

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2022年2月304期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



111.02.13 自費醫療發展研習課程（台南場）



男女

有不一樣的 **心** 情

2022年3月11日 邀請您 為女著紅

主辦單位：台灣女人連線 指導單位：國民健康署 公益推廣：台新銀行

合辦單位：中華民國心臟基金會、台灣婦產科醫學會、臺灣周產期醫學會

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：obsqyntw@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

111.02.13 自費醫療發展研習課程 (台南場)



2022年3月11日
#Taiwan為女著紅

男女

有不一樣的 心情

主辦單位：台灣女人連線
指導單位：國民健康署
合辦單位：中華民國心臟基金會
台灣婦產科醫學會
臺灣周產期醫學會

公益推廣：台新銀行

《2022為女著紅》

活動相關附件下載連結：

<https://reurl.cc/zMoKk6>



台灣婦產科醫學會 304 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

07 文物館捐款名單

08 秘書處公告

08 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 函

敬請協助轉知所屬會員推廣「111 ~ 112 年度醫院及診所醫療品質及病人
安全工作目標」，請 查照。

10 會員資料更新提醒

11 滿月圓步道健行活動

12 通訊繼續教育

12 早期子宮內膜癌保守性治療的新知和長期追蹤的結果 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

20 會員園地

20 Atypical HELLP syndrome

文／李默樺 嚴鴻禎 黃建勳

23 子宮內膜癌篩檢 - 傳統檢查與基因診斷

文／溫國璋

26 編後語 | 文／洪煥程

28 徵才訊息

30 活動消息

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

黃閔照

北部迎來最濕冷的寒冬，期盼這一波寒流過後，天暖回春，如同台灣的疫情受控，人民可以逐步回到解封的日子，不過台灣少子化應該是回不去了，2/22 參加母胎醫學會少子化論壇，中研院鄭雁馨老師認為台灣少子化其中的重要問題與歐美很大的不同，在於婚生子女，依照內政部統計，台灣非婚生子女僅在 4% 左右，歐美有些國家如法國可高達 6 成，但台灣適婚未婚的比例逐年升高，加重少子化問題，的確現今的住房政策，結婚補助，台灣相對不友善，因此不婚不孕，晚婚晚孕的問題，會是未來少子化應重視的議題，學會在今年母親節也會推出一系列少子化活動，也希望會員多多參與。

近幾個月來產科醫療糾紛有上升的趨勢，尤其是錯誤使用 cytotec 引起立法院關注，並有主決議文要求醫療院所如需使用必須依照學會的指引，也再次宣導藥物使用的安全問題，否則會有違反醫療法之虞。衛福部醫事司近年來也特別重視孕安問題，要求醫策會病安小組訂立病安新目標，學會也會推動相關促進病安的活動，期盼共同努力促進病人安全。

3/6 承接國健署孕婦產前健康照護衛教指導訓練課程，同步於全國 5 場進行會議，與會者必須完成訓練後，才能申報產檢衛教費用，但如過去曾參加 103 年 108 年相關課程者，則不需再拿取證明，學會因考量參加人數眾多，立即加開 4 月中再一場課程分散眾聚，也方便會員參加，近日國健署也會通知未取得證明，但曾申報相關費用的會員請務必參加，獲取相關證明。

2/20 理監事會通過日 Tadashi Kimura 教授、韓 Young Tak Kim 教授、美 Mark Stephen DeFrancesco、馬來西亞 Chandran Ravi 4 位教授榮譽院士資格，這 4 位教授，在我擔任秘書長及理事長任內，促進與台灣間交流貢獻良多，特盼贈榮譽院士昭顯殊榮，同時今年是我任期最後一年，由秘書長到理事長，投入學會工作剛好 12 年，這 12 年來，凡事以學會為重，未來卸任後，會有更多屬於自己與家人的時間，也希望更多人能加入學會團體運作，照護台灣婦女同胞。

3/13 北部滿月圓登山活動，及 3-4 月乳房超音波檢查、性健康課程將繼續展開，也希望會員多多報名。

再次祝福大家新春愉快 身體健康

秘書長的話

黃建霖

各位會員虎年平安：

COVID-19 本土疫情於本週正式突破兩萬例，雖各傳播鏈大多逐漸控制，追加劑覆蓋率逐漸上升，但危機仍未解除，各家尾牙、春酒取消不少，成為近來腸胃、體重負擔相對輕的年節。新冠病毒流行至今全球已超過 4.2 億人次感染，歐美等國人口確診感染率均超過 20% 以上，而這數字很可能仍低估，目前每天仍有上百萬人感染，每天因此死亡的也超過一萬人。因此若台灣的國境防護被突破，以 Omicron 的超高傳染力，仍可能會有相當多的感染者，尤其突破性感染頻傳下，連英國女王也難逃確診，加上目前台灣約有兩成人口仍未接種疫苗，追加劑覆蓋率僅約 35%，各項防護仍有必要。但疫情逐漸過去的曙光也開始出現，期盼在不久的未來，我們又可輕鬆的重聚，開會、旅遊、甚至出國。

少子化的議題，在虎年勢必越發凸顯，學會將依上月人口政策委員會的決議，提出一連串建議及活動，也預定將在 5/8 母親節與各界人士一同來舉辦研討會及記者會，期待能喚起大家注意，一起來扭轉人口減少及老化的趨勢。而近來也發現，產科面臨的挑戰越來越高，高齡、高危生產增加，最近又有兩例高額求償的母子傷亡事件，金額分別是令人乍舌的四千多萬、九千多萬。產科的 safety bundle、周產期轉診，更顯重要。Cytotec® 使用，也請會員務必按照學會指引，並簽妥 off label use 知情同意書，避免有醫糾時，遭受嚴重處罰。

繼續教育方面，自費醫療發展課程台南場，已於 2/13 順利舉行。再來是 3/6 的新式產檢及衛教課程，預定於全台五地同步舉行，須親自到各會場參加並事先報名，課程設計國健署規定需有前後測，通過才有證書，尚未取得國健署的認證資格者，敬請把握機會來取得證書並按規定執行產檢，將來向國健署申請產檢及衛教相關經費時，才不會申請不到。乳房超音波教育課程也規畫於 3-4 月與乳房醫學會合辦，4-5 月則有性病相關課程，以上待規畫完成，再公告與大家。

3/13 滿月圓森林遊樂區登山活動，歡迎有興趣者報名參加。5/22 預定到中部走海空步道、摸蛤兼洗褲，溪湖吃羊肉，或許再加採葡萄，感謝 賴文福副理事長用心規畫，還請大家預留時間。

天氣極冷，還請會員務必保暖，昨天一夜台灣因低溫就送走 41 個寶貴生命。也祈禱 林禹宏醫師，早日得到適當的肺臟移植，恢復健康。

敬祝大家

福虎護體、事事順利。

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、肩負薦青醫師教育功能、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

博物館成立後再捐贈文物名單

製表日期：109/05/26

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、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、葉光芄、趙宗冠、劉永昌、蔡明賢、蔡英美、蔡景林、鄭英傑、蕭惠貞、賴明志、賴朝宏、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

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 111 年 2 月 18 日

發文字號：醫品字第 11100010092 號

主旨：敬請協助轉知所屬會員推廣「111 ~ 112 年度醫院及診所醫療品質及病人安全工作目標」，請查照。

說明：一、為落實推動醫療品質及病人安全，依據衛生福利部於中華民國 111 年 2 月 9 日衛部醫字第 1116160561 號函公告旨揭目標。

二、前開病安目標內容電子檔已置放於台灣病人安全資訊網 (<http://www.patientsafety.mohw.gov.tw/>) > 病人安全年度目標 > 醫院/診所病安目標 > 111 ~ 112 年，敬請協助貴會網站加以宣導及公告周知所屬會員，並歡迎下載印製使用。

附件下載網址：



<https://reurl.cc/l9XN3Q>



<https://reurl.cc/LpD5YK>

111 ~ 112 年度醫院及診所醫療品質及病人安全工作目標

診所版

目標六、維護孕產兒安全

執行策略	一般原則及參考做法
1. 落實產科風險管控。	1.1 醫護人員具高危險妊娠知識及緊急處理機制。 1.2 具有緊急生產、輸備血及轉診流程。
2. 維護孕產及新生兒安全。	2.1 醫護人員應對高危險孕產婦進行衛教及告知返診時機。 2.2 衛教孕婦需依懷孕週期做產前檢查、正確用藥及避免接觸致畸胎之物質（如：抽菸、毒品或酗酒等）。 2.3 為避免血栓形成，鼓勵產婦盡早下床活動。 2.4 醫護人員能辨識異常生命徵象（含新生兒）、產後出血及併發症，並有適當處置流程，必要時進行轉診。 2.5 與後送醫院建立良好緊急轉診管道及病例回饋。
3. 預防產科相關病人安全事件。	3.1 醫護人員及相關員工需了解生產事故通報的時機和目的。 3.2 依規定進行生產事故通報及啟動關懷機制。

目標九、維護孕產兒安全

執行策略	一般原則	參 考 做 法
1. 落實產科風險管控。	<p>1.1 能辨識高危險妊娠並有風險評估及處理能力。</p> <p>1.2 醫院應建立孕產兒監測儀器及藥物管理機制。</p>	<p>1.1.1 宜建置妊娠高血壓、子癇前症、植入性 / 前置胎盤、胎盤早期剝離、羊水栓塞、靜脈血栓、產後大出血、胎兒窘迫等孕產風險之照護作業及處理流程。</p> <p>1.1.2 對緊急高危險妊娠宜有處理機制，並定期針對高危險妊娠的辨識、急救及緊急生產時機等能力，進行醫護人員教育訓練或模擬訓練。</p> <p>1.1.3 應有緊急生產與相關醫護人員召回機制。</p> <p>1.1.4 應建立有效緊急輸備血流程（含新生兒）。</p> <p>1.1.5 宜有跨專科醫師（如：兒科、重症科）會診、諮詢與共同照護機制。</p> <p>1.1.6 宜有訂立轉診（轉入或轉出）計畫，包含：緊急聯絡的醫療院所與聯絡方式、轉診機構之適當性與及時性等。</p> <p>1.2.1 應常備有降血壓藥物、抗痙攣藥物、急救藥物等，且有使用規範及管理。</p> <p>1.2.2 應設置胎兒監視器，且於裝置胎兒監視器期間，注意胎心音變化並交班、記錄，與訂定胎心音異常變化之處理流程。</p> <p>1.2.3 確保醫護人員熟悉相關儀器操作及確認儀器可正常運作。</p>
2. 維護孕產婦及新生兒安全。	<p>2.1 及早辨識與預防生產前後併發症。</p> <p>2.2 建立民眾孕產過程正確保健觀念。</p>	<p>2.1.1 醫護人員具辨識嚴重徵象與併發症，當出現不良徵兆或檢驗室檢查危急值時，應即時回應及啟動標準的處理程序。</p> <p>2.1.2 醫護團隊有評估辨識胎兒窘迫或胎盤早期剝離能力，並啟動緊急應變措施及判別生產時機及方式，且有新生兒緊急照護能力。</p> <p>2.1.3 產婦如果發生突發性的心肺功能衰竭，應考量是否為羊水栓塞與肺栓塞等，並有適當處置流程及啟動跨團隊緊急處理或即時轉診。</p> <p>2.1.4 宜及早辨識產後出血（含子宮破裂之腹腔出血），並有適當處置流程。</p> <p>2.2.1 醫護人員應對高危險孕產婦進行衛教及告知返診時機。</p> <p>2.2.2 衛教妊娠高血壓及子癇前症孕婦需依醫囑做產前檢查、同時注意血壓控制與胎動變化，若有出現頭痛加劇或視覺改變之症狀或胎動異常應返診，以預防母胎發生風險。</p> <p>2.2.3 教導懷孕期間，正確用藥知識及避免接觸致畸胎之物質（如：抽菸、毒品或酗酒等）。</p> <p>2.2.4 為避免血栓形成，應鼓勵產婦盡早下床活動及自我覺察不適症狀時，應盡速返診。</p>
3. 預防產科相關病人安全事件。	<p>3.1 醫院應對全院員工加強生產事故通報宣導。</p> <p>3.2 醫院應定期檢討孕產兒風險管控。</p>	<p>3.1.1 醫護人員及相關員工需了解生產事故通報時機和目的。</p> <p>3.1.2 應宣導生產事故通報目的著重在檢討是否有系統性問題導致事件發生，進行孕產兒風險管控，尋求改善，避免類似事件重複發生。</p> <p>3.1.3 應依規定建立生產事故通報機制及啟動事故關懷機制，以利及時介入處理。</p> <p>3.2.1 針對孕產兒發生不良結果事件，應舉辦病例討論會，並邀請相關人員參與，必要時修訂處置流程。</p> <p>3.2.2 針對轉診個案有回饋機制，必要時可邀請相關轉診醫療機構參與病例討論會。</p>

會員資料更新提醒

台灣婦產科醫學會預計將於本年度（111 年）舉行會員代表選舉與理監事選舉，將以各位會員所屬之醫師公會劃分選區，並寄送相關文件。

為維護您的權益，請各位醫師如有變更通訊地址、聯絡電話、電子郵件等，可直接上學會官網更新相關資訊，或電聯秘書處協助更新通訊資料！以免錯過重要提醒。

提醒您：帳號為會員編號，密碼預設為身份證字號（英文字母為大寫）

下列會員電子郵件無法收取學會發送之電子報，請再前往會員專區更新，謝謝！



會員號碼	姓名	會員號碼	姓名	會員號碼	姓名	會員號碼	姓名
【0238】	陳0義	【1368】	劉0仁	【2004】	黃0彰	【2762】	陳0嶸
【0467】	丁0田	【1377】	林0正	【2045】	張0源	【2767】	陳0文
【0622】	楊0田	【1378】	蔡0隆	【2046】	陳0仁	【2789】	羅0字
【0673】	吳0明	【1382】	林0輝	【2068】	賴0華	【2816】	陳0豪
【0703】	黃0政	【1441】	簡0元	【2130】	鍾0勳	【2848】	李0弘
【0727】	董0欽	【1477】	游0寶	【2144】	何0慶	【2886】	謝0志
【0749】	林0博	【1487】	蕭0雄	【2160】	陳0仁	【2895】	王0麟
【0809】	于0煥	【1489】	游0欽	【2179】	葉0宏	【2901】	李0沂
【0812】	陳0基	【1501】	林0壕	【2225】	王0毅	【2926】	佘0青
【0881】	李0風	【1513】	張0難	【2226】	史0峰	【2932】	張0玫
【0902】	潘0然	【1562】	黃0益	【2230】	李0蓉	【2959】	楊0瑞
【0921】	楊0陽	【1569】	呂0嘉	【2263】	賴0益	【2961】	劉0峰
【0973】	林0賢	【1596】	陳0樑	【2343】	張0明	【2971】	陳0翰
【1006】	黃0梁	【1625】	王0元	【2402】	歐0輝	【2977】	郭0興
【1052】	張0池	【1632】	楊0勳	【2409】	李0珍	【2989】	陳0如
【1080】	吳0白	【1638】	嚴0林	【2437】	王0煒	【2993】	李0寧
【1115】	林0治	【1655】	廖0劍	【2438】	徐0宏	【3009】	康0榮
【1129】	吳0仁	【1663】	杜0雄	【2454】	丁0州	【3013】	吳0芳
【1147】	許0魁	【1673】	白0發	【2477】	陳0明	【3024】	王0寧
【1149】	蕭0炘	【1685】	方0錄	【2483】	徐0義	【3047】	郭0廷
【1179】	林0禮	【1704】	鍾0傑	【2493】	黃0華	【3064】	饒0珊
【1212】	黃0桂	【1744】	汪0生	【2543】	蔡0冀	【3065】	康0婉
【1235】	鄭0章	【1755】	鍾0智	【2548】	林0毅	【3090】	洪0翔
【1245】	陳0時	【1766】	楊0裕	【2581】	周0生	【3108】	陳0伶
【1273】	林0明	【1823】	侯0郎	【2625】	王0璋	【3111】	祝0麟
【1306】	謝0勳	【1834】	陳0臣	【2636】	曾0宏	【3176】	黃0慎
【1314】	夏0生	【1882】	陳0俊	【2676】	任0華	【3183】	柯0均
【1321】	楊0興	【1891】	李0慧	【2718】	劉0瑋	【3239】	梁0婷
【1325】	簡0城	【1904】	林0宏	【2733】	黃0桂	【3273】	林0慶
【1341】	彭0國	【1973】	姚0蘭	【2750】	張0書	【3334】	王0萱
【1362】	吳0福	【2001】	鄭0國	【2759】	鄞0文	【3460】	謝0芳

滿月圓步道健行活動

康樂福利委員會

距離三峽市區約 40 分鐘的滿月圓國家森林遊樂區，海拔在 300 至 1700 公尺之間，終年潮濕涼爽，孕育了豐富的蕨類生態，連對環境要求高的「團扇蕨」都可以找到。滿月圓係因圓圓的山巒狀似滿月而得名，也因為該區地形的落差，使得區內的河谷坡度陡峭，形成不少壯觀的瀑布群。區內多為高山丘陵地，其地形變化由西北向東南漸次升高，區內有蚋仔溪橫貫其中。因天然植群完整、林木茂密，各種野生動物繁多，尤以鳥類資源最為豐富。高山地區野鳥種類甚多，為賞鳥良好去處；另有蝴蝶分佈於蚋仔溪沿線，可以說是進行森林浴、賞鳥、觀瀑、登山的好所在。

參考資料：交通部觀光局

集合日期、時間：111 年 3 月 13 日（星期日）上午 8 時 50 分

集合地點：學會 1 樓大門口（台北市中山區民權西路 70 號）

◇ 滿月圓森林遊樂區健行步道自由行 2 小時

◇ 難易度：易

◇ 攜帶用具：雨衣、拐杖、禦寒衣物、水。

◇ 午餐：有木土雞城，約中午 13 時用餐。

備註：請參與的會員務必配掛名牌，以利識別身份，謝謝您的配合。

中南部地區會員，可參考下表往返台北搭乘高鐵的時間班次表。

站名	北上		
	出發車次	出發時間	抵達時間
台中烏日	802 或 204	07:25 或 07:48	08:29 或 08:34
雲林	802	07:00	08:29
台南	204	07:07	08:34
高雄左營	204	06:55	08:34

★報名方式：

欲參加者請於 **111 年 3 月 4 日前**報名，人數上限為 80 人，並事先繳交每人 300 元費用（限會員及配偶或直系血親者，非會員每人費用 600 元）及填寫下列報名表傳真回復學會。

或使用線上報名，報名連結：<https://forms.gle/5Ft4irQZBqV3NUEX7> QRcode：



繳款方式：郵局劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

為保障權益將為每一位參加者加保旅遊平安險，請務必填妥下列每項資料。

會員資料		參加人員 2		參加人員 3	
會員姓名		眷屬姓名		眷屬姓名	
會員編號		<input type="checkbox"/> 配偶或直系血親	<input type="checkbox"/> 朋友	<input type="checkbox"/> 配偶或直系血親	<input type="checkbox"/> 朋友
出生年月日		出生年月日		出生年月日	
身份證號		身份證號		身份證號	
行動電話		行動電話		行動電話	

學會電話：02-25684819

傳真：02-21001476

早期子宮內膜癌保守性治療的新知和長期追蹤的結果



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

子宮內膜癌和非典型內膜增生多發生在停經後婦女，但有少數患者（2.9-14.4%）屬 40 歲以下^[1]，且有日益增多趨勢，歸咎原因，與肥胖、不孕症、糖尿病、多囊性卵巢症候群（polycystic ovarian syndrome）及環境荷爾蒙有關，發現時多數為早期，預後良好。治療的標準方法為全子宮切除、兩側輸卵管卵巢切除和後腹壁淋巴結摘除。但對生育未完成的婦女，常希望保留生育能力，此時，對早期子宮內膜癌會考慮保守性治療，有些文獻將非典型內膜增生（atypical endometrial hyperplasia）併入統計，故一同討論。本文特回顧近期文獻加以整理，以供同仁參考。

◆病患選擇

子宮內膜癌患者欲保留生育能力，須具備下列條件：

- (1) 經子宮內膜搔刮確認為分化良好的類子宮內膜腺癌（endometrioid adenocarcinoma）。
- (2) 腫瘤僅侷限在子宮內膜層，常以磁振造影（magnetic resonance imaging, MRI）、電腦斷層（computed tomography, CT）和陰道超音波來診斷。
- (3) 為生育年齡、且有意生兒育女者。
- (4) 無荷爾蒙治療的禁忌者。
- (5) 了解此為非標準治療，包括潛伏性癌症、復發和持續性病灶風險。

◆使用藥物之種類及方法

根據文獻報告，早期子宮內膜癌的保守性治療藥物有：(1) 口服黃體素（如 megestrol acetate, MA、medroxyprogesterone acetate, MPA）；(2) 含黃體素子宮內避孕器；(3) 子宮鏡切除病灶；(4) 性腺激素釋放劑類似劑（gonadotropin releasing hormone agonist, GnRHa）；(5) 芳香族酶抑制劑（如 anastrozole, letrozole）；(6) metformin [2,3]。上述藥物可單獨、亦可合併使用；(7) 改變生活習慣，避免環境荷爾蒙。最後一項可能最重要。

◆影響保守性治療成功的因素

一、治療時間的長短：藥物治療通常在 6 個月內，但如延長治療時間，是否能增加治療的成功率？2021 年，Shim 等 [4] 研究報告共 122 位早期子宮內膜癌患者，有 40 位（32.8%）在治療 6 個月時達完全有效；另 82 位繼續治療，結果有 4 位（3.3%）病灶惡化，餘 78 位中有 65 位（83.3%）在治療 15 個月時亦達完全有效。該作者建議保守性治療的理想時間，可延長至 15 個月。即延長治療時間其效果相對提升。

2021 年，台灣 Qu 等 [5] 研究報告 45 位早期子宮內膜癌患者，以 progestin 作為治療，平均追蹤 53.5（12-170）個月，完全有效者有 41 位（91.1%）。在第 3、6、9 和 12 個月時的完全有效率分別為 17.7%、48.9%、60.0%、91.1%。在完全有效者中共 23 位嘗試懷孕，有 9 位（39.1%）成功，並產下 12 位存活新生兒。經平均 22（3-54）個月追蹤，有 11 位（27.5%）復發，經多回歸分析，非糖尿病患者（HR 4.59）和子宮內膜厚度 < 2 cm（HR 0.39）是影響治療成效的重要因子。結論是：長期口服 progestin 會在 1 年後增加有效治療率（24.4%），對糖尿病使用 metformin 者和子宮內膜厚度 < 2 cm，其治療成功率較高。

二、分子學分類：過去子宮內膜癌的預後通常以細胞分化作為判斷，grade 1 的預後最佳，grade 2 次之，grade 3 最差。但現在多用分子學分類，以免疫化學染色組織診斷，共分四大類：(1) POLE（DNA polymerase epsilon）：預後最佳；(2) 微衛星不穩定型（microsatellite instability, MSI）/ 錯誤配對修復缺乏（mismatch repair deficiency, MMRd）：MMR 基因主要為 MLH1、MSH2、MSH6 和 PMS2，屬中等風險；(3) 低度基因量變異型（copy-number-low, CN-L）：屬中等風險，如野生型 P53；(4) 高度基因量變異型（copy-number-high, CN-H）：常為 P53 染色陽性（abnormal P53），預後最差，多存在漿液性癌（serous adenocarcinoma）中 [6]。在正常時，MLH1、MSH2、MSH6 和 PMS2 是存在的，如不存在則為異常。又野生型（wide-type）P53 亦為正常，預後良好僅次於 POLE。又如雌激素接受器（estrogen receptor）和黃體素接受器（progesterone receptor）為陽性，治療後是良好的 [7]。如在保守性治療子宮內膜癌前，從子宮內膜取下的組織先做分子學分類，可能預知效果。

2017 年，Zakhour 等 [8] 研究報告 84 位、< 55 歲、予 progestin 治療的子宮內膜癌患者，包括 57 位（68%）子宮內膜複雜非典型增生和 27 位（32%）早期子宮內膜癌。以免疫化學染

色組織檢查 MMR 蛋白，結果有 6 位（7%）患者有異常 MMR 蛋白，其中 5 位（83%）乃第 I 期子宮內膜癌。該 6 位患者對 progestin 治療無效，但在正常染色者有效治療則為 53%（41 位）（ $p=0.028$ ）。同時，體重（BMI）不能預測治療結果。結論是：失去 MMR 蛋白者，有較高風險的侵犯性癌症，且對 progestin 治療容易失敗。

2021 年，Chung 等^[9] 研究報告在 57 位子宮內膜組織檢查，包括 MMRd 有 9 位（15.8%）、野生型 P53 有 45 位（78.9%）、異常 P53 有 1 位（1.8%）。結果荷爾蒙治療有效者為 75.4%。MMRd 者與野生型 P53 者做比較，有效反應和部分反應皆較差，分別為 44.4% 和 82.2%（ $p=0.18$ ）。在 9 位 MMRd 者中，4 位因治療失敗便立即接受子宮切除，而子宮切除標本中，3 位有期別增加。結論是：在子宮內膜癌接受荷爾蒙保留生育治療時，MMR 可作為良好的預後因子。

2021 年，Raffone 等^[10] 研究報告 69 位、平均 35.5 歲、予保守性治療的子宮內膜癌患者，包括 47 位（68.1%）非典型子宮內膜增生和 22 位（31.9%）早期子宮內膜癌。組織免疫化學染色的結果，缺乏 MMR 顯示有 6 位（8.7%）；有 MMRd 的保守性治療失敗率大於 MMR 足夠者，分別為 33.3% 和 15.9%（RR 2.1），但無統計上差異（ $p=0.2508$ ）；MMRd 患者復發率亦高於 MMR 足夠者，分別為 100% 和 26.4%（RR 3.8、 $p < 0.0001$ ）。以免疫化學染色 MMRd 的復發率，其靈敏率為 22.2%、特異率為 100%、AUC（area under the curve）為 0.61，即 MMRd 在治療有效後，其復發風險仍高。

2019 年，Britton 等^[11] 研究報告 257 位、 < 50 歲的子宮內膜癌患者，包括 MMRd 有 48 位（19%）、POLE 突變有 34 位（13%）、P53 異常有 11 位（4%）、P53 野生型有 164 位（64%），而 MMRd 和 P53 異常多發生在第 III-IV 期和高度危險者。

三、肥胖：有些報告認為肥胖（BMI ≥ 25 kg/m²）是 progestin 治療失敗的因子^[1]，但有些報告認為無關^[5,8]。眾說紛紜尚無定論。

四、年齡：有些報告認為年齡 < 40 歲對保守性治療的效果較佳^[8]，但有些報告認為無關^[1,5]。有待更多的研究加以證實。

五、糖尿病：被認為與預後無關聯。反之，糖尿病患者使用 metformin 來治療，能增加治療成功率和減少復發率^[12]。

六、研究報告認為，以 megestrol acetate 的治療效果較佳，以 medroxyprogesterone acetate 治療的復發率較低。以 progestin 治療的副作用有體重增加、失眠、憂鬱症、高血壓和靜脈栓塞等^[2]。有些報告認為，於子宮鏡切除病灶後置放含黃體素避孕器的效果最佳^[13,14]，亦有報告認為，合併使用 progestin 和 metformin 的效果優於單獨使用 progestin，且能增加懷孕率^[15,16]。子宮內膜厚度較薄（ < 2 cm）的治療成功率亦可能較高^[5]。

◆ 保守性治療前注意事項

一、淋巴結轉移：2020 年，Gonthier 等^[17] 研究報告 1284 位、 < 45 歲、第 Ia 期（FIGO

2009) 的 grade 1、2 或 3 的類子宮內膜癌患者，皆有接受 > 10 顆淋巴結摘除。結果淋巴結轉移率在 grade 1 且無肌肉層侵犯有 0.5% (2/414)、在 grade 2-3 且無肌肉層侵犯有 2.1% (5/239)、在 grade 2-3 且有肌肉層侵犯有 4.3% (14/323)。所以，在早期子宮內膜癌的年輕患者，其淋巴結轉移率很低，但仍需與患者詳細說明。

二、同時合併卵巢癌：2013 年，Song 等 [18] 研究報告 471 位、< 40 歲的子宮內膜癌患者，有 4.5% 同時併有卵巢癌。但另一方面，低危險病患（無肌肉侵犯層、grade 1 類子宮內膜癌細胞、正常卵巢外觀）則不存在卵巢癌病灶。雖然有些報告認為子宮內膜癌有合併卵巢癌的風險 [19]。

◆長期追蹤的結果

如果患者已生育一位胎兒，仍想第二或第三胎，或是尚未有伴侶，欲保留子宮不願切除，是否可以等待？在這種情形，應使用藥物作維持治療，或只是觀察便可以。然一旦復發，是否可以做另一次的保守性治療？其效果又如何？近來很多文獻在這方面有相關研究，可供參考。

一、以 progestin 再治療：2013 年，Park 等 [20] 研究報告 33 位、復發性子宮內膜癌患者，包括 13 位 (39%) 為非典型增生、20 位 (61%) 為 grade 1 類子宮內膜癌，但病灶皆侷限在子宮內膜。予 medroxyprogesterone acetate (50-500 mg/day) (包括 29 位使用劑量為 500 mg/day) 和 megestrol acetate (80-160 mg/day) (3 位) 治療，平均共 6 (3-19) 個月。結果對 progestin 治療，有 28 位 (85%) 達完全有效；5 位 (15%) 失敗，最後切除子宮。完全有效的 28 人，經平均 51 (24-160) 個月的追蹤，有 5 位第 2 次復發，復發時間平均為 14 (4-82) 個月。其中，有 2 位切除子宮；3 位再繼續第 3 次 progestin 治療，最後有 2 位完全有效，分別為 33 和 67 個月，另 1 位呈穩定病情。結論是：復發性子宮內膜癌患者再以 progestin 治療，是有效且安全。

2019 年，Wang 等 [21] 研究報告 113 位、第 Ia 期子宮內膜癌患者，經首次保留生育治療後，追蹤時間 > 6 個月，平均無疾病時間為 16 (5-55) 個月，最後有 41 位 (36.3%) 出現復發，其中 23 位經再次保留生育手術治療，且有評估紀錄，完全有效治療者有 82.6% (19/23)，低過首次保留生育治療的 94.7% (161/170)，呈邊緣性差異 ($p=0.053$)；在 19 位完全有效治療者中，有 3 位懷孕成功並順利生產，另 3 位出現第 2 次復發，後予以手術治療。在總共 15 位復發患者接受手術治療，其中 1 位是 120 個月 (10 年) 後發生的。所有患者經最後追蹤 (2003 年 1 月至 2018 年 4 月)，全部存活且無任何病灶。結論是：經保留生育治療的子宮內膜癌患者，復發後仍可重覆接受保留生育的治療，有效且能完成生育。

2021 年，Chen 等 [22] 研究報告 98 位子宮內膜癌或非典型子宮內膜增生、經一次保守性治療後復發的患者，而無病灶時間為 19 (3-96) 個月，其中有 18 位接受子宮切除、餘 80 位接受另一次保留生育的治療，包括使用 progestin、GnRHa、letrozole、LNG-IUS 等藥物。結果有 71 位 (88.6%) 患者達完全有效，包括非典型子宮內膜增生有 96%、子宮內膜癌有 75.8%，平均達到完全有效的時間為 6 (3-16) 個月。此外，有 7 位患者未能達到完全有效，再予子宮切除

做為治療。在有效的患者中，有 41 位希望懷孕，結果有 13 位（26.5%）懷孕、7 位（14.3%）完成生產、6 位（12.2%）流產。後來的追蹤，有 22 位（31.0%）患者出現第 2 次復發，平均復發時間為 12（4-90）個月，其中有 10 位決定接受第 3 次保留生育的治療，最後有 7 位（70.0%）達到完全有效、2 位（20.0%）再予子宮切除、1 位（10.0%）繼續治療。結論是：患者接受首次保守性治療後，如復發仍可再治療，效果亦佳，且能生兒育女。

二、其他：根據多數文獻報告，子宮內膜癌患者一旦達到完全有效治療後，便可停藥，如能懷孕則生產，不能懷孕則繼續觀察，有時觀察可長達 10 餘年，此時是否仍需每 3-6 個月做子宮內膜切片或子宮鏡檢查，眾說紛紛尚無定論。有經驗的陰道超音波檢查也可以代替部份的骨盆腔 MRI^[12]。一旦病灶復發，使用子宮鏡切除病灶，並置放含黃體素避孕器或合併 metformin 和 progestin 治療，是否成效更佳，則少有報告，此值得日後研究證實。

◆ 結論

過去，我們曾撰文討論早期子宮內膜癌的保守性治療方法^[23]。在單獨使用 progestin 的有效率為 72-76%，復發率為 20-41%^[24]；如治療時間延長至 24 個月，有效率可達 91.1%^[5]。所以當達到完全有效後，如不立即懷孕和切除子宮時，仍需輔以長期追蹤，但追蹤的方法尚無定論，因有些病患在治療 10 多年後仍安然無恙，但亦有主張在延遲懷孕時的等待，應考慮予藥物做維持治療^[25]。在婦產科醫師的努力下，給欲生育的子宮內膜癌患者有一線生機。

◆ 參考文獻

1. Park JY, Kim DY, Kim JH, et al. Long-term oncologic outcomes after fertility-sparing management using oral progestin for young women with endometrial cancer(KGOG 2002). *Eur J Cancer* 2013; 49: 868-74.
2. Galczynski K, Olcha P, Romanck-Piva, et al. Fertility-sparing methods in adolescents affected by endometrial cancer: a comprehensive review. *J Clin Med* 2021; 10: 1020.
3. Maggiore ULR, Khamisy-Farah R, Bragazzi NL, et al. Fertility-sparing treatment of patients with endometrial cancer: a review of the literature. *J Clin Med* 2021; 10: 4784.
4. Shim SH, Chao SH, So K, et al. Optimal duration of fertility-sparing hormonal treatment for early-stage endometrioid endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2021; 810: 6.
5. Qu YC, Fu HC, Lan J, et al. The role of prolonged progestin treatment and factors predicting successful fertility-sparing treatment for early endometrial endometrioid adenocarcinoma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021; 267: 99-104.
6. Cavaliere AF, Perelli F, Zaami S, et al. Fertility-sparing treatment in endometrial cancer patients: The potential role of the new molecular classification. *Int J Mol Sci* 2021; 22: 12248.

7. Baxter E, Brennan DJ, McAlpine JN, et al. Improving response to progestin treatment of low-grade endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2020; 30(11): 1811-23.
8. Zakhour M, Cohen JG, Gibson A, et al. Abnormal mismatch repair and other clinicopathologic predictors of poor response to progestin treatment in young women with endometrial complex atypical hyperplasia and well-differentiated endometrial adenocarcinoma: a consecutive case series. *Br J Obstet Gynaecol* 2017; 124(10): 1576-83.
9. Chung YS, Woo HY, Lee JY, et al. Mismatch repair status influences response to fertility-sparing treatment of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 224: 370.e1-e13.
10. Raffone A, Catena U, Travaglino A, et al. Mismatch repair-deficiency specifically predicts recurrence of atypical endometrial hyperplasia and early endometrial carcinoma after conservative treatment: a multi-center study. *Gynecol Oncol* 2021; 161: 795-801.
11. Britton H, Huang L, Lum A, et al. Molecular classification defines outcomes and opportunities in young women with endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 2019; 153: 487-95.
12. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2021; 31: 12-39.
13. Lucchini SM, Esteban A, Nigra MA, et al. Updates on conservative management of endometrial cancer in patients younger than 45 years. *Gynecol Oncol* 2021; 161: 802-9.
14. Novikova OV, Nosov VB, Panov VA, et al. Live births and maintenance with levonorgestrel IUD improve disease-free survival after fertility-sparing treatment of atypical hyperplasia and early endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2021; 161: 152-9.
15. Mitsuhashi A, Habu Y, Kobayashi T, et al. Long-term outcomes of progestin plus metformin as a fertility-sparing treatment for atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer patients. *J Gynecol Oncol* 2019; 30(6): e90.
16. Mitsuhashi A, Shozu M. New therapeutic approaches for the fertility-sparing treatment of endometrial cancer. *J Obstet Gynecol Res* 2020; 46(2): 215-22.
17. Gonthier C, Douhnai D, Koskas M. Lymphnode metastasis probability in young patients eligible for conservative management of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2020; 157: 131-5.
18. Song T, Seong SJ, Bae DS, et al. Synchronous primary cancers of the endometrium and ovary in young women. A Korean Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 2013; 131: 624-8.
19. Knez J, Mahdawi LA, Takac I, et al. The perspectives of fertility preservation in women with endometrial cancer. *Cancers* 2021; 13: 602.
20. Park JY, Lee SH, Seong SJ, et al. Progestin re-treatment in patients with recurrent endometrial adenocarcinoma after successful fertility-sparing management using progestin. *Gynecol Oncol* 2013; 129: 7-11.
21. Wang Y, Yu M, Yang JX, et al. Prolonged conservative treatment in patients with recurrent endometrial cancer after primary fertility-sparing therapy: 15-year experience. *Int J Clin Oncol*

- 2019; 24(6): 712-20.
22. Chen J, Cao D, Yang J, et al. Management of recurrent endometrial cancer or atypical endometrial hyperplasia patients after primary fertility-sparing therapy. *Front Oncol* 2021; 11: 7383701.
 23. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 早期子宮內膜癌保守性治療的新知. *婦癌醫學期刊* 2018; 47: 41-6.
 24. Baxter E, Brennan DJ, McAlpine JN, et al. Improving response to progestin treatment of low-grade endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2020; 30(11): 1811-23.
 25. Trojano G, Olivieri C, Tinelli R, et al. Conservative treatment in early stage endometrial cancer: a review. *Acta Biomed* 2019; 90(4): 405-10.

問 答 題

- 一、下列何者是治療子宮內膜癌保留生育能力的條件？
- (A) 分化良好的類子宮內膜腺癌；(B) 腫瘤僅侷限於子宮內膜層；
(C) 在生育年齡且有意生兒育女；(D) 以上皆是
- 二、下列何者是治療子宮內膜癌保留生育能力的藥物？
- (A) 口服黃體素；(B) metformin；(C) letrozole；(D) 以上皆是
- 三、下列何者為子宮內膜癌預後最差的分子學檢查？
- (A) POLE；(B) MMRd；(C) CN-L；(D) CN-H
- 四、根據文獻，以口服黃體素治療子宮內膜癌保留生育能力，時間最長為何？
- (A) 6 個月；(B) 9 個月；(C) 12 個月；(D) > 12 個月
- 五、下列何者會影響保守性治療子宮內膜癌成功的因素？
- (A) 增加藥物使用時間；(B) 分子學分類；
(C) 合併 ≥ 2 種藥物；(D) 以上皆是

第 303 期通訊繼續教育

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

Atypical HELLP syndrome

桃園醫院婦產科醫師 李默樺 嚴鴻禎 黃建中

桃園醫院婦產科主任 黃建勳

◆ 案例

31 歲初產婦，無慢性病史，丈夫為無精症患者，經試管嬰兒 (IVF) 成功雙胞胎懷孕，產檢過程及高層次超音波未檢出明顯異常。原計畫於滿 38 周剖腹生產，於手術前一天入院，病人回朔於入院前 3 天開始發現皮膚略黃，但未在意。入院血壓 136/92mmHg、BMI:22.97，肝功能指數飆高 (GOT/GPT 456/336)、凝血時間延長 (PT/APTT/INR 21.4/72.3/2.20)、腎功能變差 (BUN/Cr 38/3.01, eGFR 17)、血小板略偏低 (143k)、尿液檢查 (protein 1+/bilirubin 2+/granular cast 5-10)。診斷為 Twin pregnancy 36 3/7 weeks，高度懷疑合併 HELLP syndrome(簡稱 HELLP)，胎兒監視器呈現變異性減速，決定緊急剖腹生產。順利產下兩名男嬰 (Twin A 2350 克 /6 轉 8、Twin B 2640 克 /1 轉 4)，術後轉加護病房。產後黃疸更為明顯，血液檢查各項異常數值包括代謝性酸中毒 PH 7.29、HCO₃-15.2、LDH 664、albumin 1.9、周邊血液抹片有 schistocytes，腹水及肋膜腔積水陸續出現，產後第 2 天血壓 168/96 mmHg，產後第 5 天 total/direct bilirubin 7.7/6.4、產後第 7 天血小板 63k。加護病房期間生命現象密切調控、給予各種輸液治療及營養照顧。會診腸胃 / 腎臟 / 免疫風濕 / 血液內科，做鑑別診斷。產後一週轉回普通病房，黃疸及肝腎功能逐漸恢復，惟即使無內出血現象血紅素及血小板仍偏低不穩定。產婦於產後第 13 天安然出院。

HELLP syndrome 為懷孕的嚴重疾病，被認為與子癩前症 (preeclampsia, 簡稱 PE) 有關，10-20% 嚴重的 PE 合併溶血、肝功能指數上升及血小板低下現象，Weinstein 於 1982 年將其特別歸類出來，稱作 HELLP syndrome。[1,2]

臨床表徵	高血壓	蛋白尿	上腹痛	噁心嘔吐	頭痛	視學症狀	病態性水腫	黃疸
機率 (%)	85%	90~95%	60~80%	40%	30~60%	20%	50%	5~10%

診斷分類標準有些差異，有兩主要分類系統皆依據實驗室證據。[1,2]

Tennessee classification: 3 項符合 1~2 項為 partial，全部符合為 complete		
Platelet count < 100,000/ μ L	AST \geq 70IU/L	LDH \geq 600IU/L

Mississippi classification			
	Platelet	AST or ALT	LDH
Class 1 (重度)	≤ 50,000/μL	≥ 70 IU/L	≥ 600 IU/L
Class 2 (中度)	50,000-100,000/μL	≥ 70 IU/L	≥ 600 IU/L
Class 3 (輕度)	100,000-150,000/μL	≥ 40 IU/L	≥ 600 IU/L

血液抹片如有 schistocytes, burrcells and helmet cells，為溶血的證據。

HELLP syndrome 盛行率約 0.5~0.9% 的孕婦，嚴重子癲前症 10~20% 會發展成 HELLP。10% HELLP 發生於妊娠 27 周前，20% 發生於妊娠 37 周後，30% 的病人發生於產後。[1,2]

HELLP 的風險因子包括 BMI≥30、糖尿病、慢性高血壓、多胞胎及前胎有子癲前症，第一胎與第二胎略有差異。[3]

鑑別診斷包含：Acute fatty liver of pregnancy、Virus hepatitis、Cholangitis、Cholecystitis、Immunologic thrombocytopenia、Antiphospholipid syndrome、Thrombotic thrombocytopenia purpura、Haemolytic uremic syndrome 等。

併發症	腦水腫	腦出血	肺水腫	瀰漫性血管內凝血	胎盤剝離	急性腎臟衰竭	嚴重腹水	肝臟破裂	孕婦死亡
機率	1~8%	1.5~40%	3~10%	5~56%	9~20%	7~36%	4~11%	1.8%	1~25%

根據 Standardized Mississippi Protocol treatment 包括 corticosteroids、magnesium sulfate、systolic blood pressure control，盡早啟動治療可減緩 HELLP 的進展及降低致病嚴重度。[4]

制訂治療的目標包含：

1. 預防 HELLP 惡化至 Class I
2. 促使 HELLP 逆轉、停止或減短發作時間
3. 預防母親週產期的併發症發生機率與死亡率，降低新生兒併發症與死亡率。
4. 在適當的且具備足夠醫療量能的場所進行生產

處置的重點包含：

1. 識別臨床症狀，尤其是頭暈、頭痛或視力模糊等中樞神經症狀。
2. 監測生命徵象，特別是注意血壓
3. IV line、呼吸道支持與紀錄 I/O
4. 評估胎兒狀況：可藉 Biophysical profile 與超音波評估，初步評估後選擇保守治療或終止妊娠

◆ 探討重點

1. 當病人的臨床症狀發生的時間序非典型呈現時，診斷 HELLP 不見得容易，需採排除法，可會診各相關科室專家幫忙。
2. 產後 (postpartum) HELLP syndrome，佔全體 HELLP 約 30%，通常於產後 48 小時內發生。產前已有子癲前症，但產後才出現 HELLP 病徵。產前如已有嚴重子癲前症，仍須注意產後進展為 HELLP 的可能。[2]
3. 臨床上 HELLP syndrome 約有 10~15% 沒有伴隨產前高血或蛋白尿。學者 Stella 及 Sibai 於 2006 曾描述 preeclampsia, eclampsia 及 HELLP 有些個案會以 non-classical 或 atypical presentation 來出現，提醒醫界避免 costly consequence of a missed diagnosis。[5]
4. 2020 Jiang 直接將非典型呈現的案例稱作「atypical HELLP syndrome」。這些個案先有肝臟酵素升、血小板偏低及血液抹片有溶血現象，而高血壓於實驗室證據出現後才發生。[6]
5. 本病例於產前有肝臟酵素升高、血小板偏低、血液抹片有溶血現象及血壓 136/92，於產後第 2 天高血壓 168/96 才呈現，定義上符合 atypical HELLP 而非產後 HELLP。

◆ References

1. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issue and management. A review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2009 Feb 26;9:8
2. Kirkpatrick CA. The HELLP syndrome. Acta Clin Belg. 2010 Mar-Apr;65(2):91-7.
3. Malmström O, Morken NH. HELLP syndrome, risk factors in first and second pregnancy: a population-based cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018 Jun;97(6):709-716.
4. Martin JN Jr, Owens MY, Keiser SD, Parrish MR, Tam Tam KB, Brewer JM, Cushman JL, May WL. Martin JN Jr, et al. Standardized Mississippi Protocol treatment of 190 patients with HELLP syndrome: slowing disease progression and preventing new major maternal morbidity. Hypertens Pregnancy. 2012;31(1):79-90.
5. Stella CL, Sibai BM. Stella CL, et al. Preeclampsia: Diagnosis and management of the atypical presentation. J Matern Fetal Neonatal Med. 2006 Jul;19(7):381-6.
6. Jiang R, Wang T, Li B, He J. Jiang R, et al. Medicine (Baltimore). Clinical characteristics and pregnancy outcomes of atypical hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome: A case series. 2020 May;99(18):e19798.7

子宮內膜癌篩檢－傳統檢查與基因診斷

雙和醫院婦產部主任 溫國璋

◆ 病例分享如下

A 許女士 73y/o，主訴：停經後出血一個月；停經：50+ 歲，BMI: 24.9。

生活習慣：無抽菸及喝酒，無嚼檳榔。

內科相關病史：無高血壓、糖尿病及甲狀腺功能異常等。

手術病史：左手肘骨折術後 (2001)。

至診所求診：

(1) 2020.08.03— 超音波：內膜較厚

(2) 2020.08.04— 子宮刮搔術 (D&C) 結果為非典型腺體增生，建議進一步評估

轉診至本院求診：

(1) 2020.08.10— 施行甲基化基因檢測結果為高風險

(2) 2020.09.21— 進一步施行子宮切除術 (腹腔鏡輔助經陰道全子宮及兩側卵巢輸卵管切除)，手術病理組織確診：子宮內膜癌 (FIGO grade 1 of 3) (腫瘤大小 0.8x0.6cm)

B 吳女士 54y/o，主訴：停經後異常出血；50y/o 停經，BMI: 22.9，無癌症病史。

至診所求診：

(1) 2020.06— 超音波：內膜較厚；內膜 Biopsy：未發現異狀；藥物治療：未改善

轉診至本院求診：

(1) 2020.09.10— 超音波：內膜厚度 10.2 mm；先安排甲基化基因檢測採樣

(2) 2020.09.18— 甲基化基因檢測結果為高風險；進一步安排子宮刮搔術 (D&C)

(3) 2020.09.24— 子宮刮搔術 (D&C) 病理組織確診為子宮內膜癌 (FIGO grade 1 of 3)；之後安排進一步分期手術處理

◆ 探討重點如下

(1) 子宮內膜癌 (Endometrial cancer, EC)：定義、流行病學、與現行診斷

子宮內膜癌 (endometrial cancer) 是源於子宮內膜細胞的異常增殖，其侵襲性甚或能擴散到其他器官或部位 [1]。根據衛生福利部的統計 [2]，2018 年子宮體惡性腫瘤 (以子宮內膜癌為主佔大多數病例) 是女性十大癌症第六名，其發生個案數占全部惡性腫瘤發生個案數的 2.40%，每年約有 2,788 位新確診的病患。由統計資料可知子宮內膜癌位居女性生殖器官癌症首位，超

越子宮頸癌及卵巢癌，是近十年內成長快速的癌症之一。好發年齡為 40 歲以上，最高為 55-59 歲族群，相較英美等國家略為提早，近年來整體有年輕化趨勢。子宮內膜癌的症狀以異常子宮出血最常見。早期的癌型 (early stage) 治癒率有 80% 以上，但晚期型 (late stage) 的五年存活率則不到 30%。其高風險族群包括：初經較早、從未生育、停經較晚、肥胖、糖尿病、長期服用泰莫西芬 / 諾瓦得士錠 (Tamoxifen/Nolvadex) 及具有多囊性卵巢症候群等 [1]。目前臨床診斷方式為陰道超音波或侵入式檢查術式，包含內膜切片、子宮腔鏡檢查以及子宮內膜刮除手術 (子宮搔刮術)。以內膜切片 Pipelle 來說，雖然在門診可以做，對於醫師操作及病人很方便，但是發現部分族群內，像是年齡高，BMI 高，停經後婦女大約有 20-40% 取樣不足現象。使用子宮鏡進去觀察，以過去文獻顯示在 405 cases 下，子宮鏡針對偵測子宮內膜癌的敏感度，只有 7 成。至於子宮內膜刮除手術 (子宮搔刮術) 則算是診斷子宮內膜癌的 golden standard，但是根據台灣健保資料庫 (2014，未發表)，確診一例子宮內膜，平均需要 30 次侵入式子宮搔刮術，其整體效率不佳；即便根據不同年齡 / 發生率去細分，女性 40 歲以上 (好發年齡) 平均還是需要 28 次侵入式子宮搔刮術確診一例子宮內膜，50 歲以上 / 停經後則是平均約 16 次。

(2) DNA 甲基化 (methylation) 定義，與臨床應用在子宮內膜癌

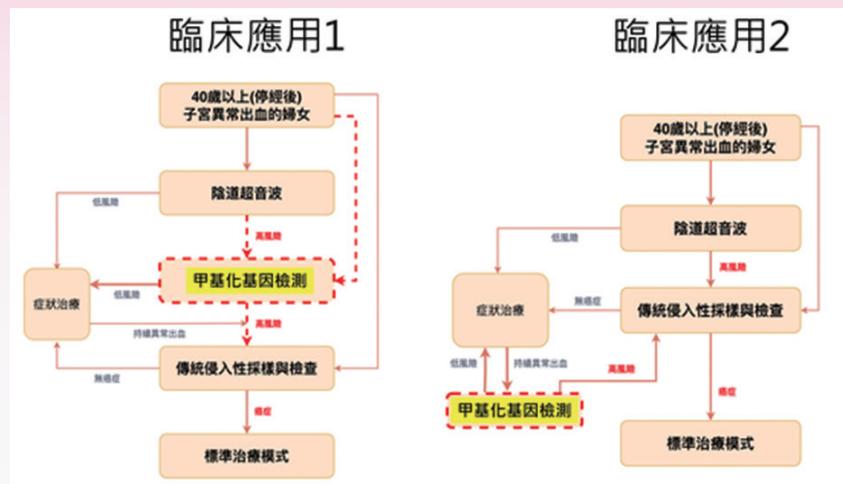
DNA 甲基化是指在 S-腺苷甲硫氨酸 (S-adenosyl-methionine, SAM) 的存在下，藉由 DNA 甲基轉移酶 (DNA methyltransferase, DNMT) 催化，進而在胞嘧啶 (cytosine, C) 的第 5 個碳位置多接一個甲基 (methyl group [-CH₃])。有許多研究顯示，DNA 甲基化在細胞生理代謝中扮演重要角色，因此與許多疾病，包含癌症有關 [3]。例如，子宮內膜 (Endometrium) 在月經週期間的生長型態以及癌症與後續進程 [4, 5]。至於 DNA 甲基化檢測在子宮內膜癌臨床驗證與實際應用，雙和醫院賴鴻政副院長研究團隊以基礎研究 [6, 7] 為開始，使用 BHLHE22 及 CDO1 兩甲基化基因作為標的進而開發安蓓® 甲基化基因檢測，甲基化基因檢測在多中心兩階段 (訓練 [training] 與測試 [testing]) 之 500 人臨床試驗中，其敏感度大於 90% (92.9% 與 92.5%)；特異度則落在 70% (71.5% 與 73.8%)。並且能偵測早期 (1-2 期) 與各型態之子宮內膜癌 (子宮內膜腺癌 [Endometrioid Adenocarcinoma]、漿液性與亮細胞 [serous & clear cell adenocarcinoma]、以及惡性肉瘤 [carcinosarcoma] 等) (文章已投稿中)。若是帶入前述之 2014 健保資料庫數據，可以發現安蓓® 甲基化基因檢測可以提升 3 倍檢測臨床確診效率：40 歲以上婦女確診一例子宮內膜癌，從原先平均 28 次侵入式檢查，在使用安蓓® 甲基化基因檢測進行分流後會降低至 9 次。因此甲基化基因檢測的臨床應用為：(1) 病人無法接受侵入性檢查時，輔助醫師獲取初步風險評估；(2) 在病人接受第一次侵入性檢查，但無法得知明確檢查結果時，輔協助醫師進行更多風險評估的資訊；(3) 甲基化基因檢測結果為高風險時，能提供醫師說服病人接受進一步確診侵入性檢查的參考依據 (圖一)。

(3) 總結

在台灣，子宮內膜癌已成為婦產科癌症中發生率第一名的重要疾患，由於多數病人有早期出血的症狀，因此我們有機會可以早期發現早期處理，目前現階段已有許多臨床檢查與診斷工

具，包括陰道超音波或侵入式檢查術式（內膜切片、子宮腔鏡檢查、以及子宮內膜搔刮術），而甲基化基因檢測可以提供臨床醫師新的輔助性工具。

圖一



◆ 參考文獻 (Reference)

1. Institute, N.C. Uterine Cancer. Patient Version 2021 [cited 2021 May, 26th]; Available from: <https://www.cancer.gov/types/uterine>.
2. 衛生福利部國民健康署. 中華民國 107 年癌症登記報告. 2021/03/22; Available from: <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=269&pid=13498>.
3. Kulis, M. and M. Esteller, 2 - DNA Methylation and Cancer, in Advances in Genetics, Z. Herceg and T. Ushijima, Editors. 2010, Academic Press. p. 27-56.
4. CAPLAKOVA, V., et al., DNA Methylation Machinery in the Endometrium and Endometrial Cancer. Anticancer Research, 2016. 36(9): p. 4407-4420.
5. Multinu, F., et al., Analysis of DNA methylation in endometrial biopsies to predict risk of endometrial cancer. Gynecol Oncol, 2020. 156(3): p. 682-688.
6. Huang, R.L., et al., Integrated Epigenomics Analysis Reveals a DNA Methylation Panel for Endometrial Cancer Detection Using Cervical Scrapings. Clin Cancer Res, 2017. 23(1): p. 263-272.
7. Liew, P.-L., et al., Combined genetic mutations and DNA-methylated genes as biomarkers for endometrial cancer detection from cervical scrapings. Clinical Epigenetics, 2019. 11(1): p. 170.

編後語

洪煥程

揮別 2021 年，全球籠罩在新冠肺炎肆虐下，已經邁入第三年，總感染人數超過四億人口，許多國家醫療體系面臨崩潰，期盼提高新冠疫苗普及率扭轉疫情的失控，從 2021 年 5 月台灣爆發境外新冠肺炎病毒入侵，至現在的疫情仍未完全趨緩，醫護投入大量人力施打疫苗及治療陽性病患，讓我們深感責任的重大，雖然我們婦產科非直接站在一線照顧肺炎病患，但仍會遇到陽性孕婦需要照顧，我們仍要做好個人防護的準備，隨時要有警覺心，並遵照醫院防疫 SOP 的準則。

本期的通訊繼續教育，李耀泰主任”早期子宮內膜癌保守性治療的新知和長期追蹤的結果”一文指出治療子宮內膜癌保留生育能力的條件 (A) 分化良好的子宮內膜腺癌 (B) 腫瘤僅侷限於子宮內膜層 (C) 在生育年齡且有意生兒育女。早期子宮內膜癌的保守性治療方法，在單獨使用 progestin 的有效率為 72-76%，復發率為 20-41%；如治療時間延長至 24 個月，有效率可達 91.1%。所以當達到完全有效後，如不立即懷孕和切除子宮時，仍需輔以長期追蹤，在延遲懷孕時的等待，應考慮予藥物做維持治療，給欲生育的子宮內膜癌患者有一線生機。

本期會員園地文章有兩篇，第一篇由部立桃園醫院黃建勳主任團隊撰寫”Atypical HELLP syndrome”指出 HELLP syndrome 為懷孕的嚴重疾病，被認為與子癲前症有關，嚴重的子癲前症合併溶血、肝功能指數上升及血小板低下現象，HELLP 的風險因子包括 BMI \geq 30、糖尿病、慢性高血壓、多胞胎及前胎有子癲前症。值得注意的是產後 48 小時內仍有可能發生 HELLP syndrome，文中案例產前無高血壓，而產後才有高血壓發生，屬 Atypical HELLP syndrome。第二篇由雙和醫院溫國璋主任撰寫”子宮內膜癌篩檢 - 傳統檢查與基因診斷”指出使用甲基化基因檢測來輔助偵測子宮內膜癌，尤其針對無法接受侵入性手術、或侵入性手術結果不明確、或高風險的病患，此檢驗由雙和醫院賴鴻政副院長研究團隊研發，可提供臨床醫師另一種選擇。

寒流來襲，國際疫情仍嚴峻，大家仍須嚴格做好個人防護的準備，一起努力，共同度過疫情的困境。

最後，敬祝大家身體健康、事事順心！

郵 票
自 貼

104

台灣婦產科醫學會

收

台北市民權西路七十號五樓

電話：(〇二) 二五六八—四八一九

傳真：(〇二) 二二〇〇—一四七六

◎ 304 通訊繼續教育答案◎

題目：早期子宮內膜癌保守性
治療的新知和長期追蹤
的結果

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。

*登入學會網站(<http://www.taog.org.tw>)
點選「線上通訊教育」即可利用線上
作答功能，以節省時間。

*本答案卷除郵寄外，亦可**傳真**

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
台北市	台北市瑪麗安女醫婦產科診所	台北市中心西門捷運站旁，交通便利，環境舒適。純門診，待遇極優。多名醫師合作，上班靈活，方便照顧家庭、長假、移民。	張院長	0928-087718
台北市	台北市立聯合醫院仁愛院區	1. 具備醫師證書及婦產科專科醫師證書。2. 環境優面洽，產房接生、開刀、輪值班，協助公衛任務等。3. 工作地點：新北市蘆洲區長榮路 323 號。4. E-mail：B3207@tpech.gov.tw Tel：0979306237。謝燿喬專科護理師	謝燿喬 專科 護理師	02-2709-3600 轉 3427， 0979-306237
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，高 PPF，醫療團隊堅強 意洽：張部長 0935-107-177 www.asobs.com.tw	張部長	0935-107177
新北市	板橋區函生婦幼診所	新北市板橋區 函生婦幼診所 誠徵婦產科醫師 待遇優，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	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：Sindy77921@gmail.com Tel：02-22890666 分機 233	黃郁筑 主任	0916-680338
桃園市	宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	誠徵專任婦產科醫師數名 薪資優渥，專任主治醫師年度總所得(稅前)650 萬元以上，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。 梁小姐 60012@hch.org.tw	梁小姐	03-4618888 分機 1108
桃園市	聯新國際醫院	工作待遇：第一年保證薪，PPF 無上限 學歷：具備醫師證書、婦產專科醫師證書	蔡小姐	0929-909595
桃園市	衛生福利部桃園醫院	有高層次超音波經驗尤佳 福利好、薪資優渥 應徵方式請將履歷 email：stacy0118@mail.tygh.gov.tw 聯絡人：史岱玉 03-3699721 分機 3492 桃園市桃園區中山路 1492 號	史岱玉 小姐	03-3699721 分機 3492
桃園市	桃園秉坤婦幼醫院	不孕症科 主治醫師 薪資：面議(保障薪+PPF) 資格條件 1. 學歷：公私立大學(學院)醫學系以上畢業 2. 經歷：於醫學中心受過訓者佳 3. 專長：具備醫師證書、婦產科專科醫師證書及具施術資格。工作項目：不孕症科臨床醫療工作 ※ 上班地點：桃園市桃園區慈文路 957 號 本院鄰近高速公路、桃園藝文特區，交通方便，並備有最新穎不孕症實驗室，竭誠歡迎穩定長期合作之夥伴 意者請先 Email 履歷表至 kyokolin8944033@gmail.com 聯絡電話：03-4025866#668 林小姐 面試地點：桃園市平鎮區延平路二段 129 號 聯絡電話：03-4025866 分機 668 聯絡人：林小姐	林小姐	03-4025866 分機 668
台中市	豐原區優生聯合婦產科診所	具備婦產科專科醫師證書。待遇佳！上班地點機能佳！工作時段可討論！女醫師可以免值班！	陳院長	0972-036756 (未接可留簡訊)

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
台中市	澄清綜合醫院中港分院	誠徵婦產科主治醫師 醫師資格：1. 具婦產科專科醫師證書 2. 具次專科醫師證書 (如：婦癌，婦女泌尿) 或部定教職證書尤佳 # 交通便捷，優越的生活機能 # 薪資優厚與溫馨的工作環境 # 獎勵研究與進修，鼓勵取得部定教職 聯絡人：葉小姐 E-mail：human@ccgh.com.tw.15025@ccgh.com.tw 電洽：04-24632000-32503	葉小姐	04-24632000 分機 32503
台中市	台中市烏日林新醫院	醫院簡介：位於台中市烏日高鐵特區，距離高鐵台中站只需 5 分鐘車程，交通便利 有保障薪、PPF 制度 資格：具婦產科專科醫師證書	院長室 吳小姐	04-23388766 分機 1157
台中市	緻齡婦產科診所	職務名稱：婦產科女醫師 職務性質：兼職 職務說明：健保門診 徵才條件：需具備醫師證書、婦產專科醫師證書 工作地點：台中市南屯區大墩路 783 號 E-mail:chicage40@gmail.com 待遇優，歡迎加入我們的團隊	宋小姐	0905-878000
彰化縣	林忠毅婦產科診所	誠徵婦產科醫師 保障月薪 40 萬 聯絡方式：請電話聯絡或訊息 0958829666 楊小姐	楊小姐	0958-829666
彰化縣	彰化縣皓生婦幼醫院	彰化縣員林市皓生醫院誠徵產科主任，不孕症專科醫師，意者請洽 TEL:0988-722656 院長室	邱小姐	0988-722656
台南市	陳澤彥婦產科醫院	提供「婦產科專科醫師」高保障薪與門住診手術接生業務獎金、稅務規劃支援、居家值班、有給薪年假、全額醫責險。2 位醫學中心完整訓練兒專醫師，資深助產師與專科護理師，產程照護成熟度高的產房護理師，2 家產後護理之家，提供年度 1500 位以上產家分娩生產的產科醫師共照服務。您亦可可是婦科手術的唯一專責醫師，可依照醫師的次專興趣建立團隊與設備！加入團隊定是您人生事業規劃，與提升生活品質的首選！	黃小姐	0932-043123
高雄市	優生婦產科醫院	具備醫師證書、婦產專科醫師證書。具工作熱忱負責任感；待遇優 竭誠歡迎您加入我們的行列	吳太太	0929-363789
高雄市	四季台安醫院	四季台安醫院誠徵婦產科專科醫師具工作熱忱負責任感；待遇優。竭誠歡迎加入我們的行列。 或 Email：tai460821@kimo.com	張主任	0905-280900
高雄市	高大美杏生醫院	具備醫師證書、婦產專科醫師證書 1. 執行婦產科臨床醫學 2. 保障薪及優渥 PPF，待遇優渥，環境優，團隊合作融洽 3. 提供「婦產科專科醫師」高保障薪與門住診手術及接生業務獎金、稅務規劃支援、有給薪年假、醫責險。	營運長 林主任	0911-602200 0921-203541

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
220305-1	111 年兒童死亡回溯分析	花蓮縣衛生局	Kadda Hotel 璽賓行旅 - 會議室	2022-03-05 11:30:00	2022-03-05 17:40:00	B	1
220306-2	TSRM 2022 人工生殖實驗室技術學術演講會	台灣生殖醫學會	中山醫學大學誠愛樓 9 樓國際會議廳一	2022-03-06 08:30:00	2022-03-06 16:30:00	B	4
220306-1	111 年孕婦產前健康照護衛教指導訓練課程 (同步視訊課程)	台灣婦產科醫學會	(實地課程)台北慈濟醫院 1 樓國際會議廳, 同步視訊場地: 台中、台南、高雄、花蓮	2022-03-06 13:00:00	2022-03-06 17:00:00	A	3
220313-1	111 年「腸病毒及新冠肺炎 (COVID-19) 臨床診斷處置 (含疫苗接種)」教育訓練 - 北區	臺灣兒科醫學會	集思交通部會議中心 3 樓國際會議廳	2022-03-13 08:00:00	2022-03-13 12:10:00	B	1
220316-1	婦產科新趨勢	烏日林新醫院	烏日林新醫院二樓會議室	2022-03-16 13:00:00	2022-03-16 14:00:00	B	1
220320-5	111 年度乳房超音波訓練課程 (台北場)	台灣婦產科醫學會	集思台大會議中心 (蘇格拉底廳)	2022-03-20 08:50:00	2022-03-20 12:00:00	A	3
220320-4	111 年「腸病毒及新冠肺炎 (COVID-19) 臨床診斷處置 (含疫苗接種)」教育訓練 - 南區	臺灣兒科醫學會	高雄國際會議中心 6 樓 603 階梯會議室	2022-03-20 08:00:00	2022-03-20 12:10:00	B	1
220320-2	高危險妊娠照護教育訓練 [直播] 課程	台灣周產期醫學會	直播課程	2022-03-20 08:30:00	2022-03-20 12:00:00	B	3
220320-3	LEAP Day: LEAP into the future	中華民國癌症醫學會	W hotel 11F Strategy 3+4 & virtual	2022-03-20 09:00:00	2022-03-20 12:10:00	B	1
220320-1	高雄市高雄醫學大學醫學系第二次會員大會暨學術專題演講	高雄醫學大學醫學系校友會	漢來成功大飯店九樓龍鳳廳	2022-03-20 15:00:00	2022-03-20 18:00:00	B	1
220323-1	禾馨晨會講座 (線上 + 實體)	台灣婦產身心醫學會	禾馨民權婦幼診所	2022-03-23 07:30:00	2022-03-23 09:00:00	B	1
220325-1	2022/03/25 TOA Webinar (線上)	中華民國骨質疏鬆症學會	webex 線上會議	2022-03-25 19:00:00	2022-03-25 20:00:00	B	1
220326-1	台灣子宮鏡訓練學分班 (中區)	台灣婦產科內視鏡暨微创醫學會、中國醫藥大學附設醫院婦產部	中國醫藥大學醫學系實驗室 / 中國醫藥大學立夫教學大樓 201 講堂	2022-03-26 09:00:00	2022-03-26 16:30:00	B	4
220327-3	111 年度乳房超音波訓練課程 (高雄場)	台灣婦產科醫學會	高雄榮民總醫院第二會議室	2022-03-27 08:50:00	2022-03-27 12:00:00	A	3
220327-2	111 年「腸病毒及新冠肺炎 (COVID-19) 臨床診斷處置 (含疫苗接種)」教育訓練 - 中區 (含同步視訊課程)	臺灣兒科醫學會	集思台中新烏日會議中心 瓦特與希羅廳	2022-03-27 08:00:00	2022-03-27 12:10:00	B	1
220220-1	北區婦女泌尿學術研討會	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	市立聯合醫院仁愛院區	2022-03-27 08:50:00	2022-03-27 14:40:00	B	3
220327-1	臺大醫院醫療體系 2022 年度第一次星月院所交流與學術討論會	臺大醫院分級醫療暨轉銜照護管理中心	線上直播會議	2022-03-27 09:00:00	2022-03-27 12:00:00	B	1
220406-1	高齡女性妊娠議題	林新醫療社團法人林新醫院	台中市南屯區惠中路三段 36 號	2022-04-06 13:05:00	2022-04-06 14:05:00	B	1
220409-1	111 年「腸病毒及新冠肺炎 (COVID-19) 臨床診斷處置 (含疫苗接種)」教育訓練 - 東區	臺灣兒科醫學會	花蓮慈濟醫院感恩樓 2 樓二期講堂	2022-04-09 13:00:00	2022-04-09 17:10:00	B	1
220417-1	111 年度乳房超音波訓練課程 (台中場)	台灣婦產科醫學會	中港澄清醫院 17 樓國際會議廳	2022-04-17 08:50:00	2022-04-17 12:00:00	A	3