

# 台 灣

## 婦產科醫學會會訊

發行日期：2017年8月250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



台北場 106.08.06

# 周產期死亡及罹病討論會



## 封面介紹

小小舞者們眼神發亮的圍繞著老師，仰慕朝夕相處的曼妙靈魂，殷切的聽著老師訴說舞台上的故事，師徒情誼表露無遺，猶如一個接著一個的迴旋，如此堅定又優雅美麗！



作者：郭宗正

服務單位：台南郭綜合醫院

尺寸：79×109 cm

創作年代：2017年

素材：紙、水彩

# 台灣婦產科醫學會 250 期會訊

## 目錄精華

---

04 理事長的話 | 文／郭宗正

---

08 秘書長的話 | 文／黃閔照

---

12 秘書處公告

---

12 台灣核准之 HPV 疫苗特性及適應症

12 衛生福利部 公告

檢送「經陰道網膜修補術治療骨盆腔臟器脫垂之手術網片」(Surgical Mesh for Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair) (簡稱經陰道手術修補網) 類醫療器材列入藥物安全監視之公告 1 份 (如附件)，請查照。

13 衛生福利部 函

有關貴院未依規定通報生產事故案件一案，請於今 (106) 年 9 月 10 日前完成通報，請查照。

14 滿月圓森林遊樂區 - 健行活動

15 通訊繼續教育

---

低活力膀胱 | 文／李耀泰 陳福民 杜章安 郭宗正

23 會員園地

---

在陰道鏡觀察下：子宮頸部組織因受刺激而反應所引起之修復細胞與子宮頸腺癌細胞相互比較 | 文／鐘坤井 醫師 江宜平 醫師

32 編後語 | 文／何彥秉

---

34 活動消息

---

## 理事長的話

郭宗正

106年8月對於婦產科醫學會而言是相當繁忙，卻也有不少收穫的一個月。

### Part I

經過 10 多年的努力，婦產科腹部超音波終於提高點數了，由原本的 450 點，一口氣提昇至 957 點 (新增陰道超音波項目，B 表)，漲幅高達 112%。106 年醫院總額有 90 億的非協商因素預算，其中 60 億預算為醫院重症的給付。按照婦產科多年來的佔率最多只有約 5%，3 億的費用，但在婦產科醫學會積極努力下，我們拿到 9 億的預算！

9 億是一筆不小的經費，且往後每年都會列入基期，永遠存在。這筆經費於今年 8 月 9 日的健保署共擬會中確定通過，內容分為 3 部分：高危險妊娠、麻醉(脊椎麻醉及硬膜外麻醉)、陰道超音波。其中如何把新項目陰道超音波列入”重症”是最困難的使命。在多位學會院士、秘書長等人的建議下，我們做了一個關鍵性的說帖給健保署相關的委員，即陰道超音波對於卵巢癌、子宮內膜癌，甚至子宮外孕都有不亞於 CT / MRI 的準確性及便利性，且費用只為 CT / MRI 的 1/5 至 1/10，此說法說服了委員們，也幸運的被採用通過了。陰道超音波的給付，應可於今年第 4 季 10 月就可申報，且可使用在第 1 產期的孕婦，代替 550 點的產科超音波給付。

至於高危險妊娠 4 億的諸多項目，其實都是 C 表。原本產科基層的醫師們也應該適用此一給付。我與秘書長為了此事多次拜訪健保署及醫師公會全聯會，希望能讓基層醫師同時提昇點值(1 年約 1 億點)，但全聯會並未通過，希望婦產科醫學會於 107 年再重新提出申請。此一對基層不公平的給付，學會已開始在努力，希望產科及陰超都能在最短的時間內，讓辛苦的基層婦產科醫師們也享有同樣的健保給付。



## Part II

今年 3 月 19 日婦產科醫學會第 21 屆第 2 次會員代表大會時，高雄郭鴻璋代表等人提出「提高婦產科基層診所自費成本稅率」一案，當時決議行文財政部及全聯會，請他們重新檢視基層醫療院所自費項目之成本稅率是否合理。學會於 4 月行文上述單位，6 月國稅局回文要求學會具體試算其成本，但此事相當困難，一不小心反而會有負面結果，因此學會轉而拜託全聯會處理，全聯會於 7 月開會，由婦產科張嘉訓全聯會常務理事主持，會議中決定將所有科別提昇 20%，婦產科從 45% 提昇至 54%。(請參考附件)

有關此一減稅方案，最近雲林的陳繼征代表、趙堅全聯會副秘書長等人也非常努力，9 月 1 日將拜託邱泰源立委請財政部賦稅署、國稅署、衛福部出席協調，當然婦產科醫學會也會全程參與，力爭到底，希望透過政治協商達到我們基層卑微的要求。

## Part III

8 月 20 日星期天是非常忙碌的一天，學會從早到晚總共開了 5 個會議。

### 1. 人力規劃委員會(召集人蔡鴻德)：

會中委員們談到今年與明年 70 名新進 R1 的名額分配，亦討論 108 年起國家全面實施 PGY 二年期訓練之規劃。

### 2. 財政委員會(召集人陳信孚)：

學會至 106 年 7 月 31 日可運用資金有 1 千 6 百多萬，業務準備基金有 8 百多萬，財務健全，希望將來有朝一日可購置學會第二會館，解決會議場地、秘書辦公、儲存空間嚴重不足等問題。

3. 第 5 次監事會(監事長張維君)

監事會除了確認 106 年 5~7 月財務報表外，亦確認上次理事會決議的執行狀況並提出建言。

4. 第 6 次理事會(理事長郭宗正)

與會中，賴文福副理事長提案對於藥物過敏引起之過敏性休克，學會能針對基層醫師舉辦繼續教育，理事會也贊成開辦此一與病人安全及醫療糾紛有關之課程。

又，李煥照副秘書長希望基層醫師們能早日拿到與醫院一樣的產科及陰超給付，有關此事本人已與健保署李伯璋署長連繫，懇請健保署大力幫忙，在此也拜託參與全聯會基層總額的各位婦產科先進們，協助積極爭取列入 107 年基層總額協商。

5. 婦女癌症防治委員會(召集人洪耀欽)

在台中李茂盛院士的建議下，委員會討論了子宮頸抹片、HPV 檢測、子宮頸癌疫苗等重要議題，同時也對卵巢癌是否列入婦女癌症篩選提出建言。

這 3 個月來，本人總共參與了婦產科醫學會 34 次的會議，包含拜訪重要人士及參與各地之繼續教育，同時深深的體會到舉辦年會、康樂活動、再教育都不是問題，但要向全聯會或健保署爭取健保費用實在是阻力重重，比預期困難許多。

最後還是要再次感謝黃閔照秘書長及黃文助監事為學會的犧牲奉獻，令人感動！

106.08.25

## 執行業務者費用標準〔西醫師〕部分建議修正條文對照表：

現行條文	修正條文
非屬全民健康保險收入： 1. 醫療費用收入不含藥費收入：百分之二十。 2. 醫療費用收入含藥費收入，依下列標準計算： (1) 內科：百分之四十。 (2) 外科：百分之四十五。 (3) 牙科：百分之四十。 (4) 眼科：百分之四十。 (5) 耳鼻喉科：百分之四十。 (6) 婦產科：百分之四十五。 (7) 小兒科：百分之四十。 (8) 精神病科：百分之四十六。 (9) 皮膚科：百分之四十。 (10) 家庭醫學科：百分之四十。 (11) 骨科：百分之四十五。 (12) 其他科別：百分之四十三。	非屬全民健康保險收入： 1. 醫療費用收入不含藥費收入：百分之二十。 2. 醫療費用收入含藥費收入，依下列標準計算： (1) 內科：百分之 <u>四十八</u> 。 (2) 外科：百分之 <u>五十四</u> 。 (3) 牙科：百分之 <u>四十八</u> 。 (4) 眼科：百分之 <u>四十八</u> 。 (5) 耳鼻喉科：百分之 <u>四十八</u> 。 (6) 婦產科：百分之 <u>五十四</u> 。 (7) 小兒科：百分之 <u>四十八</u> 。 (8) 精神病科：百分之 <u>五十五</u> 。 (9) 皮膚科：百分之 <u>四十八</u> 。 (10) 家庭醫學科：百分之 <u>四十八</u> 。 (11) 骨科：百分之 <u>五十四</u> 。 (12) 其他科別：百分之 <u>五十二</u> 。
配合政府政策辦理老人、兒童、中低收入者、身心障礙者及其他特定對象補助計畫之業務收入，減除百分之七十八必要費用。	配合政府政策辦理老人、 <u>婦女</u> 、兒童、中低收入者、身心障礙者及其他特定對象補助計畫之業務收入，減除百分之七十八必要費用。
本款新增	<u>自費疫苗注射之收入，減除百分之九十必要費用。</u>

## 秘書長的話

黃閔照

首先恭喜理事長榮獲法國獨立沙龍正式會員，目前台灣僅有四人獲此殊榮，其中也包括理事長父親郭國銓醫師，郭理事長同時在 8 月 26 日至 9 月 7 日於吉林藝廊辦理水彩創作個展，歡迎會員參加 2017 孕藝永恆之美。

醫師是否納入勞基法，還是由醫療法作規範，隨時程接近，爭議越來越多，勞動部認為高工時不合勞基法要求，無法用勞基法規範。但面對醫師特殊的工作屬性，連續或高工時已是常態，過勞及超長工時的確有違健康及醫療照護品質，但專科醫師間屬性確也不同。過去健保政策下論量計酬，醫師以 PPF 計薪，低單價的醫師技術費用下，努力衝高業績是許多醫師努力的目標，期盼透過更多的討論，建置合理服務的醫療環境。相對在基層服務的醫師，本身通常也是經營者，雖然沒有受限醫師是否納入勞基法工時之疑慮，但 M 型化醫療，導致婦產科基層快速萎縮，站在病人的角度思考，醫院可以拿到的醫療資源較高，所以輕症也集中到醫院，再加上許多診所設立時間較久，內部較為老舊。過去病人從一而終跟著醫師走的情形，在年輕世代有不同想法。學會過去爭取開放基層可執行的醫療業務，透過增加可執行的醫療業務，仍然改善不了萎縮現象。健保署推動分級醫療的確是一個時機，我也認為基層應該走出過去被動病人來找醫師的心態，踏出診所，改善設備，本屆會員代表大會及此次理事會時均有討論到一些分級醫療及社區子宮頸抹片執行問題，社區里長常透過醫院之子抹車到家服務，因此限縮地區醫療執行業務。但如果基層醫師主動與地區鄰里長合作，同時針對診所的內裝外觀及設備進行更新，也許會有生機，台灣的柑仔店跟統一超商的消長營運理論也可運用在診所的經營上，期盼透過共同努力，維持基層照護能量。



8月21日理事會通過提議，將建議健保署隨意抽查核刪放大比例門診為10倍以下，住診為3倍，會中也有人提出依法不應放大核刪，過去放大百倍的懲罰性比例的確不妥，不放大核刪又致醫療成本支出增加，訂立合理放大回推之隨機抽樣，是不得不之政策。另8月9日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過60億醫院之非協商預算，待9月健保會通過後即公告實施，特別謝謝理事長及院士們的努力。另針對基層同步發生的費用，也決議在107年預算應優先考量，雖然全聯會內部有許多意見，學會也盡量跟健保署溝通提出雙贏的策略。

近兩年住院醫師招生良好，以致可微調之容額減少，8月20日在蔡鴻德召集人及各訓練醫院主任或代表出席，將中、南部區域微調改成非六都地區之訓練醫院及評鑑成績優良者優先微調，期盼住院醫師不要集中化，也希望大家都能招生到優秀的住院醫師，108年度新的兩年期一般醫學訓練，其中第二年如為內外婦兒分組醫師，因為在當科訓練長達九個月，將承認為一年專科醫師資歷，加上制度修正，會有一屆住院醫師會有兩倍現象，感謝周宏學、詹德富、屠乃方、王鵬惠、吳孟興、李耀泰醫師協助課程規劃，理事長跟黃文助監事也於8月24日參加衛福部說明會，將來制度轉變，住院醫師訓練也要配合修正。

11月5日滿月圓登山健行歡迎會員們踴躍參加，明年高雄年會學會規劃會員及眷屬遊艇遊高雄及義大世界半日遊，也歡迎會員報名參加。

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！

2013 年 10 月 13 日學會博物館成立以來，仍然有很多會員踴躍捐款，而捐獻文物的行動也絡繹不絕，國內外參觀者也不少，大家給了很多鼓勵，發生了很多感人的故事，著實豐富了博物館的館藏。我們期待能有機會再編本專刊來紀念這一段學會與博物館的歷史，希望大家能夠共襄盛舉，共創台灣婦產科醫學會歷史。

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	阮正雄	23,200	104年8月27日
吳鳳昕	10,000	102年11月12日	連瑞昌	1,469(增加) (共 11,469)	104年12月7日
賴文福	50,000(增加)	102年11月29日	朱明星	6,500	104年12月7日
黃甫彥	10,000	102年12月3日	潘汪清花	3,000 (中華書法傳承學會)	104年12月25日
林耀庭	50,000	102年12月9日	張鳳池	5,000	104年12月26日
謝茂益	20,000	102年12月11日	楊婷喻	5,000	105年1月29日
謝鄭金枝	23,600	102年12月11日	陳文龍	1,000(增加) (共 101,000)	105年2月3日
鄭淑貞	20,000(增加) (共 40,000)	102年12月17日	陳子健	500	105年2月3日
徐宇瓊	5,000(增加) (共 10,000)	102年12月31日	陳建銘	560(增加) (共 182,390)	105年2月20日
蕭倩如	10,000	103年1月6日	李耀泰	3,000(增加)	105年2月21日
林彥互	5,000	103年1月6日	賴文福	50,000(增加) (共 200,000)	105年4月14日
牟惟茜	5,000	103年1月6日	陳忠義	20,000	105年5月5日
鄭雅敏	50,000	103年1月14日	謝中川	10,000	105年5月6日
陳建銘(高雄)	5,000	103年2月12日	陳昌平	20,000	105年6月23日
王鑄迪	10,000(增加) (共 11,000)	103年4月22日	李耀泰	3,000(增加)	105年8月5日
陳賢堂	5,000	103年5月7日	葉文德	10,000(增加) (共 20,000)	105年9月9日
李天俠	10,000(增加) (共 12,000)	103年5月18日	郭宗正	100,000(增加) (共 350,000)	105年11月15日
陳建銘(新竹)	610(增加)	103年年5月18日	李耀泰	5,000(增加)	105年12月23日
李耀泰	3,000(增加)	103年7月22日	江千代	50,000(增加) (共 60,000)	105年12月31日
王厚坤	10,000	103年7月8日	王桃蓀	10,000	106年1月13日
楊誠嘉	10,000	103年7月25日	蔡明賢	20,000(增加) (共 120,000)	106年2月13日
張千惠	5,000	103年8月1日	洪秉坤	10,000(增加) (312,000)	106年2月13日
郭敏哲	5,000	103年8月1日	謝鵬輝	2,801	106年2月13日
謝朝昌	5,000	103年8月7日	郭富珍	10,000	106年2月15日
謝瓶	5,000	103年8月7日	李耀泰	3,500(增加) (共 53,000)	106年2月18日
吳翠惠	10,000	103年10月28日	張鳳池	5,000	106年3月21日
麥袁綸	10,000	103年11月17日	李耀泰	2,000(增加) (共 55,000)	106年4月14日
賴文福	50,000(增加)	103年11月20日	郭宗正	30,000(增加) (共 380,000)	106年4月26日
陳文瑩	20,000	103年11月20日	薛華山	10,000	106年4月27日
李耀泰	3,500(增加)	103年11月21日	李耀泰	2,500(增加) (共 57,500)	106年5月25日
謝造	1,000	104年2月12日	陳雲娥	30,000(增加) (共 230,000)	106年6月14日
林綿	1,000	104年2月12日	林仁卿	30,000(增加) (共 230,000)	106年6月14日
陳得	1,000	104年2月12日	郭宗正	15,000(增加) (共 395,000)	106年6月21日
謝春	1,000	104年2月12日			
卓淀	1,000	104年2月12日			
周輝政	20,000	104年4月17日			
李耀泰	2,000(增加)	104年5月29日			
無名氏	10,000	104年6月05日			
梁景忠	10,000	104年7月07日			
陳建銘	1,220(增加)	104年8月27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、楊友任、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、王漢州、Prof. Joo-hyun Nam(韓國)、Prof. Yong-won Park(韓國)、KSOG、柯瑞祥、蕭惠貞、周建章、Prof. James N. Martin(美國)、Prof. Jeanne Corny(美國)、Prof. Takeshi Maruo & Mrs. Keiko Maruo(日本)、Prof. Yuji Hiramatsu(日本)、Prof. Yoon-seok Chang(韓國)、尹聖道教授(韓國)、李枝盈、李盛、林炎照、劉永昌、成功、鐘坤井、陳麗貴、李正義

### 原文物捐贈名單

黃德雄、王漢州、李正義、許峰雄、陳文龍、葉文德、黃思誠、楊友任、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(日本)、楊應欽、許龍國、林正義、台大醫院婦產部



秘書處公告

近期因 HPV 疫苗仿單修正適應症，以致造成會員困擾，本會委託周宏學醫師整理三種疫苗之適應症（106.08）如下：

台灣核准之 HPV 疫苗特性及適應症

周宏學 林口長庚紀念醫院婦癌科副教授主治醫師

HPV 疫苗	二價 HPV 疫苗 1,2 Cervarix® 保蓓	四價 HPV 疫苗 1,2 Gardasil® 嘉喜	九價 HPV 疫苗 1,2 Gardasil® 9 嘉喜
製造商	荷商葛蘭素史克藥廠 (GSK)	美商默沙東藥廠 (MSD)	美商默沙東藥廠 (MSD)
適應症涵蓋的 HPV 型別	16,18	6,11,16,18	6,11,16,18,31,33,45,52,58
使用之佐劑	AS04 佐劑	AAHS 佐劑	AAHS 佐劑
核可適應症與適用對象	<p><b>女性 9-25 歲</b> 用以預防致癌性人類乳突病毒 (HPV) 第 16 型、第 18 型所引起的病變：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 子宮頸癌。</li> <li>● 第 2 級與第 3 級子宮頸上皮內贅瘤 (CIN) 和子宮頸原位腺癌 (AIS)。</li> <li>● 第 1 級子宮頸上皮內贅瘤 (CIN)</li> <li>● 第 1 級外陰上皮內贅瘤及第 1 級陰道上皮內贅瘤 (VIN/VaIN)。</li> </ul> <p><b>女性 26 歲以上</b> 預防致癌性人類乳突病毒 (HPV) 第 16 型、第 18 型所引起之第 1 級子宮頸上皮內贅瘤 (CIN)。</p>	<p><b>女性 9-26 歲</b> ● 用以預防下列由第 6、11、16 及第 18 型人類乳突病毒 (HPV) 所引起的病變：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 第 16 及 18 型 HPV 所引起的子宮頸癌。</li> <li>● 第 6 及 11 型 HPV 所引起的生殖器疣 (尖型濕疣) 以及第 6、11、16 及 18 型 HPV 所引起的下列的癌前病變與分化不良病變：</li> <li>● 第 2 級與第 3 級子宮頸上皮內贅瘤 (CIN) 和子宮頸原位腺癌 (AIS)。</li> <li>● 第 1 級子宮頸上皮內贅瘤 (CIN)</li> <li>● 第 2 級與第 3 級外陰上皮內贅瘤 (VIN)。</li> <li>● 第 2 級與第 3 級陰道上皮內贅瘤 (VaIN)。</li> </ul> <p><b>女性 27-45 歲</b> ● 預防發生疫苗所含的人類乳突病毒第 6、11、16 及 18 型所引起的持續性感染及第一級子宮頸上皮內皮贅瘤 (CIN)。 <li>● 預防發生疫苗所含的人類乳突病毒第 6 及 11 型所引起之生殖器疣。</li> <p><b>男性 9-26 歲</b> 用以預防由第 6 及 11 型人類乳突病毒 (HPV) 所引起的生殖器疣 (尖型濕疣；俗稱菜花)。</p> </p>	<p><b>女性 9-26 歲</b> 用以預防下列由人類乳突病毒 (HPV) 所引起的病變：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 第 16,18,31,33,45,52 及 58 型 HPV 所引起的子宮頸癌。</li> <li>● 第 6 及 11 型 HPV 所引起的生殖器疣 (尖型濕疣)。</li> <li>● 第 6,11,16,18,31,33,45,52 及 58 型 HPV 所引起的第 1 級子宮頸上皮內贅瘤 (CIN 1)、第 2 級與第 3 級子宮頸上皮內贅瘤 (CIN 2/3)。</li> <li>● 第 6,11,16,18 型 HPV 所引起的子宮頸原位腺癌 (AIS)、第 2 與 3 級外陰 / 陰道上皮內贅瘤 (VIN2/3 / VaIN 2/3)。</li> </ul>

參考資料：1. 各產品仿單 2. 衛生福利部資料

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國 106 年 8 月 3 日

發文字號：衛授食字第 1061605539 號

附 件：經陰道手術修補網定期安全性報告應提供資料

主 旨：公告「經陰道網膜修補術治療骨盆腔臟器脫垂之手術網片」(Surgical Mesh for

Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair) (簡稱經陰道手術修補網) 類醫療器材列入藥物安全監視。

- 公告事項：一、本部重新評估旨揭產品之安全及效能後，認該產品應列入安全監視，其安全監視產品範圍及監視期規定如下：
- (一) 本部已核發醫療器材許可證之旨揭醫療器材，自公告日起監視 3 年。
  - (二) 嗣後申請核發醫療器材許可證之旨揭醫療器材自發證日起監視 3 年。
- 二、旨揭產品許可證持有藥商，應於上開醫療器材監視期，每半年依附件格式檢送安全性報告至全國藥物不良通報中樞，並副知本部食品藥物管理署。

### 衛生福利部 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 106 年 8 月 10 日

發文字號：衛部醫字第 1061665714 號

**主旨：**有關貴院未依規定通報生產事故案件一案，請於今(106)年 9 月 10 日前完成通報，請查照。

- 說明：**
- 一、依生產事故救濟條例第 3 條第 1 款之規定，生產事故係指產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡結果。同條例第 22 條規定，為預防及降低生產事故風險之發生，醫療機構及助產機構應配合中央主管機關要求進行通報。次依生產事故救濟作業辦法第 6 條第 2 項規定，所稱重大傷害，指因生產所致之身心障礙程度中度以上，或子宮切除致喪失生殖機能，或其他經中央主管機關認定身體或健康有重大不治或難治之傷害者。
  - 二、又依生產事故通報及查察辦法第 4 條規定，醫療機構或助產機構應於生產事故事件發生後之次月十日前，向中央主管機關通報。本部另於 105 年 9 月 12 日以衛部醫字第 1051665993A 號公告訂定「生產事故通報作業說明」，並委由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會受理通報作業。未依規定通報者，並得依前揭條例第 25 條規定，處新臺幣 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰。
  - 三、經查貴機構有生產事故發生卻未依上開規定通報之情事，考量目前尚在宣導及輔導階段，爰暫不予裁罰，惟仍請應於旨揭期限內，就 105 年 6 月 30 日以後發生之生產事故事件依前揭規定辦理補通報作業，屆期未通報者，將依法予以裁罰。
  - 四、有關「生產事故通報作業說明」請逕至本部「生產事故救濟」專區(查詢路徑：本部首頁 <http://www.mohw.gov.tw> > 本部各單位及所屬機關 > 醫事司 > 宣傳訊息)下載相關表單。
  - 五、副本抄送地方政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、台灣婦產科醫學會、臺灣兒科醫學會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，請協助轉知所轄(屬)機構(會員)應確實依規定通報生產事故。

## 滿月圓森林遊樂區－健行活動

康樂福利委員會召集人：洪秉坤

滿月圓山位於滿月圓國家森林遊樂區的東北方，海拔約 872 公尺，遠眺山勢，看來渾圓天成，沒有一般山峰的高聳險峻，因此當初在山中的林業人員，將它取名為「滿月圓」，意指月圓人團圓之意，以抒解思鄉之情。園區內主要有大豹溪源流之一的蚋仔溪流貫其中，因屬幼年期的溪流，河谷坡度陡峭，河川侵蝕及搬運作用力甚強，谷地落差大，形成許多美麗絕倫的瀑布景觀。其中，位於主流上的「滿月圓瀑布」及支流上的「處女瀑布」最為壯觀。

由於園區多為中低海拔山區，森林型態以天然闊葉林為主，少部分為人工造林。天然林主要以樟科、殼斗科、桑科及楓樹科等植物為主，常見樹種如台灣肖楠、樟樹、大葉楠、香楠、豬腳楠、茄冬、野桐、烏榕、台灣黃妃、楓香、青楓...等；林下則常見山芋、姑婆芋、蛇根草、蕨類...等；人工造林地則主要為柳杉、杉木、琉球松、相思樹等經濟樹種。由於林相鬱密，生態系統龐雜，動植物資源豐富；很值得大家前來尋幽探訪一番。

日期：106 年 11 月 5 日（星期日）

集合點：上午 8:00 學會大門口（台北市民權西路 70 號）

行程：09:30 滿月圓森林遊樂區第一停車場集合 --12:00 離開 --12:30 午餐 --14:00 離開 --14:10 三峽祖師廟老街 --15:00 賦歸

攜帶用具：雨衣、柺杖、禦寒衣物、水、手套。

午餐：台灣磚窯雞餐廳（新北市三峽區中正路二段 87 號 02-26725882）

時間：中午 12:30 分

PS: 請會員務必將名牌掛上，以利辨識身份，(65 歲者請攜帶證件)

報名方式：

欲參加者請於 106 年 10 月 15 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 600 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



# 低活力膀胱



李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</sup> 杜章安<sup>3</sup> 郭宗正<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 台南郭綜合醫院 婦產部

<sup>2</sup> 台北中山醫院 婦產科

<sup>3</sup> 台南郭綜合醫院 泌尿科

低活力膀胱 (underactive bladder, UAB) 在醫學上常見，乃指臨床上有排尿躊躇 (hesitancy)、使勁 (straining)、膀胱排空不全 (減少小便流速、增加小便後餘尿) 等症狀，但無解剖上阻塞者。簡單的說，就是無法順利或自主自解小便，但不像逼尿肌過度活躍 (detrusor overactivity, DO) 和膀胱過動症 (overactive bladder) 有專有名詞。UAB 有許多不同名詞，其中最常用的是逼尿肌低活力 (detrusor underactivity, DU)，根據國際失禁學會 (International Continence Society, ICS) 對 DU 的定義：在正常時間範圍內，膀胱肌肉減少收縮力量和 / 或時間，造成延長小便的排空。其它名詞尚有逼尿肌收縮力受損 (impaired detrusor contractility, IDC)、不收縮膀胱 (acontractile bladder, AcB)、不收縮逼尿肌 (acontractile detrusor, AcD)、逼尿肌缺反射 (detrusor areflexia, DAr)、低收縮力膀胱 (hypocontractile bladder, HB)、低張力膀胱 (hypotonic bladder)、無張力膀胱 (atonic bladder)、膀胱收縮力受損 (impaired bladder contractility, IBC)、逼尿肌過度反射併收縮力受損 (detrusor hyperreflexia with impaired contractility, DHIC)、逼尿肌過度活躍並收縮力受損 (detrusor overactivity with impaired contractility, DOIC) 和小便滯留 (urinary retention) 等。由於名詞太多，故研究上有困難，文獻上多採 UAB 一詞，意義清楚明瞭，本文特以 UAB 討論之，但以 DU 做輔助說明 (因許多文獻使用 DU 一詞)，以供同仁參考。

2015 年，Chapple 等對 UAB 的定義為：乃一複雜逼尿肌功能減低所致的症狀，主要為解尿時間延長、有或無不完全膀胱排空的感覺，常伴隨排尿躊躇、減少滿尿（filling）感覺和緩慢尿流現象。

## ◇ 流行病學

以尿動力學測量 DU 的盛行率（prevalence），根據文獻報告約在 10-48%，隨年紀而增加、男性高於女性。然由於使用尿動力學的標準數據不同，盛行率會有所差異，況且部份 DU 患者是無症狀的，因而忽略泌尿道檢查，故 DU 可能有被低估的疑慮。

UAB 的成因為多種因素，而男性發生率高可能與良性前列腺肥大、導致膀胱出口阻塞（BOO, bladder outlet obstruction）較多，UAB 與 BOO 有時亦會同時存在。女性或亦因泌尿生殖道下墜、有泌尿道旁手術史、萎縮性陰道炎等也會造成 BOO。

## ◇ 症狀

有些作者將 UAB 分為 DU、AcD、DHIC 等三種類型，症狀會因類型而不同。在 DU 患者，尿動力學（urodynamic）檢查會有尿液流出（完全或不完全排空）或無尿液流出（小便滯留）。2016 年，Li 等又將 DU 區分 4 亞型：減少逼尿肌收縮力量（慢或弱解尿）、延長膀胱排空時間（完全或不完全排空）、減少逼尿肌收縮的速度（排尿躊躇或等待）、減少或缺乏膀胱感覺（減少著急解尿、慢性小便滯留，最後會尿失禁）。在 AcD 患者，則有小便滯留、小便使勁、增加腹壓等現象。在 DHIC 患者，則會出現 DU 和 DO（UAB 和 OAB）合併症狀。

此外，有些患者在觸摸腹部，會感覺膀胱脹大、腸子排空不完全（incomplete bowel emptying），並有夜尿、活動能力差（impaired mobility）、增加小便後餘尿（post-voiding residual, PVR）、斷斷續續小便（intermittency）、重覆性尿道感染、頻尿、急尿之困擾。

## ◇ 病因

UAB 的真正原因並不清楚，與下列因素或有關連：

一、年齡：在年長者，雖無明顯神經疾病，逼尿肌的收縮能力仍會降低，但機轉不明，

判斷可能是副交感神經的分佈或傳導收縮的媒介物減少、逼尿肌肌肉細胞萎縮和纖維化有關。

- 二、糖尿病：為最常見的膀胱感覺功能異常病變，由感覺急尿至膀胱排空受損，導致成 DU，增加餘尿量。約 50% 糖尿病患者有功能異常的膀胱，病情屬漸進式發展，少數則在糖尿病初始便發生。糖尿病造成膀胱病變的因子眾多，如神經細胞功能異常、逼尿肌受損、尿道功能異常、膀胱缺血等。糖尿病患者會減少神經生長因子（nerve growth factor, NGF），而 NGF 乃一種訊息蛋白，對神經生長、維持和生存息息相關。神經傷害亦屬末梢神經病變，會有下肢感覺減少、步伐不穩、神經性疼痛。
- 三、腦血管意外：中風患者亦常有膀胱症狀，如不完全解尿、小便滯留等，此乃逼尿肌無反射（detrusor areflex）所導致，在急性時期須放置導尿管或間斷性導尿。95% 中風患者其小便滯留會在 2 個月內恢復正常。在年長中風者，常併有糖尿病或其它神經性疾病，UAB 風險提高。
- 四、帕金森氏症（Parkinson disease, PD）：PD 因在基底核（basal ganglia）中的黑質（substantia nigra）內多巴胺能神經原（dopaminergic neuron）有退化的移動性異常，會出現手顫、僵硬、運動遲緩、姿勢不穩等症狀，同時常伴有自主神經（如膀胱功能）異常。PD 發生 DU 的比率約 16-53%，真正機轉尚不明瞭。
- 五、手術：最常見為根除性子宮切除（radical hysterectomy），因手術中切除許多支配膀胱神經切斷，造成膀胱收縮無力，有時要置放導尿管 1-2 個月，或日後自我使用間斷性導尿來解決。有些骨盆腔器官下墜的手術，亦會使膀胱收縮力變差，無法自解或餘尿多，特別在嚴重膀胱下墜、手術中出血較多、年長者等，手術後發生小便滯留的風險較高。
- 六、藥物：在許多減少逼尿肌收縮的藥物（如抗蕁毒鹼）因可與乙醯鹼（acetylcholine）競爭，和蕁毒鹼收受器的作用，使肌肉放鬆、減少收縮力。或在其它抗神經病藥物（neuroleptics，如 fluoxetine-risperidone）、 $\alpha$  接受器加強劑（ $\alpha$ -receptor agonists，如安非他命）等，亦會增加小便滯留，但與 UAB 是否有關尚未確立。
- 七、Fowler' s 症候群：1985 年，由 Fowler 首先描述 1 位有小便滯留婦女，括約肌的肌電圖（EMG）顯示有重覆性放電和減速脈衝（decelerating bursts），而妨礙括約肌的放鬆，造成尿道阻塞只能部份解尿、或完全阻塞的小便滯留。主見於多囊性卵巢囊腫（PCO）患者多，可能與高雌激素有關。使用薦骨神經調節（sacral



neuromodulation，以電磁電力刺激神經）可抑制括約肌收縮，促使小便功能恢復。

1999 年，FDA 通過薦骨神經調節，可用來治療 Fowler' s 症候群引起之 DU。

## ◆ 臨床診斷

臨床上，UAB 的診斷需靠尿動力學檢查，但實行不易。年長者在尿動力學檢查常發現低活力逼尿肌（DU），DU 發生率的危險因子有小便滯留、裝置永久導尿管、存在神經性疾病等，然需有尿動力學檢查，因此報告的人數均不多。

2012 年，Jeong 等對 DU 的定義為：在尿動力學檢查， $Q_{max}$ （最大流速） $\leq 12$  mL/s（秒）和逼尿肌壓力（Pdet）在  $Q_{max} \leq 10$  cm H<sub>2</sub>O 時，在 547 位、 $\geq 65$  歲的被研究婦女，有 13.3% 出現此現象。同時，婦女膀胱出口阻塞（BOO）率有 10.4%、應力性尿失禁（stress urinary incontinence）有 44.1%，故判斷患者可能經過長時間 BOO（如膀胱下墜、Fowler' s 症候群和藥物引起等）而導致 UAB。但在臨床上診斷和治療不易。

Gammie 等對 DU 的定義則為：在尿動力學檢查， $Q_{max} < 15$  mL/s、Pdet 在  $Q_{max} < 20$  cm H<sub>2</sub>O、膀胱解尿效果（bladder voiding efficiency） $< 90\%$  條件下，在 1281 位、神經系統正常的被研究婦女，結果 DU 發生率為 24%（308 位），BOO 發生率為 9%（119 位）。DU 患者均  $\geq 59$  歲，高於 BOO 患者平均年齡 44 歲。

使用超音波測量膀胱厚度能否判斷 DU? 男性膀胱正常厚度為 1.4（1.33-1.5）mm，如膀胱內有  $\geq 250$  mL 尿液、且膀胱厚度  $> 2$  mm 時，可診斷為 BOO，但 DU 時，可能因膀胱肌肉細胞和神經軸突（axon）退化，肌肉細胞間距變遠，和較少膠原蛋白，因此膀胱肌肉變薄，故膀胱收縮乏力，導致無法正常解尿。2016 年，Rademakers 等研究分析 143 位、平均 62 歲的男性患者，以超音波測得膀胱容量當  $> 445$  mL、膀胱厚度  $\leq 1.25$  cm 時，診斷 DU 的靈敏率、特異性、陽性預測值、陰性預測值分別為 42%、100%、100%、85%，即使用無侵犯性超音波可輔助診斷 DU。但在女性患者則無試驗結果報告。

## ◆ 尿動力學診斷

DU 需要尿動力學診斷，然卻缺乏統一標準，ICS 亦無明定診斷方式，因此各研究有所差異。故在膀胱逼尿肌收縮強度、速度、持續性等尚有爭論。

常用測量收縮力乃在尿流動的逼尿肌壓力。Pfisterer 等研究分析 55 歲、停經後無過

動症膀胱婦女，測量 Qmax 平均為 18 (16-24) mL/s、Pdet 在 Qmax 為 24 (18-31) cm H<sub>2</sub>O。但是在臨床上，異常數值仍未有統一標準。

其它常用方法：(1)1990 年由 Schaefer 等提出，以尿流量為縱軸、逼尿肌為橫軸，將逼尿肌強度分為 VW (very weak, 很弱)、W- (weak, 弱)、W+、N- (normal, 正常)、N+、ST (strong, 強) 等六等級，阻塞分成七等級 (0-VI, 0 正常、VI 嚴重)；(2) 逼尿肌收縮係數 (detrusor contraction coefficient, DECO)：2009 年，由 Schaefer 等所提出 Schaefer DECO 計算圖 (nomogram)，DECO 為 1 時落在 W+ 與 N- 之間，DECO>1 逼尿肌為正常收縮能力 [註一]；(3) 膀胱收縮力指數 (bladder contractility index, BCI)：BCI>150 逼尿肌為強收縮力、BCI 在 100-150 逼尿肌為正常收縮力、BCI<100 逼尿肌為弱收縮力 [註二]。由於方法眾多，或有複雜計算方式，故主張採 Schaefer 計算圖來評估逼尿肌收縮能力。

Hoag 等報告以動力學來檢查 79 位的 UAB 患者，結果如下：(1)Pdet 在 Qmax 平均為 22.3 (2-37) cm H<sub>2</sub>O；(2)BCI 平均為 67.5 (20-94)；(3)Qmax 平均為 9.3 (1-22) mL/s；(4) PVR of total volume 平均為 42.1 (0-94) %；(5) 有 19 位 (24.1%) 患者同時併有 DHIC。

## ◇ 治療

現階段治療 UAB 的方式有限，而行為治療如定時小便、重覆 2 次小便 (解完一次再解一次) 可減少尿液滯留，以降低頻尿、急尿、膀胱炎、腎盂腎炎、膀胱結石的風險。在併有 UAB 和 BOO 之患者，則可予以使用  $\alpha$ -腎上腺素拮抗劑 ( $\alpha$ -adrenergic antagonist, 如 tamsulosin 等)。

其它相關研究報告，如使用蕁毒鹼加強劑 (muscarinic agonists, 如 bethanechol chloride、carbachol 等) 來增加逼尿肌收縮力，結論則不一；在乙醯膽鹼酯 (acetylcholinesterase) 抑制劑 (如 distigmine 等) 的報告，效果不盡相同，此乃 UAB 的原因很多，並無單一機轉可加強膀胱收縮能力；亦有使用 acotiamide 的報告，藉阻斷蕁毒鹼接受器，來增加乙醯膽鹼酯分泌；或在膀胱內注射前列腺素 E<sub>2</sub> (prostaglandin E<sub>2</sub>)、在尿道括約肌注射尿毒桿菌 (botulinum toxin A, BTX-A)，減少膀胱出口阻力，但此為外科方式，花費高、持效短，少被使用。最後可能需要自我間斷性導尿和導尿管導尿來排空膀胱和緩解症狀，使用清水清洗導尿管與無菌導尿管操作，泌尿道感染率相近。

在 Hoag 等報告的 79 位 UAB 患者，治療的方式分別有：自我間斷性導尿（54.4%）、觀察 / 保守性治療（25.3%）、薦骨神經調節（12.7%）、導尿管和恥骨上導尿（7.6%）。

## ◇ 結論

UAB 是常見的下泌尿道症狀（lower urinary tract symptom, LUTS），許多問題尚待解決，首先要確立在尿動力學 UAB 可以接受的標準，並瞭解在不同年齡層 UAB 的自然發展史的結果。同時，能真確掌握 UAB 的盛行率及產生原因。由於尿動力學檢查所獲得的資訊有限，如超音波等無侵犯性的檢測或能成為診斷 UAB 的新方式。再輔以有效治療藥物或設備，改善膀胱收縮和感覺，以造福患者。

[註一]  $DECO = (P_{det} \times Q_{max} + 5 Q_{max}) / 100$

[註二]  $BCI = P_{det} \times Q_{max} + 5 Q_{max}$

## ◇ 參考文獻

1. Li x , Liao L. Updates of underactive bladder: a review of the recent literature. *Int Urol Nephrol* 2016; 48: 919-30.
2. Jeong SJ, Kim HJ, Lee YT, et al. Prevalence and clinical features of detrusor underactivity among elderly with lower urinary tract symptoms: a comparison between men and women. *Korean J Urol* 2012; 53: 342-8.
3. Pfisterer MHD, Griffiths DJ, Rosenberg L, et al. Parameters of bladder function in pre, peri-, and ppostmenopausal continent women without detrusor overactivity. *Neurourol Urody* 2007; 26: 356-61.
4. Cohn JA, Brown ET, Kaufman MR, et al. Underactive bladder in women: is there any evidence? *Curr Opin Urol* 2016; 26(1): 309-14.
5. Chapple CR, Osman NI, Birder L, et al. The underactive bladder: a new clinical concept? *Eur Urol* 2015; 68: 351-3.
6. Rademakers KLJ, van Koevinge GA, Oelke M, et al. Ultrasound detrusor wall thickness measurement in combination with bladder capacity can safely detect detrusor underactivity in adult men. *World J Urol* 2017; 35(1): 153-9.

7. Kadow BT, Tyagi P, Chermansky CJ. Neurogenic causes of detrusor underactivity. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2015; 10(4): 325-31.
8. Fowler CJ, Kirby RS. Abnormal electromyographic activity(decelerating burst and complex repetitive discharges) in the striated muscle of the urethral sphincter in 5 women with persisting urinary retention. *Br J Urol* 1985; 57: 67-70.
9. Gammie A, Kaper M, Dorrepaal C, et al. Signs and symptoms of detrusor underactivity: an analysis of clinical presentation and urodynamic tests from a large group of patients undergoing pressure flow studies. *Eur Urol* 2016; 69: 361-9.
10. Osman N, Mangera A, Hillary C, et al. The underactive bladder: detection and diagnosis. *F1000 Res* 2016; Jan 25: 5.
11. Hoag N, Gani J. Underactive bladder: clinical features, urodynamic parameters, and treatment. *Int Neurourol* 2015; 19: 185-9.
12. Schaefer W. Basic principles and clinical application of advanced analysis of bladder voiding function. *Urol Clin N Am* 1990; 17(3): 553-6.
13. Liao L, Schaefer W. Within-session reproducibility and variability of urethral resistance and detrusor contractility in pressure-flow studies in men with lower urinary tract symptoms. *Curr Urol* 2009; 3(1): 19-28.



## 問答題

一、低活力膀胱的症狀為何？

- (A) 排尿躊躇 (B) 使勁  
(C) 不完全膀胱排空 (D) 以上皆是

二、何者是低活力膀胱的病因？

- (A) 糖尿病 (B) 腦血管意外  
(C) 根除性子宮切除 (D) 以上皆是

三、試問治療低活力膀胱的方法？

- (A) 間斷性導尿 (B) 薦骨神經調節  
(C) 恥骨上導尿 (D) 以上皆是

四、在尿動力學檢查，下列膀胱收縮力指數（BCI）何者是診斷逼尿肌低活力（DU）的標準？

- (A) BCI > 150 (B) BCI 100-150 (C) BCI < 100

五、尿動力學檢查逼尿肌低活力的方法中，何者最為簡單方便？

- (A) Schaefer 計算圖 (B) Schaefer DECO 計算圖  
(C) BCI (D) 餘尿量

### 第 249 期通訊繼續教育

**減少卵巢癌和輸卵管癌，婦產科醫師也責無旁貸**

答案：一、(D)；二、(D)；三、(B)；四、(B)；五、(D)

## ■ 會員園地

## 病例報告

Under colposcopic finding : Comparision with cervical tissue reactive changes of repair cell and cervical adenocarcinomatous cell.

## 在陰道鏡觀察下：子宮頸部組織 因受刺激而反應所引起之修復 細胞與子宮頸腺癌細胞相互比較

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)

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)

### ■ 摘要 (Abstract) :

一般於組織上皮會出現修復細胞 (Repair cell) 之原因如下：對環境變化加諸於對細胞刺激而產生反應是生物細胞之一大特色，細胞會積極地運用反應能力去抵抗而產生變化。反應性變化本質上是一種良性的變化。於子宮內避孕器，子宮頸發炎或是子宮頸之冷凍治療、子宮頸椎狀切除，子宮全摘除手術等過程中以及放射線照射治療、化療 (Chemotherapy) 與停經後上皮萎縮後等原因有關。於細胞學上修復細胞之診斷，往往會被誤判懷疑為腺癌

(Adenocarcinoma) 或鱗狀上皮內病變 (Squamous intraepithelial lesion SIL) 及非角化型鱗狀上皮癌 (Non-keratinizing squamous cell carcinoma) 等，因而引起恐慌及處置過度。對於早期診斷子宮頸癌除 片及人類乳突病毒檢測之外，陰道鏡也是其中一種不可或缺之輔助利器。在本院如下這二個病例於採取 片之後，皆做陰道鏡例行檢查後，就即刻可以判斷各為良性化生上皮及腺癌上皮，故做區別診斷是有很大幫忙與參考。

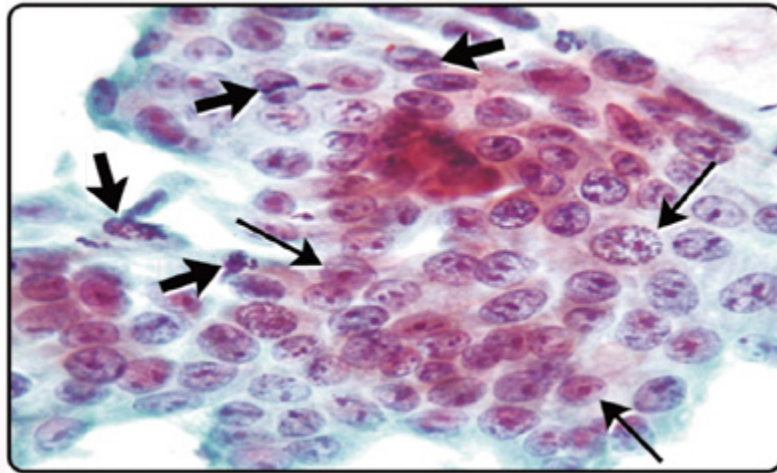
## 病例一

子宮頸鱗狀上皮化生 ( Cervical squamous metaplasia)

臨床所見 (Clinical Finding) :

患者於 2001 年 2 月因於其他診所之 片檢查為異形細胞病變不排除是重度鱗狀上皮內病變 (Dysplasia cannot exclude HSIL)，而被轉診至本院做更進一步檢查。為安全起見而重做子 頸 片 (Pap Smear)、人類乳突病毒偵測 (HPV DNA testing)、陰道鏡 (Colposcopy) 與病理切片 (Biopsy) 等檢查。

細胞抹片像所見 (Cytologic Finding Image) :



於未做陰道鏡檢查前，所採取之傳統 片呈現單薄層片狀，有如水流樣 (Streaming sheet) 相互並列，類似漁群般 (School of fish) 之細胞群出現，維持著極性 (Polarity)，細胞界限清楚，細胞內有明顯核仁 (細箭頭)，細胞質較濃染，有時可見到有絲分裂 (Mitosis) (粗箭頭)。於有出現這些修復細胞時，在判斷上必須特別小心與腺癌、鱗狀上皮癌等做區別

診斷。(1)(2)(3)(4)

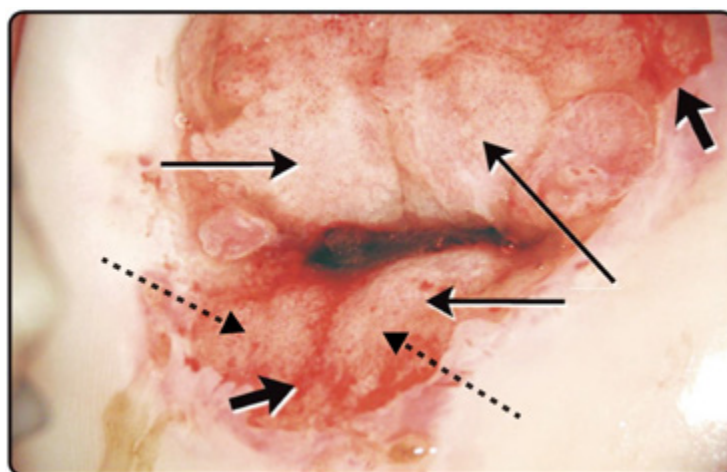
人類乳突病毒偵測所見 (Cervical HPV DNA testing 簡稱 HC2) : (5) (6) (7)

人類乳突病毒檢查報告

HPV DNA testing report (Hybrid Capture® II System. HC II)

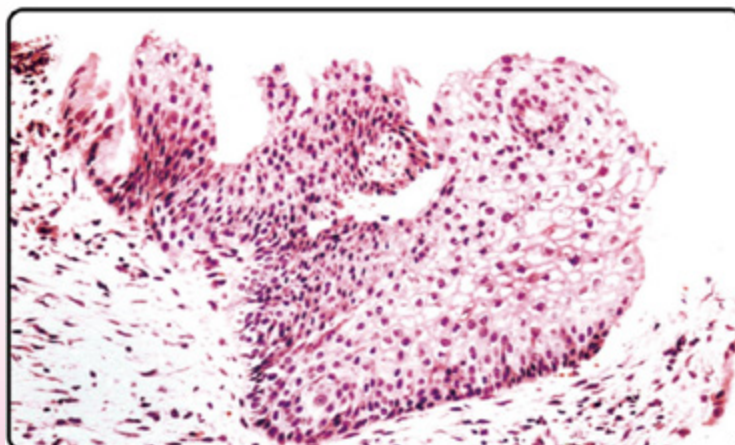
姓名	張 × × 女士	病歷號碼	× × × ×	檢驗日期	2001/3/15
結果	Negative	數值 (RLU/Cutoff)	27/150=0.18	報告日期	2001/3/15

陰道鏡所見 (Colposcopic Finding Image) :



於初診時，塗 5% 醋酸加工後，在外子宮頸口之上、下唇處有白粉紅色上皮 (細箭頭) 以及乳突狀之柱狀上皮 (虛箭頭) 與部份糜爛與接觸性出血 (粗箭頭)。(8)(9)(10)(11)

組織切片像所見 (Pathologic Finding Image) :





組織切片診斷是鱗狀上皮化生 (Squamous metaplasia) (一般於修復期上皮與不成熟化生上皮，在組織學上較難區別)，子宮頸上皮由柱狀上皮轉變為鱗狀上皮。

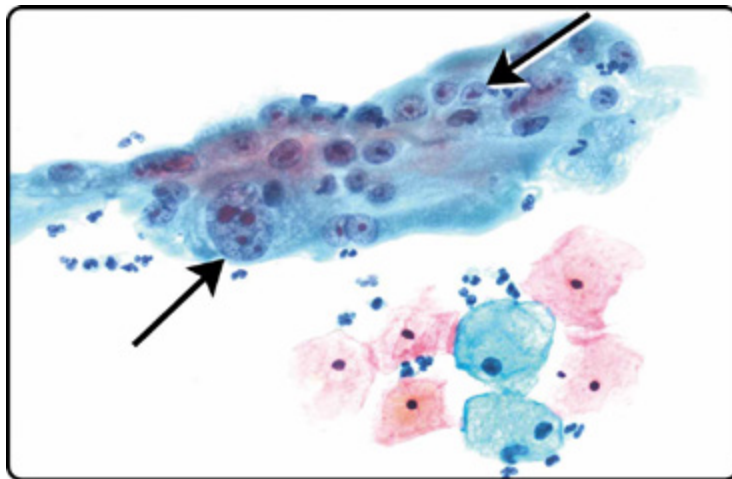
## 病例二

子宮頸鱗狀上皮化生 ( Cervical squamous metaplasia)

臨床所見 (Clinical Finding) :

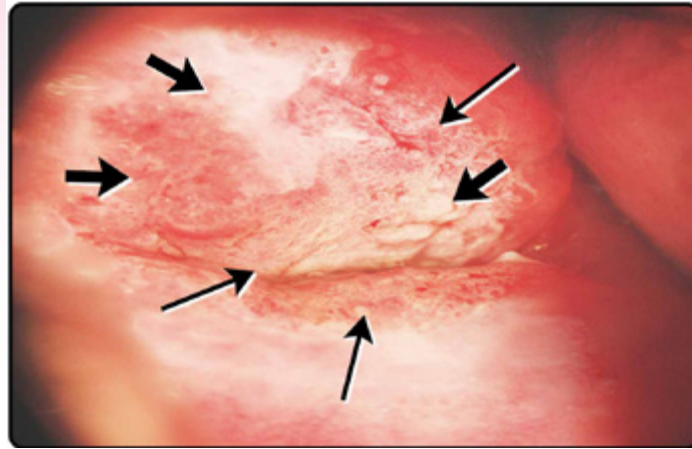
本患者主訴因陰道有血絲狀大量分泌物流出而到本院要求做詳細診斷與治療，經過診療中才獲知此患者於不久前有做過子 頸冷凍治療 (病因未知)，為安全起見而做子 頸片 (Pap Smear)、陰道鏡 (Colposcopy) 等檢查。

細胞抹片像所見 (Cytologic Finding Image) :



於做完冷凍手術治療後第 6 天出現板狀單層有規則排列似旁基底層型之細胞，細胞質增厚，核質比些微增高，細胞核中度濃染，染色質呈細顆粒狀以及有明顯核仁出現 (細箭頭)。細胞抹片診斷是子宮頸修復細胞 (Cervical repair cells)。(1)(2)(3)(4)

陰道鏡所見 (Colposcopic Finding Image) :



此個案是於做完冷凍手術治療後第 11 天塗 5% 醋酸加工後，在外子宮頸口上唇部位可以看到灰白色半透明之化生上皮(粗箭頭)以及部份半透明粉紅色之乳突狀柱狀上皮(細箭頭)。(8)(9)(10)(11)

### 病例三

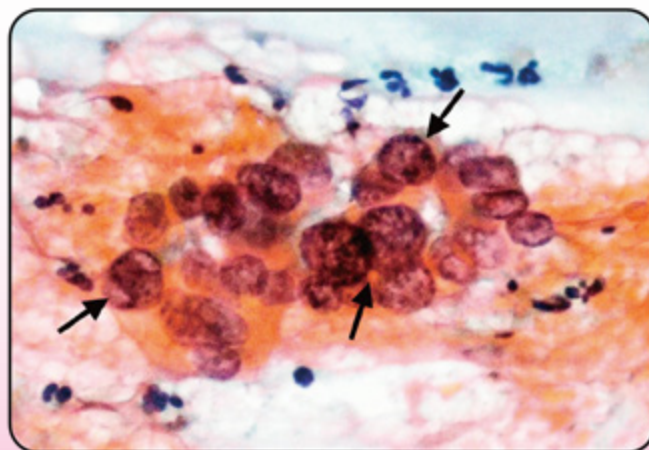
子宮頸腺癌 (Cervical Adenocarcinoma)

臨床所見 (Clinical Finding) :

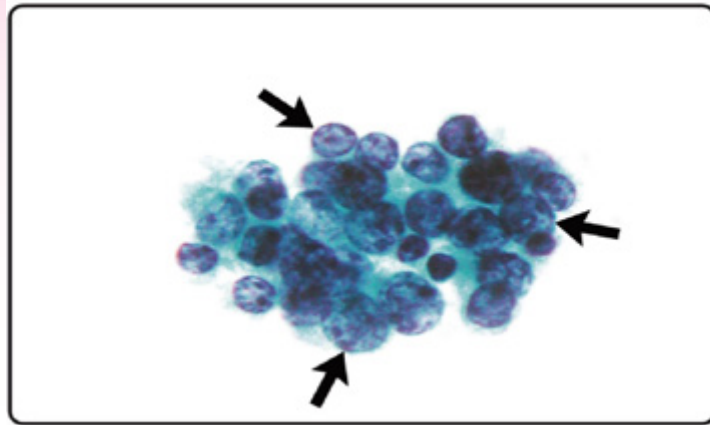
患者於 2009 年 3 月由外面開業醫師做 片被診斷為異形細胞病變不排除是重度鱗狀上皮內病變 (Dysplasia cannot exclude HSIL)，而轉診至本院做更進一步檢查與治療。

細胞抹片像所見 (Cytologic Finding Image) :

傳統抹片 (Conventional Pap Smear)

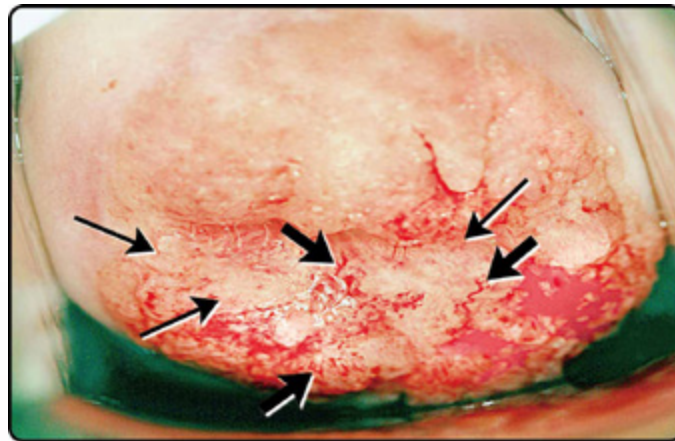


## 液基薄層抹片 (Liquid Based Preparation Pap)



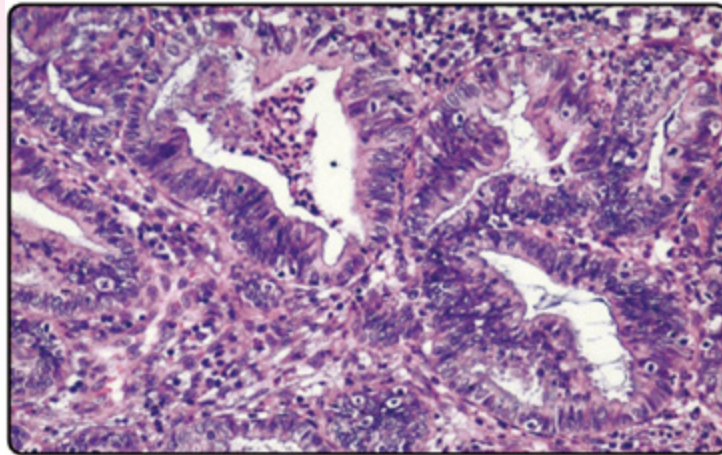
細胞的結合性強，有二度空間且擁擠之明顯腺體狀排列，細胞核增大，有核仁與分佈不規則及粗顆粒之染色質與有出現染色質旁呈亮 (Parachromatin clearing) (粗箭頭)，細胞質內有黏液與空泡會把細胞核擠到一邊。細胞抹片診斷是子宮頸腺癌 (Cervical adenocarcinoma)。(12)(13)(14)(15)(16)

陰道鏡所見 (Colposcopic Finding Image) :



塗 5% 醋酸後，出現厚層的白色乳突塊狀形成很像凝聚的絨毛。濃厚白色表面覆蓋在柱狀上皮上，出現類似未成熟移行帶之紅、白點乳突狀長出物 (papillary Villous-like excrescences) (細箭頭)，並且可以在表面上看到一些樹根狀 (Tuberous root-like)、書寫狀 (Writing like)、廢線頭狀 (Waste thread-like) 等不正常血管 (粗箭頭)。(8)(9)(10)(11)

組織切片像所見 (Pathologic Finding Image) :



組織切片診斷是子宮頸腺癌 (Cervical adenocarcinoma)，可見柱狀腫瘤細胞排列成腺體構造<sup>(15)</sup>。

## ■ 結論 (Conclusion) :

1. 當子宮頸部受到過度刺激或細胞反應不足以抵抗環境之變化，細胞之功能衰退，即進入退化 (degeneration) 之階段，退化之細胞尚有可能恢復正常就是所謂的修復細胞 (repair cell)，否則細胞進入壞死 (necrosis) 之階段，核皺縮 (karyopyknosis) 為壞死前期之表現，核崩解 (karyorrhexis) 是壞死之最終現象。
2. 於做子宮頸局部治療或手術後最恰當抹片採樣時間為 3-6 個月後，等待受刺激反應之上皮組織完全癒痊，才能夠做抹片或其他處輔助性檢查，以避免採取 片所獲得之修復細胞容易與腺癌等細胞彼此被誤判。
3. 一般細胞學修復細胞，往往容易與癌細胞（尤其是腺癌細胞）混淆不清，較不容易區別診斷，但如果能夠在臨床上第一時間利用陰道鏡併用細胞學追蹤觀察，想必可以避免誤判之窘境。根據如上所提供正常與不正常陰道鏡學、細胞學與組織學所見，本人認為如果我們婦產科臨床醫師於做子宮頸抹片採樣時，除了內外頸部都要獲得足夠細胞量之外，跟隨著使用陰道鏡觀察子宮頸上皮變化情形，必想對於診斷此類細胞學病變之檢查單位會有多一層很有價值的參考依據。



## ■ 參考資料 (References) :

1. Ritu Nayar, David C. Wilbur. The Bethesda System For Reporting Cervical Cytology (Third Edition). 2015 ;P60-P72.
2. Gupta PK, Burroughs F, Luff RD, Frost JK, Erozan YS. Epithelial atypias associated with intrauterine contraceptive devices (IUD). *Acta Cytol.* 1978;22:286-297.
3. Gondos B, Smith LR, Townsend DE, Cytologic changes in cervical epithelium following cryosurgery. *Acta Cytol.* 1970; 14:386-9.
4. Terence J. Colgan, MD; Shery L. Woodhouse, MD; Patricia. Styer, PhD; Mary Kennedy, CT(ASCP), MPH; Diane D. Davey, MD, Reparative Changes and the False- Positive / False-Negative Papanicolaou Test A Study From the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Cervicovaginal Cytology, *Arch Pathol Lab Med.* 2001;125:134-140.
5. Castle PE, Stoler MH, Wright Jr TC, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. *Lancet Oncol.* 2011;12:880-90.
6. Castellsague' X, D'iaz M, de Sanjose' S, et al.; International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. World-wide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 305-15.
7. Ueki M, Veda M, Kurokawa A, et al. Cytologic study of the tissue repair cells of the uterine cervix with special reference to their origin. *Acta Cytol.* 1992;36:310-318.
8. E. J. Mayeaux, Jr., MD, J. Thomas Cox, MD. COLPOSCOPY Textbook & Atlas (Third Edition). 2012; P322-340.
9. Minoru Ueki MD. Cervical Adenocarcinoma : A Colposcopic Atlas. 1985.
10. Lickrish GM, Colgan TJ, Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and invasive adenocarcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20:111-22.
11. Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and adenocarcinoma of the uterine

- cervix; differentiation from other cervical lesions. *J Low Genit Tract Dis* 1999; 2: 83-97.
12. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Screening and adenocarcinoma of the cervix. *Int J Cancer* 2009; 125: 525-9.
  13. Azodi M, Chambers SK, Rutherford Tj, Kohorn EI, Schwartz PE, Chamders Jt. Adenocarcinoma in situ of the cervix: management and outcome. *Gynecol Oncol* 1999; 73: 348-53.
  14. Nguyen G-K, Daya DE: Cervical Adenocarcinoma and Related Lesions, Cytodiagnostic Criteria and Pitfalls. *Patbol Annu* 28(2): 53-75,1993.
  15. Vesterinen E, Forss M, Nieminen U. Increase of Cervical Adenocarcinomas: A Report of 520 Cases of Cervical Carcinomas Including 112 Tumors With Glandular Elements. *Gynecol Oncol* 33: 49-53, 1989.
  16. Berrington de Gonzalez A, Sweetland S, Green J. Comparison of risk factors for squamous cell and adenocarcinomas of the cervix: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2004 ; 90:1787-91.

## 編 後 語

何彥秉

各位敬愛的會員：大家好！

本期會訊封面充滿藝術氣息，畫家是新科法國獨立沙龍會員－我們的理事長。恭喜理事長獲此殊榮，全體會員皆與有榮焉。同時，理事長與秘書長宣佈了另一件值得會員慶賀的事，就是在多位院士以及理事長率領全體幹部的努力下，歷經多年爭取的婦產科超音波點數調升案，終於花開結果，在為全體會員恭賀的同時，也向歷任學會長官及幹部致敬。

李耀泰主任在本期的通訊繼續教育，為大家介紹了門診婦女下泌尿道症狀中常見的症狀之一－低活力膀胱。透過文獻的回顧，李主任將低活力膀胱的症狀，病因，流行病學與如何診斷及治療做了完整的介紹。提供會員先進最新資訊，以幫助有此困擾的患者，非常值得一讀。另一篇鐘坤井醫師與江宜平醫師的大作，比較了子宮頸修復細胞與腺癌細胞的抹片細胞學差異三例，佐以教科書等級的陰道鏡與細胞學圖例說明，是難得的案例，有興趣的會員先進絕對要收藏。

時序轉眼即將入秋，秋高氣爽時，亦正是登高踏青之時。學會為饗眾會員，將於 11 月 5 日於北部勝景滿月圓舉行健行活動，即日起可以報名，歡迎大家參加。

◎ 250 通訊繼續教育答案 ◎

題目：低活力膀胱

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

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-1482

傳真：(02) 2100-1476

台灣婦產科醫學會

收

自 貼  
郵 票



## 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
170903-2	106 年性健康友善門診品質提升研習會(台北場)	台灣婦產科醫學會	臺大醫院兒童大樓	09月03日 08時30分	09月03日 12時30分	A	2分
170903-1	106 年度周產期死亡及罹病討論會(台中場)	台灣婦產科醫學會	中山醫學大學正心樓 2 樓 0212 教室(台中市南區建國北路一段 110 號)	09月03日 08時50分	09月03日 12時00分	A	2分
170903-3	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03日 14時00分	09月03日 18時00分	B	1分
170905-1	台灣癌症精準醫學的現況與展望	臺安醫院教學研究部	臺安醫院健康管理心四樓研討室 A	09月05日 12時05分	09月05日 14時00分	B	1分
170908-1	綜觀功能醫學實務運作 - 個案研究與剖析	中華職業醫學會	香格里拉台北遠東國際大飯店,二樓香格里拉會議廳(台北市敦化南路二段 201 號)	09月08日 07時00分	09月08日 17時00分	B	1分
170909-1	2017 生活型態功能醫學會 - 從腸計憶	中華職業醫學會	香格里拉台北遠東國際大飯店,三樓遠東會議廳(台北市敦化南路二段 201 號)	09月09日 08時30分	09月10日 17時00分	B	1分
170910-1	周產期新知研討會	台灣周產期醫學會	高雄醫學大學附設醫院	09月10日 13時20分	09月10日 17時00分	B	2分
170910-2	Hot Topics in Endometriosis and Osteoporosis Management	康乃心婦產科診所,大台南地區婦產科聯誼會	台南大億麗緻飯店 5F 常紅廳	09月10日 16時30分	09月10日 19時10分	B	2分
170912-1	彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣醫師公會會議室(彰化市南郭路一段 63 號 5 樓)	09月12日 12時30分	09月12日 13時30分	B	1分
170916-1	驗傷採證實務與技巧	台中市政府衛生局	中山醫學大學附設醫院汝川大樓 17 樓 1703 會議室	09月16日 13時30分	09月16日 15時00分	B	1分
170917-1	106 年度臺灣超音波技術學會第二次學術研討會	臺灣超音波技術學會	國立成功大學醫學院第一講堂	09月17日 12時00分	09月17日 17時30分	B	2分
170924-1	周產期新知研討會	台灣周產期醫學會	台大醫學院	09月24日 08時20分	09月24日 12時00分	B	2分
170930-1	台灣尿失禁防治協會 106 年度會員大會暨學術研討會	台灣尿失禁防治協會	中山醫學大學	09月30日 09時00分	10月01日 16時40分	B	3分
171001-1	106 年性健康友善門診品質提升研習會(高雄場)	台灣婦產科醫學會	高雄醫學大學附設醫院	10月01日 08時30分	10月01日 12時30分	A	2分
171013-1	第十六屆世界醫用及生物超音波聯盟國際會議會前會	中華民國醫用超音波學會	台北國際會議中心	10月13日 08時30分	10月13日 17時00分	B	4分
171014-1	第十六屆世界醫用及生物超音波聯盟國際會議暨 ACUCI2017 暨 2017 年中華民國醫用超音波學會年會	中華民國醫用超音波學會	台北國際會議中心	10月14日 08時30分	10月17日 15時00分	B	10分
170730-2	106 年度青少年親善醫師初階培訓課程 北區	台灣青少年醫學暨保健學會	臺北市立聯合醫院婦幼院區第二醫療大樓 7 樓 臺北市福州街 12 號	10月29日 08時00分	10月29日 17時00分	B	2分
171104-1	第九屆台兒胎兒醫學 作坊	台兒診所、臺北榮 總醫院放射線部	集思台 會議中 蘇格拉底廳(台北市羅斯福路 4 段 85 號 B1)	11月04日 09時00分	11月05日 17時00分	B	5分
171227-1	人工生殖的過去、現在與未來	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27日 13時00分	12月27日 14時00分	B	1分

高雄場 106.08.13

# 周產期死亡及罹病討論會





全新之治療有症狀  
子宮肌瘤的口服藥物

first-in-class之黃體素受體調節劑\*

esmya® 5mg

Ulipristal acetate 恩惜膜

— 還給她 舒適 的生活 —

\* 台灣衛生福利部核准恩惜膜仿單 (IP11302B)

**適應症：**Ulipristal acetate使用於患有中等至嚴重程度子宮纖維瘤症狀的生育年齡成年女性，作為手術前或間歇性治療之用。

**成分/包裝：**包裝含有 5mg ulipristal acetate 的藥錠

**建議劑量：**每日口服一次，每次療程最長為期3個月，只能在月經發生期間開始治療：

- 第一次療程應在月經期間的第一週展開治療。
- 重複的療程最早應於前一次療程完成後的第二次月經期間的第一週開始。

使用前請詳閱說明書及注意事項

\*針對子宮肌瘤症狀治療之適應症 衛部藥輸字第026312號  
北市衛藥廣字第105070213號



友華生技醫藥股份有限公司

Orient EuroPharma Co., Ltd.

ESM-FM-1605001