

同馨會

第08期 會刊



同馨會會刊第八期



2013.07.14歡迎回家

國立成功大學醫學院附設醫院婦產部同馨會

2013.06



102.04.02醫師升等宴

發行人：張燭心

發行所：國立成功大學醫學院附設醫院婦產科

總編輯：吳孟興

編輯小組：黃寶秀 吳宛珊 黃佳欣

協助撰文：張燭心 張峰銘 黃國恩 謝豐舟

賴宗炫 王培中 吳孟興 康琳

蔡幸芬 吳珮瑩 許沛揚 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

國立成功大學醫學院附設醫院婦產科

2013. 05. 03提前慶祝母親節活動



總編語 同馨會刊第八期

吳孟興 醫師

同馨會會刊已經出刊滿兩年，感謝張峰銘教授在本刊擔任總編輯期間將這個刊物辦得有聲有色，內容之豐富不擇地皆可出，張教授的文字雋永，讓同馨會的會友不僅可以了解近來婦產科內外不管在知識上或生活上的相關資訊，使此刊物真正作為一個大家連絡的交流平台。本期內容包括謝豐舟教授撰寫對台大校長的期望，而成大相同的狀況是最近不管醫學院或是醫院都在等待新的領導團隊的確立，希望兩位新的院長能領導我們展現新的氣象與引導婦產科走出新的方向目標，大家都能愉快的共同努力前進。醫院評鑑也是最近的重頭戲之一，本期內容中包含高級心臟救命術以及各項緊急災害應變演練都是同仁努力練習的項目，在參與的同時也體會這是團隊合作的實質表現。希望大家喜歡本期內容，能不吝嗇給予回饋與意見，也希望大家持續地給這個刊物熱烈的支持，不斷的提供各項新知、研究心得與感想。



(左:吳孟興醫師，右:張峰銘教授，攝自2013年1月26日望年會)

作者簡介

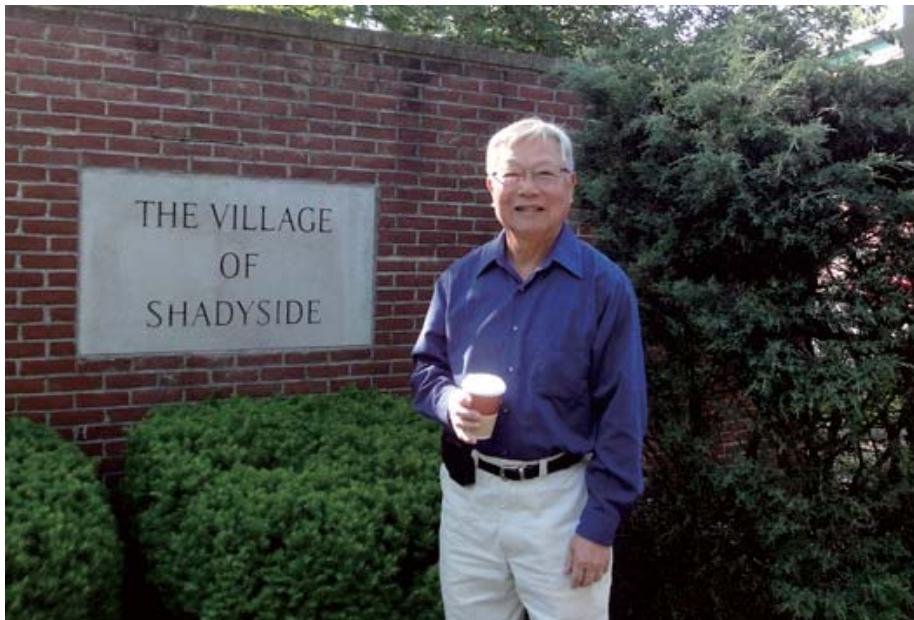
吳孟興醫師
現任：
成大附設醫院婦產科副教授
成大附設醫院婦產部醫院生殖內分泌科主任
成功大學醫學院臨床醫學研究所博士
美國休士頓貝勒醫學院博士後研究

Contents 目 錄

3	同馨會屆滿兩周年感言	黃國恩院長
5	發刊辭	張燭心主任
6	讀者迴響	黃佳欣
新境界		
7	南台灣健康老年婦女之骨密度縱貫性變化研究	康琳醫師
10	三維超音波產前診斷胎兒肺囊性腺瘤樣畸形	蔡幸芬醫師
17	多囊性卵巢症候群患者的不孕症問題	吳孟興醫師/許沛揚醫師
20	高級心臟救命術教戰分享	吳珮瑩醫師
論壇		
25	對台大新任校長的期待	謝豐舟醫師
27	漫談多囊性卵巢症候群	王培中醫師
33	門診免麻醉軟式子宮鏡檢查介紹	賴宗炫醫師
散文雜記		
35	醫生這工作之三	張令瑋醫師
42	書道：海莉 書法 終南	張峰銘醫師
活動相片		
49	2013.03兼任醫師春風化雨	吳宛珊/黃佳欣
52	1020315外賓演講Prof Adashi(BROWN)	吳宛珊/黃佳欣
54	1020322緊急災害應變演練(4A火災演習)	吳宛珊/黃佳欣
57	1020402慶祝醫師升等宴	吳宛珊/黃佳欣
59	1020419緊急災害應變演練(DR電線走火)	吳宛珊/黃佳欣
62	賀喜	吳宛珊/黃佳欣
	新婚誌喜篇	
64	總編語	
	出版資料	

同馨會屆滿兩周年感言

黃國恩前院長



前國立成功大學醫學院附設醫院院長
2013年5月5日

同馨會屆滿兩年，因為離開成大醫院已經足足十五年，對成大婦產科的瞭解免不了暫趨陌生，幸好這期間由接到寄來的同馨會訊冊能夠略知科內情況，緬懷當年，懷念同事，同馨會功德無量。據聞科部近來頗有異動，張峰銘教授退休，潘咸安醫師另尋發展，兩位科內重量級人物離開，為成大婦產科的繼續發展，必然在研究、教學及病患診療各方需要相當調整，尤其研究和診療工作需要盡快努力拼獲遞補。幸好兩位仍留台南而與前同事姚博琳院長共事，在教學方面應該能夠繼續支援，但科部也需要早日培養後起，以擔當大學醫院應有的重責。

然而，成大婦產科人才濟濟，上述顧慮寧願是杞人憂天。成大婦產科人才流失並非頭一遭，我所知道曾經有台柱人才，如劉志鴻教授，許朝欽教授等的離開，致

使科部運作受到影響，但每次都能很快恢復上軌道。現實世事後浪推前浪本是自然輪迴，更何況天下沒有不可取代的人，只希望成大婦產科繼續蓬勃發展。

是說，近多年來，婦產科住院醫師少人問鼎，使人顧慮將來台灣婦產科醫師缺少，婦女健康的照顧成問題。回想當年（1961）我們服完預官役選科申請住醫時，班上（1959年畢業於台灣大學醫學院醫科，服一年六個月預官役）69人就有20多人志願做婦產科，台大醫院婦產科招收四名，劉金燦，吳自然，楊正義和我，有7-8位到台北醫院（中興醫院）徐千田院長門下，一位到省立台中醫院，其他有幾位自行開業婦產科（當時尚無專科醫師制度也還沒有婦產科醫學會，醫科畢業直接領取醫師執照就可開業）。雖說時代變遷，今昔差異之大，不免使人感慨。現今

醫學系畢業生之避諱婦產科，縱然與婦產科的從業型態，如生產不分晝夜，醫療糾紛較多等，負面因素有關，卻台灣全民健康保險給付設計可說完全未考慮到婦產科診療的特異點，是為其重要人為因素。舉例如在美國，本人回台（1992年）前在羅徹斯特大學醫院診療執業，當時一般婦產科醫師門診診察費，比內科皮膚科多一，二十美元，其他給付也充分考慮到科別診療差異。我當時是生殖內分泌次專科醫師，診察費比一般婦產科醫師高些。人的志向絕不是僅由錢財決定，但合理的適當報酬自然成為重要考慮因素。將來台灣缺少婦產科醫師，缺乏照顧婦女健康的醫師，政府、衛生署和健保局應對當時健保設計的後果負最大責任。希望有見識的政府長官，關心到不久的將來必然會遭遇的台灣婦產科醫療缺乏的嚴重問題，早日改善政策，以利全國婦女健康的照護。近來媒體注意到所謂醫界五大皆空問題，感謝衛生署終於研擬出補救生產意外協助辦法。然而，這遲來的補綴未免使人質疑，為什麼當時官員們對問題視而不見，要等到輿論施壓才有動作。我們更要呼籲這難得擬出的辦法並不能治本，需要根本制度，如合理的婦產專業給付，醫糾保險的設置等，才能使醫師安心執業診治病患。

成大醫院和台大醫院是當前台灣僅有的兩所國立大學附設醫院，隸屬教育部。既然是國立大學附設醫院，自然有其應負職責，全院同仁必需以此為榮，婦產科部當然不例外，期盼自覺努力，在研究、教導後進及病患診療各方面，都要有不愧為大學醫院的表現。羅馬絕非一日而成，我們要繼續努力，願與大家共勉。

作者簡介

黃國恩院長

現任：

長庚醫院名譽院長

長庚大學婦產科教授

高雄長庚更年期醫學研究中心主任

更年期醫學會、骨質疏鬆症醫學會名譽理事長



發刊辭

張燭心主任



很快的成大婦產部同馨會自100年6月26日成立至今，已快滿2年了，有了姚博琳醫師的拋磚引玉，張峰銘教授發揮總編輯深厚的功力及號召力，以及許多前輩、好友們的努力經營，同馨會得以維持，會訊也才能一集一集的出刊，內容更是精彩萬分。但仍需要同馨會的會員們、好朋友們一起攜手呵護及照顧，才能讓同馨會永續下去，更盼望大家在工作繁忙之餘，能捎來隻字片語或生活的點點滴滴，與大伙兒分享。最後敬祝各為凡事平安，身體健康。

張燭心 敬筆
102.05.05

親愛的會員同仁大家好：同馨會將邁入兩週年，不知道各位喜不喜歡呢？若對本專刊本專刊有任何意見反映與建議，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

- ♥ 專刊內容豐富，人物令人回味。 洽洽 留
- ♥ 活動照片很豐富，內容多，謝謝編輯者的用心。 叉叉 留
- ♥ 很喜歡看到醫師們分享的旅遊&美食介紹，感受到醫師們輕鬆的一面。 圈圈 留
- ♥ 恭喜同馨會創刊兩周年，謝謝同馨會紀錄了許多科內的相片，可留做紀念。 瓶子 留
- ♥ 感謝同馨會一直以來的努力，讓我們的知識增進了不少。 小彩 留
- ♥ 每一期的活動照片都相當精采，展現大家不同於工作上的一面。
阿嘉 留
- ♥ 同馨會即將邁入二周年，期望同馨會可以有更多不同的東西呈現給大家。 JEAN留
- ♥ 感謝各位醫師的分享，讓我的大腦能不斷的更新，增加新知識。
樂樂 留
- ♥ 創刊至今兩周年，恭喜恭喜！ 大白菜 留

南台灣健康老年婦女之骨密度縱貫性變化研究

Longitudinal changes in bone mineral density of healthy elderly women in southern Taiwan

康琳 醫師



Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 52 (2013) 61–65



www.tjog-online.com

Original Article

Longitudinal changes in bone mineral density of healthy elderly women in southern Taiwan

Chung-Hwan Chen^{a,b,c,d,e,1}, Lin Kang^{f,g,1}, Hsuan-Ti Huang^{a,b}, Je-Ken Chang^{a,b,d,h},
Shin-Fang Wuⁱ, Sung-Yen Lin^{a,b}, Yuh-Min Cheng^{a,b}, Herng-Chia Chiu^{i,*}

^a Department of Orthopaedics, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung City, Taiwan

^b Department of Orthopaedics, Faculty of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

^c Department of Sports Medicine, Faculty of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

^d Orthopaedic Research Center, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

^e Graduate Institute of Medicine, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

^f Department of Obstetrics and Gynecology, National Cheng Kung University Medical College and Hospital, Tainan City, Taiwan

^g Graduate Institute of Clinical Medicine, College of Medicine, National Cheng Kung University, Tainan City, Taiwan

^h Department of Orthopaedics, Kaohsiung Municipal Ta-Tung Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

ⁱ Graduate Institute of Public Health, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung City, Taiwan

Accepted 11 August 2012

*Corresponding author. Graduate Institute of Public Health, Kaohsiung Medical University, 100 Shih-Chuan 1st Road, Kaohsiung City 807, Taiwan
E-mail address: chiu@kmu.edu.tw (H.-C. Chiu).
Both authors contributed equally to this work.

研究目的：

之前一直少有針對老年華人骨質流失的研究，尤其是健康的老年華人女性的骨質流失研究，本研究與高雄醫學大學骨科部合作，以縱貫性研究的方式來探討健康的老年華人女性，其股骨的股骨頸（femoral neck）、大轉子（great trochanter）、Ward's triangle之骨密度的變化。

材料和方法：

本研究是屬於前瞻性研究，主要是在高雄醫學大學骨科部進行，收集了1500位年紀大於61歲的老年婦女，由於本研究主要的研究對象是針對健康的老年婦女，因此，有以下情形個案會被排除在外，排除

標準包括：(1)有已被診斷為骨質疏鬆症的病史；(2)有骨折或明顯骨骼代謝疾病的病史；(3)有惡性腫瘤的病史；(4)有內分泌疾病的病史，包括甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、或性腺疾病；(5)45歲前即停經的婦女；(6)藥物濫用、精神疾病或酗酒；(7)有使用鈣或維生素D的補充，或服用甲狀腺素、類固醇、性賀爾蒙替代物、雙磷酸鹽、或選擇性動情激素受體調節劑治療超過2個月；(8)下肢的關節病變，導致無法樓梯無法一次爬兩階以及走兩個街區的距離就需要休息；(9)脊椎問題，包括脊椎關節退化、坐骨神經痛、腰椎滑脫、駝背或脊柱側彎。排除以上情形後，只有60位合格者進入研究，這60位老年婦女均至高雄醫學大學接受了胸部X光、生化檢驗、以及肺功能檢測確定其目

Table 1
Bone mineral density (BMD) and population characteristics at baseline.

Age (y)	n	Height (cm)	Weight (kg)	Body mass index	Femoral neck BMD	Ward's triangle BMD	Great trochanter BMD
61–70	18	153.61 ± 5.57	58.61 ± 8.42	24.78 ± 2.84	0.699 ± 0.103	0.529 ± 0.079	0.634 ± 0.079
≥71	32	153.38 ± 4.95	54.75 ± 8.46	23.29 ± 3.63	0.650 ± 0.097	0.459 ± 0.092	0.567 ± 0.092
Total	50	153.46 ± 5.13	56.14 ± 8.57	23.83 ± 3.41	0.668 ± 0.101	0.484 ± 0.093	0.591 ± 0.093

前的健康狀況，因此，到最後有54位完全合乎我們收案標準的健康老年婦女接受全髋關節評估，其中52位完成了髋關節骨密度檢查。此研究所用之骨密度檢查的儀器為 Norland 36R dual-energy X-ray absorptiometry (Fort Atkinson, WI, USA)，而且骨密度檢查的結果會經由兩位資深醫師判讀。兩年後，有50位婦女回院接受了後續的骨密度檢查。此研究所用統計方法為：用線性回歸來分析年齡與骨密度間的相關性，以及用 paired t test來分析個案兩年間的骨密度變化。

結果：

我們將這群健康老年婦女依年齡分成兩組，分別為61-70歲以及70歲以上，表一 (Table 1) 是在研究一開始時，這兩組健康老年婦女身高、體重、身高體重指數、以及其股骨的股骨頸 (femoral neck) 、大轉子 (great trochanter) 、Ward's triangle三處之骨密度基本資料。

圖一 (Figure 1) 則是將這群健康老年婦女股骨的股骨頸、大轉子、Ward's triangle三處之骨密度以及年齡作線性回歸分析，發現呈負相關，意即年齡越大，股骨的骨密度越低。

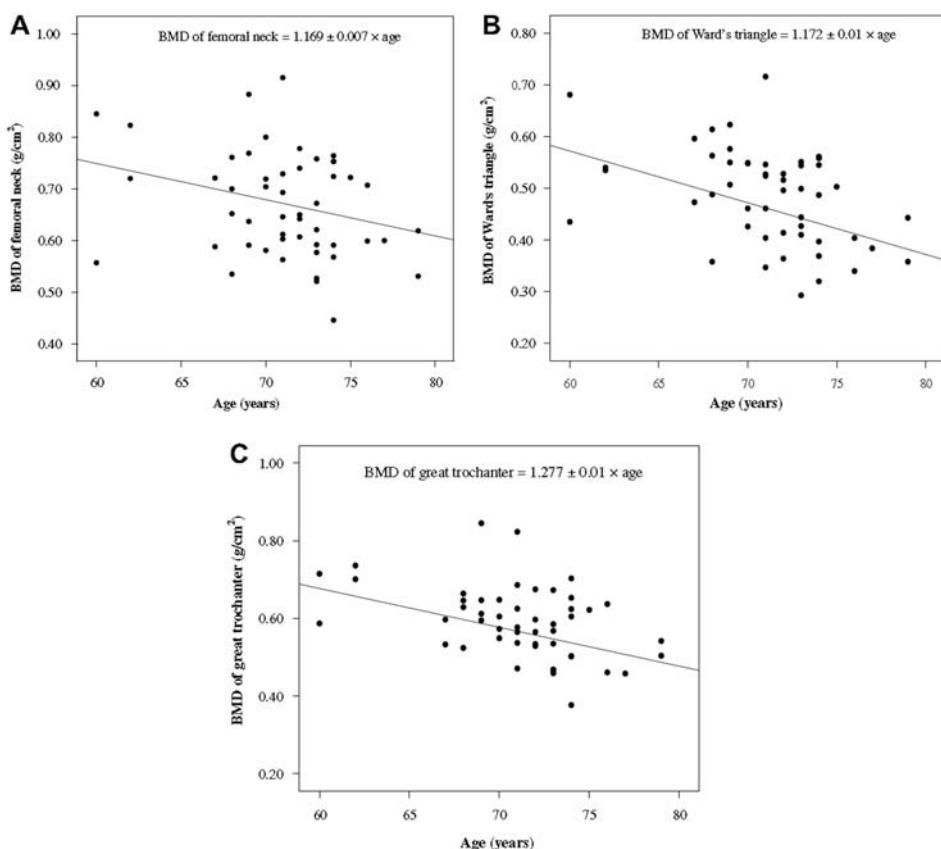


Fig. 1. Distribution of bone mineral density (BMD) at the femoral neck, Ward's triangle, and the great trochanter in 50 healthy women. The distribution of BMD was inversely related to age at initial examination using linear regression. (A) BMD at the femoral neck versus age ($p < 0.05$); (B) BMD at the Ward's triangle versus age ($p < 0.05$); and (C) BMD at the great trochanter versus age ($p < 0.05$).

Table 2

Loss of bone mineral density (BMD) in healthy elderly female 2 years after initial examination with age stratification.

Age (y)	n	Loss of BMD at femoral neck (g/cm^2)	Mean loss/y (%)	Loss of BMD at Ward's triangle (g/cm^2)	Mean loss/y (%)	Loss of BMD at Great trochanter (g/cm^2)	Mean loss/y (%)
61–70	18	$-0.008 \pm 0.037^*$	-0.40	$-0.055 \pm 0.079^{**}$	-2.74	$-0.011 \pm 0.017^{**}$	-0.56
≥ 71	32	$-0.014 \pm 0.017^{***}$	-0.68	$-0.014 \pm 0.029^{**}$	-0.71	$-0.014 \pm 0.023^{***}$	-0.72
Total	50	$-0.012 \pm 0.026^{**}$	-0.58	$-0.029 \pm 0.055^{***}$	-1.44	$-0.013 \pm 0.021^{***}$	-0.66

^{*} $p < 0.05$; ^{**} $p < 0.01$; ^{***} $p < 0.001$.

表二 (Table 2) 是分析兩年後，61-70歲以及70歲以上這兩組健康老年婦女，其股骨的股骨頸 (femoral neck)、大轉子 (great trochanter)、Ward's triangle這三處的骨密度變化，結果顯示：61-70歲以及70歲以上這兩組健康老年婦女，股骨頸 (femoral neck)、大轉子 (great trochanter)、Ward's triangle這三處的骨密度在追蹤兩年後，有明顯下降的情形 (*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$)。而骨密度流失的比例，以61-70歲這一組的 Ward's triangle處流失最多，每年平均的骨密度流失比例達2.74%。

結論：

我們的研究結果發現：健康老年婦女的年齡越大，股骨的骨密度越低，也就是骨質越疏鬆；且每年骨密度流失的比例，以61-70歲這群健康老年婦女的 Ward's triangle處流失最多，每年平均的骨密度流失比例達2.74%。

表三 (Table 3) 是將此研究結果與其他國外的族群做比較：

Table 3

Comparison of annual change in bone mineral density ($\text{g}/\text{cm}^2/\text{y}$) in elderly women^a.

	This study (n = 50)	Framingham study [20] (n = 698)	Rotterdam study [21] (n = 2452)
Femoral neck	-0.012	-0.005	-0.0045
Ward's triangle	-0.029	-0.003	-0.0051
Great trochanter	-0.013	-0.005	-0.0022

^a All participants were aged ≥ 61 years, with the exception of those in the Rotterdam study, who were aged ≥ 55 years.

這些國外的研究同樣是針對健康老年婦女的骨密度研究，Framingham研究的族群年齡和本研究一樣均為61歲以上的婦

女，Rotterdam研究的族群年齡則是55歲以上的婦女。比較結果發現，南台灣的健康老年婦女，其在股骨頸 (femoral neck)，每年骨密度流失的平均速率分別約為 Framingham研究的 2.4倍 以及 Rotterdam研究的 2.7倍；在股骨的 Ward's triangle處，每年骨密度流失的平均速率分別約為 Framingham研究的 9.7倍 以及 Rotterdam研究的 5.7倍；而在股骨的大轉子 (great trochanter) 處，每年骨密度流失的平均速率分別約為Framingham研究的 2.6倍 以及 Rotterdam研究的 5.9倍。和白人健康老年婦女相比，我們南台灣健康老年婦女每年的骨密度流失速度高出許多，原因可能是基因、飲食習慣差異、或是生活方式的不同。因此，在老年人口越來越多的現在，老年婦女骨密度流失的問題應獲得大家更多的關注。



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

三維超音波產前診斷胎兒肺囊性腺瘤樣畸形

蔡幸芬 醫師

Prenatal diagnosis of fetal congenital cystic adenomatoid malformation of the lung using three-dimensional ultrasound: comparison between 20th and 21st centuries

三維超音波產前診斷胎兒肺囊性腺瘤樣畸形在20和21世紀的比較

By Hsing-Fen Tsai et al.

Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 2013

摘要

胎兒肺囊性腺瘤樣畸形 (CCAML) 是胎兒肺部病灶最常見的診斷之一，為了比較20世紀以來產前診斷CCAML的趨勢和改進，我們回顧性分析從1994年10月至2011年11月國立成功大學附設醫院的產前診斷電腦資料庫所記錄CCAML胎兒的三維超音波數據。所有胎兒最初都以二維(2D)超音波掃描並定位興趣區域 (ROI)，之後使用三維(3D)掃描，接著用3D重建並儲存所有的圖像。最後統計共有58例胎兒在子宮內被診斷CCAML，其中12例在20世紀診斷，其餘46例在21世紀診斷。3D超音波產前診斷CCAML的妊娠週數範圍在20世紀是15至36週之間 (平均24週)，在21世紀則是16至31週之間 (平均22週)。有趣的是，在20世紀有9例是在第二孕程被診斷CCAML (佔75%)，但在21世紀有44例是在第二孕程被診斷CCAML (佔96%)。總結來說，3D超音波可以增加重建CCAML新的可視圖像，在產前診斷和遺傳諮詢時有很大的幫助。此外趨勢分析顯示，在21世紀產前診斷CCAML的妊娠週數比20世紀明顯提早。

導論

雖然胎兒肺囊性腺瘤樣畸形 (CCAML)的盛行率不高約0.003 % - 0.004 %，卻是胎兒肺部病灶最常見的產前診斷。CCAML起因於胎兒肺部構造發展異常，不同型別的CCAML被認為是在肺部發展的不同時期及不同氣管支氣管樹的層級出了問題所導致。CCAML從超音波的影像表現可大致分為大細胞及小細胞等型別，且大多在第二孕程被發現。大細胞型 (type I)是以較低迴音的病灶環繞以較高迴音的肺實質來表現，小細胞型 (type III)則是均質性的實體病灶，且相對於周遭肺實質是較高迴音性的超音波表現，另外還有混合型的病灶 (type II)。部份研究報告顯示約有6成左右的胎兒在孕程中CCAML病灶會消退，部份研究甚至發現在一些胎兒產後追蹤時病灶完全消失。

至今3D立體超音波已應用在許多領域，包括婦產科的三維超音波。隨著近年來三維超音波的進步，多平面正交視圖 (multiplanar orthogonal view) 以及表面渲染模式 (surface-rendering modes) 的可行性造就在胎兒胸部病灶鑑別診斷的進步。為了比較20世紀以來產前診斷CCAML的趨勢和改進，我們回顧性分析從1994年至2011年電腦資料庫所記錄CCAML胎兒的三維超音波。

新境界之二

材料和方法

病人

從 1994年 10月 至 2011年 11月 對 CCAML胎兒的三維超音波紀錄進行分析，患者是從一般婦產科診所轉診，或成功大學附設醫院產前門診轉介至成功大學附設醫院產前超音波檢查室。國立成功大學醫學院附設醫院婦產部是南台灣最大的國家三級醫療中心的婦產部。所有CCAML胎兒皆追蹤至妊娠終止以確定診斷，且本研究均獲得患者知情同意。這項研究業經國立成功大學醫學院附設醫院機構審查委員會審查通過 (IRB: ER-99-011)。

設備

我們使用常規的3D超音波進行篩檢，三維超音波機器包括 Voluson 530D (Kretz, Zipf, Austria), Voluson 730 (GE, Milwaukee, WI, USA) 及 Accuvix V20 (Medison, Seoul, Korea)，三維超音波掃描的詳細資訊在之前的研究報告都已被描述紀錄。簡而言之，所有胎兒最初都以二維(2D)超音波掃描並定位興趣區域(ROI)，之後使用三維(3D)掃描，所有的圖像皆儲存於雷射光碟以進行3D可視化和重建。3D圖像在螢幕上重建時，首先進行多平面正交視圖(multiplanar orthogonal view)，接著進行多種重建模式包括表面渲染模式(surface-rendering modes)、透明模式(transparent mode)和最大強度模式(maximal intensity mode)等。

統計

為了比較20世紀以來本院產前診斷CCAML的趨勢和改進，對CCAML胎兒的產前診斷胎齡進行卡方檢定，P值小於0.05被認為是有顯著統計學上的差異。

結果

在1994年10月至2011年11月研究期間共有58例CCAML胎兒在子宮內以三維超音波診斷出來(如表1-2所示)。表1列出在2000年1月前診斷CCAML的胎兒(共12例)，表2則列出2000年1月至2011年11月診斷CCAML的胎兒(共46例)。3D超音波產前診斷CCAML的妊娠週數範圍在20世紀是15至36週之間(平均24週)，在21世紀則是16至31週之間(平均22週)。值得一提的是，所有個案皆是在第一孕程後診斷，且在20世紀有9例是在第二孕程被診斷CCAML(佔75%)，但在21世紀有44例是在第二孕程被診斷CCAML(佔96%)。

此外，總共有17例合併其他結構異常。表1列出在20世紀診斷CCAML胎兒合併其他結構異常的案例(共3例)，包括心臟偏移(2例)、心內回聲焦點(2例)、脈絡叢囊腫(1例)及胎兒水腫(1例)。表2列出在21世紀診斷CCAML胎兒合併其他結構異常的案例(共14例)，包括心臟偏移(6例)、心內回聲焦點(4例)、羊水過多(1例)、羊水過少(1例)、子宮內胎兒生長遲滯(1例)、大腦池擴大(1例)及胎兒水腫(2例)。總共有14個胎兒接受染色體核型分析，其中只有一例有染色體異常。

二維和三維超音波產前診斷CCAML準確率皆為100%，但三維超音波可以提供各種3D重建後額外的圖解模式，因此可以

更容易檢查出胎兒合併的結構異常，並精準分析胎兒器官體積。此外，三維超音波可以顯示三個正交平面，包括冠狀面、矢狀面和軸狀面的胎兒視圖，讓父母更容易了解胎兒的異常，並減少患者和產科醫師之間在產前決策和諮詢的認知差異(圖1-4)。

如表3所示，趨勢分析顯示在21世紀產前診斷CCAML的妊娠週數明顯比20世紀提早 ($p<0.05$)。在21世紀產前診斷CCAML的妊娠平均週數是22週，在20世紀產前診斷CCAML的妊娠平均週數則是24週。有趣的是，在20世紀有9例是在第二孕程被診斷CCAML (佔75%)，但在21世紀有44例是在第二孕程被診斷CCAML (佔96%)。

討論

產前診斷時妊娠週數的比較

隨著過去十年三維超音波重建技術的臨床應用和進步，我們比較本世紀和上世紀在CCAML產前診斷的妊娠週數和正確性是否有所不同。如表3所示，比較結果肯定在21世紀產前診斷CCAML的妊娠週數明顯比20世紀提早 ($p<0.05$)。此結果可能的原因包括 (1) 3D超音波機器的改良 (2) 臨床醫師及技術員的技術改進和警覺性提高。如同先前許多報告中提過，三維超音波具有新的優勢，加入重建後三維超音波的胎兒病變圖像，有助於產前諮詢和遺傳篩檢。此外，三維超音波在診斷胎兒畸形和促進胎兒畸形學的發展也有實質幫助，且影響CCAML胎兒的處置及預後。從這一系列研究，我們再次驗證臨床上三維超音波在產前診斷CCAML的用處。

產婦年齡比較

在20世紀只有1名患者是高齡產婦 (佔8%)，在21世紀則有7名患者是高齡產婦 (佔15%)。在20世紀懷有CCAML胎兒的產婦平均年齡是28歲，在21世紀的產婦平均年齡則是28.7歲。從這些比較中可知，兩個世紀間產婦的年齡並無顯著差異。

相關異常的比較

先前的研究報告提出小細胞型的CCAML胎兒較容易合併胎兒水腫及預後不良，相反地，大細胞型較不會合併胎兒水腫且容易存活。此外，也有研究報告指出CCAML胎兒可能合併羊水過多、胎兒水腫及肺實質比例過低等狀況，這些都是將來胎兒可能死亡率提高且會嚴重呼吸窘迫的表徵。更甚者，有1至2成CCAML胎兒會合併其他先天異常，包括食道閉鎖、食道支氣管瘻管、腎臟發育異常、腸道閉鎖及其他心、肺、橫膈膜、中樞神經及骨骼異常。

在本系列研究中，於20世紀診斷CCAML胎兒合併其他結構異常的案例有3例，包括心臟偏移(2例)、心內回聲焦點(2例)、脈絡叢囊腫(1例)及胎兒水腫(1例)。而在21世紀診斷CCAML胎兒合併其他結構異常的案例則有14例，包括心臟偏移(6例)、心內回聲焦點(4例)、羊水過多(1例)、羊水過少(1例)、子宮內胎兒生長遲滯(1例)、大腦池擴大(1例)及胎兒水腫(2例)。從這些比較得知，兩個世紀間CCAML胎兒合併胎兒水腫及其他結構異常的發生率並無顯著改變。

關於CCAML胎兒預後的產前諮詢，須考量胎兒診斷時的妊娠週數、病灶大小、縱隔偏移的程度、胎兒的血循情況及是否合併其他異常等，若胎兒合併其他異常或

胎兒水腫，胎兒有染色體異常的風險會顯著提高。除此之外，胎兒先天異常的產前診斷在母體、胎盤的併發症及胎兒染色體異常具有很大的影響，CCAML的產前診斷也不例外。因此，精確診斷CCAML胎兒是否合併其他異常、胎兒水腫或染色體異常，在CCAML的產前諮詢及胎兒預後評估是非常重要的。

總結來說，我們在21世紀對於CCAML案例的診斷數高於20世紀，診斷時的妊娠週數也比20世紀提早。過去幾十

年裡，我們全力投入臨床使用三維超音波在胎兒醫學的研究發展，在本系列研究中，我們進一步證明三維超音波在產前診斷胎兒先天性異常的優越性，及臨床使用上的優勢。

致謝

我們非常感謝國立成功大學附設醫院產前超音波檢查室全體工作人員的協助，及國立成功大學醫工所與資工所的指導。同時我們也非常感謝行政院國家科學委員會的贊助，在此一併致謝。

表1. 在20世紀三維超音波產前診斷CCAML案例

Case no.	Maternal age (y)	Pregnancy history	Gestational age (weeks)	US diagnosis	Outcome	Karyotype	Associated conditions
1	29	G1P0	15	CCAML type I	VD	46,XX	-
2	31	G2P1	20	CCAML type III	TOP	ND	EIF
3	27	G3P2	21	CCAML type II	TOP	ND	Heart deviation, hydrops
4	21	G2P1	21	CCAML type III	Follow-up	ND	-
5	25	G1P0	21	CCAML type III	TOP	ND	Heart deviation, CPC, EIF
6	23	G1P0	22	CCAML type III	Follow-up	ND	-
7	31	G1P0	23	CCAML type II	TOP	45,X/46,XX	-
8	29	G3P1A1	24	CCAML type I	VD	46,XX	-
9	32	G2P1	26	CCAML type I	PTL	ND	Fetal death
10	32	G1P0	28	CCAML type III	VD	ND	-
11	34	G1P0	28	CCAML type III	Follow-up	ND	-
12	22	G2P1	36	CCAML type III	VBAC	ND	-

VD: vaginal delivery; TOP: termination of pregnancy; VBAC: vaginal birth after cesarean section

PTL: preterm labor; ND: not done; Follow-up: Follow-up at outside clinics

EIF: echogenic intracardiac focus; CPC: choroid plexus cyst

表2. 在21世紀三維超音波產前診斷CCAML案例

Case no.	Maternal age (y)	Pregnancy history	Gestational age (weeks)	US diagnosis	Outcome	Karyotype	Associated conditions
1	28	G1P0	16	CCAML type III	TOP	ND	Heart deviation
2	29	G1P0	17	CCAML type III	TOP	ND	Heart deviation
3	35	G2P1	18	CCAML type III	Follow-up	ND	-
4	28	G1P0	19	CCAML type II	Follow-up	ND	-
5	31	G2P0A1	19	CCAML type II	Follow-up	ND	-
6	28	G3P2	20	CCAML type III	Follow-up	ND	-
7	24	G2P1	20	CCAML type II	Follow-up	ND	-
8	34	G1P0	20	CCAML type II	Follow-up	ND	EIF
9	19	G1P0	20	CCAML type III	Follow-up	ND	-
10	21	G2P0A1	20	CCAML type III	C/S	46,XY	Twin pregnancy, EIF
11	28	G1P0	21	CCAML type III	VD	ND	Poly-hydramnios
12	27	G1P0	21	CCAML type I	VD	46,XX	-
13	25	G1P0	21	CCAML type III	Follow-up	ND	-
14	32	G1P0	21	CCAML type II	VD	46,XX	-
15	32	G2P1	21	CCAML type III	Follow-up	ND	-
16	36	G1P0	21	CCAML type II	Follow-up	46,XX	-
17	30	G1P0	21	CCAML type III	Follow-up	46,XX	Triplet pregnancy
18	26	G3P2	21	CCAML type III	Follow-up	ND	Heart deviation
19	27	G2P1	21	CCAML type II	Follow-up	ND	EIF
20	29	G1P0	21	CCAML type III	TOP	ND	-
21	25	G1P0	22	CCAML type I	Follow-up	46,XX	Oligo-Hydramnios, IUGR
22	31	G1P0	22	CCAML type III	Follow-up	ND	-
23	30	G1P0	22	CCAML type III	VD	ND	-
24	23	G1P0	22	CCAML type III	TOP	ND	-
25	32	G2P1	22	CCAML type II	Follow-up	ND	-
26	36	G1P0	23	CCAML type III	TOP	46,XY	-
27	36	G3P0A2	23	CCAML type III	Follow-up	46,XY	-
28	30	G1P0	23	CCAML type II	TOP	ND	Heart deviation
29	30	G2P1	23	CCAML type III	Follow-up	ND	-
30	29	G2P1	23	CCAML type III	VD	46,XX	-
31	21	G3P2	23	CCAML type III	Follow-up	ND	-
32	23	G2P1	23	CCAML type I	Follow-up	ND	-
33	29	G1P0	23	CCAML type III	Follow-up	ND	-
34	29	G3P2	24	CCAML type III	VD	ND	-
35	23	G1P0	24	CCAML type III	TOP	ND	Heart deviation
36	21	G3P1A1	24	CCAML type II	TOP	ND	Heart deviation
37	37	G2P1	24	CCAML type III	C/S	46,XX	-
38	31	G1P0	24	CCAML type III	TOP	ND	MCM EIF
39	26	G2P0A1	24	CCAML type III	Follow-up	46,XY	-
40	25	G2P1	25	CCAML type III	Follow-up	ND	-
41	28	G1P0	25	CCAML type II	TOP	ND	Hydrops
42	25	G1P0	26	CCAML type I	Follow-up	ND	-
43	30	G2P1	27	CCAML type III	Follow-up	ND	-
44	32	G4P3	27	CCAML type II	Follow-up	ND	Hydrops
45	36	G2P1	31	CCAML type III	C/S	ND	-
46	33	G1P0	31	CCAML type III	Follow-up	ND	-

VD: vaginal delivery; TOP: termination of pregnancy; C/S: Cesarean section

ND: not done; Follow-up: Follow-up at outside clinics

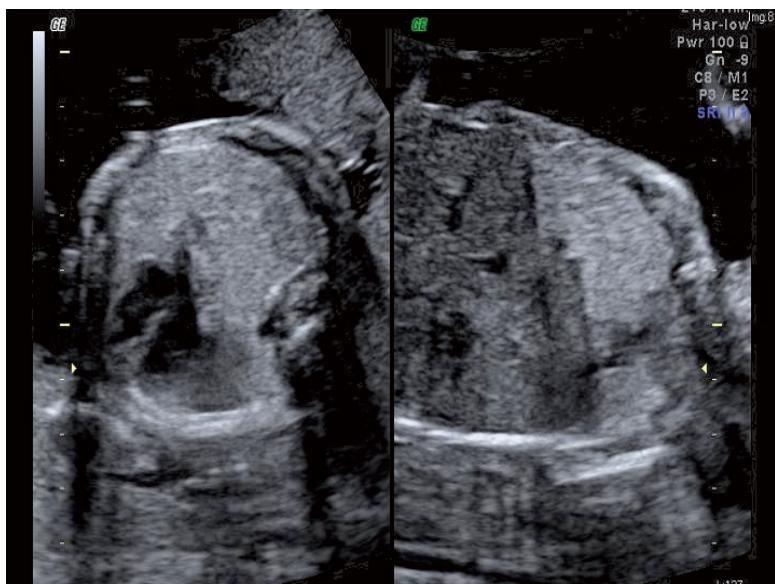
EIF: echogenic intracardiac focus; MGM: mega cisterna magna; IUGR: intrauterine growth retardation

表3. 比較20和21世紀三維超音波產前診斷CCAML案例的妊娠週數

	Mean maternal age (y)	Second trimester (15-28 weeks)	Third trimester (≥ 28 weeks)	Total cases
20 th century (1994-2000)	28.0	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)
21 st century (2000-2011)	28.7	44 (96%)	2 (4%)	46 (100%)

P=0.02 by Chi-square test.

圖片說明



圖一. 妊娠21週胎兒小細胞型肺囊性腺瘤樣畸形的二維超音波



圖二. 妊娠21週胎兒小細胞型肺囊性腺瘤樣畸形合併心臟偏移的二維超音波(與圖一同病例)



圖四. 妊娠21週胎兒小細胞型肺囊性腺瘤樣畸形的三維超音波表面渲染模式圖 (surface-rendering modes) (與圖一同病例)



圖三. 妊娠21週胎兒小細胞型肺囊性腺瘤樣畸形的三維超音波多平面正交視圖 (multiplanar orthogonal view) (與圖一同病例) 表面渲染模式 (surface-rendering modes)

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

多囊性卵巢症候群患者的不孕症問題

許沛揚、吳孟興醫師

多囊性卵巢症候群（PCOS）自1950年代初期發現至今，已經有一甲子的歷史。即使如此，對於此類患者的評估與治療，仍有許多研究正如火如荼的進行，正是因為吾人對於此一疾病的瞭解，仍無法說得上透徹。而大多數情況下，因為無排卵而造成的不孕症，多來自於多囊性卵巢症候群的患者。為了能給予此一病患族群適當的治療，對症下藥是很重要的一環。在今年四月的Fertility and Sterility國際期刊，即有一篇相當令人省思的文章，探討對於多囊性卵巢症候群的患者，究竟需要接受怎麼樣的評估，才能真正的對症下藥，解決不孕症的問題。筆者私以為這篇文章相當值得推薦，故翻譯該文如下，希望激起讀者們對於此一問題的興趣，而對多囊性卵巢症候群的患者的診斷治療，有些與過去不同的想法。

對於受多囊性卵巢症候群所苦的女性，第一線的治療常是使用能夠刺激排卵的Clomiphene Citrate（CC），而此一用藥一般而言能使八成的患者恢復排卵，並在五成的患者達到懷孕的目的。第二線的治療選擇則包括外加的促性腺激素或是使用腹腔鏡的卵巢燒灼術。使用外加的促性腺激素因為可能增加多胞妊娠的機會，因此密集的監測卵巢對激素的反應相當重要。若上述的治療方式都不可行，則要考慮第三線的試管嬰兒治療。過去利用刺激排卵的方式治療此類不孕症患者已經累積了相當的經驗，但不足的是，在開始刺激排卵之前，一些用於排除其他造成不孕症的原因的檢查常常被忽略。

根據Dutch Guideline，英國的NICE guideline，以及美國生殖醫學學會（ASRM）的建議，在無排卵或寡排卵的不孕症婦女應對先生實施精液分析的檢查。此外，ASRM也建議在35歲以上的不孕症婦女，當臨床病史指向有子宮或輸卵管的問題的可能時，應開在排卵治療開始前安排子宮輸卵管造影（HSG）。而無排卵婦女若經過三至六個週期的排卵治療仍無效的個案，也建議使用HSG做進一步的評估。儘管如此，這些建議或Guideline在過去並不完全是基於實證醫學的證據，而這些檢查是否能夠幫助我們在治療這類患者時有更好的選擇，仍有待商榷。

要知道檢查的安排是否必要，我們必須對疾病的盛行率有所了解。在通盤考量疾病盛行率以及各項檢查所需的花費和風險後，醫者才能得出一個較明確的共識，確定安排該項檢查是有意義且必要的。同樣的，對於無排卵的不孕症婦女，為了能對於此類患者的不孕症問題有較全面性的評估，我們須先了解除了無排卵外其他可能造成不孕症的原因的盛行率，才能安排適當的檢查。本研究的目的，即是希望藉由系統性地文獻回顧，加以瞭解對於在經過刺激排卵治療的患者，其其他造成不孕症原因的發生情況。討論的族群主要分成三大類，包括：使用CC作為第一線治療的不孕症婦女，使用CC治療無法懷孕而使用第二線治療的婦女，以及對於CC治療無反應的婦女。

此篇文章在經過系統性的篩選後，最後總計收錄了九篇過去發表的研究，這些

研究的對象都符合2004年於鹿特丹的多囊性卵巢症候群共識會議中對於多囊性卵巢症候群的定義。分析上述提及的三個族群的不孕症患者發現，在第一組研究對象，也就是使用CC作為第一線治療的不孕症婦女，男性無精子症（Azoospermia）的盛行率是0.3%，而寡精症（Oligospermia）的盛行率為4%-10%。其中，寡精症在這些研究中的定義為精液濃度小於每毫升20萬隻精子且精液體積小於2毫升，或活動力低於50%，抑或同時符合兩者。研究中也試圖以整體的活動精子數量來預測經過CC治療後的成功懷孕率，結果發現此一因子並不能有效的預測治療後的活產率。

此外，其中一項研究則指出，在開始使用CC治療前使用HSG或診斷性腹腔鏡來評估雙側輸卵管是否通暢，發現有雙側輸卵管阻塞的患者可以高達4%。另一項研究則在開始治療前檢驗Chlamydia的抗體濃度，發現有高達5%的患者其Chlamydia抗體為陽性反應，而在此研究中，雙側輸卵管阻塞所佔的比例則為3%。

在第一線治療無法達到懷孕的目的而需要使用第二線治療時，研究發現，精液分析的結果在此一族群的患者同樣無法用於預測活產率的高低，而實際在此一族群的男性不孕症盛行率，則沒有研究加以探討。值得注意的是，在統計此一研究族群的檢驗結果發現，有13%的患者有單側的輸卵管阻塞，而有8-9%的患者則有雙側輸卵管阻塞的問題。最後，在對CC治療後仍無排卵的不孕症患者，研究顯示精液分析的結果同樣無法預測懷孕的成功率。同

樣的，對於此一族群患者，男性不孕症的存在比率並不清楚。此外，對於此類的患者，評估其輸卵管是否暢通的研究則付之闕如。

過去對於有排卵的不孕症患者，接受一系列通盤的不孕症相關檢驗幾乎是所有患者必經的過程。對於無排卵的不孕症患者，或是多囊性卵巢症候群的患者，這樣的通盤性檢查是否必要，仍然有討論的空間。舉例來說，由上述的研究結果顯示，在多囊性卵巢症候群的患者族群中，其先生有無精症的比率為0.3%，相對於有排卵的不孕症患者，先生出現無精症的比率則為8%。換句話說，為了能診斷一個無精症的個案，我們需要檢測12對有排卵的不孕症夫婦，或者是330對無排卵的夫婦。如此不成比例的檢查結果，確實是值得吾人思考這項檢查的必要性。此外，對於輸卵管阻塞的檢查，在無排卵（多囊性卵巢症候群）的患者也需要檢驗相對於有排卵的不孕症患多一倍的個案才能發現一位雙側輸卵管阻塞的個案。當然，本文作者也指出，即使是在使用系統性回顧的研究方式分析此一問題，其所能囊括的研究個案數仍顯不足，因此要藉由此一研究對於多囊性卵巢症候群的患者究竟需要接受哪些不孕症檢查做出一個結論實屬不易。

文末，作者簡單提出他們自己的專家建議：對於多囊性卵巢症候群或無排卵的不孕症患者，若要接受第一線的CC治療，他們還是會建議先做精液分析的檢查，即使是在需要花費比有排卵的患者還要多出25倍的檢查量才能診斷一個無精症的個案的情況下，作者還是認為這樣的檢查還是有意義的。主要的原因，還是回歸到檢查的非侵入性及此一檢查的低花費。

然而，對於檢查輸卵管是否通暢，作者反而抱持著保留的態度，即使是在只要多花費一倍的檢驗量就可能可以抓到一個雙側輸卵管阻塞的狀況下，作者仍認為這樣的檢查或許可以稍緩。會有這樣的考量，主要是因為HSG和診斷性的腹腔鏡檢查，仍是一個較為侵入性且風險較高的檢驗。對於接受CC治療效果不彰而需要第二線治療的患者，作者則建議除了精液分析檢查，還是要同時安排輸卵管的檢查，主要是因為在接受第一線治療的患者中，僅有4%的患者有輸卵管的問題，然而在需要第二線治療的個案，就有高達8-9%的患者可能有雙側輸卵管阻塞。此外，若患者需接受腹腔鏡的卵巢鑿孔手術治療，在手術的同時也可以診斷雙側輸卵管是否阻塞，患者本身並未承受額外的風險。

總而言之，為了能夠更有效率的應用不孕症檢查及降低治療的風險，安排檢查的時機應該要審慎評估，才能在不影響成功率的狀況下，使患者有較佳的治療品質及安全性。

本文引用文獻：

Nahuis MJ, Oosterhuis GJ, Hompes PG, van Wely M, Mol BW, van der Veen F. The basic fertility workup in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Fertil Steril.* 2013 Apr 12. [Epub ahead of print]



作者簡介

許沛揚 醫師

現任：成大附設醫院婦產科住院醫師
美國約翰霍普金斯大學公共衛生碩士



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醫院生殖內分泌科主任
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

高級心臟救命術教戰分享

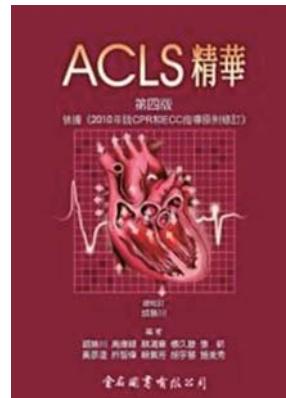
吳珮瑩 醫師

ACLS（高級心臟救命術）已經是目前臨床醫師所必須具備的基本技能。在醫療與值班的過程中，難免會遇到需要急救的場合，雖然院內都有急救小組待命，但若能在急救小組趕到之前，先做好基本的準備，對於急救的成功率以及病人的預後，都有莫大的幫助。而對我們本身而言，若是自己的親人、或是在公共場所遇到相關的情況，有這些相關的知識及技巧，也許也都能適時的救人一命。

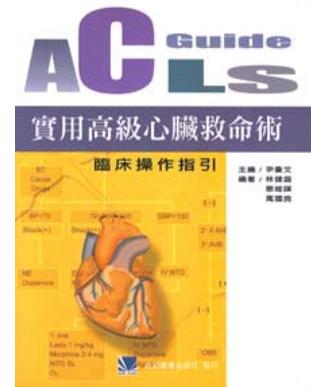
因為評鑑即將到來，醫院也規定了所有院內的醫護同仁，都要擁有ACLS證照。然而大家應該都了解，考試與平時的臨床處置完全是兩回事，再加上目前的醫療越來越走向次專化，當我們在自己熟悉的領域越來越專精時，這些評鑑委員認為是「common sense」的東西也離我們越來越遠。因此我也在此和大家分享這次參加成大醫院所舉辦的ACLS考試之心得，雖是野人獻曝，但也希望能給大家一些幫助！

一、筆試篇

ACLS筆試部分，比較常看到的參考書籍有兩本，一本是金銘出版社所發行，由慈濟醫院急診部胡勝川主任主筆的「ACLS精華」（圖一）；另一本則是由合記書局所發行的「實用高級心臟救命術」（圖二）。筆者是認為胡主任的「ACLS精華」敘述較為詳細，對於第一次考試或是許久沒接觸的人，比較能夠理解；而「實用高級心臟救命術」則較為偏向條列式的重點整理，比較適合做為複習之用。



圖一 ACLS精華



圖二 實用高級心臟救命術

考題部分分為兩大類，一種是單純的記憶試考題，另一種則是情境題。記憶式的考題就是一定要拿分的，如果沒有讀到那就 sudden death了，而情境題大多在Megacode的演練過程中，就會複習到，通常靜下心來，仔細回憶一下流程圖，就能夠解題。要注意的是，Megacode考的是急救、插管、或心律不整的治療方法，但考題還會包含急性冠心症與中風的部分，這就需要額外準備了。

在網路上可以搜尋到許多的考古題，如果時間充裕，可以下載來實際演練看看，ACLS在各家醫院都考了很多次，題目難免有重複，能猜到一題就算一題了。

二、實際演練篇

1. 急救壓胸

急救壓胸的部分，主要是考我們急救的流程以及有效的壓胸，千萬不要以為自己很會壓就去考了，去考試前務必詳讀試卷上的每一點，如「觀察周圍環境」或「小孩、溺水、中毒、創傷」等例外，若是漏掉了或做的不確實，可是會白白送分

新境界之四

的。考試前若有演練的時間，請一定要去壓壓看安妮，了解到要出多少的力量才能壓到紅燈，另外還要練習摸頸部脈搏（雖然很多都壞了），以免考試中摸不到。

2.暢通呼吸道

和壓胸一樣，這個部分考的也是整個暢通呼吸道的流程，而不是傻傻地很會插管就去插了。對於一些呼吸器的相關知識，如 simple mask、non-rebreathing mask能提供多少濃度的氧氣…，也都要準備。插管前的步驟，如test calf、抹jelly…是很容易忽略的，也一定要記得。若是考前有時間，也是找個安妮來練習幾次，臨場才不會出錯。

3. Megacode

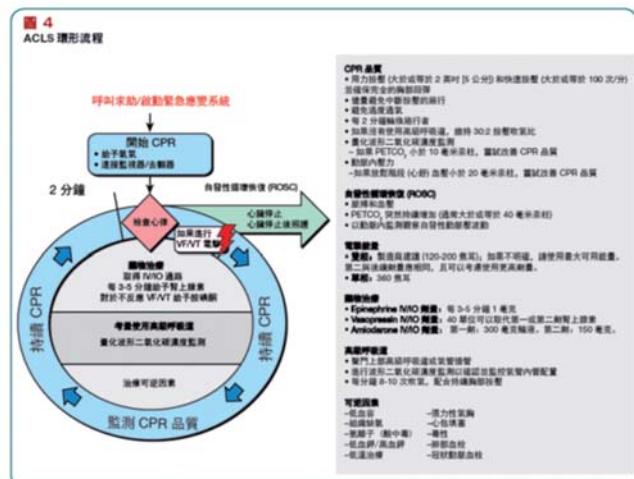
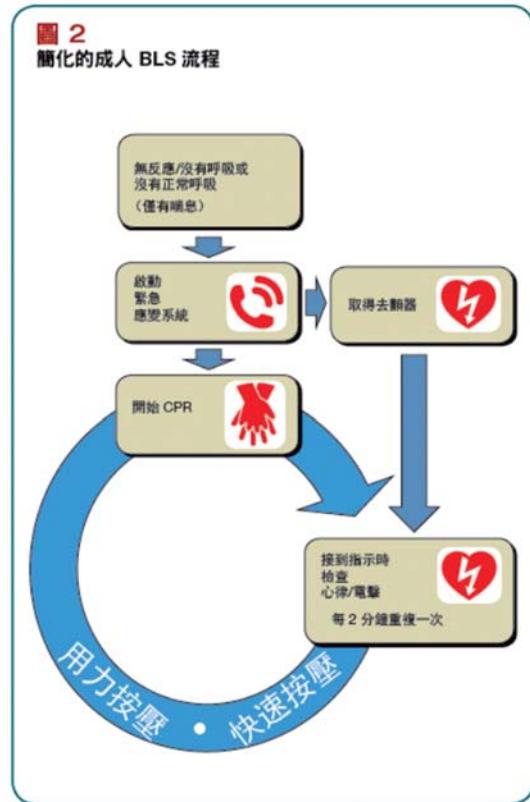
Megacode的部分算是一個綜合的演練，將VT/VF、Asystole/PEA、Tachycardia、Bradycardia這四個流程圖混在一起考。筆者認為最重要的就是「練習」，在每一堂相關的課程裡，若有機會就上去實做看看，平時上去買笑總比考試時被當掉好。在實際操作的過程中，會發現一些自己根本沒想到的問題，像monitor不會開、電擊器不會用，這些如果沒有先玩過考試時就會很囧。而Megacode這個部分也是有一些陷阱，最常見的就是看到心律不整就很豪邁電下去，忘記check pulsation，這些陷阱都是要靠平時演練時來發現的。

這次為了進入開刀房的所有科別與急重症科別ACLS通過率需要達100%，婦產部許多的主治醫師及住院醫師都一起參加成大醫院安排的兩天課程及考試。這是一個難得的經驗，而這些急救的技能已經許久沒有複習、再加上考試時間緊湊，考前大家還是會有一定的壓力。所以在這兩天

大家也有一些舒壓方式，例如中午大家聚在一起吃老四川或一起喝咖啡看考前猜題。以下附上兩天的活動照片。



急救五環





正在進行練習，還喚不出緊張的氣息



許耿福醫師與郭保麟醫師正在討論如何處置



白岳儒醫師正在操作放置氣管內管，
大家專注的在學習技巧



練習中



李逸文醫師也加入練習



要記得30:2喔



吳孟興醫師與郭保麟醫師搭檔配合



評估頸動脈中

專業人員BLS流程圖

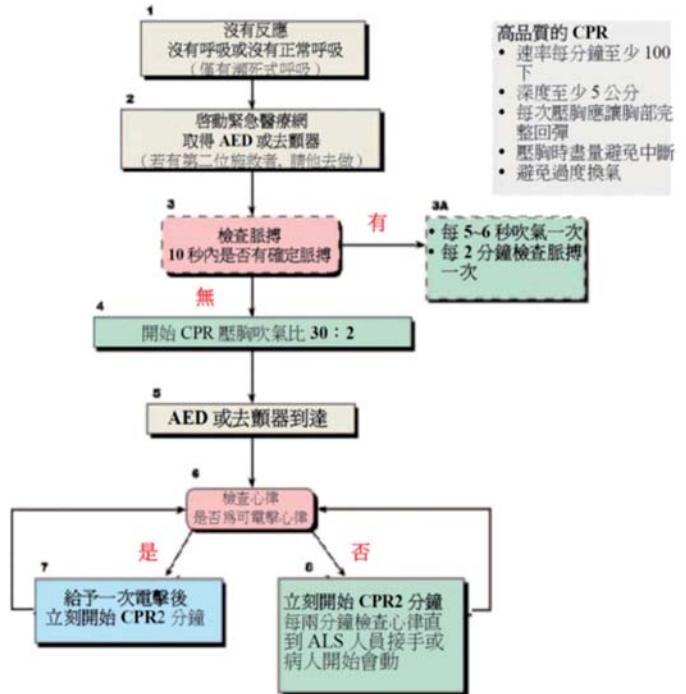


Figure. ACLS Cardiac Arrest Algorithm.

ACLS 心跳停止流程圖

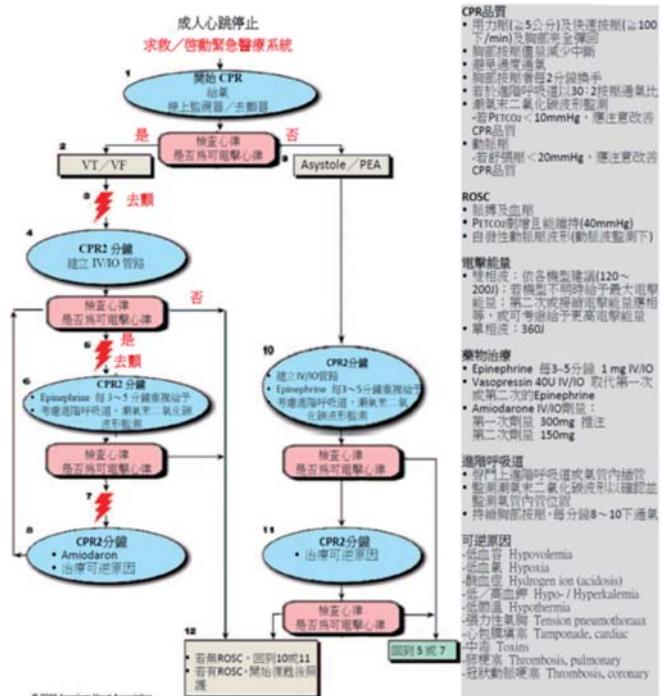


Figure. ACLS Cardiac Arrest Algorithm.

ACLS 心跳停止流程圖

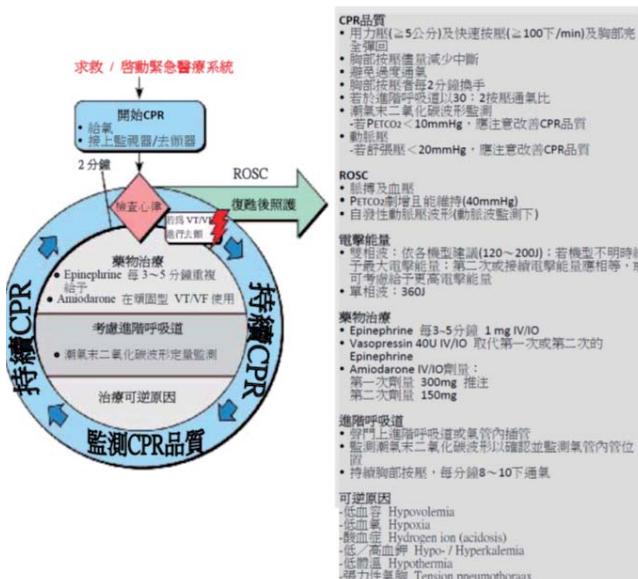


Figure. Maternal cardiac arrest algorithm.

孕婦心跳停止流程圖

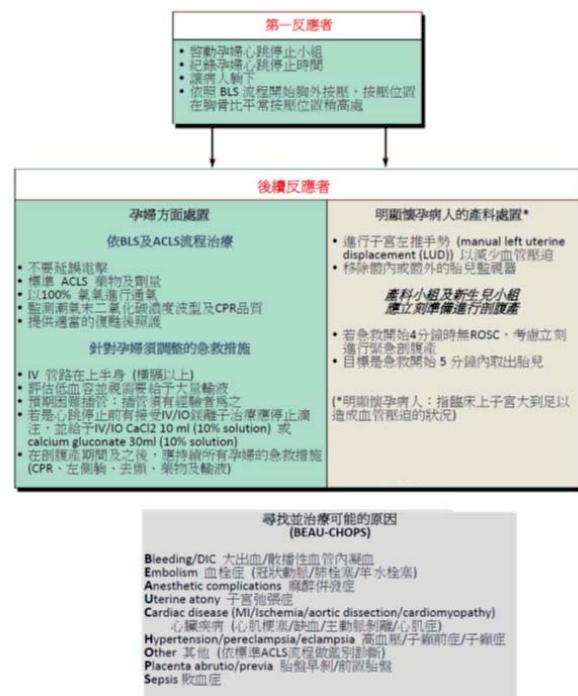
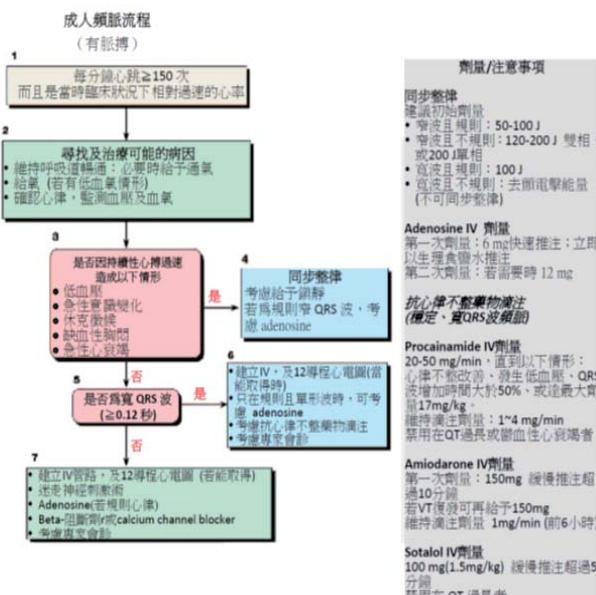


Figure. Tachycardia Algorithm.

頻脈流程圖



作者簡介

吳珮瑩醫師

現任：
成大附設醫院婦產科住院醫師

對台大新任校長的期待

謝豐舟 醫師

台大校訓是『愛國愛人』。然而，愛國到底是要愛那一國？這就是identity的問題；而愛人不就是要促進社會公平正義嗎？

台灣大學在陳維昭，李嗣涔兩位校長任內硬體設施已大致完備。在這基礎上，如何更進一步發展？

近幾年來台灣好像換了一個氣氛，悲觀與不確定感瀰漫了整個社會。經濟與政治的發展停滯甚至倒退，貧富差距快速擴大，失業率上升，尤其是年輕族群。大學畢業生和碩，博士就業不易，青年學子們是拔劍四顧心茫茫。

我從一個台大名譽教授的立場，很希望新任的台大校長能夠做到以下這些事：

1. 台灣大學是因為有台灣而存在，除了貢獻於宇宙，更要貢獻於台灣。
2. 台灣目前似乎怎麼做也不對。我想最根本但鮮少被提及的是，台灣的identity不明。人的一切都是從self開始，Who am I？搞不清楚，什麼事都搞不定。當然這不是個簡單的問題，台大可以做的是幫助這個問題的討論與釐清。
3. 台大必須為社會公平正義(social justice)的促進而努力。

在經濟起飛的年代，人人有機會，只要肯做，不怕沒有將來。不過，現在要不是找不到工作就是成了窮忙族。有辦法的人豪宅名車繳稅少，受薪族則是望屋興

嘆，而稅金一毛錢也跑不掉。社會公平正義成為一個嚴重的問題。什麼才是社會公平正義，當然很難界定。基本上，我們要在資本主義與社會主義之間取得一個平衡點。台大有責任，也有能力為台灣社會去做論述和探討，以提供大家做決定的參考。

4. 台大必須對台灣重大議題善盡論述的責任。

世界情勢的變動又快又複雜。台灣的電視與報紙是有資訊，沒知識。對於能源，核能，年金，少子化等重大議題，台大應詳加論述，提供公眾正確的知識。當然在司法，媒體這些社會最後的防腐劑方面，台大更應十分著力。台大目前已定期的台大論壇，往後應擴大其影響力和能見度。

5. 台大應為台灣提供角色典範(role model)

台大畢業生擔任高階政治職務者不少，但鮮有大眾可以信賴者。當然也無法成為學生的role model。事實上，台大前有傅斯年，後有殷海光，彭明敏，都是不計自身安危榮辱，對抗當道，他們不就是我們通識教育所要形塑的人物嗎？

6. 台大教師必須與實際政務畫清界限

陳校長任內似乎曾對教授出任政務官有所限制，我想往後應更加清楚分隔。為了保持大學的integrity及社會對大學的信任，凡欲出任政務官之教授必須辭去教職，以避免學而優則仕，學官兩棲的傳統思想。有志從政福國利民者，請全心投入

仕途，也好解救一些流浪教師。

7. 讓英語成為台大師生的working language。

在快速國際化的大趨勢之下，如何裝備我們的學生使他們在出校門之後，具有生存的能力是大學教育的重要課題。人類社會都是藉由交易（trade）獲得生存資源，而個人必須具有可以與人交易的商品，而且要有通路才能生存。具體而言，如何讓我們的畢業生擁有商品和通路就是大學的挑戰。當然這課題是千頭萬緒，但其中一個有效的切入點就是英語能力。

英語是經濟，學術，文化發展不可缺的工具。台大務必塑造必要的校園環境讓學生畢業時，具備足夠的聽，說，讀，寫英語能力，若台大做不到，台灣沒有學校可以做到。

8.台灣大學必須要一個具有代表性，獨特性，可見性的藝文活動。每年五月台大有一個藝術季，不過這是讓學生自由發揮創意的活動。我從2006年開始在三月初的杜鵑花節舉辦杜鵑花節藝術季，以知識結合藝術，七年來已初具雛形。若能繼續經營，相信可以替台大在內涵，形象及營收方面帶來可觀的收獲。耶魯大學從1996年開始舉辦New Heaven Festival of Art and Idea就是一個可以學習的模式。這樣的一個藝文活動對大學的貢獻恐不下於Nature或Science的論文。

有同事說，我對台大校長的期待，簡直就是對台灣總統的期待。我認為台灣大學要再更上一層樓，台灣的情況必需能夠跳出泥淖，進一步發展。若是台灣原地踏步甚至倒退，台灣大學也不會有什麼發展空間。這就是我之所以強調。台大下一任

校長要在台灣的社會公平正義多加著力的原因。

台灣大學門口的旗子會換，不過台灣大學還是台灣大學。台灣大學的校長有一定的歷史高度，可以對目前陷入泥淖的台灣提供方向與對策。新任的台大校長必須有此覺悟與能力。



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

漫談多囊性卵巢症候群

嘉義基督教醫院婦產部產科主任 王培中

前言

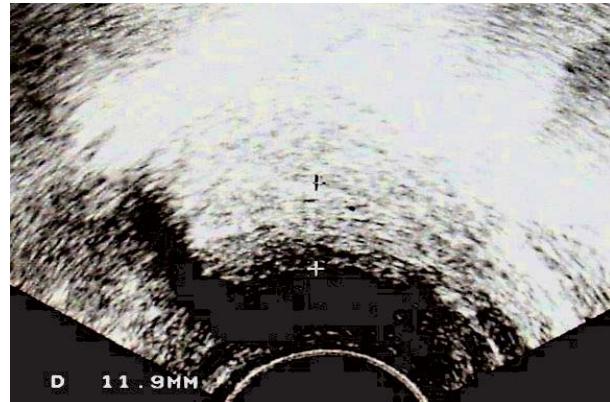
真抱歉「透視婦產科」系列文章在同心會會刊中停了一期沒有推出，讓許多『固定支持』的讀者們期待許久？？由於『神龍擺尾』工作量爆增，超過本人以及產房所能負荷，於是工作上出了紕漏：救到了胎盤早剝合併DIC的孕婦，卻被她告到法院去（因為寶寶也救活了卻不健康？！），真叫人情何以堪？再加上身心俱疲之下健康也出了狀況，因此本人已經請辭婦產部部主任一職（目前只任產科主任）。現在卸下肩頭重擔之後心情也好多了，今後會更加努力，將在下於臨床工作上所遭遇的奇聞逸事向大家報告。同時也因為自己上了法院，也賠了錢，心中對於患者的心態、甚至於面對臨床工作的心路歷程又有了深一層的體會，也會擇期與各位分享。連續幾篇，跟大家談的都是產科相關的問題，今天換個口味來談大家關心的婦科問題--「月經異常」。大家還記得，本人於去年底的那篇「超音波看胎兒性別」的文章之中，最後所提到的那個遇到不肖醫師的例子嗎？讓我們就從這個案例開始談起。

內文

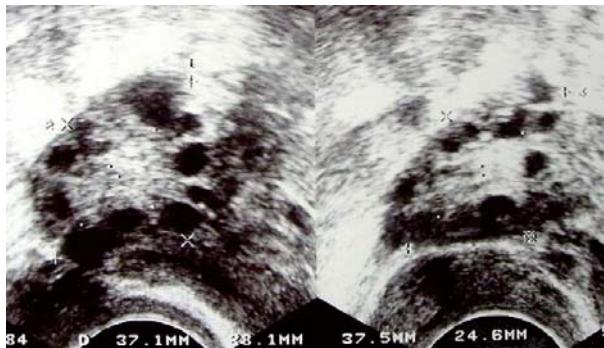
F小姐，19歲，是一名剛剛畢業的高職女學生，她敘述自己自從有月經以來就不曾很準確地來過，尤其是自從四年前離家去外面租房子唸書之後，體重有增加的趨勢(在本人門診量測體重75公斤、身高160公分)，月經更是常常晚來或是不來，需要催經。回溯病史，她在來本院門診就診以前，曾經因為未婚懷孕且尚在就學，

在兩年之內於同一診所做過3次人工流產手術。這一次她月經又沒來，去檢查說是又懷孕了，還說她是老顧客，如果要人工流產可以給她打折優待，但是她因為即將就業，同時已經成年，和男朋友討論後認為可以計劃結婚生子，於是跟醫師說要考慮一下，回家後隔了幾週到我的門診要來產檢。

在這一個月內，她並沒有任何出血或是腹痛等流產的跡象，但是筆者用超音波檢查了半天，並沒有發現懷孕囊的存在，也沒有看到懷疑子宮外孕的內出血等等的跡象，只能看到增厚的子宮內膜（見圖一）。同時可以清楚地看到兩側的卵巢都呈現出多量而小顆的水泡（見圖二），也就是「多囊性卵巢」診斷的典型超音波表現，驗尿也顯示病人根本就沒有懷孕！為了要確定診斷，在安排使用藥物催經治療的同時，也抽血檢驗病人的荷爾蒙現況。詳細評估後果然證實她是慢性不排卵的患者，平常就是要催經，或是好幾個月才會來一次！經過筆者解釋之後，病人對於這個疾病有了初步的瞭解，也對於之前那間診所的診斷感到不可思議。



圖一：向後傾斜的子宮，同時有著偏厚的子宮內膜（11.9公釐），子宮內外都沒有類似懷孕囊的結構，也沒有內出血的跡象。



圖二：雙側的卵巢，有著類似的構造：體積變大，有超過8顆的小水泡排列在卵巢的邊緣，就像是戴在手腕上的「佛珠串」。

藉由F小姐的例子，讓我來為您介紹這惱人的疾病「多囊性卵巢症候群」（PolyCystic Ovary Syndrome, PCOS）：

這是一個經常存在於青少女以及孕齡婦女的疾病，臨床上就是以月經異常來表現。病人常常都是月經晚來或是不來，有時卻是滴滴答答的來一點點卻拖很久，或是數個月不來之後突然來很大量的經血。這些現象我們聽病人敘述起來，會呈現非常地多樣性，如果不是經驗很豐富的醫師，往往很難把它聯想在一起，但這些現象都是所謂「慢性不排卵」所導致。要說明這個，要先從月經週期的生理學來說明。

正常情況下，每個月人體都會從卵巢中「徵調」數個卵子來發育，它們都會在卵巢內形成的水泡中成長，這些水泡稱為濾泡，在一般的月經週期中，經過一番競爭之後（過程不詳述了），會有一顆卵子，也只有一顆會得到「長大」的權利

（好像選美活動得到后冠一樣），然後卵巢中其他的濾泡都會被吸收消失，只有這個優勝者的濾泡能夠繼續發育長大，直到它長到直徑兩公分以上的時候，濾泡及其中的卵子發育成熟，濾泡就會破裂把卵子丟出來，這就是所謂的「排卵」。在排完

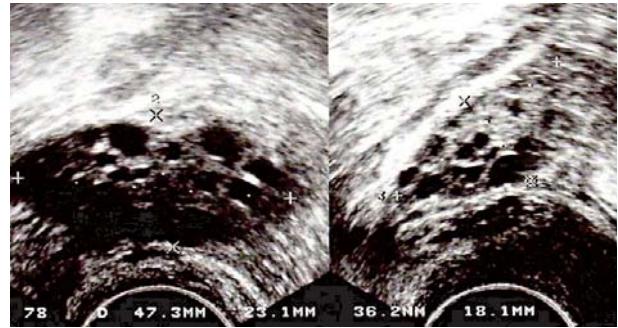
卵之後，原來的濾泡還是會形成一個水瘤狀的結構，稱為「黃體」，但是其中伴隨卵子一起生長發育的細胞群會改變它的特性：原本在濾泡時期它們分泌的荷爾蒙是要讓子宮內膜增生變厚，然而在黃體時期它們會促進子宮內膜的分化、幫助血管結構的形成，以方便如果有受精卵來到時能夠順利著床發育。如果這次的「選美皇后」沒有得到王子的青睞，沒有受精卵的產生，黃體就會萎縮，其中的細胞就會喪失功能，於是血管收縮，子宮內分化良好完整的內膜細胞就會剝落，造成出血，也就是「月經」。

然而我們的患者，就是這個「選秀」的機制出了問題：身體無法決定哪一個濾泡、哪一個卵子可以發育到成熟的地步，於是數個濾泡都同時地發育，卻沒有一個能發展到可以排卵的階段。這時就產生了「多囊性卵巢症候群」患者的種種月經異常症狀：某一個月沒有發育成熟出可以排的卵，那個月的月經就不會來，因此有時兩個月、三個月、甚至半年才會來一次（俗稱「季經」、「半年經」）；有時子宮內膜因為只有增生變厚、而沒有分化以及血管生成的機轉，太厚的部份得不到充份的養份、氧氣供應，因此會有斷斷續續小規模剝落的現象，這就形成了長時間而少量的陰道出血；同樣的，有時內膜實在過厚，會大規模的剝落，就形成了大量出血，而且因為子宮內膜分化並未完整，血管構造不夠成熟，無法隨內膜剝落同步地收縮，出血往往又多又難停止。

談到這裡，大家一定會想知道這個病是怎麼來的？從前我們只是發現這種病人有越來越多的趨勢，根據研究現在約有5~10%的婦女朋友是屬於這種體質；同時也發現這個病的嚴重程度和病人的體重有相關，體重越重月經越不來：舉例來說，雖然我們也發現有少數患者是正常體重，

但是當她體重增加的時候，原本也許兩、三個月會來一次的月經就再也不來了，體重下降後症狀也會減輕。近年來我們終於知道，這個病和「胰島素阻抗」有相關，也就是和惡名昭彰的「糖尿病」幾乎可以說是同源的疾病，彼此分享相同的遺傳型態以及類似的基因位置。於是乎除了排卵異常所導致的月經問題及不孕症之外，病人臨床上的表現也包括了肥胖、合併有糖尿病、以及身體皺褶處（腋下、乳下、大腿內側）出現黑色的斑點。同時因為體內雄性素的濃度偏高，病人會有容易長青春痘、以及體毛增多變濃密的現象，也會有性格上的特徵（性急、暴躁、易怒）。因此一個對自己月經情況描述清楚、同時又有典型症狀的病人，幾乎到這裡就能診斷了。

當然，並不是每一個病患都有這些典型的症狀，於是輔助的診斷工具是必需的。首先當然是我們常用的超音波：顧名思義「多囊性卵巢症候群」必定是有許多小水泡在內的卵巢，通常數目至少會超過8顆，經常會有十幾、二十顆，每顆的直徑不會超過8公釐，經常會排列在卵巢的周圍，看起來就像是戴在手腕上的佛珠串（見圖二），同時卵巢體積也會變大，這就是多量但不成熟的濾泡無法排出卵巢，堆積在卵巢皮質層邊緣所形成的現象。有時濾泡的數目更多，會變成好像整個卵巢充滿小水泡一般（見圖三、圖四），這兩類都是「多囊性卵巢症候群」的典型超音波發現。至於子宮內膜的情形則並不一定：如果是月經沒來的病人多半是增厚的，大量出血的病人往往是有不規則碎片的型態，點狀出血的病人則兩者都有可能。



圖三：雙側的卵巢，有著如圖二類似的構造，且卵巢體積更大，右側體積增大比左側更為明顯，小水泡數目更多，幾乎佔滿了整個卵巢。



圖四：針對於不方便運用陰道超音波的患者，如青少女以及沒有性經驗者，必需運用腹部超音波來觀察。可以見到卵巢內有多顆的小水泡。請確定一定要有很好的膀胱準備（漲尿），否則經由腹部很難看清卵巢細部的構造。

我們的另一個診斷工具則是血清荷爾蒙檢查：人體的腦下垂體會分泌兩種荷爾蒙，來調節卵巢的生理週期，就是濾泡刺激素（Follicle stimulating hormone, FSH）和黃體生成素（Luteinizing hormone, LH），一般情況下大部份時間這兩種荷爾蒙的濃度是差不多的，但是在「多囊性卵巢症候群」的患者中，因為卵巢內的濾泡一直無法轉化成黃體的緣故，

LH的濃度會大大的昇高，會到達FSH的兩倍、甚至於三倍的濃度，這個實驗數據就被我們用來確立診斷。此外由於濾泡內細胞功能無法正常地轉換，人體內一個重要的酵素「芳香轉化酶（aromatase）」的功能無法正常地發揮，於是會製造過量的雄性素（androgen）。這除了會引起上述種種的臨床症狀之外，也讓可以我們抽血檢驗體內雄性素，來強化診斷。如果病人願意配合，也可以請她試著量測基礎體溫，往往會出現固定的溫度，沒有高溫期，也就是顯示了不排卵。

既然我們瞭解了這個疾病，也知道了診斷的方法，現在大家最關心的，就是到底要如何治療呢？讓我先多報告一個案例，再為各位完整呈現。

G小姐，30歲，結婚兩年多一直沒辦法受孕，同時也是有著月經不順的困擾，她自己有嘗試去量基礎體溫，往往都沒有高溫期。每次月經不來她都很興奮，覺得自己有可能是懷孕了，但是每次都是失望，必須以催經告終。來到我的門診，經過上述標準的診斷流程之後（驗孕->超音波->血清荷爾蒙檢驗同時催經藥物使用），果然證實了她也是「多囊性卵巢症候群」的患者。基於病人希望受孕的需要，除了建議她減輕體重多運動之外，同步給予促排卵藥物治療。很幸運地，到了第三個療程病人就順利懷孕，並且足月自然順產。產後患者持續有著月經方面的抱怨，因此除了鼓勵她回復合宜體型之外，既然病人夫妻暫時沒有再生育的計劃，筆者便建議使用口服避孕藥，兼具有調經及避孕的功能，患者使用後適應良好，生活品質也改善不少。

患者們如果被醫師下了這個診斷，大多會非常地緊張，尤其是陪伴青少女來就醫的家長們，一聽到筆者解釋它的病理機

轉及臨床症狀，都立即會冒出兩個問題：『這個病會不會好？』以及『將來會不會不能生？』相信這也是讀者們所關心的話題，以下一一予以分析。

有關於第一個問題，令人很遺憾的答案是「這個病不會好！」。如前面所述，這個疾病和糖尿病是同源的疾病，也就是說，它其實是一種「體質」，而並不全然是一種「疾病」。只要患者能夠注意自己的生活型態，控制體重，有很大一部份的患者在體重下降之後排卵的功能就自然恢復，就算是需要藥物控制，也不會太困難。不過臨牀上當筆者在與民眾進行醫病之間溝通的時候，常常會發現臺灣的民眾普遍有著兩種錯誤的就醫習慣，不知道是不是因為在全民健保的制度之下，看病太容易也太便宜有關？第一是「要求速效」，無法接受疾病會有其自然的進程，所以稍一不適就要求要吃藥打針住院；看病沒有馬上好就要換醫生換醫院；在產科中則是待產一辛苦就要求剖腹生產手術，事實上這些往往都不是一定必要的，也沒有考慮可能會引起的併發症；第二個則是「要求痊癒」，不能理解有些疾病，尤其是大部份的慢性病（高血壓、糖尿病、痛風等等）和我們這次談到的「多囊性卵巢症候群」，嚴格說起來算是體質的一部份，只能用改善生活型態、以及合適的藥物予以「控制」，與之和平共存，而不存在所謂的「痊癒」。常常看到有些老人家，被診斷某項慢性病之後，吃了幾個月的藥控制得還不錯，就認為自己「已經好了」，拒絕再服藥或回診追蹤；或是相信極昂貴卻無效果的「可以斷根」的偏方，花了大錢又傷身。等到一旦身體出現了症狀再去治療，往往合併症都已經產生，器官受到不可挽回的傷害了。

至於生育能力的問題，如果純粹從機率的角度去思考，一般婦女一年排卵

12~13次，我們的患者一年只排卵2~6次，當然是會比較差，不過這個「比較差」並不能簡單的用除法去算：因為懷孕了就不能再懷孕，剛生完也不可能馬上再生，也就是說並不是「多囊性卵巢症候群」懷孕兩次的情形下，正常的婦女就會懷孕12次！！而且從另一個角度來思考，這群患者也比較容易意外受孕（不易避孕）！？怎麼說呢？有這種體質的人，除非是嚴重到完全不會自己排卵，只能靠藥物催卵者之外，往往是「不定期」排卵的，於是傳統的安全期、危險期等等的理論完全不能適用，尤其是我們的患者，大多會認為自己不易受孕而疏於避孕，無怪乎老是有人月經沒來又變胖，以為是自己病情變嚴重了，結果卻是懷孕好幾個月，有時甚至週數大到連產檢也沒做，或是不想生卻連事後補救（人工流產...）的時機都錯過了！

雖然告訴各位這病無法痊癒，卻也不表示我們醫學界拿它沒辦法：首先我們從改善體質著手，把它像糖尿病一般的控制：改善飲食習慣、多運動和減輕體重，有不少患者都能達到不需要使用藥物的地步。近年來我們更發現一個控制血糖的藥「Metformin」，它也是減重門診專科醫師愛用的藥物，對於多囊性卵巢的病人也有不錯的療效。然後如果需要使用荷爾蒙製劑來調經的病人，我們會依照病人生活上的需要來給予合適的藥物：

1. 有不孕的困擾、希望增加懷孕機率的病人：我們會給予口服促排卵藥物「Clomifene」使用，一般是從月經的第三、四天起連續使用五天，七成以上的病人都會自行排卵，若是體重過重的病人，配合上述的Metformin效果更佳。如果使用口服藥物數個月沒有效果，甚至增加劑量也無效的病人，就可能要開始使用促排卵的針劑來催卵。

2. 不希望受孕，也沒有避孕需要的人：一般沒有性生活，只是月經異常的青少女就是屬於這一類，原則上一個半月、最多兩個月月經沒來，到門診來拿個黃體素催經就行了。使用注射的方法也行，不過如果長期需要使用，最好還是口服為宜；而且雖然吃個三、五天月經就會來，還是建議患者要服用10~14天。理由是黃體素有促進子宮內膜分化的功能，等到分化好了再利用停藥使得內膜完整剝落，而一般婦女的生理週期正常的黃體期就是大約14天。在這裡要特別提醒年輕的單身朋友們，千萬不要怕麻煩或是掉以輕心，想說月經沒來也沒關係，反正沒有懷孕的可能就不去管它，要知道子宮內膜一直處在沒有分化的增生狀態，是會有產生惡性變化的可能性！筆者就曾處理過，月經總是要半年以上才會來，卻是不去理會，最後開始不規則出血才去求醫，結果還不滿30歲就得到子宮內膜癌的病例，不可不慎。

3. 有避孕需要的月經異常患者：這類的患者除非有禁忌症，不然有一個最單純簡便的方法，就是使用避孕藥。很多人對避孕藥有成見，認為會致癌、會發胖、以後會不孕等等，事實上這些都是似是而非的觀念：現代新的避孕藥，劑量越來越低，也少有副作用，還有一些防癌的功能（卵巢癌機率降低）。服用避孕藥經血的量會減少，是屬於正常現象，根本無需擔心，還有降低經痛的作用。如果害怕影響將來生育能力者，使用一年中間停用一兩個月即可。更甚者，有些避孕藥中的黃體素成份，具有部份的「抗雄性素」的功能，對於這些患者的青春痘和多毛症狀還小有幫助呢！

有些人會有迷思，認為既然長期需要使用藥物，那麼吃的藥越少越好：於是認

為1法（吃五天藥）優於2法（吃10~14天藥），2法又優於3法（吃21天藥）。事實上三種方法之間並無優劣存在，用來處理「多囊性卵巢症候群」的病人其實都是合理的，主要是看病人的需要：沒有性生活的青少女吃避孕藥固然是殺雞用牛刀，而且容易引起同學或是師長的誤會，不過若是青春痘長滿臉，使用幾個月倒是無可厚非；不想懷孕的人使用排卵藥，卻常常增加自己的困擾（避孕難度上升）。總之，這個病在良好的醫病溝通、及正確的診斷之下，患者想要得到滿意的結果，並不是件太困難的事。



作者簡介

王培中醫師

學歷

台大醫學院醫學系畢

現任

嘉義基督教醫院婦產部產科主任

成大醫院兼任婦產科主治醫師

中華民國婦產科醫學會會員

周產期專科醫師

超音波醫學會認證專業醫師

高層次超音波、母胎醫學專長

以管窺天！子宮腔內的針孔攝影機 -----門診免麻醉軟式子宮鏡檢查介紹

國泰綜合醫院生殖醫學中心 賴宗炫主任

案例

靜芳今年三十三歲，與老公結婚已經三年了，最近一年計劃生小孩，她努力量基礎體溫，在排卵期與老公「做功課」但是一直沒有好消息。最近半年月經常常會滴滴答答來了十多天才乾淨，除了不方便外，性生活也受到影響。老公有需求時月經卻還沒完全結束，只好休兵息鼓，老公雖然體貼沒說出抱怨，但可以感覺出他的心情鬱卒。

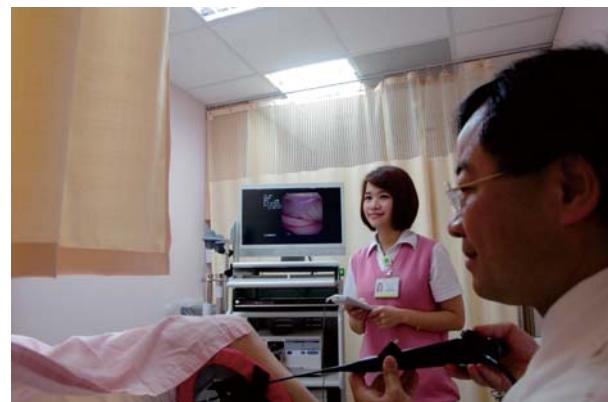
老公擔心她月經滴滴答答來太久會有問題，催促她到國泰醫院婦產科門診檢查，醫師先安排做婦科陰道超音波檢查，報告顯示子宮腔內可能有息肉。於是醫師立刻請靜芳到婦科內視鏡室接受「免麻醉軟式子宮鏡檢查」，過程就像做子宮頸抹片檢查一樣，幾乎沒有感覺，三分鐘就做完了。在檢查過程中醫師一邊將軟式子宮鏡放入陰道通過子宮頸到達子宮腔，靜芳看著螢幕一邊聽醫師解說，看到自己子宮腔內長了一顆1公分左右的息肉。醫師診斷是子宮內膜息肉導致月經異常及不容易胚胎著床難以受孕，於是安排硬式子宮鏡門診手術切除子宮內膜息肉。手術後月經就正常了，三個月後居然自然懷孕，夫妻倆都非常高興。

免麻醉軟式子宮鏡檢查

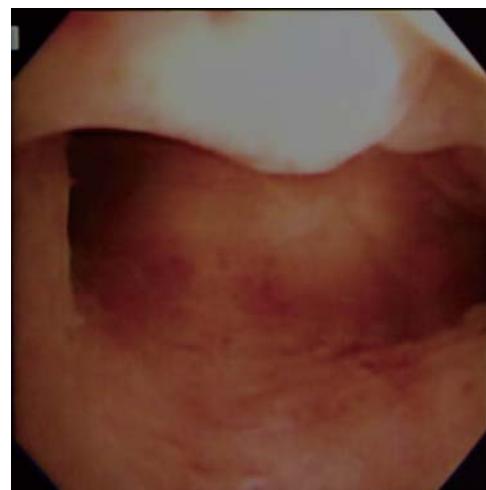
婦女朋友常有月經異常的困擾，不是量太多、太少，就是月經沒來，有時滴滴答答不乾淨拖十幾天，甚至快一個月。此外也有婦女朋友為不孕症所苦，胚胎不容易著床或是經常早期懷孕流產找不到原因。一般在婦產科門診醫師多會安排婦科超音波檢查找病灶，但是超音波準確度並

非百分之百，尤其對子宮腔內的微小病灶不容易檢查出來，特別是不孕症、習慣性流產、萎縮性胚胎個案之中，有部份是因子宮腔環境不適合胚胎著床所致。常見原因有：子宮內膜息肉、沾黏、子宮黏膜下肌瘤或子宮頸內管狹窄、沾粘...等，這些微小變化不易由超音波發現，需藉助子宮內視鏡直接觀察與診斷，這時候就需要利用免麻醉軟式子宮鏡檢查來做完整評估。

軟式子宮鏡管徑小(直徑只有3mm)，可以隨意彎曲，是最新式子宮腔內視鏡儀器，就像是子宮的「針孔攝影機」，可以探查子宮頸及子宮腔病變。不需麻醉，不需住院，健保有給付，門診檢查後即可回家。



圖一：醫師操作軟式子宮鏡示意圖



圖二：子宮腔內發現上方有子宮內膜息肉

檢查過程

- 藉由極細3mm光纖攝影鏡頭，經陰道和子宮頸，深入子宮腔內直接觀察子宮頸至子宮腔之內在環境是否有病灶，這個範圍是精子必經之路，也是胚胎著床之環境。
- 檢查過程跟子宮頸抹片檢查一樣，需上內診台平躺，檢查約3分鐘即結束，可與醫師同步觀看螢幕檢查過程，當場了解自己子宮腔的狀況。檢查後可立即回門診與醫師討論病情及後續處理細節。
- 如發現異常需進一步治療時，則需安排硬式子宮鏡門診手術，需要麻醉，手術時間視狀況而定，通常10-20分鐘可結束，術後觀察1小時可回家。

檢查時機

月經剛結束一週內檢查為最佳時機。

併發症

軟式子宮鏡檢查是很安全之技術，一般不會有嚴重併發症。少部分病人因緊張可能影響醫師操作順暢度，也有部分病人子宮頸口比較狹小，不易進入檢查，醫師可能需要使用子宮頸擴張棒撐開子宮頸口，會感到疼痛。此外，可能之風險有感染及檢查後少量出血等。醫師通常檢查時會做陰道消毒預防感染。有經驗之醫師執行檢查，上述併發症之機率極微，無需擔心。

結論

軟式子宮鏡是檢查子宮腔病變的利

器，像是子宮異常出血、子宮腔內沾黏，子宮腔內腫瘤，如息肉、肌瘤，避孕器移位等準確診斷。此外由於軟式子宮鏡既方便又準確之特性，已逐漸成為難孕婦女必要之第一線檢查，常被用來評估子宮腔著床環境。尤其是進入試管嬰兒療程前，如能利用軟式子宮鏡檢查確認著床環境，對提升懷孕率與降低流產率有非常大的幫助。



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

醫生這工作之三

張令璋 醫師

系列之一 界線



Taurus-Voyage

上大號時領悟到的。。。

對錯、好壞的界線

有時候是分明的。比如說

逛街時看到喜歡的東西，沒錢。把玩一下，放回去，是對；偷回家，是錯。

男女吵架時，爭執不下，落狠話暫時休兵，可以；動手打人，不該。

但有時候是很模糊的。比如說

善用時間，利用加油洗車待在車內沒事做的空檔，把包的壽司便當吃完，順便可以轉移注意力，降低幽閉恐懼症發生機會。很讚，不禁要佩服自己真是善用時間高手；但如果節省下來的時間變成可以打一整晚的電動，就不免要想自己到底是很會節省時間，或者很會浪費時間了。。。

生活過得充實有意義，工作滿檔，尤其像同事學長姐這樣，生產一個接一個，還得兩天輪一次值班...，日子過得有意義又扎實，對我們而言很重要而且很快樂；但犧牲了與家人相處的時間、睡眠斷斷續續、衍生出來的性子不耐煩，以及潛在傷

害健康...，讓人不禁想「忙碌的界線在哪裡」

專心看診、病人的事優先，應該是好習慣；但因此一直忍住便意，忙到三更半夜才『解放』，中間三不五時製造毒氣汙染環境，這。。。顯然跟是不是好習慣無關了（that's why在上大號時還能「有所領悟」...）（幸好還是順的。。。）（所以我這是錯誤示範！正確觀念請見附註！）

附註：

多喝水、不憋尿，是保護女生泌尿系統最簡單卻又是最好的方法。

多喝水、多吃纖維質、不憋便意，是預防便祕最基本有效的方法。

系列之二 大頭



幫孕婦做產檢，總覺得，現在的胎兒怎麼一個比一個頭大。

頭大，指的真的是頭很大。

很大比例的胎兒，胎頭預估週數都比實際懷孕週數來得大些。

牛醫師自己的推測是：目前產檢用來預估胎兒體重的軟體，用的是十幾二十年前收集的資料設計出來的；也就是說，現在對照的還是十幾二十年前胎兒的生長狀況。而現在的媽媽都很注重營養攝取，所以寶寶在肚子裡吸收了足夠的養分，自然「頭好壯壯」。

也許該請X大的超音波專家教授，再次領導子弟兵們重新收集database，以反映「時代趨勢」。。。!?(不過這真的會是大工程。。。)

大頭。

舉凡一個團體裡面，坐擁足夠的影響力、位居舉足輕重之地位者，都能稱為大頭。

總統、副總統、行政院長、三軍將領，是一個國家的大頭們；

CEO、總裁、總經理，是一個公司的大頭們；

院長、所長，是一個研究單位，或者一家醫院或諸如此類的機構的大頭們。

主任，是一個科室的大頭。

主編，是一個編輯部的大頭（即使這個編輯部基本上就是校長兼打鐘的，最多就是加個打掃阿桑的編制）。

主編，掌握出刊方向與速度，但對於整個公司的運作，好像有或沒有都不影響哩。

主任，操控一科人事生殺，但對整個

研究單位而言，又不見得深具影響力。

院長很大，但對整個國家而言，也許不如豆大。

。。。說穿了，就是也許「甚麼也不是甚麼」（又在繞口令...）

但是，牛相信沒有一個「大頭」會以這種邏輯思考。否則，世間怎會存在『大頭症』這種病症呢！？

這。。。可不能隨便舉例擴張到國家層次，否則在這敏感時刻，一不小心就會被貼上政治標籤。。。

就說渺小的院長、主任、主編階層就好了吧。。。

院長大頭，以為所有人肯定、鐵定、絕對會極度樂意、巴不得、求之不得要來貼熱臉。。。殊不知就是有人恨不得脫離關係，卻又剪不斷理還亂？殊不知其實某個程度，不同角色的人，是有利益上的相互衝突的。

大頭症，讓大頭只看到他想看的。完全不知道沒看到的部分，是灰澀、陰暗，或者多采多姿的。。。

然後呢？夾在「基層」與「大頭」間的主任、主編，也許

常常兩面不是人。

舉凡，古今中外皆如此，在德國也看多了大頭們患大頭症！那麼理當見怪不怪了，還特為此文『冒險』廢話一翻。。。何苦！？

系列之三
天平



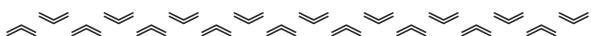
一個會做假的醫師，您覺得會是一個可信的醫師嗎？

——這麼問，答案是顯而易見的。

一個會全力配合寫診斷書，好幫忙病患拿到保險給付的醫師，您覺得是一個再好不過的醫師嗎？

——這麼問，答案也是顯而易見的。

一個毫不猶豫，願意以一個非事實的診斷幫忙病患拿到保險給付的醫師呢？

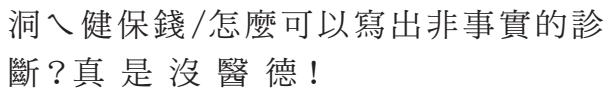


這讓牛想到『醫德』。

牛很不喜歡民眾、媒體、學者輕易地給醫師們套上醫德的大帽子，並非因為醫師們可無醫德，而是，牛以為大家根本沒好好想過甚麼是『醫德』，卻隨隨便便把它編織成為一個大帽子、緊箍咒，作為指責醫師、欲加之罪所用之辭。。。

對牛而言，並無法振振有詞給『醫德』下定義，但他絕對是每位醫師心中該有的那把尺。尺，度量的依據。只是

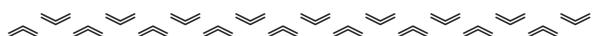
有人用英制，有人用公制；有人以公尺為單位，有人以公厘為單位；有人用指幅溝通，有人用足距為準。。。沒有絕對，只有「準與不準」。。。



所以，醫德就是要『誠實』。 . . .

當切身己事時，command可能是：藥為什麼不能多開一點？為什麼不能做這做那檢查？為什麼不能幫我寫這個保險有給付的診斷？反正沒查到就沒事！？為什麼別的醫師可以你就不可以？你這樣不為病人想！

所以，醫德就是要『唯病人需求是從』。。。



然而，往往以上這兩段話，是可能由同一個人口中(在不同時空之下)說出來的。.....。

天平，並不平。 . .

系列之四



病人觀點。。。

(病人獨白)

5月8日躺下睡覺前，突然想起：

月經好像上個禮拜就要來了

耶。 不管！

明天再看看吧。 . . 。

5月9日，壓根忘了這件事。

5月10日，母親節，不曉得為什麼，在切母親節蛋糕時突然想起，
月經真的過期一個禮拜了。 . . 。

5月11日，母親節都過完了，怎麼還是沒來，怎麼辦？
會不會懷孕了？ . . . 。
找小美問問。 . . 嘴？
不會！不會！
一定不會的！
一定是最近壓力太大了才不來的！
再等等。 . . 。

5月12日，都護士節了（觀眾OS：干護士節啥事！？），沒來就是沒來。

找小美問問吧。

小美說我乳房脹幾天了，下腹怪怪的也幾天了，應該是這次亂掉了，過幾天就會來了。 . . 。

5月13日，都晚上了，還是沒來。 . . 。

小美說過幾天的。 . . 但
我可不能懷孕呀～～，我還這麼年輕，
爸媽也還沒同意交往呢，懷孕了準會被打死！

怎麼辦！？怎麼辦！？

天哪！！怎！麼！辦？？？

5月14日，不行，還是沒來，會不會真的懷孕了！？

要是真的懷孕了怎麼辦！？

不行，晚上男朋友回來，一定要跟他

商量。 . . 。

5月14日半夜，男朋友：啊～要不然我們去找婦產科醫師看看，妳為什麼還沒來！

（兩人在診所急診鈴旁邊徘徊一陣子，終於鼓起勇氣按鈴。 . . ）

醫生觀點。 . . 。

（醫生獨白）

從沒覺得悅耳過的電話鈴聲響起。 . . ．抬頭看時間，十一點半，晚上。

不是孕婦！？那又為哪椿來掛急診？

下到樓下，進了診間。

是個年輕女性，陪來的應該是男友，小毛頭一個。 . . 。

腹痛？經痛？急性泌尿道發炎？保險套脫落在陰道裡？ . . 。

BUT...看起來蠻easy地。 . . 。

（開口問診前例行的自我challenge）

病人：醫生，我肚子。 . . 。（指著左下腹）

醫生：肚子？左下腹痛？

病人：也不是痛。唉呀～，我也不會說。 . . 。

醫生：ㄔ～，也不是痛？

病人：而且我乳房很脹，脹好久了。

（腦袋瓜旁邊突然出現一個對話框框裡面有顆燈泡亮起）懷孕了吧。 . . 。

醫生：請問妳最後一次月經甚麼時候來的？

病人：1號。

醫生：5月1日？

還沒過期呀。。。(腦袋瓜旁邊隱形對話框裡的燈泡頓時龜裂)

排卵期。。。的不舒服吧！？搞不好是個trouble case...

病人：啊~不對，這個月是五月嘛~~，那是上個月1日啦~~，這個月還沒來。

(燈泡又在完全破滅前的瞬間復原，燈亮)

醫生：那我們驗個孕、看個超音波吧~~

醫生：妳懷孕了！而且在子宮內看到胚囊了！我。。。應該恭喜妳嗎？

果然。。。甚麼樣的病人都有。。。

怎麼會有人大半夜地，花錢掛急診，來。。。驗孕！？

(所以牛想像，這對兩小無猜，是經過一番掙扎，終於在今晚達到忍耐的極限，再忍就會茶不思飯不想了吧。。。!?)

之前在X大附設醫院時，值班最怕遇到由外院轉來的PPH（產後大出血）case，其次是其他的產科急症。。。

現在在基層診所，極少遇到這類讓人腎上腺素激增到腎上腺快爆掉的情況，不過，值班時（非門診時間）看的急診，時不時就會遇到一些令人「百思不得其解」的Cases。

所謂「百思不得其解」，指的是以病人的狀況，實在不需要在『奇怪』的時間來掛『急診』看病。。。比如像上例。也不是真的肚子痛，乳房脹也好幾天了，就

算自己也有想到是不是懷孕了（而且還是過期好多天了），要就診驗孕，白天沒空，我們多的是夜診，卻偏偏要在大半夜掛急診。。。。

以一個醫師的角度來看，覺得。。。很難理解。

半夜發燒、肚子痛、出血。。。保險套脫落找不到。。。來就診，很自然。但，半夜一兩點來看陰道分泌物多。。。就會讓牛醫師要多一分顧慮「病人是不是有甚麼隱情沒說！？」——分泌物多，通常都不是一天兩天的事了，幹嘛在半夜來掛急診。。。。。。

也許只因這頭牛很少扮演病人的角色，所以有這些不解吧！？

系列之五 五斗米



陶淵明不為五斗米折腰。
如果是萬斗米呢？

有一齣古老的電影「桃色交易」，述說有個富翁願意出美金一百萬買某一對『貧賤卻有高風亮節的夫妻』裡的妻子『一夜』。因為『高風亮節』，原本是連考慮都不考慮的，但又因為『貧賤』，最

後還是陷入了一場天人交戰。結局是如何？有點忘了。好像是這對夫妻答應了，錢也拿了，富翁卻一夜『甚麼也沒做』。。。

現在想想，這樣的劇情真是唐突，像是一個錢多到無處花的富翁，拿美金一百萬來玩「考驗人性」的遊戲。。。

折不折腰，其實「幾斗米」是關鍵。。。哈哈

我還真的蠻會屁的 😊

本來想說的是：一個不為五斗米折腰，所以工作不以獲利為最大前提的員工，比起創造巨大獲利的員工，一定較不受老闆青睞吧。。。

回頭想：我真的不為五斗米折腰？（還沒瘦骨清風到這種程度）

甚麼叫不為五斗米折腰？

如果不單以獲利為工作成就的衡量標準，

其實人的價值是有很多面向的。有的人具有無窮體力，有的人具有智慧卻缺手腕，有人就是有創造手段的天賦；有人具有很多特質，有的人卻平庸。。。

最近，與同伴們在企劃開一家「與眾不同」的婦幼診所的過程中，有個體會：不管是個人，或者整個診所，如果讓本身成為一個很難被替代、很難被複製的智慧財產，那麼，老闆（針對個人），與廣大民眾（針對整個診所）很難不注意到你、看重你。。。

盡情開發、善用屬於自己的特質吧！

系列之六

經一事，長一智

就算可以『舉一反十』，但往往長不長智，還是得靠經不經事。

最近聽到『客訴』我的案例，我聽了蠻無奈的，但總也學到了些教訓。。。

這個婆婆級的病人，在我安胎前就診的，直到我去安胎、坐月子，她還會三不五時很生氣地為同一件事打電話到診所說要客訴我。。。 （要不是我那天看診有甚麼很不好的態度真的惹毛了她，就是我真的遇到怪婆婆了。。。）

客訴的內容是甚麼呢？

她很生氣我問完診，幫她內診完、做完超音波檢查、解釋完，在她還在檢查室裡穿褲子時，不等她出來，我就去上廁所了！因為她還有問題要問，我怎能這樣不尊重她！？

我。。。我。。。我。。。

我聽了真的有點無奈！醫生也是人，也要上廁所的！況且當時懷孕的我想必是很頻尿且不耐憋尿的！加上我的習慣是會把要解釋的、該講的都講完了才會離開！還有，我也不是每次都在病人還在穿褲子時就去上廁所。。。

我。。。我。。。我。。。

而且她真的為了這件事，三不五時打電話來『反應』，聽說每次都還是很生氣，搞得門診護士幾乎都接過她的電話，為我承受了不少委屈。。。

天哪！我那天到底不小心說了甚麼話惹毛了婆婆？否則她的反應怎會如此激烈而長久！？之前偶爾也遇到穿完褲子出來還有問題要問的病人遇到我去上廁所（而且說實話，有些病人穿褲子的時間真的很長。。。），護理人員會請她們在診間稍

等，而我習慣在上完廁所回診間時看到有病人在等我，我也會先致歉，然後欣然接受提問、回答問題。。。病人大概也都能諒解。。。

Anyway,這個case讓我學會一點。。。雖然微不足道，但確實可以免去不必要的麻煩：內診完、做完超音波檢查、解釋完，病人還在檢查室裡穿褲子時，如果我真的尿很急，就直接開口問她：「還有沒有問題？沒有我就要去尿尿了喔～～」乾脆帶點無辜、委屈與玩笑的語氣坦承我真的尿急要去上廁所了！如果這樣病人都無法諒解，那我就可以確定是病人personality的問題，而不是我的錯了！（事實上，今天我跟一位病人這麼說，她還笑了出來勒～～）😊

當然，如果不是那麼急，等病人穿完褲子，整個走出診間了再去上廁所，會是更好的預防之道！

延伸應用：有時真的要多多主動提出、善加利用「還有沒有問題？」這個問句。雖然有時候這麼一問會引出不少提問，因而拖延看診時間，不過我認為總比讓病人帶著疑問回家好！😊

這件小事（對那位婆婆來說，這一定不是件小事。。。）再次證實一件事：多數醫病關係緊張，甚至所謂的醫療糾紛，往往不是醫生在醫療上做錯甚麼，而在於『溝通不良』！😊

總是，人有千萬種，人際往來不可能完全沒有摩擦的，只是在這個醫病關係很容易就產生紛爭的年代裡，我只能經一事，長一智，加上多多發揚『舉一反十』的『特異功能』，盡量避免讓人誤會的機會發生啦～😊



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

書道：海莉書法終南

張峰銘 醫師

海莉

2013年4月13日星期六晚上，年僅26歲的紐西蘭古典及流行音樂女高音海莉(Hayley Westenra, 1987-)，自南半球萬里迢迢飛來，假台南市億載金城舉行戶外演唱會。我也躬逢其盛，和上千群眾拼老命擠沙丁魚般，引頸企望世界天后降臨。



(海莉 翻攝網路)

海莉出生於紐西蘭基督城，至今已發行過多張專輯，第一張《純》(Pure)曾攀升到英國古典音樂榜第一名，年僅16歲時，她就早已榮登國際巨星之林。海莉也是一名慈善家，她是紐西蘭聯合國兒童基金會的愛心大使，英國的皇家軍隊的愛心大使，還有殘疾兒童幫助中心，兒童音樂康復中心等的愛心大使。海莉祖先有英國、荷蘭、愛爾蘭等的血源，包括有古代歐洲英國、法國等的皇家血脈。換言之，可以說海莉出身歐洲白人皇家貴胄，根正苗紅，人美、聲美、心更美。

當晚我不惜重資，搶坐前排，就為了

親眼目睹紐西蘭天后的風采。海莉一頭自然披肩雲般飄逸的金髮，身材似東方女性嬌小，皮膚細緻白皙瑩亮，彷彿剛出水的冰清潤玉，雪白裡微微浸染著淡粉紅色的光澤，洋溢青春活力的氣息。身穿一席細肩帶的希臘女神波浪長袍，腳踏三寸高跟銀鞋，帶著滿面甜美的笑容，遠遠自後台迤迤邐邐款款蓮步高貴優雅地慢慢走出前來，好像文藝復興名畫「維那斯的誕生」再現今宵。尤其當她輕啟金嗓，向在場觀眾道聲晚安，好比西方天使下凡東來，風度翩翩降臨永恆的金色城堡(Eternal Golden Castle)---「億載金城」---之中。整座城堡內的觀眾為之瘋狂傾倒，四方城牆來回震盪響起歡呼的叫聲，身在其中，尤其可以感受到上千群眾人聲呼喊吼叫的震撼，活生生地被春天的吶喊聲浪淹沒窒息。

億載金城舞台上擺立一株以千朵白色蝴蝶蘭綁滿的十幾尺高的造型樹，在五彩霓虹熾光照射下，映出奇幻迷離的氣息，初看相當突兀，可是海莉在樹下一站，就像白色花傘搭配絕世美女，天人合一，天衣無縫。人比花嬌，花艷人更美，自有視覺上另一種說不出的愉悅。古老紅磚城牆，在七彩霓虹熾光來回反復照射下，變成琥珀般的水晶，又像金銅寶石般地發出奇幻城市的光芒，彷彿天上人間。

當晚海莉一共唱了十幾首歌，包括英、日、中、台語膾炙人口的名曲。每首都是天使的歌聲，「此曲只應天上有，人間難得幾回聞。」海莉金嗓門，獨一無二，璀璨絕麗。音色清澈透亮，如高檔鑽石般的晶瑩無瑕，如出谷黃鶯般的清脆響亮，天籟美聲彷彿仙女下凡，卻又有和煦

春風般的溫柔，輕輕撫慰眾人抑悶的心靈，無形之中不著痕跡地打開希望之門。

海莉歌路的特性是「心靈療癒派」的歌手，不是「我是歌手」比賽中你爭我奪的高亢戰將，更不是 Lady Gaga，Madonna或AKB48的熱歌勁舞，也不是江二姊的悲情苦女。她的歌唱特色，和日本沖繩原住民歌后「夏川里美」(Natsukawa Rimi)以及華人世界永遠的天后「鄧麗君」(Teresa Teng)，都是療癒系天后，足以相提並論，不相上下。所以小弟聽完演唱會後，如坐春風、如洗溫泉名湯，身、心、靈得以沐浴舒暢、潔白如新，傷口痊癒、重擔卸下，我也忘了尚未吃晚餐。晚上十點散場後，沾著滿身的音符，踏著歌聲的翅膀，沿著漫長的永華路一個人踽踽而行，一路走下去，絲毫不覺得疲倦。

朋友問我那一首歌海莉唱的最好？我覺得每一首都在專業水平之上，足回票價，小弟程度不高，許久沒有練歌了，不宜妄語，亂加批判。平心而論，海莉唱台語歌「雨夜花」，有江二姊的神韻；唱中文歌「月亮代表我的心」，有小鄧的甜美；唱日文歌「淚光閃閃」(Nada Sou Sou)、「花」(Hana)及「千風之歌」(A Thousand Winds)，有夏川里美的味道。話說回頭，海莉是老外，以歐洲人唱亞洲歌，白種人唱黃種人歌，而且台語歌、中文歌、日文歌唱得比台灣人、中華人、日本人更悠遊自得，渾然天成，別有另一番韻味已經是天才，已經是奇蹟了。

但是依我一己偏見，還是英文歌，海莉唱的比東方人好。尤其英文歌曲之中，「Amazing Grace (奇異恩典)」，海莉天下第一，無人能及。

Amazing Grace (奇異恩典)
Amazing grace! How sweet the sound
That saved a wretch like me!
I once was lost, but now am found,
Was blind, but now I see.

'Twas grace that taught my heart to fear,
And grace my fears relieved;
How precious did that grace appear,
The hour I first believed!

Thro' many dangers, toils and snares,
I have already come;
'Tis grace has brought me safe thus far,
And grace will lead me home.

中譯 聖詩歌詞

奇異恩典，何等甘甜，
我罪已得赦免；
前我失喪，今被尋回，
瞎眼，今得看見。

如此恩典，使我敬畏，
使我心得安慰；
初信之時，即蒙恩惠，
真是何等寶貴！

許多危險，試煉網羅，
我已安然經過；
靠主恩典，安全不怕，
引領我歸天家。

是夜，海莉第二首好聽的歌是英文歌：「You raise me up」（你鼓舞我）。這首歌常常在低潮時鼓舞我，我知道黑夜終將過去，陌生死蔭的幽谷不會永無寧日，人生不會一再蹉跎，所以我更要努力堅持下去。聽這首歌，心裡總有一種說不

出的感動。休息一下、安靜片刻、力量終將恢復，恩典無邊無際、無窮無盡。

You Raise Me Up 你鼓舞我

When I am down and, oh my soul, so weary;
當我失意時，喔，我的靈魂多厭倦；
When troubles come and my heart burdened
be; 當麻煩來時，我心背負千斤重擔，
Then, I am still and wait here in the silence,
然而，我會在無聲中安靜等待，
Until you come and sit awhile with me. 直到
你來，並與我對坐片刻。

You raise me up, so I can stand on mountains;
你鼓舞我，所以我能站在群峰之巔；
You raise me up, to walk on stormy seas; 你
鼓舞我，讓我能走過風暴的海上；
I am strong, when I am on your shoulders; 我
是堅強的，當我靠在你的肩膀時；
You raise me up... To more than I can be. 你
鼓舞我... 讓我總能超越我自己。

There is no life – no life without its hunger;
沒有生命 – 沒有生命是不飢渴的；
Each restless heart beats so imperfectly; 煩悶
的心不安地跳動；
But when you come and I am filled with won-
der, 但當你來時，我充滿了法喜，
Sometimes, I think I glimpse eternity. 有時候，我覺得我照見了永恆。

You raise me up, so I can stand on mountains;
你鼓舞我，所以我能站在群峰之巔；
You raise me up, to walk on stormy seas; 你
鼓舞我，讓我能走過風暴的海上；
I am strong, when I am on your shoulders; 我
是堅強的，當我靠在你的肩膀時；

You raise me up... To more than I can be. 你
鼓舞我... 讓我總能超越我自己。

再者，海莉第三首好聽的歌，是英文歌，百老匯音樂劇「悲慘世界」的主題曲之一：「I dreamed a dream」（我曾有一個夢）。此首名曲是52歲英國素人歌手、礦工之女、波嬌「蘇珊波義耳」（Susan Boyle）在電視節目『英國達人』（Britain's Got Talent），英國「星光大道」裡的成名之作。平心而論，波嬌唱的不錯，但是海莉的唱功及水準都在波嬌之上。換言之，依小弟之見，波嬌是祖母緣，海莉是鑽石，兩人有天淵之別。

2003年日劇《白色巨塔》的片尾曲 Amazing Grace，即由海莉演唱。唐澤壽明飾演的外科主任「財前五郎」教授，臨終前倒在愛人黑木瞳飾演的「花森慶子」懷中，每集片尾海莉的歌聲悠然響起，令我動容，無法忘懷。財前教授出身貧寒，爭強好勝，搶名奪利，勝之不武，一切都宛然。十年前，海莉的Amazing Grace歌聲就給我留下極為深刻的印象，只是小弟不知那時海莉才年僅16歲。

至今，不管是日本杏林也好，台灣醫界也罷，《白色巨塔》的悲劇，每天都在現場直播，活生生的一演再演，尤其院長改選時，春秋戰國，派系紛擾，你爭我奪，弱肉強食，於今尤烈，不拼到你死我活，誓不甘休。有道是，政見場，氣沖沖，亂哄哄，你方唱罷我登場；血淋淋，真荒唐，到頭來，都是為他人扛轎做衣裳。小弟用語激昂，源自紅樓夢的名句，不敢掠美。

紅樓夢說得好：

「陋室空堂，當年笏滿床。衰草枯楊，曾為歌舞場。

蛛絲兒結滿雕梁，綠紗今又在篷窗上。

說什麼脂正濃，粉正香，如何兩鬢又成霜？

昨日黃土隴頭埋白骨，今宵紅綃帳底臥鴛鴦。

金滿箱，銀滿箱，轉眼乞丐人皆謗。

正嘆他人命不長，那知自己歸來喪？

訓有方，保不定日作強梁；擇膏梁，誰承望流落在煙花巷！

因嫌紗帽小，致使鎖枷扛；昨憐破襖寒，今嫌紫蟒長。

亂哄哄，你方唱罷我登場，反認他鄉是故鄉。

甚荒唐，到頭來，都是為他人做嫁衣裳！」

不知海莉 Amazing Grace 的歌聲，能否喚醒台灣醫界《白色巨塔》的芸芸眾生？善哉。善哉。

書法

卻說小弟致仕後，為了修身養性，揮毫練字、專心書道，是怡情悅性、最便宜、最節儉、最有效的方法。把舊報紙綁好一大疊後，就拿起筆墨，順乎心、隨乎情，縱橫交錯，隨心所欲，塗塗抹抹，龍飛鳳舞，也是人生一樂也。不過小弟發現年輕人越來越多只能敲敲打打鍵盤，肯花工夫學習書法的人罕見一二。大概年輕人以為書道是只有老年人才會學的老掉牙的老把戲，不過事實並非如此。

2013年04月24日蘋果日報刊登一段教人眼睛一亮的消息，標題是「書法家女士竟是28歲正妹」。後來有線電視新聞台也有專訪，相信不少會友看過。



(書法正妹辜琪鈞 翻攝蘋果日報網路)

蘋果日報記載：「台鐵正妹書法家小檔案。辜琪鈞，28歲，書畫藝術工作者，台中教育大學美術研究所碩士。164公分，48公斤，感情：單身。專長：書法、繪畫、鋼琴及長笛，曾任國防部青溪新文藝獎評審，榮獲全國書法比賽創意組特優獎和台灣藝術文化獎書法類首獎。」

蘋果日報指出：「台鐵普悠瑪號月前通車時，宣稱紀念酒包裝封面字體由一位書法家女士所篆，但《蘋果》調查發現這名書法家竟是年僅二十八歲的氣質正妹辜琪鈞，琴笛書畫樣樣精通，現場揮毫迷倒不少群眾。」

蘋果日報又指出：「書法正妹辜琪鈞有雙水靈大眼及浪漫長髮，小學三年級開始練書法，氣質出眾。今年二月，台鐵引進普悠瑪列車，順勢推出普悠瑪、太魯閣兩款陳年高粱紀念酒，新聞稿中強調酒瓶由書法家辜琪鈞女士題字。辜琪鈞聽見台鐵對她的女士尊稱，不禁嬌滴滴抱怨說：都把我叫老啦！」

琴、棋、書、畫，都是讀書人在工作之餘，可以怡情養性的正當娛樂。書法不

僅不花錢，而且可以練身體，練心智、練集中力、練心手相連、練到心如止水，達到身心靈健康的方法。而且小弟偏見認為：書法是琴、棋、書、畫中最佳方式之一。小弟以為：練琴時聲音會吵到別人，下棋太浪費時間，畫畫頗佔空間而且油料有鉛不免有中毒之虞，只有書法是3D視覺藝術，把倉頡造字融入新的創意，是很好的大腦高層次活動。有一次上佛光山，寺中有一書道室，窗明几淨，文房四寶俱全。雖見室內多人，卻也寂靜無聲，都在抄寫心經。陽光從上面照下來，字字珠璣，閃閃發光，自有一番境界。

時下年輕人只能敲敲打打鍵盤，不僅容易傷及視力，而且容易網路成癮，晚睡晚起，傷肝傷心，不出數載積重難返，積勞成疾，中年之後身體不健康，得不償失。小弟且唱勸世歌，還是學書法有益。不僅身心健康，或許還能變氣質正妹呢。

終南

終南山，秦嶺山脈中段，位於陝西境內，長安城西南，西起武功，東到藍田。有時特指其中的翠華山，為道教發祥地之一。相傳周康王時，尹喜為函谷關令，於終南山中結草為樓，後老子李聃西遊入秦，尹喜請其講經，因授《道德經》。此外，金庸的小說《神鵰俠侶》及《射鵰英雄傳》中，王重陽的練功地點「活死人墓」就是位於終南山，而全真七子也居住在終南山上。

終南山是唐朝文人退隱山林修身養性的名勝之地，不少唐詩歌頌終南山，其中李白《下終南山過斛斯山人宿置酒》就相當有名，千古傳誦。李白詩寫在終南山夜訪一位「斛斯山人」的隱士，描寫暮色蒼茫中的終南山山林，和田家庭院的恬靜，流露出李白的稱羨終南山之情，以及訪友

酒後的至樂。

暮從碧山下，山月隨人歸。
卻顧所來徑，蒼蒼橫翠微。
相攜及田家，童稚開荆扉。
綠竹入幽徑，青蘿拂行衣。
歡言得所憩，美酒聊生揮。
長歌吟松風，曲盡河星稀。
我醉君復樂，陶然共忘機。

李白《下終南山過斛斯山人宿置酒》

暮從碧山下，山月隨人歸。卻顧所來徑，
蒼蒼橫翠微。
相攜及田家，童稚開荆扉。綠竹入幽徑，
青蘿拂行衣。
歡言得所憩，美酒聊生揮。長歌吟松風，
曲盡河星稀。
我醉君復樂，陶然共忘機。

翻成白話就是說：「在暮色蒼茫中走下翠碧的終南山，只有那山上的明月伴我歸途。回頭觀望所走過的小路，隱隱約約延伸到青蔥繁茂的深處。途中巧遇斛斯山人，於是和他攜手至其家中，幼童聞聲為我們打開柴門。綠竹掩映中步入清幽的小徑，青線藤蘿牽拂著我的衣衫。得到斛斯山人殷勤留宿，共飲美酒歡聲暢飲。長歌吟唱松風曲，直到曲盡時，夜已深沈，銀

河星稀。我已然陶醉，斛斯山人也興致不減。我們就這樣樂陶陶欣然忘掉了世俗的重重心機。」

李白這首終南山詩作於唐玄宗天寶三年(744AD)春，亦即將被「賜金放還」下放的前夕。此時李白對唐朝權臣當道、朝政昏天黑地，已經大失所望，故李白在詩中巧藉終南山暮遇隱士「斛斯山人」的歡情，暗地裡表達出對仕宦道路的嫌憎，和對隱居終南山的嚮往。

李白此詩以終南山「斛斯山人」田家為題材，很受陶淵明田園詩的影響。然陶淵明詩顯得平淡恬靜，像陽春麵的清淡，如「采菊東籬下，悠然見南山」。而李白詩卻著意渲染：「綠竹入幽徑，青蘿拂行衣。歡言得所憩，美酒聊共揮」，像牛肉麵外加高粱烈酒，色彩鮮明，神采飛揚。詩風與個性有關，陶李個性有別，一為退抑，一為豪放，兩者風格迥異。依小弟之見，時代也有相關性。陶淵明身處東晉政治黑暗時代，身家隨時不保：李白卻是大唐政治清明國力最鼎盛的時期，得罪當道，頂多辭官下放，返家種地罷了。大時代下小人物，只有順應「適者生存」的鐵則。影響所及，詩風自然不同。

終南山固然是唐朝文人退隱山林修身養性的清幽名勝之地，卻也有「終南捷徑」的負面成語。

《新唐書 墓藏用傳》：

「盧藏用，字子潛，幽州范陽人。舉進士不得調，與兄盧徵明偕隱。長安中召授左拾遺，歷尚書右丞。」

「盧藏用與兄盧徵明偕隱終南、少室二山。始，盧藏用隱山中時，有意當世，人目為『隨駕隱士』。晚，盧藏用乃徇權利，務為驕縱，素節盡矣。」

「司馬承禎嘗召至闕下，將還山，盧藏用指終南曰：『此中大有嘉處，』承禎徐曰：『以僕視之，仕宦之捷徑耳。』盧藏用慚。」

翻成白話就是說，新唐書「盧藏用傳」有記載—盧藏用，字子潛，幽州范陽人（今河北）。中了進士卻被冷凍沒有高升，與大哥盧徵明一同退隱山林。長安京城皇帝聽到了就宣召進宮高就，官拜左拾遺，曾任尚書右丞，相當於今日行政院秘書長的高官。

起初，盧藏用與盧徵明兄弟倆一同在終南及少室二山退隱。盧藏用隱居山中時，最初有報效朝廷、福國淑世的大志，時人稱為「隨駕隱士」。可是後來晚節不保，盧藏用做了大官後，爭權奪利，驕縱不法，以前的氣節都拋棄了。當時天台山有位名士司馬承禎曾被皇上唐睿宗李旦召到宮中做國策顧問，將返回山上時，盧藏用指著終南山對司馬承禎說：「這座山中大有妙處。」承禎徐徐回答道：「依小弟看來，不過就是做官的捷徑罷了。」盧藏用聽了臉紅耳赤，心中慚愧，抬不起頭。

資治通鑑第210卷，唐睿宗玄真大聖大興孝皇帝景雲二年（辛亥，公元711年）也有記載：

上（唐睿宗）召天台山道士司馬承禎，問以陰陽數術，

對曰：「道者，損之又損，以至於無為，安肯勞心以學術數乎！」

上曰：「理身無為則高矣，如理國何？」

對曰：「國猶身也，順物自然而心無所私，則天下理矣。」

上歎曰：「廣成之言，無以過也。」

承禎固請還山，上許之。

尚書左丞盧藏用指終南山，謂承禎曰：「此中大有佳處，何必天台！」

承禎曰：「以愚觀之，此乃仕宦之疾徑耳！」

藏用慚。藏用嘗隱終南，則天時徵為左拾遺，故承禎言之。

翻譯如下：唐朝自高祖李淵建國以來，自認為是老子李耳的後代，天與人歸，也對山中修練的道士與高人特別尊敬。到了唐睿宗李旦在位時，尋訪天下名士，特別從浙江天台山召見道士司馬承禎，走了數個月到達長安朝廷之中，垂詢陰陽五行奇門遁甲神機妙算的術數。

司馬承禎道：「所謂大道修練之法，就是去除雜念，生活簡單又簡單，以至於清靜無為，怎麼可能費盡心力去學陰陽五行的術數！」

皇上道：「修身講求『無為』相當高明，那麼治國呢？」

司馬承禎回道：「國家和身體一樣，順著物的本性治理而心中不偏私，那麼天下就大治了！」

皇上讚嘆道：「說得好，連古代的隱士達人廣承子的話也比不上。」

司馬承禎在長安做國策顧問一段時間很不習慣，今持要回天台山修練，皇上特准，不予強留。

當時尚書右丞，相當於今日行政院秘書長大位的盧藏用先生聽了，就跑出來對司馬承禎說三道四，指著終南山說：「老兄，這山中大有妙處，何必跑回浙江天台山。」司馬承禎道：「依我看，這終南山是升官的捷徑罷了。」盧藏用變臉。因為

盧藏用先生曾在終南山中退隱，武則天時徵召入朝擔任左拾遺大官，所以司馬承禎暗中嘲諷他一番。這就是「終南捷徑」成語的由來。

人真是奇怪的動物，人心不足蛇吞象，一樣米養百種人。有人身在山林，心在長安；有人身在朝廷，心在郊野。終南山就是終南山，千古不變的是終南山。



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

2013.03兼任醫師春風化雨

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



感謝姚博琳醫師回院授課(2013.03.01)



以輕鬆愉悅的方式教學



黃瑞琮醫師認真教學中



感謝新樓醫院黃瑞琮醫師回院授課(2013.03.26)



劉志鴻醫師與大家合影 (2013.03.18)



劉志鴻醫師認真講課中

1020315外賓演講Prof Adashi(BROWN)

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



今天的主講者很厲害唷

活動照片之二



大家準備洗耳恭聽



真的很認真



認真演講解說中

主講者真的很用心



課後大合照

1020322緊急災害應變演練(4A火災演習)

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



淑櫻護理長用心解說中



活動照片之三



大家來認識一下消防設備



模擬運送病人中



事後總檢討，大家仔細聆聽



1020402醫師升等宴

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



好久不見！又是齊聚一堂的歡樂時刻



氣氛正是時候



和樂融融的大合照



哇!大家開心的舉杯慶祝



三個人露出不一樣的表情，到底是什麼原因呢？



1020419緊急災害應變演練(DR電線走火)

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



易純護理長解說中



大家都好認真哦

發生火災時？



快快來滅火



迅速聯絡總機通報



游振祥醫師：快！我們要盡速離開火場



緊急運送病人離開



到達安全目的地





新婚誌喜篇

圖/吳宛珊 文/黃佳欣



阮蘭惠專師幸福婚紗照



笑容中洋溢著幸福



華麗公主與帥氣王子



嫁給我吧

賀喜

賀喜



獻上祝福，分享喜悅



高貴優雅 相當氣派



接受大家的祝福



一輩子的約定

