



攝於墾丁南門



門 南



榮升慶功宴圓滿結束大合照攝於阿霞飯店餐廳門口





榮升慶功宴合照攝於阿霞飯店餐廳



壓箱寶活動圓滿結束大合影，攝於醫學院四樓大會議室。



發行人：張燭心
發行所：國立成功大學醫學院附設醫院婦產科
總編輯：張峰銘
編輯小組：黃寶秀 吳宛珊 黃媛琳
協助撰文：張燭心 張峰銘 謝豐舟 許耿福 黃于芳 廖偉玲 許沛揚
蔡幸芬 陳達生 張令瑋 吳郁芃 黃媛琳 吳宛珊

發行所：國立成功大學醫學院附設醫院婦產科
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5222、5221、5117

傳真：06-2766185



Contents 目 錄

3	發刊辭	張燭心主任
4	讀者迴響	黃媛琳
5	新境界	
7	婦女泌尿與骨盆鬆弛疾病治療	黃于芳醫師
12	子宮內胎兒生長遲緩：產前檢查、診斷、治療的新觀念	陳達生醫師
	子宮內膜異位症的臨床處理	許沛揚醫師
17	病例討論	
19	懷孕29週併血小板過少紫斑症與重度子癲前症	陳達生醫師
	胎兒先天畸形罕見病例:Agnathia-otocephaly	廖倖玲醫師
21	散文雜記	
23	謝豐舟教授回顧展	謝豐舟醫師
24	參加第七屆英國癌症年會(NCRI)出國報告書	許耿福醫師
30	光輝十月—我的專科考試心得雜記	蔡幸芬醫師
31	2011年日本婦產科醫學會-日本嵐山嵯峨野之行	吳郁芃醫師
	生命故事系列	張令瑋醫師
35	活動相片	
39	2011年10月16日-婦女泌尿新知研討會(於香格里拉飯店舉辦)	吳宛珊
	2011年10月27日-周佩宜醫師升等及專科醫師(吳郁芃醫師、	吳宛珊
	梁玉玲醫師、蔡幸芬醫師)通過慶功宴(台南阿霞飯店)	
42	2011年10月28日-婦產科[百年同馨 薪火相傳]-壓箱寶SHOW	吳宛珊
45	2011年10月29～30日-100年度婦產部墾丁自強活動采真	吳宛珊
51	大事記	
52	賀喜	
52	周佩宜醫師榮升不孕症暨生殖內分泌主治醫師	黃媛琳
52	吳郁芃醫師、梁玉玲醫師、蔡幸芬醫師通過專科醫師考試	黃媛琳
53	賀喜-許耿福醫師榮獲100年病歷書寫成績優秀主治醫師	黃媛琳
53	賀喜-鄭雅敏醫師榮獲100年病歷書寫成績優秀主治醫師	黃媛琳
56	賀喜-郭保麟醫師榮獲100年優良主治醫師	黃媛琳
	跋: 總編語	張峰銘醫師

發刊辭

張燭心主任

發刊辭



成大婦產部同馨會自100年6月26日成立大會以來，已過了近半年了，這期間在張峰銘教授的努力奔走之下，同馨會第一期（創刊號）期刊與已於10月30日發行，緊接著未來的期刊亦將陸續發行，但是同馨會刊物的發行與刊登，是需要所有成大婦產部的“全體畢業生們”與現在“在學”的同仁們共同努力經營與維持，才能永續下去，因此非常盼望會員們的積極參與，在此先謝謝大家，並預祝大家

**Merry Christmas and
Happy New Year**

張燭心 敬筆

讀者迴響



親愛的會員同仁大家好：同馨會第一期的專刊，不知道各位喜不喜歡，本期有新單元-讀者迴響，對本專刊的意見反映與建議，可以暢所欲言，文字不拘，歡迎來信指教。以自取筆名方式出現在每期的內容中，期許未來有進步、努力以及改善的空間，同馨會與您一起成長！



留言板

- ♥ 純粹給你按個讚！！！！！ 乖乖留
- ♥ 很好，照片請放美一點的！ CN Blue留
- ♥ 同馨會創刊號在大家辛苦的籌劃下出爐，裡面內容和照片都挺精采，繼續加油！ SJ留
- ♥ 有關主題的照片(各人的)刊出時，可否詢問當事者所屬意的內容！ SNSD留
- ♥ 哇！內容好豐富，真精采，而且整本會刊跟其它的刊物完全不能比，超有質感，辛苦了各位！ GIGI留
- ♥ GOOD！ 炸彈留
- ♥ 很多圖片，看起來很多彩！
- ♥ 藉由這本專刊，讓各位同仁了解婦產科部內的動態、醫學新知！
- ♥ 很喜歡有同馨會專刊，可以閱讀，分享科部每位醫師新的資訊及醫學新知！
- ♥ 希望關於護理人員的資料或照片可以多一點！小仙女留
- ♥ 印刷編排精美，圖文並茂，期待每一期的同馨會刊！小甜甜留
- ♥ 案例分享的內容很豐富，可以感受到作者與同馨會的用心！ 滷蛋留
- ♥ 同馨會季刊真的太棒了！內容記載婦產部過去幾個月的活動也將我們青春有活力的一面表現出來。期待下一季的季刊，內容一定也是非常精采。珊瑚妹留



婦女泌尿與骨盆鬆弛疾病治療

2011年10月16日婦女泌尿新知研討會

黃子芳醫師 會後撰文

前言

在憂心台灣生產數逐年降低的年代，相對的，老年人口比例逐年上升。在銀髮族群婦女中，其實很常見泌尿與骨盆鬆弛疾病，在門診內診時發現有膀胱脫垂者詢問病史，老年族群大多可能都曾有漏尿的症狀，無論輕微或嚴重，有些婦女就是寧可忍受生活品質下降、出門不便，也難以啟齒，嚴重骨盆器官脫垂婦女也因無急性症狀因常忽略脫垂問題。這幾年觀察婦女願意就醫的人數大為提升，也常常接到前輩們轉介來的個案，其中有許多病患本人或家屬其實對於症狀與治療方式會自己尋求資料初步瞭解，就醫是希望能在衛教諮詢後獲得醫療上的建議。

我原是接受婦癌訓練同時跨足婦女骨盆鬆弛領域，對於骨盆結構的瞭解是訓練過程中，累積腹式癌症手術與陰道式手術的經驗而來，並熟稔內視鏡癌症分期手術或婦女泌尿微創手術。除了在成醫累積學習經驗，幸運地也獲得高雄長庚黃寬慧主任與高雄榮總余堅忍部長的指導，數年下來，除了傳統陰道式治療手術之外，粗略估計累積了超過100例尿失禁治療手術，以及超過70例骨盆底構造重建手術。雖然試著學習跟上這個領域前輩們的腳步很緩慢，戰戰兢兢地累積治療經驗，幾年成績顯示絕大多數都能改善症狀，病患回饋大多滿意，也願意回診追蹤，手術極少併發症，因此就繼續從事臨床微創手術的特色醫療，也漸進地更新手術方法與引進手術材料。Prosimax是僅有陰道單一手術傷口的微創手術衛材，需合併特製的陰道支持系統才能發揮效果，適用於小於等於stage 3的骨盆器官鬆弛婦女，可能近期會引進



成醫，提供婦女在治療上的選擇。

推廣新知

對於婦女泌尿與骨盆鬆弛治療的推廣其實是具有挑戰性的，除了推廣所需經費的來源與民眾的認知差異，這些疾病在藥物治療的選擇有限或原廠藥價高昂難在診所開立，手術治療則僅能在醫院等級以上的院所才能進行，或前輩們對於相關性手術方式與醫藥材料可能有所耳聞但較為陌生。思索解決方案期間，偶然在談到規劃衛教活動或成立病友團體的討論場合，我接受Johnson & Johnson公司的邀請，擔任學術研討會的講者，在張燭心主任的規劃下，以婦女泌尿與骨盆鬆弛疾病為主題，由大台南地區婦產科醫師聯誼會、成大婦產部、奇美婦產部合辦2011年10月16日這場活動，邀請高雄長庚黃寬慧主任、奇美醫院吳銘彬主任，對於骨盆重建人工網膜

的進展與應用面，分享其寶貴經驗，另一個重頭戲是婦女泌尿專家成醫泌尿部唐一清教授闡述很常見卻惱人的膀胱過動症診斷與治療進展。

首先是由吳銘彬主任言簡意賅地闡述骨盆器官脫垂成因、人工網膜的分類與併發症。第一型網膜係由polypropylene單股編織，孔洞直徑 $> 75 \mu\text{m}$ ，是目前使用上最能與人體組織嵌合併低感染率的一種網膜，併發症明顯比其他三型的網膜少許多，因此臨床上被廣為應用。

延續網膜的議題，我試著簡單介紹目前採用骨盆器官鬆弛的分級方式，以及type I mesh在骨盆重建手術中的角色，2002年美國FDA才同意mesh應用於骨盆鬆弛疾病治療，並回顧多個臨床隨機分配研究或世代研究。研究大多採用ProliftTM，最後結論是(1)傳統手術方式的復發率比先前報告更高，第一至二年約有40%，第三年約有50%的復發率。(2)網膜微創手術可達第一年90%、第二年85%、第三年70%的成功率。(3)對於改善生活品質，傳統與網膜手術皆能達到治療目標。(4)網膜手術較傳統手術有較多的併發症，包括約12~23%可能有應力性尿失禁，約3~15%可能有網膜外露的併發症。(4)網膜手術對於脫垂部位屬於陰道前壁與陰道穹窿的復位效果比較明顯，對於陰道後壁則目前沒有定論。(5)因骨盆器官鬆弛疾病並非致命疾病，治療尚可先採保守治療後，如選擇手術治療，在進行網膜手術前需做好術前評估。

長庚黃寬慧主任則帶來他在骨盆器官脫垂微創手術中的經驗，並將他在進行Prosim手術過程錄影片段與與會人士分享。黃主任的演講生動活潑，觀摩他引導手術步驟的說明，這是在我目前教學上或缺的一部份，希望將來也能朝這方面學習。

專精婦女泌尿領域的泌尿科唐一清教授，與張峰銘主任是共患難的同學兄弟，一開場就吸引聽眾的注意。演講主題是在治療上難纏的膀胱過動症，唐教授介紹婦女膀胱過動症在世界上的盛行率，深入探討膀胱過動症的病因，也提到有兩派專家對於這些婦女是否也需將尿路動力學加入診斷項目，各執一方，各有各的理由。並介紹藥物治療以anticholinergic agents為主，最近因發現刺激 $\beta 3$ adrenergic receptor可放鬆膀胱平滑肌，目前已開發 $\beta 3$ adrenoreceptor agonist進行臨床試驗，將來或許能提供治療上的新契機。

總結

目前最常使用的人工網膜屬於第一型，臨床上經驗，選擇此型網膜，可降低相關併發症。根據研究報告我們得知，一年追蹤下，骨盆重建網膜微創手術與傳統手術皆能矯正脫垂，追蹤三年則能比傳統手術有效矯正脫垂程度，但生活品質則與傳統手術相當，卻有較多併發症，需謹慎使用，需注意長期追蹤之報告。由於婦女泌尿與骨盆鬆弛疾病並非對生命有脅迫性之急性疾病，因此治療上應該循序漸進，先採取保守療法，療效不好再進入手術療程。手術前應該先做好評估與衛教，如欲使用骨盆重建網膜微創手術，需慎選患者，避免手術失敗或預防網膜相關之併發症。而在膀胱過動症的診斷治療上，仍然有許多爭議性議題需待將來研究進一步釐清。

作者簡介

黃于芳醫師

現任：

成大附設醫院婦產科主治醫師
成大醫院婦產部臨床助理教授

子宮內胎兒生長遲緩： 產前檢查、診斷、治療的新觀念

編譯：陳達生 醫師
指導：張峰銘 教授

摘譯編輯主文

Figueras F, Gardosi J., Intrauterine growth restriction: new concepts in antenatal surveillance, diagnosis, and management. Am J Obstet Gynecol. 2011 Apr;204(4):288-300. Epub 2011 Jan 7.



陳達生 醫師

子宮內胎兒生長遲緩是周產期照護的重要問題，使用訂製的胎兒體重標準(customized standard)可以區分生理性或病理性的體重過小(SGA, small for gestational age)，進而對病理性體重過小者進行評估處理。臨床上可使用子宮高度(Fundal height measurement)做為篩檢工具，再使用超音波估計胎兒體重與都普勒超音波評估血流量來診斷評估IUGR，藉此判斷適當的生產時機。

目前IUGR診斷與處置的問題

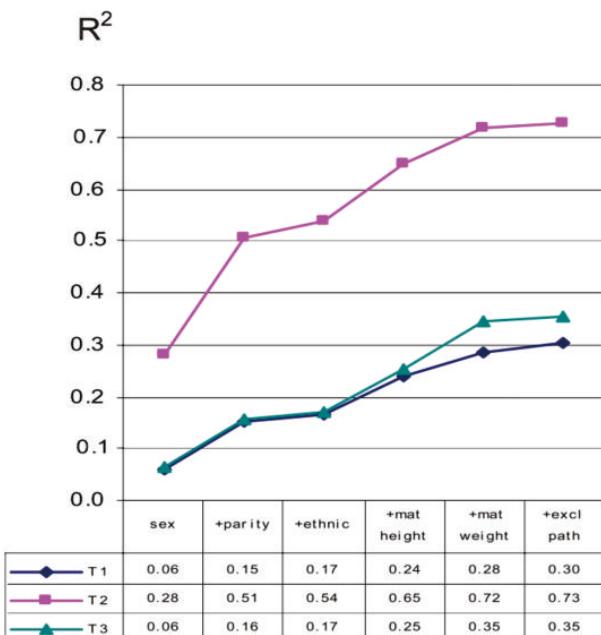
IUGR已被證實與胎兒死亡，新生兒死亡，新生兒併發症(ex. Cerebral palsy)，甚至是胎兒長大後的疾病有關(如心血管或內分泌系統)，一般使用SGA(small for gestational age)單純指胎兒體重過小的情形，而IUGR(Intrauterine growth restriction or retardation)是由孕婦或胎兒等病理因素造成的體重過小。

目前診斷IUGR的方式，是藉由子宮高度或超音波預估體重，對照該週數應有的體重表，若排名低於10%則診斷之。目前應用的體重表，是來自胎兒實際出生體重(稱為population-based SGA)，但早產兒同時併有IUGR情形者不在少數，這將使得體重表在未足月部分的標準值被拉低，使用超音波預估體重才能真正反映正常的胎兒生長。

此外，許多研究指出母親身高體重、胎兒性別、第幾胎、種族皆會影響體重，其餘病理因素如母親血壓、抽菸、糖尿病、或早產情形亦同。所以，新的體重標準表乃是排除了有病理因素的孕婦，利用超音波預估體重製作而成，其中考量母親身高體重、胎兒性別、第幾胎、種族共五個參數，可譯為訂製的胎兒體重標準，依此標準排名低於10%者，稱為Customized Standard SGA。各個參數對體重表的影響(參見下圖表1)。納入這些參數考量後，回過頭來驗證預估體重的正確性，確實大大提高(參見下圖表2)。

Name of coefficient	Contribution in grams
Constant	3463.6
Maternal height (deviation from 163 cm)	
for each cm	+7.8
Maternal weight (deviation from 64 kg)	
for each kg	+9.0
for each kg ²	-0.15
for each kg ³	+0.001
Ethnic origin (default European)	
Indian or Pakistani	-162.0
Middle-Eastern	-110.0
African	-297.4
Chinese*	+100.9
Maori*	-66.8
Samoa*	+84.2
Tongan*	+124.1
Parity (default para 0) at beginning of pregnancy	
Para 1	+94.8
Para 2	+115.2
Para 3	+116.0
Para 4 or more	+99.2
Sex of fetus/neonate (default 'average' i.e. sex neutral)	
Male	+66.9
Female	-66.9

圖表1 體重表影響參數，由澳洲12420位胎兒測量所得，排除先天異常、胎兒死亡、早產等病理因素，由超音波預估體重製表而成。



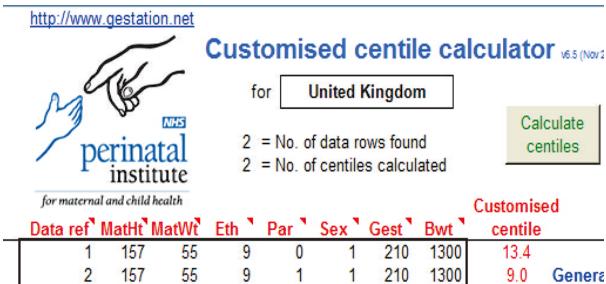
Swedish births with gestational age-controlled residuals of birthweight: goodness of fit (R^2) is plotted against variables added. R^2 was best in the middle tertile (T2), rising from 0.28 with adjustment for sex only, to 0.73 with all variables included. Upper (T3) and lower tertiles (T1) are also shown.

Reproduced, with permission, from Francis and Gardsos.¹⁵²

Figueras and Gardsos. *Intrauterine growth restriction. Am J Obstet Gynecol 2011.*

圖表2 考量的變數越多，精準度越高(R^2 相關度越高)，圖中T2是體重排名居中1/3的組別，超音波預估體重與該週數查表對應體重的相關係數為0.73。

然而，由於牽涉的參數計算太複雜，實務操作可使用Gestation Network提供的Excel工具計算超音波預估體重在該週數排名百分比(參見下圖表3)。另外不可忘記的是，妊娠週數應該使用20週前以超音波校正過的數字才能準確評估是否為IUGR。



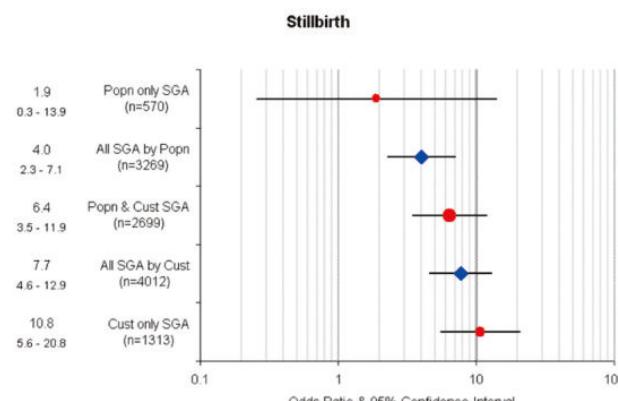
圖表3 訂製的胎兒體重標準計算工具是由英國NHS所發起的Gestation Network計畫，可至www.gestation.net下載。範例：孕婦身高157cm，體重55kg，胎兒性別皆為男生，GA 210天，超音波預估體重為1300g，兩組資料的唯一差異為第一胎或第二胎，即可發現同樣體重在不同參數下的排名百分比。

提早診斷IUGR的重要性

IUGR的胎兒有較高的機會發生胎死腹中，尤其是採用訂製的胎兒體重標準(customized standard)篩選所得的SGA其Odd ratio更高達10.8(參見下圖表4)。篩選

出IUGR胎兒有甚麼重要性呢？有一個Case-Control study發現足月新生兒若有IUGR情形，其發生Cerebral palsy機會較沒有IUGR情形高，但在早產兒身上並沒有發現IUGR與否對Cerebral palsy發生機率的差異，所以可以推測若胎兒IUGR情形繼續惡化而不提早生產，胎兒Cerebral Palsy機率可能因此增加。

根據統計，50%胎死腹中的胎兒有IUGR。造成死胎的原因有很多，可能是胎盤或感染問題等等，都可能以IUGR來表現。若是能及早發現IUGR，監測臍帶血流情形，尋找原因予以矯正或安排提早生產，可避免胎兒死亡。



Small for gestational age was defined according to population-based centiles (Popn only SGA) and SGA by customized centiles (all SGA by Cust) (blue markers). Subgroups that are SGA by both methods (Popn and Cust SGA), by the population method only (SGA Pop only), or by the customized method only (Cust only SGA) (red markers) are shown. Odds ratios and 95% confidence intervals are shown.

SGA small for gestational age.

Reproduced, with permission, from Gardsos and Francis.¹⁵

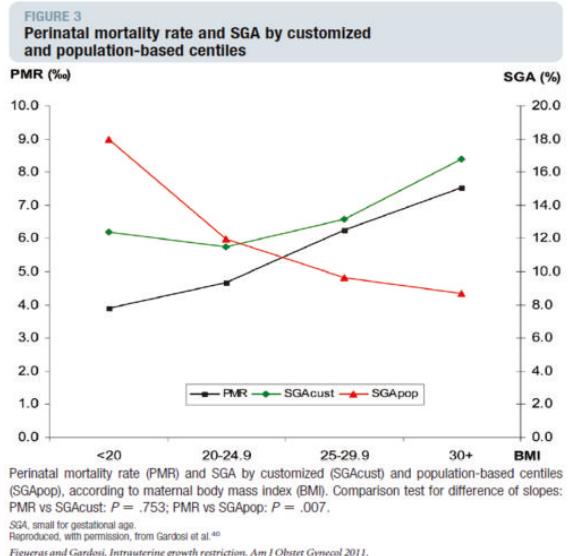
Figueras and Gardsos. *Intrauterine growth restriction. Am J Obstet Gynecol 2011.*

圖表4 使用Customized standard所定義的SGA發生Stillbirth的odd ratio為10.8

如何篩檢IUGR高危險群

有那些病史的孕婦較可能發生IUGR?

- 1.前胎有IUGR情形，此胎發生機率較一般人增加50%，因此在third-trimester應該提高警覺。
- 2.糖尿病患者，發生Macrosomia或IUGR機率都較高，同樣需要密集監測。
- 3.肥胖，使用population-based SGA會發現肥胖孕婦比較不會發生IUGR，若改用Customized standard，反而發現肥胖孕婦發生IUGR情形增加，較高的孕婦BMI並同時連結到較高的胎兒死亡率(參見下圖表5)。



圖表5 胎兒死亡率與孕婦BMI成正相關

- 4.多胞胎，應該自28週後定期以超音波預估體重，體重標準同單胞胎，雙胞胎彼此體重差異不要超過20~25%。

懷孕早期的篩檢

- 1.Biomarkers，目前發現幾種指標的改變與懷孕早期的IUGR有關，但證據力還不足以支持後續實施密集監測。這些指標包括 pregnancy-associated protein A與hCG的下降，AFP, hCG, inhibin-A的上升。
- 2.超音波評估 First與 Second trimester體重，若有遲滯情形，應密集監測。
- 3.Uterine Artery Doppler可在 Second Trimester偵測出75%的IUGR，結合其他風險因子可讓偵測率高達90%，但是否要依此進行預防性治療仍待更好的證據。目前有一個研究發現，Second Trimester發現 Uterome Artery Doppler異常個案，給予 Aspirin可減少 20% Preeclampsia發生機率；另一個研究發現在First Trimester異常者給予Aspirin可減少71%的Preeclampsia。

懷孕晚期的篩檢

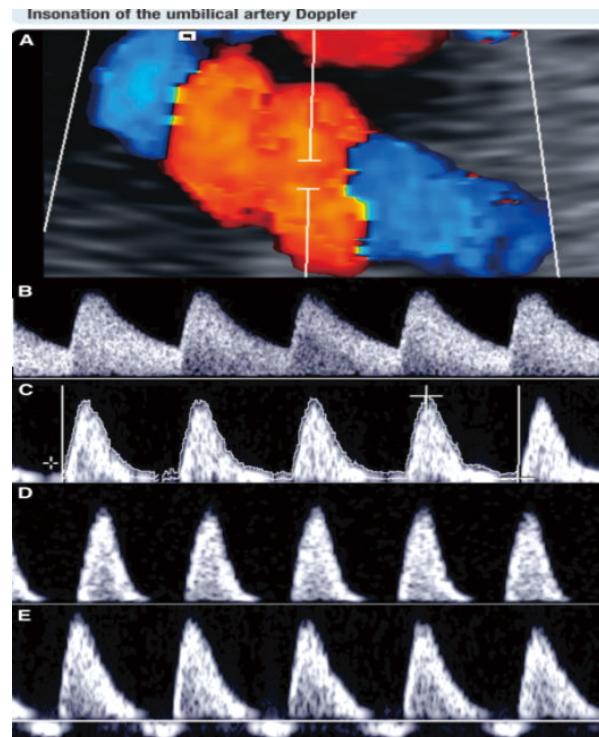
- 1.例行量測子宮高度(fundal height)，但是肥胖或是子宮肌瘤可能影響準確度。
- 2.高危險妊娠應例行實施超音波測量篩檢，但是一般情形是否需例行篩檢尚無共識。瑞典有一研究針對56371名孕婦實施超音波篩檢與153355名孕婦實施一般照護，兩組並無顯著差異。

如何診斷IUGR

目前將IUGR區分為Early-onset(小於34週發生)與Late-onset(大於34週發生)，通常前者會發現不正常的Umbilical artery Doppler結果，並通常與Preeclampsia有關；後者的Umbilical artery flow pattern通常正常，與Preeclampsia較無關。

Umbilical artery Doppler

大部分的IUGR都與胎盤功能有關，所以評估Umbilical artery Doppler對於區分生理性或病理性(即IUGR)的SGA很重要。臍帶動脈血流變化(參見下圖表6)。臍帶血流對於預測胎兒預後與後續神經肌肉發展有很重要的意義，反之，若SGA胎兒臍帶血流正常，可以將其視為正常胎兒的極端情形。但這樣的結論並不適用於Late-onset IUGR，這種胎兒雖然臍帶血流正常，但仍可能有不佳的預後。



圖表6 臍帶血流變化，由S/D ratio進展至AEDV，REDV

其他Doppler檢查項目

Late-onset IUGR不能只看Umbilical artery Doppler，還要看看Middle cerebral artery(MCA)的阻力(resistanse)。隨著缺氧情形惡化，胎兒腦中血流阻力會先下降，以保護腦細胞不受缺氧影響，若發生

MCA阻力下降，胎兒的預後也較差。在動物實驗與臨床數據更發現，若將MCA與臍帶血流相除得到CPR(Cerebroplacental ratio)，與胎兒預後的相關性更高。

Ferrazzi E于2002年在White journal發表26位IUGR胎兒產前的超音波監測結果(參見下圖表7)，由胎心音決定生產時間點(loss of short variability)。結論發現MCA RI與UA AEDV是早期指標(2週)，UA REDV與DV變化等是晚期指標(3天內)，另外若出生前出現晚期指標，新生兒死亡的機率較未出現者高許多。

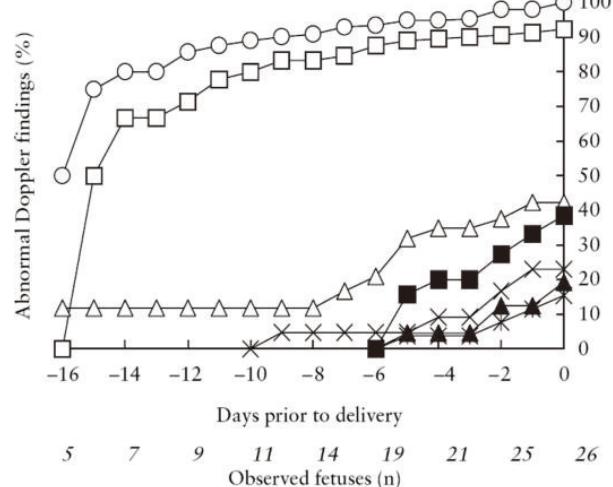


Figure 1 Cumulative onset time curves of Doppler abnormalities for each fetal vessel examined. Time '0' refers to the date of delivery. ○, MCA PI; □, UA AEDF; △, DV S/a; ■, UA RF; ×, PA PV; ▲, DV RF; *, AO PV. Abbreviations are given in Table 1.

Ferrazzi E, Bozzo M, Rigano S, et al. Temporal sequence of abnormal Doppler changes in the peripheral and central circulatory systems of the severely growth-restricted fetus. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;19:140-6.

圖表7 胎兒急性惡化前各種血流參數異常比例

如何評估IUGR的胎兒，決定生產時機

IUGR唯一較為有效的治療是生產，介入時機很重要：太早將使得胎兒面臨早產的併發症，如RDS；太晚介入如前所述將增加Cerebral palsy風險。如果胎兒的肺部已經成熟，在子宮內又無法繼續長大，那提早生出來應該是較好的選擇；此外若胎兒在監測中有缺氧的表現，也應提早生出，評估工具可分：

慢性指標

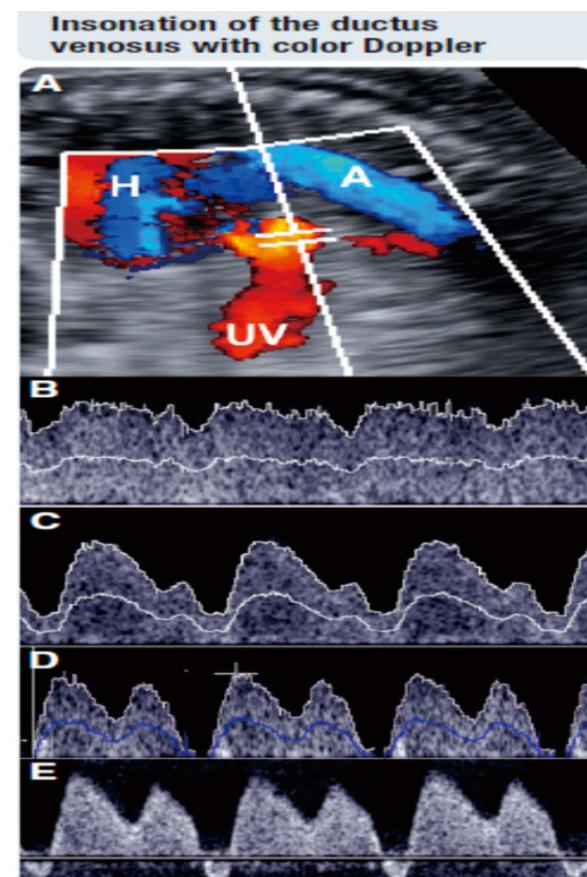
- 1.Umbilical artery:若出現S/D Ratio上升情形即應提高警覺，若出現AEDV或REDV(Abscent or Reverse end-diastolic velocity)，胎兒可能會在1週內惡化。
- 2.MCA Flow: MCA vasodilation的變化最早

可在胎兒快速惡化前2週觀察到。

3.Amniotic Fluid羊水量：統計發現若羊水少於5cm，新生兒的APGAR score較差。另外在胎兒快速惡化前1週，有20%~30%胎兒有羊水過少現象。理論上在胎兒窘迫下，腎臟循環較差，將使得羊水量較少，所以羊水量可以視為胎兒循環好壞的結果指標。

急性指標

1.Ductus venous flow(DV): 早期研究發現DV waveform的變化與胎兒酸血症程度有關(參見下圖表8)。DV是很好的急性指標，針對新生兒死亡的敏感度有40~70%。在DV waveform發生變化後，有50%隨之發生胎心音的變化(loss of short variability)，90%在48~72小時之後有BPP(Biophysical profile)的變化。目前共識認為可以結合DV與BPP的觀察來決定IUGR胎兒出生的時機。



A, Site of insonation of the DV with color Doppler. Progressive waveform patterns with advancing severity are shown: **B**, normal DV waveform, **C**, increased impedance to flow, **D**, absent end-diastolic flow, and **E**, reversed end-diastolic flow. *A*, descending aorta; *DV*, ductus venosus; *H*, heart; *UV*, umbilical vein.

Figuras and Gardosi. Intrauterine growth restriction. Am J Obstet Gynecol 2011.

圖表8

2. Fetal heart Rate: 胎心音的變化對於預測不佳的胎兒預後，有很高的敏感度，但是也有50%的偽陽性機率。當IUGR胎兒出現loss of short variability時，臍帶血檢查可發現酸血症與嚴重缺氧情形。

3. Biophysical profile(BPP) : BPP與 Fetal heart rate一樣，偽陽性達50%，有些研究甚至認為BPP的偽陽性與偽陰性太高，不是可靠的工具。但也有人支持BPP與DV搭配一起評估。在BPP當中，除去AFI之外的四項，都要到很嚴重的胎兒窘迫才會出現。

結論

本篇文章強調使用 Customized standard取代過去的IUGR判斷標準，藉此區分出真正的高危險群進行密集監測，各種急慢性工具可判斷胎兒在子宮內的窘迫情形，進而選擇出生時機，避免在不良環境中待太久增加併發症機率。

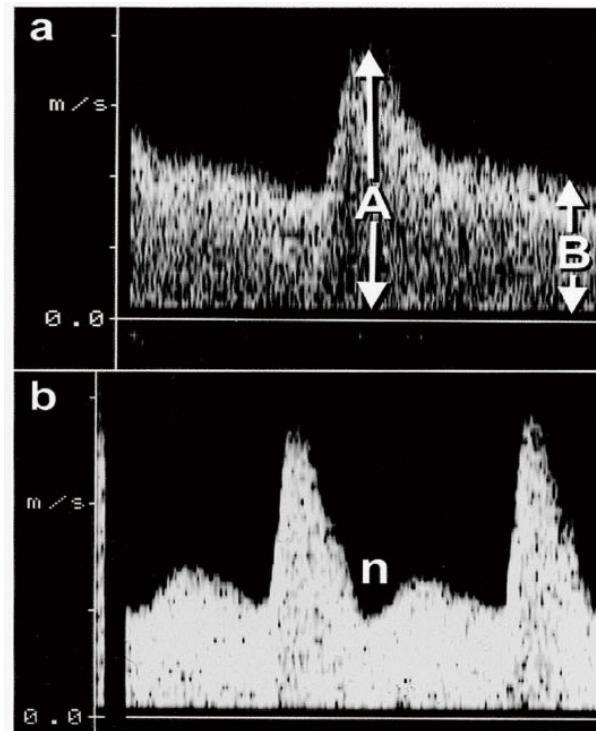
問題與討論

Commented by Professor張峰銘

1. 關於 IUGR Early marker的研究 AFP會上升的各種可能原因很多，包含胎兒Skin defect(如NTD, omphalocele)、胎兒染色體異常、胎盤通透性增加、母親有肝癌等等。要如何確定呢？就是抽羊水與高層次超音波。

2. 文章當中 Acute marker批評 BPP與 Fetal heart rate的偽陽性機會高，在臨床工作也會遇到FHR顯示fetal distress，結果胎兒出生狀況還不差，BPP與FHR真的這麼不準確嗎？各位同學，BPP與FHR反應胎兒窘迫程度有堅強的動物與人體實驗證實，胎兒出生結果不錯是因為窘迫情況還在胎兒的忍受範圍內 (compromised)，若再拖下去，等到胎兒無法代償時，出來的outcome就很差了，胎兒不會無緣無故出現這些異常現象，不能只看到出生結果就說該檢驗沒有價值。

3. Uterine artery doppler怎麼看？(參見下圖表9)，之前許朝欽醫師在劍橋的研究，甚至可以用著床後的uterine artery Doppler預測之後IVF成功的機率。



圖表9

1. 內文提到針對Uterine artery doppler異常者，可使用Aspirin預防preeclampsia產生這是英國研究結果，但是目前美國還沒有大規模Trial，還待更嚴謹的證據。
2. 之前 IUGR分為 Assymmetric or Symmetric，為何文章中並未提到？因為之前的區分法並沒有造成預後與治療的差異，所以就不再沿用這樣的分法了。
3. IUGR除了生產，還有沒有甚麼治療選項？日本人發現maltose可以通過胎盤，並發現給予maltose可以改善IUGR情形，就如同我們建議產婦可以喝甘蔗汁試試看。

該文提到的Customized standard是新的東西，尚待更多研究證實正確性與應用性，另外內文提到評估胎兒的工具，由外而內，Uterine artery, Umbilical artery, Ductus Venosus waveform, MCA resistance, BPP, FHR變化，我們應該都要學會，尤其是DV我們比較少做，只要有越多項目變差，就考慮提早生產。

作者簡介

陳達生醫師

現任：成大附設醫院婦產科住院醫師

子宮內膜異位症的臨床處理

許沛揚 醫師

前言

子宮內膜異位症對於婦產科醫師來說是一個耳熟能詳的疾病，影響所及的範圍從青少年，孕齡婦女，甚至停經後的女性都有可能被此一疾病所衍生的問題所擾。了解現階段對子宮內膜異位處理的新趨勢，對於婦產科醫師來說其重要性不在話下。在今年九月的Obstetrics & Gynecology其中的繼續醫學教育單元即刊出了一篇標題為『子宮內膜異位症的臨床處理』(Clinical management of endometriosis)的文章，以下為筆者對本篇文章粗略的翻譯及介紹，希望能藉由分享此篇文章的內容，與讀者一同溫故知新，加強對子宮內膜異位的認識。

選讀文獻：

Falcone T, Lebovic DI. Clinical management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):691-705. PubMed PMID: 21860303.

引言

子宮內膜異位，目前普遍的定義是在子宮外發現有對女性荷爾蒙有反應的、類似子宮內膜的活的腺體及基質組織，並合併有局部的發炎反應稱之。依巨觀及微觀下的發現，子宮內膜異位分為三個子類型(Subtype)：子宮內膜異位瘤(Endometriomas或Ovarian cysts)，淺層的子宮內膜異位植入(Superficial endometriotic implants)，以及深層的子宮內膜異位植入(Deeply infiltrating endometriosis)。這三種子類型的子宮內膜異位，可能有著各自不同或共通的病因。

發生率

子宮內膜異位影響著6%到10%的孕齡婦女；而其發現年齡從12歲到80歲都有人報導過。平均的診斷年齡大約在28歲。在子宮內膜異位的病人中，有大約21%到47%的病人合併有不孕症的問題，71%到87%的病人有慢性骨盆腔疼痛的問題，而有69%的青春期病患有嚴重的骨盆腔疼痛。在一些特殊的基因表型的族群中，例如藍色或綠色眼睛及有

雀斑的女性，子宮內膜異位有較高的盛行率。根據統計，初經較早、經期較短、出生體重較輕、以及未曾生產過的女性，可能是子宮內膜異位發生的危險因子。目前發現，子宮內膜異位有很強的家族性：一等親中若有人有子宮內膜異位的問題，則子宮內膜異位發生的機會是一般人的7到10倍。

平均來說，子宮內膜異位從開始有症狀到做出確切的診斷，平均要經過7到8年的時間。主要的原因，可能和子宮內膜異位多樣化的症狀有關(參見Table 1.)。目前診斷子宮內膜異位的標準做法仍是『手術』，也就是在術中直接看到子宮內膜異位的病灶而做出診斷。

Table 1. Symptoms of Endometriosis¹²

Symptom	Percentage of Women With Endometriosis Presenting With Symptom	Confounding Disorders
Dysmenorrhea	79	Adenomyosis, primary dysmenorrhea
Pelvic pain	69	Irritable bowel syndrome, neuropathic pain, adhesions
Dyspareunia	45	Psychosocial issues, vaginal atrophy
Bowel symptom	36	Hemorrhoids; constipation, inflammatory bowel disease
Bowel pain	29	Anal fissures
Infertility	26	Unexplained subfertility
Ovarian mass or tumor	20	Hydrosalpinx, benign ovarian cyst
Dysuria	10	Cystitis
Other urinary problems	6	Interstitial cystitis

表格引用自 Falcone T, Lebovic DI. Clinical management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):691-705.

臨床表現及其重要性

子宮內膜異位可能的表現很多，包括：慢性骨盆腔疼痛、經痛、深部性交疼痛、解便時的疼痛、以及不孕症。上述的這些症狀，都可能對女性造成身體、心理、及社交上的影響。此外，子宮內膜異位的共病包括了氣喘、肌纖維疼痛症、腸躁症、間質性膀胱炎、顱頸關節障礙、黑色素細胞瘤、以及偏頭痛。在美國，子宮內膜異位所引領的健康照護平均每年要耗費超過200億美金。因此正視這個疾病，實屬重要。

病態生理學

目前大部分的學者認為，子宮內膜異位的病因是多發性的(參照Figure 1.)。對於病因存在已久的假設包括：經血逆流造成回流的內膜組織在骨盆腔內附著、體腔內腹膜上的多功能間皮細胞經過化生形成子宮內膜組織、或者子宮內膜組織經血液或淋巴循環附著在子宮外的組織上。這其中令人不解的問題是：為什麼有的女性會有內膜異位的問題，有的人沒有？目前有一些分子基轉的發現可能可以解釋這個現象。雖然大部分的女性會有經血逆流的狀況，但有內膜異位問題的女性可能因為固有的免疫系統的不同，造成正常的清除逆流的功能出了問題，或者由於局部刺激黏附、組織侵入、血管新生的因素增加而加速了疾病的進行。

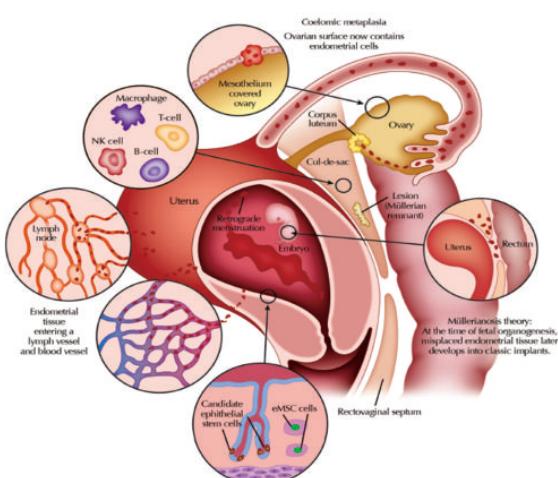


Fig. 1. Molecular predispositions to developing endometriosis. Retrograde menstruation

圖片引用自 Falcone T, Lebovic DI. Clinical management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):691-705.

疼痛的機轉

研究發現，與發炎有關的細胞激素及生長因子的增加和子宮內膜異位所造成的疼痛有關。這個現象可以解釋為何極微小的子宮內膜異位仍可能造成顯著的疼痛。目前的證據指出，子宮內膜異位會造成一個痛覺過敏的狀態。亦即是說，供應子宮內膜異位病灶的周邊神經會使在脊髓處的神經元被敏感化，進一步造成中樞神經的敏感化，而放大了中樞神經對刺激的反應，甚至形成假想性的疼痛。

不孕症的機轉

嚴重的子宮內膜異位症常導致嚴重的沾黏問題，進一步影響輸卵管的運動而造成抓取卵子的功能出問題。相對的，較輕微的子

宮內膜異位症是否會造成不孕症仍未定論。在一個前瞻性的研究中，治療性的人工授精用在沒有子宮內膜異位的不孕症患者，其每月的繁殖率(Monthly fecundity)約0.13；而用在有少量子宮內膜異位的病人身上，其繁殖率約0.9。這項研究由於統計學上的Power不足，未能顯示出這兩組不孕症患者之間的差異。在輕度的子宮內膜異位症的患者中，造成不孕症的原因目前仍待釐清。目前認為可能的肇因，仍和先前提到的免疫系統異常有關。此外，子宮內膜異位也發現與早產、產前併發症、以及子癲前症有關。

診斷

腹腔鏡目前被認為是診斷子宮內膜異位症的黃金標準(Gold standard)。由於肉眼審視子宮內膜異位可能有高的假陽性率，組織學的檢查也被認為是有幫助的。目前子宮內膜異位依據美國生殖醫學會(American Society for Reproductive Medicine)所發布的評分標準，可以將微小及輕度的子宮內膜異位歸類為第一期和第二期子宮內膜異位，而將中度及重度的內膜異位歸類為第三期和第四期子宮內膜異位。雖然目前對於這項分期系統對臨牀上連結慢性骨盆腔疼痛的實用性有一些質疑，這個系統對於量化子宮內膜異位症仍是有幫助的。

影像學的檢查對於子宮內膜異位症，主要用在評估慢性骨盆腔疼痛以及術前的評估。影像學檢查的敏感度取決在方才提及的三個子宮內膜異位子類型。超音波對於診斷子宮內膜異位瘤的敏感性和準確性都相當高(分別為84%到100%及90%到100%)。

典型的深層子宮內膜異位植主要出現在子宮薦骨韌帶、陰道、直腸、及膀胱。最常用再評估深層子宮內膜異位植入的影像學檢查包括經陰道及經直腸超音波，以及核磁共振造影。對大部份的深層植入來說，經陰道超音波具有和核磁共振造影類似的診斷正確率。核磁共振造影對於植入陰道和膀胱的子宮內膜異位症有較高的診斷。在經陰道超音波診斷不確定時，應該考慮使用核磁共振造影來輔助診斷。

對於腹膜上的子宮內膜異位以及沾黏，目前仍沒有較實用的影像學檢查可供使用。此外，腫瘤指標CA-125的診斷準確率相當低。對於有慢性骨盆腔疼痛的患者，醫師必須要考慮到各種可能的鑑別診斷，這其中包括慢性骨盆腔炎症、沾黏、腸躁症、間質性膀胱炎、肌肉筋膜疼痛、憂鬱症、以及可能的性虐待病史。

子宮內膜異位的自然病程

在統計過去的幾個與子宮內膜異位有關的隨機控制試驗中，控制組在經過6到39個月之後追蹤腹腔鏡手術時發現，有31%的患者疾病有所惡化，31%的患者維持不變，而有38%的病人有所改善(參見Table 2.)。但有一點需要特別注意的是，這些病人的追蹤時間並不長。目前已知子宮內膜異位的復發率相當高，隨著時間過去，大部分的內膜異位病程可能會往惡化的方向，而不是自動消失。此外，慢性骨盆腔疼痛的嚴重度與子宮內膜異位嚴重程度並不成正比。

Table 2. Natural Course of Endometriosis

Study	Increase in Disease	No Change	Decrease in Disease [Elimination]*
Thomas EJ, 1987 ¹²⁰ Stage I-III (n=17) 6-mo follow-up L/S	47 (8)	24 (4)	29 (5) [18 (3)]
Telimaia S, 1987 ¹²¹ Stage I-II (n=17) 6-mo follow-up L/S	25 (4)	63 (10)	19 (3) [13 (2)]
Cooke ID, 1989 ¹²² Stage I-II (n=17) 6-mo follow-up L/S	47 (8)	24 (4)	29 (5) [18 (3)]
Mahmood TA, 1990 ¹²³ Stage I-III (n=11) 9-18-mo follow-up L/S	64 (7)	9 (1)	27 (3) [9 (1)]
Overton CE, 1994 ¹²⁴ Stage I-II (n=15) 6-9-mo follow-up L/S	27 (4)	20 (3)	53 (8) [NR]
Sutton CJ, 1997 ¹²⁵ Stage I-III (n=24) 6-39-mo follow-up L/S	29 (7)	42 (10)	29 (7) [4 (1)]
Harrison RF, 2000 ¹²⁶ All stages (n=43) 4-6-mo follow-up L/S	9 (4)	28 (12)	63 (27) [44 (19)]
Abbott J, 2004 ⁸³ All stages (n=18) 6-mo follow-up L/S	44 (8)	33 (6)	22 (4) [(NR)]
Total (n=162)	31 (50)	31 (50)	38 (62) [22 (29)]

L/S, laparoscopy; NR, not reported.

Data are % (n) unless otherwise specified.

* Data in brackets in this column signify total elimination of disease on second-look laparoscopy.

[†] Infertile patients.

表格引用自 Falcone T, Lebovic DI. Clinical management of endometriosis. Obstet Gynecol. 2011 Sep;118(3):691-705.

不孕症

子宮內膜異位造成不孕症的機轉仍待釐清，有一個現象是肯定的：在有不孕症問題的族群中，子宮內膜異位的盛行率約20%至50%，這個比例是高於沒有不孕症問題的孕齡女性族群的。在一個女性不孕症的研究中，微小及輕度的子宮內膜異位症的發生率是68%，高過中度及重度的子宮內膜異位症(32%)。此外，關於使用捐贈者卵子的試管嬰兒治療的一個有趣的發現可能可以讓我們對子宮內膜異的影響有一些想法：當卵子捐贈者本身沒有子宮內膜異位的問題時，受贈者不論有無子宮內膜異位，其著床率和臨床

懷孕率是類似的。然而，當捐贈者的卵巢有子宮內膜異位的問題，而受贈者本身沒有子宮內膜異位時，其著床率是降低的。在解釋上述的現象時，要特別注意的是，在第一個狀況下，受贈者若有子宮內膜異位的問題，都先會接受腦下垂體的抑制在接受植入。在抑制的過程中，可能因此矯正了淺在的異常免疫反應，而使臨床懷孕率與沒有子宮內膜異位的不孕症患者相當。

增加生育率的藥物治療

對於第一期和第二期的子宮內膜異位患者，使用抑制卵巢的藥物並不會增加繁殖率，目前這樣的藥物治療不應使用在這類的患者。而在一個隨機控制試驗中發現，第二期和第三期的內膜異位患者在經過手術治療後，使用促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑(GnRH agonist)後追蹤5年，並未增加自然懷孕率。而更甚者，使用促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑會延宕懷孕的發生。在一個Cochrane的文獻回顧三個隨機控制試驗發現，對於第二期到第四期的子宮內膜異位患者，在執行試管嬰兒治療之前使用促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑三到六個月來抑制卵巢，可以增加4倍的臨床懷孕率。

增加生育率的手術治療

手術可以清除肉眼可見的病灶，但可能無法改變慢性發炎所造成的分子生物的變化對懷孕率造成影響。目前有兩個隨機控制試驗支持對第一期和第二期的子宮內膜異位患者進行腹腔鏡子宮內膜異位手術可以增加懷孕率(行12個腹腔鏡子宮內膜異位手術可以能以增加一個懷孕的個案)。但由於子宮內膜異位症在手術前的診斷並非絕對，為了達到增加一個懷孕個案所需執行的手術量，理應高於12個。目前針對第三及第四期的子宮內膜異位患者是否應該接受手術及手術對於懷孕率的影響，文獻中還沒有臨床隨機控制試驗可供作參考。因此，除非同時有慢性疼痛的問題，目前不建議單為了增進懷孕率而對中度及重度子宮內膜異位的病人使用手術治療。而對於深部植入的子宮內膜異位，目前則有兩個研究認為，手術可能可以增進試管嬰兒治療的預後。

子宮內膜異位瘤

目前有兩個臨床隨機控制研究顯示，移除子宮內膜異位瘤可能增加臨床懷孕率。而在系統性回顧的研究指出，子宮內膜異位瘤

若大於或等於3公分，手術與否對於使用人工生殖技術的懷孕率並無影響。大體上來說，手術可能會影響卵巢對於促性腺激素的反應而可能降低人工生殖所能取得的卵子數，同時又對於懷孕率並沒顯著的影響。

移除子宮內膜異位瘤的手術方式對於保存卵巢功能相當重要。手術時減少卵巢的受損非常重要，這包括減少並小心的對剩餘的卵巢使用電燒止血。子宮內膜異位瘤切除術時常開始於解除卵巢本身與寬韌帶之間的沾黏，而在剝離沾黏的同時，異位瘤常因此而破裂。接著執刀者需找出內膜異位瘤與正常卵巢皮質部之間的交界，進一步將異位瘤與卵巢皮質部分離或剝離。而在異位瘤與皮質部粘連較緊實的部位，應該整個加以切除，以避免殘餘之子宮內膜異位細胞粘連於卵巢皮質部。目前認為於手術前使用藥物抑制內膜異位可能增加手術中移除正常卵巢組織的機會。此外，也有學者提出，於手術時若僅剝離大部分的內膜異位瘤並加以切除，於留下來的靠近卵巢門部(Hilus)的異位瘤則僅使用電燒灼加以破壞，這樣的手術方法可以保留較多的正常卵巢組織(手術後濾泡數量較多)。但此一手術方式可能造成子宮內膜異位瘤的復發機會增加，因此是否適用還需等待更多的研究加以驗證。目前認為，子宮內膜異位瘤在術後的復發機會從6%到17%不等。

整體來說，手術對於自然懷孕率的增加似乎有所幫助。目前的證據顯示對於即將接受人工生殖技術的子宮內膜異位瘤患者來說，手術並非絕對必要，除非手術的目的同時合併有解決疼痛這個適應症。總之，如果子宮內膜異位瘤在4公分以上，讀者可以考慮在進行試管嬰兒治療前以手術將之移除，主要的目的包括：排除惡性的可能(危險性約2%)、增進經陰道取卵的容易度、以及這樣的子宮內膜異位瘤消失的機會不高。

治療子宮內膜異位引起之慢性骨盆腔疼痛

目前治療慢性疼痛主要的藥物包括止痛藥以及避孕藥。經驗性的使用促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑或針劑的黃體素也可考慮使用。如果經過藥物治療而症狀持續，下一步可能要考慮診斷性腹腔鏡手術來確定診斷，並進一步清除所有可能消除的子宮內膜異位病灶。令人失望的是，這些治療長遠來說都可能是無效的。手術後症狀復發並需要在次手術的狀況，根據目前的報導在術後第一年

約15%，術後第五年約36%，術後第七年約50%。

目前認為術後使用抑制藥物，例如黃體素和避孕藥，來預防疼痛的復發是有效的。但是，症狀相當容易在停藥之後復發。預防子宮內膜異位瘤的復發也可以使用術後的口服避孕藥。同樣的，促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑或Danazol做為術後的抑制性治療來防止疼痛的復發也是有用的，但由於副作用太強，上述兩個藥物的長期使用於是受到了限制。此外，雖然目前美國的食品藥物管制局尚未通過這一項適應症，但在術後使用子宮內黃體素釋放系統目前發現對減低疼痛是有效的。

用於治療子宮內膜異位引起的疼痛之藥物選擇

使用藥物治療的一個重要背景知識是，疼痛的症狀常常在停藥之後快速的復發。因此在選擇藥物上，首選必須注重的是能夠長期使用的藥物(參見Table 3.)。非類固醇類抗發炎藥物常用於止痛，當此類藥物無法控制疼痛時，就可能需要用到抑制型的藥物。口服的避孕藥或黃體素是第一線可以考慮的用藥。對於經痛的治療，持續性的口服避孕藥相較於周期性的使用可以達到較低的疼痛復發率。口服避孕藥目前認為在臨床效其效用與Danazol和促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑相當。

促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑在許多的臨床試驗都被證實是有用的，但它的副作用限制了它的使用。常見的副作用包括：Vasomotor症狀、失眠、記憶力受損、情緒不穩、泌尿生殖系統萎縮、以及骨密度下降。其中骨密度下降的程度為每年6%，並且可能需要幾年的時間才能回復。

為了減少上述的這些副作用，目前認為使用所謂的『加回』(Add-back)類固醇療法是有效的，同時也可增進病人用藥的順應性。單獨於每日使用Norethindrone acetate 5 mg或者使用口服的Conjugated estrogens 0.625 mg加上Norethindrone acetate 5 mg的用法已經被證實可以減緩Vasomotor的症狀，保存骨密度，並且同時維持止痛的效果。Norethindrone目前認為對於減少骨質流失效果可能比其他黃體素製劑要好，主要原因來自於Norethindrone的女性荷爾蒙代謝物。如果患者無法忍受高劑量的Norethindrone，經皮吸收的Estradiol 25 mcg/day加上每日口服的medroxyprogesterone acetate 5.0 mg也可用

Table 3. Drugs Used for the Treatment of Endometriosis

Class	Drug	Dosage
Androgen	Danazol*	100–400 mg orally twice a day 100 mg per vagina daily
Aromatase inhibitor	Anastrozole [†] Letrozole [†]	1 mg orally daily 2.5 mg orally daily
Estrogen-progestin combinations	Monophasic Estrogen-progestin*	Low ethinyl estradiol dose continuously
Gonadotropin-releasing hormone agonist	Goserelin* [†] Leuprolide depot* [†] Nafarelin* [†]	3.6 mg SC monthly (10.8 mg IM every 3 mo) 3.75 mg IM monthly (11.25 mg IM every 3 mo) 200 micrograms intranasally twice a day
Gonadotropin-releasing hormone antagonist	Cetrorelix	3 mg SC weekly
Progesterin	Depo-subQ Provera 104* Dienogest Etonogestrel-releasing implant Levonorgestrel-releasing IUS Medroxyprogesterone acetate	104 mg/0.65 mL SC every 3 mo 2 mg daily [†] 1 for 3 y 1 for 5 y 30 mg orally daily for 6 mo, then 100 mg IM every 2 wk for 2 mo, then 200 mg IM Monthly for 4 mo 5 mg daily
	Norethindrone acetate*	

SC, subcutaneously; IM, intramuscularly; IUS, intrauterine system.

* FDA-approved for endometriosis.

[†] With add-back, ie, norethindrone acetate 5 mg daily plus vitamin D 800 international units daily plus calcium 1.25 gm daily.

[‡] Dienogest is a 19-nortestosterone derivative that is approved in the European Union for treatment of endometriosis. It is not available in the United States as a separate drug. It is available only in the oral contraceptive Natazia (Bayer HealthCare Pharmaceuticals; estradiol valerate/dienogest), which is a newer, four-phasic pack that contains dienogest.

表格引用自 Falcone T, Lebovic DI. Clinical management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):691-705.

來消彌Vasomotor症狀。目前美國食品藥物管制局為一核可以用作加回類固醇療法的藥物就是Norethindrone acetate。作者建議在開始使用促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑的同時就馬上開始加回類固醇療法。較高劑量的女性荷爾蒙製劑或是一般的避孕藥會減低止痛的效果，目前不建議用做加回類固醇療法使用。此外，作者也建議在使用促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑的同時，合併使用每日1200 mg的鈣及每日800 mg的維他命D。

促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑的療程目前建議是連續使用6個月，而若疼痛有所復發，可以額外再使用6個月。目前美國食品藥物管制局並不核可使用促性腺激素釋放荷爾蒙類似劑超過一年的時間。

Danazol是一個口服的具有男性荷爾蒙特性的藥物，目前也被認為對控制疼痛有幫助。此一藥物的副作用，包括體重增加、長粉刺、以及多毛症，使得此藥物較難被患者接受。目前一些新的投藥方式，諸如經陰道低劑量投藥或子宮內投藥系統可能可以降低副作用，使此一藥物重新獲得重視。

此外，尚有一些美國食品藥物管制局尚未批准的控制子宮內膜異位相關的疼痛用藥。子宮內黃體素投藥系統(Mirena)在一些

研究報導中被証實可以有效控制子宮內膜異位引起之疼痛；芳香環轉化酶(Aromatase)抑制劑，例如Letrozole和Anastrozole，在過去一些報導中也被證實有效。

總結來說，藥物和手術治療慢性骨盆腔疼痛都可能在治療停止後復發，復發的原因可能和周邊和中樞神經的敏感化作用和肌肉筋膜的功能障礙有關。對於治療這些患者，除了治療子宮內膜異位，也要顧及疼痛的控制，以其達到治療的廣泛性及全面性。

總結

子宮內膜異位的表現可以是相當複雜及廣泛，本文廣泛的提出了一些目前較新的、經過實證的治療方式。未來的研究將著重於子宮內膜異位症在分子層次致病機轉的探討，以其有更有效的治療方式能夠應運而生。

作者簡介

許沛揚醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師

懷孕29週併血小板過少紫斑症與重度子癲前症

Gestational age 29 weeks with idiopathic thrombocytopenic purpura and severe preeclampsia

陳達生 醫師



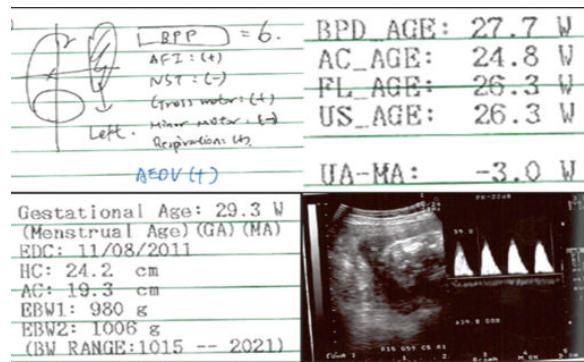
病例簡介：

X小姐是34歲第1胎的產婦，G2P0SA1，5年前曾於員工健檢發現血小板過低情形(約50000)，且平常皮膚容易因外傷產生出血點。此胎懷孕18週前都在診所產檢，因母血四指標抽血結果顯示Down risk 1/6，所以轉至本院接受羊水檢查，同時至內科門診檢查血小板過低原因。

內科醫師在排除了肝硬化、C型肝炎感染、紅斑性狼瘡後，初步判定X小姐為ITP(idiopathic thrombocytopenic purpura)，由於血小板尚有5萬以上，定期接受觀察即可。

X小姐後續的羊水檢查與高層次超音波檢查均正常，尿蛋白與血壓也正常，但22週產檢開始，血壓上升為140/80 mmHg，尿蛋白2+；25週時，血壓為147/93 mmHg，尿蛋白2+，羊水由原先14.2cm降至9.7cm；27週時，血壓更惡化至173/103 mmHg，此時胎兒超音波預估體重為866g，重量約落後1.8週，於是開立血壓藥密集觀察。但29週產檢時情形更糟(血壓167/105 mmHg，尿蛋白上升至4+，羊水7.4cm，預估體重小3週，S/D:3~4)所以請X小姐入院接受密集監測。

入院後，X小姐抱怨有頭痛情形且下肢皮膚出現紫斑，DTR檢查均為3+，於是使用Labetolol與MgSO4控制血壓與預防Eclampsia，並給予Steroid促進胎兒肺部成熟。胎兒監測方面，NST為non-reactive並有variable deceleration，Biophysical profile為6分(檢查結果如圖表1)，在考量胎兒與母體若持續懷孕狀態會有更高風險的情況下，計畫在Steroid作用時間後剖腹生產。



圖表1 胎兒BPP6分，臍帶動脈出現AEDV (Absence of end-diastolic velocity)情形

然而，入院檢查即發現血小板低下有惡化的情形(血液實驗室檢查結果如圖表2)，血小板數僅有1.8萬且下肢出現出血點，於是會診血液腫瘤科，依照建議先抽血排除Pseudothrombocytopenia後再施打IVIG(劑量為1g/Kg)，手術前並輸12U Platelet，由於血小板低於80000，不適合半身麻醉，手術採靜脈麻醉進行。

檢驗名稱	參考值	單位	結果	檢驗名稱	參考值	單位	結果
GLU.A.C.	60-100	mg/dL	79	WBC	3.2-9.2	$10^3/\mu\text{L}$	8.1
ALBUMIN	3.5-5	g/dL	2.9	RBC	3.73-4.93	$10^6/\mu\text{L}$	3.48
BUN	7-21	mg/dL	19	Hb	11.6-14.8	g/dL	12.9
CREA	0.6-1.2	mg/dL	0.60	Hct	33.8-43.4	%	38.0
eGFR			≥ 90	MCV	82.7-95.5	fL	109.4
				MCH	28.2-33	pg	37.3
				MCHC	33.2-35.2	g/dL	34.1
AST	0-39	U/L	23	RDW	11.9-14.3	%	15.9
ALT	0-54	U/L	11	Plt	151-366	$10^3/\mu\text{L}$	18
CA	8.6-10.1	mg/dL	8.8	Seg	43-64	%	60.4
LD	100-200	U/L	212	Eos	0-6	%	2.1
NA	135-148	mmol/L	135	Baso	0-1	%	0.4
K	3.5-5	mmol/L	4.9	Mono	3-9	%	9.5
MG	1.7-2.5	mg/dL	2.1	Lymph	27-47	%	27.6

圖表2. 入院實驗室檢查

X小姐在入院第二日接受剖腹產，手術過程順利，失血量約125ml，新生兒出生APGAR score 3(1mins)->6(5mins)，出生體重895g，移至新生兒加護病房接受觀察，出生後血小板數值在第三天降到最低，在一週後回到正常範圍，如圖表3。

檢驗名稱(單位)	11-09-06 23:41 (血液)	11-08-28 10:26 (血液)	11-08-26 14:28 (血液)
WBC($10^3/\mu\text{L}$)	9.0	14.2	24.0
RBC($10^6/\mu\text{L}$)	2.43	3.50	3.37
Hb(g/dL)	10.3	15.7	15.4
Hct(%)	29.9	46.7	45.9
MCV(fL)	123.3	133.4	136.3
MCH(pg)	42.6	44.8	45.7
MCHC(g/dL)	34.5	33.6	33.5
RDW(%)	20.0	20.4	22.1
Plt($10^3/\mu\text{L}$)	173	78	118

圖表3 出生後新生兒血小板情形先惡化後改善

X小姐在術後第一天追蹤血小板回到35000，術後第五天到達45000的水平，順利恢復出院。

診斷：Gestational age 29 weeks with idiopathic thrombocytopenic purpura, severe preeclampsia, and intrauterine growth restriction, and fetal distress, s/p immune globulin infusion and Cesarean section

討論

懷孕期的血小板過低

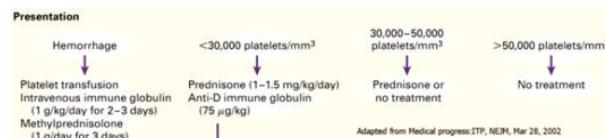
懷孕婦女約10%有血小板過低的問題(小於15萬)，其中有75%為生理性，主要出現在Second or Third trimester，但不至於低到7萬以下。生理性血小板過低的成因，目前認為是hemodilution或血小板廓清率增加，不須給予治療，觀察即可。

血小板過低若不是其他因素造成的(如：C型肝炎、骨髓疾病、藥物、紅斑性狼瘡等)，可被診斷為ITP(idiopathic thrombocytopenic purpura)。ITP約可以解釋懷孕期間3%的血小板過低，在懷孕期間遇到血小板過低，要特別注意幾種可能致命的原因才能下ITP的診斷，包括：TTP(thrombotic thrombocytopenic purpura，病人可能因血栓而死)、hemolytic uremic syndrome(出現腎衰竭)、Preeclampsia with HELLP(hemolysis, elevated liver enzyme, low platelet) syndrome、Disseminated intravascular coagulation(可能由胎盤剝離、羊水栓塞或感染造成)，此外，剛感染到HIV者有30~60%有血小板過低情形。

ITP的治療

ITP目前主要還是認為由自體免疫因素引起，故治療也是以免疫抑制、增加血小板生成、減少血小板破壞下手。一般建議血小板數目低於3萬或5萬以下，或有出血或開刀情形才考慮治療，用藥劑量可見圖表4，分述如下：

- 1.輸血治療：由於輸入的血小板數小時後即會被破壞殆盡，輸血應保留在為了手術或危及生命的出血情況下使用。
- 2.藥物治療：高劑量類固醇(Prednisolone 1mg/kg per day)、Rho(D)immune globulin(限Rh陽性，Hb大於8mg/dl者使用)、IVIG(1g/kg per day for 2~3 days)，



圖表4. ITP處理流程

其中免疫球蛋白非常昂貴，光是使用一次就需要10萬元之譜，1日內即可產生血小板上升效果，然而效果只能維持4至6週。此外免疫抑制劑如Mycophenolate mofetil與azathioprine可在非孕婦使用。最後有Thrombopoietin receptor agonists如Romiplostim與Eltrombopag，然而亦十分昂貴。

- 3.手術治療：切除脾臟後約有60%病患不會再復發，但患者可能承受術中大量出血的風現，在藥物治療越來越進步的情況下，已經較少人採用手術治療，除非藥物效果不佳。
- 4.其他治療：有1/3的ITP病人在治療好Helicobacter pylori後血小板即有回升的情形，故可考慮使用抗生素與制酸劑治療。

ITP的預後與對胎兒的影響

ITP除了使孕婦有出血風險外，血液中抵抗血小板的抗體可能穿過胎盤，對胎兒產生影響。文獻報導約28%新生兒有嚴重的血小板過低情形，但大多會自行回復，孕婦產前的血小板數目與新生兒並無相關性。此外考量生產方式，目前共識認為若血小板大於5萬，嘗試自然產是沒問題的，但若小於5萬，可能會考慮剖婦產，免得胎兒窘迫或產道裂傷難以止血或處理。

參考資料：

1. TP on FirstConsult of MDConsult, www.mdconsult.com
2. Idiopathic thrombocytopenic purpura, Wikipedia
3. Wang DP, Clinical analysis of pregnancy complicated with severe thrombocytopenia, Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi

作者簡介

陳達生醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師

胎兒先天畸形罕見病例： Agnathia-otocephaly

廖偉玲 醫師

今年五月白皮書(Ultrasound Obstet Gynecol UOG)的封面是3D超音波合成Agnathia-otocephaly的圖片，相關內文介紹如何利用2D和3D超音波加以診斷，(by R. CHAOUI*, K. S. HELING*, G. THIEL* and K. KARL. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 745–748)。以下簡介病例：

CASE

一位女性懷孕第二胎(G2P1)，週數21週，超音波檢查發現胎兒異常，羊膜穿刺染色體報告為一正常男性染色體，和病人及家屬討論後決定引產。

病歷討論之二

以下為胎兒之2D超音波圖片：

1. Transverse view



獨眼畸形(cyclopia) (翻攝自UOG 2011 May)

2. Midsagittal view



眼睛位於臉部正中間，無鼻子、下頷、口、嘴唇(翻攝自UOG 2011 May)

3. Coronal oblique view



雙箭頭指向雙側耳朵，併耳畸形(synotia) (翻攝自UOG 2011 May)

以下為胎兒之3D超音波圖片：



(翻攝自UOG 2011 May) 獨眼畸形，併耳畸形，無口鼻下頷

以下為分娩出的胎兒照片，和3D超音波圖片一致，體重300克，男性，無左側腎臟，及萎縮之腎上腺組織



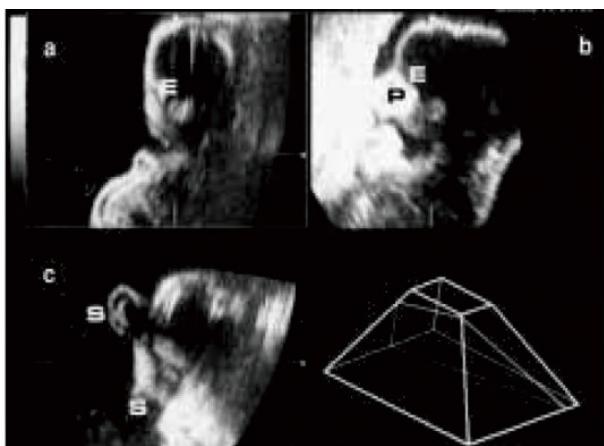
(翻攝自UOG 2011 May)

這篇文章的參考資料中有一篇發表於1998年之白皮書，由成大的諸位前輩所撰寫，(by 林錫宏 H.-H. Lin, 梁仁英 R.-I. Liang, 張峰銘 F.-M. Chang, 張炯心 C.-H. Chang, 游振祥 C.-H. Yu and 楊曉白 H.-B. Yang. Ultrasound Obstet Gynecol 1998;11:361–363)，介紹如何用2D和3D超音波診斷otocephaly，以下簡介病例：

CASE

一位30歲女性懷孕第二胎(G2P1)，週數24週，超音波檢查發現胎兒異常，和病人及家屬討論後決定引產，胎兒組織染色體報告為一正常女性染色體。

以下為胎兒之2D超音波圖片：(翻攝自UOG 1998)

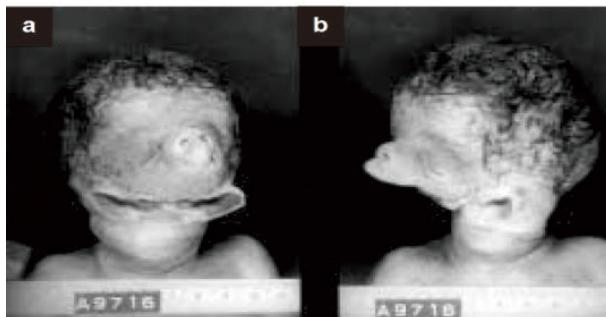


a.coronal view : E 眼球
b.sagittal view : P 長鼻畸形(proboscis)
c.horizontal view : S 雙側耳朵畸形(synotia)

Sagittal view
E 眼球, P 長鼻畸形(proboscis), M maxillary process, S low-set ears
(翻攝自UOG 1998)



以下為分娩出的胎兒照片，女性，長鼻，獨眼，併耳畸形(翻攝自UOG 1998)



Otocephaly/agnathia-otocephaly/agnathia-microstomia-synotia

◎特徵：無下頷或發育不全，無嘴巴，耳朵位於臉部正中(併耳畸形)

◎發生率： $< 1/70\,000$ ，sporadic

◎和其他畸形有相關性包括 holoprosencephaly、cyclopia、proboscis、other cerebral malformations、encephalocele、situs inversus totalis、renal defects及axial skeletal abnormalities

病因不明

超音波可能發現：羊水過多(因吞嚥功能受損)、hypoplastic lower midface、low-set or midline position of the ears

鑑別診斷：Treacher–Collins or Goldenhar syndrome、Pierre–Robin sequence等

參考資料：

- 1.R. CHAOUI*, K. S. HELING*, G. THIEL* and K. KARL. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 745–748
- 2.H.-H. Lin, R.-I. Liang, F.-M. Chang, C.-H. Chang, C.-H. Yu and H.-B. Yang Ultrasound Obstet Gynecol 1998;11: 361–363

作者簡介

廖倅玲醫師
現任：
成大附設醫院
婦產科住院醫師



迎接生命的一雙手-謝豐舟教授回顧展

(2011/11/14-12/31 國立台灣大學圖書館一樓多功能室)

謝豐舟醫師

一位台大教授的醫療、教學、研究與藝術生涯

策展者的話

見證台灣醫學發展史

出身於醫學世家，祖父出身台東卑南族，是台灣第一位外科醫生，父親是婦產科名醫。謝豐舟教授經歷台灣從威權到民主的轉變，參與現代醫學科技的起飛，體驗電腦網路世界的出現，目睹人類基因體定序的完成，在這樣的背景下，謝教授走過了40年的醫療教育、研究與藝術的生涯。

上醫醫國

繼承父志，從迎接生命的婦產科開始，謝教授為台灣婦產科學開創了新局，拯救許多高危險的孕婦與胎兒，也讓許多新生命免於先天性殘障之苦。經由創立台灣超音波醫學會，推廣超音波醫學，讓台灣的醫生有了第三隻眼睛可以透視人體，整個台灣的醫學因此進入一個嶄新的境界。「上醫醫國」是謝教授的一貫信念，就是「建立一種方法或策略，使某一種疾病完全消失或減到最少」，在B型肝炎、唐氏症、地中海貧血，連體嬰.....等方面實踐了這個信念，謝教授也因此獲得「國科會研究傑出獎」、「行政院傑出科人才」的肯定。

有教有類

身為大學教授，謝教授一向認為自己是「教育者為先，次為學者，再次為醫生」，因此在大學教育、通識教育、研究生教育、醫學繼續教育及公眾教育都不遺餘力。謝教授對不同的教育對象都各有方看法，因才施教，也就是「有教有類」。

基礎科學是醫學的基礎

在臨床醫學浸淫數十年，謝教授深覺基礎科學是醫學的基礎，而生物學必須以「遺傳—發育—演化」為主軸，因此謝教

授除自己勤於研讀自然、科學等期刊之外也開設發育生物學，基因體科學...等課程，並致力於推廣果蠅、斑馬魚、線蟲等模式生物於生物醫學研究的應用。

跨領域的教學與研究

五十歲以後謝教授從醫學院跨足大學，從事跨領域的教學與研究，在七個不同的系所擔任合聘教授，也成立神經生物與認知科學研究中心、系統生物學研究中心、發育生物學研究中心、生命倫理中心等校級研究單位成為台大五年五百億計畫的主力。謝教授認為腦科學將是21世紀的主流，因此自2005年起致力於推動台灣大學的腦神經科學，先後促進了「神經生物與認知科學研究中心」，「腦與心靈研究所」以及「台大醫學臨床神經醫學與行為中心」的成立，成為台大發展腦神經科學的鐵三角。因此腦神經科學也是此次展覽的重點。

回歸「藝術」與「人文」

經過漫長的醫療教學與研究生涯，體驗人情世事的激烈無常，謝教授認為還是應該回歸「藝術」與「人文」，謝教授更深切體會到通識教育的重要性。除了自己開設「從現代生物學看人類行為」通識課外，還以策展者(curator)的角色致力於「台大杜鵑花節藝術祭」的推動。此一藝術祭是以台大每年三月盛開的杜鵑花為背景舞台，結合「知識」與「藝術」，使藝術的內容更深刻，也使知識得以用藝術的形式呈現，自2006年以來已粗具雛形。

謝教授多年來勤於筆耕，並藉由電子郵件與師生分享自己的理念，也常以塗鴨為樂，至今已有數本書籍及畫冊出版。謝教授已將所有的手稿及畫作捐贈給台大人文庫收藏保存，這些手稿及畫作將是此次展覽重點。

前瞻性收藏

謝教授一向認為大學的歷史可以反映社會的歷史，而大學的歷史是所有教師在大學生涯的總合。自己雖然只是台大歷史長河中的一個微小波瀾，不過能「盡其在我」，把自己台大生涯的文物加以保存整理也算是為台大歷史的累積略盡棉薄。對於文物保存，謝教授主張「prospective archiving」（前瞻性收藏），也就是在退休前就把相關物件整理捐贈，比起事後捐贈必然更為完整與妥善。此次的回顧展就是這種理念的「成果」，希望能為台大文物的收藏，創造一個可以觀摩的案例。

公眾教育

此次展覽的另一個目的是公眾教育，希望透過互動的設計，讓大眾尤其是學生能對超音波、模式生物、腦神經科學...有一些親身的體驗，而透過網路科技，觀眾又可以立即聯線到謝教授相關的論文與資料。

為使此次展覽多一分藝文氣息，在展覽期間的周六、周日下午將有小型音樂表演。與東京學博物館「行動博物館」的概念類似，此次展覽的部分內容亦將巡迴到其他大學展出，以分享謝教授的經驗。

一粒沙看宇宙

40年歲月轉眼即過，不過這40年可能是人類文明變化最劇烈的一段，就像偉大的小說家常以個人的故事來反映大時代的變化，這次展覽希望觀眾能抱著從「一粒沙看宇宙」的心情，細細品嚐。

To see a World in a Grain of Sand
And a Heaven in a Wild Flower,
Hold Infinity in the palm of your hand
And Eternity in an hour.

William Black

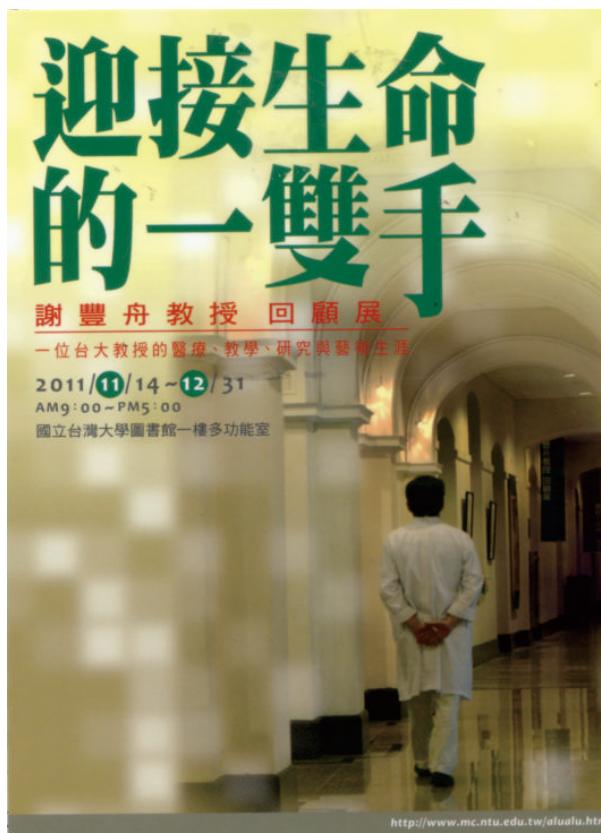
作者簡介

謝豐舟醫師

現任：

國立台灣大學教授

- 醫學院-
- 臨床醫學研究所教授
- 婦產科主治醫師教授
- 分子醫學研究所教授
- 腦與心靈研究所教授
- 工學院-醫學工程研究所教授
- 生命科學院-生命科學系教授
- 基因體與系統生物學學程教授
- 社會科學院-新聞研究所教授
- 細胞生物與認知科學研究中心教授
- 系統生物學研究中心教授
- 血管生成研究中心教授
- 發育生物學與再生醫學研究中心教授



參加第七屆英國癌症年會(NCRI)出國報告書 (7th National Cancer Research Institute Cancer Conference)

許耿福 醫師

這是個人第一次參加英國的癌症年會，不同於往年會參加美國癌症年會(AACR)。但由於美國的入境規定越來越繁瑣，同時見英國的會議內容也相當不錯，因此選擇參加本次會議。

本次會議的地點是位於利物浦(Liverpool)，一個英國重要的商港，也是披頭四的發源地。我與病理部周楠華醫師一同由台南出發，在桃園與周振陽醫師會合後再前往英國。由於對英國真的不熟，且又得在倫敦轉搭三次火車以及地鐵，還好行前有先請教高人；沈孟儒醫師的post-doc宜芳。先在網路上預訂車票及熟悉地理方位。即使如此那晚到達目的地Liverpool車站時也已經是隔日凌晨。

NCRI cancer conference 的議程不像AACR那麼緊迫，有壓力。早上的meeting從8:00才開始，可以吃個早餐再慢慢走到會場。癌症治療藥物中，由於標靶藥物臨床的應用，使得目前癌症的會議，通常是基礎機轉研究及臨床試驗如Phase II、Phase III的報告，會一起同時出現在會場中。本次會議甚至有生物統計的專家介紹傳統化學治療臨床試驗設計與目前標靶藥物開發所使用的臨床試驗(Adoptive trial design)的差別。給臨床醫師及癌症研究學者了解，目前新型試驗設計的原理。當然，這些試驗的endpoint就不再只是臨床的data，如存活時間，而是由selected biomarker做為bioeffective dose參考。對於臨床醫師而言，是一大改變。這個領域的臨床試驗仍持續在發展中，除了要有生物統計專家介入，新的Biomarker的尋求，對



於癌症的治療仍是刻不容緩的。

另外，癌症基因的研究，已由研究室中，重要的基因的尋獲，基因功能的研究，進入了以大規模方式如array晶片，whole genome sequence方式去尋求癌症的基因pattern。當然，這些pattern的劃分是以癌症病人的治療預後，做為最後的答案。因此臨床醫師對於目前的癌症研究所能參與的範圍與角色，將越來越廣及重要。也有更多的機會去參與重要的研究及試驗去改善癌症病人的預後。

作者簡介

許耿福醫師

現任：

成大附設醫院婦產科主治醫師
成大醫院婦產部臨床副教授

光輝十月 —我的專科考試心得雜記

蔡幸芬 醫師



今年的十月對我來說意義非凡，歷經人生第三次重大考試（第一次是大學聯考，第二次是醫師國考，第三次是婦專考試），完成最後一個月行政總醫師的course（謝天謝地），在連值兩個假日班後和科部同仁（當然還有我親愛的家人）到滿溢著怡人海風和陽光的墾丁痛快地玩了兩天…感覺這個十月過得既漫長又充實！更重要的是，和月初忐忑不安的心情相比，現在我的心境輕鬆又踏實—因為我已經考過專科考試啦！雖然對許多事業有成的前輩們來說這個經歷只是人生中微不足道的踏腳石，但對小小的Fellow而言這也算是堪堪一提的紀念碑呢！在此且讓我和大家分享一些考試的經歷和心得吧！

2011.09.30 專科筆試倒數第二天

昨天是考試前最後一個值班日，索性挑戰整個晚上不睡覺K書到天亮（以前從來沒有為了考試唸書熬夜，也算是新的體驗…），也許媽媽和小寶貝們都有感受到我全身上下散發出的緊張氣息，整個晚上產房倒也沒有什麼特別的狀況發生。遵照學姐們的經驗指示，把考試用書唸完三次即可獲得專科口試許可證一張（要通過筆試才能口試）…撐著一晚沒睡的酸澀眼睛，瞪著散落在桌上已經被手寫筆記cover到面目全非的書籍資料，心中還是充斥著一真的有這麼簡單嗎？一的不確定感。無論如何人生的巨輪還是得運轉下去，該來的還是會來，於是收拾好散亂的書籍資料和複雜的心情，離開醫院往專科醫師考試的路上邁進啦！

既然腦袋已獲得充分的餵養（其實是疲勞轟炸），當然也不能忽略自己的胃袋啦！為補償熬夜後的疲勞，早餐選擇台南頗富盛名，健康取向的蔬食早午餐店來調養身心！

主餐：

烤得外酥內軟的草莓厚片土司雖然也算美味，但若考慮價位和飽足感，整體表現就只能說是中規中矩。

店內的招牌—現烤可麗餅，光是入店時看見滿滿的客人人手一個可麗餅，配合瀰漫在整個空間，烤餅時濃濃的奶香和蛋香，就知道點這味準沒錯啦！

餐後飲料：

咖啡及奶茶

雖不是單品咖啡，但伊莉的咖啡也算有名，口感和香味都有一定水準，更是部份台南早午餐店家指定選用的咖啡，既然來了當然不能錯過囉！



晚上接了莊小妹回家，雖然是考試前夕，天倫之樂還是很重要的（女兒是我的安神丸啊）！一家人和樂融融地到台南頗具人氣的連鎖日式炸豬排店用餐，因為沒有事先訂位又是用餐的巔峰時段，原本擔心會沒位子呢，但這家店不愧是知名餐飲關係企業連鎖店，服務超好超貼心！不但一直關心我們坐得舒不舒適（因為有帶小小孩），莊小妹的安全餐具也二話不說就迅速送到，餐點都還沒上桌好感度就已經爆錶啦！果然驗證服務業的圭臬：攻心為上！要收買父母的心就要先從小孩下手—這家店的職前訓練的確作得很不錯！



點菜前先送上熱麥茶，桌上還有研砵和芝麻，在等菜上桌期間可以先磨芝麻作芝麻醬。

散文雜記之三

前菜：

高麗菜絲及涼拌杏鮑菇



切得極細的高麗菜絲淋上特製醬汁，清爽不膩，杏鮑菇則是佐日式醬油加海苔絲，相當開胃。



好戲來囉！主菜上桌！但配菜也不容小覷喔—

主菜：

咖哩雞排及菲力豬排

這道茶碗蒸可是讓莊小妹吃了整整兩碗還吵著要再吃的逸品！根據媽媽（在下本人）趁莊小妹不注意偷嚐一口的感想：好濃的高湯味！難怪能獲得莊小妹的青睞（小小年紀就很識貨）！

湯品是鮮魚味增湯，但因整份主食份量頗多，加上不忍錯過甜點和飲品，雖然味道也算不錯，但胃容量實在有限，只能成為遺珠了…



雞排是日式薄皮炸雞，本身已有醃漬入味，份量給得毫不吝嗇，搭配稍有辣度和甜味的和風咖哩，相得益彰但味道稍嫌太重。菲力豬排則炸得外酥內嫩，雖不是我吃過最軟嫩的豬排，但也是名列前茅的了。



甜點：

芝麻冰淇淋搭配熱玄米抹茶：這個組合…我只能說我真是太神了！味道非常契合，好吃！

水果鮮奶酪搭配水果茶：水果茶表現一般，但奶酪的味道十分濃郁，也是受莊小妹欽點的一品。



吃飽喝足後的一家人到鄰近的成大校園悠閒散步，初秋晚上帶著舒適的涼意，校園昏黃的燈光下，我們兩大一小三個人的影子在紅磚地上躍動著，搭配著莊小妹的童言童語，蹦跳的步伐，我心中小小地奏起輕快的舞曲…女兒總能讓我煩躁的心輕鬆愉悅，彷彿所有煩人的事都被隔絕在我們的世界之外。當日適逢水利系的學生們在排練迎新宿營，廣場上學生們團團圍繞演練拜火舞，讓我回想起以前熱衷熱團的學生生活…在學生們低沉的吟唱聲中，莊小妹稚嫩的童音滲透夜幕…感覺我的心變得好輕好輕…咦？不是要考試嗎？嗯…暫時忘了這檔事吧…

2011.10.01 專科筆試倒數一天

為降低考試前的緊張情緒，老早決定提前一天北上。搭乘下午的高鐵列車，抵達台北時不過下午五點，可惜天公不作美，台北是刮著強風陰冷潮濕的天氣，雖然天候尚早天空卻一片陰霾，但不減我昨日累積的好心情！本著即使非常時期也要吃喝玩樂的原則，晚餐當然不能敷衍了事囉！

晚餐：

大排長龍的小籠湯包味道尚可但服務態度不佳！





網路查到的人氣小吃店一味道…應該只能說是南部人吃不慣北部口味吧…



夜宿台北新興連鎖旅店—裝潢走極簡風，營造溫馨時尚的氛圍（但空間真的不大…）一夜好眠…

2011.10.02 專科筆試當天！

因為下午才考試，慢條斯理吃過旅店早餐後，收拾行囊散步往台大方向前進。雖然還是多雲微涼的天氣，至少濕冷的雨沒再下了。順著中正紀念堂的藍瓦白牆漫步，搭著街上稀疏的行人，和印象中的台北不同，反而和我熟悉的緩慢悠閒地台南步調相近，舒服地讓人快忘了我下午還要考試哩！抵達台大時雖然才上午，反正也沒別的事好忙，索性提早吃午餐吧！



人氣鐵板料理店及鎮店之寶—每日現磨胡椒粒。我要收回過去對連鎖店的偏見…真的很好吃！食材品質也有一定水準！（什麼時候才要在台南開分店？）

考試實況

筆試一百題…其實也沒什麼特別感想…不過要當第一個交卷的人還是需要一些勇氣（在交卷當下突然好擔心會不會有題號填錯之類的大烏龍）…

晚餐—考完試回到台南，完成階段性任務當然要好好犒賞自己啦！



中華路上不起眼的小店一只能說，不只人不可貌相！看似生意冷清的小店，烤功和調味都在水準之上（還有一般店家不常見的生啤加持）！最近再回鍋可是人聲鼎沸呢！

2011.10.07 專科口試倒數兩天

又是值班隔日…拖著疲憊的身心到我近期內最喜歡的早午餐店休養生息…



藏身在民宅巷弄中，也是老房子改建的兩層樓建築。樓上是室內設計工作室，樓下則是舒適的用餐空間及工作吧台，除了早午餐也販賣下午茶及點心。個人很喜歡這種充滿素人創意及熱誠的小店。

店內還在各個角落佈置老房子改造前的照片，和現在溫馨怡人的空間對照別有一番風味。

充滿趣味的空間佈置



和桌上小物
(胡椒罐及鹽罐)



沙拉
濃縮還原果汁
鮮奶及穀片



主餐：

手作佛卡夏（超推薦！）及丹麥土司，搭配培根、德式香腸、水煮蛋



最別出心裁的是一廁所！看似戶外空間，推開玻璃門才發現別有洞天！天井上方安置一座露天水族箱，看著魚兒們“在頭上”悠游，實在是一種很新鮮的感覺！



晚上照例接了我的安神小藥丸一莊小妹回家，本著上星期對知名餐飲關係企業的好感，晚餐到企業旗下新開的日本料理店嚐鮮。

沙拉及前菜



還是前菜…

看起來像濃湯…其實是櫻花蝦茶碗蒸



主餐：

炙燒鴨肉—肉質不錯，口感相當軟嫩，鴨肉味很明顯附鮭魚飯及鰻魚飯（其實還有一份炙燒牛肉忘了照…sorry…）

**甜點：**

整體而言，招牌的好服務沒話說，但味道不算特出，菜色也一般…是否要嘗試就見人見智啦…

2011.10.08 專科口試倒數一天

一樣搭下午的高鐵北上，雖然已經考過筆試，但接下來考的是更難準備的口試，不安的情緒又油然而生…幸運的是這次台北的天氣沒上星期那麼糟，讓我的心情稍稍安定一些。



這次落腳的是集團旅店旗下另一家旅館，一樣走時尚溫馨的居家風格。

佈置得精巧可愛的大廳還有沙發可供休息，閱讀書報雜誌或看電視，也備有簡

單的茶水及沖泡式咖啡可以使用（賞心悅目的接待人員照片就不附上了）。



本著就算非常時期也不能虧待自己的原則，晚餐到附近鼎鼎大名的永康街尋寶。因為前一天吃了不甚滿意的日本料理，所以在琳瑯滿目的選項中還是選了日本料理來彌補前一天的缺憾。

**冷盤：牛蕃茄豆腐沙拉佐日式芝麻醬**

海鮮蓋飯：和台南名字相近的人氣名店相比，份量及品質毫不遜色（價錢也是…）

當日佐菜的飲品：知名品牌的一番榨生啤（喝酒吃肉…我到底是來台北作啥的？）

順道一提，當日入菜的都是現磨芥末醬，嗆而不辣風味十足，大大加分！



三道都風味絕佳，尤其日式炸雞，初嚐口味偏甜，但聽從服務人員建議，沾美乃滋後包裹生菜，竟出乎意外好吃！是坊間少見的口味。除了師父的好手藝，外場服務人員親切又週到，也大大增加好感度！

飯後甜點是名噪一時，幾經波折後改名重開張的芒果冰品。雖然換了店名，但不減店內人氣，尤其排隊點餐時好像來到異國國度—周遭都是說日文的人，店內用餐一位難求，生意好到誇張！雖然味道比起台南玉井的正宗（據說）稍有遜色，價位也貴了一大截，但難得到台北，當然還是要體驗一番啦！



2011.10.09 專科口試當天

一早吃過飯店內的豐盛早餐，就匆匆趕搭捷運到台大去啦！因為今天可是上午就開始考試了，和上星期的悠哉情況大不相同（筆試下午才考）。



考試實況

上午考slide…證明學姐們說得沒錯，這果然是考試最難的一部分！大大打擊我考過筆試後建立的信心…不過下午還有口試呢，暫且放下沮喪的心情充充電，到醫院對面知名的日式連鎖拉麵店吃中餐。可惜味道真的很“日式”，重口味的濃厚湯頭讓我吃了兩口就無法再下嚥…也罷，反正在腎上腺素激增後也不會覺得餓，先回考場查探形勢一番。

幸運地如我所願，排第二順位口試（排後面要等很久又念不下書…徒增緊張…）！但看著第一個考生走進試場，情緒卻又緊繃起來，雖然不過三十分鐘的時間卻如坐針氈…好不容易輪到我走進試場，緊張的情緒反而一掃而空…我也不知考了多久，只覺得回答完考官們的問題後，忽然主考官對我說“辛苦了，考試就這樣而已嘛！結束囉！恭喜你！”一時複雜的情緒湧上心頭…四年多的學習加上近半年緊鑼密鼓的準備，就是為了這一刻…彷彿絢爛的花火，燃燒就為了一瞬的耀眼…太多愁善感啦！總之就是突然覺得擔子輕了，想哭又想笑的感覺…重點是…我可以回家看女兒啦！

搭高鐵回到台南不過下午五點多，聽學姐們說結果很快就會公佈。雖然心裡覺得八九不離十，但還是一直有個小小的聲音在喃喃自語“如果…萬一…” …直到晚上六點半名單確定了，才真的放下心上的大石頭。

凱旋歸來的晚餐

市政府附近裝潢精緻典雅的餐廳，看來吃一頓所費不貲，不過今天不慶祝還待何時呢（謝謝莊先生～）？

餐前酒、前菜及濃湯



像是鹹派的前菜一烤得酥脆的派皮包裹蘑菇、雞肉與飄著蛋香的醬汁，相當美味。濃湯味道溫和醇厚很受莊小妹歡迎。



受莊小妹喜愛的主餐—辣味鮮蝦義大利麵！麵條較具厚度與筋度，卻能增加咀嚼的口感，搭配Q彈蝦肉、蒜片和韭黃，整體調味算是中西合璧卻不衝突，好吃！

吃過前菜和濃湯後，微酸的沙瓦讓味蕾適時甦醒

身價不凡的烤牛小排！但也因為不凡的身價，整體味道和份量反而顯得不如預期…

三種搭配牛肉的烤鹽各具風味，倒很令人驚艷。



劃下完美句點的甜品一起司蛋糕，口感細緻綿密，也相當受莊小妹青睞（證明莊小妹小小年紀就頗具鑑賞力一愛吃好東西…）。

拉拉雜雜寫這麼多頁，與其說是心得感想，實際上比較像食記…因為回顧起來，在這些吃吃喝喝的過程中，在與家人相處的片刻時間裡，難熬的日子會被淡化，緊張不安等各種情緒也變得容易忍受了…與大家分享，我在這段非常時期經歷的小小幸福生活！也告訴各位學弟妹一專科考試真的沒那麼難，只要按部就班準備，大家都能輕鬆度過的！

2011.11.10 by 幸芬

作者簡介

蔡幸芬醫師

現任：

成大附設醫院婦產科母胎醫學科次專科研究員

成大附設醫院婦產科醫師

2011日本婦產科醫學會- 日本嵐山嵯峨野之行

吳郁芃 醫師

終於計畫許久且波折不斷的日本行成行了，原訂三、四月的日本行遭逢日本海嘯及核災因故延期，八月底才踏實地踏上大阪的土地。

這是自己第一次的日本行，因種種因素，最後這行程只有我一人自助旅行，行前只好努力做功課，自己排定行程，幸好科內的張峰銘主任，康琳醫師及黃于芳醫師對日本有一定程度的了解，給了我不少住宿及行程安排的建議，使我的日本行得以順利且玩得極為盡興。

旅途中印象較為深刻的有造訪嵐山嵯峨野那一段旅程，從大阪出發，沿途的風景從城市轉換到鄉間再至山間，總有種小學時要去郊遊的興奮之情，很是開心，平日在城市中活動，能抽空至山上走走透透氣，也覺神清氣爽，山上的氣候涼爽，去日本時最辛苦的莫過於每日須頂著35度高溫在景點活動，一去到山上，涼爽的氣候，頓時暑氣全消，真希望每天都能造訪這裡，一個人慢慢漫無目的地閒晃，偶爾好奇地繞進路邊小巷，一探當地居民真實的生活，賣酒的小店、茶葉店，因為語言不通，我們比手畫腳了許久，還現場沖泡了不同的茶葉請我喝，他們人情味，就像現磨的抹茶粉單純卻濃厚，沿路還吃吃喝喝了很多，抹茶冰淇淋有濃厚的茶味及奶味，濃醇好吃，湯豆腐口感細緻卻豆味十足，路途中買了一條手帕，沿途擦拭汗水，真的方便好用，難怪路上許多日本人手一條手巾，是個有趣但立意良好的習慣，而且觀察當地居民的外表，都是極為乾淨舒服、畫點淡妝稍加打扮，幾乎沒有放任自己滿臉橫肉的胖子，極為賞心悅目。「對自己外表的要求是對別人的尊重」—也是此行我的重要收穫，不過一回國久了，又忘得一乾二淨了，所以我



又恢復“略為”不修邊幅的習慣啦。

要到達小火車車站前經過了一段竹林，真的好像臥虎藏龍的場景，竹林密佈、不見天日，拐個彎柳暗花明又一村，就見到了野宮神社，聽說是有名的祈求戀愛順利的神社，進去繞了一圈，整個神社都被竹林包圍很是涼快，至於我祈求了甚麼，就留給各個看倌去猜吧！

嗯！終於到達目的地—嵐山小火車，站長是個敬業且有禮的服務人員，日本的服務精神真的令人佩服，是無微不至卻令人舒服的，小火車的配備古樸，木頭椅子、小時候的吊燈、黃橙橙的燈光有種復古的味道，解說人員低迴地哼著歌謠，半開放的車廂，山裡帶點濕氣卻極為清新的風吹拂在臉上，真是舒暢極了。很開心一天的旅程結束於此，帶著我被洗滌過，輕鬆不已的身心，坐著電車搖晃回旅館囉。

作者簡介

吳郁芃醫師

現任：

成大附設醫院婦產科婦女腫瘤科次專科研究員

成大附設醫院婦產科醫師

散文雜記之四

壹、信仰是種強大的力量

28歲女性，和丈夫在一年多前就知道自己罹患了乳癌。（可能）因為信仰（聽說是法XX），或者強烈的人生想要完成的事的想望，夫妻倆決定不積極治療乳癌，反而選擇懷孕生養一個小孩。將近一年後終於懷孕。到某家婦產科做第一次產檢時表明有乳癌，醫師強烈建議拿掉小孩，先治療媽媽的乳癌。於是夫妻倆決定改到另外一家婦產科產檢，這次，完全隱瞞乳房疾病這件事。所有自費的，或說會檢查出胎兒是否異常的檢查一律省略，甚至醫師看到有脈絡從囊腫建議羊膜穿刺時，也一點不為所動，連露出焦慮的神情都沒有，也就是，無論如何都要生下這個小孩的意志異常堅定。

超強的意志力讓外人看不出她的『隱疾』，直到不能走路、喘不過氣了，才願意積極尋求醫師的幫忙。。。這時，已經骨頭、肝臟、肺臟都轉移了。

遺憾的是小孩極度早產，媽媽可能連小孩的面都還沒見到就離開人世了。。。

大概就是這樣。。。

沒有人有立場評斷這麼做的對錯，只是，信仰的力量真的很大！不管是法XX的信仰，或是「想要一個小孩」的信仰。。。

請大家明瞭：乳癌基本上是種早期發現早期治療就可以有非常好的存活率的癌症。所以

1. 請定期檢查

2. 就算診斷出來是癌症，也盡快接受正規治療！

再來要舉的例子，其信仰的力量所帶來的正向力量才是令我感動與推崇的。。。

我的堂姊是個很虔誠的基督徒。頂著高學歷，念了神學院，做了傳道士，與同是傳道士的先生生了兩個女兒，幾年前決定成為世界人道關懷組織(or something like that)的成員到偏僻的巴布亞紐幾內亞傳道，帶著兩個年幼的女兒。這在以功利主義掛帥的台灣社會，真是令人驚呼的決定！

在他們每隔一段時間從地球彼端發出的email內容來看，那種披荊斬棘、原始異鄉。。。的生活，實在令人難以想像，但卻又充滿人性最令人感動的光輝。一直以來，我都很感佩他們夫妻堅定信仰所顯現出來的力量！幾個月前，收到了堂姊的email，說是發現乳房腫塊，想問我們這些當醫生的親戚們意見。看完email的我，其實心裡很擔憂，但回信時，還是秉持台灣人一貫「報喜不報憂」的精神，選擇寫一些良性的可能，輕描淡寫惡性的可能。

結果，真的是乳癌。

天哪！我真是強烈地覺得：上帝一定要給予堂姊很特殊的任務！只是一時之間，凡人無法理解罷了！

靠著信仰的力量，堂姊很快就面對現實，接受了開刀、化療，積極地考慮著回巴布亞紐幾內亞繼續傳教的計畫。。。

今天接到堂姊從化療的副作用中稍為緩解時趕快寫出來的email。我很深刻、真切地感受到那股信仰所帶來正向、無畏的信心與力量。

有信仰的人，是幸福的，是力大無窮的！

貳、堅強的笑容

我忍不住要問：是不是一個人歹命，就註定要歹命一輩子？

回到那年在X大醫院。

老闆輕描淡寫地告訴我：

有個王醫師轉來的孕婦35週有心臟病有點喘

因為我要出國開會麻煩妳接手處理

很快地我發現 不是有點喘

是 心臟瀕臨衰竭了

她所患有的心臟病 本不該懷孕 懷了孕在這週數生產（不管怎麼個生法）

死亡率 50%

也就是 賭博 一半一半的生死機會

催促她 趕快住院生產

她竟 不在意地又延了幾天才出現

驚動了產房所有人

嚇壞了婦產、心臟、麻醉科醫師

輕鬆的是喘著的孕婦和不知道到底搞不搞得清楚狀況的家屬

婦產、心臟、麻醉科醫師輪番上陣說明現況、危險性、結紮建議

只見丈夫攸攸地說：甘無這嚴重？她這心臟病從小就有，還不是活這麼大了。阮厝ㄟ神明有在保庇的啦，安啦！

安～～啦？

在一片肅殺的緊張氣氛下 麻醉 手術
嬰兒平安 媽媽送進 I C U 順利轉醒 出 I C U 回普通病房

第一次 被病人家屬虧

看恁醫生這緊張，大驚小怪！還開出病危通知，給我們嚇死！

啊又沒事！阮叨講 阮厝ㄟ神明有在保庇的啦！

第一次 無法鐵齒 只能承認

是 是 是！恁厝ㄟ神明真正有在保庇！

科內的病例討論會後

大家大致同意 這次的母子均安 也算是奇蹟

過了好一陣子 在小兒科門診前遇到她們母子 打預防針來著
 上前問問她 還是喘著喘著
 家裡工廠還是需要人手幫忙而工作著
 小弟弟順利長大著
 . . .
 要她別太累 要好好照顧自己
 個頭嬌小的她 笑著

不可能忘掉這 挑戰極限的個案～～
 還有那透明而堅強的笑容

過了幾年
 在即將結束一早上忙碌的診間
 病人一進門就克制著沒嚎啕出來地撲坐過來
 眼淚簌簌地流 捧著胸口 對我說：
 牛醫師～～怎麼辦啦～～我兒出事了啦～～
 ~我和我兒的命是妳救回來的，
 呱要再幫我一次啦～～～
 有那麼一下下 想不起是誰 而有點被嚇著了
 過過面紙 她深吸口氣 開始說：
 兒子養到兩歲多 好可愛 會叫媽了
 有天在幼稚園 突然全身抽搐倒地
 老師卻因為遲疑著要送哪家醫院而決定先將他送回家裡
 再送到X大醫院時 就來不及了
 急救了好一陣子 仍因缺氧過久 沒清醒過來
 在小兒加護病房住了八個月 幾乎各科的醫師都照會了
 最後查出來是胰臟長了腫瘤導致血糖太低而昏倒休克抽搐
 這種胰臟腫瘤的發生率約莫十萬分之一
 兒子竟遇到了
 即使手術摘除腫瘤 兒子還是沒有『醒』過來
 八個月後帶回家自己照顧 照顧得很好
 連一次一處褥瘡都不曾發生過
 但是 家裡沒有人支持 照顧個『沒效』
 (台語)的小孩有啥路用？
 兒子
 是我拼了半條生命換來的！別人放棄 我可絕不放棄！
 現在
 來找牛醫師 問問可不可以接通輸卵管
 可不可以再生一個
 當初的心臟科醫師放棄我了 說不幫我看
 了 但
 兒子的心臟科醫師說要幫我看
 牛醫師 如果檢查心臟功能還好 我可不可以再拼一次 雖然我也知道很危險

我 忍住
 不讓淚水溢出那小小的眼眶
 久久
 遲遲想不出該插上甚麼話 任由她說了二十分鐘

等她越說越理智 也等我自己從做媽的同理心痛中回到醫師的專業思考後說：
 好！現在我要說些妳不想聽的話 (她抿了抿嘴 點點頭)
 (其實她 答案 早了然於胸了吧)
 先撇開所有技術性問題 結果
 可能 呱再次創造奇蹟 再次母子安然度過
 但
 呱知道創造奇蹟的機率。。。
 可能 走到一半 小孩早產
 呱知道早產兒問題多 家人是否一樣不願面對？那
 呱可能要獨自照顧這兩個小孩
 很可能 渡不過
 那
 家人已經不願面對的大兒子
 怎麼辦？
 呱知道的 呱需要為大兒子好好地活著的！(我似乎在她眼裡看到一絲光芒閃過 點頭)

這次的談話 結束時
 她照例給我堅強的笑容 更多了份厚實的透澈

結束了門診
 心中好像滿滿的不知充滿了甚麼 或者相反地像是被掏空了一般

是不是這個小孩，當初就是強求來的，所以註定要失去？
 是不是一個人歹命，就註定要歹命一輩子？

我 其實 何 其 有 幸！！
 下了診
 接了小乖回家
 用力地摟摟她 感謝她 平平安安地活著

後記

曾經說過要心存善念、多做好事來累積好運，給自己，也好分一些給我的病人(行醫哪～～並不是醫術達到爐火純青的高超階段，就一定可以救活病人的...)

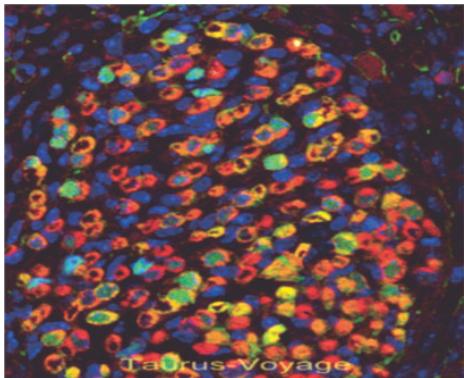
這個病人，讓我再次肯定這樣的想法。。。

那天回X大一趟，在小兒ICU前走廊又遇到她，我瞪大了眼，心想：『不會吧。。。』

幸好她回以一慣的笑容告訴我，只是家裡呼吸器壞了，趕快把小孩送回來，順便做做檢查。。。

她的笑容 久久揮之不去

就是有人如此堅強地面對生命！！



上圖是在德國做研究時拍的老鼠胚胎時期肺臟肌橫面免疫螢光染色照片

生命的奧秘
在肉眼看不見的世界裡
人類總是不斷地 無懼地 打開
像黑洞般的盒子

參、諾亞

生命，無法選擇起點。
她是一個好可愛的女娃。

憑良心說，她也是一個算很好帶的女娃。
她的存在，漸漸成為大家的一種習慣。

還很小時，躺在嬰兒車裡，走過她身旁，
習慣駐足看看她，隨便對她說說話；

比較大了，嬰兒車躺不下，牛醫師的值班室和護士阿姨的休息室，成了她輪流睡覺玩耍的地方。喔，對了，每個床墊床單上都留有她多到驚人的口水漬。

每個醫師護士阿姨都喜歡她。有事沒事就要去看看她，陪著醒著的她玩耍。

打從一開始，每個人都知道不能真的愛她，所以她獲得所有阿姨的愛，但分散而片斷。

嗯，是的，片斷的愛。
然而，現實是。。。

世間總有些事，真的不是「依法行事」就可解決的。

隨著生母的遲疑，說法、行動反反覆覆，
社工與警察單位也礙於「情」理法而無法強制而為，

她
就這麼住下來了。

片斷的愛，漸漸地凝聚成型，越來越完整了。

滿月慶祝。。。
兩個月，勉強還睡得下嬰兒車。。。

三個月，所有現成的嬰兒服再也穿不下，
阿姨們紛紛挖出家裡壓箱底的嬰兒服，貢獻出來。沒小孩的阿姨們藉機逛街採購嬰兒用品。。。

四個月，慢慢添加副食品，身邊行頭越來越多。她也會側身，幾乎學會翻身了。。。

這實在不是事情該停頓的狀態。。。

我們都說，再等下去，她會翻身、會爬了，就會管不住她了。

我們也說，再大下去，她的發育、學習會開始落後了，因為輪三班忙碌的阿姨，沒辦法好好教她、帶她。

牛醫師只好趁著值班時，上網抓些床邊故事說給她聽。她真的會認真聽耶，只是注意力無法集中太久。

她也會坐在牛醫師的大腿上，陪著看網路
上解析度不太好的韓劇，然後看不久就貼著牛
醫師胸膛靜靜地睡著了，順便流流口水。

她很愛笑。每次牛醫師出現，湊到她面前，她就咯咯地燦爛笑著。

她玩累了，睡覺前會自言自語火星語。牛
醫師有模有樣地學著她說火星語，竟可以對起
話來。（雖然我從沒搞懂過我自己說了甚麼、
她又說了些甚麼）

她喜歡把身旁抓得到的東西全拿來吃，最
高紀錄，可以把一片乾淨的尿布舔到全濕。

她狐疑時擠弄出來的八字眉，是招牌，也
是牛老公最津津樂道的。

她三個月就學會撒嬌的哭法，但認真哭起
來，誰也受不了，幾乎要震破每個人的耳膜！

她渴望別人抱她、陪她玩，因為我們總覺
得她懂得些甚麼。。。

有這麼多阿姨陪的日子，應該是快樂的
吧，因為牛醫師時常看到她睡到一半在偷笑。

打從娘胎出來，就接受這麼多人不同的刺
激，她一定不會怕生的。

還有還有，

她有好多乳名。反正每個阿姨都依各自喜
歡呼喊她。正經的牛醫師還是覺得應該讓她習
慣自己的名字，所以堅持叫她本名。雖然她們
說她應該叫招妹，因為所有人都覺得牛醫師肚
裡的妹妹是她帶來的。

她，

就這麼待超過五個月。

知道事情終於明朗化，社工就要來抱走她
時，好多阿姨都忍不住哭了。

牛醫師值班室的床墊，還留有她的口水
漬。。。

而我們的諾亞，即將飛往另一個國度，展
開她美麗幸福的人生。。。

而她的故事，待續中。。。

女孩們，先學會保護自己，再去愛上一個
人吧！否則，總會留下一些甚麼遺憾的。。。

補充：

前兩天，阿長帶來最新消息，說諾亞已經
被人領養囉~~

沒出國，是被台灣人領養走的喔~~

虔誠地祝她幸福！！

本文摘自張醫師的部落格「飛翔的牛」

作者簡介

張令瑋醫師

經歷：

- 婦兒安婦幼中心主治醫師
- 國立成功大學附設醫院婦產部
--總醫師
- 主治醫師
- 遺傳學科主治醫師
- 乳房超音波檢查醫師
- 臨床教師
- 婦產科專科醫師
- 超音波專科醫師
- 週產期醫學會專科醫師

現任：

安安婦幼中心副院長



2011年10月16日-婦女泌尿新知研討會 (於香格里拉飯店舉辦)

圖/吳宛珊
文/黃媛琳

活動簡介：婦女泌尿新知研討會議

參加人員：奇美婦產科醫師、成大婦產科醫師、大台南地區婦產科醫師

活動地點：香格里拉台南遠東國際大飯店3樓成功廳



(左起)黃國峰醫師、謝欣然醫師



(左起) 王建章醫師、陳勝咸醫師



(左起)廖翠碧小姐、吳珮瑩醫師、鄭月琴小姐、張峰銘醫師



(左起)廖翠碧小姐、鄭月琴小姐、吳宛珊小姐



(左起)蘇美慈醫師、王一真小姐



姚博琳醫師



現場活動接待人員



(左起)張峰銘醫師、唐一清教授



婦女泌尿新知研討會議現場



張燭心醫師



郭宗男醫師



林志哲醫師



張峰銘醫師



現場研討會議情況

活動照片之一



許朝欽醫師



王建章醫師



吳銘斌醫師



黃寬慧主任



陳慧菁醫師



黃于芳醫師



陳勝咸醫師



鄭雅敏醫師

2011年10月27日-周佩宜醫師升等及專科醫師 (吳郁芃醫師、梁玉玲醫師、蔡幸芬醫師) 通過慶功宴(台南阿霞飯店)

圖/吳宛珊
文/黃媛琳

活動簡介：

周佩宜醫師升等院內主治醫師及專科醫師（吳郁芃醫師、梁玉玲醫師、蔡幸芬醫師）通過慶功宴。

參加人員：科內VS、R、醫事人員

活動地點：於台南阿霞飯店舉辦



(左起)王一真小姐、洪貴香小姐、陳鈺瑩小姐



(左起)吳宛珊小姐、蔡幸芬醫師



(左起)白岳儒醫師、陳達生醫師、康琳醫師、
莊淑櫻護理師、吳青琳小姐。



(左起)莊淑櫻護理師、吳青琳小姐



(左起)吳郁芃醫師、蔡幸芬醫師、張燭心主任、
梁玉玲醫師、周佩宜醫師



(左起)沈孟儒醫師、游振祥醫師、
張峰銘醫師、許耿福醫師



(左起)徐乃苓、謝昀宸小姐



餐後合照



(左起)許耿福醫師、周振陽醫師



(左起)陳柏帆醫師、許沛揚醫師夫妻、陳達生醫師、白岳儒醫師，這群人吃飽喝足了！等著吃水果啦～



(左起)陳達生醫師、白岳儒醫師、康琳醫師



(左起)廖翠碧小姐、鄭月琴小姐、黃寶秀小姐



(左起)鄭雅敏醫師、張峰銘醫師、
張燜心主任



大家超有精神的拼命吃東西，看起來真的好餓唷！



升等宴圓滿結束大合照攝於阿霞飯店餐廳門口



許耿福醫師



陪著婦產科一路走來的
黃寶秀小姐



蔡幸芬醫師



2011年10月28日- 婦產科[百年同聲 薪火相傳]-壓箱寶SHOW

圖/吳宛珊
文/黃媛琳

活動簡介：讓同仁更加了解婦產科過去及對未來的期許！來感受『那些年我們一起打拼的日子』的種種回憶。

參加人員：婦產科同仁、全醫學院同仁

活動地點：於醫學院四樓大會議室舉辦



張峰銘醫師來到現場參與活動，後為排隊簽到準備進場的醫師、同學們。



大家為歡迎主持人掌聲鼓勵。



同學們熱情的等待壓箱寶SHOW TIME。



由院史室楊政峰主任為百年同聲 薪火相傳-壓箱寶開場介紹，右為張燭心主任



活動主持人婦產部張燭心主任。



同學們上課認真聽講的情況。



後排為參加活動的各單位貴賓們。



同學們於現場歡笑聲不斷的畫面。



有獎徵答活動時間，同學們舉手好踴躍。



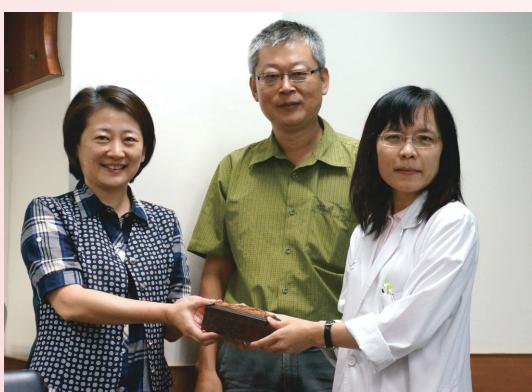
當天壓箱寶的活動現場來了好多人來參與。



圖左是答對問題的同學有紅包獎品耶！



婦產部張燜心主任致贈百年同馨紀念專集予楊政峰主任。



(圖左)老年所劉立凡主任致贈壓箱寶，由張燬心主任領收。



蔡幸芬醫師



陳達生醫師



張峰銘醫師在活動開始前給同學們勉勵未來的致詞。



圖左為婦產科百年同馨紀念專集，記載著婦產科的過去歷史。



壓箱寶活動圓滿結束大合影，攝於醫學院四樓大會議室。



圖為百年同馨薪火相傳-壓箱寶活動海報。

2011年10月29~30日- 100年度婦產部墾丁自強活動采真

圖/吳宛珊
文/黃媛琳

活動簡介：辦理此次自強活動藉以促進同仁聯誼、調劑身心、培養團隊精神及激勵工作士氣。

參加人員：婦產科同仁及眷屬

活動地點：悠遊墾丁兩天一夜



(左起)周雪惠護理長、莊淑櫻小姐



(左起)宛珊妹妹、靜枝姐的千金-惠臻妹妹



(左起)科內同仁-何家瑜小姐、
胡雅婷小姐



(左起)科內同仁-阮蘭惠小姐、沈青蓉小姐



(左起)科內同仁-鄭安蕾小姐、林筱培小姐、
葉馥菡小姐



(左起)雅媛小姐、筱薇小姐、宛珊小姐

活動照片之四



(左起)科內同仁-蘇宥縈小姐、宛珊小姐



(左起)筱培小姐、馥菡小姐、宛珊小姐



大家在討論攻打戰略，我要打.....



何筱薇小姐

活動照片之四



一行人浩浩蕩蕩來到熱情的墾丁，圖為恆春阿嘉的家。



八個美麗的少女快樂的都飛起來了。



天啊，這是微笑天使的比賽嗎~



吳宛珊情侶檔



同仁們準備進行沙灘排球比賽。



有沒有，有沒有！就是這個感覺



吳孟興醫師的千金+康琳醫師的千金



哇！哇！哇！會著涼啦~

活動照片之四



來勢洶洶的先拍下廝殺前的和平照。



科內同仁-陳琦斐全家福



社頂公園到此一遊1~2~3~YA



美少女戰士第一隊



美少女戰士第四隊



阿嘉的家到此一遊1~2~3~YA



美少女戰士第二隊



美少女戰士第三隊



海生館太陽很大!拍快點... 1~2~3~YA

活動照片之四



楊雅媛小姐



海生館到此一遊1~2~3~YA



登登登登~登對+恩愛+游振祥醫師夫婦 莊小妹，看這裡呀!(右為蔡幸芬醫師)



游醫師想爬去哪呀~別跑!



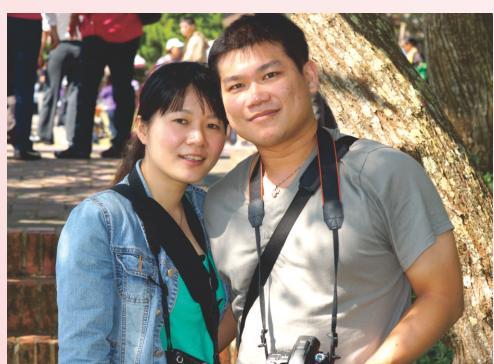
開飯時間，蘭惠姊姊吃得好開心!



開飯時間也是要拍美美的照片~



蔡幸芬醫師全家福好幸福唷!



唷. 唷. 唷! 這不是即將新婚的吳宛珊夫婦。

活動照片之四



陳咏華小姐之千金



靜枝姐跟惠臻妹妹在等吃飯嗎



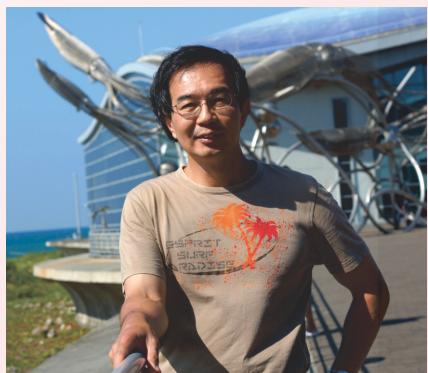
嘖嘖！現在流行回眸一笑。



蘇宥縈小姐



蔡佩穎醫師一家人，妹妹好可愛呀！



游醫師好帥喔！



這是在拍偶像劇嗎，怎麼會這麼陽光動感呀！葉馥菡小姐

2011年度大事



日期	記事
1. 18	◎圓圓阿長送舊(富山)。
1. 22	◎望年會(台糖長榮)。
3. 05	◎許耿福醫師升等餐宴(小銅鍋)。
3. 23	◎婦產科全體同仁100年度大合照。
3. 25	◎謝豐舟教授至本科授課。
4. 01	◎籌劃同馨會與「百年同馨」紀念集。
4. 28	◎潘咸安醫師送舊餐宴(東西小棧)。
6. 26	◎假台南長榮桂冠酒店成立「同馨會」。
7. 14	◎臺南市100年度專業人員母乳哺育課程研習會，提升醫護人員母乳哺育相關專業技能，增進照護品質。
7. 17	◎第12屆3D超音波國際研討會。
7. 25	◎婦產部感染控制、病人安全、病歷評估暨全面性醫療品質改善會議。
7. 28	◎賀喜蘇美慈醫師弄瓦誌喜。
9. 10	◎賀許沛揚醫師新婚誌喜。
9. 11	◎內視鏡研討會。
9. 22	◎本年度第二次婦產部學術研討會(轉角餐廳)。
10. 16	◎婦女泌尿新知研討會(香格里拉飯店)。
10. 27	◎專科醫師(吳郁芃、梁玉玲、蔡幸芬)通過及周佩宜醫師升等宴(阿霞飯店)。
10. 28	◎婦產部百年同馨 薪火相傳-壓箱寶SHOW活動。
10. 29-30	◎本年度婦產部墾丁自強活動。
11. 4	◎醫師節聯誼餐會(大億麗緻酒店)。
11. 13	◎100年度婦產部羽毛球比賽活動采真。
12. 11	◎第一屆台灣國際胎兒醫學學術研討會暨中華民國周產期醫學會第十二屆第二次會員大會。

恭喜

congratulations

★周佩宜醫師升等不孕症暨生殖內分泌主治醫師
★吳郁芃醫師、梁玉玲醫師、蔡幸芬醫師通過專科醫師國家考試



(左起)吳郁芃醫師、蔡幸芬醫師、梁玉玲醫師、周佩宜醫師。



(前排左起)沈孟儒醫師、游振祥醫師、張峰銘醫師、許耿福醫師。
(後排左起)周佩宜醫師、蔡幸芬醫師、梁玉玲醫師、吳郁芃醫師、
張燭心醫師、鄭雅敏醫師。

賀喜

恭喜
congratulations

★鄭雅敏醫師榮獲病歷書寫成績優秀主治醫師第二名
★許耿福醫師榮獲病歷書寫成績優秀主治醫師第三名
★郭保麟醫師榮獲優秀主治醫師

賀喜



賀喜-鄭雅敏醫師榮獲病歷書寫成績優秀主治師(由吳郁芃醫師代領獎)。

賀喜-郭保麟醫師榮獲優秀主治醫師



賀喜-許耿福醫師榮獲病歷書寫成績優秀主治師(由陳達生醫師代領獎)。



酒席中大家跟院長敬酒。



(左起)吳郁梵醫師、康琳醫師



(左起)白岳儒醫師、許沛揚醫師、廖偉玲醫師



超音波技術員廖翠碧小姐

賀喜



李逸文醫師



醫師節晚宴成大婦產部精心盛裝打扮。



還認得出治裝後的大家嗎

跋：總編語 寫於同馨會刊第二期出刊之際

張峰銘 醫師

歲月如梭、光陰似箭，感恩節火雞大餐剛吃完不久，北風襲來、鈴聲輕響，聖誕節又到了。轉眼之間，民國百年就要過去，始知歲月不饒人，一點也不錯。

同馨會刊第二期順利發刊，要特別感謝張燭心主任全力支持，使編輯群無後顧之憂。為瞭解同馨會刊第壹期讀者迴響，黃媛琳小姐對讀者抽樣調查，大致上多是正面的回應，積極肯定編輯群的努力與付出。在此，編輯群萬分感激同馨會友的善心與提攜。

本期新境界共有三篇論文，供同馨會友參考。「婦女泌尿與骨盆鬆弛疾病治療」是黃于芳醫師回顧婦女泌尿與骨盆鬆弛疾病治療的最新發展的鉅著。「子宮內胎兒生長遲緩：產前檢查、診斷、治療的新觀念」是後起之秀陳達生醫師回顧最新胎兒醫學的心得。「子宮內膜異位症的臨床處理」是另一位後起之秀許沛揚醫師回顧最新生殖內分泌醫學的整理。三篇論文都有可觀之處，同馨會友不能錯過。

本期病例討論共有兩篇論文，分別是陳達生醫師的「懷孕29週併血小板過少紫斑症與重度子癲前症」，與廖倖玲醫師的「胎兒先天畸形罕見病例：Agnathia-otocephaly」。兩篇病例相當罕見，同馨會友都有參考的價值。

本期散文雜記共有五篇，「謝豐舟教授回顧展」正在台大展覽，同馨會友應該抽空前往參觀，一定有意想不到的收穫。許耿福醫師的「參加第七屆英國癌症年會(NCRI)出國報告書」、蔡幸芬醫師的「光輝十月—我的專科考試心得雜記」、吳郁芃醫師的「2011年日本婦產科醫學會一日

本嵐山嵯峨野之行」，與張令瑋醫師的「生命故事系列」，細水長流、慢慢道來，同馨會友可以一窺婦產科醫師生活中的浮光掠影，分享同仁生命的脈動，品茗同仁靈性的芬芳。

本期活動相片多采多姿、精彩絕倫，計有2011年10月16日-「婦女泌尿新知研討會」(於台南香格里拉飯店舉辦)，10月27日-「周佩宜醫師升等及專科醫師(吳郁芃醫師、梁玉玲醫師、蔡幸芬醫師)通過慶功宴」(台南阿霞飯店)、10月28日-「婦產科百年同馨 薪火相傳-壓箱寶SHOW」、與10月29~30日-「100年度婦產部墾丁自強活動采真」。同馨會友可以回想當年，是否也曾經似曾相識？

本期同馨會刊特別賀喜周佩宜醫師榮升婦產部不孕症暨生殖內分泌主治醫師，賀喜吳郁芃醫師、梁玉玲醫師、蔡幸芬醫師通過婦產科專科醫師考試，賀喜許耿福醫師榮獲100年病歷書寫成績優秀主治醫師，賀喜鄭雅敏醫師榮獲100年病歷書寫成績優秀主治醫師，以及賀喜郭保麟醫師榮獲100年優良主治醫師。

蘇東坡詞說的好：「世事一場大夢，人生幾度秋涼。夜來風葉已鳴廊，看取眉頭鬢上。」幸好有同馨會刊可編可看，有老朋友可以閒聊，歲月總算沒有白過。適逢金兔年終，龍年在即，恭祝同馨會友龍年行大運，

「發揚龍馬精神，飛黃騰達；
如鯉魚躍龍門，身價百倍。」
最後，且卜一卦相贈：
易經·乾卦·九五：
「飛龍在天，利見大人。」

墾丁自強活動花絮采真

