

台灣 婦產科醫學會會訊

發行日期：2010年10月168期

台北誌字第3號執照登記為雜誌交寄



地址：台北市民權西路70號5樓
電話：(02) 2568-4819
傳真：(02) 2100-1476
網址：<http://www.taog.org.tw/>
E-mail：obsyntw@seed.net.tw
發行人：蔡鴻德
編輯：會訊編輯委員會

召集委員：龔福財
副召集委員：潘俊亨
委員：王三郎 王漢州 高添富 李耀泰
劉嘉耀 簡基城 游淑寶 陳建銘
陳信孚 沈潔怡 張維君
編輯顧問：黃思誠 蘇聰賢 李慶安 陳文龍
秘書長：謝卿宏

台灣婦產科醫學會 168 期會訊

目錄精華

05 理事長的話 | 文/蔡鴻德

07 監事長的話 | 文/何博基

09 秘書長的話 | 文/謝卿宏

10 秘書處公告 | 文/秘書處

10 行政院衛生署食品藥物管理局 函

有關本署 97 年 3 月 20 日衛署藥字第 0970312269 號公告，所稱「列屬藥品管理之醫用氣體」之臨床用法及藥品類別，請惠轉知所屬會員參照說明段辦理，請 查照。

10 全民健康保險西醫基層總額支付制度執行委員會台北區委員會 函

建請貴會轉知貴會所屬會員有關診所為病患施行醫學美容且當日另行申報健保費用，遭健保局處以停約案件日增之相關訊息，以避免相同案件一再發生，詳如說明請 查照

11 台灣婦產科醫學會第 18 屆第 12 次理事會談話會紀錄

14 台灣婦產科醫學會第十八屆第十二次監事會會議紀錄

15 台灣婦產科醫學會第十八屆理監事會大事記

19 通訊繼續教育

黃體期缺陷 | 文/賴宗炫

27 會員園地

27 先天性纖維蛋白原異常與懷孕 | 文/李耀泰 陳福民 李文琮 郭宗正

33 年輕女性處女膜裂痕之意義 | 文/顏兆熊

35 徵才看板

36 編後語 | 文/陳建銘

38 活動消息 | 文/秘書處





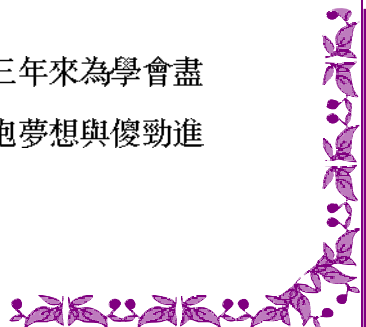
理事長的話


蔡鴻漣

敬愛的會員，大家平安！

九月二十八日李鎡堯教授、楊前理事長、施景中醫師、謝秘書長與我，帶領五位年輕醫師（陳宜慧、高川琪、翁嘉穗、林思宏及林孝祖）前往韓國參加第 96 屆婦產科年會，及第十五屆國際年輕醫師研討會，理事長 Prof. Park（目前為延世大學附設 Severance Hospital 院長）為大家精心安排每個行程。十月一日上午開幕式時，李教授及香港 Prof. P. C. Ho 獲頒韓國婦產科榮譽會員，上午謝秘書長的專題演講，下午楊友仕教授和我分別與韓日教授主持年輕醫師的演講，每段落演講後，講者再上台接受提問，過程十分精彩與刺激，年輕醫師表現不俗，想必大有收穫。透過交流，擴大自己視野，結交外國的同道、朋友，激發自己向上的動力，為自己及學會留下一段美好的回憶。晚宴時，三國年輕醫師音樂表演，台灣由施景中醫師帶領表演四重唱一望春風及阿里郎，日本唱日本民歌及樂器伴奏，韓國租了全套亮片表演禮服，演唱韓國流行歌曲，又唱又跳十分精彩，經過第三國教授評審，台灣獲得第一名及獎金壹仟美元，看到台日韓三國年輕醫師允文允武的表現，實在棒呆了，好好的栽培年輕人，給他們機會，台灣婦產科的未來是非常光明的。

理事長三年的任期即將結束，心中滿懷感激，感謝三年來為學會盡心盡力的好伙伴，感謝四位美麗聰慧的秘書。三年前懷抱夢想與傻勁進





入學會，懷著一顆謙卑的心服務會員，三年內南來北往，快成了高鐵之友，凡事祇要對會員有利，時間許可，一定事必躬親，努力再努力，永不放棄。

學會重整後，將進入第十五個年頭，學會財務健全，會務蒸蒸日上，每位會員皆發揮極大且有效率的功能。目前是一個收割期，感謝歷任理事長的引領及大家無私奉獻才有今天活躍及強而有力的台灣婦產科醫學會，未來學會亦將面臨更複雜的挑戰，壹代健保被輕忽的問題，二代健保有機會翻身，需要各位會員群策群力，在各個層面集思廣義，發揮您的智慧與影響力，在新的理監事會及理事長領導下，讓學會步入康莊大道，讓更多年輕醫師加入這個大家庭，生生不息。

此時此刻坐在書桌前回憶過往，想著未來，好久未到誠品買一疊書，陪我渡過高中青澀歲月，披頭四經典珍藏名盤在 CD 店等著我的光顧，渴望多探訪溪頭森林浴步道，好“酒”不見，品酒會的好朋友，可以重新歸隊了，台北家中的老媽正等待著我陪她聊聊天，太多有趣的事正等待著我，興奮期待這一天的來到。走筆至此，是該和大家說再見的時刻，此時除了感謝，還是感謝～“哈迷答”

大家身體健康，醫療平安!



監事長的話

何博基

第十九屆第一次會員代表大會與理監事選舉於 10 月 10 日如期舉行。綜觀第十八屆委會代表與提案，在監事會審查與每次理事會開會之前之提案討論案由，皆如期先審，在財務主委黃閔照醫師的嚴審收支正常使用與控管後經會計師的確認。

有關未依規定上傳健保 IC 卡資料之醫療院所，經輔導未經改善者以違約記點一次，三次記點即停約一個月，希望各位同好務必按實申報。至於「上期提到 IC 卡寫入處方簽章問題重重，建議暫緩實施，重新協商，各項軟硬體及網絡問題等相關疑義，中央健保局回應將會同醫療資訊廠商，至 4 家基層診所瞭解實際困難後再議。

為節省傳統紙本病歷及醫療影像製作之人力、設備、耗材及儲存空間等支出的「實施電子病歷之院所」（醫療法第 69 條），全聯會對此問題將於 99 年 10 月 5 日討論①其異地備份涉及法規倫理之疑義②未有配套措施之前不宜全面推動醫療院所實施電子病歷③電子病歷之規劃，包括目的、措施、細節、經費預算④診斷之電子病歷不宜貿然實施，待醫院有經驗後再議。

衛生署逾 99 年 9 月 24 日預告「醫療法第 64 條第一項，中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，並因公告日起六個月後生效。其公告內容：「應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意簽具同意書後，始得施行之侵入性檢查或治療，為以醫療器材植入、插入人體之方式，施行之檢查或治療但不包括一般之靜脈、肌肉或皮下注射及抽血」此議題干涉各科系，全聯會醫療政策委員會（我主持）在各委員充分討論會，已行文衛生署應由衛生署召集各醫學會討論，並以正面表列示之。

病歷中文化：1.醫界重視的是病人之生命與健康的維護暨持續不斷提升醫療品質，極強化醫病關係之溝通。醫病關係溝通方式，最重要的應不是提供一份充滿醫學名詞的中文病歷資料，而在於如何加強對病人說明與告知暨人文關懷，塑造以病人為中心的醫療環境。2.目前病歷記載方式並未影響病人之資訊權，病人資訊權對病情的掌握度，與使用何種文字書寫無絕對關係。況與病人最相關之病歷摘要、診斷書、麻醉同意書、手術同意書均已採中文書寫。3.病歷記載係醫療行為之一環，醫師絕不會漠視病人之健康而在病歷上故意有所疏漏。4.外界對書寫中文病歷之效益有諸多誤解，書寫中文病歷反而造成實務作業之困難，影響病人之就醫權益。5.建議：在中文醫學專有名詞之中文譯名尚未為統一及醫學教育養成教材仍以英文為主之情況下，若貿然立法要求書寫中文病歷，將影響整理醫學教育品質及造成與國際接軌之落差，切盼立法院及社會各界審慎考量該制度之實施需從醫學教育及投入時間人力等配套著手，而非僅以法條規定而已。。

有關醫策會於 99 月 10 月 1 日召開有關發展診所適用之安全目標，本人參與會議，強烈與強調「診所依法不必評鑑」，對討論之建議，不能讓各衛生局採取列入「年度考核」（如同以前之討論 28 標），目前選出①轉院②用藥安全③預防跌倒三項為此適用之安全二作目標（舊建築物使用診所，不應列入），各項內容分配擬定，再討論。

有關衛生署研議「依民眾健康為導向之論人計酬方案試辦計畫」，草案之可行性該計畫精神：期望能藉由預防醫學衛生教育及身體保健初級慢性病之預防，以減少醫療支出（類似美國 HMO 商業保險之 capitaion 制度，即論人給付實額的費用），楊志良署長之公衛角度與民眾就醫習慣相違背。醫界真是多事之秋，尚望吾輩共勉之。

秘書長的話

謝卿宏

敬愛的會員、前輩：大家好！

寒假墾丁、南仁湖三天兩夜會員旅遊已開始報名，期待大家踴躍攜家帶眷參加，共同享受冬天南部溫暖的陽光，並與老友共聚一堂，也可闔家同樂，讓孩子認識台灣之美。

今年專科醫師考試已順利完成，共有 33 位新血加入婦產科行列。一般說來，婦產科是唯一兼顧內、外科而且有喜事的科別，但若要真正能夠享受當婦產科的樂趣，則不僅要婦產科的學養與knowledge夠，更要有紮實的手術訓練。因此，在自訓練的醫學中心畢業之前，一定要把眼光放遠點，務必具備可以獨當一面的手術能力，否則，還是要再花些時間「磨刀」；當然，若有需要學會幫忙安排者，儘管與學會聯絡！

這次的考試，發生了一件小插曲，有兩位同一醫學中心的考生，準備的資料內容不同，但卻有姓名相同的病歷，口試時當場被考官揪出，還好，最後經查證只是誤植！抄襲他人病歷是非常嚴重的倫理事件，應引以為戒，畢竟專科醫師考試是國家考試，其涉及的責任可能不僅是資格被取消而已，大家在指導後輩時一定要叮嚀他們！

這一年來，我們配合疾管局積極推動性病防治與教育課程，在此，特別感謝召集人徐鴻洋醫師的幫忙，也期待我們能隨時提高警覺做性病防治的第一線尖兵。

健保事務繁瑣，需要努力的地方很多，何況自健保實施以來，學會一直沒有施力之空間，蔡明賢前理事長在健保實施之初即強力反對中央健保局把醫師公會全聯會當作醫界的唯一對話窗口，無奈，這些高官都只想和稀泥而已，搞到今日的健保窘境，卻又要全民買單！現在，全聯會也只是基層醫療總額的代言人與決定者，並無法插手基層總額以外的健保，我們希望中央健保局能夠發揮一些人性的光明面，也做些本來就該做的「善事」，讓較有理想的各醫學會去參加、決定健保的相關事務！當然，健保局還是會我行我素，因此，適值二代健保修法之際，大家一定要發揮眾志成城之勢，大家也一定要發揮自己的影響力，並努力把影響力傳到學會來，讓婦產科能夠起死回生，也讓我們能夠當個有尊嚴的快樂婦產科醫師。期待這一天儘早到來！最後，敬祝大家 身體健康、精神愉快。

■ 秘書處公告

行政院衛生署食品藥物管理局 函

受文者：臺灣婦產科醫學會

發文日期：中華民國 99 年 9 月 23 日

發文字號：FDA 藥字第 0991411928 號

主旨：有關本署 97 年 3 月 20 日衛署藥字第 0970312269 號公告，所稱「列屬藥品管理之醫用氣體」之臨床用法及藥品類別，請惠轉知所屬會員參照說明段辦理，請查照。

說明：一、查本署 97 年 3 月 20 日衛署藥字第 0970312269 號公告，所稱「列屬藥品管理之醫用氣體」，係指供醫療目的使用於病人之氧氣（O₂）、二氧化碳（CO₂）及氧化亞氮（N₂O，俗稱笑氣）等 3 品項，其臨床用法及類別分別如下：

（一）氧氣（O₂），係經吸入方式給予病人，醫用液態氧氣及氣態氧氣（內容積大於 10 公升、70 公升以下）歸類為醫師處方藥品，而氣態氧氣（內容積 1-10 公升）歸類為醫師藥師藥劑生指示藥品。

（二）二氧化碳（CO₂）之臨床給予病人方式，例如吸入、冷卻療法（cryotherapy）或腹腔鏡（laparoscopy）手術通氣等，目前歸類為限由醫師使用藥品。

（三）氧化亞氮（N₂O），係經吸入方式給予病人，歸類為限由醫師使用藥品。

二、另實驗用之氣體，若不供人體試驗實驗之用，不屬本署 97 年 3 月 20 日公告之「醫用氣體」適用對象。

全民健康保險西醫基層總額支付制度執行委員會台北區委員會 函

受文者：如正、副本受文者

發文日期：中華民國 99 年 9 月 14 日

發文字號：台北區健基字第 0990000930 號

主旨：建請貴會轉知貴會所屬會員有關診所為病患施行醫學美容且當日另行申報健保費用，遭健保局處以停約案件日增之相關訊息，以避免相同案件一再發生，詳如說明請查照。

- 說明：一、依據 99 年 8 月 27 日全民健康保險西醫基層總額支付制定執行委員會臺北區委員會第二次會議會議決議辦理。
- 二、臺北市醫師公會會員接獲健保局公函：診所承辦全民健康保險醫療業務，經查有保險對象自費美容非因疾病就醫，卻刷取健保 IC 卡，以疾病名稱虛報診察費，處已停約一個月。
- 三、健保局處分依據為：依皮膚專科審查共識，按雷射治療後會有表淺性皮膚損壞，惟傷口小、易乾涸而形成結痂，且會自動剝落，恢復情況良好。保險對象於施行自費雷射美容，當日另行以健保 IC 卡診療、給藥應非診療必要。
- 四、建請貴會將前述說明之相關訊息發函轉知所屬會員注意，以避免相同案件一再發生。

台灣婦產科醫學會第 18 屆第 12 次理事會談話會紀錄

時間：民國 99 年 09 月 19 日（星期日）下午二時

地點：學會會館（台北市中山區民權西路 70 號 5 樓）

主持人：由常務理事陳祈安代理

出席者：常務理事 高添富 陳祈安 陳持平
理事 翁順隆

列席者：監事長 何博基
祕書長 謝卿宏
副祕書長 陳建銘

請假人員：王三郎 葉光芃 郭保麟 曾志仁 洪耀欽 陳朝賢 李奇龍 曾啟瑞 丘林和
楊明智 廖基元 王功亮 蔡明松 魏福茂 陳進典 何延慶 馮堯海 張少萌
王漢州 孫三源 賴文福 陳信孚 蔡永杰 應宗和 沈潔怡 仇思源 林姿吟
吳信宏

已通知人員：理事長：蔡鴻德

常務理事：許淳森 黃建榮

理事：李建興 柯誠立 張榮州 吳俊杰 張兆榮 余慕賢 楊宗力 陳霖松 李建南
陳明哲 龔福財

記錄：林家翎

壹、確認前次會議記錄（請見 P.3-P.5）。

貳、報告事項

- 一、理事長報告
- 二、監事長報告
- 三、秘書長報告

因凡那比颱風來襲，台鐵高鐵都停駛，出席人數不足過半數，依社會團體法規彙編中會議規範(民國五十四年七月二十日)第 296 頁第六條有云：「因天災人禍，須為緊急處理，而出席人因故未達開會額數者，得開談話會，依出席人三分之二以上之同意，作成決議行之，但該項決議應於會後儘速通知未出席人，並須於下次正式會議，提出追認之。」，今依出席人三分之二以上之同意，決議改採談話會，於會中及會後通知未出席人，並定於下次正式會議提出追認。

參、討論提案：

提案一：審查 97 年度 5-8 月份月報表、99 年度收支決算表、99 年度預算表、現金出納表、資產負債表、基金收支表、財產目錄表。

說明：請見附件(會議現場核發)

提案人：秘書處。

決議：保留未討論。

提案二：確認第 19 屆會員代表當選名單。

說明：詳如 P.6-P.7

提案人：秘書處

決議：確認無誤。

提案三：有關台灣健康維護組織協會來函與本會研討「全民健康保險週產期論人計畫」及「孕產婦照護品質確保及諮詢試辦計畫」。

說明：詳如 P.8

提案人：秘書處

決議：保留未討論

提案四：對於原提案會員代表大會更新「台灣婦產科醫學會」網站、刊物、行文等名銜及學會標章 (Logo)，以彰顯台灣婦產科醫師服務實況並因應未來醫學發展的趨勢之議題，大會決議交由理事會做決定。

說明：1. 婦產科醫師本質即有家庭醫師的性質，其與病患之照護關係經常是由童幼、青少年、婚生一路照顧到停經後，尤其諸多前輩醫師更有三代照顧的經歷。對許多婦女而言，婦產科醫師更是其唯一定期諮詢的醫師，身為第一線健康守護者的婦產科醫師對台灣基層民眾的健康貢獻卓著。

2. 近年來，性別醫學開始引起各界廣泛的重視，許多疾病（如大腸直腸癌）其實男

女有別（如荷爾蒙的影響），只有婦產科醫師能特別從女性觀點提出該疾病和男性不同的預防及篩檢模式等，以確保女性的健康。此外，隨著愈來愈多女醫師投入婦產科領域（讓女性就醫更自在，減少就醫門檻），可預見，婦產科醫師在未來台灣婦女健康的促進、疾病的預防及治療定能扮演更積極正面的角色！

3. 美國婦產科醫學會及其學會標章（Logo）早已更新（由左圖變更為右圖，增添“Women's Health Care Physicians”字樣），「台灣婦產科醫學會」的名銜及標章（Logo），可考慮更新，以彰顯台灣婦產科醫師服務實況並因應未來醫學的發展。




4. 已詢問法律顧問學會網站、刊物、公文等全銜考慮更新為：

台灣婦產科醫學會
婦女健康照護醫師

並無侵權問題。

5. 其配色如現場撥放檔案。

辦 法：1. 醫學會網站、刊物、行文等名銜考慮更新為：

2. 學會標章（Logo）亦可考慮  更新。

3. 學會名銜及標章（Logo）更新案，修正通過後，於 2011 年台灣婦產科醫學會 50 周年起施行。

4. 本年度起住院醫師的訓練及專科醫師的再教育除原本的「婦產專科」外，更應著重於促進「婦女健康」相關之婦女醫學。

提案人：秘書處

決 議：以紅色及金色兩款，每款各兩種字樣，一種為現行字樣，一種增字為“Women's Health Care Physicians”，並列印彩色樣稿，於 10 月 10 日會員代表大會中投票表決。

肆、臨時動議

提案一：討論有關「特約醫療機構實施全民健康保險醫療費用支付標準表適用類別以外項目」申請乙案。

說明：雖然健保局規定可申請適用類別以項目（即跨表申請），但經地方全執委審查皆以無地區性之須要，而不同意開放(見 P.9-P.10)，請討論解決方案。

提案人：秘書處。

決議：保留未討論。

伍、散會（下午 3 點 30 分）

台灣婦產科醫學會第十八屆第十二次監事會會議紀錄

開會時間：99 年 9 月 19 日（星期日）下午 1 時 0 分

開會地點：學會會議室（台北市民權西路 70 號 5 樓）

主持人：監事長 何博基

出席者：常務監事 陳榮輝 李耀泰

監事 張紅淇 周天給 黃閔照

列席者：祕書長 謝卿宏

請假人員：徐弘治 陳思原 張維君 洪滿榮 詹德富 蔡鴻德

記錄：白怡萱

壹、報告事項

貳、確認上次會議紀錄。（見附件一）

參、討論提案

案由一：審查 99 年度 5 月~8 月月報表、決算表、資產負債表、現金出納表等。

說明：見附件二（先待財政委員會通過，故於會議現場核發）。

提案人：何監事長 博基。

決議：通過。

案由二：審查第 11 次理事會之會議紀錄及決議執行情況。

說明：見附件三。

提案人：何監事長 博基。

決議：通過。Logo 一案，於理事會改版與否定案後，仍建請代表大會確認通過。

案由三：審查第 12 次理事會之會議議程。

說明：附件四。

提案人：秘書處。

決議：通過。

肆、臨時動議

伍、散會（預計下午 2：00）

台灣婦產科醫學會第十八屆理監事會大事記

日期	重要記事
96年 12月1日	1. 參加鹿港立德會館舉辦全國母乳哺育推廣工作人員共識營。母嬰親善仍有48%醫療院所未能參加，呼籲降低參與門檻。 2. 與子宮頸癌疫苗發明人 Prof. Frazer 見面。
97年 1月4日	參加國衛院舉辦專科醫師人力規劃及住院醫師培育計劃會議。PGY1訓練居然沒有婦產科。郭耿南教授同意PGY1延長至一年，住院醫師得接受婦產科訓練。
2月	第十八屆第一次繼續教育課程於北、中、南及花蓮開辦。
3月4日	候署長在立法院明確表示「生育風險補償金」政策已確定。
3月6日	與楊友仕教授至衛生署與候署長見面。
3月15日~16日	年會－邀請紐西蘭、日本及韓國婦產科醫學會理事長參與我們的年會。
4月11日	理事長、秘書長、李鎡堯教授、楊友仕教授與三位年輕醫師參加在橫濱由東北大學岡村州博教授主辦的第十六屆日本婦人科年會。
5月1日	健保局宣布腹腔鏡子宮肌瘤切除納入健保給付。
5月6日	參加黃昭順立委主持的公聽會，討論子宮頸疫苗議題。
5月25日	理事長帶隊溪頭健行，共38人參加。
6月1日	全民健保醫療品質公開第一炮，將子宮肌瘤切除手術列入治療的核心指標，惟錯誤百出，曾副理事長、秘書長草擬聲明稿，請健保局修正未果，黃淑英立委幫忙召開記者會。
6月27日	參加斯里蘭卡亞太婦產科醫學會 Council Meeting。
8月2日~3日	會員旅遊南台灣之旅。
8月8日	理事長、葉光芃常務理事、施景中醫師參加健保局舉辦如何降低剖腹產率的會議。
8月10日	醫療發展課程在台北第一場舉行，經由小型會議的方式產生了良好的互動與經驗的交流，新竹、台中、台南、高雄皆額滿。
9月3日	參加由立委發起的提升台灣子宮頸癌防治成效座談會，結論為：政府沒有錢。
9月28日	專科醫師筆試，遇強颱來襲。
11月	十八尖山登山活動。
11月29日	舉辦是否經由公費補助施打子宮頸癌疫苗法人論壇。

日期	重要記事
12 月	TJOG 進入 SCI
98 年 1 月 3 日	彭園尾牙。
1 月 3 日	內政部公布去年全台嬰
2 月 7 日~8 日	會員旅遊—日月潭
2 月 28 日~3 月 1 日	年會
3 月 24 日	紐西蘭 AOGOG 年會，楊友仕教授當選副理事長，蘇聰賢校長當選婦女泌尿學術組召集人。
4 月 1 日	參加日本京都年會與日本產婦人科醫學會簽訂兩國年輕醫師交流備忘錄，確定由台日韓在各國年會時主辦年輕醫師交流活動。
5 月 3 日	探訪苗栗永和山水庫、仙山及南庄蓬萊溪護魚步道。
5 月	召開 DRG 會議。
6 月	於台中、台南舉辦提升醫事人員性侵害個案驗傷採證及其流程品質之知能計劃研習課程。
7 月 4 日	W6 中午台北國賓舉辦醫藥記者聯誼會，主題為高齡產婦所延伸之議題。
8 月 1 日~2 日	台東風情之旅。
8 月 8 日	八八風災。
8 月 12 日	1. 至健保局開醫療服務審查委員會，討論 DRG 支付審查注意事項，學會事前曾召開過臨時緊急會議，反對現階段實施 DRG，主要理由「產科安胎」應排除在外。 2. 健保局原訂 9 月 1 日實施 DRG，經本會、骨科、復健科醫學會及台灣醫院協會等之反對，擬暫緩實施。
9 月 7 日	受疾管局邀請至台北召開 H1N1 記者會，但學會仍不建議在懷孕前三個月施打疫苗。
9 月	8~9 月連辦五場醫療發展研習課程，會員反應熱烈。
9 月 13 日及 27 日	完成專科醫師考試，計 34 位報名，最後篩選出 28 名優秀的年輕醫師加入我們的行列。
9 月 28 日	與秘書長、楊前理事長、蘇校長率團前往南非開普敦參加世界婦產科年會(FIGO)。

日期	重要記事
10月8日	<ol style="list-style-type: none"> 1. 世界婦產科年會(FIGO)於10月8日會員代表大會投票選出備任理事長為英國籍的 Anulkumaran, 副理事長為日本籍的 Maruo, 兩位教授皆是台灣多年的好朋友。 2. 同一天在124個會員國中, 台灣最後脫穎而出進入17個理事國名單中, 學會終於完成進軍 FIGO 而佔一席之地。 3. FIGO 年會中, 台灣當選六年一任之常務理事國。
10月29日	<p>由立法院厚生會舉行「子宮頸癌防治政策總體檢」公聽會, 就國內推動子宮頸癌公費施打政策進行檢討。</p>
12月31日	<p>代表學會參加98年12月31日衛生署召開「研商一年期畢業後一般醫學訓練計畫執行相關事宜會議」, 台灣將於民國100年實施一年期 PGY, 學會歷經兩年多各方的奔走與努力, 終於塵埃落定, 爭取到一個月由婦產科主導的正統訓練, 核心課程由婦產科醫學會來規劃, 不讓社區醫學越俎代庖代訓畢業的醫學生。</p>
99年3月13~14日	<p>年會在台中裕元花園酒店舉行, 周六下午有台、日、韓年輕醫師的國際學術交流時段, 晚宴時特別舉行頒贈日本 Prof. Fujii 與韓國 Prof. Nam 榮譽院士儀式。</p>
4月1日	<p>偕高添富常務理事、黃閔照副秘書長、陳信孚副秘書長、鄭博仁主任、高川琪醫師、兒科醫學會及老年醫學會代表, 參加由李俊毅、黃淑英及楊麗環立委, 在立法院請願接待室共同主持的提高生育率與解決人口老化公聽會。</p>
4月11-15日	<p>參加亞太婦產科醫學會理事會在尼泊爾加德滿都舉行</p>
4月28日	<p>偕馬偕醫院王國恭醫師參加監察院為調查「我國高剖腹產率致浪費醫療資源及損及產婦健康效益」一案之相關聯問題, 此諮詢會議由程宏仁與高鳳仙兩監委共同主持。開完會後請教很多產科醫師, 許多醫療院所皆不知可以申報 55016C 這項處置費用, 請大家告訴大家, 不要漏報了。爭取已久的 55021C 骨盆檢查從6月1日起可申報(無性經驗者施以肛診、會陰視診、外陰觸診亦可申報)</p>
4月底	<p>之前到過監察院參加程宏仁與高鳳仙兩位監委主持關於剖腹產的諮詢會議, 學會與醫改會提出相關數據與資料, 結果監察院出來的報告卻是台灣剖腹產率世界第二, 近四年浪費百億健保費, 迫使學會7月11日在黃淑英立委的協助下, 於立法院舉行記者會, 提出嚴正的抗議。</p>

日期	重要記事
5 月 27 日	赴台北參加《康健雜誌》舉辦的記者會，主題是該雜誌六月出刊名為『女性就醫指南』，針對女性展開婦產科就醫經驗大調查，係一婦產科應注重而嚴肅的問題。「妳還在診間跟陌生人分享隱私嗎？」浮出檯面，時代不同了，二十年前病人也許可以接受，如今兩性平權，婦女不必委曲求全，有足夠的理由大聲捍衛自己的隱私，身為婦產科醫師的我們，更應注重及保護病人的隱私。
6 月 23 日	從台北搭機經香港、約翰尼斯堡，轉到坦尚尼亞的 Dar es Salaam，花了 30 小時的時間，參加 FIGO 召開的理事會。經由投票選出的理事國計有 23 國，台灣是其中之一，亞洲尚有日本、馬來西亞、中國及台灣，馬來西亞與中國缺席。FIGO 舉辦此次會議，除了討論各委員會的年度工作計畫及活動外，主要是 FIGO 在坦尚尼亞有一個幫助非洲女性遠離膀胱陰道瘻管的計劃正積極進行中。非洲女性生產由於缺乏產科醫師及助產士，生產時產道受傷，沒有修補，產生非常多的瘻管病例。於是 FIGO 聘請專家到坦尚尼亞教當地的醫生開刀，甚至補助遠道而來的病人旅費，免費為他們治療。
7 月	會員旅遊
7-8 月	舉辦醫療發展研習課程北、桃、中、台南、高雄各辦一場。
8 月 16 日	下午在立法院紅樓 202 室，由黃昭順、楊麗環、黃淑英三位藍綠立委共同主持健保修法要二代婦幼健康不虧待，檢討「婦女、兒童醫療困境」公聽會，出席者有婦產科醫學會三長：黃監事、楊友仕教授及徐明洸醫師，小兒科醫學會秘書長、副秘書長及康醫師，其他有醫改會、女人連線及許多女性團體及衛生署官員。蔡理事長代表學會首先發言，健保 15 年引起婦產科及小兒科像土石流深層大崩壞，婦產科醫師平均執業年齡 52.5 歲，高於一般平均 45 歲，預估 10 至 15 年後，婦產科醫師人力將進入空窗期，影響到婦女健康照顧。
	2011 亞太年會籌備會召開 11 次

通訊繼續教育

黃體期缺陷



賴宗炫

新竹國泰綜合醫院婦產科主治醫師

輔仁大學醫學院醫學系部定助理教授

中央大學生物資訊與系統生物研究所博士班研究生

前言

黃體期缺陷 (Luteal phase defect or deficiency) 中文也有人翻譯為黃體機能不足。這一病名最早是由 Johns Hopkins 教授 Georgeanna Seegar Jones 所提出 (Jones 1949)。黃體期缺陷指的是卵巢黃體機能不足，無法分泌足夠量黃體素來支持黃體期的子宮內膜生長發育至成熟或是造成黃體期太短 (小於 10 天)，結果導致胚胎著床失敗。所以長久以來黃體期缺陷一直被認為是導致不孕症及重覆性流產的主要原因之一。國外研究報告顯示不孕症病人約有 3% 至 10% 會有黃體期缺陷；重覆性流產病人有黃體期缺陷的比率更高達 35%。事實上在生育功能正常的婦女身上偶而也會發現有黃體期缺陷的現象，特別是 35 歲以上婦女 (Bukulmez and Arici 2004)。

黃體期缺陷的原因

目前對造成黃體期缺陷的真正原因並不完全清楚。根據文獻報告大致可以歸納如下 (Jones 1991; Aisaka, Yoshida et al. 1992; Mori 1992; Suh and Betz 1993; Ayabe, Tsutsumi et al. 1994; Jordan, Craig et al. 1994)：

1. 有些學者認為是卵巢在濾泡時期濾泡刺激素 FSH 分泌不足，導致排卵前雌激素 E2 濃度偏低，造成隨後黃體發育不良，導致黃體期缺陷。
2. 也有學者認為黃體期缺陷導因於腦下垂體所分泌黃體激素 LH 脈動性 (pulsatility) 頻率異常增加，導致排卵前 LH 與 FSH 比率異常，造成黃體機能不足，引發黃體期缺陷。

3. 也有人認為在排卵前 LH 和 FSH surge 不足所致。
4. 排卵後血液中黃體素升高過度抑制腦下垂體 LH 分泌，也會造成黃體期缺陷。
5. 子宮內膜細胞的黃體素接受器對黃體素的反應降低，導致子宮內膜生長發育受到影響，也會造成黃體期缺陷。
6. 泌乳激素升高會抑制下視丘 GnRH 分泌，進而影響腦下垂體 FSH 與 LH 分泌，也會造成黃體期缺陷。
7. 另一常見原因是不孕症常用藥物 GnRH agonist, GnRH antagonist 使用於試管嬰兒不同療程防止早發性 LH surge，同時也抑制了腦下垂體 LH 分泌，導致黃體機能不足而造成黃體期缺陷。
8. 有些病人卵巢黃體內的黃體細胞對 LH 刺激反應不足，導致黃體過早崩解（luteolysis），造成黃體期缺陷。
9. 黃體期缺陷有一半以上病因源於下視丘 GnRH 分泌脈動性（pulsatility）異常。

所以任何會干擾卵巢正常排卵的因素像是各種生殖荷爾蒙濃度及比率異常、排卵輔助藥物 GnRH agonist/GnRH antagonist 過度使用或是壓力、身體質量指數 BMI 太輕等等都可能引起黃體期缺陷。

與黃體期缺陷有關的臨床狀況

1. 重覆性流產

研究指出在胚胎著床前後時期，黃體期缺陷會造成子宮內膜生長延遲，將會導致隨後發生早期流產。其發生率約 17.4%至 28%（Li 1998）。一般認為這是因為黃體在黃體中期分泌黃體素不足而使子宮內膜不穩定，進而導致流產。但是最近研究顯示這類病人在黃體中期的血中雌激素 E2 濃度也會比較低，顯示在濾泡時期濾泡發育就已經不良，使卵子品質變差及隨後黃體機能不足所致（Tuckerman, Laird et al. 2004）。

2. 不孕症

前面提過不孕症病人約有 3%至 10%源於黃體期缺陷，特別是不明原因引起的不孕症（unexplained infertility）有黃體期缺陷的現象可達 34.1%。雖然過去數十年來一直認為黃體期缺陷是引起不孕症的主要原因之一，但是到目前為止並沒有有力的研究結果來證實兩者之間的關聯性。一般認為不孕症病人若有黃體期缺陷，主要是會造成濾泡生長不良導致卵子品質下降，進而影響到授精及胚胎發育。其次才是造成子宮內膜生長延遲，降低了子宮內膜受孕性（endometrial receptivity），造成胚胎著床失敗的後果。這可從一些研究中發現

給予排卵藥物治療有黃體期缺陷的不孕症患者，可以提高其懷孕率得到驗證（Downs and Gibson 1983; Bukulmez and Arici 2004）。

3. 醫源性黃體期缺陷

不孕症患者在做試管嬰兒療程時常會注射 GnRH agonist 來預防早發性 LH surge 以減少提早排卵及濾泡早發性黃體化的機會。但是 GnRH agonist 會抑制腦下垂體 LH 分泌，抑制作用可達 2 至 3 週之久，如此一來將造成黃體機能不足甚至使黃體提早崩解。在黃體分泌黃體素及雌激素濃度不足情況下，子宮內膜生長便受到影響，使子宮內膜受孕性（endometrial receptivity）降低，胚胎著床失敗（Macklon and Fauser 2000）。近年來有短效的 GnRH antagonist 可替代 GnRH agonist 使用於試管嬰兒療程，理論上應該不會過度抑制 LH 分泌，可減少黃體期缺陷的發生。但是使用 GnRH antagonist 排卵誘導療程最後如果用 GnRH agonist 取代 HCG 當破卵針劑，還是會造成黃體期缺陷的發生（Beckers, Macklon et al. 2003）。

黃體期缺陷的診斷及爭議

傳統上黃體期缺陷被定義為子宮內膜組織發育時間與該月經週期預定日期相差兩天以上，也就是做子宮內膜切片檢查時，病理報告的結果如果比預期天數慢 2 天以上，就可以診斷為黃體期缺陷（Noyes, Hertig et al. 1975）。依照此定義要診斷黃體期缺陷必須做子宮內膜切片檢查，但這在臨床實務上執行起來比較困難。所以診斷黃體期缺陷的最佳方法目前仍有爭議。以下是目前常用的方法（Bukulmez and Arici 2004）：

1. 測量基礎體溫

從月經第一天開始測量，排卵後體溫會升高，所以有排卵的婦女基礎體溫會呈現高低溫雙相期（Biphase）。一般來說，排卵後的高溫期如果維持在 12 至 15 天，就屬正常。如果太短小於 10 天，就可能是黃體期缺陷。

2. 子宮內膜切片檢查

最早在診斷黃體期缺陷時必須結合基礎體溫、尿液 pregnanediol 濃度、及子宮內膜切片作診斷。子宮內膜切片病理的診斷是依據 Noyes 氏提出的診斷標準。若病理報告的結果比預期天數慢 2 天以上，就可以診斷為黃體期缺陷（Noyes, Hertig et al. 1975）。然而，何時做子宮內膜切片檢查才是最佳時機？仍然沒有一致的標準。大部分都是在黃體中期做切片。但有學者發現那些在黃體中期做切片有異常的病人，在黃體晚期再做一次切片有一半以上會恢復正常。因此，建議連續兩次月經週期在黃體中期做子宮內膜切片檢查都呈現比預期天數慢 2 天以上的結果（out of phase）才能下黃體期缺陷的診斷。也有學者主張子宮內膜

切片採樣的時間，以下次月經來前 2-3 天也就是黃體晚期採樣最好 (Balasch, Vanrell et al. 1985)。此外，不同病理科醫師做子宮內膜切片病理診斷會有 inter-或是 intraobserver 誤差，加上病人做切片檢查後容易出血，又擔心是會造成子宮內膜傷害影響懷孕。所以臨床實務上一般會將子宮內膜切片當作第二線檢查。

3. 抽血定量黃體中期黃體素濃度

有報告顯示在黃體中期（排卵後 5 至 9 天）單次抽血測黃體素濃度，若小於 10 ng/mL (31.8 nmol/L)，可預測黃體期缺陷，其敏感性 86%，專一性 83%。單次抽血測黃體素濃度來診斷黃體期缺陷的假陽性率約 15%。也有報告顯示在黃體中期任三次不同時間抽血測黃體素濃度總和小於 30 ng/mL (95.4 nmol/L)，可預測黃體期缺陷，其敏感性 100%，專一性 80%。然而，在正常生理狀況下，黃體素的分泌會有脈動性 (pulsatility)，因此抽血測黃體素濃度的準確性也有人質疑 (Wuttke, Pitzel et al. 2001)。

4. 超音波測量濾泡大小

也有研究發現用超音波測量排卵前濾泡大小，若小於 17 mm 或是提早排卵，可以診斷有黃體期缺陷。但是大部分學者認為很難以濾泡大小為標準來區分正常或是有黃體期缺陷。

所以現階段診斷黃體期缺陷的方法仍有不足及爭議之處，在臨床應用上目前比較可行的診斷方法可以考慮採用測量基礎體溫及抽血定量黃體中期黃體素濃度為優先，如果連續兩個週期基礎體溫測量顯示黃體期過短（小於 10 天），而且黃體中期黃體素濃度偏低（小於 10 ng/mL），則病人很可能有黃體期缺陷。至於子宮內膜切片檢查則擺在第二線，必要時再做。

黃體期缺陷的治療

雖然目前對於造成黃體期缺陷的真正機轉並不完全清楚，但可以確定的是絕大部分黃體期缺陷是因為黃體機能不足，導致分泌黃體素不足，使子宮內膜受孕性 (endometrial receptivity) 受到影響，因而造成重覆性流產或是不孕症。因此這類病人在黃體期補充黃體素被認為是合理的治療策略，也就是給予黃體素做黃體期支持 (Luteal phase support)。黃體素可以使子宮內膜腺體及血管系統發育成熟，讓子宮內膜更加穩定，有利於胚胎著床。除了黃體素外，也有人用 HCG，排卵藥或是 GnRH agonist 來做 Luteal phase support (ASRM 2008; Hubayter and Muasher 2008)。整理如下：

1. 口服黃體素

Micronized Progesterone (Utrogestan) 200 mg P.O. BID - TID。一般來說，以口服方

式使用黃體素，會經過肝臟代謝，使其有效藥物活性降低，所以在不孕症治療時，會建議改為塞入陰道使用，這樣可以 bypass 肝臟代謝，而且直接在陰道黏膜吸收局部作用在子宮內膜組織，效果更好。研究顯示採用陰道置入方式比口服方式更能提高胚胎著床率及懷孕率。

2. 經陰道使用黃體素

除了可以用 Utrogestan 當陰道塞劑外，使用快孕隆 Crinone 8%陰道凝膠算是最方便的方式，一天一支或早晚各一支使用即可。另外還有一種黃體素錠劑陰道塞劑 Endometrin 100mg，一天使用二至三次，非常方便。但是如果病人陰道出血，出血量太大會干擾黃體素經陰道黏膜吸收，此時就要考慮改用口服或是肌肉注射方式。

3. 肌肉注射黃體素

一般使用劑量為 25-50mg I.M. QD。因為是肌肉注射打起來比較痛。研究顯示採用肌肉注射與陰道置入黃體素比較，胚胎著床率及懷孕率相當。

4. 黃體素加上雌激素

黃體不只可以分泌黃體素，也會分泌雌激素及其他荷爾蒙。有學者觀察到當黃體機能不足時，不只血中黃體素會下降，雌激素也會下降。部分病人即使在黃體期補充足夠黃體素，在雌激素濃度不足情況下，懷孕率仍會降低，因此有些學者認為在黃體期應同時補充黃體素及雌激素，到目前為止仍然沒有定論。

5. 促人類絨毛膜性腺激素 (HCG)

胚胎著床時滋養層細胞（將來形成胎盤）會釋放出 HCG，經血液循環作用在卵巢黃體，可以維持黃體機能正常運作。因此在試管嬰兒療程中補充 HCG 可以拯救 (rescue) 黃體免於 luteolysis。其作用是讓黃體產生更多黃體素和雌激素，以維持子宮內膜成熟，減少黃體期缺陷發生。最近有學者報告在試管嬰兒療程中使用 HCG 做 Luteal support 會比使用 Progesterone 有較高的胚胎著床率及懷孕率。但是對於患有多囊性卵巢症候群的不孕症患者，以 HCG 來維持黃體機能會有較高的卵巢過度刺激症候群 (Ovarian hyperstimulation syndrome) 風險，應該要避免使用。

6. GnRH agonist

近年來學者發現使用 GnRH agonist 做為 Luteal support 藥物，可以增加胚胎著床率。其機轉可能是藉由刺激腦下垂體增加分泌 LH，達到維持黃體機能的目的是；或是直接作用在子宮內膜細胞膜上的 GnRH 接受器，促使子宮內膜成熟。目前一些研究仍在進行中，以釐清

GnRH agonist 在 Luteal support 的角色。

7. 排卵藥物

有些黃體期缺陷病人源自卵巢濾泡發育不良。此類病患可以考慮給予口服排卵藥 Clomiphene 或是注射型排卵藥像是 Gonal-F, Menopur、u-hMG 等，讓濾泡發育正常，可以得到品質較好的卵子，也可以讓隨後產生的黃體使其機能正常。

何時補充？補充多久？

到目前為止，並沒有足夠的文獻來回答這個問題。大部分醫師依據臨床經驗會建議補充黃體素至懷孕八至十週為止，此時胎盤已經可以分泌足夠的黃體素來支持子宮內膜。但是也有研究指出黃體素補充至驗孕呈陽性即可停止。至於何時開始補充才是最佳時機？仍然沒有真正的答案。大部分不孕症醫師在取卵後及胚胎植入前開始補充黃體素（Hubayter and Muasher 2008）。

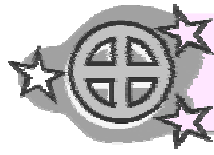
結論

黃體期缺陷的病態生理機轉非常複雜，至今仍未完全了解，值得進一步研究探討。雖然黃體缺陷的發生率並不高，但經過這些年來的辯證，確實存在於部分不孕症及重覆性流產病患之中。其臨床表現主要特徵是黃體期過短，同時黃體期的黃體素濃度偏低，使子宮內膜受孕性降低，導致胚胎著床失敗。目前仍然沒有找到最佳的診斷方法，過去採用子宮內膜切片病理檢查的標準診斷，至今仍有爭議。然而，最近一些研究運用分子生物學方法結合子宮內膜切片檢查來尋找子宮內膜組織的分子生物標記（Biomarkers），或許可以找到診斷黃體期缺陷的最佳方法。黃體期缺陷可以視為是一種排卵功能異常的表現。在治療上可以選擇排卵藥物促進卵巢正常排卵功能同時使用各種類型黃體素、HCG、GnRH agonist 來支持黃體期的子宮內膜生長及成熟，就能得到很好的治療效果。

參考文獻

- Aisaka, K., K. Yoshida, et al. (1992). "Analysis of clinical backgrounds and pathogenesis of luteal-phase defect." *Horm Res* 37 Suppl 1: 41-7.
- ASRM (2008). "Progesterone supplementation during the luteal phase and in early pregnancy in the treatment of infertility: an educational bulletin." *Fertil Steril* 89(4): 789-92.
- Ayabe, T., O. Tsutsumi, et al. (1994). "Impaired follicular growth and abnormal luteinizing hormone surge in luteal phase defect." *Fertil Steril* 61(4): 652-6.

- Balash, J., J. A. Vanrell, et al. (1985). "The endometrial biopsy for diagnosis of luteal phase deficiency." *Fertil Steril* 44(5): 699-701.
- Beckers, N. G., N. S. Macklon, et al. (2003). "Nonsupplemented luteal phase characteristics after the administration of recombinant human chorionic gonadotropin, recombinant luteinizing hormone, or gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist to induce final oocyte maturation in in vitro fertilization patients after ovarian stimulation with recombinant follicle-stimulating hormone and GnRH antagonist cotreatment." *J Clin Endocrinol Metab* 88(9): 4186-92.
- Bukulmez, O. and A. Arici (2004). "Luteal phase defect: myth or reality." *Obstet Gynecol Clin North Am* 31(4): 727-44, ix.
- Downs, K. A. and M. Gibson (1983). "Clomiphene citrate therapy for luteal phase defect." *Fertil Steril* 39(1): 34-8.
- Hubayter, Z. R. and S. J. Muasher (2008). "Luteal supplementation in in vitro fertilization: more questions than answers." *Fertil Steril* 89(4): 749-58.
- Jones, G. E. (1949). "Some newer aspects of the management of infertility." *J Am Med Assoc* 141(16): 1123-9, illust.
- Jones, G. S. (1991). "Luteal phase defect: a review of pathophysiology." *Curr Opin Obstet Gynecol* 3(5): 641-8.
- Jordan, J., K. Craig, et al. (1994). "Luteal phase defect: the sensitivity and specificity of diagnostic methods in common clinical use." *Fertil Steril* 62(1): 54-62.
- Li, T. C. (1998). "Recurrent miscarriage: principles of management." *Hum Reprod* 13(2): 478-82.
- Macklon, N. S. and B. C. Fauser (2000). "Impact of ovarian hyperstimulation on the luteal phase." *J Reprod Fertil Suppl* 55: 101-8.
- Mori, H. (1992). "New aspects of the physiology and pathology of the luteal phase: an overview." *Horm Res* 37 Suppl 1: 3-4.
- Noyes, R. W., A. T. Hertig, et al. (1975). "Dating the endometrial biopsy." *Am J Obstet Gynecol* 122(2): 262-3.
- Suh, B. Y. and G. Betz (1993). "Altered luteinizing hormone pulse frequency in early follicular phase of the menstrual cycle with luteal phase defect patients in women." *Fertil Steril* 60(5): 800-5.
- Tuckerman, E., S. M. Laird, et al. (2004). "Markers of endometrial function in women with unexplained recurrent pregnancy loss: a comparison between morphologically normal and retarded endometrium." *Hum Reprod* 19(1): 196-205.
- Wuttke, W., L. Pitzel, et al. (2001). "LH pulses and the corpus luteum: the luteal phase deficiency LPD)." *Vitam Horm* 63: 131-58.



問 答 題

1. 黃體期缺陷的主要特徵為何？
(A)黃體期過短
(B)黃體期黃體素濃度偏低
(C)子宮內膜受孕性降低
(D)以上皆是
2. 下列何者與黃體期缺陷無關？
(A)重覆性流產
(B)男性不孕症
(C)使用 GnRH agonist
(D)卵巢黃體機能不足
3. 下列何者不是診斷黃體期缺陷的方法？
(A)子宮內膜切片檢查病理報告的結果比預期天數慢 2 天以上
(B)測量基礎體溫發現黃體期小於 10 天
(C)超音波測量排卵前濾泡直徑大於 20 mm
(D)抽血測量黃體中期黃體素濃度小於 10 ng/mL
4. 下列何者為黃體期缺陷的治療藥物？
(A)黃體素
(B)促人類絨毛膜性腺激素
(C) 排卵藥
(D) 以上皆是
5. 有關黃體素治療黃體期缺陷，下列何者為非？
(A)肌肉注射效果優於陰道置入使用
(B)肌肉注射效果優於口服
(C)陰道置入使用效果優於口服
(D)一般在取卵後及胚胎植入前開始補充黃體素

第 167 期通訊繼續教育

腫瘤溶解症候群

答案：一、(D)；二、(D)；三、(D)；四、(D)；五、(D)

會員園地

先天性纖維蛋白原異常與懷孕



李耀泰¹ 陳福民² 李文琮³ 郭宗正¹
 台南郭綜合醫院¹ 婦產科³ 藥劑科
 台北中山醫院 婦產科²

纖維蛋白原 (fibrinogen) 是凝血因子中的 factor I，除受傷出血時有助凝血外，在懷孕時對維持血管完整和平衡止血，亦極重要，有助懷孕成功。此外，纖維蛋白是纖維蛋白溶解 (fibrinolysis) 發生的必要因素。

纖維蛋白原乃一種 340-Kd 醣蛋白，主要在肝細胞 (hepatocytes) 中合成，在血漿中正常濃度為 200-400 mg/dL，半衰期為 4 天。如果有先天性纖維蛋白原不足 (< 150 mg/dL)，稱低血液纖維蛋白原症 (hypofibrinogenemia)，如血液中無纖維蛋白原稱無血液纖維蛋白原症 (afibrinogenemia)，纖維蛋白原之品質欠佳時則稱異常功能血液纖維蛋白原症 (dysfibrinogenemia)。如質與量皆異常可稱 hypodysfibrinogenemia。由於先天性纖維蛋白原疾病會影響懷孕，卻少有報導，而今日社會對產科醫師之要求非常嚴苛，祇許成功不許失敗，特回顧文獻，供同仁參考。

一、與重覆性流產的關係：

(一) Evron 等報告一位 28 歲婦女，因第 2 次流產住院。她與她家人被診斷出患有先天性無纖維蛋白原症，她曾有皮膚出血和外傷處瘀血的病使，曾因車禍切除脾臟及卵巢黃體囊腫破裂而手術，但沒有流鼻血、血便、血尿和關節出血，現有月經量多，及缺鐵性貧血。8 位兄弟中，1 位妹妹在 3 歲時因腦出血死亡，2 位弟弟分別在 14 和 16 歲時死於頭部外傷。現尚有 1 位妹妹 (20 歲) 和 1 位弟弟 (18 歲) 有此病。

患者在 2 年前第 1 次懷孕，結果因過期流產接受了 D&C，沒有嚴重出血。6 個月

前因不孕接受了輸卵管攝影，卻因大量出血住院。此次懷孕 6 週起有重覆陰道出血，接受了 15 U 冷凍沉澱品 (cryoprecipitate)，根據 β hCG 和超音波再次診斷為過期性流產。Hb 12.2 g/dl, Ht 38 %，platelet $326 \times 10^9/l$ ，肝、腎電解質和免疫球蛋白正常。

凝血檢查：bleeding time 4.5 分，prothrombin time 14.5 秒（正常 10.6 秒），partial thromboplastin time 延長至 80 秒（正常 34 秒）。Thrombin time 延長很多（控制 10 秒）。纖維蛋白原經 3 種不同方法測量皆很低：(A)M+D 測量法 (Marz & Dade, AG Switzerland) 之 clotting time > 100 秒，表示纖維蛋白原 < 30 mg/dl；(B)Ratnoff & Menzie 測量法，纖維蛋白原 < 10 mg/dl；(C)免疫法用 Wellcome FDF Kit (Wellcome Research Laboratories, Beckenham, U.K.)，纖維蛋白原為 0.9 mg/dl。

因患者沒有陰道出血， β hCG < 10 MU/ml，超音波檢查子宮清潔，因此沒有做搔括術。一年後，患者在 8 週時，又發生第 3 次過期性流產及出血，輸冷凍沉澱品 15 U 後，胚胎自然流出，診斷為重覆性流產。

(二) 用作流產後之治療

1985 年，Inamoto 等報告一位 34 歲、有先天性無纖維蛋白原病史之婦女，懷孕第 3 次，曾有兩次自然流產，免疫方法檢查血漿中纖維蛋白為 0 mg/dl。患者因月經過期 5 天，陰道出血，超音波檢查妊娠囊 15×15 mm，診斷為先兆性流產。住院後，先靜脈點滴注射纖維蛋白原 3 gm，然後每週注射 8 gm，直至第 8 週時看到胎兒心跳，因已無出血，纖維蛋白原注射減至每週 4 gm，再減至 2 gm，此時血漿纖維蛋白原檢查為 5-40 mg/dl。21 週時因又出現陰道出血，改為每週給 12 gm，血漿纖維蛋白原維持在 20-40 mg/dl 未出血。懷孕至 37 週，因子宮頸不宜引產，決定剖腹生產，手術前滴注纖維蛋白原 8 gm，手術時血漿纖維蛋白原為 120 mg/dl，得一男嬰，重 2380 gm，Apgar score 為 9 分，胎兒臍靜脈纖維素原為 55 mg/dl（正常 215 ± 30 ），表示胎兒亦為血液無纖維蛋白原患者。產後母親每週給予纖維蛋白原 6-12 gm，兩週內維持血漿纖維蛋白原在 60-120 gm/dl，惡露正常，平安出院。

二、與胎盤早期剝離的關係：_____

(一) 1989 年，Goodwin 發表一位 31 歲、初次懷孕 32 週之婦女，因多次陰道出血和腹痛住院。凝血功能檢查：prothrombin time 11.3 秒（控制 11 秒），partial thromboplastin time 27 秒（控制 25.5-33 秒），platelet $380 \times 10^9/l$ （正常 $140-440 \times 10^9/l$ ），thrombin time 延長至 19.6 秒（控制 13.7 秒），reptilase time 延長至 14.3 秒（控制 9.1 秒），bleeding time 8 分（正常 < 9 分），fibrin degradation products < 10 μ g/ml（正常 < 10 μ g/ml），clottable fibrinogen test 為 80-90 mg/100 ml（170-410 mg/100 ml），immunologic fibri-

nogen test 為明顯減少。肝功能正常，診斷為先天性低血液纖維蛋白原。患者月經正常，沒有瘀血病史，數年前拔牙沒有意外的出血。此因可能有胎盤早期剝離和產後出血之風險，予住院觀察。至第 8 天（33 週時）發生大量出血和腹痛，最近注射之針孔處有瘀血，重覆纖維蛋白原檢查為 58 mg/dl，臨床上診斷為胎盤早期剝離，決定緊急剖腹生產。手術前先輸 14 單位血冷凍沉澱品，手術產下一 1984 gm 健康女嬰，胎盤表面 20 % 大小有血塊，手術後纖維蛋白原在恢復室為 112 mg/dl，2 天後為 91 mg/dl，一切順利

- (二) 2002 年 Edwards 等報告一位 24 歲、G1P0 之孕婦，在懷孕 24.6 週時因腎盂腎炎住院。住院前 4 週有少量陰道出血，超音波顯示有低位胎盤。住院前 2 天又有陰道出血，胎心監視器顯示子宮 1-2 分鐘收縮一次，予 betamethosone 和硫酸鎂治療。當時，Hb 10.8gm/dL，Ht 32 %，PT 和 PTT 正常，纖維蛋白原 84 mg/dL（160-340）、fibrin degradation products 正常，derived fibrinogen 482 mg/dL（正常 160-340），thrombin time 67 秒（正常 16-23）。因 derived fibrinogen 增加，且有 thrombin time 延長，診斷為 dysfibrinogenemia。血液科認為以前沒有出血或栓塞病史，沒有特別治療可建議。住院第 4 天，超音波檢查發現絨毛膜下有 10.8 x 9.3 x 6.3 cm 血塊。隔天，胎心出現 late deceleration，立即行剖腹生產，產下一 830 g 男嬰，Apgar score 2（1 分）和 6（5 分），後來嬰兒很好。手術時發現子宮變色（Couvelaire 子宮）。病理報告為有胎盤早期剝離，手術後 7 天，纖維蛋白原為 97 mg/dL，derived fibrinogen 502 mg/dL，thrombin time 65 秒。患者之父親和兄長以前亦被診斷為 dysfibrinogenemia。

三、與產後出血之關係：_____

- (一) 2004 年，Frenkel 等報告一位 25 歲、G3P2 之孕婦，沒有特別過去病史和家族史，第 1 次在懷孕 26 週時因輕度腹部外傷求診，常規血液檢查有低纖維蛋白原 134 mg/dL，其它血液檢查，包括血小板、PT、PTT 和 thrombin time 皆正常。在 36 週時，因有陰道出血和收縮，經剖腹產得一正常男嬰，Apgar score 為 4（1 分）和 8（5 分），臍血 pH 為 6.9，觀察胎盤有 50 % 胎盤剝離，產後發生嚴重出血和 DIC，需要輸血和凝血因子。檢查血栓形成體質（thromophilia）包括 prothrombin 20210、V Leiden 特變因子、methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) 突變、蛋白 S、蛋白 C、antithrombin III、anticardiolipin 和 lupus anticoagulant 皆正常。

第 2 次懷孕，纖維蛋白原開始為 118 mg/dL，在 30 週時疑有胎盤早期剝離，未再檢查纖維蛋白原，進行了緊急剖腹產，產下一位 1690 g 女嬰，Apgar score 為 2（1 分）和 7（5 分），和臍血 pH 6.86，觀察胎盤，顯示為全部的早期剝離，又發生嚴重產後出血和 DIC，需要輸各種血液製品。

此次懷孕收入高危險妊娠門診，在 27 週時發生陰道出血和腹痛，住院時胎兒監視器和生物物理輪廓 (biophysical profile) 正常，纖維蛋白原為 96 mg/dL，每週予冷凍血沉澱品 10 U，企能將纖維蛋白原維持在 250 mg/dL。在 35 週時，因生長發育遲滯 (IUGR) 做選擇性剖腹產，產下一位重 1460 g 女嬰，Apgar score 為 8 (1 分) 和 9 (5 分)，臍血 pH 7.24，沒有發生產後出血。產後 5 個月，纖維蛋白原為 98 ng/dL，其它凝血檢查正常，沒有出血併發症。

(二) 2004 年，Frenkel 等報告一位 37 歲、G4P2、在高危險妊娠門診求診之孕婦，她過去沒有特別病史和家族史。產科史包括 2 次陰道生產和 1 次人工流產。首胎在足月產下一 2850 g 之女嬰，第二胎在產下一 3850 g 嬰兒後有嚴重產後出血，需要大量輸血，認為是 DIC 所造成。

患者求診時懷孕 19 週，目的是想做羊水穿刺檢查，常規血液檢查發現有低纖維蛋白原 79 mg/dL，穿刺前先滴注射冰凍沉澱品，使纖維蛋白原增至 198 mg/dL。以後門診追蹤至 40 週，纖維蛋白原均維持在 119-139 mg/dL 之間。生產前，纖維蛋白原為 136 mg/dL，予冷凍沉澱品 10 U 後，以陰道放置前列腺素 E2 引產，產下一 3330 g 正常女嬰，產後一切順利。

討 論

纖維蛋白原乃一六合體 hexamer，含有 3 對多胜太 (polypeptide) 鏈，由位於第 4 對染色體長臂之 3 個十分接近的基因所控制 (每 1 個基因控制 1 鏈)。纖維蛋白原之功能有：(1) 凝血：纖維蛋白原與 thrombin (凝血因子 II) 作用後變成纖維蛋白 (fibrin)，再因血小板之凝集，使溶解性之纖維蛋白變成不溶解性之纖維蛋白塊 (clot)，附著在受損的血管內皮細胞上達成止血。纖維蛋白塊之形成經 3 個步驟：(i) 凝血因子 II (thrombin) 使纖維蛋白原 (fibrinogen) 斷裂成纖維胜太 (fibrinopeptide)；(ii) 纖維胜太聚合 (polymerization)；(iii) 與因子 VIIIa 結合成穩定的纖維蛋白塊。纖維蛋白塊要與 plasminogen 結合，再被修復組織中的 plasminogen activator (tPA) 活化，才會溶解 (dissolved)；(2) 維持正常懷孕：研究證明胎盤與母體之接觸面均會有少量出血，此可經由母體纖維蛋白原變為纖維蛋白塊的機轉止血。亦有報告認為纖維蛋白原與胚胎絨毛細胞可在母體血中能混合，形成一穩定類纖維蛋白層 (fibrinoid layer) 依附在蛻膜 (decidua) 上，對胎盤之穩定極為重要。因此當孕婦缺乏纖維蛋白原時，常造成早期流產、胎盤早期剝離、和產後出血。

低纖維蛋白原時造成 PT 和 PTT 延長，尤以 PT 為甚。一研究指出 PT 延長之機率為 66%，PTT 延長之機率為 48%。

先天性纖維蛋白異常之發生，可因纖維蛋白之合成不良，合成異常之纖維蛋白或增加

纖維蛋白之破壞，可以分為三種：

- 一、無血液纖維蛋白原：乃一種隱性體染色體（autosomal-recessive）遺傳疾病，全世界已有超過 150 個家族之病史。臨床上出血狀況差異很大，由輕微的出血至嚴重威脅生命的出血皆有，死亡主因顱內出血。有數例無血液纖維原患者發生早期自然流產，亦有數例，在經補充纖維蛋白原後，達成足月生產。但以輸纖維蛋白原治療，有發生抗纖維蛋白原（antifibrinogen）抗體之危險。
- 二、功能異常之功能血液纖維蛋白原：指纖維蛋白濃度正常，但功能欠佳，全世界報告有超過 300 種功能異常之纖維蛋白原（患者），屬顯性體染色體（autosomal-dominant）遺傳。不同結構之缺陷會造成不同時期之血栓和血溶解異常。約有一半患者無症狀，28 % 有出血的併發症，20 % 有栓塞現象。異常功能血液纖維蛋白原患者，大多數無懷孕之併發症，少數有重覆性自然流產和懷孕有關之栓塞，主要因 plasminogen 活性和其斷裂（cleavage）之功能異常所造成。如同時有血栓形成體質（如 V Leiden 因子突變），則臨床上會出現症狀。
- 三、先天性低血液纖維蛋白原：指纖維蛋白構造正常，但濃度 $< 150 \text{ mg/dL}$ ，遺傳之方式不甚了解。大部份患者沒有症狀，部份有出血之併發症。產生栓塞併發症者，多同時有功能不良，稱 hypodysfibrinogemia。如患者 thrombin time 不正常，多表示有質的異常。低血液纖維蛋白原患者懷孕時會發生自然流產，胎盤早期剝離和產後出血。

纖維蛋白之缺乏，不會改變胚胎之發育，即沒有致畸形性，但會影響胎盤之形成。

纖維蛋白原之補充治療

現階段認為，早期懷孕如要成功，血中纖維蛋白原要 $> 60 \text{ mg/dL}$ ，預防妊娠中出血和流產，整個孕期需纖維蛋白原要 100 mg/dL ，預防胎盤早期剝離和產後出血，則需 $> 200 \text{ mg/dL}$ 。

纖維蛋白原之補充主要靠血的冷凍沉澱品中含血漿纖維蛋白原之濃縮物，每一單位（500 cc 血中之沉澱物）約含纖維蛋白原 300 mg。一般孕婦約有 5 L 血液，故每輸一單位冷凍沉澱品可約使血中纖維蛋白原上升 6 mg/dL，另外，纖維蛋白原每天代謝 25 %，故要維持上述纖維蛋白標準，需計算補充量外，尚需按時補充。應注意的是，纖維蛋白之補充治療，有栓塞及傳染病毒的風險，重覆使用並可產生抗纖維蛋白抗體，必須評估及解釋。

結論

血中纖維蛋白原之正常濃度和功用對妊娠成功與否很重要。雖然纖維蛋白原異常的發

生機率很少，卻可造成產科嚴重之併發症，包括出血和栓塞生育失敗。由於診斷相對很簡單，而且有有效的治療方法，因此產科醫師必須了解此疾病。

參考文獻

1. Evron S, Anteby SO, Brzezinsky A, et al: Congenital afibrinogenemia and recurrent early abortion: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985; 19: 307-311.
2. Inamoto Y, Terao T: First report of case of congenital afibrinogenemia with successful delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 803-804.
3. Goodwin TM: Congenital hypofibrinogenemia in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1989; 55: 157-161.
4. Edwards EZ, Rijhsinghani A: Dysfibrinogenemia and placental abruption. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 1043.
5. Frenkel E, Duksin C, Herman A, et al: Congenital hypofibrinogenemia in pregnancy: report of two cases and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2004; 59: 775-779.
6. Iwaki T, Sandoval-Cooper MJ, Paiva M, et al: Fibrinogen stabilizes placental-maternal attachment during embryonic development in the mouse. *Am J Pathol* 2002; 160: 1021-1034.

年輕女性處女膜裂痕之意義



顏兆熊

新泰綜合醫院 婦產科

國防醫學院 副教授

婦產科醫師有時會被要求鑑定青少年是否有過性行為，包括經過同意的性交或非自願性的性侵害。在非急性（事發已經過一段時間）的狀況下，通常只能根據處女膜是否有裂痕來判斷。深度超過處女膜寬度 50% 的 V 字型裂痕稱為深度處女膜凹陷（deep notch），裂痕深度到達處女膜底部（前庭壁）者稱為完全性處女膜裂痕（complete cleft）。研究顯示未有過性行為的青春前期女孩可能在處女膜上緣（11 點鐘至 1 點鐘方向）出現裂痕，也可能在 2、3、9、10 點鐘位置出現部分裂痕（notch），但不會在 4 點鐘至 8 點鐘方向間的處女膜下緣出現裂痕。性行為所造成的處女膜裂痕通常見於側緣（3 點鐘與 9 點鐘方向）以及下緣（4 點鐘至 8 點鐘方向），若在處女膜側緣或下緣發現有深度凹陷或完全性裂縫，代表可能有過性行為。然而我們也瞭解到此種診斷方式並非百分之百可靠。以下將介紹兩篇研究，期能提供各會員更詳盡的相關資訊，文內所提及之性行為乃特指陰莖插入陰道之性交。

哈佛醫學院的 Emans 等人收集 300 例年輕女性（平均年齡 18 歲），包括 100 例有過經同意的性交者，100 例未有性行為且使用月經綿條者，100 例未有性行為且使用衛生綿者，以目視檢查處女膜結構。有性行為者 81% 在處女膜下緣（2 點鐘至 10 點鐘方向）可發現有完全性裂痕；未有過性行為的年輕女性使用月經綿條者或衛生綿者，處女膜下緣發現有完全性裂痕分別為 11% 與 5%（兩組間的差異無統計學之意義）。未有性行為者只有 3% 在 4 點鐘至 8 點鐘方向的處女膜發現有完全性裂痕。處女膜開口橫徑的中值在上述三組分別為 2.5 cm、1.5 cm、1.2 cm，但各組內所測得的結果差異性很大。在未有性行為的女性，從事運動或體操不會增加處女膜出現裂痕的機率。

聖地牙哥大學的Adams等人收集 85 例 13-19 歲青少女，在陰道鏡下檢查其處女膜並以放大 10 倍照相記錄。27 例有性行為者有 13 例（48%）在處女膜側緣或下緣（3 點鐘至 9 點鐘方向）可發現有深度凹陷或完全性裂痕，58 例未有性行為者則有 8 例（14%）側緣或下緣發現有深度凹陷或完全性裂痕。未有性行為者在 4 點鐘至 8 點鐘方向的處女膜發現有深度凹陷或完全性裂痕的比率為 3%（與上述 Emans 等人的研究結果相同）。處女膜下緣的平均寬度在有性行為或無性行為組間並無明顯差別（分別為 2.5 mm 與 3.0 mm）。

結 論

處女膜下緣有裂痕之青少女很可能已有性行為，但未有性行為者仍可能出現處女膜裂痕。處女膜未有裂痕者並不能確認她未有過性行為，有過性行為者有 19-52%未發現處女膜裂痕。處女膜檢查的結果為評估是否有性行為的重要依據，但無法做為判斷的唯一證據。

陰道鏡具有放大的功能，對於處女膜是否有裂痕可看的更清楚，且可直接照相存證；在遇到需要做這類鑑定時，可多加以應用。檢查後應記錄處女膜是否有裂痕（深度凹陷或完全性裂痕），如果有的話應註明其位置與數目。如果未發現裂痕，在診斷證明或鑑定報告上寫“未發現處女膜裂痕”會比寫“處女膜完整”較為恰當。

參考文獻

1. SJ, Woods ER, Alfred EN, et al: Hymenal findings in adolescent women: Impact of tampon use and consensual sexual activity. J Pediatr 1994;125:153-60.
2. JA, Botash AS, Keelogg N: Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158: 280-5.

徵才看板

徵才單位	徵才內容	條件	聯絡電話	聯絡人
台北縣婦產科診所	婦產專科醫師 (男女不拘)	高 PPF, 只看門診, 捷運出口, 環境優, 時間彈性, 發展潛力大, 希望長期合作	0935-107-177	管理部 張主任
台北縣婦產科診所	門診、兼任 醫師	半退休或退休	0932-158057	
桃園縣蘆竹鄉 梁志豪婦產科診所	婦產科 專科醫師	保障薪制、做一休一、待優, 環境佳	0922-964932	薛小姐
e 世代送子鳥生殖中心 (www.e-stork.com.tw)	婦產科 專科醫師	高品質工作徵高水準醫師 意者請將履歷寄至: stork.lai@msa.hinet.net	03-523-3355 分機 102	朱小姐
台中市南屯區婦產科 診所	女醫師 (專兼可)		0937-395612	王小姐
台中慈濟醫院	婦產科 主治醫師 (須具婦產科 專科醫師證 書)	本院環境舒適、醫療團隊氣氛佳 敬請意者至本院網址: http://www.tzuchi.com.tw 下載履歷表、自傳及相關證書影本。來函請寄(427)台中縣潭子鄉豐興路一段 66 號台中慈濟醫院 人力資源組王小姐收, 或 e-mail: kelen_wang@tzuchi.com.t	04-3606-0666 分機 3739	王小姐
皓生醫院	婦產科醫師	待遇優、環境佳	04-8379560	邱小姐
嘉義長庚醫院婦產科	婦產科 專科醫師、 fellowship 或 醫師	年輕有衝進的婦產科醫師皆歡迎。有志於孕育下一代者尤佳。有專科證書或女性醫師更佳(基本資料貼相片、身份證影印本、學歷/醫師/專科證書影本乙份)	05-3621000 分機 2592 傳真:	陳秘書
佛教大林慈濟 綜合醫院	婦產科 專科醫師	工作環境: 1.設備齊全-內視鏡、尿動檢查、不孕症 2.與大學醫學院合作密切, 升等管道暢通 3.鼓勵在職進修 待遇: 1.依本院薪資及抽成辦法 2.提供醫師有眷宿舍 傳真: 05.2648999 地址: 嘉義縣大林鎮民生路 2 號人資室	05-2648000 分機 5165	人資室 王小姐
台南郭綜合醫院	婦產科 主治醫師 婦女泌尿 專科醫師	待遇特優, 有保障薪。意者請 E-mail 履歷表至本院信箱: kgh@kgh.com.tw (醫院) 或 yisu@kgh.com.tw (蘇主任)	06-2221111 分機 5505	人事室 蘇雅娟 主任
高市婦產科診所	門診醫師	禮聘門診醫師, 境優免值班, PPF 很高, 星期假日均可休假	0930-173888	人事室
高雄市婦產科診所	專任婦產科 醫師	單純門診, 不接生, 保障薪待優。 另徵兼任婦產科專科醫師	0918-206565	張小姐
屏東安和醫院 屏東市自由路 598 號	婦產科 專科醫師	PPF 無上限, 上班地點: 屏東市或屏東縣潮州鎮, 本院現有婦產科醫師 10 名、小兒科醫師 4 名, 為屏東最具規模之婦幼醫院。優良的工作環境、交通便利	0913-052900	管理部 朱小姐
新竹市婦產科診所		位於鬧區, 20 年基礎, 150 坪有病房、開刀房, 設備齊全, 營業中擬退休, 便宜出租。	0910-052211	
南部某婦產科診所		廉售九成新各式病床及 DR、BR、OR, 所有配備與器械, IV pump、Monitor、消毒鍋...	0930-173888	

編 後 語

陳建銘

第十八屆理監事會三年的精采服務即將畫下完美的句點，蔡鴻德理事長處處為會員利益事必躬親的無私奉獻，犧牲了無法計價衡量的醫療本業及家庭親情。何博基監事長以其位居全聯會要職之便及其豐沛的人脈，為會員利益凡事韜珠必較的向健保局發聲。謝卿宏秘書長以一種近乎忘我的精神輔佐了四任的理事長，為醫學會會務鞠躬盡瘁，精神令人感佩，在此編者為學會三位靈魂人物鼓掌喝采，也誠摯的說聲：「您們辛苦了，謝謝您們。」

99年9月19日第18屆第12次理事會因為凡那比颱風的影響改成談話會，由於有「第19屆會員代表當選名單」這項重大議題需要確認，讓編者見識到這些與會前輩的睿智，看著大家查閱各種法律規章，終於找到相關的法律條文，提供了會議的適法性，緊跟著就此展開一連串的手機通訊會議，這也讓編者提出「學會應當建置視訊會議相關設施」的建議；會中另外通過「變更學會LOGO一案」之重大決議，學會明年將屆五十週年，編者於會中分享了LOGO由紅色改採金色的構想及意義-學會由第13屆重整後，歷經六任理事長勇於任事，帶領我們走過顛頗的十四個年頭，雖然現今學會財務健全，會務蒸蒸日上，過往「一代健保」對台灣婦產科的戕害，面對「二代健保」可能產生的轉機，LOGO改採金色的意義亦即期許台灣婦產科醫學會開展下一個「黃金五十年」的願景。理事會決議以紅色及金色兩款，每款各兩種字樣，一種為現行字樣，一種增字為“Women's Health Care Physicians”，並列印彩色樣稿，於10月10日會員代表大會中讓全體會員代表投票表決。

「第18屆理監事會大事記」扼要的記錄了96年至99年學會經歷的軌跡，謝謝學會三長的卓越領導與全體理監事的奉獻。

回顧了這令人感恩的三年，也該轉換心情回神看看本期通訊繼續教育的課題：賴宗炫醫師「黃體期缺陷」，文中賴醫師介紹了黃體期缺陷的主要特徵與相關臨床因素，扼要說明了黃體期缺陷的診斷與治療方法，相信有助於會員面對不孕症及重覆性流產病患的照護。而李耀泰醫師「先天性纖維蛋白原異常與懷孕」，文中以文獻回顧病例的方式，介紹了先天性纖維蛋白原異常與重覆性流產的關係、與胎盤早期剝離的關係，以及與產後出血的關係，並扼要提供先天性纖維蛋白原異常的治療建議，提供會員們面對這個發生機率雖少但可能造成產科嚴重併發症之疾病有所了解。顏兆熊醫師「年輕女性處女膜裂痕之意義」，文中簡要的說明對於各層級的婦產科醫師面對被要求鑑定青少年是否有過性行為時有很好的臨床指引作用。

因「氣肅而凝，露結為霜」而名的霜降，為秋季最後一個節氣，天氣日漸寒冷，提醒好朋友們注意添加衣著，也祝福各位好朋友們闔家平安。海島型氣候的台灣，霜降時節正是北部九降風最冷烈的時節，九降風也正是新竹製作米粉及新埔、北埔製作柿餅最好的幫手，歡迎好朋友們有空到新竹來享受米粉及柿餅。

◎168 通訊繼續教育答案◎

題目：黃體期缺陷

1. () 2. ()
3. () 4. ()
5. ()

會員號碼：
姓 名：
日 期：

*請確實填寫會員號碼及姓名，以便於
積分登錄。

*請多利用線上作答功能，以節省時間
及紙張([http://:www.taog.org.tw](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp)
[/member/MBPasswd.asp](http://www.taog.org.tw/member/MBPasswd.asp))

*本答案卷除郵寄外，亦可傳真

104 台北市民權西路七十號五樓

電話：(02) 2568-4829
傳真：(02) 2209-1476

台灣婦產科醫學會

收

郵 自
票 貼

活動消息

活動編號	主題	主辦單位	舉辦地點	開始時間	結束時間	類別	學分
101027-1	醫療團隊資源管理於病人安全上運用	林新醫療社團法人林新醫院 醫教會	台中市南屯區惠中路三段 36 號	10月27日 07時30分	10月27日 08時30分	B	1分
101029-1	ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction and ACC/AH	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	埔里全都餐廳會議室	10月29日 12時00分	10月29日 14時00分	B	2分
101029-2	常見的小兒腎臟泌尿系統疾病	行政院衛生署台南醫院	台南醫院新化分院二樓會議室	10月29日 13時00分	10月29日 14時00分	B	1分
101030-2	台灣婦產科內視鏡暨微创醫學會年會暨第六屆第三次會員大會	台灣婦產科內視鏡暨微创醫學會	台北國際會議中心 101A、101B	10月30日 13時30分	10月31日 16時30分	B	6分
101030-1	婦孺聯合病理討論會	臺北市立聯合醫院	台北國賓大飯店 Aqua Lounge 餐廳	10月30日 14時00分	10月30日 16時30分	B	2分
101031-1	乳房超音波檢查及診斷教育訓練課程(北區)	中華民國醫用超音波學會	台大醫學院 104 講堂	10月31日 09時00分	10月31日 14時30分	B	3分
101031-2	2010 婦女醫療照護實務發展研習營	中華民國周產期醫學會	台中裕花園酒店 4F 東側包廂	10月31日 13時00分	10月31日 17時30分	B	4分
101105-1	胚胎冷凍	澄清綜合醫院醫教會	台中市區平等街 139 號 3F 會議室	11月05日 07時30分	11月05日 09時00分	B	1分
101105-2	2010 年台中市中家庭暴力暨性侵害防治研討會	台中市衛生局、中國醫藥大學附設醫院	中國醫藥大學附設醫院	11月05日 08時00分	11月05日 16時00分	B	6分
101105-3	Taiwan Osteoporosis Conference	中華民國骨質疏鬆症學會	高雄漢神巨蛋金冠廳	11月05日 19時00分	11月05日 21時30分	B	2分
101106-3	AMS® ELEVATE™ 骨盆底修復手術法表暨示範教學	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	高雄長庚醫院兒童大樓 9 樓婦產部會議室	11月06日 08時00分	11月06日 11時00分	B	3分
101106-1	第二屆第二次台兒第一孕期唐氏症篩檢工作班(上)	花蓮門諾醫院、台兒診所、台灣婦產科醫學會	花蓮門諾醫院 信實樓四樓施佳蘭禮拜堂	11月06日 12時30分	11月06日 16時30分	B	3分
101106-2	More Protection for Cervical Cancer 子宮頸癌北區研討會	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司	六福皇宮·台北市南京東路三段 133 號	11月06日 13時00分	11月06日 18時00分	B	3分
101106-4	AMS® ELEVATE™ 骨盆底修復手術法表暨示範教學	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	彰化基督教醫院 2 期 4 樓開刀討論室	11月06日 14時00分	11月06日 17時00分	B	3分
101106-5	Taiwan Osteoporosis Conference	中華民國骨質疏鬆症學會	台北喜來登飯店喜廳	11月06日 19時00分	11月06日 21時30分	B	2分
101107-4	More Protection for Cervical Cancer 子宮頸癌南區研討會	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司	高雄金典酒店 45 樓 天幕廳·高雄市自強三路 1 號	11月07日 08時00分	11月07日 12時00分	B	3分
101107-5	AMS® ELEVATE™ 骨盆底修復手術法表暨示範教學	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	林口長庚醫院兒童大樓 K 棟 12 樓第三會議室	11月07日 08時00分	11月07日 11時00分	B	3分
101107-1	2010 婦女醫療照護實務發展研習營	中華民國周產期醫學會	高雄福華大飯店 7F 金龍廳	11月07日 13時00分	11月07日 17時30分	B	4分
101107-3	More Protection for Cervical Cancer 子宮頸癌中區研討會	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司	裕元花園酒店-台中市港路三段 78-3 號	11月07日 13時00分	11月07日 18時00分	B	3分
101107-2	Contemporary Scar Management Symposium	中國醫藥大學附設醫院	Windsor Hotel, Taichung	11月07日 17時30分	11月07日 21時00分	B	2分
101111-1	2010 學術研討會	台灣兒童過敏氣喘及免疫學會	新莊樂實兒婦幼醫院	11月11日 12時30分	11月11日 14時00分	B	2分
101112-1	2010 台灣醫學週-台灣聯合醫學學術演講會暨臺灣醫學會第 103 屆總會學術演講會	台灣醫學會、行政院衛生署	台北國際會議中心	11月12日 09時00分	11月14日 17時00分	B	10分
101114-1	婦女泌尿學	台灣婦女泌尿暨骨盆醫學會	高雄金典飯店 42 樓碼頭廳	11月14日 09時00分	11月14日 16時00分	B	7分
101124-1	人工生殖醫學的進展	中山醫療社團法人中山醫院	台北市仁愛路四段 112 巷 11 號(中山醫院 1 樓大會議室)	11月24日 13時00分	11月24日 14時00分	B	1分
101127-1	第二屆第二次台兒第一孕期唐氏症篩檢工作班(下)	花蓮門諾醫院、台兒診所、台灣婦產科醫學會	花蓮門諾醫院 信實樓四樓施佳蘭禮拜堂	11月27日 12時30分	11月27日 16時30分	B	3分

第 96 屆韓國婦產科年會暨第 15 屆國際年輕醫師交流研討會



TAOG 致贈會場唯一的花架



李錕堯教授榮獲 KSOG 榮譽院士授證典禮



會場留念
楊友仕、李錕堯、PC HO、張潤錫醫師。



台韓兩大巨頭--由左至右張潤錫、李錕堯醫師



第 15 屆國際年輕醫師交流研討會



**Don't let
adhesions
block
the way**

Keep the field clear with Seprafilm® Adhesion Barrier
No adhesion barriers has been more extensively evaluated
Powerful adhesion prevention

sepra/film®
ADHESION BARRIER
Uncomplicating the future™

使用前請詳閱說明書警語及注意事項

街署醫器輸字第018915號

genzyme

Taiwan

健臻生技有限公司

10045台北市中正區衡陽路51號10樓A101 (基泰大樓) T 02-2313-1889 F 02-2313-1162
北市衛藥販(正)字第620118G-938號 SEPTWN100222

北市衛藥南字第99030066號