

# 台 灣

# 婦產科醫學會會訊

發行日期：2018年3月257期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



## 台灣婦產科醫學會 107年年會暨擴大學術研討會

The 57<sup>th</sup> Annual Congress of Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology



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

# 107年度年會 暨擴大學術會

## 為女著紅路跑活動 為女著紅路跑活動



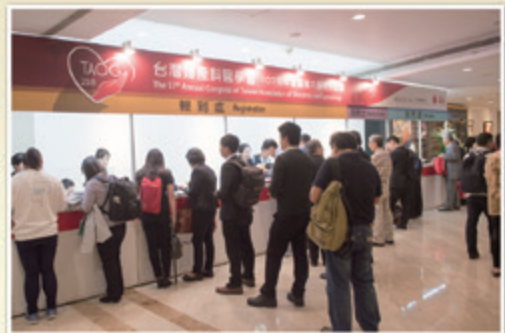
# 107年度年會 暨擴大學術會

## 為女著紅路跑活動



# 107年度年會 暨擴大學術會

會員報到、海報及廠商展示  
會員報到、海報及廠商展示



# 107年度年會 暨擴大學術會

## 大會演講 學術演講



# 107年度年會 暨擴大學術會

## 大會演講 學術論壇



# 107年度年會 暨擴大學術會

## 大會演講 學術演講



# 107年度年會 暨擴大學術會

## 大會演講 學海連綿





# 107年度年會 暨擴大學術會

## 大會演講 學術論壇



# 107年度年會 暨擴大學術會

## 大會演講 學術論壇



# 107年度年會 暨擴大學術會

# 會員代表大會



# 107年度年會暨擴大學術會



# 晚宴

# 宴章

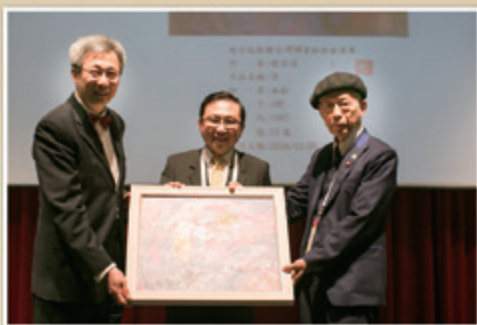


# 107年度年會 暨擴大學術會



## 晚 宴

## 宴 章



# 107年度年會 暨擴大學術會



## 晚 宴

## 宴 章



# 台灣婦產科醫學會 257 期會訊

## 目錄精華

---

16 理事長的話 | 文／郭宗正

---

17 秘書長的話 | 文／黃閔照

---

20 秘書處公告

---

20 中華民國醫師公會全國聯合會 函

有關貴會所提 107 年西醫基層總額開放表別專款項目之「陰道式超音波（醫令代碼 19013B；開放表別後 19013C）乙案，詳如說明，並請轉知所屬會員配合辦理，請 查照。

20 衛生福利部中央健康保險署 公告

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法其回推倍數上限值及隨機抽樣案件數計算方式，皆自 107 年 4 月 1 日（費用年月）起生效。

21 通訊繼續教育

---

減少卵巢癌和輸卵管癌發生的新認知 | 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

29 會員園地

---

游離胎兒染色體異常母血篩檢 (cfDNA 篩檢) 的現況及趨勢 | 文／郭富珍 醫師

36 編後語 | 文／王鵬惠

---

38 活動消息

---

## 理事長的話

郭宗正

台灣婦產科醫學會第 57 屆年會暨第 7 屆國際研討會，107 年 3 月 17~18 日於高雄圓滿落幕。今年的年會參加總人數共有 2476 人，口頭報告 101 篇，海報論文 242 篇，外賓演講 18 人，國內專家演講 12 人。謝謝大家的支持及踴躍參與，希望會員們皆於年會中得到新知，並應用於日常診療或研究工作之中。

學會第 21 屆第 3 次會員代表大會於 3 月 18 日舉行，當天出席人數共 123 人，與會中有以下的決議：

1. 學會會與全聯會合作，共同努力提高基層診所自費成本的稅率。
2. 學會將於今年 4~5 月舉辦全國四場陰道超音波基礎及進階課程。
3. 學會將舉辦局部麻醉、靜脈麻醉、ACLS 等與病人安全有關之繼續教育。
4. 產科醫師於非上班時間可收取「非值班時間出勤費用」，但需報請當地衛生局核准。(衛福部 106 年 10 月公告)
5. 學會是否可於年會開闢專區供會員院所徵才一案，將提至理監事會討論。
6. 明年 108 年年會將於台南舉辦，日期為 3 月 9 日~10 日。

今年年會順利圓滿結束，感謝高高屏的會員代表們用心協助，又黃閔照祕書長所領導的秘書處花了極大的時間與努力使大會順利進行，最後感謝蔡明賢院士、蘇聰賢院士、李茂盛院士、楊友仕院士、蔡鴻德院士、謝卿宏院士、何弘能院士及張維君監事長的支持與勉勵。

### Part II

關於健保給付，健保署於 107 年 3 月 20 日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」，與會中各層級代表均無異議通過基層陰道超音波〈19013B, 957 點〉跨表申請一案，希望健保署能儘速公告實施，屆時基層會員們就能善加利用此一得來不易的健保給付。

107.3.26



## 秘書長的話

黃閔照

感謝會員們的支持及高高屏會員代表的努力，年會順利的在高雄 85 君鴻酒店完成，此次年會共計報名 2476 人，約 1500 名會員及民眾參加為女著紅，為心而跑路跑活動，特別感謝薛瑞元次長、石崇良司長、王宗曦主任、王英偉署長南下參加大會活動及路跑，近幾年學會都會邀請美國婦產科的理事長來做大會演講，可以看到近幾年來 ACOG 不僅僅在婦產科醫學上努力，也積極投入公衛健康及教育活動，如環境與婦女健康，產後婦女健康持續照護，醫學教育計畫等。學會過去推動生產事故救濟條例立法，及現在的代理孕母法案等，都還是以婦產科為出發點，此次與台灣女人連線及中華民國心臟基金會合作，喚起女性關心本身心血管疾病。須知女性在懷孕及產後期間，血栓風險增加 5 ~ 10 倍，另依照英國及美國紐約州報告，懷孕併發心臟疾病也是重要而且逐漸上升的孕產婦死亡原因，更年期後也因為荷爾蒙下降，造成心血管疾病上升，避孕藥使用也要注意相關禁忌症及血栓風險，站在婦產科全人照護的立場上，推動婦產科關心女性心血管疾病，同時戒煙、減重、吃好，多運動是預防心血管疾病的不二法門，尤其女性運動比例相對比男性低，如果可以每週至少運動 150 分鐘以上是顯著重要的。年會要感謝的人太多了，尤其高高屏醫師都很努力，其中今年報到系統中，有部分資料誤植，以致少數永久會員資料不對，造成困擾，學會也在第一時間做修正，感謝大家的支持及諒解。

去年子宮鏡檢查適應症及執行檢查合宜性問題，在學會也做過多次討論，健保署及各區分局也陸續訂出合適檢查之適應症，感謝詹德富召集人於 3 月 20 日參加健保署共識會議，過去一年健保署利用大數據做立意審查，少部分婦產科申報產後大出血，前置胎盤比例明顯過高，而被健保署核刪，不管是以病人為出發點，或是不明申報原則，也希望會員們可以按實申報，如果本身是專科門診或診所相對單一處置或檢查比例過高者，病歷應詳實紀錄，以免遭核刪。相關陰道式超音波，目前健保署共擬會議通過開放跨表別申請，學會也在 4 ~ 5 月間將辦理四場超音波繼續教育課程。過去婦科超音波 450 點，現在新增陰道式超音波 957 點，陰道超音波準確性較傳統經腹部高，尤其在診斷婦科疾

病、子宮外孕、卵巢腫瘤、子宮內膜病變等，期盼會員們踴躍參加相關課程。

108 年度 PGY 二年期新制即將上路，3 月 20、23、24 日連續參加三場 PGY 會議，針對 PGY 容額分配、教育內容及審查共識等進行討論，也謝謝王鵬惠主任、屠乃方院長協助，各訓練醫院應該要多加著墨教育課程的設計。目前 109 年度 PGY2 婦產科分組容額為 70 名與兒科、外科一樣，為原訓練容額，不做增加。將來完訓後，可直接申請為 R2，故 110 年度會有雙倍 R2，同時 PGY 為二年期，雖然少了實習醫學但多了一屆的 PGY，醫院在訓練空間及支出成本上都應該及早因應。另 112 年時也會有 140 位專科醫師完訓，各醫院可透過增加 Fellow 訓練，減少一次大量醫師進入就業市場的衝擊，謝謝許多委員的協助，也期盼 PGY 新制能順利上路。

4 月 15 日日月潭登山活動開始報名，感謝賴文福副理事長的安排，高雄柴山登山活動近期內也會公告，謝謝屏東許振隆理事的安排，再次謝謝所有為年會的會員及學會秘書們，感謝。

# 台灣婦產科醫學會博物館捐款名單

姓名	金額	日期
江茂橋	10,000	102年11月7日
吳鳳昕	10,000	102年11月12日
賴文福	50,000(增加)	102年11月29日
黃甫彥	10,000	102年12月3日
林耀庭	50,000	102年12月9日
謝茂益	20,000	102年12月11日
謝鄭金枝	23,600	102年12月11日
鄭淑貞	20,000(增加)(共40,000)	102年12月17日
徐宇瓊	5,000(增加)(共10,000)	102年12月31日
蕭倩如	10,000	103年1月6日
林彥互	5,000	103年1月6日
牟惟茜	5,000	103年1月6日
鄭雅敏	50,000	103年1月14日
陳建銘(高雄)	5,000	103年2月12日
王鑄迪	10,000(增加)(共11,000)	103年4月22日
陳賢堂	5,000	103年5月7日
李天俠	10,000(增加)(共12,000)	103年5月18日
陳建銘(新竹)	610(增加)	103年年5月18日
李耀泰	3,000(增加)	103年7月22日
王厚坤	10,000	103年7月8日
楊誠嘉	10,000	103年7月25日
張千惠	5,000	103年8月1日
郭敏哲	5,000	103年8月1日
謝朝昌	5,000	103年8月7日
謝瓶	5,000	103年8月7日
吳翠惠	10,000	103年10月28日
麥袁綸	10,000	103年11月17日
賴文福	50,000(增加)	103年11月20日
陳文瑩	20,000	103年11月20日
李耀泰	3,500(增加)	103年11月21日
謝造	1,000	104年2月12日
林綿	1,000	104年2月12日
陳得	1,000	104年2月12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
阮正雄	23,200	104年8月27日

姓名	金額	日期
連瑞昌	1,469(增加)(共11,469)	104年12月7日
朱明星	6,500	104年12月7日
潘汪清花	3,000 (中華書法傳承學會)	104年12月25日
張鳳池	5,000	104年12月26日
楊婷喻	5,000	105年1月29日
陳文龍	1,000(增加)(共101,000)	105年2月3日
陳子健	500	105年2月3日
陳建銘	560(增加)(共182,390)	105年2月20日
李耀泰	3,000(增加)	105年2月21日
賴文福	50,000(增加)(共200,000)	105年4月14日
陳忠義	20,000	105年5月5日
謝中川	10,000	105年5月6日
陳昌平	20,000	105年6月23日
李耀泰	3,000(增加)	105年8月5日
葉文德	10,000(增加)(共20,000)	105年9月9日
郭宗正	100,000(增加)(共350,000)	105年11月15日
李耀泰	5,000(增加)	105年12月23日
江千代	50,000(增加)(共60,000)	105年12月31日
王桃蓀	10,000	106年1月13日
蔡明賢	20,000(增加)(共120,000)	106年2月13日
洪秉坤	10,000(增加)(312,000)	106年2月13日
謝鵬輝	2,801	106年2月13日
郭富珍	10,000	106年2月15日
李耀泰	3,500(增加)(共53,000)	106年2月18日
張鳳池	5,000	106年3月21日
李耀泰	2,000(增加)(共55,000)	106年4月14日
郭宗正	30,000(增加)(共380,000)	106年4月26日
薛華山	10,000	106年4月27日
李耀泰	2,500(增加)(共57,500)	106年5月25日
陳雲娥	30,000(增加)(共230,000)	106年6月14日
林仁卿	30,000(增加)(共230,000)	106年6月14日
郭宗正	15,000(增加)(共395,000)	106年6月21日
魯發才	10,000	106年8月1日
李耀泰	3,000(增加)(共60,500)	106年8月28日
謝傳嘉	10,000	106年9月10日
郭宗正	30,000(增加)(共425,000)	106年9月27日
劉素嬌	20,000	106年10月16日
李耀泰	2,500(增加)(共63,000)	106年10月28日
謝鵬輝	2339(增加)(共5,140)	106年11月30日
李耀泰	3,000(增加)(共66,600)	106年12月15日
賴宗炫	10,000	106年12月22日
謝鵬輝	2000(增加)(共7140)	107年2月21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)、AFOG理事長Dr. Ravi Chandran、李枝盈、李盛、林炎照、劉永昌、成功、鐘坤井、陳麗貴、李正義杜錦照、葉文德、許龍國

## 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(日本)、楊應欽、許龍國、林正義、台大醫院婦產部

■ 秘書處公告

中華民國醫師公會全國聯合會 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 107 年 3 月 19 日

發文字號：全醫聯字第 1070000339 號

主旨：有關貴會所提 107 年西醫基層總額開放表別專款項目之「陰道式超音波（醫令代碼 19013B；開放表別後 19013C）乙案，詳如說明，並請轉知所屬會員配合辦理，請查照。

說明：一、依本會 107 年 2 月 24 日西醫基層醫療服務審查軌行會 107 年第 1 次會議決議辦理。  
二、旨揭項目業經本會及 107 年 3 月 2 日健保署「西醫基層總額研商議事會議 107 年第一次」會議通過；目前依程序函送健保署「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」討論，再依衛生福利部公告實施日辦理。  
三、為維持科別間平衡、落實分級醫療精神，以及避免專款費用超支點值浮動，針對該項目擬訂下列二項審查指標，若個別診所符合以下任一項指標者，將依實際狀況加強管控或訂定不予支付指標：  
（一）當月整體超音波總醫令量（含婦科超音波（19003C）及陰道式超音波（19013B；開放表別後 19013C）不得超出去年同月成長率 5%。  
（二）當月陰道式超音波（19013B；開放表別後 19013C）總量不得超出整體超音波總醫令量 10%。  
（三）上述資料，已請健保署每月提供醫療費用申報統計資料，並將定期提供貴會參酌。  
四、針對該項目惠請貴會協助轉知所屬員知悉並配合辦理，以落實費用管控。本會亦擬於 108 年西醫基層總額專款項目中列入本項目，持續爭取專款費用，以扶佐弱勢科別，並提升病患照護品質。

衛生福利部中央健康保險署 公告

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 107 年 3 月 15 日

發文字號：健保審字第 1070035055 號

主旨：全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法其回推倍數上限值及隨機抽樣案件數計算方式，皆自 107 年 4 月 1 日（費用年月）起生效。

依據：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條第 3 項、同法第 22 條附表 2 暨衛生福利部 107 年 3 月 13 日衛部保字第 1070107484 號函。

公告事項：一、各總額回推倍數上限值：

- （一）醫院總額部門採設定回推倍數上限值，門診 10 倍、住診 3 倍。
- （二）西基總額部門採設定回推倍數上限值，門診 20 倍、住診 5.8 倍。
- （三）中醫門診總額部門採設定回推倍數上限值，門診 20 倍。
- （四）牙醫門診總額部門採不設定回推倍數上限值。

二、隨機抽樣案件數計算方式：抽審案件核減點數之極端值案件數，門住診皆以全部抽審案件數之 14% 計算（四捨五入）。

## 通訊繼續教育

# 減少卵巢癌和輸卵管癌發生的新認知



李耀泰<sup>1</sup> 陳福民<sup>2</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

在台灣，由於醫界大力推動子宮頸癌抹片和子宮頸癌疫苗，使得罹患子宮頸癌人數從30年前的一年6000餘位，減至105年的少於1500位；但罹患卵巢癌人數卻在持續增加中，105年發生人數已超過1500位，機率高於子宮頸癌。在美國，女性一生中罹患卵巢癌的機率約1.4%，發生年齡平均為60歲[1]。對一般風險的婦女，並不建議做輸卵管卵巢切除來預防卵巢癌[1]。然而，在卵巢癌的篩檢一直無有效方法下，婦產科醫師憑藉目前已知的研究成果和經驗，出現一些降低卵巢癌發生率的認知。

## 基因檢查

在有家族乳癌和卵巢癌病史者，便可能有高風險的異常基因，此時應考慮做基因檢查。因基因異常導致卵巢癌者，約佔全部卵巢癌的17%，分別為BRCA1（8%）、BRCA2（5%）、Lynch 症候群基因（0.8%，包括MSH2、MLH1、MSH6、PMS2等）、RAD51C（1%）、RAD51D（0.6%）及PPM1D（1.5%）。此六種基因異常者，日後發生卵巢癌機率以BRCA1（40%）最高，依序為PPM1D（25%）、BRCA2（20%）、RAD51D（10%）、Lynch 症候

群基因（8%）、RAD51C（6%）[1]。上述中的前三者發生年齡平均在 50 歲，因此有對此類婦女在 35-45 歲時切除兩側輸卵管卵巢的建議，後三者發生年齡平均在 60 歲，故有在停經後才切除兩側輸卵管和卵巢的建議。

其他罕見的基因突變有 Peutz-Jegher 症候群，屬 STK11 基因突變，多出現在年輕族群，主要在消化道有罹癌的風險，同時在上皮性或性索（sex cord）卵巢癌亦有風險。其次尚有 phosphatase and tensin homolog（PTEN）harmartoma 腫瘤症候群（Cowden disease）亦為基因突變，有增加甲狀腺癌、乳癌及漿液性上皮性卵巢癌的風險 [2]。

### 輸卵管結紮

根據統計證實，輸卵管結紮者有降低卵巢癌的發生。2012 年，Rice 等 [3] 統計分析 1969 年至 2011 年 3 月、共 30 篇文獻，結果發現卵巢癌罹患率，在輸卵管結紮者與無結紮者的相對風險（relative risk, RR）0.70（95% 信賴區間 0.64-0.75），減少的卵巢癌主要為類子宮內膜癌（endometrioid cancer），RR 0.45（95% 信賴區間 0.33-0.61）與漿液性卵巢癌來比較。

2014 年，Rice 等 [4] 分析報告美國兩大前瞻性的護理師研究，分別是 Nurses' Health Study（n=121700、平均 30-55 歲）和 Nurses' Health Study II（n=116430、平均 25-42 歲）。結果發現卵巢癌罹患率，在輸卵管結紮者與無結紮者的危險比率（hazard ratio, HR）0.76（95% 信賴區間 0.64-0.90）；而在非漿液性卵巢癌則更低，HR 0.57（95% 信賴區間 0.40-0.82）；在小於 35 歲時便已接受手術者，HR 0.67（95% 信賴區間 0.49-0.90）。

輸卵管結紮能有效減少卵巢癌的發生率，機轉可能有：

- (1) 篩檢效果（screening effect）：乃在結紮手術時可能觀察到卵巢的異常，同時切除了卵巢的癌前病灶。果真如是，應只能減少術後數年間的病灶，但事實上，術後 10 年卵巢癌發生率仍持續減少，無法得到完全的解釋。
- (2) 防止逆流：結紮後可阻斷子宮內的致癌物（如滑石粉）、含發炎物的經血或子宮內膜異位細胞到達卵巢上。
- (3) 荷爾蒙減少：有些報告認為，結紮後荷爾蒙會減少；但亦有報告認為，結紮不會使荷爾蒙減少。
- (4) 抗 MUC1（surface glycoprotein human mucin 1）抗體增加：報告認為，表皮性糖蛋白 MUC1 會導致卵巢癌，而輸卵管結紮會增加抗 MUC1 的抗體，降低卵巢癌風險；但在

子宮切除的患者，抗 MUC1 抗體並沒有增加，但卵巢癌風險同樣能減少，因此無法完全解釋 [3]。

## 子宮切除

2011 年，Rice 等 [3] 綜合分析 24 篇文章，結果發現卵巢癌罹患率，在子宮切除者與未切除者 RR 0.74（95% 信賴區間 0.65-0.84），即子宮切除者可減少 26% 卵巢癌發生率。2014 年，Rice 等 [4] 在美國兩大前瞻性護理師研究中發現，子宮切除者可降低卵巢癌發生率，HR 0.80（95% 信賴區間 0.66-0.97）；特別是在非漿液性卵巢癌，更達 HR 0.70（95% 信賴區間 0.49-1.02）。而子宮切除能減少卵巢癌風險的機轉，大致與輸卵管結紮相同。

## 輸卵管切除

最近研究認為，高度分化漿液性卵巢癌（high-grade serous ovarian carcinoma, HGSOC）可能是由輸卵管表皮層的分泌細胞掉至卵巢上所導致，這些病灶稱漿液性輸卵管上皮內癌（serous tubal intraepithelial carcinoma, STICs）。在所有婦科良性手術（包括肌瘤切除、輸卵管結紮、剖腹產時輸卵管結紮、卵巢腫瘤、經腹部的婦女泌尿手術等），且患者已完成生育，可將輸卵管切除，根據文獻證實，長時間的追蹤發現卵巢癌、輸卵管癌、腹膜癌的风险大幅減少，在 Yoon 等 [5] 統計分析 3 篇大規模研究認為，可降低 49% 卵巢癌發生率。現階段因婦產科醫師耗時予患者解釋，加上可能手術時間延長，如健保局能給予費用或可向患者收費，會增加成功切除的可能性。

## 口服避孕藥

2013 年，Havrilesky 等 [6] 綜合分析 24 篇文章，結果發現在有口服避孕藥婦女（n=10031）的卵巢癌發生率低於未使用者（n=21025），勝算比率 0.73（95% 信賴區間 0.66-0.81）；且使用逾 10 年者，風險更降低超過 50%；在長期使用者即使停藥，仍可維持 15 年的好處 [6]，更之，無論使用高、低劑量避孕藥，無效果上的差異，減少卵巢癌的組織細胞亦無不同（只有黏液性卵巢癌例外）。但至今尚未了解，口服避孕藥是否可將漿液性內皮贅瘤（serous tubal intraepithelial carcinoma）或其他癌前病灶恢復至正常。

## 生產次數

生產次數越多，卵巢癌發生率越低。2001 年，Chiaffarino 等 [7] 研究報告 1031 位、小

於 79 歲的上皮性卵巢癌患者，並與 2411 位控制組做比較，結果發現多次生產者可降低卵巢癌發生率，在生產 3 次者的勝算比率 (odds ratio, OR) 0.6 (95% 信賴區間 0.5-0.9)、在生產  $\geq 4$  次者 OR 0.5 (95% 信賴區間 0.3-0.7)。

2016 年，Sung 等 [8] 綜合分析 32 篇文章，在婦女生產次數 1、2、 $\geq 3$  次者的上皮性卵巢癌發生率相對風險分別為 0.72 (95% 信賴區間 0.65-0.79)、0.57 (95% 信賴區間 0.49-0.65)、0.46 (95% 信賴區間 0.41-0.52)。生產次數與卵巢癌發生率的關係，可能是因懷孕時會降低腦下垂體、刺激性荷爾蒙，導致無排卵，故而減少排卵後修補基因發生的錯誤，和包含體囊腫 (inclusion cyst) 的過度增殖；或在懷孕時有高濃度黃體素，使卵巢中轉型的細胞 (transformed cell) 增加自然凋亡 [8]。

2016 年，McGuire 等 [9] 統計報告美國三大醫學中心、共追蹤 310290 位婦女，當中 1815 位發生過上皮性卵巢癌，經進一步分析，生育過 3-4 次和  $\geq 5$  次者的卵巢癌發生率和未生育者做比較，在 50-64 歲 HR 分別為 0.69 (95% 信賴區間 0.54-0.89)、0.38 (95% 信賴區間 0.22-0.63)，在 65-74 歲 HR 分別為 0.74 (95% 信賴區間 0.61-0.89)、0.56 (95% 信賴區間 0.43-0.73)，但在 75 歲以上則無統計上差異。

### 哺餵母乳

2013 年，Luan 等 [10] 統計分析 30 篇文章，發現有哺餵母乳之婦女，能降低卵巢癌發生率，RR 0.76 (95% 信賴區間 0.69-0.83)。同時，每哺餵 5 個月母乳，會減少 8% 卵巢癌發生率，RR 0.92 (95% 信賴區間 0.90-0.95)。即哺餵母乳時間越長，卵巢癌風險越低。

2016 年，Sung 等 [8] 綜合分析 15 篇文章，發現在哺餵母乳  $<6$  個月、6-12 個月、 $>13$  個月之婦女，可減少卵巢癌風險，RR 分別為 0.79 (95% 信賴區間 0.72-0.87)、0.72 (95% 信賴區間 0.64-0.81)、0.67 (95% 信賴區間 0.56-0.79)。另外，在有 2 次生產且哺餵母乳  $<6$  個月者與未生產、無哺乳者做比較，可減少 50% 上皮性卵巢癌風險。哺餵母乳可以減少卵巢癌風險的機轉，推想為哺乳使性雌激素荷爾蒙減少，卵巢沒有排卵，減少重覆性傷害和雌激素刺激卵巢細胞的增殖。

### 非類固醇消炎藥物

2013 年，Baandrup 等 [11] 報告在丹麥的研究，婦女每天如使用阿斯匹靈 (aspirin) 150 mg  $\geq 5$  年以上，可有效減少黏液性和類子宮內膜卵巢癌發生率，OR 0.56 (95% 信賴區間



0.32-0.97)。

2016年，Peres等[12]綜合研究541位上皮性卵巢癌患者，並與731位控制組做比較，發現有使用阿斯匹靈（主要用在預防冠心病）者能減少44%卵巢癌風險，OR 0.56（95%信賴區間0.35-0.92）；或使用非阿斯匹靈的非類固醇抗消炎藥物（NSAID，主要用在關節炎）者亦可減少26%卵巢癌風險，OR 0.74（95%信賴區間0.52-1.05）。但使用acetaminophen則無效果。

使用NSAIDs可以減少卵巢癌風險的機轉，可能因排卵時會釋放前列腺素和其它化合物，產生發炎反應，而NSAIDs可以將之中和[13]。

### 雙磷酸鹽

2014年，Rennert等[13]報告從2003至2010年在以色列海法卵巢和子宮癌研究中心的研究，其中70%為年長者（>60歲），曾使用口服雙磷酸鹽（alendronic acid處方9425次、risedronic acid處方1923次）1年以上者，卵巢癌的發生率較未使用者為低（12.8% vs 23.1%， $p=0.026$ ），OR 0.49（95%信賴區間0.26-0.93）。因雙磷酸鹽作用機轉與statin類似，如調整使用statin後的結果，仍為有意義的差別，OR 0.46（95%信賴區間0.23-0.90）。結論是：使用口服雙磷酸鹽可減少約50%的卵巢癌發生。

### 治療子宮內膜異位症

子宮內膜異位惡化為卵巢癌的機率雖僅0.3-1.6%，但仍應小心預防，特別是在有下列情形者：(1)長期有子宮內膜異位症；(2)在年輕時便診斷出來；(3)子宮內膜異位症併有不孕症；(4)大的(>9cm)子宮內膜異位瘤或內有結節狀病灶[14]。

2013年，Melin等[15]研究報告在1969-2007年、共220位子宮內膜異位患者，並與416位控制組做比較，發現切除單側卵巢可減少卵巢癌發生率，OR 0.37（95%信賴區間0.25-0.55），如能將全部可見病灶切除更能大幅降低風險，OR 0.30（95%信賴區間0.12-0.74）。

### 吸菸

2017年，Licaj等[16]研究報告300000位吸菸與未吸菸者，發現吸菸會提高黏液性卵巢癌發生率，HR在10-19年菸齡者為1.73（95%信賴區間1.21-2.42）、在 $\geq 20$ 年菸齡者

為 2.26 (95% 信賴區間 1.77-2.89) (皆  $p < 0.001$ )。另吸菸不會增加漿液性和類子宮內膜卵巢癌風險。

香菸中含多種致癌物質，如 benzopyrene 和引起 KRAS 突變，因此可能增加黏液性卵巢癌的發生率 [16]。黏液性卵巢癌除與生產胎次有關外，缺乏與排卵相關因子的關聯性，故可能為一特別卵巢癌。

2016 年，Wentzensen 等 [17] 綜合分析 21 篇文章、共 130 萬名婦女，發現抽菸會增加黏液性卵巢癌發生率，在每年抽菸 20 包者，RR 1.26 (95% 信賴區間 1.08-1.46)，約每年增加 2%。

## 結論

在婦產科醫師的多方面配合努力，子宮頸癌發生率已大幅降低，但卵巢癌卻有逐年上升的趨勢，且發現時多屬晚期，復發率和死亡率高，對患者無論經濟和心理都是一種負擔。現階段，卵巢癌並無篩檢方法，然婦產科醫師應熟稔、掌握各種如何降低卵巢癌風險的機轉，在與患者接觸時隨機告知，各種減少卵巢癌發生的可能性，例如完成生育者便可考慮在良性骨盆腔手術時切除輸卵管，或鼓勵多生產和哺乳等，均可降低罹患卵巢癌風險。冀望日後也能有效減少有婦女沉默殺手封號的卵巢癌的發生率，並作為將來發展新的預防策略。

## 參考文獻

1. Sopik V, Rosen B, Giannakeas V, et al. Why have ovarian cancer mortality rates declined? Part III. Prospects for the future. *Gynecol Oncol* 2015; 138: 757-61.
2. Perez-Lopez FR, Ceausu I, Depypere H, et al. Interventions to reduce the risk of ovarian and fallopian tube cancer: a European Menopause and Andropause Society Position Statement. *Maturitas* 2017; 100: 86-91.
3. Rice MS, Murphy MA, Tworoger SS. Tubal ligation, hysterectomy and ovarian cancer: a meta-analysis. *J Ovarian Res* 2012; 5: 13.
4. Rice US, Hankinson SE, Tworoger SS. Tubal ligation, hysterectomy, unilateral oophorectomy, and risk of ovarian cancer in the Nurses' Health Studies. *Fertil Steril* 2014; 102: 192-8.
5. Yoon SH, Kim SY, Shim SH, et al. Bilateral salpingectomy can reduce the risk of ovarian cancer in the general population: a metaanalysis. *Eur J Cancer* 2016; 55: 38-46.

6. Havrilesky JL, Powell B, Chen LM, et al. Society of Gynecologic Oncology recommendation for the prevention of ovarian cancer. *Cancer* 2015; 121: 2108-20.
7. Chiaffarino F, Pelucchi C, Parazzini F, et al. Reproductive and hormonal factors and ovarian cancer. *Ann Oncol* 2001; 12: 337-41.
8. Sung HK, Ma SH, Choi JY, et al. The effect of breastfeeding duration and parity on the risk of epithelial ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Prev Med Public Health* 2016; 49: 349-66.
9. McGuire V, Hartge P, Liao LM, et al. Parity and oral contraceptive use in relation to ovarian cancer risk in older women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2016; 25(7): 1059-63.
10. Luan NN, Wu QJ, Gong TT, et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr* 2013; 98: 1020-31.
11. Baandrup L, Kjaer SK, Olsen JH, et al. Low-dose aspirin use and the risk of ovarian cancer in Denmark. *Ann Oncol* 2013; 26: 787-92.
12. Peres L, Carmacho F, Abbott SE, et al. Analgesic medication use and risk of epithelial ovarian cancer in African American women. *Br J Cancer* 2016; 114: 819-25.
13. Rennert G, Rennert HS, Pinchev M, et al. The effect of bisphosphonates on the risk of endometrial and ovarian malignancies. *Gynecol Oncol* 2014; 133: 309-13.
14. Nezhat FR, Apostol R, Nezhat C, et al. New insights in the pathophysiology of ovarian cancer and implications for screening and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213: 262-7.
15. Melin AS, Lundholm C, Malki N, et al. Hormonal and surgical treatments for endometriosis and risk of epithelial ovarian cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 546-54.
16. Licaj I, Jacobsen BK, Selmer RM, et al. Smoking and risk of ovarian cancer by histologic subtypes: an analysis among 300000 Norwegian women. *Br J Cancer* 2017; 116: 270-6.
17. Wentzensen N, Poole EM, Trabert B, et al. Ovarian cancer risk factors by histologic subtype: an analysis from the Ovarian Cancer Cohort Consortium. *J Clin Oncol* 2016; 34: 2888-98.

## 問答題

- 一、因基因異常導致卵巢癌，約佔全部卵巢癌的比率為何？
- (A)5% (B)10%  
(C)17% (D)28%
- 二、下列何者可能是輸卵管結紮能減少卵巢癌的機轉？
- (A) 篩檢效果 (B) 防止逆流  
(C) 抗 MUC1 抗體增加 (D) 以上皆是
- 三、下列何者能減少卵巢癌的發生？
- (A) 子宮切除 (B) 輸卵管切除  
(C) 使用口服避孕藥 (D) 以上皆是
- 四、下列何者為減少排卵次數使卵巢癌發生率降低？
- (A) 口服避孕藥 (B) 增加生產次數  
(C) 哺餵母乳 (D) 以上皆是
- 五、子宮內膜異位症在下列何者情形易癌化？
- (A) 長期有子宮內膜異位症 (B) 子宮內膜異位症併有不孕症  
(C) 大的 (>9 cm) 子宮內膜異位瘤 (D) 以上皆是

### 第 256 期通訊繼續教育

## 治療子宮內膜異位症的口服性腺 釋放荷爾蒙：Elagoli

答案：一、(B)；二、(C)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

## 會員園地

# 游離胎兒染色體異常母血篩檢 (cfDNA 篩檢) 的現況及趨勢

郭富珍

義大醫院 婦產部

全球每年約一億三千萬的新生兒出生，其中約八百萬新生兒有先天缺陷。於期望於產前診斷出染色體或基因缺陷，羊膜穿刺術被公認為是產前遺傳檢驗的「黃金標準」(gold standard)，因為它的錯誤率極低(可能少於 0.01-0.02%)，甚至比絨毛膜取樣還低。但有研究顯示羊膜穿刺組的流產率比對照組高 0.8% (0.5% - 1%)，有一定的風險，因此適用於高危險群孕婦。而非高危險群的孕婦，就仰賴篩檢方法。

回溯產前遺傳篩檢方法的演變，從 1970 年代開始注意孕婦年齡是否大於 35 歲，1980 年代後期開始引進第二孕期母血唐氏症篩檢(二指標、三指標、四指標)，1990 年代後期開始使用第一孕期母血唐氏症篩檢的組合式篩檢方式(combined test，胎兒後頸部透明帶厚度的超音波檢查 & 母血人類絨毛性腺激素及妊娠胎兒蛋白檢查)。目前的篩檢方法還有階梯連續合併式篩檢方式(sequential integrated screening，胎兒後頸部透明帶厚度的超音波檢查 & 兩孕期的個別母血檢查)。

在快速蓬勃發展的各種產前遺傳檢驗新科技(包括台灣)的今日，非侵入性產前染色體檢測(Non-Invasive Prenatal Testing, NIPT)最受到各方矚目。雖然目前普遍使用「非侵入性產前染色體檢測」這個名稱，但此易與其他非侵入性篩檢混淆(如第一與第二孕期母血唐氏症篩檢)，且名稱上看不出是屬於篩檢的檢測，因此越來越多的學者們建議採用美國婦產科醫學委員會(ACOG)所使用的名稱 Cell-free DNA Screening for Fetal Aneuploidy(游離胎兒 DNA 染色體異常母血篩檢，以下簡稱 cfDNA 篩檢)。

cfDNA 篩檢從 2011 年發展至今，可以看到目前相關的重要議題或挑戰大致聚焦在「遺傳諮詢」、「臨床指引」、「檢驗品質」及「價格」。

有關「臨床指引」及「遺傳諮詢」議題，國民健康署日前參考文獻資料、考慮國內現況，也徵詢國內相關醫學會（婦產科醫學會、周產期醫學會、母胎醫學會、人類遺傳學會、遺傳諮詢學會、醫用超音波學會等）的領域專家們，建立專家共識並編印「新興產前遺傳檢測指引及諮詢參考手冊」，並於 2017 年 11 月召開產前「遺傳性及罕見疾病篩檢專家會議」作最後修訂，此手冊將放在國民健康署網站供大家搜尋參考，這在全球應是較先進的作法。

此「新興產前遺傳檢測指引及諮詢參考手冊」的「指引」言簡意賅的點出 cfDNA 篩檢的重點，因此以下摘錄其內容供前輩醫師們參考：

### （一）產前遺傳篩檢原則性規範

1. 產前遺傳篩檢應僅限與胎兒健康有直接相關的項目。
2. 產前遺傳篩檢不得以直銷顧客 Direct-to-Consumer (DTC) 之模式進行，對於個案是否適合進行檢測，需由醫師予以專業判定。
3. 為保證檢驗品質，產前遺傳篩檢之檢驗單位須為評核通過之醫事檢驗機構，並應定期主動揭露其檢測技術的穩定性及分析結果之可信度，其公開之宣導內容須符合醫療法之規定。

### （二）產前遺傳檢測諮詢

4. 由於基因資訊的解讀影響重大，產前遺傳檢測前後須提供諮詢，且惟有在有效告知後同意的情形下始得為之，並依檢測結果所需，接受專業遺傳諮詢。
5. 應該和個案討論各種產前遺傳性篩檢或診斷的風險、利益和抉擇，及不進行任何檢測的選擇。
6. 孕婦知情後有權利拒絕接受所有的產前遺傳性篩檢或診斷性檢查。

### （三）游離胎兒 DNA 染色體異常母血篩檢（以下簡稱 cfDNA 篩檢） 篩檢原則

7. 雖然無論個人風險狀況為何，所有個案都可選擇 cfDNA 篩檢，但選擇時應先了解這種篩檢方式的限制和益處，以及是否還有其他篩檢或診斷方式。
8. 個案應被告知即便 cfDNA 篩檢結果為陰性，並不能確保胎兒無異常。

9. 不能僅以 cfDNA 篩檢結果做為生育決策 (包括終止懷孕) 之依據。
10. 無論是否選擇 cfDNA 篩檢，均應提供孕婦做第一孕期超音波檢查。
11. 對於 cfDNA 篩檢結果陽性者，由於 cfDNA 篩檢結果可能出現偽陽性，且為了解染色體異常種類，以便提供爾後再發率之諮詢，應建議進行診斷性檢查。
12. cfDNA 篩檢結果若是無法提供報告、不確定或無法解釋時，染色體異常的風險可能會增加，應該進一步接受遺傳諮詢並進行完整超音波檢查及診斷性檢查。
13. 若超音波檢查發現胎兒有構造異常，應優先進行診斷性檢查而非 cfDNA 篩檢。
14. 母血唐氏症篩檢結果風險  $> 1:10$  或是頸部透明帶  $> 3.5\text{mm}$  者，應優先進行診斷性檢查而非 cfDNA 篩檢。

#### (四) cfDNA 篩檢之限制

15. 一般而言 cfDNA 篩檢對於第 13 和 18 號染色體之三體症篩檢較不如第 21 號染色體之三體症準確。
16. 不應例行性地使用 cfDNA 篩檢做為性染色體及微缺失症候群 (microdeletion syndromes) 的常規性篩檢。
17. cfDNA 篩檢無法檢測出胎兒神經管或腹壁缺損，對於選擇做 cfDNA 篩檢之個案，應提供母血甲型胎兒蛋白篩檢或超音波檢查之選項。
18. 多胞胎懷孕者，不建議 cfDNA 篩檢。
19. 同時並行多種檢驗方式進行染色體數目異常篩檢是不符合經濟效益的。

#### (五) 診斷性檢查

20. 選擇侵入性診斷檢查之個案，建議告知同時做基因晶片之選項及其檢驗限制，因為即使羊水染色體及超音波檢查正常，仍可能具有致病性之 DNA 片段數目變異。
21. 若超音波檢查發現胎兒有構造異常，應告知進行羊水染色體核型分析及基因晶片等檢查之目的及檢驗限制。

### ◆ 遺傳諮詢

參考德國的基因檢測法，可知德國對於是否進行基因檢測，會依基因檢測性質的不同，對於醫師資格條件予以不同的限定，包括醫師執照、人類遺傳學專科醫師執照或基因檢測專業合

格證照不等。而且德國注意到市場上的之基因檢測技術仍參差不齊，因此檢測結果並非百分之百可靠，因而規定基因檢測應在具備專業資格之醫師認可下進行，而且只允許由醫師本人告知當事人檢測結果。

由上可知「遺傳諮詢」其實是 cfDNA 篩檢一個非常大的挑戰，不但諮詢是否終止妊娠就有相當難度，若決定終止妊娠，其所衍生的醫學倫理及社會法律等問題更是複雜。而且我們應該體認產前遺傳篩檢屬於醫療行為，產前遺傳篩檢單位的宣導內容應符合醫療法之規定，不應以商業直銷方式向顧客推銷。孕婦應與醫師討論，並由醫師給予專業建議來選擇適合的遺傳篩檢方式，由遺傳性檢驗機構直接將檢驗報告交給當事人是不當的。

目前台灣的相關專業學會對遺傳諮詢人員的資格訂有規範，但主管機關對一般性的衛教沒有規定衛教人員的資格，也未要求從事遺傳諮詢的醫療人員有國家考試證照。但遺傳檢測結果的解讀影響重大，可能會與終止懷孕有關，所以為了確保孕婦接受產前遺傳檢測的前後都有經過專業諮詢，主管機關與學會應該從提供醫療人員繼續教育並推廣民眾衛生教育做起。

提供服務的醫療人員認知產前篩檢 (antenatal screening) 及產前診斷 (prenatal diagnosis) 的角色不同是很重要的。產前篩檢是用來鑑別出屬於高危險群的孕婦，以便提供侵入性的產前診斷，因此它著重的是在固定的假陽性率 (fixed false-positive rates, FPR) 下所能夠預測的檢出率 (detection rates, DR)。而產前診斷 (主要是羊膜穿刺及絨毛膜取樣) 的結果會影響是否終止懷孕的決定，因此只能容許極少的”假陰性” 及”假陽性”，因此適用於高危險群。

而產前遺傳檢測前醫療人員要確實讓孕婦個案了解”篩檢”與”診斷”是不同的。要強調雖然 cfDNA 篩檢可提供比其他篩檢更高的檢出率，但 cfDNA 篩檢得到的結果仍是以”機率”來表示。醫療人員要提供孕婦產前遺傳檢測的風險利益的資訊，並確認孕婦已充份了解內容。孕婦參與醫病共享決策，在知情同意下，做出最符合自身需要的選擇，自費選擇相關篩檢方式。

## ◆ 臨床指引

而在「臨床指引」方面，最重要的議題是如何與現行的篩檢方式做最理想的整合？若孕婦選擇 cfDNA 篩檢，應該提供孕婦母血甲型胎兒蛋白或超音波檢查，來排除胎兒神經管或腹壁缺損。若 cfDNA 篩檢結果為低風險，應說明篩檢並非診斷性檢查，cfDNA 篩檢結果可能出現偽陰性，因此並不代表胎兒一定正常。但好處是，依國外經驗，孕婦先經過 cfDNA 篩檢，可減少孕婦做羊膜穿刺的比例 (下降 50%)，或許可降低流產的風險。若 cfDNA 篩檢結果為高風險，由於 cfDNA 篩檢結果可能出現偽陽性，因此醫師及遺傳諮詢人員應與孕婦充分溝通是否



願意作進一步診斷性檢查（如羊膜穿刺），不應僅憑 cfDNA 篩檢結果就終止懷孕。而且若超音波檢查發現胎兒有構造異常（如頸部透明帶 > 3.5mm 等），或第一孕期（或第二孕期）母血唐氏症篩檢為高風險群，應建議直接進行診斷性檢查（絨毛膜或羊膜穿刺檢查），不要再做 cfDNA 篩檢，因 cfDNA 篩檢亦為篩檢，可能反而延誤診斷的時機。

另因超音波檢查發現胎兒構造異常而進行羊水染色體核型分析者，若考量到微小的染色體缺失 / 重複 (microdeletions/microduplications) 的可能性，也有學者建議可加做羊水染色體基因晶片 (aCGH 或 CMA) 來分析，因即使羊水染色體核型分析結果正常，研究報告指出其中仍有約 6% 的羊水晶片分析結果為異常。但微染色體缺失 / 重複的臨床表現可能很輕微或沒有影響，因此是否需要一併做，目前尚未有共識。另外雖然目前有報告指出，也可以利用 cfDNA 篩檢來檢測出微小的染色體缺失 / 重複，但畢竟尚無足夠的臨床證據。

## ◇ 檢驗品質

對於「檢驗品質」，目前國內對於政府有補助之產前遺傳診斷（羊膜穿刺），包括細胞遺傳及部分基因檢驗項目，依據優生保健以及罕見疾病防治補助辦法，檢驗機構要申請補助須通過遺傳性和罕見疾病檢驗機構評核，因此有法令可以管理檢驗機構品質。

但對於目前無補助如 cfDNA 篩檢的項目，因國內基因法尚未立法，所以官方目前尚欠缺明確的規範及評核。而目前有非常多的生技公司投入產前遺傳診斷及新生兒篩檢的研發及檢測，光 cfDNA 篩檢已知至少有 70 餘種產品。雖然依醫療法及醫事檢驗師法規定，醫事檢驗必須是合格之醫事檢驗機構才能執行，但檢驗試劑通過衛福部食品藥物管理署查驗登記即可。因此若完全放任自由市場機制來決定 cfDNA 篩檢的發展及使用，我們擔憂會導致品質的敗壞。所以期盼產前遺傳篩檢單位重視 cfDNA 篩檢實驗室標準的重要性，主動揭露其檢測技術品質指標，以確保檢驗品質及民眾權益。

## ◇ 價格

至於「價格」部分，國民健康署曾於 103 年 2 月 18 日召開「產前檢查增列母血唐氏症篩檢之可行性案」專家會議。與會專家認為現行產前遺傳診斷（羊膜穿刺）可偵測唐氏症及其他染色體異常，而在唐氏症只佔所有異常個案的 1/3 情況下，加上民眾對於母血唐氏症篩檢自費篩檢的接受度相當高的考量，因此站在政府預算有限的角度考量，國民健康署維持現行補助羊膜穿刺。依目前優生保健措施減免或補助費用辦法，提供高風險孕婦包括：34 歲以上孕婦、本

人或配偶罹患或家族有遺傳性疾病、曾生育過異常兒、孕婦血清篩檢疑似染色體異常之危險機率大於 1/270 者、經超音波篩檢胎兒可能有異常者、胎兒疑似基因疾病等，產前進行羊膜穿刺遺傳診斷補助。未來期許若政府尚有預算能運用，將優先提高羊膜穿刺補助的補助額度。

目前 cfDNA 篩檢項目價格昂貴且尚無政府補助，而且 cfDNA 篩檢都是商業公司所提供，儘管美國法院已裁示不可以整個篩檢方式進行專利化申請，且允許各學術機構可以自行發展演算法，但 cfDNA 篩檢價格還是偏高。美國大約介於 800-2,000 美元（約新台幣 24,000-60,000 元），有些地區約 500-1,500 美元（約新台幣 15,000-45,000 元），臺灣約新台幣 10,000-40,000 元不等，但在中國大陸因競爭激烈已從人民幣 5,000 元降價為 500 元（約新台幣 2,500 元）。

在國民健康署 2017 年 11 月的「產前遺傳性及罕見疾病篩檢專家會議」中，有學者建議因新興產前遺傳檢測為自費，因此較無法管理，建議可以訂定補助條件酌於補助費用，以納入管理。也有學者提到臨床上有些孕婦符合羊膜穿刺補助的條件，但因其他疾病無法施作，須自費接受 cfDNA 篩檢，建議對於特殊個案是否可補助該檢驗費用。針對這些意見，國民健康署表示，cfDNA 篩檢既然可以減少孕婦侵入性羊膜穿刺比例，若未來 cfDNA 篩檢檢驗成本可持續降低，待考量成本效益後，或許將來可考慮補助 cfDNA 篩檢，屆時會再邀請專家們討論。

## ◇ 結論

cfDNA 篩檢可降低相較於其他篩檢的假陽性率及因施行羊膜穿刺所導致的流產率，也比羊膜穿刺不痛，是一極具潛力的篩檢方式，但仍要強調它並不能取代現今侵入性產前遺傳診斷。目前 cfDNA 篩檢價格偏高的情形或許不見得會影響本來就想做或需要做的孕婦的決定，但可能會影響醫療「臨床指引」、公共衛生政策及保險給付，因此會影響 cfDNA 篩檢被廣泛採用的機會。而政府與醫療專家在鼓勵生醫科技的發展與應用之時，也應該同時對於檢驗及服務品質有所規範，以兼顧 cfDNA 篩檢檢驗品質及民眾權益。

## ◇ 推薦讀物

1. 林秀娟。新興產前遺傳檢測指引及諮詢參考手冊。生物醫學；第十卷第三期：173-179。
2. Jonathan Montgomery, et al. (March 2017). Non-invasive prenatal testing: ethical issues. London: Nuffield Council on Bioethics.
3. Practice Bulletin No. 162: Prenatal diagnostic testing for genetic disorders. Obstetrics and Gynecology 127, e108-122 (2016). (Level III)

4. Practice Bulletin No. 163: Screening for fetal aneuploidy. *Obstetrics and Gynecology* 127, e123-137 (2016).
5. Benn, P., et al. An economic analysis of cell-free DNA non-invasive prenatal testing in the US General Pregnancy Population. *PloS one* 10, e0132313 (2015).
6. Benn, P., et al. Position statement from the Chromosome Abnormality Screening Committee on behalf of the Board of the International Society for Prenatal Diagnosis. *Prenatal Diagnosis* 35, 725-734 (2015).
7. Benn, P., et al. Non-invasive prenatal testing for aneuploidy current status and future prospects. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 15–33.
8. Global Non-Invasive Prenatal Testing and Newborn Screening Market, 2017-2027. Business Insider. Retrieved Jun. 26, 2017 from <https://www.reportbuyer.com/product/4962738/>
9. Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT) Market Insights, Developments, and Opportunities 2017 To 2021. Research of Market. Retrieved November 22, 2017 from <https://researchofmarket.com/non-invasive-prenatal-testing-nipt-market-developments/>

## 編 後 語

王鵬 寬

所有的前輩，先進及晚學：大家新春愉快！

本次會訊的重頭戲，就是一年一度的婦產科年會活動，在郭理事長，張監事長，黃秘書長，學會的院士們，及學術委員會召集人陳教授的籌劃下，整整兩日的學術交流以及學術演講，在3月17及18日，大家好朋友歡聚一堂，圓滿結束。婦產科的前輩先進及後學，在年會中，不但學習新知，也將自己的多年臨床照護病患的實戰經驗，與大家分享，並在學術研究上，也能交換心得。此次年會，也與往年一樣，也邀請多位歐美以及東亞重量級學者蒞臨，讓台灣與世界同步。也讓國際社會見到台灣。因為台灣的婦產科醫師不但醫術精湛，學術成就也不遑多讓。更重要的，在3月18日清晨，在港邊，更號召超過3000人以上男女老少，大家共同為婦女健康而跑，呈現婦產科醫師對於婦女照護的決心以及社會責任。

李耀泰醫師，在本期整理了最新文獻資料，並以實證醫學的角度，撰寫最近討論頗多的卵巢癌，輸卵管癌的防治問題，文章將目前對於這兩種癌症的預防，從遺傳學的角度，婦女自行保健的途徑，到最後專業醫療措施到底有多少助益，深入淺出的分享給大家。文章內容豐富，提供了簡單且可行的臨床應用方式，使得大家馬上就能上手，幫助病患。另外，郭富珍理事撰文介紹，有關產科低侵犯性的胎兒檢測技術，在產前診斷的優勢。因為與過去的侵襲性的檢查比較起來，這些母血的檢查，真的人性化多了。最重要，免除一些不必要的危險。

最後，在這春暖花開的新的一年，晚恭祝所有的先進及後學以及親朋好友，都能年年有今日，身心健康，事事順心，闔家生活美滿幸福。。

郵票自貼

104

台灣婦產科醫學會

收

台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4819

傳真：(02) 2200-1476

◎ 257 通訊繼續教育答案 ◎

題目：減少卵巢癌和輸卵管癌發生的新認知

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
180401-2	高級心臟救命術 (ACLS) 訓練課程	台南郭綜合醫院	台南郭綜合醫院五樓榕華廳	04月01日 07時40分	04月01日 17時00分	B	5分
180401-1	2018 上半年更年期繼續教育 - 台中場	台灣更年期醫學會、台灣精神醫學會	中山醫學大學正心樓 0213 教室 (台中市南區建國北路一段 110 號)	04月01日 08時30分	04月01日 13時00分	B	2分
180408-1	高屏澎區兒科基層春季學術聯誼會	臺灣兒科醫學會	王泰儒 副秘書長	04月08日 14時30分	04月08日 18時30分	B	1分
180413-1	2018 TMU-UoN Joint Symposium of Recent Advances in Women's Health	臺北醫學大學醫學系婦產學科	臺北醫學大學	04月13日 09時30分	04月14日 12時00分	B	4分
180414-2	孕產期婦女身心變化、產後憂鬱症、自殺防治及失落調適	宜蘭縣政府衛生局、臺北市立聯合醫院松德院區	國立陽明大學附設醫院新院區知行樓 2 樓會議室	04月14日 09時00分	04月14日 16時30分	B	2分
180414-1	婦癌基因檢測新知與相關臨床運用	中華民國婦癌醫學會	台中林酒店台灣廳	04月14日 13時30分	04月14日 17時30分	B	2分
180415-1	Symposium on Preventive Medicine — Cardiovascular Health in Women	社團法人中華民國心臟學會	台北張榮發基金會國際會議中心 6 樓 602 會議室	04月15日 09時00分	04月15日 12時30分	B	1分
180421-2	NTU-CAHON-TOS Immunology Workshop	臺灣大學、台大醫院、中華民國癌症醫學會	台大醫院國際會議中心 301/401 講堂	04月21日 08時30分	04月21日 12時10分	B	1分
180421-1	台灣婦科海扶治療醫學會國際研討會	台灣婦科海扶治療醫學會	博仁綜合醫院 永年國際會議廳 (台北市松山區光復北路 66 號)	04月21日 09時00分	04月21日 17時00分	B	3分
180421-3	7th Japan Taiwan Oncology Phase I Trial Conference (JTOPIC)	臺灣大學、台大醫院、中華民國癌症醫學會	台大醫院國際會議中心 301/401 講堂	04月21日 13時00分	04月22日 12時20分	B	1分
180422-1	2018 上半年更年期繼續教育 - 高雄場	台灣更年期醫學會、台灣精神醫學會	高雄長庚醫院兒童大樓 6 樓國際會議藍廳	04月22日 08時30分	04月22日 13時00分	B	2分
180422-3	產後恢復與照護新趨勢	台灣婦產身心醫學會	集思交通部會議中心 (台北市杭州南路一段 24 號)	04月22日 08時50分	04月22日 12時40分	B	2分
180422-2	產後恢復與照護新趨勢	台灣婦產身心醫學會	集思交通部會議中心	04月22日 09時00分	04月22日 12時40分	B	2分
180426-1	Practical Laparoscopic Anatomy for Advanced Gynecological Techniques	IRCAD - TAIWAN	彰化縣鹿港鎮鹿工路 6-1 號	04月26日 08時30分	04月28日 15時00分	B	4分
180427-1	家庭暴力及性侵採證教育訓練	亞洲大學附屬醫院	亞洲大學附屬醫院 (臺中市霧峰區福新路 222 號)	04月27日 09時00分	04月27日 16時20分	B	2分
180429-3	骨鬆專科醫師學分班	中華民國骨質疏鬆症學會	台大景福館 1 樓會議室 (台北市中正區公園路 15-2 號)	04月29日 09時00分	04月29日 18時00分	B	4分
180429-1	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 - 啟川大樓 6 樓第一會議室	04月29日 13時00分	04月29日 17時00分	B	3分
180429-2	婦產科醫學會乳房疾病精進課程	台大醫院雲林分院婦產部	斗六院區 6A 病房討論室 (雲林縣斗六市雲林路二段 579 號)	04月29日 13時30分	04月29日 16時30分	B	2分
180506-1	2018 上半年更年期繼續教育 - 台南場	台灣更年期醫學會、台灣精神醫學會	奇美醫院第五醫療大樓 6 樓 561 會議室	05月06日 08時30分	05月06日 13時00分	B	2分
180511-1	彰化縣 107 年家庭暴力及性侵害防治專業人員教育訓練	彰化縣衛生局、彰化基督教醫院	彰化基督教醫院南郭總院 11 樓連瑪玉學術講堂 (彰化市南校街 135 號)	05月11日 09時00分	05月11日 17時20分	B	1分
180520-1	周產期新知研討會	台灣周產期醫學會	中山醫學大學正心樓 2 樓 0213 教室	05月20日 13時00分	05月20日 17時00分	B	3分
180520-2	周產期醫療與預防醫學學術研討會	台灣新生兒科醫學會	桃園尊爵飯店	05月20日 13時30分	05月20日 17時40分	B	2分
180530-2	亞洲大學附屬醫院兒少保護教育訓練課程	亞洲大學附屬醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院	亞洲大學附屬醫院三樓第一會議室	05月30日 08時10分	05月30日 12時10分	B	1分
180530-1	台灣卵巢癌核心測量指標診療品質現況檢討與分析	中山醫療社團法人中山醫院	臺北市仁愛路四段 112 巷 11 號中山醫院會議室	05月30日 13時00分	05月30日 14時00分	B	1分
180603-1	周產期新知研討會	台灣周產期醫學會	台大醫學院 102 講堂	06月03日 08時00分	06月03日 12時00分	B	3分

# 107年度年會 暨擴大學術會

## 為女著紅路跑活動



# 事後防護 別賭「孕」氣

## 事後避孕藥

意外激情 愈早服用效果愈好

在口服事後避孕藥中，服用ella<sup>®</sup>的懷孕風險顯著低於Levonorgestrel。

臨床研究顯示，ella<sup>®</sup>為延遲排卵，避免意外懷孕的極佳事後避孕藥，且不易造成出血及亂經等身體的負擔。

## 新型事後避孕藥

品名	ella <sup>®</sup> 艾伊樂
成分	Ulipristal acetate
避孕成功率	98%-99%
排卵前使用的有效性	接近排卵前的危險期使用，部分婦女依然有效



enjoy, love, life, actively

