

許德耀

SY45

現職：高雄長庚紀念醫院婦產部 主治醫師

長庚大學婦產科 兼任教授

經歷：高雄長庚紀念醫院婦產部 部主任

高雄長庚紀念醫院細遺傳諮詢中心主任

困難案例處置抉擇的心路歷程—植入性胎盤產前與產後出血處置的心路歷程

Te-Yao Hsu, MD,

*Department of OBS&GYN, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital
and, Chang Gung University College of Medicine, Kaohsiung, Taiwan.*

According to the FIGO consensus, the term "morbidly adherent placenta" has not been used since 2018, and the term "Placenta accreta spectrum (PAS)" has been officially adopted in the academic community. PAS is classified into accrete, increta, and percreta based on its invasion depth, which results from a defect of the decidua basalis, usually due to surgical trauma, such as cesarean section. The incidence of PAS has increased to 1/533 due to the increasing rate of cesarean sections. Ninety percent of patients with PAS have at least one prior cesarean history. To date, there is no consensus or gold standard for the management of PAS due to the variety of disease presentations and hospital variation. In Taiwan, the three major management strategies for PAS are planned conservative management, extirpation of the invasive placenta, and cesarean hysterectomy. Because most pregnancies with PAS involve younger women who prefer uterine conservation, our hospital has employed conservative management (leaving the placenta in situ) for PAS since 2005. We also appreciate radiologists for prophylactic arterial embolization to minimize blood loss during operation and the postpartum period. The major complications associated with our approach are postpartum infection and persistent vaginal bleeding with pus discharge. We also use three-dimensional ultrasound to measure the residual volume of invasive placenta left in situ. In some cases, unfortunately, they may face hysterectomy due to severe infection or heavy bleeding during postpartum period. Today, I will present several cases of PAS and share my hard experiences and thought processes in dealing with patients with PAS with residents.

葉長青

SY46

現職：台北榮總婦女醫學部 高危險暨產科主任

陽明交通大學婦產學科 助理教授

經歷：台北榮總婦女醫學部 主治醫師

美國耶魯大學高危險妊娠進修

台灣母胎醫學會理事

台灣周產期醫學會會訊主編

困難案例處置抉擇的心路歷程--困難產後出血處置的心路歷程

葉長青

台北榮總 婦女醫學部 高危險妊娠暨產科

產科出血，尤其是產後大出血，是危害周產期健康的重要殺手之一。據統計，全世界一年中發生約 1400 萬例產後出血，死亡率大約 1%。明顯地，因為發生地區開發度與醫療資源的差異，結果也大不相同。產後出血的診斷，傳統上認為陰道生產出血量大於 500 ml，剖腹產出血量大於 1000 ml。然而，由於實際出血量精確計算不易，某些臨床狀況，例如血比容 (Hematocrit) 下降 10%、需要輸血和母體血流動力學不穩等，也被用來輔助診斷產後出血。由於出血量的統計不易，生產的醫護團隊需對出血量維持警覺，以免延誤早期介入處置的時機。平時可計算所使用紗布濕透程度的相對含水量，在遇到緊急出血時，即可利用紗布濕透程度來大概推估出血量。在生產時對於第三產程的積極處置 (Active management of the third stage of labor, AMTSL) 是預防產後出血的重要方法。其內容包括：在胎兒出生後一分鐘內給予子宮收縮劑 (Oxytocin 10 IU)、穩定的臍帶牽引 (Controlled cord traction) 與子宮按摩 (uterine massage)。即使醫療發展日新月異，各樣新知的傳遞也迅速，產後大出血仍是婦產科醫師的大挑戰。其中重要原因是產後大出血時常不好預測而發生突然，若處理不佳就可能導致嚴重後果。婦產科醫師必須在短時間內及時診斷，組織醫護團隊積極處置，將手上的醫療資源做最大且最有效的運用。在此同時，也要面對來自病人家屬的壓力。生產在一般民眾是喜事，面對突如其來的變化，醫師的溝通也是影響預後的因素之一。面對產後大出血，除了知識的增長外，經驗的增加與團隊的合作會讓醫師處理起來更有把握與勝算。

應宗和
SY47

部定副教授
中山醫學大學附設醫院 副院長
台灣婦產科醫學會理事
台灣周產期醫學會常務理事
台灣介入治療超音波學會理事

Mental journey of obstetricians and gynecologists in dealing with difficult postpartum hemorrhage

應宗和 醫師

Obstetricians are trained to manage and prevent postpartum hemorrhage (PPH), which is a life-threatening complication that can occur after childbirth. Despite their expertise and preparedness, dealing with difficult PPH can be mentally taxing for these healthcare professionals.

The mental journey of obstetricians in dealing with difficult PPH begins with a sense of urgency and heightened alertness when the condition is identified. They must quickly assess the situation, initiate appropriate and timely interventions, and collaborate with a multidisciplinary team to manage the crisis.

While managing the situation, they may experience a range of emotions, including anxiety, frustration, and stress. They may question their decisions and actions, worry about the patient's outcome, and struggle to maintain composure in an intense and high-stakes situation.

After the crisis has been stabilized, they may continue to experience emotional fallout. They may feel relieved and proud of their quick and decisive actions, but may also experience feelings of guilt or questioning their decisions. They may experience burnout because of the intense emotional and physical demands of their job, which can be compounded by dealing with traumatic events like difficult PPH.

Over time, they may find ways to cope with their experiences and develop resilience in the face of adversity. They may engage in self-care, seek support from colleagues and family, and participate in debriefing or counseling sessions to process their emotions and experiences.

In summary, the mental journey of obstetricians in dealing with difficult postpartum hemorrhage involves immediate action, intense emotions, and potential long-term effects on their mental health and well-being.

藍天陽

SY48

現職：桃園秉坤婦幼醫院主治醫師

經歷：秉坤婦幼醫院主治醫師

台北馬偕醫院高危險妊娠學科研修醫師

台北馬偕醫院婦產部 住院醫師

後住院醫師的選擇--離開醫學中心之後

「是我能力不好嗎？」

在你(妳)離開之前，誠實地回答為什麼離職？能力不好被體制淘汰？為了理想為了錢？想像未來的模樣，會帶著什麼樣技能離開？困難斷捨離待七年的舒適圈？更想逃離的是 paper work 的枷鎖？可是自己當牛做馬七年，往後離開源源不絕新鮮的肝臟(住院醫師)，往後凡事又只能自己來了。

新的環境，想當產公的你必須先弄清楚的 6 件事：分級轉診，誰是救援，後送單位，兒科團隊，血庫在哪，值班系統。

「不要小看自己！」

主治醫師生涯從零開始，重新洗牌，身段放低才能更快速的累積經驗，在新戰場創造理想的工作環境，還可以很 Academy 嗎？答案是可以的。

畢竟留在醫學中心是例外，出去才是常態，所以很榮幸可以分享個人經驗為什麼離職？當初如何選擇地區醫院(診所)？離職前後的心理狀態？以及新環境的人事物給學弟妹們參考。

陳怡潔

SY49

現職：國泰綜合醫院婦產科 主治醫師
經歷：日本東京順天堂大學醫院腹腔鏡微創
手術暨達文西手術 研修醫師
國泰綜合醫院婦產科住院醫師
台大醫院婦產部住院醫師

後住院醫師的選擇——我的日本內視鏡之旅

Yi-Chieh Chen
Department of OBS&GYN, Cathay General Hospital, Taipei, Taiwan

此次國外進修機會是經由台大醫院陳思原主任及長庚醫院李奇龍教授介紹下，到日本順天堂大學醫院婦產科腹腔鏡北出真理教授團隊學習，於 2022 年 9 月至 2023 年 2 月總共六個月的研修。在東京順天堂大學學習到很多腹腔鏡的技巧，分以下幾點說明：

一、基本的腹腔鏡技巧

1. 婦產科在 2002 年時發生了打到 aorta 的併發症，後來他們改變了打第一個 trocar 的手術方法，安全的 close method。
2. 辨識哪些病人可能有肚臍下的沾黏，第一個洞會打在 9th intercostal space。
3. 如何評估多大的子宮可以使用腹腔鏡做子宮切除，何時可以利用臍上傷口。
4. 腹腔鏡打結技巧
5. 腹腔鏡手術如何找輸尿管，結紮子宮動脈及 dissect 後腹腔。
6. 正確、安全、有效的使用能量器械(Monopolar、bipolar、advanced bipolar、超音波刀)，每個器械能止血的血管管徑、cooling time、thermal spread 的範圍及如何避免 monopolar 獨有的熱傷害。
7. 腹腔鏡下子宮切除的止血技巧，腹腔鏡肌瘤切除傷口止血的方式。
8. 達文西手術的打洞方式。
9. 懷孕的腹腔鏡手術。

二、婦科腫瘤

1. 子宮內膜異位症(順天堂教授 prof.Takeuchi 是日本微創手術的先驅，對於子宮內膜異位症及深部浸潤的子宮內膜異位症有深入的研究)
 - (1) 評估子宮內膜異位瘤與不孕症
 - (2) 術前如何利用 AMH 諮詢
 - (3) 評估 adenomyosis 造成的不孕症
 - (4) 評估 adenomyoma 手術可以改善的不孕症
 - (5) deep endometriosis 的 Jelly MRI 診斷
 - (6) deep endometriosis 手術治療: TLH(+BSO)或是年輕保留子宮的方式(resect deep endometriosis nodule)
2. CS scar defect 怎樣的 defect 會造成不孕症，要用子宮鏡還是腹腔鏡修補及修補方式。
3. 拿過子宮的的腹腔鏡卵巢輸卵管切除，非常沾黏的腹腔鏡卵巢輸卵管切除技巧。
4. 後腹腔子宮外孕手術方法。
5. 先天性子宮畸形腹腔鏡子宮切除技巧(拿子宮角、雙子宮或 septate uterus + 陰道中拿子宮)
6. 各種不同型態的 HWW syndrome 處理 (子宮鏡或腹腔鏡)。
7. 不同型態的沾粘分離技巧(例如剖腹產沾黏、前次肌瘤切除沾黏、深部浸潤的子宮內膜異位症沾黏)

三、手術併發症的處理方式

楊乙真 SY50

現職：台大醫院雲林分院婦產部主治醫師

經歷：台大醫院婦產部生殖內分泌科研修醫師
台大醫院婦產部住院醫師/總醫師

學歷：國立陽明大學醫學系醫學士

國立臺灣大學醫學院臨床醫學研究所博士班

後住院醫師的選擇--我的博士班之路

在漫長的住院醫師受訓接近尾聲之時，大家都要開始思考下一步規劃，人生當中的很多面向要怎麼抉擇——工作、家庭、個人生活——的重新分配。在這麼多選擇當中，有一小部份的人，或許會考慮走進研究所，重拾學生（研究生）的身份。

你/妳或許在受訓和執業的過程當中，曾經面臨一些棘手的臨床問題，可能是診斷上的、也可能是治療選擇上的，在翻查了課本和文獻後卻找不到很明確的答案。臨床工作中，有很多常規可以遵循，但也有不少模稜兩可的灰色地帶。這些所謂「醫學上未解決的問題（unmet needs）」就是研究的核心。

藉由這次的機會，我準備來跟大家分享的幾點：為什麼要念博士班/研究所？研究所在做什麼？如何面對念書-工作-家庭的多方需求？