

台 灣

婦產科醫學會會訊



發行日期：2017年1月243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：obsyntw@seed.net.tw

發 行 人：郭宗正

秘 書 長：黃閔照

編 輯：會訊編輯委員會

召 集 委 員：吳孟興

副召集委員：李耀泰

委 員：王三郎 趙宗冠 陳建銘 周輝政

陳信孚 王鵬惠 龍震宇 張廷禎

賴宗炫 何彥秉 易瑜嶠 崔冠濠

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



2017年1月11日，邱泰源委員理事長，承婦產科醫學會陳情，其郭宗正理事長、秘書長黃閱照、黃文助監事與衛福部食藥署官員，就事後避孕藥轉列為非處方用藥事研議；事後避孕藥為荷爾蒙製劑，臨床上服用易有頭痛、腹痛、噁心、暈眩、乳房觸漲痛甚至不正常出血等副作用，婦產科醫學會強烈認為不宜轉列為非處方用藥，學會並建議食藥署諮詢委員，宜由婦產科醫學會推任，以維護婦女健康與安全。

封面介紹



午后時光

在光線溫柔的咖啡廳裡，享受著片刻寧靜，一口蛋糕一口茶，愉悅的心情彷彿輕快而明亮的旋律，優美至極。

作者：郭宗正

服務單位：台南郭綜合醫院

創作年代：2016年

尺寸：56x76cm

素材：紙、水彩

台灣婦產科醫學會 243 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／郭宗正

06 秘書長的話 | 文／黃閔照

12 秘書處公告

12 台灣婦產科醫學會第 21 屆第 1 次健保政策委員會會議紀錄

19 衛生福利部疾病管制署 函

針對「依規定時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗原及表面抗體陰性者」，請貴會惠予協助轉知會員依循衛生福利部傳染病防治諮詢預防種組（ACIP）之建議措施辦理追加接種，請查照。

20 106 年度台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會 活動須知

21 106 年度台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會 晚宴報名表

22 台北國賓大飯店婦產科醫學會訂房表格

23 圓山大飯店婦產科醫學會訂房表格

24 通訊繼續教育

如何處理婦癌病患接受 bevacizumab 治療時的不良反應

| 文／王功亮、周宏學、周振陽、葉聯舜、鄭文芳、劉復興、顏明賢

37 會員園地

37 子宮頸神經內分泌小細胞癌之臨床所見 | 文／江宜平 鐘坤井

46 手術後喝咖啡可減少手術後腸阻塞 | 文／李耀泰 陳福民 周松男 郭宗正

49 編後語 | 文／陳建銘

51 活動消息

理事長的話

郭宗正

首先恭賀台灣婦產科醫學會院士、理監事、會員代表及所有會員新春愉快！

106 年 1 月份理事長的話，我想繼續分成兩部份與大家分享，分別為學會工作報告及個人自我介紹。

Part I

近日學會有三個主要的會務：

1. 衛福部食藥署預計將事後避孕藥列為非處方用藥(OTC)，任何 17 歲以上的婦女均可在藥局自由購買，為此事我與黃閔照秘書長及黃文助監事至立法院拜會邱泰源立法委員，邱委員同時邀請了食藥署官員一同討論。對此，我們向食藥署反應，此案事先並未知會及諮詢婦產科醫學會，冒然開放將有其濫用的危險性，希望食藥署能撤回此案。
2. 婦產科的超音波給付相當低(婦科超音波 450 點、產科超音波 550 點)，而內科超音波則高達 882 點，非常的不公平。為此，我與謝卿宏院士至中央健康保險署參與健保給付專家諮詢會議，會中大多數委員贊同學會以「陰道超音波」的新項目重新申請給付較高的點數，但後續仍有層層關卡，我們會持續努力。
3. 台灣醫院協會於去年年底得標 106 年醫院審查業務，並於 1 月 13 日召開各學會的共識會，會中醫協執委會要求已參與具名的 6 個學會放棄具名審查，本會健保委員會詹德富召集人與本人對於醫協的作法存有疑慮，目前尚在溝通中。

Part II

目前學會的會員編號已至 3404 號，其中活動會員有 2635 名，身為理事長的我非常想認識每一位會員，也想藉由會訊向各位報告我的履歷及近況。

本人生於民國 45 年，台南市人，國中三年級時奉父母之命遠至日本求學，在東京以插班方式進入某私立高中就讀，三年後很幸運地考上慶應大學醫學部，畢業後順利取得博士學位，並服務於東京癌症中心，民國 76 年再赴美國約翰霍普金斯大學專攻生殖內分泌學。民國 79 年回國後在台南父親創辦的醫院擔任主治醫師，同時也在高雄醫學大學任教，38 歲時榮幸取得教育部部定教授，民國 89 年接任醫院院長至今。

本人擔任學會的主要職務：

第 13 屆常務理事 (民國 85-87 年)
第 15 屆常務理事 (民國 89-91 年)
第 17 屆監事長 (民國 93-96 年)
第 19 屆副理事長 (民國 99-102 年)
第 21 屆理事長 (民國 105-)

本人目前擔任的主要職務：

中華民國醫師公會全聯會常務理事
台南市醫師公會常務理事
中華民國區域醫院協會常務理事
衛福部健保署醫院總額會議代表
醫策會常務評鑑委員
台南郭綜合醫院院長

本人自小喜歡畫畫，在小學時期曾得過世界兒童繪畫比賽 1 金 2 銅的成績，近五年 4 次獲得法國藝術家沙龍的榮耀，目前擔任台灣三大水彩畫會之理監事。希望我的簡介能讓會員們更瞭解我。

最後，恭喜本會蘇聰賢院士於民國 106 年 1 月榮任新竹馬偕紀念醫院院長，這亦是台灣婦產界的一大喜事。

106.01.20

秘書長的話

黃閔照

金雞年，祝福大家吉祥如意，無限生「機」。

學會努力推動具名審查制度，也配合衛福部、健保署建立審查專家委員，過去醫院醫療服務之專業審查作業由健保署自行負責，今年改由台灣醫院協會承接業務，不料台灣醫院協會恐因具名審查造成核刪比例下降，影響醫院浮動點值，於1月13日召開會議要求各學會配合退出具名審查制度，並威脅如果堅持具名審查的科別，將來要採百分之百全審。理事長及詹德富召集人出席表示反對醫院協會決議。醫院協會標下審查業務，不代表就可以凌駕健保署政策，我也立即跟健保署李伯璋署長聯絡，署長也認為醫院協會作法不妥，甚至不排除廢標（附件），隔日醫院協會也發表「醫院院長們的擔憂」一文。我們瞭解醫院經營者在意的是浮動點值對醫院營收的衝擊，但醫師是最重要的醫療照護提供者，隨著一例一休及未來受雇醫師納入勞基法，醫師、醫院、政府、民眾四邊關係更形重要。如何保障合理醫師費及工時，不被醫院剝削，也是學會會去努力為會員爭取的，過去健保署投入大量資金，要改善急重難給付，如調高醫師診察費，RVRBS新點值，但大多醫師均無感於點值的提升，健保署也無奈於無法干預醫院對醫師費的分配比例，望健保署能堅持方向，朝具名審查及保障醫師費的方向努力。

1月11日理事長與謝卿宏院士代表學會到健保署專家委員會爭取陰道超音波檢查，並建議費用為882點，會中大多專家委員都能認同婦產科醫學會提案：建議修正內容後，提交支付標準協定會議。過去婦科超音波為450點從未調整過，而陰道超音波所需成本空間及檢查時間均較傳統經腹部超音波高，準確度可提升甚多，也希望此一提案將來能獲得大家的共識，提升檢查精確性，並改善現今給付不足現象，其他提案如器械生產費用，也謝謝周天給醫師提供成本分析。

1月11日下午，理事長、黃文助監事和我也特別拜訪邱泰源理事長與食藥署針對事後避孕藥是否納入非處方一藥一案進行討論，學會針對非經過學會專家意見之流程進行

質疑，加上此藥有一定風險失敗，但有相當比例病人服用有出血、頭痛之症狀，其中開放 17 歲以上可自行購買，更有違反現今法律之虞，食藥署同意帶回討論，也謝謝全聯會邱泰源理事長及趙堅副秘書長全程參與討論。

健保署為改善分級醫療，將訂定醫院初級照護比例上限，過去的確因為就醫的方便性，以致病人輕症重看，連帶壓縮醫院處理重症的能力，不過斷頭式的處罰又嫌過當，謝謝王鵬惠常務理事代表學會出席，爭取合理的初級照護定義，學會也特別請教多家醫院主任們，希望訂出相關婦產科合理分級照護制度。日常與醫事司及醫策會共同討論生產事故通報及重大生產事故認定事宜，因生產事故通報有罰則，再加上許多傷害並無法在第一時間確認，故建議採正面表列方式，如產婦重大傷害、死亡、子宮切除、羊水栓塞、中風、子宮破裂等，胎死腹中及新生兒死亡重大傷害、骨折、神經受損，改採 28 週以上才通報，以下降不必要之小週數併發症通報行政作業，將來由衛福部公告後實施。

2 月 19 日將分別在台北、桃園、新竹、台中、台南、高雄、花蓮等 7 個地區同時舉行急診轉診病例報告。12 月 26 日緊急醫療分級評定修正會議，我也建議婦產科在轉入轉出制度後加上鼓勵轉診醫療機構間宜訂立合作計畫，建立地區轉診網絡系統，希望各區會員能就近參加研討會。

年會將近，此次將召開亞太婦產科地區會議，台日韓聯合研討會及台日韓年輕醫師交流，希望各位會員不管在醫院或基層，3 月 18、19 日能踴躍參加，各醫院主任們也能讓住院醫師參加學會活動。

再次祝福所有的會員及家屬

新春快樂！

附件：

健保具名核刪擬取消？健保署長李伯璋駁斥

2017-01-14 17:48 聯合報 記者江慧珺／即時報導

健保公開具名審查去年 10 月起於 6 大科試辦，核刪率卻大幅下滑，健保點值恐再稀釋。台灣醫院協會今年承辦醫院醫療專業審查，主張取消公開具名核刪制度，回歸醫療專業，但此說法遭健保署長李伯璋駁斥，若該會不配合政策，不排除廢標。

為防醫療院所浮濫申報健保費，過去多由各科資深醫師負責審查核刪，但因不具名頻遭醫界質疑「黑箱」，衛福部健保署去年 10 月起婦產科、兒科、眼科、耳鼻喉科、神經科與精神科 6 科先行試辦具名審查。

台灣醫院協會理事長楊漢 說，具名審查的科別，擔任審查委員的意願大幅降低，還可能受到言語威脅，甚至直接放水通過，此外核刪率降低從 4.5% 下滑到 0.7%，其他非具名的科別也因寒蟬效應，核刪率從 5.9% 降到 1.7%，整體具名公開審查核刪率減少 56.8%，讓申報點數成長 6.29%，表示點值被稀釋。

楊漢 說，部分施行具名審查的科別也反悔，希望回復不具名審查，回歸醫療專業，先前該會執行會委員一致決議，希望能停止公開劇名審查制度。另針對費用核扣部份，共識維持立意及隨機抽樣，其立意抽樣不予回推，費用部份按健保分科後費用類別回推。

對此，李伯璋說，衛福部長林奏延已指示具名核刪的政策方向，今年由醫院協會得標醫院醫療專業審查，但該會並非行政機關，發出聲明前並未與健保署討論，「憑什麼代替我們發言」，若不能配合政策，不排除廢標。

李伯璋說，健保改革不是一兩天能完成，目前公開具名審查僅試辦一季，未來趨勢還要再觀察，至於關於健保點值被稀釋的迷思，則必須改善整體醫療環境，減少不必要的浪費，才不會大家拼命衝量，卻是做很累領的錢很少。

李伯璋說，健保具名審查的政策方向會延續，泌尿科醫學會也有意加入，能藉此訂定行為準則，如某種抗生素用 5 天即可，卻開了 8 天的藥，就會被核刪，如此把關醫療品質、揪出害群之馬。

另針對放大核刪的部分，李伯璋說，確實有醫界反映放大核刪最高不超過4倍，恐有投機份子濫用，這部分則保留彈性調整空間，但核刪的比率不會無條件、無限制地放大。



台灣醫院協會 *Taiwan Hospital Association*

台北縣淡水鎮251中正東路二段29-5號25樓
25F, No.29-5, Section 2, Chong Cheng East Road, Danshui Township, Taipei County, 251, Taiwan.
Tel: 886-2-28083300 Fax: 886-2-28083304 Web: www.hatw.org.tw E-Mail: hatw@hatw.org.tw

Taiwan Hospital Association

過去十二年來，醫院醫療服務專業審查作業一直都是由健保署主導，直至今（2017）年的元月起始轉由台灣醫院協會承接。
台灣醫院協會承接醫院醫療專業審查的基本原則與態度為：以公平合理之審查，
維護醫療專業與醫師尊嚴。

本會主張：「立即停止執行醫院醫療服務公開具名審查作業」
對於去(105)年第二季實施的具名公開審查方式，從健保署提供的醫院總額核減現況，去（105）年第一及第二季在尚未執行具名公開審查時，公開具名與非公開具名之科別核減率大致為4.5%及5.9%，而到了第三季執行具名公開審查後，核減率立即由4.5%下滑到0.7%，而非具名公開的科別也在寒蟬效應下核減率由原5.9%降到1.7%，9月甚至是到0.3%及0.5%，又依健保署12月的報告顯示，具名公開審查核減率少了56.8%，讓申報點數成長了6.29%，表示點值稀釋了，這個結果與在實施前許多人預期結果相同。因此，健保署不得不立即檢討具名公開審查的制度是否可行？爰此去年12月重新公告新作法，對於具名公開審查設定調整的條件及雙審的可行範圍。這說明具名公開審查對於謹守醫療專業的醫師不公平，而形同鼓勵少數投機的醫師，失去專業審查的意義。

台灣醫院協會發出聲明表示，主張停止健保公開具名審查。圖 / 截取自台灣醫院協會網站

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 郭宗正

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃閔照

財務委員會召集人 陳信孚 敬上

台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

姓名	金額	日期	姓名	金額	日期
江茂橋	10,000	102年11月7日	李耀泰	3,500(增加)	103年11月21日
吳鳳昕	10,000	102年11月12日	謝造	1,000	104年2月12日
賴文福	50,000(增加)	102年11月29日	林綿	1,000	104年2月12日
黃甫彥	10,000	102年12月3日	陳得	1,000	104年2月12日
林耀庭	50,000	102年12月9日	謝春	1,000	104年2月12日
謝茂益	20,000	102年12月11日	卓淀	1,000	104年2月12日
謝鄭金枝	23,600	102年12月11日	周輝政	20,000	104年4月17日
鄭淑貞	20,000(增加)	102年12月17日	李耀泰	2,000(增加)	104年5月29日
徐宇瓊	5,000(增加)	102年12月31日	無名氏	10,000	104年6月05日
蕭倩如	10,000	103年1月6日	梁景忠	10,000	104年7月07日
林彥互	5,000	103年1月6日	陳建銘	1,220(增加)	104年8月27日
牟惟茜	5,000	103年1月6日	阮正雄	23,200	104年8月27日
鄭雅敏	50,000	103年1月14日	連瑞昌	1,469(增加)	104年12月7日
陳建銘(高雄)	5,000	103年2月12日	朱明星	6,500	104年12月7日
王鑄迪	10,000(增加)	103年4月22日	潘汪青花	3000(中華書法傳承學會)	104年12月25日
陳賢堂	5,000	103年5月7日	張鳳池	5,000	104年12月26日
李天俠	10,000(增加)	103年5月18日	楊婷喻	5,000	105年1月29日
陳建銘(新竹)	610(增加)	103年5月18日	陳文龍	1,000(增加)	105年2月3日
李耀泰	3,000(增加)	103年7月2日	陳子健	500	105年2月3日
王厚坤	10,000	103年7月8日	陳建銘	560(增加)	105年2月20日
楊誠嘉	10,000	103年7月25日	李耀泰	3,000(增加)	105年2月21日
張千惠	5,000	103年8月1日	賴文福	50,000(增加)	105年4月14日
郭敏哲	5,000	103年8月1日	陳忠義	20,000	105年5月5日
謝朝昌	5,000	103年8月7日	謝中川	10,000	105年5月6日
謝瓶	5,000	103年8月7日	陳昌平	20,000	105年6月23日
吳翠惠	10,000	103年10月28日	李耀泰	3,000(增加)	105年8月5日
麥袁綸	10,000	103年11月17日	葉文德	10,000(增加)	105年9月9日
賴文福	50,000(增加)	103年11月20日	郭宗正	100,000(增加)	105年11月15日
陳文瑩	20,000	103年11月20日	李耀泰	5000(增加)	105年12月23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

台灣婦產科醫學會第 21 屆第 1 次健保政策委員會會議紀錄

時 間：105 年 12 月 11 日（星期日）下午 3 點 30 分

地 點：學會會館

主 持 人：詹德富 召集人

出 席 者：召 集 人 詹德富

副召集人 顏明賢 賴文福

委 員 蘇榮茂 李建興 施英富 王孫斌 陳建銘 周天給 柯助伊 黃啟明

李煥照 呂維國 林燕青 洪秉坤 顏志峰 黃文助

請假人員：張紅淇 林嘉祈 吳宗城 張少萌 郭宗男 謝鵬輝 楊宗力 徐宇瓊 嚴孟祿

楊宜杰 黃昭彰 陳繼征 徐超群 何延慶 魏重耀 張宗進 王錦榮 蔡啟智

沈煌彬

列 席 者：郭宗正理事長 張維君監事長 黃閔照秘書長

記 錄：林家翎

壹、報告事項：

貳、討論事項

案由一：擬由健保政策委員會討論合理申報原則，給予審查醫師做為參考，讓會員們合理及安心申報。

說 明：1. 婦產科西醫基層，申報所佔總額逐年下降，從民國 93 至 104 年，由 7.13% 降至 4.4%。

2. 民國 104 年，基層婦產科醫師執業人數佔全國基層執業醫師整體之比率為 6.006%（1006/16749）但總額占率只有 4.4%。

3. 以中區健保分局基層診所各科申請之點數件數排比為例（附件一），其歸咎主要之原因為：

(1) 會員們不知如何申報。

(2) 懼於核刪不敢申報。

辦 法：擬定合理申報原則如下：

1. 以下三點建議不核刪。

- (1) 骨盆檢查 55021C $\leq 70\%$
 陰道灌洗 55011C $\leq 30\%$
- (2) 婦科超音波 19003C
 產科超音波 19010C 二項合計 $\leq 30\%$
- (3) 每個月申報 ≤ 50 萬點以下。

2. 擬定申報模式(附件二)請大家逐項討論之。

提案人：賴文福副召集人、李煥照委員

- 決議：1. 預定 106 年 1 月中旬召集各區審查醫師代表討論審查共識，並邀請健保政策委員會委員與會。
2. 請今日與會者針對申報模式(附件二)提供書面意見予秘書處，待彙整後於審查共識會議決議。
3. 為減少核刪問題請會員在書寫病歷時應完整呈現，並支持具名雙審查制度。

案由二：討論爭取產科急、重、難等案件點數之說帖。

說明：見附件三

提案人：秘書處

決議：以同時提升 DRG 點數為前提，交由秘書長與健保署研議。

案由三：由於基層婦產科的生產給付很久以來就改為一點一元，沒有浮動。但是醫院層級的自然產與剖腹產費用，仍然是浮動點值。大部分是 0.9 元，甚至是 0.8 元。

說明：醫院需要接受醫院評鑑且醫院層級之規模及人力遠超過診所數倍，但乘以點值後有可能比診所給付還低。

辦法：行文全聯會生產點值醫院比照診所為一點一元。

提案人：洪秉坤委員

決議：行文健保署、中華民國醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會等單位，爭取保障醫院層級之生產點值一點一元。

參、臨時動議

案由一：有關「全民健康保險醫療費用申報與核付醫療服務審查辦法」第 22 條之回推方式。

- 說明：1. 健保署於 105 年 10 月 20 日以健保審字第 1050012803 號函，預告修正「全民健康保險醫療費用申報與核付醫療服務審查辦法」第 22 條之回推方式。主要修正為凡經審查核減之醫療費用點數，除特定類別案件及逐案進程序審查之核減項目外，均另加計三倍核扣計算，取代現行「回推」之作法，併同刪除抽樣方式中有關隨機抽樣與立意抽樣之區分。
2. 預告後有其他單位提出意見表示，加計三倍核扣計算，取代現行「回推」之作法，恐將

稀釋健保總額點值，故擬請健保署重新研議。

3. 學會於 105 年 8 月 10 日以台婦醫會總字第 105114 號函行文健保署，隨機抽審案件之總核減點數為抽審案件核減點數的 4 倍回推。

辦法：為因應健保署重新研議「回推」之計算方式，建請同意秘書處以不超過 10 倍之「回推」計算原則與健保署研議。

提案人：秘書處

決議：通過。

肆、散會（下午 5 點）

附件一

中區健保分局基層診所各科申請之點數件數排比

P50 中區 健保分局	復健科	骨科	精神科	皮膚科	眼科	耳鼻喉科	小兒科	內科	家醫科	婦產科	外科
申請件數	1149	1544	1038	2831	1850	1841	1367	979	1020	833	867
申請點數 (萬)	155	124	111	95	93	81	66	60	57	54	53

附件二

建議申報模式，以下逐項討論之

No.	Dx.	申請項次	健保申請 (以扣除部分負擔)
1	子宮頸炎	55021C 55011C 55004C 骨盆檢查費 陰道灌洗 子宮頸出血藥物治療	344
2	月經過期	06505C 妊娠試驗（幾天可驗一次）	100
3	產檢	55021C 19010C 骨盆檢查費 產科超音波	785
4	子宮肌瘤 陰道炎	19003C 55021C 55011C 超音波（每個月一次） 骨盆檢查費 陰道灌洗	745
5	左側卵巢瘤	19003C 55021C 12077C 超音波 骨盆檢查費 CA-125（多久可抽一次？）	1085
6	乳房疾病	19014C 乳房超音波 （多久可做一次？）	768

No.	Dx.	申請項次		健保申請 (以扣除部分負擔)
7	泌尿道感染	55021C 55011C 06012C	骨盆檢查費 陰道灌洗 尿常規檢查(幾天可復檢?)	370
8	婦女子宮頸抹片採樣	33	子宮頸細胞病理檢驗 (預防保健)	採檢費(31)_230 病理檢驗(33)_200
9	子宮頸細胞化生不良 (抹片追蹤時程以抹片 病理報告為主)	55004C 55012C 55021C 55011C 15017C	子宮頸出血藥物治療 子宮頸抹片取樣 骨盆檢查費 陰道灌洗 婦科細胞檢查	949
10	子宮頸炎 (不限 30 歲)	55012C 55021C 55011C 55004C 15017C	子宮頸抹片取樣 骨盆檢查費 陰道灌洗 子宮頸出血藥物治療 婦科細胞檢查	669
11	抹片異常	55021C 55011C 81031C 25004C	骨盆檢查費 陰道灌洗 子宮內管刮除術 第四級外科病理	2648
12	子宮頸炎 (小切)	55021C 55011C 55001C 25004C	骨盆檢查費 陰道灌洗 宮頸切片 第四級外科病理	2466
13	子宮頸炎 (大切)	55021C 55011C 55001C 25004C	骨盆檢查費 陰道灌洗 宮頸切片 第四級外科病理	2466
14	子宮頸糜爛 陰道炎 陰唇炎	55007C 55021C 55011C 55004C	電或化學燒灼 骨盆檢查費 陰道灌洗 子宮頸出血藥物治療	574
15	子宮頸糜爛 陰道炎 陰唇炎	55003C 55021C 55011C	子宮頸冷凍或電燒手術 (多久可做一次?) 骨盆檢查費 陰道灌洗	966
16	子宮頸息肉	80207C 55004C 55021C 55011C 25004C	子宮頸息肉摘除手術 子宮頸出血藥物治療 骨盆檢查費 陰道灌洗 第四級外科病理	2685
17	巴氏腺膿瘍	79801C 55021C 55011C	膿腫引流 骨盆檢查費 陰道灌洗	3459

No.	Dx.	申請項次		健保申請 (以扣除部分負擔)
18	巴氏腺膿瘍	79802C 55021C 55011C	前庭大腺囊腫造袋術 骨盆檢查費 陰道灌洗	2839
19	巴氏腺膿瘍	79803C 55021C 55011C	巴氏腺囊切除術 骨盆檢查費 陰道灌洗	3072
20	尖形濕疣	51005C 55021C	單純皮膚電燒 骨盆檢查費	515
21	尖形濕疣	55008C 25004C 96004C 55004C 55021C 55011C 39004C	濕疣切除及電燒 第四級外科病理 靜脈或肌肉麻醉 子宮頸出血藥物治療 骨盆檢查費 陰道灌洗 大量點滴注射	5474
22	女陰之其他膿瘍	19601C 55021C 13007C 13020C	會陰膿腫切開 骨盆檢查費 細菌培養鑑定 抗生素敏感生	2580
23	多囊性卵巢瘤	55021C 19003C 09125C 09126C 09127C 09120C 09121C	骨盆檢查費 超音波 FSH LH E2 泌乳激素 睪丸酯醇 (以上檢查間隔時間多久)	1525
24	不排卵性月經異常	55021C 09127C 09125C 09126C 09120C	骨盆檢查費 E2 FSH LH 泌乳激素	925
25	子宮外孕 (異位妊娠)	55021C 12022C 19010C	骨盆檢查費 β -HCG (每隔二天) 產科超音波	1185
26	子宮內粘連	19003C 55018C 55021C 55011C	超音波 治療性子宮頸擴張術 骨盆檢查費 陰道灌洗	1228
27	子宮異常出血	55021C 19003C	骨盆檢查費 超音波	685

No.	Dx.	申請項次		健保申請 (以扣除部分負擔)
28	子宮異常出血 (1. 無麻醉 2. 適應證為何?)	55002C 25004C 19003C 55021C 55011C	子宮內膜切片 第四級外科病理 超音波 骨盆檢查費 陰道灌洗	3649
29	子宮異常出血	80401C 19003C 96004C 25004C 55021C 55011C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術(非產科) 超音波 靜脈或肌肉麻醉 第四級外科病理 骨盆檢查費 陰道灌洗	7488
30	子宮內胎兒死亡	81006C 19003C 96004C 25004C 55021C 55011C 39004C	妊娠前 12 週流產刮宮術 超音波 靜脈或肌肉麻醉 第四級外科病理 骨盆檢查費 陰道灌洗 大量點滴注射	8722
31	子宮內胎兒死亡	81007C 19003C 96004C 25004C 39004C	妊娠超過 12 週流產或死胎刮宮術 超音波 靜脈或肌肉麻醉 第四級外科病理 大量點滴注射	14006
32	更年期障礙	55021C 09127C 09125C 09126C 09120C 09025C 09026C	骨盆檢查費 E2 FSH LH 泌乳激素 GOT GPT (肝功能不好, 不適合口服型 HRT)	1025

附件三

一、近年因少子化及國人對接生要求之品質提昇，81017C 無妊娠併發症之陰道生產（包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等）其支付點數為 8902 點，自 95 年 5 月 1 日後並無調整相較日韓等國低，建議生產屬緊急醫療行為不可延遲，須比照急診加強 30% 應調整至 11572 點。

二、1034C 有妊娠併發症之陰道產自 102 年 1 月 1 日調整為 19999 點建議有妊娠併發症之定義為子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。應擴大至高危險妊娠，其定義比照高危險妊娠住院診察費適應症如下：

1. 妊娠二十二周至三十二周早產病患。
2. 四十歲（含）以上初產婦。
3. BMI \geq 35 之初產婦。
4. 嚴重妊娠高血壓。
5. 前置胎盤患者。
6. 多胞胎。
7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者（IUGR）或胎盤功能異常者。
8. 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病（NS,IgA,ESRD）、免疫性疾病（SLE）、血小板低下症。
9. 白血病。
10. 血友病（Coagulopathy）。
11. 愛滋病。
12. 產後大出血者。
13. 胎盤早期剝離。
14. 合併接受外科手術者。
15. 雙胞胎輸血症候群。

其中刪除 5、6 因點值另計。

三、器械生產為困難產程之執行，祇有較高之風險及併發症，器械生產為一般陰道生產之 1.3 倍，本會議計算成本為 4405 點，建議應增器械（含真空吸引及產鉗）加計費用 4405 點。

四、為鼓勵分級醫療，建議新增高危險妊娠孕婦轉診費用 4000 點，轉診之基層診所及受轉診之醫院均可申報，高危險妊娠孕婦轉診費用，以落實病人安全，惟病人轉診條件惟在該基層診所產檢大於 3 次以上，且一人一家診所僅可申報一次。

五、產後大出血轉診費用為建立產後大出血轉診醫療，凡接受產後出血之後送醫院者，可補申報 10000 點，惟該院須通過緊急醫療之急重症評鑑。

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 106 年 1 月 11 日

發文字號：疾管防字第 1051050201525 號

附件：B 型肝炎疫苗之追加接種相關說明及因應措施

主旨：針對「依規定時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗原及表面抗體陰性者」，請貴會惠予協助轉知會員依循衛生福利部傳染病防治諮詢預防種組（ACIP）之建議措施辦理追加接種，請查照。

說明：一、由於接種 B 型肝炎疫苗經過數年後，抗體力價可能降低致血清抗體無法檢出，但根據研究結果顯示，大多數人的細胞性免疫力並未消失，亦有部分研究顯示慢性帶原率並未增加，且近年來國內急性 B 型肝炎通報病例並無上升趨勢。基此，ACIP 針對旨揭對象之建議措施如下：

（一）若為 B 型肝炎感染高危險群（血液透析病人、器官移植病人、接受血液製劑治療者、免疫不全者；有多重性伴侶、注射藥癮者；同住者或性伴侶為帶原者；身心發展遲緩收容機構之住民與工作者；可能接觸血液之醫療衛生相關工作者…），可自費追加 1 劑 B 型肝炎疫苗。接種 1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性（ $< 10\text{mIU/ml}$ ），可以採「0-1-6 個月」之時程，接續完成第 2、3 劑疫苗。如經此補種仍無法產生抗體者，則無需再接種，但應採取預防 B 型肝炎感染相關措施，並定期追蹤 B 型肝炎表面抗原（HBsAg）之變化。

（二）若非 B 型肝炎感染高危險群，目前尚無需全面追加 1 劑 B 型肝炎疫苗。但若個案或家屬對此非常擔憂，可自費追加 1 劑。接種 1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性（ $< 10\text{mIU/ml}$ ），可諮詢醫學中心內科或兒科之消化科、感染科等相關專科醫師。

二、上開建議事項，本署前於 98 年至 102 年間數次函請地方政府衛生局及各醫學會轉知所屬及相關單位在案。惟至今仍有醫事機構於執行各類對象之健康檢查時，針對 B 型肝炎表面抗原及表面抗體檢測為陰性者，建議再追加接種 3 劑 B 型肝炎疫苗，與前述 ACIP 之建議不符，致衍生疑義。

三、因此，本署再次傳達正確之疫苗接種及防疫資訊，以減少民眾疑慮，同時避免醫療資源浪費。隨函檢附相關說明及因應措施 1 份（附件），以利醫療人員提供民眾正確衛教資訊與相關防治措施。

106 年度台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會

活動須知

☆學術研討會

時間：106 年 3 月 18～3 月 19 日（星期六、日）

地點：圓山大飯店（台北市中山北路四段一號）

繳費項目

106 年度常年會費：3,500 元（永久會員免繳此項）

106 年度年會報到費：2,000 元（65 歲以上免繳此項）

PS. 電腦系統將會記錄會員之繳費情形，若往年年費未繳清者，請先繳納往年年度的費用，再行繳交 106 年度之會費

依現場報到當日給收據

繳費方式

請盡量利用郵政劃撥事先繳費報名，以加速大會報到作業。

① 劃撥接受日期：106 年 1 月 1 日至 106 年 1 月 30 日。

並請於劃撥單備註欄註明各項繳費項目及會員編號。

② 根據衛生署規定，年會積分之取得需親自出席報到。

劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

☆午餐

106 年 3 月 18 日～3 月 19 日（星期六、星期日）的午餐，由大會免費招待

☆歡迎晚宴

時間：106 年 3 月 18 日（星期六）PM 6:30

地點：圓山飯店 V 樓敦睦廳

☆住宿

■圓山大飯店 標準單人房 3800 元、標準雙人房 4,300 元，均含早餐、含服務費。

☎TEL: 02-2886-1818 分機1520～1525 傳真: 02-2886-4974

➤ 請自行傳真訂房表訂房（台北市中山北路四段 1 號）

■國賓大飯店 單人房 4500 元、雙人房 4962 元，均含早餐、含服務費。

➤ ☎TEL: 02-25511111 傳真:02-25364814

➤ 請自行傳真訂房表訂房（台北市中山北路二段 63 號）

106 年度台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會

晚宴報名表

★歡迎晚宴

時間：106 年 3 月 18 日（星期六）PM 6:30

地點：圓山飯店 V 樓敦睦廳(台北市中山北路四段一號)

費用：會員及眷屬（限攜眷一人，15 歲以上）每人均 500 元，歡迎參加。
 (65 歲以上之會員免費招待)

報名方式：

欲參加者請於 **106 年 2 月 5 日**前報名，報名時請務必填寫下表，並附上劃撥回執收據傳真回學會。預計 400 名，額滿為止，屆時一律憑邀請卡入場（邀請卡於會前寄出），

未事先報名者謝絕入場。

學會電話:02-25684819

傳真:02-21001476

學會劃撥帳號:00037773

戶名:台灣婦產科醫學會

會員姓名		劃撥回執浮貼處
眷屬姓名		
會員編號		
電話		
傳真		
通訊地址		

共_____人



2017 TAOG Annual Congress

Hotel Reservation Form

Validity: Mar.16 ~ Mar. 21, 2017

To: The Ambassador Hotel Taipei
 Mr. Eason Lo, Sales Assistant Manager
 Tel: +886-2-2100-2100 Ext. 2819
 Fax: +886-2-2536-4814
 E-mail: eason.lo@ambassadorhotel-hotel.com

Date: _____

A. Guest Details (Please TYPE or PRINT Clearly in CAPITAL LETTERS)		
Salutation: <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Prof.		
Surname: _____		First Name: _____
Tel: _____		Fax: _____ E-mail: _____
Arrival Date (mm/dd): _____		Departure Date (mm/dd): _____
B. Room Type	Special Rates	Published Rate (TWD)
Superior Room	<input type="checkbox"/> NT\$ 4,500 NET (inclusive one daily breakfast)	NT\$9,200+10%+5%
Superior Room	<input type="checkbox"/> NT\$ 4,962 NET (inclusive two daily breakfasts)	NT\$9,700+10%+5%
Executive Room	<input type="checkbox"/> NT\$ 5,600 NET (inclusive one daily breakfast)	NT\$11,100+10%+5%
Executive Room	<input type="checkbox"/> NT\$ 6,293 NET (inclusive two daily breakfasts)	NT\$11,700+10%+5%
Benefits including: Free High Speed Internet, Free bottle of mineral water, Free use of fitness center. Welcome Fruit. Complimentary Laundry Voucher for staying over two nights.		
C. Airport Transportation (from Taoyuan or Songshan International Airport to the hotel)		
<input type="checkbox"/> Mercedes Benz (from Taoyuan NT\$1,890/trip/car; can take 1-3 persons); the number of persons: _____		
<input type="checkbox"/> Mercedes Benz (from Songshan NT\$1,260/trip/car; can take 1-3 persons); the number of persons: _____		
Arrival Flight No.: _____ Arrival Time: _____		
D. Payment Details		
Credit Card: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> Diners Club		
Card No : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Expiry Date: / (MM/YY)
Card Holder Name (printed): _____		Security Code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Authorized Signature: _____		Date: _____
NOTE: _____		
* Cancellation/No show: In case of no-show on the arrival date or cancellation within 48 hours of the arrival date, one night deposit will be charged.		
* Above listed rates are only applicable from Mar. 16 to Mar. 21, 2017.		
* Please fill this form out, fax or email back to us to make accommodation reservation. Kindly, return it by Mar. 10, 2017 to receive this special accommodation offer. The Ambassador Hotel Taipei will send a written confirmation upon receiving of this form. We look forward to serving you and please do not hesitate to contact us if you inquire further assistance.		



THE GRAND HOTEL
圓山大飯店

圓山大飯店住宿登記表格
台灣婦產科醫學會 106 年年會暨擴大學術研討會
2017 年 3 月 18~19 日

圓山大飯店提供台灣婦產科醫學會 106 年年會暨擴大學術研討會之與會貴賓訂房優惠價如下，敬請參閱所示；請填妥此訂房表格於 2 月 15 日傳真或 E-mail 至訂房部訂房。

台北圓山大飯店-訂房部

地址：台北市中山北路四段1號

電話：02.2886-1818 分機1520~1525

傳真：02.2886-4974

E-mail：reservations1@grand-hotel.org

網址：http://www.grand-hotel.org

A. 訂房者資料 (請清楚的用正楷字體或打字來填寫)		
稱謂： <input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 教授		
姓：_____ 名：_____		
地址：_____		
電話：_____ 傳真：_____		E-mail：_____
居住地：_____		生日(西元年/月/日)：_____
入住日期(西元年/月/日)：_____		
退房日期(西元年/月/日)：_____		
抵達時間：_____		班機號碼：_____
抵達時間：_____		班機號碼：_____
B. 房型	單人房	雙人房
標準客房(正館 2~9 樓，約 6~8 坪)	<input type="checkbox"/> NT\$3,800/每間/每晚	<input type="checkbox"/> NT\$ 4,300/每間/每晚
有景麒麟客房(麒麟廳，約 10~12 坪)	<input type="checkbox"/> NT\$4,500/每間/每晚	<input type="checkbox"/> NT\$ 5,000/每間/每晚
有景高級客房(正館 2~6 樓，約 10~14 坪)	<input type="checkbox"/> NT\$5,500/每間/每晚	<input type="checkbox"/> NT\$6,000/每間/每晚
菁英商務客房(正館 7~9 樓，約 10~14 坪)	<input type="checkbox"/> NT\$6,500/每間/每晚	<input type="checkbox"/> NT\$7,000/每間/每晚
*以上客房報價已含稅、含服務費、含早餐(單人房含 1 客早餐、雙人房含 2 客早餐)。		
*本飯店收到填妥之訂房表格後，您將會收到書面確認單以確認訂房。		
C. 接、送機服務及免費接駁車		
<input type="checkbox"/> Skoda (NT\$1,500/每輛/每趟；約 1~3 人，視行李多寡)		
<input type="checkbox"/> Mercedes Benz (NT\$2,400/每輛/每趟；約 1~3 人，視行李多寡)		
<input type="checkbox"/> Mini Van (NT\$2,200/每輛/每趟；約 4~6 人，視行李多寡)		
※圓山大飯店於捷運圓山站、劍潭站及大直站備有固定時間之免費接駁車，免費接駁車時刻表請參考圓山大飯店官網 http://www.grand-hotel.org/main/Article.aspx?a=100&lang=zh-TW 。		
D. 付款		
信用卡： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> Diners Club		
卡號： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		有效期限： / (月MM/年YY)
持卡人姓名：_____		信用卡背面後三碼：_____
簽名：_____		日期：_____
※未填寫信用卡資料，恕不接受訂房。已訂妥之房間若於 72 小時前取消、延期或變動，仍需支付圓山大飯店取消總房間數一晚之優惠房價，以彌補圓山大飯店之損失。		

通訊繼續教育

如何處理婦癌病患接受 bevacizumab 治療時的不良反應



王功亮¹、周宏學²、周振陽³、葉聯舜⁴、鄭文芳⁵、劉復興⁶、顏明賢⁷

¹ 台東馬偕醫院

² 林口長庚醫院

³ 台南成大醫院

⁴ 台中中國附醫

⁵ 臺大醫院

⁶ 彰化秀傳醫院

⁷ 台北榮民總醫院

Bevacizumab 於婦癌治療的角色

血管新生作用 (angiogenesis) 於實體腫瘤的生長、侵襲及轉移均扮演重要角色，癌細胞透過分泌人類血管內皮生長因子 A (vascular endothelial growth factor, VEGF-A)，刺激周遭血管形成以供給腫瘤養分和氧氣，讓腫瘤細胞能持續的成長和侵犯與轉移，而 VEGF-A 在卵巢癌和子宮頸癌同樣也是腫瘤形成與惡化的要素^[1]。Bevacizumab (商品名 Avastin® 癌思停®) 可選擇性結合人類血管內皮生長因子以抑制 VEGF 與位於內皮細胞表面上的受體 Flt-1 及 KDR 結合，進而降低腫瘤的血管新生，因而抑制腫瘤的生長^[2]。

▶▶ 卵巢癌

血管新生作用對卵巢癌的生長和轉移相當重要，bevacizumab 是首個進入第三期臨床試驗的標靶藥物^[3]。GOG-218 和 ICON7 可提供手術後第一線治療使用 bevacizumab 在治療上的角色，而 OCEANS 和 AURELIA 則是探討復發性卵巢癌病患使用 bevacizumab 的療效。

GOG 218^[4] 雙盲、安慰劑對照第三期臨床試驗納入 1,873 名第三、四期卵巢癌病患，隨機分配至三組：控制組 A (標準化療 carboplatin + paclitaxel)、試驗組加上 bevacizumab 15 mg/kg Q3W 治療 (B 5 個療程或 C 維持治療共 21 個療程)，試驗結果顯示 PFS 在維持治療組 C 長達 14.1 個月，比起控制組 A 顯著延長 3.8 個月，主要研究終點達標。

ICON 7^[5] 主要在歐洲執行的第三期臨床試驗納入 1,528 名第一到第四期的卵巢癌病患，隨機分配至兩組：控制組 (carboplatin + paclitaxel)，和試驗組加上 bevacizumab 7.5 mg/kg Q3W

長達 12 個療程，試驗結果顯示 PFS 在試驗組長達 19.0 個月，比起控制組顯著拉長約 2 個月（19.0 比 17.3 個月，風險比 0.85； $p = 0.004$ ）。

OCEANS^[6] 雙盲、隨機分組、安慰劑對照第三期臨床試驗納入 484 名首次卵巢癌復發在 6 個月後的病患，隨機分配至兩組：控制組（carboplatin + gemcitabine），以及試驗組加上 bevacizumab 15 mg/kg Q3W 持續治療直到疾病惡化為止。試驗結果顯示試驗組的 PFS 顯著延長 4 個月（12.4 比 8.4 個月，風險比 0.484； $p \leq 0.0001$ ）。

AURELIA^[7] 第三期臨床試驗納入對鉑金類藥物具抗藥性的復發性卵巢癌病患，也就是於 6 個月內惡化復發的病患，但排除病患在接受治療前曾發生過腸阻塞或已接受 3 次以上的化療療程治療者，不能進入試驗，所有的收案病患隨機分配至兩組：控制組化療（化療選擇包括 pegylated liposomal doxorubicin、weekly paclitaxel 或 topotecan）和試驗組則是化療藥物搭配上 bevacizumab 15 mg/kg Q3W 持續治療直到疾病惡化為止，試驗結果顯示 PFS 試驗組比起試驗組明顯改善許多（6.7 比 3.4 個月，風險比 0.48； $p \leq 0.001$ ），反應率顯著地高於控制組（27.3% 比 11.8%； $p = 0.001$ ）。

▶ 子宮頸癌

在第 IB 期子宮頸癌的研究發現，高度 VEGF 表現與惡質的腫瘤特性有關，包括深度的腫瘤侵襲、骨盆淋巴結轉移、治療失敗以及存活期短，可說明抑制 VEGF 可作為治療子宮頸癌的策略之一^[1]。

GOG 240^[8] 第三期臨床試驗選擇子宮頸癌病患的疾病表現呈現復發性、持續惡化性或遠端轉移性者皆可進入試驗，總共納入 452 位病患將之隨機分配至四組：兩組為標準化療（包括 cisplatin + paclitaxel 或 paclitaxel+topotecan 的化療組合），以及試驗組各併用 bevacizumab 15 mg/kg Q3W 兩組治療直到疾病惡化為止。研究結果顯示併用 bevacizumab 顯著延長 OS（17.0 個月 vs. 13.3 個月，死亡風險比 0.71； $p = 0.004$ ）且反應率明顯增加（48% vs. 36%； $p = 0.008$ ），分析研究發現不論病患年齡、體能狀態、病理型態、疾病狀態或先前是否使用過鉑類藥物，均能觀察到使用 bevacizumab 的治療效益，因此 US-FDA 在試驗結果發表後 6 個月即通過 bevacizumab 的使用適應症。

Bevacizumab 安全性報告，常見副作用仍以高血壓為主，而蛋白尿、栓塞事件和腸胃道穿孔機率低，其發生率與嚴重程度和其他實體腫瘤的相去不遠，而且未發現新的安全警訊，不影響病患的生活品質，後續的上市後調查亦證實此點^[1]。副作用的嚴重程度之定義詳見表二。

上述第三期臨床試驗陸續證實 bevacizumab 的療效（詳見表一），而 FDA 分別在 2014 和 2016 年間通過卵巢癌和子宮頸癌的適應症^[2]。然而，這不是 bevacizumab 的第一個許可適應症，在台灣自 2009 年開始已核發使用在轉移性大腸直腸癌、轉移性乳癌、晚期

非小細胞肺癌和神經膠母細胞瘤等實體腫瘤的適應症，而 bevacizumab 至今已累積許多的臨床經驗，對於常見不良反應及處理方式已有充份的了解^[9]。

本文回顧現有試驗報告、診療指引以及應用之臨床經驗，針對 bevacizumab 潛在不良反應和處理方式作簡單的介紹（表三），以提供婦癌科醫師在面臨病患治療時更多的標靶藥物資訊。

■ Bevacizumab 安全性介紹

Bevacizumab 抑制腫瘤周圍不正常血管增生，不良反應包括高血壓、蛋白尿、胃腸道穿孔、栓塞事件和鼻出血等，目前已知 bevacizumab 在婦癌的安全報告和其他實體腫瘤相去不遠，且沒有發現新的安全警訊。

▶▶ 高血壓

Bevacizumab 造成高血壓的機轉未明，目前已知 VEGF 會刺激內皮細胞生成 NO synthase，因此抑制住 VEGF 會間接減少 NO 的釋放，造成血管收縮而引發高血壓，此外也會影響腎臟 RAAS 路徑（renin-angiotensin-aldosterone system）而導致高血壓^[10,11]，因此高血壓為抑制 VEGF 藥品的共通不良反應。

Bevacizumab 引起的高血壓會發生在治療期間任何時間點，但多在接受 bevacizumab 治療後幾小時到幾天內血壓升高，而且對收縮壓的影響程度比起舒張壓大^[10,12]。臨床安全性資料的分析結果顯示 bevacizumab 治療所發生的高血壓與劑量有關，但直接比較 GOG218 和 ICON7 高血壓發生率未出現正相關的趨勢。

抑制 VEGF 引起的高血壓其確切的危險因子仍未知，但醫師可將病患的生活型態（年齡、高血壓病史、抽菸及高血脂）和家族病史等納入評估考量^[11]。BRiTE 研究 22% 病患於治療期間出現高血壓症狀，其中 68% 病患使用 1 種降血壓藥即可控制住，而再加上第 2 種降血壓藥可控制住 95% 病患，僅有 1% 病患因無法控制的高血壓而停藥^[13]。高血壓多於 Bevacizumab 停藥後回到正常值，因此需要適當地衛教病患^[2]。

▶▶ 處理方式

治療的重點在於維持足夠的 bevacizumab 治療劑量，且同時防範短期高血壓所造成的疾病風險。建議於給予 bevacizumab 治療前應評估病患的心血管風險、了解病患是否具高血壓病史，並適當地控制已存在之高血壓。給予治療後常規性監測病患的血壓，在發生高血壓時予以積極的控制^[11]。

如表三所示，當高血壓需要介入治療時，建議的降血壓藥包括 ACEI、ARB、CCB、beta-blocker 和 diuretic。其中，ACEI 和 ARB 藥物機轉可以降低血壓、保護腎臟以及避免因抑制 NO 路徑而影響 bevacizumab 的效果，故已有文獻建議使用 ACEI 或 ARB 控制血壓^[10-12]。病患

發生嚴重高血壓且服用降血壓藥仍無法控制，或出現高血壓性腦病變的症狀時，應永久停用 bevacizumab^[2]。

▶▶ 蛋白尿

Bevacizumab 造成蛋白尿的機轉仍未明，目前已知 VEGF 會影響腎絲球內皮細胞進而維持腎絲球滲透阻力，因為 bevacizumab 抑制 VEGF 而腎絲球失去滲透壓力的完整性，造成過濾過多蛋白質到尿液中，形成蛋白尿^[10]。臨床安全性資料的分析結果顯示 bevacizumab 治療期間所發生的 1 級蛋白尿和 bevacizumab 的劑量有關^[2]。多數病患經歷的蛋白尿症狀輕微且在停藥後即可恢復到正常，顯示蛋白尿的生成並非永久的腎功能損傷，但少數嚴重的案例仍需要小心防範。

▶▶ 處理方式

建議開始 bevacizumab 治療前、期間和治療後，以尿液試紙常規性監控病患的蛋白尿。如表三所示病患在 24 小時尿液收集出現 2g 以上的蛋白質，即停用 bevacizumab 直到症狀解除。一旦出現腎病症候群（發生率遠小於 1%），應永久停用 bevacizumab。

至於藥物的介入治療，由於臨床實證的缺乏，蛋白尿的處理無法作出確切的建議，但曾有報告指出 ACEI 或 ARB 改善病患因使用 mTOR 抑制劑所造成的蛋白尿，但使用劑量和頻率目前仍未知。病患接受 bevacizumab 治療期間出現高血壓和蛋白尿的症狀，使用 ACEI 或 ARB 可同時改善兩者^[14]。

▶▶ 動脈及靜脈血栓栓塞

癌症、血管新生與血栓之間具有許多共同的作用因子，彼此間存在複雜的交互作用，VEGF 對於血管內皮細胞具有維護修復的功能，當血管內皮細胞的完整性遭到破壞，後續的凝血機制失效；此外抑制住 VEGF 訊息傳遞會影響到血小板抑制物的生成，活化血小板的作用而增加動脈血栓的風險^[10,15]。但發生風險不受 bevacizumab 使用劑量和時間長短影響。

嚴重的動脈栓塞如心肌梗塞或腦中風，發生率低（0-3%）。發生事件的危險因子包括年齡超過 65 歲、動脈栓塞病史和體能狀態（performance status）不佳；此外潛在的糖尿病、高血壓、高血脂也需納入考慮^[10,15]。靜脈栓塞發生率低且機轉不明，建議評估病患的危險因子包括年紀大、心肺功能衰敗、長久臥床不動和服用女性荷爾蒙等^[9]。GOG240 安全性資料顯示持續性、復發性或轉移性子宮頸癌患者接受 bevacizumab 治療可能會增加靜脈栓塞事件的風險^[2]。

▶▶ 處理方式

▶▶ 靜脈血管栓塞

接受 bevacizumab 治療期間，病患出現深層靜脈栓塞或肺栓塞的新事件時，暫時停用

bevacizumab 至少兩周以上，同時給予抗凝血劑（warfarin 或 low molecular weight heparin）治療栓塞，一旦治療進入穩定，可以再開始使用 bevacizumab^[9,12]。然而，癌症病患使用 warfarin 的劑量調整困難，必須小心監控 INR 和病患的臨床症狀。

目前尚無 bevacizumab 用於先天性出血體質、後天性凝血病變的患者，或 bevacizumab 開始治療前接受全劑量抗凝血劑來治療血栓栓塞的病人的安全性資料，因此，開始給予上述病患 bevacizumab 治療前應審慎評估。不過，接受 bevacizumab 治療時，發生靜脈栓塞的病人同時使用 bevacizumab 與全劑量 warfarin 治療時，病患 3 級以上的出血併發症沒有顯著地增加^[4]。

▶▶ 動脈血管栓塞

Bevacizumab 開始治療前評估病患動脈栓塞的潛在風險，像是年齡和過去病史，而高風險者建議使用 aspirin (< 325 mg/day) 作為預防性治療並小心監控病患臨床症狀。如果病患發生動脈栓塞在前，建議直到病情穩定後至少 6 個月再重啟使用 bevacizumab^[9]。

病患出現危及生命的靜脈栓塞事件、或使用 bevacizumab 治療期間發生動脈栓塞事件，應永久停用 bevacizumab^[4]。

▶▶ 出血事件

臨床安全性資料報告出血事件多為腫瘤相關的出血及輕微的黏膜皮膚出血（如鼻出血），臨床試驗使用 bevacizumab 治療的病患 50% 出現輕微黏膜出血，這些以 NCI-CTC1 級鼻出血最為常見，其持續時間不超過 5 分鐘，不需醫療處置便可緩解，且不須改變 bevacizumab 的療法，可能具劑量相關性^[2]。出血的機轉為內皮細胞的修復功能不全，而增加出血的可能性^[10]。

報告指出鱗狀非小細胞肺癌及癌細胞腦轉移的病患使用 bevacizumab 發生出血事件的機率高，基於安全的考量下，之後的臨床試驗（bevacizumab）排除癌細胞腦轉移病患，因此試驗結果無法預估此類病患發生中樞神經系統出血的風險。除此之外，臨床試驗亦排除先天性出血體質、後天性凝血病變的患者或在開始進行 bevacizumab 治療前接受全劑量抗凝血劑來治療血栓栓塞的病人，因此上述病患在開始 bevacizumab 治療前應審慎評估^[2]。

嚴重或大量的肺出血或咳血主要在非小細胞肺癌病人的研究曾觀察到，可能的危險因子包括鱗狀細胞組織、以抗風濕 / 抗發炎藥物治療、以抗凝血劑治療、先前曾有放射治療、bevacizumab 治療、先前有動脈粥狀硬化病史、腫瘤位於胸部中央及在治療前或期間有腫瘤空洞化。其中，在統計上出現明顯相關性的包括 bevacizumab 治療及鱗狀細胞組織^[2]。

使用 bevacizumab 治療的病人有較高出血的危險性，特別是與腫瘤相關的出血。Bevacizumab 治療期間出現 3 級或 4 級出血的患者應永久停用 bevacizumab。對於嚴重出血或近期發生咳血（大於 1/2 茶匙的紅色血量）病人，不可給予 bevacizumab 治療。應監測病患中樞神經系統出血的徵候及症狀，且在發生顱內出血時停止使用 bevacizumab^[2]。

▶▶ 傷口癒合

Bevacizumab 抑制血管新生作用在傷口癒合過程可能產生負面的影響，使用 bevacizumab 治療的病人有較高傷口癒合和外科手術併發症的發生率，使用建議上避開手術和傷口癒合期間，以減少因藥物造成的影響，雖然已知 bevacizumab 代謝半衰期長達 18-20 天，然而在進行選擇性手術前後所需停用 bevacizumab 的適當時間間隔，目前仍未知。在進行選擇性手術前至少 28 天，應暫停使用 bevacizumab。在手術後至少 28 天且手術傷口完全癒合後再開始進行 bevacizumab 的治療。在轉移性大腸直腸癌的臨床試驗中，病人在開始接受 bevacizumab 治療前的 28 到 60 天之間進行重大的手術，其發生術後出血或傷口癒合併發症的危險性並未增加。當病人有傷口裂開現象時應停止使用 bevacizumab，並應等到傷口完全癒合後再行使用^[2]。

▶▶ 胃腸道穿孔

Bevacizumab 引發的腸胃道穿孔機率極低（0.9%），超過一半的病患在接受治療 60 天內即發生穿孔事件，多發生在 bevacizumab 和傳統化療併用期間，發生腸胃道穿孔死亡率為 21.7%^[16]，然而病患死亡率高不能只侷限在腸胃道穿孔事件，病患體能狀態和整體預後評估也是影響存活的因素之一^[10]。

Bevacizumab 造成腸胃道穿孔的原因尚不明確，可能的機轉包括腫瘤壞死造成腸壁脆弱、腸道受損，或因病理或開刀腸道而傷口癒合功能下降、腸道血管栓塞或收縮、先前的腸道手術或阻塞造成的憩室炎，探討相關危險因子包括急性憩室炎、腹腔膿腫、腸道栓塞、腫瘤長到腸胃道或先前已接受過放射線治療等^[10,17]。GOG-0240 試驗顯示 3.2% 的病患通報胃腸道穿孔（所有等級），這些患者以前全都接受過骨盆腔放射性治療^[2]。

接受 bevacizumab 治療者發生胃腸道副作用的風險較大，但風險並不隨著治療時間延長而提高。在 bevacizumab 的臨床試驗中，轉移性大腸直腸癌及卵巢癌患者通報的胃腸道瘻管（所有等級）發生率約為 2%，但其他癌症患者通報的發生率則較低。在嚴重案例中，佔大約三分之一有致命結果的胃腸穿孔現象，其代表在所有以 bevacizumab 治療的病患中的 0.2%-1%^[2]。

觀察和預防對於 bevacizumab 引發的腸胃道穿孔是最好的治療，病患接受 bevacizumab 治療前須完整評估整體情況和危險因子，給予後仔細觀察症狀，例如急性嚴重的腹部疼痛、噁心嘔吐和發燒超過 38.2 度等。多數患者感到腹痛但也有少數沒有症狀，需要電腦斷層掃描等影像學檢查才能發現。報告指出多數案例在使用 bevacizumab 的 15 週內發生，於此期間內建議醫師高度警覺，若有懷疑則應進行影像學檢查。

由於腸胃道潰瘍或栓塞是發生穿孔事件的危險因子之一，當病患出現潰瘍時建議先給予 H2 blocker 或 PPI 控制得宜後再接受 bevacizumab 治療，而病患治療需要併用 NSAID 消炎藥 / 類固醇和 bevacizumab 時，建議小心監控病患的臨床症狀，給予 PPI 或 H2 blocker 以減少發生潰瘍的可能性也是個選擇。一旦發生胃腸穿孔的病患應永久停止使用 bevacizumab^[2]。

腸胃穿孔情況危急，嚴重時 NCI-CTC3 級以上需要手術緊急介入以減少病患死亡。如果病患症狀相對輕微而無須手術介入時，建議可以依病患情況，給予廣效性抗生素或引流管導出膿液，然後禁食讓腸道休息，需要時以靜脈輸注營養支持。

▶▶ 瘻管

Bevacizumab 使用在轉移性大腸直腸癌及卵巢癌患者的臨床試驗，通報的胃腸道瘻管（所有等級）發生率約為 2%，在子宮頸癌患者的臨床試驗（GOG-240）顯示瘻管的發生率在接受 bevacizumab 治療的患者為 6%，而控制組則不到 1% [8]，且發生瘻管的所有患者先前全都接受過骨盆腔放射性治療，符合過去文獻研究放射治療會增加子宮頸癌患者發生瘻管的風險 [19]，因此病患在接受過放射治療後再使用 bevacizumab 可能會增加瘻管出現的風險，但在其他癌別並不常見 [2]。

▶▶ 處理方式

此類事件發生在治療期間不同的時間點，從開始使用 bevacizumab 後一週到一年以上，而大部分事件發生在治療期間的前六個月。對產生氣管食道瘻管或任何 4 級瘻管的病人，應永久停用 bevacizumab。產生其他瘻管的病患繼續使用 bevacizumab 的資訊有限。發生胃腸道－陰道瘻管可能也會有腸阻塞且需要手術介入及人工造管改道。對發生在非腸胃道的體內瘻管，應考慮停用 bevacizumab [2]。

表一：bevacizumab 用於卵巢癌和子宮頸癌的重要臨床實驗中所觀察到的療效

	卵巢癌				子宮頸癌
試驗名稱	GOG-218	ICON7	OCEANS	AURELIA	GOG-240
對象族群	第 III - IV 期已經執行過減積手術之病患	第 I*- IV 期病患	首次復發在 6 個月後且第一線治療未使用過 bevacizumab	復發在 6 個月內且排除接受過 3 線以上化療的病患	已接受過 CCRT 後疾病復發或持續惡化、或首診斷第 IVB 期的病患
療程	<p>(控制組)</p> <p>A: carboplatin + paclitaxel</p> <p>(試驗組)</p> <p>B: carboplatin + paclitaxel + bevacizumab</p> <p>C: carboplatin + paclitaxel + bevacizumab à bevacizumab</p>	<p>試驗組：</p> <p>carboplatin + paclitaxel + bevacizumab à bevacizumab</p> <p>控制組：</p> <p>carboplatin + paclitaxel</p>	<p>試驗組：</p> <p>carboplatin + gemcitabine</p> <p>控制組：</p> <p>carboplatin + gemcitabine + bevacizumab à bevacizumab</p>	<p>試驗組：</p> <p>PLD/ weekly paclitaxel/ topotecan + bevacizumab</p> <p>控制組：</p> <p>PLD/ weekly paclitaxel/ topotecan</p>	<p>試驗組：</p> <p>(cisplatin + paclitaxel) or (topotecan + paclitaxel)</p> <p>控制組：</p> <p>(cisplatin + paclitaxel + bevacizumab) or (topotecan + paclitaxel + bevacizumab)</p>

	卵巢癌				子宮頸癌
PFS Median months; HR [95%]	C vs. A: 14.1 vs. 10.3; HR 0.72 [0.63-0.82] B vs. A: 14.1 vs. 11.2; HR 0.91 [0.80-1.04]	21.8 vs. 20.3 ; HR 0.81 [0.70-0.94]	12.4 vs. 8.4 ; HR 0.48 [0.39-0.61]	6.7 vs. 3.4 ; HR 0.48 [0.38-0.60]	8.2 vs. 5.9 ; HR 0.67 [0.54-0.82]
OS Median months; HR [95%]	-	-	33.6 vs. 32.9 ; HR 0.95 [0.77-1.18]	16.6 vs. 13.3 ; HR 0.85 [0.66-1.08]	17.0 vs. 13.3 ; HR 0.71 [0.54-0.95]
ORR [CR+PR] %	-	-	78.5% vs. 57.4% (P < 0.0001)	30.9% vs. 12.6% (P < 0.001)	48% vs. 36% (P = 0.008)

* 高復發風險病患：grade 3，屬於亮細胞（clear cell）型

表二：副作用嚴重程度之定義 [18]

	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
高血壓	高血壓前期（收縮壓 120-139 mm Hg 或舒張壓 80-89 mm Hg）	第 1 期高血壓（收縮壓 140-159 mmHg 或舒張壓 90-99 mm Hg）；需要醫療介入；反復發作或持續存在（≥ 24 小時）；原本血壓在正常範圍內但舒張壓升高 > 20 mmHg 或血壓升高至 > 140/90 mmHg；必須使用 1 種降血壓藥物。	第 2 期高血壓（收縮壓 ≥ 160 mmHg 或舒張壓 ≥ 100 mmHg）；需要醫療介入；使用超過 1 種降血壓藥或必須使用比先前強度更高的療法。	產生危及生命的後果（如惡性高血壓、產生暫時或永象的神經缺陷、高血壓危象）；必須進行緊急介入治療。
蛋白尿	蛋白尿檢測 1+；尿蛋白 1.0g/24hrs。	蛋白尿檢測 1+；尿蛋白 1.0 - 3.4 g/24 hrs	尿蛋白 ≥ 3.5 g/24 hrs。	
血栓栓塞事件	靜脈栓塞（如表淺的血栓症）	靜脈栓塞（如非複雜性的深部靜脈栓塞）；需要醫療介入。	血栓症（如非複雜性的肺部靜脈栓塞、非栓塞性的心臟附壁血栓）；需要醫療介入。	危及生命（如肺部栓塞、腦血管事件、動脈循環不足）；血液動力學或神經學上的不穩定；必須進行緊急介入治療。
出血	輕微症狀；無須介入治療。	中度症狀；需要醫療介入（如鼻部包紮、燒灼、使用局部血管收縮劑）。	必須輸血、放射治療、使用內視鏡或手術（進行出血部位的止血）。	產生危及生命的後果；必須進行緊急介入治療。
傷口癒合	切口分離 ≤ 傷口的 25%；深度不超過淺筋膜。	切口分離 > 傷口的 25%；需要局部照護。	疝氣而無缺血型併發症的證據；傷口表面破裂、裂開；必須進行基本的傷口縫合或以手術重新修補。	疝氣且有缺血型併發症的證據；必須進行重大的皮瓣重建、橋接、切除手術或截肢。
胃腸道穿孔	-	具有症狀；需要醫療介入。	具有嚴重症狀；需要進行選擇性手術。	產生危及生命的後果；必須進行緊急介入治療。

	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
瘻管	無症狀；僅進行觀察即可；無須醫療介入。	具有症狀；需要醫療介入。	具有嚴重症狀；達到醫學上顯著的水平；需要醫療介入。	產生危及生命的後果；必須進行緊急介入治療。

表三：如何處理婦癌病患接受 bevacizumab 治療時的不良反應

副作用	監測	症狀	處理方式
高血壓	將血壓控制在 160/100 mmHg 以下規則服用降血壓藥物 Bevacizumab 治療之前三個療程，在治療前、治療中、治療後均需測量血壓在治療期間，每 2-3 週測量一次血壓	輸注過程中血壓急速上升	先暫停輸注，若血壓在 1 小時內恢復正常，可以慢速繼續輸注會診心臟科醫師
		一級	可繼續治療，不需做其他處理
		二級或三級	暫停 Bevacizumab 治療，直到血壓獲得控制於 160/100 mmHg 以下或降至治療前基準值給予適當的抗高血壓藥物治療，例如 ACE inhibitor、利尿劑及 CCB 如果病患同時具有腎功能不佳或蛋白尿情況，則建議採用利尿劑合併 ACE inhibitor 或 ARB 治療
		高血壓危象 Y Y	中斷 Bevacizumab 治療
蛋白尿	尿液試紙檢查呈現無蛋白尿或蛋白尿 1+ 尿液試紙檢查蛋白尿 ≥ 2+，但 24h 尿蛋白 ≤ 2 g 開始進行治療前做尿液試紙檢查 若尿液試紙檢查蛋白尿 >2+，需檢查 24h 尿蛋白	尿液試紙檢查蛋白尿 1+	繼續 Bevacizumab 治療
		24h 尿蛋白 <2 g	繼續 Bevacizumab 治療，但需監測 24h 尿蛋白 若 24h 尿蛋白降至 <1 g，可恢復用尿液試紙監測
		24h 尿蛋白 >2 g	暫停 Bevacizumab 治療，下一個療程前再檢查尿蛋白 尿蛋白降至 <2 g，可恢復 Bevacizumab 治療三個月後，若尿蛋白未降至 <2 g，需停止 Bevacizumab
		24h 尿蛋白 >3.5 g	中斷 Bevacizumab 治療
		出現腎病症候群 (nephrotic syndrome)	中斷 Bevacizumab 治療
動脈栓塞	病患有動脈血栓栓塞之病史和 65 歲以上之老年人必須特別注意 過去 6 個月曾發生血栓栓塞事件而暫停 Bevacizumab 治療者，必須在病情穩定和沒有症狀的情況下，才能再開始 Bevacizumab 治療	適合的高危險群病人	可使用預防性低劑量之 acetylsalicylic acid (ASA)
		發生任何動脈血栓栓塞事件	中斷 Bevacizumab 治療

副作用	監測	症狀	處理方式
靜脈栓塞	檢查是否發展出深層靜脈栓塞症 (DVT)	三級血栓栓塞或突然發現肺栓塞	暫停使用 Bevacizumab 二週，直到抗凝血作用恢復
		四級血栓栓塞（肺栓塞）	停止 Bevacizumab 治療 開始進行抗凝血劑治療 若病人穩定下來且抗凝血作用恢復，可恢復 Bevacizumab 治療
		發生威脅生命的任何血栓栓塞事件	中斷 Bevacizumab 治療
出血	病患是否有出血之病史有凝血異常，或有服用全劑量抗凝血劑治療之病患，必須特別注意	一級或二級出血	施行緊急或適當的藥物治療 可繼續 Bevacizumab 治療
		三級或四級出血	中斷 Bevacizumab 治療
傷口癒合	手術後至少 28 天或手術傷口完全癒合後，再開始進行 Bevacizumab 治療 在 Bevacizumab 治療期間如需進行選擇性手術，必須先停止 Bevacizumab 治療 4-8 週後再進行手術 在 Bevacizumab 治療期間如需進行緊急手術，必須監控任何傷口癒合的併發症（傷口延遲癒合、裂開或出血）	有任何傷口癒合的併發症	暫停 Bevacizumab 治療直到問題解決
		發生瘻管	中斷 Bevacizumab 治療
		傷口裂開	中斷 Bevacizumab 治療
腸胃道穿孔	病患若有大腸憩室炎、腸阻塞、腹腔癌症轉移、未切除之大腸直腸原發腫瘤，或曾進行骨盆 / 腹腔放射線治療，必須特別注意 病患有消化性潰瘍、憩室炎，或三個月內曾進行內視鏡檢查，或長期服用 ASA/NSAIDs，也必須注意 所有病患都需監控是否有出現穿孔的症狀（疼痛、發燒、腹膜炎）	發生胃腸穿孔	中斷 Bevacizumab 治療 根據穿孔的嚴重度進行治療： 1. 以輸液或抗生素治療並仔細觀察病人的反應 2. 手術介入治療（需小心傷口癒合併發症）
		出現消化性潰瘍	以 PPI 或 H2 阻斷劑進行治療 盡量避免內視鏡檢查

表四：各項副作用的危險因子

副作用	危險因子
高血壓	可能與 bevacizumab 劑量有關，其他未知。
蛋白尿	可能與 bevacizumab 劑量有關，其他未知。
動脈栓塞	年齡超過 65 歲、男性、糖尿病和動脈栓塞病史，其他危險因子如高血壓、高血膽固醇和抽菸 ^[9,10,12,15] 。
靜脈栓塞	一般族群發生靜脈栓塞的危險因子包括年紀大、心肺功能衰敗、長久臥床不動和服用女性荷爾蒙等 ^[9] 。
傷口癒合	吻合口滲漏（Anastomotic leakage）和放射治療 [9]。
腸胃道穿孔	曾經有過胃腸道手術或潰瘍為比較被確立的危險因子，其他還有： ^[17] Condition: bowel obstruction, chemotherapy-induced colitis, diverticulitis, peptic ulcer disease, rectovaginal nodularity, tumor (intact primary tumor, tumor necrosis, transmural tumor), cancer (abdominal carcinomatosis, pancreatic primary cancer, ovarian primary cancer especially with bowel obstruction symptom or small bow obstruction or bowel wall thickening etc) Treatment: abdominal irradiation, bowel surgery, drugs (NSAID, steroid, erlotinib), colonoscopy
瘻管	放射線治療 ^[2,19] 。

Reference

- [1] Bizzarri N, Ghirardi V, Alessandri F, et al. Bevacizumab for the treatment of cervical cancer. Expert Opin Biol Ther 2016;16(3):407-19.
- [2] Prescribing Information: Avastin @ 癌 思 停 @ (<http://www.roche.com.tw/home/products/products01/avastin.html> accessed on 2016/9/23)
- [3] Jackson AL, Eisenhauer EL, Herzog TJ. Emerging therapies: angiogenesis inhibitors for ovarian cancer. Expert Opin Emerg Drugs 2015;20(2):331-46.
- [4] Burger R.A., Brady M.F., Bookman M.A., et al. Incorporation of Bevacizumab in the Primary Treatment of Ovarian Cancer. N Engl J Med 2011;365:2473-83.
- [5] Perren T.J., Swart A.M., Pfisterer J., et al. A Phase 3 Trial of Bevacizumab in Ovarian Cancer. N Engl J Med 2011;365:2484-96.
- [6] A ghajanian C., Blank S.V., Goff B.A., et al. OCEANS: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase III Trial of Chemotherapy With or Without Bevacizumab in Patients With Platinum-Sensitive Recurrent Epithelial Ovarian, Primary Peritoneal, or Fallopian Tube Cancer. J Clin Oncol 2012;30:2039-2045.

- [7] Pujade-Lauraine E., Hilpert F., Weber B., et al. Bevacizumab Combined With Chemotherapy for Platinum-Resistant Recurrent Ovarian Cancer: The AURELIA Open-Label Randomized Phase III Trial. *J Clin Oncol* 2014; 32;1-10
- [8] Tewari KS, Sill M, Long HJ, et al. Improved Survival with Bevacizumab in Advanced Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2014;370:734-43
- [9] Shord SS, Bressler LR, Tierney LA, et al. Understanding and managing the possible adverse effects associated with bevacizumab. *Am J Health Syst Pharm* 2009;66(11):999-1013.
- [10] Randall LM, Monk BJ. Bevacizumab toxicities and their management in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2010;117(3):497-504.
- [11] Small HY, Montezano AC, Rios FJ, et al. Hypertension due to antiangiogenic cancer therapy with vascular endothelial growth factor inhibitors: understanding and managing a new syndrome. *Can J Cardiol* 2014;30(5):534-43.
- [12] Saif MW. Managing bevacizumab-related toxicities in patients with colorectal cancer. *J Support Oncol* 2009;7(6):245-51.
- [13] Kozloff M, Yood MU, Berlin J et al. Clinical outcomes associated with bevacizumab-containing treatment of metastatic colorectal cancer: the BRiTE observational cohort study. *Oncologist*. 2009 Sep;14(9):862-70
- [14] Izzedine H, Massard C, Spano JP, et al. VEGF signalling inhibition-induced proteinuria: Mechanisms, significance and management. *Eur J Cancer* 2010;46(2):439-48.
- [15] Zangari M, Fink LM, Elice F, et al. Thrombotic events in patients with cancer receiving antiangiogenesis agents. *J Clin Oncol* 2009;27(29):4865-73.
- [16] Risk of gastrointestinal perforation in patients with cancer treated with bevacizumab: a meta-analysis. *Lancet Oncol* 2009;10: 559-68
- [17] Sliesoraitis S, Tawfik B. Bevacizumab-induced bowel perforation. *J Am Osteopath Assoc* 2011;111(7):437-41.
- [18] US National Institutes of Health. NCI- Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4.0: May 28, 2009.
- [19] Biewenga P, Mutsaerts MA, Stalpers LJ, et al. Can we predict vesicovaginal or rectovaginal fistula formation in patients with stage IVA cervical cancer? *Int J Gynecol Cancer* 2010;20(3):471-5.

■ 會員園地

Clinical finding of the uterine cervical neuroendocrine small cell carcinoma

子宮頸神經內分泌小細胞癌之臨床所見

Department of Pathology, China Medical University Hospital, I-Ping Chiang

中國醫藥大學附設醫院病理部 江宜平 醫師 (病理專科醫師)

Tai Xing Gyn & Non-Gyn Cytology & General Pathology Center, Kun-Chin Chung

台杏病理暨細胞抹片診斷中心 鐘坤井 醫師 (婦產科專科醫師暨婦科 片診斷指導醫師)

◆ Abstract:

Small cell carcinoma of the uterine cervix (SMCC) is a rare disease, representing 1-3% of all uterine cervical carcinoma, also is the most common type of neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix. SMCC is associated with poor prognosis and a rapid progression, and can develop to an advanced stage in the interval between screening visits. So that use the specimen type including pap smear, colposcopy, HPV DNA testing, these are very important for early diagnosis and early treatment.

Keywords: Small cell, Neuroendocrine, Cervix, Colposcopy, HPV testing, IHC

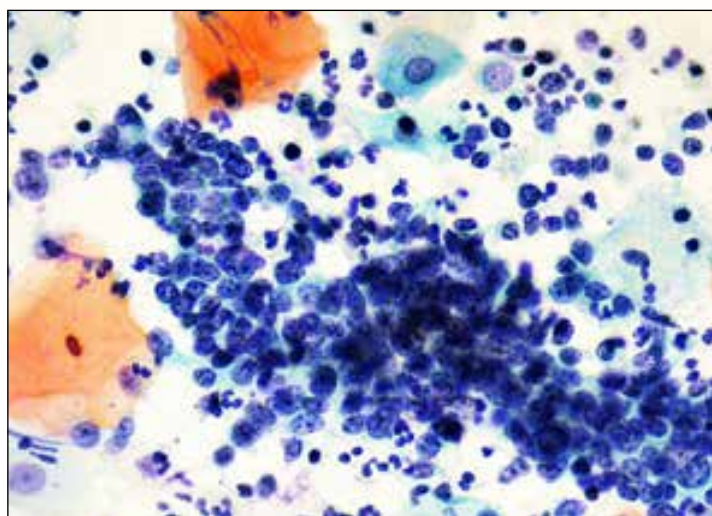
◆ Specimen Type:

- Pap Smear
- Colposcopy
- HPV DNA testing
- Biopsy
- Immunohistochemistry (IHC)

◆ Clinical History:

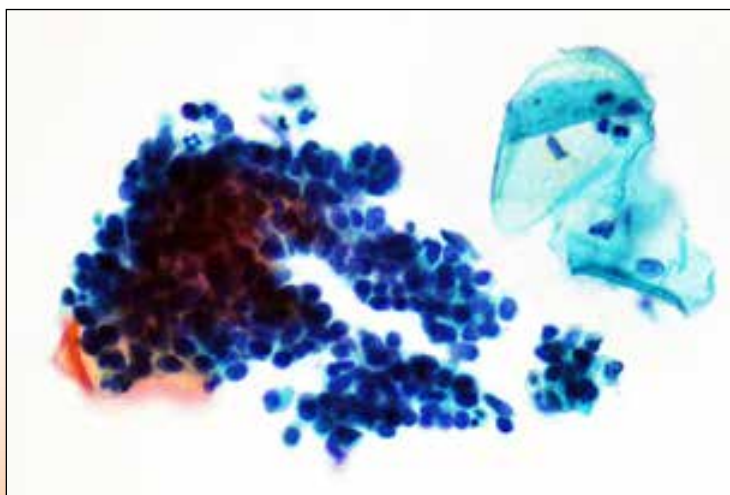
A 47-year old female was referred from another Obs-Gyn practitioner in January 2015. She had excessive leucorrhea and post coital bleeding persisted for 3 months. She also had routine cervical smears taken in 2006 and 2008 respectively both were negative.

◆ Cytologic Finding Images:



◆ Cytologic figure 1

Conventional Pap Smear: There are clusters of round to oval cells with scant cytoplasm, crowded nuclei as attempt to nuclear molding, inconspicuous nucleoli and hyperchromatic nuclei with granular or stippled chromatin and high nuclear/cytoplasmic ratio. The background shows tumor diathesis, with nuclear smearing effect ^{(8) (9) (10) (11) (12) (13)}.



◆◆ Cytologic figure 2

Liquid-Based Preparations (LBP, thin prep): It reveals loose syncytial aggregates of round to oval small cells, hyperchromatic nuclei with finely granular chromatin, inconspicuous nucleoli, with high nuclear/cytoplasmic ratio ^{(8) (9) (10) (11) (12) (13)}.

◆◆ Colposcopic Finding Images:



◆◆ Colposcopic figure 1:

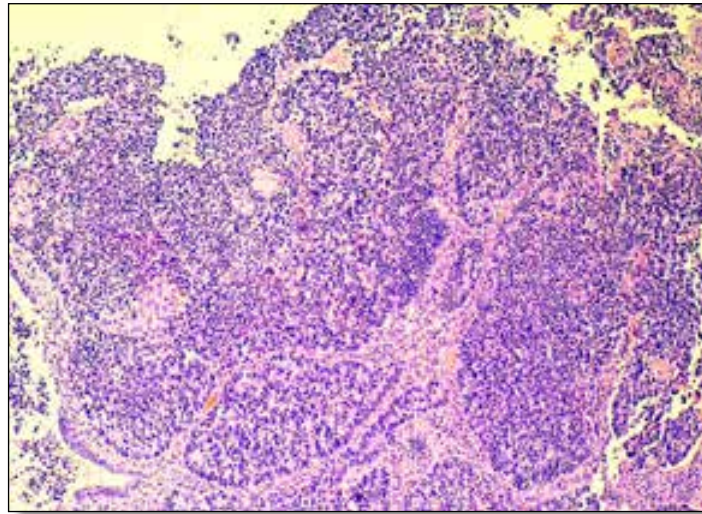
Grossly it is an exophytic necrosis of the cervix, and the lesion is irregular, necrotic, friable and contains abnormal vessels, exhibiting waste thread-like, bizarre, curled, and rough root-like vessels with marked variation in caliber, also thick acetowhite epithelium is seen ^{(8) (16) (17) (18) (19) (20) (21)}.



◆◆ Colposcopic figure 2:

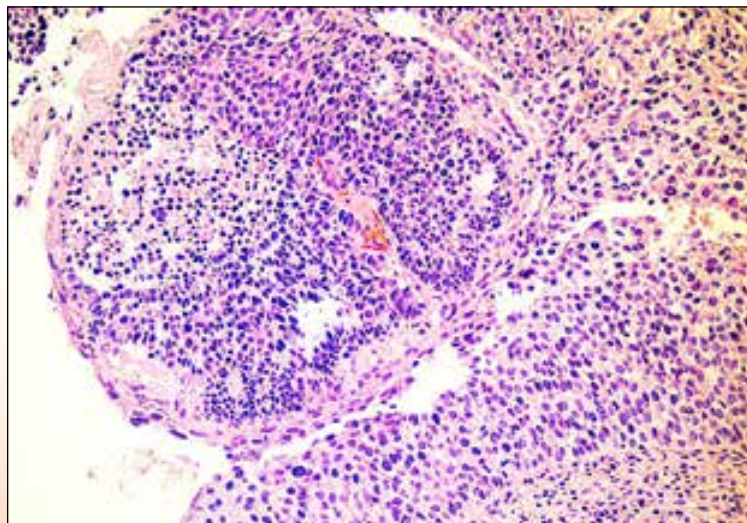
The anterior cervical lip shows a fusing papillary, and densely acetowhite epithelium with atypical Comma' s vessels evident between 1-2 o' clock ⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

◆◆ Pathologic Finding Images:



◆◆ Pathology figure 1:

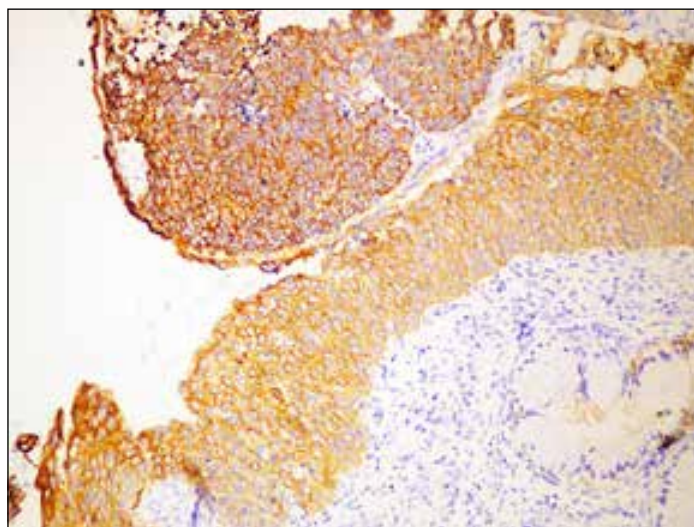
HE stain of the section shows oval tumor cells with high N/C ratio, fine chromatin and brisk mitotic activity arranged in nests or insular pattern. rosette is also seen. The picture is suggestive of small cell carcinoma ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾.



◆◆ Pathology figure 2:

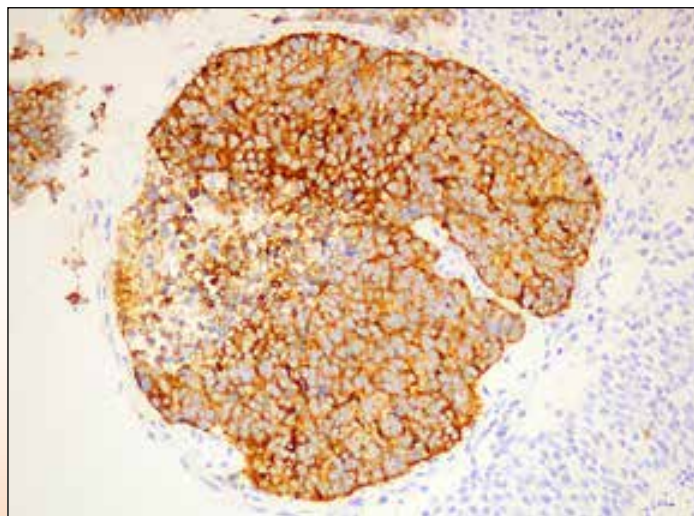
In addition to small cell carcinoma, areas of CIN3 composed of dysplastic cells with pleomorphic and hyperchromatic nuclei in full thickness of squamous epithelium are seen ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾
⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

◆◆ Immunohistochemistry (IHC) Stain Finding Images:



◆◆ IHC figure 1:

Immunohistochemical stain of cytokeratin shows strong positivity in both CIN3 and small cell carcinoma ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾



◆◆ IHC figure 2:

Immunohistochemical stain of synaptophysin shows strong positive in areas of small cell carcinoma, but negative in areas of CIN3 ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾.

◆◆ Morphologic Criteria:

Cytomorphologic criteria for small cell carcinoma of uterine cervix

- 1) Clusters of small cells
- 2) Round to oval small cells, and crowded nuclei
- 3) Hyperchromatic nucleus and inconspicuous nucleoli
- 4) Granular or stippled chromatin by conventional pap smear. Finely granular chromatin by LBP
- 5) Scant cytoplasm, with high nuclear/cytoplasmic ratio
- 6) The background shows tumor diathesis
- 7) Nuclear smearing effect is always present

◆◆ Explanatory Notes:

1. Colposcopic findings: squamous cell carcinoma
2. Uterine cervical HPV DNA testing:
 - (1). 1 HPV DNA testing (HC2): Positive, high risk (RLU/Cutoff: 93.24) .
 - (2). HPV testing (Roche): Positive, high risk for HPV type 18 ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾ .
3. Immunohistochemical stain: Strongly positive for synaptophysin and cytokeratin in area of small cell carcinoma, while positive for P40 and cytokeratin in area of CIN3 ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾ .

◆◆ Conclusion:

Small cell carcinoma (SMCC) is the most common type of neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix. It is a rare finding, representing 1-3% of all cervical malignancies (Albores-Saavedara et al. 1976; scully et al, 1984) ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾ . SMCC is sometimes accompanied by HSIL, squamous cell carcinoma or ACIS, and adenocarcinoma ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾ . However, non-keratinizing squamous cell carcinoma should be distinguished from the SMCC.

SMCC is associated with poor prognosis and a rapid progression, and can develop to an

advanced stage in the interval between screening visits ^{(4) (7) (8) (15)}, probably this subepithelial lesion covered with normal epithelium may be a factor for the low rate of early cytologic detection of small cell carcinoma. Also it is important to sample the cervical smear gently to avoid bleeding. This is especially important in the case of exophytic mass associated with necrotic surface which can easily induce copious bleeding, during sampling, the smear, which might mask the diagnosis.

Conventional pap (CP) smear compared to Liquid-Based preparations (LBP) are rather similar in their diagnostic value, as long as good care in sampling. Particularly important is not to cause hemorrhagic damage to foci of disease, which might mask the diagnosis. Subsequently use of cytobrush (for endocervix) and plastic spatulas (for ectocervix) together provide the best specimen for cervical smear especially for early diagnoses of SMCC. A subsequent colposcopic examination is very important for early detection of cervical cancer. It reveals areas of acetowhite epithelium, areas of apparent necrosis, and atypical vasculature, which could contribute to the diagnosis.

This uncommon disease process is known to be associated with human papillomavirus (HPV) infection, ranged from 68% to 80% and higher, most studies implicate HPV viral types 16 and 18. HPV type 18 has been found in one series in 40% of cases, whereas type 16 in only 28% of cases. A common probe for type 16/18 disclosed reactivity in 80% of cases ^{(4) (6) (8) (16)}. Immunohistochemical staining for neuroendocrine markers (neuron-specific enolase (NSE), synaptophysin, chromogranin) may be useful. In our case shows strong positivity for synaptophysin in neuroendocrine carcinoma, strong positivity for P40 in CIN3 and strong positivity of cytokeratin in both CIN 3 and neuroendocrine carcinoma ^{(1) (3) (5) (6) (8) (16)}.

Overall, cytomorphology of SMCC show cluster, round to oval small cells crowded with hyperchromatic nuclei with granular or stippled chromatin and inconspicuous nucleoli, scant cytoplasm, with a background of tumor diathesis. These features should raise the possibility of SMCC and ask for further procedures for confirmation ^{(8) (9) (10) (11) (12) (13)}.

◆◆ References:

1. Maria Atienza-Amores, Elena Guerini-Rocco, Robert A. Soslow. Kay J. Park, Britta Weigelt . Small cell carcinoma of the gynecologic tract: A multifaceted spectrum . Gynecologic Oncology 134(2014) 410-418
2. Shiho Kuji, Yasuyuki Hirashima, Shin Nishio, Takeo Otsuki, Yuzo Nagamitsu, Naotake Tanake, Kimihiko Ito, Norihiro Teramoto, Takashi Yamada. Diagnosis , clinicopathologic

- features, treatment, and prognosis of small cell carcinoma of the uterine cervix; Kansai Clinical Oncology Group / Intergroup study in Japan. *Gynecologic Oncology* 129(2013) 522–527
3. Pavithra, C.N. Sai ShaliNi, ShaNmuga Priya, Usha raNi, S. rajeNdiraN, leeNa deNNiS joSePh . Small Cell Neuroendocrine Carcinoma of the Cervix: A Rare Entity . *ournal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Feb, Vol-8(2):147-148
 4. Toyomi Satoh, Yuji Takei, Isabelle Treilleux, Mojgan Devouassoux-Shisheboran, Jonathan Ledermann, FRCP, Aila N. Viswanathan, Sven Mahner, Diane M.Provencher, Linda Mileshekin, Elizabeth Avall-Lundqvist, Patricia Pautier, Linda Mileshekin, Elizabeth avall-Lundqvist, Patricia Pautier, Nicholas Simon Reed, MBBS,and Keiichi Fujiwara . Gynecologic Cancer Inter Group (GCIg) Consensus Review for Small Cell Carcinoma of the Cervix. *International Journal of Gynecological Cancer* 2014; 24: S102-S108
 5. Jun-Dong Li, Yuan Zhuang, Yan-FangLi, Yan-LingFeng, Jin-HuiHou, Liang Chen, An-NaZhu, Qiu-liang Wu, Jing-PingYun . A clinicopathological aspect of primary small-cell carcinoma of the uterine cervix: a single-centre study of 25 cases . *J Clin Pathol* 2011 ; 64: 1102-1107. DOI: 10.1136/jclinpath-2011-200274
 6. Peng, Wu Ming, Yang Jiaxin, Shen Keng . Neuroendocrine tumor of the uterine cervix: a clinicopathologic study of 14 cases . *Arch Gynecol Obstet*. 2012 Nov;286 (5):1247-53. DOI: 10.1007/s00404-012-2407-2.
 7. G. Scutiero, V. Loizzi, L. Macarini, M.Landriscina & P. Greco . Small cell carcinoma of the uterine cervix metastasising to the cerebellum . *Journal of Obstetrics and Gynaecology* Volume 33, 2013 - Issue 6; p 639-641 DOI: 10.3109/01443615.2013.798631
 8. Mawuli F. Attipoe, CharlesD.Sturgis . Small Cell Carcinoma of the Uterine Cervixina Pregnant Patient Diagnosed with Liquid Based Cytology and Cell Block Immunocytochemistry . *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Pathology* Volume 2014, Article ID 971464, 5 pages
 9. Ritu Nayar, David C. Wilbur . *The Bethesda System For Reporting Cervical Cytology* (Third Edition), P243-P246,2015
 10. Richard M DeMay . *The ART and Science of cytopathology* , P136,P239,1996
 11. ATKINSON/SILVERMAN . *Atlas of Difficult Diagnosis in Cytopathology* , P36,P227-P229,1998

12. THOMAS A. BONFIGLIO, YENER S. EROZAN . Gynecologic Cytopathology , P145-P146,1997
13. Stanley J. Robboy ,Malcolm C. Anderson, peter Russall . PATHOLOGY of the FEMALE REPRODUCTIVE TRACT , P227-P229,2002
14. Jonathan S. Berek , Neville F. Hacker . Berek & Hacker' s Gynecologic Oncology (Fifth Edition), P138-P140,2010
15. ROBERT J. KURMAN, LORA HEDRICK ELLENSON, BRIGITTE M. RONNETT . Blaustein' s Pathology of the Female Genital Tract (Sixth Edition), P292-P293,2011
16. 鐘坤井 . 陰道鏡臨床相關應用圖解 ATLAS OF INTEGRATED COLPOSCOPY 初版 , P148-p186, 力大圖書 , 2011
17. Minoru Ueki . Colposcopy of adenocarcinoma , p15-17,p19,1984
18. Minoru Ueki . Colposcopy (Second edition) , p79-83,1989
19. E. J. Mayeaux, Jr., MD, J. Thomas Cox, MD . Modern Colposcopy Textbook & Atlas (Third Edition), P234-P342,2014
20. Michael S. Baggish . Colposcopy of the Cervix, Vagina, and Vulva , P98-P122 ,2003
21. Apgar, Brotzman, Spitzer . Colposcopy Principles and Practice , P249-P301,2002

手術後喝咖啡可減少手術後腸阻塞



李耀泰¹ 陳福民² 周松男³ 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 桃園敏盛醫院 婦產部

當我在手術前告知患者及其家屬，術後當天可以喝咖啡，他們常會反著反問我：真的嗎？根據文獻，確實有：喝咖啡有助排氣，減少術後腸阻塞之說。

手術如時間過長、腸子經翻動或處理（如紗布塞太多、太久或大力擦拭腹膜等）、腹膜炎、電解質不平衡、失血過多等，會導致術後腸子蠕動消失，胃腸內囤積許多分泌物，結果引發腹痛、腹脹、食慾不振、噁心、嘔吐、無法排便和放屁等。我們過去曾撰文討論，預防術後腸阻塞的方式，包括縮短術前空腹的時間、避免灌腸、早進食、咀嚼口香糖、避免使用鴉片類止痛藥、早下床、減少點滴注射等。本文特回顧在手術後喝咖啡來減少腸阻塞之相關文獻，做一探討以供同仁參考。

◇ 咖啡對腸功能基礎研究

Brown 等對 99 位健康年輕志願者（58 位男性、34 位女性，17-27 歲）做問卷，調查喝咖啡後是否有排便感覺，29% 回答有（女性佔 63%）；隨後，作者再對當中的 14 位（12 位男性、2 位女性）同意接受繼續研究的患者，即由肛門置放一多孔測量器（multiport manometry）至遠端乙狀結腸（distal sigmoid colon），來測量活動指數（motility index）。結果在 8 位有便意感者（有反應），喝完普通咖啡和無咖啡因咖啡後 4 分鐘，均顯示增加活動指數，而 6 位初無便意感者（無反應），活動指數均未增加。試驗者改喝熱開水，也未增加活動指數。結論是：喝咖啡對部分正常人，有刺激遠端大腸的運動反應。

相同的，Rao 等將測量器放至橫大腸中，亦證明無論飲用有、無含咖啡因之咖啡或飲食，大腸活動力均較喝水為佳。

◇ 文獻報告

2012年，Muller等的研究報告，在剖腹或腹腔鏡大腸切除患者，手術後隔天的上午8點、12點、下午4點各喝一杯100 mL咖啡（ $n = 40$ ），並與飲用白開水者（ $n = 39$ ）做術後腸功能恢復比較，兩組患者皆無灌腸，亦無口服抗生素。結果咖啡組和開水組，在首次腸子活動時間分別平均為60.4、74.0小時（ $p = 0.006$ ），在開始食用固態食物時間分別平均為49.2、55.8小時（ $p = 0.276$ ），在首次排氣時間分別平均為40.6、46.4小時（ $p = 0.214$ ），在住院時間分別平均為10.8、11.3天（ $p = 0.497$ ），在罹病患者分別為8、10位（ $p = 0.55$ ）。結論是：手術後喝咖啡是安全無虞的，並有助腸子活動。

2015年，Dulskas等研究分析在腹腔鏡左側大腸切除癌症患者，手術後隔天的上午8點、12點、下午4點各喝一杯100 mL含咖啡因（caffeine）的咖啡（ $n = 28$ ，第一組），並與喝3杯不含咖啡因的咖啡（ $n = 28$ ，第二組）和只喝水（ $n = 28$ ，第三組），做術後腸功能恢復比較。結果第二、一、三組在首次腸子蠕動時間分別為3.0、3.75、4.14天（ $p < 0.05$ ），在可進食固態食物時間分別為分別為1.85、2.6、2.8天（ $p < 0.05$ ），均呈統計上差異，但在首次排氣時間分別為1.47、1.57、1.77天（ $p > 0.05$ ），則無統計上差異。結論是：大腸切除患者在術後飲用不含咖啡因咖啡，能加速腸功能的恢復，說明咖啡因至少不會是影響術後腸阻塞時間的東西。

2016年，Gungorduk等研究分析56位、行腹式全子宮和兩側輸卵管卵巢切除、骨盆腔和主動脈淋巴結摘除的婦癌患者，手術後隔天的上午10點、下午3點、7點各喝一杯100 mL咖啡（20分鐘內喝完），並與另58位相同手術、不喝咖啡者做比較。結果咖啡組在平均排氣時間（38.2 vs 40.2小時、 $p < 0.001$ ）、平均大便時間（43.1 vs 58.5小時、 $p < 0.001$ ）、平均可進食時間（3.4 vs 4.7小時、 $p < 0.001$ ），均較控制組為佳；而出現輕度腸阻塞者，在咖啡組有6位（10.3%），在控制組有17位（30.4%）（ $p < 0.01$ ）。咖啡組恢復過程順利，患者接受度高，未發生副作用。結論是：在重大婦科手術後，喝咖啡是一簡單、便宜且有助手術後復原。

該文獻有2處不合現代加速手術復原之原則：(1) 手術前，有使用20 g MgO、28.5 g NaH₂P、10.5 g Na₂ HP（BT enema）來灌腸。灌腸不僅無益處，已被認為會引起腸子水腫和電解質不平衡，有礙排氣；(2) 手術後，太晚進食。患者是在術後第2天進行liquid diet，如無問題才在第3天予以固態食物。如能在手術當天便鼓勵早進食，應會有更好的效益。

◇ 結論

咖啡對人體、中樞神經、心臟血管系統的助益眾所皆知，但對胃腸功能未能知詳。咖啡具有生理化學性質（如含能量、體積增加、酸性和滲透壓等）可刺激腸胃外，亦有 ≥ 1 種化合物產生生物化學上活性。近期文獻認為，患者在手術後飲用咖啡，能加速腸子排氣、減少術後麻痺性腸阻塞的時間，使用方便、無特殊副作用，尤其台灣人民已普遍習慣飲用，值得日後大規模研究與推廣。

◇ 參考文獻

1. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 婦癌手術後腸阻塞的預防. 婦癌醫學期刊 2015; 42: 41-5.
2. Dulskas A, Kimovskij M, Vitkauskiene M, et al. Effect of coffee on the length of postoperative ileus after elective laparoscopic left-sided colectomy: a randomized, prospective single-center study. *Dis Colon Rectum* 2015; 58(11): 1064-9.
3. Gungorduk K, Ozdemir IA, Gungorduk O, et al. Effect of coffee consumption on gut recovery after surgery of gynecological cancer patients: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2016; Oct 22: e1-5.
4. Brown SR, Cann PA, Read NW. Effect of coffee on distal colon function. *Gut* 1990; 31: 450-3.
5. Muller SA, Rahbari NN, Schneider F, et al. Randomized clinical trial on the effect of coffee on postoperative ileus following elective colectomy. *Br J Surg* 2012; 99(11): 530-8.
6. Rao SSC, Welcher K, Zimmerman B, et al. Is coffee a colonic stimulant? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 113-8.

編後語

陳建銘

學會為了改善基層申報總額逐年下降的困境，已經在健保政策委員會裡積極尋求各種因應方案，討論合理申報原則與申報技巧，也擬由健保政策委員會討論審查共識提供審查醫師做為參考，讓核刪更趨於合理。也在積極爭取保障醫院層級的生產點值能夠維持一點一元。（會議記錄值得細讀）

一年一度的學會大活動，106 年度台灣婦產科醫學會年會暨擴大學術研討會，將於 106 年 3 月 18 ~ 3 月 19 日（星期六、日）在圓山大飯店舉行，籲請會員們立刻載入行程安排，一起愉悅的享用知識盛宴。

有史以來最大部頭的通訊繼續教育；由王功亮醫師等婦癌專家所撰寫的：如何處理婦癌病患接受 Bevacizumab 治療時的不良反應。內容介紹血管新生作用於實體腫瘤的生長、侵襲及轉移所扮演的角色以及癌細胞如何透過分泌 VEGF-A 來刺激周遭血管形成以供給腫瘤養分和氧氣，讓腫瘤細胞能持續的成長和侵犯與轉移。而 Bevacizumab 可選擇性結合人類血管內皮生長因子以抑制 VEGF 與位於內皮細胞表面上的受體 Flt-1 及 KDR 結合，進而降低腫瘤的血管新生，因而抑制腫瘤的生長。分別介紹了 Bevacizumab 出現高血壓、蛋白尿、胃腸道穿孔、栓塞事件和鼻出血等不良反應時的治療方法，對於醫院服務的同儕有回顧提醒的作用，對於基層執業的醫師在面對這些病患時也更有概念。歲末年初大家來 K 書。

江宜平醫師圖文並茂的：子宮頸神經內分泌小細胞癌之臨床所見。SMCC 雖然是個少見的癌症，但卻是一個預後不良和進展快速惡化的疾病。重要的提示是基層醫師也可以實施的檢查，標本類型包括 pap 塗片，陰道鏡，HPV DNA 測試，這些對於早期診斷和早期治療非常重要。李耀泰醫師又分享了一篇有趣的臨床應用：手術後喝咖啡可減少手術後腸阻塞，李醫師表示他在手術前告知患者及其家屬，術後當天可以喝咖啡的情境，他也認為這值得日後大規模研究與推廣。或許有人會質疑，李醫師也引述文獻報告來解釋咖啡對引起腸子蠕動改變的機轉，同行可以參考試用。

2017 年丁酉雞年。雞年到，民間喜歡說「金雞報喜（曦）」、「大雞（吉）大利」，華人社會在農曆年的民俗中也喜歡在新年時貼上有雞有鳳的畫作以驅鬼怪散邪氣。婦產科的執業環境已經稍有改善，本該慶幸可以「聞雞起舞」，怎奈「一例一休新制」又再次衝擊醫療行業，大家關注的是假日開診會墊高基層診所的人事成本，降低開診意願，但是對執行產科服務的基層診所除了部分「產科大戶」外，排班困境才是最大的挑戰。雖然衛福部林奏延部長表示正在研擬基層診所整合服務模式，鼓勵在同一地區的診所輪流開診，共同分擔藥師、護理師的成本，但是藥師、護理師的成本不一定是加班費可以解決的，如果她們要的就是休假。1 月 18 日，就在寫編後語時，看到全聯會邱理事長在立法院舉辦「勞基法新制對醫療照護影響暨因應公聽會」，祈福所有同儕們都能順利的過渡，在歲末祝福大家「雞鳴天放曉、政改地回春」。

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) 2100-1476

◎ 243 通訊繼續教育答案 ◎

題目：如何處理婦癌病患
接受 *bevacizumab* 治療時的
不良反應

1. () 2. ()
3. () 4. ()
5. () 6. ()

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
170210-1	一般產檢的新知	社團法人高雄市醫師公會	高雄市醫師公會四樓禮堂(高雄市前金區市中一路225號4樓)	02月10日 12時30分	02月10日 14時30分	B	2分
170211-1	骨鬆專科醫師學分班課程	中華民國骨質疏鬆症學會	台大醫學院103講堂(台北市中正區仁愛路一段1號)	02月11日 08時50分	02月12日 16時50分	B	1分
170218-1	Perinatal Management of Congenital Heart Diseases (CHD)	成大醫院小兒心臟科	台南市東區大學路一號成杏校區成大醫學院一樓第一講堂	02月18日 13時10分	02月18日 16時15分	B	1分
170219-1	轉診病例討論會(台北)	台灣婦產科醫學會	台大兒醫	02月19日 08時30分	02月19日 12時00分	A	2分
170219-4	轉診病例討論會(台中)	台灣婦產科醫學會	台中中山醫學院	02月19日 08時30分	02月19日 12時00分	A	2分
170219-6	轉診病例討論會(高雄)	台灣婦產科醫學會	高雄長庚醫院	02月19日 08時30分	02月19日 12時00分	A	2分
170219-7	轉診病例討論會(花蓮)	台灣婦產科醫學會	門諾醫院	02月19日 08時30分	02月19日 12時00分	A	2分
170219-2	轉診病例討論會(桃園)	台灣婦產科醫學會	林口長庚醫院	02月19日 13時20分	02月19日 16時40分	A	2分
170219-3	轉診病例討論會(新竹)	台灣婦產科醫學會	新竹馬偕院	02月19日 13時20分	02月19日 16時40分	A	2分
170219-5	轉診病例討論會(台南)	台灣婦產科醫學會	大億麗緻酒店	02月19日 13時20分	02月19日 16時40分	A	2分
170226-1	『精彩雙十萬芳奔馳』萬芳醫院20週年院慶婦產部醫療新知研習會	萬芳醫院婦產部	萬芳醫院五樓階梯教室 地址/台北市文山區興隆路三段111號	02月26日 08時30分	02月26日 15時05分	B	5分
170614-1	產後憂鬱	中山醫療社團法人中山醫院	中山醫院會議室	06月14日 13時00分	06月14日 14時00分	B	1分



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)。