

## 秘書長的話

陳治平

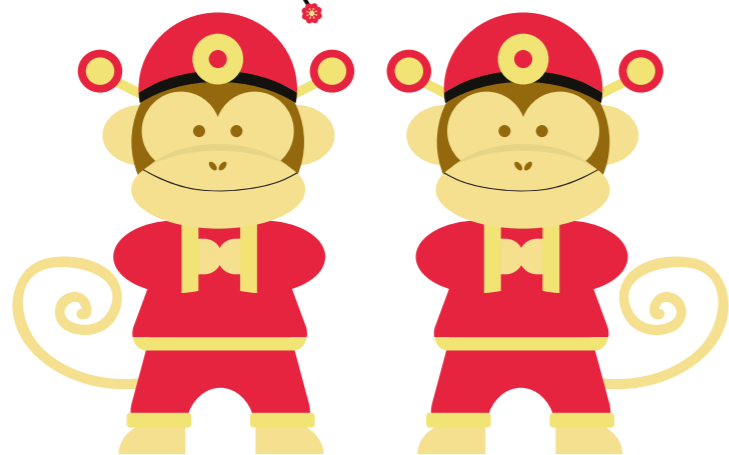
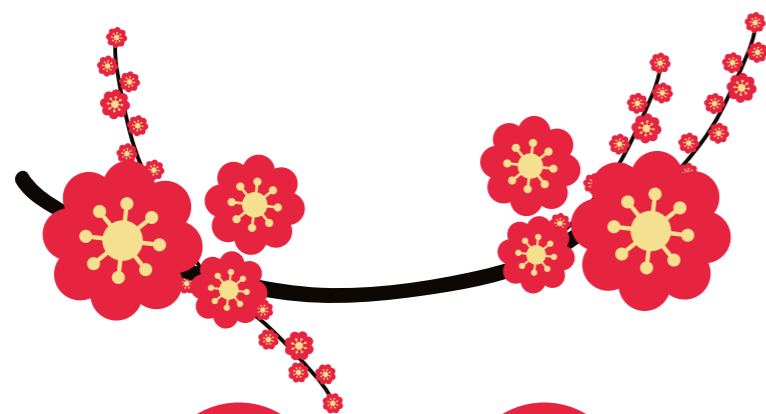
各位會員前輩、朋友：大家好！

羊水栓塞雖然是罕見併發症，但發生時常造成孕婦和胎兒嚴重傷害，甚至造成孕婦和胎兒死亡，引起醫療糾紛。而羊水栓塞的發生率和死亡率常因研究族群不同有很大差異，其成因和診斷標準這幾年也有不同的報告。目前一般文獻報告均無臺灣地區的資料，學會最近除了於會訊邀請幾位專家就文獻報告和臺灣地區發生狀況撰文與會員分享外，特別規畫在2016年3月婦產科醫學會年會邀請專家特別演講羊水栓塞之生理病理機轉，各區醫院之經驗及孕期和分娩時急性心肺衰竭之處置。另外特別安排心臟外科與麻醉科醫師講解他們的處理原則和經驗。

此外，因應年輕醫師對產後出血之發生與處置比較缺乏經驗，學會也邀請專家於婦產科醫學會年會之住院醫師訓練單元以臨床實例與各位年輕醫師和會員朋友分享。歡迎各位會員朋友、前輩多予指導。

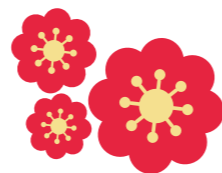
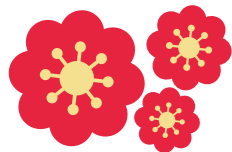
敬祝大家

新年快樂！



# 2016

## HAPPY NEW YEAR



# 台灣周產期醫學會會訊



發行人：徐明洸

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：陳治平

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：王鵬惠、蘇河仰

學會傳真：(02)2381-4234

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

2016年01月/第219期

印刷品

## 目錄

■ 理事長的話	1
會訊主題 早產及早期破水	
■ 壹 早產的照護	2,3,4,5,6
■ 貳 早期破水	7,8,9,10
■ 參 通訊繼續教育問答題	11
■ 肆 秘書長的話	12



理事長新春賀詞

## 一猴當關 猴來居上

轉眼又是一個年頭。

2015年感謝所有的前輩及會員的鼓勵，學會會務進行的順利。這一年我們在北、中、南三地各辦了三場醫學新知研習，大家參加都算踴躍。12月6日的年會，也感謝大家的全力支持，會場十分熱鬧。外賓演講內容精彩，現場也獲得許多正面的回響。

這期會訊，主題是「早產」。2015的FIGO大會，特別把早產的防治列入best practice guideline，強調其重要性，希望集中火力，盡善盡美。所以文章也請大家參考。

新的一年，猴年到來，期待大家都有「一猴當關」的好運。會刊也陸續有不同的標題文章刊出，也歡迎大家寫稿，提供會員分享。

敬祝 大家 猴年行大運。

理事長 徐明洸 賀

## 全球服務 國際品質 盡在生寶

生寶國際標準公庫 參與美國國家計劃

美國生寶 FDA官員譽為全美最佳臍血庫之一

香港生寶 中國最有影響力臍帶血庫

泰國生寶 帶領當地技術革命

澳門生寶 廣受歡迎

台灣生寶 國家生技醫療品質金獎

讀者文摘消費者投票第一名

全球服務 國際品質 安心推薦



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

# 早產的照護 (Preterm birth)

馬偕紀念醫院 高危險妊娠科 / 王亮凱、陳治平 醫師

## 臨床案例分享

一位32歲女性患者，目前懷孕約32週，因持續性下痛而到產房求診。主訴過去無特殊疾病史，過去的孕產史為2年前（懷孕31週）因早產而生下一個重量約1800克左右的男嬰，此次為第二次懷孕。追溯下腹痛的症狀開始於一天前，起初為下腹繃緊感，休息過後沒有改善，反而更加嚴重，此外有少許的褐色陰道分泌物，因此到醫院就診。

檢查後顯示生命徵象穩定，血壓130/71 mm Hg，脈搏90次/分，無發燒。胎兒監視器發現規律的子宮收縮每3-5分鐘一次，胎兒心跳呈現反應性。陰道窺鏡檢查發現子宮頸擴張約2公分，有少量帶血狀分泌物，胎膜完整。超音波檢查顯示胎兒大小約2000公克，頭式胎位，胎盤位置位於後壁、無前置胎盤狀況，羊水量正常。

經醫師解釋早產的可能性後，安排孕婦住院，隨後給予安胎藥物治療及類固醇與乙型鏈球菌預防性抗生素治療。

## 討論

本病例是早產婦女的臨床過程。這的病例，我們有以下的內容值得學習及討論。

- 1.何謂早產，早產定義為何？
- 2.早產的危險因子。
- 3.如何診斷早產？
- 4.早產的預防方法。
- 5.早產的臨床治療。
- 6.其與早產有關的他相關處理。
- 7.不可不知的訊息

## 臨床診斷---早產 (Preterm birth)

### 定義及發生率：

發生於妊娠20-37（未滿）週的生產，稱之為早產。臨床上只要有規律的子宮收縮（每5分鐘一次），合併子宮頸持續性變化，通常擴張大於2公分，早產的可能性就會大幅增加。但若只有子宮收縮，並無合併子宮頸擴張，則據文獻統計只有不到10%的患者會在一週內生產。世界各國的早產發生率約6-12%，台灣在一個2001-2009年的統計研究顯示平均早產發生率約8.56%。

### 危險因子：

早產被歸類為一個症候群，其發生原因為多重因子相關，主要可分為以下幾類，但最重要的還是前次早產史，可能約有三分之一的再發率。

與早產有關的危險因子，可歸納為四大類：

- 一、社會經濟：1.低收入、經濟背景差。2.低教育程度，社會階層低。3.年齡小於16歲或大於40歲。4.營養不良。
- 二、疾病史：1.流產。2.曾經發生過早產。3.子宮異常。4.糖尿病、腎臟病、甲狀腺病等內科疾病。
- 三、生活型式：1.工作繁重。2.抽煙。3.情緒焦慮不安。
- 四、產科病症：1.無症狀性尿中有細菌，尿路系統感染。2.高血壓、妊娠毒血症。3.多胞胎妊娠。4.產前出血、前置胎盤、胎盤早期剝離。5.羊水過多或過少。6.感染。7.早期破水。8.胎兒畸形或染色體異常。9.子宮頸閉鎖不全。

### 診斷方法：

臨床診斷除了規律的收縮合併子宮頸持續性變化的症狀表現外，其他輔助方法第一種為測量子宮頸長度，小於2.5公分合併有前次早產史的孕婦，早產機會會大幅增加；第二種為測試陰道後穹窿分泌物的胎兒纖維結合素(Fibronectin)反應，其陰性預測率(negative predictive rate)較有參考意義，敏感性則不高。不過2012年的美國婦產科學會臨床指引建議，以上兩種方法只能用來輔助診斷，無法單靠其結果來診斷早產，還是要以臨床表現為主。

### 預防方法：

- 1.子宮頸環紮術：第二孕期子宮頸長度小於2.5公分，且前一胎有小於34週的早產生產史可以考慮於妊娠中期施行手術，常見的McDonald or Shirodkar cerclage 效果並無太大差別。
- 2.黃體素：研究顯示每週給予肌肉注射250mg 的  $17\alpha$  hydroxyprogesterone caproate（人工合成，因此有些專家提出安全性的質疑）肌肉注射，或每天陰道塞劑100 to 200 mg micronized progesterone capsules or 90 mg Crinone 8% gel 可以降低早產發生率（只限於單胞胎）。

### 臨床治療：

- 1.安胎藥物的使用：急性期以48小時為限，於無其他禁忌症狀況才考慮繼續使用。

常見的安胎藥物如下：

## 注射型：

### Ritodrine (injection form)

2014年美國FDA發布警訊有心臟相關問題者，使用要小心。

機轉：作用於全身交感神經系統之  $\beta$ -receptor，可減少子 收縮及早產

使用劑量：Start 50  $\mu$ g/min, then increase 50  $\mu$ g/min q 10 to 20 min; maximal 350  $\mu$ g/min.

禁忌症：分娩前之大量出血，尤其是前置胎盤及胎盤早期剝離引起；或子癩 及子癩前症需立即分娩者；胎死腹

中、絨毛羊膜炎均不可使用；已知之心臟病、甲狀腺亢進、高血壓及糖尿病患，或氣喘患者均需小心使用。

副作用：孕婦及胎兒心跳速率增加(80%)；顫抖、噁心、頭痛及紅斑(10~15%)；神經不安、緊張、沮喪、焦慮或不適(5~10%)；心臟不適所引起之胸痛、緊繃感及心律不整，肝功能異常(3%)；肺水腫(1~5%，若為多胞胎或併用類固醇藥則會增加其危險性)，及血壓下降、血糖上升、低血鉀症等。

#### MgSO<sub>4</sub> (硫酸鎂)

2013年美國FDA發布警訊使用超過5-7天，可能增加新生兒骨質軟化的危機，因此將懷孕等級改為D，不過子癩/子癩前症上的使用並無受到限制。

機轉：與血液中鈣離子形成競爭，進而減少細胞內鈣離子濃度而到減少子宮收縮及早產  
使用劑量：a loading dose of 4–6 g of magnesium sulfate and 1–2 g/h for 12–24 hours.

禁忌症：分娩前之大量出血，尤其是前置胎盤及胎盤早期剝落引起且需立即分娩者；胎死腹中、絨毛羊膜炎，重症肌無力患者不可使用；腎功能障害、高鎂血症及心臟病患者，均須小心使用。

副作用：輕微-噁心(32%)，昏睡(29%)，嘔吐(26%)，躁熱感(22%)，口渴、眩暈(17%)，視力模糊(13%)，頭

痛(12%)，及胸痛(8%)。

嚴重-橫紋肌溶解症(罕見)，鎂離子中毒，中樞神經抑制(14%)，呼吸肌無力(14%)，肺水腫(3%)，血壓下降(3%)。

長期使用-骨質流失

#### Tractocile (孕保寧)

機轉：作用於子宮上的催產素受體，進而到減少子宮收縮及早產。

使用劑量：Bolus dose (IV): 6.75 mg in 0.9 mL normal saline; then infusion 300 μg/min in 5% Dextrose for first 3 h, then 100 μg/min in 5% Dextrose for 18 to 48 hours.

禁忌症：分娩前子宮出血且需立即分娩者、子癩或嚴重子癩前症需立即分娩者、胎兒宮內死亡及宮內感染、對藥物及賦形劑過敏、胎盤早期剝離者均不可使用；早期破水且懷孕大於30週、及懷孕不足24週或超過33週則需評估及討論後再決定。

副作用：噁心(10%)，頭痛、眩暈、潮紅、嘔吐、心博過速、低血壓、血糖升高及注射部位過敏反應(1~10%)，發燒、失眠、皮疹及搔癢(0.1~1%)，子宮出血或收縮不良(<0.1%)。

#### 口服或其他劑型：

##### Nifedipine (Adalat)

機轉：抑制作用於子宮上的鈣離子通道，進而到減少子宮收縮及早產。

使用劑量：10 to 20 mg; repeated 3 to 6 h, then 30 to 60 mg q 8 to 12 h for 48 h; sublingual or oral use.

副作用：低血壓，使心衰竭惡化，肺水腫。

#### Inteban (NSAID)

機轉：抑制作用於子宮上的 prostaglandin receptor，進而到抑制子宮收縮及早產。

使用劑量：A dose of 50 to 100 mg q 6-12 h is followed by a total 24-hour dose not greater than 200 mg; oral or rectal administration.

副作用：使胎兒動脈導管過早關閉，羊水過少，新生兒肺高壓。

禁忌：懷孕32週以後不宜長期使用。

#### Ritodrine (oral form)

文獻研究顯示口服Ritodrine並無明顯預防早產或改善周產期死亡率的作用。

機轉：作用於全身交感神經系統之β-receptor，可減少子宮收縮及早產。

劑量：10 mg q 2h for first day and then maintain 10-20 mg q4-q6h, maximum dose 120 mg/day.

副作用：同注射型 Ritodrine

禁忌：同注射型 Ritodrine

#### 臥床休息：

臨床上安胎的病人不論在家或醫院，醫囑通常建議多臥床休息，但在文獻

探討上，並無明顯降低早產發生的機會，不過讓病人減少活動、專心接受治療，也是可行的一個方式。

#### 其他相關處理：

##### 乙型鏈球菌的預防：

根據2010年美國CDC的建議，所有早產早期性破水或有生產可能的早產孕婦，一律須接受乙型鏈球菌的篩檢及預防。建議上述孕婦，接受第一線抗生素(Penicillin G:起劑量5百萬單位靜脈注射，然後每4小時2.5百萬單位直到嬰兒出生或Ampicillin:起劑量2g靜脈注射，然後每4小時1g直到嬰兒出生)的治療直到生產，除非乙型鏈球菌培養為陰性或無立即生產的可能才停止治療。

##### 促進肺部成熟：

根據文獻研究，在妊娠32週之前的早產兒，母親在產前24-48小時接受類固醇的治療，可促進肺部及肺泡的成熟、降低周產期死亡率及併發症。美國婦產科醫學會建議在妊娠34週之前有生產風險的孕婦須接受一次的完整的類固醇治療療程，有需要時可在二週後再追加一次療程，但文獻研究顯示重複的治療並無明顯好處的增加，至於類固醇的種類以betamethasone及dexamethasone為主。

**注射類型及劑量：**

1. Betamethasone (12mg intramuscularly [IM], two doses every 24 hours), 或2. Dexamethasone (6 mg IM, four doses every 12 hours)

**神經保護作用：**

根據幾個大型研究顯示，對於懷孕32週以前的早產孕婦，產前如果有使用硫酸鎂，對出生後存活的胎兒，可降低神經相關方面的後遺症，雖然對主要的週產期死亡率無特別影響。但美國婦產科醫學會及母胎學會建議臨床醫師還是可以參考以下使用方式，訂立自己的使用模式，對於可能於32週前生產的產婦給予治療，以達到胎兒的神經保護作用。

**治療時間及劑量：**

MgSO<sub>4</sub> - A loading dose of 4-6 g, then maintained 1-2 g/hr for 12-24 hrs.

**早發性早期破水的治療見另章介紹。****不可不知的訊息：**

1. 早產的診斷主要還是以臨床診斷（規律子宮收縮加上子宮頸變化）為主，其他的輔助檢查可當作參考，但不可用來當作主要診斷工具。
2. 安胎藥物的使用上需注意禁忌症，臨床上以急性期（48小時）治療為主，持續性的治療對週產期的死亡率及併發症並無明顯改善。
3. 促進肺部成熟的類固醇使用、預防乙

型鏈球菌的抗生素使用及神經保護的硫酸鎂使用，臨床文獻證明對週產期的死亡率及併發症有幫助，若無特殊情況，建議還是必要給予。

4. 對前胎有早產史的孕婦，可於第二孕期測量子宮頸長度，並依結果做適當處置。

**參考文獻**

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of preterm labor. Practice Bulletin No. 127. Obstet Gynecol 2012;119:1308-17.
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams obstetrics chapter 42. Preterm labor. pp 829-61.
3. Simhan HN, Caritis SN. Prevention of preterm delivery. N Engl J Med 2007;357:477-87.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cerclage for the management of cervical insufficiency. Practice Bulletin No. 142. Obstet Gynecol 2014;123:372-9.
5. Romero R, Yeo L, Chaemsaitong P, Chaiworapongsa T, Hassan SS. Progesterone to prevent spontaneous preterm birth. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 2014;19:15-26.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal lung maturity. ACOG Practice Bulletin No. 97. Obstet Gynecol 2008;112:717-26.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Committee Opinion No. 455. Obstet Gynecol 2010;115:669-71.

# 早期破水

## (PROM, Premature rupture of membranes)

馬偕紀念醫院 高危險妊娠科 / 王宇林、陳治平 醫師

**臨床案例分享**

林小姐，36歲，第二胎孕婦，無特殊疾病史，第一胎為足月自然生產，產檢初期血液檢驗正常，羊膜穿刺之胎兒染色體報告及中期高層次超音波也沒有發現異常。因為在懷孕28週後開始常常出現子宮收縮及少量陰道出血之情形，便依照其產檢醫師建議在家中臥床休息，但是在懷孕32週又2天的時候，突然發現陰道有大量液體流出，因此立即至產檢之診所就診，經醫師診斷為早期破水後立即請林小姐轉診至鄰近有能力照護早產兒之醫學中心。初步檢查確定破水但沒有子宮頸擴張，亦無母體急性發燒或感染跡象，超音波測量羊水量AFI(Amniotic Fluid Index)約在4公分左右。林小姐入院後，首先積極的使用預防性抗生素降低發生絨毛膜羊膜炎及預防乙型鏈球菌感染，同時定期追蹤胎兒在子宮內生長之狀況（包括預估胎兒體重、羊水量、活動力及臍帶血流）及白血

球、發炎指數(C-reactive protein)等感染指標。在懷孕滿34週後在醫師建議之下建議引產，最後經由陰道生產，產下一體重2200公克之嬰兒，新生兒目前矯正年齡為8個月大，目前沒有其它器官後遺症。

**討論**

本病例是懷孕婦女早期破水的臨床過程。這個病例，我們有以下的內容值得學習及討論。

1. 何謂早期破水，早期破水定義為何？
2. 早期破水的危險因子及臨床意義。
3. 如何診斷早期破水？
4. 早期破水的臨床治療原則。
5. 早期破水照護不可不知的訊息

**定義**

早期破水(PROM, Premature rupture of membranes)指規則陣痛之前，羊膜自然破裂導致羊水流出現象，若是小於37週之前的PROM，又稱為早發性早期破水(PPROM; preterm PROM)，而潛伏期(Latency)指的是從破水到規則陣痛

的這段期間。

## 危險因子及臨床意義

引起早期破水的機轉仍未有確實定論，可能因各種病因引發生化反應，而使基質蛋白分解(Matrix metalloproteases, MMPs)分解增加，胎膜膠原含量減少，導致局部脆弱，易受撐張破裂。引起早期破水相關的危險因子可以是多發性的，包括子宮內感染或陰道感染、前胎有未足月早期破水病史、子宮頸過短、子宮頸閉鎖不全、不明原因之產前出血、羊膜穿刺、抽菸、低社經地位等。

足月早期破水發生率約8%，小於37週之未足月早發性早期破水發生率約為3%，但卻與近1/3的早產發生有關。臨床上，早期破水發生後將有三方面的重大影響：1. 進入分娩，2. 感染 3. 缺少羊水保護。據統計，足月早期破水的產婦有一半會於5小時內分娩，在28小時內分娩的有95%；而未足月早期破水的孕婦則至少有一半會在一週內進入分娩。破水後，子宮腔與陰道連通，陰道病菌向上感染的危險便與時俱增，早期破水24小時內感率為3.5%，24 - 48小時為10%，超過72小時感染率為40%，在未足月早期破水

的子宮內感染率可達15 - 25%。羊水提供胎兒活動空間並且具有緩衝保護功能，長期嚴重羊水不足容易造成胎兒肺部發育不全和骨骼畸形，且破水也同時增加臍帶脫垂、臍帶壓迫、胎盤早期剝離等胎兒窘迫危險。

### 診斷方式

臨床上，大部分早期破水可觀察到大量水狀液體自陰道湧出，以陰道窺鏡檢查，可見羊水由子宮頸口流出或在陰道後穹窿有液體聚積。若不確定是否破水，可經由石蕊試紙檢查(Nitrazine test)檢測酸鹼值，正常孕婦陰道pH 4.5 - 5.5，羊水pH 7 - 7.5，若液體可將試紙變為藍綠色代表破水，但有可能受血液、尿液、精液、鹼性殺精劑及細菌性陰道炎等影響而出現偽陽性。羊水由於含電解質，氯化鈉及蛋白質，故羊水抹片乾燥後，於顯微鏡下可見羊齒樹葉狀結晶反應(ferning test)。另外，利用免疫生化試劑檢測羊水中之Insulin-like growth factor binding protein-1, IGFBP-1(Actim PROM)，或Placental alpha microglobulin-1 protein assay (AmniSure)，鑑別性較高，但其花費也高，可用於臨床診斷困難的個案。

### 處理原則

針對早期破水的治療，最重要的指標是胎兒妊娠週數，同時應評估是否有子宮內感染、胎盤早期剝離、胎兒窘迫等危險來決定後續治療。

## 足月早期破水

足月破水孕婦建議先確定胎位，子宮頸擴張和變薄程度，子宮收縮狀況並且裝胎兒監視器來確認胎兒狀況，同時針對確定有乙型鏈球菌感染或孕程中有高危險性感染風險的孕婦給予預防性抗生素。據文獻統計，以藥物加強子宮收縮或催生能夠減少生產時間、絨毛膜羊膜炎或子宮內膜炎感染發生率以及新生兒需要住進加護病房的機率，同時卻不會增加剖腹產或器械輔助自然生產的機率。用催產素催生是建議的做法，前列腺素和催產素有同樣的催產效果，但卻會增加絨毛膜羊膜炎感染發生率，其他包括機械性子宮頸擴張術也會增加感染機率。針對無施打預防乙型鏈球菌感染抗生素適應症的孕婦，到目前並無足夠的資料顯示常規使用預防性抗生素的正當性。

## 非足月早期破水

34週以上的孕婦現階段較為建議生

產，但若孕婦仍想持續保守期待療法(Expectant management)，則須了解其風險。34週以下則建議先保守期待療法，若出現子宮內感染、顯著的胎盤早期剝離、或胎兒窘迫時，強烈建議立即生產。

妊娠34到36 6/7週間的晚期早產(Late preterm)，孕婦破水處理原則跟足月相同，考慮直接生產。另外研究顯示，妊娠34到37週間有早期破水的情形下，催生對於新生兒敗血症的發生率無明顯下降，但卻明顯減低孕婦感染絨毛膜羊膜炎的機率。

妊娠24到33 6/7週間的早期破水處理複雜點在於生產時機的決定，原則以保守期待療法為主，包括安排住院並檢查有無感染、胎盤剝離、臍帶壓迫、胎兒窘迫，以及子宮收縮、胎兒心跳監測，定期超音波評估胎兒生長及羊水量的情況。早期絨毛膜羊膜炎可能沒有任何症狀，但若孕婦有體溫上升的變化，要很小心可能有子宮內感染發生。在沒有臨床證據顯示有感染的產婦，可定期抽血檢查白血球及發炎指數像C-reactive protein。建議廣效性抗生素的使用，以延長懷孕週數減少因週數不足造成的早產併發症發生，及減少孕婦及胎兒感染

率，至於哪一種抗生素最有效現階段沒有定論，因為很多種抗生素的組合都被證實有很好的幫助，基本上最常建議使用的一週的Ampicillin + Erythromycin，前兩天靜脈注射再改為口服。Augmentin則因為會增加壞死性腸炎的發生率而不建議使用。有乙型鏈球菌感染高風險的孕婦，不論之前是否有接受過抗生素治療，建議在生產前再接受預防乙型鏈球菌垂直感染的抗生素治療。類固醇可以降低新生兒死亡率、呼吸窘迫症候群、腦室內出血及壞死性腸炎，而且最近的研究顯示，不論在哪個週數，類固醇並不會增加孕婦或新生兒的感染機率，所以若是一個在24到34週的孕婦有早產的風險，一個完整的類固醇療程是強烈建議的。安胎藥物的使用在各國的建議都不同，使用安胎藥物可以減少破水後48小時內生產的機率，讓胎兒肺部能有較好的成熟時間，但在最終統計上，並不會增加新生兒存活率，不過卻會增加絨毛膜羊膜炎感染的機率，所以並不建議使用。

妊娠24週以前的早期破水通常預後不佳，因此需在與病人詳細諮詢後，告知孕婦可能的併發症及胎兒若存活

後可能的併發症，決定第一時間終止懷孕或依病人意願採保守期待療法。此外因在24週之前胎兒幾乎沒有存活率，所以通常不建議於此時使用抗生素、乙型鏈球菌預防、類固醇、硫酸鎂及安胎藥物。

### 臨床照護重點

建議34週以上的早期破水考慮直接生產，並且需要時使用催產素催生。

建議24至34週之間的早期破水孕婦施行保守期待療法，給與一週的Ampicillin + Erythromycin，同時使用一個完整的類固醇療程，若預期在32週以前會早產，可使用硫酸鎂作為胎兒神經保護，在生產前再接受預防乙型鏈球菌垂直感染的抗生素治療。

建議妊娠24週以前的早期破水先詳細諮詢，再決定終止懷孕或採保守期待療法。

參考文獻：

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature rupture of membranes. Practice Bulletin No. 139. Obstet Gynecol 2013;122:918-30.
2. Hutzal CE, Boyle EM, Kenyon SL, et al. Use of antibiotics for the treatment of preterm parturition and prevention of neonatal morbidity: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2008;199:620-8.

## 通訊繼續教育問答題

- ( )1.下列何者為破水的危險因子？
- (A) 產道內有細菌感染
  - (B) 抽煙
  - (C) 羊膜穿刺
  - (D) 以上皆是
- ( )2.破水應如何診斷？
- (A) 羊齒結晶試驗：羊水抹片乾燥後，於顯微鏡下可見羊齒狀結晶
  - (B) 用石蕊試紙檢查，試紙顏色由橙黃色變為藍綠色
  - (C) 第一型類因素林生長因子結合蛋白試驗 (IGFBP-1)
  - (D) 以上皆是
- ( )3.一位接近足月的產婦發生破水，但沒有產痛，下列哪一項陳述是正確的？
- (A) 必須立刻引產
  - (B) 24小時內，有75%的病人有自發性產痛
  - (C) 必須立刻給予口服抗生素
  - (D) 早期引產可以降低剖腹產率
- ( )4.早期破水感染說的理論，何者為誤？
- (A) Cytokines 減低
  - (B) 源自陰道或子宮頸
  - (C) 蛻膜(decidua)感染
  - (D) 前列腺素(prostaglandin)增加
- ( )5.下列何者為破水之併發症？
- (A) 感染
  - (B) 胎兒肺部擴張不全
  - (C) 胎兒壓迫
  - (D) 以上皆是

會員編號：

姓名：

備註-1.請周產期專科醫師會員確實填寫會員編號及姓名（正楷）

2.可多利用線上作答功能，以便節省時間及紙張

3.填妥後可直接傳真至學會，傳真電話：(02)2381-4234

4.每答對一題，可累積周產期專科醫師積分1分