

# 台灣周產期醫學會會訊



發行人：徐明洸

學會電話：(02)2381-6198

郵政劃撥帳號：12420668

會址：台北市常德街一號景福館2樓203室

秘書長：陳治平

學會手機：0911-366-551

戶名：台灣周產期醫學會

網址：<http://www.tsop.org.tw>

會訊主編：王鵬惠、蘇河仰

學會傳真：(02)2381-4234

E-mail:[tsop23816198@gmail.com](mailto:tsop23816198@gmail.com)

2016年9月/第220期

印刷品

## 目錄

### 理事長的話

1

### 會訊主題

#### 子宮肌瘤懷孕婦女的照護

#### 壹

患有子宮肌瘤婦女在懷孕前需注意的事項

2,3

#### 貳

子宮肌瘤婦女在懷孕中的照護

4,5

#### 參

子宮肌瘤在剖腹生產中該不該處置

6,7

#### 肆

子宮肌瘤手術後的懷孕

8,9

### 秘書長的話

10



## 理事長的話

徐明洸

這期會刊將以孕期腫瘤相關的議題為主軸。感謝會刊主編王教授及蘇主任的賜稿及編印。學會以加強周產期醫學之研究，提昇我國周產期醫學之醫療水準為宗旨，所以也希望藉由一些主題，經過整理呈現給會員，作為daily practice的參考。子宮肌瘤及婦科腫瘤等婦科疾病，也會影響產科照料的困難度。這期的內容，特別著墨在這方面，希望對會員有所助益。

學會與台灣婦產科醫學會於10月2日上午8時起在台大兒醫大樓B1演講廳合辦「植入性胎盤、產後大出血進階討論會」，邀集了國內外相關的優秀專家，以一天的時間，以嶄新的研習方式，深入淺出地探討PPH/FIGO initiative/accreta的重要議題。而且此次特地邀請國際級產後出血處理最有經驗的大師，來自阿根廷的Palacios-Jaraquemada JM教授來授課。他本身是血管外科出身，在北美、歐洲，常有其他醫學中心要求他前往幫忙開困難的植入性胎盤。去年FIGO更以他為主軸辦了幾場重要的workshop。目前產科大出血仍是台灣孕產婦死亡率的首要，也是醫學中心最常接受緊急轉診的病因。如果在第一線的醫師，可以先做一些適當處理，或許可以降低轉診的機會，後送醫院也可以處理較為順利。所以在此再次邀請尚未報名的會員，報名參加這次難得的盛會。雖然此次開放200位名額，也即將額滿，但還是希望會員踴躍報名。

另外第19屆亞太周產期醫學會(2016 FAOPS)也即將在12月1日到4日在台北國際會議中心(TICC)隆重登場。預計超過20個以上的國家及地區會員代表，會參與這次國際級大型會議，研習內容也十分精采。國內會員採取優惠報名費，同時有early bird，所以在此也邀請所有會員踴躍報名參加。全額報名會員同時可以參加海峽兩岸的研討會、台日韓三國的周產期聯合研習會及12月4日全天的我們學會的年會。所以請不要錯過此次國際會議。

8月份衛福部疾病防治署指揮中心公布第6例境外移入茲卡病毒感染個案，這名居住於新北市的44歲女性於7月31日至8月11日赴美國佛羅里達州邁阿密洽公，返國後腿部及腹部出現紅疹就醫，經疾病管制署實驗室檢驗確認感染茲卡病毒。目前國內雖然尚無本土感染的疫情，且一般成人感染茲卡病毒症狀輕微，但是孕婦感染後可能導致胎兒小頭畸形或死亡，所以我們會員應提醒孕婦及計劃懷孕婦女暫緩前往流行地區。

根據台灣CDC公告：世界衛生組織(WHO)8月18日公布，上週新增巴哈馬為茲卡病毒本土流行疫情國；全球累計67國家/屬地出現茲卡本土病例，疾管署已將具流行疫情或可能有本土傳播之57國或屬地，包括亞洲泰國、菲律賓、越南、印尼4國與美國佛羅里達州邁阿密郡及布勞沃德郡，旅遊疫情建議列為警示；另亞洲柬埔寨、馬來西亞、寮國、孟加拉、馬爾地夫及非洲加彭等10國，於2007至2015年曾有疫情，惟2016年尚未報告病例，旅遊疫情建議列為注意。所以10月份有要前往大馬參加會議的會員，也請列入注意。

高危險妊娠的處置，是所有產婦都可能需要面對的難題，然而我們只見到專業人力的凋零，卻不見政府有任何積極的作為。我們衷心期盼我們婦幼保健及生產安全，能接收到政府更多的關愛的眼神，希望我們的期盼能夠早日看到曙光。

在此祝福所有會員身體健康，萬事如意。

## 專業醫學是我們的承諾

以專業國際認證嚴格把關

以醫學設備BioArchive儲存

為珍貴的臍帶血做極高活性保存



Accredited

cap ACCREDITED



生寶臍帶血

生命之寶 只選生寶

美國 | 香港 | 泰國 | 澳門 | 台灣

0800-333-668

# 患有子宮肌瘤婦女在懷孕前需注意的事項

國立陽明大學醫學院婦產學科暨臺北榮民總醫院婦女醫學部 / 王鵬惠部長

## 簡介

早期報導有關子宮肌瘤在懷孕婦女的發生率，約在0.1%到3.9%左右，不過最近一篇就針對4000多人在懷孕初期所做的研究，發現其盛行率可能約達十分之一左右。究其原因，子宮肌瘤無疑是生育年齡最常見的腫瘤之一。據估計，約有三成到七成的生育年齡婦女，均會被診斷出子宮肌瘤。而子宮肌瘤的發生率，也隨著年齡的增佳，越來越高。所以早期的研究發現，在懷孕的婦女同時患有子宮肌瘤的盛行率，只有0.1%，最高也不會超過百分之五。究其原因，第一，超音波解像力不佳，也不普遍、第二，可能當時研究所納入的孕婦年齡都明顯屬於年輕族群，所以會得到懷孕併發子宮肌瘤的盛行率並不高。但是最近因為婦女的生產年齡都偏晚，造成大量的相對高齡的產婦，又加上懷孕初期，超音波廣泛使用，所以很多婦女在未懷孕前已被診斷出患有子宮肌瘤，或者在懷孕中，甚至懷孕初期，被診斷出子宮肌瘤的機會便會增加，所以達到最近約11%盛行率的結果，應不令人意外。

## 子宮肌瘤與不孕的關係

據估計，在不孕的婦女當中，導因於子宮肌瘤的機會約5%到10%左右。不過將其它的不孕因素也考慮在內的話，真正由子宮肌瘤引發的不孕比例，可能只有2%到3%之間。有幾個學理基礎被提出來，這些子宮肌瘤可能導致不孕的發生。

- 一、子宮肌瘤引起子宮腔構造改變，導致胚胎不容易著床。
- 二、子宮肌瘤造成子宮異常腫大或子宮構造變形，造成精子傳送受阻。
- 三、子宮肌瘤造成子宮異常使得子宮頸接受精液及精蟲能力降低。
- 四、子宮肌瘤造成子宮收縮的異常，影響精蟲的正常活動。
- 五、子宮肌瘤造成子宮腔內持續的積血及血塊堆積，干擾受精卵著床。
- 六、子宮肌瘤可能造成輸卵管在子宮腔的入口受

到擠壓變形，甚至阻塞。

## 子宮肌瘤該不該在懷孕前先行處理

子宮肌瘤，在懷孕前是不是應該處理？這問題的答案，有點複雜，有人認為應該處理，有人認為不需要。我個人的建議，則是分成兩種狀況來說明。

第一，子宮肌瘤已經造成子宮腔內構造的變形，例如，子宮內膜腔下的子宮肌瘤佔著子宮內膜腔，或是子宮肌瘤已經將輸卵管進入子宮腔的入口或是造成子宮頸入口的阻塞。

第二，雖然患有子宮肌瘤，但是子宮肌瘤並沒有影響到子宮腔內的構造，也沒有造成阻塞性的情形。

在第一種狀況下，既然子宮肌瘤已經造成子宮腔構造的異常，在此時，這類的患者通常都會有些症狀。所以不管是經痛，或是經血過多，或是有反覆性的流產，甚至不孕的現象。所以大部分的此類患者，可能都已經尋求醫療的協助。所以在這種情況下，多半都會接受治療。當然治療的方法很多，但是子宮肌瘤的切除，無疑是首選的方法之一。而子宮肌瘤切除對於已經有受孕困難或不愉快的懷孕經驗的育齡婦女而言，更顯得重要。目前的認知，以子宮鏡的方法來切除這些黏膜腔下的子宮肌瘤，是最廣為婦產科專家醫師所推薦。因為利用子宮鏡的方法來切除這些黏膜腔下的子宮肌瘤，可以得到最佳的改善懷孕效果。而且利用子宮鏡的方法來切除這些黏膜腔下的子宮肌瘤，不僅可以改善懷孕的狀態，症狀的改善也非常顯著。

在第二種狀況時，子宮肌瘤該不該處置，就頗有爭議。一般而言，以不處置為首選。不過有報導認為，肌肉層的子宮肌瘤，在不影響子宮腔構造時，對人工生殖技術的治療，例如試管嬰兒著成功率，亦會造成不良的影響。不過並不是這就是建議此類肌瘤應該處理，反而建議在以下狀況才考慮處置，包括子宮肌瘤已造成不孕，或是這些肌瘤造成人工生殖技術治療的失敗。因為這兩種狀況，據報導使用子宮肌瘤切除，可能可以



幫助受孕以及增加懷孕足月生產的機會。而移除子宮肌瘤的方法，以盡量低侵襲性的手術治療為原則。不過因為子宮絞肉器 (Mocellator) 的潛在風險，目前對於使用腹腔鏡進行肌瘤手術，仍有許多反對的學者，尤其是使用絞肉器來移除切下的子宮肌瘤，目前並不太建議使用這種手術的方法。

如果不是使用手術方法來治療肌瘤，目前也有許多的方法可以替代。不過對整體受孕的影響，均沒有子宮肌瘤切除術來的清楚。這些方法包括血管阻斷術，超音波或核磁共振導引超頻治療子宮肌瘤，甚至藥物的治療，如性腺刺激素的同質物或黃體素受體的調控劑。雖然不清楚，不過到目前為止，陸續均有接受治療過後，成功懷孕的病例報告。所以一般的認知，這些方法應該也可運用。但是這些建議是建立在這些婦女經過治療後，其在懷孕的預後，可能不會受到影響為前提。但是，到底這些治療會不會造成懷孕預後受到影響，目前的說法仍眾說紛紜。所以我的建議是，有打算要懷孕的年輕婦女，使用這些替代的方法，可能還要三思。因為目前的證據，仍是以子宮肌瘤切除的手術為首選。

### 實證醫學的證據

在309位患有不明原因的不孕症患者且同時併有子宮內膜腔下的子宮肌瘤，經過子宮鏡移除這些黏膜腔下的子宮肌瘤可以得到一些效果。因為這些原本不孕的患者，將有39%的婦女在手術完後，沒有人工生殖技術治療的幫忙也會自然地受孕（95%的信賴區間為 21%到58%）。也就是可以改善懷孕的強度為2.44倍（95%的信賴區間為 0.97倍到6.17倍， $p=0.06$ ）。

不過目前的證據針對自然懷孕的婦女以湖岸有子宮肌肉層型的子宮肌瘤，不管懷孕前有無做肌瘤切除，似乎不管在臨床懷孕率（強度為3.77倍，95%的信賴區間為 0.47倍到30.14倍）、著床率、流產率（強度為0.76倍，95%的信賴區間為 0.30倍到1.94倍）及繼續懷孕狀況（強度為1.67倍，95%的信賴區間為 0.75倍到3.72倍），均無統計學上有意義的差距存在。

### 本例的學習要點

本例的病患，因為懷孕前雖然有不太容易懷孕的情況，不過做過輸卵攝影檢查時，並沒有發現影響到子宮腔的結構，而且患者在做完檢查後，

就自然懷孕。所以並不考慮懷孕前要先做子宮肌瘤的切除手術。

### 建議

如果以結果論，此病患真的印證某些報導所提示的警語，認為子宮肌瘤大小與懷孕或生產的風險有關，也就是過大（一般以超過10公分）的子宮肌瘤，因為可能會增加懷孕中或生產時的不可確定風險，以及增加懷孕時的併發症，可能可以考慮懷孕前先行子宮肌瘤的切除手術，來降低風險。不過這是事後諸葛的建議，並不是目前大家廣為接受的處理方式。

### 不可不知的訊息

- 一、子宮肌瘤引起子宮腔構造改變，造成不孕，應處置。
- 二、處置以低侵襲性的手術方法，包括使用子宮鏡下的子宮肌瘤切除，是首選的方法。
- 三、子宮肌瘤如果造成懷孕不易，或是干擾人工生殖技術的治療，造成反覆的懷孕失敗，此時就要考慮處置這些子宮肌瘤。而且目前的證據是以手術切除為首選的方法
- 四、雖然替代療法均有效果，但是對將來受孕能力的影響，仍不明，為了避免不必要的擔心，這些治療，並非治療的第一選擇。

#### 參考資料

1. Bosteels J, Kasius J, Weyers S, Broekmans FJ, Mol BW, D'Hooghe TM. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Feb 21; 2:CD009461.
2. Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 26; 12:CD005073.
3. Clark NA, Mumford SL, Segars JH. Reproductive impact of MRI-guided focused ultrasound surgery for fibroids: a systematic review of the evidence. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2014 Jun; 26(3):151-61.
4. Yan L, Ding L, Li C, Wang Y, Tang R, Chen ZJ. Effect of fibroids not distorting the endometrial cavity on the outcome of in vitro fertilization treatment: a retrospective cohort study. *Fertil Steril.* 2014 Mar; 101(3):716-21.
5. Chao HT, Wang PH. Fertility outcomes after uterine artery occlusion in the management of women with symptomatic uterine fibroids. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014 Mar; 53(1):1-2.
6. Olive DL, Pritts EA. Fibroids and reproduction. *Semin Reprod Med.* 2010; 28(4):218-27.
7. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril.* 2009 Apr; 91(4):1215-23.
8. Rackow BW, Arici A. Fibroids and in-vitro fertilization: which comes first? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2005 Jun; 17(3):225-31.

# 子宮肌瘤婦女在懷孕中的照護

國立陽明大學醫學院婦產學科暨臺北榮民總醫院婦女醫學部 / 王鵬惠部長

## 子宮肌瘤在懷孕時期的變化

雖然目前懷孕中婦女子宮肌瘤的盛行率約在十分之一。不過這可能低估，因為子宮肌瘤在懷孕中，可能很難與懷孕中正常子宮肌肉層肥大區分。所以約只有40%，能在臨床被偵測到。所以隨著懷孕週數的增加，子宮肌肉層增生肥大，不過相對於子宮肌瘤在懷孕時期，是否會隨著懷孕週數的增加而增大，目前仍無定論。不過大部分的研究，發現在懷孕中的子宮肌瘤，並不會增加大小。據估計，在懷孕中約只有15%左右的機會，子宮肌瘤會變大。但小於5公分的肌瘤，在懷孕中，據報導反而高達六成的比例，會有縮小的情況。

## 子宮肌瘤在懷孕當中的可能併發症

大部份子宮肌瘤在懷孕中，並不會出現特別的症狀。但約有5%到15%的子宮肌瘤在懷孕中，會因為變性的關係（主要是紅色退化：red degeneration-necrobiosis），或是有柄的子宮肌瘤發生扭轉，或是肌瘤疊合(Impaction)，造成疼痛，此時需要止痛藥物的治療，甚至麻醉或手術的治療。尤其在大於五公分以上的子宮肌瘤，變性的機會更大。如簡介所述，超過五公分的肌瘤，在懷孕中可能會變性，所以會造成疼痛，此時就需要介入，並作適當的止痛。除以上所述，零零種種的與子宮肌瘤有關的產科併發症發生率，約在10%到40%之間。

## 早期懷孕

患有子宮肌瘤的婦女，在早期懷孕最常見是出血，所以自發性的流產也會增加。雖然臨床經驗上都認為移除充填在子宮內膜腔的子宮肌瘤，可能會降低自然流產的機會，但是是否在懷孕之

前，要將這些子宮內膜腔的子宮肌瘤先行切除，目前仍無定論。

## 晚期的懷孕過程

最主要考量包括，早產現象，胎盤剝離，胎兒生長遲滯，以及胎兒的壓迫症候群等等。

關於早產的現象，已經有較足夠的證據顯示，子宮肌瘤患者有較大的風險會發生早產現象，而且早產的機會與子宮肌瘤大小呈現正相關的現象，也就是子宮肌瘤越大，發生早產的幾會也就越大，有報導認為子宮肌瘤體積超過600cm<sup>3</sup>或者是多發性子宮肌瘤時，早產風險更高（29.4% 比上7.1%）。

關於胎盤剝離造患有子宮肌瘤的婦女，已有明顯的證據顯示風險較高（3.2% 比上1.3%）。尤其以下的狀況，更需要注意。包括胎盤直接位於肌瘤上，子宮內膜腔的子宮肌瘤，以及子宮肌瘤的體積超過200cm<sup>3</sup>等等。

關於胎兒生長遲滯或者胎兒壓迫症候群的議題，就沒有那麼一致性的報導。革臥胎盤如果剛好位於子宮肌瘤上，有報導宣稱胎兒生長遲滯的風險會增加（14% 比上6.6%）。另外因為子宮肌瘤的位置，隨著懷孕週期增加，干擾孕婦大小便的風險，或是造成胎兒生長空間的限制，造成所謂的胎兒壓迫症候群，也有零星病例報告。

## 實證醫學的證據

子宮肌瘤與懷孕的預後，大概跟位置及大小最息息相關。子宮內膜腔內的子宮肌瘤會降低持續懷孕的機率（強度為0.5倍，95%的信賴區間為0.3倍到0.8倍），最主要的原因是降低著床率。而整體懷孕成功率，在子宮肌肉層中的子宮肌瘤，似乎也會降低（36.9% 比上41.1%），不過似乎此類型的早期流產率也較高（20.4% 比上12.9%）。



關於子宮肌瘤與著床率，及臨床懷孕率的關係，整體著床率會下降（強度為0.82倍，95%的信賴區間為0.72倍到0.93倍， $p=0.002$ ），不過在漿膜下型或是有柄狀突出子宮外的子宮肌瘤的婦女，並不會降低著床率（強度為1.03倍，95%的信賴區間為0.70倍到1.51倍）。整體臨床懷孕率會下降（強度為0.85倍，95%的信賴區間為0.73倍到0.98倍， $p=0.03$ ），不過在漿膜下型或是有柄狀突出子宮外的子宮肌瘤的婦女，並不會降低臨床懷孕率（強度為0.90倍，95%的信賴區間為0.71倍到1.15倍）。

關於子宮肌瘤與流產率的關係，整體流產率會增加（15.3%-46.7% 比上7.7%-21.9%）（強度為1.68倍，95%的信賴區間為1.37倍到2.05倍， $p<0.001$ ）。

不過在漿膜下型或是有柄狀突出子宮外的子宮肌瘤的婦女，並不會增加流產率（強度為1.20倍，95%的信賴區間為0.47倍到3.09倍）。

整體而言，子宮肌瘤會增加以下的風險，包括早產機會（16% 比上10%）（強度為1.5倍，95%的信賴區間為1.3倍到1.7倍， $p<0.001$ ）。

胎位不正（13% 比上4.5%）（強度為2.9倍，95%的信賴區間為2.6倍到3.2倍， $p<0.001$ ）。

胎兒生產遲滯的機會（11.2% 比上8.6%）（強度為1.4倍，95%的信賴區間為1.1倍到1.7倍， $p<0.001$ ）。

胎位剝離（3.0% 比上0.9%）（強度為3.2倍，95%的信賴區間為2.6倍到4.0倍， $p<0.001$ ）。

前置胎盤（1.4% 比上0.6%）（強度為2.3倍，95%的信賴區間為1.7倍到3.1倍， $p<0.001$ ）。

不過證據，對於漿膜下型或是有柄狀突出子宮外的子宮肌瘤應該沒關係，而針對子宮肌肉層的子宮肌瘤與懷孕的關係，證據仍嫌薄弱，應該保守的解釋。

## 本例的學習要點

本例婦人，的確造成子宮肌瘤變性，需疼痛控制，造成早產需安胎，最後胎位不正與產程遲滯，造成剖腹產不過這都是可以控制的。就遵照一般準則治療即可。但在懷孕末期止痛藥的選擇，盡量避免非類固醇性的抗發炎藥物(NSAID)使用。因為一開始的週數是在懷孕27周時，所以NSAID是可以使用的，不過要避免使用後對胎兒的影響，例如羊水量減少，胎兒生產後有持續血管閉鎖不全的副作用。

## 建議

患有子宮肌瘤的婦女懷孕，要特別注意子宮肌瘤的位置與大小變化，並且適當的介入，減少併發症的發生。

## 不可不知的訊息

- 一、子宮肌瘤在懷孕中的角色，目前證據顯示的確會增加一些風險。
- 二、風險與腫瘤位置，例如子宮內膜腔的子宮肌瘤，或子宮肌瘤大小，例如體積超過200cm<sup>3</sup>-600cm<sup>3</sup>的子宮肌肉層性的子宮肌瘤有關。
- 三、治療方法，與一般的早產，疼痛治療方法一樣。剖腹產的適應症，也與一般孕婦相同。

### 參考資料

- 1.Olive DL, Pritts EA. Fibroids and reproduction. Semin Reprod Med. 2010; 28(4):218-27.
- 2.Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. Am J Obstet Gynecol 2008 Apr;198(4):357-66.
- 3.Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy--common but poorly understood. Obstet Gynecol Surv. 2005 Feb;60(2):132-8.

# 子宮肌瘤在剖腹生產中該不該處置

國立陽明大學醫學院婦產學科暨臺北榮民總醫院婦女醫學部 / 王鵬惠部長

早在1913年，第一個在剖腹產中，同時移除子宮肌瘤的病例被英國醫師Victor Bonney所報導。這是一位30歲的第一胎婦女，手術後，這位婦女接著又連生了三胎，均為成功的陰道生產。不過，當時作者已經強調這位婦女可能有子宮破裂的風險，但是作者仍主張這位婦女將來的生產，應經陰道的自然生產。事實上，這位婦女也成功達成剖腹產後，甚至是子宮肌瘤切除後的陰道自然生產。為何這位英國醫師Victor Bonney會有這個真知灼見，原因不明。不過有個推理可能可以解釋這種狀況。那就是那時候，婦女接受剖腹生產的死亡率約2%。這明顯遠大於子宮破裂的危險，所以這可能是這位英國醫師建議剖腹產後陰道生產的最主要原因吧。這位醫師，大概也是推廣剖腹生產後，接受陰道生產的先驅。過了百年以後，現在剖腹產後的陰道生產，已經有越來越多的醫師及孕婦接受，也有很多的成功例子。但是同時間所做的剖腹產中的子宮肌瘤切除手術，到目前為止，卻很少被提及，而且爭議性很大。大部分的婦產科醫師認為應該盡量避免在剖腹產中同時進行子宮肌瘤切除。最主要的考量，是因為存有太多不可預測在手術中可能發生的風險，包括無法控制的出血，並且可能增加全子宮切除的危險。所以，如果真的要從事此剖腹產中的子宮肌瘤切除，只有在非常有經驗的醫師及特別挑選過後的孕婦，才會同時進行剖腹產中的子宮肌瘤切除。

但是，事實是不是如此呢？或者，我們該注意哪些事，來從事這挑戰性的手術呢？

以下就是我們的說明。

## 盛行率

子宮肌瘤在懷孕婦女的發生率，約在1.6%到10.7%左右。因為子宮肌瘤發生率與年紀有關，在

生育年齡中，年紀越大，發生率越高。所以隨著婦女懷孕年齡的延後，子宮肌瘤應該更為常見。

## 剖腹產中子宮肌瘤切除的利與弊

傳統上的壞處，包括出血量的增加，併發為剖腹產中的全子宮切除風險增加，當然其他因為手術時間增加，切面增加，術後輸血，沾黏，及後續懷孕的子宮破裂可能會增加。好處，不外乎可以避免下次肌瘤問題所產生的再次手術的風險，同時做手術可能會降低此肌瘤相關的後續醫療費用等等。

## 實證醫學的證據

由文獻中取得至少九篇的研究報告，總共有443位懷孕婦女接受剖腹產中的子宮肌瘤切除手術，相對於639位懷孕婦女只接受剖腹產來做比較。懷孕婦女年紀在這443位婦女中，相對於只有接受剖腹產的婦女，年齡較大(平均約32歲比上30歲)，這與我們認為生育年齡中的婦女，年紀越大，有子宮肌瘤的風險越大的認知是一致的。手術的時間點，幾乎都在懷孕38周時進行。這一點，我們建議只要沒有任何禁忌，應該要延遲到39周，或更成熟的週數來進行。

子宮肌瘤的位置，約五成為漿膜下型或是有柄狀突出子宮外的子宮肌瘤，約四成為子宮肌肉層型，約小於一成為子宮內膜層下的位置。不過超過一半的病患是屬於多發型的子宮肌瘤分佈。

子宮肌瘤的大小約在2公分到10公分間，大部分為6公分左右。有少數到達20公分以上。

對於剖腹產中該不該同時進行子宮肌瘤切除術？我們針對術中及術後的一些數據做比較，我們可以有一些發現。結果如下列。

一、術後血色素，剖腹產中有無進行子宮肌瘤切除術的二組之間，並無差距。(相對風險為

術後血色素約多降低0.30 g/dL，95%的信賴區間為-0.11 到0.71 g/dL)。

二、粗估計的術中出血量，二組之間並無差距。(相對風險為增加術中出血量19.37 mL，95%的信賴區間為-13.88 mL 到52.61 mL)。

三、大出血的發生率，二組之間並無差距。(相對風險為1.25倍，95%的信賴區間為0.79到1.97倍)。

四、手術時間，二組之間並無差距。(相對風險為增加手術時間4.94分鐘，95%的信賴區間為-3.32到13.21分鐘)。

五、住院的天數，二組之間並無差距。(相對風險為多0.30天的住院天數，95%的信賴區間為-0.02 到0.63天)。

六、需要輸血的比例，二組之間並無差距。(相對風險為1.55倍，95%的信賴區間為0.80 到3.02倍)。

七、術後發燒的比例，二組之間並無差距。(相對風險為1.16倍，95%的信賴區間為0.67 到1.99倍)。

## 本例的學習要點

本例屬於接近子宮頸的子宮肌瘤而且大小又超過10公分，部分又屬於黏膜腔隙的類型，這都會增加手術的風險。在2012年的一篇報導中，發現這些類型的腫瘤超過20公分，術後都併發嚴重出血或感染，最後都以全子宮切除結尾。所以這一類型的子宮肌瘤，懷孕中或剖腹產中盡量不要手術，如果非得必要進行剖腹產中的肌瘤切除，供應子宮血流的血管阻斷，顯得特別重要，一定要先做。而且良好的麻醉及術後照顧，可能絕對的需要。

## 建議

目前證據顯示，剖腹產中是不是應該進行子宮肌瘤切除，我們認為仍無定論。但是臨床的證據似乎顯示，對於婦產科醫師或孕婦也不會有什麼不好的影響。不過似乎，我們也發現，很多研究論文多多少少均使用一些方式來減少剖腹產中子宮肌瘤切除的出血量。其中最重要的步驟，都是將供應子宮血管的血流做阻斷的動作。這包括，只做單純的子宮動脈阻斷，或是做更全方面的血流阻斷，包括卵巢回流支供應的阻斷，以及陰道血管回流支的血流阻斷。這些步驟，的確可以減少出血，並且避免發生不可預期性的大出血。更有報導認為，加上血流阻斷，

可能可以更進一步減少肌瘤的再復發，或再次手術的機會。所以，我們的建議是，剖腹產的手術並不需要同時做子宮肌瘤切除。如果要做，血管的阻斷，可能是必要的，而且這個步驟要先做，才做子宮肌瘤切除。另外，萬一肌瘤切除過程中，進入子宮腔內，處理方法就如同剖腹產一樣，目前的證據是不建議縫合子宮內膜腔層，也就是指縫子宮肌肉層即可。

## 不可不知的訊息

一、剖腹產中的子宮肌瘤切除，目前證據並不鼓勵，也不反對。但是針對10公分以上，且不是位在漿膜下型或有柄狀突出子宮外的子宮肌瘤，都盡量避免在剖腹中同時處置，因為併發症明顯會增加。

二、需要從事剖腹產中的子宮肌瘤切除這個手術時，採取肌瘤切除前的血管阻斷術，尤其是針對子宮肌肉層型，或是子宮內膜層下類型的子宮肌瘤切除，似乎可以提供較佳的風險管控。

三、懷孕中的子宮肌瘤，血量的大量增加，所以與一般未懷孕的子宮所進行的子宮肌瘤切除，降低手術中出血量的方法，可能不一樣。不過以下的方法似乎也可作參考，包括使用bupivacaine 加上 epinephrine, tranexamic acid, gelatin-thrombin matrix, ascorbic acid, dinoprostone, loop ligation 或 fibrin sealant patch等等。

四、因為文獻中對於剖腹產中的子宮肌瘤切除的研究，約一半的病例，為漿膜下型或有柄狀突出子宮外的子宮肌瘤的子宮肌瘤切除術，所以雖然顯示剖腹產中進行子宮肌瘤切除術並不會增加明顯的風險，但是對於另外的子宮肌肉層型，或是子宮內膜層下類型的子宮肌瘤切除，可能需要更多的證據來證明。

### 參考資料

- 1.Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Aug 15;8:CD005355.
- 2.Song D, Zhang W, Chames MC, Guo J. Myomectomy during cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet. 2013 Jun;121(3):208-13.
- 3.Tian J, Hu W. Cervical leiomyomas in pregnancy: report of 17 cases. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2012 Jun;52(3):258-61.
- 4.Lin JY, Lee WL, Wang PH, Lai MJ, Chang WH, Liu WM. Uterine artery occlusion and myomectomy for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2010 Apr;36(2):284-90.
- 5.Liu WM, Wang PH, Tang WL, Wang IT, Tzeng CR. Uterine artery ligation for treatment of pregnant women with uterine leiomyomas who are undergoing cesarean section. Fertil Steril. 2006 Aug;86(2):423-8.



# 子宮肌瘤手術後的懷孕

國立陽明大學醫學院婦產學科暨臺北榮民總醫院婦女醫學部 / 王鵬惠部長

## 子宮肌瘤切除來保存生育能力

目前使用子宮肌瘤切除手術來保存生育能力的適應症，包括(1)有症狀，且影響到生活品質。例如，持續不斷的不正常出血，干擾到大小便功能，產生壓迫性症狀及疼痛。(2)在排除其他原因後或者造成子宮內膜腔變形的不孕症或反覆性流產，以及(3)上次因為肌瘤造成懷孕明顯的併發症。

手術前的評估，首先，必須確定上述的狀況才考慮手術。而且如果計畫要懷孕，應該在術後三個月後才準備。手術前的影像學檢查，以核磁共振(MRI)為首選。因為核磁共振有100%的敏感度以及高達91%的專一性，而且重複性以及再現性亦高達0.98。而不管是陰道超音波其敏感度只有83%而專一性也只有90%，使用生理食鹽水輔助的超音波檢查，其敏感度也差不多為90%而專一性為89%，而較侵襲性的其子宮鏡敏感度也約略為82%而專一性則為87%。

因為這類需要手術治療的子宮肌瘤患者，很多都又貧血狀況，所以血色素太低，例如小於9.0 gm/dL時，可以先利用一些方法，例如補充鐵劑等等方式，據估計口服三週大概可增加血色素0.8 gm/dL，當然用靜脈注射鐵劑，可以增加血色素3.0 gm/dL之多。另外使用性腺刺激素的同質物(GnRH agonist)或是黃體素受體的調控劑(SPRM)治療三個月，超過七成五以上的患者，血色素可以到達12 gm/dL以上，而用鐵劑治療組只有不到50%的患者，可以達到血色素12 gm/dL以上。

## 使用何種方法進行子宮肌瘤切除術及如何減少手術中出血

以下的方法可能可以有效降低手術中的出血量，包括使用 bupivacaine 加上 epinephrine, tranexamic acid, gelatin-thrombin matrix, ascorbic

acid, dinoprostone, loop ligation 或 fibrin sealant patch 等等方式。

一般可以使用子宮鏡的方式切除子宮肌瘤是首選的方法。而開腹式的傳統治療或是迷你微創傷口的開復興子宮切除，或是使用腹腔鏡方式做子宮肌瘤切除的治療，目前認為三者效果大同小異。當然微創手術，有較快的復原，傷口較不痛，外觀較好等優點，是不用置疑的。不過因為需要使用絞肉器，且有時為又意外的惡性腫瘤出現，目前這方面的治療，轉趨保守。

## 實證醫學的證據

對於進行子宮肌瘤切除術，用不同方式是否會有不同的結果？我們針對腹腔鏡方法切除及一般開腹式子宮肌瘤切除的一些數據做比較，我們可以有一些發現。結果如下列。

- 一、術後24小時的疼痛，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎用腹腔鏡子宮肌瘤切除術的患者較不痛（相對疼痛指數降低0.29，95%的信賴區間為-0.70到0.12）。
- 二、術後48小時的疼痛，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎用腹腔鏡子宮肌瘤切除術的患者明顯較不痛（相對疼痛指數降低1.90，95%的信賴區間為-2.80到-1.00）。
- 三、術後發燒，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎用腹腔鏡子宮肌瘤切除術的患者明顯較少發燒（相對發燒比例為0.46，95%的信賴區間為0.23到0.92）。
- 四、術後臨床懷孕率，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎類似（相對值為0.96，95%的信賴區間為0.44到1.90）。

五、術後流產率，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎類似（相對值為1.31，95%的信賴區間為0.40到4.27）。

六、術後成功懷孕生產的比率，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎類似（相對值為0.80，95%的信賴區間為0.42到1.50）。

七、術後早產的比率，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎類似（相對值為0.68，95%的信賴區間為0.11到4.43）。

八、術後剖腹生產的比率，腹腔鏡子宮肌瘤切除術與一般開腹式子宮肌瘤切除二組之間的比較，似乎類似（相對值為0.59，95%的信賴區間為0.13到2.72）。

3.Brady PC, Stanic AK, Styer AK. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2013 Jun;25(3):255-9.

4.Falcone T, Parker WH. Surgical management of leiomyomas for fertility or uterine preservation. *Obstet Gynecol* 2013 Apr;121(4):856-68.

5.Metwally M, Cheong YC, Horne AW. Surgical treatment of fibroids for subfertility. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14; 11:CD003857.

## 本例的學習要點

本例因為接受剖腹生產時，同時又做肌瘤切除術。所以建議至少應空三個月後再懷孕，加上是使用傳統直式帝王切開術，所以下次懷孕時，要特別小心子宮破裂的風險，再次剖腹產可能是必要的。

## 建議

目前證據顯示，除了子宮內膜腔下的子宮肌瘤或是已經造成子宮內膜腔變形的子宮肌瘤，才建議進行子宮肌瘤切除。因為懷孕中或生產有子宮破裂的風險，所以密集的產檢以及可能不適合陰道生產，均要告知孕婦。

## 不可不知的訊息

一、子宮肌瘤的切除，目前證據顯示，除了子宮鏡外，不管開腹式或腹腔鏡式，效果都差不多。

二、因為子宮肌瘤受術後的懷孕與患有子宮肌瘤懷孕的婦女，都需要風險的管控。

### 參考資料

1.Kongnyuy EJ, Wiysonge CS. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Aug 15;8:CD005355.

2.Bhave Chittawar P, Franik S, Pouwer AW, Farquhar C. Minimally invasive surgical techniques versus open myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Oct 21; 10:CD004638.

## 秘書長的話

陳治平

各位會員前輩、朋友：大家好！

學會近期針對流感疫苗施打、副作用處置，和茲卡病毒孕期感染等相關議題於北中南三區舉辦在職教育課程，非常感謝講師用心準備，也感謝會員踴躍參加，相信大家都有不少收穫。未來將進入秋季，流感流行季節來臨，孕產婦本身為流感重症併發症之高危險群，希望各位會員提醒孕產婦接受流感疫苗施打，落實勤洗手、戴口罩、生病在家休息，若出現流感徵兆及早就醫。此外，也不要忘了注意自身健康。

本期會訊特別邀請臺北榮民總醫院婦女醫學部王鵬惠教授針對子宮肌瘤懷孕婦女的照護提出案例分享，並就懷孕前注意事項，懷孕中的照護，生產中及生產後的處理原則，子宮肌瘤手術後的懷孕等議題提出討論，值得大家參考。

# 19<sup>th</sup>亞太周產期醫學會(2016 FAOPS)節目表

12月1日(四)		12月2日(五)				
09:00	Pre-congress educational course(Prenatal ultrasound)	Keynote Speech				
10:10		Coffee Break				
10:20		Cross-Strait Conference 剖腹產	Oral Presentation	Perinatal Infection	Operative / Breech Vaginal Delivery	
12:00		Lunch & Symposium				
13:30		Cross-Strait Conference 非侵入性產前檢測 (NIPT)	Oral Presentation	Fetal Therapy	Midwife Special Session Breast Feeding	
15:00		Coffee Break				
15:20		Cross-Strait Conference 周產期孕期感染的防治	Oral Presentation	Oral Presentation	Midwife Special Session Breast Feeding	
17:00						
18:00		Welcome Party				
21:00						



# 19th亞太周產期醫學會(2016 FAOPS)節目表

	12月3日(六)				12月4日(日) (TSOP Annual Meeting)		
09:00 10:10	Korea-Taiwan-Japan Symposium	Neonatal Asphyxia	Oral Presentation	Advanced Prenatal Genetic Tests	Induction of labor	GDM	PIH (Basic)
Coffee Break							
10:20 12:00	Korea-Taiwan-Japan Symposium	Neonatal Asphyxia	Anti-Adhesion Therapy	Advanced Prenatal Genetic Tests	Postpartum Hemorrhage	Vaccination and Pregnancy (Seasonal flu, Pertussis, HPV)	PIH
Lunch & Symposium							
13:30 15:00	ISUOG	Oral Presentation	Preterm Birth	Fetal Growth and Nutrition	TSOP General Assembly		
Coffee Break							
15:20 17:00	ISUOG	Oral Presentation	Preterm Birth	Fetal Growth and Nutrition	Best Paper Award-Oral Presentation & 倫理學分		
18:00 21:00	Gala dinner						

主辦：亞太周產期醫學會(FAOPS)、台灣周產期醫學會(TSOP)、台灣婦產科醫學會(TAOG)、台灣母乳哺育聯合學會(TAB)

會議地點：台北國際會議中心(TICC)，台北市信義路五段1號。

報名聯絡：<http://www.2016faops.org/>，11494台北市內湖區洲子街100號2樓，Tel: 886-2-87513588 ext.215，E-mail: faops2016@knaintl.com.tw

學分：婦產科醫師A類積分5分、台灣周產期專科醫師積分60分、中華民國醫用超音波學會認定繼續教育積分40分、台灣新生兒科醫學會積分7分、

中華護理師護士公會全國聯合會、IBCLC之CERPs積分、助產學會教育積分(陸續申請中)。

# 19<sup>th</sup> Congress of the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies ( FAOPS 2016)



*December 1-4, 2016  
TICC, Taipei, Taiwan*



會議名稱：第 19 屆亞太周產期醫學會  
會議地點：台北國際會議中心(TICC)，台北市信義路五段 1 號。  
會議時間：2016 年 12 月 1 日至 12 月 4 日。  
台灣會員報名資訊：



➤網路報名(<http://www.2016faops.org/>)、現場報名

Category	Early-bird registration Before 2016.9.30	Onsite Registration
Physicians	NT \$ 5,000	NT \$ 6,000
Resident / Student	NT \$ 3,000	NT \$ 5,000
Pre-congress workshop education on Dec 1	NT \$ 5,000	NT \$ 6,000
Gala Dinner on Dec 3	NT \$ 500	NT \$ 500