

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2010年11月169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 - m a i l：obsqyntw@seed.net.tw
發 行 人：謝卿宏
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：黃閱照
學會法律顧問：黃清濱 律師 04-22511213
曾孝賢 律師 02-23698391

封面內頁故事

會訊編輯委員會

台灣婦產科醫師發表在國際 SCI 級雜誌的學術論文頗為踴躍，而且研究深度及廣度在國際學術舞台上日益耀眼，對促進婦產科醫學的進步頗有貢獻。

有些研究者的 idea 非常具有開創性，最特殊的地方是研究圖片榮登為該期雜誌封面，這對作者本人和台灣學術的國際知名度都有很好的提升。我們蒐集到最近幾年的這些傑出的研究者，請其提供論文摘要、封面圖片，刊登在此，請大家參考。



題目：Transcriptome analysis in blastocyst hatching by cDNA microarray

作者：陳惠文 a,d,陳健尉 b,俞松良 c,李涵妮 c,楊泮池 c,蘇金滿 b,區慶建 e,張景文 e,簡立維 e,陳杰盛 e,曾啟瑞 e

Huei-Wen Chen, Jeremy J.W. Chen, Sung-Liang Yu, Han-Ni Li, Pan-Chyr Yang, Ching-Mao Su, Heng-Kien Au, Ching-Wen Chang, Li-Wei Chien, Chieh-Sheng Chen, Chii-Ruey Tzeng

機構：a.陽明醫學大學藥學所； b.中興大學生命科學與分子研究所； c.台大醫院內科部； d.台北醫學大學生理學科； e.台北醫學大學附設醫院婦產部

發表於：Human Reproduction 2005;20(9);2492-2501

摘要

BACKGROUND: Hatching is an important process for early embryo development, differentiation and implantation. However, little is known about its regulatory mechanisms. By integrating the technologies of RNA amplification and cDNA microarrays, it has become possible to study the gene expression profile at this critical stage. **METHODS:** Pre-hatched and hatched ICR mouse embryos (25 blastocysts in each group were used in the triplicate experiments) were collected for RNA extraction, amplification, and microarray analysis (the mouse cDNA microarray, 6144 genes, including expressed sequence tags). **RESULTS:** According to cDNA microarray data, we have identified 85 genes that were expressed at a higher level in hatched blastocyst than in pre-hatched blastocysts. In this study, 47 hatching-related candidate genes were verified via re-sequencing. Some of these genes have been selected and confirmed by real-time quantitative RT-PCR. These hatching-specific genes were also expressed at a lower level in the delayed growth embryos (morula or blastocyst without hatching at day 6 post hCG). These genes included: cell adhesion and migration molecules [E-cadherin, neuronal cell adhesion molecule (NCAM), lectin, galactose binding, soluble 7 (Lgals7), vanin 3 and biglycan], epigenetic regulators (Dnmt1, and SIN3 yeast homolog A), stress response regulators (heme oxygenase 1) and immunoresponse regulators [interleukin (IL)-2-inducible T-cell kinase, IL-4R, interferon-gamma receptor 2, and neurotrophin]. The immunostaining of E-cadherin and NCAM showed strong and specific localization in hatched blastocyst. **CONCLUSIONS:** This work provides important information for studying the mechanisms of blastocyst hatching and implantation. These hatching-specific genes may have potential as new drug targets for controlling fertility.

台灣婦產科醫學會 169 期會訊

目錄精華

05 理事長的話 | 文/謝卿宏

07 監事長的話 | 文/何弘能

08 秘書長的話 | 文/黃閱照

10 秘書處公告 | 文/秘書處

09 行政院衛生署國民健康局 函

為確保人工生殖資料之正確性，避免因人員疏失誤植通報資料，請善盡訓練及監督相關人員之責，請 查照。

09 行政院衛生署食品藥物管理局 函

檢送 Bisphosphonates 雙磷酸鹽類成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請 查照。

12 台灣婦產科醫學會第十九屆第一次會員代表大會紀錄

18 台灣婦產科醫學會第十九屆第一次理監事聯席會會議紀錄

21 台灣婦產科醫學會第十九屆第一次院士會議紀錄

22 臺灣醫學會 函

本會定於 99 年 11 月 26 日(五)下午，假台大醫院兒童醫療大樓 B1 視聽教室舉辦〈台灣臨床倫理網絡〉第二十次「臨床倫理工作坊」，邀請相關領域專家學者講演引言，並進行實務分享，敬請張貼公告，並轉知貴院及貴會醫學倫理委員會委員暨相關人員踴躍參加。

- 24 第 19 屆副理事長簡歷與對學會未來抱負
 - 25 第 19 屆秘書長、副秘書長簡歷與對學會未來抱負
 - 27 學會繼續教育邁入「雲端」新紀元——贊助舉辦醫事法律小單位式多點虛擬會議
 - 29 健保議題專欄——給各位先進前輩醫師的一封信
 - 30 會員聯誼三天二夜——高雄墾丁之旅
 - 32 第十九屆會員代表、理監事參加委員會報名單
-

33 通訊繼續教育

與外陰癌相似之良性病灶 | 文/李耀泰 陳福民 李文琮 郭宗正

40 會員園地

40 臨床醫師如何閱讀統合分析 (Meta-analysis) 的論文 | 文/莊其穆

56 企鵝大夫的法學筆記---法官的美麗與哀愁 | 文/林鴻基

58 徵才看板

60 編後語 | 文/簡基城

62 活動消息 | 文/秘書處



理事長的話

謝卿宏

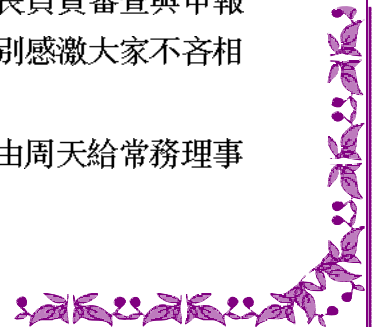
敬愛的會員：大家好！

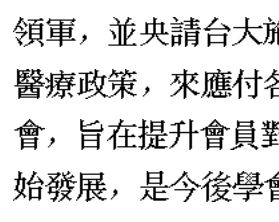
學會第十九屆理監事改選已圓滿達成，感謝所有會員、代表與理事的支持，讓我有機會帶領學會幹部為學會與會員奮鬥，這是榮譽，也是責任。未來三年，個人期待全體會員與各層級醫療院所都能夠共同思考和參與會務，在這劇變的醫療環境中，一同來尋求最大公約數，並制訂出各種可長可久又可行的婦產科對策與政策，而且，「效率」與「力行」是絕對的要求。

近期，我會拜訪學會各派系領袖，也想儘速邀集各次專科理事長共商婦產科政策（含健保）大計，以求最圓融的方式來運作學會，希望在二代健保修法之際，爭取所有會員與醫療院所的最大空間。當然，少數人是做不了這些事的，期待大家都能關心直接參與學會會務的運作，隨時來電提供寶貴高見；大家都是一頭猛獅，但若我們無法團結成一獅群，那就只是一頭落單的餓獅，而永遠無法竟功！因此，歡迎大家儘量選擇自己最有興趣與自己的專長加入各委員會，以期發揮委員會的最大功能，來創造學會與所有會員的最大空間。

由於醫院評鑑與人力規劃分屬學會政策暨事務的上下游，過去屢有爭端，在徵求各方意見後，我就將其合併，以求事權合一，相信在蔡副理事長英美的領導之下會有圓滿、和諧、前瞻的成就。這屆學會，另有二位副理事長來幫忙，郭宗正院長總攬健保政策；此外，感謝李院士茂盛的幫忙推薦邀請，蕭弘智醫師答應負責基層健保總額給付與相關政策的爭取，相信他一定會盡全力來為基層謀最大的權益，我們也一定共同支持蕭副理事長。由於健保是學會的最大挑戰，個人也拜託呂秉正理事和王漢州副秘書長負責審查與申報的相關事務，隨時提供大家參考，在此，一道致謝，也特別感激大家不吝相挺。

這屆學會另外增設：（一）醫療政策與資訊委員會，由周天給常務理事





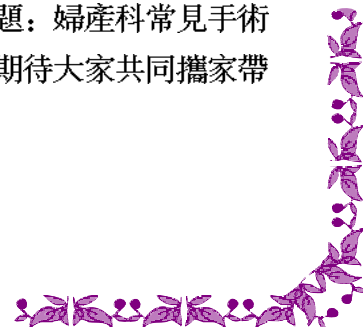
領軍，並央請台大施景中醫師幫忙，專責搜尋瞬息萬變的醫療訊息，以擬訂各種醫療政策，來應付各種外來挑戰，歡迎大家加入；（二）婦女健康照護提升委員會，旨在提升會員對婦女全人照護的本職學能，由於 Gender specific medicine 已開始發展，是今後學會發展的重點，組織與構思正密集籌畫中；（三）產科品質提昇委員會，這是我們多年來一直忽略的領域，鄭博仁代表已著手規劃相關的重要 issues，一切蓄勢待發；（四）婦女政策與人口政策企畫委員會，余堅忍代表為召集人，負責從政策面思考，擬訂與規劃婦產科可以主動攻擊的領域，我對此非常期待；（五）基層聯誼委員會，基層醫師的業務與士氣，關係所有會員的權益與尊嚴，這是蔡明賢院士一貫想要捍衛的張，也是我一直想著墨的領域，在此拜託賴文福副秘書長能凝聚所有基層同仁的意志，成一支雄獅勁旅。

接任理事長後，就馬上接到中央健保局函轉「中華民國麻醉安全保障協會」主張所有麻醉必須由麻醉專科醫師執行的公文，在此特別感激李鎡堯、黃思誠、蔡明賢、蘇聰賢和楊友仕等院士、林顧問金龍、何前監事長博基、郭宗正與蔡英美副理事長、周天給常務理事、黃閔照秘書長撥冗指導與共參大計，會中大家除對麻醉一事交換意見外，也對醫政、健保、醫院評鑑與其他學會會務做深入的討論。想來，學會何其幸運，有這麼多智者相挺，此外！我也希望能擴大會員的參與面，懇請大家多將 Inputs 提到學會來。

大家的健康一定要靠自己照顧，學會一直都在想盡辦法來提供機會與平台讓大家聯誼，因此，明年起的會員旅遊仍是寒暑假各一次，但要改成三天兩夜，寒假會到墾丁、南仁湖，暑假將去武陵農場，期待大家踴躍參加；此外，我也希望每月北、中、南都能舉辦登山郊遊，讓大家能有與好友、舊識與全家共遊的機會。

最後，要向大家報告，明年恰逢學會五十週年，年會將於 2011.3.12 ~ 13 在高雄漢來大飯店舉行，如果大家能夠依期限先繳交報到費，與會會員將可拿到學會所設計的個人化紀念品，會議將以慶祝、聯誼與台日韓學術交流為主，當然，除 Posters 展示、各次專科各有一個時段的 Symposium 與乳房醫學和胎兒心臟超音波各有 meet the experts 外，我們也設計很精彩的三個重要主題：婦產科常見手術的最新觀念與進展、Gender specific medicine 與健保面面觀，期待大家共同攜家帶眷到高雄玩，再會會老朋友。

敬祝 大家 身體健康、精神愉快。



監事長的話

何弘能

新的理監事已經順利選出，謝謝大家的推舉忝為監事會主任委員。

首先代表各監事，承諾當努力在這任期內善盡監事會的職責，襄佐及監督理事會的會務，不負各位會員的委託。

這一任的理監事負有兩項重要任務必須完成，第一項是辦理 2011 年亞太婦產科醫學會，在楊前理事長及各位會員的幫忙下，已如期進行中，相信明年的盛會一定可以預期。第二項是各項健保相關事務。雖然新的理監事才選出，不過謝理事長已有很好的腹案，各個委員會也有適當人選負責。承續過去前輩的努力，必是會有完善因應辦法及政策一一推出。婦產科醫學會未來的業務一定會蒸蒸日上。值此天氣變化之時，期盼各位會員多注意自己及家人身體的健康，再次謝謝大家的支持。

秘書長的話

黃閔照

首先恭喜新當選的理監事們及會員代表，學會未來三年，將會拜託並倚重各位的學識專才，來為所有會員創造最大的福利。同時也感謝所有理監事的支持，跟理事長的提攜，與予小弟重任，小弟不才但願勤能補拙，為學會及所有會員貢獻一己之力。

明年適逢學會創立 50 週年，學會在黃思誠教授負責下，編輯五十年史，預計明年發行。同時明年年會也將移師高雄漢來大飯店舉行，並擴大辦理 50 週年慶祝活動及文物展，近幾年高雄真的進步很快，希望大家能共襄盛舉，感受一下南部醫師們的熱情。同時也希望各位前輩醫師，家中如保存有歷史價值意義的文物資料及相片，能主動與學會聯繫，以張顯婦產科在台灣進步的歷史。

今年學會的名稱及 LOGO，經過會員代表大會通過，做局部修改，增列 Women's health care physicians (婦女健康照護醫師)，趁著學會成立 50 週年慶及明年九月將辦理亞太婦產科年會，學會將明年定調為婦女健康照護年，所以明年年會學術研討會中也將舉辦 gender specific medicine，探討婦女特屬之健康議題如心血管疾病、睡眠及精神疾患、腸胃、內分泌問題、婦女泌尿及乳房醫學等，並預計在下半年安排一系列的演講座談及婦女健康促進活動。希望透過這些教育訓練活動及研討會，提升婦女全人健康照護，也能為會員創造更大健保空間。

明年另一個更大的榮耀是在楊友仕教授領導下，學會將舉辦第 22 屆亞太婦產科醫學大會 (AOCOG 2011)，這是繼 1989 後台灣再次成為東道主，我們將用台灣人好客辦喜事的心情，努力辦好這次盛會，拓展國際地位，將台灣再次推向國際舞台。

今年繼續教育部份首先登場是內視鏡教育，分北、中、南、高、東五場，以服務我們各地的會員，感謝召集人林隆堯教授及王炯琅理事的辛苦，同時為保障會員權益，此次繼續再教育，將會核發學習證書，代表會員完成學會的基本訓練。

會員旅遊明年一月 21 - 23 日墾丁三日遊，以往舉辦會員旅遊為兩日遊，有會員反應，常為舟車勞累，無法輕鬆愉悅旅遊。所以學會第一次規劃三日行，爾後會根據辦理情形再做調整，也希望大家辛苦工作之餘，能夠撥空休息，多多參加學會為大家辦理的康樂福利活動。

今年少子化及婦產科人力不足議題，已引起社會重視，在立法院及監察院也舉辦多場公聽會及記者會，但似乎多無法得到健保局適切的回覆。二代健保立法在即，學會也將運用最大的力量，拜訪所有認識的委員，希望能在立法過程中，針對婦女健康提出基本保障條款。在健保業務上，特別感謝郭宗正副理事長，周天給常務理事及許多醫師的協助，學會將就目前不合理給付部分，包括診療費、超音波檢查費、生產給付、產檢給付及部份手術給付等，再次向健保局及國健局提出相關建議並要求回應。健保給付關係著會員生存大計，學會將主動積極為會員爭取權益。

這是小弟第一次秘書長的話，十年前在蔡明賢理事長時，便開始在學會幫忙，從事幕僚工作，當中經歷蘇聰賢、李茂盛、楊友仕、蔡鴻德共五位理事長，感謝這些前輩老師的教導及現任理事長謝卿宏的提攜，如文前所言秘書長一職任重道遠，小弟將竭盡所能，也希望各位前輩先進不吝指教。

再次敬祝所有的會員平安喜樂！

文末感謝一個快被遺忘的良師益友—陳鴻生醫師

■ 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 10 月 27 日

發文字號：國健婦字第 09904019962 號

主旨：為確保人工生殖資料之正確性，避免因人員疏失誤植通報資料，請善盡訓練及監督相關人員之責，請查照。

說明：一、邇來發現某人工生殖機構可能因人為之疏失誤植通報資料，造成同一捐贈人重複捐贈之風險。為避免類似情事之發生，請貴機構確實依「人工生殖資料通報及管理辦法」之規定，於所定期限內通報各項資料，並注意所報資料之正確性。

二、查「人工生殖資料通報及管理辦法」第 8 條規定，機構應於施術日起 12 週內填報「捐贈生殖細胞施術結果通報表」，該表中七、本次施術後是否仍有捐贈人生殖細胞或以捐贈人之生殖細胞形成之胚胎儲存乙欄，若實為「仍有儲存」誤植為「已無儲存」，且該次施術又為「未受孕」，此一筆誤存有該捐贈人符合人工生殖法第 8 條第 1 項第 4 款「曾捐贈而未活產且未儲存」之條件，將導致核准重複捐贈之風險。

行政院衛生署食品藥物管理局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 10 月 26 日

發文字號：FDA 藥字第 0991413851 號

附件：藥品安全資訊風險溝通表 1 份，Bisphosphonates 雙磷酸鹽類成分藥品許可證核准情形及適應症一覽表 1 份

主旨：檢送 Bisphosphonates 雙磷酸鹽類成分藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，請轉知所屬會員，請查照。

說明：請貴會轉知所屬會員有關「藥品安全資訊風險溝通表」之藥品安全資訊，以保障病患用藥安全。

藥品安全資訊風險溝通表

日期：991025

藥品成分	Bisphosphonates 雙磷酸鹽類
藥品名稱、許可證字號及適應症	衛生署核准雙磷酸鹽類藥品成分包括：Alendronate、Etidronate、Ibandronate、Pamidronate、Risedronate、Zoledronate、Clodronate，各成分藥品許可證核准情形及適應症如附表。
訊息緣由	2010年10月13日，美國FDA發布有關雙磷酸鹽類（Bisphosphonates）藥品之安全資訊，說明該類藥品可能會增加非典型骨折之風險。
藥品安全有關資訊分析及描述	美國FDA說明常用於預防或減緩停經後婦女骨質流失（骨質疏鬆）之雙磷酸鹽類（bisphosphonate）藥品可能會造成股骨非典型骨折的風險，如股骨轉子骨下骨折和股骨骨幹骨折（subtrochanteric and diaphyseal femur fractures），雖然該等骨折並不常見，在所有體關節以及股骨骨折中，出現機率少於1%，且是否為該類藥品所引起仍未清楚，但仍有案例報告顯示可能與長期使用該類藥品相關。因此美國FDA要求該類藥品仿單加註相關警語與注意事項。
本局風險溝通說明	<p>◎衛生署食品藥物管理局採行措施：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 將儘速蒐集相關安全資訊，評估是否要求廠商修訂仿單內容。 2. 該類藥品之安全性研究已列為本（99）年度科技計畫研究重點，並編列於藥品安全教育訓練與宣導之內容，藉以提醒醫療人員注意並確實通報不良反應。 3. 基於國內、外文獻或案例報告，均發現雙磷酸鹽類藥品可能導致罕見卻極嚴重之顎骨壞死（Osteonecrosis of the jaw；簡稱ONJ）和心房顫動（atrial fibrillation）之不良反應，衛生署曾於96年、97年多次發布相關藥品安全資訊新聞，並函文相關學會（包括醫學會及醫師公會等），提醒醫師及病人注意可能之不良反應。 <p>◎醫療人員宜注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 為病人處方雙磷酸鹽類藥品時，宜審慎評估病人之風險與效益，並確實告知病人應注意事項及可能發生之不良反應。 2. 對於病人所新發生之股骨或腹股溝疼痛，宜確認是否為股骨骨折。 3. 對於長期使用該類藥品者，特別是使用超過五年者，須重新評估其使用該類藥品之臨床效益及風險。

藥品成分	Bisphosphonates 雙磷酸鹽類
本局風險溝通說明	<p>◎ 病患應注意事項：</p> <p>病患服用該類藥品若有任何疑問或不適（髓關節或是股骨疼痛），應儘快洽詢開立處方醫師，不可任意停藥。</p> <p>◎ 醫療人員或病患懷疑因為使用（服用）藥品導致不良反應發生時，請立即通報給衛生署所建置之全國藥品不良反應通報中心，藥品不良反應通</p>
風險溝通對象	<input checked="" type="checkbox"/> 醫師 <input checked="" type="checkbox"/> 藥師 <input checked="" type="checkbox"/> 護士 <input checked="" type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 其他

附表：Bisphosphonates 雙磷酸鹽類成分藥品許可證核准情形及適應症一覽表

藥品成分	許可證核准情形	適應症
Alendronate	10 張	停經婦女骨質疏鬆症之治療，男性骨質疏鬆症之治療。
Etidronate	7 張	PACET'S DISEASE 之症狀治療劑，異位性骨化症之預防與治療。
Ibandronate	3 張	預防乳癌併有骨骼轉移患者的骨骼病症（病理性骨折、需要放射線治療或手術的骨骼併發症）及治療腫瘤引起之高血鈣；用於治療停經後婦女之骨質疏鬆症（BMD TSCORE < - 2.5 SD），以減少脊椎骨骨折，（減少骨骨骨折之療效尚未確認）；用於預防有產生骨質疏鬆危險（BMD T SCORE 在 - 1.0SD 與 - 2.5SD 間）之停經後婦女 BMD 之下降。
Pamidronate	8 張	惡性腫瘤之蝕骨性骨頭轉移、惡性高血鈣症。
Risedronate	1 張	原發性變形性骨炎（PRIMARY PAGET'S DISEASE）。
Zoledronate (Zoledronic acid))	6 張	與標準癌症治療併用，適用於多發性骨髓瘤及固體腫瘤併有骨骼轉移之病人。用於攝護腺癌病人之骨骼轉移時，應至少接受過一種荷爾蒙治療而仍持續惡化者。治療惡性腫瘤之高血鈣併發症（HCM）。
Clodronate	4 張	葡萄球菌、鏈球菌、肺炎雙球菌、腦膜炎球菌及其他具有感受性細菌引起之感染症；惡性腫瘤之蝕骨性骨頭轉移，惡性高血鈣症。

備：上述所列許可證，可在本署藥查詢作業網站查詢，網址 <http://203.65.100.151/D08180.asp>

台灣婦產科醫學會第十九屆第一次會員代表大會紀錄

時 間：九十九年十月十日 下午 2:30 分

地 點：台大醫院兒童醫療大樓 B1 講堂

主 席：蔡理事長 鴻德

應出席：171 人

實際出席：164 人

親自出席：李鎡堯 張中全 楊應欽 葉文德 蔡明賢 江千代 廖順奇 陳文龍 徐弘治
 王三郎 官大弘 蘇榮茂 黃思誠 賴國良 吳輝明 陳榮輝 黃德雄 蕭弘智
 李茂盛 黃木發 林正義 祝春紅 高添富 許淳森 巫世平 鄭嘉榮 楊友仕
 張少萌 蘇聰賢 李耀泰 潘世斌 賴明志 劉嘉耀 丘林和 顏明賢 余堅忍
 謝鵬輝 葉光芃 李世隆 蔡鴻德 林朝枝 王火金 張榮州 鄭英傑 徐先榮
 陳祈安 陳持平 王功亮 陳夢熊 張嘉訓 謝保群 鄧森文 郭宗正 張紅淇
 楊宗力 張廷彰 孫三源 張舜智 王孫斌 賴文福 何博基 丁鴻志 潘俊亨
 鄭博仁 李奇龍 周天給 柯助伊 陳霖松 黃建榮 李建南 孫茂榮 黃啟明
 黃啟顯 潘傳健 蔡英美 蔡明松 陳治平 陳思源 張炯心 張維君 魏福茂
 楊誠嘉 陳信孚 龔福財 陳勝咸 陳建廷 徐超群 蔡永杰 郭鴻璋 何延慶
 翁順隆 吳孟興 洪秉坤 謝卿宏 武國璋 曾智文 王炯琅 蘇專誠 王有利
 陳保仁 曾英智 歐陽九如 黃閔照 張基昌 李中遠

共 105 人

委託出席：黃茂宗 鐘坤井 趙宗冠 王國恭 林隆堯 鄧志文 林正泰 黃憲一 莊維周
 郭宗男 王義雄 鄧振枝 柯誠立 黃俊曉 陳鴻基 邱正義 陳哲男 許炤松
 李東瑩 廖基元 劉道明 黃東曙 簡基城 吳玉珍 曾志仁 姜義正 洪耀欽
 陳志宏 劉正民 謝溫國 林錦義 張秩嘉 李明慧 陳天順 周肇銘 李煥照
 楊宜杰 黃富仁 陳進典 陳忠義 周博治 黃昭彰 呂維國 林裕益 林鈺山
 陳繼征 吳昆哲 劉孝榮 黃銘源 陳春木 魏重耀 蘇守良 張宗進 曹健民
 莊賢逸 王保強 詹德富 龍震宇 王仁星

共 59 人

缺 席：黃國峯 曾啟瑞 何弘能 吳俊杰 許漢釧 丁大清 施川崎

共 7 人

記 錄：白怡萱

壹、大會開始

貳、第十八屆理事長報告

參、第十八屆監事長報告

肆、第十八屆祕書長報告

伍、第十九屆會員代表介紹及合照

陸、第十九屆理監事選舉

選舉結果：

票數 171 票，有效票數 160 票，空白票 10 票，廢票 1 票

【理事 35 名】

監票：周天給 陳建銘

發票：林家翎 白怡萱 程美惠 林雅嫩 林貞玫 張珺涵 黃柏青

唱票：林家翎 張珺涵 程美惠 林貞玫

記票：林家翎 張珺涵 程美惠 林貞玫

理事當選人及得票數：

姓名	票數	姓名	票數	姓名	票數
謝卿宏	148	張少萌	123	蔡永杰	112
郭宗正	148	丘林和	123	楊宗力	110
龔福財	143	周天給	123	吳俊杰	109
王功亮	142	武國璋	121	鄭英傑	108
李奇龍	137	陳建銘	119	徐超群	106
許淳森	135	蕭弘智	114	張基昌	106
陳持平	134	楊明智	114	孫茂榮	104
陳祈安	130	陳明哲	114	林禹宏	104
蔡英美	130	林正義	113	呂秉正	101
王炯琅	127	張維君	113	黃啟明	96
張榮州	124	應宗和	113	林錦義	86
李建南	124	吳輝明	112		

備取：

姓名	票數
林隆堯	36
陳勝咸	24
劉瑞德	22

【監事 11 名】

監票：張維君

發票：林家翎 白怡萱 程美惠 林雅嫩 林貞玫 張珺涵 黃柏青

唱票：林雅嫩 黃柏青

記票：林雅嫩 黃柏青

監事當選人及得票數：

姓名	票數
何弘能	140
官大弘	133
徐弘治	130
顏明賢	130

姓名	票數
鄧志文	115
張紅淇	113
林士新	110
張炯心	102

姓名	票數
黃建霈	99
何志明	98
張宗進	94

備取：

姓名	票數
余堅忍	51
林鈺山	29

柒、確認第十八屆第四次會員代表大會紀錄

捌、報告事項

- (一) 99 年度 1~9 月工作報告
- (二) 99 年度 10~12 月工作計畫
- (三) 第十八屆行政組織表

玖、討論事項

案由一：審議九十九年度 1~8 月決算與預算表、資產負債表、現金出納表、基金收支表、員工待遇表、財產目錄表。

提案人：第十八屆理事會

決 議：通過。

案由二：為吸引年輕新血加入婦產科，以及改善不同工同酬之不公平健保給付制度，應向政府和健保局爭取婦產科全面加成給付。

說 明：婦產科被年輕新醫師視為「高風險」、「高工時」、「低報酬」的科別而不願加入。婦產科診察一位病人平均耗費時間數倍於他科，但費用卻相同，這種不公平的待遇是不合理的！且婦產科給付佔總額比例從>6%降至 4%左右，應回復才對。

辦 法：婦產科目前所有給付點數，加成 50%給付就能從總額比例 4%回升至 6%。

提案人：黃啟明 代表

附署人：黃啟顯、陳繼征 代表

決 議：交由專案小組與健保醫政委員會討論。

案由三：建議制訂全國統一的審核標準，含基層診所在內。

說 明：婦產科審核爭議常引起會員對審核標準有疑義，建議學會針對審核條件建立統一的標準，不要因不同的審核醫師而有不同的判斷條件。

辦 法：建議討論各項指標比例，例如 D&C、超音波……，及手術如子宮頸環紮手術、腹腔鏡或開腹手術等。

提案人：郭鴻璋 代表

附署人：蘇守良、楊宗力 等代表

決 議：過去因學會推薦的人選全被健保局否決，故將來若審查醫師徵選時，未設保障比例給學會的推薦人選，學會應拒絕再幫健保局背書！另，審查時因區域不同而有不公平的現象，健保局應將審核標準共識會議中的各種結論副知學會，學會將其公布在會訊中以供會員公評。

案由四：爭取增加二代健保婦產科給付之項目及點數，含基層診所腹腔鏡卵巢、子宮外孕手術、腫瘤指數（尤其是 CA-125）。

說 明：二代健保可改善健保財務，但對婦產科而言確是毫無幫助，之前有多位立委指出婦產科項目及單項給付均偏低且未有調整，有影響婦女健康照護品質之虞。但健保局只考量財務，未考量婦產科的風險及面臨持續萎縮的窘境，故提議。

辦 法：建議透過立委及相關團體、學會不斷投稿媒體，以突顯二代健保對婦產科不重視的缺失，及未將婦產科高風險考量進去。

提案人：郭鴻璋 代表

附署人：蘇守良、楊宗力 等代表

決 議：交由專案小組與健保醫政委員會討論。

案由五：對於第十八屆會員代表葉光芃、王三郎、丘林和、李奇龍、李建興、何延慶、吳俊杰、洪耀欽、柯誠立、高添富、翁順隆、郭保麟、許淳森、陳明哲、陳進典、陳朝賢、陳霖松、張兆榮、張榮州、曾啟瑞、馮堯海、蔡明松、魏福茂、龔福財等代表原提案關於更新本會名銜及標章 (Logo) 乙案，第 18 屆第 12 次理事會談話會決議再交由代表大會投票表決。

- 說明：1. 婦產科醫師本質即有家庭醫師的性質，其與病患之照護關係經常是由童幼、青少年、婚生一路照顧到停經後，尤其諸多前輩醫師更有三代照顧的經歷。對許多婦女而言，婦產科醫師更是其唯一定期諮詢的醫師，身為第一線健康守護者的婦產科醫師對台灣基層民眾的健康貢獻卓著。
2. 近年來，性別醫學開始引起各界廣泛的重視，許多疾病（如大腸直腸癌）其實男女有別（如荷爾蒙的影響），只有婦產科醫師能特別從女性觀點提出該疾病和男性不同的預防及篩檢模式等，以確保女性的健康。此外，隨著愈來愈多女醫師投入婦產科領域（讓女性就醫更自在，減少就醫門檻），可預見，婦產科醫師在未來台灣婦女健康的促進、疾病的預防及治療定能扮演更積極正面的角色！
3. 美國婦產科醫學會及其學會標章 (Logo) 早已更新（由左圖變更為右圖，增添“Women's Health Care Physicians”字樣），「台灣婦產科醫學會」的名銜及標章 (Logo)，可考慮更新，以彰顯台灣婦產科醫師服務實況並因應未來醫學的發展。



4. 第 18 屆第 12 次理事會談話會決議，學會標章 (Logo) 試以紅色及金色兩款列印彩色樣稿，每款各兩種字樣，一種為現行之會名版，另一種為增加「Women's Health Care Physicians」樣版，並於 10 月 10 日會員代表大會中投票表決。（現場核發樣稿）

提案人：第十八屆理事會

決議：請與會者就四個樣版中擇一圈選並繳回統計後，結果如下。

紅色純會名版（現行版）：1 票

紅色增字版：18 票

金色純會名版：1 票

金色增字版：17 票

故擇定紅色增字版為本會之新標章（Logo）。

拾、臨時動議

案由一：建請將學會章程第二十四條有關「推舉副理事長」部份，加註「其中至少一名副理事長為現任基層診所醫師」，以肯定基層診所會員對學會之貢獻，並維護基層診所會員之權益。

說明：1. 基層診所會員 1118 人，佔會員總數 2583 人的 43.28%，以常年會費每名會員 3500 元計，基層診所會員每年貢獻學會近 400 萬元，光就財務方面，對學會的貢獻卓著。
2. 散在台灣各地的婦產科基層診所共 1027 家，對台灣婦女健康的促進、疾病的預防及治療，基層診所會員始終默默扮演積極正面的角色！
3. 近年來，醫糾頻繁、健保給付偏低，台灣行醫環境日趨險峻，婦產科基層診所更首當其衝，生存日益艱困，是此惡劣環境下之最大受害者。
4. 如能確保至少一名副理事長為現任基層診所醫師，以傳達基層診所會員心聲並維護其權益，將更能彰顯學會對基層診所會員之尊重。

辦法：將醫學會章程第二十四條，修改為「理事長得就常務理事中，推舉一至三人為副理事長，其中至少一名副理事長為現任基層診所醫師，並經理事會通過後執行之」。

提案人：葉光芃 代表

附署人：李奇龍、李茂盛、吳孟興、林隆堯、龔福財代表

決議：通過。

案由二：建議提高自然生產定額費用中之技術費點值。

說明：健保局為降低剖腹產率，將自然生產之點值大幅提高至與剖腹產一樣，但因醫院之受僱醫師只能就其中之技術費抽取固定之百分率，實質上之受益並不大，絕大部分的費用都入了醫院之手，對降低剖腹產之意願提升，助益並不大。

辦法：建議學會行文健保局，以自然生產產程冗長又風險高，在不影響總點數的前提下，調整分配的比例，提高技術費之點值至 14000 點，鼓勵會員多從事自然生產。

提案人：鄧森文 代表

附署人：何延慶、謝保群、徐先榮 代表

決議：行文健保局爭取，將技術費點值提高至 14000 點。

拾壹、散會 下午 5:00

台灣婦產科醫學會第十九屆第一次理監事聯席會會議紀錄

時 間：民國 99 年 10 月 31 日（星期日）下午 2 時-4 時

地 點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主 持 人：第十九屆謝理事長 卿宏

出 席 者：第十八屆理 事 長 蔡鴻德

第十八屆常務理事 王三郎 高添富 許淳森 葉光芃 陳祈安 陳持平 郭保麟 曾志仁

洪耀欽 黃建榮

理 事 陳朝賢 李建興 曾啟瑞 丘林和 楊明智 柯誠立 張榮州 廖基元

吳俊杰 王功亮 張兆榮 余慕賢 楊宗力 李奇龍 陳霖松 李建南

蔡明松 陳明哲 魏福茂 陳進典 龔福財 何延慶 翁順隆 馮堯海

監 事 長 何博基

常務監事 陳榮輝 李耀泰

監 事 徐弘治 張紅淇 周天給 陳思原 張維君 洪滿榮 詹德富 黃閔照

第十九屆 理 事 吳輝明 蕭弘智 林正義 許淳森 張少萌 丘林和 楊明智 張榮州

鄭英傑 陳祈安 郭宗正 楊宗力 陳建銘 李奇龍 周天給 李建南

孫茂榮 黃啟明 林錦義 蔡英美 陳明哲 張維君 呂秉正 龔福財

蔡永杰 林禹宏 謝卿宏 應宗和 武國璋 王炯琅 張基昌

監 事 徐弘治 官大弘 鄧志文 林士新 顏明賢 何弘能 張紅淇 何志明

張炯心 黃建霈

列 席 者：副祕書長 孫三源 賴文福 陳信孚 林姿吟

請假人員：陳持平 吳俊杰 王功亮 張宗進 徐超群 李奇龍

紀錄人員：程美惠

壹、屆常務監事、監事長、常務理事、理事長

主 持 人：第十八屆蔡理事長鴻德

監 票 人：第十八屆何監事長博基

發 票 人：林雅嫩、白怡萱、林家翎

唱 票 人：林家翎、林雅嫩

記 票 人：林雅嫩、白怡萱

當選名單：

一、常務監事（發出 8 張，有效票 8 張）

1.何弘能（得票數：8） 2.徐弘治（得票數：6） 3.張紅淇（得票數：5）

二、監事長（發出 11 張，有效票 9 張、廢票 2 張）

1. 何弘能（得票數：8）

三、常務理事（發出 28 張，有效票 28 張）

1. 蕭弘智（得票數：25）
2. 許淳森（得票數：28）
3. 陳祈安（得票數：25）
4. 陳持平（得票數：22）
5. 郭宗正（得票數：25）
6. 陳建銘（得票數：21）
7. 周天給（得票數：18）
8. 蔡英美（得票數：24）
9. 張維君（得票數：22）
10. 謝卿宏（得票數：26）
11. 王炯琅（得票數：21）

四、理事長（發出 29 張，有效票 29 張）

- 謝卿宏（得票數：27）

貳、頒發第十八屆理監事、理事長、監事長、秘書長、熱心之副秘書長紀念品

參、第十八、十九屆交接

1. 移交學會官印
2. 移交學會清冊

肆、理事長報告

1. 感謝大家的支持，也承蒙很多前輩及歷任理事長的支持，得以榮膺此重任，我會努力！我在學會擔任秘書長很多年，對學會的會務也非常熟悉，大家給我這機會，我期待利用這三年能讓學會整體的業務向上提昇，包括健保及跟媒體的關係、政府單位的關係能有所突破，當然，這也是需要各位理監事的支持與幫忙，更希望監事長的支持，一起共同努力，才有可能使命必達。等會兒還要提名副理事長、各委員會的召集人及秘書長，這些都是共同奮鬥的伙伴，我們期待婦產科要好，一定要群策群力，大家要共同努力，然後把每一個人的 idea 和 input 貢獻到學會來。
2. 前幾日至中壢宏其婦幼醫院拜訪張紅淇常務監事，並與桃園的代表和會員見面，他們對很多問題有很棒的見解，譬如目前國健局在電視的跑馬燈，一直強調產婦產檢、生產要到母嬰親善認證合格的醫院做，實在不恰當。洪秉坤代表提出一個問題：婦女的乳汁也許有嚴重的汙染，如汞汙染、戴奧矽汙染，這是國健局力推母乳哺育時應該釐清的，對於這意見我們要更進一步的檢送相關標本去做分析，來看婦女乳汁是否真有那麼好、那麼安全？我們要來研究看看，我們期待對只強調母乳哺育的不合理母嬰親善政策與跋扈的評鑑制度，可以提出導正或糾正。此外，針對母嬰親善評鑑過程不合理處，秘書處已請會員代表及受評鑑醫院做問卷調查，其結果我們會請秘書處彙整。
3. 10月30日晚上，我還有前理事長蔡鴻德教授、前監事長何博基醫師、及黃閔照醫師共同與女權團體見面，大家談二代健保後婦產科的可能窘境，他們都很支持，我們期待在二代健保方面能有所突破。我們一定要儘快來進行，當然需要各委員會的召集人、委員及所有的理監事、會員代表的共同支持，如大家有熟識的立委及衛生署、健保局的官員，請在簽到處填上資料，畢竟常常去做打交道的事都是由學會三長出面，我發現這是不夠的，在以前也常常拜託很多我們的醫師，尤其是呂秉正醫師，之前顏清標立委在立法院質詢剖腹產率

的問題與周產期前瞻性制度的問題，都是請呂秉正醫師幫忙與顏委員協調，我們如果知道那位會員同仁與理監事跟立法委員及相關官員有認識的話，我們都會尋著管道去運作，期望把發生及未發生的傷害降到最低，期待大家為第十九屆來努力，如果有成就，也是各位理監事、會員代表與會員的光榮。

監事長報告

1. 在第十九屆會盡到監督之責任，希望大家共同合作，讓婦產科運作更順利。

伍、提名第十八屆理事長為本學會院士

通過，第十八屆蔡理事長鴻德為本學會院士。

陸、提名第十九屆副理事長暨秘書長

通過，第十九屆副理事長：1. 郭宗正常務理事（負責健保政策委員會）
2. 蔡英美常務理事（負責醫院評鑑與人力規畫委員會）
3. 蕭弘智常務理事（負責婦產科基層總額健保政策）

通過，第十九屆秘書長黃閔照醫師

柒、討論事項

提案一：編列 100 年度收支預算表

說明：見附件一

提案人：財政委員會

決議：通過。

提案二：討論婦產科增加健保總額事宜

說明：見附件二

提案人：郭宗正 副理事長

決議：1. 建議婦產科增加健保總額點數如附件。
2. 總額增加約為 30 億左右。

捌、臨時動議：

一、提名第十八屆監事長為學會名譽理事

通過，第十八屆何監事長博基為學會名譽理事

二、屆高常務理事添富為學會顧問

通過，第十八屆高常務理事添富為學會顧問

三、經理為本學會健保顧問

通過，並請理事長力邀林金龍經理為為本學會健保顧問（註：林顧問以同意）

台灣婦產科醫學會第 19 屆第 1 次院士會議紀錄

時 間：民國 99 年 11 月 06 日（星期六）晚上六時

地 點：彭園餐廳（台北市林森北路 380 號）

主 持 人：謝理事長 卿宏

出 席 者：院 士 李鎡堯 黃思誠 蔡明賢 蘇聰賢 楊友仕

理事長 謝卿宏

祕書長 黃閔照

列 席 者：何博基 郭宗正 蔡英美 周天給 林金龍

請假人員：李茂盛 蔡鴻德 何弘能

記 錄：林家翎

壹、報告事項

貳、討論提案：

提案一：討論增加婦產科健保總額事宜。

說 明：詳如附見

提案人：健保政策委員會召集人郭宗正

- 建 議：1. 不以生產數下降做為主軸，改以婦產科住院醫師招收不足為主要原因較適當。健保局比較不會接受因服務量減少即要求增加費用，其它科別也有相同情形，量縮不是健保局的責任，因此若以生產數下降而要求調高費用，很容易被健保局駁回。
2. 爭取健保總額增加，其首要應以醫事費優先即診察費，次要為手術及檢查項目。除目前提出診察費、生產費、超音波、骨盆檢查及陰道灌洗等費用外，應再多增加其他項目，以量(多列增加給付金額的項目)取勝，但先不試算所需費用（成本會計），待健保局同意的項目後再行試算。
3. 統計無婦產科醫師之鄉鎮有多少，除了女權會之外，另外可再找幾個團體，例如民間監督健保聯盟…等，以偏遠地區及弱勢族群的婦產科醫療照顧缺乏為議題。

提案二：醫院評鑑未來方針

說 明：人力規劃小組已併入醫院評鑑委員會，未來訓練醫院與訓練容額將做整合，請各位院士給予建議。

提案人：醫院評鑑委員會召集人蔡英美

- 建 議：1. 訓練醫院代訓住院醫師應有名額限制及相關規範。
2. 評鑑委員安排要有資深的醫師帶領評鑑，也要有資淺的醫師陪同，務求公平、公

正且要避免利益互惠。

3. 評鑑制度未來可考慮以加上醫院輔導及受評醫院回饋意見。

提案三：醫療政策委員會未來方針

說明：1. 合理提昇婦產科醫療給付的迫切性。

2. 以 RBRVS 重新制定合理的健保支付標準。

3. 如何減少醫療訴訟及如何協助婦產科醫師解決醫療訴訟

提案人：醫療政策委員會召集人周天給

建議：請與健保政策委員會及醫療糾紛委員會協同幫忙。

提案四：討論與中國交流政策。

說明：近來婦產科各次專科學會及其它學術單位與中國交流頻頻，惟本會仍不與中國交流，未來本會與中國交流政策請各院士提供建議。

提案人：秘書處

建議：1. 在中國對台灣政策不變之下，本會仍維持不主動與中國接觸，不參與學術交流為原則。

2. 不反對各次專科與中國進行純學術交流，但不應要求我方改名。

3. 邀請各次專科理事長餐敘聯誼以達共識。

參、臨時動議

肆、散會

臺灣醫學會 函

受文者：各醫學中心、醫師公會、醫學會之工學倫理相關委員會

發文日期：中華民國 99 年 10 月 26 日

發文字號：(99) 台醫泮字第 680 號

附件：如文

主旨：本會定於 99 年 11 月 26 日(五)下午，假台大醫院兒童醫療大樓 B1 視聽教室舉辦〈台灣臨床倫理網絡〉第二十次「臨床倫理工作坊」，邀請相關領域專家學者講演引言，並進行實務分享，敬請張貼公告，並轉知貴院及貴會醫學倫理委員會委員暨相關人員踴躍參加。

說明：隨函檢附本次臨床倫理工作坊議程乙份。敬請參考。

台灣臨床倫理網絡 第二十次臨床倫理工作坊

加護病房倫理議題

Ethical Issues in Intensive Care Units

主辦單位：台灣醫學會、台大醫院、衛生署醫學倫理委員會

協辦單位：台灣大學生醫暨科技倫理法律社會中心

贊助單位：行政院衛生署

參加對象：醫院、醫師公會、醫學會之醫學倫理相關委員會委員、醫學院及教學醫院醫學倫理教師，對臨床倫理有興趣之醫護人員、醫療人文社會法律學者。

時間：2010年11月26日（星期五）下午1:30至5:30

地點：台大醫院兒童醫療大樓 B1 視聽講堂（台北市中山南路8號）

工作坊議程

時間	主題與引言人
13:30~13:40	<ul style="list-style-type: none"> 貴賓及長官致詞 工作坊主持人引言 蔡甫昌副教授 台大醫學院社會醫學科主任
13:40~15:00	<ul style="list-style-type: none"> 專家引言 預立不施予急救（DNR）方震中醫師 台大醫院急診醫學部副主任（20 min） 不施予急救同意書之簽署 呂立醫師 台大醫院小兒部小兒胸腔加護科主任（20 min） 回應人 石崇良處長 衛生署醫事處處長 陳聰富教授 台灣大學法律學院副院長 曹宗鼎法官 台中地方法院法官 專題討論
5:00~15:20	Coffee Break
15:20~16:40	<ul style="list-style-type: none"> 專家引言 呼吸器撤除之醫療倫理困境 古世基醫師 台大醫院內科部胸腔科主治醫師（20 min） 緩和鎮靜治療 邱泰源醫師 台大醫院家庭醫學部主任 台灣安寧緩和醫學學會理事長（20 min） 回應人 石崇良處長 衛生署醫事處處長 陳聰富教授 台灣大學法律學院副院長 曹宗鼎法官 台中地方法院法官 專題討論
16:40~17:20	<ul style="list-style-type: none"> 專題演講 醫師應有的死亡教育 柯文哲醫師 台大醫院外科加護病房主任（20 min） 如何與家屬/醫師談不施予或撤除急救 黃勝堅醫師 台大醫院神經外科加護病房主任（20 min）
17:20~17:30	<p>綜合討論與總結</p> <ul style="list-style-type: none"> 蔡甫昌醫師 台大醫學院社會醫學科主任

注意事項

* 本工作坊申請衛生署醫學倫理繼續教育與公務人員學習時數四小時。僅接受網路報名（電話與傳真不受理）有興趣參加者請於11月8日早上10點起至台灣臨床倫理網路網站 <http://www.toon.orw.tw> 報名，額滿為止。「公務人員終身學習網站 <http://lifelonglearn.cpa.gov.tw>」僅供本工作坊訊息公告及會後查詢個人護照時數之用，不提供報名。請報名成功之與會者在11月22日下午5點以後上台灣臨床倫理網路網站查個人報名成功與否，以節省現場報到程序與時間，並同時確認個人報名資訊。將同步舉辦遠距連線，遠距會議的報名資訊與時間地點，請隨時到上述網站查詢，主辦單位會將遠距相關訊息公告於網站。其他問題請洽詢：李清慧小姐，電子郵件信箱：tcen2007@ntu.edu.tw，聯絡電話 TEL:(02)23560029#26。

第 19 屆副理事長簡歷與對學會未來抱負

蕭弘智 醫師



現任：蕭弘智婦產科診所

經歷：彰化基督教醫院婦產科主任

抱負：傾全力發展尖端科技的醫療體系，結果全體國民的健康指標，反而遠不如維持健全的基層醫療的平衡體系，促使美國醫界認真的反省，並且著手修正。這是台灣思考醫療體制及發展方向應有的認識。

在全民健保的風光表象之下，我們看到的不是當初承諾的醫療普及、各個層級平衡發展，而是基層的萎縮，更切身的是婦產科之急速萎縮，婦幼健康面臨危機。這不是基層婦產科醫師的家務事，而是每個具有社會責任的醫師都關切的問題，更是婦產科醫學會不可規避的責任。

身為基層醫師，我希望能彙整各界的意見，促成更充分的溝通，和學會一起努力朝向更健全的體制發展。

郭宗正 醫師



經歷：教育部部定教授

高雄醫學大學婦產科兼任教授

中華民國醫師公會全國聯合會常務理事

台灣醫院協會常務理事

台灣婦產科醫學會第 13、15 屆常務理事

台灣婦產科醫學會第 17 屆監事長

抱負：期盼在第 19 屆任期內，能為婦產界爭取更高的健保點值，讓婦產科醫師可以得到合理的給付，也希望藉此提升醫學生選擇婦產科就業的意願，解決醫師人力不足的問題。另外，更積極促進醫院與診所之間的學術交流與醫療合作，以維持良好的互動關係。

蔡英美 醫師



經歷：(1)更年期醫學會理事長

(2)台灣婦產科醫學會理事

(3)不孕症暨生殖器醫學會理事

抱負：承蒙諸位會員不棄及理事長推薦，出任台灣婦產科醫學會第十九屆副理事長一職，倍感榮幸。對未來，主要著力於婦產專科訓練醫院評鑑及住院醫師人力規劃等事項之推展。

在訓練醫院評鑑方面，我們秉持的理念是評鑑為一種公開、公正的過程，且藉此過程，讓各訓練醫院更將進步，被訓練者可以由此得到充份的教育與培養。我們醫學會過去即有一套很完整的訓練計劃與評鑑機制，在此基礎下，未來我們的微調將往

(1)評鑑項目盡量量化，讓受評單位有所依循。

(2)評鑑委員要有一定的共識，避免利益互惠。

(3)接受評鑑機構的回饋意見。

(4)加強輔導機制。

人力規劃方面，婦產科的人力招募仍然困難，另一方面卻又受限於訓練總額，在這兩難的情境，我希望透過委員會的運作，羣策羣力，在可招收的名額下，作最充份的發揮及最適當的分配。

第 19 屆秘書長、副秘書長簡歷與對學會未來抱負

黃閔照 醫師



經歷：馬偕醫院主治醫師
馬偕婦產科主治醫師
學會副秘書長、學會監事

抱負：①改善婦產科執業環境，提昇健保給付；②推動醫療除罪化及生育補償制度。

王漢州 醫師

現任：宏其婦幼醫院主治醫師

經歷：署立台北醫院城區分院婦產科主任

壙新醫院婦產科主任

台灣婦產科醫學會理事

孫三源 醫師



學歷：中山醫學大學醫學系畢

經歷：孫三源婦產科診所

台北市立和平醫院婦產科住院醫師、總醫師、主治醫師

台北博仁綜合醫院婦產科主治醫師

婦產科醫學會會員代表 16 屆理事、17 屆事、18 屆副秘書長

台北縣醫師公會常務理事監事

抱負：做為學會與會員之間溝通橋樑管道；爭取健保局提高醫療給付。

賴文福 醫師



經歷：署立台中醫院婦產科醫師

日本北里大學、台大婦產部研究

賴婦產科診所開業 21 年

16~19 屆副秘書長

18 屆人力規劃、性病防治、康樂福利委員會委員

抱負：開業醫必須在教學醫院接受完整訓練，取得專科醫師資格，有穩健的臨床經驗，加上醫病關係應對圓融，才能出來謀生，在各地開枝散葉，服

務鄉里百姓，只是受到健保制度、醫療糾紛、勞雇關係及經營之軟硬體成本增加，基層一直在萎縮。十九屆理事會要新設一個基層聯誼委員會，如此有一個良好的對話窗口來傾聽基層的心聲。希望全國各地賢達來加入這個委員會，能匯集民情掌握社會脈動，下情上達，讓學會各委員會來瞭解問題，進而解決問題，基層會感受到學會的用心和溫暖，營造平安喜悅的開業環境。

陳信孚 醫師



經歷：臺大醫學院臨床基因醫學研究所 副教授
臺大醫院婦產部 主治醫師
臺灣生殖醫學會 理事長
臺灣幹細胞醫學會 理事
臺灣婦產科醫學會 副秘書長

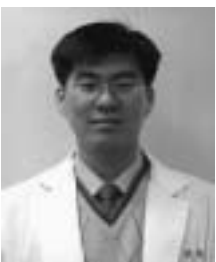
抱負：增進會員權益，提高健保醫療給付，創造自費醫療項目，提升學會之學術水準。

沈潔怡 醫師



現任：台北市立聯合醫院婦幼院區婦產科主治醫師
經歷：台灣婦產科醫學會副秘書長
台北馬偕醫院婦產科內視鏡進修
臺北市立婦幼綜合醫院婦產科主治醫師

仇思源 醫師



現任：台北市立萬芳醫院婦產部產科主任、台北醫學大學臨床講師
經歷：台灣婦產科醫學會副秘書長、
台北醫學大學附設醫院婦產科住院醫師、
萬芳醫院婦產部住院醫師

林姿吟 醫師



經歷：台北市立聯合醫院婦幼院區婦產科主治醫師
台灣尿失禁暨骨盆醫學監事
台灣婦產科醫學會副秘書長

抱負：1.為會員服務 反映並解決會員問題
2.保障會員權益與提升會員福利
3.促進國際交流並增加台灣婦產科醫學會於國際之知名度

學會繼續教育邁入「雲端」新紀元—— 贊助舉辦醫事法律小單位式多點虛擬會議

秘書處

近年來，「雲端」(on cloud)是資訊產業積極採用的新觀念，學會繼續教育的e-learning部分，也積極跟進。11月3日早上8點到9點morning meeting時間，學會贊助「杏法論壇」試辦「婦產科遠距臨床法律討論會」，全省各地有約20處參加。

過去，只有在大型醫院才有足夠的人力、物力舉行遠距教學，但此次改採個人或小單位就可舉行的作法，使大家的日常活動不受影響，醫院診所的作業不用作任何改變，醫師仍可在院所、家裡stand by應付任何狀況，堪稱極為方便之作法。任何人只要會收發e-mail、會打電話就會使用，此系統由於是採「雲端運算」方式，因此任何地方，只要有電腦瀏覽器跟電話，就可使用，不必下載任何軟體，因此也不必技術人員「隨侍」在旁，非常方便。為使大家時間上方便，因此這次虛擬會議在morning meeting時間舉行，當天司儀在家中播報程序，謝卿宏理事長在學會辦公室引言，高添富醫師在自己診所主講，吳建樑醫師在家中播放slide，技術支援的蕭乃彰醫師在醫院中監看系統，全省各地約有20處參加，包括高屏地區與東部，有在科室討論室的、有在診所的、有在家裡的，甚至有的遲到怕來不及，就先在車上打大哥大進會議室收聽，附圖為網路簡報之例。此次講述內容為：

討論主題	案例
1.1、護理記錄在訴訟上之重要性親死亡	羊水栓塞母親死亡
1.2、Vacuum 使用之必要性產新生兒腦性麻痺	真空吸引助產新生兒腦性麻痺
1.3、「配偶同意權」之法律效果無丈夫同意	人工流產無丈夫同意
1.4、和解對判決的影響併發症死亡	腹腔鏡檢查併發症死亡
1.5、術後追蹤的重要性亡	子宮頸癌死亡

都是婦產科醫師執業可能碰到的案例，尤其主講人高添富醫師與編輯吳建樑醫師，均有深厚的法學素養與醫療知識，因此這次的會議，絕非一般醫院的法律講座所能比擬，會後滿意度調查，回收的問卷中，回答「非常滿意」的高達83%，因此學會將繼續支持這樣的計畫。

此次計畫，除了加強大家的醫事法律教育外，也能落實「節能減碳」政策，為地球環保盡一份心力，唯一美中不足的是沒有法規類學分，否則應有更多人參加，今後學會會爭取衛生署授與學分，大家morning meeting就可拿學分，將不是夢。

附圖：婦產科遠距臨床法律討論會網路簡報實例



健保議題專欄—

給各位先進前輩醫師的一封信

理事 呂秉正

承蒙理事長抬愛，交代晚輩來負責基層診所健保申報這一塊，因為單科總額的實施是不可避免的，故婦產科的總收入關係到以後的大餅，若申報量太少以後就很難再挽回了。

李茂盛教授在十年前就看出來這一點，他說如果沒有好的對策來增加申報量，以後婦產科將會很吃虧，所以李教授召集了中區婦產科醫師成立了一個每個月一次聚會的中區聯誼會，在會中李教授匯集了各方醫師的意見，針對健保如何申報；一方面請有經驗的醫師教不熟悉或新開業診所，哪些可以申報，哪些不要申報；另一方面在不違反健保法規及總額制度下增加各診所的收入，據統計已經從十年前的平均收入 35 萬 6 千元增加到目前的 46 萬 6 千元。

因為中區健保局是首先實施類似「單科總額」制度，以後各區應會陸續實施，所以各區婦產科診所應提早因應，像婦產科最多的處置：超音波、骨盆檢查、陰道沖洗…等，應取得共識使各診所可以安心的申報，以提高整個婦產科總額。

最後，還是再感謝學會的努力及李茂盛教授對各婦產科診所的照顧，各婦產科若能夠團結一致相信婦產科還是有希望的。

會員聯誼三天二夜 -- 高雄墾丁之旅 --

旅遊日期 民國 100 年 1 月 21~23 日 (星期五、六、日)

行程概要

第一天(五)

搭乘高鐵前往高雄→搭乘遊覽車至墾丁沿路欣賞風光→海鮮餐廳享用午餐→屏東海生館(台灣水域館→海底隧道鯨鯊餵食解說等)關山賞夕陽→晚餐飯店池畔戶外庭園 BBQ 宿 凱撒飯店

第二天(六)

飯店享用美味早餐→前往南仁湖生態保護區(由於位置偏僻交通不便罕見人跡,除南山路之窪地為管理處管有之南仁湖外,其餘地區均屬國有林班地,小部份地區已遭濫墾或改植人造林外,多為濃密原始林所覆蓋,其間孕育著上千種植物與各類野生動物,每年十月則有大批灰面鵟在此過境,景觀壯麗完整之動物相及珍貴之植群,除富於學術研究價值外,並可以提供環境教育及景觀欣賞使用,是墾丁國家公園之精華所在。由南仁山管理站為起點,至南仁湖畔,單趟路程約為 4.3 公里,來回共約 8.6 公里,光是路程就得花費 2.5 小時到 3 小時左右,事先可得好好鍛煉體力,免得乘興而來,敗興而歸哦。)→沙灘雞尾酒,散坐沙灘觀賞落日→享受飯店美味晚宴自由活動(出火-爆米花) 宿 凱撒飯店

第三天(日)

飯店享用美味早餐→飯店自由活動或墾丁國家公園(墾丁國家公園成立於 1984 年 1 月,是我國第一座成立的國家公園,三面臨海,為我國少數同時涵蓋陸域與海域的國家公園之一,海域面積 15206.09 公頃、陸域面積 18083.50 公頃,合計共 33,289.59 公頃。由於百萬年來地殼運動不斷的作用,陸地與海洋彼此交蝕影響,造就了本區高位珊瑚礁、海蝕地形、崩崖地形等奇特的地理景觀。特殊的海陸位置加上熱帶氣候的催化,此孕育出豐富多變的生態樣貌,海岸林帶的植物群落尤其特殊罕見,每年還有大批候鳥自北方飛來過冬,數量之多蔚為奇觀;海底的珊瑚景觀更是繽紛絢麗,為墾丁國家公園妝點出卓絕風貌。)→退房→享用美味海鮮午餐→鵝鑾鼻燈塔→高鐵站→車內享用便當→返抵可愛的家。

報名方式

99 年 12 月 10 日以前傳真報名表至旅行社,並劃撥旅費至學會(以收到郵局劃撥單為準)。逾期恕難辦理。帳號:00037773 戶名:台灣婦產科醫學會蔡鴻德

集合地點

台北:6:30AM(高鐵站)高鐵票現場發予

新竹-台南:高鐵票會事先寄請發自行上車

高雄:7:50AM(高鐵站 2 號出口遊覽車處)

★以上集合及時間為暫定,將會再寄發旅遊手冊,以手冊內容為主。

★本行程預計晚上 8:00 抵達可愛的家

◎費用:以 1 人計算

優待價:會員及其直系眷屬(含配偶)之價格。

老幼優待價:會員及其直系眷屬乘高鐵時,老幼優惠價格。

全價:非會員之直系親屬、親友者價格。

老幼全價:非會員之直系親屬、親友乘高鐵時,老幼之價格。

老人、小孩高鐵票有優待(註:65 歲以上含 65 歲,12 歲以下)。

小孩 3 歲(含 3 歲)以上要收費

主辦:台灣婦產科醫學會 電話:02-25684819

協辦:銀河系旅行社 電話:02-25040950 傳真:02-25168207 (to-高桑惠子)

價格表 (以下價格以一人計算)

劃撥帳號：00037773

戶名：台灣婦產科醫學會 蔡鴻德

出發地 房型價錢		台北	板橋	桃園	新竹	台中	嘉義	台南	高雄
2 人 房	全價	13633	13573	13343	13113	12373	11683	11203	10953
	優待	8180	8144	8006	7868	7424	7010	6722	6572
	優老 待幼	7376	7340	7289	7220	6998	6791	6647	6572
	全老 價幼	12293	12233	12148	12033	11663	11318	11078	10953
3 人 房	全價	12203	12143	11913	11683	10943	10253	9773	9523
	優待	7322	7286	7148	7010	6566	6152	5864	5714
	優老 待幼	6518	6500	6436	6362	6140	5933	5789	5714
	全老 價幼	10863	10833	10718	10603	10233	9888	9640	9523
4 人 房	全價	11488	11428	11198	10968	10228	9538	9058	8808
	優待	6893	6857	6719	6581	6137	5723	5435	5285
	優老 待幼	6089	6071	6002	5933	5711	5504	5360	5285
	全老 價幼	10148	10118	10003	9888	9518	9173	8933	8808

報名表 (在報名表上請註明房型)

會員編號								
會員姓名			身分證 字號			出生 年 月 日		
家屬姓名								
房型	高鐵站		行動電話					
地址								

第十九屆會員代表、理監事參加委員會報名單

各位會員代表、理監事，如您有意參加委員會工作，敬請於 11 月 30 日前填好本單後回傳學會，學會會參考您的意願做適度的安排，謝謝！

學會傳真：02-21001476

一、通訊錄（請詳細填寫，以供學會開會或有其他重要事情聯絡您之用）：

姓名：_____ 會員編號：_____

聯絡電話：（Office）_____（Home）_____
（手機）_____

傳真：_____

E-mail: _____

聯絡地址：_____

二、請勾選所欲參加之委員會（每人以二項為限，並以數字標明志願順序）：

- 醫院評鑑暨人力規畫委員會
- 健保政策委員會
- 醫療法制暨醫療糾紛委員會（需負責法院醫療鑑定事務）
- 醫療政策暨資訊委員會
- 產科品質提升委員會
- 子宮頸癌防治委員會
- 會訊編輯委員會（中文月刊）
- 繼續教育委員會
- 財政委員會
- 婦女健康照護提昇委員會
- 康樂福利委員會
- 醫療發展委員會
- 公關委員會
- 基層聯誼委員會
- 婦幼及人口政策委員會
- 五十年工作小組
- 學會文物保存小組
- 母嬰親善輔導小組
- 性病防治小組
- 乳房超音波小組

■ 通訊繼續教育

與外陰癌相似之良性病灶



李耀泰¹ 陳福民² 李文琮³ 郭宗正¹

台南郭綜合醫院¹ 婦產科³ 藥劑科

台北中山醫院 婦產科²

外陰部的疾病常屬皮膚專科的病，年青婦產科醫師多不熟習，其中，許多良性病灶之症狀和外觀，與惡性病灶甚為相似，同樣，許多惡性病灶外觀也很平常，光憑肉眼，無法區別良惡，因此，外陰部病灶必須學皮膚科醫師，切片作病理檢查，茲分述如下：

一、尖形濕疣：

尖形濕疣 (condyloma accuminatum) 是長在下生殖道菜花狀病灶，主要由人類乳突病毒 (human papillomavirus) 所感染，其中 HPV-6 型和 HPV-11 型佔了 90%，其它為 HPV-40、42、43、44、54 和 61 型等。潛伏期由數週至 8 個月 (常在 6-8 週)。尖形濕疣主要由性行為傳染，盛行率約在有性接觸者約為 1%。

女性尖形濕疣多長在外陰部，但亦會長在陰道、子宮頸和肛門附近。外觀多為突出 (exophytic)、似菜花 (cauliflower-like) 的病灶，柔軟、灰白色、肉狀、多血管；另外亦有與皮膚疣相似的角質化 (keratotic) 疣，光滑丘疹型 (papular) 疣，以及長在子宮頸的扁平 (flat) 疣。後者只有經過陰道鏡才能診斷。

生殖器之尖形濕疣多數沒有症狀，偶有搔癢、燒灼感、陰道分泌物增加，及接觸後出血等症狀。在懷孕和免疫力受壓抑的患者，尖形濕疣長得很快和很多，有時會充滿整個外陰和陰道，此時需考慮是否有疣狀癌 (verrucous carcinoma)，二者在肉眼上無法區別。

疣狀癌是鱗狀上皮癌的一種，最多發生部位在口腔，但亦可能發生在咽喉、皮膚、膀

胱和肛門生殖區。它是一種分化良好、生長很慢、大小不等的菜花狀腫瘤，外觀就像嚴重的尖形濕疣。疣狀癌向周邊擴散採表面推進（pushing）的方式，而非向基質浸潤（infiltration）的方式，因此較少有淋巴結或遠處的轉移。腫瘤中含 HPV 的比率在 41-85 % 間，視不同檢查方法而異。Yorganci 等⁽¹⁾報告一陰道疣狀癌，HPV 6、11、18 三型皆為陽性。治療方法包括手術切除、皮下注射 α -interferon 等，預後良好。放射線治療較具爭議，因 7-30 % 患者在放射治療後出現分化不良變化（anaplastic transformation）。

二、潰瘍：

外陰部的潰瘍，特別是實心狀（solitary）潰瘍，都必須與外陰癌（包括鱗狀細胞癌和基底細胞癌）作鑑別。突然出現之外陰潰瘍，可能因細菌、病毒或黴菌感染引起，可考慮應用微生物培養或血清檢查來診斷，暫不需要做切片檢查。但對於慢性的潰瘍，則必須做切片檢查。切片最好選病灶邊緣，包括正常皮膚和潰瘍底部，做一楔狀切片，而非選潰瘍的中央處。下列疾病皆為實心性潰瘍：

- (1)梅毒：由梅毒螺旋體（*Treponema pallidum*）所感染之性病，感染後 10-90 天出現第一期梅毒稱硬性下疳（chancre），女性多發生於外陰、前庭、陰道、和子宮頸，為一無痛圓形釘子似的潰瘍病灶，中央較淺、邊緣清楚且增厚，很少出血及化膿，因此看起來很乾淨⁽²⁾。典型的硬性下疳通常只有一個，免役功能不全者則有多個。硬性下疳在潰瘍出現時前後一星期，在兩側鼠蹊部一定會摸到腫大的淋巴結，如果沒有則應考慮是其它病因。此時血清梅毒檢查（Venereal Disease Research Laboratory test, VDRL）常呈陰性，硬性下疳即使不治療，3-6 週後亦會自然痊癒。治療為肌肉注射 benzathine penicillin 240 萬單位一次。
- (2)軟性下疳：軟性下疳（chancroid）亦屬性病，為 *Haemophilus ducreyi* 感染造成之痛性潰瘍，潛伏期為 3-7 天。多發性，常為互相連接成一大片的不規則潰瘍，底部為肉芽性組織，看起來很髒，可查到 *Haemophilus ducreyi*。約 50 % 患者有同側鼠蹊部淋巴結腫大，嚴重者淋巴結會破爛，治療以 co-trimoxazole 960 mg，每天 2 次，或 erythromycin，每天 4 次，共 7-10 天⁽²⁾。
- (3)壞疽膿皮病：壞疽膿皮病（pyoderma gangrenosum），為深層、無痛、邊緣暗紫、小而硬的壞死性潰瘍，常為多發性，非因感染引起，屬血管性潰瘍。病理切片為非特異性發炎，幫助不大。常發生在風濕關節炎、發炎性腸疾病（ulcerative colitis）、多發性骨髓瘤（multiple myeloma）、及其它淋巴球滲潤（lymphoproliferative）等自體免疫性疾病。當全身性疾病痊癒時，壞疽膿皮病亦會自然消失。局部類固醇，有助痊癒⁽²⁾。
- (4)尿道肉阜（urethral caruncle）：為女性尿道之肉芽組織，長在尿道外口，在雌激素減少

時，因陰道開口（introitus）之皮膚萎縮，使尿道開口端的黏膜外翻和突出，並非感染亦非腫瘤。病灶直徑多為數mm寬，但亦有> 1 cm者，色紅如瘰肉，擦破會出血，需與尿道外口之鱗狀上皮癌區別。

三、色素沉著過多：

外陰部的黑色素瘤（melanoma），是一種十分惡性的腫瘤，容易發生轉移且死亡率高。因此，當外陰部出現色素沉著過多（hyperpigmentation）的狀況時，要小心鑑別診斷。包括：

- (1) 皮脂漏角化病（seborrheic keratosis）：是因良性角質細胞（keratinocytes）浸潤皮膚所致，因含有黑色素細胞（melanocytes），所以病灶常呈棕黑色，多發生在年長婦女。多數為數毫米寬突出的丘疹（papule），嚴重時充滿整個外陰部，有時會呈圈狀，有如貼上去的一圈棕黑色丘疹，很易與黑色瘤混淆。如突然出現多個皮脂漏角化病灶（稱 Leser-Trelat 徵兆），可能身體內部有惡性病灶（多屬腺癌），應詳細作身體檢查⁽²⁾。
- (2) 黑痣：為黑色素沉著過多之斑點（macules），可為單一個（lentigo）或多個（lentiginine），面積多< 5 mm 寬，表面沒有突出皮膚外，見於 3.5-7 % 的外陰皮膚和黏膜。組織切片檢查見皮膚基底層有過多色素、黑痣性表皮增殖、和不同程度黑色素細胞增生。
- (3) 外陰黑變病（melanosis）：乃色素代謝失常所致，病灶可以很小，亦可很大，為扁平黑色素的斑點，邊緣可以不規則，很像黑色瘤。病理學上色素只見於黏膜層，有真皮層的黑色素吞噬細胞（melanophages），但無不典型的黑色素細胞。
- (4) 表皮囊腫（epidermoid cyst）：又稱表皮包含體囊腫（epithelial inclusion cyst），乃一良性囊腫，可長在外陰部，外觀為黑色細小之囊腫，內有壞死脫落之鱗狀上皮性角質細胞，有些直接與皮膚連接，有些則否。

四、汗腺瘤（Hidradenoma）：

外陰部之汗腺瘤，外表為複雜乳突樣腺狀（intricated papillary adenomatous）病灶，臨床上與外陰癌很相似。

臨床上汗腺瘤很小，直徑多不超過 1 cm。觸診或硬或軟。主要長在大陰唇或會陰部，相信其來源為大汗腺（apocrine 分泌有頂漿細胞與汗液），故少見於小陰唇。偶然因汗腺管之撕除，腫瘤外皮會出現紅棕色軟的物質。在顯微鏡下，可見表淺乳突腺狀病灶，會許多密集腺狀結構，由排列分明單層立方型的細胞構成，表層下為多層的扁平肌上皮（myoepithelial）細胞，有時會有澄清細胞，屬變異肌上皮細胞，一般為良性⁽³⁾。惡變為汗腺癌

(hidradenocarcinoma) 者極少，因惡性者多為轉移性，應尋找原發之病灶。

汗腺瘤常沒有症狀，多在骨盤腔檢查時意外發現。治療為局部切除，切除不完全會復發。

五、花柳性淋巴肉芽腫：

花柳性淋巴肉芽腫 (lymphogranuloma venereum) 乃因被衣菌 (chlamydia trachomatis) 感染，在出現外陰部的大片黑棕色、多發性、丘疹狀、皮膚病灶，潛伏期約 10 天，有時在陰道亦會有無痛病灶，因消失快常未被注意。發病 (感染) 後 3-4 星期，鼠蹊部淋巴會因發炎而腫脹，甚至內含血腫。外觀上似 Paget's 疾病，陰唇 Paget's 疾病的外觀易誤診為濕疹、慢性發炎、水腫、紅斑或有 exudate 在上^(4,5)。治療以口服 oxytetracycline 250 mg, 1 天 4 次，或 erythromycin 500 mg, 1 天 4 次，共 2-3 星期。如有血腫。可考慮以外科手術來引流。花柳性之淋巴肉芽腫中偶會有鱗狀癌 (carcinomatous) 病變⁽²⁾。

六、血管瘤：

血管瘤 (hemangioma) 又稱為櫻桃狀血管瘤 (cherry angioma)，乃外陰部常見的棕黑色、實心性、丘疹狀病灶，體積徑約 2-3 mm，常為多發性，摩擦後容易出血，最多發生在 50-60 歲婦女，病灶在加壓下變蒼白，表示係由血管組成。偶然，病灶表面會因角質化呈白色或灰白色，此時稱血管角質瘤 (angiokeratoma) 或細靜脈曲張 (varicosities)，懷孕時，因靜脈血液溜滯，病灶更為明顯。對突然出現的色素病灶，必須做切片鑑別良惡。血管瘤沒有出血，不需特別治療，常會自然消失，出血時則應考慮手術切除⁽³⁾。

七、脂肪瘤：

脂肪瘤 (lipoma) 是最多的一種良性腫瘤，全身性皮膚皆可生長，故亦可見於外陰道，由正常脂肪細胞長出，可為一個或多個，排列成房狀 (lobule)，由纖維中隔間隔，外層則為緻密的莢膜，大小不定，軟而不痛，因在在筋膜層外，觸摸時可移動。手術時若未將所有小房拿乾淨，就會復發。長在外陰的大脂肪瘤，則應與脂肉瘤 (liposarcoma) 區別。

2001 年，張等⁽⁶⁾報告一 23 歲，右側外陰有一無痛之腫塊，開始時診斷為鼠蹊之疝氣，3 年來漸漸變大。外科醫師做切片檢查取出一 5 x 5 x 7 cm 軟組織，病理報告為沾黏樣 (myxoid) 類型的惡性脂肉瘤，患者接受了右側外陰切除和右側鼠蹊淋巴結摘除，冰凍切片有一表淺淋巴結轉移，但包括深層淋巴結共 14 顆皆陰性，腫瘤邊緣沒有被侵犯，術後 9 個月良好。脂肉瘤分 5 型：分化良好、沾黏樣、圓細胞、分化不良和多形性 (pleomorphic)。

其中分化良好和沾黏樣二型為低惡性腫瘤，但仍會轉移和死亡。易發生轉移危險因子有高齡（> 45 歲），腫瘤大（> 10 cm），圓細胞比率多（> 25 %）和腫瘤有壞死組織。

八、巴氏腺囊腫：

巴氏腺囊腫有時要與巴氏腺癌區別，後者發生多在 65 歲，所以在停經後婦女如有巴氏腺腫大，都必需考慮惡性腫瘤的可能性。偶有發生在青春少女之報告。腫瘤因位置關係，有時到體積很大才有症狀。主為無痛性外陰腫瘤，次為痛性腫瘤、性交疼痛或潰瘍，大小在 2-6 cm，組織學上多為腺癌，次為鱗狀上皮癌，較少為類腺囊癌（adenoid cystic carcinoma）和移行細胞癌。巴氏腺癌佔全部外陰癌的 1-7 %，文獻至今只有 300 餘病例報告，根據 Honan's 氏診斷巴氏腺癌的標準有：(1) 腫瘤在正確解剖的位置；(2) 腫瘤在 labium majus 之深部；(3) 腫瘤外層的皮膚完整；(4) 腫瘤中可見到部份正常的腺體。巴氏腺癌有時被診斷為巴氏腺膿瘍，在造袋手術時如缺乏明顯囊腔，便應立刻行切片檢查，避免延誤診斷⁽⁷⁾。

治療與外陰癌相同，但因靠近陰道，所以很多陰道組織都可能要切除，Cardosi 等⁽⁸⁾報告 5 年的存活率為 67 %。

另外，Guh 等⁽⁹⁾亦報告一位 25 歲婦女，兩年前右側外陰有一腫塊，診斷為巴氏腺囊腫（1.5 x 1.5 cm），接受了切開和引流，但術後此腫塊增大至 8 x 6 cm，堅硬無壓痛。手術切除 6 x 4 x 2 cm，重 60 gm 腫瘤，此外邊緣不清，沒有莢膜，膠狀、發亮、色紅、有彈性。病理切片見梭狀和星狀腫瘤細胞，細胞分裂很多，部份血管擴大，基質有出血，診斷為具侵略性的血管黏液瘤（aggressive angiomyxoma）。患者追蹤 1 年後，在同樣位置復發。侵略性血管黏液瘤介於良性與惡性之間，但它只會局部侵犯而不會轉移，故容易復發，因多長得相當大，故稱「具侵略性」的腫瘤。治療為廣泛性局部切除，有復發須再切。

九、外陰土壤絲症（nocardiosis）：

土壤絲菌（nocardia）乃生長在泥土中的腐生菌，屬放射線目（actinomycetales），但如人類有免疫抑制治療、器官移植、和腫瘤，則亦會在人體中生長，主要感染部位在肺部，但亦可在皮膚、皮下組織、關節、眼、臉等部位生長。Gallo 等⁽¹⁰⁾等報告 1 位 68 歲婦女，在右側外陰長了一 8 x 4 cm、中央有壞死、深紅色而堅硬的腫瘤，且有疼痛。患者在 23 年前有左側外陰惡性肉瘤（leiomyosarcoma），曾接受手術和放射線治療。病灶切片懷疑為土壤絲症，但細菌培養失敗。患者予口服 trimethoprim-sulfamethoxazole 治療 3 個月，但病灶並未改善，於是接受右側外陰（reconstruction）治療，病理組織看到格蘭氏染色陽性土壤絲菌。患者繼續接受 trimethoprim-sulfamethoxazole 治療 1 個月，但傷口邊緣發生壞死，然後在第 5 和第 8 個月後，又做了另二次重建手術，才恢復正常。該作者認為在組織學上，土

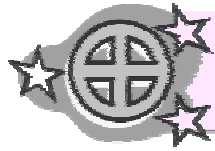
壤絲症和惡性肉瘤不易區別，且須長期抗生素治療。

結 論

外陰部許多良性病灶之症狀和外觀，與惡性病灶甚為相似，因此許多外陰部的病灶如有需要，先考慮做切片檢查，或合併細菌和血清的檢驗，甚至影像學上的檢查，做出正確的診斷，才能予以適當的治療，減少延誤診斷，婦產科醫師應多了解。

參考文獻

1. Yorganci A, Serinsoz E, Ensari A, Sertcelik A, Ortac F. A case report of multicentric verrucous carcinoma of the female genital tract. *Gynecol Oncol* 2003; 90: 478-48.
2. McAlpine BE. Pigmented lesions of the vulva. 2nd edition. Edinburgh London; Mosby. Inc, 2002.
3. Horowitz IR, Buscema J, Majmudar B. Surgical conditions of the vulva. 9th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, Inc, 2003.
5. Hsiao YL, Chou PH, Yeh KT, Hsu JC. Paget's disease of the vulva; a case report. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 1999; 38: 63-66.
6. Yu BKJ, Lau CR, Yen MS, Tou NF, Chao KC, Yuan CC. Extramammary Paget's disease found by abnormal brush sampling. *Eur J Gynaec Oncol* 2002; 23: 35-36.
6. Cheung SM, Su WH, Fan LF, Hsieh HF, SUMC. Liposarcoma of the vulva. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2001; 40: 175-178.
7. Kokcu A, Cetinkaya MB, Aydm O, Kandemir B. Primary adenocarcinoma of Bartholin's gland; a case report. *Eur J Gynaec Oncol* 2004; 25: 651-652.
8. Cardosi RJ, Speights A, Fiorica JU, Grendys EC, Hakam A, Hoffman MS. Bartholin's gland carcinoma: a 15-year experience. *Gynecol Oncol* 2001; 82: 247-251.
9. Guh CJ, Yan JS, Lai ACH. Aggressive angiomyxoma often first diagnosed as Bartholin cyst; a case report. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 1998; 37: 93-97.
10. Gallo A, Betloni G, Trezzi G, et al. Primary vulvar nocardiosis. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 728-730.



問 答 題

一、下列何者為外陰部呈菜花狀病灶？

- (A) 尖形濕疣 (B) 疣狀癌
(C) 乳突狀小瘤 (papillomatosis) (D) 以上皆是

二、下列何者為外陰部有潰瘍時的病灶？

- (A) 梅毒 (B) 軟性下疳
(C) 疱疹 (D) 以上皆是

三、下列何者為色素沉澱的病灶？

- (A) 黑色素瘤 (B) 皮脂漏角化病
(C) 外陰黑病變 (D) 以上皆是

四、下列何者為花柳性淋巴肉芽腫之病原菌？

- (A) 被衣菌 (B) 淋菌
(C) 金黃色葡萄球菌 (D) B 型鏈球菌

五、下列何者為 Honan's 氏診斷巴氏腺癌的標準？

- (A) 腫瘤在正確解剖的位置 (B) 腫瘤在 labium majus 之深部
(C) 腫瘤外層的皮膚完整 (D) 以上皆是

第 168 通訊繼續教育

黃體期缺陷

答案：一、(D)；二、(B)；三、(C)；四、(C)；五、(D)

會員園地

臨床醫師如何閱讀統合分析 (Meta-analysis) 的論文



莊其穆

台北榮民總醫院婦產部

國立陽明大學公共衛生研究所

前言

由於研究風氣盛行，並且很多國家或是研究單位更是以論文作為升遷或是教職升等的重要指標，因此每年全世界發表的論文數量節節升高，舉例而言在 PubMed 登錄的論文數量在 1987 年為 361,000 篇，而 1997 年為 448,000 篇，而到了 2007 年則高達 766,000 篇。⁽¹⁾ 所以可以預期的在未來的論文數量還會更多，因此我們在閱讀論文的過程中，我們越來越難針對同一個主題閱讀完所有的相關文獻，而且對於同樣的主題，論文之間也可能有不同的結果，為了要將這些具有相同主題的論文進行統合分析，因此在 1990 年代開始發展了一個新興的統計方法來為相同主題的論文進行統計作出合併效果 (summarized effect size) 評估，這門新興統計方法稱為統合分析 (以下稱統合分析)。

住院醫師們在閱讀期刊時一定有閱讀過統合分析的論文，除了很容易就可以看出的合併效果之外，很多的其他概念諸如森林圖 (forest plot)、漏斗圖 (funnel plot) 的解讀，如何評估異質性 (heterogeneity)，甚麼是固定式模型 (fixed-effects model) 或隨機式模型 (random-effects model) 的統計方式一定是霧裡看花，其實這些統計概念並不難，只要你願意花些心思就可以了解上述的概念，日後甚至可以自己去針對某個題目作統合分析。

統合分析的發展歷史

統合分析的發展歷史最早可以追溯到 17 世紀，在當時的天文學界發現將數個觀察到的小型資料整合後會比單從資料中挑選合適資料要來的更準確。⁽²⁾ 而正式的運用較為正規的統計方法來整合研究資料則起源自 1904 年的著名統計學家 Karl Pearson 開始，他統合數個利用血清接種的治療方式來預防傷寒熱 (enteric fever) 的小型研究，來證明治療的有效性。

(3) 由於 Pearson 的演算方式仍非正規嚴謹的方式，隨後醫學界的統合分析發展便逐漸停滯。隨後的統合分析研究反而在社會學、精神醫學、和教育學逐漸成形。在 1976 年由精神分析師 Gene Glass 首先正式提出“meta-analysis”這個名詞。(4) 到了 1979 年英國的流行病學專家 Archie Cochrane 發現到一般民眾對於醫學議題沒有門路來收集可信賴的醫學證據，因此他認為應該成立專門機構來統合這些研究的訊息。到了 1980 年代，統合分析的論文逐漸在心臟醫學，腫瘤醫學，和周產期照護的領域逐漸有相關論文發表。到了 1990 年代“ The foundation of The Cochrane Collaboration”正式成立，這個組織定期更新特定醫學議題的系統性文獻回顧 (systemic reviews) 和統合分析，從此統合分析的研究和論文發表進入了蓬勃發展的時代。(5)

統合分析的研究步驟

通常要做統合分析之前，一定會針對研究主題進行所謂的系統性文獻回顧。系統性文獻回顧和最簡單的敘述性回顧 (narrative review) 是不同的，一個嚴格的系統性文獻回顧會在正式研究前制定出 protocol 以明確規定列入條件 (inclusion criteria) 和排除條件 (exclusion criteria) 的標準。而統合分析也分為(1)已發表文獻的統合分析以及(2)整合式重新分析 (pooled-reanalysis)。如果要做到整合式重新分析，則必須拿到相關論文的原始統計資料，然後將其整合成一個檔案再進行分析，這必須要這些論文的相關作者都願意提供原始資料給你，因此難度很高。以下表一列出 systemic review 和 meta-analysis 不同之處。本文以下的說明都是集中在已發表文獻的統合分析作說明：

表一：各種 review 和 meta-analysis 的差別

	Narrative review	Systemic review	統合分析 of published data	Pooled re-analysis
1. 準備詳細的 study protocol 及 analysis plan	-	+	+	+
2. 文獻檢索 (inclusion criteria and exclusion criteria)	-	+	+	+
3. 計算 pooled estimates, heterogeneity, 以及 sensitivity analysis	-	-	+	+
4. 分析各篇論文 data	-	-	-	+

由於統合分析是將數篇主要的研究論文結果作統合分析，在整個的研究過程有八項步驟要注意：⁽¹⁾

一、要研究的題目是否有事先定義好 (Was the question to be answered specified in advance?)

在作 meta-analysis 之前一定要先自己是否已經嚴格定義好你的研究主題，唯有先定義好主題，你才能夠找出真正有相關性的論文。例如你要研究“同步放療化療對於局部廣泛型子宮頸癌 (locally advanced cervical cancer) 的治療效果”那麼對於只有接受放療，或是化療是在放射治療後才安排者，這些論文然要排除。

二、列入條件和排出條件是否有事先定義好 (Inclusion and exclusion criteria specified in advance?)

作任何研究一定要定義出你的受試者或是你欲研究的論文的列入和排除條件，這個流程可以減少差異性 (heterogeneity)。

三、搜尋論文時要減少漏抓的疏失 (Precautions taken to find all studies performed with reference to the specific question)

要記住所有的相關資料庫 (database) 都要搜尋，才不會遺漏重要論文。

四、是要作統合分析還是要作已發表文獻的統合分析 (Was the relevant information extracted from the published articles or were the original data combined?)

如果你要做到 pooled-reanalysis，那麼就要和各論文的研究者聯繫，請他們提供原始資料。

五、對收集到的論文要做描述性的表格 (Was a descriptive analysis of the data performed?)

對於升級到的相關論文要作出一個描述性的表格，好讓讀者可以清楚這些論文的特點。表二舉例台北榮民總醫院婦產部與其他國家所發表的卵巢癌腹膜腔灌注化學治療 (IP) 的統合分析的描述性表格

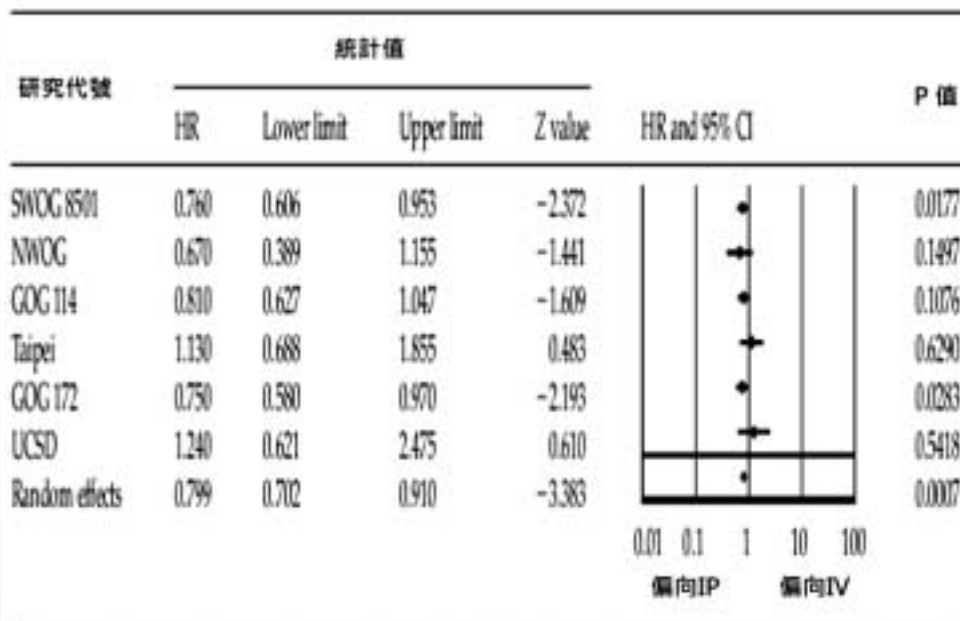
六、是否呈現個別論文的 effect 分析和合併效果 (effect size) (Were effects estimates of the individual studies and of the pooled effect presented?)

對於每篇論文的效果 (效果可以是連續型變項、勝算比、相對風險、存活資料等) 以及合併效果是否有呈現在統合分析中? 原則上這些效果的呈現是以森林圖 (forest plot) 呈現如圖一。森林圖在很多專門跑統合分析的軟體都可以自動幫你繪出森林圖，如 comprehensive meta-analysis 軟體，或 RevMan 等軟體。而如果是 pooled-reanalysis 則是要將整合後的檔案重新跑統計，常用的統計方法包括羅吉斯回歸分析 (logistic regression) 或線性迴歸分析 (linear regression)，關於回歸統計方法分析，日後會有專文另行介紹。

表二：卵巢癌腹膜腔灌注化學治療相關論文之描述性分析。摘自 Hess LM, Benham-Hutchins M, Herzog TJ, et al. Int J Gynecol Cancer 2007;17: 561-70. 已獲授權

第一作者 (年代)	研究代號	病患數目		IV 配方	IP 配方
		IV	IP		
Alberts (1996)	SWOG-8501/ ECOG/GOG-104	279	267	Cisplatin 100 mg/m ² IV + cyclophosphamide 600 mg/m ² IV every 3 weeks for six cycles	Cisplatin 100 mg/m ² IP + cyclophosphamide 600 mg/m ² IV every 3 weeks for six cycles
Armstrong (2006)	GOG-172	210	205	Paclitaxel 135 mg/m ² over 24 h IV day 1 + cisplatin 75 mg/m ² IV day 2 every 3 weeks for six cycles	Paclitaxel 135 mg/m ² over 24 h IV day 1 + cisplatin 100 mg/m ² IP day 2 + paclitaxel 60 mg/m ² IP day 8 every 3 weeks for six cycles
Gadducci (2000)	NWOG	57	56	Cisplatin 50 mg/m ² IV + epidoxorubicin 60 mg/m ² IV + cyclophosphamide 600 mg/m ² IV every 4 weeks for six cycles	Cisplatin 50 mg/m ² IP + epidoxorubicin 60 mg/m ² IV + cyclophosphamide 600 mg/m ² IV every 4 weeks for six cycles
Kirmani (1994)	UCSD	33	29	Cisplatin 100 mg/m ² IV + cyclophosphamide 600 mg/m ² IV every 3 weeks for six cycles	Cisplatin 200 mg/m ² IP + etoposide 350 mg/m ² IP every 4 weeks for six cycles
Markman (2001)	SWOG/ECOG/ GOG-114	227	235	Paclitaxel 135 mg/m ² IV over 24 h on day 1 + cisplatin 75 mg/m ² IV day 2 every 3 weeks for six courses	Carboplatin (AUC = 9) IV every 4 weeks for two courses, followed 4 weeks later by paclitaxel 135 mg/m ² IV over 24 h on day 1 + cisplatin 100 mg/m ² IP on day 2 every 21 days for six courses
Yen (2001) (台北榮民總醫院 顯明實驗部)	Veterans General Hospital, Taipei (Taipei study)	63	55	Cyclophosphamide 500 mg/m ² IV over 1 h day 1 + adriamycin or epirubicin 50 mg/m ² over 1 h IV day 1 + cisplatin 50 mg/m ² IV every 3 weeks for six courses	Cyclophosphamide 500 mg/m ² IV over 1 h day 1 + adriamycin or epirubicin 50 mg/m ² over 1 h IV day 1 + cisplatin 100 mg/m ² IP rapid infusion every 3 weeks for six courses

圖一：卵巢癌腹膜腔灌注化學治療的效果分析（森林圖）。摘自 Hess LM, Benham-Hutchins M, Herzog TJ, et al. Int J Gynecol Cancer 2007;17: 561-70. 已獲授權

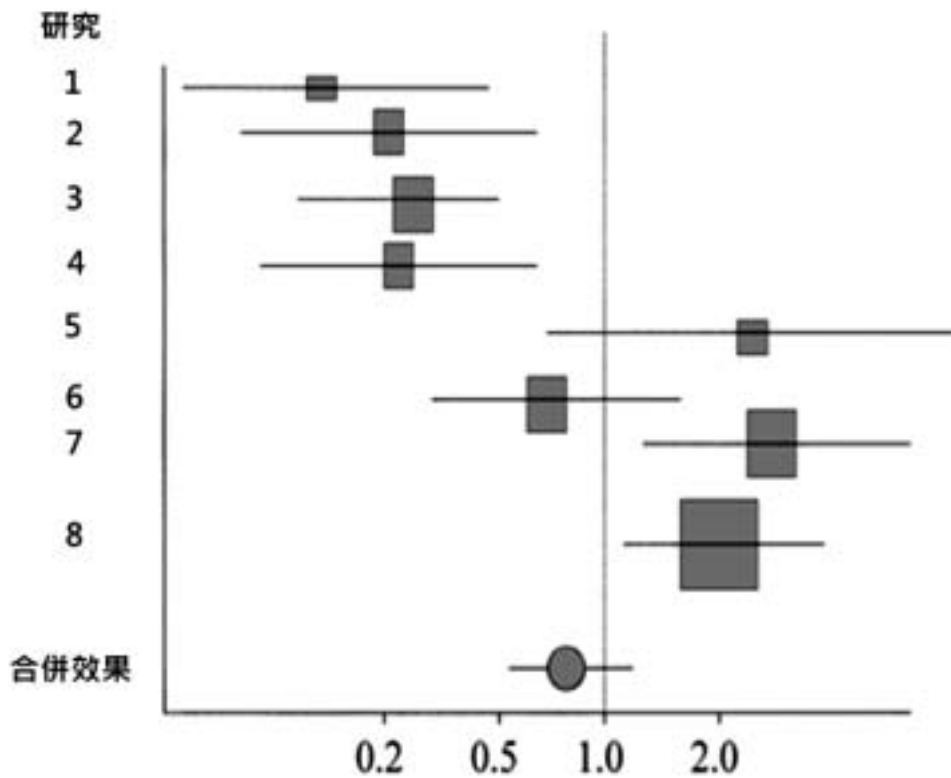


至於如何計算合併效果 (How was the pooled effect size calculated?)，目前有兩種重要的統計分析方法應用於統合分析中，第一種是固定式模型 (fixed-effects model)，第二種是隨機式模型 (random-effects model)。(6,7) 這兩種分析方法的差異會在下一個段落詳述。

七、要考量論文間是否有存在異質性、是否有作敏感性 (sensitivity analysis)、以及是否有出版性偏差 (publication bias) 的問題 (Were problems considered in the interpretation of pooled estimates? Were sensitivity analyses performed? Was a possible publication bias considered?)

1. 異質性的問題：要分析各論文間是否有很大的異質性，可以用卡方異質性檢定 (Chi-square test for heterogeneity, Cochran Q test) 統計法來分析。分析異質性的目的是要看個別論文的效果和綜合性效果是否有極大的差異性，通常 p 值 < 0.1 我們就可以判定這些論文間存在有明顯的異質性。(8) 異質性的原因來自於：(1) 不同的病患群研究 (patient population studies)，(2) 治療方法 (interventions used)，(3) 附加治療 (co-interventions)，(4) 結果評估方式 (outcomes measured)，(5) 研究設計不同 (different study design features)，(6) 研究品質 (study quality)，(7) 隨機誤差 (random error)。圖二就顯示出很明顯的異質性：

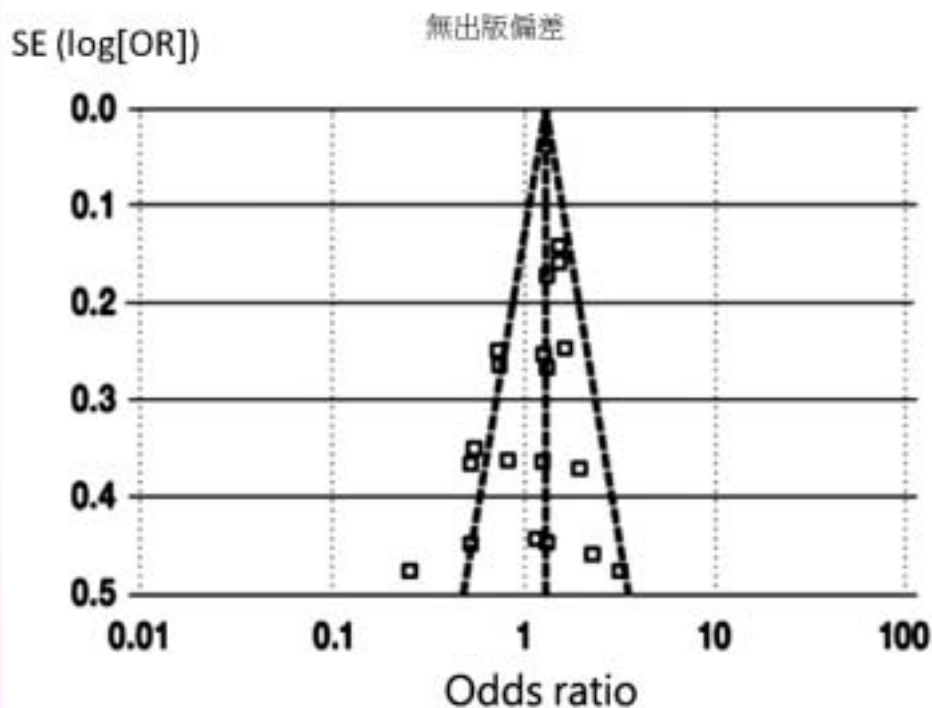
圖二：統合分析中呈現不同研究結果的明顯差異性



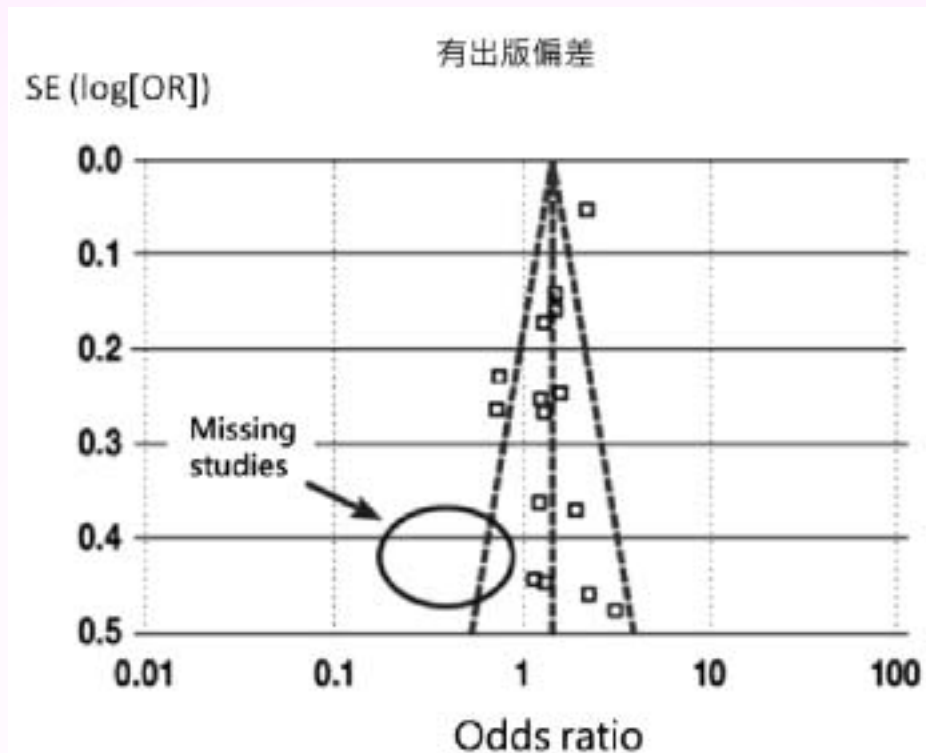
原則上如果出現了異質性，則必要時不要先急著作統合分析，而是應該找出可能的原因，或是看看有那幾篇論文造成了異質性的產生，必要時可以再重新評估，將某些論文刪除後，再重新計算異質性的統計值。當我們遇到欲選取的論文存在有明顯的異質性時，目前有兩種方法解決：

- A. 次群組分析 (Subgroup-analysis)：也就是將欲選取的論文，找出具有明顯的 category 差別的變項，按照此變項的 level 分別作統合分析。因此就可能產生兩個或三個的森林圖。
 - B. 統合性迴歸分析 (Meta-regression)：原則上如果總論文數小於 10 篇以下，則不要作統合性迴歸分析。統合性迴歸分析的目的是在將某些變數當作共變數 (covariates)，去探索 (explore) 有哪幾個變項會造成異質性。
2. 敏感度分析 (sensitivity analysis)：敏感度分析主要的目的是將某些不合適的論文 (例如壁報或品質差的論文) 刪除後，看看剩餘論文的合併效果是否會因此更改，藉以測試綜合性效果的穩定度。如果某篇論文被刪除後，造成剩餘論文的綜合性效果明顯改變，那麼就應該在論文的討論部分說明此篇論文對於整體綜合性效果的重要性。
 3. 出版性偏差 (publication bias) 的問題：要診斷統合分析所選取的論文有無出版性偏差的問題可以運用漏斗圖 (funnel) 來檢視⁽⁹⁾，以下圖三是一個漏斗圖的案例，(A)代表沒有出版性偏差，而(B)則有出版性偏差。

圖三：(A)無出版性偏差



圖三：(B) 有出版性偏差



八、你如何詮釋研究結果 (How were the results interpreted?)

在詮釋統合分析結果時對於所選取的每篇論文的品質，病患年齡分布，治療方式，給藥劑量，或追蹤長短，都要和其他論文比較，找出這些論文的相同或相異之處。

統合分析的統計方法

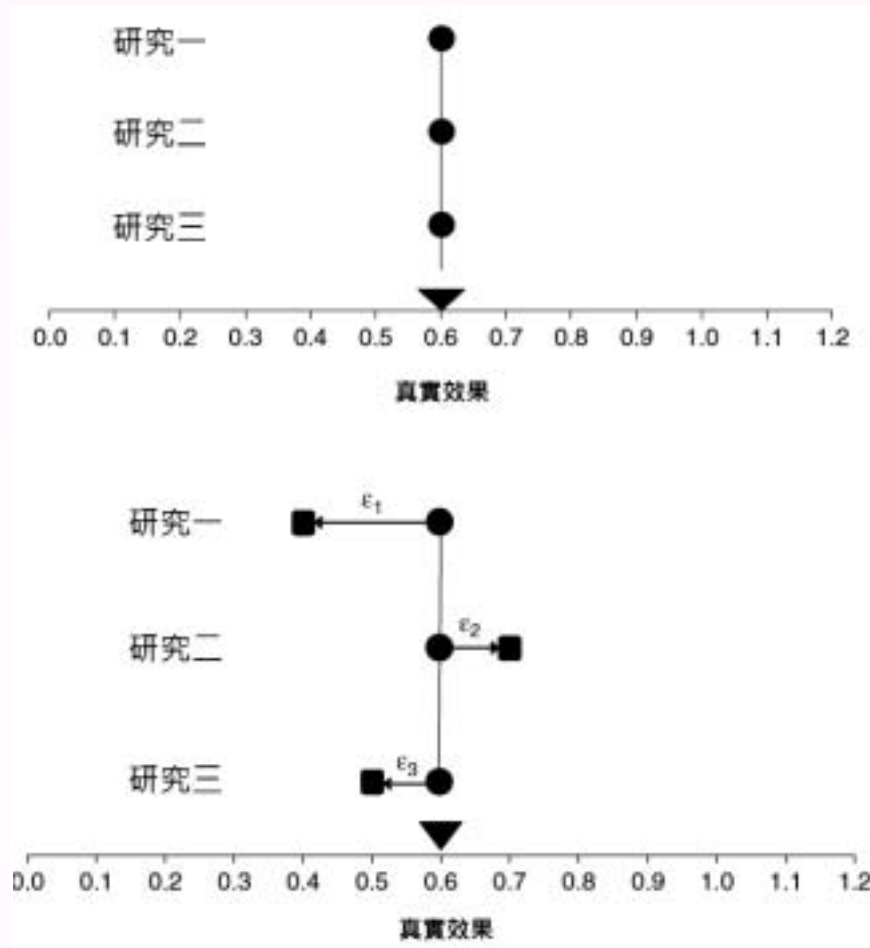
統合分析的統計方法有兩種，第一是固定式模型 (fixed-effects model)，而另一種則是隨機式模型 (random-effects model)，此兩種方法各有其假設 (assumption)。

一、固定式模型

固定式模型是假設所有的研究都有一個共通的真實效果 (true effect)，而每篇論文所觀察到的效果稱為觀察效果 (observed effect)，之所以每篇論文的觀察效果不同乃是導因於取樣誤差 (sampling error) (因為每篇論文的病患群不同、年齡分布不同、藥劑使用量不同、或是追蹤時間不同等)。由於我們假設這些論文都有相同的真實效果，因此當每篇論文的病患數目如果能增加到無限大時，則觀察效果會等於真實效果。⁽¹⁰⁾ 在此舉圖四為例，總共有三個研究列入統合分析的研究 (●：真實效果，■：觀察效果)，從圖中可以看出三個研究的 true effect 都是 0.6，但是我們所觀察到的 effect 卻是研究一：0.4；研究

二：0.7；研究三：0.5，因此我們可以看出對於每個研究的觀察效果 $Y_i = \text{真實效果} + \text{誤差}$ ($Y_i = \text{true effect } (\theta) + \text{error } (\varepsilon_i)$)。

圖四：固定式模型, 觀察效果 = 真實效果 + 誤差



由於在固定式模型中我們會為每篇研究給予一個權重 (weight)，公式如下：

$W_i = 1/V_{Y_i}$ ($V_{Y_i} = \text{within-study variance}$)，然後就可以算出加權綜合效果平均數 (weighted mean of summary effect size, M) 以及綜合效果變異量 (variance of the summary effect, V_M)

$$V_M = \frac{1}{\sum_{i=1}^k W_i}$$

$$M = \frac{\sum_{i=1}^k W_i Y_i}{\sum_{i=1}^k W_i}$$

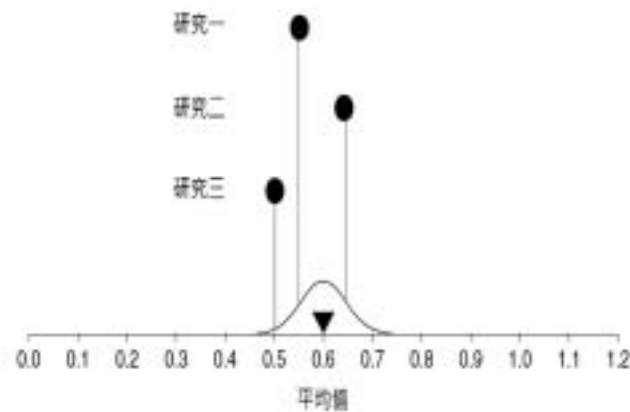
而綜合效果標準差 (standard error of the summary effect) 則是

$$SE_M = \sqrt{V_M}$$

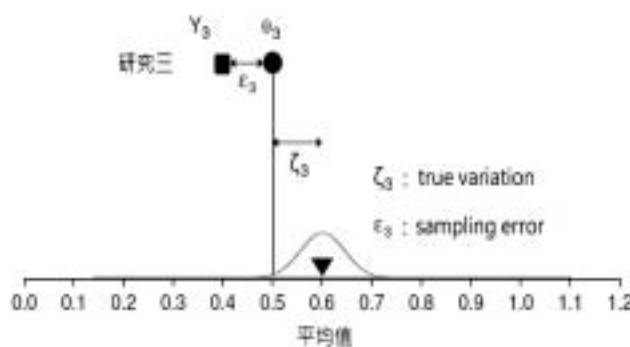
而 95% 信賴區間 $M \pm 1.96 \times SE_M$ 。最後用 Z-value 來測試虛無假設: = 真實效果是否為 0 ($Z\text{-value} = M/SE_M$)。單尾檢定統計量 $P = 1 - \Phi(\pm Z)$; 而雙尾檢定量為 $P = 2 \times [1 - \Phi(|Z|)]$, $\Phi(Z)$ 代表標準累積分布 (standard normal cumulative distribution)。

二、隨機式模型

隨機式模型的假設是每篇研究的真實效果都不同 (因為每篇論文的病患群不同、年齡分布不同、藥劑使用量不同、或是追蹤時間不同等), 這些因子的不同而造成了每篇論文的真實效果不同, (11) 我們可以從圖伍 A 來看出隨機式模型的概念: 假設有三個研究, 此三個研究的觀察效果和上述的固定式效果都一樣: 研究一: 0.4; 研究二: 0.7; 研究三: 0.5。



圖五 A: 隨機式模型 (每篇研究的真實效果都不同)



圖五 B: 隨機式模型的變異量 = 研究間變異量+ 研究內變異量

我們舉研究三為例: 研究三的真实效果 = 0.5, 而 μ = 實際效果平均數 (grand mean of true effects), 而 ξ = 實際效果變異量 (true variation in effect size), 所以就隨機式模型而

言 $Y_i = \mu + \xi_i + \varepsilon_i$ 。務必要記住在隨機式模型中，我們要測量的是所有真實效果的整體平均值，而 95%信賴區間是代表我們對這個平均值的不確定性；相對的我們在固定式模型中所預測量的是真正的真實效果值。在固定式模型中只有研究內變異量（within-study variance），而在隨機式模型中則同時有研究內變異量以及研究間變異量。在隨機式模型一樣也會計算每篇論文權值（ W_i ），其中 T^2 就是指研究間變異量。

$$W_i^* = \frac{1}{V_{\bar{y}}^*}$$

$$V_{\bar{y}}^* = V_{\bar{y}} + T^2$$

接下來就可以算全部論文的加權平均綜合效果為

$$M^* = \frac{\sum_{i=1}^k W_i^* Y_i}{\sum_{i=1}^k W_i^*}$$

而綜合效果變異量為

$$V_{M^*} = \frac{1}{\sum_{i=1}^k W_i^*}$$

而綜合效果標準差則是

$$SE_{M^*} = \sqrt{V_{M^*}}$$

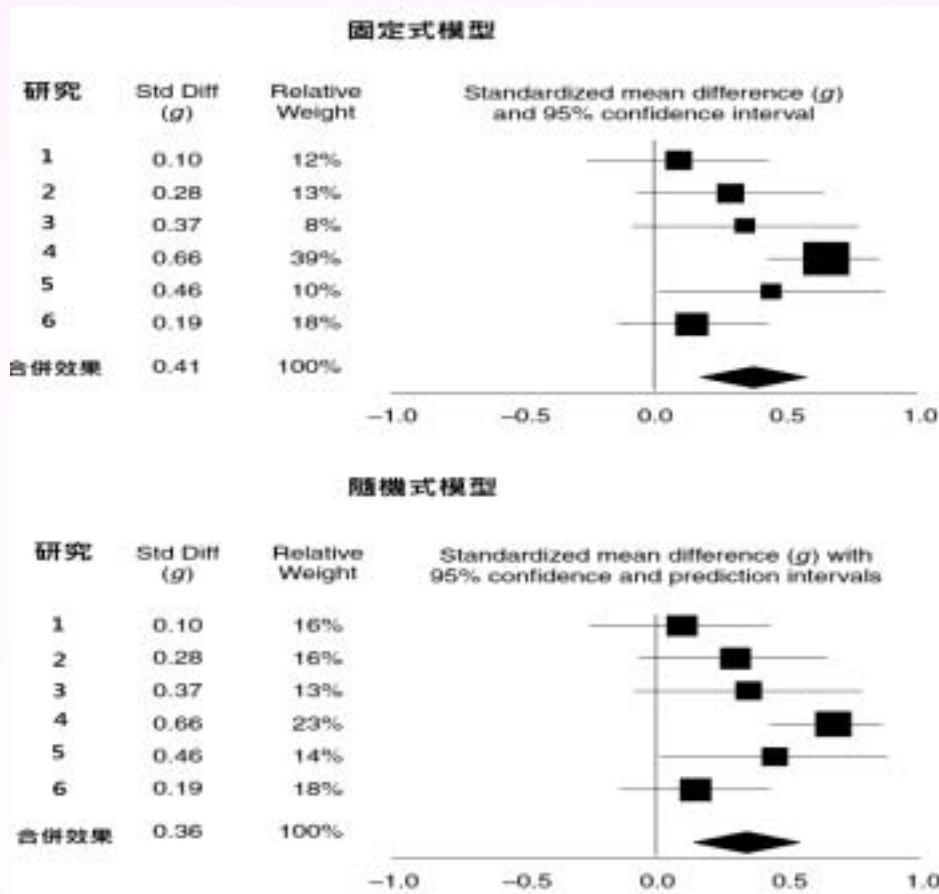
而 95% 信賴區間 $M \pm 1.96 \times SE_{M^*}$ 。最後用 Z-值來測試需無假設： $\mu =$ 真實效果為 0 ($Z = M/SE_{M^*}$)。單尾檢定統計量 $P = 1 - \Phi(\pm|Z|)$ ；而雙尾檢定量為 $P = 2 \times [1 - \Phi(|Z|)]$ ， $\Phi(Z)$ 代表標準累積分布。要查此函數的統計值可以查統計教科書，或是利用 Excel 的函數公式 =NORMSDIST (Z*)。

三、固定式模型和隨機式模型的區別

在前面已經解釋過，固定式模型是將所有論文的真實效果視為相同，而隨機式模型則將所有論文的真實效果視為不同。固定式模型會根據每篇論文的病患數目給予不同的權值，一篇論文的病患數目越大則給予的權值就越大，而病患數目少的研究則因它提供的訊息相對較差，所以就給予較小的權值。

然而在隨機式模型中，由於每篇研究都有其獨特性，因此不能單以病患數目多寡大小來衡量權重，以下舉相同的一篇統合分析研究就可以看出固定式模型和隨機式模型的不同之處：從圖六的上圖是用固定式模型作的分析，可以看出每篇研究的黑色方格面積不盡相同，但是同樣的這些論文如果是用隨機式模型分析，可以看出黑色方格大小的差異性減少了（研究 4 的相對權重由 39% 降到 23%），因此可以看出隨機式模型會將小型研究的權值調升。

圖六：同一篇研究的固定式模型和隨機模型的相對權重差別（本圖為模擬之統合分析）



四、如何選擇固定式模型或是隨機式模型來分析

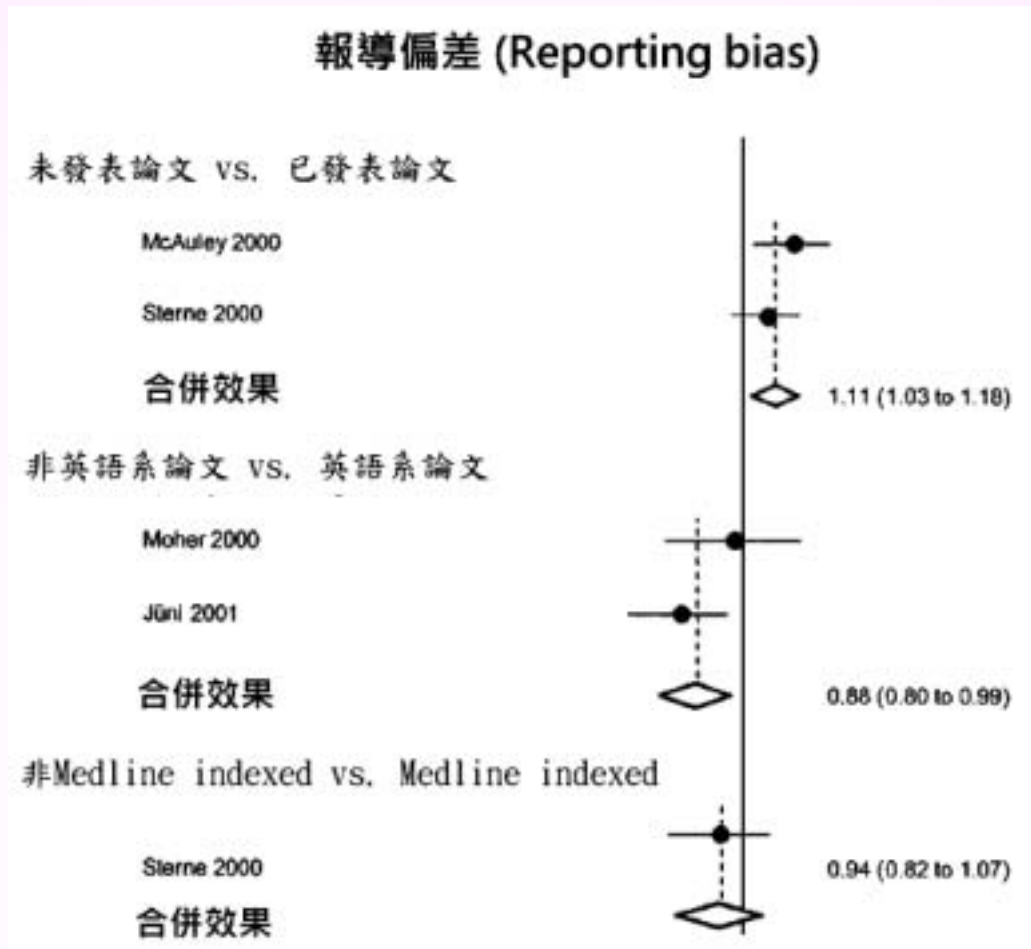
目前認為如果卡方檢定沒有異質性的問題，就使用固定式模型來計算；而如果存在有異質性的問題則使用隨機式模型來計算合併效果，這其實是個錯誤的觀念。正確的觀念是：即使是沒有存在異質性，如果研究者認為研究彼此之間仍存在有異質性時，則仍可以使用隨機式模式；而相對的如果統計發現有明顯異質性時，則當然考慮使用隨機式模型，或者是作敏感度分析，將不合適的論文剔除之後，再重新分析。另外研究者也要問自己，一旦出現異質性時，這些研究是否可合併？，如果不能合併，那麼就應該試著排除一些論文後，再試著分析，另外一個思考就是如果這小型的研究資料無法合併時，此時就應該要執行大規模的研究以釐清這個問題。

統合分析的優缺點

統合分析的成就在於它為醫學研究帶來了許多前所未有的優點（當然它也有許多潛在的缺點），其優缺點如下：

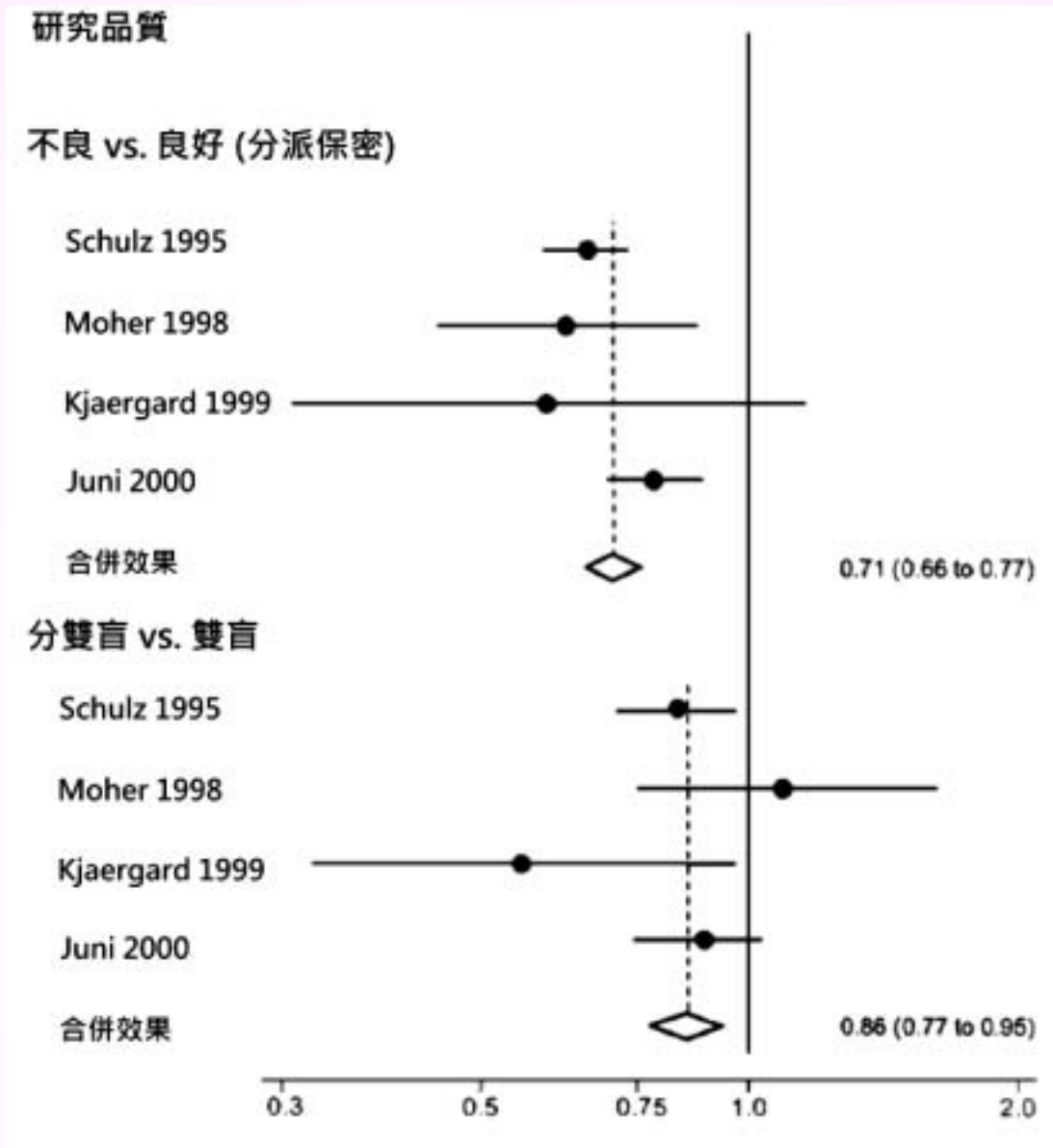
- 一、統合分析整了許多小型的研究：小型研究為人所詬病的就是病患數目不足，沒有足夠的檢定力（power）來檢測兩種治療方法的真實差異。早期幾例有名的統合分析研究，如 beta-blockers 對於心肌梗塞的二度預防效果研究⁽¹²⁾、steroid 對於胎兒肺成熟度的影響⁽¹³⁾、和 adjuvant tamoxifen 對乳癌的影響⁽¹⁴⁾，都是統合了幾篇相關的小型研究，而使相關醫學議題獲得統合性的評估。統合分析的發展也使西方醫學由教授的威權式個人的經驗傳承，進步到由較客觀公正的統計方法來針對特定醫學議題進行統合分析，由於分析的結果較客觀也較公正，因此也較經得起考驗，也較有機會在不同的醫院或國家傳播研究的結果，年輕醫師也可以藉由公正客觀的分析獲得某特定醫學議題的統合分析結果的知識。
- 二、系統性文獻回顧（systemic reviews）和統合分析可以點出具有爭議性的醫學題目：例如傳統在腸道手術後一般認為應該禁食，但是隨後的統合分析卻發現禁食有可能帶來較多缺點，因此這篇統合分析的結論建議針對此議題進行一個大規模（large-scale）研究，才能解決其爭議性。⁽¹⁵⁾
- 三、統合分析可以提供較有證據性的次群組分析（subgroup analysis）：例如某一針對 tamoxifen 對於可手術性乳癌的 55 個研究的統合分析發現 tamoxifen 對於 estrogen 接受體陰性的病患而言是不具有效益的，因此這篇統合分析的研究結果影響到日後的乳癌病理檢驗必須提供 estrogen 接受體和 progesterone 接受體的免疫染色報告。⁽¹⁶⁾
- 四、統合分析的研究結果絕非是完全值得信賴的：有很多的統合分析忽略了偏差（bias）的存在。由於統合分析的分析絕非盡善盡美，因此也有許多研究指出統合分析的缺失。如圖七的統合分析研究就指出尚未發表研究結果會低估約 10% 的治療效果；而非英語系的論文會高估約 12% 的治療效果；而非 Medline index 的論文則會高估約 5% 的治療效果。而圖八則指出如果所列入的論文含有不足夠或不明的治療分派保密（concealment of allocation）時，則會高估 30% 的治療效果；而沒有雙盲的研究會比有雙盲的研究高估了 15% 的治療效果。

圖七： 統合分析的報導偏差的影響

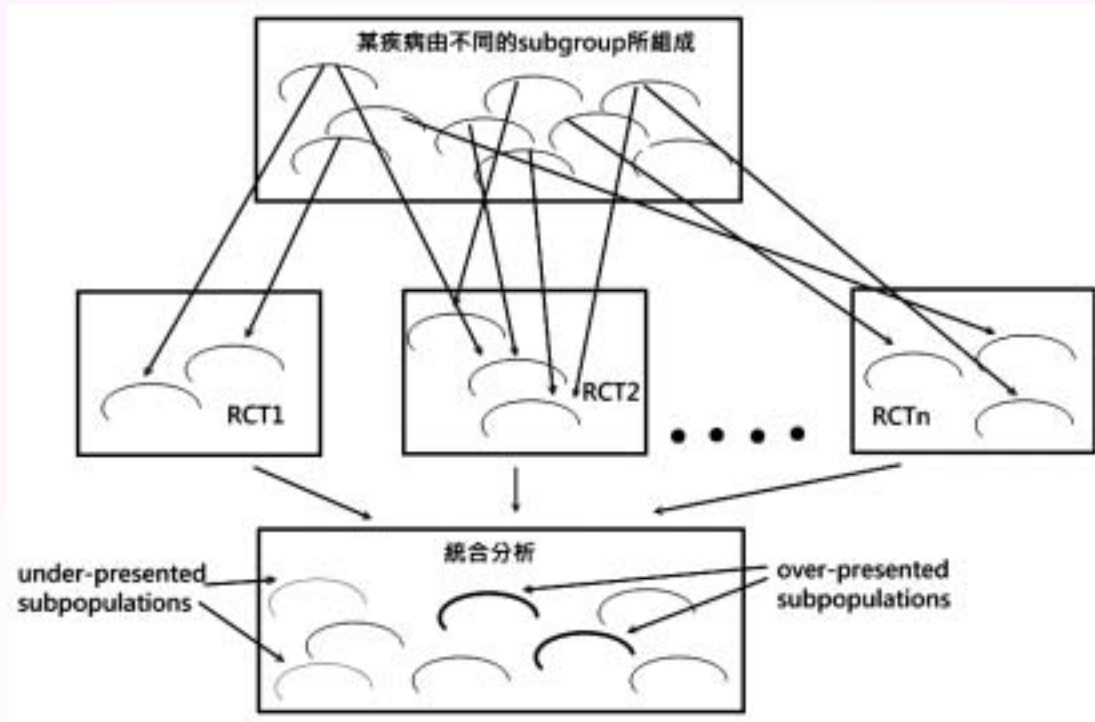


五、 統合分析結果有可能和隨機分派研究 (randomized controlled trials, RCT) 的結果相牴觸：統合分析和隨機分派的結果相牴觸時有所聞，最有名的例子就是“ 鎂離子對於心肌梗塞” 的研究，統合分析指出了鎂離子的有效性⁽¹⁸⁾，然而隨後的大型 Fourth International Study of Infarct Survival (ISIS-4) 卻發現鎂離子是無效的⁽¹⁹⁾，當遇到統合分析和隨機分派結果相牴觸時，我們必須花時間去找出兩者間的研究差異性。隨後的探討發現 ISIS-4 的鎂離子灌注時機和統合分析的鎂離子灌注方法是不同的。另外一個重要的概念是僅由單一個隨機分派研究的結果來下結論是一種比較危險的行為，萬一這個結果有隨機錯誤時 (error by chance)，我們就有可能對某個醫學議題造成誤判；相對的統合分析可以提供較客觀的整合分析結果，對於不合適的研究我們也可藉由敏感性分析將其剔除，而使分析結果更正確。圖九指出了統合分析和隨機分派研究為何有時會有不同的結果，原因就是在於隨機分派研究之間會有異質性的存在，在作統合分析有可能會讓特定族群過度呈現 (over-presented)。

圖八：統合分析的研究品質對分析結果的影響



圖九： 統合分析和隨機分派研究論文結果抵觸的可能原因： 某些特定族群被過度呈現 (over-presented) 。



結 論

統合分析研究方法的問世帶給了醫學界很大的衝擊，雖然此研究方法可以為某特定醫學主題帶來系統性的研究，而且也應用了客觀的統計法來計算合併效果，然而統合分析結果的可信度是取決於所選取論文的研究品質。所謂的垃圾進，垃圾出 (garbage in, garbage out) 就是指如果所選取讀論文品質是差的，那麼統合分析的品質當然也就差。我們在看任何一篇論文都應該要有能力來分析出該篇論文的品質好壞，而非只是無條件的全然接受論文的研究結果。

統合分析的研究方法仍持續的進展，多數統合分析是分析多篇隨機分派研究的結果，但是目前已有多篇統合分析朝向分析觀察性研究 (observational studies)。由於隨機分派研究與觀察性研究的證據強度 (level of evidence) 是不同的，我們在看一篇統合分析的論文時一定要注意所選取論文的研究種類、品質、和訊息強度。

References

1. Ressing M, Blettner M, Klug SJ. Systemic literature reviews and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106:456-463.
2. Plackett RL. Studies in the history of probability and statistics: VII. The principle of the arithmetic mean. *Biometrika* 1958;45:130-135.
3. Pearson K. Report on certain enteric fever inoculation statistics. *Br Med J* 1904;3:1243-1246.
4. Glass GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976;5:3-8.
5. Bero L, Rennie D. The Cochrane Collaboration. Preparing, maintaining, and disseminating systemic reviews of the effects of health care. *JAMA* 1995;274:1935-1938.
6. DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. *Control Clin Trials* 1986;7:177-188.
7. Normand SL. Meta-analysis: formulating, evaluating, combining, and reporting. *Stat Med* 1999;18: 321-359.
8. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med* 2002;21:1539-1558.
9. Dwan K, Altman DG, Amaiz JA, et al. Systemic review of the empirical evidence of study publication bias and outcome reporting bias. *PLoS ONE* 2008;3:e3081-3085.
10. Thompson SG, Sharp SJ. Explaining heterogeneity in meta-analysis. A comparison of methods. *Stat Med* 1999;18:2693-2708.
11. Viechtbauer W. An S-plus/R function to fit meta-analytic mixed-, random-, and fixed-effects models (Computer software and manual).
12. Yusuf S, Peto R, Lewis J, et al. Beta blockade during and after myocardial infarction: an overview of the randomized trials. *Prog Cardiovasc Dis* 1985;17:335-371.
13. Crowley P. Corticosteroids prior to preterm delivery. Pregnancy and childbirth module. Oxford: update software 1994, p2955.
14. Early Breast Cancer Trialists' Collaboration Group. Effects of adjuvant tamoxifen and of cytotoxic therapy on mortality in early breast cancer. An overview of 61 randomized trials among 28,896 women. *N Engl J Med* 1988;319:1681-1692.
15. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, et al. Early enteral feeding versus 'nil by mouth' after gastrointestinal surgery: systemic review and meta-analysis of controlled trials. *Br Med J* 2001;323:773-776.
16. Early Breast Cancer Trialists' Collaboration Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomized trials. *Lancet* 1991;338:1127-1130.
17. Juni P, Holenstein F, Sterne J, et al. Direction and impact of language bias in meta-analyses of controlled trials: empirical study. *Int J Epidemiol* 2002;31:115-123.
18. Teo KK, Yusuf S, Collins R, et al. Effects of intravenous magnesium in suspected acute myocardial infarction: overview of randomized trials. *Br Med J* 1991;303:101-105.
19. Collaborative Group. ISIS-4. A randomized trial assessing early oral captopril, oral mononitrate, and intravenous magnesium sulphate in 58,050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1995;345:669-687.
20. O'Rourke K, Detsky AS. Meta-analysis in medical research; strong encouragement for higher quality in individual research efforts. *J Clin Epidemiol* 1989;42:1021-1024.

企鵝大夫的法學筆記---

法官的美麗與哀愁

林鴻基

鴻林中醫診所 負責醫師

婦產科專科醫師

東吳大學法律研究所 碩士班

有位認真、熱情的法官執法鎚多年之後，意義深長地講了一段令人咀嚼回味的話：「法庭充滿謊言，法官只是一個被騙的傻子，試圖從漫天的謊言中拼湊出一個片斷的真實。」這句話道出了許多人的心聲，因而傳誦一時。

在法庭中，證人是不可以說謊的，因為有「偽證罪」侍候，而當事人的話常常不會列為證據，因為大家都認定當事人必定說謊。法官固然可以依據憲法第八十條「法官須超出黨派之外，依據法律獨立審判，不受任何干涉。」在獨任制的時候，法官一人審判，而在合議制時，法官有三人到五人，分別是受命法官、審判長、陪席法官。受命法官、陪席法官常常往往比較資淺，但也不盡然都是如此。受命法官的產生常常是經由電腦或人工抽籤，而與其同一股的同事，理所當然為陪席法官，其二者之上級即為審判長。當審判長未兼任受命法官時，受命法官、陪席法官自然由較資淺的法官擔任，如審判長兼任受命法官時，另兩名即為陪席法官。合議制時，採過半數決議制，但是，實務上若受命法官與審判長意見不同時，陪席法官通常會站在審判長一方。而判決書是由受命法官撰寫，此時，判決的結果便與受命法官的心證不同。對照醫界，受命法官就像我們醫界的小住院醫師，負責病歷 Admission note 的撰寫，審判長也許是主任，陪席法官算是主治醫師吧，他的一部分責任便是投票，資深的審判長常握有小法官的升遷及考績大權，所以，憲法八十條的「法官依法獨立審判」，恐怕還是宣示的作用居多。法官固然可以在「評議簿」上書明不同意見，如 92 年民事訴訟法司法院版第 226 條第五項：「判決書應附記不同意見」，但立法未通過，因其易起當事人上訴之端，並使法官卸責。

律師和法官長期處在這種「扭曲人性」的環境中工作，法官舉著「我心如秤」的大旗，說服大眾以及說服自己，自己是站在公平正義的天平上，而律師的角色便是為當事人求勝，以法條作武器，當事人覆誦著律師教導過的話，除非臨時失控而逸出劇本。至於在律師的內心底處，他認為當事人是否有罪，其實並沒有人關心。君不見電視上嫌犯的表情恆是腦

袋低垂、一副深具悔意的表情，這是因為牽涉到刑法 57 條「犯罪後之態度」及刑法第 59 條是否「顯可憫恕」，法官可審酌一切情狀，為「刑之酌科及加減」。這些裝出來的孬樣，法官們當然心裡清楚明白，可是，戲還是要演下去(The show must go on)，這般場景，這就像法界常以「登報道歉」作為「恢復名譽」的手段一樣荒謬。

我見過許多人格扭曲、自我膨脹、自我神化的法官或檢察官，他們就像一些不知今夕是何夕的醫師一樣，他們和人群常有嚴重的疏離感，他們的求刑或判決常常不合一般社會通念，惹得社會上一些自命清議之士按捺不住，跳出來要當法官的老師，就像有醫療糾紛時，許多人紛紛要教醫師如何當醫師一樣。法官的「依法審判」，就像外科醫師思索著手術時要用什麼器械，然後把右手伸向刷手護士一樣，分別的個案適用何種法條，其實，法官能夠有自己超然獨特的意見的機會並不多。

正如，我們婦產科醫師懼怕的「墮胎罪」，刑法第 289 條定有明文，「受懷胎婦女之囑託或得其承諾，而使之墮胎者，處兩年以下有期徒刑」。如果是「意圖營利」者，就像收取報酬的開業婦產科醫師，則有刑法 290 條之適用，「處六月以上五年以下有期徒刑」。「墮胎罪」現已因「優生保健法」第 9 條第 1 項第 6 款「因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生活者。」而被架空，也由於它所揭示的為「不明確的法律概念」，反而成為婦產科醫師的保護傘。

實務上，比較讓婦產科醫師進退維谷的是，未滿二十歲的小女生，沒有法定代理人的簽名，醫師要不要接這種病例，就要看他自己的人生觀，同儕常常在病歷上寫著：病人就診時，因為陰道大量出血，下腹劇痛，所以等不及法定代理人簽同意書，可是，在法庭上一經交互詰問、或者「偽證罪」在一旁虎視眈眈，醫師的說詞馬上穿梆幫、原形畢露，況且，這種「文書登載不實」反而又有另外的法律問題。

會有墮胎罪的判決，常常是兩小無猜的小男生小女生，「愛」都做了，「情」卻沒有結局，一方家長不甘心兒女被佔便宜，遂告上法院，婦產科醫師就無奈地被拖到陽光下了。

如果是初犯，法官的科刑多半以最低刑度科處，而且可依刑法 74 條予以緩刑，如果是累犯，不合緩刑的構成要件，恐怕只有入監吃免費牢飯，此時，法條硬梆梆的，法官所能著墨的地方不多。雖然西諺有云「不要和法官爭辯。」(Don't argue with the judge)，實務上，墮胎罪因言語惹惱法官而導致刑罰加重的情形並不多。

在我看來，「您那榮耀的庭上」(Your honor)並不偉大，法官只是在狹窄的框框裡，綁手綁腳地作事，許多時候，法官的內心也許也是篤信被告有罪，然而，基於罪刑法定主義，也許罪證不足，或者證據的取得不合法，看似掌握生殺大權的法官，還是要作出無罪的判決。

刑法本來就是在論人間的冤孽，希望在法庭裡尋回公道的心情，幾乎可以說是一種迷信或是失於天真，我常冥想，「公平正義」就像夜晚時，天邊皎潔的明月，看似很近，其實遙不可及。法官、原告、被告等三角，大家照著劇本演出，一場場無聊的遊戲罷了。

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台北市立萬芳醫院- 委託財團法人私立臺北醫學大學辦理	婦產科 主治醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具專科證書。 2. 具教職證書 或 有擔任第一作者或通訊作者之 SCI個案報告型式以上的論文獲刊登者。 3. 外籍醫師或國外醫學院校畢業者，需領有我國西醫醫師證書。 4. 專精婦女泌尿、或婦癌專長者尤佳。 5. 薪資：面議。 6. 福利：提供勞健保、團保、退休撫卹制度、鼓勵在職進修、教職機會、員工互助金、員工旅遊、就醫醫療優待、三節禮金、忘年會及月光烤肉晚會等。 	備妥下列資料，請寄「116 台北市文山區興隆路三段 111 號 台北市立萬芳醫院人力資源室收」。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 履歷表(請至 http://www.wanfang.gov.tw (萬芳醫院首頁→人員募集(首頁左邊)→福利制度及應徵方式→履歷表單下載) 2. 自傳(A4 格式一張，約 500-1000 字，中英文皆可) 3. 兩吋照片*1、身份證影本*1、所有證書影本*1*(畢業證書、醫師證書、專科醫師證書、教職證書、論文著作相關資料等)。 	
	婦產科 住院醫師 (R1、R3、R4)各 1 名	<ol style="list-style-type: none"> 1. 國內外各大學院校醫學系、學士後醫學系畢業。 2. 外籍醫師或國外醫學院校畢業者，需領有我國西醫醫師證書。 		
三重惠心婦幼診所	婦產科 專科醫師	需接生，待遇特優，高 PPF，醫療團隊氣氛佳，口碑好	02-29810568 0938-037859	吳小姐
台北縣 蔡佳璋婦幼聯合診所	婦產科 專科醫師	PPF 制，發揮空間大 履歷寄 art.baby@msa.hinet.net	02-82212468	蔡醫師
台北縣婦產科診所	門診、兼任 或專任醫師	半退休或退休亦可	0932-158057	
板橋醫院	婦產科醫師	每月營業額 0 萬至 250 萬，有發展潛力及空間。交通便利，近捷運站，歡迎主治醫師（總醫師）加入	0958-873395	劉特助
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、做一休一、待優，環境佳	0922-964932	薛小姐
新竹市 江美麗婦產科診所	專、兼任 婦產科醫師	只看門診、不接生待優	0958-196951	江先生
送子鳥診所 (www.e-stork.com.tw)	婦產科 專科醫師	高品質工作徵有緣醫師 意者請將履歷寄至： stork.lai@msa.hinet.net	03-523-3355 分機 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 敬請意者至本院網址： http://www.tzuchi.com.tw 下載履歷表、自傳及相關證書影本。來函請寄(427)台中縣潭子鄉豐興路一段 66 號台中慈濟醫院 人力資源組王小姐收，或 e-mail： kelen_wang@tzuchi.com.tw	04-36060666 分機 3739	王小姐
漢銘醫院	婦產科專科 醫師一名 (女醫師尤佳)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 工作待遇：面議 2. 具婦產科專科醫師證書 3. 意者請 e-mail 履歷表 (hr@hanming.com.tw) 	04-7113456 分機 8622	人事室 林小姐

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
皓生醫院	婦產科醫師	待遇優、環境佳	04-8379560	邱小姐
林忠毅婦產科診所	婦產科 專科醫師	保障薪、可值班	0958-829666 0952-812077	楊小姐
署立彰化醫院	婦產科 專科醫師	工作穩定，發展空間大	04-8298686 分機 8802	秘書室 謝妙秀
新惠生醫院	女婦產科 專科醫師	1. 純門診不值班，待遇優 2. 本院環境優美舒適，團對陣容堅強 3. 徵求有服務熱忱醫師加入我們行列	04-25228792 分機 3108 0933-554406	羅小姐
佛教大林 慈濟綜合醫院	婦產科 專科醫師	工作環境： 1. 設備齊全--內視鏡、尿動檢查、不孕症 2. 與大學醫學院合作密切，升等管道暢通 3. 鼓勵在職進修 待遇： 1. 依本院薪資及抽成辦法 2. 提供醫師有眷宿舍 傳真：05-2648999 地址：嘉義縣大林鎮民生路 2 號人資室	05-2648000 分機 5165	人資室 王小姐
台南郭綜合醫院	婦產科 主治醫師 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
高雄醫學大學附設中 和紀念醫院	婦產部 主治醫師	具婦產科專科證書、ACLS證書（半年以上效期）、第一或通訊作者發表論文	07-3208133 分機 21	人 力 資源室 洪小姐
高市某婦產專科醫院	全職婦產 專科醫師	保障薪待優，意者電洽或簡訊	0929-012307	林小姐
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
高雄市婦產科診所	婦產科 專任醫師	單純門診，不接生，保障薪待優。	0918-206565	張小姐
羅東博愛醫院	婦產科 主治醫師 一名	條件： 1. 醫學院學士畢業 2. 具中華民國醫師證書、婦產科專科醫師證書資格 說明： 本院環境寬敞舒適，備有醫師宿舍，意者請電洽或 E-mail 履歷表： 872015@mail.pohai.org.tw 本院網站： http://www.pohai.org.tw/	03-9543131 分機 5428	院長室 陳小姐
西門町診所出租	月租 6 萬，位西門町，人潮多，約 60 多坪，可兼住家。設備：超音波、診療臺、CO2 培養箱、麻醉機、觀察床等		0968-951519	蘇醫師
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	

編 後 語

簡基城

學會即將進入 50 周年。同時間第十九屆理監事選舉完成，新的服務團隊將展開學會新一階的紀元活動。

理事長謝卿宏醫師擔任學會的秘書長多年，參與過無數的會務，對於婦產科這「行業」一路來的演化、學會內和外的長或短、會員發展的機會及室礙，其嫻熟的程度應該是無出其右了。有了他自己對於學會發展的經營構想，未來透過層次性的鋪陳和運作，可望為會員打開新的境界。曾經和謝理事長交換過想法的人，應該能夠深刻感受到他對於未來學會和會員的發展，關注程度極度之深；大家可以從〈理事長的話〉，一窺斧鑿痕跡。

這期有兩處優秀的文章，引人注目。其一為〈封面內頁故事〉中分享由曾啓瑞院長帶領發表的胚胎孵化之一篇研究，榮登《Human Reproduction》期刊的封面圖片。運用 Systems biology（系統生物學）的方法，透過 RNA 分析 hatched blastocyst 的基因表現，對於不孕科和產科都能受益。文章裡這些 Transcriptionomics（轉錄體學）的研究結果，將承先啓後，增進胚胎發育的分子機制了解，真是好文章。

另一篇由莊其穆醫師為文之〈臨床醫師如何閱讀統合分析〉，也是會訊難得的好文章。統合分析（Meta-analysis）又叫系統性回顧，是做科學研究或實證醫學上非常重要的工具。我們可能會認定期刊發表過的文獻，就是真相；事實上不然，其中充斥著不少「假研究」，引導出一些似是而非的結論。統合分析有助於各級文獻可靠度的釐清，十分重要，同時也有助於提升小樣本文獻的價值，減少遺珠之憾。近年來醫學界積極尊崇有文獻發表（Evidence-based）的實證醫學，卻未能醒悟到許多「研究文章」事實上是「藥廠文章」，甚至是「先有結論，再規劃研究方法」的文章。這樣的單線發展難免會忽視（De-appreciate）醫師本身的天分和臨床行醫綜合評判的角色，醫學的真相在某種程度上也因而可能出現盲點。由於所謂的 evidence，不盡然就代表 truth，運用 meta-analysis 的技巧加以進階分析便可以降低這種遺憾。莊醫師在統計的優秀能耐讓我們覺察到婦產科學界裡的確人才濟濟。

本期也有兩個亮點值得推薦。第一個亮點是：學會終於取得共識，從婦科、產科領域自我提升成為女性的「health care physician」，連學會標章都作了更改和宣告。這種改變真的是太好了，是一種多贏的改變。不過，婦產科醫師一向都是從骨盆腔往下走，踞在那裏，現在卻要從骨盆腔往上走，有形無形都需要站起來，是一個很大的動作。若內科的底子弱，或是對於關懷「人」不很習慣的醫師，就算換了 logo 名稱，對於 health care 這碼子事可能依然無從下手，所以有心成為女性「health care」的醫師還是需要再學習。為了此，謝理事長將婦女健康照護提升委員會的運作，定調為重點性的會務發展計劃，我個人認為這是本期第二個亮點。強化婦女健康照護提升委員會，旨在「提升會員對婦女全人照護的本職學能」，並以 gender-specific medicine 為主軸導入一些初期作法，未來再逐步加值，確實是非常務實的規劃。敬請參考〈理事長的話〉。

我們都知道婦產科界充滿了金頭腦，可惜時勢弄人，許多會員仿如一位持滿弓覓無獵物的勇士，一身學藝卻苦於無處發揮。其實凡事會起來就會下去，這樣周期性的消長、鐘擺般的搖盪，在實務上為一種常模，是產業界共同的經驗，只是我們專業人員不習慣而已。管理學的書不也常常鼓勵說：要記得跟隨社會需求的腳步同步演化，否則會被淘汰。

看來我們也要慢慢習慣於不符合願望的外在改變。

因此，即使人口結構的變動和社會價值的轉移，導致婦科和產科不再像過往那般受到強烈的需求，但是只要我們願意轉個身，就會發覺更大的空間就在那兒。轉身，正是為了前進；仿如跳探戈舞步，看是往左的一蹣腳，其實正是右轉的起手勢。

從婦科、產科，到加上 gender-specific medicine —— 唯有轉個身，才會出現新的空間。轉身作婦女的健康照護醫師，於是乎成為我們的終身大事；A major transition!

這樣想來，上述兩個亮點，無疑的就是同一個光源，不停地在閃爍著；一閃又一閃，真教人神往。光源處，或許真有海闊、真有天寬……

郵 票 自 貼

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4829
傳真：(02) 2209-1476

台灣婦產科醫學會

收

◎169 通訊繼續教育答案◎

題目：與外陰癌相似之良性病灶

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

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
101126-1	Translational research at TMU in 2010	社團法人台灣梅山醫友會	台北醫學大學醫學綜合大樓後棟 16 樓	11 月 26 日 14 時 00 分	11 月 26 日 18 時 00 分	B	4 分
101127-1	第二屆第二次 台兒第一孕期唐氏症篩檢工作班(下)	花蓮門諾醫院、台兒診所、台灣婦產科醫學會	花蓮門諾醫院 信實樓四樓施桂蘭禮拜堂	11 月 27 日 12 時 30 分	11 月 27 日 16 時 30 分	B	3 分
101127-2	北區季例會	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	宜蘭礁溪長榮鳳凰酒店 2 樓翠峰廳	11 月 27 日 14 時 00 分	11 月 27 日 18 時 00 分	B	4 分
101127-3	成大、奇美聯合學術討論會	成大婦產科	台南佳年中信酒店	11 月 27 日 15 時 30 分	11 月 27 日 18 時 30 分	B	3 分
101128-2	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程	台灣婦產科醫學會	高雄醫學大學附設醫院	11 月 28 日 09 時 00 分	11 月 28 日 12 時 00 分	A	4 分
101128-1	時尚避孕講座	美商默沙東藥廠股份有限公司 台灣分公司	維多利亞酒店	11 月 28 日 16 時 00 分	11 月 28 日 18 時 00 分	B	2 分
101203-1	辦理地方醫師繼續教育課程/子宮頸癌疫苗最新發展	佑民醫療社團法人佑民醫院	南投縣草屯鎮太平路一段 200 號 (B 棟婦科大樓 9 樓會議室)	12 月 03 日 12 時 30 分	12 月 03 日 14 時 00 分	B	1 分
101208-1	醫療糾紛處理與醫學倫理	林新醫院 醫教會	台中市南屯區惠中三路 36 號 B 棟 13 樓國際會議廳	12 月 08 日 07 時 30 分	12 月 08 日 08 時 30 分	B	1 分
101211-1	第一孕期唐氏症篩檢研討會(南區)	中華民國周產期醫學會	高雄長庚醫院兒童大樓六樓江廳	12 月 11 日 13 時 30 分	12 月 11 日 17 時 30 分	B	4 分
101211-2	專業人員母乳哺育進階課程研習會(上)	高雄市正新醫院五樓會議室	高雄市正新醫院五樓會議室	12 月 11 日 13 時 30 分	12 月 11 日 17 時 30 分	B	4 分
101212-1	標準化病人訓練與醫學教育	台北榮民總醫院教學研究部醫學教育中心	台北榮民總醫院政德樓一樓第 3 會議室	12 月 12 日 09 時 00 分	12 月 12 日 16 時 00 分	B	3 分
101212-2	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程	台灣婦產科醫學會	郭綜合醫院 5 樓	12 月 12 日 09 時 00 分	12 月 12 日 12 時 00 分	A	4 分
101212-3	2010 TCS Advanced Urodynamics Course Clinical Application of Urodynamics Study in Lower Urinary Tract	台灣尿失禁防治協會	中山醫學大學正心樓二樓 0211 教室	12 月 12 日 09 時 00 分	12 月 12 日 17 時 30 分	B	6 分
101212-5	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室(彰化市中山路二段 349 號)	12 月 12 日 14 時 00 分	12 月 12 日 18 時 00 分	B	4 分
101212-4	生殖醫學新境界	台中縣醫師公會	豐原市成功路 620 號 4 樓	12 月 12 日 15 時 30 分	12 月 12 日 16 時 30 分	B	1 分
101218-1	專業人員母乳哺育進階課程研習會(下)	高雄市正新醫院	高雄市正新醫院五樓會議室	12 月 18 日 13 時 30 分	12 月 18 日 17 時 30 分	B	4 分
101218-2	骨質疏鬆症專業醫師學分班-臨床	中華民國骨質疏鬆症學會	台南成大醫學院第一講堂	12 月 18 日 14 時 00 分	12 月 18 日 17 時 00 分	B	3 分
101218-3	骨質疏鬆症專業醫師學分班-藥物	中華民國骨質疏鬆症學會	台南成大醫學院第二講堂	12 月 18 日 14 時 00 分	12 月 18 日 17 時 00 分	B	3 分
101219-2	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程	台灣婦產科醫學會	台大醫學兒醫大樓 B1 講堂	12 月 19 日 00 時 00 分	12 月 19 日 12 時 00 分	A	4 分
101219-1	婦產新知學術研討會	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療大樓 11 樓會議室	12 月 19 日 09 時 00 分	12 月 19 日 16 時 20 分	B	7 分
101225-1	2010 new guidelines for prevention of perinatal group B streptococcal disease and future!	埔基醫療財團法人埔里基督醫院	南投縣埔里鎮鐵山路 1 號-8 樓謝緯紀念堂	12 月 25 日 07 時 30 分	12 月 25 日 09 時 00 分	B	1 分
101226-1	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程	台灣婦產科醫學會	中山醫學大學附設醫院行政大樓 12 樓國際會議廳	12 月 26 日 09 時 00 分	12 月 26 日 12 時 00 分	A	4 分
110109-1	腹腔鏡專科醫師繼續教育訓練課程	台灣婦產科醫學會	門諾醫院信實樓 4 樓施桂蘭紀念禮拜堂	01 月 09 日 09 時 00 分	01 月 09 日 12 時 00 分	A	4 分
110127-1	陰道縱中隔合併陰道壁撕撕裂傷	財團法人天主教若瑟醫院	本院十一樓學術講堂	01 月 27 日 12 時 30 分	01 月 27 日 13 時 30 分	B	1 分

第18、19屆理監事交接記錄



第18、19屆理監事長交接



第19屆理監事合照



第19屆常務理監事選舉



第19屆常務理監事選舉



第19屆第一次理監事聯席會議



第19屆第一次理監事聯席會議



**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