



感謝每位醫師一同來參予



2013.01.26婦產部望年會餐會花絮

發行人：張烟心  
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、吳孟興

編輯小組：黃寶秀、吳宛珊、黃佳欣

協助撰文：張烟心、張峰銘、張令瑋、賴宗炫、吳孟興、鄭雅敏  
蔡幸芬、許沛揚、陳達生、黃寶秀、吳宛珊、黃佳欣

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



因為有你們的支持 讓同馨會屹立不搖

同馨會會刊第七期

# 同馨會

第07期  
會刊



國立成功大學醫學院附設醫院婦產部同馨會

2013.03



國立成功大學醫學院附設醫院婦產科

2013.01.16 大合照



2013.01.26年成大婦產部望年會



美少女們之青春啦啦隊



我最妖嬈之動感熱舞

# 感謝 感恩

自 101 年至今，非常感謝多位前輩朋友捐款給同馨會做為辦理活動及出版同馨會刊雜誌之用。個人謹代表醫局致上最大的謝意和敬意。

最後恭祝各位  
身體健康、事事如意！

成大婦產部  
張燭心 拜啟  
102.02.28

## 101年各界捐款：

姓名	捐款金額
姚博琳	伍拾萬元整
林錦義	貳拾萬元整
林錫宏	壹拾萬元整
莊曉婷	壹拾萬元整
劉志鴻	貳萬元整
黃昭彰	壹萬元整
劉明道	壹萬元整
黃國恩	壹萬元整
張峰銘	壹萬元整

# Contents 目 錄

3	<b>發刊辭</b>	張燭心主任
4	<b>讀者迴響</b>	黃佳欣
<b>新境界</b>		
5	以子宮鏡成功治療植入性胎盤之個案報告	鄭雅敏醫師
7	介白素(Interleukin)-1 $\beta$ 基因與台灣子癲前症的相關研究	康琳醫師
10	SMFM針對雙胞胎輸血症候群的臨床指引	陳達生醫師
17	黃體素於女性不孕症患者及懷孕婦女之應用	吳孟興/許沛揚醫師
<b>論壇</b>		
22	國泰新生殖醫學中心介紹	賴宗炫醫師
24	健康小錦囊 3要+3不	賴宗炫醫師
25	亞洲子宮內膜異位症醫學會	吳孟興醫師
28	土耳其伊斯坦堡遊記	吳孟興醫師
33	未曾刊登的理事長的話	張峰銘醫師
<b>散文雜記</b>		
35	醫生這工作之二	張令瑋醫師
42	令人念念不忘的私密小店	蔡幸芬醫師
47	書道 致仕 浮生 感恩	張峰銘醫師
<b>活動相片</b>		
55	20121209成大醫院第三屆運動會	吳宛珊/黃佳欣
57	20121226張峰銘教授生日派對與產房交換禮物	吳宛珊/黃佳欣
62	201211-201301兼任醫師春風化雨	吳宛珊/黃佳欣
65	20130108歡送張峰銘教授退休	吳宛珊/黃佳欣
69	20130126望年會	吳宛珊/黃佳欣
<b>賀喜</b>		
76	新婚誌喜篇-周佩宜醫師	吳宛珊/黃佳欣
<b>大事記</b>		
77	黃寶秀	
79	總編語	張峰銘醫師
	誌謝	張燭心主任
<b>出版資料</b>		

# 發刊辭

張燭心主任



壬辰龍年平安過去了，創下了近年來生產數之新高(23萬人次以上)，接下來的小龍(蛇)年，不論大環境是否仍是對婦產科不利(少子化的衝擊、人才流失、招募困難、五大皆空、健保給付不公等...)，相信大夥兒仍能從逆境中拼出一線生機，走出最適合自己的路。

在新年開春之際，祝福所有同馨會的好朋友們蛇舞迎春，闔家平安，新年新氣象。

張燭心 敬筆  
2月11日回娘家高鐵上



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



- ♥ 讀過張令瑋醫師的文章後，特別喜歡她的文章，主題很有趣，很值得推薦。 Sunny 留
- ♥ 照片十分精采有趣！ 婷婷留
- ♥ 蔡幸芬醫師的食記及照片一樣很精采。 溫蒂留
- ♥ 整體內容豐富，可以學習吸取很多新知識。 蘋果留
- ♥ 感謝同馨會的發行，文章內容相當充實，也記錄了同仁生活上的點滴，很好！ 米奇留
- ♥ 在繁忙的工作外，藉由同馨會的新資訊讓我可以增廣見聞，拍攝的生活照也相當精采。 Mary留
- ♥ 謝謝醫師們分享醫學相關知識，受益良多。 小太陽留
- ♥ 每一期的會刊都相當精采，希望可以持續下去！ Ann 留
- ♥ 張峰銘醫師的書道系列，裡頭寫了許多與文學相關的東西，可使人增加並培養人文氣息。 小花留
- ♥ 醫生們分享的醫學新知，讓我們可以一直在進步中學習。 CoCo留
- ♥ 活動照片與新婚賀喜的分享，讓我們也可以參與科內的大小事。 小晴留
- ♥ 感謝每一位參與同馨會製做的同仁，讓我們可以看見很好的成品，加油！ 蓉蓉留



# 以子宮鏡成功治療 植入性胎盤之個案報告

鄭雅敏 醫師

植入性胎盤(placenta accreta)是罕見的胎盤病變，是指胎盤的絨毛組織異常的侵犯子宮肌肉層組織，而根據侵犯的嚴重成程度可區分為 placenta increta 及 placenta percreta 兩種。根據美國婦產科醫學會統計資料顯示，植入性胎盤發生率從 1970 年代，每 4027 位懷孕婦女有一位發生植入性胎盤，增加到 1980 年代的每 2510 位懷孕婦女有一位發生植入性胎盤。最近 1982-2002 年的統計資料顯示發生率已提升到每 533 位懷孕婦女有一位發生植入性胎盤。分析其可能原因，剖腹生產比率增加是可能的原因之一。植入性胎盤最常見的合併症是產後大出血，主要是因為植入性胎盤區域之 decidua bed 是異常的，充滿了豐富的血管，在胎兒娩出後，胎盤自動剝離的機制受損，無法自動剝離的狀態下，往往需要以人工方式剝離胎盤，此時則會碰到這些血管脈絡叢而造成大出血。雖然要解決這些異常植入性胎盤的最終方法就是做子宮切除手術，然而在緊急狀態下作這些手術也可能有膀胱及腸道受傷的合併症，近年來有許多個案報告利用保守性方式來處理植入性胎盤。保守治療方式包括在胎兒娩出後無法完全用人工方式移除的部分胎盤則留在原位，配合 MTX 注射或子宮動脈栓塞治療，需要持續追蹤  $\beta$  HCG 及注意病患出血及感染情形，合併這些多重方式的保守性治療，多半對於 placenta accreta 的治療成效不錯，在此分享以子宮鏡成功治療 placenta accreta 的個案。

## 病史簡述

34 歲女性，G2P2，因前胎剖腹產此

次於妊娠 39 週也接受剖腹生產手術，生產過程中發現有植入性胎盤情形，約有 5 公分左右範圍之胎盤無法以人工方式剝離，於是將部分胎盤組織留置在子宮腔內，建議轉診至本院接受進一步治療。病患求診時已是產後六週，仍持續有陰道出血情形。經陰道超音波檢查在子宮腔內有一 4x5 公分，hypervascular mass (圖 1)，血液中  $\beta$  HCG 值為 250 IU/ml，經解釋後施打 MTX 50 mg，血液中  $\beta$  HCG 於兩週後下降至正常值，子宮腔內胎盤組織仍然存在，但是血流有減少趨勢，於是安排子宮鏡檢查手術，順利將殘存的胎盤組織移除 (圖 2)。術後三個月再次追蹤陰道超音波及子宮鏡皆正常，她於第二次術後五個月順利懷孕。

## 討論

對於植入性胎盤的產前診斷有許多方法，包括詳細病史詢問 (有前置胎盤、前胎剖腹生產者危險性較高)、超音波及核磁共振檢查等，不在本文中詳述。此個案屬於手術中意外發現植入性胎盤之個案，因此針對這類手術中意外發現植入性胎盤之個案做簡短討論。手術中當胎兒娩出後，接著胎盤娩出，此時需仔細子宮腔內是否乾淨，以免有殘存胎盤 (retained placenta) 的發生而造成產後出血。如果在胎盤娩出過程中遇到阻力，此時應高度懷疑有植入性胎盤的可能性。處理方式與病患出血狀況、生命現象穩定性、植入性胎盤的範圍以及是否要繼續生育有關。如果病患生命現象穩定，無大出血現象，可以在與病患詳細解釋後考慮將無法移除之部分胎盤存留在子宮腔內，給予抗生素預防感

染，於產後再給予其他方式治療。

此種延遲性治療的時間點，文獻中並無一定的規範。殘存的胎盤組織會造成產後出血，有一些文獻報導利用MTX注射來促進胎盤組織的萎縮，但效果不一，而且要注意病患是否要進行母乳哺育。針對如何將殘存的胎盤組織移除，除了子宮搔刮術之外，子宮鏡手術也是一個不錯的選擇。

註: placenta accreta是一個通稱，用來描述臨床上胎盤組織(不論是部分或全部)侵犯子宮腔，造成胎盤在產後無法順利與子宮腔分開，中文翻譯為植入性胎盤。如果將胎盤組織與子宮侵犯的嚴重程度加以區分，可以分為兩種。胎盤絨毛組織只有侵犯到子宮肌肉層稱為placenta increta，若胎盤絨毛組織侵犯整層子宮肌肉層到將膜層，甚至到附近的組織例如膀胱，則稱為placenta percreta。

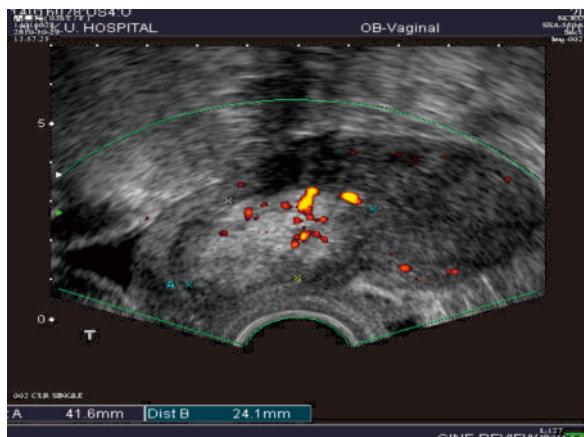


圖1: 陰道超音波檢查發現子宮腔內有一 hypervascular mass

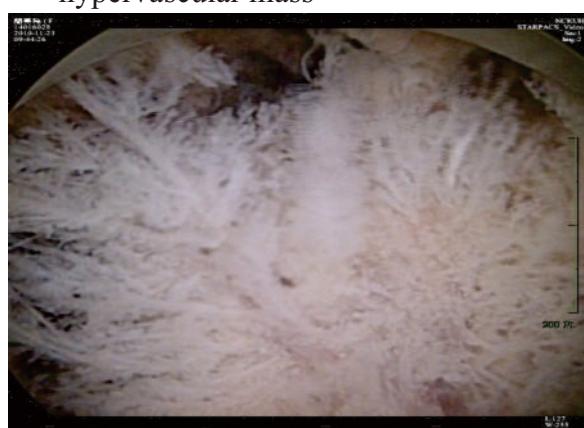


圖2: 子宮鏡下的殘存胎盤絨毛組織如聖誕樹

## 參考文獻

1. Placenta accreta. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee opinion no. 529 Am J Obstet Gynecol 2012 529:1-5
2. Conservative Management of Abnormally Invasive Placentation. Sarah Timmermans, Arjanneke C. van Hof, Johannes J. Duvekot. OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY 2007, 62(8) 529-39
3. Sequential methotrexate treatment with and estrogen and progestin in a retained adhesive placenta. Mizuno T, Takagi H, Matsunami K, Imai A. Clin Exp Obstet Gynecol. 2010;37(4):331-2

原文出處：台灣婦產科內試鏡暨微創醫學會會訊2012年11月刊



## 作者簡介

鄭雅敏 醫師

現任

成大醫學院助理教授兼主治醫師

曾任

日本東京國立癌症中心研究員

日本川崎市立川崎病院子宮鏡研究員

台灣婦癌醫學會專科醫師

# 介白素 (Interleukin) -1 $\beta$ 基因 與台灣子癲前症的相關研究

康琳 醫師

本研究已刊載於2012年6月台灣婦產科醫學會雜誌（Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology）第240-244頁。

Kang L, Chen CH, Yu CH, Chang CH\*, Chang FM\*: Interleukin-1  $\beta$  gene is not associated with preeclampsia in Taiwanese. Taiwanese J Obstet gynecol, 51:240-244, 2012. (SCI, IF: 0.965, Obstetrics & Gynecology: 63/79=79.7%)



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SciVerse ScienceDirect

Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 51 (2012) 240–244



[www.tjog-online.com](http://www.tjog-online.com)

Short Communication

## Interleukin-1 $\beta$ gene is not associated with preeclampsia in Taiwanese

Lin Kang <sup>a,b</sup>, Chung-Hwan Chen <sup>c,d,e,f,g</sup>, Chen-Hsiang Yu <sup>b</sup>, Chiung-Hsin Chang <sup>b,\*</sup>,  
Fong-Ming Chang <sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Graduate Institute of Clinical Medicine, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan City, Taiwan  
<sup>b</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan City, Taiwan

<sup>c</sup> Department of Orthopaedics, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung City, Taiwan

<sup>d</sup> Department of Orthopaedics, Faculty of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

<sup>e</sup> Department of Spine Medicine, Faculty of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

<sup>f</sup> Orthopaedic Research Center, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

<sup>g</sup> Graduate Institute of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

Accepted 15 March 2012

## 研究目的

子癲前症 (preeclampsia) 對我們婦產科醫師而言，一直是個棘手的課題，此疾病的定義為：在懷孕20週後新發生的高血壓以及尿蛋白，而子癲前症的致病機轉至目前仍眾說紛紜，其中包含：滋養層細胞 (trophoblast) 異常的分化和入侵、胎盤和血管內皮功能障礙 (placental and endothelial dysfunction)、免疫機能對懷孕的適應不良、以及全身性的炎症反應 (systemic inflammatory response) 等，都是常被提出的子癲前症致病機轉，其中，遺傳基因的影響也是不容被忽視的，目前已有很多研究發現，單一基因或是一群基因多型性 (polymorphisms of genes) 的變化，搭配上環境因素，都可能導致子癲前

症的發生。由於子癲前症致病主要的病態生理學表現是全身性炎症反應，並涉及廣泛的血管內皮功能障礙，這意味著：細胞激素 (cytokines) 可能在子癲前症的致病機制中發揮了重要作用，因此，研究細胞激素的基因多型性更顯出其重要性。

介白素 (Interleukin) -1  $\beta$  (IL-1  $\beta$ ) 是一種由單核細胞 (monocytes)、巨噬細胞 (macrophages)、及上皮細胞 (epithelial cells) 製造的細胞激素，IL-1  $\beta$  的分泌會誘發一連串的發炎反應，其中包含腫瘤壞死因子 $\alpha$  (Tumor necrosis factor  $\alpha$ )、干擾素 $\gamma$  (Interferon  $\gamma$ )、介白素 -2 (Interleukin-2)、和介白素 -12 (Interleukin-12) 的製造與分泌。之前也有一些針對IL-1  $\beta$  基因與子癲前症的相

關研究，但這些研究的樣本數較小，而且並沒有顯著差異；此外，至目前為止，台灣女性的IL-1 $\beta$ 基因多型性變化和子癲前症的關係仍未有相關研究發表過，種族差異是會影響疾病與基因關聯性的研究結論，來自其他國家或族群的研究結果並不適用於台灣的族群。因此，本研究的目的就是要確定IL-1 $\beta$ 的基因多型性變化和台灣女性子癲前症的發生是否有相關。

## 方法

本研究是在國立成功大學醫學院附設醫院（成大醫院）進行，並通過成大醫院人體試驗委員會的機構審查（IRB編號：HR-95-43，HR-100-066）。我們在五年內，收集了102名罹患子癲前症的孕婦和148名對照組的孕婦，利用聚合酶鏈反應（polymerase chain reaction）以及限制性片段長度多態性分析（restriction fragment length polymorphism analysis），來分析IL-1 $\beta$ 基因的啟動區（promotor region）和外顯子5（exon 5）這兩個位點的基因多型性變化，並用卡方檢定（Chi-square tests）來驗證的基因型和疾病之間的關聯性。

## 結果

我們分析了IL-1 $\beta$ 基因的AvaI polymorphism at position -511 in the promoter region以及TaqI polymorphism at position +3953 within exon 5這兩個基因多型性位點的基因型分佈（genotype distributions）和對偶基因頻率（allele frequencies），結果發現：IL-1 $\beta$ 基因的這兩個基因多型性位點和子癲前症之間沒有關聯。（實驗結果詳見表一至四）

Table 1  
Genotype distributions of the AvaI polymorphism at position -511 in the promoter region of IL-1 $\beta$  gene among women with severe preeclampsia and normal controls.

	Numbers of cases (n)	Genotype distributions			$\chi^2$	p-value
		n	CC	CT		
Normal controls	148	41	70	37	3.1	0.21
			(27.7%)	(47.3%)	(25.0%)	
Women with severe preeclampsia <sup>a</sup>	102	24	42	36		
			(23.5%)	(41.2%)	(35.3%)	

<sup>a</sup> Women with HELLP syndrome or eclampsia were also included.

表一：IL-1 $\beta$ 基因的AvaI polymorphism at position -511 in the promoter region基因多型性位點的基因型分佈（genotype distributions）分析，結果發現：和嚴重子癲前症沒有關聯。

Table 2  
Allele frequencies of the AvaI polymorphism at position -511 in the promoter region of IL-1 $\beta$  gene among women with severe preeclampsia and normal controls.

	Numbers of alleles (2n)	Allele frequencies		$\chi^2$	p-value
		2n	C		
Normal controls	296	152	144	2.53	0.11
		(51.4%)	(48.6%)		
Women with severe preeclampsia <sup>a</sup>	204	90	114		
		(44.1%)	(55.9%)		

<sup>a</sup> Women with HELLP syndrome or eclampsia were also included.

表二：IL-1 $\beta$ 基因的AvaI polymorphism at position -511 in the promoter region基因多型性位點的對偶基因頻率（allele frequencies）分析，結果發現：和嚴重子癲前症沒有關聯。

Table 3  
Genotype distributions of the TaqI polymorphism at position +3953 within exon 5 of IL-1 $\beta$  gene among women with severe preeclampsia and normal controls.

	Number of cases (n)	Genotype distributions			$\chi^2$	p-value
		n	CC	CT		
Normal controls	144	139	5	0	0.53	0.77
		(96.5%)	(3.5%)	(0.0%)		
Women with severe preeclampsia <sup>a</sup>	95	91	4	0		
		(95.8%)	(4.2%)	(0.0%)		

<sup>a</sup> Women with HELLP syndrome or eclampsia were also included.

表三：IL-1 $\beta$ 基因的TaqI polymorphism at position +3953 within exon 5基因多型性位點的基因型分佈（genotype distributions）分析，結果發現：和嚴重子癲前症沒有關聯。

Table 4  
Allele frequencies of the *TaqI* polymorphism at position +3953 within exon 5 of IL-1 $\beta$  gene among women with severe preeclampsia and normal controls.

	Number of alleles (2n)	Allele number (frequency)		$\chi^2$	p-value
		2n	C		
Normal controls	288	283 (98.3%)	5 (1.7%)	0.09	0.77
Women with severe preeclampsia <sup>a</sup>	190	186 (97.9%)	4 (2.1%)		

<sup>a</sup> Women with HELLP syndrome or eclampsia were also included.

表四：IL-1 $\beta$  基因 *TaqI* polymorphism at position +3953 within exon 5 基因多型性位點的對偶基因頻率 (allele frequencies) 分析，結果發現：和嚴重子癲前症沒有關聯。

## 結論

我們的研究結果發現：台灣女性子癲前症的發生和L-1 $\beta$ 的基因多型性變化沒有相關，相信本研究結果，對於國人子癲前症致病機轉之了解是有所助益的。我們的研究結果，和之前 Helfer 等人以及 Lachmeijer 等人的研究團隊，用西班牙和荷蘭的族群所做的研究結果比較，得到相同的結論：IL-1 $\beta$  基因的啟動區 (promotor region) 和外顯子 5 (exon 5) 這兩個位點的基因多型性變化並不會增加女性罹患子癲前症的風險。

和之前的研究不同的是：納入我們研究的對象是必須符合嚴重子癲前症的診斷標準，我們將只符合子癲前症的診斷標準、卻還不到嚴重子癲前症的診斷標準的研究對象排除在外。但是，在其他研究中，Helfer 等人的研究團隊採用輕度子癲前症的婦女作為研究對象；而 Lachmeijer 等人的研究團隊則是將輕度子癲前症、重度子癲前症、HELLP症候群、子癲症 (eclampsia) 的婦女均納入研究對象。然而，所有的結果均顯示：子癲前症的發生和L-1 $\beta$ 的基因多型性變化沒有相

關。

在 IL-1 $\beta$  基因多型性的盛行率非常低的族群中，若是樣本數不夠大，容易增加統計學上的誤差，此時增加研究的樣本數就有其必要性，就我們分析台灣婦女 IL-1 $\beta$  基因的 *AvaI* polymorphism at position -511 in the promoter region 以及 *TaqI* polymorphism at position +3953 within exon 5 這兩個基因多型性位點的基因型分佈 (genotype distributions) 和對偶基因頻率 (allele frequencies) 的結果發現：雖然我們研究的樣本數較大，但是台灣婦女 IL-1 $\beta$  基因多型性的盛行率比起西班牙和荷蘭的族群要低得多。另外，子癲前症的發生也可能是遺傳和環境因素 (如飲食，肥胖，壓力，吸煙，和其他社會因素等) 之間複雜相互作用的影響，但是，我們並未分析 IL-1 $\beta$  基因、環境危險因子、與子癲前症發生之間的相互關係，這是本研究不足之處，仍有待未來更多研究來解答這些問題。



## 作者簡介

康琳 醫師

現任：

成大附設醫院婦產部主治醫師

成功大學醫學院婦產科臨床助理教授

# SMFM針對雙胞胎輸血症候群的臨床指引

## Journal Reading: SMFM Clinical Guideline: Twin-twin transfusion syndrome

編譯: R3 陳達生醫師 審稿指導: 張峰銘教授

小編前言: 本篇文章編譯自2013年1月AOG的SMFM(Society for Maternal-Fetal Medicine) Clinical Guideline, 該文章回溯1966年至2012年間關於Twin-twin transfusion syndrome的研究與臨床指引, 重新整理出SMFM的專家建議, 最後並列出各項建議的證據與推薦等級。原文以問答方式陳述, 小編擅以類似教科書的邏輯重新編排內容, 並濃縮部分內容, 若有讓讀者不滿意之處, 還請見諒。

為節省篇幅, 以下使用縮寫對照: TTTS: Twin-twin transfusion syndrome; MZ: Monozygic; MCDA: Monochorionic diamniotic; MVP: Maximal vertical pocket; TAPS: Twin anemia-polycythemia sequence



### TTTS簡介

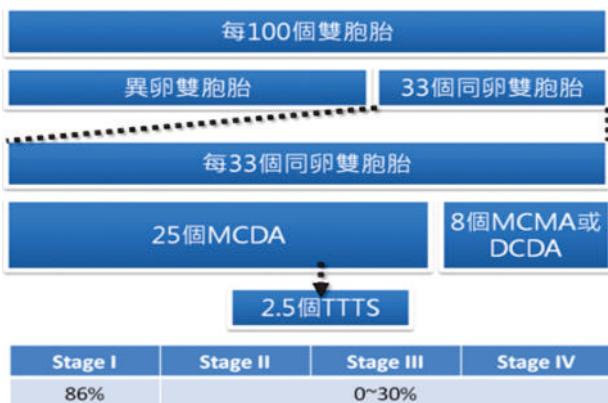
TTTS是雙胞胎懷孕的嚴重併發症, 據統計雙胞胎的胎兒死亡有17%肇因於TTTS。在不介入的狀況下, 可能會造成至少乙個胎兒的死亡, 而倖存下來的另一個胎兒, 也高達10~30%存有神經發育的障礙。

該症候群主要發生在單胎盤雙羊膜囊(MCDA)的雙胞胎。在MCDA的雙胞胎中, 有8~10%合併有TTTS。Dichorionic (DCDA)或 Monochorionic Monoamniotic (MCMA)雖然也有可能產生TTTS, 但是機

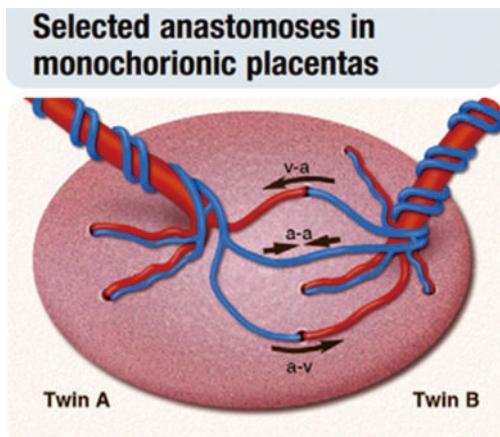
率相當低。特別要注意的是, 雖然試管嬰兒(IVF)植入的多胞胎大部分都是獨立胎盤, 但IVF有高於一般2~12倍的機率產生MZ twinning, 所以釜底抽薪之法, 還是按時用超音波進行篩檢診斷的工作。

目前認為產生TTTS的主要成因, 是胎盤上雙胞胎血管的彼此交通(intertwin vascular connections)(圖表2), 使得一個胎兒(donor)將血液輸送給另一個胎兒(recipient), 除此之外, 還涉及雙胞胎間RAAS系統之間的互動。在MCDA雙胞胎的單一胎盤上, 幾乎都可以找到血管交通枝(anastomoses), 但特別的是, 僅有一部分(8~10%)會產生TTTS。深究原因, 胎盤上血管的交通枝可分為VV(venovenous), AA(arterioarterial), AV(arteriovenous)。AV可以在90~95%的MCDA雙胞胎胎盤上找到, AA為85~90%, VV僅在15~20%的胎盤上可以找到。在AA與VV的交通枝中, 血流是雙向的, 而AV的交通枝則為單向由A端往V端流動, 若所有AV交通枝輸送的血流正負向相扣是平衡的, 那麼TTTS就不會發生, 反之, 則會發生Donor與Recipient生長不對稱的現象。如此才能解釋雖然有血管交通枝, 卻不必然發生TTTS的現象。

新境界之三



圖表1 TTTS盛行率與胎兒存活率



Courtesy of Vickie Feldstein, University of California, San Francisco.

a-a, arterioarterial anastomosis; a-v, arteriovenous anastomosis;  
v-a, venous-arterial anastomosis.

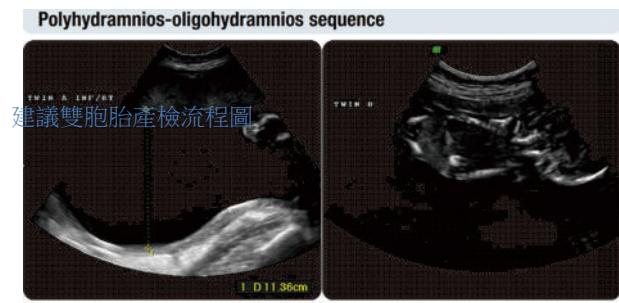
圖表2 胎盤的血管交通枝是TTTS的原因

## TTTS診斷與分期

TTTS的診斷，主要是在懷孕16週後由超音波檢查確立。然而在懷孕的前三分之一(First trimester)，即可能以超音波發現異常(圖表6)，如雙胞胎在CRL與Nuchal translucency的發育差距，或是Ductus Venosus出現Reverse or Absence A-wave即可能是早期TTTS的證據。

TTTS的確立，需要符合以下兩項要件：

1. 需為單胎盤雙羊膜(MCDA)懷孕
2. 雙(多)胞胎中，其中一個羊水過少(MVP<6cm)，其中一個羊水過多(MVP>8cm)。(圖表2)



Monochorionic diamniotic twins with twin-twin transfusion syndrome demonstrating polyhydramnios in recipient's sac (twin A) while donor (twin B) was stuck to anterior uterine wall due to marked oligohydramnios.

圖表1 TTTS的診斷準則建立在羊水量的差異

除了以上兩項要件，在懷孕中期若有發現胎兒腹圍差距過大、中隔羊膜摺疊(Membrane folding)(圖表7)、Velamentous placental cord insertion等情形，都可能暗示有TTTS，需特別追蹤。但如果雙胞胎羊水的差距沒有那麼大，那麼後來惡化到符合TTTS Criteria的機會也僅有15%。

此外需特別注意的是，胎兒生長遲滯(IUGR)與胎兒發育體重不均等(Discordant twin，體重差超過20%)雖然常見於TTTS的病人，但卻不是診斷的條件。單一胎兒的IUGR或發育異常可能也會產生羊水過少情形，易與TTTS混淆，必須納入鑑別診斷。

還有一種情形是胎兒的羊水量正常，但是donor與recipient的腦部MCA血流PSV有過大差距，此稱之為TAPS(Twin anaemia-polycythaemia sequence)，然而，TAPS的臨床意義與處置仍待更多研究說明。

TTTS最被廣為採用的分期是由Quintero在1999年提出的TTTS Quintero staging system，由超音波影像將胎兒狀況區分為五期(圖表3, 4, 5)。該分類法的好處是直觀而易用，雖然無法完美地與胎兒預後相符合，但是仍為臨床應用與研究的首選。

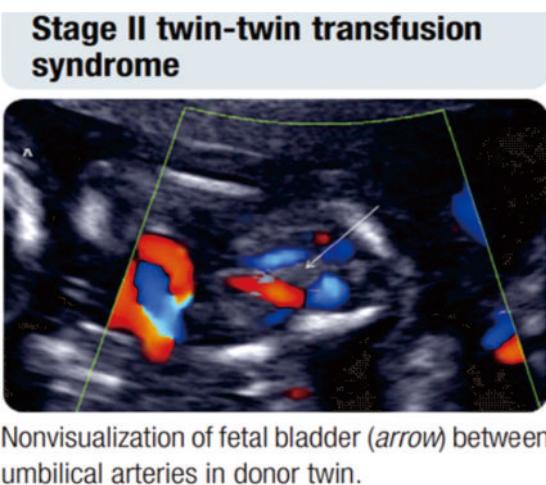
自Quintero staging system提出之後，

有許多研究指出隨著TTTS惡化，胎兒心臟的收縮力量也會受到影響，即便同樣是Stage I or II，也可以發現到心臟功能的差異。有學者據此提出新的分類依據，以期及早在惡化前治療，但是效果仍待後續研究支持。

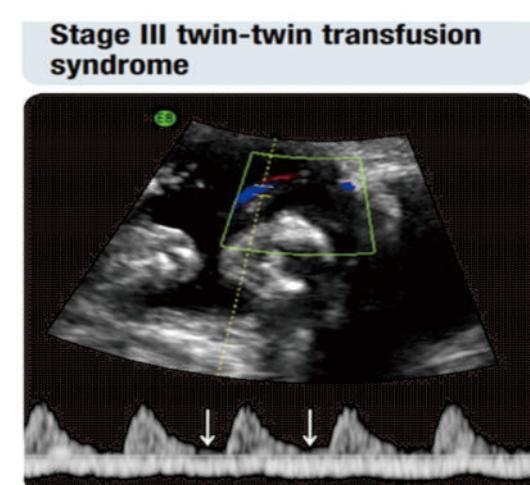
Staging of twin-twin transfusion syndrome <sup>2</sup>		
Stage	Ultrasound parameter	Categorical criteria
I	MVP of amniotic fluid	MVP <2 cm in donor sac; MVP >8 cm in recipient sac
II	Fetal bladder	Nonvisualization of fetal bladder in donor twin over 60 min of observation (Figure 2)
III	Umbilical artery, ductus venosus, and umbilical vein Doppler waveforms	Absent or reversed umbilical artery diastolic flow, reversed ductus venosus A-wave flow, pulsatile umbilical vein flow (Figure 3)
IV	Fetal hydrops	Hydrops in one or both twins
V	Absent fetal cardiac activity	Fetal demise in one or both twins

MVP, maximal vertical pocket.  
SMFM. Twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2013.

圖表3 TTTS分期



圖表4 Stage II的TTTS看不到脹起來的膀胱



圖表5 AEDV或REDV是惡化的症狀

#### First- and second-trimester sonographic findings associated with twin-twin transfusion syndrome

##### First-trimester findings

- Crown-rump length discordance<sup>43</sup>
- Nuchal translucency >95th percentile<sup>42,44</sup> or discordance >20% between twins<sup>45,46</sup>
- Reversal or absence of ductus venosus A-wave<sup>47,48</sup>

##### Second-trimester findings

- Abdominal circumference discordance<sup>43</sup>
- Membrane folding<sup>28,42</sup>
- Velamentous placental cord insertion (donor twin)<sup>28</sup>
- Placental echogenicity (donor portion hyperechoic)<sup>49</sup>

SMFM. Twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2013.

圖表6在First與Second Trimester的超音波特徵

##### Membrane folding



Membrane folding (arrow) suggestive of discordant amniotic fluid volume in monochorionic diamniotic twin gestation.

圖表7 中隔羊膜摺疊

### TTTS的觀察處置

只要是雙胞胎妊娠，都應該在10~13週以超音波確立胎盤羊膜數目、存活的胎兒數、CRL、與NT大小。若懷疑生長差距過大，則應以超音波持續追蹤。(圖表8)

根據統計，MCDA雙胞胎發生心臟異常的比例較高，因此有必要實施產前胎兒心臟超音波篩檢來及早發現心臟構造與功能的異常。首先心臟構造異常方面，MCDA雙胞胎的風險要高出一般胎兒9倍，若為TTTS，則提高為14倍(換算約5%的TTTS雙胞胎胎兒有心臟問題)，尤其是Recipient Twin。這些異常大多是輕微的中隔缺陷。

功能性的心臟異常通常發生在Recipient Twin，首先始於Volume over-load，然後是cardiomegaly(圖表9)與AV

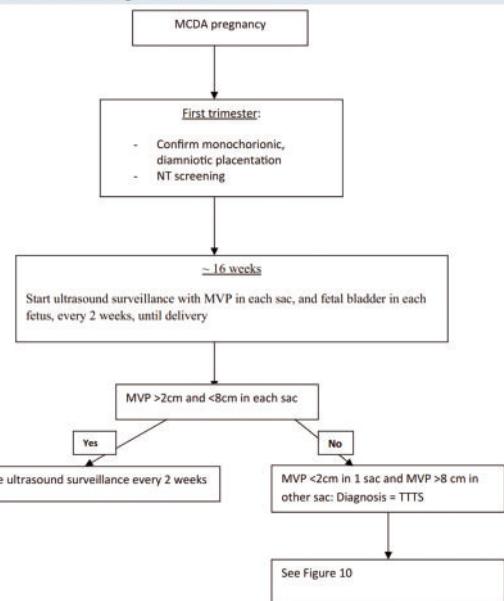
valve regurgitation，接著造成biventricular hypertrophy與diastolic dysfunction，最後是functional right ventricular outflow tract obstruction與pulmonary stenosis。這些心臟病理變化都與Recipient Twin的預後相關，所以應該用Doppler針對心肌做功能性的評估(如Tei index)，才能在惡化前及早處理。

綜合以上所述，目前針對MCDA雙胞胎產檢的初步共識為：

- 1) 懷孕16週後至少每兩週超音波檢查乙次，檢查項目為羊水量與胎兒膀胱；若超音波影像符合TTTS，則至少每週乙次超音波檢查。
- 2) 實施產前胎兒心臟超音波篩檢，以及早發現心臟構造與功能的異常。
- 3) 考慮在懷孕24至34週間給予乙個療程的類固醇促進胎兒肺泡成熟，尤其是Stage III~IV TTTS。

MCDA的雙胞胎除了有TTTS的風險，不對稱的胎兒生長(discordant twin)的風險也較高，在這些案例，可以看到較多的Velamentous placental cord insertion與不對稱的胎盤血流分佈，這些情形可能與TTTS一起發生，使妊娠風險更高。這些病理變化大多可以在Doppler上觀察到AEDV或REDV。因此，若在懷孕24週後發現有Doppler異常情況，每週需實施至少兩次胎心音監測(NST)，以期在惡化前提早生產。

Algorithm for screening for TTTS



MCDA, monochorionic diamniotic; MVP, maximum vertical pocket; NT, nuchal translucency; TTTS, twin-twin transfusion syndrome.  
SMFM. Twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

圖表8 建議雙胞胎產檢流程圖

Recipient twin cardiomyopathy



Reproduced with permission from Simpson.<sup>1</sup>  
SMFM. Twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

圖表9 TTTS 合併有心臟過大的案例

## TTTS的積極處置

一般來說Stage I的TTTS胎兒存活率86%，且有85%會保持穩定或自行好轉(圖表10)，所以僅需密切觀察。若發現TTTS有惡化至stage II~IV的情形，目前有以下幾種侵入性治療方式可以考慮：

- 1) 羊水減量術(amnioreduction)
- 2) 雙胞胎間隔膜切除術(intentional septostomy of the intervening membrane)
- 3) 胎兒內視鏡下胎盤吻合血管燒灼

術(fetoscopic laser photocoagulation of placental anastomoses)

### 羊水減量術 (amnioreduction)

Amnioreduction乃是在懷孕週數大於14週後，用18或20-gauge的針將羊水過多胎兒的羊水經乙次或分多次抽出，使其MVP小於8cm，通常以5~6cm為目標。其目的乃是降低羊膜囊內與胎盤內的血管壓力，使胎盤血流免於壓迫並減少因羊水過多而造成的早產現象，尤其是母親已經有因羊水過多造成的早產或呼吸壓迫的症狀時。

據統計，實施Amnioreduction的胎兒整體存活率約60~65%，通常需要實施多次，也因此會增加早期破水、胎盤剝離、子宮腔內感染、與胎死腹中的危險。此外，若病人有考慮要做Fetoscopic laser photocoagulation, Amnioreduction與間隔膜切除都有可能造成出血或羊膜胎盤膜分離，使得後續無法做Fetoscopy。

### 雙胞胎間隔膜切除術 (intentional septostomy of the intervening membrane)

此方法在治療TTTS上已不被採用，因為並沒有帶來更多幫助(圖表11)，卻可能造成破水或人造的單羊膜狀態，該法乃是將羊水不均等的雙胞胎間隔膜在超音波導引下以22-gauge針製造出孔洞。

### 胎兒內視鏡下胎盤吻合血管燒灼術 (fetoscopic laser photocoagulation of placental anastomoses)

該法是將腹腔鏡在超音波導引下置入羊膜腔，以超音波協助找到胎盤後以雷射燒灼胎盤上的血管交通支，使得胎兒回復各自獨立的血流供應區域。能否清楚地看到血管交通枝並選擇性燒灼是成功的關

鍵，並且可以減少雷射造成的傷害。

若是較為嚴重的情形如Stage III or IV TTTS，可以考慮減胎，作法是將其中乙個胎兒的臍帶血流以RFA完全燒灼，以期使留存的胎兒有更好的預後。

在做完燒灼術後，仍需要密集監測胎兒狀況，因為並不是所有血管都能在一次手術中被完全燒灼，尤其是在胎盤深處的血管，手術後可能沒有改善或惡化，或可能有TAPS(Twin anemia-polycythemia sequence)

雷射燒灼治療後至少留下乙個胎兒存活的機率約50~70%，(參照表格)，要特別注意的是，該手術有10~30%的機會造成胎兒死亡，與10%的機會造成破水。如果手術成功，平均可以在4週後看到原先受影響胎兒心臟功能的改善。

#### Natural history of stage I twin-twin transfusion syndrome<sup>19-21</sup>

Stage	Incidence of progression to higher stage	Incidence of resolution, regression to lower stage, or stability	Overall survival
I	6/39 (15%)	33/39 (85%)	102/118 (86%)

SMFM. Twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2013.

圖表 10 Stage I 的TTTS可以保持觀察

#### TABLE 4 Randomized trial of septostomy vs amnioreduction<sup>57</sup>

Variable	Septostomy n = 35	Amnioreduction n = 36	P value
Mean gestational age at delivery, wk	30.7	29.5	.24
Survival of at least 1 twin at 28 d of age	80% (28/35)	78% (28/36)	.82
All perinatal deaths up to 28 d of age	30% (21/70)	36% (26/72)	.40

SMFM. Twin-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 2013.

圖表 11 Septostomy沒有帶來更多好處

### 該如何擬訂治療計畫？

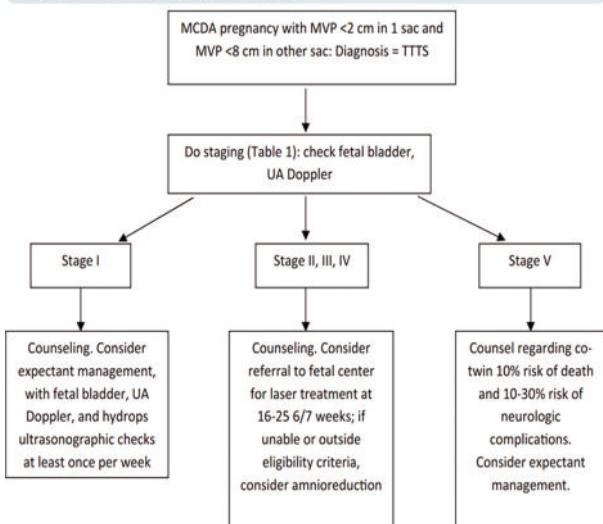
MCDA雙胞胎依以上所述產檢流程若確診為TTTS，則依stage採不同的處置(圖表12)。若為Stage I，由於85%的案例均會維持穩定甚至改善，所以按時每週超音波追蹤即可。若為Stage V，表示已經有乙個胎兒死亡，沒有RCT研究可以告訴我們甚麼處置可以對倖存的胎兒有幫忙，目前僅知倖存的胎兒後續存活率為90%，但有10~30%遺留神經發育的問題。

若為 Stage II、III、IV，目前歐洲與美國各有乙個研究比較 Amnioreduction 與雷射燒灼治療的成效(圖表13, 14)，但結論相左。兩個研究的比較與結果如圖表15。而實施雷射燒灼治療的胎兒預後如圖表16。

本臨床指引的建議是：針對 Stage II、III、IV 的 TTTS，可以考慮轉診至提供雷射燒灼治療的醫院評估，但要告知手術發生併發症的機率高3倍，Maternal & Perinatal mortality 約3%；若不適合雷射燒灼治療，則可考慮以 Amnioreduction 改善羊水不均的情形，如此治療下有50%~70%的機會可以至少有乙個胎兒存活。

最後若在產檢超音波檢查發現嚴重的 IUGR、兩個胎兒體重差距過大、嚴重腦傷害或嚴重發育異常的證據，而懷孕週數又小於24週，則可建議病人考慮減胎或徹底的中止懷孕。

#### Algorithm for management of TTTS



圖表12 TTTS依Stage做不同的處置

#### Randomized trial of laser photocoagulation vs amnioreduction (Eurofetus)<sup>65,77</sup>

Variable	Laser, n = 72 pregnancies/ n = 144 twins	Amnioreduction, n = 70 pregnancies/ n = 140 twins <sup>a</sup>	P value
Median gestational age at delivery, wk	33.3	29.0 <sup>b</sup>	.004
Survival of at least 1 twin at 6 mo of age	76% (55/72)	56% (36/70) <sup>a</sup>	.009
All perinatal deaths up to 6 mo of age	44% (63/144)	61% (86/140) <sup>a</sup>	.01
Cystic periventricular leukomalacia at 6 mo	6% (8/144)	14% (20/140)	.02
Alive and free of neurologic complications at 6 mo	52% (75/144)	31% (44/140)	.003
Normal neurologic development at 6 y <sup>b</sup>	82% (60/73)	70% (33/47)	.12

<sup>a</sup> Of women in amnioreduction group, 11 (16%) had voluntary termination of pregnancy between 21-25 wk; <sup>b</sup> Includes only children delivered in France and still alive at 6 mo.

SMFM. *Twin-twin transfusion syndrome*. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

圖表13 Eurofetus顯示Laser組預後較佳

#### Randomized trial of laser photocoagulation vs amnioreduction (NICHD-sponsored)<sup>67</sup>

Variable	Laser, n = 20 pregnancies/ n = 40 twins	Amnioreduction, n = 20 pregnancies/ n = 40 twin	P value
Mean gestational age at delivery, wk	30.5	30.2	NS
Survival of at least 1 twin at 30 d of age	65% (13/20)	75% (15/20)	.73
All perinatal deaths up to 30 d of age	55% (22/40)	40% (16/40)	.18
Recipient twin fetal mortality	70% (14/20)	35% (7/20)	.03

NICHD, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development; NS, nonsignificant.

SMFM. *Twin-twin transfusion syndrome*. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

圖表14 NICHD顯示兩組沒有差異，甚至Laser組新生兒預後較差

	Eurofetus	NICHD
N(Pregnancy) Laser/Amnio- reduction group	72 / 70 研究因Amnioreduction組兩胎較早結束	40 / 40 研究因收治後以先Laser組兩胎較早結束
收案標準	懷孕15至26週	懷孕小於24週
個案分布	Stage I: 6位 Stage IV: 2位 Stage II~III: 佔90%	Stage II~III: 佔90%
控制變因	Laser組之前均嘗試過Amnioreduction治療	兩組沒有差異
結果	Laser組預後較佳	甚至Laser組新生兒預後較差
其他差異		Amnioreduction組實施 Amnioreduction治療 較Eurofetus積極

圖表15 兩個研究的比較表

#### Long-term neurologic outcome of laser-treated twin-twin transfusion syndrome survivors

Study	n	Approximate age at assessment, mo	Normal development	Major neurologic abnormalities	Minor neurologic abnormalities
Sutcliffe et al <sup>93</sup> 2001	66	24	—	9%	—
Banek et al <sup>83</sup> 2003	89	22	78%	11%	11%
Graef et al <sup>94</sup> 2006	167	38	86.8%	6.0%	7.2%
Lenclen et al <sup>91</sup> 2009	88	24	88.6%	4.6%	6.8%
Lopriore et al <sup>92</sup> 2009	278	24	82%	18%	—

SMFM. *Twin-twin transfusion syndrome*. *Am J Obstet Gynecol* 2013.

圖表16 Laser治療後新生兒的預後

## 何時生產？

生產時機並沒有一致的意見或RCT研究。有些人認為應該在32至34週，有人認為應視個別情況而定，甚至可以延至37週，尤其是stage I or II 在胎兒情況良好的前提下。但因為TTTS有較高的早產風險，懷孕24至34週間應該考慮給予乙個療程的類固醇促進胎兒肺部成熟。

平均來說，做完雷射燒灼手術的案例約在33~34週生產，這些需要治療的案例通常是比較嚴重以致於早產機會增加。生產的時機應該考量疾病的嚴重程度、對治療的反應、胎兒成長情形、以及胎兒評估的結果。

## 總結

雙胞胎妊娠應該在First Trimester確認羊膜與胎盤數，若確認是MCDA Twin，應在Second Trimester以超音波檢查是否有TTTS的情形，並對照Quintero staging system分期，我們可以依期別對病人作出建議並告知預後，討論後續觀察追蹤、雷射燒灼治療、或實施羊水減量術的選擇，以期達到母子均安的境界。



## 作者簡介

陳達生醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師



# 黃體素於女性不孕症患者及懷孕婦女之應用

許沛揚醫師、吳孟興醫師

黃體素在女性生理週期中扮演著重要的角色。目前，有愈來愈多的科學證據顯示，黃體素作為治療內分泌失調的藥品確實能夠對女性不孕症患者及懷孕婦女有所助益。在去年(2012)的八月，Archives of Gynecology and Obstetrics期刊就刊出了一篇討論黃體素使用的文獻回顧，同年(2012)的五月，在婦產科指標性期刊American Journal of Obstetrics & Gynecology也有類似的文獻回顧，討論黃體素在有早產跡象婦女的應用，顯見黃體素用在治療不孕症及產科疾病的普遍性及廣泛性。本文即依循著Archives of Gynecology and Obstetrics期刊在去年八月所推出的討論現階段有科學證據的黃體素使用時機，標題為Use of Progestogens in Pregnant and Infertile Patients之回顧文獻。

## 黃體素的生理學

Progestogens是泛指能夠結合黃體素受體(Progesterone receptors)的荷爾蒙分子，其範圍包括人體內自發產生的黃體素(Progesterone)以及於實驗室合成的黃體素。黃體素在正常的月經週期、懷孕期間以及胚胎發育，都扮演著重要的角色。人體內能夠產生黃體素的器官或組織包括：卵巢上之黃體、腎上腺以及懷孕期間的胎盤。在正常的月經週期的排卵期之前，人體內黃體素的濃度會保持在低點。在排卵後，黃體會開始形成，黃體素的濃度就會隨之上升。在月經週期中的黃體期中期，卵巢所製造的黃體素可以增加到每天25-50毫克。

在月經週期中，如果該週期沒有懷孕，黃體素在體內的濃度會逐漸下降，造成所謂的 Progesterone-withdrawal bleeding，也就是月事的來臨。而對於無排卵(Anovulation)的週期來說，由於該週期並不會有黃體形成，使得該週期體內黃體素的濃度不足，進一步使子宮內膜因為單純受到女性荷爾蒙的刺激(Unopposed Estrogen)，而造成 Dysfunctional uterine bleeding。另外，當懷孕發生時，人體內升高的人類絨毛膜性腺激素(Human Chorionic Gonadotropin)會刺激該週期所產生的黃體，維持黃體的穩定性，使黃體能持續提供早期懷孕所需的黃體素。在早期懷孕期間，一般來說大約九週以前，黃體素的主要來源即是該週期存留下來的黃體。在懷孕到達九週之後，黃體便會退化，而由逐漸成長的胎盤來分泌黃體素，取代原本黃體的功能。當妊娠結束，胎盤娩出後，黃體素的濃度便會下降，並維持在低點。

黃體素本身對於懷孕的發生以及維持相當重要，其中一個主要機轉即是因為黃體素會影響子宮內膜，使子宮內膜能夠做好胚胎著床的準備。在著床時以及懷孕期間，黃體素也會降低母體的免疫反應以避免對胚胎產生排斥，並且可以穩定子宮，減少子宮肌層的收縮。

## 臨床上使用黃體素的時機及方式

臨床上，黃體素已經被廣泛的應用於治療脅迫性流產以及可能存在的黃體素不足現象，藉以延長並穩定懷孕。對於一些特定族群的病人，黃體素也可用於預防早

產的發生。此外，黃體素也被用於需要接受非產科相關手術的懷孕婦女、與黃體期缺失(Luteal Phase Defect)有關的反覆性流產個案、或是用於試管嬰兒療程中的黃體素補充。

對於不同的疾病，所需使用的黃體素劑型以及劑量略有不同。如前段所述，目前主要的黃體素劑型分為兩大類：天然的黃體素以及合成的黃體素。天然微粒化的黃體素，包括膠囊和凝膠，通常是以經陰道給予的方式來投藥。經陰道投藥的好處是可以跳過肝臟代謝而造成首度效應，進而增加黃體素於子宮的生物可用性。此一方法投藥也可減少全身性副作用發生的機會，例如失眠、疲倦、頭痛，但是可能增加局部陰道刺激所造成的不適。

17-alpha-hydroxyprogesterone caproate (17P) 為一合成的黃體素製劑，其投藥的方式是肌肉注射。此一黃體素製劑常用於預防早產，常用的劑量是每週250毫克。最常造成的副作用是局部注射處的不適。

Dydrogesterone是一口服的合成黃體素製劑。已經有一些研究指出此一黃體素可用於脅迫性流產以及治療習慣性流產，但證據力仍顯不足，還有待更大規模的臨床試驗來證實此一製劑的有效性。

以下將就上述所提及的黃體素對於不同疾病或病況的效果，依循現有文獻的證據做出一些歸類及探討。首先要討論的是黃體素用於預防早產的情況。在美國，大約有12%的胎兒為早產兒，其中由於自發性早期子宮收縮所造成的早產高達八成。近來即有許多文章和學者提出針對高危險的族群使用黃體素，可以預防此一情況的

發生，因此早期辨識所謂的『高危險族群』便顯得相當重要。目前認為，若病患過去曾有早產的病史、或者在妊娠中期由經陰道超音波發現其子宮頸較短的孕婦，使用黃體素直到妊娠34週可以有效降低早產發生的機會。此外，也有一些證據指出，對於自發性早期子宮收縮的病人在安胎成功後(Arrested Preterm Labor)，補充黃體素也會有一些幫助。對於黃體素的補充，過去曾有報告指出可能會增加妊娠糖尿病的機會，但更大型的研究並未證實這樣的發現。

用於預防早產的黃體素劑型及劑量在不同的研究中略有差異，最常被使用的黃體素為：每日200毫克的經陰道投藥天然黃體素，或者每週250毫克的17P合成黃體素。治療的時機則可以沿用到妊娠37週整。

對於被發現有子宮頸閉鎖不全的孕婦，過去也有證據支持使用黃體素可能可以減少早產的發生。文獻中提出的一個研究顯示，當子宮頸長度小於15毫米時，每天使用200毫克的經陰道投藥天然黃體素可以減少45-50%的早產風險。

對於早發性破水的情況，目前並沒有證據顯示補充黃體素有任何的助益。此外，對於多胞胎(雙胞胎或三胞胎)，過去的研究也顯示使用黃體素並不能有效延長懷孕的時間。值得注意的是，即便是在有子宮頸較短，或是過去曾有自發性早產病史的雙胞胎孕婦，使用黃體素也未能預防早產的發生。相反的，證據指出，在三胞胎懷孕時使用17P黃體素，可能與懷孕中期的胎兒死亡有關。這些結果還有待進一步研究。

步的研究加以驗證。

對於反覆性流產，目前認為發生原因可能和幾個面向有關，包括血栓的形成、子宮結構異常、染色體異常、以及內分泌的異常。大約只有50%的反覆性流產的患者可以找得到造成流產的原因。目前尚無大型的臨床試驗顯示黃體素對於治療反覆性流產的重要性。在過去一個針對黃體素用於預防流產的統合分析研究指出，黃體素對於預防流產並沒有顯著的效用。然而，在該研究的次分析發現，若患者先前有三次以上的流產經驗，也就是有反覆性流產的狀況時，使用黃體素確實可以減少流產再發的機會。而且使用黃體素並未對母體或胎兒造成顯著的影響。根據上述研究，文章作者也認為在找不到原因的反覆性流產患者使用黃體素是一合理的治療方式。黃體素的選擇可以考慮一天兩次100毫克的經陰道黃體素，或者黃體素陰道凝膠(每日90毫克)及口服的微粒化黃體素(每日2-3次的100毫克黃體素)。

黃體素在過去也常用於脅迫性流產的患者來預防自發性流產的發生。過去即有不只一篇報導指出，Dydrogesterone(每日兩次，10毫克)可用於脅迫性流產的患者，減少流產的發生。同樣地，此一效果可能還有待更大型的臨床試驗來加以證實。

黃體期缺失(Luteal Phase Defect)指的是異常的黃體造成黃體素分泌不足，進而影響著床和穩定的懷孕。目前對於黃體期缺失的診斷及治療，都還未有明確的定調。甚至對於黃體期缺失是否會影響到懷孕，目前也沒有定論。對於目前懷疑有黃體期缺失的患者，許多學者會持續補充高

劑量的黃體素，直到懷孕的8到10週為止。目前對於這樣的治療，尚無較高階的證據來證實它的有效性。正常

月經週期產生的黃體會同時分泌女性荷爾蒙及黃體素，過去發現，在接受試管嬰兒治療的患者幾乎都會有黃體期缺失的問題。此一現象目前認為可能和試管嬰兒療程中所用到的高劑量荷爾蒙有關。因此，在接受試管嬰兒治療時，黃體素的補充已成為療程中重要的一環。過去也有一些研究試圖探討在使用黃體素的同時，加之以人類絨毛膜性腺激素或者女性荷爾蒙，但結果都並未比單用黃體素來得好。

對於早發性卵巢衰竭(Premature Ovarian Failure)的婦女若要借助他人所捐之卵子而懷孕，對於子宮內膜的刺激及準備來迎接順利的著床便相當重要。對於這類的患者，於植入之前，必須先使用外加的荷爾蒙來控制月經的週期。所用的黃體素，可以選用肌肉注射的黃體素或者經陰道給藥的劑型，以達到較佳的生物可用性。最後，對於早期懷孕的婦女若因疾病的原因需要接受手術移除黃體，於術後應該要補充黃體素直到懷孕約9週後，黃體之功能完全被胎盤取代為止。

最後將本文所提及的黃體素的使用時機及方式做成簡表(Table 1)，希望對讀者有所助益，為要強調的是，此一簡表並非包山包海，如有闕如不足之處，仍以目前文獻中所提之用法為主。

Table 1. 黃體素的使用時機及方式簡表

使用時機	黃體素劑型及劑量	附註
Risk of PTD: a hx of prior PTD	From 16-20 weeks of pregnancy to 37th gestational week -Vaginal micronized natural progesterone 200 mg/day -17P 250 mg IM once per week	預防spontaneous PTD
A short cervical length at TVUS	1.5 cm or less -Vaginal progesterone suppository 200 mg/day	
PTD in twin or triplet pregnancies or PPROM	-	NOT indicated
Unexplained RPL	Empiric treatment, initiated after ovulation, continued until the time of luteoplacental shift (10 weeks of gestation) -Vaginal natural micronized progesterone 200 mg/day -Orally 200-300 mg/day -Vaginal progesterone gel 90 mg once daily	預防miscarriage 仍需大型的臨床試驗加以佐證是否需要對此類病人規則使用黃體素
Threatened miscarriage	Oral dydrogesterone 10 mg, twice a day	是否需使用或使用其他劑型仍有待進一步研究
Stimulated IVF cycles	Initiated after oocyte retrieval, continued until the end of the first trimester -Progesterone in oil 50 mg IM, once a day -Vaginal progesterone suppositories 200 mg 2-3 times a day -Oral micronized progesterone 200 mg twice a day -Vaginal progesterone gel 90 mg once or twice daily	用於治療LPD
Ovarian failure	Prepare for implantation -Natural progesterone 50 mg IM at day 14, 100 mg at days 15-26 -Vaginal natural micronized progesterone 100-200 mg at day 14, 300 or 600 mg at days 15-26 of the artificial cycle	
CL of pregnancy removed surgically	Use until the time of luteoplacental shift -Vaginal suppository progesterone 50-100 mg 2-3 times a day -Progesterone in oil 50 mg IM once daily	

17P: 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate; PTD: preterm delivery; hx: history; TVUS: transvaginal ultrasonography; IM: intramuscularly; RPL: recurrent pregnancy loss; IVF: in vitro fertilization; LPD: luteal phase defect; CL: corpus luteum

## 參考文獻

1. Ozlü T, Güngör AC, Dönmez ME, Duran B. Use of progestogens in pregnant and infertile patients. Arch Gynecol Obstet. 2012 Aug;286(2):495-503.



## 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博士後研究



## 作者簡介

許沛揚 醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師

# 好孕連連----台北國泰新生殖醫學中心介紹

國泰綜合醫院生殖醫學中心主任 賴宗炫

接獲恩師張峰銘教授來電邀稿，希望為新一期同馨會季刊寫一篇文章。說真的在醫學中心服務雜事很多，人力不足校長兼撞鐘，開不完的會議與評鑑讓人喘不過氣來，越來越沒空好好靜下來念書寫文章，不知道這樣下去是好是壞？不知道要寫甚麼題目好？想來想去乾脆向大家介紹本院剛改建完成的新生殖醫學中心。

去年底我還在新竹國泰服務時接獲高層指示，負責籌備總院生殖醫學中心改建計畫，於今年三月調回總院擔任生殖醫學中心主任，歷經三個月工程期終於在五月八日重新開幕營運。這看似不可能的任務竟能如期完成，連我自己都不敢置信，像在做夢一樣。如今看著本中心營運逐漸上軌道，這半年來試管嬰兒平均懷孕率站上50%大關，努力沒有白費深感欣慰。

## 前言

現代人晚婚、生育年齡延後，是導致不孕症患者增加的因素之一。考量民眾求診不孕症門診的需求量，搭上今年這波龍年生子潮，原生殖醫學中心空間不敷使用，本院從今年二月起，費時兩個多月，打造全新的生殖醫學中心，不僅空間擴增為原先的兩倍半大，更重新粉刷，以粉紅色系打造溫馨的衛教諮詢室、超音波檢查室等環境，同時引進最先進包括雷射輔助孵化設備、軟式子宮鏡檢查等設備，盼以全新面貌提供不孕症患者最好的醫療服務，幫助不孕症患者一償生子宿願。以下簡單介紹本院生殖醫學中心歷史沿革、醫療團隊陣容、空間硬體設備及提供的服務項目等。

## 歷史沿革

本院生殖醫學中心成立於民國八十年，在陳樹基主任領導下組織優秀醫療團隊，引進先進的醫療設備和尖端的人工生殖技術，於民國九十七年通過國際ISO 9001實驗室品管認證，將實驗室作業流程標準化並每半年定期接受評核，確保各項醫療作業品質。本中心也通過衛生署評核為合格人工生殖技術員訓練醫院。另外衛生署於民國一百年評選全國所有七十家醫療院所生殖醫學中心，頒布本中心為全國優良人工生殖機構，擁有高懷孕率與活產率，肯定本中心的卓越醫療品質。成立至今二十多年來，共執行數千例試管嬰兒及近萬例人工受孕，幫助數千對不孕症夫婦達成當父母的心願，深獲病患的信任與推薦。

## 醫療團隊

本中心醫療團隊陣容堅強：

由賴宗炫醫師擔任生殖醫學中心主任兼試管嬰兒實驗室主持人。專長為重覆性流產、婦科微創內視鏡手術、人工授精和試管嬰兒胚胎著床等。李發焜醫師為本院現任醫療副院長。專長為生殖內分泌疾病、月經異常、更年期保健等。

魏琦峰醫師曾任汐止國泰綜合醫院婦產科主任，對於不孕症診斷及治療有豐富臨床經驗。張致遠醫師亦在不孕症診斷及治療方面有相當造詣。

除了堅強的醫師陣容外，本中心現有兩名技術員與一名諮詢員皆具國內外完整受訓資歷，對於實驗室品質管控、精卵及胚胎之培養及操作經驗豐富。另本中心亦與泌尿科與風濕免疫科主任級醫師長期合作，針對男性不孕症及生殖免疫疾病治療，提供完整治療方案。

## 空間及硬體設備

目前嶄新的生殖醫學中心空間規劃符合衛生署人工生殖評核辦法之空間配置標準，包含獨立的胚胎實驗室、精液處理室、冷凍胚胎處理室、胚胎植入室、超音波檢查室、衛教諮詢室、取精室、等候室及接待櫃台。實驗室具有獨立空調與不斷電系統，並具備手術室等級之標準設備，還有高標準無塵室與清除胚胎毒性氣體設備，提供精卵及胚胎培養和操作最佳環境條件。而溫馨設計的衛教諮詢室、等候室和超音波檢查室，更讓不孕症病患得以放鬆心情接受諮詢檢查及治療。

不僅如此，更引進最新式不孕症診斷及治療儀器及設備，包括高精密度精卵顯微操作系統、雷射輔助孵化設備、軟式子宮鏡檢查設備、三氣胚胎培養箱、新式取卵及胚胎植入設備、電腦化資料影像存取網路系統等等，提供高品質的診斷及治療服務。

## 服務項目

本中心提供完整生育力評估檢查與優質不孕症治療，讓病患在本中心就醫可以從檢查到治療”一次到位”。

完整生育力評估檢查：包括不孕症諮詢、精液分析、披衣菌感染檢查、卵巢庫存量評估、不孕症三合一內診、超音波濾泡測量、子宮輸卵管攝影術、腹腔鏡檢查、子宮鏡檢查、生殖內分泌荷爾蒙檢查、精蟲抗體檢查、婦科超音波檢查、生殖免疫學檢查、基礎體溫判讀。

優質不孕症治療：包括人工授精(IUI)、單一精蟲顯微受精術(ICSI)、雷射胚胎輔助孵化術、副睪取精術(MESA)及睪丸取精術(TESE)、試管嬰兒(IVF)、分裂期胚胎培養、囊胚期胚胎培

養、超快速冷凍胚胎、冷凍精子、冷凍卵子、超音波引導胚胎植入、胚胎切片、胚胎著床前診斷(PGD)諮詢、重覆性流產治療、腹腔鏡顯微輸卵管重建手術、子宮內膜異位症與多囊性卵巢治療、無精症治療。

新生殖醫學中心成立，要感謝院方及醫院高層的支持與協助，讓本中心能在短短三個月內完工運轉。未來除了持續改善軟硬體設備外，將針對不同病患需要，打造個人化不孕症療程，採用微刺激排卵誘導療程並減少胚胎植入數目，以期減少卵巢過度反應與多胞胎發生率，並繼續提高懷孕率與活產率。未來也將繼續研究發展尖端生殖科技並應用於臨床，幫助更多不孕症朋友完成求子心願。

同時我也要感謝成大婦產部師長的教導，除了專業知識技能的傳授外，也訓練我學會””吃苦就是吃補””、””匍匐前進””、””逆境求生””的堅強意志。對我來說現在的狀況，挑戰才剛開始，要去完成的事情還很多，希望好好做站穩每一步，



## 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

# 健康小錦囊 3要+3不

國泰綜合醫院生殖醫學中心主任 賴宗炫

論壇之二

## 3要+3不 健康一整年 想生孩子 要趁早

2013-02-17 中國時報 整理／邱俐穎

現在30幾歲結婚者大有人在，經濟不景氣，很多民眾想拚事業，等有經濟基礎再結婚，但晚婚也讓不孕夫妻愈來愈多。據衛生署國民健康局統計，進行試管嬰兒的夫妻平均年齡已達34歲，未來年齡還恐繼續往後延。

### 賴宗炫健康小錦囊

#### 3要

- ★要早生：我認為無論如何還是要早生，女性生育黃金年齡為33歲前，即使生殖技術再進步，但再先進的技術還是有無法突破的瓶頸，生育還是應盡早規畫，尤其35歲以上女性若結婚半年沒避孕卻無法順利懷孕，就應盡早諮詢醫師。
- ★要運動：吃補品、保養品無可厚非，但要維持自己的生育能力，不如運動來得好，特別是有氧運動能促進血液循環，子宮、骨盆新陳代謝好，自然能維持較好的生育狀態。
- ★要做生育力評估：30歲以上男女應進行生育力評估，男性做精蟲檢查，了解數量及精蟲活力；女性可透過抽血及超音波，檢查子宮、卵巢、輸卵管的功能，若生殖系統有早衰情形，也許拚事業就應先放一邊。

#### 3不

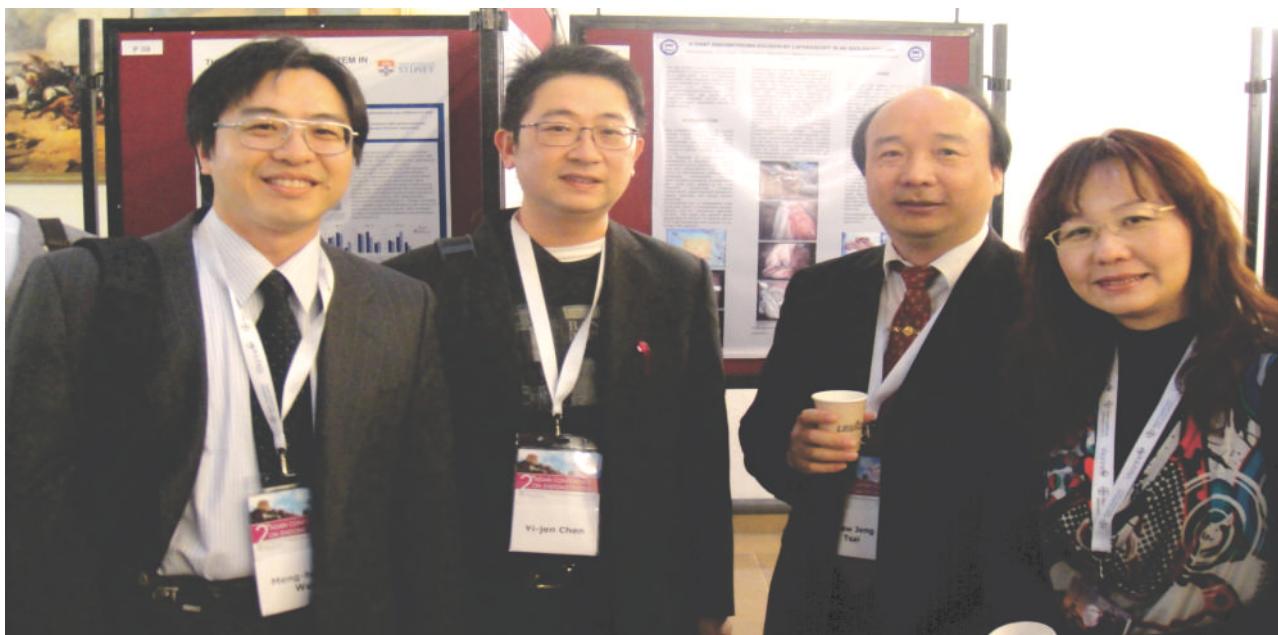
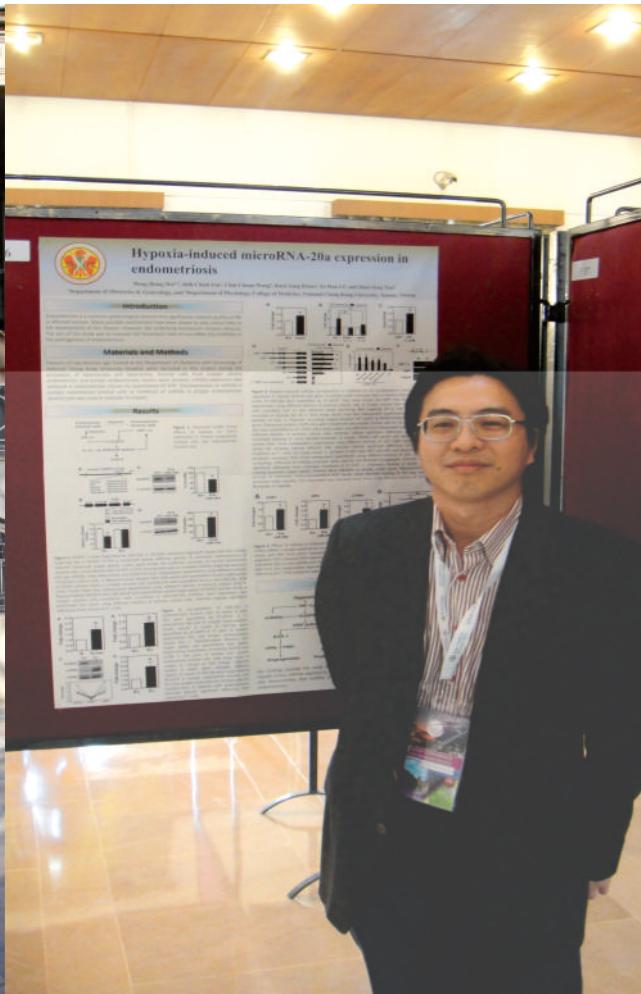
- ★不抽菸。
- ★不吃刺激性食物：現代人多外食，高油脂、高糖份、咖啡等刺激性食物吃多了，除了容易引發肥胖，臨床也發現會造成不孕的多囊性卵巢症常以肥胖為表現，日常飲食應少吃高油脂及刺激性食物。
- ★不要鴕鳥心態：臨床很多不孕夫婦往往是等到治療時，才發現居然有生殖系統的毛病，提醒民眾應該勇於了解自己的身體狀況，有問題千萬別坐視不理，以免種下未來不孕原因。

#### 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

# 2012年第2屆亞洲子宮內膜異位症 醫學會議見聞以及感想

吳孟興 醫師



第2屆亞洲子宮內膜異位症醫學會議在今年11月9-11日於土耳其伊斯坦堡舉行，由於今年七月歐洲生殖醫學會也在此舉行年會，台灣多數相關領域的醫師已經來過這個橫跨歐亞兩大洲版圖的歷史古都，而我的研究方向多在子宮內膜異位症方面，因此才選在11月造訪這個城市。我們一行人在瀏覽美麗的市區風光後到達會場，會場設在戒備森嚴的Harbiye軍事博物館，尤其是其中一天是土耳其國父逝世紀念日，因為他逝世的時間是在早上9:05，當日整個會議還特別延後時間才開始舉行當天的議程。

此次年會演講主要有兩個keynote演講，其中一個題目是 The ovarian endometrioma: When is surgery necessary? 另一個題目是 Fertility preservation in women with ovarian endometriosis. 這兩個演講內容其實是連貫的。雖然陰道超音波可以正確診斷大部分患者子宮內膜異位症的存在，目前仍然是以腹腔鏡手術為主要治療與確診的方法，而手術主要以stripping的方式移除全部的卵巢囊腫為首要目標，但是手術醫師的經驗十分重要，要盡量避免造成殘存正常卵巢組織的傷害，以免影響生殖內分泌以及往後生育的功能。雖然歐洲生殖醫學會建議子宮內膜異位瘤3-4公分以上可以考慮開刀，但是仍然建議若是沒有症狀，例如疼痛或是不孕等情況，仍可考慮繼續觀察，尤其是以往因為類似情形已經接受過子宮內膜異位症手術後但復發的患者，以免造成AMH下降，卵子存量降低，進而影響往後的生育機能甚至停經現象的發生。在嚴重或復發的子宮內膜異位症手術為了要避免術後因為卵巢組織受傷後造成早發性停經的機會，必須考慮保存生育機能的方面，除了安全小心的手

術外，新鮮或冷凍卵巢組織的移植(transposition)以及卵子或胚胎的冷凍保存都是建議的思考方向，此外會議中更提到較新的技術方式包括製造scaffold (alginate and fibrinogen) for graft human isolated follicles (liberase blendzyme 3)，甚至是產生artificial ovary等來維繫卵巢的生育能力。

另外在會議的口頭演講中除了生理所蔡少正教授發表對於子宮內膜異位症致病機轉以及腹腔 microenvironment變化多年來的研究成果，包括缺氧環境以及 epigenetics的變化，例如前列腺素(PGE2)與子宮內膜異位症細胞與巨噬球在子宮內膜異位症的表現，引起與會學者的廣大迴響外，最近神經纖維以及疼痛在子宮內膜異位症的關連性研究較引起我的興趣，在子宮內膜異位症患者子宮內膜的functional layer以及異位組織中會出現大量small, unmyelinated 神經纖維，但在正常人的子宮內膜是不存在的，例如nerve growth factor等激素以及接受器也會出現子宮內膜異位症患者病灶中，這些因子會造成神經纖維接受器(nociceptor)敏感性增加，這些接受器在正常的刺激下不會反應，只有在有害(noxious)的刺激下才會引發周邊痛覺的產生，但是目前認為子宮內膜異位症與痛覺相關表現的機制十分複雜，甚至與局部環境中的免疫細胞存在有關，為何只有在月經期前後痛覺的相關表現較明顯仍有待往後研究的證實。我個人聽完演講的感想是是否能藉此概念早期分析月經期間經由陰道排出的子宮內膜組織以非侵入性的方法分析其mRNA或蛋白質是否表現nerve growth factor等神經相關因子，甚至可以藉此在青春期預期或早期診

斷子宮內膜異位症的發生，但是如何保存排出經血中的子宮內膜組織至實驗室處理是需要克服的難題。

今年會議中我另外在會議的中場時段參加治療子宮內膜異位症藥物的上市前諮詢，得知最近對於生殖醫學藥物的進步除了包括長效型FSH針劑以及FSH/LH 2比1的針劑劑型外，針對各項激素口服劑型的藥物也已經正在準備發展中，或許需要再等幾年臨床藥物使用經驗的累積後，不管在治療的方便性以及臨床應用上很快就會嘉惠患者，不用受施打針劑之苦。這次土耳其伊斯坦堡之旅除了因為國際馬拉松比賽在此地舉行影響部分行程的困擾外，十分順利，而重點是對子宮內膜異位症臨床實務以及研究方面又多了一些啟發。兩年後第3屆亞洲子宮內膜異位症醫學會議即將在韓國首爾舉辦，希望能有機會再參與盛會。

## 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博士後研究



# 土耳其伊斯坦堡遊記

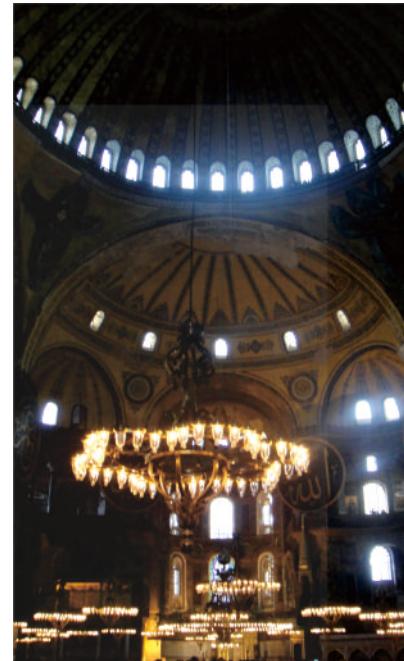
吳孟興 醫師

土耳其位於人稱[小亞細亞]的安納托利亞高原上，是橫跨歐亞的橋梁，東西文化匯集在此迸出燦爛的文明，境內亞洲部分約佔97%，但是這次我們只在歐洲部份的伊斯坦堡(Istanbul)。雖然出國之前仍然有恐怖活動、戰亂以及治安秩序欠佳等疑慮，抵達後一切擔心都消除了。

伊斯坦堡(意思為永恆之都)是唯一基督教與伊斯蘭教先後選為首都的國都，也是同時坐擁歐亞兩洲大陸的城市，歷史城區被聯合國教科文組織列為文化遺產，包括拜占庭(東羅馬)帝國以及君士坦丁大帝時期的賽馬場、西元六世紀興建的聖索菲亞教堂以及其他清真寺等，見證整個歷史文化的傳承。伊斯坦堡是跟上現代化腳步的大都會，大部份土耳其人是穆斯林(伊斯蘭)教徒，因此聖索菲亞(意指神的智慧)教堂最能看出此歷史之變化，最初它展現了希臘東正教以及東羅馬帝國的勢力，信奉基督教，但是在西元1453年鄂圖曼人實現了可蘭經中君士坦丁堡必將落入穆斯林的預言，將其改為清真寺，現在是兩教圖騰和平共存的現象，合併圓頂與尖塔的建築。



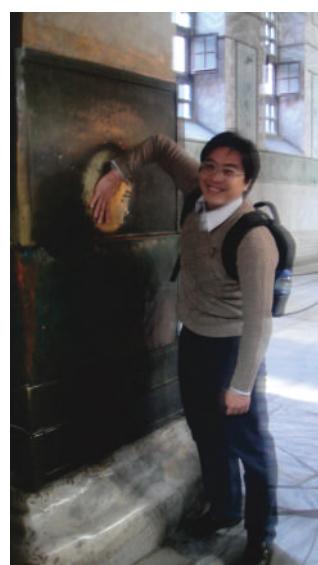
聖索菲亞教堂



包含馬賽克鑲嵌畫藝術以及可蘭經阿拉等圓盤圖騰同聚一堂



[向聖母獻上聖索菲亞]聖像畫被認為聖索菲亞教堂是希臘東正教總教堂的證明



淚柱(weeping column)吸引觀光客大排長龍，據說只要將大拇指插入柱上的凹洞，然後四指貼著柱面轉一圈，願望就會實現。



遺憾地是因為當地馬拉松賽事的舉辦，造成交通不便，尤其是影響整個蘇丹阿何密特(Sultanahmet)廣場(即鄂圖曼時期的賽馬場)，縮短了參觀的時間。

土耳其的Dolmabahce Sarayı (朵瑪巴切皇宮)是建於鄂圖曼帝國沒落之際(1843年起造至1856年建成)的新皇宮，目前仍然負責接待國賓以及土耳其總統由首都安卡拉來到伊斯坦堡時之用。



朵瑪巴切皇宮

朵瑪巴切的土耳其語是指填土興建的庭園，皇宮內部裝潢十分華麗，但是因為不能照相，無法藉由影像傳達。因為土耳其共和國的第一位總統凱末爾(土耳其國父)以此處為官邸，而且1938年11月10日在此逝世，所以皇宮中每一座時鐘因此都定時在九點零五分。



搭遊船從博斯普魯斯(土耳其語是咽喉之意)海峽欣賞朵瑪巴切皇宮，可以看到整個大理石建造，合併巴洛克以及鄂圖曼線條的建築風格。



朵瑪巴切皇宮

Topkapi Sarayı (托普卡匹皇宮)是鄂圖曼帝國36位蘇丹在450年歷史中大部份的家，托普卡匹的土耳其語是指的土耳其語是指大砲之門，靠著海的屏障，易守難攻。可惜皇家寶物室無法拍照，收藏可說是金光閃閃，呈現帝國的強大與富有，令人歎為觀止值得一看。



崇敬之門是城門中最漂亮的，也真正進入蘇丹的生活圈內。

蘇丹後宮的傳奇生活似乎與近來電視劇中中國的後宮甄嬛傳與日本篤姬互相呼應，後宮房間的裝飾尤其是磁磚的色澤花紋以及其應用十分細膩。



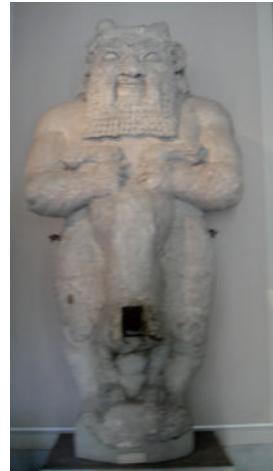
蘇丹後宮

舊皇宮附近的考古博物館則與今日黎巴嫩境內出土的石棺有關（令我想到目前在德國柏林的貝爾加蒙(Bergama)博物館收藏土耳其出土的文化遺產），這批石棺是鎮館之寶，博物館的正面就是仿造其中的柱型石棺的神殿建造。



考古博物館

一走進考古博物館便可以看到這尊貝斯(Bes)像，是羅馬時期的雕像，為埃及神話中的腿矮神，它是婦女分娩時的保護神以及家庭的監護神。



婦女分娩時的保護神以及家庭的監護神 貝斯

我們造訪兩個古蹟餐廳優閒的享用午餐，一是托普卡匹皇宮內的Konyali餐廳，



嚐試了似乎不辣的不同種類的土耳其香料；

另外一個是加拉達(Galata)塔的景觀餐廳，可以360度地觀賞整個伊斯坦堡新舊城以及博斯普魯斯海峽的景觀。



加拉達塔



晚餐是在舊城中結合晚餐秀的 Gar 餐廳，餐點普通，但是重點在觀賞土耳其傳統舞蹈以及肚皮舞的表演。



雖然土耳其的食物受到美食專家的評價甚高，但是大部分不適合我們的口味，僅提供值得參考的。



白色的烤米布丁(Firinda)，冷的吃。



沙威瑪



沙威瑪配上石榴汁

烤肉料理(Kebabi)最吸睛的屬台灣最常見的沙威瑪，一樣是直立旋轉切成片，但是內容物稍有不同，再加以熱壓處理，配上當地的石榴汁有不同的風味。



台灣也會看到的土耳其冰淇淋(Dondurma)，穿著傳統服飾，總是要玩上一陣子才要把冰淇淋真正送到你的手中。

其他各式各樣的食物以及甜點，尤其是甜點，雖然色彩十分亮眼，但是光看就會覺得膩的感覺。



拜韓國江南Style在土耳其風行之賜，每走到之處只要是東方人的面孔都被認為是來自亞洲的韓國，對著我們唱歌跳舞甚至要求合照。



在Topkapi皇宮一群土耳其小學生對著我們興奮地跳著騎馬舞



在Kapısi清真寺中被邀請與土耳其家族合照(p.s.在清真寺中女仕們都被要求要圍頭巾)



在地下宮殿等周佩宜醫師伉儷拍土耳其傳統照時DJ不斷地撥放江南Style的歌曲

土耳其的確一個值得觀光的古文明大國，雖然無法造訪土耳其其他城市的文化遺產，仍有勝讀萬卷書不虛此行的感覺。

## 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博士後研究

# 未曾刊登的理事長的話

張峰銘 醫師



## 論壇之五

### 前言小記

自2010年12月起兩年來，小弟意外擔任「台灣周產期醫學會理事長」，首創台灣周產期醫學會新例，執筆撰寫台灣周產期醫學會「理事長的話」，每月發行三千份，替每一位婦產科醫師，尤其是周產期專科醫師，發出正義的怒吼，得到許多同道熱血沸騰的迴響。

唯一的例外是最後一期「2012年12月理事長的話」，巧逢台灣周產期醫學會改選理監事，有道是：「選舉擺中間，正義丟兩邊」。結果，因緣際會，勢與願違，未曾獲得刊登。雖說早已事過境遷，大家看在眼裡，自有定見，不需小弟贅言。如今假「同馨會刊」刊登，找一個新天新地，替這篇最後的怒濤排壑，發出迴腸盪腑的浩然正氣。也希望新一代的婦產科醫

師以及周產期專科醫師，「前事勿忘，後事之師」，記取教訓，不要重蹈覆轍。

### 2012年12月理事長的話

聖誕鈴聲響徹雲霄，同時也是我們特別表達萬分感恩的時候了。光陰似箭，歲月如梭，在大家熱烈支持扶攜下，台灣周產期醫學會本屆理監事團結合作、犧牲奉獻，已然來到兩年任期屆滿、任務完成、功德圓滿，下台一鞠躬的時候。特別再三提醒大家，今年12月9日星期日，「第二屆台灣國際胎兒醫學大會」(2nd Taiwan International Conference for Fetal Medicine)暨「台灣周產期醫學會第十三屆第一次會員大會」(13th General Assembly of Taiwan Society of Perinatology, TSOP)，假林口長庚醫院隆重舉行，同時改選下屆理監事，歡迎各位會員踴躍參加。

在此要特別向兩年來為台灣周產期醫學會默默付出的各位理事、各位監事、各位會員、各位先進、各位前輩、各位朋友，獻上最誠摯的感恩。沒有大家犧牲奉獻，雪中送炭，熱心撥冗參與各式各樣的學術研討會與活動，台灣周產期醫學會不可能有今天蓬勃發展的局面。

此外，謹代表台灣周產醫學會的所有工作人員和成員，向林口長庚紀念醫院婦產部的全體工作人員，表達我們最真誠和最誠摯的謝意。為了「第二屆台灣國際胎兒醫學大會」暨「台灣周產期醫學會第十三屆第一次會員大會」的順利進行，他們

犧牲假期籌備數月，沒有他們的努力和奉獻精神，沒有本次大會的圓滿成功。更要感謝來自世界各國的周產醫學大師學者專家，不辭萬里，遠道而來，為大會增光。本次大會嘉賓眾多，包括英國、澳大利亞、瑞典、中國、印度、新加坡、香港等，盛況空前，也是台灣周產期醫學會的新紀錄。

同時，也要提醒大家，今年12月14-16日，台灣周產期醫學會參與主辦的「第四屆海峽兩岸周產醫學精英論壇」(4th Cross Strait Forum for Perinatal Medicine, 2012 CSFPM)，假廈門市廈門婦幼保健院國際會議廳隆重舉行，歡迎各位會員踴躍報名參加。

各位會員、各位先進、各位前輩、各位朋友：健保弊政，殘害醫護，醫護過勞死的悲劇，已經司空見慣不是新聞。台灣經濟愁雲慘霧，四大基金瀕臨破產，加上四大皆空，醫界似乎看不見未來。歷史證明：非常時期正期待非凡的領導人物，混亂的時代正需英雄豪傑帶領群倫走出黑暗，迎向光明。衷心相信下屆理事長與下屆理監事正是眾望所歸台灣醫界的非凡領導與英雄豪傑，誠摯祝福下屆理事長帶領下屆理監事，為台灣周產期醫學會開創新局面，深耕本土，立足台灣，接軌國際，世界發光，寫下輝煌的歷史，建立前所未有的新境界。



## 作者簡介

張峰銘醫師  
現任：大安婦幼醫院總裁  
前台灣周產期醫學會理事長  
成大醫學院婦產學科兼任教授  
成大醫院婦產部兼任主治醫師

# 醫生這工作之二

張令瑋 醫師

## 系列之一 初衷



## 散文雜記之一

星光大道第二屆的冠軍出爐了。這頭牛覺得賴銘偉當之無愧。

梁文音在第一屆唱「失戀無罪」時，真是讓這頭牛覺得驚為天人哪！

後來，慢慢地知道了她的出身、生長背景、性格與努力，真的很被她感動。

但是她怎麼在第二屆比賽期間，演唱歌曲時，有太多音準不準的情況發生ㄉㄟ！？

如果是那種完全不準，跑音跑到外太空去，那也不會讓人覺得難過（因為聽起來就不像在唱歌了），而總是那種在音準點附近飄移的音，這樣讓這頭牛不自覺地要替演唱者捏把冷汗，也就聽得全身肌肉緊繃，很不舒服的！

害這頭牛忍不住要懷疑起評審是不是

特別獨鍾她，否則以這些評審的水準，應該不會聽不出她的音準不準。

壞話講完了。

其實要說的是：

當梁文音由敗部復活回到舞台後，她說，在休息的期間，想了很多。

想說為什麼沒有辦法像上一屆來PK時那樣快樂、輕鬆自在地唱歌？

其實，那個初衷不就是想要快快樂樂地唱歌、與別人分享！？

這樣的疑惑，似乎還有不少參賽者同感。

面對每周不同的挑戰主題、面對排山倒海而至的大眾與媒體關注、面對評審老師們看似一貫卻常有出入的批評建議、面對自己的進步與停滯、面對可能到來的成功與失敗、面對若隱若現的未來。．。

當然令人難免感到遲疑、迷惑、步伐不定。

總決賽上看到的，似乎他們都找到了一份篤定。也許

他們都找到了那份『初衷』。．。

這頭牛即將展開新生活。

這可能是由一個染缸跳到另一個染缸；也可能是由一畝蓮花池移到另一畝蓮花池；或者。．。

外在的環境、年紀的增長…等等好多的影響因子，一定會造成改變。

希望自己能繼續保有一些原始而單純的想法。

比如說在照顧第一個病人時（是個36歲的年輕媽媽，血癌病人）感受到的感動，以及因為明瞭極限而感到的謙卑。

能繼續堅持有所為有所不為。

以及，曾經找到的那份熱情，多做點甚麼。。。

## 系列之二

### Care or not



夕陽下失焦的人們

若真要說，能夠遺世獨居，還真算得上是一種福氣！否則在芸芸眾生的大千世界裡，大概也只有「打滾」兩個字可形容哪！

但若沒打滾過，又怎能體驗滾滾紅塵？呵～

常把「I don't care」掛在嘴邊的人，也許care的才多ㄌㄟ - 漸漸明白也許自己正是這樣的人。（!?)

突然想起牛小妹時期很風行的一套少女漫畫：「千面女郎」。居然還記得當時的翻譯版，女主角名字叫「譚寶蓮」（呵呵）。（PS. 這樣的聯想…別太認真問牛道理在哪裡呀。😊）

千面女郎。。。扮誰，像誰！絲絲入扣、栩栩如生、歷歷在目…（哈哈）。

牛一直很希望自己保有「flexible」的特質。不曉得在這裡，「」中的字，是否可與「阿Q」畫上等號（呵呵）。因為覺得這樣自己可以快樂一點，人生可以有趣一點。。。 （但牛絕不承認「」裡的字等於「痞子」）（哈哈哈）！

回到Care or Not care的討論。。。

「在乎」，看不開的話，容易讓人走進死胡同；反應過度，常常也只是讓自己顯得孩子氣、不成熟。但

換個角度想，「在乎」，也不盡然代表不夠豁達。有時反而是一種積極與熱情的表現。

當

因為在乎而不如意時。。。

Why not think about... WHY, WHAT and HOW I care...?

And then there will be a way... as I believed.

他們說的：人不為己，天誅地滅！！

真理！。。。不是嗎？哈！

確實承認這是真理後，對於身邊人的「各懷鬼胎」、小動作頻仍，就能夠會心一笑了。

3/28就說了：體悟漸漸地隨時間演化，牛心中的感受，竟然能夠在驚恐、不知所措、冷眼旁觀、假裝事不關己、好想改變甚麼。。。的徘徊中隱約找到出路：「潦」下去，我一定會發現更有趣的事。。。

過了半個月，果然更多「趣事」發

生，但也體會到：這下子…「潦」得可不淺哪！

God helps! 😊

哈哈哈…

後記：

最近從某位前輩的身上，切實地體悟到「由儉入奢易，由奢入儉難」的道理，所以

真誠地告誡自己：千萬別步上後塵。…

…。

### 系列之三 知識是力量



牛醫師近來，對於來驗孕，結果呈現陽性的女性朋友們，會留或流，越來越猜得準了。（牛醫師可是不幫人拿小孩的！因為實在承受不起這龐大的生命債。即使心中很明白，對很多即將誕生的小生命而言，生出來不見得比回到天堂來得好。…讓這頭牛選，寧可選擇教人如何避孕。…）

但總會有出人意表的時候。

這年頭，結婚與生育年齡，上下限的差距，越拉越大。所以並不是五年級的女生就都已經結婚生子、就不會未婚懷孕、就不會不想生小孩了。…

也不是七年級的女生就不可能已經兒女成群（當然啦～用「成群」來形容，是真的誇張了些）、就一定是未婚懷孕。…也所以

提問題的時候，要很小心，也要事先就替自己想好台階下。比如說要替一個沒家人陪同、沒註明自己婚姻狀況的五年級女生內診，還是得問問有沒有過性行為。一般牛醫師會以「有結婚生小孩了嗎？」來當第一個問題，但偶爾遇到那些聽到「要內診」三個字就非常不知所措的人，牛會反射性地以「…有過性行為了嗎？」來提問。就有一次，病人聽了這問題就笑著說：「我都生小孩了～」牛只好說些像：啊～妳知道這年頭這麼多元化，所以實在很難單就年齡來判斷嘛～之類的話來化解尷尬。

行文至此，跟「知識是力量」何干？

有個七年級小妹妹，因月經過期沒來來就診。牛醫師下的第一個order當然是驗孕。

陽性。

第二步，確定子宮內懷孕。

牛：（嗯～有男人陪來的，雖然這『男人』看來還是有點乳臭未乾）「那～這位是…」

女：「我男朋友」

牛：「那～你們有結婚的打算了嗎？」

女：「有」

牛：（喔～那應該safe，沒問題囉）

「那～下個禮拜再來，看看能不能看

到baby心跳囉！」

女：「ㄏㄚˊ~~可是~~」

牛：（咦～脫槌！？猜錯了嗎？）

女：「可是，很可怕耶！懷孕感覺上  
很可怕。」

牛：（喔～那還有希望，至少不是斬釘截鐵地想把小孩拿掉）「。。。那就按時間規則回來產檢囉，有甚麼要注意的，我們會提醒妳。。。還有，我會建議妳去買些講懷孕的書回來看，有時候啊～，我們會害怕一件事，是因為我們不了解會遇到甚麼事，沒有心理準備而害怕」

女馬上接話：「ㄏㄚˊ~~可是會不會  
知道越多越害怕？」

牛：「知道了、有準備，這樣就算遇到了，也比較知道該怎麼做呀～…」

牛在想，對七年級的小女生（雖然七年六班之前出生的，都已經是成年女生了）講這些，還是太老派了些、不太有說服力、她們不太聽得進去吧？

但牛真的覺得知識是力量。多知道些東西，比較能自己先行判斷正常或病態、需不需要擔心害怕，而不要因為無知而變得自己嚇自己；或者，太過於不知害怕，而讓事態嚴重到過了 point of no return!!

那~~

## 要怎麼讓還沒心理準備當媽媽的七年級女生信服這一點！？

## 系列之四 所以。。



這世界有五六十億人口，所以一個人永遠不會是孤伶伶的，但打從國中時候起，「人，終究是獨自來，獨自走」的想法20年未變，只是它的延伸義隨年紀增長，變了。

因為到來與離去都是獨自一場，所以要對自己好、要對自己負責、要讓自己不虛此行。。。即使中途因別人而加入眾多插曲，但這些都是美好的點綴。唯有『完成自己』，才是對這生命最大的敬意。

所以。 。 。 ! ?

也要同時尊重別人『完成自己』的選擇。... ! ? 😊

(    )

\*\*\*\*\*

凌晨起床連生了兩個急產。

"睡衣"上噴了幾點血清。

還是洗個澡、換套"睡衣"再睡個回籠覺吧。

卻莫名地精神來了，睡不著啦！(真是敗了婦產科醫師"好睡"的英名哪) 

好像也就只有這樣的空檔，才能好好沉澱匆匆忙忙的生活。」

check許久沒打開的某個電子信箱：  
一個對牛的象徵意義是"舊時光"的email  
box

裡面除了廣告信，大概就是Nature,  
Nature Medicine, Nature Genetics, Review系列、New England Journal of Medicine的目錄信件。

牛現在一定"面目可憎、語言無味"  
(雖然"衣裝"著) 😊

好不容易在德國養成習慣，準時瀏覽  
這些高深學問、新知的，

現下時空背景不同囉。。。

頂著JCB paper還離開醫學中心，那天還有人在嚷嚷著"可惜"。不過牛自己卻不以為意啦~~

若說有甚麼感慨，那就是：到哪哩，最令人心煩的，永遠是"人"的問題。。。\*\*\*\*\*

那天幫人做乳房超音波檢查。總覺得，眼前這位"袒胸露背"的女人，一直用一種奇怪的眼神盯著牛看：不是懷疑、責難型怪病人的那種眼神；也不是緊張、擔心檢查會有異常結果的眼神；更不是愛慕的眼神。。。總之，牛在被看得全身毛囊不舒服的情形下，幫她做完檢查

她終於開口：「請問妳是不是XX國小畢業的？」

(嘆~~??せ~~??)「是啊。。。」

「我也是耶，我應該比妳大一屆，因為那時候妳在學校就很活躍、很有名，所以我知道妳。。。」

呵~~

國小哪~~

。。。。

所以，

國小的我是"存在"的。。。😊

(!?) (😊😊😊)

## 系列之五 鳳梨鳳梨有神力！

上週末到關廟支援行動醫院。在一所幼稚園的午睡室裡進行，環境算不錯囉，加上衛生局人員似乎是有心、有經費 (!?) 擴充檢查設備，多了些比一般床鋪好多了，卻還是有點兒克難的婦科檢查床。

大晴天，所以來的人數其實也不少，這麼一個接一個地做下來，牛就不小心憋了一下尿（這是錯誤示範喔…每天教人要多喝水、千萬別憋尿的…），想說午睡室旁就有間廁所，結果。。。小朋友用的小椅子、小馬桶和低矮水盆水龍頭，超可愛的，但，牛醫師的屁屁太大了。。。可愛設備…不符實用 😊。哈！

即將結束時，護理長特地跑過來交代，待會要把車子往哪開，好把她一直嚷嚷著要送牛的特產搬回家。。。。

關廟名產是甚麼？

鳳梨、筍子、關廟麵

今天獲得的是一大箱熟鳳梨！！

這下子又要被診所同仁唸到爆了：鳳梨，旺來旺來旺旺來咩！

這鳳梨真是香！！

一路上，整車子就充滿了熱氣蒸騰出的鳳梨香。牛滿腦子想到鳳梨做成的副食品，想到牛在德國時還會很費工夫地自製鳳梨酥；還有加了鳳梨的涼涼甜湯。。。。

哇～～口水滴下來啦！！

正好是個忙碌的週末，近午結束抹片採檢後，趕場回診所值班，順便還要講一場媽媽教室，因為要搬運鳳梨到診所樓上與同事分享，得經過媽媽教室場地，不雅，於是，整箱鳳梨就這麼關在牛的後車廂裡。。。 (發酵。。。『作用』！！)

再度想起時，已經是隔天早上。。。正納悶著自己為什麼值了個這麼忙碌的班，整晚被叫起來大概不下五次吧。。。

果然該信點邪的。。。^\_~

應該要記得早一點把鳳梨搬上樓的！！

要累大家一起累咩～～，怎麼可以『獨樂樂』ㄎㄟ～～哈哈哈

(記得收過一篇在網路上廣為流傳的文章，是個醫學生還是R寫的，內容就是在介紹醫院裡面的特殊禁忌。「鳳梨」相信是所有醫院工作人員的共同禁忌。當老闆的則另當別論啦～～，哈哈)



超級無敵好吃的鳳梨！！  
又香又甜又多汁！！

## 系列之六

### 比較

在德國時，牛夫妻是窮酸學生。牛是完全留職停薪的，靠在德微薄的獎學金過活。所以夫妻倆過得很節儉，於是也發現：生活可以過得很「無欲則剛」！

一起留學的台灣夫妻也過著「入有敷出」的日子，所以當牛談論到老同學有可能因為家庭經濟考量而要離開公家醫院時，問了個問題：「醫師的薪水，再怎麼樣也比我們多吧。台灣大部分城市的物價，也不會比慕尼黑高吧。那，為什麼還會說賺不夠？」

牛把這問題帶回家想了一下。

最後，牛給的答案是：出於「比較」吧。

一樣米飼百樣人，當然是不能一概而論，所以也許有人當醫師是真的想賺錢（雖然真正能賺很多錢的，絕不是醫師這職業…）但相信有很多人其實更在乎別的，也許是成就感，也許是使命感，也許是某種虛榮心。。。

然而，「醫生是有錢人」「家裡有當醫生的一定就會很有錢」的社會價值觀實在太根深蒂固了，所以牛親眼目睹一些當醫生的，尤其是男生（這又牽扯到男女大不同的社會價值觀），背負家庭經濟重擔，當住院醫師時，就開始被爸媽、老婆、岳父岳母懷疑「薪水怎麼可能只有這樣？」要是「有幸」在公立教學醫院升了主治醫師，可能會擴展到鄰居朋友、叔叔阿姨伯伯、表兄弟姐妹都來質疑：「別騙肖了啦！你怎麼可能買不起透天厝？怎麼可能負擔不起俱樂部年費？雙B、SPA、SALON、OOXX的錢？。。。」於是，原

本為了成就感、使命感…的初衷，就被透天厝房貸、車貸、要給家人最好的…給壓垮了。

這就是一種比較出來的期待值。

人總是脫離不了與人比較、被人比較。（考試升學、考績升官…）

除了比誰錢賺得多（一個人能花多少？只好告訴自己要多賺點，買房子，別一輩子當無殼蝸牛到處流浪，還讓長輩擔心）、會不會用名牌（還真是白癡一個！但總是能發現比名牌便宜一大截的東西就既中看又中用了唄）、還要比誰看的病人多，因為反應你是不是很有名氣（很怕哪天穿得邋遢走在路上挖鼻孔時被人認出來，還完全想不起來認出我的人是誰）

（更慘的是，如果哪天在路上亂按喇叭被瞪，開車門出來的那個人把你認出來…）

生產數也要比（抓不準為什麼要被比這一項…也許會被解讀為工作認不認真的指標吧；或者，一樣還是反映醫師的知名度；也許，反應的是一位醫師是否受到病人信賴…）

講話夠不夠窩心要比、看診夠不夠細心又快速要比（超人訓練班哪！又要醫師看得仔細，又不希望花多一點點的時間候診——病人的心態哪）

就連有沒有生過小孩都要比（…嗟…）

「比較」這東西，只有一個人當然是比不起來的，所以這是外在加諸的社會行為，大可不必理會，「但求問心無愧」就好！

但！

如果牛再聖人一點，也許就真的完全不在乎了。。。😊



## 作者簡介

張令瑋醫師

現任：

安安婦幼中心副院長

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

## 令人念念不忘的私密小店

蔡幸芬 醫師

曾經有個知名美食作家這樣說過—“每個台南人心中都有張美食地圖”，身為台南天龍人，聽到這話不禁點頭如搗蒜，由心底深深贊同。“吃”原本只是簡單的生理需求，但在台南特殊的歷史文化蘊釀下，“吃”卻逐漸衍生為一種藝術和地方特色，更讓在這塊土地上生息的人們養成不是只要吃飽，更重視吃好和吃巧的驕傲子民。本著這樣的信念，在此和各位分享幾家個人相當喜愛的私密小店。之所以稱作“私密小店”，是因為他們有共通的幾項特色—1.不易尋找—這些店家多半隱身在民宅巷弄之中，且常因此伴隨停車不易等交通困難類的問題。2.門面低調—即使店內布置極具巧思和情調，這些店家的外表多半和四周的住家相差無幾，也因此加重第一項特色的困難度。3.這項特色最重要，也是為什麼我會介紹這些店家的原因—店裡的東西都好好吃！無論餐食或飲品都無可挑剔！這些私密小店就如同深埋地底的璀璨寶藏，只有願意花費時間、金錢、汽油（因為要找停車位）並按圖索驥的勇者們，才有幸得之！且聽我緩緩道來吧！

這家店名很有趣味地使用了門牌號碼，成為名符其實的“小巷裡的 11 號”（這也是近來新興的命名方式）。門面以淺咖啡色搭配奶油



黃，加上同色系的長條椅，給人溫暖又富童趣的感受。

店內空間並不大，加上吧檯區頂多坐十來個客人就顯擁擠，但整體布置營造溫馨居家的氛圍，老闆態度相當親切，不太寬裕的空間剛好方便老闆即使在吧檯內工作也能和各角落的客人寒暄。

二樓區設有座位，稍稍彌補空間不足的問題。因是舊房子改裝，狹窄的樓梯雖不易行走，但一旁布置許多照片，配合壁貼和燈光，相當有味道。樓梯轉角處擺設舊風琴，上方布置可愛的植栽及裝訂精美供客人使用的留言簿，處處可見店家的用心及巧思。

老闆應為攝影愛好者，店內處處可見照片作為裝飾，搭配看似





隨性擺設卻又色調一致的家具及小飾品，別具一番新舊錯落的人文氣息。

店家供應早午餐，午後也販售三明治及鬆餅等輕食。值得一提的是店裡的飲品很特別，有別於其他店家，咖啡則以義式咖啡為主，不提供單品。

令人滿心期待的餐點—飲品分別是烤布蕾咖啡及OREO巧克力鮮奶茶，搭配香蕉巧克力鬆餅和一球香草冰淇淋。



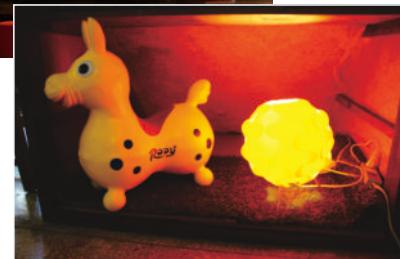
烤布蕾咖啡顧名思義，如同烤布蕾一般在拿鐵的奶泡上覆一層現烤的焦糖，食用前要先用小匙輕敲焦糖後再搭配咖啡入口，苦中帶甜引人回味，但飲用中要小心燙口。另一款飲品OREO巧克力鮮奶茶是專為莊小妹點的，看名字好似甜死人不償命，但卻不然。剝成屑狀的OREO巧克力餅乾盛在杯中，再倒入熱鮮奶茶沖泡，巧克力餅乾緩緩溶於鮮奶茶中，入喉，溫暖微甜又帶著可可和鮮奶的香氣，不止小孩喜歡大人也很愛！搭配的輕食鬆餅也不俗，製作過程香氣四溢，鬆餅本身烤得較酥脆，搭配巧克力醬、鮮奶油、卡士達

醬、冰淇淋、香蕉及脆餅，豐富多層次的口感配上創意飲品，令人驚喜！

接下來介紹的是我近期內最喜愛的店家之一，因為店內的餐食真是讓人驚為天

人地好吃！雖然老闆謙稱只有“稍微學過”，但恐怕老闆擁有過人的廚藝天分，端出的餐點瞬間便擄獲我們一家大小的味蕾，忍不住要和大家分享這樣一家好店！

老房子的格局幾乎沒什麼變動，只移除屋內的一扇門板和窗框，讓不是太大的室內空間增加開放感。這家店晚上也兼營小酒館，整體布置較簡約，營造一個懷舊頹廢，讓人放鬆的環境，若加上燈光，晚間應該是頗有情調的。店內只開放一樓座位，二樓以上則作民宿之用。



早午餐的序曲是新鮮水果切片和現打果汁，擺盤美觀不說，柳橙也處理成容易食用，不用擔心弄得雙手汁液淋漓，蘋果切片更匠心獨具地裹上蜂蜜，蘋果的香和蜂蜜的甜互相陪襯，讓人不由得滿心期待接下來的主菜。



豐盛的早午餐！擺盤很有小酒館的味道，豐富多樣的食材讓樸素的餐盤活躍起來，繽紛色彩引人食慾，更別提撲面而來的香氣！沙拉灑上起司粉，可供選擇的醬汁另以小鉢盛放，搭配綿密的洋芋泥、油脂與鹹度適中的煎培根、彈牙不膩口的德式香腸、抹上奶油烘烤得酥脆的土司麵包及最特別的一義式蛋餅！乍看像鹹派，吃起來像有豐富配料的烘蛋，口感軟綿，有



別於一般蛋餅的既定印象，值得一嚐！

洋蔥醬牛肉三明治，店家選用義式香料麵包，稍微烘烤後搭配生菜、起司、醬汁與軟嫩的牛肉，相當美味。當日點選的飲品一拿鐵香醇不酸澀，加入蜂蜜別有一番風味。另一款飲品一焦糖蘋果可可，香濃可可上漂浮一層奶泡，淋上焦糖與粗粒狀的糖粉，與可可的苦味調合後入口滑順，適合小朋友品嚐。

這店家是屬於大隱隱於市的類型，位於東區人車川流不息的大馬路旁，但小巧低調的店招在一排令人眼花撩亂的商家中，還真要費一番眼力才能尋得。店名也是依循門牌號碼，理所當然地成為“22號咖啡”啦！

店內環境以鄉村風布置得溫馨舒適，一旁角落還有老闆娘珍藏的亨利屋周邊商品。雖然座位不算多，但因老闆娘一人包辦店裡所有事務，所以忙不過來時，熟客還會自動幫忙點餐、收碗盤甚至送餐，形成相當有趣的光景。老闆娘很熱情好客，即使忙得團團轉，還是不忘招呼客人並細心推薦自家餐點。當天有莊小妹同行，甫坐定老闆娘便招待一碟適合小朋友食用的小餅乾，雖然造型稍有瑕疵（熊掌少一隻腳趾，但還是很吸引人），但健康素材及



不減美味的低糖度都是老闆娘拍胸脯保證的。

早午餐的套餐包括起司法國麵包、黑胡椒腿肉、火腿片、奶香滑蛋、沙拉及濃湯，搭配水果優格醬汁，強調有品質認證安全無負擔的食材。另外加點土耳其玫瑰醬厚片土司，烘烤過的吐司飄散濃濃玫瑰花香，嚐起來酥軟不甜膩，雖然單價不便宜，但美味程度值回票價！



接下來是此行的重點—其實這家店最知名的是他提供的飲品，因為店內有土耳其皇室御品—栗絲球！和我們熟知的龍



鬚糖有些類似，又被稱作“可以吃的毛線球”，更因為選用甜菜根糖製作，不只美味又兼顧健康！

在老闆娘貼心的建議下點了栗絲球配美式咖啡，雖然店內也有供應栗絲球拿鐵，但這樣的組合不但美味更省了荷包，真是有良心的好店家！



因台灣的氣候迥異於土耳其，容易受潮的栗絲球只好先存放於冷凍庫，端上桌時看起來是冰淇淋般的球狀。

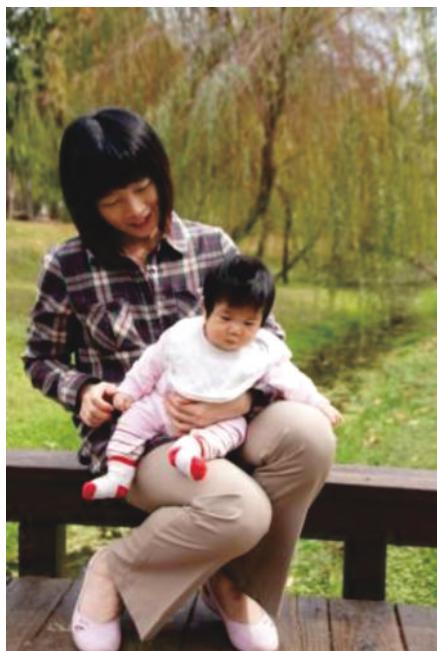
品嚐前用小叉快速將栗絲球撥散，栗絲球並不若想像中堅硬，而是非常鬆軟，散開的栗絲球果然看起來如毛線般，但這樣的狀態只能短暫維持，因為鬆散的栗絲球更容易吸收空氣中的水分而結塊，失去原本入口即化的口感，因此想要充分品嚐栗絲球的美味是很需要知道這些小技巧的！

店裡另一項人氣飲品是純度非常高的熱可可，端上桌稍微冷卻後表面會結一層綿密的巧克力，用小匙慢



慢刮取食用後再飲用下方液狀的巧克力，可一次享受兩種口感，濃醇的香氣和溫潤的苦味，嚐過的人皆無法忘懷，是巧克力愛好者一期一會的逸品！

以上和大家分享個人喜愛的幾家小店，雖然念念不忘，但因尚待開發品嚐的美食店家實在太多，至今仍未尋得機會再回鍋品嚐，期待若有一天再回這些小店，能夠巧遇不畏艱難熱愛美食的諸位勇者們！共勉之！



## 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



# 書道：致仕 浮生 感恩

張峰銘 醫師



圖一 作者於廈門演講

## 致仕

古文「致仕」是「辭官退休」的意思。公元2013年2月1日小弟奉准正式致仕，辭官退休歸故里，轉換跑道，追尋人生尚未完成的夢想。回首前塵，小弟辱承已故成大醫學院創院院長黃崑巖教授賞識，1988年加入成大醫學院團隊，鞠躬盡瘁，夙夜匪懈，悠悠忽忽，迄今已然25年。此期間承蒙各級長官再三栽培，破格提拔，能有今日的芝麻蒜皮的成就，除了感恩，還是感恩。

退休之前最後的一場公開活動，是以台灣周產期醫學會理事長身份，率領近五十位台灣婦產科醫師與周產期專科醫師，於2012年12月赴廈門參加「第四屆兩岸母胎醫學研討會」。大會假「廈門市婦幼保健院 林巧稚婦兒醫院」三十樓大會堂隆重

舉行，共有兩岸數百位婦產科醫師與「周」產期專科醫師（大陸稱為「圍」產期專科醫師）參與盛會。小弟也應邀在大會中專題演講，題目：「三維超聲廿年研究」。（圖一）

「廈門市婦幼保健院 林巧稚婦兒醫院」是福建南部最大的婦產科醫院，每年生產數高達壹萬兩千名新生兒，位居閩南婦產科學術重鎮。而且與美國頂尖的約翰霍布金斯（Johns Hopkins）大學醫學院婦產科簽約密切合作，於第29樓設立完全美式的婦產科特別照護病房。產科照護收費完全比照美國標準，陰道分娩新台幣三十多萬，剖腹產新台幣五十多萬，相形之下，台灣全民健保陰道分娩剖腹產不分青紅皂白一視同仁的血汗價格，瞠乎其後。數十年前，兩岸對峙，台灣宣傳大陸同胞飢荒年年、吃樹皮；大陸宣傳台灣同胞飢

荒連連、吃香蕉皮；反觀現在，台灣健保倒行逆施十八年後，台灣醫護是不是等同「吃香蕉皮」，看官心中自有一把尺。更令人吃驚的現象是，該病房百分之百滿床，要擠進去的人還得等一等，大陸人民經濟收入所得呈現「M型現象」，實在嚴峻，超乎想像。

連負責該病房環境衛生的清潔公司，也是雇用美國白人來負責打掃。自從清道光二十年（1840年）鴉片戰爭爆發，大清帝國被逼簽訂近代第一個不平等條約「南京條約」，香港割讓，五口通商（上海、廣州、福州、廈門、寧波五口），廈門受迫開放以來，滄海桑田，風水輪流轉，廈門婦兒醫院華人雇用老外白人來打掃清潔，這是開創170年歷史的首例，是否可以告慰欽差大臣林則徐在天之靈，白雲悠悠，鶯江滔滔，我也沒有答案。

夜晚廈門最熱鬧的鶯江道，人潮洶湧如過江之鯽，「台灣一條街」波霸奶茶一杯人民幣30元，相當新台幣150元，居然門庭若市。大陸八〇後的年輕人消費能力，超乎想像，好像看到滿街都是富二代、官二代，一點也感受不到歐債危機、台灣不景氣。觸景生情，百感交集，疲憊不堪，不能自己，垂頭而睡。夢裏，林文忠公則徐走過，笑著吟詩曰：

「子孫若如我，留錢做什麼？賢而多財，則損其志；

子孫不如我，留錢做什麼？愚而多財，益增其過。」

林則徐又中氣十足朗誦「十無益」格言，叫我牢牢记住：

- 一、存心不善，風水無益。
- 二、父母不孝，奉神無益。
- 三、兄弟不和，交友無益。
- 四、行止不端，讀書無益。
- 五、作事乖張，聰明無益。
- 六、心高氣傲，博學無益。
- 七、為富不仁，積聚無益。
- 八、劫取人財，佈施無益。
- 九、不惜元氣，服藥無益。
- 十、淫逸驕奢，仕途無益。

正當拜謝，再想向林文忠公請益，鬧鐘大作，大夢初醒。一大早又得趕三天密密麻麻的拜會行程，包括參訪位於廈門市海滄的「廈門長庚醫院」及廈門市最大的私人醫院「廈門蓮花醫院」。大開眼界，收穫良多，以後有機會專文向同馨會友報告。

大會主席「廈門市婦幼保健院 林巧稚婦兒醫院」李健院長，英明睿智，女中豪傑，誠然是不可多得的幹練領導。該院在李院長的領導下，業務蒸蒸日上，學術研究卓然發展，員工朝氣蓬勃，給台灣婦產科醫師與周產期專科醫師，留下極為深刻的印象。台灣婦產科再不思振作，可能很快就會被大陸一線城市婦產科迎頭趕上，甚至可能大陸重點城市婦產科學術研究也會領先台灣。

遵循文人之禮，李健院長很客氣請我揮毫題字。在廈門市中心最大婦兒醫院的最高層三十樓貴賓室中，小弟剛剛演講完畢，仍然穿西裝、打領帶，就一口氣答應，立即懸腕揮毫，寫下「兩岸情長，母子安康」，順祝兩岸政經和平發展，學術交流似水長流，人民生活幸福美滿。（圖二）



圖二 作者廈門揮毫。左起：廈門市婦幼保健院林巧稚婦兒醫院李健院長、周產期醫學會鄭博仁秘書長、作者、台北市立婦幼醫院蕭慶華大夫、中山醫大林隆堯院長、童綜合醫院阮正雄主任

順便一提的是中國現代婦產科之母：醫學博士林巧稚大夫（1901－1983）。林巧稚大夫，光緒二十七年，也正是民國前十年，生於福建省廈門市鼓浪嶼，北京協和醫學院畢業，並獲醫學博士，是中國第一位婦產科醫生和醫學科學家，也是北京協和醫院第一位中國籍婦產科主任及首屆中國科學院唯一的女院士。為紀念林巧稚博士對婦產科的卓越傑出無與倫比的貢獻，「廈門市婦幼保健院」特別命名為「林巧稚婦兒醫院」。廈門市政府更於風景名勝鼓浪嶼，林巧稚大夫出生地，建造名為「毓園」的林巧稚紀念館，以紀念這位偉大的婦產科醫師。廈門市婦幼保健院更在醫院豎立林巧稚大夫雕像，供世人景仰。（圖三）

林巧稚大夫一生未嫁，終身奉獻於婦產醫學。一生共接生五萬名新生兒，著有「婦科腫瘤學」一書，產科婦科均通，手術接生一流，文武全才，可謂不世出的奇才。林巧稚的傳奇很多，也留下許多名言，諄諄教誨，至今大陸婦產醫學界仍奉為金玉圭臬。



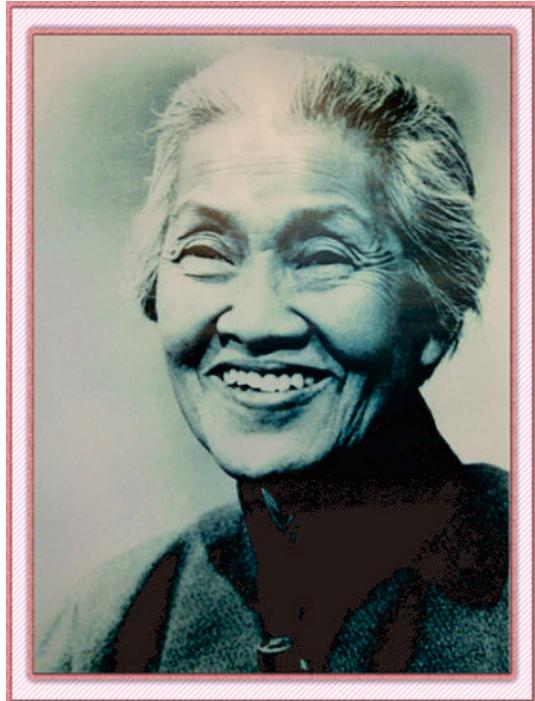
圖三 向婦產科大師林巧稚大夫致敬。左起：高醫婦產科主任詹德富、童綜合醫院阮正雄主任、作者、廈門市婦幼保健院林巧稚婦兒醫院李健院長、中山醫大林隆堯院長

根據大陸中國少年兒童百科全書記載：「1921年夏，林巧稚到上海參加北京協和醫學院入學考試。天氣悶熱，坐在她身邊的一位女同學突然暈倒，林巧稚立即放下沒答完的考卷，把女同學送往醫院。照理，沒有答完考題的考生是不能錄取的，但是主考老師從這件事中，發現她臨危不亂、捨己救人的精神，正是一個醫生應該具備的道德，加上交談中熟練的英語會話能力和未完答卷中紮實的基礎知識，她被破格錄取了。」

這故事告訴我們：第一、早在1921年，也正是民國十年，協和醫學院入學考試已經有面試(interview)與口試(oral test)。第二、口試含英語會話能力(English dialogue)。第三、主考老師可以看到考生沒答完的考卷。第四、主考老師可以從沒答完的考卷看出考生紮實的知識。第五、主考老師握有尚方寶劍，可以破格錄取品學兼優的考生。第六、這樣重視考生品德與英文能力，相當深入的醫學院入學考試方式，台灣醫學院至今絕對沒有，換言之，台灣醫學院入學考試可不可以說是落後協和醫學院長達九十年？

根據大陸網絡記載，「有一次協和醫學院臨床婦產科實習考試中，林巧稚要求醫學生觀察產婦的分娩過程，然後寫一份病歷，以此評定臨床能力。林巧稚是婦產科的權威，親來主考，學生們既興奮，又緊張。因為聽說她對年輕醫生的要求非常嚴格，絲毫不敢鬆懈，仔細觀察，認真寫下了自認滿意的病歷。出乎大家意料，僅有一份病歷被評為優，其他通通不及格。學生們左思右想，不得其解，硬著頭皮向林教授請教，林巧稚嚴肅地說：「記錄沒有錯誤，卻不完整，漏掉了非常重要的東西。」漏掉重要東西？學生仔細查看病歷，覺得記錄已經齊全，想不出漏掉什麼，又不敢問，於是偷偷地去看那份優秀病歷，結果發現，各項記錄都沒有區別，只是優秀病歷裡多了這麼一句話：『產婦的額頭有豆大的汗珠…』。」

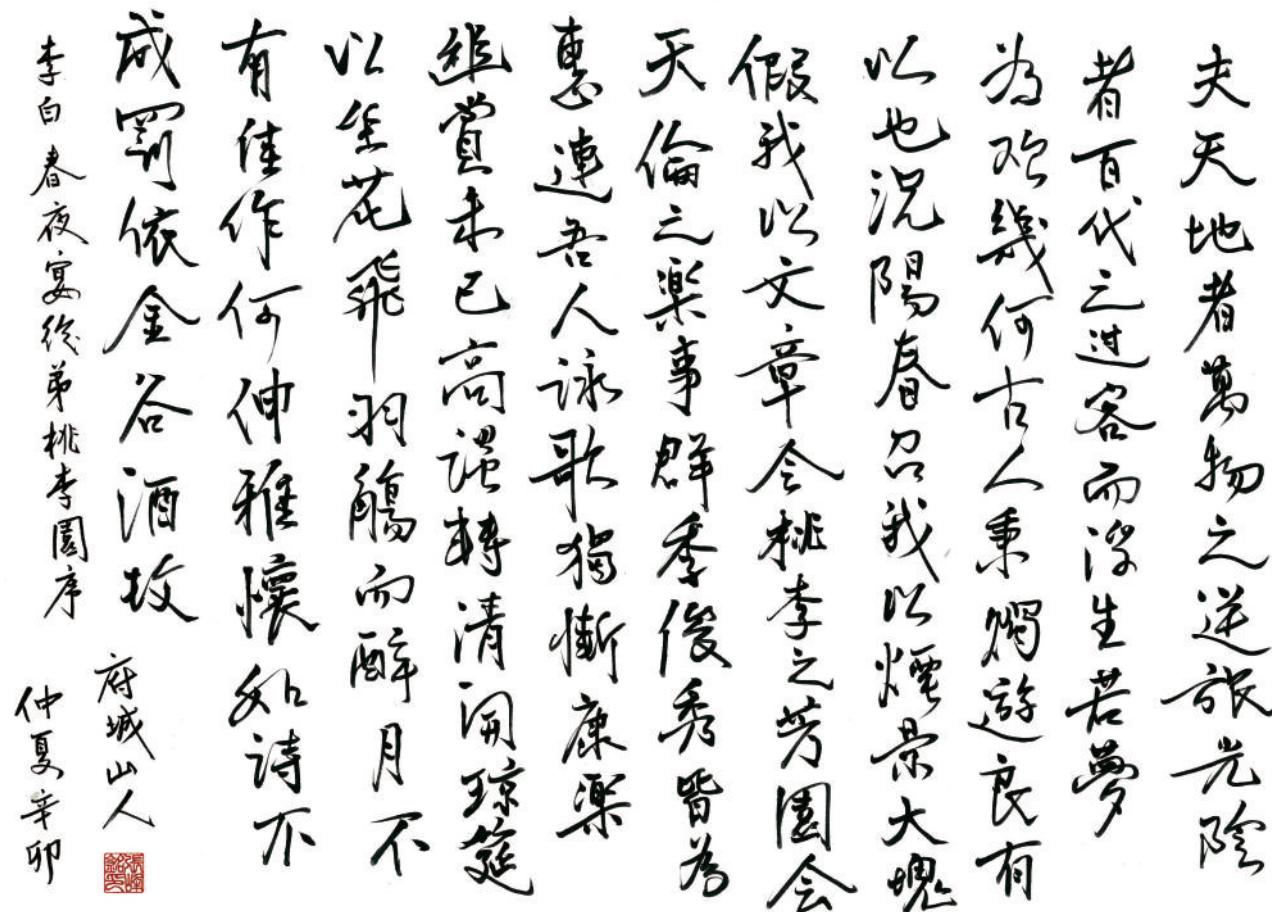
哇！可能成大醫學院嬌生慣養的天之驕子縱女、天龍國的克拉克女士們先生們，婦產科實習通通都得當掉重修。



圖四 婦產科大師林巧稚大夫（翻攝自網路）

廈門市婦幼保健院林巧稚婦兒醫院每一樓層牆壁角落，到處是林巧稚大夫（圖四）名言摘錄，不管是否是造神運動的神話或是千真萬確的事實，都值得詳讀反思，借鏡參考：

- 單有對病人負責的精神還不夠，還要掌握精湛的醫術。沒有真本事，病人會在你的手術刀下斷送生命。
- 我隨時隨地都是值班醫生，無論是什麼時候，無論在什麼地方，救治危重的孕婦，都是我的職責。
- 產婦進了醫院，就是把整個生命交給了我們，我們要從每件細微的事做起，關懷體貼她們。
- 我是一個大夫，大夫有大夫的道德，我怎能見死不救，能治不治！
- 我所經歷的一切都告訴我，成功，唯一靠得住的經驗就是勤奮，一勤天下無難事。
- 我一閑下來就會感到寂寞孤單，生命就會完結。
- 只要我一息尚存，我存在的場所便是病房，存在的價值便是醫治病人的。
- 治了病，就可以救人嗎？可不一定。有的人得到了生命，卻失掉了幸福。好的大夫，要考慮全面，要為病人的幸福想辦法。
- 我到產房過生日更有意義。我為難產的孕婦接生，當小寶寶在我生日的時候降臨人世，那哇哇啼哭聲是最動聽的生命讚歌，對我來說，那是最好不過的生日禮儀。
- 作為一個醫生，一舉一動都要為病人負責；作為一個護士，一言一行都要從病人的利益出發。



圖五作者書法 李白「春夜宴從弟桃李園序」

## 浮生

返台之後，百感交集，眼見台灣婦產科一落千丈，獨木難支傾廈，孤臣無力回天，俗語道：「十年河東，十年河西。」風水輪流轉，天無絕人之路，聰明人買股就應在最低點搶進，以後的命運就看台灣婦產科的造化和大家的努力了。不禁想到李太白的「春夜宴從弟桃李園序」，順手揮毫，或許可以聊表吾心。(圖五)

### 春夜宴從弟桃李園序

李白

夫天地者，萬物之逆旅；光陰者，百代之過客。

而浮生若夢，為歡幾何？古人秉燭夜遊，良有以也！

況陽春召我以煙景，大塊假我以文章，會

桃李之芳園，序天倫之樂事。

群季俊秀，皆為惠連；吾人詠歌，獨慚康樂。

幽賞未已，高談轉清。開瓊筵以坐花，飛羽觴而醉月。

不有佳作，何伸雅懷？如詩不成，罰依金谷酒數。

【小註】[1] 逆旅：旅舍。[2] 大塊：大自然。假：借。文章：各種美好的形像、色彩、聲音等。[3] 序：同敘。

[4] 季：少子為季，此指弟。惠連：謝惠連（407–433 AD），南朝宋文學家。幼而聰慧，十歲能文。深為族兄謝靈運所賞。[5] 康樂：謝靈運（385–433 AD），南朝宋詩人，淝水之戰東晉名將謝玄之孫，封康樂公，以山水詩著名。謝靈

運曾道：「天下才共一石，曹子建獨得八斗，我得一斗，自古及今共用一斗。」

[6] 瓊筵：美筵。羽觴：酒器，形如雀鳥。[7] 金谷酒數：晉石崇有金谷園，作《金谷詩序》云：「遂各賦詩，以敘中懷。或不能者，罰酒三斗。」

【白話】天地是萬物的旅舍，光陰是古今的過客。而人生海海浮浮沈沈，如夢一般，能有幾多歡樂？古人持燭夜遊，確實有理。況且溫煦的春天用朦朧迷離如夢似幻的景色召喚我們，大自然給我們美好的形象色彩。趁此時相會於桃李園內，敘說兄弟親情團聚的快樂。諸弟英俊秀發，好比南朝謝惠連；而我的吟詠，慚愧不如康樂公謝靈運。以幽雅的情趣欣賞美景，高遠的談吐更為清妙。鋪開盛席，坐在花間；行酒如飛，醉於月下。不作好詩，怎能抒發高雅的情懷？如詩不成，依金谷園先例，罰酒三斗。

李白（701–762AD），字太白，號青蓮居士。有「詩仙」、「酒仙」、「謫仙」等稱，中國史上最傑出的詩人。有《李太白集》傳世。少年李白讀書象耳山中，學業未成，即棄去，過溪，逢老嫗方磨鐵杵，問之，曰：『欲作針。』太白感其意，還卒業。此乃「鐵杵磨成繡花針」典故之由來，可見縱使天才如李白，也要下苦功。

李白喜好詩賦、奇書、神仙、劍術，喜歡冒險，行俠仗義，桀驁不馴，天縱英才，自稱：「十五觀奇書，做賦凌相如」。時人杜甫稱贊李白：「筆落驚風雨，詩成泣鬼神。」又贊：「白也詩無敵，飄然思不群。」雖說文人相輕，自古皆然，醫界也一樣，但是也有不少例外，

李杜就是好樣的。詩聖杜甫慧眼識英雄，想必對詩仙李白相當賞識。李杜心胸廣闊，惺惺相惜，千古傳誦，值得我輩學習效法。

## 感恩

遠處傳來蔡幸娟唱的「陪我看日出」，或許更可以進一步表達對一路走來支持愛護我的師長同輩摯友門生的虧欠與感恩。

「陪我看日出」原來是日本歌曲「淚光閃閃」，（涙そうそう），森山良子作詞、Begin作曲，創作於1998年。此曲一開始由森山良子主唱並不出名，隨著2001年夏川里美演唱而聲名大噪，並榮獲2002年日本唱片大賞金賞。台灣歌曲「白鷺鷥」和國語歌曲「陪我看日出」也都是在此曲上填詞。

森山良子(もりやま りょうこ，Moriyama Ryoko，圖六)，1948年生，今年65歲，是能寫、能譜、能唱的老牌日本歌壇罕見的才女歌星，曾榮獲文部大臣賞，紫綬褒章。日本人氣第一美熟女黑木瞳（くろき ひとみKuroki Hitomi，1960年生，今年52歲）與老牌男演員田村正和（たむら まさかずMasakazu Tamura，1943年生，今69歲）合演的日劇《夫婦》主題歌「あなたが好きで」（好喜歡喜歡你），感人肺腑，也是森山良子獨當一面作詞兼作曲。



圖六 森山良子 (翻攝自網路)

「淚光閃閃」據傳是森山良子懷念兄長所作。總而言之，不論是日文歌詞「淚光閃閃」或國語歌詞「陪我看日出」，都唱出我此時此刻的心聲，試抄錄部分歌詞獻給同馨會好友。

### 涙そうそう（淚光閃閃）

作詞：森山良子 作曲：BEGIN 主唱：夏川里美

「 古いアルバムめくり ありがとう  
てつぶやいた  
いつもいつも胸の中 励ましてくれる人  
よ」  
(中譯：翻著古老的相簿 充滿著感謝  
對著一直一直在心中 鼓勵我的人)

親愛的同馨會好友，翻著記憶中25年來的古老相簿，過去的林林總總、高高低低、起起落落、歡欣鼓舞，都待我一而再再而三感謝您，正是一直鞭策我、鼓勵我的人。



圖七 夏川里美 (翻攝自網路)

沖繩歌后夏川里美(なつかわ りみ Natsukawa Rimi)，1973年生，今年39歲，來自日本最南端的沖繩石垣島，琉球原住民。夏川里美2012年11月3日於成功大學中正堂舉行「醉心經典之夜演唱會」，我也平生首次買票入場，感受良深，「淚光閃閃」，繞樑三日。

具有日本樂壇「心靈歌姬」，「癒療系」歌手美稱的夏川里美（圖七），藉著天韻癒療我半年來傷別離受創之心，癒療系歌手實至名歸。成大中正堂設備極其簡陋，演唱會為何不在臺南市立文化中心舉行，心中存疑，百思不解。然而日本心靈歌姬渾然天成的音嗓，絲毫不受場地的影響，更見夏川里美功力一流。該晚台南市長賴清德醫師，以及許多政商醫教界名流，包括韓內科院長，都參與盛會。大家聽得如痴如醉，尤勝仙樂飄飄。

### 陪我看日出

作詞：梁文福 國語歌曲主唱：蔡淳佳  
蔡幸娟

原日本歌「涙光閃閃」作曲：Begin 日文作詞：森山良子

「雨過了 就有路 像那年看日出 你牽著  
我 穿過了霧  
叫我看 希望就在黑夜的盡處

雖然一個人 我並不孤獨  
在心中 你陪我看每一個日出」

親愛的同馨會好友，感謝25年來牽著我，穿過了多少煙霧迷路，走過了多少愁雲慘霧，謝謝您一直不斷的鼓勵，指引方向，叫我看到，希望就在黑夜的盡處。

雖然一個人，我並不孤獨害怕，因為在心中，你陪我等待每一個黎明，看每一個日出。

另外，歐陽菲菲主唱的「感恩的心」，也一直在心頭蕩漾。近日來，小弟忙著打包清倉，收拾二十五年來書櫃抽屜的種種文件書函，睹物思情，百感交集，常常整理一半，就不知不覺停下來，陷入沈思，往事歷歷如繪，又到目前。

### 感恩的心

作詞：陳樂融 作曲：陳志遠 主唱：歐陽菲菲

「感恩的心 感謝有你 伴我一生 讓我有  
勇氣 作我自己  
感恩的心 感謝命運 花開花落 我一樣會  
珍惜 」

親愛的同馨會好友，感謝有你，感謝25年來伴我，鼓勵我向前行，讓我有勇氣，作我自己。25年來的點點滴滴、風雨陰晴、喜怒哀樂、悲歡離合，永遠鑲嵌在我心中，像千千萬萬晶瑩剔透的鑽石。

千叮嚀、萬囑咐，自己要聰慧冷靜，冷若冰心，明若觀火，不可感情用事。再三默念《摩訶般若波羅蜜多心經》：「色不異空，空不異色；色即是空，空即是色。受想行識，亦復如是。」然而對一個行尸走肉凡夫俗子的我，二十五年來這一切都是空，一點一滴都留下永生不滅的足跡，一沙一塵都沾有昔日與大家共同奮鬥的血汗。我空空而來，卻滿載祝福而去。

俗話說：「吃果子，拜樹頭。」「受人一口，還人一斗。」，夥伴們點滴恩情，其重如山，自當湧泉相報。每念及此，熱淚盈眶，叫我怎能忘記與弟兄姊妹們二十五年來桃園結義的革命情感？叫我怎樣才能回報夥伴們二十五年來相濡以沫的大恩大德？

最後，  
大家保重，  
上帝祝福您。

榕園 別矣！  
勝利路 再見。

(2013.02.09 除夕夜)

### 作者簡介

張峰銘醫師  
現任：大安婦幼醫院總裁  
前台灣周產期醫學會理事長  
成大醫學院婦產學科兼任教授  
成大醫院婦產部兼任主治醫師

2012年12月9日

# 成大醫院第三屆運動會

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



扭腰擺臀做體操



醫院主管大合照





勁急隊 衝衝衝



張燭心主任參與大隊接力一馬當先



力拔山河 奮力一搏

2012年12月26日

# 張峰銘教授生日派對與產房交換禮物

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



產房同仁獻上祝福的卡片



蔡佩穎醫師獻花祝福



陳達生醫師也獻花祝賀



當我們歡唱再一起



輸人不輸陣 快找出我的主題曲



來首勁歌熱舞吧!



氣氛很HIGH唷



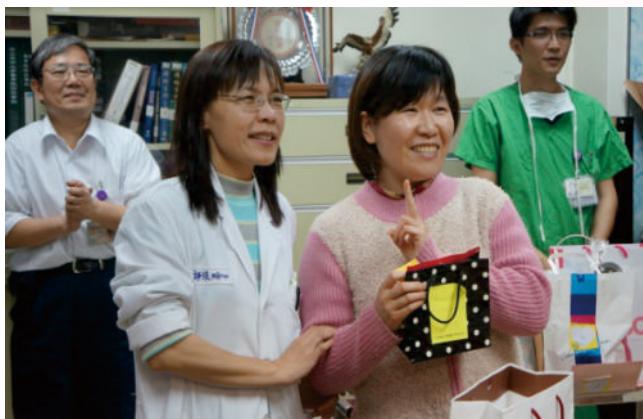
師生合唱 有默契



大伙是一首接著一首唱 热鬧滾滾

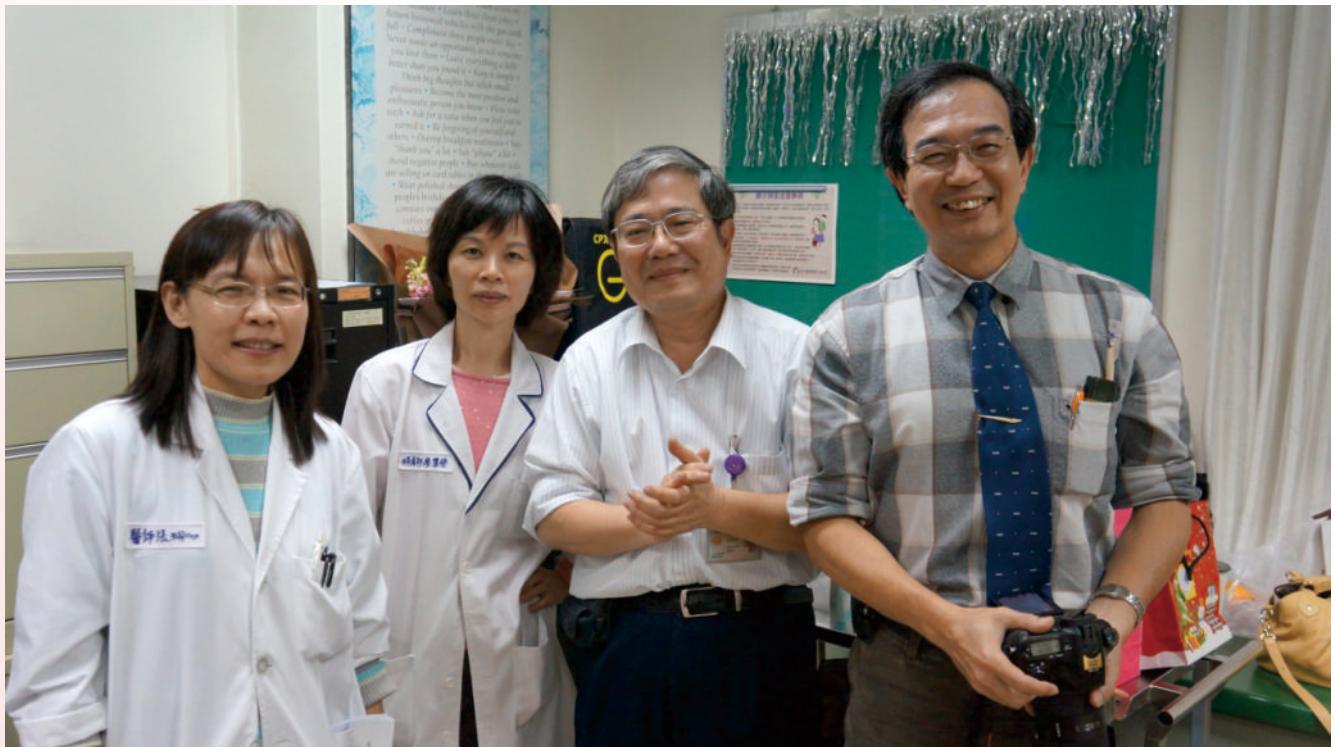


另一波高潮 交換禮物



大家笑得合不嚨嘴啊





今天活動很成功唷



來個大合照為今日畫下完美ENDING

2012年11月~2013年1月

# 兼任醫師春風化雨

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



2012.11.21新樓醫院婦產科主任林錫宏醫師演講



2012.12.07高雄長庚醫院名譽院長黃國恩教授演講

活動照片之三



黃國恩教授親切的與大家合影

### 活動照片之三



2012.12.10林錦義院長授課



2012.12.11 謝豐舟教授回院授課



2013.01.04 吳峻賢醫師授課演講中



2013.01.08 嘉義基督教醫院王培中主任演講

2013年01月08日

# 歡送張峰銘教授退休

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



餐後合影



師生合影 祝老師一帆風順了



談笑之間 相談甚歡



## 活動照片之四





一同暢飲 乾杯



神乎其技

2013年01月26日

# 望 年 會

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



美女們照過來篇

## 活動照片之五



## 活動照片之五



兩大帥哥也來湊熱鬧



頒獎篇

活動照片之五



活動照片之五

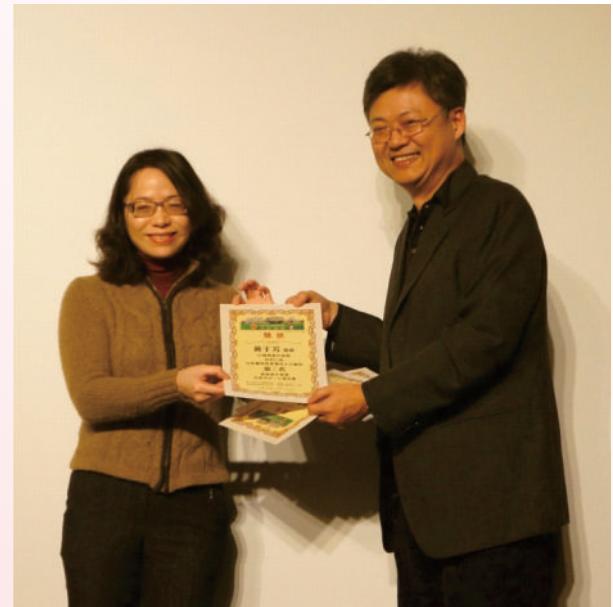


大家開心領獎





恭喜得獎人





看我們青春洋溢 舞動熱情



表演大成功!



火辣 性感的曼妙舞姿



恭喜

congratulations

# 新婚誌喜篇



周佩宜醫師的甜蜜婚紗照



郎才女貌 天生一對



要一直幸福下去唷

新婚誌喜篇

# 101年大事記

文／黃寶秀

日期	內容
1月1日	沈孟儒醫師教授休假(100/10~101/1)
1月6日	賀科部吳宛珊助理新婚誌喜
1月30日	聘黃鈺惠為同馨會兼任助理
1月8日	望年會(漂亮宴會廳) 年終評核獎項(R、Intern、Clerk)：最佳主治醫師、最佳住院醫師、優秀工作人員、住院醫師5項評核獎項。
1月20日	許沛揚醫師喜獲千金
2月16日	賀張燭心主任、鄭雅敏醫師榮獲100年度教學優良教師獎(教學中心)
2月16日	吳宛珊小姐榮獲協助100年度教學績優行政人員獎(教學中心)
2/1~3/3	沈孟儒醫師赴英國牛津大學執行國科會計畫「台灣與英國頂尖大學前期合作計畫」
3月23日	蔡佩穎醫師喜獲千金(第二胎)
3月21日	婦產部全體同仁大合照
4月17日	婦產部專題演講(台南夏慕尼)-HA in Vagina/吳孟興醫師
4/13~4/15	出席國際會議並發表論文：康琳醫師出席「64th日本產科婦人科會學術講演會年會」/日本神戶
4月23日	白岳儒醫師喜獲麟兒
4月29日	台南區婦女泌尿研討會(成大會館)-Medical treatment for overactive bladder/黃于芳醫師
5月8日	母親節活動：10-11:00,龍年5月溫馨媽媽節活動/周產期中心提供專科護理師諮詢，備Starbucks咖啡及點心
5/26~5/31	出席國際會議並發表論文：超音波室鄭月琴技術員參加中國北京「World Congress(2012)on Medical Physics & Biomedical Engineering in Beijing」。
5月31日	實習醫師之夜，獲獎名單：教學優良主治醫師[張燭心、鄭雅敏、蔡佩穎]；教學優良總醫師[吳郁梵]；教學優良住院醫師[陳達生]。(濃圓滿漢餐廳)
6月10日	成大醫院運動會：本部榮獲羽球比賽季軍(中正堂)
6/23~26	出席國際會議並發表論文：蘇美慈醫師參加「歐洲人類遺傳學會年會」並發表論文/德國紐倫堡
7月1日	同馨會周歲紀念大會(台糖長榮酒店)
7月1日	聘黃佳欣為同馨會兼任助理
7月1日	取消剖腹產「特別照護費」(回應台南衛生局規定)
7/6~8	出席國際會議並發表論文：教育部補助黃于芳醫師出席「第一屆亞太流行病學及實證醫學研討會」/馬來西亞
7月3日	病房周雪惠護理長及莊淑櫻副護理長升等饗宴(永林火鍋)
7/7~10	出席國際會議並發表論文：周振陽許耿福參加「22nd beinnil congress of the EACR」
7月8日	國際婦產科3D超音波研討會：邀請施景中、陳勝威、張燭心/第三講堂/張峰銘醫師主持

## 大事記

# 大事記

日期	內容
7月13日	內科陳炯瑜醫師特別演講-懷孕與B肝(大億麗緻酒店)
7月12日	賀 郭保麟醫師榮獲「2011年成杏優秀論文獎」
7月24日	歡送梁玉玲醫師赴金門服務(金將日本料理)
8月1日	周佩宜醫師由斗六分院歸建(回生殖內分泌科)
8月1日	吳郁芃醫師主治醫師升等-斗六分院婦產科
8月1日	康琳及蔡佩穎醫師通過臨床助理教授升等
8月2日	梁玉玲醫師通過院務會議「兼任主治醫師」申請(9月起聘)
8月2日	婦產部學術研討會(Retreat / [咖啡是實])-鄭雅敏演講
8月15日	新進R1鍾佩穎報到
8月27日	新進R1黃筱秦報到
8月25日	糖尿病衛教學會演講-懷孕與糖尿病/張燭心醫師
8/28-9/5	出席國際會議並發表論文:張峰銘醫師參加「2012第4屆歐洲行為與認知心理治療學會年會」並發表論文/瑞士日內瓦
9月17日	賀 張燭心主任榮獲「成大醫學院100學年優良教師」獎項
9/23-29	出席國際會議並發表論文:沈孟儒醫師參加「第9屆海峽兩岸細胞生物學術研討會」並發表論文/中國雲南
9月25日	緊急醫療能力預評：邀請高醫詹德富主任預評
9月27日	邀請外科郭耀隆醫師特別演講-乳房常見疾病及篩檢
9月28日	R3陳達生醫師或醫院補助，出席婦產科內視鏡大體手術研習營/花蓮慈濟
9/29~30	進行產房空調改善施工，將住院、安胎、待產生產業務移至3F恢復室。
10/13-16	出席國際會議並發表論文:鄭雅敏醫師參加「14th Biennial Meeting of the IGCS」並發表論文/加拿大溫哥華
10/12	蔡幸芬醫師喜獲千金(第二胎)
10月23日	分子遺傳室高久晴技術員於10/23~101/6/22請育嬰假，職代為臨時人員紀宜君醫檢師(8/23開始任職、交接)
10月25日	衛生署「醫院緊急醫療能力評定認證」
11/4~7	出席國際會議並發表論文:周振陽醫師參加「2012 8th NCRI Cancer Conference」並發表論文/英國利物浦
11/9~11	出席國際會議並發表論文:吳孟興醫師參加「第二屆亞洲子宮內膜異位症會議」並發表論文/土耳其
11/9~11	出席國際會議並發表論文:鄭雅敏醫師參加「第二屆亞洲子宮內膜異位症會議」並發表論文/土耳其
11月13日	吳宛珊助理喜獲千金
12月2日	本院新進住院醫師甄審：錄取新進R1林立展醫師一名
12月9日	本院運動會，本部參加趣味競賽獲季軍
12月18日	吳孟興醫師榮獲成杏基金會外科系優秀論文獎

# 跋：總編語 同馨會刊第七期

張峰銘 醫師



帶著萬分感激與百般無奈，我依依不捨地卸下「同馨會刊」老編之職，向同馨會友說聲晚安、道聲再見。同時，將這把永續光明的聖火，傳給青出於藍更勝於藍、功力熱忱更上層樓的吳孟興大夫。

莊子「養生主」的最後一句道：「指窮於為薪，火傳也，不知其盡也。」大意是說，「取木燒火，薪柴有窮盡之時，火卻可傳下去，無窮無盡。」「同馨會刊」的傳承也是一樣，老編會凋零，年輕人接棒，一代傳一代，永續經營，百世不絕。

起初，「同馨會刊」的任務是建構一座聯絡校友與科部的橋樑，一個融合老中青三代情感交流的平台，一條貫通醫學新知與行醫心得的隧道。因此，「同馨會刊」二年來，從摸索到成型，已然收到相當熱鬧滾滾的回應與支持。二年來沒有脫稿、沒有斷刊、沒有阻礙，反而頁數內容一期比一期增厚，校友投稿一天比一天加多，同馨會友捐助一年比一年熱烈，實在不易。在此特別感謝校友與科部的衷心支持，使「同馨會刊」這把光明的聖火，千秋萬歲永續照耀下去。

「同馨會刊」的內容主要分三大部分：婦產醫學新知、行醫心得感觸隨喜及

最近科部活動。首先，「婦產醫學新知」由科部同仁最新發表的期刊英語論文，中譯摘錄，深入淺出的重點，分享同馨會友。科部每年有三十多篇期刊英語論文，稿源不虞匱乏。加上每週定期住院醫師的期刊研討會，兩者中譯後，可供同馨會友心靈分享，受益良多。

其次，「行醫心得」由同馨會友提供，內容五花八門、七彩繽紛、天南地北、古今中外、無所不包。為了以身作則，拋磚引玉，也為了充篇幅，小弟不自量力，濫竽充數，把書法塗鴉，拿出來獻寶，居然有人勸我開書法展覽。小弟掂斤撥兩自知之明，用不著您說，開個展不啻是國王的新衣遊街，赤裸裸獻醜，嚇死人不理賠，開玩笑就好，不提也罷。

最後，「科部活動」都是剛出爐熱騰騰活生生的本季相片，也是最受歡迎的部分。期望來年，有更多更精采絕倫的圖片刊登，竭誠歡迎同馨會友踴躍提供最近的活動照。

從本期「同馨會刊」開始，每篇千元微薄稿酬相贈，同馨會友不要客氣，歡迎隨時投稿，來文照登。E-mail: em75221@email.ncku.edu.tw

最後恭祝各位同馨會友身體健康、家庭幸福、萬事亨通、荷包滿滿、蛇年行大運、黃金滾滾來！

## 作者簡介

張峰銘醫師

現任：大安婦幼醫院總機  
前台灣周產期醫學會理事長  
前成大醫學院婦產學科教授  
前成大醫院婦產部主治醫師