

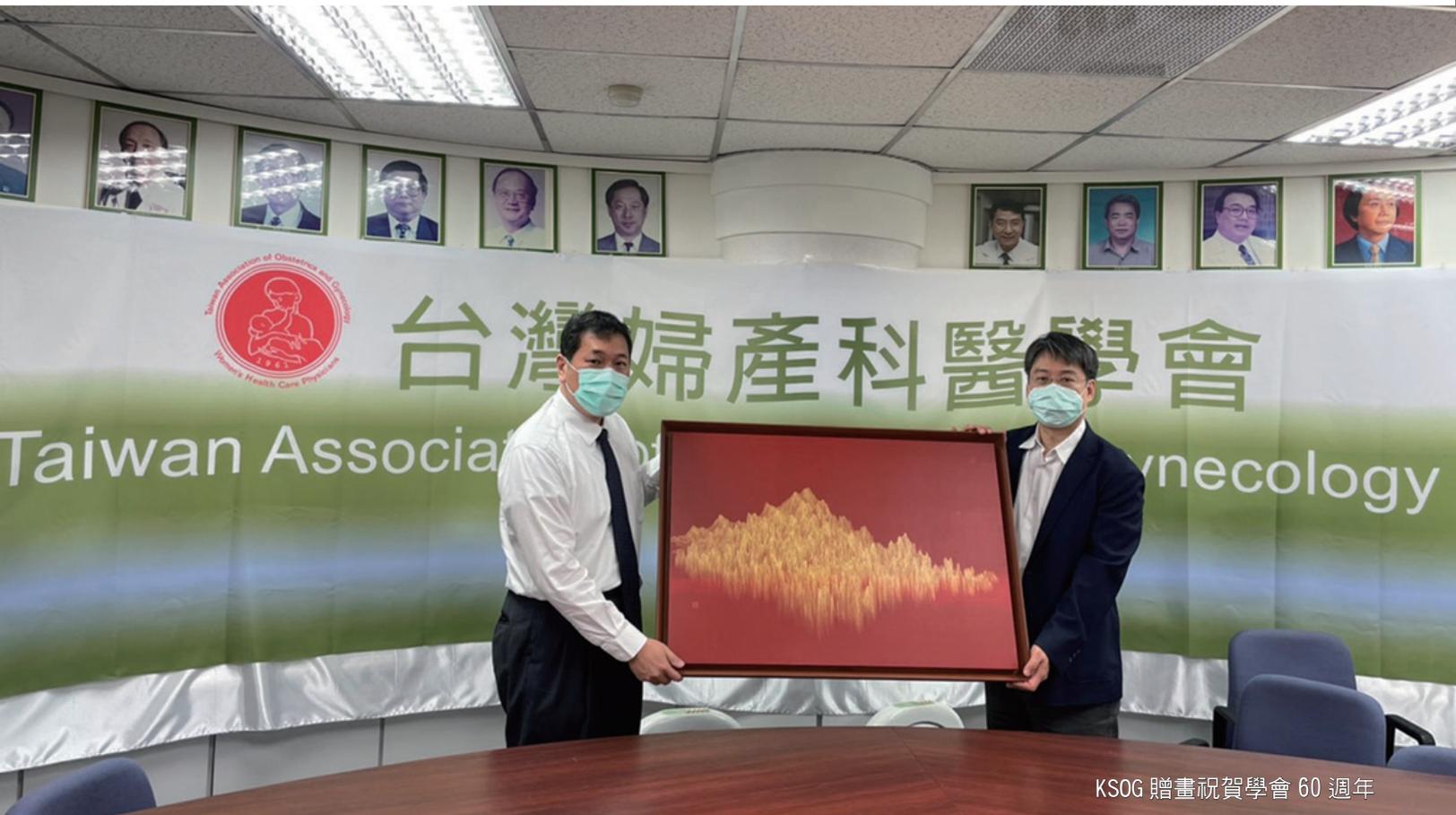


台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2021年6月 296期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



KSOG 贈書祝賀學會 60 週年

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：<https://www.taog.org.tw/>
E - m a i l：obsyntw@seed.net.tw
發 行 人：黃閔照
秘 書 長：黃建霖
編 輯：會訊編輯委員會
召 集 委 員：陳明哲

副召集委員：李耀泰
委 員：王三郎 王鵬惠 周輝政 易瑜嶠
林明輝 洪煥程 崔冠濠 陳建銘
詹德富 鄭雅敏 賴宗炫 龍震宇
編 輯 顧 問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安
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

110 年度性傳染病及愛滋防治訓練課程（視訊）

110年度提升性健康友善門診專業服務品質計畫
計畫執行項目
 編撰相關衛教素材
 工作手冊
109年度衛教及工作指引
 1) 孕產科性傳染病臨床指引
 2) 青少年性病臨床指引
 3) 性病病患全面篩檢愛滋病毒臨床指引
 4) 婦產科愛滋病毒預防性投藥(PrEP)臨床使用指引
 5) 愛滋感染與心理健康臨床治療指引
 6) 性健康心理諮詢服務及轉介臨床指引
110年度新增內容
 編修update上述指引




110 年度愛滋匿名篩檢服務 拓點招募說明會



孕婦 COVID-19 疫苗視訊說明討論會



台灣婦產科醫學會 296 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文/黃閔照

06 秘書長的話 | 文/黃建霈

09 文物館捐款名單

10 秘書處公告

10 衛生福利部 函

檢送本部公告修正「低收入戶及中低收入戶之體外受精(俗稱試管嬰兒)補助方案」,名稱並修正為「體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術補助方案」(如附件),自110年7月1日生效(如附件),請查照。

11 衛生福利部國民健康署 函

為擴大產檢次數及項目,檢送修正之「新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫」、對照表及問答集各1份(如附件1、2、3),並自110年7月1日實施,請轉知所轄衛生所與醫療院所及助產所配合辦理,請查照。

12 衛生福利部 函

因應本(110)年7月1日實施之擴大孕婦產前健康檢查服務,檢送「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」部分規定修正、孕婦產前預防保健服務附表及問答集各1份(附件1-3),惠請配合辦理,請查照。

16 性健康友善服務紀錄表

18 通訊繼續教育

18 肌少症的治療:更年期醫學

文/李耀泰 陳福民 郭宗正

24 60周年專欄

24 第9屆亞太婦產科醫學會在 SEOUL

文/李世隆

25 會員園地

25 妊娠高血壓的新觀念,與妊娠糖尿病之共病性

文/李易良 李耀泰 尹長生

30 羊水栓塞案例分享

文/童寶玲 林明緯

32 編後語 | 文/周輝政

34 徵才訊息

36 活動消息

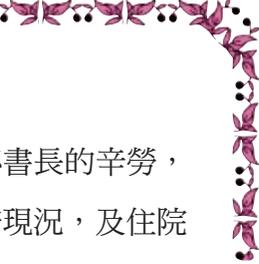
TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

黃閔照

新冠肺炎隨時印度變種病毒進入台灣，疫情變得更加嚴峻，不僅醫療受到衝擊，百行百業在三級防疫下，垂死掙扎，可以想見的是未來如何找到與病毒共存的方式，尤其是疫苗的大規模施打，可以有效減少重症死亡，將新冠肺炎流感化。而疫苗的施打，在粥少僧多下，不單是醫療問題，也是政治問題，學會在 5 月 31 號發文孕產婦施打疫苗，應以 mRNA 疫苗為主，並因考量孕產婦重症風險，將孕婦納入優先施打順序，衛福部初期考量疫苗不足，尤其只有 AZ 疫苗可選擇下，貿然開放，反而造成反效果，好在繼日本 124 萬劑 AZ 疫苗，美國加碼 250 萬劑莫德納疫苗也在 6 月 20 日下午送抵台灣，特別感謝陳時中部長、石崇良司長、小英總統及李茂盛資政及許多人的努力，疫情指揮中心也很快地將孕產婦納入第 6 類施打範圍，學會也很快的做出疫苗注射指示及諮詢要點，寄給會員，並在 6 月 27 日召開線上說明會，由秘書長向大家說明，並逐一回答疑問。所有指引，都可以因為新的醫學證據出來作修正，學會也將當天錄影放在 Covid-19 專區，歡迎會員上線觀看及下載相關文件，同時孕婦疫苗注射，12 週以下，應好好進行諮詢風險外，也要考量尤其第二劑施打引起發燒不適的現象，學會也會努力爭取，因為每月新增約 1 萬 3000 名左右的孕婦，未來能夠穩定的供給疫苗，希望這一波疫情趕快回穩，讓人民回到日常生活。

新的產檢制度即將在 7 月 1 日上路，其中產檢由 8 週開始每月產檢一次（8、12、16、20、24、28 週），其中 8 週、20 週提供超音波檢查一次，12 週抽血檢查跟過去一致，24 週新增糖尿病及貧血篩檢，須在二週內上傳報告，28 週後隔週檢查（30、32、34、36 週），其中 32 週為過去梅毒再次檢查，32 週後也再提供一次超音波檢查，確認胎兒大小及胎位，36 週後則每週產檢（37、38、39、40 週）。許多會員反應產檢順序及搭配檢查複雜，在此我也特別幫國健署說明，因為 7 月 1 日上路在即，原本許多預防保健代碼已被使用（如 51 以上為助產所產檢碼），因此學會產科照護小組，也特別針對可行方案做出最合宜的方式，未來也將跟國健署整體思考產檢申報方式，同時所有檢查檢驗項目都比照目前健保點值給付，也許比自費收費為低，但大部分則較過去給付不公為高，希望大家能依照產檢時程提供優質產檢。



性傳染病及愛滋病防治訓練課程，也都利用線上教育完成，特別感謝秘書長的辛勞，每週四產科照護小組也都有視訊會議，委員們也都提供各醫院照護確診孕婦現況，及住院篩檢模式，希望大家共同努力，度過疫情。

秘書長的話

黃建霖

各位會員：平安

COVID-19 變種病毒接續來台，三級警戒也已六周，台灣確診數將近 15,000，死亡數也已超過 630 人，近期雖每日新增個案數均壓在百例以下，卻不時冒出零星火花，但星星之火卻可以燎原，不可不慎。部分台灣民眾也已逐漸耐不住封鎖，時有人潮聚集，而疫苗施打卻還遠遠不及群體免疫標準，僅有 8% 左右，雖有美、日慨捐上百萬劑疫苗，但離實際所需還是差上一大截，而後續疫苗含民間捐贈及國產何時能趕上，看來還需要些時間。以指揮官估計的每週百萬劑施打目標來看，就算達到也至少還得十六週才能完成群體免疫，更何況還有最近出現的緩打潮。然而究其原因，大多是對疫苗施打後短期內死亡的錯誤解讀，尤其媒體不成比例的大幅報導負面消息，哪裡有死亡案件，今天又猝死了多少人，卻沒負起傳達正確教育資訊的責任，例如死因的澄清，疫苗預防重症、死亡的效果，導致人心惶惶，進而使台灣社會更加持續暴露於危險之中。以 AZ 疫苗打在 75 歲長者身上，台灣約有萬分之一的接種後死亡案例，且絕大部分都跟疫苗無關；但不打疫苗，參考過去流感大流行期間，至少有四分之一人口會被感染到，即使大家儘量做好個人防護，但能減少八成感染率就算相當不錯，而長者感染後死亡率超過兩成，這些未打者總體死亡率將高過 1%，亦即不打疫苗的長者有多一百倍以上的危險 !! 且這些都將會是感染後確定與新冠肺炎相關的死亡，而且重症者的勢必增加，是造成醫療崩潰的重要原因之一，而這些誤解，需要我們醫界首先來負起教育社會大眾的責任。

最近孕婦開始施打疫苗，感謝台灣政府特別注重我們的下一代，讓孕婦列入第六類優先施打順序，也感謝許多產科醫療院所投入第一線，來為孕婦們提供最好的諮詢及評估，打疫苗是幾乎無什麼利潤的工作，相對還有些責任，但看到大家毅然決然為信任自己的產婦及台灣社會來投入，實在值得我們為自己來鼓掌。也因此，我猜產科會是最快脫離 COVID-19 影響的科別之一，其中之一是因為醫護等工作人員及產婦都優先打了疫苗，再來要注意的反而是來院的其他人員。而學會也在 6/27 中午特別舉行孕婦接種 COVID-19 疫苗視訊說明及討論會，獲得相當迴響，也把內容錄製成影片，放在學會網頁 COVID-19 專區，供大家參考，內容也做成單張供大家下載印出，以配合 CDC 的接種同意書來使用，希望讓大家在臨床上處理得更順手，而專區中許多最新的重要資訊，也請大家多多參考來使用。學會推薦 mRNA 疫苗為孕婦的優先選擇，主要是因其目前的安全性資料較多，且在年輕女性引起免疫性血栓症合併血小板低下 (TTS) 的機率較

AZ 更低，英、德兩國也贊同，但 AZ 或同機轉的嬌生疫苗引起 TTS 的機率只有約 1/10 萬，故在台灣、美、法、WHO 均為孕婦可以選擇施打的疫苗，也藉此澄清孕婦只能打 mRNA 疫苗的誤解，而部分長者誤以為 mRNA 疫苗比較安全，而在等 7/1 要去擠打，殊不知接種這兩個疫苗後的猝死率其實幾乎一樣，對減少重症、死亡效果也都幾乎一樣好，但 mRNA 疫苗的副作用較大，且擠打潮又可能造成過勞、久等、群聚等問題，再請大家一起來發揮智慧，協助親朋好友及社會大眾趨吉避凶，做出正確選擇。

而 7/1 即將開始新式產檢擴大服務及不孕症擴大補助，部分會員反應產檢新制複雜，有點措手不及，也在此及本期會訊中提出說明。此次新制自 5/6 行政院會通過到上路只有短短不到兩個月，與過去至少有半年準備及說明確有很大不同，為使政府好意盡快落實也照顧到會員荷包，故維持所有舊制，所有代號不變也不能變，不然同是 45 這個代號，在 7/1 前後意義卻不同會天下大亂，所以新制只能是再加項目上去，且為配合國健署、健保署電腦系統及代號，因此產檢代號須維持兩位數，加之 00-99 的代碼已有八成左右都被用掉，包括其他科，故無法以易記的其他兩位數代號來設計新增的產檢代號，才以 4 開頭的 ABCD 為新加入的產檢代號，而以 6 開頭的 ABCD 為新加入的處置代號，讓常規產檢增加到 14 次、新增 2 次超音波檢查 (6A、6B)、懷孕中期貧血篩檢 (6C)、75g 糖尿病篩檢 (6D)、產檢與健保同項目同價，而新增處置項目各有其搭配的產檢代號及使用週數，如 6A 儘量於 16 周前用，6B 儘量於 32 週後用，6C 則於 16-32 週用，6C、6D 結果需抽血後 14 天內上傳，請大家遵照規定使用及申報，才不會權益受損，備註中也寫明 6C、6D (各比照健保給付 130、194 點)，在徵得產婦同意後可加費收取，建議大家比照過去請產婦自費的金額減掉政府補助款後來收取，不會瘦了自己荷包，也落實政府減輕產婦負擔的美意。而 4E 屬於超過預產期後仍需常規產檢者使用，少數有需要者可提前至少一天線上專案申請後用。66 也從過去只能搭配 47-49 代碼，改成 47 後代碼均可搭，也比以前更合理好用。而來不及 7/1 就電腦上線的院所，也可在病歷上先做紀錄，在當月資料上傳前，補 Key 即可。至不濟也可先用舊制申請，應不會比原來還差。

繼續教育方面性病及愛滋防治課程和匿名篩檢招募會，全以線上辦理完成，感謝大家踴躍支持及參與，擴展匿篩點是今年重點工作，再請有志者一起來幫忙。

年會活動是否仍在 8/7-8 在台北圓山飯店辦理，還須看疫情狀況於近日內決定，再請大家耐心等待。

敬祝大家

身體健康、心靈平安。黑暗終將過去，黎明也必到來！

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 黃閔照

博物館館長 謝卿宏

秘 書 長 黃建霈

財務委員會召集人 黃文助 敬上

110 年度文物館捐款名單

會員編號	姓 名	本次捐款金額	個人總捐款金額	捐 款 日 期
1054	謝 鵬 輝	1,365	178,731	110 年 03 月 15 日
1599	賴 文 福	50,000	450,000	110 年 04 月 16 日

博物館成立後再捐贈文物名單

製表日期：109/05/26

個人捐贈（依姓氏筆畫排序）：

方昌仁、王俊雄、王義雄、王漢州、王鵬惠、甘明又、成 功、朱明星、何弘能、李 盛、李正義、李枝盈、李茂盛、李榮憲、李耀泰、杜錦照、阮正雄、周建章、林正義、林炎照、林國昭、吳香達、姜仁發、施景中、柯瑞祥、張志源、張維君、張昇平、許峰雄、許龍國、郭宗正、陳文龍、陳宏銘、陳哲男、陳福民、陳麗貴、陳明哲、曹國賢、馮承芝、黃思誠、黃閔照、黃德雄、黃秀吉、彭增福、楊友仕、楊應欽、葉文德、趙宗冠、劉永昌、蔡明賢、蔡英美、蔡景林、鄭英傑、蕭惠貞、賴明志、賴朝宏、謝欣穎、謝卿宏、蘇文彬、蘇聖傑、蘇聰賢、鐘坤井

機關單位捐贈：

台大醫院婦產部、馬偕醫院、原水文化（城邦出版社）

外國組織 / 個人捐贈：

日本：木村正教授、Prof. Takeshi Maruo & Mrs. Keiko Maruo、Prof. Yuji Hiramatsu

韓國：KSOG、Prof. Joo-hyun Nam、Prof. Yong-won Park、Prof. Yoon-seok Chang、尹聖道教授

美國：ACOG 前理事長 Prof. James N. Martin、ACOG 前理事長 Prof. Jeanne Conry、

ACOG 前理事長 Prof. Mark S. DeFrancesco、ACOG 前理事長 Prof. Thomas M. Gellhaus

馬來西亞：AFOG 理事長 Dr. Ravi Chandran

英國：FIGO 前理事長 Prof. Sabaratnam Arulkumaran

衛生福利部 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 110 年 6 月 10 日

發文字號：衛授國字第 11004013111 號

主旨：公告修正「低收入戶及中低收入戶之體外受精（俗稱試管嬰兒）補助方案」，名稱並修正為「體外受精（俗稱試管嬰兒）人工生殖技術補助方案」（如附件），自 110 年 7 月 1 日生效。

說明：一、旨揭方案修正擴大補助對象至妻 44 歲以下且需接受體外受精人工生殖技術之我國不孕夫妻，且由本部國民健康署簽訂契約之人工生殖機構協助民眾申辦補助作業。

二、辦理本補助方案之人工生殖機構須與本部國民健康署簽訂契約，說明如下：

（一）本部國民健康署將與前已簽訂契約之人工生殖機構，重訂契約。

（二）尚未加入本補助方案之人工生殖機構，如有意願辦理，請檢附所轄衛生局核備相關醫療費用項目函影本，向本部國民健康署提出申請，未經核備之項目及費用，不予補助。

三、如有疑義，請洽業務聯繫窗口電話（02）25220642 周小姐。

公告事項：一、為滿足不孕夫妻生育期待與減輕不孕夫妻進行試管嬰兒之經濟負擔及減少人工生殖多胞胎率，公告修正旨揭補助方案，重要事項如下：

（一）補助對象資格：

1、至少一方具中華民國國籍之不孕夫妻，且妻年齡為 44 歲（含）以下。

2、經人工生殖機構施術醫師診斷為不孕夫妻，須接受體外受精人工生殖技術。

（二）受術妻年齡及申請補助次數上限：

1、受術妻年齡 39 歲以下（含 39 歲）者：每胎（活產）最多補助 6 次。

2、受術妻年齡 40 歲以上（含 40 歲）且 44 歲以下（含 44 歲）者：每胎（活產）最多補助 3 次。

（三）補助項目：

1、至本部國民健康署特約人工生殖機構進行不孕症之體外受精（俗稱試管嬰兒）人工生殖技術療程。

2、另做人工受精（AIH）而非試管嬰兒，則不予補助。冷凍保存費及解凍再度冷凍費亦非補助範圍項目。

3、胚胎植入數：

(1) 受術妻 35 歲（含）以下最多植入 1 個胚胎。

(2) 受術妻 36 歲至 44 歲（含）以下最多植入 2 個胚胎。

(四) 補助額度：具有中低收入戶或低收入戶之不孕夫妻，每次補助上限新臺幣 15 萬元；另非低收入戶及中低收入戶之不孕夫妻，依療程給予不同補助額度，若實支金額未達者，則以實支金額補助之。

(五) 申請方式及流程詳如旨揭方案內容。

(六) 通過申請本補助方案之民眾，應於一年內完成療程，其補助費用之申請，應於就醫療程結束後六個月內（以懷孕確認或治療終止日為準）向本部國民健康署提出，逾期不予補助。

二、本件公告若有疑義，請洽業務聯繫窗口電話 (02)25220642 周小姐。



因版面有限，附件請至網站下載。

網址：<https://ppt.cc/fv5Tpx>

衛生福利部國民健康署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 110 年 6 月 10 日

發文字號：國健婦字第 1100401494 號

主旨：為擴大產檢次數及項目，檢送修正之「新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫」、對照表及問答集各 1 份（如附件 1、2、3），並自 110 年 7 月 1 日實施，請轉知所轄衛生所與醫療院所及助產所配合辦理，請查照。



因版面有限，附件請至網站下載。

網址：<https://ppt.cc/flK39x>

衛生福利部 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 110 年 6 月 15 日

發文字號：衛授國字第 1100401550 號

主旨：因應本 (110) 年 7 月 1 日實施之擴大孕婦產前健康檢查服務，檢送「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」部分規定修正、孕婦產前預防保健服務附表及問答集各 1 份 (附件 1-3)，惠請配合辦理，請查照。

說明：一、為周全孕期照護，行政院 110 年 5 月 6 日第 3750 次院會通過「少子女化對策-建構安心懷孕友善生養環境」，擴大產檢次數及項目，並自 110 年 7 月 1 日上路。

二、因應前述政策之施行，修正旨揭注意事項重點如下：

(一) 新增 4 次產檢 (妊娠第 8、24、30 及 37 週各 1 次)。

(二) 經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請。

(三) 調高產檢醫師診察費，醫療院所為 340 元，助產所為 272 元。

(四) 調高 Rubella IgG、B 肝及 VDRL 檢驗費。

(五) 第 24-28 週新增妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗，醫療院所及助產所之檢驗費均為妊娠糖尿病篩檢 194 元，貧血檢驗 130 元，並規定 2 項檢驗數值及結果檔應於採驗日次日起 14 日內登錄上傳至本部國民健康署指定之系統，逾期或登錄上傳之資料不完整、不正確者，將不支付該項費用。

(六) 第 8-16 週及第 32 週後各新增 1 次一般超音波檢查，醫療院所為 550 元，助產所為 526 元。

三、請各醫療院所依旨揭規定及時程提供服務，並完成醫療資訊系統之新增醫令代碼及就醫序號設定。

四、請本部中央健康保險署協助轉知各區業務組，並於健保資訊網服務系統 (VPN) 公告相關訊息。

五、旨揭資訊同步刊登於本部國民健康署網站 (<https://reurl.cc/NrplKq>) -> 健康促進法規之預防保健服務類專區。 (<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=838&pid=14203>)

六、本案聯絡人：本部國民健康署劉寶云技士、蔡怡蓁約用專業人員，地址：台北市大同區塔城街 36 號，電話：02-2522-0626，電子郵件信箱：yichen0326@hpa.gov.tw。



因版面有限，附件請至網站下載。

網址：<https://ppt.cc/fHQE8x>

附表 2.2、產前檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼		就醫序號		服務對象及 時程	服務內容	補助金額	
醫療 院所	助產 所	醫療 院所	助產所			醫療 院所	助產所
<u>4A</u>	<u>5A</u>	<u>IC4A</u>	<u>IC5A</u>	妊娠 第1期 孕婦 (妊娠 未滿 13週)	第1次 (第8週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>流產徵兆、高危險妊娠及孕期 營養衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
41	51	IC41	IC51		第2次 (第12週) 一、於妊娠第8週以後或第2次檢查 須包括下列檢查項目 (一)問診：家庭疾病史、過去疾病 史、過去孕產史、本胎不適症 狀、成癮習慣查詢 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、 甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、 胸部及腹部檢查 (三)實驗室檢驗：血液常規項目(包 括白血球(WBC)、紅血球 (RBC)、血小板(Plt)、血球容積 比(Hct)、血色素(Hb)、平均紅 血球體積(MCV)、血型、Rh因 子、德國麻疹抗體Rubella IgG 及B型肝炎血清標誌檢驗 HBsAg、HBeAg(惟因特殊情況 無法於本次檢查者，可於第8 次孕婦產前檢查時接受本項檢 查)、VDRL或RPR(梅毒檢查) 及尿液常規。 二、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 三、 <u>德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕 婦，應在產後儘速注射1劑麻疹 腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該 劑疫苗免費。</u>	<u>735</u> (不含 Rubella IgG及 HBsAg 、 HBeAg)	<u>652</u> (不含 Rubella IgG及 HBsAg 、 HBeAg)
42	52	IC42	IC52	妊娠 第2期 孕婦 (妊娠 13週 至未 滿29 週)	第3次 (第16週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>早產防治衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
43	53	IC43	IC53	妊娠 第2期 孕婦 (妊娠 13週 至未 滿29 週)	第4次 (第20週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>早產防治衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
<u>4B</u>	<u>5B</u>	<u>IC4B</u>	<u>IC5B</u>		第5次 (第24週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>早產徵兆及孕期營養衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
44	54	IC44	IC54	妊娠 第3期 孕婦 (妊娠 29週 以上)	第6次 (第28週) <u>例行檢查項目(註1)</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
<u>4C</u>	<u>5C</u>	<u>IC4C</u>	<u>IC5C</u>		第7次 (第30週) <u>例行檢查項目(註1)</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
45	55	IC45	IC55	第8次 (第32週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、於妊娠32週前後提供VDRL等 實驗室檢驗	<u>403</u>	<u>335</u>	
46	56	IC46	IC56	第9次 (第34週) <u>例行檢查項目(註1)</u>	<u>340</u>	<u>272</u>	

秘書處公告

47	57	IC47	IC57	第10次 (第36週)	例行檢查項目(註1)	340	272
4D	5D	IC4D	IC5D	第11次 (第37週)	例行檢查項目(註1)	340	272
48	58	IC48	IC58	第12次 (第38週)	例行檢查項目(註1)	340	272
49	59	IC49	IC59	第13次 (第39週)	例行檢查項目(註1)	340	272
50	60	IC50	IC60	第14次 (第40週)	例行檢查項目(註1)	340	272
4E	=	IC4E	=	經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請： 因妊娠超過40週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請。(註2)		340	-
6A	6E	IC4A、 IC41~ IC42	IC5A、 IC51~ IC52	第1次超音波檢查：建議於妊娠第8-16週提供1次超音波檢查。確定胎兒心跳，評估著床位置、胎數、胎兒大小及預產期。(註3)		550	526
6I	62	IC43、 IC4B、 IC44、 IC4C	IC53、 IC5B、 IC54、 IC5C	第2次超音波檢查：建議於妊娠第20週前後提供1次超音波檢查。檢查胎數、胎兒大小測量、心跳、胎盤位置、羊水量。(註3)		550	526
6B	6F	IC45~ IC47、 IC4D、 IC48~ IC50	IC55~ IC57、 IC5D、 IC58~ IC60	第3次超音波檢查：建議於妊娠第32週後提供1次超音波檢查。在妊娠後期或生產前，確定胎兒胎位等情形，以利生產方式的決定。檢查心跳、胎位、胎兒大小測量、胎盤位置及羊水量。(註3)		550	526
6C	6G	IC4B、 IC44	IC5B、 IC54	妊娠第24-28週	貧血檢驗(全套血液檢查CBCIII (08082C)及血小板計數(08006C)) (註4)	130 (註4)	130 (註4)
6D	6H	IC4B、 IC44	IC5B、 IC54	妊娠第24-28週	妊娠糖尿病篩檢(空腹及口服75公 克葡萄糖1小時及2小時後血漿葡萄 糖測定)(註5)	194 (註5)	194 (註5)
63	63	IC4A~ IC4D、 IC41~ IC50	IC5A~ IC5D、 IC51~ IC60	母嬰親善醫療機構產前檢查母乳衛教指導，每案每次增加之費用。 限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。		20	20
64	65	IC41、 IC45	IC51、 IC55	Rubella IgG實驗室檢驗(於第2次孕婦產前檢查提供1次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第8次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註6)		216	216
69	70	IC41、 IC45	IC51、 IC55	HBsAG、HBeAG(於第2次孕婦產前檢查提供1次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第8次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註7)		450	450
66	67	IC47、 IC4D、 IC48~ IC50	IC57、 IC5D、 IC58~ IC60	產前乙型鏈球菌篩檢： 一、孕婦於妊娠第3期(建議於懷孕滿第35週至未達第38週前)產前檢查提供1次。 二、若因早產而住院之懷孕婦女，得由醫師專業醫療判定，提供本項篩檢，不受前項受檢時程限制。(註8) 三、因早產而住院並已接受乙型鏈球菌篩檢之孕婦後，若距上次篩檢時間已超過5週以上，且仍未生產者，仍可依醫師判斷於前項所列受檢時程內再次進行本項篩檢。		500 (註11)	500 (註11)

備註：

一、產前檢查內容包括：

- (一) 問診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、頭痛、痙攣等。
- (二) 身體檢查：體重、血壓、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。
- (三) 實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。

二、經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請：醫令代碼4E，因妊娠超過40週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請，限於妊娠第41週或第42週申報。

三、超音波檢查：

- (一) 醫令代碼6A、6E，限併同就醫序號IC4A或5A；IC41或51；IC42或52擇一作申報。
- (二) 醫令代碼61、62，限併同就醫序號IC43或53；IC4B或5B；IC44或54；IC4C或5C擇一作申報。
- (三) 醫令代碼6B、6F，限併同就醫序號IC45~IC47或IC55~IC57；IC4D或5D；IC48~IC50或IC58~IC60擇一作申報。

四、貧血檢驗：

- (一) 醫令代碼代碼6C、6G，限併同就醫序號IC4B或IC5B；IC44或54擇一作申報。
- (二) 於妊娠第24-28週時接受CBC III-(WBC、RBC、HB、HCT、MCV)及血小板計數。孕婦貧血診斷標準，第2孕期血色素 $<10.5\text{g/dL}$ 。
- (三) 貧血檢驗之實際收費高於補助金額者(每案新台幣130元)，須對民眾作合理說明，並獲得民眾接受，始得收取差額。

五、妊娠糖尿病篩檢：

- (一) 醫令代碼6D、6H，限併同就醫序號IC4B或IC5B；IC44或54擇一作申報。
- (二) 於妊娠第24-28週時接受空腹及口服75公克葡萄糖1小時及2小時後血漿葡萄糖測定：以空腹血糖 $\geq 92\text{mg/dL}$ ；口服葡萄糖後1小時血糖 $\geq 180\text{mg/dL}$ ；第2小時血糖 $\geq 153\text{mg/dL}$ 為標準，符合以上三項當中一項(含)以上，即診斷為妊娠糖尿病。對檢驗確診GDM者，提供說明、初步衛教及轉介至相關門診治療，持續提供後續照護。
- (三) 妊娠糖尿病篩檢之實際收費高於補助金額者(每案新台幣194元)，須對民眾作合理說明，並獲得民眾接受，始得收取差額。

六、產檢德國麻疹抗體檢驗：每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼64須與就醫序號IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼65須與就醫序號IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

七、產檢B型肝炎血清標誌檢驗。每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼69須與就醫序號IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼70須與就醫序號IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

八、產前乙型鏈球菌篩檢：醫令代碼66、67，限併同就醫序號IC47或57；IC4D或5D；IC48或58；IC49或59；IC50或60擇一作申報。

(一) 早產住院安胎執行者，分開2筆申報，孕婦乙型鏈球菌篩檢費用以68之醫令代碼，就醫序號為IC4A、IC41~IC43、IC4B、IC44、IC4C、IC45~IC46，擇一於門診申報該筆費用。

(二) 若因早產現象而住院之懷孕婦女在補助孕婦乙型鏈球菌篩檢前，其就醫序號已使用過IC46時，於提供該項篩檢服務後，可依下列方式申報：

1. 若懷孕週數「已滿35週未達38週」時，得以66醫令代碼，及擇用IC47、IC4D、IC48~IC50就醫序號，擇一作申報。
2. 若「懷孕週數未滿35週」時，仍可依醫師判斷進行孕婦乙型鏈球菌篩檢，並以68醫令代碼及就醫序號IC46申報該筆費用。

九、有關重複受檢檢核條件如下：

- (一) 醫令代碼4A (5A)、41 (51)、6A (6E)、64 (65)、69 (70)、98同院所、同身分證字號、同月或連續2個月皆不得重複申報。
- (二) 醫令代碼42 (52) 4個月內不得重複申報。
- (三) 醫令代碼43 (53)、4B (5B)、44 (54)、4C (5C)、45 (55)、46 (56)、47 (57)、4D (5D)、48 (58)、49 (59)、50 (60)、66 (67)、99、61 (62)、6B (6F)、6C (6G)、6D (6H)，同身分證字號7個月內不得重複申報。
- (四) 醫令代碼64 (65)、69 (70)、及98，同院所、同身分證字號一年內不得重複3次(含)以上。
- (五) 醫令代碼4E，同院所、同身分證字號7個月內不得重複3次(含)以上。

十、性別條件為女性。

十一、低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之產前乙型鏈球菌篩檢，不得再收取差額。另實際收費高於健康署補助金額者(每案新台幣500元)，須對服務對象作合理說明，並獲得服務對象接受，始得收取差額。

性健康友善服務紀錄表

各位性健康友善門診醫師，您好

為維護性健康友善門診品質，我們期許提升國人接受性傳染病篩檢、衛教諮詢之意願！台灣婦產科醫學會於 2021 年承接衛生福利部疾病管制署「110 年提升性健康友善門診專業服務品質計畫」；為鼓勵醫師共同推動、維持性健康友善門診醫療品質，我們將透過辦理競賽以提升並獎勵醫師注重性健康友善門診醫療品質，預計於 2021 年底，會依競賽執行狀況，給予前五名參與者獎項(如 3C 產品等)。

參與資格：需為本會性健康友善門診醫師，或參與台灣婦產科醫學會 2021 年舉辦之性健康友善門診相關課程。

- 參與方法：
1. 前往本會官網下載專區下載性健康友善服務紀錄表
 2. 填寫性健康友善服務紀錄表，並於每月正本郵寄至學會
 3. 請各位參與者需將競賽相關資料備查，以供疾管署或學會查核

執行內容：可透過性傳染病篩檢數量、預防性投藥數量或針對有性傳染病之患者攜帶性伴侶就醫人次為基準，執行相關性友善措施和提供愛滋篩檢等服務。

※如非原性健康友善門診醫師，請於參與台灣婦產科醫學會 2021 年舉辦之性健康友善門診相關課程後再執行相關競賽事宜。

※競賽期限：110 年 7 月 1 日(四) 至 110 年 9 月 30 日(四)止

承辦人：翁櫻瑄

承辦人信箱：kingsjlr123@gmail.com

電話：02-2568-4819

傳真：02-2100-1476

學會地址：104 台北市民權西路 70 號 5 樓



性健康友善服務紀錄表

QR Code

性健康友善服務紀錄表

醫療院所名稱：

醫療院所電話：

醫師姓名：

會員編號：

-就診日期：西元____年____月____日

-個案基本資料與診斷：

1.性 別：1)男性 2)女性 3)其他

2.出生年月：西元____年____月

3.婚姻狀況：1)未婚 2)已婚 3)同居 4)分居 5)離婚 6)喪偶4.性 傾 向：1)同性戀 2)異性戀 3)雙性戀5.過去一年內是否曾接受愛滋病篩檢？0)從未檢查 1)有檢查過

6.診斷結果(可複選)：

1)愛滋病 2)梅毒 3)淋病 4)披衣菌 5)尖型濕疣 6)陰道滴蟲7)陰蝨 8)非淋菌性尿道炎 9)生殖器皰疹 10)骨盆腔炎 11)其他

-本次執行項目(可複選)：

1) 性傳染病篩檢(計 2 分)2) 預防性投藥(計 3 分)3) 有性傳染病之患者攜帶性伴侶就醫(計 5 分)

總 計：_____

※競賽會依各項評分進行總計，依總分最高評選出前五名於競賽結束後予與獎項

※競賽期限：即日起至 110 年 9 月 30 日(四)止

※請於填寫性健康友善服務紀錄表後，每月正本郵寄至學會，以利統計

※請各位參與者需將競賽相關資料備查，以供疾管署或學會查核

肌少症的治療：更年期醫學



李耀泰¹ 陳福民² 郭宗正¹

¹ 台南郭綜合醫院 婦產部

² 台北中山醫院 婦產科

根據歐洲和美國的統計，約 20-50% 的年長者在日常生活上會出現活動困難^[1]，造成因素包括骨骼肌肉量（skeletal muscle mass）逐漸減少，以致失去運動功能。當肌肉量和肌肉強度衰退稱肌少症（sarcopenia），跌倒和骨折的風險相對增加、活動功能受到限制、生理的失能、甚至死亡^[2]。肌少症通常指肌肉量的減少，因脂肪量會增加，體重不一定減輕，但均有力弱症（dynapenia），即缺乏力量之意。

◆ 肌少症

當年齡越大，肌肉蛋白質合成會慢慢減少、分解增加，改變神經肌肉完整性與脂肪量增加，最後導致肌少症。肌少症的定義為：低肌肉體積，加上低肌肉強度（strength），或低肌肉相關的生理功能（physical performance），有二者中任一項者均稱之。

肌少症發生率，在 60 歲者有 33%，在 80 歲以上者則大於 50%^[3]。肌肉量在 30 歲健康男性達最高峰，自此後逐漸下降，在 30-65 歲期間，每十年會減少 6%，65 歲後更大幅下降，每年約減少 1-2.5%。同時，肌肉強度的流失約達 2-3 倍。

肌少症發生在年長者稱原發性（primary），發生於年輕失智、發炎性疾病、神經性疾病、癌症與化學治療、內分泌疾病、營養不良、胃腸疾病、骨質疏鬆症者，稱繼發性。唯因肌少症在年長者多屬多種成因，一般不分原發性或繼發性。

肌少症的診斷有：

- （一）肌肉量的檢測：健康成人的骨骼肌量（skeletal muscle mass）佔全部身體質量（body mass）的 40%。骨骼肌纖維分成第 I 和第 II 型兩種，以第 II 型的纖維收縮力最大，但隨年紀增加，肌蛋白會逐漸減少，肌纖維的數目和體積銳減，同時，脂肪和結締

組織會滲潤至肌肉內。電腦斷層（CT）與磁共振造影（MRI）的測量，有很高的精準度，但因設備和價格昂貴，臨床上使用不普遍。而雙能量 X 光吸收儀（DXA, dual energy X-ray absorptiometry）則為較便宜、普遍的使用的方法，可以區別脂肪、骨骼、肉（lean）組織。另外，生物阻抗分析（BIA, bioimpedance analysis）亦為便宜、方便、是可重覆使用的常見方式，無論行動方便或臥床者皆可使用，可以區別脂肪和肉組織。骨骼肌質量指數（SMI, skeletal muscle mass index），在年輕男性平均為 7 kg/m²（SM/height²），在年輕女性平均為 5.7 kg/m²，若低過此數值，便有肌少症的可能。

（二）肌肉強度：最常用為手握力器（handgrip）來測量的肌肉強度，如男性 <30 kg、女性 <20 kg，可診斷為肌少症。其它尚有等動力運動儀（isokinetic dynamometers），可以測量膝彎曲和伸張、手肘左右移動或最高呼氣流量（peak expiratory flows），後者為測量胸肌呼吸力量，但較少使用。

下肢移動性（mobility）也可用作肌肉強度的測量，如走路速度 <0.8 米/秒（行走 4 米時），或行走 >1 公里會有困難或出現症狀者，皆稱為低肌肉強度。

65 歲時，平均最大肌肉強度僅有 20-30 歲時的 75-80%，而下肢退化程度尤甚於上肢，另女性的平均肌肉強度比男性差，故更容易退化。此外，隨著年紀增加，脊髓運動細胞和神經相對減少，肌肉強度也變弱。

（三）生理功能：包括每日起居和活動能力，最常使用為起立和行走試驗。從坐在椅子上站起，向前走 3 公尺，繞過一障礙物後，再回到椅子上坐下來，所需時間如 > 10 秒，則有跌倒和非脊椎骨折增加的風險。或在椅子上由坐至站立來回 5 次（稱 chair stand test）如 > 15 秒，亦是生理功能差的表現。

◆ 治療

隨年齡增長，粒線體功能會減少，導致肌少症是無可避免，但可藉由改善營養（蛋白質和維他命）、各種阻力和有氧運動，來維持肌肉量和強度以應付日常生活所需。

一、營養：

（1）白胺酸（leucine）：此乃人體所必需胺基酸。在年長者（≥ 65 歲）如需肌肉蛋白質合成，則每餐蛋白質的攝取要較年輕者多 2%^[3]；但能達成此項的年長者比率並不多。而白胺酸能促進肌肉蛋白質的合成、減少蛋白質分解、刺激胰臟 β 細胞分泌胰島素、改善骨骼肌肉對葡萄糖的吸收、穩定血糖等功效。在自然界食物中，全穀、牛奶、乳製品、蛋、牛肉、豬肉、雞肉、豆類和葉菜類均含有白胺酸；此外，乳清蛋白（whey protein，乳粉樣售出）富含白胺酸，每 100 g 乳清蛋白含有 13 g 白胺酸^[3]。

2020 年，Martinez-Arnau 等^[3] 研究報告 42 位、平均 78.9 歲的年長者，其中 19 位每天予以白胺酸 6 g，並與另 23 位每天予以乳糖（lactase）6 g 做比較。經 13 週後，白胺酸組能增加走路速度（p=0.011）、改善 lean mass index（p=0.168）、增加最大吐氣

力量 (maximum expiratory force) ($p=0.026$)。結論是：補充白胺酸對肌少症者有助益。肺功能改善即表示橫膈膜肌肉的改善，可降低年長者的肺炎風險。許多年長者多死於肺炎，也可能是肌少症所導致的。

2019 年，Yoshimura 等 [4] 研究分析 44 位有肌少症的中風患者，一組 ($n=21$ ，平均 80 歲) 每天予以 3 g leucine 40% 多量重要胺基酸，共 8 週；另一組 ($n=23$ ，平均 78 歲) 為控制組。兩組皆有進行低強度阻力運動。結果在功能性獨立能力 (Functional Independence Measure, FIM)、手握力、SMI (skeletal muscle mass index) 等均是 leucine 組表現較佳，分別 $p<0.045$ 、 $p<0.05$ 、 $p<0.01$ 。

- (2) 乳清蛋白 (whey protein)：內含多種人體必需胺基酸和白胺酸，易消化，有助於肌肉蛋白質合成。但每天攝取 10-20 g 可能不足夠 [5]。

2016 年，Rondanelli 等 [6] 研究報告 130 位、平均 80.3 歲、有肌少症的年長者 (男性 53 位、女性 77 位)。一組 ($n=69$ ，營養組) 每天予以乳清蛋白 (22 g)、必需胺基酸 (10.9 g，包括白胺酸 4 g) 和維他命 D (2.5 μg)，並輔以正常飲食；另一組 ($n=61$ ，控制組) 每天予以同口味、等份量的麥芽糊精 (maltodextrin)，共 12 週。兩組皆有簡易運動量。結果在骨骼肌肉量、骨盆脂肪分佈、手握力強度、體能、日常生活能力、微量元素評估、胰島素 - 似生長因子 I、低反應蛋白和 fat-free mass，均是營養組表現較佳，分別 $p=0.009$ 、 $p=0.021$ 、 $p=0.001$ 、 $p=0.030$ 、 $p=0.001$ 、 $p=0.003$ 、 $p=0.002$ 、 $p=0.038$ 和 $p<0.001$ 。

2018 年，根據 Nabuco 等 [5] 對年長者研究報告，分別在運動前 ($n=24$ ，平均 69 歲) 和運動後 ($n=23$ ，平均 66.2 歲)，每天補充乳清蛋白 (含蛋白 27.1 g、碳水化合物 5.2 g，200 mL、共 131 kcal)，並與控制組 ($n=23$ ，平均 66.5 歲) 每天使用安慰劑 (含蛋白 0.3 g、碳水化合物 33.3 g，200 mL、共 134 kcal) 做比較。阻力運動共 12 週 (每週 3 次，每次 3 x 8-12 重覆最大運動量)。結果在骨骼肌肉量、肌肉強度和生活功能上，均是乳清蛋白組表現較佳；且在運動前與運動後之間並無統計上差異。

此外，Cramer 等 [7] 研究分析 330 位、肌少症的年長 (> 65 歲) 患者，一組 ($n=165$) 每天予以高蛋白 (蛋白 20 g、維他命 D3 499 IU、CaHMB[註一] 1.5 g)，另一組每天予以低蛋白 (蛋白 14 g、維他命 D3 147 IU)。經 24 週後，高蛋白質組有較佳的肌肉強度和生活品質。

- (3) 維他命 D：肌肉中含有維他命 D 接受器的 mRNA，許多研究發現，血液中維他命 D 的濃度與肌肉強度、生理功能息息相關 [8,9]。2018 年，Verlaan 等 [10] 研究報告 380 位肌少症年長者，其中在 195 位血清中 25(OH)D 濃度 <50 nmol/L 者，其生理機能和精神狀態均差，經補充維他命 D 和高蛋白 (≥ 1.0 g/kg/d)，13 週後，能促進四肢肌肉量和生理機能 (如快速由座位上起身)。其它相關報告亦顯示，維他命 D 合併蛋白質使用的效果會更好。

- (4) 肌酸 (creatine)：是肌肉中一重要營養素，可從肉類和魚類攝取，或由肌酸粉補充。肌酸的功用主要為快速提供能量，在肌肉收縮時，phosphorylcreatine 可將 N-phosphoryl

移至粒腺體內的 ADP，再轉成 ATP 而產生能量^[11]。研究認為，在搭配阻力訓練狀態下，補充肌酸能增加四肢肌肉量，改善生理機能，減少肌少症風險。建議每天補充肌酸 0.1 g/kg/d^[11,12]。

肌酸如合併其它營養素使用，再加上運動，效果會更好。2020 年，Nilsson 等^[13] 研究報告 32 位、少運動的年長者。並分成：M5 (muscle 5) 組 (n=16、平均 77.4 歲)，每週予 3 次阻力帶訓練，並食用肌酸 3 g、乳清蛋白 24 g、膠束酪蛋白 (micellar casein, 內含鈣 416 mg) 16 g、維他命 D3 1000 IU、omega-3 脂肪酸 (EPA, eicosapentaenoic acid 1.51 g; DHA, docosahexaenoic acid 0.95 g)；並與控制組 (n=16 位、平均 74.4 歲)，每天予以膠原蛋白 (collagen)、葵花油 (sunflower oil) 做比較。經 12 週後，所有的結果均 M5 組較佳 (p<0.05)。且 M5 組在四肢瘦肌肉量增加 3%、全部瘦肌肉量增加 2%、手握力增加 8%、大腿推蹬力 (leg press) 增加 17%、5 次坐至站立時間減少 9%。結論是：年長者予以補充營養素，輔以低強度家中運動，能改善肌肉量、強度和肌性功能。

二、運動：

長久以來，運動和營養一直被認為是防治肌少症最有效方法。運動的種類很多，有益於肌少症的運動包括：阻力運動、有氧運動和彈力帶運動等。

2017 年，Beaudart 等^[14] 綜合 48 篇文章，分析 ≥ 60 歲年長者，在予運動和營養補充 (蛋白質、必需胺基酸、肌酸、CaHMB、維他命 D、多項營養素或其它) 後，結果：(1) 肌肉量：在有運動者增加 79% (24/27 篇)，比補充營養的 23.5% (8/34 篇) 更有效；(2) 肌肉強度 (如膝蓋伸展或屈曲，手握力)：在有運動者增加 82.8% (29/35 篇)，比補充營養的 22.8% (8/35 篇) 會更強；(3) 生理功能實踐 (如走路速度，由坐至站立時間)：在有運動者增加 92.8% (26/28 篇)，比補充營養的 14.3% (4/28 篇) 亦更有效。結論是：運動可促進 ≥ 60 歲年長者的肌肉量和功能；營養種類的補充則差異大 (7.4-45 g 蛋白 / 天)。同時，因受研者營養多屬良好，對肌肉量和功能改善加分不多。

根據最近的研究證明，合併抗阻性和有氧運動，有利於肥胖年長者減少體脂肪、改善體重和生理功能。但運動不能只有短期間，需持之以恆，特別是年長者。運動加上其它政策 (如教育) 可減少跌倒因子 (如害怕跌倒，fear of falls)。

◆ 結論

人因老化許多生理功能也相對退化，呈衰弱狀態，肌肉量和強度亦是如此，進而產生肌少症，增加骨折、失能、憂鬱風險，甚至死亡。肌少症患者不僅生活品質低落，對身邊照顧者及醫療支出都是一項沉重負擔，故預防或改善肌少症實屬重要。在營養方面增加蛋白質、肌酸、維他命 D 和其它營養素的攝取，並維持適當的阻力和有氧運動，能有效預防和改善肌少症。建議從年輕便養成運動習慣。

[註一] CaHMB：calcium β-hydroxy β-methylbutyrate，此乃 leucine 的代謝物。

◆ 參考文獻

1. Centner C, Zdzieblik D, Roberts L, et al. Effect of blood flow restriction training with protein supplementation on muscle mass and strength in older men. *J Sport Sci Med* 2019; 18: 471-8.
2. Liu G, Lu L, Sun Q, et al. Poor vitamin D status is prospectively associated with greater muscle mass loss in middle-age and elderly Chinese individuals. *J Acad Nutr Diet* 2014; 114: 1544-51.
3. Martinez-Arnau FM, Fontria-Vivas R, Buigues C, et al. Effects of leucine administration in sarcopenia: A randomized and placebo-controlled clinical trial. *Nutrients* 2020; 12: 932.
4. Yoshimura Y, Bise T, Shimazu S, et al. Effects of a leucine-enriched amino acid supplement on muscle mass, muscle strength, and physical function in post-stroke patients with sarcopenia: A randomized controlled trial. *Nutrition* 2019; 58: 1-6.
5. Nabuco HCG, Tomeleri CM, Junior PS, et al. Effects of whey protein supplementation pre- and post-resistance training on muscle mass, muscular strength, and functional capacity in pre-conditioned older women: a randomized clinical trial. *Nutrients* 2018; 10: 563.
6. Rondanelli M, Klersy C, Terracol G, et al. Whey protein, amino acids, and vitamin D supplementation with physical activity increases fat-free mass and strength, functionally, and quality of life and decreases inflammation in sarcopenic elderly. *Am J Clin Nutr* 2016; 103: 830-40.
7. Cramer J, Cruz-Jentoft AJ, Landi F, et al. Impacts of high-protein oral nutritional supplements among malnourished men and women with sarcopenia: A multicenter, randomized, double-blind, controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 1044-55.
8. Hassan-Smith ZK, Jenkinson C, Smith DJ, et al. 25-hydroxyvitamin D3 and 1, 25-dihydroxyvitamin D3 exert distinct effects on human skeletal muscle function and gene expression. *PLOS ONE* 2017; 12(2): e0170665.
9. Pojednic RM, Ceglia L, Oisson K, et al. Effect of 1, 25- dihydroxyvitamin D, and vitamin D3 on the expression of the vitamin D receptor in human skeletal muscle cells. *Calcif Tissue Int* 2015; 96(3): 256-63.
10. Verlaan S, Maier AB, Bauer JM, et al. Sufficient levels of 25-hydroxyvitamin D and protein intake required to increase muscle mass in sarcopenic older adults- The PROVIDE study. *Clin Nutr* 2018; 17: 551-7.
11. Gualano, B, Macedo AR, Alves CRR, et al. Creatine supplementation and resistance training in vulnerable older women: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Exp Gerontol* 2014; 53: 7-15.
12. Candow D, Vogt E, Johannsmeyer S, et al. Strategic creatine supplementation and resistance training in healthy older adults. *Appl Physiol Nutr Metab* 2015; 40(7): 689-94.
13. Nilsson MI, Mikhai A, Lan L, et al. A five-ingredient nutritional supplement and home-based resistance exercise improve lean mass and strength in free-living elderly. *Nutrients* 2020; 12: 2391.
14. Beaudart C, Dawson A, Shaw SC, et al. Nutrition and physical activity in the prevention and treatment of sarcopenia: a systematic review. *Osteoporos Int* 2017; 28: 1817-33.

問 答 題

一、肌少症的診斷條件為何？

(A) 肌肉量減少；(B) 肌肉強度減少；(C) 生理功能減少；(D) 以上皆是

二、肌少症會有何併發症？

(A) 跌倒和骨折；(B) 失能；(C) 增加死亡率；(D) 以上皆是

三、下列何者為肌肉量的檢測方法？

(A) 電腦斷層；(B) 雙能量 X 光吸收儀；

(C) 生物抗阻分析；(D) 以上皆是

四、下列何者何種營養素能降低肌少症風險？

(A) 白胺酸；(B) 乳清蛋白；(C) 維他命 D3；(D) 以上皆是

五、下列何種類型運動能降低肌少症風險？

(A) 阻力運動；(B) 有氧運動；(C) 彈力帶運動；(D) 以上皆是

第 295 期通訊繼續教育

答案：一、(C)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

第 9 屆亞太婦產科醫學會在 SEOUL

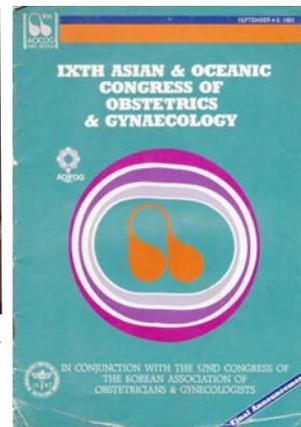
李世隆

1978 年，從高雄醫學院畢業，1980 年選擇進入了婦產科。在那年頭婦產科是屬於熱門的科別，總共有 13 人申請，錄取 1 人。1983 年 8 月升上高醫婦產科總住院醫師，是高醫第一位在 CR 時就參加國際性會議 --1983-9-4 至 1983-9-9 在韓國 SEOUL 舉辦的第 9 屆亞太婦產科醫學會，也是第一次以英文做 Oral Presentation。當時 SEOUL 正在進行地下鐵捷運工程中，以迎接 1986 年 9 月第 10 屆亞運，及 1988 年 9 月第 24 屆奧運。當年高醫院方以總住院醫師也是住院醫師，還在 Under Training，所以沒有補助任何費用，自行自費負擔全部（包含報名、機票、食宿等）費用。當時婦產科幾以手術為學習重點，接生則是值班時的重要課題。沒有超音波，沒有 Doppler；婦科疾病子宮肌瘤、子宮腺瘤、卵巢瘤、子宮外孕等等，這些常見的婦科疾病的診斷，完全靠醫師的內診及臨床經驗。

產科方面，產前檢查聽胎心音是用木筒，待產的孕婦沒有胎心音監視器，也沒有 Doppler 胎音器，都得靠雙手內診及經驗來判斷孕婦能不能自然生產，頂多有時再加上 pelvimetry(骨盆腔 X-光攝影)來幫忙判斷。使用產鉗助產，在當時是必要學習的技術，現在則幾無學習的必要。腹腔鏡僅用來做為診斷疾病及輸卵管結紮，毫無其他附加手術的功能。



1983 年在首爾（漢城）第 9 屆亞太婦產科醫學會與徐千田教授合影



1983 年首爾（漢城）第 9 屆亞太婦產科醫學會會議手冊封面

在高醫待到主治醫師，那時超音波的使用已經普遍化了，可以用來看胎兒發育狀況及相關胎盤的位置，也可以用來診斷婦科腫瘤。加上胎心音監視器的使用，此時照顧待產婦，因為儀器的進步，反而增加了不少的精神壓力。

婦科內分泌學，開始可以檢測內分泌荷爾蒙，台灣第一位試管嬰兒寶寶也在 1985 年誕生。離開醫學中心到了區域醫院，相對感受到的是病人不像在醫學中心般，要求那麼高的治療標準，也較容易接受醫師的建議。

試管嬰兒技術的發明，讓不孕症的治療進入一個全新的世界。在這之前，醫師可以做的是讓病人量基礎體溫，吃排卵藥，也還談不上注射排卵針劑的使用；還有輸卵管通氣檢查及子宮輸卵管 X-光攝影，進行同房後試驗，Fern test，以及一般精液檢查，加上使用未經篩洗處理的原始精液做人工授精，這些就是當時不孕症醫師所能做的。但是使用未經處理的原始精液，因精液中含有前列腺素，做完後常引起婦女子宮收縮的疼痛；同時因為原始精液的量較多，也常會由陰道溢流出。後來，超音波檢查探頭由腹部發展到陰道，改變了試管嬰兒的取卵過程，由腹腔鏡取卵改為經由陰道取卵；精蟲也可以經由篩檢，去除原始精液內的前列腺素及死的精蟲，並減少精液的總量，更可以增加進入子宮腔內活動精蟲的數量。此時，腹腔鏡技術也多了許多可以用來進行婦科手術的器械，例如切除子宮肌瘤，子宮腺瘤，卵巢瘤，子宮外孕這些常見的婦科疾病，到現在甚至已有些醫師使用腹腔鏡來施行婦科癌症手術了！

妊娠高血壓的新觀念，與妊娠糖尿病之共病性

李易良醫師（三軍總醫院婦產部）

李耀泰醫師（台南郭綜合醫院婦產科）

尹長生醫師（康寧醫院婦產科）

世上最重要的三件事情就是：

生產，交稅，及死亡！

M. Mitchell 1936

◆ 妊娠高血壓：

妊娠高血壓約佔了所有孕婦的 10%，其中七成是 PIH，三成是慢性高血壓；重度的高血壓會引起孕婦心臟衰竭及腦中風，這也是胎嬰兒周產期死亡的主要原因。

婦產科醫師對這個病症已經非常重視，而且經驗也相對較豐富，然而卻還是經常會遇到危險的案例，處理困難。雖多年的研究但仍對妊娠高血壓的原因及治療方法霧裡看花，處理方面也是挑戰重重，而且分類一直在變，令人措手不及。

診斷及分類：

最近文獻資料有新的觀念，在此特別深入淺出介紹一下：

◎國際分類及命名主要還是以兩大學會主導，ACOG 及 international Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)

◎依據最新的分類，PIH 可以分為四大類：

1. 慢性高血壓 (140/90 mmHg)：未孕前或懷孕 20 週前，可以併發 (superimposed) 子癲前症，重度子癲前症等系列的病症。
2. 妊娠高血壓 (gestational hypertension)：懷孕 20 週後的單純高血壓，如 >160/110mmHg 就是重度高血壓。
3. 子癲前症：目前分類沒有 mild type，當有重度高血壓及 end organ dysfunction 就進入 with severe features 分類。子癲前症及 HELLP 有抽筋症狀，且發作時排除癲癇症、腦出血、腦缺血、藥物等因素。
4. HELLP 症候群：佔妊娠高血壓的 10-20%，症狀會先出現噁心嘔吐 (50%)，全身無力虛脫數日，(95%) 右上腹痛，可能出現黃膽、血尿、胃腸出血，甚至有牙齦出血的現象。

高血壓僅佔 50%。當發生後僅有 48 小時的處理空間，<34 週可給予促肺泡成熟針劑，再中止妊娠。

◎常用的是田納西分類，LDH>600IU/L, total bilirubin>1.2mg/dL, AST and ALT >70IU/L, 血小板 <10 萬 /mm³。全部異常稱為 Complete HELLP，否則就是 Partial HELLP。另外有 Mississippi 分類可以參考。

◎血壓的測定一定要採標準方式，至少兩次，每次間隔 4 小時。病人在安靜地點，要正坐，不可翹腿，不要晃動，休息充分，測量時不可飲食，心臟與血壓計成水平線，而且必須上臂裸露，左右手都要量，以較高者為標準，一般都以 K5 音為舒張壓，K1、K2 音為收縮壓，2014 年歐盟禁用水銀血壓計後，一般新式的自動血壓計須校正後再使用。

◎這個分類已經排除了 "輕度子癲前症" 同時 HELLP 也不須要有高血壓！

◎妊娠高血壓加上蛋白尿，水腫，就是子癲前症 (PE ,preeclampsia):

蛋白尿 :>300mg/day 或是靜尿 dipstick testing >1+，兩次以上。

水腫：體重 >1.8kg/w (40% 無水腫)

注意蛋白尿的量，尿少症不是必要條件！

◎ ACOG 把胎兒生長遲緩也排除，而且如果有以上的器官失能時，既使沒有蛋白尿仍可能是子癲前症候群！然而美國除外的英國、加拿大、澳洲、紐西蘭，這個五眼聯盟國 (Five Eyes) 的其他四眼卻不完全跟進，蛋白尿及胎兒生長遲緩仍在考慮之列。

就已知實證研究對於非重度高血壓者 (>140/ >90mmHg) 暫無實證的優勢支持給予任何降血壓藥物！

◎處理妊娠高血壓真正的問題是在發生了 severe features！才開始。

重度子癲前症：PE with severe features:

簡單的說就是高血壓加上五毒！

1. BP>160/110 mmHg

2. 五器官系統功能異常 (5 毒)

- 腎臟功能：GFR 減少，creatinine >1.02 mg/dL。
- 肝功能：肝功能指數兩倍以上正常值，右上腹劇痛，排除 subcapsular hematoma。
- 神經系統：子癲，神志不清，失明，腦中風，重度頭痛，膝反射異常，視野異常。
- 溶血：LDH, bilirubin 上升，及血小板減少 (<105/uL)
- 肺水腫：由於微血管滲漏，使 lung marking 增加。

治療與預後：

重度 (severe features) 妊娠高血壓

則須入院治療：

- ◎原則是控制高血壓 - 靜脈注射 labetalol 及口服 nifedipine
- ◎預防子癲 - 靜脈注射硫酸鎂。
- ◎無法控制血壓及各器官失能，必須立刻中止妊娠！
- ◎大部分的病人只能延長妊娠兩週。

發生原因：

PIH 是人類特有的病症，真正發病機轉至今不明，因此學者就認為，這可能是一種症候群，而不只是一個病症。

病態生理：對絨毛細胞的異常反應 > 血管內皮細胞功能障礙，血管新生不良，及廣泛的炎症反應，引發血管收縮及系統性的微血管滲透，(capillary leakage)- 產生高血壓、蛋白尿、臉部水腫、肺水腫、肋膜積水、腹水，並且可能合併有溶血 (hemolysis) 及纖維蛋溶解 (fibrinolysis)- 產生 HELLP 症及 DIC，血小板低下，肝指數上升。

預防及診斷：

2016 ACOG 建議，高危險因素的孕婦，可以在 12 週前使用 aspirin 81mg /day 至 28 週作為預防性治療。

綜合實証研究顯示，低劑量阿斯匹靈 (75-150mg) 使用後子宮動脈血流的檢查可以不用了，而且在 16 週前使用可以減少高危險孕婦九成的重度子癲前症，減少 7 成的妊娠高血壓，及 5 成的胎兒生長遲緩！同時補充鈣也有部分的效果。

- ◎近年來妊娠高血壓分 Early-onset 及 Late-onset 兩型，以 34 週為基準。
- ◎ early-onset PE <34 週及 late-onset PE >34 週，
- ◎在病態生理上較有意義，可以解釋一些致病原因！
- ◎ Early-onset：佔 5-20%，包括重度併發重症者，與免疫，胎盤功能不良，交感神經過敏，血管有內皮細胞功能障礙指標，low PIGF(placental growth factor) 及上升的 sFlt-1，滋養細胞侵入子宮螺旋動脈不全，引發孕婦危機及胎兒早產，及低體重胎兒。
- ◎第一孕期的血液及子宮動脈篩檢可以協助診斷。
- ◎ Late-onset：較為常見，致病原因可能是中孕期後，孕婦心血管功能適應不足 (maternal maladaptation) 而引發胎盤功能不良，產生子癲前症系列症候群，孕婦通常有慢性心血管疾病、腎臟病、肥胖症。

◆ 妊娠糖尿病：

妊娠糖尿病 (gestational diabetes mellitus) 定義是糖尿病在第二孕期後新診斷的糖尿病。

◎ GDM 診斷：

目前的指引為所有的孕婦，不是糖尿病患者的，全部都要在孕 24 週至 28 週進行葡萄糖耐量檢驗。

◎ 第一孕期 GDM Screening test：

高危險性孕婦必須在早期孕期篩檢。如：肥胖 (BMI>25)，PCOS 高血壓患者，前胎 GDM 或前胎 GST 異常，巨嬰史，近親有糖尿病者。

依最近文獻顯示，可以在第一孕期以 HA1c 測定，大於正常值 (<5.1%)，每增加 0.1% 則增加 22% 的機會 GDM，>5.3% 必須要適量運動，飲食控制才可減少 GDM 的機會 (NIH 2018)。

◎ 一般孕婦要接受 24-28 週，兩階段葡萄糖耐量篩檢。

共病性：

我們如果將這兩個病看成一個共同類似的病態生理的話，可能對這兩個疾病的了解會增加更多！

由流行病學的觀點，疾病有好發因素，妊娠糖尿病相同，而且兩者同樣發生在第一胎最常見，好發時期多半由妊娠的中期開始發病至生產，產後復原。第一胎發病則第二胎以後再度發病的機會是增加。

比較參考表 1:

	GDM	PIH
臨床特徵	孕中，末期發作	相似
	第一胎常見	相似
	每胎加重病情	相似
	高血糖	高血壓
致病原因	孕期胎盤荷爾蒙改變	對絨毛細胞異常的反應， 孕期心血管改變
治療	產後恢復	相同
早孕期篩檢	HA1c>5.1%	Low PIGF, high sFLt-1, UA doppleror 血壓 >120/80 mmHg
中孕期篩檢	GST 24W	Hypertension >20W
10 年預後	50%DM	20% HTN

◆ 結論：

妊娠高血壓及妊娠糖尿病在發展階段中有了相同的症狀，early 及 late -onset 也相似，這兩種病態生理各有其特色，但產生的結果是類似的。

◆ References：

1. Lee C, Gyselaers W , eds. Maternal Hemodynamics. Cambridge, UK : Cambridge University Press; 2018 .
2. Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ, eds. Protocol for HIGH-RISK Pregnancies: an evidence-based approach. 7th ed. Hoboken,NJ , USA: Wiley-Blackwell. 2021 .
3. Dobiesz VA, Kerrigan KA, eds Manual of Obstetric Emergencies. Philadelphia, PA. USA: Wolters Kluwer, 2021.
4. Berghella V. ed. Maternal-fetal Evidence Based Guidelines . 3th ed. Boca Raton, Fl. USA . CRC Press , 2017.

羊水栓塞案例分享

台大新竹分院 婦產科主任 童寶玲

台大新竹分院 主治醫師 林明緯

◆ 案例：

一位妊娠 39 週女性，無產兆入院進行催生。病人 35 歲，G1P0，產檢過程除妊娠糖尿病接受飲食控制之外無異常發現。病人於催生過程，子宮頸開至 4 公分時，主訴呼吸困難，經鼻導管給予氧氣後，血氧飽和濃度仍只達到 76%，隨後失去意識，血壓無法測得，同時胎心音下降至 60-70/min。隨即啟動院內 CPR，然而五分鐘後病人無自發性心跳呼吸，因此決定進行瀕死剖腹產。將胎兒剖腹娩出後，隨即 on 上 VA-ECMO。術中經食道心臟超音波顯示右心室漲大，且有不明漂浮物（如圖一），符合羊水栓塞診斷。病人術中出血 3500ml，並行雙側子宮動脈結紮術止血。轉至加護病房後發生嚴重 DIC，即使在不斷輸注 FFP, cryoprecipitate 之下，血壓仍然不穩定，於是次日進行 TAE，使用 Gelform 及 coil 將雙側內髂動脈（internal iliac artery）阻塞後病人血循動力隨即穩定。病人於三日後 off ECMO。六日後轉至一般病房，除語言功能較差之外，其餘恢復良好。新生兒 Apgar score 為 0 (1') to 3 (5') to 7 (10')。經低溫治療及新生兒加護病房照護後，無明顯後遺症出院。



（圖一）

◆ 探討重點：

1. 羊水栓塞極為罕見，發生率約為 1：16,000 ~ 1:50,000。常見於待產中或剛分娩後。死亡率為 20~60%。死亡的患者之中有一半發生在第一小時快速致命！此外，60% 的存活者有神經學後遺症 [1]。
2. 主要症狀為快速的缺氧，心肺衰竭，或是癲癇 (30%) 發作。之後常併發凝血功能異常 (83%) 及產後大出血。由於病程變化極快，致死率高，若症狀符合，則建議進行心臟超音波檢查，確認是否有右心室擴張，心室中隔向左側突出，右心室或右心房有漂浮之異物存在來迅速確診 [2]。若不幸致命，則可用針筒抽取右心之血液進行病理化驗，確認是否有羊膜，胎脂等異物存在。
3. 產婦 CPR 首重通氣與氧氣給予，其次才是高品質壓胸。另外將子宮往左側推移，並撤

除胎心音監測都有利於 CPR 的進行。若 CPR 五分鐘後無恢復自發性血循，則在妊娠 24 週之後建議進行瀕死剖腹產，此舉可改善胎兒與孕婦的存活率。有文獻顯示即使 CPR 過了 20 分鐘無恢復自發性血循才進行剖腹產，仍對孕婦的存活率有幫助。[3]

4. 羊水栓塞的治療除了 CPR，插管保持通氣之外，需注意避免大量輸液，因為此舉會惡化右心衰竭。此外，可給予肺部血管擴張劑 (Ex. Sildenafil) 以及強心劑 (Milrinone, Dobutamine) 等藥物來緩解右心衰竭的症狀 [4]。
5. 若 CPR 無效時，建議使用 ECMO 來維持血循動力。產婦使用 ECMO 的重點在於 A. 低葉克膜流速 B. 不使用抗凝血劑或維持低劑量使用 C. 提早戒除葉克膜。[5]
6. 羊水栓塞的病人若有幸能度過第一波的心肺衰竭狀況，之後常伴隨嚴重的 DIC 以及 PPH。此時須啟動大量輸血機制。A. 給予 pRBC:Platelet:FFP=1:1:1 的血液製品輸注。目標為 Fibrinogen >150mg/dl, Hb >8 g/dl，並且輸注 Calcium, 矯正低體溫以及酸血症。可考慮給予 cryoprecipitate 來快速提升 Fibrinogen，以及 Transamine 或是 Factor VIIa 等製品來改善凝血功能。若仍無法有效止血，可考慮進行骨盆腔動脈的血管栓塞術。[6]
7. 總結而言，若發生羊水栓塞，快速而明確的團隊合作至關重要（圖二）。快速的啟動 CPR，若五分鐘無恢復自發性血循，則進行瀕死剖腹產。若仍無法改善則儘早 on 上 ECMO。之後若發生 DIC+PPH 則可以考慮 TAE 快速止血。最後則是重症 ICU 的恢復期照護。這些醫療處置環環相扣，需跨科部團隊合作才能成功挽救病人。



(圖二)

◆ 參考文獻：

1. Clark SL. Amniotic fluid embolism. *ObstetGynecol* 2014; 123:337.
2. *N Engl J Med*. 2019 Oct 24;381(17):1664-1673.
3. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* . 2020 Oct 20;142(16_suppl_2):S337-S357.
4. *Am J ObstetGynecol* . 2020 Jan;222(1):48-52.
5. *J ObstetGynaecol Res*. 2017 Oct;43(10):1649-1654
6. Poggi SH, Yaeger A, Wahdan Y, Ghidini A. Outcome of pregnancies after pelvic artery embolization for postpartum hemorrhage: retrospective cohort study. *Am J ObstetGynecol* 2015; 213:576.e1.

編後語

周輝政

Covid-19 疫情在五月中旬突然爆發，但是各位前輩先進在疫情蔓延當下，仍然堅守崗位服務我們的產婦和病患，先在此致上十二萬分的敬意和謝意。今年的年會也因為疫情的關係必須延後，相關的工作相當繁重，也感謝理監事和相關工作人員的努力。

缺水和疫情的問題，似乎讓台灣由 Covid-19 疫情中的挪亞方舟一下子陷入不可測的危機，但自助人助，在這幽暗谷底，卻見到一線曙光，好消息不斷傳來，先是日本捐贈疫苗，美國也同意捐贈疫苗，購買的疫苗陸陸續續即將到貨，國產疫苗的解盲也傳出好消息；幾場及時雨解除了台灣乾旱的危機。前途看似險艱，但在大家努力之下，路途終將漸趨平坦。

這一期會訊還是有許多前輩醫師提供專業的文章，或是分享經驗，十分感激。李耀泰醫師是會訊的常客，幾乎每題都會提出精闢的新知，這一期李醫師介紹「肌少症」這是老齡化社會和更年期保健十分重要的課題，感謝李醫師。

60 周年專欄是由李世隆醫師分享 1983 年首爾第 9 屆亞太婦產科醫學會和那個年代婦產科的一些經歷，令人想像 1980 年代婦產科的發展。

第三篇是李易良醫師分享妊娠高血壓和妊娠糖尿病的共病性，重度的高血壓會引起孕婦心臟衰竭及腦中風，這也是胎嬰兒周產期死亡的主要原因。李醫師分享了很多新的觀念，相信對各位會員會有很大幫助。

第四篇是童寶玲主任羊水栓塞案例的分享，羊水栓塞是產科醫師的噩夢，童主任分享其成功處理的經驗，有相當的參考價值。

Covid-19 每天的案例維持在 200-300，暫時沒有大爆發的跡象；疫苗有陸陸續續到位；旱象也解除了，看來明天會更好。也在此祝福各位先進前輩和家人身體健康。

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：(〇二) 二五六八—四八一九

傳真：(〇二) 二二〇〇—一四七六

◎ 296 通訊繼續教育答案◎

題目：肌少症的治療：更年期醫學

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。

*登入學會網站(<http://www.taog.org.tw>)點選「線上通訊教育」即可利用線上作答功能，以節省時間。

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

徵才訊息

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
新北市	新北市蘆洲區愛麗生婦產科診所誠徵婦產科醫師	1. 具備醫師證書及婦產科專科醫師證書。2. 環境、福利、待遇優面洽，產房接生、開刀、輪值班，工作模式可細談，竭誠歡迎有衝勁熱誠的夥伴加入我們的行列。3. 工作地點：新北市蘆洲區長榮路 323 號。4.E-mail：sindy77921@gmail.com Tel：02-22890666 分機 233"	黃郁筑主任	0916-680-338
桃園市	中壢區宏其婦幼醫院婦產科醫師招募	徵專任婦產科醫師數名 薪資優渥，專任主治醫師年度總所得(稅前)650萬元以上，本院婦科、產科、微創手術、不孕症生殖醫學、胎兒影像中心之業務量大，歡迎有能力有興趣有抱負的婦產科專科醫師加入我們的行列，我們一定全力培養與支持您發展志業。	梁小姐	03-4618888 分機 1108
桃園市	桃園秉坤婦幼醫院誠徵不孕症主治醫師	不孕症科 主治醫師 薪資：面議(保障薪+PPF) 資格條件 1. 學歷：公私立大學(學院)醫學系以上畢業 2. 經歷：於醫學中心受過訓者佳 3. 專長：具備醫師證書、婦產科專科醫師證書及具施術資格。 工作項目：不孕症科臨床醫療工作 ※ 上班地點：桃園市桃園區慈文路 957 號 本院鄰近高速公路、桃園藝文特區，交通方便，並備有最新穎不孕症實驗室，竭誠歡迎穩定長期合作之夥伴 意者請先 Email 履歷表至 kyokolin8944033@gmail.com 聯絡電話：03-4025866#668 林小姐 面試地點：桃園市平鎮區延平路二段 129 號	林小姐	03-4025866 分機 668
桃園市	誠徵婦產科醫師及胎兒影像中心醫師	桃園市近火車站婦幼中心禮聘婦產科專科醫師 高保障薪，高 PPF 交通便利，備醫師宿舍	楊小姐	0965-023-788
新竹縣	新竹區一育禾婦幼診所，誠徵婦產科醫師	新竹區一育禾婦幼診所，誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 薪資面議。 意者請洽：0935-107-177 張部長 www.yhobs.com.tw	張部長	0935-107-177
台中市	烏日林新醫院誠徵婦產科主治醫師	醫院簡介：位於台中市烏日高鐵特區，距離高鐵台中站只需 5 分鐘車程，交通便利 有保障薪、PPF 制度 資格：具婦產科專科醫師證書	院長室 吳小姐	04-23388766 分機 1157
台中市	童綜合醫院 婦產部誠徵 110 年度住院醫師一名	★招生對象：得於預計到職日前完訓 PGY 訓練的醫師(由於疫情因素，無法舉行筆試，故將以備審資料為初選，線上面試方式會另行通知)★敬請檢附相關資料，掃描成一份 PDF 檔案 e-mail 至 gina.in2000@gmail.com 信箱，項目如下： 1. 基本資料表(請點選連結 https://reurl.cc/no7zel 下載表單填寫) 2. 醫師證書影本 3.PGY 訓練證明(未完訓者請提供服務證明或執業執照影本) 4. 畢業證書影本 5. 成績單並附名次 6. 履歷自傳一份(格式不拘) 7. 其他特殊學經歷(請一併檢附相關證明文件)或其他有利審查文件 8. 退伍令或相關免服役證明(男性)★若有任何疑問，歡迎致電 04-26581919 分機 4237 人資室楊小姐	楊小姐	04-26581919 分機 4237
台中市	台中市林聖凱婦幼診所徵婦科醫師	婦產科專科醫師，待遇面議，底薪加抽成。需值班與接生。	林院長	0900-626-368

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
彰化縣	彰化市成美醫院誠徵婦產科主治醫師	具婦產科專科醫師證書，待優，提供宿舍及停車位，歡迎對產科有熱忱的您加入我們的團隊！聯絡人：蔡秘書 電子信箱 chainmay2405@yahoo.com.tw	蔡秘書	04-7273127 分機 2405
雲林縣	雲林縣虎尾婦安婦產科診所誠徵婦產科醫師	1: 具醫師證書、婦產科專科醫師證書。 2: 待遇優渥、薪資福利完善，工作模式、診數可談。產房接生、開刀、輪值班，工作模式可細談 誠摯歡迎您加入 3: 聯絡電話 :056338588.0921358588 廖敏秀督導或莊惠庭護理長	廖敏秀督導或莊惠庭護理長	0921-358-588 05-6338588
嘉義市	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 誠聘 婦產科主治醫師	一、招募內容： 1、機構名稱：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 2、徵才職稱：婦產科主治醫師 3、徵才專科：一般婦產科、婦癌專科、不孕症專科 二、徵才單位聯絡資料： 1、聯絡電話：(05)2765041#8552、#8550 2、聯絡地址：600 嘉義市東區忠孝路 539 號 3、電子郵件地址：01810@cych.org.tw 4、聯絡人：人力資源室（莊主任）。 5、報名方式：意者，若有任何疑問，請與本院人資莊主任電話聯繫，並至本院人才招募網進行線上履歷填寫，謝謝。 6、嘉基醫院之人才招募網址： http://www.cych.org.tw/cychweb/cych3/enlist.aspx?menusub_id=24	人力資源室（莊主任）	(05)2765041 #8552
台南市	誠徵婦產科主治醫師	具醫師證書、婦產科專科醫師證書。待遇優渥、薪資福利完善，誠摯歡迎您加入，意者請備履歷表（附照）及相關資料寄至：* 台南新樓~ 701 台南市東區東門路一段 57 號；電話 06-2748316 轉 6324 施小姐；E-mail: slh528@sinlau.org.tw * 麻豆新樓~ 721 台南市麻豆區埤頭里苓子林 20 號；電話 06-5702228 轉 4024 賴先生；E-mail: slh630@sinlau.org.tw	施小姐	06-2748316#6324
高雄市	高雄市安田婦產科	具備婦產科醫師證書的夥伴，歡迎加入安田婦產科的團隊，產科婦科腹腔鏡子宮鏡不孕症試管嬰兒等等均可讓醫師們發揮專長也歡迎具有其他專長的婦產科醫師們加入發展，工作內容彈性（如有需兼顧家庭需求或兼任專任皆可面議），薪資優福利佳，工作氣氛佳，竭誠歡迎您的加入。	王小姐	0980-666-624
高雄市	高雄市左營區鈞安婦幼聯合醫院誠徵婦產科醫師	具備醫師證書及婦產科專科醫師證書，薪資福利優，環境佳。詳細資訊可面談了解。上班地點：高雄市左營區華夏路 6 0 9 號	韓先生	(07)348-0088
高雄市	高雄市金安心醫院誠徵婦產科主治醫師	具備醫師證書、婦產專科醫師證書。環境、福利、待遇優，工作模式、診數可談，竭誠歡迎您加入我們的行列。履歷請郵寄金安心醫院管理部 或 mail: gac0982@gmail.com。地址：高雄市楠梓區加昌路 606 號	陳啟源	0982-982-761
宜蘭縣	國立陽明交通大學附設醫院 誠聘 婦產科約用主治醫師	具備：教育部認定之公私立大學醫學系畢業、醫師證書及該專科醫師證書 工作福利：年度員工體檢、年終獎金、員工宿舍、生日禮、年度員工旅遊活動 本院交通便利，竭誠歡迎您的加入，意者請洽：03-932-5192 分機 71661 或 e-mail:1360p@ymuh.ym.edu.tw	人事室林小姐	03-932-5192 分機 71661

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
210703-1	夏季視訊研討會：產科學新進展	台灣周產期醫學會	視訊授課	2021-07-03 09:30:00	2021-07-03 11:30:00	B	2
210709-1	HR Deficiency and PARP Inhibitors in Ovarian Cancer	台灣武田 / 行動基因生技股份有限公司	線上會議	2021-07-09 19:00:00	2021-07-09 20:00:00	B	1
210710-1	2021/07/10-11 亞太 ISCD/IOF 國際骨密認證課程	中華民國骨質疏鬆症學會	線上舉辦	2021-07-10 08:00:00	2021-07-11 12:00:00	B	1
210710-2	2021 年母胎醫學會系列活動 線上研討會	台灣母胎醫學會	webex 線上研討會	2021-07-10 11:00:00	2021-07-10 12:00:00	B	1
210710-3	2021 Virtual Women's Cancers Forum	中華民國婦癌醫學會	webex	2021-07-10 14:00:00	2021-07-10 17:10:00	B	2
210716-1	HR Deficiency and PARP Inhibitors in Ovarian Cancer	台灣武田 / 行動基因生技股份有限公司	線上會議	2021-07-16 19:00:00	2021-07-16 20:00:00	B	1
210723-1	HR Deficiency and PARP Inhibitors in Ovarian Cancer	台灣武田 / 行動基因生技股份有限公司	線上會議	2021-07-23 19:00:00	2021-07-23 20:00:00	B	1
210725-1	FemTouch(CO2 laser) 婦科用雷射臨床應用研討會	香港商科醫人雷射有限公司台灣分公司	線上會議	2021-07-25 09:30:00	2021-07-25 12:00:00	B	2
210730-1	110 年新生兒聽力篩檢研習會 (南區)	衛生福利部國民健康署	高雄市政府衛生局 8 樓會議室	2021-07-30 13:20:00	2021-07-30 17:30:00	B	1
210730-2	HR Deficiency and PARP Inhibitors in Ovarian Cancer	台灣武田 / 行動基因生技股份有限公司	線上會議	2021-07-30 19:00:00	2021-07-30 20:00:00	B	1
210717-1	110 年新生兒聽力篩檢研習會 (中區)	衛生福利部國民健康署	110 年新生兒聽力篩檢研習會 (中區)	2021-08-01 13:20:00	2021-08-01 17:30:00	B	1
210529-1	110 年度年會暨學術研討會	台灣婦產科醫學會	台北圓山大飯店 12 樓報到 (台北市中山北路四段 1 號)	2021-08-07 08:15:00	2021-08-08 17:00:00	A	29
210807-1	110 年新生兒聽力篩檢研習會 (北區)	衛生福利部國民健康署	臺北市立聯合醫院中興院區 6F 第一會議室	2021-08-07 08:25:00	2021-08-07 12:30:00	B	1
210620-2	國際醫療高峰論壇 9	臺北醫學大學醫師協會	台北市信義區吳興街 250 號 臺北醫學大學杏春樓大禮堂	2021-09-26 07:30:00	2021-09-26 18:20:00	B	1
210530-2	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	2021-10-17 14:00:00	2021-10-17 18:00:00	B	1

梅毒的篩檢與防治

一. 檢驗：

1. 抽血：檢驗非特異性梅毒螺旋體試驗如快速血漿反應素試驗(RPR)或性病研究實驗室試驗(VDRL)，及特異性梅毒螺旋體試驗, 如梅毒螺旋體血液凝集試驗(TPHA)、梅毒螺旋體粒子凝集試驗(TPPA)、梅毒抗體間接螢光染色法(FTA-abs)、梅毒螺旋體乳膠凝集試驗(TPLA)、梅毒螺旋體酵素免疫分析法(EIA)或梅毒螺旋體化學冷光免疫分析(CIA)。
2. 臨床檢體(病灶滲出液、組織等)：以暗視野顯微鏡、螢光抗體檢驗或核酸檢驗檢測出梅毒螺旋體。
3. 腦脊髓液：檢驗腦脊髓液性病研究實驗室試驗(CSF-VDRL)。

二. 治療：急性期以長效盤尼西林(Penicillin)抗生素就可完成治療，但若沒有適當治療反而會傷害身體，影響到下一代，所以千萬不要諱疾忌醫。

三. 預防：性行為前要戴保險套或採取防護措施。單方面治療會陷入反覆交互乒乓球式感染的惡性循環，造成雙方一直重覆感染。因此性伴侶一定要同時接受追縱檢查治療，唯有在雙方皆有完整的治療下才能徹底治癒。

如未盡詳盡之處，敬請參考CDC網站。