

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2008年10月144期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地址：台北市民權西路70號5樓
電話：(02) 2568-4819
傳真：(02) 2100-1476
網址：<http://www.taog.org.tw/>
E-mail：obsyntw@seed.net.tw
發行人：蔡鴻德
編輯：會訊編輯委員會
召集委員：龔福財

副召集委員：潘俊亨
委員：王三郎 王漢州 高添富 李耀泰
劉嘉耀 簡基城 游淑寶 陳建銘
陳信孚 沈潔怡 張維君
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
秘書長：謝卿宏
學會法律顧問：黃清濱 律師 04-22511213
曾孝賢 律師 02-23698391

醫藥記者聯誼會--主題式餐敘



封面畫作/抽象畫作，無形無相

抽象畫作是意識的表達，不受外在的影響，連結自己內在心性，與畫面的結合，無所束縛、無所追求，自然顯現

抽象畫本屬虛空，不只是追求表象，從畫面感受到當下的心性。

作者：楊榮貴醫師

服務單位：楊榮貴婦產科診所



台灣婦產科醫學會 144 期會訊

目錄精華

05 理事長的話 | 文/蔡鴻德

06 監事長的話 | 文/何博基

07 秘書長的話 | 文/謝卿宏

08 秘書處公告 | 文/秘書處

08 臺北市政府衛生局 函

轉知臺北縣政府衛生局擬於 97 年 10 月 18 日、19 日辦理「97 年度憂鬱症共同照護網第 2 梯次醫事人員認證培訓課程」，請踴躍報名參加，另專業課程部分依「跨縣市專業訓練課程直接交叉認證規定」予以認證乙事，詳如說明，請 查照。

08 中央健康保險局 書函

本局 98 年度共同公開徵求委託研究計畫書，公告時間預定為 97 年 10 月上旬開始，合計 30 日，請轉知所屬單位及人員注意，請 查照。

09 臺灣醫學會 函

2008 台灣醫學週台灣聯合醫學會學術演講會暨臺灣醫學會第 101 屆總會學術演講會，敬請惠允通知貴會會員踴躍報名參加，共襄盛舉。

09 行政院衛生署國民健康局 函

重申實施人工生殖時植入胚胎數之限制，及通報各類人工生殖資料之期限規定，請 查照。

10 中華民國醫師公會全國聯合會 函

有關 貴會就健保局任意核刪各醫療院所健保給付申請案件，使醫院與醫師權益受損，請本會共同響應對策案，覆如說明，請 查照。

目錄精華

10 行政院衛生署國民健康局 函

檢送本局 97 年 9 月 2 日「癌症防治法第 13 條修法協商」會議紀錄 1 份，請 查照。

13 台灣婦產科醫學會圍棋聯誼賽

14 台灣婦產科醫學會五十周年紀念冊 徵稿通知

15 會員聯誼——二天一夜日月潭風情之旅

17 通訊繼續教育

Gardasil & Cervarix 人類乳突病毒疫苗的使用 | 文/林錦鴻

23 會員園地

23 更年期荷爾蒙療法新趨勢 | 文/童寶玲

26 會員動態

27 Laparoscopic presacral neurectomy (Review) | 文/張裕、蔡英美、龍震宇、桂羅利、
李奇龍、林武周

38 多囊性卵巢症候群 | 文/徐明義

49 徵才看板

51 編後語 | 文/簡基城

54 活動消息 | 文/秘書處

理事長的話

蔡鴻濤

敬愛的會員平安

2008 年諾貝爾醫學獎，由德國杜賽道夫醫學博士楚豪森獲得，當年他獨排醫界觀念，直指人類乳突病毒是造成子宮頸癌的兇手，他的研究有助科學家了解 HPV 如何造成子宮頸癌，更促成澳洲 prof frazer 研發子宮頸癌疫苗問世，對人類有極大的貢獻，學會、厚生基金會及一些關心婦女健康的立委，積極推動子宮頸癌疫苗公費施打，學會亦委請副理事長曾志仁醫師，爭取到國健局的研究計畫，名為「是否經由公費補助接種子宮頸癌疫苗議題法人論壇」，將於 11 月在台北舉行，屆時歡迎大家的蒞臨指導。

今年 9 月台灣連續來了三個秋颱，全球氣候暖化大氣變化無常帶來了強風豪雨，重創了整個台灣，廬山旅館倒塌、谷關、阿里山道路柔腸寸斷，如果再來個強颱，清境、日月潭亦難倖免，風景區過度開發，官商勾結，政府無能，縱容濫建、濫墾、濫伐，結果大自然反撲將使台灣美麗不在，成為滿目瘡痍的醜陋島。

送走了秋颱，揮之不去的全球金融海嘯席捲全球，經濟景氣時醫師常被取笑像工廠的作業員，論件計酬，賺錢辛苦；經濟變差時，有人會羨慕說醫師是挺好的行業，相當穩定，不會失業，不管外界用什麼眼光來看我們，當今還是保守一點比較好，保住現金，保住工作，保住健康，保佑台灣。

9 月 28 日專科醫師筆試，碰上了強颱，全台停止上班上課，中午台鐵停開，高鐵則在下午四點停駛，中南部出題老師簽了不洩題保證後出闌，考生則由學會安排住宿台北，在危機處理小組應允下，讓我搭提早半個小時的高鐵回台中，半途風雨交加，為了行車安全從苗栗到台中高鐵變成了龜速，據新聞報導最後一班車從左營到台北開了五個小時。

10 月 8 日周三夜黃思誠教授在學會會館，召集所有出題老師將每張幻燈片仔細 check，讓本周日的口試得以順利進行，此次，總共 49 名考生赴考，淘汰 13 名，錄取 36 名，學會在公平公正公開的原則下，增添了優秀新血輪，感謝所有老師的盡心盡力及所有新秀四年來的努力。

敬祝 大家身體健康、醫療平安

監事長的話

何博基

近日報章雜誌一直批評醫界的不是，偽造文書、詐欺、虛報、偽造病歷、浮報、製造卡號，一卡雙刷…某某醫師被起訴…等等事宜，真是醫界之悲哀。

台灣醫師前往中國大陸執業事，雖有贊成，亦有反對，基於雙方醫療行為不同，且其執業細則尚未公布，大陸法規朝令夕改，台灣醫師於法令規範內前往中國大陸執業，屬個人生涯規劃自由，全聯會不宜表示意見及看法（目前是以 CEPA5 的港澳模式）。

全聯會秘書處草擬之「醫療機構接受訪查及醫師刑案應訊注意事項（稿）手冊案①依據全聯會 97/08/21 日媒體因應小組會議結論規劃製作「檢調約談應對原則手冊」，供會員參考辦理，②依李明濱理事長指示前項手冊並與本會 95 年 8 月編定之「醫療機構接受訪查注意事項」彙編成冊，以便會員查閱。

醫療機構面對主管機關或健保局之訪查，宜事先識別執行職務人員之身分，事中注意其是否遵守法令規定，以適時維護自身權益。醫師面臨刑事偵查程序時，切誤慌張。若身為被告或犯罪嫌疑人，宜尋求律師協助，明瞭自身在程序上之權力、注意檢警調是否遵守程序規定，以坦然態度應訊，當可避免權益不當侵害。若身為證人，則須履行證人之義務，並注意是否有拒絕證言之事由。總而言之，我國乃法治國家，法律嚴格規範國家公權力之行使，人民若確實瞭解法令之規定或尋求法律專業人員之協助，面對公權力時，當能不卑不亢，並避免權益受損。

秘書長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

秋高氣爽，氣候宜人多了，希望大家好好地 enjoy！學會首度的寒假會員旅遊報名已上路，明年春節後 2 月 7、8 兩天到日月潭，將到訪紅茶古道、廣興紙廠，夜宿最新的汎麗雅大飯店，甚棒，希望大夥兒能再度聯誼相聚，唯名額（房間）有限，請大家儘早報名。

乳房醫學進階課程開辦在即，學會辦活動的目的，就是想提昇大家執業的能力，以期早期診斷，並能避開危險，期待大家踴躍參加。這階段的課程之後，會安排合格的會員分別在北、中、南的醫學中心做相關的見習。在此，特別感謝前理事長李鎡堯教授、楊友仕教授、陳思原監事，與徐明洸召集人的幫忙協商，還有台大張金堅教授、郭文宏醫師的力挺。

今年的專科醫師甄審已完成，口試後算成績時，我們發現，論文加 5 分實在非常重要。這幾年來，只要在學會雜誌發表論文的考生，都在口試過關。因此，所有婦產科專科醫師訓練醫院與考生都要注意，現在雖已不再限定有論文是具備考試資格的條件，但大家一定要把握這個加分的機會。此外，從去年起學會已將乳房醫學列入命題範圍，當然，大家一定要把它加入平時教學，我們期待年輕一代的婦產科醫師會在這個領域開花結果，為全國婦女的身心健康共築一道防護牆。

有關生產同點數與剖腹產率之事，台灣省勞工之友社（或自由醫協會）日前又透過彰化的鄭汝芬委員利用葉金川署長上任之初提出質詢，由於學會是學術單位，對於利益團體假學術與公益之名的這種行徑，無法妥協也絕不可能接受要脅，我們會在適當時機召開相關會議，將其公諸於世。上月為這件事，與高雄林正泰醫師協商，林醫師甚至放話，該團體已進行蒐證，並將對學會和相關幹部採取行動，此外，他亦提醒我，他們實力堅強，「巴庫就勇」。難怪，10 月 5 日學會在國賓舉行的與醫藥記者的聯誼會，有位男士，假冒不知名小雜誌的實習記者，在現場鬼鬼祟祟，一副要蒐證的樣子，叫他坐下竟然不知所措，沒幾分鐘就倉惶離開！我們做事秉持良心，相信正義公理必不會被烏雲遮掩。當然，個人還是認為，千萬不要用造謠生事或打擊別人的方式，企圖使自己獲益，有朝一日，這種作法一定會被戳破！相反地，共存共榮才是生存之道，以正向的態度，大家相互扶持，才有成功合作的機會。

感謝蔡明松理事的幫忙，讓學會知道婦產科 PA 考試的不合理，我們一定會向衛生署爭取我們的 PA，我們自己訓練、自己考核，以達到學以致用，並期充分發揮人力的目標。最後，

敬祝 大家身體健康、精神快樂！

秘書處公告

臺北市政府衛生局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 97 年 9 月 16 日

發文字號：北市衛醫護字第 09737684300 號

主旨：轉知臺北縣政府衛生局擬於 97 年 10 月 18 日、19 日辦理「97 年度憂鬱症共同照護網第 2 梯次醫事人員認證培訓課程」，請踴躍報名參加，另專業課程部分依「跨縣市專業訓練課程直接交叉認證規定」予以認證乙事，詳如說明，請查照。

說明：一、依據臺北縣政府衛生局 97 年 9 月 9 日北衛心字第 0970092460 號函辦理。
二、轉知旨揭課程之課程表及報名表各乙份，欲參訓者，請於 97 年 10 月 9 日前將報名表傳真或 E-mail 臺北縣衛生局承辦人（請逕上該局網頁下載 <http://www.tps hb.tpc.gov.tw/web/Home?FP=1064>）。另有關專業課程予以認證部份，本局將依據「臺北市憂鬱症共同照護網教育學分課程規範」，屆時依北市醫事人員參與人數予以交叉認證。

中央健康保險局 書函

受文者：中央研究院等 328 個單位

發文日期：中華民國 97 年 9 月 12 日

發文字號：健保企字第 09700U4301 號

主旨：本局 98 年度共同公開徵求委託研究計畫書，公告時間預定為 97 年 10 月上旬開始，合計 30 日，請轉知所屬單位及人員注意，請查照。

說明：一、本局為提供全民健康保險業務決策參考，已於近期展開 98 年度委託各學術及醫療機關、團體之專家學者進行全民健康保險相關研究作業。
二、本局公開徵求之各項研究計畫執行與否，將視本局實際審查結果、法定經費預算及考量業務優先需求順位而決定。若因政策或本局組織改變等因素，至該研究計畫採購停止或變更，得標單位應予配合，並不得要求本局補償。
三、有關本局 98 年研究計畫各計畫名稱、徵求之內容、預算金額、執行期限及投標須知等招標文件詳細資料，於公告時間時將依政府採購法規定置於「政府電子採購網」（網址：web.pcc.gov.tw），有意申請者，可上該網站付費下載電子標單，或以郵

件敘明索取之計畫標案招標文件並附回郵信封向本局請領，或親洽本局 14 樓秘書室索取。

- 四、公告徵求之內容置放於本局全球資訊網（網址：www.nhi.gov.tw/委託研究）供參，公告時間僅置 98 年度計畫名稱與預算，公告時再將計畫名稱與預算併同研究重點供參，特請轉知相關研究人員注意。

臺灣醫學會 函

受文者：各醫師公會、醫學會

發文日期：中華民國 97 年 9 月 23 日

發文字號：（97）台醫會洋字第 0096 號

主旨：2008 台灣醫學週台灣聯合醫學會學術演講會暨臺灣醫學會第 101 屆總會學術演講會，敬請惠允通知貴會會員踴躍報名參加，共襄盛舉。

說明：一、開會日期：定於民國 97 年 11 月 7~9 日為期三天，於台北國際會議中心（台北市信義路五段一號）。

二、此次大會有大會特別演講、專題討論、教育演講，內容豐富，提供最新醫療新知、觀摩臨床醫學心得，同時於台北世界貿易中心展覽場（台北市信義路五段五號）有最新醫療儀器、藥品暨生技產業特區，敬請惠予轉告貴會會員踴躍參加。

三、非臺灣醫學會會員請事先報名，如於 10 月底以前完成入會手續則可依會員身份免費參加大會。

四、參加者由臺灣醫學會授與「醫師執業執照積分」，及各相關專科醫學會授予適當繼續教育積分。並請親自持身份證報到，領取大會名牌後於各會場前刷卡讀碼，依實際上課時數給予繼續教育積分。（詳細積分公佈於本會網站）

五、隨文檢附大會節目表及報名表一份，以供卓參，詳細程序內容公佈於本會網站（www.fma.org.tw）。報名表請至線上下載。

行政院衛生署國民健康局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 97 年 9 月 15 日

發文字號：國健婦字第 0970401144 號

主旨：重申實施人工生殖時植入胚胎數之限制，及通報各類人工生殖資料之期限規定，請查照。

- 說明：一、實施人工生殖時，為避免植入過多之胚胎造成受術妻身體健康之傷害，及依據本局人工生殖資料庫資料顯示，國內人工生殖機構於植入超過四個以上之胚胎數，並未顯著提升受孕率，爰於人工生殖法第十六條第一項第六款規定「實施人工生殖，不得每次植入五個以上胚胎。」，違者處新臺幣 20 萬元以上 100 萬元以下罰鍰，其行為醫師並依醫師法規定移付懲戒。
- 二、前述規定，依中華民國刑法第十條第一項「稱以上、以下、以內者，具連本數或本刑計算。」，意即實施人工生殖，每次植入胚胎數應不可超過四個。
- 三、為建立完整之資料庫系統，請於通報各類人工生殖資料時，確實依「人工生殖資料通報及管理辦法」規定之期限辦理。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 97 年 9 月 16 日

發文字號：全醫聯字第 0970003422 號

主旨：有關 貴會就健保局任意核刪各醫療院所健保給付申請案件，使醫院與醫師權益受損，請本會共同響應對策案，覆如說明，請 查照。

- 說明：一、依據本會第 8 屆第 7 次醫事法規委員會結論暨第 8 屆第 9 次理事會報告通過辦理。
- 二、覆 貴會 97 年 4 月 11 日台婦醫會總字 97054 號函。
- 三、中央健保局審查醫療院所申請健保給付案件之方式包括程序審查及專業審查（全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三章）。醫療院所對中央健保局之專業審查結果如有異議，得依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 31 條規定向健保局提出申復；對申復結果如有異議，得依該審議辦法第 21 條至第 23 條規定向爭審會提出爭審；對爭審之結果如仍不服，則得向高等行政法院提起行政訴訟。
- 四、綜上， 貴會為服務會員提出相關法律服務時，本會亦將本於服務立場援之以手，提供協助。

行政院衛生署國民健康局 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 97 年 9 月 16 日

發文字號：國健癌字第 0970301337 號

附件：會議紀錄 1 份

主旨：檢送本局 97 年 9 月 2 日「癌症防治法第 13 條修法協商」會議紀錄 1 份，請 查照。

行政院衛生署國民健康局 「癌症防治法第 13 條修法協商」會議紀錄

一、時 間：97 年 9 月 2 日（週二）下午 3 時 30 分

二、地 點：衛生署第 608 會議室

三、主 席：本局趙副局長坤郁

紀錄：游惠茹專員

四、出席單位及人員：

中華民國防癌協會	林芳仁理事長、余淑鈴小姐
中華民國癌症希望協會	（請假）
中華民國醫師公會全國聯合會	何博基常務理事、蔣世中副秘書長、 朱益宏醫師、吳明松小姐
中華民國護理師護士公會全國聯合會	孫吉珍理事、呂月榮秘書長
台灣家庭醫學醫學會	李汝禮秘書長
台灣婦產科醫學會	鐘坤井醫師（請假）
台灣婦癌醫學會	（請假）
台灣護理學會	蕭素蓮秘書長、趙家珍專員
宜蘭縣政府衛生局	郭姿瑩技士
花蓮縣衛生局	賴慧櫻技士
南投縣政府衛生局	張淑貫科長、黃其明技士
雲林縣衛生局	江寶珠技士
嘉義縣衛生局	翁淑卿技士
衛生署醫事處	李中月技士
衛生署護理及健康照護處	（請假）
本局	劉俊良簡秘、孔憲爛組長、施伶宜科長、 陳逸嫻技士、游惠茹專員

五、主席報告：略。

六、討論事項：

（一）有關今年下半年本局透過醫師全聯會、台灣婦產科醫學會、台灣家庭醫學醫學會協助，洽請各縣市醫師支援子宮頸抹片案，時間較短促，媒合情形不盡理想，但可提供未來雙方合作參考，歸納衛生局提報媒合未成的原因如下：

1. 部分篩檢活動場次開辦在即，故衛生局自行尋找醫師支援。
2. 由於民風保守，必須由女醫師提供支援，才能使婦女參與。

3. 篩檢目標族群為3年未接受抹片的婦女，而該群婦女多數係因怕羞、忙碌、害怕等而未能規律接受抹片檢查，為提高其篩檢意願，除了社區設站篩檢外，偏遠地區常需配合民眾作息，深入村里提供到府服務，每次活動參與率不定，有時可能僅有2—3位個案，醫師在無法獲得滿意報酬下婉拒參加。
 4. 所媒介人力並非婦產科或家醫科醫師，除了不符合預防保健服務支付規定外，醫師亦自認缺乏採檢經驗，而婉拒支援。
- (二) 醫師全聯會、台灣婦產科醫學會、台灣家庭醫學醫學會認為子宮頸抹片為醫療行為，應由醫師為之，除可執行採樣外，亦兼具檢查與診斷目的。如由非醫師人員採檢，發生偽陰性情形，亦將衍生法律爭議。
- (三) 護理師護士公會強調護理人員並不積極爭取執行子宮頸抹片採樣，但基於維護婦女健康及配合國家政策之需要，政府應給予護理人員執行採樣的法律保障，以避免南投縣公衛護士預防接種事件重演。
- (四) 醫師公會全聯會認為支援合作尚處於起步階段，本次作業時間短，行政流程不夠順暢，應再給予一段時間磨合，建議不要匆促修法。未來，當各地衛生局無法找到醫師參加抹片篩檢時，醫師公會全聯會願意且非常樂意協調會員提供支援。同時，建議對於醫療資源不足地區，可以整年計畫案方式委託公會，預為規劃以協調醫師參與。
- (五) 台灣婦產科醫學會認為偏遠地區個案較少，亦無提供醫師交通費，醫師支援篩檢常不敷成本，建議提供誘因使醫師願意參與，例如：對支援場次給予基本報酬保障。
- (六) 各衛生所辦理的村里篩檢係以3年未檢為邀請對象，常需公衛護士費盡心思力邀，並配合個案作息時間，才有可能讓婦女願意出來受檢，因此，有關醫師團體代表建議衛生局所預先規劃篩檢行程表，調查醫師可參與時間，惟在實務面並不可行，因為偏遠地區與大型社區篩檢不同，要預先規劃行程表，讓婦女「配合」受檢是有困難的。
- (七) 根據統計尚有一半婦女於3年內未曾接受抹片，這群對象主動參加篩檢意願低，並不是憑藉委託計畫就可迎刃而解。鑑於每年有6成以上婦女，因其他疾病就醫，如醫師能於診療室裝設門診主動提示抹片資訊系統，於其就醫時主動提供抹片服務，或主動轉介至可執行抹片服務的婦產科或家醫科，對提升篩檢率應有幫助。

七、結論：

由於此次支援時間短促，故媒合活動未盡如人意。各縣市之衛生局與醫師公會間向來互動密切，地方間彼此尋求支援合作應比透過中央與醫師全聯會更具效率，爾後建議各衛生局辦理抹片篩檢活動時，可直接向地方醫師公會尋求支援，如有困難時，本局將請醫師公會全聯會等團體提供協助，醫師公會全聯會亦將樂於協調支援。

八、散會時間：下午6時00分。

台灣婦產科醫學會圍棋聯誼賽

◎比賽時間：97年11月2日（星期日下午1：30）

●比賽時間：學會會館（台北市民權西路70號5樓）

1. 比賽方式：2人1組
2. 比賽辦法：以報名人數而定
3. 優勝獎金：分為冠軍、亞軍、季軍、殿軍
4. 報名日期：請於10月31日以前傳真報名表報名

報 名 表

姓 名	
會員編號	
電 話	
傳 真	
棋 力	

主辦單位：台灣婦產科醫學會

電話 02-25684819 傳真 02-21001476

台灣婦產科醫學會五十周年紀念冊

徵稿通知

各位醫師，您好：

為配合本會創會五十周年暨 2011 年 AFOG 年會將在台舉辦，本會將籌畫一本五十周年紀念冊暨相關婦產科文物展。紀念冊主軸將以編年史方式記錄學會組織、刊物等發展的過程，旁支則可納入台灣婦產科的歷史與婦產科文物展示。

如您了解學會或台灣婦產科發展的歷史，或擁有相關的文物、照片，我們希望您能不吝分享，這將是非常珍貴、值得保存下的歷史資料。

非常謝謝您的幫忙！

投稿方式

✧ 請填寫下表並隨稿件附上本單。

✧ 每篇文章文字字數限在 1500 字以內，照片限在 6 張以內。

✧ 稿件請以掛號郵寄【電子檔案】及【紙本】至學會。

學會聯絡方式：

地址：台北市民權西路 70 號 5 樓（郵遞區號 104）

Email: obsgyntw@seed.net.tw

Fax: 02-21001476

Tel: 02-25684819 白怡萱

✧ 投稿截止日期：2009 年 4 月 30 日

★來稿採用與否，學會保有取捨及篩選權★

投稿人資料

姓名（限本會會員）：_____ 會員號碼：_____

聯絡電話：(O) _____ (H) _____

手機：_____ 傳真：_____

Email : _____

地址：_____

投稿類別： 學會發展史 台灣婦產科發展史 婦產科相關文物展示

題目：_____

會員聯誼

二天一夜日月潭風情之旅

旅遊日期：98年2月7-8日(星期六-日)

行程概要：

第一天(六)

●搭乘高鐵前往台中→專車前往埔里→貓蘭山步道（舊名紅茶步道，沿途環境清幽、視野展望極佳，可欣賞滿山遍谷的阿薩姆紅茶園、柳杉及日月潭全景，登頂時更可遠眺九份二山及集集大山，海拔1020公尺高處。）→享用午餐時間→**日月潭遊覽湖光水色風情導覽**→晚餐 宿：汎麗雅

第二天(日)

●享用美味早餐→飯店內自由休閒活動→退房→**廣興紙廠導覽參觀及DIY活動**（親手抄紙+做手印+印刷（拓印、絹印））→午餐→搭乘高鐵返抵可愛的家

本行程預計晚上6:30抵達可愛的家

集合地點：

高鐵站集合（優惠票須出示證件）

- ★台北：高鐵票現場發予（詳細地點見旅遊手冊）
- ★桃園／新竹／台中：高鐵票事先寄發，屆時請自行持高鐵票搭車
- ★台南／高雄：高鐵票依人數多寡現場發予或事先寄發

◎以下集合時間暫定，以核發手冊為準

台 北：7:00 AM	(高鐵)	台 南：8:30 AM	(高鐵)
新 竹：7:45 AM	(高鐵)	高 雄：9:15 AM	(高鐵)
桃 園：7:30 AM	(高鐵)	台 中：8:00 AM	(遊覽車)
地 點：台中市台中港路二段（新光三越百貨對面）			

◆報名方式：

1. 報名日期：12月10日以前傳真報名表至旅行社，老人、小孩高鐵票有優待，請附身份證影本，並劃撥旅費至學會。（以收到郵局劃撥單為準）。因一般湖景房，房間數有限，會依先後報名順序安排，如安排到山景房將退800元(1個房間)，因房間有限請儘早報名，額滿為止。

帳 號：00037773

戶 名：台灣婦產科醫學會

2. 費用

半價：會員及其直系眷屬（含太太），須乘高鐵者，老幼另有優惠鎮。

全價：會員之非直系親屬、親友，須乘高鐵者，老幼另有優惠。

▲老人、小孩高鐵票有優待，請附身份證影本。

▲小孩3歲（含3歲）以上要收費。

價格表：

出發地 房型價錢		台北					桃園					新竹					台南					高雄					台中				
		台北	桃園	新竹	台南	高雄	台中	台北	桃園	新竹	台南	高雄	台中	台北	桃園	新竹	台南	高雄	台中	台北	桃園	新竹	台南	高雄	台中	台北	桃園	新竹	台南	高雄	台中
2 人 房	全價	9000	8700	8410	8900	9200	7600	4 人 房	全價	7500	7200	6910	7400	7710	6100																
	半價	4500	4350	4205	4450	4600	3800		半價	3750	3600	3455	3700	3855	3050																
	老幼全價	8300	8160	8000	8250	8410	-		老幼全價	6800	6660	6500	6750	6920	-																
	老幼半價	4150	4080	4000	4125	4205	-		老幼半價	3400	3330	3250	3375	3460	-																
3 人 房	全價	8000	7700	7410	7900	8200	6600	-	-	-	-	-	-	-																	
	半價	4000	3850	3705	3950	4100	3300	-	-	-	-	-	-	-																	
	老幼全價	7300	7160	7000	7250	7410	-	-	-	-	-	-	-	-																	
	老幼半價	3650	3580	3500	3625	3705	-	-	-	-	-	-	-	-																	

報名表 (在報名表上請註明房型)

會員編號		身分證字號		出生年月日	
會員姓名					
家屬姓名		身分證字號		出生年月日	
房型			行動電話		
地址					

*協 辦：東南旅行社 電話 02-25115596 傳真：02-25642256 (to-羅自強)

■ 通訊繼續教育

Gardasil & Cervarix

人類乳突病毒疫苗的使用



林錦鴻

行政院衛生署藥政處高級審查

台北榮民總醫院婦產科兼任主治醫師

美國密西根大學婦產科交換學者

國立政治大學企業管理博士

國立台灣大學醫管碩士

人類乳突病毒(HPV)是一個非常古老的性傳染病(STD)病毒,子宮頸癌、外陰癌和某些頸部的癌症都和感染此病毒有很密切的關係。繼 4 價的 Gardasil 在 2006 年上市, 2 價的 Cervarix 也將在近期上市, 這兩種上市疫苗經過了多個隨機的研究, 已經證實能對 16 和 18 兩種類型人類乳突病毒(HPV 16 和 18)所造成的子宮頸癌和外陰癌症, 有很高的保護效應, 不過, 對於已經施打疫苗的病人, 仍需要固定接受子宮頸抹片檢查。這兩種疫苗的確提高了子宮頸癌的預防效率, 但美中不足的是, 除了 HPV 16 和 18 外, 仍有其它種類 (type) 的人類乳突病毒也會引起子宮頸癌。而且, 依據台灣地區的研究結果, HPV 16,18 引起子宮頸病變的比例約為 55%, 略低於美國 70%。

除了上述之外, 關於人類乳突病毒疫苗仍有些問題尚無標準答案, 這些問題包括: 那個年紀是最理想的施打年齡? 疫苗注射對疾病保護的年限長短? 已經感染的婦女是否須要施打? 男性是否需要施打? 對於已經施打的女性, 需要如何的追蹤抹片檢查? 疫苗和某些自體免疫疾病似乎有所關連, 是否要對於施打的病人進行追蹤和管理? 這種疫苗是否需要全面推廣, 它的效率和成本分析如何? 這些問題都值得各界深入研究。[1]

理想的施打年齡

2007 年修正的 Gardasil 仿單資料顯示, 臨床試驗將 9-26 歲的適合注射對象, 按年齡分成 9-15 歲和 16-26 歲兩組 (樣本數分別為 1121 和 4229), 兩組皆按正常的三劑方式施打 (First Boost,

Second Boost after 2mo, Last Boost after 6mo), 檢驗兩組 Anti-HPV 6,11,16 and 18 的強度 (titer)。其結果發現, 9-15 歲組施打後產生的 Anti-HPV 強度遠高於 16-26 歲組, 也就是說, 越年輕施打疫苗、可產生的抗體強度較高 (Table 2)[2]。至於 26 歲後施打疫苗的效果如何, 則因尚無大型研究, 故無從得知。不過, 若以免疫學的理論, 施打疫苗時的年紀越大, 能產生的 Anti-HPV 強度較年輕族群為低, 這樣的抗體強度, 至今還無法確知是否足夠防治子宮頸癌和外陰癌症的發生。

Table 1

Table 1: Specialty Organization Recommendations for Administering HPV Vaccine^{15,17}

Specialty Organization	Females 9-12 Years (Prior to Sexual Debut)	Females 13-18 Years	Females 19-26 Years	Females >26 Years	Men and Boys
ACIP	Recommended	Recommended	Recommended	Not addressed in provisional recommendations.	Do not recommend
ACOG	Recommended	Offer vaccine	Offer vaccine	Data insufficient to make recommendations.	Do not recommend
ACS	Recommended	Recommended	Insufficient data to recommend for or against*	Not currently recommended.	Do not recommend

*Limited efficacy data for women in this age group since most had an average of 2 and not more than 4 lifetime sexual partners, absence of data for women with >4 lifetime sexual partners, lack of cost-effectiveness data in this age group.

Table 2

Immunogenicity Bridging Between 9- to 15-year-old Female Adolescents and 16- to 26-year-old Adult Women

Assay (cLIA)	9- to 15-year-old Female Adolescents (Protocols 016 and 018) N = 1121			16- to 26-year-old Adult Women (Protocols 013 and 015) N = 4229		
	n	GMT	(95% CI)	n	GMT	(95% CI)
Anti-HPV 6	915	928.7	(874.0, 986.8)	2631	542.6	(526.2, 559.6)
Anti-HPV 11	915	1303.0	(1223.1, 1398.0)	2855	761.5	(735.3, 798.6)
Anti-HPV 16	913	4909.2	(4547.6, 5298.5)	2570	2293.9	(2185.0, 2408.2)
Anti-HPV 18	920	1039.8	(964.9, 1120.4)	2796	461.6	(444.0, 480.0)

Note: GMT = Geometric mean titer in mMU/mL (mMU = milli-Merck units).

疾病的保護年限

前述提到的仿單資料也顯示, 將兩組隨機分配受試者, 依正常三劑方式施打後, Anti-HPV 16, 18 的強度在第一劑施打後 7 個月最高 (3889, 801.2), 而 Anti-HPV 16, 18 的強度在第一劑施打後的 36 個月衰減至 (801.2, 59.7)。從數據上也可以看到, Anti-HPV 18 的強度隨著時間快速衰減 (Table 3)[3]。令人擔心的是, Anti-HPV 18 的強度是否會隨著時間持續且快速衰減? 如此一來, 是否仍能保護婦女不受到 HPV 18 的感染?

Table 3

Summary of Anti-HPV cLIA Geometric Mean Titers in the PPI* Population

Study Time	GARDASIL N** = 276		Aluminum-Containing Placebo N = 275	
	n***	Geometric Mean Titer (95% CI) mMU/mL [†]	n	Geometric Mean Titer (95% CI) mMU/mL
Anti-HPV 6				
Month 07	208	582.2 (527.2, 642.8)	198	4.6 (4.3, 4.8)
Month 24	192	93.7 (82.2, 106.9)	188	4.6 (4.3, 5.0)
Month 36	183	93.8 (81.0, 108.6)	184	5.1 (4.7, 5.6)
Anti-HPV 11				
Month 07	208	696.5 (617.8, 785.2)	196	4.1 (4.0, 4.2)
Month 24	190	97.1 (84.2, 112.0)	188	4.2 (4.0, 4.3)
Month 36	174	91.7 (78.3, 107.3)	180	4.4 (4.1, 4.7)
Anti-HPV 16				
Month 07	193	3889.0 (3318.7, 4557.4)	185	6.5 (6.2, 6.9)
Month 24	174	393.0 (335.7, 460.1)	175	6.8 (6.3, 7.4)
Month 36	176	507.3 (434.6, 592.0)	170	7.7 (6.8, 8.8)
Anti-HPV 18				
Month 07	219	801.2 (693.8, 925.4)	209	4.6 (4.3, 5.0)
Month 24	204	59.9 (49.7, 72.2)	199	4.6 (4.3, 5.0)
Month 36	196	59.7 (48.5, 73.5)	193	4.8 (4.4, 5.2)

*The PPI population consisted of individuals who received all 3 vaccinations within pre-defined day ranges, did not have major deviations from the study protocol, met predefined criteria for the interval between the Month 6 and Month 7 visit, and were naive (PCR negative and seronegative) to the relevant HPV type(s) (Types 6, 11, 16, and 18) prior to dose 1 and through 1 month Postdose 3 (Month 7).
 **Number of subjects randomized to the respective vaccination group who received at least 1 injection.
 ***Number of subjects in the per-protocol analysis with data at the specified study time point.
[†]mMU = milli-Merck units.
 Note: These data are from Protocol 007.

已經感染的婦女是否須要施打

台灣目前還無法很方便的檢驗是否感染 HPV 或分析 HPV 的種類，某些實驗室提供 HPV DNA Assay 的檢驗，只能判斷某些高危險群是否感染 HPV，但很少婦女在已有性生活後仍未感染 HPV (CDC Sexual Transmitted Disease Website)。感染過 HPV type 16,18 的婦女接受疫苗的注射，不能治療因為 HPV 所產生的疾病；也無相關的資料足以證明，疫苗會延緩子宮頸疾病的發生。雖說少部份有性生活的婦女，可能沒有 HPV 16,18 的感染，疫苗注射對於這群婦女可能有效益存在；但是對於大部份的婦女而言，疫苗的注射並不能提供保護。而且，HPV DNA PCR 的檢驗成本高昂，是否透過此檢驗辨別 HPV 16,18 感染與否，仍有許多爭議。[4]

男性是否也需要施打

在 American Academic Pediatrics Journal 曾有相關的論文，該研究以 506 個女孩和 510 個男孩為對象，皆施打 3 劑的 4 價疫苗後發現，可以顯示男孩的 Anti-HPV 的強度不低於女孩。這樣的結果，能否推論值得為男性施打疫苗？基本上，男性施打疫苗可以預防某些陰莖癌，但是陰莖癌發生比例低、容易查覺，臨床特性不同於子宮頸癌。但由學理上，男性因施打疫苗而免於 HPV 的感

染，可以中斷 HPV 的傳染鏈，也降低傳染 HPV 的女性的機率。所以，男性是否需要施打疫苗，仍需要更多的研究證據[5]

抹片檢查追蹤

按現今的文獻，建議已施打疫苗的婦女，仍需定期接受子宮頸抹片檢查。在台灣，因為感染 HPV 16,18 發生子宮頸病變的比例約為 55%，而美國則是 70%。這也意謂著，台灣婦女施打疫苗的效益可能低於美國，所以台灣婦女即使施打疫苗後，也需定期接受抹片檢查。(cdc)

也有部份論文指出，Gardasil 和 Cervarix 疫苗對於感染 HPV 31, 45 所導致的子宮頸病變也有保護作用。不過，此預防效益仍需更多的研究來證實。

疫苗和自體免疫的疾病

Gardasil 疫苗和某些自體免疫的疾病似乎有所關連，例如某些 Immunosuppressant 病人，就不被建議使用此疫苗。按 Gardasil 的臨床試驗，施打疫苗的注射組 11813 人中，有 3 人發生自體免疫的疾病（年輕型關節炎 Juvenile Arthritis、風溼性關節炎），而未施打疫苗的對照組 9701 人中，則只有 1 例發生，且兩組的發生比例差異有統計上的意義。Gardasil 仿單上也有報告，施打後可能有 Guillain-Barre Syndrome 的不良反應，但仍未證實此反應和 Gardasil 的疫苗有關。而 2007 年美國國家疫苗資訊中心（相當於台灣藥害基金會的組織），接到的 2227 例 Gardasil 不良反應中，有 206 例 Guillain-Barre Syndrome，至今也未有足夠證據確認與 Gardasil 疫苗有關。在美國核准 Gardasil 疫苗的同時，默克(Merck) 已允諾對疫苗使用進行一項嚴謹的安全性評估，預計於 2009 年提出一個疫苗安全的綜合報告。[9]但無論如何，此一可能性仍須讓施用者和處方的醫療人員有所了解。[6-8]

Guillain-Barre Syndrome 是一種嚴重的神經性疾病，會導致全身性或半身性的麻痺。輕微的，可能造成長時間的感覺神經或末端運動神經障礙；嚴重的，可能導致呼吸肌麻痺而無法呼吸。Guillain-Barre Syndrome 的發生機轉和原因仍然不明，一般來說，與病毒感染有關，相關文獻已證實和自體免疫的機轉有關連。

全面施打國家的報告

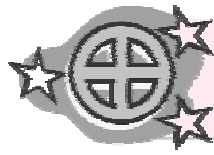
加拿大衛生單位於 2007 年編列了 3 億加幣的費用，在 2007 年 2008 兩年度內對於加拿大境內 6、7、8 年級的女孩（相當於小六到國二）免費注射 Gardasil 疫苗。澳洲則是第一個全面施打的國家，對近 4 百萬的婦女皆給予 Gardasil 疫苗注射，按澳洲政 TGA (Therapeutic Goods Administration) 的報告，有部份婦女產生過敏反應，但不足以影響全面施打 Gardasil 的政策。

建 議

2005 年底，Gardasil 四價疫苗(6,11,16,18)已經在台灣上市，而 Cervarix 二價疫苗(16,18)也已在 2008 年 6 月上市。由於藥廠和婦產科醫學會的大力推廣，疫苗注射已廣為民眾接受，衛生主管單位也正考慮對符合適應症之婦女全面施打的計劃。目前，80%的疫苗是藉婦產科的管道施用，故而本文提到的國外報告和不良反應資料，可以提供婦產科醫師注意，避免醫療糾紛的發生。對於部份醫師有超過仿單建議 (Off Label Use)的使用，可能需考慮預防效果較差和不良反應風險較大的問題。無論如何，婦產科醫師都樂見到這兩種疫苗上市，對子宮頸癌症和外陰癌的預防效果。

參考文獻

1. Brisson, M., et al., The potential cost-effectiveness of prophylactic human papillomavirus vaccines in Canada. *Vaccine*, 2007. 25(29): p. 5399-5408.
2. McLemore, M.R., Gardasil? Introducing the New Human Papillomavirus Vaccine. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2006. 10(5): p. 559-560.
3. Siddiqui, M.A.A. and C.M. Perry, Human Papillomavirus Quadrivalent (types 6, 11, 16, 18) Recombinant Vaccine (Gardasil (R)): Profile Report1. *BioDrugs*, 2006. 20(5): p. 313.
4. Markowitz, L.E., et al., Quadrivalent human papillomavirus vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Recommendations and Reports*.
5. Block, S.L., et al., Comparison of the Immunogenicity and Reactogenicity of a Prophylactic Quadrivalent Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16, and 18) L1 Virus-Like Particle Vaccine in Male and Female Adolescents and Young Adult Women. *Pediatrics*, 2006. 118(5): p. 2135-2145.
6. Blog, I., A new report issued by the US NVIC provides evidence for a reported association between the human papillomavirus (HPV) vaccine [Gardasil] and Guillain-Barre Syndrome. *Inpharma*, 2007. 1(1602): p. 20-20.
7. Pharmanewsfeed, R.L., NVIC against Gardasil's universal use. News item. *Inpharma Weekly*, 2006. 1545: p. 21.
8. Pharmanewsfeed, R.L., Quadrivalent recombinant HPV vaccine: safety concerns. Media release. *Inpharma Weekly*, 2007. 1575: p. 19.
9. Center, V.R., Merck Says FDA to Decide on Wider Gardasil Use.



問 答 題

1. Gardasil 疫苗仿單建議的注射年紀是
A. 10-30 B. 9-26 C. 15-35 D. 12-29
2. 美國疫苗資訊中心所接獲 Gardasil 藥品不良反應中，以那種症狀最為嚴重，可能有嚴重後遺症和死亡
A. Fever B. Syncope
C. Arthritis D. Guillain-Barre Syndrome
3. Gardasil 和 Cervarix 的最大差別是
A. Gardasil 可以防治菜花
B. Gardasil 是四價的疫苗，而 Cervarix 是二價的疫苗
C. Gardasil 主要防治 HPV type 6, 11, 16, 18
D. Cervarix 只能防治 HPV 16, 18
E. 以上都正確
4. 在台灣 HPV 疫苗注射後產生副作用，你必須通報那個單位
A. 衛生署國民健康局 B. 衛生署疾病防治中心
C. 財團法人藥害救濟基金會 D. 衛生署藥政處
E. 以上皆可
5. 未曾感染之婦女注射疫苗後，須多久做抹片檢查的追蹤
A. 不用做抹片檢查
B. 2-3 年做一次，就可以了
C. 仍需按國健局的建議，每年做抹片檢查
D. 以上皆否

第 1 4 3 期通訊繼續教育

節拍器式的化學治療

答案：一、(D)；二、(C)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

更年期荷爾蒙療法新趨勢



童寶玲

台大醫院婦產部主治醫師

台大醫學院醫學系婦產科臨床助理教授

國立台灣大學醫學院醫學系畢

國立台灣大學醫學院臨床所博士

1966年，婦產科醫師 Robert Wilson 發表暢銷書「Feminine Forever」，認為每一位更年期的女性都需要補充荷爾蒙，以達「青春永駐」。當時更年期荷爾蒙在歐美國家開始流行。1985年，陸續的研究報告更指出更年期後補充荷爾蒙，除治療血管舒縮 (Vasomotor) 不穩定、陰道泌尿系統乾燥以外，還可預防骨質舒鬆、心臟病、腦神經退化、尿失禁、皮膚老化等問題，並大大改善生活品質 (1)。1990年，更認為荷爾蒙可延緩女性心臟血管疾病的發生，對大部分更年期後的女性是有益的。一時間，更年期後荷爾蒙療法廣為流行。

WHI 的報導

2002年美國 WHI (Women's Health Initiative) 卻將更年期荷爾蒙判了死刑：由 40 個美國醫療中心，8506 位使用荷爾蒙女性，相對於 8102 位不使用荷爾蒙女性的對照組進行了 5.2 年的研究發現，更年期後使用荷爾蒙無法預防心臟病，反而增加心臟病 (29%)；雖然可以減少大腸癌 (37%) 和髖骨骨折 (34%)，卻也增加了中風 (41%) 和乳癌 (26%) (2)。心臟血管疾病在歐美國家是頭號死亡原因，心臟血管疾病包含腦血管疾病、心臟病及高血壓性疾病，在國內心臟血管疾病的死亡人數僅次於癌症。WHI 的這份研究成果影響效應不同小可，在國內外荷爾蒙的使用量兩年內減了一半 (3)。目前，更年期後使用荷爾蒙已不再普遍，如此迅速的全球性改變，戲劇效果十足，不禁令人嘖嘆。

檢 討

事隔六年，不少檢討紛紛出爐。其中對 WHI 研究成果最大的質疑是參與研究婦女的年

齡，70%女性大於60歲。其次是荷爾蒙的組合方式。後繼的研究發現WHI參與人員中60歲以下的已切除子宮婦女，使用單一含動情激素（即不使用黃體素）的賀爾蒙後，追蹤6~8年，心臟血管疾病的發生率明顯下降。而在60歲以上的婦女，荷爾蒙就無法有效預防心臟病（4）。在乳癌方面，只使用動情激素者，較使用動情激素和黃體素荷爾蒙者，乳癌發生率較低（5）。黃體素在子宮未切除的更年期女性補充荷爾蒙時是必須的，黃體素可以預防子宮內膜癌。但很明顯的，黃體素對心臟血管及乳癌是不利的。年齡的因素也告訴我們，動情激素對心臟的保護作用是有年齡限制的。在更年期早期，動情激素可以保護心臟血管，而在更年期一段時間後，當心臟血管在失去動情激素的保護下，發生一些「破壞」後，再使用動情激素，反而是有害的。可能的機制在動情激素會增加栓塞的形成（6），活化凝血（coagulation cascade）及發炎反應（proinflammatory activation）（7、8），因而加速已受傷的血管破壞。

心臟血管的「小」破壞

這些微小的血管變化，以現有臨床上廣為應用的檢查方法包括心電圖、心臟超音波、核磁共振、心導管等無法檢驗出來。因此，在年齡較大及更年期較久後使用荷爾蒙，相對於更年期早期時使用是「危險」的。回溯1998年荷爾蒙應用於有心臟血管疾病女性的研究報告指出，這些女性在使用荷爾蒙的第一年內，再發生心臟血管疾病的機率最高，而後續幾年內持續使用荷爾蒙，危險是下降的（9）。因此，對於更年期較久的婦女，在不明其心臟血管狀況下使用荷爾蒙，第一年得非常小心，度過「測試期」的第一年相安無事後，才能確定對心臟血管有利無害！這樣的「測試期」有點冒險，所以，最好還是想辦法找出「微小」的血管疾病變化，提升檢驗工具的敏感度及準確度，例如血管彈性及阻力檢查等（10），又如找出一些好發心臟疾病的遺傳基因或血液中的蛋白標記（11），試圖去了解荷爾蒙所造成的微小血管變化，並從而去知道誰是屬於心臟血管疾病「易發病」的族群。

應用荷爾蒙的個人公式

針對這樣的概念，美國各大醫院紛紛推出個人是否該補充荷爾蒙的組合公式，包含了年齡、骨質密度、乳癌及心臟病的危險機率，栓塞的危險率及個人的基因標記組合（12）。當需使用黃體素時，也改用非口服的、昂貴的、新開發的黃體素，如陰道內塗抹乳膏Crinone、含黃體素的子宮環LNG-IUS或Mirena（13），達到所謂的「Uterine first-pass effect」，減少黃體素經全身吸收所造成心臟及乳房的負面影響（14）。更年期後荷爾蒙的應用，不再認為是「補充」性質的（1）。荷爾蒙「治療」如臨大敵般，全副武裝，嚴陣以待！

人性化的荷爾蒙應用

這樣的態度是很冷酷的！有將近一半的女性因熱潮紅等等更年期不適所困擾(15)，其中部分女性甚至覺得人生極端痛苦無趣，短期內已失去了生存意義，更談何未來的危險！回歸到較為人性體貼的一面，荷爾蒙的功勞再次被肯定(16)。

目前，針對熱潮紅、盜汗、心悸等血管舒縮不穩定狀況，陰道及泌尿道乾燥所造成的不適，及缺乏荷爾蒙造成失眠等精神層次的的不適，荷爾蒙治療依然是極佳的選擇。許多研究發現其它種種替代藥，包括健康食品，皆無法有效取代荷爾蒙 (16)。

荷爾蒙已不再用於長期疾病的預防上；但是短期使用，荷爾蒙的療效依然是受到肯定的。

參考文獻：

- (1) Rossouw JE. Postmenopausal hormone therapy for disease prevention: Have we learned any lesson from the past? Clin Pharm Ther 2008;83:14-16.
- (2) Writing group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002;288:321-33.
- (3) Hersh A, Stefanick M, Stafford R. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. JAMA 2004;291:47-53.
- (4) Hsia J, Langer RD, Manson JE, et al. Conjugated equine estrogens and coronary heart disease the Women's Health Initiative. Arch Intern Med 2006; 166:357-65.
- (5) Anderson GL, Chlebowski RT, Rossouw JE, et al. Prior hormone therapy and breast cancer risk in the Women's Health Initiative randomized trial of estrogen plus progestin. Maturitas 2006;55:103-15.
- (6) Grady D, Wenger NC, Herrington D, et al. Postmenopausal hormone therapy increase risk for venous thrombotic disease. The Heart and Estrogen/Progestin Replacement study. Ann Intern Med 2000;132:689-96.
- (7) Baker L, Meldrum KK, Wang M, et al. The role of estrogen in cardiovascular disease. J. Surg Res 2003;115:325-44.
- (8) Straub RH. The complex role of estrogens in inflammatory Endocr Rev 2007;28: 521-74.
- (9) Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trail of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in Postmenopausal Women Heart

and Estrogen/Progestin Replacement study (HEPS). Research Group. JAMA 1998;280:605-13.

- (10) Hodis HN, Mack WJ, Lobo RA. et al. Estrogen in the prevention of atherosclerosis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 2001; 135:939-53.
- (11) Shearman Am, Cupples LA, Demissie S, et al. Association between estrogen receptor alpha gene variation and cardiovascular disease. JAMA 2003;2266-70
- (12) Vitiello D, Naftoilin F, Taylor HS. Menopause: developing a rational treatment plan Gynecol Endocrinol 2007;23:682-91.
- (13) Sitruk-Ware R. New hormonal therapies and regimens in the postmenopause: routes of administration and timing of initiation. Climacteric 2007;10:358-70.
- (14) Phillips LS, Lange RE. Postmenopausal hormone therapy: critical reappraisal and unified hypothesis. Fertil Steril 2005;83:558-66.
- (15) Nelson H, Haney E, Humphrey L, et al. Management of menopause-related symptoms. Evidence Report/Technology Assessment 120. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.
- (16) Nelson GD. Menopause. Lancet 2008;760-70.



會員編號	姓名	變更後執業院所	縣市
0512	陳一正	育生婦產科診所	台北縣
1072	賴聰能	新泰宜婦幼醫院	南投縣
1080	吳少白	嘉義榮民醫院	嘉義市
1775	楊隆輝	衛生署台南醫院	台南市
1955	張盈寬	停業	桃園縣
2119	林舜華	權霖婦產科診所	台中市
2252	吳建德	婦安婦產科診所	雲林縣
2435	林世杰	慈濟醫院大林院	嘉義縣
2718	劉瑋瑋	王立文婦產科診所	基隆市
2978	葉紹錡	停業	台北市
3007	周家弘	成大醫院斗六分院	雲林縣
3026	黃婉儀	停業	台北市

★此資料參考中華民國醫師公會全國聯合會出版之「台灣醫界」第 51 卷第 9 期

Laparoscopic presacral neurectomy (Review)



張裕 蔡英美 龍震宇 桂羅利[#] 李奇龍[#] 林武周^{*}

高雄醫學大學 小港醫院 婦產科 主治醫師

高雄醫學大學醫學系畢

台灣婦產科內視鏡暨激創醫學會骨盆重建專科醫師

台灣婦產科內視鏡暨激創醫學會會刊編輯出版常務委員

台灣婦產科內視鏡暨激創醫學會學術教育南區委員

[#]林口長庚醫院

^{*}中國醫藥大學附設醫院

前言

婦產科門診病人中，約有 10% 是因骨盆腔疼痛而就醫，當中約有 15% 的病人罹患子宮內膜異位症。子宮內膜異位症與幾種骨盆腔疼痛相關，如經痛、慢性下腹痛（chronic pelvic pain, CPP，非經痛且持續超過 6 個月）、性交疼痛、解便疼痛等。

因下腹痛而接受腹腔鏡手術的病人中，37-74% 有子宮內膜異位症。接受手術證實具有子宮內膜異位症的病人中，有 15% 是沒有症狀的。這些文獻報告說明了子宮內膜異位症可能是併存於這些有下腹痛的婦女，而不一定是導致下腹痛之原因。Revised American Fertility Society (r-AFS) classification system 為目前最常用於評估子宮內膜異位症之嚴重度的系統，然而此系統之分類並不足以表現出病人臨床症狀之嚴重度。

自西元 1899 年，醫師針對嚴重經痛及腹痛的病人，若藥物治療失敗，考慮手術治療者，開始將薦前神經切除手術治療納入治療計畫中。針對骨盆腔疼痛的病人，藥物治療依然是主要之治療方法！如 nonsteroidal anti-inflammatory medications, oral contraceptives, danazol, 與 gonadotropin releasing hormone analogs 等都是常用之藥物。然而，並非所有病人對於藥物治療都很滿意，依然有 20-25% 病人對於治療效果感到失望。因此針對此類之病人，手術治療成為另一可考慮之方向。

手術治療

藥物治療失敗的骨盆腔疼痛之病人，手術治療可分為保守性與非保守性兩種。非保守性的作法為子宮全切除合併兩側卵巢切除或保留。保守性治療包括子宮內膜異位處之電燒與切除、沾黏撥離與骨盆腔神經切除。

骨盆腔神經切除分為兩大類，一為薦前神經切除術 (PSN)，另一為子宮神經阻斷術 (UNA, uterine nerve ablation)，亦稱為子宮薦骨韌帶切除術 (USR, uterosacral ligaments resection)。UNA 作法為切除或電燒長深各 1 公分之雙側子宮薦骨韌帶，由於此手術簡單及安全，較廣為施行，然而在最近 RCTs (randomized controlled trials) 中，UNA 對病人並無好處。

薦前神經切除手術，其方法為將分布於 interiliac triangle 之薦前神經叢切除。Presacral nerve (薦前神經叢)，事實上是 superior hypogastric nerve 的俗稱，是一分布於第五腰椎前的神經叢。一研究發現，75% 的神經叢分布在左邊，25% 在中間，而右邊則沒有神經叢分布。

傳統薦前神經切除手術是將 presacral space (sacral promontory 之上，兩側 common iliac arteries 之間，稱之為 Cotte's interiliac triangle) 打開，小心避免傷及 ureter 及 middle sacral vessels，然後將此區域之神經叢電燒切除。目前文獻中有所謂的改良式薦前神經叢切除手術 (手術方法介紹於 Table I)，可將此神經分部差異性所造成之失敗率降至最低。

改良式之腹腔鏡薦前神經切除術，稱之為 laparoscopic modified presacral neurectomy (LMPSN)。與傳統腹腔鏡薦前神經切除術 (LPSN) 差別在於將手術部位提高至 aortic bifurcation 處，這樣的好處在於：

1. 減少病人神經分布差異性所帶來之失敗率
2. 縮短手術時間
3. 減少副作用
4. 有較佳之長期治療效果

薦前神經切除術手術治療效果

西元 1899 年，Laboulary 與 Ruggi 開始使用薦前神經切除術治療下腹痛之病人。當時相關之研究報告顯示有 37-89% 的成功率，然而這些研究並沒有對下腹痛做分類，對子宮內膜異位症相關之疼痛治療亦未加以統計。

第一個 RCT 是由 Johns Hopkins University School of Medicine 於西元 1990 年提出，Tjaden et al 發現子宮內膜異位症之病人接受子宮內膜異位症病兆處切除加作薦前神經切除術，確實能完全解除中間型骨盆腔疼痛！而只接受子宮內膜異位症病兆處切除之病人並沒有改善其疼痛。而針對背部痛以及兩側下腹痛的病人，PSN 並無治療的效果。

許多的研究顯示要慎選病人來接受 PSN 的手術，選擇與子宮內膜異位症相關之嚴重中間型經痛病人來接受 PSN 效果最好。然而，臨床上許多需要手術的病人，同時會合併雙側腹痛！最近一 RCT (Zullo et al, 2003) 報告顯示，無論疼痛位置（中間或兩側），子宮內膜異位症之病人接受手術若加作 LPSN (Laparoscopic presacral neurectomy)，在 6 個月與 12 個月追蹤中，針對經痛、性交疼痛與慢性下腹痛有明顯的療效。(Figure 4, 5 and 6)

目前唯一相關的 Cochrane Database of Systematic Reviews 為 Proctor et al 於 2005 年所做的 meta-analysis，結論為尚未有足夠證據於子宮內膜異位症之病人施行薦前神經切除術。然而此分析還是有許多資料不夠完整與值得討論，由於目前尚缺乏有證據力之報告來比較 LPSN 與 PSN 的治療效果，所以如果將這些分析報告分開來看，我們將有兩個答案：

1. 傳統剖腹薦前神經切除手術對於疼痛解除並沒有顯著療效，但此結論欠缺有力之研究於中間型疼痛之解除。
2. 腹腔鏡薦前神經切除手術對於子宮內膜異位症相關之中間型疼痛具有顯著之療效。

目前的臨床資料顯示，針對接受子宮內膜異位症保守性手術的病人加作 LPSN 似乎在長期追蹤下，能維持疼痛治療的療效。關於 quality of life (QoL)，Short-Form Healthy Surgery 做了一個長期性的評估，發現子宮內膜異位症保守性手術中加作 LPSN 的病人，QoL 有顯著的改善。(Figure 7) 針對各期的子宮內膜異位症合併經痛之病人，LPSN 在文獻中的報告顯示，比只接受保守性治療者更有疼痛緩解之療效。

病人選擇不當、神經分布差異性以及神經切除不全，應為薦前神經切除手術治療效果不佳之主要原因。

薦前神經切除術手術之併發症

手術可能發生之併發症為：便秘、解尿障礙、暫時性低血壓、性功能障礙、背痛、出血、腸阻塞、大血管破裂等。(Table II)

雖然手術的範圍相當接近大血管，甚至在主動脈上 (LMPSN 手術的位置)，傷及大血管的機率其實相當低，約 0.15%。PSN 手術中最常發生的併發症是 sacral hemorrhage，通常是傷及 middle sacral vein (發生率約 0.5%)。避免大量出血的方法為施行手術時，一手持用 bipolar，發現出血時馬上用 bipolar 止血。另一術中較常發生的併發症為傷及 pres-

acral lymphatic vessels or plexus, 發生率為0.6%, 大部分是發生於單用單極電燒的手術者。避免發生此併發症的方法也是如同避免出血的方法一樣, 建議使用雙極電燒施行手術。

暫時性低血壓與尿滯留均曾經被報告過為立即術後的併發症。其中尿滯留比較跟PSN手術相關; 術後約1-10%病人有尿急之併發症。術後長期性的併發症較常見的是便秘, 發生率為4-74%。LMPSN在此併發症上明顯減少。

改良型腹腔鏡薦前神經切除術 (LMPSN)

在改良型腹腔鏡薦前神經切除術 (LMPSN) 中, 所做的位置是在於 aortic bifurcation, 而非傳統之 interiliac triangular area, 所以可將神經分部差異性所造成之失敗率降至最低。若是傳統手術之位置將所有 presacral nerve plexus 阻斷, 可能造成結腸功能之影響, 進而導致便秘之副作用。在 LMPSN 術式中, 一交感神經叢沒被破壞 (Figure 8), 可能是這原因, 病人鮮少有便秘及解尿障礙的問題。

結 論

資料分析顯示, 各個關於薦前神經切除術研究的報告均有很大的差異性。這些差異性或許是各個手術者在神經切除的方法不一樣、神經切除的完全度不一、病人本身神經分布的差異與術後神經是否再生長有關。

目前一些前瞻性的臨床資料均顯示, 在腹腔鏡保守性手術治療各期的子宮內膜異位症時, 加作腹腔鏡薦前神經切除術來治療下腹痛是有效且微創的術式; 但是, 慎選病人接受手術亦相當重要。若病人的下腹骨盆腔疼痛是中間型、嚴重、慢性、藥物治療效果不佳而且是因子宮內膜異位症引起者, 則接受腹腔鏡薦前神經切除術是最佳的選擇。

對於嚴重中間型經痛並且藥物治療失敗者, 腹腔鏡薦前神經切除術無疑是提供患者一個很好的治療機會! 但由於此術式難以避免地可能會傷及支配膀胱與直腸之神經, 所以針對原本有便秘與尿液滯留之病人要特別小心。依目前文獻上之報告, 改良式術式能減低傳統腹腔鏡薦前神經切除手術的便秘副作用, 期望未來持續地研究與追蹤, 能有更多資料提供各位參考。

參考論文

1. Chang Y, Tsai EM, Long CY, Lin WC. A modified method of laparoscopic presacral neurectomy for the treatment of midline dysmenorrhea. J Minim Invasive Gynecol.

- 2006;13:211-215.
2. Chang CY, Chang WC, Hung YC, Ho M, Yeh LS, Lin WC. Comparison of a new modified laparoscopic presacral neurectomy and conventional laparoscopic presacral neurectomy in the treatment of midline dysmenorrhea. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99:28-32.
 3. Palomba S, Zupi E, Falbo A, Russo T, Tolino A, Marconi D, Mattei A, Zullo F. Presacral neurectomy for surgical management of pelvic pain associated with endometriosis: a descriptive review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006 13:377-385.
 4. Proctor ML, Latthe PM, Farquhar CM, Khan KS, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19; (4) :CD001896. Review.
 5. Zullo F, Palomba S, Zupi E, Russo T, Morelli M, Sena T, Pellicano M, Mastrantonio P. Long-term effectiveness of presacral neurectomy for the treatment of severe dysmenorrhea due to endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11:23-28.
 6. Zullo F, Palomba S, Zupi E, Russo T, Morelli M, Cappiello F, Mastrantonio P. Effectiveness of presacral neurectomy in women with severe dysmenorrhea caused by endometriosis who were treated with laparoscopic conservative surgery: a 1-year prospective randomized double-blind controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:5-10..
 7. Nezhat CH, Seidman DS, Nezhat F, Nezhat C. Are the long-term adverse effects of laparoscopic presacral neurectomy for the management of central pain associated with endometriosis acceptable? *Prim Care Update Ob Gyns.* 1998;5:197.
 8. Chen FP. Laparoscopic presacral neurectomy for chronic pelvic pain. *Chang Gung Med J.* 2000;23:1-7
 9. Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA; Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceeding of an expert-panel consensus process. *Fertil Steril.* 2002;78:961-972.
 10. Vercellini P, Aimi G, Busacca M, Apolone G, Uglietti A, Crosignani PG. Laparoscopic uterosacral ligament resection for dysmenorrheal associated with endometriosis: results of a randomized, controlled trial. *Fertil Steril.* 2003;80:310 -319.
 11. Johnson NP, Farquhar CM, Crossley S, et al. A double-blind randomized controlled trial of laparoscopic uterine nerve ablation for women with chronic pelvic pain.

- BJOG. 2004;111:950 -959.
12. The LUNA Trial Collaboration. A randomized controlled trial to assess the efficacy of laparoscopic uterosacral nerve ablation(LUNA) in the treatment of chronic pelvic pain: the trial protocol [ISRCTN41196151]. BMC Women's Health. 2003;3:1- 6.
 13. Lee RB, Stone K, Magelssen D, Belts RP, Benson WL. Presacral neurectomy for chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 1986;68:517-521.
 14. Tjaden B, Schlaff WD, Kimball A, Rock JA. The efficacy of presacral neurectomy for the relief of midline dysmenorrhoea. Obstet Gynecol. 1990;76:89 -91.
 15. Zullo F, Pellicano M, De Stefano R, et al. Efficacy of laparoscopic pelvic denervation in central-type chronic pelvic pain: a multicenter study. J Gynecol Surg. 1996;12:35- 40.
 16. Perez JJ. Laparoscopic presacral neurectomy: Results of the first 25 cases. J Reprod Med. 1993;35:625- 630.
 17. Nezhat C, Nezhat F. A simplified method of laparoscopic presacral neurectomy for the treatment of central pelvic pain due to endometriosis. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99:659-663.
 18. Chen FP, Chang SD, Chu KK, Soong YK. Comparison of laparoscopic presacral neurectomy and laparoscopic uterine nerve ablation for primary dysmenorrhea. J Reprod Med. 1996;41:463- 466.
 19. Chen FP, Soong YK. The efficacy and complications of laparoscopic presacral neurectomy in pelvic pain. Obstet Gynecol. 1997;90:974- 977.
 20. Nezhat CH, Seidman DS, Nezhat FR, Nezhat CR. Long-term outcome of laparoscopic presacral neurectomy for the treatment of central pelvic pain attributed to endometriosis. Obstet Gynecol. 1998;91:701-704.
 21. Candiani GB, Fedele L, Vercellini P, Bianchi S, Di Nola G. Presacral neurectomy for the treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a controlled study. Am J Obstet Gynecol. 1992;167:100 -103.

Table I. 改良式薦前神經叢切除手術 (LMPSN) 之手術方法

手術前的bowel preparation很重要，這樣可以確保手術範圍盡量不受干擾。病人置放採頭低腳高之姿勢，hip flexion 要小於30度，Trocar置放採用 four-port approach。之後步驟如下：

1. 在aortic bifurcation上，用bipolar electrocoagulator做一個transverse coagulation。(Figure 1)
2. 拉起peritoneum後，用單極電燒做transverse incision。左側ureter 需注意，不要傷害到。(Figure 2)
3. 確認出 superior hypogastric plexus後，即將之切斷。(Figure 3)
4. 最後，在水中檢查手術部位是否有出血。

Table II. 薦前神經叢切除手術 (PSN) 術中或術後可能發生之併發症

Complications

Intraoperative

Ureter injury

Vessel injury (left common iliac and middle sacral veins)

Lymphatic injury (Presacral lymphatic vessels or plexus)

Postoperative

Chylous ascites

Short-term retention of urine

Long-term urinary urgency

Small bowel obstruction

Constipation

Alterations of uterine contraction in labor

Painless labor

Vaginal dryness

Backache

Sexual dysfunction



Figure 1. 將位於主動脈分叉處上之腹膜作一個橫向之電燒。

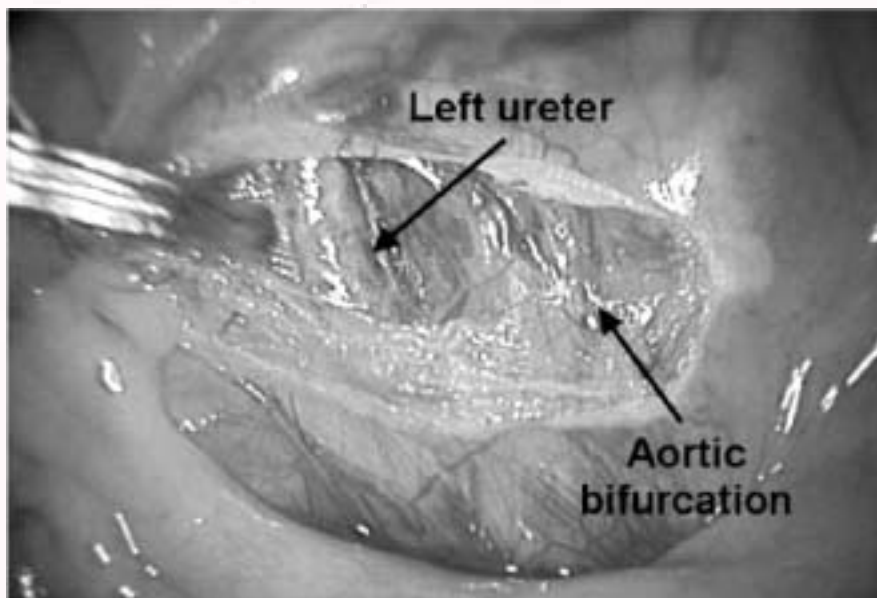


Figure 2. 小心分辨出左側輸尿管，避免傷害之。

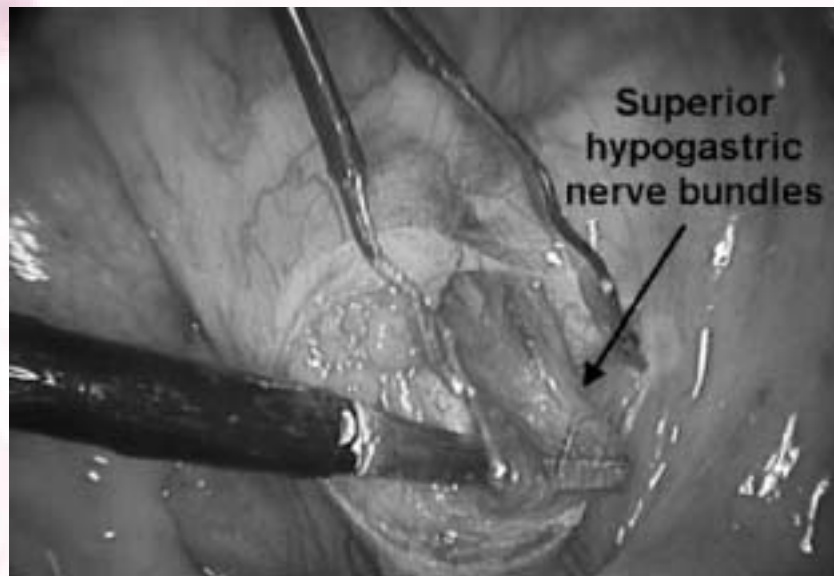


Figure 3. 分離出位於主動脈上之 superior hypogastric nerve bundle。

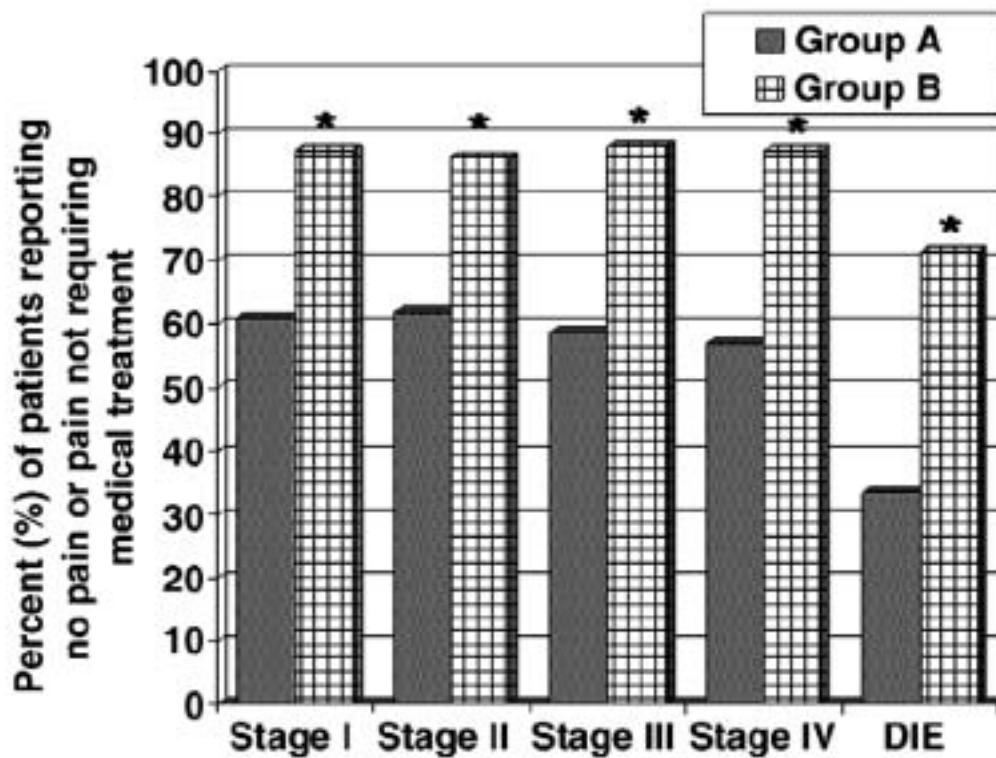


Figure 4. Cure rate at 6-month follow-up according to endometriosis stage and deep rectovaginal septum endometriosis in patients treated with conservative surgical treatment without (group A) or with (group B) presacral neurectomy (PSN) addition. * $p < .05$. DIE = deep infiltrating endometriosis. (Reference 6)

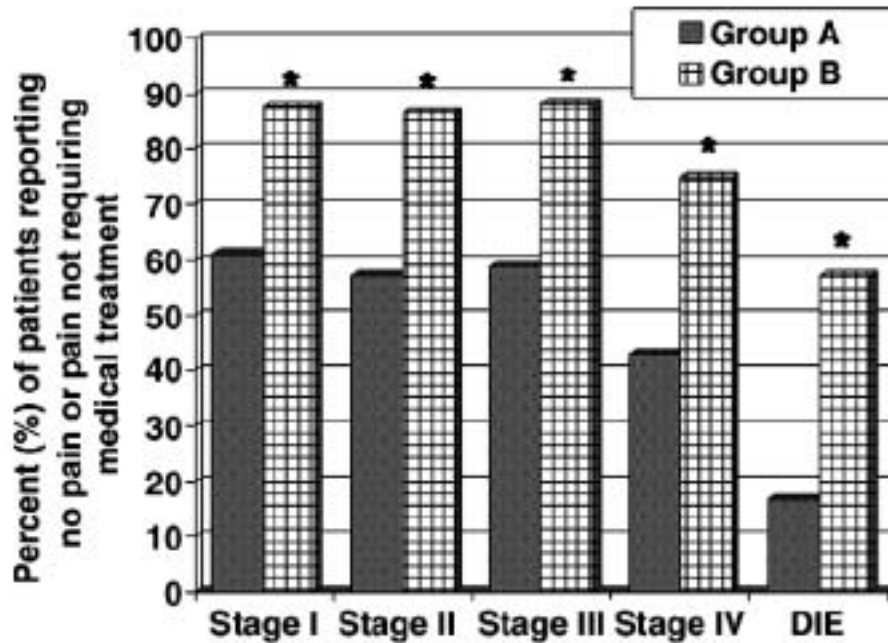


Figure 5. Percent of patients reporting no pain or pain not requiring medical treatment at 12-month follow-up according to endometriosis stage and deep rectovaginal septum endometriosis in patients treated with conservative surgical treatment without (group A) or with (group B) PSN addition. * $p < .05$. DIE = deep infiltrating endometriosis. (Reference 6)

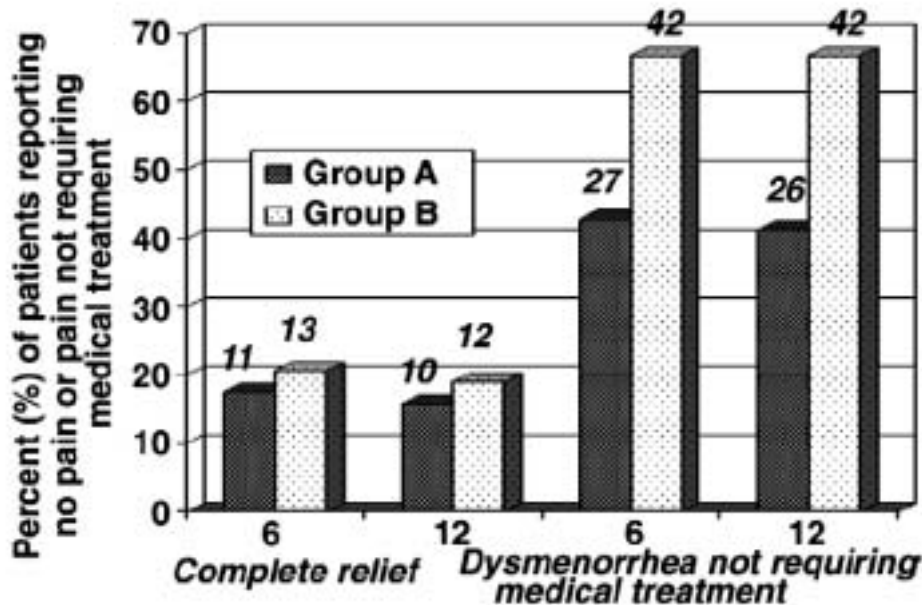


Figure 6. Percent of patients reporting no pain or pain not requiring medical treatment 6 and 12 months after surgery in patients with endometriosis who did not receive (group A) or did receive (group B) PSN associated with conservative surgical treatment. * $p < .05$. DIE = deep infiltrating endometriosis. (Reference 6)

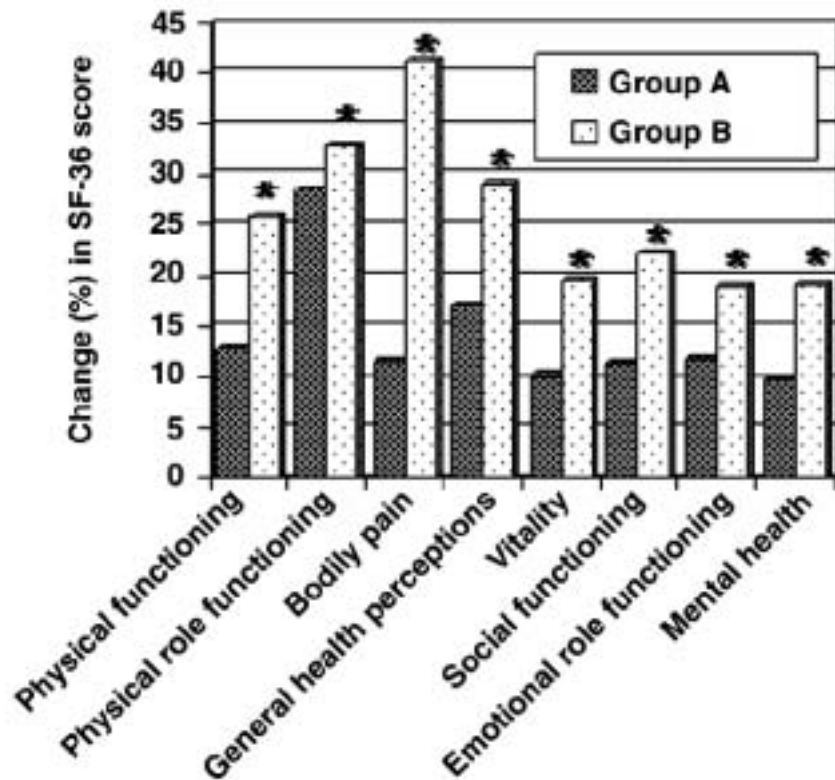


Figure 7. Change (%) in quality of life (SF-36 scores) in women with severe dysmenorrhea caused by endometriosis after 24 months from laparoscopic conservative intervention without (group A) or with (group B) PSN addition. *p < .05. (Reference 5)

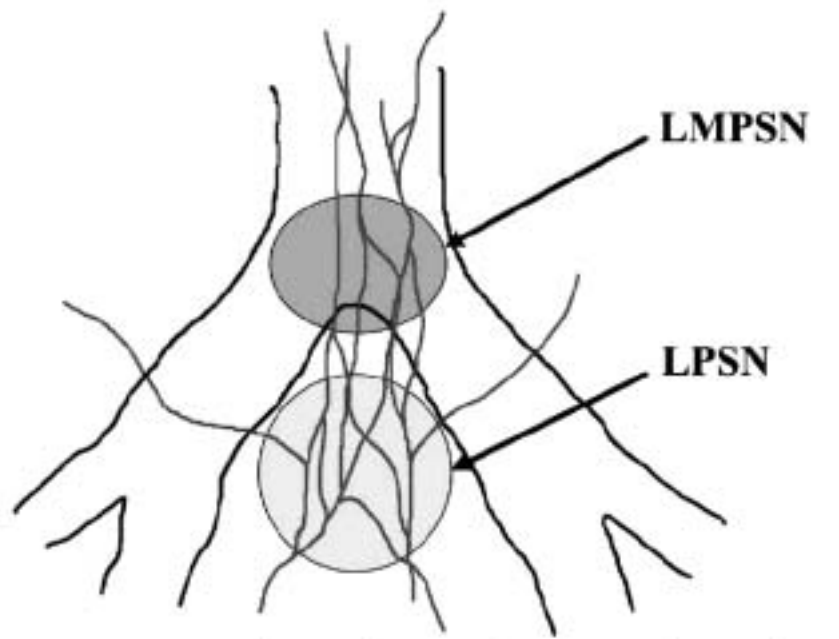


Figure 8. 腹腔鏡改良式薦前神經叢切除手術 (LMPSN) 與腹腔鏡薦前神經叢切除手術 (LPSN) 的手術部位。

多囊性卵巢症候群



徐明義

萬芳醫院婦產部生殖醫學科主任

萬芳醫院婦產部試管嬰兒實驗室主持人

教育部部定講師

台北醫學大學醫學系兼任講師

多囊性卵巢症候群

Polycystic ovary syndrome (PCOS)

多囊性卵巢症候群是女性常見的內分泌障礙，也是我們最不了解的婦女生殖障礙。PCOS 問題已發表超過 70 年，但對這個症狀的診斷與瞭解一直有許多爭議，PCOS 事實上是一個涵蓋婦產科及內科的廣泛疾病。根據新的診斷條件，PCOS 婦女的最後診斷通常需要婦產科醫師來確定，我們估計台灣 PCOS 女性約佔生育年齡婦女的 10% 以上，了解 PCOS 的診斷與處理將是婦產科醫師一個很重要的挑戰。

(一) PCOS 的診斷

1990 年美國 National Institutes of Health - National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) 舉行 PCOS 的診斷的共識會認為 PCOS 診斷應該著重在雄性素過高及卵巢功能異常的結果，以不明原因雄性素過高合併慢性不排卵 (unexplained hyperandrogenic chronic anovulation) 來看這個疾病 [1]，這是以內分泌及代謝的異常的角度來看待 PCOS，然而美國 NIH 這個診斷條件並沒有被全世界的學者完全接受，在歐洲國家的婦科學者依然認為卵巢型態的異常是一個重要的診斷條件，2003 年歐洲與美國的專家開會，取得一個共同的意見 [2]

2003 年 Rotterdam 定義

PCOS 是一個症候群，不能以單一的診斷來看待整個疾病，而將 PCOS 的診斷作了如下的定義：

在排除其他疾病後，符合下列 3 個條件下的 2 個以上就可為稱為 PCOS：

1. 排卵的障礙（寡經症或無月經）
2. 臨床上雄性素過高（多毛症，青春痘，雄性禿）或血液學檢查有雄性素過高
3. 多囊性卵巢型態

事實上，2003 年 Rotterdam 的定義是擴充而非取代 1990 年 NIH 的定義，新的定義除了包含原有的 NIH 兩個診斷條件外，又加入多囊性卵巢型態成為診斷條件，且將兩個必要條件擴充為三個條件任何兩個滿足即可，因此增加多囊性卵巢型態合併排卵的障礙及多囊性卵巢型態合併雄性素過高兩種新的表現型。根據我們對台灣婦女的研究，依照 1990 NIH 的條件所診斷的患者其臨床症狀與生化檢驗的異常狀況較 2003 Rotterdam 的條件所診斷的病患嚴重，因此新的診斷條件是將代謝異常較輕微的患者納入，整體而言，約 61% 由 2003 Rotterdam 的條件所診斷的多囊性卵巢徵候群患者符合 1990 NIH 的診斷條件 [3]。

(二) PCOS 的盛行率

PCOS 的流行率依其診斷條件而異，以美國 NIH 的 PCOS 診斷標準，生育年齡婦女發生率約 6-10% [4]。我們對臺灣婦女的研究發現多囊性卵巢型態是三個診斷條件中最常見的因素，但是雄性素過高卻是造成臨床症狀最明顯的因素 [3]，如果以美國 NIH 的 PCOS 診斷標準估計 PCOS 盛行率有 8%，則依 2003 Rotterdam 的條件所診斷的多囊性卵巢徵候群盛行率會超過 13%。PCOS 的流行率與症狀表現除了與診斷條件有關外也可能與種族的遺傳有關，例如墨西哥後裔、南亞後裔的女性胰島素抗性就比白種女性機會高，因此不同種族對其胰島素抗性診斷條件可能需要適度修正 [5]。

(三) PCOS 與遺傳

PCOS 有明顯遺傳傾向，Cooper HE 等在 1968 就發表對 PCOS 家族研究認為 PCOS 是顯性遺傳的看法 [6]，Legro 的研究顯示 307 診斷出 PCOS 的姐妹除有明顯空腹胰島素增高所顯示的胰島素抗性的現象外，也明顯較為肥胖 [7]。PCOS 的一等親會明顯增加胰島素抗性，PCOS 患者的母親有 46%，父親有 58% 有糖尿病或葡萄糖耐受性異常的現象 [8]，以超音波診斷也發現 93% PCOS 病人的女兒有 PCO 的卵巢形態，卵巢較大且小濾泡較多 [9]，以美國

NICHD的標準診斷的PCOS女性其母親部份可達35%而姐妹部份有40%PCOS，這比一般女性多5-6倍。雖然尚未發現PCOS的遺傳基因，但目前的研究發現PCOS有明顯的家族傾向，可能的基因位置是在調節卵巢製造荷爾蒙或者是影響體重及脂肪組織的基因。部分PCOS患者的成因可能為本身的遺傳再加上後天生活習慣(如飲食不良、缺乏運動)造成體重增加而表現出PCOS的臨床症狀。肥胖在PCOS的疾病發生、症狀表現、及預後都扮演非常重要的角色。在過去二十多年雖然有70個以上的基因被懷疑，但由於PCOS臨床表現的差異，遺傳基因的位置一直無法確定 [10]，目前大多數的研究認為PCOS是顯性遺傳型態再加上環境因素的影響。

(四) PCOS 相關的症狀

PCOS症狀的表現也呈現相當多元化，以PCOS的命名是以卵巢形態上的變化來看待這個疾病，但PCOS的表現除了傳統上所瞭解婦女多囊性卵巢的型態與月經異常外，近年來更重視其內分泌及代謝方面的問題。PCOS的相關症狀牽連到生殖內分泌系統、胰島素、體重間緊密的互動關係使得此一問題相形複雜，與這個症狀相關的異常包括幾個現象：

1. 臨床的異常

- (1) 月經的異常：這是由於內分泌的關係造成卵巢功能的異常，常常有不能正常排卵的現象，造成不規則出血，經期過長，造成寡月經(Oligomenorrhea)，甚至於無月經(Amenorrhea)的現象；
- (2) 不孕：由於PCOS的婦女常有不正常排卵的情形，不易懷孕就成為育齡婦女的困擾，這些婦女在不孕治療的過程中因為特殊的內分泌問題也需要特別的考量，PCOS婦女在懷孕後也有流產率增加的趨勢；
- (3) 多毛症及青春痘：而這些毛髮所長的位置多在對雄性素較敏感的臉部、腹部、或手及腿部，也稱多毛症(hirsutism)；而在雄性素更高的情形下可能造成頭髮較細而稀疏即為雄性禿，這一部分的問題，台灣婦女較不顯著[3,11]，然而台灣PCOS婦女發生青春痘(Acne)的機會較高[3, 11]；
- (4) 肥胖：PCOS婦女有半數以上有肥胖的問題，這類型的肥胖伴有雄性素的增加使得肥胖的型態如蘋果般的偏向男性化的上半身腹部的肥胖，而非梨子般的女性下半身肥胖，台灣PCOS婦女約四成有肥胖的問題[3, 11]；
- (6) 其他皮膚問題：在頸部、鼠蹊部、腋下、及皮膚皺摺處有深的色素沉澱及厚的皮膚皺褶、這是一種胰島素異常的徵兆，常見於肥胖的PCOS婦女，稱為黑色棘皮症(Acanthosis nigricans)；
- (5) 憂鬱及焦慮- 由於PCOS這些症狀，常讓病患對其外貌或其不孕的問題缺乏自信，因

此有較高憂鬱及焦慮的症狀。PCOS 患者的生活品質也會受到影響，對症狀的處理可以減低病患憂鬱及焦慮。

2. 檢驗上的異常

- (1) 卵巢型態的異常：卵巢腫大，超音波檢查卵巢呈多囊性卵巢形態，許多 2-10mm 的小型濾泡包圍在卵巢的表面，如同項鍊一般，稱 necklace sign；
- (2) 雄性素過高：這類的病患有常有高雄性素血症(Hyperandrogenemia)；
- (3) 胰島素過高，胰島素抗性(Insulin Resistance, IR)增加；
- (4) LH/FSH 比值大於 1：以往的研究認為 LH/FSH 的比值要大於 2 或大於 3，我們最近的研究認為 LH/FSH 比值大於 1 是診斷 PCOS 最佳的閾值[11]。

3. 臨床症狀的發生率

我們報告台灣 PCOS 病患有 91%多囊性卵巢型態、79%有排卵障礙、59%雄性素過高，臨床上約 30%多毛症、41%青春痘、9%雄性禿；其中 39%PCOS 病患肥胖，與西方人種相比，台灣 PCOS 婦女臨床上表現較少的多毛症與較多青春痘 [3]。

表 台灣與西方 PCOS 婦女的臨床症狀比較

	樣本數	肥胖	寡經症	多毛症	青春痘	LH 增高	雄性素增高
Balen [12]	1741	38%	47%	66.2%	27%	40%	29%
Franks [13]	300	35%	52%	64%	27%	51%	50%
Hsu [3] (台灣)	170	39%	79%	30%	41%	70%	59%
Hsu [11] (台灣)	251	40%	85%	30%	43%	70%	50%

(五) PCOS 與不排卵

在正常的月經週期內分泌變化受到 Hypothalamus-Pituitary axis 的控制，而卵巢本身的回饋系統也在其中扮演很重要的角色。在長期不排卵的情況下，生殖荷爾蒙的分泌並沒有如正常月經般的起伏，不排卵使得黃體素降低而減少了 hypothalamic opioid 的抑制作用，PCOS 婦女 GnRH 的分泌頻率會增加 [14]，這種狀況下主要會增加 LH pulse 的振幅 [15]，造成長期不排卵的病人 LH 增加而 FSH 降低的現象，LH 與 FSH 的比值增加是 PCOS 的特性，我們最近的研究認為以 LH 與 FSH 的比值大於一是 PCOS 診斷的有力條件，尤其對不排卵的婦女，LH 與 FSH 的比值大於一是很好的診斷工具[11]。

PCOS 的病人由於 FSH 依然分泌，因此濾泡還可以生長，但不容易完全成熟而排卵 [16]，濾泡維持在不大不小的狀態(2-10mm)，病理學上可發現濾泡被過度發育的鞘細胞所包圍，

常有黃體化。這些小濾泡構成一個系統維持在不同的內分泌條件下，若有濾泡萎縮，會有類似的濾泡代之而起。在此情況下，多囊性卵巢的型態會持續維持，有許多濾泡維持在早期的發展狀況而後萎縮成為致密的基質組織無法排卵，而其功能性的基質組織也會分泌 androstenedione 及睪固酮 (testosterone)，這些增加雄性素的情形造成 SHBG 的抑制而使由游離的睪固酮增加，睪固酮本身就有抑制 hypothalamic-pituitary axis 的作用 [17]，這種多囊性卵巢的型態會阻礙正常濾泡的發展而造成卵泡的 premature atresia，這是一個惡性循環，目前認為卵巢內雄性素作用是防礙正常週期主要的原因，進行 PCO 的 wedge resection 能使週期規則主要也是將產生雄性素的組織移除，事實上單側的卵巢切除也可能會使得不排卵的病人恢復排卵 [18]，因此要注意的是多囊性卵巢的型態只是一個 sign 而不是一個疾病。

(六) 女性的雄性素

PCOS 患者的特性就是雄性素過高，在女性體內的雄性素有 androstenedione, dehydroepiandrosterone (DHEA), dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S), 睪固酮和 5(-hydrotestosterone (DHT)。在這些雄性素中只有睪固酮與 DHT 對目標細胞有雄性素的作用。卵巢產生的雄性素源於由 theca cells 演變的基質細胞，其分泌主要為 dehydroepiandrosterone (DHA) 及 androstenedione，只有少量的睪固酮。Androstenedione 的來源是由腎上腺的 zona reticularis 與卵巢各以每天 1 mg 分泌的，約 5% 的 androstenedione 在週邊組織中轉變成睪固酮。DHEA 則主要由腎上腺及少部份由卵巢所分泌，而其中少量在週邊組織中轉變成睪固酮。DHEA-S 則完全由腎上腺所分泌。整體而言正常婦女每天睪固酮的產量約為 0.2-0.3 mg/day，其中約 50% 來自於 androstenedione 在週邊組織轉換成睪固酮，25% 來自於卵巢，25% 來自於腎上腺。因此整體而言有三分之二的睪固酮直接或間接由卵巢分泌而來。

在毛囊及其他目標組織，睪固酮會經由 5(-reductase 轉換成有更強生物活性的 DHT。DHT 的產生主要依據體內的睪固酮、androstenedione、DHEA、及目標器官之 5(-reductase 的活性。DHT 對毛囊組織過度刺激是臨床上造成青春痘或者多毛症的主因。對大多數雄性素過高的婦女而言，卵巢是其過多睪固酮的主要來源，其他部份由 androstenedione 在週邊組織中轉變而來。婦女的雄性素增高會減少結合蛋白的產生，因此會造成游離睪固酮的增加，而使得雄性素生物活性作用加強，這也是部份婦女有多毛症而卻有正常睪固酮的一個原因。我們的研究顯示，台灣婦女在相似的血清雄性素條件下，多毛症的情況與西方婦女不同，而青春痘的發生率較高，這因為人種差異造成的臨床表現值得研究 [3,11]。

(七) PCOS 與胰島素抗性(Insulin Resistance)

PCOS 近年來的發展越來越重視胰島素代謝異常方面造成的相關問題，胰島素抗性及高胰島素血症(hyperinsulinemia)會刺激卵巢和腎上腺產生雄性素，也與PCOS長期的後遺症息息相關。卵巢有 Insulin Growth Factor -I (IGF-I)的接受體，胰島素接受體及 IGF 接受體在結構上相似(都經 tyrosine autophosphorylation)，在胰島素接受體功能上有問題或數量上不夠時，胰島素會與 IGF-I 接受體結合 [19]，因此胰島素本身就有直接的刺激卵巢的作用，胰島素可以刺激卵巢的接受體，直接對卵巢組織產生作用。

胰島素抗性及高胰島素血症目前被認為是大多數PCOS的主要內分泌障礙，臨床上發現治療胰島素抗性的藥物可以改善PCOS相關症狀，因此胰島素抗性被視為PCOS的核心問題。肥胖是PCOS常見的症狀，而胰島素抗性也是肥胖最常見的問題。胰島素抗性的問題一直被認為有種族上的差異，建立台灣PCOS婦女這方面的資料應該是研究PCOS最迫切的問題。

(八) 胰島素抗性與雄性素過高

雄性素過高是PCOS的診斷要件，而胰島素過高與雄性素過高在許多PCOS的病人同時存在，周邊組織胰島素抗性增加的意義指的是在目標器官中一定的胰島素下血糖的反應降低，在胰島素抗性增加的情形下，要達到降低血糖的目的，自然會造成胰島素過高。胰島素過高與雄性素過高同時存在的最明顯例子就是黑色棘皮症(Acanthosis nigricans)。

胰島素過高與雄性素過高兩者因果關係很難區別，但有許多研究可以提供線索；IGF-I 與FSH協同作用會刺激顆粒細胞(granulosa cell)的分化，而thecal cells經由LH/HCG作用產生雄性素 [20]，在卵巢基質細胞體外培養時，胰島素可刺激卵巢基質細胞產生雄性素 [21,22]，與一般人相較，PCOS有明顯胰島素抗性而其胰島素過高的程度與雄性素成正比 [23,24]，對一個16歲有嚴重胰島素接受體抗體患者投以高劑量胰島素會導致雄性素的增加，而在治療其胰島素接受體抗體及高胰島素狀態後，雄性素恢復正常 [25]，由這些結果來看，胰島素過高應該是引發雄性素過高的原因，在胰島素有抗性的病患，胰島素能經由IGF-1與胰島素的接受體對卵巢產生作用，刺激雄性素的產生 [26]。基於這些現象，胰島素過高會導致雄性素過高，胰島素過高可能才是兩者同時發生主角。

(九) 肥胖與雄性素

肥胖是PCOS常見的問題之一，我們的資料顯示在台灣有39% PCOS病患其BMI大於25 [3]，雖然肥胖與胰島素抗性及荷爾蒙異常間的關係有許多研究，肥胖對PCOS的相關症狀及其預後有相當不良的影響是非常明顯的，減重可以改善胰島素抗性，也可以改善排卵

障礙，對於PCOS的病患而言有時減少5%的體重就可以顯著改善雄性素過高及月經異常的症狀 [27,28]。肥胖會增加雄性素的代謝，由於性荷爾蒙多是脂溶性，因此雌激素與雄性素都很容易儲存於脂肪組織之中，肥胖的婦女就有相對較為豐富的荷爾蒙儲存 [29]。肥胖本身就是高雄性素血症的危險因素，不論一般正常的婦女或者PCOS的婦女，雄性素都與BMI成正比[11,30,31]，這代表脂肪組織可以合成雄性素，這可能是皮下脂肪組織能夠活化一種催化雄性素合成的重要酵素 17 β -HSD5 (17 β -Hydroxysteroid dehydrogenase type 5)，造成雄性素產生的增加 [32]。

(十) 肥胖對PCOS的影響

由前面的分析，我們可以了解肥胖對於PCOS在各方面都有不利的影響，肥胖增加雄性素的產生，肥胖增加胰島素的抗性，肥胖減少SHBG的產生，肥胖加重游離睾固酮的活性，也就改變體脂肪的分布，這一切的變化，都會使PCOS的相關症狀惡化，因此，減重是肥胖PCOS患者第一重要的治療方式 [33]。

(十一) PCOS的治療

多囊性卵巢症候群是一個婦女最常見的內分泌障礙，也是最沒有得到適當照顧的婦女問題，目前認為多囊性卵巢症候群是一種需要長期觀察與注意的代謝異常性疾病，治療方式首重生活方式的調整。目前醫學依然無法治癒這個內分泌障礙，但如同糖尿病、高血壓般，希望經由患者本身對這個內分泌障礙的瞭解除了能更加掌握自己的生理問題外更能透過這些知識來尋求對自己所發生症狀的處理。最重要的，提醒PCOS患者隨時注意體重的控制，我們無法改變每個人的遺傳基因，但我們可以控制症狀的發生或其發生的嚴重程度，時時注意飲食、多運動，不但可以避免症狀的發生，也可以減少未來發生糖尿病及心臟血管疾病的風險。

1. 控制體重：肥胖是加重這個疾病的重要因素，體重的控制是避免疾病惡化的主要原則，肥胖的多囊性卵巢症候群患者減重是其第一線治療，減重常可恢復正常荷爾蒙狀態；，回復正常排卵及減少流產。
2. 多運動，運動可以改善胰島素的反應，也可以控制體重，
3. 飲食方面也應該注意，控制糖類攝取，尤其不要吃過多的人工甜食，以足夠的蛋白質取代；

對於存在各種不同症狀的患者，可以依照個別症狀的適當的處理

1. 對於因雄性素過高而產生的青春痘、多毛、脫髮等問題，可以利用抗雄性素的藥物或抗雄性的口服避孕藥處理，
2. 對於月經不規則而不要懷孕的少女也不能任其月經延遲，因為長期無月經，子宮內膜處在雌激素的刺激下可能會過度增生，增加未來發生子宮內膜的危險。
3. 多囊性卵巢症候群患者在不孕症治療方面以刺激排卵的藥物藥來誘導排卵做為第一線的治療，多數有不錯的效果，但對於某些病患，尤其是較肥胖者，可能需要輔以其他藥物的治療來加強其反應的比率。多囊性卵巢症婦女的卵巢反應也有異常，她們的卵泡細胞是處在停滯發展的階段，而不是萎縮退化階段，對藥物的刺激依然非常敏感，因此在進行藥物治療排卵時要小心發生過度刺激的情況。

(十二) PCOS 結論

基於動物實驗及人類的臨床證據，Abbott 對 PCOS 的發生有如下的假設：PCOS 的臨床或生化檢驗問題起源於基因異常造成卵巢過度分泌雄性素，這種情形可能在青春期之前就發生，hypothalamic-pituitary unit 被設定在傾向較多 LH 分泌的條件下促成高雄性素。高胰島素及胰島素抗性的產生受到基因與環境的影響，高雄性素更加強了腹部脂肪的分佈產胰島素抗性，而胰島素抗性的嚴重程度更影響整個症狀的臨床表現 [34]。總之，PCOS 主要發生原因，乃是先天遺傳因素加上後天環境與生活習慣相互影響而成，要減低 PCOS 對婦女健康的衝擊，一方面要對 PCOS 在症狀，提供短期有效的治療方法，一方面教育患者本身注意生活型態與飲食控制，減低 PCOS 的長期可能困擾。如何協助 PCOS 患者，將是婦產科醫師未來重大的挑戰。

參考資料

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: number 41, December 2002. *Obstet Gynecol.* 2002 Dec;100(6):1389-402.
2. The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS workshop group (2004) Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod* 19,41-47
3. Hsu MI, Liou TH, Chou SY, Chang CY, Hsu CS. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome in Taiwanese Chinese women: comparison between Rotterdam 2003 and NIH 1990. *Fertil Steril.* 2007 Sep;88(3):727-9. Epub 2007 Aug 13.
4. Asuncion M, Calvo RM, San Millan JL, Sancho J, Avila S, Escobar-Morreale HF A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselec-

- ted Caucasian women from Spain. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000 Jul;85(7):2434-8.
5. Kauffman RP, Baker VM, Dimarino P, Gimpel T, Castracane VD. Polycystic ovarian syndrome and insulin resistance in white and Mexican American women: a comparison of two distinct populations. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Nov;187(5):1362-9.
 6. Cooper HE, Spellacy WN, Prem KA, Cohen WD. Hereditary factors in the Stein-Leventhal syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1968 Feb 1;100(3):371-87.
 7. Legro RS, Bentley-Lewis R, Driscoll D, Wang SC, Dunaif A. Insulin resistance in the sisters of women with polycystic ovary syndrome: association with hyperandrogenemia rather than menstrual irregularity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002 May;87(5):2128-33.
 8. Yildiz BO, Yarali H, Oguz H, Bayraktar M. Glucose intolerance, insulin resistance, and hyperandrogenemia in first degree relatives of women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003 May;88(5):2031-6.
 9. Battaglia C, Regnani G, Mancini F, Iughetti L, Flamigni C, Venturoli S. Polycystic ovaries in childhood: a common finding in daughters of PCOS patients. A pilot study. *Hum Reprod.* 2002 Mar;17(3):771-6.
 10. Urbanek M. The genetics of the polycystic ovary syndrome. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* 2007 Feb;3(2):103-11.
 11. Hsu MI, Liou TH, Liang SJ, Su HW, Wu CH, Hsu CS. Inappropriate gonadotropin secretion in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2008 Mar 4 [Epub ahead of print]
 12. Balen AH, Conway GS, Kaltsas G, Techatrasak K, Manning PJ, West C, Jacobs HS. Polycystic ovary syndrome: the spectrum of the disorder in 1741 patients. *Hum Reprod.* 1995 Aug;10(8):2107-11.
 13. Franks S. Polycystic ovary syndrome: a changing perspective. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1989 Jul;31(1):87-120.
 14. Berga SL, Yen SS. Opioidergic regulation of LH pulsatility in women with polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1989 Feb;30(2):177-84.
 15. Imse V, Holzapfel G, Hinney B, Kuhn W, Wuttke W. Comparison of luteinizing hormone pulsatility in the serum of women suffering from polycystic ovarian disease using a bioassay and five different immunoassays. *J Clin Endocrinol Metab.* 1992 May;74(5):1053-61.
 16. Fauser BC. Observations in favor of normal early follicle development and dis-

- turbed dominant follicle selection in polycystic ovary syndrome. *Gynecol Endocrinol*. 1994 Jun;8(2):75-82.
17. Serafini P, Silva PD, Paulson RJ, Elkind-Hirsch K, Hernandez M, Lobo RA. Acute modulation of the hypothalamic-pituitary axis by intravenous testosterone in normal women. *Am J Obstet Gynecol*. 1986 Dec;155(6):1288-92.
 18. Kaaijk EM, Beek JF, Hamerlynck JV, van der Veen F. Unilateral oophorectomy in polycystic ovary syndrome: a treatment option in highly selected cases? *Hum Reprod*. 1997 Nov;12(11):2370-2.
 19. Fradkin JE, Eastman RC, Lesniak MA, Roth J. Specificity spillover at the hormone receptor--exploring its role in human disease. *N Engl J Med*. 1989 Mar 9;320(10):640-5.
 20. Bergh C, Olsson JH, Selleskog U, Hillensjo T. Steroid production in cultured thecal cells obtained from human ovarian follicles. *Hum Reprod*. 1993 Apr;8(4):519-24.
 21. Barbieri RL, Makris A, Ryan KJ. Insulin stimulates androgen accumulation in incubations of human ovarian stroma and theca. *Obstet Gynecol*. 1984 Sep;64(3 Suppl):73S-80S.
 22. Barbieri RL, Makris A, Randall RW, Daniels G, Kistner RW, Ryan KJ. Insulin stimulates androgen accumulation in incubations of ovarian stroma obtained from women with hyperandrogenism. *J Clin Endocrinol Metab*. 1986 May;62(5):904-10.
 23. Burghen GA, Givens JR, Kitabchi AE. Correlation of hyperandrogenism with hyperinsulinism in polycystic ovarian disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 1980 Jan;50(1):113-6.
 24. dos Reis RM, Foss MC, de Moura MD, Ferriani RA, Silva de Sa MF. Insulin secretion in obese and non-obese women with polycystic ovary syndrome and its relationship with hyperandrogenism. *Gynecol Endocrinol*. 1995 Mar;9(1):45-50.
 25. DeClue TJ, Shah SC, Marchese M, Malone JJ. Insulin resistance and hyperinsulinemia induce hyperandrogenism in a young type B insulin-resistant female. *J Clin Endocrinol Metab*. 1991 Jun;72(6):1308-11.
 26. Poretsky L. On the paradox of insulin-induced hyperandrogenism in insulin-resistant states. *Endocr Rev*. 1991 Feb;12(1):3-13.
 27. Barber TM, McCarthy MI, Wass JA, Franks S. Obesity and polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2006 Aug;65(2):137-45.

28. Wabitsch M, Hauner H, Heinze E, Bockmann A, Benz R, Mayer H, Teller W. Body fat distribution and steroid hormone concentrations in obese adolescent girls before and after weight reduction. *J Clin Endocrinol Metab.* 1995 Dec;80(12):3469-75.
29. Azziz R. Reproductive endocrinologic alterations in female asymptomatic obesity. *Fertil Steril.* 1989 Nov;52(5):703-25.
30. Taponen S, Ahonkallio S, Martikainen H, Koivunen R, Ruukonen A, Sovio U, Hartikainen AL, Pouta A, Laitinen J, King V, Franks S, McCarthy MI, Jarvelin MR. Prevalence of polycystic ovaries in women with self-reported symptoms of oligomenorrhoea and/or hirsutism: Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. *Hum Reprod.* 2004 May;19(5):1083-8. Epub 2004 Mar 25.
31. Quinkler M, Sinha B, Tomlinson JW, Bujalska IJ, Stewart PM, Arlt W. Androgen generation in adipose tissue in women with simple obesity-a site-specific role for 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase type 5. *J Endocrinol.* 2004 Nov;183(2):331-42.
32. Barber TM, McCarthy MI, Wass JA, Franks S. Obesity and polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2006 Aug;65(2):137-45.
33. Diamanti-Kandarakis E, Alexandraki K, Piperi C, Protogerou A, Katsikis I, Paterakis T, Lekakis J, Panidis D. Inflammatory and endothelial markers in women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Clin Invest.* 2006 Oct;36(10):691-7.
34. Abbott DH, Dumesic DA, Franks S. Developmental origin of polycystic ovary syndrome - a hypothesis. *J Endocrinol.* 2002 Jul;174(1):1-5.

徵才看板

徵才單位	徵才內容	待遇條件	聯絡方式、電話	聯絡人
台北市瑪麗安婦產科診所 網址: www.marians-woman.org	女專科醫師	高保障底薪、待優、門診交通方便住址: 台北市成都路 4 號 2 樓 E-mail: chingtaihuang@gmail.com	02-23813500 0928-087718 0968-372491	
內湖麗心診所	女婦產科醫師 (兼職)	早、午、晚時段皆可, 待優。 E-mail: juhsintheresa@yahoo.com.tw	02-27944939 0968-184647	
基督復臨安息日會 臺安醫院	婦產科 住院醫師	※ 應徵條件 1. 醫學系畢業(國外醫學系須通過學歷認證), 有醫師執照及該科經驗者佳 2. R1、R2、R3 均可 3. R2(含)以上住院醫師可支領簽約金。 ※ 應徵方式 請函寄履歷表及學經歷證件影本至 105 台北市松山區八德路 2 段 424 號 臺安醫院人力資源發展處 或 E-mail: HR@tahasda.org.tw	02-27718151 分機 2865、 2866	
台北縣婦產科診所	婦產 專科醫師 (男女不拘)		0935-107177	管理部 張主任
新竹竹北劉家麟皮膚專科診所 (現任皮膚專科醫師 4 位/婦專科 1 位) 網址: www.skinnet.com.tw	婦產專科 女醫師 (40 歲內)	1. 青春痘治療內分泌相關健保門診-以超音波檢查配合荷爾蒙治療。 2. 醫學美容-完整醫學美容領域發展 3. 專任且配合診所門診(平均 1-2 節門診) 4. 薪資: 保障薪+PPF(合夥制平均薪資 20 萬以上) E-mail: skinnet49@xuite.net	03-5513347 0955-692505	李秘書
仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	婦產專科 醫師	412 台中縣大里市東榮路 483 號 網站 www.jah.org.tw 待遇優渥, 意者可至本院網站登錄履歷表或備相關資料寄至本院。	04-24819900 分機 1979	醫務部

徵才單位	徵才內容	待遇條件	聯絡方式、電話	聯絡人
光田醫療社團法人光田綜合醫院網址： http://www.ktgh.com.tw	婦產科主治醫師(婦癌)、住院醫師	意者請備履歷及相關資料 寄至：台中縣沙鹿鎮沙田路 117 號(郵遞區號 43303)管理中心人力資源室收 傳真：04-26655050 E-mail：hrm@ktgh.com.tw	04-26625111 分機 2024、 2016	胡小姐 顏小姐
台中市婦產科診所	女性婦產科、專科醫師	待優、保障薪資	04-23199800	陳主任
台中市林新醫院(區域教學醫院)	婦產科主治醫師	待優，具周產期專科醫師證書者尤佳。 意者請備履歷表及相關資料：寄至：台中市南屯區惠中路三段36號(郵遞區號40867)院長室楊秘書收 傳真：04-22581356 E-mail:ls@lshosp.com.tw(醫師應徵申請表可至林新醫院資訊網 http://www.lshosp.com.tw/Down Load 填寫)	04-22586688 分機 1603	楊秘書
南部某婦產科診所	廉售九成新各式病床及DR、BR、OR，所有配備與器械，IV pump、Monitor、消毒鍋...		0930-173888	
台南婦產科診所	婦產科專科醫師(男女皆可)	高薪聘請、基礎好、只看門診不接生	0918-498658	
高市某婦產專科醫院	婦產專科醫師	保障薪待優	電洽或簡訊 0929-012307	林小姐
戴銘浚婦兒醫院	專任醫師	需接生及做腹腔鏡手術上班地點：高雄市小港區宏平路 661 號	07-8061289 分機 1203	行政副院長
安泰醫療社團法人安泰醫院	婦產科專任主治醫師	待遇福利面洽工作地點：屏東縣東港鎮中正路一段210號E-mail:jessica@msl.tsmh.com.tw	08-8329966 分機 1601(人事室)或 5523(醫務部秘書)	人事室-陳先生 醫務部秘書-王小姐
屏東安和醫院增設分院(屏東市自由路598號)	禮聘婦產科醫師、小兒科醫師(需具備專科醫師執照)	上班地點：屏東市或屏東縣潮州鎮本院現有婦產科醫師10名、小兒科醫師4名，為屏東最具規模之婦幼醫院，【優良的工作環境、交通便利】	0913-052900	管理部朱小姐

編 後 語

簡基城

關於狗有兩個語詞十分常見：狗尾續貂和尾巴搖狗。前一個詞暗示說凡是次檔的東西儘管怎麼包裝終究難成極品；後一個詞來自英諺 The tail wags the dog，一語道破說本末次序要是倒置了，到頭來就會諸事見笑一場空夢。

當我們很聰明地用這樣語意作表達時，就會感受到人畢竟高狗一等。想像一下：手中拿一支指揮棒頂在狗鼻子跟前，對它頤指東西；而狗兒則忙不迭地搖尾示好，此時心中充滿著優越感的那種飄飄然。不信自己試試看。

說的也是，想來狗兒真是「懂得就那麼的有限」——無非就是乖乖聽令坐下來、舉舉前趾；充其量加上會做幾個連續地板翻滾罷了。這些簡單的動作和它經常性地巴望人們並顯露出一種依賴和無奈的樣子相比，又顯得膚淺有加了！

狗，應該就是一種懂得有限的動物吧。

但是當一隻叫「恩佐」的狗出現後，許多人便改觀了。「恩佐」，是一本近期金石堂暢銷書《我在雨中等你》(The art of racing in the rain.) 的狗主角。美國新銳作家賈斯·史坦在書中透過這隻等死的十幾歲老狗「看」光一個家的沉浮。恩佐的主人丹尼是一位國際冠軍賽車手，擅長於在下雨的車道上贏過別的賽車手。做為家狗，恩佐 24 小時生活在主人家，近距離觀察主人，學懂人話。男主人丹尼寵它有加；觀看賽車錄影帶時總會帶領它坐沙發看電視，外加詳細講解。恩佐越懂越多：了解「眼睛到哪裡，車子就到哪裡」；也瞭解賽車手沒有藉口害怕雨中賽車。在雨中賽車，賽車手必須把腳踩得非常輕巧，就像在煞車踏板下放了一顆雞蛋，無論如何不准把蛋弄破。

恩佐雖然只能以地板的高度瞧人，但是這個全職的觀察角色讓它習知自己進化到已經可以超生轉世成為一個人類了；透過某種機制它甚至可以講出人話。

想像自己就是恩佐：坐在廚房的角落冷眼觀察主人家，十多年之後，人類之家還有甚麼可掩藏的？不信試試看。

這種相互的關係的比例縱使沒變，但是本質已然不同了。

社會事也是如此。科技發達，近十年來資訊的取得超級容易，再加上知識社

群蓬勃發展，消費者開始懂得職業行話，並且默默保持觀察，可以說無論哪種業種業態，消費者都可以在短時間內演化成為另一批恩佐！

這就是「消費者的勢力」的含義。恩佐滿天下；恩佐已經不是往昔的狗兒。市場學專家用心提醒專業人士的，正是這個；他們提醒專業人士要開始注重和瞭解什麼是新的消費偏好，要正視消費者勢力抬頭的事實。不僅如此，執業時更要小心細膩、步步為營，彷彿煞車踏板下有一顆雞蛋，賽車手必須把腳踩得剛剛好，完全不准把蛋弄破；弄破就有事。

這跟我們有甚麼關係？應該有吧！讀完本期理事長、監事長和秘書長的話多少可以體會出一些。具備優秀的婦產科專業知識僅是基本態了，在現今社會還有其他許許多該學的。丹尼和恩佐，恩佐和丹尼，優勢者或許是以逸待勞的一方，反而無關於本事大小…

無數的婦產科丹尼和科學家丹尼都持續地緊守崗位兢兢業業，精益求精，才會成就運用疫苗來防癌這樣了不起的貢獻。人類乳突疫苗開始進入臨床應用勢將改變子宮頸癌的流行病學。林錦鴻醫師在「通訊繼續教育」篇中簡要地導讀 HPV 疫苗施打相關的資料，十分實用。當然在診間會有許多真實版的 Q&A；打疫苗雖然很容易但每位醫師還是小心應答才好，例如 HPV 感染是否是先生傳染的等諸類問題。畢竟恩佐滿天下。

事實上療法本身也會來來去去；一如更年期荷爾蒙療法，一篇 WHI 報告就足夠讓 HRT 的光環墜落。童寶玲醫師在〈更年期荷爾蒙療法新趨勢〉文中為會員們點出該療法的起落和一些醫師角度的探討。沒錯，從更年期女性的立場出發的話，回歸人性體貼的面向總是更加分的。可惜人性體貼這一個面向，一向不是醫療院所的強項，還有待再開發。

相若更年期讓女性痛不欲生的，還有骨盆腔疼痛，特別是子宮內膜異位症、子宮腺肌症等疾患。張裕醫師在 Laparoscopic presacral neurectomy 文章中有條理地介紹改良式薦前神經切除術 LMPSN，為提昇下腹痛的療效再添一分，非常的用心。

這些都是丹尼們努力的刻痕哩。走筆至此，突然冀望起恩佐們能更加的良性體會和認同，會心存感激更好！

◎ 144 通訊繼續教育答案◎

題目：Gardasil & Cervarix
人類乳突病毒疫苗的使用

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

會員號碼：
姓 名：
日 期：

*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於
積分登錄。

*請多利用線上作答功能，以節省時間
及紙張([http://:www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp)
[/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

*本答案卷除郵寄外，亦可**傳真**

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4819
傳真：(02) 2200-1476

台灣婦產科醫學會

收

郵 票 自 貼

活動消息

活動編號	主題	主辦單位	舉辦地點	開始時間	結束時間	類別	學分
081021-1	Clinical Medicine to Translational Medicine	敏盛綜合醫院	20 樓演講廳	10月21日 07時30分	10月21日 08時30分	B	1分
081022-1	Stem Cell and Gynecologic Cancer	花蓮縣醫師公會	花蓮慈院前棟(大愛樓)三樓三西討論室	10月22日 07時30分	10月22日 09時00分	B	1分
081023-1	第十四屆泰法克斯國際癌症研討會	財團法人長庚紀念醫院 林口分院	財團法人長庚紀念醫院林口分院 復建大樓第一會議廳	10月23日 08時15分	10月24日 12時10分	B	10分
081023-2	Optimizing treatment strategies for post-operative pain	台灣疼痛醫學會	高雄金典飯店 41 樓	10月23日 16時00分	10月23日 18時00分	B	1分
081024-6	Hypertension in Pregnancy	澄清綜合醫院中港分院	台中市港路三段 118 號 17 樓國際會議廳	10月24日 07時30分	10月24日 08時30分	B	1分
081024-5	97 年度雲林縣家暴、性侵害防治網絡專業人員教育訓練	雲林縣衛生局	台大醫院雲林分院急診大樓六樓學術講堂	10月24日 08時30分	10月24日 17時20分	B	6分
081024-1	97 年北部醫療照護研討會	財團法人羅慧夫國際基金會、敏盛綜合醫院	敏盛綜合醫院 20 樓演講廳	10月24日 13時00分	10月24日 17時30分	B	3分
081024-3	Optimizing treatment strategies for post-operative pain	台灣疼痛醫學會	台中裕元花園酒店 4 樓西側會議室	10月24日 18時00分	10月24日 20時00分	B	1分
081024-2	骨質疏鬆症處置之新對策	中華民國骨質疏鬆症學會	台中	10月24日 19時00分	10月24日 20時00分	B	1分
081025-1	骨質疏鬆症處置之新對策	中華民國骨質疏鬆症學會	台北遠東國際大飯店	10月25日 18時00分	10月25日 19時35分	B	1分
081025-2	Optimizing treatment strategies for post-operative pain	台灣疼痛醫學會	台北晶華酒店 樓晶華會	10月25日 18時00分	10月25日 20時00分	B	1分
081028-1	人工生殖新發展	敏盛綜合醫院	20 樓演講廳	10月28日 07時30分	10月28日 08時30分	B	1分
081031-1	全院專題演講-"Bone Appetit" Foundation of Bone Health	彰基第二醫療大樓 11 樓連瑪玉學術講堂	彰基第二醫療大樓 11 樓連瑪玉學術講堂	10月31日 07時15分	10月31日 08時30分	B	1分
081101-3	Activated factor VII 在婦產科的應用	埔里基督教醫院	本院 A 棟七樓愛堂	11月01日 07時30分	11月01日 09時10分	B	1分
081101-1	2008 年國際骨密度認證課程及考試	中華民國骨質疏鬆症學會	彰化基督教醫院第二醫療大樓 11 樓連瑪玉學術講堂	11月01日 08時00分	11月02日 15時30分	B	10分
081101-2	2008 年會第四次學術研討會	中華民國醫用超音波學會	台北國際會議中心	11月01日 13時30分	11月02日 17時00分	B	3分
081102-2	婦女膀胱過動症、泌尿道感染、醫學倫理與法律-病人隱私保護	台北醫學大學·署立雙和醫院、台灣婦產科醫學會	雙和醫院 13F 國際會議廳(台北縣中和市中正路 291 號)	11月02日 09時00分	11月02日 12時00分	B	2分
081102-1	口服液態玻尿酸之臨床應用	社團法人台南縣醫師公會	台南縣麻豆鎮新生北路 660 號	11月02日 13時00分	11月02日 17時00分	B	1分
081107-1	骨質疏鬆症治療的新選擇	高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂	11月07日 12時30分	11月07日 14時30分	B	2分
081108-1	陽明大學醫學生見實習「臨床教師研討會」	台北榮民總醫院教研部	台北榮民總醫院中正樓 3 樓外科部會議室	11月08日 08時00分	11月08日 12時30分	B	3分
081115-1	家庭暴力、兒童虐待暨性侵害防治工作國際研討會	台大醫院	台大醫學院 502 講堂	11月15日 09時00分	11月16日 17時30分	B	10分
081116-1	2008 第四屆國際基因體研討會	旭光路 235 號 12 樓蘭大衛國際會議廳	彰化市旭光路 235 號 12 樓蘭大衛國際會議廳(彰基教學大樓)	11月16日 08時00分	11月16日 17時30分	B	6分
081122-1	Gyn cancers&IGCS review	中華民國婦癌醫學會、台灣婦癌醫學會、彰濱秀傳紀念醫院	彰濱秀傳紀念醫院一樓國際會議廳	11月22日 10時00分	11月22日 15時10分	B	5分
081123-1	2008 醫療研討會	台灣武田藥品工業(股)公司	台北西華飯店 3F 宴會廳	11月23日 09時00分	11月23日 03時00分	B	2分
081206-1	Genetic Diagnosis of Male Infertility	台灣男性醫學學會	成大醫學中心第 2 講堂(台南市勝利路 138 號)	12月06日 09時00分	12月06日 11時55分	B	2分
081206-2	The 2008 Annual Meeting of Taiwan Society of Pediatric Cardiology	台灣兒童心臟學會	台大國際會議中心 402A-B·台北市徐州路 2 號	12月06日 09時00分	12月06日 17時30分	B	6分

會訊封面徵稿

您願意讓大家分享您的繪畫、攝影作品嗎？

會訊封面現已開放刊登會員們的大作，歡迎有才氣的您將各種繪作、攝影原創作品投稿給本會，讓會訊多點藝術氣息，成為紙上藝廊。

徵稿規範：請自行選定您要投稿的主題，每位作者投稿不限篇數；每期會訊封面則以一篇刊登為限。

圖文規格：彩繪圖或攝影作品，圖片請備解析度 100dpi 以上，並請以壓縮檔方式 e-mail 至學會信箱 obsgyntw@yahoo.com.tw 或燒錄成光碟郵寄至學會。

注意事項：請投稿會員務必填寫您的作品題目、會員編號、姓名、email 信箱、地址和聯絡電話。投稿作品恕不退稿，請自留底稿。

台灣婦產科醫學會

會訊編輯委員會

理事長 蔡鴻德

秘書長 謝卿宏

召集人 龔福財 (0968-376403)

副召集人 潘俊亨

敬上



SurgiWrap
MAST Bioresorbable Sheet

您可以讓腹腔鏡
手術變得很簡單

SurgiWrap獲得FDA及CE認證，
可使用在開腹及腹腔鏡手術的
可吸收防沾黏膜。

新一代PLA
聚乳酸防沾黏膜

SurgiWrap...

- ▶ 由70:30 poly(L-lactide-co-D, LL lactide)制成
- ▶ 為透明狀，且各項應力良好
- ▶ 不黏手，在潮濕的環境下依然易于操作

並且...

- ▶ 可以縫合，以達到精確的覆蓋部位



Step 1: Preparation



Step 2: Delivery



Step 3: Placement