

秘書長報告

徐明洸

因應少子化及產業結構的可能質變及量變，周產期照護的範圍也相對要有更大的涵蓋面。不僅產前基因檢測、唐氏症篩檢、超音波檢查到減胎安胎，直到平安生產，我們步步為營。不過，以周產期照料為宗旨，產後照護似乎也是我們的必然職責。這次醫學新知研習，我們就以產後相關的照護重點，作為與大家分享的內容。此外，這次會訊，我們請三總皮膚部王偉銘主任撰寫孕期的PUPPP，也請蕭國明醫師簡介孕期toxoplasma感染，言簡意賅，可以供作參考。

產後照料，我們第一個面對的課題就是哺餵母乳。其次在哺乳期，母體可能面臨乳房問題及焦慮，甚而產生憂鬱症或其他情緒障礙。產後骨盆肌肉的復健也是重要問題，而搭配產後追蹤，順勢施打子宮頸癌疫苗，也都是保障產後婦女的身心健康的重要課題。所以我們舉辦研習課程，針對這些問題深入淺出探討，也期望我們會員可以在周產期照料方面，可以達到全方位的目標。

我們會員能夠踴躍參加研習，就是對學會以及對自己的最好鼓勵。

所以我們一起努力，在此也謝謝大家。

學術活動訊息

主 題：護理人員高危險妊娠照護教育訓練課程

時間/地點：3月22日星期六（13:00~17:00）台大醫院新竹分院 - 5樓圖書館第一會議室

主 題：周產期醫學新知-產後照護

時間/地點：3月23日星期日（8:50~12:00）中國醫藥大學 - 立夫教學大樓1樓101講堂

主 題：護理人員高危險妊娠照護教育訓練課程

時間/地點：4月26日星期六（8:00~12:00）高雄醫學大學附設中和紀念醫院 - 啓川大樓6樓第一會議室

主 題：護理人員高危險妊娠照護教育訓練課程

時間/地點：5月31日星期六（8:00~12:00）馬偕紀念醫院台北院區 - 9樓大禮堂

主 題：護理人員高危險妊娠照護教育訓練課程

時間/地點：6月7日星期六（8:00~12:00）台中榮民總醫院 - 第一醫療大樓2樓第六會議室（視聽教室）

報名方式：本會活動一律採線上報名，請至本會網站查詢相關課程等資訊

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

2014年02月/第209期

印刷品

目 錄

理事長的話

1

新境界

弓蟲病

2,3

產科合併症

妊娠搔癢性蕁麻疹 樣丘疹及斑塊

4,5,6,7

秘書長報告

學術活動訊息

8



理事長的話

蔡明松

大家好，新年如意！

去年底歐盟EMA發佈有關Ritodrine等六項短效型 β -agonist藥品療效及安全性在評估的結果，認為該等藥品應用於產科相關預防早產、流產適應症時，若長時間使用注射劑型Ritodrine超過48小時，可能會對母親及胎兒造成嚴重的心血管副作用，其風險大於安胎效益。對於口服劑型的Ritodrine，歐盟EMA建議不應用於預防早產或緩解子宮過度收縮之產科相關適應症。因此衛生福利部食品藥物管制署在去年底來函學會，提到短效型 β -agonist類成份藥品之「藥品安全資訊風險溝通表」，希望對該藥物臨床效益與風險再評估。雖然Ritodrine是FDA approved唯一可以使用於產科的安胎用藥，但此藥在美國1998年已自動退出市場，目前台灣產科醫師對於孕婦介於22-37週之間有早產安胎適應症者，最常使用的第一線安胎用藥為Ritodrine、Nifedipine、Indomethacin、Magnesium Sulfate等，其中MgSO₄比去年FDA把它歸為Category D，並且建議不要使用超過五天，若再加上現在對Ritodrine的使用限制，我們在安胎方面的藥物選擇就更加困難，針對這些限制，我認為大家在安胎個案的適應症必須要更加小心謹慎，比如說在妊娠35週之前，除了監視器下有發現有規則性的子宮收縮之外，必須合併有以下之狀況如子宮頸擴張或變薄、超音波子宮頸長度低於2.5公分、陽性的子宮頸分泌物生化檢查（如Fibronectin或IGFBP-1）之現象，才需要積極安胎至胎兒肺部成熟，如果使用Ritodrine必須事先告知孕婦此藥物的副作用，如顫抖、噁心、頭痛、心悸、神經緊張，甚至引起胸悶、胸痛、心律不整、肺水腫、血糖上升、血壓下降等副作用，對於已知有心臟病、高血壓、甲狀腺亢進、氣喘病史的孕婦，是必須照會心臟內科專科醫師評估其心血管風險後小心使用。各大醫院的網站上也有公告此藥品安全資訊，請各個會員重視此問題，小心謹慎使用安胎用藥，學會也會針對安胎用藥的議題來召開研討會，網羅各個專家的意見來做因應。

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

全球服務 國際品質 安心推薦



澳門生寶
香港生寶
泰國生寶
台灣生寶

美國生寶

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

弓蟲病

新光醫院婦產科 蕭國明醫師

前言

「醫生，我想要檢查我是否有感染弓蟲病！」

「醫生，我懷孕了可以再養貓嗎？是否會感染弓蟲病？」

隨著現代人的生活習慣與寵物關係的改變，貓狗已不再是捉老鼠或看門的角色。生活中有不少的「貓爸爸」、「貓媽媽」的愛貓人士。當這些「貓爸」及「貓媽」結婚準備生產下一代時，養貓是否會影響到胎兒的健康、是否會造成胎兒異常或畸形等問題，常常會讓他們覺得困擾。當他們了解到會造成胎兒畸形的弓蟲病是由貓所傳染後便會覺得恐慌而匆匆赴門診要求檢驗是否有感染弓蟲病。所以了解弓蟲病的致病機轉對於婦產科醫師是非常重要的。

致病機轉

弓漿蟲(*Toxoplasma gondii*)是一種必須寄生在宿主體內才能完成生活史的寄生蟲。弓漿蟲的主要宿主為溫血的脊椎動物。由於弓漿蟲的寄生專一性不高，人、貓、牛、老鼠或小鳥皆有成為其中間宿主。貓大部分是在吃了受感染的食物（如老鼠或小鳥）而後感染，鮮少是直接食入含有弓漿蟲卵的其他糞便而感染的。

貓為弓漿蟲的最終宿主。被感染的貓通常沒有症狀，但是約在一至二週後便會排出含上百萬顆卵的貓糞便。這些卵在幾天至幾週後會變成芽胞化卵囊並具有感染性，這些卵囊喜生存在溫暖而潮濕的環境中（如花園、沙袋或瓶罐內），並可持續存活達數個月以上。人及動物可因吃到被弓蟲芽胞卵囊污染的食物或含有弓蟲包囊

的未煮熟或生的肉類而感染。卵囊被食入後會形成速殖子(tachyzoites)，速殖子在細胞內快速增殖，並破壞大量細胞。隨後轉變成慢殖子(bradyzoites)，並在宿主組織內形成具有厚壁之包囊。大多數休眠期的蟲體可與宿主終身同在而不會致病。

盛行率

弓蟲病在台灣的盛行率為7.0%。不過根據Lin et al.於2008年的研究發現原住民(indigenous)孕婦的盛行率高達40.6%，而外來移民孕婦的盛行率為18.2%。而一般台灣孕婦其盛行約為9.2%。原住民的高盛行率可能與他們有食用生肉或未煮熟肉品、接觸貓排泄物等有關。

臨床症狀

大部份的孕婦在感染了弓蟲病後並不會表現明顯的特定症狀，而且大多會自然痊癒。只有少數的孕婦會表現出症狀。常見的症狀為類似感冒的症狀(Low grade fever, malaise, lymphadenopathy)，潛伏期約為5~18天。孕婦鮮少會造成弓蟲症視網膜脈絡膜炎。

診斷

弓蟲症必須靠血清抗體偵測(IgG及IgM)來診斷。Toxoplasmosis IgM抗體陽性通常表示為急性感染。IgM抗體titre可在感染後5天至數週內上升，並在1至2個月內上升至最高點，隨即快速下降。不過仍然有些患者可以在數年內仍測得到IgG Ab。IgG Ab約在感染後1至2週內測得到，約在12週至6個月達到peak，並終身可以

被測到。如IgG及IgM皆為陰性，代表沒有感染。如IgG陽性，IgM陰性表示為old infection。如IgG及IgM皆為陽性，表示最近感染或偽陽性。可在2~3週重新測一次，如IgG titre上升4倍以上則表示是最近感染。

弓蟲症感染之孕婦

如發現孕婦感染弓蟲症，必須要進一步確定胎兒是否有感染，並儘早給予抗生素治療。Spiramycin可在第一次發現感染或高度懷疑感染即可給予，不須等2~3週後的repeat testing。也可以考慮接受羊膜穿刺檢查，利用PCR方法看是否有弓漿蟲感染。羊膜穿刺不可在小於18週內進行，以避免高偽陽性，並且必須在懷疑有弓漿蟲感染的4週內進行。也可利用IgG avidity來推測弓漿蟲感染的時間。如avidity很高則表示至少感染有5個月以上。

先天性弓蟲症

Congenital toxoplasmosis

可能症狀有：視網膜脈絡膜炎、智商障礙、視盲、聽障、水腦、發燒、抽搐、小腦症、胎兒過小或胎死腹中等。

治療

如果孕婦已感染而胎兒沒有感染，可考慮只給Spiramycin。如果胎兒已感染則可給予pyrimethamine及sulfadiazine來治療以減低疾病之嚴重性。Pyrimethamine為一folic acid antagonist，具致畸性，不建議在first trimester使用。

對孕婦的特別叮嚀

- 不生食或不完全煮熟的肉或蔬菜。
- 檢驗您的貓弓蟲抗體量以確定貓是健康的。
- 避免清理貓沙。
- 避免撫摸貓，以避免可能會貓毛上的卵囊(Oocyst)所污染而經由手進入口中形成感染。
- 避免接觸任何病貓或流浪貓。
- 戴手套在花園中工作。
- 養成良好洗手習慣。
- 可在懷孕前作抗體檢查。

總結

目前並不建議對於低風險之孕婦行routine toxoplasmosis之screening，孕婦一般建議最好不要食用未煮熟的肉製品，避免處理貓糞便污染物的工作或收養流浪貓。如懷疑自己有被感染之情形則應儘速就醫檢查。

References:
Paquet C, Yudin MH. Toxoplasmosis in pregnancy: prevention, screening, and treatment. J Obstet Gynaecol Can 2013;35:78-9.
Bortoletti Filho J, Araujo Júnior E, Carvalho ND, Helfer TM, Nogueira Serni PD, Nardoza LM, Moron AF. The Importance of IgG Avidity and the Polymerase Chain Reaction in Treating Toxoplasmosis during Pregnancy: Current Knowledge. Interdiscip Perspect Infect Dis 2013;2013:370769.
Lin DS, Fei ACY, Chow HM, Mo KM and Pong YM. Prevalences of antibodies to Toxoplasma gondii in cats and humans in Taipei, Taiwan. Biol Bull NTNU 1998;33: 95-10.
Lin YL, Liao YS, Liao LR, Chen FN, Kuo HM and He S. Seroprevalence and sources of Toxoplasma infection among indigenous and immigrant pregnant women in Taiwan. Parasitol Res 2008;103: 67-74.

妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊

三軍總醫院 皮膚科部 王偉銘主任

前言

據文獻報導，大約兩成的懷孕婦女會有妊娠期搔癢的困擾^{1,2}。本文主要將介紹妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊(pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy, 簡稱PUPPP)，又稱妊娠期多形性皮疹(polymorphic eruption of pregnancy, 簡稱PEP)，是懷孕婦女最常發生的妊娠期皮膚搔癢性疾病¹。然而除了妊娠期類天疱瘡已知是自體免疫皮膚水疱病之外，包括PEP與其他必須列入鑑別診斷的懷孕期特有之皮膚病，它們的病因至今仍眾說紛紜、莫衷一是，目前被認為與基因遺傳、環境、賀爾蒙及免疫系統的改變等因素皆有關聯。懷孕時期的內分泌系統對於免疫系統確實會造成很大的影響，試想：一位婦女的體內孕育著與自身基因背景不同、細胞中遺傳物質一半來自父方的胎兒，免疫系統勢必要有某些程度的調適才不致造成對胎兒的排斥；而且母嬰雙方所產生的細胞激素對於上述的免疫耐受性應當都有相當程度的貢獻³，尤其是有文獻指出，孕婦體內來自於第2型T輔助淋巴球(Type 2 helper T lymphocyte, Th2)的細胞激素較諸第1型T輔助淋巴球(Th1)

明顯佔了優勢⁴，而且胎盤的Th2分泌的Interleukin-4(IL-4)被認為有助於避免母體排斥胎兒⁵，然而IL-4對於刺激B淋巴球產生免疫球蛋白IgE又扮演了相當關鍵的角色⁶，由於IgE的產生以及個體感受性的差異，這就不難解釋為何懷孕婦女常有不同程度的皮膚搔癢狀況了¹。

二、疾病症狀

孕期搔癢性蕁麻疹樣丘疹和斑塊是最常見與懷孕相關的皮膚疾病，初次懷孕的病人較容易發生，紅疹一般發生於懷孕後期（妊娠第三期），平均發生在懷孕第35週，在往後的懷孕比較不會再復發此類疾病，另外也只有少數家族性的案例被報導過¹。搔癢的丘疹或膨疹是由腹部、尤其是懷孕期產生的妊娠紋開始發現，這可能是因為孕婦的腹壁迅速擴張、造成結締組織的損害，進而誘發發炎反應；學者Nelson等人也指出特別是懷孕後期，孕婦腹壁的擴張會增加血管的通透性，這可能增加胎兒細胞移行到母體皮膚的機會，胎兒細胞的抗原因而誘發皮膚的免疫反應導致搔癢紅疹發生⁷；也有研究指出妊娠期有較高的estrogen和progesterone血中濃度，而

progesterone也被證實會使組織發炎反應變嚴重⁸。皮膚病灶會再擴散到身體、四肢，並且融合成斑塊狀，甚至可能有很癢的水泡生成；然而這些皮膚病灶即便未經治療，發生後4~6週卻可能自行痊癒。孕期搔癢性蕁麻疹樣丘疹和斑塊缺乏特異性，因此必須小心地與其他列入鑑別診斷的懷孕期特有之皮膚病區分出來。

三、實驗室及病理檢驗

基本上並沒有特別的實驗室檢驗可以幫忙診斷妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊，文獻中指出發現血中cortisol濃度降低或許對診斷有幫助⁸。然而其他的實驗室檢查以及皮膚病理切片包括直接免疫螢光染色，都是幫助臨床醫師藉以排除其他相似的皮膚疾病而確立診斷的依據，一併分述如后。

四、鑑別診斷

目前懷孕期特有的皮膚病已被重新概分為四類^{1,9}：(1)妊娠期多形性皮疹，亦即本文之主題；(2)妊娠期類天疱瘡(pemphigoid gestationis)；(3)妊娠期肝內膽汁鬱積(intrahepatic cholestasis

of pregnancy)引發的皮膚搔癢；(4)妊娠期異位性皮疹(atopic eruption of pregnancy)。雖然妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊的預後良好，對絕大多數的母體及胎兒之健康也不致造成嚴重的後遺症，但由於其臨床表現之多樣性，因此與其他發生在孕期婦女的皮膚病更應當謹慎地加以區分出來。

妊娠期類天疱瘡原先被稱做妊娠疱疹(herpes gestationis)，是因為臨床上皮膚病灶處可以見到成群的水泡，但水泡尚未生成之疾病初期所出現的劇癢性膨疹樣斑塊確實與妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊難以區分。這兩種疾病的皮膚病灶都是由腹部開始向外延伸。但妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊大多發生在初產婦之妊娠第三期，在懷孕時通常是不復發的，而臨床特徵是肚臍周圍的皮膚是清爽無皮疹的，但大約五成的患者身體可能出現水泡或標靶狀的紅疹。妊娠期類天疱瘡的皮膚病灶則可能侵犯到肚臍周圍的皮膚，大多發生在經產婦之妊娠第三期，發生率約5萬分之一，惟再懷孕時此病症常見復發，在軀體及四肢以外，患者臉部或黏膜罕見水泡侵犯；皮膚水疱病灶切片直接免疫螢光染色是

確立診斷的標準方法，在水疱病灶邊緣完整的皮膚部份可以見到表皮-真皮交界處有C3螢光抗體線狀沉積，另外25~50%的檢體有IgG螢光抗體線狀沉積，而這些自體免疫抗體攻擊的目標則是第17膠原蛋白(collagen XVII, 亦即所謂的BP180)的細胞外結構域(extracellular domain) NC16A1；組織病理切片顯微鏡觀察則會發現水泡是位於表皮下(sub-epidermal)，真皮層與水泡液中往往可看見許多嗜伊紅球浸潤。妊娠期類天疱瘡的確診十分重要，因為它可能會導致早產或胎兒小於妊娠年齡(small for gestational age)。

妊娠期肝內膽汁鬱積(intrahepatic cholestasis of pregnancy)引發的皮膚搔癢好發在妊娠第三期，生產後會自行痊癒，但是在懷孕時會有六成機會復發；病人通常主訴全身上下、包括手腳掌都很癢，夜裡癢得更厲害，但是皮膚檢查卻尋無特殊病灶、只見抓痕。有趣的是此症的發生率有明顯的地域差異，常見於東南亞、南美洲以及斯堪地那維亞半島區等地，卻少見於歐洲與北美洲的國家¹。近年更有研究指出可能與膽道蛋白質(biliary proteins)中的ABCB4、ATP8B1、ABCBII等的基因變異有關¹⁰，這些變異間接導致了血中總膽酸(total bile acids)濃度升高，進而引發皮膚搔

癢。也有文獻提醒，當發現孕婦血中高密度脂蛋白(high-density lipoprotein)降低而低密度脂蛋白(low-density lipoprotein)升高、再加上臨床無明顯皮膚病灶卻奇癢無比時，就要當心此症之發生¹¹；而妊娠期肝內膽汁鬱積對於孕婦及胎兒都可能不良的影響，包括：胎兒窘迫、早產，嚴重者甚至可能造成胎兒死亡或母親產後出血。

不同於上述三類懷孕婦女的皮膚病症，妊娠期異位性皮疹較常發生於懷孕初期，病患可能有異位性皮膚炎的過去病史或家族病史，而且血中免疫球蛋白IgE值可能偏高。正如前言中提到懷孕對免疫系統的影響，Th2淋巴球相關的細胞激素升高自然使得原本有異位性皮膚炎體質的孕婦皮膚容易發癢並出現多發性的皮膚濕疹病灶。而這一大類的皮膚疾病據文獻報導對於孕婦及胎兒並無不良影響¹。

五、建議治療方案

雖然妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊屬於一種自癒性的皮膚疾病，亦即多半的患者在生產結束後其症狀便獲得大幅改善；治療的目的主要在提供患者臨床症狀的緩解，以免除孕期婦女因劇烈的皮膚搔癢所導致的身心不適。視病情

可選擇使用外用的類固醇或口服抗組織胺，嚴重者或許需要兩者合併使用；然而孕期婦女的用藥安全仍然是醫師首要考量的項目之一。美國的食品藥物管理局依照藥物之安全性而將孕期用藥區分出A、B、C、D、X等級¹²；在妊娠婦女用藥以等級B（含）以下為佳。臨床醫師常開立的口服抗組織胺中，cetirizine, loratadine, chlorpheniramine, cyproheptadine, diphenhydramine目前都被認為是孕期用藥等級B的藥物^{12,13}。至於外用的類固醇製劑一般咸認是屬於孕期用藥等級C的藥物，亦即尚無孕婦對照臨床試驗確立安全性，醫師須審慎評估並與病患溝通及衛教，尤其需要小心塗抹的用量，大面積塗抹造成全身吸收、可能有導致胎兒體重偏低的疑慮。

結論

妊娠搔癢性蕁麻疹樣丘疹及斑塊是懷孕婦女最常發生的妊娠期皮膚搔癢性疾病，屬於一種自癒性的皮膚疾病，對於孕婦及胎兒大多無不良影響，但由於其臨床表現的多樣性，臨床醫師必須小心地與其它可能對母嬰健康產生危害的狀況區分出來，以確保孕婦及胎兒的安全與健康。

參考文獻:

1. Warshauer E, Mercurio M. Update on dermatoses of pregnancy. *Int J Dermatol* 2013; 52: 6-13.
2. Dann AT, Kenyon AP, Wierzbicki AZ, et al. Plasma lipid profiles of women with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 106-114.
3. Intong LR, Murrell DF. Pemphigoid gestationis: pathogenesis and clinical features. *Dermatol Clin* 2011; 29: 447-452.
4. Vaughan-Jones SA, Hern S, Nelson-Piercy C, et al. A prospective study of 200 women with dermatoses of pregnancy correlating clinical findings with hormonal and immunopathological profiles. *Br J Dermatol* 1999; 141: 71-81.
5. Howarth PH. ABC of allergies pathogenic mechanisms: a rational basis for treatment. *BMJ* 1998; 316: 758-761.
6. Coleman R, Trembath RC, Harper JJ. Genetic studies of atopy and atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1997; 136: 1-5.
7. Nelson JL, Maloney S, Gooley T, et al. Microchimerism and HLA-compatible relationship of pregnancy in scleroderma. *Lancet* 1998; 351: 559-562.
8. Matz H, Orion E, Wolf R. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: polymorphic eruption of pregnancy (PUPPP). *Clin Dermatol* 2006; 24: 105-108.
9. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 395-404.
10. Pan C, Perumalswami PV. Pregnancy-related liver diseases. *Clin Liver Dis* 2011; 15: 199-208.
11. Sinakos E, Lindor KD. Bile acid profiles in intrahepatic cholestasis of pregnancy: is this the solution to the enigma of intrahepatic cholestasis of pregnancy? *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 596-598.
12. Tyler KH, Zirwas MJ. Pregnancy and dermatologic therapy. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68: 663-671.
13. Rimoin LP, Kwatra SG, Yosipovitch G. Female-specific pruritus from childhood to postmenopause: clinical features, hormonal factors, and treatment considerations. *Dermatol Ther* 2013; 26: 157-167. ADDIN EN.REFLIST