

# 台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2010年7月165期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地址：台北市民權西路70號5樓  
電話：(02) 2568-4819  
傳真：(02) 2100-1476  
網址：<http://www.taog.org.tw/>  
E-mail：[obsqyntw@seed.net.tw](mailto:obsqyntw@seed.net.tw)  
發行人：蔡鴻德  
編輯：會訊編輯委員會  
召集委員：龔福財

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

# 臺灣婦產科醫學會50週年暨2011年會

時間：2011年3月12-13日(週六、日)

地點：高雄市漢神巨蛋廣場國際宴會廳

## 高雄



高雄市 愛河愛之船



高雄市 打狗英國領事館



屏東 國立海洋生物博物館



高雄縣 佛光山



飯店：高雄漢來飯店



飯店：蓮潭國際會館

# 台灣婦產科醫學會 165 期會訊

## 目錄精華

---

05 理事長的話 | 文/蔡鴻德

---

06 監事長的話 | 文/何博基

---

07 秘書長的話 | 文/謝卿宏

---

27 秘書處公告 | 文/秘書處

27 行政院衛生署國民健康局 函

有關預防保健定量免疫法糞便潛血檢查服務，可否於民眾住院期併予施行該項服務乙案，詳如說明段，並請貴會（局、院）轉知所屬會員、所轄醫療院所，請查照。

27 行政院衛生署國民健康局 函

有關貴會函詢未參加全民健保或依法暫停保險給付等民眾，預防保健婦女子宮頸抹片檢查費用申報事宜，復如說明段，請查照。

28 行政院衛生署國民健康局 函

鑑於近期内國內已連續發現數起本土成人麻疹病例，請協助提醒所屬會員醫師提高警覺，以利麻疹及早診斷通報，及時採取隔離及防治措施，避免疫情擴大，請查照。

28 臺北市政府衛生局 函

預告「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正草案。

29 臺北市政府衛生局 公告

預告「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正草案。

31 臺灣婦產科醫學會 函

有關「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正草案，本會建議如說明陳請鑑核。

### 31 臺北市府衛生局 函

有關 貴學會建議修正「臺北市民健康檢查及篩檢實施辦法」乙案，本局回復意見如下，請 查照。

### 32 臺灣婦產科醫學會 函

有關 貴局函復，「臺北市民健康檢查及篩檢實施辦法」中有關「擴大生育補助」乙案，本會建議如說明 敬請參卓。

---

## 36 通訊繼續教育

子宮鏡在不孕症的應用 | 文/林禹宏

---

## 43 會員園地

43 子宮頸抹片的省思 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

48 訂定合理剖腹生產率的高權 | 文/陳連生

---

## 51 法律信箱

我國婦產科醫療糾紛案例解析 | 文/潘恆新 蔡裕豐 黃莉文 張杰仁 黃建榮 余啓民 柯瑪莉

---

## 57 徵才看板

---

## 59 編後語 | 文/高添富

---

## 62 活動消息 | 文/秘書處



## 理事長的話

蔡鴻禧

敬愛的會員平安

六月二十三日從台北搭機經香港、約翰尼斯堡、轉到坦尚尼亞的 Dar es Salaam, 花了 30 個小時的時間, 參加 FIGO 舉辦的理事會。經由投票選出的理事國共有 23 個國家, 台灣是其中之一, 亞洲有日本、馬來西亞、中國及台灣, 馬來西亞與中國缺席。FIGO 舉辦此次會議, 除了討論各委員會的年度工作計畫及活動外, 主要是 FIGO 在坦尚尼亞有一個幫助非洲女性遠離膀胱陰道瘻管的計畫正積極進行中。非洲女性生產由於缺乏產科醫師及助產士, 生產時產道受傷, 沒有修補, 產生非常多的瘻管病例。於是 FIGO 聘請專家到坦尚尼亞教當地的醫生開刀, 甚至補助遠道而來的病人旅費, 免費為他們治療。二十四日開會中參觀兩個大醫院, 一個婦科膀胱陰道瘻管病房(VVF ward)住滿了三、四十位病人, 據醫院報告, 每年有一千個病人接受手術治療。同時亦參觀了小兒科及骨科的病房, 小兒的保溫箱極度缺乏, 於是他們將一個小兒的房間安裝上熱氣, 將好幾個小嬰兒放在一起, 變成一個大保溫箱。從上午十一點到下午二點半在外面奔波了三個半小時, 又熱、又餓、又渴, 滴水未進, 很是辛苦, 看到非洲, 想想台灣, 身為台灣人是何等幸福與榮耀。台灣在醫療上, 有很多醫院已有足夠的能力, 正在海外許多開發中國家進行醫療服務, 以我們的醫療專業幫助需要幫助的人, 敞開胸襟接納需要關懷的人, 懷抱真誠的心, 傳遞我們的愛。

回程二十七日特別在約堡停留一個晚上, 到 Soccer city 觀賞阿根廷與墨西哥 16 強的足球賽, 賽前三個半小時從旅館出發, 上快速道路, 中途經過安檢, 到達球場約半個小時, 夜間球賽打滿了燈光, 加上 FIFA 的超強行銷, 超重音的喇叭及超大螢幕, 八萬四千多名觀眾, 球賽未開始即讓人興奮異常。觀眾時髦打扮, 帶著南非特有嗚嗚茲拉, 響徹雲霄, 全程得塞個耳塞, 否則聽力會受損; 在球場還有愛國的台灣觀眾在觀眾席旁懸掛台灣國旗; 馬拉杜那教練在球場旁帥氣的指揮球賽的進行, 每當球一接近球門, 觀眾哇哇大叫, 那種臨場感絕非看電視所能比擬。住在同一旅館, 許多日本人組團至南非觀賞球賽, 他們皆在半年甚至一年前就訂好球賽套票, 一趟下來看個四、五場, 三、四個年輕人擠進一個房間, 早餐大吃一頓亦可以很經濟的與世界一起瘋足球, 足球是世界最瘋狂的運動, 台灣何時才能參一脚? 深切的盼望著!

四月底曾到過監察院參加程宏仁與高鳳仙兩位監委主持的有關剖腹產率的諮詢會議, 學會與醫改會提出相關數據與資料, 結果監察院出來的報告卻是台灣剖腹產率世界第二, 近四年浪費百億健保費, 迫使學會 7 月 11 日在黃淑英立委的幫忙下, 在立法院舉行記者會, 提出嚴正的抗議。認為監委扭曲事實, 嚴重打擊婦產科醫師士氣, 如繼續打壓婦產科, 再過十年, 國內孕婦恐將面臨無醫師接生的窘境。(相關內容請參閱會訊)

七月是個酷熱的季節, 學會舉辦花蓮兩天一夜太魯閣國家公園, 慕谷慕魚之旅, 歡迎大家的參加。再次感謝會員對學會活動的支持, 工作之餘放慢腳步, 到山上避暑, 白楊步道健行, 生活是可以過得更愜意一點, 不是嗎?

## 監事長的話

何博基

有關二代健保法草案在立法院並未充份討論，且衛生署更預計 8 月份讓該草案通過，顯然過於倉促缺乏周延。對此學會將聯合立法委員共同合作，在修法之際應將過去健保制度不合理處重新檢討。

為使議題更受關注，因此聯合兒科醫學會共同以少子化議題，探討幼兒養育問題、提高生育率等，切入至健保制度。學會在 7 月 13 日（星期二）下午，邀請兒科醫學會的代表共同討論對策，希望借由兩科的合作，創造雙贏的局面。

學會至 99 年 5 月 31 日可運用資金為 NT \$ 14,231,794。

## 秘書長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

二代健保修法在即，但衛生署長急就章一副要有政績的樣子實令人膽跳心驚！不知大家記得否，當年全民健保法的通過是為實施而實施，在未充分討論下，大家都不知是何物時就一夕匆匆表決通過；婦產科幾乎是棄守的，故也造成我們今日的大災難！昔日的四大科之一，今日竟成醫院可有可無的邊緣人。全民健保法好不容易在實施了十五年之後才第一次修法，大家真的要讓它又糊里糊塗地在立法院臨時會中未逐條充分討論就被包裹表決通過嗎？希望大家要好好利用年底五都選舉的機會，影響國、民兩黨的候選人，要他們表態反對或運作他們的黨團，不要在八月份的立院臨時會就莫名地通過！當然，學會幹部近期也正密集研商對策，更會和小兒科醫學會合作，共同為婦幼健康努力，要執政者在二代健保中特別注意附幼這一領域，讓已瀕臨死水的婦幼能夠回生，以免二代健保後大者恆大，而婦幼卻日益萎縮！

前幾天監察院因自然產與剖腹產同點數與剖腹產率的問題提出扭曲婦產科、干涉醫療專業的報告，逕指我國剖腹產率世界第二，孕產婦死亡率居高不下。對監委「差很大」的指控，我們認為非常不恰當；其實，大家也都知道監委調查報告暗藏某些利益的玄機，真的就是「項莊舞劍」罷了！在此，特別感謝蘇聰賢院士、李茂盛院士、楊友仕院士、長庚李奇龍主任、張舜智醫師、榮總楊明智主任、顏明賢主任、台大施景中主任、徐明洸醫師、馬偕陳治平主任、黃閔照醫師、新光黃建榮主任、林禹宏主任的支持，讓理事長和我能夠順利召開記者會說明原委。當然，最後也要向黃淑應立法委員和台灣女人連線蔡宛芬秘書長致謝，沒有他們見義勇為，幫忙發採訪稿、潤飾新聞稿(如附件)，還有協調在立法院開記者會，我們實無法掌握到這麼好的時事人物來開記者會。

最近叫秘書整理一些婦產科醫師的現今資料，我們的平均壽命約 69 歲，平均執業年齡是 53 歲（全國醫師的平均執業年齡是 44 歲），想來，頗有「廉頗老矣」之慨！看來政府再不重視婦幼這領域，未來婦幼健康堪虞！期待大家一起努力，來保住婦幼的命脈，若有任何寶貴意見，一定要立即通知學會！

最後 敬祝大家 身體健康、暑假心曠神怡！

附件一

## 剖腹產率高遭糾正 婦產科叫屈



更新日期:2010/07/12 15:59 (中央社記者蘇龍麒台北 12 日電)



台灣剖腹產率居高不下，監察院 9 日通過糾正衛生署，台灣婦產科醫學會理事長蔡鴻德今天表示，台灣剖腹產率雖高，但成長率極低，近年來美加各國剖腹產率已與台灣相當接近。

台灣的剖腹產率長期居高不下，居先進國家前茅。監察

院調查後認為，行政院衛生署未做好有效改善方案，且高屏地區基層診所剖腹產率異常竄升，管控欠當，9 日通過糾正衛生署。

民進黨籍立委黃淑英與台灣婦產科醫學會理事長蔡鴻德、秘書長謝卿宏等多名婦產科主任、醫師，上午在立法院召開「監察院不可片面解讀醫學專業」記者會。

黃淑英說，台灣的剖腹產率長年居高不下，但美國、英國、加拿大等國最近幾年都以 11%-30% 的成長率大幅增加剖腹產率，美加各國剖腹產率已逼近 30%。

蔡鴻德說，監委說台灣剖腹產率居世界第二絕對是錯誤的數據，巴西、中國、南韓等國的剖腹產率都比台灣還要高，台灣只是維持原本的水平，成長率僅 0.67%，剖腹產率一直維持在 33%-34% 之間。

蔡鴻德指出，以台大醫院為例，如果孕婦自主選擇剖腹產，必須多負擔約新台幣 3 萬元的費用，就是希望以價制量。

謝卿宏表示，監察院的糾正扭曲事實，嚴重打擊婦產科的努力與士氣，且健保給予生產補助約僅美金 1000 元，與美國自然產 2000 美元、剖腹產 5000 美元、日本九州公立醫院 4400 美元補助相差很多，是壓榨婦產科。



台大醫院婦產科醫師徐明洸說，計畫性自然生產與計畫性剖腹生產的成本其實一樣高，並沒有增加健保支出的問題。

新光醫院婦產科主任林禹宏說，台灣剖腹產率高，但媽媽與胎兒的死亡率都很低，媽媽的死亡率更只有10萬分之6.9，比美國還要低，有時候剖腹產還是來自於產婦要求，醫師都是為了安全考量才實施剖腹產，如果要降低剖腹產率，應該從教育民眾著手。

990712

## 剖腹產糾正案 監委：非否定醫界



更新日期:2010/07/12 13:59

（中央社記者葉素萍台北12日電）台灣剖腹產率居高不下，監察院糾正衛生署，醫界反彈。查案監委程仁宏今天說，監察院糾正案並非否定醫界的努力，而是點出反常的弊端，並對主管機關是否盡責加以檢討。

台灣剖腹產率居高不下，監察院9日通過糾正衛生署，民進黨籍立委黃淑英與台灣婦產科醫學會理事長蔡鴻德等多名婦產科主任、醫師今天在立法院召開「監察院不可片面解讀醫學專業」記者會，蔡鴻德說，台灣剖腹產率雖高，但成長率極低，近年來美加各國剖腹產率已與台灣相當接近。

程仁宏指出，糾正案並非否定大多數婦產科醫生的奉獻及努力，而是要點出衛生署沒有應有的配套作為。他說，台灣從90年代以來，剖腹產率一直都是名列前茅，雖然近年成長率低，但比例仍偏高；剖腹產生產後傷口疼痛與感染危險性，存有比自然產更大的後遺症，衛生署對於不適合剖腹產者，究竟有無確實了解、宣導。

程仁宏說，大醫院、醫學中心儀器設備好，但診所剖腹產率反而高於大醫院或醫學中心，甚至查到有婦產科診所剖腹率高達8成，相當反常，衛生署是否善盡職責加以了解。

他強調，糾正案不是針對醫界，而是針對主管機關衛生署，同時建議衛生署針對少子化時代，通盤檢討健保支付自然產或剖腹產的制度，強化優質醫師服務熱忱。990712

## 附件二

# 99年7月12日新聞稿

## 監察院不可片面解讀醫學專業

監委大人們花費公帑做出一份台灣剖腹產率世界第二、孕婦死亡率沒下降的錯誤報告來糾正衛生署，引起輿論一片嘩然。監察院要打老虎的功能是可認同，但社會多元，剖腹產有許多非人為因素，醫學專業不容片面解讀。婦產科醫學會為正視聽，特與立法委員黃淑英共同召開記者會，針對監察院所提出之糾正文提出嚴正抗議。

## 世界各國剖腹產率節節上升 而台灣則維持穩定

程仁宏監察委員在接受媒體訪問時表示：「健保局自九十四年起，已調高自然生產健保支付點值，但不僅未能降低剖腹產率及孕婦死亡率，甚至導致健保四年多來浪費百億元以上，衛生署難辭其咎」之語，顯然是未全盤瞭解實際情況。我們擔心，程監察委員之言論將誤導社會，甚至影響健保給付，使得婦產科醫師多年的努力付之流水。

## 台灣剖腹產率真的如監察院調查報告是全球第二高？

事實上的數據是全世界剖腹產率一直攀高，據WHO統計，中國為全世界最高(接近60%)，而拉丁美洲幾乎全在50%以上。亞洲地區平均剖腹產率27% (包含許多醫療資源嚴重不足的區域) 其中鄰近的南韓40%、菲律賓47%、而英國28%、美國31.1% (2007)，台灣與英美接近(33-34%間)，近年來因控制得當沒有明顯上升。OECD所列的20多會員國(大多為先進國家)剖腹產率多在20-30%間，西歐與南歐的國家多數都超過3成。

## 監察委員應該明察秋毫！

此外，根據衛生署統計顯示，台灣母體近年來死亡率逐年降低(約十萬分之6.9)，略低於美國(約十萬分之7.1)，而遠低於亞洲大部份國家，監察委員應該明察秋毫，調查報告是正式公文書，不容草率、粗製濫造，更不要任意扭曲全國婦產科醫師的努力、打擊婦產科醫師的士氣。

## 婦產科近四年費百億健保？台灣人的生命比較不值錢？

據美國權威醫學期刊(Am J Obs Gyn 2003;188:1418)研究指出，計劃性自然生產因包含多天的人力照顧，若難產時，須採器械分娩；而種種不確定因素(如產中缺氧或大出血)，導致約有20%會改為剖腹。經分析精算，計劃性自然生產與計劃性剖腹的成本同樣的高。現行剖腹產與自然產採單一給付，即使發生任何意外(如輸血、感染或急救等都不能再向健保申請給付)，而且，同時包括嬰兒住院期間的照顧費用(以醫學中心為例，生產給付是33082元)，現行給付不僅沒有增加健保支出，還低估成本呢！就以美國生產相對便宜的加州而言，自然產約2000美元，剖腹產約5000美元，日本九州公立醫院生產約4400美元，南韓約2000美元

(以上均是最低價格，且不包含嬰兒照顧。各國均遵循市場機制可自訂其生產價格)。反觀台灣生產全程住院給付均一價(1000美金!含新生兒住院照顧)，台灣人的生命比較不值錢?

台灣壓縮生產給付的結果：縮編照顧醫護人力(國外1:1~2;台灣1:4~8)、減少先進儀器設備投資、使用次等醫療藥材(這是正在發生的事!)。其結果無異殺雞取卵!

節省下來的，到底是醫療支出、還是犧牲下一代的健康?

台灣剖腹產率偏高，2000年甚至已達34.47%，因此婦女團體於2004年共同要求應將自然產與剖腹產之支付點值調為一致，此舉主要是考量執行自然產的醫師所花費的心力與剖腹產醫師一樣多，甚至花費時間比執行剖腹產的醫師還要多，卻領取較低的報酬，會誘導醫師選擇剖腹產，2005年獲社會大眾支持，最終在健保局支付委員的支持下通過將自然產與剖腹產支付點值調為相同，希望將剖腹產率的上升率減緩，降低醫師選擇剖腹產的意願。近幾年來台灣婦產科醫學會也和健保局合作，努力管控剖腹產率，多次發文剖腹產率較高之醫療院所，要求改善剖腹產率，所以近幾年之剖腹產率均能維持32%-34%間並未上升。當然降低剖腹產率還有努力的空間，但目前台灣高齡產婦增加、少子化現象及醫療無法除罪化，再加上必須尊重孕婦就醫自主權，所以世界衛生組織所說15%的剖腹產率在現今的醫療環境下，只適合極度缺乏婦產科醫師而有極高生產併發症(如產婦死亡、產後膀胱尿道瘻管)的第三世界。

我們呼籲：

1. 要建立生育風險補償基金制度：

醫界應對一些仍無法避免的產科併發症，如羊水栓塞、肩難產、產後大出血等提供補償制度，以建立良善的生產環境。

2. 醫療要除罪化：

沒有醫師會故意傷害病人，目前台灣仍以刑法處理醫療糾紛，對善意救人的醫師又情何以堪。

記者會台灣婦產科醫學會出席代表

施景中	主任(台大醫院婦產科)
陳治平	醫師(馬偕醫院婦產科)
顏明賢	主任(榮總婦產科)
張舜智	醫師(長庚醫院婦產科)
林禹宏	主任(新光醫院婦產科)
黃閔照	監事
謝卿宏	秘書長
蔡鴻德	理事長

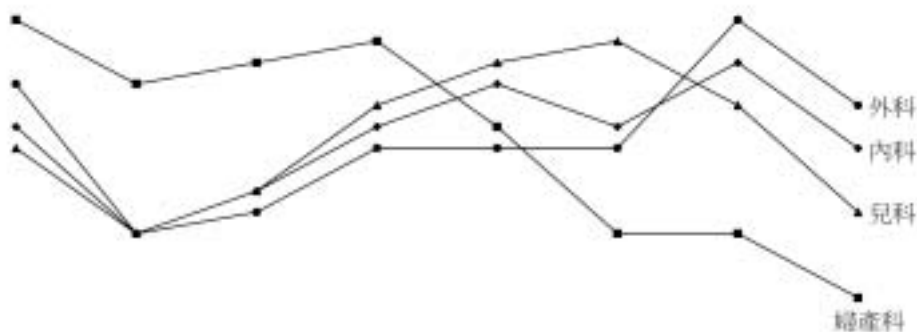
### 附件三

#### 「健保給付不合理，婦女健康被排擠。二代健保應檢討！」記者會

2010.7.21

自健保開辦以來，因為給付標準的不公平，造成部分科別逐漸式微的現象，最明顯的例子莫過於婦產科。由於健保給付婦產科檢查與手術的點數和其他醫療服務相較之下是過低的，導致原本已受少子女化衝擊的婦產科更邊緣化，願意選擇進入婦產科的醫師人數逐年下滑，婦產科人力衰退的問題越來越明顯，未來將嚴重影響婦女的健康權益，不但婦科疾病無人照料，恐怕連要生產的孕婦都找不到醫師接生。

台灣婦產科醫師的年齡層不但偏高，且人數已經出現負成長的現象。根據衛生署的統計，目前台灣專科醫師的平均年齡為 47 歲，內、外、兒科醫師的平均年齡約 45 歲，但婦產科醫師的平均年齡卻高達 50 歲，且內、外、兒科醫師年齡超過 40 歲的醫師約佔六成，但婦產科卻佔了八成，年齡層明顯偏高（圖一）。若以公 / 學會的資料來看，差距更明顯：根據醫師公會和婦產科醫學會的統計，2009 年執業醫師的平均年齡為 44.5 歲，婦產科醫師的平均年齡卻高達 52.5 歲。此外，近十年我國婦產科醫師人數呈現負成長（表一）。這樣的現象突顯出的最大問題在於年輕醫師不願意進入婦產科領域，導致婦產科醫師人數出現斷層，將來婦女對醫療服務的可近性將大打折扣，有些地區更可能出現無醫師可看的情形。



(圖一)

資料來源：衛生署 / 製圖：台灣女人連線

深究年輕醫師選擇其他科別，不願至婦產科的重要原因之一即在於健保給付的不公

平。目前健保給付標準與給付項目的醫療風險完全不成比例，和其他醫療項目相較下，風險較大、困難度較高的婦產科檢查與手術，卻給付相對低的點數；例如：

- 一、割盲腸比生小孩給付高：不論是剖腹產還是陰道產，醫師都必須考量母親與胎兒的生命，在每個手術環節做立即的判斷與處理。但以地區醫院給付標準為例，健保給付生產的點數（32,787 點）卻比單純的闌尾切除手術（33,824 點）還低。

(表一)

科別	2000 年 專科醫師人數	2009 年 專科醫師人數	2000-2009 年 醫師增加人數	2000-2009 年 醫師增加比例
內科	6,726	8,932	2,206	24.7%
小兒科	2,414	2,978	564	18.9%
外科*	3,120	3,433	313	9.1%
婦產科	2,207	2,180	-27	-1.2%

\*此處所指「外科」不包含骨科、神經外科、泌尿科、整形外科。

資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會／製表：台灣女人連線

- 二、照顧嬰兒比照顧產婦給付高：目前健保給付新生兒腦部、四肢、腹部、心臟超音波的點數分別為 719、940、1,411、1,920 點；但產科超音波必須隔著母親肚皮進行胎兒腦部、四肢、腹部、心臟的全身檢查，不但困難度高，也相當耗時，但健保給付的總點數竟然只有 550 點，明顯過低。

- 三、照顧男人比照顧女人給付高：男性生殖器是外露的，女性生殖器則在骨盆內；照理，男性生殖器的檢查、手術應較容易進行，但健保卻給付較高的點值：

1. 男性外生殖器超音波 697 點，婦科超音波 450 點。
2. 通常用來檢查男性攝護腺癌的經尿道（直腸）超音波 800 點，用來檢查女性子宮內膜癌的經陰道超音波 450 點。
3. 男性睪丸雙側切片 2,904 點，女性卵巢切片術 2,840 點。
4. 陰莖部份切除術 4,685，陰道部份切除 4,325；陰莖全部切除術 7,148，陰道全部切除（陰道式） 5,998 點。

- 四、婦產科給付就是比別人低：

1. 骨盆腔膿瘍經腹部引流 8,234 點（外科），闌尾膿瘍之引流 7,015 點（外科）；卵

巢膿瘍切開引流術 5,493 點（婦產科）。外科較婦產科高約五成。

2.同樣的骨盆腔膿瘍：經肛門引流 4,030 點（外科）；經陰道引流 2,253 點（婦產科）。外科較婦產科高約八成。

（表二）健保給付差異列表

生產	32,787	闌尾切除	33,824
婦科超音波 （經陰道超音波）	450	男性外生殖器超音波	697
		經尿道（直腸）超音波	800
女性卵巢切片術	2,840	男性睪丸雙側切片	2,904
陰道部份切除	4,325	陰莖部份切除術	4,685
陰道全部切除（陰道式）	5,998	陰莖全部切除術	7,148
產科超音波	550	新生兒腦部超音波	719
		新生兒四肢超音波	940
		新生兒腹部超音波	1,411
		新生兒心臟超音波	1,920
卵巢膿瘍切開引流術	5,493	經腹部骨盆腔膿瘍引流	8,234
經陰道骨盆腔膿瘍引流	2,253	經肛門骨盆腔膿瘍引流	4,030

2009 年我國婦產科醫師人數為 2,180 人，約相當於骨科（1,278 人）、神經外科（382 人）、泌尿科醫師（596 人）人數之總和；而骨科、神經外科、泌尿科所申請之總點數佔健保總額的 10.3 %，但婦產科卻僅佔 4.3 %。另與內科相較：內科 8,392 人，不及婦產科的 4 倍，卻佔健保總額點數 40.74 %，約為婦產科的 10 倍。

日前衛生署用病例組合指標（Case Mix Index, CMI 值）來評估醫學中心處理重症病患的能力，以 97 年的統計為例，醫學中心的婦產科平均 CMI 值為 0.83，表示治療一個婦產科病患的花費為全國病患平均值的 0.83 倍。由於婦產科的給付低於平均值，不但使婦產科成為「沒有利潤」的科別而在醫院被排擠，若非教學醫院甚至不願設置婦產科；再者，由於女性精密的身體構造與特殊的生命歷程，婦產科醫師必須進行複雜且困難的檢查與手術，但因為健保給付的不公平，婦產科醫師並沒有獲得等值的報酬，這也使得新生代的婦產科醫師越來越少。

我國婦產科式微已是事實，主管機關若再不重視婦產科人力衰退的問題，最後犧牲的還是婦女健康的權益。台灣現在正在進行健保法修法的討論，健保改革不應僅在解決財務的窘境，也應檢討資源的合理分配。在這個重大民生議題的改革過程中，我們要求

衛生署在修法之同時，更應檢討給付標準，從合理給付婦產科相關項目開始，改善婦產科執業的大環境，以保障婦女及胎兒一個安心的就醫環境及醫療品質！

李丞華副局長回應：婦產科及小兒科近二十年的確因為少子化而受影響，健保局為因應這個問題，在健保開辦之時特別注意產科給付，有關自然產的給付也在六年前調高至與剖婦產給付相同。今天黃淑英委員及台灣女人連線指出有關給付標準的不合理問題，我們會將這些意見在支付協議委員會提案檢討，並與醫界協商、討論。

劉玉菁科長回應：衛生署對每一個專科都有規定一定的訓練名額，婦產科目前是 70 名，每年約招收到 40 名，趨勢穩定維持在招收到六成的比例，不過整體的醫師人數其實是增加的。為了因應婦產科人力的問題，衛生署有推動週產期照護中心計畫照顧高風險產婦，也擴大婦產科醫師執業範圍，讓婦產科醫師進行乳房篩檢，並在畢業後一般醫學訓練 (PGY1) 中讓所有準醫師接受一個月的婦產科訓練。

出席代表：

黃淑英	立法委員
蔡宛芬	台灣女人連線秘書長
劉玉菁	衛生署醫事處五科科长
李丞華	健保局副局長

新聞聯絡人：台灣女人連線執行秘書 陳維伶 02-2392-9164 / 0921-609-585

### 蘋論：健保給付竟有性別差異

2010年07月22日蘋果日報



立委黃淑英表示，健保給付婦產科檢查與手術的點數不合理，要求衛生署檢討。中央社

立委黃淑英昨天在記者會中指出，健保給付標準不公，性別差異大，導致願意選擇婦產科的醫師逐漸減少，將嚴重影響婦女健康的權益。

#### 割盲腸給付比剖腹產高

黃淑英說，根據醫師公會和婦產科醫學會的統計，婦產科醫師的平均年齡高達 52 歲，顯示年輕醫師不願進入此一領域。因為婦產科檢查與手術的給付點數較低，例如，割除盲腸比剖腹產給付高；照顧男性比照顧女性給付高，男性外生殖器超音波是 697 點，婦科超音波只有 450 點。健保局副局長表示將檢討改進。

西方的醫療系統在受到上世紀中葉女性主義的嚴厲批判後，做了很多重大的改善，特別是婦產科的改革尤其大。台灣婦產科也受到影響，做了不少改進，現在已與十幾年前大不相同，無論醫療設備、醫師態度和院方的服務，都與日俱進。沒想到健保居然還停留在男性沙文主義的時代，對男女的醫療給付採取差異的歧視性措施，簡直匪夷所思。

傳統醫療體系和觀念是建立在男性的醫學觀點上，尤其是婦產科在完全男性的醫療文化控制下，女性是做為醫療的客體物而存在；而男性醫師發明的婦科檢查與醫療設備的冰冷與非人性化，使女性覺得難堪而視看病為畏途，因而延誤治療。婦產科的醫病關係於是產生性別政治、權力、主客體、中心邊緣、角色扮演以及後殖民身體政治等的課題，給女性主義的醫療批判提供很多的彈藥與機會。

#### 健保局跟不上新趨勢

經過幾十年的戰鬥，男性建構的醫療機制終於做出巨大的變革，把人性、平等的醫病關係、病人主體性與病人優先的觀念，尤其是女性身心靈的主體性照顧，都成為醫院改革的對象，也成為今日醫療文化的主流。男性婦產科醫師的態度、診療方式和使用的器械都根據女性的需求而更正，使今日的醫院更體貼、溫暖、人性化，並尊重病人的權益。

健保局似乎置身於這場大變革之外，不知有漢，無論魏晉。希望健保局盡快矯正錯誤，跟上先進醫療文化的趨勢，從意識裡改變自己，做出公平的給付制度，讓台灣的醫療體系更進步。



# 記者會相關新聞報導

## 健保怪象，割盲腸比生產給付高

2010-07-22 08:27 時報資訊時報—台北電】

「健保給付不合理、婦女健康被排擠」，民進黨立委黃淑英指出，因健保資源分配不均、給付標準不公平，割盲腸給付比生小孩高、陰莖切除比陰道切除給付高，使原本已受少子化衝擊的婦產科更加邊緣化。她要求二代健保不應只檢討費率，也應檢討資源分配及給付標準，以免影響婦女醫療服務。

健保局副局長李丞華說，會提到全民健保支付委員會檢討。健保局也表示，婦產科、小兒科分到的總額確實下降，但主因是生育率下降，健保給付金額其實逐年調增。醫界如果覺得不合理，可以主動反應協商。(新聞來源：中國時報—羅融、張翠芬／台北報導)

---

## 立委批健保給付不利婦女醫療

2010/7/22 人間福報

【本報台北訊】立委黃淑英昨天批評，現行健保對婦女健康給付不合理，不但使婦產科更邊緣化，也影響婦幼醫療，要求二代健保應檢討改善；健保局副局長李丞華指出，會將相關建議提到全民健保支付委員會，看是否需要檢討。

黃淑英表示，健保開辦以來，給付標準不公，造成部分科別逐漸式微的現象，其中健保給付婦產科檢查與手術的點數，遠比其他醫療服務還低，例如生小孩不如割盲腸，男性生殖器超音波及其手術也遠比婦科高，不符比例原則，使得願意選擇進入婦產科的醫師人數逐年下滑，據統計，婦科醫師平均年齡高達五十二點五歲，比醫師平均年齡高了八歲，將來可能造成婦產科醫師出現斷層，讓婦女的醫療服務大打折扣。

台灣女人連線秘書長蔡宛芬表示，去年婦產科醫師人數，相當於骨科、神經外科、泌尿科醫師人數總和；但申請到的健保給付點數，不到後者的一半。

---

## 健保怪象 割盲腸比生產給付高

2010-07-22 中國時報 羅融、張翠芬／台北報導

「健保給付不合理、婦女健康被排擠」，民進黨立委黃淑英指出，因健保資源分配不

均、給付標準不公平，割盲腸給付比生小孩高、陰莖切除比陰道切除給付高，使原本已受少子化衝擊的婦產科更加邊緣化。她要求二代健保不應只檢討費率，也應檢討資源分配及給付標準，以免影響婦女醫療服務。

健保局副局長李丞華說，會提到全民健保支付委員會檢討。健保局也表示，婦產科、小兒科分到的總額確實下降，但主因是生育率下降，健保給付金額其實逐年調增。醫界如果覺得不合理，可以主動反應協商。

黃淑英昨天在立法院開記者會指出，因健保給付不公平，造成近十年婦產科醫師大量減少，且平均年齡偏高，未來將現斷層，影響婦女醫療服務。

她說，相較於婦產科耗費的資源、時間及醫療風險，「健保給付標準及項目完全不成比例」。例如，割盲腸給付比生小孩高，新生兒各項超音波給付也比產科超音波高，陰莖全部切除的給付比陰道全部切除高，「陰莖是在外面的耶，有比切除陰道困難嗎？」

立委指責健保給付產檢超音波次數少、價格偏低，健保局說，產檢次數由國健局訂定；生產、開盲腸、超音波等醫療給付是與醫界協商的共識。如果婦產科醫學會覺得給付不合理，可主動反應協商。

健保局指出，如孕婦產檢時發現有危險妊娠，健保再給付一千五百元彩色超音波檢驗??，比男性生殖器超音波貴一倍。

台灣女人連線祕書長蔡宛芬指出，據九十八年統計，婦產科醫師人數相當於骨科、神經外科及泌尿科三科人數總合，但上述三科申請的給付總點數占健保總額十%，婦產科只占四%。「考量婦產科的複雜檢查和相關手術，婦產科醫師報酬嚴重不足。」

李丞華指出，八十四年全民健保開辦時，台灣有三十二萬名新生兒，九十八年剩不到二十萬名，「少子化」衝擊年輕醫師選科意願??。

李丞華並說，相較於健保開辦時，健保局已調高自然產結付，開辦前九千多元現在與剖腹產一樣是三萬二千多元。現行健保給付標準是參考美國所制定，會提到全民健保支付委員會檢討是否調整。

---

## 沒錢途 入行婦產科是下下選

2010-07-22 中國時報 黃天如、張翠芬／台北報導

婦產科醫學會理事長蔡鴻德表示，受少子化衝擊，尤其是健保給付嚴重不公平影響，婦產科醫師呈負成長且出現斷層，是不爭的事實。年輕醫師多認為當個錢少、事多、不討好的婦產科醫師是下下之選。

國內九家醫學院每年平均培養一千三百名醫學系畢業生，其中選婦產科為專科者，近

年逐年下滑至僅四十人。影響所及，近十年來，內、外、婦、兒四大科醫師人數，婦產科是唯一呈負成長的科別。

蔡鴻德說，少子化是原因之一，但健保對整體婦產科檢查與手術給付都相對偏低，才是真正令醫師卻步的關鍵。他指出，現在年輕優秀又聰明的醫師會報考多個專科醫師執照，婦產科執照只是「備胎」，除非實在擠不進皮膚科、家醫師等醫學中心住院醫師名額，做個錢少、事多、不討好的婦產科醫師是下下之選。

蔡鴻德舉例，少子化的孩子個個是金孫，而準爸媽因婦產科醫師超音波產檢時，未發現胎兒少一根手指等異狀，就怒告醫師的事件層出不窮。婦產科醫師背負這麼大壓力，但每次超音波產檢健保只給付四五〇元。

一位醫界人士感慨，各國媒體對台灣健保讚譽有加，也肯定台灣醫療技術，尤其看到台灣超低的醫療費用，大家都覺得這樣的給付能有如此醫療水準，真的不容易。其實醫界一直節衣縮食、過得苦哈哈。

私立醫療院所協會祕書長吳明彥表示，台灣不只婦產科給付低，各科普遍偏低，美英平均至少比台灣高五、六倍，連港、星都比台灣高三倍。但國內醫療衛生支出僅占國民生產毛額六．二％，醫療健保總額很難再成長。除非給付條件縮小或增加部分負擔，否則很難和國際並駕齊驅。

---

## 健保資源不均 婦科賠錢沒利潤

【聯合報／記者郭安家／即時報導】

民進黨立委黃淑英舉行記者會指出，婦科與小兒科的健保給付不公平，婦科成為「沒有利潤賠錢」的科別，醫師逐年減少，二代健保只討論錢怎麼增加，不檢討給付。

黃淑英說，男性手術比女性簡單，但男性生殖器超音波健保給付 697 點，婦科超音波只 450 點，男性闌尾切除術給付 33824 點，婦女生產為 32787 點，她無法理解為何照顧男人比照顧女人的給付高。

蔡宛芬說，女人與男人付一樣健保費，給付卻不一樣，衛生署長楊志良不斷呼籲二代健保很重要，若二代健保不討論醫療資源分配，婦女不願意拿更多錢付健保費。

【2010/07/21 聯合報】

---

## 生產給付不如割盲腸？／健保局坦承婦產科給付偏低

[記者陳慧萍、魏怡嘉／綜合報導]

民進黨立委黃淑英、台灣女人連線祕書長蔡宛芬昨天召開記者會指出，健保給付制度

嚴重失衡，婦產科給付低於平均值，「割盲腸都比生小孩給付高」，已經受到少子化衝擊的婦產科，恐怕會更加邊緣化。

黃淑英指出，目前健保對婦產科給付標準明顯偏低，許多檢查與手術明明風險較大、困難度較高，卻給付相對低的點數，例如婦科超音波比男性外生殖器超音波檢測低，需剖腹的卵巢切片術比睪丸雙側切片術低，而生產可獲得的給付甚至不如闌尾切除手術。

健保局官員澄清，委員所指生產給付三萬二千多點是地區醫院的給付點數，若是醫學中心，其給付點數為三萬六千點左右，與闌尾炎手術相差無幾，尤其現在已實施DRGs（診斷關聯群），生產給付三萬二千到三萬九千點左右，闌尾炎手術則給付三萬二千到三萬六千點左右，生產給付並沒有低於闌尾炎手術。

健保局副局長李丞華坦承，婦產科給付總額確實偏低，原因是少子化趨勢，一九九五年健保剛開辦時，台灣還有三十二萬新生兒出生，去年只剩下不到二十萬，會將此問題提交給全民健保支付委員會討論。

---

## 健保給付歧視？婦產科醫生難「產」



台灣醒報 實際入稿日期：2010-07-21 19:52:46 2010.07.22 09:13 am

【台灣醒報記者莊雅菡報導】

立委黃淑英今天舉行記者會表示，台灣醫療界婦產科醫師的年齡普遍偏高，健保又只給付婦產科相對較低的點數，使得該科新生代醫師越來越少，已嚴重影響婦女就醫的權益，建議政府應速謀求改善。對此，健保局副局長李丞華回應說，不排除將相關給付比例分配，納入二代健保的修法程序。

健保開辦以來，因給付標準分配不均，導致原本受到少子化衝擊的婦產科更趨邊緣化。根據醫師公會和婦產科醫學會統計，婦產科醫師人數近十年來呈現負成長，該科醫師平均年齡為52.5歲，明顯高於一般執業醫師的44.5歲，其中超過40歲者竟高達八成左右。

對此，立委黃淑英今日於立法院召開記者會表示，健保給付分配不公，使得婦產科醫師無法獲得等值的報酬，新一代的年輕醫師更不願意進入婦產科領域，導致該科醫師年齡普遍偏高。她擔心，一旦出現斷層，部分偏遠地區可能無人看診，最後受害的還是婦女同胞。

根據統計，內科醫師人數8,392人，人數將近婦產科醫師人數的四倍，佔健保總額點數41%，約為於婦產科十倍。對此，黃淑英表示，目前健保給付標準和給付項目，與各科別所耗用的資源、時間和醫療風險，明顯的不成比例，二代健保應該好好檢討。

台灣女人連線秘書長蔡宛芬也指出，男性外生殖器超音波檢查給付 697 點，婦科超音波 450 點，風險較大、困難度較高的婦產科檢查和手術，健保卻給付較低點數，明顯有**重男輕女、性別歧視**的狀況。

對此，健保局副局長李丞華表示，受到少子化的衝擊，婦產科相較於其他科別，**邊緣化程度較明顯**，但是考慮到婦女的健康和就醫權益，會採納這次開會的意見檢討，**不排除將給付比例分配納入二代健保的修法程序**。

---

## 立委：健保給付對女性不合理

<http://www.cdnews.com.tw> 2010-07-21 12:14:08

民進黨立委黃淑英 21 日表示，健保給付婦產科檢查與手術的點數不合理，要求衛生署應檢討給付標準，保障婦女及胎兒的就醫品質



閻光濤／整理

民進黨籍立委黃淑英今天質疑，現行健保對婦女健康給付不合理，二代健保應檢討改善；健保局副局長李丞華指出，會將相關建議提到全民健保支付委員會，看是否需要檢討。

黃淑英上午在立法院召開記者會說，健保目前對生產給付點數為 3 萬 2787 點，比單純闌尾切除手術的 3 萬 3824 點還低；給付婦科超音波僅 450 點，但男性外生殖器超音波卻給付 697 點；給付需剖腹的女性卵巢切片術不過 2840 點，但對男性睪丸雙側切片卻給付 2904 點，非常不合理。

中央社台北 21 日報導，黃淑英認為，因為這樣的給付不合理，不僅影響婦女健康，也造成婦科醫師人數減少。以中華民國醫師公會全國聯合會數據顯示，2000 年到 2009 年間，內科、小兒科、外科醫師都是呈現正成長，唯獨婦產科醫師呈現 1.2% 的負成長。

不僅如此，她指出，2009 年台灣執業醫師平均年齡 44.5 歲，但婦產科醫師平均年齡卻高達 52.5 歲。

台灣女人連線秘書長蔡宛芬表示，2009 年婦產科醫師人數 2180 人，相當是骨科、神經外科、泌尿科醫師人數總和；但申請到的健保給付點數，骨科、神經外科、泌尿科占健保總額 10.3%，婦產科只有 4.3%。

黃淑英呼籲，二代健保修法之際，應檢討給付標準，對婦產科相關項目給付應更合理。與會的李丞華回應說，婦產科過去 20 年確實出現很大變化，這或多或少與「少子化」有關，1995 年台灣還有 32 萬新生兒出生，2009 年只剩下不到 20 萬人，預期接下來會受影響

的還有小兒科。

李丞華表示，健保局很努力面對這些現象，但做得還不夠多；在生產給付方面，過去健保尚未開辦前，人工接生自然產費用約為新台幣 9500 元，健保開辦後調高至 1 萬 4500 元，現在已調高到跟剖腹產一樣高，都是 3 萬 2000 多元。

對黃淑英等人提出建議，李丞華指出，將提到全民健保支付委員會，看是否需要檢討；至於二代健保未來能否解決這些問題，並沒有直接回應。【中央網路報】

---

## 產檢超音波給付 爭取多 1 次

【聯合晚報／記者黃玉芳/台北報導】

很多準媽媽到產檢時才發現，健保只給付一次超音波檢查，往往都會在醫師建議下自費加做。婦產科醫學會表示，超音波健保給付一次僅 350 元左右，希望爭取至少多給付一次，提升對母嬰的健康照護品質，也符合政府鼓勵生育的立場。

最近監察院糾正衛生署，認為國內剖腹產率超過 30%、太高，不過婦產科醫學會理事長蔡鴻德表示，其實不合理的問題在於健保對婦產科給付低，現在十次產檢，健保僅於懷孕 20 周左右，給付一次超音波檢查，不少診所為了吸引準媽媽，則是自行吸收，免費幫患者多照幾次。

超音波雖關係著媽媽與寶寶健康，但健保僅給付 350 元左右，跟心臟科約 1500 元相比之下太廉價。蔡鴻德認為，除了產檢次數不應限制 10 次，也應提高超音波給付，在懷孕 23 周時，多給付一次高層次超音波，詳細進行 20 到 30 分鐘的檢查，有助於瞭解寶寶心臟等器官發育及媽媽胎盤等健康狀態。

蔡鴻德表示，每年新生兒出生人數從過去一年的 26 萬名下降到約 19 萬名，因此健保應該有餘裕可提升對母嬰的健康照護品質，也符合政府鼓勵生育的立場。此外，健保對婦產科給付低，婦產科成為「不賺錢」的科別，醫院較不願意投資更新儀器設備，婦產科相對待遇不好，也就難以吸引新血投入，會形成惡性循環。【2010/07/21 聯合晚報】

---

## 衛署：設周產期照顧中心 補助醫院 2 千萬

聯合晚報／記者邱珮瑜/台北報導

民進黨立委黃淑英表示，健保總資源分配不均，導致原本已受少子化衝擊的婦產科更邊緣化，二代健保修法同時，應保障婦幼醫療權益。衛生署醫事處五科科長劉玉菁說，衛生署今年針對周產期照顧中心提供獎勵，將補助醫院 2000 萬元成立特別照護中心，醫師薪資、門診等則另行加給。

黃淑英表示，健保開辦以來，給付標準不公，造成部分科別逐漸式微的現象，其中健保給付婦產科檢查與手術的點數，遠比其他醫療服務還低，願意選擇進入婦產科的醫師人數逐年下滑、醫師年齡高達 52.5 歲，將來可能造成婦產科醫師出現斷層，讓婦女的醫療服務大打折扣。

黃淑英指出，割盲腸給付比生小孩高、男性生殖器超音波及其手術也遠比婦科高、男性睪丸雙側切片也比女性卵巢切片術要高，許多風險較大、困難度較高的婦產科檢查與手術，卻給付相對低的點數，不符比例原則。


健保局副局長李丞華表示，會將立委意見提至支付協議委員會，讓醫界及專家學者共同討論。衛生署醫事處五科科長劉玉菁說，衛生署今年針對周產期照顧中心**提供獎勵，將補助醫院 2000 萬元成立特別照護中心**，照顧高危險妊娠婦女，服務醫師提供 30 萬元薪資，**門診、值班等另行獎勵。**

劉玉菁指出，若以開業為主的服務形態區域，由當地醫院聯合診所醫師共排值班，值班費用全額由公務預算提供補助，另醫師畢業後一般醫學訓練將綜合納入一個月的婦產科醫師訓練。

【2010/07/21 聯合晚報】

---

## 婦產科健保給付點數低 健保局：提報健保支付委員會改進

2010/7/21 14:49 撰稿：編輯：王章婷 新聞引據：採訪 

民進黨立委今天（21 日）舉行記者會質疑，現行健保制度對於婦女健康給付標準不公平，相較於其他科別的檢查和手術點數，婦產科的點數都太低，導致婦產科邊緣化，影響婦女權益。與會的健保局副局長李丞華表示，將會建議全民健保支付委員會，檢討改進。

民進黨立委黃淑英 21 日召開記者會指出，婦產科健保給付點數比其他醫療服務低，使得婦產科邊緣化，選擇婦產科的醫生也呈現負成長，影響婦女健康權益。黃淑英表示，婦科超音波的健保給付點值是 450 點，比男性生殖器超音波的 697 點低，在其他類似手術和檢查的比較結果也是一樣，非常不合理，黃淑英要求衛生署在二代健保改革之際檢討改善。

健保局副局長李丞華回應表示，婦產科因為「少子化」的關係，在過去 20 年出現很大變化，健保局雖已**著手因應，不過還是有努力的空間**，將會建議健保支付委員會檢討改善。他說：『（原音）我們會把它提到我們的支付協議委員會，**讓所有醫界跟專家學者共同討論一下，看看尤其今天列出來有男女兩性，強烈比較的支付標準，是不是應該檢討。**』

衛生署醫事處第五科科長劉玉菁解釋，衛生署正推動醫師畢業後 1 年的一般醫學訓練，

婦產科訓練也納入其中，而每年給予婦產科訓練的員額有 40 名，婦產科招收人力的情況很穩定，沒有呈現負成長。

---

## 少子化，健保給付低 婦產科醫師少

公視午間新聞

國內少子化現象越來越明顯，孩子生得少、也讓婦產科鬧醫師荒！有立委調查發現，台灣婦產科醫師不但平均年齡比一般科別還要高，而且醫師人數也呈現負成長。另外，立委也發現婦產科的健保給付，比其他科別還要低，又牽涉到醫療糾紛風險高、造成年輕醫師不願投入婦產科。如果這種現象持續下去，婦產科人才很可能出現斷層，直接影響到的就是婦女就醫權益。

台灣新生兒人數每年都在降低，去年還不到 20 萬人！少子化也連帶讓婦產科醫師人數下滑，如果這種現象持續下去，不僅婦產科人才會出現斷層，也將影響婦女就醫權益。

有立委認為，年輕醫師不願到婦產科的主要原因，在於婦產科檢查和手術的健保給付，比其他科別還要低。比如說一般割盲腸比婦女生產的給付還要高；照護新生兒也比照護產婦和胎兒的給付高；甚至男性生殖器官的檢查健保給付，也比必須內診檢查的女性高出許多。

健保局表示，為鼓勵年輕醫師投入婦產科，已提出相關獎勵辦法，包括醫院如果成立高妊娠照顧機構，最高可獲得兩千萬的補助，醫師也有薪資補助；至於、外界認為不公平的健保給付不合理項目，健保局將在近期開會進行討論。記者賴淑敏林國煌台北報導

---

## 立委：健保給付對女性不合理

20100721 11:44:16 中央社

（中央社記者黃名璽台北 21 日電）民進黨籍立委黃淑英今天質疑，現行健保對婦女健康給付不合理，二代健保應檢討改善；健保局副局長李丞華指出，會將相關建議提到全民健保支付委員會，看是否需要檢討。

黃淑英上午在立法院召開記者會說，健保目前對生產給付點數為 3 萬 2787 點，比單純闌尾切除手術的 3 萬 3824 點還低；給付婦科超音波僅 450 點，但男性外生殖器超音波卻給付 697 點；給付需剖腹的女性卵巢切片術不過 2840 點，但對男性睪丸雙側切片卻給付 2904 點，非常不合理。

黃淑英認為，因為這樣的給付不合理，不僅影響婦女健康，也造成婦科醫師人數減少。



以中華民國醫師公會全國聯合會數據顯示，2000 年到 2009 年間，內科、小兒科、外科醫師都是呈現正成長，唯獨婦產科醫師呈現 1.2% 的負成長。

不僅如此，她指出，2009 年台灣執業醫師平均年齡 44.5 歲，但婦產科醫師平均年齡卻高達 52.5 歲。

台灣女人連線秘書長蔡宛芬表示，2009 年婦產科醫師人數 2180 人，相當是骨科、神經外科、泌尿科醫師人數總和；但申請到的健保給付點數，骨科、神經外科、泌尿科占健保總額 10.3%，婦產科只有 4.3%。

黃淑英呼籲，二代健保修法之際，應檢討給付標準，對婦產科相關項目給付應更合理。

與會的李丞華回應說，婦產科過去 20 年確實出現很大變化，這或多或少與「少子化」有關，1995 年台灣還有 32 萬新生兒出生，2009 年只剩下不到 20 萬人，預期接下來會受影響的還有小兒科。

李丞華表示，**健保局很努力面對這些現象，但做得還不夠多**；在生產給付方面，過去健保尚未開辦前，人工接生自然產費用約為新台幣 9500 元，健保開辦後調高至 1 萬 4500 元，現在已調高到跟剖腹產一樣高，都是 3 萬 2000 多元。

對黃淑英等人提出建議，李丞華指出，將提到全民健保支付委員會，看是否需要檢討；至於二代健保未來能否解決這些問題，並沒有直接回應。990721

---

## 健保生產給付比切蘭尾還低?! 黃淑英：應檢討二代健保

(2010/07/21 15:57) 記者康仁俊／台北報導 | NOWnews

針對二代健保問題，民進黨籍立委黃淑英今（21）日召開記者會質疑，現行健保對婦女健康給付不合理，甚至造成婦產科醫生呈現 1.2% 的負成長，認為二代健保應檢討改善，應該檢討給付標準，對婦產科相關項目給付更合理。

黃淑英說，健保目前對生產給付點數為 3 萬 2787 點，比單純蘭尾切除手術的 3 萬 3824 點還低，她也舉例，給付婦科超音波僅 450 點，但男性外生殖器超音波卻給付 697 點，給付需剖腹的女性卵巢切片術不過 2840 點，但對男性睪丸雙側切片卻給付 2904 點。

黃淑英認為，因為給付不合理，不僅影響婦女健康，也造成婦科醫師人數減少，她強調，2009 年台灣執業醫師平均年齡 44.5 歲，但婦產科醫師平均年齡卻高達 52.5 歲，中華民國醫師公會全國聯合會數據也顯示，2000 年到 2009 年間，內科、小兒科、外科醫師都是呈現正成長，唯獨婦產科醫師呈現 1.2% 的負成長。

與會的健保局副局長李丞華則說，婦產科過去 20 年確實出現很大變化，不過這可能跟「少子化」有關，因為 1995 年台灣還有 32 萬新生兒出生，2009 年只剩下不到 20 萬人，所

以接下來可能小兒科也將會受到影響。

對於立委的訴求，李丞華說，將提到全民健保支付委員會，看是否需要檢討。

---

## 婦團質疑 健保給付不公平 婦科醫生不足中時電子報

2010-07-21 新聞速報【中廣新聞／李人岳】

婦運團體和女性立委今天出面表示，現行健保對於婦產科檢查和手術的給付標準，比其他醫療服務低了很多，導致許多年輕醫生不願意投入婦產科領域，更影響到婦女就醫的權益。立委黃淑英強調，健保改革不應該只是解決財務的問題，更應該檢討給付標準。

二代健保是否在 8 月排入立院臨時會還沒有定論，不過立委黃淑英以及婦運團體先出面質疑，現行健保給付標準不公平，對於風險大、困難度較高的婦產科檢查和手術，健保給付的點數比其他醫療服務低了很多，導致許多年輕醫生不願意投入婦產科領域，婦女的就醫權益也將大打折扣。黃淑英指出，例如割盲腸的給付比生小孩高、男性生殖器的檢查、手術與女性子宮、卵巢的檢查相比給付也相對較高。黃淑英抨擊，健保改革不應該只是解決財務的問題，更應該檢討給付標準。

健保局副局長李丞華表示，過去婦產科的健保給付標準，是參考國外的制度，未來將進一步和專家學者檢討現有的制度。針對婦產科醫師的人力斷層，衛生署醫事處科長劉玉菁指出，衛生署每年提供婦產科的第一年住院醫師訓練名額是 70 人，目前每年大約可以招收到 40 人，劉玉菁強調，目前的招收狀況穩定，沒有呈現負成長。

---

## 健保局長鄭守夏請辭獲准

2010-07-22 中國時報 黃天如／台北報導

現任健保局長鄭守夏將於八月一日回任台大，衛生署長楊志良表示，行政院長吳敦義昨日已批准鄭的辭呈，他也找到願意接任健保局長的人選，將於一、二天向院長面報後，八月二日進行新、舊任健保局長交接。

楊志良說，雖然院長非常客氣，對健保局長接任人選一再交代由他「全權妥善安排」，但基於行政倫理，在向院長正式面報前，不便透露新任健保局長人選。

鄭守夏曾表示「若有人能保證二代健保可以在下個月立法院臨時會通過，我就留下來」。

## ■ 秘書處公告

## 行政院衛生署國民健康局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 6 月 11 日

發文字號：國健癌字第 0990301122 號

**主旨：**有關預防保健定量免疫法糞便潛血檢查服務，可否於民眾住院期併予施行該項服務乙案，詳如說明段，並請貴會（局、院）轉知所屬會員、所轄醫療院所，請查照。

**說明：**一、本局同意全民健康保險之保險對象，除消化道出血之住院病人與加護病房病人外，醫療院所可於住院期間，經醫師專業判斷，並在徵得保險對象同意後，可於住院時一併施行預防保健之定量免疫法糞便潛血檢查，該筆檢查費用以門診案件申報。

二、另，養護型長期照顧機構和一般護理之家的病人，如屬長期臥床或中風的病人，亦不可對該等病人提供預防保健之定量免疫法糞便潛血檢查服務。

## 行政院衛生署國民健康局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 6 月 25 日

發文字號：國健癌字第 0990301164 號

**主旨：**有關貴會函詢未參加全民健保或依法暫停保險給付等民眾，預防保健婦女子宮頸抹片檢查費用申報事宜，復如說明段，請查照。

**說明：**一、復貴會 99 年 5 月 17 日台婦醫會總字第 99079 號函。

二、目前預防保健婦女子宮頸抹片檢查費用係委託中央健康保險局辦理給付作業，故民眾至健保特約醫事服務機構接受該服務時，需攜帶健保卡。

三、有關旨揭所詢民眾因未參加全民健保或遭健保局依法暫停保險給付之民眾，無法接受預防保健子宮頸抹片檢查服務，如遇前揭情形，可撥打中央健康保

險局免費諮詢專線 080003058，該局將會協助民眾辦理參加全民健保或解除暫停保險給付相關事宜。在民眾尚未恢復健保身分之前，請協助轉介民眾至轄區衛生局（所），接受婦女子宮頸抹片檢查服務。

行政院衛生署國民健康局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 6 月 11 日

發文字號：國健癌字第 0990301122 號

**主旨：**鑑於近期內國內已連續發現數起本土成人麻疹病例，請協助提醒所屬會員醫師提高警覺，以利麻疹及早診斷通報，及時採取隔離及防治措施，避免疫情擴大，請查照。

**說明：**一、近年來國際間麻疹疫情頻傳，國內亦陸續有境外移入及本土個案發生，臨床醫師如發現病人具有發燒、出疹、咳嗽、流鼻水或結膜炎等疑似麻疹症狀，問診時請特別注意病人是否曾與疑似麻疹病例之接觸人，有無完成麻疹相關疫苗接種及國外旅遊史，如懷疑為麻疹個案，應盡速通報受檢，並加強落實相關感控防護措施及病患之衛教，以降低疾病傳播之機會。

二、有關麻疹臨床症狀照片與鑑別診斷等資訊如附件，或可至本局全球資訊網（[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)）之「防疫專區——疾病介紹——第二類傳染病——麻疹」查詢下載。為加強疑似個案之診斷及通報，請協助透過會訊、活動通知、教育訓練、研討費、網站等管道，周知所屬會員醫師與醫療院所，做為臨床診斷參考。

臺北市政府衛生局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 5 月 13 日

發文字號：北市衛健字第 09938635500 號

附件：如說明二

**主旨：**預告「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正草案。

說明：一、依據：行政程序法第 151 條第 2 項準用第 154 條第 1 項規定。

二、公告事項：

(一) 訂定機關：臺北市政府。

(二) 訂定依據：地方制度法第 18 條第 1 項第 9 款、癌症防治法第 13 條及優生保健法第 7 條。

(三) 條文修正草案內容：詳「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正總說明、條文修正對照表（如附件 1、2）。本條文修正草案另載於臺北市政府衛生局網站（網址：<http://health.gov.tw>）焦點新聞網頁。

(四) 對於本條文修正草案內容有任何意見或修正建議者，請於本條文修正草案刊登本府公報之日起 14 日內陳述意見或洽詢。

1、承辦單位：臺北市政府衛生局健康管理處。

2、地址：110 臺北市信義區信義路 5 段 15 號 5 樓。

3、傳真：(02) 87884560。

4、電子郵件：[katha1804@health.gov.tw](mailto:katha1804@health.gov.tw)。

5、電話：1999 轉 1804。

6、聯絡：徐秋蓉

## 臺北市政府衛生局 公告

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 5 月 7 日

發文字號：北市衛健字第 09933632300 號

附 件：如公告事項

主 旨：預告「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正草案

依 據：行政程序法第 151 條第 2 項準用第 154 條第 1 項規定。

公告事項：一、訂定機關：臺北市政府。

二、訂定依據：地方制度法第 18 條第 1 項第 9 款、癌症防治法第 18 條及優生保健法第 7 條。

三、條文修正草案內容：詳「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正總說明、條文修正對照表（如附件 1、2）。本條文修正草案另載於臺北市政府衛生局網站（網址：<http://www.health.gov.tw>）焦點新聞網頁。

四、對於本條文修正草案內容有任何意見或修正建議者，請於本條文修正草案刊登本府公報之日起 14 日內陳述意見或洽詢：

- (一) 承辦單位：臺北市政府衛生局健康管理處。
- (二) 地址：110 臺北市信義區信義路 5 段 15 號 5 樓。
- (三) 傳真：(02) 87884560。
- (四) 電子郵件：katha1804@health.gov.tw。
- (五) 電話：1999 轉 1804。
- (六) 聯絡人：徐秋蓉。

## 臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法修正草案總說明

「臺北市市民健康檢查及篩檢實施辦法」前於民國 97 年 12 月 23 日訂定發布，全文共計 14 條，並於 98 年 1 月 1 日施行。茲因業務需要，檢討修正本辦法，以資適用。

本辦法共計修正十條，新增三條，修且要點如下：

- 一、本辦法為依職權訂定之自治規則，爰刪除第二條委任之文字。
- 二、因擴大 99 年度推動「新生兒聽力篩檢推廣計畫」，並配合本府鼓勵生育政策，擴大辦理生育補助，新增新生兒聽力篩檢、婚後孕前健康檢查及孕婦母血唐氏症篩檢，修正第三條第一項第五款、第六款及第七款，並新增第八條、第九條及第十條明定新生兒聽力篩檢、婚後孕前健康檢查及孕婦母血唐氏症篩檢之服務對象及項目。
- 三、因本辦法第一條即明白揭示本項健康檢查及篩檢以市民為對象，爰刪除第六條第一款至第四款及第七條有關設籍本市之文字。並配合衛生署之預防保健服務規定，將原檢查及篩檢項目中之大腸直腸癌及口腔癌篩檢刪除，另將乳房超音波檢查之年齡條件修正為依行政院衛生署公告「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」之預防保健服務之規範。
- 四、因聽力語言相關專業之醫療衛生團體學會亦具備執行聽力檢查能力，爰修正第三條第二項及第十一條規定，增列學會為特約對象。
- 五、為保障市民權利，爰修正第十一條第二項但書規定，如因預算因素導致契約終止時，衛生局應即時通知特約醫療機構同時修正原公告。

## 臺灣婦產科醫學會 函

受文者：臺北市政府衛生局

發文日期：中華民國 99 年 6 月 10 日

發文字號：台婦醫會總字第 99095 號

附件：如文

主旨：有關「臺北市民健康檢查及篩檢實施辦法」條文修正草案，本會建議如說明 陳請鑑核。

- 說明：1. 為達到「擴大生育補助」之效果及醫療公平性之原則，建議採定額補助方式，由孕婦依自身需要自選項目，並向相關單位請款。
2. 修正文中第三條第七項「孕婦母血唐氏症篩檢」（新增），應改為「自費產前檢查補助」，孕婦可依需要選擇如：染色體檢查、羊膜穿刺、基因檢查、基因晶片、唐氏症篩檢、乙型鏈球菌篩檢、妊娠糖尿病篩檢、脊髓性肌肉萎縮症篩檢（SMA）、高層次超音波、產前胎兒心臟超音波……等，如此較為周延。
3. 修正條文中第十條「孕婦母血唐氏症篩檢服務之對象」（新增），應予刪除。
4. 為增加醫療公平及可近性，避免圖利單一醫療團體或廠商之虞，凡具合格婦產科專科醫師，皆有資格執行前項「擴大生育補助」業務，而不受限衛生局公告的名單。
5. 建議此補助方式可參考板橋市公所自費產前篩檢補助方案  
[http://www.banciao.gov.tw/bravo\\_new/index.php?code=list&flag=detail&ids=46&article\\_id=1923](http://www.banciao.gov.tw/bravo_new/index.php?code=list&flag=detail&ids=46&article_id=1923)
6. 為實質達到「擴大生育補助」之成效，建議提高此補方案之補助金額，且年度補助名額不設限，以嘉惠所有設籍於台北市之孕婦。

## 臺北市政府衛生局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 6 月 23 日

發文字號：北市衛健字第 09937236600 號

主旨：有關 貴學會建議修正「臺北市民健康檢查及篩檢實施辦法」乙案，本局回復意見如下，請 查照。

- 說明：一、依據貴學會的 99 年 6 月 10 日台婦醫會總字第 99095 號函辦理。
- 二、有關來文對本處建議事項如下：
- (一) 為達「擴大生育補助」之效果及醫療公平性之原則，建議採定額補助方式，由孕婦依自身需求自選項目，並向相關單位請款。
  - (二) 為增加醫療公平及可近性，避免圖利單一醫療團體或廠商之虞，凡具合格婦產科專科醫生，皆有資格執行其業務，而不受限衛生局公告名單。
  - (三) 建議提高補助金額，且年度補助名額不受限，以嘉惠所有設籍於臺北市之孕婦。
- 三、本局針對上述建議回復如下：
- (一) 婚後孕前健康檢查計畫乃經本局優生保健委員會專家建議認為該項目是可以及早發現問題及早處置所訂定。
  - (二) 母血唐氏症篩檢經證實為早期診斷染色體異常之有效篩檢方式，可協助懷孕婦女早期發現有礙優生保健之相關問題，利於儘早規劃孕程及調適。
  - (三) 本試辦計畫之特約醫療院所，皆在規劃之初即行文至本市 42 家合格婦產科醫療院所，公開徵得同意參與意願，並簽署同意書。
  - (四) 惟本局在政府每年有限預算內，已儘量提供民眾受惠最大可能受檢量。
  - (五) 基於上述，本局將維持原規劃辦理「99 年度臺北市政府衛生局生育補助試辦計畫」。

### 臺灣婦產科醫學會 函

受文者：臺北市政府衛生局

發文日期：中華民國 99 年 7 月 14 日

發文字號：台婦醫會總字第 99128 號

附件：如文

主旨：有關 貴局函復，「臺北市民健康檢查及篩檢實施辦法」中有關「擴大生育補助」乙案，本會建議如說明 敬請參卓。

說明：一、復北市衛健字第 09937236600 號函。

二、為照護懷孕婦女，提高生育率，本會仍建議「擴大生育補助」應以常態不限名額方式實施，不設限檢查項目，並開放所有合格之醫院診所，以期能照護



所有設籍北市之懷孕婦女，以達公平、公正之原則。

三、為保護病人隱私權，建議貴局妥善保存病人基本資料及檢查報告。

### Tw-DRG 第一階段 155 項分類——台北榮民總醫院修訂建議及本局回應

健保局整體修訂說明：98.10.27 全民健康保險住院診斷關聯群相關建議及分類表修訂原則討論會議結論，DRG 再分類原則：DRG 再分類應同時符合以下條件：

1. 不跨 MDC。
2. 再分組後個案數不低於 20 個。
3. 再分組後，組間之費用應有顯著差異。
4. 再分組邏輯之可行性：分類變項應以診斷碼、手術碼、年齡、C.C.、出院轉歸，不宜以支付標準醫令、特材、用藥種類或麻醉方式．．．等作為 DRG 分類變項。
5. 現有 DRG 項目之點數 CV 值>80%。

序號	序號第 3 版 DRG 編號	中文名稱	現行內容	建議修訂條件	台北榮總意見之理	健保局說明
17	MDC 13	女性生殖系統之疾病與疾患		建議針對特殊複雜案例，能有額度的容許，可跳出 DRG。	婦科腫瘤，在手術前惡性及良性未明下，臨床醫師擔憂 DRG 下醫院賠錢，手術前或手術中不敢做應該做的檢查，導致影響病患權益，甚至需要再次手術或影響治療先機。	本局公告之 Tw-DRG 權重已反映各 DRG 資源耗用的情況，計算範圍包括診察費、病房費、檢查、手術、麻醉及特殊材料…等申報點數，不宜將複雜案例排除 DRG 範圍。
18	DRG 35801-35906	腹腔鏡子宮/傳統手術切除術，併/無尿失禁手術，有/無合併症或併發症		建議對婦科的 DRG 能否有兩種或以上處置的給付。依子宮或其附屬器官手術歸屬不同 DRG，建議同時併行子宮、卵巢或輸卵管手術者，應另設一 DRG。	婦科手術會有多重器官的疾病，當婦科腹腔鏡手術或一般開腹手術，在 DRG 制度下，過份強調節省開支及損益成本考量的政策下，將對於手術的完整性打折扣。如：卵巢囊腫手術中，發現子宮肌瘤或輸卵管水腫等，則只做一種器官的	各 DRG 權重計算資料中，包含臨床上同時進行多項手術個案，且大部分 DRG 均區分為有無合併症或併發症，當個案有多項診斷時，將可以有合併症、權重較高之 DRG 申報，即可較高之支付。

序號	序號第 3 版 DRG 編號	中文名稱	現行 內容	建議修訂條件	台北榮總意見之理	健保局說明	
19	DRG 35803/ 35903  35804/35904  35805/35905  35806/35906	其他腹腔鏡子宮 及其附屬器官手 術，有/無合併 症或併發症 其他傳統子宮及 其附屬器官手 術，有/無合併 症或併發症 其他腹腔鏡子宮 及其附屬器官手 術，有/無合併 症或併發症 其他傳統子宮及 其附屬器官手 術，有/無合併 症或併發症		全子宮切除術 (80403B)(80421B) 與子宮肌瘤手術 (80402C) (80420C) 有區分單純及複雜 手術，建議比照歸 屬不同的 DRG。		DRG35803~06、 35903~06 之醫療 點數 CV 值如下， 均小於 80%，不符 再分類原則，不同 意再分類。	
						DRG	醫療點數 CV 值%
						35803	18.2
						35804	21.5
						35805	13.2
						35806	28.3
						35903	18.9
						35904	7.8
						35905	8.8
35906	16.0						
20	DRG 35805、 35905	其他腹腔鏡子宮 及其附屬器官手 術，有/無合併 症或併發症	ICD 編碼 建議	其他腹腔鏡子宮及 其附屬器官手術， 有無 CC，建議新 增 ICD 代碼腹腔鏡 輸卵管切除術併腹 膜粘連鬆解術 (66.4+54.51)、雙側 腹腔鏡輸卵管切除 術併腹膜粘連鬆解 術(66.51+54.51)及 腹腔鏡子宮肌瘤手 術併腹膜粘連鬆解 術(68.29+54.51)。		DRG 35805、 35905 增列腹腔鏡 輸卵管切除術併腹 膜粘連鬆解術等項 建議，原則同意， 留供修訂分類表時 一併檢討。	
21	DRG 370~371	剖腹生產，有/ 無合併症或併發 症		剖腹生產，建議再 細分單純及高危險 妊娠剖腹生產落入 不同 DRG。		DRG370、371 之 醫療點數 CV 值分 別為 18.9%、 4.5%，不符再分類 原則，不同意再分 類。	

Tw-DRG 第二階段分類修訂建議表--台北榮民總醫院修訂建議及本局回應

序號	序號第 3 版 DRG 編號	中文名稱	現行內容	建議修訂條件	理由說明	健保局說明
15	MDC 13	女性生殖系統之疾病與疾患		建議針對特殊複雜案例，能有額度的容許，可跳出 DRG。	婦科腫瘤，在手術前惡性及良性未明下，臨床醫師擔憂 DRG 下醫院賠錢，手術前或手術中不敢做應該做的檢查，導致影響病患權益，甚至需要再次手術或影響治療先機。	本局公告之 Tw-DRG 權重已反映各 DRG 資源耗用的情況，計算範圍包括診察費、病房費、檢查、手術、麻醉及特殊材料…等申報點數，不宜將複雜案例排除 DRG 範圍。
16	MDC 13	女性生殖系統之疾病與疾患		建議在婦女泌尿全面 DRG 施行前，請能審慎評估加入健保的可行性，以造福所有脫垂的婦女。而不至於貧窮的病患無法享受到較優、較好的脫垂重建手術。	婦女泌尿手術，近年來在骨盆腔鬆弛的人工網膜重建手術有許多新的進展，因大幅減少復發，而廣為國內外臨床醫師所採用，在美國已通過 FDA 核准，但目前加入健保給付的僅有尿失禁的懸吊網膜，而脫垂方面的網膜使用仍未有健保給付。	未納入健保給付之特殊材料，符合本保險給付但尚未收載，請向本局提出申請。

■ 通訊繼續教育

# 子宮鏡在不孕症的應用

林禹宏

新光醫院婦產科主任

輔大及台大助理教授

子宮鏡是公認檢查子宮腔的病變最正確的方法，因為可以直接看到子宮腔，必要時也可以在目視下直接做切片。在台灣臨床上最普遍的方法是做超音波或 D & C，但是準確度並不如子宮鏡。

HSG 是不孕症患者必做的檢查，但是偽陰性有 90%，偽陽性有 21.8%(Roma et al., 2004)。雙子宮等子宮畸形可以很容易由 HSG 看出來，至於是那一類型的子宮畸形可以用 4D 超音波或是利用子宮鏡配合腹腔鏡來確定。HSG 如果顯示子宮腔有不規則的 filling defect 可能是子宮沾黏；如果是邊緣較規則的 filling defect 可能是 polyp 或 submucous myoma。如果要確定也可以用子宮鏡進去看。子宮鏡並無法取代 HSG，而應該是互補的。子宮鏡雖說可以看出子宮腔的病變，但是 HSG 才能看出輸卵管是否暢通。

不孕症病人中 10%-15% 有子宮腔的病變。La Sala 對 100 位試管嬰兒失敗 2 次的病人做子宮鏡檢查發現 18 位子宮腔有異常(Sala et al., 1998)。Oliveria 對 55 位 HSG 正常但試管嬰兒失敗 2 次的病人做子宮鏡檢查，結果有 26 位(65%)子宮腔有異常，包括肌瘤、息肉、沾粘、和子宮內膜炎；這些病人在接受子宮鏡手術後下次懷孕率提高到 52%(Oliveira et al., 2003)。因此不孕症病人，尤其是著床失敗的病人，應該接受子宮鏡檢查。

子宮鏡依照目的可以分為診斷性和手術性，診斷性的子宮鏡可又可分為硬式和軟式。理論上硬式子宮鏡的光學效果比較好，但是比較痛，而且可能會進不去子宮腔。年紀大、子宮萎縮的停經婦女或沒有生產過的不孕症病人通常子宮頸比較狹窄，如果又彎曲，硬式子宮鏡常常進不去。相反的，軟式子宮鏡可以順著子宮頸的走向，比較不會痛；而且如

Olympus 的子宮鏡直徑只有 3.1 mm，大部份都能夠成功。本人在門診已經做了 1141 例診?性子宮鏡，只有 33 例 (2.9%) 因為子宮頸狹窄放不進去。

由於台灣早期曾經發生數起因子宮鏡死亡的案例，因此很多的診?性子宮鏡在開刀房做，國外一般都是在門診做，不但節省時間，也省去了麻醉的費用。雖然有人建議用子宮頸旁阻? (paracervical block)，或是將麻醉藥注射到子宮頸(intra-cervical injection)或子宮腔內(intra-uterine instillation)。不過個人的經驗，使用 Olympus 3.1 mm 的軟式子宮鏡即使不使用任何麻醉或止痛藥，除了極少數很怕痛的病人，幾乎所有的病人都不會覺得痛，平均的 visual analogue score (0 到 10 分)是 3.2(Lin et al., 2005)。雖然一般醫師會給予預防性抗生素，不過根據 ACOG 的建議，即使是手術性子宮鏡也不必使用抗生素(ACOG, 2009)。

如果診?性子宮鏡發現有問題，就需要進開刀房，在麻醉下進行手術。因為能夠做切片的子宮鏡至少 4 mm，通常需要麻醉才能做。手術用的硬式子宮鏡的外徑至少 22 F (約 7mm)，因此需要事先予以擴張子宮頸。雖然有人在手術時用 Hegar dilators 擴張子宮頸，但是常常造成出血而影響觀察，而且對子宮頸造成的 trauma 可能會造成子宮穿孔，或增加氣體栓塞(air embolism)和 distension medium 的併發症，如低血鈉等(Bradley, 2002)。擴張子宮頸的方法有的人用海藻棒(laminaria)，有的人喜歡用 misoprostol (Cytotec)，劑量則從 200 ?g 到 800 ?g 不等。雖然有些人感覺 laminaria 擴張的效果比較好，不過本人的研究發現在手術前 24 和 12 小時各給 2 顆 Cytotec，可以?到和海草棒一樣的擴張效果，也可以省去病人再跑一趟醫院放海藻棒的麻煩(Lin et al., 2009)。另外有些子宮頸狹窄的病人可能連最細的海草棒也放不進去。因此本人目前的作法是在手術前一天早晚各放 2 顆 200 ?g 的 Cytotec。

和不孕症有關的子宮鏡手術包括：

## 子宮肌瘤

子宮肌瘤佔不孕症原因的 1%至 2.4%。雖然沒有直接證據，但是一般認為黏膜下肌瘤(submucous myoma)比較會影響胚胎著床，因此不孕症病人最好予以切除。不過最近有一些研究認為肌肉層內 (intramural) 肌瘤也會有影響(Pritts et al., 2009)。

黏膜下肌瘤可以用子宮鏡切除，手術的難易度和肌瘤的大小和深度有關，一般建議肌瘤在 4 公分以下，而且在子宮腔的部份佔 50%以上可以用子宮鏡切除，不過也和醫師的技術有關。為了避免手術的併發症，如果肌瘤太大可以分兩次手術或者事先給予 GnRH agonist 使肌瘤縮小。一項研究發現手術後 31.3%到 45.5%會造成沾粘(Taskin et al., 2000)，因此病人如果有不孕的顧慮可以在術後一個月安排 second-look hysteroscopy，如果有沾粘可以儘早處理。使用雙極子宮鏡可能可以減少沾粘的機會(Touboul et al., 2009)。術後在子宮腔打玻尿酸

(Hyalo-barrier)也可以預防沾黏(Guida et al., 2004)。如果有好幾顆肌瘤，為了避免對側的子宮內膜有傷口而造成沾黏，最好也分兩次手術。

## 子宮沾黏

子宮沾黏大部份是因為和懷孕有關的 D & C 造成的(March, 2007)，例如人工流產、不完全流產、胎盤殘留等；診?性的D & C則很少會造成沾黏。一般認為是因為產後的雌激素濃度降低，影響子宮內膜生長。至於術後給予高劑量的雌激素是否能預防沾黏並沒有研究證明。另外子宮鏡手術、肺結核等感染也可能造成沾黏。

子宮沾黏的症狀可能是月經減少或沒有月經，輕微的可能沒有任何症狀。有些病人可能是由 HSG 上不規則的 filling defect 看出來，不過正確的診?還是要靠子宮鏡檢查。

治療方法大部份醫師會用 D & C，但是 D & C 並不是一個有效的方法。因為 curette 的設計並無法去除比較強韌的沾黏，而且還可能會傷到正常的子宮內膜。相反的，子宮鏡可以在目視下將沾黏去除，不但效果較好，也不會傷到正常的子宮內膜。手術後一般會給高劑量的雌激素以幫助子宮內膜生長，並且在子宮內放 stent 避免沾黏再度形成。雌激素的劑量並沒有共識，不過使用最多的是 Premarin (0.625mg) 2.5mg bid，也就是早晚各吃 4 顆 25 天，最後 10 天加上黃體素，至於子宮內放置的 stent，一般醫師會放避孕器或導尿管，避孕器面積太小，放了大概沒有什麼用處，而且上面的鋼線可能會誘發發炎反應，造成反效果。尿管雖然效果比較好一點，但是周圍仍然有死角，而且一端留在體外也不舒服。本人請廠商引進書上提到的 Cook balloon uterine stent(March, 2007)，能夠與子宮腔完全密合，因此效果應該最好。不過該產品原廠設計是用來止血用，不建議放置超過 24 小時；長期放置可能有感染的顧慮，本人正進行研究證明其安全性。

## 子宮中隔 (Septate uterus)

雙子宮(Müllerian duct malformation)會增加流產、早產，和胎位不正的機率；其中最常見，而且影響最大的是子宮中隔(Taylor and Gomel, 2008)。子宮中隔有人做組織檢查發現都是 fibrous tissue，和正常的子宮內膜不同，不但血液供應不足，而且缺乏雌激素和黃體素接受體，因此胚胎無法著床。子宮中隔的大小和懷孕的預後有關，完全性中隔 (complete septum，一直到子宮頸) 有 90%會流產，不完全中隔 (incomplete septum) 平均也有 70%會流產。

子宮鏡手術的出現後，傳統將子宮切開，中隔切除的 modified Jones metroplasty 已經被淘汰了。子宮鏡手術除了恢復快、疼痛少、沒有疤痕等優點外，因為沒有將子宮切開，因

此病人可以馬上受孕，生產時也可以自然產。

雖然以往建議習慣性流產（三次以上）的人才需要將子宮中隔切除，但是流產會使病人身心受創，而且子宮鏡手術很簡單，因此有人建議只要有流產經驗就可以考慮接受手術。

## 子宮息肉 (*Endometrial polyp*)

子宮息肉在不孕症病人的發生率約 3%至 5%，而在不明原因不孕症病人的發生率可高達 16.5%到 26.5%(Taylor and Gomel, 2008)。子宮息肉會影響自然懷孕的機率和試管嬰兒的成功率，其原因可能是影響一些和著床有關的蛋白質的表現有關。由於手術很簡單，一般建議不孕症病人有息肉最好還是拿掉。本人有數例不孕症病人在手術後就自然懷孕；甚至有一位 37 歲，不孕長達 13 年的患者，手術後當月就自然懷孕了。間接證明息肉的確和不孕症有關。

## 剖腹產疤痕缺口 (*CS scar defect*)

自從 1999 年開始有人注意到有些剖腹生產後的婦女在子宮的疤痕形成大小不一的缺口 (Thurmond et al., 1999)，這些人常會抱怨月經拖很久，甚至會到半個月。一般認為可能是經血留在缺口內，再加上外圍的肌肉層缺損影響收縮，使累積的經血慢慢流出；另外也有證據顯示缺口本身也會出血。治療方法除了吃避孕藥或重新縫合，有人提出用子宮鏡手術把開口切大一點幫助經血流出(Fernandez et al., 1996)。

剖腹產疤痕缺口乍看之下好像和不孕扯不上關係，不過有些不孕症病人手術後就懷孕了(Fabres et al., 2005; Gubbini et al., 2008)，顯示可能和不孕有關。有人認為可能是留在裏面的經血影響精子的功能。

## 子宮頸狹窄

有些沒有自然生產過的婦女子宮頸很窄，再加上有些子宮頸不是呈一直線，而是彎曲的，使得人工授精或胚胎植入時軟管 (catheter) 放不進去。使用單勾去夾子宮頸或是用探針 (sound) 去撐不一定有用，而且會刺激子宮收縮，大大降低試管嬰兒的成功率。這時可以考慮做腹腔鏡輸卵管植入，或是在下次植入前用 Hegar dilators 或是海草棒擴張，但是效果通常是暫時的，而且有些人根本連探針也放不進去。

本人和黃建榮醫師討論後決定用子宮鏡手術將狹窄的子宮頸切開。方法是用子宮鏡的 loop 電極圈將子宮頸前壁或後壁突出的地方切掉，直到子宮鏡能進入子宮腔為止，同時

也能順便檢查子宮腔是否有任何病變。目前為止效果都很好，病人在下次胚胎植入時都很好放。這些病人將來懷孕是否會有子宮頸閉鎖不全或早產的問題尚有待觀察，不過個人的看法是應該不會。

## 近端輸卵管阻塞

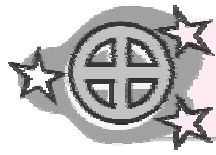
輸卵管阻塞的人有 10%-25%是近端阻塞(Das et al., 2007)。HSG 有 10%-20%可看到輸卵管近端阻塞，這些人大部分不是真的阻塞，只是因為輸卵管 spasm 使顯影劑過不去，其他可能是沾粘、血塊或黏液或組織碎片塞住、也有報告是息肉擋住。一般的做法可能會重做一次，或是用腹腔鏡在麻醉、病人放鬆下檢查。子宮鏡可以將特殊的導管（如Cook公司生產的 Novy cornual cannulation set）放入輸卵管，然後在腹腔鏡下觀察是否真的阻塞。

## 參考文獻

- ACOG Antibiotic prophylaxis for gynecological procedures. *Obstetrics & Gynecology* 113 (2009), pp. 1180-1189.
- Bradley, L.D. Complications in hysteroscopy: prevention, treatment and legal risk. *Curr Opin Obstet Gynecol* 14 (2002), pp. 409-15.
- Das, S., Nardo, L.G. and Seif, M.W. Proximal tubal disease: the place for tubal cannulation. *Reprod Biomed Online* 15 (2007), pp. 383-8.
- Fabres, C., Arriagada, P., Fernandez, C., Mackenna, A., Zegers, F. and Fernandez, E. Surgical treatment and follow-up of women with intermenstrual bleeding due to cesarean section scar defect. *J Minim Invasive Gynecol* 12 (2005), pp. 25-8.
- Fernandez, E., Fernandez, C., Fabres, C. and Alam, V.V. Hysteroscopic Correction of Cesarean Section Scars in Women with Abnormal Uterine Bleeding. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 3 (1996), p. S13.
- Gubbini, G., Casadio, P. and Marra, E. Resectoscopic correction of the "isthmocoele" in women with postmenstrual abnormal uterine bleeding and secondary infertility. *J Minim Invasive Gynecol* 15 (2008), pp. 172-5.
- Guida, M., Acunzo, G., Di Spiezio Sardo, A., Bifulco, G., Piccoli, R., Pellicano, M., Cerrota, G., Cirillo, D. and Nappi, C. Effectiveness of auto-crosslinked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery: a prospective, randomized, control-



- led study. *Hum Reprod* 19 (2004), pp. 1461-4.
- Lin, Y.-H., Hwang, J.-L., Seow, K.-M., Huang, L.-W., Chen, H.-J. and Hsieh, B.-C. Laminaria Tent vs Misoprostol for Cervical Priming before Hysteroscopy: Randomized Study. *Journal of minimally invasive gynecology* 16 (2009), pp. 708-712.
- Lin, Y.H., Hwang, J.L., Huang, L.W. and Chen, H.J. Use of sublingual buprenorphine for pain relief in office hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 12 (2005), pp. 347-50.
- March, C.M., *Hysteroscopy for infertility*, 3 ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia (2007).
- Oliveira, F.G., Abdelmassih, V.G., Diamond, M.P., Dozortsev, D., Nagy, Z.P. and Abdelmassih, R. Uterine cavity findings and hysteroscopic interventions in patients undergoing in vitro fertilization + embryo transfer who repeatedly cannot conceive. *Fertility and Sterility* 80 (2003), pp. 1371-1375.
- Pritts, E.A., Parker, W.H. and Olive, D.L. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertility and Sterility* 91 (2009), pp. 1215-1223.
- Roma, D.A., Ubeda, B., Ubeda, A., Monzón, M., Rotger, R., Ramos, R. and Palacio, A. Diagnostic value of hysterosalpingography in the detection of intrauterine abnormalities: a comparison with hysteroscopy. *American journal of roentgenology* 183 (2004), pp. 1405-1409.
- Sala, G.B.L., Montanari, R., Dessanti, L., Cigarini, C. and Fabrizio Sartori The role of diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy in assisted reproductive technologies. 70 (1998), pp. 378-380.
- Taskin, O., Sadik, S., Onoglu, A., Gokdeniz, R., Erturan, E., Burak, F. and Wheeler, J.M. Role of endometrial suppression on the frequency of intrauterine adhesions after resectoscopic surgery. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 7 (2000), pp. 351-4.
- Taylor, E. and Gomel, V. The uterus and fertility. *Fertility and sterility* 89 (2008), pp. 1-16.
- Thurmond, A.S., Harvey, W.J. and Smith, S.A. Cesarean section scar as a cause of abnormal vaginal bleeding: diagnosis by sonohysterography. *J Ultrasound Med* 18 (1999), pp. 13-16.
- Touboul, C., Fernandez, H., Deffieux, X., Berry, R., Frydman, R. and Gervaise, A. Uterine synechiae after bipolar hysteroscopic resection of submucosal myomas in patients with infertility. *Fertility and Sterility* 92 (2009), pp. 1690-1693.



## 問 答 題

一、檢查子宮腔的病變最正確的方法是：

- a. 子宮鏡
- b. 超音波
- c. D & C
- d. HGS

二、不孕症病人可能的子宮腔的病變有：

- a. 子宮黏膜下肌瘤
- b. 子宮息肉
- c. 子宮沾粘
- d. 以上皆是

三、最常造成子宮沾黏的原因是：

- a. 診斷性 D&C
- b. 剖腹生產
- c. 人工流產
- d. 子宮內膜炎

四、下列何者和不孕症有關？

- a. 子宮黏膜下肌瘤
- b. 子宮息肉
- c. 剖腹產疤痕缺口 (CS scar defect)
- d. 以上皆是

五、有關子宮中隔(Septate uterus)的敘述何者正確？

- a. HSG 可以正確診斷
- b. 手術方法的首選為 Modified Jones metroplasty
- c. 子宮鏡手術後可以馬上受孕
- d. 流產三次以上才需要將子宮中隔切除

第 1 6 4 期通訊繼續教育

抗繆勒氏荷爾蒙與多囊性卵巢症候群

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

## 會員園地

## 子宮頸抹片的省思

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

## 前 言

全球每年約有 50 萬名子宮頸癌新患者，同時約有 24 萬名患者會死於此病。採用子宮頸抹片篩檢的國家如美國和台灣，子宮頸癌的發生率均已降低。在美國，1975 年前每 10 萬名婦女中有 14.8 人發生子宮頸癌，到 2006 年已下降至 6.5 人，其中 50 % 之患者屬從來沒做過子宮頸抹片者，另 10 % 之患者在最近 5 年內沒有做過抹片檢查，顯示子宮頸癌抹片篩檢的重要性。但是，有些抹片使用上的實際問題尚無解決的方案。本文提供美國婦產科醫學會對有關此議題所做綜合說明，供同仁參考。

## • 何時應開始篩檢？

子宮頸癌篩檢，可考慮在有性行為女性達 21 歲時開始（以前選在有性行為後 1 或 3 年開始）。子宮頸癌病的發生，主要因感染到高危險性人類乳突病毒（human papillomavirus, HPV），主要發生在子宮頸的轉移區（transformation zone），此區的柱狀表皮會被鱗狀表皮層所取代，稱鱗狀化生（squamous metaplasia）。在青春期和年青婦女，子宮頸的鱗狀化生十分活躍，且在首次性行為後的第一年就有 50 % 機會感染到 HPV，其中 80-90 % 感染者 HPV 在 1-2 年內消失，不會產生子宮頸病灶，如有持續性感染，則子宮頸病變的發生率增加。

研究報告，HPV 發生率與年齡有關，女性在 21-30 歲時最高，以後隨年齡增加而遞減。2005 年，Wright 等在 10090 位、12-18 歲婦女的抹片中，發現低度癌前病變（LSIL）

的比率有 5.7 % (422 人)，高度癌前病變 (HSIL) 的比率只有 0.7 % (55 人)。而且，在青春期女性，大部份的癌前病變會自然恢復正常。2004 年，Moscicki 等報告在 187 位、18-22 歲、有 LSIL 的婦女，1 年內恢復正常者有 61 %，3 年內恢復正常有 91 %，只有 3 % 患者會惡化至 CIN 3。2007 年 Moore 等報告，青春期女性子宮頸切片為 CIN 2 者，經 18 個月有 65 % 患者恢復正常，Fuches 等報告相同病況者，在 3 年內有 75 % 恢復正常。

性活躍之青春期少女，雖然 HPV 感染率高，但在 21 歲前少有子宮頸癌。2008 年，Watson 等報告，21 歲以下之子宮頸癌佔全部子宮頸癌之 0.1 %。美國疾病控制和預防中心 (Centers for Disease Control and Prevention) 統計，在 15-19 歲之子宮頸癌婦女每年只有 14 位，15 歲以下則罕見。因此 SEER (Surveillance Epidemiology and End Result)，根據上述的研究報告資料換算，在 15-19 歲之婦女，每 1 百萬人中子宮頸癌的發生機率僅 1-2 例。

因此，不論年青婦女什麼年齡開始有性行為，皆建議在 21 歲時開始做子宮頸抹片的篩檢，主因 21 歲以下的年青婦女，發生子宮頸癌的機率很低；然則年輕婦女有異常抹片檢查結果者，後果常不良。

2006 年，美國婦產醫學會進一步認同美國陰道鏡和子宮頸病理學會 (American Society for Coloscopy and Cervical Pathology)，對年青婦女異常抹片和子宮頸切片的建議，認為在 21 歲以下婦女，如抹片有 ASCUS 或 LSIL，和組織學上有 CIN 3 以下病變者，盡量用保守性治療。因此，子宮頸抹片延至 21 歲施行，可以使治療更為方便合理。

太早的篩檢會因醫療操作提高罹病率，結果是增加不必要焦慮及醫療費用。因青春期少女雖少有子宮頸癌，但子宮頸的癌前病變並不少見，如進行子宮頸切片及頸錐狀切片，不但應診增加，後者會增加早產的機率，對青春期少女應避免之。因此，在 21 歲以內之婦女，只需檢查性傳染病，告知安全的性行為和避孕方法便可，並不需要做子宮頸抹片。對沒有症狀的少女，也不需用陰窺器檢查。

## 子宮頸抹片適當的次數

在美國，建議在 21-29 歲婦女每 2 年做一次抹片檢查 (包括傳統或薄層抹片)，30 歲以後，如每年做 1 次，連續 3 年皆沒有異常，可每 3 年再做一次。在台灣，因薄層抹片健保沒有給付，傳統抹片偽陰性比例較高，成為醫院自費的項目。但台灣做子宮頸抹片方便、便宜，維持 30 歲以後每年一次合理。或可開放 21-29 歲有性行為者，每 2 年作一次。

對下列一些危險因子，子宮頸抹片的檢查次數應增加：

- (1)有人類免疫缺乏病者。
- (2)有免疫壓抑狀況者（如腎臟和肝臟移植者）。
- (3)母親懷她時曾使用 diethylstilbestrol 者。
- (4)以前曾有 CIN 2、CIN 3 或子宮頸癌治療史者。

婦女如有 HIV 感染，在發現的第一年應每年檢查 2 次子宮頸抹片，如均正常，改為每年檢查 1 次。如過去有治療過 CIN 2、CIN 3 或子宮頸癌者，則仍有持續性或復發性病灶的風險，應每年檢查抹片一次，最少需追蹤 20 年。

到底需要多少次的陰性子宮頸細胞檢查，才能將偽陰性的比例降至最低，尚無定論。一些報告認為，每年一次的篩檢比 2-3 年做一次所得好處有限。在美國乳癌和子宮頸癌早期預防計劃中，發現如抹片有  $\geq 3$  次以上陰性者，將來得 CIN 2 和 CIN 3 機率分別為 0.028 % 和 0.019 %，皆十分低，而且沒有婦女進展到侵犯性子宮頸癌。如以電腦計算，在後來 3 年中每年皆做篩檢抹片者，每 10 萬婦女中約有 4 位子宮頸癌；如每 3 年檢查一次，則每 10 萬名婦女中約有 8 位子宮頸癌。因此由 1 年檢查 1 次延長至 3 年 1 次，子宮頸癌患者表面上增加 2 倍，但實際上是每 10 萬人中增加 4 人，相當有限。站在經濟上看，要發現 1 個子宮頸癌的負擔是很大。因此建議，將屬正常抹片者，以後每 3 年做一次篩檢。

在美國，許多子宮頸抹片的篩檢都由保險公司負擔，但有時患者會忘記上次檢查的準確時間，需要醫師提醒。但女性每年應做一次的婦科檢查，以早期偵查其它生殖器官的疾病，醫師可藉此作業。

### • 在幾歲才建議停止抹片檢查？

著者所遇到年齡最大的子宮頸癌患者為 95 歲，超過 80 歲的則有多位，但是否每位婦女都需終生做子宮頸抹片檢查？大部份子宮頸癌患者都屬不做或很少做抹片檢查者，停經後的子宮頸癌患者亦復如此。在美國  $\geq 65$  歲婦女，佔總人口的 14.3 %，但  $\geq 65$  歲子宮頸癌婦女佔全部子宮頸癌患者的 19.5 %。西班牙後裔和一些亞洲或太平洋島國之婦女，子宮頸癌發生在 70 歲婦女者仍很多。

如欲設定抹片篩檢最高上限年齡，需考慮婦女過去的篩檢史。停經婦女如過去有多次連續子宮頸細胞檢驗為陰性，得子宮頸癌之風險很低。而且，停經後因黏膜萎縮，常易產生偽陽性，而偽陽性又製造更多的檢查、焦慮和醫療花費。

美國癌症醫學會（American Cancer Society）建議在 61-70 歲的婦女，如子宮頸細胞篩檢連續 3 次皆為陰性，在 70 歲後便可停止再做抹片檢查。美國預防服務中心（U.S. Prevention Service Task Force）則認為超過 65 歲便可以不用再篩檢。年老而有性行為和有多位性伴侶者，罹患 CIN 的風險較年青婦女為低，是因為細胞?狀化生的比率減少，但仍會有 HIV 感染和 CIN 的可能。對過去有異常抹片史之婦女，則仍應繼續做常規的細胞學檢查。

在美國，建議 65-70 歲可考慮停止細胞學篩檢，在台灣因仍未討論到，無一致作法，但國內做抹片檢查既方便又省錢，仍可考慮每 2-3 年做一次。

子宮切除後要做抹片檢查嗎？

婦女因良性病灶已切除子宮，若以前沒有高度子宮頸癌前病變以上的病史，可停止常規的抹片檢查，因陰道癌極為罕見，陰道抹片檢查耗神費錢，獲益太有限（根據統計每年每一百萬婦女中約有 7 位）。

如婦女在子宮切除前有高度子宮頸癌前病變史，術後陰道頂端（vaginal cuff）可能發生復發性表皮層內腫瘤或癌症，因此必須繼續抹片追蹤檢查。如果患者不清楚過去抹片史或不確定是否曾有 CIN 2 或 CIN 3，亦應追蹤。但這些患者檢查的時間可考慮 2-3 年一次。至今對這些病患沒有支持或停止篩檢的研究報告。

陰道黏膜因無轉移區，患者如沒有 CIN 病史和子宮切除，而陰道癌又十分少見，因此以細胞學檢查陰道異常所得陽性預測值（positive predictive value）很低。Stokes-Lampard 等最近統計分析 19 篇文章、共 6543 位因良性子宮疾病和 5043 位因 CIN 3 接受子宮切除的婦女相比較，發現在手術後 3 年內，良性子宮頸組有異常細胞者佔 1.8%，切片有陰道細胞內腫瘤（vaginal intraepithelial neoplasia, VAIN）者佔 0.12%，沒有患者有癌症；而在 CIN 3 組，有異常細胞者佔 14.1%，切片中有 VAIN 者佔 1.7%，1 位患者有癌症。但該作者認為，子宮切除後的細胞學檢查，在許多文章中，對 CIN 3 組的研究方法有問題，上述資料仍不足來評估抹片檢查之靈敏率和特異性。所以，如患者已切除子宮，醫師需了解患者之子宮頸細胞學檢查史和手術方法等，篩檢方法可略微調整。

## • 結 論

子宮頸抹片的結果可因國情、保險、和方便性之不同而有所差異，如美、加和香港等地區，保險公司有薄層抹片的給付，因此抹片準確性較高。上述有些研究仍值得我們參考，如 21 歲以後才做抹片、和 21-29 歲間 2 年做一次抹片，已有學術的理論基礎，台

灣健保對 30 歲以下婦女只能以疾病理由做抹片檢查的方法仍待檢討。至於抹片篩檢年齡之上限、子宮切除後之抹片檢查、和 30 歲以後抹片檢查之頻率等，醫師能了解學術上基礎便可以略為修改，原則上以對患者有利而不會產生醫療糾紛為原則。

### • 推薦讀物

ACOG practice bulletin. Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol* 114: 1409, 2009.

Health care for undocumented immigrants. ACOG Committee Opinion No. 425. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 113: 251, 2009.

Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet* 364: 1678, 2004.

Morre K, Cofer A, Elliot L, Lanneau G, Walker J, Gold MA. Adolescent cervical dysplasia: histologic evaluation, treatment, and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 197: 141e1, 2007.

Fuchs K, Weitzen S, Wu L, Phipps MG, Boardman LA. Management of cervical intraepithelial neoplasia 2 in ADOLESCENT AND YOUNG WOMEN. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 20: 269, 2007.

Wright JD, Davila RM, Pinto KR, Merritt DF, Gibb RK, Rader JS, et al. Cervical dysplasia in adolescents. *Obstet Gynecol* 106: 115, 2005.

Watson M, Saraiya M, Benard V, Coughlin SS, Flowers L, Cokkinides V, et al. Burden of cervical cancer in the United States, 1998-2003. *Cancer* 113(suppl): 2855, 2008.

Evaluation and management of abnormal cervical cytology and histology in adolescents. ACOG Committee Opinion No. 436. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 113: 1422, 2009.

Stokes-Lampard H, Wilson S, Waddell C, Ryan A, Holder R, Kehoe S. Vaginal vault smears after hysterectomy for reasons other than malignancy: a systematic review of the literature. *BJOG* 113: 1354, 2006.

# 訂定合理剖腹生產率的商榷

漢銘醫院顧問 陳連生

## 帝王切開術的由來

剖腹生產手術為何亦稱為帝王切開術(日語)Kaiser Schnit(德語)呢?最早記錄是1549年 Apollo 開腹取出胎兒。另外傳說 Julius Caesar 是剖腹生產出生因此叫做帝王切開,後來因 Caesar 征服英國凱旋歸來時他的母親還活著,所以不足採信,因為當時的醫術,剖腹生產的婦女是無法存活下來的。倒是 Caesar 為了增加人口而制定羅馬法律,規定施行剖腹生產以救出瀕死或剛死亡孕婦的嬰兒,可能 Kaiser schnit 帝王切開就是由此而來。另一說來自拉丁語 caedere 是切開的意思,和 Caesar 無關。直到 16-17 世紀叫做 cesarean operation,後來演變為現在的 cesarean section,切開再切開的意思,切開腹腔,再切開子宮壁,拿出嬰兒,這是最符合邏輯的說法。

## 彰基的剖腹生產率 3% - 5%

翻閱台灣婦產科百年史的記錄,早期台灣人的生產都是由產婆接生,產婆是專為生下來的嬰兒切斷肚臍,並沒有助產的行為,產婆到家服務,隨意包紅包酬勞,當然沒有剖腹生產率的問題。

彰化醫館(1896-1936)沒有剖腹生產的記載。因為沒有產婦在彰化醫館待產,蘭大衛醫生在彰化醫館行醫(1896-1936)期間遇有難產始請蘭醫生協助。例如產鉗分娩,胎死腹中者就用穿顛術,碎胎術等方式助產。日治時代,第二次大戰結束之前,剖腹生產鮮有所聞,可能只限於因前置胎盤,在台北帝國大學附屬醫院和赤十字社醫院可施行。醫院生產也限於大都市醫院上流階層,這時代也無所謂剖腹生產率的問題。1952 年蘭大弼醫師(蘭大衛醫生之獨生子)偕夫人高仁愛醫師來台接任彰基院長。高仁愛醫師是婦產科醫師,1953 年開辦婦產科門診,積極提倡產前檢查及醫院生產。這在彰化地區可謂是首創之舉,以每年增加 50 名的速度成長,偶而有前置胎盤,難產等需要剖腹生產即轉送外科施行。剖腹生產率約 3% 而已。1960 年 7 月筆者應聘為彰基婦產科主治醫師,當年有 350 名生產數,婦產科始成為獨立的一科,婦科腫瘤或剖腹生產,不再轉送外科,彰基婦產科逐成為產婆,助產士和婦產科診所的後送



醫院，剖腹生產率大約增到 5% 左右。

## 勝者生存是自然法則。

為什麼能保持如此低的剖腹生產率呢？最主要的原因是因為筆者的老師徐千田教授是日本系統的助產，高仁愛醫師是英國式助產，日式英式都嚴格地把關剖腹生產門檻，異於美國醫師的高剖腹生產率(20%)。盡可能採取自然分娩為原則。有一次討論會時高醫師說台灣婦女有很好的骨盆腔生產比較容易，是為什麼？筆者說台灣婦女祖先都是靠自然分娩，生不出來就是死路一條，這就是自然法則，只有勝者才能生存下來。

## 真空吸引術幫大忙。

第二個原因是採用真空吸引術，取代一部分產鉗分娩或剖腹生產，大部分臀位不必剖腹，前次剖腹也不全是再剖腹政策有關。

1964 年有 1,000 名分娩的剖腹生產率為 7.8%。（引進真空吸引術前）。

1965 年有 1,100 名分娩的剖腹生產率降為 5.2%（引進真空吸引術後）。

這是筆者在 1966 年婦產科醫學會報告過的，是值得驕傲的成績。

## 不要增加產婦負擔。

第三個原因是：亦師亦友的蘭院長和高醫生以身作則教諭；不要做不必要的手術而增加病人負擔，這是筆者在彰基(1960-1966)期間得到的最寶貴教訓。1960 年代沒有公保，勞保時代，分娩都是自費，正常陰道分娩費用是新台幣 500-600 元，公教人員月薪 500 元，剖腹生產費 5,000 元，相差 10 倍之多。後來因為經濟好轉，一般民眾注重安全，不再請產婆，改在醫院診所分娩。但是突如其來的剖腹生產卻是額外的巨額負擔。

## 陳婦產科診所生產統計。

回顧 1950-70 年代的剖腹生產，都是為了拯救母親生命而施行，例如前置胎盤，胎盤早期剝離，橫位等。在多產而貧窮的社會，臀位也寧願選擇高危險，費用低廉的自然分娩。同意使用真空吸引器或產鉗分娩，而不積極要求剖腹生產。以下筆者開業診所的分娩統計就是例證：

### 陳婦產科診所生產統計(1966-1996)

總生產數	12,891 人	(100%)
自然生產	5,237 人	(40.1%)

真空吸引分娩	4,298 人	(33.0%)
臀位分娩	347 人	(2.6%)
產鉗分娩	194 人	(1.5%)
剖腹生產	398 人	(3.0%)

如此保守的助產術是否有問題? 就開業期間(1966-1996)滿 30 年, 從未遇到醫療糾紛, 也不曾賠償而言, 這種助產方式是妥當而極受歡迎的, 但是筆者認為已經是歷史的一頁, 非常不適合現時(1996-2008)的醫療環境了。

## 剖腹生產率為何居高不下?

1995 年全民健康保險實施後為什麼剖腹生產率居高不下?(平均達到 33%-50%), 因為昂貴的剖腹生產費, 已經不再由產婦負擔, 醫生不必為醫藥費用而憂心, 又可以增加收入, 何樂而不為? 這是一般所公認, 而且醫生被污蔑的地方。筆者認為真正的原因有以下三點:

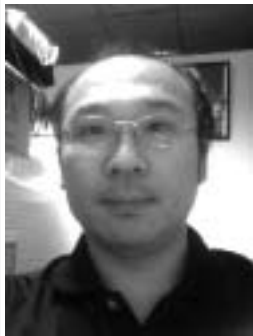
1. 少子化現象日益明顯, 醫院之間競爭厲害, 產婦的自主權很受尊重, 相信出生時辰可影響命運, 要求指定時間出生。產婦因為怕痛, 予取予求, 隨時要求剖腹生產。部份醫生在說明中暗示剖腹生產的優點, 例如可免除陣痛, 因生產不經陰道, 可避免產道裂痕, 陰道鬆弛, 老後尿失禁和子宮脫出等疾患, 有一石多鳥之功效等語。
2. 生產過程可謂千變萬化, 危機四伏, 突發事件, 無法預測, 與母嬰的存亡, 息息相關, 對現代醫學仍無法抗拒的後果, 病人不能理性接受, 總是以結果論是非, 訴之以業務過失刑責, 要求巨額賠償。
3. 接生醫師職位不論高低, 一律平等給付。投保者職位不分高低, 一律享受平等治療。這種齊頭式給付下, 執行醫療行為, 必定採取自衛行動, 對高齡產婦, 臀位, 難產, 胎兒稍有異常者, 就趁早誘導剖腹生產, 以策安全。

## 合理剖腹生產率的商榷

健保局認為剖腹生產率過高, 為了要降低剖腹生產率, 把自然分娩給付和剖腹生產給付拉平, 但是仍無法達成目的, 可見醫師已經不再以高給付為唯一考量的最佳證明。近來健保局認定合理的剖腹生產率應為 15%, 是值得商榷的問題。因為每位接生醫師的技術, 學歷, 經驗不同的現況下, 如果在剖腹生產率上加以限制, 接生時有所徬徨, 躊躇不前, 優柔寡斷, 可能鑄成大錯。人為的武斷, 宣示剖腹生產率並不妥當, 應該考量醫療資源, 尊重產婦的決策, 並建立在以母嬰的最佳利益上。因此, 剖腹生產應依個案(case by case)狀況, 適時判斷, 適當執行, 既沒有訂定數字的必要, 也不可強制執行。

## 法律信箱

# 我國婦產科醫療糾紛案例解析

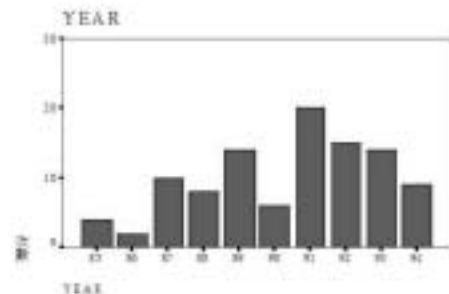


潘恆新 蔡裕豐 黃莉文 張杰仁 黃建榮 余啓民 柯瑪莉  
 新光吳火獅紀念醫院主治醫師  
 振興醫院、東吳大學法律系 輔仁大學醫學系講師  
 陽明大學公衛所法政組博士班

本篇論文主要重點在於利用生物統計的方式，收集近十年來司法終局判決，由最高法院至高等法院及地方法院。若以地方為區別，分為北、中、南、東、離島。以案由來分別約有 20 餘項之訴因，共 102 件案件，其次若由人為或疾病來歸因，亦可有不同的金額的區間分布，列表依次說明，此種以醫學生物統計之方式來計算大量總局判決案例的方法所得到之定量結論，應可作為往後婦產科進入訴訟前，仲裁或調解之基礎，鑑往以知今，以少而推廣，同樣地，其他科的醫療訴訟，亦可應用同樣的方式，來計算財產以及非財產上之損害賠償金額，使得各種專業上的訴訟，在未正式進入訴訟前，雙方得有一憑據，亦可在攻擊防禦方法上有事前的諮商管道。

圖表一：年度別次數分布表 N=102

	次數	百分比
85	4	3.9
86	2	2.0
87	10	9.8
88	8	7.8
89	14	13.7
90	6	5.9
91	20	19.6
92	15	14.7
93	14	13.7
94	9	8.8
總計	102	100.0

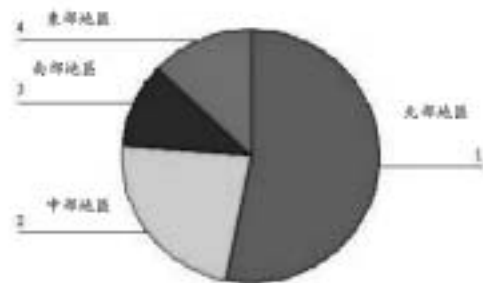


由圖表一，依據年度別次數分布表的統計可得知，從民國 85 年至民國 94 年這十年間的數據，因醫療傷害而提起訴訟的比例於 90 年前後有不一樣的趨勢；若以民國 90 年為一轉折點，於民國 85 年至民國 90 年間有漸增的傾向；反之，於 91 年至 94 卻有逐年遞減的現象，其最重要的關鍵點即是醫療糾紛仲裁機制的設立。因為仲裁機制的設立，使得醫病間的醫療糾紛得藉由仲裁達成和解的目的，以避免後段訴訟的產生，故於民國 90 年之後，雖醫療糾紛與賠償金額有增加的現象，但因為仲裁成功的促使醫病雙方達成和解的目的，反而使得醫療訴訟不增反減，進而使得雙方達成訴訟經濟的效果。

圖表二：地方別次數分布表

N=102

地方別	次數	百分比
北部	54	52.9
中部	24	23.5
南部	11	10.8
東部	13	12.7
總計	102	100.0

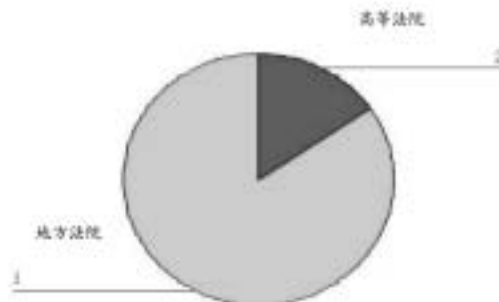


由圖表二針對因醫療糾紛而提起訴訟於各地區所佔之比率來分析，根據數據的統計可得知，因北部地區的人民，其資訊的獲取較為快速、醫療系統較多元遂醫療資訊之取得較多元且人口較其他地區為多等因素，故產生之糾紛與上述等因素成正比；又，以人口而論，中部地區的人口密集度較南部地區高，故發生醫療糾紛的比例也較高；此外，因東部地區地廣人稀，醫療資源較不集中、醫師分布較不平均、且醫療網絡較不緊密等因素，故發生醫療糾紛的比例較南部地區高。綜上所述，若欲降低東部地區的醫療糾紛，其根本之道，即是加強其醫療網絡的连接度。

圖表三：法院別

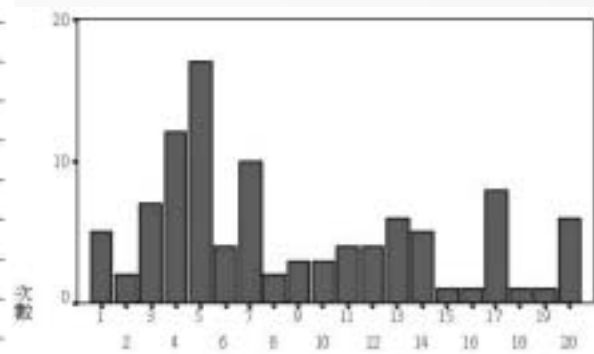
N=102

法院別	次數	百分比
高等法院	16	15.7
地方法院	86	84.3
總計	102	100.0



由圖表三中，針對法院別對於醫療糾紛的解決成功率可知，大多數的案件於地方法院即可獲得有效的解決，其原因可能是因為大多數的案件爭議點都較明朗，於一審結束後，勝訴的病患大多可以獲得滿意之賠償；倘屬敗訴的病患，則大多數欲尋求和解的機制，以獲得賠償，故僅約 15% 的案件會上訴至高等法院，以期達到合理賠償的目標。

項目	次數	百分比
1：墮胎手術	5	4.9
2：妊娠高血壓	2	2.0
3：手術不當	7	6.9
4：羊水栓塞	12	11.8
5：肩難產	17	16.7
6：保管疏失	4	3.9
7：子宮外孕	10	9.8
8：荷爾蒙失調	2	2.0
9：斷針存留	3	2.9
10：肝破裂	3	2.9
11：產檢畸型	4	3.9
12：植入性胎盤	4	3.9
13：告知義務	6	5.9
14：產檢疏失	5	4.9
15：腦性麻痺	1	1.0
16：胎盤早剝離	1	1.0
17：錯誤出生	8	7.8
18：妊娠毒血症	1	1.0
19：麻醉失當	1	1.0
20：新生兒	6	5.9
總計	102	100.0



項目次數百分比 1：墮胎手術 54.92；妊娠高血壓 22.03；手術不當 76.94；羊水栓塞 1211.85；肩難產 1716.76；保管疏失 43.97；子宮外孕 109.88；荷爾蒙失調 22.09；斷針存留 32.910；肝破裂 32.911；產檢畸型 43.912；植入性胎盤 43.913；告知義務 65.914；產檢疏失 54.915；腦性麻痺 11.016；胎盤早剝離 11.017；錯誤出生 87.818；妊娠毒血症 11.019；麻醉失當 11.020；新生兒 65.9 總計 102100.0

從圖表五針對醫療糾紛的因素分析可得知，大部分的醫療糾紛都屬疾病因素而產生，僅有約 36.3% 的比例屬人為因素。此即本論文所提及的「可避免因素」與「不可避免因素」兩種，倘屬可避免因素所導致的醫療糾紛，即人為因素所產生的醫療糾紛，原則上都可獲得賠償；反之，假使屬於不可避免因素所導致的醫療糾紛，即因疾病所產生的醫療糾紛，

因其此屬不可預知的因素，故理論上無法獲得賠償，否則對醫師要求所應負擔之責任，太過嚴苛；故對於醫療糾紛之賠償與否的分析，則應視此醫療糾紛屬於人為因素或疾病因素來分別探討較妥。

圖表五：因素分類次數分佈表

N=102

項目	次數	百分比
人為因素	37	36.3
疾病因素	65	63.7
總計	102	100.0



圖表六：賠償金分佈表

因為平均值：852,916.7、標準差：1,232,726 過大，故以最大、小值及眾數呈現較合宜。

項目	次數	百分比	最大值	最小值	眾數
有賠償	24	23.5	5,700,000	70,000	200,000
沒有賠償	78	76.5			
總計	102	100.1			

由圖表六針對賠償金分布的統計可得知，僅有 23.5% 的醫療糾紛獲得賠償，若與圖表五綜合分析探討其原因可得知，因大多數的案件都屬疾病因素所導致的醫療糾紛，因此因素屬不可預知且不可避免的因素，故審判的結果往往無法使得病患這一方獲得有效之賠償。若針對圖表六與圖表二的共同分析，我們可得知，於獲得賠償中最大值的比例，往往是位於東部地區，其因素正如前所述，可能是因此地區醫療水準較低、醫師素質較不平均、且醫療資源分配較不平均而產生的效果；反之，於獲得賠償中的最小值的比例，應屬處於北部地區，其因素除了上述所言外，其尚可能是因為北部地區的人民，因醫療資訊較發達，且較注意己身健康等因素，及落實定期健康檢查的標準，且對於疾病預防的觀念也較正確，故產生醫療糾紛雖因知識水平較高，有遞增的現象，但往往此醫療糾紛因醫師水平較高，人為因素醫療糾紛的比例也較低，故因醫療糾紛而獲得賠償的比例反而較低。

由年代別、地方別、法院別，經單變方分析（ANOVA）的統計，並無差別，其檢力（p）並無明顯差異。

圖表七：年代別、地方別、法院別對賠償金之影響

項目	F	p
年代別	.93	.501
地方別	1.39	0.273
法院別	.32	.859

圖表八：年代別賠償金分布表

年代別	次數	平均值	標準差
85.00	1	200,000	.
86.00	1	300,000	.
87.00	2	200,000	.0000
88.00	2	185,000	162634.5
89.00	5	1,930,000	2407695.9
90.00	1	200,000	.
91.00	3	1,233,333	929157.3
92.00	5	460,000	240831.8
93.00	3	916,666	809835.3
94.00	2	500,000	141421.3
總計	25	834,800	1236049.2

由圖表七可知，由於個案數不足，資料無法呈現常態分布，年代別、地方別、法院別對賠償金之影響未達統計上顯著差異，但自圖表八可約略窺出自 90 年後其年度平均賠償金額有上揚之趨勢，其代表的精神即是法院逐漸重視個人法益，故賠償金有上揚的趨勢。

綜觀圖表一至八的趨勢來看，近年來慰撫賠償金額的升高，以及醫師嚴格責任的認定，在在都使得訴訟外和解有其立基點，及對病患、醫師之方便性。

解決民事紛爭之制度，並非僅限於法院的訴訟程序，尚有仲裁、調解委員會、法律諮詢等多樣化之機制，在美國稱為「替代之紛爭解決手段」（Alternative Dispute Resolution System，簡稱 ADR system），其優點為當事人可以省去不必要之費用，並能迅速解決問題、當事人在紛爭解決過程中有高度參與感等，而由於醫療糾紛具有醫療專業性，進入訴訟機制不僅因為訴訟本身程序較嚴謹繁複之性質，另一方面也因為醫療因果關係、責任歸屬認定不易所致，通常皆為一耗費心力財力之過程，且對於判決結果因為醫療專業之不足

而可能使人無法信服。因此訴訟外之紛爭不失為解決醫療糾紛問題之解決之道。

ADR system 之種類繁多，在美國可分為公設（public）與私設（private）兩大類，前者如調解、仲裁、早期中立評價（Early Neutral Evaluation）、Summary Jury Trial 及與法院有關連之 ADR system；後者已可分為調解、仲裁、紛爭前之 ADR system 條款等。而德國之現行訴訟外紛爭處理制度，依學者整理可分為法官之事前程序、仲裁裁判、仲裁鑑定、仲介人制度、法律諮詢所、消費者紛爭之調解（包括醫療責任調解機構）、同業間紛爭之調解及勞動法上之調解等各種機制。

根據統計分析我國婦產科近十年來民事終局判決由最高法院至高等法院及地方法院。若以地方為區別，分為北、中、南、東、離島。以案由來分別約有 20 餘項之訴因，共 102 件案件，其次若由人為或疾病來歸因，亦可有不同的金額的區間分布。

1. 參閱劉文瑢著，醫療法要義，1999 年 11 月 1 日，頁 102。
2. 參閱劉文瑢著，註 1 書，頁 364-368。
3. 參閱劉文瑢著，醫療過失（上），醫事法學，8 卷 1 期。

本篇論文主要重點在於利用生物統計的方式，收集近十年來大量的案例終局判決，列表依次說明，此種以醫學生物統計之方式來計算大量終局判決案例的方法所得到之定量結論，應可作為往後婦產科進入訴訟前、仲裁或調解之基礎，鑑往以知今，以少而推廣，同樣地，其他科的醫療訴訟，亦可應用同樣的方式，來計算財產以及非財產上之損害賠償金額，使得各種專業上的訴訟，在未正式進入訴訟前，雙方得有一憑據，亦可在攻擊防禦方法上有事前的諮商管道。

由圖表一至八的趨勢來看，近年來慰撫賠償金額的升高，以及醫師嚴格責任的認定，在在都使得訴訟外和解有其立基點，及對病家、醫師之方便性。在婦產科醫療訴訟中，原告的勝訴率為 32.5%，若和民國 80 年台灣地區醫療糾紛原告之勝訴率最多不超過 12% 比較，可以看出婦產科醫療糾紛中，病患勝訴率比所有醫療糾紛病患的勝訴率高出很多。至於會造成此種差異之原因，第一可能係因為婦產科醫療風險大，醫師在醫療過程中，本就容易有疏失；其次，可能是近來法院對於消費者權利保障的意識提高，因此大大的提高了醫療過失的標準，故較容易認定醫師有責任；最後，則有可能是因為現代的醫療疏失真的有增多的趨勢。又從醫療訴訟中委任律師與獲得勝訴判決之相關性的研究中，可以發現在我國委任律師與否對於判決之勝訴或敗訴影響很小。此結果顯示我國之律師在醫療訴訟中，並未發揮專業代理人應有的角色，而會造成此種情況和律師對於醫療專業知識之貧乏有很大之關係。上述之情況，實值得我國律師界深深檢討，在醫療訴訟中，應再多多充實自己的專業知識，方能成為稱職的訴訟代理人，真正有助益於訴訟當事人。（本稿為東吳大學法律系醫事法專題講座 2010 年 5 月 5 日之內容摘要，講座日期：98 學年度每週三上午 10:10~12:00，講座地點：東吳大學城中校區崇基樓 1705 室）



# 徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台北市金郁婦產科診所	婦產專科醫師	高 PPF, 只看門診, 捷運出口, 環境優, 時間彈性, 發展潛力大, 希望長期合作	0917-623677	王先生
台北瑪麗安婦產科 www.marianswoman.org	女性專科醫師	待優, 只看門診, 兼職亦可 E-mail: chingtaihuang@gmail.com	0928-087718	
台北縣婦產科診所	婦產專科醫師 (男女不拘)	訓練地點: 高雄長庚醫院婦產部人工生殖中心 有意願者, 請將個人履歷表 E-mail 至 joanyeh@adm.cgmh.org.tw	0935-107177	管理部 張主任
桃園縣蘆竹鄉梁志豪婦產科診所	婦產科專科醫師	保障薪制	0922-964932	薛小姐
新長借醫療體系 新長借婦幼聯合診所 中壢長榮醫院	婦產科專科醫師	中壢長榮的願景 成為大桃園地區最優質的醫療集團、提供民眾高品質的醫療服務 如果您與中壢長榮有共同的願景及熱忱, 讓中壢長榮成為您事業重要的舞台。 薪資與福利 待遇優渥、生活品質佳、薪優+高獎金制度 本院有完善制度, 醫療環境佳、設備全新完備、竭誠歡迎您的加入	03-4277123 分機 805	張小姐
e 世代送子鳥生殖中心 (www.e-stork.com.tw)	婦產科專科醫師	1 您覺得工作無趣嗎? 生活幸福嗎? 生命喜悅嗎? 有勇氣改變現況追求更美好未來嗎? 2. 一份可以讓自己及世界更美好的事業, 只給有「熱情」與「夢想」的您。 意者請將履歷寄至: stork.lai@msa.hinet.net	03-523-3355 轉 102	朱小姐
台中慈濟醫院	婦產科主治醫師(須具婦產科專科醫師證書)	本院環境舒適、醫療團隊氣氛佳 敬請意者至本院網站下載履歷表(附照片)、自傳及相關證書影本 來函請寄 427「台中縣潭子鄉豐興路一段 66 號-財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院人力資源組」收。	0 4-3606-0666 分機 3739	王小姐
澄清綜合醫院中港分院	1. 婦產科主治醫師 2. 不孕症專科醫師	資格條件: 有教職資格者優先錄取。 請備齊相關履歷、自傳及證書影本郵寄至台中市中港路三段 118 號人事室或 Email 至 10006@ccgh.com.tw。	04-24632000 分機 3647	蔡小姐

# 徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台南 郭綜合醫院 (區域教學醫院)	1. 婦產科主治醫師 2. 婦女泌尿專科醫師	待遇特優，有保障薪。意者請E-mail履歷表至本院信箱：kgh@kgh.com.tw (醫院) 或 yisu@kgh.com.tw ((蘇主任)	06-2221111 分機：5505	人事室 蘇雅娟 主任
皓生醫院	婦產科醫師	待遇優、環境佳	04-8379560	邱小姐
嘉義長庚醫院婦產科	婦產科專科醫師、fellowship 或醫師	年輕有衝進的婦產科醫師皆歡迎。有志於孕育下一代者尤佳。有專科證書或女性醫師更佳 (基本資料貼相片、身份證影印本、學歷/醫師/專科證書影本乙份) 傳真：05-3623002	05-3621000 分機 2592	陳秘書
杏和醫院	婦產科專科女醫師	1. 待遇優 2. 鳳山市地區醫院 3. 工作地點：鳳山市五甲二路 389 號	0988-462097	陳醫師
高市婦產科診所	門診醫師	禮聘門診醫師，境優免值班，PPF 很高，星期假日均可休假	0930-173888	人事室
門諾醫院	婦產科主治醫師	本院為衛生署公費醫師訓練後服務指定支援山地或離島地區之醫院 ** 61 年來門諾會北美醫師宣教師所建立的優良傳統，一直是我們的堅持。花東地區的居民最能信賴也是最佳選擇的醫院，歡迎你的加入。 聯絡地址：花蓮市民權路 44 號 電子郵件：personnel@mch.org.tw	03-8241594 03-8241809	人資部 黃小姐 梁秘書
南部某婦產科診所	廉售九成新各式病床及 DR、BR、OR，所有配備與器械，IV pump、Monitor、消毒鍋...		0930-173888	
婦產科診所	欲購買二手超音波 (含腹部、陰道探頭) 一台		0933650542	沈醫師

## 編 後 語

高添富

本期內容豐富玲瓏滿目，可謂最具挑戰性及可讀性，切身問題值得會員慢慢詳加瀏覽。開宗明義是預告 2011 年將在高雄市漢神巨蛋廣場舉辦的「台灣婦產科醫學會 50 週年暨 2011 年會」的圖文介紹，令人嚮往。

自「祕書長的話」得知，針對監察院所提之糾正文，本會特與立法委員黃淑英共同召開記者會提出嚴重抗議，並發表我們學會的聲明：1.要建立生育風險補償基金，2.醫療要除罪化。自本刊 8 頁至 26 頁更洋灑灑列出黃淑英立委提供媒體報告的新聞，更間接表達出我們婦產科醫師的許多心聲。

在「祕書處公告」中，本會對「預告的台北市民健康檢查及篩檢實施辦法條文修正草案」，也提出不少擲地有聲的建言，可惜官方立場堅定不容動搖，但至少證明本會理事長等都已努力以赴在爭取了。

「通訊繼續教育」有林禹宏醫師的「子宮鏡在不孕症的應用」，指出不孕症有關的子宮鏡手術，包括子宮肌瘤、子宮粘黏、子宮中隔、子宮息肉、剖腹產疤痕缺口、子宮頸狹窄、近端輸卵管阻塞等。「會員園地」有李耀泰、陳福民、郭宗正醫師合寫的「子宮頸抹片的省思」，證明台灣全民健保對 30 歲以下婦女只能以疾病理由做抹片檢查的方法，有待檢討。

另有陳連生醫師的一篇「訂定合理剖腹生產率的商榷」，提出其個人分析剖腹生產率為何居高不下的獨到見解，真知灼見，並提出對合理剖腹生產的商榷。瑞典有一篇「產婦要求剖腹產的倫理問題是否可用原則主義的方法解決」文獻報告可作佐證，他們使用原則主義的方式 *principlist approach* 來確定、分析並試圖解決孕婦在無醫療適應症下，要求剖腹產所引發的倫理問題。該文使用兩種不同的前提 *premises* 類型：事實面 *factua*（來自 EUROBS 歐洲研究有關剖腹產和具體的產科醫生態度之事實）和價值前提 *value premises*（行善 *beneficence* 和不作惡 *non-maleficence* 原則，及尊重自主權 *autonomy* 原則和正義 *justice* 原則），加以討論。

「行善／不作惡原則」需要醫師負起責任減少危害和增大效益。不應對表面看來證據確鑿、沒有醫療適應症 indication 的案件，只為避免其固有的風險而施行剖腹生產，不過，由於陰道分娩也可能產生意想不到的後果，仍有必要平衡有所不同的風險和利益。「自主權的原則」構成了孕婦和醫師之間意見分歧案例的挑戰，改善溝通的目的，在能使更好的知情下選擇可以克服某些情況下的分歧。「正義的原則」禁止不公平的待遇，基本上有利於最佳資源的利用，現有可得的證據支持，無合併症的足月妊娠仍以陰道分娩為標準的照護。結論是：雖然個人層面的衝突仍然可能充滿挑戰，該原則主義的方式對產婦剖腹產的要求提供了一個有用的倫理分析框架，可確定相關人員的權利和義務，並有助於達成結論，會員可茲對照參考。

文末，最難能可貴的是本會醫療法制暨醫療糾紛委員會的潘恆新委員，及科內醫師們，在「法律信箱」發表的「我國婦產科醫療糾紛案例解析」一文，點出不少我國醫療糾紛的現實問題。其中最彌足珍貴的結論是，由其統計分析得知「大部份的醫療糾紛都屬『疾病因素』(不可避免因素)而產生，僅有約 36.3%的比例屬『人為因素』(可避免因素)」，也因而僅有 23.5%的醫療糾紛獲得民事賠償。印証個人每次以台北市醫師公會代表，參與台北市衛生局醫療爭議調處時的經驗，最感無奈的正是幾乎每案都是典型的醫療風險(醫療不幸與醫療意外)案例，也就是上述的『疾病因素』(不可避免因素)所引起者。每每醫師認定該醫療事故，純粹是醫療行為的不可預知性，不可迴避性所致，醫師業已最大努力去迴避防阻，仍不免發生的「醫療不幸」或「意外事故」，而受害病家反正病人體傷人亡，更是理直氣壯，那容醫師一口撇清責任，一幅事不關己的傲慢？而事實上若是醫療過失案例，事實自証原則，醫師大都噤若寒蟬，早已事先賠償了事，那敢浮出台面，還赴主管機關的調處委員會去自曝其短？最終調處往往不成立也是因為醫病雙方認知上的相歧，而談判破裂。個人每每以「醫療風險理論」兩邊勸和，只要先決條件是病家不要一味非要醫師認罪，或承認過失不可的大前提下，再三安慰病家放寬胸懷面對現實，坦然接受醫師承諾的後續復健及微薄的慰問金，至少可以亡羊補牢；同時再試圖說服涉案醫師放下身段，道義上盡最大誠意及能力，看能否撥出一筆慰問金聊表心意，多少給予病家療傷止痛，當然最令人耿耿於懷的是，講了至少五年的「醫療風險救濟基金制度」，仍在起草階段遙遙無期，使得醫病雙方的爭議窮出不絕，醫療生態更加惡化不已。

是為編後語。

郵 票 自 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

◎ 165 通訊繼續教育答案 ◎

題目：子宮鏡在不孕症的應用

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

# 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
100725-1	桃園縣醫師公會學術研討會	桃園縣醫師公會	桃園市福容大飯店 2F 玉蘭廳	07月25日13時30分	07月25日17時30分	B	3分
100728-1	Amniotic fluid Embolism	署立新竹醫院婦產科	署立新竹醫院六樓多媒體講堂	07月28日12時00分	07月28日14時00分	B	2分
100730-1	預防保健服務品質提升課程	台北醫學大學及行政衛生署國民健康局	行政院衛生署台中醫院醫務大樓12樓大禮堂(台中市403西區三民路一段199號)	07月30日13時30分	07月30日16時30分	B	3分
100731-1	第二屆台兒第一孕期唐氏症篩檢工作坊	兒科診所、台灣助產學會、國立臺灣科技大學資訊工程系	故宮晶華三樓宴會廳	07月31日08時30分	07月31日16時30分	B	6分
100801-1	乳房超音波檢查及診斷教育訓練課程	中華民國醫用超音波學會、高雄阮綜合醫院	高雄阮綜合醫院	08月01日09時00分	08月01日14時30分	B	3分
100802-1	母嬰親善新知識	署立新竹醫院婦產科	署立新竹醫院多媒體講堂	08月02日12時00分	08月02日14時00分	B	2分
100806-1	肥胖與不孕	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	08月06日12時30分	08月06日14時30分	B	2分
100807-1	南區骨質疏鬆症研討會	中華民國骨質疏鬆症學會	成大醫學院第一講堂	08月07日13時00分	08月07日16時10分	B	3分
100807-2	GYNECARE? PROSIMATM 骨盆底修復手術發表暨示範教學	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	台北馬偕醫院福音樓9樓第一講堂	08月07日13時30分	08月07日17時30分	B	3分
100808-1	GYNECARE? PROSIMATM 骨盆底修復手術發表暨示範教學	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	高雄長庚醫院婦產部會議室	08月08日08時00分	08月08日11時30分	B	3分
100809-1	GYNECARE? PROSIMATM 骨盆底修復手術發表暨示範教學	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	台中榮民總醫院婦產部會議室	08月09日07時30分	08月09日11時30分	B	3分
100811-1	外科調訊-臨床抗生素使用原則	醫教會	台中市南屯區惠中路二段36號B棟13樓國際會議廳	08月11日07時30分	08月11日08時30分	B	1分
100814-2	990814-阿"龍"的一生-談關聯的疾病：從出生到終老	埔里基督教醫院	南投縣埔里鎮鐵山路1號8樓謝緯紀念堂	08月14日07時30分	08月14日09時10分	B	1分
100814-1	中區婦產學術研討會	台灣婦產醫學會	中山醫學大學附設醫院文心院區 D05 會議室	08月14日10時00分	08月14日17時30分	B	7分
100816-1	完善產產婦母乳哺育全程照護標準作業工作坊	婦產科醫學會	萬芳醫院	08月16日09時00分	08月16日12時00分	B	2分
100818-1	AJCC 第七版癌症分期及其他分期之運用	柳營奇美醫院	柳營奇美醫院一樓第二會議室	08月18日09時00分	08月18日16時30分	B	6分
100821-1	990821-Abdominal Radiography	埔里基督教醫院	南投縣埔里鎮鐵山路1號8樓謝緯紀念堂	08月21日07時30分	08月21日09時10分	B	1分
100821-2	早產醫療照護新趨勢	中華民國周產期醫學會	台大醫學院一樓102講堂	08月21日09時00分	08月21日15時30分	B	6分
100822-1	乳房超音波診斷教育課程高級班	中華民國醫用超音波學會	台大醫學院301講堂	08月22日08時45分	08月22日17時00分	B	3分
100822-2	大台南地區婦產科研討會	成大醫院婦產部、更年期醫學會、大台南地區婦產科醫師聯誼會。	長榮桂冠酒店天籟廳	08月22日16時00分	08月22日21時00分	B	2分
100823-1	完善產產婦母乳哺育全程照護標準作業工作坊	國民健康局	台南奇美醫院	08月23日14時00分	08月23日17時00分	B	2分
100824-1	完善產產婦母乳哺育全程照護標準作業工作坊	國民健康局	台中中山醫院	08月24日09時00分	08月24日12時00分	B	2分
100829-1	乳房超音波檢查及診斷教育訓練課程(中區)	中華民國醫用超音波學會、花蓮慈濟醫院	彰濱秀傳醫院	08月29日09時00分	08月29日14時30分	B	3分
100912-1	2010 TUGA Urodynamic Educational Workshop & Interactive Discussion Symposium	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	台中榮民總醫院婦產部會議室	09月12日08時00分	09月12日17時20分	B	8分
100919-1	乳房超音波檢查及診斷教育訓練課程(東區)	中華民國醫用超音波學會、花蓮慈濟醫院	花蓮慈濟醫院	09月19日09時00分	09月19日14時30分	B	3分
101009-1	Successful Aging-Managing Genetic, Environmental and Lifestyle Factors 邁向健康的	中華民國職業病醫學會	臺北市大安區敦化南路二段201號 香格里拉台北遠東國際大飯店	10月09日09時00分	10月09日17時00分	B	6分
101031-1	乳房超音波檢查及診斷教育訓練課程(北區)	中華民國醫用超音波學會	台大醫學院104講堂	10月31日09時00分	10月31日14時30分	B	3分

# 會訊封面徵稿

## 您願意讓大家分享您的繪畫、攝影作品嗎？

會訊封面現已開放刊登會員們的大作，歡迎有才氣的您將各種繪作、攝影原創作品投稿給本會，讓會訊多點藝術氣息，成為紙上藝廊。

**徵稿規範：**請自行選定您要投稿的主題，每位作者投稿不限篇數；每期會訊封面則以一篇刊登為限。

**圖文規格：**彩繪圖或攝影作品，圖片請備解析度 100dpi 以上，並請以壓縮檔方式 e-mail 至學會信箱 obsgyntw@gmail.com 或燒錄成光碟郵寄至學會。

**注意事項：**請投稿會員務必填寫您的作品題目（含作品介紹約 30-50 字）、會員編號、姓名、email 信箱、地址和聯絡電話，併附上您二吋相片電子檔及簡歷，以便一起刊登於會訊上。投稿作品恕不退稿，請自留底稿。

台灣婦產科醫學會

理事長 蔡鴻德

秘書長 謝卿宏

會訊編輯委員會

召集人 龔福財 (0975-056403)

副召集人 潘俊亨

敬上

## 生之樂

油畫 30F

圖中表現出母親懷孕的過程和母親懷孕時，對於新生命充滿期待的心情及孩子出生後的初啼。

作者：王義福醫師

現職：台南郭綜合醫院 主治醫師



封面  
畫作



**Don't let  
adhesions  
block  
the way**

Keep the field clear with Seprafilm® Adhesion Barrier  
No adhesion barriers has been more extensively evaluated  
Powerful adhesion prevention

**sepra/film**®  
ADHESION BARRIER  
Uncomplicating the future™

使用前請詳閱說明書警語及注意事項

街署醫器輸字第018915號

**genzyme**

Taiwan

健臻生技有限公司

10045台北市中正區衡陽路51號10樓A101 (基泰大樓) T 02-2313-1889 F 02-2313-1162  
北市衛藥販(正)字第620118G-938號 SEPTWN100222

北市衛藥南字第99030066號