

台灣周產期醫學會會訊



發行人：蔡明松

學會電話：(02)2381-6198

郵政劃撥帳號：12420668

會址：台北市常德街一號景福館2樓203室

秘書長：徐明洸

學會手機：0911-366-551

戶名：台灣周產期醫學會

網址：<http://www.tsop.org.tw>

會訊主編：蘇河仰

學會傳真：(02)2381-4234

傳 真：(02)2381-4234

E-mail:tsop23816198@gmail.com

2013年4月/第199期

印刷品

目 錄

理事長的話

1

醫界論壇

當前產科環境之分析與建議

2

新境界

腹部超音波是否可以作為第一線測量子宮頸長度的工具？

3,4

高危險妊娠

懷孕與溫俾伯氏症(類血友病)

5,6,7

秘書長的話

周產期醫學會第十三屆組織一覽表學術活動訊息

8

理事長的話

隨著母胎醫學的進步與蓬勃發展，近十年來，英國FMF Kypros Nicolaidis教授的團隊發展了相當多的妊娠11-13週之間的胎兒超音波標記，並結合歐美其他專家所研發出的母血清生化標記，除了可以篩檢出某些胎兒的染色體數目異常或先天的特殊胎兒結構異常之外，同時可以利用以上之標記預測孕婦發生產科併發症如早產、子癱前症、妊娠糖尿病、胎兒生長遲滯或巨嬰之風險，因此他顛覆了過去20年來孕婦於28週以後每兩週產檢一次，36週後每週產檢一次之正金字塔型的產檢模式，建議改成一若於11-13週之間篩檢為低危險群之孕婦則大大減少其產檢次數成為倒金字塔型之產檢模式(如附圖)。

英國Kypros Nicolaidis教授在母胎醫學的成就真的是令人刮目相看，但是在目前台灣的產科照護環境是有別於英國，我們並無法完全照單全收，應該由我們的產科專家共同研商訂出一套適合台灣產檢的制度來因應此潮流，以提升台灣母胎醫學的照護品質。目前國民健康局所提供的孕婦十次的產檢是從全民健保實施十幾年以來至今尚未修訂，除了給付偏低之外，次數更是不足，其產檢內容只提供一次的超音波檢查及一次的產科諮詢及簡單的血液檢查，除了無法滿足孕婦及其家人高標準的期待之外，這些檢查數據更無法讓產科醫師足夠對產科照護品質安全把關，對於高危險妊娠更是不足，對於現今母胎醫學的進步更是望其項背。雖然孕婦妊娠11-13週篩檢胎兒異常及產科併發症的風險評估已成歐美各國未來產檢的趨勢，但是若按照Kypros Nicolaidis教授之建議對於低風險的孕婦族群於妊娠20週以後幾乎只做兩三次產檢，在台灣是不可行的。為何FMF會做如此之建議，有其獨特的社會及醫療給付背景，因為英國醫療費用很高，公醫制度約診不易，且Kypros Nicolaidis教授是超音波醫師不接生，無法體會產科醫師的壓力，大家都知道在妊娠末期也有可能有些無法預測的產科併發症發生，例如臍帶的意外、高位破水、羊水過多或過少、胎動減少、胎兒窘迫、胎盤的過度鈣化、血液循環問題等……都需要做密切的追蹤與評估，因此我建議以結合正反金字塔型的產檢模式較合乎台灣現行的產檢模式，各醫療院所可依其設備與能力或產婦之需求逐次引進妊娠前期的一些篩檢標記，或將檢體轉至外面可信賴之實驗室做檢查，醫師可依實驗數據給孕婦做良好而專業的諮詢，再加上以往28週後的密集產檢，提早偵測產科併發症，形成一個沙漏型的產檢模式較適合台灣，以避免不必要的產科糾紛發生。如此妊娠早期注重胎兒異常篩檢及高危險妊娠的風險評估，妊娠末期則對於孕婦做密集的胎兒健康評估，如評估胎兒的重量、羊水量甚至臍帶血流量、NST以及BBP，生產方式的選擇等以減少產科併發症的發生。

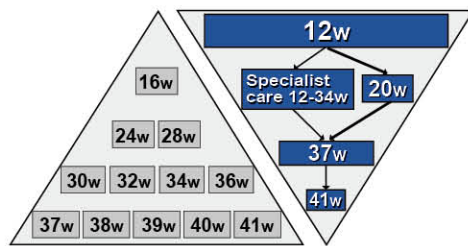
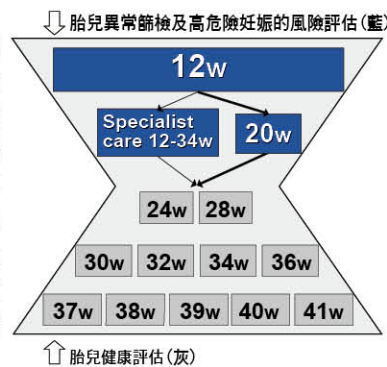


Figure 1—Pyramid of prenatal care: past (left) and future (right)



胎兒健康評估(灰)



全球生寶巡禮：美國生寶

2010年，美國FDA祭出史上最嚴檢查標準，突擊檢查全美臍帶血庫，導致多家美國臍帶血庫遭停業。美國生寶不僅通過考驗，更榮獲FDA稽查官員讚譽：「生寶是臍帶血業的典範！」美國生寶頂尖技術源自台灣生寶，台灣生寶更值得專業醫師驕傲推薦。

 生寶臍帶血銀行
HealthBanks
美國 | 香港 | 泰國 | 澳門 | 台灣

當前產科環境之分析與建議

台灣婦產科醫學會前理事長 李茂盛教授

1. 國家衛生保險給付不足

全民健保自1995年開辦以來，產檢給付項目除了去年開始補助GBS篩檢外，並沒有多大的變化。但隨著產檢精緻化，越來越沒有辦法符合民眾及醫療照護人員的期待，又生產給付雖然在95年將自然生產給付與剖腹生產相同，但過去在成本分析上，並未把孕產婦待產過程的醫師耗費成本計入，導致成本分析不公平，再加上增加給付部分，許多醫院經營者無法實質回饋給第一線接生的醫師，因而年輕醫師願意投入"生產"行列的人大打折扣，連帶影響到婦幼品質。如何重新建構新的產檢制度，改善生產給付，實際回饋給醫師，也許是大家要共同努力的目標。

2. 開擴自費市場

因為產檢項目不足及生產給付偏低，再加上少子化效應下，民眾對醫療品質要求更高。如何在現在偏低的給付下開拓自費市場，爭取生存空間，是必要的。同時也要教育民眾，陽春麵級牛肉麵的不同。如果要獲得高水準的醫療照護，額外的醫療成本負擔是必要的。而產科照護相對是有相當的自費空間。我個人也希望所有的醫師，共同一起來開拓自費市場，不要像過去發生削價競爭及免費檢查導致雙敗的局面。

3. 醫療補償制度的建立

去年10月台灣開始試辦為期三年的生育事故救濟計畫，產科醫療風險高主因於病人對懷孕生產的預期性較高，一旦無法獲得期望時，媒體投書，法院提告無法避免。如何將生育事故救濟，擴大成醫療補償制度，改善目前醫病刑事訴訟，是吸引醫學生將來能選擇婦產科的重要助力。也希望大家能夠支持生育事故救濟計畫，創造醫病雙贏。

4. 提高周期產照護水準

根據衛生署的報告，99年孕產婦死亡率為十萬分之4.2，100年度新生兒死亡率是千分之4.2，在亞洲國家與韓國略同，但較日本為差。故這當中是有改善進步的空間。婦幼健康指標，是最能代表國家醫療水準。我個人期盼所有在第一線上努力的周產期醫師，能夠維持現有水準，再上層樓。

腹部超音波是否可以作為第一線測量子宮頸長度的工具？

馬偕紀念醫院 高危險妊娠科 / 彭成然醫師

馬偕紀念醫院 高危險妊娠科 馬偕紀念醫院 醫學研究部 / 陳治平醫師

在台灣，早產的發生率大約8%，而根據美國婦產科醫學會（ACOG）的建議，在現有預測早產的方法中，只有子宮頸長度和fibronectin具有臨床應用的價值。其中，子宮頸長度須以陰道超音波測量。

根據馬偕醫院婦產部於2001年在台灣婦產科醫學會雜誌所發表的數據，在20至24週之間，經陰道超音波測量出的子宮頸長度平均值是3.6公分，一個標準差是0.8公分，子宮頸長度小於2公分以下即定義為子宮頸過短（平均值減兩個標準差）。早產的風險隨著子宮頸長度變短而緩慢增加，但在短於2公分後，即會快速地增加，而變成早產的高危險群。

一般來說陰道超音波是最正確的測量子宮頸方法。而腹部超音波的優點則是方便簡易，但缺點不外乎是常受限於胎兒大小、胎位、和餘尿量，所以不是每一位產婦都可以清楚辨別子宮頸。若不論胎兒大小和胎位，在腹部超音波下，膀胱內尿量要多才可能看得清楚，但是尿量愈多，就愈會高估子宮頸長度。此外，從腹部看時，子宮頸較長者比較容易看得清楚，子宮頸較短者則常常看不清楚。

但是若要全面推廣孕婦經陰道超音波測量子宮頸來篩選出早產高風險者，所要花費的人力、時間及效價比(cost/effective)是我們所要謹慎考量的；此外，不是每一位孕婦都願意接受陰道超音波檢查，因此在這裡跟大家分

享發表在這一期AJOG（American Journal of Obstetrics & Gynecology）的文獻，提供給各位會員參考。

Can transabdominal ultrasound be used as a screening test for short cervical length?

Alexander M. Friedman, MD; Sindhu K. Srinivas, MD; Samuel Parry, MD; Michal A. Elovitz, MD; Eileen Wang, MD; Nadav Schwartz, MD (American Journal of Obstetrics & Gynecology 2013 March 190.e1-e7)

目的：

全面性經陰道超音波測量子宮頸長度可能造成臨床醫師工作負擔量上顯著的增加。本篇的作者們假設，可以藉由找出一個經腹部超音波子宮頸長度的閾值(threshold, cutoff)，若大於此閾值，代表在同一個測試者上，經陰道超音波測量出短子宮頸長度(cervical length \leq 25mm)，其風險是非常低的。

研究設計：

這個前瞻性研究評估了連續一系列的婦女，提供了全面性的經陰道超音波子宮頸長度測量。並且每個病人在接受經陰道超音波檢查前，分別都會在解尿前和解尿後，各執行完整的經腹部超音波，來測量解尿前後子宮頸長度。這項研究希望找出經腹部超音波子宮頸長度的臨界值(cutoff)，可以預測經陰道超音波測量有短子宮頸的情形(cervical length \leq 25mm)，同時並能達到95%的sensitivity (95% confidence interval, 90-99%)。

● 解尿前後經腹部超音波測量子宮頸長度如下：

FIGURE 1
Prevoid TA cervical length



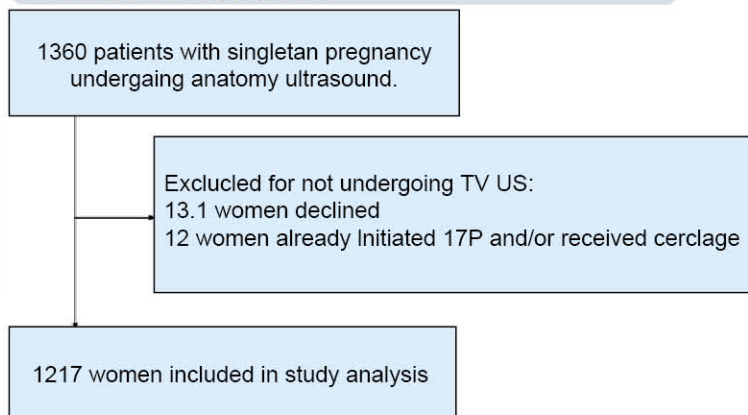
TA,transabdominal.
Friedman. Transabdominal
ultrasound as a screening test for
short cervix.Am I Obstet Gynecol
2013.

FIGURE 2
Postvoid TA cervical length



TA,transabdominal.
Friedman. Transabdominal
ultrasound as a screening test for
short cervix.Am I Obstet Gynecol
2013.

FIGURE 3
Derivation of the study population



TA,transabdominal.Friedman. Transabdominal ultrasound as a screening test for short cervix.Am I Obstet Gynecol 2013.

結果：

總共1217名婦女被納入在這個分析研究中。如果經腹部超音波子宮頸篩選長度小於等於36mm，可預測出經陰道超音波測量出有短子宮頸長度(cervical length ≤ 25mm)的情形(sensitivity 96%， specificity 39%)。如果經腹部超音波篩選子宮頸長度小於等於35mm，則可預測出經陰道超音波測量出有更短子宮頸長度(cervical length ≤ 20mm)的情形(sensitivity 100%， specificity 41%)。約有6.2%的受試者無法在解尿前藉由經腹部超音波篩選測量出子宮頸長度，另外有17.9%的受試者無法在解尿後藉由經腹部超音波篩選測量出子宮頸長度。

TABLE 3
Test characteristics of prevoid TA ultrasound for detection of cervical length ≤25 mm

Characteristic	TA ≤25 mm	TA ≤30 mm	TA ≤32 mm	TA ≤36 mm
Sensitivity (95% CI)	44.7% (33.3–56.6%)	72.4% (60.9–82.0%)	78.9% (68.1–87.5%)	96.1% (90.0–99.2%)
Specificity (95% CI)	84.2% (82.0–86.3%)	65.6% (62.8–68.4%)	55.5% (52.5–58.4%)	39.4% (36.7–42.2%)
Negative predictive value (95% CI)	95.8% (94.6–97.0%)	97.3% (96.2–98.4%)	97.5% (96.3–98.7%)	99.3% (98.5–99.9%)
Positive predictive value (95% CI)	15.9% (11.6–21.4%)	12.3% (9.6–15.7%)	10.5% (8.3–13.3%)	9.3% (7.4–11.5%)

If the cervix could not be viewed on transabdominal view it was considered screen positive and a value of <25 mm on transabdominal length was assigned for all test characteristic calculations. CI, confidence interval; TA, transabdominal.

Friedman. Transabdominal ultrasound as a screening test for short cervix.Am I Obstet Gynecol 2013.

TABLE 4
Test characteristics of prevoid TA ultrasound for detection of cervical length ≤20 mm

Characteristic	TA ≤25 mm	TA ≤30 mm	TA ≤32 mm	TA ≤35 mm
Sensitivity (95% CI)	71.9% (51.3–86.3%)	90.6% (75.0–98.0%)	90.6% (75.0–98.0%)	100% (89.1–100%)
Specificity (95% CI)	83.9% (81.7–85.9%)	64.7 (62.0–67.4%)	55.5% (52.0–57.9%)	40.8% (38.0–43.7%)
Negative predictive value (95% CI)	99.1% (98.5–99.7%)	99.6% (98.9–99.8%)	99.5% (98.6–99.8%)	100% (99.2–100%)
Positive predictive value (95% CI)	11.2% (7.7–16.1%)	6.5% (4.6–9.2%)	5.1% (3.6–7.3%)	4.5% (3.2–6.3%)

CI, confidence interval; TA, transabdominal.

Friedman. Transabdominal ultrasound as a screening test for short cervix.Am I Obstet Gynecol 2013.

結論：

經腹部超音波測量子宮頸長度可以成功排除，經陰道超音波有低風險可能有短子宮頸之婦女 (women at very low risk for short transvaginal cervical length)；亦即若腹部超音波測量出之子宮頸長度大於35mm，則有short cervical length之風險是極低的，應不需接受進一步陰道超音波檢查。同時可顯著減輕臨床工作上的負擔，減少大約40%的婦女接受經陰道超音波檢查。而同時為了確保經腹部超音波的高靈敏度，約60%的患者仍然需要接受進一步的經陰道超音波檢查。

懷孕與溫偉伯氏症(類血友病)

三軍總醫院 / 血液腫瘤科 / 血友病中心 陳宇欽主任

一、疾病介紹：

溫偉伯氏症(von Willebrand disease, VWD,台灣稱為類血友病)為西元1926年由一位芬蘭內科醫師Erick von Willebrand於波羅地海灣愛琴島上,發現一位五歲女孩(Hjördis S),其有流鼻血、牙齦出血及拔牙後出血等嚴重的出血症狀,且其家族中66位成員有23位皆有此相似出血症狀。他將之稱為pseudohemophilia,後來人們以他的名字命名為VWD。這位小女孩6年後月經初潮,每次經期流血很多,在第4次月經來時不幸流血過多而死亡。此病大多為體染色體顯性遺傳,男女均會得病,大部分是黏膜表皮出血,出血時間延長。女性病患常因經血過量就醫而較男性患者易被發現。於西元1973年經過研究發現VWD是因為體內缺少一種蛋白質或該蛋白質缺陷造成,此蛋白質稱為von Willebrand factor(VWF),其主要由血管內皮細胞及血小板母細胞(megakaryocyte)合成並儲存於內皮細胞及血小板的顆粒中。VWF蛋白質由2050個胺基酸組成,分子量為270KD。其基因由52個外合子(exons)組成,位於第12號染色體的短臂上(12P13.3)。

VWF為一多片式(multimer)的血液醣蛋白,其主要功能有二:一是其於血管受損時,連接血小板與皮下 collagen fibers 附

著(adhesion)。其A1 domain與血小板膜上 glycoprotein Ib/IX結合,其A3 domain與 subendothelial collagen fibers 結合。另一個功能為與血中第八凝血因子(coagulation factor; FVIII)結合,其為保護FVIII穩定的carrier,使得FVIII不易遭受proteolysis。

VWD盛行率研究報告不一,從一般人口有症狀患者的萬分之一,到以兒童為調查對象的千分之一,甚至較早流行病學調查的百分之1.3皆有。研究學者皆認為VWD應為最常見的遺傳出血性疾病。

二、疾病症狀：

VWD病人的出血傾向有很大的差異性,依類型和嚴重程度而不同。第1型和第2型的症狀較輕,大多為皮膚黏膜的出血,例如流鼻血、拔牙後或手術後出血、容易有瘀青現象、牙齦出血及經血過多等。類似血友病人的症狀如血腫塊,肌肉關節內出血則罕見。但拔牙後或手術後出血常見到。第3型VWD則較為嚴重,經常有皮膚黏膜出血;拔牙後或手術後出血常發生,因血中凝血第八因子減少,類似血友病患的肌肉或關節內出血也會出現。

針對女性患者,若有其下列病史則應轉介至血液科醫師診斷有無VWD,包括經血過量(自有初經起),有出血疾病家族史,流鼻血時

間過長，手術或拔牙後出血過量，不明原因腸胃道出血，經常性皮膚瘀青，受傷後超過五分鐘傷口不易止血及產後大出血等。

三、類血友病的分類：

目前國際上有共識的分類可以分為三大類

第一型 (type 1)：VWF量減少引起，約佔70~80%的患者，佔此病症患者大多數。

第二型 (type 2)：VWF的結構或功能異常而引起，又分為A、B、M、N等四亞型約佔此病症患者10~15%。

第三型 (type 3)：VWF量和質幾乎嚴重或完全缺乏。約佔5%。

四、VWD的實驗室檢驗

類血友病的實驗室檢查包括：出血時間(bleeding time)、血小板功能檢查PFA-100封閉時間(closure time)、活化部分凝血酶元時間(aPTT)、VWF活性(VWF:RCo)、VWF抗原(VWF:Ag)、第八因子活性(FVIII:C)、Factor VIII binding assay、Ristocetin induced platelet aggregation 及VWF multimers電泳分析等。其中以PFA-100封閉時間及VWF活性(VWF:RCo)對疾病偵測的敏感性較高(約80%)。傳統的出血時間敏感性只有50%，aPTT則不到三分之一。有些患者需重複檢查才能確立診斷。另外正常值並不能完全排除VWD的診斷。

五、懷孕時VWF及FVIII的變化

身體中的VWF及FVIII在正常女性懷孕時

會逐漸上升。多數研究顯示VWF及FVIII於第二孕期(second trimester)時開始增加上升，至懷孕足月時(at term)，達到最高。於生產後四到六週回降至原始程度(baseline level)。此正常生理現象在VWD女性病患亦有相同變化，故其臨床出血症狀可獲得改善，尤其是在第一型患者最明顯。第二型患者因VWF有缺陷及第三型患者VWF量太少，所以臨床出血症狀無法改善。另外，若有侵入性檢查及治療，亦會有出血風險。臨床上，針對VWD病患懷孕時應每三個月檢測VWF panel (VWF:Ag, VWF:RCo及FVIII凝血活性) 一次至預產期時。

六、VWD患者生產時處理

若預產期(at term)時發現VWF:RCo或FVIII:C活性小於50 IU/dl，於自然生產前或剖腹手術前應予以治療(治療詳細料部分請參看下文)，包括第一型患者注射DDAVP藥物及第二、三型患者輸注含VWF及FVIII的血液製劑。另外，亦需由專業麻醉科醫師為患者選擇式適當的麻醉方式。第二或三型的VWD患者在補充凝血因子治療後，VWF:RCo及FVIII:C大於50 IU/dl，仍然可做局部或半身麻醉。

七、VWD患者生產後處理

VWD患者生產後出血風險為正常女性的2~3倍。雖VWF於生產後4~6週才下降至原始點，但有些患者於生產後其VWF會快速下降。此時生產造成的傷口仍未完全癒合，則會造成生產後出血。故VWD患者生產後3~5天內，仍需持續檢測其VWF:RCo及FVIII:C，若小於

50 IU/dl，則需盡快處理，以免造成大出血風險。第二及三型VWD病患於生產前後均需檢測VWF:RCo及FVIII:C並適當適量補充至傷口癒合止。

八、建議治療方案

1. DDAVP

它是vasopressin的合成同類物，使用後會使第八因子和VWF活性很快上升，主要是由內皮細胞或血小板母細胞內的釋放出來。第一型類血友病在輕微出血或小手術時如拔牙等可以使用DDAVP，取代血漿製劑，避免副作用。但嚴重出血或受傷以及較大的手術時仍以血漿製劑為宜。使用DDAVP之後，在15至30分鐘內第八因子，VWF活性和出血時間即獲得改善，前二者會有2~之5倍的增加。對於type 2B VWD病人使用後，效果差反會引起血小板減少，因此禁忌使用。Type 2A VWD偶而有效。

使用DDAVP以靜脈或皮下注射以及鼻腔內噴灑方式使用。靜脈和皮下注射，效果同樣，劑量也一樣。平常以0.3ug/Kg之量給予，稀釋於50~100ml的生理食鹽水內30分鐘內靜脈注射完。鼻腔內使用則每一邊鼻子噴灑75ug，共150ug。以1.5mg/ml較濃的製劑(Stimate)較有效，可惜台灣目前並無此製劑。如使用100ug/ml的製劑（使用於尿崩症）較無效。

2. 血漿製劑

以新鮮冷凍血漿方式注射是不得已的事。含有更多或濃縮的VWF的血漿製劑，較方便且較有效。目前已知有用的製劑為Haemate P和

Alphanate或冷凍沈澱品，但冷凍品已少用(避免病原污染傳播)。其他高純度或基因工程合成的第八因子，因含高分子量VWF multimers較少，效用差。使用方式為: loading dose 40-60 IU/kg, then 20-40 IU/kg every 8-24 hrs.

3. Anti-fibolytic agent

於VWD患者出現黏膜出血如：口腔、鼻腔、陰道等部位皆可使用。在台灣僅有Transamine，使用劑量為10mg/kg，每6~8小時注射一次。

結論

VWD臨床發生並非罕見，但大多婦產科醫師對其較為陌生。若臨床上遇有特殊出血病史的患者，可轉至血液科醫師協助診斷。VWD患者懷孕，生產時及生產後皆有出血風險，需要多科團隊包括婦產科、血液科、麻醉科及血庫專業人員一起合作處理，以確保這類患者懷孕及生產的安全。

參考文獻:

- 1.Chen YC, Yang L, Cheng SN, Hu SH, Chao TY. von Willebrand disease: a clinical and laboratory study of sixty-five patients. *Ann Hematol* 2011; 90: 1183-90.
- 2.Kujovich JL. von Willebrand disease and pregnancy. *J Thromb Haemost* 2005; 3: 246-253.
- 3.Lipe BC, Dumas MA, Ornstein DL. von Willebrand disease in pregnancy. *Hematol Oncol Clin N Am* 2011;25:335-358.
- 4.Pacheco LD, Costantine MM, Saade GR, Mucowski S, Hankins GDV, Sciscione AC. Von Willebrand disease and pregnancy: a practical approach for the diagnosis and treatment. *Am J Gyn Obs* 2010;203(3): 194-200.

秘書長報告

徐明洸

近來大家對於妊娠早期的各項篩檢，投注了許多關愛的眼神。從頸部透明帶、唐氏症篩檢到子癩前症的預測，不一而足。而且幾乎多與FMF主席Nicolaides有關。看來這位仁兄對於這個領域的影響算是無遠弗屆，效應深遠。

不過關於“pyramid of obstetric care”，改為倒轉方向，極度強調早期篩檢的重要性，大量精簡20週後的產檢到只看37週及41週，倒也引起不同面向的討論。會員可以參酌理事長所提觀點，集思廣益。

學會鑑於提升品質，以符合TFDA的“期望”，也將原先頸部透明帶認證委員會提升成唐氏症篩檢品質監督委員會，希望經由大家的一致努力，將一、二篩都統一規格化，定期追蹤成效，希望會員在利用這些系統時，更能得心應手。對於外界非友善的批評及責難時，也能提出有力的反駁。

由於會員反映學分取得管道太少，所以近期我們會開始進行網頁改版，之後會添加許多新功能。第一項就是開放線上閱讀及答題，可以獲得週產期學分，方便平日工作繁忙的會員，閒暇之餘吸取新知，教學相長，一舉數得。其次是增加線上報名的機制，甚至將來報名參加國際會議，都可以線上完成，以方便會員。

最後向大家報告的是：台日韓週產期醫學懇談會終於拍板確定是7月6日在首爾舉行。所以學會敬邀大家7/5-7/7前後，組團前往韓國參加會議，並且放鬆一下。敬請大夥先將時間空下來，等待我們的下一步訊息。

再次謝謝大家，大家辛苦了！

台灣周產期醫學會第十三屆組織一覽表(一)

本屆組織(任期自101年12月21日至103年12月20日止)

理事長：蔡明松
副理事長：陳治平
秘書長：徐明洸
常務理事：周明明、陳勝成、詹德富
常務監事：鄧森文
理事：施景中、翁順隆、張基昌、許淳森、
陳明、楊明智、歐家佑、蕭國明、應宗和、謝景璋
諮詢顧問：李建南、徐振傑、張峰銘、許德耀、陳持平、
劉瑞德、謝燦堂、謝豐舟
副秘書長：王漢州、王鵬惠、何銘、林陳立、林靜儀、
洪泰和、張明浩、張炯心、張舜智、曹健民、
莊國泰、許貴程、
陳尚仁、陳春木、曾三立、謝保群、魏佑吉
幹事：余伯青、林思宏、陳志堯、陳震宇、蕭勝文、
賴宗炫
會計：張美玲
出納：蘇怡寧
後補理事：蘇河仰、蕭慶華、張峰銘、張舜智、許德耀
後補監事：卓福男、歐家佑

學術活動訊息

活動名稱：台灣婦產科醫學會102年度年會暨擴大學術研討會

時間/地點：3月16日~3月17日/大億麗緻酒店

備註：參加者可將參加證明或名牌傳真至學會，即可幫您輸入周產期專科積分20分

主題：周產期醫學會新知研討會-進階產前篩檢

時間/地點：4月14日 台大醫院國際會議中心

4月28日 高雄醫學大學附設醫院

5月12日 中國醫藥大學附設醫院

5月26日 財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

備註：周專積分10分(每一場次)

主題：高危險妊娠教育課程

時間/地點：5月4日 高雄醫學大學附設醫院啓川大樓6樓

第一會議室

主題：高危險妊娠教育課程

時間/地點：6月22日 台北馬偕醫院九樓大禮堂

主題：第三屆台韓日母胎醫學研討會

時間/地點：7月6日 韓國

主題：高危險妊娠教育課程

時間/地點：9月7日 台中榮民總醫院

主題：周專筆/口試甄試

時間/地點：10月13日 高雄醫學大學附設醫院

台灣周產期醫學會第十三屆組織一覽表(二)

本屆組織(任期自101年12月21日至103年12月20日止)

組織名稱：會員甄審委員會(入會、退會之審定)

主任委員：張基昌

副主任委員：洪韻翔

委員：蕭國明、李中遠

組織名稱：專科醫師甄審委員會

主任委員：詹德富

委員：李建南、楊明智、謝景璋、周明明、應宗和、陳勝成、卓福男、許德耀

組織名稱：會訊編輯委員會(會訊及網站)

主任委員：蘇河仰

委員：宋碧琳、林芯仔、林靜儀、陳宜庸、張美玲

組織名稱：學術及繼續教育委員會

主任委員：施景中

委員：蕭勝文、陳志堯、林思宏、何銘、許貴程、王培中、蔡慶璋、楊采樺

組織名稱：母胎醫學研究委員會(國健局產科照護品質之分析，如早產、妊娠高血壓…等)

主任委員：陳治平

委員：洪泰和、歐家佑、陳震宇、陳宜雍

組織名稱：優秀論文及傑出新秀甄審委員會

主任委員：陳勝成

委員：陳明、應宗和

組織名稱：孕產婦健康促進委員會(母乳哺餵政策、懷孕期間營養補充、孕產婦疫苗施打政策…)

主任委員：許淳森

委員：祝春紅、黃貴帥、楊誠嘉、蘇鴻文、曹健民

組織名稱：唐氏症篩檢品質監督委員會(胎兒頸部透明帶認證及唐氏症篩檢品質之監督)

主任委員：李建南

委員：徐振傑、黃建霖、蘇河仰、詹德富、何銘

幹事：蕭勝文、林佳慧、林芯仔、林思宏

組織名稱：高危險妊娠照護委員會(緊急醫療能力分級評鑑條文訂定)

主任委員：楊明智

委員：陸振翻、謝燦堂、許淳森、周明明、陳勝成、許德耀、卓福男

組織名稱：產科照護品質提升委員會(產前檢查、產科急症、剖腹產率…)

主任委員：周明明

委員：施景中、應宗和、陳明、何銘、卓福男、楊明智、陳治平、詹耀龍、詹德富

組織名稱：2016年亞太周產期醫學會籌備委員會

主任委員：李建南

委員：陳持平

組織名稱：遺傳性疾病檢驗機構評核委員會

主任委員：陳持平

委員：陳明、蔡明松、蘇怡寧

組織名稱：發展本土化友善生產模式推動委員會

主任委員：許德耀

委員：施景中、洪志秀、洪秉坤、徐明洸、高川琪、高美玲、郭素珍、陳勝成、楊誠嘉、蔡明松、鄭博仁、蕭慶華