



第一二五期
2006年07月

周產期會訊

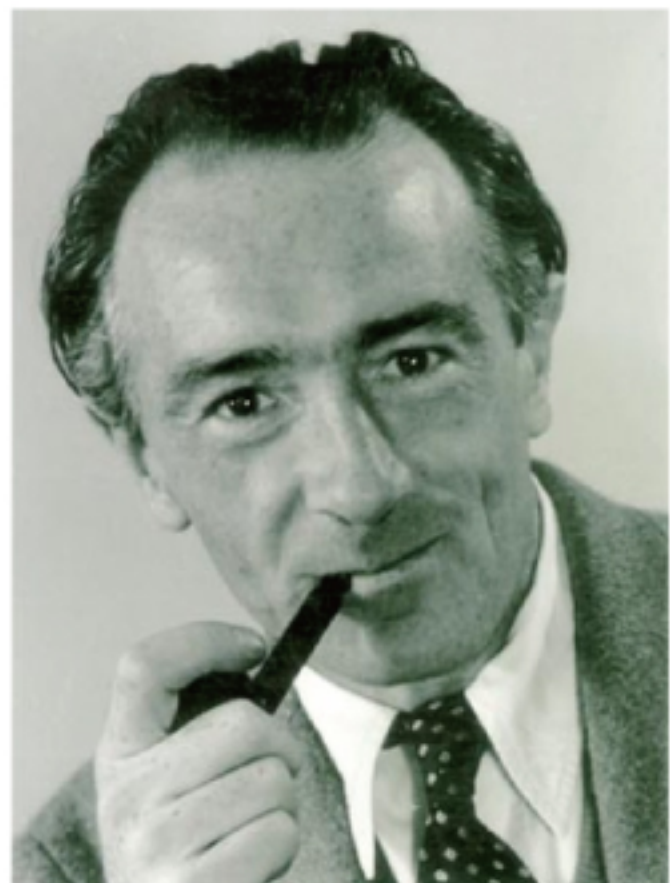
發行人:徐振傑 電話:(02)2381-6198 郵政劃撥帳號:12420668
秘書長:李建南 手機:0911-366551 戶名:中華民國周產期醫學會
會訊主編:施景中 傳真:(02)2381-4234 會址:台北市常德街一號景福館2樓203室
http: www.tsop.org.tw
E-mail: tsop@mail.hato.com.tw



省思國健局生產計劃書的構想—以周產期醫師角色基於Cochrane library 實證醫學資料庫的探討(上)

台大醫院婦產部施景中醫師

2000年的British Medical Journal出版一篇AR Jadad教授針對asthma治療的review文章(BMJ 2000; 320: 537-540)，但令作者始料未及地，此review文章甫一出版，即遭到諸方學者的批評論戰，至少四篇以上的letter to the editor持續對作者review文章的立場、統計方法提出質疑，更有作者直言：This review is one-sided, biased (這是個採單方面說法、有偏頗的文獻回顧)。令人不禁想起，在今日強調實證醫學的趨勢上，面對浩瀚如海的文獻，吾人應當如何取捨？如果有特定立場的學者，大可在諸多文獻中，僅採用對自己論點有利的部份研究；而讀者並非每個人均有足夠時間精力去廣泛閱讀所有文獻，且大部份臨床醫師均非統計專家，如果回顧文獻使用了有瑕疵的統計方式，我想大部份的人都看不出來；看的出來的人也不見得有時間願意去寫文章去反駁；就算有時間願意寫文章反駁，還得看主流思維下的期刊主編是否有意願刊登。在這背景下，所謂的systematic reviews在實證醫學中，更加扮演了決定性的角色；而在所有的systematic reviews中，英國皇家科學院所支助的Cochrane library，更是王者中的王者，其科學的嚴謹性、公正性早已獲全世界的公認，更是臨床醫師daily practice的依歸。



Archibald Leman Cochrane,
CBE FRCP FFCM, (1909 - 1988).

Dr. Cochrane誕生於上世紀初的蘇格蘭，1927-30年間研讀於劍橋大學的King's College，並以第一名成績畢業，於1934年展開其醫學研究生涯，興趣以肺結核為主(因其幼弟死於此疾)，未久之間對randomized controlled trials (RCT)產生濃厚興趣，且於1972年出版Effectiveness and Efficiency，強調只有經過科學驗證的醫學措施才可對病人有實際幫助。後來被選為第一屆英國皇家學院社區醫學聯盟主席，於1988年平靜於家中過逝，將遺產大部份成立基金會繼續推動RCT的研究，其努力促成了現在的Cochrane library實證醫學資料庫。

各位臨床醫師應該相當地清楚，單一醫療措施對不同的病人、在不同方面可能有不同的反應。舉例來說，使用類固醇注射對於預防新生兒hyaline membrane disease及顱內出血均有幫助，但可能增加母體感染的機會。我們是否可以單單強調後者的嚴重性，而不向病家說明前者明顯的優點？Cochrane library的systematic review的好處在於：對於單位單一醫療措施，不僅嚴格篩選並剔除有統計瑕疵的研究，而且對不同的正面或負面之outcome，均列出其odds ratio，絕非膚淺地做陳述：某一措施對病人有益或有害。以下僅對部份目前國健局生產計劃書中，所執持的某些偏頗觀點，以Cochrane library的資料做作一初步之探討。

生產計劃書中，影響較大地為一般民衆版(至於醫護人員版，相信大家心中自有一把尺)，由於許多的醫療措施(如持續性電子胎心音偵測)，均開放給孕婦做自由之選擇，衍生的問題有二：第一，如果所提供的資訊有偏頗，民衆未能得到正確公平的資訊，俟後導致的醫療問題，應由民衆、醫師、或政策主導單位(國健局)，還是計劃的訂定者(北護郭

素珍副教授)去負責？在這前提下，民衆所得資訊不全，難免會下不周全的決定；醫師被動要求配合，如何被要求負責？而試問後兩者是否可擔當起責任？第二，倘若臨時發生緊急狀況，醫師依照其訓練背景與醫學良心，是否可片面違背孕婦在生產計劃書中的要求？(例如：胎兒窘迫，醫師是否可逕行會陰切開、儘速產下胎兒，而不與孕婦行充分之討論？)而在計劃書中均未談及，一旦貿然實施，後果將不堪設想。試看生產計劃書中，一開頭便提到，人性化生產是指母嬰服務是基於良好的科學證據。事實上，婦產科醫學會楊友仕理事長已多次與郭副教授溝通，反對使用“人性化生產”等insulting的字眼去區別現行的生產方式；而現行的WHO guideline of normal birth也根本找不到所謂humanized birth的字眼，那我們還要遵守的這個充滿爭議的原則嗎？再者，計劃書中所謂的“據研究顯示”，其實大部份均來自部份的biased之研究資料，與Cochrane library所主張的systematic review反應結果相差甚遠，或至完全相反；試問這樣所謂的科學證據，我們能據此與我們的病人討論嗎？以下針對計劃書中，個人發現與實證醫學資料庫相抵觸者、或與吾人臨床中所得心得違背者提出一些討論。

1. 剃除陰毛：台大自1970年代對自然生產的孕婦已不常規剃除陰毛，但這並不意味剃除陰毛全無好處。剃除陰毛決非為了方便醫師進行會陰切開術(又是個insulting的說法?)，剃除陰毛組的病人確實在傷口有較少的格蘭氏陰性菌群聚，但對整體傷口感染率確實無差別。

2. 灌腸：計劃書中言灌腸會增加孕婦尷尬的情形，但試問孕婦是否覺得在產台上、衆目睽睽之下，大給先生及醫護人員看，是否會比較不尷尬？何況屆時異香四溢、就算我們大家都有職業道德面不現難色，大部份孕婦還是會覺得不好意思，遑論還有許多孕婦怕困窘不敢大便在大家面前，而不敢用力導致生不出來的狀況。

計劃書中言灌腸不會減少生產期間排洩物污染的機會，但Cochrane library的研究卻完全不是這樣說。依Cochrane library，灌腸確實會減少產褥期間感染、減少母體或嬰兒使用全身抗生素的機會、減少嬰兒呼吸道感染的機會；而缺點是增加臍帶感染率及增加四度裂傷的機率。如果是產婦，一個看了國建局版的生產計劃書，一個自己用功看了Cochrane library，您想兩者是否會作出不同選擇？

3. 使用胎兒監視器：計劃書中言，大多數新生兒在分娩時通常不會有問題，這我們同意。但計劃書中言：“要找出那一個新生兒有問題，最好的方法，就是整個分娩過程中有規律的聆聽胎兒心跳(暗示要用間歇性胎心音監測?)”，這樣的主張與Cochrane library明顯不符。依據Cochrane library的系統性回顧，間歇性胎心音監測確可減少剖腹生產比率，而第一分鐘的Apgar Score也無明顯差別；但更重要的是，間歇性胎心音監測在第5分鐘Apgar score小於4分者明顯較多，且死亡率較高、新生兒癲癇比例也較高，這些嚴重後果都不說明，豈不是刻意誤導大眾？可能又有人會提出，根據WHO guideline of normal birth的報告，這些新生兒癲癇比例較高是來自於使用Pitocin不當的使用，而這些新生兒癲癇長遠追蹤則預後與其他正常嬰兒無異。但筆者實際詳讀了WHO guideline of normal birth的報告中所引用的Dublin RCT (1985, AJOG)之原文，發覺WHO guideline明顯說謊，原文絕未作如此陳述，guideline中認為是pitocin誤用及癲癇兒long-term neurological outcome沒有差別，純粹是WHO guideline的作者群自己的猜想，甚至有誤導大眾的意圖；其實這個guideline的形成，只是WHO的regional office底下一個working group的共識，連WHO也未為其背書(在WHO網頁上寫著，“The views expressed in documents by named authors



are solely the responsibility of those authors.”)，那我們還要將其奉為無上圭臬嗎？

計劃中言，使用持續胎心音監測，會限制孕婦在床上轉身行動的能力，這又言過其辭了；在台大，我們的產婦在第一產程使用胎音持續監測，並不限制孕婦側臥或起身進食，甚至我們鼓勵多在床邊走動，如果有使用無線的設備，孕婦還可以去產房外爬樓梯散步。計劃中又言，使用持續胎心音監測方式，由於監測時胎心音有時會跑掉，可能使孕婦產生焦慮，這說法也無法說服大眾，孕婦只是一瞬間未監測到胎心音就焦慮，那對間歇性胎心音監測者，半小時或一小時才聽得到一次胎兒心跳，豈不是要抓狂？且計劃書中，認為胎心音持續監測只有醫護人員聽得到，而使用間歇性胎心音監測，父母則可以共享胎心音的喜悅，但只要有從事臨床工作的人，就應知道這明顯在誤導大眾。計劃書中又說，在第二產程每次宮縮後均要監測胎心音，試問現行健保制度下，我們是否有足夠人力這樣做？而在第一產程時，孕婦正需要好好休息補充體力，要護理人員每30分鐘叫產婦起床來聽胎心音，這樣做是不是比較有“人性化”？

計劃書中又列出最好需要使用胎心音持續監測的狀況，其實這完全是主觀、並未通過科學證據檢測的結論。在Cochrane Library中的結語，作者認為兩者(胎心音持續或間歇性監測)均有利有弊，因此球又丟回去醫師及病人身上了(“Currently, the ACOG leaves the decision to the women and her clinicians, seems prudent”)，但我覺得公正的告知利與弊，是正確抉擇的基礎，以此而言，現在的國健局版本明顯有許多偏頗。

4.用力的姿勢：生產計劃書只有提到直立生產的姿勢，孕婦要如何比較或參考其他生產姿勢的說明？又計劃書中言：直立生產姿勢的優點，如較少切開會陰、剖腹生產，以及使產程縮短，如此種種，明顯是一個one-sided、biased的陳述；在此非常偏頗的是，計劃書中完全未敘述直立生產姿勢的缺點，如會增加生產出血、增加輸血比例、增加人工剝離胎盤比例、增加新生兒產傷、增加會陰撕裂傷；而統計上產程的縮短平均只短少4分鐘而已。各位，如果您是孕婦，沒有得到公平的資訊，因而產生如前述生產的合併症(如會陰裂傷及嬰兒產傷)，換來了早生4分鐘，您會作何感想？計劃書文中也充滿太多主觀且未經驗證的描述，如直立姿會使產婦感到更舒服且較不痛、較容易出力、嬰兒以最好姿勢通過骨盆(我們又不是嬰兒本身，怎可能知道？)；筆者自己的產婦，有將其床頭搖高30度使其用力，但有的孕婦就是用不上力，要平躺才會用力，您要怎麼說？另外計劃書中說跪姿會使骨盆開的更寬，好像也不是這樣吧？所有的文獻均指蹲踞姿(squatting)，或當使孕婦膝蓋往外及向上旋轉(如McRobert maneuver的姿勢)可使骨盆開到最大。(未完，待續)

生命之寶 只選生寶
臍帶血銀行第一品牌

贊助單位： 生寶臍帶血銀行
0800-333-668

最新訊息

-詳細課程內容請上學會網站查詢-

1.名稱：第16屆台日周產期超音波懇談會
時間：95 年10月27-29日
地點：10/28開會地點有變動，更正如下
10/27歡迎晚會-台北喜來登大飯店B1比薩屋
10/28半天會議-台北喜來登大飯店二樓寒舍食譜
10/28-1:30在台北喜來登大飯店一樓集合
1:45準時離開喜來登往台北火車站出發

積分：周產期35分

2.名稱：9月份月例會
時間：2006年9月17日(星期日)下午2:00-3:00
地點：台大醫院新大樓診療大樓五樓(嬰兒室)-婦產部討論室
(台北市中山南路七號；入大門請直走到底，在大壁畫後搭乘電梯)
主講人：台大醫院-Dr.蘇怡寧
題目：單一細胞基因診斷技術之現況與未來
積分：周產期3分、婦產科積分申請中



中華民國周產期醫學會
100 台北市常德街一號景福館2樓203室
電話:(02)2381-6198 、 0911-366551
傳真:(02)2381-4234

印刷品

