



發行人：吳孟興
 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 田惠文
 協助撰文：張烱心 張峰銘 王培中 吳孟興 張令瑋
 陳達生 梁玉玲 蔡幸芬 許沛揚 黃寶秀
 吳宛珊 田惠文
 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

同馨會

第09期
會刊

同馨會會刊第九期



國立成功大學醫學院附設醫院婦產部同馨會
2013.09



國立成功大學醫學院附設醫院婦產科

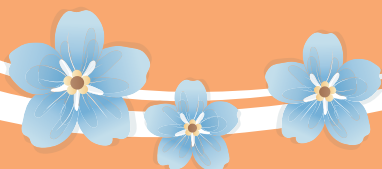
102.07.14 同馨會二週年紀念大會



102. 7. 30住院醫師座談會



102.7.25送舊餐會



Contents 目錄

3	婦產部主任卸任感言	張焜心醫師
4	婦產部主任上任感言	吳孟興醫師
5	讀者迴響	田惠文
	新境界	
6	Clomiphene Citrate在不孕症患者的應用	許沛揚醫師
11	懷孕初三個月早期診斷的技術進步	陳達生醫師
14	案例分享-子宮內膜異位症	吳孟興醫師
	論壇	
	臍帶繞頸有多危險	王培中醫師
	Food Intake and Glucose Screening Test-中文版	王培中醫師
	隨談醫學	張令瑋醫師
	散文雜記	
16	書道:石川 森 庾信(上)	張峰銘醫師
20	異鄉遊子魂牽夢縈的家鄉味—漫談府城小吃	蔡幸芬醫師
29	金門美食	梁玉玲醫師
49	新進同仁介紹	
	婦產部護理師-PA	楊秀美護理師、吳亭誼護理師 王淑君護理師、洪秀芬護理師
	活動相片	
50	102.07.14同馨會二週年紀念大會	吳宛珊/田惠文
54	102.07.25送舊餐會-周佩宜、蔡幸芬、吳珮瑩、 陳柏帆、鍾佩穎	吳宛珊/田惠文 吳宛珊/田惠文
58	102.07.30住院醫師座談會	
	弄瓦之喜篇	
61	102.06.03鍾佩穎醫師	吳宛珊/田惠文
64	102.07.24蔡佳吟專科護理師	吳宛珊/田惠文
	總編語	
		吳孟興醫師

婦產部主任卸任感言

張焯心醫師

婦產部主任卸任感言



各位成大婦產部同馨會的好朋友，大家平安，時間過得真快，焯心自99年8月接任主任以來，因姚博琳總裁之催生及張峰銘教授擔任總編輯之加持之下，成大婦產部同馨會於100年6月26日首創成立大會，號召過去及現在成大婦產部的伙伴們共聚一堂，有黃國恩院長、謝豐舟教授及劉志鴻主任等前輩的鼓勵，更重要的大夥的心，能凝聚在一起，更感謝張峰銘教授的大力協助，讓同馨會會刊能定期出刊，讓大家分享科內點點滴滴及醫學新知。

然而2年多以來，人事多所異動，焯心也算順利卸任，感謝大家過去對焯心、成大婦產部及同馨會的支持，希望未來在吳孟興主任的領導下，能繼續給成大婦產部及同馨會更大的支持，更多的關心。

最後敬祝各位平安喜樂！

婦產部張焯心 敬筆
102.08.21

婦產部主任上任感言

吳孟興 醫師

各位婦產部同仁：

七月中旬，在楊院長與張焜心主任面前接下婦產部主任的重責大任，心中雖有「此時主任不好當」的疑慮，但是既已決定接下主任之職，就只有戮力以赴的準備。住院醫師人力不足，是科部的長期問題，現在終於走到聘用護理師（NP 以及 PA）來分擔住院醫師工作的時候，並將借重PGY以及家醫科醫師在科部服務期間的任務增加。感謝張主任在卸任之前，將科部這個過渡時期初步的改變調整就緒，希望在婦產部所有同仁及新聘護理師各位的協助下，可以讓我們度過人力不足的難關，並且希望來年有新的住院醫師加入本部陣容。

孟興未來幾年期間忝為婦產部主任，將竭心盡力解決影響科部正常運作的問題，希望即使未能盡如人意，但會求取得眾人可以接受的最大公約數。懇請各位前輩與同儕，能協助、支持我，帶領全科同仁一起前行。

誠如張焜心主任所言，婦產科不再是大科。然而我相信各位同仁仍在崗位上努力的前進，更對自己的臨床工作與研究、教學有熱情及使命感。感謝大家在科部委任各項工作時的支持，因為彼此有這樣相同的認知，足夠使我們團結起來，面對科內「人力短缺」的衝擊。

接任後，緊接而來的是醫院評鑑以及大大小小的各項婦產科學會評鑑，要拜託各位共同努力，爭取榮譽。未來的婦產部即便不是「大船」，但希望仍在船上的每位同仁都能目標一致向前航行，相信我們有能力面對驚濤駭浪，穩穩駛船。



婦產部主任上任感言



親愛的會員同仁大家好：同馨會創刊至今已經兩年多了，不知道各位喜不喜歡呢？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

- ♥ 同馨會刊已經滿兩年了喔！時間過得真快，希望能夠一直持續下去喔！期待看到更多不同的內容。 小山 留
- ♥ 看到許多科內活動照片，感覺非常生動有趣。 研研 留
- ♥ 文章還有台南道地的美食介紹，讓人看了真是口水直流，很想實地品嚐一下。 Amy 留
- ♥ 同馨會雜誌除了有醫學方面的專業知識外還包含了一些散文雜記的文章，內容非常豐富且多元化。 Candy 留
- ♥ 不管是學術或是生涯方面，期許大家都能夠踴躍發表文章，一起增長見聞。 竹子 留
- ♥ 透過同馨會雜誌發現有些醫師離職各奔前程了，也有些新進同仁的介紹，讓大家隨時能了解科部的動態。 茹茹 留
- ♥ 在繁忙的工作下，能夠放鬆一下心情，閱讀一本雜誌，是個相當不錯的娛樂選擇。 彎彎 留
- ♥ 每期的文章及照片都很精彩喔！內容很有深度，照片非常漂亮！！小王子 留
- ♥ 藉由每年的同馨餐會與一些院外醫師齊聚一堂，除了切磋醫學上的知識外，還能互相了解彼此的生活動態，是個不錯的聚會呢！ 翔翔 留
- ♥ 很快地，同馨會已出到第九期囉！每期的內容都很精彩… 很期待看到不一樣的醫學新知及旅遊雜論。 珊寶媽 留

Clomiphene Citrate在不孕症患者的應用

許沛揚醫師
吳孟興主任

Clomiphene Citrate這個在生殖不孕症學科運用廣泛且歷史悠久的藥物，從上市使用至今已經經過了半個世紀。目前此藥物最主要應用於治療由於無排卵(Anovulation)所造成的不孕症。在今年八月的Fertility and Sterility期刊中，美國生殖醫學會的臨床委員會發表了一篇有關使用Clomiphene Citrate的評論文章，對現今使用Clomiphene Citrate的使用時機和方法，提出了一些令人省思的見解，值得與讀者一同分享。以下就節錄該篇文章做出重點式的翻譯，希望對讀者達到溫故知新之效。

首先就藥理學的角度來看，Clomiphene Citrate由於結構上與女性荷爾蒙相似，因此會結合身體各處之女性荷爾蒙受器競爭拮抗。當Clomiphene Citrate結合至下視丘時，會擾亂下視丘對於體內女性荷爾蒙之偵測，從而影響體內女性荷爾蒙對下視丘的回饋控制，造成促性腺激素釋放激素(GnRH)的上升，進一步影響腦下垂體及卵巢，刺激卵泡的成熟。對於有自發性排卵的個體，Clomiphene Citrate主要是造成促性腺激素釋放激素的釋放頻次上升；而在無排卵的狀況下，則主要是使促性腺激素釋放激素的強度上升。在使用Clomiphene Citrate期間，體內之黃體刺激素(LH)及濾泡刺激素(FSH)濃度皆會上升，刺激卵泡的成熟，一般來說，黃體刺激素達到高峰(LH surge)的時間通常會出現在最後一劑Clomiphene Citrate使用後的五至十二天出現。

使用Clomiphene Citrate的適應症包括無排卵造成之不孕症以及無法解釋(亦即找不到原因)之不孕症。無排卵的原因可能包括多囊性卵巢症候群、肥胖、下視丘功能異常、體重急遽減輕、劇烈運動或其他生理壓力、高泌乳血症、腦下垂體腫瘤、甲狀腺疾患、或者不明原因之無排卵。對於無排卵或寡排卵的病患，目前常用Clomiphene Citrate做為第一線的治療。由前段探討之藥理機轉可知，Clomiphene Citrate對於促性腺激素釋放激素低下之無排卵，治療效果有限。同樣的，對於促性腺激素釋放激素過高之月經異常使用Clomiphene Citrate也通常是無效的。至於上述提及相關之內分泌疾病所造成的無排卵，起始之治療方式應針對該內分泌疾病，對症下藥。值得注意的是，對於無排卵所造成之不孕症，使用人工授精與計算行房之時間理論上功效是相同的。

對於不明原因之不孕症患者，過去有一些研究顯示使用Clomiphene Citrate做嘗試性治療可能可以些微的增加懷孕率，但並非所有之研究都能顯現出此一效果，甚至有些研究顯示使用Clomiphene Citrate比起單純追蹤之懷孕率更低。除此之外，使用Clomiphene Citrate的患者有較高的機會出現噁心、腹痛、熱潮紅、及頭痛等症狀，因此對於不明原因之不孕症患者，是否要單獨使用Clomiphene Citrate仍有待商榷。值得一提的是，對於不明原因之不孕症患者，研究顯示，若使用Clomiphene Citrate合併人工授精(IUI)，其懷孕率確實比單純追蹤來得高。一般來說，對於不明原

因之不孕症患者在進入更侵入性的治療療程前，使用三個療程的 Clomiphene Citrate 合併人工授精是合理的。

在使用 Clomiphene Citrate 前，釐清不孕症的原因相當重要。排卵異常的診斷可以藉由過去病史之詢問，在可能的黃體期檢測血中黃體素的濃度，或監測尿液中之 pregnanediol glucuronide，或是藉由經陰道超音波的連續監測來加以佐證。值得注意的是，若月經週期狀況本身就指向無排卵（例如無月經或寡月經），不一定需要進一步的實驗室檢查加以佐證，但對於無排卵的原因，則需要進一步之審慎評估，若有可能之系統性疾病造成無排卵，需先治療該系統性疾病。

一些內分泌或是新陳代謝相關之疾病可能可以藉由詳細的病史詢問及理學檢查看出端倪。血中促甲狀腺激素(TSH)及泌乳激素(Prolactin)的檢測也是使用 Clomiphene Citrate 治療前的必要檢查。對於多毛症及有男性化特徵之患者，則須進一步的檢驗血中之 17α - hydroxyprogesterone、testosterone、及 dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS)。對於無月經的患者，也需要評估是否有卵巢功能低下的狀況。而對於過度肥胖之多囊性卵巢症候群患者，也需檢測其是否有糖尿病的問題。此外，由於 Clomiphene Citrate 對於子宮或輸卵管因素導致的不孕症並無療效，因此早期評估是否有此一方面之問題可以減少患者接受無效的治療的時間，尤其對於年紀較長(大於三十五歲)的患者，有效率之治療方式選擇更顯重要。

標準的 Clomiphene Citrate 療程，通常起始於月經(自發性或藉由黃體素引起)開始後的第二至第五日，以口服的方式連續使用五天。適當之治療劑量與體重有關，但實際的有效劑量因人而異，因此傳統的治療通常會在給定一固定劑量後再漸次調高劑量，以達到促進排卵之效果為目標。一般的起始劑量是自口服單一劑量每日 50 毫克開始，連續使用五天後，觀察排卵之情形，若效果不彰，則於次一週期開始增加劑量(每日 50 毫克)直到排卵發生。標準的有效劑量自每日 50 毫克至 250 毫克不等，惟須注意的是，超過每日 100 毫克後，對於懷孕率的增加就相當有限，並且也不在美國食品藥物管理局的核可範圍中。大約有 52% 的患者對於 50 毫克的劑量會有反應，每增加 50 毫克，其排卵比率會有些許的增加，而身體質量指數(BMI)較高的患者，需要的劑量通常也較高。即使如此，對於肥胖的無排卵患者，使用 Clomiphene Citrate 治療後成功懷孕的機會仍較體重正常的患者來得低。此外，在使用 Clomiphene Citrate 的治療下若成功懷孕，通常都在治療開始的 3 至 6 個療程中，因此目前也不建議超過六個以上的 Clomiphene Citrate 的療程。總結來說，使用傳統的漸次調高劑量的 Clomiphene Citrate 治療，其整體懷孕率約可達到 55% 至 73%，而在年紀較長，體重較重，及持續不孕時間較久之患者，使用 Clomiphene Citrate 治療失敗的機會較高。

對於單用 Clomiphene Citrate 治療失敗的患者，可能需要考慮其他治療方式或療程。過去曾有報告指出，使用比傳統的 5 天還長時間的 Clomiphene Citrate(7 至 8

天)對於治療失敗的患者可能有其效用。過去對於使用特定劑量之 Clomiphene Citrate 仍無排卵之患者，傳統上會給予黃體素刺激月經發生，爾後開始另一個新的 Clomiphene Citrate 的療程。目前有一些研究報告指出，在使用特定劑量的 Clomiphene Citrate 後，若追蹤患者至第 14 到 21 天仍未見排卵，可以在不用催經的狀況下，直接開始下一個更高劑量療程的 Clomiphene Citrate。此一治療方式的好處是可以縮短治療的時間，及早達到刺激排卵的目的。除此之外，過去也有報告顯示，在使用 Clomiphene Citrate 治療前若有使用黃體素刺激月經發生，其懷孕率及活產率都會下降，直接接續使用較高劑量的 Clomiphene Citrate，也可避免此一狀況的發生。

除了單用 Clomiphene Citrate 之外，對於不同類型的無排卵患者同時使用其他的輔助藥物，可能可以增加成功刺激排卵的機會。例如在多囊性卵巢症候群的患者，在使用 Clomiphene Citrate 的同時配合口服的 Metformin，可以增加排卵的機會，雖然統計上發現，同時使用 Metformin 並不會提高多囊性卵巢患者的活產率，但其懷孕率是有所提升的。目前有許多小型的試驗指出，對於單用 Clomiphene Citrate 治療無效的患者，若合併使用每日 1500 至 1700 毫克的 Metformin，可以顯著的增加排卵率及懷孕率。由於使用 Metformin 的患者可能會出現腸胃道方面的副作用，且在少數狀況下可能發生肝腎功能的毒性，因此在開始使用 Metformin 前應該先對肝腎功能加以檢驗，並且在開始使用後定期的監測病患的肝腎功能。

在一些無排卵的不孕症患者，在使用 Clomiphene Citrate 外加上類固醇(例如 dexamethasone)可以增加刺激排卵的成功率。此一加成作用尤其在血中 DHEAS 值大於 $200 \mu\text{g/dL}$ 的患者尤其顯著。在兩個大型的臨床試驗針對單用 Clomiphene Citrate 後仍無排卵且血中 DHEAS 值正常的患者中，使用 Clomiphene Citrate 加之在月經第 3 至 12 天使用 dexamethasone，有 75% 到 88% 的患者成功排卵，並有 40% 的患者成功懷孕。當對於未使用 dexamethasone 的對照組，則僅有 15% 至 20% 的患者排卵，也僅有 5% 的患者懷孕。加入類固醇的使用若有效，可以持續使用 3 至 6 個療程，但若對排卵沒有影響，則不應該持續使用，以減少類固醇可能帶來的副作用。

對於單用 Clomiphene Citrate 治療無效的無排卵患者，還可以考慮依序使用 Clomiphene Citrate 及促性腺激素的療法。過去常使用的方式是在標準的 Clomiphene Citrate 治療療程後，接續使用低劑量的 hMG 或 FSH(每日 75–150 單位，連續使用 3 天)。此一療程的監測相似於傳統的促性腺激素療法，需藉由陰道超音波連續監測卵泡的狀況，並可能加之以血中 estradiol 的評估。此一療法的好處是可以減少促性腺激素的使用，從而減少患者的支出。對於 Clomiphene Citrate 治療無效的患者通常對低劑量的促性腺激素反應相當敏感，因此在使用上需注意盡量以刺激單一卵泡成熟為目標，而非如同在試管嬰兒療程中目標在同時使多顆卵泡一起成熟。

在使用 Clomiphene Citrate 的過程中，

必須加以監測排卵的狀況。尤其在原因不明的不孕症患者同時使用 Clomiphene Citrate 和人工授精治療時，確實地了解排卵的時間更是重要。監測排卵的方式包括：使用預測排卵試劑盒、反覆的超音波檢驗、以及監測血中 estradiol、LH、及 progesterone。此外，也可使用 hCG 刺激排卵來控制排卵的時間，避免自發的 LH surge。

使用尿液排卵試紙可用於檢測 LH surge，從而預測最有可能受孕之時間。一般來說，LH 的高峰多發生於使用最後一劑 Clomiphene Citrate 之後的 5 至 12 天內。若於該週期的第 5 到 9 日使用 Clomiphene Citrate，則 LH 的高峰最常發生於該週期的第 16 到 17 天。曾有研究指出，對於原因不明的不孕症患者使用 Clomiphene Citrate 治療後，比較使用 hCG 控制排卵及單純監測體內 LH 高峰後發現，單純監測體內 LH 高峰的懷孕率較使用 hCG 來得高，因此目前 hCG 的使用主要僅用在當監測體內 LH 不可行時。若需要使用 hCG 控制排卵，可以利用系列性的超音波監測卵泡大小來決定使用 hCG 的時間，目前認為當最大的卵泡成長到 23 至 28 毫米時使用 hCG，可以有較高的懷孕率。

一般而言，Clomiphene Citrate 最常見的副作用是情緒不穩(64%-78%)，而約有 10% 的患者會有熱潮紅的症狀。這些症狀通常在療程結束後就會跟著消失，很少有長遠的影響。在少數的患者(<2%)可能出現視力模糊、視盲點、及畏光的症狀，這些副作用大多是可逆的，雖然在文獻中也曾報導過使用 Clomiphene Citrate 後出現視

神經的病變。其他較無特異性的副作用則包括：乳房脹痛、骨盆腔不適、及噁心，這些副作用的發生率約 2% 至 5%。

使用 Clomiphene Citrate 仍需小心併發症的產生，首要注意的就是多胞胎妊娠。過去的統計顯示，使用 Clomiphene Citrate 治療若用於無排卵的患者，其多胞胎妊娠的機會約為 8%，而對於不明原因之不孕症患者，Clomiphene Citrate 造成的多胞胎妊娠機會則自 2.6% 至 7.4% 不等。最常見的多胞胎妊娠狀況就是雙胞胎，在少數的患者(0.08%-1.1%)則甚至可能出現三胞胎或以上的狀況。目前對於使用 Clomiphene Citrate，文獻中並沒有致畸胎的證據。而使用 Clomiphene Citrate 後若懷孕，其自發性流產的機會與自然懷孕發生流產的機會並無不同(10%-23%)。在使用 Clomiphene Citrate 時，還是要小心卵巢過度刺激症候群的產生。輕微的過度刺激造成卵巢腫大的狀況相當常見，但重度的卵巢過度刺激(造成卵巢異常腫大、體重增加、腹痛、噁心嘔吐、腹水、寡尿及低血中容積)的狀況則較少發生。

過去曾有研究指出，使用各種排卵刺激藥物可能會增加卵巢癌的發生，但後續的研究並無法證實此一發現。對於使用 Clomiphene Citrate 有疑慮的患者，應該使其了解卵巢癌與 Clomiphene Citrate 的使用並無證據能夠顯示其因果關係，使患者能夠安心使用此一藥物。

總結全文，對於無排卵的不孕症患者，Clomiphene Citrate 是合理的第一線治療用藥。對於原因不明的不孕症患者，單獨使用 Clomiphene Citrate 並未明顯增加懷

孕率，但若合併使用人工授精，則可能可以增加懷孕的機會。一般來說，Clomiphene Citrate的副作用多是輕微且可為病患接受的，最重要要注意的併發症則是會增加多胞胎的機會。若使用Clomiphene Citrate治療3至4個療程後，在成功誘導排卵的狀況下仍無懷孕，須審慎評估是否有其他造成不孕症的原因。對於一些特殊的患者使用Clomiphene Citrate合併其他的輔助藥物(例如 metformin、glucocorticoids、和 exogenous gonadotropins)可以增加成功誘導排卵的機會。在使用Clomiphene Citrate的過程中，需監測其是否有達到誘導排卵的目的，並選擇最能被患者所接受監測的方式。

參考文獻：

Use of clomiphene citrate in infertile women: a committee opinion. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril. 2013 Aug;100(2):341-8.



作者簡介

許沛揚 醫師

現任：成大附設醫院婦產科主治醫師
美國約翰霍普金斯大學公共衛生碩士



作者簡介

吳孟興主任

現任：成大附設醫院婦產部主任
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

贏在起跑點的產檢

懷孕初三個月早期診斷的技術進步

陳達生 醫師

前言

懷孕生下一個健康的寶寶，是多麼令人期待的一件事。所以每個來產檢的孕婦在檢查後，都一定想追問醫師：「我的寶寶健康嗎？」除此之外，醫師自己也會想問：「這個孕婦有沒有併發症的可能？如早產、妊娠毒血症、糖尿病等問題」，然而這些問題並不好回答。統計資料告訴我們，胎兒先天異常的機會約百分之一至三，雖然使用超音波協助產檢是很大的技術突破，但仍有20至40%的異常無法事先發現；此外，懷孕許多併發症，往往到了懷孕後期才表現出來，往往讓人措手不及。因為有這些限制，身為產檢醫師，我們應該給予孕婦合理的信心，而不是武斷的保證。

雖然任何檢查都有其限制，但令人振奮的是，推陳出新的研究成果使不確定性越來越低、診斷時間越來越早、檢查帶來的傷害越來越少。本文主要整理懷孕初三個月早期診斷的技術，依檢查工具主要可區分為(1)超音波、(2)母血的生化指標、(3)非侵入式的胎兒染色體篩檢。

這些技術的進步，使得我們得以早期診斷出胎兒異常或懷孕相關併發症。胎兒異常的早期診斷可以提供胎兒治療的機會，或針對嚴重異常的個案，在較早期提供中止妊娠的選項，可減少孕婦流產相關的併發症與心理衝擊；另一方面，在症狀前期早期診斷懷孕相關併發症，更可讓我們由被動治療的角色，進步到主動預防的位置。

這些技術發展，使得傳統產檢的邏輯受到挑戰與改變。舉例來說，英國的Nicolaid教授2011年在Prenatal Diagno-

sis雜誌上提出倒金字塔的產檢概念，大意为根據懷孕11至13週的超音波與母血生化指標結果區分高危險群，如有必要轉診次專科評估與諮詢，或在症狀前期及早治療，反之低危險群只維持基本產檢，甚至可以減少產檢次數。另一方面，國際婦產科超音波醫學會ISUOG今年一月在White Journal上刊登了懷孕初三個月胎兒超音波的操作標準，與以往只確認胎兒數目與心跳情形的初三個月產檢比較項目，現在增加許多檢查項目。這些技術的發展與應用，以下一一介紹：

超音波檢查

懷孕初三個月的超音波檢查，依ISUOG的操作標準，可整理為已下表格

檢查項目	內容
確定胎兒存活與數目	● 若為多胞胎，要檢查羊膜數與卵黃囊數 ● CRL約0.2cm時可看到胎兒心跳 ● 若超音波疑似異常，母血HCG數值可以協助診斷
確定胎兒懷孕週數	● 在懷孕初14週(CRL<84mm)可用CRL大小確定胎兒週數 ● 懷孕14週後應採用BPD或HC
評估胎兒整體結構	● 可觀察頭、脊椎、胸腔、腹腔、四肢發育是否正常
篩檢染色體異常	● 最重要的是頸後透明帶(NT)，正常應小於3mm。NT配合母血生化指標可以抓到90%的染色體異常(Trisomy 13, 18, 21) ● 鼻骨(Nasal bone, NB)是否完整發育也是篩檢染色體異常的方法 ● Ductus venous(DV)與 Tricuspid regurgitation(TR)的篩檢不只可找出染色體異常，更可以篩檢先天性心臟病。
其他項目	● 若子宮動脈阻力大，可能是胎兒過小或妊娠毒血症的早期症狀，可以考慮提早給予Aspirin治療 ● 此外可觀察Genital tubercle角度，於懷孕13週判斷胎兒性別，準確度約90%

母血生化指標

母血生化指標主要用來評估唐氏症風險，但其功能不止如此，還可用來篩檢神經管缺陷，近來更有研究指出可用來篩檢妊娠毒血症。

以母血生化指標篩檢唐氏症主要有以下三種，後兩者在15週後才能做：

■ PAPP-A，beta-HCG，配合超音波頸後透明帶檢查：篩檢唐氏症敏感度可達90%，但因沒有AFP，無法篩檢神經管缺陷。

■ 兩指標AFP，beta-HCG：敏感度約65%

■ 四指標AFP，beta-HCG，uE3，inhibin-A：敏感度約83%

以上篩檢結果若有異常，均建議再抽取絨毛膜或羊水做確認。

除了唐氏症，在懷孕11至13週使用PAPP-A，Inhibin-A與placental growth factor還可以用來篩檢妊娠毒血症，其敏感度約75%，偽陽性率僅10%。針對妊娠毒血症，如能早期診斷，可以考慮在16週前給予低劑量Aspirin(每天80mg)或鈣質補充(每天1g)，減少後來演變為妊娠毒血症的機會。

非侵入式的胎兒染色體篩檢(NIPS, Noninvasive prenatal screening for aneuploidy)

近年最被熱門討論的胎兒染色體篩檢技術莫過於NIPS了。香港中文大學的Dennis Lo盧煜明教授於1997年最先發現最早自懷孕5週起，可在母血中可發現胎兒的基因片段。這些基因最多甚至可達母血中基因10%的量，然而如何分析這些長短

與位置不一的片斷？這個問題直到次世代定序技術NGS(Next-generation Sequencing)發明後才成為可能。該技術可比傳統Sanger定序快20萬倍以上。對比人類基因體計畫花10年定出一個genome，NGS技術1天就可以定出全基因體序列。配合NGS與特殊的生物資訊統計方法(影響準確率，乃各家公司研發的機密)，我們得以抽母血分析胎兒染色體是否有「數量」的異常，所以可以篩檢最常見的活產染色體異常，即唐氏症(Trisomy 21)、艾德華症(Trisomy 18)、巴陶氏症(Trisomy 13)。

NIPS的好處有：(1) 正確率高，懷孕10週以後即可施測，其敏感度可達99.5%，偽陽性僅0.1%。(2) 避免絨毛膜或羊膜穿刺等侵入性檢查造成流產或感染的風險，侵入性檢查會多增加0.5~1.0%流產風險。

NIPS身為新出現的技術，常常有許多爭議之處：

■ NIPS，NIFTY(noninvasive fetal trisomy test)，NIPD(noninvasive prenatal down screening)，NIPT都是一樣的東西嗎？

答：是，但美國醫學遺傳學會(ACMG)建議名稱應統一為NIPS，強調此檢驗目的為篩檢(Screening)而非確診，若檢查異常仍應採絨毛膜或羊膜穿刺確診。

■ 是否建議所有孕婦都接受NIPS？

答：目前仍爭辯中，ACOG建議

● 高風險群可進行NIPS，這些族群包含超過35歲的孕婦、母血生化指標異常、超音波檢查異常、或有相關家

族史(曾經生過染色體異常胎兒或夫妻雙方有染色體問題)。

●低風險群或多胞胎孕婦不建議使用。

■NIPS這麼多家廠商，有甚麼差異？

答：各家廠商均使用NGS技術，但生物資訊統計方法才是分出各家功力之處。美國現行有四家廠商，而台灣可以送檢的公司有北京貝瑞合康與香港華大基因。



總結

隨著以上技術的進步，我們可以在懷孕初三個月做的檢查越來越多。依台灣的民情，雖然不可能如Nicolaides所述減少低風險群的產檢次數，但更早診斷出異常、提高診斷正確率、並減少侵入性檢查的傷害，都可以為孕婦帶來更多福祉，降低醫師執業的不確定性，這是我們樂見的局面。

參考資料

Non-invasive prenatal testing for aneuploidy: current status and future prospects, Ultrasound Obstet Gynecol, 2013; 42: 15-33

A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 weeks' assessment, Prenat Diagn 2011; 31: 3-6

Screening for preeclampsia using first-trimester serum markers and uterine artery Doppler in nulliparous women, Am J Obstet Gynecol. 2010 Oct;203(4):383.e1-8



作者簡介

陳達生醫師

現任：

成大附設醫院婦產科住院醫師

案例分享

子宮內膜異位症

吳孟興主任

一位38歲婦女因結婚多年無法自然受孕而就醫，經超音波檢查發現兩側卵巢皆有子宮內膜異位瘤（俗稱巧克力囊腫）。她隨後決定接受腹腔鏡兩側卵巢囊腫切除手術，雖然手術過程十分順利，為她進行手術的醫師也盡量保留正常卵巢組織。然因為手術中發現除了有嚴重子宮內膜異位症的情況外，同時還伴隨骨盆腔粘黏，手術後半年間該婦女發現月經血量減少，或甚至不來月經。經抽血檢查荷爾蒙濃度，得知停經指數(FSH)升高、以及卵子存量指標(AMH)下降，經醫師判斷是早發性停經現象，自然懷孕的目標更難達成了。

大約10%值生殖年齡的婦女罹患子宮內膜異位症，伴隨的症狀通常為疼痛或造成不孕，即使治療後有時仍然會復發。一般而言在想要懷孕的前提下，以內科藥物療法治療子宮內膜異位症不孕患者只是會延遲達成懷孕的時程。而外科採取的治療通常可以解決病人疼痛或不孕的症狀。較輕微的子宮內膜異位症患者，只要接受腹腔鏡手術燒灼處理後，就可以增加受孕的機會。但若是較嚴重的子宮內膜異位症患者；或是經過腹腔鏡手術後，仍然無法懷孕時，病人就要考慮接受人工受精，或是更進階的試管嬰兒技術治療。但只要懷孕後，子宮內膜異位瘤的存在就不再影響之後任何產科醫療的流程。

在醫療上，婦科醫師經超音波檢查，若發現患者卵巢內有子宮內膜異位瘤，通常的建議是病人在嘗試人工生殖技術之前，先接受手術將卵巢子宮內膜異位瘤去

除，特別是腫瘤已大於4公分或病人有疼痛的症狀。因為去除子宮內膜異位瘤的手術不僅可以增加病人自然懷孕的機會；同時手術中採取的檢體病理報告可以排除卵巢癌的危險。但是，去除子宮內膜異位瘤的手術治療，可能會造成正常卵巢的傷害、導致卵子存量下降，以及使產生卵子的藥物刺激反應降低，且卵子品質也不會因手術而有所改善。

子宮內膜異位症存在會影響胚胎的品質以及懷孕率降低，但值得思考的是，罹子宮內膜異位瘤且想要懷孕的婦女，是否都必須先去除了子宮內膜異位瘤，再接受人工生殖醫療的幫助懷孕？其實不然。就不孕症醫療的角度而言，僅高齡才接受試嬰兒技術、血液中卵子存量指標小於2 ng/ml的婦女、或有子宮肌腺症的病人、有影響到腸子或膀胱等構造之深層浸潤子宮內膜異位的病人，才會因為子宮內膜異位症降低接受試管嬰兒技術後的受孕機會，否則子宮內膜異位症的嚴重程度，並不會影響試管嬰兒的懷孕率。

有兩側卵巢子宮內膜異位瘤的不孕症患者，尤其是重複接受卵巢子宮內膜異位瘤去除手術將導致早發性停經現象的機會增加。若不先經手術去除了子宮內膜異位瘤，而直接接受試管嬰兒技術，雖然藥物刺激後產生卵子的反應、或卵子數量不如沒有子宮內膜異位瘤的患者。但子宮內膜異位瘤的存在與否，不會影響取卵過程，亦不會造成卵子、胚胎的品質差異，且受孕率、著床率、懷孕率以及活產率等指標皆不會有差異。加上近年來進步的冷凍技

術之助，少部分患有子宮內膜異位瘤的不孕症患者，若是在接受手術的同時進行試管嬰兒技術不孕症療程，於手術治療時同時取卵，卵子受精後將胚胎冷凍，等到病患恢復後幾個月再解凍植入，有助於縮短達成懷孕的時程。

不可諱言，有些子宮內膜異位症患者，會擔心在接受試管嬰兒療程時的藥物刺激，是否會增加子宮內膜異位症復發的機會？目前醫學證據顯示，因短時間不孕症藥物處理而造成的雌激素上升，不會增加復發的機率。另外，患者更擔心的是，接受試管嬰兒療程是否會增加罹患癌症的危險性？目前研究指出，試管嬰兒療程不會增加乳癌的發生率，除非在24歲以前就開始接受試管嬰兒療程藥物刺激的少數病患；以及接受試管嬰兒療程後，若是一直沒有懷孕生產的子宮內膜異位症患者，才會增加卵巢癌的發生率。



作者簡介

吳孟興 主任

現任：成大附設醫院婦產部主任

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



孕產婦的夢魘 臍帶繞頸有多危險？

嘉義基督教醫院婦產部產科主任
王培中 主任

前言

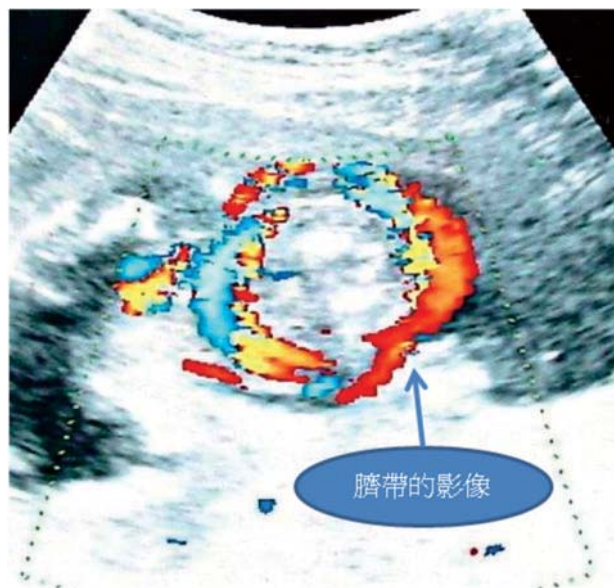
臍帶繞頸，這個讓孕婦聽到都會擔心害怕的名詞，屢屢在網路上引起廣泛的討論，讓許多民眾以及準媽媽們普遍認為這是相當危險的事，也懷疑這和寶寶在媽媽肚子裡發生危險，甚至是死亡有關聯。然而這和學理上的真實情況有著不小的差距。究竟這其中的全貌為何，就讓我們藉著臨床的個案，並且使用進步的超音波儀器，予以理性地分析，來一步步揭開它神秘的面紗。

臨床案例

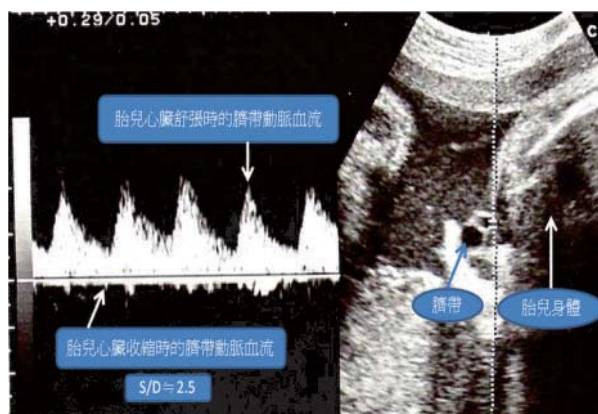
H小姐，29歲，第二胎，第一胎是陰道生產，來到我的門診時已經足月了，劈頭就說她要求直接剖腹生產，詳問其理由，原來她原本產檢的診所醫師，上週突然發現小孩有臍帶繞頸的現象，她再進一步追問可能造成的影響，醫師就對她說可能會產程延長、胎兒危險等等的話，然後問她要不要直接剖腹生產。她很擔心，不只想要剖腹產，還被嚇得跑到大醫院來，希望如果寶寶真的不幸有危險時，能及時得到最好的照顧。

我幫她詳細做了超音波，發現胎位、胎兒大小、胎盤以及羊水都沒有異常，臍帶經過彩色都卜勒的掃描果然真的有繞頸的現象（見圖一），然而加做一個臍帶的血流圖發現血流順暢，並沒有阻力過高的現象（見圖二）。經過筆者詳細的分析，她的想法有一點動搖，下一週來產檢時，筆者承諾幫她「雙重準備」，也就是自然待產，但是同時也做好剖腹生產的準備以應付突發狀況，於是她39週時自己陣痛來

待產，並且順利經陰道生下一個健康寶寶。



圖一：臍帶的彩色都卜勒超音波影像。可以看見向著探頭方向的血流呈現紅色，遠離探頭方向的血流呈現藍色，紅藍相間的情況顯示臍帶內的血管如同麻花辮似的相互纏繞著。圖中明顯可以看出臍帶繞著身體的一部分（脖子）。



圖二：臍帶動脈的都卜勒流速影像。可以看到在胎兒心臟收縮及舒張的情形下，血流速度的變化情形。圖中的收縮期（S）和舒張期（D）血液流速比例（S/D）大約為2.5，是正常的，這也大致可以代表臍帶到胎盤的血流阻力。

「臍帶繞頸」是常見的現象

大家或許會以為「臍帶繞頸」是一個很稀罕的情況，其實並不然。根據統計，0,有至少兩成以上的新生兒臍帶有繞脖子一圈以上，是很常見的新生兒現象，這現象的存在也和新生兒出生後的表現（哭聲、活動力、需不需要保溫箱或加護病房、甚至將來的智力）沒有任何的相關。同時，在以產程延長或是胎兒窘迫為理由而進行的剖腹生產中，臍帶繞頸的比例並沒有比較高。

胎兒死亡大多突然發生且原因不明

那麼為什麼大家會有這種「臍帶繞寶寶脖子，寶寶會出問題」的認知呢？這其實要徹底地分析一下民眾和醫師的心態！每一個胎兒，都是家人的心頭肉，尤其懷孕到了8、9個月，有時連衣服都買好、名字都取好了，如果這時寶寶突然不幸沒了心跳，是何等的震撼！這是夫婦、家屬、乃至於醫師本人，都很難接受的惡耗！可是這裡有兩個很殘酷的事實要告訴大家：

1. 無論醫學多進步，還是有大約千分之五以上的胎兒死亡率（懷孕20週以上到出生以前的胎死腹中）沒有辦法克服！除了極少部份是因為母體的健康狀況太差，或是胎兒有嚴重的畸形，胎兒的死亡是可以預期的之外，絕大部份都是突然發生！也就是說，以臺灣地區一年出生約200,000個新生兒來推算，至少有1000個以上的寶寶會在媽媽肚子裡突然死掉！
2. 當醫師將死亡胎兒引產出來之後，其實真正能夠看出死因的是非常少數！然而除非病人有強烈的意願想要知道更多，否則醫師也不會把死胎送解剖或是做染

色體檢查，去排除是否有內臟的先天畸形或是染色體異常（要自費，而且每種都很貴，也經常做不出結論）。所以除非是胎兒外觀上有明顯的畸形，否則很難跟病人說明，到底出了什麼差錯。

意外流產，自己的錯？醫師的錯？

於是乎問題來了！以我們臺灣人的民族性，一旦自己覺得受到了傷害，有了損失，是很難去接受『有些事情常常是意外，它不一定是原因的！』總是會想要找到「罪魁禍首」，即使是穿鑿附會也會感到比較安心。舉例來說，早期懷孕發生了流產，就一定要想原因，去猜是隔壁鄰居在整修房子？還是孕婦前天去縫先生襯衫的釦子所引起？您想想看，相關嗎？但是這些在長輩們的口中卻常常聽到，完全不相信這是胚胎形成時出的意外，不是任何人的錯，也不大能接受筆者「只要身體照顧好，以後通常是不會再發生」的說法。

言歸正傳，突然發生了胎兒死亡，所有人都非常驚恐、難過的時候，如果醫師說：「不知道是什麼原因，寶寶突然自己死掉了！」您知道這時會發生什麼狀況嗎？

- * 自責感強烈的媽媽會覺得是自己的錯：一定是自己做錯了什麼？懷孕初期有吃了什麼藥？有去燙頭髮？搬家？有養貓狗？或是昨天和同事吵架等等，種種事實上不一定會有影響的事情都會一一浮現腦海中，然後一直自責難過，甚至於不敢再懷下一胎；更不幸的婦女，還會遇到連公婆或先生也是這樣想的悲慘境界。
- * 遇到不善於溝通的醫師或家屬對醫師不滿，易演變成醫療糾紛：聽到這句「不

知道原因」、「沒有理由」，往往就會懷疑醫師：「是不是他有什麼環節沒有注意到？」或是「是不是醫師做錯了什麼事情想要掩飾？」於是醫病關係弄得很糟，造成不滿與衝突，甚至於對簿公堂。

「臍帶繞頸」成為代罪羔羊

綜合以上兩點原因，醫師為了善意去安撫病人，使產婦和家屬能夠度過這個傷痛；也為了自己，讓執業生涯更為順利，不想去承受無謂的責難甚至訴訟，於是臍帶繞頸就成了代罪羔羊！因為它發生率高，常常會遇到，筆者就看過生產出死胎時，看到臍帶繞了脖子兩圈，當場就大大鬆了一口氣，然後趕緊叫家屬過來看的前輩！只要說一句「胎兒自己太調皮了，亂動亂繞結果上吊死了！」聽到這個結果，悲傷的媽媽、難過的家屬、甚至驚恐錯愕的醫護人員，雖然不捨但是勉強可以接受，心情也能得到撫慰，可以平靜面對未來人生。這樣說大家能夠理解嗎？

臍帶血流受阻才會出現危機

話說回來，臍帶繞頸到底有什麼意義呢？有興趣的人，不妨拿您家的有線電話機來試驗。把桌子當做子宮、底座就當胎盤、話機就當胎兒。其實這是非常傳神的，因為臍帶本來就是跟話筒線一樣，自己繞著像麻花辮似的，裡面有3條血管（2條動脈、1條靜脈）（見圖三及圖四）。臍帶纏繞有以下意義：

* 胎兒是不需要呼吸的！因此臍帶繞在哪兒根本沒有意義：重點是臍帶內的血流才是胎兒的命脈（見圖二、圖五及圖六），纏繞的臍帶不能壓迫或堵住血管，但這跟頸部怎麼會有關係？只是因為成人上吊會死，偶爾也聽到小朋友玩

窗簾繩子不幸被纏繞導致窒息的不幸事件，因此才被過度引用了。

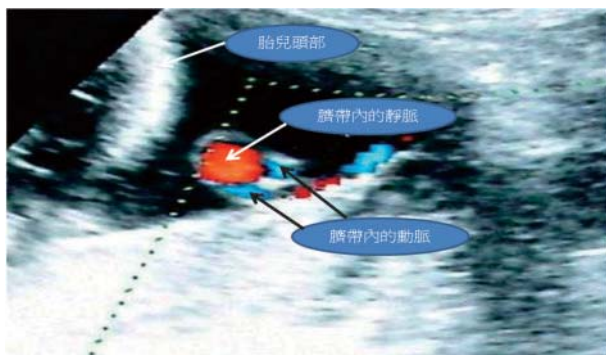
* 臍帶繞頸會出現症狀，只有在下列兩大情況：

（1）不是在待產的情況下：其實是極少發生的，包括臍帶繞身體再穿過去後導致死結（請用您的電話機試試看），拉緊之後會阻斷血流；還有同卵同羊膜的雙胞胎，兩個寶寶的臍帶互相纏繞打結造成阻斷；以及臍帶自己麻花自轉太厲害造成了血流受阻。這三項其實和繞頸並無一定相關。

（2）在待產的過程中：絕大部份臍帶繞頸會有症狀其實是在這個時期！因為平常在媽媽子宮裡，寶寶並不會有強制性的單方向的活動，如果扯住了，自己會和緩。然而在待產的時候，因為胎兒要往陰道的地方一直前進，如果臍帶不夠長，再加上有繞到小孩身體或脖子之後變得更短，就會出現症狀，包括：沒有理由的產程延長（被拉住了）；胎心音出現變異型減速（臍帶受壓迫的胎心音減速形式）；以及更極端造成胎盤早期剝離的例子（電話筒拉得太遠太用力，把整個底座拉掉到地上了）。但如果臍帶夠長，其實也大多不會發生。



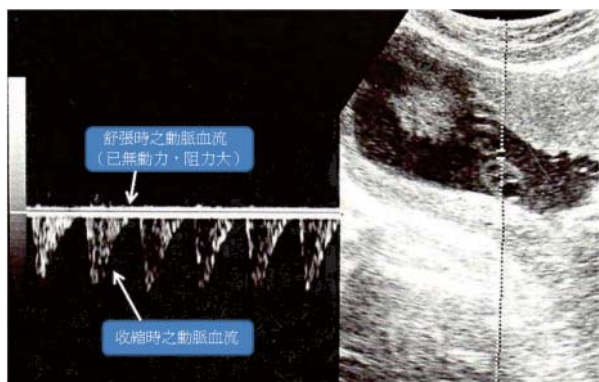
圖三：臍帶的一般超音波近照。可以看見很清楚的3條血管：2條動脈管徑較細、管壁較厚，而1條靜脈管徑較粗、管壁較薄。



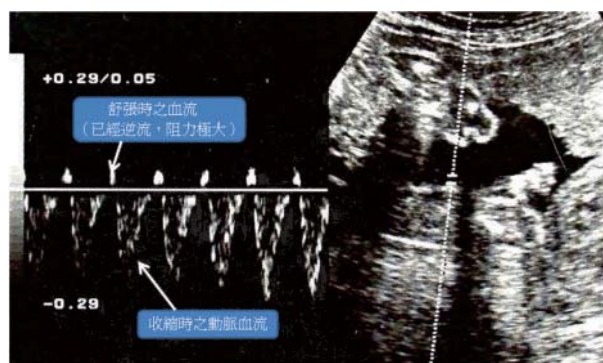
圖四：圖三打開都卜勒超音波來看血流，可以很清楚地看出來動脈和靜脈的血流方向是相反的，同時可以看到到臍帶就在胎頭旁邊，不過這樣並不能診斷是臍帶繞頸。

檢查臍帶血流比檢查臍帶繞頸更重要

因此醫師在產檢做超音波的時候，並不會刻意去看臍帶是否有繞脖子，實際上也不必要，就算看到繞頸又如何？當場也不能做任何事呀！話說回來，若是在脖子旁邊看到臍帶，也不能就說它有繞頸（見圖四），要用血流都卜勒確定是繞著才算是（見圖一）。反倒是評估臍帶裡面血流的阻力比較重要（見圖二、圖五及圖六）。如果一直要求醫師檢查臍帶繞頸，卻不去檢查臍帶血流或是羊水量這些真正有意義的指標的話，只怕不是正確的態度哦！



圖五：臍帶動脈的都卜勒流速影像。此圖中胎兒心臟收縮期（S）和舒張期（D）的血液流速比例（S/D）幾乎無限大（因為舒張期的流速幾乎是零），這表示臍帶到胎盤的血流阻力相當地大，胎兒可能已經有窘迫的現象。



圖六：臍帶動脈的都卜勒流速影像。此圖中胎兒心臟舒張期（D）的血液已經逆流了！因此流速比例（S/D）為負值，這表示臍帶到胎盤的血流阻力極大，胎兒可能隨時會死亡。



作者簡介

王培中

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、周產期醫學會、
醫用超音波醫學會會員

高層次超音波、母胎醫學專長

檢驗前之飲食會影響妊娠糖尿病篩檢的預測值

嘉義基督教醫院婦產部產科主任
王培中 主任

摘要

目的：探討在接受50克葡萄糖挑戰測試 (glucose challenge test, GCT) 之前的飲食，對妊娠糖尿病 (gestational diabetes mellitus, GDM) 的預測值的影響。

方法：本研究納入1387孕婦進行50-g GCT，GDM的診斷採美國國家糖尿病資料小組 (National Diabetes Data Group, NDDG) 的標準。孕婦於懷孕24-28週接受50-g GCT之前，進行營養調查：受試者依空腹的時間被分為三組： ≤ 1 小時、1-2小時、 >2 小時。篩檢前空腹 >2 小時的孕婦，進一步定義為「空腹」組，合併空腹時間 ≤ 1 和1-2小時的群體，定義為「進食」組。我們計算50-g GCT的陽性率和陽性預測值作為影響GDM的預測值。

結果：在婦女空腹 ≤ 1 小時、1-2小時、 >2 小時，分別有2.5%、3.1%、6.9%診斷為GDM。空腹組的陽性預測值顯著高於進食組，分別為27.1%和13.7%， $P=0.003$ 。經調整潛在的危險因子後，多變量邏輯斯回歸分析結果顯示，空腹組診斷為GDM的勝算比為進食組的2.86倍 (95% 信賴區間:1.65-4.95)。

結論：我們的研究結果表示，篩檢前空腹2小時與否，會影響GDM的預測值。

引言

因為種族和診斷標準的差異，妊娠糖尿病 (gestational diabetes mellitus, GDM) 的盛行率在0.7%和10.1%之間不等，且有逐年上升的趨勢 (1-4)。早期發現GDM以減

少GDM帶來的不良預後是重要的，但診斷的方法仍備受爭議 (5-7)。美國婦產科醫學會 (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) 建議用二階段篩檢方法檢驗GDM：50克葡萄糖挑戰測試 (glucose challenge test, GCT) 結合100克口服葡萄糖耐糖試驗 (oral glucose tolerance test, OGTT)，且在我們醫院已採用此方法10年。先前的研究顯示不良妊娠預後和用兩階段篩選方法診斷GDM有顯著的關係 (Wang P, Lu MC, Yan YH. Abnormal glucose tolerance is associated with preterm labor and increased neonatal complications in Taiwanese women. Taiwanese J Obstetrics Gynecol)。

ACOG曾表示接受50-g GCT可以「不考慮用餐時間或一天的時間。」 (8) 這對孕婦和醫生安排檢驗很方便，但目前還不清楚飲食的情況是否會影響GDM篩檢的預測值。過去曾有少數研究評估50-g GCT前，孕婦空腹或進食對檢驗結果的影響，但結果不一致，可能是因為研究設計、診斷標準、設定空腹時間及種族的差異 (9-12)。我們的研究目的是探討台灣女性在懷孕24-28週時接受GDM篩檢前，飲食的情況對檢驗結果預測值的影響。我們假設在接受50-g GCT前空腹會比沒有空腹導致更高的預測值。我們以50-g GCT陽性率和陽性預測值 (positive predictive value, PPV) 檢測整體GDM篩檢的預測值。

材料與方法

在這項前瞻性研究中，所有孕婦於

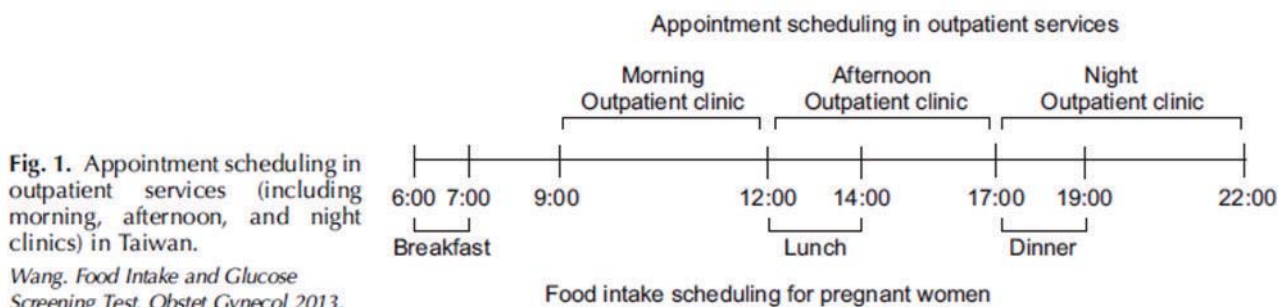
2011年3月和10月期間，在嘉義基督教醫院婦產部門診所招募。這項研究通過嘉義基督教醫院IRB的審查（證號：100030號），且所有的參與者皆簽署同意書。在嘉義基督教醫院中心實驗室依據標準的臨床計畫，使用日立7170自動分析儀測定血漿葡萄糖值。另外，我們再合併病歷記錄的數據及營養調查中收集到的數據。

在台灣，由於全民健康保險給付所有民眾的基本醫療費用，且在產檢手冊中有明文建議，幾乎所有懷孕婦女都有進行50-g GCT。此外，在台灣，產檢的門診服務是非常繁忙的，包括上午，下午和夜間時段（圖1），這和其他國家，其孕婦大多在早上看診（可空腹8小時以上）有所不同。在這種環境下，要確保在下午或夜間看診的孕婦，在接受GCT前空腹8小時以上或是午夜空腹，幾乎是不可能的。然而，讓孕婦在GCT前1或2小時，避免食物的攝取，在臨床上是較為彈性可行的。基於這個原因，進一步比較：接受GCT前，未進食至少2小時（空腹大於2小時）、未進食1-2小時、和1小時內有進食（空腹少於1小時）之間血糖測試的結果。

在嘉義基督教醫院就診的孕婦，除了孕前就有糖尿病之外，在懷孕24-28週時皆需接受50-g GCT，且被邀請參加這項研究。排除懷有多胞胎、曾患GDM或50-g GCT結果為陽性，但未接受100-g OGTT的

婦女（圖2）。婦女接受二階段式GDM篩檢方法：如果50-g GCT血糖值 $<140\text{mg/dL}$ ，定義為陰性反應。如果孕婦GCT結果為陽性，隨後須接受100-g OGTT。在參予者接受GCT之前，沒有特別說明是否需要空腹，所有的100-g OGTT時間安排在上午8:00-9:00門診進行，患者從午夜開始禁食，或至少空腹8小時。由於並未監控參與者事先的飲食狀況，因此，我們設計一份營養調查問卷，在孕婦接受50-g GCT之前，調查孕婦的飲食狀況：包括飲食的時間、食物的內容及攝取量。由嘉義基督教醫院社區護理室的護理師和孕婦進行面對面的訪問飲食回憶問卷（附件1，<http://links.lww.com/AOG/A353>）。食物總熱量與醣熱量，由營養師依據研究參與者所填答之飲食回憶問卷，並參考衛生署「國人膳食營養素參考攝取量」，「每日營養素建議攝取量」，「台灣地區食品營養成分資料庫」及「台灣常見食品營養圖鑑」來計算。

GDM的診斷是根據美國國家糖尿病資料小組 (National Diabetes Data Group, NDDG) 的標準，當在空腹、服用100克糖水後1小時、2小時、3小時之血糖值分別超過105、190、165、及145 mg/dL時，視為異常，2個以上的異常值則診斷為GDM。GCT結果為陰性反應時，則假設有正常的葡萄糖耐受性(normal glucose tol-



erance, NGT)，GCT結果為陽性，但未達到GDM標準，則定義為葡萄糖耐量異常（impaired glucose tolerance, IGT）。

根據接受GCT前最後飲食時間(空腹區間)，這項研究的參與者分為三組： ≤ 1 小時、1-2小時、 >2 小時，其中，空腹時間 >2 小時組定義為“空腹”組；空腹時間 ≤ 1 小時及1-2小時合併為“進食”組。身體質量指數(body mass index, BMI)的分類根據台灣衛生署國民健康局分為：體重不足(<18.5)、正常($18.5-24$)、超重($24-27$)及肥胖(≥ 27)四組。進一步將在接受GCT前2小時之內進食的孕婦，分別以200大卡總熱量及100大卡醣熱量為單位，各分為五組。我們以GCT陽性率和PPV當作預測值，PPV為「GDM的個案數」除以「GCT結果為陽性的個案數」。

對於連續變量先檢驗是否通過常態分布，若未通過，採用Kruskal-Wallis檢定三組空腹區間的差異；若通過，則採用變異數檢定(analysis of variance, ANOVA)三組空腹區間的差異，若各組間的變異數不一致，則改以Welch's ANOVA簡併各組間平均值的差異。經Kruskal-Wallis或

ANOVA檢定三組空腹區間之數值有顯著差異，進一步作Dunn's或Tukey-Kramer多重事後檢定。離散型的資料則採卡方檢定。三組空腹區間和二階段篩檢方法的預測結果之間的關係採卡方檢定，若顯著，進一步用partition卡方檢定找出影響顯著之切點(14)。在多變量的分析中，採多元邏輯斯迴歸，用年齡、初產婦與否、接受GCT的時間、孕前BMI及體重增加百分比調整後，檢驗GCT前空腹或進食和GDM篩檢結果之間的關係。用調整勝算比(odds ratio, OR)及95%信賴區間(confidence interval, CI)來呈現結果。定義雙尾檢定的P值小於0.05為顯著水準。除了Dunn's多重事後檢定是採用統計軟體GraphPad Prism 5.01之外，所有資料的彙整、分析皆採用SAS 9.2。

結果

在收集問卷期間，懷孕24-28周且孕前無糖尿病的孕婦共有1681名，其中，91%($n=1530$)的孕婦接受GCT並願意參予此研究。33名孕婦因未填最後進食時間而被排除，而15孕婦雖然因為身高、體重或

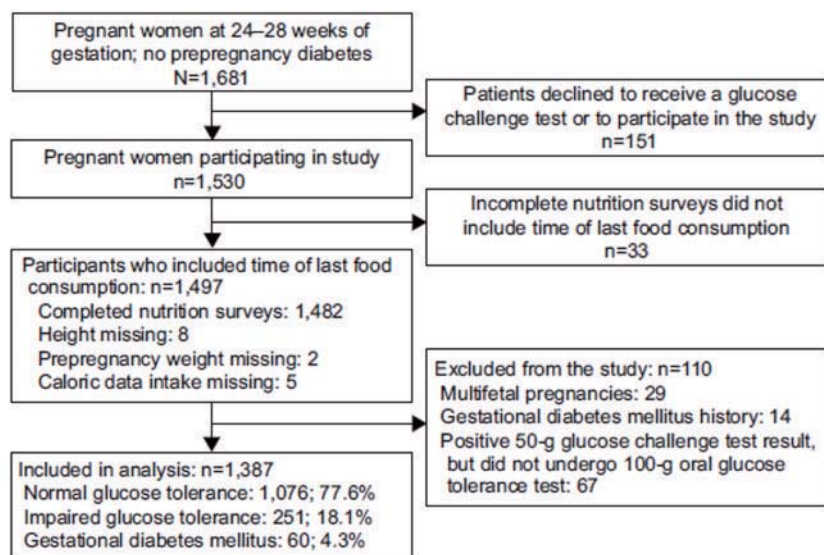


Fig. 2. The participants' enrollment in the study.
Wang. Food Intake and Glucose Screening Test. Obstet Gynecol 2013.

飲食內容未填，仍納入我們單變量的研究分析中。此外，再排除 110 名懷多胞胎 (n=29)、GDM 疾病史 (n=14) 及 GCT 陽性卻未做 100-g OGTT (n=67) 之孕婦，剩下 1387 名孕婦納入我們的研究分析中，其中，77.6% (n=1076) 為 NGT、18.1% (n=251) 為 IGT、4.3% (n=60) 為 GDM (圖2)。

表一顯示，除了初產婦與否及體重增加百分比在各組間顯著差異外，其餘研究參予者的基本特性均無顯著差異。在空腹區間 ≤ 1 小時的孕婦中有較高比例的初產婦 (58.1%，P=0.003)；在空腹區間 ≤ 1 小時及 1-2 小時的孕婦中體重增加超過 30% 的比例較空腹 > 2 小時的孕婦高出許多 (4.0% 及 3.7% 大於 2.2%，P=0.005)。

Table 1. Characteristics of the Fasting Interval Groups

Characteristic	Fasting Interval (h)			P
	1 or Less	1-2	More Than 2	
Age (y)				
Younger than 25	45 (11.4)	42 (8.7)	61 (12.0)	.26
25-29	154 (38.9)	166 (34.4)	169 (33.2)	
30-34	143 (36.1)	192 (39.8)	204 (40.1)	
35 or older	54 (13.6)	82 (17.0)	75 (14.7)	
Total	396	482	509	
Nulliparous status				
Yes	230 (58.1)	232 (48.1)	244 (47.9)	.003
No	166 (41.9)	250 (51.9)	265 (52.1)	
Total	396	482	509	
Time the glucose challenge test was received				
Morning (9 AM-12 PM)	144 (36.4)	153 (31.7)	169 (33.2)	.59
Afternoon (12-5 PM)	118 (29.8)	157 (32.6)	170 (33.4)	
Night (5-10 PM)	134 (33.8)	172 (35.7)	170 (33.4)	
Total	396	482	509	
BMI (kg/m ²)				
Prepregnancy				
Lower than 18.5	66 (16.8)	67 (13.9)	78 (15.5)	.90
18.5-24	249 (63.4)	308 (64.0)	324 (64.4)	
24-27	48 (12.2)	61 (12.7)	60 (11.9)	
27 or higher	30 (7.6)	45 (9.4)	41 (8.2)	
Total	393	481	503	
On undergoing glucose challenge test				
Lower than 24*	189 (48.1)	212 (44.1)	243 (48.1)	.60
24-27	111 (28.2)	156 (32.4)	151 (29.9)	
27 or higher	93 (23.7)	113 (23.5)	111 (22.0)	
Total	393	481	505	
Percentage of gestational weight gain†				
Less than 10	56 (14.1)	101 (21.0)	119 (23.5)	.005
10-20	248 (62.6)	256 (53.1)	283 (55.8)	
20-30	76 (19.2)	107 (22.2)	94 (18.5)	
30 or higher	16 (4.0)	18 (3.7)	11 (2.2)	
Total	396	482	507	

BMI, body mass index.

Data are n (%) or n unless otherwise specified.

The χ^2 test was performed.

* Combined group of BMI < 18.5 (n=10) to BMI=18.5-24.

† Percentage of gestational weight gain = [(weight on receiving glucose challenge test - prepregnancy weight) / prepregnancy weight] × 100.

表二顯示，診斷為IGT的婦女中，空腹 ≤ 1 小時之參予者的50-g GCT血糖值之中位數顯著高於空腹 >2 小時之參予者 (median [range] 159.5 [142–212] compared with 153 [141–238], $P=0.04$)，在NGT，GDM及所有的孕婦群組中，GCT血糖值在三個空腹區間均無顯著差異。(Appendix 2, available online at <http://links.lww.com/AOG/A354>).

表三顯示，GCT前不同的空腹區間和二階段篩檢方法的預測值有顯著的關係。表3A顯示在空腹 >2 小時的GDM比例為6.9%，顯著高於空腹 ≤ 1 小時(2.5%)及1-2小時(3.1%)($P=0.01$)，而IGT的比例相近(17.7-18.5%)。進一步將表3A依據partition卡方的規則分成B1-B4四個表

(Appendix 3, available online at <http://links.lww.com/AOG/A355>)(14).不論將族群分為GCT陰性和陽性(表3[B2])或GCT陽性中分為IGT及GDM兩組(表3[B4])檢定和空腹 ≤ 1 小時及1-2小時之間的相關性，結果均無關聯。由結果顯示，顯著切點是落在空腹2小時處(表3[B1]及[B3])，因此定義空腹 ≤ 2 小時為進食組， >2 小時為空腹組，表3(B1)顯示空腹組GCT陽性率較進食組高(25.3%和20.7%， $P=0.047$)，表3(B3)顯示空腹組PPV較進食組高(27.1%和13.7%， $P=0.003$)。總之，空腹組(空腹 >2 小時)有較高的GCT陽性率及PPV，而進食組中空腹區間不論 ≤ 1 小時或1-2小時均不影響檢測結果。

Table 2. Fifty-Gram Glucose Challenge Test and 100-Gram Oral Glucose Tolerance Test Results by Fasting Interval Group Among Pregnant Women With Normal Glucose Tolerance, Impaired Glucose Tolerance, and Gestational Diabetes Mellitus

Group	Result (mg/dL)	Fasting Interval (h)			P
		1 or Less	1–2	More Than 2	
Total		396	482	509	
Normal glucose tolerance	50-g glucose challenge test	121 (50–221)	119 (68–232)	121 (55–238)	.32*
		316	380	380	
Impaired glucose tolerance	50-g glucose challenge test	113 (50–139)	114 (68–139)	113 (55–139)	.88*
		70	87	94	
	50-g glucose challenge test	159.5 (142–212) [†]	156 (141–199)	153 (141–238) [†]	.04*
	100-g OGTT				
	Fasting	83 (73–95)	82 (70–119)	82 (69–104)	.28*
	1 h	162 (119–222)	155 (85–200)	152.5 (82–231)	.35*
	2 h	143.4 \pm 18.4 [‡]	135.9 \pm 19.8	133.3 \pm 21.6 [‡]	.006 [§]
	3 h	114.2 \pm 20.8	111.4 \pm 22.8	110.1 \pm 20.3	.48*
GDM		10	15	35	
	50-g glucose challenge test	181.0 \pm 26.7	181.7 \pm 21.2	175.2 \pm 19.1	.53*
	100-g OGTT				
	Fasting	90.6 \pm 16.8	87.1 \pm 7.3	91.8 \pm 9.5	.35 [§]
	1 h	203.8 \pm 41.0	201.9 \pm 20.8	202.5 \pm 19.2	.98 [§]
	2 h	188.0 \pm 25.0	184.2 \pm 11.4	183.3 \pm 17.9	.77 [§]
	3 h	174.5 (111–195) [†]	147 (53–181)	142 (67–197) [†]	.04*

OGTT, oral glucose tolerance test; GDM, gestational diabetes mellitus.

Data are n, median (range), or mean \pm standard deviation unless otherwise specified.

* The Kruskal-Wallis test and Dunn's multiple comparison test were performed for the post hoc multiple comparisons of the Kruskal-Wallis test.

[†] $P<.05$.

[‡] Analysis of variance (ANOVA) test and the Tukey-Kramer test was performed for the post hoc multiple comparisons of ANOVA.

[§] Welch's ANOVA test was performed.

Table 3. The Associations Between the Fasting Interval and the Predictive Value of the Two-Step Approach*

Fasting Interval (h)	χ^2					Partition χ^2				
	(A)					(B1)				
	Normal Glucose Tolerance	Impaired Glucose Tolerance	GDM	Total	P	Normal Glucose Tolerance	Impaired Glucose Tolerance+GDM	Total	P	
1 or less	316 (79.8)	70 (17.7)	10 (2.5)	396	.01	696 (79.3)	182 (20.7)	878	.047	
1–2	380 (78.8)	87 (18.1)	15 (3.1)	482						
More than 2	380 (74.7)	94 (18.5)	35 (6.9)	509		380 (74.7)	129 (25.3)	509		
Total	1,076	251	60	1,387		1,076	311	1,387		

GDM, gestational diabetes mellitus.

Data are n (%) or n unless otherwise specified.

The χ^2 was performed in (A). The partition χ^2 was used in (B-1) to (B-4) to find the significant cutoff of (A).

* The separated or combined groups (B1–B4) were analyzed using the partition χ^2 test.

Partition χ^2											
(B2)				(B3)				(B4)			
Normal Glucose Tolerance	Impaired Glucose Tolerance+GDM	Total	P	Impaired Glucose Tolerance	GDM	Total	P	Impaired Glucose Tolerance	GDM	Total	P
316 (79.8)	80 (20.2)	396	.73	157 (86.3)	25 (13.7)	182	.003	70 (87.5)	10 (12.5)	80	.67
380 (78.8)	102 (21.2)	482						87 (85.3)	15 (14.7)	102	
				94 (72.9)	35 (27.1)	129					
				251	60	311					
696	182	878						157	25	182	

表4的單變量分析中，飲食空腹狀況、年齡、孕前體重及體重增加百分比均和檢測結果有顯著相關，進一步用多變量分析，計算出空腹組經孕婦基本特性調整

後，診斷為GDM的OR為進食組的2.86倍(95% CI 1.65–4.95)，而飲食空腹狀況非IGT的預測因子(adjusted OR 1.17, 95% CI 0.87–1.56)。

Table 4. Adjusted Odds Ratio Estimates Using the Multinomial Logistic Regression Analysis*

Variable	Univariate				Multivariate			
	Glucose Challenge Test (–)		Glucose Challenge Test (+)		GDM compared with Normal Glucose Tolerance		Impaired Glucose Tolerance compared with Normal Glucose Tolerance	
	Normal Glucose Tolerance	Impaired Glucose Tolerance	GDM	P	Adjusted OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
Food intake state [†]								
Fed	696 (79.3)	157 (17.9)	25 (2.9)	.002	1		1	
Fasting	380 (74.7)	94 (18.5)	35 (6.9)		2.86	(1.65–4.95)	1.17	(0.87–1.56)
Age (y)								
Younger than 25	130 (87.8)	15 (10.1)	3 (2.0)	<.001	1		1	
25–29	399 (81.6)	80 (16.4)	10 (2.0)		1.14	(0.30–4.28)	1.76	(0.97–3.19)
30–34	399 (74.0)	114 (21.2)	26 (4.8)		3.05	(0.88–10.52)	2.51	(1.40–4.50)
35 or older	148 (70.1)	42 (19.9)	21 (10.0)		6.35	(1.77–22.84)	2.60	(1.35–5.00)
Nulliparous status								
Yes	550 (77.9)	131 (18.6)	25 (3.5)	.33	1		1	
No	526 (77.2)	120 (17.6)	35 (5.1)		0.96	(0.54–1.70)	0.81	(0.61–1.09)
Time the glucose challenge test was received								
Morning	353 (75.8)	85 (18.2)	28 (6.0)	.23	1		1	
Afternoon	352 (79.1)	76 (17.1)	17 (3.8)		0.64	(0.33–1.21)	0.91	(0.64–1.29)
Night	371 (77.9)	90 (18.9)	15 (3.2)		0.58	(0.30–1.12)	1.00	(0.71–1.40)
Prepregnancy BMI (kg/m ²)								
Lower than 18.5	172 (81.5)	33 (15.6)	6 (2.8)	.01	1		1	
18.5–24	695 (78.9)	152 (17.3)	34 (3.9)		1.44	(0.57–3.68)	1.08	(0.70–1.65)
24–27	123 (72.8)	37 (21.9)	9 (5.3)		1.83	(0.57–5.93)	1.48	(0.84–2.58)
27 or higher	78 (67.2)	27 (23.3)	11 (9.5)		3.46	(1.06–11.29)	1.68	(0.89–3.16)
Percentage of gestational weight gain (%) [‡]								
Less than 10	199 (72.1)	54 (19.6)	23 (8.3)	<.001	2.46	(1.25–4.84)	1.01	(0.69–1.49)
10–20	617 (78.4)	149 (18.9)	21 (2.7)		1		1	
20–30	228 (82.3)	36 (13.0)	13 (4.7)		2.12	(1.01–4.44)	0.72	(0.48–1.08)
30 or greater	30 (66.7)	12 (26.7)	3 (6.7)		5.06	(1.32–19.41)	1.95	(0.95–3.99)

GDM, gestational diabetes mellitus; OR, odds ratio; CI, confidence interval; BMI, body mass index.

In the univariate analyses, data are presented as n (%), and the χ^2 test was performed; in the multivariate analysis, data are presented as adjusted OR (95% CI), and multinomial logistic regression analysis was performed.

* Adjusting for maternal age, nulliparous status, time the glucose challenge test was received, BMI at prepregnancy, and percentage of gestational weight gain. Reference comparison group of the dependent variable: women with GDM and impaired glucose tolerance were both compared with women with normal glucose tolerance.

[†] "Fed" was defined as the combined 1 hour or less and 1–2 hours fasting interval groups. "Fasting" was defined as fasting more than 2 hours.

[‡] Percentage of gestational weight gain = [(weight on receiving glucose challenge test – prepregnancy weight) / prepregnancy weight] × 100.

Table 5. The Associations Between Calories and the Result of the Two-Step Approach

Caloric Intake (kcal)	Normal Glucose Tolerance	Impaired Glucose Tolerance	GDM	Total	P
Total					
Fewer than 200	162 (81.0)	33 (16.5)	5 (2.5)	200	.95
200–400	132 (77.7)	33 (19.4)	5 (2.9)	170	
400–600	191 (78.6)	44 (18.1)	8 (3.3)	243	
600–800	70 (76.1)	18 (19.6)	4 (4.4)	92	
800 or more	137 (81.6)	28 (16.7)	3 (1.8)	168	
Total	692	156	25	873	
Carbohydrate					
Fewer than 100	132 (79.0)	32 (19.2)	3 (1.8)	167	.65
100–200	168 (81.6)	32 (15.5)	6 (2.9)	206	
200–300	171 (74.7)	50 (21.8)	8 (3.5)	229	
300–400	156 (82.1)	29 (15.3)	5 (2.6)	190	
400 or more	62 (80.5)	12 (15.6)	3 (3.9)	77	
Total	689	155	25	869	

GDM, gestational diabetes mellitus.

Data are n (%) or n unless otherwise specified. The χ^2 test was performed.

表5顯示在GCT前2小時內進食多寡並不影響檢測結果。

討論

一個篩檢的方法應該要方便、安全且便宜，為了提高GDM篩檢的預測值，有些研究建議修改GCT的閾值，又有些研究建議修改服用糖水後抽血的時間，而我們關心的是篩檢前飲食對結果的影響。過去很少有相關的研究，且結果因研究設計、診斷標準、設定空腹時間及種族的差異而導致研究結果不一致。這些研究均將孕婦分為正常組及GDM組，分別比較各組在空腹或進食時的血糖平均值，我們的研究則是將正常組及GDM組合併，以GCT的陽性率和PPV來看GDM篩檢的預測值。此外，我們還用多元邏輯斯迴歸模型來檢測是否GCT前的飲食會影響GDM及IGT的診斷。我們也將進食組的飲食總熱量及醣熱量的多寡和GDM篩檢結果的關係納入研究分析之中。

這個研究是探討一個很重要的臨床問題，前瞻式的研究設計(非隨機試驗)、大樣本、採面對面的問卷訪談及和臨床息息

關關的主題是此研究的強項。在GCT前至少空腹2個小時(相較於進食的孕婦)可提高GDM篩檢的預測值(GCT陽性率及PPV)是此研究的主要發現，次要發現為2小時內飲食的多寡並不會造成結果的差異。此項研究結果可以提供臨床運用及指引一些參考。我們可以確定的是GCT前至少空腹2個小時可以彈性運用在臨床上並為檢測的正確性帶來好處。

和先前其他文獻的比較：在正常組中，之前有2篇研究設計空腹的切點和我們的研究不同，但結果都是空腹組和進食組的平均血糖值均無差異(9,10)，但另外2個研究則呈現相反的結果：Lewis et al.(11)表示空腹組有較高的血糖值，而Wu et al.(12)表示空腹組有較低的血糖值。在GDM組中，2篇研究顯示空腹組有較高的血糖平均值(10,11)，而Wu et al.(12)的結果是空腹與進食2組之血糖平均值沒有顯著差異。我們的研究結果顯示IGT組和GDM組血糖值在空腹和進食間的差異的結果和Wu et al.(12)是一致的，此外，我們正常組血糖值計算結果和美國的2項研究

結論一致(9,10)(詳見表二)。

雖然在表一顯示受試者的基本特性中，初產婦的比例在GCT前空腹 ≤ 1 小時的族群中較高，但表四單變量分析結果表示初產婦的狀況並不會影響GDM的篩檢結果($P=0.33$)，另外，表一中亦顯示體重增加的比例較多的人分布在空腹 ≤ 1 小時及1-2小時的群組中，這應該會導致診斷出較多GDM的結果，但事實上我們最後篩檢結果卻是空腹 >2 小時組高於空腹 ≤ 1 小時及1-2小時的群組(6.9%和2.6%-3.1%)。所以基本特性的偏差隊最後結果的分析影響其實是很小的，不過我們還是進一步用多變量分析，將基本特性放入模型中調整，再檢驗飲食狀況和診斷GDM或IGT之間的相關性(表四)，結果和表三是一致的。因為有些混淆因子是未知的或是無法量化，所以需要進一步設計隨機試驗來檢驗這項研究的發現。

雖然我們採用面對面訪談填寫回憶問卷，但僅由一位營養師計算卡路里，其計算的正確性仍會遭到質疑，因此未來的研究對於食物熱量的計算應該更加嚴謹，為了解決可能出現的問題觀察者之間的偏差，應由兩個以上的營養師計算飲食的熱量(15,16)。

我們的研究結果發現篩檢前的飲食的確會影響GDM的預測值，這項結果也許可以提供臨床運用及指引一些參考。

參考文獻

1. Fadl HE, Ostlund IK, Magnuson AF, Hanson US. Maternal and neonatal outcomes and time trends of gestational diabetes mellitus in Sweden from 1991 to 2003. *Diabet Med* 2010;27: 436–41.
2. Pedula KL, Hillier TA, Schmidt MM, Mullen JA, Charles MA, Pettitt DJ. Ethnic differences in gestational oral glucose screening in a large US population. *Ethn Dis* 2009;19:414–9.
3. Zhang F, Dong L, Zhang CP, et al. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus in Chinese women from 1999 to 2008. *Diabet Med* 2011;28:652–7.
4. Ferrara A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus: a public health perspective. *Diabetes Care* 2007;30: S141–6.
5. Basevi V, Di Mario S, Morciano C, Nonino F, Magrini N. Comment on: American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2011. *Diabetes Care* 2011;34: S11–61.
6. Screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus. Committee Opinion No. 504. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011;118:751–3.
7. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358:1991–2002.
8. Management of diabetes mellitus in pregnancy. ACOG Technical Bulletin No 92. American College of Obstetrics and Gynecology. Washington, DC: ACOG; 1986.
9. Berkus MD, Stern MP, Mitchell BD, Newton ER, Langer O. Does fasting interval affect the glucose challenge test? *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1812–7.
10. Coustan DR, Widness JA, Carpenter MW,

Rotondo L, Pratt DC, OhW. Should the fifty-gram, one-hour plasma glucose screening test for gestational diabetes be administered in the fasting or fed state? *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:1031–5.

11. Lewis GF, McNally C, Blackman JD, Polonsky KS, Barron WM. Prior feeding alters the response to the 50-g glucose challenge test in pregnancy. The Staub-Traugott effect revisited. *Diabetes Care* 1993;16:1551–6.
12. Wu LF, Liu DY, Huang XH, Zu XS, Yang M, Liu WJ, et al. Multicenter study on screen method for gestational diabetes [in Chinese]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003;38:132–5.
13. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. National Diabetes Data Group. *Diabetes* 1979;28:1039–57.
14. Agresti A. Partitioning chi-squared. An introduction to categorical data analysis. 2nd ed Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2007. p. 39–40.
15. Beaton GH, Burema J, Ritenbaugh C. Errors in the interpretation of dietary assessments. *Am J Clin Nutr* 1997; 65:1100S–7S.
16. Kubena KS. Accuracy in dietary assessment: on the road to good science. *J Am Diet Assoc* 2000;100:775–6. 758



作者簡介

王培中

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、周產期醫學會、
醫用超音波醫學會會員

高層次超音波、母胎醫學專長

以下為轉載自發表於張令瑋醫師部落格的文章

系列之一

你以為醫療只有唯一的答案嗎？

通常都不是。

晚餐時看新聞，播出一則罹患SMA（脊髓性肌肉萎縮症）小女嬰的父母決定在女兒短暫的生命裡微笑陪伴她做完人生該體驗的一些事。

http://www.tvbs.com.tw/news/news_list.asp?no=betty0045520120430223727

看影片比較令人感動，害我忍不住掉淚。。。

如果是我的女兒患了這種病，我不確定我是否承受得了。

話說，這其實可以產前診斷出來的。

在我有小孩之前，我很樂觀地以為我夠堅強，可以承受後代某些程度的先天異常/疾病，因為我很單純地以為某程度的異常/疾病是可以靠現代醫療/療育系統，維持在某程度的控制範圍內。所以像SMA這種晚發型遺傳疾病（就是小孩出生時都好好的，看不出異常，快則幾個月到兩三歲時發病，慢則活到40歲才發病），就乾脆不要去檢測了，「怎能任意剝奪一條生命存活的機會！？」

（純然理性的人會有的想法）

有了小孩之後，著眼點不再是優生學，更不是現在看起來其實一點都不具同理心的「尊重生命」假道學，而是很單純的身為一個母親的不捨。不捨自己的小孩

受苦受難。（這份疼惜就會讓感性可承受範圍縮小到…極小）！

所以，我重新思考這些檢驗的必要性與面對的態度。而這些思考，的確影響著我如何面對來產檢的新手父母的遺傳諮詢。

話又說回來，積極地診斷出來，引產活生生的生命，對孕婦、家屬甚至醫療人員，其實也都會留下一些陰影。。。而且，「愛佛瑞」的出生、存在與死亡，帶給父母的豐盛是否可能多過她不曾存在呢？而且，人世間就又少掉這則透過網路世界鼓勵著人心的溫馨故事了。。。 （我又說冷眼旁觀的話了。。。還有，你也先不要冷血地討論起家庭成本、社會成本。。。）

如果是你，SMA screen一定會做嗎？



系列之二 飲食的心得



那天去逛家樂福，想說也許買個零嘴，在餐與餐之間可以當點心吃。滿滿兩排走道兩側的餅乾零食。。。只有不到五樣符合我現在的飲食標準——理論上，也符合「健康」原則！

現在買食物，已經養成看成份表，以及營養標示；外食，也會先想想這家餐廳主要的菜色、烹調方式如何。點餐時也會問問用的是甚麼油，含不含蛋、奶油等成份。。。

很慎重地再次發現：

- 市場上實在充斥太多「垃圾食物」！
- 外食，要好吃、美食，用的食材其實大半不太健康（比如說霜降牛肉+多脂/卵的海鮮；香醇全脂奶+濃郁奶油，也許再加上特濃巧克力），烹調方式又油又鹹，以及，「過度烹調」（又炸又烤又煨又煲的。。。）！

結論是：現代人要維持健康飲食，還真不是一件容易的事！！

在將近一個月的嚴格飲食控制之下，我的膽固醇和三酸甘油酯都下降了，雖然還沒完全正常，但已接近正常邊緣，有信心生產完就可以恢復正常。（懷孕本來就會讓兩者的血中濃度提高）。

以前哪～～雖然我已經算有在注意自己飲食內容的人了，但真正的「均衡飲食/健康飲食」於我，是口號，而不全然是生活習慣！在好好關心、研究過「飲食金字塔」的詳細內容，加上真的好好去看哪些食物含有哪些營養素，是好是壞，之後，我真的覺得繼續外食，幾乎不可能維持健康！還是自己烹煮會健康許多！

我一定要想想，之後開始工作，如何做到自己煮。。。

說說為什麼家樂福那些糕餅餅乾零食都不能吃吧。

第一、熱量高！過度攝取熱量，徒增體重罷了。

第二、要不是很鹹的就是很甜的！鹹的吃多影響血壓控制、增加腎臟負荷；甜的吃多，除了發胖，最後也會讓三酸甘油酯上升。

第三、用的油都不對！夠好吃、濃郁的餅乾，用的是奶油。然而動物性奶油成本太高，所以可能用的是植物性奶油，植物性奶油雖然膽固醇較動物性奶油低，但反而有高飽和脂肪酸以及反式脂肪的壞處。而且不騙你，沿路看過去，幾乎用的都是棕櫚油。棕櫚油和椰子油一樣，飽和脂肪酸含量比豬油還高喔！如果不是寫棕櫚油的，就是模糊地寫是「植物油」。理論上植物油經過高溫加熱，多少會形成危害人體的「反式脂肪」！但是廠商的標示裡面，「反式脂肪」的含量一律標示為「0」，這其中，就出現了我不能理解的差距囉。。。！甚至有一款餅乾，標示用的油是「氫化植物油」，而「反式脂肪」最常見的來源就是將植物油氫化！這款餅乾的營養標示中，「反式脂肪」一樣標示為「0」！

近來跟「夥伴們」常常聚餐，吃 buffet，他們明顯看出我有好多東西都不吃，也常分享飲食控制的心得。上次聚餐時，我跟他們說飲食控制的成果，他們有點讚嘆，但也認為這樣飲食控制「很辛苦」。

我倒是覺得「習慣就好」！

老公跟著我這樣吃，也變得比較結實了！

我們已經說好，以後繼續保持良好的飲食習慣，然後大約每個月上館子「大快朵頤」一次。。。

拉哩拉雜地寫了一堆，自己覺得這文章寫得有點凌亂，可能因為太熱了，天氣，所以思緒不是很能專心。果然孕婦到了後期，會非常怕熱！！

以下是一個多月來看書整理出來一些有關於控制「血油」相關知識與飲食指南，還有一些迷思的解惑。。。等等，也是有點雜亂的，不過大家就參考參考吧。。。

1. 人體還是需要膽固醇的。

甲、合成人體許多荷爾蒙，如腎上腺素、性荷爾蒙的原料

乙、皮膚中的膽固醇經陽光的紫外線照射，可轉化成維生素D，可幫助腸道對鈣的吸收，間接達到維持骨質密度的功效

丙、膽固醇也可轉化為膽酸、膽鹽，幫助消化，同時促進碳水化合物代謝

丁、膽固醇中的高密度脂蛋白（HDL，亦即俗稱的『好的膽固醇』）可以幫助清除危害血管壁健康的血栓、斑塊，並幫助

『LDL——壞的膽固醇』代謝掉。

所以，膽固醇不是萬惡的淵藪，但是絕不能讓血中濃度太高，「剛剛好最好」！而且最好的狀況是增加『好的膽固醇』濃度，降低『壞的膽固醇』濃度。

2. 三酸甘油脂（triglyceride, TG）即所謂的中性脂肪，合成的原料是醣類，要特別注意的是，過量的酒精最後也會在肝臟轉成糖類；血中TG的濃度也會隨飲食中的油脂種類和含量而改變。所以說所有的飲食成份，在體內，最終是轉換來轉換過去的！
3. 身體所需的膽固醇約2/3人體自行合成，只有1/3由食物攝取而來。所以不要攝取太多。美國心臟學會建議每人一天攝取量應小於300毫克，已經有高血脂症者，甚至應少於200毫克/天
4. 膳食纖維在消化道中與膽鹼結合，幫助更多的膽固醇轉化成膽鹽排出體外。而且多攝取膳食纖維，可增加飽足感，避免過度進食，有助於體重的控制。
5. 鈣質可降低血膽固醇。
6. 維生素C參與膽固醇轉化為膽鹽的過程。
7. 食用油種類選擇：不飽和脂肪酸可增加糞便中排出的膽鹽和膽固醇，飽和脂肪酸如動物性油脂、棕櫚油，以及人造奶油、反式脂肪，較不容易排出而在血管內堆積。
8. 抽菸會損壞血管內壁，造成膽固醇堆積；酗酒將降低好的膽固醇，增加壞的膽固醇含量。
9. 不運動使脂肪囤積，造成肥胖，影響脂質代謝。另外，運動才能增加血中好的膽固醇（HDL）濃度。

10. 工作或生活壓力大、情緒易激動、精神長期處於緊張狀態者，也會影響血脂升高。
11. 壓力大使血流加速衝擊，血管壁就容易損傷，招來白血球、血小板形成 plaque，壓力產生自由基，減損血管抗氧化能力，也提高LDL氧化程度，造成更多脂質附著在血管壁上。血管壁脂質越積越多，越來越狹窄，最後發生硬化、病變。
12. 每週3~5次，每次30分鐘以上的流汗運動（有氧運動）。
13. 養成看食物成分標籤的習慣。（選低脂低鹽分低糖食物）
14. BMI：體重(kg)/身高平方(m²)。亞洲人標準在18.5~23。<18.5為過輕、>23為過重、>25則已經是肥胖。
15. 腰圍：男性>90cm（35腰）；女性>80cm（31腰）屬肥胖。
16. 油脂多，不飽和脂肪酸比例亦高者：秋刀魚、鯖魚、鮭魚；油脂多，不飽和脂肪酸比例卻低者：虱目魚、鱈魚、烏魚、石斑；油脂少，不飽和脂肪酸比例高者：鮪魚、鱸魚、黑鯧、白帶魚、金線魚（但幾乎不含Omega-3脂肪酸？）。
17. 抗氧化食物。維生素C、E、 α -胡蘿蔔素，可幫助消除自由基，防止脂質氧化，避免血管阻塞。C: 蔬果；E: 植物性油脂、穀類、堅果； α -胡蘿蔔素: 「紅橙黃」三色蔬果中。每日建議食用劑量：Vit. C: 100 mg; Vit. E: 12 mg.
18. 少量的抗氧化劑，例如維生素E，是效果良好的抗氧化劑，但若由外界補充過多，反而削弱人體自身的抗氧化功能，對健康不利，最好還是由日常生

活中多樣飲食來攝取比較好

19. 適量飲酒：男性約30g/日（約啤酒兩瓶=600ml、葡萄酒4杯=250ml、烈酒2小杯=40ml、米酒140ml），女性約15g/日
20. 除了控制飲食，正常的生活作息與運動習慣也很重要。
21. 動物性奶油飽和脂肪酸含量高，那植物性奶油（人造奶油）呢？植物性油脂本身，脂質較軟，因此在製造植物性奶油過程中，加以氫化，提高油脂的硬度和口感，並適合高溫重複油炸，但如此一來，也會將原本的不飽和脂肪酸轉變成「反式脂肪」。「反式脂肪」完全破壞了人體原有的脂質代謝機制，連細胞膜合成與賀爾蒙的製造都受到影響。最新研究還顯示可能與兒童過敏、成人糖尿病、大腸癌都有關連。反式脂肪在生活中其實處處可見！糕餅業者愛用的烤酥油、乳瑪琳，咖啡店常免費提供的奶精、奶球，路邊攤或速食店甜甜圈、炸雞、炸薯條所用的炸油，幾乎都使用反式脂肪或人造奶油（目前麥當勞和肯德基已宣稱不用這種油）（所以是用動物性油脂去炸囉!?)
22. 各種油加熱後維持穩定的溫度不同，一般而言，當油一冒煙，表示已經開始變質，其中不飽和脂肪酸較易變成反式脂肪酸。葵花油、菜籽油、亞麻仁油、冷壓初榨橄欖油的「冒煙點」約只有107℃，所以只適合涼拌、加水炒煮，不適合大火快炒、油炸；一般橄欖油、花生油、芝麻油、玉米油、大豆油，「冒煙點」約有160℃可中火炒，但仍不適於大火炒、煎、炸。要大火炒、煎、炸，要選用油脂較穩定的豬油、杏仁油、棕櫚油、椰子油

（注意喔！棕櫚油、椰子油雖是植物來源，但其飽和脂肪酸竟然比豬油還高喔）（單元不飽和脂肪酸比多元不飽和脂肪酸稍微穩定些）

23.每人每日營養素建議量：約2000大卡、蛋白質60g、脂肪55g、碳水化合物320g、鈉6g、飽和脂肪酸18g、膽固醇300毫克、膳食纖維20g。

24.衛生署公布的每日飲食指南：

甲、五穀根莖類：3~6碗。「一碗」飯約200g、中型饅頭1個、或土司4片

乙、奶類：1~2杯。「1杯」約牛奶、發酵乳1杯（240 ml）、乳酪1片（~30g）

丙、肉類、豆類：4份。「1份」肉類約1兩（~30g）、豆腐1塊（~100g）、豆漿1杯（240ml）、蛋1個

丁、蔬菜：3碟。「1碟」約蔬菜3兩（~100g）

戊、水果：2個。「1個」約中型橘子1個（~100g）或番石榴1個

己、油：2~3匙。每匙約15g

簡單煮個麵當午餐，打開電視，窩在電視機前吃起來。

頻道停在[置入性行銷"健康"節目]之一。

因為實在很餓，吃麵先，就先聽聽他們到底在賣甚麼膏藥吧。。。

他們找了個妝化得很美，打扮頗養眼的美女，和另外一位先生（聽了很久，才有機會知道他是個醫檢師，而不是醫師）侃侃而談雌激素對女性的重要性。。。

天哪~~

他們居然斬釘截鐵地要大家從青春期的開始就要補充女性荷爾蒙，25歲以後更需要補，不然就會老得快、骨質流失、OOXX。。。

廣告回來的時候，旁白人員用一種很驚天動地的聲調說：妳因為胸部平坦自卑，影響功課？妳因為胸部平坦下垂在床上得不到幸福，影響夫妻感情？妳因為停經而骨質疏鬆，急速老化。。。本節目即將為你揭發"徹底"解決以上困擾的"秘密武器"。

（嗟~~行銷手法真的令人拍拍手！）

接下來更厲害了！

他們還"很有良心"地說，雌激素補充太多是會致癌的，然後搬出WHI的研究報告出來。引用結果數據沒錯，但引申錯了！因為他們說這個結果告訴我們化學合成的雌激素是有害的，但是，如果是天然的、植物性的就不會，甚至於，植物性雌激素不但可以防癌，還可以加強血液循環通暢。。。 （我聽你在放X）！😏

然後就是介紹產品（當然是誇大宣傳啦）

系列之三

不要看不實廣告的"健康食品"節目



接下來，就。。。。太扯了

美麗小姐搬出一台儀器，叫做「卵巢活力測量儀」，用來測量 卵巢 雌激素活力旺不旺盛。。。用法是將偵測器放在肚皮上，幾秒鐘就會出來結果。。。。

(然後她說的卵巢位置根本不對。。。😏)

牛醫師跟你打包票，根本沒有這種儀器！！

接下來更。。。宇宙無敵誇張，讓所謂的Model現場吃一顆，聊一聊天，再測一次，卵巢雌激素活力就由原來的及格邊緣，上升到100%了！！

旁邊有個職業是記者的女性就問了：怎麼可能效果這麼快就出來？

美女說：這問題問得太好了，不愧是記者，有專業素養。。。因為我們的產品有OOXX，在胃部就消化吸收了。。。 (講幾句話的時間，搞不好藥丸子還在食道呢。。。)

。。。。。。。。
。。。。。。。。

真想去檢舉！！

但這種節目，基本上整個下午時段都在播，有賣「轉骨方」的、有賣(牛猜，根本就是實驗室裡面在做實驗用的)各種生長激素、還有像今天看的這個「天然」雌激素。。。不勝枚舉

不看還好，看了很想吐血！！

牛相信格友們水準都很高，一定也跟牛一樣不屑，但請也告訴身邊的親朋好友：別被這些掛著「健康醫學新知介紹」羊頭，實際上是「置入性行銷」的電視節目蠱

惑了，而花錢買一些無用的食品（無用還好，還怕吃了傷身！！）還連帶聽了一些亂七八糟的「健康」（不健康）資訊！！

還有，不要看到節目上有穿「白衣服」的，就信以為是夠專業的人在講專業正確的醫療知識！！

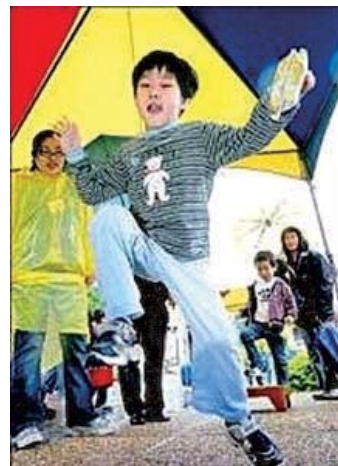
系列之四

轉骨方 用錯時機長不高

前幾天才看了一個懷疑性早熟的女孩。之前在X大時，也看了不少個。牛的一位同學小兒科醫師更是這方面的專家。。。

有時候，是「有問題」，而不只是「營養太好了」而已。。。

牛道明醫師（真正的「牛」醫師😏）是這方面的專家，看看他說些甚麼。。。



骨齡短期內成熟 反效果

〔自由時報 記者洪素卿台北報導〕現代父母多半希望孩子長得高，也有人以偏方或藥方，幫孩子轉骨。不過，有醫師發現，部分因疾病而長不高的孩子，使用偏方後短短幾個月，骨齡就成熟了好幾

歲，反而壓縮日後使用生長激素治療可以促進的身高。

醫師呼籲，如果孩子有長太快、長太慢或是性徵提早出現等身高警訊，建議先就醫找出問題，不要自己隨便使用轉骨偏方。

性徵若提早出現 快就醫

台北榮民總醫院小兒科主治醫師牛道明指出，有個十一歲的小女生，原本定期在門診接受追蹤治療，有次醫師在X光片發現她的骨齡短短幾個月竟成熟好幾歲，追問下女童的父親才說這陣子給孩子吃了一些轉骨偏方，推測可能因此造成孩子骨齡急速成熟。

牛道明指出，原本估計這個孩子經過治療有機會長到接近一百五十公分，但是最後這個孩子還是沒有超過一百四十公分。

台北醫學大學附設醫院小兒內分泌科主治醫師楊晨表示，轉骨如果以中醫的角度來看，就是趁小朋友青春期到來的時候，加強個體的相關需求，以此看來其實是合理的。問題在於使用的時間點，且門診病童的生理狀況無法跟正常個體比較。

如及早介入治療 還有望

「像是性早熟的小孩，本來骨齡就已經超前，若過度催化，可能導致骨骼成熟更快；而生長緩慢的孩子，其實需要更多時間慢慢長，一下子長太快，最後反而都不長了。」

牛道明指出，生長受到染色體、遺

傳、荷爾蒙、營養及疾病等多種因素控制，其中包括生長激素缺乏及透納氏症候群的兒童，如果能夠及早發現，介入治療，其實可以讓身高成長到一定高度。

今年十三歲的小芳，是一個透納氏症候群的病童，從小一到小五，身高維持在一百二十公分左右，媽媽一直以為她是「大隻雞慢啼」，一直到第二性徵都出現了，才發現問題，雖然打了兩年生長激素，第一年長了六公分，但之後效果就不理想，目前只長到一百四十一公分。

牛道明發現，被家長擔心不夠高而帶來門診求治的孩子中，十個中最多只有一個真的有問題；反倒是因為性早熟導致生長板提前閉合，影響身高的問題越來越常見。

除了遺傳之外，一般家長想要讓小朋友長高，在成長期間給予充分的鈣質也很重要，楊晨提醒，一般女生骨齡到十四歲、男生骨齡到十六歲，就會停止生長了，不過，骨齡與實際年齡未必相同，生長板是否完全閉合，可由手部X光確認。

均衡飲食多運動 是正道

建議家長掌握孩子在第二性徵來臨前的關鍵時期，男生約十三歲、女生約十一歲前，讓孩子早點睡、多運動如跳繩、補充鈣質均衡飲食，幫助孩子長高。

女孩太早補 月經會早到

所謂轉骨方通常是補藥，主要是補氣、補血為主，須依個人體質用藥，中醫師強調，使用轉骨方的時間點非常重要，另外，一些高貴的補藥也未必適合小孩子

吃。

中醫師吳明珠表示，轉骨方不只男女不同，還必須依每人體質不同進行調整。其內涵的藥方主要是補腎陽、補氣血等為主，常見的像是杜仲、川七、蟲草、紅花，或是台灣傳統草藥含殼草、九層塔根等都有人用。使用的劑量或是時機也很重要，才不會把小女孩的月經補得提早報到。

「使用轉骨方的時間點很重要，如果補得太快，造成孩子太早成熟，反而不利於孩子生長。」長庚醫院中醫部醫師楊賢鴻指出，有些家長非常心急，才三、四年級就帶來要求轉骨，他通常都會拒絕，尤其是女生月經還沒來前，不建議用轉骨方。

十歲小女生長到 F 罩杯

不過，這可不代表月經來了，就一定能使用轉骨方。吳明珠指出，近年來診間出現不少性早熟的個案，一些小女生才七、八歲，胸部就大起來了，甚至有十歲小女生，已經有 F 罩杯，連月經也來了。

面對這類性早熟個案，除了要求家長帶著孩子到西醫檢查、確認內分泌狀況外，也不能使用轉骨方，反而要用像是知母、黃柏等藥物，還會請家長讓孩子多運動、避免吃一些高熱量食物，調整生活作息，希望適度抑制性腺發育。

高貴補藥未必適合小孩

「其實不只是轉骨方不能隨使用，一些高貴的補藥也未必適合小孩子吃！」吳明珠說，她先前接獲一個從加拿大回台的案例，十歲左右的小女生，幾乎都已經發

育完了。她請家長先帶孩子給西醫檢查，結果發現，「生長板幾乎都要密合了」，根本沒有什麼長高的空間。

詢問之下才發現，這個小女生的媽媽從她小的時候，就常常用鹿茸等高貴藥材滋補，「鹿茸對於更年期的熟女或許適合，但是對於小朋友卻可能有促熟的作用，不建議使用。」

吳明珠強調，小朋友長得慢，原因很多，有些是病態性、基因性的問題，就必須與西醫一起處理。有一部分可能是脾胃差、運動少，甚至是因為睡不好或是比較神經質等造成，須由醫師問診後處方調理，有些還須佐以針灸促進氣血循環，本來就不是一帖轉骨方即能解決。



作者簡介

張令瑋醫師

現任：

安安婦幼診所副院長

經歷：

國立成功大學附設醫院婦產部主治醫師

書道 石川 森 庾信（上）

張峰銘 醫師

庾信平生最蕭瑟，暮年詩賦動江關（杜甫）

石川

那一年在日本北海道夏日艷陽下漫遊，從札幌往函館的路上，窗外一片藍天碧海，導遊順手一指：「看阿！津輕海峽。」我心裡悸動莫名，遠看天空萬里無雲，廣闊無邊，海峽波浪四平八穩，白浪像輕熟女的白襯裙蕾絲邊輕輕來回擺動，千種風情，搖曳生姿。白中有藍，藍中有靛，靛中有光，粼光閃閃，津津有味。海峽靜靜地，沒有海鷗的叫聲，遠處海上一葉孤舟，漫不經心的隨風漂泊，在浩瀚的宇宙場景中，顯得特別渺小。這就是在我生命光影中，來回擺盪數十年的津輕海峽，期盼了兩世紀，終於一睹丰采。

我和津輕海峽的因緣，只是起於一首歌。數十年前日本演歌女星石川小百合的成名曲「津輕海峽・冬景色」。

津輕海峽・冬景色 (Tsugaru Kaikyo Fuyugesshiki)

主唱：石川小百合 (石川さゆり) (Ishikawa Sayuri)

作詞：阿久悠

作曲：三木たかし

上野発の夜行列車 おりた時から

[從東京上野出發的夜班列車走下車的時候]

青森駅は 雪の中

[青森火車站覆蓋在大雪中]

北へ帰る人の群れは 誰も無口で

[北歸的人群 都靜默不語]

海鳴りだけを きいている

[只有海的聲音 靜靜地回盪]

私もひとり 連絡船に乗り

[我獨自一人 搭上連絡船]

こごえそうな鷗見つめ 泣いていました

[看見凍僵的海鷗 忍不住落淚]

ああ 津輕海峽冬景色

[啊啊 津輕海峽的冬景色]

ごらんあれが竜飛岬 北のはずれと

[那就是龍飛岬 已是本州北方的盡頭]

見知らぬ人が 指をさす

[周圍陌生的人 用手指著]

息でくもる窓のガラス ふいてみたけど

[雖擦了窗戶的玻璃還是模糊]

はるかにかすみ 見えるだけ

[只能遠遠地眺望]

さよならあなた 私は帰ります

[再見了 親愛的 我要回去了]

風の音が胸をゆする 泣けとばかりに

[風聲在胸中迴盪 好像哭泣一般]

ああ 津輕海峽冬景色

[啊啊 津輕海峽的冬景色]

さよならあなた 私は帰ります

[再見了 親愛的 我要回去了]

風の音が胸をゆする 泣けとばかりに

[風聲在心中迴盪 好像哭泣一般]

ああ 津輕海峽冬景色

[啊啊 津輕海峽的冬景色]

據日本友人告訴我「津輕海峽・冬景色」故事的由來。一位北海道出身的少女

到東京求職工作，遇到了爛桃花，招來始亂終棄，不得不於冬天大雪肆虐寒風狂號之時，孤孤單單一人搭乘東京上野出發的夜班列車一路到青森火車站下車，轉搭青函連絡船，航度津輕海峽，回到北海道的家鄉。寒冬、大雪、冷風、海浪、鷗鳴、夜車、搭船、岩岬、孤單、少女、津輕海峽，蒼蒼茫茫、默默無語，無可奈何，聽來叫人心酸。

津輕海峽位於日本本州與北海道之間，東連太平洋，西接日本海，全長115公里。海峽最近的距離是由本州最北的城市青森到北海道南部大港函館，兩地之間海上交通全靠青函聯絡船相連。青森是盛產青森蘋果的大縣，與北海道一樣，冬季全是大雪，人口稀少。自從介於青森與函館的海底青函隧道通車以後，津輕海峽海上交通的重要性逐漸沒落，已被陸路取代。

然而只是搭車從青函海底隧道經過，一點也無法感受津輕海峽的「蒼美」與「淒愴」。津輕海峽的「蒼美」在汪洋一片，漫無邊際，海風徐徐，海鷗飛翔。津輕海峽的「淒愴」是向來北海道是日本歷史上罪犯與弱勢者流放之地，旅人橫越津輕海峽不得已北歸的心酸，多少無奈蒼涼隨著海浪的搖擺，心上過往壘壘憂愁，對未來心境惶惶的恐慌，歷歷回溯，晰晰眼前，使得津輕海峽，尤其在冰天雪地的冬景色，成了日本人心目中最無奈最辛酸的風景記憶，最痛苦最激動的人生體悟，長久以來已然深入日本國民靈魂的DNA。這也是為什麼每年除夕夜，日本NHK電視台收視率最高的壓軸大秀「紅白歌合戰」（紅白對抗賽）中，「津輕海峽・冬景色」總是一再傳唱，石川小百合也幾乎是

「NHK紅白歌合戰」數十年高達35回的座上貴賓。

石川さゆり（石川小百合，Ishikawa Sayuri），1958年1月30日生，今年55歲，離婚，單身，自嘲是平成年代最早離婚的藝人，獨力撫養一女。十五歲出道，十九歲初唱「津輕海峽・冬景色」，一炮而紅，歷久不衰，至今五十五歲知天命之際，依然以此曲最為出名。石川從少女一路唱到熟女以至於今五十路的年紀，共計約有兩千多首歌曲問世，然而仍以「津輕海峽・冬景色」最為好聽。

自從在台灣電視上看到石川小百合預計在台北首度登場，我猶疑一會，左思右想，還是決定不惜投入重資購買最昂貴的入場券，和內人一起去台北追星，親身一睹仰慕數十年日本天后的風采。仔細想來，都已是五十八歲的老夫老妻，還學少男少女，於2013年7月27日，北上三百公里追星，有那麼一點輕狂。又想到蘇東坡「江城子」（密州出獵）：「老夫聊發少年狂」，「鬢微霜，又何妨。」



（石川さゆり，石川小百合，Ishikawa Sayuri，翻攝自網路）

石川小百合雖然已經是五十五歲的熟女，然而氣質高雅，內斂溫柔，眯眯雙眼，微微笑臉，目光放起電來，十分迷人，無形之中，教人無不銷魂。說起日本話，甜甜蜜蜜，像黃鶯出谷的啼聲，在山谷中迴響，輕輕撥弄聽眾的心弦。石川特別喜愛和服，髮型配合和服多變，二小時演唱會，以十五秒超級高效率換了四件和服、四種髮型，紅、綠、白、黑，充分表達日本傳統女性溫文爾雅、體貼誘人的特質。石川鵝蛋臉，比起數十年剛出道時的青澀模樣，越來越美麗。左下有一顆美人痣，更有畫龍點睛的效果。



(鄧麗君，テレサ テン，Teresa Teng，1953-1995，翻攝自網路)

石川小百合和鄧麗君(日本名：テレサ・テン，英文名：Teresa Teng，1953年1月29日生，1995年5月8日卒，得年42歲)，是同門師姊妹，都是作曲名家三木たかし（三木剛，Miki Takashi，1945年1月12日生，2009年5月11日卒，得年64歲）的學生。1977年，石川小百合唱紅

「津輕海峽・冬景色」，使得三木たかし受到日本歌壇肯定。80年代，鄧麗君唱紅的歌曲，幾乎都是三木剛的創作，包括「償還」（つぐない）、「愛人」、「我只在乎你」（時の流れに身をまかせ）等。「我只在乎你」一曲讓鄧麗君獲得日本唱片大賞，三木たかしの曲子讓鄧麗君在日本建立了不朽的地位。名師高徒，相得益彰，傳為佳話。



(三木たかし，三木剛，1945-2009，翻攝自網路)

石川較年輕（1958年生），少鄧麗君五歲，可算是鄧麗君的師妹，然而石川出道早，成名也較早；鄧麗君在日本吃盡了數年苦頭與排擠之後，才終於熬出頭，成名較晚。相較之下，石川幸運多了。石川深知鄧麗君夙有氣喘痼疾，成名不易。石川身體健康，天天運動，節制飲食，注重保養，青春永駐，在舞台上跑來跑去，高唱「素蘭要出嫁」的日本演歌，臉不紅、氣不喘，歲月未曾留下痕跡。

上天不公，徒留千古遺憾，讓鄧麗君英年早逝，這是世界的無法彌補的損失。石川小百合非常尊敬鄧麗君，惺惺相惜，也特別嘆息鄧麗君早逝。石川小百合在記

者會上回憶鄧麗君是個處於龍蛇雜混五顏六色日本演藝界中，出奇內斂的罕見藝人，鄧麗君天真無邪，從不訴說困難。鄧麗君必須常年忍受嚴重的氣喘，卻認真工作，努力唱出最美的歌聲。石川又說：最後幾年看得出鄧麗君身體已出現問題，皮膚氣色沒有過去好，但鄧麗君絕口不提病痛。石川小百合回憶最後一次見面時，鄧麗君還不停強調許多想做的事未完成，還想繼續一心懸命地努力，傳達非常堅強的意志。偉哉！鄧麗君。

石川和鄧麗君歌唱有不少相似之處，或許是三木たかし同門師姊妹之所以然。可仔細聽起來，卻有不同之處。石川小百合是日本演歌傳統精華中的精華，鄧麗君是統合東亞，中、台、港、星、日多國歌壇優點，融合各形各色流派、出類拔萃的唯一巨星。

2013年7月27日台北演唱會，石川小百合一開場就唱出成名曲「津輕海峽・冬景色」。意猶未盡，安可曲又再邀觀眾合唱「津輕海峽・冬景色」。石川也唱了「夫婦善哉」、「天城越え」、「夫婦三昧」、日本民謠等20多首歌曲，值回票價。五十八歲的老夫老妻，北上三百公里追星，不虛此行。

近年來，年歲日增，我深入日本文化的森林，研究日本文學的意涵，體悟日本演歌的幽雅，回味無窮，使得我改變對日本文化刻板堅硬的印象。當天除了「津輕海峽・冬景色」外，我最欣賞石川小百合的「天城越え」（攀越天城山），張力十足，真音、假音、哭音、哀音、顫音、抖音，高高低低，有如九十九曲折的萬丈瀑布，自然流露，渾然天成。

天城越え（あまぎこえ Omagi goe 攀越天城山）

主唱：石川さゆり

作詞：吉岡治

作曲：弦哲也

隠(かく)しきれない 移(うつ)り香(が)が
[藏也藏不住的香氣]

いつしかあなたに 浸(し)みついた

[不知不覺 親愛的 沉浸其中]

誰(だれ)かに 盗(と)られる くらいなら

[與其你被別人偷走]

あなたを 殺(ころ)していいですか

[親愛的 把你殺了好嗎]

寝(ね) (みだ)れて 隠(かく)れ宿(やど)

[凌亂的寢具 隱密的房間]

九十九折(つづらおり) 淨蓮(じょうれん)の 滝(たき)

[九十九曲的淨蓮瀑布]

舞(ま)い上(あ)がり 揺(ゆ)れ 墮(お)ちる

[飛舞而上 搖曳墜落]

肩(かた)のむこうに あなた…

[落在肩上 親愛的…]

山(やま)が 燃(も)える

[山在燃燒著]

何(なに)があっても もういいの

[會發生什麼 也沒有關係了]

くらくら燃(も)える 火(ひ)をくぐり

[霹啪霹啪的燒 火已燒進來]

あなたと 越(こ)えたい 天城越(あまぎこえ)

[親愛的 想與你一起攀越 攀越天城山]

口(くち)を開(ひら)けば 別(わか)れると

[一開口 就提分手]

刺(さ)さったまんまの 割(わ)れ硝子(が
らす)

[心像被碎玻璃割著]

ふたりで居(い)たって 寒(さむ)いけど

[縱然兩人一起 還是感到寒意]

(うそ)でも抱(だ)かれりゃ あたたか
い

[雖然是虛情擁抱 還是溫暖]

わさび沢(さわ) 隠(かく)れ (みち)

[山葵的沼澤 隱密的小路]

小夜(さよ)時雨(しぐれ) 寒天 橋(かんで
んばし)

[小夜陣雨 寒天橋]

恨(うら)んでも 恨(うら)んでも 軀(から
だ)うらはら あなた…

[心中有恨 心中有恨 身體卻是相反 親
愛的…]

山(やま)が 燃(も)える

[山在燃燒]

(もど)れなくても もういいの

[就算無法挽回 也無所謂了]

くらくら 燃(も)える 地(ち)を這(は)って

[霹啪霹啪的燒著 火已經燃燒過來了]

あなたと 越(こ)えたい 天城越(あまぎ
ご)え

[親愛的 想與你一起攀越 攀越天城山]

走(はし)り水(みず) 迷(まよ)い恋(ごい)

[急奔的流水 執迷的戀情]

風(かぜ)の 群(む)れ 天城(あまぎ) 隧道
(ずいどう)

[雲湧的風 天城隧道]

恨(うら)んでも 恨(うら)んでも 軀(から
だ)うらはら あなた---

[心中有恨 心中有恨 身體感受卻是相反
親愛的---]

山(やま)が 燃(も)える

[山在燃燒]

(もど)れなくても もういいの

[就算無法挽回 也無所謂了]

くらくら 燃(も)える 地(ち)を這(は)っ
て

[霹啪霹啪的燒著 火已經燒過來了]

あなたと 越(こ)えたい 天城越(あまぎ
ご)え

[親愛的 想與你一起攀越 攀越天城山]

尤其，聽到石川唱到哀怨之處：「あ
なたを 殺(ころ)していいですか」(親愛
的，把你殺了，好嗎?)，渾身發麻。再
次聽到「くらくら 燃(も)える 地(ち)を
這(は)って」(霹啪霹啪，火已經燒過來
了。)彷彿看到天城山滿山滿谷被女人的
怨火燃燒，心理顫抖不已。未了，又聽到
哀怨女子的請求：「あなたと 越(こ)え
たい 天城越(あまぎご)え」輕聲呼喚：親愛
的，想與你一起攀越，攀越日本男女感情
的聖山---天城山朝聖，剪不斷，理還亂，
讓人方寸大亂，勾魂動魄，繞樑三日。

天城山(あまぎさん，Mt. Amag
i)，位於日本靜岡縣伊豆市，伊豆半島最
高山，日本百岳名山。從山頂眺望，可以
看到日本大文豪諾貝爾獎得主川端康成的
名作「伊豆の踊子」中享有盛名的天城隧
道。

川端康成的短篇小說「伊豆の踊子」

（伊豆舞孃；いずのおどりこ；Izu no odori ko：The Izu Dancer）敘述主人公，一位二十歲的高中生孤兒川島，單獨前往伊豆半島旅行。途中偶遇一群飄泊流浪藝人，川島決定同行。期間，主人公暗戀少女踊子---「薰」，再加上巧見溫泉氣氛中踊子「薰」天真無邪的裸體，驚為天人。

川端康成在「伊豆の踊子」描述道：

「從微暗的浴室內，突然跑出一個裸體女子，站在更衣室的梯上，彷彿要跳入溪中，豎著腳尖，伸展雙手，不知叫喊著什麼。赤裸裸的女子，連毛巾都沒有圍，她就是那踊子（舞孃）。我看到她兩腿筆直，梧桐般修長的身材，潔淨白皙的裸體，我的心好像灑了清涼的水，深深呼一口氣，不由得咯咯微笑起來。她是個天真無邪的女人，發現我們高興得裸身衝到陽光下歡呼的孩子。我因而放心愉悅，咯咯笑個不停，腦海裡彷彿被什麼東西拭過那樣清爽，微笑一直不曾消失。」

主人公深深感受到與這群流浪藝人，雖是陌路偶然相遇，卻能相互扶持的暖流。最終，旅行結束，藝人繼續飄泊，川島回到現實；然而，受限於旅程短暫、受限於階級懸殊，都注定這次邂逅，只能是開花不成凋落早夭的愛情。話又說回來，雖然只是與飄泊流浪藝人數日短聚、雖然只是與伊豆舞孃「薰」一場沒有結果的戀情，主人公卻因此自孤兒的枷鎖中解放，體悟四海之內皆兄弟姊妹的可貴。

其實，「伊豆の踊子」的孤兒男主角就是孤兒川端康成的化身，川端康成細寫他的初戀，表面溫柔細緻，輕描淡寫，實則幽幽動人，扣人心弦，使得伊豆半島、天城山、天城隧道，遠近馳名。換句話

說，天城山就是日本文學中，男女一生當中必須前往朝拜的愛情聖地。石川小百合演唱「天城越え」，讓聽眾腦海中充滿了愛情聖地被女人滿山滿谷怨火燃燒的意象，實在驚心動魄。

石川小百合離婚多年，至今單身，曾經自嘲是日本平成年代最早離婚的藝人，近期卻喜歡一再演唱歌頌夫妻感情的演歌，如「夫婦善哉」、「夫婦三昧」等，教人費解。也許得不到才是最好的，做不到才是最美的。「夫婦善哉」、「夫婦三昧」都是凡夫俗子愚夫拙婦做不到的理想，只有在夢中追尋，只有在優雅的旋律中傳唱。（待續）



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

異鄉遊子魂牽夢縈的家鄉味 漫談府城小吃

蔡幸芬 醫師

“民以食為天”、“吃飯皇帝大”…這些耳熟能詳的諺語載載說明著人們對吃的講究和重視，而貼近市井小民生活作息與飲食習慣的庶民小吃，更是最能反映一個地區民眾飲食文化的標的物。就如同離家的孩子最想念媽媽的家常菜，異鄉遊子最念念不忘的也是家鄉的這些小吃！府城特有的歷史背景蘊養出豐富多樣的小吃文化，雖僅涉獵品嚐其中之一二，但本著台南天龍人的驕傲和熱情不願藏私，與同樣熱愛美食的大家分享一些感想與心得！

台南的小吃發展與歷史變遷息息相關，也因此小吃據點往往就分布在古蹟四周步行可及之處，在此先以店家所在地作區隔介紹囉！

保安路

只要是挑戰過台南美食之旅的朋友絕對不會錯過的小吃一級戰區！眾家名店聚集，密集度之高可執府城之牛耳！



天字第一號是灣裡老店的第二代，老店注入新血激盪出耀眼的火花！迥異於一般羊肉店給人的既定印象，店內乾淨明亮，簡約的日式裝潢，夜幕低垂時店招隱隱透出藍光，單是門面就相當吸引人想一探究

竟。

因著酪農業發展，台南的牛肉、牛肉湯遠近馳名，卻甚少人提到羊肉，店家還細心地將食用羊肉的好處製成看板，方便介紹推廣。台南有名的羊肉料理店也不少，卻鮮少有店家像咩這樣在料理以外的地方也毫不馬虎，店內的布簾、菜單甚至餐具的包裝紙都很有一致性地印上藍底白字的店名，整體營造日式羊肉店的風格，相當有質感，料裡都還沒端上桌就已經讓人相當期待。



越是尋常的料裡越能考驗店家的功力！芥蘭羊肉和羊肉炒薑片都是常見的羊肉料理，但咩的羊肉入口軟嫩，仿若半熟牛肉的口感令人驚艷！一般店家為了蓋過羊肉特有的腥羶味多半會在調味上作調整，因此訪問的羊肉多半是過辣過鹹的重口味，但咩的芥蘭羊肉卻有著與眾不同，醬油砂糖的焦香味，羊肉炒薑片的薑味也不致於太過而掩蓋羊肉本身的風味，值得品嚐！



相當特別的菜色—涼拌羊頭肉，好奇心驅使下點的菜色卻也沒讓人失望！羊皮特有富膠質與嚼勁的口感配上些許骨邊肉，經過店家的巧手調味，即成一道珍饈美饌！店家雖貼心附上許多佐餐的蒜頭蔥末，但其實羊肉調理得既保留風味又不致過癮，原味就很美味啦！



相當少見的羊燥飯，羊肉燥滷得軟嫩不柴，飄散的醬油焦香配合微甜的口感，誘人的黃褐色泛著油光在雪白的米粒上鋪陳開來，令人忍不住食指大動！



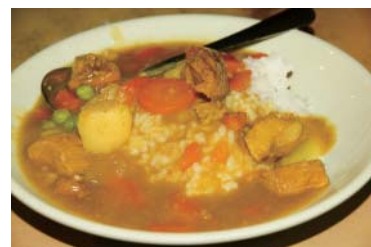
麻油麵線和羊肉清湯，雖不致令人驚艷但也都相當美味，飯後來一瓶自產自銷的冰羊奶，為豐盛美味的一餐劃下完美的句點。



接下來介紹的這家是名店中的名店，招牌上掛著的即是店內最有人氣的菜色。



成大婦產科某退休教授最念念不忘的咖哩販一端上桌，沒有令人驚豔的賣相，也沒有引人垂涎的濃稠，但一入口，仿若印度咖哩濃郁的香料味充盈口中，外表是貌不驚人的日式咖哩，入口卻有濃郁豐富的口感，難怪能成為名店的招牌料理歷久不衰。



另一道招牌料理—鴨肉羹，風味雖仍比不上穩坐霸主之味的新港鴨肉

羹，但表現也不俗，值得一嚐。

個人相當喜愛的香菇肉飯，食材皆滷得入味又不過鹹，豬肉香軟不柴，是道地的台南口味一偏甜，不習慣者或貴體微恙者（ex. Dm）請小心食用。



個人對浮水魚羹這項食物一直沒有特別偏好，但阿鳳的魚羹讓我對這道菜色大大改觀！新鮮魚漿製成的肉羹帶出湯汁的鮮甜，恰到好處的勾芡更添美味，值得一試！



台南著名的蝦仁肉圓店家之一，芋粿雖也是招牌，但因個人喜好的緣故，在此僅介紹肉圓了。



本店的蝦仁肉圓風味迥異於其他店家，關鍵在於獨到的醬汁一飄散在黃澄汁液中的紅色顆粒是蝦膏！因此伴著Q彈的

肉圓送入口，滿嘴濃濃的鮮蝦味，重口味者還可加入黃芥末調味，武廟肉圓雖也可加芥末增加風味，加黃芥末的卻恐怕只此一家了，真是好蝦！好特別！好好味啊！



每份有3顆肉圓，份量雖不大作工卻一點不馬虎，小小的肉圓表皮有一定厚度，Q彈有嚼勁，撥開肉圓即可看見嫩白鮮甜的火燒蝦，入口美味，推薦給大家！



接下來介紹個人最喜愛的鍋燒意麵店家！鍋燒麵是很普遍的平民小吃，作法卻也有南北之分，北部湯頭多半以沙茶口味為主，有些店家加沙茶粉，更常見是直接加沙茶醬，配料有竹輪、魚丸等。南部道地作法則是以高湯（大多是柴魚湯頭）加入炸物（最常見是炸魚片及炸蝦）及米麩，個人是台南天龍人，喜好就不言可喻

了！本店的湯頭鮮甜，加入標準配料、意麵及半熟蛋，濃郁蛋汁伴著鮮美湯頭入口，美味極了！讓人想不推薦也難！

台南名產一牛肉湯，這家已經由第二代接手經營的老店雖身處一級戰區，表現依舊毫不遜色。芥蘭牛肉加豆瓣醬拌炒，甜中帶辣還飄散引人食慾的醬油焦香，牛肉湯頭鮮甜，肉質軟嫩，若五臟廟仍有空間，絕不可錯過！



本店是網路超人氣名店，提供的餐食當然是一大賣點，能夠把臟器處理得毫無腥味，湯頭鮮美，而肉質又能不失軟嫩，個個都需要真功夫；而老闆的另一項真功夫是過人的記性，到此用餐，即使門庭若市也不需寫點菜



單，只要告訴老闆你的座位和點餐需求（通常此時老闆也不會正眼瞧你），之後老闆就會炫技般地不停手煮出一碗碗佳餚美饌，接著口中誦念出相對應的座位和菜色，據說從不出錯，下次有機會除了享用美食還可順勢考考老闆喔！



享用任何美食，最後若少了甜點作結尾總覺若有所失，幸好這兒就有這麼一家甜品店。招牌杏仁茶、杏仁豆腐冰、綠豆饅任君挑選，讓各位的美食之旅有個完美的終曲！



蔡幸芬

2013.08.03 in 台南醫院新化分院

作者簡介

蔡幸芬醫師

現任：

台南醫院新化分院婦產科醫師

您不可不知的金門口袋美食小吃

梁玉玲 醫師

在這放牛吃草的一年裡……喔！對不起！更正，是”修練身心靈的歲月裡”，小梁有努力地把”宅在家裡長香菇”的代言人，轉變成”夜夜笙歌”的忠實信徒，為的就是希望能把一年前各位大大對我殷切的期許（科部來金門旅遊時能當個盡責的報馬仔！）給不負眾望的達成！無奈，目前還是只有我獨自欣賞”風吹草低見牛羊”的磅礴美景（PS.金門人還是有在養牛羊啦！只是牠們都被眷養在部隊區後面的草地裡，所以一般觀光客看不到啦！）。不打緊，小梁我還是盡責的貢獻出身上的肥肉，努力的吃遍金門著名的美食。但是族繁不及備載，所以今天我先跟各位介紹一些平民美食，等到大大們想通了想要來金門踢館的時候……喔！對不起！又說錯了，是”上有名的館子，把酒話桑麻”時，到時再來開個深度人文之旅及館子專題吧！

〈牛肉麵〉

媲美日本的松阪和牛，肉質一級棒

金門所養的牛是吃酒糟長大，肉質柔嫩，入口即化，所以只有來金門才能吃到不同凡響的生牛肉片。所以各家獨門風味再搭配肉質軟嫩的金門牛，就造就出百家爭鳴的牛肉麵盛宴。



店名：榕榕園麵館
地址：金門縣金湖鎮黃海路7號
營業時間：11:00~14:00
17:00~20:00(周四公休)

榕榕園是道地的川味小吃，開業至今十五年。榕榕園專賣紅燒牛肉麵、牛肉湯餃、鮮味餃子。在店內吃可搭配它的特製辣椒醬以及酸菜。可別小看這兩樣，每樣老闆都作得很專精，都是他的拿手菜！小梁曾經舌尖嚐試過它的辣度（絕對是蛇辣等級以上）。辣椒醬必須前一天晚上預約，隔天製好交貨，新鮮又好吃！，

喜相逢民國77年就成立了，店裏最出名的就是燒餅跟刀削麵。為金門的阿兵哥們必到的店家。白底黑字招牌到淺藍綠色的店門，古味十足。老闆用一把刀，抓準角度開始削麵糰製作麵條，熟練技術讓一片一片的麵條進入滾水中。刀削麵則從近午賣到晚上七、八點左右，口味方面有牛肉麵、牛肉湯麵以及榨醬麵。厚實的手工刀削麵，吃起來很Q、湯頭又好，是街上生意最好的一家麵店。除了有招牌的刀削牛肉麵以及刀削系列外，還提供各種小菜，如海帶、豬耳朵、牛肚…等。燒餅有鹹、甜兩種口味，鹹的包絞肉、蔥；甜的包糖，一律10元，從近午開始，賣完為止。



店名：喜相逢
地址：金門縣金湖鎮復興路5號
營業時間：11:00~20:00(幾乎全年無休,即使是過年，因為小梁在過年期間值班就是靠它吃飯)

PS. 龜毛的老闆認為好吃就是要自己來吃，所以拒絕把產品po出來，所以沒照片啦！

看起來不怎麼華麗的店面，想不到每次一到吃飯時間，都高朋滿座，往往都要等上一段時間，但為了要嚐上這種美味的客人，就算等待也值得。店裡採用的麵條是渾圓有彈性的日本拉麵，香Q滑嫩的麵條，會一口接一口唷！蔥油餅也挺有名氣的，餅皮酥脆不乾硬，裡層有濕潤度有層次，有足夠的蔥花香氣。最值得一嚐的，是牛肉料理；正統的金門酒糟黃牛肉，加上特製的酸菜，一湯匙辣椒，哇！幸福滿分。



店名：老爹牛肉麵

地址：金門縣金湖鎮新市里武德新莊26號

營業時間：11:00~14:00

17:00~20:00(周五公休)

〈鍋貼〉

創立於1963年的成功鍋貼，由第一代陳允南老師傅創立，現在已傳到第二代了，店內以香噴噴的蛋汁鍋貼最為超人氣，皮Q餡豐富，起鍋前淋下蛋汁，一口咬下，吃出手工麵皮的層次與彈性，加上熟透的內餡，汁鮮甜入口，雖是燙了舌頭亦是義無反顧地吞下。館內除了招牌鍋貼外，還有許多融合山東口味的大菜，也是食客不可錯過的，鮮嫩味美、份量十足，可謂道道好滋味；真是好吃到沒話說呢！



店名：成功鍋貼

地址：金門縣金湖鎮成功村99-4號

營業時間：10:00~20:00(周五公休)

未完..待續



作者簡介

梁玉玲醫師

現任：

成大醫院斗六分院婦產科醫師

新進同仁介紹

婦產部護理師-PA



楊秀美護理師

學歷：

私立中華醫事技術專科學校護理科

經歷：

73年~83年 奇美醫院外科病房副護理長

83年~90年 周宗盛婦產科診所護理主任

90年~93年 成大醫院外科加護單位護理師

93年~94年 新樓醫院婦產科醫助

94年~102年 周宗盛婦產科診所護理主任



王淑君護理師

學歷：

輔英科大助產系

經歷：

95年~99年 花蓮慈濟醫院婦產科病房、產房護理師

100年~101年 市立大同醫院婦產科病房、產房護理師



吳亭誼護理師

學歷：

美和科大護理系

經歷：

96年-102年 屏東婦產專科醫院護理師



洪秀芬護理師

學歷：

中華醫事科技大學

經歷：

內科病房8年

102.07.14同馨會二週年紀念大會

圖/吳宛珊 文/田惠文

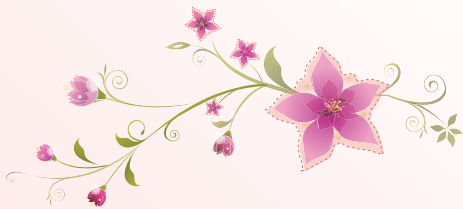


哇!同馨會已經兩歲了!在高級的大億麗緻酒店聚會耶!!



凡走過必留下“筆跡”喔!

活動照片之一



你在看我嗎?可以再靠近一點喔!



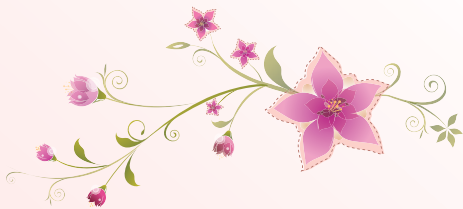
繼續加油～希望同馨會可以一直茁壯成長喔!



是講了什麼開心的事情呢?! 大家都會心一笑呢!



好久不見了～大家齊聚一堂，相談甚歡呢！



最後還是要來一張大合照，為今天的餐會劃下完美的Ending吧！



102.07.25送舊餐會

周佩宜、蔡幸芬、吳珮瑩、陳柏帆、鍾佩穎

圖/吳宛珊 文/田惠文

送舊篇-頒發紀念獎牌



吳珮瑩醫師



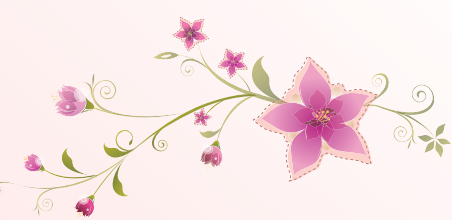
陳柏帆醫師



鍾佩穎醫師



周佩宜醫師不克前往，
由試管嬰兒室貴香代為領獎



蔡幸芬醫師不捨落淚中...



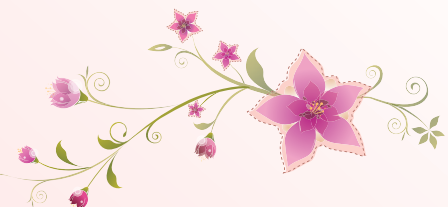
此時由白岳儒醫師代為領獎



離職醫師們敬酒中…但是氣氛有點感傷…



最後，還是要送上最誠摯的祝福



祝福各位醫師前途似錦



開開心心得往前邁進喔!

102.07.30住院醫師座談會

圖/吳宛珊 文/田惠文

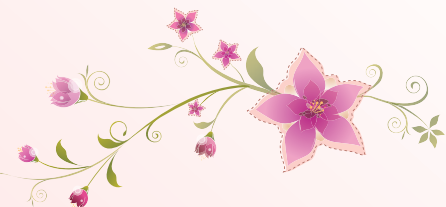


咦！叔叔的表情怎麼有點…



哇！都是美女耶～非常上相喔！

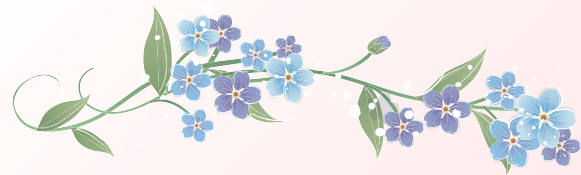
活動照片之三



像是一家人和樂融融



歡樂的氣氛～就是要像這樣快樂喔！



拍照的招牌姿勢重出江湖了～



開心的一起合照～耶！～



弄瓦之喜篇

102.06.03鍾佩穎醫師

圖/吳宛珊 文/田惠文



睡得好熟的小天使～



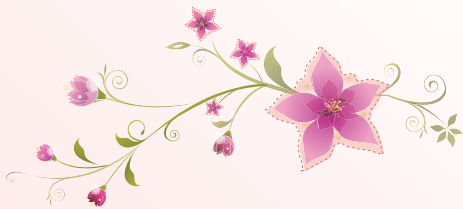
漂亮媽咪與可愛的女兒合照之一



漂亮媽咪與可愛的女兒合照之二



溫馨的一家人合照之一



溫馨的一家人合照之二



不錯呢！大家都有看鏡頭喔！



弄瓦之喜篇

102.07.24蔡佳吟專科護理師

圖/吳宛珊 文/田惠文



一出生就有紅包～真是開心！



恭喜!喜獲千金～



一起沾沾喜氣吧！

這兩年多以來非常感謝各位婦產部同仁對同馨會雜誌的愛護，不管是醫學上的新知，或是心情上的分享，都能予以多方面的支持，使此會刊變得豐富且多元化，也更貼近人心！此次會刊內容在醫學新知方面有與生殖醫學相關的「Clomiphene Citrate在不孕症患者的應用」以及臨床案例的經驗分享—「子宮內膜異位」。此外，在散文雜記中，也記錄了許多台南道地的美食小吃，均是實地品嚐過後的些許觀感，一同與大家分享！然而，在科部人力上，雖然有些醫師離職各奔前程，但也新進四位新血—婦產部護理師（PA），故在本刊中也有簡略的介紹，讓各位有所認識，以便期許在推動各項臨床業務上能互相協助、幫忙。最後，仍然要再次對各位科部同仁致上萬分的謝意，能夠踴躍、不藏私的發表自己的文章，不管是醫學專業上的資訊，或是心情小品的抒發，都能讓閱讀本雜誌的同仁在知識上有所成長外，心靈上也有正向的引導！



作者簡介

吳孟興 主任

現任：成大附設醫院婦產部主任

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