



2012.03.21婦產部全體同仁大合照



2012.04.29婦女泌尿研討會於成大會館合照

# 同聲會

第04期  
會刊

2012.07.01歡迎回娘家

國立成功大學醫學院附設醫院婦產部同聲會

2012.06



2012.03.21婦產部大合照





2012.04.17婦產部專題演講in夏慕尼



發行人：張焜心  
 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 黃鈺惠  
 協助撰文：張焜心 張峰銘 黃國恩 謝豐舟 張令瑋 賴宗炫  
 王培中 廖倖玲 許沛揚 吳孟興 蔡幸芬 陳達生  
 白岳儒 吳宛珊 黃鈺惠  
 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



2012.04.29婦女泌尿研討會結束後全體合照





# Contents 目錄

3	I.同馨會週年感言	黃國恩
5	II.發刊辭	張焜心
6	III.讀者迴響	黃鈺惠
7	IV.新境界	廖倖玲
11	剖腹產後沾黏	許沛揚
16	生殖手術與不孕症治療	陳達生
	產科出血處置的新觀念	
20	V.病例報告	蔡幸芬
23	第三孕程發現殘存的玻璃体動脈	白岳儒
	臍帶真結	
27	VI.論壇	謝豐舟
32	台灣乳癌防治策略	王培中
38	懷孕合併陰道出血	賴宗炫
	追思黃崑巖院長與祝賀同馨會成立滿周年	
41	VII.散文	蔡幸芬
45	樂活城市 悠適人生	張令瑋
50	生命故事系列(三)	張峰銘
	書道：將進酒	
53	VIII.活動照片	吳宛珊
55	20120321 婦產部團照	吳宛珊
58	20120417 婦產部專題演講in夏慕尼	吳宛珊
	20120429 婦女泌尿研討會in成大會館	
63	IX.賀喜	吳宛珊
65	張焜心主任、鄭雅敏醫師、吳宛珊小姐榮獲教學績優獎	吳宛珊
66	蔡佩穎醫師喜獲千金	吳宛珊
68	白岳儒醫師喜獲麟兒	吳宛珊
70	李沂芝小姐弄瓦之喜	吳宛珊
73	賴翎華小姐弄璋之喜	吳宛珊
	總編語	張峰銘
	出版資料	



# 同馨會一週年感言

黃國恩前院長



同馨會值一週年，特別感謝張烱心主任的努力籌劃及張峰銘教授的極力促成。收到第三期會刊，看到2012年1月8日望年會大合照，仔細看每一個臉孔，大人小孩數了七十七位，其中許多熟面貌，卻有更多陌生臉孔，深深感受到時空變遷的快速，也更加確認構成同馨會互相交流的必要性和可貴性，再度感謝。

時空變遷，本來就是自然，人員更替，更是不可避免。長江後浪推前浪的形容未免太通俗，但世事也就是如此，只期盼後浪優於前浪。成大醫院婦產科年輕，我們的浪起始於源流，長途跋涉，慶幸看到幾位當年的年輕講師現已成為赫赫有名的大師教

授帶領後進，是用心努力的結果，是我們成大醫院婦產科的寶貴特色。

時間飛快，我離開成大已經十四年，但一直以成大人自認，而以能夠繼續與成大醫院婦產科大家保持連繫感到高興與幸福。回顧當年自醫學院畢業進入台大醫院婦產科，到美國羅徹斯特大學，1992年回來擔任成大醫院院長，任期六年，剛好屆齡退休，1998年轉任長庚醫院名譽院長，在成大的任職時間最短，但成大醫院是我工作最投入而最留情感的場所。

今天藉此同馨會會刊篇幅，略述我對台灣醫學機構的意見。台灣醫學院和醫院在制度上類似美國，而與歐洲和學習德國的日本制度迥異。美制是科部人



議，醫學院畢業後完成住院醫師訓練者聘任教職得以助理教授起聘（現以講師

員各自發展，可以擁有好幾個教授，主任負責行政，同時決定科部發展方向。歐制及日本以講座教室為單位，單一教授帶領科部，常對某一研究主題發展，美歐兩制各有千秋。台灣學習美制卻受日本影響，如稱醫局。然而不知那來，從1974年台大醫院改變採用科部主任任期制，三年一任不管好壞六年任滿就卸任，更由普選決定次任。本人不以此為然。第一、每六年更換主任，科部發展失去方向，缺乏一貫性，試想要有幾個六年才能建立卓越出色的科部？其二、由下屬普選主管根本不妥當，科部主任應該以遴選聘請為宜。其實，美國大學醫院的科部主任並沒有任期。我服務的羅徹斯特大學醫院婦產科主任，從我到任（1977）前到離開（1992）一直是 Prof. Henry Thiede。每三年由醫學院院長評估，院長會要求專任教員提供意見做參考，決定續任與否，若不適續任，則設委員會遴選聘請新主任。Prof. Thiede 做到70歲退休。日本大學醫院教授出缺，由各地遴選，一旦決定就是教授主任，下有一位副教授和幾位講師到教授屆齡退休。大學醫院的臨床科部如同大公司的一部門，須要有一貫性的運作方針。目前台灣的大學醫院政策既然已定，則希望前後任主任要有良好溝通與共識，能使科部運作順利並能有計劃發展。幸好成大醫院婦產科至今傳承良好，希望永續不變。

另有一事讓我現仍耿耿於懷。當我擔任成大醫學院代院長一年當中，曾經向教育部當時的政務次長楊朝祥先生提





又到了同馨會發刊的時間。轉眼間自100年6月同馨會成立以來，到現在已近一年了，今年7月1日我們將再次舉辦「會員回娘家」暨「同馨會周歲紀念大會」，在此期盼所有同馨會的成員們都能共襄盛舉，齊聚一堂，一齊來慶祝及分享這特殊的一刻。

回顧過去一年，有許多喜事令人雀躍，例如許多好朋友結婚、生兒育女等！但仍有我們尊敬長者的驟逝讓人驚訝悲傷，不禁感慨世事無常，因此好好珍惜我們所擁有的健康及平安，才是最大的幸福。

最後還是誠摯地邀請各位同馨會的好友們能於7月1日撥空回到台南來，與大夥兒共聚一堂，話家常。

張焯心敬筆  
101年4月21日



# 讀者迴響

黃鈺惠 輯

親愛的會員同仁大家好：同馨會上一期的專刊，不知道各位喜不喜歡，本期的讀者迴響希望大家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

- ♥ 這本是大家的回憶錄耶~好多知識、好多歡笑、好多文章...給你一個讚!!  
星冰樂留
- ♥ 這一次內容很充實，望年會及結婚照也很豐富，充滿大家的回憶。 花花留
- ♥ 醫師撰寫的文章內容很豐富，大家的照片也很精采!! 竹菁留
- ♥ 望年會大家笑得好Happy，宛珊婚紗照很”水”喔!新誕生的兩位小公主”超可愛的! CN BLUE留
- ♥ 這次的照片好精采，小BABY照片也超可愛的! JJ留
- ♥ 透過同馨會會刊，follow到好多新消息，恭喜宛珊結婚!還有兩位小公主誕生，讓婦產科帶來好多幸福的感覺!! SNSD留
- ♥ 這次同馨會雜誌的文章跟照片都好豐富，透過照片也感受到喜悅的氣氛!  
惠惠留
- ♥ 哇~這次會刊的照片好多好漂亮!!希望同馨會雜誌可以一直持續下去  
MAKI留
- ♥ 望年會的照片好精采!上台表演的醫師照片實在是太可愛了!! IRIS留
- ♥ 各位醫師編輯的文章內容好豐富，讓我們吸收了好多醫學方面的新知。  
2NE1留
- ♥ 最喜歡放生活照的部分，讓專刊內容不會枯燥乏味，有參與到大家生活的感覺。照片是種回憶，拍下美麗、開心的一刻，任何時候都能回味當下的感受。 小烏龜留



# 剖腹產後沾黏

## Adhesion after Cesarean Section

最新綜合文獻選讀 BRAND-NEW REVIEW

廖偉玲醫師 整理

from AJOG2011年十二月 剖腹產後沾黏專輯  
Special issue. Adhesion after Cesarean Section  
American Journal of Obstetrics and Gynecology,  
Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011

1. Diamond MP. Postoperative adhesions: an underappreciated complication of cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S1.
2. Clark EAS, Silver MR. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S2-S10.
3. Lyell JD. Adhesions and perioperative complications of repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S11-S18
4. Bates GW Jr, Shomento S, MD. Adhesion prevention in patients with multiple cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S19-S24



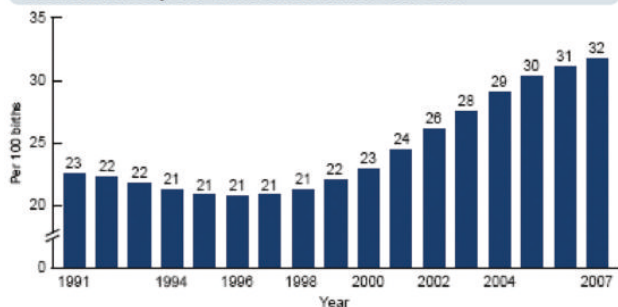
### 壹、剖腹產後發生沾黏的機率

近十年來剖腹產的比例越來越高，於2007年美國統計已達到百分之三十二，將近三分之一的女性生產是以剖腹產的方式(如表一)。剖腹產後發生沾黏的機率約百分之四十至六十五，相較於一般子宮肌瘤切除手術後發生沾黏的機率約百分之八十五，剖腹產術後沾黏的機率相對較低。一般認為原因可能是懷孕時plasminogen activator活性增加，造成膠原蛋白沉積及extracellular matrix的形成，以及纖維蛋白的瓦解，使得沾黏的發生情形減少，另外

剖腹產手術和子宮肌瘤切除手術比較起來，其手術時間相對較短，子宮的傷口通常位於子宮前下方接近膀胱處，且通常只有一處，子宮肌瘤切除手術則視肌瘤數量及位置不同而有不同情形，若數量多或是位置偏子宮後側或兩側卵巢輸卵管處，發生沾黏的機率將會增加，而兩者使用之縫線及子宮肌層和腹膜的縫合方式不同亦可能使剖腹產手術後發生沾黏的機率降低。



Cesarean delivery rate in the United States: 1991-2007



表一 近年來美國剖腹產的比例越來越高，近三分之一的女性生產是剖腹產。(翻攝自 Bates GW Jr, Shomento S, MD. Adhesion prevention in patients with multiple cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S19-S24)

## 貳、重複接受剖腹產手術不良的影響

女性重複接受剖腹產手術長期之下會造成一些不良的影響，如下述幾點：

一、增加植入性胎盤(如圖一)的機率，隨著剖腹產的次數增加，發生植入性胎盤的機率也上升(如表二)，若發生植入性胎盤，術中出血量、凝血功能異常、感染、子宮切除甚至母體死亡的機率相對會上升，術中及術後輸血及術後需要重症照護的機率也會升高。

二、增加子宮切除的機率(如表三)。

三、增加前置胎盤的機率。

四、增加手術時間及住院天數，除了剖腹產次數之外，母體年紀大於35歲或BMI大於30或是手術醫師經驗較少都會增加住院天數。

五、增加子宮內膜炎的機率。

六、增加剖腹產傷口子宮外孕的機率。

七、增加死產、胎兒過小、早產、胎

兒窒息及出生後一分鐘之Apgar score小於七分的機率。

八、增加慢性疼痛的機率(如表四)，由於剖腹產通常是Pfannenstiel incision，此種傷口可能會影響到iliohypogastric或是ilioinguinal nerves，使得術後下腹疼痛機率增加，剖腹產傷口之疤痕及腹內沾黏和術後慢性疼痛亦有所關聯。

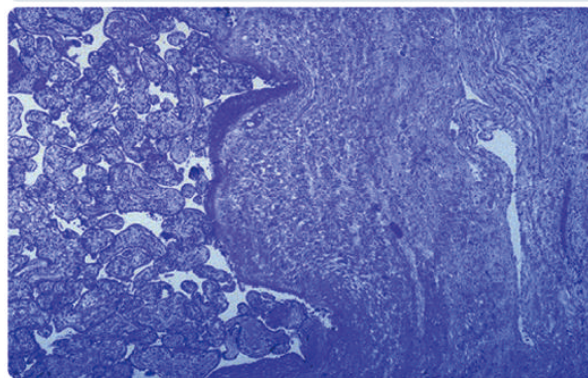
九、對於fertility的影響目前還未有定論，一般認為因為術後沾黏可能導致fertility下降。

十、增加術後沾黏的機率，發生沾黏和手術方式及技術有關，過去研究認為parietal peritoneum關閉縫合有助於減少術後沾黏的發生率。

十一、增加傷口癒合不良或是感染的機率。

十二、增加膀胱傷害的機率，膀胱傷害和膀胱與子宮下段沾黏有關。

Histologic section of placenta accreta demonstrating invasion of trophoblasts into myometrial tissue



圖一 植入性胎盤。

(翻攝自 Clark EAS, Silver MR. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S2-S10.)



**TABLE 2**  
**Placenta previa and placenta accreta by number of cesarean deliveries**

Cesarean delivery	Previa	Previa <sup>a</sup> : accreta <sup>b</sup> n (%)	No previa <sup>a</sup> : accreta <sup>b</sup> n (%)
First <sup>d</sup>	398	13 (3.3)	2 (0.03)
Second	211	23 (11)	26 (0.2)
Third	72	29 (40)	7 (0.1)
Fourth	33	20 (61)	11 (0.8)
Fifth	6	4 (67)	2 (0.8)
≥Sixth	3	2 (67)	4 (4.7)

<sup>a</sup> Percentage of placenta accreta in women with placenta previa; <sup>b</sup> Increased risk with increasing number of cesarean deliveries,  $P < .001$ ; <sup>c</sup> Percentage of accreta in women without placenta previa; <sup>d</sup> Primary cesarean.

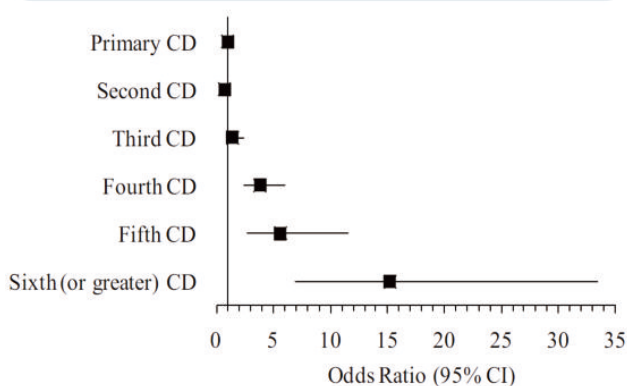
Reprinted with permission from Silver et al.<sup>12</sup>

Clark. Long-term maternal morbidity after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2011.

表二 隨著剖腹產的次數增加，植入性胎盤的機率上升。(Table 2)

(翻攝自 Clark EAS, Silver MR. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S2-S10.)

**FIGURE 5**  
**Risk of peripartum hysterectomy after repeat CD compared with primary CD**



表三 隨著剖腹產的次數增加，子宮切除的機率上升。(Figure 5)

(翻攝自 Lyell JD. Adhesions and perioperative complications of repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S11 - S18)

### Diagnostic classification of patients with chronic pain after Pfannenstiel incision (n = 32)

Cause of pain	n (%)
Neuropathic	17 (53.1)
Nonneuropathic	
Nongynecologic	
Diffuse scar pain	7 (21.9)
Musculotendinous	2 (6.3)
Abdominal wall atrophy/bulging	1 (3.1)
Keloid	1 (3.1)
Fat necrosis	1 (3.1)
Gynecologic	
Endometriosis	1 (3.1)
Secondary vaginism	1 (3.1)
Dysmenorrhea	1 (3.1)

Reprinted with permission from Loos et al.<sup>46</sup>

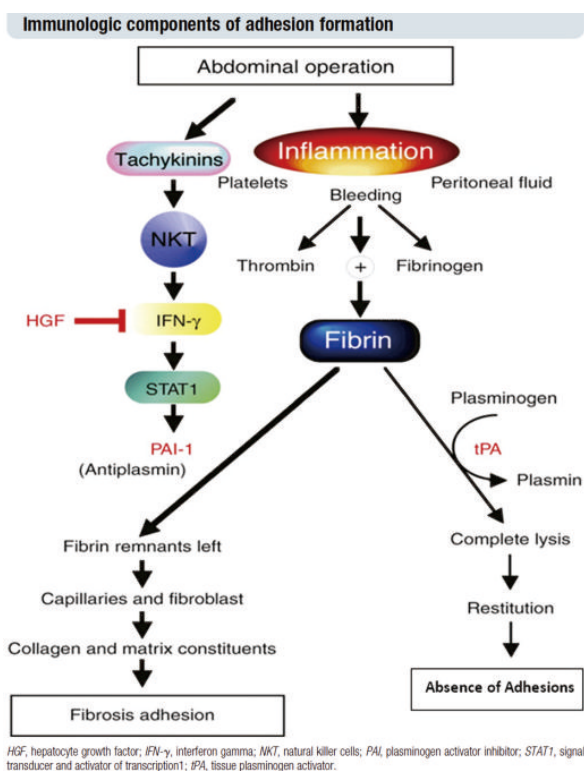
表四 Pfannenstiel incision可能會影響到 iliohypogastric 或是 ilioinguinal nerves，使得術後慢性疼痛下腹疼痛機率增加。

(翻攝自 Clark EAS, Silver MR. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S2-S10.)

### 參、造成剖腹產後沾黏之危險因子

沾黏的發生和感染、手術和 chemical irritation 有關，其機制如圖二，感染、手術和 chemical irritation 會引起發炎反應，造成纖維蛋白沉積和凝集、發炎細胞聚集，因而破壞正常細胞，形成 fibrous band-like structures 而造成沾黏，而 plasminogen activator 會使纖維蛋白的瓦解，使得沾黏的發生情形消失。造成沾黏之危險因子包括感染、組織缺氧或缺血、組織乾燥、組織過度操作、腹腔內積血、分離陳舊的沾黏、有異物存在和先天易沾黏體質。





圖二 沾黏的發生和感染和 chemical irritation 有關，其機制如圖。

(翻攝自 Bates GW Jr, Shomento S, MD. Adhesion prevention in patients with multiple cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol, Volume 205, Issue 6, Supplement, December 2011, Pages S19 – S24)

## 肆、預防剖腹產後發生沾黏

預防剖腹產後發生沾黏，可從四個方向著手：

第一在手術方式及技術上，小心處理組織、保持組織濕潤、謹慎地止血、減少組織缺血缺氧或乾燥、使用微創器械減少組織傷害、避免腹腔內接觸到有菌物質或異物存在；

第二在藥物上，藥物機制主要為阻止纖維蛋白形成及抑制免疫反應，但同時也會影響到傷口癒合，因而目前仍未有適當的藥物可用來預防沾黏，以下列舉幾種可能有效果之藥物 corticosteroids、antihistamines、NSAIDs、anticoagulants、neurokinin1 receptor antagonist、recombinant tissue plasminogen activator、LMWH、3-

hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors (statins)；

第三為 hydroflotation，可使用 Saline、Ringer's lactate 或高滲透性溶液，使得腹腔內組織器官在傷口癒合時不會互相接觸，但目前有效證據仍不足；

第四於手術結束前放置 barriers 隔絕組織與組織之間以減少沾黏，理想之 barriers 應有以下特色包括能有效隔絕組織、適當的半衰期、可被吸收代謝性、免疫功能性以及不受血液存在與否而影響功能。由於發生沾黏最重要的時期為手術後七天內，因此 barriers 的半衰期應至少為七天。

目前臨床應用上有兩種 barriers，一種成分為 oxidized regenerated cellulose，亦即 Interceed，它於二十八天內會被吸收，使用上方便，但目前研究只限於傳統之婦科開腹手術，並且必須要完全止血才能發揮效果；而另一種成分為 sodium hyaluronate 和 carboxymethylcellulose，亦即 Seprafilm，它於七至二十八天內被吸收，優於 Interceed 之處為有血存在時仍有預防沾黏的效果，是目前唯一被美國 FDA 證實許可之 barrier。

## 伍、結論：

從這份 2011 年十二月 AJOG 專輯中，回顧了有關剖腹產的併發症、剖腹產後沾黏的機制及預防方法，對照我們剖腹產之常規模式，希望能使目前已相當進步之剖腹產手術，能再精益求精。

## 作者簡介

廖倖玲醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師



# 生殖手術與不孕症治療

The Role of Reproductive Surgery Pei-Yang Hsu, MD, MPH<sup>1</sup>, Meng-Hsing Wu, MD, PhD<sup>1</sup>

許沛揚醫師 吳孟興醫師

『Reproductive Surgery (生殖手術)』在Wikipedia裡被定義為『在生殖醫學範疇所使用的手術』。事實上，生殖手術主要的目的就是在矯正任何與生殖器官相關的解剖學異常。生殖手術涵蓋的範圍很廣，為了增加懷孕率或活產率，從子宮腔鏡到腹腔鏡再到開腹手術，在過去都可能有實行的必要性。然而，近年來由於人工生殖醫學技術的進步，一些生殖手術已經漸漸被試管嬰兒治療(IVF)所取代。本文引用The Journal of Minimally Invasive Gynecology於2012年1月的一篇文章，其標題為『Redefining Reproductive Surgery』<sup>[1]</sup>，依此一文章內容為主體，探討生殖手術在現階段台灣的醫療環境，其存續的必要性究竟如何。

在文章中，大致將生殖手術分為三大類：作為治療不孕症的主要方法的生殖手術；用於增進試管嬰兒治療成功率的手術，以及用於保存生殖能力的手術。作為治療不孕症的生殖手術又可分為三的次分類：其一為與輸卵管或腹膜疾患所造成的不孕症相關的手術，其二為與子宮內膜異位症相關的手術，第三項為子宮腔鏡手術。

首先，我們先討論治療與輸卵管疾患相關的手術，亦即是所謂的『輸卵管整型術』。女性不孕症約有三分之一到四分之一是與輸卵管疾患有關。諸如骨盆腔發炎、腹膜炎、或者過去有接受過骨盆腔的手術，都可能造成沾黏或影響到輸卵管的功能而導致輸卵管阻塞，並進一步導致不孕。目前雙側輸卵管阻塞即是使用IVF的適應症之一。而生殖手術，當然也是治療輸卵管阻塞的方法之一。只是隨著輸卵管

阻塞的部分不同，處置上也有些許的變化。輸卵管最常見的阻塞位置是在遠離子宮端，而這樣的阻塞常常是以輸卵管水腫來表現；對於這種型式的輸卵管阻塞主要的手術方式是『輸卵管切開術』。輸卵管切開術的實行，可以經由剖腹手術或腹腔鏡手術來完成。然而，由於在手術前的檢查並不容易判斷輸卵管的受傷嚴重程度，加上輸卵管切開術對於懷孕成功率相對於IVF並沒有較佳的結果，因此對於這類的案例，IVF也許是一個較合理的做法。

	Pregnancy rate	Ectopic pregnancy
IVF Treatment	-	1 to 2%
Open salpingostomy	32.8% to 43.7%	5.0%
LSC salpingostomy	33.3% to 41.6%	3.9% to 6.9%

J Minim Invasive Gynecol. 2012 Feb 18

近子宮端的輸卵管阻塞，在診斷上必須相當的小心。在子宮輸卵管攝影檢查時所發現的近端輸卵管阻塞，由於輸卵管痙攣的關係，其假陽性率可以高達50%。對於確定近端輸卵管阻塞的案例，其主要的手術治療是以顯微手術的方式進行輸卵管和子宮角的重新吻合。由於手術後懷孕率並不理想，這一類的病人目前主流的治療仍是以IVF為主。

對於中段輸卵管阻塞的情況，最常見的就是過去曾經做過輸卵管結紮手術的案例。由過去的證據看來，這類輸卵管重新吻合的手術，相較於上述兩種(近端及遠端)輸卵管阻塞的手術，確實有其存續的價值。根據Boeckxstaens et al.在2007年發表的研究，在小於37歲的年輕族群並且剩餘輸卵管長度大於4公分的案例，施行輸



卵管吻合術相較於直接進行IVF，經過三年的統計，有較高的生產率。然而，對於37歲以上的案例，統計發現做IVF有較高的成功率，也就是說，對於這個年齡族群的患者IVF可能是較合理的選擇。IVF的優點是可以在較短時間內懷孕，缺點則是費用不斐，尤其在台灣的健保制度下，施行輸卵管吻合術，不孕症個案本身的花費確實比接受試管嬰兒治療的個案少掉很多。至於吻合術的施行，同樣可以經由開腹手術或腹腔鏡手術而達成。在過去的文獻報導中，兩種手術方式所達到的懷孕率是差不多的。這樣的結果自然是建築在一個使用腹腔鏡做吻合術有相當經驗的醫師所執行的狀況之下。

子宮附屬器附近的沾黏會影響輸卵管的活動力及其抓取卵子的功能。在過去的文獻報告中指出，對於這類的病人，若接受了卵巢輸卵管間沾黏剝除，其懷孕率在追蹤了一年後可以自11%提升至32%，而在追蹤到第二年時懷孕率可以從16%提升至45%。要診斷子宮附屬器沾黏僅能依靠手術，但現今的診斷性腹腔鏡手術很少單純為了檢查是否有沾黏而施行，大部分接受手術的病患都同時有其他的適應症，例如慢性骨盆腔疼痛，或是有卵巢囊腫。目前認為若有發現子宮附屬器沾黏，為了增進懷孕率及活產率，最好在發現時就做沾黏剝除術。

子宮內膜異位症目前被認為對於生育力有顯著的影響。過去的文獻報告指出，對於輕微或輕度的子宮內膜異位症患者，若施行腹腔鏡子宮內膜異位燒灼手術，可以些微的提高術後的生育率(odd ratio, 1.66)。但由於差異不大，對於這類的病人，尤其是沒有症狀的輕度子宮內膜異位，並不一定需要接受手術治療。而對於中度到重度子宮內膜異位症的患者，通常

會有一些症狀或甚至有巧克力囊腫，這時候就需要手術治療。對於子宮內膜異位瘤(也就是俗稱的巧克力囊腫)，手術的方法大致上有兩種，一種是將整個瘤做剝除，一種是在內膜異位瘤上打一個洞，然後燒灼內膜異位瘤的內壁。目前認為，將整顆瘤剝除比起打洞加燒灼可以得到較高的懷孕率，並且有較低的復發機會。

綜合上述的各種生殖手術，作者比較了施行IVF和各種生殖手術的懷孕率發現，生殖手術術後的懷孕率大部分並沒有優於IVF。其中一個顯著的例外，是在接受輸卵管吻合手術的年輕女性。但由於目前會尋求輸卵管吻合手術的患者大多年紀較長，因此輸卵管吻合手術施行的必要性也就有待商榷。當然，輸卵管重建手術仍有一些好處，包括：比起IVF有較低的機會造成多胞胎妊娠，施行手術後有多次的周期都有機會懷孕，並且在一次手術後可能有機會懷孕不只一次。再加之以前提到的市場價格考量，這樣的手術還是有引人入勝之處。同樣地，輸卵管吻合手術有它的壞處，也就是達到懷孕的時間不一定，並且通常是在手術後幾個月之後才有機會懷孕；此外，吻合手術術後比起IVF也有較高的機會會造成子宮外孕。總結來說，由於目前IVF的技術進步以及懷孕率提升，已經使得單純使用生殖手術來治療不孕症的作法漸漸式微了。

Source, year	Procedure	No. of patients	Pregnancy rate (%)	
			Intrauterine	Ectopic
Canis et al [1], 1991	Neosalpingostomy	87	33.3	6.9
Saleh and Dlugi [13], 1997	Fimbrioplasty	88	35	1
Yoon et al [21], 1999	Tubal anastomosis	186	79.4	3.2
Marcoux et al [26], 1997	Ablation of minimal and mild endometriosis	172	30.7	4.0
Parazzini [27], 1999	Ablation of minimal and mild endometriosis	51	23.5	0
Alborzi et al [30], 2007	Excision of endometrioma	52	59.4 <sup>a</sup>	NA
Beretta et al [31], 1998	Excision of endometrioma	32	50 <sup>a</sup>	NA
Alborzi et al [30], 2007	Fenestration and ablation of endometrioma	48	23.3 <sup>a</sup>	NA
Beretta et al [31], 1998	Fenestration and ablation of endometrioma	32	15 <sup>a</sup>	NA
			Pregnancy rate (%)	
Source, year	Procedure	No. of retrievals	Per initiated cycle	Ectopic
Society for Assisted Reproductive Technology [6], 2007	IVF	67 922	32.8	1.8

IVF = in vitro fertilization; NA = not available.

<sup>a</sup> Cumulative pregnancy rate.

*J Minim Invasive Gynecol.* 2012 Feb 18



有一些生殖手術主要的目的是用在協助IVF的順利進行或是增加IVF的成功率。以下依序簡介一些這一類的手術。首先是輸卵管水腫的治療。目前已知輸卵管水腫會影響胚胎的著床以及最後的懷孕率。病態生理的機轉，可能和水腫的輸卵管內的積液會對胚胎造成毒性，或者是由於積液的形成會對著床的過程有所影響。目前有一些手術的目的就是在防止輸卵管水腫的積液進入到子宮腔中。Strandell et al.就提出，有施行腹腔鏡雙側輸卵切除術的不孕症患者比起沒有施行此一手術的個案，在接受IVF治療時會有較高的懷孕率(28.6% vs. 16.3%)。這個發現也在其他的文獻中被反覆驗證。

Source, year	No. of patients	Procedure	Pregnancy rate (%)			Live birth or ongoing pregnancy rate per transfer (%)		
			Intervention		RR/OR	Intervention		RR/OR
			No	After		No	After	
Dichand et al [39], 1998	60	Salpingectomy	16.3	23.7	NA	18.7	34.2	NA
Strandell et al [38], 1999	204	Salpingectomy	23.9	36.6	1.3	16.3	28.6	1.54
Kontoravdis et al [40], 2006	65	Salpingectomy	14.3	55.3	7.4	7.1	48.7	12.5
Kontoravdis et al [40], 2006	65	Proximal tubal occlusion	14.2	44.4	4.8	7.1	37.8	7.9

IVF = in vitro fertilization; NA = not available; OR = odds ratio; RR = relative risk.

*J Minim Invasive Gynecol. 2012 Feb 18*

特別值得注意的是在移除水腫的輸卵管的過程中，要盡量減少影響到卵巢血流的機會，也就是切除的部分要盡量靠近輸卵管，並且減少局部的熱效應可能對卵巢造成的傷害，避免術後病患在接受IVF的過程中出現卵泡數量減少的狀況。此外，對於輸卵管附近沾黏導致難以手術移除者，也可以考慮施行近端輸卵管阻斷術，也就是利用電燒或是金屬夾來阻斷輸卵管內的積液進入子宮腔中，但由於這樣的做法常導致輸卵管擴張(尤其在遠端輸卵管也不通的病人容易出現)，因此，在做近端阻斷的同時加做輸卵管切開術可以避免腫脹擴張的情形發生。

另外，當病人不適合接受腹腔鏡手術

的時，子宮腔鏡輸卵管阻斷術也是一個阻斷輸卵管的做法，可以達到相同的目的。目前市面上較常使用的輸卵管阻斷器為『Essure intrauterine coil』。關於Essure的研究目前大部分仍屬小規模的測試，未來將可能有更大規模的研究來提供使用Essure的經驗。

對於有子宮內膜異位瘤，同時又即將接受IVF的病人，究竟需不需要在施行IVF之前對異位瘤進行手術，仍值得討論。這個問題分成兩個層次，其一是子宮內膜異位瘤究竟對IVF的成功率會不會有所影響，其二，則是移除子宮內膜異位瘤後究竟會不會增進IVF的成功率。由過去的文獻發表來看，目前的共識認為小於4公分的子宮內膜異位瘤並不會影響IVF的預後。而對於子宮內膜異位瘤術後，目前普遍認為手術可能會降低該側卵巢的卵泡數量，因此，對於不至於影響到取卵的卵巢子宮內膜異位瘤似乎是可以不用處理的。若是手術勢在必行，那麼子宮內膜異位瘤剝除術目前被認為還是優於在異位瘤上打洞加上燒灼的這種做法。然而，若是內膜異位瘤與正常卵巢的界線不清楚，加上病人即將接受IVF的治療，仍可以考慮單做打洞及燒灼。主要的原因是因為若病人的主要考量是能夠成功懷孕，那麼減少不必要的卵泡損失將是手術的主要目的，即使在這樣的做法下可能復發的機會較高，仍需考慮比較保守的手術方法。

子宮內膜瘰肉也可能會降低懷孕率。根據Pérez-Medina et al.在2005年發表的文章中指出，對於有子宮內膜瘰肉的病人若接受了子宮腔鏡瘰肉切除術，在之後接受人工授精治療時的懷孕成功率會比沒有接



受手術的人高(51.4% vs. 25.4%)。更令人驚訝的是，不論瘰肉的大小如何，有65%的病人在接受了瘰肉切除手術後的三個月內自然懷孕。因此，對於準備接受不孕症治療的病人，若有子宮內膜瘰肉的問題，最好還是先將瘰肉移除之後再做全盤的計畫。

子宮黏膜下肌瘤目前已知會影響生育率，而子宮腔鏡子宮肌瘤切除術可以增加懷孕及活產的機會。Casini et al.就曾經發表過切除黏膜下子宮肌瘤可以大幅提高懷孕率(從27.2%提高至43.3%)。這項結果也已經在其他研究中被反覆驗證。至於子宮壁內肌瘤(Intramural myoma)究竟會不會影響懷孕率，而切除子宮壁內肌瘤是否會增進懷孕或活產率，目前則沒有定論。在一個 Meta-analysis 的研究中發現，接受IVF治療的不孕症患者若有子宮壁內肌瘤，其懷孕率及活產率都比沒有肌瘤的患者來得低。這樣的結果還有待更多的研究加以佐證。

Table 4					
Hysteroscopic procedures that enhanced the outcome of IVF in randomized trials					
Source, year	No. of patients	Procedure	Pregnancy rate (%)		RR/p Value
			With no intervention	After surgery	
Pérez-Medina et al [66], 2005	215	Polypectomy	25.4	51.4	2.1
Casini et al [67], 2006	52	Myomectomy	27.2	43.3	<.05
Shokeir et al [68], 2010	215	Myomectomy	28.2	63.4	2.1

IVF = in vitro fertilization; RR = relative risk.

*J Minim Invasive Gynecol.* 2012 Feb 18

子宮中膈也是一個會影響生育力的因子，尤其容易造成反覆的流產及早產。對於這類的病人，施行子宮腔鏡子宮整形手術(Metroplasty)可以顯著的增加受孕的機會以及活產率。根據Tomazevc et al.所發表的文獻，88位不孕症患者在接受子宮腔鏡子宮整形手術後，有近80%的案例於後自然懷孕。另外，對於接受IVF治療的患者，接受了子宮整型手術的患者可以大幅

提高活產率(約自2%提高至大於15%)。由這些研究的結果顯示，在開始治療不孕症的同時，若有子宮中膈的問題，應該先行矯正。

子宮內沾黏(Intrauterine adhesions)或者是 Asherman syndrome 也可能會影響到生育力。Fernandez et al.曾提出一篇報告，64位有嚴重子宮內沾黏的病患在經過子宮鏡沾黏剝除術後可以達到32.8%的活產率。雖然目前探討子宮內沾黏和不孕症的關係的研究並未強烈指出兩者之間的關係，但在執行試管嬰兒治療前恢復子宮內的解剖學結構還是一個普遍的做法。

最後要探討的部份是保存生育力(Fertility preservation)的議題。對於患有癌症的病人，化學治療或是放射線治療都可能造成不孕。目前對於這類的病患，使用冷凍保存可以將卵子或是胚胎加以留存。最常使用的方式，就是胚胎的冷凍保存。另外，在需要接受骨盆腔局部放射線治療的病人，還可以考慮使用『卵巢移位(Ovarian transposition)』。目前認為若是在20歲的病人卵巢接受到16.5 Gy的放射線劑量，或是30歲的病人接受到14.3 Gy的劑量，有超過九成五的病人會出現卵巢功能衰竭。而對於大多數的骨盆腔腫瘤需要放射線治療的情況，需要使用的放射線劑量常常大於45 Gy。因此，使用腹腔鏡的卵巢懸吊手術將卵巢移離開將接受到放射線治療的骨盆腔以外，就可以減低卵巢接收到的放射線劑量。在過去的文獻報導中，卵巢移位手術在40歲以下的病人可以保存約88.6%的卵巢功能。此外，放射線治療也可能對子宮產生傷害，進而導致流產、早產，或子宮內胎兒生長遲滯。值



得慶幸的是，大多數接受放射線治療的病患最後都有機會生下健康的小孩。

對於青春期前的女性，由於卵巢功能尚未成熟，卵巢組織的冷凍保存是目前保留生育力的唯一辦法。當未來實驗室技術進步的時候，或許這些冷凍的卵巢組織可以在實驗室裡經由刺激而在體外形成許多成熟卵子，但目前這樣的方法仍不可行。也就是說，如果要繼續使用這些冷凍的卵巢組織，就必須將這些組織移植到活體內。一般認為，移植後的卵巢組織大概可以存活約三年的時間，而這些組織大概在移植後的3到4個月後會開始出現內分泌的活性。目前，這樣的做法仍處於實驗階段，而成功的活產在一些零星的報導中也時有所聞。

總結上述的生殖手術，目前生殖手術的主要目的已經從治療不孕症的主力漸漸轉型為輔助人工生殖醫學的角色。子宮腔鏡的各種手術在不孕症患者的治療上仍佔了一個重要的地位。對於輸卵管水腫的患者，切除輸卵管可以提高日後病人接受IVF的活產率。小的或輕微的子宮內膜異位症如果單純為了生育的考量並不需要做積極的處理，而對於較大的或有症狀的子宮內膜異位瘤，若是可能影響到取卵手術，則建議積極的手術處理。而對於保存生育能力，生殖手術仍有其重要的價值。

## [Reference]

[1] Tulandi T, Marzal A. Redefining Reproductive Surgery. J Minim Invasive Gynecol. 2012 Feb 18. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22348901.

## 作者簡介

許沛揚醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師

## 作者簡介

吳孟興 醫師

現任：

成大附設醫院婦產科副教授

成大附設醫院婦產部生殖內分泌科主任

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生殖內分泌研究員



許沛揚醫師



吳孟興醫師



# 最新文獻選讀： 產科出血處置的新觀念

摘譯編輯整理：陳達生醫師

## 主要内容摘譯自

Cutting-edge advances in the medical management of obstetrical hemorrhage.

作者: Pacheco LD, Saade GR, Gei AF, Hankins GD.  
Am J Obstet Gynecol. 2011 Dec; 205(6):526-32.  
Epub 2011 Jun 12. Review.



## 壹、前言

產婦大出血是產科醫師臨床工作的壓力來源，縱使有許多新工具協助，產科出血仍具有難以預測與突然發生的特性。本次選讀自AJOG的文章主要補充關於胎盤植入、輸血醫學、腹部腔室症候群的一些新觀念，希望能帶來助益。

## 貳、生產前的評估與處置

認識胎盤植入與決定生產時機

胎盤植入(Placenta accreta)美國統計的發生率大約1/533，且幾乎都是子宮曾經開過刀造成的。子宮的疤痕(Uterine Scar)會使得子宮內膜蛻膜化(Decidualization)與滋胚層細胞(Trophoblastic changes)在著

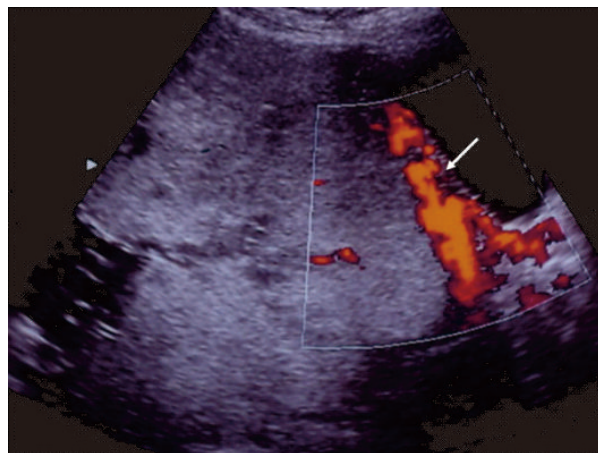


圖1. Placenta accreta. The interface between the bladder and uterus appears interrupted because of the bladder wall varices

床時發生問題，進而造成胎盤植入(1)。

產前診斷胎盤植入的影像工具有超音波與MRI，敏感度比較為93%與80%，特异性比較為71%與65%，所以使用超音波即可達到很高的診斷率。

胎盤植入的超音波表現有：Placenta lacunae呈現Swiss cheese的樣子、胎盤與子宮的界限消失、使用Color Doppler看到胎盤侵犯到子宮壁的血管(參見圖1)。

一旦確立有胎盤植入的情形，應該做以下幾項準備：

1. 使用鐵劑、葉酸的補充使血紅素維持正常，若效果不佳甚至可以考慮使用EPO。
2. 轉診至醫學中心，包含有產科外的其他專科醫師可協助處理，如介入性放射科、一般外科、泌尿科、血管外科、新生兒科、與血庫的支援。
3. 每3至4週用超音波評估植入胎盤的位置、侵犯深度、與胎兒成長情形。
4. 為剖腹產做準備，若考慮自體輸血者，可提早先抽血備用。



若沒有產前出血情形，胎盤植入孕婦的生產時機在34週至37週之間，千萬不要超過37週，此外可以使用經陰道超音波(TVS)評估：若有前置胎盤(Placenta previa)與胎盤植入(Placenta accrete)，子宮頸長度又小於3公分，則急性出血的機會大增，應提早生產。

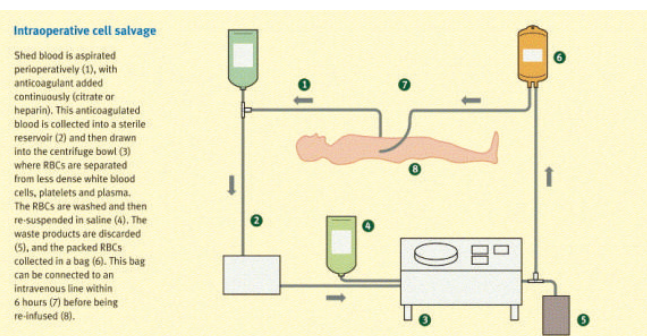
## 參、生產中的處置

### 1. 麻醉以硬膜外麻醉為首選

若孕婦非處於緊急狀態，應以硬膜外麻醉(Epidural anesthesia)為首選麻醉，因為硬膜內麻醉會造成交感神經鏈失去作用，使得血管張力消失，進而損害身體面對失血時反應能力。若處於緊急狀態(胎兒窘迫或大出血等)，則應立即採用插管全身麻醉較為迅速。

### 2. TAE或術前先於Common iliac artery置放氣球導管的幫助不大

雖然教科書與許多文獻都會提到這兩項技術，但作者所在的醫院認為效果不彰，並不例行實行。張峰銘教授也提醒，就算TAE止血成功，術後可能還要面對子宮壞死，最後仍要拿子宮的情況。



圖表2.術中血液收集器示意圖，adapted from Reference 2

### 3. 剖腹產術中可以使用血液收集器減少異體輸血(Cell Salvage)

面對Placenta Accreta這種大多需要大量輸血的情形，可以預先採用 Intrao-

perative Cell Salvage Machine(參見圖表2)，這種裝置將病患流的血回收，經過離心過濾後重新注回體內，對於動輒要輸血數十單位血漿的病人，可以減少異體輸血可能產生的肺損傷 TRALI(transfusion-related acute lung injury)、免疫抑制 TRIM(Transfusion immunomodulation)、輸血造成的抗體、以及血品的成本。

傳統在孕婦身上使用Cell Salvage會擔心有羊水栓塞的情形。然而目前已有文獻發表超過400例產婦使用的案例，並沒有證據支持這種顧慮，因此在剖腹產使用Cell Salvage是安全的。

### 4.基因重組之活化第七凝血因子(Recombinant Coagulation Factor VIIa)在產科出血似乎效果不彰

雖然許多醫學中心都備有 Novo Seven可在大出血時使用(尤其用在血友病患者)，然而此藥用在產科出血目前效果存疑，因為被活化的凝血連鎖反應可能在身體各處發生，而不僅在出血部位，已經有些研究報導使用後將可能造成其他遠端動脈的栓塞，而目前陸續發表的隨機分配研究(RCT)發現雖然此藥可以減少輸血量，但並沒有帶來存活率的提升。以一般的孕婦重量計算，光是打第一次劑量的 NovoSeven，就要花掉十萬新台幣以上的藥費。

## 肆、輸血治療：要注意血品順序與併發症並監測凝血功能

### 一、在大量輸血時，有三個陷阱要盡量避免

酸血症、低體溫、與給太多 Crystallloid造成的稀釋凝血病變(Dilutional Coagulopathy)。這些原因都會影響凝血功

能，使得傷口無法止血。

傳統術中失血的處理方式，就是儘快給予pRBC與Crystalloid(如Normal Saline或Lactate Ringer)，然而這種作法會使得血管內容積上升，血壓上升，失血速度更快，在出血點新凝集的血塊也會被沖走。

作者建議應該採用以重視凝血功能為要的輸血策略(Hemostatic Resuscitation)：

1. 容許不太嚴重的低血壓情形 (Permissive Hypotension)，若收縮壓(SBP)大於 80mmHg則可以不用太積極處理，此外要避免大量使用Crystalloid提昇血壓
2. 早期給予有助於凝血功能的血品，如血小板與新鮮冷凍血漿，千萬不要等到凝血功能報告出來才給予。pRBC、Platelet、FFP給予的比率應為 1:1:1，原文作者建議的輸血策略如圖3。張教授特別強調：可以早期使用冷凍沈澱品(Cryoprecipitate)與鈣離子(每輸 pRBC 4U就應該給 1 amp Calcium gluconate)。此外本文另外整理常用血品的容量與使用注意事項如圖4。
3. 若考慮使用 NovoSeven，應在發生 DIC前就提前使用以免造成更多併發症。

#### Example of a massive transfusion protocol

Consider activation of a MT protocol when patient actively bleeding and any of the following:

Systolic blood pressure < 90 mmHg  
Ph < 7.1  
Base deficit > 6 meq/L  
Temperature below 34°C  
INR > 2.0  
Platelet count < 50,000/mm<sup>3</sup>

	PRBC	FFP	Platelets	Cryoprecipitate
Round 1	6 units	6 units	6 units	10 units
Round 2	6 units	6 units		20 units
Round 3	Recombinant activated Factor VII (40 micrograms/kg)			

圖3.輸血順序的示範

圖4.

血品名稱	容量(每U)	方便性	特性
pRBC	150ml	差，需ABO血型相同，需交叉測試	
Platelet	30ml	好，可ABO血型不相同，不需交叉測試	
FFP	150ml	差，需ABO血型相容	注意輸入過多鹽分與免疫反應
Cryoprecipitate	15-20ml	好，可ABO血型不相同，不需交叉測試	體積少，灌注速度快，免疫反應也較少

## 二、大量輸血要注意TRALI (transfusion-related acute lung injury)

輸血相關的急性肺損傷(transfusion-related acute lung injury)特徵為輸血後 6 小時內發生非心因性的肺水腫，原因可能來自捐血者的白血球抗體，每輸1單位血品發生率約 1/5000，一旦發生則死亡率約 6%-9%。引發TRALI的血品以新鮮冷凍血漿(FFP)與血小板(Platelet)為主，濃縮紅血球(pRBC)因內含些許未分離完全的血漿，也可能造成TRALI。一旦發生，可能要使用呼吸器才能度過肺損傷的情形，不可不慎。

## 三、產科出血的凝血功能的缺陷可能無法由PT/APTT得知，需用TEG (Thromboelastogram)

傳統評估凝血功能的工具有 PT/APTT、Fibrinogen、Platelet，或可稱為 DIC profile，若這些指標異常(參見圖5)，必須矯正避免進一步的出血。然而產科出血常常有凝血纖維蛋白分解過多(Enhanced Fibrinolysis)的情形，DIC profile可能無法偵測到早期變化，要矯正此種缺陷，必須採用TEG檢查，或是直接給予Transamin抑制Fibrinolysis(FDA認可使用於拔牙後止血劑量可高達 10mg/kg，Q6H or Q8H，IVD，2-8天，但低太快會噁心嘔吐)，或直接輸予FFP、Cryoprecipitate。



圖5 DIC profile

PT/APTT	大於控制組1.5倍秒數
Platelet	小於50000 per cumm
Fibrinogen	<100mg/dl

## 伍、產後要注意Abdominal Compartment Syndrome

在好不容易控制住出血後，夢魘還沒結束，因為可能又遇到術後病人低血壓或尿出不來的情形，這可能是傷口再度出血或因凝血功能不佳大量滲血(oozing)造成，但這裡還要提醒一項可能性：腹部腔室症候群 (Abdominal Compartment Syndrome) 造成的低血壓與寡尿。

腹部腔室症候群是因為在給予大量的輸液後，滲到Third Space的水份造成腸子腫脹與腹水，這都會使得腹內壓增加，若超過一定程度，會造成多重器官影響：

1. 肺臟：因橫膈被往上頂，肺臟無法完全擴張
2. 心血管系統：因IVC被壓迫，造成回心的血流減少(Decreased Preload)，進而使心輸出量降低，表現出低血壓的情形。
3. 腎臟：呼吸困難與寡尿常常是腹部腔室症候群的第一個症狀，因腹內壓增加造成腎臟血流量減少，動靜脈壓差減少，進而使得尿量減少，嚴重者會造成腎功能損害。

診斷腹部腔室症候群很簡單，只要先將膀胱排空，再用25ml Normal Saline灌入膀胱後量測膀胱的壓力，正常值應該介於0-10mmHg，若大於12mmHg，可能要懷疑有 Abdominal hypertension，若大於 20 mmHg又合併有以上所述器官損害情形，就可診斷為腹部腔室症候群(使用NG測量胃部壓力也有同樣效果)。

治療腹部腔室症候群的方法很直觀，若在術中腸子腫脹情形嚴重，應考慮先不要把肚子關起來，若是在關起來後懷疑有腔室症候群，則應行減壓手術(Decompressive Laparotomy)，才能打斷這個惡性循環。

## 陸、結論

如前所言，產婦大出血是產科醫師臨床的壓力來源，縱有許多新工具協助，產科出血仍具有難以預測與突發的特性。只有迅速評估與處置，正確診斷，決定生產時機，留意生產中的處置。輸血治療要注意血品順序與併發症，重視凝血功能，並監測凝血功能。產後要注意腹部腔室症候群 (Abdominal Compartment Syndrome) 造成的低血壓與寡尿。步步為營，穩紮穩打，全力以赴，團隊合作，才能化險為夷，力挽狂瀾，拯救寶貴的生命。

## Reference:

1. Jauniaux E., Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease, Placenta, 2012 Apr;33(4):244-51
2. Mark Stoneham, Clinical strategies to avoid blood transfusion, Feb 2007, Pages 52-55.

## 作者簡介

陳達生醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師

# 超音波在第三孕程 (3rd trimester) 發現殘存的玻璃體動脈 (hyaloid artery) 為一病態性發現

蔡幸芬醫師 整理

原文: Ultrasound detection of hyaloid artery in the third trimester of pregnancy: a pathological finding.

By E. Spaggiari, E. Vuillard, C. Baumann, C. Dupont, N. Belarbi, J. F. Oury, A. L. Delezoide and F. Guimiot.

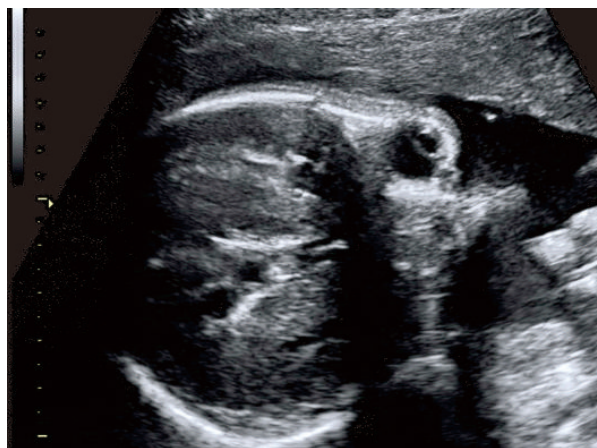
Ultrasound in Obstetrics & Gynecology Volume 39, Issue 4, pages 478 - 479, April 2012

## 壹、前言:

於正常妊娠下，胎兒眼睛玻璃體動脈 (hyaloid artery) 是胚胎時期眼球血管構造的一部份(參見圖一)，大部份會在第二孕程，約23至28週時退化，超過29週後超音波就看不到此一構造(參見圖二)。



圖一 正常妊娠21W3D，胎兒眼睛玻璃體動脈 (hyaloid artery) 清晰可見。(鄭月琴小姐提供)



圖二 正常妊娠28W6D，胎兒眼睛玻璃體動脈 (hyaloid artery) 退化不見。此外，可見前有水晶體(lens)。(鄭月琴小姐提供)

玻璃體動脈 (hyaloid artery) 退化失敗表示眼球會有發展異常，通常和殘遺增殖性原發性玻璃體症 (persistent hyperplastic primary vitreous, PHPV) 有關。

殘遺增殖性原發性玻璃體症 (persistent hyperplastic primary vitreous, PHPV) 為一常見的先天性眼球發展異常，臨床表現視影響眼球的前半或後半部而定，最常見的情況是同時影響眼球的前半及後半部。

在第三孕程發現殘存的玻璃體動脈 (hyaloid artery) 是一罕見的病態性發現，在此向大家報告一個於第三孕程發現殘存的玻璃體動脈 (hyaloid artery) 且合併其它異常的case。

## 貳、病例報告

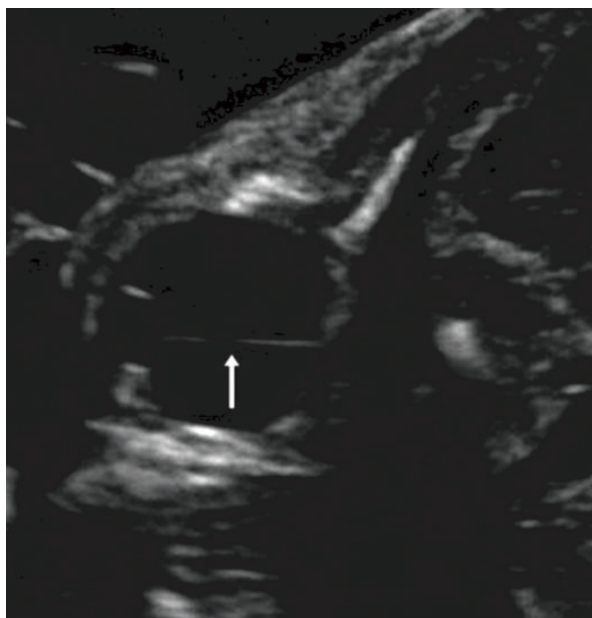
31歲女性現懷有第二胎，前一胎為足月生產的正常胎兒，此次懷孕因胎兒生長遲滯，於妊娠27週時被轉診至一產前檢查中心追蹤。此名女性於第一孕程的超音波篩檢顯示無異常發現，胎兒頸部透明帶也正常，但無母血唐氏症的檢驗數據可供參考。

胎兒追蹤至30週仍顯示生長遲滯，但臍帶血流正常，此外也發現胎兒有雙側腎臟超音波訊號增強的現象及右側眼球有殘存玻璃體動脈 (hyaloid artery) (Figure 1a)。胎兒羊水檢驗顯示染色體正常，此外羊水



中巨細胞病毒篩檢也無異常。後續又做了胎兒電腦斷層及核磁共振檢查，皆無異常發現。

胎兒持續追蹤至妊娠32週仍觀察到殘存的玻璃體動脈 (hyaloid artery)，因有此病態性發現及胎兒生長遲滯、腎臟異常等現象，匯集婦產科醫師、小兒眼科及基因遺傳醫學科醫師共同討論解釋後，懷疑可能與一些疾病症候群相關且預後尚未可知。考量這些因素，父母最後決定終止妊娠。



**Fig. 1a** Persisted hyaloid artery of fetal right eye (arrow) at 30 weeks of gestation. The hyaloid artery usually regressed at 23-28 weeks of gestation and should be absent after 29 weeks of gestation. Persisted hyaloid artery might indicate persistent hyperplastic primary vitreous, PHPV. (圖片翻攝自 Spaggiari et al. UOG 2012年四月份39: 478-479 頁)

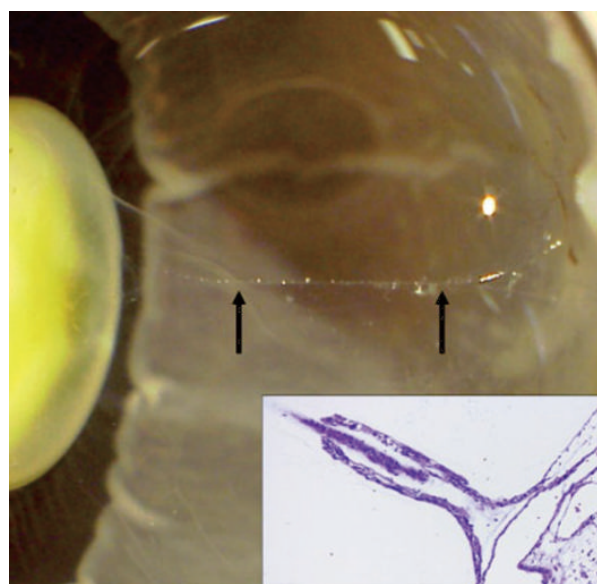
胎兒於34週娩出，體重1175公克。胎兒娩出後的檢查確定胎兒有生長遲滯及多囊性腎臟，巨觀及顯微鏡下的檢查也都確認右側眼球有殘存玻璃體動脈 (hyaloid artery) (**Figure 1b**)。

組織學檢查未發現殘遺增殖性原發性玻璃體症 (persistent hyperplastic primary vitreous, PHPV)的表現，但水晶體有發展中白內障的變化 (**Figure 2**)。雖然在此case中，右側眼球無殘遺增殖性原發性玻璃體症 (persistent hyperplastic primary vitreous, PHPV)的表現，但殘存玻璃體動脈 (hyaloid artery)仍和右眼白內障的異常變化相關。

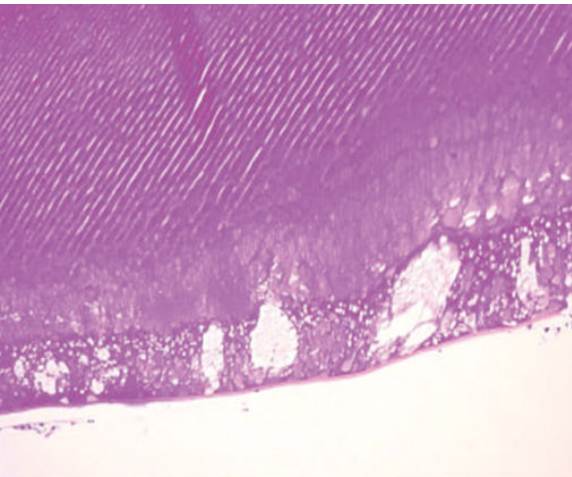
目前文獻中尚未有關於殘存玻璃體動脈 (hyaloid artery)無殘遺增殖性原發性玻璃體症 (persistent hyperplastic primary vitreous, PHPV)的表現時，視力預後的報告。在此case中，胎兒有生長遲滯及多囊性腎臟，仍懷疑與未知原因的病症候群相關。

## 參、結論：

第三孕程發現殘存的玻璃體動脈 (hyaloid artery)是不正常的，對於胎兒預後的解釋及處理，需仰賴婦產科醫師與基因遺傳學專家及眼科醫師的共同合作。



**Figure 1b.** 右側眼球有殘存玻璃體動脈 (hyaloid artery) (arrows).(圖片翻攝自 Spaggiari et al. UOG 2012年四月份39: 478-479 頁)



**Figure 2** 水晶體有發展中白內障的變化。雖然在此case中，右側眼球無殘遺增殖性原發性玻璃體症 (persistent hyperplastic primary vitreous, PHPV)的表現，但殘存玻璃體動脈 (hyaloid artery)仍和右眼白內障的異常變化相關。  
(圖片翻攝自 Spaggiari et al. UOG 2012年四月份39: 478-479頁)

## 參考文獻

1. Birnholz JC. Ultrasonic fetal ophthalmology. *Early Hum Dev* 1985; 12: 199–209.
2. Goldberg MF. Persistent fetal vasculature (PFV): an integrated interpretation of signs and symptoms associated with persistent hyperplastic primary vitreous (PHPV). LIV Edward Jackson Memorial Lecture. *Am J Ophthalmol* 1997; 124: 587–626.
3. Achiron R, Kreiser D, Achiron A. Axial growth of the fetal eye and evaluation of the hyaloid artery: in utero ultrasonographic study. *Prenat Diagn* 2000; 20: 894–899.
4. Katorza E, Rosner M, Zalel Y, Gilboa Y, Achiron R. Prenatal ultrasonographic diagnosis of persistent hyperplastic

primary vitreous. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 32: 226–228.

5. Haddad R, Font RL, Reeser F. Persistent hyperplastic primary vitreous. A clinicopathologic study of 62 cases and review of the literature. *Surv Ophthalmol* 1978; 23: 123–134.
6. Hunt A, Rowe N, Lam A, Martin F. Outcomes in persistent hyperplastic primary vitreous. *Br J Ophthalmol* 2005; 89: 859–863.



Fellow 1 蔡幸芬醫師母女天倫圖2012.04

## 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



# 產前診斷「臍帶真結」(true knot): 2D, 3D, 2D-HD, 3D-HD的超音波比較

白岳儒醫師 整理

原文: Three-dimensional high-definition flow imaging in prenatal diagnosis of a true umbilical cord knot

By N. RODRIGUEZ, A. M. ANGARITA, A. CASASBUENAS and A. ARMIENTO. Ultrasound Obstet Gynecol 2012; (February) 39: 245–246



## 壹、前言:

「醫生，幫我看看有沒有臍帶繞頸？」是在超音波檢查時，孕婦媽媽及家屬最常問的問題之一，維繫寶寶生命的「臍帶」是多麼地被看重呀！然而，寶寶出生合併臍帶繞頸時常發現，但大多不會有生命的影響，但臍帶打了緊緊的「死結」卻能造成寶寶胎死腹中。最近白皮雜誌(UOG)二月號就有臍帶打「真死結」的病例報告，並且比較2D, 3D, 2D-HD, 3D-HD四種超音波的優劣。

## 貳、病例報告

一位43歲女性，35+5週產前超音波檢查:

### 一、2D 超音波影像:

在胎兒頭部耳朵附近，臍帶橫切面的周圍發現有組織「環繞」，像是有一個帶子將臍帶「吊」起來，就像古代行使的絞刑：臍帶橫切面如同「犯人的頭」，臍帶周圍的帶狀組織如同「套索狀的粗繩」(Hanging noose) (Figure 1)，不仔細尋找，極易錯失。平心而論，使用2D產前診斷「臍帶真結」實有許多困難之處。

相形之下，正常妊娠時臍帶橫切面，呈現「米老鼠」(Micky mouse)頭部的影像，並無「套索狀的粗繩」(Hanging noose)。(參見圖一B，萬分感謝鄭月琴小姐提供寶貴相片)。

### 二、2D-HD超音波影像:

進一步用 two-dimensional high-definition flow imaging sonography (以下簡稱2D-HD超音波)則明顯發現臍帶打了一個「真結」(true knot)，但是此真結並非很緊，2D-HD超音波下，能量均勻，且結中仍有空隙 (Figure 2)。

相形之下，正常妊娠時臍帶的2D-HD超音波影像，二動一靜，能量均勻，



Figure 1 Axial section of umbilical cord knot on two-dimensional ultrasound.

(以上圖片翻攝自 Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 39: p245)

臍帶沒有打了一個結 (參見圖二B，萬分感謝鄭月琴小姐提供寶貴相片)。

### 三、3D-HD超音波影像:

更進一步用 Three- dimensional high-definition flow imaging sonography (Figure 3) (以下簡稱3D-HD超音波)，經重組後，更明顯顯示臍帶的走向及打結的程度，一目瞭然。相形之下，正常妊娠時臍帶的3D-HD超音波影像，二動一靜，能量均勻，臍帶沒有打了一個結 (參見圖三B，萬分感謝鄭月琴小姐提供寶貴相片)。

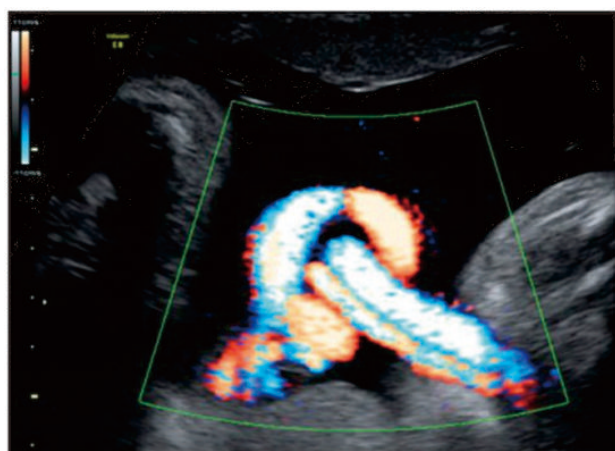


Figure 2 Two-dimensional high-definition flow image of true umbilical cord (以上圖片翻攝自 Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 39: p245)



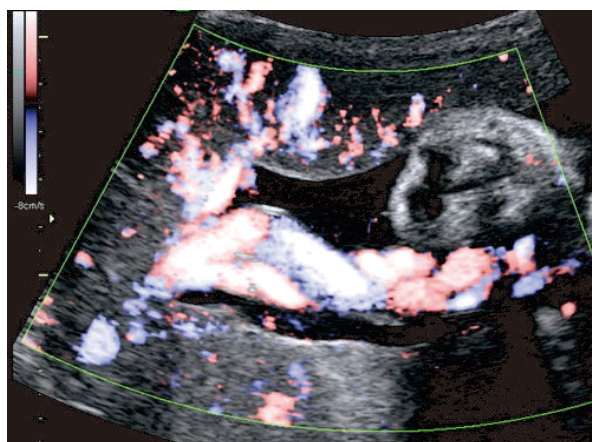
圖一B 正常妊娠時臍帶橫切面，呈現「米老鼠」(Micky mouse) 頭部的影像，並無「套索狀的粗繩」(Hanging noose)。(鄭月琴小姐提供)。

### 四、3D surface rendering mode超音波影像:

然而，單純用 3D surface rendering mode超音波(Figure 4)，而非high-definition flow imaging，則只能顯示隱隱顯現有臍帶打結的表現，並不清楚。

相形之下，正常妊娠臍帶的3D超音波影像，臍帶沒有打結 (參見圖四B，萬分感謝鄭月琴小姐提供寶貴相片)。

病人此次產檢之後到生產之前，每週進行Doppler 超音波及胎兒心跳監視器檢查，並請病人密切注意胎動。在懷孕39



圖二B 正常妊娠時臍帶的2D-HD超音波影像，二動一靜，能量均勻，臍帶沒有打了一個結。(鄭月琴小姐提供)



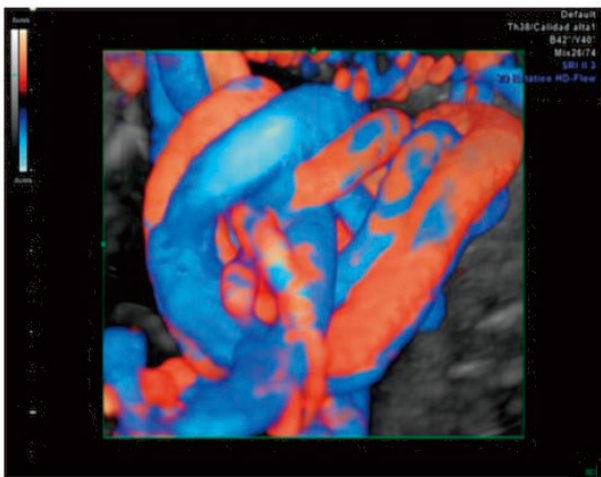
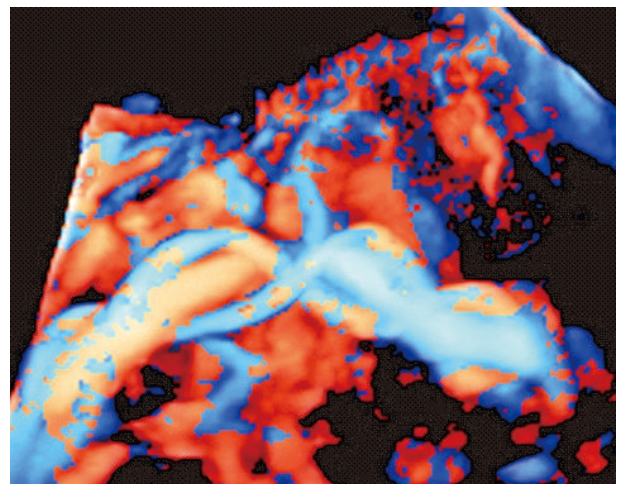


Figure 3 Three-dimensional high-definition flow image of true umbilical cord knot. (以上圖片翻攝自 Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 39: p245)

週，經病人要求進行剖腹生產手術，一名男孩出生，體重3090公克，正常Apgar scores，臍帶長87公分，有一臍帶真結(true knot)，在三分之二段臍帶處。

## 參、結論

「臍帶真結」(true knot) 發生率大約佔生產的0.04 - 3%，這些案例大約11%在生產前造成胎兒的影響，且胎死腹中的情形比正常懷孕的族群高出4-10倍。目前經2D超音波產前診斷「臍帶真結」仍有許多

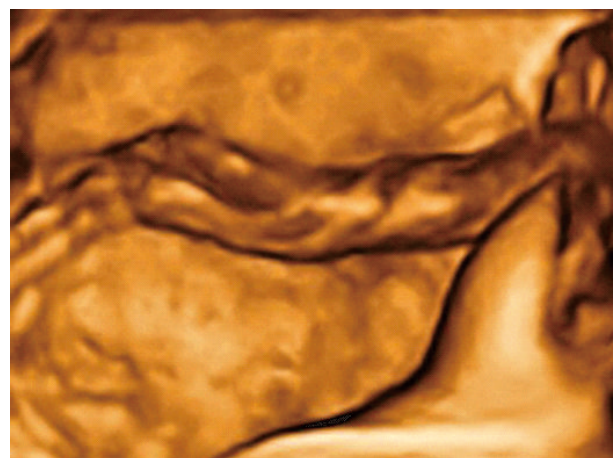


圖三B，正常妊娠時臍帶的3D-HD超音波影像，二動一靜，能量均勻，臍帶沒有打了一個結。(鄭月琴小姐提供)

困難之處：胎兒部位干預(如擋住、壓住)、臍帶長度及位置、羊水量不夠，很可能無法發現臍帶的異常。High-definition flow imaging sonography或許能幫助診斷「臍帶真結」，但是規則地檢查臍帶是否列入每次超音波檢查之中，就看各位醫師決定了。



Figure 4 Three-dimensional surface-rendering of true umbilical cord knot. (以上圖片翻攝自 Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 39: p245)



圖四B，正常妊娠臍帶的3D超音波表面重組影像，臍帶沒有打結。(鄭月琴小姐提供寶貴相片)

## Reference

1. Ramo' n Y Cajal CL, Mart'inez RO. Prenatal diagnosis of true knot of the umbilical cord. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23: 99–100.
2. Aranyosi J, Major T, Fu'lesdi B, Zatik J. Fetal arterial redistribution indicating true umbilical cord knot. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 106: 225–226.
3. Ulm MR, Obwegeser R, Ulm B, Deutinger J. An undetected reason for severe fetal growth retardation. *Eur J Ultrasound* 1998; 8: 213–217.
4. HersHKovitz R, Silberstein T, Sheiner E, Shoham-Vardi I, Holcberg G, Katz M, Mazor M. Risk factors associated with true knots of the umbilical cord. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 98: 36–39.
5. Airas U, Heinonen S. Clinical significance of true umbilical knots: a population-based analysis. *Am J Perinatol* 2002; 19:127–132.
6. Sornes T. Umbilical cord knots. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 157–159.
7. Sherer DM, Anyaegbunam A. Prenatal ultrasonographic morphological assessment of the umbilical cord: a review, Part II. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52: 515–523.
8. Dias T, Mahsud-Dornan S, Bhide A, Papageorghiou AT, Thilaganathan B. Cord entanglement and perinatal outcome in monoamniotic twin pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35: 201–204.
9. Lewi L. Cord entanglement in monoamniotic twins: does it really



白岳儒醫師全家福



白岳儒醫師賢伉儷



# 台灣乳癌防治策略 婦產科醫師必須積極參與乳癌篩檢 乳癌--全球性的婦女疾病

謝豐舟 醫師

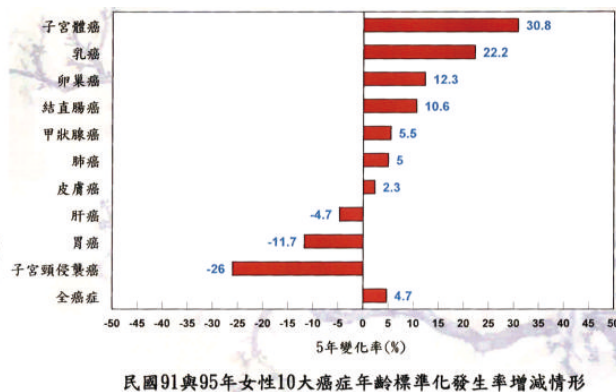


曾幾何時，乳癌取代了子宮頸癌成為台灣婦女最常見的癌症。台灣每年婦女乳癌的新病例由84年的2838人增加至95年的6895人。依最新公佈的台灣癌症登記資料，台灣91年到95年的乳癌標準化發生率增加了22%，相形之下，原來最常見的子宮頸癌却減少了30%。相較於歐美，台灣婦女乳癌發生年齡看起來有比較年輕的傾向，發生率以40-49歲為最高峰，而30-39歲的年齡層已經有不少病例。事實上，不只台灣婦女的乳癌發生率在增加，過去被認為是歐美婦女疾病的乳癌，近年來卻轉變成一個全球化的婦女疾病，因此最近有一期時代雜誌就以婦女乳癌為封面故事，封面上的標題是Why breast cancer is spreading around the world? (為什麼乳癌散布到全世界?)

在此一趨勢下，過去罕見的懷孕婦女合併乳癌，現在變成時有所見。由於現代人晚婚，懷孕時已經30幾歲，進入了乳癌的發生年齡層。有位37歲的孕婦，因不孕症九年而接受試管嬰兒治療，好不容易懷孕。她在2個月時自己就摸到乳房似乎有腫塊，到懷孕7個月的腫塊日漸明顯，才

證實為第四期乳癌。由於胎兒尚小，拖到32周才進行剖腹生產，胎兒出生體重1300公克，幸好在新生兒科醫護人員的照護下，沒什麼太大的併發症。由於腫瘤太大，所以先行化學治療之後再施行手術，二年後再發不治。從上述的情況，可見乳癌防治是以婦女健康為職志的婦產科醫生責無旁貸的任務。

年 別	女性乳癌發生				女性乳癌死亡			
	發生人數	粗發生率	標準化發生率	排名	死亡人數	粗死亡率	標準化死亡率	排名
84年	2838	27.4	28.4	1	918	8.9	9.7	5
85年	3100	29.6	29.9	1	987	9.5	10.1	5
86年	3611	34.1	33.9	1	1,073	10.2	10.6	4
87年	3793	35.5	34.4	1	995	9.4	9.5	5
88年	4488	41.6	39.6	1	1,082	10.1	10.1	4
89年	4643	42.7	39.6	1	1,149	10.6	10.3	4
90年	4871	44.4	40.4	1	1,241	11.4	10.7	4
91年	5041	45.7	40.9	1	1,203	10.9	10.2	4
92年	5299	47.8	41.8	1	1,381	12.5	11.3	4
93年	6273	56.3	48.0	1	1,339	12.0	10.5	4
94年	6656	59.4	49.7	1	1,439	12.9	11.0	4
95年	6895	61.1	50.0	1	1,439	12.8	10.6	4
96年					1,552	13.7	11.1	4



台灣每年婦女乳癌的新病例由84年的2838人增加至95年的6895人。依最新公佈的台灣癌症登記資料，台灣91年到95年的乳癌標準化發生率增加了22%，相形之下，原來最常見的子宮頸癌卻減少了30%

30年前筆者當住院醫師的時代，婦產科住院醫師訓練的內容根本全無乳癌兩字，但今日婦產科醫生身為婦女健康的守護者卻不得不正視這個問題。基本上，沒

有女性賀爾蒙(estrogen)就沒有乳癌。婦產科醫生對女性賀爾蒙的深厚了解，將使乳癌之防治更具深度。

台灣婦女乳癌發生年齡看起來有比較年輕的傾向，發生率以40-49歲為最高峰，而30-39歲的年齡層已經有不少病例

### 三點不漏”只是“口號”

其實子宮頸癌與乳癌一起篩檢，也就是所謂“三點不漏”已經是衛生主管當局推行已久的觀念，只是一直停留在“口號”的階段，沒有建立一個可行的機制，子宮頸抹片主要時由婦產科醫師執行，但乳房檢查卻要找為數不多的乳房外科醫師，目前全國積極執業的乳房外科醫師可能只有數十位，單單施行每年近8000位新病例的手術治療已經疲於奔命，如何能再負擔每年近五百萬名婦女的乳房篩檢工作。每位乳房外科醫生每次門診病人都是一、二百人，有人甚至要看診到半夜，結果是醫師過勞，病人也疲於奔命。

### 婦產科醫師的參與是乳癌篩檢的一大助力

雖然歐洲國間乳房疾病向來是由婦產科醫師負責照顧，傳統上國內的婦產科醫師卻不認為乳房是自己的領域，訓練過程亦無此部分。近年來雖已稍有覺醒知道乳房是個女性器官，乳房疾病從小女孩的乳房發育問題到懷孕婦女的乳房照顧、乳腺炎的治療，以至於乳癌的篩檢是婦產科醫生責無旁貸的問題。由於乳房檢查較為敏感，不少婦女希望由女性醫師施行檢查，近幾年婦產科的新進醫師女性幾近百分之八十，因此婦產科醫師若能接受良好的訓練，對於乳癌篩檢的接受度必然大有助益，也可讓乳房外科醫師專注於手術治療工作，不必看診到半夜。

首先婦產科醫生必須充實乳房相關的醫學知識，從解剖、生理、內分泌以至病理。從住院醫生到主治醫生的各個層級都必須從頭學起。更重要的是，看婦女病患時，除例行的骨盆腔檢查之外，絕對不要忘記進行乳房觸診，最好能做到做抹片檢查的時候，務必同時進行乳房觸診。每一個住院婦科病患都需詢問乳癌家族史，施行乳房觸診，必要時進行超音波或乳房X光檢查(mammography)。

### 台灣早期乳癌只佔30%--以超音波發現早期乳癌是我們的目標。

婦產科醫生手中還有一個工具，就是到處都有的超音波儀器，只要有適當的探頭，加上良好的基本訓練，2cm(或更小)的腫瘤不難發現。目前，已有七、八百位婦產科醫生參加過超音波醫學會舉辦的乳房超音波講習課程，各醫學中心的17位乳房醫學種子教官也可以發揮帶動的力量，更希望各教學醫院在日常的教學活動中經常加入乳房醫療相關的內容，婦產科醫學會也要積極推動相關的教學及研究活動。

根據高雄醫學大學侯明峰教授的研究顯示：超音波發現乳癌的效力，與乳房X光檢查相當。我們不預期以超音波發現原位乳癌腫瘤，但對於1-2cm左右的早期乳癌(stage I)，超音波應該有很好的偵測力是我們的目標，因此以超音波發現早期乳癌是我們的目標。

### 乳房X光檢查或超音波??

歐美的乳癌篩檢是以乳房X光檢查(mammography)為主要工具，乳房X光檢查的優點在能發現早期乳癌的微小鈣化，缺



點在於具輻射性，不宜施行於40歲以下婦女，施行時需夾平乳房較不舒服，以及必須在有輻射防護的地方施行，儀器較為昂貴。另外由於台灣婦女的乳房脂肪較少，質地緻密，在乳房X光檢查中微小鈣化點不易顯現，因此近來超音波篩檢逐漸抬頭。超音波儀器在台灣極為普遍，可近性極高，不具輻射性，亦不需夾平乳房，在施行子宮頸抹片之場所即可同時施行，落實「三點不漏」。超音波雖然在偵測零期乳癌的微小鈣化點方面較弱，但對1-2公分之腫瘤偵測度極高（見侯明峰教授研究），且發現腫瘤後可以立即在超音波導引下進行細胞抽吸或粗針切片以確定診斷。

考量台灣的現況以及乳房X光檢查與超音波的特性，台灣乳癌篩檢宜以乳房X光檢查和超音波互相配合。目前的傾向是每2-3年施行一次乳房X光檢查，每年配合抹片檢查時機施行一次乳房超音波篩檢，應是對台灣婦女乳癌篩檢的最佳策略。

**根據高雄醫學大學侯明峰教授的研究顯示：超音波發現乳癌的效力，與乳房X光檢查相當(CSE :觸診，Mamm:乳房X光檢查，Sono:乳房超音波檢查)**

要開發一個治療乳癌的新藥費用高達10億美金，我們只要把現在早期乳癌只佔30%的情況，提升到60~70%就可以挽救不少生命，因為早期乳癌的治愈率高達95%。

**台灣的第一期乳癌只佔30%(2004-2006)**

只要全國兩千多位婦產科醫生投入乳癌防治工作，相信這個目標在兩、三年內不難達成，就像從1993年全國婦產科醫生投入唐氏症母血篩檢工作，3年之內，唐氏症活產率降低了70%，每年至少使

200個家庭免於唐氏症的負擔。

## 台灣乳癌防治的架構：

考量台灣的實際情況，個人認為我們必須建立以下的架構：

1. 第一線：外科、婦產科、家醫科醫生...在每年例行抹片檢查時，為婦女進行乳房觸診以及超音波檢查。必要時可同時進行乳房X光檢查。

2. 第二線：成立乳房影像檢查室(Breast Imaging Lab)，由有經驗的放射科或外、婦科醫生主持，可以將第一線發現之疑似病例使用超音波、乳房X光檢查或磁共振造影(MRI)，配合細胞檢查(aspiration cytology)或粗針切片(core biopsy)確立診斷。

3. 第三線：由乳房外科醫生進行必要的外科治療。

4. 第四線：良好的病理診斷、放射治療、化學治療及遺傳診斷，提供後續治療。

目前台大醫院已經成立一個乳房影像檢查室，運作良好，並且招收外科、婦產科、家醫科主治醫師有志投入乳房醫療之主治醫師，接受三個月的研修醫師(Fellow)訓練而全台灣的婦產科醫師透過婦產科學會的推薦都可以到乳房影像檢查室接受為期一周的短期訓練，台大醫院乳房影像檢查室已經為台灣乳房醫療培養了一批生力軍。期望各醫學中心能複製台大醫院之模式，集合各科醫師的力量，配合第一線的積極檢查，相信我們會在唐氏症之後，再創造一個奇蹟，使乳癌對台灣婦女的威脅降至最低。

## 台灣婦產科界對乳癌篩檢應更積極

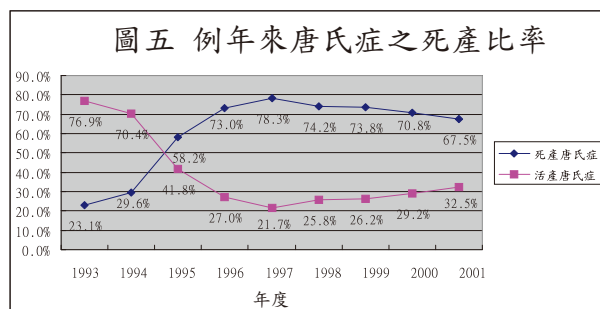
因為傳統觀念的束縛，絕大部分醫學中心的婦產科醫師並未參與乳癌篩檢工作，其中部分因素雖然是由於外科的阻力，例如某醫學中心嚴禁婦產科醫師開立乳房超音波檢查單，然而經過這幾年的積極溝通，大部分乳房外科醫師已體認到要根本解決台灣婦女乳癌未能及早診斷的問題，與婦產科醫師攜手合作是最有效的解決方式。因此現在最大的問題不在外科而是在婦產科本身的消極態度。

婦產科學會雖然規定在住院醫師訓練中必須包括乳房醫學，然而卻流於形式，並未真正落實。各醫學中心的婦產科主持人也未積極地在訓練與臨床醫療方面與外科協調出一個可行的方法，以致許多年輕的婦產科女性醫師雖然有志於乳房的醫療工作卻得不到好的學習環境，只能徒呼負負。最可嘆的是，當婦女有乳房問題到婦產科門診求診時婦產科醫師自己卻愛莫能助，只能請她到外科去排隊。

最近我看到有些罹患婦科腫瘤，如卵巢癌的病人在住進婦產科病房接受手術治療的整個過程，竟然沒有人替她施行乳房檢查。大家都知道卵巢癌與乳癌兩者關係密切，這樣的教學醫院實在離good practice太遠。因此希望醫學教育當局對婦產科住院醫師訓練有關乳房醫學的部分必須嚴加考核。各醫學中心也應盡速在教學、行政及醫療作業上促成婦產科醫師加入乳房醫學的行列，投入乳癌篩檢工作的第一線，最好能仿照我在台大醫院建立的第一線→第二線→第三線→第四線模式，在各醫學中心設立類似的設施與模式，這並不必花什麼大錢，只要把既有的人力、設施與作業流程整合，就能提供婦女既方便又有隱私的乳房篩檢服務，若能如此將是台

灣婦女之福。

這種建立一個全國性的網路，測底解決某一種疾病的方法，我們已經在唐氏症篩檢、地中海貧血篩檢、超音波胎兒篩檢成功地實行，讓婦女們不再為生下唐氏症、地中海貧血與嚴重先天性缺陷的下一代而哭泣。現在應該是我們將這個模式應用在婦女本身，減輕乳癌威脅的時候了。



1993年來母血唐氏症篩檢在台灣全面推行，唐氏症之活產比率迅速降低。

## 乳房醫學應該成為一個專科

乳房醫學其實應該成為一個專科。乳腺如何發育就是一個大學問，例如有些小女孩在五、六歲時乳房就提早發育，除了少數是有特殊原因例如腦部腫瘤，其他大部分是原因不明。青春期後每個月的月經周期，巨大的內分泌變化，乳腺也隨著受到影響，因此纖維化囊腫(fibrocystic diseases)相當普遍。懷孕哺乳時的乳房又是另一番景象。當然往後乳房良性惡性腫瘤成為婦女們的一大困擾。目前雖然乳房醫療是由外科醫師在執行，但外科醫生實際上對乳房的發育、生理、荷爾蒙的影響並無完整的學習，只是以腫瘤的診斷與治療為主，對發育與內分泌較有認識的婦產科醫師又被禁止做乳房腫瘤的診斷治療，於是乳房醫學實際上成為半吊子狀態，承受這種半吊子醫學後果的就是廣大的婦女同胞們！！

我認為今天乳房醫學應該成立一個



fellow program，招收完成外科或婦產科住院醫師訓練的醫師，接受兩年的訓練，其中包括乳房的解剖、生理、病理、發育、內分泌、乳房腫瘤的診斷與治療(包括內外科治療、影像學診斷、放射線治療、遺傳諮詢，...)。此一 fellow program 可以放在外科或婦產科之下，唯有如此才能訓練出真正了解乳房生理與疾病的醫生給予婦女乳房最好得照顧。當然這是一個突破性的概念，然而確實有其必要性與巨大而迫切的需求，就看哪一個醫學中心有此遠見與魄力去踏出第一步。

## 結論

台灣婦女乳癌的發生率從91年到95年增加了22%，95年度之新病例達6895人，發生年齡較歐美年輕，以40-49歲為最高。一般診斷較遲，第一期只佔30%，離歐美的60-70%相去甚遠，建議如下：

1. 衛生主管當局必須落實「三點不漏」的政策，建立子宮頸抹片與乳癌篩檢可以同時執行的機制。
2. 婦產科醫師的積極參與是應付每年500萬婦女乳癌篩檢絕對必要的。
3. 婦產科醫學會與各教學醫院必須落實對各級醫師的乳房醫學教學與訓練，以及提供婦女病患正確的乳房醫療。
4. 各醫學中心及區域醫院必須立即協調外科與婦產科成立子宮頸抹片與乳癌篩檢的整合門診，提供方便、隱私的高品質篩檢。
5. 各醫學中心應整合相關各科，給予充分之人力、空間、儀器，如前述之第一線篩檢，第二線確診，第三線手術，第四線輔助療法的完整系統性治療。

6. 衛生主管當局應與各相關學會合作，確保篩檢與診療工作之品質。

7. 加強對公眾宣導「三點不漏」篩檢之必要性與施行機制。

## 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
- 神經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

# 透視婦產科系列 懷孕合併陰道出血

嘉義基督教醫院婦產科 王培中主任



## 楔子

日前電話問候老師關心導管檢查的結果，得知一切安好，實為誤會一場，心中的大石頭總算放下了。在電話中老師提起同馨會會刊邀稿的事情，著實讓我又緊張了半天：離開成大後，臨床做得太多，專業知識的部分只怕連R都不如；散文的部分，看到老師的文章之後，又不知如何能以螢燭與皓月爭輝，苦思多日，不知如何下筆。左思右想，心一橫，反正這份文稿都是同門們在看，就算丟臉也不會被外人知道，於是就把幾年來所寫的文章整理一下，野人獻曝，就算是貽笑大方也在所不惜了。

這「透視婦產科」系列文章，全都是登載於「嬰兒與母親」雜誌上的衛教文章，雖說是寫給準媽媽們看的，但在下心中仍然期盼，它對於剛接觸「婦產科」「超音波」的年輕住院醫師，能有一點點啟發的作用。全篇目前共有十九篇，本來是計畫寫滿二十五篇後就要想辦法出書的

（虛榮啊@@），不過雜誌社的編輯告誡說，這類的出版品是一定會賠錢的，要在下準備十來萬新台幣來燒！考慮之後，決定這筆錢還是省下來做孩子們的教育費用算了，就把這主意打消，然而這些文章若就此束之高閣，卻又心有不甘，正巧有這個機會，藉著這個平台show出來，讓各位師長先進點評一下，也給學弟妹們參考。如果想要收去給患者做為衛教用途，只要註明出處也是非常歡迎的喔。閒話休說，敬請指教。

## 透視婦產科系列之一

早期懷孕合併陰道出血，孩子保得住嗎？

文／嘉義基督教醫院婦產科主治醫師 王培中  
（前言）

身為一個婦產科醫師，在一天辛苦的常規工作－查房、門診、接生、開刀之餘，常常感慨，醫護人員真可說是接近於神職人員的一種角色！試圖要以人類有限的智慧和能力，去扮演著解釋神的意志，甚至有著神的代言人般決定性的意義。多少次因筆者的一句話或一個判斷，患者及家屬有時潸然淚下，有時歡天喜地，彷彿整个人生都會因此而改變似的，但是這竟只是我常規工作中，非常小的部份而已！然而，醫師畢竟是人不是神，任何檢查或治療也都有它的適用範圍和限制，並非萬能。想要縮短醫病在這方面的歧見，唯有積極互動與雙邊溝通而已。

在諸多江湖前輩面前，筆者不敢說行醫多年，但接觸到的有意思的個案還真不少。其中最令筆者印象深刻的，往往和超音波檢查有關。曾有專業醫學雜誌主編推



崇說：「二十世紀，週產期醫學界最重要的三項發明，就是超音波、超音波，和超音波！」它能夠一窺人體內部奧妙，同時擁有其他影像檢查無法比擬的優點——沒有放射性，因此不需要特別的防護，機器本身也輕便可移動，真是太方便了！不過卻因此而被使用得極為浮濫！不只是醫師會當做「殺必司」，有些病人也會主動要求做以求心安。在「全民做超音波」的情況下，兩極化的情形就出現了：有時是不要緊的超音波發現，卻因醫師的表達方式不適當，或是醫師別有用心，甚至是病患的極度焦慮，而被誇大成很嚴重；反之，很嚴重的情況，卻因操作時的心態或技術等問題，無法確切診斷，而造成糾紛。探究其中原因，常常是醫病溝通不良所致。

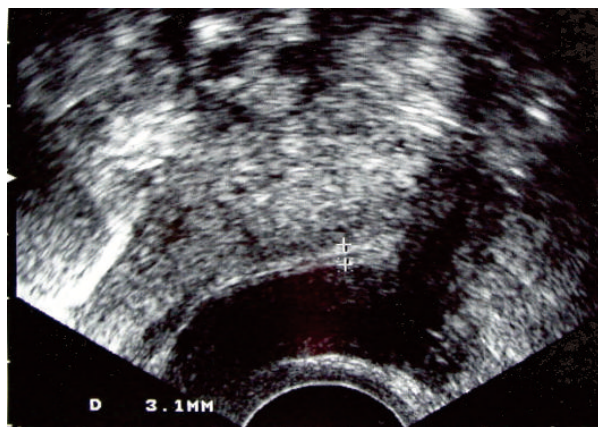
有鑑於此，筆者特別收集在臨床工作時所遇到的真實案例，解釋患者應有的正確處理流程及心態，以減少讀者們的疑惑，解除雙方對於超音波檢查上認知的差距，甚至洞悉不肖醫師的不良企圖。類似主題的文章將在此專欄陸續發表，敬請期待。

## 無聲的流產

一個新的生命，總是令人欣喜雀躍的，一句「老公，我有了！」是多麼的令人興奮啊！然而此時一旦發生陰道出血，喜悅的心情馬上就會蒙上陰影。其實說句大家不愛聽的坦白話：「只是自己私下驗尿驗出懷孕，本來就不是一定會有令您滿意的結果！」除了正常的子宮內受孕外，還有可能會發生自然流產，或是子宮內的異常受孕產物，更有嚴重如子宮外孕的情況。但是因為這時的鑑別診斷確實有其難度，且此時病患和家屬多半相當驚恐，若無法清楚地溝通，彼此的不愉快，甚至醫

療糾紛往往就這樣發生了。讓我們藉由以下的案例，一步一步揭開早期懷孕的神秘面紗：

A小姐，28歲，曾經生產過一胎，這次的最後一次月經是5月10日，平時她的月經週期非常準確，都是30天，因此6月12日月經沒來，她就自己買驗孕片檢查，結果是陽性反應（有懷孕）。但是6月14日起有一點點的血色分泌物，不料6月16日突然有多量的出血及下腹痛，有疑似組織排出，於是趕緊到醫院檢查。經過內診發現出血合併有組織由子宮頸排出，於是將組織送病理化驗；陰道超音波則顯示子宮內膜相當薄，無殘存組織，子宮周邊則無異狀（參見圖一）。



圖一：病人驗孕為陽性反應，陰道超音波則顯示子宮內膜厚度很薄（厚度3.1mm），亦無殘存組織，子宮周邊也無異狀，初步的診斷是「早期懷孕合併自然流產」。

初步的診斷是「早期懷孕合併自然流產」，於是給予子宮收縮藥，並展開血清懷孕指數之追蹤：2天之後懷孕指數降了一半，同時陰道出血也減少；一週之後懷孕指數降至100以下，並且送檢結果確定是懷孕組織；又過一個月後指數下降到0，月經也來了，之後的月經都規則。3個

月之後，A小姐又再次懷孕，幸好沒有出血的現象，九個月後順利生產。

經由A小姐這個案例告訴大家，「有超過一半以上的受精卵不會以活產收場！」而其中失敗的情況，絕大部分都在懷孕的非常初期就以流產來表現，有時甚至不曾被察覺！上述的A小姐因為有驗孕才知道發生流產，有不少婦女朋友，尤其是月經很不準，或對自己身體狀況沒有那麼在意的，甚至不知道自己已懷孕了！遇到上述的情況，往往會以為這次月經來得特別晚，因此量比較多，肚子也比較痛，渾然不知自己是懷孕又流產了呢！這在學術上稱為「無聲的流產」。A小姐還算幸運，流產時排得一乾二淨沒有殘存懷孕組織，有時懷孕組織沒有自己脫落排出，或是因為懷孕周數較大、組織較多，沒有排除乾淨（不完全流產）（參見圖二），病人會有持續的出血，血清懷孕指數也無法順利的下降，往往還需要動個門診小手術，把子宮內容物清空呢！



圖二：懷孕合併中量之陰道出血，陰道超音波則顯示內膜很厚（16.9公釐），其內部有不規則之空腔但無懷孕囊，最後證實為「不完全流產」，但單憑此圖不足以排除其他的妊娠併發症之可能

於是乎有經驗的婦產科醫師，面對特殊之月經異常的患者，會想到先做個懷孕試驗，去排除這方面的問題，雖然有時候會引起病人的不愉快，認為自己月經來了為何還要驗孕？看了以上的例子您就能瞭解醫師的苦心了。

## 「內診」的必要性

東方人因為民風保守，非常忌諱醫師進行內診，尤其是月經期間或是早期懷孕有出血！前者是常常覺得自己很髒而不好意思，後者則是怕醫師會傷到小孩！但就像A小姐的情況，若不內診就會少了重要的線索，沒有撿出那塊掉出來的組織，診斷只怕還沒那麼有信心呢！同時因為一塊組織擋住子宮頸口，出血可能會持續很久，徒增病人的困擾。

陰道超音波因探頭要放到陰道之中，患者也常有排斥感。但它因為直接靠近子宮，可以較腹部超音波更早、更清楚地看到懷孕的情況（大約可以提早一週，同時不用膀胱脹尿）。然而令人震驚的是，曾有病患和家屬因為發生了自然流產而控告醫師，說是因為他去陰道「挖弄」所造成？這種無稽的指控，除非真的遇上有惡意的醫師之外，也只能說是民眾教育以及醫病溝通上的不足了。

另外有一種現象，也是非內診不能診斷。有些孕婦的胚胎或胎兒一直發育良好，胎盤位置也很好，卻持續有陰道少量出血，內診發現出血和胎兒無關，是子宮頸在出血，而診斷往往是瘰肉或糜爛，少數則是癌前病變。檢查時因為醫師接觸到病灶，或是取組織去化驗（抹片或切片），常常在一兩天之內，出血反而會增加一點，若是患者因此而怪罪醫師，可能

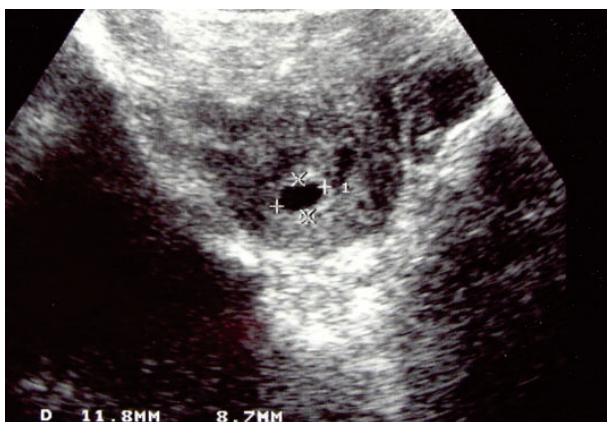


只會打壓醫師的熱忱，陷入「少做少錯、不做不錯」的防衛性醫療中，恐怕不是民眾之福吧！

## 超音波vs.懷孕天數vs.懷孕指數 先兆性流產

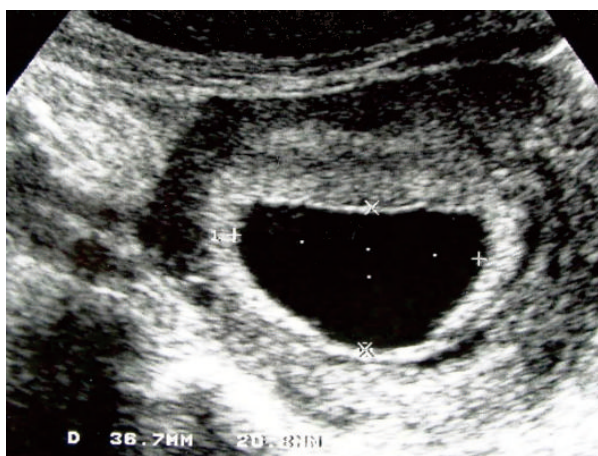
在上述案例之中，還有兩項重要的觀念：一是懷孕週數和超音波發現之間的關係；另一個則是再加上血清懷孕指數所形成的三角習題。以下面例子來討論：

B小姐，26歲，未曾經生育過，有兩次人工流產的病史，與未婚夫計畫年底要完婚。平時的月經並不規則，這次的最後一次月經是4月17日，在5月底時到診所檢查，驗孕的結果是有懷孕。但是腹部超音波並沒有看到懷孕囊，醫師請她1~2週後再檢查。6月10日起有一點點出血，內診時發現少量血色分泌物，子宮頸無異樣，腹部超音波顯示子宮內有懷孕囊，直徑約10公釐（1公分），子宮周邊無異狀（參見圖三），初步的診斷是「早期懷孕合併先兆性流產」（就是有流產的跡象，但並未真正流產），於是給予安胎藥物治療，並預約回門診追蹤。



圖三：孕婦陰道有少量出血，腹部超音波顯示子宮內有懷孕囊，平均直徑約10公釐，懷孕大約6週（ $33+10=43$ (天)），子宮周邊無異狀，初步的診斷是「早期懷孕合併先兆性流產」。

但是B小姐和家人比較焦慮，於是同時也進行可以比較快速知道結果的血清懷孕指數之追蹤：2天之後懷孕指數只上升了兩成，一週之後也只上升到原來的1.5倍，此時大致上可以確定這「不是」一個正常的懷孕。但是由於B小姐對這次的懷孕期望非常大，同時出血也不再發生，她並不能接受筆者終止妊娠的建議，決定回去碰碰運氣。又過了兩週（7月初，懷孕10週多），回門診時發現懷孕囊直徑已近30公釐，但其中已沒有胚胎的存在（參見圖四），於是「萎縮卵」的診斷確定，B小姐接受子宮內容物清除手術。3個月後她結婚了，而且在婚後順利懷孕並生下寶寶。



圖四：腹部超音波發現懷孕囊平均直徑已近30公釐，但其中始終沒有胚胎的存在，「萎縮卵」的診斷確定。

B小姐的情況要和大家分享的觀念是：至少有三成以上女性朋友的月經是不準的！至少沒有自己想像中來的準。因此一旦發現懷孕，一個負責任的婦產科醫師必定會戰戰兢兢地觀察，從確定懷孕囊的位置（排除流產及子宮外孕），追蹤懷孕囊的發展（排除萎縮卵），一直要到看到胚胎以及心跳後才能放心。

## 懷孕天數和懷孕囊大小的關係

早期懷孕我們用超音波觀察，在胚胎出現之前，懷孕時間和懷孕囊大小的關係有一個簡便的公式可供換算：

懷孕的天數 = 33 + 懷孕囊的平均直徑（單位公釐）

也就是說，最快大約5週（35天）可以看見懷孕囊（懷孕的週數是從最後一次月經開始的第一天開始算）。然後大約6週可以看到卵黃囊，7週則可以看到胚胎及心跳。



圖五：胚胎全長已達19.7公釐，但是偵測不到心跳，是一個「胚胎死亡」的診斷。

## 早期流產的2項提醒

**1.心情上的平復：**一旦發生了早期懷孕喪失，不論是自然流產、萎縮卵或是胚胎死亡，孕婦往往都非常難過，而且一定會問「為什麼會這樣？」有時候連鄰居修理房子、被長官罵、和先生吵架，或是自己三天前摔破一個蟠龍花瓶都會被怪罪進去！事實上這些都是不相關的穿鑿附會。根據正式的醫學報告，早期妊娠喪失有一半以上是由於胚胎本身的不健全所造成！通常是染色體數目的問題（如唐氏症(47,+21)、透納式症(45,XO)等等），而且絕大部分和夫妻雙方沒有任何的關係，純粹是胚胎在發育時期出了差錯所導致。除非連續發生，就是醫學上定義的「重複妊娠喪失」（俗稱「習慣性流產」），才需要做一連串的检查去找原因。對於第一次發生的夫妻而言，不要給自己太大的壓力，應該理性面對，身體養好，十之八九都能很快地再受孕，並且產下健康正常的寶寶。有時筆者會安慰病人，說不定自己還要慶幸呢，因為如果懷孕週數更大才胎死腹中（參見圖五），或是產下了染色體異常的胎兒，豈不更為困擾？

**2.求助正派醫師：**因懷孕產物異常所進行的門診小手術，是在健保的給付範圍之內，通常病人負擔不會超過一、兩千元。筆者曾聽過強迫患者自費處理的不肖同業（這和自己主動要求的人工流產不同，切勿混為一談），甚至因此而過度診斷，想要毀掉正常的懷孕，使得日後無從追究！一般正派的醫師，對這類診斷多半不會驟下結論，會分析可能的預後並安排追蹤，也不會忌諱病人去其他醫生處「再確認」，這些特徵也可以讓您更認識您所看的醫師是否正派。

## 認識血清懷孕指數（ $\beta$ -hCG）

人體中除非長了特殊的腫瘤，否則血液裡乙型人類絨毛膜激素（ $\beta$  human chorionic gonadotropin，簡稱 $\beta$ -hCG）這種由胎盤所製造的荷爾蒙，只有在懷孕時才會出現，這就是「懷孕指數」。

正常懷孕初期時，懷孕指數會呈「等比級數」上升，在48小時之內至少會增加1/2~2/3（50~66%）以上，可多不可少，大約一週會多一個零（十倍），一直會上升到30000~100000 mIU/mL左右（最高點大約出現在懷孕10周前後，這也和害喜現象



的嚴重程度吻合）、（如果爆多到數十萬的話要強烈懷疑「葡萄胎」的診斷），然後慢慢下降，之後維持在10000~30000，一直到生產。如果懷孕完全消失（就是懷孕組織完全排出，體內完全不再製造 $\beta$ -hCG），則它的濃度在48小時之內至少要減半。

知道了這個事實，就可以用來快速判斷懷孕的預後：

### 一、懷孕指數下降：

1. 像A小姐的情況，懷孕指數很快速的下降，確定流產，反而可以比較放心，冷靜的追蹤即可。
2. 如果下降得慢，同時出血不停，甚至還可以看到子宮腔內的懷孕囊，就是「不完全流產」；若看不到懷孕囊就要考慮其他的不正常妊娠，這些都需要醫療介入。

### 二、懷孕指數上升，要尋找懷孕囊：

1. 若在子宮內看到懷孕囊，指數又像B小姐一般上升過慢，「萎縮卵」的診斷大概可以較傳統方法（純粹超音波追蹤）提早一兩週判定；上升正常的就可以比較放心的追蹤，通常預後還不錯。
2. 若找不到懷孕囊，就要強烈懷疑「子宮外孕」的可能。在此有一個重要的數據可以幫助診斷：血清懷孕指數如果上升超過5000~6000，用腹部超音波一定要看到懷孕囊（陰道超音波則是1500~2000），看不到就要去懷疑

有可能是子宮外孕了。

## 結語

使用新穎的超音波儀器，加上高科技的血清檢查，早期懷孕合併出血已經不再是只有「下週再追蹤」這101招了。不過最重要的，還是醫師對於懷孕生理及診斷工具的通盤瞭解，予以靈活配合運用，以及醫病間全面的信任和溝通。「透視婦產科」系列文章還有許多內容，如果有機會我們再談。

## 作者簡介：

王培中醫師

現任嘉義基督教醫院婦產科部主任兼產科主任

成大醫院婦產科兼任主治醫師

中華民國婦產科醫學會、周產期醫學會、醫用超音波學會會員

婦產科專科醫師

# 追思黃崑巖院長與祝賀同馨會成立滿周年

台北國泰綜合醫院生殖醫學中心主任 賴宗炫

日前接到恩師張峰銘教授來電告知成大婦產部同馨會成立將屆滿一週年，希望我們這些徒子徒孫發表感言慶賀一番。因三月剛從新竹國泰調回台北總院服務，負責生殖醫學中心重新規畫及擴建計畫，每天工作忙碌“校長兼撞鐘”，不知不覺又拖了一個多禮拜，恩師很有耐心又來電提醒，讓我覺得很不好意思，不管如何辭不達意，一定要發文表達內心祝福之意。

隨著年紀增長，對於「人生無常」這句話的體悟也越來越深。在我們成長過程中曾經與我們有緣相聚並且幫助過我們的長輩相繼過世，感到不捨與懷念。三月初接到校友會訊息得知成醫創院院長黃崑巖教授病逝於美國，震驚不已！記得最後一次見到黃前院長是在五、六年前北區成醫校友會聚會時，當時黃前院長與夫人一起與會，北區校友出席踴躍，幾乎擠爆天母溫德德國餐廳(後醫系戴芳瑜學長開的)，只為再次一睹黃前院長風采，聆聽他的生活小故事，給我們啟發與鼓勵。當時黃前院長已從國衛院退休，擔任教育部醫學教育委員會召集人，正致力於台灣醫學教育改革與評鑑工作，雖然有高血壓病史但整體看來健康狀況還不錯。聚會時校友們個個搶著要和黃前院長說話，黃前院長記憶力超強，許多校友的名字都能叫得出來，真是令人驚訝。那次聚會後就再也沒機會見到黃前院長。沒想到才短短幾年就聽到他辭世的消息，真是不敢置信。忘記跟校友會修改我的通訊地址，當我接到成醫寄來的追思會通知函已經過期。沒能來得及

親自參加追思會向這位可敬的長者表達感謝與懷念，深感遺憾。

我很幸運這一生能有機會進入黃前院長創辦的成大醫學院習醫。進入成醫報到時拿到的第一份簡介資料封面就有黃前院長的訓示：Before you become a doctor, become a man. (成為良醫之前，先做成功的人)。要當良醫不要當名醫。這些訓示已經內化成為個人的座右銘，時時反省警惕自己。後醫系一年級剛放暑假，我留在台南準備參加成醫暑期社區醫療服務隊集訓，某天下午到醫學院K館旁逸香書坊翻書，在電梯巧遇黃前院長，難得有機會可以找他聊聊，就直接到院長辦公室敲門，黃前院長不但沒有拒絕我，而且將公務暫放一邊，很專心的跟我談話一個多小時，解答我學習上的一些疑惑，受益良多。

黃前院長非常鼓勵學生做暑期研究，培養醫師科學家的能力與態度，我們班有一半同學大二暑假留下來跟老師做研究，有同學還為了搶研究題目差點翻臉。我很幸運跟李政昌老師做 Cholangiocarcinoma 基因變異研究，這是我第一次跑 PCR, direct DNA sequencing 找出該癌症有 point mutation 的結果，非常興奮。實驗過程其實很辛苦，當時 PCR 和 DNA sequencing 的設備都很簡陋，自己調製 sequencing 用的大片膠，一跑就是三、四個小時，做錯了又要重來，從早上忙到晚上，好幾次是在實驗



室躺椅睡覺過夜。辛苦總算有結果出爐，三十幾個檢體發現有8個點突變，突變率24%。黃前院長非常重視學生表達能力（Show and Tell），暑期研究結束必須用英文做簡報發表成果。我因口語英文程度不好，加上準備不足，上台時過度緊張而忘詞，一句話都說不出來，時間長達三分鐘。這是最尷尬的一次簡報。黃前院長和張文昌老師在台下見狀，告訴我沒關係可以用中文報告，這才化解我的尷尬。這次經歷使我深切體會語文表達的重要性，有好的研究結果如果表達不好，不能引起專家們注意，黃金可能變廢土。這次暑期研究的成功與失敗經驗對我往後的學術生涯發展很有幫助。而這次暑期研究的成果也發表在1995年台灣醫誌期刊上。

成大後醫系畢業後選擇婦產科為志業並留在我們成大醫院婦產部完成住院醫師訓練。當時選擇留在成大醫院部分原因還是受黃前院長的影響。黃前院長鼓勵成大畢業生留在成大醫院訓練，除了能support剛成立不久的成大醫院，也能受到更完整的醫師生涯訓練。我慶幸自己的選擇是對的，在成大婦產部訓練期間，除了扎實的臨床訓練外，老師們都很有熱誠帶領我們住院醫師做研究，鼓勵出國發表論文拓展視野，並寫成文章投稿期刊，這樣完整的住院醫師訓練，在台灣已不多見。我想成大醫院的老師應該也是受到黃前院長的感召，努力去實踐黃前院長對醫學教育的理念吧。

離開成大婦產部負笈台北落腳國泰醫

院行醫，兩年後出國至Johns Hopkins婦產部進修一年，在國外那一年冬天聖誕節前夕，我寫卡片給黃前院長賀年並告知正在Johns Hopkins進修，沒想到很快就接到他的來信，信中鼓勵我要把握進修機會努力學習之外，還表示如果近期有到華盛頓會抽空來巴爾的摩探視我。雖然最終沒有與他見面，但是在異鄉能收到他的來信鼓勵，內心無比溫暖。

2004年回國後順利申請到輔大醫學系任教，當時國內正興起一股醫學教育改革熱潮，各種教學方法與評鑑受到重視，並導入醫學院評鑑標準，醫學教育已經變成一種專業。這幕後的重要推手號稱三劍客（黃崑巖、黃達夫、賴其萬），尤以黃前院長為靈魂人物。輔大醫學院鄒國英院長時常在醫學教育研討會上提到黃前院長的理念，可見他的理念不只在我們成醫實現，也已經逐漸擴散到其他醫學院。不禁要佩服黃前院長的遠見與堅持。

離開成大婦產部來國泰婦產科發展到今年剛好滿十年，剛剛領到一張資深員工證書。醫療環境惡劣，在國泰當醫師滿十年、護士滿三年就算是資深員工了。回首這十年來在國泰婦產科的經歷可說是高潮迭起、柳暗又花明。如果沒有在成大醫學院及成大婦產部的扎實訓練與師長長期的關懷指導，我大概也會不敵潮流轉行成為醫學美容的一員。黃前院長說過：不想走完不啟程。這句話給我很大的啟示，已經決定上路了就要排除萬難走完全程。既然選擇婦產科及不孕症為志業，就繼續堅定的走下去。感謝一路走來有黃崑巖院長典

範的指引；有成大婦產部師長的關懷及指導。在同馨會滿週歲生日前夕，獻上我滿滿的祝福，祈願同馨會搭起”部友”聯繫的橋樑，讓我們「同馨同心，其力斷金。」



賴宗炫醫師-陽光般的燦爛笑容



賴宗炫醫師求學時期棒球裝勁照。  
成大醫學系棒球隊第一屆隊員。



賴宗炫醫師近照。攝於台北國泰總院新落成生殖醫學中心門口。

## 作者簡介:

賴宗炫醫師

國泰綜合醫院生殖醫學中心主任

國泰綜合醫院生殖醫學中心實驗室主持人

國泰綜合醫院婦產科主治醫師

教育部部定助理教授

輔仁大學醫學系專任助理教授

台北醫學大學臨床助理教授



賴宗炫醫師全家福



賴宗炫醫師夫婦合影



2000賴宗炫醫師日本德島得獎紀錄



# 樂活城市 悠適人生 漫談府城朝食二三事

蔡幸芬 醫師

身為「台南天龍人」，這城市所專屬悠閒卻充滿活力的步調已成為理所當然，連帶被養得刁鑽的味蕾，也是餐餐都馬虎不得！古有云：一日之計在於晨，「台南天龍人」飲食文化之首當然是「朝食」！其豐富多樣性令人嘆為觀止！雖然字面上「朝食」指的是早餐，個人卻將之廣譯為包含已蔚為風行的「早午餐」。不論是在尋常休假日或在疲憊的值班夜結束後，一個可以不用趕時間的舒適場所，一份營養美味的餐點一悠適的早午餐成了調養身心最佳的方式，也是享受人生的儀式。

首先介紹這家位於東區最熱鬧的地段，隱身於百貨公司旁的巷弄中，附近也是有多家名店聚集。老闆和老闆娘都曾留學英國，故招牌是英式下午茶，但店內各式餐點都十分美味，當然也包括brunch。想當然爾，店內時常高朋滿座，候位的客人也多，但老闆態度仍然相當親切笑容可掬，看店外的告示即可知其待客之道，可謂台灣普遍惡劣的名店文化中之清流！



早午餐價位個人認為還算親民，一律NT150，種類卻十分多樣性，美式三明治、法式蛋捲、英式早餐盤、班尼迪克蛋等…琳瑯滿目一應俱全。

隨餐附送熱牛奶或濃湯任選，濃湯表現也不俗。



餐點部份就不可不提讓人一試成主顧的班尼迪克蛋啦！據說作法是在英式鬆餅(scone)上，依序放上煙燻火腿、半熟水波蛋，再淋上金黃有檸檬香的荷蘭醬。荷蘭醬的作法也相當繁複，是要先用小火慢慢將奶油、蛋黃融化，再加入檸檬汁乳化，最後再做調味，過程中必須耐心、不疾不徐地攪拌。雖然之前也曾嚐過別家的班尼迪克蛋，但都不若這家的令人驚艷！據說馳名海內外的M家滿福堡就是這道名菜的親戚呢！

班尼迪克蛋一原本個人對於吃蛋白蛋黃皆半生不熟的水波蛋頗有幾分戒懼之心（之前有過不良經驗），但搭配溫醇的醬汁，襯托濃厚的蛋汁口感，相得益彰。

法國土司餐一煎得微甜的土司帶有濕潤口感及撲鼻的蛋香，搭配鬆軟的蛋捲，美味滿點！



美式套餐—三明治部份稍嫌普通，但薯條炸得金黃酥脆外酥內軟，以鹽巴稍微調味，美味度比起國內各大速食店之產品絕對有過之而不及。



英式早餐盤—烤得鬆軟燙口的scone，搭配蛋包、培根、德式香腸及沙拉，另有可塗抹在scone上的鹹奶油及香甜果醬，美味營養兼俱！

下午茶時段才有供應的鬆餅套餐—這可是讓莊小妹愛不釋口的一品（其實大人也很愛）！烤得外酥內軟的鬆餅，內餡Q軟散發出濃濃的奶蛋香，搭配香蕉及巧克力（當然店內還提供其他口味），吃了讓人唇齒留香回味再三！



這樣一個餐點美味的店家當然少不了搭配美食的各式飲品—不論奶茶、咖啡或是可可，表現都在水準之上。尤其熱可可香濃不甜膩，即使搭配口味較甜的餐食，仍能善盡綠葉陪襯的角色卻又讓人無法忘卻他的存在。

接下來介紹這家同樣身處美食一級激

戰區，卻隱沒在國宅之中，靜靜等著人去發掘驚喜的小店—



兩個女生合開的小店，店內空間真的不大，但佈置卻處處顯露專屬女孩子的細心與巧思。

店內當然有早午餐，11點後也提供其他餐點，就算睡晚一點也不用怕沒好東西吃啦！



德式香腸搭配牛奶蛋佐酸黃瓜—德式香腸調味剛好不過鹹，加上黑胡椒提味，及德式香腸特有爽脆多汁的口感，十分美味。牛奶蛋的熟度則稍嫌太過以致口感不夠軟嫩，調味尚可。



巧克力奶油鬆餅佐栗子泥—剛烤好起鍋，飄著奶蛋香的法式鬆餅，搭配鮮奶油、巧克力醬，及一匙甜度適中的栗子



泥，喜歡甜食的人絕對不會想與這道美食失之交臂的。



烤柱狀土司佐義式油醋一烤得鬆軟燙口的厚土司，搭配清爽微酸，帶點香料味的油醋醬，是相當引人食慾的一道餐點，能喚醒貪睡鳥兒的味蕾與胃袋。



咖哩風味蛋包飯—11點後才有供應的餐點。咖哩醬汁口味是偏甜的日式咖哩，搭配燉得軟爛入味的蔬菜與豬肉塊，以及上層覆蓋的滑嫩鮮甜的蛋皮，是口感與美味兼具的一道佳作。



餐前附的生菜沙拉佐法式醬汁及水果沙拉—

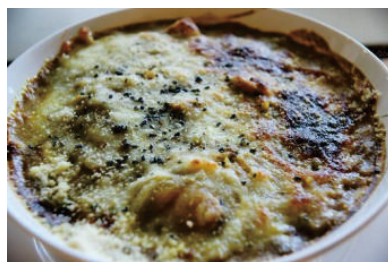
雖然是隨餐附的沙拉，但處理得一點都不馬虎。蔬菜部份十分新鮮多汁，搭配微酸的法式醬汁，味道相當順口，水果沙

拉擺盤也很漂亮，處處看得見用心。

奶油楓糖煎餅一煎得鬆軟的煎餅帶點厚度，飄著濃濃奶蛋香，原味就很好吃啦！搭配楓糖漿及鮮奶油又別有一番風味。



咖哩起司焗烤飯一端上桌即散發濃濃咖哩香，加上份量相當多的焗烤起司及起司粉，味道濃郁引人食慾大開。



嚐試過的幾種濃湯都是奶油湯底，味道鮮美濃郁，搭配烤麵包尤其美味。

替代濃湯的鮮奶穀片—雖然沒有太多加工，簡單還是有好味道的。



早餐盤一有烤土司、培根及蛋捲，值得一提的是，蛋捲煎得稍有厚度，口感有些類似加了麵粉的蛋餅，味道很不錯。



義式野菇燉飯一看似簡單樸素的料理，但香味撲鼻，米飯燉煮得相當入味，也是一道值得一嚐的美食。



咖啡館裡當然也少不了搭配美食的飲品啦！

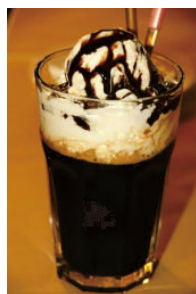
綜合水果茶一賞心悅目的一道飲品，味道也不俗。



#### 漂浮冰咖啡

英式鮮奶茶一搭配紅冰糖，更襯出濃郁茶香。

栗子特調奶茶一上層是鮮奶油及栗子泥，底部有栗子醬，風味獨特但稍嫌甜膩。



台南現有供應早午餐的店家，琳瑯滿目不勝枚舉，且仍在不斷推陳出新，各家有各家的特色與值得推薦之處。在此且先和大家分享個人相當喜愛的幾間小店，希望大家不論是定居，亦或只是經過這個美麗的城市，都能體驗享受其中的氛圍與美食。



Fellow 1 蔡幸芬醫師母女合影 2012.04.17

#### 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



# 生命故事系列(三)

張令璋 醫師

## 柒、哭了

哭了。病人。  
在我面前。

遞上面紙。  
心頭揪了一下。

專注、快節奏看診的氣氛  
頓時瓦解。  
空氣變軟了  
光線變暖了  
聲音變輕了。

最怕的就是流淚的病人。因為  
小的

大的

這些人的背後總是隱藏著故事。就像  
即將打開一個個潘朵拉的盒子。

照顧初病的老母  
心疼、心酸與心力交瘁。  
面對腹中充滿未知的生命所可能面臨  
的問題

心慌、心傷與惶恐不知所措。  
婚姻的不知可否期待、雙方家庭的合  
與不合，與如今不再奮力心跳的新生命  
無言、無力與百感交集。  
生活的壓力、生命的負擔，與一再反  
覆的病症

煩、惱怒與厭倦。

這些都超過了「醫療」本身。

看盡生老病死的醫者  
是否變得麻木，或者  
堅強？是否變得見怪不怪，

或者  
更善於安慰？

醫者父母心  
醫者朋友心

醫者若沒有社會歷練，  
最好也只能醫病  
無法醫人！



生命中總有期待。期待甚麼？  
就像美景旁空著的椅凳，等待著甚  
麼。

## 捌、生命。瞬間

生命……  
總有個角落，是別人再怎樣都碰觸不  
到的。也許  
連自己都不明瞭、掌握不到。

想想。今天，其實很平凡。九月十一  
日...Well，好好打出來才知道，是有那麼  
一點不平凡，尤其設想我們是美國人的  
話。

所以  
就真的發生一件無法界定大小，卻讓  
我需要好好花點時間沉澱的事。

## 吞安眠藥自殺

這種在電視劇裡演的、社會新聞版面寫的、醫學研討會討論的…遙遠陌生卻又熟悉的事情，最靠近我的時候，大概只有之前守急診時，遙望內科接到的一些個案－聽聞每個當事者的小故事－有點觸動心底，但畢竟是遙遠的，所以也只是感慨地為之嘆口氣。

而今天……

理應是照樣平凡的一天。卻一早查了個滿到爆的房後馬上接門診；

一直想著如往常有段中場休息，便要為自己泡杯咖啡醒醒腦，卻莫名今天大家都起得早來看病－完全沒所謂的中場休息時間。

一名同事的父親被診斷出大腸癌，已擴散，預後差。與另外的同事一起給予(現在想來，很不高明的)安慰、(真的很誠心的)支持。

中午吃了個便當，小小補眠一下。

然後大費周章地「橋」去吉貝支援做抹片、看診的事。至此，時間是無情快速地流逝著，卻在暗自竊喜賺了個免費又冠冕堂皇的遊玩機會時，有位同事平淡地對我說：

「還是告訴你一下，OO自殺，現在在S醫。」

「ㄈㄩˇn？」

時間，於是像喝醉酒一樣，slow motion, and swinging。

「那個OO呀～……」

「OO！？不是早上才來這邊拿藥？」「不要告訴我她是吃藥自殺的！」

「不知道是不是吃藥，不過現在在S醫急診洗胃。」

「剛剛才在跟阿長討論說我們有好幾位同事都有睡眠障礙，常需要靠安眠藥入睡…」「不行，我馬上去S醫看她」

「她自殺不關你的事啦，別亂想。」

「不，我很生氣，一定要去把她踹醒，揍一揍她！」

我當然生氣，你不能讓我右手救人、左手殺人，或者根本就是兩手同時救人又同時殺人。你不能沒給我機會救你，反倒挖陷阱逼我殺你！

以後，誰也別再想央我給方便，一次拿足安眠藥！有種你囤積，至少不會讓你一時興起拿到整包藥就磕來自殺！

回家開車出來，刻意繞了點路，好好想想我到底該說什麼。

路上，下起雨來。

又是雨天！！

來到S醫，雨濕的地、停車場空曠、迫不及待上前收費的停車場管理員；

提早陰暗的天色、門口竟然盛開的鳳凰木；

走過斜坡、有那麼點忙碌的醫院大門口；

第一次進入的醫院、找到了正在交班中的急診室、問床號。

天哪！以前看到的服藥自殺者也是這樣缺氧的膚色嗎？

OO耶！那個總是燦爛笑著、寡廉鮮恥說要當老闆媳婦、因為叫錯一次我的名字便每次看到我都要猛喊牛醫師，說心裡只有牛醫師的OO耶！

我想起了有次值班查房，只有我們兩個人的電梯中，OO煞有其事地說這裡的病人好難纏，她壓力好大。



我絕非敷衍，但真懊惱自己沒有能力在那時好好跟她說說話，反倒只能說些有的沒有的，雖然和阿姨談過後知道也許事因有它。

好黯淡的臉色、唇色；像是跌了好幾跤受傷，一片片瘀青的四肢；點滴；鼻胃管。

呼喊下，身體掙扎扭曲著；眼皮張開，略帶血絲的眼球，有著令人心碎的渙散眼神。

『OO，妳想了什麼？妳在想什麼？』

X的，溼了眼眶卻什麼也說不出，還要阿姨遞面紙給我。

『OO，妳要給我好好活著，至少我等著妳算吃藥的這筆帳！』

阿姨說OO中午才哭著跟她講過電話，媽媽說很可能那時或之後就吞了藥。

阿長說OO一定是臨時起意的。

不知道……

我只是覺得，是不是有時候要努力活著，更需要勇氣？

離開了S醫，不想回家、不想到診所，

想到了之前「嚮」中的一家餐廳：吃個好的、一個人冥想。

在我回答了經理「一個人」，經理臉上出現奇怪表情並要我等候帶位時，便知，我這一時興起，代價會很昂貴。

沒錯，最後棒球隊和梅花鹿請不了我，要出動四個小孩和帝雉，再貼些零錢才行！

配合著高級餐廳的上菜速度，加上我

得多少裝點優雅吃相，緩慢時間流中，想了許多。

我的結論下在「瞬間」。

按掉鬧鐘決定賴床的瞬間，決定我查房很趕，沒空先泡杯咖啡再開診；

看到OO病歷上有吃安眠藥史的瞬間，決定我沒有照例多質疑、囉唆她一下再開藥；

決定接受邀請到吉貝島做抹片看看診的瞬間，決定我得走到對面診間拿留message的小紙條，才會知道同事爸爸的病情；

「OOXX@\$&\$%&\*\*\$%^\*&（工作壓力？與家人爭吵？突然感到灰心？掛掉電話？...）」的瞬間？決定吞下藥丸；

啟動吞嚥肌肉群作功的瞬間，決定成為一個缺氧膚色暗淡需要洗胃、讓身邊人難過掉淚的自殺者；

走出醫院決定找個地方好好吃頓飯想想事情的瞬間，決定我踏進一個可能平常會開車經過百來次也不會停車走進去的一家高級餐廳，還吃撐了自己！

多少事情因瞬間而改變？

而人生，

不就是這樣組成的！？

事情繼續發酵著...

也許，真正難過的，是情關。

唉！

還有，OO是蓄意的，因為真的有囤積安眠藥。

然後，要想辦法預防老爸生重病的那位同事有任何機會跨過point of no return的

瞬間。

辛樂克來了  
窗外，風大了……

## 玖、外婆與女孩

33 y/o woman, G3P2, GA 38+ weeks  
with breech presentation, in labor.

這是位接受剖腹產媽媽的情況。翻成中文白話呢，就是：33歲女性，已生產兩次，目前懷第三胎，週數為38週多，寶寶胎位不正，已有規則陣痛。

順帶一提，她沒打算在剖腹產中順便結紮。

是個女孩，哭聲宏亮、活力佳。

腦海裡一直出現的，是待產室裡，這位看起來落盡鉛華的女子的幸福微笑。

未婚女子…不，是離了婚的女子。前兩個小孩與前夫，女子不願提起。盡聊著現在這個他：

女孩的爸與老婆小孩住在城鎮的北邊，女子住在城鎮的南邊，老婆知道『外婆』的存在，據說是「默認」。井水不犯河水。

女孩的爸有三個男孩，所以很高興『外婆』替他懷了個女娃。他答應她會好好照顧她和女娃。

女子很高興男子一直儘量撥出時間陪她。

她沒打算要求他離婚，和她結婚。因為她知道，『無奈，但這樣就夠了』。

看來是走過風塵、幸福的臉龐，帶著幸福的微笑，忍受著進入開刀房前短暫的陣痛。

是個女孩，哭聲宏亮、活力佳。  
長相…等待女大十八變。

孩子的爸，從頭到尾，沒意思想知道孩子的媽的主治醫師是誰。所以男子的面容。很模糊，因為只瞥見過一次。

女子眼中愛慕的，但實際上是冷酷世故無情的面容。

旁人看了都說：感情的事，真是願打願挨，往往是常理無法推想的。

女孩長得像爸，因為女孩的媽構得上「稍有姿色」的。

我們，默默祝福著女孩可以不用等到長大就可以十八變，得人疼、得人喜歡。畢竟，已經是出生在這樣非「常」而岌岌可危的「家庭」裡了。

女子當了幾天的幸福小女人，放任地享受「擬家庭生活」。在健保期限內辦理出院，而女孩，寄養在嬰兒室裡，直到滿月。

隱憂…

因為在寄養的一個月內，已經不常來看她的父親，探望的次數還越來越少。

連母親，也不再每天來探望。

時間流逝…當快要淡忘這一家子時，旁人又提起：前些天，女孩被帶來小兒科就診。愁容滿面的女子，平淡地告訴小兒科醫師，這女孩過不久就會住到育幼院裡。



## 拾、福

母親節剛過不久。報稅的五月。牛再次體會：牛真是頭受上天眷顧的牛！好命！

扣繳憑單列表，除了看到自己幸運地能夠在好時機壞時機時都能養活自己，更看到牛媽為人母者的疼愛，

是牛的福氣。  
有些感觸。

牛這一代，其實真的是有福氣的一代：生長在經濟起飛的年代裡，物質生活改善了，精神生活開始解放、自由；父母普遍還有『要留點甚麼，好讓下一代衣食無愁』的想法與行動，所以我們多少可以『撿點現成的』。而人生，正因為物質從貧到安康、精神由腳踏實地到天馬行空，體會更豐富多樣化。

反觀牛媽這一代，是艱困的一代：幼時經歷戰亂，物質條件貧乏，思想桎梏政治受迫；凡事都要自己努力求得，賣命似地努力著。

至於我們的下一代呢？物質條件普遍不差，但因為為人父母者成長背景已然安逸，隔代之後普遍少了勤奮的動力。而且因為人口爆炸，競爭激烈。思想行動，則仍處於桎梏之後反彈的「過度自由」期。

其實，上一代的人也可以很驕傲地說：苦歸苦，但他們其實擁有更多出頭天的機會；也許更能活出生命的色彩，更扎實地體驗『人間』。某程度來說，也是種福氣，也是種上天的賜與。

不過，牛想說的是，真的要惜福。

牛是個幸運兒，所以更要回報上天的眷顧，做好我自己、照顧好自己、不要讓人擔心，然後對別人好、做對別人好的事。

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
- 周產期醫學會專科醫師

現任：

安安婦幼中心副院長

卻說月前小弟胸痛異常，不得不接受心導管檢查，命在旦夕，無可奈何。病床上四肢冰冷，無力望著天花板。回首前半輩子，紅塵滾滾，與世浮沉，熙來攘往，渺渺茫茫，悵然若失，正是：「不如意處常八九，可與人言無二三。」雖然封鎖住院消息，還是有許多貴客不知那裏打聽，前來探訪慰問。辱承成大醫院林炳文院長、張焜心主任、與同仁探訪慰問，使小弟有了求生的欲望與奮鬥的勇氣。結果平安無事，度過心導管檢查的生死關頭，死裡逃生，感慨萬千。

好友相勸：冠心病最好的養生之道，就是「淺酌清唱」。淺酌紅酒，清除自由基；清唱KTV，練習深呼吸。話說紅酒富含「紅葡萄醇」（Resveratrol，或譯「白藜蘆醇」）。紅葡萄醇可以抑制癌細胞的增生，強力清除自由基，可以減少血栓塞的生成，降低冠心病疾病和中風的危險，對於心性、腎性及營養不良性等水腫及胃炎、腸炎、痢疾有效。能補諸虛不足，延長壽命。

子曰：「其然？豈其然乎？」不可盡信，上網查資料。首先，2003年Howitz在Nature雜誌上發表了紅葡萄醇延長酵母菌壽命的論文，隨後，延壽效果在果蠅、老鼠也得到證實。其次，紅葡萄醇似乎可以防癌抗癌，自從1997年Jang發表了白藜蘆醇幫助老鼠抗癌的論文之後，大量抗癌的報告不斷被發表。再者，紅葡萄醇似乎可以防治心血管疾病，有很強的抗氧化功能，可以阻止膽固醇在血管的沉積，從而防止心血管疾病。此外，白藜蘆醇似乎可

抗炎症，治療關節炎；保護神經系統；調解新陳代謝；抗糖尿病，以及抗病毒等功效。儼然延年益壽、長生不老的妙方，就是紅酒，尤其是「紅葡萄醇」。

小弟久病纏身，糖尿病、關節炎、膽固醇、心血管疾病，所在多有，不一而足。正當心血來潮，每晚紅酒30西西養生，以觀後效，與朋友分享心得。詎料近日來，恩師好友，接連逝世。連續參加多場告別式，追思往事，傷心落淚，情何以堪，酒興全無，滴酒不沾。心中不禁想起曹孟德的短歌行：「對酒當歌，人生幾何？譬如朝露，去日苦多。」

## 短歌行

曹操

對酒當歌，人生幾何？譬如朝露，去日苦多。  
慨當以慷，憂思難忘。何以解憂？唯有杜康。  
青青子衿，悠悠我心。但為君故，沈吟至今。  
呦呦鹿鳴，食野之苹。我有嘉賓，鼓瑟吹笙。  
明明如月，何時可輟？憂從中來，不可斷絕。  
越陌度阡，枉用相存。契闊談讌，心念舊恩。  
月明星稀，烏鵲南飛，繞樹三匝，何枝可依？  
山不厭高，海不厭深。周公吐哺，天下歸心。

某晚，科部歡聚，酒逢知己千鍾少，話不投機半句多。難得與好友閒聊，喝了一些酒。回到家來，乘其酒興，我正欲揮毫，磨得墨濃，蘸得筆飽，去那白宣紙上，信手塗鴨，懸肘便寫。且慢。暫且停住。別急。曹孟德「名為漢相，實為朝賊」，為天下人所不恥。「短歌行」中，好好飲酒便罷，偏偏不忘政治，爭權奪



利，覬覦大位，自比周公，行廢立僭越之事。曹孟德希望天下歸心，偏偏事與願違，人心思漢，天下人偏偏不來歸心。曹孟德美酒瓊漿，旨酒玉液，都變成苦酒滿杯，喝不下去。「飲酒政治」，學不得也。

再者，曹孟德宴請劉備「青梅煮酒論英雄」，曹操先指劉備，後指自己，故作神秘，馬上變臉，笑逐顏開，哈哈笑道：「論今天下英雄，惟使君與操耳！」使君就是劉備也。當是時突然天雨交加，雷聲大作。劉備受了驚嚇，筷子掉到地上。曹操笑道：「大丈夫亦畏雷乎？」劉備道：「聖人迅雷風烈必變，安得不畏？」劉備將內心的驚惶失措，很巧妙的掩飾過去。曹孟德飲酒不忘政治，明爭暗鬥，主客皆不安好心，這樣子飲酒，提心吊膽，不喝也罷。字也寫不下去。

正當勞情苦思，深思竭慮之際，李白來訪。「君不見，黃河之水天上來，奔流到海不復回……」千軍萬馬，氣壯山河，形勢磅礴，儀象萬千。好，就寫李白「將進酒」，一發不可收拾，信筆揮灑，一氣呵成。

## 將進酒

李白

君不見，黃河之水天上來，奔流到海不復回。  
君不見，高堂明鏡悲白髮，朝如青絲暮成雪。  
人生得意須盡歡，莫使金樽空對月。  
天生我材必有用，千金散盡還復來。  
烹羊宰牛且為樂，會須一飲三百杯。  
岑夫子，丹丘生，將進酒，君莫停。  
與君歌一曲，請君為我側耳聽。

鐘鼓饌玉不足貴，但願長醉不願醒。  
古來聖賢皆寂寞，惟有飲者留其名。  
陳王昔時宴平樂，鬥酒十千恣歡謔。  
主人何為言少錢，徑須沽取對君酌。  
五花馬，千金裘，呼兒將出換美酒，  
與爾同銷萬古愁。

試譯白話如下：

朋友，看見沒？黃河水由天上流下，洪水滾滾奔向大海，從不回頭。

朋友，看見沒？面對高堂明鏡傷心照見白髮，清晨青絲烏黑，傍晚蒼白如雪。

人生得意時，要盡情歡樂，別讓金杯美酒，空對明月。

天生我才情，必有它用處，即使千金散盡，還可重新再來。

烹羊宰牛，享受歡樂，美酒當前，應該喝它三百杯。

岑勳先生，丹丘先生，快喝酒，不要停！

讓我為你高歌一曲，請你側耳仔細聽：

鐘響鼓樂山珍海味，何足珍貴？我只願長醉而眠，不願再醒！

古來聖賢都寂寞，世上唯有酒徒盛名長久。

從前陳思王曹植在平樂觀宴飲眾客，鬥酒上萬，盡情玩樂。

朋友，為何說我缺錢？直接拿美酒跟你暢飲。

名貴五花馬，千金的皮裘，叫孩子們拿去換美酒，

跟你喝個酩酊大醉，同消萬古千愁。

君不見黃河之水天上來，奔流到海不復回。君不見高堂明鏡悲白髮，朝如青絲暮成雪。人生得意須盡歡，莫使金樽空對月。天生我才必有用，千金散盡還復來。烹羊宰牛且為樂，會須一飲三百杯。岑夫子，丹丘生，將進酒，君莫停。與君歌一曲，請君為我側耳聽。鐘鼓饒玉不足貴，但願長醉不願醒。古來聖賢皆寂寞，惟有飲者留其名。陳王昔時宴平樂，鬥酒十千恣歡謔。主人何為言少錢？遙須沽取對君酌。五花馬，千金裘，呼兒將出換美酒，與爾同消万古愁。

辛卯仲夏  
府城散人

人生際遇，有道是：「一命二運三風水，四積功德五讀書，六名七相八敬神，九交貴人十養生。十一擇業與擇偶，十二趨吉要避凶，十三逢苦要無怨，十四不固執善惡，十五榮光因緣來」。常言道：「時來誰不來，時不來誰來。」正是：「時來頑鐵有光輝，運退真金無豔色。」時也命也，由不得自己。李白詩曰：「且樂生前一杯酒，何須身後千載名。」一千四百年前，杜康其中奧妙，李白已然知道。畢竟未知後來如何，且聽下回分解。



### 作者簡介

張峰銘醫師

現任：

台灣周產期醫學會理事長  
成大醫學院婦產學科教授  
成大醫院婦產部主治醫師



# 2012.03.21婦產部合照

—攝於成大醫院門診大樓—

圖/吳宛珊



大家一起比個讚！



大家的pose都很專業唷





婦產科全體同仁



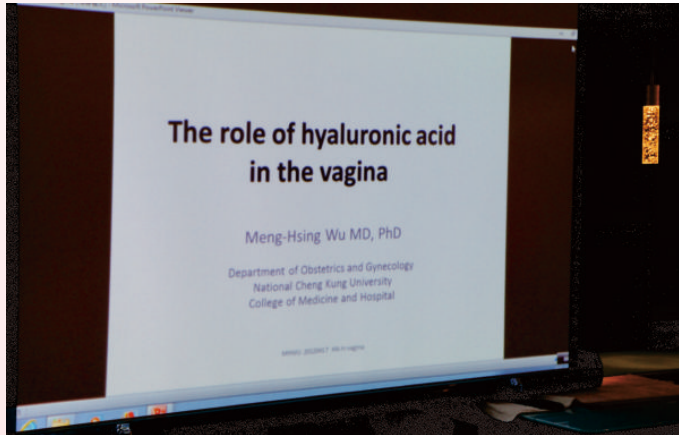
溫馨的婦產科大家庭



# 2012.04.17婦產部專題演講

## —假 台南夏慕尼餐廳舉行—

圖/吳宛珊



婦產科專題演講



合影



(左起)吳郁芄醫師、李逸文醫師、  
蘇美慈醫師、蔡幸芬醫師、吳孟興醫師



(左起)許沛揚醫師、廖倖玲醫師



(左起)周振陽醫師、張峰銘醫師、  
許沛揚醫師、張炯心主任、廖倖玲醫師



(左起)張峰銘醫師、許沛揚醫師、  
張炯心主任





專心聽講



可愛的大家



正襟危坐



全體大合照



請微笑

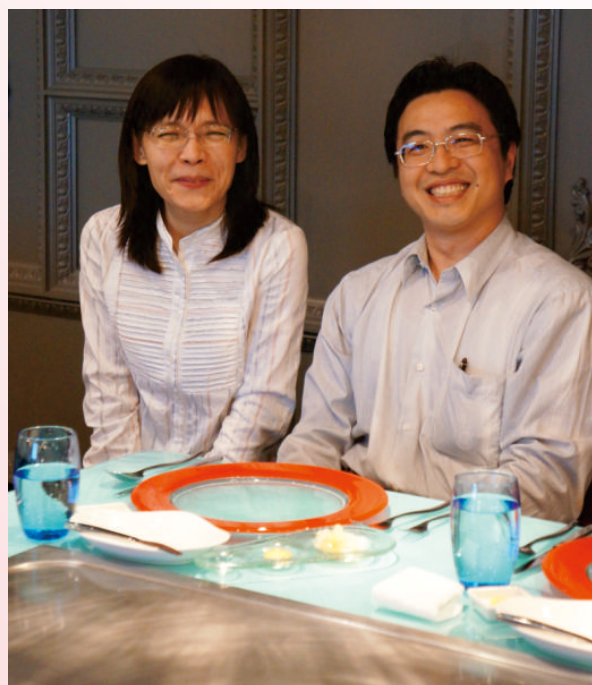


專心聆聽的大家





鄭雅敏醫師與名廚合影



(左起)張炯心主任、吳孟興醫師



鄭雅敏醫師架勢十足



汽球熱



吳孟興醫師



張炯心主任



# 2012.04.29 婦女泌尿研討會

## — 假 成大會館舉行 —

圖/吳宛珊



(左起) 張峰銘醫師及陳勝成主任



黃于芳醫師



鄭雅敏醫師



(左起) 張炯心主任、張峰銘醫師



(左起) 黃于芳醫師、吳銘斌醫師、張炯心主任



吳銘斌醫師

活動照片之三





(左起)黃于芳醫師、陳勝成主任



周佩宜醫師



陳勝成主任及奇美醫院婦產科同仁



專心的大家



許耿福醫師



討論中





全體大合照

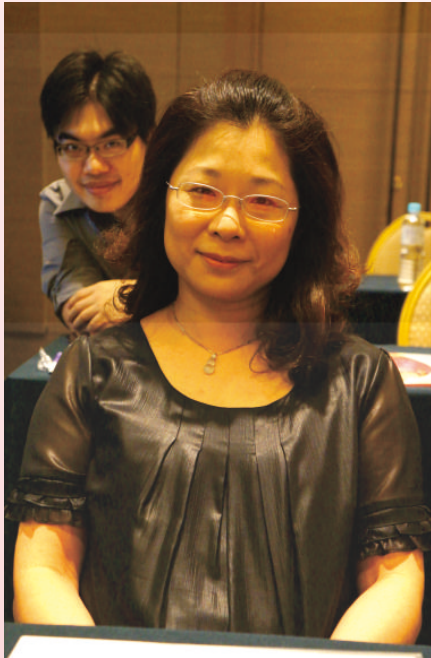


大合照之二





精彩討論交流中



(前起)鄭月琴小姐、許沛揚醫師



署南蔡永隆主任



張炯心主任



兩位美女笑的好甜



張峰銘醫師





張峰銘醫師、黃于芳醫師及婦產部同仁



郭保麟醫師及婦產科同仁



會場一瞥



許沛揚醫師

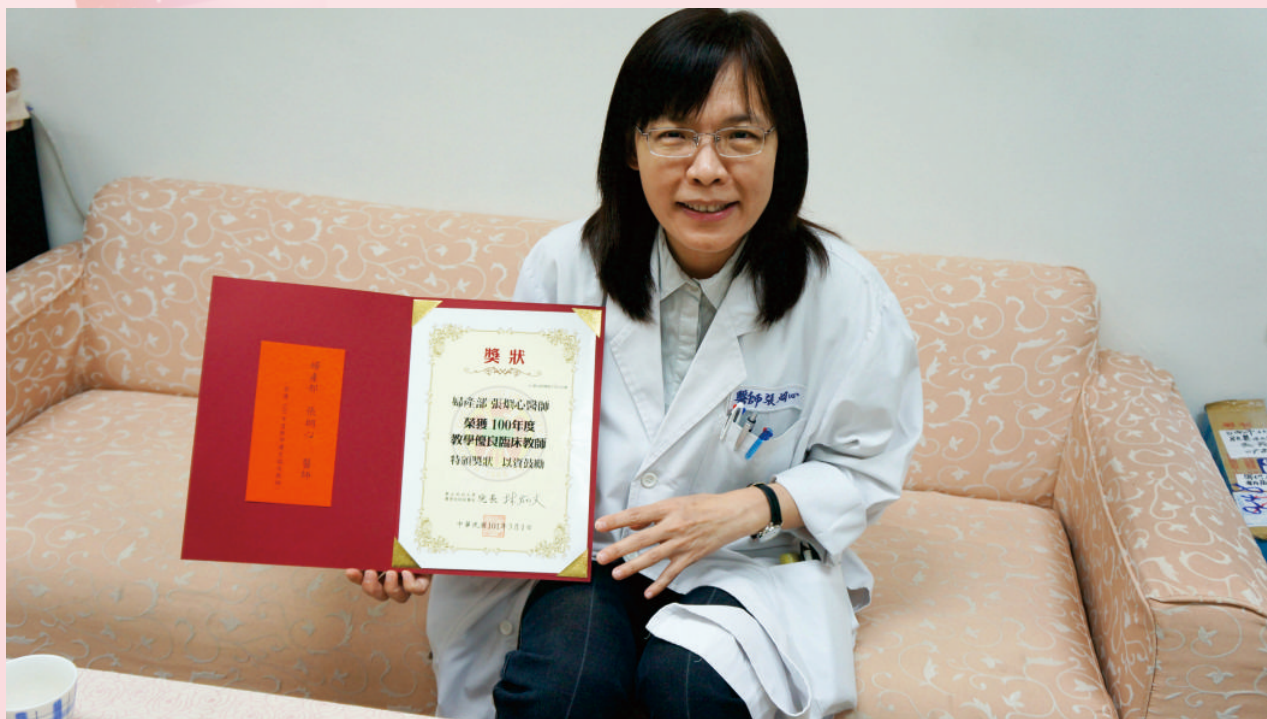


恭喜

congratulations

壹

★張炯心主任、鄭雅敏醫師、  
吳宛珊小姐榮獲教學績優獎

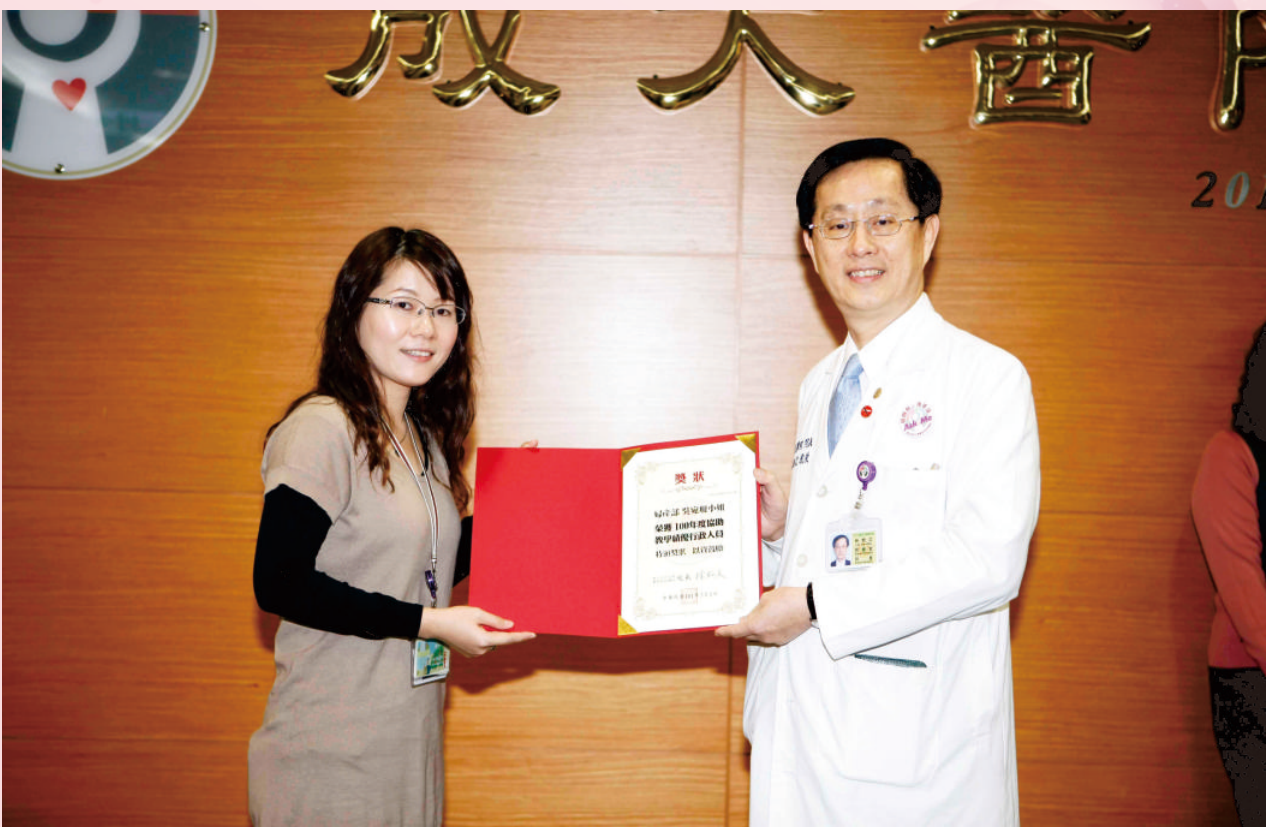


張炯心主任



林炳文院長、鄭雅敏醫師及其他獲獎醫師合照





吳宛珊小姐與林炳文院長合照



得獎者合影





貳

# ★蔡佩穎醫師喜獲千金



蔡佩穎醫師的寶貝千金



笑咪咪的真可愛！



大眼看世界





# ★白岳儒醫師喜獲麟兒



張炯心主任暨婦產科同仁一起來探望寶寶囉！



被媽媽抱著好幸福



笑的好甜





媽咪我有紅包耶!



看我俏皮的眨眼



可愛的兄弟合影



哥哥與肚子中的弟弟對話





肆

## ★李沂芝小姐弄瓦之喜



大家都搶著要跟可愛的寶寶合照



被溫柔的抱著



愛笑的小美女





噓！



思考中



沂芝媽媽辛苦了





## 伍 ★ 賴翎華小姐弄璋之喜



出院囉！



張炯心主任與寶寶合照



全家福與洪貴香小姐合影



哈！

賀喜之五





全家福



第一次親密接觸



睡的好安詳





跟酷咕鴨的合照



我滿月囉!



將醒未醒之際



# 跋：總編語 Welcome Home!!!

## 同馨會刊第四期

張峰銘 醫師



Welcome Home. 鐵定 2012年 07月 01日，黃道吉日，同馨會週年慶。海內存知己，天涯若比鄰，同馨會友們，歡迎回娘家。

本期同馨會刊，特別邀請前國立成功大學醫學院附設醫院黃國恩院長，發表同馨會週年感言。黃國恩院長在成大的任職時間最短，但成大醫院是黃院長工作最投入，而最留情感的場所。讀完同馨會週年感言後，同馨會友可以深刻感受黃院長的嘉勉與期望，更要再接再厲，日以繼夜，團結奮鬥，更上一層樓。

奉張焜心主任之命，同馨會刊是成大婦產科同馨會友的心靈交流的園地，以文會友的平台。本期同馨會刊，特別情商邀請國內傑出同馨會友發表心聲。嘉義基督教醫院婦產科王培中主任發表行醫心得「懷孕合併陰道出血」，臺北國泰醫院總院生殖內分泌不孕科賴宗炫主任發表「追思黃崑巖院長與祝賀同馨會成立滿周年」，以及台南市安安婦幼中心張令瑋副院長發表「生命故事系列(三)」，加上前台大醫學院婦產科謝豐舟教授發表的「台灣乳癌防治策略」，林林總總，琳瑯滿目，目不暇給，美不勝收。

本期新境界專欄計有三篇，廖倖玲醫師的「剖腹產後沾黏」，是2011年12月 Gray Journal AJOG 的特刊濃縮精華，不可不看。「生殖手術與不孕症治療」是許沛揚醫師與吳孟興醫師全力以赴，精心費力整理的不孕症治療新知，精彩可期。陳達生醫師的「產科出血處置的新觀念」，內容摘譯自AJOG 2011 Dec的 Review，血的教訓，字裡行間，都是珠璣。

病例報告計有兩篇，「第三孕程發現殘存的玻璃體動脈」是蔡幸芬醫師整理2012年4月 White Journal UOG胎兒眼睛玻璃體動脈第三孕期殘存的罕見病例。產前超音波「臍帶真結」(True Knot) 是白岳儒醫師整理2012年2月 White Journal UOG的封面文章。前所未有，不可錯過。在此，特別感謝成大婦產科鄭月琴小姐提供精彩對照的超音波圖。

最後，萬分感謝蔡幸芬醫師的「樂活城市 悠適人生」，介紹台南美食名店，比米奇林美食之書，還要深入，有過之，無不及。同馨會友，按圖索驥，親自品嚐，始知個中三昧，洵非溢美之言。美食佳餚，一定要好酒相襯，相輔相成，相得益彰，請看「書道：將進酒」。

### 作者簡介

張峰銘醫師

現任：

台灣周產期醫學會理事長  
成大醫學院婦產學科教授  
成大醫院婦產部主治醫師