



# 台灣周產期醫學學會會訊

TAIWAN SOCIETY OF PERINATOLOGY

發行人：陳治平

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：詹德富

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、郭昱伶

學會傳真：(02)2381-4234

E-mail:[tsop23816198@gmail.com](mailto:tsop23816198@gmail.com)

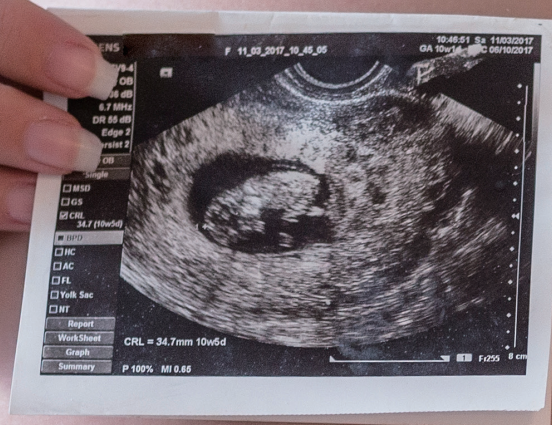
2018 08 NO.228

1 理事長的話

2 活動訊息

3 胎死腹中 (Intrauterine fetal demise)

5 麻疹對懷孕婦女的影响



# 理事長的話

各位會員前輩、朋友：大家好！

2018台日韓周產期醫學會於6月23日在韓國首爾與韓國周產期醫學會年會共同舉行，學會參與人數相當踴躍（下圖），台灣年輕醫師發表論文表現優異，讓我們看到年輕一輩潛力不可限量。

臨床上大家有時會遇到產後大出血案例，如何判斷何時需要輸血或轉診後送大型醫院並無很好指標。傳統產後大出血定義為陰道生產出血>500 mL，剖腹生產出血> 1000 mL; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017則定義不管生產方式，產後大出血為產後出血 1000 mL。這原則常忽略孕產婦個別健康狀況，臨床上判斷出血量也常低估，常常造成當病人生命跡象不穩定時才啟動輸血或其他介入性治療。因此在傳統臨床指標外，針對這議題Borovac-Pinheiro et al., Postpartum hemorrhage: new insights for definition and diagnosis. Am J Obstet Gynecol 2018線上刊登發表的論文建議利用休克指數來監測病人產後大出血的變化。

休克指數：心跳除以收縮壓 [Shock index (SI): heart rate/systolic pressure]

休克指數與左心室功能（代表體血流和氧氣傳送降低嚴重度）呈逆相關，過去曾運用於子宮外孕併嚴重腹腔內出血。最近研究指出休克指數上升與產科病人需要輸血有密切相關性。一般妊娠過程在生產前休克指數為0.75-0.83，在產後婦女則為0.52-0.89，但可能受使用無痛分娩或第三產程使用ergometrine影響。Le Bas et al., Int J Gynaecol Obstet 2014;124: 253-5更建議產後出血病人休克指數大於0.9需要大量輸血。若心跳大於收縮壓，則休克指數大於0.9，則產後婦女可能需要進一步評估，介入治療，積極採取輸血、輸液等治療或轉診。就足月產婦而言，休克指數大於0.9代表82th percentile，即有近20%正常孕產婦在足月或產後無任何心臟血管功能變化也落於休克指數大於0.9範圍。所以休克指數之缺點是特異性較低，若將其cut-off threshold標準改為1.7，則有很高特異性和negative predictive value，但相對敏感度就可能降低。其臨床運用尚需大規模前瞻性研究。

但臨床上可以連續評估休克指數在待產和產後之趨勢變化，這指數上升趨勢變化可能顯示急性心臟血管功能變化，需要迅速介入治療。因此目前臨床上可利用休克指數配合其他臨床徵候與指標對產後出血產婦做更好照護。

以上摘錄一些新的臨床觀念發展供大家參考。敬祝大家，平安喜樂！

陳治平



# 活動訊息

(相關課程資訊請上學會網站自行查詢及報名)

月	日	主 題	場 地
9	8(六)	高危險妊娠課程	台大醫學院-102講堂
	15(六)	高危險妊娠課程	高雄醫大附醫-第二講堂
	29(六)	高危險妊娠課程	台中榮民總醫院-研究大樓第二會場
10	28(日)	107年周專甄試	台大醫院2樓會議中心
12	2(日)	第16屆第1次會員大會暨學術研討會	張榮發國會議中心11樓





# 胎死腹中

## (Intrauterine fetal demise)

馬偕紀念醫院高危險妊娠科 蘇伶滢/陳治平 醫師

胎死腹中指的是胎兒還沒出生就死亡，這是產婦們最擔心的狀況，在任何孕期都可能發生。

### 定義

醫學名詞中的胎兒死亡常常在不同情況下會使用不同的詞彙及定義。**Fetal death, fetal demise, stillbirth**及**stillborn**等指的都是生產出沒有生命跡象的胎兒。

Williams教課書上引用WHO (World Health Organization) 的內容，將胎兒死亡定義為不論任何妊娠週數，在胎兒自母體產出或牽引出前的死亡。這裡的死亡是指產出或牽引出的胎兒沒有呼吸、沒有任何證據顯示有心博跳動、臍帶有血流脈動、或者有自主肌肉群的活動。

胎兒死亡又能分成三個不同時期：早期，也就是小於20 週的死亡；中期，20至27週；晚期，大於28

週的死亡。根據WHO的資料，醫學的進步下，近年來 28週後的胎兒死亡自1990年後逐步的下降，然而 20至27週的胎兒死亡率卻沒有明顯的改變。

台灣衛生福利部國民健康署明訂，活產新生兒或死產者皆需於出生後七日內辦理出生通報。而這當中的死產是指懷孕胎齡滿20週以上或出生體重達500公克以上之胎兒死亡（中、晚期胎兒死亡），即胎兒在與產婦分離後，不會呼吸或顯示任何生命現象，如心跳、臍帶搏動或明顯之隨意肌活動者，皆視為死產。根據台灣最新公佈的2016年數據，總通報人數 210,269 人（含活產及死產）中，有 1.16% 為死產。

### 發生原因

導致死產的原因大致可分為胎兒因素，母體因素及胎盤因素等三種。

在開發中國家，死產原因以難產/產程遲滯、子癲前症及感染為最多。在已開發國家則是以先天性或染色體異常、胎盤問題及相關的胎兒生長遲滯及母體的相關疾病為最多。早期的胎死腹中跟先天性異常、感染、胎內生長遲滯、及產婦本身的疾病相關。而晚期的死產跟產婦本身的疾病及生產時的狀況有關(例如胎盤剝離、前置胎盤、臍帶脫垂及產程當中的併發症等)或是不明原因的胎兒死亡。

根據Williams上引用的資料，死產的原因當中，產科併發症（胎盤剝離、多胞胎、20至24週的早期破水等）佔29%，胎盤異常（胎盤功能不良、母體血管性疾病）佔24%，胎兒異常（重大的結構異常或基因異常）佔14%，感染（影響胎兒及胎盤）佔13%，臍帶異常（脫垂、狹窄、血栓）佔10%，母體高血壓（子癲前症、慢性高血壓）佔9%，其他內科併發症（糖尿病、自體免疫疾病等）佔8%。值得注意的是，有24%的死產是不明原因的。

## 危險因子

胎死腹中的危險因子，包括：

- 產婦年紀過大（大於35歲）
- 抽菸、喝酒或非法藥物的使用
- 產婦的內科合併疾病（尤其以糖尿病及慢性高血壓最常見）
- 體重過重（BMI大於30）
- 多胞胎妊娠
- 前胎懷孕有早產、胎兒生長遲滯及子癲前症病史

## 死產胎兒的評估

死產的評估及尋找原因是很重要的，能夠給予家屬心靈上的支持，也能夠提供下一胎復發的諮詢及更精準的預防。

在生產後，應測量及記錄胎兒的體重、頭圍、身長及胎盤的重量。檢查胎兒胎盤及羊膜的外觀，以文字描述胎兒外觀，包含軀幹、臉部、四肢、手掌及其他任何懷疑的異常，有需要的話以照相記錄。

在父母雙方的同意及簽具同意書的情況之下，視情況留取細胞做細胞學檢查。可參考的細胞包括：羊膜穿刺取得的羊水細胞、胎盤細胞（placental block，在臍帶連結位置下方的胎盤）、臍帶及胎兒組織細胞等。

在有必要的情況之下，經父母雙方同意可考慮胎兒解剖或胎盤病理檢查。

## 下一胎胎死腹中的預防

懷孕前給予患者良好的產前教育，針對內科疾病做好控制（例如糖尿病、甲狀腺疾病、高血壓），停止抽煙、喝酒及非法藥物的使用，體重過重或過輕者儘量校正。若家族有基因遺傳性疾病，接受遺傳諮詢專家的評估，有需要時做先天性血栓體質的評估（包含antiphospholipid antibody等）。在準備懷孕時就開始攝取葉酸，預防神經管缺損疾病的發生。

第一孕期以超音波評估正確的妊娠週數，安排初期染色體篩檢。第二孕期建議在18至22週後安排詳盡的超音波，檢查胎兒有無結構上的異常，24週後規則追蹤羊水量及胎兒生長情況。第三孕期於28週之後注意有無胎兒生長遲滯及每天注意胎動(kick counts)，32週之後或者是上一胎發生胎死腹中的週數前1-2週開始每一至兩週做胎兒評估（包含non-stress test、Biophysical profile、臍帶動脈血流阻力測量等）。

上一胎發生胎死腹中婦女，在妊娠39週建議引產或者有剖腹產適應症者則安排剖腹產，能夠降低胎兒的死亡率。除非有其他併發症，考量到產婦及胎兒的狀況則應作調整。

參考資料：

1. Management of stillbirth. ACOG Practice Bulletin No. 102. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2009;113:748.
2. Spong CY. Add stillbirth to the list of outcomes to worry about in a pregnant woman with a history of preterm birth or fetal growth restriction. Obstet Gynecol 2012; 119:495
3. Williams Obstetrics, 24th edition
4. 台灣衛生福利部國民健康署網站出生資料





# 麻疹對懷孕婦女的影响

馬偕紀念醫院婦產部高危險妊娠科吳思欣、陳治平醫師

## 一、簡介

麻疹病毒 (Measles virus) 為 RNA 病毒，人為唯一宿主及傳染窩，屬於單股反鏈病毒目 (Mononegavirales) 副黏液病毒科 (Paramyxoviridae) 副黏液病毒亞科的麻疹病毒屬 (Morbillivirus)，經由空氣、飛沫傳播或是直接與病人的鼻腔或咽喉分泌物接觸而感染，屬於高度傳染性的疾病。在熱帶地區，最容易在晚冬和春天流行。

感染麻疹的人一開始會出現發高燒、鼻炎、結膜炎、咳嗽、全身倦怠與食慾不振等前驅症狀，約維持2至3天。前驅症狀3至4天後，除了會持續發燒，口腔下臼齒對面內頰側粘膜上出現柯氏斑點 (Koplik's spots)，持續約12至18小時，接著典型的斑丘疹就會從耳後擴散至整個臉部，然後慢慢向外向下延伸到軀幹和手腳，紅疹大概會維持4至7天。出疹時病情最嚴重而且發燒至最高溫。紅疹消退後會出現鱗屑性脫皮及留下褐色沈著，而咳嗽症狀會維持最久，可能需要1至2週才會痊癒。自暴露麻疹病毒至紅疹出現稱為潛伏期，大概7至18天，平均14天；而傳染期集中於發紅疹前後各4天以內。

麻疹一般由接觸病史、臨床症狀及典型的柯氏斑點和皮疹就可診斷，除非發生嚴重併發症或困難診斷需要進一步確認，可採集尿液、鼻咽分泌物、喉頭拭子或血液檢體做病毒培養，合併實驗室檢查為陽性，包含血清抗體檢查 (enzyme-linked immunosorbent assays, ELISA 或 Hemagglutination inhibition assays, HIA 檢測 IgM 的濃度)，方可確診。

台灣地區從1968年開始引進麻疹疫苗，直到1978年針對15至21個月的嬰幼兒實施全面預防接種，於1984年改為9及15個月各注射一劑，又於1988年1月將9個月麻疹疫苗時程改為出生滿12個月施打；而後於該年4月發生麻疹流行，乃於同年5月又改為9及15個月各施打一劑。1991年為配合「根除三麻一風」政策，引進麻疹、腮腺炎、德國麻疹三合一混合 (MMR) 疫苗，取代出生滿15個月施打之麻疹疫苗，至今，2005年後出生者，於出生滿12到15個月、國小一年級各接種一劑 MMR 疫苗。由於麻疹疫苗自1978年開始全面施打後，麻疹死亡病例數逐漸從數百例減少為數十例，雖然1985和1988年有爆發大流行，但1992年 MMR 疫苗普及後，確定病例數都維持在個位數字。

所有不曾得過麻疹或者不曾接種麻疹疫苗的人，都可能感染麻疹。嬰兒自母體得來的抗體只能持續6至9個月左右；而得過麻疹的人有終身免疫力。不過約30%之患者因細菌或病毒重複感染可能產生併發症，特別發生在5歲以下、20歲以上的患者，併發症包括腹瀉(8%)、中耳炎(7%)、肺炎(6%)與腦炎(0.1%)，其中腦炎雖然很罕見，但卻是最主要致死的原因。

## 二、妊娠感染與新生兒感染

妊娠期感染麻疹病毒可能會影響孕婦及胎兒，根據美國疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）的研究報告指出58個感染麻疹的孕婦中，15位孕婦有合併肺炎，其中兩人因病情嚴重而死亡。然而最常見的併發症是早產或初期的自發性流產，但沒有證據證實會導致畸胎，是否與感染妊娠週數有關需要更多數據證實。假如在孕期確認感染麻疹病毒，治療以支持療法以及避免併發症的發生為目標。病毒可能在妊娠期、分娩期傳染給胎兒，建議確認無麻疹病毒抗體的孕婦最好在暴露麻疹病毒後72小時內，最慢暴露六天內接受免疫球蛋白（immune globulin）注射，依據CDC建議肌肉注射，劑量0.25mL/kg，自不同注射點分兩次給予，最大劑量不超過15mL。免疫球蛋白的功效並非消除麻疹病毒，但能降低麻疹誘發的早產及胎兒感染麻疹病毒的機率。此外，接近分娩期疑似或確診麻疹感染的孕婦，建議其胎兒出生六天內也接受免疫球蛋白注射。

## 三、治療及處理原則

麻疹感染往往從檢視皮疹病灶、症狀變化及接觸病史就可以確認，除非有併發症，否則實驗室診斷通常不需要。病史的詢問包括有無感染過麻疹、有無接受過疫苗預防注射、接觸史、旅遊史等。理想情況下，病史未明者，應先檢測Measle IgG，確定無抵抗力再施行被動免疫治療，建議在暴露於感染風險的72小時內、最慢六天內注射免疫球蛋白（IG）。孕婦在懷孕時感染麻疹，應注意有無肺炎、腦炎、敗血症等併發症需要住院治療。另外，患者須注意隔離，配戴口罩、勤洗手及良好衛生習慣、維持室內空氣流通，以防疫情擴散。無免疫力之育齡婦女建議可施打MMR疫苗，MMR疫苗為活性減毒疫苗，施打疫苗後至少4週內（最好三個月內）應避免懷孕，妊娠期間不可施打，可延至生產完畢

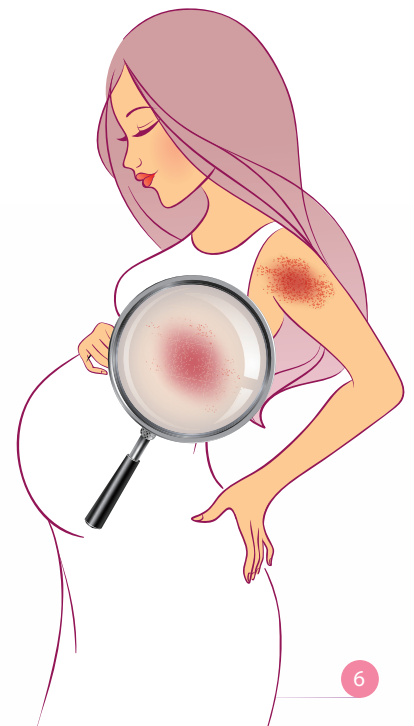
後再施打；目前沒證據顯示麻疹病毒會分泌至乳汁裡，因此媽媽仍能正常哺乳。

## 四、臨床照護重點

1. 典型的皮疹外觀及接觸病史是診斷麻疹感染最有效的方式。
2. 沒有抵抗力的孕婦，暴露於麻疹感染風險的72小時內應給予免疫球蛋白，施行被動免疫治療，預防早產或併發症發生。
3. 無免疫力之育齡婦女建議施打水痘疫苗，施打疫苗後3個月內應避免懷孕，妊娠期間不可施打。

參考資料：

1. 衛生福利部疾病管制署
2. T.L. Chin, A.P. MacGowan, S.K. Jacobson, M. Donati. Viral infections in pregnancy: advice for healthcare workers. *J Hosp Infect* 2014 May;87(1):11-24
3. Sarah JW, Kristi LB, Sara JH, Gregory AP, Robert MJ. Measles, Mumps, and Rubella. *Clin Obstet Gynecol.* 2012 Jun; 55(2): 550-559
4. Jean-Sebastien C, Cyril H, Rene R, Jerome M, Pascal G, Yahia M. Measles in pregnancy in Lyon France, 2011. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Sep;126(3):248-51





# 台灣周產期醫學學會會訊

TAIWAN SOCIETY OF PERINATOLOGY