

第19期
會刊

同馨會

同馨會會刊第十九期



國立成功大學醫學院附設醫院婦產部同馨會

2016.10



105.10.04婦產部迎新送舊餐會



春園會館前大合照

發行人：吳孟興

發行所：國立成功大學醫學院附設醫院婦產部

總編輯：吳孟興

編輯小組：劉宛靈 陳姿蓉

協助撰文：謝豐舟 陳崇桓 張峰銘 吳孟興 許耿福
鄭雅敏 林立璇 蘇苔禎 劉宛靈 陳姿蓉

電子信箱：tong.xin100@gmail.com

地址：70403 台南市北區勝利路138號

電話：06-2353535轉5117

傳真：06-2766185

國立成功大學醫學院附設醫院婦產部



城大婦產部細胞遺傳室醫事人員



快臨盆時就會看到她們的產房人員



試管嬰兒室超強團隊小組



第一線面對病患的門診人員

Contents 目 錄

新境界論壇		
3	青春未必無敵！社會新鮮人生育力提早衰老！？	吳孟興醫師
5	子宮內膜癌生育保留(Fertility-Sparing)治療之新進展	許耿福醫師
8	罹癌婦女的一線”生”機	鄭雅敏醫師
13	骨鬆治療新展望	陳崇桓醫師
散文雜記		
19	新詩試作	謝豐舟教授
22	寰宇記遊-瑞士風光(下)	張峰銘醫師
35	世界第三極---扎西德勒西藏	蘇苔禎護理師
新進同仁介紹		
44	婦產部住院醫師	林立璇醫師
活動相片		
46	105.07.03大台南婦產科聯誼會(春園)	劉宛靈、陳姿蓉
49	105.07.13產房火災演練	劉宛靈、陳姿蓉
52	105.08.14婦產科醫學會繼續教育課程	劉宛靈、陳姿蓉
55	105.08.19感管中心組合式照護走透透	劉宛靈、陳姿蓉
56	105.09.04大台南地區婦產科聯誼會(大億麗緻)	劉宛靈、陳姿蓉
59	105.10.04婦產部迎新送舊餐會(遠東香格里拉)	
賀喜		
63	105.08.22顏孟瑜護理師-弄璋之喜	劉宛靈、陳姿蓉
總編語		
64		吳孟興主任
65		陳姿蓉
讀者迴響		

青春未必無敵！社會新鮮人生生育力提早衰老？

吳孟興醫師

不孕不再是高齡生育專屬的問題，年輕夫妻不見得就能夠順利懷孕。臨牀上發現許多年輕女性卵子的品質不佳、庫存不足，甚至可能導致不孕。日前成大醫院有一名20多歲的志願捐卵者，經檢測之後，卻意外發現該名年輕女性的抗穆勒氏管賀爾蒙(AMH)濃度只有1.6(ng/dL)，成大醫院婦產部主任暨不孕症及生殖內分泌科主任吳孟興醫師提醒該名捲卵者，卵巢中的卵子庫存量明顯衰退，預測她41歲將提早進入更年期，甚至最早可能於34歲就面臨停經，如果有生育的打算，需要提前做好準備！吳孟興醫師指出，AMH的數值與卵子的庫存量有關，過低代表卵子庫存量不足，如果婚後遲遲沒有受孕，建議經醫師評估後，可安排AMH濃度檢測。

吳孟興主任解釋，想要順利受孕的條件有很多，除了男性的精子數量與品質外，女性的子數量與品質也很重要。目前檢測卵子數量的方法除了超音波檢查，亦可透過FSH跟AMH濃度檢測，其中AMH檢測數值相對穩定，可預測性也較高。一般來說，正常生育年齡女性的數值應該落於2到6ng/dL之間，如果AMH數值過低，代表卵子庫存量不足，受孕成功的機會就會降低，並可能提早進入更年期；相反地，如果AMH數值過高，將可能與多囊性卵巢症候群有關，導致卵巢不排卵，以致月經不規則、遲來的症狀，亦會降低患者的受孕率，或可能使用藥物後發生卵巢過度刺激症候群。

過去認為女性把握35歲前生育即可，而今的思維應將卵子的庫存數量一同列入考量，近年研究也指出，AMH數值背後

的意義隱藏著「生育密碼」，與女性何時進入更年期有密切關聯；透過AMH濃度高低，以及當時的年齡，就可以推估該名女性更年期大約會在多久後來臨，「預言」其生育年齡何時結束。舉例來說，如果一名28歲女子，AMH數值為2ng/dL，將可預測其停經年齡發生於50歲後；倘若AMH數值只有0.7時，停經年齡將提早發生於40歲前後，若AMH濃度過低而不加以改善，生育年齡甚至恐提前於三十多歲就結束，如果有生育計劃的女性，不得不正視這個問題。

吳孟興醫師提醒民眾，如果婚後有生育計劃的夫妻，若於一年內無法自然受孕，建議可尋求醫師協助，透過檢查找到原因，不管是男性無精症、精蟲數量稀少、精子品質不佳，或者是女性卵子數量不足、品質不佳、輸卵管阻塞或是排卵異常等，目前都有方法改善，且越年輕接受治療，成功受孕的機會越大。吳孟興醫師也補充想要懷孕的夫妻，平時要注意飲食、運動，懂得適度地抒發壓力，這樣也能夠幫助自己擁有「好孕」！

女性生育密碼AMH

庫存不足
AMH < 2

正常充足
AMH 2~6

可能為多囊性
卵巢症候群
AMH > 6

AMH也能預測女性停經年齡

AMH	26歲	30歲	34歲
0.3	37歲(31~41)	40歲(33~44)	43歲(35~47)
0.7	40歲(33~44)	43歲(35~47)	45歲(37~50)
2.1	50歲(41~55)	53歲(44~59)	57歲(47~63)
2.5	53歲(44~59)	57歲(47~63)	61歲(50~65)

圖表取自：Tehrani et al. J Clin Endocrinol Metab, 2013

以30歲來說：
若AMH = 2.1
推估約53歲左右停經
若AMH = 0.7
推估可能提前於43歲左右停經
此預估結果亦可做為生育規劃的參考



作者簡介

吳孟興醫師

國立成功大學醫學院臨床醫學研究所博士

美國休士頓貝勒醫學院博士後研究

現任

國立成功大學附設醫院婦產部主任

國立成功大學醫學院婦產科教授

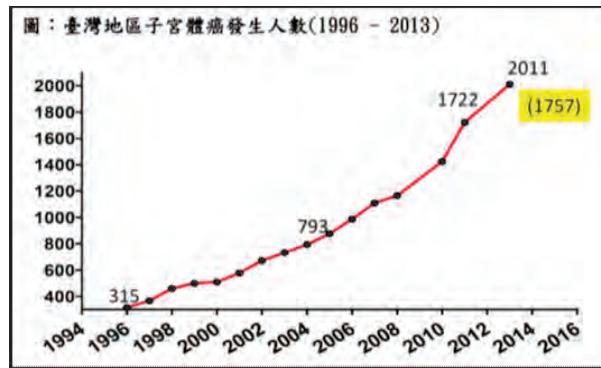
國立成功大學附設醫院婦產部生殖內分泌科主任

子宮內膜癌生育保留(Fertility-Sparing)治療之新進展

許耿福醫師

子宮內膜癌為國內逐漸竄昇的婦科癌症。依據衛福部國健署最新的癌症登記統計，民國102年台灣地區子宮體癌新發例案已經突破2000人，達2011人，其中子宮內膜癌人數達1757人(如圖一)。事實上在民國99年的癌症登記中，已顯示子宮體癌已超越侵襲性子宮頸癌成為台灣地區女性婦癌中的第一名。

圖一：臺灣地區子宮體癌發生人數(1996 - 2013)



傳統上子宮內膜癌依Dr.Bokhman的分類可以分成二種types(如表一)。其中type I病人年紀比type II病人輕，治療癒後也多比type II病人好。依據統計約有10%子宮內膜癌人是小於40歲，而這群病人之中有些仍有生育上的需求。同時，type I病人的治療預後又如此的好，因此衍生出臨牀上對於此類年輕子宮內膜癌病患有保留生育(Fertility-Sparing)或內科(medical treatment)療法的需求。

表一：

子宮內膜癌可以分成兩種 types，其臨床病理特徵如下表：

特徵	Type I	Type II
(1) 使用未含黃體素之雌激素	是	否
(2) 背景子宮內膜	增生(Hyperplasia)	萎縮(Atrophy)
(3) 外觀形狀	Endometrioid	Serous, clear cell
(4) 基因之異常	MSI, PTEN,	P53, HER2/neu

其中 type I 病人，多為年紀較輕之病人。

此類治療方式中，以往均採用口服高劑量黃體素。如使用MPA(medoxyprogesterone acetate)或是Megace(megestrol acetate)[1,2]。劑量在MPA從200-800mg/day均有人使用，而Megace則是160mg/day。使用如此高劑量黃體素的治療結果，文獻報告Response rate大約是70%左右，有30%的病人對此治療是完全無Response。同時，長期追蹤下來，發現有1/3-1/2病人會復發。因此治療前務必與病人詳細討論，讓病人了解高劑量黃體素在子宮內膜癌的治療並非是標準治療方式，同時，也非全部病患均有效。因為，治療當中必須要十分小心追蹤其病程。另外，使用高劑量黃體素時，容易引起血栓的副作用，尤其是肥胖的病患如PCOD所導致的子宮內膜癌病人。依據文獻統計，使用高劑量黃體素時，約有22%病人會增體重，17%產生高血壓，17%會有血栓靜脈，其中有1%病人會有肺栓塞發生[3]。因此使用高劑量黃體素治療子宮內膜癌時，多會合併使用低劑量Aspirin如Bokey，以避免產生血栓。但是如此的合併使用，也造成治療病人很大困擾。因使用高劑量黃體素治療方式，前二月，病人通常會有內膜剝落，子宮出血現象，再加上Bokey後，因不易止血，子宮出血現象更明顯，可以達3-

4月，病人幾乎是每日得使用護墊，造成不便，生活品質變差。若是能降低黃體素劑量而不需使用Bokey治療，將是比較理想的治療方法。

在先前的文獻中發現，GnRH-a會直接與子宮內膜癌細胞接合，同時產生抑制癌細胞分裂的效應[4]。同時使用GnRH-

a也可以降低體內estrogen level，抑制endometrial cell growth。因此可以考慮合併使用GnRH-a及較低劑量的MPA，以避免上述的副作用。在成大醫院，我們使用GnRH-a(3.75mg Leuproreline acetate Depot)併用MPA(200mg/day)治療的10位病患初步結果如下表二：

Case	Age	GP	BMI	Diagnosis date	Treatment method	Response	Outcome
1	38	PO	26 (57kg,148cm)	2007/3	GnRH-a x 6 months+MPA 500mg/day 6 months	CR	Recurrence in 2008/12, stage Ia surgery, stage Ia, Gr II
2	33	PO	33.7 (82Kg,156cm)	2007/9	GnRH-a x 6 months+ MPA 200 mg /day for 6 months	PR	staging surgery(2008/4), stage Ia Gr II, No recurrence (2015/10)
3	38	PO	PCOD	2008/9	GnRH-a x 3 months + MPA 200 mg /day	No	staging surgery(2008/4), stage Ia Gr I, No recurrence (2015/10)
4	30	PO	40 (102kg,158cm)	2008/5	GnRH-a x 3 months+MPA 500 mg/day 3 months	No	Staging surgery stage Ia, Gr II
5	40	PO		2009/8	GnRH-a x 6 months+MPA 200 mg/day 6 months	CR	Recurrence 2010-12 staging surgery (2011-1), stage IA, G1, no myometrium invasion
6	22	PO	39.2 (104kg,163cm)	2012/4	GnRH-a x 3 months+MPA 200mg/day 3 months then MPA 200mg/day 3 months	CR	No recurrence (2015/12)
7	34	PO	21.8 (56kg,160cm)	2012/12	GnRH-a x 6 months+MPA 200mg/day x 6 months	CR	No recurrence (2015/9)
8	37	PO	31.6 (73kg,152 cm)	2013/4	GnRH-a x 9 months+MPA 200mg/day for 9 months	CR	G1PO by IVF (2015/12)
9	40	PO	37 (97kg,162 cm)	2013/11	+Bokey 100 /day GnRH-a x 9 months+MPA 200mg/day for 9 months +Bokey 100 /day	PR	1. Left side leg vein thrombosis 2.D&C, No tumor with atypical gland, hysteroscopy twice,EmCa, staging surgery, 2014/11, Stage Ia, G1, No myometrium invasion
10	37	PO	(90 Kg, 160cm)	2014/12	1.MPA 500mg/day x 3 months 2. GnRH-a x 6 months +MPA 200 mg/day	CR	Complex hyperplasia with atypia MPA 500mg/day x 3 months , s/p D&C ->Em Ca MPA 200 mg+Leuprin-Depot 3.75 for 3 months , s/p D&C →no hyperplasia or cancer s/p MPA 200 mg+Leuprin-Depot 3.75 for 3 months , s/p D&C → no residual tumor No recurrence (2016-7)

CR: Complete Response; PR: Partial Response ; No: No response

病人接受此治療方法每個月需回診接受vaginal ultrasound 檢查，每三個月須接受一次D&C以評估治療效果。在這10位病人中，Complete response為60%(n=6)，Response rate(CR+PR)為80%(n=8)。有二位是No Response，同時在追蹤後，6位CR病人中有2位復發，復發率為33%(2/6)。因此，在我們使用GnRH-a 及黃體素的治療方式，初步的治療結果與目前文獻報告類似但是可以減少血栓及長期子宮出血等副作用。

除了上述合併使用GnRH-a 及黃體素的治療方式外，另外一個可以降低黃體素的方法是子宮內投藥。目前陸續有文獻報告，有新型IUD含黃體素如Mirena(含52mg levonogestrel)合併使用GnRH-a治療子宮內膜癌病人[5,6]。目前先驅臨床實驗結果發現，治療效果可以達70-100% Complete response，同時副作用也較低，病人較安全。但是，因是新的治療方式，將來仍然需要更多臨床data，以證明其療效及其安全性。

結論：

雖然對於子宮內膜癌保留生育的治療，有越來越多的治療方式且療效也不差。但是畢竟仍不是標準的治療子宮內膜癌方式。因此在治療前必須依美國NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 或是成大醫院婦癌治療準則 (guideline) 與病人先溝通，確定五點事項：1. 病理報告為Grade 1, Endometrioid type之內膜癌；2. MRI或Vaginal ultrasound確認沒有肌肉層侵犯；3. Image檢查沒有其他轉移病灶；4. 沒有懷孕或是醫療的禁忌症；5. 病人應接受相關諮詢了解此

方法非標準照護及其可能之副作用。確定此五項後再談以上所述治療的方式。如此，才能達到真正治療病人，兼顧其臨床需求及保護醫師的目的。

References:

- [1]. Ushijima et al. J ClinOncol.2007 ; 25: 2798-803.
- [2] Ramirez et al. GynecolOncol. 2004;95: 133-8.
- [3] Bafaloukos et al. Oncology. 1999;56:198-201.
- [4] Emonset al. J ClinEndocrinolMetab. 1993 ;77:1458-64.
- [5] Pashovet al. GynecolEndocrinol. 2012 ;28:559-61.
- [6] Proninet al. Int J Gynecol Cancer. 2015; 25:1010-4.



作者簡介

許耿福醫師

現任

國立成功大學附設醫院婦產部主治醫師，副教授
國立成功大學附設醫院婦產部一般婦產部主任
台灣婦癌醫學會監事

情境：

一位22歲年輕女性到門診求診，主訴她去年因罹患急性骨髓性白血病而接受抗癌藥物治療，治療期間有發現月經經血量減少的現象，醫師告訴她化學治療結束後月經自然會正常。然而，等化學治療後，月經就不來了，等了半年還是沒來，所以來門診求診。血液檢查FSH 65 mIU/mL，E2 < 8 pg/mL，呈現卵巢衰竭現象。癌症治療成功，卻換來卵巢早期衰竭，早發性停經，除了會提早面臨停經相關的問題，進而也無法有下一代。

前言：

根據2012年美國癌症協會(American cancer society)的統計，每47名女性中就有一名在40歲以前被診斷出罹患侵襲性癌症，而育齡女性最為常見的癌症依序為乳癌、黑色素瘤、子宮頸癌、非何杰金氏淋巴癌，以及白血病。根據2009-2013年國民健康署的統計資料顯示，40歲以下的女性罹癌患者比例約8%，發生比例最高的依序為乳癌、甲狀腺癌、白血病、卵巢癌、子宮頸癌、子宮內膜癌。由於醫療技術的進步，不論在罹癌的診斷率、治療技術、以及病人存活率都有全面性進展，使得癌症治療後的5年存活率提高，以乳癌為例，存活率可以高達90%。此外，罹癌婦女也有年輕化趨勢，使得癌後存活的婦女還未完成生育計畫，甚至未婚的人數明顯增加。有研究顯示乳癌女性，有73%的病人表示他們會有某種程度擔心將來會因為癌症治療而失去生殖能力，有29%女性

病人表示可能會因為想保留生殖力而影響他們的治療選擇，這個現象在越年輕的病人表現得越明顯。

隨著手術技術、手術方法、癌症治療藥物以及人工生殖技術進步，婦女癌症後卵巢功能以及生殖力保存的議題，越來越受到重視，從事癌症治療的工作者包括腫瘤科、放射腫瘤、婦癌、血液腫瘤、小兒科、精神科醫師、護理人員，甚至社工都必須在第一時間提供癌症病人這方面的資訊，並盡早轉介到生殖醫學部門做進一步諮詢和治療，以縮短因為進行生殖力保存所延誤癌症治療的時間。

癌症治療對於生殖力的衝擊

目前婦女癌症病人的治療，依癌症性質、分期，可以有手術、術後放射線治療、化學治療等選擇，依序說明之。

手術治療：以婦癌為例，由於罹癌處就是生殖器官，一旦手術切除，就會失去卵巢的荷爾蒙功能以及子宮的生育功能。對於早期的癌症病患，手術方式一直朝保存生育能力努力。早期子宮頸癌：可施予根除性子宮頸切除術(Radical trachelectomy)，本院有成功懷孕生產案例。

早期卵巢癌：可執行生育保存性癌症分期手術(fertility preserving staging surgery)，術後視情況接受化學治療，本院有治療後成功懷孕案例。

早期子宮內膜癌：先給予高劑量黃體素(Megestrol, medroxyprogesterone)或子宮內投藥系統(Levonorgestrel IUD)治療，本院有治療後成功懷孕案例。

放射線治療：對女性生殖力危害最大。根據報告顯示，卵細胞對於放射線暴

露的半致死劑量(LD50)僅僅不到2格雷，白血病人在接受幹細胞移植治療前的全身放射治療，會有超過80%的機會使病人永無月經，超過30歲的女性，卵巢接受大於5格雷的放射線暴露會引起永久性無月經。子宮相對於卵巢而言，對放射線較具抵抗力，但骨盆腔超過20-30格雷的放射線暴露，會增加將來胎兒流產、早產、低出生體重以及生產遲緩的機會。

化學治療：化學治療藥劑會對分裂迅速的卵細胞產生毒性，也會直接對卵巢產生毒性。影響因素包括使用藥品種類、病患年齡(與卵巢品質相關)、化學治療次數等因素相關。化學治療藥品中以Alkylating agent(cisplatin) 毒性最高。卵巢品質與年齡有很大相關，35歲後的卵子數量與品質有明顯下降，根據統計，小於30歲接受化學治療，有大約20%病患會發生早發性卵巢衰竭(premature ovarian failure, POF)，一旦超過40歲接受化學治療，就有高達80%病患會發生早發性卵巢衰竭。有關化學治療次數造成卵巢衰竭的統計分析資料顯示，接受第一週期化學治療約有10-30%的卵巢功能影響，到第六周期時就有高達33-81%的機會造成卵巢功能影響。

除了治療可能造成卵巢衰竭之外，對於荷爾蒙敏感的癌症病人，會建議要延長荷爾蒙治療的時間，如此一來，為了達到完整的癌症治療，病人生育計畫勢必延後，相對也壓縮了婦女理想生育期，增加癌症治療對婦女生殖力所造成的衝擊。

生殖力保存技術的選擇

生殖力保存技術的選擇必須考慮病人的年齡、診斷、癌症治療方式、婚姻狀態、是否有男伴、對使用捐贈精子的接受度、病情急迫性、有多少可以考慮或延遲癌症治療的時間、癌細胞轉移到卵巢的可

能性等因素。因此，從事癌症治療的工作人員就像和時間賽跑一樣，必須在最短的時間了解病人有無保留生殖力的需求並擬定癌症治療計畫。美國臨床腫瘤學會在2013年治療準則中指出：對有保存生殖力需求的病人，就算要延遲癌症治療也是必須承受的，這也說明了及早轉到生殖醫學專科的重要。

傳統生殖力保存方式

針對放射線治療：包括有對放射線治療的骨盆腔遮蔽及卵

巢骨盆腔外懸吊手術

缺點：1.輻射散涉及無法精確定位卵巢所在位置，不能保證一定有效。

2.卵巢骨盆腔外懸吊手術，必須在手術後馬上接著進行骨盆腔放射線治療，以免卵巢位置改變進入輻射範圍而失去保護。

針對化學治療：在化學治療前以藥物GnRH agonist壓抑卵巢功能。GnRH agonist可能經由壓制gonadotropin分泌，進而減少進入細胞分化的primordial follicle數量，或者經由減少到子宮卵巢的血流供應，進而減少化學治療期間藥物對卵巢的破壞。從1995年針對恆河猴 Rhesus monkey)的研究顯示，合併使用GnRH agonist與化學治療藥物的實驗組與單純接受化學治療的對照組相比較，primordial follicle 減少數量從64.6%降低到28.9%，有統計上的明顯差異。從此開啟了化學治療前使用GnRH agonist來保護卵巢功能的相關研究。根據Annals of Oncology 2014年的統計，贊成GnRH agonist有保護卵巢功能的相關研究有20篇，總共收納1837位個案，不贊成GnRH agonist有保護卵巢功能的相關研究有9篇，總共收納

593位個案，綜合分析結果顯示化學治療前使用GnRH agonist對於減少卵巢早期衰竭(premature ovarian failure, POF)是有幫助的，但是對於懷孕率增加的效果仍無足夠證據。

生殖力保存技術

冷凍胚胎：癌症治療後，放射或化學治療前2-4周的空檔期進行人工取卵，進行體外授精並冷凍保存胚胎。從一篇2009年的統計報告指出當年有 21000例的冷凍保存胚胎，解凍植入母體子宮後的懷孕率在小於35 歲婦女為 36.6%，35歲至40歲女性仍有平均28%的懷孕率，大於40歲的懷孕率降低至22.1% (平均每次植入2個解凍胚胎)。經過冷凍保存之後的胚胎，並不會影響後續懷孕過程中流產及死產的發生率，缺點是需要使用促進排卵藥物，因此，當病人罹患的是雌激素敏感型腫瘤(如乳癌)，為避免促排卵藥物對病情的負面影響，也可考慮在不使用促排卵藥物情況下，將所有大小濾泡的卵子，不論成熟與否全部取出，進行卵子體外熟成(invitro maturation, IVM)，再進行體外授精並冷凍保存胚胎。

冷凍保存卵細胞：適合用在育齡單身女性，或是不想使用捐贈精子，或對冷凍胚胎有道德觀感考量的病人。缺點是卵細胞較胚胎更容易在冷凍保存的過程受到破壞，故後續解凍受精，植入子宮的懷孕率較新鮮卵子低。但近期在卵子冷凍保存技術有了令人滿意的結果，尤其在年輕女性族群的懷孕率以及活產率並不比新鮮卵子差。現階段不論卵子或是胚胎冷凍保存大多採用玻璃化(vitrification)冷凍保存法，縮短冷凍所需時間，減少冰晶的形成，可以有效地增加細胞存活率。

冷凍保存卵巢組織：一直是癌症婦女保存生殖力的選項之一，病人須接受取得卵巢組織的手術並進行冷凍保存，待之後癌症治療完成，再移植回骨盆腔或其他皮下組織。優點除了可以保存大量卵細胞外，也可用在青春期前的癌症病人生殖力保存，植回後病人也有機會自然懷孕。臨床也有成功懷孕並活產的案例。但缺點是需要多次手術，且植回後的卵巢組織也不一定能存活。此外，雖然目前還沒有因為卵巢組織被癌細胞汙染，而發生癌症復發的個案，但是，癌細胞汙染冷凍保存卵巢組織的可能性還是無法完全排除，尤其是血液相關惡性腫瘤。

癌症治療後生殖力評估

癌症治療後的剩餘生殖能力和病人年齡、癌症種類以及治療方式有密切的關係。一般認為卵子數量會隨著年齡增加而減少。因此，年紀越大的癌症婦女經過放射線治療或化學治療後，發生卵巢早衰的機會就越高，恢復癌症治療前生殖能力的機會也隨著年齡的增加而減少。要評估治療後剩餘生殖能力，一般可以用超音波檢查卵巢的有腔濾泡數(antral follicle count)或是測量血液中濾泡刺激(FSH)、抑制素B(inhibin B)以及抗彌勒氏管荷爾蒙(anti-Mullerian hormone, AMH)濃度。有腔濾泡數(antral follicle count)是指卵巢小於8mm的濾泡，它代表可被促排卵藥物招募的濾泡，好處是可以推測病人剩餘生殖能力，缺點是會受限於超音波的解析度和因為操作者不同產生的誤差。血中FSH、inhibin B也是臨床常用指標，不同的是必須等待實驗室結果。此外兩者會隨著月經週期而波動，必須在月經第二、三天抽血檢測才有參考價值，而且，對於青春期前

的年輕女孩，也無法用血液FSH來判斷治療後剩餘生殖力。

血液中AMH濃度非常穩定，不會受月經週期或服用荷爾蒙藥物的影響，它是由卵巢內初級濾泡(primary follicle)、次級濾泡(secondary follicle)、前有腔濾泡(preantral follicle)和早期有腔濾泡(early antral follicle)上的顆粒細胞所分泌，可用來推測剩餘濾泡數的多寡。它的高低代表的是卵子數的多寡，並不能表示卵子品質的優劣，也無法用它來預測懷孕的機會。

婦女癌症治療後的懷孕

因為放射線治療和化學治療都可能造成卵細胞染色體受損，理論上應該會增加胎兒畸形或基因異常的機會。然而，根據2010年針對乳癌病人所做的統計，發生胎兒異常的比例並不高於對照組，這可能是因為治療後留下來的卵子，都是沒有受到影響的卵子。但是要考慮到治療的半衰期，以及卵子重新發育成熟所需的時間。一般建議接受化學治療的婦女應在治療結束後，至少6個月再嘗試懷孕，而接受放射線治療的婦女則應在結束後1年才懷孕較佳。癌症婦女懷孕對胎兒的影響目前無一致看法。可能會有早產、低出生體重機會增加。

胎兒會不會得到癌症？根據統計：遺傳相關的惡性腫瘤大概佔5%，一旦確定有相關致癌基因遺傳，可以運用胚胎著床前遺傳診斷技術來排除帶有致癌基因的胎兒。

懷孕會不會增加復發的風險？大部分的惡性腫瘤並不會因為懷孕而增加復發的機會，但是一些雌激素敏感型腫瘤，例如乳癌、子宮內膜癌，就有可能因為懷孕而增加癌症的復發。因此建議延後懷孕計

畫，以乳癌為例，建議婦女在診斷2年以後再懷孕，對ER陽性病人，則建議接受5年荷爾蒙治療後懷孕比較恰當。Tamoxifen及其代謝物的半衰期較長，可能有致畸性，因此建議停藥後至少2個月在懷孕。

結語

由於婦女癌症的發生不斷年輕化，加上癌症治療方式不斷的精進，育齡婦女甚至青春期前的女性病人，在癌症治療成功的族群當中所佔的比例越來越高，因而使得從事癌症治療的醫事人員面對的不僅是癌症本身、而是更複雜的狀況。這需要跨領域、跨科的協調與合作，並將可能面臨的狀況一一納入癌症治療計畫中，尤其是卵巢功能的保存甚至生殖能力保存資訊的提供能越快越好，以避免病人在癌症治療後，發現自己失去生育能力，而受到第二次傷害。國外自2006年就成立相關資訊網站FertiPROTEKT(<http://www.fertiproject.eu>)，提供相關資料供查詢。

參考文獻

1. Blumenfeld Z, Katz G, Evron A: An ounce of prevention is worth a pounds of cure: the case for and against GnRH-agonist for fertility preservation. Annals Oncology 2014; 25:1719-28
2. Bree ED, Makrigiannakis A, Askokylakis J et al: Pregnancy after breast cancer. A comprehensive review. J Surgical Oncology 2010;101:534-42
3. Del Mastrol L, Giraudi S, Pronzato P: Medical approaches to preservation of fertility in female cancer patients. Expert

OpinPharmacother 2011;12:387-96

4. Chen H, Li J, Hu L: Adjuvant gonadotropin-releasing hormone analogues for the prevention of chemotherapy induced premature ovarian failure in premenopausal women(Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11
5. Ataya K, Rao LV, Lawrence E, Kimmel R: Luteinizing Hormone-releasing hormone agonist inhibits cyclophosphamide-induced ovarian follicular depletion in Rhesus Monkeys. Biology of Reproduction 1995;52:365-72
6. Loren AW, Mangu PB, Beck LN et al: Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol 2013;1:31(19):2500-10
7. Riggs R, Mayer J: Does storage time influence postthaw survival and pregnancy outcome? An analysis of 11768 cryopreserved human embryos. FertilSteril 2010;93:109-15
8. Jadoul P, Dolmans MM, Donnez J et al: Fertility preservation in girls during childhood: is it feasible, efficient and safe to whom should it be proposed? Hum Reprod Update 2010;16:617-30



作者簡介

鄭雅敏醫師

現任

國立成功大學附設醫院婦產部主治醫師

國立成功大學醫學院婦產部副教授

曾任

日本東京國立癌症中心研究員

日本川崎市立川崎病院子宮鏡研究員

臺灣婦癌醫學會專科醫師

骨質疏鬆目前使用的藥物包括鈣，維生素D，抑鈣素（Calcitonin），雙磷酸鹽藥物（Alendronate,Ibandronate,Zoledronate），副甲狀腺素(PTH 1-34)，Selective estrogen receptor modulator (SERM) (Raloxifen)(Bazedoxifene)，鋨(Strontium Ranelate)，RANKL antibody (Denosumab)。雖然目前使用的藥物已經讓人眼花撩亂，但是即將上市的新藥更是令人目不暇給。新藥的設計主要以新的作用機制或是以現有的藥物為基礎，修飾分子結構或是較方便的投予方式。新的作用機制的新藥通常會在osteoblastogenesis或osteoclastogenesis上，針對一個地方做調控。或是對osteoblast或osteoclast功能做調控。

另外，抑制osteoclast的功能也是新藥的發展方向之一。在osteoclast吸收骨頭時，除了demineralization外，由cysteine protease分解以type 1 collagen為主的matrix也很重要。Cathepsin K是噬骨細胞所分泌最主要的蛋白酶，可以分解骨頭，達到骨質吸收目的。其中第一型膠原蛋白(collagen type I)是最主要被分解的成份，它也占骨質中90%的比例。Cathepsin K為主要的cysteine protease，抑制Cathepsin K就可以減少matrix degradation，進而減少bone loss。cathepsin K抑制劑，L-006235 因沒有預期療效而無試驗。Cathepsin K inhibitor進入臨床試驗：odanacatib (MK-0822)，balicatib (AAE581)及relacatib (SB-462795)。

balicatib及relacatib因會作用在其他的cathepsin，會產生骨頭以外的副作用。Balicatib在Phase II造成類似硬皮症的併發症時就以停止。relacatib (會和其他常用藥產生藥物交互作用)而停止後續的臨床試驗。

其中最接近上市的為MSD公司的odanacatib。已經完成Phase 3的臨床試驗。在2010年5月的JBMR發表2年Phase 2結果，每週口服odanacatib超過25 mg，在停經後婦女，可以增加spine, total hip 的BMD。顯著抑制resorption marker。並無明顯不良反應。今年JBMR的online first發表3年的結果。每週口服odanacatib 50 mg，比服用2年可以增加spine, total hip 的BMD。顯著抑制resorption marker。2012年11月的JBMR發表5年Phase 2結果，因為每週50mg的效果比較顯著，所以在第3到5年治療組的建議劑量就改成每週50mg。5年後，spine BMD增加11.9%，femoral neck BMD增加9.8%，之前服用較低劑量每週25 mg的病人改服用每週50mg後，BMD的增加接近每週50mg的結果相近。之前服用低劑量每週3和10 mg的病人改服用每週50mg後，BMD也是顯著增加。在bone marker方面，治療組的血液CTX約減少53%，bone specific ALP減少15%，PINP增加7.2%，TRAP5b增加57%。顯示雖然osteoclast的量增加，但是type I collagen破壞減少，對bone formation無明顯抑制。病人接受完兩年50mg odanacatib後，如果停藥，經過一

年，骨質會流失到跟安慰劑組差不多的程度。在不良事件方面，並無看到明顯的皮膚不良反應，只有UTI增加。在另一個2年的試驗以QCT分析，發現spine trabecular及hip vBMD增加，femoral neck的cortical bone mineral content及cortical volume增加。利用有限元素分析，治療組L1強度較Placebo增加約14.3%，hip強度較Placebo增加約5.6%。10位接受骨骼切片的受試者，發現雖然其骨骼代謝生化指標中的骨質生成指標有下降，但是骨骼切片中沒有出現骨質生成變慢的現象，可能是因為噬骨細胞的噬骨活性雖然下降，但是沒有影響到噬骨細胞和骨母細胞之間的交互作用。另外，除了骨小樑的生成增加，緻密骨的生成也增加了。此外，針對hip去做QCT發現odanacatib可以增加proximal femur的cortical, subcortical及trabecular的vBMD及BMC。另一個研究對radius及tibia做QCT及high-resolution peripheral (HR-p)QCT，發現odanacatib可以在radius及tibia增加trabecular vBMD, cortical vBMD, cortical thickness,cortical area。利用有限元素分析及(HR p)QCT，發現odanacatib可以增加radius及tibia的strength (failure load)。在distal radius，odanacatib增加 trabecular thickness, bone volume/total volume (BV/TV)。在proximal radius，odanacatib會減少cortical porosity。在distal tibia，odanacatib會改善trabecular number, separation及BV/TV。同時，在其第二期的臨床試驗中，因為此藥有不錯的效果，第三期試驗在2007年開始，納入16000位的停經後骨質疏鬆女性，已經在2012年7月因為正面的期中效益分析而提早結束，已向美國、歐盟和日本提交odanacatib的新

藥申請。

另一個由日本所研發的ONO-5334完成了Phase II人體試驗(OCEAN study)。使用藥物劑量為50mg 每天2次，每天一次100mg或300mg。2年後，所有的劑量在lumbar spine, femoral neck及total hip都可以明顯增加BMD。其中300mg組serum及urine CTX下降的幅度與alendronate相近。Resorption marker TRAP5b和odanacatib相似都會上升。Formation marker bALP及PINP 6個月內會下降，之後慢慢上升至接近baseline。停藥後，formation and resorption marker皆上升。其結果顯示出和alendronate有類似的效果，而不會抑制骨骼生成，但尚未開始第三期的人體試驗。

osteoclast吸收骨頭時，藉由 $\alpha\beta 3$ integrin與骨頭結合。藉由抑制 $\alpha\beta 3$ integrin與骨頭結合，可以減少bone loss。2005年JCEM有文章發表，每天口服 $\alpha\beta 3$ integrin antagonist (L-000845704) 200mg bid，可以增加spine, total hip, femoral neck及total body的BMD。顯著抑制bone formation 及resorption marker。但是因為有headache, dermatitis, pruritus, rash及urticaria等耐受性不佳的反應，到目前並無後續研究。

Src tyrosine kinase inhibitors也是一個研究方向。Src tyrosine kinase與噬骨細胞的存活與其吸收面ruffled border 的生成有關。Saracatinib (AZD0530)是一個小分子Src tyrosine kinase inhibitors，在2010年JBMR 上發表以口服60 to 250 mg的Phase I的結果顯示單次服用250mg兩週後sCTX可以降低88%，uNTX/Cr減少67%。之後再連續服用兩週，一個月後這些maker略有上升，仍維持sCTX 75%抑制，uNTX/Cr

60%抑制。Formation marker並無明顯抑制。無明顯不良事件。

Glucagon-like peptide 2 (GLP-2)是一種intestinal endocrine cells所分泌的。其作用類似進食的效果，減少bone resorption，但不影響bone formation。phase II結果於2009年發表於bone。結果顯示每天晚上皮下注射0.4 mg, 1.6 mg 及 3.2 mg GLP-2，四個月後減少resorption marker CTX 但不影響formation marker osteocalcin。此外高劑量3.2 mg可以增加trochanter及total hip BMD。但是在spine BMD無明顯變化。無明顯不良事件。

雖然activin A在骨裡面的角色還不是很確定。activin A antagonist, ACE-011 (sotarcept)已經完成phase I study並於2009年發表於JBMR。以single subcutaneous doses (from 0.01 to 3.0 mg/kg) and intravenous doses (from 0.03 to 0.1 mg/kg)可以增加bone ALP並減少CTX and TRACP-5b。無明顯不良事件。

在osteoblastogenesis，Wnt- β -catenin signaling信息傳遞路徑調控為一個主要的方向。Wnt- β -catenin signaling信息傳遞如果增加，bone formation 會增加。Sclerostin及Dkk-1會抑制Wnt- β -catenin signaling信息傳遞路徑，因此monoclonal sclerostin antibody (Romosozumab(AMG 785)及Blosozumab)，會增加Wnt- β -catenin signaling信息傳遞，進而增加bone formation。2011年於JBMR發表Phase I study。收集了72個健康的停經後婦女，皮下注射一劑sclerostin antibody (AMG 785) (0.1, 0.3, 1, 3, 5, or 10 mg/kg) or intravenously (1 or 5 mg/kg)。皮下注射3 mg/kg以

上PINP, BAP及osteocalcin的增加就相當明顯。皮下3 mg/kg注射29天以後，lumbar spine的BMD的增加就相當明顯。但是hip的BMD的增加要在10 mg/kg注射57天以後才會有明顯的增加。在這個試驗中，比較明顯的不良反應為injection-site erythema。但是其發生與劑量並無明顯直接的關係。有6個人有anti-AMG 785 anti body，其中2個人是neutralizing antibody，但是不影響藥物動力學。所以整體而言，AMG 785耐受性不錯，是一個骨生成發展的藥物。

在2012 ASBMR年會裡，Outstanding Clinical Abstract Award 由 Professor McClung 報告Amgen的anti-sclerostin antibody (AM785) (Romosozumab) 在停經後婦女治療後BMD的Phase II結果。在這個研究裡，收錄了419個55至85歲停經後婦女 BMD T-score -2.0 to -3.5，以 (70 mg QM, 140 mg QM, 210 mg QM, 140 mg Q3M, 210 mg Q3M) or Placebo 及 open-label 70 mg/w Alendronate or 20 μ g/d Teriparatide治療一年比較。結果顯示所有劑量的Romosozumab都可以增加骨密度，其中以210 mg QM效果最好，在腰椎增加11.3%，在total hip增加 4.1%。在這兩處骨密度的增加都比Alendronate及Teriparatide顯著。Romosozumab注射後一週就可以顯著增加PINP並降低CTX。其主要的副作用為注射處的輕微反應。雖然有 20% 的人有 antibody產生，但只有3% 的人會有neutralizing antibody，似乎對療效沒多大影響。Eli Lilly 接著也報告其BlosozumabPhase I 的data，8個停經後婦女，治療三個月後，腰椎BMD增加

7.71%。

終於在2014年1月1日，Romosozumab in Postmenopausal Women with Low Bone Mineral Density的結果於NEJM online，讓我們可以一窺全貌。除了在ASBMR的報告外，文章中有些細節和想像有些差異。在bone markers方面，PINP在注射後一周時開始升高，到一個月時達到高峰，之後開始下降，大概在九個月時回到baseline，並非持續性的增高。CTX在注射後第一周就降到最低，約降了50%，降幅相當驚人，之後慢慢回升，約兩個月回到baseline，之後又緩慢下降，在九到十二個月時，比起baseline還是有顯著性的下降。血鈣在一個月時達到最低點，下降的幅度與注射劑量有關。之後血鈣就會回到正常值。CTX的大幅下降和動物實驗的預期結果不同。在SOST基因剔除小鼠的研究，osteoclast沒有被影響到。Romosozumab在骨代謝呈現rapid, marked, and transitory increase in bone formation and a moderate but more sustained decrease in bone resorption與Phase I study相同，但是從之前的理論要以增加骨生成為最重要的機制並不完全相同。作者也沒辦法解釋為何Romosozumab為何會嚴重減少bone resorption。雖然從一個很完美理論建立的藥但是臨床上看到的結果也不盡相同，值得後續研究。

monoclonal Dkk-1 antibody (BHQ880)用於multiple myeloma病人的Phase II trial正在進行中。

Ronacaleret是一種口服ca sensor receptor antagonist可以促進內生性PTH的分泌。Phase II報告顯示以每天一次200, 300, 及400mgronacaleret治療一年後，在

trabecular bone vBMD 的增加以每天400mg的效果最好，其vBMD增加的程度與alendronate相近。約為teriparatide的1/3。但是會略微減少cortical BMD。與placebo比較，無明顯不良事件。在另一個延長報告，服藥一年後停藥一年，所有的劑量在spine BMD都還是比治療前高，在hip的BMD大部分也都減少，但減少的幅度比第一年少。

Nitroglycerin過去被認為可以促進骨生成，抑制骨吸收。在2010年JAMA有個double-blind的RCT報告。Nitroglycerin ointment (15 mg/d)使用兩年後，spine, hip, femoral neck BMD增加分別為6.7%, 6.2%, 7%。此外，在radius及tibia皆增加trabecular vBMD及cortical thickness。此外還增加 increased bone-specific ALP 34.8% 及減少urine N-telopeptide 54.0%。與placebo比較，無明顯不良事件。

以現有的藥物為基礎，修飾分子結構，包括PTH, estrogen receptor modulator及鰾。PTH(1–31),在其專利申請US 2009/0010940 A1的結果顯示，每天皮下注射45 μg四個月，spine, total hip, femoral neck的BMD的增加比每天皮下注射Forteo 20 μg六個月還多。治療至一年時，BMD的增加比四個月時多。目前Phase III trial 正在進行中。另外其也有口服型的結果於2013年發表於bone。口服型的PK profiles與平均Cmax與皮下注射型類似。每天5 mg，24週後spine BMD增加2.2%，formation marker osteocalcin增加23%，resorption marker CTx-1無明顯變化。PTH-related protein 1–36 (PTHrP [1–36]) (BA058,formerly BIM44058)，

Phase II trial 的結果，在美國 ClinicalTrial.gov 的網站(NCT00542425)，顯示每天皮下注射 $80\ \mu\text{g}$ 六個月及一年，spine, total hip的BMD的增加比每天皮下注射Forteo $20\ \mu\text{g}$ 多。Phase III trial (NCT01343004)目前進行中。

Delayed-release risedronate為一種新型的bisphosphonate，以pH sensitive enteric coating讓藥物可以順利通過食道與胃不被破壞而到達小腸被吸收。這個藥甚至可以在飯後服用。其Phase II的報告顯示不論是早餐前或後每週服用delayed-release risedronate 35mg，兩年後其BMD的增加比每天空腹服用原5 mg risedronate還多。formation及resorption marker的下降也比較明顯。其耐受性相當且並無較多的不良事件發生。

Ligand藥廠lasofoxifene的PEARL study結果於2010年NEJM發表3年Phase III trial 的結果，每天口服lasofoxifene 0.25 and 0.5 mg可以降低新發生的脊椎骨折，estrogen receptor breast cancer 及中風，每天口服lasofoxifene0.5 mg可以降低非脊椎骨折及心血管疾病。但兩種劑量都會增加靜脈栓塞的機會。

Lasofoxifene 0.5mg 顯著減少breast cancer 79%，尤其是ER-positive invasive breast cancer 減少83%。雖然其獲得歐洲藥證，但是沒有上市。

Lilly藥廠arzoxifene的Generations trial結果於2009年JCEM發表2年Phase III trial (FOUNDATION study)的結果，每天口服arzoxifene 20 mg，可以增加spine, total hip的BMD。顯著抑制bone formation 及 resorption marker。對子宮內膜的厚度並無影響。2010年JBMR發表3年Phase III trial

的結果，每天口服arzoxifene20 mg降低新發生的脊椎骨折，invasive breast cancer，但對非脊椎骨折無顯著效果。會增加靜脈栓塞的機會。雖然有以上效果，對breast cancer並沒有比tamoxifen好，在Phase III停止研發。

Osteologix 發展一個新的口服鋨 Strontium malonate，其鋨吸收率可達到40%，比現在Servier的Protos鋨吸收率可達到27%還高。在Phase II trial，(0.75, 1及2 g) strontium malonate 降低resorption marker，增加BMD。

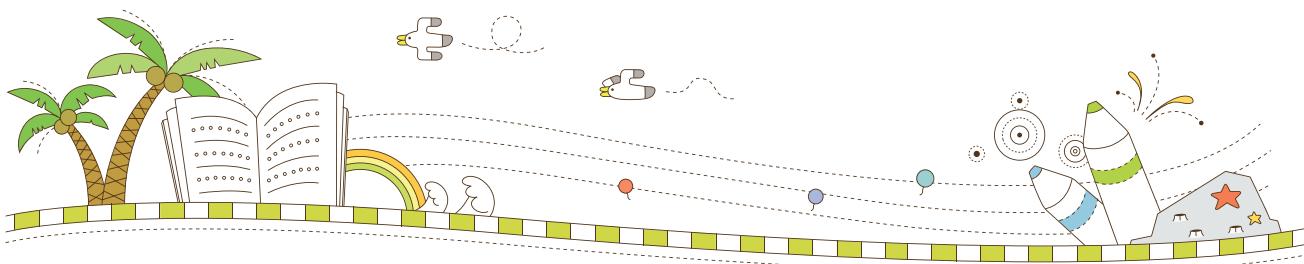
較方便的投予方式的新藥。2010年JCEM 發表的一篇文章，在停經後婦女，PTH (1-34) 的經皮貼布，每天 $40\ \mu\text{g}$ 貼30分，六個月後，spine, total hip的BMD的增加比每天皮下注射Forteo $20\ \mu\text{g}$ 多，bone formation 及resorption marker增加比placebo組多。2010年J Clin Pharm 發表的一篇文章，每天口服0.8 mg calcitonin比現有的鼻噴劑calcitonin更能降低resorption marker。在晚上服用的效果比白天服用好，服用時並用50ml的水效果比用200 ml的水好。一個比較口服 calcitonin 與鼻噴劑calcitonin的trial (ORACAL) Phase III結果於2012年發表於JBMR。口服calcitonin spine BMD的增加比鼻噴劑calcitonin與placebo高。並且增加 trochanteric and total proximal femur BMD。resorption markers的減少也比較明顯。但是80%有不良事件。大部分是輕微的如腹痛及噁心。接近10%有嚴重不良事件。無死亡事件。基本上還算安全。

看到那麼多的即將上市的藥，骨鬆藥物的戰國時代才即將開始，不過在健保的環境下，不知道有多少藥物可以讓民眾使

用到。

參考資料

1. Bone.2013;53: 160–166.
2. N Engl J Med 2010;362:686-96.
3. JAMA. 2011;305(8):800-807
4. J Bone Miner Res. 2012; 27(2): 255–262.
5. J Bone Miner Res. 2012; 27(11):2251-8.
6. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(2):571-80.
7. J Bone Miner Res. 2014;29(8):1786-94.
8. J Bone Miner Res. 2014 Jun 4. doi: 10.1002/jbmr.2292.
9. Bone 67 (2014) 104–108
10. J Bone Miner Res. 2014; 29(2):458-66.
11. Osteoporos Int. 2013;24(1):301-10.
12. J Bone Miner Res. 2010; 25: 463-71.
13. Bone 45 (2009) 833–842
14. J Bone Miner Res 2009;24:744–752.
15. J Natl Cancer Inst.102(22)(2010): 1706 –1715.



今年真是熱到爆，最近受前教育部長黃榮村教授啓發，嘗試寫所謂〈新詩〉，主要是老眼昏花，寫文章還是吃力，新詩看來文字少，大大省力。

我認知的新詩是沒有連接的文字，台灣的新詩也不像日本的短歌，俳句有一定格式，但是可以抒發一些情緒，所以我就胡亂給他寫下去，再寄看榮村兄修改，我們是新詩二人組，打算明年各出一本詩集，不成熟的作品，請大家不吝指教。

齊東詩舍(1)



黑亮的木頭地板
淺黃的塌塌米
釦着紅布邊
格子拉門
寂靜。
展示櫃裡
是詩人的手跡
親自朗誦詩歌的聲音自電視傳來。
牆角，一盞孤獨的立燈
投影向百年白牆
還有黑色的屋頂。
庭園的綠草地
有老樹可以遮蔭
高亢的蟬鳴迴響在夏日的晴空。蟬聲戛然而止
就像一場
被驚醒的仲夏夜之夢。

颱風後的咖啡店(2)



巨大的高架橋，
籠罩在強風斜雨中，
路樹瘋狂起舞。
椰子樹獨領風騷，
盡情地舞動它們的亂髮，
好像神話中的蛇髮美人。
平日坐無虛席的咖啡店，
今日零零落落。
昏黃的幾盞燈光，
投影在霧濛濛的玻璃窗，
伴著聽不出旋律的爵士音樂。
低頭滑手機的人們，
窗外的風雨，
不干我事。

台北的表參道(3)



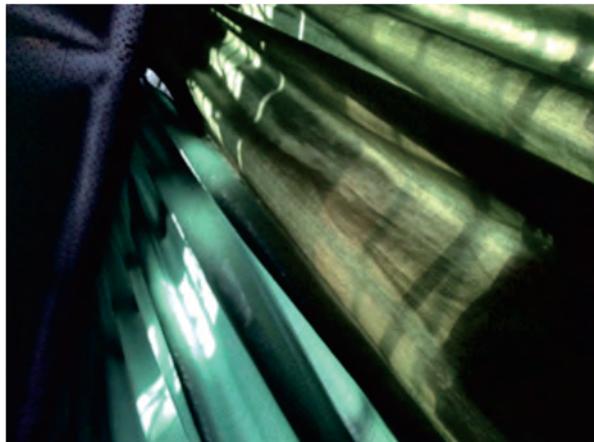
八個車道的大馬路
車水馬龍
兩側分隔島的青翠樟樹
路中央相遇
繁華都會的綠色隧道
百年前
經過它
日本總督
從總督府到圓山神社參拜
五十年前
經過它
國民革命的導師
從士林官邸到介壽館上朝
儘管
東區時尚又繁華
歷史和文化的氣息
讓
中山北路
依然是
台灣第一林蔭大道。

滿城盡是咖啡店 (4)



漫步台北街頭
大小咖啡店林立
咖啡香撲鼻
年輕人，上班族
聊天，談業務
歐吉桑，歐巴桑
聊天，談八卦
咖啡進入台灣人的生活
不分男女老少
除了咖啡香醇
咖啡店
讓寂寞的都會人
看別人
也給別人看
即使不講半句話
也覺得不那麼孤單

透天厝(5)



四層樓的透天厝
加強磚造建築
五十年的風霜
佇立在高聳豪宅旁邊
顯得古老，寒酸
打開大門
就是
九米寬馬路
一米寬的人行道
小學生上下學的童言童語
檳榔攤，雜貨店，咖啡店
老闆和客人的噓寒問暖
是雲霄間清靜的豪宅內不會聽到的市井之聲
夏日午後的陽光
投影在綠色的落地窗簾
幻化成迷人的光影
風扇吹動窗簾
光影神奇地舞動
夕陽漸斜
光影也隨之而變
躺在窗邊的長榻
仰望
夕陽，窗簾，風扇共舞
耳邊是門外的人聲喧囂
退休的人
不知不覺進入夢鄉

曾有機會
透天厝都更成豪宅
孩子們不捨
老屋繼續佇立街角
看來，
透天厝還是較宜人居



作者簡介

謝豐舟教授
現任
國立台灣大學榮譽教授
國立成功大學醫學院婦產部兼任教授
國防醫學院婦產科兼任教授
國立交通大學生物科技學院合聘教授
謝伯潛謝伯津醫學教育基金會董事長
杜鵑花科學人文工作室創意總監
國立台南第一高級中學世界校友會理事
國立台灣大學科學教育發展中心諮詢委員

寰宇記遊之二 瑞士風光（下）

張峰銘醫師

前言

上期同馨會刊中，府城山人開始新的策劃，改用電子數位相片及推特式短句，回顧平生四海遨遊，浪跡天涯，順便留下人生雪泥鴻爪。有幸得到同馨會讀者熱烈鼓舞，不由得士氣高漲，迴腸盪氣，山人準備傾相片庫所存，不藏私秘，分享好友，敬請拭目以待。

接續前文，自馬特洪峰(Matterhorn)下山後，離開策馬特(Zermatt)，向瑞士西方前進。順著隆河河谷(Rhone Valley)漫行，途經薩永(Saillon)及夕昂 (Sion)兩個精緻的小鎮，參觀葡萄園及酒廠，開懷暢飲，品評瑞士名酒。最後終於到達多年夢寐以求的世界名湖－薈夢湖 (Lac Leman)，又名日內瓦湖 (Lake Geneva)，並且在湖畔東西兩端的兩大國際知名城市－蒙投 (Montreux)和日內瓦 (Geneva)深度旅遊。

薩永(Saillon)



薩永是瑞士西南的小鎮，位於隆河河谷，面積13.7平方公里，海拔510米，人口僅兩千餘人，地廣人稀，以農業為主，出產葡萄美酒著名。



滿布薰衣草(Lavanda) 的隆河山谷裡，微風緩緩，陽光藹藹，輕輕灑落薰衣草田，到處是迷人的薰衣草香。



抬頭悠然望遠就是雄偉壯麗的阿爾卑斯山，頂峰奇岩絕壁，山腰翠麗環繞，山腳農舍散落，一幅太平景象，安詳靜謐，世外桃源。



走在村落間的小徑，向位於山腰的高塔貝亞塔 (Bayard Tower) 前進。

散文雜記之二



花了一個小時多，汗流浹背，終於看到高塔 (Bayard Tower) 雄立山腰，歷歷在目。



貝亞塔 (Bayard Tower) 是瑞士國家級文化遺產，樸實無華，古意盎然，靜靜守候隆河河谷。



盡洪荒之力，克服萬難，最後登上貝亞塔 (Bayard Tower) 之頂，飽覽隆河河谷美景。



隆河河谷人間仙境，靜觀白雲悠悠，默思天人之際，渾然無聲。



左顧右盼，風光明媚，捨不得離開。

夕昂 (Sion)



陀飛輪城堡 (Tourbillon Castle) 坐落在夕昂的城堡。夕昂主教於 1290~1308AD 之間建造。1788 年陀飛輪城堡毀於大火。如今，陀飛輪城堡遺跡是瑞士重要的國家遺產。



瓦萊雷教堂（Valère Basilica），也稱為瓦萊雷城堡（Valère castle），坐落在瓦萊州夕昂的城堡教堂。它坐落在一座小山上，面對陀飛輪城堡。它也是瑞士重要的國家遺產。



瓦萊雷教堂（Valère Basilica）面對陀飛輪城堡（Tourbillon Castle），兩城堡各據一方山頭，遙遙相對，互為犄角，互不相讓。遙想當年，殺聲震天，向上震動阿爾卑斯山，向下搖撼隆河谷，俱往矣！是非成敗轉頭空，青山依舊在，幾度夕陽紅？不如喝酒去。一壺濁酒喜相逢：古今多少事，都付笑談中。



夕昂到處有酒莊，值得一遊。暢飲瑞士隆河好酒，物美價廉，物超所值。

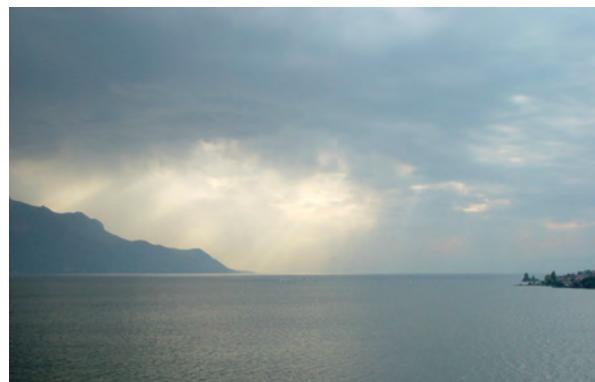


深入百年酒庫，酒香淳郁四溢，醍醐灌頂，樂在其中。隆河精華，盡在此矣！



勸君更盡一杯酒，與爾同銷萬古愁。

蒙投（Montreux）



終於到了如夢似幻的薈夢湖(Lac Leman)，又名日內瓦湖 (Lake Geneva)，一望無際，清澈如水晶。



蒙投(Montreux)位於日內瓦湖的東岸，阿爾卑斯山山麓，是個氣候舒適的度假勝地。蒙投的日內瓦湖邊，水澈驚艷，坐看湖光山色，冥思半天，忘了我是誰。



聳入雲霄的蒙投瑞士大旅社 (Grand Hotel Suisse Majestic)，位於日內瓦湖 (Lake Geneva) 湖邊與蒙投火車站之間，相當便利。



自蒙投大旅社陽台，向四周眺望，湖邊小徑旁，豪華酒店林立。



陽台上百花齊放，遠處雲山纏繞，近端湖水相映，風景如畫。



湖畔小道種滿各式各樣鮮豔奪目的花草以及藝術創作，一直到西庸古堡。



位處日內瓦湖湖畔巨岩上的西庸古堡 (Chillon Castle)，是瑞士最受歡迎的歷史建築之一。西庸古堡曾是皇室御所達四世紀之久，亦是薩瓦伯爵 (Counts of Savoy) 收入豐肥的抽稅站。



西庸古堡內保持十分完整，相當不易。



西庸古堡聞名遐邇，卻是因為英國浪漫大詩人拜倫 (George Byron, 1788–1824)。他為西庸古堡地下苦牢寫了一首長詩，歌頌西庸囚犯爭取自由，不向當政者屈服，以及在地下苦牢柱子上刻下拜倫自己的名字。圖為陰森森的西庸古堡地下苦牢，猶可聽到昔日囚犯的哀嚎。



大約兩百年前，拜倫 (Byron) 在西庸古堡地下苦牢的石柱上，親自刻上自己的名字，至今清晰可辨，瑞士當局特以鐵框圍住。



西庸古堡地下苦牢關錮禁閉，暗無天日。雖然如此，古堡樓上卻是豪華的大廳，古色古香，一派歌舞昇平的景象。



古堡樓上豪氣萬千的木刻天花板，大氣恢宏又精雕細刻。



自古堡長軒立窗，遠眺阿爾卑斯山及日內瓦湖，緬懷古今多少英雄豪傑。



青春作伴，天涯海角。



蓄夢湖上，輕帆處處，何日再遊。

日內瓦 (Geneva)

瑞士第二大城，人口十八萬，世界著名都市。兩次世界大戰之間，國際聯盟 (League of Nations) 總部設立於此。迄今仍有許多國際組織在日內瓦設立總部或辦事處，包括聯合國歐洲總部(United Nations)、紅十字會(Red Cross)、世界衛生組織(WHO)等。



日內瓦大噴泉 (Jet d'Eau)，自日內瓦湖中向上噴出，140米高水柱，是日內瓦著名地標。



日內瓦火車站前。瑞士火車四通八達，安全準時，是自由行最佳工具。



日內瓦火車站前大廈林立，也是此行寄宿小棧附近。



打開投宿窗戶，赫然驚心動魄，大噴泉穿透大都會屋頂稜線，沖向九天雲霄之外。



日內瓦湖邊公園小噴泉，樹蔭下納涼，可以安度炎炎夏日。



噴泉座像，精雕細琢，絕世超倫。



日內瓦湖邊公園著名花鐘，時有變化。台北市陽明山公園模仿自此，但是少有變化。



此時2 3 4 67 89脫離鐘面，創意十足，然山人苦思許久，不解其意，請大家猜猜。



布倫斯維克公爵紀念碑(Brunswick Monument)，矗立日內瓦湖邊。布倫斯維克公爵(Duke of Brunswick 1804 - 1873)，捐出所有遺產給日內瓦，死後六年，1879年，布倫斯維克公爵紀念碑完成。



日內瓦湖有橋通往湖中小島，名為盧梭島 (Rousseau Island)。



湖中小島盧梭島紀念日內瓦誕生的大哲學家尚-雅克盧梭 (Jean-Jacques Rousseau, 1712-1778)，民約論作者。



盧梭島四面八方都有天鵝環繞，湖水清澈，天鵝白羽，相映得彰。



盧梭島中央的盧梭雕像，沈思三百年。



日內瓦老城石街踅旋來回，意外發現大哲學家盧梭誕生地。平凡無奇，樸拙藏暉。



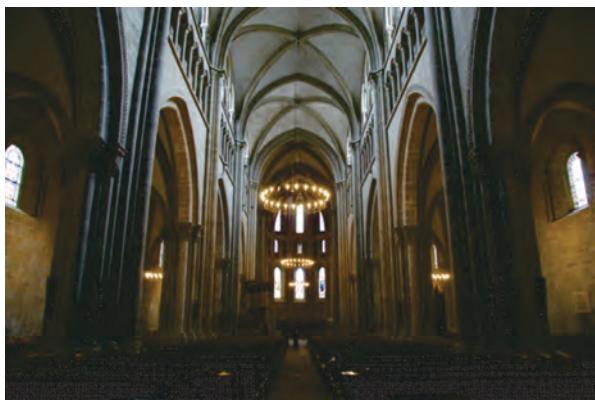
1712年6月28日大哲學家盧梭誕生於此。盧梭主張天賦人權，人人生而平等 (All men are created equal)，促成了法國大革命，以及全世界推翻君權，建立民主國家的浪潮。



日內瓦老城(Old town)的軍事博物館，古色古香，安靜屹立在老城一角。



日內瓦在宗教改革歷史上占有重要的地位，新教(Protestants)亦即基督教，自此創始向世界推展，因此日內瓦素有 新教的羅馬 之稱。長老會創始人喀爾文(John Calvin 1509-1564)，在此復興基督信仰，其一生活動中心就是聖彼得教堂(St. Pierre Cathedral)。



日內瓦聖彼得教堂(St. Pierre Cathedral)樸實無華，與羅馬梵蒂岡的聖彼得教堂璀璨玲瓏，各有千秋。



日內瓦公園內宗教改革紀念牆(Reformation Wall)，紀念十六世紀源於日內瓦的基督教改革。



宗教改革紀念牆長99公尺，高9公尺，記錄日內瓦人民爭取宗教自由的血淚史。



宗教改革四聖，左起：法烈爾(William Farel 1489-1565)，喀爾文(John Calvin, 1509 - 1564)，貝沙(Theodore Beza 1519 - 1605)，諾克斯(John Knox 1514-1572)。四聖都是在日內瓦推行新教，向全世界傳揚基督教福音。諾克斯後來回到蘇格蘭，創立蘇格蘭長老教會，福音大復興。蘇格蘭長老教會馬雅各大夫(James Laidlaw Maxwell, 1836-1921)向東傳到南台灣。蘇格蘭長老

教會向西傳到加拿大，加拿大長老教會馬偕大夫(George Leslie Mackay, 1844—1901) 向西傳到北台灣。迄今台灣長老教會信徒總人數22萬5千餘人，約為台灣人口百分之一。



日內瓦大學也在公園附近



公園一隅巨大西洋棋悄悄地廝殺，血流成河，流向大氣之中。



紅十字會總部(International Committee of the Red Cross, ICRC)，1863年創立於日內瓦，位於聯合國歐洲總部附近。



參觀聯合國(United Nations)歐洲總部，1929年建立於日內瓦。



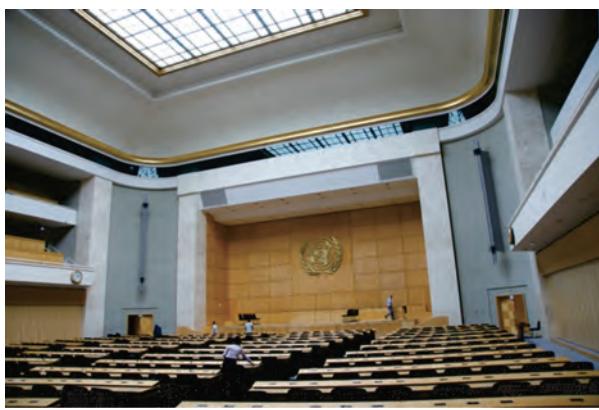
聯合國歐洲總部議事大會堂之一



聯合國歐洲總部議事大會堂之二



天花板雕塑藝術創作，千奇百怪。



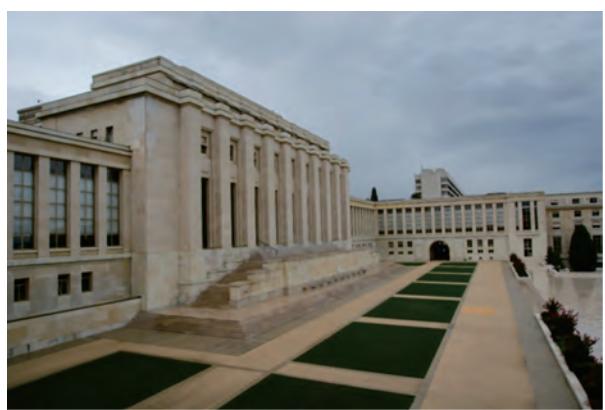
聯合國歐洲總部議事大會堂之三



聯合國歐洲總部議事大會堂之四。1973年美國季辛吉與北越黎德壽在此簽下越南和平停火協定，季辛吉和黎德壽同獲1973年的諾貝爾和平獎。然而黎德壽以尚未達至和平為由，謝絕領獎。1975年北越攻占南越，統一南北。



此議事大會堂四周牆壁，都是人類歷史奴役戰爭的恐怖壁畫，推測用意在阻嚇戰爭，追求和平自由平等博愛。前事不忘，後事之師。



萬國宮（Palace of Nations），位於瑞士日內瓦，建於1929年，並於1938年設定為國際聯盟總部。雖然瑞士直到2002年才加入聯合國，從1950年代開始，萬國宮就作為聯合國歐洲總部所在地。從內部走廊長軒悠然向外展望聯合國歐洲總部萬國宮的正面。



聯合國歐洲總部萬國宮（Palace of Nations）門口廣場上有一張斷了一腳的巨大椅子，紀念世界因為地雷死傷的無辜生命。



地上石碑說明斷了一腳的巨大椅子(Broken chair)是藝術家Daniel Berset所作，以及紀念地雷死傷的來龍去脈。



聯合國歐洲總部萬國宮（Palace of Nations）廣場附近的反戰藝術創作。



聯合國歐洲總部萬國宮（Palace of Nations）的正面



聯合國歐洲總部萬國宮（Palace of Nations）的正面，萬國旗林立，旗海飄揚，可惜沒有青天白日滿地紅。

結語



聯合國歐洲總部萬國宮（Palace of Nations）正對著日內瓦湖和阿爾卑斯山，氣象萬千，風水極佳。換句話說，日內瓦百年來和世界歷史息息攸關。



同時，日內瓦也掌握人類的未來，舉例而言，歐洲核子研究組織（European Organization for Nuclear Research，簡稱 CERN），世界上最大的粒子物理學實驗室，位於日內瓦西北部郊區，如上圖。內

有大型強子對撞機（Large Hadron Collider，LHC），是專門研究對撞型粒子加速器，為國際高能物理學的重要實驗室。CERN曾多次在科幻小說中被提及，例如丹布朗（Dan Brown）的《天使與魔鬼》故事中CERN實驗中製作收集到的反物質遭竊，威脅世界和平與人類未來。



日內瓦街道乾乾淨淨，整齊有緻，令人徘徊流連。



日內瓦湖巡航，令我終生難忘。航向未知的未來，我在日內瓦湖，衷心誠摯祈求上帝憐憫賜福，保護看顧大家。天佑台灣。



台灣的遠景，東方的瑞士。祝大家前途似錦，一柱長虹。



作者簡介

張峰銘，筆名府城山人。美國耶魯大學博士。1988年至2013年於成功大學婦產科服務。現為張教授胎兒醫學中心主任，成大婦產科兼任教授。曾任成大婦產科主任，亞洲立體超音波學會主席。

世界第三極---扎西德勒西藏

蘇苔禎護理師

西藏從來就沒有被我列入旅遊口袋名單中，只因友人寄西藏行程給我，我考慮一週決定出發，想說去喝酥油茶、看犛牛和藏獒、看大山、體驗高海拔和高原反應……。

西藏距今兩億年前，原為一片汪洋大海，兩千多萬年前始在古喜馬拉雅山造山運動中崛起，形成今日高原地貌，平均海拔4000公尺以上，是全球最高最大的高原。

5/27終於來到西藏首都拉薩，拉薩(3650公尺)西藏自治區是青藏高原的中心，俗稱前藏，這裡空氣稀薄含氧量約70%，且日照長約20：30～21：00才天黑。這天才離開拉薩機場約半小時，我就搶頭香(高原反應)，在巴士上突然眼前一片黑、頭痛、頭暈、頭麻、手麻、噁心和想吐，極度不舒服，只好趕緊深呼吸把大氣中的氧氣通通吸進我的肺部。隊友遞了巧克力，說是吃巧克力可緩解高原反應，結果中餐就只吃巧克力、三片蔬菜、一片肉和隊友提供的Diamox，眼前的美食佳餚…唉

5/28開始真正展開西藏之旅：我終於看見傳說中的布達拉宮，在1994年列為世界文化遺產，依瑪布日山山勢而建，蜿蜒至山頂，宮殿幾乎占據整座山峰。殿宇巍峨，金碧輝煌，氣勢雄偉。主樓高117.2公尺，西長360公尺，南北寬140公尺，海拔約3800公尺，建築面積約13萬平方米。

建築外觀白色代表觀世音菩薩；紅色代表文殊菩薩；黑色代表手持金剛菩薩。



大昭寺---海拔約3650公尺，為西藏最神聖寺廟，約1300年的歷史，虔誠的人們正努力完成許下的承諾，不過也有人以磕頭跪拜維生。

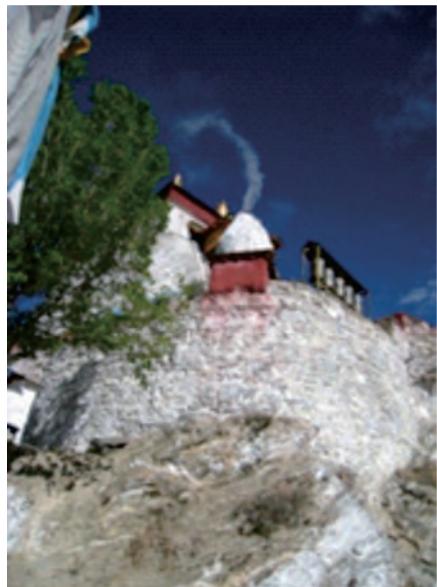


那根拉---通往納木措必經之處，向北方望可遠眺納木措，這裡應該是這趟旅途中海拔最高的地方，也應驗高山氣候多變，冰雹、小雪、風大到像是沙塵暴，真的是秒變，好險我在這裡完全不會不舒服。





納木措---西藏聖湖之一，藏語意為天湖，面積1961多平方公里，湖面海拔4718公尺，是世界上海拔最高的大型湖泊，也是中國境內第二大內陸鹹水湖。從停車場走到湖邊，這段路其實不遠，但我卻像行屍走肉一樣，靠著意志力撐到湖邊，這時心跳飆到120，感覺好累，很想和藏人一樣直接趴倒在沙子上。



雍布拉康---位扎西次日山上，海拔3740公尺，是西藏的第一座宮殿，雍布在藏語意為母鹿，拉意為後腿，康意為宮殿，因為扎西次日山形狀像一隻臥著的母鹿，因而得名。我們騎馬上山，馬沿著崖邊走，既好玩又刺激！入宮殿後先品嚐看起來很像香灰結塊的糌粑，口感微甜，裡頭的渣渣是青稞。





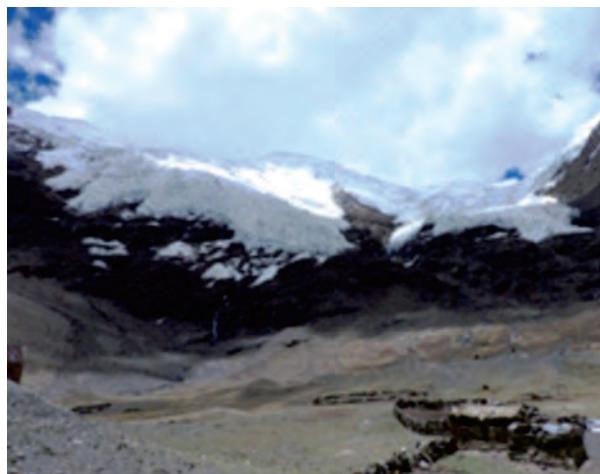
桑耶寺---位山南紮囊縣雅魯藏布江北岸的紮瑪山麓，海拔約3600公尺，是藏傳佛教史上第一座佛、法、僧三寶俱全的寺廟，凝聚藏、漢、古印度三種建築風格，素有西藏第一座寺廟美稱。



羊卓雍措----西藏聖湖之一，海拔4998公尺，羊卓在藏語意為上部牧場，雍意為碧玉，措意為湖，漢語稱羊卓雍湖，簡稱羊湖。在藏人心中被認為是“神女散落的綠松石耳墜”，亦被譽為世界上最美麗的水。羊湖大概是我目前為止看過最美麗的湖泊，湖水顏色宛如藍寶石般那樣耀眼動人。



卡若拉冰川---位西藏山南地區浪卡子縣和江孜縣交界處，距江孜縣城約71公里，是西藏三大大陸型冰川之一，海拔5560公尺，因氣候暖化關係使得冰川雪線漸退。



白居寺---位於西藏自治區日喀則地區江孜縣江孜鎮，海拔4050公尺，是一座藏傳佛教薩迦派、夏魯派、格魯派共存的寺院，藏語稱班廓德慶，意為吉祥輪大樂寺。

紮什倫布寺---海拔3800公尺，藏語意為吉祥須彌寺，與拉薩的哲蚌寺、沙拉寺、甘丹寺和青海的塔爾寺及甘肅的拉薺寺並列為格魯派的六大寺廟。

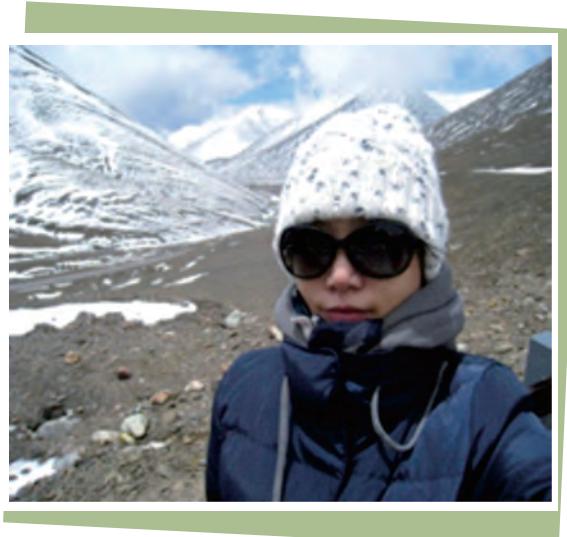




站在有「世界屋脊」之稱的西藏，日日欣賞著綿延不絕的高山，享受那宛如海水一樣蔚藍的天空，優雅的雅魯藏布江像溫暖的雙手擁抱著人們，突然感覺自己離天堂好近，心中的震撼難以用言語形容。然而旅途中所帶來的身體不適，也因隊友們的照顧，使得疲憊感減緩許多，真的非常謝謝你們。







作者簡介

蘇苔禎護理師

現任國立成功大學醫學院附設醫院婦產部
超音波室技術員

住院醫師－林立璇醫師自介

大家好，我是R1林立璇，是土生土長的雲林虎尾人，大學就讀高雄醫學大學醫學系，intern在母校實習，PGY則在高雄榮民總醫院接受訓練。興趣是聊天，自助旅行、看藝術電影、聽國外樂團的音樂。

Intern時在婦產科實習時開始對婦產科產生興趣，尤其喜歡接生時將小寶寶順利生出，聽到寶寶大哭的那感動的一刻，因此決定以婦產科為未來的職志！當然，婦產科還有許多的面向：高危險妊娠、婦女癌症、生殖醫學、婦女泌尿等，因此想選擇次專科齊全且訓練扎實的醫院，又喜歡有醫學院背景、學術風氣較興盛的醫院，所以選擇了成大醫院婦產科。

跟台南或成大醫院或婦產科的routine都還很陌生，所以還請大家多多包涵、不吝指導！也歡迎大家推薦我臺南好吃好玩的地方喔！



新進同仁介紹



105.07.03大台南婦產科聯誼會(春園)

圖/劉宛靈、陳姿蓉
文/劉宛靈、陳姿蓉

活動照片之一



演講者-陳勝咸醫師



演講者-許耿福醫師



吳孟興醫師與蘇文彬醫師合照



許耿福醫師與蘇文彬醫師合照



陳鈺瑩醫檢師與帥氣男友



林立展醫師美麗的妻子與可愛女兒

圖/劉宛靈、陳姿蓉
文/劉宛靈、陳姿蓉



剛分娩完的產婦



機台著火，護理人員立即以滅火器撲滅



緊急將產婦移至安全地方



逃生路線產房→4A病房

活動照片之二



緊急疏散病患



到達安全地方等候指示

105.08.14婦產科醫學會繼續教育課程

圖/劉宛靈、陳姿蓉
文/劉宛靈、陳姿蓉



吳孟興醫師



李敏生醫師

活動照片之三

活動照片之三



李耀泰醫師



郭宗正醫師



詹德富醫師



105.08.19感管中心組合式照護走透透

圖/劉宛靈、陳姿蓉
文/劉宛靈、陳姿蓉



感管中心李佳雯醫師



105.09.04大台南地區婦產科聯誼會(大億麗緻)

圖/劉宛靈、陳姿蓉
文/劉宛靈、陳姿蓉



主持人-吳孟興醫師

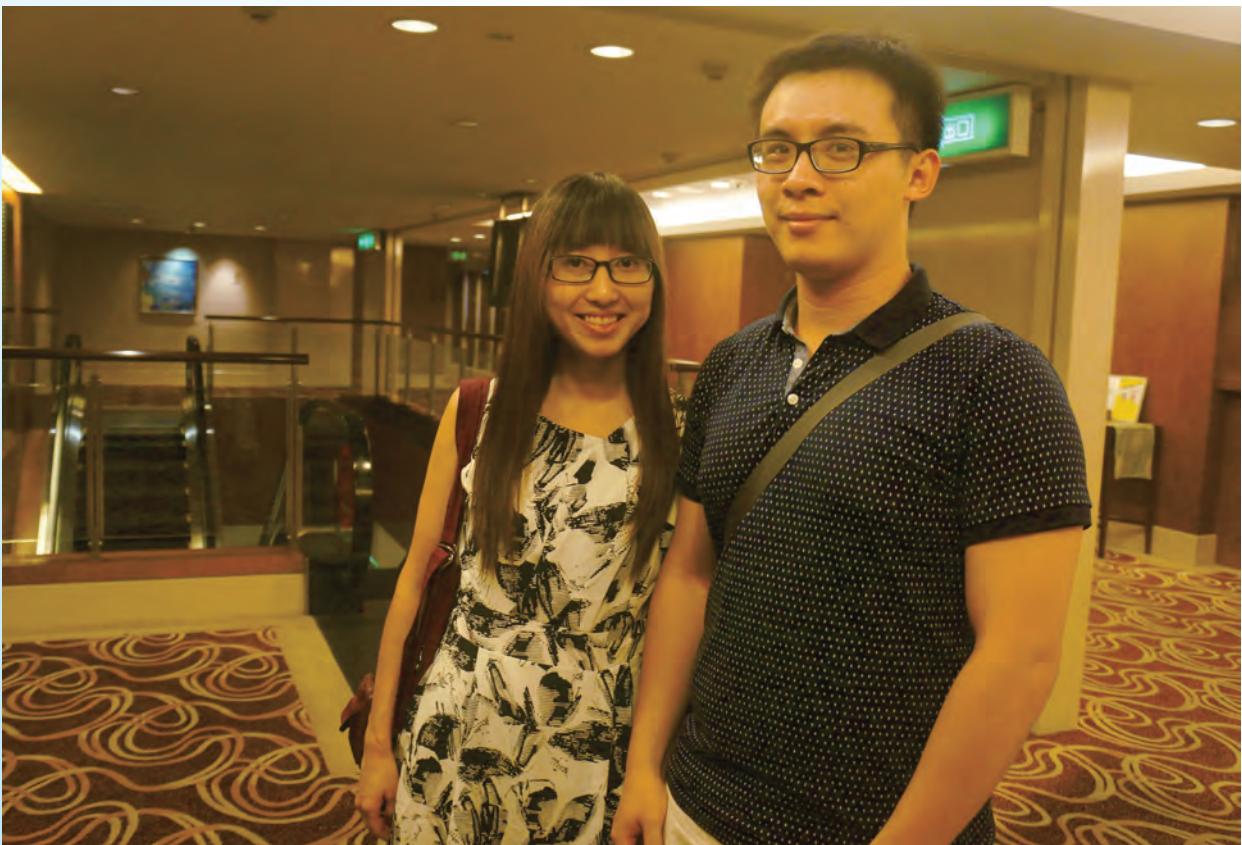
活動照片之五



劉文雄醫師



郭宗正醫師



余沛修醫師 賢伉儷



楊婷喻醫師、吳珮瑩醫師、周佩宜醫師



美麗的醫師夫人們



專心聆聽演講的大家

105.10.04婦產部迎新送舊餐會(遠東香格里拉)

圖/劉宛靈、陳姿蓉
文/劉宛靈、陳姿蓉



超音波室及周產期中心護理師



周振陽醫師及開刀房護理師



吳孟興主任、莊淑櫻護理長及4A病房迎新人員



鄭雅敏醫師與開刀房迎新人員

活動照片之六



成大婦產部型男大主治醫師



母嬰親善個管師與門診超音波人員

活動照片之六



新進主治醫師-陳達生醫師



新進住院醫師-林立璇醫師



試管嬰兒室新進人員-謝紀安



105.08.22顏孟瑜護理師-弄璋之喜

圖/劉宛靈、陳姿蓉
文/劉宛靈、陳姿蓉



醫護人員喜悅合影



懷中小男孩肚子餓正嚎啕大哭呢

總編語 同馨會刊第十九期

吳孟興主任

懷君屬秋夜，散步詠涼天。
空山松子落，幽人應未眠。

一年中最令人感到涼爽且舒適的秋天又悄悄到來了，像詩人那樣，過著日常的生活，偶爾一點小事牽動而思念起遠方的人，雖然平淡，依然深情無限。因為有你們的支持與幫助，同馨會刊也越來越茁壯，期盼各位藉由文章及照片與我們一起同樂。

本期會刊內容有：現代年輕人不易懷孕之人日益漸多，敝人建議早日尋求醫師協助，透過檢查找到原因，及早治療，成功受孕的機會越大。許耿福醫師的子宮內膜癌生育保留治療之新進展一文提到子宮內膜癌為國內逐漸竄起的婦科癌症，以往的醫療方式因副作用極多並感到不適，現今雖有新型治療效果可降低副作用，仍需更多臨床數據來證明對病患有一定療效，但無非對子宮內膜癌治療方式打了一劑強心針。近年婦癌病患年齡層逐漸下降，鄭雅敏醫師分享的文章裡提到，病患雖已得癌症但還是希望能保有生育能力，隨著醫療科技的進步，婦女癌症治療後再懷孕也不無可能，但還是提醒定期做癌症篩檢，及早發現及早治療，成功機率越高。

高醫骨科陳崇桓醫師的骨鬆治療新展望一文，介紹許多治療骨鬆之新藥物，若能對症狀有不錯療效之外，對骨鬆患者本身也是最大受益者。謝豐舟教授的作品文中大量的使用了擬人法，不僅讓整篇文章充滿了生動力，更增加了讀者的想像空間，讓人彷彿置身情境中。張峰銘醫師上期分享瑞士風光與本集承接著大自然的鬼斧神工，生動的照片及細膩的文筆將瑞士的風俗民情與歷史的痕跡描繪得活靈活

現，讓人像是讀了一本動畫遊記，令人回味無窮。蘇苔禎護理師分享的世界第三極-西藏，地處高山、空氣稀薄，竟然有著極佳絕妙的風景，蔚藍的天空，壯觀且氣勢雄厚的建築物充滿著神祕的色彩，讓人想要一探究竟。

此次歡迎住院醫師林立璇醫師加入成大婦產科行列，相信有著新血加入，成大婦產部更能推上巔峰。

最後，感謝協助撰稿的醫師，讓同馨會刊能如期發刊，在此致上萬分感謝之意！

總編語



作者簡介

吳孟興醫師

國立成功大學醫學院臨床醫學研究所博士

美國休士頓貝勒醫學院博士後研究

現任

國立成功大學附設醫院婦產部主任

國立成功大學醫學院婦產科教授

國立成功大學附設醫院婦產部生殖內分泌科主任



親愛的會員同仁大家好：同馨會創刊至今已邁入第19期，不知道各位喜不喜歡呢？不論是對本刊的意見反映、建議，或是看完上一期的會刊有任何您想分享的心得，皆歡迎來信指教。讀者回函的內容，將以您自取的筆名或署名的方式呈現在每期的內容中，期許同馨會刊能在讀者們的迴響下有更多進步、努力及改善的空間，讓同馨會與您一同成長！

留言板

♥ 張峰銘醫師的寰宇遊記-瑞士風光，真的是感嘆大自然的鬼斧神工，以及無限美麗風景，讓人就像到了瑞士感受那氣息啊！

小Q 留

♥ 鄭雅敏醫師的懷念阿山哥文章，令人感到鼻酸，同時也感嘆師徒之情盡是如此短暫，林醫師已經生病了還惦記著病人，可說是醫者風範。

懷兒 留

♥ 同馨會已經五週年了，果真是歲月如梭。

小君 留

♥ 幸芬醫師的美食遊記令我有一股衝動想訂機票衝去日本大啖美食，太吸引人了。

佩佩 留

♥ 每次都好期待同馨會裡的遊記文章，讓我可以不用出國也可以知道世界還有如此美麗的景點。

家玲 留

♥ 看到醫師們的專業文章，真心覺得能當到一位優秀醫師，真的是很不容易。

阿瑋 留

♥ 恭喜優良教師、教學績優行政人員得獎，相信婦產科未來一定會有更美好的前景。

小潔 留

♥ 運動會周醫師們脫下白袍也是狠腳色一枚呢!!太強了

David 留