

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2022年11月 313期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



台灣婦產科醫學會 第二十二屆暨第二十三屆理監事合照

111.10.23

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-mail：obsqyntw@seed.net.tw

發行人：陳思源

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

111.10.23 第 23 屆第 1 次理監事聯席會



台灣婦產科醫學會 313 期會訊

目錄精華

04 理事長的話 | 文/陳思原

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 『第 23 屆常務理監事、及理監事長選舉』結果公告

10 第 23 屆第 1 次理監事聯席會會議紀錄

13 通訊繼續教育

13 以維他命 D 和 Simvastatin 防治子宮肌瘤 文/李耀泰 陳福民 郭宗正

20 會員園地

20 彰基婦產部實證醫學辯論賽：低劑量阿斯匹靈是否應該預防性用在所有孕婦族群
文/吳允佳 吳東穎 黃靖貽
姚典佑 廖文宏 莊羽豐

25 懷孕中的卵巢惡性腫瘤 - 案例分享 文/林玟瑄 陳楨瑞

31 編後語 | 文/陳明哲

32 徵才訊息

34 活動消息

TAOG 會訊網址 <http://www.taog.org.tw>

理事長的話

陳思源

我們對於巴基斯坦的水災，學會特別表達了關懷，亞太婦產科醫學會也對我們做了肯定。11月12號我們和韓國及日本一起討論明年世界衛生婦產科聯盟年會的議題，以人工生殖補助為主題，向世界各國報告我們的成果。台日韓的合作，李奇龍醫師、顏志峰醫師、陳宇立醫師和日本、韓國學者，都有合作的研究及論文的發表。年輕醫師彼此的交流，陳怡潔醫師前往日本任天堂大學醫院研修腹腔鏡手術，值得跟大家分享他們的努力與成果。

11月27號在台北舉辦自費醫療繼續再教育，會員都很踴躍參加，接著會在台南、台中、高雄舉辦。內容包括了懷孕當中28至36週的疫苗注射如Tdap破傷風、白喉、百日咳，可保護新生嬰兒；以及非懷孕的時候，RZV (recombinant zoster vaccine) 帶狀疱疹疫苗 (shingrix)；子宮頸HPV疫苗，預防子宮頸癌、口咽癌；還有包括減重的藥物GLP-1 agonist；最新合成的FSH由人類細胞株合成，用於排卵刺激，都是很重要的項目，對於預防醫學或者是身體的健康照護，都值得我們再進一步的研習與應用。徐超群醫師及張嘉訓醫師為我們爭取擴大超音波的申報給付，感謝他們的努力。

秘書長的話

黃建霖

各位會員前輩及伙伴們平安：

COVID-19 疫情漸緩，12 月起戶外口罩令歷經將近三年終於可以解除，國外入境也已改成 0+7，我們學會暫停多年的國際實體學術交流活動即將恢復，明年八月台灣年會，FIGO、AOFOG 及日韓婦產科醫學會的理事長及許多貴賓都已答應要親自來台，盛況可期。學會也將擴大辦理明年年會，預定 8 月 12-13 日在台中裕元花園酒店舉辦，還請大家先預留時間。

11/1 與新任理事長、監事長，一起到立法院拜會林靜儀委員，討論產後照顧的相關議題，從哺乳、新生兒照護、家庭支持、妊娠併發症追蹤、孕期產後憂鬱、骨盆機能、復健、性生活、避孕、下一胎計畫、抹片、肥胖、殘留體重、疫苗、戒菸、酒、非法藥物、不良生活習慣諮詢，無所不談，無一不是重點，也期待在少子女化的現在，能將從前只有孕產期照顧延伸到產後、甚至產前，因為許多疾病的發生，包括將來老年，胎兒、新生兒及其成年後的健康，都在孕產期前後就決定了許多事，所以我們的孕產期照顧必須更加精緻化、提前化、全面化，並延伸到產後，結合醫療相關多職系，使婦幼健康照護品質能更進一步提升，期望將產後檢查發展出如同產檢般，有固定政府補助及規定項目，以及常用且有意義的自費項目。

專科醫師口試已於 11/6 舉行，今年共 66 位新血通過考試加入會員，但也有七位考生很可惜沒能通過考試，分析起來都有 Slide 部份考不好或口試答題水準稍差的問題，尤其學會過去一年各項住院醫師教學活動內容，發布的重要指引，繼續教育課程，考生自己提出的病歷，皆是每年必考題，還請考生及各訓練醫院教學人員勤加準備，就都能順利通過，在此也感謝所有考試委員及工作人員的辛苦付出。

11/11-13 為韓國婦產科年會，會中也就未來三國合作計畫進一步討論及安排，並確認明年 FIGO 由台日韓共同提出三國對不孕症補助政策的結果發表各項細節，這次很榮幸由台灣來負責規劃。

本月也代表學會參與多場病安、周產期轉診網絡及生產事故通報、審議的會議，今年病安工作重點是孕產兒安全，因為孕產兒傷亡率確還在節節上升，雖然高齡、肥胖、

多胞胎增加皆是造成不幸的主要因素，但卻也的確有些臨床照護若做得更好，就可能化險為夷的部份，這些也將在明年繼續教育課程、擬真競賽來辦理，以提醒大家注意並平時練習及緊急時能對應。

感謝 張嘉訓代表、徐超群理事在全聯會提案，通過修正基層陰道超音波申報原只限專任醫師，放寬為基層支援的專科醫師皆可申報。

每年 11 月底也是年度計畫繳交報告及申請明年計畫案的忙碌時刻，最近一口氣趕完性健康友善門診、流感及 COVID-19、教學醫院評鑑三個計畫的期末報告，在此感謝所有幫忙的委員、講師、座長，以及所有參與的大家，有您們這些計畫才有如此不錯的成果，也請大家繼續給予支持。

自費醫療發展課程也已於 11/27 在台北君悅舉行第一場，獲得相當熱烈迴響，許多會員表示獲益良多，12/11 在台南香格里拉、12/18 在高雄 H2O、1/8 在台中裕元酒店繼續舉辦，也請大家多多來參與。

台灣的縣市長、議員選舉已結束，世界盃足球賽正熱烈進行中，然俄、烏戰爭歹戲拖棚，戰區寒冬即將到來，能源、糧食又都缺乏，物價、通膨卻是歷史新高，不管您支持的人選或國家是輸是贏，明天還是得繼續走下去，放下仇恨，彼此相愛，積極面對未來一切，努力去做，共同來期待明天會更好。

祝大家

身體健康、醫務順利、台灣加油、世界和平。

敬愛的會員，大家好！

首先感謝大家對學會博物館的支持。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」於2013年10月13日落成後，為達成保存婦產科文物之使命、延續文物的生命、肩負年青醫師教育功能、和促進國際交流，我們已經完成初步的文物e化。今後，這個使命一定要繼續下去，成為學會的百年基業；因此學會博物館仍然需要您的鼎力支持，期盼大家秉持支持學會保存婦產科歷史文物竭盡心力的初衷與熱誠，繼續共襄盛舉，一起為創造婦產科的歷史和光榮再向前邁進。

光陰荏苒，多少英雄灰飛煙滅，唯有累積所有會員個人的傑出成就，才能寫下學會的歷史新頁。學會博物館成立以來，仍然有很多會員踴躍捐款，而捐獻文物的行動更絡繹不絕，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。今後，不論任何文物，也不論捐款金額多寡，都期待大家能熱烈捐贈支持，學會博物館絕對會妥善運用及管理。此外，捐款可以抵稅，而且和文物的捐獻芳名錄（新增者）都會持續定期（或每月）公告在會訊；至於會員捐款與捐獻文物的總彙整，已經在「台灣婦產科醫學會一甲子」中P. 39-43 刊載，希望所有會員查核。對於大家締造的歷史（包含所有會員的奉獻），我們也都希望能在適當時機將其彙編成冊發行，並能在每隔一段時間就 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記述大家的努力和無私奉獻，讓它成為台灣婦產科醫學會歷史光榮的一章。

最後，謝謝大家的熱心支持！也敬祝大家

身體健康闔家平安！

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

理 事 長 陳思原

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

111 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
0956	李耀泰	10,000	135,000	111年02月20日
1587	王孫斌	20,000	60,000	111年02月20日
1054	謝鵬輝	1,400	181,488	111年02月20日
1477	游淑寶	400	50,400	111年03月13日
2290	謝卿宏	1,500	1,053,655	111年05月12日
1054	謝鵬輝	1,400	182,888	111年05月30日
2290	謝卿宏	829	1,054,484	111年05月30日
0956	李耀泰	12,000	147,000	111年06月02日
3405	邱上琪	1,500	1,500	111年06月13日
0956	李耀泰	10,000	157,000	111年09月04日
1456	宋清雲	1,000	1,000	111年11月08日
2460	關祥彬	10,000	30,000	111年11月09日
2342	邵秉家	1,500	1,500	111年11月11日
815	林憲文	600	600	111年11月11日
2653	黃建霈	3,000	3,000	111年11月15日
0754	黃德雄	20,000	30,000	111年11月16日
1129	吳明仁	6,000	6,000	111年11月25日

博物館成立後再捐贈文物名單

製表日期：111/11/16

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、陳慶芳、陳琬青、陳奕儒、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、葉光芄、趙宗冠、劉永昌、蔡明賢、蔡英美、蔡景林、鄭英傑、蕭惠真、賴明志、賴朝宏、魏木唇、謝欣穎、謝卿宏、謝鵬輝、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）、台中榮民總醫院婦女醫學部

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

台灣婦產科醫學會
『第23屆常務理監事、及理監事長選舉』結果公告

111.10.24

會員編號	職稱	姓名	服務院所(名稱)
1842	理事長	陳思原	台大醫學院附設醫院
0961	副理事長	潘世斌	潘世斌婦產科診所
1198	副理事長	張榮州	張榮州婦產科診所
1301	副理事長	施英富	施英富婦產科
1884	副理事長	張維君	中國醫藥大學附設醫院
1205	常務理事	鄭英傑	鄭英傑婦產科診所
2072	常務理事	蔡永杰	奇美醫院
2328	常務理事	王鵬惠	臺北榮民總醫院
2391	常務理事	盧佳序	林口長庚紀念醫院
2432	常務理事	王炯琅	清福醫院
2498	常務理事	王有利	台北馬偕紀念醫院
0756	理事	蕭弘智	蕭弘智婦產科診所
1163	理事	林朝枝	優生婦產科診所
1593	理事	陳建銘	陳建銘婦產科診所
1759	理事	孫茂榮	彰化基督教醫院
1760	理事	許德耀	高雄長庚紀念醫院
1772	理事	林錦義	璟馨婦幼醫院
1795	理事	梁守蓉	臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理
1850	理事	周輝政	台安醫院
1854	理事	張正坤	天主教耕莘醫院
2010	理事	呂維國	呂維國婦產科診所
2052	理事	陳繼征	婦安婦產科
2055	理事	郭富珍	義大醫院
2060	理事	徐超群	超群診所
2155	理事	陳欽德	輔大醫院
2269	理事	洪秉坤	秉坤婦幼醫院
2294	理事	應宗和	中山醫學大學附設醫院
2319	理事	曾振志	台中榮民總醫院
2378	理事	許耿福	成大醫學院附設醫院
2394	理事	鄭雅敏	郭綜合醫院
2544	理事	龍震宇	高雄醫學大學附設中和紀念醫院
2744	理事	潘恒新	新光吳火獅紀念醫院
2769	理事	丁大清	佛教慈濟綜合醫院
2773	理事	陳震宇	馬偕紀念醫院
2804	理事	陳美州	台大醫學院附設醫院
1812	監事長	蔡明松	國泰綜合醫院
0738	常務監事	陳榮輝	陳榮輝婦產科診所
2914	常務監事	張芳維	三軍總醫院
1878	監事	徐明洸	台大醫院雲林分院
1887	監事	陸盛力	陸婦產科診所
2412	監事	區慶建	台北醫學大學附設醫院
2782	監事	崔冠濠	高雄榮民總醫院
2830	監事	林坤沂	財團法人彰濱秀傳紀念醫院
2852	監事	林姿吟	台北市立聯合醫院仁愛院區
2903	監事	洪煥程	台北榮民總醫院
3020	監事	陳宜雍	馬偕紀念醫院
2653	秘書長	黃建霖	馬偕紀念醫院

台灣婦產科醫學會 第 23 屆第 1 次理監事聯席會會議紀錄

時 間：民國 111 年 10 月 23 日（星期日）下午 3 時 00 分至 5 時 00 分

地 點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主持人：第 22 屆黃閔照理事長、第 23 屆陳思原理事長

出席者：

第 23 屆

理 事：蕭弘智、潘世斌、林朝枝、張榮州、鄭英傑、施英富、陳建銘、孫茂榮、許德耀
林錦義、梁守蓉、陳思原、周輝政、張正坤、張維君、呂維國、郭富珍、徐超群
蔡永杰、陳欽德、洪秉坤、應宗和、曾振志、王鵬惠、許耿福、鄭雅敏、王炯琅
王有利、龍震宇、潘恆新、丁大清、陳震宇、陳美州

監 事：陳榮輝、蔡明松、徐明洸、陸盛力、區慶建、林坤沂、洪煥程、張芳維、陳宜雍

列席者：

第 22 屆

理 事 長：黃閔照

副理事長：王孫斌、賴文福、張榮州

常務理事：江千代、李耀泰、林明輝、許德耀、陳明哲

理 事：蕭弘智、李建興、丘林和、謝鵬輝、林朝枝、李江渭、陳霖松、孫茂榮、梁守蓉
應宗和、鄭雅敏、王炯琅、林嘉祈、鍾明廷、潘恆新、賴宗炫、黃文助、陳宜雍

監 事 長：張基昌

常務監事：陳美州

監 事：李經國、陸盛力、李煥照、陳震宇、洪煥程、周麗雲

秘 書 長：黃建霈

副秘書長：施英富、劉崇賢、郭富珍、龍震宇

委員會召集人：學術研究委員會召集人陳思原

雜誌編輯委員會召集人陳持平

婦女健康照護委員會 -- 青少年小組召集人蔡永杰

性健康友善門診服務競賽得獎者：陳俊宏、李煥照

請假人員：

中華民國內政部合作及人民團體司籌備處

第 23 屆理事：陳繼征、盧佳序

監事：崔冠濠、林姿吟

第 22 屆理事：武國璋、鄭文芳、許振隆、盧佳序、詹德富、張穎宜、林彥昇、陳怡仁

監事：林禹宏、劉文雄、陳菁徽

副秘書長：王漢州、陳夢熊、陳勝咸、何信頤、崔冠濠、林姿吟、歐育哲

委員會召集人：婦女癌症防治委員會召集人洪耀欽

婦女健康照護委員會環境與婦女健康小組召集人葉光芃

性健康友善門診服務競賽得獎者：王三郎

記錄人員：吳純琪

壹、會議開始：主席致詞

貳、第 22 屆理事長頒發第 22 屆監事長、理監事、召集人、秘書長及有功人員紀念獎牌及照相
參、選舉第 23 屆常務理監事、理監事長

一、選舉辦法：

依據本會章程第廿四條，本會理事會置常務理事十一人，理事互選之，並由理事就常務理事中票選一人為理事長，理事長得就常務理事中，推舉三至五人為副理事長，其中北、中、南區各有一名副理事長為現任基層診所醫師，並經理事會通過後執行之。另，章程第廿六條，本會置監事十一人，監事會置常務監事三人，由監事互選之，並由監事就常務監事中票選一人為監事長。

二、主席：第 22 屆黃閔照理事長

監票人：第 22 屆張基昌監事長（選舉常務監事、監事長）

第 23 屆蔡明松監事長（選舉常務理事、理事長）

發票人：吳純琪、賈豫琪

唱票人：黎婉青

記票人：翁櫻瑄

三、當選名單：

（一）常務監事（票數 11 張，有效票數 9 張，廢票 0 張，空白票數 2 張）

1. 陳榮輝（得票數：9 票） 2. 蔡明松（得票數：9 票）

3. 張芳維（得票數：9 票）

（二）監事長（票數 11 張，有效票數 9 張，廢票 0 張，空白票數 2 張）

1. 蔡明松（得票數：9 票）

（三）常務理事（票數 35 張，有效票數 33 張，廢票 0 張，空白票數 2 張）

1. 施英富（得票數：33 票） 2. 陳思原（得票數：33 票）

3. 王鵬惠（得票數：33 票） 4. 蔡永杰（得票數：32 票）

5. 張榮州（得票數：30 票） 6. 鄭英傑（得票數：30 票）

7. 張維君（得票數：30 票） 8. 王炯琅（得票數：30 票）

9. 王有利（得票數：30 票） 10. 潘世斌（得票數：29 票）

11. 盧佳序（得票數：28 票）

（四）理事長（票數 35 張，有效票數 33 張，廢票 0 張，空白票數 2 張）

1. 陳思原（得票數：33）

肆、交接儀式：第 22、23 屆交接

一、移交學會官印

二、移交學會清冊

伍、第 23 屆理事長暨全體理監事致贈第 22 屆理事長黃閔照紀念獎牌

陸、第 23 屆理事長提名副理事長暨秘書長及各委員會召集人

一、副理事長共提名四位：北區：潘世斌，中區：施英富、張維君；

南區：張榮州

二、秘書長：黃建霈

三、各委員會召集人：

目前已有初步的規劃、還會再與前輩、各召委、基層討論出合適人選。

選舉前我也去了各區聽了許多基層醫師、各位前輩的建議，比如說健保的部分、少子

化的議題…等，希望將來不論是哪一個委員會，都需要優秀的召集人及所有理監事的協助，讓 23 屆的任務能傳承下去！

柒、報告事項

一、確認第 22 屆第 12 次理事會會議紀錄。（請見附件一）

二、理事長報告

1. 非常感謝各位理事的支持，黃理事長及秘書長一直都做得很好，所以我壓力不大，因為他們都還在。我自己在台大婦產部擔任主任 5 年，也深刻地感受到這幾年來住院醫師招收數及品質越來越好，也感受到訓練指導最為重要，這幾年最大的成就感是可以訓練很多優秀的住院醫師。各個醫學院訓練出來的住院醫師，不管他們將來是在教學醫院服務或是在基層服務，一定能讓病人感受到服務品質提升。希望未來的三年，在各位理監事的協助下，婦產科醫學會的傳統能做得更好，謝謝！
2. 上一次會議紀錄裡有很多健保、及少子化的議題，將來少子化的議題是我們要更加注重的議題。
3. 我們是幸福企業，為了能更開心的來服務病人，學會也會在健保部分、旅遊活動，為各位爭取更好的福利。
4. 學會會刊今年的 Impact Factor 已來到 1.9，希望大家都能踴躍投稿並多多引用。
5. 麻醉的問題，將來也會與麻醉醫學會來多做溝通。目前大家也都是照舊可以執行麻醉的業務。
6. 下次會議時間是明年 2 月 5 日，當日也會舉行春酒活動，歡迎踴躍參加。

三、監事長報告

1. 我很高興也很榮幸為大家服務，我相信未來的 23 屆在陳思原理事長的領導下，會務昌榮、順利。

四、秘書長報告

1. 感謝黃閔照理事長過去三年給我的指導，也非常謝謝陳思原理事長的厚愛，讓我有機會能在這邊為大家服務，也要拜託各位理監事一起為學會努力，因為各位都是學會的領導者！

捌、討論事項

案由一：依據本會章程第 33 條，推舉第 22 屆黃閔照理事長為本會院士。

提案人：秘書處

決議：通過。

案由二：審查 111 年度 7～9 月份月報表及 112 年度收支預算表。

說明：請見附件（現場核發）

提案人：第 22 屆財政委員會

決議：通過。

玖、臨時動議

無。

拾、散會（下午 5 時 00 分）

以維他命 D 和 Simvastatin 防治子宮肌瘤



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

良性子宮肌瘤風險在育齡婦女約 30-70%^[1,2]，其由肌肉層的平滑肌細胞和大量細胞外基質（extracellular matrix, ECM）所構成，內含膠原蛋白、纖連蛋白（fibronectin）和蛋白聚醣（proteoglycans）等，常有陰道出血、骨盆腔疼痛、復發性自然流產、早產和大、小便不適等情形，多採用肌瘤切除手術和子宮切除來治療；亦或以藥物如 GnRHa、aromatase inhibitor、ulipristal acetate 或以海扶刀治療，但價格較昂貴，且有副作用。最近的一些報告指出，維他命 D^[3] 和 simvastatin^[4] 可防治子宮肌瘤，價格便宜，也能長期使用，值得婦產科醫師詳加了解和運用。

◆子宮肌瘤防治新方向

2021 年，Sabeh 等^[5] 研究報告 1 位 29 歲、有家族肌瘤史的婦女，進行檢查有無子宮肌瘤。血清檢查維他命 D 值低，評估 BMI（body mass index）和血液檢查，預估 5 年內子宮肌瘤風險大增，建議她改變生活型態，包括健康飲食、減重和運動，並補充維他命 D。血清中維他命 D 乃測量 25(OH)D，其半衰期長達 15 天，如 25(OH)D < 20 ng/mL 為維他命 D 缺乏，21-29 ng/mL 為不足，> 30 ng/mL 為足夠^[1]。

2021 年，Sabeh 等^[4] 另報告 1 位 42 歲、BMI 34、有高血壓的婦女，血液檢查膽固醇和三酸甘油脂升高，預估日後會發生肌瘤，於是予以服用 simvastatin 和降血壓藥物 ACE（angiotensin-converting enzyme）抑制劑。

◆子宮肌瘤患者的高風險因子

許多文獻報告，子宮肌瘤患者血中 25(OH)D 的濃度都較無子宮肌瘤者為低 [5]。在下列情況下，測量 25(OH)D 如若不足或缺乏，罹患子宮肌瘤的風險高因子，包括：(1) > 40 歲；(2) 家族子宮肌瘤病史；(3) 距最後生產超過 10 年以上；(4) 未生育過；(5) 慢性高血壓；(6) 常服用大豆奶 (soy bean milk)；(7) 少曬陽光；(8) 肥胖；(9) 少運動；(10) 喝酒；(11) 常吃紅肉；(12) 初經早來 [5] 及維他命 D 不足。2020 年，Mohammadi 等 [6] 綜合分析 9 篇文章、共 1730 位受試者（835 位子宮肌瘤患者和 895 位控制組），結果血清維他命 D 濃度在子宮肌瘤組呈有意義減少。

◆維他命 D 作用在子宮肌瘤的機轉

維他命 D 有下列功用：

- (1) 減少增殖 (proliferation)：可減少 PCNA (proliferating cell nuclear antigen)、CDK1 (cyclin-dependent kinase 1)、CDK2、CDK4、COMT (catechol-O-methyltransferase) 等增殖基因 [1,2]。
- (2) 加速自然凋亡 (apoptosis)：能減少 Bcl 2 (beta-cell lymphoma 2) 蛋白、Bcl-w 蛋白等抗凋亡蛋白，加速腫瘤細胞死亡 [1,2]。
- (3) 減少 TGF-β3 (transforming growth factor-β3)：減少 TGF-β3 (乃一腫瘤基因，oncogene) 能降低 ECM (extracellular matrix)，如第 1 型膠原蛋白 (collage) 和蛋白聚糖 (proteoglycan) 等 [1,2]，促使肌瘤體積縮小 [1]。
- (4) 改變訊號 (signalling)：能改變一些訊號，減少 ERα (estrogen receptor α)、PRA (progesterone receptor A)、PRB、Wnt/β-catenin、VDR (vitamin D receptor)、mTOR 等 [2]。
- (5) 抗血管增生作用 (anti-angiogenesis)：減少血管，降低營養，腫瘤會縮小 [1]。
- (6) 抑制 MMP-2 (metalloproteinase 2) 和 MMP-9：MMP-2 和 MMP-9 在子宮肌瘤和轉移癌症病灶均會增加，而維他命 D 能增加分解膠原蛋白，抑制 MMP-2 和 MMP-9 的生成，減少 ECM，故能防治子宮肌瘤 [7]。

◆臨床報告

一、維他命 D 加表沒食子兒茶素 (epigallocatechin gallate, EGCG)：2020 年，Porcaro 等 [8] 研究報告 30 位、平均 28-46 歲、有症狀的子宮肌瘤患者，並分為兩組：一組每天予以口服 2 粒維他命 D (25 μg) + EGCG (150 mg) + 維他命 B6 (5 mg)；另一組則無治療 (控制組)。結果治療組肌瘤體積平均減少 34.7%，控制組則增加 6.9%。EGCG 乃生物類黃酮 (bioflavonoids)，富含兒茶素 (catechin)，主要存在於綠茶中，在洋蔥、蘋果、葡萄、李子和榛果等亦含有少量，

本身有抗氧化、抗發炎、誘導自然凋亡、使細胞停止生長和抗增殖功能。

2021年，Miriello等^[9]以同樣方法來治療95位（治療組41位、控制組54位）子宮肌瘤患者，共4個月。結果治療組肌瘤體積平均減少37.9%（由20.55 cm³縮小至12.65 cm³、 $p < 0.001$ ），末梢血流減少7.7%（由彩色都卜勒超音波計算）；控制組肌瘤體積則增加5.5%，末梢血流增加5%。而在生活品質以SF-36（Short Form Health Survey）計算，治療組獲得明顯改善（由61.86增加至80.77、 $p < 0.001$ ）。維他命B6具有抗氧化和抗發炎功效，且能調節免疫分子和基因的顯示。

二、單獨維他命D：2016年，Ciavattini等^[10]研究報告108位、小負擔（small burden，定義為子宮肌瘤直徑 < 50 mm、顆數 < 4 顆、無嚴重症狀）低維他命D（25(OH)D < 30 ng/mL）的子宮肌瘤患者，並分成：一組（ $n=53$ ）先予以補充維他命D（首8週）及每週口服cholecalciferol 50000 IU溶液一次，共8週，然後再每天予以2000 IU維持至1年，另一組（ $n=55$ ）為控制組。1年後，在控制組有4位（7.3%）懷孕，17位（30.9%）須更進一步治療（包括6位手術、11位藥物）；在治療組有3位（5.7%）懷孕（ $p=0.96$ ），7位（13.2%）須更進一步治療（ $p=0.05$ ）。結論是：小負擔低維他命D的子宮肌瘤患者在補充維他命D後，病情惡化需手術或藥物治療的比率較少。

2020年，Arjeh等^[11]研究報告55位、血清25(OH)D < 30 ng/mL的子宮肌瘤患者，並分成：一組（ $n=27$ ）每週予以口服維他命粒50000 IU，另一組（ $n=28$ ）則口服乳糖粒安慰劑，共12週。結果在治療組肌瘤體積無明顯的減少（mean difference(MD)：-0.71，95%信賴區間-0.1至1.53、 $p=0.085$ ）；在安慰劑組肌瘤體積則明顯增加（MD：2.53，95%信賴區間1.9至4.05、 $p=0.001$ ）。結論是：維他命D能抑制肌瘤的生長，但長期效果尚不清楚。

2021年，Tanha等^[12]研究報告204位、維他命D不足（血清25(OH)D 20-30 ng/mL）的子宮肌瘤婦女，並分成：一組（ $n=102$ ）每週口服一次維他命D 50000 IU，共2個月，另一組（ $n=102$ ）則不予治療。結果血清維他命在治療組由平均23.6 ng/mL增加至28.6 ng/mL，在控制組由23.2 ng/mL下降至22.7 ng/mL。肌瘤平均直徑在治療組由43 mm下降至42.6 mm，在控制組由42 mm增加至47.8 mm，呈統計上差異（ $p < 0.001$ ）。

2018年，Mandelberger等^[13]研究報告26位、維他命D缺乏的子宮肌瘤（最少有1肌瘤 > 3 cm）患者，經維他命D治療6個月後，有8位維他命D達到足夠；其中6位經超音波追蹤，4位（66.7%）肌瘤有縮小，3位（50%）最大肌瘤有縮小。結論是：補充維他命D能減少子宮肌瘤的體積。

2019年，Hajhashemi等^[14]研究報告69位、維他命D缺乏（ < 20 ng/mL）的子宮肌瘤患者，並分成：一組（ $n=35$ ）每2週予以口服維他命D 50000 IU，共10週，另一組（ $n=34$ ）則與安慰劑。6個月後，治療組與安慰劑組血清維他命D值分別平均為36.1 ng/mL和16.4 ng/mL（ $p < 0.001$ ）；子宮肌瘤體積分別平均由59.7 mm減少至52.6 mm和60.3 mm增加至61.1 mm（ $p=0.006$ ）。結論是：補充維他命D能縮小子宮肌瘤體積。

三、維他命D加ulipristal acetate（UPA）：2019年，Ali等^[15]報告以維他命D合併UPA能更有效抑制子宮肌瘤細胞的增殖，包括Ki-67、PCNA和Cyclin D1，如與單獨UPA做比

較，能加倍減少 TGF- β 3、膠原蛋白和纖維蛋白，同時減少更多細胞素（如介白質 6、8、1 α 、1 β ）。結論是：維他命 D 合併 UPA 抑制肌瘤細胞的效果，優於單獨使用 UPA。UPA 是治療子宮肌瘤的藥物 [16]。

2019 年，Ciebiera 等 [17] 研究報告 2 位（37 和 49 歲）、有症狀的子宮肌瘤患者，每天予以口服 UPA 和維他命 D 7000 IU，共 3 個月。結果在 37 歲患者子宮肌瘤體積減少 47.8%，所有症狀（疼痛、壓力、頻尿等）皆緩解；在 49 歲患者子宮肌瘤體積減少 63.3%，症狀大都持續。結論是：維他命 D 合併 UPA 能提升子宮肌瘤的治療效果。

四、新型活性維他命 D2（paricalcitol）：在動物實驗中，每天無論使用 paricalcitol 300 ng/kg/d 或 1,25(OH)D 500 ng/kg/d，共 4 週，均能減少子宮肌瘤的體積，尤以 paricalcitol 組表現更佳 [18]。

Paricalcitol（維他命 D 類似物）乃一種選擇性維他命 D 接受器（vitamin D receptor, VDR）活化劑，能抑制肌瘤細胞增殖、縮小肌瘤體積、誘發自然凋亡，和有免疫調節功能，減少 ECM，但會引起高鈣血症和高磷血症，而且不能與 digoxin、thiazide 和 ketoconazole 一起使用 [19]。現階段仍無臨床上隨機對照試驗報告。

五、曬太陽：曬太陽可以增加維他命 D，而維他命 D 可抑制肌瘤基因突變 MED12（mediator complex subunit 12）所引起的 Wnt/ β -catenin 和 TGF- β 3，所以曬太陽能防治子宮肌瘤 [20]。

◆ Simvastatin 作用在子宮肌瘤的機轉

Statin 主要用在高脂血症，能降膽固醇，但對一些腫瘤有抗增殖作用，能降低 20% 全部癌症風險 [21]。有研究報告指出，simvastatin 和 atorvastatin 可用來治療子宮內膜異位症，simvastatin 具誘發自然凋亡功能。2016 年，Borahay 等 [21] 研究報告 47713 位子宮肌瘤患者，其中 13498 位有使用 statin，並與 45155 位無子宮肌瘤者做比較。2 年內有使用 statin 者，子宮肌瘤發生率降低，勝算比率（odds ratio, OR）0.85（95% 信賴區間 0.83-0.87）；除此外尚能減少不正常子宮出血（OR 0.88，95% 信賴區間 0.84-0.91）、貧血（OR 0.84，95% 信賴區間 0.79-0.88）、骨盆腔疼痛（OR 0.85，95% 信賴區間 0.81-0.91）和肌瘤切除手術（OR 0.76，95% 信賴區間 0.66-0.87）。結論是：使用 statin 能降低子宮肌瘤風險和相關症狀。該文統計所使用 statin 種類以 atorvastatin、simvastatin、rosuvastatin 最多，次為 pravastatin、lovastatin、fluvastatin 和 pitavastatin。

2018 年，Malik 等 [22] 研究報告在子宮肌瘤細胞，予以低濃度 simvastatin 可以增加 caspase 的活性，誘發自然凋亡。Simvastatin 尚能抑制 ECM 蛋白，如膠原蛋白 I 和 IV、纖維蛋白、多功能蛋白聚糖（versican）、核心蛋白（brevican）等。日後 simvastatin 有望成為治療子宮肌瘤的新藥物。

2020 年，Afrin 等 [23] 實驗室研究報告亦指出，simvastatin 能減少 β 1 整合素（ β 1 integrin）及其下游產物，如 AKAP13（A-kinase anchor protein）、RhoA（Ras homolog family member A）、MLCK（myosin light-chain kinase）、週期素 D1（cyclin D1）等，降低子宮肌瘤中的 ECM。

◆ 結論

子宮肌瘤是婦產科門診常見疾病，治療方式眾多，然有些藥物或因價格昂貴、或因有副作用、不宜長期使用等缺點，而手術切除肌瘤的復發率高，術後因沾黏引起的疼痛令人困擾，加上肌瘤患者常合併有肥胖、高血脂、心臟血管疾病和代謝症候群，若能以維他命 D 和 simvastatin 來預防和治療，不僅功效佳，且費用低廉、能長期使用，是值得婦產科醫師熟稔與運用 [3]，以造福更多患者。在無症狀且欲懷孕的子宮肌瘤患者，維他命 D 對成功受孕可能也有幫助。至於維他命 D 和 simvastatin 的使用劑量和使用時間、能普及用在所有婦女或僅是低維他命 D 者、育齡婦女是否都應檢查維他命 D，如發現低維他命 D 即予補充維他命 D 來防止子宮肌瘤等上述之問題，都有待日後更大規模的研究加以證實。

◆ 參考文獻

1. Ciebiera M, Wlodarczyk M, Ciebiera M, et al. Vitamin D and uterine fibroids-review of the literature and novel concepts. *Int J Mol Sci* 2018; 19(7): 2051.
2. Vergara D, Catherino WH, Trojano G, et al. Vitamin D: mechanism of action and biological effects in uterine fibroids. *Nutrients* 2021; 13(2): 597.
3. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. 維生素 D 可以治療子宮肌瘤嗎? 台灣婦產科醫學會會訊 2014; 12: 22-4.
4. Sabe ME, Borahay M, Fast forward: Fibroid management in 2042(2022 ?). *F S Sci* 2021; 2(2): 114-5.
5. Ciebiera M, Ali M, Prince L, et al. The significance of measuring vitamin D serum levels in women with uterine fibroids. *Reprod Sci* 2021; 28(8): 2098-109.
6. Mohammadi R, Tabrizi R, Hessami K, et al. Correlation of low serum vitamin D with uterine leiomyoma: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biol Endocrinol* 2020; 18(1): 85.
7. Halder SK, Osteen KG, Al-Hendy A. Vitamin D3 inhibits expression and activities metalloproteinase-2 and -9 in human uterine fibroid cells. *Hum Reprod* 2013; 28(9): 2407-16.
8. Porcaro G, Santamaria A, Giordano D, et al. Vitamin D plus epigallocatechin gallate: novel promising approach for uterine nyomas. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; 24: 3344-51.
9. Miriello D, Galanti F, Cignini P, et al. Uterine fibroids treatment; do we have new valid alternative? Experiencing the combination of vitamin D plus epigallocatechin gallate in childbearing age affected women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021; 25(7): 2843-51.
10. Ciavattini A, Carpinì GD, Clemente N. Hypovitaminosis D and “small burden” uterine fibroids: Opportunity for a vitamin D supplementation. *Medicine* 2016; 95(52): e5698.
11. Arjeh S, Darsareh F, Asl ZA, et al. Effect of oral consumption of vitamin D on uterine fibroids: A

- randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract* 2020; 39: 101159.
12. Tanha FD, Fetzabad E, Farahani MV, et al. The effect of vitamin D deficiency on overgrowth of uterine fibroids: a blinded randomized clinical trial. *Int J Fertil Steril* 2021; 15(2): 95-100.
 13. Mandelberger A, Ascher-Walsh C, Fenske S. The effect of vitamin D depletion in patients with leiomyomas. *Fertil Steril* 2018; 109(3, Supplement): e7.
 14. Hajhashemi M, Ansari M, Haghollahi F, et al. The effect of vitamin D supplementation on the size of uterine leiomyoma in women with vitamin D deficiency. *Caspian J Intern Med* 2019; 10(2): 125-31.
 15. Ali M, Shahin SM, Sabri NA, et al. 1,25 dihydroxyvitamin D3 enhances the antifibroid effects of ulipristal acetate in human uterine fibroids. *Reprod Sci* 2019; 26(6): 812-8.
 16. 李耀泰, 陳福民, 郭宗正. Ulipristal acetate 最新研究和安全性評估. *台灣婦產科醫學會會訊* 2018; 11: 15-20.
 17. Ciebiera M, Meczekalski B, Kukaszuk K, et al. Potential synergism between ulipristal acetate and vitamin D3 in uterine fibroid pharmacotherapy- 2 case studies. *Gynecol Endocrinol* 2019; 35(6): 473-7.
 18. Halder SK, Sharan C, Al-Hendy O, et al. Paricalcitol, a vitamin D receptor activator, inhibits tumor formation in a murine model of uterine fibroids. *Reprod Sci* 2014; 21(9): 1108-19.
 19. Ciebiera M, Lukaszuk K, Meczekalski B, et al. Alternative oral agents in prophylaxis and therapy of uterine fibroids- An up-to-date review. *Int J Mol Sci* 2017; 18: 2586.
 20. Purusothaman V, Young S. Vitamin D and uterine leiomyomata: Is it time to let the sunshine in? *Fertil Steril* 2021; 115(2): 340-1.
 21. Borahay MA, Fang X, Baillargeon JB, et al. Statin use and uterine fibroid risk in hyperlipidemia patients: a nested case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215: 750.e1-8.
 22. Malik M, Britten J, Borahay M, et al. Simvastatin, at clinically relevant concentration, affects human uterine leiomyoma growth and extracellular matrix production. *Fertil Steril* 2018; 110: 1398-407.
 23. Afrin S, Islam MS, Patzkowsky K, et al. Simvastatin ameliorates altered mechanotransduction in uterine leiomyoma cells. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223(5): 733.e1-e14.

◎ 第 313 期 問答題 ◎

會員編號：_____ 姓名：_____

一、下列何種藥物可能預防子宮肌瘤的產生？

(A) 維他命 D；(B) simvastatin；(C) 以上皆是；(D) 以上皆非

二、下列何者是子宮肌瘤發生的危險因子？

(A) 40 歲以上；(B) 家族有子宮肌瘤病史；(C) 未生育過；(D) 以上皆是

三、下列何者非子宮肌瘤發生的危險因子？

(A) 肥胖；(B) 少曬陽光；(C) 多運動；(D) 常吃紅肉

四、維他命 D 的功用為何？

(A) 減少增殖作用；(B) 加速自然凋亡；(C) 抗血管增生作用；

(D) 以上皆是

五、下列何者為 simvastatin 的功用？

(A) 抗增殖作用；(B) 誘發自然凋亡；(C) 減少子宮肌瘤相關症狀；

(D) 以上皆是

*傳真作答 Fax: 02-2100-1476

*郵寄請使用隨刊附贈之回函卡（免貼郵票）。

*亦可登入學會網站，線上作答，以節省時間。

網址：https://www.taog.org.tw/member_login.php



第 312 通訊繼續教育

答案：一、(D)；二、(D)；三、(C)；四、(D)；五、(A)

彰基婦產部實證醫學辯論賽： 低劑量阿斯匹靈是否應該預防性用在所有孕婦族群

指導老師：陳明教授

主持人：王彥筑醫師

住院醫師辯士：吳允佳醫師，吳東穎醫師，黃靖貽醫師，
姚典佑醫師，廖文宏醫師，莊羽豐醫師，

◆前言

低劑量阿斯匹靈目前已廣泛應用在產科高風險族群以避免重度子癲前症的發生。2020 年刊登在 Lancet^[1] 的研究證明低劑量阿斯匹靈使用在低風險單胞胎孕婦可以降低 34 周前早產機率達 25% 並且周產期死亡率降低達 14%，但此結論與目前美國婦產科醫學會指引相悖；臨床上建議所有孕婦都一律使用阿斯匹靈也有執行上的難處。古云：真理越辯越明，而醫學也往往是在不同的意見火花中有所進步。為了讓住院醫師以不同的實證醫學觀點去探討臨床處置，彰基婦產部在 2021 年舉辦了實證醫學辯論賽，運用大專院校比賽常使用的改良版奧瑞岡賽制，並根據參加的住院醫師人數做了賽制的部分調整。

主題為低劑量阿斯匹靈是否應該預防性用在所有孕婦族群（不論子癲前症風險高低）？我們共有六位住院醫師參賽，分為正反兩方，以下是當日辯論賽的精采實況轉播。

正方：所有孕婦都應該使用低劑量阿斯匹靈

反方：根據風險評估選擇性使用低劑量阿斯匹靈

正方一辯論述：

阿斯匹靈被廣泛應用於婦產科與內科，現行準則中提到的包括人工瓣膜置換，血栓或中風預防，風濕免疫類疾病；未列入臨床指引但許多文獻支持使用阿斯匹靈的病人族群有：不明原因的死產，胎兒生長遲滯，習慣性流產，自發性早產等。

子癲前症可輕可重，輕微的我們可以監測血壓與尿蛋白使用硫酸鎂讓病人 34 週之後生產；重度子癲前症則會讓母嬰處在致命狀態，不得已必須提早終止妊娠，導致醫源性早產。大家都知道早產兒相對足月兒的併發症與死亡率更高。而早產的原因可以分為自發性或醫源性早產；根據 2017 年 American Journal of Perinatology^[2] 中指出醫源性早產中 74.8% 是因為妊娠高血壓。

如果我們可以降低子癩前症的發生率，也能降低子癩前症導致早產的機率。

目前醫療現況大多依靠孕婦的過去病史來評估是否需要使用阿斯匹靈，然而 2020 AJOG^[3] 統計利用母親危險因子來預測子癩前症的準確率只有 44.8 %; 加上平均動脈血壓 (MAP: Mean arterial pressure) 的預測率也只有 50.5%。就算運用平均動脈血壓與子宮動脈血流加上抽血數據 (PAPP-A, PLGF) 的自費子癩前症篩檢，預測率也只有 74.8%。仍舊有相當高比例的孕婦是在沒有使用預防性藥物的情況之下發展出子癩前症；綜合子癩前症對母體胎兒的危險性和現行評估方法的預測率，我們認為所有的孕婦都使用阿斯匹靈來預防子癩前症是可行的。

反方二辯質詢正方一辯：

反方二辯：您提到阿斯匹靈可以降低子癩前症發生率，並以此為由鼓勵所有孕婦皆使用預防性阿斯匹靈，但根據 2020 Lancet^[1] 文獻的結論是全面性使用阿斯匹靈並沒有真正降低子癩前症發生率，是否與您的論述有所矛盾？

正方一辯：文章中的結論確實是阿斯匹靈無法降低整體子癩前症的發生率，不過細看內容的統計表格，可以發現在小於 34 週因高血壓而早產的項目，在實驗組跟對照組是有顯著差異的。而可以減少小於 34 週前早產兒的發生率，就可以降低更多新生兒死亡率，整體性母親與胎兒的共同利益是上升的。

反方一辯論述：

UpToDate 上列舉子癩前症的危險因子包含：初產婦，年紀大於 40 歲或小於 18 歲，人工生殖，有合併內科病史等等數十項。阿斯匹靈應用在預防早產主要是抑制 COX-2 這個機轉，但造成早產機轉還有其他許多原因。2018 年 AJOG^[4] 顯示有效預防早產的介入方式為，在曾經有過前胎兩次早產經驗的病人身上預防性接受子宮頸環紮手術或使用黃體素。以及在第一孕期用陰道超音波觀測子宮頸的長度等方式。早產預防應該回到早產高風險族群，阿斯匹靈作為早產預防是否有其功效尚未可證。這篇 Lancet 2020^[1] 的確降低初產婦 34 週以前妊娠高血壓的機率，但降低整體孕期高血壓的發生率也未見顯著。我們認為阿斯匹靈的使用應該規範在目前醫學指引所認定的子癩前症高危險族群孕婦，而早產預防也應該著重在早產的高風險族群以及其合理的醫療處置，而非無差別性的使用證據等級並沒有受到廣泛支持的阿斯匹靈。

正方二辯質詢反方一辯：

正方二辯：34 週前發生的子癩前症，我們在臨床上大多會有生與不生的抉擇，考慮到胎兒肺泡可能未成熟，體重不足等狀況；但今天如果是 34 週以上發生的嚴重子癩前症，大多可以沒有疑慮的決定直接生產。因此 34 週前發生的重度子癩前症，對我們來說是臨床母胎醫療最具有風險的類別，既然研究顯示常規使用能降低初產婦 34 週以前發生妊娠高血壓的機率，對孕產婦來說是利大於弊，為什麼不常規使用呢？

反方一辯：目前婦產科的醫學指引 [6][7] 並沒有建議全面使用，如此使用阿斯匹靈恐怕會有藥物濫用以及孕婦和家屬的質疑。

正方二辯：現在 2020 lancet^[1] 研究提到全面使用可能是有益處的，而醫學指引並不是永遠一成不變的，所有的醫學指引都會因為新的證據出來而會逐年修訂。

正方二辯論述：

在 Lancet 2020^[1] 雖然在降低整體子癲前症風險的部分沒有達到統計意義，但我們所關注的早產族群 (Early Preterm and hypertensive disorders) 有下降 62% 的發生率。另外，嚴重副作用如腸胃道出血，產前出血，產後大出血的統計上，不論是服用藥物或是安慰劑，兩類別沒有達到顯著差異。若是再加上成本效應的考量，AHA2018^[5] 中發現孕婦常規使用低劑量阿斯匹靈可以節省將近 1500 萬歐元的醫療花費。因此，在有明顯益處而副作用沒有顯著差異，又可節省醫療花費的考量上，我們支持全面使用低劑量阿斯匹靈。

反方一辯質詢：

反方一辯：對方辯友所提出的經濟成本分析族群並不符合台灣醫療狀況，台灣產檢超音波普及，相較於歐美，算是密集產檢追蹤；請問國外狀況可適用於台灣嗎？

正方二辯：常規超音波檢查主要還是針對寶寶身高體重，況且子癲前症造成的血流異常或羊水減少等狀況，發現時都已經比較嚴重；子癲前症風險篩檢除了過去病史之外還是需要孕婦額外自費檢查，而根據 2020 AJOG^[3] 就算加上自費抽血與超音波檢查的預測率也只有 74.8%。反過來看，全面使用阿斯匹靈既可涵蓋所有族群，費用也相對便宜，更可以避免低體重早產兒的龐大醫療費用拖垮我們岌岌可危的健保財務，因此是適用於台灣醫療現況的。

反方二辯論述：

ACOG guideline^{[6][7]} 指出，中度風險之孕婦才建議使用阿斯匹靈。提倡精準醫療的同時怎麼能夠不論風險高低一律服用懷孕等級 D 級的藥物？難道懷孕不是身體的正常生理變化，而是一種疾病嗎？且早產高危險族群還包含低社經地位與營養不足等等，在台灣此類型族群相對國外較低。根據台灣 2019 年出生通報統計^[8]，小於 37 週早產發生率為 8.3%，但 Lancet 2020^[1] 中，使用阿斯匹靈後降低的早產發生率還是 11.6%，此研究的族群背景可能和台灣有點差異。另外，此篇結論也指出阿斯匹靈在降低整體子癲前症並沒有顯著差異，使用阿斯匹靈副作用包含產後大出血，胎盤早期剝離，腸胃道出血等風險，可能讓並沒有需要使用阿斯匹靈的媽媽們暴露在不必要的風險中。因此我們反對不論風險高低全面使用低劑量阿斯匹靈。

正方一辯質詢反方二辯：

正方一辯：即使病人為 ACOG guideline^{[6][7]} 認定的低風險族群還是可能出現子癲前症，我

們真的有方法可以準確找出高風險子癲前症的病人嗎？

反方二辯：懷孕是一種狀態不是一種疾病，很難說服病人在完全沒有風險的狀況下就要服用藥物，病人的順從率會很低。

正方結辯：

出生週數會決定新生兒併發症發生率的高低，我們如果能減少重度子癲前症，就可以減少不得已需要提早終止妊娠的狀況。光靠現行醫學指引，用病史的預測率太低，就算加做自費檢查預測率也只有約 74%。若是精確計算台灣病人所要負擔的醫療費用，自費子癲前症風險篩檢 2000 元並不是每個媽媽都能負擔，也會有預測率不高的問題。相較之下，阿斯匹靈自費一顆 2 元，從妊娠 12 週到 34 週只需要 320 元的費用。更不用說因為阿斯匹靈所避免的子癲前症併發症中新生兒或母親住到加護病房，由全民買單的健保醫療費用，是否有上億元新台幣呢？

並且 2020 Lancet 文章所探討的副作用如產前出血，產後大出血，陰道出血等狀況和對照組別比較皆不顯著。綜合考量子癲前症篩檢預測率、藥物嚴重副作用發生率、早產兒的照顧壓力與費用，在排除了阿斯匹靈的禁忌症（如過敏或消化道出血等）條件下，全面性使用阿斯匹靈可以減少孕產婦與新生兒的早產併發症並降低日益沉重的健保經濟負擔。因此我方支持所有孕婦全面性投予低劑量阿斯匹靈作為預防性用藥。

反方結辯：

雖然 2020 Lancet^[1] 結論是可以降低早產的發生率，但早產和子癲前症是不能畫上等號的。早產包含太多原因，像是子宮頸閉鎖不全，絨毛膜羊膜炎，雙胞胎，早期子宮收縮，前置胎盤等等，並不是所有的狀況都和妊娠高血壓有關。目前建議全面使用阿斯匹靈的文獻只有 2020 Lancet^[1]，且背景和台灣有其差異性。現有的 ACOG guideline^{[6][7]} 中高風險與中度風險族群會建議使用；低風險族群則不需要使用阿斯匹靈。另外服用阿斯匹靈有腸胃道與腦部出血的風險，即使統計沒有顯著差異仍舊是不可忽視的潛在副作用。台灣醫療環境便利，病人對於沒病就吃藥的順從性也不佳。我們相信低劑量阿斯匹靈對於預防子癲前症並提升孕產期照護品質是有幫助的，但藥物的使用應該有其合理的適應症。因此我方的結論是應當根據個別孕婦之適應症與禁忌症適當使用阿斯匹靈，而非無條件的全面性使用。

◆ 後記

由實習醫師和畢業後一般見習醫師所組成的評審團最後將獲勝頒給了反方，認同還是有條件的使用阿斯匹靈較符合台灣醫療現況；但把最佳辯士頒給了正方結辯莊醫師。Lancet 這篇文章確實帶給了我們一個新的觀點，期待未來可以有符合台灣孕產婦的統計文獻；不論是降低早產或減少子癲前症，更多的實證醫學文獻幫助我們提供民眾更完善更無風險的孕產婦醫療照護，為了母胎安全，大家一起努力！

◆ 參考文獻

1. Brown, R. N. (2020). Faculty Opinions recommendation of Low-dose aspirin for the prevention of preterm delivery in nulliparous women with a singleton pregnancy (ASPIRIN): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Faculty Opinions – Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature. <https://doi.org/10.3410/f.737258928.793573265>
2. Kuper, S., Steele, R., Sievert, R., Tita, A., Harper, L., & Wang, M. (2017). Outcomes of Medically Indicated Preterm Births Differ by Indication. *American Journal of Perinatology*, 35(08), 758–763. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1615792>
3. Chaemsaihong, P., Sahota, D. S., & Poon, L. C. (2020). First trimester preeclampsia screening and prediction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.020>
4. Romero, R., Conde-Agudelo, A., & Da Fonseca, E. (2018). Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(2), 161–180. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.576>
5. Mone, F., O'Mahony, J. F., & Tyrrell, E. (2018). Preeclampsia Prevention Using Routine Versus Screening Test-Indicated Aspirin in Low-Risk Women. *Hypertension*, 72(6), 1391–1396. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.118.11718>
6. Gestational Hypertension and Preeclampsia. (2020). *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), 1492–1495. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003892>
7. ACOG Committee Opinion No. 743 Summary: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. (2018). *Obstetrics & Gynecology*, 132(1), 254–256. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002709>
8. 衛生福利部國民健康署 108 年出生通報統計年表

懷孕中的卵巢惡性腫瘤－案例分享

台北馬偕紀念醫院婦癌科 研修醫師 林玟瑄

主治醫師 陳楨瑞

◆一、案例

30 歲的胡小姐，約在兩年前初次懷孕時發現雙側卵巢囊腫（左邊約 6.8 公分、右邊約 5.3 公分），當下在孕期中僅建議持續追蹤未處理。而在產後半年，轉診至婦癌科門診追蹤時發現雙側囊腫均有增大之情形（左邊約 9.3 公分、右邊約 6.3 公分），腫瘤指數 CA125 也有上升至 180.96 U/mL。當時建議病患進行手術處理，然而病患卻並未如約定進行手術。

在四個月後，病患又因早期懷孕來到門診。超音波追蹤發現雙側卵巢囊腫仍有持續增大之趨勢（左邊已增大至約 12.8 公分、右邊增大至約 9.8 公分）且結構複雜有部分產生實質變化，腫瘤指數 CA125 異常高（2505 U/mL）。在與放射診斷科討論之後，隨即安排無顯影劑之骨盆腔核磁共振檢查，判讀結果呈現雙側卵巢複雜性囊腫、合併有多量腹水、並且於骨盆腔內出現增厚之腹膜腫塊，懷疑有骨盆腔內腫瘤散佈之情況。初步診斷為懷孕週數 11 週，骨盆腔內複雜性腫瘤，且高度懷疑為卵巢惡性腫瘤。

與病患及家屬充分溝通後，決定立即施行剖腹探查手術，術中發現雙側卵巢腫瘤，且當下已經出現卵巢包膜外移轉（extra-capsular spread），並合併子宮後壁漿膜上（uterine serosal）與骨盆腔腹膜上（posterior cul-de-sac）點狀腫瘤散佈。冰凍切片結果為「漿液性卵巢癌，屬於低度分化，具備微小乳突特徵（low grade serous carcinoma, with micropapillary pattern）」，因子宮表面與骨盆腔腹膜均存在病灶，術中與家屬討論後，進行不保留胎兒及生育功能之最大減積手術（含子宮、雙側卵巢輸卵管全切除、骨盆腔受腫瘤侵犯之腹膜剝除、後腹腔骨盆腔與主動脈旁淋巴腺切除、及網膜部份摘除術）。術後達到最大減積表現，無肉眼可見殘存腫瘤（R0 resection）。最終病理報告相同於術中冰凍切片結果，為漿液性卵巢癌，屬於低度分化，具備微小乳突特徵（low grade serous carcinoma, with micropapillary pattern）合併非侵入性骨盆腔腹膜轉移（non-invasive peritoneal implants），病理分期最終為第 III A2 期（FIGO stage IIIA2, pT3aN0Mb）。

雖然腹膜上為非侵入性轉移病灶，然而因為卵巢包膜外已存在腫瘤侵犯特徵，經解釋之後病患在術後接受了三週一次，共六次太平洋紫杉醇（Paclitaxel, 175mg/m²）與卡鉑（Carboplatin, AUC 5）之化學藥物治療，完成治療後再給予抗女性荷爾蒙藥物（Tamoxifen）治療，追蹤迄今（2022-3）並無復發之情形。

◆二、簡介

懷孕中的卵巢囊腫佔所有卵巢腫瘤 0.2-2%，而懷孕中的卵巢癌約在 15000-32000 個人中會有一人發生，在孕中發現的惡性腫瘤排名第五。

卵巢癌的種類則與非孕中婦女相似，約有一半為上皮性卵巢癌，其餘則為惡性生殖細胞癌、間質細胞癌以及轉移性癌症。

◆三、診斷

1. 超音波 (Sonogram) [1]

超音波是婦產科醫師最常用、最容易取得且最方便的診斷工具，雖然在影像診斷上稍嫌主觀，然而兼具了安全、快速又高敏感度的優點，並且可依照腫瘤在超音波下所呈現的特質，簡單區分出較偏向惡性或良性。（可參考 2008 年發表於 ISUOG 的 Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer）[2]。

在不同孕期中若要評估卵巢腫瘤，所適用的超音波探頭也不盡相同。在第一孕期，如同婦科患者，可使用經陰道超音波進行評估；而在第二、三孕期，因子宮大小影響可能遮擋欲檢查的腫瘤、或使卵巢腫瘤位置有所改變，因此建議以經腹部超音波進行評估。不管孕期為何，都建議須附加都卜勒血管阻力檢查。

若在懷孕中的超音波發現有卵巢囊腫，首先還是要區分出來源為卵巢或是其他附屬器官，以及是否為懷孕相關之囊腫。介紹如下：

□ 其他附屬器官腫瘤：

- ✓ 輸卵管水腫 (Hydrosalpinx) 或輸卵管旁囊腫 (Para-tubal cyst)：腫瘤可能呈現長條樣或是像是香腸的形狀表現 (sausage-like)
- ✓ 漿膜外子宮肌瘤 (Subserosal myoma)：腫瘤表現會較為實質，且與子宮相連。亦可找到正常卵巢
- ✓ 子宮外孕：當早期懷孕仍未見到子宮內懷孕又合併子宮旁附屬器囊腫時，還是要注意有子宮外孕之可能性。若有發現子宮內胚胎，因現今人工生殖技術進步，仍然得考慮異位妊娠 (Heterotopic pregnancy) 之可能。
- ✓ 來自腸道 (例如乙狀結腸或闌尾腫瘤) 或是後腹腔的腫瘤 (retroperitoneal mass)

□ 懷孕相關之卵巢腫瘤：黃體囊腫 (Corpus lutein cyst or theca-lutein cyst)

- ✓ 大多會在妊娠 16 週後漸漸消失
- ✓ 超音波下之型態較為多變，可能會有囊腫內出血的表現。

□ 非懷孕相關之卵巢原發腫瘤

- ✓ 成熟性畸胎瘤 (Mature teratoma)：超音波下可能會有囊腔內突起 (Rokitansky nodule)、因散亂頭髮而呈現的高回音細帶以及因骨骼組織所造成之陰影 (Acoustic shadow)。
- ✓ 卵巢子宮內膜異位瘤 (Endometrioma)：一般來說呈現均質毛玻璃樣，但懷孕中上皮可能

會因高濃度黃體素而兌膜化，所以表現上可能會較難做鑑別診斷。

2. 核磁共振 (Magnetic Resonance Imaging–MRI) [1]

相對於電腦斷層 (Computed tomography) 會有對胎兒帶來高劑量電磁輻射之風險，MRI 為懷孕中較安全之選擇，且對於腹膜內之腫瘤散佈及腫大淋巴腺均有良好的診斷力。目前馬偕醫院放射診斷科共識此項檢查最好於妊娠 16 週以上進行較為安全，但危急狀況不在此限。另外需要注意的是，在 MRI 的顯影劑中因為含有 Gadolinium 成分，其可能會穿越胎盤，經由胎兒腎臟代謝至羊水中而造成毒性，因而建議不使用。

3. 腫瘤指數 (Tumor markers)

懷孕狀態可能會使婦科常用的腫瘤指數有所波動，例如，生殖細胞瘤經常參考的絨毛膜激素 (β -HCG) 以及甲型胎兒蛋白 (AFP)，都會隨懷孕而上升，可能失去參考價值。但仍有些腫瘤指數的數值上限可做為參考之依據。[3]

□ CA125 :

- ✓ 第一孕期及產後：可能呈現波動之變化，但根據文獻統計範圍約在 6.9~ 296.7 U/mL，因此若遠超過此範圍，則卵巢腫瘤為惡性之機率上升。
- ✓ 第二、三孕期：指數通常不會有上升之情形，因此有一定之參考價值。

□ β -HCG 在懷孕中會隨週數而有所變化及上升，如下表 [4] :

Guideline to hCG levels in weeks during pregnancy

hCG levels during pregnancy (in weeks since last menstrual period)	
3 weeks LMP	5 - 50 mIU/ml
4 weeks LMP	5 - 426 mIU/ml
5 weeks LMP	18 - 7,340 mIU/ml
6 weeks LMP	1,080 - 56,500 mIU/ml
7 - 8 weeks LMP	7, 650 - 229,000 mIU/ml
9 - 12 weeks LMP	25,700 - 288,000 mIU/ml
13 - 16 weeks LMP	13,300 - 254,000 mIU/ml
17 - 24 weeks LMP	4,060 - 165,400 mIU/ml
25 - 40 weeks LMP	3,640 - 117,000 mIU/ml
non pregnant	55-200 ng/ml

* These numbers are just a **guideline** - every woman's level of hCG can rise differently. It is not necessarily the level that matters, but rather the change in the level.

□ AFP 在孕期中會有所變化，也可用其評估妊娠併發症、胎兒神經管缺損等狀況，其數值與週數的關係如右圖，上限值約為 400IU/mL [5] :

□ Inhibin B 及 AMH：卵巢顆粒細胞瘤 (Granulosa cell tumor) 常用之腫瘤指數，在正常懷孕過程中也少有上升之情形。目前馬偕醫院已無法檢驗 inhibin B。

Weeks of pregnancy	AFP [IU/mL]	Weeks of Pregnancy	AFP [IU/mL]
10	9-24	19	32-103
11	10-27	20	42-121
12	10-30	21	48-139
13	10-34	22-24	56-224
14	11-60	25-27	95-357
15	14-60	28-30	135-435
16	16-69	31-33	141-423
17	17-78	34-36	121-380
18	22-93	37-40	93-321

◆ 四、手術治療

1. 適應症：一般而言，若卵巢腫瘤持續存在 (或增大) 至第二孕期，或大於五公分，且影像學檢查呈現惡性特徵，例如複雜性特徵、實質變化 (complex architecture, solid component) ，

則應考慮手術切除與病理化驗的必要性，以免延誤惡性卵巢癌的治療。

2. 時機：

□ 第一孕期：

- ✓ 不考慮懷孕保留：中止妊娠（流產）後接受標準治療。手術後若為惡性，視分期及需要施以化學治療。
- ✓ 懷孕保留時：若於第一孕期手術中發現為惡性且須輔助性化學治療，則化學治療可延至第二孕期，最好延後到即使胎兒早產也能存活的週數。

□ 第二孕期：為可以兼顧胎兒存活與腫瘤切除之佳手術時機。

□ 第三孕期：可以考慮延至生產後手術治療。

3. 癌症治療方案（若高度懷疑惡性或已確認為惡性）[6]：

□ 終止妊娠（胎兒無法存活的週數）或生產（胎兒早產也能生存的週數）：之後接受標準分期手術治療，並依分期、細胞型態以及治療準則決定是否給予輔助性化學治療。

□ 非上述情況，但仍欲維持懷孕狀況，替代方案可以考慮先手術處理腫瘤，再合併於周產期間給予輔助性化學治療。產後建議施行完整分期手術：

- ✓ FIGO stage IA-IIA: 單側或雙側卵巢輸卵管全切除、網膜摘除以及淋巴腺切片。術中盡量避免過度推擠或移動子宮，以免引發早發性子宮收縮或早產徵兆。然而因懷孕子宮長大之故，手術下淋巴腺之切除可能因此受限。
- ✓ FIGO stage IIB-IV: 盡量在保留子宮之前提下達到最佳減積手術，但相同的，因子宮影響手術視野，對於骨盆底評估以及淋巴腺切除會受到限制。
- ✓ FIGO stage IIB-IV 的替代方案：手術以獲取檢體（切片）及病理化驗為主，之後給予輔助性化學治療（neoadjuvant chemotherapy）並於產後接受完整分期手術。

4. 手術方式 [6]：

□ 剖腹式：目前疑似卵巢惡性腫瘤標準的手術方式。

□ 微創手術（腹腔鏡）式：可能增加腫瘤破裂（造成術後分期上升、腹腔內轉移風險增加）、腹腔鏡孔洞傷口轉移之風險，且因視野受限，可能較難達到完整適當之分期手術。然而，對於產科的預後（包括出生體重小於 2500 克、早產以及子宮內生長遲滯等），文獻顯示兩種方式並無明顯差異。[7]

5. 術前準備 [6]：

- 在妊娠 24-34 週之孕婦，可考慮在術前 48 小時給予促進胎兒肺部成熟之類固醇。
- 手術前後可考慮給予預防性安胎藥物以避免早產徵兆。

6. 術後處置 [6]：

- 血栓預防：因懷孕期間為相對高凝血狀態，血栓風險大幅提升。可考慮在術後給予預防性抗凝血藥物（Enoxaparin 40mg QD）並延續至產後 4-6 週。
- 安胎：小於妊娠 16 週之孕婦，可給予黃體素之補充。而在第二孕期以上之孕婦，若有子宮收縮則可依情況給予安胎藥物，若無收縮狀況仍可考慮給予預防性安胎藥物以避免未來出現早產徵兆。

◆五、化學治療^[1]

1. 施打劑量：懷孕中婦女的生理變化可能會造成化學治療在體內藥物動力學的改變。肝腎的代謝均會增強，身體裡的水分也會比較多，這些變化可能造成化學治療藥物在體內的濃度較低。另一方面，因孕期產婦體重上升，將導致計算體表面積時增加，而加重給予的化療劑量。然而，根據現有研究與統計，這些變化並不會造成化學治療效果的改變，因此在劑量方面，仍然建議與非懷孕婦女相同，採用標準劑量，再依臨床狀況做適當之調整。
2. 施打時機：在第一孕期施打化學治療可能會有流產或致畸胎性之風險，需要避免使用。第二、三孕期為較佳之施打時間。若已屆生產，化學治療的施打建議在生產前的三週內盡量避免，以免在生產時恰逢骨髓抑制最強，血球數量之最低點，造成待產過程與產後的併發症；而另一方面也可避免化療藥物通過胎盤引起新生兒出生後的骨髓抑制（新生兒感染或血小板低下狀況）。
3. 施打種類：根據不同的卵巢癌病理給予標準的化學治療。
 - 上皮性卵巢癌：
 - ✓ 仍以鉑金類（Platinum-derivatives）及紫杉醇（Paclitaxel）為主流。而在鉑金類的選擇上，此種藥物若在適當時機施打，鮮少造成胎兒之畸型，但其中順鉑（Cisplatin）可能會對胎兒造成腎毒性，而卡鉑（Carboplatin）則較少會有此問題，因此會以卡鉑為優先選擇之藥物。紫杉醇在目前的統計上，也很少造成胎兒重大的畸型，但卻被發現在某些案例身上，與週產胎兒體重過低、羊水過少及子癲前症相關。
 - ✓ 另外，目前在第二到四期的卵巢癌治療上，術後第二次化療時可能會輔以標靶藥物癌思停（Bevacizumab）使用。癌思停為一種抑制血管新生的藥物，因此可能會影響胎盤血管功能而影響胎兒、或增加妊娠併發症，因此在懷孕的婦女身上並不建議使用。
 - 惡性生殖細胞瘤：依據非懷孕婦女之標準治療，應以鉑金類（Platinum-derivatives）、博萊黴素（Bleomycin）以及 Etoposide（VP-16），三種合用的配方（BEP regimen）為主。但其中 Etoposide 可能會有嚴重致畸胎性，因此在孕中婦女，考慮以長春花鹼（Vincristine）作為替代藥物（POB regimen）。

◆六、結論

懷孕中的婦女發現卵巢囊腫並非少見，然而其中為惡性的機率相當低，但仍然有可能在臨床上遇到，而所面臨的第一個難關便是鑑別診斷。利用手邊的工具，如超音波或腫瘤指數等，可以做初步的判斷，再以風險較低的進階影像檢查（例如無顯影劑的核磁共振掃描）進一步增加診斷的證據，並且決定是否須立即手術介入處理。若需手術，則必須考慮目前妊娠的週數與孕期，與病患做完整的溝通與解釋，讓病患在充分了解手術與治療延誤的風險，並必須事先討論好手術中若為惡性且有多發性轉移時（非早期疾病時），是否保留此次懷孕或後續生育功能。

如果情況允許，手術時機則建議以第二孕期為佳，而如果需要後續之化學治療，也建議於第二孕期末與三孕期施打適合的藥物。另外，在治療過程中也需仔細評估胎兒狀態與其餘產科併發症，也可使用藥物（安胎藥或類固醇）輔助，將風險降至最低。

懷孕過程中確診卵巢惡性腫瘤絕對是個相當棘手的問題。無論是在病患或是醫師面向，在許多關卡上都會面臨極為兩難的選擇。不只是病患本身的預後、與生育（腹中胎兒）能力保留與否，非醫療面向部份上也可能會牽涉到病患背後複雜的家庭結構與問題，而醫師所能做的便是善用手邊的工具與知識，正確的診斷，給予患者足夠資訊後，協助病患與家屬做出適合的治療選擇與計畫，並加以執行。此外，團隊式的照護絕對不可缺，婦癌科醫師、高危險妊娠周產期專科醫師、與新生兒科醫師必須團隊式攜手照護產婦與新生兒，以達最少併發症、最佳治療成果。

◆七、參考資料

1. Robert Fruscio. Ovarian cancer in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 41 (2017) 108e117
2. D. TIMMERMAN. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol*2008;31: 681 – 690
3. Latimer. Gynaecological malignancies in pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2007, 19:140–144
4. hCG Levels, The American Pregnancy Association. <https://americanpregnancy.org/getting-pregnant/hcg-levels/>
5. Rimaz A. Gurashi and Imad Fadel-Elmula. Maternal Serum Triple Screening Test and Pregnancy Outcome in Elderly Sudanese Pregnant Ladies in Khartoum State-Sudan. *Pathology and Laboratory Medicine* 2017; 1(2): 54-60
6. Donata Grimm. Clinical management of epithelial ovarian cancer during pregnancy. *European Journal of Cancer* (2014) 50, 963– 971
7. Reedy MB, Kallen B, Kuehl TJ. Laparoscopy during pregnancy: a study of five fetal outcome parameters with use of the Swedish Health Registry. *Am J ObstetGynecol*1997;177:673–9.

編後語

召集人 陳明哲

各位婦產科前輩先進及會員同仁們大家好：

新冠疫情仍然持續，已經累計超過 820 萬國人感染。雖然每日感染人數似乎有漸漸減少，但是每日重症及死亡人數仍然不見改善。縱使指揮中心已經不再限制群集會議，當前我們還是應把口罩戴好，大家仍然得時刻注意防疫才好！

感謝李耀泰主任提供本期通訊繼續教育，探討維他命 D 及降血脂用藥 Statin 類對於婦女防治子宮肌瘤的角色和成效。近期已有不少文獻報告單獨使用維他命 D 或合併使用 EGCG 及維他命 B6 或合併 UPA，都可以抑制子宮肌瘤，縮小其體積。Statin 類中的 Atrovastatin、Simvastatin、Rosuvastatin……等等也可以抑制子宮肌瘤之 ECM，減輕相關症狀。有關治療劑量、治療期間及適當對象仍有待研究再釐清。

彰基陳明教授提供該部對 2020 Lancet 發表將低劑量阿斯匹靈例行用於第一胎單胞胎孕婦之大規模多中心隨機雙盲試驗結果。該研究清楚發現早產、早發性早產、周產期死亡率均呈現有意義之減少。讓住院醫師進行解讀及辯論，教育意義十足。這篇也讓我憶起近三年前在中榮同樣對 2018 NEJM ARRIVE Trial 進行的住院醫師辯論（請參閱 284 期會訊）。

台北馬偕婦癌科林玟瑄醫師及陳楨瑞醫師分享懷孕合併卵巢癌案例，並回顧該情況之診斷及處置原則，尤其在需要兼顧胎兒週數存活機會及及早進行母體治療之衝突與妥協時，該如何決定先後順序，以及新輔助性化療之運用時機和注意事項，內容豐富，值得大家再來溫故而知新。

自 2019 年接任會訊編輯委員會召集人至今已經滿三年了，感謝許多會員朋友們以及秘書處的協助，讓出刊工作一直是圓滿順利。感謝 22 屆黃閔照理事長的優質帶領，在新冠肺炎肆虐的這段期間，依然讓會務持續蓬勃發展；也喜迎 23 屆陳思原理事長隨即開展新猶，持續催化學會各項會務。個人也在此祝福新的編輯團隊，並期待會訊工作能更上層樓！

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	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： https://cdehr6.wixsite.com/recruitment (請以chrome開啟) 或至本中心官網 https://www.cde.org.tw/ 查詢	資深人資專員 黃小姐	02-81706000 分機 651
新北市	新北市蘆洲區 - 宥宥婦幼診所	蘆洲區宥宥婦幼診所 - 誠徵婦產科醫師 誠徵婦產科醫師 待遇優 (可不接生、可不值班) 高 PPF，醫療團隊堅強 意洽：張部長 0935-107-177	張部長	0935-107177
新北市	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 (可不接生、可不值班) 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
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： alisonnursing233@gmail.com Tel：02-22890666 分機 233	黃主任	0916-680338
新北市	樂寶兒婦幼診所	門診、產房接生、開刀、輪值班 待遇優，可合夥共創雙贏。 Email: huang@hs-health.com	陳小姐	0932-001152 或 2990-2299 分機 803
新北市	板橋安媿婦產科診所	1. 不用值班，不用接生 2. 具醫師證書及婦產科專科醫師證書 3. 待遇優，週日休，診數、工作模式可細談 4. 女性尤佳 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 聯絡方式 Line ID：wei19930112 王小姐	王助理	0989-513936
新北市	新莊惠欣婦產科小兒科診所	門診醫師，專任或兼職均可 待遇優，可合夥共創雙贏	陳小姐	0932-001152 或 2990-2299 分機 803
新北市	呂醫師	徵求有意頂讓或出資合作之婦產科診所（不接生），家醫科或一般科亦可。地區偏好：新北市 彰化縣市 雲林縣市 嘉義縣市。請致電呂冠錦醫師 0952176768，或 LINE ID 呂青山	呂冠錦醫師	0952-176768
桃園市	宏其醫療社團法人宏其婦幼醫院	誠徵婦產科專任主治醫師數名：薪資優渥，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	宋俊宏婦幼醫院	宋俊宏婦幼醫院【地區醫院】(桃園市平鎮區) 禮聘 婦產專科醫師 工作待遇：待優可談，薪資面議 意者請電洽或寄履歷表再約面談 資格條件：具醫師證書及婦產科專科醫師證照 歡迎您加入本院醫療團隊！ 意者請聯絡：意洽：03-4020999#621、0932-366092 黃小姐或 E-meil： yuehfenh@yahoo.com.tw	黃小姐	0932-366092

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 婦產科	桃園醫院婦產科擴大團隊陣容，增聘五位主治醫師。 ★可談保障薪，高 PPF，公職編制，待遇優面洽六都唯一！桃園人口數正成長，平均年齡最年輕！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、想轉換跑道或人生規劃的夥伴加入團隊！ ★聯絡人員：屠乃方 院長特助 電子信箱：05569@mail.tygh.gov.tw 婦產科 史岱玉專員 電 話：033699721 分機 3492 電子信箱：stacy0118@mail.tygh.gov.tw	史岱玉 專員	03-3699721 分機 3492
台中市	澄清綜合醫院	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	葉小姐	04-24632000 分機 32503
台中市	中國醫藥大學附設醫院 婦產部	具備醫師證書或婦產專科醫師證書，待遇優，歡迎加入我們的行列一起努力！！	黃小姐	04-22052121 #2063 #2057 #2058
彰化縣	成美醫院	成美醫院誠徵婦產科專科醫師 具工作熱忱負責任感；待遇優 提供宿舍及停車位 竭誠歡迎加入我們的行列。 洽詢電話：蔡秘書 04-7273127 分機 2405 或 Email：chainmay2405@yahoo.com.tw	蔡秘書	04-7273127 分機 2405
彰化縣	彰化縣皓生醫院	彰化縣員林市皓生婦幼專科醫院，誠徵婦產科醫師，待遇優，意者請洽 TEL:0988-722656 院長室	邱小姐	0988-722656
南投縣	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	具婦產科專科醫師證書 待遇優，提供醫師眷屬宿舍 竭誠歡迎加入埔基服務團隊 工作地點：南投縣埔里鎮鐵山路 1 號 e-mail:job@mail.pch.org.tw	黃小姐	049-2912151 分機 2811
台南市	陳澤彥婦幼醫院	高保障薪與業績獎金，具前瞻傳承、特色、競爭力與友善幸福職場環境；您的加入是台南府城婦女的福氣！認識我們醫院，FB 連結： https://www.facebook.com/陳澤彥婦產科醫院 -330515660319337/	黃小姐	0932-043123
台南市	台南市歸仁美婦產科診所	誠徵婦產科女醫師，只看門診沒生產，輕鬆沒壓力。	蕭主任	0918-498658
高雄市	高雄馨蕙馨醫院	禮聘婦產科主治醫師 1. 具備醫師證書、婦產科專科證書。 2. 待遇優、保障薪、高 PPF、醫療職場環境優、完整福利制度。發展空間無限，工作模式可細談。竭誠歡迎您加入我們的醫療體系行列。 3. 意者請 E-mail 履歷表：benz16858@yahoo.com.tw 連絡人：院長室洪主任 連絡電話：0921584999 或 07-8629880#6112	院長室 洪主任	0921-584999
高雄市	安田婦產科	具婦產科專科醫師證書，本院所具有微創手術設備（腹腔鏡（含單孔），子宮鏡）及團隊，E8 超音波，產房及嬰兒室，生殖醫學中心，產後護理之家，駐診兒科醫師，保障待遇優氣氛和諧，歡迎有意願的夥伴一起加入	王小姐	0980-666624
高雄市	吳玉珍婦產科診所	誠徵婦產科聯合開業或門診醫師。20 年婦產科診所，客源穩定，職員組織管理佳。只看門診、週日休，診次彈性。合作條件可另行規劃	彭護理長	07-7220123

院所租售

高雄市	原 穗德婦產科醫院	1. 本大樓土地 103 坪 . 別墅型建築外觀 . 總樓層 7.5 層 . 每層 80 坪 . 地下樓 60 坪 . 可分租 1-5 樓 . 地下樓 . 2. 近前鎮高中捷運站 (紅線) , 自強日夜市 . 鄰五甲大廟 , 五甲捷運站 (黃線 111 年 6 月動工) . 全聯 . 3. 大樓原穗德婦產科 6 年 . 後租慈美婦產科長庚醫師 9 年 (自建醫院) . 15 年來醫療服務備受好評 . 4. 現租明泰骨外科 (18 年) 北醫 . 長庚醫師 . 每天門診和復健繁忙 , 鄭院長已買到診所 . 目前已搬離 5. 適合洗腎中心 . 護理之家 . 骨外復健科 . 眼科 . 醫美 . 肝膽腸胃科 . 牙科 . 或聯合診所 6. 適合婦產科兼做月子中心 , 五甲 . 前鎮 . 崗山 . 小港 . 10 公里內缺婦產科 . 在此開業服務婦女最好 . 7. 五甲大廟內免費停車 (58 位) . 離大樓 50 公尺每天 6am-10:30pm . 8. 大樓近小港機場 , 五甲交流道 (1 號高速 , 88 快速公路) . 交通方便 . 歡迎參觀 . 來電接洽 Google map : https://goo.gl/maps/FEcKq2ke92kXrCjEA 9. 可提供醫院相關照片 , 歡迎洽詢	林小姐	0960-123023 0931-998992
-----	-----------	--	-----	----------------------------

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
221130-1	The Best of ESMO and IGCS 2022 in Ovarian Cancer	台灣武田藥品工業股份有限公司	全線上會議	2022-11-30 19:00:00	2022-11-30 20:30:00	B	1
221201-1	111 年度家庭暴力與性侵害及責任通報及兒少保護防治工作教育訓練課程	主辦：南投縣政府衛生局 // 承辦：埔里基督教醫院醫院	南投縣埔里鎮鐵山路 1 號 -7 樓愛堂	2022-12-01 08:00:00	2022-12-01 17:10:00	B	1
221202-1	2022/12/02 新世紀骨質疏鬆論壇系列講座 webinar	中華民國骨質疏鬆症學會	線上直播 webinar	2022-12-02 19:00:00	2022-12-02 20:00:00	B	1
221204-3	荷爾蒙 vs. 肥胖、代謝症候群和多囊性卵巢症候群學術研討會	台灣生物等同性荷爾蒙學會	IEAT 國際會議中心 3 樓第一會議室 (台北市中山區松江路 350 號)	2022-12-04 08:45:00	2022-12-04 17:15:00	B	1
221204-1	第 18 屆第 1 次年會暨學術研討會	台灣周產期醫學會	張榮發基金會國際會議中心 11 樓	2022-12-04 08:55:00	2022-12-04 17:00:00	B	4
221204-2	社團法人臺中市大臺中醫師公會 12 月學術演講會	社團法人臺中市大臺中醫師公會	童綜合醫療社團法人童綜合醫院 -20 樓視聽教室	2022-12-04 13:30:00	2022-12-04 16:30:00	B	1
221206-1	111 年婦產科風險概念推廣課程	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	線上視訊	2022-12-06 12:00:00	2022-12-06 14:00:00	B	2
221207-1	TBMJ 骨肌關治療新紀元 - 線上研討會	台灣骨鬆肌少關節防治學會	線上研討會	2022-12-07 11:40:00	2022-12-07 13:10:00	B	1
221208-1	111 年度照護研習會	台灣護理學會、台南市立醫院 (委託秀傳醫療社團法人經營)	台南市立醫院 (委託秀傳醫療社團法人經營) 秀傳醫學大樓五樓大會議室、台灣護理學會 9 樓國際會議廳、花蓮	2022-12-08 08:40:00	2022-12-08 17:00:00	B	4

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
221210-1	TBMJ 骨肌關治療新紀元 (南區)	台灣骨鬆肌少關節防治學會	高雄 洲際酒店 4F 芳苑二廳	2022-12-10 14:00:00	2022-12-10 17:20:00	B	1
221211-1	台灣子宮內膜異位症國際研討會暨台灣子宮內膜異位症學會 2022 年會	台灣子宮內膜異位症學會	台北市信義區松仁路 38 號	2022-12-11 08:20:00	2022-12-11 16:35:00	B	3
221211-2	111-112 年度自費醫療發展研習課程 (台南)	台灣婦產科醫學會	遠東香格里拉 3 樓成功廳 (台南市大學路西段 89 號)	2022-12-11 08:35:00	2022-12-11 12:10:00	A	3
221211-4	HPV 衛教友善診所繼續教育線上直播課程 (線上直播)	財團法人台灣癌症基金會	線上直播	2022-12-11 10:00:00	2022-12-11 11:50:00	B	1
221211-3	醫學大躍進分享會	訊聯生物科技股份有限公司	zoom 線上會議室	2022-12-11 14:00:00	2022-11-18 15:30:00	B	1
221214-1	婦產科常見急症	烏日林新醫院	烏日林新醫院二樓會議室	2022-12-14 13:00:00	2022-12-14 14:00:00	B	1
221217-1	International HYBRID Symposium on Urogynecology & Female Urology: AFOG, TAOG/TUGA & RTCOG WEBINAR	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會 / 台灣婦產科醫學會 / AFOG	台中裕元花園酒店 / 中山醫學大學誠愛樓 9 樓	2022-12-17 15:00:00	2022-12-18 16:20:00	A	5
221217-2	2022 周產期轉診病歷研討會議	新竹市立馬偕兒童醫院	新竹國賓飯店玖樓中餐廳	2022-12-17 16:30:00	2022-12-17 18:40:00	B	1
221218-1	111-112 年度自費醫療發展研習課程 (高雄)	台灣婦產科醫學會	水京棧國際酒店 2 樓宴會廳 (高雄市明華路 366 號)	2022-12-18 08:35:00	2022-12-18 12:10:00	A	3
221218-2	TSRM 2022 北區學術演講會 2	台灣生殖醫學會	臺灣大學公共衛生學院 101 講堂 (台北市徐州路 17 號)	2022-12-18 08:50:00	2022-12-18 16:30:00	B	3
221218-3	臺大醫院醫療體系 2022 年度第四次星月院所交流與學術討論會	臺大醫院分級醫療暨轉銜照護管理中心	臺大醫院第四會議室 (線上會議)	2022-12-18 09:00:00	2022-12-18 12:00:00	B	1
221221-1	標靶音波刀相關應用與討論	雲林縣婦產科聯誼會	雲林縣虎尾鎮大成街 100 號	2022-12-21 12:30:00	2022-12-21 14:30:00	B	1
221223-1	婦產科觀點看幹細胞治療應用及細胞治療特管法	澄清綜合醫院中港分院	台中市西屯區台灣大道四段 966 號 17 樓國際會議廳	2022-12-23 07:30:00	2022-12-23 08:30:00	B	1
221225-1	2022 臺中榮民總醫院 尖端醫療交流工作坊 - 婦女醫學部 (實體會議)	臺中榮民總醫院	臺中榮民總醫院第二醫療大樓 2 樓第八會議室	2022-12-25 08:00:00	2022-12-25 15:30:00	B	3
230108-1	111-112 年度自費醫療發展研習課程 (台中)	台灣婦產科醫學會	裕元花園酒店 B1 國際會議廳 (台中市中港路 3 段 78-3 號)	2023-01-08 08:35:00	2023-01-08 12:10:00	A	3



適位舒 / Omorose (Dienogest 2mg)
治療子宮內膜異位症伴隨之骨盆腔疼痛



佑汝 / Gestrin (Gestrinone 2.5mg)
治療子宮內膜異位症

LIFE IS BETTER WITH YOU

商品名 / Omorose 適位舒。成分含量 / Dienogest 2mg。適應症 / 子宮內膜異位症伴隨之骨盆腔疼痛。用法用量 / 每日一次，每次一錠。於經期任一天開始服用。注意事項 / 如果以下任何情況風險因素出現或惡化，在開始或繼續服用Dienogest之前應先權衡效益與風險。1.嚴重子宮出血。2.出血型態改變。3.循環障礙。4.腫瘤。5.骨質疏鬆症。常見不良反應 / 體重增加、情緒憂鬱、失去性慾、情緒改變、頭痛、噁心、腹部疼痛、脹氣、痤瘡、子宮/陰道出血。健保碼 / AC60436100。許可證字號 / 衛部藥製字第060436號。

商品名 / Gestrin 佑汝。成分含量 / Gestrinone 2.5mg。適應症 / 子宮內膜異位。用法用量 / 每週二次，每次一顆。於經期第一天開始服用，三天後，經期第四天服用第二顆，此後固定時間星期服用。注意事項 / 1.若有下列情形請勿服用本藥：懷孕或打算懷孕、哺乳嬰兒期間、患有心臟、腎臟或肝臟疾病、曾接受荷爾蒙類藥物治療，包括服用避孕藥，而曾有不適症狀者。2.應告知醫師所有正在服用之藥物，包括自行購買的藥物。若有必要醫師可修改處方。3.本藥不是避孕藥，不可作為避孕用途。如欲避孕者於治療期間應避孕(但不可服用口服避孕藥)。常見副作用：皮膚產生斑點、粉刺及油膩、體重增加、食慾改變、熱潮紅、頭痛、痙攣、神經過敏、抑鬱及腸胃不適，也有一些患者有性慾、乳房大小、聲音等改變及體重增加的報告。健保碼 / AC47913100。許可證字號 / 衛署藥製字第047913號。

詳細資料備索，使用前請詳閱仿單說明書。

GARDASIL® 9

頭頸癌適應症通過

9-45歲 男女適應症

預防 HPV 相關疾病，你我一起努力！

適應症

GARDASIL 9適用於9至45歲的人施打，使其產生主動免疫反應以預防下列由人類乳突病毒(HPV)所引起的病變：

- I. 由第16, 18, 31, 33, 45, 52及58型HPV所引起的子宮頸、外陰、陰道、肛門部位及口咽與其他頭頸部位的癌症。
- II. 由第6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52及58型HPV所引起的子宮頸、外陰、及陰道及肛門部位的癌前病變。
- III. 由第6及11型HPV所引起的生殖器疣(尖形濕疣)。

美國預防接種委員會 (ACIP) 建議9-45歲男女性施打HPV疫苗¹

口咽及其他頭頸部位之適應症係依據預防HPV相關肛門生殖器部位疾病的有效性及其他證據加速核准。此適應症仍須執行確認性試驗以證明其臨床效益。

reference: 1. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/hpv.html> (Accessed 2021/9/7)

HPV = human papillomavirus

用法用量 劑量 GARDASIL 9應依下列時間表以肌肉注射的方式各施打一劑0.5毫升的劑量：

年齡	施打方案	施打時間
9至14歲	2劑	0, 6~12個月*
	3劑	0, 2, 6個月
15至45歲	3劑	0, 2, 6個月

*若第二劑施打時間距離第一劑小於5個月，則需於距離第二劑施打後至少4個月後施打第三劑。

用法 僅供肌肉注射使用。

安全性資訊摘要 禁忌症 過敏反應，包括對酵母菌(疫苗組成之一)嚴重過敏反應，或先前曾於接種一劑GARDASIL 9或GARDASIL 9之後出現過敏反應。警告及注意事項 暈厥 由於接種疫苗的人可能會發生暈厥的現象，有時並會導致跌倒受傷，因此，建議施打疫苗後應觀察15分鐘。曾有在接種HPV疫苗後出現暈厥並伴有強直陣攣性動作及其他類似癲癇發作的報告。當發生暈厥並伴有強直陣攣性動作時，其持續時間通常很短暫，並且在維持平躺或頭垂仰臥姿勢(Trendelenburg position)使腦部血流灌注恢復之後，通常都可恢復正常。**過敏反應的處理** 應隨時備妥適當的醫療及監督措施，以因應接種GARDASIL 9後發生過敏性反應。**患有血小板減少症或任何凝血障礙的個案** 該疫苗施打於血小板減少症或任何凝血障礙的病人須謹慎，因為在這些個案肌肉內給藥後可能發生出血。**不良反應** 血液與淋巴系統疾患：自體免疫性溶血性贫血、原發性血小板過低紫斑症、淋巴結病變。呼吸道、胸腔及縱膈疾患：肺栓塞。腸胃道疾患：噁心、腹瀉、嘔吐。全身性疾患與注射部位症狀：無力、發冷、死亡、疲倦、不適。免疫系統疾患：自體免疫疾病、過敏反應(包括過敏性/類過敏性反應)、支氣管痙攣及哮喘。骨骼肌肉與結締組織疾患：關節痛、肌痛。神經系統疾患：急性瀰漫性腦脊髓炎、單肢、Guillain-Barré症候群、頭痛、運動神經疾病、麻痺、癲癇發作；暈厥(包括伴有強直陣攣性動作及其他類似癲癇發作的暈厥)，有時並會導致跌倒受傷；橫斷性脊髓炎。感染與寄生蟲感染：蜂窩性組織炎。血管疾患：深部靜脈血栓。其他仿單內容，處方前請詳閱藥品仿單說明書。