

周產期會訊



發行人：陳持平 秘書長：徐振傑 會訊主編：施景中

郵政劃撥帳號：12420668 戶名：中華民國周產期醫學會

會址：台北市常德街一號 電話：(02)2381-6198 傳真：(02)2381-4234

[http: www.taiwanperina.org.tw](http://www.taiwanperina.org.tw)

第八十三期 2003年1月

周產期醫學會 2003-2004 發展目標

理事長 陳持平醫師



周產期醫學會成立迄今已經有十四年，在歷屆理事長帶領下及理監事的努力耕耘下，會務早已進入正軌，而且一直遵循著創會的宗旨努力邁進。

首先感謝各位會員以及前輩先進的關愛與提攜，第八屆將由本人接任理事長職務，面對目前社會經濟景氣不佳、醫病關係緊張，本人深感任重道遠，未來兩年，本人以及整個學會將會面臨許多挑戰和困難，因此，對於未來兩年任內會務發展的目標，經過多日深思，在此提出個人淺見，還望各界先進不吝賜教。

一、擴大招募會員：

一個學會能夠永續經營，必須要有足夠的會員人才，以及充沛的經費來源。會員是醫學會成立的基礎，年會費就是學會一年可以預計的最基本經費來源。因此，會員多寡可能足以影響一個學會興衰與否。學會是為各位會員的福利與需要而設置，所以會員人數將與學會盛衰息息相關，也就是說，會員眾多的學會就不愁沒有基本觀眾，好比廟寺香火興旺必須靠忠實的信徒不斷前來膜拜。因此，本人將在短時間拜訪各大醫院有關科別的負責人，對於尚未加入本會的醫師或相關人員，予以誠摯地邀請入會。並歡迎非會員經常參加本會舉辦的各項活動，一起為台灣的周產醫學努力。

二、成立周產期醫學次專科醫師制度：

本人將延續前理事長楊勉力主任的概念，繼續推動次專科醫師的成立。目

前歐美先進國家對於從事產前診斷以及治療的相關業務，大都歸屬此一科別。

所以我們也將推動此次專科業務的認證與評審，希望帶給本會會員真正從事產前診斷以及治療的相關業務的人員，能有另一種榮譽和受尊重感覺；而且民眾的利益與健康照顧，更能得到確切的保障。

三.加強與其他醫學會交流：

兩年任內希望能夠利用本人與其他理監事的人脈與關係，加強與婦產科醫學會、人類遺傳學會、新生兒醫學會、護理學會等學術團體密切交流，舉凡各種學術活動的共同主辦、研究交流、政策研擬等。

四.成立周產期醫學發展基金：

本人將成立幾位創會元老的獎學金，例如陳炯霖教授、陳哲堯教授、謝豐舟教授等獎學金，希望藉由這些大老的研究風範與崇高人格，砥礪年輕學者對於研究的奉獻與付出，再接再厲，薪火相傳。

五.成立台灣胎兒學基金會：

我們將與英國胎兒醫學基金會合作，今年五月本人將協同秘書長徐振傑主任和副秘書長張東耀醫師前往英國倫敦，接受短期受訓，由其協助我們成立台灣胎兒學基金會分會。這個分會將也是亞洲第一個分會，希望未來能夠藉此將本學會跨國發展。

六.成立懷孕初期研究團隊：

成立懷孕初期研究團隊的目的在於希望利用各個醫學中心的資料，能夠在極短時間研發出一個結果，提供給臨床醫師參考。我們將聯合北部參予做胎兒頸部透明帶檢查的醫學中心，彼此訂定一個規章與合作辦法，遵循以前謝豐舟教授領軍的母血篩檢唐氏症的發展模式，為將來實施懷孕初期超音波和血清篩檢做暖身運動。

七.成立北、中、南、東區學術分組：

為考慮南北平衡與發展，將目前學術人才與活動分成北中南東四組編制，各類學術活動（例如月歷會或是特別演講）能夠就地取材，提供給當地會員參加，可以避免會員奔波勞累，並且也可讓不同人才發揮。

未來兩年本人深感責任重大，當以本會創會宗旨加強本會功能、提昇會員形象、專業人才培育、促進學術交流為職責所在，更期盼全體會員，能予本人時時鞭

策，共創周產期醫學美好的未來。

孕婦應該進行 B 型鏈球菌篩檢

台安醫院婦產科 周輝政醫師

B 型鏈球菌 (GBS) 是一種常見的腸內菌，大約 10-35% 健康婦女的下腸道或是陰道裡面，都可以發現 B 型鏈球菌的蹤跡。通常 B 型鏈球菌並不會危害到健康，但是偶而會導致利害的健康問題，其中約有一半的 GBS 感染發生在新生兒身上。

在美國，每年大約有 8,000 件新生兒感染 GBS 的嚴重病例。對新生兒而言，GBS 是敗血症和腦膜炎最常見的原因，也是新生兒肺炎常見的病因。感染 GBS 腦膜炎的新生兒即使治癒以後，也常常留下一些後遺症，例如：聽力或是視力受損、學習障礙、運動障礙或是腦性麻痺等等。通常寶寶受到感染的來源來自於媽媽的產道，GBS 也會引起早產、死產或是流產的問題。

美國婦產科學院在 2002 年 11 月 29 日所發表的新聞稿當中，呼籲婦產科醫師應該在孕婦懷孕 35-37 週的時候進行 GBS 的培養篩檢，或者是在生產的過程當中評估 GBS 的臨床危險因子。過去醫師常常會爭論需要進行全面性的篩檢或是針對高危險群進行檢查就可以了，但是美國婦產科學院認為；「我們現在有強烈的證據認為：若要避免寶寶在生產過程中受到感染，則對 GBS 進行例行性的篩檢是較好的方式。」因此美國婦產科學院認為除了在特殊的狀況之外，不應該只對高危險群孕婦進行相關的篩檢，而必須進行全面性的篩檢。

這一項建議的主要根據是 2001 年美國疾病防治局 (CDC) 召集幾個相關單位 (包括 AAP, ACOG, ACNM, AAFP, IDSOG) 重新評估 1996 年 GBS 對策的結果，結論刊登於 NEJM (Schrag et al, NEJM 2002, 347:233-9)。相關的訊息也可以在以下的網站找到，不在此贅訴。茲節錄美國疾病防治局 (CDC) guideline 的幾個重點供大家參考：

針對所有 35-37 週孕婦進行陰道和肛門 GBS 篩檢培養的策略，使用產程中抗生素預防 (intrapartum antibiotics prophylaxis; IAP) 的適應症

對所有 35-37 週孕婦進行陰道和肛門 GBS 篩檢培養 (除非孕婦這一次懷孕有 GBS 菌尿症或是前一胎有侵入性 GBS 疾病)

IAP 適應症

- 前一胎有侵入性 GBS 疾病
- 這一次懷孕有 GBS 菌尿症
- 懷孕近期 GBS 篩檢陽性反應 (除非計畫要剖腹產，沒有陣痛也沒有破水)
- 不明 GBS 狀態 (沒有做培養，檢查不完全或是不知道結果) 以及以下任何一項
 - 小於 37 週生產
 - 破水超過 18 小時
 - 產程當中體溫超過 38°C

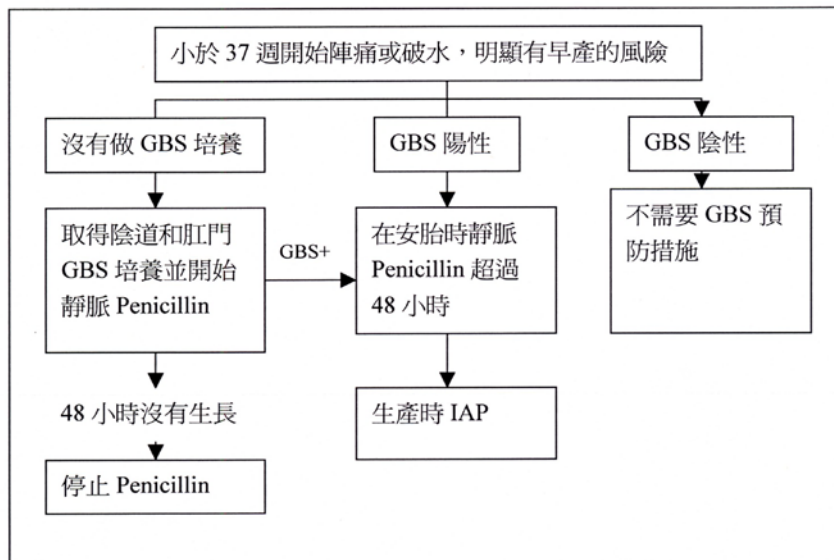
非 IAP 適應症

- 前一次懷孕 GBS 陽性 (除非這一次懷孕也是陽性)
- 計畫要剖腹產，沒有陣痛也沒有破水 (不管 GBS 是陽性或是陰性)
- 這一胎懷孕晚期陰道和肛門 GBS 培養陰性，不管產程當中風險因子如何

以下是週產期 GBS 疾病預防採用產程中抗生素預防 (intrapartum antibiotics prophylaxis; IAP) 的建議處方 (詳見 CDC 網站)

建議	開始劑量 Penicillin G, 500 萬單位, IV 然後每 4 小時 Penicillin G, 250 萬單位, IV 一直到生產
變通方式	開始劑量 Ampicillin, 2 g, IV 然後每 8 小時 Ampicillin, 1 g, IV 一直到生產
如果 Penicillin 過敏	
不是過敏反應的高危險群	開始劑量 Cefazolin, 2 g, IV 然後每 8 小時 Cefazolin, 1 g, IV 一直到生產
過敏反應的高危險群	
GBS 對 clindamycin 和 erythromycin 敏感	Clindamycin 每 8 小時 900 mg, IV 一直到生產 或 Erythromycin 每 6 小時 500 mg, IV 一直到生產
GBS 對 clindamycin 和 erythromycin 有抗藥性或是不明	Vancomycin 每 12 小時 1 g, IV 一直到生產

對於小於 37 週有早產可能的孕婦如何處理，也有建議，但是這個建議並不是一個準則，必須看各個醫療院所本身的資源進行修正



目前國內並沒有將 GBS 的篩檢，列入健保產檢的給付項目之內，大部分醫療院所也沒有將相關檢查列為例行檢查項目。根據過去的報告，GBS 的感染，也是國內新生兒感染的重要原因，往往因而引起醫療糾紛。站在提供孕婦和新生兒更安全的生產環境以及減少醫療糾紛的考量，參考美國婦產科學院的建議，我們也應該慎重考慮是否將 GBS 的篩檢，列為產前檢查的例行檢查項目。

詳細資料可以參考下列網站或文獻

- 2002 GBS guidelines -<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5111a1.htm>
- Schrag et. al, NEJM 2002; Vol. 347 (4):233-239
- American College of Obstetricians and Gynecologists -<http://www.acog.org>
- American Academy of Pediatrics -<http://www.aap.org>
- Public Health Foundation -<http://www.phf.org>
- CDC's GBS Internet page -<http://www.cdc.gov/groupbstrep>

雙胞胎合併一胎兒畸形一胎死腹中

長庚紀念醫院婦產部 羅崇晉、張舜智

周女士，27 歲，第一次懷孕，雙胞胎懷孕 38 週時第一次來本院產檢。本院產檢主訴：外院產檢 32 週時，檢查出其中一個胎兒有心臟病。於是我們安排一個胎兒心臟超音波檢查。超音波發現兩胎兒體重大小不均，各為 2115 及 2887 克，在體重比較重的胎兒身上，發現三尖瓣閉鎖合併心室中隔缺損。肺動脈和大動脈的管徑還算大小正常，而且沒有大血管轉位的情形。

由於兩胎兒已足月，且兩者體重相差相當的多，建議該孕婦儘快入院催生。

但該孕婦執意等到陣痛才入院。孕婦 39 週回診時仍建議其入院生產，但病人仍然要求等陣痛才入院，40 週時病人回診仍無產兆，併兩胎兒仍可測到心跳。但隔天至外院產檢，發現其中一胎兒已無心跳，由於病患家離本院較近，故入本院催生。

兩天後產婦由陰道生產產下兩男嬰，Twin A，活產，外觀正常，出生重 3295g，Apgar score:6-8，送往加護病房 Twin B，死產，外觀正常，四肢有些許脫皮，臍帶無打結或繞頸。出生重 1880g，Apgar score: 0-0。胎盤有兩個羊膜，一個絨毛膜。表面無明顯血管連結，絨毛無明顯病灶。

此案例有以下三個問題：

1. 雙胞胎體重不均
2. 雙胞胎合併一胎兒畸形
3. 雙胞胎合併一胎死腹中

從雙胞胎體重不均來講，從以前的研究中發現雙胞胎出生體重如果以體重大減去體重小的差除以大的體重，這個值如果以百分比來表示如果大於 25 至 30 則出生胎兒的預後會比較差。在 38 週的超音波以預估體重來估計其體重差已達 26.7，所以是雙胞胎體重不均。

從雙胞胎合併一胎兒畸形來講，我們比較注意的是構造正常的胎兒。因為構造不正常的胎兒，它的預後直接和它的畸形種類有關。正常的胎兒是否會受到這一胎兒畸形影響，才是我們關心的地方。從長庚醫院的經驗，在這十年間我們有 35 位雙胞胎且其中有一個胎兒有重大畸形。在這 35 位正常的胎兒中。有 4 位胎死腹中，一位出生後不久即死亡。與其它 1296 位無構造異常的雙胞胎比較起來，其預後並沒有比較差。但是有一點必需要注意的是，並不是正常的胎兒，其預後一定比不正常的胎兒好。在這 4 位正常胎兒胎死腹中的病例中，有 2 位其構造異常的胎兒，反而是經過手術治療後仍長期存活。

從雙胞胎合併一胎死腹中來說，一般是如果這一胎死腹中是發生在懷孕的早期，根據我們長庚醫院的經驗，雙胞胎併一胎死腹中，會造成存活的胎兒比起正常的雙胞胎，會有較小的生產週數，而且存活的胎兒會有 14.3% 的周產期死亡率，及 5.7% 的腦性麻痺的機率。

綜合以上討論我們知道這一位孕婦是高危險妊娠，其原因是雙胞胎體重不均，及雙胞胎合併一胎死腹中。如果孕婦接受建議，在 38 週時引產可能會有不同的預後。

各位會員鈞鑒：

您的繳費明細如下：

煩請抽空繳納九十一年度常年會費，以免影響您會員的權益。

郵政劃撥帳號：12420668

戶名：中華民國周產期醫學會

周產期醫學會學術研討會

—2003 年 2 月份—

(歡迎醫護人員免費參加)

時 間：2003 年 2 月 15 日 (星期六) 早上 7:30 ~ 8:30

地 點：台北馬偕醫院 15 樓階梯教室 (台北市中山北路 2 段 92 號)

主 持 人：陳持平 理事長、謝景璋 副理事長、徐振傑 秘書長

主 講 者：台大醫院婦產部主治醫師 施景中

題 目：The outcome of pregnancy associated with severe pulmonary hypertension

教育學分：婦產科醫學會 B 類 1 學分

周產期醫學會 A 類 1 學分

中華民國周產期醫學會

印刷品

100

台北市常德街一號

電話：(02)2381-6198

傳真：(02)2381-4234
