

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2015年10月228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 - m a i l：obsygtw@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

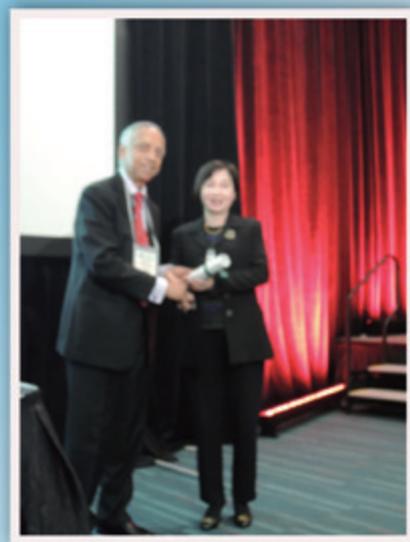
法 律 顧 問：曾孝賢 (02)23698391

林仲豪 (06)2200386

范晉魁 (02)27519918 分機 111

朱應翔 (02)27007560

恭賀蔡英美監事長獲頒 FIGO傑出女醫師獎



台灣婦產科醫學會 228 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

07 秘書處公告 | 文/秘書處

07 104 年 11、12 月婦產科專科醫師證書到期尚未展延名單請儘速向本會提出申請

18 新竹北埔—金龜岩步道健行活動

09 通訊繼續教育

減少腹式肌瘤摘除術出血的簡單、有效方法 | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正 沈仁達

15 會員園地

剖腹產予預防性抗生素在肥胖婦女的劑量? | 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

19 性傳染病防治宣導專欄

19 基層診所對於性病的診斷與治療(上) | 文/賴文福

26 基層診所對於性病的診斷與治療(下) | 文/賴文福

32 編後語 | 文/李耀泰

34 活動消息

理事長的話

何弘熊

敬愛的會員、前輩：大家好！

中秋節及雙十國慶長假剛過，中間雖有杜鵑來攪局，相信各位會員皆有平安愉快的節慶。

2015 的 FIGO 大會在加拿大溫哥華舉行，今年學會在秘書長及秘書的精心安排下，蘇聰賢、楊友仕、及謝卿宏院士、監事長、張維君、楊政憲教授和我前往參加。時值秋天，溫哥華非常漂亮，大自然充滿不同的顏色。這次國內有不少會員參與盛會，並擔任主席及講者，增加臺灣婦產科學會在國際上的能見度，謝謝大家的努力。

監事長蔡英美教授，經由學會推薦，當選為傑出女婦產科醫師獎（之前有江千代及何師竹醫師當選過），在此恭喜她。本次學會提名楊友仕院士參加副理事長選舉，經過幾輪的投票後才光榮落選。學會這一屆參加理事國的競選，最後也沒當選，有點可惜。2021 年 FIGO 的開會地點，經 General Assembly 選出在澳洲雪梨舉行。

10 月 18 日學會舉辦專科醫師口試，今年共有 24 位新力軍加入婦產專科醫師行列，也希望這些新力軍能成為將來照護婦幼健康的主力。

秋色已深，天氣漸涼，請各位會員同仁早晚多添加衣物，保重身體。

敬祝 健康愉快！

秘書長的話

黃閔照

各位會員、前輩，大家好：

恭喜蔡英美監事長獲得 FIGO 傑出女醫師獎，並於會員代表大會授獎。此次 FIGO 於加拿大溫哥華舉辦，其會議中心場地設備良善，可惜台灣目前無適當的空間舉辦 FIGO 大會，目前台灣最大的會議中心 TICC 也都是 20 年前的建設了，因此此次亞太地區競爭 2021 年 FIGO 年會舉辦國，包含日、韓、澳、新加坡、印度等國提出競爭，看著大家上台報告，自己國家舉辦國際會議的能力、空間，台灣應該要再加油了！

104 年度住院醫師總容額 69 名已有 68 報到，為歷年之冠，各醫院也開始 105 年住院醫師招募，住院醫師的回流跟衛福部總容額的管控有相關的關係，但如何爭取更好得執業空間及環境，也是學會要為年輕一輩努力的目標，10 月 18 日為專科醫師口試，今年共有 24 位取得專師執照，恭喜新血加入，也謝謝所有考試委員。

生育風險救濟條例，目前仍在立法院努力中，此會期是本屆立委最後一次會期，學會努力爭取立法，理由如下，也希望會員能全力支持立法。

1. 多年來少子化問題嚴重，將導致人口危機：

過去台灣生育數從最高 40 萬逐年快速遞減到 99 年虎年為 16 萬 8 千多，近兩年回升到 21 萬生產人次，生育率約為 1，遠低於已開發國家，為世界上生育率最低的國家之一，加上老年化趨勢，將導致人口危機之國安問題。國家為鼓勵生育率，應可提供生產不可避免的風險之保障，建立此補償制度來補償因為生產造成之傷害及對家庭之衝擊，以期提高生育意願。

2. 孕婦為健康個體，為國生產不是生病：

生產並不像一般疾病就醫的醫療行為，孕婦常是健康個體，但因為生產過程中有一定的不可預期風險，造成原本健康的孕產婦死亡或重殘，這些生育年齡的婦女，又都是

家庭的重要支柱，透過法定的補償制度，用國家的力量，讓這些家庭能夠獲得一些經濟上的支援，讓他們度過生育傷害的危機。

3. 產科醫糾比例高，患者與醫師都是受害者：

生產原本為喜事，但因為生產的傷害，導致與病人或家屬的預期落差甚大，過去在沒有補償制度下，即使知道醫師沒有過失，產婦或其家屬常覺得不甘願而用法律的手段，造成醫病雙輸。此外，如果透過提起訴訟以要求補償，不僅對病患與其家屬都是傷害，對婦產科醫師也是嚴重的負擔，連帶也影響到醫學生選擇婦產科當終身志業的意願，目前婦產科平均執業年齡為 55 歲，在沒有新血加入下，10 年後必定會影響到婦女健康照護的品質。因此，透過生育事故補償制度的立法，可以降低不必要訴訟，改善目前婦產科執業環境，以吸引更多年輕醫師投入婦女健康照護行列。

4. 目前生育事故試辦計畫成效良好，政府醫病三贏：

國家在民國 101 年開始實施鼓勵生育事故試辦補償計畫，該計畫試辦 3 年半來，成效良好，申請補償計畫者未有提起產科訴訟之案例，而基金的支付也趨穩定，每年約在新台幣 6000 萬元左右，因此在試辦計畫成效良好之下，應朝立法努力，由政府編列預算，來保障孕產婦的安全與婦產科醫師照護孕產婦健康的品質，同時也讓患者和其家屬暨醫師和其家屬安心，努力為國生產。

11 月開始不孕症 IUI 繼續教育，將於北中南辦理，我國目前生育率為世界倒數第二，希望透過教育課程及實作工作坊，讓會員能多一些臨床技能，促進國家生育。學會也安排 12 月 13 日北埔登山健行活動，希望會員多多參加學會活動。

新版會員名錄隨本期會訊一同寄發，因名錄有個資法管理原則，懇請各位會員妥善保管，不可提供給任何廠商或團體，詳細的個資法法律說明，請參照新版會員名錄第三頁。

■ 秘書處公告

104 年 11、12 月婦產科專科醫師證書到期尚未展延名單請儘速向本會提出申請

序號	會員編號	姓名
1	2895	王秋麟
2	1814	許世賓
3	1836	貝建文
4	1859	許衡湘
5	1865	朱繼璋
6	1878	徐明洸
7	1899	王知行

※ 若未於證書效期內辦理展延者（延期展延一年者須附相關證明文件），依據專科醫師分科及甄審辦法第十六條規定將撤銷其專科醫師證書，為免影響權益請儘速辦理。

新竹北埔—金龜岩步道健行活動

康樂福利委員會

金龜岩步道長約 640 公尺，猴洞步道長約 800 多公尺，合計約 1.5 公里，步道不長，而風景優美，一塊龜狀的巨岩，被稱為「石龜岩」，因岩石覆滿金色苔蘚，所以又稱「金龜岩」。

因此很快就打響名氣，成為五指山一條頗為熱門的步道。沿途的林相則相當優美，有柳杉林、樟樹、楓香等林木，有不少鳥巢蕨寄生於老樟樹的枝幹，景觀顯得原始自然，值得大家一起來健行。

日期：104 年 12 月 13 日（星期日）

集合點一：上午 7:00 分學會門口（北市民權西路 70 號）（淡水信義線民權西路站出口）

集合點二：上午 8:30 新竹高鐵站 4 號出口 1 號公車月台

回程：可搭下午 5:30 分高鐵（車票自行購買）

*行程：09:30 分五指山觀音禪寺停車場會合（五指山觀音禪寺—觀音禪寺→ 40 分鐘→金龜岩→ 30 分鐘→猴洞→ 15 分鐘→橫向步道岔路→ 12 分鐘→受北宮→ 30 分鐘→觀音禪寺，環狀全程約 2 至 2.5 小時。）— 12:40 分午餐— 14:20 分北埔老街— 16:00 賦歸

*登山難易度：中（請考慮自身體力）

*攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

*午餐：學會招待（無事先報名者恕不供應午餐）

時間：中午 13:00 分

*PS：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 11 月 30 日前報名，並事先繳交 300 元費用及填寫下列報名表傳真至學會。（眷屬限直系，不是眷屬者費用 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	身份證字號	
眷屬姓名		出生年月日	年 月 日	身份證字號	
眷屬姓名		出生年月日	年 月 日	身份證字號	
眷屬姓名		出生年月日	年 月 日	身份證字號	
必 填		行動電話		電 話	

■ 通訊繼續教育

減少腹式肌瘤摘除術出血的簡單、有效方法



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹ 沈仁達³

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

³ 舊金山加州太平洋醫學中心 婦癌科

子宮肌瘤乃育齡婦女最常見疾病，根據統計，50歲以前的發生率高達70%。子宮肌瘤可以沒有任何症狀，或有出血、腹痛、性交疼痛、便秘、頻尿、不孕、貧血、小便滯留和腎盂積水等病症，端視子宮肌瘤的位置、大小、數目有不同的表現。在有症狀的子宮肌瘤患者，如已生育完成，最好的處理方式是全子宮切除，如未生育完成或要求保留子宮時，切除子宮肌瘤便成為婦科醫師常選擇的手術。

常使用的子宮肌瘤切除方式有剖腹切除、腹腔鏡切除，及較新穎的達文西手臂切除。其中，達文西手臂切除的花費不貲，需20餘萬元，應僅用於特殊狀況；腹腔鏡切除具有傷口美觀、疼痛較少、恢復快速之優點，但肌瘤如為大型（惡性比例較高）、多數目、黏下膜肌瘤（submucosal myoma）、有嚴重子宮內膜異位、曾有手術、曾有腸塞病史者，腹腔鏡切除手術在執行上會有困難，此時則須可慮採剖腹切除。

有時子宮肌瘤切除會發生嚴重出血，在文獻上，可減少出血的預防方式很多，包括：

- (1) 手術前注射性激素荷爾蒙類似劑（GnRHa），能縮小肌瘤大小，使手術較容易；但費用較昂貴。

- (2) 手術中注射 vasopressin；但須注意稀釋濃度，但偶會有休克、肺水腫、心肌梗塞、腦水腫和致命性的低血壓等風險。
- (3) 手術前子宮動脈的栓塞；但需在醫學中心或區域醫院方能實施。
- (4) 用腹腔鏡將子宮動脈以鈹子暫行結紮；但需賴技術精湛的醫師及輔以良好設備方能實行，且 Kongnyuy 的 Cochrane 綜合分析認為，此法的效果未確定。
- (5) 使用局部止血藥物如 gelatin-thrombin matrix (FlaSeal Matrix)，效果快速；但開銷約需 2 萬元。
- (6) 局部注射 mesna (sodium 2 mercaptoethanesulfonate) 藥物；效果尚未確定，且一般醫院取得不易。

出血是子宮肌瘤切除一重大問題，國內有數例患者因此產生嚴重併發症，衍生醫療糾紛。本文特回顧相關文獻，冀望能發現一簡單、安全、便利性高、價廉的有效方法，以減少子宮肌瘤的手術出血，造福更多患者，達醫、病雙贏局面。

方法

一、Misoprostol：Misoprostol 可以減少肌瘤切除時出血的機轉，乃因可使子宮動脈收縮，減少子宮血流；及增加子宮肌肉收縮，使子宮動脈和子宮 - 卵巢動脈血管結構改變，血流減少。腹式子宮切除前的 misoprostol 的使用方法，有陰道和肛門使用，分述如下。

- (1) 陰道使用：2003 年，Celik 等報告 13 位接受腹部子宮肌瘤切除之患者，在手術前 1 小時，於陰道放入 misoprostol 400 μ g，並與 12 位控制組作比較。兩組術前的血紅素沒有差別，但術後 1 小時血紅素在 misoprostol 組較高 (10.6 vs 9.7 g/dL, $p < 0.05$)，24 小時亦相同 (9.7 vs 8.9 g/dL, $p < 0.5$)。而在手術時出血量、手術時間、需輸血人數，亦均 misoprostol 組表現較控制組為佳，分別是 472 vs 621 mL ($p < 0.05$)、48.5 vs 58 min ($p < 0.05$)、15.3% vs 33.3% ($p < 0.5$)。結論是術前使用 misoprostol 可減少子宮肌瘤切除時的出血和手術的時間。根據藥物動力學研究，陰道置放 misoprostol 400 μ g 後 60 分鐘，血漿濃度達到高峰，且能維持至少 60 分鐘，此乃 misoprostol 在手術前 1 小時置放的理由。

如果將 misoprostol 的劑量增加結果會如何？Ragab 等研究統計 35 位、有數個子宮肌瘤之患者，在腹式子宮切除前的 3 小時和 1 小時，各置放 misoprostol 400 μ g (總

劑量 800 μg)，與另外 34 位、有數個子宮肌瘤之患者，僅在術前 1 小時，置放 misoprostol 400 μg 做比較。結果在平均手術時間、平均出血量，置放 misoprostol 2 次者的效果均較 1 次者為佳，分別為 25.8 vs 35.4 min ($p<0.001$)、101.4 vs 200.2 mL ($p<0.01$)，但體溫增加也較高 38.5 vs 37.2°C ($p<0.01$)。兩組在 Hb、手術後發燒及住院時間上相近，無統計上差異。結論是：在腹式子宮肌瘤切除前，misoprostol 置放 2 次的效果較 1 次為佳。

(2) 直腸使用：2015 年，Abdel-Hafeez 分析研究 25 位腹式子宮肌瘤切除患者，在手術前 1 小時，於直腸置放 misoprostol 400 μg ，並與另外 25 位置放安慰劑者做比較。結果在手術中出血量、手術所需時間、手術後 24 小時血紅素的下降，均為 misoprostol 組表現較安慰劑組為佳，分別為 574 \pm 194.8 vs 874 \pm 171.5 mL ($p<0.001$)、76.8 \pm 15.8 vs 94.8 \pm 22.8 min ($p=0.002$)、1.7 \pm 0.4 vs 2.1 \pm 0.5 g/dL ($p=0.002$)。結論是：在腹式子宮肌瘤切除前，先在直腸置放 misoprostol，可有效減少手術中出血，縮短手術時間。

(3) 直腸使用 misoprostol 和 vasopressin：2013 年，Frederick 等報告 20 位腹式子宮肌瘤切除患者，在手術前 30 分鐘，於肛門置放 misoprostol 400 μg ，並在寬韌帶周圍的血管旁注射 vasopressin 1 mL (20 units 以 19 mL 生理食鹽水稀釋)，並與另 20 位僅肛門置放 misoprostol 患者做比較。結果在手術中出血、手術後 Hb 值，均為 misoprostol + vasopressin 組較單獨 misoprostol 組為佳，分別為 332 vs 623 mL ($p<0.03$)、1.6 vs 3.0 g/dL ($p<0.02$)。結論是：在腹式子宮肌瘤切除時，直腸 misoprostol 加上 vasopressin 來減少出血，效果優於單獨使用 misoprostol 者。但我們認為該文使用 vasopressin 的濃度仍嫌高，且有風險，應將 vasopressin 以生理食鹽水稀釋至每西西溶液含 vasopressin 0.2 U (以現階段醫院所使用 vasopressin 多為 20 U/ml/Amp，以 99 mL 生理食鹽水來稀釋剛好)。另外，pitressin 總注射量建議在 5 U 單位以下。為減少可能發生的心血管及反應，使用 vasopressin 前可考慮先注射類固醇和抗組織胺。但合併 2 種或更多的藥物來預防出血，效果值得被研究。

二、Tranexamic acid (transmin® 1 amp 250 mg)：乃一抗纖維蛋白溶解藥物，為常用的止血藥物。2008 年，Caglar 等報告 50 位腹式子宮切除患者，手術前 15 分鐘予以靜脈注射 tranexamic acid 10 mg/kg，然後在 1000 mL 生理食鹽水中以 1 mg/kg/h 連續滴注 10 小時，與另外 50 位控制組患者做比較。結果在手術失血量、手術時間，均為 tranexamic acid 組較控制組為佳，分別為 804 vs 1047 mL ($p=0.03$)、72 vs 84 min ($p=0.03$)。患者皆

無發生靜脈栓塞副作用。關於 tranexamic acid 使用的文獻雖不多，但其為普遍常見的止血藥物，使用簡單、方便、副作用少，可考慮作為一輔助止血藥物。

三、Oxytocin：乃一子宮收縮藥物，主要用作產後出血的預防和治療，除對懷孕的子宮有作用外，尚能使肌瘤細胞收縮。2005 年，Agonstini 等報告 47 位、剖腹或自陰道切除肌瘤之患者，在切除時先予以靜脈注射 oxytocin 溶液（oxytocin 15 IU 加入 125 mL 食鹽水中）>30 分鐘，與另外 47 位給予安慰劑之患者做比較。結果在手術中的平均出血量、輸血比率、手術後 48 小時 Hb 下降值，兩組（oxytocin、安慰劑）均無統計上差異，分別為 508 vs 451 mL ($p=0.55$)、14.9% vs 4.2% ($p=0.09$)、1.89 vs 1.93 g/dL ($p=0.87$)。結論是：腫瘤切除時使用 oxytocin 來預防出血的效果不佳。但長庚醫院 Wang 等報告 30 位腹腔鏡子宮肌瘤切除之患者，在切除時先予以 oxytocin 溶液（oxytocin 20 IU 加入 1000 mL 食鹽水中）以每分鐘 40 mU 滴注，與另外 30 位控制組做比較。結果在手術中出血量、輸血比率，均為 oxytocin 組較控制組為佳，分別為 269.5 vs 445 mL ($p<0.05$)、6.7% vs 36.7% ($p<0.05$)。結論是：oxytocin 可減少腹腔鏡肌瘤切除時的出血。

四、網綁血管來源（tourniquet）法：此法在 60 年前便開始被使用，乃壓逼供應子宮之血管，使其暫時阻斷血液供應，多採 penrose 引流管或導尿管來綁住整個子宮頸；或是同時阻斷兩側卵巢動脈之 triple tourniquet 法，但此法在手結束解開結紮管後，在肌瘤切除位置會有出血的後遺症，如 Sapmaz 等在 2003 年，對 26 位婦女經腹腔以 2/0 Vycril 結紮兩側子宮動脈的上行分支（即 O' Leary 法），與 25 位以橡皮筋網綁血管來源（即 tourniquet 法），在做肌瘤切除相比較。結果血管結紮組平均出血 225mL，肌瘤切除後 Hb 平均為 11.4 g/dL，tourniquet 組平均出血為 294mL，肌瘤切除後 Hb 平均為 10.9 pg/dL（皆 $p<0.05$ ），而二組在手術時間和住院時間上沒有差別。但 tourniquet 組中有 3 例後來發生出血，需再行手術結紮兩側下腹動脈出血。

2010 年，Ikechabelu 等報告 93 位剖腹肌瘤切除患者，隨機分配成網綁血管組（在子宮摘除前以導尿管綁住子宮下段）和控制組。結果在手術出血量和平均輸血量，均為網綁血管組較控制組為佳，分別是 515.7 vs 756.5 mL ($p<0.001$)、0.24 vs 1.0 unit ($p<0.001$)。

結論

凡大型的子宮肌肉層內（intramural）肌瘤、多發性肌瘤、手術後復發肌瘤、子宮頸肌瘤等患者，切除肌瘤會較棘手，甚至會大量出血危及性命，造成輸血和切除子宮的風險增

加，徒增醫療糾紛。因此尋求一簡單、有效的方法，以降低腹式肌瘤摘除時的出血，便顯重要。雖然至今仍無完美的理想方式，但可考慮手術前使用 2 次陰道或直腸置入 misoprostol，輔以注射 tranexamic acid 和 oxytocin，或加上綑綁血管值得一試。至於其它的方法，端視醫院的設備、醫師的技術能力、患者的經濟能力，予以適當選擇，共創醫、病雙贏局面。

參考文獻

1. Conforti A, Mollo A, Alviggi C, et al. Techniques to reduce blood loss during open myomectomy: a qualitative review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015; 192: 90-5.
2. Ragab X, Khaiary M, Badawy A. The use of single versus double dose of intravaginal prostaglandin E2 'misoprostol' prior to abdominal myomectomy: a randomized controlled clinical trial. *J Reprod Infertil* 2014; 15: 152-6.
3. Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 8: CD005355.
4. Abdel-Hafeez M, Naggar A, Ali M, et al. Rectal misoprostol for myomectomy: a randomized placebo-controlled study. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2015; 55: 363-8.
5. Celik H, Sapmaz E. Use of a single preoperative dose of misoprostol is efficacious for patients who undergo abdominal myomectomy. *Fertil Steril* 2003; 79: 1207-10.
6. Caglar GS, Tasci Y, Kayikcioglu F, et al. Intravenous tranexamic acid use in myomectomy: a prospective randomized double-blind placebo controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 137: 227-31.
7. Agostini A, Ronda I, Franchi F, et al. Oxytocin during myomectomy: a randomized study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 118: 235-8.
8. Wang CJ, Lee CL, Yuen LT, et al. Oxytocin infusion in laparoscopic myomectomy may decrease operative blood loss. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14: 184-8.
9. Sapmaz E, Celik H. Comparison of the effects of the ligation of ascending branches of bilateral uterine arteries with tourniquet method on the intra-operative and post-operative hemorrhage in abdominal myomectomy cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111:

問答題

- 一、下列何者可減少腹式肌瘤摘除術的出血？
- (A) 注射 vasopressin (B) 結紮子宮動脈
(C) 使用 gelatin-thrombin matrix (D) 以上皆是
- 二、下列何者是注射 vasopressin 可能發生的風險？
- (A) 心肌梗塞 (B) 肺水腫
(C) 致命性低血壓 (D) 以上皆是
- 三、下列何者為 misoprostol 減少腹式肌瘤摘除時出血的機轉？
- (A) 子宮動脈收縮 (B) 子宮肌肉收縮
(C) 以上皆是 (D) 以上皆非
- 四、下列何種手術方式會產生較多的併發症？
- (A) 肌瘤切除 (B) 全子宮切除
(C) 卵巢切除 (D) 次全子宮切除
- 五、下列何者可考慮為減少腹式肌瘤摘除術出血的方法？
- (A) 置放 misoprostol (B) 注射 tranexamic acid
(C) 綑綁血管法 (D) 以上皆是

第 227 期通訊繼續教育

陰道自然生產仍需灌腸嗎？

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

剖腹產予預防性抗生素在肥胖婦女的劑量？



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

剖腹產是婦產科常見的手術，在台灣，每年誕生 20 萬名嬰兒，有 30% 是剖腹方式接生，換言之，約每年有 6 萬次的剖腹手術。因剖腹產出現感染症狀是陰道自然產的 5-20 倍，尤其術後傷口的感染率更高達 7-20%，主要因素包括緊急的剖腹生產和孕婦肥胖，其中肥胖者剖腹的機率又是非肥胖者的 3 倍。本文特探討肥胖產婦預防性抗生素的使用方法，以減少傷口感染機率。

肥胖產婦的傷口感染

如生產前孕婦的身體質量指數 (body mass index, BMI) 在 30-39.9 kg/m² 者，視為肥胖，BMI > 40 kg/m² 視為極端肥胖。肥胖者的傷口感染率高於非肥胖者 3-5 倍，約 1/3 肥胖產婦需有更多其它醫療上的照顧。

而肥胖產婦在剖腹產容易發生感染的原因包括：(1) 手術時間較長和出血較多；(2) 脂肪中血液灌流較少，越厚越少致氧氣量低，中性白血球到達傷口處的量也較少，故不易抵抗感染，增加壞死和缺血的風險；(3) 肥胖者共病多，如糖尿病和高血壓，使傷口癒合度變差，活動力亦差；(4) 因體積和血流增加較多，相對預防性抗生素濃度減少。

這些患者一旦傷口發生感染，死亡率會增加 2-11 倍，如何減少傷口感染更顯重要。

預防性抗生素使用的檢視

在非肥胖的婦科手術患者，在皮膚切開前 30-60 分鐘會先注射 cefazolin 1 g，但在懷孕剖腹產婦女，因血液量增加幾乎有 1 倍，通常會建議在皮膚切開前注射 cefazolin 2 g，效果更勝於嬰兒娩出才使用。同時 cefazolin 靜脈注射時間應在 3-5 分鐘（效果比靜脈 push 好，因藥物動力學不同）。Cefazolin 在孕婦體中的廓清率（clearance），為年輕健康未懷孕婦女的 2 倍（7.4 vs 3.6 L/h），故 cefazolin 半衰期在孕婦約 30 分鐘，在非孕婦約 60 分鐘。因此，首次注射 cefazolin 的濃度高低，會影響到達最終組織（即縫合皮膚時）的濃度。

剖腹產傷口感染的細菌包括：

- (1) 格蘭氏陽性（gram-positive, G(+)）：如葡萄球菌（Staphylococcus）和鏈球菌（Streptococcus）。
- (2) 格蘭氏陰性（gram-negative, G(-)）：如腸桿菌（Enterobacter）、大腸桿菌（Escherichia coli）、克雷伯氏菌（Klebsiella）。報告剖腹產傷口感染 G(-) > 30%。

要殺死格蘭氏陽性細菌，血清中 cefazolin 最低抑制濃度（minimal inhibitory concentrations, MIC）只要 1 μ g/mL 便足夠，但要消滅格蘭氏陰性細菌則需 \geq 8 μ g/mL。

根據 2015 年 Swawk 研究，注射 cefazolin 2 g 時，剖腹產傷口切開的皮膚脂肪中的 cefazolin 平均濃度，在 BMI 為 20-30 kg/m² 者為 8.7 μ g/g，MIC 濃度 >8 μ g/mL 佔 80%（表示有 20% 患者無法消滅格蘭氏陰性細菌）；在 BMI 為 30-40 kg/m² 者為 6.5 μ g/g，MIC 濃度 >8 μ g/mL 只有 20%（表示有 80% 患者無法消滅格蘭氏陰性細菌）；在 BMI >40 kg/m² 者，更下降至 4.7 μ g/g，MIC 濃度 >8 μ g/mL 為 0%。因此，手術前注射 cefazolin 2 g，對肥胖孕婦是不夠的。

肥胖孕婦 cefazolin 應注射 3 g

2015 年，Swank 等研究 29 位剖腹產肥胖婦女，在手術前 30-60 分鐘予以注射 cefazolin 3 g，在剛切開皮膚時，檢查皮下脂肪中 cefazolin 平均濃度，在肥胖者和極肥胖者分別為 22.4 和 9.6 μ g/g，MIC >8 μ g/mL 分別為 100% 和 71.4%；在皮膚縫合時，皮下脂肪檢查 cefazolin 平均濃度，在肥胖者和極肥胖者分別為 24.8 和 7.1 μ g/g，MIC >8 μ g/mL 分別為 92.9% 和 42.9%。即

表示，只有術前注射 cefazolin 3 g，肥胖孕婦的組織中才有足夠的濃度，消滅格蘭氏陰性細菌，減少感染機率。

不支持 cefazolin 3 g 報告

2015 年，Maggio 等研究 28 位、BMI 平均值為 38.9 kg/m²、注射 cefazolin 2 g 的剖腹產婦女，並與另 29 位、BMI 平均值為 39.3 kg/m²、注射 cefazolin 3 g 的剖腹產婦女做比較。兩組（cefazolin 2 g 組、3 g 組）脂肪 cefazolin 在手術開始時及縫合傷口時的濃度，並無統計上差異，分別為 9.4 vs 11.7 μ g/g ($p=0.12$)、8.4 vs 8.7 μ g/g ($p=0.31$)；而血清 cefazolin 濃度在切開皮膚時及縫合傷口時的濃度，亦無統計上差異，分別為 100.7 vs 153.7 μ g/g ($p=0.06$)、75.1 vs 83.8 μ g/g ($p=0.47$)。該作者不支持使用 cefazolin 3 g。

2015 年，Ahmadzia 等分析一回顧性世代研究，在 175 位、BMI 平均值為 49.9 kg/m²、注射 cefazolin 2 g 的剖腹產婦女，並與另 160 位、BMI 平均值為 53 kg/m²、注射 cefazolin 3 g 的剖腹產婦女做傷口感染率的比較；兩組平均體重呈統計上差異 ($p<0.001$)。結果兩組（cefazolin 2 g 組、3 g 組）在傷口感染率，並無統計上差異，分別為 13.1% (23/175) vs 13.1% (21/160) ($p=0.996$)。該作者認為，在極肥胖剖腹產婦女，cefazolin 3 g 並不能減少傷口的感染。

美國婦產科醫學會建議，BMI>30 kg/m² 或絕對體重 >100 kg 的剖腹產孕婦，cefazolin 劑量應 >1 g。而 Bratzler 等在 The Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery 則建議，體重 >120 kg 的剖腹產孕婦，應使用 cefazolin 3 g。

二者皆可

2015 年，Young 等研究 13 位、BMI 平均值為 42.9 kg/m²、注射 cefazolin 2 g 的剖腹產婦女，並與另 13 位、BMI 平均值為 41.8 kg/m²、注射 cefazolin 3 g 的剖腹產婦女做比較，兩組的體重無統計上差異 ($p=0.63$)。該文對 G(+) 球菌 MIC 為 1 μ g/g，但對 G(-) 桿菌則採 4 μ g/g 標準。結果兩組（cefazolin 2 g 組、3 g 組）在下刀時脂肪 cefazolin 濃度分別為 7.4 vs 12.0 μ g/g ($p=0.18$)；在縫合皮膚時的濃度分別為 11.8 vs 14.6 μ g/g ($p=0.04$)，均超過預防 G(+)、G(-) 細菌 MIC 濃度；在臍帶血中濃度分別為 21.4 vs 34.5 μ g/g ($p=0.003$)。結論是：肥胖孕婦在手術前無論是注射 cefazolin 2 g 或 3 g，皆能有效預防感染（因採 MIC 4 μ g/g 便足夠）。

結論

肥胖婦女在剖腹產會有較高的傷口感染率，一旦發生，便增加住院時間及開銷。無論注射抗生素、傷口處理、甚至產生壞死性筋膜炎需高壓氧來治療，病患和家屬皆會抱怨，甚至衍生醫療糾紛。根據研究分析，肥胖（BMI>30 kg/m² 或 80 公斤）孕婦剖腹產前預防性抗生素 cefazolin 使用 2 g 可能不足夠，如將劑量提高至 3 g，是否能減少許多傷口的感染，尚需要更多的研究加以證實。

參考文獻

1. Swank ML, Wing DA, Nicolau DP, et al. Increased 3-gram cefazolin dosing for cesarean delivery prophylaxis in obese women. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213: 415 e1-e7.
2. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 剖腹產預防性抗生素使用的新觀念. 台灣婦產科醫學會會訊 2011 年 4 月 p32-7.
3. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 治療剖腹產感染傷口的新知. 台灣婦產科醫學會會訊 2009 年 4 月 p21-4.
4. Ahmadzia HK, Patel EM, Joshi D, et al. Obstetric surgical site infections. 2 grams compared with 3 grams of cefazolon in morbidly obese women. *Gynecol Obstet* 2015; 126: 708-15.
5. Bratzler DM, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health Syst Pharm* 2013; 70: 195-283.
6. Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Practice Bulletin No.120. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 1472-83.
7. Maggio L, Nicolau DP, DaCosta M, et al. Cefazolin prophylaxis in obese women undergoing cesarean delivery. A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 1205-10.
8. Young OM, Shaik IH, Twedt R, et al. Pharmacokinetics of cefazolin prophylaxis in obese gravidae at time of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213: 541.e1-7.

基層診所對於性病的診斷與治療（上）

台中賴婦產科診所

賴文福 醫師

婦產科醫學會承接疾病管制署「104年愛滋病及性病傳染門診品質提升計畫」，為提升相關醫護人員對於性病知識，強化醫療照護品質以達愛滋病及性傳染病防治之目的。乃委由陳保仁醫師擔任此計畫召集人，於104年6月7日、6月28日、8月2日，分別於中、南、北部舉辦了三場教育課程。邀請台大內科部感染科洪健清教授、疾病管制署醫師、社會工作者、媒體人、基層診所醫師等，以不同角度來探討研習。

基層診所為醫療之第一線，遍佈城鄉，有其方便及私密性，婦女同胞若有婦科病痛，首先會求診於診所，基層診所的職責在於明確的診斷是否為性傳染病，並給予適當治療及教育，免得擴散及性伴侶、家庭成員、甚而無辜的胎兒、新生兒。

■ 診斷出性病是否需要通報

依據民國103年6月4日所訂之傳染病防治法：

第三類傳染病：梅毒、淋病。———一週內需通報

其他法定傳染病：人類免疫缺乏病毒感染
後天免疫缺乏症候群 } 24小時內通報

通報均必須達到臨床條件及檢驗數據之標準。

對口單位：當地衛生局疾病管制科

罰 責：如符合臨床條件及檢驗數據而未即時通報者，處新台幣9萬元以上四十五萬元以下罰鍰。

通報方式：打電話、傳真、郵寄、上網。

■ 性病治療準則包括

1. 病人是否有兩種以上性病。
2. 性伴侶是否感染。

3. 不需等待檢驗報告，對於疑似病例馬上給予治療，才能終止傳播。
4. 單一劑量藥物治療效果均接近 100%。

■ 針對性病診斷目前有以下幾種方式

1. PE：病兆、分泌物、皮膚疹、淋巴結。
2. 實驗診斷→ SMEAR、CULTURE、ELISA、PCR。

ELISA 是測病人血清中的 Ab。

PCR 則是複製檢體的 DNA 與 RNA。

ELISA 為 Enzyme Linked Immunosorbent Assay（酵素聯結免疫吸附鑑定法）。

原理：當 Ag(細菌、病毒、毒素) 侵入人體，必須經過一段時間，人體免疫系統的形質細胞及淋巴細胞，才會產生對抗此抗原的特異性免疫球蛋白 Ab(抗體)。

操作：1. 試管中試劑為含有細菌、病毒、或毒素之 Ag。

2. 抽取患者血液離心，血清中含有對抗上述 Ag 的特異性免疫球蛋白，即為 Ab。
3. 把血清加入試管中，兩者聯結吸附呈現結果為陽性。
4. 血液未產生 Ab 以前檢驗不出來，是為空窗期。

PCR 為 Polymerase Chain Reaction（聚合酶鏈鎖反應）

原理：1. 由少量的檢體中的 DNA 或 RNA，經由 PCR 儀器以聚合酶鏈鎖反應，即可大量複製同樣的 DNA 或 RNA。

2. 儀器操作只需 3 小時。
3. 目前市面上已經有淋病雙球菌、披衣菌、黴漿菌、單純疱疹、愛滋病毒、滴蟲 B 肝病毒、C 肝病毒、人類乳突病毒各種 PCR 組合商品上市。

■ ELISA 和 PCR 之比較

以受到 HIV（人類免疫缺乏病毒）之感染為例：

ELISA：是測病人感染後所產生之 Anti-HIV 的 Ab，平均約需 90 天才能測到。

PCR：感染後 10 天即可 catch 到病人血液中 HIV 的 RNA 病毒，並可以大量複製判讀。

目前台灣捐血中心對 HIV、HCV（C 型肝炎病毒）的檢驗，採用 PCR 法。

表 1. ELISA 和 PCR 空窗期之比較

	ELISA 測 Ab	PCR 測 DNA、RNA
HCV (C 型肝炎病毒)	Anti-HCV Ab	HCV-RNA
空窗期	83 天	23 天
HIV 愛滋病毒	Anti-HIV Ab	HIV-RNA
空窗期	90 天	10 天
PCR 減短空窗期，增加輸血安全性		

■ 以下討論常見性病的診斷與治療

一、尖頭濕疣 (菜花)

■ 診斷：

1. 不用抽血、一看便知
2. 和菜花患者性接觸，被傳染機率 90% 以上。
3. 門診時遇到菜花病人，不要強調只能經由性接觸傳染，也可解釋有時接觸到沾有病毒的毛巾、馬桶或其他衛浴設備也會傳染，以避免性伴侶間強烈的爭執。
4. 外表無任何症狀的帶原者，仍然具有傳染力隨時會傳染給對方。

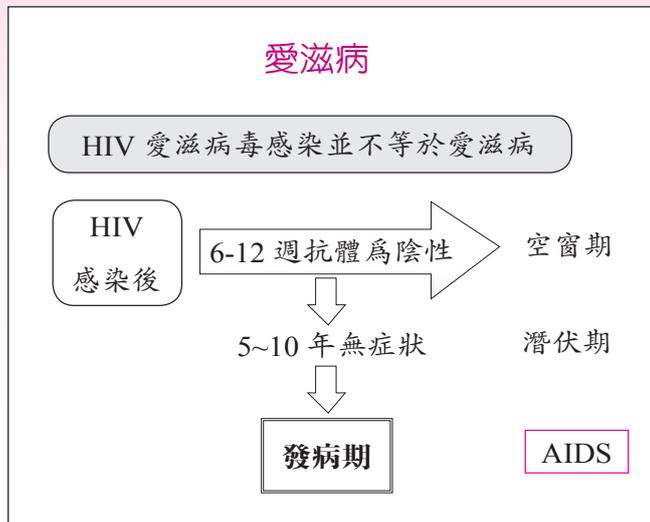
■ 治療：

1. 藥膏：效果緩慢，lesion 體積小時可用。
 孕婦可用：ALDARA (樂得美)、三氯醋酸 30-50% 水溶液。
 孕婦不宜：WARTEC (化疣敵)、PODOPHYLLIN、VEREGEN (酚瑞淨綠茶萃取)。
2. 在靜脈麻醉下直接切除電燒，送病理檢驗，可申請健保。
3. 電燒完再加四價疫苗注射，效果很好。
4. 送病理檢驗的目的，對於我們的診斷、治療方針，才会有正式的憑據。
5. 靜脈麻醉一定要遵守 NPO 8 小時以上的嚴格規定。切記、切記。
6. 至少門診追蹤一年。
7. 健保申請代碼如右：

55008C 切除及電燒	}	共 5449 點
25004C 病理檢驗		
96004C 靜脈麻醉		
55004C 子宮頸出血治療		
55021C 骨盆檢查		
55011C 陰道灌洗		

圖一：菜花電燒健保申請代碼

二、愛滋病



圖二：愛滋病發病時間流程

■ 說明：HIV（人類免疫缺乏病毒）

1. 空窗期：約 90 天，被 HIV 感染後，病人血液中還測不到 Anti-HIV Ab，但已有傳染力。
2. 潛伏期：可測得 Anti-HIV Ab，病人只有少數 URI 症狀或無任何症狀，此期長達約 5-10 年。
3. 發病期：快則半年，慢則約 10 年發病。

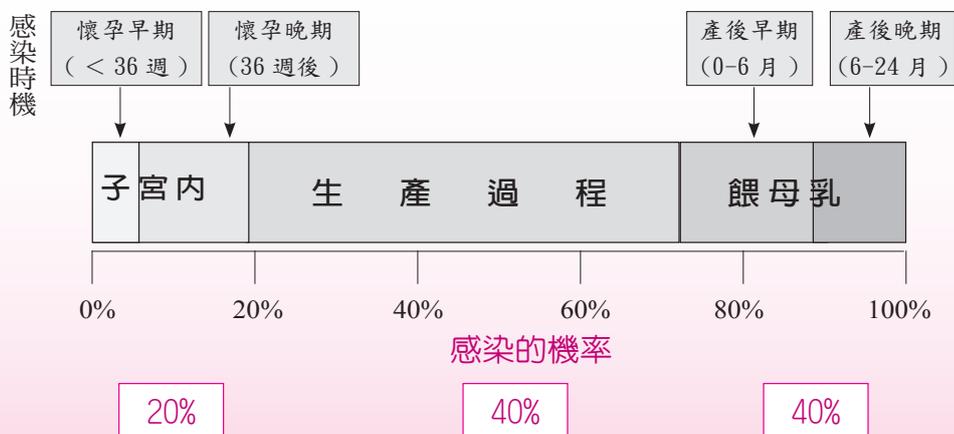
AIDS 中的” S” 就是 Syndrome

婦產科醫師必須明瞭愛滋病媽媽對於胎兒及新生兒的影響，如下圖：

愛滋病母子垂直感染發生的時機

■ 懷孕期間母子垂直感染常見原因：

胎盤或羊水發炎、胎盤剝落



圖三：愛滋病孕婦、子宮內、生產過程、產後的感染率

■ 說明及對策：

1. 子宮內感染佔 20%：愛滋母親妊娠滿 12 週就要開始服用抗病毒藥物。
2. 生產過程感染佔 40%：避免生產過程中羊水及血液污染，宜採剖腹生產。
3. 產後感染佔 40%：A. 不能哺餵母乳，改以母乳替代品。
B. 新生兒出生後 6-12 小時，即開始接受 6 週預防治療。

經由以上的措施，可以把新生兒的愛滋病毒感染率由 45% 降到 2%。

門診遇到暴露愛滋病毒後之預防性投藥：

1. 因職業：如：醫護被針扎、警消被咬
先通報當地衛生局疾病管制科，並到愛滋病指定專屬醫院就醫，可全額申請補助。
2. 非因職業：如買春必須自費服藥，一個月約 2 萬元。
以上投藥不要超過 48 小時，可降低 80% 感染機率，超過 7 天則無效。

三、淋病

■ 診斷：

1. Direct Smear：取分泌物抹在 slide 上，乾燥、染色，在 1000 倍的顯微鏡下，可看到細胞內的淋病雙球菌。
2. PCR (DNA)：男性個案取 10cc 前段尿液；女性個案則以子宮內頸分泌物送檢。

■ 治療：

- (1) ceftriaxone 250 mg (Rocephin) IM
- (2) cefixime 400 mg Po 1 # 為 100 mg

以上二者皆為 one dose，且皆為第三代頭孢子菌類抗生素，如對以上兩者過敏，可改用 Azithromycin。

- (3) Azithromycin 2gm Po 1 # 250mg one dose

淋菌對 Quinolones、Aminoglycoside 已有抗藥性，勿再使用。且 10-30% 淋病感染者常合併感染披衣菌，所以必須雙重治療。

四、披衣菌

■ 有 3 大菌屬：

1. 砂眼披衣菌：感染眼、生殖、泌尿道
2. 肺炎披衣菌：感染小孩造成非典型肺炎
3. 鸚鵡披衣菌：感染鳥類

■ 感染途徑：

1. 性行為，黏膜對黏膜的直接接觸感染造成陰道炎、子宮頸炎、骨盆腔炎、尿道炎
2. 經由產道感染造成新生兒砂眼、肺炎

基層門診常有病人拿檢驗單來求診，要求治療披衣菌感染，血液檢驗數據如何判讀：

IgG：

初次感染者 6~8 週後出現，以後長期可測得，復發感染者 1~2 週後會上升

- 1：64 x (—) 表示未曾或無感染
- 1：64 x (+) 代表有感染但可能已痊癒
- \geq 1：128 x (+) 則為有感染且持續感染中

IgA：

由感染部位，如尿道、陰道的黏膜所分泌，表示局部正受到感染。披衣菌消失後一週，IgA 即測不到。

- 1：16 x (—) 表示未感染
- \geq 1：16 x (+) 則代表感染中

IgM：

感染後 2~3 週出現，數月後消失，再次復發感染時，不一定會再出現。

- 1：16 x (—) 表示無法判讀
- \geq 1：16 x (+) 則代表感染中

■ 判讀：

要判斷披衣菌是否有正在感染要看 Chl.IgA（為感染的黏膜所分泌），而如果是要看以前是否有感染過，目前已治好，則需要另加做 Chl.IgG，其判讀準則如下：

- Chl.IgG：（—），IgA：（—）為正常無披衣菌感染

- Chl.IgG：（+），IgA：（-）則為以前感染過，目前已治好

以上兩個報告不需要再治療。

- Chl.IgG：（+），IgA：（+）目前為活動性感染。IgG 會 $\geq 1:128x(+)$ 。
- Chl.IgG：（-），IgA：（+）近期之新感染病例

此兩種報告則需治療。

PCR (DNA/RNA)：男性取前段尿液；女性取子宮頸內口分泌液。

◎披衣菌的治療：

■ 一般個案治療建議方式：

- (1)Azithromycin 1gm PO 1 dose (1#250mg)
- (2)Ofloxacin 300mg PO Bid 7 天
- (3)Doxycycline 100mg Bid 7 天
- (4)Levofloxacin 500mg 1 # PO QD 7 天

一個療程後 15-30 天用 IgA 追蹤，不要太早抽血檢驗。

■ 懷孕婦女治療建議方式：

- (1)Azithromycin 1gm PO 一周一次，使用三周，Azithromycin 孕婦用藥為 B 級。
- (2)Amoxicillin 500mg 一日三次，連續七天
- (3)Cleocin 450mg 一日四次，14 天

基層診所對於性病的診斷與治療（下）

台中賴婦產科診所

賴文福 醫師

五、疱疹

陰部疱疹大部分由 HSV Type II 引起，少部分由 HSV Type I。生殖器或肛門周圍產生一些小水泡，接著水泡破掉便成疼痛的表淺潰瘍。

1. 有關疱疹 IgG，IgA 的判讀同披衣菌。
2. 病毒一但進入體內，就永遠不會離開，常會伺機再發，反反覆覆、困擾一輩子。
3. 水泡出現前後，及出現時，釋出的病毒含量最高。
4. 但病人會隨時釋出病毒，不論有沒有潰瘍存在，接觸到有陰部疱疹病史的人，都有可能被感染，這點如同菜花病毒。

■ 治療：

症狀清楚，用藥明確，效果良好，無法斷根。

- (1) Acyclovir 400mg PO Tid 七~十天
- (2) Acyclovir 藥膏 500mg/gm Bid 局部使用
- (3) 為避免病人發作疼痛，可給予預防性治療 Acyclovir 400mg PO Bid 服用一年。
- (4) Acyclovir 孕婦用藥 B 級

有疱疹病史的孕婦，於懷孕 36 週起，給預防性投藥 Acyclovir 400mg PO Tid 迄生產。

表 2. 性病是否會子宮內感染及其生產方式

孕婦罹患疾病	子宮內感染	生產時 生產方式	
		產道有病灶	產道無病灶
疱疹病毒	? 臍血曾發現對抗疱疹的 IgG	C/S	可陰道生產
尖頭濕疣病毒	? 羊水曾發現 HPV	C/S	可陰道生產

愛滋病毒	懷孕任何週數都會感染	C/S	C/S
梅毒	懷孕任何週數都會感染	按產科常規接生即可，不一定要剖腹產	
淋病	尚無報告		
披衣菌			
軟性下疳			

六、軟性下疳

1. 國內已少見，必須考慮境外感染。
2. 接觸後 3-6 天局部紅腫，繼而產生邊緣清楚的潰瘍，合併黃色的膿汁分泌與疼痛。
3. 腹股溝淋巴結腫大、紅腫、化膿。宛如芒果，也會破裂、流膿、疼痛不堪。

■ 診斷：

1. Direct Smear：取潰瘍或淋巴結之抽取物做 Gram Stain，可看到 Gram（－）Haemophilus ducreyi Bacilli。以魚群方式排列（School-of-fish Appearance）。為其特點。
2. 必須和硬性下疳、疱疹，鑑別診斷。

■ 治療：

1. Azithromycin 1.0gm po one dose
2. Rocephin 250mg IM one dose
3. Ciprofloxacin 500mg po q12hrs ×3 天

七、梅毒 TP（梅毒螺旋菌）

■ 我們從分期、血清、檢驗、治療來討論

第一期：感染後 3-90 天

1. 接觸點發生硬性下疳，可持續 3-6 週
2. 再 7-10 天後，下疳附近之淋巴結腫大可持續數月。

第二期：感染後 31-160 天

TP 已由局部淋巴結，經由血液擴散至全身，引起全身皮疹、手腳掌皮疹、扁平濕疣、全身淋巴結腫大、URI 症狀、禿髮。症狀持續 3-6 週甚至一年後消失，即進入潛伏期。

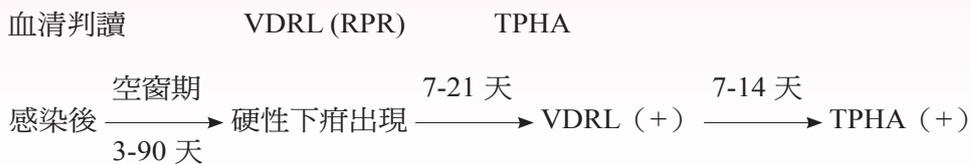
潛伏期：幾個月 ~20 年

定義：梅毒血清檢驗陽性，但無臨床症狀，對身體之破壞依然進行中。

早期：感染 < 一年 }
晚期：感染 > 一年 } 但有 25% 會出現臨床症狀，恢復到第二期

第三期：感染後 3-7 年

TP 已侵犯 CVS、CNS、內部各器官、骨骼。在任何部位形成 Gumma。



所以先測得 VDRL 後測得 TPHA

■ **VDRL(RPR)**：當 TP 侵犯人體組織而引起的局部發炎反應，身體免疫系統對此發無專一性 炎組織產生的抗體。

1. 效價與梅毒的傳染力成正比。
2. 作為治療有否好轉，痊癒之指標。
3. RPR 操作比 VDRL 容易，快速，臨床上已漸取代 VDRL。
其比率：VDRL：RPR = 1：2-8 倍。
4. 偽陽性發生在孕婦、身體免疫疾病、疫苗注射、大於 70 歲之老年人。

■ **TPHA**：身體免疫系統對侵入的 TP 本身，產生的特異性抗體。
有專一性

1. TPHA (+)，表示現有、或曾經感染過梅毒。
2. 不容易下降，不能作為治療成效之指標。
3. 當 TPHA > 1：1280x 或許為活性梅毒。
4. 偽陽性會發生在孕婦，大於 70 歲老年人。

■ 治療與判讀追蹤：

Benzathine penicillin 240 萬單位—— BPN IM

Aqueous penicillin 400 萬單位—— IV Push

Azithromycin 2gm po one dose —— Po

■ 第一期、第二期

治療：BPN 240 萬 U IM one dose

or Azithromycin 2g PO one dose

判讀：VDRL(RPR) 必須 6 個月內下降 ≥ 4 倍；12 個月內下降 ≥ 8 倍，表示治療成功。

追蹤：治療後 3、6、12 個月測 VDRL(RPR)

失敗：治療後的 6 個月。沒有下降 ≥ 4 倍，必須重新治療。

早期潛伏性梅毒

治療：BPN 240 萬 U. IM one dose

判讀：治療後 12~24 個月，VDRL(RPR) 必須下降 ≥ 4 倍，表示治療成功。

追蹤：治療後 6、12、24 個月，測 VDRL(RPR)

失敗：治療後 12~24 個月，未達下降 ≥ 4 倍，必須重新治療。

晚期潛伏性梅毒：第三期梅毒

治療：BPN240 萬 U 每週一次，共三週。需打三個 Dose。

判讀：因為一開始此期的 VDRL(RPR) 的效價都很低無法用來比對，只能由 VDRL(RPR) 的效價是否上升 ≥ 4 倍，或梅毒症狀是否復發來判讀。

追蹤：治療後的 6、12、24 個月，測 VDRL(RPR) 是否上升，與觀察臨床症狀是否復發。

VDRL(RPR) 維持持平與臨床症狀沒有復發則為治療成功。

神經性梅毒

治療：Aqueous penicillin 400 萬 U. IV Push Q 4hrs 10~16 天

加上 Benzathine penicillin 240 萬 U. IM. 每週一次，共三週，三個 Dose。

判讀：每 6 個月監測 C.S.F 的白血球數目，直到恢復正常

對梅毒治療的討論

1. 中國附醫內科部感染科王任賢教授的教學，penicillin 可以 100% 治癒梅毒，而且也只有 penicillin 能殺死躲在 CNS 的 TP(梅毒螺旋體)。
2. 但 penicillin 有過敏的風險，目前又漲價，缺貨。
3. Azithromycin 2gm po one Dose。治療梅毒第一、二期效果如同 Benzathine penicillin 240 萬 U. IM. one Does. 已有 paper 報告證實。大家可以放心使用，而且 Azithromycin 可以一起治療披衣菌 1gm，軟性下疳 1gm，淋病 2gm。
4. 但 Azithromycin 2gm po. one does，會造成腸胃不適。而且在中國大陸所感染之梅毒，對

Azithromycin 已有抗藥性。

5. 不要再用 Doxycycline、Tetracycline、Erythromycin 這些沒有明確療效的藥。
6. 梅毒用 PCR 檢查，Alive 和 Die 的 TP DNA 均可檢查出來，但是否為活性梅毒，仍然要參考 VDRL、TPHA 的效價，及臨床症候。
7. 雖然只有 penicillin 才能殺死 CNS 中的 TP，但必須面對的是過敏性休克的風險。婦產科醫師多已高齡，萬一病人休克，自己也緊張昏倒，留下一家老小，和幾張法院傳票，要救人自己反而溺水，怎生得好，服用 Azithromycin，至少可阻止 TP 對身體的肆虐及侵蝕。
8. 要分清楚梅毒的分期，該用的 Dose 去治療、追蹤。如治療失敗了，再度感染及病人是否合併愛滋病毒感染為二大因素。滾滾紅塵事，不是醫者可以控制，盡力就好。

結語

1. ceftriaxone (Rocephin) 0.25mg、0.5mg vial。
 Cefixime 1 # 為 100mg Azithromycin 1 # 為 250mg.
 ofloxacin 1 # 為 200mg Levofloxacin 1 # 為 500mg
 Acyclovir 1 # 為 400mg
 國產藥廠均有生產，通路流暢，使用方便。
2. 附上性病之檢驗支付標準健保代碼（附件一）。
3. 婦產科醫師可由內診去判讀病灶，採取檢體，加上抽血檢驗，可給予病人正確的診斷，即時的治療。蜀道之難、難於上青天，懷孕生產過程亦若是。有那麼多病菌，虎視眈眈，伺機而動。讓母親、胎兒、新生兒平安健康，是我們婦產科醫師努力的目標。
4. 歡迎大家一起分享經驗，華山論劍，共創平安醫療環境。

表 3. 各種性病的治療藥物

尖頭濕疣	藥膏、電燒、HPV 疫苗
愛滋病毒感染	ELISA → 西方墨點法確認、PCR (由疾病管制署專責醫院負責治療)
淋病	Rocephin、cefixime、Azithromycin
軟性下疳	Azithromycin、Rocephin、Ciprofloxacin
披衣菌	Azithromycin、ofloxacin、Doxycycline、Levofloxacin
疱疹	Acyclovir、藥膏、口服藥錠
梅毒	Benzathine penicillin、Azithromycin、Aqueous penicillin

附件一：

各項性病之醫療檢驗費用支付標準代碼

	疑似疾病別	檢體採集	實驗檢查	支付標準代碼	支付點數
申報健保之常見性病檢驗代碼	梅毒檢查	血液	RPR/VDRL	12001C	70 點
			梅毒螺旋體血液凝集檢查(TPHA)	12018C	300 點
			FTA-ABS	12019B	300 點
	愛滋病毒篩檢(HIV)	血液	酵素免疫法(ELISA)	14049C	240 點
	單純疱疹	血液	單純疱疹病毒 I 或 II 補體結合抗體	14005C	135 點
	軟性下疳	潰瘍面之滲出物	潰瘍面之滲出物塗片或培養	13007C	200 點
	陰道滴蟲	分泌物	塗片檢查(排泄物, 滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查)	13006C	45 點
	尖性濕疣	採菜花檢體	組織切片檢查(HPV DNA 人類乳突病毒)	25004C	1741 點
	淋病	尿液	尿液檢查(PCR), 診所無法申報, 可送昆陽實驗室或自費檢查	13005B	360 點
			尿一般檢查	06012C	75 點
		分泌物	取分泌物以革蘭氏染色	13006C	45 點
			淋病雙球菌培養	13007C	200 點
	非淋菌性尿道炎(主要為披衣菌)	血液	披衣菌抗體	12107C	315 點
		尿液	尿一般檢查	06012C	75 點
包衣體試驗-酵素免疫法(EIA)			12016C	260 點	
子宮頸棉棒(女性)		包衣體試驗-酵素免疫法(EIA)	12016C	260 點	
B 型肝炎	血液	B 型肝炎表面抗原檢查-酵素免疫法	14032C	160 點	
		B 型肝炎表面抗體檢查	14033C	200 點	
性病病患全面篩 HIV 計畫之指定代碼	愛滋病毒篩檢(HIV)	血液	酵素免疫法(ELISA)	E3001C	225 點
			顆粒凝集法(PA)	E3002C	225 點
			HIV-I 抗體檢查(西方墨點法)	14075C	1564 點
			HIV-II 抗體檢查(西方墨點法)	14076C	1564 點

註:診所僅得申報 C 表

性病診斷碼(ICD9-CM 建議編碼)

疾病別	建議編碼	疾病別	建議編碼
龜頭炎	607.1	披衣菌	078.8
尖型濕疣	078.1	陰蝨	132
生殖器潰瘍	054.1	其他性病	099
非淋菌性尿道炎	099.4	陰道滴蟲	131
梅毒	091-097	淋病	098

註:有疑似性病症狀, 但暫無法確定為何疾病, 可利用「其他性病」作為診斷碼。

編後語

李耀泰

令行秋氣爽，樂感素風清。又是插茱萸闌邪、飲酒作詩、賞菊觀月的好時份。然秋風多，雨相合，氣候初寒乍暖、詭譎多變，有時像老虎會咬人，但說變就變，在此懇請各位好友，別因一時疏忽而讓身體不適。還有登革熱疫情雖嚴重，尤其南部地區，只要大家多加注意，做好防範措施，心安自然身安。

在此，首先恭賀理事長、秘書長和多位教授帶領參與 2015 年溫哥華 FIGO 盛會，和監事長蔡英美教授榮獲傑出女婦產科醫師，實屬台灣殊譽，對外交很有貢獻，也感謝此行所有人的努力。

學會也在 12 月 13 日安排新竹北埔 - 金龜岩步道健行活動，希望大家抽空踴躍參加，一同欣賞美麗風光，漫步幽林山谷，洗滌身、心、靈疲憊，促進彼此情誼。

本期通訊繼續教育，由郭宗正院長等所撰寫的「減少腹式肌瘤摘除術出血的簡單、有效方法」，內容深入淺出，化繁為簡，提供同仁一個良好的方式，因子宮肌瘤摘除術是最容易產生併發症及醫療糾紛的一項手術；及會員園地「剖腹產予預防性抗生素在肥胖婦女的劑量？」，值得閱讀與深思，對預防抗生素的知識，必定超過我們目前的了解。而賴文福醫師所著「基層診所對於性病的診斷與治療」一文內容豐富，字字珠璣，對性病通報、治療準則、診斷方法的優劣、健保申請代碼敘述詳盡，相當實用，同仁閱讀受益無窮。

智慧分享：時間在哪？成就在哪？

把時間用來喝酒，成就了酒量；把時間用來抱怨，成就了怨婦；把時間放在養生上，成就了健康的身體；把時間用來挑剔，成就了刻薄；把時間用來學習，成就了智慧；把時間用在家庭，成就了親情。

好好愛護身邊每一個對自己好、真心和我心處的人。喜是乍見之歡，愛是久處不厭。今生相遇，緣分得來不易。人生若只如初見。朋友也好，情人也罷。珍惜！

小時候以為幸福是簡單的事，長大才知道，簡單才是幸福的事。放下擾擾嚷嚷，在您身邊的，才是值得擁有的。人們都在追求富貴，其實心中無缺才是富，被人需要才是貴，您同意嗎？

山明水淨夜來霜，數樹深紅出淺黃。這會楓紅已染秋，無酒也能醉。莫消人生好時光，去走走、看看，和您最親近的人，用最純真質樸的心情，快樂寫生活。

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

◎ 228 通訊繼續教育答案 ◎

題目：減少腹式肌瘤摘除術出血的簡單有效方法

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/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
151106-1	104 年度家庭暴力暨性侵害防治醫事人員教育訓練	新北市政府衛生局	三峽恩主公醫院	11 月 06 日 00 時 00 分	11 月 06 日 00 時 00 分	B	2 分
151107-2	中國醫藥大學暨附設醫院 35 週年院慶 - 國際醫學教育研討會：「住院醫師訓練的未來、挑戰與契機」	中國醫藥大學、中國醫藥大學附設醫院	中國醫藥大學立夫教學大樓國際會議廳等教室	11 月 07 日 08 時 00 分	11 月 07 日 17 時 00 分	B	4 分
151107-4	104 年區域性災難醫療救護隊教育訓練課程	連江縣衛生局	連江縣衛生局疫情處理中心	11 月 07 日 08 時 00 分	11 月 08 日 17 時 50 分	B	1 分
151107-1	性侵害個案驗傷及採證技巧	臺中榮民總醫院社工室	台中市西屯區臺灣大道 4 段 1650 號第八會議室	11 月 07 日 09 時 30 分	11 月 07 日 11 時 30 分	B	1 分
151107-3	美日台癌症藥物研發與轉譯研究交流研討會	中華民國癌症醫學會、NRPB 生技醫藥國家型科技計畫	台北君悅飯店	11 月 07 日 09 時 30 分	11 月 07 日 09 時 30 分	B	1 分
151108-2	兒少保護新觀念論壇議程 2015 New Concepts of Child Protection	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	林口長庚紀念醫院 33305 桃園市龜山區復興街 5 號醫學大樓 1 樓第二會議廳	11 月 08 日 07 時 30 分	11 月 08 日 17 時 30 分	B	2 分
151108-1	人工授精研習課程	台灣婦產科醫學會	台大醫學院	11 月 08 日 08 時 30 分	11 月 08 日 12 時 30 分	A	2 分
151108-3	台灣婦癌醫學會子宮頸癌疫苗新知系列研討會—北區	台灣婦癌醫學會	台北喜來登飯店 2F 瑞穗園	11 月 08 日 09 時 00 分	11 月 08 日 13 時 30 分	B	4 分
151114-1	2015 台灣醫學週—台灣聯合醫學會學術演講會	臺灣醫學會、衛生福利部	台北國際會議中心	11 月 14 日 09 時 00 分	11 月 15 日 17 時 00 分	B	4 分
151114-2	婦女泌尿手術影視研討會	台灣尿失禁防治協會	台大醫學院 103 講堂	11 月 14 日 14 時 00 分	11 月 14 日 17 時 00 分	B	3 分
151115-1	國際學術研討會	亞太婦女泌尿醫學會	彰基國際培訓中心	11 月 15 日 08 時 00 分	11 月 15 日 17 時 00 分	A	1 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
151128-1	2015 年度癌症診療品質研討會	三軍總醫院癌症中心	三軍總醫院 B1 第二演講廳	11 月 28 日 08 時 30 分	11 月 28 日 12 時 30 分	B	2 分
151205-1	International Congress on Menopause in Taiwan	台灣更年期醫學會及國際更年期總會 (International Menopause Society)	財團法人張榮發基金會國際會議中心	12 月 05 日 08 時 30 分	12 月 06 日 17 時 20 分	A	1 分
151206-1	人工授精研習課程	台灣婦產科醫學會	台中醫學大學醫學院	12 月 06 日 08 時 30 分	12 月 06 日 12 時 30 分	A	2 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



XXI FIGO World Congress of
Gynecology and Obstetrics

4 - 9 October 2015



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

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