

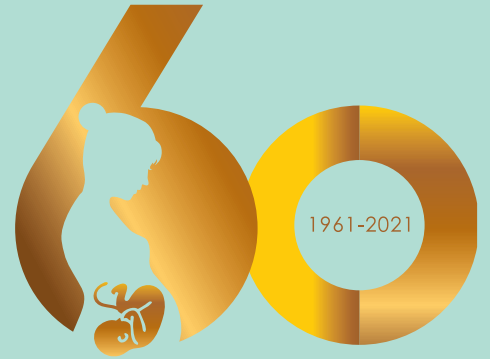


台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2021年8月298期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



臺灣婦產科醫學會
一甲子
二〇二一年九月出版

臺灣婦產科醫學會一甲子
二〇二一年九月出版



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：obsgyntw@seed.net.tw
發 行 人：黃閱照
秘 書 長：黃建霈
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 年度孕婦及高危險群流感疫苗接種線上教育訓練課程



台灣拍攝參加 FIGO 亞洲之夜介紹
台灣影片合影



110.8.22 第 22 屆第 8 次理監事會議

台灣婦產科醫學會 298 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／黃閔照

05 秘書長的話 | 文／黃建霈

08 文物館捐款名單

09 秘書處公告

09 衛生福利部中央健康保險署 函
檢送本署 110 年 7 月 29 日召開之「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」110 年第 2 次會議紀錄，詳如說明，請 查照。

10 110 年度年會暨學術研討會大會須知

11 寒舍艾麗酒店住宿訂房單

12 香格里拉台北遠東國際大飯店

13 台北君悅酒店訂房單

14 通訊繼續教育

14 早期子宮頸癌治療的改變：錐狀切片和簡單子宮切除的檢視

文／李耀泰 陳福民 郭宗正

19 60 周年專欄

19 法庭驚魂記

文／李松源

20 會員園地

20 安排解凍胚胎植入該如何準備子宮內膜及進行黃體期支持療法—簡要文獻回顧

文／吳亭鋒 陳明哲

24 孕婦到院前死亡 (OHCA) 的處置—經驗分享

文／蔡幸芬 康 琳 許耿福

27 胎兒免疫型貧血：個案報告

文／楊珮音 陳 明

31 編後語 | 文／鄭雅敏

33 徵才訊息

35 活動消息

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

黃閔照

台灣疫情終於再”嘉玲”，雖然二級管制未完成解封，但街上流動人口似乎回來了，自今年5月大量社區病例出現後，疫情一發不可收拾，加上疫苗遲遲無法進來，但憑藉戴口罩、勤洗手，及國人自發性地減少活動下，慢慢回穩，原本規劃5/29-30年會，順延到9/25-26辦理，但考量疫情未可能完全控制，加上陳時中指揮官坦言，可能二級到年底，何時辦理年會，實屬一大考驗。因此，透過視訊及實體同步進行模式，在最短時間內籌辦年會，完成許多會員繼續教育學分的需求，會員可依疫情及個人需求，實地或遠距參加會議，實地參加的會員，須遵守會場內防疫規定，學會也會針對未完成注射的工作人員或參展廠商作快篩，以保護會員安全，當然也有人希望再等看看，有鑑於國外許多施打完二劑疫苗下，仍有相當比例的突破性感染，再加上場地尋覓不易下，大家莫不戰戰兢兢，也希望會員體諒。

8/11 健保屬召開第6次支付標準專家諮詢會議，針對腹腔鏡次全子宮切除一案作最後討論，感謝何弘能院士、顏明賢、周輝政、吳孟興主任的協助，通過腹腔鏡次全子宮切除，透過正名，減少未來不必要爭議，其中支付點數方案採較高方案為39604，雖然較全子宮切除45522略低，但為與會專家接受，令腹腔鏡新增手術點值，也會在會訊一併公告，感謝秘書長的努力。

針對7月1日上路的新制產檢，目前執行已趨穩定，學會也努力推動妊娠糖尿病試紙給付，希望被診斷出妊娠糖尿病的孕婦，能夠透過健保給付下監測血糖變化，減少憾事發生，學會目前也希望血糖機公司，能無償或低價租借血糖機供病人使用，減少不必要病人負擔，也希望大家共同努力，提高一個完全的產檢環境。

8/22 召開理監事會，會中通過人口政策小組成員，感謝何信頤副秘書長擔任召集人一責，今年1到6月僅74609位新生兒，今年面臨15萬挑戰，學會希望跟生殖醫學會共同努力，透過此次不孕症補助，創造一些人口紅利，未來如果有興趣的會員，如果貢獻所長，也可以加入人口政策小組一起努力。

近日來，許多病人透過健康存摺知曉就醫紀錄，其中也發現部分資料與實際不符現象，而因健保署提出申訴，本次健保審查共識小組在李茂盛院士主持下，大家也都提出相關建言，會員也呼籲會員在健保申報業務上，務必確實申報，尤其是一些方便業務執行設計的快速鍵，所帶出的診斷碼，除可能引起爭議，因為申報量高，也容易被健保署稽核。

最後希望台灣疫情能夠持續”嘉玲”，年會能夠順利成功舉辦！

秘書長的話

黃建霖

各位會員：平安

經過 108 天，台灣 COVID-19 疫情終於再見久違的加零。今年的年會也敲定於 9/25、26 於台北國際會議中心 (TICC) 舉行，採實體與視訊並行，以因應疫情可能的不同變化，雖花費較往年得再增加約 100 萬，因為全部講堂都要可全程視訊直播，並供現場及線上提問，也承蒙大家支持，原本 95% 以上的講師、座長都願意來現場講，並配合場地、時段調整，另加開設廠商線上專區，若實體可辦也不另外收費，提升參展者的附加價值，也方便會員們上網頁就能看到相關最新資訊，且演講、參展資訊在大會前後開放至少兩周，更方便大家參看，較往年得現場做選擇無法分身時更方便，必要時也考慮再開放電子版大會手冊、會訊的版面，以減少萬一臨時實體得停辦的損失。午餐會報、會員代表大會照常舉行，也能視訊參加並接受委託，而醫法倫、住院醫師教育另擇期辦理。晚宴於 9/25 星期六在 TICC 宴會廳舉行，基於還在二級警戒，今年預定以邀請制進行。會議活動全程均以符合指揮中心防疫規定來準備，若非降成一級，現場工作人員包括廠商都要求必須有三天內篩檢陰性報告，所有來參加者須全程戴口罩、保持社交距離，進出量體溫、出入口人流管制，或許稍有不便，也是為了大家安全，還請多多包涵，也請大家預留時間放心來參加。當然也希望屆時疫情更平穩，最好能降成一級，這樣老朋友們見面時，就能更加熱絡了。大會期間飯店優惠資訊也將在本期會訊中提供，方便大家參酌使用。

學會創立 60 周年活動將發行「台灣婦產科醫學會一甲子紀念冊」送給所有會員，並有精美且實用的紀念品 (60 周年 Logo 口罩、胸章、背袋、防疫筆)，歡迎大家來現場報到時領取，若有繳費但不克到場而希望擁有者，歡迎通知秘書處，學會也會再郵寄給大家。也歡迎有志捐款者繼續，而感謝已捐款者的 60 周年紀念品，含領帶、絲巾等，也將在近日內寄出，年會當天就能穿戴。

孕婦、高危險群的流感、COVID-19 繼續教育活動，也將全部於 8/29、9/5 線上進行，講員、座長都是強棒，內容實用且精彩，活動通知單也已寄出，歡迎大家預留時間來參與，並事先報名。

7月29日健保署共擬會議通過婦產科腹腔鏡新增項目共計7項：「子宮頸癌全子宮切除術」、「骨盆腔淋巴腺摘除術」、「主動脈旁淋巴切除術」、「骨盆腔沾粘分離術」、「子宮懸吊術」、「卵巢懸吊術」、「輸卵管整形術」，點數平均約為傳統手術的1.5倍，歡迎大家來申報。8/11 健保署舉行專家會議審查「腹腔鏡次全子宮切除術」，感謝顏明賢教授、吳孟興教授、何弘能院士、周輝政副院長，適宜的修正及支持才能順利通過。

7月31日也舉行了RRC委員共識會議，準備開始今年度的婦產科專科醫師教學醫院評鑑工作，今年全採書面審查，感謝召集人江千代院長及所有委員們的努力。

學會連續幾年與拜耳公司合作促進青少年健康及避孕相關議題，在校園、社群多媒體均有不錯成就，今年更擴大此議題於9/24世界避孕日(WCD)向整個亞太區來宣揚台灣的成功作法，在此也感謝蔡永杰部長、陳菁徽、林姿吟、張嘉佩、翁嘉穗、周麗雲、葛菁如、許希珍、游舒涵、黃千竹等多位醫師的一起努力。學會也將在今年10月FIGO世界大會於Asia Evening活動時，推出介紹我們學會及台灣的短片，掌握時機向全世界發聲，片中也介紹TJOG、生育事故救濟法案、博物館等特點，在此也特別感謝黃閔照理事長、蘇聰賢院士、陳美州常務監事等賣力無酬的精彩演出，及陳持平教授帶領的編輯群，博物館長謝卿宏院士，以及歷屆理事長們領導的團隊一直以來的努力，讓台灣在AOFOG、FIGO能有一席之地。

8月會員旅遊因疫情取消、登山活動自上次去貓空後也有數月了，目前各項康樂活動也都在規劃要再舉辦，待擬妥後會儘早公告，歡迎大家來報名參加，活絡一下筋骨，呼吸新鮮空氣。

敬祝各位

中秋節快樂、闔家大團圓，身體健康、心靈平安。

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
3137	陳 菁 徽	5,000	10,000	110 年 06 月 04 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

衛生福利部中央健康保險署 函

受文者：台灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 110 年 8 月 24 日

發文字號：健保醫字第 1100034107 號

主旨：檢送本署 110 年 7 月 29 日召開之「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」110 年第 2 次會議紀錄，詳如說明，請查照。

說明：旨揭會議紀錄請逕自至本署全球資訊網／健保服務／健保醫療費用／醫療費用申報與給付／醫療費用支付／醫療費用給付規定／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／110 年／第 2 次會議紀錄。

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-804259)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80426C	腹腔鏡骨盆腔粘連分離術 Laparoscopic adhesiolysis	√	√	√	√	4944
80427B	腹腔鏡子宮懸吊術 Laparoscopic uterine suspension(含Gilliam)		√	√	√	8768
80428B	腹腔鏡卵巢懸吊術 Laparoscopic ovarian transposition		√	√	√	8768
80429B	腹腔鏡子宮頸癌全子宮根治術 Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer 註：不含淋巴結切除。		√	√	√	48183

六、輸卵管 Oviduct (80603-806078)

註：輸卵管之各項手術均包含單側、雙側，全部或部份之輸卵管，不得重複申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80608C	腹腔鏡輸卵管整形術 Laparoscopic salpingoplasty	√	√	√	√	18257

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

二、根治性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-702146)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
70215B	腹腔鏡骨盆腔淋巴腺切除術 Laparoscopic pelvic lymphadenectomy		√	√	√	31780
70216B	腹腔鏡後腹膜腔淋巴腺切除術 Laparoscopic retroperitoneal lymphadenectomy 註：腹腔鏡主動脈旁淋巴腺切除術(Laparoscopic paraaortic lymphadenectomy)比照申報		√	√	√	22574

110 年度年會暨學術研討會 大會須知

時間：改至 110 年 9 月 25 日～9 月 26 日（星期六、日）

地點：改至 TICC 台北國際會議中心 1 樓報到（台北市信義路 5 段 1 號）

學分：A 類積分 29 分。

※ 須完成繳交報到費，並於現場參加完成簽到或於課程轉播期間完成一次線上簽到，方可獲得積分。

※ 參加線上課程者，請務必先行劃撥繳交報到費 2,000 元。

報到：報到處設於 1 樓

現場簽到 9 月 25 日（六）上午 8:15~ 下午 3:00

9 月 26 日（日）上午 8:15~ 下午 3:00

線上轉播簽到於課程轉播期間完成一次線上簽到。

※ 二天會議必須完成一次簽到，可擇其中一天完成。**超過報到時間不再受理。**

※ 轉播平台操作說明，請見學會網站 > **年會專區**。

※ 會議期間依照「中央疫情指揮中心」公告規定執行相關防護措施。

費用：（**為防疫減少接觸風險，請多利用郵政劃撥方式事先繳費，劃撥期限延長至 9 月 17 日止**）

(1) 年費：會員 3,500 元（永久會員與 80 歲以上免繳）

準會員 500 元

(2) 報到費：會員 2,000 元（65 歲以上免繳）

住院醫師（準會員）免費

住院醫師（非準會員）1,000 元

※ 繳費方式：

郵政劃撥帳號：00037773，戶名：台灣婦產科醫學會

並請於劃撥單備註欄註明繳費項目及會員編號。

大會晚宴：因新冠肺炎疫情影響及防疫規定，**大會晚宴改為邀請制，不受理報名。**

交通資訊：

1. 搭乘捷運淡水信義線（紅線）至台北 101/ 世貿站 1 號出口出站，右前方即是「TICC 台北國際會議中心」。

2. TICC 台北國際會議中心停車費 1 小時 50~60 元，周邊 800 公尺內有 14 座停車場。車位有限，請多搭乘大眾交通工具。



年會專區



Hotel Reservation Form

台灣婦產科醫學會110年度年會 – 寒舍艾麗酒店 住宿訂房單

Friday, 24 September 2021 - Sunday, 26 September 2021

請完成此訂房單並以傳真或郵寄方式傳至寒舍艾麗酒店-業務部 電話: 886 2 6631 8086 · 傳真: 886 2 6631 5820 · 郵件: Bryant.lee@humblehousehotels.com。聯絡人: 李孝慷 先生 Bryant Lee。每筆訂房必須提供房客信用卡資訊完成保證訂房。寒舍艾麗酒店將會提供房客訂房確認書確認訂房完成。如需更多艾麗酒店資訊，請上官網: www.humblehousehotels.com。

房客資訊:

中文姓名:		英文姓名:	
手機號碼:		電子郵件:	
入住日期:		退房日期:	

入住客房需求:

房型&優惠房價	含一客或兩客早餐
精緻客房 一大床 / 兩小床	<input type="checkbox"/> NT\$3,500
首席客房 一大床 / 兩小床	<input type="checkbox"/> NT\$4,600

入住及退房規範:

- 以上優惠房價每房每晚未含10%服務費及5%稅金。
- 以上優惠房價含一客或兩客早餐在6樓La Farfalla義式餐廳，第三客早餐起每客NT\$650+10%服務費。
- 入住時間為當日下午15:00之後 / 退房時間為當日中午12:00之前。
- 辦理入住時請出示訂房確認書或預定入住房客之證件。
- 在 2021 年 09 月 23 日星期四下午 4 點之後取消之訂房或 No Show 房客將會被收取整段住宿費用。
- 以上優惠房價適用於 2021 年 09 月 23 日，以上日期之後的任何新增訂房將視現有房型提供報價。

煙害防制法規範:

- 據 中華民國煙害防制法規範，於旅館、商場、餐飲店或其他供公眾消費之室內場所吸菸，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。若經第三方舉發，賓客/代訂之旅行社需支付法定所規定罰鍰。若於住宿期間經由飯店人員或房客舉發吸菸具體事證或煙味殘留於房內空間，需得於團體退房前，同意履行每房每晚台幣\$10,000之清潔費用。本酒店全面禁菸。若賓客需要 吸煙，煩請移駕至酒店外吸煙區。

本人將提供以下信用卡資訊保證訂房: (如無以下信用卡資訊保證訂房，任何訂房將不成立)

[] VISA [] Master Card [] American Express [] JCB

Credit Card No# _____ Expiration Date _____

Signature _____ Date _____

FOR HOTEL USE ONLY	
CONFIRMATION ROOM TYPE: _____	CONFIRMATION #: _____
REMARK: _____	CONFIRMED BY: _____
	DATE: _____

My Humble House Hospitality Management Consulting Co., Ltd (hereinafter referred to as "the Company") is collecting your personal identification and specific credit card data for the purpose of assisting you in your credit card payments for particular charging expenditure fees. This data will only be used for this particular purpose. The company will respect your rights and obey the R. O. C. Personal Information Protection Act to ensure the safety of this data during the operational period. The data will be destroyed within two years of obtaining it. As a prerequisite, you agree for our company to process and use the relevant data within the scope permitted by the law; however, you may still exercise the following in accordance with the law: inquire, review, duplicate, supplement, correct, stop collection, processing, and use, as well as requesting deletion. Please contact our company via Mail: humblehousetaipei@humblehousehotels.com

秘書處公告



110年9月24日-26日

台灣婦產科醫學會110年度年會暨學術研討會

The 60th Annual Congress of Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology

客房預訂單

新預訂 變更 取消 BLOCK CODE: TAG240921

請傳真此訂房單到訂房組, 由訂房組協助您確認是否訂房成功

致 :	訂房組	訂房者	_____
電子郵件信箱:	reservations.tpe@shangri-la.com	Email:	_____
Tel :	02- 2376 3266	Tel :	_____
Fax :	02- 2378 8059	Fax :	_____

住客資訊

稱謂	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 小姐	姓氏	_____	姓名	_____
職稱	_____	公司名稱 / 單位名稱	_____		
金環會員卡號	_____	電子郵件信箱	_____		
護照號碼 / 身份證字號	_____	國籍	_____		

訂房需求

房型	<input type="checkbox"/> 豪華客房 NT\$4,300 net / 每房 / 每晚 <input type="checkbox"/> 尊榮客房 NT\$4,800 net / 每房 / 每晚 <input type="checkbox"/> 台北101景觀尊榮客房 NT\$5,300 net / 每房 / 每晚	<input type="checkbox"/> 單人入住 <input type="checkbox"/> 雙人入住+ NT\$700 net <input type="checkbox"/> 單人入住 <input type="checkbox"/> 雙人入住+ NT\$700 net <input type="checkbox"/> 單人入住 <input type="checkbox"/> 雙人入住+ NT\$700 net
* 以上優惠房價以新台幣計價, 此價格已包含 10% 服務費 & 5% 稅金 * 以上優惠房價並含有館內免費使用無線網路設施 * 以上優惠房價含有1客或2客飯店豐盛早餐		
入住日	_____	after 15:00
	日期	預計抵達飯店 時間
退房日	_____	before 12:00
	日期	預計退房時間

住客偏好 (依飯店當日可提供狀況配合)

床型	<input type="checkbox"/> 一大床 <input type="checkbox"/> 兩小床 <input type="checkbox"/> 不指定 <input type="checkbox"/> 其他備註事項
----	--

信用卡擔保

閣下的信用卡號用於保留閣下的預訂。預訂時不收取任何費用。註：部分銀行可能會收取網上付款服務附加費。若未提供此部份資訊, 恕不受理訂房。
 上述優惠價格, 所有預訂必須以通用信用卡作擔保。如於確認入住當日下午4時前 (酒店當地時間) 72小時內取消任何已保證預訂的客房, 酒店將收取一晚房價。
 如於確認入住當日下午4時前 (酒店當地時間) 的72小時內, 就已保證預訂的客房提出更改入住日數或日期的要求, 房價可能有所變更, 酒店亦可根據情況收取額外費用。

信用卡資訊(卡號)	_____	有效日期	_____
持卡人姓名(正楷)	_____		



備註: _____

- 請於9月20日前預訂, 始可享有上述優惠房價
- 此特惠房價房數有限, 需以收到飯店回傳之訂房確認書表示訂房確認。若未收到訂房確認書回覆, 則表示訂房未確認。
- 入住時間為抵達日15:00時。退房時間為離開日12:00時。如果住客希望在15:00時之前入住, 則必須預定抵達日前一晚的客房。如果主辦方代表在正常退房時間 (即12:00時) 之後退房, 每個房間需要支付額外的通用團體價格50%的費用。如果需要在16:00時後辦理退房手續, 每間客房需要支付一晚的全額房價。可以預先安排延遲退房, 但須視客房供應情況而定。
- 此優惠房價恕無提供任何佣金
- 禁煙政策: 物業為禁煙酒店。為了保護無煙環境, 酒店將向在客房吸煙的客人的帳戶收取每房每晚NT\$5,000Net的清潔費。
- 因應政府防疫警戒相關規範, 飯店相關設施營運情況詳請參照 www.shangri-la.com/tc/taipei/fareastemplazashangri-la/about/



**Grand Hyatt Taipei
Hotel Accommodation Reservation Card**

**Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology Delegation Group
Friday, 24 September 2021 – Sunday, 26 September 2021**

Reservations can be made by completing this form and returning it by **fax to Sales Department, Tel: 886 2 2720 1200 ext. 3537, Fax: 886 2 2720 1105 or email: mandy.yu@hyatt.com by the deadline of Friday, 10 September 2021**. All reservations at the special group rate are confirmed at the time of booking subject to availability, advance booking is recommended. Grand Hyatt Taipei will send a written confirmation upon receipt of this completed form. Grand Hyatt Taipei is part of the Taipei World Trade Centre Complex with immediate access to the Exhibition Hall, World Trade Building and the Convention Centre.

Name Mr / Ms / Mrs _____
(Circle one) Last / Family Name First Name

Title _____ Company _____

Telephone _____ Facsimile _____
Country code/ Area code/ Tel# Country code/ Area code/ Tel#

Email Address _____

Arrival Date _____ Departure Date _____

TYPE OF ROOM:

1 KING BED ROOM **Single** / **Double Occupancy** **2021 Published Rate**
NT\$4,900+15.5% / NT\$5,200+15.5% NT\$27,500+15.5% / NT\$28,200+15.5%

ROOM PREFERENCE:

1 KING BED 2 TWIN BEDS

Terms & Condition:

- Above room rates are subject to 15.5% service charge and government tax per room per night.
- The above room rates are inclusive in room internet access and International buffet breakfast at one for single occupancy and two for double occupancy, served at hotel main restaurant. Additional breakfast is available at Café Restaurant where International Buffet Breakfast is served, priced at NT\$900 plus 10% service charge per person per day.
- Room preference requirement is subject to room availability upon check-in.
- Cancellations received after **18:00 pm, Friday, 17 September 2021**, the penalty charge of entire stay will apply.
- Kindly noted that hotel official check-in time is 15:00 and check-out time is 12 noon.
- Effective 11 January 2009, hotel will comply with government's anti-smoking law. All rooms will be NON-Smoking in the Hotel.

I will guarantee my reservation with: (please be advised that reservation will only be confirmed given the following information.)

VISA Master Card American Express JCB Diners Club

Credit Card No. _____ Expiration Date _____

Signature _____ Date _____

FOR HOTEL USE ONLY	G-TOG8
CONFIRMATION ROOM TYPE:	CONFIRMATION #:
REMARK:	CONFIRMED BY:
	DATE:

早期子宮頸癌治療的改變： 錐狀切片和簡單子宮切除的檢視



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

過去，治療第 Ia2 至 IIa 期子宮頸癌的標準方式，是採根治性子宮切除（radical hysterectomy）和後腹壁淋巴結摘除；在 2018 年，FIGO（Federation of International Gynecology and Obstetrics）改變子宮頸癌分類方式，即第 Ia 期取消了寬度 <7 mm，限制改為第 Ia1 期深度 <3 mm、第 Ia2 期深度在 3-5 mm，以及腫瘤直徑：在第 Ib1 期 <2 cm、第 Ib2 期介於 2-4 cm、第 Ib3 期 ≥ 4 cm，和第 IIa1 期 <4 cm、第 IIa2 期 ≥ 4 cm^[1]。由於如此詳細分期，對早期子宮頸癌或能考慮以子宮頸錐狀切片、簡單或根治性子宮頸切除、簡單子宮切除 ± 骨盆腔淋巴結摘除來治療，並避免根治性子宮切除的缺點（如出血、血管神經損傷、靜脈栓塞、肺栓塞、下肢水腫、臟器受傷、大小便和性功能異常等），是否可行之^[2,3]？對有些早期子宮頸癌的育齡婦女希望保留生育能力，或不希望手術有太多併發症，故有其必要性。另外，對簡單或根治性子宮頸（simple or radical trachelectomy）切除，因手術可能有較困難，增加日後流產和早產風險^[2]，不在本文討論範圍。

◆ 子宮旁組織侵犯

在研討子宮頸癌手術時，子宮旁組織（parametrium）的侵犯比率是決定子宮手術方法的主要依據，有些研究顯示，子宮頸癌腫瘤病灶 <2 cm 時的子宮旁組織病灶侵犯率 <1%^[4]，但 2018 年，Ma 等^[5] 綜合分析 20 篇文章，早期子宮頸癌（第 Ia-IIa 期）的子宮旁組織侵犯最低為 0.6%（1632 位、第 Ia2-Ib1 期、中國）、最高為 32.5%（126 位、土耳其），而在美國的報告為 10.8%（594 位、第 Ia1-IIa 期），似不容輕忽。

◆ 淋巴血管侵犯

淋巴血管侵犯 (lymph-vascular space invasion, LVSI) 指腫瘤細胞存在於腫瘤外圍的淋巴管或血管內，被認為是預後不良的因子之一，常伴有子宮旁組織侵犯的高轉移風險。2018 年，Ma 等 [5] 綜合分析 17 篇文章、共 6720 位、第 Ia-IIa 期子宮頸癌患者，病灶如有 LVSI 者，其子宮旁組織侵犯比率較高，勝算比率 (odd ratio, OR) 達 7.37。

2016 年，Jiamset 等 [6] 綜合分析 565 位、第 Ia-IIa 期子宮頸癌患者，接受根治性子宮切除手術後，分析子宮旁組織有侵犯的危險因子，包括：(1) 腫瘤 >2 cm 的危險比率 (hazard ratio, HR) 是腫瘤 <2 cm 的 6.71 倍 ($p < 0.001$)；(2) 有深層基質侵犯 (deep stromal invasion) [註一] 的 HR 9.36 ($p < 0.001$)。子宮旁組織的侵犯會增加復發率和降低生存率，對低風險患者應考慮做風險較小的根除手術。

過去很多是在子宮切除發現 LVSI，但根據 2017 年，Smith 等 [7] 研究報告，子宮頸錐狀切片是可以知悉有無 LVSI，然後再決定後續子宮切除的方法。

2019 年，Yan 等 [8] 研究報告 347 位、第 Ib-IIa 期子宮頸癌患者，接受根治性子宮切除和骨盆腔淋巴摘除，經平均 5 年追蹤，LVSI 陽性者有 206 位 (59.4%)，與無 LVSI 者做比較，死亡率分別是 9.2% 和 2.1% ($p = 0.09$)，OR 4.4；無病灶生存率分別是 16.5% 和 81.9% ($p = 0.06$)，OR 3.6，均無 LVSI 者表現較佳。因此，有 LVSI 陽性的早期子宮頸癌患者應積極接受治療。

2012 年，Singh 等 [9] 綜合研究 542 位、第 Ia-IIa 期子宮頸癌患者，經受術治療後，5 年全部生存率為 70%，進一步分析，在年齡 ≥ 70 歲和有 LVSI 者，生存時間和無病灶惡化生存時間均較短。

至於 LVSI 也有報告分為兩類：(1) 連接型 (conjoined) LVSI：乃小或分散的腫瘤細胞存在淋巴血管內；(2) 衛星型 (satellite) LVSI：乃淋巴血管內腫瘤細胞厚度 ≥ 10 mm。2015 年，Pol 等 [10] 研究報告早期子宮頸癌患者，無論連接型和衛星型的 LVSI，復發風險均增加，HR 分別為 5.95 ($p = 0.009$) 和 7.45 (0.0001)；尤以衛星型 LVSI 的生存率更受影響，HR 8.94 ($p = 0.001$)。

◆ 文獻報告

有文獻認為，早期子宮頸癌患者可選擇保守的子宮頸錐狀切片和骨盆腔淋巴結摘除治療之，但受年齡、生育、腫瘤體積、LVSI 因素影響，能予保守性治療的比率為何？2010 年，Smith 等 [11] 研究分析 507 位、第 Ia1-Ib1 (病灶 <40 mm) 子宮頸癌患者，經根治性子宮切除和骨盆腔淋巴結摘除治療，結果在 ≤ 40 歲的 277 位患者中，有 75 位 (27%) 已接受結紮手術、202 位 (73%) 希望懷孕。最後認為適合保守性治療者有 53 位 (26%)，包括病理組織低風險 (鱗狀上皮癌、腺癌和腺上皮癌)、腫瘤 <2 cm、無 LVSI，且此 53 位患者皆未發生子宮旁組織侵犯和淋巴結轉移。

2020 年，Li 等 [2] 綜合分析 40 位、第 Ia1-Ib1 子宮頸癌患者，以子宮頸錐狀切片和腹腔鏡

淋巴結摘除治療，其中第 Ia1 期並有 LVSI 者有 5 位（12.5%）、第 Ia2 期有 21 位（52.5%）、第 Ib1 期有 14 位（35%），全部腫瘤皆 <2 cm。經平均 35（8-74）個月的追蹤，無任何患者死亡，僅 1 位（2.5%）在餘下的子宮頸處復發；日後，在 17 位欲懷孕者中，有 4 位自然受孕，3 位足月生產，1 位繼續懷孕中。結論是：低風險早期子宮頸癌患者如欲保留生育能力，以子宮頸錐狀切片和骨盆腔淋巴結摘除治療，可能較能被接受。

該文並回顧 12 篇文章、共 366 位早期子宮頸癌患者，以子宮頸錐狀切片和骨盆腔淋巴結摘除治療，連同上述的 40 位患者，最後有 23 位（5.6%）復發，但只有 2 位（0.5%）死亡。同時，在 16 位復發病灶患者中，只有 6 位有 LVSI，因此該文作者主張，有 LVSI 者不應為保守治療的禁忌。復發的部位最多為餘下的子宮頸部位，可能是因手術切除不完整、多發性病灶或人類乳突病毒再感染所導致，但通常認為子宮頸錐狀切片邊緣有 3 mm 寬度便足夠，但文獻報告有 2、3、5、7 和 10 mm，5 年復發率在 10 mm 有 1.5%、在 3 mm 有 3-9%^[4]，顯示無病灶侵犯的寬度越寬，復發率越少。

2015 年，Kato 等^[12] 綜合分析 571 位、第 Ib1 期子宮頸癌患者，以根除性子宮切除手術治療。在影像檢查如病灶 ≤ 2 cm，子宮頸旁組織侵犯風險僅 1.9%，5 年生存率為 95.8%；如病灶 >2 cm，子宮頸旁組織侵犯風險有 12.9%，5 年生存率為 91.9%。結論是：第 Ib1 期子宮頸癌患者如病灶 ≤ 2 cm（磁振攝影或子宮頸錐狀切片證明），其子宮旁組織侵犯風險低，5 年存活率高，可使用較少侵犯性的手術來治療。

2020 年，Weyl 等^[13] 綜合分析 158 位、第 Ia1-IIa1 期子宮頸癌患者，分別以子宮頸錐狀切片、根除性子宮切除或根除性子宮頸切除手術治療，其中 72 位（45.6%）有 LVSI。經平均 65.1 個月的追蹤，在有 LVSI 者與無 LVSI 者做比較，接受放射線治療的比率分別有 53% 和 14%（ $p < 0.0001$ ）；在有 LVSI 和接受放射線治療者與無 LVSI 者做比較，生存率分別為 89.9% 和 91.5%（ $p = 0.39$ ）。結論是：早期子宮頸癌患者如有 LVSI，予放射線輔助治療，效果與無 LVSI 者相近。

◆ 結論

由於臨床上、病理上和影像上的進步，婦科癌症患者莫不希望手術小範圍也能達到良好的治療效果，並減少併發症。由於 FIGO 對早期子宮頸癌的分期有所改進，在欲保留生育能力，且為低度惡性的組織細胞、腫瘤直徑 ≤ 2 cm、無 LVSI 和無深層基質侵犯者，可考慮以子宮頸錐狀切片和骨盆腔淋巴結摘除治療，替代傳統的根除性子宮切除，並能降低出血、靜脈栓塞、大小便困難和感染風險和併發症，大幅提升患者生活品質和滿意度。當然，子宮頸錐狀切片也有早產的風險^[14]，但可以考慮使用子宮頸環紮術來預防。

註一：深層基質侵犯乃腫瘤細胞侵犯子宮頸基質的深度 > 2/3。如腫瘤細胞的深度有 10 mm、但未達 >2/3，仍稱為表層基質侵犯。

◆ 參考文獻

1. Bhatla N, Berek JS, Fredes MC, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet* 2019; 145: 129-35.
2. Li X, Xia L, Chen X, et al. Simple conization and pelvic lymphadenectomy in early-stage cervical cancer: a retrospective analysis and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2020; 158: 231-5.
3. Ramirez PT, Pareja R, Rendon GL, et al. Management of low-risk early-stage cervical cancer: should conization, simple trachelectomy, or simple hysterectomy replace radical surgery as the new standard of care? *Gynecol Oncol* 2014; 132: 254-9.
4. Nica A, Covens A. Cone biopsy with pelvic lymphadenectomy for fertility preservation in early stage cervical cancer: Ready for prime times? *Gynecol Oncol* 2020; 158: 229-30.
5. Ma C, Zhang Y, Li R, et al. Risk of parametrial invasion in women with early stage cervical cancer: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2018; 297: 573-80.
6. Jiamset I, Hanprasertpong J. Risk factors for parametrial involvement in early-stage cervical cancer and identification of patients suitable for less radical surgery. *Oncol Res Treat* 2016; 39: 432-8.
7. Smith B, Mc Cann HA, Phillips G, et al. Less radical surgery for early-stage cervical cancer: can conization specimens help identify patients at low risk for parametrial involvement? *Gynecol Oncol* 2017; 144(2): 290-3.
8. Yan W, Qiu S, Ding Y, et al. Prognostic value of lymphovascular space invasion in patients with early stage cervical cancer in Jilin, China. A retrospective study. *Medicine* 2018; 98: 40.
9. Singh P, Tripcony L, Nicklin J. Analysis of prognostic variables, development of predictive models, and stratification of risk groups in surgically treated FIGO early-stage(Ia-IIa) carcinoma cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2012; 22(1): 115-22.
10. Pol FJM, Zusterzeel PLM, van Ham MAPC, et al. Satellite lymphovascular space invasion: an independent risk factor in early stage cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2015; 138: 579-84.
11. Smith AL, Frumovitz M, Schmeler KM, et al. Conservative surgery in early-stage cervical cancer: what percentage of patients may be eligible for conization and lymphadenectomy? *Gynecol Oncol* 2010; 119: 183-6.
12. Kato T, Takashima A, Kasamatsu T, et al. Clinical tumor diameter and prognosis of patients with FIGO stage Ib1 cervical cancer(JCOG0806-A). *Gynecol Oncol* 2015; 137: 34-9.
13. Weyl A, Illac C, Lusque A, et al. Prognostic value of lymphovascular space invasion in early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2020; 0:1-7. doi:10.1136/ijgc-2020-001274.
14. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 子宮頸錐狀切片的早產風險. *南台灣醫學雜誌* 2012; 8: 96-9.

問 答 題

一、下列何者子宮頸癌較適合以子宮頸錐狀切片治療？

- (A) 第 Ia2-IIa 期；(B) 病灶 ≤ 2 cm；
(C) 病灶無淋巴血管侵犯；(D) 以上皆是

二、根治性手術的併發症有？

- (A) 肺栓塞；(B) 下肢水腫；(C) 血管損傷；(D) 以上皆是

三、子宮頸錐狀切片治療早期子宮頸癌，邊緣需無病灶，下列何者正確？

- (A) <1 mm；(B) <2 mm；(C) 2-10 mm；(D) >11 mm

四、2018 年 FIGO 取消了病灶寬度 <7 mm，下列何者正確？

- (A) 對；(B) 錯；(C) 不一定

五、下列何者適合早期子宮頸癌保留子宮的條件？

- (A) 育齡婦女；(B) 希望再生育；
(C) 不希望接受太大的手術；(D) 以上皆是

第 297 期通訊繼續教育

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

法庭驚魂記

李松源 – 嘉義市鄭美蕊婦產科

時光飛逝，自 1971 入台大婦產科醫局已近半世紀，當時外、婦科正夯，老師教授們又都是婦產科界的翹楚，經四年訓練後，我決定到外面闖蕩江湖。

記得七十五年離開台大時，恩師王耀文教授恹恹叮嚀我，隨時要準備兩萬元，若上法院要第一級就解決，不然會沒完沒了，後面獅子口會越開越大。

70 年代正值威權統治，沒有全民健保，是開業醫生的黃金時代，但也沒有優生健保法，人工流產不管已婚未婚，醫生都不能做，否則就是墮胎罪，要刑法侍候，有些病人被迫只能求助產婆或密醫，搞到腸子被拉出來或大出血或敗血症，很是淒慘！在忙碌的接生和開刀執業中，除了戰戰兢兢避免上法院外，也免不了要面對患者的再三懇求，因此小心選擇只做已婚和死胎的，其他都轉介給某位同行，他還真的神通廣大，可以打通法院，很少被告上報紙。

但是擔憂的還是來了，一位生過一胎的 19 歲少婦，早期懷孕，和他先生一起來求做 D&C，我評估沒有風險就做了。想不到幾個月後，接到法院被告通知書，犯墮胎罪囉！原來該少婦出軌，她丈夫要告離婚，他就反咬她先生帶她去流產，希望她先生也受罰，情急之下想起王教授的提醒，除了找律師寫狀子外，有位藥商自薦，他有熟人可以打點，於是把兩萬元託他辦理，不久就收到不起訴的處分書，說是因死胎必要的處理，連上法庭說明都不用！

過了幾年，又來起訴書，原來一位未婚的老師（已成年）被某位花心少爺遺棄，心有不甘，告他帶來做流產手術，找出病歷，該女已在其他醫院診所診斷過為萎縮卵，心想有正當理由，不用去打點，想不到一審菜鳥法官，自由心證，說病歷都是醫生自己做的，不可採信，判我為了財務犯墮胎罪，判刑一年，緩刑一年！當然患者和她男友也同樣被判刑，心想：有犯罪紀錄，無法申請良民證，將來出國麻煩大了！明明萎縮卵，心有不甘，再找該女，說明犯罪被判刑將來您也無法當老師了，請她去找看過的醫院掛號證，她才拿出台南醫院的掛號證，原來就診前幾天已被檢查出萎縮卵，並附有超音波圖像！這次在台南高院開庭，審理法官有二位，坐在上位的法官開庭就說：你們醫師都是為了財務，病歷記載不實，不可採信。等到傳問省立醫院醫師拿病歷佐證後，才雞嘴變鴨嘴，啞口無言！

世事難料，虛虛實實真真假假，有事的變沒事，沒事的變有事！醫生的天職本來是幫助病人解決病痛，但是在不合理的法律網綁下，良醫難為。希望不久後法律可以讓婦女同胞有真正的身體自主權，讓她們做自己的主人。

安排解凍胚胎植入該如何準備子宮內膜 及進行黃體期支持療法—簡要文獻回顧

台中榮民總醫院婦女醫學部研修醫師 吳亭鋒

台中榮民總醫院婦女醫學部主任 陳明哲

在安排進行”解凍胚胎植入”人工生殖治療之前，如何優化植入胚胎後的成功率將是重要的課題，而第一步會是”如何準備內膜”。內膜準備的部分大致可區分為使用”自體排卵”(自然週期 (natural cycles) 或改良型自然週期 (modified natural cycles)) 或是採用”荷爾蒙替代方案”(制訂冷凍胚胎植入週期 (programmed cycles)) 兩者。自然週期和改良型自然週期最大不同在於後者使用 LH 或是 hCG 觸發排卵。目前的臨床資料尚無法清楚區分兩者之優劣。本文主要是探討荷爾蒙替代之內膜準備方案。採用此方案時，所有的準備過程都需要透過荷爾蒙藥物的介入及幫助。

內膜準備首先須使用”雌激素”賀爾蒙使子宮內膜逐漸增長，目前經常被使用的”雌激素”藥物 - 益斯得 (Estradiol valerate) 為口服雌激素化合物，它需要經過身體轉換後，才能成為具備藥理作用的賀爾蒙 (estradiol)。外來藥物其實都是一刀兩刃，除了正作用之外，因為需要經過肝代謝形成 Estriol 及 E1，亦可能過度刺激肝代謝功能，產生某些蛋白質因而增加凝血因子和血管張力素的合成。在使用該等藥物前都需要先詳細詢問病人是否有異常陰道出血，血栓疾病，乳腺癌或是肝功能障礙等等可能之禁忌症，也避免產生副作用。雌激素賀爾蒙有許多不同的給藥途徑例如口服的益斯得、普利馬林 (Premarin)、陰道乳霜 (膏)，或是經皮貼片劑等等。

2016 年 Human Reproduction 研究報告有關如何準備子宮內膜：討論在”受贈卵子”之週期採用冷凍胚胎植入時使用”不同劑量”雌激素及使用”不同路徑”對生殖結果的影響。此研究討論使用”固定劑量 Constant Dose(CD)”或是”遞增劑量 Increasing Dose (ID)”在受贈卵子對活產率是否有差異？研究把 ID and CD group 的病患分別去對照持續懷孕率及活產率。結果為不論是使用口服或是經皮雌激素，並無統計上的差異。2019 年 Journal of Assisted Reproduction and Genetics 於土耳其醫學中心收案 317 位病患，報告隨機對照試驗研究，此研究在不使用 GnRHa 抑制情況下，對比口服或是經皮雌激素在單囊胚冷凍植入，主要結果觀察內膜厚度在使用黃體素後其著床率、臨床和持續懷孕率。最後結論是不管使用口服或是經皮雌激素對內膜厚度及臨床結果都是同樣成功的。2021 年 JBRA assisted reproduction，這篇使用三種不同的雌激素 (Oestrogel pump 貼皮)、Primogynal (口服)、Estradot (貼皮)。這些藥量大約都在每天 6mg。最後去比較其著床率、流產率、和多胞胎率，結果也是並無統計上的差異。

前面談的是目前主流使用雌激素在準備內膜的用藥方式 (Proliferation Priming)，主要是模仿月經週期之濾泡期，在沒有黃體發育情況之下，開始使用雌二醇。自早期濾泡期給予雌激素

可提供刺激子宮內膜成長及增厚，另外這也會抑制內源性卵泡發育及正調控子宮內膜黃體激素受體。接下來的是”黃體化轉換”(Luteal Transformation) 的時間，通常這個時間點大約會在月經週期之分泌期會依據所期待的內膜厚度 $>7\text{mm}$ 及血清黃體素 $<1.5\text{ ng/ml}$ 來決定起始時間點，以及根據胚胎進行冷凍時所”發育之階段”來決定黃體化轉換所需之作用時間長度，所以都會在胚胎植入前之數天開始。

2017 年 Human Reproduction 有評論文章：調查哪種是最佳子宮內膜準備方案和冷凍胚胎解凍植入時間。此研究探討哪種內膜準備方案對冷凍胚胎植入 (FET) 是最好的。如何提高人工生殖技術的成功率乃是生殖內分泌不孕症科醫師一生追求的目標。也由於凍胚植入成功率已漸漸高出鮮胚植入之成功率，所以目前世界潮流，應用冷凍胚胎進行胚胎植入的頻率也就越來越高。目前市面上有許多不同種類的方式使用黃體素包含口服、陰道塞劑、及肌肉或皮下注射。口服常用的為 Micronized progesterone (Utrogestan) 或 Dydrogesterone (Duphaston)。陰道塞劑有 Crinone gel 或 Endometrin VT。肌肉注射為不同種類之油針 Progesterone-in-oil，皮下注射為水針 Prolutex。2021 年 Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction 的文章，此研究使用陰道黃體素凝膠加上口服得胎隆對比肌肉注射黃體素做為黃體支持療法應用於冷凍胚胎解凍植入。分組之後去比較其臨床懷孕率、著床率、自然流產率和活產率，結果都沒有統計上的差異。另外 Neonatal outcomes 如懷孕週數，雙胞胎，或早產都沒有統計上的差異。日本於 2021 年也發表一篇討論血清黃體素 (serum progesterone levels) 在使用 4 種不同的陰道塞劑在冷凍胚胎植入周期及懷孕結果。他們使用的有 Lutinus, Utrogestan, Luteum, and Crinone. 總共有 235 cycles 分成 4 個不同族群，根據他們的血清黃體素，最後去看他的臨床懷孕率、胎心音陽性率、活產率及流產率，研究發現血清黃體素在使用 Utrogestan 及 Crinone 兩組相對較低，雖然說他們的血清黃體素較低，但是對於累積懷孕率，胎心陽性率，活產率，及流產率並沒有統計上的差異。最後的結論是不論使用哪種黃體素藥物，對懷孕結果並沒有差異及影響。2021 年前瞻性研究對於個人化黃體期支持療法 (Individualized luteal phase support) 如果再植入當天病人 $\text{P4} < 10.6\text{ ng/ml}$ ，將再植入前再給予一劑 Prolutex (黃體水針) 加強黃體素作用。研究指出其懷孕成果可以和一開始血清黃體素就達標的病人相似。

2021 年學者對於 Micronized progesterone (Utrogestan) 加上 Dydrogesterone (Duphaston) 及”單獨使用 Utrogestan”於黃體期支持療法應用在冷凍胚胎植入。此研究做了前瞻式世代研究，這是越南胡志明市醫藥大學不孕症科所做的研究，分組比較著床率、臨床懷孕率、及持續懷孕率。最後結果為統計上沒有差異。使用 Dydrogesterone 的好處在 Griesinger et al 2018 年證實藥物在對黃體受器有較高的特異性。另外 Ibrahim et al 2020 年也證實可以減少先兆性流產導致的流產。因為藥物的細胞因子譜 (Cytokine profile) 的調節可以使 T-helper 轉成 TH2 predominance (減少 TH1 markers 如 Interferon-A)。最後結論也建議口服黃體素是可行的，而且病人可降低流產率及改善懷孕結果。

許多人想知道胎盤何時開始產生黃體素 (Luteo-placental shift)，因為這攸關早期懷孕在臨床上的意義及何時可以停止黃體素的時間點。2020 年 RBMO 的研究指出，在 1973 年就有學者在月經後第 50 天，切除黃體，可以觀察到快速下降的血清黃體素。最終結果是造成流產。研

究指出解凍單一囊胚植入後，血中能測到血清黃體素 >10 ng/ml 的百分比在懷孕 8 周有 4%，10 周有 70%，12 周有 100%，許多醫師依此為據。黃體期支持療法用至 7-8 周有 22%，10 周有 13%，12 周有 52%。

總結近期的研究論文，目前生殖醫學界對於使用哪種“內膜準備”方案是最好的仍然沒有共識，因為目前研究對比許多藥物和給藥途徑對於著床率、懷孕率、及活產率並沒有實證醫學上的證據證明某特定方案之優異性。對於不孕症患者的治療方針都是根據病人年紀，月經週期，經濟負擔能力，醫師及病患本身的條件做量身訂製的方案。只有量身打造的治療方案才可以做出最適合病患之個別化醫療。

◆ 參考文獻

1. Chen MJ, Chiue FL, Ho ESC: Triplet Pregnancy in Premature Ovarian Failure After Oocyte Donation and In Vitro Fertilization: A Case Report and Review of Literature. *Chinese Medical Journal (Taipei)* 51:304-8,1993
2. Madero S, Rodriguez A, Vassena R, Vernaeve V. Endometrial preparation: effect of estrogen dose and administration route on reproductive outcomes in oocyte donation cycles with fresh embryo transfer. *Hum Reprod.* 2016 Aug;31(8):1755-64. doi: 10.1093/humrep/dew099. Epub 2016 May 1. PMID: 27141040.
3. Kahraman S, Çetinkaya CP, Sahin Y, Oner G. Transdermal versus oral estrogen: clinical outcomes in patients undergoing frozen-thawed single blastocyst transfer cycles without GnRHa suppression, a prospective randomized clinical trial. *J Assist Reprod Genet.* 2019 Mar;36(3):453-459. doi: 10.1007/s10815-018-1380-5. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30519898; PMCID: PMC6439127.
4. Scheffer JB, Scheffer BB, Aguiar APS, Franca JB, Lozano DM, Fanchin R. A comparison of the effects of three different estrogen used for endometrium preparation on the outcome of day 5 frozen embryo transfer cycle. *JBRA Assist Reprod.* 2021 Feb 2;25(1):104-108. doi: 10.5935/1518-0557.20200059. PMID: 32991118; PMCID: PMC7863099.
5. Mackens S, Santos-Ribeiro S, van de Vijver A, Racca A, Van Landuyt L, Tournaye H, Blockeel C. Frozen embryo transfer: a review on the optimal endometrial preparation and timing. *Hum Reprod.* 2017 Nov 1;32(11):2234-2242. doi: 10.1093/humrep/dex285. PMID: 29025055.
6. Xu H, Zhang XQ, Zhu XL, Weng HN, Xu LQ, Huang L, Liu FH. Comparison of vaginal progesterone gel combined with oral dydrogesterone versus intramuscular progesterone for luteal support in hormone replacement therapy-frozen embryo transfer cycle. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021 Mar 13;50(7):102110. doi: 10.1016/j.jogoh.2021.102110. Epub ahead of print. PMID: 33727207.
7. Shiba R, Kinutani M, Okano SH, Ikeda M, Fukunaga E, Harada Y, Kawano R, Kikkawa Y. Serum

- Progesterone Levels with The Use of Four Different Types of Vaginal Progesterone in Frozen-Thawed Embryo Transfer Cycles and Related Pregnancy Outcomes. *Int J FertilSteril*. 2021 Jan;15(1):34-39. doi: 10.22074/ijfs.2021.6235. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33497045; PMCID: PMC7838759.
8. Álvarez M, Gaggiotti-Marre S, Martínez F, Coll L, García S, González-Foruria I, Rodríguez I, Parriego M, Polyzos NP, Coroleu B. Individualised luteal phase support in artificially prepared frozen embryo transfer cycles based on serum progesterone levels: a prospective cohort study. *Hum Reprod*. 2021 May 17;36(6):1552-1560. doi: 10.1093/humrep/deab031. PMID: 33686413.
 9. Vuong LN, Pham TD, Le KTQ, Ly TT, Le HL, Nguyen DTN, Ho VNA, Dang VQ, Phung TH, Norman RJ, Mol BW, Ho TM. Micronized progesterone plus dydrogesterone versus micronized progesterone alone for luteal phase support in frozen-thawed cycles (MIDRONE): a prospective cohort study. *Hum Reprod*. 2021 Jun 18;36(7):1821-1831. doi: 10.1093/humrep/deab093.
 10. Kay Neumann, Marion Depenbusch, AskanSchultze-Mosgau, Georg Griesinger, Strong variation in progesterone production of the placenta in early pregnancy – what are the clinical implications?. *RBMO VOLUME 41, ISSUE 4, P748-749, OCTOBER 01, 2020*. Published: July 17, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.07.009>

孕婦到院前死亡 (OHCA) 的處置－經驗分享

成大醫院婦產部主治醫師 蔡幸芬

產科主任 康琳

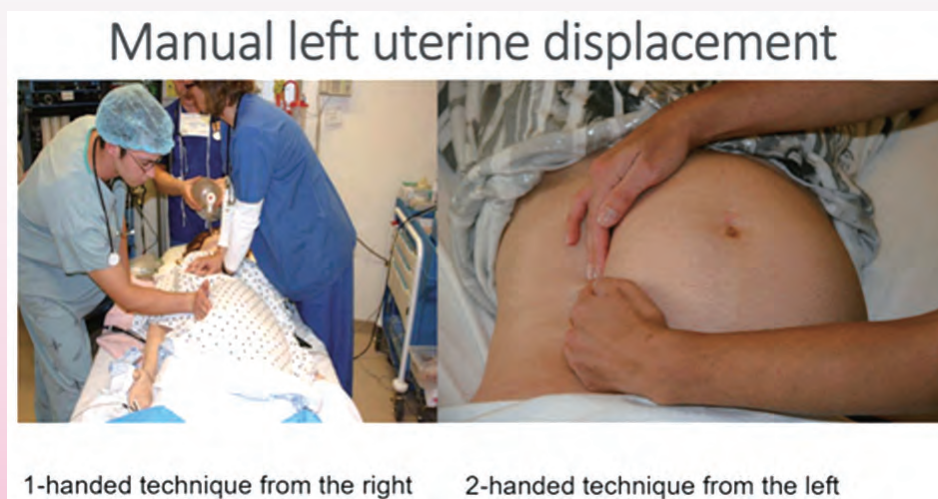
婦產部主任 許耿福

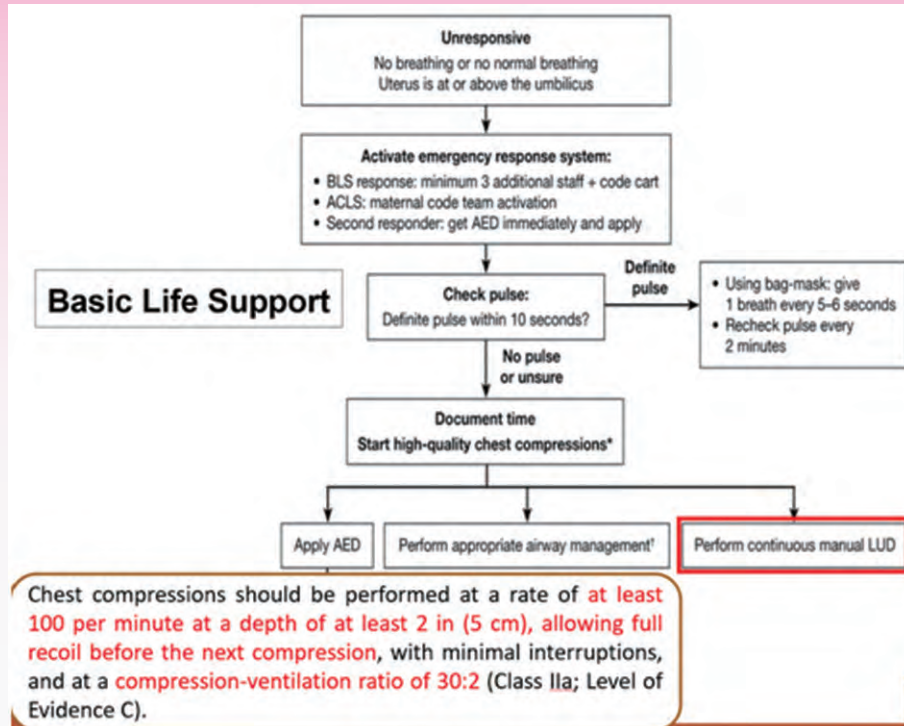
◆ 案例

34 歲已婚女性第二胎，前胎為足月妊娠無併發症，因胎位不正接受剖腹生產，此胎懷孕過程亦無妊娠併發症，先前也無慢性疾病。此次於妊娠 34 周 2 天時有發燒畏寒的情形，於原先產檢醫院就診後服用口服藥症狀未改善，次日又回診時，檢驗結果懷疑有泌尿道感染及貧血問題，收治住院給予抗生素治療一日後，因病人仍反覆發燒且出現呼吸費力、喘、胸悶及血氧濃度下降等問題，於妊娠 34 周 4 天時以救護車轉送病人至醫學中心就診，途中病人就已呼吸心跳中止。病人送達急診後，急診團隊即施行插管、心肺復甦等緊急處置，同時匯集婦產、小兒、麻醉科等醫療團隊於急診施行瀕死剖腹生產手術 (perimortem cesarean delivery, PMCD)。

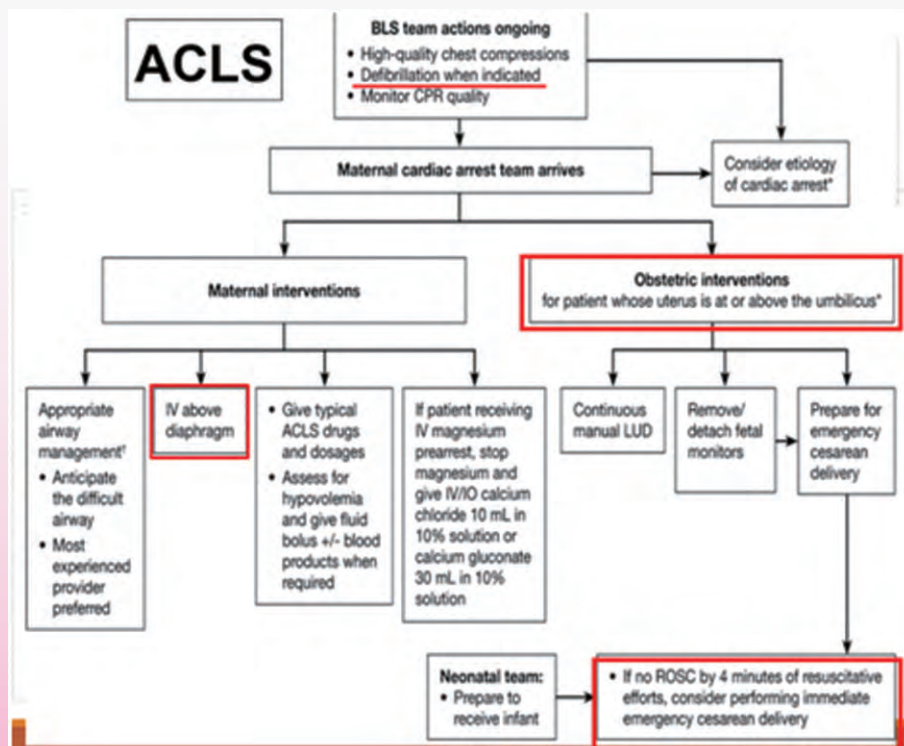
◆ 探討重點

1. 妊娠 20 周以上的孕婦於施行基本救命術 (BLS, basic life support) 時需同時執行人為向左偏移子宮 (Manual left uterine displacement)。





2. 孕婦施行高級心臟救命術 (ACLS, Advanced Cardiac Life Support) 若有需要進行去顫電擊時，在胎兒的影響是安全的 [2]。



3. 當孕婦發生呼吸心跳中止，且子宮頂超過肚臍高度足以造成主動脈及下腔靜脈的壓迫，影響心肺復甦急救成效時即應考慮施行瀕死剖腹生產手術 (perimortem cesarean delivery, PMCD)，無需考量胎兒是否能存活。
4. 及時進行瀕死剖腹生產手術 (perimortem cesarean delivery, PMCD) 可減少血管壓迫，增加血液回流幫助心肺復甦急救成效。此外於母體發生呼吸心跳中止且急救無效後的五分鐘內 (5-minute window) 施行瀕死剖腹生產手術，可減少缺氧造成胎兒神經系統傷害，提升胎兒的存活率 [3]。
5. 當孕婦發生呼吸心跳中止且持續急救無效時，若子宮頂超過肚臍高度即需優先考慮施行瀕死剖腹生產手術 (perimortem cesarean delivery, PMCD)。施行瀕死剖腹生產手術目前無證據會對孕婦的預後造成不良影響 [4,5]，且在急救無效後的五分鐘內 (5-minute window) 施行瀕死剖腹生產手術，對大於 24 周以上的胎兒存活是有幫助的 [6]。

◆ References

1. Cardiac Arrest in Pregnancy, Volume: 132, Issue: 18, Pages: 1747-1773, DOI: (10.1161/CIR.0000000000000300)
2. Vanden Hoek TL, Morrison LJ, Shuster M, Donnino M, Sinz E, Lavonas EJ, Jeejeebhoy FM, Gabrielli A. Part 12: cardiac arrest in special situations: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care [published correction appears in *Circulation*. 2011;123:e239 and *Circulation*. 2011;124:e405]. *Circulation*. 2010;122(suppl 3):S829–S861. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971069.
3. Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Perimortem cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1986;68:571–576.
4. Einav S, Kaufman N, Sela HY. Maternal cardiac arrest and perimortem caesarean delivery: evidence or expert-based? *Resuscitation*. 2012;83:1191–1200. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.05.005.
5. Katz V, Balderston K, DeFrest M. Perimortem cesarean delivery: were our assumptions correct? *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:1916–1920.
6. Dijkman A, Huisman CM, Smit M, Schutte JM, Zwart JJ, van Roosmalen JJ, Oepkes D. Cardiac arrest in pregnancy: increasing use of perimortem caesarean section due to emergency skills training? *BJOG*. 2010;117:282–287. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02461.x.

胎兒免疫型貧血：個案報告

彰化基督教醫院婦產部 楊珮音醫師

彰化基督教醫院 陳明醫療長

此個案為 43 歲女性，之前生產三胎皆足月。第一、二胎正常，在 2000,2001 年自然生產。第三胎為再婚，足月待產時，因胎兒窘迫緊急剖腹娩出後，新生兒因嚴重貧血、血小板低下而死亡；那時在區域醫院，新生兒有驗出 anti-E, c 不規則紅血球抗體以及 atypical HLA class I 白血球抗體，因而此胎懷孕初期即因懷疑可能有再發生免疫相關新生兒溶血性貧血而被轉至本院。

懷孕 10 週時，母體血中測出 anti-E (1:1), c(1:16) 之不規則抗體，血型為 B 型陽性 Rh(+)。先生則是血型為 O 型陽性抗體，帶有紅血球抗原 E(3+), c (4+)。建議考慮自費 IVIG 免疫球蛋白注射，但因價錢昂貴家屬沒有接受，選擇繼續在門診追蹤。後續血液追蹤 anti-E, c 之抗體多落在 anti-E1:1-1:2, anti-c 1:16-1:64 之間。超音波追蹤大腦中動脈血流流速 (MCV) Mo 值落在正常範圍，亦無胎兒水腫之跡象；羊膜穿刺胎兒染色體報告為正常。個案懷孕 31+6 週產檢時發現羊水過多 largest pocket 9.3 cm，大腦中動脈血流 MoM 值 1.06，因而入院監測。入院後給予肺部成熟劑，胎兒監視器監測變異性佳以及規則收縮。因超音波監測大腦中動脈血流 MoM 值仍大於 1.1，羊水過多合併有早產之徵兆，與家屬討論後決定中止懷孕。32+1 週剖腹產娩出一女嬰 1654 公克，Apgar score 8/9。

新生兒入加護病房檢查，血色素 hemoglobin 12.7 後續降至 6.7 mg/dL，haptoglobin <30 mg/dL，reticulocyte count 6.7 (normal 0.41-2.23) %。Direct Combs test Ig G3+，C3d: (-)；Indirect Combs test screen cell II&IV: positive，antibody identification Anti-c 3+，無血小板低下。後經輸血、照光，穩定後在出生後六禮拜出院。Haptoglobin 用於監測溶血反應，reticulocyte count 則是監測造血反應，通常在失血或溶血之恢復期會升高，新生兒正常值落在 2-6%。Direct Comb 測試可檢測出粘附在紅血球表面抗原上的抗體，分為四類，Ig G3+，C3d: (-) 表示抗體不能固定補體，有可能是紅血球表面抗原為少量或是 IgG2 或 IgG4 此種抗體。Indirect Comb test 則是檢測游離在血清 (血漿) 中的不規則抗體。這二種試驗皆出現陽性，代表新生兒的紅血球可能因為不完全抗體的存在而提早破裂，發生溶血現象 [1]。

◆ 個案探討重點

先科普一下，血型分類是根據紅血球膜上有沒有 A 或 B 抗原，將血型分為 A、B、AB、O 四種，亦即紅血球膜上帶有 A 抗原稱為 A 型；帶 B 抗原的稱為 B 型；帶 A 及 B 抗原的，稱為 AB 型；無 A 與 B 抗原為 O 型。像 A 型的人有抗 B 抗體；B 型的人有抗 A 抗體；O 型的人有

抗 A 及 B 的抗體，而 AB 型的人無此兩種抗體，這些我們稱之為規則抗體。

Rh 為紅血球上另一種重要也最複雜的血型系統，比較重要的抗原含有 C、D、E、c、e 五種，在台灣又以 D 抗原的抗原頻率最高，因此在臨床上就以紅血球膜上是否有 D 抗原來判定 Rh(+) 或是 Rh(-)，也就是紅血球膜上帶有 D 抗原稱為 Rh(+); 紅血球膜上無 D 抗原稱為 Rh(-)。一般常見的紅血球不規則抗原，有 D、C、E、c、e (Rh 系統)、k(Kell 系統)、Fya、Fyb(Duffy 系統)、Jka、Jkb(Kidd 系統)、Lea、Leb(Lewis 系統)、M、N、S、s(MNS 系統)、P1(P 系統)、以及國人常見的抗原 Mia、Dia^[2-6]。順帶一提，如果遇到 Rh(-) 孕婦尚未有不規則抗體時，在羊膜穿刺、流產、子宮外孕破裂或有胎兒母體間出血之可能性時，要在事件發生 72 小時給予 anti-D immunoglobulin^[5,6]。常規產檢則是可以在 28 週給予一劑或 28 到 34 週間給予兩劑 anti-D immunoglobulin。等胎兒出生確定是 Rh(+), 須再 72 小時內加強給予 anti-D immunoglobulin^[6]。

胎兒貧血可以分為免疫以及非免疫原因；非免疫原因包含遺傳、胎兒母體間出血、感染、胎盤腫瘤、雙胞胎輸血症候群 .. 等。此個案則是屬於免疫型貧血^[7,8]。

母體身上有新生不規則抗體要考慮之前母體接受輸血、胎兒母體間出血或胎兒本身紅血球有來自父親遺傳之特殊抗原誘發母體免疫系統產生不規則抗體。這些母體不規則抗體會經過胎盤去攻擊胎兒進而造成胎兒溶血性貧血、胎兒水腫，嚴重導致胎死腹中^[3-6]。較容易導致胎兒嚴重溶血性貧血的不規則紅血球抗體主要以 anti-D, anti-Kell, anti-c, 或 anti-E；其餘較少見產生嚴重之新生兒溶血貧血^[3-8]。

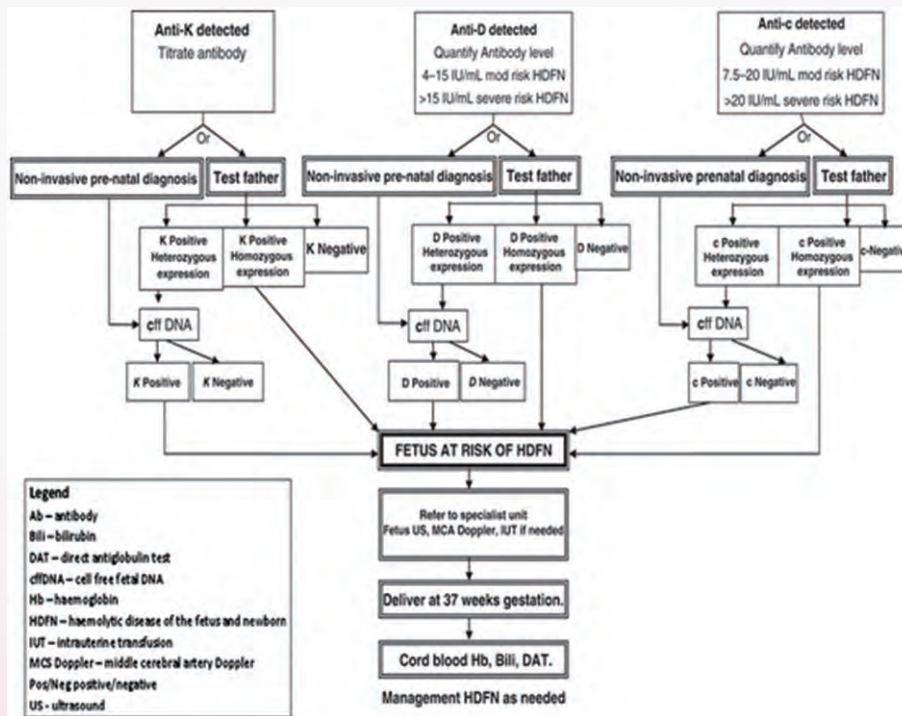
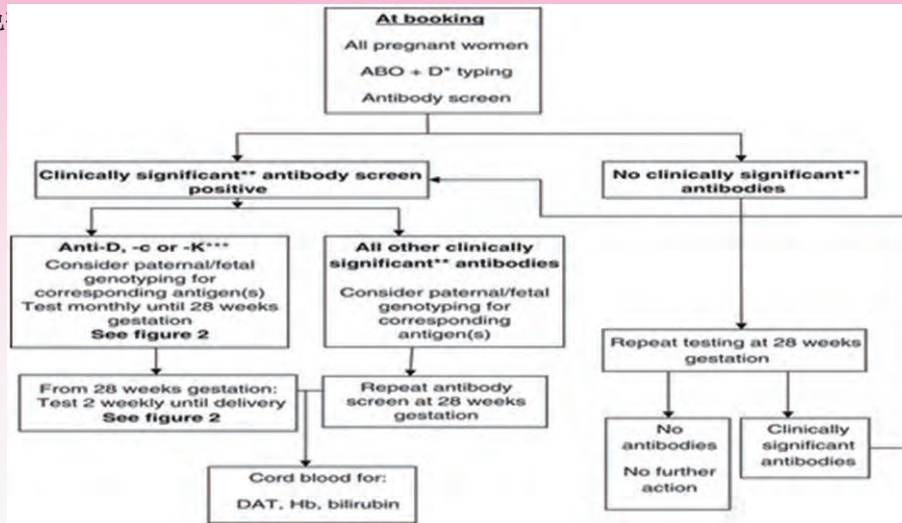
產檢時，須留心孕婦血型以及是否有不規則抗體；如果有不規則抗體，需注意抗體種類並篩檢先生或胎兒之相關血型以及紅血球細胞抗原之基因型。先生驗出是有 D、K、c 之同型合子(homozygous)，胎兒就有可能是胎兒嚴重溶血性疾病高風險者；先生是異型合子(heterozygous)，胎兒則進一步須篩檢其紅血球細胞抗原之基因型^[3-6]。目前可以考慮羊膜穿刺獲得胎兒細胞外，亦有 cell free DNA 之技術取得少量胎兒細胞檢驗其紅血球細胞抗原之基因型 RHD (D), RHCE(c) 以及 KEL*01(K)，懷孕 17 週時此檢驗方式偽陰性 <1%^[9,10]。

如果孕婦驗出有 anti-D, anti-Kell, anti-c 之抗體，則要進一步每個月監測抗體濃度直到 28 週；其餘種類抗體等懷孕 28 週再次篩檢抗體濃度。關於監測抗體濃度，有所謂的臨界水平(critical level)，大部分抗體訂在 1:8 至 1:32，超過的話，胎兒就有嚴重溶血至死亡之風險；Rh 系統之抗體都有相似之臨界水平^[3-5]。

一旦因前次懷孕已誘發出異體免疫反應(alloimmunization)而母體抗體值到達臨界水平(critical level)時，再使用抗體來追蹤胎兒狀況是無效，此時要以超音波追蹤為主。根據之前研究顯示，胎兒大腦中動脈血流流速(MCV) MoM 值大於 1.5 表示胎兒可能有中重度貧血，可能考慮胎兒輸血(小於 32 週)再追蹤至 34 週生產，輕微胎兒貧血則考慮追蹤至 37 週再中止懷孕。其餘相關胎兒嚴重溶血性貧血之超音波發現包括羊水量、胎兒水腫徵兆等，但專一性較低^[5,11,12]。

另外，懷孕中降低不規則抗體之方式還有先前提過的(免疫球蛋白注射)IVIG 以及血漿置換術(plasma exchange)。IVIG 劑量為母體 1g/kg，從懷孕 12 週可以開始；血漿置換術可以使抗體下降達 25%，但可能在 6-8 週後有反彈效應出來^[13,14]。

胎兒免



圖來自 Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. [5]

◆ 參考資料

1. 林媽利：輸血醫學・台北・健康文化事業股份有限公司 38-50；2006.
2. 謝慧萱：紅血球抗體篩檢知多少台灣血液基金會 <http://www.blood.org.tw/Internet/taipei/>

docDetail.aspxuid=6601&pid=6475&docid=24641

3. ACOG PRACTICE BULLETIN: Management of Alloimmunization During Pregnancy *Obstet Gynecol.* 2018 Mar;131(3):e82-e90.
4. The Management of Women with Red Cell Antibodies during Pregnancy Green-top Guideline. May 2014, No. 65.
5. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. White J et al. *Transfusion med.* 2016, 26, 246–263
6. Qureshi H, Massey E, Kirwan D, et al. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfusion med.* 2014, 24, 8-20.
7. Abbasi N, Johnson JA, Ryan G. Fetal anemia. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Aug;50(2):145-153.
8. Prefumo F, Fichera A, Fratelli N, Sartori E. Fetal anemia : diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019 Jul;58:2-14.
9. Finning, K., Martin, P., Summers, J. & Daniels, G. Fetal genotyping for the K (Kell) and Rh C, c, and E blood groups on cell-free fetal DNA in maternal plasma. *Transfusion*, 2007;47, 2126–2133.
10. Finning, K., Martin, P., Summers, J., Massey, E., Poole, G. & Daniels, G. Effect of high throughput RHD typing of fetal DNA in maternal plasma on use of anti-RhD Immunoglobulin in RhD negative pregnant women: prospective feasibility study. *BMJ*, 2008; 336, 816–8.
11. Mari G, Deter RL, Carpenter RL, Rahman F, Zimmerman R, Moise KJ Jr, et al. Noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red cell alloimmunization. Collaborative Group for Doppler Assessment of the Blood Velocity of Anemic Fetuses. *N Engl J Med* 2000;342:9–14.
12. Mari G, Zimmermann R, Moise KJ Jr, Deter RL. Correlation between middle cerebral artery peak systolic velocity and fetal hemoglobin after 2 previous intrauterine transfusions. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1117–20.
13. Zwiers C, Bom JGV, Kamp ILV et al. Postponing Early intrauterine Transfusion with Intravenous immunoglobulin Treatment; the PETIT study on severe hemolytic disease of the fetus and newborn. *Am J Obstet Gynecol*, 2018 Sep; 219 (3) :291.e1-291.e9.
14. Nwogu LC, Moise KJ, Klein KL, Tint H, Castillo B and Bai Y. Successful management of severe red blood cell alloimmunization in pregnancy with a combination of therapeutic plasma exchange, intravenous immune globulin, and intrauterine transfusion. *Transfusion practice*. 2018 March; 58 (3) 677-684.

編後語

鄭雅敏

新冠肺炎肆虐台灣，原本被全球視為「防疫資優生」的台灣自民國 110 年 5 月 19 日開始，全台進入三級警戒，也改變了全民的生活型態。這段時間國人唯一共同關注的焦點就是每天下午 2 點中央疫情指揮中心記者會公布的新增個案以及死亡人數，各地疫情變化也連動每個人的心情浮動，各層級醫院堅守崗位，為防堵疫情擴散盡上心力。疫情三級警戒長達 2 個多月，讓許多民眾出現「防疫疲乏」，各種假訊息流串也造成困擾。隨著疫情逐漸趨於緩和，疫苗施打的逐漸普及，截至 8 月 24 日的統計，COVID-19 疫苗接種人口涵蓋率來到 40.91%，全國疫情警戒自 7 月 27 日起調降為二級，至 9 月 6 日，集會活動人數上限也放寬，改為室內 80 人，室外 300 人，延遲許久的婦產科醫學會年會終於將在 9 月 25 日開場。

雖然疫情限制了許多實體學術活動的進行，但是大家求知的心仍未減弱，因此開啟了視訊活動的新領域，學會在會訊的新知報導仍未間斷。這期會訊有許多精彩的文章提供會員新知饗宴。台南郭綜合醫院李耀泰醫師分享了早期子宮頸癌較保守的手術治療方式，藉由手術前詳細評估，為想要保留生育能力的早期子宮頸癌患者提供另一種治療方式的選擇。60 周年專欄有來自嘉義的李松源醫師分享了 70 年代威權統治時期開業醫師的奮鬥史，如何有智慧地避開惱人的法庭。優化子宮內膜來提升解凍胚胎的著床率是一項重要的決定步驟，台中榮總陳明哲部長團隊分享了許多新知與文獻探討。「生的過麻油香，生不過四塊板」的台語俗諺道盡了生產的高風險，成大醫院蔡幸芬醫師分享了成大醫院婦產部與急診部團隊聯手救治一位到院前死亡 (OHCA) 孕婦的血淚經驗，建立起在急診處置此類病患的作業流程。彰化基督教醫院陳明醫師分享罕見的胎兒免疫型貧血，複雜的免疫相關檢測讓我們的免疫知識更上一層樓。本期會訊每一篇文章都是上上之選，請各位會員細細品味。

新冠肺炎疫情到現在可以說是「革命尚未成功，同志仍須努力」，請大家仍然要嚴格落實勤洗手，戴口罩，保持社交距離，降級不鬆懈的各項防疫措施，大家一起健康的攜手共度疫情難關！

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) 2568-1481-9

傳真：(02) 2100-1147-6

◎ 298 通訊繼續教育答案◎

題目：早期子宮頸癌治療的改變：
錐狀切片和簡單子宮切除的檢視

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	0916-680338
新北市	新北市土城區誠徵婦產科醫師	資格條件：具婦產科專科醫師證書 待遇優渥（有三節獎金），近捷運海山站，工作穩定，年休假或調班亦有彈性，值班接生者佳 竭誠歡迎有意願醫師加入我們的醫療團隊！工作待遇 面議	陳小姐	02-22631188 *252
新北市	新北市林口區婦產科診所誠徵婦產科醫師	具婦產科專科醫師證書 單純門診業務 時間彈性 Email:edden0825@yahoo.com.tw	黃小姐	0912-937902
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	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。60012@hch.org.tw	梁小姐	03-4618888 分機 1108
桃園市	衛生福利部桃園醫院擴大徵才	1 誠徵【婦產科主治醫師數名】保障新制 保障醫中次專訓練 2 誠徵【婦癌科主任】應徵方式請將履歷 email：stacy0118@mail.tygh.gov.tw 聯絡人：史岱玉 03-3699721 分機 3492 地址：桃園市桃園區中山路 1492 號	史岱玉小姐	03-3699721 分機 3492
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	0935-107177
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	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

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
彰化縣	皓生醫院誠徵產科主任, 不孕症專科醫師, 直腸科醫師	皓生醫院誠徵: 產科主任及不孕症專科醫師及直腸科醫師 工作地點: 彰化縣員林市萬年路 3 段 133 號	邱小姐	0988-722656
彰化縣	林忠毅婦產科診所誠徵婦產科醫師	誠徵婦產科專科醫師, 待優面議, 底薪加抽成。需值班與接生	楊小姐	0958-829666
雲林縣	雲林縣虎尾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	0921-358588 (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	台南. 麻豆新樓醫院誠徵婦產科醫師	* 台南新樓醫院誠徵: 生殖醫學專任主治醫師 (本室成立已 22 年, 團隊技術成熟穩定, 徵求新血加入 !!) 資格: 1. 具婦產科專科醫師證書。 2. 生殖內分泌次專師醫師 (具施術醫師資格證明)。 * 麻豆新樓醫院誠徵: 婦產科主治醫師, 資格: 具婦產科專科醫師證書。 本院待遇優渥、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
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
高雄市	四季台安醫院誠徵婦產科專科醫師	四季台安醫院誠徵婦產科專科醫師 具工作熱忱負責任感; 待遇優。 竭誠歡迎加入我們的行列。 洽詢電話: 張主任 0905280900 或 Email: tai460821@kimo.com	張主任	0905-280900
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	0980-666624
屏東縣	屏東市王儷蓉婦產科診所誠徵婦產科女醫師	1. 具備醫師證書, 婦產科專科醫師證書。 2. 門診單純, 上班時間以白天為主, 可兼顧家庭生活, 可輪休。 3. 診次: 1~6 診皆可。 薪資面議。 4. 意者履歷請寄: bir5401@yahoo.com.tw 王醫師。 5. 地址: 屏東市民生路 192 號。	王醫師	08-7329203

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
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	2021-09-04 08:25:00	2021-09-04 12:30:00	B	1
210904-3	第 25 屆台灣癌症聯合學術年會	台灣婦癌醫學會	全線上會議	2021-09-04 09:00:00	2021-09-05 18:00:00	B	4
210904-2	110 年度「腸病毒重症及新冠肺炎 (COVID-19) 臨床處置及感染管制」教育訓練 - 中區	臺灣兒科醫學會	集思台中新烏日會議中心 瓦特 & 希羅廳	2021-09-04 13:00:00	2021-09-04 16:30:00	B	1
210904-1	夏季研討會：產科學新進展	台灣周產期醫學會	視訊與現場台大醫院 - 兒童醫院 B1 階梯講堂同步	2021-09-04 13:30:00	2021-09-04 16:30:00	B	1
210905-3	台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會 2021 住院醫師繼續教育	台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會、台大醫院婦產部	台大醫學院 302 講堂	2021-09-05 08:30:00	2021-09-05 17:00:00	B	4
210905-1	110 年度孕婦及高危險群流感疫苗接種線上教育訓練課程 (第三場)	台灣婦產科醫學會、衛福部疾管署	線上課程	2021-09-05 08:55:00	2021-09-05 12:10:00	A	3
210905-4	健康適能講座	中山醫學大學附設醫院家醫部	台中林酒店 7F 柏林廳	2021-09-05 10:30:00	2021-09-05 12:30:00	B	1
210905-2	110 年度孕婦及高危險群流感疫苗接種線上教育訓練課程 (第四場)	台灣婦產科醫學會、衛福部疾管署	線上課程	2021-09-05 12:55:00	2021-09-05 16:10:00	A	3
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	高雄榮民總醫院第五會議室 (高雄市左營區大中一路 386 號急診大樓六樓)	2021-09-05 13:20:00	2021-09-05 17:30:00	B	1
210714-1	110 年度專業人員母乳哺育及性別倫理研習護理教育研討會	竹山秀傳醫院	南投縣竹山鎮集山路二段 75 號	2021-09-08 09:10:00	2021-09-08 16:10:00	B	1
210611-1	110 年度臺北市憂鬱症共同照護網專業人員教育訓練課程	臺北市政府衛生局	線上課程	2021-09-10 09:00:00	2021-09-10 12:20:00	B	1
210911-3	110 年度專業人員母乳哺育增能研習會	南投縣政府衛生局	南投縣南投市復興路 478 號 (南投醫院 5 樓 501 會議室)	2021-09-11 08:10:00	2021-09-11 12:30:00	B	1
210911-2	孕產婦身心照護講座	南投縣政府衛生局	南投縣南投市復興路 478 號 (南投醫院 5 樓 501 會議室)	2021-09-11 13:20:00	2021-09-11 18:00:00	B	1
210911-1	The 15th Pan-pacific Continence Society Annual Meeting	台灣尿失禁防治協會	高雄萬豪酒店 10 樓皇喜 C 廳	2021-09-11 15:00:00	2021-09-12 18:00:00	B	4
210912-1	110 年度「腸病毒重症及新冠肺炎 (COVID-19) 臨床處置及感染管制」教育訓練 - 北區	臺灣兒科醫學會	集思北科大會議中心 2 樓感恩廳 + Webex 同步視訊	2021-09-12 08:30:00	2021-09-12 12:00:00	B	1

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
210822-2	2021 年台灣子宮鏡醫學會 秋季研討會	台灣子宮鏡醫學會	台大醫院國際會議中心 402CD、台大醫院微創手 術訓練中心	2021-09-12 09:00:00	2021-09-12 16:30:00	B	4
210912-2	HPV 衛教友善診所繼續教 育線上直播課程	台灣癌症基金會	線上直播	2021-09-12 10:00:00	2021-09-12 12:30:00	B	2
210912-3	彰化縣醫師公會醫師繼續 教育課程	彰化縣醫師公會	彰化縣農會 14 樓會議室	2021-09-12 14:00:00	2021-09-12 18:00:00	B	1
210917-1	110 年家暴暨性侵害防治 醫事及專業人員教育訓練	天主教永和耕莘醫院	永和耕莘醫院住院大樓 12 樓國際會議廳	2021-09-17 13:00:00	2021-09-17 17:30:00	B	1
210922-1	2021 屏東基督教醫院腸病 毒教育訓練課程	屏東縣政府衛生局	屏東基督教醫院 約翰大樓 6 樓 集會堂	2021-09-22 13:00:00	2021-09-22 17:00:00	B	1
210923-1	孕期婦女身心健康	南投縣政府衛生局	南投縣草屯鎮太平路一段 200 號	2021-09-23 12:10:00	2021-09-23 15:40:00	B	1
210924-1	做個陽光健康的媽咪	高屏區精神醫療網	高雄醫學大學附設中和紀 念醫院啟川大樓六樓第二 講堂	2021-09-24 10:50:00	2021-09-24 12:30:00	B	1
210925-1	110 年度專業人員母乳哺 育研習會	佛教慈濟醫療財團法人 台中慈濟醫院小兒科	佛教慈濟醫療財團法人台 中慈濟醫院	2021-09-25 08:00:00	2021-09-25 17:00:00	B	1
210925-2	台灣尿失禁防治協會 110 年 度會員大會暨學術研討會	台灣尿失禁防治協會	台北晶華酒店	2021-09-25 08:00:00	2021-09-19 12:00:00	B	2
210529-1	110 年度年會暨學術研討會	台灣婦產科醫學會	TICC 台北國際會議中心 1 樓報到 (台北市信義路 5 段 1 號)	2021-09-25 08:15:00	2021-09-26 17:00:00	A	29
210828-1	110 年醫護人員母嬰親善 專業訓練研習會	童綜合醫療社團法人 童綜合醫院	童綜合醫院 20F 視聽教室	2021-09-25 08:30:00	2021-09-25 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
210929-1	提升寶寶免疫力的關鍵營 養素：母乳寡糖與核苷酸	屏基醫療財團法人屏 東基督教醫院	屏東基督教醫院 約翰大樓 6 樓 六樓簡報室	2021-09-29 12:50:00	2021-09-29 13:50:00	B	1
211002-1	乳房超音波檢查及診斷教 育訓練課程高級班	中華民國醫用超音波 學會	台大景福館一樓會議室	2021-10-02 09:00:00	2021-10-02 16:15:00	B	2
210606-2	2021 台灣婦女泌尿暨骨盆 醫學會年會暨學術研討會	台灣婦女泌尿暨骨盆 醫學會	台大醫學院 102 講堂	2021-10-03 08:30:00	2021-10-03 16:50:00	B	4
210811-1	孕產婦心理健康促進研習	竹山秀傳醫院	南投縣竹山鎮集山路二段 75 號	2021-10-13 08:30:00	2021-10-13 16:00:00	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
211030-1	2021 臺中榮民總醫院 院慶 學術國際研討會 - 婦女醫 學部	臺中榮民總醫院	臺中榮民總醫院第二醫療 大樓 2 樓第八會場	2021-10-30 08:30:00	2021-10-30 17:30:00	B	4
211031-1	2021 年會暨學術研討會	台灣婦科海扶治療醫 學會、高雄醫學大學 附設醫院婦產部	高雄醫學大學附設醫院 - 啟川大樓 6 樓	2021-10-31 08:30:00	2021-10-31 17:30:00	B	4