

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2015年7月225期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



八仙樂園粉塵爆炸

為傷者祝福



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 - m a i l：obsyntw@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

台北- 104.07.05 醫療發展研習課程



台灣婦產科醫學會 225 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

08 秘書處公告 | 文／秘書處

08 衛生福利部 函

有關貴會函請本部就未滿 16 歲兒童及少年因懷孕至婦產科診所就診，相關醫事人員是否一律依性侵害案件通報之法律適用疑義釋明一案，復如說明，請查照。

11 財團法人中華民國衛生保健基金會附設醫事檢驗所 函

擬通知 貴學會有關新增溶小體儲積症中龐貝氏症、法布瑞氏症、高雪氏症、黏多醣症第 I、II、VI 型為新生兒篩檢自選項目之相關事宜，敬請查照。

11 醫療財團法人病理發展基金會台北病理中心 函

擬通知 貴學會有關新增溶小體儲積症中高雪氏症、黏多醣症第 I 型為新生兒篩檢選擇性自費項目之相關事宜，敬請查照。

12 台灣婦產科醫學會第二十屆第七次理事會會議紀錄

14 草山月世界— 308 高地

15 會員聯誼——3 天 2 夜 花蓮台東之旅

17 通訊繼續教育

脊椎嗎啡麻醉引起之呼吸壓抑 | 文／李耀泰 陳福民 吳尚德 郭宗正

23 會員園地

23 口服避孕藥的心血管疾病風險 | 文／蔡永杰

30 子宮頸原位腺癌和卵巢黏液性囊腺癌共存及病理學的個案報告

| 文／江宜平 曾冠欽 鐘坤井 陳茂元 張森鈴

38 法律信箱

不要隨便轉介中期流產病患引人犯罪 | 文／高添富

43 編後語 | 文／陳信孚

45 活動消息

理事長的話

何弘熊

敬愛的會員、前輩：大家好！

這個月臺灣熱爆了，八仙的粉爆讓北部各大醫院忙翻了，過了二個星期，醫護人員還是一樣忙，死亡率也悄悄攀升，這些年輕人的復健之路還是很漫長，希望各位會員及您所關心的人一切都平安。

昌鴻颱風來攪局，原本學會的暑期花東旅遊只好取消，但是所保留的飯店，可能得在年底前使用完，相信秘書處及康樂委員會會安排，再與會員連繫。暑假的活動，能讓會員親子有更多參與機會，不過夏天臺灣多颱風，倒是一大困擾。

衛福部最近要求學會重新檢視專科醫師再教育積分事宜，經專科醫師甄審委員會討論後，發現婦產科醫學會相對於其他學會的要求是較低的，因此決議維持原議。

臺灣婦產科醫學會雜誌的 impact factor 2014 年掉到 0.988。可能是因為計算方式及文章篇數的改變使 impact factor 改變，請陳主編及編輯委員會繼續努力，也請各位會員支持。

學會的新血，新的專科醫師考試，在九月及十月將進行，今年因 PGY 制度的改變，參加考試的醫師較少，請大家努力，歡迎新血加入學會。

最近不少會員家有喜事，學會在此祝福這些新人們，百年好合。

秘書長的話

黃閔照

各位會員：

八仙塵爆造成近 5 百多個年輕生命嚴重的烙痕，也幾乎壓垮健保制度下岌岌可危的重症醫療，希望這些孩子能度過危難，也感謝所有不眠不休的第一線醫護人員。

7/10 ~ 7/12 預計花東三日遊，因三廳環台及內知本道路坍方而取消，更改到 11 月 20 ~ 22 日，原先報名者仍有優先報名權，如果想加入 11 月之花東遊，也可以跟秘書處報名。另外 9 月 6 日舉辦台南高雄地區草山月世界登山活動，健行後午餐在 308 高地土雞城用餐，台南月世界景觀堪稱一絕，尤其在 308 高地上，在環看世界級的地形景觀下用餐，機會更是難得，也希望南部會員踴躍參加。

婦女泌尿講座順利完成，接著是醫療發展課程及青少年健康照護講座在各地辦理。學會過去推動青少年健康照護課程，無不希望建立起青少年婦產家醫科概念，讓青少年遇到醫療上的需求時，能就近尋求婦產科醫師的協助幫忙，但衛生福利部的一紙公文，卻要求未滿 16 歲之兒童及少年不論是否為合宜性行為，皆屬法定應通報事項，所以均疑似性侵個案辦理。理事長深怕會員因此受罰先行公告會員知曉，另發文爭取。許多媒體朋友也看不慣公務人員當官的態度，硬把責任推給第一線照護的婦產科醫師。更有甚者，高雄市衛生局擴大解釋兒少法第 49、53 條及第 100 條罰則，處罰六千元以上，三萬元以下罰鍰，如此必然將有需要協助的青少年逼上絕路，視通報為畏途，轉由網路或地下醫療尋求幫忙，此非進步社會之福。誠如李茂盛院士及高添富醫師所言，學會將努力爭取以保障會員及青少年健康。

母嬰親善認證今年國民健康署委由醫策會辦理認證活動，同時也自行提高了親子同室分數比例。在場許多專家委員都認為此舉將降低醫療院所申請認證的意願，過去學會也針對認證內容作過醫護人員過勞分析，發現親子同室是造成護理人員過勞的主因。台灣護床比例過高，加上原本母嬰親善認證的補助甚低，大部分也沒能實質補貼給第一線護理工作人員，一味要求護理人員付出，將造成醫療體系的崩壞，如同健保署高層最近接受雜誌所言，健保署是代表人員來向醫界爭取壓低醫療費用，果然現在所有醫療武器都因為健保的低價政策，不願來鬼島，將來台灣剩下最漂亮的風景只有人而已。

與外交部及永齡基金會合作之緬甸援外生產包，目前已經裝箱，預計 8 月初送抵緬甸，感謝永齡郭台銘夫婦及基金會蔡志孟執行長、謝宣威先生，也謝謝富揚琦公司廖五珍小姐，外交部劉嘉平科長、顏銘男科員，馬偕醫院產房前護理長戴蕙蓮及洪秉坤院長協助，謝謝大家。

文末再次祝福受苦受難的人，能夠走出陽光，也謝謝辛勞的醫療人員。

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

台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

江茂橋	壹萬	11月7日
吳鳳昕	壹萬	11月12日
賴文福	伍萬（增加）（共壹拾伍萬）	11月29日
黃甫彥	壹萬	12月3日
林耀庭	伍萬	12月9日
謝茂益	貳萬	12月11日
謝鄭金枝	貳萬參仟陸佰	12月11日
鄭淑貞	貳萬（增加）（共肆萬）	12月17日
徐宇瓊	伍仟（增加）（共壹萬）	12月31日
蕭倩如	壹萬	103年1月6日
林彥互	伍仟	103年1月6日
牟惟茜	伍仟	103年1月6日
鄭雅敏	伍萬	103年1月14日
陳建銘（高雄）	伍仟	103年2月12日
王鑄迪	壹萬（增加）（共1萬1）	103年4月22日
陳賢堂	伍仟	103年5月7日
李天俠	壹萬（增加）（共1萬2）	103年5月18日
陳建銘（新竹）	陸佰壹拾元（增加）（共壹拾捌萬零陸佰壹拾元）	103年年5月18日
李耀泰	參仟（增加）（共參萬參仟）	103年7月2日
王厚坤	壹萬	103年7月8日
楊誠嘉	壹萬	103年7月25日
張千惠	伍仟	103年8月1日
郭敏哲	伍仟	103年8月1日
謝朝昌	伍仟	103年8月7日
謝 瓶	伍仟	103年8月7日
吳翠惠	壹萬	103年10月28日
麥袁綸	壹萬	103年11月17日
賴文福	伍萬（增加）（共壹拾伍萬）	103年11月20日
陳文瑩	貳萬	103年11月20日
李耀泰	參仟伍佰（增加）（共參萬陸仟伍佰）	103年11月21日
謝造	壹仟	104年2月12日
林綿	壹仟	104年2月12日
陳得	壹仟	104年2月12日
謝春	壹仟	104年2月12日
卓淀	壹仟	104年2月12日
周輝政	貳萬	104年4月17日
李耀泰	貳仟	104年5月29日
無名氏	壹萬	104年6月05日
梁景忠	壹萬	104年7月7日

文物捐贈名單

陳福民、方昌仁、謝欣穎、施景中、賴明志、蘇文彬、李榮憲、蔡英美

■ 秘書處公告

衛生福利部 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 104 年 6 月 17 日

發文字號：衛部護字第 1040016069 號

主旨：有關貴會函請本部就未滿 16 歲兒童及少年因懷孕至婦產科診所就診，相關醫事人員是否一律依性侵害案件通報之法律適用疑義釋明一案，復如說明，請查照。

說明：一、復貴會 104 年 6 月 9 日台婦醫字第 104096 號函

二、鑑於兒童及少年身心發展未臻成熟，為保障其權益，兒童及少年福利與權益保障法（以下簡稱本法）第 53 條規定略以，醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、警察等，於執行業務時知悉兒童及少年有遭受第 49 條各款之行爲。包括身心虐待及對兒童及少年或利用兒童及少年犯罪或為不正當之行爲等，應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，俾利其介入調查了解該兒童及少年是否需要給予保護及提供必要協助等。經查刑法第 227 條規定，對於未滿 14 歲之男女為性交者，處三年以上十年以下有期徒刑；對於 14 歲以上未滿 16 歲之男女為性交者，處七年以上有期徒刑；另性侵害犯罪防治法第 2 條規定，觸犯刑法第 221 條至 227 條等之罪為該法所稱性侵害犯罪；同法第 8 條復規定略以，醫事人員、社工人員、教育人員、保育人員等，於執行職務時知有疑似性侵害犯罪情事者，應立即向當地直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得逾 24 小時。爰依上開規定，未滿 16 歲之兒童及少年不論是否為合意性行爲，皆屬法定應通報事項，醫事人員於執行業務時倘知悉兒童及少年有該等情事，依法應通報直轄市、縣（市）主管機關，當無疑義。

三、又實務上發現，未成年人懷孕，除可能對其身心發展造成影響，亦可能涉及觸犯相關法律之疑慮，爰醫事人員在兒童及少年因懷孕就診時，建議詳加了解造成懷孕的原因，並判斷是否有違法之虞，及應否依上開規定進行通報，俾利直轄市、縣（市）主管機關及早介入評估處置，包括中止懷孕之心理復原及預防輔導教育、兒少孕產期之相關輔導措施與涉及法律訴訟案件之相關司法協助等。

四、為協助相關醫事人員落實兒童及少年保護之法定通報責任，本部委託臺灣兒科醫學會完成編印「兒少虐待及疏忽—醫事人員工作手冊」（電子檔案可逕洽本部心理及口腔健康司下載，網址：<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/Index.aspx>），提供醫事人員參考；另建議貴會未來可以加強針對所屬會員辦理有關兒童及少年保護事件通報之相關教育訓練，共同落實兒 年保護工作。

針對衛福部函覆未滿 16 歲者不論是否為合意性行為 皆屬法定通報之解讀與建議

～高添富醫師

依中華民國 104 年 6 月 17 日衛生福利部衛部護字第 1040016069 號函復，臺灣婦產科醫學會「有關貴會函請本部就未滿 16 歲兒童及少年因懷孕至婦產科診所就診，相關醫事人員是否一律依性侵害案件通報之法律適用疑義釋明一案」說明：「未滿 16 歲之兒童及少年不論是否為合意性行為，皆屬法定應通報事項，醫事人員於執行業務時倘知悉兒童及少年有該等情事，依法應通報直轄市、縣（市）主管機關」，理由是「實務上發現，未成年人懷孕，除可能對其身心發展造成影響，亦可能涉及觸犯相關法律之疑慮，爰醫事人員在兒童及少年因懷孕就診時，建議詳加了解造成懷孕的原因，並判斷是否有違法之虞，及應否依上開規定進行通報，俾利直轄市、縣（市）主管機關及早介入評估處置，包括中止懷孕之心理復原及預防輔導教育、兒少孕產期之相關輔導措施與涉及法律訴訟案件之相關司法協助等。」

因為衛福部是我們的上級主管機關，所以依法行醫，今後就未滿 16 歲兒童及少年「因懷孕至婦產科診所就診」者，不論是否為合意性行為，皆屬醫事人員法定應通報事項，不得違抗。惟，配合民國 101 年 2 月 21 日衛福部署授國字第 1010002089 號函復台灣婦產科醫學會函釋：「醫事人員對於未滿 18 歲少女到診驗孕，除非有迫切性流產、不完全性流產或子宮外孕等非正常懷孕情形者，必須進一步接受醫療處置而未接受，或要求其定期回診而未依約診時間回診外，應得免予通報。」。換句話說，如未滿 18 歲女性病人（包括未滿 16 歲兒童及少年）至婦產科門診驗孕，不論有無受孕或僅是單純正常懷孕，如無以上所稱「有迫切性流產、不完全性流產或子宮外孕等非正常懷孕情形者，必須進一步接受醫療處置而未接受，或要求其定期回診而未依約診時間回診」情事者，醫療機構或醫事人員並無通報義務。

故必須未滿 16 歲兒童及少年「因懷孕就診」者才需通報，若只是至婦產科診所就診驗孕，即使是陽性反應，除非有「非正常懷孕」情形者，應得免予通報。

台灣婦產科醫學會 函

本會地址：台北市民權西路 70 號 5 樓

電話：02-25684819

傳真：02-21001476

聯絡人：吳純琪

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國 104 年 7 月 21 日

發文字號：台婦醫字第 104127 號

速 別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附 件：無

主 旨：研請貴部就青少女性行為通報一案，邀請立法委員及醫法社會人員討論研議合宜之做法。

說 明：

- 一、針對貴部回文之衛部護字第 1040016069 號函之說明：「……未滿 16 歲之兒童及少年不論是否為合意性行為，皆屬法定應通報事項，醫事人員於執行業務時倘知悉兒童及少年有該等情事，依法應通報直轄市、縣（市）主管機關，當無疑義。」
- 二、當醫事人員知悉未滿 16 歲之青少女有性行為者，一律須通知相關主管機關，恐有窒礙難行之處。青少女因尊重醫師專業能力，尋求醫療庇護，可能因通報業務導致不必要家庭糾紛及衍生後續社會問題，或因恐慌通報，而阻礙就醫，增加未來之醫療處置風險。
- 三、故請貴部就青少女性行為通報一案，邀請醫法社會人員討論研議合宜之做法。

理事長 何弘能

財團法人中華民國衛生保健基金會附設醫事檢驗所 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 104 年 7 月 9 日

發文字號：104 健醫檢字第 046 號

主旨：擬通知 貴學會有關新增溶小體儲積症中龐貝氏症、法布瑞氏症、高雪氏症、黏多醣症第 I、II、VI 型為新生兒篩檢自選項目之相關事宜，敬請查照。

說明：一、黏多醣症（Mucopolysaccharidosis, MPS）屬於溶小體儲積症（Lysosomal Storage Disease, LSD）之一，在臨床上分為七種類型，目前第 I、II、VI 型黏多醣症可以使用酵素替代療法治療，能夠有效延緩病情惡化。因黏多醣堆積造成的病變是不可逆的，因此早期發現與治療相當重要。

二、故本所與國內臺大醫院及病理中心新生兒篩檢室將黏多醣症項目列入自費新生兒篩檢項目，經評估國人黏多醣症第 I 型發生率為 1/20000-40000，依臨床上預估第 II、VI 型發生率將高於第 I 型。

三、因應部分醫院要求及本所實驗評估後，自 8 月 1 日起本所擬提供此項篩檢項目，因檢驗方法採合併方式，新生兒不需另行採血，只需送檢單位取得家長同意即可進行該項篩檢。

四、因檢驗方法合併及簡化第一線工作人員的工作流程，將黏多醣症第 I 型與龐貝氏症、法布瑞氏症、高雪氏症合併篩檢（更名為 LSD 四合一），收費為 600 元，自費篩檢者可選擇免費加做黏多醣症 II 型及第 VI 型，恐低收入戶及原住民因無法負擔費用而被動放棄此項篩檢，將由罕見疾病基金會及本所全額補助此項檢驗費用，其無須負擔檢驗費用。

醫療財團法人病理發展基金會台北病理中心 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 104 年 7 月 9 日

發文字號：（104）北市病理新字第 104212 號

主旨：擬通知 貴學會有關新增溶小體儲積症中高雪氏症、黏多醣症第 I 型為新生兒篩檢選擇性自費項目之相關事宜，敬請查照。

- 說明：一、高雪氏症、黏多醣症第 I 型屬於溶小體儲積症（Lysosomal Storage Disease, LSD）之一，可以使用酵素替代療法治療，能夠有效延緩病情惡化。因所造成的病變是不可逆的，因此早期發現與治療相當重要。
- 二、國人在高雪氏症、黏多醣症第 I 型發生率約為 1/50000 與 1/20000-40000，故本中心與國內臺大醫院及衛生保健基金會將該兩項目列入自費新生兒篩檢項目。
- 三、因應部分醫院要求與實驗評估後，自 104 年 8 月 1 日起本中心擬提供此項篩檢項目，新生兒不需另行採血，只需送檢單位取得家長同意即可進行該項篩檢。
- 四、因檢驗方法合併及簡化第一線工作人員的工作流程。將原收費 200 元之龐貝氏症，新增為龐貝氏症、法布瑞氏症、高雪氏症與黏多醣症第 I 型四項更名為 LSD 四合一，收費為 600 元。
- 五、恐低收入戶及原住民因無法負擔費用而被動放棄此項篩檢，將由罕見疾病基金會及本中心全額補助此項檢驗費用，其無須負擔檢驗費用。

台灣婦產科醫學會第二十屆第七次理事會會議紀錄

時間：104 年 05 月 17 日（星期日）下午 2 時 0 分

地點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主持人：理事長 何弘能

出席者：常務理事 蕭弘智 陳建銘 蔡明松 何博基

理事 林正義 李耀泰 黃啓明 黃富仁 洪秉坤 林禹宏 龍震宇 黃建霖
翁順隆 洪滿榮 張少萌

列席者：監事長 蔡英美

祕書長 黃閔照

副祕書長 王漢州 孫三源 李煥照 仇思源 何信頤 黃文助 劉文雄

法律顧問 高添富

陳夢熊 中華民國醫師公會全國聯合會常務理事

中華民國醫師公會全國聯合會醫事法規委員會召集委員

林義龍 台中醫師公會 常務理事

台中市醫事法學會 理事長

請假人員：蘇榮茂 顏明賢 張廷彰 胡玉銘 陳思原 吳孟興 吳輝明 施英富 余慕賢

林武周 林錦義 呂維國 蔡永杰 張基昌 孫茂榮 徐超群 徐明義 應宗和

鄭英傑 陳信孚 陳勝咸 陳根雄 林靜儀 林姿吟 詹德富

記錄人員：程美惠

壹、確認第 20 屆第 6 次理事會會議紀錄（附件一，P1-P5）

決議：通過，並針對臨時動議案由三所提出之建議，學會將先行訂定健保支付條件，於下次理事會再提出討論。

貳、報告事項

理事長：1. 關於圓桌訴訟案，三審判決學會敗訴，將依規定給付金額。

2. 4 月舉辦的苗栗賞桐花有 160 人參加，7 月暑假旅遊報名人數有 181 人，會員都很踴躍參加學會所舉辦的旅遊活動。

秘書長：1. 預計 8 月份將印製會員名錄，因有個資法的規定，含在通訊錄中說明，希望會員勿將名錄提供給他人或廠商使用。

2. 關於醫糾補償法今天在會議中將請全聯會陳夢熊醫師及林義龍醫師來意見交換，讓各理監事更瞭解醫糾補償法目前的爭議及立法過程。

3. 對於圓桌訴訟雖判決敗訴，經歷了 3 年半的訴訟過程，一審勝訴，但三審卻敗訴，學會會將餘款撥出，但不會影響到學會財務。

4. 學會從 5 月開始陸續舉辦泌尿、流感等各項研討會，另 5 月 30 日特在南區及 6 月 14 日北區舉辦住院醫師縫合營訓練課程，希望大家踴躍參加。

參、討論事項

案由一：討論有關醫療院所依「兒童及少年福利與權益保障法」規範事宜說明：見附件二（P6-P7）

提案人：秘書處

決議：請高醫師提供意見後，將行文給衛福部

案由二：審查 104 年度 2-4 月份月報表

說明：見附件三 (P8-P10)

提案人：財政委員會

決議”通過

案由三：討論有關 80 歲以上會員免收常年會費事宜

提案人：秘書處

決議：暫以 80 歲以上會員免收常年會費，並提交會員代表大會決議。

肆、臨時動議

伍、散會：下午 4：30 分

草山月世界－308 高地

康樂福利委員會

月世界，是由砂岩與頁岩所構成的青灰岩地形，與高雄市內門、田寮、燕巢區的泥岩惡地連成一片，稱為白堊土地形。因地質鬆軟，加上草山溪、岡林溪等河流切割地表，造成山岩嶙峋綿延，到處懸崖峭壁，山脊也光禿成鋸齒狀。由於白堊土含高鹼性，使得草木難生，荒地中只有耐旱的刺竹生長。隨著四季與晨昏的變化，草山月世界也展現出不同的風貌：氣候清朗的黎明，站在海拔 308 公尺的至高點上，可欣賞日出和多層次的雲霧變化，冬季時，刺竹漸漸轉為枯黃翌年春天又變為紅色。月世界廣闊的景觀，有萬山朝拜的氣勢，很直得大家一起前來走走。

★日期：104 年 9 月 6 日（星期日）

集合點一：上午 8：00（兵工廠下客站）台南市北區公園路 281 號旁

集合點二：上午 8：30 台南高鐵站（2 號出口客運車轉運站）

集合點三：上午 8：00 高雄高鐵左營站（2 號出口）

（高雄、台北出發可搭高鐵早上 6：30 整，車票自行購買，到站 8：16 分）

★回程：台北可搭下午 16：49 分高鐵台南站（車票自行購買）

★行程：月世界地景公園（邀月橋－大峽谷－飛燕關－小玉山）－午餐－308 高地

★攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

★午餐：土雞城（無事先報名者恕不供應午餐） 時間：中午 12:30 分

★注意事項：1.車輛會依人數做調整；2.詳細行程請依手冊為主，會再寄發；3.請會員務必將名牌掛上，以利辨識身份。

★報名方式：欲參加者請於 104 年 8 月 15 日前報名，並事先繳交每人費用 300 元及填寫下列報名表傳真至學會。（眷屬限直系，不是眷屬者每人費用 800 元）

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

★為保障權益將為每一位參加者加保旅遊平安險，請務必填妥下列資料

會員號碼		必填集合點			
會員姓名		出生年月日	年	月	日
眷屬姓名		出生年月日	年	月	日
眷屬姓名		出生年月日	年	月	日
必 填		行動電話		電話	

會員聯誼--3天2夜 花蓮-台東之旅

原7月10-12日之旅遊，因颱風來襲無法成行所以延期，歡迎未參加者可再報名參加。(房間數及北上火車有限，額滿為止)

旅遊日期

104年11月20~22日(星期五~日)

報名方式

104年8月15日以前傳真報名表及身份證影本至學會與旅行社，並劃撥旅費至學會(以收到郵局劃撥單為準)，逾期恕難辦理。帳號：00037773

戶名：台灣婦產科醫學會

集合時間、地點

- ★此次將先寄發車票，自行上車，工作人員將在車上點名
- ★火車時刻會依(班次已實際申請為主)中請做安排，集合地點及時間為暫定將再寄發旅遊手冊，以手冊內容為主。
- ★台北回程以莒光火車返回
- ★桃竹苗以南回線至高雄高鐵站返回預計晚上9:30抵達可愛的家

行程概要

第一天(五)
搭乘遊覽車前往蘇澳站→轉搭麗娜輪→花蓮塔吊遊覽車出發→享用午餐→兆豐農場(農場地總面積有726公頃，觀光區與乳牛區是兆豐休閒農場主要的農牧生產區。在觀光區裡，

種植了檸檬、酪梨、香蕉、柚子、金桔及柳丁等水果。乳牛區則是兆豐休閒農場的主力，廣達70多公頃的放牧區，種植了乳牛所生產的固拉牧草，其間飼養了500多頭乳牛，所生產的乳乳，全部供應知名鮮乳廠製成市售鮮乳。

飯店→晚餐(飯店內)
宿：遠來大飯店

第二天(六)

飯店享用美味早餐→享用美味早餐

A 行程:泛舟

花蓮秀姑巒溪為台灣泛舟最熱門地點，每年4-10月是泛舟旺季，秀姑巒溪泛舟河段由瑞穗大橋長虹橋，里程約為24公里，泛舟行程約三~四小時，由瑞穗泛舟服務中心出發，沿途峽谷氣勢雄偉穿越二十多處激流、險灘，中途於奇美休憩區補充體力繼續上路，接著行經最刺激驚險的S型河段，最後抵達終點長虹橋淋浴休憩亭享用午餐

<回程視時間安排景點停留>

行程B 海岸之旅

拙而奇藝術空間

拙而奇 JOKI 是由甘信一先生及其工作團隊於1996年時在花蓮石門成立，主要以石、各式原木與金屬等三元素進行複合性材質創作。在東海岸山水的涵養之下，甘信一先生將其對生命的感動與想像，以創意重新解構組合，透過點、線、及不規則圖塊的交舞，讓作品跳脫事物表象的束縛，直接與觀賞者進行心靈對話，令人忘我於神祕境界當中。

八仙洞

這裡有數十個天然的海蝕洞奇景可供遊客參觀，每個海蝕洞形狀隨著地質軟硬不均而有不同，每個海蝕洞高度都大於十公尺，近看更顯壯觀；這裡也是台灣十分重要的舊石器時代文化“長濱文化”的發現地，這可是台灣的一級古蹟喔！

三仙台

東縣成功鎮東北方的三仙台，是由離岸小島和珊瑚礁海岸所構成，島上奇石分布，其中有三塊巨大的岩石，傳說呂洞賓、李鐵拐、何仙姑曾登臨此島，因而得名。

→遊飯店(自由活動)→晚餐

宿：知本老爺大飯店

第三天(日)

享用美味早餐 →

行程A:

森林博物館 (為原始步道,行動不便貴賓不建議參加)包括森林博物館生態人文深度導覽:探訪珍貴森林博物館

- 1.舉行土地祭儀,向祖靈山神打招呼
- 2.傳統布農族人利用森林資源的經驗與智慧
- 3.認識布農族如何永續利用生活的冰箱、倉庫、銀行-森林珍貴的文化資產
- 4.尋找童年爬樹、採野果、拔野菜的乐趣
- 5.推動無痕山林,綠色旅遊,原始森林 SPA 驚山風味餐、布農族迎賓禮〈現烤小米酒〉、清潔費、打肉、獵人的舒跑、特色小米酒〉、清潔費、打麻糬、種樹、八部合音〈上午09:00~14:00〉

行程B:

濃濃地中海風 台東豐源國小吸晴
來看這中間小學,真的很浪漫,台東市的豐源國小,校舍、以希臘地中海風格來打造,特別用藍白色建築,讓學生上課、就好像在度假一樣,成為台東的新景點,還有人特別來拍婚紗。

高台茶園

高台茶園可近賞整齊美麗的綠色茶園風光外,也可遠眺花東縱谷以及龍田河階上方整的農田景緻。此外,台東現有的飛行傘、滑翔翼練習場,皆位於觀光茶園一帶,假日來此,常可見到花花綠綠的飛行傘翱翔天空,為茶園增色不少。乘火車返回可愛的家

→晚餐(台鐵便當)

報名表 (在報名表上請註明房型、出發地點)

會員編號	身分證字號	出生年月日	
會員姓名	身分證字號	出生年月日	
家屬姓名	身分證字號	出生年月日	
房型	電話	行動電話	
Ps 火車-高鐵老幼優待者請一併傳真證明文件			
選擇第二天行程 A:泛舟 B:海岸之旅(選擇泛舟者當天無法取消及臨時參加)		行程選擇	
選擇第三天行程 A:森林博物館 (為原始步道,行動不便貴賓不建議參加) B:豐源國小-高台茶園		行程選擇	
地址	出發點		

主辦:台灣婦產科醫學會
 電話:02-25684819 傳真:02-21001476
 協辦:東南旅行社
 電話:(02)25115596 傳真:25642256
 TO 羅自強 (0939742619)

- 費用**
- 以上費用以1個人計算
 - 65歲以上、12歲以下火車、高鐵有優待

房型價錢	出發地	桃園	新竹	台中	嘉義	台南	高雄	台北
2人房	出發地	9672	9672	9672	9672	9672	9672	9000
會員6折優待價	會員6折優待價	8672	8672	8672	8672	8672	8672	8600
會員65歲高鐵優待價	會員65歲高鐵優待價	12896	12896	12896	12896	12896	12896	12000
限1位眷屬8折優待價	限1位眷屬8折優待價	11896	11896	11896	11896	11896	11896	11600
限1位眷屬8折老幼高鐵優待價	限1位眷屬8折老幼高鐵優待價	16120	16120	16120	16120	16120	16120	15000
非會員及第2位眷屬全價	非會員及第2位眷屬全價	15120	15120	15120	15120	15120	15120	14600
非會員及第2位眷屬全價高鐵老幼優待價	非會員及第2位眷屬全價高鐵老幼優待價	9192	9192	9192	9192	9192	9192	8520
會員6折優待價	會員6折優待價	8192	8192	8192	8192	8192	8192	8120
會員65歲高鐵優待價	會員65歲高鐵優待價	12256	12256	12256	12256	12256	12256	11360
限1位眷屬8折優待價	限1位眷屬8折優待價	11256	11256	11256	11256	11256	11256	10960
限1位眷屬高鐵優待價	限1位眷屬高鐵優待價	15320	15320	15320	15320	15320	15320	14200
非會員及第2位眷屬全價	非會員及第2位眷屬全價	14320	14320	14320	14320	14320	14320	13800
非會員及第2位眷屬全價高鐵老幼優待價	非會員及第2位眷屬全價高鐵老幼優待價	8172	8172	8172	8172	8172	8172	7500
會員6折優待價	會員6折優待價	7172	7172	7172	7172	7172	7172	7100
會員65歲高鐵優待價	會員65歲高鐵優待價	10896	10896	10896	10896	10896	10896	10000
限1眷屬8折優待價	限1眷屬8折優待價	9896	9896	9896	9896	9896	9896	9600
限1眷屬8折老幼高鐵優待價	限1眷屬8折老幼高鐵優待價	13620	13620	13620	13620	13620	13620	12500
非會員及第2位眷屬全價	非會員及第2位眷屬全價	12620	12620	12620	12620	12620	12620	12100
非會員及第2位眷屬全價高鐵老幼優待價	非會員及第2位眷屬全價高鐵老幼優待價							

脊椎嗎啡麻醉引起之呼吸壓抑



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

婦產科手術後，患者均希望無疼痛或痛降至最低，特別是在剖腹生產者，因多採脊髓（spinal）或硬腦膜外（epidural）麻醉，為延長止痛效果，常在脊髓液和硬腦膜中加入嗎啡或其它鴉片類（opioids）藥物，稱之為軸索止痛（neuraxial analgesia），屬簡單、快速、便宜、有效的止痛方法，可以維持 24 小時良好的止痛效果。在美國，60-70% 剖腹產婦女會接受軸索止痛。軸索鴉片的止痛之效果不但優於靜脈注射，使患者能早下床和腸道功能恢復較快。不過脊髓內注射嗎啡會有遲發性呼吸壓抑（delayed respiratory depression）的副作用，患者一旦延遲治療，恐有永久性腦部傷害，甚至死亡，不得不慎！尤其若麻醉科醫師未與婦產科醫師、病房護理師溝通此危險，在剖腹產後發生意外，會以羊水栓塞做為診斷了結。本文特整理相關文獻，供婦產科醫師及護理師詳加了解與妥當處置，以提升患者之滿意度、避免醫療糾紛，共創醫、病雙贏。

機轉

脊椎內嗎啡注射後，呼吸壓抑多在 6-12 小時內發生。可能持續 24 小時，因親水性（hydrophilic）嗎啡會隨脊髓液向上（頭部，rostral）流動，慢慢滲透至腦幹，到有高濃度 μ （mu）—鴉片接受器的延腦腹部（ventral medulla），二者結合便會產生呼吸壓抑。最近認為 δ （delta）接受器亦與呼吸壓抑有關。

但如在硬脊椎膜外注射嗎啡，則會有兩個時期發生呼吸壓抑，一為早期（30 分鐘—2

小時)，一為晚期（> 2 小時），在早期發生者，可能是因嗎啡滲入硬腦膜或蜘蛛膜下（subarachnoid）的靜脈叢中，再循環至腦幹呼吸中樞，晚期發生者則經由蜘蛛膜滲透至脊髓液（CSF）中，約 3% 腦硬膜外的嗎啡會經過硬腦膜（dura）進入脊髓液中。硬腦膜外注射嗎啡後，血液中嗎啡最高濃度在 10-15 分鐘，而脊髓液在 1-4 小時。血液中嗎啡濃度，經硬腦膜外注入，與肌肉注射相近。嗎啡在脊髓液中的半衰期為 2-4 小時，與在血漿中相近。硬脊椎膜注射嗎啡時，有可能會在硬腦膜插出一小洞，嗎啡便可從小洞滲入產生呼吸壓抑。

▶ 危險因子

有下列因子存在時，發生呼吸壓抑的機率會較高：

- (1) 藥物因素：高嗎啡劑量、重複使用嗎啡、合併口服、靜脈或肌肉注射嗎啡、合併使用其他鎮定劑藥物（如 diphenhydramine）；
- (2) 麻醉因素：使用全身麻醉、在胸腔位置做硬腦膜外麻醉；
- (3) 病患因素：高齡、女性、合併有心、肺疾病、有阻塞性睡眠呼吸中止者；
- (4) 其他因素：合併使用鎂、增加胸腔壓力（使用呼吸器、咳嗽、嘔吐）、非產科病患者等。臨床上有上述因素者，更應小心。

▶ 診斷和發生率

軸索引起之呼吸壓抑發生率，視診斷呼吸壓抑的定義和鴉片類藥物使用劑量而不同。Ko 等分析呼吸壓抑的定義，在文獻中有使用為呼吸速率（每分鐘 < 10 次或 < 6 次）、呼吸中止（apnea）、血中二氧化碳濃度增加（ $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ ）、低血氧濃度（ $\text{SpO}_2 \leq 85\%$ 至 $\leq 94\%$ ）、減少意識清醒的程度、鎮定分數（sedation score）、發紺（cyanosis）、使用 naloxone 急救等。

文獻報告，脊椎內嗎啡使用量為 0.15-0.8 mg，呼吸壓抑的發生率為 0.26-3%；硬腦膜外使用嗎啡量為 2-5 mg，呼吸壓抑發生率為 0-2.8%。發生率看似不高，但會有致命的風險，因為嗎啡一旦與鴉片類接受器結合，且廓清率（clearance rate）變慢，嗎啡的作用時間會很長。Neustein 等報告 1 位從胸椎（T3）注射脊椎內嗎啡 0.25 mg，在麻醉停止後 2 小時仍未清醒，之後注射 naloxone 120 μg 後一樣嗜睡，插管使用呼吸器 12 小時後，才恢復正常呼吸，該作者認為，在胸部脊椎注射時，嗎啡劑量應減少，才能避免長時間呼吸壓抑。

Dalchow 等研究報告 45 位剖腹產婦女，使用 hyperbaric bupivacaine 和 diamorphine 300 μg

的脊髓麻醉，手術後以皮膚二氧化碳（ $PtCO_2 > 7kPa$ ）超過兩分鐘和血氧濃度下降（ $< 90\%$ ）作為呼吸壓抑定義，一直監視至手術後第1天早上8:00，結果呼吸壓抑發生率有8位（17.8%），高於其它的報告，但無患者需接受治療。

► 脊椎嗎啡使用劑量

自從1979年，Wang等率先發表以脊椎內加入嗎啡麻醉，Sulton等認為單一次注射脊椎麻醉嗎啡劑量，以0.075-0.15 mg最為理想，我們認為使用0.1 mg即可。但1 ampule的嗎啡為1 mL嗎啡含10 mg，0.1 mg即原瓶裝的0.001 mL，如何將標準流程（standard of procedure, SOP）做好，取得如此少量嗎啡，才是首要。

早期脊椎內嗎啡劑量，有報告認為可達到4 mg。Meylan等綜合分析27篇文章、共502位接受脊椎內嗎啡，劑量由0.1-4 mg，其中子宮切除手術後嗎啡使用量平均為0.3（0.1-0.4）mg。結果統計呼吸壓抑，在脊椎嗎啡組有6位（6/502位、1.2%），在440位以鹽水最為控制組者，發生率為0%，勝算比率（odd ratio, OR）7.86（95% CI 1.54-40.3）。

另Palmer等分析剖腹產時脊椎內不同嗎啡劑量的比較，包括0、0.025、0.05、0.075、0.1、0.2、0.3、0.4、0.5 mg等，發現劑量超過0.075 mg時，止痛效果並無差異。而Uchiyama等在剖腹產止痛，比較脊椎內嗎啡的劑量分別為0、0.05、0.1、0.2 mg，每組20人，發現48小時內0.1和0.2 mg效果相近，0.05 mg效果則較差，沒有發生呼吸壓抑，建議使用0.1 mg，因副作用較少。Dahh等綜合分析剖腹產脊椎嗎啡止痛之相關文獻，認為0.1 mg乃最適當的劑量，如劑量高則反會增加呼吸壓抑、搔癢、噁心、嘔吐、小便滯留等副作用。Girgin等亦認為0.1 mg與0.4 mg的止痛效果相近。

► 硬腦膜外嗎啡使用劑量

經過許多的研究，Sultan等認為單次注射硬腦膜外嗎啡的劑量，最理想為2.5-3.75 mg，過高劑量會增加呼吸壓抑的發生。根據Palmer等研究剖腹產後，硬腦膜外注射不同劑量的嗎啡，包括0、1.25、2.5、3.75、5 mg，發現適當的劑量為3.75 mg，超過此劑量並不會增加止痛效果，低於此劑量止痛效果亦變差。另Fuller等在一大型回顧性、共4880位剖腹產後止痛的研究，使用劑量由2至5 mg，呼吸變慢（每分鐘 < 10 次）者有12位（0.25%），認為硬腦膜外嗎啡使用劑量以3 mg最為理想。在Chumpathong等研究剖腹產後硬腦膜外的嗎啡止痛，劑量2.5、3、4 mg效果和副作用均相近。在Rosen等研究報告，硬腦膜外嗎啡使用劑量為2 mg，在24小時

內的止痛效果不足，使用劑量為 5、7.5 mg，則止痛效果良好。

▶ 監測

許多使用軸索嗎啡病患，呼吸壓抑是可以預防的，醫師和護理師應熟稔，患者可能會呼吸變慢和淺、缺氧、意識清醒度差，同時或有睡眠呼吸中止症候群，由於空氣通道阻塞，他們可能僅有胸壁的移動而無換氣。至於脈搏血氧測定（pulse oximetry）可以監測血氧濃度，但對監測換氣不足（hypoventilation）和高二氧化碳血症，靈敏率不高，特別是在患者有使用氧氣瓶時。連續性脈搏血氧測定，使用上不方便亦不實際，易受移動干擾，且缺乏中樞監視。故建議在使用軸索嗎啡後的前 12 個小時，每小時護理師應監測一次病患呼吸次數、呼吸深度、清醒度，因有呼吸壓抑時，呼吸會越來越慢。12 小時後，每 2 個小時監測 1 次，直至 24 小時止。間斷性評估臨床上徵兆（呼吸速率、鎮定程度、瞳孔縮小程度）用來預測呼吸壓抑的準確性低。

▶ 呼吸壓抑的治療

醫師和護理師應教導、認識、預防、治療呼吸壓抑，一旦患者有意識不清、呼吸變慢、缺氧等情況，需加強監視直至恢復正常。雖可予以氧氣，但不建議常規性的給予，因為會增加呼吸中止時間，減少脈搏血氧測定計對偵測換氣不足的靈敏度。患者如嗜睡和呼吸壓抑，可以靜脈注射 naloxone（24 小時中予 2-10 mg），直至無症狀止，如 naloxone 治療失敗，須予呼吸面罩或氧氣插管治療。但不建議常規使用預防性 naloxone。

2011 年，Rebel 等報告 98 位骨盆腔重建手術患者，使用脊椎內高劑量嗎啡（ 1.1 ± 0.2 mg）和 fentanyl（ $49 \pm 6 \mu\text{g}$ ），併靜脈注射高劑量 naloxone（ $5 \mu\text{g/kg/h}$ ）共 22 小時。結果止痛效果良好，僅 1 位發生呼吸壓抑，經加注 naloxone 0.2 mg 後獲得改善，但此患者開始時將醫囑忘記執行（另有點滴困難或失敗原因）造成。這樣的治療方法，是另類的思考。

▶ 結論

軸索嗎啡麻醉對術後的止痛有很好的效果，雖偶有呼吸壓抑風險，但利多於弊，且軸索嗎啡所引起的呼吸壓抑比起嗎啡口服或靜脈注射者，並無增加。脊椎內理想嗎啡劑量為 0.075-0.15 mg，硬腦膜外理想嗎啡劑量為 2.5-3.75 mg。採軸索止痛者前 12 小時，每小時均應注意患者的呼吸次數、呼吸深度、清醒度，之後每 2 小時監測 1 次，直至 24 小時。一旦發生呼吸壓抑，以 naloxone 點滴注射 12 小時，並維持正常呼吸，可將風險減至最低。

▶ 推薦讀物

1. Sultan P, Gutierrez MC, Carvalho B. Neuraxial morphine and respiratory depression. Finding the right balance. *Drugs* 2011; 71: 1807-19.
2. Ko S, Goldstein DH, van Den Kerkhof EG. Definitions of respiratory depression with intrathecal morphine postoperative analgesia: a review of the literature. *Can J Anesth* 2003; 50: 679-88.
3. Dalchow S, Lubeigh O, Peters G, et al. Transcutaneous carbon dioxide levels and oxygen saturation following caesarean section performed under spinal anaesthesia with intrathecal opioids. *Int J Obstet Anesth* 2013; 22: 217-22.
4. Carvalho B. Respiratory depression after neuraxial opioids in the obstetric setting. *Anesth Analg* 2008; 17: 956-61.
5. Neustein SM, Cottone TM. Prolonged respiratory depression after intrathecal morphine. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2003; 17: 230-1.
6. Palmer CM, Emerson S, Volgoropolous D, et al. Dose-response relationship of intrathecal morphine for post-cesarean analgesia. *Anesthesiology* 1999; 90: 437-44.
7. Uchiyama A, Nakano S, Ueyama H, et al. Low dose intrathecal morphine and pain relief following caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 1994; 3: 87-91.
8. Dahl JB, Jeppesen IS, Jargensen H, et al. Intraoperative and postoperative analgesic efficacy and adverse effects of intrathecal opioids in patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia: a qualitative and quantitative systematic review of randomized controlled trials. *Anesthesiology* 1999; 91: 1919-27.
9. Rebel A, Sloan P, Andrykowski M. Retrospective analysis of high-dose intrathecal morphine for analgesia after pelvic surgery. *Pain Res Manage* 2011; 16: 19-26.
10. 蘇文祥, 王鵬惠, 吳博霖等. 使用脊髓腔內嗎啡注射作剖腹產患者的術後止痛 - 偏遠地區的臨床經驗. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2003; 42: 121-5.
11. Rosen MA, Hughes SC, Shnider SM, et al. Epidural morphine for the relief of postoperative pain after cesarean delivery. *Anesth* 1983; 62: 666-72.
12. Chumpathong S, Santawat U, Saunya P, et al. Comparison of different doses of epidural morphine for pain relief following cesarean section. *J Med Assoc Thai* 2002; 85(Suppl 3): s956-62.
13. Girgin NK, Gurbet A, Turker G, et al. Intrathecal morphine in anesthesia for cesarean delivery: dose-response relationship for combinations of low-dose intrathecal morphine and spinal bupivacaine. *J Clin Anesth* 2008; 20: 180-5.
14. Fuller JG, Mc Morland GH, Douglas MJ, et al. Epidural morphine for analgesia after caesarean section: a report of 4880 patients. *Can J Anaesth* 1990; 37: 636-40.

問答題

- 一、下列何者為脊椎嗎啡麻醉的副作用？
- (A) 遲發性呼吸壓抑 (B) 皮膚搔癢
(C) 噁心、嘔吐 (D) 以上皆是
- 二、下列何者為脊椎嗎啡麻醉後引起呼吸壓抑最多的時間？
- (A) 1-5 小時 (B) 6-12 小時
(C) 13-20 小時 (D) 21-24 小時
- 三、下列何者為脊椎嗎啡麻醉後呼吸壓抑使用的定義？
- (A) 呼吸速率變慢 (B) 低血氧濃度
(C) 發紺 (D) 以上皆是
- 四、下列何者為硬脊膜外注射嗎啡引起呼吸壓抑的機轉？
- (A) 嗎啡滲入硬腦膜或蜘蛛膜下的靜脈叢中，再循環至呼吸中樞
(B) 嗎啡經蜘蛛膜滲透至脊髓液，再滲入至呼吸中樞
(C) 穿刺時刺破硬腦膜進入脊髓液中，再滲入至呼吸中樞
(D) 以上皆是
- 五、下列何者為脊椎嗎啡最理想使用劑量？
- (A) 0.01-0.05 mg (B) 0.075-0.15 mg
(C) 0.31-1 mg (D) 2-5 mg

第 224 期通訊繼續教育

正常體溫對手術的重要性

答案：一、(D)；二、(D)；三、(B)；四、(D)；五、(D)

口服避孕藥的心血管疾病風險



奇美醫院 蔡永杰

前言

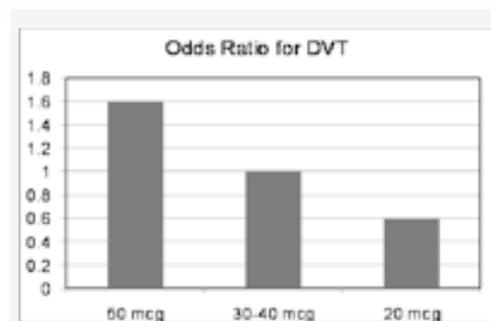
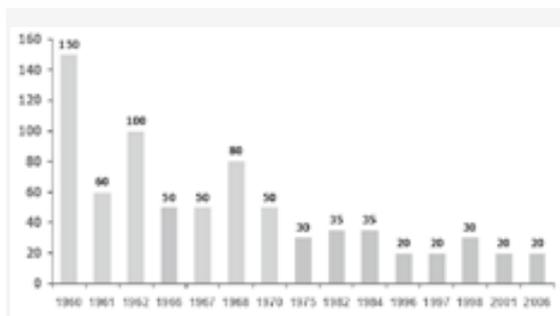
口服避孕藥在 60 年代被引進市場，正確使用，其意外懷孕的機會小於 1%。口服避孕藥不僅提供極好的避孕選擇，也附帶有許多非避孕的益處，例如，降低經血量，減少痛經，改善經前症候群，青春痘，多毛，與減少卵巢囊腫的形成風險，長期使用並可降低卵巢癌和子宮內膜癌的罹患率。

但服用口服避孕藥並非完全無風險的，有些病人服用之後是可能產生嚴重副作用的，如靜脈栓塞（VTE）、肺栓塞（PE）、中風（Stroke）和心肌梗塞（MI）^(1,2)。這些高風險病人包括高齡（40 歲以上），抽菸，肥胖，長期臥床與剛產後的媽媽^(2,9,10)。

荷爾蒙與靜脈栓塞

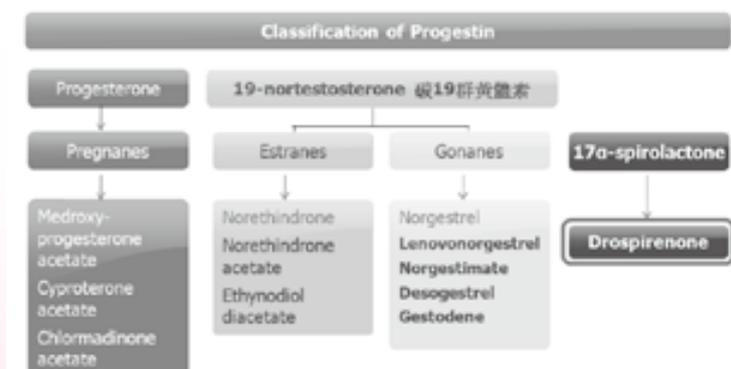
由於肥胖的盛行率升高，靜脈栓塞的發生率已由過去的 1：10,000 提高到 4-5：10,000⁽⁹⁾。口服避孕藥內含雌激素與黃體素，其中雌激素具凝血效果，因為它會升高血液中 fibrinogen、coagulation factor VII、VIII、X 和 plasminogen 的濃度，降低血液中 antithrombin III、protein S、plasminogen activator inhibitor 的濃度與降低活化蛋白 C 的阻抗性（activated protein C

resistance；(APC resistance))。因此；倘若靜脈栓塞在正常女性、無服用口服避孕藥的情形下，發生的風險是 4-5：10,000，使用口服避孕藥時的風險則約為 9-10：10,000⁽¹⁰⁾；雖然比較高，但仍低於妊娠期間的 29：10,000⁽¹¹⁾ 與產褥期的 300-400/10000⁽¹²⁾。而為了降低此種風險，過去幾十年來，新的口服避孕藥已大量降低 Ethinyl Estradiol 的濃度，從最初內含 Ethinyl Estradiol 150 μg 降到 30-35 μg (俗稱低劑量口服避孕藥)，再降到 20-25 μg (俗稱超低劑量口服避孕藥)，也就是要儘量降低高劑量雌激素所帶來的負面影響。



由於低劑量的 Ethinyl Estradiol 常會造成不定期的 breakthrough bleeding，進而影響到婦女持續使用口服避孕藥的意願。因此，新開發的口服避孕藥除了雌激素的劑量減少外，黃體素也不同了，以 Levonorgestrel 取代了原先的 Norethindrone 成了所謂第二代口服避孕藥。隨後 desogestrel、norgestimate、gestodene 再取代了 Levonorgestrel 從而產生了第三代口服避孕藥。而最近一代的口服避孕藥則再以 DRSP 取代舊有的黃體素成為所謂第四代的口服避孕藥。每一種黃體製劑的藥理特性不同，適用的族群也不盡相同。

口服避孕藥中的黃體素



Progestin	Progesto- genic	Anti-gonado- tropic	Anti- estrogenic	Estro- genic	Andro- genic	Anti-andro- genic	Gluco- corticoid	Anti- mineralo- corticoid
Progesterone	+	+	+	-	-	±	+	+
Dydrogesterone	+	-	+	-	-	±	-	±
Medrogestone	+	+	+	-	-	±	-	-
17 α -Hydroxy-derivatives								
Chlormadinone acetate	+	+	+	-	-	+	+	-
Cyproterone acetate	+	+	+	-	-	++	+	-
Megestrol acetate	+	+	+	-	±	+	+	-
Medroxy-progesterone-acetate	+	+	+	-	±	-	+	-
19-Nor-progesterone-derivatives								
Nomegestrol acetate	+	+	+	-	-	±	-	-
Pronegestone	+	+	+	-	-	-	-	-
Trimegestone	+	+	+	-	-	±	-	±
Spirolactone-derivatives								
Drospirenone	+	+	+	-	-	+	-	+
19-Nortestosterone derivatives								
Norethisterone	+	+	+	+	+	-	-	-
Lynestrol	+	+	+	+	+	-	-	-
Norethnodrel	±	+	±	±	±	-	-	-
Levonorgestrel	+	+	+	-	+	-	-	-
Norgestimate	+	+	+	-	+	-	-	-
3-Keto-desogestrel	+	+	+	-	+	-	-	-
Gestoden	+	+	+	-	+	-	+	+
Dienogest	+	+	±	±	-	+	-	-

Taken from reference [5,7,8,10-15]. (+) effective; (±) weakly effective; (-) not effective.

新一代的口服避孕藥仍具風險

這些新一代的黃體素原本是想能降低靜脈栓塞與心血管疾病的發生率，但自 1990 後陸續發表的文獻卻發現事實可能不然。一些多國多中心的研究指出，使用口服避孕藥期造成缺血性中風的比例比一般不使用者高出兩倍，而出血性中風也高出一倍半^(2,3)。這些中風現象，也比較容易發生在年紀比較大的族群，可見年齡是一個很重要決定會不會造成中風的危險因子⁽⁶⁾。

再以心肌梗塞來說，使用目前這種低劑量的口服避孕藥其造成心肌梗塞的比例也比一般不使用者高出兩倍^(4,5)。所幸這些併發症在育齡女性身上發病的機會並不高，中風與心肌梗塞發生的風險在年齡 45 歲以下的機率分別是 1 : 10,000 與 0.5 : 10,000。年齡愈大的使用者，風險越高⁽⁸⁾。然而不管是中風或心肌梗塞；高血壓、抽菸、肥胖與糖尿病都會增加其發病的可能。至於不同種類的黃體素和不同劑量的雌激素可能造成中風與心肌梗塞的可能則詳列如表 2⁽⁶⁾。

雖然之前有報告指出使用第三代口服避孕藥，靜脈血栓栓塞發生的機率似乎較高⁽²⁾，而中風和心肌梗塞的風險與第二代口服避孕藥較為相關⁽⁹⁾。不過從表中可看出，不管是使用低劑量或超低的口服避孕藥當含有一定的風險。當使用低劑量的 Ethinyl Estradiol (30-40 μ g) 合併不同

的黃體素時，其中風的相對風險為 1.4-2.2；心肌梗塞的相對風險為 1.33-2.28。而 norgestimate 與 cyproterone acetate 的相對風險看來較低；norethindrone 與 desogestrel 的相對風險看來較高。若使用的是超低劑量的 Ethinyl Estradiol (20 μ g) 合併 desogestrel，其中風的相對風險降為 1.53；心肌梗塞的相對風險降為 1.55。要特別注意的是使用避孕貼片，其中風的相對風險為 3.15；使用陰道避孕環其中風的相對風險為 2.49 都比口服避孕要高出許多⁽⁶⁾。

Table 1. Incidence Rates and Adjusted Relative Risks of Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction among Nonpregnant Danish Women, According to Age, Calendar Year, Educational Level, and Predisposing Risk Factors, 1995–2009.

Variable	No. of Person-yr	Thrombotic Stroke			Myocardial Infarction		
		No. of Events	Incidence Rate	Adjusted Relative Risk (95% CI)*	No. of Events	Incidence Rate	Adjusted Relative Risk (95% CI)*
		no. of events/ 100,000 person-yr			no. of events/ 100,000 person-yr		
Age							
15–19 yr	2,075,087	70	3.4	0.05 (0.04–0.06)	9	0.4	0.01 (0.01–0.02)
20–24 yr	1,961,761	110	5.6	0.07 (0.06–0.09)	13	0.7	0.02 (0.01–0.03)
25–29 yr	1,906,954	201	10.5	0.16 (0.13–0.18)	41	2.2	0.06 (0.04–0.08)
30–34 yr	2,053,357	317	15.4	0.26 (0.23–0.30)	102	5.0	0.15 (0.12–0.18)
35–39 yr	2,149,752	501	23.3	0.40 (0.36–0.44)	262	12.2	0.36 (0.31–0.41)
40–44 yr	2,104,119	825	39.2	0.65 (0.59–0.71)	534	25.4	0.71 (0.64–0.80)
45–49 yr	2,000,033	1287	64.4	1.00	764	38.2	1.00
Year							
1995	1,110,157	183	16.5	1.00	108	9.7	1.00
1996	1,082,648	172	15.9	0.91 (0.74–1.12)	105	9.7	0.94 (0.72–1.23)
1997	1,052,178	192	18.3	1.02 (0.83–1.25)	104	9.9	0.94 (0.72–1.23)
1998	1,026,757	168	16.4	0.89 (0.72–1.10)	100	9.7	0.90 (0.69–1.19)
1999	1,001,828	219	21.9	1.16 (0.95–1.41)	109	10.9	0.98 (0.75–1.28)
2000	981,241	211	21.5	1.11 (0.91–1.36)	125	12.7	1.12 (0.87–1.45)
2001	959,246	218	22.7	1.15 (0.94–1.40)	133	13.9	1.19 (0.92–1.53)
2002	938,943	224	23.9	1.18 (0.97–1.44)	143	15.2	1.27 (0.99–1.64)
2003	918,924	236	25.7	1.25 (1.03–1.51)	148	16.1	1.32 (1.03–1.70)
2004	903,351	232	25.7	1.22 (1.00–1.48)	126	14.0	1.12 (0.87–1.45)
2005	883,911	243	27.5	1.28 (1.06–1.56)	117	13.2	1.05 (0.80–1.36)
2006	867,957	273	31.5	1.45 (1.20–1.75)	102	11.8	0.91 (0.69–1.20)
2007	852,227	251	29.5	1.34 (1.10–1.62)	121	14.2	1.09 (0.84–1.42)
2008	843,664	232	27.5	1.24 (1.02–1.51)	87	10.3	0.78 (0.59–1.04)
2009	828,032	257	31.0	1.39 (1.15–1.69)	97	11.7	0.89 (0.67–1.18)

Table 2. Incidence Rates and Adjusted Relative Risks of Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction among Users of Different Types of Hormonal Contraception, as Compared with Nonusers.*

Type of Hormonal Contraception	No. of Person-yr	Thrombotic Stroke			Myocardial Infarction		
		No. of Events	Incidence Rate	Adjusted Relative Risk (95% CI)†	No. of Events	Incidence Rate	Adjusted Relative Risk (95% CI)†
			no. of events/ 100,000 person-yr			no. of events/ 100,000 person-yr	
None	9,336,662	2260	24.2	1.00	1228	13.2	1.00
Ethinyl estradiol, 50 µg							
Norethindrone	43,234	9	20.8	1.27 (0.66-2.45)	11	25.4	2.74 (1.51-4.97)
Levonorgestrel	54,474	32	58.7	2.26 (1.59-3.20)	36	66.1	4.31 (3.09-6.00)
Ethinyl estradiol, 30 to 40 µg							
Norethindrone	126,984	28	22.1	2.17 (1.49-3.15)	14	11.0	2.28 (1.34-3.87)
Levonorgestrel	460,559	144	31.3	1.65 (1.39-1.95)	91	19.8	2.02 (1.63-2.50)
Norgestimate	453,536	78	17.2	1.52 (1.21-1.91)	28	6.2	1.33 (0.91-1.94)
Desogestrel	313,560	99	31.6	2.20 (1.79-2.69)	43	13.7	2.09 (1.54-2.84)
Gestodene	1,318,962	285	21.6	1.80 (1.58-2.04)	133	10.1	1.94 (1.62-2.33)
Drospirenone	286,770	52	18.1	1.64 (1.24-2.18)	18	6.3	1.65 (1.03-2.63)
Cyproterone acetate	187,145	29	15.5	1.40 (0.97-2.03)	12	6.4	1.47 (0.83-2.61)
Ethinyl estradiol, 20 µg							
Desogestrel	695,603	105	15.1	1.53 (1.26-1.87)	40	5.8	1.55 (1.13-2.13)
Gestodene	564,268	88	15.6	1.70 (1.37-2.12)	21	3.7	1.20 (0.77-1.85)
Drospirenone	23,056	2	8.7	0.88 (0.22-3.53)	0	0	0 (0.00-12.99)
Progestin only							
Norethindrone	85,874	28	32.6	1.35 (0.93-1.96)	9	10.5	0.81 (0.42-1.56)
Levonorgestrel	8,556	1	11.7	0.44 (0.06-3.12)	0	0	0 (0.00-35.01)
Desogestrel	29,185	9	30.8	1.37 (0.71-2.63)	4	13.7	1.46 (0.55-3.90)
Levonorgestrel IUD	184,875	45	24.3	0.73 (0.54-0.98)	31	16.8	1.02 (0.71-1.46)
Implant	24,954	3	12.0	0.88 (0.28-2.72)	3	12.0	2.14 (0.69-6.65)
Other							
Patch	4,748	2	42.1	3.15 (0.79-12.60)	0	0	0 (0.00-63.10)
Vaginal ring	38,246	12	31.4	2.49 (1.41-4.41)	3	7.8	2.08 (0.67-6.48)

* IUD denotes intrauterine device.

† Relative risks were adjusted for age, educational level, calendar year, and risk factors.

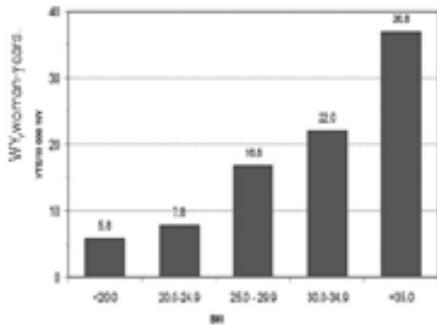
結論

口服避孕藥是婦產科醫師常常使用的藥物之一，不只是避孕，也應用在很多的婦科疾病，尤其是用來調經。中年婦女是特別容易出現功能失調性子宮出血的族群，當我們使用口服避孕藥在這些過了40歲之後的女性身上的時候要特別小心，由於年紀本身就是中風和心肌梗塞的危險因子（如表一），若病人又比較肥胖的話，其風險更高，此點大家在臨床執業上一定要特別小心。

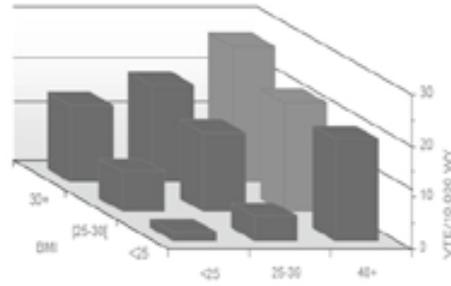
Risk Factors for VTE in COC Users

Family and Personal History of VTE

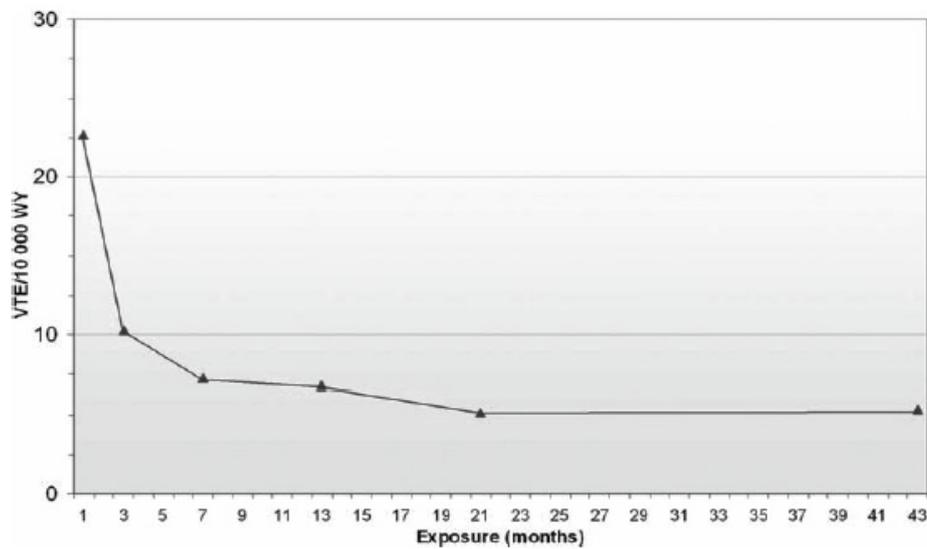
Risk of venous thromboembolism (VTE) by body mass index (BMI)



Increased Impact of Age and BMI on VTE Incidence in COC users



最後再提醒大家，千萬不要以為只是短期使用風險不高，因為靜脈栓塞的風險是剛使用的時候最高⁽¹⁾。



Reference

1. Farley TM, Meirik O, Collins J. Cardiovascular disease and combined oral contraceptives: reviewing the evidence and balancing risks *Hum Reprod Update*. 1999;5:721-735.
2. Heinemann LAJ, Lewis MA, Spitzer WO, et al. Thromboembolic stroke in young women. *Contraception*. 1998;57:29-37
3. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*. 1996;348:498-505
4. The Risk of Cardiovascular Disease With Second- and Third-Generation Oral Contraceptives. *Medscape Womens Health*. 2002 Jul-Aug;7(4):3.
5. Heinemann LAJ, Dinger JC. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. *Contraception*. 2007; 75: 328–36
6. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction with Hormonal Contraception *N Engl J Med* 2012;366:2257-66
7. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ 3rd. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year populationbased study. *Ann Intern Med* 2005; 143: 697–706.
8. Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJM. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost* 2008; 6: 632–7.
9. Lidegaard ., Kreiner S. Oral contraceptives and cerebral thrombosis: a five year national case-control study. *Contraception*. 2002;65:197-205
10. Schmidt M, Jacobsen JB, Lash TL, Btker HE, S.rensen HT. 25 Year trends in first time hospitalisation for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: a Danish nationwide cohort study. *BMJ* 2012;344:e356.
11. Klaas Heinemann , Lothar A J Heinemann,(2011) Comparative risks of venous thromboembolism among users of oral contraceptives containing drospirenone and levonorgestrel *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011;37:132-135

Coexistent Endocervical Adenocarcinoma in situ and Mucinous
Cystadenocarcinoma of Ovary: A Cytopathological Study of One Case

子宮頸原位腺癌和卵巢黏液性囊腺癌共存及病理學的個案報告

中國醫藥大學附設醫院病理部 江宜平 醫師、曾冠欽 醫師

台杏病理暨細胞抹片診斷中心

鍾坤井醫師（婦產科專科醫師暨婦科細胞抹片診斷指導醫師）、

陳茂元醫師（病理醫師）

報告者：張森鈴 醫檢師

104年6月29日重新整理

前言

- （一）根據目前一些文獻所報告，有關子宮頸原位腺癌或子宮頸腺癌與卵巢黏液性囊腺癌同時共存而非轉移而來的，並不多見，又根據其他文獻報告婦科癌症同時併有不同型存在的（約有2種或2種以上），其比率大約佔1-2%。（參考文獻1、2、3、4、5）
- （二）依據衛生福利部國民健康署2011年統計，台灣女性十大癌症，有關卵巢癌其發生率為第九位、死亡率為第八位。另外子宮頸癌其發生率為第七位、死亡率為第七位。其中黏液性囊腺癌是卵巢癌第三個最常見的類型。此卵巢癌的篩檢對象多傾向於停經後或具有家族遺傳史之婦女，篩檢方式可透過骨盆腔內診、超音波檢查、CT與MRI和腫瘤指標CA-125及CEA等檢測方法。
- （三）子宮頸原位腺癌或子宮頸腺癌於做HPV DNA testing並非百分之百可以檢查出為陽性反應（根據Hornmzd A Katk學者在2011年Lancet oncology期刊上指出利用HPV DNA偵測Cervical adenocarcinoma時，約有78%可顯出陽性反應），所以我們認為要準確診斷早期子宮頸癌最好方法仍然還是以Pap smear加上HPV DNA testing（所謂Co-testing），或者考慮再加陰道鏡（Colposcopy）檢查為最佳選擇。

摘要 Abstract

(一) 病患為 66 歲 (37 年次) 之婦女，自民國 98 年 10 月 17 日之前，每年都做一般的 Pap smear，發現全是正常所見。但於隔年 99 年 11 月起，開始所做之 Pap smear 陸續有出現 Atypical glandular cells 及 Atypical glandular cells favor neoplasm。為慎重起見，而於同年 99 年 12 月 15 日做 HPV DNA testing (HC2) 為陰性，並於同月 29 日施打 HPV 疫苗。但之後做多次 Pap smear 仍然沒改善。隔年 100 年 7 月 21 日為慎重起見同時做 Endometrial curettage 及 Endo- cervical curettage 之病理切片檢查，結果報告各為 Chronic inflammation 及 Chronic cervicitis。但事隔 2 年即 102 年 10 月 15 日之前所做 Pap smear 仍然陸續出現為 Atypical glandular cells 及 Atypical glandular cells favor neoplasm。同年 12 月 6 日又做 CA-125 腫瘤指數檢查結果為 50-150 U/ml，在一年中陸續出現不同數值 (正常值小於 35 U/ml)。至同年 12 月底左右，病患開始發覺到有陰道分泌物有增多現象，為慎重起見轉診至其他醫學中心做進一步詳細檢查，結果被發現有子宮頸原位腺癌和卵巢黏液性囊腺癌是共存。(Reference 1、4、5)

個案資料:林 X X 女士 Age : 66 歲(37年次)				
採檢日期	第一次診斷	複閱診斷	採檢單位	檢查單位
99-12-15內頸採樣 (LBP)	Reactive change : inflammation,repair,radiation, and others	Atypical glandular cells	中部某診所	台杏診所
99-12-15	HPV DNA Test (HC2) : 正常 (0.1 RLU/Cutoff)		中部某診所	台北某檢驗中心
99-12-29	注射HPV Vaccine 三劑			
100-07-21 病理切片	Tissue origin : uterine cervix. Diagnosis : Cervix uteri, biopsy, show chronic cervicitis.(AIS?) Tissue origin : endometrium. Diagnosis : endocervix, labeled" endometrium", biopsy, show chronic inflammation.			台北某病理單位
102-02-18內頸採樣 (LBP)	Atypical glandular cells		中部某診所	台北某病理單位
102-06-21 內頸採樣(CP)	Atypical glandular cells	Atypical glandular cells favor neoplasm	中部某診所	台杏診所
102-06-21 內膜採樣(CP)	Atypical glandular cells	Atypical glandular cells favor neoplasm	中部某診所	台杏診所
102-12-06 內頸採樣(CP)	Atypical glandular cells	15Atypical glandular cells favor neoplasm	中部某診所	台杏診所
102-12-06 內膜採樣(CP)	Atypical glandular cells	Atypical glandular cells favor neoplasm	中部某診所	台杏診所
102-12-06	CA-125腫瘤指數檢查結果為50-150 U/ml (在一年中陸續出現不同數值) (正常值小於35 U/ml), 以及分泌物增多 (中部某診所)			
102-12-25 病理切片	1. Both ovary : mucinous cystic adenocarcinoma. 2. Uterine cervix : Adenocarcinoma in situ.			中國醫藥大學 附設醫院

(二) 於住院期間經多次超音波檢查及電腦斷層檢查結果後，發現卵巢有不正常影像出現，因而做剖腹探測手術，手術後做病理切片檢查發現除有卵巢黏液性囊腺癌 (Mucinous Cystadenocarcinoma of Ovary) 之外，並發現有子宮內頸原位腺癌 (AIS)。為確認此子宮內頸原位腺癌是否為原發性或轉移性，因而更進一步做免疫組織化學染色特殊檢查之 Immunohistochemistry (IHC) Staining，其結果為 HPV 16/18 (+)、P16 : (+)、CEA (+)、ER (-)、PR (-)、vimentin (-)。經過如上一些病理及特殊免疫組織化學檢查結果，確認為不同型腺癌，不是轉移而來的。

材料與討論 (Material & Discussion)

反應性內頸細胞、原位腺癌及侵襲性腺癌的鑑別診斷 (Differential Diagnosis of Reactive Endocervical Cells, Adenocarcinoma In Situ, and Invasive Adenocarcinoma)

	反應性 (Reactive)	原位腺癌 (AdCIS)	侵襲性腺癌 (Invasive AdCA)
擁擠 (Crowding)	±	+++	++
羽毛狀 (Feathering)	0	+++	++
花瓣狀/腺體排列 (Rosettes/Gland openings)	±	+++	++
纖毛 (Cilia)	±	0	0
分裂 (Mitosis)	±	++	++
不規則之核排列 (Nuclear irregularity)	0	+	+++
染色質不規則 (Irregular chromatin)	0	±	+++
核質比 (N/C ratio)	±	+++	++
核仁 (Nucleoli)	多變的	無或小核仁	大核仁
正常的內頸細胞 (Normal endocervical cells)	+++	++	+
背景 (Background)	乾淨/發炎	發炎/乾淨	癌症背景

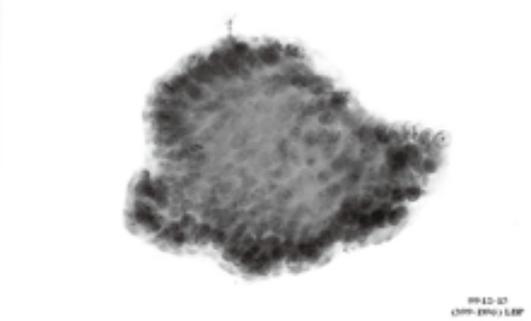
資料來源 The Art and Science of Cytopathology [Richard M DeMay] P.131

【細胞學所見】

林 X X 女士－ ThinPrep pap smear (LBP)

採樣日期：99.12.15

Atypica glandular cells (AGC)

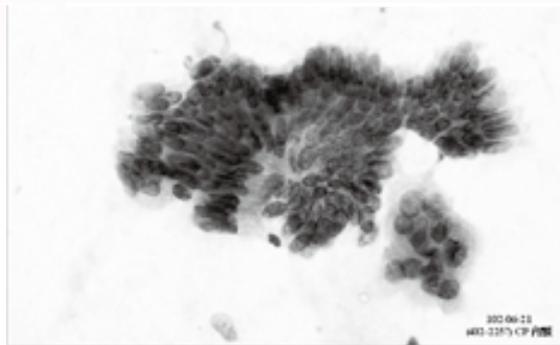


細胞像：柱狀複層化排列、核濃染、NCratio 增加、可看到小核仁出現。

林 X X 女士－子宮內頸取樣

採樣日期：102.12.06

Atypical glandular cells favor neoplasm



細胞像：柱狀複層化及呈羽毛狀排列、核中度濃染、拉長、NCratio 增加、可看到小部份小核仁出現。

林 X X 女士－子宮內膜取樣

採樣日期：102.06.21

(使用野田定之 Endo search)

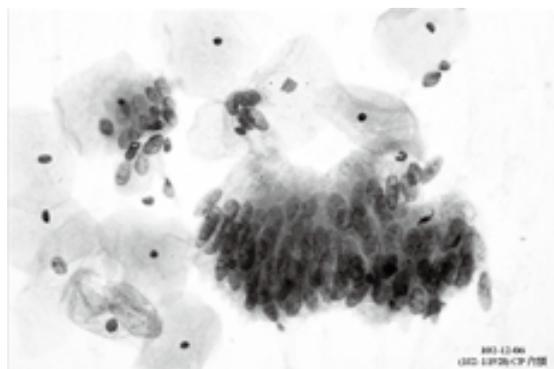
Endo search(內膜刮子)



林 X X 女士－子宮內膜取樣

採樣日期：102.12.06

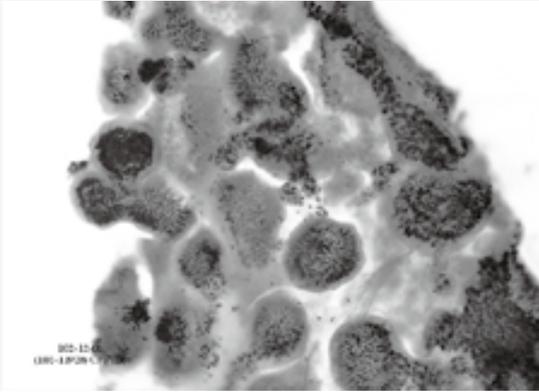
(使用野田定之 Endo search) Atypical glandular cells favor neoplasm



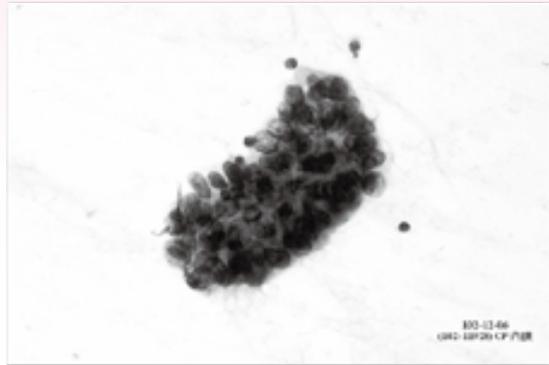
細胞像：呈複層化不規則層狀排列、核拉長且濃染、疑似為子宮腺癌原位癌至腺癌。

林 XX 女士—子宮內膜取樣 採樣日期：102.12.06

(使用野田定之 Endo search) Atypical glandular cells favor neoplasm

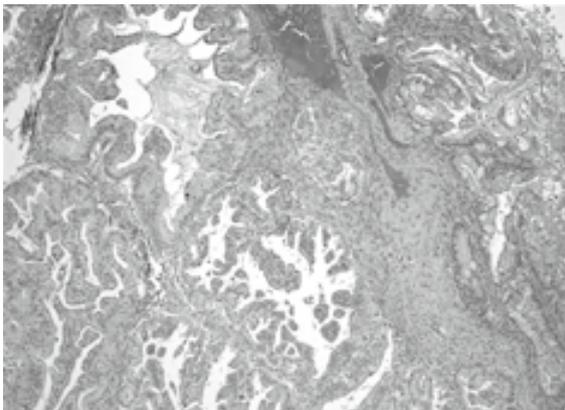


細胞像：內膜直接採取方法 (Endo search)，出現條狀與環狀等之內膜與內頸柱狀上皮細胞。



細胞像：內膜直接採取方法 (Endo-cyto brush)，發現有腺體癌細胞像之出現、呈與重疊排列、疑似有了宮頸腺癌之可能。(探到內頸細胞?)

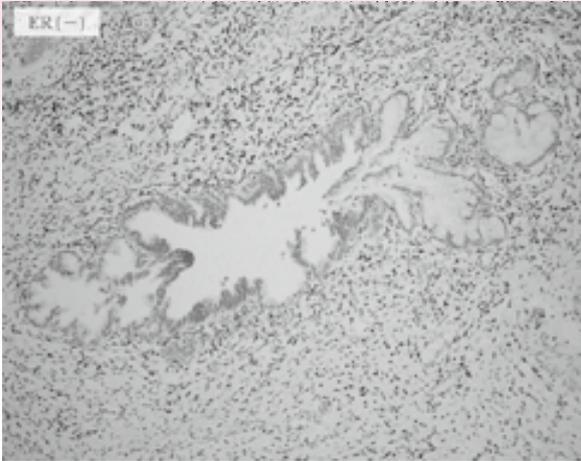
【病理學所見】



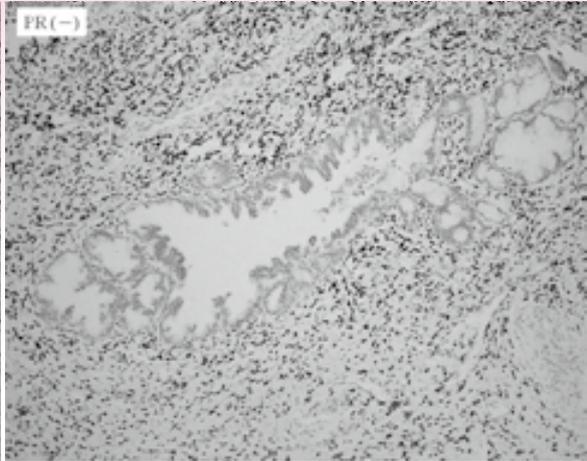
高倍下：這些 glands 有 mucinous 分化，細胞層數增加與 cellular atypia，且有 stroma 的侵犯，為 low-grade mucinous cystadenocarcinoma
In high power, it shows a low-grade mucinous cystadenocarcinoma.
器官部位：ovary 染色：H&E 倍率：100X



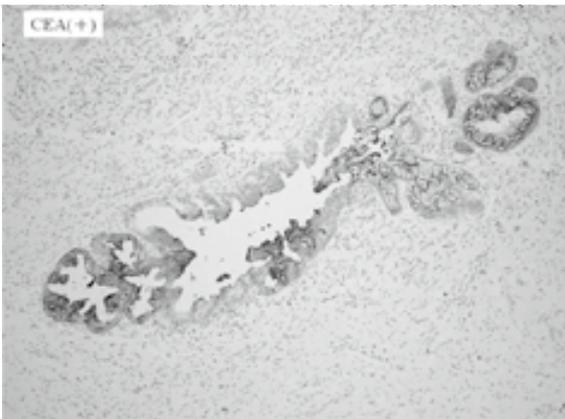
Endocervical adenocarcinoma in situ in high power view.
器官部位：Uterine cervix 染色：H&E 倍率：100X



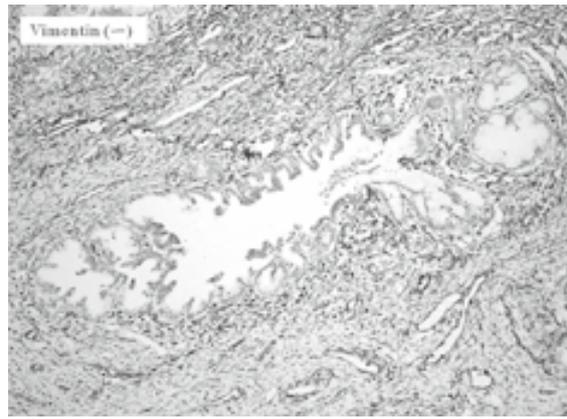
ER(-)
 器官部位：Uterine cervix 染色：IHC (ER) 倍率：100X



PR(-)
 器官部位：Uterine cervix 染色：IHC (PR) 倍率：100X



CEA(+)
 器官部位：Uterine cervix 染色：IHC (CEA) 倍率：100X



Vimentin(-)
 器官部位：Uterine cervix 染色：IHC (Vimentin) 倍率：100X

結論 Conclusion：

- (一) 此病例於 99 年 12 月 15 日因有曾做過 HPV DNA testing (HC2) 呈現為陰性反應 (參考資料 :Primary HPV Screening Not Ready for Primetime/May 22,2014 網址 www.medscape.com) 以及於 99 年 12 月 29 日施打 HPV 疫苗 (參考資料：Human Papillomavirus Vaccination,Recommendations and Reports/ Vol.63/No.5/August , 29,2014) ，另外又在隔年 100 年 7 月 21 日同時做子宮內膜及子宮內頸之搔刮手術，其病理報告分別為 chronic inflammation 及 chronic cervicitis。經別家醫院 Double Check 後，診斷為 AIS。以上這些不準確診斷及過度信賴與處置，導致往後我們陸續所做之細胞學診斷有 under-diagnosis 之心理作祟。

- (二) 如上這些臨床所見及特殊檢查，我們認為卵巢黏液性囊腺癌發生之初期是很困難於臨床上被發現，只有於 102 年中陸續有做 CA-125 檢查，其結果介於在 50-150 U/ml（平均正常值是小於 35 U/ml），此種異常癌症指數增加，再加上如上一些抹片之異常變化，以及陰道有分泌物異常增多，開始引起診所醫師之注意，因而轉診至某醫學中心進一步詳細檢查。（根據教科書：Berek & Novak's Gynecology, 2012 ,P1355 頁中，提到有關卵巢黏液性囊腺癌約佔所有 Ovarian cancer 之 8 - 10%）。
- (三) 此病患施打 HPV 疫苗（此患者當時已 65 歲），是否因為根據以前所做 HPV DNA testing 是陰性反應以及病理報告祇是 chronic cervicitis，如上做法是否適當，有待商榷。根據最新美國疾病管理局（CDC）於 August 29, 2014 在 MMWR 發表有關 HPV Vaccination 施打之適合年齡為 11-12 歲（年齡可延伸到 13- 26 歲）並沒有同意任何年齡可以施打。
- (四) 綜合以上報告，我們強調除了卵巢癌之外，相關子宮頸癌之早期診斷（包括抹片檢查、HPV DNA testing 及陰道鏡檢查），以及預防性之 HPV 疫苗施打，到目前為止在台灣仍然文無定法、真憑實據不足，因此建議政府有關單位及相關醫學會，於近期內召開會議，擬訂正確施實要點。
- (五) 1. 一般於做 E.C.C. 時，所獲得 tissue 供病理切片診斷用，可獲得診斷之準確率不到 40%，必須要 repeat smear 時，如果仍然為可疑時，則要考慮多做 conization。
2. 以人類乳突病毒 DNA（HPV DNA）診斷子宮頸腺癌之陽性率（High Risk）約 78% 左右（Hormuzd A Katki 學者在 2011 年 Lancet oncology 期刊），最好是與抹片檢查同時做，所謂 Co-testing，不宜單獨使用。
3. 抹片判讀之醫療人員，絕不能疏忽，有些抹片之判讀是因為閱片人員之疏忽（約佔：10-15%），必須更要加倍小心。

Reference

1. LiVolsi, Virginia A, Merino, Maria J, Schwartz, Peter E.
Coexistent endocervical Adenocarcinoma and Mucinous Adenocarcinoma of Ovary: A Clinicopathologic Study of Four Cases
International Journal of Gynecological Pathology:1983-Volume1-Issue4 PP:323-415
2. Ferchichi L¹, Rammeh-Rommani S, Ben Hammouda S, Sfar R, Farah F, Ben Jilani S, Zermani R.
Endometrioid adenocarcinoma of the uterine cervix associated with mucinous ovarian

cystadenocarcinoma

Gynecol Obstet Fertil. 2006 May; 34(5): 410-2. Epub 2006 May 4.

3. Authors Huang YD et al.

Synchronous ovarian endometrioid adenocarcinoma and endocervical mucinous adenocarcinoma

Taiwan J Obstet Gynecol. 2006 Sep; 45(3): 264-7.

4. Authors Ferchichi L, et al., Endometrioid adenocarcinoma of the uterine cervix associated with mucinous ovarian cystadenocarcinoma, Show all Journal Gynecol Obstet Fertil. 2006 May; 34(5): 410-2.

5. Naveena singh. Department of Cellular Pathology, Barts and the London NHS Trust, London, UK

Synchronous tumors of the female genital tract

Histopathology 2010,56.277-285

6. Christopher Stephen Hale, MD¹, Lili Lee, MD¹, and Khush Mittal, MD¹

Triple Synchronous Primary Gynecologic Carcinomas: A Case Report and Review of the Literature

International Journal of Surgical Pathology . 2011 Jun 1, 19(4) 552–555.

■ 法律信箱

不要隨便轉介中期流產病患， 引人犯罪



高添富醫師

最近門診時，接到一位病人打電話來，說她懷孕 26 週要求作人工中期流產。可是因為 26 週胎兒分娩出來已有存活率，實在是碰不得，所以當場告以本院不作中期流產予以婉拒，請病人另請高明。

■ 妊娠 26 週中期流產碰不得

依現行優生保健法施行細則（民國 101 年 04 月 05 日）第 15 條第 1 項規定：「人工流產應於妊娠二十四週內施行。但屬於醫療行為者，不在此限。」，病人妊娠業已超過第 24 週上限，她又只是因家庭因素不想生，並非「有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病之範圍」者，即並非有什麼特殊醫療狀況不能生的醫療行為，故也不合乎施行細則的行政命令規定。

加上施行細則第 15 條第 2 項復規定：「妊娠十二週以內者，應於有施行人工流產醫師之醫院診所施行；逾十二週者，應於有施行人工流產醫師之醫院住院施行。」，診所依法令也不能接這種案例，雖然沒有罰責，但主管機關亦可以業務上不正當行為，移付懲戒（醫法第 25 條第 5 款）。萬一中期流產出了醫療事故，主治醫師除了違反醫療法第 73 條第 1 項前段：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。」的轉診義務規定，可「處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰」外，病人亦可以根據醫師故意或過失的義務違反，而進一步要求醫師負刑事責任及民事損害賠償。

人工流產時限及死胎疑義說明

2013 年衛福部曾委託我們台灣婦產科醫學會訂出中期流產週數上限，6 月 7 日由 Dr. Kao 負責完成一份「人工流產時限及死胎疑義說明」書面報告，但最後也仍不了了之，隨附於後，僅供參考憑弔：

一、建議 20 週以上因醫療理由或符合優生保健法相關規定之終止妊娠時，須先執行誘導胎兒死亡手術，確認胎兒出生時已經死亡後，再行引產。

(一) 英國皇家婦產科醫學會 RCOG / 性與生殖保健學院 FSRH 聯合聲明建議：墮胎時限從 24 週降至 20 週。

(二) 合法終止妊娠

1. 優生保健法第 4 條：「稱人工流產者，謂經醫學上認定胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間內，以醫學技術，使胎兒及其附屬物排除於母體外之方法。」。第 9 條：「懷孕婦女經診斷或證明有下列情事之一，得依其自願，施行人工流產」。

2. 優生保健法第 11 條：「醫師發現患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者，應將實情告知患者或其法定代理人，並勸其接受治療。但對無法治癒者，認為有施行結紮手術之必要時，應勸其施行結紮手術。懷孕婦女施行產前檢查，醫師如發現有胎兒不正常者，應將實情告知本人或其配偶，認為有施行人工流產之必要時，應勸其施行人工流產。」

3. 妊娠二十四週以上人工流產需屬於醫療行為者才能施行。依優生保健法施行細則第 15 條前段：「人工流產應於妊娠二十四週內施行。但屬於醫療行為者，不在此限。」

(三) 20 週以上終止妊娠時，須先執行誘導胎兒死亡手術，確認胎兒出生時已經死亡後，再行引產。

1. 對於所有妊娠超過 21 週又 6 天者，所選擇的方法應該確保胎兒出生時已經死亡。

2. 這應該由受過適當訓練的醫生進行。推薦的方法是胎兒心臟內注射氯化鉀，劑量的選擇應該確保能達到胎兒的心跳停止。且應該經由超音波掃描觀察胎兒心臟五分鐘證實。此外在手續後 30-60 分鐘強制規定要用超音波掃描以確認心跳停止，且要在病人離開醫院前確定。在就要執行氯化鉀注射前，可先考慮用滴注麻醉劑和 / 或肌肉鬆弛劑，以停止胎動。

3. 在醫院進行中期流產。依優生保健法施行細則第 15 條後段：「妊娠十二週以內者，應於有施行人工流產醫師之醫院診所施行；逾十二週者，應於有施行人工流產醫師之醫院住院施行。」，尤其因為必須在醫院執行誘導胎兒死亡手術，20 週以上的引產也自然必須會在醫院進行，對病人安全較有保障。

二、因妊娠 20 週以下胎兒離開母體外不能自然保持其生命，即使出生後有反射性生理活動，並非生命跡象，不需試圖維持其生命，也不需出生通報或登記。

(一) 妊娠 20 週以下胎兒，胎兒離開母體外不能自然保持其生命 no viability 下，沒有生命跡象 sign of life 21 週以下胎兒的生存機會為 0%：

妊娠週數	21 週 and less	22 週	23 週	24 週	25 週	26 週	27 週	30 週	34 週
生存機會	0%	0-10%	10-35%	40-70%	50-80%	80-90%	>90%	>95%	>98%

(二) 妊娠 20 週以下胎兒，出生後沒有生命跡象，即使有反射性生理活動 physiological movement，並無生命跡象 no sign of life，不需試圖維持其生命。

在專業上，不試圖去支持低於生存能力門檻胎兒的生命是可以被接受的。區分生理活動和生命跡象是非常重要的，以及要能知道觀察到的活動可能只是一種反射性本質，而非必定就是生命或生存能力的跡象。

(三) 不需出生通報或登記，除非是父母親的意願要求為了埋怨，醫師可出具嬰兒在法定生存能力前出生且無生命跡象之證明。

當胎兒妊娠 24 週前出生，沒有呼吸或顯示任何生命跡象，並沒有規定這種事件要登記。然而，如果是父母的心願，在場分娩的醫生或助產士將需要發出證明或信函給葬儀社主管，墓地或火葬場，說明寶寶是在生存能力的法定時期之前出生，且表明沒有任何生命跡象，以許可進行葬禮。

醫師將如何處置未死胎兒？

由 Dr. Kao 該份報告，可見由於新生兒科的進步，存活率的妊娠週數一直下降，國外已有降至妊娠 20 週的趨勢，妊娠 20 週或以下出生嬰兒並無生命跡象，不需試圖維持其生命，也不需出生通報或登記，但反之若妊娠 20 週或以上出生嬰兒，就必須開具出生證明，及必要的死產通報。

在我國，雖然依優生保健法施行細則第 15 條第 1 項反面解釋：人工流產即使不屬於醫

療行為，也可於妊娠二十四週內施行。但針對妊娠 24 週以上的中期流產，理論上仍需要出生通報或死產通報，蓋兒童及少年福利與權益保障法（民國 100 年 11 月 30 日）第 14 條規定：「胎兒出生後七日內，接生人應將其出生之相關資料通報衛生主管機關備查；其為死產者，亦同。」，違者依第 86 條：「接生人違反第十四條第一項規定者，由衛生主管機關處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰」，不可不察。

另外最頭痛的是，醫師要顧慮的是萬一中期流產娩下來的胎兒存活下來了，醫師將如何處置？若是要依英國皇家學會「確認胎兒出生已經死亡」規定事先未雨綢繆，那就是醫師必須先執行殺胎術，即注射氯化鉀到胎兒心臟執行誘導胎兒死亡手術。但注射毒針也可是危機重重，萬一經驗不足不慎打到母血，一屍二命，業務過失致死可就得坐牢去了，故變通之道是委託教學醫院的高手代為執行誘導胎兒死亡的手術，至「確認胎兒已經死亡」了再轉診回診所作死胎的中期流產，就看是否有同仁願意權充劊子手了。

但若不先執行誘導胎兒死亡手術，一但娩出未熟兒開始啼哭而有呼吸心跳成為「人」了時，就必須予以急救，放入保溫箱，轉診新生兒加護病房，才是正道。其他旁門左道，如再試圖終止讓臍帶流血，或任其失溫，甚至設法用外力使之窒息，都是殘害生命該當殺人罪的構成要件行為，因為不是醫學上理由，所以沒有業務上正當行為可作為阻卻違法要件，可是十足的符合殺人罪。

蓋民法第 6 條規定：「人之權利能力，始於出生，終於死亡。」。有關人的始期的認定標準以「獨立呼吸說」為我國實務及傳統通說所主張，而所謂「獨立呼吸」係指胎兒出生後，在母體外藉由自己之肺部開始獨立呼吸時，為出生。人之如期既以開始「獨立呼吸」為斷，有唸法律信箱的會員都知道從前 Dr. Kao 就常說的故事：有產科名醫接生出缺氧的嬰兒時，急救了半天，因為一直沒有哭啼沒有呼吸，Apgar score 還是 0-0，只好宣告放棄，最後被病人提告。檢察官偵訊時就問醫師說：「嬰兒出生時到底有沒有哭？」醫師為了表示他的經驗豐富技術精良，就吹牛說：「急救後有哭了一聲，後來就不哭了…」。如果嬰兒出生一直沒有哭，沒有呼吸就不算成為人，而為母親身體的一部份，胎死腹中最多只是成立「業務過失傷害罪」，但若嬰兒哭了一聲以後就是人了，後來就不哭了就是死亡，所以醫師反而成立「業務過失致人於死罪」，這已是老生常談了。最高法院 20 上 1092 判例曰：「過失致人死之罪，係以生存之人為被害客體，故未經產生之胎兒，固不在其列，即令一部產出尚不能獨立呼吸，仍屬母體之一部分，如有加害行為，亦祇對於懷胎婦女負相當罪負。」更是鐵證如山，醫師何必以身試法？

所以若中期流產，娩下未熟的早產兒，還會自然呼吸哭啼蠕動，醫師若不加以保溫緊急處

理，任其自生自滅或設法使之失血窒息，在法律上都可能成立過失致死或故意殺人罪嫌。所以最終不得已下，接生醫師必須立即轉診馬偕新生兒科當作早產兒照顧治療，由全民健保買單，病人畫虎不成反類犬，更是加重家庭負擔，得不償失，有的反而惱羞成怒，一記回馬槍反控告醫師違法墮胎。這樣就足以解釋，妊娠 24 週以上的中期流產根本就是燙手山芋，為什麼包括 Dr. Kao 之產科醫師會敬而遠之，沒人敢碰 no touch ！

■ 醫師之間可不可以轉介違法行為？

話說該病人仍不死心，電話中仍苦苦哀求一再拜託 Dr. Kao 幫幫忙，最後見醫師吃了砒陀鐵了心拒人於千里之外，只好推而求其次，請 Dr. Kao 介紹其他醫師高手替她解決這個問題。因 Dr. Kao 早已耳聞有幾位勇氣十足的同行，不但精於此道且來者不拒，還曾多次要求不敢作的都可以轉介給他，一時婦人之仁就想逕行轉介給這些勇士們，開始還有點躊躇，不過再仔細思考作一下法律評估，認為若自己對該事件已有不法之認識，基於以下三點，還是以不宜轉介為妙，免得陷別人於不義外，自己也有可能平白無故成了共同正犯或共同侵權行為人：

若是 Dr. Kao 好意轉介同行，即使轉介的是違法的事情，也可能會誤導接受轉診的醫生以為完全合法才會轉介，以為該案例既已經資深醫師法律人 Dr. Kao 作過法律評估的安全篩檢措施了，保證不會有醫療糾紛才會轉介給他，就反而更輕心大意，未再評估就直接冒然接案？

萬一承接醫師出了醫療事故被告，或被檢舉而遭主管機關懲戒，轉介的醫師不但難逃其咎，甚至會被病人牽拖，責怪轉診不當而要求分擔損害賠償責任？

萬一醫師娩下未熟兒而被告殺人罪，轉介的醫師是否為殺人罪共同正犯（同謀共意）？或少會不會是殺人罪的教唆犯？

■ 放下屠刀，立地成佛

所以結論是，轉介違法的中期流產不但保證不可能毫髮未傷全身而退，反而是吃不到羊肉沾一身腥。沾腥事小，害同仁身陷法網於心何忍？己所不欲勿施於人，所以最後 Dr. Kao 還是坦白告訴病人：「本人不作中期，合法的醫師朋友也都不可能會接這種案例，何況妊娠週數這麼大了，還是生下來再送人領養才是唯一解決之道…」，病人最後才默默掛上電話就此消失。

Dr. Kao 一生人工流產無數，造孽多端早已萬劫不復，但說不定此次因而挽救下一條小生命，也可稍微減輕一點罪孽，從此放下屠刀立地成佛，也說不定。

編後語

陳信孚

本期會訊依循往例編排，內容提供許多重要資訊與有用知識。其中尤其有關於衛生福利部來函說明「未滿 16 歲兒童及少年因懷孕至婦產科診所就診，相關醫事人員應否通報一事」，請會員們詳加閱讀，以免誤觸法令。另一方面或許未來學會也可以再根據本會會員，以及兒科學會的意見，對於此議題再深入探討其執行可能產生的後續不良反應，以便在情理法與醫療實務上達到對兒童與青少年最佳利益的目標。

另外高添富醫師在「法律信箱」關於人工流產時限及死胎疑義的說明，也是會員值得深入閱讀，以確保個人與同仁們執業安全之重要注意事項。通訊繼續教育則持續提供有用的再進修知識，值得大家閱讀。

婦產科學會是相當成熟上軌道的學會，許多新的創舉，包括博物館的營運，以及會員的權益與娛樂，在何理事長領導之下，也都是適當照顧到了，相信未來在會員們更積極參與、貢獻之下，婦產科會是一個向上提升的態勢。祝福大家。

郵 票 自 貼

台灣婦產科醫學會

收

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-1482

傳真：(02) 2200-1476

◎ 225 通訊繼續教育答案 ◎

題目：脊椎嗎啡麻醉引起之
呼吸壓抑

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

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
150725-2	104 年醫事人員流感疫苗教育訓練－高雄	台灣疫苗推動協會	高雄榮總 第一會議室	07 月 25 日 13 時 30 分	07 月 25 日 17 時 00 分	B	2 分
150725-1	2015 骨質疏鬆症防治之共識及指引 醫務教育推廣研討會	中華民國骨質疏鬆症學會	日月千禧酒店 5F (VEE 1+2 廳)	07 月 25 日 14 時 30 分	07 月 25 日 18 時 30 分	B	1 分
150726-3	104 年度青少年親善醫師進階培訓課程 (南區)	台灣青少年醫學暨保健學會	國軍高雄總醫院 (高雄市苓雅區中正一路 2 號) 軍陣大樓 4 樓會議室	07 月 26 日 08 時 00 分	08 月 02 日 17 時 00 分	B	3 分
150726-5	104 年新生兒高級救命術 (NRP) 訓練課程	新光醫院 / 台灣新生兒科醫學會	新光醫院地下一樓大會議室	07 月 26 日 08 時 00 分	07 月 26 日 17 時 00 分	B	2 分
150726-7	2015 Reproductive Medicine Hands-on Workshop	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、亞太婦產科內視鏡暨微創治療醫學會	秀傳亞洲遠距微創手術中心	07 月 26 日 08 時 30 分	07 月 26 日 17 時 20 分	B	8 分
150726-4	醫療發展研習課程 (高雄)	台灣婦產科醫學會	高雄君鴻酒店	07 月 26 日 08 時 45 分	07 月 26 日 12 時 00 分	A	2 分
150726-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程	台灣家庭醫學醫學會	中國醫藥大學附設醫院 / 國際會議廳	07 月 26 日 09 時 00 分	07 月 26 日 17 時 00 分	B	1 分
150726-6	呼吸道疾病、高血脂、及骨質疏鬆治療更新研討會 (台中)	中華民國基層醫療協會	台中永豐棧飯店 劍橋廳	07 月 26 日 13 時 00 分	07 月 26 日 17 時 30 分	B	1 分
150726-2	婦女及周產期新知研討會	台灣周產期醫學會	中山醫學大學正心樓二樓 0213 教室	07 月 26 日 13 時 30 分	07 月 26 日 17 時 00 分	B	3 分
150728-1	104 年度兒少保護與性侵害專業人員繼續教育訓練課程 - 苗栗為恭紀念醫院場	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院 兒少保護醫療服務示範中心	財團法人為恭紀念醫院 (苗栗縣頭份鎮信義路 128 號 16 樓大會議室)	07 月 28 日 08 時 30 分	07 月 28 日 16 時 30 分	B	2 分
150801-1	Symposium of Robot Assisted Surgery	新光醫院外科部	新光醫院 B1 大會議室	08 月 01 日 12 時 50 分	08 月 01 日 17 時 20 分	B	3 分
150801-2	104 年醫事人員流感疫苗教育訓練 - 花蓮	台灣疫苗推動協會	花蓮慈濟醫院 感恩樓二期講堂	08 月 01 日 13 時 30 分	08 月 01 日 17 時 00 分	B	2 分
150802-1	愛滋病及性傳染病防治繼續教育課程 (台北)	台灣婦產科醫學會	台大醫院國際會議中心 301 室	08 月 02 日 08 時 30 分	08 月 02 日 12 時 30 分	A	2 分
150802-2	醫療發展研習課程 (台中)	台灣婦產科醫學會	台中裕元花園酒店	08 月 02 日 08 時 45 分	08 月 02 日 12 時 00 分	A	2 分
150804-1	104 年醫事人員流感疫苗教育訓練 - 台北一	台灣疫苗推動協會	台大醫院西址院區第七講堂	08 月 04 日 13 時 30 分	08 月 04 日 17 時 00 分	B	2 分
150805-1	104 年醫事人員流感疫苗教育訓練 - 台北二	台灣疫苗推動協會	台大醫院西址院區第七講堂	08 月 05 日 13 時 30 分	08 月 05 日 17 時 00 分	B	2 分
150807-1	Premature Thelarche	澄清綜合醫院	澄清綜合醫院 (平等) 3F 會議室 - 台中市區平等街 139 號	08 月 07 日 07 時 30 分	08 月 07 日 08 時 30 分	B	1 分
150808-1	2015 年新生兒聽力篩檢研討會 (北區)	國民健康署	馬偕紀念醫院 福音樓 9 樓第一講堂	08 月 08 日 08 時 00 分	08 月 08 日 12 時 30 分	B	2 分
150809-1	104 年度青少年親善醫師進階培訓課程 (北區)	台灣青少年醫學暨保健學會	台北市立聯合醫院婦幼院區第二醫療大樓 7 樓禮堂 (台北市福州街 12 號)	08 月 09 日 08 時 00 分	08 月 16 日 17 時 20 分	B	3 分
150809-2	104 年度青少年健康照護繼續教育訓練課程 (屏東場)	台灣婦產科醫學會	屏東縣醫師公會 5 樓講堂 (屏東市林森路東段 86 號)	08 月 09 日 08 時 20 分	08 月 09 日 12 時 30 分	A	2 分

150815-2	連江縣衛生局急診外傷(ETTC)教育訓練課程	連江縣衛生局	連江縣衛生局疫情處理中心講堂	08月15日 08時00分	08月16日 17時40分	B	2分
150815-1	疑似性侵害案件驗傷採證注意事項	新北市政府衛生局、亞東醫院	亞東醫院10樓第二教室	08月15日 09時00分	08月15日 11時00分	B	1分
150815-3	104年醫事人員流感疫苗教育訓練-雲林	台灣疫苗推動協會	雲林天主教若瑟醫院A棟11樓學術講堂	08月15日 13時30分	08月15日 17時00分	B	2分
150816-1	104年醫事人員流感疫苗教育訓練-台中	台灣疫苗推動協會	台中榮總研究大樓2樓第一會場	08月16日 13時30分	08月16日 17時00分	B	2分
150822-1	104年度兒少虐待及疏忽專業人員進階教育訓練	臺大醫院雲林分院兒少保護醫療服務示範中心、中國醫藥大學兒童醫院	中國醫藥大學立夫教學大樓102講堂	08月22日 08時00分	08月22日 12時30分	B	1分
150823-2	104年度青少年健康照護繼續教育訓練課程(高雄場)	台灣婦產科醫學會	高雄榮總門診大樓1樓第二會議室(高雄市左營區大中一路386號)	08月23日 08時30分	08月23日 12時30分	A	2分
150823-1	戒菸治療醫師教育訓練基礎課程(含同步視訊)	台灣家庭醫學醫學會	台大醫學院/101講堂	08月23日 09時00分	08月23日 17時00分	B	1分
150829-2	新生兒高級急救救命術(NRP)訓練課程	童綜合醫療社團法人童綜合醫院 醫教會	童綜合醫療社團法人童綜合醫院(梧棲院區)20樓交誼廳	08月29日 08時00分	08月29日 17時30分	B	2分
150829-1	2015生活型態醫療國際高峰會-熟齡「心」生活-「藉由血糖控制與腸胃道功能以支持認知功能的創新治療」	中華民國職業病醫學會	香格里拉台北遠東國際大飯店,3F遠東宴會廳	08月29日 08時30分	08月30日 17時10分	B	2分
150830-1	104年度青少年健康照護繼續教育訓練課程(台中場)	台灣婦產科醫學會	台中澄清醫院(中港院區)17樓國際會議廳(台中市台灣大道四段966號)	08月30日 08時30分	08月30日 12時30分	A	2分
150905-1	2015年新生兒聽力篩檢研討會(南區)	衛生福利部國民健康署	國立成功大學醫學院第二講堂(台南市勝利路138號)	09月05日 08時10分	09月05日 12時30分	B	1分
150906-1	更年期繼續教育訓練	台灣更年期醫學會	台大醫院兒醫講堂	09月06日 08時20分	09月06日 13時00分	B	4分
150912-1	達文西機械手臂婦科癌症手術新境界研討會	中國醫藥大學附設醫院婦產部	中國醫藥大學附設醫院兒童醫院11樓會議室	09月12日 08時00分	09月12日 17時00分	B	4分
150913-1	更年期繼續教育訓練	台灣更年期醫學會	中山醫學大學	09月13日 08時20分	09月13日 13時00分	B	4分
150920-1	更年期繼續教育訓練	台灣更年期醫學會	成大醫學院	09月20日 08時20分	09月20日 13時00分	B	4分
150920-2	104年度青少年健康照護繼續教育訓練課程(台北場)	台灣婦產科醫學會	台大兒童醫院B1講堂(台北市中山南路8號)	09月20日 08時30分	09月20日 12時30分	A	2分
150921-1	兩性互動的界線:如何維護隱私權與避免性騷擾~以醫療職場上的性別關係與性別溝通為例	亞東紀念醫院	亞東醫院10樓第二教室	09月21日 09時00分	09月21日 11時00分	B	2分
151001-1	Advanced course in Gynaecological Surgery	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院 微創手術訓練中心(www.ircadtaiwan.com)	彰化縣鹿港鎮鹿工路6-1號-秀傳亞洲遠距微創手術訓練中心 http://www.ircadtaiwan	10月01日 07時45分	10月03日 14時30分	B	10分
151004-1	更年期繼續教育訓練	台灣更年期醫學會	高雄榮民總醫院	10月04日 08時20分	10月04日 13時00分	B	4分
151118-1	子宮頸癌防治之最新進展	中山醫療社團法人中山醫院	臺北市仁愛路四段112巷11號 中山醫院會議室	11月18日 13時00分	11月18日 14時00分	B	1分
151216-1	青少年多囊性卵巢症候群	中山醫療社團法人中山醫院	臺北市仁愛路四段112巷11號 中山醫院會議室	12月16日 13時00分	12月16日 14時00分	B	1分

與外交部及 永齡基金會 合作之緬甸 援外生產包



台中場-孕產婦流感疫苗 繼續教育 104.07.05



Cervi-M[®] PAX1基因甲基化檢測

早期診斷篩檢高端標準化檢測

根據國際論文發表*，PAX1基因甲基化與癌症發生緊密相關，特別是子宮頸癌PAX1可做為臨床醫師輔助診斷的依據，讓篩檢更有效率



Health & Love

Cervi-M[®]特色 抹片剩餘檢體檢測

- 台灣專利 (中華民國 發明第 I 329743號)
- 美國專利 (Patent No. : US 7,820,386 B2)
- 符合GMP、ISO13485:2003、ISO/IEC 17025:2005製造&檢測

「日祥」PAX1核酸探針混劑組(未滅菌) 衛部醫器製壹字第004980號

「日祥」子宮頸細胞收集液(未滅菌) 衛部醫器製壹字第005312號

* Lai HC, Ou YC, Chen TC, Huang HJ, Cheng YM, et al. (2014) PAX1/SOX1 DNA methylation and cervical neoplasia detection: a Taiwanese Gynecologic Oncology Group (TGOG) study. Cancer Medicine. 3(4):1062-74

根據台灣婦科癌症研究聯盟(TGOG)11家醫院共同研究並發表在Cancer Medicine 2014，發現結合子宮頸抹片篩查結果*，子宮頸癌篩檢靈敏度(Sensitivity)達93%，專一性(Specificity)達84%

代理商

uniPharma 華宇藥品股份有限公司
11494 台北市內湖區舊宗路二段
171巷17號3樓
電話：02-2658-2577
傳真：02-2658-3977

製造商

iStat 日祥生命科學股份有限公司
22102 新北市汐止區新台五路一段96號
18樓
電話：02-2696-3518
傳真：02-2696-3658

CerviM.05 V01.20150315 北衛器廣字第10401019號