錄，當時蘇理事長，代表台灣發言，麥克風全部消音聽不到聲音，而曹會長被我們抗議後，他也講不下去，坐下來沒再發言，但是大會主席說：台灣的 "抗議" 列入大會紀錄，當時中國就以中國的名稱，台灣就以台灣的名稱分別加入在 126 個國家組成的「世界婦產科醫學會」。這是從中華民國婦產科醫學會自 1964 年進入 FIGO，我們的大老徐千田教授奮鬥終身想要解決的事，終於在我們的努力，上帝的幫忙下，劃下了句點。回

來後，學會立刻寫信給曹會長，你既然提出台灣要改名字，我們就停止兩岸交流，2000年兩岸交流就正式停止。

之後幾年間曹會長 2 次來台，參加其他醫學會活動，2 次要求與我們幾位前理事長見面，而且當面表示對改名一事表示歉意，並表示今後再也不會要我們改名字，同時希望能與我們學會再度進行交流。去年 2011 年我們在台灣舉辦 AOCOG 個的年會大會，選舉楊友仕教授當選 AOFOG 理事長，這是台灣婦產科在國際舞台上最高的代表職位，這是楊友仕前理事長個人的光榮，也是台灣婦產科全體會員的驕傲。中國去年才申請加入 AOFOG，我們也表示歡迎，沒想到中國申請加入 AOFOG 時，還加寄了一個與 FIGO 的備忘錄，裏面還是寫著 "Taiwan is a part of China"。怎麼講話不算話，講的跟做的完全不一樣，不是說不改我們的名字，結果還是 "Taiwan is a part of China" 這些話。曹會長來台，因為楊友仕教授是 AOFOG 的理事長，要邀請各國貴賓來參加台灣之夜(Taiwan night)，曹會長還拜託我請楊友仕理事長邀請他來參加台灣之夜，他要來跟我們道歉等等這些話，我們楊理事長拒絕他，不歡迎他參加。

中國的會長已經換人，現在的會長叫郎景和教授，去年他們來參加一個研討會，要求與學會見面，我們謝理事長在彭園設宴，招待他們的會長及秘書幹部，會中還是提出希望能跟台灣恢復兩岸交流，我跟蘇前理事長表示，我們沒有反對交流，只要對等互利我們很贊成交流，但是我們不是理事長或幾個人可以決定，我們要會員代表大會才能決定，但現在的氣氛下是不可能會通過，我們也講明了需要一段時間，讓我們的友情進步，讓我們在比較和氣的氣氛下，再來談這件事情，以上就是我們過去跟中國交流的情形。我個人發現有三點需要注意的地方，必須大家研究，必須詳以考慮，第一點：交流的協定就等於兩國的條約，應該要嚴格遵守，不可任何一方來破壞，我們最高的交流宗旨就是要平等互惠，也只有平等互惠交流才有意義，可惜交流的協定只是徒有虛名沒有約束力，當中國違背平等互惠的最高宗旨時，我們台灣也沒有制裁的力也沒有約束力，這樣的一個協定沒有意義，這是將來如果我們要恢復交流，如何簽訂交流協定時，值得考慮注意的地方。第二點：中國是以交流為藉口，以和平統一為最後目的，如果是這樣的一個政府政策，那麼誰來當中國婦產科的會長，他都無法改變，他沒有自己的主張，從曹會長到郎景和會長都一樣，這樣我們和他們交流就非常辛苦，這一點我們也要考慮。第三點：台灣醫界自從健保，自從長庚興起以後，已經進入企業化的經營，台灣將來將有很多人到中國開診所，也有人到中國的醫院當醫師，這種情形會越來越多，台灣的婦產科醫師會不會像今天的台商走入困境，當你的生存權被人家控制的時候，爲了生存、爲了賺錢，只能講商人無祖國，醫療無國界之外，還能談甚麼尊嚴、甚麼原則、甚麼主權嗎？各位會員代表，今天是你們決定的時候，爲了台灣婦產科的前途，希望凝聚我們的共識，請大家做出最正確的決議，謝謝各位。

2013 年度屏東地區婦產科醫護人員 婦產科重症工作推動座談會 屏東縣婦產科醫師聯誼會

會長 鄭英傑

屏東縣位屬偏遠，地形狹長，醫療資源缺乏且不均，所以醫療資源的整合，緊急醫療資訊平台建構及轉診之推動是必要的。



前些日子吳敦義副總統親率衛生署邱文達署長，健保局黃三桂局長及多位局處同仁於蘇清泉立委安排下蒞臨屏東縣醫師公會，舉辦座談，聽取有關醫療方面的建言，亦了解，屏東縣當前醫療之困境。

4月13日屏東基督教醫院承辦『屏東地區婦產科醫護人員婦產科重症工作座談會』，感謝婦產科學會 謝卿宏理事長，屏東縣衛生局醫政科 張秀君科長，屏東縣醫師公會 李昭仁理事長，屏基 余廣亮院長，范思善副院長，賈佩芳副院長



蒞臨指導；屏基婦產科劉德森主任，把課程及座談非常精心緊湊的安排；高長歐育哲醫師，『有關子宮頸癌預防新趨勢』及龔福財部長的『高危險妊娠轉介、後送流程』，精彩!!!



出席的婦產科醫師及護理人員約 60 人共聚一堂，席間基層醫師均能充分表達心聲及苦衷，屏東人充滿愛心、真誠、純樸，不為自我的精神溢於言表，長官們不但用心傾聽，同時都能即席完整回應答覆，能解決問題讓大家感覺有收穫的座談。

於此再次感謝屏東縣婦產科醫師們的參與全力支援，魏福茂前理事、劉正民代表、王仁星代表、屏基高承志高專及照相官許振隆醫師的協助，並向蒞臨指導的長官們謹致由衷謝意。



對於子癩前症篩檢， 您不可不知的三件事

禾馨婦產科 林思宏醫師

1. 子癩前症發生的原因在胎盤

雖然子癩前症發生的時間點通常都在第三孕期，但子癩前症最根本的原因是來自於胎盤，而且是在胚胎著床時就已經出現變化。胚胎著床後，必須依賴滋養層細胞（Trophoblast）侵入子宮蛻膜細胞（Decidual Cell）的能力，引起與母體進行血液交流的螺旋動脈（Spiral Artery）的內膜平滑肌層退化，讓子宮螺旋動脈擴張，阻力下降，以應付胎兒成長過程所需的大量血液供應；而子癩前症患者的滋養層細胞則因為某種原因的影響使侵入母體蛻膜細胞的能力較差，減少產生重組現象，使子宮螺旋動脈內的內膜平滑肌層在懷孕第8~17周時沒有退化，因而維持高張力，阻力提高，因此產生血管內皮受傷、血栓（Imbalance of Thromboxanprostacyclin）、血小板聚集，胎盤功能降低等一系列反應¹。

在懷孕初期可能因為胎兒的血液供應需求還不大，而沒有影響，但隨著懷孕周數的增加，血管的管徑大小若相差1倍，所產生的血流量差異卻是高達16倍，高阻抗的血管不足以應付胎兒成長過程所需的大量血液供應，因而容易產生胎兒在子宮內生長遲滯（Intrauterine Growth Restriction, IUGR）的情形，此時有些孕婦會有保護性的血壓上升來增加血液的供輸給胎兒，就是子癩前症發生的高血壓現象。

2. 早期使用低劑量阿斯匹靈，有效降低子癩前症的發生

一項疾病能夠治療、甚至預防，才有進行篩檢的意義與必要!!

子癩前症是不是真的能夠被預防呢？許多的研究顯示，低劑量的阿斯匹靈有效降低子宮動脈血流脈動係數（PI Index），改善子宮動脈的血流的狀況²，但之前大規模的研究都顯示低劑量的阿斯匹靈都沒有辦法降低子癩前症的發生率³⁻⁶，追究其原因其實有兩點：1.並沒有篩檢出高危險的孕婦給予治療 2.給予阿斯匹靈的時間太晚，並沒有在早期（16周之前）給予治療正因為如此，早期篩檢、早期治療，對於子癩前症的預防就變得相當的重要，英國的NICE臨床指引（NICE Guideline）⁷與世界衛生組織（WHO）⁸都強烈建議，對於子癩前症高危險群，在12周之前使用低劑量阿斯匹靈預防子癩前症是有必要的。世界著名的

英國胎兒醫學專家 Kypros Nicolaides 教授，也在 2013 年 White Journal (UOG, IF: 3.007) 中發表了最新的統合分析 (Meta-Analysis)⁹，整合了過去 10 年 42 篇報告共計 27,222 位孕婦，證實了將子癲前症的治療提早到 16 週之前，服用低劑量的阿斯匹靈，能夠減少 80% 以上早發型子癲前症的發生以及約 60% 的胎兒死亡機會 (表一)。這個研究告訴我們，大部分的早發型子癲前症給予低劑量的阿斯匹靈治療其實是很有效的，重點是要提早給予，也就是說，如何早期篩檢子癲前症，把高危險的族群篩檢出來，才是最重要的課題。

早發型子癲前症	病例數	相對風險值 Relative Risk (95% Confidence Interval)
16 週前治療	649	0.18
16 週後治療	1496	0.65
胎兒死亡	病例數	相對風險值 Relative Risk (95% Confidence Interval)
16 週前治療	1380	0.41
16 週後治療	9557	0.93

表一：在 16 週前提早治療，對於預防子癲前症的成效大大提高

篩檢指標項目	Detection Rate		FPR
	早發型 PE	晚發型 PE	
History Only(H)	50.5~54.2	40	10
H + PAPP-A	54.7~57	39	10
H + PIGF	72.4	33.7	10
H + PAPP-A+PIGF	74.3~80.1	35.4	10
H + Uterine PI	74.3~75.2	33.8	10
H + PIGF+Uterine PI +MAP	93.9~95.8	49.8	10
H + PAPP-A+PIGF+Uterine PI +MAP	95.3~96.3	45.6	10

表二：各項篩檢項目與篩檢率的比較

3. 檢驗「PIGF」，實現了早期篩檢子癲前症的可能性

在台灣，第一孕期唐氏症篩檢已經漸漸的普及化，如果將篩檢的項目增加一項胎盤成長因子 (Placenta Growth Factor, PIGF)，就可以將懷孕最危險的子癲前症做很有效率的篩檢。子癲前症篩檢模式，是由英國胎兒基金會 (FMF) Nicolaides 教授團隊經過超過 10 年的研究發展而成，篩檢的時機是在第一孕期，配合第一孕期唐氏症篩檢或頸部透明帶檢查同時進行⁹。檢查項目包含臨床病史、母體平均血壓 (MAP)、懷孕相關蛋白質 A (PAPP-A)、PIGF、子宮動脈血流脈動係數 (Uterine Artery PI)，綜合判斷而成。若以 5% 偽陽性為

基準，早發型子癩前症的篩檢率約為 79.4%，但由於篩檢陽性的治療是使用低劑量阿斯匹靈，對於孕婦來說是相當安全的，Nicolaidis 教授認為寧可放寬篩檢的偽陽性率來提高早發型子癩前症的篩檢率，所以若把偽陽性率改以 10% 為基準，對於早發型子癩前症的篩檢率就可達 96.3%^{10,11}。若不進行子宮動脈檢查，單純以臨床病史、母體平均血壓（MAP）、PAPP-A、PIGF 來進行篩檢，篩檢率亦可達 74.3~80.1%（表二）^{10,11}。

Reference

1. Cuckle, H., P. von Dadelszen, and A. Ghidini, Current controversies in prenatal diagnosis 4: pregnancy complications due to placental vascular disease (pre-eclampsia, FGR): are we ready for prevention? *Prenat Diagn*, 2013. 33(1): p. 17-20.
2. Haapsamo, M., H. Martikainen, and J. Rasanen, Low-dose aspirin reduces uteroplacental vascular impedance in early and mid gestation in IVF and ICSI patients: a randomized, placebo-controlled double-blind study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2008. 32(5): p. 687-93.
3. CLASP: a randomised trial of low-dose aspirin for the prevention and treatment of pre-eclampsia among 9364 pregnant women. CLASP (Collaborative Low-dose Aspirin Study in Pregnancy) Collaborative Group. *Lancet*, 1994. 343(8898): p. 619-29.
4. Caritis, S., et al., Low-dose aspirin to prevent preeclampsia in women at high risk. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med*, 1998. 338(11): p. 701-5.
5. Golding, J., A randomised trial of low dose aspirin for primiparae in pregnancy. The Jamaica Low Dose Aspirin Study Group. *Br J Obstet Gynaecol*, 1998. 105(3): p. 293-9.
6. Yu, C.K., et al., Randomized controlled trial using low-dose aspirin in the prevention of pre-eclampsia in women with abnormal uterine artery Doppler at 23 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2003. 22(3): p. 233-9.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence clinical guideline 107. Hypertension in pregnancy: The management of hypertensive disorders during pregnancy, 2010. www.nice.org.uk/guidance/CG107
8. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf
9. Roberge, S., et al., Prevention of perinatal death and adverse perinatal outcome using low-dose aspirin: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2013.
10. Poon, L.C., et al., Combined screening for preeclampsia and small for gestational age at 11-13 weeks. *Fetal Diagn Ther*, 2013. 33(1): p. 16-27.
11. Akolekar, R., et al., Competing risks model in early screening for preeclampsia by biophysical and biochemical markers. *Fetal Diagn Ther*, 2013. 33(1): p. 8-15.

法律信箱

風險管理相見恨晚---

聲援癌末病人醫師疏失賠百萬



本會法律顧問 高添富醫師

報載台灣婦女運動重要人士鄭女士，九十八年九月因食道癌過世，其夫張 OO 是大學數學系退休教授，認為 OO 醫院腸胃科醫師陳醫師，延遲兩天告知他鄭女士有感染或引發敗血症疑慮，鄭的死亡和陳未及時告知有因果關係，向法院求償二百萬元。士林地院經審理發現，依據該院感染科醫師證詞、病理數據資料等等證據，陳經會診後，的確已先預見鄭有重大危及生命的病情發展，廿日當天應向張說明，讓他了解病情後可做其他選擇。因此認定，因陳未盡說明義務，使病患自行選擇防免措施的自由權受到侵害，最終發生敗血症死亡的結果，判決陳需賠償一百萬元精神慰撫金。(註一)

◎醫師未履行醫療義務和醫療過失是否相同？

針對本案食道癌末期病人化療，臺灣士林地方法院 100 年度醫字第 23 號民事判決文，最終發生敗血症死亡，被告陳 OO 應給付原告新臺幣壹佰萬元，曰：「被告在其具有預見病患可能受重大病情發展的惡害，過失未盡說明義務，使病患自行選擇防免措施之自由權受到侵害，且最終發生敗血症死亡之結果，被告未盡說明義務與病患的死亡間就具有因果關係，依上開說明，被告自應負侵權行為責任，堪得認定。」「原告對於被告在癌症醫療上並無疏失乙節，亦不予爭執。惟參照上揭意旨，被告所侵害者，係因未盡說明義務致病患選擇自由權利受到侵害，尙與被告採行之醫療措施無關，上揭鑑定書意見僅能說明被告所採措施符合一般臨床醫療水準，並無法表示在被告盡說明義務後，很可能會透過原告之要求或原告另行轉院後，所採行的措施比被告所採行者，更符合病

患病情之要求的意見，因此亦難為憑。」

本判決要旨的重點在於病人家屬對於醫師在癌症醫療上並無疏失乙節並不予爭執，表示被告採行之醫療措施並無過失，但法院居然認同係因醫師未盡說明義務致病患選擇自由權利受到侵害，致最終發生敗血症死亡之結果，而且自由心證認為被告未盡說明義務與病患的死亡間具有因果關係，引申出對於不可避免的癌末疾病歷程的醫療結果，醫師若盡了說明義務，難道即可免除病人死亡發生的疑惑？更進一步的困惑是，醫師未履行醫療義務和醫療過失是否相同？醫療義務的違反是否可以無限上綱，進而苛求醫師必須因而承擔刑事、民事的過失責任？

◎本案判決評譯

針對對臺灣士林地方法院 100 年度醫字第 23 號民事一審判決，個人對本案之看法是：

一. 即使放任本案癌症病人選擇自由權，未必是對病人的最佳利益選擇

轉診到別的醫院治療方法大同小異，對病情不但沒有助益，化療的副作用同樣束手無策。何況重症末期病患未必有醫院要收容，這是現實的醫療資源分配問題，不能說陳醫師沒有替病人著想過。

二. 化療後白血球減少，代表化療藥物業已發揮藥效

何況給予病人注射「白血球生成劑」就是已在治療化療後白血球減少的併發症，主治醫師在病人發燒敗血症前已在用抗生素，並會診感染科，也已都有在預防性處理了。家屬天天緊迫釘人，追問檢查報告，主治醫師及醫護人員怎麼可能會不特別注意？

三. 病家及法官都忘了尊重醫師的醫療裁量權

病人尚未發生敗血症前，醫師要乘勝追擊繼續化療以控制癌症呢？或醫師要驟然停止化療，放任癌症肆無忌憚擴散？本身就是一項醫療上的兩難，也只有專科醫師才能掌握什麼是最有利於患者的選擇。

四. 病人不幸死亡的原因並不是白血球減少引起的敗血症，而是癌症病程本身

癌症本身的不幸死亡病程是一種不可避免的必然結果，本質上並不會因為醫師未盡說明義務，或其他附隨義務如轉診義務等，就會因而增減病人受化療副作用傷害的發生率。

五. 本案屬末期癌症的疾病歷程，為不可避免的醫療結果，不屬於醫療事故

在不良醫療結果的爭議上，首先要排除的就是醫療結果本身是否具有可避免性？如果是不可避免性的 natural death 壽終正寢或 natural course 疾病歷程，本身根本就不是醫療事故。所以說，在醫療糾紛的分類上，癌症末期的進展結果為「非醫療事故」，即不屬於醫療事故，因為不是醫療事故，也不能成為醫療爭議的標的或行為客體；只有具可避免性的不良醫療結果，醫師應避免、能避免而不避免，應注意、能注意而不注意時，醫師才有刑事業務過失或民事侵權行為責任可言。

六. 癌末病人死於多重器官衰竭，難以判定與化療或放射線治療有關

對照 2012 年 06 月 12 日報載另有一判決案例曰：「婦人林蔡 OO 於 2009 年初到 OO 醫院做超音波檢查，發現有局部廣泛型子宮頸腫瘤，被腫瘤科醫師季醫師診斷罹患子宮頸癌 2B 期。從 1 月 19 日到 2 月中旬，先後接受靜脈注射化學藥物、口服化學藥物，並進行放射線治療，再注射標靶藥物、抗腫瘤藥物等療程，卻在 2 月 23 日因上吐下瀉，被醫師停止放射線治療後轉診中心醫院，直到 3 月 5 日又因氣喘住進原 OO 醫院加護病房，10 天後宣告不治。家屬認為，子宮頸癌末期就算不治療，也不至於在 1 個月內死亡，質疑醫院治療有嚴重疏失，提告向季醫師及 OO 醫院連帶求償 200 萬元。士林地院開庭時，醫師辯稱化療和標靶用藥時機及份量都符合醫療常規，轉診也經病患同意，並無疏失；法官依衛生署醫事審議委員會鑑定，認定婦人死於吸入性肺炎及腸道感染引發多重器官衰竭，難以判定與化療或放射線治療有關，且化療是必要的醫療行為，判醫師勝訴免賠。」，可茲應證比較。(註二)

◎ 醫療機構及醫師之說明義務

本案一審對被告陳醫師之離譜判決，甚為醫界震驚遺憾。一審敗訴判決理由竟是：「因醫師未盡說明義務，致病患選擇自由權受到侵害」，而且法官居然也認定醫師未盡說明義務與病人死亡有因果關係，而與醫療措施無關，即醫師在癌症醫療上並無疏失。參酌臺灣嘉義地方法院 92 年自字第 20 號判決要旨曰：「說明告知義務之未踐行，並不能直接反應或導致醫療行為本身之可非難性，醫療行為本身違反醫療常規致生危害者，始有被評價為犯罪行為之可能。」，足證本案的一審判決理由，確有許多討論空間而應有轉圜餘地。

有關病患接受醫療資訊說明與告知之權利，針對醫療機構實施手術、侵入性檢查或治療、人體試驗及診治病人時，醫療法及醫師法分別設有醫療機構及醫師之說明義務。醫療法第 81 條規定「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」，違者本法並無罰責。而依醫師法第 12-1 條：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、

治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」，違者依同法第 29 條：「處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。」。

一、醫師說明程度之判斷標準

有關醫師說明義務之當事人與說明方法，如下：

(一) 醫師說明義務之說明人，應為治療行為之合法實施者，即治療醫師。

(二) 說明程度之判斷標準

由於在醫師取得患者有效承諾之說明義務，其說明程度之判斷標準，應當以「合理病人標準說」為主，輔以「具體患者說」，而決定說明之程度。

(三) 醫師說明義務之被說明人：

1. 行使「承諾權」之主體原則上應為患者，蓋患者為醫療行為實施之對象，對於醫療行為可能產生侵害其身體或招致痛苦等不利結果是否願意承受，自應由其本人決定，此乃尊重個人決定權當然之結果。醫療法第 46 條第一項之規定不應作機械解釋，認為醫師得任選「病人本人或配偶、親屬或關係人」之一，履行其說明義務，而應基於病人自我決定權之尊重，在一般情形由病人本人擔任醫師說明義務之被說明人。
2. 在患者為未成年人、精神病患或意識不清等特殊情形，可能由患者之最近親屬等人，而非患者本人，擔任醫師說明義務之被說明人。(註三)

二、醫師未盡說明義務之法律責任

針對醫師未盡說明義務之責任之事，在嘉義地方法院 92 年自字第 20 號判決文中，並有進一步的說明：

(一) 醫師應為其未盡說明義務負責，其評價非難之重點應在於醫療行為本身不符合醫療常規之非價判斷

「關於醫師未善盡告知說明義務，屬注意義務之疏失，是建立在「Informed Consent (受告知後同意)」之法律概念上，揭櫫醫師應為其未盡說明義務負責。然就刑事責任認定之範疇而言，其評價非難之重點不在於該未說明可能伴生之危險及副作用之不作為部分，而在於醫療行為本身不符合醫療常規之非價判斷。蓋醫療既係以人體治療、矯正、預防或保健為直接目的之行為，乃取向於患者利益之過程，自不能以醫師完全未為說明或說明不完全其處置暨後效，即遽認其所行之醫療行為具反社會性格。換言之，說明告知義務之未踐行，並不能直接反應或導致醫療行為本身之可非難性，醫療行為本身違反醫療常規致生危害者，始有被評價為犯罪行為之可能。」。

(二) 病情發展實與被告有無建議轉診一節無關

「醫院、診所建議病患轉診，就病患本身而言，目的在於使其接受更適當之醫療照護，揆諸本件被告身為內科、家庭醫學科專科醫師之身分條件，所謂「建議轉診」，亦不過提供專業範圍內之意見，提醒自訴人至設備較完善之大型醫療院所診治而已，然自訴人於接受被告診療期間，就其疾患確實曾至其他皮膚專科診所或設有外科專科科別之大型醫院就醫，可見被告病情發展實與被告有無建議轉診一節無關。」。

(三) 被告對自訴人傷勢之惡化，不因被告是否善盡告知與說明義務，改變被告所為醫療行為符合醫療常規之適法性判斷

「本件自訴人所受右上臂皮膚壞死之傷害，難認與被告施以之針劑肌肉注射間有相當因果關係，亦不因被告是否善盡告知與說明義務，改變被告所為醫療行為符合醫療常規之適法性判斷。又被告對自訴人傷勢之惡化，並無應預見而未加以迴避可言，復未違建議自訴人轉診之義務，承審法院亦查無其他積極證據足證被告就本件醫療糾紛有業務過失傷害犯行，至於被告民事上是否未為完全之給付，則乃別一問題。是故，因而不能證明被告犯罪。」，可茲參酌。

◎ 癌症病程不屬於醫療事故

在醫療糾紛之分類中，實務上遇到醫療傷害的案例，要分類醫療糾紛是那一種醫療事故，就必須要探求：(一).醫療傷害是否具可避免性 *avoidability*？(二).醫療行為是否合乎醫護水準 *standard care*？(三).醫療事故是否具可預知性 *prdictability*？即有否結果預見可能性？(四).醫療事故是否具可迴避性 *preventability*？即有否結果迴避可能性？

故首先要依醫療傷害是否具可避免性，區分該醫療傷害案例是否為醫療事故，或不屬於醫療事故的情形，如：

- 一. 不可避免性情況即不屬於醫療事故，如壽終正寢 *natural death* 或疾病使然（疾病歷程 *natural course*），即非醫療事故，不應該成立醫療糾紛。
- 二. 可避免性的醫療傷害，才是醫療事故 *medical incident*，包括：(1).醫療過失 (2).醫療不幸 (3).醫療意外。

總而言之，癌症病人死亡天人永別，家人情何以堪，固然令人唏噓，然癌症病人佔我國十大死因的第一位，癌症死亡是不可避免性的自然病程情況，根本不屬於醫療事故。因為任何治療，任何說明，都無法改變癌末病人最後的結果，連上帝也無法避免最後悲劇的發生，甚至安寧緩和醫療條例都立法允許對「罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為

不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者」之末期病人，為「尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益」(安寧緩和醫療條例第 1 條)，醫師可為「減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，或不施行心肺復甦術」，讓病人莊嚴又有自尊的一路好走。何勞在家人不捨及無知中，又告醫師，又告檢察官，引發醫界人人自危，醫師紛紛際起防衛醫療的金鐘罩以求自保，將使更多的癌末病人，終像醫療人球一樣到處轉院等床，求醫無門？

◎ 結論：風險管理相見恨晚

當事人陳醫師是 OO 醫院腸胃科的名醫，與個人素昧平生。但最近透過一位朋友來向個人諮詢有關該案的三個審判重點：醫療責任、告知義務、病人選擇自由權，要請教我們醫師法律人的看法，以及指導如何才是適當的界線，上訴有哪些應該注意或補強的？可嘆法律諮詢不像醫療諮詢那麼簡單，可以順手捻來即興回答，而最遺憾的是因本案已進入司法訴訟程序，個人因不是律師不能涉足訴訟，以免違反律師法，而且陳醫師業已委託兩位委任律師，大律師博大精深經驗豐富，已足以解套矣，何勞他人班門弄斧，擾亂攻防策略？何況即使是我們台灣醫師風險管理學會的會員，要付費與非律師身份的醫師法律人面談，或請醫師法律人作司法醫療的法律分析書面報告，都限於法律規定而必須透過顧問律師引介才能合法進行，非會員那有可能此種權益，何德何能要醫師法律人隨傳隨到？

個人只是感慨，若早先能在第一時間利用電話作風險管理諮詢，引用個人「醫療風險理論」中的「非醫療事故」概念，努力與檢察官溝通，可能在偵查階段當事人就可全身而退，而達到個人所倡導的「醫療糾紛去刑事訴訟化」之理想，何至於如今落到被一審法官把告知義務衍生的病人選擇自由權無限上綱的下場，哭笑不得？

言盡於此，只嘆醫師平日不屑風險管理，以至於相見恨晚---恨不相逢未被告時。更感嘆的是，如今陳醫師業已陷入苦戰心力交瘁，此時當事人對個人此篇一時技癢所作的判決評釋，事過境遷恐也無緣及時參酌，在此也只能預祝他早日解套，就只能怪咱們醫師平日太輕視風險管理，碰到醫療糾紛只能問道於盲，往往使自己愈陷險境愈深，至一發不可收拾，而最終求助無門，任誰都愛莫能助。

◎ 參考文獻

註一：張嘉文，台北報導，中國時報，2012-08-09，<http://news.chinatimes.com/society/11050301/112012080900165.htm>。

註二：賴又嘉，蘋果副刊，2012年06月12日 <http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/supplement/20120612/34292666>。

註三：文衍正，看診法門---醫師之說明、注意與其他義務，永然文化出版股份有限公司，1998年10月。

郵 自

票 貼

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4819
傳真：(02) 2200-1476

台灣婦產科醫學會

收

◎198 通訊繼續教育答案◎

題目：當天出院的經陰道子宮切除

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

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

編 後 語

游淑賢

TAOG，是一個多麼閃亮的 logo 啊！我愛 TAOG！

入會這些年來，每期會訊總是一字一句的看完它。我們何其幸福！

有眾多前輩醫師披荆斬棘打前鋒，捍衛婦產科的尊嚴，為婦產科爭取福利。

也有很多醫師雖在健保的無理強取豪奪下仍堅守崗位，為女性朋友們研發更優質的治療方式。

任何手術、處置，能夠傷口越小，住院日期越短，能盡快回到生活常軌，當然最好！醫師們如此用心理該有相應的回餽！真希望決策單位能看清這點，而不是逆向思考，認為這些「大不了」的刀當然應該縮減給付！那就真是賠了夫人又折兵了！

病人的意識抬頭，很好。但正確的醫學常識及對醫師的基本尊重是否也該有長期的宣導呢？醫療的不確定性常造成醫師告知上的困惑。病人會不會因為不希望有任何「意外」，而放棄成功率很高的治療？！子癲前症的篩檢不啻為孕婦的一大福音！那要爭取健保給付或要孕婦自費呢？

四月雪的日子，地震竟頻仍。無論如何大家還是要照顧好自己，多參加學會的活動，有吃有拿，與老友敘舊，認識新朋友，何樂不為？

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
130428-6	青少年健康照護繼續教育訓練課程(台北)	台灣婦產科醫學會	台大醫學院 1 樓 104 講堂	04 月 28 日 08 時 20 分	04 月 28 日 11 時 55 分	A	1 分
130428-1	進階產前篩檢 workshop	周產期醫學會	高雄醫學大學附設醫院 啓川大樓 6F 第一會議室	04 月 28 日 08 時 30 分	04 月 28 日 12 時 30 分	B	3 分
130428-3	婦女骨盆底功能障礙與尿路動力學研習會	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	林口長庚兒童醫院 12 樓第三會議室	04 月 28 日 08 時 30 分	04 月 28 日 16 時 30 分	B	6 分
130428-7	全球內臟疼痛防治年暨麻醉中區月會	台中榮民總醫院 麻醉科	台中榮民總醫院研究大樓一樓第二會議室	04 月 28 日 08 時 50 分	04 月 28 日 11 時 50 分	B	3 分
130428-5	婦產科醫療發展研習課程(台中)	台灣婦產科醫學會	金典酒店	04 月 28 日 09 時 10 分	04 月 28 日 12 時 05 分	A	1 分
130428-2	「腹腔鏡出血之處理及生物製劑的新應用」研討會	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會	張榮發基金會國際會議中心 1003 會議廳	04 月 28 日 13 時 30 分	04 月 28 日 16 時 40 分	B	2 分
130428-4	卵巢癌與子宮內膜癌的新知	社團法人臺中市醫師公會	行政院衛生署台中醫院 12 樓大禮堂	04 月 28 日 13 時 30 分	04 月 28 日 14 時 30 分	B	1 分
130504-1	母嬰常見食物過敏及照護/孕期營養與婦女健康/母乳品質與新生兒哺育	台灣婦女健康學會	台中市北區學士路 91 號 中國醫藥大學立夫教學大樓 1 樓 102 講堂	05 月 04 日 09 時 00 分	05 月 04 日 12 時 30 分	B	2 分
130505-2	青少年健康照護繼續教育訓練課程(台中)	台灣婦產科醫學會	中山醫學大學附設醫院正心樓 0212 室	05 月 05 日 08 時 20 分	05 月 05 日 12 時 00 分	A	1 分
130505-1	婦產科醫療發展研習課程(高雄)	台灣婦產科醫學會	金典酒店	05 月 05 日 09 時 10 分	05 月 05 日 12 時 05 分	A	1 分
130505-3	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	名富宴會餐廳(彰化市金馬路三段 888 號)	05 月 05 日 17 時 00 分	05 月 05 日 18 時 00 分	B	1 分
130511-1	BPH/OAB Update & Debate	台灣尿失禁防治協會	高雄漢來大飯店 15F 會議廳(嘉賓閣+群賢閣)	05 月 11 日 14 時 00 分	05 月 11 日 17 時 00 分	B	2 分
130512-2	青少年健康照護繼續教育訓練課程(高雄)	台灣婦產科醫學會	高雄醫學大學附設醫院啓川大樓 6 樓第二講堂	05 月 12 日 08 時 20 分	05 月 12 日 12 時 00 分	A	1 分
130512-1	進階產前篩檢	周產期醫學會	台中中國醫藥大學附設醫院階梯會議室	05 月 12 日 08 時 30 分	05 月 12 日 12 時 30 分	B	3 分
130519-1	青少年健康照護繼續教育訓練課程(宜蘭)	台灣婦產科醫學會	羅東博愛醫院 5 樓小禮堂	05 月 19 日 08 時 20 分	05 月 19 日 12 時 00 分	A	1 分
130521-1	癌症醫學影像報告繼續教育課程	中華民國放射線醫學會、行政院衛生署國民健康局	奇美醫院永康院區第二醫療大樓第一會議室	05 月 21 日 19 時 00 分	05 月 21 日 21 時 00 分	B	1 分
130522-1	乳突病毒與子宮頸癌	中山醫院教委會	台北市仁愛路四段 112 巷 11 號 中山醫院會議室	05 月 22 日 13 時 00 分	05 月 22 日 14 時 00 分	B	1 分
130526-2	進階產前篩檢 workshop	周產期醫學會	宜蘭 羅東博愛醫院住院大樓 5F 小禮堂	05 月 26 日 08 時 30 分	05 月 26 日 12 時 30 分	B	3 分
130526-1	戒菸治療醫師訓練課程	台灣家庭醫學醫學會	中國醫藥大學國際會議廳	05 月 26 日 09 時 00 分	05 月 26 日 17 時 00 分	B	1 分
130526-3	婦產科醫療發展研習課程(台北)	台灣婦產科醫學會	國賓飯店	05 月 26 日 09 時 10 分	05 月 26 日 12 時 05 分	A	1 分
130601-2	International Symposium for the Robotic and Minimal Invasive Surgery	台大醫院 一般外科	台大國際會議中心	06 月 01 日 08 時 00 分	06 月 01 日 17 時 35 分	B	3 分
130601-1	母嬰常見食物過敏及照護/孕期營養與婦女健康/母乳品質與新生兒哺育	台灣婦女健康學會	高雄市三民區自由一路 100 號附設醫院 高醫啓川大樓 6 樓第二會議室	06 月 01 日 09 時 00 分	06 月 01 日 12 時 30 分	B	2 分
130608-1	2013 年新生兒聽力篩檢研討會(南區)	行政院衛生署國民健康局	成大醫學院 第二講堂(台南市勝利路 138 號)	06 月 08 日 08 時 00 分	06 月 08 日 12 時 30 分	B	3 分
130619-1	子宮頸癌的診斷, 分期與治療	中山醫院教委會	台北市仁愛路四段 112 巷 11 號 中山醫院會議室	06 月 19 日 13 時 00 分	06 月 19 日 14 時 00 分	B	1 分
130629-1	102 年度高危險妊娠教育訓練課程	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院 婦產科	花蓮門諾醫院 信實樓四樓 施桂蘭禮拜堂	06 月 29 日 13 時 00 分	06 月 29 日 17 時 00 分	B	3 分
130728-1	戒菸治療醫師訓練課程	台灣家庭醫學醫學會	高雄醫學大學附設醫院第二講堂	07 月 28 日 09 時 00 分	07 月 28 日 17 時 00 分	B	1 分
130811-1	戒菸治療醫師訓練課程	台灣家庭醫學醫學會	台大醫院兒醫大樓 B1 講堂	08 月 11 日 09 時 00 分	08 月 11 日 17 時 00 分	B	1 分
130820-1	癌症醫學影像報告繼續教育課程	中華民國放射線醫學會、行政院衛生署國民健康局	署立雙和醫院行政大樓一樓階梯教室	08 月 20 日 18 時 30 分	08 月 20 日 20 時 30 分	B	1 分
130910-1	癌症醫學影像報告繼續教育課程	中華民國放射線醫學會、行政院衛生署國民健康局	彰化基督教醫院教學研究大樓 11 樓魏克思講堂	09 月 10 日 16 時 00 分	09 月 10 日 18 時 00 分	B	1 分

屏東地區婦產科醫護人員 婦產科重症工作座談會

2013 年度



— 純植物性複方新成份 —

DT56a(Phyto-SERM)



木酚素
lignans

香豆雌酚
coumestans

異黃酮素
isoflavonoids

- ✓ 以特殊酵素萃取自...
『大豆的複方新成份DT56a』
(木酚素lignans、香豆雌酚coumestans、異黃酮素isoflavonoids)
- ✓ 通過食品優良製造規範(cGMP)等國際規章，目前於**美國審核藥證中**(FDA Phase III)
- ✓ 能**緩解熟齡不適**^{1、2}與**骨質流失**³，DT56a 臨床效果已證實刊登於國際期刊

References:

1. Efficacy and Safety of Standard versus Low Dose of Femarelle® (Tofupill®) for the Treatment of Menopausal Symptoms, Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology 2004; 31(2):123-126.
2. A Prospective Study of DT56a (Femarelle®) for the Treatment of Postmenopausal Vaginal Atrophy, Oral presentation at the 13th World Congress on Menopause, Rome, Italy, June, 2011, poster presentation at the 2011 Annual Meeting of the NAMS, Sept., 2011.
3. Tofupill®/Femarelle® (DT56a)- a New Phyto-Selective Estrogen Receptor Modulator-like Substance for the Treatment of Postmenopausal Bone Loss, Menopause, 2003;10(6):522-525.