

醫藥新聞



醫藥日記

沈淑惠

本期醫藥新聞所載範圍，因應配合杏園雜誌一年二期之決策，起自七十五年四月一日，止於七十五年九月三十日，為期半年，並將此次新聞分成「醫藥日記」、「醫藥簡報」及「醫藥透視」三部分，供同學參考。

鑑於讀者可能於百忙之中，對於切身之醫藥新聞未能詳加注意，於是我們採用逐步抄記各醫藥新聞，並按日排列，使讀者看得清晰、讀得爽快。在這部分我們參考了各大報，計有民生報、聯合報、中國時報……等。

表面電報式的新聞，可能未能給同學明瞭的報導，造成一些疑問，不過沒關係，我們對於經常出現的新聞做了一個統合，整理成簡報，使讀者在極短的時間內，得知各報導的相關性；此部分除了報紙外尚有台灣醫界為資料。

對於熱門的新聞問題，我們展出了本期新聞的特色，參照了專家的理論及各醫學雜誌，以回顧、評述、瞻望的方式為您剖析新聞。

4.月 1.日長庚醫院決定提供使用基因工程DNA探針檢驗披衣菌的服務。

4.月 2.日使用傷寒疫苗副作用不斷發生，衛署下令暫停使用。

4.月 2.日長庚院長決定五年內，身後捐出器官者贈與十萬補助喪葬。

4.月 6.日疱疹新藥*Intervir-A*問世。

4.月 7.日洪啓仁當選外科學會理事長。

4.月 9.日中山附設醫院出現一廖姓連體女嬰。

4.月10.日附設連體女嬰轉往台大。

4.月17.日行政院通過勞保條例修正草案，醫療費實施部分負擔，精神病納入勞保給付。

4.月23.日連體女嬰分割手術。

5.月 2.日三軍總醫院未在無菌室內進行骨髓移植成功。

5.月22.日新加坡授權醫師移植器官即將立法。

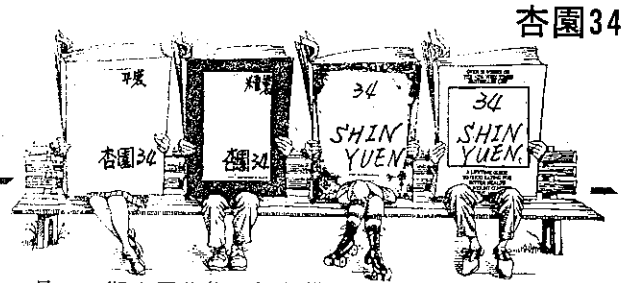
5.月24.日長庚暫停自助給藥。

5.月26.日衛署決定增加指定醫院擔任羊膜穿刺羊水抽取檢體工作以建立完善的羊膜穿刺水分系統。

5.月27.日衛署為擴大追踪防治傳染病，擬增列梅毒等七種







報告傳染病；梅毒、淋病、痲瘋病、德國痲疹、先天性德痲症候群、腮腺炎、非腦膜炎球菌性腦膜炎。

5.月28.日登錄報告傳染病、衛署將擇區試辦。

6.月 3.日台大又發現二名ＡＩＤＳ之同性病患，呈陽性反應。

6.月 3.日中華民國民意測驗公佈一項調查指出，除了宗教界人士之外，醫護人員、法律界人士及民衆多數贊成依病人家屬意願實施安樂死。

6.月 3.日衛生署邀請各界人士擬定「人工生殖技術倫理指導綱領」

6.月 4.日在台大發現之二名ＡＩＤＳ病人，追踪結果又發現其一性伴侶亦有ＡＩＤＳ。

6.月 5.日省議院通過臨時提案，請政府全面開放中醫院參加勞保特約醫院。

6.月 6.日比利時國會通過新法——所有死者都將視爲器官捐贈人，除非他們生前正式表明不願意。

6.月 7.日雷射針灸治療器列爲管理，衛生署決定不再核發許可證。

6.月10.日藥師公會請衛署糾正長庚之非藥劑師配藥行爲。

6.月12.日衛署長施純仁正式發出公文，讓長庚在本月 20 日前改善非藥劑師給藥。

6.月14.日台大、榮總台中分院及長庚已陸續獲准體外震波碎石器之進口核准。

6.月18.日衛生署研擬器官移植手術合法化。

6.月20.日推動醫療網計畫將於民國八十九年完成，並已選定新竹等五區爲示範區域。

6.月24.日衛署表明態度依法處理長庚問題。

7.月 4.日衛署初步草擬護理人員法草案，將明文規定護理人員可以開業，提供居家護理及健康諮詢。

7.月 7.日根據調查目前疱疹在國內仍居性病排行之首，其次是尿道炎和生殖器潰瘍。

7.月 9.日是有醫事人員證書仍在大學或專校日間部就讀者，應以學業爲重，俟畢業後始可領開，執業證書

7.月 9.日衛署召開腦死判定座談會並擬腦死判定行政管理規範草案，送行政院核定。

7.月10.日衛署擬定器官移植法草案，承認捐贈器官同意書具有法律效力。

7.月14.日衛生署公佈74年台灣地區十大死因依次爲惡性腫瘤、腦血管疾病、意外災害、心臟疾病、高血壓性疾病、慢性肝病及肝硬化、糖尿病、肺氣腫及氣喘、自殺。

8.月 2.日在發現並證實有三名霍亂病患後，香港正式宣佈列爲疫區。

8.月 2.日美已找出病毒嵌入肝細胞加以感染之機轉。

8.月 3.日衛生人員普遍不足，人事行政局提案擴編。

8.月 5.日ＡＩＤＳ病毒更名，新名統一爲ＨＩＶ。

8.月 6.日忠仁接受矯正脊柱側彎第一階段手術。

8.月 7.日世界第一個預選性別而後孕育的試管嬰兒誕生。

8.月 7.日行政院院會通過十七項決議，包括分級醫療等。

8.月 8.日川崎氏症的主要療法是阿斯匹靈，新療法是混合使用抗體伽瑪球蛋白，可避免心臟受損。

8.月 8.日本懷胎四胞之婦人，施行部份流產，順利生了二子。

8.月11.日衛署標購二十萬劑疫苗防範德國痲疹，並於十月對國三女生展開接種並鼓吹未婚女性前往注射。

8.月17.日衛署公告人工生殖倫理指導綱領。

8.月20.日衛署擬在四年中再設一一二所群醫中心，增列二四六名基層醫師編制。

8.月21.日行政院通過藥管法修正案。

8.月29.日衛署全面取消公立醫院保證金制度。

8.月31.日仁愛，陽明列爲綜合績優醫院。

9.月 3.日台大優生保健中心突破技術，用超音波診斷畸型胎兒。

9.月 5.日仁愛及桃省明年將試辦住院日審查制度。

9.月 6.日醫療網委員會正式成立。

9.月 6.日日研自香菇抽取出治癌物「連奇難」對血友病，ＡＩＤＳ的患者有防止發病功效。

9.月10.日自費精神病人補助開始申請。

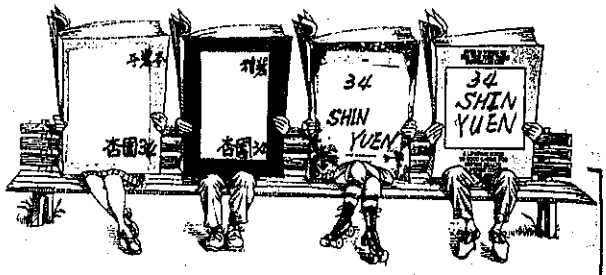
9.月10.日桃省觀音鄉群醫中心開幕。

9.月20.日即日起衛署將對十二萬名新生兒先天代謝異常作篩減計劃，項目包括：苯酮尿症（ＰＫＵ），楓漿尿病（ＭＳＵＤ），高胱胺酸尿症（ＨＣＭ）組胺酸血病、半乳糖血症（ＧＡＬ）、先天性甲狀腺低功能病（ＣＨＴ）。

9.月28.日榮總證明二種麻醉藥不會影響胎兒。







醫藥透視

愛死病新楔機

目前正在世上猖行的愛死病毒，眞的是來自非洲的綠猴嗎？至少非洲的國家不作如是想。

有不少研究愛死症的專家，都肯定愛死症的禍首淵源於非洲。哈佛大學公衛學院亞瑟士（***Max Escex***）所領導的研究小組、塞內加爾的答卡爾大學教授布蒲（***S.M.Bouo***）及法國布列多尼醫院巴林（***Francis Barin***）醫師的研究，指出愛死病毒的抗體，很早以前便在非洲的血液檢體中出現，而且愛死病在非洲大陸的蔓延比在西方更廣泛，因此他們以爲愛死症極可能源於非洲。

但是這種「純想像」的流行病學理論，正遭受到科學和政治上的抵抗。有些非洲政府以爲愛死病起源於非洲的報導，會導致非洲的觀光事業萎縮，而使他們的經濟受到嚴重的打擊。另有一些非洲的科學家強調說，研究愛死病的起源地並沒有什麼意義。出席布魯塞爾非洲愛死病國際研討會的非洲科學家，便曾共同宣稱「愛死病是全球的問題，而不是非洲的問題，研究非洲與愛死病關係，對撲滅愛死病並沒有幫助。」

但是愛死病是否源於非洲，事實上是一個十分重要的問題。如果愛死病毒並非源於非洲綠猴，而只是和綠猴血清病毒相類，那麼綠猴病毒可能不會在人體上引起愛死病，而且可能激發人體的免疫系統，產生對抗愛死病毒的抗體，或是我們可以用綠猴製造對抗愛死病的抗體，來治療愛死病患者。

這項實驗目前正在進行。在塞內加爾所進行的調查顯示，被綠猴病毒感染的妓女，沒有人具有愛死症的癥候，或有其他相關的病症。非洲綠猴感染到這種病毒，也是沒有任何症狀。如果愛死病是非洲綠猴引起的，那麼我們只有一種解釋，即綠猴病毒本身並無病原性，只在進入人體之後，經過突變，產生變種，才造成對人體免疫系統的破壞。這個推理的可靠性，目前仍有爭論。所以科學家仍不敢十分肯定，愛死病毒來自綠猴。

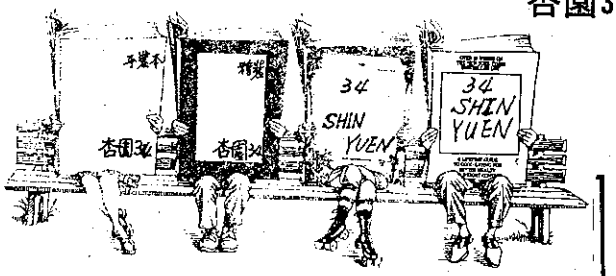
另一個實驗告訴我們，非洲的愛死病毒比美國的愛死病毒，更接近非洲綠猴的病毒。目前科學家正在進行病毒的基因切割分析，以確定非洲和美國的愛死病是否相異。

正當科學家希望確定愛死病的起源，並找出疫苗的製造方法之際。有的科學家發現，從非洲庫存的血清檢體中，檢出的愛死病毒可能有問題。非洲的血清因庫存之故，所以比其他地區取得的血清黏稠，這種黏稠的血清可能造成病毒檢查的假陽性現象，而且保存年代愈久，檢出假陽性的比率便愈高。

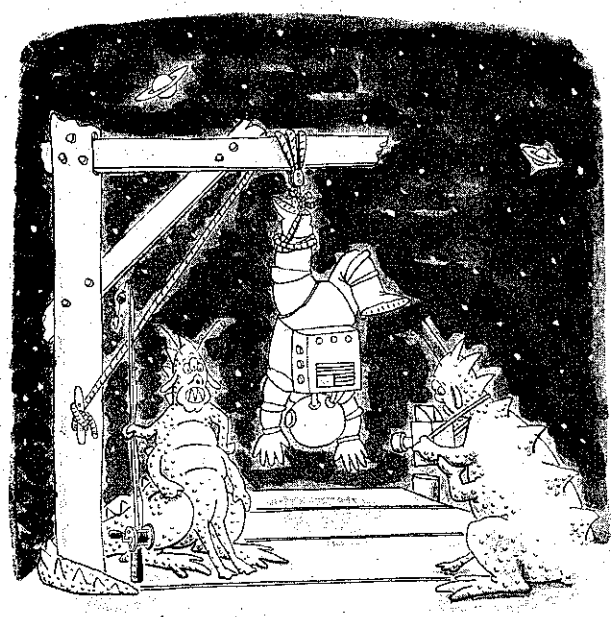
愛死病究竟是否源於非洲呢？這有待以後更多學者的研究才能解開謎底。（取材於台灣醫界第二十九卷第七期五十八至六十頁，黃稱奇譯自***Science 1985: 230: 1140-1141*** 的兩篇文章，***Politics and Science clash on African AIDS*** 及***Africa and the origin of AIDS***）







醫藥簡報



安樂死應何去何從 各家說法不盡相同

立法院司法委員會五月十五日召開「安樂死應否立法」聽證會，邀請十九位學者專家進行討論，其中三位傾向贊成，十二位反對，四位未明示。與會人士認爲，所謂「安樂死」可分消極和積極，前者是指已無法藉現代醫學技術挽救的瀕死病人停止治療，讓病人自然死亡；後者則是運用醫學技術，提早結束病人生命的行爲。

贊成者認爲，根據台灣省公共衞生研究所近兩年間卷調查結果顯示，有相當高的比率贊成合法化。當然，安樂死所施行的對象、範圍和條件，則有待法律規定，合法化之後固然會產生一些流弊，但可在立法時充分考慮。

反對者認爲，人的生命具有絕對的而非相對的價值，只要是人，就有人性的尊嚴，生命就應受法律保護。且所謂「安樂死」本質仍屬殺人行爲，倘承認合法化，無異承認他人具有殺人行爲，其後遺症彰明可見。

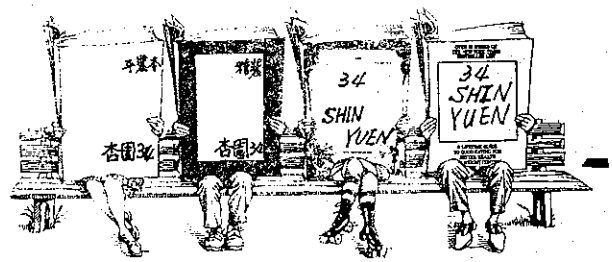
醫院醫療保證金制 可望集體全面廢除

行政院衞生署廿九日邀集國內各醫院代表及省市衞生單位開會決定取消醫院保證金制度，而以保證人或預繳醫藥費制度替代，使國內民衆在罹患疾病住院時，不必一面受病魔的侵襲，一面還得爲臨時籌措一筆住院金而奔波。

會議中作成下列決議：(1)一般病人住院時僅需持住院許可證及身份證明文件即可辦住院手續，病人可依其能力及意願繳交預付之醫藥費用，若無法繳交，醫院亦不得拒收。(2)由衞生署協調主計、審計單位及省市財政及主計單位，研商簡化自費病人醫療用呆帳催繳程序，並適用各公立醫院。(3)各公立醫院應提撥醫療救助金來照顧清寒病人，台北市政府已有自醫院盈餘提出百分之二社會福利救助







金的規定，請省衛生處及高市衛生局比照辦理，並請輔導會、教育部及國防部所屬醫院參考訂定救助金辦法。

從文明化及工業化 再談職業病之防治

對於職業病的防治問題，台大公衛研究所王德榮教授表示：痛切檢討當前國內職業病防治的缺失。認爲其防治地位不應比工業和經濟低。

目前國內職業病防治困難主要在於專科醫師的缺乏，一般醫師無職業病概念、工業衛生師缺乏、工業衛生實驗室缺乏及儀器設備不足。

對於當前的環境污染與職業病防治，王教授建議把「職業病」及「環境病」課程列入醫學系第六年及後醫系四年級選修，大專有實驗室及實習工廠的，應開設工業安全衛生課程；成立「職業病與環境資料庫存防治中心」，由醫政處規劃，訓練公費醫師參與防治工作，短期調訓公立醫院護士接受工業衛生教育課程，及成立「環境與職業衛生研究所」，公費留學加考「工業衛生」與「職業病與環境病防治」，擴大延續工業衛生及職業醫學人才回國服務。

施署長新官上任 一連串長期計劃

對於當前的醫療制度，新上任的衛生署長擬將爲健全的醫療制度做一連串的改革計劃。

由於中老年病愈來愈普遍，爲有效地加以防治，促進中老年人的健康，政府亟須建立防治工作體系，從設立中央中老年病防治諮詢單位，進而建立中央至基層之中老年病防治工作機構。

施署長表示，由於目前防癆工作體系完整，防癆效果相當良好，依照防癆機構爲基礎，對於中老年病防治亦需整體規劃。

國內精神醫療院受長期醫療人員不足問題，使之形成所謂的「收容所」，衛署鑑於此，八月十七日決定擴充專業人員之編制，並將醫療院所分級爲急性和慢性二種診療院所，以期達到有效的治療。

目前推動的台灣地區醫療網計劃，將預定在民國八十九年完成，合理分配醫療資源，提昇醫療品質。衛署決定自今年七月起，選定五個示範區域做示範；其原則爲區域內具有初級、二級及三級醫療單位，作爲完善的醫療體系。

全面深入基層保健 醫療網走向家庭化

市立仁愛醫院將設立家庭學科，培養第一線診療的家庭醫師，爲大衆提供基層保健醫療服務。

自從中華民國家庭醫學學會於三月一日正式成立，台灣的醫療走向已漸進入最基層的家庭醫師制度，雖然家庭醫學在我國尚在萌芽階段，但在家庭醫學學會的推展下，已漸具規模，並受大家的重視；最早爲台大於六十八年八月開始住院醫師訓練，七十三年開辦家庭醫學門診，台大和美國醫師一樣僅訓練二年，現在仁愛醫院亦計劃在二年內培養一批家庭醫師。

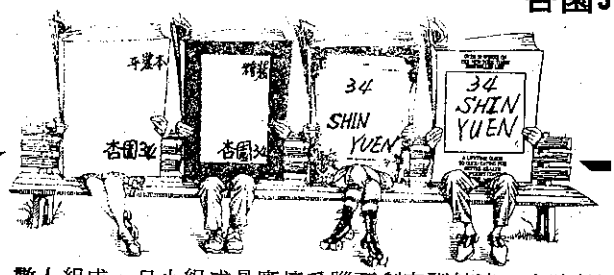
仁愛醫院表示，該院將全力傳授住院醫師之各科臨床醫療知識，預定在接受訓練的三年內，每人選擇二十至三十個家庭，特別是家中有一個慢性病患的家庭，作連續性的照顧與觀察；以期走入家庭醫療制度的領域，以消除大衆求診不當，大醫院看小病，浪費醫療資源的現象，建立完整後送醫網的系統。

人體器官移植條例 正積極籌劃擬定中

爲使醫師在法律保障下進行肝臟移植手術，立法委員洪文棟草擬制定「人體臟器移植條例」於四月底送立委黨部審核後，送中央黨部核定。他指出，國內臟器移植手術都在欠缺法律保障的情況下進行，此現象若不消弭，將使器官組織喪失機能的患者失去救治的機會，也會阻礙醫學進步，因此草案中最重要的條文是，醫師取得死者親屬書







面同意，得於「人體死後」或「腦死」後，從其屍體摘取臟器組織，作移植或學術研究之用。

中央黨部函覆指出，我國在七十一年已訂有「眼角膜移植條例」，因此人體器官移植應以個別器官分別立法爲宜，並以自死體移植爲前提，因此希望器官移植採逐步漸進方式，由已具豐富經驗的腎臟移植著手先行立法。但已目前醫學科技水準而言，可移植的項目已有皮膚、眼角膜、骨骼、骨髓、肝臟、胰臟、心臟、腎臟等器官，如果每種移植都要分別立法，則有關法律將爲數衆多，經徵得四十多位委員連署後，向立法院提案制定涵蓋人體各種器官的「人體器官移植條例」草案，一方面避免法律重疊，一方面將來新移植技術突破，可進行其他器官移植時，不必再另訂新法規範。

中央政策委員會五月二十四日邀請有關部門，經研商後，原則同意，有關「人體器官移植條例」的立法工作將由黨籍立委以提案方式，在下個會期提出討論，並完成立法程序，並同時決定，希望由衛生署和法務部與各界會商確定「死亡」的定義後，供作立法的參考。

已身命不從他人意
腦死判定益趨謹慎

衛生署五月二十一日初步擬定「腦死判定行政管理規範」草案，期望藉著嚴謹的腦死判定步驟及行政管理措施，在兼顧病人權益的原則下，建立各界「腦死即死亡」的觀念，所減少醫療資源的無謂浪費，並促進器官移植風氣。

衛生署邀集學者專家研商腦死判定行政管理規範，初步決定腦死判定醫院應組織腦死判定小組，小組醫師兩人得依腦死判定步驟記錄共同簽署判定腦死證明書，所以簽發死亡診斷書的參考。

此一管理規範草案對腦死判定醫院採嚴謹標準，需爲二級以上教學醫院，並應有下列專任醫師：①神經內、外科專科醫師各兩人以上②麻醉專利醫師③加護病房或心臟加護病房有專責主治醫師具有腦死判定所需設備。

醫院的腦死判定小組由神經內、外科專科醫師、麻醉科專科醫師、加護病房或心臟加護病房主治醫師各一人或數人組成，且小組成員應接受腦死判定訓練達一定時數及參與判定個案達一定數目。

腦死判定醫院並應與衛生主管機關連繫，包括醫院及人員資格審定的事前報備與執行案例數目及步驟報告的事後報備。草案還包括腦死判定人員訓練、腦死判定標準手冊的制作及腦死判定步驟紀錄表格式的研訂等擬定。

衛生署表示，在腦死判定方面，衛生署將與司法機關進行溝通，取得一致認定原則，以提昇社會各界對腦死的共識。

建立分級轉診制度
減少醫療資源浪費

避免醫療資源浪費，並有效發揮大型醫院功能，台灣省政府認應早日建立分級轉診制度。

省府指出，轉診制度的實施，需先建立完整的區域性醫療保健服務網，加強醫院的管理輔導，並教育民衆轉介觀念，涉及問題甚多。在衛生主管機構未完全規劃付諸實施前，由勞工保險局自民國七十三年十一月起，特約六所大型醫院試辦勞保醫療轉診制度。辦理以來，各醫院對轉診試辦頗爲用心，而且由於其對轉診網的建立，以及發揮大型醫院的功能，提高醫療品質，也減少了醫療資源的浪費。

這項試辦轉診制度，將由勞保局繼續利用資料統計分析，以評估其效益，提供衛生機關規劃整體醫療服務網的參考。

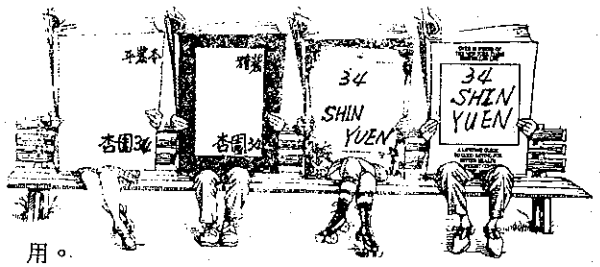
法醫人數普遍不足
獎學金以招攬人才

教育部將擬在公費醫學生內增列法醫資料，以補充國內法醫人士之不足。

擬定中辦法規定，法醫學生可以享受公費，修業四年，實習一年，畢業後由法務部送至國內外有關機關訓練法醫專業知識，服務年限四年，在學期間每月法務部再給予獎學金。







「美化」最終目的

負責台灣地區醫療行政最高單位的衛生署，由臨床醫學界神經外科權威的施純仁先生接掌；衛生署又將派出考察訪問團訪美，是否台灣要學美國的醫療制度？從過去三十多年來的台灣地區醫療發展來看，答案確是如此！但美國的醫療制度台灣能夠學嗎？美國的醫療制度問題叢生，正面臨著是否需要徹底改革的關頭！

全美國百分之七十以上的醫院和病床已由大企業所掌握，這種企業經營方式使美國的醫療早已成爲僅次於　火工業的第二大工業或企業。

「最近一陣子，醫學界正在大興土木，比較爲人熟知的有台大的國家級教學醫院，榮總的遠東大型醫學中心，台南的成大醫學中心，長庚高雄分院，高雄醫學院附設中和紀念醫院正在擴建，中國醫藥學院的北港分院，花蓮慈濟醫院、馬偕竹圍分院等，以及其他省市立醫院、私人醫院的擴建。五年內，國內大型醫院至少增加兩萬張病床，再添增設備和新式儀器，使其猛虎添翼般的強化，勢必使開業醫的傳統模式，造成難以克服的差距與大衆評價的低落，在五年內望大醫院披靡。」

美國最近醫療市場的改變，已漸趨近下列兩種方式：

㈠鼓勵民間成立「醫療健康維護組織」：所謂的*H. M. O*（*Health Maintenance Organization*）現在被大力提倡，這是由民衆自己組織成立的團體，採取預繳費用的辦法，找幾個大醫院議價之後訂立契約，每年預付多少醫療費用給醫院，然後由醫院包辦這個團體中所有成員的醫療健康照顧。這個辦法與過去的醫療保險不同，醫療費用不是按實際開支事後給付，而是以事前議價包辦預付，醫院承包之後爲了避免賠錢將儘可能控制醫療費用。

㈡保險制度採用「診斷相關群」給付方式：所謂的*D. R. G*（*Diagnostic Related Group*）是保險公司將所有疾病分爲四百六十七種。每個病人的醫療費用給付按照醫生給病人所下的診斷種類相關群的大類來給付，而且每種診斷群要付多少費用是固定的，不像過去看醫師申請多少就給多少。這也是爲了節省醫療費用的支出而想出來的保險給付方式的變通辦法。

而台灣就整個醫療市場而言却有著下列的趨向：

㈠偏遠地區的醫療問題

我國總病床數爲五萬七千床，百分之七十二集中在七大城市，一萬五千名醫師中有一大半在大都市，偏遠地區的醫療人力與設備，迄今未獲改良。於是，醫療圈和醫療網的設立，成爲往後努力的方向。在每十萬人口的地區，建立地區醫院，在每四十萬人口地區，建立五百床左右的區域醫院，負起醫療與教學責任，再加上群體醫療中心，偏遠地區是今後醫療改善的一大課題。

㈡開業醫今非昔比

整個醫療市場被大型教學醫院的動態影響，開業醫致富已是不可能之事，轉診制度會日漸普遍，像市立陽明醫院，即廣泛的施行轉診制度。因此，開業醫除非走專科路線，採中型模式、或是遠離大醫院，否則將會日漸沒落。

㈢勞保與醫療費

台北市各市立醫院從民國七十五年間起即未再調整診療費用，但今年八、九月間傳將實施全面調整，再加上勞保病人需分擔醫療費用，因此，醫療費用將會變成病人選擇就診機構的主要原因了。

㈣醫療市場劃分地限

由於工商社會忙碌，除非大病找明星醫院或大牌醫師外，一般患者求診於附近的醫療機構，所謂「未來台灣醫界下一個主戰場，就在高雄」的說法，亦是如此，像榮總、長庚、高醫、成大的雄峙南部，陽明醫院、馬偕醫院等在北區形成醫療網，也都是整個醫療市場，愈來愈受到「地域細分」影響的明證。

台灣由於沒有一套三民主義的醫療政策，三十多年的醫療已漸有迷失的危機！台灣能夠學美國的醫療制度嗎？在這關鍵的時刻，讓我們有心維護台灣地區民衆醫療健康的人，共同來沈思！







避孕，避「運」？

正在衛生署推廣使用的避孕藥—樂無妊*Logynon*，九月二十八日「星期泰晤士報」*London*—泰晤士報的星期日版—披露其宣傳依據都是做假。口服避孕藥大多爲動情素及黃體激素，其對婦女長期使用後可能產生的心臟及血管中脂肪之化學變化；針對此一問題，英國籍，現爲澳洲墨爾鉢迪肯大學人體生物學教授麥克，布里格斯近十年中已發表百餘篇論文，都登載在著名的國際級醫學期刊上，由於其數量實在驚人，並且其實驗不時成功，藉此即建立其在醫學界的地位，亦取得聯合國世界衛生組織的顧問。

但在一年前在柏林舉行的避孕研究會議中，與會人員已對布里格斯教授以驚人速度完成複雜實驗的可能性進行討論。同樣地亦引起醫界同行的疑點；其根據民生報所載：第一，在布教授所任教的迪肯大學，並無他論文中所需之精密實驗設備；第二，實驗中所需之*Desogestral*，澳洲不准進口；第三，實驗中之所用的小獵犬，迪肯附近沒有。

直到泰晤士報記者追根究底的追問布教授和布太太四小時後布教授終於承認他的許多大實驗都是假的，均取材於他人之未完成實驗和小規模發現，整理後再誇大成令人信服的結果。但布教授始終不肯說出到底他是引用那些人的實驗資料—怕牽累他人。

布教授研究工作及出版的經費，都由西德仙靈（*Shering*）及美國惠氏（*Wyeth*）藥廠贊助，而且由這二家藥廠，使用他的研究報告推廣藥品。妙得是，這些藥品同時應有其他的醫師所作的雷同實驗結果。藥廠在報紙披露後，都否認知悉布教授的詐欺，並稱無須對布教授研究的眞實性負責。仙靈藥廠台北分公司並發表聲明「本公司產品的安全性與可靠性，在國際間已獲得臨床實驗證實……，布里格斯教授跟這些研究報告毫無關聯。關於這些產品的特性，也係由特別研究予以認定…其中包括布里格斯教授（之報告），而他們的研究結論基本上都趨一致。」

根據保健處統計，自民國73年起衛生單位採讀「樂無妊」的總數達一百四十華份，到今年九月爲止，全省共發出九十四萬一千四百卅個月的「樂無妊」及另一由仙露出品的樂無妊—50.則已發出13華二千九百九十九月份，由於庫存量很多，今年並未招標購買，保健處科長對丹桂指出，「樂無妊」已引進國內使用多年，當初衛生單位在全面推廣使用前，曾經過愼重的評估程序，而且經過藥政單位核准上市。保健處呼籲使用「樂無妊」的婦女，無需太擔心安全性，不過由於口服避孕樂，保險套的避孕效果及安全性評價不高，因此，衛生單位並未大力推廣，保健處仍鼓勵婦女採用子宮內避孕器式結紮避孕。

現今尙待討論的是：

第一：保健處認爲，外電報導只是該教授的自述，不足以作爲評估避孕藥安全性的證據。藥物本身安全尙未定論，但其安全證據已證實爲假，是否繼續要使用？

第二、衛生單位對藥物檢驗之詳細程序，吾人尙不確實明瞭。

第三、還有沒有能夠欺騙世人十年的「科學」報告？布教授的研究生命大概已終結，但他已從十年中獲得巨大利益。

第四、藥廠是否早已知悉布教授的欺騙尙未知，但可以確定的是：藥廠爲維護其既得利益，一方面斷絕與有問題者，如布教授之關係，另一方面則對世人宣稱，「尙有其他證據證明安全」，要不就是「尙無證明有害」，尤以第三世界正在大力推行節約的國家，更無有效方法抵禦其說辭。

第五、中山的學生寫報告的方法有沒有跟布教授相似的地方呢？



