

台 灣



婦產科醫學會會訊

發行日期：2015年6月224期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



謝謝你



我的接生醫師



f 謝謝你·我的接生醫生

住院醫師 縫合營

義大醫院 104.05.30



104.06.13

馬偕醫院



台灣婦產科醫學會 224 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／何弘能

05 秘書長的話 | 文／黃閔照

08 秘書處公告 | 文／秘書處

08 衛生福利部國民健康署 函

有關貴會反映依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」提供孕婦產前檢查服務之部分時程，恐影響孕婦之權益一案，請 查照。

08 衛生福利部 函

「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」之修正，業經本部於 104 年 6 月 9 日以部授國字第 1040800367 號令修正發布施行。請惠予協助周知所屬會員，請 查照

10 衛生福利部疾病管制署 函

為預防新生兒及嬰幼兒感染百日咳，請貴會惠予協助轉知所屬會員，鼓勵懷孕第 28-36 週的孕婦自費接種 1 劑減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap），並將相關資訊納入貴會教育訓練課程，請 查照。

11 通訊繼續教育

正常體溫對手術的重要性 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

17 會員園地

子宮頸癌手術不足病患之預後 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

20 法律信箱

婦產科醫師臨床風險管理 | 文／高添富

28 編後語 | 文／龍震宇

30 活動消息

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

何弘熊

敬愛的會員、前輩：大家好！

這個月是個忙碌的月份，花了 3 個禮拜的時間，在美國人類研究保護年會給了一個演講，馬上又到國際細胞治療學會年會參加諮詢委員會，今年將卸任副理事長職位。接著趕到馬來西亞參加亞太婦產科醫學會，幾乎繞了地球一周。

今年的亞太婦產科醫學會，國內的同仁參加踴躍，不少人受邀演講及主持節目，總計這次有 9 個大會邀請演講、3 個口頭報告、7 篇壁報展示，楊友仕院士並獲得壁報論文生殖內分泌組首獎。在亞太婦產醫學會的委員會更是表現亮眼，楊友仕院士當選為諮詢委員會主席，蘇聰賢院士為教育委員會主席，謝卿宏院士則為婦女泌尿組主席。在歷任的理事長、秘書長及各位同仁的努力，台灣婦產科醫學會在亞太地區婦產科界佔有重要地位，未來仍需大家繼續支持及努力。

相信各位會員都有一個愉快的端午佳節，今年的夏天特別炎熱，希望大家多注意避暑，多補充水分。

最後敬祝各位會員

暑安！

秘書長的話

黃閔照

各位會員：

立法院本會期結束，生育補償法雖未見實質審查，仍感謝黃昭順委員把學會法案提交委員會。也謝謝女人連線黃淑英理事長、蔡宛芬秘書長努力推動。生育補償法的精神與醫糾法不同，國家為鼓勵生育，保障生產過程中不可預期之醫療不幸，透過補償制度，讓婦女免於生產不幸之恐懼，同時連帶下降不必要的濫訟，讓第一線婦產科醫師能夠專心為婦女健康照護努力，感謝謝卿宏院士、黃文助副秘書長撥空協助立法院委員溝通相關事宜。

CA-125 EIA (12077B) 已於6月11日健保支付標準共同擬定會議通過，預計公告後實施，感謝李茂盛院士、謝卿宏院士及許多關心此議案的會員們及全聯會的努力，學會推動 CA-125 EIA (12077B) 開放基層，過去雖然許多地區已經有跨表業務，但是名正言順開放基層檢驗，可以免除不必要的轉診及醫療爭議，也希望會員們珍惜醫療資源。

6月7日學會舉辦健保20年產科照護研討會，感謝石崇良主任秘書、台灣大學健康政策與管理研究所鄭守夏教授、財團法人國家衛生研究院群體健康科學研究所熊昭所長、周產期醫學會徐明洸理事長、林金龍顧問、健保會蔡宛芬、滕西華委員等，會中針對婦產科人力老化，台灣高危險妊娠人才流失，如何健全偏鄉醫療，提出解決之道，也許如同林金龍顧問所言，台灣生產人數漸趨平緩，如果可以將一個基期生產數做為母數，用來提升高危險妊娠給付，留住人才，並透過論人計酬制度，健全偏鄉醫療，以期整體提升產科照護。產科照護目前面臨困境，除人力老化外，新血不願投入第一線照護，高危險妊娠人才流失，將來如出現斷層，非全民之福。

此次去馬來西亞參加亞太婦產科醫學會，許多台灣醫師也受邀演講，恭喜謝卿宏院士獲提名同意為婦女泌尿委員會主席，加上此次尼泊爾震災，台灣也投入許多人力救助，學會共捐出4600元美金，會中也對許多援助的國家提出感謝。大會中也遇到緬甸醫學會前任及現任理事長，針對緬甸醫師或助產士來台代訓一案做討論，未來將會有緬甸的醫師來台做周產期照護訓練，也希望輸出台灣經驗給需要的人。

有鑑於許多醫療院所新生兒急救訓練之不足，本會與兒科醫學會及新生兒科醫學會合作、協助辦理一天訓練課程，如果有意願的醫療院所可以聯合地區相關產科醫療院所，目前估計60人次之訓練成本預算約為8~10萬，可以透過學會安排相關講師、模具及課程規劃。

最近發生他科醫師朋友猝死家中憾事，醫院醫師需要負責臨床業務、教學、升等、評鑑等，讓第一線工作醫師體力負荷過重，醫院經營者應多考慮過勞現象，各位會員也多以身體為重。

各位敬愛的會員：大家好！首先感謝大家對學會的支持。

在大家的奉獻與幫忙下，攸關婦產科歷史文物保存的「台灣婦產科醫學會博物館」已於2013年10月13日落成。為達成保存婦產科文物之使命，學會需要您的繼續支持，期盼大家秉持支持學會保存婦產科歷史文物竭盡心力的熱誠，共襄盛舉，一起為創造婦產科歷史向前邁進。

今後，不論任何文物，也不論金額多寡，均望您熱烈支持，學會必將妥善運用及管理。此外，捐款可以抵稅，而且捐獻芳名錄也會定期（或每月）公告在會訊，待達一定數量之後，希望每年也都能有機會出版一本小冊子來紀錄所有會員的奉獻，並在適當時機將該等資料彙編成冊發行，此外，也能夠每隔一段時間就 update & renew 博物館誌，並以平板輸出方式，懸掛在二樓大廳來感謝和紀念大家的奉獻，也讓它成為婦產科歷史的一部分。學會在此先感謝您的熱心支持，謝謝！

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 何弘能

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃閔照

財務委員會召集人 張維君 敬上

台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

江茂橋	壹萬	11月7日
吳鳳昕	壹萬	11月12日
賴文福	伍萬（增加）（共壹拾伍萬）	11月29日
黃甫彥	壹萬	12月3日
林耀庭	伍萬	12月9日
謝茂益	貳萬	12月11日
謝鄭金枝	貳萬參仟陸佰	12月11日
鄭淑貞	貳萬（增加）（共肆萬）	12月17日
徐宇瓊	伍仟（增加）（共壹萬）	12月31日
蕭倩如	壹萬	103年1月6日
林彥互	伍仟	103年1月6日
牟惟茜	伍仟	103年1月6日
鄭雅敏	伍萬	103年1月14日
陳建銘（高雄）	伍仟	103年2月12日
王鑄迪	壹萬（增加）（共1萬1）	103年4月22日
陳賢堂	伍仟	103年5月7日
李天俠	壹萬（增加）（共1萬2）	103年5月18日
陳建銘（新竹）	陸佰壹拾元（增加）（共壹拾捌萬零陸佰壹拾元）	103年年5月18日
李耀泰	參仟（增加）（共參萬參仟）	103年7月2日
王厚坤	壹萬	103年7月8日
楊誠嘉	壹萬	103年7月25日
張千惠	伍仟	103年8月1日
郭敏哲	伍仟	103年8月1日
謝朝昌	伍仟	103年8月7日
謝 瓶	伍仟	103年8月7日
吳翠惠	壹萬	103年10月28日
麥袁綸	壹萬	103年11月17日
賴文福	伍萬（增加）（共壹拾伍萬）	103年11月20日
陳文瑩	貳萬	103年11月20日
李耀泰	參仟伍佰（增加）（共參萬陸仟伍佰）	103年11月21日
謝造	壹仟	104年2月12日
林綿	壹仟	104年2月12日
陳得	壹仟	104年2月12日
謝春	壹仟	104年2月12日
卓淀	壹仟	104年2月12日
周輝政	貳萬	104年4月17日

文物捐贈名單

陳福民、方昌仁、謝欣穎、施景中、賴明志、蘇文彬、李榮憲

■ 秘書處公告

衛生福利部國民健康署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 104 年 5 月 15 日

發文字號：國健婦字第 1040401144 號

主旨：有關貴會反映依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」提供孕婦產前檢查服務之部分時程，恐影響孕婦之權益一案，請查照。

說明：一、復貴會 104 年 4 月 23 日台婦醫會總字第 104068 號函。

二、經查衛生福利部公告之「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第 16 點規定「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，並依期程及相對應之時間依序申報，並應於健康署所規定之……孕婦健康手冊，詳實記載各項資料各類檢查表單並留存於病歷……」，及第 25 點規定「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，或有不正當方法招攬民眾提供服務之情事或其他違反醫療相本部應追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格。」。並無貴會所述「未依期程規定提供服務之情事或違反其他醫療法規者，本署將依前開注意事項追繳費用，並得終止辦理預防保健服務資格」之規定，合先敘明。

三、貴會所提及目前產檢制度，於第 20 週執行第 3 次產檢。第 28 週執行第 4 次產檢，間隔過長，未有彈性，導致民怨一節，經查上開期程僅為孕婦健康手冊中所訂的「產檢建議週數」，惟「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」之補助標準附表一係規定於妊娠第 2 期（17 週至未滿 29 週），補助 2 次，並無強制規定必須於第 20 週及第 28 週執行第 3 次產檢及第 4 次產檢，才給予給付。醫師可依臨床孕婦健康狀況本醫療專業判斷。

衛生福利部 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 104 年 6 月 9 日

發文字號：部授國字第 10408003676 號

附 件：發布令影本及修正後「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」（含總說明）各 1 份（10408003676-1.pdf、10408003676-2.pdf、10408003676-3、10408003676-4.pdf、10408003676-5.pdf）

主 旨：「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」之修正，業經本部於 104 年 6 月 9 日以部授國字第 1040800367 號令修正發布施行。請惠予協助周知所屬會員，請 查照。

說 明：檢送前揭發布令影本、修正後「出生證明書」，「出生通報書」及「死產證明書」（含總說明）各 1 份。

衛生福利部 令

發文日期：中華民國 104 年 6 月 9 日

發文字號：部授國字第 1040800367 號

附 件：修正「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」各 1 份

修正「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」。

附修正「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」。

「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」 修正總說明

「出生及死產證明書」係由衛生福利部前身行政院衛生署公告自九十一年一月一日起採行，後經九十七年十二月十一日訂定「出生通報表」種類含括「出生證明書」、「死產證明書」、「出生通報書」及「英文出生證明書」，並修正「出生證明書」及「出生通報書」，並自九十八年一月一日生效。其中先天性缺陷代碼，分為「1. 神經系統」、「2. 眼顏面系統」、「3. 心臟血管系統」、「4. 消化系統」、「5. 泌尿生殖系統」、「6. 骨骼肌肉系統」、「7. 呼吸系統」、「8. 染色體異常」、「9. 其他」等九類先天性缺陷系統進行參考對照通報。

惟觀國際之監測系統，針對先天性缺陷疾病別均已採用國際疾病分類（International Classification of Diseases, ICD）編碼，而國內現行通報並非依據 ICD 編碼進行通報，對內無法與衛生福利部中央健康保險署資料庫銜接，對外無法與國際之衛生資訊接軌。

爲因應目前婦幼健康政策需求及先天性缺陷監測資料之國際比較，並配合衛生福利部中央健康保險署將於一百零五年一月一日 ICD-10-CM 正式上路，爰修正「出生證明書」、「出生通報書」及「死產證明書」之（十一）產婦生產前後及新生兒（胎兒）在醫學上初步所見之特殊情形的新生兒（胎兒）先天性缺陷代碼對照表之「二、新生兒（胎兒）部分，改以 ICD-10-CM 之 Q 章爲主進行對照，除 Q 章外，亦納入：「列於 D、M、K、P 章原出生通報之本土 7 項先天性缺陷；列於 D、P 章之歐洲先天性缺陷監測總部（EUROCAT）收錄之先天性缺陷 6 項先天性缺陷；列於 E、G、P 章中之 ICD-9-CM 之 4 項先天性缺陷。」，以爲周妥。

衛生福利部疾病管制署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 104 年 6 月 4 日

發文字號：疾管防字第 1040200534A 號

主旨：爲預防新生兒及嬰幼兒感染百日咳，請貴會惠予協助轉知所屬會員，鼓勵懷孕第 28-36 週的孕婦自費接種 1 劑減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap），並將相關資訊納入貴會教育訓練課程，請查照。

說明：一、百日咳好發於 5 歲以下之嬰幼兒，其感染源通常爲同住之家屬或照顧者，因嬰幼兒免疫力較弱，一旦遭受感染症狀通常較爲嚴重，特別是 6 個月以下的嬰幼兒極容易引發合併症，甚至有造成死亡的風險。

二、國際間近年持續發生百日咳疫情。爲加強百日咳防治，提升對新生兒及嬰幼兒的保護，衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）建議：「不論過去的破傷風、減量白喉混合疫苗（Td）或 Tdap 疫苗接種史，孕婦每次懷孕應接種 1 劑 JTdap 疫苗，且可在任何孕程接種。爲使母親抗體傳遞給嬰兒的接種效益最大化，建議於懷孕第 28-36 週接種；若懷孕時未接種，則應於生產後立即接種。」

三、上述接種建議，業已納入 104 年版的孕婦健康手冊衛教資訊，敬請貴會周知所屬會員，協助配合於產前及產後積極衛教，鼓勵孕產婦及未來可能照護新生兒及嬰幼兒家屬自費接種 Tdap 疫苗，同時納入貴會相關教育訓練課程。

■ 通訊繼續教育

正常體溫對手術的重要性



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

手術後常讓患者感到的不適，除了噁心、嘔吐、疼痛外，便是發抖。當人體的體溫下降，便會以發抖使肌肉產生熱能。麻醉和手術均會影響體溫正常的調節，若無預防或補救的方法，大多數的病患都會發生低體溫（hypothermia）。低體溫的定義為核心（core）體溫 $< 36^{\circ}\text{C}$ ，輕度低體溫在 $34 \sim 36^{\circ}\text{C}$ ，低於 34°C 為嚴重低體溫。患者手術時，許多維持正常體溫的機轉都被阻擋，因此低體溫在手術前、後和麻醉中的發生率高達 $50 \sim 70\%$ ，會伴隨產生許多併發症。

▶ 正常體溫的調節

正常體熱和溫度的調節與熱散失是平衡的。身體的熱分為兩部分：(1) 核心體溫：主要指軀幹和頭部，佔身體的 $50 \sim 60\%$ ，在沒有麻醉狀態下，會有均勻且強力的調節。腦的下視丘（hypothalamus）會統籌熱量，由腦、脊髓和臟器的熱接受器輸出，作自主調節，通常調整範圍在 $0.2 \sim 0.4^{\circ}\text{C}$ ，體溫下降一旦超出此範圍，皮下血管便會收縮，接著以發抖來增加失去溫度的 $50 \sim 100\%$ ；如溫度升高則會血管擴張，以流汗來散熱；(2) 末端體溫：通常指四肢比核心溫度低 $2 \sim 4^{\circ}\text{C}$ ，因身體皮膚處於外界環境中，熱流動會經血液傳導至組織中，皮膚是最大散熱部位，少部分由氣管呼吸。手術時則會由傷口散發熱量，視傷口越大、手術時間越長，散發越多。

▶ 全身麻醉致低體溫機轉

全身麻醉幾乎會使所有患者的核心體溫降低，視麻醉時間、手術暴露範圍、周圍溫度而定，同時會阻止血管收縮和發抖來產生熱能，第1個小時會核心體溫快速下降 $1 \sim 1.5^{\circ}\text{C}$ （ $0.9 \sim$

2.7°F)，第 2 小時後因新陳代謝減少、骨骼肌也少產生熱能、機械式呼吸和減少呼吸肌肉活動量，體溫仍會慢慢下降，到第 4 小時後已達穩定（plateau）坪台，此時核心溫度約為 33 ~ 35°C（91.4 ~ 95°C）。鎮定劑、成癮性藥物、麻醉藥的使用亦會改變體溫調節的能力。使用全身性麻醉的患者，在核心體溫下降 2 ~ 3°C 之前，是不會啟動正常溫度的調節反應。在全身麻醉下，會因血管擴張，除核心體溫快速下降，末梢溫度也會下降，當代謝速率減少 15 ~ 40%，皮膚散熱，傷口暴露在冷空氣中，蒸發（evaporation）會散熱，特別在兒童、傷口相對較大者。經 3 ~ 4 小時，核心體溫可下降至 33 ~ 35°C，如再加上冷的點滴注射，溫度下降會更快。

▶ 區域性麻醉致低體溫機轉

區域性（regional）麻醉對體溫的干擾與全身麻醉有部分相似，神經軸（neuraxial）阻斷麻醉會干擾中樞熱調節的控制能力，亦會干擾被阻斷部份末梢血管收縮和發抖，特別是在下肢的血液流量會增加約 4 倍，未被阻斷的上肢仍會發抖和血管收縮，因此失溫沒有全身麻醉嚴重，新陳代謝亦多維持正常。

▶ 熱散失的種類

病患失溫有四種機轉，其中放射熱（radiation heat）和對流熱（convection heat）是失溫的主因。

- (1) 放射失熱：如將手靠近火爐會感受到熱，這就是放射熱。如人類的體溫高於周圍溫度，也就會將溫度放射至外界，是手術時患者失溫的最主要因素，約佔每次手術熱流失的 60%。
- (2) 對流失熱：在皮膚外層內有一薄層氣體，作為與空氣分子的絕緣物，防止體熱散失，在手術房外，室內每小時換氣 4 次，在開刀房內則有 15 次，因此會使得皮膚內氣體層破裂，使絕緣性減少而失溫，如 wind chill factor（即風吹過來溫度下降）。手術巾覆蓋在病患身上，可減少對流性失熱。對流性失熱是手術中失溫的第 2 大因素。
- (3) 傳導（conduction）失熱：患者臥在床上，身體的熱會經床上介質將體溫散失，但因手術檯常蓋有泡沫（foam）絕緣墊，因此傳導失熱重要性不多。
- (4) 蒸發失熱：蒸發是在沸點下由液體變成氣體時散失的體溫，如消毒藥水的蒸發、傷口使組織乾燥脫水、腹水流出等，均屬蒸發失溫。

▶ 測量核心體溫方法

- (1) 遠端食道：在心臟外科常使用。

- (2) 鼓膜 (tympnic membrane)：靠近頸動脈 (carotid artery) 準確性較高，但不易置放，並可能傷害聽覺。使用耳溫槍 (infrared aural thermometers) 並不能真正代表鼓膜方法，但是最常使用的方法。
- (3) 肺動脈：因置放時有風險，故少使用。
- (4) 鼻咽 (nasopharynx)：靠近頸動脈，但亦少使用。
- (5) 膀胱：如尿流量足夠，所測溫度接近食道和肺動脈的溫度，但尿量不足時，準確度偏低。
- (6) 肛溫：中樞體溫少使用肛溫來測量，因為糞便和小腸細菌會產生熱能。
- (7) 皮膚：在軸索 (neuraxial) 麻醉時使用，但比中樞溫度少 2 ~ 4°C。腋下 (axillary) 溫度測量是另一可行方式。
- (8) 口腔：在手術房少用。

▶ 加溫方法

- (1) 被動加溫：減少熱的流失，如環境的溫度 (手術房溫度在 18 ~ 24°C)、在暴露的身體表面以絕緣物覆蓋，使用低流速密閉或半密閉麻醉。
- (2) 主動加溫：是加熱於病患，包括使用紅外線、電熱毯、溫水的墊子或毯子、空氣加溫 (烤燈)、注射點滴及腹腔沖洗液加溫、增加麻醉氣體的濕度。
- (3) 以藥物減少熱流失。
- (4) 靜脈注射營養劑 (nutrient)：使用增加新陳代謝和產生能量的營養物，包括胺基酸、醣類、全靜脈營養和混和不同營養劑。

在室溫下，正常體重平均每輸入 1 公升點滴，體溫會下降 0.25°C。如使用烤燈和熱毯，可增加核心體溫 1°C，甚至麻醉後，病患的核心體溫會升高。

全身或脊椎麻醉都會造成患者末端血管擴張，尤其全身麻醉會減少 30% 的新陳代謝率，若手術中使用強力空氣加溫 (烤燈)，足以平衡因放射、對流、傳導和傷口蒸發而散失的熱能；如能在手術前加溫，患者幾乎可維持正常體溫。

被動的以絕緣物 (衣物、毛毯為主) 包覆患者身體有包溫效果，如 1 層衣物可減少 30% 的熱流失，若 3 層衣物可減少達 50% 熱流失。在手術房，有 90% 的熱流失在身體的前面，背部因有海綿墊等良好絕緣物，毯子之效果有限，故應於身體上方予以強力空氣加溫；使用放射熱 (電熱器) 的效果較差，因對流仍會失熱；熱水袋的助益有限，且有燙傷之虞。手術前、中的加溫效果優於手術後加溫，因全身麻醉後，血管就會擴張，但失溫後血管則收縮。一旦發生低體溫，核心體溫患者慢慢恢復正常需約 5 小時。

► 低體溫的影響

- 一、傷口感染：腹部手術傷口感染率有 10%，低體溫會增加傷口感染的機轉包括：血管收縮使末梢血流減少、免疫系統受損、術後蛋白流失增加、血小板功能受損造成傷口復原較差。Melling 等報告 277 位乾淨傷口手術（乳房、靜脈曲張或疝氣）患者，術前最少以熱空氣（烤燈）或熱氈加溫 30 分鐘以上，與 139 位術前未加溫之患者做比較，傷口感染率在加溫組有 13 位（5%），在未加溫組有 19 位（14%），呈統計上差異（ $p = 0.001$ ）。該作者認為術前加溫，乃預防性抗生素外的另一可用的方法。

Kurz 等報告 104 位接受大、直腸手術之患者，予以加溫（烤燈和點滴加溫），手術中體溫平均為 $36.6 \pm 0.5^\circ\text{C}$ ，與 96 位不加溫（低體溫）者、體溫平均為 $34.7 \pm 0.6^\circ\text{C}$ 兩組做比較，患者皆有使用抗生素（cefamandol 和 metronidazole）四天。傷口發炎在正常體溫組有 6 位（6%），在低體溫組有 18 位（19%），機率高達 3 倍，呈統計上差異（ $p = 0.009$ ）；低體溫組住院時間平均多 2.6 天（12.1 vs 14.7 天， $p = 0.001$ ）。結論是：大、直腸切除手術患者，如能維持手術中正常體溫，可減少傷口感染，縮短住院時間。
- 二、心肌缺氧：研究顯示，手術患者為低體溫時，心肌缺氧的發生率為正常體溫者的 3 倍。手術前、後低體溫會使血壓升高、心跳加速、血漿 catecholamine 濃度增加（主要為 norepinephrine，可增加 5 倍），使患者感到不適。同時低體溫會使得 oxyhemoglobin 分離曲線向左移，促進氧與血紅素結合，使組織可利用氧漸少。這些因素會使心肌需要氧氣增加，因此有高血壓、心跳加速、減少心肌氧氣供應，造成心肌缺氧。
- 三、出血異常：Schmied 等報告在髖關節手術患者，如體溫減少 1.6°C （ 2.9°F ），會增加出血 500 mL 和輸血的比率。低溫可能影響凝血系統的機轉有：血小板功能、凝血過程和纖維蛋白溶解（fibrinolysis）等。低溫情況下，血小板功能受損，使受傷組織中 thromboxane B_2 減少。低溫亦可使溫度相關酵素功能受損而影響凝血，通常凝血篩檢在 37°C （ 98.6°F ）時進行為正常，但如在低溫下檢查就會異常。同時低溫使凝固的血塊不穩定，加速纖維蛋白溶解，容易出血。
- 四、發抖（shivering）：發抖常發生在脊髓麻醉中和全身麻醉後，多因溫度突然改變所造成，發抖的目的是為了增加代謝性熱能，但同時使氧氣消耗增加 50-400%，並可能增加心肌缺氧風險，但尚未有定論。手術後發抖是由中樞下視丘誘發，有些藥物如 alfentanil、physostigmine、magnesium sulphate 和止痛藥 pethidine、tramadol 等，均可減少發抖產生。又如麻醉前 30 分鐘至 2 小時，能予生理上加溫，亦可減少術中低體溫和術後發抖。發抖是患者一項很不舒服的症狀，維持正常體溫沒發抖，可增進患者滿意度（satisfaction）。
- 五、靜脈栓塞：Moslemi-Kebria 等研究統計 146 位卵巢癌減積手術之患者，有 81 位（55%）

在手術中發生低體溫，其發生靜脈栓塞的勝算比例為 3.53 倍，感染率為 2.99 倍，再一次手術者為 4.96 倍，平均住院時間高於正常體溫者（45 個月 vs 34 個月、 $p = 0.45$ ）。低體溫會增加血小板凝集力，是造成血栓的重要原因。

六、延長藥物作用時間：輕度低溫亦會減少藥物的代謝，使麻醉中的患者延遲醒來，增加術後恢復室的時間，包括肌肉鬆弛劑（*vecuronium*）、揮發性麻醉藥（*isoflurane*、*halothane*）、靜脈注射麻藥（*propofol*、*fentanyl*、*remifentanyl*）。輕度低溫時，肝和腎的血流會減少，因而減少代謝和藥物的排出，血漿廓清率降低，藥物作用時間便增長。

▶ 結論

維持麻醉中病患的正常體溫是十分重要的，可避免傷口感染，減少手術中出血、輸血、心臟缺血、靜脈栓塞和發抖。加溫方法常有用：手術前 30 分鐘至 2 小時使用烤燈或熱毯、手術中注射點滴加溫、使用烤燈、熱毯或墊子、手術房溫度的調控、用溫水沖洗腹腔等。雖然相關討論手術患者體溫的文獻，多由麻醉科醫師發表在麻醉雜誌，因婦產科醫師少有注意，值得重視，有助於加速患者恢復、減少住院時間與開銷，提高患者滿意度。

▶ 推薦讀物

1. Carpenter L, Baysinger CL. Maintaining perioperative normothermia in the patient undergoing cesarean delivery. *Obstet Gynecol Surv* 2012; 67: 436-46.
2. Bartosz H, Malgorzata MM. Inadvertent intraoperative hypothermia. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2013; 45: 38-43.
3. Hart SR, Bordes B, Hart J, et al. Unintended perioperative hypothermia. *Ochsner J* 2011; 11: 259-70.
4. Melling AC, Ali B, Scott EM, et al. Effects of preoperative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomized controlled trial. *Lancet* 2001; 358: 876-80.
5. Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. *New Engl J Med* 1996; 334: 1209-15.
6. Schmied H, Kurz A, Sessler DI, et al. Mild hypothermia increases blood loss and transfusion requirement during total hip arthroplasty. *Lancet* 1996; 347(8997): 289-92.
7. Moslemi-Kebria M, El-Nashar SA, Aletti GD, et al. Intraoperative hypothermia during cytoreductive surgery for ovarian cancer and perioperative morbidity. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 590-6.

問答題

一、下列關於全身麻醉的敘述，何者正確？

- (A) 四肢血管會擴張
- (B) 第 1 個小時核心體溫下降 1-1.5°C
- (C) 第 4 小時核心溫度約為 33-35°C
- (D) 以上皆是

二、列何者為熱散失的種類？

- (A) 放射失熱
- (B) 對流失熱
- (C) 蒸發失熱
- (D) 以上皆是

三、下列何者為測量核心體溫的方法？

- (A) 遠端食道
- (B) 鼓膜
- (C) 腋下皮膚
- (D) 以上皆是

四、下列何者為加溫的方法？

- (A) 烤燈
- (B) 注射點滴加溫
- (C) 電熱毯子
- (D) 以上皆是

五、下列何者是低溫對手術患者的影響？

- (A) 增加傷口感染
- (B) 增加出血
- (C) 發抖
- (D) 以上皆是

第 223 期通訊繼續教育

懷孕與維生素 D 的檢視？

答案：一、(D)；二、(D)；三、(B)；四、(D)；五、(A)

會員園地

子宮頸癌手術不足病患之預後



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

子宮頸癌是全世界婦女排名第二多的癌症，死亡率也排名第五位。子宮頸癌在 \geq 第 I 期 A2 至第 II 期 A 的手術治療，主要是根除性（radical）或改良的根除性子宮切除，如骨盆腔 ± 主動脈淋巴結摘除。以放射線 ± 化學治療的結果與手術治療的結果相近。選擇方法視患者健康、治療者經驗與設備而定。有時候，部份 IA2-IIA 早期的子宮頸癌患者，接受了不足（inadequate）的手術治療，如子宮頸癌未能在術前被診斷出，只予單純（simple）子宮切除，或者雖診斷出子宮頸癌，仍以單純子宮切除治療，有報告指出，這類患者佔全部子宮頸癌的 15%，當這類患者手術後再接受放射線 ± 化學治療後會如何？本文特回顧文獻作一探討，以供同仁參考。

再一次手術治療

子宮頸癌如未能在手術前被診斷出，待病理報告後再予以根除性子宮切除，是多數手術醫師所不願意見到的，不僅會衍生醫療糾紛，唯恐患者剛接受完受術後，立即要面對更大的另一手術，心理上無法接受。同時，子宮切除後的根除性子宮切除，有技術上的困難度。

1992 年，Kinney 等報告 27 位、平均 60 歲的婦女，在子宮切除後有隱藏性（occult）子宮頸癌，再接受另一次根除性子宮頸旁組織（parametrectomy）、上陰道切除與骨盆腔淋巴結摘除。結果有 4 位（15%）發現有殘留病況，包括在骨盆腔淋巴結有 2 位、子宮旁組織有 1 位、陰道和主動脈旁淋巴結有 1 位。另有 2 位（7%）發生輸尿管陰道瘻管。全部患者經平均 8.4 年

的追蹤，有 6 位（22%）復發，其中 2 位經救援治療成功，4 位死亡。5 年生存率 82%。結論是：早期子宮頸癌首次僅有單純子宮切除，在某些選擇性病患再一次手術，結果尚可被接受。

追加放射線治療

1986 年，Heller 等報告 35 位術前診斷為良性病婦女，術後發現有子宮頸癌（包括 10 位 IA 期、18 位 IB 期、7 位 IIB 期），其中 29 位有接受術後放射線治療、1 位接受 BSO 和淋巴結摘除、5 位未予任何治療。在 10 位 IA 期患者，5 年生存率為 100%；在 18 位 IB 期患者，5 年生存率為 78%，包括 3 位死於子宮頸癌、1 位死於放射線後胃腸併發症、1 位死於心臟病；在 7 位 IIB 期患者（子宮旁有病灶），5 年生存率為 67%，包括 2 位死於惡性腫瘤、1 位有復發癌症但存活。該作者認為，在手術後如發現 IB 期或 IIB 期子宮頸癌病灶，輔以放射線治療會有不錯的效果。

2013 年，Lataifeh 等報告 32 位、平均 48.2 歲婦女，因手術不足（包括 23 位 IB1 期、9 位 IIA 期）接受了輔助性放射線治療。手術方法包括 20 位（62.5%）全子宮切除（TAH）、1 位（3.1%）陰式子宮切除、6 位（18.7%）全子宮切除與淋巴結摘除、5 位（15.6%）根除性子宮切除。有 20 位沒有做淋巴結摘除，11 位有接受淋巴結摘除（2 位陽性）；手術不足（primary surgery）的病理檢查的結果，14 位（43.7%）有殘留病灶，11 位（34.4%）有顯微病灶，7 位（21.9%）有肉眼可見 1.5-3 cm 的病灶。經過平均 24.3（3.3-77.8）個月的追蹤，有 11 位患者病灶復發，後來均死亡。2 年和 5 年的存活率分別為 79% 和 51.7%。結論是：早期子宮頸患者如首次治療不足夠，預後比首次治療足夠的患者更差。

文獻上，廣泛性子宮切除併淋巴結摘除或放射線治療，IA2-IB1 期的存活率有 85-90%，IIA 期治癒率 75-80%，可當為比較參考用。

1986 年，Orr 等統計 5 篇手術後意外發現子宮頸癌的患者，輔以放射線治療的相關文章。在沒有殘留病灶的患者存活結果如下：Cosbie 71%（n = 56）、Andeas 86%（n = 65）、Davy 77%（n = 48）、Papavasiliou 92%（n = 25）、Perkins 81%（n = 21）；在有殘留病灶的患者存活結果如下：Cosbie 20%（n = 30）、Andeas 58%（n = 53）、Davy 38%（n = 16）、Papavasiliou 71%（n = 7）、Perkins 80%（n = 15）。結論是：在有殘留病灶（組織邊緣有癌細胞）的患者，其預後會更差。

1997 年，Choi 等報告 64 位婦女因良性或癌前病變而接受子宮切除，並在術後發現有子宮

頸癌（18 位 IA 期、33 位 IB 期、13 位 IIB 期），經放射線治療後，5 年生存率在 IA、IB、IIB 期分別為 90.9%、88.8%、27.9%。共有 13 位患者治療失敗，其中 10 位仍有肉眼可見的殘留病灶。由於 IIB 的存活率極低，該作者認為：子宮頸癌要在術前診斷出來，避免子宮切除後有肉眼可見的殘留病灶。

結論

對任何良性子宮病灶的切除手術，要聯想到子宮頸癌的可能性，並考量予以子宮頸抹片、切片或內子宮頸搔刮。百密總有一疏，一旦遇到，可考慮再行另一次根除性手術、放射線治療或化學治療。如病灶很少鱗狀癌細胞或沒有殘留病灶，預後與首次根除性手術或放射線治療相近；如有殘留病灶，則預後較差。總之，若術前就能診斷出子宮頸癌，採用改良性根除性治療的副作用較少，而且可以避免放射線治療所引起的腸道、膀胱、陰道狹窄、更年期等併發症。

推薦讀物

1. Lataifeh I, Jaradat I, Seoud M, et al. Survival outcome after radiation therapy for patients with early cervical carcinoma undergoing inadequate primary surgery. *Int J Gynecol Cancer* 2014; 24: 124-9.
2. Kinney WK, Egorshin EV, Ballard DJ, et al. Long-term survival and sequelae after surgical management of invasive cervical carcinoma diagnosed at the time of simple hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1992; 44: 24-7.
3. Heller PB, Barnhill DR, Mayer AR, et al. Cervical carcinoma found incidentally in a uterus removed for benign indications. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 187-90.
4. Orr JW, Ball GC, Soong SJ, et al. Surgical treatment of women found to have invasive cervix cancer at the time of total hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 353-6.
5. Choi DH, Huh SJ, Nam KH. Radiation therapy results for patients undergoing inappropriate surgery in the presence of invasive cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1997; 65: 506-11.

法律信箱

婦產科醫師臨床風險管理



高添富醫師

由 Dr.Kao 創辦的臺灣醫師風險管理學會已於 2013 年 1 月 4 日正式成立。本學會的宗旨及工作目標最重要是在提供會員最新醫療法律資訊，以及提供有需要的醫師，更進一步的醫療風險管理（如何預防醫療糾紛）及醫療法律訴訟指引（如何面對醫療糾紛），並自民法、刑法、行政法、保險法為醫療糾紛處理找出一條生路（如何解決醫療糾紛），用行政補償的方式取代司法賠償，用風險救濟的原理化解佔七成的醫療風險糾紛，以抑止防衛醫療，平衡醫療生態；進而號召學有專攻的醫師法律人，或有志服務同儕的年輕醫師來共同研究風險管理，除了能夠幫助臨床醫師作好事先防範，避免發生爭執糾紛，並期望能對一時陷入水深火熱的會員，及時伸出援手雪中送炭，提供更專業的醫療法律諮詢，以免一方求助無門，一方愛莫能助，彼此無法交集。

尤其臨床工作眉眉角角，病人形形色色，病情瞬息萬變，稍一不慎，醫師破財消災事小，聲敗名裂事大，一世清名毀於一旦，囹圄入獄累及家人，豈可不戰戰兢兢，如臨深淵如履薄冰？如何未雨綢繆，防範未然，作好風險管理，學習臨床執業 SOP，可是臨床醫師必修的一門重要課程。以下僅就執業所見，以風險管理的角度，野人獻曝，就教各方賢明：

門診病人隱私的風險管理

若婦科內診或作陰道超音波時，男友一定要進來，因婦產科診間是男賓止步，且必須尊重病人個人隱私權，為維護病患隱私權，醫師有權拒絕。除非身分證配偶欄證明是先生，且病人同意下，醫師可以裁量要不要同意讓老公進來，或直接請病人轉診其他診所，退還掛號費。

至於婦科門診手術，如子宮鏡手術、人工授精或侵入性檢查，醫師可以表明專業立場，儘可以無菌消毒或病人安全為由，禁止工作人員以外人士進入而直接拒絕。

處女膜的風險管理

小女生問 Dr. Kao 說，她與男朋友只在外面磨蹭親密，男生的生殖器從未進入到陰道內，男友有用手伸進陰道過，但她一喊痛就中止了，當場也沒有出血。後來不久她去婦產科診所檢查亂經時，醫師問她說有沒有過性行為？她不敢說沒有，結果醫師就直接用鴨嘴進入陰道檢查，令她十分痛苦，後來回家時她發現有點出血而且會痛，懷疑是不是醫師弄破了她的處女膜？

問題是出在醫病溝通不良，病人說她有過性行為，但病人是以為在外面親熱就算是性行為了，而且也承認男朋友的確有用手伸入陰道內。刑法第 10 條第 5 項曰：「稱性交者，謂非基於正當目的所為之下列性侵入行為：一、以性器進入他人之性器、肛門或口腔，或使之接合之行為。二、以性器以外之其他身體部位或器物進入他人之性器、肛門，或使之接合之行為。」，法律上手指就是「以性器以外之其他身體部位」，手指「進入他人之性器之行為」，在法律上就認為病人確是性交過了，但臨床上醫師如何全身而退？

治療陰道黴菌致死的醫療風險

文獻指出抗黴菌 NIZORAL 和有止癢作用的第二代抗組織胺 TELDANE 和 HISMANAL 合併使用，會產生致命性藥物交互作用，主要是因為 NIZORAL 會延緩第二代抗組織胺在肝中代謝，血中濃度變高，因而會造成致命性心律不整及突發性心因性死亡。

曾經有一次門診時，見到病人因陰道搔癢而來看診。她說看過某家婦產科，告訴她是黴菌感染，可是「怎麼吃了醫師的藥後，心臟一直碰碰跳，好難過？」，Dr. Kao 也只好緩頰說可能藥效太強了，改一下藥就好了。

催經的風險管理

門診碰到病人月經過期，要不要催經，都必須先與病人充分溝通，問清以下三點：

- 一、萬一懷孕，要不要生？要問清病人有否計畫要生育？萬一懷孕考不考慮要生？甚至問明白，日後才驗出有孕時，有沒有可能要生？

- 二. 要不要催經？還是要再觀察一週？由病人自己決定。
- 三. 最好使用天然黃體素 Utrogetan 優潔通膠囊催經，萬無一失。

口服避孕藥或避孕貼片發生血栓靜脈炎的風險

衛生署食品藥物管理局表示，最近國外研究結果顯示，女性服用含屈螺酮 drospirenone 之避孕藥，發生血栓靜脈炎的風險，可能比使用含其他荷爾蒙避孕藥的風險高出 1.5 倍。包括悅姿錠（Yaz）、悅己膜衣錠（Yasmin），安吉麗（Angeliq）。

衛生署還是提醒患者，若有抽菸、有血栓栓塞症家族史、BMI 超過 30 的肥胖、高血壓、偏頭痛等，服用前都應小心。一旦服用後有胸悶、胸痛、大腿持續疼痛、呼吸急促等症狀，更應立刻就醫。衛生署也將進一步評估這類藥物的風險性。

轉診的風險管理——為何不轉診？

外陰潰瘍的病人，醫師只要看診一次或兩次見病人病情沒有顯著進步，都會要求病人作進一步特殊檢查或病理切片，除非要開大手術，沒診斷出什麼不治之症前，幹嘛轉診？如何轉診？用什麼明目轉診？

依醫療法第 73 條第 1 項：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。」，罰責為同法第 102 條 1 項第 1 款：「處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰。」。問題是許多時候病人反覆發病有可能只是疱疹，軟性下疳或其他性傳染病，本來就不便公開與他家人討論，何況每次發病都可以治癒，只是無法預防再發而已，沒事何勞轉診？

開立醫師診斷書風險管理——勿以惡小而為之

一. 教唆偽造，同歸於盡

有位直腸外科權威醫師。替一位糖尿病老人在門診順利開完痔瘡手術，病人苦苦哀求醫師替他開張住院診斷書，他好可以申請商業保險理賠，醫師婦人之仁，以為不過一舉手之勞，就主隨客便了。不料後來因糖尿病傷口癒合不良被病人控告傷害賠償，尚未釐清案情時，病人就先向檢察官檢舉該名醫說：「我明明沒有住院，醫師為什麼偽造文書寫我有住院？」

- 二. 月經沒來，何來經痛？
- 三. 浴室滑倒，才能安胎。
- 四. 偽造胎位不正剖腹生產文書，詐領保險金。

人工流產之風險管理

由誰簽署手術同意書？

- 一. 未婚之未成年人或受監護或輔助宣告之人，依前項規定施行人工流產，應得法定代理人或輔助人之同意。
- 二. 有配偶者，依前項第六款規定施行人工流產，應得配偶之同意。
- 三. 由孕婦本人單獨簽名同意即可者，包括有：
 1. 未婚之成年人。
 2. 有配偶者，依前項第一至五款規定，施行人工流產時。
 3. 配偶生死不明或無意識或精神錯亂者，依前項第一至六款規定，施行人工流產時。
- 四. 簽署同意書必備之證明文件，務必影印留底。

RU486 藥物流產的風險管理

1. 藥物流產時，醫護人員說明義務（告知後同意書）十分重要。有否 RU486 使用上的禁忌？以及服用第一劑 RU486 後必須留院觀察一小時。
2. 藥物流產的程序過程說明，尤其必須提醒病人服用第一劑 RU486 後 .36 ~ 48 小時，必須回診使用前列腺素 400 毫克，暫住病房觀察四到六小時，由醫師檢視有否流產並作超音波檢查証實完全排清。
3. 藥物流產手術與人工流產手術一樣，必須符合優生保健法的規定才能使用藥物流產，未成年少女也必須有監護人簽名同意，否則違反優生保健法保法，無阻卻違法，亦必論以刑法的「意圖營利加工墮胎罪」。

過期流產的風險管理——皇帝不急，急死太監

所謂「過期流產」，指胚胎或胎兒已死亡滯留在宮腔內尚未自然排出者，也有教科書定義：胚胎或胎兒在子宮內死亡達 2 個月以上還未排出者，稱為過期流產。死胎稽留子宮時間長久，就可能發生凝血功能障礙，導致彌漫性血管內凝血，出血不止而造成嚴重出血。亦即胚胎組織壞死、溶解，產生組織凝血因子，進入血液循環系統，而引發彌漫性血管內凝血 DIC，致造成嚴重出血。

流產手術處理前，病人必須檢測全血細胞計數、出血、凝血時間、纖維蛋白原、凝血酶原及血漿魚精蛋白副凝試驗，即 3P 即 plasma protamine paracoagulation 試驗（檢測有無纖維蛋白單體的試驗來判斷是否有 DIC）。

子宮外孕的風險管理

1. 診斷子宮外孕的醫師 SOP(醫療標準作業流程)，就是醫師要像白痴一樣心存孤疑，只要是婦女有孕，個個都可能是子宮外孕，直到證明不是為止。
2. RTC：囑咐病人何時回診 RTC，病歷上並註明要做何項檢查的計畫，勿忘要記上 R/O ectopic pregnancy 的字樣。
3. 子宮外孕醫師最會犯錯的地方有兩點：
 - (一) 是醫師忘形，斬釘截鐵保證不可能是子宮外孕。
 - (二) 是醫囑沒有記明叫病人回診 RTC。

子宮外孕致死的風險管理——醫師未檢查出是子宮外孕並非業務過失

一、醫生未檢查出是否子宮外孕並不是誤診

子宮外孕的確診是時點的問題，因為子宮外孕必須要用排除法才能診斷，故只要醫師有注意到子宮外孕的可能性，且作了基礎懷孕試驗檢查，並要向病人提到 mention 或警告 warning 子宮外孕的可能性即已足。甚者並會囑咐病人有腹痛，昏迷，腰酸等症狀時必須迅速回診，或就近急診處就醫，即已盡到診所醫師的義務。

診斷不出子宮外孕就有如診斷不出婦女的卵巢癌一樣無奈，近五年來個個經手過看診過這

位卵巢癌的醫師群，豈不通通都因誤診而犯了業務過失致死罪？

二．子宮外孕腹內出血診斷不出來才是誤診

但若病人已是腹內出血就診時，醫師仍沒有診斷出來就不可原諒了。蓋古有明訓：若見年輕女子臉色蒼白，抱著肚子進來，十之八九都是子宮外孕輸卵管妊娠破裂所造成的腹內出血。

從前沒有超音波，醫師還要作「陰道後窟窿穿刺術檢查」才能確診，現在只要陰道超音波一照就真相大白，若醫師仍迷迷糊糊打個止痛針，就叫病人回家等死，那才真的是誤診。

婦產科規則一：每一個女人都可能懷孕了，直到證明並非如此。

婦產科規則二：每個孕婦都可能是子宮外孕，直至證明並非如此。

急救風險管理——自動體外心臟去顫器 AED 的法律責任

救護人員以外之人才能免除法律責任：爲了提高緊急患者的存活率，2012年8月9日衛生署特別修訂《緊急醫療救護法》，增加第14條之一，規定經公告之公共場所，應置有必要之緊急救護設備；但因民眾常會因施救之法律責任而卻步，因此再增訂第14條之二：「救護人員以外之人，爲免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。」，衛生署稱此爲「善良的撒瑪利亞人法」 Good Samaritan law。

問題是緊急醫療救護法第14條之二的善良的撒瑪利亞人法是針對「救護人員以外之人」才能免除民、刑事法律責任，但醫師護士可不是救護人員以外之人，民、刑事法律責任甚至比救護人員還大。

健保門診風險管理——醫師違反健保法規定 A 錢一罪四罰

一．違約罰：違反契約責任

違約記點、扣減醫療費用、停止特約或終止特約四種。

二．刑罰：先移送檢察官偵辦

A：移送司法機關辦理，起訴處分或有罪裁判。

B：移送司法機關辦，若爲不起訴處分或無罪裁判時，應通知原移送之行政機關，另依違反行政法上義務規定裁處之。

三．行政罰：由主管機關處以行政罰

(一) 典型之行政罰包括：1. 罰鍰 .2. 沒入 .3. 拘留。

(二) 擴張之行政罰（管制罰）包括：1、限制或禁止行為之處分。2、剝奪或消滅資格、權利之處分。3、影響名譽之處分。4、警告性處分。

四．懲戒罰：移付懲戒。

負責醫師頂罪的法律責任

有醫師掛名醫美診所負責人領乾薪金。最近因後台老闆即金主自行自國外帶回幹細胞一類的補針，趁醫師不在場時，私下有次命診所內的美容師，替他的好朋友施打該未經合法檢驗進口的補針，不久過世。金主為逃避刑責，居然重金要求該無辜醫師出面替他頂罪，承認是醫師自己打的禁藥補針，並且承認是醫師囑託美容師注射該藥者。

一．販賣供應禁藥罪

1. 該幹細胞一類的補針為未經核准，擅自輸入之藥品者，應為禁藥。
2. 明知為禁藥而販賣、供應、調劑，因而致人於死者，處七年以上有期徒刑。
3. 輸入禁藥者，處十年以下有期徒刑，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。犯前項之罪，因而致人於死者，處無期徒刑或十年以上有期徒刑。

二．非教學醫院不得施行人體試驗：由中央主管機關處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰。

三．負責醫師容留密醫

1. 美容師的密醫罪。
2. 負責醫師容留密醫，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分一個月以上一年以下或廢止其執業執照；情節重大者，並得廢止其醫師證書。

四．負責醫師行政責任

1. 容留未具醫師以外之醫事人員資格者，即美容師執行注射護理工作，處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。
2. 醫療業務管理之明顯疏失處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並處一個月以上一年以

下停業處分或廢止其開業執照。醫療法第 108 條：一、屬醫療業務管理之明顯疏失，致造成病患傷亡者。

後記——Dr. Kao 的新書預約廣告

本文為 Dr. Kao 的「醫師私房話叢書」第三冊「臨床醫師風險管理」的內容摘要。新書預定於明年一月一日正式出書上市，徵得會訊編輯劉召集人同意，讓 Dr. Kao 先行介紹內容打廣告外，並接受新書預約訂購，預定至 104 年 9 月 30 日為止，開放三個月的時間，讓我們台灣婦產科醫學會的會員先下單預約本書。原因有二：一是本書內容包括：壹、風險管理諮詢，貳、臨床風險管理實務，參、風險管理結合醫師責任保險，肆、台灣醫師風險管理學會任重而道遠，洋洋灑灑近 15 萬字，可嘆積四十年婦產科行醫經驗，Dr. Kao 再寫也是以臨床婦產科醫師風險管理為主，別科醫師無關痛癢，索然無味。二是連元照出版公司都認為本書市場太小，不肯出版，Dr. Kao 只好再度自掏腰包找人印行，依慣例，鐵定又會虧損連連血本無歸。醫師私房話叢書第二冊「醫療糾紛與醫師風險管理」，至今四十萬印刷費都尚未回本，這次不得不量力而為，預約幾本就印幾本，否則把養老金都賠光了，Dr. Kao 將何以為繼？

本書預定為精裝本，厚達一百五十頁以上，定價 600 元。會員於 104 年 9 月 30 日之前預約者，每本 400 元（免運費，最晚 105 年 1 月開始寄送），過了預約期，每本回復原價 600 元。有意預約支持者，敬請郵政劃撥帳號 14982130，戶名高添富，註明「預約新書」即可（書名是「臨床醫師風險管理」，亦可不寫）。熱心催經後才知有孕被告，病人說想生時，醫師至少要賠 10 萬元新台幣，可足足買本書 250 冊分送同行，可見有買有保庇，還可避邪。

Dr. Kao 同時打鐵趁熱，為籌措本書印刷費用，預約期間，原定價 600 元的精裝本醫師私房話叢書第一冊：「醫師如何面對醫療糾紛」及第二冊：「醫療糾紛與醫師風險管理」，每冊促銷價為 400 元，免運費（以掛號寄送）。兩書即將絕版，賣完絕不再印，尚未購買之會員，敬請把握機會。

編後語

龍震宇

所有的會員前輩、先進及晚學：

上個月因為北榮黃姓婦人足月胎兒胎死腹中案，在黃姓婦人及立委大動作記者會以及天價求償後，輿論一面倒的對婦產科醫師給予溫暖及支持，婦產科醫學會也建立了”謝謝你，我的接生醫師”的臉書粉絲團，至今已經有 1.3 萬人的支持，也湧入了大批民眾留言感恩婦產科醫師，讓我們在這艱困的醫療境下，能夠有再繼續努力的動力，也鼓勵大家到粉絲團踴躍留言。

本次的會訊，感謝李耀泰理事再次為大家整理了最新的文獻資料，對正常體溫對手術的重要性，讓我們了解維持麻醉中病患的正常體溫是十分重要的，可避免傷口感染，減少手術中出血、輸血、心臟缺血、靜脈栓塞和發抖。另文也對子宮頸癌手術不足病患之預後做了詳細的剖析，讓我們了解對任何良性子宮病灶的切除手術，都要聯想到子宮頸癌的可能性，並建議先做子宮頸抹片、切片或內子宮頸搔刮，因為，若術前就能診斷出子宮頸癌，採用改良性根除性治療的副作用較少，而且可以避免放射線治療所引起的腸道、膀胱、陰道狹窄、更年期等併發症。

高添富委員，婦產科醫師臨床風險管理一文，提醒各位婦產科醫師門診常會遇到的問題，包含一些藥物風險告知，一些疾病治療相關的風險管理，診斷書開立時要注意的事項，千萬不要因為一時的婦人之仁，而惹上牢獄之災。

最後，恭祝所有會員朋友，行醫順利，事事順心。

郵 票 自 貼

台灣婦產科醫學會

收

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-1482

傳真：(02) 2200-1476

◎ 224 通訊繼續教育答案 ◎

題目：正常體溫對手術的重要性

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。

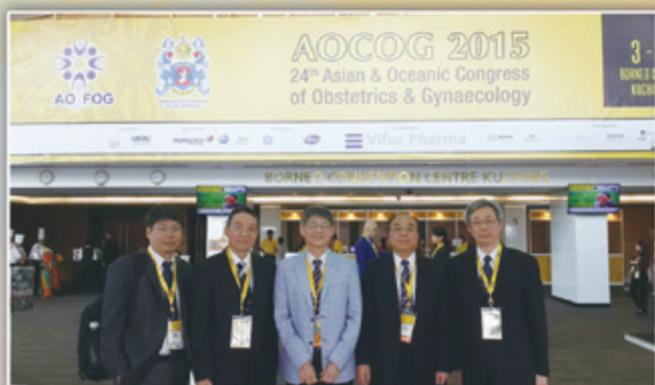
* 請多利用線上作答功能，以節省時間及紙張 (<http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp>)

* 本答案卷除郵寄外，亦可傳真

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
150704-3	骨質疏鬆症專科醫師學分班	中華民國骨質疏鬆症學會	台中福華飯店	07月04日 08時20分	07月05日 16時50分	B	3分
150704-1	中華民國醫用超音波學會 2015 年第一次學術研討會	中華民國醫用超音波學會	高雄醫學大學附設中和醫院啓川大樓六樓	07月04日 09時20分	07月04日 17時00分	B	2分
150704-2	104 年連江縣醫事人員戒菸衛教訓練初階課程	連江縣衛生局	連江縣南竿鄉復興村 216 號	07月04日 13時00分	07月04日 20時50分	B	1分
150705-2	104 年度青少年親善醫師進階培訓課程 (中區)	台灣青少年醫學暨保健學會	中山醫學大學附設醫院 (台中市南區建國北路一段 110 號) 口腔醫學研究大樓 D05 教室	07月05日 08時00分	07月12日 17時00分	B	3分
150705-3	醫療發展課程 (台北)	台灣婦產科醫學會	台北國賓飯店 12 樓 樓外樓	07月05日 08時45分	07月05日 12時00分	A	2分
150705-1	104 年度孕產婦流感疫苗繼續教育訓練課程 (台中場)	台灣婦產科醫學會	台中澄清醫院 (中港院區) 17 樓國際會議廳 (台中市西屯區台灣大道四段 966 號)	07月05日 08時50分	07月05日 12時00分	A	2分
150707-1	104 年度兒少保護專業人員繼續教育訓練課程 - 苗栗大千綜合醫院場	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院 兒少保護醫療服務示範中心	大千綜合醫院碧英大樓九樓國際會議廳苗栗縣苗栗市高苗里 11 鄰信義街 36 號	07月07日 13時00分	07月07日 18時00分	B	1分
150711-2	Sanofi Septrafilm Asia Summit 國際研討會	高雄醫學大學附設中和紀念醫院外科部 '賽若菲股份有限公司	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	07月11日 08時30分	07月12日 12時15分	B	3分
150711-1	FEMALE UROLOGY & PELVIC FLOOR MEDICINE	台灣尿失禁防治協會	台中榮總	07月11日 13時30分	07月11日 17時30分	B	2分
150714-1	2015 年門診性病專題聯合討論會	台灣感染症醫學會	秀傳醫學大樓 5 樓大會議室	07月14日 08時40分	07月14日 12時20分	B	2分
150718-1	20150718 中區婦癌學術研討會	台灣婦癌醫學會、臺中榮民總醫院總醫院婦女醫學部	台中榮民總醫院第二醫療大樓 2 樓第八會議室	07月18日 09時00分	07月18日 15時20分	B	5分
150719-1	婦女及周產期新知研討會	台灣周產期醫學會	台大醫院國際會議中心 3 樓 301 室	07月19日 08時30分	07月19日 12時00分	B	3分
150719-3	醫療發展研習課程 (台南)	台灣婦產科醫學會	台南大億麗緻酒店	07月19日 08時45分	07月19日 12時00分	A	2分
150719-2	中華民國生育醫學會 / 台灣男性學醫學會聯合學術研討會	中華民國生育醫學會 / 台灣男性學醫學會	臺北榮民總醫院 致德樓 1 樓第 4 會議室	07月19日 09時00分	07月19日 17時50分	B	2分
150719-4	桃園區兒科疾病預防及轉診研討會	林口長庚新生兒科	南方莊園	07月19日 09時30分	07月19日 12時30分	B	1分
150726-3	104 年度青少年親善醫師進階培訓課程 (南區)	台灣青少年醫學暨保健學會	國軍高雄總醫院 (高雄市苓雅區中正一路 2 號) 軍陣大樓 4 樓會議室	07月26日 08時00分	08月02日 17時00分	B	3分
150726-4	醫療發展研習課程 (高雄)	台灣婦產科醫學會	高雄君鴻酒店	07月26日 08時45分	07月26日 12時00分	A	2分
150726-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程	台灣家庭醫學醫學會	中國醫藥大學附設醫院 / 國際會議廳	07月26日 09時00分	07月26日 17時00分	B	1分
150726-2	婦女及周產期新知研討會	台灣周產期醫學會	中山醫學大學正心樓二樓 0213 教室	07月26日 13時30分	07月26日 17時00分	B	3分
150801-1	Symposium of Robot Assisted Surgery	新光醫院外科部	新光醫院 B1 大會議室	08月01日 12時50分	08月01日 17時20分	B	3分
150802-1	愛滋病及性傳染病防治繼續教育課程 (台北)	台灣婦產科醫學會	台大醫院國際會議中心 301 室	08月02日 08時30分	08月02日 12時30分	A	2分
150802-2	醫療發展研習課程 (台中)	台灣婦產科醫學會	台中裕元花園酒店	08月02日 08時45分	08月02日 12時00分	A	2分
150808-1	2015 年新生兒聽力篩檢研討會 (北區)	國民健康署	馬偕紀念醫院 福音樓 9 樓第一講堂	08月08日 08時00分	08月08日 12時30分	B	2分
150809-1	104 年度青少年親善醫師進階培訓課程 (北區)	台灣青少年醫學暨保健學會	台北市立聯合醫院婦幼院區第二醫療大樓 7 樓禮堂 (台北市福州街 12 號)	08月09日 08時00分	08月16日 17時20分	B	3分
150815-1	疑似性侵害案件驗傷採證注意事項	新北市政府衛生局、亞東醫院	亞東醫院 10 樓第二教室	08月15日 09時00分	08月15日 11時00分	B	1分
150823-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程 (含同步視訊)	台灣家庭醫學醫學會	台大醫學院 / 101 講堂	08月23日 09時00分	08月23日 17時00分	B	1分
150905-1	2015 年新生兒聽力篩檢研討會 (南區)	衛生福利部國民健康署	國立成功大學醫學院 第二講堂 (台南市勝利路 138 號)	09月05日 08時10分	09月05日 12時30分	B	1分
150912-1	達文西機械手臂婦科癌症手術新境界研討會	中國醫藥大學附設醫院婦產部	中國醫藥大學附設醫院兒童醫院 11 樓會議室	09月12日 08時00分	09月12日 17時00分	B	4分

AOCOG 2015，第24屆亞太婦產科會議



104.06.14

健保20年產科照護研討會



Cervi-M[®] PAX1基因甲基化檢測

早期診斷篩檢高端標準化檢測

根據國際論文發表*，PAX1基因甲基化與癌症發生緊密相關，特別是子宮頸癌PAX1可做為臨床醫師輔助診斷的依據，讓篩檢更有效率



Health & Love

Cervi-M[®]特色 抹片剩餘檢體檢測

- 台灣專利 (中華民國 發明第 I 329743號)
- 美國專利 (Patent No. : US 7,820,386 B2)
- 符合GMP、ISO13485:2003、ISO/IEC 17025:2005製造&檢測

「日祥」PAX1核酸探針混劑組(未滅菌) 衛部醫器製壹字第004980號

「日祥」子宮頸細胞收集液(未滅菌) 衛部醫器製壹字第005312號

* Lai HC, Ou YC, Chen TC, Huang HJ, Cheng YM, et al. (2014) PAX1/SOX1 DNA methylation and cervical neoplasia detection: a Taiwanese Gynecologic Oncology Group (TGOG) study. Cancer Medicine. 3(4):1062-74

根據台灣婦科癌症研究聯盟(TGOG)11家醫院共同研究並發表在Cancer Medicine 2014，發現結合子宮頸抹片篩查結果*，子宮頸癌篩檢靈敏度(Sensitivity)達93%，專一性(Specificity)達84%

代理商

uniPharma 華宇藥品股份有限公司
11494 台北市內湖區舊宗路二段
171巷17號3樓
電話：02-2658-2577
傳真：02-2658-3977

製造商

iStat 日祥生命科學股份有限公司
22102 新北市汐止區新台五路一段96號
18樓
電話：02-2696-3518
傳真：02-2696-3658

CerviM.05 V01.20150315 北衛器廣字第10401019號