

台灣 婦產科醫學會會訊



發行日期：2014年1月207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：obsrgyntw@seed.net.tw
發行人：何弘能
秘書長：黃閔照
編輯：會訊編輯委員會
召集委員：劉嘉耀

副召集委員：李耀泰
委員：王三郎 高添富 陳建銘 陳信孚
張志隆 龍震宇 張廷禎 賴宗炫
楊濬光 王鵬惠
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
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



103.01.19

住院医师 訓練課程



Reference

- Williams OBST
- CREASY & BISH
- Stath Edmon



台灣婦產科醫學會 207 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文/何弘能

05 秘書長的話 | 文/黃閔照

09 秘書處公告 | 文/秘書處

09 台中華民國醫師公會全國聯合會 函

轉知有關衛生福利部中央健康保險署對於醫療機構「收取指定醫師費」納入健保給付之可行性分析供參，請 查照。

09 衛生福利部 函

檢送有關本部中央健康保險署對於醫療機構「收取指定醫師費」納入健保給付之可行性分析供參，請 查照。

09 衛生福利部中央健康保險署 函

有關醫療機構「收取指定醫師費」納入健保給付之可行性，復請查照。

10 衛生福利部疾病管制署 函

檢送 103 年低收入戶及中低收入戶學幼童補助常規疫苗接種診察資作業計畫」1 份，請惠予轉知所屬會員協助配合辦理推動，請 查照。

11 衛生福利部疾病管制署 函

有關政府提供山地離島等特定地區幼兒接種之 A 型肝炎疫苗，自 103 年起實施年齡調整為出生滿 12 個月，詳如說明，請 惠予周知貴會會員，請 查照。

13 衛生福利部中央健康保險署會議紀錄

西醫外科專家諮詢會議第 1 次會議紀錄

19 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會 活動須知

20 台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會 晚宴報名表

18 活動消息

23 通訊繼續教育

持續性子宮外孕 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

30 會員園地

子宮頸錐狀切片後，仍需注射疫苗嗎？ | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

33 編後語 | 文/王鵬惠

理事長的話

何弘能

敬愛的會員、前輩：大家好！

蛇年將屆，馬年將至，過去一年的生育率明顯的比龍年低了不少，希望新的一年會提升有改變。有關健保相關給付，大家都在繼續努力中，希望能有所改善，特別在生育給付上能有更合理、更有保障的方式。新的一年有關生育風險救濟金，未來醫師負擔部分及其他健保給付相關的議案，學會目前正積極溝通協調，繼續為會員爭取較有利的方案。未來住院醫師的招收及教育，衛福部會有新規定，對住院醫師的訓練有一些要改變及要求，相關委員會正在研議對策，並努力與醫策會爭取最好的方案。

請各位會員記得三月的年會，希望大家踴躍參加，有不少會員因過去的疏忽，再教育的分數不足，以致於無法順利繼續取得專科醫師證書。年會是取得再教育學分最好的方式，今年學術委員會及秘書處會安排很精彩的節目，請各位會員一定要參加，見見老朋友及新朋友。

今年冬天的氣溫變化急速，又值流行感冒的高峰期，再次請大家於繁忙工作中，多注意身體健康。在一年歲末時刻，舊曆新年將至，在此先祝各位會員春節快樂，歲歲平安，萬事如意。

秘書長的話

黃閔照

產檢超音波未能檢出肢體殘障，引起社會及媒體對婦產科醫師撻伐，目前國民健康署在 10 次產檢中，僅提供一次 350 元基本超音波檢查，過去學會也行文說明所謂 350 元初階的超音波檢查，僅能針對胎兒大小、胎盤、胎位、羊水做測量，也希望國健署能提高目前產檢的超音波給付及次數，國健署考量認為過多的超音波檢查，有可能造成不必要的中止妊娠，但過去 20 年來，醫療發展的進步，但許多先天性疾病如兔唇、心臟病，腸膨出等新生兒，現在也都能生出並獲得良好的醫療後續照顧，如何讓台灣的社會接受殘缺天使的到來，這也是將來我們要努力的方向。但學會也希望國健署能重新思考台灣的產檢政策。我也呼籲會員們，過多服務性質的超音波檢查不一定能檢出異常，反而造成本身的困擾。如何在超音波檢查中建立系統式檢查或 check list，也許是避免醫糾的不二法門，建議高層次超音波分擔產檢風險也可能是將來產檢的趨勢。

最近接到許多會員詢問國健署，預計將羊膜穿刺補助提高到 5000 元的時程及如何申請？學會求證國健署後得到的初步回覆，目前並沒有實施的時程公布，所以會員們在面對民眾的詢問時須仔細說明，以免引起爭議。至於未來的政策是否執行，必須根據將來的財政收入及公衛政策的優先順序執行，我也跟國健署長官建議目前國內高於 35 歲高齡產婦約佔 18%，如為促進國民健康應該鼓勵提早生育規劃，建立執業環境對孕產婦尊重才是正途，反而每年花近億元補助高齡產婦，忽略目前產檢及衛教不足。

1 月 19 日第一場住院醫師教育訓練活動共有 95 名住院醫師參加，感謝所有協助教育訓練活動的老師們，希望能補齊每家醫院的訓練也許有不足的地方，學會也安排 2D 及 3D 超音波訓練，GBS 篩檢操作等實作課程，如何訓練好我們的住院醫師，不僅是各醫院同時也是學會應該承擔的責任，謝謝出席的住院醫師們，辛苦你了。誠如蔡鴻德院士所言，最壞的年代也是最好的年代，婦產科過去一年在生育事故救濟及 RBRVS 在手術給付點數上大幅提升，希望能夠吸引更多年輕的醫師投入婦女健康照護。

專科訓練醫院大改制，過去由學會主導的專科訓練醫院評鑑在衛生福利部RRC小組主導下，修訂目前的評鑑內容，並逐年修訂容額，希望每家訓練醫院都要有至少 2 名以上容額，以期能有相互學習的機會，然婦產科專科醫師容額僅 70 名，目前醫學中心有 21 家，專科訓練醫院有 35 家，粥少僧多下，恐怕將來訓練醫院會大幅減少，加重南北失衡，學會將會跟衛福部努力爭取，當然也希望作為訓練醫院不應把住院醫師僅當作人力，應該要提供好的教育訓練讓學生們能夠獲得好的教育才是。

針對勞委會檢討是否修訂女性 45 歲年齡作為失能診斷依據，學會立場認為一般婦女在 45 歲左右已達不易自然受孕條件，目前無修訂放寬之必要，但同時也希望會員注意，不宜以 45 歲是否獲得失能補助，做為子宮切除之鼓勵要項，以免落入媒體口實，傷害婦產科。所有的手術必須符合適應症，也能跟病人詳細說明替代療法，是否有能取代子宮切除之其他治療，是作為保護女性身體的婦產科醫師應該具備有的專業素養。

年會將於 3 月 8~9 日假台大國際會議中心舉辦，今年特別邀請到 FIGO 下屆理事長印度籍 Dr. Chittaranjan Narahari Purandare 教授演講 FIGO Guideline of PPH，另外新的 AOFOG 理事長 Dr. Kurian Joseph 教授，及日韓許多醫師也都會來台參與，台灣也是今年主辦台日韓年輕醫師交流的主辦國，這次國內有 23 名年輕醫師投稿，為鼓勵所有年輕醫師參加，特別安排讓大家都能上台演講。也提醒會員們都能夠多多參與年會活動，今年有部分會員因為積分不夠，導致其專科醫師資格無法延展，影響其將來健保申請及執業，請各位多能注意自己的權益，常常上學會網站查詢自己的積分及學會公告。

去年總生產數達 19 萬 9113 人，雖然較龍年少，但勉強維持過去平盤，國家為鼓勵生育，應該能全面思考人口政策，也要改善目前工作職場對孕產婦不公平的地方，希望馬年的到來能改善過去一年政治、經濟困頓。

祝大家新年快樂、心想事成。

台灣婦產科醫學會博物館新捐款名單

姓名	金額	日期	姓名	金額	日期
潘咸安	壹拾萬	08月20日	詹王成	伍萬	09月06日
賴文福	伍萬(增加) (共壹拾萬)	11月29日	林耀庭	伍萬	12月09日
鄭雅敏	伍萬	103年1月14日	吳振福	參萬	09月09日
孫茂榮	貳萬伍仟	08月20日	劉道明	貳萬	09月10日
江育同	貳萬	09月05日	周建章	貳萬	09月05日
江基良	貳萬	09月05日	謝茂益	貳萬	12月11日
鄭淑貞	貳萬(增加) (共肆萬)	12月17日	謝鄭金枝	貳萬參仟陸佰	12月11日
吳慶順	壹萬	10月08日	陳聖明	壹萬捌仟	09月04日
林俊宏	壹萬貳仟	09月11日	邱正義	壹萬貳仟	09月04日
成功	壹萬貳仟	09月09日	黃木發	壹萬貳仟	09月03日
劉嘉耀	壹萬	08月20日	李世隆	壹萬	08月16日
林裕益	壹萬	08月27日	林秀玲	壹萬	09月10日
簡聰堯	壹萬	09月09日	鄭忠政	壹萬	08月27日
丘林和	壹萬	09月30日	江茂橋	壹萬	11月07日
吳鳳昕	壹萬	11月12日	黃甫彥	壹萬	12月03日
蕭倩如	壹萬	103年1月6月	吳博霖	陸仟	09月04日
吳青芳	陸仟	09月05日	許鈞碩	伍仟	09月24日
李耀泰	伍仟(增加) (共參萬壹仟)	11月29日	徐宇瓊	伍仟(增加) (共壹萬)	12月31日
林彥互	伍仟	103年1月6月	牟惟茜	伍仟	103年1月6月

新增文物捐贈名單

方昌仁

各位敬愛的會員：大家好！

首先感謝大家對學會的支持。

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」已於 2013 年 10 月 13 日落成。為達成保存婦產科文物之使命，學會需要您的繼續支持，期盼大家秉持支持學會保存婦產科歷史文物竭盡心力的熱誠，共襄盛舉，一起為創造婦產科歷史向前邁進。

今後，不論任何文物，也不論金額多寡，均望您熱烈支持，學會必將妥善運用及管理。此外，捐款可以抵稅，而且捐獻芳名錄也會定期（或每月）公告在會訊，待達一定數量之後，希望每年也都能有機會出版一本小冊子來紀錄所有會員的奉獻，並在適當時機將該等資料彙編成冊發行，此外，也能夠每隔一段時間就 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紀念大家的奉獻，也讓它成為婦產科歷史的一部分。學會在此先感謝您的熱心支持，謝謝！

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

最後 敬祝大家

身體健康 闔家歡樂

理 事 長 何弘能

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃閔照

財務委員會召集人 張維君 敬上

■ 秘書處公告

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 102 年 12 月 26 日

發文字號：全醫聯字第 1020002455 號

附件：如說明一

主旨：轉知有關衛生福利部中央健康保險署對於醫療機構「收取指定醫師費」納入健保給付之可行性分析供參，請查照。

說明：一、依衛生福利部 102 年 12 月 12 日衛部醫字第 1021682478 號函（如附件）辦理。
二、本會 102 年 7 月 31 日全醫聯字第 1020001113 號函諒達。

衛生福利部 函

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國 102 年 12 月 12 日

發文字號：衛部醫字第 1021682478 號

附件：如主旨（1021682478.DOC）

主旨：檢送有關本部中央健康保險署對於醫療機構「收取指定醫師費」納入健保給付之可行性分析（如附件）供參，請查照。

說明：依據貴會 102 年 7 月 31 日全醫聯字第 1020001113 號函暨前行政院衛生署 101 年 10 月 8 日召開醫療機構「收取指定醫師費」相關會議之綜合結論辦理。

衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國 102 年 11 月 18 日

發文字號：健保醫字第 1020002258 號

主 旨：有關醫療機構「收取指定醫師費」納入健保給付之可行性，復請查照。

說 明：一、復 鈞部 102 年 11 月 7 日衛部醫字第 1021680394 號函。

二、有關請本署評估婦產科醫師於非值班時間額外應病人要求提供治療服務所生費用，納入健保給付之可行性分析乙節，依全民健康保險法第 51 條第 5 款規定，指定醫師、特別護士及護理師之費用，非屬健保給付範圍，先予敘明。

三、現行生產醫療費用係包裹式給付，如於診所提供產科醫療服務採論病例計酬方式，於醫院提供醫療服務則採住院診斷關聯群（Tw-DRG）方式，各該給付方式已包括各類醫事人員之每分鐘及耗用時間之用人成本、不計價材料或藥品成本，以及設備費用及房屋折舊等費用。

四、因此。全民健康保險法已明訂指定醫師、特別護士及護理師之費用，非屬健保給付範圍，又現行健保給付之生產醫療費用其給付方式亦已包含醫療服務及人力成本等相關費用；另婦產科醫師於非值班時間額外應病人要求提供之醫療服務所產生之指定醫師費用，在醫療各科別均會產生，非婦產科醫師獨有，在健保財務困境下，對支付之衡平性亦需列入考慮。

衛生福利部疾病管制署 函

受 文 者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 102 年 12 月 30 日

發文字號：疾管防字第 1020203727A 號

附 件：103 年低收入戶及中低收入戶學幼童補助常規疫苗接種診察費作業計畫

主 旨：檢送 103 年低收入戶及中低收入戶學幼童補助常規疫苗接種診察費作業計畫」1 份，請惠予轉知所屬會員協助配合辦理推動，請 查照。

說 明：一、為減少弱勢族群之經濟負擔，提升該等幼兒之健康照護品質，本署將自 103 年起實施「低收入及中低收入戶學幼童補助公費常規疫苗接種診察費作業計畫」，藉由補助該等學幼童預防接種診察費之方式。鼓勵接種，以提升接種率及弱勢族群幼童之健康照護品質。

二、旨揭作業自 103 年 4 月 1 日起實施，針對符合補助條件之低收入及中低收入戶學幼童，請合約院所於提供接補種服務前，確實檢視兒童健康手冊之預防接種紀錄

表及低收入／中低收入戶證明書（卡）。凡依計畫為該等幼童接種公費疫苗、進行造冊，並上傳 NIIS 接種資料之院所，每名個案每診吹由本署補助新台幣 100 元診察費。支付原則如下：

- （一）同診次接種一種以上疫苗者，支付一次診察費。
- （二）因病就診經醫師評估可同時接種疫苗者，不支付當次疫苗接種診察費。
- （三）當次疫苗接種併同其他預防保健項目執行診察，不另行支付本診察費。
- （四）該診次常規疫苗與流感疫苗同時接種，因已補助流感疫苗診察費，不另支付本診察費。如非流感疫苗接種計畫公費支應診察費之學幼童，前往院所補接種流感疫苗，支付一次本診察費。
- （五）住院期間（含出生住院期間 24 小時內接種之 HBIG、B 肝疫苗第一劑及出生 24 小時後接種之 BCG）併行之公費常規疫苗接種，不另支付診察費。

三、為共同照護弱勢族群，請貴會惠予轉知會員協助配合本項作業，於提供該等幼童公費常規疫苗接種服務時，不再另行收取診察費差額，至於其餘掛號費。部分負擔等費用，院所得依所轄衛生局訂定之標準內收取，俾以共同提升該族群學幼童之接種意願及照護品質。

四、有關本項經費之核付，採每半年結算核撥方式辦理。請院所填具接種名冊，並先行與系統勾稽核對資料，每半年送交轄區衛生局彙整後向本署請款。經本署核定後，核付醫療院所該項診察費用。

衛生福利部疾病管制署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 103 年 1 月 7 日

發文字號：疾管防字第 1030200016A 號

附件：公費 A 型肝炎疫苗實施地區及接種時程表

主旨：有關政府提供山地離島等特定地區幼兒接種之 A 型肝炎疫苗，自 103 年起實施年齡調整為出生滿 12 個月，詳如說明，請 惠予周知貴會會員，請 查照。

說明：一、旨揭 A 型肝炎疫苗係提供設籍於 30 個山地鄉、9 個鄰近山地鄉之高感染平地鄉及金門、連江兩縣等地區之幼童（如附件），於出生滿 2 歲時接種。

二、由於國內上市之兩廠牌（MSD、GSK）A 型肝炎疫苗，目前其「兒童及青少年配方」核准之初始接種年齡均為出生滿 12 個月，為使上述地區幼兒之 A 型肝炎疫苗能併其他常規疫苗同時接種，減少家長攜幼兒往返院所次數，同時提升接種

率，「衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）」102年第2次會議決議如下：

- (一) 山地離島等特定地區幼童之A型肝炎疫苗接種年齡，同意修改為出生滿12個月接種第1劑，間隔6-12個月接種第2劑。
- (二) 該兩劑A型肝炎疫苗可與其他常規疫苗（不活化疫苗或活性減毒疫苗）同時接種（分開不同部位）或間隔任何時間接種。

附件

公費A型肝炎疫苗實施地區及接種時程表

102·12 修訂

項目	實施地區	接種時程表
山地鄉	新北市：烏來區 宜蘭縣：南澳鄉、大同鄉 桃園縣：復興鄉 新竹縣：尖石鄉、五峰鄉 苗栗縣：泰安鄉 台中市：和平區 南投縣：仁愛鄉、信義鄉 嘉義縣：阿里山鄉 高雄市：那瑪夏區、茂林區、桃源區 屏東縣：三地門鄉、牡丹鄉、來義鄉、春日鄉、泰武鄉、獅子鄉、瑪家鄉，霧台鄉 台東縣：延平鄉、金峰鄉、海端鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉 花蓮縣：秀林鄉、卓溪鄉、萬榮鄉	設籍於實施地區之幼兒。於出生滿12個月接種第1劑，間隔6-12個月接種第2劑。
鄰近山地鄉之平地鄉鎮	屏東縣：琉球鄉 台東縣：池上鄉、卑南鄉、關山鎮 花蓮縣：玉里鎮、吉安鄉、新城鄉、瑞穗鄉、壽豐鄉	
金馬地區	金門縣、連江縣	

※兩劑A型肝炎疫苗可與其他疫苗（如麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗、水痘疫苗、肺炎鏈球菌疫苗、日本腦炎疫苗及五合一疫苗……等）同時接種（分開不同部位）或間隔任何時間接種。

衛生福利部中央健康保險署開會通知單

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 102 年 12 月 9 日

發文字號：健保審字第 1020036687C 號

附件：會議資料乙份

開會事由：全民健康保險醫療費用審查注意事項研修案西醫外科專家諮詢會議第 1 次會議（102 年 12 月）

開會時間：102 年 12 月 17 日（星期二）上午 10 時 40 分

開會地點：本署 9 樓第一會議室（台北市信義路 3 段 140 號）

主持人：陳顧問肇隆。黃顧問閔照

聯絡人及電話：郭小姐 02-23261521

全民健康保險醫療費用審查注意事項研修案 西醫外科專家諮詢會議第 1 次會議紀錄

時間：102 年 12 月 17 日上午 10：40

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

出席（列）席委員、單位及人員：詳簽到單

主席：黃顧問閔照 紀錄：郭翠雯

一、主席致詞：略

二、報告事項：

報告單位：本署醫審及藥材組

本署分科專家諮詢會議組成及功能簡介

決定：

- （一）有關謝武吉理事長建請增加台灣醫院協會 3 名為健保醫療費用審查注意事項研修諮詢顧問乙節，建請健保署參採。
- （二）本案洽悉。

三、討論提案

提案一：

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：增修訂醫院外科、耳鼻喉科、骨科、泌尿科、神經外科、眼科、及婦產科等之全民健康保險醫療費用審查注意事項案，提請討論。

結論：一、同意增修如附件 1。【醫院外科（附件 1-1）。婦產科（附件 1-2）、骨科（附件 1-3）、泌尿科（附件 1-4）、耳鼻喉科（附件 1-5）、眼科（附件 1-6）及神經外科（附件 1-7）如附件 1。】

二、建議維持原條文或不予新增或移相關業務單位研參者，如全民健康保險醫療服務（或藥物）給付項目及支付標準者如附件 2。【醫院外科（附件 2-1）、婦產科（附件 2-2）、骨科（附件 2-3）、眼科（附件 2-4）及神經外科（附件 2-5）。】

三、同意不列入審查注意事項增修提案之彙整表，如附件 3。

科別：醫院婦產科

（附件 1-2）

項次	增修條文	原條文	備註說明
1	抹片 ASCUS(含)以上，必要時得進行陰道鏡檢查，附加之子宮頸切片及 ECC 得另行申報。	無	
2	電燒或雷射治療 Condyloma，以局部麻醉為原則，如需全身麻醉（如：多發性、大範圍之病灶），需於病歷詳載理由，並有麻醉紀錄。	無	
3	間質性膀胱炎患者施行膀胱鏡合併水擴張治療後，如發生解尿困難、血尿或頻尿情形，宜先留院觀察，如未改善必要時得住院 1 天，需於病歷詳載理由。	無	
4	子宮外孕、先兆性流產、不完全性流產等與懷孕有關之診斷或疾病得申報產科超音波（19010C）。	無	1. 依婦產科醫學會酌修文字。 2. 產科超音波 19010C（550 點）、婦科超音波 19003C（450 點），早產懷孕之併發症，其超音波檢查執行又須同時執行子宮卵巢檢查及胎兒檢查，相關懷孕之超音波檢查如符合適應症時得以產科超音波申報。

科別：醫院婦產科

(附件 2-2)

項次	原提案建議增修條文	原條文	決議
5	卵巢囊腫不建議定期做追蹤影像檢查。	1. 無 2. 參考美國九大醫療團體建議，擬增訂左列條文。	應由實際病況來判斷是否須執行檢查，故不列入審查注意事項。
6	維持原條文，不建議刪除 11. 剖腹產的適應症： (16)Cephalopelvic disproportion (CPD)(胎頭骨盆不對稱)。	11. 剖腹產的適應症： (16)Cephalopelvic disproportion (CPD)(胎頭骨盆不對稱)。	1. 維持原條文 2. CPD 仍為剖腹產之適應症之一，不建議刪除。
7	子宮肌瘤手術適應症： (1)肌瘤引起經血量過多造成貧血。 (2)肌瘤明顯快速增大或異常變化疑似惡性肌瘤。 (3)嚴重骨盆腔內壓迫其他器官症狀(如頻尿、裏急後重或中、重度腎水腫、輸尿管水腫等)情形。 (4)肌瘤引起之嚴重疼痛。 (5)經檢查確診由肌瘤造成之不孕症。	無	1. 不列入審查注意事項。 2. 移請於醫療服務給付項目及支付標準研修時參考。 3. 子宮肌瘤切除仍以症狀子宮肌瘤為主，如改為定 5 公分肌瘤之限制反而造成不必要之子宮肌瘤切除。
8	安胎適應症： (1)有早產之虞須以宮縮緩解劑注射治療者，可收容住院，唯需檢附胎心音監視報告。 (2)懷孕 20-37 週間子宮收縮頻率 10 分鐘 2 次以上，且有下列任一情形者： a. 子宮頸持續擴張。 b. 子宮頸口擴張 \geq 2cm。 c. 子宮頸變薄 \geq 80%。	無	1. 目前「安胎」並無專屬的支付標準項目，不列入審查注意事項。 2. 早產及破水處理須考量懷孕週數及相關症狀，子宮頸長度目前為非必要適應症
9	超音波檢查一定要有適應症並要註明主訴。婦科及產科兩者合計以 20%、乳房超音波則 5%(30 歲以上每年可做一次)為原則，超過上限嚴加審查。	無	1. 不列入審查注意事項 2. 移請分區業務組審查參考

項次	原提案建議增修條文	原條文	決議
10	建議酌修支付標準，因為台灣地區產婦高齡化及高危險妊娠產婦增加，且這類產婦多於區域及醫學中心就診，建議1911C 胎兒生理評估之附註(4)修訂為胎兒生理評估為確認胎兒窘迫的檢查，在妊娠期間之檢查次數以病患臨床情況而定，但以每週不超過兩次為限。	無	支付標準 19011C 高危險妊娠胎兒生理評估之附註已訂定，不列入審查注意事項。
11	安胎可至 36 週+6 天	無	1. 目前「安胎」並無專屬的支付項目，不列入審查注意事項。 2. 宮縮緩解劑已有審查原則。
12	門診手術因病情需要時可申報 CBC、EKG	無	1. 一般檢查及檢驗視病情需要。 2. 不列入審查注意事項
13	泌尿科醫師執行陰道無張力吊帶手術：全國皆申報 77029B Abdominal perineal urethral suspension (APUS)；至於婦產科醫師執行陰道無張力吊帶手術時，在*區健保局卻只能申報 78030B 陰道懸吊術 Colposuspension or Burch operation，同工不同酬，一國兩制，非常不合理。	無	1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準業於 102.06.01 新增 80035B 陰道式會陰尿道懸吊術 2. 不列入審查注意事項。
14	合併執行骨盆底重建手術（包括 80026B 或 80027B 或 80028B 或 80033B）及尿失禁手術（78030B 或 77029B），兩者為相同或不同傷口執行不同部位手術，故兩者皆為主手術，審查認為骨盆底重建手術為主手術，尿失禁手術為副手術，副手術點數乘以 1/2，非常不合理。	無	1. 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六規定。 2. 不列入審查注意事項。
15	合併執行骨盆底重建手術（包括 80026B 或 80027B 或 80028B 或 80033B）及尿失禁手術（78030B 或 77029B），因 78030B 中文為陰道懸吊術，導致不是婦女泌尿	無	1. 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則六規定辦理。

項次	原提案建議增修條文	原條文	決議
15	專長的審查委員誤認為該手術已內含於骨盆底重建手術，故將尿失禁手術 78030B 予以刪除，非常不正確，因為這兩種是不同的手術，宜於審查醫師訓練或講習時釐清。		2. 按支付標準編號 80026B、80027B、80028B 及 80033B 之中英名稱已明註不含尿失禁手術，如為同次手術過程合併執行 2 項手術項目，依上述手術通則辦理。 3. 不列入審查注意事項。
16	在操做骨盆底重建手術（包括 80026B 或 80027B 或 80028B 或 80033B）及尿失禁手術（78030B 或 77029B）時，手術醫師會加上膀胱鏡(28019C)檢查，而膀胱鏡檢查又非主手術或副手術的一部份，因此建議此時的膀胱鏡如有附圖片或文字敘述內容等資料則應該可以申報。	無	1. 依全民健康保險醫療保支付標準第二部第二章第七節手術通則七辦理、不列入審查注意事項。 2. 實際執行骨盆重建術+尿失禁手術過程中提供膀胱鏡檢查，按支付標準手術通則七，凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌注等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。請相關醫學會提供資料研參。
17	嚴重的骨盆腔器官脫垂有 30%-80% 合併有隱藏性尿失禁，手術前在門診必須安排尿路動力學檢查(21006B)，以便能找出此種尿失禁而加以治療，以避免病患出現術後尿失禁而導致醫療糾紛，何況患者也會有其他解尿功能異常，如尿液滯留或解不乾淨之問題，故尿路動力學檢查是該等患者之必要檢查，然而有些審查委員認為病患無主訴漏尿，所以刪除尿路動力學檢查，非常不正確。	無	1. 不列入審查注意事項。本項內容非屬審查注意事項修訂條文，建議執行錄影尿流動力學檢查時需於病歷詳載主、客觀評估。 2. 骨盆腔脫垂病人，常有合併隱藏性尿失禁，故常執行尿動力學檢查，以避免進行脫垂手術復位後之尿失禁發生，可提早診斷並於當次手術中矯正。

項次	原提案建議增修條文	原條文	決議
18	骨盆重建手術或尿失禁手術患者，術時若同時後施行膀胱造口術（78003C），是必要的不同刀口之手術，不應該被認為是主要手術的一部份而被刪除。	無	1. 膀胱造口術非常規性骨盆重建手術及尿失禁手術後之手術，如因病情需要執行膀胱造口術，得依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節手術通則申報。 2. 不列入審查注意事項。
19	以玻尿酸治療間質性膀胱炎時，雖然病患已經接受膀胱、尿液細胞學等檢查確診後，有些審查委員經常還是會規定醫師要先以傳統藥物(anticholinergics)治療一段時間無效才可以改為玻尿酸，否則就會被刪除，非常不合理。因為這些病患本來就是使用傳統藥物（包括 anticholinergics）無效才會遊蕩在各大醫院，為免於延誤病情，只要檢查結果符合健保規定的條件，就應該准予使用玻尿酸。	無	1. 依藥物給付給付項目及支付標準 D113-2 膀胱灌注液之適應症及使用規範辦理。 2. 不列入審查注意事項

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
140215-2	功能性膀胱出口阻塞專家特別講座	臺中榮民總醫院/台灣尿失禁防治協會	台中日月千禧酒店	02月15日 14時00分	02月15日 18時00分	B	2分
140215-1	母乳哺育照護研習會(初階)	台南市政府衛生局、臺南市立安南醫院-委	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營 醫療大樓 11	02月15日 12時35分	02月15日 17時30分	B	5分
140216-1	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室(彰化市中山路二段 349 號)	02月16日 14時00分	02月16日 18時00分	B	2分

台灣婦產科醫學會 103 年度年會 暨擴大學術研討會

活動須知

○ 學術研討會

時 間：103 年 3 月 8 日~3 月 9 日（星期六、日）
地 點：台大醫院國際會議中心（台北市徐州路 2 號）

○ 繳費項目

103 年度常年會費：3,500 元（永久會員免繳此項）

103 年度年會報到費：2,000 元（65 歲以上免繳此項）

PS. 電腦系統將會記錄會員之繳費情形，若過往常年會費尚未繳清者，請先繳清後再行繳交今年度（103 年）之常年會費。

○ 繳費方式

劃撥接受日期：103 年 1 月 1 日至 103 年 2 月 10 日。

並請於劃撥單備註欄註明各項繳費項目及會員編號。

郵政劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

★請盡量利用郵政劃撥事先繳費報名，以加速大會報到作業。

預先劃撥繳納上述費用者，統一將於年會報到當日時給予相關費用收據。

○ 午餐

103 年 3 月 8 日~3 月 9 日（星期六、星期日）的午餐，由大會免費招待。

○ 歡迎晚宴

時 間：103 年 3 月 8 日（星期六）PM 6:00

地 點：國賓飯店 2 樓國際宴會廳

○ 住 宿

■**國賓大飯店** 雙人房 5540 元、單人房 5100 元，均含早餐、含服務費。

電話：02-25511111 傳真：02-25364814（表明為台灣婦產科醫學會會員）

請自行電洽訂房。（台北市中山北路二段 63 號）

■**台北喜來登大飯店** 雙人房 7700 元、單人房 7150 元，均含早餐、含服務費。

電話：02-23215858-8000 傳真：02-23936824（表明為台灣婦產科醫學會會員）

附上訂房表請自行訂房。（台北市忠孝東路一段 12 號）

■**台北凱撒大飯店** 雙人房 7700 元、單人房 7370 元，均含早餐、含服務費。

電話：02-23115151 傳真：02-23710936（表明為台灣婦產科醫學會會員）

附上訂房表請自行訂房。（台北市忠孝西路一段 38 號）

★3 月 6~9 日為國際自行車展覽時間，請即早訂房，以免向隅。

台灣婦產科醫學會 103 年度年會 暨擴大學術研討會 ≈ 晚宴報名表 ≈

○ 歡迎晚宴

時 間：103 年 3 月 8 日（星期六）PM 6:00

地 點：國賓飯店 2 樓國際宴會廳（台北市中山北路二段 63 號）

報名方式：欲參加者請於 103 年 2 月 5 日前報名，報名時請務必填寫下列表格，並附上郵政劃撥回執收據傳真回覆學會。預計名額為 400 名，額滿為止，屆時一律憑邀請卡入場（邀請卡將於會前寄出）。未事先報名者謝絕入場。

費 用：會員及眷屬（限攜眷一人，15 歲以上）每人報名費用 NT \$ 500 元，歡迎踴躍參加。（65 歲以上之會員免費招待）

繳費方式：

郵政劃撥帳號：00037773 戶 名：台灣婦產科醫學會

學會電話：02-25684819 傳 真：02-21001476

報名表

會員編號		劃撥回執浮貼處
會員姓名		
眷屬姓名		
眷屬姓名		
電 話		
傳 真		
通訊地址		

共_____人



CAESAR PARK

TAIPEI

台北凱撒大飯店

March 08, 2014

Attention: CAESAR PARK HOTEL TAIPEI -Sales & Marketing Dept. Ms. Joyce Feng
 Tel: 886-2-2311-5150 ext.2423 Fax: 886-2-2371-0936
 E-mail: fanny_yeh@caesarpark.com.tw

New Booking Amendment Cancellation Date: / /

Guest Details (Please TYPE or PRINT Clearly in CAPITAL LETTERS)

Salutation: Mr. Mrs. Ms. Dr. Prof.
 Surname: _____ First Name: _____
 Company Name: _____
 Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____
 Nationality: _____ Birthday (mm/dd/yy): _____
 Arrival Date (mm/dd): _____ Flight No: _____ Arrival Time: _____
 Departure Date (mm/dd): _____ Flight No: _____ Departure Time: _____

Room Type

<input type="checkbox"/> Superior Single Room	NT\$6700+10% (with ONE daily buffet breakfast)
<input type="checkbox"/> Superior Twin Room	NT\$ 7000+10% (with TWO daily buffet breakfast)

- Above rates are inclusive of 5% VAT and 10% service charge
- Official check-in time is at 15:00 p.m. and check-out time is at 12:00 p.m. Check-in require prior to 12:00 p.m. will subject to additional one night room charge.
- The Hotel will send a written confirmation upon receipt of the completed form.
- Rooms are available on a first-come, first served basis. Reservations are NOT confirmed until the hotel sends a confirmation number.

Airport Transportation (from Taoyuan airport to hotel)

Not required
 YES, NT\$1880net per trip per limo, share car with _____ (maximum 2 people)
 *Limousine service must be guaranteed by credit card and changes to arrival time notified at least 3 hours in advance to avoid a "No Show" charge.

Payment Details

Credit Card: VISA MasterCard American Express JCB
 Card No: _____ Expiry Date: / /
 (MM/YY)
 Card Holder Name (printed): _____ Security Code:
 Authorized Signature: _____ Date: _____

➤ No reservation will be accepted without credit card details. In case of no-show on the arrival date or cancellation within 72 hours of the arrival date, one night deposit will be charged.

Please return this form by the deadline date of February 01, 2013. Please do not hesitate to contact us if you have any inquiries.

100 台北市忠孝西路一段 38 號
 38, Chung Hsiao W. Rd., Sec. 1, Taipei, 100 Taiwan, R.O.C.
 電話 Tel (02) 2311-5151
 傳真 Fax (02) 2371-0936
 email joyce_feng@caesarpark.com.tw
 http taipei.caesarpark.com.tw

■ 通訊繼續教育

持續性子宮外孕



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產科

² 台北中山醫院 婦產科

子宮外孕的發生率約 1-2 %，不可輕忽。由於血清檢查和陰道超音波的進步，子宮外孕多能在早期就被診斷出來，多發在輸卵管。對一些 β -hCG < 1000 mIU/mL 和沒有症狀的的子宮外孕，一般認為採用觀望 (expectant) 治療，等待自然吸收或等症狀出現施手術，但許多患者不能接受，因之引起的醫療糾紛不少，使醫師改採積極的治療方式。在尚未破裂的輸卵管外孕，若患者未完成生育，常會採保守性手術治療，即將胚胎組織取出，保留完整的輸卵管，但病灶中仍可能存在有絨毛，如繼續發育則稱為”持續性子宮外孕”，一旦延誤診斷，患者會有出血性休克，危及性命，衍生醫療糾紛。本文特回顧持續性子宮外孕相關文獻，整理後供同仁參考。

► 發生率

持續性子宮外孕可以發生在輸卵管切除 (salpingectomy)、輸卵管造口術 (salpingostomy)、輸卵管切開術 (salpingotomy) 後，後二者均屬保守性手術治療，發生持續性子宮外孕的機率較高，原因當然與有殘留的病灶有關。根據文獻，持續性外孕的發生率，經剖腹的保守性手術為 3-5 %，經腹腔鏡的保守性手術為 3-29 %，可能與腹腔鏡有用水沖洗病

灶，會增加病灶轉移的機會。

▶▶ 原因

在輸卵管妊娠中，大部分滋養層細胞侷限附在輸卵管腔的表層，但仍有少數的病灶會侵入輸卵管深部肌肉層、漿膜層，甚至是血管內。此時，要將病灶全部取出是有困難度的。Stock 等報告 8 位持續性輸卵管外孕患者，將輸卵管切除後病理檢查，有 4 位（50 %）絨毛組織已侵入至輸卵管肌肉層中。

其它產生持續性子宮外孕的危險因子，包括：(1)早期妊娠：指懷孕週數 < 6 週和妊娠 ≤ 2 cm。小的妊娠囊發生持續性子宮外孕的機率增加，可能是因為滋養層細胞與輸卵管壁間的凝血塊和出血量少，尚無剝離層形成，使妊娠組織不易從胎盤植入處取出；(2)腹腔鏡手術：特別是在取出輸卵管胚囊時，常會用高壓沖水將胚胎與輸卵管分離（hydrodissection），結果會使游離的滋養細胞存在腹腔中，繼續種植生長（如在大網膜上）再產生另一子宮外孕；(3)Lundorff 等報告在手術前 hCG > 3000 IU/L 和手術後 7 天 hCG > 1000 IU/L，皆有高比例的持續性子宮外孕的發生率。

▶▶ 診斷

(1)手術後血清 β -hCG 追蹤：通常子宮外孕治療之後，不一定會做 β -hCG 追蹤。但在腹腔鏡子宮外孕保守性手術增加後，就有 β -hCG 追蹤的必要性，直至正常為止。一旦出現增加或下降停滯，要警覺有持續性子宮外孕的可能！但手術後如何進行 β -hCG 追蹤，尚無定論。在 Spandorfer 等報告 147 位子宮外孕接受輸卵管造口術治療的患者，有 26 位（17.7 %）發生持續性子宮外孕；如術後第 1 天 β -hCG 值的下降（比術前 24 小時內） ≤ 50 %，則持續性子宮外孕的相對風險（relative risk, RR）為 3.51；如術後第 1 天 β -hCG 值（比術前 24 小時內）下降 ≥ 77 %，則沒有患者發生持續性子宮外孕。另外，Pope 等認為，輸卵管外孕接受保守性手術治療的患者，在手術後 3 天檢測 β -hCG 值，如下降（比術前 24 小時內） < 55 %，則持續性子宮外孕機率高達 100 %。

(2)術後出現症狀：如患者在子宮外孕手術後，再次出現腹痛、腹腔內出血、骨盆腔腫瘤、血紅素下降、血壓下降等，須立即予以手術，因持續性子宮外孕的機率很高。

►► 預防

手術中除了避免妊娠囊破裂，並要盡可能將胎盤組織處理乾淨，方法除了大量水液徹底沖洗外，其它尚有：(1)肌肉注射 methotrexate (MTX)：Graczykowski 等報告 54 位子宮外孕尚未破裂之患者，在採輸卵管造口術治療後，並在 24 小時內肌肉注射 MTX 1 mg/kg，與另 62 位相同情形、但未注射 MTX 患者做比較，結果發生持續性外孕者，在注射組只有 1 位 (1.9%)，未注射組則有 9 位 (14.5%) ($P < 0.05$)。副作用方面，注射組有 1 位出現輕微口角炎、2 位出現輕微腸胃炎，皆在 1-2 天內自然痊癒；(2)輸卵管內注射 MTX：Akira 等報告 41 位接受腹腔鏡輸卵管造口術的患者，以 3 mL 生理食鹽水稀釋 MTX 50 mg，藉由 21 號針注入接近妊娠處的輸卵管壁，與 40 位控制組作比較。 β -hCG 每 3 天檢查一次，直至正常為止。結果在使用 MTX 注射組沒有發生持續性外孕，但在控制組則有 7 位 (17.5%) ($P < 0.05$)。在 MTX 組的患者皆未出現副作用，唯 3 mL 鹽水含 MTX 50 mg 在輸卵管切開沒有縫合時，要注入輸卵管壁內似乎不太容易。

►► 治療

在子宮外孕手術後，常規應以 β -hCG 追蹤，如病理報告沒有絨毛，更要特別小心是否有持續性外孕的可能性。一旦 β -hCG 升高或下降停滯，通常在手術後 1-4 週最容易發生，要採取 MTX 1 mg/m² 肌肉注射，繼續追蹤 β -hCG，如有內出血症狀，則應考慮第 2 次腹腔鏡手術治療。

Suzuki 等報告 1992 至 2008 年間共 139 位經輸卵管切開術治療子宮外孕的患者，有 23 位 (16.5%) 發生持續性外孕，其中 15 位患者以 MTX 50 mg/m² 或 20-25 mg 連續 3-5 天肌肉注射，6 位採觀望治療，2 位切除輸卵管。這些曾有持續性外孕者經追蹤，後來有 44.4% (8/18) 懷孕，與 90 位相同方法治療，但沒有持續性外孕者，受孕率為 48.9% (44/90)，二者無統計上差異；而復發性子宮外孕分別為 16.7% (3/18) 和 17.8% (16/90)，亦無統

計上差異。換言之，有持續性外孕與無持續性外孕，將來懷孕的機率相近。

Hoppe 等報告 19 位持續性子宮外孕之患者，平均發生在術後 41 (21-52) 天，以肌肉注射 MTX 50 mg/m² 一次來治療，在前 3 天β-hCG 常會上升，再漸漸下降，最後患者皆痊癒，有 1 位患者需要輸血。該作者認為肌肉注射 MTX 來治療持續性子宮外孕是安全、有效的。

最近，Wu 等報告 1 位懷孕 6 週、經腹腔鏡以輸卵管造口術治療之患者，在術後第 4、14、18 天β-hCG 值分別為 920、1829、2626 mIU/mL，診斷為持續性子宮外孕；第 20 天時予以肌肉注射 MTX 50 mg/m²；第 28 天β-hCG 為 1673 mIU/mL；第 35 天患者出現急性腹痛和出血性休克，腹腔鏡檢查發現大網膜有出血，即改以剖腹手術切除部分大網膜，在輸卵管造口術處並沒有病灶，病理檢查大網膜中有絨毛；第 48 天β-hCG 為 1.35 mIU/mL。患者平安出院。作者建議手術時應注意：(1)吸取出所有血塊和組織碎片；(2)減少 Trendelenburg 位置的角度；(3)使用取物袋 (endobags) 取出標本；(4)在輸卵管造口術止血時，僅吸勿沖，以避免水液將絨毛沖散至腹腔中。該作者並回顧文獻，共 8 位經腹腔鏡手術子宮外孕患者，術後 10-35 天發生大網膜持續性外孕，其中 5 位為腹腔鏡輸卵管切除，表示腹腔鏡輸卵管切除亦無法預防持續性大網膜外孕。

此外，Foulot 等報告 2 例腹腔鏡治療子宮外孕之患者，在後腹膜發生持續性外孕。其中 1 例在腹腔鏡左側輸卵管造口術後 7 天，因β-hCG 上升，在接受第 2 次腹腔鏡切除左側輸卵管時，並發現腹膜有植入物在膀胱子宮腹膜皺摺，左側 mesosalpinx 和 cul-de-sac，此四標本經組織學檢驗皆有滋養層細胞組織，在第 2 次腹腔鏡後 20 天，β-hCG 又再上升，以 MTX 50 mg 肌肉注射後痊癒；另 1 例在接受右側切除含 3.5 cm 未破裂外孕之輸卵管後，兩週β-hCG 又上升，第 2 次腹腔鏡在 cul-de-sac 後壁有腹膜滋養細胞之植入物，取出該組織，術後第 10 天β-hCG 上升，注射 2 次 MTX 50 mg 才痊癒。該作者除提及一般腹腔鏡需注意事項，亦認為以肚臍的 10 mm 腹腔鏡插口 (trocar) 取出標本，一定會使標本破裂，組織擴散至腹腔，故應裝入取物袋取出，可減少腹膜持續性外孕發生率。

▶▶ 結論

當一位早期尚未破裂之子宮外孕，甚至在腹腔已有出血但血流動力尚穩定者，腹腔鏡手術是標準治療，但要做輸卵管切除或輸卵管造口術，除考慮患者對側輸卵管外觀是否正常、過去曾否接受過對側輸卵管切除、生育是否完成外，也要重視患者的需求。當今的趨勢，多數婦女希望保有完整的輸卵管，因而採取保守性手術治療方式，此時，持續性子宮外孕的比率高達 29 %；至於手術中在外孕部位注射 MTX 或加給肌肉注射，則可減少持續性外孕的發生率，但會有藥物副作用，或對卵巢造成損傷的擔心，無論如何，均須追蹤 β -hCG 直至正常為止，並要小心其會在手術後遲至第 52 天才發生。不告知就切除輸卵管，也會衍生醫療糾紛。持續性子宮外孕極少數會發生在大網膜和腹腔中，可能是因腹腔鏡採高壓沖水所導致，手術時應謹慎小心。

▶▶ 推薦讀物

1. Stock RJ. Persistent tubal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 267-70.
2. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005; 366: 583-91.
3. Spandorfer SD, Sawin SW, Benjamin I, et al. Postoperative day 1 serum human chorionic gonadotropin level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management. *Fertil Steril* 1997; 68: 430-4.
4. Poppe WA, Vandenbussche N. Postoperative day 3 serum-human chorionic gonadotropin decline as a predictor of persistent ectopic pregnancy after linear salpingotomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 99: 249-52.
5. Graczykowski JW, Mishell DR. Methotrexate prophylaxis for persistent ectopic pregnancy after conservative treatment by salpingostomy. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 118-22.
6. Hoppe DE, Beckkar BE, Nager CW. Single-dose systemic methotrexate for the treatment of persistent ectopic pregnancy after conservative surgery. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 51-4.
7. Akira S, Negishi Y, Abe T, et al. Prophylactic intratubal injection of methotrexate after linear salpingostomy for prevention of persistent ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2008; 34: 885-9.

8. 李耀泰, 郭宗正, 陳福民. 以 Methotrexate 治療子宮外孕. 台灣婦產科醫學會會訊. 2005; 105 (7): 18-22.
9. Suzuki T, Izumi SI, Nakamura E, et al. Persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingotomy: a manageable complication to preserve reproductive tubal function. Tokai J Exp Clin Med 2009; 34: 112-6.
10. Li YT, Pan CC, Chang WH, et al. Laparoscopy-aided medical or surgical treatment for tubal pregnancy. J Obstet Gynaecol Res 2009; 35: 832.
11. Wu MC, Huang WC, Lin HH, et al. Severe intra-abdominal bleeding from neglected omental implantation of ectopic tissue after methotrexate treatment for persistent ectopic pregnancy. Fertil Steril 2011; 95: 2435.e1-e3.
12. Foulot H, Chapron C, Morice PH, et al. Failure of laparoscopic treatment for peritoneal trophoblastic implants. Human Reprod 1994; 9: 92-3.
13. Lundorff P, Hahlin M, Sjoblom P, et al. Persistent trophoblast after conservative treatment of tubal pregnancy: prediction and detection. Obstet Gynecol 1991; 77: 129-33.

問答題

一、下列手術何者發生持續性子宮外孕的可能性最高？

- (A) 剖腹輸卵管切除術 (B) 剖腹輸卵管造口術
(C) 腹腔鏡輸卵管切除術 (D) 腹腔鏡輸卵管造口術

二、下列何者為持續性子宮外孕的危險因子？

- (A) 懷孕週數 < 6 週
(B) 腹腔鏡時用水沖洗
(C) 手術前 hCG > 3000 IU/L 和手術後 7 天 hCG > 1000 IU/L
(D) 以上皆是

三、下列何者為診斷持續性子宮外孕的方法？

- (A) 手術後血清β-hCG 增加或下降停滯 (B) 血紅素下降
(C) 腹痛 (D) 以上皆是

四、下列何者為預防持續性子宮外孕的方法？

- (A) 手術中輸卵管內注射 MTX (B) 手術後肌肉注射 MTX
(C) 腹腔鏡時使用取物袋裝標本 (D) 以上皆是

五、持續性子宮外孕可發生在哪些部位？

- (A) 輸卵管 (B) 大網膜 (C) 腹膜 (D) 以上皆是

第 206 期通訊繼續教育 正常大小的原發性卵巢癌

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

子宮頸錐狀切片後，仍需注射疫苗嗎？



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 ¹ 婦產科

² 台北中山醫院 婦產科

當子宮頸發現有癌前病變 CIN 2/3 時，標準的治療方式是做子宮頸錐狀切片（如 LEEP），如病理報告在切除邊緣沒有病灶，便予長期抹片追蹤或增加人類乳突病毒（HPV）檢查，少有人考慮到子宮頸癌疫苗，想法是 CIN 2/3 患者已經有過 HPV 感染，再注射子宮頸癌疫苗的預防效果不大。何況即使復發，再做一次子宮頸錐狀切片或做全子宮切除，便能解決問題。至於子宮頸錐狀切片後，再注射子宮頸疫苗，是否能減少子宮頸病灶的再復發？

子宮頸錐狀切片後，殘留或復發病灶的機率为 5-30%，根據 Song 和 Kim 等報告，若錐狀切片後組織之邊緣沒有病灶，HPV 六個月追蹤之廓清率有 92.6-95.7%。雖然 HPV 在錐狀切片後之廓清率很高，但患者仍可能有由直接、間接帶原的性伴侶再感染 HPV。

研究報告

2013 年，Kang 等報告 737 位、平均年齡為 36.7（20-45）歲、有嚴重度 CIN 之婦女（125 位 CIN 2、612 位 CIN 3），在接受過子宮頸錐狀切片後（將手術後切除子宮和有殘留病灶的患者排除），有 360 位同意者注射四價疫苗（Gardasil），377 位不同意者未注射。然後在第 3、6、12、18、24 個月用抹片追蹤，以後每年追蹤一次，共兩年。經過平均 3.5 年的追蹤，有 36 位（4.9%）患者復發，平均復發時間在 14.8（6-48）個月。

更進一步分析有 CIN 2/3 復發者，在注射疫苗組為 9 人（2.5%），在不注射疫苗組

為 27 人 (7.2 %)，表示有疫苗注射者其 CIN 2/3 的復發率會較低。在手術前，患者有 HPV 16 和/或 18 感染者，在注射疫苗組有 197 位，其復發患者有 5 位 (2.5 %)，在未注射疫苗組有 211 位，其復發患者有 18 位 (8.5 %)，亦是注射疫苗組復發較低 ($p < 0.01$)。經多重回歸分析，未注射疫苗組復發之危險比例 (HR) 為注射疫苗組的 2.84 倍。

上述文章非隨機取樣，只是詢問患者願不願意分成兩組，剛好兩組人數、年齡、開始病灶、病理檢查等結果皆相近，在錐狀切片前，HPV16 和 18 陽性比率佔多數，在注射疫苗組有 197 位 (54.7 %)，在未注射疫苗組為 211 人 (56.0 %)，其中又以 HPV 16 陽性所佔比例最多，其次為 HPV 58，其餘為 HPV 18、52、31、33 等。因為在 CIN 2/3 許多感染病毒為 HPV 58、52、31、33 和其它種類，因此注射四價疫苗後，對已感染過 16 和 18 之患者 (22/408 人) 比例不高，仍可能有保護效益，加上交叉預防功效，所以能減少 CIN 2/3 的復發。

2013 年，Ching 等則在 577 位 CIN 2/3 患者中 HPV 16 為陽性有 174 位 (30.2 %)，HPV 52 為陽性有 81 位 (14 %)，HPV 58 為陽性有 78 位 (13.5 %)，HPV 18 為陽性有 52 位 (9 %)，HPV 33 和 51 為陽性各有 36 位 (6.2 %)，HPV 31 為陽性有 30 位 (5.2 %)，其它則為少數。而 HPV 16 與 HPV 31、33、35、52、58 皆屬 species A9，L1 同源性 (homology) 佔 81-83 % 間；至於 HPV18 則與 HPV 35、45、59 皆屬 species A7，L1 同源性佔 77-88 %，因此有很高比例之交叉保護，注射四價疫苗會產生多種其它病毒的抗體，因此可能減少 CIN 2/3 的發生率。

此外，Joura 等研究，在注射四價疫苗後，與控制組一起追蹤至發生 CIN 2/3 為止，經子宮頸錐狀切片後再追蹤，統計另一次再發生 CIN 2/3 者，在注射疫苗組比安慰劑組減少 64.9 % (20.1-86.3 %)，其它在生殖道疣、陰道和外陰上皮層贅狀瘤 (VIN、VaIN) 減少 35.2 % (13.8-51.8 %)。此研究只能作為參考用途，因其設計與 Kang 等報告是不盡相同的。

結論

子宮頸錐狀切片後，注射四價子宮頸疫苗是否可以減少再次發生 CIN 2/3 的可能？是一項值得研究的議題，初步的研究認為是有效的，但必須更大規模和長期間的追蹤來加以證明。國內同仁可考慮此項研究，對全世界婦女都是一項大貢獻。在台灣，我們看見在 ≥ 60 歲以上的患者不乏少數，值得考慮使用疫苗來預防。

推薦讀物

1. Kang WD, Choi HS, Kim SM. Is vaccination with quadrivalent HPV vaccine after loop electrosurgical excision procedure effective in preventing recurrence in patients with high-grade cervical intraepithelial neoplasia(CIN-3)? *Gynecol Oncol* 2013; 130: 264-8.
2. Huh WK. HPV vaccination in women treated for CIN 2/3: it's still all about prevention. *Gynecol Oncol* 2013; 130: 255-6.
3. Song SH, Lee JK, Oh MJ, et al. Persistent HPV infection after conization in patients with negative margins. *Gynecol Oncol* 2006; 101: 418-22.
4. Kim YT, Lee JM, Hur SY, et al. Clearance of human papillomavirus infection after successful conization in patients with cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Cancer* 2010; 126: 1903-9.
5. Chiang YC, Cheng WF, Chen YL, et al. High-risk human papillomavirus other than type 16/18 in predominantly old Taiwanese women with high-grade cervical preinvasive lesions. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2013; 52: 222-6.
6. Vincenzo RD, Ricci C, Conte C, et al. HPV vaccine cross-protection: highlights on additional clinical benefit. *Gynecol Oncol* 2013; 130: 642-51.
7. Joura EA, Garland SM, Paavonen J, et al. Effect to the human papillomavirus(HPV) quadrivalent vaccine in a subgroup of women with cervical and vulvar disease: retrospective pooled analysis of trial data. *BMJ* 2012; 344: e1401.

編 後 語

王鵬惠

台灣婦產科會訊的到來，大概是我們大家每個月所期望的一件事，雖然很多人不會將其保存，不過相信絕大部分的人都會將其看完。這也變成了一種習慣。因為會訊的內容，實在多彩多姿。內容不但有關係到我們所必須知道法令、政策公告和一般診療業務的有關報導外，更有全國性的醫學活動介紹和每期兩篇以上的新知分享。職有幸在嶄新的一年，加入會訊的編輯群，能在各位前輩醫師尚未見到新稿之前，職就先享受到這個福利，實在萬分榮幸。

婦產科，長期因為主政機關的無意或有意的忽視，造成年輕學子，不再以加入婦產科行列為榮。雖然，不公平待遇不是唯一的因素，但不可否認這也是很重要的原因之一。有幸地在學會歷任理事長、秘書長、院士以及理監事長期努力下，總算有成果可以分享。這些改變，可能仍然不夠，但這可得之不易，我們仍需努力。

在春暖的三月份，我們學會有一年一度的大盛事，歡迎大家都能空出時間來參加。李耀泰理事的這兩篇文章，彌足珍貴，首篇介紹持續性的子宮外懷孕，這在我們臨床的常規治療中，只要採取保守的手術或藥物治療均會發生，病人要求此類治療前一定要先講清楚。文中也介紹處理的方式，大家可在臨床實務上當作參考。另文，介紹子宮頸病變後的疫苗注射問題，文中分析利弊得失。因為疫苗的注射，都是為了增加廣大婦女的福祉，雖然目前證據仍有待加強，不過大家仍可以提供此些意見供有需要的婦女朋友參考。

健康的生活，是大家每天必做之功課。當然民以食為天，本期也非常幸運的得到營養專家，李宜映博士的撰文，大家可參考。

最後，先恭祝大家新年愉快，身心健康，萬事如意。

◎ 207 通訊繼續教育答案◎

題目：持續性子宮外孕

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) 二五六八—四八一九
傳真：(02) 二二〇〇—一四七六

台灣婦產科醫學會

收

郵 自

票 貼



103.01.19

住院醫師 訓練課程



高雄地區聯誼會



食在舒活

E@Lohas

嚴選新鮮食材 客製化營養服務

即烹料理盒 新鮮送到家



當天最新鮮的食材，經過清洗與裁切送到您的手中。「新鮮，讓您看的見」，每盒均附上調理包，只需和食材一同加熱，立即完成健康美味的菜餚。

在家坐月子也能很舒適

根據統計，有85%的產婦在生產過後，選擇在家坐月子，大多數是由媽媽或婆婆照顧，並搭配宅配之月子餐。近期，許多食安與熱量過高的問題充斥在市售的月子餐中，食在舒活提供的是截然不同的月子餐服務。利用即烹料理盒，結合在地農家，將新鮮食材切洗與調理醬汁後好宅配到家，比起市售傳統月子餐多一份健康與保障。

	傳統月子餐(在家)	即烹料理盒
新鮮程度	大鍋菜分裝	親眼看見新鮮食材
方便性	在家微波或是加價一日三送	食材裁切清洗完畢，附調理包，只需簡易烹煮
價位(28天)	5至7萬一人份 照顧者需額外張羅	3至5萬 包含照顧者的份量(如:媽媽或婆婆)
菜色	三菜一湯 附甜點	三菜一湯 附甜點 中西式料理
營養	微波加熱後 食材失去九成以上營養	簡單加熱，保留食材原味與營養
口味	中藥味 油膩感	清淡調味 新鮮口感 並可以依照個人口味調整

※數據引用瑞士洛桑大學 (UNIL) 2013年研究

專家推薦。 用『即烹料理盒』坐月子的 五大理由。



李宜妍

國立陽明大學 生理學研究所 博士
營養師證照(89專高字第3621號)
現任 台灣農業科技資源管理學會秘書長

【健康】-『即烹料理盒』每一份都是產婦專屬的營養。「食在舒活」營養師提供產婦孕期到產後完整的健康照護，依照個人體質及營養評估問卷給予合適的月子食材，每餐現煮養生料理，保留最豐富的營養素，幫助產後體力及身材的迅速恢復，使新手媽媽們順利哺餵母乳，給寶寶最好且適當的營養攝取，奠定寶貴人生第一個重要基礎，並可依個人口味做甜鹹濃淡控制，滿足味蕾。

【方便】-十五分鐘美味上桌，每日嚴選最新鮮的農、畜產生鮮食材，為您清洗與裁切好，並附上特製調理包，您所需要的就是放入鍋中簡單拌炒，或電鍋燉煮，即使是精緻手工菜也都只需要三道手續即可完成，只要是會煮泡麵的人都能做出美味的三菜一湯。在家坐月子好方便。

【經濟】-月子中心動輒一日就需六千至一萬元的花費，一個月就動輒近二三十萬的開銷，『即烹料理盒』28天只需要不到1/5的費用，為體貼照顧者的辛勞及張羅餐點的不便利，我們每道菜都是雙人份量，使被照顧者和照顧者都能一同享用，體會幸福相聚的時刻。

【客製】-可與營養師協調，菜單同時滿足個人偏好與營養，烹煮時，還可以依照個人口味調整。

【美味】-新鮮的食材，中西葷素百道料理，加上簡單的調味，光用想像的就已令人垂涎三尺。



▲ 年代電視專訪

- 週一至週五 9:00~18:00 (例假日公休)
- 網 址 : www.eatlohas.com.tw

產後瘦身諮詢 / 減重餐服務

根據新英格蘭醫學期刊(NEJM)調查產後媽咪平均胖8.4公斤，高達六成以上無法恢復身材，聰明的媽咪如何坐月子又不發胖？產後該怎麼運動呢？『食在舒活』提供專業營養師的諮詢服務，並提供健康減重餐，進行不挨餓的飲食控制，並補充所需營養。

照顧老人或慢性病患者， 擔心外籍看護不會煮菜嗎？

運用即烹料理技術，我們可以為慢性病患者調配專屬菜單（如：糖尿病、心臟病、高血壓等患者），並宅配到府上，就算是外籍看護都能輕易料理出美味又健康的菜色。

健康雲服務

透過居家健康檢測儀器，結合雲端回傳與線上諮詢，可以立即的把關使用者健康狀態，而使用者的範圍包含孕婦、剛生產完的媽媽、需體重控制者、慢性病患者（如糖尿病、高血壓、中風），除了健康諮詢外，另提供專屬的飲食計畫，並將新鮮食材宅配到府。

使用者端 ▼



健康管理團隊 ▼



歡迎各大醫院診所合作推廣

- 諮詢專線：(02) 2585-1775
- 傳 真：(02) 2585-1770
- E-mail: service.eatlohas@gmail.com



- ☑ 全日新鮮採買在地食材與新鮮肉類
- ☑ 方便、新鮮、美味，在家就能享受健康美味
- ☑ 專業營養師、內科中醫師諮詢服務



- ☑ 嚴格控制食材來源與品質，食材新鮮保證
- ☑ 針對每位顧客，提供客製化、新鮮食材宅配
- ☑ 免費專業諮詢服務



- ☑ 新鮮無防腐劑，嚴格品質檢驗與追溯
- ☑ 訂製專屬計畫，個人體質與健康諮詢
- ☑ 早上8:00-15:00 提供即時諮詢專線



- ☑ 提供居家健康檢測儀器，結合雲端回傳與線上諮詢
- ☑ 在忙碌的早晨睡醒了，運動或上班前，新鮮健康美味