

台 灣

婦產科醫學會會訊



發行日期：2016年8月238期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地址：台北市民權西路 70 號 5 樓

電話：(02) 2568-4819

傳真：(02) 2100-1476

網址：<http://www.taog.org.tw/>

E-mail：obsyntw@seed.net.tw

發行人：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

桃園地區婦產科聯誼會

105.08.14



台灣婦產科醫學會 238 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

09 衛生福利部疾病管制署 函

為防範管制藥品流用或不當使用，本署重申為醫療目的，需使用第一級至第三級管制藥品或開立管制藥品專用處方箋之醫師、牙醫師、獸醫師或獸醫佐，應依相關規定辦理，請轉知所屬會員，請查照。

10 台灣婦產科醫學會第 20 屆第 5 次健保政策委員會會議紀錄

12 105 年 10 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

13 通訊繼續教育

邊緣性卵巢癌的復發率和死亡率 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

19 會員園地

19 美國 FDA 通過 Paroxetine 可以治療停經後熱潮紅 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

21 流感疫苗施打與接種不良事件和因應程序 | 文／馬偕兒童醫院醫務部主任邱南昌醫師

28 編後語 | 文／陳信孚

30 活動消息

理事長的話

何弘能

暑期的學會會員旅遊，看到一群健康快樂的臉龐，足夠的運動量及陽光，每個紅潤和燦爛的笑容，都讓人感動，謝謝秘書們的努力，又安排了一次成功的旅遊。

學會拜訪了新上任的健保署李伯璋署長，目的在溝通及爭取會員的訴求及權益。很感謝李署長願意聽取學會及會員的心聲，並給與學會提出新的建議，會中健保署官員雖提出一些爭議，但是最後仍同意讓學會提出方案，特別是產科相關的計畫。

馬上新一屆的會員代表及理監事改選即將到來，上個月的會訊相關資料已經提出，希望各位會員能多參考，選賢與能，選出我們下一屆的會員代表。

今年的專科醫師考試，即將開始，筆試及口試會接踵而來。希望各訓練醫院能多幫助這些醫師，讓她（他）們能順利通過專科醫師考試，為學會增加優秀的新血。

最後敬頌

各位會員

暑安！

秘書長的話

黃閔照

健保核刪政策及放大回推制度將有重大修正，學會日前針對會員代表問卷，多數贊成具名核刪，故配合衛福部政策，將在 10 月 1 日起，醫院部分試行雙具名核刪制度，同時在 8 月 7 日健保政策委員會也通過健保署放大回推四倍原則，取代過去按抽審比例回推制度，放大近百倍之不合理現象，感謝郭宗正召集人及黃文助副秘書長的努力，同時學會也將爭取陰道超音波取代婦科超音波，並希望將點數提升到與其他科超音波檢查相近點值，並爭取 18037B 胎兒血管血流檢查及 CA153 腫瘤標記為 C 表。

因應健保具名審查及專家審查制度，謝卿宏院士代表學會參加衛福部會議，同時也將各區專家醫師名單提供給健保署，並建立健保審查小組，感謝謝卿宏院士及所有願意加入具名審查的醫師們，願意挺身為合理核刪制度建立模範，同時也謝謝林金龍顧問，不辭辛苦出席 8 月 20 日第一次審查共識會議，確立學會未來審查模式及建立婦產科審查共識。雙具名審查及降低放大回推制度，勢必會改善及降低目前的核刪不合理比率。學會希望會員們能尊重具名核刪醫師意見，如有不服，目前均有申覆及爭審制度，故不得公開攻擊具名審查醫師，尤其是利用網路暴力。學會努力爭取對會員有利的制度上路，如果會員破壞具名審查的精神，無異是將試辦計畫推上絕路，回到過去放大百倍及不合理核刪。將來學會會將有爭議的核刪案件，以去辨識化方式定期在會訊上公開作為教育，盼此一制度，在尊重核刪委員的專業下能夠達到下降不必要核刪比例及提升病人照護。

蘋果在 8 月 8 日報導「子宮頸癌疫苗逾 26 歲打無效用」引起民眾恐慌，紛紛到醫療院所詢問相關事宜。學會在 8 月 10 日也針對會員發出說明，目前 HPV 疫苗施打安全性，各國施打年齡建議及目前針對 26 歲以上疫苗施打之研究報告給會員，會員可提供給病人做說明，以消除不必要之疑慮。現金歐盟及許多國家均開放疫苗施打年齡到 45 歲，甚至有些國家 9 歲以上均可施打，但台灣目前仿單上為 9-26 歲間，超齡部分在施打上的確有

可能違反仿單適應症外使用僅作為治療用原則，使用上須注意充分告知，以免爭議。另針對適應症外使用疫苗注射，過去已有案例獲得藥害救濟，並非報導所言，在此澄清。

日前參加國健署優生保健法修法會；依國際 CEDAW 建議下，在尊重婦女自主權益下進行修法，會中針對開放婦女自主中止妊娠，結紮及是否訂立思考期等議題有諸多爭議，但大多數專家學者都認同此修法方向，過去人工流產有諸多爭議，陳舊過時的優生保健法，對婦女自主權益有諸多限制，不符合 CEDAW 原則及國際潮流，過去會員也有許多人因此陷入不必要之醫療訴訟，甚至有囹圄之虞。其中法律中規定有 6 款理由可中止妊娠：其中第 6 款中如婦女因懷孕或生產將影響其心理健康或家庭生活者可為之，建議會員們在執行人工流產時，在適應症上須註明現行法條上第 9 條之理由，尤其是第 6 款所謂家庭生活及心理健康，無法由其他醫療資料佐證，可以在同意書上請病人書寫或勾選理由後執行，以確保醫療處置之正常性。

會員代表選舉在 8 月 28 日順利完成，選舉後即將進行第 21 屆理監事改選，希望會員多多參加公眾事務，一同為婦產科未來努力。

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

姓名	金額	日期
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)	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)	103年年5月18日
李耀泰	參仟(增加)	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)	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)	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(增加)	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07日
陳建銘	壹仟貳佰貳拾(增加)(共壹拾捌萬壹仟捌佰參拾元)	104年8月27日
阮正雄	貳萬參仟貳佰	104年8月27日
連瑞昌	壹仟肆佰陸拾玖(新增)	104年12月7日
朱明星	陸仟伍佰	104年12月7日
潘汪清花	參仟(中華書法傳承學會)	104年12月25日
張鳳池	伍仟	104年12月26日
楊婷喻	伍仟	105年1月29日
陳文龍	壹仟增加(共壹拾萬壹仟)	105年2月3日
陳子健	伍佰	105年2月3日
陳建銘	伍佰陸拾(增加)(共參萬柒仟零陸拾)	105年2月20日
李耀泰	參仟增加(共肆萬壹仟伍佰)	105年2月21日
賴文福	伍萬(共貳拾萬)	105年4月14日
陳忠義	貳萬	105年5月5日
謝中川	壹萬	105年5月6日
陳昌平	貳萬	105年6月23日
李耀泰	參仟(增加)	105年8月5日

新增文物捐贈名單

陳福民、方昌仁、謝欣穎、施景中、賴明志、李榮憲、朱明星、蔡景林、蔡英美、甘名又、張志源、楊友仕、黃閔照、蘇文彬、何弘能、謝卿宏、原水文化(城邦出版社)、黃思誠、蔡明賢、蘇聰賢、李茂盛、馬偕醫院、阮正雄、王漢洲、Prof.NamJoo-Hyun(韓國)、Prof.ParkYong-Won(韓國)、KSOG、柯瑞祥、蕭惠貞、周建章

原文物捐贈名單

黃德雄、王漢州、李正義和許峰雄、陳文龍、葉文德、黃思誠、楊友仕、王義雄、陳哲男、謝卿宏、馮承芝、姜仁發、蔡明賢、郭宗正、陳宏銘、木村正教授、楊應欽、許龍國、林正義、台大醫院婦產部、陳思銘、黃淑英、黃閔照

■ 秘書處公告

衛生福利部疾病管制署 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 105 年 8 月 15 日

發文字號：FDA 管字第 1051800586 號

主旨：為防範管制藥品流用或不當使用，本署重申為醫療目的，需使用第一級至第三級管制藥品或開立管制藥品專用處方箋之醫師、牙醫師、獸醫師或獸醫佐，應依相關規定辦理，請轉知所屬會員，請查照。

說明：一、按管制藥品管理條例第 7 條第 1 項規定，醫師、牙醫師、獸醫師或獸醫佐需領有管制藥品使用執照，始可使用第一級至第三級管制藥品或開立管制藥品專用處方箋。

二、依同條例第 8 條規定，醫師、牙醫師使用第一級至第三級管制藥品，應開立管制藥品專用處方箋。獸醫師、獸醫佐使用管制藥品，其診療紀錄應記載飼主之姓名、住址、動物種類名稱、體重、診療日期、發病情形、診斷結果、治療情形、管制藥品品名、藥量及用法。

三、依同條例第 28 條及第 26 條規定，領有管制藥品登記證者，應於業務處所設置簿冊，詳實登載管制藥品每日之收支、銷燬、減損及結存情形，定期向本署及衛生局申報其收支結存情形；且其調劑、使用後之殘餘管制藥品，亦應由管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查。

四、上開醫療機構倘申請麻醉醫師報備支援執行相關業務時，其處方使用管制藥品仍應由受支援醫療機構供應及肩負管理之法定義務，不得另由支援醫師自行攜帶前揭藥物處方使用。

五、承上，前述專業人員、機構倘違反前揭規定時，將依管制藥品管理條例相關規定論處。又為避免因不諳法定而觸法，務請貴單位加強提醒所屬會員應配合遵守相關規定，以免受罰。

台灣婦產科醫學會第 20 屆第 5 次健保政策委員會會議紀錄

時 間：105 年 08 月 07 日（星期日）下午 3 點 30 分

地 點：學會會館

主 持 人：郭宗正 召集人

出 席 者：召 集 人 郭宗正

副召集人 蕭弘智 顏明賢 施英富 張紅淇 李煥照 黃昭彰

委 員 官大弘 吳宗城 張少萌 王孫斌 陳建銘 賴文福 何博基 黃啓明

陳信孚 何延慶 洪秉坤 武國璋

請假人員：廖基元 王功亮 張嘉訓 孫茂榮 徐超群 周天給 徐明洸 楊宜杰 王錦榮

鍾明廷 沈煌彬 陳郁菁

列 席 者：謝卿宏院士 何弘能理事長 蔡英美監事長 黃閔照秘書長 黃文助副秘書長

記 錄：林家翎

壹、報告事項

貳、討論事項

案由一：討論健保審查制度改革方案。

說 明：近期健保署擬進行健保審查制度改革方案，將針對醫院總額部門之婦產科、兒科、眼科、耳鼻喉科、神經科及精神科等實施 試辦審查醫藥專家具名雙審作業。

辦 法：學會成立健保審查小組，小組成員應包含一般婦產科、婦癌、生殖內分泌、婦女泌尿及周產期（母胎醫學）等專家委員。

提案人：秘書處

決 議：通過。預計 8 月底召開審查小組會議擬定審查注意事項。

案由二：有關「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條之回推方式說明。

說 明：如附件

提案人：秘書處

決議：擬建議健保署 B 方案：固定倍數回推，總核減點數為抽審核減點數的 4 倍。

案由三：55011C 陰道灌洗給付點數偏低。

說明：55011C 陰道灌洗屬特殊檢查，一定要有護理人員陪同檢查，整個檢查要醫師和護理人員 20 分鐘的時程花費，本來的 60 點只計算到耗材，沒列入人事成本。

辦法：加計人事成本 55011C 應是 $60 + (1000*20/60) + (200*20/60) = 460$ 點

提案人：黃啓明委員

決議：此案暫緩。

案由四、各區審查醫師必須明確了解審查之標準以求全國統一。

說明：10 月起健保審查醫師必須具名，刪除不當申報必須有一定標準。

辦法：1. 設健保審查委員會委員，定時召開會議討論各區發生之案件及解決之道。討論各區發生之案件及解決之道。

2. 全國會員有一申訴之窗口。

提案人：李煥照委員

決議：併案由一討論。成立健保審查小組研議後續相關具名審查醫師實施方法與制度。

案由五：請由會訊告知全國會員健保政策委員會努力之目標

說明：5 月 15 日有以下之提案

1. 12078B CA-153 腫瘤標記 400 點

2. 18037B 胎兒臍帶或孕期子宮動脈杜卜勒超音波以上 2 個由 B 表改 C 表

3. 19003C 婦科超音波 450 點改為 882 點或 1323 點

辦法：會訊刊出。

提案人：賴文福委員

決議：於會訊「秘書長的話」中詳加說明。

參、臨時動議

案由一：建議提高產科點值至 60000 點。

決議：1. 目前擬以新增「夜間接生費」、「醫師待產費」、「器械生產」等項目來提高產科點數，並蒐集各國生產點數資料輔助說明。

2. 未來則以「論質計酬」為方針。目前已請林金龍顧問執行「導入 Physician Value-

based Payment 暨模擬全民健康保險生育醫療價值提升計畫 (草案) 研究案」，該計畫將會有完整的執行方案，屆時向健保署提出建議。

案由二：終止強迫基層診所加入母嬰親善計畫之活動，且不應將其列入醫院評鑑之項目。

決議：於理事會提案較為適宜。

肆、散會 (下午 17:30)

**105 年 10 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	1944	葉國志
2	2535	邱文心
3	3159	陳怡如

※ 若未於證書效期內辦理展延者 (延期展延一年者須 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。

■ 通訊繼續教育

邊緣性卵巢癌的復發率 和死亡率



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

³ 敏盛醫院 婦產科

1929年，Taylor 首先提出邊緣性卵巢癌（borderline ovarian tumor, BOT）[1] 說法，即顯微鏡下可見卵巢囊腫中有異常的上皮增殖但無或微小基質的侵犯，囊腫的上皮層呈現多層、細胞分裂增多和細胞核呈現非典型，並可能同時有腹腔的植入物（implants），佔惡性上皮性卵巢癌患者 10-15%，其平均年齡為 45 歲，比侵犯性卵巢癌患者平均年輕 15-20 歲。在 1973 年，國際婦產學會（International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO）將其更名為低惡性（low malignant potential）卵巢癌，同年，世界衛生組織（World Health Organization）又再更改回原名 [2]。邊緣性卵巢癌一詞，原目的出自病理科醫師的認知，此類病患在手術後無需接受化學、放射線及荷爾蒙等治療，而予以特別的病理編碼。在台灣，健保政策的手術給付也依循病理醫師的分類，然而，邊緣性卵巢癌的患者，約 10-15% 在臨床上有侵犯性病灶（如侵犯性癌），病灶也可能擴散至卵巢以外，復發時，病理可為惡性病灶，預後不良，甚至死亡。本文特探討近期相關文獻，針對邊緣性卵巢癌的復發率和死亡率加以整理，以供同仁參考。

預後因子

邊緣性卵巢癌的預後通常不錯，但如有下列因子，預後會較差，須特別謹慎：(1) 年長

或年輕者；(2) 有顯微乳突狀 (micropapillary) 組織者；(3) 有微小基質 (stromal) 侵犯者 (基質侵犯 $<10 \text{ mm}^2$ ，行為上仍可被分類之)；(4) 屬第 II-III 期者；(5) 腫瘤細胞為異常單套 (aneuploid) DNA 者；(6) 手術分期不完整或保守治療者 [1-3]。

2014 年，Song 等研究報告 364 位為邊緣性卵巢癌之婦女，經平均追蹤 53.8 個月，其中 31 位 (8.5%) 患者具有復發性的病理。經分析，復發病灶的危險因子包括有：晚期病灶 (危險風險 HR 5.59、 $p=0.005$)、 ≥ 65 歲 (HR 5.13、 $p=0.037$)、微小侵犯 (HR 3.71、 $p=0.047$) 等 [2]。

2015 年，Ureyen 等研究分析 162 位漿液性 (serous) 邊緣性卵巢癌之婦女，經平均追蹤 57 個月，有 8 位 (4.9%) 患者具有復發性的病理。經分析，復發病灶的危險因子包括有：主動脈淋巴結 ($p=0.008$) 陽性、腹腔中陽性癌細胞 ($p<0.001$)、保守性治療 ($p=0.007$) 等 [4]。

2015 年，Vasconcelos 等研究報告 42 篇、共 4414 位漿液性邊緣性卵巢癌之婦女。分析病理檢查，有 488 位 (24.4%) 為微小乳突狀病灶，致死復發率 (lethal recurrence rate) 達 16.8% (95% 信賴區間 12.8-21.6)，是最危險的復發因子 [5]。

在完全手術和不完全手術的復發率

由於患有邊緣性卵巢癌的年輕婦女，多數未完成生育，在手術時仍希望能保留子宮和至少一側的卵巢，採這種保守性治療者可能會增加復發率、甚至死亡，不容輕忽。2016 年，Shim 等綜合分析 18 篇文章，共 1297 位有行完全手術分期 (complete surgical staging, CSS) 者、1473 位為不完全手術分期 (incomplete surgical staging, ISS) 者。結果兩組在病灶復發率，CSS 組有 76 位 (5.9%)、ISS 組有 145 位 (9.8%)；在死亡率，CSS 組有 10 位 (0.77%)、ISS 組有 11 位 (0.75%) [6]。經分析，完全手術分期較不完全手術分期，可降低病灶復發率，勝算比率 OR 0.64 (95% 信賴區間 0.47-0.87, $p<0.05$)，但兩組在死亡率則無統計上差異，OR 0.95 (95% 信賴區間 0.42-2.29, $p=0.97$)。

2015 年，Vasconcelos 等綜合分析 5105 位邊緣性卵巢癌之婦女，其中 817 位接受單側囊腫切除，復發率達 25.3%，較其它附屬器完全切除等手術有較高的復發率 [7]，但不影響生存率，經再次手術後仍可存活很久。

2014 年，Uzan 等研究報告 119 位、第 I 期漿液性邊緣性卵巢癌之婦女，採單側附屬器切除或囊腫切除來治療。病理報告有 21 位 (18%) 基質有微小侵犯、13 位 (11%) 有微小

乳突狀組織，經平均追蹤 45 個月，高達 38 位（32%）患者有復發病灶（其中 1 位死亡）。在經單變數分析後發現，年輕患者（<30 歲）採保守性治療（只有囊腫切除）或兩側性有病灶，預後會較差；在經多變數分析後發現，年輕患者的復發率呈統計上的差異 [8]。

2014 年，Trillsch 等發表一大規模、多中心的研究報告，共 950 位、平均 49.1 歲的邊緣性卵巢癌婦女，其中 <40 歲有 280 位（29.5%）， ≥ 40 歲有 670 位（70.5%）。不完全手術佔 53.2%（149/280 位）。結果 5 年復發率，在 <40 歲組為 19%，在 ≥ 40 歲組為 10.1%（ $p < 0.001$ ）；在復發病灶有惡性轉變（malignant transformation）者，在 <40 歲組為 12%，在 ≥ 40 歲組為 66.7%（ $p < 0.001$ ），以侵犯性腹膜癌病居多。結論是：邊緣性卵巢癌的年輕患者雖預後良好，但在欲保留生育功能者，復發率偏高，手術前務必與患者說明清楚 [9]。

長期追蹤

2014 年，Lazarou 等研究分析 151 位邊緣性卵巢癌之患者，其中第 I 期佔 67.5%、第 II 期佔 10.6%、第 III 期佔 14.6%、第 IV 期佔 4%。發生腹膜植入物（peritoneal implants）有 21.9%。經平均 86 個月的追蹤，復發率為 16.8%，死亡率為 6.2%，平均復發時間為 48（8-120）個月 [10]。結論是：邊緣性卵巢癌的預後雖良好，但仍須長時間追蹤，以盡早治療復發和減少死亡。

2016 年，Sobiczewski 等研究報告 307 位邊緣性卵巢癌之患者，手術後 5 年和 10 年的無病灶生存率（progression-free survival）分別為 87% 和 82%，全部生存率分別為 97% 和 95%。分析復發的危險因子有：FIGO 第 I 期 C（ $n=15$, HR 2.63, $p=0.027$ ）、FIGO 第 II 或 III 期（ $n=62$, HR 3.67, $p=0.003$ ）、不完全手術（ $n=166$, HR 3.63, $p=0.035$ ）。在 32 位（10%）復發者中，復發病灶仍屬邊緣性者有 22 位，屬侵犯性者有 10 位。侵犯性復發的患者共有 7 位（70%）死亡 [11]。結論是：晚期低惡性卵巢癌患者易發生復發和死亡，須長期追蹤。

插入位置的轉移

以腹腔鏡治療卵巢癌患者，常先在肚臍部位以充氣針插入，而在插入位置（port-site）發生病灶轉移的機率為 1%，或以腹腔鏡切除邊緣性卵巢癌，亦可能出現轉移性癌組織。2014 年，Furukawa 等報告 1 位 50 歲婦女，超音波和磁振造影顯示在骨盆腔有一 20 x 10 cm 多房（multilocular）囊腫，以腹腔鏡切除左側卵巢腫瘤，並抽取其內容物（500 mL）後，由肚臍切口取出 1540 g 腫瘤，未使用取物袋。病理報告為第 I 期 A 小腸型黏液邊緣性卵巢癌。26 個月後，肚臍下有一 3 x 5 cm 腫瘤，切片結果為黏液性腺癌。剖腹檢查腹腔正常，將肚

臍腫瘤切除，最後診斷為：黏液邊緣性卵巢癌在插入位置發生侵犯性復發病灶。患者接受 6 週期 paclitaxel 和 carboplatin 輔助治療 [12]。

皮下植入物

2016 年，Banys-Paluchowski 等報告 1 位 46 歲婦女，過去曾有 2 次腹腔鏡手術史（1 次因子宮外孕、1 次因結紮手術），並在右側卵巢發現一 2.5 x 2.8 cm 囊腫，內有乳突物突出，CA125 為 38.7 U/mL。患者接受腹腔鏡右側附屬器切除，並以取物袋完整取出，病理報告為黏液乳突（mucinous papillary）邊緣性卵巢癌。患者 9 天後，接受子宮、左側附屬器、盲腸、大網膜等切除及多處腹膜切片。同時在筋膜下有一 5 x 5 cm 囊腫 - 實心腫瘤，沒有腹膜腔連接，與此次腹腔鏡插入開口距離很遠，病理報告為非侵犯性乳突邊緣性卵巢癌植入物。患者未再接受其它治療，經 5 年追蹤一切正常，無復發病灶。

結論

邊緣性卵巢癌乃異常細胞沒有或僅有微小基質侵犯，當初是病理科認為患者在手術後無需予以化學、放射線及荷爾蒙等治療，但經多年研究發現，邊緣性卵巢癌的性質與卵巢癌相似，同樣會有非侵犯性和侵犯性的病灶轉移，即晚期病灶，且日後亦有復發可能，復發也可以是侵犯性卵巢癌病灶，造成患者死亡。只是復發時間很長，甚至有長達 39 年才復發的病例 [14]，因此需長時間追蹤。邊緣性卵巢癌與侵犯性卵巢癌的手術方式相似，追蹤的方法亦應相同，甚至可以說，邊緣性卵巢癌就是一種較輕微的侵犯性卵巢癌，務必謹慎妥善處理。

參考文獻

1. Song T, Lee YY, Choi CH, et al. Risk factors for progression to invasive carcinoma in patients with borderline ovarian tumors. *Int J Gynecol Cancer* 2014; 24: 1206-14.
2. Trope CG, Kaern J, Davidson B. Borderline ovarian tumors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2012; 26: 325-36.
3. 李耀泰, 陳福民, 尹長生等. 低惡性卵巢癌的診斷和治療. *中華民國婦癌醫學雜誌* 2002; 1: 14-9.
4. Ureten I, Karalok A, Tasci T, et al. The factors predicting recurrence in patients with serous

- borderline ovarian tumor. *Int J Gynecol Cancer* 2016; 26: 66-72.
5. Vasconcelos I, Darb-Esfahani S, Sehouli J. Serous and mucinous borderline ovarian tumors: differences in clinical presentation, high-risk histopathological features, and lethal recurrence rates. *BJOG* 2016; 123: 498-508.
 6. Shim SH, Kim SN, Jung PS, et al. Impact of surgical staging on prognosis in patients with borderline ovarian tumors: a meta-analysis. *Eur J Cancer* 2016; 54: 84-95.
 7. Vasconcelos I, de Sousa Mendes M. Conservative surgery in ovarian borderline tumors: a meta-analysis with emphasis on recurrence risk. *Eur J Cancer* 2015; 51: 620-31.
 8. Uzan C, Muller E, Kane A, et al. Prognostic factors for recurrence after conservative treatment in a series of 119 patients with stage I serous borderline tumors of the ovary. *Ann Oncol* 2014; 25: 166-71.
 9. rillsch F, Mahner S, Woelber L, et al. Age-dependent differences in borderline ovarian tumors(BOT) regarding clinical characteristics and outcome: results from a sub-analysis of the Arbeitsgemeinschaft Gynaebologische Onkologie(AGO) ROBOT study. *Ann Oncol* 2014; 25: 1320-7.
 10. Lazarou A, Fotopoulou C, Coumbos A, et al. Long-term follow-up of borderline ovarian tumors clinical outcome and prognostic factors. *Anticancer Res* 2014; 34: 6725-30.
 11. Sobiczewski P, Kupryjanczyk J, Michalski W, et al. The evaluation of risk factors associated with relapse and recurrence of borderline ovarian tumors with long-term follow up. *Int J Gynecol Cancer* 2016; in press.
 12. Furukawa N, Nishioka K, Noguchi T, et al. Port-site metastasis of mucinous borderline ovarian tumor after laparoscopy. *Case Rep Oncol* 2014; 7: 804-9.
 13. Banys-Paluchowski M, Yeganeh B, Luetgtes J, et al. Isolated subcutaneous implantation of a borderline ovarian tumor: a case report and review of the literature. *World J Clin Oncol* 2016; 7: 270-4.
 14. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 邊緣性卵巢癌的保守性治療. *臨床醫學* 2012; 69: 293-6.

問答題

一、下列何者為邊緣性卵巢癌首次手術時可以發生在 FIGO 分類的期別？

- (A) 第 I 期
- (B) 第 II 期
- (C) 第 III 期
- (D) 以上皆可

二、下列何者為邊緣性卵巢癌不良的預後因子？

- (A) 有顯微乳突狀組織
- (B) 有植入物
- (C) 微小基質侵犯
- (D) 以上皆是

三、關於邊緣性卵巢癌，下列敘述何者正確？

- (A) 有復發風險
- (B) 復發病灶仍為邊緣性卵巢癌
- (C) 復發病灶可為侵犯性卵巢癌
- (D) 以上皆是

四、有關邊緣性卵巢癌的敘述，何者正確？

- (A) 有死亡風險
- (B) 復發時間長，需長時間追蹤
- (C) 會在插針入口處發生轉移
- (D) 以上皆是

五、你贊成邊緣性卵巢癌患者給予重大傷病卡否？

- (A) 贊成
- (B) 不贊成
- (C) 無意見

第 237 期通訊繼續教育

Methylcobalamin (Vit B12) 在婦產科的諸多用途

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

美國 FDA 通過 Paroxetine 可以治療停經後熱潮紅



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

Paroxetine 乃一種 SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)，主要用在治療憂鬱症、恐慌症、強迫症等精神科疾病。2014 年，在 FDA 的討論會上，委員投票的最後結果，有 10 位贊成、4 位反對，正式通過 paroxetine (Brisdelle) 為第一種非荷爾蒙治療停經後熱潮紅及夜間盜汗的藥物。

停經後的婦女發生熱潮紅的機率約 75%，此疾病雖不致命，但會影響日常活動、干擾睡眠、精神不振和疲倦。過去，FDA 通過雌激素可治療停經後熱潮紅，但雌激素合併黃體素使用來治療停經後的熱潮紅，在 WHI (Women's Health Initiative) 研究中認為，會增加侵犯性乳癌、冠狀動脈疾病、中風、靜脈栓塞等風險。如患者有上述疾病的好發因子或是罹患子宮內膜癌，都不適合採雌激素治療，因此，尋得一種非荷爾蒙藥物以利治療此種患者，便顯重要。

Brisdelle 含 7.5 mg paroxetine，含 Pazil (paroxetine hydrochloride) 和 Pexeva (paroxetine mesylate)。如用在治療憂鬱的開始劑量在 10-20 mg，最大劑量在 40-60 mg，建議白天使用；如治療停經後熱潮紅，則需減輕劑量，並建議在晚上使用。

在一篇隨機、雙盲、安慰劑控制和多中心臨床試驗中，共有 1184 位停經後婦女、平均每天有 10 次中等至嚴重度熱潮紅，Brisdelle 較安慰劑更有效緩解症狀。在 12 週時，Brisdelle 組平均減少 5.9 次中等至嚴重度熱潮紅，安慰劑組平均減少 5.0 次中等至嚴重度熱潮紅 ($p < 0.01$)。而在另一篇的研究中亦發現，在 12 週時，Brisdelle 組平均減少 5.6 次中等至嚴重度熱潮紅，安

慰劑組平均減少 3.9 次中等至嚴重度熱潮紅 ($p<0.001$)。雖然效果呈中等程度，但 Brisdelle 組平均較安慰劑組在臨床上呈有意義減少。而且，Brisdelle 組的效果可維持 6 個月，對屬慢性病的熱潮紅而言，相當重要。

2005 年，Stearns 等研究分析 107 位熱潮紅患者，分別以不同劑量 paroxetine 和安慰劑做比較。第一組使用 paroxetine 10 mg 來做治療，熱潮紅平均減少頻率次數為 40.6%，安慰劑組為 13.7% ($p=0.0006$)，平均嚴重分數 (severity score) 在 paroxetine 組減少 45.6%，在安慰劑組減少 13.7% ($p=0.0008$)；第二組使用 paroxetine 20 mg 來做治療，熱潮紅平均減少頻率次數為 51.7%，安慰劑組為 26.6% ($p=0.002$)，平均嚴重分數在 paroxetine 組減少 56.1%，在安慰劑組減少 28.5% ($p<0.001$)。

至於安全性方面，因熱潮紅使用的 paroxetine 劑量較精神科上使用的劑量為低，故安全性較高。如同所有抗憂鬱藥物，Pexeva 和 Paxil 在說明書上都有警告，如兒童和年青者使用會有自殺風險。另外，對有過敏反應、最近或現在使用 MAO (monoamine oxidase) 抑制劑、thioridazine 或 pimozide 等藥物，以及患者有出血情況、低鈉血症和靜坐不能 (akathisia)，都要謹慎藥物的相互作用。

因 Brisdelle 可以用在乳癌患者的熱潮紅，故有相關研究其與 tamoxifen 藥物間的互相作用。酵素 cytochrome P-450 CYP2D6 可以將 tamoxifen 代謝後成為 endoxifen，仍具有 tamoxifen 之藥效，但 paroxetine 乃一強 P-450 CYP2D6 抑制劑，每天使用 paroxetine 10 mg，4 週後，血漿中 endoxifen 會減少 64%，但 paroxetine 對乳癌患者使用 tamoxifen 的復發率和死亡率，仍不清楚，因此 Brisdelle 對治療熱潮紅的好處，與減少 tamoxifen 的功效，必須評估其重要性。

Brisdelle 的停藥，不須經慢慢減少劑量後才停藥。

◆ 參考文獻

1. Orleans RJ, Li L, Kim MJ, et al. FDA approval of paroxetine for menopausal hot flashes. N Engl J Med 2014; 370: 1777-9.
2. Simon JA, Portman DJ, Kaunitz AM, et al. Low-dose paroxetine 7.5 mg for menopausal vasomotor symptoms: two randomized controlled trials. Menopause 2013; 20: 1027-35.
3. Stearns V, Slack R, Greep N, et al. Paroxetine is an effective treatment for hot flashes: results from a prospective randomized clinical trial. J Clin Oncol 2005; 23: 6919-30.

流感疫苗施打與接種不良事件和因應程序

馬偕兒童醫院醫務部主任邱南昌醫師

► 流感疫苗概論

儘管針對流行性感冒的防治可從多方面著手，例如在個人衛生方面，建立咳嗽規範、注重手部衛生、有症狀時戴口罩；在醫療機構、長期照顧機構、人口密集機構要有適當的感染管制措施；暴露後盡快給予預防藥物，尤其是高風險族群或是避免群突發；但是說來說去最有效的預防方法，還是施打流感疫苗。流感疫苗有注射劑型的不活化疫苗和噴鼻劑型的活性減毒疫苗，但國內僅有不活化疫苗之許可證，這些年來使用的都是這種不活化疫苗。既然這是不活化疫苗，疫苗成分僅是取自流感病毒的一小部分，所以決不會因施打此疫苗而導致疫苗本身引起的流感。

流感病毒容易產生變異，所以每年 2 月世界衛生組織 (WHO) 就會召集會議決定北半球當年建議使用的疫苗病毒株，然後由各疫苗公司去製造疫苗；整個製造配送過程需耗費數個月，台灣大概在 10 月初可有已準備好的流感疫苗供施打。WHO 會建議的疫苗病毒株，包含兩種 A 型流感病毒株 (A/H1N1, A/H3N2) 和一種 B 型流感病毒株，目前公費施打的流感疫苗就是這種三價疫苗。近年 WHO 還會多建議另一種 B 型流感病毒株，供四價流感疫苗選用；所以四價流感疫苗就是含雙 A 和雙 B 型的疫苗。2016-2017 流感季建議的流感疫苗為：A/California/7/2009 (H1N1)pdm09-like virus、A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus、B/Brisbane/60/2008-like virus，四價疫苗再加上 B/Phuket/3073/2013-like virus。流感疫苗採肌肉注射，6 個月以上、3 歲以下每次 0.25mL，3 歲以上每次 0.5mL，8 歲 (含) 以下首次接種者間隔至少 4 週要打 2 劑，但國小學童於學校集中接種只全面施打 1 劑，有必要施打第二劑者要自行另外去接種。

► 流感疫苗的保護效力與施打對象

流感疫苗的保護效果會隨當年度流行病毒型別不同而有差異，大體而言，在 65 歲以下的成人，保護效力約在 70~90% 之間；對老年人的保護力稍差，約可減少 30~70% 流感及肺炎住院率，但是他們卻是得了流感會最容易有嚴重病變的族群，所以更需要施打疫苗。國內針對多種老年慢性疾病患者的研究，證實施打流感疫苗可有效減少住院的比率，且連年施打效果更好。在慢性 B 型肝炎患者，施打流感疫苗也有減少住院的效果。在幼兒的研究，完整施打流感疫苗可降低 70% 嬰幼兒因流感引起的住院比例。孕婦感染流感後有較高風險發生併發症，故感染流感的孕婦建議儘早使用抗病毒藥物治療，而孕婦接種流感疫苗能夠降低孕婦與胎兒罹患流感及產生後續併發症的風險，且研究顯示孕婦接種流感疫苗是安全的，所以孕婦為 WHO 及各國流感疫苗建議優先接種對象，我國也不例外。至於其他族群的人，其實也都有得流感而發生危害生命的可能，所以其實流感疫苗應可說是「全民疫苗」，也就是 6 個月以上的人都建議施打！

然而疫苗的供貨量常常發生不足現象，所以在設定公費流感疫苗施打對象時，就會根據疫苗的採購量來決定公費施打範圍，以被傳染後容易發生重症者或是可能傳染給更多人者為優先對象。今年初，台灣發生流感流行導致超過兩千多人併發重症，一百六十多人死亡，其中九成五的患者沒施打流感疫苗；更讓人擔心的是原先不認為得了流感會那麼危險的族群卻顯示受到很大的威脅，像是 25-49 歲的成人就佔了重症或死亡個案數將近兩成，50-64 歲佔了四成。今年流感疫苗的保護力達到 7 至 9 成，如果這些患者之前施打了疫苗，應可避免大部分的嚴重情況。也是因為這樣的流行威脅和後果，政府已決定今年十月起的公費流感疫苗採購量要由原先的三百萬劑，增加至六百萬劑；公費接種的對象也擴大，將包括：

- (1) 65 歲以上老人、
- (2) 年滿 6 個月以上至國小六年級學童、
- (3) 醫事及衛生防疫相關人員、
- (4) 禽畜業及動物防疫相關人員、
- (5) 重大傷病患者、
- (6) 居住於安養等長期機構者、
- (7) 罕見疾病患者、
- (8) 孕婦、
- (9) 50 至 64 歲健康成人、
- (10) <50 歲高風險慢性病患、
- (11) 13 至 18 歲國、高中生、
- (12) 生產完 6 個月內婦女、
- (13) 身體質量指數 (BMI) 大於等於 30 者。

與婦產科最具相關性的是除了去年已列入的孕婦外，還增加了生產完 6 個月內婦女，這是因為孕婦施打疫苗，產生的抗體可以透過胎盤給予新生兒，等於也保護了新生兒，但這大約也只能維持兩個月左右。幼兒是 6 個月以上才施打流感疫苗，在此之前只好盡量讓他們可能接觸到

的人都有抗體不會被傳染，那麼這些幼兒才可減少接觸到流感病毒的機會；而母親是接觸嬰幼兒最多的人，若生產前尚未接種疫苗，希望產後能趕快補打疫苗，補起這個漏洞。

►預防接種副作用的研判與預防接種受害救濟

任何藥物都可能有副作用，疫苗當然也不例外，但是評估值不值得使用，就要比較可能的好處和壞處。預防接種是在沒生病的情況下給予，比起已經生病而不得不接受藥物治療，對安全性的要求更高、對副作用的忍受度更低，常常風吹草動，媒體就煽風點火，搞得疫苗承受了許多不白之冤。判斷是否真的是疫苗造成的影響，必須採取科學、客觀的角度，不能在接種疫苗後發生任何事情，都要怪罪於疫苗，要想想沒打疫苗是否也可能發生這些事情，以及是否真的與疫苗有合理地因果關係。

根據 WHO 公告之「預防接種後不良事件因果關係評估手冊」，指出於評估「具體個案」所通報之特定不良反應是否與疫苗接種間有因果關係時，應審酌之科學因素包含：(1) 時序關聯；(2) 該疫苗造成該反應之確切證據：如臨床或實驗室證據；(3) 群體之因果證據；(4) 生物學上的贊同性：即以對該疫苗機轉之理論及知識的理解，判斷特定反應之出現是否可能；(5) 其他可能解釋；(6) 該疫苗先前曾產生相似反應之證據。而 2005 年美國聯邦巡迴上訴法院也揭示三個要點：(1) 疫苗接種與損害之間存在醫學理論上的因果關係，即有醫學理論支持；(2) 接種疫苗與原告傷害之結果有邏輯上因果關係；(3) 接種疫苗與原告傷害間需有近因時間因果關係。

我國在 1988 年參考歐美等先進國家制度，成立預防接種受害救濟基金，隔年召開第一次預防接種諮詢小組會議，1992 年設置獨立審議小組稱之為預防接種受害救濟審議委員會 (VICP)。設立預防接種受害救濟基金的宗旨有二：(1) 民眾若有因預防接種而致死亡、身心障礙或嚴重疾病等傷害時，能經由專業審議，快速獲得合理的救濟；(2) 消除民眾對預防接種導致嚴重副作用之疑慮，釐清疫苗的安全性，提昇預防接種率。預防接種受害救濟審議小組目前設置委員 21 人，包括醫療、衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士。任務為：(1) 預防接種受害救濟事項之審議；(2) 預防接種受害原因之鑑定；(3) 預防接種受害救濟給付金額之審定；(4) 其他預防接種受害相關事項之審議。

當發生懷疑因預防接種而受害時，受害人或其法定繼承人可向「接種地」衛生主管機

關提出申請，而非戶籍地主管機關。接種地主管機關受理申請後，應於七天內就預防接種受害情形進行調查，並將調查結果填入「預防接種受害調查表」，連同申請書及相關證明資料，送請疾病管制署。再由目前的委辦單位國家生技醫療產業策進會準備審議資料，於疾病管制署召開審議會。由審議委員根據資料評估關聯性，審議結果分為(1)與疫苗相關；(2)無法排除關聯性；(3)與疫苗無關。再依照受害程度與關聯性決定救濟金額，並由接種地衛生主管機關通知當事人審議結果和撥付救濟金。當發生懷疑預防接種導致受害情形時，第一線的醫護人員應詳填「流感疫苗接種嚴重疫苗不良事件通報單」(<http://www.instrument.org.tw/archive/10306160010-2.pdf>)，立即通報衛生局或全國藥物不良反應通報中心(ADR)，由主管機關協助病患及家屬辦理後續行政程序。填寫時，常發生在填寫「流感疫苗接種不良事件通報單」中欄位 13(不良事件結果)判定類別(1-7)時，將紅疹、腫及輕微發燒等屬於第(7)類非嚴重不良反應，誤判為第(6)類其他嚴重不良反應，請稍加注意；之後療院所還會被要求需將相關病歷資料影印給主管機關。這個制度一方面對預防接種受害的民眾給予救濟，保障其權益；另一方面也給予第一線施行預防接種的醫療人員後盾，減少被求償的困擾。

► 流感疫苗的副作用

流感疫苗產生副作用的比例其實並不高，但是因為施打的人多，加上過去一些負面新聞的影響，所以是申請預防接種受害救濟案件數最多的疫苗。最常見的副作用為注射部位酸痛感及輕微發燒，通常發生於注射後 6 至 24 小時。發燒在小於 2 歲的幼兒，大約占 10 至 35%。另外輕微的全身症狀如噁心、嗜睡、頭痛、肌肉痛及畏寒偶而發生，13 歲以上的兒童有 10% 會有局部注射部位紅腫，一般會在發生後 1-2 天內自然恢復。嚴重的副作用之立即型過敏反應，甚至過敏性休克等不適情況(臨床表現包括呼吸困難、聲音沙啞、氣喘、眼睛或嘴唇腫脹、頭昏、心跳加速等)極少發生，若不幸發生，通常於接種後幾分鐘至幾小時內即出現症狀，所以建議施打疫苗後休息一下，觀察 30 分鐘再離開。曾被零星報告過之不良事件包括神經系統症狀(如：臂神經叢炎、顏面神經麻痺、熱痙攣、腦脊髓炎、Guillain-Barré 症候群等)和血液系統症狀(如：暫時性血小板低下)等，不過許多因果關係仍未完全確立。

流感疫苗在製作過程中是利用雞蛋培養病毒，再萃取製成疫苗，故雞蛋過敏成為重要議題之一。雞蛋過敏大部分開始於年齡 6 個月大以後，初發平均年齡是 10 個月，發生率大

約大約 0.5 ~ 2.5%。對雞蛋過敏的兒童，18 歲以前 80 ~ 95% 都會發展出耐受性，不再有问题。雞蛋過敏的反應大多發生在接觸後 30 分鐘內，最常見的症狀是皮膚出疹與搔癢，最擔心的立即型過敏反應鮮少發生。即使蛋白 IgE 陽性的兒童，每天吃含有 1.5 克雞蛋成分以下的蛋糕，93% 不會出現症狀。隨著技術進步，流感疫苗所含雞蛋蛋白已經非常的稀少，引起過敏性休克的機率極微，對於曾因吃蛋發生蕁麻疹症狀者，仍可由合格且熟悉處理過敏症狀的醫事人員提供接種，並於接種後觀察 30 分鐘，無不適症狀再離開。流感疫苗的絕對接種禁忌是對雞蛋蛋白有嚴重、全身性或致命性的過敏；也就是對「蛋」的蛋白質有嚴重過敏者，如曾因吃蛋產生血管神經性水腫、呼吸困難、胸悶或反覆嘔吐等症狀，甚至曾使用腎上腺素或其他緊急醫療處置者，尤其是立即或在很短的時間（幾分鐘到幾小時）內發生症狀者，因很有可能因再次暴露蛋的蛋白質後產生嚴重的全身性或過敏性反應，這些人才建議不予接種。

流感疫苗過去常被提到的另一個是含汞問題，其實會造成神經或腎臟毒性的是甲基汞，與有些疫苗為了減少細菌汙染而添加的 (thiomersal) 是不一樣的，後者沒這些毒性問題存在，只不過因都是「汞」類，而被不當炒作。也曾被質疑與自閉症有關，但追蹤結果發現改用不含汞為添加劑的疫苗後，自閉症發生率反而上升；當然不是說含汞疫苗有助於減少自閉症，而是更多家長和醫師知道有自閉症這回事去注意它，提高了診斷率，但在怎麼說也應把疫苗的關聯性撇清了。更何況目前國內使用於兒童的流感疫苗是都不含乙基汞成分。

學理上疫苗會誘發免疫反應，有可能導致自體免疫反應而傷及自身的組織器官，這當中尤其擔心會不會導致神經病變。顏面神經麻痺算是較常碰上的相關疾病，針對此經過國內外不少大規模的研究評估，結論為不具關聯性，因此雖然之前在大規模研究報告尚未揭曉前，會給予接種流感疫苗後發生顏面神經麻痺患者醫療補助，但是現在已不再給予。

2009 年底至 2010 年初因為新型 H1N1 流感全球大流行事件，製造了單獨只含針對該流行的 H1N1 流感病毒疫苗，疫苗成效很好，卻因誤會加上媒體宣染，使得通報預防接種受害救濟的人數暴增。事後回顧這些通報案件，發現以持續性心因性疾病最多，佔了一成多，其次為流產與其他胎兒異常、蕁麻疹等皮膚反應、顏面神經麻痺、腦中風、暫時性心因性疾病、敗血症、血小板低下症等，並未發現嚴重立即型過敏案件。心因性疾病包括表現出暈針，這是將打針的畏懼感轉化成身體症狀，而有暈眩、臉色嘴唇發白、站不穩等現象，大多發

生於青少年，有時甚至會有集體性暈針現象。暫時性心因性疾病以頭暈等輕微症狀為表現，通常於 1-2 天內恢復；但有些持續性心因性疾病會以運動性的歇斯底里症狀表現持續較久，但在數月內會恢復正常，只是可能又因其他事件而誘發發作。這些心因性事件不屬於預防接種受害救濟的救濟範圍。該年度因流感疫苗通報申請受害救濟審議的案件超過四百六十件，但最後只有三件判斷為相關且症狀不嚴重，將近五十件死亡案例，經詳細審議後，結果均與疫苗無關。

孕婦以往被認為要避免施打疫苗，主要原因是有些活性疫苗，像是麻疹、腮腺炎、德國麻疹、水痘等疫苗，懷孕期施打可能會引起胎兒先天性感染，因而懷孕被列為這些疫苗施打的禁忌。但是非活性疫苗就沒此顧慮，但又會被擔心是否會增加流產、死產或先天異常的機率。學理上若施打某種疫苗能減少在懷孕期間得到該疫苗要防範的傳染病風險，或是讓孕婦產生該種抗體後經由胎盤給予新生兒，對母體和新生兒都有利。只不過許多人還是覺得多一事不如少一事，萬一施打後發生什麼事，就算不是疫苗相關，也可能被牽累而徒增困擾。近年來更多的資料讓大家對於懷孕施打疫苗有了更多的認識，也逐漸改變了看法。就流感疫苗而言，孕婦不單是建議接種，甚至是優先接種對象。台灣自己的研究發現，在 2009~2010 年接種 H1N1 流感疫苗的 14,474 名孕婦，自然流產發生率為 2.3%，未接種疫苗的自然流產發生率則為 12.8%。孕婦於懷孕 14 週內接種流感疫苗，能降低新生兒低出生體重和先天畸型的機會；懷孕大於 14 週後接種者，與死產、早產、新生兒低出生體重的降低，具有統計學上關連性。其他國家的研究也得到類似的結果，也因此現在大力鼓吹要給孕婦施打流感疫苗來保護珍貴的孕婦和嬰兒。

➤ 結語

自 102 年 10 月 1 日至 104 年 8 月 31 日止，公費流感疫苗總接種數為 5,752,138 劑，共通報 205 件不良事件，期間申請預防接種受害救濟之案件僅 28 件。經預防接種受害救濟審議小組審定結果與流感疫苗相關之案件僅 2 件，發生率約為 0.03/ 每十萬人。而此 2 件相關案件個案之症狀皆為接種部位紅腫痛此種非嚴重不良事件；就算有遺漏通報，真正因為疫苗造成嚴重傷害的機會應是微乎其微。反觀去年底至今年初發生了上百位因流感致死的案例；這些數據希望大家能用來當做理性權衡是否施打流感疫苗時的重要依據。

➤ 參考資料

1. Chiu PJ, Chen CH, Chih YC. *Vaccine*. 2013 Jan 11;31(4):632-8.
2. Liu JC, Hsu YP, Kao PF, Hao WR, Liu SH, Lin CF, Sung LC, Wu SY. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Mar;95(9):e2868.
3. Su FH, Huang YL, Sung FC, Su CT, Hsu WH, Chang SN, Yeh CC. *Vaccine*. 2016 Jan 2;34(1):120-7.
4. Lin SY, Wu ET, Lin CH, Shyu MK, Lee CN. *PLoS One*. 2013 Jun 6;8(6):e62983.
5. Huang WT, Yang HW, Liao TL, Wu WJ, Yang SE, Chih YC, Chuang JH. *PLoS One*. 2013;8(3):e58827.
6. Wang IK, Lin CL, Chang YC, Lin PC, Liang CC, Liu YL, Chang CT, Yen TH, Huang CC, Sung FC. *Vaccine*. 2013 Jan 11;31(4):718-24.
7. Huang WT, Chen WC, Teng HJ, Huang WI, Huang YW, Hsu CW, Chuang JH. *PLoS One*. 2011;6(8):e23049.

編 後 語

陳信孚

本期會訊內容提供許多重要資訊與知識。其中有關流感疫苗施打與接種不良事件之因應程序，會員們有初步瞭解會更能於必要時自己或協助他人處理相關事件。尤其是我們的孕婦許多會選擇注射，因此也有利於衛教之用，請會員們詳加閱讀。

這次會訊，台南郭綜合醫院李耀泰醫師再度提供兩篇婦產科同仁有關的醫療執業重要議題，對於學員們的再教育確實有所助益，我們特別感謝作者群：李耀泰、陳福民與郭宗正院長的努力貢獻。

多年來婦產科學會已經是非常成熟上軌道且成功的學會，許多新的創舉，包括博物館的營運，以及會員的權益的爭取，包括給付的增加，健保審查方式的改進…等等，以及會員健康與娛樂的促進，在何理事長領導之下，也都適當照顧到了，相信未來在會員們更積極參與、貢獻之下，婦產科會是一個更為向上提升的態勢。也祝福學會此次選舉能順利圓滿成功，選出最好的人選，來服務學會。

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

◎ 238 通訊繼續教育答案◎

題目：邊緣性卵巢癌的復發率
和死亡率

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
160904-1	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)	09 月 04 日 14 時 00 分	09 月 04 日 18 時 00 分	B	2 分
160904-2	不孕症新知分享	成大醫院婦產部	台南大億麗緻酒店 5 樓常紅廳	09 月 04 日 17 時 00 分	09 月 04 日 21 時 00 分	B	4 分
160907-1	Ovarian reserve and endometriosis	林新醫療社團法人林新醫院	林新醫院 B 棟 13F 國際會議廳	09 月 07 日 13 時 00 分	09 月 07 日 14 時 00 分	B	1 分
160910-2	105 年母乳哺育種子講師專業知能進階課程 (南區)	台灣母乳哺育聯合學會	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	09 月 10 日 08 時 00 分	09 月 11 日 17 時 30 分	B	5 分
160910-1	乳房超音波診斷教育訓練課程高級班	中華民國醫用超音波學會	台大景福館一樓會議室	09 月 10 日 09 時 00 分	09 月 10 日 16 時 20 分	B	2 分
160911-1	北區子宮鏡研討會	台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會	林口長庚醫院兒童大樓 K 棟 12 樓 - 第三會議室	09 月 11 日 09 時 30 分	09 月 11 日 15 時 10 分	B	3 分
160911-2	桃園市醫師公會學術演講	桃園市醫師公會	本會會議室。(桃園市桃園區江南一街 13 號)	09 月 11 日 13 時 00 分	09 月 11 日 17 時 00 分	B	1 分
160914-1	105 年度兒少保護暨性侵害驗傷採證專業教育訓練	中國醫藥大學附設醫院、中國醫藥大學兒童醫院	中國醫藥大學立夫教學大樓 B1 國際會議廳	09 月 14 日 08 時 30 分	09 月 14 日 17 時 00 分	B	1 分
160914-2	子宮頸癌疫苗預防新趨勢	佑民醫療社團法人佑民醫院	南投縣草屯鎮太平路一段 200 號婦幼大樓九樓視聽教室	09 月 14 日 12 時 30 分	09 月 14 日 14 時 00 分	B	1 分
160920-1	105 年母乳哺育種子講師專業知能進階課程 (北區)	台灣母乳哺育聯合學會	臺北市北投區健康服務中心	09 月 20 日 08 時 00 分	09 月 21 日 17 時 30 分	B	5 分
160925-1	105 年度會員大會暨學術研討會	台灣尿失禁防治協會	台大醫學院一樓講堂	09 月 25 日 09 時 00 分	09 月 25 日 17 時 00 分	B	3 分
161002-1	Symposium on Placenta accreta (abnormally invasive placenta; AIP) and PPH – aiming precise diagnosis	婦產科醫學會 / 周產期醫學會	台大兒童醫院 B1 講堂	10 月 02 日 08 時 30 分	10 月 02 日 16 時 45 分	A	1 分
161004-1	105 年母乳哺育種子講師專業知能進階課程 (中區)	台灣母乳哺育聯合學會	彰化基督教醫院	10 月 04 日 08 時 00 分	10 月 05 日 17 時 30 分	B	5 分
161008-1	第八屆台兒胎兒醫學工作坊	台兒診所、臺北榮民總醫院放射線部	集思大會議中心蘇格拉底廳 (台北市羅斯福路 4 段 85 號 B1)	10 月 08 日 08 時 00 分	10 月 09 日 17 時 00 分	B	5 分
161010-1	第三屆台兒訓練所暨神奈川胎兒超音波研究會聯合胎兒心臟超音波節檢研討會	台兒訓練所	彰化縣員林市萬年路三段 381 號 2 樓 陽光室	10 月 10 日 09 時 00 分	10 月 10 日 17 時 00 分	B	5 分
161016-1	2016 年營養醫學國際研討會 - 營養介入對腫瘤及相關疾病治療的最新突破	台灣營養醫學推廣協會	台北市大安區新生南路三段 30 號 (台北市公務人力發展中心 2F 卓越堂)	10 月 16 日 08 時 30 分	10 月 16 日 17 時 00 分	B	1 分
161023-1	2016 繼續教育訓練課程 (二)【台北場】	台灣更年期醫學會	台大兒童醫院 B1 視聽講堂	10 月 23 日 08 時 30 分	10 月 23 日 12 時 20 分	B	2 分
161030-1	2016 繼續教育訓練課程 (二)【台中場】	台灣更年期醫學會	中山醫學大學正心樓 0321 教室	10 月 30 日 08 時 30 分	10 月 30 日 12 時 20 分	B	2 分
161104-1	2016 亞太婦產科內視鏡暨微創治療醫學會第 17 屆學術年會及台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會年會暨會員大會 (2016 APAGE & TAMIG Annual Congress)	亞太婦產科內視鏡暨微創治療醫學會、台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會、台灣婦產科醫學會	台北國際會議中心 (110 台北市信義區信義路五段 1 號)	11 月 04 日 08 時 30 分	11 月 06 日 16 時 00 分	A	5 分
161113-1	2016 繼續教育訓練課程 (二)【高雄場】	台灣更年期醫學會	高雄長庚醫院國際會議藍廳	11 月 13 日 08 時 30 分	11 月 13 日 12 時 20 分	B	2 分
161120-1	2016 繼續教育訓練課程 (二)【台南場】	台灣更年期醫學會	奇美醫院國際會議廳	11 月 20 日 08 時 30 分	11 月 20 日 12 時 20 分	B	2 分
161123-1	婦癌的診斷和治療	中山醫療社團法人中山醫院	臺北市仁愛路四段 112 巷 11 號會議室	11 月 23 日 13 時 00 分	11 月 23 日 14 時 00 分	B	1 分
161201-1	亞太周產期醫學會 (19th Congress of the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies)	台灣婦產科醫學會	台北國際會議中心	12 月 01 日 08 時 00 分	12 月 04 日 16 時 00 分	A	5 分
161221-1	胚胎基因遺傳診斷	中山醫療社團法人中山醫院	臺北市仁愛路四段 112 巷 11 號會議室	12 月 21 日 13 時 00 分	12 月 21 日 14 時 00 分	B	1 分



2016 APAGE & TAMIG Annual Congress

17th Asia-Pacific Association for Gynecologic Endoscopy
and Minimally Invasive Therapy Annual Congress
in conjunction with 2016 Taiwan Association for
Minimally Invasive Gynecology Annual Meeting

CONFERENCE DATE

PRE-CONGRESS WORKSHOPS

October 31 – November 3, 2016

ANNUAL CONGRESS

November 4 – November 6, 2016

2016
November 4-6
Welcome **TAIWAN**
TO **TAIPEI**

Taipei International
Convention Center

www.apage2016.tw





Bio-Oil®百洛®在全球17個國家的撫紋、抗痕類護膚產品銷售第一名*，具有專業調理肌膚配方，可改善肌膚瑕疵、細紋，並淨白肌膚。富含多種天然油脂、維生素及突破性的獨特配方成分PurCellin Oil™沛希靈。欲索取更進一步的產品資訊及研究結果，請上官網www.bio-oil.com。建議售價：NT\$425(60ml)。