

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2023年1月315期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



112.01.08自費醫療發展研習課程-台中場

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：obsgyntw@seed.net.tw

發行人：陳思源

秘書長：黃建霖

編輯：會訊編輯委員會

召集委員：詹德富

副召集委員：李耀泰

委員：王三郎 陳建銘 王鵬惠 易瑜嶠

龍震宇 賴宗炫 崔冠濠 洪煥程

李冠昇 黃莊彥

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

隨刊附贈通訊繼續教育回函卡



五心行動 齊心守護

WAT-TV-2101849-1.0-04/2022

ADACEL® 安打星三合一補油疫苗為黃針筒裝。請看疫苗輸字號000840號（詳細內容請參閱產婦局部檢定之完整產品說明書內容）破傷風毒素、減量白喉毒素及非細胞百日咳吸附性疫苗適應症：ADACEL®適用於4歲以上之油劑疫苗接種，以預防白喉、破傷風、百日咳。懷孕期間的母體接種可提供嬰兒早期的百日咳被動保護作用。用法用量：ADACEL®應一次注射一劑（0.5毫升）以肌肉注射方式接種。三角肌是最佳的接種部位。劑量不可分次給予（劑量=0.5毫升）。第2或第3孕期的懷孕婦女接種ADACEL®對嬰兒可提供對抗百日咳的被動保護作用。禁忌症、過敏：已知對ADACEL®的任何成分有全身性過敏反應者，或先前接種本疫苗或接種含有與本疫苗相同的一種或多種成分之某種疫苗後曾出現嚴重生命反應者，禁止接種ADACEL®。若不清楚疫苗中的哪種成分可能引起過敏，則任何成分都不應注射。若仍考慮給予孕婦人胎接種，應請諮詢專科醫師進行評估。神經系統不良反應：應打一劑含有百日咳的疫苗後，若曾出現神經系統（例如：昏迷、意識不清、驚厥發作時間長）且無法將其歸結於任何可辨識之原因，則任何含有百日咳之疫苗應禁止使用。包括ADACEL®在內。警告及注意事項：在為患有任何出血性疾患（例如：血友病或血小板減少症）或接受抗凝劑治療的個人接種時必須特別謹慎。不應在臀部及以靜脈或皮內或皮下注射的方式接種ADACEL®。疫苗注射後或甚至注射前，有可能發生過敏（暈倒） 免疫功能缺陷者（不論是否因疾病或治療）有可能無法達到預期的疫苗反應。如果可能，應考慮先完成所有免疫抑制治療後，再給予疫苗接種。患有進行性痙攣性或神經系統疾病者，宜於醫師判斷病情已經穩定後才注射疫苗。若先前接種含有破傷風毒素之疫苗後，曾被報告出現Guillain-Barré症候群（GBS），則在決定接種ADACEL®或任何其他含有破傷風毒素之疫苗前，應先考量其潛在的好處及可能的風險。有些個案在施打含有破傷風及/或白喉毒素的疫苗後，曾被報告出現中樞神經系統之腦髓炎、末梢神經炎及/或腦神經炎，但是美國醫藥協會（FDA）認為並無適當的證據可支持或否定這些疾病狀況與疫苗之間的因果關係。如同其他去活化疫苗，ADACEL®在任何時期接種時均不會對免疫功能造成影響。懷孕期間接種ADACEL®應評估有利與風險。由於在懷孕期間接種ADACEL®會于產出後嬰兒對其他抗原（例如：白喉、破傷風、小兒麻痺、肺炎球菌、肺炎球菌疫苗）的疫苗反應。然而，大多數當前的證據都維持在具有良好反應的母體之上。不良反應：注射部位最常見最高頻率的不良反應，為於接種後幾天的疼痛、紅腫、發熱及全身性不良反應。而青少年及成人則是頭痛。65歲以上的成人應常規的全身性反應為頭痛。發熱的發生率不到10%。這些不良反應通常是短暫的。臨床試驗中，極常見及常見的不良反應為：注射部位疼痛、腫脹、皮膚發紅；全身性反應包括發燒（≥38°C）、頭痛、惡心、嘔吐、腹食、皮膚、身體疼痛或肌肉無力/酸痛、關節酸痛或腫脹、疲倦/全身無力、寒顫、腋下淋巴結腫大、不常見、罕見或極罕見不良反應。請詳閱完整產品說明書。同時接種：ADACEL®可能可以與三價非活性流感疫苗同時注射。11-12歲的青少年可同時接種ADACEL®及HPV疫苗。疫苗同時接種時，應使用不同的注射器在不同的注射部位進行施打，最好在不同的側的四肢分別接種。儲存：2°C-8°C，不可冷凍。廠商：賽諾菲股份有限公司。依據的版本：R3-0812 Standard Export-EU SmPC 2019Feb (Pregnancy Use)



台灣婦產科醫學會 315 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／陳思原

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 衛生福利部中央健康保險署 函
檢送 111 年 12 月 20 日召開「全民健康保險醫療費用審查注意事項 111 年度
研修案西醫分科專家諮詢會議—內科系」會議紀錄（附件），請 查照。

10 通訊繼續教育

10 分子醫學在子宮內膜癌保守性治療的檢視 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

16 會員園地

16 再談對低劑量阿斯匹靈應否預防性用在所有孕婦的檢視
文／李耀泰 陳福民 郭宗正

20 編後語 | 文／李耀泰

21 徵才訊息

26 活動消息

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

陳思原

今年民國 112 年，新年一開始先跟學會同仁拜一個好年。這些年來住院醫師的招生，在傳統四大科內，婦產科是表現相當好的，有很多的優秀人才進入我們婦產科，代表婦產科是充滿希望的一個科。更重要的是我們有很多優秀的老師，能夠在醫學中心或者基層去教導年輕的一輩，讓他們能夠學到最好的知識，最好的技術以及最好的研究，這是台灣長期發展成為全世界最好的婦產科醫師最重要的地方。所以希望大家延續這個好的傳統，學會也會辦許多的研討會，達文西手術操作及擬真的教學等，讓年輕的醫生能夠學習及實際操作。並且在臨床上手術室，期盼大家繼續把最好的經驗傳承給下一代，大家通力合作讓台灣婦產科的照護是世界上最好的地方。台灣有許多優秀的人才走入醫師這個行業，除了充分照顧台灣的病患外，國際醫療也是重要的一個方向，相信全方位照顧婦女，從生殖，懷孕，出生，成長，到年老，是婦產科持續成長，茁壯，及繁盛的保證。

秘書長的話

黃建霖

各位會員新年快樂：

送走虎年，也是台灣自 1940 年代後創下最低出生數的一年，總出生數僅有 138,986 名新生兒，晚婚、晚孕，甚至不婚、不孕，加上社會、經濟、文化的改變，讓生小孩成為非必要，甚至增加個人生活的負擔，在在都使少子女化危機日益加重，而危機的解決或減緩，有賴政府、全民的共同努力及改變。然而生產數雖下降，但周產期傷亡率卻節節上升，高齡、肥胖、帶病進入懷孕，加上人工生殖的進步，讓過去無法懷孕者現在也能懷孕，伴隨著高危險妊娠明顯增加且更加棘手都是原因，當然其中也有若產科醫師或團隊做得更好時能減少傷亡的部分，這就值得大家來注意及努力，也是 2022 年醫策會特別以「孕產兒安全」為推動目標的目的。學會也即將於年後推出一系列的繼續教育課程，包括適切化產後照顧、婦女心血管健康、貧血、生產事故原因分析及檢討、麻醉安全等議題，期待大家能做得更好，在兔年時不僅能生得更多，而且生得更安全、更幸福。

而隨著疫情在全世界的逐漸解封，國際學術活動的交流也得逐漸恢復，五月於東京有日本婦產科醫學會 (JSOG) 年會，六月於越南有亞太婦產科醫學會 (AOFOG) 會員大會，十月於巴黎有世界婦產科醫學會 (FIGO) 年會，十一月首爾有韓國婦產科醫學會 (KSOG) 年會，學會都得出團參與。而八月 12、13 是台灣年會，於台中舉辦，也因為我們的積極參與國際活動及廣結善緣，包括 FIGO 理事長 Jeanne Conry, AOFOG 理事長 PisakeLumbiganon 均已答應來台，日韓理事長更將率團來訪，都給予台灣實際的支持，也讓我們在國際上婦產科醫學界打拼時屢屢能獲得助力。也期待會員們多多參與國際醫學會的發表，讓台灣的實力更被國際看見。

另年前有在醫學中心工作的會員報知學會，因幫未滿 16 歲有過性行為的患者看診未通報，結果被地方衛生局裁罰 6000 元一事，經了解當時雖有社工陪同，但是沒注意到是院外的社工，沒有幫忙通報，結果通通被罰。提醒大家依目前法規若知曉還是得通報，以免被罰，也請該會員建議醫院改善流程並分擔責任。

年後也即將舉行本屆第二次理監事會，將審議所有委員會、工作人員的名單，在此感謝所有為學會付出心力的委員、召集人、理監事、副秘書長、顧問們，有您們學會會務才能運作順暢。

敬祝大家

身體健康、萬事如意、平安喜樂、兔年行大運。

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 陳思原

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃建霈

財務委員會召集人 陳宜雍 敬上

111-112 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
0956	李耀泰	10,000	157,000	111年09月04日
1456	宋清雲	1,000	1,000	111年11月08日
2460	關祥彬	10,000	30,000	111年11月09日
2342	邵秉家	1,500	1,500	111年11月11日
0815	林憲文	600	600	111年11月11日
2653	黃建霈	3,000	3,000	111年11月15日
0754	黃德雄	20,000	30,000	111年11月16日
1129	吳明仁	6,000	6,000	111年11月25日
2639	盧堂安	1,000	1,000	111年11月29日
1842	陳思源	6,000	16,000	111年12月13日
1054	謝鵬輝	1,400	184,288	111年12月14日
0815	林憲文	3,000	3,600	111年12月26日
2653	黃建霈	3,000	6,000	112年01月16日

博物館成立後再捐贈文物名單

製表日期：111/11/16

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、葉光芄、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、謝鵬輝、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）、台中榮民總醫院婦女醫學部

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

衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 112 年 1 月 7 日

發文字號：健保審字第 1110672660 號

主旨：檢送 111 年 12 月 20 日召開「全民健康保險醫療費用審查注意事項 111 年度研修案西醫分科專家諮詢會議－內科系」會議紀錄（附件），請 查照。

修正後審查注意事項規定	原審查注意事項規定
<p>五、西醫基層醫療費用審查注意事項-婦產科 200502062婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則 (109/5/1) 200502062-01適宜執行「19003C 婦科超音波」及「19013C 陰道式超音波」病症以下列為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 月經週期異常、子宮異常出血。 2. 腹痛。 3. 經痛、經血過多。 4. 不孕症評估(不包含已進入人工生殖治療流程，如濾泡監測等)。 5. 懷疑骨盆腔腫瘤(良性或惡性)。 6. 懷疑先天性生殖器官異常。 7. 懷疑泌尿道異常。 8. 懷疑骨盆腔感染。 9. 懷疑避孕器移位之檢查。 10. 懷疑子宮外孕。 11. 第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。 12. 早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。 13. 上次超音波檢查： <ol style="list-style-type: none"> (1)有異常發現，再依據臨床狀況決定，1個月以上不等的頻率繼續作超音波追蹤。 (2)正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。 14. 其他慢性病兆之追蹤。 	<p>五、西醫基層醫療費用審查注意事項-婦產科 200502062婦科超音波檢查及陰道式超音波之審查原則 (109/5/1) 200502062-01適宜執行「19003C 婦科超音波」及「19013C 陰道式超音波」病症以下列為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 月經週期異常、子宮異常出血。 2. 腹痛。 3. 經痛、經血過多。 4. 不孕症評估。 5. 懷疑骨盆腔腫瘤(良性或惡性)。 6. 懷疑先天性生殖器官異常。 7. 懷疑泌尿道異常。 8. 懷疑骨盆腔感染。 9. 子宮內避孕器位置檢查。 10. 懷疑子宮外孕。 11. 第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。 12. 早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。 13. 上次超音波檢查： <ol style="list-style-type: none"> (1)有異常發現，再依據臨床狀況決定，1個月以上不等的頻率繼續作超音波追蹤。 (2)正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。 14. 其他慢性病兆之追蹤。

公文連結：

<https://reurl.cc/eWNzyM>

修正對照表連結：

<https://reurl.cc/qZIVnE>

分子醫學在子宮內膜癌保守性治療的檢視



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

在台灣，子宮內膜癌的患者日益增加，且於 2011 年超越子宮頸癌成為婦科癌症首位，2018 年，台灣婦女罹患子宮內膜癌共有 2787 位。子宮內膜癌發生在停經前約 20%，在 40 歲內約佔 5% [1]。如在未生育或希望保留生育者，保守性治療就更顯重要，但其成功率只有 66.7%-79.7% [2]，一旦治療失敗，恐有生命之虞。近年來，子宮內膜癌的分分子醫學有所精進，對這些保守性治療是否有所助益，乃本文探討目的。

◆保守性治療的原則

子宮內膜癌採保守性治療的理想條件包括：(1) 為類子宮內膜（endometrioid）腺癌；(2) 分化良好腫瘤細胞；(3) 病灶侷限在子宮內膜內；(4) 影像學檢查無肌肉層侵犯；(5) 無子宮外病灶；(6) 強烈欲保留生育能力；(7) 年齡 < 40 歲（理想的）；(8) 無藥物治療的禁忌症；(9) 能定期追蹤，此仍非標準治療，復發風險高 [3]。

◆高微衛星不穩定型

微衛星（microsatellite）乃基因體（genome）中以 1-6 個核苷酸（nucleotide）為單位的重複排列，其次數可多達數百次，人類基因體至少有 500000 個微衛星，多存在於 DNA 中的內分子（intron），少數存在於其它位置。某一個人的全身特定微衛星重複組合數目是相同的，但在其體內癌細胞內，微衛星重複的數目与其它正常細胞不同，稱微衛星不穩定型（microsatellite instability, MIS）。

DNA 在複製過程中需要修補，而錯誤配對修補 (mismatch repair) 也是其中一修補方式。修補過程需要 h Mut S (MSH2、MSH3) 和 h Mut L (MLH1、PMS2) 等兩種蛋白質，但如果錯誤配對修補系統內蛋白質出現缺陷，致使功能不足 (mismatch repair deficiency, MMRd)，DNA 複製所產生的錯誤就不能正常修補，錯誤不斷累積，最後產生微衛星不穩定型。臨床上，病理學常用組織免疫學染色 (immunohistochemistry, IHC) 來檢測 MLH1 (mutL homolog 1)、MSH2 (mutS homolog 2)、MSH6 (mutS homolog 6) 和 PMS2 (Postmeiotic segregation increased 2) 等蛋白質，正常這些蛋白質的顯示是存在的，一旦細胞缺少任何一種蛋白質，就是 MMRd，就能診斷為 MIS。

5 個微衛星中有 2 個以上不同的微衛星或 > 30% 有 MIS，稱高微衛星不穩定 (MIS-high, MIS-h)；缺少 MLH1、MSH2、MSH6 和 PMS2 也能診斷為 MIS-h。MIS-h 產生的癌症可以是遺傳性 (10%) 亦可以是後天偶發性 (sporadic, 90%)，如子宮內膜癌二者皆有 [4]。

◆ 組織和分子學分類

傳統上，子宮內膜癌根據病理組織學分類包括：(1) 第 1 型：類子宮內膜癌，存在有 PTEN (phosphatase and tension homolog, 腫瘤抑制蛋白)、 β -catenin (CTNNB1) 基因突變，預後較佳；(2) 第 2 型：漿液性子宮內膜癌，存在有 p53、HER2/neu (human epidermal growth receptor 2, 亦稱 neu) 突變，預後較差 [3]。

2013 年，TCGA (The Cancer Genome Atlas, 癌症基因組譜) 將子宮內膜癌分子學分類包括：(1) POLE ultra-mutated (polymerase epsilon)：為校對 (proofread) DNA 複製時準確性的外切 (exonuclease)，其內 5 種常見基因突變為 POLE (100%)、PTEN (94%)、DMD (100%)、CSMDI (100%)、FAT4 (100%)；常為早期類子宮內膜癌 (第 Ia/Ib 期)、grade 3、低 BMI，預後最佳，但只佔子宮內膜癌的 4-12% [5]；(2) MMRd (MSI)：5 種常見基因突變為 PTEN (88%)、ARID1A (37%)、PIK3CA (phosphatidylinositol-4,5-bisphosphate 3-kinase catalytic subunit alpha) (54%)、PIK3R1 (phosphoinositide-3-kinase regular subunit 1) (42%)、RPL22 (37%)；常為類子宮內膜癌並有 LVSI (lymphovascular space invasion)、高 BMI、有 Lynch 症候群，預後中等，IHC 可以檢查 MLH1、MSH2、MSH6 和 PMS2 作為診斷，這些 MMR 蛋白正常在細胞核染色陽性，如完全在腫瘤細胞缺乏染色，即表示 MMR 蛋白缺乏，如缺乏任一種蛋白，MMRd 診斷成立，其佔子宮內膜癌 23-36% [5]；(3) Copy number-low：乃微衛星穩定型 (microsatellite stable)，又稱為 p53wt (p53 wide type, 野生型)、MMR proficient 或 NSMP (no specific molecular profile, 無特別分子學描繪) [5]；5 種常見基因突變為 PTEN (77%)、PIK3CA (53%)、CTNNB1 (52%)、ARID4A (42%)、PIK3R1 (33%)；多為類子宮內膜癌、grade 1-2、ER/PR 顯示陽性、高 BMI，預後良好或中等，佔子宮內膜癌最多，約 30-60% [5]；(4) Copy number-high (p53 abnormal, 異常)：5 種常見基因突變為 TP53 (92%)、PIK3CA (47%)、FBXW7 (22%)、PPP2R1A (22%)、PTEN (10%)；乃 grade 3、漿液性癌、LVSI(+)、年長、

低 BMI，多為晚期，預後最差。p53 在 > 70% 腫瘤細胞核中，有瀰漫性和明顯的核染色，便呈陽性，如沒有染色或局部弱染色，便是 p53wt。異常 p53 佔子宮內膜癌 8-24%^[3,5,6]。

2019，Britton 等^[7] 研究分析在使用 ProMisE (the proactive molecular risk classifier for endometrial cancer) 的 257 位、平均 < 50 歲的子宮內膜癌患者，結果以 POLE 和 p53wt 的全部生存率無病灶復發生存率最佳，且大多為早期、分化良好的子宮內膜癌；而 p53 異常和 MMRd 的預後則較差。

◆ 分子醫學對保守性治療研究

傳統上，治療前的黃體素和雌激素接受器顯示，表示對荷爾蒙療效佳。同時，Dusp6 乃 MAPK (mitogen-activated protein kinase) 途徑的標記，亦表示預後良好^[8]。

由於以黃體素治療早期子宮內膜癌的復發率有 20-47%^[3]，因此如何在分子醫學上來預測治療效果，以減少失敗風險。2022 年，Tanos 等^[4] 綜合分析 34 篇文章、共 9165 位早期子宮內膜癌患者，保留生育治療，預後最佳的方式為 PTEN 和 POLE 突變；次為 MSI、CTNNB1 和 KRAS (Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog)，但有復發風險；最差為 PIK3CA、HER2、ARID1、p53、L1CAM 和 FGFR2，這類基因突變的早期子宮內膜癌不宜接受保守性治療。

茲將各分子醫學基因分列如下：

- 一、L1CAM (L1 cell adhesion molecule)：免疫球蛋白中的跨膜蛋白 (transmembrane protein) 會提高腫瘤細胞的增殖、轉移和侵犯功能，在類子宮內膜癌中的預後是不佳的，甚至在早期分化良好的子宮內膜癌，5 年生存率僅有 71% (在 L1CAM 陰性者為 100%、 $p < 0.0001$)^[6]。
- 二、PTEN：在早期子宮內膜癌有 57-83%，其基因位於 10q23 中，可使細胞停留在 G1/S 期別中，可抑制 MAPK、PI3K (phosphatidylinositol 3-kinase) /AKT/mTOR 途徑，減少細胞分化、增殖、轉移和發炎，增加自然凋亡。而 PIK3CA 和 PIK3R1 則會增加腫瘤細胞侵犯性和復發風險^[4]。
- 三、HER2：在子宮內膜癌中有 43-67%，預後極不佳，易復發，生存時間縮短。
- 四、CTNNB1 (beta catenin 1)：在早期子宮內膜癌中有 20-40%，與上皮鈣粘蛋白 (E-cadherin) 的成份有關，易產生細胞黏連，亦與 Wnt 途徑有關，易使腫瘤進展和異常增殖；且復發率高，較無此基因突變者，復發率增加 9 倍^[4]，即使是在分化良好的早期類子宮內膜癌，預後亦差^[9]。
- 五、KRAS：乃一原致癌基因 (proto-oncogene)，位於染色體 12 (12p12.1) 中，在子宮內膜癌和子宮內膜增生中分別有 10-30% 和 6-16%，會抑制 MAPK 和 PI3K/AKT 途徑，增加子宮內膜細胞的 ER (estrogen receptor) 和細胞的增殖與自然凋亡。KRAS 突變雖然能有較長的無病灶生存時間，但也易復發^[4]。

- 六、FGFR2：成纖維細胞生長因子受體 2 (fibroblast growth factor receptor 2)，在子宮內膜癌中約有 12%，此基因突變有較短無復發生存時間和全部生存時間，亦常存在於 MSI 陽性腫瘤中 [4]。
- 七、ARID1A (AT-rich interaction domain 1 A)：此蛋白消失常有深層肌肉侵犯，被認為是不良預後因子 [4]。
- 八、p53：TP53 (tumor protein) 突變顯示出 p53 蛋白，乃不好的子宮內膜癌預後因子，且預後最差 [4]。
- 九、POLE：此基因突變經 AMF/AMFR 途徑，能改善子宮內膜癌預後，且復發和轉移風險較低。常存在於早期病灶 (第 I、II 期) 和分化良好的病灶中，在子宮內膜癌中約 7-12% 如合併 MSI 存在，預後多為良好 [4]。

◆ 文獻報告

2021 年，Chung 等 [2] 研究報告 57 位、以黃體素做生育保留治療的子宮內膜癌患者，經分子醫學檢查，MMRd 有 9 位 (15.8%)、POLE 有 2 位 (3.5%)、p53wt 有 45 位 (78.9%)、異常 p53 有 1 位 (1.8%)，結果完全有效反應為 75.4%。進一步分析，MMRd 和 p53wt 做比較，完全和部份有效反應均較差，分別為 44.4% 和 82.2% ($p=0.18$)；在 6 個月時的完全反應亦較差，分別為 11.1% 和 53.3% ($p=0.010$)。最後，在 MMRd 患者中，有 4 位因治療失敗而切除子宮，包括 3 位有期別或分化增加。結論是：分子醫學對子宮內膜癌行保守性治療的預後是有助益。

2019 年，Moroney 等 [10] 研究報告 15 位、第 I 期、grade 1 的復發性類子宮內膜癌患者，並與另 20 位、無復發的類子宮內膜癌患者做比較。結果 CTNNB1 分別為 60% 和 28%，OR 3.9 ($p=0.04$)；MSI-H 分別為 53% 和 21%，OR 4.4 ($p=0.03$)，均為復發性患者的比率較高。結論是：分子醫學檢查有助決定第 I 期、grade 1 的類子宮內膜癌，是否須更進一步治療，或行保守性治療。

在另一方面，Ran 等 [11] 綜合分析在使用 ProMisE 做生育保留治療的 4 篇文章、共 106 位子宮內膜癌患者，經分子醫學檢查，POLE 有 3 位 (2.8%)、MMMd 有 23 位 (21.7%)、p53wt 有 77 位 (72.6%)、異常 p53 有 3 位 (2.8%)。結果在 6 個月，MMMd 與 p53wt 做比較，全部和部份有效率分別為 60.9% 和 80.5% ($p=0.092$)，復發率分別為 13.0% 和 29.9% ($p=0.174$)，均無統計上差異。

◆ 結論

巷子宮內膜癌的分子醫學報告日漸增加，進而從組織學發展至基因學 [12]，對治療極具幫助，對一些就算在組織學預後不佳的因子如分化不良 (grade 3) 等，但在基因學上如果為 POLE 突變，且患者希望能盡量保留生育能力，也可考慮做保守性治療。2020 年，歐洲婦癌醫

學會、歐洲放射治療和癌症醫學會、歐洲病理醫學會等已經合併分子醫學和臨床病理因子，來區別子宮內膜癌的風險程度，並作為臨床上治療的依據和準則^[13]。部份子宮內膜組織的檢查不會增加開銷，但基因檢查的花費較高，視需要而定，日後有待更多基因學來提升治療效果。

◆ 參考文獻

1. Cavaliere AF, Perelli F, Zaami S, et al. Fertility sparing treatments in endometrial cancer patients: the potential role of the new molecular classification. *Int J Mol Sci* 2021; 22(22): 12248.
2. 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(4): 370.e1-e13.
3. Conterras NA, Sabadell J, Verdaguer P, et al. Fertility-sparing approaches in atypical endometrial hyperplasia and endometrial cancer patients: current evidence and future direction. *Int J Mol Sci* 2022; 23(5): 2531.
4. Tanos P, Dimitriou S, Gullo G, et al. Biomolecular and genetic prognostic factor that can facilitate fertility-sparing treatment(FST) decision making in early stage endometrial cancer(ES-EC): a systematic review. *Int J Mol Sci* 2022; 23(5): 2653.
5. Alexa M, Hasenberg A, Battista MJ. The TCGA molecular classification of endometrial cancer and its possible impact on adjuvant treatment decisions. *Cancers* 2021;13(6): 1478.
6. Winterhoff B, Thomaier L, Mullany S, et al. Molecular characterization of endometrial cancer and therapeutic implications. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2020; 32: 76-83.
7. Britton H, Huang L, Lum A, et al. Molecular classification defines outcomes and opportunities in young women with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2019; 153: 487-95.
8. Knez J, Mahdowi LA, Takac I, et al. The perspective of fertility preservation in women with endometrial cancer. *Cancers* 2021; 13(4): 602.
9. Kurmit KC, Kim GN, Fellman BM, et al. CTNNB1(beta-catenin) mutation identifies low grade, early stage endometrial cancer patients at increased risk of recurrence. *Med Pathol* 2017; 30: 1032-41.
10. Moroney MR, Davies KD, Wilberger AC, et al. Molecular markers in recurrent stage 1, grade 1 endometrioid endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2019; 153: 517-20.
11. Ran X, Hu T, Li Z. Molecular classification in patients with endometrial cancer after fertility-preserving treatment: application of ProMisE classifier and combination of prognostic evidence. *Front Oncol* 2022; 12: 810631.
12. Mitric C, Bernardini MQ. Endometrial cancer: transitioning from histology to genomics. *Curr Oncol* 2022; 29(9): 741-57.
13. 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.

◎ 第 315 期 問答題 ◎

會員編號：_____ 姓名：_____

- 一、下列何者是子宮內膜癌保守性治療的原則？
 (A) 類子宮內膜腺癌；(B) 無肌肉層病灶侵犯；
 (C) 無子宮外病灶；(D) 以上皆是
- 二、根據 Pro MisE 的子宮內膜癌分類，下列何者預後最差？
 (A) POLE 突變基因；(B) MMRd；(C) p53 abn；(D) NSMP
- 三、下列何者為檢測 MMR 蛋白？
 (A) MLH1；(B) MSH2；(C) PMS2；(D) 以上皆是
- 四、下列何者在子宮內膜癌的基因，預後最佳？
 (A) POLE 突變基因；(B) ARID1A；(C) HER2；(D) CTNNB1
- 五、下列何者在子宮內膜癌的基因，預後最差？
 (A) PTEN；(B) POLE；(C) KRAS；(D) LICAM

* 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 314 通訊繼續教育

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

★第 313 期通訊繼續教育答案勘誤通知：第一題答案原為 C，修正為 D。

再談對低劑量阿斯匹靈應否預防性用在所有孕婦的檢視

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

2022年11月彰基婦產部的實證醫學辯論賽：低劑量阿斯匹靈應否預防性用在所有孕婦，來避免重度子癲前症的發生率？引用了Lancet 2020年的一篇文章^[1]，刊登在台灣婦產科會訊上。正、反雙方皆有精彩的論述，提供新的思維，值得嘉許。該文在5943位第一胎孕婦，於懷孕第6-14週間予以低劑量阿斯匹靈81 mg，直至37週止，結果產生32位（0.5%）胎兒異常，另有2位腹裂畸形（gastroschisis），20週後死亡胎兒有142位（2.4%），新生兒死亡共163位（2.7%），雖然這些併發症與控制組並無統計上差異，然若孕婦認為所有異常，來自於孕婦用藥分類D級的阿斯匹靈導致，遂衍生醫療糾紛，要求賠償，而醫師必須舉證也深感困擾。本文特檢視在第一孕期使用阿斯匹靈所引起的先天性畸形和胎兒死亡，以供同仁參考。

◆先天性畸形

2022年，Garza-Galvan等^[2]綜合分析8篇文章、共7564位孕婦，於第1孕期使用阿斯匹靈（分別2篇使用75 mg，2篇使用81 mg，1篇使用100 mg，3篇使用150 mg），並與另7564位無使用者作比較，先天性畸形的發生率並無增加，勝算比率（odds ratio, OR）0.87（95%信賴區間0.62-1.23）。

上文所統計8篇文章，低劑量阿斯匹靈產生先天性畸形如下：

- (1) Pattison等^[3] 2000年，n=20（阿斯匹靈75 mg），有1位產生先天性畸形，乃脈絡叢囊腫（choroid plexus cyst）。
- (2) Kaandorp等^[4] 2010年，n=120（阿斯匹靈100 mg），有5位產生先天性畸形，包括1位唐氏症、1位上心室心律不整、1位Pitt-Hopkin症候群、1位心瓣膜異常、1位耳前皮膚的贅肉。
- (3) Schisterman等^[5] 2014年，n=615（阿斯匹靈81 mg），有5位產生先天性畸形，包括3位心室中膈缺損、1位唇裂、1位胎兒腎水腫。
- (4) Rolinik等^[6] 2017年，n=878（阿斯匹靈150 mg），有8位產生先天性畸形，包括1位法洛氏四合症（tetralogy of Fallot）、2位心室中膈缺損、2位單側腎臟多囊性發育不良、

1 位單側腎臟發育不全、1 位兩側馬蹄足內翻 (talipes equinovarus)、1 位需手術的直腸狹窄。

(5)Scazzocchio 等 [7] 2017 年, n=94 (阿斯匹靈 150 mg), 有 1 位產生先天性畸形, 乃嚴重腦室擴大症 (ventriculomegaly)。

(6)Mone 等 [8] 2018 年, n=192 (阿斯匹靈 75 mg), 有 4 位產生先天性畸形, 包括 3 位腸胃道畸形、1 位心臟畸形。

(7)Stanescu 等 [9] 2018 年, n=100 (阿斯匹靈 150 mg), 無先天性畸形者。

(8)Hoffman 等 [1] 2020 年, 如前述。

此外, 2022 年, Sun 等 [10] 研究報告 1684 位孕婦, 在懷孕時平均使用阿斯匹靈 67.6 mg, 其中 1494 位 (88.7%) 在懷孕全程均有使用阿斯匹靈。結果有 56 位 (3.3%) 產生先天性畸形, 與另 1079 位控制組的 2.8% 並無統計上差異 (HR 1.2, 95% 信賴區間 0.77-1.89、 $p=0.421$)。阿斯匹靈組的先天性畸形包括 19 位先天性心臟病、5 位多指畸形、4 位外耳畸形、3 位併指畸形、3 位直腸和肛門狹窄、2 位水腦症、2 位唇裂併顎裂, 其它為唇裂、缺耳朵、尿道下裂、內翻足、先天性橫膈膜疝氣、連體嬰和腹裂畸形等。

然而, Kozer 等 [11] 綜合分析 8 篇文章、在第 1 孕期使用阿斯匹靈的孕婦, 先天性畸形的發生率為 5.5% (888/16138), 與控制組的 3.9% (1935/49890) 並無統計上差別, OR 1.33 (95% 信賴區間 0.94-1.89、 $p=0.11$); 但在腹裂畸形的發生率 (52/261) 則較控制組 (523/2449) 為高, OR 2.37 (95% 信賴區間 1.44-3.88、 $p=0.0006$)。

◆ 其它胎兒不良的結果

胎兒在母體中本身就存在許多不確定性的可能, 比如胎死腹中、周產期死亡、腦室旁出血 (periventricular hemorrhage) 等, 雖然正常生產仍有這些風險, 但是如果孕婦使用阿斯匹靈, 而被懷疑因此引發, 請醫師提出無相關證明, 也是挺棘手的。

2020 年, Turner 等 [12] 綜合分析 40 篇文章、共 34807 位使用低劑量 (≤ 150 mg) 阿斯匹靈的孕婦, 結果阿斯匹靈並不會增加胎兒周產期死亡、5 分鐘時 Apgar Score < 7 和腦室旁出血。在 ≤ 16 週時使用阿斯匹靈也不會增加胎盤早期剝離; 但在 > 16 週時使用阿斯匹靈則胎盤早期剝離風險稍微增加, RR (risk ratio) 1.2 (95% 信賴區間 1.00-1.46、 $p=0.06$)。但在阿斯匹靈組, 周產期死亡有 364 位 (n=16654)、5 分鐘時 Apgar Score < 7 有 98 位 (n=3459)、腦室旁出血有 52 位 (n=21416)。

另外, 阿斯匹靈能經過胎盤進入胎兒體內, 對胎兒血小板凝集 (aggregation) 可能有影響, 因此具有子宮內胎兒大腦出血的風險 [13], 建議在懷孕 36 週時便停止使用阿斯匹靈。

2016 年, Ahrens 等 [14] 研究報告 615 位、自懷孕前 6 個月或懷孕中每天口服 81 mg 阿斯匹靈的孕婦, 並與另 613 位控制組做比較。結果母親陰道出血比率在阿斯匹靈組為 22%, 較控制組的 17% 為高 ($p=0.02$); 另外, 阿斯匹靈組發生 3 位死童 (stillbirths)、3 位新生兒死亡和 10 位先天性畸形, 與控制組相近。

◆ 結論

孕婦使用阿斯匹靈雖能降低子癲前症、周產期死亡和胎兒發育遲滯等風險，但生產醫療往往被以結果論，當一些令人不滿意的情事發生，如胎兒先天性畸形、周產期死亡等，產婦或家屬可能究責於阿斯匹靈緣故，即使統計上並無差異，亦可能有醫療糾紛，而一切是否值得，有待社會各階層的共識。

◆ 參考文獻

1. Hoffman MK, Goudar SS, Kodhany BS, et al. Faculty Opinions recommendation of Low-dose aspirin for the prevention of preterm delivery in nulliparous women with a singleton pregnancy(ASPIRIN): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Faculty Opinions-Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature. Lancet 2020; 395(10220): 285-93.
2. Garza-Galvan ME, Ferriyno AS, Campos-Zamora M, et al. Low-dose aspirin use in the firster of pregnancy and odds of cougenital anomalies: A meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Gynecol Obstet 2022
3. Pattison NS, Chamley LW, Birdsall M, et al. Does aspirin have a role in improving pregnancy outcome for women with the antiphospholipid syndrome? A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1008-12.
4. Kaandorp SP, Goddijn M, van der Post JA, et al. Aspirin plus heparin or aspirin alone in women with recurrent miscarriage. N Engl J Med 2010; 362: 1586-96.
5. Schisterman EF, Silver RM, Leshner LL, et al. Preconception low-dose aspirin and pregnancy outcomes: results from the EAGeR randomized trial. Lancet 2014; 384: 29-36.
6. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. N Engl J Med 2017; 377: 613-22.
7. Scazzocchio E, Oros D, Diaz D, et al. Impact of aspirin on trophoblastic invasion in women with abnormal uterine artery Doppler at 11-14 weeks: randomized controlled study. Obstet Gynecol 2017; 49: 435-41.
8. Mone F, Mulcahy C, McParland P, et al. Trial of feasibility and acceptability of routine low-dose aspirin versus Early Screening Test indicated aspirin for pre-eclampsia prevention(TEST study): a multicenter randomized controlled trial. BMJ Open 2018; 8: e022056.
9. Stanescu AD, Banica R, Sima RM, et al. Low dose aspirin for preventing fetal growth restriction: a randomized trial. J Perinat Med 2018; 46: 776-9.
10. Sun S, Qian HY, Li C, et al. Effect of low dose aspirin application during pregnancy on fetal congenital anomalies. BMC Pregnancy Childbirth 2022; 22(1): 802.

11. Kozer E, Nikfar S, Costei A, et al. Aspirin consumption during the first trimester of pregnancy and congenital anomalies: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1623-30.
12. Turner JM, Robertson NT, Hartel G, et al. Impact of low-dose aspirin on adverse perinatal outcome: meta-analysis and meta-regression. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 55: 157-69.
13. Sasidharan CK, Kutty PM, Sajith N, et al. Fetal intracranial hemorrhage due to antenatal low dose aspirin intake. *Indian J Pediatr* 2001; 68(11): 1071-2.
14. Ahrens K, Silver RM, Mumford SL, et al. Complications and safety of preconception low-dose aspirin among women with prior pregnancy losses. *Obstet Gynecol* 2016; 127(4): 689-98.

編後語

李耀泰

寒天催日短，斗轉星移又一年。回顧 2022，以新冠肺炎的影響最多，而國人也攜手挺過，經濟逐漸復甦，生活回歸常態；展望 2023，喜兔迎新春，祝福齊送到，願您身體安康闔家吉祥，春暖花開萬象更新一切美好平安順遂。

本期通訊繼續教育，由郭宗正總裁等撰寫的「分子醫學在子宮內膜癌保守性治療的檢視」一文，闡述許多醫學會等已經合併分子醫學和臨床病理因子，來區分子宮內膜癌的風險程度，並作為臨床治療依據和準則，雖然在普通應用上尚有一段距離，但也可以帶來新的研究曙光。另外，會員園地的「再談對低劑量阿斯匹靈應否預防性用在所有孕婦的檢視」一文，討論除母親發生出血性疾病外，胎兒的畸形和意外，也可能造成孕婦及其家屬的疑慮，雖然與不使用阿斯匹靈者並無統計上差異，然一旦發生，勢必會被究責，因此需取得社會各階層共識，才能廣泛應用，避免醫療糾紛。

淒淒歲暮風，在這火樹銀花張燈結彩眉開眼笑的年節中，提醒各位好友，寒冬臘月風刀霜劍，要保暖別著涼。「爆竹聲中一歲除，春風送暖入屠蘇；千門萬戶曠曠日，總把新桃換舊符。」玉兔迎春添新象，人逢泰世隨兔躍，家家戶戶慶團圓，喜氣洋洋福運長。也期待有更多兔寶寶誕生，帶來喜悅和祥和。

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	台大醫學院婦產科	<p>台大醫學院婦產科徵求推薦科主任人選 資格：(1). 學術上有成就、具聲望並有教育理念及領導能力者。(2). 具中華民國婦產科專科醫師資格，且有國內或國外教授資格者。(3). 112年8月1日就任科主任新職前未滿62歲。</p> <p>檢具資料：(紙本9份)</p> <p>(1). 個人履歷(附照片)及所有著作目錄表。(以上資料參考台大醫學院人事組網站 https://www.mc.ntu.edu.tw/person/Index.action) (論文目錄表 III-1~III-4) (2). 在國內及國際上學術、行政及教學受肯定之具體事實。(3). 檢附願任同意書及個人對於台大婦產科之認知、經營理念、未來發展策略及目標規劃。(4). 國內外相關學門教授3人以上之推薦函。(5). 相關資料應於112年3月24日下午5時前送達婦產科主任室，若為寄送，以郵戳為憑。相關資料請看本科網站 http://www.ntuh.gov.tw/obgy/ 地址：台北市中山南路8號「台大醫院婦產部(婦產科主任遴選委員會主任委員)收」。</p> <p>電話：(02)23123456 轉 271537 林小姐 傳真：(02)23114965 E-mail: 005916@ntuh.gov.tw</p>	林小姐	(02)23123456 轉 271537
台北市	財團法人醫藥品查驗中心(CDE)	<p>學歷：國內外醫學系畢業並具有台灣醫師證書者 經驗：1. 婦產科臨床工作經驗3年以上(含住院醫師訓練) 2. 專科醫師證書 3. 中英文說寫流利 職務內容說明： https://cdehr6.wixsite.com/recruitment (請以chrome開啟) 或至本中心官網 https://www.cde.org.tw/ 查詢</p>	資深人資專員黃小姐	02-81706000-651
新北市	原永和區婦產專科醫院	<p>本大樓位於永和鬧區，建地94坪，總樓層十一層，每層約90坪，地下室二層，近捷運頂溪站及樂華夜市，亦鄰近台北市公館商圈及中正紀念堂，交通便利。大樓原為婦產科醫院及附設產後護理之家，現為診所。歷經二十幾年來的醫療服務，頗受好評。適合：婦產科兼產後護理之家、安養/護理之家、骨外科兼復健、醫美或聯合診所。歡迎來電洽詢及參觀！</p>	廖先生	0921-618824
新北市	新北市蘆洲區愛麗生婦產科診所	<p>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</p>	黃主任	0916-680338
新北市	新北市蘆洲區 - 宥宥婦幼診所	<p>蘆洲區宥宥婦幼診所 - 誠徵婦產科醫師 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</p>	張部長	0935-107177
新北市	新北市板橋區 - 茴生婦幼診所	<p>新北市板橋區 - 茴生婦幼診所 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</p>	張部長	0935-107177
新北市	樂寶兒婦幼診所	<p>門診、產房接生、開刀、輪值班 待遇優，可合夥共創雙贏。 Email:huang@hs-health.com</p>	陳小姐	0932-001152 或 2990-2299 分機 803

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
桃園市	宋俊宏婦幼醫院	宋俊宏婦幼醫院【地區醫院】(桃園市平鎮區)禮聘 婦產專科醫師 工作待遇：待優可談，薪資面議 意者請電洽或寄履歷表再約面談 資格條件：具醫師證書及婦產科專科醫師證照 歡迎您加入本院醫療團隊！！ 意者請聯絡： 意洽：03-4020999#621、0932-366092 黃小姐或 E-meil：yuehfenh@yahoo.com.tw	黃小姐	0932-366092
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 959 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 chanjes1211@hotmail.com	詹小姐	03-4025866#669
桃園市	宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	誠徵婦產科專任主治醫師數名：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
台中市	豐原醫院婦產科	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 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	張崑敏	0953-185320
台中市	美馥兒婦產科診所	1.誠徵婦產科女醫師 2.純看門診、不值班、不接生 3.具婦產科專科醫師證書 4.專任、兼任皆可，節數可談 5.待遇優渥、薪資面議 6.工作氣氛融洽、無壓力、所有 member 都很好相處 E-mail: medful2017@gmail.com	陳小姐	0912-236599
台中市	澄清綜合醫院中港分院	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	葉小姐	04-24632000 分機 32503

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
台中市	中國醫藥大學附設醫院 婦產部	具備醫師證書或婦產專科醫師證書，待遇優，歡迎加入我們的行列一起努力 !!	黃小姐	04-22052121#2063 #2057 #2058
彰化縣	彰化縣皓生醫院	彰化縣員林市皓生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
南投縣	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	具婦產科專科醫師證書 待遇優，提供醫師眷屬宿舍 竭誠歡迎加入埔基服務團隊 工作地點：南投縣埔里鎮鐵山路 1 號 e-mail:job@mail.pch.org.tw	黃小姐	049-2912151 分機 2811
嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院	工作項目：婦產科醫療業務、支援社區抹片、急診會診業務 應徵條件：1. 具中華民國國籍及教育部認可之國內、外醫學院醫學系所畢業。2. 領有中華民國醫師證書及婦產科專科醫師證書。應徵方式：1. 報名人員請檢具下列應檢附資料，郵寄嘉義市西區世賢路二段 600 號 5F 外科部。2. 應檢附資料：簡式履歷表（貼妥 2 吋半身照片及註明聯絡電話）、考試及格證書、最高學歷畢業證書、國民身分證、專業證書、服務證明、退伍令（男）、榮民證（非榮民免附）等相關文件影印本。3. 經審查符合資格條件者，另行通知參加甄試；資格條件不符者，恕不通知或退件。4. 聯絡方式：外科部 李怡臻 05-2359630 轉 5171。待遇：面議	李怡臻小姐（外科部）	05-2359630 轉 5171
嘉義市	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	1. 具婦產科專科醫師證書。2. 具人工生殖機構施術醫師資格者尤佳。3. 具婦女泌尿專科或高層次超音波技術者尤佳。3. 婦癌專科。應徵：意者請至以下連結，主治醫師欄位中點選【婦產部】填寫履歷與上傳相關附件 http://www.cych.org.tw/cychweb/cych3/enlist.aspx	黃小姐	05-2765041 分機 8617
台南市	馬博榮婦產專科診所	具備醫師證書，婦產專科證書，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行列。	李主任	洽詢專線 06-7236110 0938-510959 0907-093370
台南市	台南新樓醫院	生殖醫學專任主治醫師（本室成立已 22 年，團隊技術成熟穩定，徵求新血加入 !!）資格：1. 具婦產科專科醫師證書。2. 生殖內分泌次專師醫師（具施術醫師資格證明）。本院待遇優渥、薪資福利完善，誠摯歡迎您加入，意者請備履歷表（附照）及相關資料寄至：《台南新樓 ~ 701 台南市東區東門路一段 57 號；電話 06-2748316 轉 6324 施小姐；E-mail：slh528@sinlau.org.tw》	施小姐	06-2748316#6324
台南市	麻豆新樓醫院	婦產科主治醫師，資格：具婦產科專科醫師證書。本院待遇優渥、薪資福利完善，誠摯歡迎您加入，意者請備履歷表（附照）及相關資料寄至：《麻豆新樓 ~ 721 台南市麻豆區麻佳路一段 207 號；電話 06-5702228 轉 4023 陳小姐；E-mail：slh123@sinlau.org.tw》	陳小姐	06-5702228#4023

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
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
高雄市	高雄醫學大學附設醫院	婦產部誠徵主治醫師：小港醫院 1 名、大同醫院 1 名、高醫岡山醫院 3 名，歡迎經驗豐富、有興趣或具教職之主治醫師及專科訓練完成之住院醫師踴躍投單，加入高醫醫療體系（收件至 2 月 16 日止）。網址： https://www.kmuh.org.tw → 人才招募 → 誠聘 112 學年度專任主治醫師	吳小姐	07-3121101 #5200
高雄市	吳玉珍婦產科診所	吳玉珍婦產科診所 -- 誠徵婦產科或家醫科聯合開業或門診醫師。本診所是 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，診次可彈性協調。合作條件可自行規劃討論。診所地址：高雄市前鎮區光華二路 50 號 電話：07-7220123/ 彭護理長	彭護理長	07-7220123
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（腹腔鏡（含單孔），子宮鏡）及團隊，E8 超音波，產房及嬰兒室，生殖醫學中心，產後護理之家，駐診兒科醫師，保障待遇優 PPF 無上限 具醫責險 護理團隊穩健 氣氛和諧 工作內容歡迎當面細談 歡迎有意願的夥伴一起加入	王小姐	0980-666624
高雄市	金安心醫院	★具備醫師證書、婦產科證書。★環境、福利、待遇優，工作模式、診數可細談，竭誠歡迎您加入我們的行列。 ★保障薪、高抽成，發展空間大，有醫責險。★有意者，可電洽或 104 投遞履歷。104: https://www.104.com.tw/job/5u3ra?jobsources=jolist_b_relevance	彭主任 馮小姐	07-3649890
高雄市	容婦產專科	容婦產專科創立至今 18 年，已清水模日式禪境建築之姿，座落在北高雄城市之肺 - 農十六凹子底森林公園第一排，環境靜謐清幽，宛如置身私人美術館。我們正朝著理想與願景前進中，殷切期待能與優質有熱忱的婦女領域專科醫師合作，共同打造實力堅強的醫療團隊，如果您能花一杯咖啡的時間致電了解，美好的未來將自此展開序曲。	吳小姐	07-5541000 分機 104
高雄市	高雄馨蕙馨醫院	禮聘婦產科主治醫師 1. 具備醫師證書、婦產科專科證書。2. 待遇優、保障薪、高 PPF、醫療職場環境優、完整福利制度。發展空間無限，工作模式可細談。竭誠歡迎您加入我們的醫療體系行列。3. 意者請 E-mail 履歷表： benz16858@yahoo.com.tw 聯絡人：院長室洪主任 連絡電話：0921584999 或 07-8629880#6112	院長室 洪主任	0921-584999

院所租售

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
高雄市	穗德婦產科診所	<ol style="list-style-type: none"> 1. 精華地段土地 103 坪建八樓，別墅型建築外觀，每層 80 坪，地下樓 60 坪，樓層可全租或分租 2. 近前鎮五甲捷運站（紅線）自強路日夜美食街。斜對面鄰五甲大廟，五甲捷運站（未來黃線） 3. 屋主開業婦產科 6 年，後租慈美婦產科高雄長庚醫師 9 年，自建醫院搬離，15 年婦產科基礎 4. 現租明泰骨外復健科 18 年，北醫，高雄長庚醫師，鄭院長已買診所，目前剛搬離。 5. 適合洗腎中心，骨外復健科，眼科，醫美，肝膽腸胃科，牙科... 或聯合診所。 6. 適合婦產科兼月子中心，五甲，前鎮，崗山，小港方圓 10 公里內缺婦產科，在此開業最好。 7. 五甲大廟內免費停車 (58 位)，離大樓 30 公尺每天 6am-10:30pm。 8. 有意承租者，屋主可提供醫院相關照片，歡迎來電洽詢，謝謝。 9. 交通方便近小港機場，五甲交流道 (1 號高速公路，88 快速公路)，歡迎參觀。 	林小姐	0932053352 0960123023 0931998992 07-8232019

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
230219-1	TSRM 2023 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	2023-02-19 09:00:00	2023-02-19 16:30:00	B	3
230219-2	112 年度【適切化產後照顧研討會】(台北場)	台灣婦產科醫學會	台大兒童醫院 B1 講堂 (台北市中正區中山南路 8 號)	2023-02-19 09:00:00	2023-02-19 12:00:00	A	3
230221-1	2023/02/21 Dr. Bone Webinar	中華民國骨質疏鬆症學會	線上直播 Webinar	2023-02-21 19:00:00	2023-02-21 20:10:00	B	1
230226-1	112 年度【適切化產後照顧研討會】(高雄場)	台灣婦產科醫學會	高榮門診大樓 1 樓第二會議室 (高雄市左營區大中路 386 號)	2023-02-26 09:00:00	2023-02-26 12:00:00	A	3
230305-1	臺大醫院醫療體系 2023 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	臺大醫院國際會議中心 301 廳	2023-03-05 09:00:00	2023-03-05 12:00:00	B	1
230312-1	112 年度【適切化產後照顧研討會】(台中場)	台灣婦產科醫學會	澄清醫院 (中港分院) 17 樓國際會議廳 (台中市西屯區台灣大道四段 966 號)	2023-03-12 09:00:00	2023-03-12 12:00:00	A	3
230319-1	112 年度【適切化產後照顧研討會】(台南場)	台灣婦產科醫學會	郭綜合醫院 5 樓榕華廳 (台南市中西區民生路 2 段 22 號)	2023-03-19 09:00:00	2023-03-19 12:00:00	A	3
230415-1	高危險妊娠照護教育訓練 [線上] 課程	台灣周產期醫學會	線上課程	2023-04-15 08:30:00	2023-04-15 12:00:00	B	2
230524-1	子宮肌瘤及子宮肌腺症的治療新方向：消融治療	中山醫療社團法人中山醫院	台北市仁愛路四段 112 巷 11 號中山醫院會議室	2023-05-24 13:00:00	2023-05-24 14:00:00	B	1

MEDICAL SYSTEM

QUANTA



產後修復



預防感染



特別輔助



Ozone

個人型高壓氧艙

Quanta Medical International System Corp.

孕保寧

Tractocile®

ATOSIBAN

New

健保已給付



「藥品給付規定」

15. Atosiban (如Betosiban、Tractocile) (自111年9月1日生效)

1. 限用於延遲妊娠婦女迫切的早產，並符合下列所有條件者：

- (1) 18歲以上之婦女且妊娠週數在24週至33週。
- (2) 規律宮縮至少持續30秒，頻率大於等於每30分鐘4次。
- (3) 子宮頸擴張1至3公分(初產婦0至3公分)和子宮頸展平(cervical effacement) ≥ 50%。
- (4) 胎兒心律正常。
- (5) 經使用ritodrine療效不彰及無法耐受其副作用、或是屬易出現嚴重副作用的高危險群孕婦，無安胎禁忌症者。「易出現嚴重副作用的高危險群孕婦」，指符合下列任1項高風險條件者：

- I. 多胞胎妊娠。
- II. 心血管疾病(如心臟衰竭、缺血性心臟病、心律不整、心搏過速)。
- III. 高血壓疾患(如慢性高血壓、妊娠高血壓、子癲前症)。
- IV. 糖尿病與需藥物治療的妊娠糖尿病。
- V. 甲狀腺功能異常。
- VI. 肺部功能異常、或氣喘。
- VII. 腎功能異常(eGFR<60mL/min/1.73m²)。
- VIII. 自體免疫疾病。
- IX. 孕前肥胖(BMI ≥ 30)。
- X. 電解質失調(包含低血鉀：血漿鉀離子濃度低於<35mEq/L、低血鎂：血漿鎂離子濃度低於<1.7 mEq/L)。

2. 療程劑量：

- (1) 一次療程時間以48小時為上限，總劑量上限為330mg。
- (2) 每次懷孕以一次療程為限。

處方資訊摘要：

孕保寧注射液 TRACTOCILE® solution/injection 7.5mg/ml
孕保寧濃縮輸注液 TRACTOCILE® concentrate/solution/intrusion 7.5mg/ml

組成注射劑：每毫升的溶液含有7.5毫克的 atosiban 濃縮輸注液，每毫升的溶液含有 7.5 毫克的 atosiban 在根據配製方式稱釋後 atosiban 濃度是 0.75mg/ml。劑形劑：Mannitol, hydrochloric acid 1M and water for injections。藥物劑型注射劑：每小瓶 (0.5L) 含 6.75 毫克，濃縮輸注液，每小瓶 (5ml) 含 37.5 毫克。**適應症：**延遲妊娠婦女迫切的早產。說明：TRACTOCILE® 用於延遲以下妊娠婦女迫切的早產，規律宮縮至少持續 30 秒，頻率大於等於每 30 分鐘 4 次，宮頸擴張 ≥ 3 公分(初產婦)或 ≥ 1 公分(經產婦)大於等於 50%，子宮大於等於 18 週。孕婦 24-33 週，胎兒心律正常。**用法用量：**本藥由醫師使用。TRACTOCILE® 治療的開始及維持應由每小時藥物劑量的發生進行，早產一經診斷，建議儘早開始給輸注液。一旦胎膜破裂已注射，隨後立即給予輸注。胎膜破裂後 TRACTOCILE® 分為二個階段：初始以 TRACTOCILE® 7.5mg/ml 注射劑靜脈推注 6.75 毫克劑量，隨後立即給予 3 小時持續的大劑量輸注 TRACTOCILE® 7.5mg/ml 輸注用濃縮液(每劑量濃度 300 毫克/分鐘)，繼以小劑量輸注 TRACTOCILE® 7.5mg/ml 濃縮輸注液(每劑量濃度 100 毫克/分鐘)，最長持續 48 小時。治療期間不能超過 48 小時。整個療程 TRACTOCILE® 的總劑量最好不要超過 330 毫克(以 atosiban 計)。如果在 TRACTOCILE® 治療期間，子宮仍持續收縮，應考慮其他替代療法。對腎功能或肝功能不全的婦女使用 TRACTOCILE® 治療是否需調整劑量，目前尚無資料。右表顯示靜脈推注後立即給予輸注的劑量：

階段	給藥方式	速率	劑量
1	0.9 毫升靜脈注射	超過 1 分鐘	6.75 毫克
2	3 小時靜脈滴注	24 毫升 / 小時	18 毫克 / 小時
3	靜脈滴注	8 毫升 / 小時	6 毫克 / 小時

再次治療：如果需要以 TRACTOCILE® 再次治療，也要先開始以 TRACTOCILE® 7.5mg/ml 注射劑靜脈推注，接著再以 TRACTOCILE® 7.5mg/ml 輸注用濃縮液給予輸注。禁忌：在以下情況下不要使用 TRACTOCILE®：懷孕週數不足 24 週或超過 33 週；早期破水且懷孕週數大於 30 週；宮內發育遲緩和胎兒心室不正常；分娩前子宮出血需要立即分娩；子癲或嚴重的先兆子癲需急分娩；胎兒宮內死亡；懷疑宮內感染；前置胎盤；胎盤早剝；任何繼續妊娠對母親和胎兒有潛在的情況；對藥物或任何一種藥物有過敏反應及注意事項 atosiban 都用在不能排除胎兒早產或死胎進入。高劑量或過量之藥的副作用發生或毛髮脫落的危險性。對胎兒功能或肝功不全的婦女使用 atosiban 治療發生經驗(與劑量及給藥方式與藥物動力學性)間。Atosiban 未曾使用在胎位不正的病人。Atosiban 使用於多胎妊娠或是併發症對於於 24 至 27 週的早產婦的臨床經驗非常有限，因此此類病人對 TRACTOCILE® 對於這些子群的益處並不清楚。以 TRACTOCILE® 再次治療是可能的，但是對於多次治療的臨床經驗非常有限，最多只有三次的再治療(見劑量及給藥方式)。對於子宮發育遲緩的婦女，決定是否繼續或是重新開始 TRACTOCILE® 治療主要依賴對胎兒成熟度的評估。在使用 atosiban 期間建議定期監測母親的宮收縮及胎兒心室率，自應考慮發生持續宮縮的可能。作為產藥業抗劑，atosiban 理論上能夠有利於子宮

舒緩以及產後出血。因此應監測分娩後的失血量。然而在臨床試驗中沒有觀察到產後子宮收縮乏力。多胎妊娠和抑制子宮收縮(tocolytic activity)的藥品，例如：鈣離子阻斷劑和 beta-mimetics 已知會增加胎動的時間。因此如果有多胎妊娠和/或同時使用其他子宮收縮劑時，應從小劑量 atosiban。副作用臨床試驗使用 atosiban 的母親可能發生的副作用已被報告。觀察到的副作用一般為輕微的。48% 以 atosiban 治療的病人曾感到副作用。臨床試驗沒有發現 atosiban 對新生兒有任何副作用。胎兒的不良事件均在正常變異範圍內，且與安慰劑組及非-受體阻斷劑組是相似的。在婦女的作用如下：

系統	非常常見 (≥10%)	常見 (≥1~<10%)	不常見 (≥0.1~<1%)	罕見 (≥0.01~<0.1%)
泌尿系統				過敏
代謝和營養系統		血糖升高		
精神系統			失眠	
神經系統		頭暈、頭暈		
心臟系統		心跳過速		
血管系統		低血壓		
骨骼系統	腳心			
皮膚及皮下組織系統			瘙癢、皮疹	
生殖和乳房系統				子宮出血、子宮乏力
一般疾病和投予部位反應		潮紅、注射部位反應		發燒

上市後曾有呼吸系統不良事件的報告如呼吸困難和肺水腫，特別是同時使用其他抑制子宮收縮的藥品如鈣離子拮抗劑(beta-mimetics)和/或多胎妊娠時。

製造商：Ferring GmbH / 廠址：Wittand11, D-24109 Kiel, Germany
包裝商：Ferring Lda/Vaoz., / 廠址：Ke Skale 455, 252 42 Vestec u Prahy, Czech Republic
藥商：建業藥業股份有限公司台北市松山區111號11樓 / Date of revision: Jul 2013

衛署藥輸字第 024562 號
衛署藥輸字第 024561 號

僅供醫療專業人員參考，處方前請詳閱簡章

FERRING
PHARMACEUTICALS