



台 灣

婦產科醫學會會訊

發行日期：2022年1月303期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地 址：台北市民權西路 70 號 5 樓
電 話：(02)2568-4819
傳 真：(02)2100-1476
網 址：<https://www.taog.org.tw/>
E - m a i l：obsygnw@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

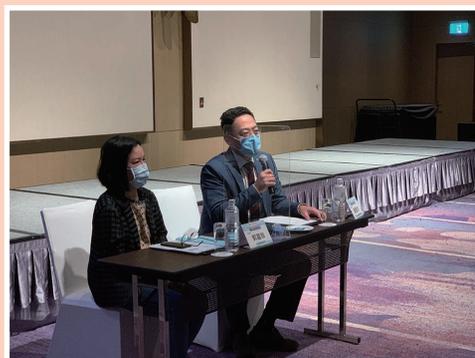
111. 1. 23 自費醫療發展研習課程（台中場）



封面說明：

平松祐司院士贈畫
祝賀各位會員虎虎生風
新年快樂

111. 1. 16 自費醫療發展研習課程（高雄場）



台灣婦產科醫學會 303 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文／黃閔照

05 監事長的話 | 文／張基昌

06 秘書長的話 | 文／黃建霈

09 文物館捐款名單

10 懷念追思

10 悼念 高添富醫師 法學博士 文／謝卿宏

12 秘書處公告

12 中華民國醫師公會全國聯合會
有關 貴學會建議本會修訂「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」
部分條文案，詳如說明，請 查照。

13 通訊繼續教育

13 更年期醫學：尿酸與心血管疾病 文／李耀泰 陳福民 郭宗正

20 會員園地

20 胎兒腦室過大的產前診斷與挑戰 文／牛思云 林俐伶

26 漫談代理孕母的一些爭議 文／何信頤

29 編後語 | 文／崔冠濠

31 徵才訊息

33 活動消息

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

黃閔照

110年總生產數為153,820人，較109年減少11,429人，而虎年通常生育率為最低，如無積極有效介入，今年恐挑戰14萬關卡，學會為此成立人工政策小組，於1月22日召開會議，由何信頤召集人召開第一次會議，會中委員有諸多討論，台灣大多為婚生子女，疫情衝擊，結婚人數下降，相對生育率創新低，但縱使年輕人結婚，目前住房、公托政策不友善下，年輕人也不願意生小孩。國健署去年投入不孕症補助，期盼創造生育紅利，但全面性的政策考量，也許才有起死回生的可能，會中也暫定今年母親節辦理人口政策討論會，及準爸爸、準媽媽聯合記者會，共同建立友善孕產婦環境！

連續兩年的年會，都因疫情順延，最終也都能順利完成。今年年會規劃在6月18-19日，學術委員會在22日召開會議，審查相關演講內容及論文，今年總共有78篇口頭報告、204篇海報、25篇影片展示，秘書長也朝實體會議優先，視訊備案方式來安排，期盼能順利完成年度學術研討會，在此感謝陳思原召集人及所有學術委員，能在最短時間內安排相關演講，也希望在三劑疫苗完成接種後，新冠病毒流感化，不過在此之前，還是希望大家戒慎小心。

近年來剖腹產率不斷上升，尤其是北市基層剖腹產率高達5成，的確陰道生產的照護需要更多的人力負擔，尤其是第一胎的待產過程，產婦常需要醫護人員不斷的支持下，才能度過生產的辛苦，迎來新生命，過去學會站在尊重會員自身的醫療裁量權下，不過度干涉剖腹產率，但近日也發生保險公司控告醫師開立不實診斷書，協助產婦詐領保險金，引起社會責難。需知診斷書均為正式文件，有其法律上效力，不可妄自為之，以免惹上官司，過去也曾發生會員均以胎盤前置理由替前胎剖腹生產產婦申報，結果因佔率太高，被健保署核刪，但停止健保業務一個月，站在學會的立場上，明哲保身，還是希望會員不會踏上法律的紅線。

婦產科容額有限，許多醫院都希望爭取最大容額，故在70名限定容額下，也鼓勵訓練醫院爭取一中外加容額，蘇聰賢院士在1/15召開人力規劃小組，會中決議新增訓練醫院不再給予容額，同時學會為讓容額活用，提出大水庫原則，在PGY2未招滿或起訓後退出，其容額優先給予非PGY主訓醫院，之後有多容額，再歸回原醫院，希望透過此機制，都能讓訓練醫院招收到好的學生。

學會在去年當選為FIGO常務理事國，1月20-21日召開新的理事會議，感謝秘書長及英文秘書陳佳好協助，台灣跟英國時差7個小時，因此會議由晚上10點開到半夜1點多，此次會議重點在介紹FIGO組織架構、財務、各種會議運作及年會事宜，主席Jeanne Conry企圖心強，提出許多婦女健康議題，希望能在3年任期中推動世界婦女健康，學會近日也跟Jeanne Conry及Mark Defrancesco兩位ACOG的現任理事長們合作，與美國ACOG的國際會議，目前安排在4月24日，希望透過國際會議建立雙方合作，建立共同友誼。

虎年即將來到，雖有疫情，但學會祝福大家虎虎生風，五虎臨門！

監事長的話

張基昌

一年容易，轉眼又是新的 111 年。回首過去一年，疫情所帶來的挑戰與衝擊依舊，但感謝各位醫師堅守崗位，在瞬息萬變的疫情情勢裡，守護生命守護健康。而臺灣因為所有院士、理事長、秘書長努力，及會員們的支持，突破重重困難，成為 FIGO 世界婦產科醫師醫學會理事國，又為台灣國際地位爭得一席之地，亦屬這一年裡令人備感振奮之事。未來，我們多了一份榮耀，更多了一份使命。

根據統計，民國 110 年新生嬰兒共 15 萬 3820 人，再度創下歷史新低；連續 2 年人口負成長、每個月出生人口數低於死亡數。而今年歲次「虎」，依經驗新生嬰兒數將更低……這是未來婦產科可以預見的重要議題。

期望新的一年，我們可以用專業克服這些險阻，一步一腳印地在醫病關係、醫療制度、少子化課題……全力投入，吸收新知，穩健而踏實地開創一條大道，與世界一起挺過疫情寒冬，成為穩固臺灣的基石之一。

而醫療技術已經進入基因治療、細胞治療、單孔微創手術 LESS、自然孔道 NOTES、機器人手臂、無創手術等等，雖然一日千里，但醫療始終無法脫離生活，在重重關卡之下，更期許可以更貼近人情，以病人為重心，打造有溫度醫療。寒雨有時，豔陽有時，新的一年在各位醫師的用心努力下，一定能夠看到更開闊的天空。

祝福所有會員及前輩虎虎生風，身體健康，闔家平安，事事順心！

秘書長的話

黃建霖

各位會員新年好：

COVID-19 本土疫情於今年年初再起，Omicron 的超高傳染力，讓突破性感染頻傳，雖重症、死亡率比 Delta 少許多，但國外海嘯般的新確診個案數，也讓總傷亡人數不亞於前一波的高峰期，不可不慎。所幸第三劑加強劑仍能有效地進一步壓低重症及死亡率，加上新的抗病毒藥物問世，相信在不久的將來，全球大流行及旅行、生活的限制，終將過去，取而代之的應是偶發性的局部性疫情，人類必須學習與其長期共存的新生活方式，而在那之前，做好個人防疫措施，提升免疫力，減少出入危險場所，盡量接受加強劑施打，仍相當重要。

去年的生產數再創新低，僅有 15 萬 3 千多人，比死亡人數少了兩萬，台灣正式步入「生不如死」的人口負成長時代，加上今年又逢虎年，若按上個虎年出生數較牛年少 15% 來計算，今年將只有 13 萬人，當然新一代人的想法或許不同，加上去年七月開始的不孕症補助，預計能多幾千個新生兒，期望年底時能不少於 14 萬。1/22 下午也於學會召開人口政策委員會，大家集思廣益為台灣的未來提供良方，而縱觀各國政府對少子女化的投資，有顯著成效的每年多投入其 3-5% 的國民生產總額，而相比台灣目前投入的金額每年才 100 多億，只佔國民生產總額的 0.1% 不到，實在太少，成效不彰是可預見的，少子女化既是全國都認同的國家危機，這值得大家好好的來思考及爭取，減稅、補房、優質托育、友善環境、獎勵企業投入、尊榮孕產婦措施等等，這是需要全民一起來才能解決的問題。

但疫情期間，也不是都沒好事，首先恭喜林靜儀醫師順利當選中二選區立委，而且是在全國矚目競爭激烈的情況下，贏得漂亮的一戰，她也是現任立委中唯一的婦產科醫師，林靜儀委員過去就曾多次幫助學會，每次對學會的事都是全力相挺，此次她的當選，對婦產科及婦幼健康、都是一大利多，我們一起恭喜她。

1/15 也召開今年度首次的人力規劃委員會，感謝召集人 蘇聰賢院士及各訓練醫院領導者的辛勞參與，會中決議以後新加入的訓練醫院若要起訓，需有委員會的討論通過，避免珍貴的婦產科訓練容額最終因新訓練醫院招不到人而浪費掉，也將 PGY2 未召到及有退訓者的名額，先放在學會的大水庫裡，優先給非 PGY 主訓醫院招收 R，務求每個名額都能充分利用，避免現在每年都有數名缺額的浪費。也鼓勵各訓練醫院去爭取醫中名額，增加婦產科訓練員額及偏鄉支援所需的人力，兩全其美。

今年年會將於 6/18-19 於台北圓山飯店舉行，1/22 下午學術委員會也召開第二一次籌備會議，今年的口頭報告及海報、影片共有 307 份投稿，各次專科專題演講也有 30 多個，還有 37 個年輕醫師英文口頭報告，以及大會演講、外賓視訊、醫法倫、住院醫師訓練課程，感謝召集人陳思原教授及各學術委員的籌畫，以及所有會員的努力投稿，相信今年內容也必將精采豐富。

自費醫療發展課程，也於 1/16 在高雄、1/23 在台中順利進行，感謝大家的熱情參與，相信與會者均有收穫，再來還有 2/13 台南場，目前還有名額，此課程無視訊，歡迎大家繼續報名及現場來參加。

國際上，學會也與亞太婦產科醫學會 (AOFOG)、國際婦產科聯盟 (FIGO) 及其各會員國保持良好互動，今年五月 AOFOG 年會，來自台灣的講者及座長，就有 17 人之多，應該是近幾年最多的一次，非常感謝大家的積極參與及接受學會的推薦。1/20、21 連續兩個半夜，理事長也率領台灣婦產科醫學會 (TAOG) 團隊參與 FIGO 常務理事會議，讓 TAOG 成為世界婦產科界重要的一員，可預見將來我們勢必在國際上得扮演份量更重的角色，為世界貢獻台灣的力量。會後更取得 FIGO 現任理事長 Jeanne Conry 首肯，將在 4/24 帶領美國婦產科醫學會 (ACOG) 的大老及團隊與 TAOG 舉辦國際視訊會議，並將在六月參與 TAOG 的年會，實在是我們的榮幸。

學會也預定在三月及五月規畫登山活動，待規劃完成，再與各位報告。

敬祝大家

福虎生風、新年快樂、身體健康、萬事如意。

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
3401	林麗雪	500	500	110年08月16日
1054	謝鵬輝	1,357	180,088	110年09月06日
0612	黃思誠	10,000	60,000	110年09月16日
1593	陳建銘	3,000	187,510	110年10月14日
2394	鄭雅敏	2,700	52,700	110年11月24日
2460	關祥彬	20,000	20,000	110年12月21日
1599	賴文福	50,000	500,000	110年12月29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、林錦義、吳香達、姜仁發、施景中、施俊雄、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、葉光芃、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

悼念 高添富醫師 法學博士

謝卿宏 院士



高添富醫師(1949-2021)

高添富醫師，1949年7月27日生，台北市人，1974年高雄醫學院醫學系畢業，任職長庚紀念醫院台北分院婦產科。1974年與夫人陳素禎女士結婚，育有二子，老大是美國史丹佛大學附設醫院醫師、老二為加州執業律師。

高醫師在台北長庚擔任婦產科主治醫師後，1982年在台北開業，成立高添富婦產科診所，稱「鴨嘴大夫」，學術俱優，不僅醫術高超，造福無數婦女同胞，論述更是豐富，著作等身，共有婦產科專業「臨床婦產科醫護手冊」(嘉洲出版社)與相關衛教書籍十餘本外，更有「醫療糾紛與醫師風險管理」(元氣齋出版社)等法律之論述數冊。

高醫師興趣廣泛，不僅對婦產科醫學著力甚深，對醫療法律議題更有使命感，因此，高醫師在行醫之餘，更傾力攻讀法律和保險，目的是想推動醫師醫療責任險的制度：所以，高醫師既是醫學系高材生，也是國立政治大學法律學系碩士(論著名稱：醫師責任與保險法制之研究，2002年畢業)，更是國立政治大學風險管理與保險學系博士(論文名稱：解決醫療糾紛民事責任之保險與法律制度，2009年畢業)。高醫師在接受「天下雜誌」訪問時曾說：「我學法，目的在建立醫生與社會、法界的溝通管道，創造健全的行醫環境，醫生可以安心行醫，醫療服務品質也才會提升。」，由此可見高醫師的用心與理想，令人動容！

高醫師除長期在台灣婦產科醫學會位居重要職位，如學會會員代表、理事、常務理事、名譽理事、顧問、以及會訊編輯委員會委員、醫療法制及醫療糾紛委員會召集人、和倫理紀律委員會委員外，也曾經擔任中華民國醫事法律學會理事長、台北市衛生局醫療爭議調處小組委員、和台灣醫師風險管理學會理事長。



台灣婦產科醫學會於 1996 年被內政部接管改組後的第十三屆理事會，在理事長黃思誠教授的領導下，順應會員需求成立醫療糾紛委員會（召集委員鐘坤井醫師）來幫助會員，期能和發生醫療爭議事件的會員共同解決相關的醫學學理和法律問題，高醫師當年就加入委員會。學會第十四屆理事長蔡明賢教授決定在會訊設立「法律信箱」專欄，並於 1998 年 7 月起依序由張少萌醫師、高添富醫師、薛瑞元律師醫師、和吳建樑醫師（東吳第一屆法學碩士，已於 2019 年往生）撰寫醫療法律之相關論述和文章，他們四人從頭開始長期奉獻學會醫療糾紛委員會，其中以高醫師貢獻最大。高醫師接著擔任學會第十五屆醫療糾紛委員召集人，此時委員會開始承接法院和檢察機關相關的鑑定案件，並對有醫療爭議案件的會員伸出援手。此外，高醫師開始每月定期在學會會訊專欄「法律信箱」撰寫與時事相關或是具教育意義的法律（學）文章，並於 2002 年 3 月將相關文章集結成冊，由學會印行「醫師如何面對醫療糾紛」乙冊，贈送學會會員執業參考。而且第十五屆「醫療糾紛委員會」也在高醫師的領導下，制訂能夠在最有效率的情形下即時協助發生醫療爭議或糾紛會員的相關辦法。

為了和政府承擔起訴和審判的檢察官和法官溝通，「醫療糾紛委員會」於第十六屆起改名為「醫療法制及醫療糾紛委員會」，高醫師繼續擔任召集人（副召集人為張少萌醫師、吳建樑醫師，陳天順醫師、和王炯琅醫師），學會也因而能在學理上幫助很多會員解決了非常難以應付的醫療糾紛。而對於公部門（法院或檢察署）委託鑑定的相關案件，為增加鑑定報告的正確性和周延性，高醫師建議學會要把醫療糾紛案件的鑑定分成二級：初審和複審（委員也分初、複審委員），以期學會能夠持續做公正的鑑定，以維護「台灣婦產科醫學會」在法界的口碑與影響力。此外，高醫師與吳建樑醫師在我個人擔任學會第十九屆理事長任內，於 2011 年 5 月 4 日開始多次在學會舉辦「醫療糾紛判決案例遠距討論會」，研討會利用網路舉辦，有各大醫學中心的醫師參加，討論會後學會遂據以製作 VCD 贈送會員，該等討論會對學會和台灣醫事法律的貢獻良多。

高醫師除在婦產科學外，花費近二十年攻研念法律和保險，一心想推動醫師醫療責任險制度，然無公部門之支持，孤掌難鳴，以致推動 10 年仍未有結果；吾人對高醫師為大家奉獻的高超理想，深表感恩與敬意。高醫師於 2021 年 11 月 15 日往生西方極樂世界，至今，吾等仍然感受到他對台灣婦產科界、台灣醫界和法律界、與台灣人民的熱誠與貢獻，特撰此文以為悼念。

高醫師，謝謝您！

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 111 年 1 月 10 日

發文字號：全醫聯字第 1110000029 號

主旨：有關 貴學會建議本會修訂「全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項」部分條文案，詳如說明，請 查照。

說明：一、復 貴學會 110 年 8 月 25 日台婦醫會總字第 110114 號函。

二、依據本會 110 年 10 月 20 日西醫基層醫療服務審查執行會（審查組）110 年第 2 次會議結論暨 110 年 11 月 28 日西醫基層醫療服務審查執行會 110 年第 3 次審查專家諮詢會議報告通過辦理。

三、貴會建議修訂旨揭部分條文，本會謹申謝忱。前揭建議業經本會相關會議討論，通過之增修訂條文對照表詳如附件。

附件

全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項增修訂條文對照表 (110/10/20)

婦產科

規範醫令代碼	增修訂條文	原條文	增修目的	增修依據
19013C	200502 婦科子宮病狀診療 200502062-01 適宜執行 「19003C 婦科超音波」及 「19013C 陰道式超音波」病症 以下列為原則： 1. 月經週期異常、子宮異常出血。 2. 腹痛。 3. 經痛、經血過多。 4. 不孕症評估（ <u>不包含已進入人工生殖治療流程，如濾泡監測等</u> ）。 5. 懷疑骨盆腔腫瘤（良性或惡性）。 6. 懷疑先天性生殖器官異常。 7. 懷疑泌尿道異常。 8. 懷疑骨盆腔感染。 9. <u>懷疑子宮內避孕器位置移位之檢查</u> 。 10. 懷疑子宮外孕。 11. 第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。 12. 早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。 13. 上次超音波檢查： (1) 有異常發現，再依據臨床狀況決定，1 個月以上不等的頻率繼續作超音波追蹤。 (2) 正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。 14. 其他慢性病兆之追蹤。	200502 婦科子宮病狀診療 200502062-01 適宜執行 「19003C 婦科超音波」及 「19013C 陰道式超音波」病症 以下列為原則： 1. 月經週期異常、子宮異常出血。 2. 腹痛。 3. 經痛、經血過多。 4. 不孕症評估。 5. 懷疑骨盆腔腫瘤（良性或惡性）。 6. 懷疑先天性生殖器官異常。 7. 懷疑泌尿道異常。 8. 懷疑骨盆腔感染。 9. <u>子宮內避孕器位置檢查</u> 。 10. 懷疑子宮外孕。 11. 第一次求診時病人的主述再加上理學檢查有疑慮時適合應用。 12. 早期懷孕之合併症，如先兆性流產、不完全流產等。 13. 上次超音波檢查： (1) 有異常發現，再依據臨床狀況決定，1 個月以上不等的頻率繼續作超音波追蹤。 (2) 正常時，臨床有新狀況時可考慮再實施超音波檢查。 14. 其他慢性病兆之追蹤。	<input type="checkbox"/> 確保病人安全 <input type="checkbox"/> 減少不當醫療服務量 <input checked="" type="checkbox"/> 配合醫療服務給付項目及支付標準/藥物給付項目及支付標準修訂 <input type="checkbox"/> 增進醫療照護之公平性 <input type="checkbox"/> 提升醫療照護品質 <input type="checkbox"/> 助於減少臨床行為之差異 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 醫療服務給付項目及支付標準或藥物給付項目及支付標準之藥品給付規定修訂說明 <input type="checkbox"/> 爭審會爭議審議原則 <input type="checkbox"/> 實證醫學證據等級（檢附文獻如附件） <input type="checkbox"/> 1++ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2++ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
修訂說明				
依婦產科醫學會建議條文酌修部分文字。				

更年期醫學：尿酸與心血管疾病



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

血液中如尿酸過高就容易產生 monosodium urate 結晶，如沉澱在關節和組織中就導致痛風（gout）。尿酸乃嘌呤（purines）經 xanthine oxidase 作用後的終產物，常在海鮮、肉類、含果糖果汁等食物中，痛風（高尿酸）好發於停經後婦女^[1]、台灣人^[2]以及子癲前症^[3]、多囊性卵巢囊腫（polycystic ovary syndrome, PCOS）、子宮內膜異位^[4]、急性腫瘤溶解症後群、高血壓、糖尿病、慢性腎臟病之患者。此外，高尿酸血症（血清尿酸值在男性 > 6.8 mg/dL、女性 > 6 mg/dL）會有高的心血管疾病死亡率和全部死亡率，值得我們重視。

◆尿酸的新陳代謝

嘌呤乃製造核酸 DNA 和 RNA 之成份，是維持血小板、肌肉和神經傳導等生理功能的重要因素，可以由內源性產生，也可從食物中攝取。嘌呤的兩種化合物 AMP（adenosine monophosphate）和 GMP（guanine monophosphate）經各種酵素分解，最終就成為尿酸（ $C_5H_4N_4O_3$ ，7,9-dihydro-1H-purine-2,6,8(3H)-trione），此乃一種弱酸，分子量 168Da，內源性尿酸由肝臟、小腸、肌肉、腎臟和血管內皮所合成^[5]；或由 DNA/RNA 破壞（如腫瘤溶解症後群）、ATP（adenosine triphosphate）破壞（如食用果糖和啤酒）而來^[6]。尿酸經 uricase 分解成尿囊素（allantoin），再由尿液中排出。尿酸正常參考值在女性為 1.5-6.0 mg/dL、在男性為 2.5-7.0 mg/dL^[5]。尿酸大部份是以尿酸鹽（urate）存在，尿酸在血中濃度如 > 6.8 mg/dL，尿酸就成為 monosodium urate 的結晶^[5]。如血中尿酸濃度增加，就會產生尿酸結晶，如沉澱於手腳關節中，稱痛風石（tophus），臨床上稱痛風（gout），如在腎臟則稱腎結石。尿酸 2/3 由尿液排出，1/3 由大便排出。

◆高尿酸血症與心血管疾病死亡

高尿酸血症與心血管疾病息息相關，甚至有高死亡風險。

2008年，Strasak等^[7]統計分析28613位、平均62.3歲婦女，平均追蹤15.2年，以4等分法計算，在1/4最高尿酸血症（ ≥ 5.41 mg/dL）與1/4最低尿酸血症（ ≤ 3.70 mg/dL）做比較，會增加全部心臟病死亡率、鬱血性心臟衰竭（congestive heart failure, CHD）和中風的比率，危險比率（hazard ratio, HR）分別為1.35（95%信賴區間1.20-1.52）、1.50（95%信賴區間1.04-2.17、 $p < 0.0001$ ）和1.37（95%信賴區間1.09-1.74、 $p=0.018$ ）。

2017年，Xu等^[8]綜合分析13篇文章、共9371位高尿酸血症（尿酸值5.4-7.05 mg/dL）患者，在中/長期（ ≥ 6 個月）死亡率增加，危險比率（risk ratio, RR）2.32（95%信賴區間2.00-2.70），短期（ ≤ 303 天）死亡率亦增加，RR 3.09（95%信賴區間2.58-3.71）。

2019年，Rahimi-Sakak等^[9]綜合分析32篇文章、共1134073位、平均55.9歲受研者，平均追蹤9年，結果在最高尿酸血症與最低者作比較，心血管疾病死亡率較高，HR 1.45（95%信賴區間1.33-1.58）。尿酸引起血管硬化的可能原因包括細胞內的氧化壓力（oxidative stress），減少氧化氮（nitric oxide）產生，同時並活化血小板和血管內的內皮細胞等作用。

2021年，Otaki等^[10]研究報告在15979位受研者，檢查高尿酸血症（血清urate > 7 mg/dL）結果有10.8%（男性21.8%、女性2.5%）罹患。經9年追蹤，有5952位死亡（包括1164位死於心血管疾病）。經分析，有高尿酸血症的全部死亡率比無高尿酸血症者為高，HR 1.36（95%信賴區間1.41-2.01）。結論是：有高尿酸血症患者死亡風險較高，尤其在男性、吸菸和腎功能差者尤甚。該作者建議高尿酸血症患者宜使用降尿酸藥物，以減少死亡風險。

2021年，Tseng等^[11]在台北統計127771位、 > 65 歲的受研者，平均追蹤5.8年，有16439位死亡（包括3877位死於心血管疾病）。如與血清尿酸值4至 < 5 mg/dL比較，血清尿酸 < 4 mg/dL者（表示營養不良）全部死亡率和心血管相關死亡率會增加，分別HR 1.16（95%信賴區間1.07-1.25）和HR 1.19（95%信賴區間1.00-1.40）；如血清尿酸 > 7 mg/dL者全部死亡率和心血管相關死亡率亦增加，分別HR 1.13（95%信賴區間1.06-1.21）和HR 1.17（95%信賴區間1.04-1.32）。由於高尿酸會造成血管內皮功能異常發炎和氧化壓力，即U形的分佈太高和太低的血清尿酸值死亡率皆高。

◆高尿酸血症與高血壓

許多實驗和臨床上研究均認為，血清尿酸值升高可能會產生高血壓^[12]，而且會發生在5年內，無論大人或小孩。尿酸引起高血壓的機轉有：(1)血管：有血管發炎、氧化壓力增加、氧化氮減少、血管平滑肌增生、內皮細胞功能異常；(2)腎臟：增加renin量、減少氧化氮、間質性（interstitial）發炎和纖維化、微血管減少等^[12]。

2011年，Grayson等^[13]綜合分析18篇文章、共55607位患者，高尿酸血症平均為6.2

(4.6-7.0) mg/dL，高血壓定義為 $\geq 140/90$ mmHg。結果高尿酸血症有高血壓風險，RR 1.41 (95% 信賴區間 1.23-1.58)，且尿酸值每增加 1 mg/dL，高血壓發生率 RR 1.13 (95% 信賴區間 1.06-1.20)，且在年輕 ($p=0.02$) 和女性者 ($p=0.059$) 越明顯。

2021 年，Cox 等 [14] 綜合分析 3 篇文章、共 72289 位痛風患者，發現 63.9% 有高血壓 (95% 信賴區間 0.245-0.906)，比例相當高。

有些高尿酸血症患者可能有慢性腎臟疾病和使用利尿劑而產生，有些則無此情況。兒童和青少年如尿酸值在 5.2-5.5 mg/dL，便可能發生高血壓；孕婦通常血清尿酸值 < 4 mg/dL，如有高血壓和子癲前症則 > 4 mg/dL [6]。

高血壓會導致中風、心臟衰竭和腎臟衰竭等不良預後，需要治療。在高尿酸血症併高血壓患者，可考慮使用減少尿酸的藥物，如 allopurinol (xanthine oxidase 抑制劑)、probenecid (uricosuric 藥物)；降血壓藥物可使用 losartan (angiotensin II receptor 阻斷劑)、amlodipine (calcium channel 阻斷劑)。Losartan 能抑制尿酸的再吸收，因此有助排出尿酸，減少尿酸值 [15]。

◆ 心肌梗塞

心肌梗塞是一種很嚴重的心臟病，死亡率高，故預防至關重要。

2010 年，Kim 等 [16] 綜合分析 26 篇文章、共 402999 位成年人，有高尿酸血症者會增加冠心症 (coronary heart disease) 風險，RR 1.34 (95% 信賴區間 1.19-1.49) 和死亡率 RR 1.46 (95% 信賴區間 1.20-1.73)。進一步分析，在男性高尿酸血症者不會增加冠心症發生率 / 死亡率，但在女性死亡率會增加，RR 1.67 (95% 信賴區間 1.30-2.04)。

2013 年，台灣 Kuo 等 [17] 研究統計 704503 位風濕免疫科的門診患者，其中痛風者有 26556 位 (3.8%)，結果共 3718 位發生心肌梗塞 (有痛風者有 463 位、無痛風者有 3255 位)、36 位死亡 (有痛風者有 36 位、無痛風者有 264 位)。分析結果，有痛風者與無痛風者比較，發生心肌梗塞風險 HR 1.23、死亡率 HR 1.26。結論是：痛風患者有高的心肌梗塞風險和死亡率。

2021 年，Cox 等 [14] 綜合分析 8 篇文章、共 416445 位痛風患者，發生心肌梗塞者佔 2.8% (95% 信賴區間 1.6-5.0)，風險較無痛風者為高。

◆ 心房顫動

心房顫動 (atrial fibrillation, AF) 是最常見的心律不整，會誘發中風、心臟衰竭、失智和死亡，最常見的危險因子有年長、男性、風濕性心臟病、高血壓、鬱血性心臟衰竭、甲狀腺功能過高和糖尿病等。心房顫動的原因不明，但推測與發炎和氧化壓力有關聯；同時尿酸會造成左心房擴大 (atrial remodeling) [18]；另有一說，肺靜脈會自主性放電，引起心臟不正常收縮而導致 [18]。

2014年，Tamariz 等^[19] 研究分析 138306 位、平均 54 歲受研者，平均追蹤 12 年，有 3466 位發生心房顫動。在高尿酸血症與無高尿酸血症者做比較（除 400 例以尿酸 5 mg/dL 分界外，其餘以 7 mg/dL 為分界），心房顫動發生率分別為 10% 和 6%，RR 1.67（95% 信賴區間 1.23-2.27）。結論是：高尿酸血症是心房顫動的好發因子。

2016年，Kuo 等^[20] 研究分析 45378 位、平均 62.4 歲的痛風患者，並與 45378 位無痛風者做比較，心房顫動的發生率分別為 7.42% 和 2.83%，OR 1.45（95% 信賴區間 1.29-1.62）。經 1、2、5 和 10 年追蹤，痛風組心房顫動發生率分別為 1.08%、2.03%、4.77% 和 9.68%，無痛風組心房顫動發生率分別為 0.43%、1.08%、2.95% 和 6.33%（ $p < 0.001$ ）。結論是：痛風（高尿酸血症）者發生心房顫動的風險較高。

◆ 栓塞

高尿酸血症同時是心血管和血管栓塞的危險因子。尿酸對血管的傷害包括下列機轉：(1) 氧化壓力：會抑制心肌細胞活性；(2) 發炎：會干涉抗凝血系統，抑制纖維溶解（fibrolysis），以致血管粥狀硬化而形成栓塞，並產生 C-反應蛋白、介白質 -6 和腫瘤壞死因子 α ；(3) 內皮功能異常：會增加血小板活化因子和內皮素 -1（endothelin-1），導致血管收縮，並活化組織因子（tissue factor, TF）、plasminogen activator inhibitor-1（PAF-1）、von Willebrand factor 和因子 V（factor V），形成栓塞^[21]。

2016年，Kubota 等^[22] 統計分析 14126 位、平均 45-64 歲的受研者，經 11 年的追蹤，有 632 位發生靜脈栓塞。如以尿酸值 ≤ 4.9 、5.0-5.9、6.0-6.9、7.0-7.5、7.6-8.7、 ≥ 8.8 （mg/dL）來區分，靜脈栓塞發生率 HR 分別為 1、1.40、1.43、1.91、1.71、3.25（ p trend < 0.001 ）；如發生痛風者，則呈無統計意義的增加，HR 1.33（95% 信賴區間 0.95-1.86）。結論是：尿酸會增加靜脈栓塞的風險，可作為診斷靜脈栓塞的標記。

而在過去已有靜脈栓塞病史，高血清尿酸是否會增加復發性靜脈栓塞風險？2021年，De Lucchi 等^[23] 研究分析 280 位曾有靜脈栓塞的病患，經 71.1 個月的追蹤，在血清尿酸值 > 5.55 mg/dL 者並與 < 4.37 mg/dL 者做比較（在 50 次靜脈復發）風險增加 3 倍，HR 3.04（95% 信賴區間 1.15-8.05、 $p=0.025$ ）。

◆ 結論

三高（高血壓、高血糖和高血脂）危害身體健康，而尿酸或可稱為第四高，因高尿酸影響心臟疾病甚鉅，心臟疾病又是高死亡率，因此對高尿酸的預防和治療應加以重視。有報告指出，血清中尿酸 > 4.7 mg/dL 會增加全部死亡率、 > 5.6 mg/dL 會提高心臟心血管疾病死亡風險，比起一般認為尿酸在男性 > 7 mg/dL 和女性 > 6 mg/dL 才算高尿酸血症更為嚴格。降低血清尿酸值可使用 xanthine oxidase 抑制劑（allopurinol 和 febuxostate），尤其 allopurinol 能降低全部

死亡率和心肌梗塞、鬱血性心臟衰竭等風險，效果佳，但須注意皮膚嚴重過敏問題。另外，鈉-葡萄糖共運轉-2 抑制劑（sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor, SGLT-2）如 empagliflozin、dapagliflozin、canagliflozin 等，可以使血糖停留在腎小管中，抑制尿酸再吸收並促進排泄，因此能減少各種心臟疾病的發生率和死亡率，對健康有幫助 [24,25]。

◆ 參考文獻

1. Shahin L, Patel KM, Heydari MK, et al. Hyperuricemia and cardiovascular risk. *Cureus* 2021; 13(5): e14855.
2. Clebak KT, Morrison A, Croad JR, et al. Gout: rapid evidence review. *Am Fam Physician* 2020; 102(9): 533-8.
3. Livingston JR, Payne B, Brown M, et al. Uric acid as a predictor of adverse maternal and perinatal outcomes in women hospitalized with preeclampsia. *J Obstet Gynecol Can* 2014; 36(10): 870-7.
4. Hu J, Xu W, Yang H, et al. Uric acid participating in female reproductive disorders: a review. *Reprod Biol Endocrinol* 2021; 19: 65.
5. Maiuolo J, Oppedisano F, Gratteri S, et al. Regulation of uric acid metabolism and excretion. *Int J Cardiol* 2016; 213: 8-14.
6. Sanchez-Lozada LG, Rodrigue-Iturbe B, Kelley EE, et al. Uric acid and hypertension: An update with recommendation. *Am J Hypertens* 2020; 33(7): 583-94.
7. Strasak AM, Kelleher CC, Brant LJ, et al. Serum uric acid is an independent predictor for all major forms of cardiovascular death in 28,613 elderly women: A prospective 21-year follow up study. *Int J Cardiol* 2008; 125: 232-9.
8. Xu Q, Zhang M, Abeysekera IR, et al. High serum acid levels may increase mortality and major adverse cardiovascular events in patients with acute myocardial infarction. *Saudi Med J* 2017; 38(6): 577-85.
9. Rahimi-Sakak F, Maroofi M, Rahmani J, et al. Serum uric acid and risk of cardiovascular mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies of over a million participants. *BMC Cardiovascular Disorders* 2019; 19: 218.
10. Otaki Y, Konta T, Ichikawa K, et al. Possible burden of hyperuricaemia on mortality in a community-based population: a large-scale cohort study. *Sci Rep* 2021; 11: 8999.
11. Tseng WC, Chen YT, Qu SM, et al. U-shaped association between serum uric acid levels with cardiovascular and all-cause mortality in the elderly: the role of malnourishment. *J Am Heart Assoc* 2018; 7: e007523.
12. Feig DI, Kang D, Johnson RJ. Uric acid and cardiovascular risk. *New Eng J Med* 2008; 359(17):

- 1811-21.
13. Grayson PC, Kim SY, LaValley M, et al. Hyperuricemia and incident hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res* 2011; 63(1): 102-10.
 14. Cox P, Gupta S, Zhao SS, et al. The incidence and prevalence of cardiovascular diseases in gout: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int* 2021; 41: 1209-19.
 15. Piani F, Cicero AFG, Barghi C. Uric acid and hypertension: prognostic role and guide for treatment. *J Clin Med* 2021; 10: 448.
 16. Kim SY, Guevara JP, Kim KM, et al. Hyperuricemia and coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res* 2010; 62(2): 170-80.
 17. Kuo CF, Yu KH, See LC, et al. Risk of myocardial infarction among patients with gout: a nationwide population-based study. *Rheumatology* 2013; 52(1): 111-7.
 18. Maharani N, Kuwabara M, Hisatome I. Hyperuricemia and atrial fibrillation. Possible underlying mechanism. *Int Heart J* 2016; 57(4): 395-9.
 19. Tamariz L, Hernandez F, Bush A, et al. Association between serum uric and atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Heart Rhythm* 2014; 11: 110-8.
 20. Kuo CF, Matthew J, Christian M, et al. Impact of gout on the risk of atrial fibrillation. *Rheumatology* 2016; 55(4): 721-8.
 21. Tapoi L, Salaru DL, Sascau R, et al. Uric acid-an emergent risk marker for thrombosis? *J Clin Med* 2021; 10(10): 2062.
 22. Kubota Y, McADAMS-DeMaxo M, Folsom AR. Serum uric acid, gout, and venous thromboembolism: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Thromb Res* 2016; 144: 144-8.
 23. De Lucchi L, Nardin C, Sponchiado A, et al. Serum uric acid levels and the risk of recurrent venous thromboembolism. *J Thromb Haemost* 2021; 19(1): 194-201.
 24. Yu W, Cheng JD. Uric acid and cardiovascular disease: an update from molecular mechanism to clinical perspective. *Front Pharmacol* 2020; 11: 582680.
 25. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 對婦女健康十分重要的一種藥物. 台灣婦產科醫學會會訊 2019年4月 p13-9.

問 答 題

一、尿酸的來源有？

(A) 食物中嘌呤；(B) DNA/RNA 的破壞；(C) ATP 的破壞；(D) 以上皆是

二、高尿酸血症的定義為何？

(A) 男性 > 7 mg/dL；(B) 女性 > 6 mg/dL；

(C) 青少年 > 5.5 mg/dL；(D) 以上皆是

三、高尿酸會增加何種心臟疾病？

(A) 高血壓；(B) 心肌梗塞；(C) 心房顫動；(D) 以上皆是

四、尿酸導致心臟疾病的可能機轉為何？

(A) 氧化壓力；(B) 發炎；(C) 血管內皮功能異常；(D) 以上皆是

五、下列何種藥物可降低血清中尿酸？

(A) allopurinol；(B) febuxostate；(C) dapagliflozin；(D) 以上皆是

第 302 期通訊繼續教育

答案：一、(D)；二、(A)；三、(C)；四、(D)；五、(D)

胎兒腦室過大的產前診斷與挑戰

臺中榮民總醫院婦女醫學部住院醫師 牛思云

主治醫師 林俐伶

◆前言

標準的胎兒產前超音波檢查包含腦室寬度的量測，從妊娠 15 週開始就可以診斷腦室過大，而妊娠 15 週到妊娠 40 週，腦室寬度的診斷標準都一樣（側腦室大於 1cm），並不會隨著週數有所改變。統計上大概每 1000 個胎兒會有 0.3-2.5 位有腦室過大的情形^[1, 2]。本文分享了兩位產前診斷胎兒腦室過大的案例，但兩者的結果截然不同，顯示診斷胎兒腦室過大之後，後續的產前諮詢和處置才是更大挑戰。

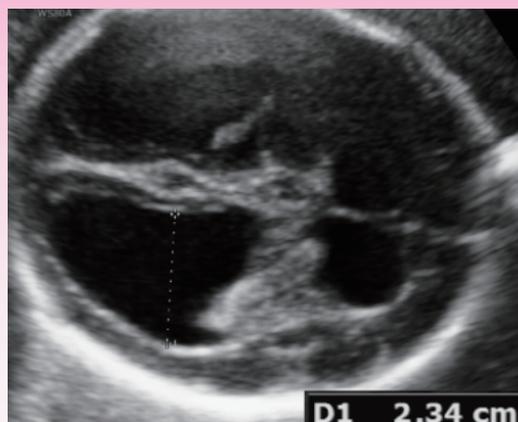
案例一

一位第二胎的 36 歲女性，產檢一切正常，但從懷孕 21 週開始，出現陣發性上心室心搏過速 (paroxysmal supraventricular tachycardia, PSVT) 的情形。她從懷孕 25 週又 3 天開始使用 Bisoprolol，但還是有心悸的症狀，伴隨血壓降低 (80-90/50-60 mmHg)，並且開始出現子宮收縮和陰道出血，因此在懷孕 25 週又 5 天的時候接受心導管射頻燒灼術 (Radiofrequency ablation, RFA)。

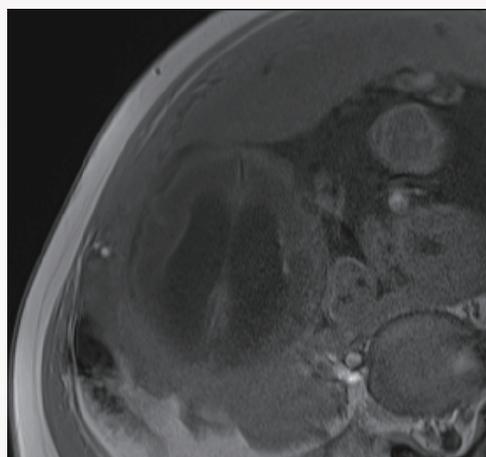
病人術後恢復良好，懷孕 27 週又 1 天時產檢卻發現胎兒雙側腦室過大 (ventriculomegaly) (圖一)，側腦室 (lateral ventricle) 量起來有 1.92 公分，頭圍大一週 (26.02 公分)，胎兒頭骨橫徑 (BPD, biparietal diameter) 符合週數 (6.8 公分)。在四天後的追蹤，側腦室變成 2.34 公分 (圖二)。胎兒的 MRI 顯示腦室間沒有腫瘤壓迫，是交通性水腦 (communicating hydrocephalus)。T1 影像顯示右腦室有高訊號 (圖三)，T2 影像顯示右腦室有低訊號的情形 (圖四)，懷疑有出血的狀況 (previous hemorrhage insult)。後續懷孕 28 週又 3 天再追蹤，側腦室又持續增大為 3.02 公分。與產婦討論後選擇終止妊娠 (當時懷孕 29 週)。胎兒娩出後外觀無異常，也沒有可見的神經管缺陷。



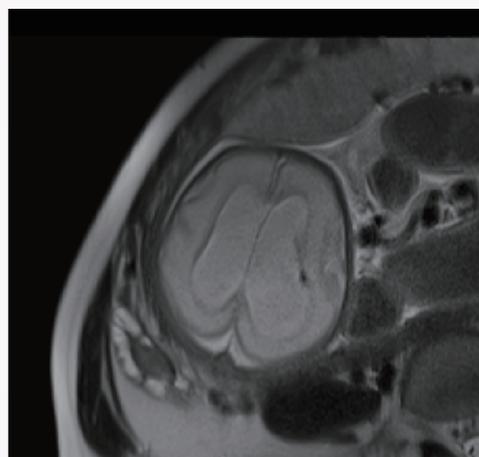
圖一、懷孕 27 週又 1 天的胎兒腦部超音波影像



圖二、懷孕 27 週又 5 天的胎兒腦部超音波影像



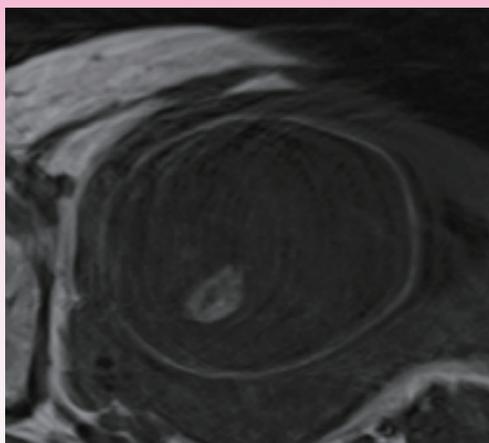
圖三、懷孕 27 週又 4 天的胎兒核磁共振 T1 影像



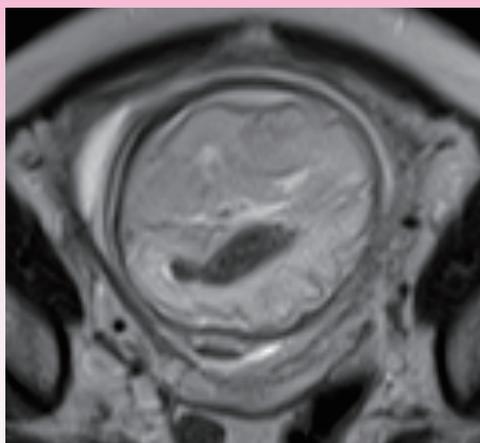
圖四、懷孕 27 週又 4 天的胎兒核磁共振 T2 影像

案例二

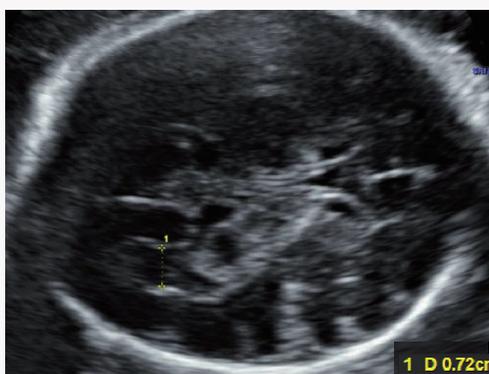
第二個案例是一位第二胎的 33 歲女性，第一胎足月自然產，無特殊異常。這一胎在妊娠 31 週又 1 天時，發現右腦室有明顯 echogenic 的區域 (41mmx12mm)。隨後在妊娠 31 週又 5 天照了 MRI，發現右腦室在 T1 呈現高訊號 (圖五)，T2 影像呈現低訊號 (圖六)，顯示有右腦室內出血 (intraventricular hemorrhage)，並且伴隨有輕微的腦室過大 (mild ventriculomegaly)，其餘透明中膈 (cavum septum pellucidum) 和胼胝體 (corpus callosum) 的結構正常。在妊娠 32 週又 1 天的超音波追蹤，發現腦室的寬度為正常範圍 (7mm) (圖七)，echogenic 區域的大小也降為 31mmx15mm，以腦室內出血 (intraventricular hemorrhage) 的分期來說，為 grade II (圖八)。在隨後妊娠 34 週又 1 天的超音波追蹤，病灶無擴大，妊娠 36 週時病灶縮小。胎兒出生後無異常 (Apgar score 6 轉 9，體重 3080 克)，產後的腦部超音波顯示正常腦室大小，其餘腦部結構無異常發現。



圖五、T1 影像，懷孕 31 週又 5 天



圖六、T2 影像，懷孕 31 週又 5 天



圖七、懷孕 32 週又 1 天，右腦室寬度 7mm



圖八、懷孕 32 週又 1 天，IVH grade II

◆ 討論

胎兒腦室過大 (Fetal cerebral ventriculomegaly) 的臨床診斷是胎兒腦室寬度大於 1 公分，1 公分大約比整體族群腦室寬度的平均值高出三到四個標準差。以程度上來說，可以分成輕微 (mild)10~12mm、中度 (moderate)13~15mm、和嚴重 (severe)>16mm。胎兒腦室過大 (ventriculomegaly) 和胎兒腦水腫 (hydrocephalus) 不同，胎兒腦水腫指的是腦室內壓力上升造成的腦室擴大。然而因為胎兒還在子宮內，無法監測腦室壓力，因此這兩個名詞常常會混用。以成因來說，胎兒腦室過大可能肇因於腦組織缺失 (brain tissue loss) 或腦萎縮 (generalized brain atrophy)。而胎兒腦水腫的常見原因則是神經管缺陷 (neural tube defects)、感染、腦室內出血 (intraventricular hemorrhage)、創傷、腫瘤等 [3]。

	胎兒腦室過大 (ventriculomegaly)	胎兒腦水腫 (hydrocephalus)
定義	腦室擴大，側腦室寬度大於 1 公分 (妊娠 15 到 40 週都是這個標準) [4]	腦室內壓力上升造成腦室擴大
成因	<ol style="list-style-type: none"> 1. 腦組織缺失 (brain tissue loss) 2. 腦萎縮 (generalized brain atrophy) 3. 其他會影響腦室內壓力上升的原因 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 神經管缺陷 (neural tube defects) 2. 感染 3. 腦室內出血 (intraventricular hemorrhage) 4. 創傷 5. 腫瘤 6. 其他

胎兒腦室過大 (Fetal cerebral ventriculomegaly)，影響預後的主要因素不是腦室擴大的程度，而是造成腦室擴大的原因。單純胎兒腦室過大 (isolated fetal ventriculomegaly) 指的是產前檢查除了胎兒腦室過大以外，沒有小腦延髓下疝畸形症 (Chiari malformation)、神經管缺陷 (neural tube defects)、第四腦室孔閉塞異常 (Dandy walker malformation)、胼胝體發育不全 (agenesis of the corpus callosum) 等其他異常。

2018 年的 AJOG 建議 [5]，一旦發現胎兒腦室過大，應做感染檢驗，包含巨細胞病毒 (cytomegalovirus, CMV) 和弓形蟲 (toxoplasmosis)。如果輕微的胎兒腦室過大，應抽羊水做染色體微陣列 (chromosomal microarray)，如果為輕微或中度胎兒腦室過大，應進一步做胎兒核磁共振檢查 (fetal MRI)。至於胎兒的生產時機和方式，則應該遵照一般的產科常規。如果僅為輕微單純胎兒腦室過大 (mild isolated fetal ventriculomegaly)，胎兒出生後大多是正常的。

回到案例一遇到的臨床情境，如何和產婦諮詢將是重要議題。以單純嚴重胎兒腦室過大 (isolated severe fetal ventriculomegaly) 來說，一篇 2012 年發表在 ACOG 的論文，共收錄了 79 個 case [6]，顯示有 51.9% 的產婦選擇終止妊娠，而選擇繼續懷孕的產婦中 (共 37 位產婦)，有 16.2% 發生新生兒死亡 (neonatal death)。這篇研究也提到，這些一開始產前診斷為單純嚴重腦室過大的胎兒，在產後發現其他產前未診斷出異常的比例有將近三成，產前未診斷出的異常包含胼胝體發育不全 (占 7.6%)、消化系統異常 (占 3.8%)、Walker-Warburg syndrome (占 3.8%) 等等多種原因。

胎兒可能發生嚴重腦室過大的時間與產婦做心導管射頻燒灼術的時間接近，我們也在思考是否有相關，但經過文獻回顧，有零星案例報告顯示，對於藥物不足以控制的 PSVT 孕婦，接受心導管射頻燒灼術治療大多是成功的，也幾乎沒有對胎兒造成不良影響的報告 [7, 8, 9, 10]。胎兒出現嚴重腦室擴大可能起因於腦出血，但最後我們仍無法明確得知腦出血的原因。

案例一是嚴重的腦室過大，在 MRI 中懷疑有腦出血，腦室過大的情形在後續追蹤逐漸惡化。而案例二一開始 MRI 診斷僅為輕微腦室擴大，後續追蹤逐漸改善。在 2005 年的 UOG 中提到腦室內出血 (intraventricular hemorrhage, IVH) [11]，可以分成四個 grades [9]，而 UOG 的另一

篇論文，收集了 109 個腦室內出血的案例^[12]，統計發現 grade I 加上 grade II，與 grade III 加上 grade IV 的周產期死亡率 (perinatal mortality) 分別是 7% 和 44%，可以發現腦出血的嚴重程度和預後有很大的相關。

腦室內出血的分級	
Grade I	出血僅侷限在室管膜下的生長胚質 (subependymal germinal matrix)
Grade II	1. 出血範圍小於 50% 的腦室 2. 側腦室不大於 15mm
Grade III	1. 出血範圍大於 50% 的腦室 (單側或雙側)，並伴隨腦室過大 2. 沒有明顯腦實質的損害 (parenchymal injury)
Grade IV	Grade I 到 Grade III 的腦室內出血，伴隨腦室周圍實質 (periventricular parenchyma) 大規模出血

◆ 結語

在 2018 年 AJOG 的 guideline 有建議，若發現輕微的腦室過大建議抽羊水並做進一步 microarray 的檢測。但這兩個案例在與產婦討論後，我們都沒有進一步抽羊水檢查染色體基因的問題。一篇 2014 年發表在 Journal of Obstetrics and Gynaecology 的文章收集了 140 個胎兒腦室過大的案例^[13]，裡面大約有 5% 的胎兒最後有檢查出染色體異常。如果再進一步用腦室過大是否合併重大異常分成兩類，那無合併重大異常的案例大約有 9.3% 有染色體異常，高於有合併重大異常的 2.3% (這一部分各篇 paper 的結論不一，也有不少持相反結論的 paper，但因為樣本數不多，多半沒有統計上的意義)。

相對於案例一在討論後選擇終止妊娠，案例二最後順利生產，並且在後續的新生兒超音波追蹤腦部無發現異常，從兩個案例可以發現胎兒腦室過大，甚至合併腦出血可以有截然不同的結果。在診斷腦室過大以後，產前的諮詢和追蹤更是一大挑戰，提醒我們在面對每一個產婦及胎兒都須更謹慎小心。

◆ 參考文獻

1. Wilhem C, Keck C, Hess S, Korinthenberg R, Breckwoldt M. 1998. Ventriculomegaly diagnosed by prenatal ultrasound and mental development of the children. Fetal Diagnosis and Therapy 13:162–166.
2. Cardoza JD, Goldstein RB, Filly RA. 1988. Exclusion of fetal ventriculomegaly with a single

- measurement: the width of the lateral ventricular atrium. *Radiology* 169:711–714.
3. McAllister II, James P. "Pathophysiology of congenital and neonatal hydrocephalus." *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. Vol. 17. No. 5. WB Saunders, 2012.
 4. Pilu G, Reece EA, Goldstein I, Hobbins JC, Bovicelli L. Sonographic evaluation of the normal developmental anatomy of the fetal cerebral ventricles: II. The atria. *Obstet Gynecol*. 1989 Feb;73(2):250-6. PMID: 2643068.
 5. Fox, Nathan S., et al. "Mild fetal ventriculomegaly: diagnosis, evaluation, and management." *American journal of obstetrics and gynecology* 219.1 (2018): B2-B9.
 6. Hannon, Therese, et al. "Epidemiology, natural history, progression, and postnatal outcome of severe fetal ventriculomegaly." *Obstetrics & Gynecology* 120.6 (2012): 1345-1353.
 7. Szumowski, Lukasz, et al. "Ablation of severe drug-resistant tachyarrhythmia during pregnancy." *Journal of cardiovascular electrophysiology* 21.8 (2010): 877-882.
 8. Bongiorno, Maria Grazia, et al. "Radiofrequency catheter ablation of atrioventricular nodal reciprocating tachycardia using intracardiac echocardiography in pregnancy." *Europace* 10.8 (2008): 1018-1021.
 9. Kanjwal, Yousuf, et al. "Successful radiofrequency catheter ablation of left lateral accessory pathway using transseptal approach during pregnancy." *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology* 13.3 (2005): 239-242.
 10. Bombelli, F., et al. "Radiofrequency catheter ablation in drug refractory maternal supraventricular tachycardias in advanced pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 102.5 (2003): 1171-1173.
 11. Elchalal, U., et al. "Fetal intracranial hemorrhage (fetal stroke): does grade matter?." *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 26.3 (2005): 233-243.
 12. Ghi, T., et al. "Outcome of antenatally diagnosed intracranial hemorrhage: case series and review of the literature." *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 22.2 (2003): 121-130.
 13. Gezer, C., et al. "Chromosome abnormality incidence in fetuses with cerebral ventriculomegaly." *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 34.5 (2014): 387-391.

漫談代理孕母的一些爭議

台灣婦產科醫學會副秘書長 何信頤
台灣生殖醫學會秘書長

本期會訊有代理孕母很詳盡的法律和倫理討論，筆者在此補充一些國內推動這些修法一些實務上的討論，以及實際民間團體的一些想法。

◆ 誰是生母？

代理孕母顛覆了我們以前親權的法律定義。在還沒有試管嬰兒之前，人們無法想像，一個女人可以生下一個和自己沒有血緣的小孩。這也就是各國的民法，幾乎都是以懷胎十月的女人為親生母親，就是所謂「己身所從出」的概念。在這種法律架構下，小孩子生下來，生母是代孕者，之後再由委託夫婦收養。

然而，跑這個領養的法律程序曠日廢時，甚至可說是夜長夢多。一些國外很有名的棄養案例，也是因為委託夫妻對生下來有缺陷的小孩不滿意。

因此在國內，台灣生殖醫學會及婦產科醫學會主張，如果我們也都認可血緣真實主義，那就不要再經由這些繁瑣的法律程序，應該簡化流程直接由委託夫妻為父母。這樣才符合小孩子的最佳利益。

委託夫妻的權利：小孩本來就是委託夫妻的血緣，委託夫妻有權在小孩誕生後給予小孩他們想要的安排和照顧。

委託夫妻的義務：如果小孩有缺陷，也應該由委託夫妻負責進一步的照顧。

然而，國內一些民間團體總是擔心代孕者在懷孕期間受到不合理剝削。這跟大家對東南亞地區的 Baby farm 或 baby factory 的刻板印象有關。即使是在法條中有明確規範代孕者在懷孕期間的身體自主權和隱私權，婦女團體還是不希望代孕者在懷孕期間只是「孵卵器」，會希望賦予代孕者在懷孕期間母親身份的角色。

因此，國內的修法討論，可能會走向：小孩出生前，代孕者為母親；小孩出生後，委託妻為母親。希望兼顧代孕者在懷孕期間的身體自主權和隱私權，也能顧到小孩出生後的最佳利益。

◆ 同性婚姻

台灣生殖醫學會曾做過評估，國內夫妻因為女方疾病需要做代理孕母的，大概約每年 40 對左右。另外大家可以想到需要代理孕母的，就是男男同性配偶。因此這次修法也同時討論同

性婚姻是否可以使用人工生殖。

早在 106 年大法官會議釋字第 748 號解釋，承認同性婚姻之後，同性婚姻是不是適用人工生殖法就曾有過爭論。人工生殖法規定「不孕夫妻」可以接受人工生殖治療。那麼同性婚姻算不算「不孕夫妻」？台灣生殖醫學會曾在 108 年行文國民健康署，得到的回答是目前人工生殖法不開放同性婚姻。

法界人士也認為，釋字第 748 號解釋文，只是保障了同性伴侶的婚姻權，並不及於其他，所以沒有保障到生育權。同性婚姻有沒有生育權，其實還有爭議。

另外，同性婚姻，到底算不算「不孕症」？這也會有法律上的爭議。雖然他們或她們，正常婚姻生活下，絕不可能在一年內懷孕。但他們或她們不能懷孕，是因為生理構造上天生就不能懷孕，並不是生了什麼病。不是因為輸卵管阻塞、沒有精蟲或沒有子宮，而是正常生理下一年五年十年也不可能懷孕，這樣算患有不孕症嗎？

所以如果要克服這點，修法中，除了將「夫妻」改成「配偶」，在施術適應症上，除了不孕症外，最好明文同性配偶也能接受施術，以求法律完備。

◆ A 卵 B 生一兩人都能參與

女同性婚姻如果想生育下一代，眾所皆知只要有人捐精就可以，甚至不一定需要試管嬰兒，自己用滴精都可能成功。

但是如果性別認同是男生的這位 A 女生，在這個過程中如果也想參與，其實可以提供「他」的卵子，和捐精者形成胚胎，再放入想做媽媽的 B 女生體內。這就是所謂 A 卵 B 生的概念，在國外叫 ROPA (Reception of Oocyte from PArtner)。這在技術上有點代理孕母的味道，因為植入 B 女生是和她毫無血緣的胚胎，但這個胚胎來自她的同性配偶。

這看來好像很複雜，但其實想想，異性夫妻在生小孩的過程中，男生所要出力的就是提供他精子的 DNA；ROPA 是女同性婚姻中的「男方」提供「他」的卵子。

親權的判定，準媽媽懷胎十月依分娩者為母建立法定親子關係；提供卵子的「男方」，比照目前人工生殖法來建立法定親子關係。

國內已有女同婚者到國外做 ROPA 的報導，這種方式也有可能排入規範。

◆ 子女知悉權一不知，是幸還是不幸？

另外一個我們醫界可能要去了解和接受的想法，是子女知悉權的問題。目前我們在國內的精卵捐贈都是匿名捐贈，我們也會盡量配對符合捐贈者和受贈者的血型等等，目的也是希望小孩子長大後不會去懷疑自己的身世。

子女有獲知血統來源的權利，這來自聯合國兒童權利公約，也是受到我國憲法保障的人格權。目前國內的收養制度也規定要在適當時機告知子女身世。除了保障孩子有機會知道自身真

正遺傳性疾病家族史，也能幫助小孩建立更完整的身份認同。

這個血統認識權將會高於精卵捐贈者的匿名權。因為大人在捐贈精卵時，可以決定自己要不要捐贈，為自己的決定負責；而小孩子並不能選擇自己是一個精卵捐贈而誕生的生命。

美國生殖醫學會倫理委員會也在 2018 年提醒，目前國際的趨勢，讓小孩長大後知悉自己的 DNA 來源，才符合小孩最佳利益 (the child's best interest)。在做精卵捐贈時最好對捐贈方及受贈方先做諮詢和準備：即使現在作法是匿名捐贈，這些規定或合約在以後是有可能因時代改變而改變，必須因為子女最佳利益而揭露部份捐贈者的資訊，甚至不排除當年捐贈精卵的小孩有一天找上門。

同性婚姻，因為小孩長大後唸到健康教育，自然會知道自己一定是精卵捐贈而來。同性雙親本來就會在適當時機告訴子女。但子女是否可能尋根去找自己的 DNA 生父生母？

而異性夫妻呢？大部份的異性夫妻，尤其在亞洲，是希望子女一生溶入自己的家庭，這是這些家庭所認為幸福。捍衛兒童福利的民間團體則認為，子女一輩子不知道自己真正 DNA 來源，並不符合子女最佳利益。

以目前法律的制定，精卵捐贈所生下來的子女，是受贈配偶的婚生子女，日後就算找上門，也無權過問或繼承捐贈者的財產。

子女知悉權是我們目前在做精卵捐贈時可能要注意的事，尤其是如果受贈者是同性配偶，因為日後子女真的有可能會想找自己血緣來源。

對了，民間團體常常問，醫界為什麼反對子女知悉權？主要是擔心這樣會減少亞洲民眾精卵捐贈的意願。如果子女血統知悉權這個觀念會變成以後兒童權利的潮流，如果日後是對的方向，會減少精卵捐贈來源的這種反對理由其實是很薄弱的說法。

【本文感謝中央警察大學法律系鄧學仁教授提供專業意見】

編後語

崔冠濠

轉眼間又是新的一年，春節也即將到來，在此先跟各位先進及會員拜個年，祝大家新春愉快，虎年如意。國內外新冠疫情持續升溫，不曉得各位先進及會員第三劑疫苗打了嗎？除了盡快施打疫苗外，防疫措施也不能鬆懈，勤洗手、戴口罩、保持社交距離、減少群聚，大家一起齊心協力，守護台灣。

台灣代孕生殖的立法爭議多年，2020年5月1日，立法委員吳秉叡、邱議瑩等人提出的《人工生殖法》修正草案，將代理孕母規範納入《人工生殖法》條文中，一讀程序已完成，是個好的開始，不過，要完成立法仍是一條漫長的路，需要大家一起努力。學會也請到台灣生殖醫學會秘書長何信頤醫師就此議題，提出更進一步的剖析及說明，相信更能幫助大家對此議題，有更深的認識。

「鴨嘴大夫」高添富醫師的過世，是學會及大家的一大損失，高醫師首先創立了學會在法律及醫糾上的處理機制，幫助過許許多多的會員，本次也請到謝卿宏院士為文，緬懷高醫師，也讓年輕一輩了解他為學會及會員們無私奉獻的歷史及精神。

本期會訊李耀泰醫師等提出了一個大家平時常忽略的問題 --- 高尿酸血症。血中尿酸過高除了會形成尿酸結晶造成痛風外，亦會造成血管發炎、氧化壓力增加，進而損傷血管內皮。許多研究已證實高尿酸血症會增加高血壓、心血管疾病、血管栓塞及死亡等風險，除了三高（高血壓、高血糖和高血脂）外，高尿酸儼然成為危害身體健康的第四高，值得大家注意，高尿酸血症經藥物控制後，確實明顯降低上述風險，邁入更年期的婦女，尤其應該特別注意，定期檢測。

另外，台中榮總牛思云及林俐伶醫師分享了二例胎兒腦室過大的個案，一例因腦室持續擴大而選擇終止妊娠；一例是追蹤後縮小，順利生產，出生胎兒並無發現腦室或腦部結構的異常，文中討論到胎兒腦室過大的診斷、分級、可能成因、進一步檢查及預後，值得各位會員參考。

台灣生育率世界倒數第一，虎年很可能再創新低，希望衛福部國健署擴大不孕症治療（試管嬰兒）補助方案能發揮成效，提升台灣生育率；另外，也希望疫情盡快趨緩，大家回歸正常生活。最後，敬祝各位先進及會員們身體健康、事事順心！

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) 2200-1476

◎ 303 通訊繼續教育答案 ◎

題目：更年期醫學：尿酸與
心血管疾病

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
台北市	協和婦女醫院	協和婦女醫院誠徵婦產科醫師合作 待遇及工作模式可細談	何小姐	0917-275560
台北市	楊鵬生婦產科診所健康暨生殖中心	台北市楊鵬生試管中心誠徵專兼職胚胎師需具證照，捷運東門站，交通方便備宿舍，團隊工作氣氛佳，意洽郭督導請備履歷 e-mail :linglingkuo999@gmail.com	郭督導	0918-204963
台北市	財團法人醫藥品查驗中心 (CDE)	學歷：國內外醫學系畢業並具有台灣醫師證書者 經驗：1. 婦產科臨床工作經驗 3 年以上 (含住院醫師訓練) 2. 專科醫師證書 3. 中英文說寫流利 職務內容說明： http://www.cde.org.tw/file/hr/20191126_MD.pdf 電子郵件：hr@cde.org.tw 網址： http://www.cde.org.tw/ 工作地點：台北市南港區 11557 忠孝東路六段 465 號 3 樓	資深人資專員黃小姐	02-8170-6000 分機 651
台北市	台北市立聯合醫院仁愛院區 (婦產科)	具備醫師證書，婦產科專科醫師證書。歡迎有興趣加入本院婦產科。聯絡信箱 :B3207@tpech.gov.tw	謝燿喬 專科護理師	02-27093600 - 1 0 - 1 0 - 1 0 -
台北市	台北市瑪麗安女醫婦產科診所	台北市中心西門捷運站旁，交通便利，環境舒適。純門診，待遇極優。多名醫師合作，上班靈活，方便照顧家庭、長假、移民。	張院長	0928-08718
新北市	新北市蘆洲區愛麗生婦產科診所	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	蘆洲區宥宥婦幼診所	新北市蘆洲區 宥宥婦幼診所 誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強 意洽：張部長 0935-107-177 www.asobs.com.tw	張部長	0935-107177
新北市	板橋區函生婦幼診所	新北市板橋區 函生婦幼診所 誠徵婦產科醫師 待遇優，高 PPF，醫療團隊堅強。 意洽：張部長 0935-107-177 www.hsobs.com.tw	張部長	0935-107177
桃園市	秉坤婦幼醫院	婦產科 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。 工作項目： 1. 門診、產房接生、婦科手術、需輪值。 2. 女醫師純看門診亦可。 ※ 上班地點： 1. 桃園院區 - 桃園市桃園區慈文路 957 號 2. 平鎮院區 - 桃園市平鎮區延平路二段 129 號 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	宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	誠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 60012@hch.org.tw	梁小姐	03-4618888 分機 1108
桃園市	聯新國際醫院	工作待遇：第一年保證薪，PPF 無上限 學歷：具備醫師證書、婦產專科醫師證書	蔡小姐	0929-909595

徵才地區	徵才單位	徵才條件 / 內容	聯絡人	連絡電話
桃園市	衛生福利部桃園醫院	★衛生福利部桃園醫院 誠徵【婦產科主治醫師數名】 福利好、薪資優渥 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 桃園市桃園區中山路 1492 號	史岱玉 小姐	03-3699721 分機 3492
台中市	豐原區優生聯合婦產科診所	具備婦產科專科醫師證書。待遇佳! 上班地點機能佳! 工作時段可討論! 女醫師可以免值班!	陳院長	0972-036756(未接可留簡訊)
台中市	澄清綜合醫院中港分院	誠徵婦產科主治醫師 醫師資格:1. 具婦產科專科醫師證書 2. 具次專科醫師證書(如: 婦癌, 婦女泌尿) 或部定教職證書尤佳 # 交通便捷, 優越的生活機能 # 薪資優厚與溫馨的工作環境 # 獎勵研究與進修, 鼓勵取得部定教職 聯絡人: 葉小姐 E-mail: human@ccgh.com.tw.15025@ccgh.com.tw 電洽: 04-24632000-32503	葉小姐	04-24632000 分機 32503
台中市	台中市烏日林新醫院	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	緻齡婦產科診所	職務名稱: 婦產科女醫師 職務性質: 兼職 職務說明: 健保門診 徵才條件: 需具備醫師證書、婦產專科醫師證書 工作地點: 台中市南屯區大墩路 783 號 e-mail:chicago40@gmail.com 待遇優, 歡迎加入我們的團隊	宋小姐	0905-878000
彰化縣	彰化縣皓生醫院	彰化縣員林市皓生醫院誠徵產科主任, 不孕症專科醫師及直腸科醫師, 意者請洽 TEL:0988722656 院長室	邱小姐	0988-722656
彰化縣	林忠毅婦產科診所	誠徵婦產科醫師 保障月薪 40 萬 聯絡方式: 請電話聯絡或訊息 0958829666 楊小姐	楊小姐	0958-829666
嘉義市	嘉義市婦產科診所	具備婦產科專科醫師證書, 僅看門診, 合作業務詳情請電話聯繫	蔡小姐	0928-199301
嘉義市	嘉安婦幼診所	誠徵婦產科主治醫師。1. 具備醫師證書、婦產專科醫師證書。2. 工作地點: 嘉義市友愛路 390 號 最新、優質婦幼、試管、聯合門診中心。3. 待遇優, 高 PPF, 醫療團隊堅強。4. 網址: www.jiaanclinic.com.tw/ 意者請洽: 0963-411-366 李院長	李院長	0963-411366
高雄市	金安心醫院	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、診數可談可細談, 竭誠歡迎您加入我們的行列。工作地點: 高雄市楠梓區加昌路 606 號 Email: gac0982@gmail.com	管理部 陳主任	07-3649890 分機 305
高雄市	四季台安醫院	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。 Email: tai460821@kimo.com	張主任	0905-280900
高雄市	優生婦產科醫院	具備醫師證書、婦產專科醫師證書。具工作熱忱負責任感; 待遇優 竭誠歡迎您加入我們的行列	吳太太	0929-363789
宜蘭縣	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	1、具婦產科專科醫師證書 2、本院具多名專科護理師協助臨床業務及大夜值班 3、待遇優, 有保障薪資制度 4、進修、研究等機會(論文發表及口頭報告獎勵金優渥)。5、提供眷屬宿舍、單身住宿以及停車位。聯絡 E-mail: c00b018@mail.pohai.org.tw 聯絡地址: 265 宜蘭縣羅東鎮南昌街八十三號 院長室收	簡小姐	03-9543131 分機 5451, LINE ID: an-yu1231

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
220212-1	新生兒高級急救救命術 (NRP) 訓練課程	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	童綜合醫療社團法人童綜合醫院 梧棲院區 教學樓 2 樓臨床技能中心	2022-02-12 08:00:00	2022-02-12 17:10:00	B	1
220213-1	110-111 年度 婦產科醫學會 自費醫療發展研習課程 (台南場)	台灣婦產科醫學會	香格里拉台南遠東國際大飯店 3 樓成功廳	2022-02-13 08:45:00	2022-02-13 12:00:00	A	3
220213-2	桃園市婦產科醫師聯誼會	桃園市婦產科醫師聯誼會	中壢古華飯店	2022-02-13 15:00:00	2022-02-13 18:00:00	B	1
220219-1	新生兒高級救命術 (NRP) 訓練課程	天主教永和耕莘醫院	天主教永和耕莘醫院 住院大樓 12 樓國際會議廳	2022-02-19 08:00:00	2022-02-19 17:40:00	B	1
220219-2	20220219 北區婦癌學術研討會	台灣婦癌醫學會	臺北榮民總醫院致德樓一樓第二會議室	2022-02-19 10:00:00	2022-02-19 17:00:00	B	2
220220-1	北區婦女泌尿學術研討會	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	市立聯合醫院仁愛院區	2022-02-20 08:50:00	2022-02-20 14:40:00	B	3
220306-1	111 年孕婦產前健康照護衛教指導訓練課程 (同步視訊課程)	台灣婦產科醫學會	(實地課程) 台北慈濟醫院 1 樓國際會議廳, 同步視訊場地: 台中、台南、高雄、花蓮	2022-03-06 13:00:00	2022-03-06 17:00:00	A	3
220316-1	婦產科新趨勢	烏日林新醫院	烏日林新醫院二樓會議室	2022-03-16 13:00:00	2022-03-16 14:00:00	B	1
220320-2	高危險妊娠照護教育訓練 [直播] 課程	台灣周產期醫學會	直播課程	2022-03-20 08:30:00	2022-03-20 12:00:00	B	3
220320-1	高雄市高雄醫學大學醫學系第二次會員大會暨學術專題演講	高雄醫學大學醫學系校友會	漢來成功大飯店九樓龍鳳廳	2022-03-20 15:00:00	2022-03-20 18:00:00	B	1



LINE@
歡迎洽詢

FemiLift
Give Your Feminine Life a Lift



- 產後鬆弛/陰道鬆弛
- 輕度尿失禁/漏尿困擾
- 性交疼痛不適
- 反覆性陰道感染
- 更年期陰道萎縮/乾澀
- 老年性陰道炎
- 陰部暗沉/色素沉澱
- 外陰美學

台灣衛福部認證 婦科雷射應用

菲蜜莉雷射

青春光綻放 私密處蜂巢雷射