

台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2016年9月239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：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

第102屆韓國婦產科醫學會 暨第21屆國際學術研究會



台灣婦產科醫學會 239 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／何弘能

05 監事長的話 | 文／蔡英美

06 秘書長的話 | 文／黃閔照

10 秘書處公告

10 關西一馬武督森林健行活動

12 衛生福利部 函

有關生產事故救濟給付之申請表單，本部已於 105 年 8 月 29 日以衛部醫字第 1051664832 號公告在案，請逕至本部「生產事故救濟」專區（查詢路徑：本部首頁＞本部各單位及所屬機關＞醫事司＞宣傳訊息）下載應用並轉知所屬，請查照。

12 台灣婦產科醫學會第二十屆第十二次理事會會議紀錄

16 105 年 10、11 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

17 105 年 11 月婦產科專科醫師證書到期尚未修滿學分者，請儘速於證書效期屆滿前 3 周修滿學分並逕向本會提出展延申請

18 通訊繼續教育

婦癌醫師的一項任務－化學治療不應再有噁心、嘔吐 | 文／李耀泰 陳福民 周松男 郭宗正

25 會員園地

25 停經後復發性尿道炎，局部雌激素最有效 | 文／李耀泰 陳福民 周松男 郭宗正

30 卵巢癌腫瘤指標及應用人類附睪蛋白 HE4 偵測卵巢癌 |

文／光田綜合醫院婦產科 蔡宏志醫師

36 編後語 | 文／劉嘉耀

38 活動消息

理事長的話

何弘能

天氣漸漸涼爽了！光陰似箭，三年的任期很快就要結束，謝謝各位會員這三年來的支持及鞭策，讓臺灣婦產科的會務能順利執行，並有餘力在國際上努力，爭取到很穩固的地位。

新一屆的會員代表已經順利選出，每一位都是各地區的賢達，並且長期貢獻於學會的會員，相信他們會很努力幫大家選賢與能，選出下一任的理監事，繼續為各位會員服務。

新的專科醫師筆試已完成，今年有二個醫師筆試未能通過，希望他們能再接再厲。婦產科醫師的生態已經慢慢改變，今年的男性只通過 6 位，只占通過的 1/5，這種改變勢必造成衝擊。醫師納入勞基法，也可能在 108 年上路，屆時將會是一大改變，希望各位會員能及早準備。

生育救濟辦法已上路，惟種種民法上的問題也會慢慢浮現，學會最近將在各地舉辦說明會，各位會員務必參與，以免日後一切不必要糾紛產生。

敬祝各位平安愉快。

監事長的話

蔡英美

回顧本屆理監事經歷的事：婦產科健保給付點值提出，生育事故救濟條例通過，緩解醫糾困境，住院醫師招收率逐漸回升等，而且蓬勃發展的次專科，像基因診斷、微創或無創手術…等都有長足的進步，也吸引更多的人投入婦產科行列，這些都指向婦產科將有更佳的前景。

今年專科筆試剛過，共有 34 位應考，其中有 8 位男性，以後面對的又是另一些問題，像婦產科醫師性別過度失衡，住院醫師工時問題及勞基法規定，再者新制專科醫師訓練更嚴格的規範等，再再考驗婦產科的運轉。而新的健保審查制度，是否對我們會員有什麼影響，也待觀察。

學會一直都面臨新問題的挑戰，相信在全體會員、代表、理監事的努力，能有更多的發展，而在學會努力過的我們，也都是台灣婦產科的一頁歷史。

敬祝大家闔家健康、幸福圓滿！

秘書長的話

黃閔熙

秋颶一波接一波，農損人傷，也期盼台灣能夠順利度過！

第 102 屆韓國婦產科醫學會暨第 21 屆國際學術研究會於首爾舉辦，台日韓在此次會議簽訂備忘錄，明年將從台灣開始第一屆台日韓聯合年會，並擴大年輕醫學交流，除原來參加會議及報告外，也將進行停留一週在台灣的參訪活動，感謝台大、馬偕、國泰、北榮、長庚、禾馨、李茂盛醫院的協助，另外三國年輕醫師短期出國進修網站也確認成立，目前正在收集三國交流醫院資料，如果年輕醫師將來有意願在日、韓做短期進修，可以透過網站進行聯絡，特別謝謝黃文助醫師協助網站建置，陳美州醫師帶著我們五個年輕醫師跟韓國交流，言談中才知道台灣住院醫師其實比韓國幸福許多，韓國醫師早上 6 點不到便要到醫院，晚上 8-9 點工作完成，便留在醫院睡覺，直到例假日才能回去，真是實至名歸的住院醫師，台灣工時一事紛紛擾擾，如何建置合理工時，又不影響訓練是我們努力的目標。

生育事故救濟條例說明會預計於 10 月 8、15、29 於高雄、台中、台北辦理三場說明會，針對法條說明，如何協助申報事故通報原則及院內風險管控及如何進行關懷都有專人說明，希望大家能夠踴躍參加。同時為促進醫病合作，將

來如何幫病人辦理申請作業也是非常重要的，再次謝謝醫事司石司長、醫策會、婦女健康及泌尿基金會、王漢州、何信頤副秘書長的努力。此次韓國行我也特別將國家試辦計畫過程及立法經驗作報告，日本有腦麻之救濟，韓國也在積極推動，惟目前韓國政府希望醫師亦要作成本之負擔，此過程與台灣當初過程相似，盼台灣經驗能夠帶給韓國努力的方向。

第 20 屆接近尾聲，會員代表也在 9 月 18 通過理事會確認公告預計在 10 月 2 日選出第 21 屆理監事，謝謝大家的支持在 20 屆任內完成生育事故救濟條例立法成功，感謝大家。

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

關西－馬武督森林健行活動

康樂福利委員會

馬武督森林，這邊會有名起來應該是因為之前有偶像劇在這邊取景以及擁有全世界最老的楊梅樹原生種楊梅阿嬤，林務局列管編號 23 號：楊梅斜幹偏傘形，長滿苔類，雀榕附生樹頂，榕根從老楊梅體內中空處著地，楊梅長在嶺線上，為穩住樹體，根系密佈地表，看得見的露根寬達 10 公尺。樹木醫師楊甘陵教授說：楊梅主根系深根性，從結瘤疊疊的浮根及板根發達情況觀察，樹齡應在 500 年以上。這是目前所知，台灣最大的楊梅樹，堪稱國寶級的自然資產。楊梅阿公，林務局列管編號 22 號：國寶級自然珍品與園區內其他百餘棵改良種楊梅不同，屬於原生種。野生種無瓣，夜半開花，天亮即消失。疊疊紫紅、暗紅甜美果實引來鳥兒啄食，每年四月紫紅楊梅果實熟透後，掉落滿地。楊梅阿公的位置與楊梅阿嬤在園區裡正巧是相互比鄰，就像是 2 位相親相愛的老爺爺與老奶奶站在一起，不在乎時間有多長久相守在一起。森林園區以溫暖帶的闊葉林為主，沿途景色幽美與壯麗，而園區豐富的自然生態，不時也可以看到昆蟲與鳥類。

金勇 DIY 農場為國內農業邁向企業化、科技化、自動化、精緻化、多元化之智慧型綜合農場。園內經營項目有番茄家族主題農場，引進來自世界各國三十餘種番茄，不同形狀、不同顏色、不同營養價值之 DIY 採果及八彩甜椒園、溫室立體準有機草莓園、花卉展售區、葫蘆彩繪、客家米食 DIY、播茶、花卉 DIY…等，提供豐富且多樣化田園採果樂，將農業生產、生態、生活結合是假日休閒採果好去處。歡迎闔家一同來森林健行，吸收芬多精，並體驗採果的樂趣。

◆日期：105 年 11 月 13 日（星期日）

◆集合點：台北：上午 8:00 學會門口（北市民權西路 70 號 5 樓）

中南部：上午 8:30 新竹高鐵站 4 號出口 1 號月台（1 樓外面客運停車處）

◆行程：09:30 馬武督森林遊樂區停車場集合－進入園區－ 12:30 離開－ 12:50 午餐【香村花園客家餐廳～關西鎮東光里中豐路一段 8 號 (03-5877940)】－ 14:20 離開－金勇 DIY 番茄休閒農場（新竹縣關西鎮十六張 35 之 1 號 (03 587 0899)）－ 15:30 離開

◆路程：園區 2.5 小時

◆攜帶用具：雨衣、拐杖、禦寒衣物、水、手套。

◆午餐：學會招待（無事先報名者恕不供應午餐）

◆PS：請會員務必將名牌掛上，以利辨識身份

◎報名方式：欲參加者請於 105 年 11 月 1 日前報名，並事先繳交每人 600 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 1200 元）

學會電話：02-25684819 傳真：02-21001476

劃撥帳號：00037773 戶名：台灣婦產科醫學會

★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	身份證字號	
眷屬姓名		出生	年	月	日	身份證字號	
眷屬姓名		出生	年	月	日	身份證字號	

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 105 年 8 月 29 日

發文字號：衛部醫字第 1051664832A 號

主旨：有關生產事故救濟給付之申請表單，本部已於 105 年 8 月 29 日以衛部醫字第 1051664832 號公告在案，請逕至本部「生產事故救濟」專區（查詢路徑：本部首頁>本部各單位及所屬機關>醫事司>宣傳訊息）下載應用並轉知所屬，請查照。

台灣婦產科醫學會第二十屆第十二次理事會會議紀錄

時間：105 年 9 月 11 日（星期日）下午 2 時 0 分

地點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主持人：理事長 何弘能

出席者：副理事長 蘇榮茂 蕭弘智 陳建銘

常務理事 顏明賢 張廷彰 何博基

理事 林正義 張少萌 李耀泰 施英富 林錦義 黃富仁 呂維國 翁順隆

洪秉坤 林禹宏 應宗和 龍震宇 黃建霈 張基昌

列席者：監事長 蔡英美

秘書長 黃閔照

副秘書長 孫三源 陳信孚 何信頤 劉文雄 黃文助

財政委員會召集人 張維君

請假人員：常務理事 胡玉銘 蔡明松 陳思原 吳孟興

理事 吳輝明 鄭英傑 余慕賢 林武周 孫茂榮 黃啓明 徐超群 蔡永杰

洪滿榮 徐明義

副秘書長 王漢州 陳根雄 仇思源 詹德富 李煥照 陳勝咸 林姿吟 林靜儀

記錄：吳純琪

壹、確認第 20 屆第 11 次理事會會議紀錄，見附件一（P1-3）。

通過。

貳、報告事項

理事長報告

1. 會務進行相當順利，謝謝各位理事幫忙跟支持。雖然學會期刊 Impact factor 下降，但重要的是，是掛了台灣的名字的雜誌，非常不容易。學會其它支出，是會員旅遊，但會員們都玩得很盡興；另一項是會刊的支出，學會這屆財務在交接時尚可。
2. 今日收到衛福部來函，衛保障醫師的勞動權益，自 108 年 9 月 1 日起全體受僱醫師將納入勞基法，以後加班、休假的算法會非常複雜，還有之後的週休都會是問題，請各醫院管理者要預先做好因應措施，也請大家想想之後會衍生的問題及困難處，學會將持續跟衛福部溝通。

監事長報告

1. 監事的主要任務是看守財務及專科醫師考試，這一屆都很順利的結束，謝謝大家的幫忙。
2. 由今年的監考專科醫師狀況來看，考生是女生占絕大部分，以後婦產科人力可能會面臨男女失衡問題，女醫師也要懷孕生小孩；另外在訓練上會有勞基法工時的問題。但我相信以後的理監事或幹部，會用你們的智慧把這些問題解決。

秘書長報告

1. 健保政策會有很大的變革，將來審查將由學會推薦專家負責，各區成立審查小組。放大回推比率可能定調 4 倍可能降為 3 倍，希望會員能多加申報。
2. 最近國健署要修優生保健法，現朝向「尊重婦女自主權」方向修法，今在 12 週以內懷孕的婦女，如要墮胎可以自己做決定，以前要配偶填同意書，以後不用。青少年部分，如找父母填同意書有困難者，可透過社工填同意書即可終止妊娠。
3. 這一次的會員旅遊，大家都玩得很開心。下一次的登山活動是 11 月 13 日去新竹馬武督森林公園，請大家踴躍報名。
4. 生產事故救濟條例 6 月已正式上路，以前試辦計畫時是由醫院提出申請，現已改為病人自行申請、或是病人委託醫療院所協助辦理。除了救濟條例外、還牽涉到民法，相當複雜。將來有辦北中南三場說明會的話，請各醫院診所務必派員參加，以了解現行法規。

副理事長報告

蘇榮茂：

理事長、監事長、秘書長、各位理監事大家平安！感謝大家這三年對於婦產科醫學會的支持，

會務也非常順利進行。因為又要改選了，感謝理事長、監事長、秘書長的領導，這三年來也爭取了很多權益，像生育事故補助過去是試辦計畫，現在已正式立法，但剛剛秘書長報告過，申辦手續還是相當複雜，尤其是繼承權問題很複雜，如果有辦說明會，也請大家踴躍參加。最後，祝大家中秋節快樂！

陳建銘：

理事長、監事長、秘書長、還有各位前輩，為表示效忠，也要跟理事長同進退，我也要卸任了，從 13 屆開始，13、14、16、17、19、20 共 6 任理事，前前後後在理事會也 20 年了，非常榮幸跟各位共事。但我發現學會裡的會員遇到事情，都忘了有學會這個寶，如果各位理事有機會在您的四周有看到需要協助的會員，盡量把這個訊息跟他們說，多多善用醫學會這個寶，謝謝！

蕭弘智：

1. 對於受僱醫師工時，以後勞基法要比較嚴格的實施，對各位經營者是一個很大的衝擊，我們是不是可以建議有甚麼機構來研擬，是不是乾脆以後變周休二日，早上休息，晚上看診，因應國家的法令要求，或是 9 點上班 5 點下班等，大家應該要思考。
2. 最近還有另外一個修法，衛生主管機關把 3 百平方米到 1 千平方米以上的醫療機構，都要列入接近醫院級的建築法規，特別是無障礙空間，這個面積對所有有接生業務的診所，已經都列入其中了。這個也是我們應該要提高警覺及關心的議題。

參、討論事項

提案一：審查 105 年度 5-7 月份月報表。

說明：見附件二（P4-6，現場發）

提案人：財政委員會

決議：通過。

提案二：確認第 21 屆會員代表當選名單。

說明：見附件三（P7~9）。其中，新北市參選人有 22 人，應選 21 人，其中當選人張甫行醫師在當選後傳真學會說要退出（見附件四，P10）。依本會會員代表大會代表選舉辦法第 5 條規定（見附件五，P11），無補選及遞補機制，依規定新北市當選人為 20 名。

提案人：秘書處

決議：通過。

提案三：有關財團法人李鎡堯生殖醫學基金會已申請解散，並擬將清算後之賸餘財產捐贈於學會作為李鎡堯優秀論文獎獎學金之專款專用。

提案人：秘書處

決 議：通過。獎項名稱如何修改，會再與楊友仕院士討論。

提案四：2016年7月17日參加醫策會推展生育風險救濟的RCA（根本原因個案分析）研討會，會中檢討的案例是一名新生兒爲了配合醫院母嬰親善評鑑，於剖腹生產後進行11分鐘的母嬰肌膚親密接觸體驗，隨後發現嬰兒異常，在送往新生兒科的途中因缺氧休克而發生不幸的悲劇。

說 明：醫策會、臺灣母乳協會、衛生福利部應該深刻檢視，爲了避免外行駕馭內行，甚而導致危害到母嬰安全，政府應立即終止把[母嬰親善]列入醫院的評鑑項目中！應該讓產房內所有工作人員的時間和心思，全心全力用在需要緊急救死扶傷的神聖任務上，不應爲了應付提高母乳哺餵率而心纏旁騖，並削弱了專業戰鬥力。更何況婦產科醫師人才凋零，僅存的接生醫師平均年齡已是56歲以上，外行人眼中溫馨浪漫的產後母嬰肌膚親善活動，被強行置入行銷在安危難測的生產過程中，干擾到必需全神關注和分秒必爭的醫療作業，無異於在高速公路上一邊駕駛一邊滑弄手機，實在是十分危險的作爲。

辦 法：終止將[母嬰親善]列入醫院評鑑，衛生福利部及國健署應改採取鼓勵政策，比照各地方政府發放生育獎金的方式，發放哺餵母乳獎金，提高全民產後哺餵率。

提案人：呂維國

決 議：通過。擬行文衛福部，建議「母乳哺餵」不要納入醫院評鑑項目。

肆、臨時動議

提案一：我國DRG 4.0版MDC14單胎妊娠陰道分娩的給付費用下限較DRG3.4版提高14,225元，未達下限則核實給付，影響產科收入，請及早因應。

說 明：DRG 37302的給付及實際發生費用如下，

	項目	下限金額	定額	上限金額	實際費用	價差
DRG 37302 單胎妊娠陰道分娩，無複雜診斷，無合併症或併發症	DRG 4.0 版 (試算)	34,690	36,300	37,078	27,962	- 123
	DRG 3.4 版 (實際現況)	20,465	36,055	37,084	27,962	+ 9,492
	差異	14,225	245	- 6	0	- 9,615

如依據目前分娩費用計算，改爲4.0後，將有84%的個案，由DRG定額給付，改爲依據實際發生費用給付，每個個案給付減少9,615元。如此亦是失去了藉由同一給付，鼓勵陰道分娩的美意。

辦法：建議提高陰道分娩費用，計算待產使用的各項資源，以提高可申報點數。

提案人：張廷彰

決議：健保署表示 4.0 版要和醫界取得共識後才會實施，學會持續注意實施時間。

伍、散會（下午 3 時 50 分）

105 年 10、11 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	3158	黃本湘
2	3169	楊維真
3	3179	黃楚珺
4	1672	鄧茂雄
5	2917	傅啓峰
6	2926	余伯青
7	2929	楊濬光
8	2949	呂亭瑤
9	2953	周煜達

※ 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。

105 年 11 月婦產科專科醫師證書到期
尚未修滿學分者，請儘速於證書效期
屆滿前 3 周修滿學分並逕向本會提出展延申請

序號	會員編號	姓名
1	1932	吳博霖
2	1993	蔡尙正

※ 專科醫師證書展延 未修滿學分者請注意

105 年度專科醫師證書到期者，須修滿 A 類 140 分、B 類 40 分總計 180 分，尚未修滿學分者，敬請於證書期滿前 3 周修滿學分，若未能於期限內修滿學分者，於證書期滿前 3 周逕向本會提出「逾期展延申請」，經本會提報衛生署審核（須有特殊理由，若為出國進修者請提供相關證明文件）通過後，得延期一年補滿學分，逾期未申請者，即撤銷專科醫師資格，未免影響自身權益，請務必依規定辦理。

※ 以上法令依據衛生署「專科醫師分科及甄審辦法」第 16 條規定辦理。

※ 「逾期展延申請」表格，請至 www.taog.org.tw 下載，請詳填特殊理由，並附相關證明。

通訊繼續教育

婦癌醫師的一項任務－化學治療不應再有噁心、嘔吐



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 敏盛醫院 婦產科

化學治療在婦癌治療中佔有重要地位，但化學治療最令患者深感痛苦、且可影響成敗的是否有噁心和嘔吐。

造成嘔吐的神經傳導物主要包括多巴胺（dopamin）、血清素（serotonin）和 P 物質（substance P），當然可能尚有其它致吐的神經傳導物及其接受器未被發現。過去傳統的止吐藥物主要為高劑量的 dexamethasone 和 metoclopramide，但自從 1990 年，5-hydroxytryptamine-3（5-HT₃）接受器的拮抗劑被研發和使用後，止吐方法便進入一嶄新階段。隨後，palonosetron（5-HT₃）和 neurokinin-1（NK-1）接受器的拮抗劑 aprepitant 可以治療遲發性嘔吐，看似很多噁心和嘔吐的問題已可迎刃而解，唯仍有一些失敗案例。近幾年，又有新的止吐藥物如 netupitant、rolapitant 和 olanzapine 問世。本文特整理相關文獻，作一詳細介紹。無論如何，婦癌科醫師對化學治療的一項神聖任務，就是不該讓患者再承受噁心和嘔吐，這當然是一個很高的標準，正如執行手術的醫師，在手術後讓患者不痛，消滅噁心和嘔吐也是我們努力的目標。

◆ 高劑量 metoclopramide

Metoclopramide 主要作用在第 4 腦室下面的化學接受器的板機區（chemoreceptor trigger zone）與多巴胺接受器之作用，以及對末梢神經之膽鹼激導性（cholinergic）接受器競爭而產生止吐作用，但需要在注射化學治療藥物前半小時便開始使用。一般注射針劑為 7.68 或 10 mg/amp，因只注射 1-2 針效果不明顯，對可造成重度致吐藥物如 cisplatin，則建議使用高劑量 metoclopramide 100 mg，每 2 小時注射 1 次，第 1 天要注射到 400 mg 才能有效。副作用有外錘體反應（extra-pyramidal reaction），但只要立即注射一針抗膽鹼激導性藥物（如 biperiden）或是抗組織胺（如 Vena），便能很快恢復正常。根據我們多年經驗，此情況較容易出現在年輕女性患者，發生率約 5%。

◆ Neurokinin-1（NK-1）接受器拮抗劑

(1) Aprepitant（Emend）：2003 年，FDA 已核准口服 aprepitant（Emend），為有效預防化學治療引起之噁心和嘔吐，aprepitant 乃 NK-1 接受器的拮抗劑，可以防止迷走神經所傳導之 P 物質至 NK-1 接受器而產生作用。文獻報告，使用 ondansetron、dexamethasone 和 aprepitant 三種止吐藥物，與 ondansetron 和 dexamethasone 兩種止吐藥物，比較五天內之止吐效果，發現有 aprepitant 者之組別都特別好，能減少 50% 嘔吐風險或需用救援藥物，aprepitant 被認為對延遲性嘔吐特別有效，而且 NK-1 作用機轉與 5-HT₃ 不同，二者合用有加強的作用。Aprepitant 的副作用有疲倦、衰弱、打嗝、消化不良等。

Aprepitant 之主要代謝乃經肝臟 cytochrome P-450 3A4 途徑，而類固醇亦是經此相同酵素，因此 aprepitant 與 dexamethasone 共同使用，會使 dexamethasone 在血漿中濃度升高，故此時可減少約 50% 的劑量。

(2) Fosaprepitant：乃一水溶性藥劑，在靜脈注射後 30 分鐘會經 phosphatases 改變為 aprepitant，故與 aprepitant 作用相近。2008 年 1 月歐盟和 2008 年 2 月美國 FDA 已通過靜脈注射 fosaprepitant 115 mg，與口服 aprepitant 第 1 天 125 mg、第 2-3 天 80 mg 的效果相近。

(3) NEPA：此乃固定口服 netupitant 300 mg 和 palonosetron 0.5 mg 兩種藥物，來預防嘔吐。在 2014 年 FDA 通過使用。Netupitant 乃一 NK-1 接受器的拮抗劑，半衰期 90 小時，可抑制 CYP3A4，因此與 dexamethasone（CYP3A4 substrate）合用時與 aprepitant 一樣，dexamethasone 要減量。其中 palonosetron 乃一長效 5-HT₃ 接受器拮抗劑，半衰

期 40 小時。2016 年，Shi 等綜合 10 篇文章，對延遲性嘔吐的分析，認為 netupitant + palonosetron + dexamethasone 之完全有效率達 85.79%，優於其它止吐藥物的配合使用，主因兩種藥物的半衰期很長。

2014 年，Aapro 等研究分析 1455 位、接受中度致吐藥物、anthracycline cyclophosphamide 的化療患者，分成兩組治療：一組為 NEPA 組，即予以單次口服 netupitant 300 mg 及 palonosetron (PALO) 0.5 mg + dexamethasone 12 mg，另一組僅予以單次口服 palonosetron (PALO) 0.5 mg 及 dexamethasone 20 mg。結果 NEPA 組和 PALO 組，在延遲性嘔吐期 (25-120 小時) 的完全有效率 (無嘔吐、無救援藥物) 分別為 76.9% 和 69.5% (p=0.001)；在全部時間 (0-120 小時) 的完全有效率分別為 74.3% 和 66.6% (p=0.001)；在急性期 (0-12 小時) 的完全有效率分別為 88.4% 和 85% (p=0.047)，均以 NEPA 組表現較佳。兩組的安全性則相近。結論是：對中度致吐化療藥物所產生的嘔心和嘔吐的預防，NEPA + dexamethasone 效果優於 PALO + dexamethasone。

(4) Rolapitant：乃一新的 NK-1 接受器拮抗劑，半衰期長達 180 小時，亦可抑制 CYP3A4，但與 midazolam 共同使用的安全和可被接受，美國 FDA 並於 2015 年 9 月通過使用。

2014 年，Rapoport 等研究報告共 555 位、第 III 期、接受重度致吐化學治療患者中，並分成兩組治療：一組予以口服 rolapitant 200 mg + granisetron 10 μ g/kg + dexamethasone 20 mg (rolapitant 組)，另一組予以口服安慰劑 + granisetron 10 μ g/kg + dexamethasone 20 mg (安慰劑組)。結果在急性和延遲性反應，都是 rolapitant 組呈有意義的改善。在沒有噁心延遲性時間，rolapitant 組與安慰劑組分別為 58.3% 和 46.8%，在全部時間，rolapitant 組與安慰劑組分別為 55% 和 44%，亦是 rolapitant 組較佳。

◆ Olanzapine

Olanzapine 乃一種非典型抗精神病的 (antipsychotic) 藥物，對許多不同接受器有作用，包括多巴胺的 (D1、D2、D3、D4)、血清素的 (5-HT_{2A}、5-HT_{2C}、5-HT₃、5-HT₆)、腎上腺素 (adrenergic)、組織胺的、毒菌鹼的 (muscarinic、m₁、m₂、m₃、m₄) 等。

2016 年，Chow 等綜合分析 7 篇文章、共 201 位患者，單獨使用 olanzapine (口服 2.5-15 mg) 或加上其它止吐藥物的第 I、II 期 (phase I、II) 對中度或重度致吐藥物的研究。結果急性期 (0-24 h)、延遲期 (12-120 h) 和全部 (0-120 h) 之完全有效，在沒有噁心上分別為 92.7%、71.8%、70.6%；在沒有嘔吐上分別為 100%、94.5%、90.4%；在全部有效上分別為 92.5%、87.5%、82.5%。副作用包括疲倦、嗜睡、睡眠中斷。結論是：olanzapine 對預

防化學治療後的噁心和嘔吐是有效且安全的。從所有文章中再分析 olanzapine 使用時機，有在化學治療前 2 天便開始使用，亦有從第 1 天至第 7 天每天上午口服 15 mg，或是合併使用 dexamethasone、granisetron、palonosetron 等方式不盡相同。

◆ Gabapentin

當患者已接受 5-HT₃ 和 NK-1 接受器拮抗劑後，如效果仍不理想，可以考慮予以 gabapentin。Gabapentin 乃一種 gamma aminobutyric acid (GABA) 類似劑，可治療癲癇、疱疹後疼痛、術後疼痛，並預防術後噁心和嘔吐。Gabapentin 可以預防化學治療引起之噁心和嘔吐的機轉不明。2012 年，Cruz 等研究分析 80 位、接受中度和重度致吐藥物的化療患者，每位患者在化學藥物注射前皆接受靜脈注射 ondansetron 8 mg、dexamethasone 10 mg、ranitidine 50 mg（抑制胃酸分泌藥物），並在第 2 和 3 天口服 dexamethasone 4 mg，一天 2 次。並分成兩組治療：一組（n=40）在化療前 5 和 4 天口服 gabapentin 300 mg，1 天 1 次，化療前 3 和 2 天增加為 1 天 2 次，化療的第 1 天至第 5 天增加為 1 天 3 次；另一組（n=40）則口服安慰劑。結果從第 1 天至第 5 天完全有效（無噁心、嘔吐）者，在 gabapentin 組為 62.5%，在安慰劑組為 40%（p=0.04）；延遲性（24-120 h）完全有效者，在 gabapentin 組為 89.3%，在安慰劑組為 60.7%（p=0.01）。副作用兩組相近。結論是：gabapentin 便宜、且能有效預防化學治療所引起的噁心和嘔吐。

◆ 化學治療引起的突發性（breakthrough）噁心和嘔吐

有些患者在化學治療過程中雖有使用標準的止吐藥物，但仍發生噁心、嘔吐者，便可考慮使用 benzodiazepine（Ativan）、metoclopramide、prochlorperazine（Novamin）或不同種類 5-HT₃ 藥物。最近有很多 olanzapine 用在此狀況的救援（rescue）文獻報告，採口服使用，使用劑量 10 mg，1 天 1 次，共 3 天。

- (1) Prochlorperazine：2011 年，Jone 等研究分析 96 位、接受中度和重度致吐藥物的化療患者，共 39 位（41%）出現突發性噁心和嘔吐，其中 27 位接受調查報告，24 位（88%）予以口服 prochlorperazine 10 mg，3 位予以口服 5-HT₃ 接受器拮抗劑（口服 granisetron 1 mg、靜脈注射 ondansetron 8 mg、舌下 ondansetron 8 mg），結果在 4 小時可減少 75% 噁心，但沒有 4 小時之後的報告。
- (2) Olanzapine 和 metoclopramide：2013 年，Navari 等研究分析 276 位、接受重度致吐藥物的化療患者，預防性止吐藥物採用靜脈注射 dexamethason 12 mg、palonosetron 0.25

mg、fosaprepitant 150 mg，結果有 112 位患者出現突發性噁心和嘔吐，並分成兩組治療：一組口服 olanzapine 10 mg，1 天 1 次，共 3 天；另一組口服 metoclopramide 10 mg，1 天 3 次，共 3 天。結果共 108 位可評的患者中，未發生嘔吐者，在 olanzapine 組為 76% (39/56)，在 metoclopramide 組為 31% (16/52)，兩組呈統計上差異 ($p < 0.01$)。結論是：以 olanzapine 作為救援治療，效果較 metoclopramide 為佳。

◆ 結論

許多人對化學治療的印象，是會有嚴重的噁心和嘔吐，加上媒體渲染，更是深植人心。但隨著技術的進步、5-HT₃ 和 NK-1 的被發現，不但可注射、口服、貼片使用，加上 palonosetron、netupitant、rolapitant 等更長效藥物，有效控制重度致吐和有延遲性嘔吐藥物（如高劑量 cisplatin）之副作用。更且，olanzapine 的使用後，亦大幅改善噁心和嘔吐。現階段，口服單一劑量 NEPA（netupitant 300 mg + palonosetron 0.5 mg）+ dexamethasone 似乎是一項不錯的選擇。婦產科醫師要能熟稔各種不同止痛藥物的機轉及其半衰期，加以靈活運用，可造福更多患者，免於噁心和嘔吐，順利完成所有療程。

◆ 參考文獻

1. 李耀泰, 毛義坤, 許國邦. Cisplatin 所引起之遲發性嘔吐控制. 中華醫學雜誌 1991; 48: 451-5.
2. 李耀泰. 一種效果良好最新之止吐藥 -Ondansetron. 台灣醫界 1992; 35: 1095-7.
3. 李耀泰. 化學治療之止吐藥物. 台灣醫界 1991; 34: 218-22.
4. 毛義坤, 李耀泰, 徐文成等. 併用高劑量 Metoclopramide Dexamethasone 和 Lorazepam 改善化學治療所產生之嘔吐. 中華醫學雜誌 1991; 47: 116-20.
5. Navari RM, Aapro M. Antiemetic prophylaxis for chemotherapy-induced nausea and vomiting. N Eng J Med 2016; 374(14): 1356-67.
6. Jordan K, Jahn F, Aapro M. Recent developments in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting(CINV): a comprehensive review. Ann Oncol 2015; 26: 1081-90.
7. Navari RM. Profile of netupitant/palonosetron(NEPA) fixed dose combination and its potential in the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting(CINV). Drug Design, Development and Therapy 2015; 9: 155-61.

8. Poli-Bigelli S, Rodrigues-Pereira J, Carides AD, et al. Addition of the neurokinin-1 receptor antagonist aprepitant to standard antiemetic therapy improves control of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Cancer* 2003; 97:3090-8.
9. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 化學藥物引起嘔吐的治療. *當代醫學* 2009; 36(8): 614-8.
10. Chow R, Chiu L, Navari R, et al. Efficacy and safety of olanzapine for the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting(CINV) as reported in phase I and II studies: a systematic review. *Support Care Cancer* 2016; 24: 1001-8.
11. 李耀泰, 陳福民, 吳尚德等. 一種重要但被忽略的藥物 -Gabapentin. *台灣婦產科醫學會會訊* 2015 年 2 月 p17-23.
12. Cruz FM, de Iracema Gomes Cubero D, Taranto P, et al. Gabapentin for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting: a pilot study. *Support Care Cancer* 2012; 20: 601-6.
13. Jones JM, Qin R, Bardia A, et al. Antiemetics for chemotherapy-induced nausea and vomiting occurring despite prophylactic antiemetic therapy. *J Palliat Med* 2011; 14: 810-4.
14. Navari RM, Nagy CK, Gray SE. The use of olanzapine versus metoclopramide for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. *Support Care Cancer* 2013; 21: 1655-63.
15. Shi Q, Li W, Li H, et al. Prevention of cisplatin-based chemotherapy-induced delayed nausea and vomiting using triple antiemetic regimens: a mixed treatment comparison. *Oncotarget* 2016; 7(17): 24402-14.
16. 李耀泰, 陳福民, 沈仁達等. 對化學治療所引起延遲性嘔吐的治療. *中華民國婦癌醫學會雜誌*. 2011; 1(4 月): 1-8.
17. 李耀泰. 急性期和延遲期嘔吐之治療. *中華民國婦癌醫學會簡訊*. 1991; 4(12 月): 17-24.
18. Aapro M, Rugo H, Rossi G, et al. A randomized phase III study evaluating the efficacy and safety of NEPA, a fixed-dose combination of netupitant and palonosetron for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting following moderately emetogenic chemotherapy. *Ann Oncol* 2014; 25: 1328-33.

問答題

- 一、下列預防化學治療引起嘔心和嘔吐的藥物，何者半衰期最長？
- (A) rolapitant (B) netupitant (C) palonosetron
(D) fosaprepitant (E) aprepitant
- 二、在化學治療如予以標準的止吐藥物後，仍出現噁心和嘔吐（breakthrough CINV），可採下列何者藥物治療之？
- (A) phenothiazine (B) metoclopramide (C) dexamethasone
(D) olanzapine (E) 以上皆可
- 三、下列何者藥物可預防化學藥物治療時的延遲性嘔心和嘔吐：(1)netupitant(2)aprepitant(3)palonosetron(4)metoclopramide？（複選）
- (A) 1、2、3 (B) 1、3 (C) 2、4
(D) 1、4 (E) 1、2、3、4
- 四、NEPA 是美國食品藥物管理局（FDA）核准使用藥物，以預防化療所引起的嘔心和嘔吐，請問包括哪些藥物：(1)netupitant(2)rolapitant(3)palonosetron(4)granisetron？（複選）
- (A) 1、2、3 (B) 1、3 (C) 2、4
(D) 1、4 (E) 1、2、3、4
- 五、下列何者為 olanzapine 在化學藥物治療中，防止嘔心和嘔吐所阻斷的接受器（receptors）：(1)dopaminergic(2)serotonergic(3)histaminergic(4)muscarinic？（複選）
- (A) 1、2、3 (B) 1、3 (C) 2、4
(D) 1、4 (E) 1、2、3、4

第 238 期通訊繼續教育

邊緣性卵巢癌的復發率和死亡率

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(A)

會員園地

停經後復發性尿道炎， 局部雌激素最有效



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 敏盛醫院 婦產科

泌尿生殖器症候群（genitourinary syndrome of menopause, GSM）乃一新名詞，主述停經後外陰和陰道的不適及下泌尿道之各種症狀，包括生殖道症狀（如乾燥、灼熱、刺激、陰道刺痛、陰道出血、性交疼痛）及尿道症狀（如急尿、小便疼痛、小便失禁、夜尿、復發性尿道炎），其中復發性尿道炎影響生活品質甚鉅，如重覆使用抗生素會有抗藥性之風險。尿道感染最常見於長期住院與長照機構之年長者，其次為社區住戶。復發性尿道炎的定義是：在過去 12 個月內超過 3 次有症狀的尿道感染。本文特加以分析，以供同仁作為診治上的參考。

◇ 停經後復發性尿道炎原因

雌激素接受器（estrogen receptor，包括 α 和 β ）存在於陰道、外陰、骨盆底（pelvic floor）、內骨盆筋膜（endopelvic fascia）、尿道、膀胱三角（bladder trigone），因此，停經後生殖泌尿道會減少膠原（collagen）、透明質酸（hyaluronic acid）、彈力素（elastin）、血管，卻增加結締組織，上皮層細胞變薄並改變平滑肌細胞功能，故患者除了陰道乾燥萎縮外，尚會使尿道和膀胱纖維化（膀胱肌肉收縮力變差）、尿道縮短、尿道外翻（eversion）、膀胱下墜（產

生尿道部分阻塞），造成小便疼痛、頻尿、急尿、小便失禁，陰道 pH 值增加 (>5)，陰道的正常乳酸菌減少，使大腸菌球、腸菌球、鏈球菌相對增加，發生陰道炎亦增加，此時在尿道縮短及減少彈性下，復發性尿道炎發生率自然提高。

停經後雌激素缺乏，膀胱和尿道纖維化，膀胱和尿道關閉力（closure pressure）減少，亦會使膀胱尿道間括約肌（intrinsic sphincteric）功能異常，所產生的尿失禁更增加小便發生感染機率。

◇ 停經後復發性尿道炎的發生率

Brown 和 Raz 等研究報告 65-70 歲年長婦女，尿道炎發生率在 15-20%，如 >80 歲發生率更高達 20-50%，且有重覆性。在 Eriksson 等研究報告中， ≥ 80 歲年長者，過去 1 年有尿道感染的機率為 33%，過去 5 年有尿道感染的機率為 60%。年長婦女因小便失禁、解剖上改變（如膀胱下墜）、增加餘尿量、糖尿病等均是造成復發性尿道炎的因素。如缺乏了解復發性尿道炎和 GSM 關係，會衍生許多不需要的抗生素治療，出現抗生素藥物的抗藥性，成為日後的隱憂。

◇ 局部雌激素治療

對僅有泌尿生殖器症狀的婦女，局部陰道雌激素的治療仍十分有效，除能改善外陰部和陰道症狀外，對下段尿道症狀（如小便疼痛、頻尿、急尿、夜尿、應力性小便失禁、尿道炎）如論是使用雌激素藥片、藥膏或陰道環，均可得到舒緩的結果。在實證醫學上，Roberts 等認為低劑量雌激素在預防復發性尿道炎為 level I-B。臨床上的表現包括：可減少陰道 pH 值和小便細菌、增加陰道乳酸菌數目和黏膜層厚度、及改善陰道和尿道的細胞功能。

2013 年，Beerepoot 等研究分析 2 篇文章、共 201 位陰道使用雌激素之婦女，結果發現能減少復發性尿道炎，相對風險（RR）0.42（95% 信賴區間 0.16-1.10）。其中 1 篇，先在前 2 週每晚塗抹 estriol cream 0.5 mg，後 8 個月中再每週使用 2 次，另 1 篇乃使用含 estradiol 2 mg 陰道環（Estring[®]），每天釋放雌二醇 7.5 μ g，但有 6-20% 出現陰道刺激或局部不適。該文同時亦分析發現，使用蔓越莓能減少尿道感染，RR 0.53（95% 信賴區間 0.33-0.83）。

◇ 陰道雌激素使用方法

一、陰道乳膏：常用有 2 種。

(1) Premarin 陰道乳膏：每 1 g 乳膏含 conjugated equine estrogen（CEE）0.625 mg。

CEE 乃混合許多雌激素成分（包括 estrone、equilin、 17α -dihydroequilin、 17α -estradiol、 17β -dihydroequilin），建議每天使用 0.5-2.0 g，共 21 天，然後休息 7 天，再重覆使用；或每週使用 0.5 g。2009 年，Bachmann 等研究報告，以低劑量 0.3 mg CEE（相當於 0.5 g premarin vaginal cream）來治療陰道萎縮婦女，採每 28 天為一週期或每週 2 次。在 12 週後可有效改善陰道成熟指數（VMI）、陰道 pH 值、陰道症狀（包括性交疼痛）。然後再連續使用 40 週，在共 155 位子宮內膜切片中，未發生子宮內膜增生或癌症者，亦無嚴重之副作用。

(2) Estrace 陰道乳膏：每 1 g 乳膏含 estradiol 0.1 mg。建議在一開始的第 1-2 週每天使用 2-4 g，在第 3-4 週減少一半的使用劑量，之後再採每週 1-3 次（1 g）來維持治療。

二、Estring 陰道環：內含 estradiol 2 mg。每天釋放 estradiol $7.5\ \mu\text{g}$ ，共 90 天。1 年共接受 estradiol 2.74 mg，此劑量低，不會增加乳癌和子宮內膜癌的罹患風險。

三、Vagifem 陰道片劑：內含超低量 estradiol $10\ \mu\text{g}$ 。建議連續每天置放 vagifem $10\ \mu\text{g}$ ，共 2 週，之後改為每週 2 次、每次 1 片劑量來維持治療。1 年共接受 estradiol 1.14 mg，劑量極低，但十分有效。

◆ 乳癌患者使用陰道雌激素

2016 年，美國婦產科醫學會建議罹患乳癌婦女，停經後泌尿生殖器症候群治療方式如下：

- (1) 先選用長效陰道潤滑劑或保濕劑，來改善泌尿生殖器症候群症狀，雖然陰道上皮之成熟指數（vaginal maturation index）不會受改變。
- (2) 在 estrogen-dependent 乳癌患者如使用非荷爾蒙治療失敗後，才考慮使用低劑量陰道荷爾蒙。
- (3) 使用陰道雌激素前，婦女先做癌症醫師諮詢，以了解低劑量雌激素使用的優點及風險。
- (4) 某些文獻（如 Ponzone、Le Ray、O' Meara）的報告認為，乳癌患者使用陰道雌激素並不會增加乳癌復發風險。

2012 年，美國婦產科醫學會建議有使用 tamoxifen 的乳癌患者，仍可使用陰道雌激素來治療泌尿生殖器的症狀。但如患者使用芳香族抑制劑（aromatase inhibitor），則須避免使用

高劑量陰道雌激素。

◇ 結論

停經後婦女常有尿道炎，如只予小便培養及抗生素是不足夠的，應有詳細婦檢及病史詢問。若出現陰道萎縮症狀（如陰道乾燥、灼熱、刺痛、陰道出血、性交疼痛等）及復發性尿道炎，便應考慮長期使用低劑量雌激素來治療，不但有效，亦不會增加乳癌和子宮內膜病變，並能減少對抗生素的抗藥性。如輔以飲用蔓越莓汁或益生菌，效果會更佳。

◇ 參考文獻

1. Kim HK, Kang SY, Chung YJ, et al. The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. *J Menopausal Med* 2015; 21: 65-71.
2. Brown JS, Vittinghoff E, Kanaya AM, et al. Urinary tract infections in postmenopausal women: effect of hormone therapy and risk factors. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 1045-52.
3. Raz R. Urinary tract infection in postmenopausal women. *Korean J Urol* 2011; 52: 801-8.
4. Beerepoot MAJ, Geerlings SE, van Haarst EP, et al. Nonantibiotic prophylaxis for recurrent urinary tract infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Urol* 2013; 190: 1981-9.
5. Committee Opinion Number 659. The use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent breast cancer. *Obstet Gynecol* 2016; 127: e93-6.
6. Ponzzone R, Biglia N, Jacomuzzi ME, et al. Vaginal oestrogen therapy after breast cancer: is it safe? *Eur J Cancer* 2005; 41: 2673-81.
7. Le Ray I, Dell'Aniello S, Bonnetain F, et al. Local estrogen therapy and risk of breast cancer recurrence among hormone-treated patients: a nested case-control study. *Breast Cancer Tract* 2012; 135: 603-9.
8. O'Meara ES, Rossing MA, Daling JR, et al. Hormone replacement therapy after a diagnosis of breast cancer in relation to recurrence and mortality. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 754-62.
9. Practice Bulletin No.126. Management of gynecologic issues in women with breast cancer. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 666-82.

10. Roberts H, Hickey M. Managing the menopause: an update. *Maturitas* 2016; 86: 53-8.
11. Duenas-Garcia OF, Sullivan G, Hall CD, et al. Pharmacological agents to decrease new episodes of recurrent lower urinary tract infections in postmenopausal women: a systematic review. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2016; 22: 63-9.
12. Lindahl SH. Reviewing the options for local estrogen treatment of vaginal atrophy. *Int J Women' s Health* 2014; 6: 307-12.
13. Bachmann G, Bouchard C, Hoppe D, et al. Efficacy and safety of low-dose regimens of conjugated cream administered vaginally. *Menopause* 2009; 16(4): 719-27.
14. Eriksson I, Gustafson Y, Fagerstrom L, et al. Prevalence and factors associated with urinary tract infection(UTIs) in very old women. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50: 132-5.

卵巢癌腫瘤指標及應用人類 附睾蛋白 HE4 偵測卵巢癌

光田綜合醫院婦產科 蔡宏志醫師

前言

卵巢癌依舊是婦癌中不常見但致死率高者，所謂“silent killer”，早期疾病症狀不特殊，困難發現，也無合適的篩檢方式或工具。由於上皮（細胞）卵巢癌占絕大多數，研究腫瘤指標，不論疾病篩檢、診斷、治療追蹤，是否進展、復發、預後等評估，均常以上皮卵巢癌為代表。卵巢癌有限的生物指標，包含癌抗原 125 (CA125)、人類附睾蛋白 (HE4)、五指標 (OVA1)、惡性計算危險性 (ROMA)、卵巢癌指數危險性 (ROCA)、惡性指數危險性 (RMI)、國際卵巢腫瘤分析 (IOTA)；其他，例如許多癌症都會增加的胚癌抗原 (CEA)、黏液性癌含卵巢黏液癌的癌抗原 19-9(CA19-9)。其他少見的卵巢癌各別有不同的指標用來協助診斷、治療追蹤、監測病人復發或是進行性疾病，例如卵巢顆粒細胞腫瘤的 inhibin A，生殖細胞 (germ cell) 腫瘤中尤其 endodermal sinus tumor 與 embryonal carcinoma 的 AFP (Alpha-fetoprotein)、生殖細胞腫瘤尤其絨毛膜癌的 hCG、及卵巢 dysgerminoma 的 LDH。卵巢癌腫瘤指標中已知研究最多、最著名的即 CA125。

癌抗原 125 (CA125)

卵巢癌腫瘤指標 CA125 (CA-125) 乃大分子量之黏蛋白，故有舊名 MUC16，由卵巢癌上皮細胞脫落，1981 年 Bast RC 等人最早發表 [1]，監測卵巢癌之疾病、進展過程已使用超過 30 年；約 80% 晚期卵巢癌呈現 CA125，早期卵巢癌只約 50% 增加；不過目前應用於篩檢與追蹤卵巢癌為最常用者，但也不是很好的血清生物指標。篩檢通常限於高風險群婦女，例如家族史有乳癌卵巢癌、BRCA 基因突變等。

只有少數的正常組織呈現低濃度 CA125，例如子宮內膜、輸卵管上皮、肺實質、眼角膜；有意義高的 CA125 可出現於子宮內膜異位症、正常妊娠的前三個月及某些良性的卵巢瘤，正常月經期可微增加，而造成評估診斷上難題。其他會刺激腹膜、心包膜、胸膜就可增加 CA125，例如子宮肌瘤、肝硬化、骨盆炎症、子宮內膜癌、乳癌、肺癌、胰臟癌、胸水、腹

水，甚至於吸菸、種族、年齡都會影響 CA125 值。

因此，應用 CA125 早期偵測卵巢癌做為無症狀婦女篩檢目前仍不被專家學者接受；主要原因誠如前述偵測早期卵巢癌敏感度太低，特異度也差、尤其在停經期前婦女更不合宜。以一個試驗而言，卵巢癌的一個篩檢假陽性反應勢必造成更加恐慌，執行更多試驗或檢查，甚至於不必要的剖腹探查；反之亦然，一個假陰性反應而放心，忽略了須要進一步的處置或治療。

閾值訂定與判讀

為鑑別子宮附件腫塊、卵巢瘤，婦女血清 CA125 參考值 (不是正常值) 大都訂為 $CA125 \leq 35 \text{ U/mL}$ ($CA125 \text{ II} < 20 \text{ U/mL}$)，如前述停經期前婦女此數值需要商酌，也要考慮各別不同檢驗室之差異；因此，以超過 2 倍值切斷點為異常時，陽性預測值可大於 95%，而被認同。某些專家甚至於就訂 CA125 正常參考值為 20-200 U/mL。一般設定 CA 125 值 $> 35 \text{ U/mL}$ 為升高時，手術之前，診斷卵巢癌呈現敏感度 78%、特異度 78%；統合分析結果，停經期後婦女敏感度約 69-87%、特異度約 81-93%，停經期前婦女敏感度只約 50-74%、特異度約 69-78%。

評估、治療、追蹤同一病人異常值時，要注意月經期，抽血時機最好在卵泡期，且送同一檢驗室，以避免誤差，影響判讀。醫療品質管制而言，遵循專家共識、醫療指引、標準作業程序；一個檢驗結果就只是一個實驗報告資料，須要研判；假使報告明顯異常奇怪，偏離臨床初步暫定診斷，應通知檢驗室，尋求可能原因，例如人為因素、檢體錯誤、操作不當、試劑問題、儀器故障等；是否可能解決，是否須要重作？

人類附睪蛋白 HE4

人類附睪蛋白 (副睪蛋白質 4、HE4) 檢驗用來監測上皮卵巢癌之病人復發或是進行性疾病 [2]，而評估惡性計算危險性 (ROMA) 時是以 CA125 及 HE4 來運算 [3]；在亞洲情況一樣，超音波及 HE4 合併停經情況來運算比其他計算可能改善偵測卵巢癌 [4]，不過作者的病人數實在太少。

這 HE4 是有 4 個二硫化物核心的乳清酸蛋白，由人類附睪上皮細胞分離出，包括女性生殖道的許多身體組織呈現；人類附睪蛋白之重要性會在漿液性與類子宮內膜異位的卵巢癌過度表現 [5]，其他大部分癌症不出現 HE4；正常卵巢表面上皮也不呈現 HE4；隨著年齡

增大，HE4 值增加，而妊娠期減少。最近研究指出，為鑑別骨盆腫塊之良性惡性，做 HE4 合併 CA125 比單做一指標有較好的敏感度與特異度 [6]。

檢驗分析與子宮內膜異位症

由於測定方法差異和試劑特異性，不同測定方法所得的 HE4 測定值不能互換使用；為了得到正確的結果，血清檢體不應含有纖維蛋白、紅血球或其他微粒物質。實驗室 HE4 參考值 95 百分位數為 ≤ 150 pM；惡性計算危險性 ROMA 值運算結果，停經期前婦女 $\geq 13.1\%$ 為危險群，停經期後為 $\geq 27.7\%$ 。健康婦女 HE4 正常範圍上限如以 95 百分位數算，停經期前為 89 pM、停經期後為 128 pM，合算 95 百分位數 HE4 為 114 pM [7]。亞培設計師副單蛋白質 4 (ABBOTT ARCHITECT HE4) 仿單上，96 % 呈現健康狀況的未停經女性的 ARCHITECT HE4 檢驗分析值在 70 pmol/L 以下，95% 呈現健康狀況已停經女性的 ARCHITECT HE4 檢測值在 140 pmol/L 以下；卵巢惡性腫瘤風險的評估程序 (ROMA™) 用來分類病人成不同的卵巢上皮細胞癌風險族群，可使用以下切點來提供 75% 特異性的 ARCHITECT HE4 及 ARCHITECT CA 125 II 組合分析：停經期前的病患 ROMA 值 $\geq 7.4\%$ = 有罹患卵巢上皮細胞癌的高風險，而停經期後的病患 ROMA 值 $\geq 25.3\%$ = 有罹患卵巢上皮細胞癌的高風險；設定 75% 特異性下，卵巢上皮細胞癌病人結果歸入高風險的敏感度為 93%；同樣 75% 特異性下，良性骨盆腫瘤歸入低風險的敏感度為 75%；陽性與陰性預測值分別為 58% 與 97%。

子宮內膜異位症是個出名婦科疾病而常有增高血清 CA125 值，也是生育期婦女卵巢瘤有升高 CA125 最常見而困擾的指標；任何一期子宮內膜異位症的血清 HE4 中位數值為 43.5 pM，範圍 15-111 pM，屬正常參考值上限之內；診斷子宮內膜異位症不論停經期前後，只有 3% 婦女血清 HE4 值增高，比較血清增高 CA125 有 67% 婦女 [7]。過去，雖然常也不確定，以血清 CA125 值當作協助診斷子宮內膜異位症之生物指標，也做為監視治療成果；應用 CA125 評估停經期前婦女時就太差，更突顯出 HE4 在鑑別子宮內膜異位症與惡性病之重要角色，合併其他指標更能改善特異度。

其他指標與討論

五指標 (OVA1) 只應用於子宮附件腫塊即將手術病人，不適用於篩檢；OVA1 比較 CA125 評估結果敏感度增加，特異度減少。惡性計算危險性 (ROMA) 是以 CA125 及 HE4 運算，再以停經情況計算危險性 [6,8]，統合分析結果，HE4 診斷正確率較優於 CA125，兩者合併運算可得最佳診斷敏感度、特異度 (圖 1)；以良性婦科疾病而言，HE4 診斷正確率

較優於 CA125，兩者合併運算得最佳診斷敏感度 [7]，故值得推薦應用，不只卵巢癌、甚至於子宮內膜癌 [2]；雖然仍有某些反向意見認為，這個多出之好處可以超音波與影像彌補。

早期發展於英國企圖篩檢卵巢癌，先以 CA125，後與超音波影像、加年齡，有卵巢癌指數危險性 (ROCA)[9]，或者一系列執行 CA125 再演算；惡性指數危險性 (RMI)，合併血清 CA 125、骨盆超音波及停經情況，評分指數以子宮附件腫塊具卵巢癌之危險性預估；例如 $RMI = 超音波評分 \times 停經情況 \times CA\ 125$ 乘積，評分 ≥ 200 建議轉介婦癌專家處理 [10]。美國學者仍認為在 75% 特異度下，ROMA 敏感度 (94%) 優於 RMI (75%)，不過陰性預測值，兩者均佳可達 94-98%[11]。國際卵巢腫瘤分析 (IOTA) 以超音波為基礎評估模式比 ROMA 有較好的診斷表現，並強調優良品質之超音波技術影像診斷卵巢癌，HE4 與 CA125 就不那麼重要了 [12]，不過評論作者的病人數真是太少。通常不會以電腦斷層 CT 或磁共振造影 MR 的昂貴技術影像來做卵巢癌篩檢。

未來展望

既然不可能單靠一個指標試驗發現早期卵巢癌，降低其死亡率，卵巢癌篩檢資源分配宜正確，例如前瞻性收集病人樣本、整合高效能篩檢、發現異質分子運用生物指標，期望卵巢癌篩檢蓄勢而有進展；以人口為基礎的篩檢導致於須採取大規格多模式策略。

目前可能參考的卵巢癌篩檢，目標一為無症狀婦女篩檢之努力，另一為有卵巢腫塊婦女是否惡性之應否治療區別；卵巢癌臨床症狀如腹痛、腹脹、不特別的胃腸尿路症狀，雖不特殊但可能引發調查、評估而診斷；高風險群婦女篩檢而言，卵巢癌前趨病變可能從輸卵管繖端上皮發展，或脫落、包含成為漿液癌；因來源不同與分子異質性差別，卵巢癌發展過程仍舊不明，難以掌握。

尋找嶄新可靠生物指標之發展，建議要經過 (1) 臨床前探索階段 (2) 臨床檢測確定時期 (3) 垂直回顧性研究 (4) 前瞻性篩檢評估 (5) 隨機對照組試驗，可見其難度，成功通過臨床試驗、上市實際醫療、之後還要繼續追蹤。

卵巢癌篩檢執行參考例如以年齡 50 以上開始，各種不同途徑連續性卵巢癌篩檢，例如影像學、蛋白生物指標、特殊症狀、上述的結合，以及其他模式統合 [13]。

結語

以優良超音波技術與影像診斷卵巢癌乃目前共識；純以蛋白生物指標而言，HE4 診斷

正確率較優於 CA125，兩者合併運算可得最佳診斷敏感度、特異度，故值得推薦應用，尤其當影像不很確定，例如子宮內膜異位症有沾粘或不單純複雜性之巧克力囊腫，或是不明或早期之卵巢癌，尤其生育年齡群婦女。篩檢卵巢癌仍然無合適應用任意一個指標試驗或方法獲得共識，但可參考合併模式執行。

利益衝突： 無

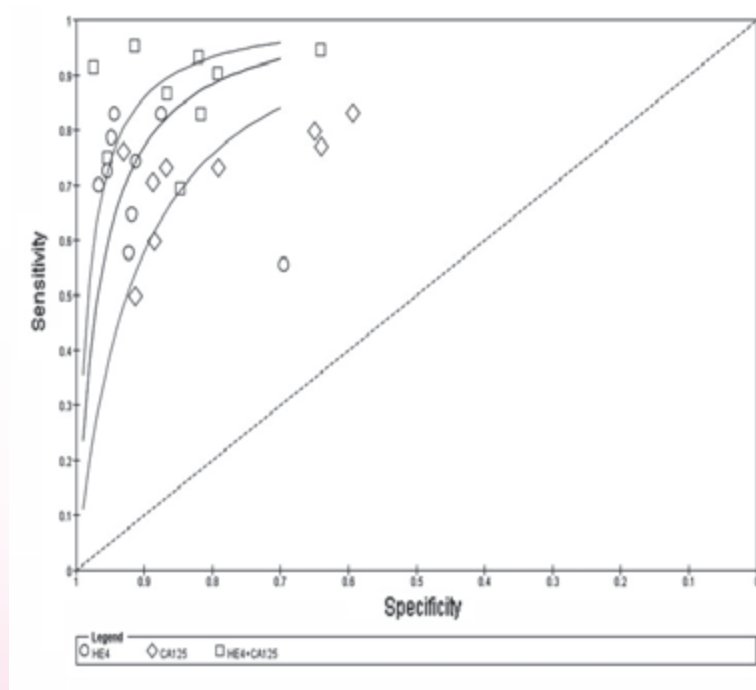
參考文獻

1. Bast RC, Feeney M, Lazarus H, Nadler LM, Colvin RB, Knapp RC. Reactivity of a monoclonal antibody with human ovarian carcinoma. *J Clin Invest.* 1981;68: 1331-7.
2. Simmons AR, Baggerly K, Bast RC Jr. The emerging role of HE4 in the evaluation of epithelial ovarian and endometrial carcinomas. *Oncology (Williston Park).* 2013 ;27:548-56.
3. Moore RG, McMeekin DS, Brown AK, et al. A novel multiple marker bioassay utilizing HE4 and CA125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Gynecol Oncol.* 2009 ;112:40-6.
4. Wilailak S, Chan KK, Chen CA, et al. Distinguishing benign from malignant pelvic mass utilizing an algorithm with HE4, menopausal status, and ultrasound findings. *J Gynecol Oncol.* 2015 ;26:46-53.
5. Drapkin R, von Horsten HH, Lin Y, et al. Human epididymis protein 4 (HE4) is a secreted glycoprotein that is overexpressed by serous and endometrioid ovarian carcinomas. *Cancer Res.* 2005 ;65:2162-9.
6. Zhen S, Bian LH, Chang LL, Gao X. Comparison of serum human epididymis protein 4 and carbohydrate antigen 125 as markers in ovarian cancer: A meta-analysis. *Mol Clin Oncol.* 2014 ;2:559-66.
7. Moore RG1, Miller MC, Steinhoff MM, et al. Serum HE4 levels are less frequently elevated than CA125 in women with benign gynecologic disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 ;206:351.e1-8.
8. Ortiz-Muñoz B1, Aznar-Oroval E, García García A, et al. HE4, Ca125 and ROMA algorithm for differential diagnosis between benign gynaecological diseases and ovarian cancer. *Tumour*

Biol. 2014 ;35:7249-58.

9. Jacobs IJ, Skates SJ, MacDonald N, et al. Screening for ovarian cancer: a pilot randomised controlled trial. *Lancet*. 1999 ;353(9160):1207-10.
10. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990 ;97:922-9.
11. Bast RC Jr, Skates S, Lokshin A, Moore RG. Differential diagnosis of a pelvic mass: improved algorithms and novel biomarkers. *Int J Gynecol Cancer*. 2012 ;22 Suppl 1:S5-8.
12. Kaijser J, Van Gorp T, Van Hoorde K, et al. A comparison between an ultrasound based prediction model (LR2) and the risk of ovarian malignancy algorithm (ROMA) to assess the risk of malignancy in women with an adnexal mass. *Gynecol Oncol*. 2013 ;129:377-83.
13. Cohen JG, White M, Cruz A, Farias-Eisner R. In 2014, can we do better than CA125 in the early detection of ovarian cancer? *World J Biol Chem*. 2014 ;5:286-300.

圖 1. 卵巢癌試驗統合分析之 ROC 曲線圖 (接收者操作特徵曲線)
HE4 診斷正確率較優於 CA125，兩者合併運算可得最佳診斷敏感度、特異度



取自 Zhen S, et al. *Mol Clin Oncol*. 2014 ;2:559-66.

編 後 語

劉嘉耀

各位婦產學界先進及會員：

「生產事故救濟條例」於今年六月正式上路，改由病人自己申請或委託醫院申請，表格可由衛福部網站”生產事故救濟”專區下載，將來學會預定分區舉辦說明會，屆時請會員參加，俾便有更進一步了解。張廷彰常務理事提出有關生產給付 DRG4.0 版申報金額下限明顯提高許多，影響到 DRG4.0 版實施後，申報可否拿到 DRG 定額給付，值得會員多注意。李耀泰副召集人大作「婦癌醫師的一項任務 - 化學治療不應有噁心嘔吐」及「停經後復發性尿道炎 - 局部雌激素最有效」提供臨床治療很實用的參考。蔡宏志醫師「卵巢癌腫瘤指標及應用人類附睾蛋白 HE4 偵測卵巢癌」提供將來早期偵測卵巢癌之另一可能利器 - 附睾蛋白 HE4。11 月 13 日學會有新竹馬武督森林旅遊，有意參加的會員可開始報名。此次編後語可能是這任期之最後一次，十分感謝所有會訊編輯委員三年來的努力奉獻，讓會訊成功地扮演學會與會員間溝通的橋樑，由於歷任理事長，監事長，秘書長及學會幹部及秘書的努力，許多學會有關會員事情都已解決，要在會訊傳達的事情相對地減少，會訊下一個任務可能是前理事長黃思誠教授幾年前的建議，增闢專欄，藉由訪談介紹已退休的婦產醫界前輩，「傳承」或「薪火相傳」讓婦產前輩的寶貴經驗藉由會訊的訪談傳承於後學。

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 九

傳真：(02) 2200-1476

◎ 239 通訊繼續教育答案◎

題目：婦癌醫師的一項任務－
化學治療不應再有噁心、
嘔吐

1. () 2. ()

3. () 4. ()

5. ()

會員號碼：

姓 名：

日 期：

*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於
積分登錄。

*請多利用線上作答功能，以節省時間
及紙張 ([http://www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp)
[/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

活動消息

活動編號	主題	主辦單位	舉辦地點	開始時間	結束時間	類別	學分
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	集思台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
161008-2	中國醫藥大學暨附設醫院36週年院慶醫學教育研討會—可信賴專業活動與勝任能力導向訓練	中國醫藥大學附設醫院	中國醫藥大學立夫教學大樓B1國際會議廳(上午) 中國醫藥大學安康教學大樓204教室(下午)	10月08日 08時30分	10月08日 17時00分	B	1分
161008-3	105年生產業務救濟業務說明會	財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會	高雄醫學院附設醫院 W 棟第三講堂	10月08日 13時00分	10月08日 17時00分	A	2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
161015-1	2016年醫事人員更年期繼續教育	台灣更年期健康學會	中國醫藥大學	10月15日 09時00分	10月15日 16時00分	A	1分
161015-2	105年生產業務救濟業務說明會	財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會	台中澄清醫院國際會議廳	10月15日 13時00分	10月15日 17時00分	A	2分
161016-3	中華民國骨質疏鬆症學會105年度會員大會暨學術研討會	中華民國骨質疏鬆症學會	台大醫學院102,103講堂	10月16日 08時10分	10月16日 16時30分	B	1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
161016-2	2016台灣周產期轉診整合性照護高峰會	林口長庚新生兒科	林口長庚12K會議廳	10月16日 13時30分	10月16日 17時00分	B	2分
161018-1	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)	10月18日 12時30分	10月18日 13時30分	B	1分
161022-1	2016年會暨第四次學術研討會	中華民國醫用超音波學會	台北國際會議中心(申請乙類積分2分)	10月22日 13時30分	10月23日 17時00分	B	2分
161023-2	2016北區研討會暨專科醫師與專技人員學術資訊交流工作坊	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	台北馬偕醫院15樓階梯講堂	10月23日 08時00分	10月23日 12時30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
161029-1	105年生產業務救濟業務說明會	財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會	台大醫學院101會議室	10月29日 13時00分	10月29日 17時00分	A	2分
161030-2	2016年彰基120週年院慶系列活動暨基因醫學部20週年慶研討會	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	彰基蘭大衛國際會議廳(教研大樓12F)	10月30日 08時00分	10月30日 17時00分	B	2分
161030-3	女性下尿路症狀：評估和藥物手術治療 Evaluation and Treatment for Female Lower Urinary Tract Symptoms	臺大醫院泌尿部、臺灣楓城泌學會尿高雄長庚醫院泌尿科、高雄榮民總醫院泌尿外科、高醫附設醫院泌尿科、	高雄醫學大學國際學術研究大樓B2(高雄市三民區十全一路100號)	10月30日 08時00分	10月30日 17時00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创治療醫學會第17屆學術年會及台灣婦產科內視鏡暨微创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创治療醫學會、台灣婦產科內視鏡暨微创醫學會、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
161106-1	2016 DUPHASTON 聯合專家會議	美商亞培股份有限公司台灣分公司	台中裕元花園酒店(4F西側包廂)	11月06日 13時30分	11月06日 17時00分	B	4分
161110-1	子宮頸癌疫苗價數的迷失	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	11月10日 12時30分	11月10日 14時00分	B	1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
161120-2	女性下尿路症狀：評估和藥物手術治療 Evaluation and Treatment for Female Lower Urinary Tract Symptoms	臺大醫院泌尿部、臺灣楓城泌學會尿高雄長庚醫院泌尿科、高雄榮民總醫院泌尿外科、高醫附設醫院泌尿科、	臺灣大學博雅教學館(台北市羅斯福路四段1號)	11月20日 08時00分	11月20日 17時00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561會議室	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
161217-1	Symposium Pregnancy in women with Cardiac risks	臺大醫院成人期先天性心臟病中心	臺大醫院兒童醫院B1講堂	12月17日 13時00分	12月17日 17時00分	B	1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

第102屆韓國婦產科醫學會 暨第21屆國際學術研究會





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)。