

# 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

第一〇三期 2004年9月

## 周產期常規的再思索

長庚紀念醫院婦產部副教授 鄭博仁

奉徐振傑醫師指示，必須為周產期醫學會會刊為文一篇。近日，正巧拜國內生育率急速下降之大趨勢所賜，不必 7-11 隨時銜命待『產』，稍有餘心剩力，終得以動動鈍腦，對以往視之為理所當然，而行之如儀的醫學常規，再重新思索。心得數則如下，僅供先進同業參考指正。

### 之一：戳破 Walking 的神話

在醫療實務養成教育中，剛跨入臨床領域的新手醫師們經常在不知不覺中，迅即墜入「前輩說」、「經驗談」的五里迷霧裡而不自覺。通常是從「一片空白，茫茫然」至「知其然，不知其所以然」，而「一回生兩回熟，習慣成自然」的三部曲。許多醫療準則也就這樣代代相傳，而約定成俗了。

婦產科 R1 在產房學習到的第一件大事是如何「把關」待產孕婦。從 Fellow 至 CR 口耳相傳到 R1 的準則 ( criteria ) 是：初產婦 OS 未開 2 公分以上，經產婦 OS 未超過 3 公分者，一律 walking 伺候，七上八下，樓梯走幾回，耐心等待住院門票。

產婦 walking 意義何在？學長說：可以增加子宮收縮頻度；牛頓定律說：地心引力讓胎頭下降的快，似乎也講得通。

事實真相呢？近期《NEJM》Dr.Bloom 等的一項 randomized trials 戳破了前輩、學長及經驗的神話。其研究指出產程長短、難產比率、剖婦產率與孕婦在待產期間 walking 與否，或 walking 時間長短，毫無關聯。

初入婦產科殿堂的新鮮人，對於任何與醫療實務相關的指令，不必急於速記或納為秘笈，先查查看文獻怎麼說！也許，多戳破一個學長神話，就會讓醫療品質更人性化，更科學化。

### 之二：突破 PUSH 的迷思

延續 walking 無用論此一話題，向另一個產科傳統觀念挑戰，談談待產過程中的產程管理問題。

孕婦終於住院了！公婆父母個個歡天喜地，準媽媽則開始呼天搶地。如果已經到了子宮頸全開的緊要關頭，新手 R1 該怎麼辦？「經驗談」的指示是：一旦子宮頸全開，就儘快讓胎兒出來吧！「學長說」則提醒：為了降低孕婦及胎兒的罹病率，第二產程不宜超過兩小時！於是乎，醫護聯合，擬定好最佳「PUSH」策略，上下其手，一則縮短產程加速病床流通，一則減少陣痛避免擾人清夢。

然而愈來愈多的文獻，已對此一作法提出嚴苛的質疑。最近的一個研究甚至提出：在第二產程以 REST 取代 PUSH 的人性化待產策略。Hansen 等在第二產程針對 Active Pushing 與 Passive Fetal Descent 作比較分析 (Obstet Gynecol 2002;99:29-34)。對象分為四組，皆為子宮頸全開之孕婦，包括：立即 PUSH 的初產婦、予以 REST 的初產婦、立即 PUSH 的經產婦、予以 REST 的經產婦。研究組在子宮頸全開後仍予以 REST，順其自然讓胎頭下降，直至胎頭已到外陰口，或初產婦已歷經 120 分、經產婦歷經 60 分。對照組則在子宮頸全開時，立即予以 PUSH。比較下，在 Apgar scores，臍動脈 pH 值，會陰裂傷情況，器械生產率，和子宮內膜炎方面，兩組不相上下。雖然，REST 組的第二產程長達 4.9 小時，但副作用並未增加。

最重要的是，REST 後胎心音減速的比例下降了；同時，也讓產婦享受到真正無「壓力」的生之喜悅。

### 之三：胎盤 IQ 知多少？

初生之犢不怕虎的 Intern，初入產房實習時經常會發生這樣的疑問：一樣是胎盤，剖腹生產時必須立即被娩出，並施打宮縮劑，作子宮按摩；而陰道分娩後的胎盤卻必須耐心等待，宮縮劑也必須等胎盤自然娩出後才得以施打，並作子宮按摩。

相對的，大多數住院醫師們，或因老師、學長、學姊們口耳相傳「必須善待胎盤」的觀念作祟；或曾因拉扯胎盤被訓示斥責，而失去對積極性第三產程為何在「剖腹生產能，陰道分娩卻不能」的重新思考能力。

胎盤怎麼生，問題看似渺小，處理不當卻可能導致嚴重產後出血，而且是全球每年五十萬例產婦死亡的主因。因此，世界衛生組織在 1999 年即引用二份全球最大規模的 clinic trial 而擬訂出安全的胎盤分娩準則 (guide line)。

這二份報告 (1988 年 The Bristol third stage trial 及 1998 年 The Hinchingsbrooke randomised controlled trial) 分別比較積極主動 (Active management)，及自然觀察 (physiological management) 處理第三產程的結果。積極主動的胎盤生產包括：產後一至二分鐘內立即施打子宮收縮劑 (oxytocin)，夾住臍帶，配合子宮收縮節奏控制力量作臍帶導引，短時間內分娩出胎盤，胎盤分娩後作子宮按摩。雖然相隔十年，這二份報告的結論卻大同小異，包括減少至三分之一的出血量，產後大出血 (PPH) 發生率降至三分之一，第三產程平均時間降至三分之一，須輸血比率降至三分之一，須治療性子宮收縮劑比率降至五分之一。

研究既已說話，數據也做出背書，接下的問題是：「怎麼維護胎盤被立即生下的權利」以及「如何保障產婦免於產後大出血的恐懼」。

#### 之四：德國麻疹疫苗與懷孕禁忌

講究優生的現代人，在結婚前做的婚前健康檢查，重頭戲之一就是德國麻疹抗體的篩檢。

記得不久前，電視媒體頻頻出現了由衛生署國民健康局製作的公益廣告，鼓勵尚未有德國麻疹抗體的育齡婦女，懷孕之前應接受德國麻疹疫苗接種，以免因懷孕初期感染德國麻疹，導致胎兒畸形。令人印象最深刻的是，廣告末了還提出了諄諄的叮嚀：「記得注射後三個月內不要懷孕哦！」。

在一般婦產科與優生保健科的醫護養成教育過程中，此一忠告似已被視為「真理」。但真的如此嗎？釐清疑惑前，須先了解一個事實：德國麻疹疫苗接種，並不同於德國麻疹病毒感染。

在懷孕初期（前三個月），孕婦感染德國麻疹，導致胎兒罹患「先天性德國麻疹症候群」的機率甚高，可能出現先天白內障、青光眼、先天性心臟病、聽力障礙、小頭症、肝脾腫大、黃疸與智能不足等先天畸型。

相對的，德國麻疹疫苗則是一種減毒活疫苗。美國疾病管制局（CDC）自1971年開始，在全美推廣育齡婦女的德國麻疹疫苗接種計劃；同時，按照疫苗病毒毒性在實驗動物的作用及殘留情況，推估在人體內的可能危險率，進一步計算出懷孕前三個月內，或懷孕初期接種德國麻疹，導致胎兒畸形的理論風險為千分之五。

實際的情況又如何呢？目前尚未有婦女感染德國麻疹後立即懷孕，發生先天性德國麻疹症候群的文獻案例被提出。進一步推斷，懷孕前接種病毒性甚微的德國麻疹疫苗，產生胎兒傷害的機率，應該更微乎其微。

而美國CDC底下的美國預防接種委員會（ACIP）長期監控下發現，自1971至1989年，321個在懷孕前三個月內或懷孕初期接種德國麻疹疫苗的孕婦，沒有出現因而導致先天性德國麻疹症候群的個案。

ACIP進一步收集來自美、英、德、瑞典等國680個類似案例，亦未發現導致胎兒先天畸形的現象。因此，ACIP亦從善如流，在2001年十二月重新擬定優生保健白皮書；把接種德國麻疹疫苗後不適合懷孕的建議期限，由「三個月」縮短至「二十八日」。

即使如此，也不表示這段期間的德國麻疹疫苗接種就有致畸形的危機。ACIP推估在懷孕前1-2週至受孕後4-6週，接種德國麻疹疫苗，發生先天性德國麻疹症候群的理論風險為1.3%，遠低於在懷孕二十週前感染德國麻疹，20%以上先天性德國麻疹症候群的發生率。而ACIP追蹤了293個類似案例，也未發現胎兒畸形現象。

去年十二月中，美國婦產科醫學會（ACOG）進一步擴大ACIP對懷孕前後接種德國麻疹疫苗對優生影響的解釋。ACOG明確指出：懷孕期間接種德國麻疹疫苗並非施行人工流產的適應症（Receipt of rubella vaccination during pregnancy is not an indication for interruption of that pregnancy）。

近年來，國內的生育率日益下降，政府相關單位頻頻下猛藥，擬定出稅賦優惠、福利

補貼等獎勵措施，試圖提昇滑落的人口成長率。其實，若能儘速調整錯誤的德國麻疹疫苗接種觀念，減少無謂的人工流產，相信對低迷的嬰兒出生率，必然有積極正面的助益。

# 北部地區學術研討會

## -2004 年 11 月份-

### ( 歡迎醫護人員踴躍參加 )

主辦單位：中華民國周產期醫學會 ( 電話：02-23816198、0911-366551 )

時間：2004 年 11 月 20 日 ( 星期六 ) 上午 7:30 ~ 8:30

地點：台北馬偕醫院福音樓 9 樓-第三講堂

主持人：周產期醫學會-陳持平 理事長

主講人：三軍總醫院-Dr.翁榮聰、余慕賢

題目：Seizure attack in a pregnant woman without preeclampsia-eclampsia  
-A case report

積分：婦產科醫學會積分申請中

# 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