

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2010年12月170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
發行人：謝卿宏
編 輯：會訊編輯委員會

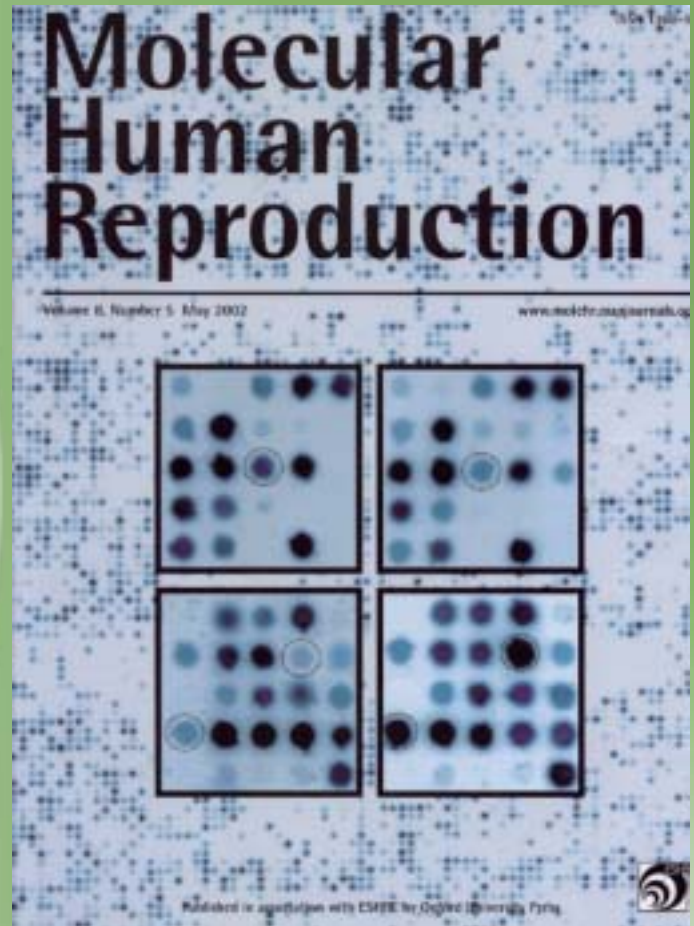
召集委員：劉嘉耀
副召集委員：李耀泰
委 員：王三郎 林隆堯 高添富 簡基城
游淑寶 陳建銘 潘俊亨 陳信孚
沈潔怡 龍震宇
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
秘 書 長：黃閔照

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：Global analysis of differentially expressed genes in early gestational deciduas and chorionic villi using a 9600 human cDNA microarray

作者：陳惠文 a, 陳建尉 a, 曾啟瑞 b, 李涵妮 b, 張淑如 b, 鄭幼妃 b, 張景文 b, 王瑞生 b, 楊洋池 c, 李源德 c

Huei-Wen Chen, Jeremy J.W.Chen, Chii-Ruey Tzeng, Han-Ni Li, Shu-Ju Chang, Yu-Fei Cheng, Ching-Wen Chang, Ruey-Sheng Wang, Pan-Chyr Yang, Yuan-The Lee

機構：a.台大醫院臨床研究部

b.台北醫學大學附設醫院婦產部

c.台大醫院內科部

發表於：Molecular Human Reproduction 2002;8(5);475-484

The global gene expression profiles of the decidua and chorionic villi of early human pregnancies were analysed by using cDNA microarray technology. Decidual and villous placental tissues were obtained from first trimester abortus and mRNA was extracted for cDNA microarray analysis. The human cDNA microarray [9600 clones, including known regulatory genes and expressed sequence tags (EST)] with colorimetric detection was used to identify differentially expressed genes between early gestational decidua and villi. According to cDNA microarray analysis, we have identified 641 genes with highly expressed mRNA in both decidua and villi, 49 genes with higher expressions in decidua, and 75 genes with higher expression in chorionic villi. These differentially expressed genes were further grouped into categories by their putative functions, including: cell growth-related factors, hormones/cytokines, cell adhesion molecules, signal transduction molecules, apoptosis-related factors, cytoskeleton/extracellular matrix proteins, and EST. Immunohistochemical stainings of cathepsin L, leukaemia inhibitory factor-receptor, and proliferative cell nuclear antigen showed results consistent with the microarray data. Identification of the differentially expressed genes between decidua and villi by microarray provide a global profiling of the gene expression pattern. This work adds to our understanding of placentation by reporting the gene expression profiles during first trimester human pregnancies using cDNA microarray.

台灣婦產科醫學會 170 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 / 黃閔照

09 秘書處公告 | 文 / 秘書處

09 行政院衛生署疾病管制局 函

為檢送本局新修訂之「愛滋病檢驗及治療指引」，請 查照。

09 行政院衛生署疾病管制局 函

重申本局儲備有靜脈注射劑型流感抗病毒藥劑 Rapiacta 可供因昏迷等原因致無法服用抗病毒藥劑之流感重症患者使用，倘遇有符合用藥規定需求情形，可向本局申請藥劑，請查照並轉知轄區醫療院所配合辦理。

10 行政院衛生署 書函

檢送「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或因胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為。」訂定草案 1 份，請刊登行政院公報。

10 行政院衛生署 公告

預告訂定「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為。」。

11 更正啟事：蔡英美副理事長之經歷內容誤植

- 12 12月10日婦產科醫學會與兒科醫學會與監察委員會談內容
 - 19 我要去墾丁（交通資訊）
 - 20 台灣婦產科醫學會 50週年紀念年會暨擴大慶祝大會——年會旅遊半日遊報名表
 - 22 台灣婦產科醫學會 50週年紀念年會暨擴大慶祝大會——近郊觀光一日遊報名表
 - 24 台灣婦產科醫學會 50週年紀念年會暨擴大慶祝大會——學術研討會報名表
 - 25 台灣婦產科醫學會 50週年紀念年會暨擴大慶祝大會——晚宴報名表
-

26 通訊繼續教育

子宮動靜脈畸形之檢視 | 文／李耀泰 陳福民 李文琮 郭宗正

32 會員園地

32 從黃煌雄委員提婦科為弱勢科別——談如何提昇婦產科醫療給付
與改善其醫師人力之不足 | 文／周天給

44 婦產科 24 小時急症轉介：經驗分享 | 文／曾翌捷 龔福財

50 徵才看板

52 編後語 | 文／李耀泰

54 活動消息 | 文／秘書處



理事長的話

謝卿宏

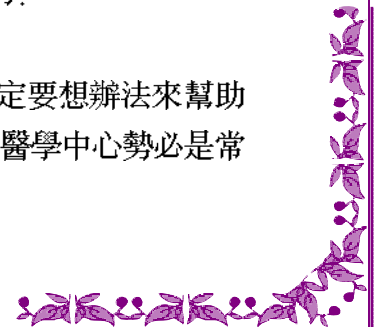
親愛的會員、前輩：大家好！

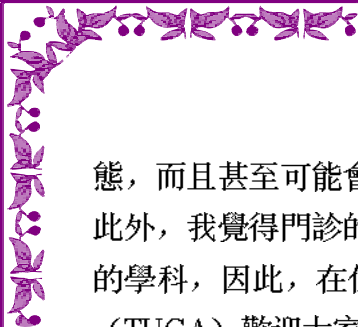
學會寒假會員旅遊—墾丁、南仁湖三天兩夜遊，已有 240 位會員與眷屬報名參加，即將額滿，欲共襄盛舉者，請提早報名，以免向隅！

明年年會時，學會將舉辦「五十年慶祝大會」，會中預計安排婦產科文物展，只要是和台灣婦產科的人事物有關者，學會都歡迎大家提供展出，有的同仁的畫作很出色，還有書、稿、論文、器械、證書…或照片等，我們都歡迎，需保全者，學會也會安排，期待大家能夠熱烈參與，共同歡渡台灣婦產科五十歲生日！明年，我們將定位為「婦女健康照護年」，全力提升全人的婦女健康照護，年會的第二天 3 月 13 日大清早，我們也將籌備為婦女健康路跑活動，參加者將可獲具紀念價值的 T-shirt 一件，歡迎大家報名。此外，在會前的期限內先繳報到費者，學會也將印製特別的個人化悠遊卡當禮物，請大家告訴大家，儘速報名，以利作業。

此外，特別感謝簡基城召集人，答應籌畫「婦女健康照顧提升委員會」，明年起，學會將盡全力來 promote 全人的婦女健康照護！而對於青少年的健康照護，也是我們多年來未曾注意的領域，其實從初經起，不管是小女生本人或父母，都有無限的焦慮與問題，這是我們責無旁貸的義務，感激陳建銘和張維君常務理事、李耀泰代表的共襄盛舉，讓「Adolescent Gynecology」小組得以完成初步構思，還有蔡永杰理事，在我拜託他時，義無反顧承攬大任，明年 1 月 8 日就要召開委員會啟動，為全國青少年健康努力！

對於年輕醫師的出路，也是學會必須思考的，大家一定要想辦法來幫助我們的住院醫師與 Fellows，因為將來在訓練完成後，離開醫學中心勢必是常





態，而且甚至可能會到基層服務，所以訓練時，手術與生產的功夫一定要紮實。此外，我覺得門診的泌尿婦科學也一定要熟悉，這是一門容易學習且可立竿見影的學科，因此，在住院醫師階段勢必要學到。台灣婦女泌尿暨骨盆鬆馳醫學會（TUGA）歡迎大家能多鼓勵年輕醫師加入 TUGA 成為準會員，以便在學習階段摸熟 urogynecology，將來勢必很有幫助。我與 TUGA 梁景忠理事長討論，他頗有教育之熱忱，我們樂觀其成，也期待對年輕醫師有幫助。

第十九屆的繼續教育課程已開始在全國巡迴上課，感謝黃閔照秘書長幫忙籌畫，更感謝所有主持人與講師，不辭勞苦南北奔波。11 月 28 日在高醫與 12 月 15 日台南郭綜合兩場都有百人左右參加，誠令人雀躍！下一輪的繼續教育，我已規劃在二線城市如宜蘭、桃園、彰化、嘉義與屏東舉辦，希望讓更多較偏遠的會員參與！若情況許可，將來也是在苗栗、斗六與其他三線的市鎮舉辦學會的學會討論會，我們寧可讓學會幹部下鄉，也不要讓會員南北奔波！

第十九屆的學會組織已有些許不同，我深切期待這些小改變會讓學會質變。蔡英美教授是學會有史以來的第一位女性副理事長，感激她的相挺；此外，這屆我們也有榮幸聘請江千代院長與何師竹主任當學會名譽理事，她們分別是 2003 與 2006 年 FIGO 選出的傑出世界女婦產科醫師，這都是學會的光榮，我們也需要她們的參與和指導，讓學會更強壯。當然，學會更需要大家的 inputs，我們才能思考並走出更多有利學會發展的道路。希望大家共同來改造學會，共同來思考我們的未來，共同來為學會的發展與理想而奮鬥！最後敬祝大家 身體健康、聖誕快樂、新的一年心想事成。



監事長的話

何弘能

二代健保是目前醫界見面最熱門的話題，大家都一致希望健保能改革，但是內容可是各自心中有所盤算。政府更拿不定主意，民意代表也各自表述，於是就一變再變，比台灣最近的天氣更令人捉摸不定。但在如此詭譎多變的氛圍下，醫界應該是要放開私利，大家團結一致。歷史告訴我們，各個擊破是健保要執行不合理政策時最好的利器。

民生顧了，也請大家不要忘記台灣醫界另一個心靈最大的煎熬－醫療爭議。多年來大家努力希望將醫療過失除罪化。最近法醫師相關的成立，可能得盡點心，學會也應參與，萬一以後醫療爭議鑑定，是由法醫師參與，大家不參與意見，吃虧是自己。

天佑臺灣，希望二代健保能順利完成。

秘書長的話

黃閔照

各位會員平安

天氣開始轉涼了，醫務繁忙之餘，身體的健康也是相當重要的！

11月22日在黃淑英立委幫忙下，學會在立法院舉辦了產檢補助不足記者會。國民健康局延續全民健保產檢制度下，十次產檢僅補助3170元，其中許多項目，對產檢醫院及診所而言，負擔成本已經超過補助，尤其超音波篩檢胎兒異常僅一次，補助更是所有超音波檢查中最低的350元，十分不合理。記者會中邀請國健局官員出席，也承諾回去檢討。十分感謝這次記者會協助幫忙的黃淑英立委及所有出席醫師。學會同時也正式行文國民健康局，要求就產檢次數，項目及給付內容做調整，並希望增加超音波檢查次數及補助金額，同時應就目前產檢衛教部分提供補助，以促進孕產婦懷孕健康。

繼續再教育-腹腔鏡專科醫師訓練課程於11月28日高雄高醫附醫，12月12日台南郭綜合醫院及12月19日於台大兒醫大樓已舉辦三場，出席人數踴躍，已經有近400名會員參加，未來還有兩場，分別將於12月26日中山附醫及1月9日花蓮門諾醫院舉辦，感謝各地負責人，座長及講師，同時也希望各位前輩醫師撥冗出席。這次繼續再教育課程，對會員不收取任何費用，訓練完成後並給與專家醫師證書，希望能提供執業上的幫忙。學會最近也接到衛生署來文，要求專科醫師證書延展，除原本六年180分繼續教育積分外，並希望每年積分數不得為零分，學會跟其它學會聯繫，希望至少能修訂為不得連續兩年積分為零分，到時等正式定案後會再告知所有會員們，故希望各位前輩醫師，注意自己的權益，多多出席學會舉辦的活動，或利用會訊或網路累積繼續教育積分。

健保給付一直是最困難的業務，12月10日監委黃煌雄在台南郭綜合醫院與婦產科醫學會及小兒科醫學會，舉辦座談會，學會事先於11月28日與各次專科醫學會理事長或代表先進行討論，當天出席包括理事長及三位副理事長，徐超群理事及黃昭彰醫師，會中大家也充分表達意見，除了針對婦產科目前困境，人力老化不足現象分析原因，同時也就健保給付不公平部份，包括診療費，超音波檢查，生產給付不公及各種手術不合理處，提出建議，拜託監委能對衛生署要求提出改善措施。

這次1月21-23日會員墾丁三日遊包括會員及家屬共240人報名，報名踴躍超出預期，秘書處已在規劃明年七月武陵農場三日遊行程，到時別忘記報名了。學會其他各委員會大多已建構完成，開始運作，秘書處再次感謝各委員會召集人，副召集人及所有成員，能夠貢獻自己，希望大家一起努力，為學會及所有的會員謀最大福利。

祝所有會員們新的一年萬事如意！

■ 秘書處公告

行政院衛生署疾病管制局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 11 月 24 日

發文字號：衛署疾管愛字第 0990024711 號

附 件：愛滋病檢驗及治療指引

主 旨：檢送本局新修訂之「愛滋病檢驗及治療指引」，請 查照。

說 明：一、本指引由本局邀請國內專家及本局防疫醫師等共同執筆及編彙，以國內臨床經驗並參考國際相關資訊完成研訂，該指引將納入愛滋病醫療費用審查依據，惠請轉知相關人員參考運用。

二、本指引電子檔已置於本局全球資訊網（路徑：CDC分類/出版品/圖書/99 年份/愛滋病檢驗及治療指引、網址：[http://www.cdc.gov.tw/ct.asp? xItem=31379&ctNode=78&mp=1](http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=31379&ctNode=78&mp=1)），歡迎相關人員逕行下載參閱。

行政院衛生署疾病管制局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 11 月 15 日

發文字號：衛署疾管預字第 0990023779 號

附 件：如說明一、三

主 旨：重申本局儲備有靜脈注射劑型流感抗病毒藥劑 Rapiacta 可供因昏迷等原因致無法服用抗病毒藥劑之流感重症患者使用，倘遇有符合用藥規定需求情形，可向本局申請藥劑，請查照並轉知轄區醫療院所配合辦理。

說 明：一、為因應因昏迷等原因致無法吞服／吸入克流感／瑞樂沙之流感重症患者用藥需求，本局採購儲備旨揭藥劑及訂定 Rapiacta 使用方案（如附件一），並已於 99 年 6 月 8 日衛署疾管預字第 0990012096 號函（諒達）通知貴局在案。

二、鑑於近日出現流感併發重症且病程快速惡化並死亡之案例，本局特重申已專案進口儲備有流感抗病毒藥劑 Rapiacta，可及時提供因昏迷等原因致無法吞服

／吸入克流感／瑞樂沙之流感重症患者之防疫及治療使用。目前該藥劑配置於本局各分局及連江縣、金門縣、澎湖縣等離島縣市衛生局，如遇該類病患，得依使用方案之規定，申請及使用該藥劑。

三、本藥劑尚未取得國內藥證許可，其使用對象須為符合本局公費抗病毒藥劑規定之使用者（如附件二），並因昏迷等原因致無法吞服／吸入克流感／瑞樂沙，經醫師評估可使用，且醫師必須完全告知病患／家屬相關療效及副作用，取得其簽署之同意書後，始得填具申請單向本局分局申請，再經轄區傳染病醫療網區指軍官同意後領用。

四、本藥劑之使用需參依藥劑仿單；使用後，主治醫師需填寫日本後生勞動省要求填寫之使用紀錄表，以加強監視本藥劑之安全性及建立其安全資料庫。

五、副本抄送醫師公會全聯會及相關醫學會，請惠予轉知會員如遇病患需使用本藥劑時，可依本案相關規定辦理用藥申請。

行政院衛生署 書函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 12 月 10 日

發文字號：衛署醫字第 0990209927A 號

附件：預告公告電子檔、預告公告掃描檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：檢送「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或因胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為。」訂定草案 1 份，請刊登行政院公報。

說明：檢附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表 1 份。

行政院衛生署 公告

發文日期：中華民國 99 年 12 月 10 日

發文字號：衛署醫字第 0990209927 號

主旨：預告訂定「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得從事之醫療行為。」。

依據：行政程序法第一百五十四條第一項。

公告事項：一、訂定機關：行政院衛生署。

二、訂定依據：醫師法第二十八條之四第一款。

三、本案另載於本署全球資訊網站（網址：<http://www.doh.gov.tw>），「行政院衛生署」網頁。

四、對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起 7 日內陳述意見或洽詢：

（一）承辦單位：行政院衛生署醫事處

（二）地址：臺北市大同區塔城街 36 號

（三）電話：02-8590-6615

（四）傳真：02-890-6061

（五）電子郵件：mdw58412@doh.gov.tw

更正啓事：

169 期會訊 P24「第 19 屆副理事長簡歷與學會未來抱負」誤將蔡英美副理事長之經歷內容誤植，特此更正如下。

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。

12月10日婦產科醫學會與兒科醫學會與監察委員會談內容

台灣婦產科醫學會對健保制度 及婦女健康醫療政策的建議

婦產科人力嚴重不足現象

1. 全台婦產科執業醫師整體人力，自 2000 後，呈現逐漸下降的負成長趨勢，造成執業婦產科醫師人力顯著不足，以每 10 萬女性人口計算，由 1998 年 20.18 位婦產科醫師，逐年下降至 2009 年僅有 19.10 位，如此可預期未來全國婦女健康之照護堪虞。
2. 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，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，預計十年後婦產科人口老化後將出現空窗現象。
3. 婦產科是高風險、低收入、開業不易之科別，因此，做為新世紀之青年學子，面臨經濟壓力與醫療糾紛陰影之下已不願投入婦產科，由 1998 年各訓練醫院實際招收住院醫師 77 名至 2010 年已降至 41 名。
4. 全台共有 368 個鄉鎮，其中有 159 個鄉鎮(43%)，目前面臨無婦產科醫師之狀況。如遇有緊急狀況時，無法立即提供最適切的醫療照護及支援，將嚴重影響婦女安全。

分析臺灣婦產科醫師人力失衡的因素分析

1. 醫療糾紛更讓婦產科人力不足雪上加霜，依照行政院衛生署統計「1996 年至 2005 年醫療糾紛鑑定案件統計」結果(如表 4)，可以顯著發現 1996 年至 2005 年間，婦產科之「醫療糾紛鑑定案件」為各科之冠。婦產科醫師的確屬於高醫療風險群之科別，加上工作壓力沈重、健保支付制度扭曲與分配不均、家庭生活品質無法兼顧等多因素，終致婦產科不再具備昔日讓年輕醫師投入的吸引力。
2. 婦產科為高勞動科：婦產科較其它科別不同的是，婦產科醫師須 24 小時待命接生，超時工作，勞動時間及執業壓力遠較其它科別高，卻無法得到合理報酬，難怪無法羅致人才。
3. 健保開辦以來婦產科健保佔率由 85 年的 7.3% 降到 96 年的 4.8%，又 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%,由此可見健保給付在婦產科的整體給付上的不合理。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: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。又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、腹部的點數分別為719、940、1,411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。

台灣婦產科醫學會對健保制度及婦女健康醫療政策的建議

- 婦幼衛生為國民健康的根本,衛生署要對健保造成醫療生態變化負責,並提出改善計畫,尤其要保障婦幼衛生安全。
- 健保改善計畫增加的支出,不應由原總額去分配,應由各科提出改善計畫試算後,提出額外補助一次到位。
- 生產為高風險科,尤其如羊水栓塞,產後大出血,肩難產,不明原因新生兒腦性麻痺等,為目前醫療無法預期者,政府應建立起生產無過失補償制度,並積極與法界合作推動醫療除罪化政策,以期降低防衛醫學,減少醫療浪費。
- 目前健保費用協定委員會的成員中雖有醫師代表,但大都為醫院經營者組成,建議監委協助內外婦兒四大科醫學會代表為二代健保修法後之監理會當然成員,以期能真正落實照顧全民健康。
- 本會擬建議調整項目。

立委與婦醫會轟產檢補助不足

台灣新生報 ——更新日期：2010/11/23 00:07 【台北訊】

立委黃淑英昨天表示，國民健康局補助孕婦產前檢查次數、金額與內容都不夠，沒有提供孕婦完整的照護；國健局婦幼組組長黃蔚綱說，相關補助將會進行檢討。

黃淑英與台灣婦產科醫學會昨天上午在立法院召開「生育口號值百萬產婦照護不值錢」記者會。黃淑英說，政府不惜花費新台幣 100 萬元徵求鼓勵生育口號，對已懷胎的孕婦卻沒有提供完整照護，也剝削婦產科醫師，讓產婦與醫師成為生產給付政策下的受害者。

婦產科醫學會秘書長黃閔照說，目前國民健康局對孕婦產檢的次數、檢驗內容、衛教與補助都不夠，一般孕婦至少需要 12 至 14 次產前檢查，但國健局目前僅補助 10 次，每次費用 200 元，比一般看病的診療費還低，因為補助次數不夠，孕婦常常得自掏腰包產檢。

黃閔照指出，正常懷孕產檢超音波至少要 2 次，國健局卻只補助 1 次，且只有 350 元，是全世界最低，甚至比動物醫院產檢每次至少要 500 至 1000 元還要低。

黃蔚綱表示，國健局對產檢採包裹給付，算起來給付才會比較低，產檢補助 10 次已與美國等先進國家差不多。但對於產檢的次數、內容、衛教與補助，國民健康局會再做檢討。

產檢補助不足？國健局：檢討

中央社 ——更新日期：2010/11/22 11:31

（中央社記者蘇龍麒台北 22 日電）民進黨立委黃淑英今天表示，國民健康局補助孕婦產前檢查次數、金額與內容都不夠，沒有提供孕婦完整的照護；國民健康局婦幼組組長黃蔚綱說，相關補助將會進行檢討。

黃淑英與台灣婦產科醫學會上午在立法院召開「生育口號值百萬產婦照護不值錢」記者會。黃淑英說，政府不惜花費新台幣 100 萬元徵求鼓勵生育口號，對已懷胎的孕婦卻沒有提供完整照護，也剝削婦產科醫師，讓產婦與醫師成為生產給付政策下的受害者。

婦產科醫學會秘書長黃閔照說，目前國民健康局對孕婦產檢的次數、檢驗內容、衛教與補助都不夠。他指出，一般孕婦至少需要 12 至 14 次產前檢查，但國民健康局目前僅補助 10 次，每次費用僅 200 元，比一般看病的診療費 230 元還低，因為補助次數不夠，孕婦常常得自掏腰包產檢。

黃閔照指出，正常懷孕產檢超音波至少要 2 次，國民健康局卻只補助 1 次，且補助費用只有 350 元，是全世界最低，甚至比動物醫院產檢每次至少要 500 至 1000 元還要低。

黃淑英說，衛教是促進健康的最好方式之一，但是目前國健局對產婦的衛教，僅給付「母親善母乳衛教指導費」，單次產檢才給付 20 元，造成產婦不是要自掏腰包參加衛教課程，就是得參加廠商置入性行銷的免費課程。

婦產科醫學會副理事長郭宗正說，婦產科糾紛多、給付少、又得值班，已經少有醫學院畢業生願意進入這個領域。黃閔照表示，目前婦產科醫師平均年齡為 52 歲，已經高於一般醫師平均年齡的 45 歲，如果狀況持續惡化，未來恐怕得找外籍醫師來台接生。

黃蔚綱表示，國健局對產檢給付是採包裹給付，所以算起來給付才會比較低，但是對於產檢次數上，補助 10 次已經是與美國等先進國家差不多。黃蔚綱說，對於產檢的次數、內容、衛教與補助，國民健康局會再做檢討。991122

孕產婦照護補助 醫師盼政府加強

原住民電視台——更新日期：2010/11/22 17:16

為了提高生育率，政府先後提出許多生育補助政策，不過有婦產科醫師和立委，聯合召開記者會表示，政府對孕婦產婦的照護和補助做得不夠完善，很多婦女都要自掏腰包做產檢，這樣怎能讓婦女有願意生小孩！

剛出生的小嬰兒，哭聲很宏亮，不過要聽到這樣的聲音，已經越來越不容易，因為台灣生育率全世界最低，去年只有 0.9%，也就是說，一位婦女、平均生不到一個小孩，有婦產科醫師認為，政府對孕婦產婦的照護做得不夠完善，是導致婦女生產意願低的主要原因。

婦產科醫師表示，產前檢查是產婦照護中最基本，也是最重要的一項照護，以確保胎兒和母親都是健康的，不過現行的產檢補助卻非常不合理，例如產前檢查，政府補助 200 元，不過一般疾病卻可補助 230 元；而且孕婦也沒有得到完整的產前、產後教資詢服務；另外德國麻疹免疫球蛋白檢查、補助金額也比一般疾病少；甚至懷孕超音波檢查，國健局只補助一次，不僅檢查次數比一般疾病少，費用也比較低，

婦產科醫師呼籲政府，要重視孕產婦的照護，讓婦女不用再自掏腰包做產檢，讓婦女可以安心懷孕，而國健局則表示，會針對目前孕產婦的補助制度進行檢討。

產檢補助不足 準媽媽自掏腰包

台灣立報——更新日期：2010/11/23 00:17 呂苡榕

【記者呂苡榕台北報導】內政部為獎勵生育，祭出百萬獎金募集口號，急切「催生」的

心情可見一斑。然而，台灣婦產科醫學會指出，國家花大錢想口號，卻不照顧準媽媽，產檢補助不足，不是孕婦自掏腰包，就是婦產科醫師補貼缺額。

▶台灣婦產科醫學會 22 日指出，政府花大錢徵求「催生」口號，卻沒照顧好準媽媽，政府提供的產檢補助不足，讓許多孕婦必須自掏腰包，或由醫院吸收成本。（圖文／郭晉璋）



高額產檢費成負擔

國民健康局補助的產前檢查共 10 次，根據婦產科醫學會統計，產檢至少需 12 至 14 次。婦產科醫學會秘書長黃閔照指出，政府補助不足，孕婦須自掏腰包，或由醫院吸收成本。

立委黃淑英表示，以第 5 次產檢為例，國健局補助 400 元，卻要進行 B 型肝炎、E 抗原、梅毒等項目檢查，各項單價總合超過 500 元，國健局的補助根本不夠。如果要將檢查價格壓在 400 元以下，B 型肝炎檢測就必須使用過時方式。

懷孕 6 個多月的彭太太至今產檢 7 次，超音波照過好幾次，包括初期唐氏症篩檢等項目，預計生產前還得進行 8 次產檢。每次檢查，醫師都會建議自費項目，例如遺傳基因、糖尿病等，之後還有羊膜穿刺、中期唐氏症篩檢，光是唐氏症篩檢，一次就要價 2000 元；羊膜穿刺則是 3500 元。

除了產檢次數不足，超音波補助也相當少，如孕婦第 20 週產檢的超音波給付是 350 元。黃閔照說，動物懷孕照一次超音波都要 800 元，孕婦隔著肚皮，醫師必須檢查是否異常，這樣的超音波卻只補助 350 元。他強調，超音波檢查對孕婦相當重要，萬一胎兒出生後發現先天缺陷，產檢時卻沒檢查出來，醫師還得面臨醫療糾紛。醫師建議孕婦自費照超音波，卻不是每個家庭都有能力負擔。

衛教方面，僅有通過「母嬰親善」認證的醫院，在「哺育母乳」衛教每次補助 20 元，剩下的衛教項目完全沒補助，讓孕婦須自費上課，學習生產時如何調節呼吸、減緩疼痛感，以國泰醫院為例，一次衛教課程自費 300 元，是不小的負擔。

黃淑英指出，雖然有些廠商會提供課程，但那些課程是為了推銷產品，中低收入家庭沒有經費去上這些課，生產過程只能忍耐劇烈疼痛。

擔任早期療育社工的廖小姐說，許多健康知識必須透過衛教讓孕婦了解，例如在懷孕過程中吃了哪些藥物，可能導致胎兒發展遲緩，好的衛教才能保證胎兒健康。

偏遠地區沒福利

因為希望寶寶健康，醫師建議的檢驗項目，準媽媽幾乎都會接受，不過並非所有準媽媽

都必須負擔這筆醫療費用，以台北市為例，為獎勵生育，在今年推出「助你好孕」專案，包括：「婚後孕前健康檢查」及「孕婦母血唐氏症篩檢」，不少孕婦省下醫療費用，卻也凸顯城鄉醫療資源嚴重差距。

廖小姐說，偏遠地區醫療資源不足、民眾知識水平不高，孕婦不了解該注意什麼，「她們相信政府，以為只需要做國健局補助的檢測項目，卻沒即早發現胎兒的缺陷，未來要付出更多醫療資源！」

國民健康局婦幼組組長黃蔚綱表示，據WHO的研究，產前檢查大約4次即可，台灣提供10次產檢補助與先進國家相當，沒有特別少。國健局已委託婦產科醫學會進行研究並建議。

國健局認為4次產檢就足夠，黃閔照反駁，這是平均的結果，並非全世界通用。給付項目價格與實際價錢不符，這麼多年卻沒有調整。雖然政府鼓勵生育，婦產科醫學會強調，政府必須讓孕婦在孕期得到良好照顧，才能保證未來國民的健康。

產檢次數不足 黃淑英：應提升補助

星報新聞——更新日期：2010/11/22 15:07 蕭介雲

【台灣醒報記者蕭介雲報導】「動物產檢超音波要500元，一般看病診療費也要230元，結果產檢卻只給付200元！」婦產科醫院會今天於立法院請命，要求提高產檢補助額度與超音波次數；立委黃淑英強調，政府應提升相關產檢給付水準與次數，讓產婦能安心生產，並確保下一代的健康。國健局回應時指出，產檢次數、內容與金額，現正進行內部評估並將進行檢討。



黃淑英今天於立法院召開「生育口號值百萬 產婦照顧不值錢」記者會。她指出，目前產檢一次費用是200元，婦產科醫生看媽媽和肚子裡面的小孩，一次看兩個人，給付卻比一般門診還低，實在不合理。

「一般產前檢查預估要12~14次，但國健局補助產檢次數只有10次。」黃淑英說，此外，第5次產檢目的是B肝及E抗原檢查、病毒檢查等各項檢驗，總計要500元，但國健局補助只有400元，使得醫生或醫院要自行吸收差額；特別是母乳衛教指導費只有20元，又只於通過母嬰親善評鑑的醫院才有補助，使得弱勢家庭得不到好的衛教指導。

「婦女整個的懷孕過程，補助只有3100元。」婦產科醫院會祕書長黃閔照表示，孕婦產

檢只補助 10 次，當媽媽手冊蓋完之後就要自掏腰包，而正常超音波檢查至少要 2 兩，國健局也僅補助 1 次、金額也只有 350 元實在過低，給付明顯不合理。台大醫院醫師徐明洸亦持相同看法。

「與 20 年前相較，台灣每年生產婦女已降 1/2，只有 18 萬人，婦科醫生每年由 100 人降到 30 多人，只剩 1/3。」婦產科醫學會副理長郭宗正指出，由於給付的不合理與辛苦，目前婦科師生人數銳減，更出現平均年齡老化的現象。

「婦產科醫生在 10 年後出現斷層，可能必須請菲律賓等國外醫師來台灣看診！」馬偕醫院醫師黃建需強調，屆時政府花再多的錢也沒辦法彌補，對國人下一代的健康也非常不公。

國健局婦幼組長黃蔚綱於現場回應時指出，產前檢查是依每年 18 到 20 萬位婦女生產為基礎，採包裹給付方式給付，所以額度會比單一醫療給付略低，但 10 次產檢與內容，與美、加、日等先進國家相近「沒有比較少」。

「國健局正依據委託婦產科醫學會所提出的報告，進行研議和調整。」黃蔚綱表示，不論是產檢次數、內容與額度，都可以再做檢討。

立委痛批 生育口號獎百萬 孕婦照顧無人問

星報新聞——更新日期：2010/11/23 04:11

〔自由時報記者顏若瑾／台北報導〕政府花百萬元徵求獎勵生育口號，但民進黨立委黃淑英與台灣婦產科醫學會昨出面抗議，批評政府疏於孕婦的照顧，不僅補助產檢次數不足、超音波檢驗方法落後外，對婦產科醫師的補助制度也還停留在二十年前，值此婦產科醫師人才萎縮與出現斷層之際，呼籲政府重視此問題。

國健局婦幼組長黃蔚綱表示，國健局對產檢給付是採整體性的包裹給付，所以若計算單次給付會比較低；但產檢次數台灣是參考先進國家的十次，符合世界衛生組織的四次規定。

但此說法引起黃淑英與在場產科醫師不滿，批這是世衛針對落後國家所訂的最低標準。黃蔚綱才說，對於產檢次數、衛教與補助部分，將與婦產科協會進一步協調後檢討改進。

黃淑英說，一般孕婦至少需要十二至十四次產前檢查，但國民健康局目前僅補助十次，每次費用僅二百元，比健保給付一般看病診療費二百三十元還少，孕婦常得自掏腰包產檢。

婦產科醫師學會秘書長黃閔照指出，正常懷孕超音波檢查至少要二次，健保卻只補助二十週產檢超音波一次，補助費用僅三百五十元，是全世界最低，甚至比動物醫院產檢每次至少要五百至一千元更低，明顯不合理。

黃閔照表示，目前婦產科醫師平均年齡為五十二歲，高於一般醫師四十五歲的平均年齡，如果婦產科環境持續惡化，在少子化趨勢下，未來恐怕得依賴外籍醫師接生。

我要去墾丁（交通資訊）

基層聯誼委員會

召集人：賴文福

學會將於 100 年 1 月 21、22、23 日舉辦三天二夜高雄墾丁南仁湖之旅，學會所舉辦的旅遊活動不但補助旅費，而且搭好的車、吃好的當地料理、住好的飯店，能和師長、前輩同仁們相見歡，共賞美景，令人企盼，迄 12 月 10 日報名人數已達七輛遊覽車——250 人。

只是 100 年 1 月 21 日為星期五，大醫院同仁也許有約診的病人，排好的手術。基層診所則為平常工作日，想必有人因此而扼腕沒報名，或報名了卻怕臨時走不開，基層聯誼委員會提供以下行車資訊。

如何自行搭車到墾丁凱撒飯店會合，有以下三條動線，而且都在凱撒飯店正門口站牌下車。

一、墾丁快線：服務電話：07-8625388

班次時間：早上 9：00～晚上 7：00（最後一班），共 18 班次。

發車處：在新左營高鐵站三號出口買票，一樓搭車。

行車時間：120 分鐘，票價 383 元。

二、經台 88 快速道路班車：服務電話：07-2371231

A：班次時間：早上 8：45～晚上 8：45（最後一班），每小時一班。

發車處：從新左營高鐵站發車。票價：383 元

B：班次時間：早上 8：45～晚上 10：05（最後一班）每半小時一班。

發車處：從高雄火車站發車（國光客運站後面高雄客運）接南二高。

行車時間：170 分鐘，票價 383 元。

三、平面道路班車：服務電話：07-2371230

班次時間：24 小時均有，30-60 分鐘一班

發車處：只有從高雄火車站發車，經由省道。

行車時間：180 分鐘，票價 383 元。

以上提供給大家參考，以備不時之需。

◎年會旅遊半日遊

台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會 · 旅遊報名表 ·

一、高雄市市區觀光半日遊(上午)

日期：100 年 3 月 12 日 (星期六)

集合時間：上午 8:30 回程：12:00

行程概要：橋頭糖廠、澄清湖風景區

- **【澄清湖】** 素有〈台灣西湖〉之美譽，九曲龍鳳橋最能代表澄清湖的意象。
- **【橋頭糖廠】** 臺糖高雄廠，又稱橋頭糖廠、橋仔頭糖廠，位於高雄縣橋頭鄉。1901 年成立，原名臺灣製糖株式會社橋仔頭第一工廠，為臺灣第一座現代化機械式製糖工廠。於 1999 年停止製糖，2002 年 9 月高雄縣政府公告為古蹟，至今製糖廠、日式木屋、防空洞、紅磚水塔等昔日古物保存完好。糖廠也轉型成為休閒觀光產業，目前廠區已整建為臺灣糖業博物館，並進駐一批藝術工作者，作品與糖廠景物融為一體，糖廠假日亦有行駛觀光五分仔車，終點為高雄花卉農園中心。此外，糖廠的冰品部販售各式台糖優質冰品，其中以紅豆酵母冰最受民眾歡迎。

二、高雄市市區觀光半日遊(下午)

日期：99 年 3 月 12 日 (星期日)

集合時間：下午 1:00 回程：17:00

集合地點：漢來大飯店 9 樓年會報到處 (大廳)

行程概要：打狗領事館、鼓山搭渡輪、旗津風景區

- **【打狗領事館】** 位於高雄港北岸的鼓山上，面對高雄港灣、緊鄰陡峭的崖壁，三面環水的地勢是絕佳的地理位置，為昔日英國海關稅務機關的所在地；打狗英國領事館建於西元 1865 年，是台灣目前尚存的西方近代建築中，年代最久遠的一棟。
- **【旗津】** 搭乘渡輪~最能代表南台灣的島嶼風情，探訪 336 年的旗津，由一座山一座島所組成的故事，一處浪漫並讓你驚訝的地方，椰子樹、珊瑚山、黑沙灘、漁港到處充滿渡假風味的島嶼，放鬆心情漫步於沙灘上，享受本地最有名的烤小卷、海浪、海鮮、美食、古蹟、燈塔…旗後馬卡道--輕鬆踩著單車，沿海灘的車道，吹著風、唱著歌高聲享受吶喊與海 happy 的時刻。
(去逛旗津時可以去吃"番茄沾醬油及哈瑪星汕頭麵是南部特色小吃，還有著名的渡船頭海之冰、高雄黑旗魚丸湯)

三、高雄市市區觀光半日遊(上午)

日期：100 年 3 月 13 日 (星期六)

集合時間：上午 8:30 回程：12:00

行程概要：世運主場館、蓮池潭、舊城北門

- **【世運主題館】** 外圍參觀~全球第一座開口型的運動體育館結合了節能、環保、生態等多種最新思維所設計之建築作品→ **【蓮池潭】** 春秋閣、龍虎塔是湖畔最搶眼的地標，五里亭觀賞龜山為最微妙的地點，夕陽西下浪漫情景是蓮池潭最佳寫照→ **【舊城北門地】** 台灣第一處城牆，歷經年代更替依

舊保持原有風貌，而北門城下的門神時時日日守護著城內百姓，更告訴人們它的重要性。
 (旅途中可前往品嚐已有 41 年歷史的美味小吃餛飩、滷味)

四、高雄市市區晚上觀光

日期：99 年 3 月 12 日 (星期六)

集合時間：晚上 7:30 回程：10:30

集合地點：漢來大飯店 9 樓櫃台大廳

行程概要：愛河風景區、六合夜市

- **【愛河】**『熱帶南洋之首選、高雄母親之河，夜晚愛河兩岸的旅人、街頭藝人同編織著浪漫的河岸風情』
真愛碼頭 (原 12 號碼頭) 以雙座風帆的特殊造型，矗立在愛河出海口，分別對著高雄市區及旗津渡輪碼頭，在此可欣賞高雄摩天大樓林立的現代都市風貌，也可眺望高雄海港體驗大船入港的震撼，白天、夜晚各具不同的風貌。(自費搭船或於岸邊喝飲料)
- **【六合夜市】**觀光客必到之處，『集南台灣小吃總匯』。
 六合夜市的前身為大港埔夜市，現為高雄著名的觀光夜市，沒到過這裡，就不算真正來過高雄。筆直的道路兩旁盡是台灣各地傳統小吃，無論是海鮮、燒烤、麵食，或是烤肉...都是遊客來訪的最愛。

費用：以上 1.2.3 項市區行程每 1 個人 250 元，第 4 項免費。

●報名方式：

欲參加者請於 100 年 2 月 10 日前報名，報名時請務必填寫附上之報名表，並將劃撥回執收據貼在報名表一併傳真至學會。

學會劃撥帳號:00037773

戶名：台灣婦產科醫學會

學會電話：02-25684819

傳真：02-21001476

請務必填上欲參加何種旅遊項目及參加日期、時間

會員編號		出生年月日		身分證字號		劃撥回執浮貼處
會員姓名		出生年月日		身分證字號		
眷屬姓名		出生年月日		身分證字號		
眷屬姓名		出生年月日		身分證字號		
眷屬姓名		出生年月日		身分證字號		
旅遊項目		出生年月日		身分證字號		
日期、時間		出生年月日		身分證字號		
電話		行動		傳真		
通訊地址						

共_____人

台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會 · 旅遊報名表 ·

一、近郊觀光一日遊

日期：100 年 3 月 12 日（星期六）

集合時間：上午 8:50

回程：抵達飯店下午 16:30

集合地點：漢來大飯店 9 樓年會報到處(大廳)

費用：會員及眷屬每人 750 元
(含午餐、門票)

行程概要：→【義大購物廣場】

佔地 58000 坪，從地上 5 樓到地下 7 樓，是台灣首創、正規的大型 OUTLET MALL，超過 300 個如 GUCCI、YSL、A/X、DKNY、Tommy Hilfiger，及 Polo Ralph Lauren... 等知名品牌設櫃直營的中型店面 (80-250 坪)，讓聰明的消費者們能以特別價格買到自己心儀已久的品牌。【義大主題樂園】→義大遊樂世界 全國唯一希臘愛情海

主題樂園→聖托里尼山城以古希臘神殿為建築藍本，本區擁有全台最大的娛樂型劇院共 1700 多個座位，驚悚刺激的萬聖屋及希臘傳奇故事的場景，讓遊客置身園區，如親臨異國情境。

→PART III 特洛伊城城堡複製希臘藍白山城，本區林立各式希臘主題商品與餐廳，彷彿置身愛情海，浪漫聚落。→阿囉哈滷味「阿囉哈」這個名號在高雄的滷味界來說，算是非常具代表性的名詞，之所以讓人豎起大拇指稱讚的主因，就在於它一賣就超過半個世紀，許多人從學生時鄉代就嚐過這樣的美味，不停地口耳相傳，不斷地以好味道作為見證，歲月中的塩埕區或許有所不同，但這樣的好滋味卻始終維繫著它的最佳口味。

報 名 表

●報名方式：

欲參加者請於 100 年 2 月 10 日前報名，報名時請務必填寫附上之報名表，並將劃撥回執收據貼在報名表一併傳真至學會。

學會劃撥帳號：00037773

戶名：台灣婦產科醫學會

學會電話：02-25684819

傳真：02-21001476

會員編號		身分證字號		出生年月日		劃撥回執浮貼處
會員姓名		身分證字號		出生年月日		
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日		
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日		
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日		
電話		行動		傳真		
通訊地址						

共 _____ 人

台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會

· 旅遊報名表 ·

一、近郊觀光一日遊

日期：100 年 3 月 13 日（星期日）

集合時間：上午:8:30

回程：抵達飯店下午 17:00

集合地點：漢來大飯店 9 樓年會報到處(大廳)

行程概要：美濃小鎮風光、客家美食、DIY 活動 10:00-12:00

美濃小鎮風光:美濃客家文物館--文物館為一座極具創造力與活力的文物館，館內利用多種媒體，包括實物、相片、文獻、影片、模型、造景等等，來展美濃的萬種風情。文物館的設計上，結合「菸樓造型」與「合院設計」，以「再建構」為出發點來設計，使得民眾更能親近文物..其濃郁的客家風情，

保有客家人豐富的生活智慧，為了讓這樣豐富的族群文化資源及特色，能得以與現代社會共存→客家美食午餐→DIY 小紙傘(美濃為台灣目前唯一生產油紙傘之地區，且油紙傘的製作過程手續繁雜，為不使此項本土文化就此沒落，且配合政府倡導(產業文化化、文化產業化)及落實教育課程學習。本村特別舉辦(紙傘製作、彩繪研習活動)，此為全國首創紙傘技藝傳習，讓國民及外國來賓對紙傘能更深入了解及推廣，讓【原鄉油紙傘】這項本土文化能夠傳承及保存→返回高雄

費用：會員及眷屬每人 550 元
(含午餐、DIY)

報 名 表

●報名方式：

欲參加者請於 100 年 2 月 10 日前報名，報名時請務必填寫附上之報名表，並將劃撥回執收據貼在報名表一併傳真至學會。

學會劃撥帳號：00037773

戶名：台灣婦產科醫學會

學會電話：02-25684819

傳真：02-21001476

會員編號		身分證字號		出生年月日		劃撥回執浮貼處
會員姓名		身分證字號		出生年月日		
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日		
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日		
眷屬姓名		身分證字號		出生年月日		
電話		行動		傳真		
通訊地址						

共 _____ 人

台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會

活動須知

○ 學術研討會

時 間：100 年 3 月 12~3 月 13 日（星期六、日）

地 點：高雄漢來大飯店 9 樓飯店 9 樓（高雄市成功一路 266 號）

○ 午餐：100 年 3 月 12 日~3 月 13 日（星期六、星期日）的午餐，由大會免費招待

○ 歡迎晚宴

時 間：100 年 3 月 12 日（星期六）PM 6:00

地 點：漢來大飯店（龍鳳廳）

○ 悠遊卡

為慶祝學會成立 50 週年紀念會，特別與台北捷運悠遊卡公司合作，為每位會員製訂一張個人姓名之悠遊卡(贈送)，若會員眷屬製訂(1 張 220 元)，為了事先印製，請事先報名，並於 1 月 20 前將報名表傳真回學會。電話:02-25684819 傳真:02-21001476

○ 住宿

■高雄漢來大飯店 9 樓 單人房 3960 元、雙人房元 4290 元，均含早餐，不含服務費。

TEL: 07-2125766 傳真：07 -2135700 地址：高市成功一路 266 號

請自行傳訂房單訂房（表明為台灣婦產科醫學會會員）。

■高雄國賓 單人房 3100 元、雙人房 3500 元，均含早餐、服務費。

TEL: 07-2115211 傳真：07-2010348 地址：高雄市民生二路 202 號

請自行電洽訂房（表明為台灣婦產科醫學會會員）。訂房代號：00965910

■高雄金典 單人房 3740 元、雙人房 4125 元，均含早餐、含服務費。

TEL: 07-5668123 傳真：07-5661087 地址：高雄市自強路三段 1 號 37-85 樓

請自行傳訂房單訂房。

報名表

會員姓名			劃撥回執浮貼處
會員編號			
電 話			
通訊地址：			
另外眷屬 製訂 1 張 220 元	眷屬姓名		* 請務必於 1 月 20 日前報名，以便製作

交通資訊：

1. 中山高速公路：高雄市中正交流道下→沿中正路市區方向→沿五福路→左轉成功路

2. 快速道路：

◎國道 10 號→接中山高速公路往南→中正交流道下→轉中正路市區方向→沿五福路→左轉成功路

◎88 東西向快速公路高雄方向→接中山高速公路往北→中正交流道下→轉中正路市區方向→沿五福路→左轉成功路

3. 岡山、橋頭南下路線：省道台 1 線縱貫公路→沿民族路→右轉五福路→左轉成功路

4. 高鐵、台鐵：高鐵左營站、台鐵新左營站→捷運紅線 R9 中央公園站下→五福路及中山路口轉搭漢神接駁專車

5. 漢神百貨捷運中央公園站接駁車服務時間：AM 10: 30~PM 22: 30，約十分鐘一班。

台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會

晚宴報名表

○ 歡迎晚宴

時 間：100 年 3 月 12 日（星期六）PM 6:00

地 點：高雄漢來大飯店 9 樓龍鳳廳（高市成功一路 266 號）

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

（65 歲以上之會員免費招待）

報名方式：請於 100 年 2 月 5 日前報名，報名時請務必填寫下表，並附上劃撥回執收據傳真回學會。預計 400 名，額滿為止，屆時一律憑邀請卡入場（邀請卡於會前寄出），
未事先報名者謝絕入場。

學會電話：02-25684819 傳真：02-21001476

學會劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

報名表

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

共_____人

■ 通訊繼續教育

子宮動靜脈畸形之檢視



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

當一位育齡婦女在生產或流產後，陰道出現大量出血，要考慮的除血液疾病，與懷孕有關的併發症如殘留胎盤、植入性胎盤、子宮頸外孕、疤痕外孕、子宮頸裂傷、陰道裂傷、子宮穿孔、和絨毛膜腫瘤等疾病外，如婦檢無所發現，需要考慮子宮動靜脈瘻管的可能，並需盡快診斷出來，因此病在一陣出血後可能自然停止，但有再度發生大出血的可能，特別是誤以為有胎盤殘留，予以子宮搔刮術（D&C），使醫病雙方都陷入極大的危險。由於此疾病罕見，故撰文討論，以供同仁參考。

病例一

2007年 Lin 等報告一位 28 歲、G3P3A1 的婦女，在懷孕 22 週時，因胎兒畸形予以人工引產，產後第 19 天因陰道大量出血來求診。患者過去曾有 1 次子宮搔刮術、2 次陰道生產。超音波檢查疑有殘留胎盤或血塊，經靜脈注射 methylergonovine 0.2 mg 和 oxytocin 20 單位，出血停止後便離院。隔天，仍有少量持續性陰道出血，陰道超音波檢查，發現在頂部子宮肌肉層有 3-4 cm 不均勻之病灶，彩色都卜勒超音波發現其在肌肉層影像有高流速和多方向血流，光譜都卜勒（spectral Doppler）超音波顯示為低阻力、高速動脈、和脈搏性（pulsatile）靜脈血流。

為了要區別動靜脈畸形（AVM）和妊娠性滋養層腫瘤，血清β-hCG（human chorionic gonadotropin）追蹤檢查由 30.4 mIU/mL 下降至 5.05 mIU/mL，而超音波病灶則漸漸增大。

在產後第 57 天，患者接受了血管攝影，證明為子宮 AVM，乃予兩側子宮動脈栓塞，過程順利，4 週後病灶消失，第 6 週月經恢復正常。

病例二

2007 年，Halperin 等報告 1 位 27 歲、G2P1 之婦女，因大量陰道出血來求診。患者 1 週前因早期懷孕，在別家醫院施行子宮搔刮流產手術 (D&C)，因手術中突然有陰道大量出血轉院至另一醫院，在此將子宮頸前後縫合，並予輸血治癒，3 天後出院。一週後，患者又突然出現大量陰道出血，沒有發燒，婦檢子宮頸和子宮均沒有壓痛，觀察數小時，沒有繼續出血。超音波檢查在子宮左側有一低迴波、20 x 15 mm 之腫塊，呈漩渦狀 (swirling)，彩色都卜勒超音波診斷為子宮動靜脈畸形。住院 3 天後，患者又突然發生大量陰道出血和休克，於是立即行剖腹探查，腹腔中沒有出血，進行了左側子宮動脈結紮和輸血治療，患者恢復良好，重覆都卜勒超音波檢查沒有殘留之子宮病灶。該作者認為此係子宮搔刮術醫師不熟悉 AVM，因而沒有在早期診斷出來。

病例三

2006 年 Morikawa 等治療一位 G2P1、剖腹產 1 次、懷孕 9 週之流產婦女，因陰道出血 1500 mL，在予陰道紗布壓迫、methylergonovine 和輸濃縮紅血球 2 單位後止血成功。其後仍有持續性少量出血，血清 hCG 在流產後第 20 天仍有 6802 mIU/mL，予肌肉注射 methotrexate 共 200 mg (在流產後第 10 天，每天予 20 mg，共 5 天；流產後第 22 天起又重覆一次)，hCG 在流產後第 50 天降為 290 mIU/mL，第 80 天降為 110 mIU/mL。以彩色和光譜都卜勒超音波、磁振血管攝影 (MRA) 證明子宮有兩側子宮動脈之 AVM 存在於以前的子宮疤痕處，因等待栓塞劑 (缺貨)，在第 84 天時予 GnRHa (leuprorelin 1.88 mg)，每月一次，AVM 由 5.1 x 3.8 cm (第 79 天) 縮小至 1.4 x 1.0 cm (第 260 天)，hCG 已測量不出來，共注射了 6 個月，此期間沒有陰道出血，在第 265 天時行左側子宮動脈 (只有一側有 AVM 仍存在) 栓塞，AVM 消失。栓塞後 3 個月，月經恢復正常。該作者認為 estrogen 可以造成血管新生 (angiogenesis)，而 GnRHa 可以抑制，並可增加子宮動脈阻力、減少子宮血流、AVM 可經由血管炎和動脈粥狀硬化而縮小。

病例四

2007 年，Chien 報告一位 38 歲、G2P2、有 2 次剖腹產之婦女 (前一次在 12 年前)，過去一切正常，突然在月經第 7 天出現大量陰道出血，骨盆腔超音波檢查沒有腫瘤，凝血

功能正常， β -hCG 呈陰性。婦檢時正常，但會突然由內子宮頸口出血約 500 mL，以 Foley 導尿管壓迫止血後，11 小時後又有陰道大出血，疑有子宮 AVM。因患者拒絕血管攝影，接受了全子宮切除。在切除子宮中發現，右側 isthmus 處有一條小血管撕裂，顯微鏡可見該處有擴大和迂迴曲折血管，診斷為子宮 AVM，患者手術後順利出院，共輸濃縮紅血球 6 單位和新鮮冷凍血漿 6 單位。該作者認為：子宮 AVM 可以自然破裂並有致命的風險。

病例五

子宮頸亦可以發生 AVM，而且治療十分困難，2004 年 Lowenstein 等報告一位 32 歲的經產婦，因子宮出血和避孕器失蹤（4 個月前裝置）求診，血紅素 Hb 為 7.8 g/dL，血清 β -hCG 為陰性，婦檢只有子宮頸前端有表淺性撕裂，但看不見避孕器線，腹部 X 光則可見避孕器之影像。

患者接受腹腔鏡檢查，腹部臟器正常，但找不到避孕器，子宮頸前端有 1.5 cm 撕裂，乃予縫合。術後良好，但有少量陰道出血，Hb 為 7.1 g/dL，輸 packed RBC 2 單位後，在第 4 天出院。2 週後再因陰道大量出血住院，婦檢子宮頸和陰道有裂傷和壞死，Hb 為 6.5 g/dL，輸 packed RBC 3 單位，子宮頸切片為發炎性反應、因子宮鏡檢查正常，沒有做 D&C。

數天後又發生大量陰道出血和休克，Hb 為 4.5 g/dL，於是接受全子宮切除和陰道上端切除，子宮和陰道外觀正常，唯子宮頸有壞死，病理診斷為子宮頸 AVM，患者順利出院。

8 週後，患者又因大量陰道出血住院。婦檢見陰道有表淺性裂傷和動脈性出血，予局部縫合和輸血。血管攝影發現陰道頂端血管很多，決定行兩側子宮動脈栓塞，但第 2 天仍有大量陰道出血，再予縫合和輸血，並再予 3 次栓塞，只有部份效果。

一年後，患者又因大量出血而住院，決定以手術將上 2/3 陰道切除，病理證明為陰道 AVM。5 個月後，又因陰道大出血求診，試以短距離（brachytherapy）放射線 7.0 Gy 治療。2 個月後，仍發生陰道大出血，經 3 次 7.0 Gy 短距離放射線及化學治療仍失敗，最後每月以肌肉注射 GnRHa（D-trip 6-LHRH 3.75 mg）和每天給 tranexamic acid 2 g，經 12 個月追蹤，沒有再出血。

討論

一、AVM 乃動、靜脈沒有經過微血管直接連接起來的疾病，連接之血管有肌肉層和薄壁似之微血管（非真正微血管），人體中許多部位存有 AVM，包括骨盆腔之血管。子宮肌肉層中的 AVM 很罕見，主要發生在 20-40 歲育齡的婦女，其成因可分為兩種：(1) 先天性：可能在胚胎發育時，因正常血管停止發育而產生，來源可能來自骨盆腔血管而非子宮動脈。血管可有多條異常連結，或亦可存在多處位置，包括子宮、骨盆腔、腦

或皮膚等位置；(2)後天性：多有懷孕病史，包括足月妊娠或早期流產，認為可能先有絨毛(chorionic villi)壞死，再異常的使動靜脈連接起來。少部份患者是經過子宮手術、絨毛膜疾病、子宮頸癌、或子宮內膜癌而造成，此時多只有一條異常血管連接，亦只見於一個部位。

二、診斷：子宮 AVM 曾有報告可觸診到子宮有脈搏性跳動，但發生機率很低。亦有報告在子宮鏡檢查看到跳動性腫塊，表面可見到不規則、藍色擴張的血管，並有人在腫塊邊緣以雷射燒灼治療，但這種機會不多，技術和設備亦不普遍。

最常使用的診斷方法仍是超音波，如在子宮肌肉層內會看到橢圓形、內有許多無迴波(anechoic)血管狀的結構，彩色都卜勒超音波可以看見腫塊內為迂迴曲折的血管，血流呈多方向、高流速、和低阻力的血流。唯有在殘留妊娠物的子宮，彩色超音波下亦可發現許多彎曲和多量的血流影像，故單獨依賴彩色都卜勒超音波會造成過度診斷(overdiagnosis)。

另一種較準確的方法乃使用光譜流動都卜勒(spectral flow Doppler)超音波，在子宮 AVM 病灶中，有連續性高流速具收縮和舒張的血流，通常收縮血流高出正常值 4-6 倍，另有不規則光譜性寬的波形，表示增加亂流(turbulence)，特別是測量阻力指數(resistance index)很低，和有混合動脈和靜脈的波形，認為對診斷很有價值。正常靜脈呈單相(monophasic)血流，但 AVM 之靜脈呈脈搏性(pulsatile)血流。

下髒動脈的血管攝影是最具可靠性的診斷方法，檢查時可見兩側有增大(hypertrophy)迂迴曲折的子宮動脈、肥厚的動脈腫塊、大的輔助性營養(feeding)血管、及血流提早流入巨大肥厚的靜脈內。血管攝影並可測定病灶之大小、營養血管和靜脈流出的位置，但血管攝影有時仍不能確定其與附近器官的關聯，要再加磁振攝影(稱磁振血管攝影 magnetic resonance angiography)，才可更準確的知道子宮內腫塊的內容：子宮肌層和內膜層間失連區有許多匍行的血流訊號(signal voids)。檢查中，可同時考慮進行動脈栓塞治療，故術前應先與病患溝通，以便一氣呵成。

治療

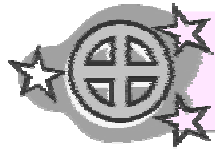
治療方式包括有：

- 1、在急性出血時：需先將患者穩定，除輸液和輸血外，可以將 Foley's 導尿管置入子宮內，以沖液膨脹壓迫子宮腔，或可使用紗布條壓迫，並同時注射雌激素使子宮內膜增殖(proliferation)，可以覆蓋住出血的血管。
- 2、觀察：對沒有症狀的患者，有時候可以不採取任何治療方法，但需長期以超音波或其它影像檢查等追蹤，唯只有少數患者成功。

- 3、口服 methylergonovine maleate：先以肌肉注射，再用口服可以產生持久性肌肉收縮，和減少 AVM 的血流，使之萎縮，但效果有限。
- 4、Danazol (17-ethinyl testosterone 的衍生物)：有人報導每天口服 400 mg 可有效治療子宮 AVM，作用機轉不明，認為可以減少子宮動脈之血流量，使病灶內血管產生栓塞。該藥需長期使用，至少使用 3 個月。
- 5、促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑 (gonadotropin releasing hormone agonist, GnRHa)：每月注射一次 GnRHa 使雌激素分泌減少，可以增加子宮動脈阻力，減少子宮的血流量，和使血管內組織上改變，如血管炎和粥狀硬化等，有利 AVM 的治療。
- 6、子宮動脈栓塞：以栓塞物置入至子宮動脈導管中，使子宮動脈栓塞，是認為是 AVM 最標準的治療方法，副作用較切除子宮為低，但復發率可能高，因子宮的側支血管供應豐富，所以可能需要第二次的子宮動脈栓塞。患者同時有子宮肌腺瘤，亦認為是栓塞失敗之原因之一。
- 7、子宮切除：對不欲再生的婦女，子宮切除是最安全的治療方法。但上述子宮頸 AVM 病例一，子宮切除仍失敗，需配合其它方法。

參考文獻

1. Halperin R, Schneider D, Maymon R, et al. Arteriovenous malformation after uterine curettage. A report of 3 cases. J Reprod Med 2007; 52: 445-449.
2. Lin AC, Hung YC, Huang LC, et al. Successful treatment of uterine arteriovenous malformation with percutaneous embolization. Taiwanese J Obstet Gynecol 2007; 46: 60-63.
3. Morikawa M, Yamada T, Yamada H, et al. Effect of gonadotropin-releasing hormone agonist on a uterine arteriovenous malformation. Obstet Gynecol 2006; 108: 751-753.
4. Chien SC, Lo CY, Wei MC. Rupture of uterine arteriovenous malformation as a cause of severe menorrhage. Taiwan J Obstet Gynecol 2007; 46: 314-319.
5. Lowenstein L, Solt I, Deutsch M, et al. A life-threatening event: uterine cervical arteriovenous malformation. Obstet Gynecol 2004; 103: 1073-1075.
6. Griffin DW, Strand EA. Arteriovenous malformation of the uterus after a midtrimester loss. A case report. J Reprod Med 2009; 54: 333-336.
7. 李耀泰, 郭宗正, 陳福民. 子宮動靜脈畸形. 當代醫學 2006; 33: 493-496.



問 答 題

- 一、下列何者在婦女流產後，會產生陰道大量出血？
- (A) 植入性胎盤 (B) 絨毛膜腫瘤
(C) 子宮動靜脈畸形 (D) 以上皆是
- 二、下列何者為子宮動靜脈畸形最可靠的診斷方法？
- (A) 子宮鏡 (B) 電腦斷層
(C) 彩色都卜勒超音波 (D) 下腔動脈血管攝影
- 三、下列何者為子宮動靜脈畸形在光譜血流都卜勒超音波之特徵？
- (A) 低阻力的血流 (B) 高速動脈的血流
(C) 脈搏性的靜脈血流 (D) 以上皆是
- 四、下列何者為子宮動靜脈畸形治療方法？
- (A) 口服 danazol (B) 注射 GnRHa
(C) 子宮動脈栓塞 (D) 以上皆是
- 五、有關子宮動靜脈畸形，下列敘述何者正確？
- (A) 過去有流產或足月產史
(B) 陰道有大量出血，但婦檢時無所發現
(C) D&C 會產生大量出血
(D) 以上皆是

第 169 通訊繼續教育 與外陰癌相似之良性病灶

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(A)；五、(D)

會員園地

從黃煌雄委員提婦科為弱勢科別

談如何提昇婦產科醫療給付 與改善其醫師人力之不足

周天給 常務理事

一、前言

今年9月份台灣醫界的專論中，全聯會理事長李明濱醫師在『突破限制與困境』一文提出監察委員黃煌雄指出內、外、婦、兒科等為弱勢科別；且明舉費協會委員咸認目前健保資源有限，期盼有限之資源優先配予內、外、婦、兒科等弱勢科別調整基本診療項目¹。全聯會基層委員會召集委員蔣世中醫師在2010年台北市醫師公會會刊中，對『台灣健保的過去與未來』作一個回顧，指出全民健保提供的是最廉價之醫療給付，以生產給付為例，台灣生產給付大約36,000元，美國大約318,150元，台灣就醫費用遠低於美國，費用相差約達10倍²。在此以身為婦產科醫師的筆者，除向法律唯一認定的全國性醫師團體，也是代表醫師與政府主管機關溝通的單一窗口之醫師公會全聯會，為維護國民健康與醫師會員權益致以謝意外，並向關心全體婦女健康的黃煌雄監委表示至高的敬意。由此可知，目前不管學界、醫界、政府公部門以及代表消費者等各界人士，都已公認婦產科是一弱勢科別，而調整其醫療給付宜被積極地加以支持。

回顧92年10月31日監察院糾正行政院衛生署、中央健康保險局文，以中央健康保險

1 請參閱李明濱，突破限制與困境，台灣醫界第53卷第10期，頁5-6，2010年。

2 請參閱蔣世中，台灣健保的過去與未來，台北市醫師公會會刊第54卷第9期，頁5-6，2010年。文中並提出：「健保法第36條規定重大傷病、分娩、預防保健、山地離島地區之就醫免部分負擔，固然是考量其疾病就醫費用昂貴，惟建議屬於社會福利部分，應由公務預算支應，避免健保資源不敷使用。」又請參閱「For patients not covered by health insurance, the typical cost of a vaginal delivery without complications ranges from about \$9,000 to \$17,000 or more, depending on geographic location and whether there is a discount for uninsured patients. The typical cost for a C-section without complications or a vaginal delivery with complications ranges from about \$14,000 to \$25,000 or more.」Henderson, et al., 2001, "Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery." National Perinatal Epidemiology Unit, Institute of Health Sciences, Headington, Oxford, UK. BJOG 108(2):149-57.

局迄未實施全民健康保險醫療費用支付標準相對值量表，而不能反映不同診療項目資源投入之多寡，並達到科別間支付之公平性與合理性，因處理作業未見積極，核有未當，爰依監察法第二十四條提案糾正。糾正案文復表示：健保之支付制度，確實影響醫學生之就業選擇，一般而言，容易開業、風險低、給付佳之科別，醫生趨之若鶩；惟像外科、婦產科、麻醉科等，風險高、疾病嚴重或複雜之科別，則醫師問津者寡，長期而言，部分專科之醫療品質，勢必受到影響³。婦產科給付之不足，顯示出健保資源分配的不均，但這幾年來並沒有得到政府公部門積極的支持與改善。因此，本文將分析全台醫師之人力供需有供過於求的狀況，以及婦產科醫師仍呈現供不應求的情形。同時，藉此指出台灣地區醫師人力供需失衡絕非源於醫師人數不足，而是台灣醫師人力分布不均所致。當然，隨著前面所提全民健保給付的資源有限與婦產科醫療給付的低廉，而且婦產科醫療糾紛的日漸惡化，與追求較高生活品質的渴望，眾多醫師紛紛捨棄高風險、低報酬率、工作繁重忙碌、壓力大、家庭生活品質又難以兼顧的婦產科行列，而改投入其它科別的陣容，終致台灣地區婦產科醫師人力供需失衡日漸惡化的窘境。

有鑑於前面所述，本文擬建議修正全民健康保險給付標準，並以美國之資源為基礎的相對值表(RBRVS)，考慮醫師提供某服務項目所投入的心血、精力與技術等各種因素，作為醫師「服務收入」金額的重新評估計算依據，而回歸合理的醫師費計算基礎。藉此，重新制定合理的健保醫療支付標準，以健保給付定價政策引導專科醫師之人數符合需求。透過合理提昇婦產科醫療給付金額，讓婦產科醫師能獲得合理的報酬，吸引優秀的醫師能甘之如飴地加入婦產科的辛苦行列。

二、臺灣婦產科醫師人力失衡的因素分析

依表 1.1、表 1.2、表 1.3 的資料顯示婦產科執業醫師人力，自 2000 年至 2005 年後，呈現逐漸下降的負成長趨勢，直至 2006 年才逐漸呈現稍微的正成長，但至 2009 年又呈現零成長率，皆遠低於全台執業醫師人數成長率⁴。

另外，張友珊、楊志良統計「1993 年至 1997 年七家醫學中心申請、錄取及住院醫師人數」結果（如表 1.4）所示，可以明瞭影響醫師人力科別分布不均的因素。

3 醫療品質之前提為正確之醫療，不同之疾病，有不同之照護模式，必需考量照護各種疾病所需之成本，給予合理之給付，但現行健保支付標準，未依實際醫療成本計算，導致醫療院所或醫事人員，依給付多寡，決定處置行為，醫師之生涯規劃，亦受到支付標準點數之影響，有關支付標準之公平性及合理性，確有檢討之必要，健保局之處理作業未見積極，核有未當。請參閱 2003 年 10 月 31 日監察院對行政院衛生署、中央健康保險局之糾正文；及參閱監察院公報，第 2460 期，2005 年。

4 另可參閱何明宗，臺灣地區醫師人力供需運用灰色預測模式之研究－以全臺醫師、婦產科醫師、耳鼻喉科醫師為例，朝陽科技大學企業管理系碩士論文，頁 58-59，2006 年。1997 年至 2001 年間，工作負擔較重的內、外、婦、兒四大科的專科醫師人力，自 1999 年後，呈現逐漸下降的趨勢；而工作負擔相對較輕的耳鼻喉科、復健科、眼科的專科醫師人力則呈現明顯上揚的趨勢。

表 1.1 1998 年至 2009 年全臺醫師執業醫師總人數統計

西元 \ 項目	執業醫師 總人數	執業醫師 總人數成 長量	執業醫師 總人數成 長率	台灣地區人 口數	每十萬人 口醫師人 數	每一醫師 平均服務 人口數
1998	26,991			21,870,876	123.41	810.30
1999	27,959	968	3.59	22,034,096	126.89	788.09
2000	29,134	1,175	4.2	22,216,107	131.14	762.55
2001	30,232	1,098	3.77	22,339,759	135.33	738.94
2002	31,194	962	3.18	22,453,080	138.93	719.79
2003	32,032	838	2.69	22,534,761	142.14	703.51
2004	33,036	1,004	3.13	22,615,307	146.08	684.57
2005	33,987	951	2.88	22,760,038	149.33	669.67
2006	35,000	1,013	2.98	22,866,741	153.06	653.34
2007	35,992	992	2.83	22,948,414	156.84	637.60
2008	37,151	1,159	3.22	23,027,276	161.33	619.83
2009	37,970	819	2.20	23,109,853	164.30	608.63

資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會網站，內政部編印「中華民國台灣地區人口統計」

表 1.2 1998 年至 2009 年婦產科執業醫師總人數統計

西元 \ 項目	婦產科執 業醫師總 人數	婦產科醫 師人數成 長量	婦產科醫 師年 成長率	台灣總人口	每十萬人 口婦產科 醫師數	台灣地區每一 婦產科醫師平 均服務人口數
1998	2,147			21,870,876	9.82	10,186.71
1999	2,165	18	0.83	22,034,096	9.83	10,177.41
2000	2,207	42	1.94	22,216,107	9.93	10,066.20
2001	2,204	-3	-0.14	22,339,759	9.87	10,136.01
2002	2,184	-20	-0.91	22,453,080	9.73	10,280.71
2003	2,179	-5	-0.23	22,534,761	9.67	10,341.79
2004	2,172	-7	-0.32	22,615,307	9.60	10,412.20
2005	2140	-32	-1.47	22,760,038	9.40	10,635.53
2006	2149	9	0.42	22,866,741	9.40	10,640.64
2007	2168	19	0.88	22,948,414	9.45	10,585.06
2008	2184	16	0.74	23,027,276	9.48	10,543.62
2009	2184	0	0.00	23,109,853	9.45	10,581.43

資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會網站，內政部編印「台灣地區人口統計」

表 1.3 1998 年至 2008 年婦產科執業醫師年平均生產力

西元	項目	婦產科年門診人次合併年住院人次總量	成長量	成長率	婦產科執業醫師總人數	執業婦產科醫師平均生產力
1998		3,478,701			2,147	1,620.26
1999		3,719,286	240,585	6.91	2,165	1,717.92
2000		3,721,093	1,807	0.05	2,207	1,686.04
2001		3,901,993	180,900	4.86	2,204	1,770.41
2002		3,749,653	-152,340	-3.90	2,184	1,716.87
2003		3,587,411	-162,242	-4.33	2,179	1,646.36
2004		3,801,491	214,080	5.97	2,172	1,750.23
2001 年至 2004 年台灣地區婦產科醫師年平均生產力						1,720.97
2005		3,636,888	-164,603	-4.33	2,140	1,699.48
2006		3,509,287	-127,601	-3.51	2,149	1,632.99
2007		3,611,564	102,277	2.91	2,168	1,665.85
2008		3,649,746	38,182	1.06	2,184	1,671.13
2005 年至 2008 年臺灣地區婦產科醫師年平均生產力						1,667.36

資料來源：衛生署網站，「全民健康保險醫療統計年報」，中華民國醫師公會全國聯合會網站

由表 1.5 與表 1.6 可知，「每十萬 ≥ 15 歲以上的女性人口」擁有的「婦產科醫師數」，除 2000 年呈現了正成長外，於各年皆呈現負成長的趨勢。而每一婦產科醫師的「平均服務 ≥ 15 歲以上的女性人口數」，除了 2000 年呈現負成長外，於各年皆呈現正成長的趨勢。

表 1.4 1993 年至 1997 年 七家醫學中心申請人錄取及住院醫師人數

年度		婦產科	外科	小兒科	眼科	耳鼻喉科	皮膚科	復健科
1993	申請人數	87	122	132	131	88	69	71
	錄取人數	34	69	53	30	23	12	14
	錄取率%	39.1	56.6	40.2	22.9	26.1	17.4	19.7
	總人數	115	307	131	97	83	47	44
1994	申請人數	81	121	128	134	82	76	57
	錄取人數	38	82	35	26	21	12	13
	錄取率%	46.9	67.8	27.3	19.4	25.6	15.8	22.8
	總人數	121	322	137	104	86	47	48
1995	申請人數	74	128	187	110	90	67	52
	錄取人數	37	87	48	26	19	14	12
	錄取率%	50.0	68.0	25.7	23.6	21.1	20.9	23.1
	總人數	122	326	152	112	86	47	46
1996	申請人數	71	115	222	132	102	78	60
	錄取人數	32	88	48	26	20	11	14
	錄取率%	45.1	76.5	21.6	19.7	19.6	14.1	23.3
	總人數	122	314	173	109	85	47	47
1997	申請人數	64	135	257	120	120	94	103
	錄取人數	35	102	65	28	22	12	24
	錄取率%	54.7	75.6	25.3	23.3	18.3	12.8	23.3
	總人數	116	348	192	104	86	46	51

資要來源：中華衛誌 1999 年第 18 卷第 2 期第 127 頁
 何明宗 2006 年臺灣地區醫師人力供需運用灰色預測模式之研究
 —以全臺醫師、婦產科醫師、耳鼻喉科醫師為例

表 1.5 1998 年至 2009 年婦產科職業醫師總人數統計 (一)

西元	項目	婦產科職業醫師總人數 a (人)	婦產科醫師人數成長量 (人)	婦產科醫師年成長率 (%)	台灣地區總人口數 B (人)	每十萬人口婦產科醫師 C(人) $C=a \div b \times 10$ 萬	台灣地區每一婦產科醫師平均服務人口數 D (人) $D = b \div a$
1998		2,147			21,870,876	9.82	10,186.71
1999		2,165	18	0.83	22,034,096	9.83	10,177.41
2000		2,207	42	1.94	22,216,107	9.93	10,066.20
2001		2,204	-3	-0.14	22,339,759	9.87	10,136.01
2002		2,184	-20	-0.91	22,453,080	9.73	10,280.71
2003		2,179	-5	-0.23	22,534,761	9.67	10,341.79
2004		2,172	-7	-0.32	22,615,307	9.60	10,412.20
2005		2140	-32	-1.47	22,760,038	9.40	10635.53
2006		2149	9	0.42	22,866,741	9.40	10640.64
2007		2168	19	0.88	22,948,414	9.45	10585.06
2008		2184	16	0.74	23,027,276	9.48	10543.62
2009		2184	0	0.00	23,109,853	9.45	10581.43

三、醫療糾紛更讓婦產科人力不足雪上加霜

依據醫師法第七條之一規定，醫師經完成專科醫師訓練，而取得專科醫師資格，乃係為提昇醫療品質，然鑑於實務需要，醫師法亦無限制非麻醉專科醫師不得執行麻醉醫療業務。醫療機構施行手術，包括剖腹產等，常由於麻醉專科醫師缺乏，參照醫師法第二十八條第一項規定，則例外在醫療機構於醫師指示下之領有證照麻醉護士亦得為麻醉業務工作，惟醫師對依其指示而為醫療業務行為之護士，應當負有指揮、監督之責⁵。台灣高等法院 90 年度上訴字第 3468 號刑事判決認定理由：「麻醉係屬醫師法第二十八條第一項所稱之醫療業務行為……此項醫療業務行為原則上須取得合法醫師資格者始得為之，雖例外在醫療機構於醫師指示下之護士亦得為之……倘醫師未盡指示、監督之責，致護士執行醫療業務具有疏失，醫師亦須負監督不周之過失責任。」因此，當醫療機構施行婦產科手術，當有麻

⁵ 請參閱周天給，麻醉護理師支援診所違法嗎？台北縣醫誌，第 8 期，頁 18-19，2010 年 9 月。又請參照衛署醫字第 87054821 號函：「(一)麻醉屬醫療業務範圍，依醫師法規定，凡具醫師資格者，均得執行，依法應不得以行政命令限制非麻醉專科醫師不得執行麻醉醫療業務-----。」

醉方面的醫療糾紛時，指示麻醉護士執行麻醉業務的婦產專科醫師，可能必須負監督不周的過失責任，而遭到刑罰的處分。

表 1.6 1998 年至 2009 年婦產科職業醫師總人數統計 (二)

項目 西元	婦產科 職業醫 師總人 數 a (人)	婦產科 醫師人 數成長 量 (人)	婦產科 醫師年 成長率 (%)	台灣地區 女性人口 數 b (人)	每十萬 女性人 口婦產 科醫師 數 c (人) $C = a \div b \times$ 十萬	台灣地 區每一 婦產科 醫師平 均服務 女性人 口數 D (人) $D = b \div a$	台灣地 區 ≥ 15 歲以上 之女性 人口數 e (人)	台灣地區 每十 萬 ≥ 15 歲以 上之女 性人口 婦產 科醫師 數 f (人) $f = a \div e \times$ 十	每一婦 產科醫 師平均 服 務 ≥ 15 歲以 上之女 性人口 數 g(人) $g = e \div a$
1998	2,147			10,657,575	20.15	4963.94	8,352,366	25.71	3,890.25
1999	2,165	18	0.83	10,751,692	20.14	4966.14	8,486,790	25.51	3,920.00
2000	2,207	42	1.94	10,855,749	20.33	4918.78	8,608,221	25.64	3,900.42
2001	2,204	-3	-0.14	10,932,856	20.16	4960.46	8,706,167	25.32	3,950.17
2002	2,184	-20	-0.91	11,003,418	19.85	5038.20	8,807,759	24.80	4,032.86
2003	2,179	-5	-0.23	11,056,778	19.71	5074.24	8,918,303	24.43	4,092.84
2004	2,172	-7	-0.32	11,113,105	19.54	5116.53	9,020,850	24.08	4,153.25
2005	2,140	-32	-1.47	11,170,450	19.16	5219.84	8,973,237	23.85	4,193.10
2006	2149	9	0.42	11,244,832	19.11	5232.59	9,108,938	23.59	4,238.69
2007	2168	19	0.88	1,1307,315	19.17	5215.55	9,224,986	23.50	4,255.07
2008	2184	16	0.74	1,1366,630	19.21	5204.50	9,341,141	23.38	4,277.08
2009	2184	0	0.00	1,1433,540	19.10	5235.14	9,471,346	23.06	4,336.70

資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會網站，內政部編印「中華民國台灣地區人口統計」

而醫療糾紛頻傳確實會直接影響醫師人力科別分布，依照行政院衛生署統計「1996 年至 2005 年醫療糾紛鑑定案件統計」結果（如表 1.7 所示），可以顯著發現 1996 年至 2005 年間，婦產科之「醫療糾紛鑑定案件」居高不下，婦產科醫師的確屬於高醫療風險群之科別，加上工作壓力沉重、健保支付制度扭曲與分配不均、家庭生活品質無法兼顧等多因素，終致婦產科不再具備昔日的吸引力。依表 1.4「1993 年至 1997 年七家醫學中心申請、錄取之住院醫師人數」結果顯示：自 1993 年至 1997 年間新進住院醫師的錄取率，婦產科有高達 39% 至 55%，耳鼻喉科僅達 19% 至 26%，而皮膚科更是僅達 13% 至 21%，顯示婦產科競爭者不及耳鼻喉科、皮膚科來得多。綜合上所論，可以得知，婦產科醫師確實已是現今台

灣醫界的冷門科別，而形成醫師人力科別分布不均的狀況。

表 1.7 1996 年至 2005 年 醫療糾紛案件統計

年度	婦產科 (件數)	外科 (件數)	小兒科 (件數)	眼科 (件數)	耳鼻喉科 (件數)	皮膚科 (件數)	復健科 (件數)
1996	38	25	29	9	5	1	0
1997	35	31	34	8	1	1	0
1998	46	40	38	13	3	1	0
1999	56	41	38	14	1	3	0
2000	70	57	29	12	7	2	0
2001	53	46	25	7	1	0	2
2002	57	53	29	10	5	1	4
2003	38	18	11	8	0	1	0
2004	13	13	3	2	0	1	1
2005	10	5	5	2	2	0	0
合計	416	329	241	85	25	11	7

資料來源：行政院衛生署內部資料

何明宗 2006 年 臺灣地區醫師人力供需運用灰色預測模式之研究

—以全臺醫師、婦產科醫師、耳鼻喉科醫師為例

四、以 RBRVS 重新制定合理的健保支付標準

Resources-based Relative Value Scale (RBRVS) 是一種利用醫療資源耗用相對價值表來客觀量化醫師的支付標準、執業支出及醫療糾紛時的賠償成本，其目的乃在縮短各領域間或專科與一般醫師間之醫療給付間差距⁶。台灣有學者提出目前在制訂健保支付標準時宜參考醫療資源耗用相對價值表(RBRVS)的方法，重新改革支付標準⁷。在美國，RBRVS 在 1992 年即被 Health care Financing Administration (HCFA) 所提出，之後迅速被廣泛地運用。(Johnson, 2002) 例如，美國國會通過要求以 RBRVS 做為美國老年醫療保險(Medicare)醫師支付制度的基礎標準，故其藍十字藍盾保險公司約有 50% 以上的保險計畫採用 RBRVS 模式制定支付制度；還有 Medicare, Medicaid 及許多私人保險公司均紛紛採用 RBRVS 來決定醫師服務之合理支付標準、追蹤醫師的生產力及評值醫師的工作表現⁸。另外，加拿大與醫師團體協商，其各醫療專科分配總額預算時，也採用 RBRVS 模式做為大家共同談判的基礎，共同制定醫師支付之政策⁹。大部分的保險公司與管理式照護機構(MCOs, Managed Care Org

⁶ 請參閱 Shi, et al., 2004, "Delivering Health Care in America, A Systems Approach", Jones and Bartlett Publishers, Inc., 213.

⁷ 請參閱陳楚杰，醫院組織與管理，頁 52，合記書局，2003 年。

anizations)雖然沒有按照老年醫療保險(Medicare)的相同給付，但仍經常用RBRVS之計劃來決定醫師的支付標準，正因為RBRVS所提供的是較為客觀的科學數據¹⁰。當然，在台灣的全民健保支付標準中，其實並無明確醫師費標準，且台灣健保的醫療給付均以醫院費和醫師費一併支付，而美國以資源為基礎的相對質表(RBRVS)是單純的反應醫師技術力報酬，對醫院費並無包含在內。不過，RBRVS考慮了醫師提供某服務項目所投入的心血、精力與技術等各種因素，作為醫師「服務收入」金額的重新評估計算依據，是一套相當合適且良好的制度，可回歸合理的醫師費計算基礎，這對重新制定合理的健保醫療支付標準，未嘗不是一個很好的方法。

表 1.8 美國醫師執業平均醫療糾紛保險成本比例(1989 年)
平均總收入的百分比(As a percentage of mean total revenue)¹¹

美國醫院協會的醫療專科 (AMA Specialty)	健康照護財務屬的醫療專科 (HCFA Specialty)	平均醫療糾紛保險成本
所有醫師(All physicians)		4.8%
一般/家庭醫師 (General/Family Practice)	Family Practice	3.9%
	General	3.9%
內科(Internal medicine)		2.8%
General internal medicine	Internal medicine	2.8%
外科(Surgery)		7.4%
小兒科(Pediatrics)	Pediatric	3.1%
婦產科(Obstetrics/gynecology)	Gynecology	8.8%
	Obstetrics	8.8%
	Obstetrics-gynecology	8.8%
麻醉科(Anesthesiology)	Anesthesiology	7.3%

資料來源：莊逸洲、黃崇哲，醫療機構人力資源管理，頁 259-261

美國聯邦政府針對醫師服務支付制度改革，是因為美國醫師服務支付制度一直在專科間、地域間及不同性質服務間存在著相當大的差異性，因此在 1989 年的綜合預算調解法案 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989, OBRA-89) 中，針對 Medicare 的醫師服務費用，提出追求公平的 Medicare 醫師服務價格。該法案並決定 Medicare 將採用資源依據的醫師支付方式—Medicare Fee Schedule (MFS)。MFS 的擬定主要是依據 1986 年美國國會委

8 請參閱 Kongstvedt, et al., 2007, " ESSENTIALS OF Managed Health Care " , Jones and Bartlett Publishers, Inc. , 121-122 .

9 請參閱莊逸洲、黃崇哲，醫療機構人力資源管理，頁 293-294，華杏出版股份有限公司，2004 年。

10 請參閱 Kongstvedt, et al., 前揭註 8. , 121-122 .

11 請參閱莊逸洲、黃崇哲，前揭註 9，頁 259-261

託哈佛大學 (Harvard University) 研擬的「資源依據相對值表」(RBRVS) 修改而成。該研究將醫師服務的投入要素 (input factor) 分為三種：(1) 醫師投入¹²；(2) 訓練的機會成本¹³；(3) 執業成本。其中醫師投入之四個層面包含時間、勞心程度與臨床判斷、技術熟練度及勞力程度、以及醫師的壓力程度。而執業成本，則包含執業時的行政成本，如辦公室的租金、水電及人事等行政費用。而由醫師專家團體組成的顧問群 (Technical Consulting Group, Cross-Specialty Panels, RBRVS Expert Panels) 發展出各項醫療服務的相對值公式¹⁴： $RBRVS=(TW)(1+RPC)(1+AST)$ 。

TW=醫師的工作投入(total work input by the physician)；

RPC=專科相對執業成本指標(an index of relative specialty practice costs)；

AST=專科訓練的機會成本之年攤還值指標(an index of amortized value for the opportunity cost of specialized training)。

在 1988 年，醫師服務採行 RBRVS 的定義修正如下¹⁵：

$RBRVS=(TW \text{ 乘 } GAFw)+(RPC \text{ 乘 } GAFp)+(RL \text{ 乘 } GAFI)$

TW=醫師的工作投入(total work for a given service)；

RPC=執業相對成本，但不含醫師醫療過失責任險保費(relative practice cost)；

RL=醫師醫療過失責任險相對成本(relative cost for professional liability insurance)；

GAFw、GAFp、GAFI，則為地理區域調整因子，以調整地理區域間，醫師專業收入，執業成本及醫師醫療過失責任險保費的差異。

RBRVS 計畫的結果發現，醫師費用在各專科間顯然產生一些變化，例如皮膚科醫師服

12 醫師投入：又可按發生的時點分為一、服務前 (pre-service)，如查看病歷，研究病情及看病前準備工作；二、服務中 (intra-service)，如檢查病患，了解病情，即與病患接觸時所提供的服務；三、服務後 (post-service) 與病患接觸後的一些後續工作，如完成病歷記錄等。而測量的四個層面則為 1 時間 (time)；2 勞心程度與臨床判斷 (mental effort and clinical judgement)；3 技術熟練度及勞力程度 (technical skill and physical effort)；4 醫師的壓力程度 (stress to the physician)。請參閱盧瑞芬、謝婉端，醫療經濟學，頁 317-321，學富文化事業有限公司出版，2004 年 2 月。

13 訓練的機會成本，係考量因接受專科訓練，而無法執業的機會成本。請參閱 Becker et al, 1988. "Relative Cost Differences Among Physician's Practices", Journal of the American Medical Association, 260, 2397-2402.

14 醫師服務的支付標準 (FS) 為

$$FS=RBRVS \text{ 乘 } CF$$

CF=轉換因子，係將 RBRVS 轉換為實際的支付標準。

醫師支付審查委員會 (Physician Payment Review Commission, PPRC) 提出

$$MFS=RBRVS \text{ 乘 } CF。請參閱 Hsiao, et al., 1988, "Resource-Based Relative Values: An Overview", Journal of the American Medical Association, 260, 2347-2353.$$

15 由原始的 RBRVS 公式所做的修正主要有下列三點考量：

專科醫師的訓練，譬如診療技術的熟練度，已反應在醫師之投入項目，如仍保有機會成本項目，則將有重複計算之虞。

將醫療過失責任險保費的考量，獨立於執業成本項目計算之外，以強調醫療過失責任險之重要性。另外將原本各項目間相乘的關係改為相加，即可保持各項目間的獨立性。

調整地區間之差異性，以力求平衡。請參閱 Ginsburg, Lee, et al., 1991. "Physician Payment", Chapter 4 in E. Ginsberg, ed., Health Services Research: Key to Health Policy, 69-92, Harvard University Press. 以及請參閱 Hsiao, et al., 1988, "Resource-Based Relative Values: An Overview", Journal of the American Medical Association, 260, 2347-2353.

務的費用下降(-4.3%)，而麻醉科醫師服務費用增加最高(5.2%)。從表 1.8 可知，婦產科及麻醉科平均醫療糾紛保險成本最高分別為 8.8%及 7.3%，皆應考慮在以資源投入為依據(resource-based)的支付標準計畫內，以期降低支付標準的不公平性。RBRVS 確實在不同專科間的醫師費用，有重分配的效果，例如手術及檢驗性質的醫師費用調降，而診療性質(evaluation and management services)的醫師費用則調升。RBRVS (1986-1992)的重要貢獻，乃在於以科學的方法衡量醫師執行醫療業務的實際投入，並以此作為依據，設定其支付標準，而期能使支付標準反應科別間、地域間及不同服務性質間的資源投入差異。由於RBRVS最初的重點主要在醫師投入的衡量，因此有關執業相對成本(RPC)與醫師醫療過失責任險相對成本(RL)，則在 1992 年 MFS 實行後被持續修訂中¹⁶。

婦產科在生產給付方面，於自然生產部分，由於待產時間長短不一，有的產程甚長，甚至胎心率不穩定，對母親生命現象與胎心率的監控，皆須投入相當多的心力、勞力、及承受相當大的壓力，更不宜忽略婦產專科醫師監控待產時間中的間接成本(包括機會成本，執業專科醫師須一直隨時提供照護)。在剖腹產或婦科手術部分，DRG 論病歷計酬中，麻醉給付的偏低，顯然忽略麻醉本身的風險，有違RBRVS的精神與計畫目標。因此，健保給付是一種包裝式的論病例計酬(例如產程無進展而需進行剖腹產，健保 DRG 給付的費用已含括術前待產的照護費用、手術費用、麻醉費用以及術後照護費用等等)，並未確實反映出醫療服務的真正成本，的確有需重新調整的必要。

五、結論與建議

欣聞黃煌雄監察委員在健保總體檢過程中，提出了婦產科為弱勢的科別之一，而擬挹注經費以提高婦產科的健保給付。鑑於如本文前面所示之婦產科醫師人力不足的事實，期盼這些資料能提供公部門單位、代表醫師之團體、消費者之代表、以及學界等相關人士，作為在編列預算以及訂定支付標準的參考依據。唯有讓婦產科醫師得到一個合理給付，受到健保資源的合理分配，才不致醫學生在就業選擇時，多走向容易開業、風險低、給付佳之科別，而造成婦產科醫師人力不足的情況愈形嚴重，進而影響服務婦女健康的品質。

從本文前述婦產科之醫療糾紛頻傳，衛生署公佈從民國七十六年至八十八年間醫療糾紛案鑑定結果，共接獲兩千四百零九件個案，婦產科占 15.4%¹⁷。因此，如何減少醫療訴訟，以及如何協助婦產科醫師解決醫療訴訟，也是另外一個議題。有提出，醫療行為人應善盡法律以及相關醫療法規等規範之注意義務，以保障病人之生命安全及身體健康而免發生醫療過失訴訟案件。其又提議除了消極地避免醫療糾紛外，更希望積極地促進社會彼此的和諧與關懷，並營造優質健康的醫療環境¹⁸。當然，推動醫師醫療風險責任保險，以承

¹⁶ 請參閱盧瑞芬、謝尚端，前揭註12，頁317-321。

擔醫師可能面臨之醫療風險。事實上，當醫師發生醫療糾紛時，目前我國除了向法律的專業人士或保險理賠專家諮詢外，並無相關的協助保障機制，缺乏風險管理與危機處理之機制，而有建議增加醫師醫療風險責任保險險種、或成立醫療互助基金會等相關的協助與保障機制¹⁹。因為唯有讓婦產科醫師免於高額賠償金的威脅下，甚至免於動輒刑罰處斷的壓力，才能使優秀醫師對婦產科這一門工作不會望而卻步。

美國醫師公會(American Medical Association)針對醫師提供的醫療服務項目或處置，統一予以編碼 Current Procedural Terminology (CPT-code)，以做為申報或紀錄之標準。健保局目前已購置2001年標準版本，可供參考。美國Medicare RBRVS(resources-based relative value scale)，每個項目之總相對值[Total Relative Value Units (RVU)]包括三部分：即醫師專業投入相對值(Work RVUs)、執業成本相對值(RPC)及醫師醫療過失責任險相對成本(RL)。如欲參考RBRVS，須先比對CPT，確立全民健康保險醫療費用支付標準診療項目所對照之CPT-code，才可進行。因為美國之醫療服務體系與我國不同，目前我國之診療項目與美國CPT不盡相同，而有很多項目無法直接比對。但在RBRVS中，Work RVUs供醫師投入之參考，宜先解決上述之問題²⁰。因此，健保局仍須公開、確實地用心精算，而符合RBRVS之計畫。

2003年的中華民國醫院協會理事長張錦文提起：台灣民眾的健康照護在世界上的評比是第二名，僅次於瑞典（GDP九·二%），比美國（GDP十四%，第二十名）、德國（GDP十%，第十六名）、日本（GDP七·二%，第四名）等先進國家來得好。而台灣醫界用較低的醫療費用（GDP五·四四%，第二名）提供優於先進國家的世界醫療服務水準，都是全國醫療團隊每天二十四小時辛苦打拚、群策群力、貢獻專業智慧的成果。目前台灣醫療費用是GDP六·一三%，遠不及美國之二分之一（在2006年美國的健康醫療費用，為兩兆一千億美元，佔GDP的十六%。），但台灣生產費用如前述遠不及美國之十分之一。依此，有關婦產科服務的支付標準，例如辛苦的台灣婦產科醫師，其接生費用應至少調高目前健保給付之三倍以上才合理，此種建議足供大家的參考。

因此，如何調整婦產科服務的支付標準，我們建議應採取二種思維，其一是應扶持婦產科此一弱勢科別，使不至於佔全台約一半的婦女，因婦產科服務之風險高、給付差，造成婦產科人力的萎縮，而無優秀的婦產科醫師為之服務。其二是基於婦產科醫師服務的付出，比一般科別付出的時間、心力、勞力、壓力皆大，應依RBRVS作更合理的調高健保給付。

（感謝台北醫學大學醫療經濟學張文英教授對文中的指正與提供見解。）

17 請參閱郭宗正等，醫學倫理學，頁25-26，國家圖書館出版，2004年3月。

18 請參閱周天給，醫療糾紛之醫師民事責任之探討，國立政治大學法學院碩士論文，頁49-60。

19 如可能應仿效美國 Doctor Company 建立完善之醫師管理風險基金會，不僅於醫學中心設立，也應擴大為區域性設立。請參閱高添富，醫師專業責任風險與保險問題之探討，風險與保險雜誌，第1卷，頁48-53，2004年4月。

20 請參閱核醫會訊，第7卷，第10期，2001年10月1日。

婦產科 24 小時急症轉介：經驗分享



曾翌捷¹ 龔福財²

共同執筆

高雄長庚醫院婦產部 第三年住院醫師¹ 主治醫師²

對醫學中心寄以「轉介後送處理複雜的 trouble case」的厚望，一直是我們婦產科同行公開或私下言談時常常提到的事。很多在醫學中心服務的醫師也都有這樣的認知和意願來承接。可是，實際面是當遇到這些 trouble case 要轉介時：「要怎麼轉？」，「我對大醫院的醫師又不熟！要轉給誰？」，「承接的醫師會幫我嗎？」，「臨時要怎麼跟大醫院的醫師接洽？」，「我怎麼跟轉介醫師直接聯絡？」，「會不會被轉介醫師誤導，病情解釋不同而惹上糾紛？」，「很緊急的案例，例如產後大出血，三更半夜，七早八早能找到醫學中心的轉介醫師嗎？」，……。這些問題，必須解決。

基於這樣的背景，我們在 2003 年開始做院內內部整合，之後於 2004 年 6 月正式成立「婦產科 24 小時急症轉介系統」。這個轉介系統與一般門診轉介或平常急診轉介不同；它是「醫師對醫師」直接對話的「絕對急症」轉介，是要救「絕急」。我們先結自己院內婦產部、放射診斷科、急診科、及護理部等專業醫療人員組成一跨科部醫療團隊，以協助救治本院及南台灣地區醫療院所轉介之急重症個案。我們主動寫信告訴嘉義以南、南台灣 850 名婦產科專科醫師同行，本院有這樣的服務，歡迎您在需要幫忙的時候，打電話來，所有 case 我們都概括承受，甚至 death on arrival 的案例。這樣的系統涵蓋臺灣南部 700 萬人口的區域。當時的信是這樣寫的(表一)：

彼時高雄市醫師公會林正泰醫師(如圖一，現任高雄市醫師公會理事長)幫忙呼應，一時之間，竟激起很多迴響，往後我們真的接到很多很 trou、很 trou 的 case。例如：有剖腹產當中止不住血的，有手術當中幾乎扯斷直腸的，有腹腔鏡一開始就插到總腸骨動脈而出血休克的，……；當然最多的是產後大出血 (PPH, 有剖腹產的、有自然產的) 的案例。經及時轉送到本院 (甚至由對方開刀房直接轉介到本院開刀房)，絕大部分都解決掉，保住病人的生命；而且事後少有醫療糾紛；少醫糾，這點倒是始料未及，也令人欣慰。累計至今，平均每年接受 30 餘例產後大出血之個案轉診。

醫師:

婦產科執業當中，可能會遇到一些所謂的 trouble cases, 偶而也會發生醫療併發症。面臨這些情況，也許您很希望有個後送的大醫院來幫忙承接這些急症患者。在一些場合常常聽到同業說：「大醫院應該幫忙 cover 這些 trouble cases 或出了 complications 的患者」。這是個大家共同的認知，我們想把它做得更好、更完善些。高雄長庚醫院婦產科很樂意和您合作，成立婦產科 24 小時急症轉介服務。

Trouble and/ or complicated cases, 例如

產科: 1) 產中或產後大出血

2) 懷孕初、中、末期，突然破水、出血

3) 懷孕合併內科 systemic diseases 或外科急症

4) 早產，需長期住院安胎者

5) -----

婦科: 6) 婦科手術合併症：

出血、傷口感染、手術中傷及臟器、-----

手術後合併症，例如：感染、臟器破裂、瘻管、-----

7) 婦科一般合併症：

(1) 打盤排卵針劑，引發重度卵巢過度刺激 (OHSS)

(2) 婦癌患者，陰道出血不止，腹水累積，腸道阻塞 (ileus)

8) ----- (還有很多，不勝枚舉)

本院會盡全力承接這些個案例，以產後大出血 (PPH) 為例：過去那些及時轉到本院接受 X-光科動脈栓塞 (embolization)者，均能順利止血成功，毋須冒險手術！

可能您會擔心「我和高雄長庚不熟，我不知要轉給哪個醫師幫忙？我也不知道貴科哪個婦產科醫師才行？」。其實不用擔心，您只用打急症轉介 24 小時服務電話，我們科內會幫您承接；即使要人引介，當日值班第一線的本科主治醫師或總醫師，也會尊重您的指定。

轉介過程最好是利用「全民健康保險轉介單」，也可以寫在「便條紙」，甚至只是口頭告訴病人轉知醫師，或直接電話聯絡，本科都可接受！之後的治療過程及結果，治療之後，將由本院轉介服務小組(電話: (07)-731-7123 轉 2074)書面回覆，郵寄於您。郵寄回覆，有時候難免曠日費時或語焉不詳；如果能直接電話聯絡，也非常歡迎。

恭祝

醫安

高雄長庚紀念醫院 婦產科 全體主治醫師 敬上

2004 年 6 月 30 日

高雄長庚婦產科 24 小時 急症轉診專線: (07)-7317123 轉 8505 (總機轉接 產房)

(行動電話): XXXXXXXXXX

(表一：信函內容)



(圖一：左起，許德耀、張旭陽、林正泰、龔福財醫師，2004 年)

以下我們就以 PPH 為例，做個簡單的成果報告：

回顧在 2003 年系統成立之前，針對產後大出血保守性治療失敗的院內及轉診個案，本院共執行 36 例血管栓塞術。其中病患術前已呈休克狀態比例為 52.8%，凝血功能異常為 47.8%，到院平均血色素值為 6.1mg/dL。施行血管栓塞術之成功率則為 77.8%，共計 6 例死亡。與世界各國統計資料(成功率 71.5%~87.1%)相比，雖在水準之上，但仍具進步空間。於 2003 年擴大成立 24 小時待命跨科部緊急醫療轉介系統後，經由多次院內共識會議，結合各科部建議予以重新規劃相關轉介流程；尤其是本院放射診斷科鄭汝汾主任大力支持，承諾全天後 24 小時隨時提供血管栓塞術治療。當基層醫療院所遇有產後大出血患者須轉診救治時，只須事先以電話通知本院產房或急診室醫師，便可啟動相關標準作業流程並召集待命人員。於病患抵達時，急診科將先予以穩定生命徵象並進行初步評估，婦產部高危險妊娠團隊隨即給予傳統處置與藥物治療，包括子宮底按摩，子宮收縮藥物的使用，殘留胎盤之清除，及矯正凝血功能障礙。若病況穩定，得轉送婦產科病房觀察；倘若無效，仍出血不止，則由婦產部高危險妊娠團隊護送病患至放射診斷科進行後續所需之血管栓塞術。術後得視病況轉送至加護病房或婦產科一般病房提供後續照顧，或由婦產科高危險妊娠團隊施行傳統開腹子宮手術治療。(表二)

藉由此轉診制度之設立及標準作業流程之規劃，自 2003 年跨科部緊急醫療轉介系統設立至 2009 年 11 月間，本院針對產後大出血經傳統治療無效之個案共執行 58 例血管栓塞術。其中，施術成功率(成功：定義為不需進一步其他手術治療)由 77.8% 提升至 98.2%，平均等待時間(Order to Cath time)則縮短至 28.3 分鐘。期間，更創下了"0" 死亡率的完美紀錄。除此之外，病患術前呈休克狀態比例也由 52.8% 降至 37.9%，凝血功能異常由 47.8%

高雄長庚醫院跨科部產後大出血處理流程 Postpartum Hemorrhage Care and Management Protocol

Revised from California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC): Hemorrhage Taskforce (2009)

產後出血第一階段

1. 自然生產產後出血大於500ML，或剖腹生產產後出血大於1000ML
2. 生命徵象改變：心跳數大於110次/分鐘，血壓小於85/45mmHg，血乳濃度小於95%

團隊動員	處置流程	鑑別診斷
<ol style="list-style-type: none"> 1. 啟動產後出血處理流程。 2. 電話照會婦產科醫師及產房交班。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建立大號靜脈通路(至少18 gauge)及靜脈輸注Methergin (1 pc IM stat or 2 pc in N/S 1000ml run 120ml) 2. 持續子宮紗布填塞及宮底按摩。 3. 每五分鐘監測生命徵象。 4. 每五分鐘產褥墊稱重。 5. 導尿管置放以監測體液平衡。 6. 緊急備血及送檢 (CBC/DC, PT/APTT, Biochemistry, 及ABG) 7. 烤燈保暖及氧氣供應。 	常見產後出血原因： <ol style="list-style-type: none"> 1. 子宮收縮不良 2. 產道撕裂傷 3. 凝血功能異常 4. 植入性胎盤或胎盤殘留 5. 子宮內翻

如持續出血或生命徵象不穩定，但預估出血量小於1500ML，則進展至第二階段。

產後出血第二階段

持續出血或生命徵象不穩定，但預估出血量小於1500ML

團隊動員	處置流程	鑑別診斷
<ol style="list-style-type: none"> 1. 聯絡放射科準備血管栓塞術(如有必要)。 2. 聯絡醫院社工提供必要協助。 3. 聯絡血庫準備所需血品。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 給予額外促進宮縮藥物 (Cytotec 4pc PR stat and repeat Q20 mins*3 times, 75% respond to first dose) 等待藥物作用同時： <ul style="list-style-type: none"> · 持續宮底按摩。 · 依臨床生命徵象決定是否輸血。 · 建立第二條大號靜脈通路。 · 備FFP 2U 凝血異常時使用。 2. 排除產道撕裂傷、胎盤殘留，或子宮內翻。 3. 協助產婦移動至血管栓塞術或產房(如有必要)。 	常見原因排除： <ol style="list-style-type: none"> 1. 子宮收縮不良 ->子宮陰道紗布填塞及宮底按摩。 2. 產道撕裂傷 ->縫合傷口及紗布加壓止血。 3. 凝血功能異常 ->FFP或FFP輸注。 4. 植入性胎盤或胎盤殘留 ->子宮搔刮術。 5. 子宮內翻 ->復位及宮底按摩。

再次評估出血狀況及生命徵象，如出血量大於1500ML，輸血大於PRBCs 2U生命徵象仍不穩定，或疑似泛發性血管內血液凝固症，則進展至第三階段。

產後出血第三階段

預估出血量大於1500ML，輸血大於PRBCs 2U生命徵象仍不穩定，或疑似泛發性血管內血液凝固症。

團隊動員	處置流程	鑑別診斷
<ol style="list-style-type: none"> 1. 聯絡其他婦產科主治醫師到場協助。 2. 聯絡放射科準備進行血管栓塞術。 3. 聯絡開刀房預備緊急手術。 4. 聯絡血庫準備大量血品。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 血管栓塞術： <ul style="list-style-type: none"> · 預備血品對大量輸血使用 (PRBC:FFP:PLT=4-8:4:1) · 維持生命徵象並運送至血管栓塞室 · 執行血管栓塞術。 2. 緊急手術： <ul style="list-style-type: none"> · 預備血品對大量輸血使用 (PRBC:FFP:PLT=4-8:4:1) · 維持生命徵象並運送至產房準備手術。 · 執行手術。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 血管栓塞術： <ul style="list-style-type: none"> · 有效降低失血量。 · 須維持相對穩定的生命徵象。 2. 緊急手術： <ul style="list-style-type: none"> · B-Lynch縫合 · 子宮動脈或內髖動脈結紮術 · 全子宮切除術。 3. 泛發性血管內血液凝固症： <ul style="list-style-type: none"> · 大量輸血後仍持續出血，可考慮使用重組第七凝血因子。

血管栓塞術或緊急手術後，視生命徵象，治療反應，及潛在風險轉運加護病房或一般病房觀察。

(表二：高雄長庚醫院跨科部產後大出血處理流程)

降至 37.5%，而到院平均血色素值則由 6.1mg/dL 提升至 7.7mg/dL。(表三，Before 是指系統成立前；After 指系統成立後；N 指個案數)說明了緊急醫療轉介系統的設立不僅有助於縮短病患轉送所需的時間，也讓身處第一線服務民眾的基層醫療院所，可以更有效地結合醫學中心的各項資源面，對產後大出血的危急個案，不再只是單打獨鬥、孤軍奮戰。而經由母體及胎兒各項相關預後因子分析，也清楚指出產婦到院之生命徵象(包含血壓、血色素、及凝血功能)與施行血管栓塞術之成功息息相關。藉由簡化轉送流程，更可以有效縮短轉診所需時間；而比較轉診病患及本院病患兩個族群之預後，兩者也並無明顯差異。凸顯了“時間就是鮮血 (Time is blood)”的重要概念!

Factor	Before (N=36)	After (N=58)	P value
Unstable vital sign, % (n)	52.8 (19/36)	37.9 (22/58)	<0.05
Coagulopathy, % (n)	47.2 (17/36)	37.5 (20/58)	<0.05
Hb on arrival, mean \pm SD	Mean=6.1 \pm 1.929	Mean=7.7 \pm 2.230	<0.05
Hospital days \pm SD	Mean=9.68 \pm 9.392	Mean=8.27	>0.05
Complication rate, % (n)	22.2 (8/36)	6.9 (4/58)	<0.05
Mortality, % (n)	19.4 (7/36)	0 (0/58)	<0.05
Success rate, % (n)	75 (27/36)	94.8 (55/58)	<0.05

(表三：緊急醫療轉介系統設立前後成果比較)

特別感謝所有轉介同行的信任，讓我們有此資料可以呈現。此系統已穩定成熟，未來仍期望大家多多指教!

參考資料

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, G? lmezoglu AM, Van Look PF WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006 Apr 1;367(9516):1066-74.
2. Glaze S, Ekwawanga P, Roberts G, et al. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. ObstetGynecol 2008;111:732-8.
3. Brown BJ, Heaston DK, Poulson AM, Gabert HA, Mineau de DE, Miller FJ Jr. Uncontrollable postpartum bleeding: a new approach to hemostasis through angiographic

- arterial embolisation. *Obstet Gynecol* 1979;54:361 - 5.
4. Touboul C, Badiou W, Saada J, Pelage JP, Payen D, Vicaut E, Jacob D, Raffi A Efficacy of selective arterial embolisation for the treatment of life-threatening post-partum haemorrhage in a large population. *PLoS One*. 2008;3(11):e3819. Epub 2008 Nov 26.
 5. Soncini E, Pelicelli A, Larini P, Marcato C, Monaco D, Grignaffini A. Uterine artery embolization in the treatment and prevention of postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Mar;96(3):181-5.
 6. Chung JW, Jeong HJ, Joh JH, Park JS, Jun JK, Kim SH. Percutaneous transcatheter angiographic embolization in the management of obstetric hemorrhage. *J Reprod Med*. 2003 Apr;48(4):268-76.
 7. Delotte J, Novellas S, Koh C, Bongain A, Chevallier P. Obstetrical prognosis and pregnancy outcome following pelvic arterial embolisation for post-partum hemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Aug;145(2):129-32.
 8. Sentilhes L, Gromez A, Clavier E, Resch B, Verspyck E, Marpeau L. Fertility and pregnancy following pelvic arterial embolisation for postpartum haemorrhage. *BJOG*. 2010 Jan;117(1):84-93.
 9. Brian T. Bateman, Mitchell F. Berman, Laura E. Riley, Lisa R. Leffert. The Epidemiology of Postpartum Hemorrhage in a Large, Nationwide Sample of Deliveries. *Anesthesia Analgesia*. 2010 May;110(5):1368-73
 10. Kuklina EV, Meikle SF, Jamieson DJ, et al. Severe obstetric morbidity in the United States: 1998-2005. *Obstet Gynecol* 2009;113:293-9.
 11. Yu PC, Ou HY, Leung-Chit Tsang L, Kung FT, Hsu TY, Cheng YF. Prophylactic intraoperative uterine artery embolization to control hemorrhage in abnormal placentation during late gestation. *Fertil Steril*. 2009 May;91(5):1951-5

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台北市診所	婦產科醫師 (女醫師尤佳)	女醫師尤佳，近捷運，高 PPF，保障薪，看門診，不接生，可兼職，希望長期合作。	0932-205149	
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 火身份證影本*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。 		
中英醫療社團法人 中英醫院	專任婦產科 專科醫師	男、女醫師均可，女性醫師更佳。 地址：台北縣板橋市文化路一段 196 號，捷運板南線新埔站 2 號出口	02-22563584 分機 712	許先生
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	婦產專科醫 師(男女不拘)		0935-107-177	管理部 張主任
板橋地區醫院	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
宋俊宏婦幼醫院	婦產科主治 醫師乙名	應徵方式：面談 E-MAIL: yuehfenh@yahoo.com.tw 院址：桃園縣平鎮市民族路 199 號	0932-366092	黃小姐
送子鳥診所 (www.e-stork.com.tw)	婦產科 專科醫師	您一定可以改變世界 歡迎「轉身」加入我們的行列	03-523-3355 分機 102	朱小姐
衛生署豐原醫院	婦產科 主治醫師	本院環境舒適、有宿舍、待遇佳，醫療團隊氣氛佳	04-25271180 分機 2305	王振懿 小姐
台中縣婦產科診所	婦產科 專科醫師	保障薪、待遇優、可值班、環境佳	0939-593159	賴小姐

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
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，或電子郵件地址： kelen_wang@tzuchi.com.tw	04-36060666 分機 3739	王小姐
皓生婦幼醫院	婦產科 專科醫師	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	工作氣氛佳、高保障薪	0958-829666 0952-812077	楊秘書
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
台南郭綜合醫院	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
高市婦產專科醫院	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 兼任醫師	單純門診，不接生，保障薪待優。	0918-206565	張小姐
屏東安和醫院	婦產科醫師	須具專科醫師執照，PPF 無上限，本院現有婦產科醫師 10 名、小兒科醫師 4 名，為屏東最具規模之婦幼醫院。 優良的工作環境、交通便利 上班地點：屏東市或屏東縣潮州鎮地址：屏東市自由路 598 號	0913-052900	朱小姐
國立陽明大學 附設醫院	婦產科 主治醫師	1. 本院特色： (1) 國立陽明大學提供取得教職機會及研究計畫。 (2) 有提供單身住宿。 (3) 論文發表及口頭報告頒發獎金。 (4) 每年提供高額研究經費補助院內專題研究計畫及產學研究計畫之申請。 2. 報名方式：有意者請將履歷郵寄或 mail 至本院。 3. 待遇：面議。 4. 聯絡地址：26042 宜蘭市新民路 152 號陽大附醫婦產科收 5. 電子郵件地址： ccpan@ymuh.ym.edu.tw	0987-920245	潘主任
台北市 王婦產科診所	租售 40+80 = 120 坪，2 樓，三角窗，廣告佳。 吉林路、民權東路口，近捷運蘆洲線		0952-663746 02-25422507	王先生
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

李耀泰

光陰似箭，轉眼又是一年，在這送舊迎新的時分，謹祝各位會員身體健康。而今年新的理、監事會，人才濟濟都是各界菁英，相信學會在各方面不斷的努力下，肯定能給予會員更美好的遠景。

民國百年，學會首先登場的是在 1 月 21-23 日，辦理墾丁旅遊，參加者踴躍，是可喜的現象。休息是為了走更長遠的路，在忙碌之餘，透過大自然來洗滌、沉澱我們的身、心、靈，並藉此活動來活絡會員之間的情誼。還有在 3 月 12-13 日，於高雄市漢來大飯店舉辦台灣婦產科醫學會 50 周年紀念會暨擴大慶祝大會，活動內容包羅萬象、精彩萬分，這是學會的大事，也是台灣婦產科的一個重要里程碑！深盼各位賢德撥空共襄盛舉，藉由研討與交流，讓與會者能獲得更新知識與技術，來造福更多病患，大大提升醫療水準。即使是老朋友敘舊話家常，也會讓各位有個美好的假期，與美麗的回憶。在此並先感謝籌備會議的相關人員，有您們的辛勞，才会有完美的年會。

本期會訊內容，有許多關於婦產科醫療給付不合理的討論，包括 99 年 12 月 10 日，由婦產科醫學會、兒科醫學會、與監察委員黃煌雄，在台南郭綜合醫院之會談，建議健保應改善對婦產科醫師不合理的地方，台灣健保的要求乃世界的最高標準，但給付卻是少的可憐。周天給常務理事談：如何提高婦產科醫療給付與改善其醫師人力之不足，內容精闢，更有數據來加以佐證，值得大家閱讀，以瞭解並維護自身的權益，共同來爭取婦產科醫師的生存。至於文中認為，接生費用應調高至目前健保給付的 3 倍以上才合理，個人認為婦科手術和門診費用亦應同時增加 3 倍，健保局號稱台灣健保乃是上最好的保險制，其實不就是犧牲全體醫護人員（尤其是婦產科醫師）的利益而換來的嗎？

台北醫學大學曾啟瑞院長帶領婦產部團隊所發表之文章，刊登在世界著名雜誌，實屬不易，與有榮焉。高雄長庚醫院曾翌捷和龔福財醫師的婦產科 24 小時急症轉介，對南部婦產科醫師和病患提供全省的典範，救活不少婦女，功德無量是人間菩薩，希望全省都能有如此良好的團隊幫助，才是台灣婦女的福氣，十分感謝長庚醫院的醫療團隊。陳福民和郭宗正所撰子宮動靜脈畸形之檢視，其文內容精實，值得深入剖析與思考，以避免醫療上的糾紛。

最後，希望明年的會務能更上軌道，而這需要大家貢獻己力，熱情的參與和良性的建議。而歲末，全球急凍，大雪紛飛，各地屢創低溫，還好寶島的我們未受此苦，提醒大家多添加保暖衣物，以免受涼。

敬祝 全體會員 日日是好日，年年是好年！

◎170 通訊繼續教育答案◎

題目：子宮動靜脈畸形之檢視

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

會員號碼：
姓 名：
日 期：

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

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

郵 自
票 貼

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
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教醫院	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
101228-1	微創醫學的發展	台南新樓醫院	台南新樓醫院 6樓禮拜堂	12月28日 16時30分	12月28日 17時30分	B	1分
101230-1	醫療糾紛	行政院衛生署台南醫院	台南醫院急診六樓大會議廳	12月30日 12時30分	12月30日 13時30分	B	1分
110101-1	Physical Principles of Bone Densitometry	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	南投縣埔里鎮鐵山路1號-8樓謝緯紀念堂	01月01日 07時30分	01月01日 09時00分	B	1分
110107-1	婦產科內視鏡的臨床應用	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	01月07日 12時30分	01月07日 14時30分	B	2分
110109-2	北區婦女骨盆底功能障礙與尿動力研習營	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	台北馬偕醫院15樓階梯講堂	01月09日 08時30分	01月09日 16時30分	B	6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
110114-1	進階婦產科急症	高雄市立大同醫院急診科	高雄市立大同醫院急診科討論室(1樓)	01月14日 09時00分	01月14日 10時00分	B	1分
110127-1	陰道縱中隔合併陰道壁撕裂傷	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

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 謝卿宏

秘書長 黃閔照

會訊編輯委員會

召集人 劉嘉耀

副召集人 李耀泰

敬上

北插天山～山毛櫸

北插天山海拔 1727 公尺，屬插天山自然保留區，有最早被發現並廣達 400 公頃的台灣山毛櫸純林，每年秋天山毛櫸葉發黃變紅，總是吸引大批山友造訪，冬天寒流來襲，霧淞掛滿整個枝頭，景色令人嘆為觀止！

作者：林朝枝醫師

服務單位：板橋優生婦產科



封面
繪畫



**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

2011 年 台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會

訂 房 單

請回傳至：

高雄金典酒店 The Splendor Hotel

訂房組傳真：886-7-566-8123

聯絡窗口：訂房組副理 李芳儀 Chantel Lee

電子信箱：reservation.kh@thesplendor.com

負責業務：黃詠薇 Paula Huang 886-7-566-1087



THE SPLENDOR

高雄金典酒店

請於 2011 年 3 月 5 日
以前回傳於金典酒店

<input type="checkbox"/> 新訂房		<input type="checkbox"/> 修改		<input type="checkbox"/> 取消	
訂房代號：			電子郵件：		
姓		電話			
名字		傳真			
抵達日期		付款方式		<input type="checkbox"/> 現金	
離開日期				<input type="checkbox"/> 信用卡	
間數	房型	床型	優惠特別價	備註	
	豪華市景客房	一大床	NT\$3,400+10% (含一客早餐)		
	豪華市景客房	一大床 或二小床	NT\$3,750+10% (含二客早餐)		
	豪華市景家庭客房	一大床 一小床	NT\$4,800+10% (含三客早餐)		
	豪華市景家庭客房	一大床 一中床	NT\$5,300+10% (含四客早餐)		
<p>■ Check-in time 3:00pm. Check-out time 12:00 at noon.</p> <p>■ 升等海景客房需另加價 NT\$330+10%。</p> <p>■ 提供客房內雙向 20Mb 速度上網免費；贈送客房內迎賓水果。</p> <p>■ 提供免費使用健身房、游泳池、三溫暖等設施及飲賓飲料券。</p> <p>■ 免費提供 2011/3/12(六) 及 2011/3/13(日)交通接駁，上午 8:00 由酒店發車至漢來大飯店參加 2011 年台灣婦產科醫學會 50 週年紀念年會暨擴大慶祝大會(請於訂房時事先預約座位)。</p>					
信用卡種類		<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Diners		信用卡 持有人姓名	
卡號				信用卡有效期限	
持卡人簽名					
日期					
備註					
確認事宜		訂房確認書高雄金典酒店將在 2 天內以傳真或電子郵件發送			

訂房專線: 886-7-566-1106

傳真: 886-7-566-8123



THE GRAND HI-LAI HOTEL RESERVATION FORM

2011 年台灣婦產科醫學會 50 周年紀念年會暨擴大慶祝大會

請於 2011 年 02 月 05 日填妥回傳至漢來大飯店

優惠房價有效期限 2011.3.9~2011.3.14

<input type="checkbox"/> 新訂房		<input type="checkbox"/> 修改		<input type="checkbox"/> 取消	
訂房代號:			E-mail:		
房客姓名			手機號碼		
聯絡電話			傳真		
聯絡人			備註		
抵達日期/ 班機號碼			機場接機	禮車 NT\$1,300/trip (1-2 人)	
離開日期/ 班機號碼				轎車 NT\$750/trip (1-2 人)	
				箱型車 NT\$ 1,200/trip (3 人)	
間數	房型	坪數	床型	優惠價	備註
	精緻市景客房	10	一大床	NT\$3,600+10%	1 客早餐
	精緻市景客房	10	一大床 或兩小床	NT\$3,900+10%	2 客早餐
	健康客房	12	一大床	NT\$5,115+10%	1-2 客早餐
	豪華家庭房	12	兩大床	NT\$5,390+10%	2-4 客早餐
	商務精緻客房	10	一大床	NT\$4,565+10%	1 或 2 客早餐
※ 每房贈送迎賓飲料、水果。 ※ 每房贈送每日早報。 ※ 使用房間內 ADSL 上網，每房每日 NT\$100。 ※ 免費使用健身房、游泳池、三溫暖等設施。 ※ 住宿房客可免費停車。 ※ 加購早餐每客 NT\$385NET。 ※ 升等港景房，每日每房 NT\$300NET。 ※ 加床收費 NT\$1,100NET，早餐另計。 住宿日期前 2 天內取消或是當日未出現者，將對以下信用卡收取 1 日之客房費用。					
發卡銀行			信用卡種類		
信用卡卡號			信用卡有效期限		
持卡人簽名					

漢來大飯店 負責業務: 鍾良蕙經理 02-27517527 jannetchung@grand-hilai.com.tw

訂房專線

高雄市 801 前金區成功一路 266 號

電話: +886-7-213-5766

Email: rsv@grand-hilai.com.tw

傳真: +886-7-213-5700

網址: <http://www.grand-hilai.com.tw>