



周產期會訊

發行人:李建南 電話:(02)2381-6198 郵政劃撥帳號:12420668
秘書長:許德耀 手機:0911-366551 戶名:中華民國周產期醫學會
會訊主編:蘇怡寧 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

第一三六期
2007年6月



參加FMF主辦之第六屆世界母胎醫學會議之心得 蕭慶華醫師

自從1998年由徐振傑前理事長，於福華飯店舉辦第一屆早期唐氏症篩檢研討會，邀請FMF醫師演講有關頸部透明帶一系列主題；掀起國內婦產科醫師認識早期唐氏症篩的風潮；本人本能直覺上認為它是超音波對產科界的一項突破，及對孕婦產前篩檢值得改革與推展的方向；因此從2002年起加入幾位前輩醫師已進行中行列，如火如荼參與第一孕期唐氏症篩檢。為了更進一步擴展認識早期唐氏症篩檢視野及母胎醫學領域，不僅多次到英國FMF及倫敦大學之國王學院醫院學習，而且自從2003開始每年始參加FMF主辦之世界母胎醫學會議連續至今。雖然逐漸深入母胎醫學及早期唐氏症篩檢領域，也欣然眼見美國及其他歐洲、澳洲等各國家都開始實施早期唐氏症篩檢（目前有80個國家醫師接受其NT認證及採用FMF軟體進行第一孕期唐氏症篩檢），但也更進一步深深感受到；世界各國不管任何行業，對於任何大陸與臺灣有關係都扯上政治，醫學也不例外；就如同我們要加入WHO一般，世界各國都考慮到政治層次，FMF的Prof. Nicolaidis 教授也不例外。另外他是個學者，畢生心血致力於母胎醫學研究，發展出染色體異常篩檢風險軟體免費提供給全世界醫師使用值得敬佩，然而有些人卻不按照測量標準方法及嚴格測量技術品質，甚至於像德國每個醫師都是合格NT認證，浮濫到任意由生化檢驗單位去主宰拿去當賺錢的工具，這是他的夢魘。

在此先說明為什麼NT一定要設定測量標準及嚴格測量技術品質管控？舉例說明一下：當測量胎兒NT為2.3mm若將其測量為3.0mm，轉化成L/R再計算成風險，原本是1/1000卻變成為1/100；由低危險群變成高危險群，不僅增加了假陽性比率，更增加了實施診斷檢查之絨毛取樣或羊膜穿刺侵襲性的間接傷害 (collateral damage)。相反地，若將NT為3.0mm其測量為2.3mm，高危險群變成低危險群，不僅增加了假陰性比率，也降低了篩檢的偵測率。

美國是一個泱泱大國，這幾年由國家衛生研究院贊助花了5億元利用實證醫學研究方法去証實Prof. Nicolaidis 教授發現之頸部透明帶與鼻樑骨一系列檢查符合第一孕期唐氏症篩檢；因此經由母胎醫學會(等於我們的周產期醫學會)，大量訓練婦產科、影像醫學科醫師及超音波技術員之頸部透明帶與鼻樑骨之正確測量技術；並蒐集全國資料並設計該國完整計算染色體異常篩檢風險軟體。

台灣未來染色體異常篩檢新方向，除了不與國際脫軌之外；避免被邊緣化方法就是必須擺脫代工心態，要自立自強；建立台灣本體的Data base，開發一套屬於自己的染色體異常篩檢計算軟體。美國花了5億元完成產前早期染色體異常篩檢計劃，我們呼籲國健局官員支持孕婦生產時不須剃毛及剪會陰芝麻小事時

，更應該學習美國支持婦女產前胎兒染色體異常篩檢，正視此項預防醫學的提升這樣才是表現朝向開發國家行列。另外多多發表論文及研究；最近幾年大陸及香港大學發表分子醫學有關母血中偵測胎兒細胞之產前遺傳診斷，雖然離臨床上有一段距離但是研究上值得肯定，套句母胎醫學會議晚宴同桌吃飯的3D大師 Asim Kurjak 與 Frank Chervenak所說“沒有什麼未來是不可能的”。

Prenatal Diagnosis of Hypoplastic Left Heart Syndrome.

林珮瑩, Taiwan Adventist Hospital, Taipei, Taiwan

Introduction: Hypoplastic left heart syndrome (HLHS) occurs in about 2/10,000 births, and is reported to be the fourth most common prenatally diagnosed congenital cardiac defect. As more prenatal ultrasounds (US) are being performed, more cases of HLHS can be diagnosed prenatally. We report on one case whose HLHS was diagnosed prenatally, and the subsequent outcome.

Case: 31 yo nulliparous woman referred for evaluation of second trimester maternal serum Down syndrome screening risk of 1:63. Level I US done at 19 3/7 weeks revealed right ventricular hypertrophy. Fetal echocardiography performed 3 days later revealed a tiny left ventricle, narrow left ventricular outflow tract, and narrowed aortic arch. Multiple sonographic markers for Down syndrome were noted at the same time. She was counseled about her increased risk for a fetus with Down syndrome and HLHS. Amniocentesis performed at another hospital revealed normal male fetal karyotype, and later fetal echocardiography confirmed same findings. She decided to continue with the pregnancy with plans for supportive care only after birth. She had a term vaginal delivery of a liveborn male infant, with HLHS confirmed by US after birth, and only supportive care given. The baby expired on postnatal day 8.

Discussion: HLHS involves the severe underdevelopment of the left cardiac chambers and ventricular outflow tract. Without surgical intervention, HLHS is fatal, accounting for 25% of cardiac deaths in the first



week of life. Valproic acid is a known teratogen in mice, and mutation in the GJA1 gene has been reported in the gene map locus 6q21-q23. With current advances in medicine, supportive care is becoming a less acceptable alternative. The 3-staged reconstruction, consisting of Norwood procedure, bi-directional Glenn-shunt placement, and the Fontan procedure, is associated with a reported 5-year survival of 70%. The treatment alternative of cardiac transplantation, with a lower operative mortality rate, is challenged by the limited availability of donor hearts, and lifelong immunosuppression. One case of in utero cardiac fetal surgery (laser atrial septotomy) has been reported recently, although more studies are needed to determine the risks and benefits of this technique for the treatment of fetuses with HLHS and intact atrial septum. In conclusion, prenatal diagnosis of HLHS is important, as it is associated with improved preoperative clinical status and with improved survival after first-stage palliation in comparison with patients diagnosed after birth.

親愛的周產期會員：您好！

為了設計有系統、一致性的『產前教育』內容，希望能瞭解目前全國各醫療院所所舉辦孕婦『產前教育』情況，請您利用幾分鐘時間填寫問卷，填寫資料以最近一年度為基準，您的回答將作為將來學會、政府設計推廣『產前教育』的重要參考，謝謝您的合作與支持！（調查表已於上期寄出並附帶回郵信封，請各位會員盡量在7月底前回覆）

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.活動名稱：南區護理人員課程

活動時間：96年9月7-8日(星期五,六)

活動地點：高雄長庚兒童醫院6樓會議中心*藍廳*

2.活動名稱：北區護理人員課程

活動時間：96年9月15-16日(星期六,日)

活動地點：台大醫學院103講堂

3.活動名稱：蘭陽地區月例會

活動時間：96年9月16日(星期日)下午2:00-4:00

活動地點：羅東博愛醫院



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