

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2022年9月311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：<https://www.taog.org.tw/>

E-mail：obsyntw@seed.net.tw

發行人：黃閔照

秘書長：黃建霖

編輯：會訊編輯委員會

召集委員：陳明哲

副召集委員：李耀泰

委員：王三郎 王鵬惠 周輝政 易瑜嶠

林明輝 洪煥程 崔冠濠 陳建銘

詹德富 鄭雅敏 賴宗炫 龍震宇

編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安

法律顧問：曾孝賢 (02)23698391

林仲豪 (06)2200386

范晉魁 (02)27519918 分機 111

朱應翔 (02)27007560

111 年度會員旅遊 111.09.16-18

阿里山 & 台南之旅



台灣婦產科醫學會 311 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／黃閔照

05 秘書長的話 | 文／黃建霈

08 文物館捐款名單

09 秘書處公告

09 衛生福利部疾病管制署 函
檢送修訂之「性傳染病、急性病毒性肝炎或藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫」
(以下簡稱 B1 計畫)(如附件)，並自 111 年 10 月 1 日起實施，請貴學會
惠予轉知所屬會員，請查照。

10 通訊繼續教育

10 抗磷脂症候群在婦產科的檢視 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

17 會員園地

17 孕婦與胎兒感染新冠肺炎 (SARS-CoV-2) 的影響以及孕婦接種新冠肺炎疫苗的保護效果 文／王甯祺

20 來去希臘見大師 文／林俐伶

24 胎兒生長遲滯之臨床處置原則 文／謝佳容 曾振志

29 編後語 | 文／鄭雅敏

30 徵才訊息

33 活動消息

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

黃閔照

我確診了，不過輕症咳嗽而已，感謝大家的關心！

會訊記錄我 9 年秘書長跟 3 年理事長的心路歷程，也記錄了 12 年台灣婦產科醫學會的變化，最後一次執筆，也感謝這 12 年來協助會務的三位理事長：謝卿宏、何弘能及郭宗正院士，也感謝黃建霈秘書長跟秘書們的努力，即便在疫情期間，我們也都能持續學會相關業務，爭取更多的補助及會員的權益，不過後疫情時代，面對的挑戰將會更大。9/16-18 是 3 年來會員旅遊終於成行，其中阿里山有座神木名為”三代木”，第一代神木為 1200 年的檜木，第二代神木扎根在第一代神木上滋養成長，後來也成就了第三代的神木，生命的繁衍亦是如此，後人仰望前人的腳步前進茁壯，我們感念前人的努力，希望婦產科更能如三代木般再開枝散葉，作為第 22 屆台灣婦產科醫學會理事長，特別恭禧新任 23 屆會員代表繼續為學會打拼，同時也再次感謝 22 屆代表、理監事及各委員會召集人，有您真好！再次感恩。

秘書長的話

黃建霖

各位會員前輩及伙伴們平安：

COVID-19 轉瞬已快三年，隨著 BA5 的流行，以輕症為主，大多數國人皆已接種三劑或以上的疫苗，國境即將開放。然雖重症不多，卻非沒有，各種長新冠後遺症也時有所聞，實際感染時症狀也仍有相當嚴重程度，所幸大家經驗漸多，也知道如何應對，儘量減少難過及後遺症產生，並隨著隔離措施逐漸放寬，學著與病毒共存。

新任會員代表名單也已經理監事會通過及公告，第 23 屆第一次大會將於 10/2 舉行，選任新的理監事，於 10/23 進學會交接繼續來為大家服務。

健保署共擬會議也於 9/1 通過了胎動減少為胎兒生理評估 (19011C) 的適應症，並新增了陰道息肉、肉芽組織切除，陰道出血等手術及止血處置，均為 C 表項目，待健保署公告後將於會訊刊登其細項，供大家參考及使用。

今年度婦產科專科醫師訓練醫院評鑑工作也已完成，感謝 江千代召集人及所有委員的辛勞。住院醫師訓練里程碑 (mile stone) 的評核，也已經住院醫師訓練委員會、專科醫師甄審委員會通過，正式公告 109 年起訓的住院醫師，於未來考專科醫師時都必須於所有項目達到 level 3.5 以上，才能報考。未來也將導入「可信賴的專業活動」Entrustable Professional Activity (EPA) 系統，來確認住院醫師的實作能力，好與 mile stone 相輔相成，確保我們的下一代在疫情及工時影響下，還能保有足夠照護婦女健康及獨立執業的能力。

孕產兒安全為今年病安工作重點，繼 8/29 參與醫策會主辦教育活動，9/25 學會也舉辦生產事故研討會，感謝醫事司劉越萍司長、醫策會王拔群執行長，所有座長、講師及會員們的熱烈參與，內容就過去六年產科六大風險提出案例分享，期待能從經驗中學習，來減少事故重覆發生，也期待各產科醫療院所及從業人員一起全力來投入及做好關懷的工作，創造更安全、更和諧的孕產醫療環境，也讓國家有繼續進行生產事故救濟的動力。

專科醫師即將於 10/16、11/6 舉行，今年共 68 位生力軍報考，6 位再次挑戰口試，還請各考生做好準備，並注意身體健康，預祝都能順利考上，也請各考試委員先預留時間。

會員旅遊活動於 9/16-18 在阿里山、台南終於有成行，鄒族部落的表演及明媚風光，阿里山上的高山火車、日出、神木群，烏山頭水庫及嘉南大圳、八田與一的故事，台南古城及奇美博物館的解說參訪，同時達到運動、健身、增廣見聞、情感交流等多重目的，大家一路歡笑聲不斷，惟在最後一天的大地震確也把大家嚇出一身冷汗，尤其連高鐵都暫停且一開始是否復駛情況不明時，所幸最後有驚無險，在大家終於依序等到高鐵時，依依不捨、互道珍重再去趕車的表情，我知道大家的心是緊緊依偎在一起的，回到家後也都上群組來互報平安。登山活動還有 10/9 星期天在彰化芳苑海天步道、溪湖吃羊肉爐、田尾公路花園，感謝 賴文福副理事長、柯助伊前輩的用心辦理，預祝大家旅途愉快、行程順利。

敬祈

身體健康、事事順利，逢凶化吉、天佑台灣。

敬愛的會員，大家好！

首先感謝大家對學會博物館的支持。在大家的奉獻與幫忙下，攸關婦產科歷史文物保存的「台灣婦產科醫學會博物館」於2013年10月13日落成後，為達成保存婦產科文物之使命、延續文物的生命、肩負年青醫師教育功能、和促進國際交流，我們已經完成初步的文物e化。今後，這個使命一定要繼續下去，成為學會的百年基業；因此學會博物館仍然需要您的鼎力支持，期盼大家秉持支持學會保存婦產科歷史文物竭盡心力的初衷與熱誠，繼續共襄盛舉，一起為創造婦產科的歷史和光榮再向前邁進。

光陰荏苒，多少英雄灰飛煙滅，唯有累積所有會員個人的傑出成就，才能寫下學會的歷史新頁。學會博物館成立以來，仍然有很多會員踴躍捐款，而捐獻文物的行動更絡繹不絕，國內外參觀者也不少，大家給了很多鼓勵，發生了很多感人的故事，著實豐富了博物館的館藏。今後，不論任何文物，也不論捐款金額多寡，都期待大家能熱烈捐贈支持，學會博物館絕對會妥善運用及管理。此外，捐款可以抵稅，而且和文物的捐獻芳名錄（新增者）都會持續定期（或每月）公告在會訊；至於會員捐款與捐獻文物的總彙整，已經在「台灣婦產科醫學會一甲子」中P. 39-43 刊載，希望所有會員查核。對於大家締造的歷史（包含所有會員的奉獻），我們也都希望能在適當時機將其彙編成冊發行，並能在每隔一段時間就 update&renew 博物館誌，並以平板輸出方式，懸掛在二樓大廳來感謝和記述大家的努力和無私奉獻，讓它成為台灣婦產科醫學會歷史光榮的一章。

最後，謝謝大家的熱心支持！也敬祝大家

身體健康闔家平安！

捐款專戶

銀行帳號：玉山銀行民權分行 0598-940-134000

（請務必在匯款時，於附註欄寫明個人姓名及用途）

戶 名：台灣婦產科醫學會

理 事 長 黃閔照

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃建霈

財務委員會召集人 黃文助 敬上

111 年度文物館捐款名單

會員編號	姓名	本次捐款金額	個人總捐款金額	捐款日期
0956	李耀泰	10,000	135,000	111年02月20日
1587	王孫斌	20,000	60,000	111年02月20日
1054	謝鵬輝	1,400	181,488	111年02月20日
1477	游淑寶	400	50,400	111年03月13日
2290	謝卿宏	1,500	1,053,655	111年05月12日
1054	謝鵬輝	1,400	182,888	111年05月30日
2290	謝卿宏	829	1,054,484	111年05月30日
0956	李耀泰	12,000	147,000	111年06月02日
3405	邱上琪	1,500	1,500	111年06月13日
0956	李耀泰	10,000	157,000	111年09月04日

博物館成立後再捐贈文物名單

製表日期：111/01/20

個人捐贈（依姓氏筆畫排序）：

方昌仁、王俊雄、王義雄、王漢州、王鵬惠、甘明又、成功、朱明星、何弘能、李盛、李正義、李枝盈、李茂盛、李榮憲、李耀泰、杜錦照、阮正雄、周建章、林正義、林炎照、林國昭、林錦義、吳香達、姜仁發、施景中、施俊雄、柯瑞祥、張志源、張維君、張昇平、許峰雄、許龍國、郭宗正、陳文龍、陳宏銘、陳哲男、陳福民、陳麗貴、陳明哲、陳慶芳、陳琬青、陳奕儒、曹國賢、馮承芝、黃思誠、黃閔照、黃德雄、黃秀吉、彭增福、楊友仕、楊應欽、葉文德、葉光芃、趙宗冠、劉永昌、蔡明賢、蔡英美、蔡景林、鄭英傑、蕭惠真、賴明志、賴朝宏、魏木唇、謝欣穎、謝卿宏、蘇文彬、蘇聖傑、蘇聰賢、鐘坤井

機關單位捐贈：

台大醫院婦產部、馬偕醫院、原水文化（城邦出版社）

外國組織 / 個人捐贈：

日本：木村正教授、Prof. Takeshi Maruo & Mrs. Keiko Maruo、Prof. Yuji Hiramatsu

韓國：KSOG、Prof. Joo-hyun Nam、Prof. Yong-won Park、Prof. Yoon-seok Chang、尹聖道教授

美國：ACOG 前理事長 Prof. James N. Martin、ACOG 前理事長 Prof. Jeanne Conry、

ACOG 前理事長 Prof. Mark S. DeFrancesco、ACOG 前理事長 Prof. Thomas M. Gellhaus

馬來西亞：AFOG 理事長 Dr. Ravi Chandran

英國：FIGO 前理事長 Prof. Sabaratnam Arulkumaran

衛生福利部疾病管制署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 111 年 7 月 26 日

發文字號：疾管慢字第 1110300405A 號

主旨：檢送修訂之「性傳染病、急性病毒性肝炎或藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫」（以下簡稱 B1 計畫）（如附件），並自 111 年 10 月 1 日起實施，請貴學會惠予轉知所屬會員，請查照。

說明：一、旨揭計畫自 97 年起推動，係委託中央健康保險署以代收代付辦理，提供性傳染病、急性病毒性肝炎及藥癮患者愛滋篩檢服務。110 年透過 B1 計畫之健保申報篩檢數達 57,703 人次，篩檢發現之新通報愛滋確診個案共計 158 名，新案陽性率 0.3%，顯示透過性傳染病患者篩檢愛滋能有效及早發現個案、及早介入與治療。

二、本次修正內容摘述說明如下：

（一）本計畫篩檢對象為 65 歲以下，經醫師診斷感染性傳染病患者（包含：梅毒、淋病、生殖器疱疹、尖形濕疣、披衣菌、陰蝨、龜頭炎、非淋菌性尿道炎（限男性患者）、其他性病）、急性病毒性 A、B、C 型肝炎患者及非法物質濫用者（藥癮病患），經醫師臨床判斷有感染愛滋病毒風險者。

（二）調整 B1 計畫給付之篩檢對象疾病類別，刪除「陰道炎」、「陰道滴蟲」及女性「非淋菌性尿道炎」，說明如下：

1. 經分析近 5 年 B1 申報案件結果顯示，「陰道炎」、「陰道滴蟲」及女性「非淋菌性尿道炎」之 HIV 新案陽性率皆極低，分別為陰道炎 (0.004%)、陰道滴蟲 (0.005%)、女性「非淋菌性尿道炎」(0.008%)，以該等疾病診斷之申報量大，但篩檢發現 HIV 新案極少，相較於其他疾病別篩檢效益低；至有關男性「非淋菌性尿道炎」，經資料分析，考量其 HIV 新案陽性率仍有 0.09%，近 5 年共計篩檢出 49 名 HIV 新案，篩檢效益仍高，爰予以維持。
2. 綜上，為提升計畫執行效益，促使有限防疫資源有效運用，爰調整 B1 計畫給付之篩檢對象疾病類別。



詳細公文及附件



性傳染病、急性病毒性肝炎或藥癮
全面篩檢愛滋病毒計畫

抗磷脂症候群在婦產科的檢視



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

抗磷脂症候群 (antiphospholipid syndrome, APS) 乃一全身性自主免疫失調，主要異常為復發性血管栓塞 (thrombosis)、血小板減少和 / 或有產科併發症，伴隨持續性抗磷脂抗體 (antiphospholipid antibody, APLA)，包括抗心脂 (anti-cardiolipin, aCL) 抗體、狼瘡性抗凝固素 (lupus anticoagulant, LA) 和 anti-β₂-glycoprotein 1 (anti-β₂ GP1) 抗體等，其診斷如表一。APS 是一種常見的易血栓症 (thrombophilias)，可於動脈和靜脈血管發生血栓，此點與遺傳性易血栓症如蛋白 S 和蛋白 C 缺乏、anti-thrombin III (AT III) 缺乏等不同。APS 主要栓塞發生在下肢和大腦的動脈和靜脈，在肝靜脈、臟器靜脈和大腦靜脈亦可見。在 APS 患者的血清中抗磷脂抗體為持續性的，相隔 12 週檢查仍呈陽性。因為有 1-5% 的人口可藉由病毒或細菌感染，抗磷脂抗體會呈陽性，但只短暫時間存在 [2]。

APS 的盛行率不清楚，估約佔全部人口的 0.5%，診斷年齡平均為 35 歲，女性為男性的 5 倍，發生在兒童的情況極為罕見。APS 被認為係原發性自主免疫疾病，但亦可繼發生於其它自主免疫疾病，如紅斑性狼瘡 (systemic lupus erythematoses, SLE) 中的抗磷脂抗體陽性率會有 30-40%，在類風濕關節炎則有 20%，全身性硬化性、皮肌炎 (dermatomyositis) 和其它自主免疫疾病亦會有抗磷脂抗體 [2]。本文特探討 APS 對婦產科疾病的影響。

◆ 原發性不孕症

抗磷脂抗體可直接影響內皮細胞膜、血小板和與各種凝血因子相關的細胞，產生原發性不孕症的原因為干擾子宮內膜的銳膜化 (decidulization)，降低胚胎植入的成功率。此外，抗磷脂抗體亦可減少卵巢中卵子儲存，可透過 AMH (antimullerian hormone) 和超音波濾泡的減少

來偵測 [3]。亦有報告抗磷脂抗體會損傷血管增生，有礙子宮內膜血管內皮細胞的生長 [3]。抗磷脂抗體在原發性不孕症的發生率約 7% 左右 [3]。

◆人工生殖醫學

2018 年，Hong 等 [4] 研究報告在韓國的 2 個不孕症中心，共實施 219 位不孕症婦女首次 IVF (in vitro fertilization)。結果抗磷脂抗體陽性有 13 位 (5.9%)，包括 2 位 (0.9%) LA、7 位 (3.2%) aCL 抗體、4 位 (1.8%) anti-β2 GP1 抗體。在有、無抗磷脂抗體的臨床懷孕率分別為 66.7% 和 45.9%；繼續懷孕率分別為 58.3% 和 37.0%；流產率分別為 12.5% 和 19.3%。以上均無統計上差異。結論是：在韓國不孕症婦女抗磷脂抗體發生率低，且不影響 IVP 的成功率和流產率。

2021 年，Deeb 等 [5] 研究報告 876 位、接受 IVF 的不孕症婦女，抗磷脂抗體陽性率 < 1%，且抗磷脂抗體與患者年齡 (26-43 歲)、IVF 結果和 IVF 施行次數無關。

◆復發性自然流產

世界衛生組織 (WHO) 定義復發性 (習慣性) 自然流產乃連續發生 3 次、≤ 20 週的自發性流產 [6]。在 APS 婦女佔復發性自然流產 5-20% [6,7]，可能因自主抗體 (auto-antibodies) 直接作用在滋養層 (trophoblast) 內，以致胎盤造成顯微性栓塞 [6]，或因抗磷脂抗體造成過度血液凝固作用，並增加許多前驅發炎細胞素 (pro-inflammatory cytokines) 如腫瘤壞死因子 TNF、介白質 -1 (IL-1) 和介白質 -6 (IL-6) 等，使免疫活性增加；同時，中性白血球和單核球亦釋放出 reactive oxygen species、抗血管增生因子和組織因子 (tissue factor)，造成胎兒傷害和胎盤功能不足 [7]。

◆晚期胎兒死亡

抗磷脂抗體易產生血管栓塞，若 LA、aCL 和 anti-β2 GP1 抗體皆呈陽性稱為三陽性 (triple positivity)，此時血管栓塞風險更大。有、無抗磷脂抗體的孕婦，血管栓塞勝算比率 (odd ratio, OR) 為 12.1、子癲症和子癲前症 OR 為 2.3、子宮內生長遲滯 OR 為 4.7、懷孕罹病率 OR 為 9.2 [8]。

晚期胎兒死亡定義為 20-28 週胎兒在腹中死亡，亦稱死產 (stillbirth)。2013 年，Silver 等 [9] 研究分析在多個中心的 582 例死產和 1547 例活產胎兒，結論是：母親有抗心脂 (aCL) 抗體和 anti-β2 GP1 抗體者，會增加 3-5 倍的死產風險。

2018 年，Belhocine 等 [10] 研究報告 65 位、平均 29 歲、有胎死腹中 (intrauterine fetal deaths, IUFD) 的孕婦，平均死亡妊娠週數為 24 (18-27) 週。檢查這些 IUFD 婦女，APS 陽性

有 48 位 (74%)，其中三陽性抗體者有 23 位 (35%)。母親發生產科併發症有 16 位 (25%)，包括子癩前症有 12 位、HELLP 症候群有 6 位、和 / 或胎盤剝離有 5 位。在 50 位婦女中，有一半為胎兒體重過低 (small for gestational age)。結論是：APS 婦女有較高比率的 IUFD、子癩前症和栓塞 (產婦產後追蹤 4 年達 43% 發生率)。

◆ 早產

由於抗磷脂抗體會造成孕婦過度凝血 (hypercoagulate)，包括使蛋白 C 活力下降、減少蛋白 S 值、增加 plasminogen 的抑制作用，對生命有危害性，如子癩前症和胎盤功能不足 (preeclampsia or placental insufficiency, PREPI) 等因素引發早產。2021 年，Izhar 等 [11] 研究探討抗磷脂抗體和子癩前症與胎盤功能不足的報告中，在 98 例和 106 例有、無 PREPI < 34 週的早產懷孕中，APS 發生率分別為 17.3% 和 3.8% ($p=0.001$)，過去病史流產率分別為 25.2% 和 13.2% ($p=0.026$)，過去使用 aspirin 比率分別為 41.8% 和 7.5% ($p < 0.001$)，過去使用低分子量肝素分別為 21.4% 和 2.9% ($p < 0.001$)，肥胖比率分別為 35.7% 和 5.7% ($p < 0.001$)。換言之，在有抗磷脂抗體的孕婦容易發生 < 34 週的早產，因 PREPI 比例較高。

◆ 嚴重子癩前症和胎盤功能不足

子癩前症的定義為新生兒血壓升高 (收縮壓 > 140 mmHg，和 / 或舒張壓 > 90 mmHg)，有或沒有蛋白尿，如尚有下列其中一項，則定義為嚴重子癩前症，包括收縮壓 > 160 mmHg，和 / 或舒張壓 > 110 mmHg，或同時有 HELLP 症候群 (hemolytic anemia；elevated liver function test，2 倍增加肝功能；low platelet count，即血小板 < 100000 μL)、右上腹痛或上腹痛、血清 creatinin > 1.1 mg/dL、肺水腫、近期有大腦或視力異常。

胎盤功能不足的定義為胎兒體重 < 10 percentile、腹圍 < 5 percentile、羊水過少 (羊水指數 < 5 cm 或羊水垂直深度 < 2 cm)、異常 Doppler velocimetry (缺或反轉 end diastolic flow)、異常 non-stress test、陽性 contraction stress test 或 biophysical profile 分數 < 6。

2018 年，Gibbins 等 [12] 研究報告各 148 例有、無嚴重子癩前症和胎盤功能不足的孕婦，致胎兒生產 < 36 週做比較，抗磷脂抗體陽性率分別為 11.5% 和 1.4%，OR 8.9。在陽性抗磷脂抗體者，發生率在 LA 有 76%、aCL 有 41%、anti- β_2 GP1 有 24%。結論是：在有抗磷脂抗體的產婦，發生嚴重程度的子癩前症和胎盤功能不足的風險較高。

◆ 懷孕併發症

2019 年，Liu 等 [13] 綜合分析 8 篇文獻、分別有 770 位和 212184 位有、無抗磷脂抗體的孕婦做比較。在有抗磷脂抗體的孕婦，會增加懷孕誘發的高血壓 (risk ratio, RR 1.81、

p=0.002)、流產(RR 2.42、p=0.0006)、栓塞(RR 2.83、p=0.002)和早產(RR 1.89、p=0.00001)；但對胎盤早期剝離(RR 1.35、p=0.29)和肺栓塞(RR 1.47、p=0.77)則無影響。抗磷脂抗體的孕婦所產下的新生兒狀況均不佳，包括增加死亡率(RR 3.95、p=0.0001)、低體重(RR 1.38、p=0.02)、早產不成熟嬰兒(RR 1.86、p=0.001)、需住進新生兒加護病房(RR 3.35、p=0.0001)等。結論是：有抗磷脂抗體的孕婦各項情況多較無抗磷脂抗體的孕婦為差。

◆ 災難性抗磷脂症候群

災難性(catastrophic)抗磷脂症候群又名為 Asherson's 症候群^[14]或栓塞風暴(thrombotic storm)，乃指短時間(1週內)快速發生許多小血管栓塞，致多重(≥ 3)器官衰竭，組織病理學上能確定一器官(或組織)有微少血管阻塞，相隔6週抗磷脂抗體仍存在^[15]，發生率 $< 1\%$ ；另有 $\geq 50\%$ 因感染、外傷、手術、停用抗凝劑藥物、癌症、紅斑狼瘡突然加劇(lupus flare)和懷孕等^[16]因素所引起。2013年，Hanouna等^[14]研究報告13例、發生CAPS(catastrophic antiphospholipid syndrome)的孕婦，影響器官包括皮膚(n=11)、肝臟(n=11)、腎臟(n=10)、心臟(n=8)和神經(n=5)等，最後以肝素、阿斯匹靈、類固醇、cyclophosphamide、血漿置換術、透析、靜脈注射免疫球蛋白等方式來治療，雖沒有母親死亡，但新生兒死亡率達54%(主要為早產，平均26.6週)；之後有2位母親在CAPS後2.5年和6年後死亡。而在Gomez-Puerta等^[16]統計分析15位、懷孕相關CAPS，母親的死亡率為46%、嬰兒死亡率為54%，其中發生在懷孕17-38週的有14例(50%)、在產褥期有6例(43%)、在子宮刮除術後有1例(7%)；且出現HELLP症候群有8位(53%)、胎盤壞死有4位(27%)、骨盆腔靜脈栓塞4位(27%)、子宮肌肉層微血管栓塞1位(7%)。

◆ 治療

文獻上，治療孕婦APS的主要藥物為低分子量肝素(懷孕藥物分級：B)、肝素(懷孕藥物分級：C)、aspirin(懷孕藥物分級：D)、免疫球蛋白(懷孕藥物分級：C)、類固醇(懷孕藥物分級：C)、hydroxychloroquine(懷孕藥物分級：C)等，在懷孕使用的報告是安全的，而在非孕婦也會使用statins、warfarin^[18]。Warfarin在孕期不能使用，因有胎兒畸形風險(懷孕藥物分級：X)^[19]。

而災難性抗磷脂症候群會以合併抗凝血劑、高劑量glucocorticoid、血漿置換術和/或靜脈注射免疫球蛋白作為標準治療方法。最近，亦有使用rituximab、defibrotide和eculizumab等藥物治療之^[15]。而快速診斷、多專科合作、盡早醫治，才能避免不可逆併發症，降低死亡風險。

◆ 結論

APS 乃一過度凝血狀態，主要特徵為復發性血管栓塞、血小板減少和重覆性胎兒死亡，為後天易血栓症，同時存在抗磷脂抗體，即狼瘡性抗凝固素、抗心脂抗體和 anti-β2 GPI 抗體。APS 會傷害心臟、腎臟、皮膚、神經、胃腸和眼睛等器官，甚至危害孕婦反覆性流產、早產、胎死腹中、子癲前症、胎盤功能不足、甚至栓塞，有致命風險。所以，對這類孕婦的異常症狀，須考慮檢查抗磷脂抗體，以做為治療參考或下次懷孕的預防。此外，對患者過去有血管栓塞病史或風濕免疫性疾病，在懷孕初期亦應檢測抗磷脂抗體、蛋白 C、蛋白 S 和 anti-thrombin III，一旦發現異常，需由高度危險妊娠產科和風濕免疫科醫師共同照護全部產程。

表一：抗磷脂症候群診斷準則 [1]

一、臨床準則（需具有下列二者之一）	
1. 血管栓塞	有 1 次或多次動脈、靜脈或血小管的栓塞
2. 懷孕懼病 (具右列 3 者之 1)	(1) 有 1 次或多次妊娠 ≥ 10 週，胎兒外觀正常而胎死腹中
	(2) 因子癲症、子癲前症或胎盤功能不足，產生 1 次或多次 < 34 週早產
	(3) ≥ 3 次不明原因，≤ 10 週連續性自然流產，但無關母親或荷爾蒙異常，亦無父、母親染色體異常
二、實驗室準則（需具有下列三者之一）	
1. 在相隔 ≥ 12 週，血漿中有 ≥ 2 次的狼瘡性抗凝固素（LA）	
2. 在相隔 ≥ 12 週，血清或血漿中有 ≥ 2 次的抗心脂（aCL）抗體（IgG 或 IgM），同時抗體效價為中等量或高等量（> 40 GPL 或 MPL，或 > 99th percentile）	
3. 在相隔 ≥ 12 週，血漿中有 anti-β2 glycoprotein-I（anti-β2 GPI）抗體，血清或血漿中抗體有 ≥ 2 次的效價 > 99th percentile	
APS 的診斷最少有一項臨床準則和一項實驗室準則	

◆ 參考文獻

1. Chaturvedi S, McCrae KR. Diagnosis and management of antiphospholipid syndrome. Blood Rev 2017; 31(6): 106-17.
2. Limper M, de Leeuw K, Lely AT, et al. Diagnosing and treating antiphospholipid syndrome: a consensus paper. Neth J Med 2019; 77(3): 98-108.
3. de Oliveira Rodrigue V, de Goes e Silva Soligo A, Pannain GD. Antiphospholip antibody syndrome and infertility. Rev Bras Ginecol Obstet 2019; 41: 621-7.
4. Hong YH, Kim SJ, Moon KY, et al. Impact of presence of antiphospholipid antibodies on in-vitro fertilization outcome. Obstet Gynecol Sci 2018; 61(3): 359-66.

5. Deeb H, Salam OA, Shaaban V, et al. Antiphospholipid antibodies levels and potential effects on in-vitro fertilization in a large cohort of infertile Syrian women. *Ann Med Surg* 2021; 65: 102301.
6. Vomstein K, Feil K, Strobel L, et al. Immunological risk factors in recurrent pregnancy loss: guidelines versus current state of the art. *J Clin Med* 2021; 10: 869.
7. Vomstein K, Aulitzky A, Strobel L, et al. Recurrent spontaneous miscarriage: a comparison of international guidelines. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2021; 81(7): 769-79.
8. Antovic A, Sennstrom M, Bremme K, et al. Obstetric antiphospholipid syndrome. *Lupus Sci Med* 2018; 5(1): e000197.
9. Silver RM, Parker CB, Reddy UM, et al. Antiphospholipid antibodies in stillbirth. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 641-57.
10. Belhocine M, Coutte L, Silva NM, et al. Intrauterine fetal deaths related to antiphospholipid syndrome: a descriptive study of 65 women. *Arthritis Res Ther* 2018; 20: 249.
11. Izhar R, Ala SH, Husain S, et al. Anti-phospholipid antibodies in women presenting with preterm delivery because of preeclampsia or placental insufficiency. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2021; 22(2): 85-90.
12. Gibbins KJ, Tebo AE, Nielsen SK, et al. Antiphospholipid antibodies in women with severe preeclampsia and placental insufficiency: a case-control study. *Lupus* 2018; 27(12): 1903-10.
13. Liu L, Sun D. Pregnancy outcomes in patients with primary antiphospholipid syndrome. A systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2019; 98(20): e15733.
14. Hanouna G, Morel N, Huong DLT, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome and pregnancy: an experience of 13 cases. *Rheumatology* 2013; 52: 1635-41.
15. Collicot M, Buhagiar WS, Mercieca C, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome in pregnancy: a life-threatening condition. *BMJ Case Rep* 2019; 12(9): e230863.
16. Gomez-Puerta JA, Cervera R, Espinosa G, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome during pregnancy and puerperium: maternal and fetal characteristics of 15 cases. *Ann Rheum Dis* 2007; 66(6): 740-6.
17. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 風濕性關節炎與懷孕的檢視. *台灣婦產科醫學會會訊* 2019; 9: 22-6.
18. Zuo Y, Shi H, Li C, et al. Antiphospholipid syndrome: a clinical perspective. *Chin Med J* 2020; 133(8): 929-40.
19. 李耀泰, 郭宗正, 陳福民. 懷孕與抗凝血劑之使用. *台灣婦產科醫學會會訊* 2007; 3: 12-9.

◎ 第 311 期 問答題 ◎

會員編號：_____ 姓名：_____

一、下列何者非抗磷脂抗體？

- (A) 抗心脂抗體；(B) 狼瘡性抗凝固素；
(C) anti- β 2 glycoprotein 1 抗體；(D) anti-double-strand DNA 抗體

二、抗磷脂抗體孕婦不會有下列何種併發症？

- (A) 復發性流產；(B) 死產；(C) 早產；(D) 先天性畸形

三、下列何者非 HELLP 症候群症狀？

- (A) 貧血；(B) 肝功能上升；(C) 白血球下降；(D) 血小板下降

四、關於災難性抗磷脂抗體症候群的治療藥物，下列何者較少使用？

- (A) 抗凝血劑；(B) glucocorticoid；(C) statin；(D) 血漿置換術

五、有關懷孕藥物的分級何者為非？

- (A) 低分子量肝素：B 級；(B) aspirin：B 級；
(C) 類固醇：C 級；(D) hydroxychloroquine：C 級

* 傳真作答 Fax: 02-2100-1476

* 郵寄請使用隨刊附贈之回函卡（免貼郵票）。

* 亦可登入學會網站，線上作答，以節省時間。

網址：https://www.taog.org.tw/member_login.php



第 310 通訊繼續教育

答案：一、(C)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

孕婦與胎兒感染新冠肺炎病毒 (SARS-CoV-2) 的影響 以及孕婦接種新冠肺炎疫苗的保護效果

王甯祺

三軍總醫院感染科主治醫師

臨床試驗中心主任

◆前言

自 2019 年中國大陸爆發新冠肺炎迅速散布至全球並且造成上百萬的死亡案例開始，其中許多國家與研究團隊發現感染 SARS-CoV-2 virus 容易產生嚴重併發症 (包括住院與入住加護病房) 與死亡的危險因子。這些容易發生最嚴重新冠肺炎的族群包括孕婦。(Ref 1)。孕婦感染 SARS-CoV-2 病毒的風險與未懷孕婦女相同，但是孕婦感染 SARS-CoV-2 有高風險變成嚴重新冠肺炎，感染 SARS-CoV-2 的懷孕婦女與比有症狀的未懷孕婦女高出 70% 的死亡風險 (Maternal Death). (Ref 1)。

美國疾病管制署 (CDC) 的數據顯示，在這群高感染風險的孕婦族群接種新冠肺炎疫苗的比例遠低於其他族群，只有 21.8% 的懷孕婦女接種至少一劑新冠病毒疫苗，而且絕大多數的孕婦接種疫苗的時程是在懷孕第二及第三產程 (Second and third trimesters)。導致孕婦的疫苗接種率低於其他族群主要原因是擔心疫苗可能會影響胎兒，尤其是對於早產與胎兒出生體重不足 (Small-for-gestational-age birth) 的憂慮。分析接種疫苗的孕婦產後的結果發現疫苗的次數及劑量並不會增加早產與出生體重不足的風險。[1]

◆新冠肺炎疫苗保護孕婦與新生兒

為解答 ”新冠病毒疫苗能否保護孕婦降低 SARS-CoV-2 感染與併發症” 的疑問，有兩個不同的研究團隊呈現最新的統計數據，首先是美國 Institute for Systems Biology 的研究團隊發表在 2022 年 1 月的 Lancet Digital Health 期刊 (ref 2)。這個研究收集自 2020 年 3 月 5 日起，至 2021 年 7 月 4 日為止，在阿拉斯加州、加州、蒙大拿州、奧勒岡州與華盛頓州的這些在美國太平洋岸的區域，比較感染新冠肺炎的孕婦及未感染新冠肺炎的孕婦的新生兒與產程影響，結果呈現感染新冠肺炎的孕婦無論是輕症或中重症，都有較多的早產、出生低體重與死產的機率 [2]。這些問題絕大多數是在懷孕第一及第二階段發生感染新冠肺炎，與孕婦感染後的症狀嚴重度並無相關。

另一個研究團隊是英國的愛丁堡大學在蘇格蘭區域收集自 2020 年 12 月至 2021 年 10 月懷孕婦女生產與新生兒的資料，總收集個案數近 88000 人，分析數據發現感染 SARS-CoV-2 的孕婦有 77.4% 未接種新冠肺炎疫苗，因感染 SARS-CoV-2 而症狀惡化需要住院的孕婦患者中，有 90.9% 未接種新冠肺炎疫苗，轉變成重症須住進加護病房的感染孕婦有 98% 未接種新冠肺炎疫苗 [3]。這篇研究報告呈現孕婦感染 SARS-CoV-2 後出生的 2364 個嬰兒中，有 11 個死產（still birth），8 個新生兒在出生 28 天內死亡（未滿月），存活的新生兒中有 241 個未足月產。發生死產及出生未滿月死亡的嬰兒大多數是孕婦在產前 28 天之內感染 SARS-CoV-2。

檢視在蘇格蘭孕婦，低疫苗接種率亦是問題，孕婦新冠肺炎疫苗接種率只有 32%，而在 18-44 歲未懷孕女性完成兩劑疫苗接種率為 77%。接種疫苗後懷孕的婦女，在懷孕期間及生產後的發生生產相關併發症機率與英國全國數據沒有差異。

結合兩個研究團隊的資料，呈現孕婦接種新冠疫苗率為 42.8%，比較年齡相符合的未懷孕婦女的疫苗接種率則為 84.7%，感染 SARS-CoV-2 需要住院治療的孕婦中，19.5% 是未接種疫苗，8.3% 接種一劑疫苗，5.1% 是接種 2 劑疫苗。這個統計數據證明完成 2 劑疫苗接種能減少近 75% 的孕婦因感染 SARS-CoV-2 須住院的機率；因感染 SARS-CoV-2 須入加護病房的孕婦在未接種疫苗族群有 2.7%，接種一劑疫苗發生住進加護病房的比率為 0.2%，完整接種 2 劑疫苗也是 0.2%。

孕婦感染 SARS-CoV-2 的 28 天內發生早產的機率是 16.6%，一般族群發生早產的機率是 8%，新生兒死亡機率在孕婦感染新冠肺炎族群是每 1000 個有 8 個，一般族群是 1000 個有 5.6 個；產後新生兒死亡個案全部發生在孕婦感染 SARS-CoV-2 的族群。

◆ 孕婦接種新冠肺炎疫苗對新生兒的保護

孕婦接種新冠肺炎疫苗產生的抗體是否能通過胎盤保護新生兒？這個疑問已經有最新的研究證實。美國紐約大學 (New York University) 團隊對 36 位孕婦接種過至少一劑 mRNA 疫苗 (包括 Moderna 或是 Pfizer-BioNTech) 孕婦生產後，收取新生兒臍帶血 (umbilical cord blood) 檢測 anti-spike protein antibody (anti-S IgG) 濃度。36 個新生兒臍帶血檢體 (anti-S IgG) 濃度都高於 200 U/mL，這個 200 U/mL 是保護抗體最低的有效濃度。研究團隊再加測 anti-nucleocapsid protein antibody (anti-N IgG) 以確認抗體不是感染新冠肺炎後產生的；所有檢測 anti-N IgG 的臍帶血檢體全部是陰性，證明新生兒的 anti-S IgG 來自母親接種新冠疫苗所產生的保護抗體 [4]。

這個新的研究結果更能呈現孕婦接種新冠肺炎疫苗不單只保護孕婦更能將保護性抗體透過胎盤給新生兒。

◆ 結論

新冠肺炎疫苗能有效保護孕婦不受 SARS-CoV-2 感染與發生重症。接種新冠肺炎疫苗不會影響孕婦發生早產與低出生體重的問題。前述兩個大型研究呈現的數據證明孕婦感染 SARS-

CoV-2 會發生的許多問題。更提醒婦產學科的醫師能提出實證數據讓孕婦願意接種疫苗，保護自己與新生兒，減少接種新冠肺炎疫苗的疑慮，達到母子(女)均安的效果。

◆ 參考文獻

1. Lipkind HS, et al. Receipt of COVID-19 vaccine during pregnancy and preterm or small-for-gestational-age at birth- eight integrated health care organizations, United States, December 15, 2020- July 22, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022; 71: 26-30.
2. Piekos SN, et al. The effect of maternal SARS-CoV-2 infection timing on birth outcomes: a retrospective multicentre cohort study. Lancet Digit Health 2022;4:e95-104.
3. Stock SJ, et al. SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination rates in pregnant women in Scotland. Nat Med. 2022. Accessed January 19, 2022.
4. Trostel ME, et al. High antibody levels in cord blood from pregnant women vaccinated against COVID-19. Am J ObstetGynecol MFM. Published online September 22, 2021.

疾管署公告：流感病毒活動度上升，提醒經醫師研判符合公費流感抗病毒藥劑用藥條件者，無須進行流感快篩，即可開立適當之公費藥劑給予病患使用。

※10月1日起公費流感疫苗分階段開打，並可與 COVID-19 疫苗共同接種，請各位會員醫師留意！

公費流感抗病毒藥劑使用對象一覽表

適用日期：109 年 5 月 1 日起

現行公費流感抗病毒藥劑（下稱公費藥劑）使用對象，依衛福部傳染病防治諮詢會流感防治組專家建議，包括 (1)「流感併發重症」通報病例、(2)「新型 A 型流感」通報病例、(3) 孕婦經評估需及時用藥者、(4) 未滿 5 歲及 65 歲以上之類流感患者、(5) 確診或疑似罹患流感住院（含急診待床）之病患、(6) 具重大傷病、免疫不全（含使用免疫抑制劑者）或流感高風險慢性疾病之類流感患者、(7) 肥胖之類流感患者（BMI ≥ 30）、(8) 類流感等群聚事件經疾病管制署各區管制中心防疫醫師認定需用藥者、(9)「新型 A 型流感」極可能 / 確定病例之密切接觸者、(10) 動物流感發生場所撲殺清場工作人員（如附件）。



公費流感抗病毒藥劑使用對象一覽表



疾管署公費流感疫苗施打新聞稿



疾病管制署致醫界通函

來去希臘見大師

臺中榮總婦女醫學部主治醫師 林俐伶

六月的希臘，太陽很大、萬里無雲，充滿慵懶的氣息，很適合住在渡假的小島，看著愛琴海放空，等到夕陽消失在海平面後，讓群起的掌聲歡呼聲結束這美好的一天。難以想像在緊繃的疫情期間，還有這樣的機會可以出去走走，感謝許多人的幫忙，讓我能夠前往希臘克里特島參與這場胎兒醫學基金會舉辦的年度盛會。

胎兒醫學基金會是由 Kypros Nicolaides 教授所創立的，致力於胎兒醫學的人才培訓和學術研究，許多現行產科的篩檢工具和胎兒治療都與他相關。之前只能透過追劇 (The surgeon's cut, 2020 Netflix's Docuseries) 景仰，能夠親眼見到爽朗幽默的大師，已是不虛此行。



Nicolaides 教授 (左三) 與講者的精采問答



大會會場內幾乎滿座

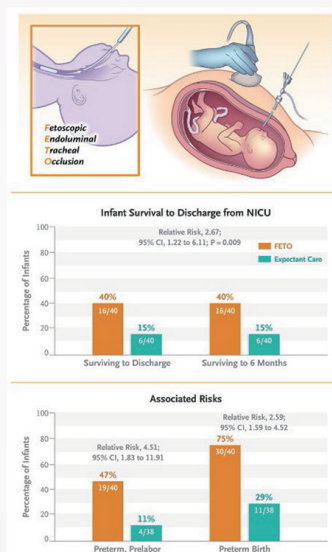
這場年度盛會為期五天，總共 150 多場的演講，只要體力夠好，都可以聽到從世界各地來的每一個講者的分享。我整理成五大主題，有重要的舊聞也有不可思議的新知。

胎兒治療中最令我印象深刻的是先天性橫膈膜疝氣的產前介入，利用胎兒內視鏡在寶寶的氣管放置一個水球 (Fetoscopic Endoluminal Tracheal Occlusion, FETO)，希望藉此減少因肺部發育不良而造成的嚴重合併症和死亡。近期的研究結果指出 [1]，針對嚴重的先天性橫膈膜疝氣，FETO 可以提高存活率，但同時也增加早產的風險。

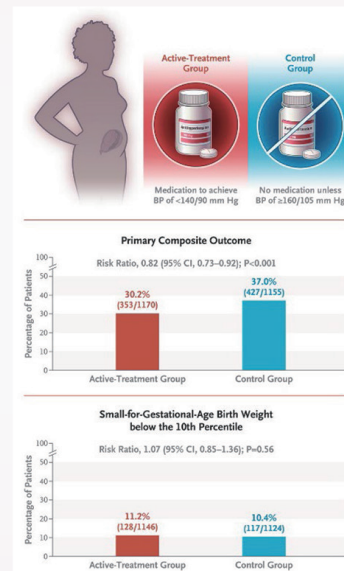
胎兒超音波強調第一孕期 (11-13 週) 早期結構篩檢的重要性，經過標準的檢查程序，有機會診斷出超過一半的重大心臟疾病 [2, 3]；除了超音波以外，胎兒心臟核磁共振 (Cardiac Magnetic Resonance, CMR)[4] 已經不受到無法注射顯影劑的限制，還可以補強超音波的不足，使產前的評估更加完整。

子癲前症的第一孕期篩檢，越來越多國家的研究發現 PAPP-A 的角色不如 PLGF^[5, 6]；針對慢性高血壓孕期中血壓控制，今年發表了大型臨床試驗 (CHAP trial) 的結果，較為嚴格地控制血壓 (<140/90mmHg) 可改善預後且不會增加胎兒生長遲滯的風險^[7]；講者也提醒我們，對於合併腎功能異常的產婦，生產完仍須追蹤，排除潛藏的腎臟疾病，尤其是針對慢性腎臟病的婦女，醫師必須告知懷孕可能使腎臟功能惡化的風險^[8]。在大家努力預防的同時，美國腎臟科醫師也投入治療藥物的研發^[9]，令人拭目以待。

晚期胎兒生長遲滯不易診斷，會議中強調了必須符合預估體重小於 3 個百分位、中大腦動脈和臍動脈脈動指數的比值 (Cerebroplacental ratio, CPR) 小於 5 個百分位等條件，如果只是生長速度較慢但未符合生長遲滯條件的胎兒 (term SGA)，40 週催生並不會增加胎死腹中或新生兒死亡的比率^[10]。



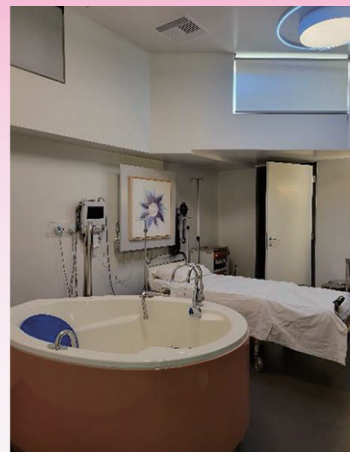
TOTAL trial NEJM 2021



CHAP trial NEJM 2022

其他周產期議題包括預防早產的策略之中，香港的 Liona Poon 教授利用彈性成像技術來監測子宮頸的軟硬度^[11]；英國的 Sally Collins 教授分享了植入性胎盤的診斷訣竅和實戰經驗^[12]；日本的 Ritsuko Pooh 教授精湛地剖析胎兒腦部和異常變化；法國的 Yves Ville 教授團隊研究懷孕初期進行 CMV 的篩檢並投以口服抗病毒藥物 Valacyclovir，可減少羊水中偵測到病毒的機會，也可能降低後遺症的風險^[13]。

自己打理出國大小事，除了醫學新知的學習之外，也累積了不少生活的體驗。旅途中，透過駐希臘台北代表處的大力協助，陪伴我走訪兩間雅典的大型醫學中心，認識希臘的醫療系統；透過網路與住在希臘的台灣人結緣，交流不同的工作環境和教育體制；帶著孩子們認識希臘神話，勇闖宙斯出生的島嶼和一睹衛城的風采。踏出舒適圈的這一步，讓人回味無窮、充滿幹勁。期許自己可以持續努力將各種想法實踐，就像 Nicolaidis 教授一樣，成為兼具熱情和智慧的行動派！



左圖為雅典公立 Alexandra 總醫院；右圖為雅典私立 IASO 總醫院和水中生產待產室（採用壁掛式胎兒監測器）

◆ 參考文獻

1. Deprest, J.A., et al., Randomized Trial of Fetal Surgery for Severe Left Diaphragmatic Hernia. *N Engl J Med*, 2021. 385(2): p. 107-118.
2. Karim, J.N., et al., First-trimester ultrasound detection of fetal heart anomalies: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2022. 59(1): p. 11-25.
3. Minnella, G.P., et al., Diagnosis of major heart defects by routine first-trimester ultrasound examination: association with increased nuchal translucency, tricuspid regurgitation and abnormal flow in ductus venosus. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2020. 55(5): p. 637-644.
4. Ryd, D., et al., Utility of Fetal Cardiovascular Magnetic Resonance for Prenatal Diagnosis of Complex Congenital Heart Defects. *JAMA Network Open*, 2021. 4(3): p. e213538-e213538.
5. Rode, L., et al., Prediction of preterm pre-eclampsia according to NICE and ACOG criteria: descriptive study of 597492 Danish births from 2008 to 2017. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2021. 58(4): p. 561-567.
6. Gallo, D.M., et al., Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 19-24 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*, 2016. 214(5): p. 619.e1-619.e17.
7. Tita, A.T., et al., Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy. *N Engl J Med*, 2022. 386(19): p. 1781-1792.
8. Wiles, K., et al., The impact of chronic kidney disease Stages 3-5 on pregnancy outcomes. *Nephrol Dial Transplant*, 2021. 36(11): p. 2008-2017.
9. Phipps, E.A., et al., Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. *Nat Rev*

- Nephrol, 2019. 15(5): p. 275-289.
10. Meler, E., et al., Ten-year experience of protocol-based management of small-for-gestational-age fetuses: perinatal outcome in late-pregnancy cases diagnosed after 32 weeks. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2021. 57(1): p. 62-69.
 11. Feng, Q., et al., Screening for spontaneous preterm birth by cervical length and shear-wave elastography in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2022.
 12. Morlando, M. and S. Collins, Placenta Accreta Spectrum Disorders: Challenges, Risks, and Management Strategies. *Int J Womens Health*, 2020. 12: p. 1033-1045.
 13. Faure-Bardon, V., et al., Secondary prevention of congenital cytomegalovirus infection with valacyclovir following maternal primary infection in early pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2021. 58(4): p. 576-581.

胎兒生長遲滯之臨床處置原則

臺中榮民總醫院婦女醫學部

研修醫師 謝佳容醫師

遺傳優生學科主任 曾振志醫師

◆一、背景

例行產檢中，評估「胎兒生長狀況」為一項相當重要的檢查。當一旦察覺疑似「胎兒生長遲滯 (Fetal growth restriction, FGR)」，臨床團隊需依照相關的實務經驗和密切監控胎兒血流變化，超前部署，才可以決定最佳的生產時機。FGR 的原因很多，舉凡母體因素、胎兒因素、先天性感染及胎盤臍帶等皆有可能，但有些時候並不一定可以找出病因。但無論原因為何者，密切的追蹤及監控母體與胎兒，是相當重要的。因為研究指出 [1]，FGR 於產前，和不明原因的胎死腹中有關；而罹患 FGR 的新生兒，合併低血糖、低體溫、黃疸、壞死性腸炎、腦室出血或呼吸窘迫等機會較高，死亡率也高於同週數五倍；長大後，神經認知發展較慢，且罹患心血管疾病或代謝症候群的發生率亦較高。因此，臨床醫師如能於產前及時診斷 FGR，並藉由一系列嚴謹的胎兒血流力學監控和判讀胎心音變異性等，在胎兒尚未出現嚴重併發症前，決定最適當的生產時機，可以改善胎兒之預後及減少相關併發症。因此，針對 FGR，國際婦產科超音波醫學會 (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, ISUOG) [2]、美國母胎醫學會 (Society for Maternal-Fetal Medicine, SMFM) [3] 於 2020 年，國際婦產科聯盟 (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) [1] 於 2021 年，分別提出相關臨床診斷與處置準則，供臨床醫師參考。

◆二、定義及相關檢查檢驗

FGR 的定義，不同的醫學會略有不同。ISUOG 和 FIGO 使用 2016 年 Delphi consensus 提出的定義：以懷孕 32 週為切點，分為早發性 (Early-onset) 和晚發性 (Late-onset) 兩類，且需先排除重大先天性胎兒結構異常或染色體基因問題後，根據兩者的差異進行評估。除測量胎兒腹圍 (Abdominal circumference, AC) 與預估體重 (Estimated fetal weight, EFW)；還需根據週數，測量臍動脈 (Umbilical artery, UA) PI (Pulsatility index) 值、子宮動脈 (Uterine artery, UtA) PI 值與中大腦動脈 (Middle cerebral artery, MCA) 和 UA 的 PI 比值 (Cerebroplacental ratio, CPR) (參考表一)。而 SMFM 定義 FGR 則較為單純，胎兒預估體重或 / 和腹圍小於 10th 百分位，即診斷為胎兒生長遲滯。

FGR 除了相關血流力學測量外，臨床上，需綜合評估胎兒生理性指標 (Biophysical profile, BPP) 和電子式胎心音監測儀 (Computerized cardiotocography, cCTG) 之短期心律變異性 (Short-term variation, STV) [1]，以釐清胎兒之整體安危狀況。

表一、ISUOG 根據 2016 年 Delphi consensus 定義早發性及晚發性胎兒生長遲滯 (FGR)

	早發性生長遲滯	晚發性生長遲滯
發生週數 *	<32 週	≥32 週
診斷條件	<ul style="list-style-type: none"> ● AC 或 EFW<3rd 百分位 ● UA-AEDF ● AC 或 EFW<10th 百分位且合併血流異常如下： <ol style="list-style-type: none"> 1.UtA PI 值 >95th 百分位 2.UA PI 值 >95th 百分位 	<ul style="list-style-type: none"> ● AC 或 EFW<3rd 百分位 ● 以下三項至少出現兩項： <ol style="list-style-type: none"> 1. AC 或 EFW<10th 百分位 2. AC 或 EFW 生長速度減緩橫跨兩區間以上 3. MCA/UA PI 比值 (CPR)<5th 百分位或 UA PI 值 >95th 百分位
<p>* 需排除先天性異常 AC, fetal abdominal circumference; UA, umbilical artery; AEDF, absent end-diastolic flow; MCA, middle cerebral artery; CPR, cerebroplacental ratio; EFW, estimated fetal weight; PI, pulsatility index; UA, umbilical artery; UtA, uterine artery. Modified from: C. C. Lees, et. al., ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction; Ultrasound Obstet Gynecol. 2020 Aug;56(2):298-312. Table2.</p>		

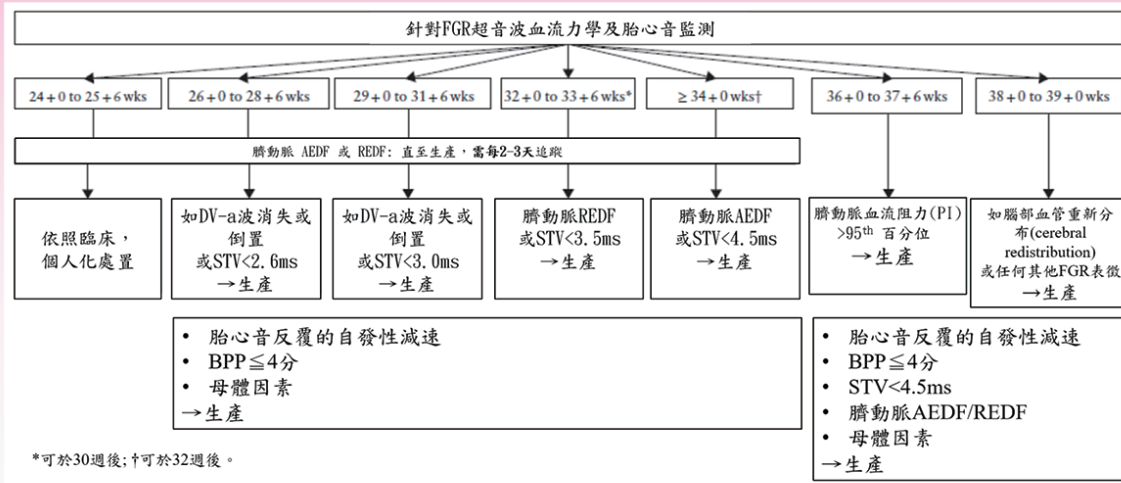
◆ 三、處置

一旦 FGR 診斷確立，後續的處置流程就會根據胎兒的週數而有所不同。根據 2020 年 ISUOG 的準則，早發性 FGR 最重要的關鍵在於處置，它的致病機轉大多為胎盤功能不良，所以時常合併胎兒早產或母體子癲前症，且因為週數較早，故新生兒之死亡率較高，所以如何決定最適當的生產時機，對於早發性 FGR 為最重要的課題；然而，早發性 FGR 的發生率較晚發性 FGR 低 (30% vs. 70%)，且胎兒對於缺氧的耐受性較高，其相關血流力學變化呈現較具系列性變化，如果臨床醫師密集追蹤及監控，通常有較多的時間做好早產之準備。而晚發性 FGR 最重要的關鍵是診斷，研究指出，第三孕期的胎死腹中，高達三成左右 [1] 和 FGR 有關。此類胎兒其致病機轉大多為胎盤儲備量不足，所以對於缺氧的耐受度是低的，臨床變化可能十分快速。因此，若臨床醫師能盡早診斷，即可挽救一個可愛的新生命。

除此，不論週數，當 BPP 小於等於 4 分、胎心音反覆的自發性減速、或母體嚴重子癲前症等，應該考慮立即生產 [1][2]。

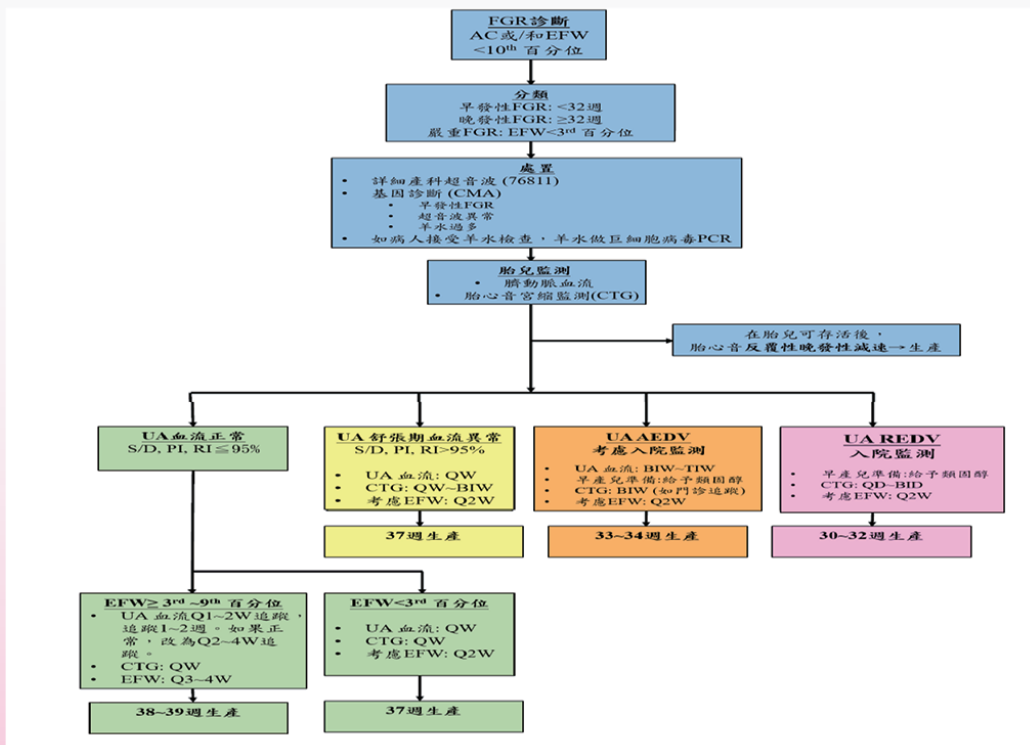
以下流程圖分別為 ISUOG (圖二) 及 SMFM (圖三) 針對 FGR 提出的臨床監測及生產時機之建議，及兩者之比較 (表二)。

圖二、ISUOG[2] 針對 FGR 提出之臨床處置及生產時機建議



Modified from: C. C. Lees, et. al., ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction; Ultrasound Obstet Gynecol. 2020 Aug;56(2):298-312. Fig2.

圖三、SMFM[3] 針對 FGR 提出之臨床診斷及處置流程



Modified from: J.G. Martins, et. al., Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction; Am J Obstet Gynecol. 2020 Oct;223(4):B2-B17. Fig1.

表二、比較 SMFM 和 ISUOG 胎兒生長遲滯 (FGR) 之診斷、監測及生產時機建議準則。

		SMFM	ISUOG
FGR 診斷		EFW or AC <10 th 百分位	Delphi consensus criteria (參考表一)
監測			
血流	臍動脈 (UA)	建議	建議
	靜脈導管 (ductus venosus)	不建議	建議
	中大腦動脈 (MCA)	不建議	建議
胎心音宮縮監測 (cardiotocography)		建議	建議
短期心律變異性 (short-term variation)		不建議	建議
生產時機			
靜脈導管 (ductus venosus)			≥26+0~31 ⁺⁶ 週 (DV a-wave 消失或倒轉)
臍動脈舒張期時血流逆流 (UA reverse end-diastolic flow)		30~32 週	>30~32 週
臍動脈舒張期時血流停止 (UA absent end-diastolic flow)		33~34 週	>32~34 週
臍動脈血流阻力 (PI) >95 th 百分位		37 週	≥36~37 ⁺⁶ 週
中大腦動脈 (MCA)			38~39 週
短期心律變異性 (short-term variation)			≥26~28 ⁺⁶ 週 : <2.6ms ≥29~31 ⁺⁶ 週 : <3.0ms ≥32 週 : <3.5ms ≥34 週 : <4.5ms
Modified from: Lees. Diagnosis and management of suspected fetal growth restriction. Am J ObstetGynecol2022 Mar;226(3):366-378.; TABLE2.			

◆四、小結

了解 FGR 的定義、診斷及處置後，臨床醫師只要願意多花一點時間，先從評估孕婦的危險因子開始，例如：慢性高血壓、慢性腎臟病、糖尿病、自體免疫疾病或前胎 FGR、子癲前症等問題，或早期子癲前症風險的篩檢結果，考慮是否於懷孕 16 週前每天睡前使用低劑量阿斯匹靈。雖然，目前尚未有充分的證據顯示阿斯匹靈能預防 FGR，但對於某些有危險因子之案例，是可考慮使用的。另外，使用低分子量肝素 (Low molecular weight heparin, LMWH) 來預防 FGR，目前不論是 FIGO 或 SMFM 都不建議使用。而在產檢過程中，針對胎兒生長狀況不如預期的個案，再多花一點時間，檢查胎兒血流指標及胎心音監測，並根據胎兒週數跟預估體重，適時轉介至醫學中心，以改善胎兒的預後及未來。

雖 ISUOG 提出的臨床準則較為嚴謹且詳細，但對於受限於超音波機器血流偵測靈敏度及

胎心音監測儀軟體分析系統的不易取得之相關臨床醫師，2020年 SMFM 提出的臨床準則，其定義和臨床處置較為單純且易遵照，或許是另一個監測 FGR 可參考之準則。

◆ 參考文獻

1. N. Melamed, et. al., FIGO (international Federation of Gynecology and obstetrics) initiative on fetal growth: best practice advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 Mar;152 Suppl 1(Suppl 1):3-57.
2. C. C. Lees, et. al., ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction; *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 Aug;56(2):298-312.
3. J.G. Martins, et. al., Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction; *Am J ObstetGynecol.* 2020 Oct;223(4):B2-B17.
4. C.C. Lees, et. al., The diagnosis and management of suspected fetal growth restriction: an evidence-based approach; *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Mar;226(3):366-378.
5. 林俐伶，曾振志。胎兒生長遲滯：診斷與處置。台灣婦產科醫學會會訊2020年10月288期。
6. 陳德嫻，陳震宇。早發性和晚發性胎兒生長遲滯之探討。臺灣週產期醫學會會訊2019年12月。

編後語

鄭雅敏

新冠疫情震撼全世界，也改變了我們的生活，學習和病毒生活的日子也三年了，真是個漫長的日子，也再次考驗人類在此次病毒大戰中的種種智慧。台灣確診數量也超過 590 萬人，死亡人數超過一萬人，

隨著疫情逐漸趨緩以及疫苗施打的普及化，團體活動也逐漸活絡起來。大家引頸期盼，延宕多時的學會阿里山府城三日遊終於成行，9 月 16 日出發住宿阿里山賓館，9 月 17 日凌晨 2 點就起床出發去看日出，整天行程滿滿，晚上進駐台南晶英酒店，雖然忙了一整天，在晶英酒店晚宴上會員前輩們仍然神采奕奕的高歌一曲，中日台歌曲多樣性，充分展現婦產科醫師的充沛活力。看到大家身體健康真是開心。

這期學會繼續教育內容也是非常精彩。李耀泰醫師檢視了一個在婦產科相當惱人的自體免疫症候群 - antiphospholipid syndrome, APS(抗磷脂症後群)。在原發性不孕症婦女中約占 7%，習慣性流產婦女也有高達 5-20% 可能會有 APS。有 APS 的婦女在懷孕過程可能會有早產、妊娠高血壓、子癇前症、胎死腹中等高危險合併症，需要多加留意與及早介入治療。

隨著新冠肺炎感染進入社區，婦產科醫師所照顧的孕婦與胎兒感染 SARS-CoV-2 的議題更顯重要。王甯祺醫師為大家分析了孕婦屬於重症新冠肺炎的高風險族群，早產與新生兒死亡風險都相對增加，因此在第二或第三孕期接受新冠病毒疫苗施打不僅可以保護孕婦，並且能將保護性抗體透過胎盤給新生兒。

這段疫情期間，出國開會成了不可能以及奢侈的夢想，林俐伶醫師分享了她到希臘參加胎兒醫學基金會年度盛會，不僅見到大師，也帶回來許多胎兒相關檢查、治療等新知，讀完全文，可以感受到愛情海的陽光與海水喔！

胎兒子宮內生長遲滯的診斷與治療在產科領域一直是相當棘手的課題，謝佳容醫師將此議題做了完整的整理，提供會員做參考。

隨著後疫情時代來臨，每天的新聞環繞在；又有變種病毒株被分離出來以及社區流行、預估何時會有另一波新的感染高峰期、新的疫苗進入臨床試驗、第一批 Moderna 次世代雙價疫苗 80.4 萬劑於 9 月 16 日抵達，和新冠病毒纏鬥的日子似乎還看不到盡頭。然而不變的策略就是落實手部衛生、咳嗽禮節及佩戴口罩等個人防護措施，減少不必要移動、活動或集會，避免出入人多擁擠的場所，或高感染傳播風險場域，並主動積極配合各項防疫措施。祝各位會員身體健康。

徵才訊息

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
新北市	新莊惠欣婦產科小兒科診所	門診醫師,專任或兼職均可 待遇優 意者請洽:陳小姐 0932001152 02-2990-2299 分機 803 huang@hs-health.com	陳小姐	0932-001152
新北市	樂寶兒婦幼診所	門診、產房接生、開刀、輪值班,待遇優。意者請洽:陳小姐 02-66358195 0932001152 Email:huang@hs-health.com	陳小姐	0932-001152
新北市	茵生婦幼診所	新北市板橋區-茵生婦幼診所 誠徵婦產科醫師 待遇優 (可不接生、可不值班) 高 PPF,醫療團隊堅強 意洽:張部長 0935-107-177 www.hsobs.com.tw	張部長	0935-107177
新北市	蘆洲區宥宥婦幼診所	新北市蘆洲區-宥宥婦幼診所 誠徵婦產科醫師 待遇優 (可不接生、可不值班) 高 PPF,醫療團隊堅強 意洽:張部長 0935-107-177 www.asobs.com.tw 聯絡人:張部長	張部長	0935-107177
新北市	新北市蘆洲區愛麗生婦產科診所	1. 具備醫師證書及婦產科專科醫師證書。2. 環境、福利、待遇優面洽,產房接生、開刀、輪值班,工作模式可細談,竭誠歡迎有衝勁熱誠的夥伴加入我們的行列。3. 工作地點:新北市蘆洲區長榮路 323 號。4. E-mail: alisonnursing233@gmail.com Tel: 02-22890666 分機 233	黃郁筑主任	0916-680338
新北市	呂醫師	徵求有意頂讓或出資合作之婦產科診所(不接生),家醫科或一般科亦可。地區偏好:新北市 彰化縣市 雲林縣市 嘉義縣市。請致電呂冠錦醫師 0952176768,或 LINE ID 呂青山	呂冠錦醫師	0952-176768
桃園市	衛生福利部桃園醫院婦產科	桃園醫院婦產科擴大團隊陣容,增聘五位婦科、產科、生殖內分泌科各領域的主治醫師,有公職正式編制,更有高獎勵金,歡迎大家一起來。可談保障薪,高 PPF,公職編制,待遇優面洽 六都唯一!桃園人口數正成長,平均年齡最年輕!部桃位於桃園主要幹道,病患數多,醫療團隊專業親切,完整福利制度。提供次專科訓練、進修博士、碩士等多元進修管道。享有研究原著論文獎金、留任獎金、休假補助金、員工旅遊補助、生日禮卷。額外提供宿舍、停車場、多元社團活動、豐富圖書館藏、員工健康中心。產房接生、開刀、輪值班,工作模式可細談。竭誠歡迎有衝勁熱誠、想轉換跑道或人生規劃的夥伴加入團隊! 報名表方式:填寫報名表單 https://forms.gle/7rBen6XgUd1C62SY7 聯絡人員:屠乃方 院長特助 電話:033699721 分機 3492 電子信箱:05569@mail.tygh.gov.tw 婦產科 史岱玉專員 電話:033699721 分機 3492 電子信箱:stacy0118@mail.tygh.gov.tw 了解我們更多~歡迎參閱部桃婦產科官方網頁 https://sites.google.com/view/web-tygh-gyn	史岱玉專員	03-3699721 分機 3492
桃園市	宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	誠徵婦產科專科醫師數名,薪資優渥,本院婦科、產科、微創手術、不孕症生殖醫學、胎兒影像中心之業務量大,歡迎有能力有興趣有抱負的婦產科專科醫師加入我們的行列,我們一定全力培養與支持您發展志業。60012@hch.org.tw	梁小姐	03-4618888 分機 1108

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
台中市	緻齡婦產科診所	緻齡婦產科診所地點位於蛋黃區，大墩大業路口，玉山銀行正對面，患者數多，醫療團隊專業親切，特聘律師顧問，重金活化宣傳廣告，全新裝潢，藥局同體系。尋找合作醫師：業績共享、互利互惠、績優面議，竭誠歡迎您的加入。職位：兼職婦產科女醫師 徵才條件：具備醫師證書、婦產專科證書 工作地點：台中市大墩路 783 號 聯繫方式：04-23282358 宋小姐或曾小姐 信箱：chicage40@gmail.com	宋小姐或曾小姐	04-23282358
台中市	衛生福利部豐原醫院	招募對象：具婦產專科醫師證書之醫師。豐原醫院是衛福部醫院體系中，業績名列前茅的區域醫院，醫療服務之地區為豐原次區域生活圈之十二鄉鎮，地區內人口為六十萬餘人，病患數多，醫療團隊專業親切，完整福利制度。二年保障薪，高 PPF，待遇優面洽。享有研究原著論文獎金、留任獎金、休假補助金、員工旅遊補助、生日禮卷。額外提供宿舍、停車場、多元社團活動、豐富圖書館藏、員工健康中心。產房接生、婦科開刀、輪值班，工作模式可細談。竭誠歡迎有衝勁熱誠、想轉換跑道或人生規劃的夥伴加入團隊！ 聯絡人員：電話：04-25271180 分機 1393 0953-185320 電子信箱：ckmin1028@gmail.com 婦產科 張崑敏醫務秘書 電話：04-25271180 分機 1394 電子信箱：laiyeanchen@gmail.com 婦產科 賴燕珍助理 了解我們更多～歡迎參閱部豐婦產科官方網頁 https://www.fyh.mohw.gov.tw/?aid=52&pid=31	張主任	0953-185320
彰化縣	成美醫院	成美醫院誠徵婦產科專科醫師 具工作熱忱負責任感；待遇優 提供宿舍及停車位 竭誠歡迎加入我們的行列。洽詢電話：蔡秘書 04-7273127 分機 2405 或 Email：chainmay2405@yahoo.com.tw	蔡秘書	04-7273127 分機 2405
彰化縣	彰化縣皓生醫院	彰化縣員林市皓生婦幼專科醫院，誠徵婦產科醫師，待遇優，意者請洽 TEL:0988-722656 院長室。	邱小姐	0988-722656
台南市	馬博榮婦產專科診所	具備醫師證書、婦產科專科證書，單純門診、不接生、不開刀，有中西醫合診及週產期保健，遠途有宿，備有衝刺或保守專案，竭誠歡迎有衝勁或想守成的醫師加入我們的行列！！	李主任	洽詢專線 06-7236110. 0938-510959. 0907-093370
台南市	陳澤彥婦幼醫院	高保障薪與業績獎金，具前瞻傳承、特色、競爭力與友善幸福職場環境；您的加入是台南府城婦女的福氣！認識我們醫院，FB 連結： https://www.facebook.com/陳澤彥婦產科醫院 -330515660319337/	黃小姐	0932-043123
台南市	台南市歸仁美婦產科診所	誠徵婦產科女醫師 只看門診沒生產 輕鬆沒壓力	蕭主任	0918-498658
高雄市	健新醫院	健新醫院熱誠歡迎：婦科、產科、人工生殖專科醫師加入我們的醫療團隊，一起為您心目中的夢想打拼，待遇優渥、節數可談、值班少、保障薪、高抽成、發展高。地址：高雄市前金區七賢二路 295 號	劉秘書	0985-732129 或 07-2613866 分機 102

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
高雄市	鼓山區婦科診所	1. 具備醫師證書及婦產科專科醫師證書。2. 純婦科門診、不需接生也不需值班。3. 醫療團隊氣氛融洽、專業度高，高 PPF，待遇優面洽。4. 工作地點：高雄市鼓山區明誠四路。正對高雄美術館。	陳小姐	0918-679288
高雄市	高雄市安田婦產科	具婦產科專科醫師證書，本院所具有微創手術設備及團隊，產房及嬰兒室，產後護理之家，待遇優氣氛和諧，歡迎有意願的夥伴一起加入	王小姐	0980-666624
高雄市	吳玉珍婦產科診所	誠徵婦產科聯合開業或門診醫師。20 年婦產科診所，客源穩定，職員組織管理佳。只看門診、週日休，診次彈性。合作條件可另行規劃。	彭護理長	07-7220123
屏東縣	安和醫療社團法人安和醫院	禮聘婦產科醫師 (具婦產科專科醫師執照) PPF 無上限 工作環境佳、有個人值班休息室 院址：屏東市自由路 598 號 ~ 歡迎婦產科新兵加入我們的行列 ~ 意者請洽：吳小姐 08-7651828 轉 310、0978229392 Email：annher01347@gmail.com	吳小姐	08-7651828 轉 310、 0978-229392

院所租售

高雄市	原 穗德婦產科醫院	1. 本大樓土地 103 坪 . 別墅型建築外觀 . 總樓層 7.5 層 . 每層 80 坪 . 地下樓 60 坪 . 可分租 1-5 樓 . 地下樓 . 2. 近前鎮高中捷運站 (紅線), 自強日夜市 . 鄰五甲大廟 , 五甲捷運站 (黃線 111 年 6 月動工) . 全聯 . 3. 大樓原穗德婦產科 6 年 . 後租慈美婦產科長庚醫師 9 年 (自建醫院) . 15 年來醫療服務備受好評 . 4. 現租明泰骨外科 (18 年) 北醫 . 長庚醫師 . 每天門診和復健繁忙 , 鄭院長已買到診所 . 目前已搬離 5. 適合洗腎中心 . 護理之家 . 骨外復健科 . 眼科 . 醫美 . 肝膽腸胃科 . 牙科 . 或聯合診所 6. 適合婦產科兼做月子中心 , 五甲 . 前鎮 . 崗山 . 小港 . 10 公里內缺婦產科 . 在此開業服務婦女最好 . 7. 五甲大廟內免費停車 (58 位) . 離大樓 50 公尺每天 6am-10:30pm . 8. 大樓近小港機場 , 五甲交流道 (1 號高速 , 88 快速公路) . 交通方便 . 歡迎參觀 . 來電接洽 Google map : https://goo.gl/maps/FEcKq2ke92kXrCjEA 9. 可提供醫院相關照片 , 歡迎洽詢	林小姐	0960-123023 0931-998992
-----	-----------	---	-----	----------------------------

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
221001-1	2022/10/01 骨鬆預防及治療系列演講	中華民國骨質疏鬆症學會	線上直播課程(直播軟體: Zoom)	2022-10-01 10:00:00	2022-10-01 11:00:00	B	1
221001-2	Revolutionizing Cancer Care in Gynecology	台灣病理學會	喜來登飯店	2022-10-01 14:40:00	2022-10-01 18:00:00	B	2
221002-1	台灣婦科醫學會 2022 年會暨國際學術研討會	台灣婦科醫學會	臺北榮民總醫院致德樓第三會議室	2022-10-02 08:00:00	2022-10-02 16:00:00	B	3
221007-1	111 年專業人員母乳哺育進階課程~母乳哺育推動實務研習會	台南市政府衛生局、台南新樓醫院	台南市東區東門路一段 57 號台南新樓醫院六樓馬雅各紀念堂	2022-10-07 13:00:00	2022-10-07 17:00:00	B	1
221008-1	新生兒高級救命術 (NRP)	亞東紀念醫院小兒部	亞東醫院臨床技能中心	2022-10-08 08:00:00	2022-10-08 17:00:00	B	1
221014-2	Management of GSM in female cancer patients: a focus on vaginal hormonal therapy	健喬信元醫藥生技股份有限公司	Zoom 線上演講	2022-10-14 12:30:00	2022-10-14 13:30:00	B	1
221014-1	TA Breakout-GYN	台灣阿斯特捷利康股份有限公司	線上	2022-10-14 18:30:00	2022-10-14 20:20:00	B	2
221015-2	2022 年台灣頭頸部腫瘤醫學會第十五屆年會暨國際學術研討會	台灣頭頸部腫瘤醫學會	高雄榮總 Conference Rm.6 Emergency Building	2022-10-15 08:00:00	2022-10-16 15:10:00	B	1
221015-1	第四屆亞太醫用超音波新進展國際論壇暨中華民國醫用超音波學會 2022 年會暨第四次學術研討會	中華民國醫用超音波學會	台北國際會議中心	2022-10-15 08:55:00	2022-10-16 16:50:00	B	2
221015-3	2022/10/15 Taiwan Bone Academy(線上直播)	中華民國骨質疏鬆症學會	線上直播課程(攝影棚直播)	2022-10-15 13:30:00	2022-10-15 16:00:00	B	1
220626-1	國際醫療高峰論壇 10	臺北醫學大學醫師協會	臺北醫學大學 吳興街 250 號	2022-10-16 08:30:00	2022-10-16 18:20:00	B	2
221016-4	「周產期感染防治與新生兒預後」研討會	台灣新生兒科醫學會, 母胎醫學會	李方艾美	2022-10-16 08:30:00	2022-10-16 12:10:00	B	2
221016-2	2022/10/16 中華民國骨質疏鬆症學會 111 年度會員大會暨學術研討會	中華民國骨質疏鬆症學會	林口長庚醫院復健大樓 1 樓第一會議室、2 樓骨科討論會議室	2022-10-16 09:00:00	2022-10-16 17:00:00	B	1
221016-3	2022 年秋季研討會暨會員大會	中華亞太婦科美容學會	蘭克斯特宴會廳	2022-10-16 10:00:00	2022-10-16 16:00:00	B	2
221019-1	111 年專業人員母乳哺育進階課程研習會	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	麻豆新樓醫院(醫療大樓 10 樓禮拜堂)	2022-10-19 13:00:00	2022-10-19 17:00:00	B	1

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
221022-1	Controversies in the treatment of gynecologic cancers	中華民國婦癌醫學會	高雄洲際酒店 4 樓芳苑廳	2022-10-22 15:55:00	2022-10-22 18:05:00	B	1
221023-1	【2022 長庚醫學週 - 第 14 屆紀念王創辦人永慶先生研討會】醫學新進展(婦產科)	長庚醫療財團法人	林口長庚紀念醫院研究大樓一樓會議室 C	2022-10-23 08:00:00	2022-10-23 17:00:00	B	4
221023-3	2022 年婦女泌尿北區研討會	台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會、臺北榮民總醫院婦女醫學部	臺北榮民總醫院 致德樓 1 樓 第三會議室	2022-10-23 08:30:00	2022-10-23 16:00:00	B	3
221023-2	土城醫院婦兒健康營養論壇系列	土城醫院兒童內科部、土城醫院婦產部、林口長庚醫院兒童內科部	新北市立土城醫院 醫療大樓 2 樓簡報室	2022-10-23 13:00:00	2022-10-23 17:00:00	B	1
221029-1	2022 臺中榮民總醫院 院慶學術國際研討會 - 婦女醫學部	臺中榮民總醫院	臺中榮民總醫院第二醫療大樓 2 樓第八會場	2022-10-29 08:30:00	2022-07-28 17:30:00	B	4
221030-1	2022 年會暨學術研討會	台灣婦科腫瘤消融醫學會、台北秀傳醫院婦女微無創醫學中心	集思台大會議中心 - 米開朗基羅廳 (台北市大安區羅斯福路四段 85 號 B1)	2022-10-30 09:00:00	2022-10-30 17:00:00	B	3
221101-1	TBMJ 骨肌關治療新紀元 - 線上研討會	台灣骨鬆肌少關節防治學會	線上研討會	2022-11-01 12:00:00	2022-11-01 13:00:00	B	1
221104-1	屏東縣 111 年母乳哺育進階教育研習會	安泰醫療社團法人安泰醫院	安泰醫院 D 棟 12 樓第二禮堂	2022-11-04 12:30:00	2022-11-04 17:00:00	B	1
221113-4	2022 台灣醫學週 - 台灣聯合醫學會學術演講會暨臺灣醫學會第 115 屆總會學術演講會	臺灣醫學會、衛生福利部	臺大醫院國際會議中心	2022-11-12 09:00:00	2022-11-13 17:00:00	B	2
221112-1	Ovarian Cancer Forum	台灣婦癌醫學會	台南遠東香格里拉飯店	2022-11-12 14:30:00	2022-11-12 18:00:00	B	2
221113-1	高危險妊娠照護教育訓練課程	臺北市立聯合醫院仁愛院區婦產科	臺北市立聯合醫院仁愛院區檢驗大樓 6 樓 大禮堂	2022-11-13 08:00:00	2022-11-13 12:30:00	B	2
221113-3	南區婦女泌尿學術研討會	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	台南郭綜合醫院 B 區五樓榕華廳	2022-11-13 09:00:00	2022-11-13 12:00:00	B	2
221113-2	2022 人工生殖繼續教育	臺北市立聯合醫院仁愛院區生殖醫學中心	臺北市立聯合醫院仁愛院區檢驗大樓 6 樓 大禮堂	2022-11-13 13:30:00	2022-11-13 17:30:00	B	2
221120-1	第十四屆台兒胎兒醫學工作坊	社團法人台灣胎兒醫學振興會	集思台大會議中心 - 蘇格拉底廳	2022-11-20 09:00:00	2022-11-20 17:00:00	B	4
221123-1	生殖醫學簡介	中山醫療社團法人中山醫院	台北市仁愛路四段 112 巷 13 弄 8 號	2022-11-23 13:00:00	2022-11-23 14:00:00	B	1
221211-1	台灣子宮內膜異位症國際研討會暨台灣子宮內膜異位症學會 2022 年會	台灣子宮內膜異位症學會	台北市信義區松仁路 38 號	2022-12-11 08:20:00	2022-12-11 16:35:00	B	3

尋 求 婦 產 科 醫 師 合 作

免養開刀房，帶孕婦或 轉介孕婦來本院生產， 超高抽成

- * 誠徵婦產科醫師看診、生產。
- * 轉介產婦來坐月子，每日回饋。
- * 各種合作方式均可談。



歡迎洽詢:

02-25072222分機306何主任

地址：台北市中山區松江路85巷5號



協和婦女醫院粉絲頁



協和產後護理粉絲頁



協和婦女醫院



協和產後護理