



# 台灣周產期醫學會會訊

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)

## 2017 10

### 第226期

## 目錄

理事長的話

1

壹

妊娠水痘帶狀疱疹病毒感染

2,3

貳

硬腦膜外導管斷裂：  
案例報告及文獻回顧

4,5

秘書長的話

6



## 理事長的話

各位會員前輩、朋友：大家好！

今年第七屆台日韓周產期醫學會於8月25日在日本四國之香川縣高松市的Sunport Hall Takamatsu舉行。臺灣與會人數超過30人。來自各醫院之年輕醫師共發表了10個周產期題目，表現優異。另外施景中醫師，陳震宇醫師，蕭勝文醫師亦發表3D/4D超音波相關演講，內容相當精彩。明年第八屆台日韓周產期醫學會將於6月在韓國首爾舉行，鼓勵年輕醫師把握機會，利用此國際會議平台發表論文，學習經驗。

根據Iams JD 等人在Obstet Gynecol 2017;129:337-46的報告，一項美國於Ohio州研究顯示，針對前胎有自發性早產或本次懷孕子宮頸長度小於2公分之孕婦，在妊娠24週前給予黃體素(17- $\alpha$ -hydroxyprogesterone caproate injection 或 vaginal progesterone)可大幅減少早產發生率。對於妊娠32週以前之早產可減少8%，尤其對前胎有自發性早產孕婦於妊娠32週以前發生之早產可減少20.5%，若排除其他早產危險因素，黃體素的作用可降低13%前胎有自發性早產孕婦於本次妊娠發生32週以前之早產，但對於減少37週以前發生之早產則無明顯效果。以上摘錄一些臨床觀念發展供大家參考。敬祝大家，平安喜樂！

陳治平



## 幹細胞儲存 建立最高標準

### 業界最多國際醫學認證

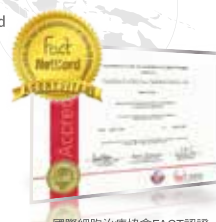
USA

Hong Kong

Macau

Taiwan

Thailand



國際細胞治療協會FACT認證



美國病理學會CAP認證



脐帶血美國血庫協會AABB認證



脐帶美國血庫協會AABB認證



# 妊娠水痘帶狀疱疹病毒感染 (Varicella Zoster Virus infections in Pregnancy)

馬偕紀念醫院 高危險妊娠科王宇林，陳治平

## 一、臨床案例

李小姐，24歲，首次懷孕，初期產前檢查正常，在懷孕20週時因疑似帶狀疱疹感染自診所轉介至醫院門診。詢問過往病史得知患者在國小有過水痘感染，身體檢查發現胸部皮膚有水泡狀紅疹呈大範圍帶狀分布，伴隨疼痛及搔癢，無其他器官系統異常症狀，胎動及胎心音檢查正常，開立口服抗病毒藥物Acyclovir 800 mg 1天5次，加上Acetaminophen 500 mg 1天3次緩解疼痛，治療7天，並給予帶狀疱疹相關之衛教。一週後水疱結痂，疼痛改善，四週後安排超音波檢查無胎兒異常，後續產檢無不適。產婦在妊娠40週多入院生產並順利自然生產出一名3400多克重的男嬰，新生兒皮膚外觀無異常，住院期間無感染徵兆，母子順利出院。

## 二、簡介

水痘帶狀疱疹病毒(Varicella Zoster Virus, VZV)為DNA病毒，人為唯一宿主，屬於人類疱疹病毒之一，會造成水痘及帶狀疱疹兩種疾病。病毒經由飛沫、空氣或接觸傳染，進入呼吸道或結膜，在鼻咽處複製病毒，潛伏期約2至3週，在接觸病毒到發疹的10天內皆有傳染力，屬於高度傳染性的疾病，在同一家庭內的傳染力可高達9成。大部分的人在3到9歲間初次感染病毒引起水痘，水痘有發燒、倦怠、肌肉痠痛等前驅症狀，約維持1至2天，最初皮膚上會出現1到4毫米大小的紅斑狀丘疹，從臉部、軀幹往四肢蔓延至全身，在3至5天內形成連續性蔓延、數目約200~500顆之小水泡，在一週內會結痂乾掉，最後形成粒狀痂皮，此時已經不具傳染力，通常2至4週後痊癒。水痘致死率低，但成年人病情嚴重度與併發症比率通常比兒童高，較嚴重者會造成引起肺炎、腦炎、繼發性細菌感染、及敗血症等。在水痘復原之後，通常患者已

具有終生免疫力，但在很少的情況下也有可能再度復發水痘，尤其是免疫力低下的族群。水痘帶狀疱疹病毒會潛藏於脊髓背根神經節、顱或胸感覺神經節中，當宿主免疫力降低時，病毒再度活化，造成帶狀疱疹。在帶狀疱疹發病時，會引起神經發炎疼痛，接著病毒會沿著神經皮節散布，在皮膚上造成群聚、帶狀的水泡。沒有免疫力的人與帶狀疱疹患者接觸也有可能感染水痘帶狀疱疹病毒，只是機率很低，需要與開放性的皮膚病灶有近距離接觸。水痘及帶狀疱疹一般由接觸病史、臨床症狀及典型的皮疹就可診斷，除非嚴重併發症、困難診斷有需要進一步確認，可採集檢體做實驗室檢查，包含病毒DNA聚合酶連鎖反應、血清抗體檢查、螢光免疫染色抗原檢測等。自1995年水痘疫苗開始施打後，群體免疫效應使得水痘發生率大幅下降，已減少8成以上。水痘疫苗為活性減毒疫苗，台灣在2004年開始列為免費常規預防注射項目，出生滿12個月接種1劑，13歲以上無疫苗接種史可自費接種2劑，2劑相隔4至8週，接種後約有95%的人可以產生抗體，接種疫苗者有少部分仍有機會感染水痘，但症狀會較輕微、病程也較短。

## 三、妊娠感染與新生兒感染

妊娠期感染水痘帶狀疱疹病毒的發生率與非懷孕婦女相近，但疾病嚴重度要比非懷孕婦女來的高。水痘帶狀疱疹病毒性肺炎在孕婦發生的比率約為10至20%，有抽菸病史及產生100顆以上水泡的感染孕婦為高危險族群，通常在發生皮疹後的一週內有咳嗽、發燒、喘或呼吸急促，胸部X光可以看到雙側瀰漫性的小結節狀支氣管旁肺浸潤，嚴重者會缺氧及呼吸衰竭。除此之外，對胎兒的影響也不小，病毒可在妊娠期、分娩期、產褥期傳染給胎兒；但若孕婦是感染帶狀疱疹，因有母體抗體保護，垂直傳染機率極低。目

前文獻未證明孕婦感染水痘跟初期流產、早產或胎死腹中有相關。孕婦在8至20週感染水痘，有可能發生「先天性水痘症候群」，包括四肢發育不良、肌肉萎縮麻痺、皮節疤痕病灶、智能障礙、小頭畸形、水腦、視神經萎縮、先天性白內障、視網膜炎、小眼畸形、眼球震顫、胃食道逆流、腸道阻塞閉鎖、低出生體重等先天異常，發生率約0.4至2%，新生兒死亡率約30%。孕婦感染帶狀疱疹則跟先天性水痘症候群無明顯相關。若孕婦在生產前5天至產後2天內之間發生水痘感染，此時母體免疫系統未有足夠時間形成抗體，將抗體經胎盤傳遞給胎兒，新生兒產生嚴重水痘感染的風險最高，預後也不好，致死率約30%，可考慮給予免疫球蛋白(IVIG)。

## 四、治療及處理原則

水痘及帶狀疱疹感染，往往從檢視皮疹病灶、症狀變化及接觸病史就可以確認，除非有水痘併發症，否則實驗室診斷通常並不需要。病史的詢問包括有無感染過水痘、有無接受過疫苗預防注射、家族成員近期有無感染等，以評估免疫力的有無及暴露感染風險的真確性。理想情況下，病史未明者，應先檢測Varicella 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96小時內注射水痘免疫球蛋白(VZIG)，但目前台灣無VZIG，以免疫球蛋白替代，劑量為400 mg/kg。孕婦在懷孕時感染水痘，應注意有無水痘併發症，如肺炎、腦炎、繼發性細菌感染、敗血症等需要住院，嚴重病情者應施給予抗病毒藥物治療，以Acyclovir為主，每8小時點滴注射10 mg/kg的劑量治療2至3週。無併發症之水痘感染孕婦，建議口服Acyclovir 800 mg 1天5次，治療7天，研究顯示在症狀的第一天開始服用最有效，在前三天內使用藥物治療，能有效縮短病程，減少發燒時間及加速皮膚病灶復原。另外，患者須注意隔離，配戴口罩、穿著長袖衣物、保持勤洗手及良好衛生習慣、維持室內空氣流通，以防疫情擴散，住院治療之患者需絕對隔離於負壓病房。帶狀疱疹患者因有母體抗體保護，對於胎兒影響極小，治療上也與非懷孕時相

似，一般建議口服Acyclovir 800 mg 1天5次，治療7天，尤其有神經炎症狀及超過50顆疱疹病灶者，能縮短病程、減輕疾病嚴重度。

若有先天性水痘症候群之疑慮，可在孕婦於感染一個月後安排超音波檢查追蹤，詳細評估有無相關胎兒病變，如四肢發育不良、胎兒子宮內生長遲滯、小頭畸形、小眼畸形等，加上胎兒異常之孕婦羊水送檢確認。有垂直傳染風險的產婦分娩時，應知會新生兒科醫師介入處理，評估使用免疫球蛋白、抗病毒治療、隔離防疫措施之必要性。

預防勝於治療，無免疫力之育齡婦女建議可施打水痘疫苗，水痘疫苗為活性減毒疫苗，施打疫苗後4週內應避免懷孕，妊娠期間不可施打，可延至生產完畢後再施打；若不慎在懷孕期間施打，應告知可能的風險並安排後續追蹤檢查，不必立即終止妊娠。

## 五、臨床照護重點

- 1.典型的皮疹外觀及接觸病史是診斷水痘及帶狀疱疹感染最有效的方式。
- 2.未有抵抗力的孕婦，暴露於水痘帶狀疱疹感染風險的96小時內應給予免疫球蛋白，施行被動免疫治療。
- 3.無併發症之水痘及帶狀疱疹感染孕婦，建議口服Acyclovir 800 mg 1天5次，治療7天；嚴重病情者，以點滴注射Acyclovir，劑量每8小時10 mg/kg，治療2至3週。
- 4.先天性水痘症候群發生率不高，約0.4~2%，可借助超音波檢查評估有無四肢發育不良、子宮內生長遲滯、小頭畸形、小眼畸形等相關胎兒病變。
- 5.無免疫力之育齡婦女建議施打水痘疫苗，施打疫苗後4週內應避免懷孕，妊娠期間不可施打。

### 參考文獻

- 1.Müllegger RR, Häring NS, Glatz M. Skin infections in pregnancy. Clin Dermatol 2016;34(3):368-77.
- 2.Benoit G, Etchemendigaray C, Nguyen-Xuan HT, Vauloup-Fellous C, Ayoubi JM, Picone O. Management of varicella-zoster virus primary infection during pregnancy: A national survey of practice. J Clin Virol 2015;72:4-10.
- 3.Bialas KM, Swamy GK, Permar SR. Perinatal cytomegalovirus and varicella zoster virus infections: epidemiology, prevention, and treatment. Clin Perinatol 2015;42(1):61-75.



# 硬腦膜外導管斷裂：案例報告及文獻回顧

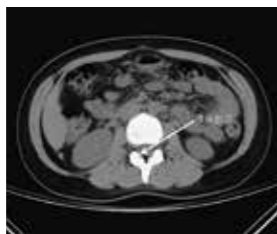
高雄市博愛醫院 曾翌捷/施又瑄  
高雄榮民總醫院外科部神經外科 許晃譯  
高雄榮民總醫院婦女醫學部 林欣穎

## 病例報告：

魏姓產婦（化名），29歲，G2P1，第一胎為自然生產，BMI值為32，入院診斷為懷孕39周合併破水，經婦產科醫師診視後，內診顯示子宮頸口擴張兩公分，薄度50%，胎頭位置下降至-1，建議留院待產。產婦入院後進展順利，於子宮頸口擴張至三公分時因宮縮陣痛難以忍受，經醫師建議後，予以施打硬腦膜外導管進行減痛分娩。施術後因產婦疼痛仍不見舒緩，建議調整硬腦膜外導管位置以利症狀改善。此時發現硬腦膜外導管無法移除。由於檢查過程中，產程快速進展，經婦產科醫師解釋後，產婦同意先行生產再嘗試移除導管。產婦於入院18小時後，經陰道生產產下一名男嬰，分娩過程順利。

待會陰傷口縫合完畢並檢查出血狀況穩定後，予以再次嘗試移除導管。於手拉導管向外時，發生導管斷裂。由斷裂處的標記推測，約有七公分斷端殘留於產婦體內，且針孔處依稀可見斷端末端。緊急會診麻醉科醫師以及神經外科醫師後，因產婦生命徵象穩定且無神經學症狀，建議適當消毒針孔處後以滅菌防水膠膜敷貼（Tegaderm）覆蓋之，待產婦產後狀況穩定後。再行進一步影像學檢查。

產後住院期間，產婦無明顯不適。出院後依建議協助轉診至醫學中心進行評估。由腹部電腦斷層影像確定，斷端位於椎板間腔（Interlaminar space），並無漂移至他處。雖然產婦無感染或神經學症狀，為避免細菌由針孔處沿導管進入硬腦膜外腔。神經外科醫師建



腹部電腦斷層顯示導管斷端位置



神經外科探查手術

議予以手術移除，病患及家屬皆同意處置。次日，於全身麻醉下，神經外科醫師行探查手術，發現導管末端嵌入椎板間腔並摺成三段，待反曲導管後順利取出導管斷端。產婦術後復原良好，於三日後順利出院，無神經學後遺症。



導管斷端摺成三段



導管斷端全長七公分

## 硬腦膜外導管介紹：

自1949年古巴醫師Manuel Martinez Curbelo完成首例硬腦膜外導管置入以協助產科止痛以來，硬腦膜外導管置入減痛法已成為外科手術後減輕病患疼痛的最佳方案之一。然而，由於導管置入仍可能造成相關併發症，因此施術前仍須審慎評估。尤其對於有凝血功能異常、急性腦神經病變、背部施術處有感染、或疑似敗血症的個案一般仍不建議使用。但是，儘管經過完整評估，移除導管時所造成的斷裂仍然無法避免。

根據文獻回顧，移除導管所造成的斷裂一般可歸因於導管嵌入韌帶或骨骼結構，導管打結，導管不當移除，導管纏繞神經根，或是導管品質不良所致。發生率約為十萬分之一到兩萬分之一。根據Adriano Bechara de Souza Hobaika所整理的文獻回顧，所收集的30例導管斷裂個案施術位置皆位為L2~L5之間，大多數應用於產科止痛。造成斷裂的原因以導管打結最多，其次為導管嵌入及導管不當移除所致。因此，為了避免導管斷裂，導管置入及移除有哪些注意事項呢？

## 如何避免硬腦膜外導管斷裂：

### 硬腦膜外導管置入注意事項

- 1.置入導管前應檢查是否有不當扭轉，纏繞，及曲折痕跡。
- 2.如需退出導管，應連同Tuohy針一同退出，避免導管遭針尖切斷。
- 3.置入硬腦膜外腔的導管長度以5公分為限，以避免導管打結，纏繞，及嵌入。
- 4.避免使用縫線固定導管，以免造成導管斷裂。

### 硬腦膜外導管移除注意事項

- 1.應由專業人員協助移除導管。
- 2.移除導管應以手持，不可以手術器械夾取，以免造成導管斷裂。
- 3.移除時，病患應採側彎臥位(Flexed lateral decubitus position)而非坐姿。
- 4.如移除時遇到阻力，可休息30到60分鐘後，待組織放鬆後再換姿勢嘗試移除。
- 5.移除導管時，可同時於導管緩慢注入無菌生理食鹽水幫助導管伸展，方便取出。

## 導管斷裂後之初步評估：

當導管斷裂仍不幸發生時，應優先以影像學檢查搭配神經學檢查，幫助定位導管斷端的確切位置。回顧相關文獻，X光檢查，電腦斷層，核磁共振，及超音波檢查皆有助於斷端定位。其中，以電腦斷層的定位率最高。但是仍有導管斷端無法經由影像學偵測其位置。待完成影像學檢查及神經學檢查後，即可擬定治療計劃。

## 擬定後續治療計劃：

### 手術取出導管斷端之適應症

- 1.導管斷端末端與皮膚表面相通，有腦脊液滲漏及感染風險者
- 2.疑似導管斷端纏繞或嵌入所造成的神經學症狀
- 3.導管斷端造成持續出血引發血腫者
- 4.兒科病患

若病患無以上情形，經詳細告知其注意事項及可能風險後，可不需手術取出，並安排於門診持續追蹤。但仍有於導管斷裂未取出之後，因結締組織增生造成脊椎狹窄症候群，或是於導管斷裂未取出之18年後，因導管斷端漂移，造成延遲性血腫之罕見個案。

故根據文獻回顧，無神經學症狀的導管斷裂個案仍有四成願意接受手術取出，以避免後續併發症產生。

手術方式一般採全身麻醉，行外科探查手術或椎板切除術將導管斷端取出。然而文獻回顧指出，約有四分之一的個案因無法定位或是導管取出困難，而無法取出導管斷端。

## 結語

隨著國人對於生產照顧品質的追求，為了有效減緩生產時的疼痛，硬腦膜外導管置入減痛法的介入已經是大勢所趨。由於接受此項減痛技術的產婦日益增多，相關所可能造成的併發症也在所難免。如何有效預防並適當處理，謹以此案例報告及文獻回顧拋磚引玉，盼各位先進不吝指教。

## 參考文獻

- 1.Collier C. Epidural catheter breakage:a possible mechanism. Int J Obstet Anesth. 2000;9:87-93.
- 2.Staats PS, Stinson MS, Lee RR. Lumbar stenosis complicating retained epidural catheter tip. Anesthesiology. 1995;83:1115-8.
- 3.Ishikawa Y, Imagama S, Ito Z, Ando K, Gotoh M, Nishiwaki K, et al. Delayed onset of subdural hematoma following epidural catheter breakage. Global Spine J. 2016;6:e1-6
- 4.Schummer W, Schummer C. Another cause of epidural catheter breakage? Anesth Analg. 2002;94:233.
- 5.Morris GN, Warren BB, Hanson EW, Mazzeo FJ, DiBenedetto DJ. Influence of patient position on withdrawal forces during removal of lumbar extradural catheters. Br J Anaesth. 1996;77:419-20.
- 6.Doumas M, Peillon P, Lebonhomme JJ et al. Difficulties in the removal and rupture of a peridural catheter. Ann Fr Anesth Reanim. 2002;21:600-602.
- 7.H. M. ARNAOUTOULO, P. G. TZIMAS and G. S. PAPAPOULOS. Knotting of an epidural catheter : a rare complication. Acta Anaesth. Belg., 2007, 58, 55-57
- 8.Adriano Bechara de Souza Hobaika. Breakage of Epidural Catheters: Etiology, Prevention, and Management. Rev Bras Anestesiol 2008; 58: 3: 227-233
- 9.Waurick K. History and Technique of Epidural Anaesthesia. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2015 Jul;50(7-8):476-82
- 10.Reena and A Vikram. Fracture of epidural catheter: A case report and review of literature. Saudi J Anaesth. 2017 Jan-Mar; 11(1): 108-110.



## 秘書長的話

各位醫師前輩與會員們，大家好！

妊娠糖尿病一直是周產期醫學裡，一個重要的課題等待我們去解決，近期國民健康署正規劃將補助妊娠糖尿病篩檢，將它列入常規產前檢查中。除了孕婦們可以因此受惠外，更將大大提升周產期醫學照護的品質。隨著國人生育年齡延後與營養狀況的改善，妊娠糖尿病與胎兒過大所造成的生產問題與傷害也跟著增加，全面性的妊娠糖尿病篩檢確實有其效益。規劃中的妊娠糖尿病篩檢方式，初步研議是採用一段式75克葡萄糖耐糖測試，因此需事前禁食的準備才來執行空腹血糖檢測，所以檢測前的安排與規劃是必要的。提醒會員們可以對這診斷標準與執行方式先行進行了解與流程規劃。然而對於診斷為妊娠糖尿病患者的進一步照護是刻不容緩，首先應該能夠給予正確的飲食指導與運動規劃的介入，達到良好的血糖控制。如果無法達到目標，則可採用口服降血糖劑或胰島素進行控制，將可以大大減少併發症的產生。

度過了炎熱的夏天，很快就到中秋節。在此先祝各位先進與會員們，中秋佳節快樂！但願人長久，千里共嬋娟。一年容易又中秋，最近聽聞同儕們有一些狀況，心中感到十分難過與惋惜，希望大家在盡心照顧病患的同時，務必注意健康，適度的休息與運動，必要時進行健康檢查，以期早期發現及早治療。敬祝大家，永保安康平安喜樂！

詹德富

還好有臍帶血！

# 40,000宗<sup>1</sup>

成功移植案例

證實可醫治113種疾病<sup>2</sup>

一生只有一次機會，是上天送給寶寶的第一份禮物。



1/200

在70歲前需要幹細胞移植的機會<sup>3</sup>



34歲

全球第1例臍帶血移植男童已34歲<sup>2</sup>



生寶，亞洲第一家取得「國際細胞治療協會FACT認證」，更擁有CAP、AABB等多重認證，每一項操作步驟都堅持高品質，是業界最多國際認證的臍帶血銀行。



SOURCE :

1. <https://parentsguidecordblood.org/en/news/3rd-annual-perinatal-stem-cell-society-congress-19-21-may-2017>
2. [www.parentsguidecordblood.org](http://www.parentsguidecordblood.org)
3. Nietfeld JJ et al. Lifetime probabilities of hematopoietic stem cell transplantation in the U.S. Biol Blood Marrow Transplant 2008;14:316-22

# 台灣周產期醫學會第十五屆第二次會員大會暨學術研討會

2017年12月3日-星期日/台大醫學院102、103講堂

Time	Topic	Speakers / Moderators
08:50	致詞	陳治平 理事長
Section 1	妊娠糖尿病	詹德富、葉長青
09:00-09:45	一階段妊娠糖尿病篩檢-台北長庚醫院婦產科經驗	洪泰和 醫師/台北長庚醫院婦產部
09:45-10:30	妊娠糖尿病的治療	李弘元 醫師/台大醫院內科部
10:30-10:50	Coffee break	
Section 2	胎兒治療	張炯心、鄧森文
10:50-11:20	雷射治療雙胞胎 血症候群: 常見併發症跟爭議	詹耀龍 醫師/林口長庚醫院婦產部
11:20-11:50	馬偕醫院在胎兒治療領域之經驗	陳震宇 醫師/馬偕紀念醫院婦產部
11:50	第十五屆第二次會員大會	
論壇	Lunch Symposium	陳治平、陳明
12:20-12:40	百日咳流行現況與疫苗包覆策略之效益分析	沈靜茹 醫師/高醫附設中和紀念醫院婦產部
12:40-13:00	產後婦女：施打HPV疫苗新契機	黃建霖 醫生/馬偕紀念醫院婦產部
Section 3	妊娠併發症	蔡慶璋、蕭勝文
13:10-14:00	周產期防疫的機會與挑戰	Dr. Mae Montellano
14:00-14:30	剖腹產疤痕懷孕之外科治療	王有利/馬偕紀念醫院婦產部
Section 4	產前診斷	何銘、施景中
14:30-15:00	精準醫療引發的服務模式和管理難題	郭保麟 醫師/成大醫院婦產部
15:00-15:30	NIPT案例分析	陳俐瑾 醫師/國泰醫院婦產部
15:30-15:45	Coffee break	
Section 5	年度優秀論文口頭報告	詹德富、區慶建
15:45-16:55	優秀論文	
16:55-16:10	優秀論文	
16:10-16:20	優秀論文	
16:30	閉幕	詹德富 秘書長

## 【注意事項】

- 1.報到時間/地點：12月3日(星期日)上午08:30~15:00/台大醫學院102講堂
- 2.年會報到費用：(1)本會會員- \$500.(可現場繳納，如已劃撥，現場請勿重複繳納)  
(2)非本會會員-\$1,000.元整(現場報名繳納)
- 3.本會常年會費：個人會員常年會費-\$2,000./從屬會員-\$1,000.
- 4.積 分：台灣婦產科醫學會、中華民國醫用超音波學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師公會全國聯合會