

## 秘書長報告

鄭博仁

嬰兒與母親雜誌社打電話來請示，下兩期台灣周產醫學史欲進行的撰稿主題。我隨手翻了一下一本1992年BMJ出版的小書，ABC of Antenatal Care，突然警覺這二十年來胎兒醫學的進展，只能以神速兩字稱之。影像超音波，感染防治，基因醫學，促使出生胎兒的不良率急遽下降；而最近發展出利用新一代測序技術進行的無創性母體血脈之胎兒DNA檢測之產前診斷，則使此一領域更上巔峰。

更有甚者，近二十年來，危急重加護醫學的發展，使得孕產婦的死亡率亦急遽下降。很巧合地，高醫詹德富主任和我都同時關注二月號green journal的一篇article避免孕產婦死亡/臨床十大金科玉律，我們竟同時用將近相同的中文題目把文章摘錄成中文(本期會訊第4頁新境界)，英雄所見略同也！

台灣周產醫學的發展一向快速反應，針對以上兩項主題；今年台灣周產期醫學會相繼邀請香港中文大學趙慧君教授，及中國無創DNA產前檢測倡導者北京貝瑞和康科技周代星博士，將此一領域的進展介紹至台灣；另，為引進ALSO Advanced Life Support in Obstetrics訓練課程至台灣，我們也寫信向美國ALSO總部申請授權，相信不久後即能在台授課。

孕產安全，胎兒健康，一直是周產醫學領域至高無上的目標；由於有您，台灣在這兩領域都表現優異；相信，在大家共識下引進的新知識觀念，將使台灣周產醫療服務更為完美！

## 學術活動公告

參加台灣婦產科醫學會101年度年會暨擴大大學學術研討會者請將參加證明或名牌傳真至學會，可幫您輸入周產期專科積分50分

活動名稱-高危險妊娠照護教育訓練課程

時間地點-2012/4月22日星期日(8:00-12:00)/台南郭綜合醫院-B區5樓榕華廳

活動名稱-母嬰健康促進新趨勢專家論壇：從金門經驗出發

時間地點-2012/4月29日星期日/金沙大地國際渡假飯店

活動名稱-北區醫師及護理人員 高危險妊娠/倫理法律通識 高級課程~已額滿

時間地點-2012/5月5日星期六(8:00-12:00)/三軍總醫院內湖院區地下一樓第3演講廳

活動名稱-高危險妊娠照護教育訓練課程

時間地點-2012/5月5日星期六(8:00-12:00)/台中榮民總醫院-研究大樓一樓第二會場

活動名稱-周產期感染防治CME共五場

時間地點-2012/5月12日星期六13:00-17:30(台北華國大飯店)/5月20日星期日8:30-12:30(新竹喜來登)/5月27日星期日8:30-12:30(台中永豐棧)/6月10日星期日8:30-12:30(台南大億麗緻)/6月17日星期日8:30-12:30(高雄漢來大飯店)

活動名稱-2012年台灣幹細胞新發展

時間地點-2012/5月19日星期六(13:00-17:00)/台大國際會議中心

活動名稱-高危險妊娠照護教育訓練課程

時間地點-2012/6月16日星期六(8:00-12:00)/高雄榮民總醫院-研究大樓一樓第二會場

## 會議訊息

活動名稱-The ISPD 16th International Conference on Prenatal Diagnosis and Therapy

時間地點-3-6 June 2012/the Loews Miami Beach, Miami, Florida, USA

網址-http://www.ispdhome.org/

活動名稱-XVIII ISSHP World Congress(International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy)

時間地點-July 9, 2012 - July 13, 2012 / Geneva, Switzerland 網址-http://www.issHP2012.com/

活動名稱-台日韓周產醫學學術沙龍

時間地點-2012/9月21-23日/台北市，台灣

活動名稱-首次海峽兩岸周產醫學學術會議

時間地點-2012/9月6-8日/福州市，福建省，中國

活動名稱-第四屆(2012)海峽兩岸周產醫學精英論壇 4th Cross Strait Forum for Perinatal Medicine

時間地點-2012/12月14-16日/廈門市，福建省，中國

# 台灣周產醫學會訊



印刷品

發行人：張峰銘 電話：(02)2381-6198

秘書長：鄭博仁 手機：0911-366-551

會訊主編：洪泰和 傳真：(02)2381-4234

網址：http://www.tsop.org.tw

郵政劃撥帳號：12420668

戶名：台灣周產期醫學會

會址：台北市常德街一號景福館2樓203室

E-mail：tsop23816198@gmail.com

2012年04月 / 第189期

## 目錄

### 新境界

懷孕期減肥藥物使用之  
安全性議題.....2

產後大出血之治療.....4

### 文獻導讀

周產期醫學文獻導讀、  
優秀論文.....5

### 台灣周產醫學史

產後成人百日咳疫苗.....6,7



## 理事長的話

張峰銘

日前知名雜誌「嬰兒與母親」主編張小姐來訪，談及本會已故創會理事長陳哲堯教授生前對孕產婦常見的叮嚀，愚生回首前塵，春風化雨，千言萬語，不知從何說起。費盡心思，索盡枯腸，勉勉強強擠出一些吉光片羽，謹供先進前輩同道卓參，便於平日衛教之用。

陳哲堯教授生前首先在台灣提倡「高危險妊娠」的概念，並創立台大醫院「高危險妊娠」門診。陳教授指出美國這樣先進的國家，二次世界大戰海外參戰死亡的年輕男性人數，遠低於同時期美國國內因為懷孕生產而死亡的產婦人數，因此才衍生「高危險妊娠」的觀念。認為許多孕婦及胎兒具有高危險因子，偏偏在懷孕之前從來沒有上過醫院檢查，不知自己罹有高血壓、糖尿病及內外產科等疾病，以至於拖到分娩時才上醫院，悲劇到來，藥石罔效，群醫束手無策，魂歸離恨天。所以產婦一定要「定期產檢」，找出高危險因子，預先控制治療，才能降低孕母胎兒悲劇的發生。準媽咪千萬不可以掉以輕心，以為一輩子從來沒有上過醫院，幹嘛要做十次以上的產檢。準媽咪千萬不可以自以為是，因為高危險妊娠隨時在妊娠前期、中期、後期以及產前、產中、產後，都有可能發生，讓人措手不及。

陳教授常以英國皇家公主分娩的悲劇，警惕孕婦胎兒與接生醫師一定要密切合作，缺一不可。話說從前，上世紀英國某公主分娩時難產，接生醫師墨守成規，太晚使用產鉗助生，以至於新生兒小王子窒息死亡，產婦公主產後大出血相繼逝去，一週後，接生醫師自殺結束生命，形成三死三輪的慘痛悲劇。陳教授研究華人婦女骨盤X光攝影測量，認為和外國婦女骨盤不太相同，發表於「美國婦產科醫學雜誌」上，得到歐美學者肯定認同。因此，陳教授提倡放寬剖腹產的適應症，解救國人婦女因為骨盤狹窄而難產的問題。同時，也主張考慮胎兒的大小及胎位，配合產程進展，若有異常或產程遲滯，就進行剖腹產，不要食古不化，不可一味堅持陰道分娩。此外，陳教授首倡以產前超音波預估胎兒體重，太大或太小都要列入剖腹產的適應症。

陳教授主張放寬剖腹產的適應症，但卻非常反對華人文化特有的「擇時剖腹分娩」迷信惡習。時下國人往往在醫師建議剖腹產後，偏偏尋找江湖相命術士，選擇半夜三更「良辰吉時」剖腹，製造不必要的問題。換言之，剖腹產是需要婦產科醫師、小兒科醫師、麻醉科醫師、刷手護士、巡迴護士及新生兒科護士團隊合作，才能順利進行，確保母子安全。為了江湖術士一張嘴，看時分娩，半夜三更，怎能找來這麼多醫護人力。不如聽從醫師依醫院常規，白天正常進行，才得以確保安全。現已邁入二十一世紀，國人務必去除迷信惡習，選時不如撞時，撞時不如聽從醫師的指示及安排。千萬不可以相信江湖命士八卦五行胡亂推算，拿母子安全開玩笑，製造不必要的麻煩。

## 台灣生技業最高榮耀

## 生寶勇奪國家金獎品質超越國際水準

生寶臍帶血銀行以「國際標準公庫與移植服務」勇奪2011國家生技醫療品質獎「金獎」，從185個單位脫穎而出，象徵品質超越國際水準。由生策會舉辦的「國家生技醫療品質獎」有生技醫療領域奧斯卡之稱，由最具權威的專家學者針對當年度獲得國家品質標章(SNQ)的單位進行決賽，得獎名單備受矚目。

生寶公庫使用與國際同等規格的儲存設備及技術，嚴守國際規範，通過多項國際認證，臍帶血可以直接在美國境內使用。生寶臍帶血資料已於NMDP上線，第一階段共上傳4,394筆資料，主要來自國內華裔臍帶血，成為NMDP平台第一大華裔血庫。今年將持續上傳資料，可望挑戰NMDP亞裔血庫全球第一。

生寶臍帶血銀行  
0800-333-668

# 懷孕期減肥藥藥物使用之安全性議題

台中榮民總醫院 產科主任 周明明醫師

近日瘦肉精事件，安全容許量為10ppb(ppb即10億分之1)或零檢出。政客民代學者等吵的沸沸揚揚，消費者也不知所措，我們對於食品安全把關是如此嚴格要求，其實乙型受體素(瘦肉精)，醫界常用於氣喘治療藥物，我們認為很毒的沙丁胺醇，(salbuterol; ventolin)產科則曾經用在孕婦安胎，事實上，減肥藥物很多具有乙型受體素作用，長期過量服用會導致心律不整等症狀，本文目的在於呼籲減肥藥(人類瘦肉精)安全性議題似乎應該更加關注才是。

常見的減肥偏方有許多種，許多年前國內曾流行將「守宮菜」打汁飲用，雖然確實可以急速減肥，卻引發肺部纖維化的嚴重後遺症。報導指出，亞洲存活最久的換肺人陳姓女士，換肺已超過15年，她就是年輕時愛美服用守宮菜減肥受害者。筆者最近門診遇到一位30歲換腎懷孕婦女，年紀輕輕卻須要換腎，患者告知因為服用各種中西減肥藥而導致腎衰竭，自費100萬赴大陸廣州換腎，目前懷孕已5個多月，此外也碰到數位身材姣好的婦女，因懷孕初期不慎服用減肥藥，而來門診諮詢。不久前，報章刊載減肥名醫發生醫療糾紛案例，受害人服用減肥藥，一命嗚呼，原因在於這種減肥藥含有安非他命成分，對心臟會造成傷害。其實肥胖並非單一因素造成，包括先天遺傳、飲食習慣不良、缺乏運動等，因此絕無任何單一的減肥神藥處方，可以讓所有人都達到減肥效果，這也是雞尾酒減肥法所以盛行之理由。前一陣子，名噪一時的消脂茶，主要作用是降低血脂肪，而非皮下脂肪，民眾不明就裡見對流行減肥藥處方趨之若鶩，事後才驚覺，根本無法達到預期效果。

持之以恆的飲食控制與運動減肥鐵律，在減肥、塑身、瘦身、減重速食市場中，那抵得過藥到見效的「神醫」。藥物、手術治療才是減肥商場主食與主菜。「神醫」傳奇診所門前許多尚不?資格減肥的「胖哥?」、「胖姐?」們排長龍用行動投票，藥物減重幾成時尚，比起每天揮汗如雨的運動、抗拒誘惑的飲食節制，每天服用雞尾酒減肥神藥處方、簡單多了，唉!減肥醫生?是不紅也難。但是若有一種藥丸吃了減肥，而且不復胖，那真可寫下一頁台灣神藥傳奇；至於吃了一陣，感覺有效，停藥就復胖，這源源不斷的醫藥商機就很可觀了。

「雞尾酒減肥法」各類減肥藥物如下所述，看了讓人心驚！

諾美婷Reductil (sibutramine) 藥廠藥物分類屬於C級用藥。它的作用機轉是作用於人體下視丘飽食中樞的神經細胞間隙，可抑制血清胺(serotonin)及正腎上腺素(norepinephrine)的再吸收。達到促進攝食後的飽足感和增加代謝雙重作用，如此便可減少進食量，並增加身體耗能產熱作用，可能出現之副作用為頭痛、口乾、便秘、失眠、暈眩、噁心、心悸、精神亢奮、血壓上升等。原本有甲狀腺機能亢進、精神疾病、心臟衰竭、心律不整、高血壓控制不良者不適合使用。動物實驗顯示諾美婷不是致畸胎藥物，但懷孕婦女服用此藥物安全性未知，因此不建議使用，育齡婦女使用此藥物，須採避孕措施。懷孕婦女服用此藥物人類試驗安全性資料有限，無法評估實際危險性有多高，一般而言，懷孕服用任何減肥藥是不適當的，但是有可能不小心在懷孕服用，須立即停藥，它對胚胎胎兒傷害風險之可能性不高，但不建議哺乳。服用諾美婷者出現心臟病發、中風等疾病的比率，比未服用的對照組高16%，但減輕的體重只比對照組多2.5個百分點，效果不明顯。歐盟在去年1月停止諾美婷販售執照，美國FDA也表示，肥胖者服用諾美婷後平均只減輕2.27公斤，效果與風險不成比例，因此要求下架。20101011衛生署食品藥物管理局宣布廢止諾美婷的藥證上市。沒有諾美婷的日子，減肥醫師幾乎沒了武器，我們真擔心，消費者會轉向地下，帶著那些五花八門，沒啥保障的偽禁藥伴手禮走出減肥門診。

羅氏鮮(Xenical, Orlistat)，藥物分類屬於B級用藥，是一種具可逆性之腸胃道脂肪分解酵素抑制劑，可使食物中脂肪在腸道之吸收約減少30%。衛生署核准之適應症除了成人病患，也可用於青少年。對於肥胖青少年，只有當六個月適合病患年齡的均衡飲食及運動計畫失敗時，才可使用Orlistat治療，沒有懷孕婦女服用此藥物的資料，但是因為此藥物之低吸收性，它對胚胎之危害性似乎很低，建議須服用脂溶性維他命補充，如：維生素A、D、E。

Alli(歐愛)的免處方箋減肥藥康熾伴，減肥的原理跟羅氏鮮一樣，由減低脂肪的吸收，達到減重的目的。適用

於18歲以上的成年人，每一餐可以阻止大約1/4的脂肪吸收，這藥的藥劑只有60毫克，是羅氏鮮Orlistat 的一半，其藥性也相對較為溫和。Alli康熾伴減肥藥需要配合減重計畫一起使用時才有最好療效。一般從飲食所減掉的每5磅，orlistat能幫助你多減掉2-3磅。在研究過程中，大多數人在六個月期間減掉5-10磅。BMI(身體質量指數)超過27的人最有可能受益於alli。康熾伴也不適合長期食用，吃個三個月到半年就得停止，讓身體適度休息。常見的副作用是在腸習慣方面的變化，包括可能會解稀便，吃低脂飲食能減少這種副作用。如果你想減肥但是腸胃不好，還是別輕易嘗試。

減肥藥Phenylpropanolamine(PPA)屬於C級用藥，此藥屬於交感神經性藥物用於抑制食慾及治療上呼吸道過敏性鼻炎，它不是致畸胎物質，但不建議無節制性使用。用於減肥的PPA，也是上市後發現恐提高中風的風險遭撤證。

降血脂藥物孕期安全性，atorvastatin(statin類藥物，藥物危險分類是X)，動物實驗及人類使用經驗有限資料顯示，如果婦女不小心於懷孕服用，並不建議終止懷孕。懷孕暫時停用降血脂藥物，不會影響高血壓病人長期高血壓治療。懷孕服用Lovastatin降血脂藥物沒有明顯益處，動物實驗有致畸形疑慮因此不建議使用。除非有足夠實證醫學證據顯示，懷孕萬一不慎不小心服用此類藥物，醫學上不是構成人工流產理由之一，但不建議哺乳。

安非他命Amphetamine屬於C級用藥，安非他命或甲安非他命均為強力中樞神經興奮劑，曾在處方藥中，作為減肥抑制食慾之用及對抗睡眠。本藥與擬交感神經兒茶酚胺作用類似。安非他命進入人體後，興奮心血管系統，導致心跳加速、高血壓等副作用。在懷孕的時候孕婦使用安非他命，雖然在哺乳類的動物實驗證實會造成胚胎毒性和畸胎的可能風險，如：先天性心臟病，大腦膨出，神經管缺陷等。在人類會造成早產，生產遲緩，也會增加周產期胎兒的死亡率。吸食安非他命之孕婦產下之嬰兒會表現的症狀十分多樣化：如嗜睡、呼吸窘迫、抽搐、盜汗、瞳孔放大、臉部潮紅、意識模糊、高血壓、心律不整、高燒、嘔吐、腹瀉、腹部絞痛、昏迷、休克、甚至死亡。如果孕婦有醫學上的適應症須服用安非他命，雖然不會造成胎兒畸形的高風險性，但卻會引起新生兒產生安非他命戒斷症狀之病例。

抗癲癇藥物Topiramate屬於C級用藥，此藥物為中樞神經類減肥藥物，與芬它命(Phentamine)複方成藥可能作用機轉為對食慾的抑制效果不錯。依據動物實驗結果，大

劑量服用有致畸胎風險，人類試驗懷孕安全性資料有限無法評估實際胚胎/胎兒風險性有多高，曾有一篇研究報導指出男性胎兒可能有尿道下裂的風險，依現有資料懷孕婦女應避免服用此藥，但唯一例外為懷孕癲癇婦女，如未懷孕前就已服用，懷孕期間可繼續最低有效劑量服用。

心律錠Propranolol(Inderal)交感神經組斷劑屬於C級用藥，此藥應無減肥效果，推測減肥醫師開立此類藥物的目的應為減少減肥交感神經興奮藥物副作用。此藥並非致畸胎藥物，但懷孕中晚期長期服用，可能會導致胎兒生長遲滯及胎盤變小，胎兒出生後48小時內需觀察，是否有低血糖，新生兒心跳變慢等副作用。

麻黃素(Ephedrine，擬交感神經兒茶酚胺作用) 屬於C級用藥，此藥原使用在氣喘，過敏反應及脊髓半身麻醉低血壓時作為升壓劑等治療，此藥用於減肥作用機轉推測為抑制食慾之用，但無實證醫學根據。此藥並非致畸胎藥物。

糖尿病胰島素相關降血糖藥物Metformin屬於B級用藥，此藥物並非致畸胎藥物，但須注意母胎低血糖副作用，作用在腸胃道時，會抑制澱粉吸收。

抗憂鬱藥物Fluoxetine(百憂解Prozac)屬於C級用藥(Risk factor C)，中樞神經類藥物，可抑制血清胺素的再吸收。達到促進攝食後的飽足感，現有資料顯示不會造成胎兒畸形風險，孕晚期服用可能會造成胎兒戒斷症候群，神經行為改變及胎兒腦部發育變化。

咖啡因Caffeine (中樞神經興奮劑) 屬於B 級用藥，懷孕婦女如果長期服用高劑量的咖啡因(>500mg/day) 可能會造成流產風險，受孕困難，胎兒行為心律不整及胎兒血中兒茶酚胺濃度改變。

守宮菜減肥：中文叫馬尼菜(sayur manis)或是樹菜(客家話){馬來文是稱之Katuk或sayurmanis(學名：Sauropus Androgynous)。樹菜在台灣也稱為守宮菜，曾經在台流行過一陣子，傳聞此菜有減肥功效，多數是鮮榨汁來飲用。不幸的是，後來有致毒事件發生(肺部纖維化的嚴重後遺症)，以致樹菜在台灣被視為有毒的菜。經查證資料顯示，很可能是食用方式不同所造成的差異。台灣民眾以鮮榨汁的方式大量服用，導致肝的解毒能力不足以排解毒性而致毒。菜可能有微毒，東南亞地區多數是煮熟食用，這也許是在這地區不曾有過毒害事件的原因。

尚有許多五花八門族繁不及備載的(電)台減肥、塑身、瘦身、減重傳奇江湖膏藥就請各位準「胖姐?」看官們小心為上了-----。

## 產後大出血之治療

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 婦產部主任 詹德富醫師

產後大出血仍然是孕產婦死亡的重要原因之一，然而回顧文獻報告均顯示，如果能更妥適的給予產後大出血孕產婦治療，便能進一步減少死亡率，減輕生產併發症帶給年輕家庭的負擔與傷痛。多年來，筆者所在的醫院接受許多產後大出血個案的轉介，處置的方式由輸血及子宮切除術，到使用活化第七凝血因子乃至於使用經動脈導管子宮動脈栓塞術治療，大多能將重症的產後大出血孕產婦成功的救回。除了多科醫療團隊以及加護病房的協助外，也與轉介醫院的前置處理有著相當程度的關係。今年2月Obstetrics&Gynecology發表之論文，提出十項金科玉律供我們周產期醫師參考，筆者心有戚戚焉，相當值得推薦同業們一讀，個人先簡要的與大家分享。

一、經動脈導管子宮動脈栓塞術並不適用於急性且大量的產後出血，經動脈導管子宮動脈血管攝影確實可以清楚的了解出血動脈的位置，並且給予栓塞，因此可保留子宮並減少手術的必要性。但是所必需的準備時間以及施術的時間必需妥適的列入評估中，畢竟產後出血有時來得又快又急，能否有足夠時間執行，抑或快速的以手術來執行，必需仔細評估。在此同時亦需考慮轉診的時間點，幾位轉診後仍無法成功救治者，大多有出血量過多，到院已出現嚴重休克症狀並需插管治療，因此在評估後應轉診時宜儘早轉診，大多可以有較好的預後。

二、如果需要一次以上的藥物去處理子宮收縮不良時，務必親自診視孕婦直到子宮收縮不良改善為止。在文獻回顧中發現，此類孕產婦死亡常有醫療人員溝通上之障礙問題，亦即孕產婦之出血狀態、原因及生命跡象的穩定性，由在場的醫護人員以電話告知醫師，往往無法清楚的得到真相，因此需要再次使用藥物時，最好能親自診視病患為宜。

三、儘可能找出產後大出血的真正原因，有正確的診斷才能確實快速的給予治療。產後大出血通常由子宮收縮不良、胎盤滯留以及產道裂傷所引起。在大量出血後，如果沒有適量的給予血液凝血因子的補充，或有明顯長時間的組織低血壓出現時，均會引起血液凝血功能障礙。在筆者的臨床經驗上，相當多的患者到這極端狀況時，個案均表現出子宮收縮不良情況，雖然不斷給

予子宮收縮劑，但是卻徒勞無功。事實上，許多個案是因子宮動脈或產道裂傷而起，因此正確的診斷非常重要。

四、在產後出血或出血後剛止血的病人，如果出現寡尿的現象時，利尿劑的使用並不恰當。利尿劑的使用會減少血管中之體液含量，在肺水腫或輸液過量時使用是正確的。但在出血後，因為身上血管內之體液已不足，此類病人給予利尿劑則不恰當，反而會因此造成心臟停止的狀況，不得不慎。事實上，年輕之患者短暫幾個小時的寡尿並無大礙，甚至已造成急性腎小管壞死者亦多能恢復，多給與水分或血液補充較為合適。

五、最新的大量輸血指引建議，減少單純以晶體溶液以及濃縮紅血球的補充模式，最好及早積極以1比1的比率給予紅血球、血小板以及新鮮的冷凍血漿，能夠改善預後。2011年12月American Journal of Obstetrics & Gynecology刊登的論文討論到輸液的使用值得參考。傳統上晶體溶液如乳酸林格兒液 (lactated Ringer's) 或生理食鹽水以及濃縮紅血球為使用的第一線。在抽血試驗中出現凝血功能障礙時，才進一步給予新鮮冷凍血漿或血小板。可惜這樣的方式，並無法防止大量出血後引發凝血功能障礙。因為晶體溶液及濃縮紅血球輸血方式常常會稀釋血液凝血因子及血小板濃度，引發所謂稀釋性凝血功能障礙，如再合併低體溫與酸血症，則會更加重凝血功能障礙的嚴重度。除此之外，也因為血管內壓力的增加，進而會將封住血管傷口的血塊沖掉，反而影響止血。研究也發現在許多產科出血的狀況，會出現纖維蛋白溶解活性增強現象，因此建議提早補充血液凝血因子來改善治療預後。活化第七凝血因子的使用，雖然常規使用的必要性並未被確認，但是文獻報告多認為，出現凝血功能障礙時，活化第七凝血因子能有助於快速恢復凝血功能。因此文章提出三個治療原則建議，一、限制早期積極的給予晶體溶液量以及容許可接受範圍的低血壓（收縮壓維持在80-100 mm Hg）。二、及早使用新鮮冷凍血漿與血小板，不必等到凝血功能檢驗結果才進行補充。三、及早使用活化第七因子。及早發現、正確的診斷、妥適的處置與適時的轉診是治療產後大出血的不二法門。

## 周產期醫學文獻導讀

台北長庚醫院婦產科主任 洪泰和醫師

**Obstetrics & Gynecology**: Intrapartum evidence of early-onset group B streptococcus. 作者分析超過14萬筆生產紀錄，發現新生兒如果有 early-onset GBS sepsis 的話，往往有較高的比率是早產、因胎兒窘迫而剖腹產、Apgar score 小於或等於3分，以及臍血中pH小於7.0。這些徵象或許可以提供醫師在新生兒細菌培養結果出來前及早懷疑，甚至診斷early-onset GBS sepsis的參考。

**Hemoglobin A1C and postpartum abnormal glucose tolerance among women with gestational diabetes mellitus.** 作者研究在24-28週進行妊娠糖尿病篩檢時，孕婦血中糖化血色 (Hb A1C) 的高低與產後6週時血糖值的相關性。結果發現，Hb A1C越高的孕婦，產後空腹血糖值異常或葡萄糖耐受不良的機會就越高 (P < 0.001)。

**Maternal weight gain in women who develop gestational diabetes mellitus.** 作者研究懷孕24週前體重增加幅度與妊娠糖尿病的相關性。結果發現，孕前過胖 (25.0 < BMI < 29.9) 或肥胖 (BMI > 30.0) 的孕婦，發生妊娠糖尿病的人比沒有妊娠糖尿病的人，在妊娠24週前體重增加的幅度來得更大，分別是18.6 vs 12.9磅，以及12.6 vs 8.8磅。至於正常BMI或偏瘦的孕婦，則沒有發現類似的相關性。

**Stillbirth risk in a second pregnancy.** 相對於第一胎是正常大小胎兒的孕婦，作者發現第一胎是胎兒過小的話 (SGA, 指出生體重小於對應週數的第10個百分位)，那孕婦第二胎發生胎死腹中的風險會增為1.73倍 (95% CI 1.2-2.6)；如果第一胎又合併早產 (指小於37週) 的話，那胎死腹中的風險又增高為5.65倍 (95% CI 1.8-18.1)。這一期的Editorial特別提醒產科醫師對第一胎曾有SGA的婦女，無論有無合併早產，應小心下一胎發生胎死腹中的風險。

**American Journal of Obstetrics&Gynecology**: Repeat antenatal glucocorticoids for women at risk of preterm birth: a Cochrane Systematic Review. 作者分析10個臨床試驗評估對有早產疑慮的孕婦，重覆給予類固醇治療的效果及安全性。結果顯示，相對於未給類固醇治療的孕婦而言，重覆給予類固醇治療可以減少新生兒呼吸窘迫症 (risk ratio 0.83) 以及嚴重罹病率 (risk ratio 0.84) 的風險。追蹤4170位產前曾接受重覆類固醇治療的新生兒到2-3歲時，並未發現任何副作用或好處的地方。作者建議，對曾接受過一次類固醇治療後安胎超過7天以上仍有早產風險的孕婦，可以考慮重覆給予類固醇治療。

**Sonographic cervical length, vaginal bleeding, and the risk of preterm birth.** 作者在妊娠中期測量2988位孕婦子宮頸長度，並探討子宮頸長度與發生早產的相關程度會不會因有無陰道出血而有不同。在調整過子宮頸長度的影響後，曾有陰道出血的孕婦發生早產的風險是正常孕婦的4.8倍。

**Rate of sonographic cervical shortening and the risk of spontaneous preterm birth.** 作者針對2695位孕婦，在妊娠20-33週間定期地測量子宮頸長度，然後分析子宮頸長度縮短的變化與36週前發生自發性早產的相關性。結果發現，對子宮頸長度小於25mm的孕婦而言，子宮頸長度每縮短1 mm，自發性早產的風險就增加3%。

**Nonsteroidal antiinflammatory drug use among women and the risk of birth defects.** 作者分析美國National Birth Defects Prevention Study資料，23%的孕婦曾在第一孕期服用過NSAID藥物，最常見的是ibuprofen、aspirin和naproxen。進一步分析顯示，妊娠早期服用NSAID藥物，並不是造成胎兒畸形的主要原因。

## 優秀論文

台北長庚醫院婦科主任 洪泰和醫師

馬偕醫院陳持平醫師等人分析40例「非平衡性、互補型轉位」(Unbalanced reciprocal translocations) 染色體異常的超音波發現及遺傳特性。本文榮獲2011台灣婦產科學會優秀論文獎 (發表於Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 2011;50:48-57。2010年IF = 0.947)。

### Unbalanced reciprocal translocations at amniocentesis.

Chen CP, Wu PC, Lin CJ, Chern SR, Tsai FJ, Lee CC, Town DD, Chen WL, Chen LF, Lee MS, Pan CW, Wang W. Department of Obstetrics & Gynecology, Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan.

**OBJECTIVE:** To present perinatal findings, modes of ascertainment, and modes of segregation in unbalanced reciprocal translocations detected at amniocentesis.

**MATERIALS AND METHODS:** Between January 1987 and July 2010, 40 cases with unbalanced reciprocal translocations were diagnosed by amniocentesis at Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan. The 40 cases originated from 29 families; 21 families with one case, 7 families with two cases, and 1 family with five cases.

**RESULTS:** Of 40 cases, 33 (82.5%) presented fetal ultrasound abnormalities and 7 (17.5%) presented no ultrasound abnormalities. Of 40 cases, 36 (90%) had a segregation mode of adjacent-1 2:2 segregation, 3 (7.5%) had a segregation mode of 3:1 segregation with tertiary trisomy, and 1 (2.5%) had a segregation mode of 3:1 segregation with tertiary monosomy. Of 29 families, 7 (24.1%) had de novo translocations and 22 (75.9%) had inherited translocations. In seven de novo cases, the main modes of ascertainment included abnormal ultrasound findings (n = 5) and advanced maternal age (n = 2). In 22 inherited families, the main modes of first ascertainment included abnormal ultrasound findings (n = 8), a previous aneuploid child (n = 8), advanced maternal age (n = 4), parental carrier status (n = 1), and abnormal maternal serum screening results (n = 1). Among 22 inherited families, 9 (40.9%) had a known parental carrier status, but 13 (59.1%) were unaware of parental carrier status at amniocentesis.

**CONCLUSION:** Unbalanced reciprocal translocations detected at amniocentesis are frequently associated with abnormal ultrasound findings. Prenatal diagnosis of an unbalanced translocation may incidentally detect a balanced translocation in the family. Prenatal diagnosis of fetal structural abnormalities should alert structural chromosome rearrangements and prompt cytogenetic analysis of the fetus and parents if necessary.

## 產後成人百日咳疫苗

林口長庚醫院產科鄭博仁主任說明，根據流行病學的統計發現，「疫苗世紀」（也就是1953年發明百日咳疫苗）前後的感染族群差很多！自從1953年全球先進國家開始為兒童接種百日咳疫苗之後，兒童的百日咳案例便大幅減少；但近幾年卻發現百日咳有捲土重來的趨勢，而且感染的年齡層跟以往不一樣。在1953年第一代疫苗發明之前，百日咳是一種容易在兒童和青少年之間互傳的疾病；後來開始為嬰兒及兒童施打疫苗之後，這族群慢慢有了抗體，互相傳染的情況就減少了，於是案例減少很多。但近幾年發現，大人開始出現百日咳傳染，所幸成人的抵抗力好、免疫功能較健全，併發症不像兒童那樣嚴重。

然而為何成人變成好發族群？台北馬偕紀念醫院小兒感染科資深主治醫師邱南昌說明，百日咳是在混合疫苗中，於寶寶2、4、6、18個月時施打，所以現在的小孩很少見到百日咳案例。但因為百日咳疫苗的效期非終生，大約5?10年會失去保護力，所以疫苗效果已經失效的大人，反而變成百日咳的好發族群。另一種好發族群則是還來不及施打疫苗的新生兒。

鄭博仁主任表示，若家裡有嬰幼兒感染百日咳，醫界會把他視為稱為指標案例(indexcase)去查，經常會發現家裡一定有大人一直咳嗽，起初大家還以為只是上呼吸道感染或過敏，追蹤檢查之後會發現其實是百日咳個案，也就是都是由大人傳染給新生兒！

但這兩種族群的咳嗽方式跟以前認知的方式不一樣。以前的兒童族群是會一直咳，咳到空氣都出去了，所以需要用力深吸一口氣把空氣補進來，才會出現長長的「啾」的聲音。

大人一樣會咳很久，但不會咳到臉紅脖子粗，而且常會歸咎是過敏或氣管不好，而忽略了是具傳染力的百日咳。台灣曾做過一個調查，若成人咳嗽超過一週，經由一項特殊檢查會發現，7~21%可能是百日咳患者。

如果是新生兒感染了百日咳，症狀會比以往的兒童感染更嚴重！因為新生兒的呼吸道很窄，一咳就會發黑或呼吸暫停，或咳的很厲害，看起來非常可憐、非常危險！所以百日咳並沒有消失，只是變化了樣子！

### 大人已經沒有抗體可以傳給新生兒

邱南昌醫師指出，原本認為新生兒有母親的抗體，應該有抵抗力，但是連母親的抗體都無法保護，就很嚴重了！此外，現在很多大人在成長過程沒有追加接種，所以根本已經沒有百日咳抗體了，所以新生兒就沒有從母體而來的抗體。因此希望媽咪最好在懷孕前或懷孕時打預防針，這樣連寶寶都有抗體。所以小兒科跟婦產科合作，希望從上游就擋住百日咳的侵襲！

### 新生兒的致死率高

邱南昌醫師說，在臨床看到的都是一個月多的小嬰兒感染到百日咳，小嬰兒呼吸道窄，容易堵住及呼吸暫停。所以要特別注意小嬰兒，若出現堵住呼吸道、發黑的症狀時，一定要先拍掉痰，否則等送到醫院才處理絕對來不及，因此致死率高！

鄭博仁主任更引述小兒感染科權威林奏延醫師（現任衛生署副署長）的說法，相當多新生兒的腦膜炎、肺炎其實是百日咳引起的，只是沒有被診斷出來！而百日咳所導致的新生兒死亡率大約是10%，非常高！

邱南昌醫師表示，大人若懷疑有百日咳，建議看感染科，感染科醫師比較了解百日咳及處理方式。但要診斷百日咳很困難，因為跟感冒很難區分。百日咳雖然可以檢查，但不容易做，因為百日咳桿菌很特別，一般喉嚨培養的方式培養不出來，要用特殊裁剪的棉棒伸到咽喉的深部採樣，再放在特殊的培養皿，送到疾管局的特殊實驗室才能檢查；另外會同時抽血兩次，急性期、恢復期各抽一次，比較兩次抗體有無差異。

然而問題又來了，檢體送到疾管局就得通報傳染病，這樣會給患者造成困擾，因為衛生局會來要求消毒，所以接觸到的人也都要做採血，對於上班族來說，會給公司帶來困擾！所以在實際層面很難做到，而且報告大約1週才會出來。為避免在等報告期間繼續傳染，現在一般的做法是，只要覺得很像百日咳，採了檢體等結果時，就會先投予抗生素特效藥。

但這樣的做法對上班族來說很困擾，所以能用預防針擋下最好！

為了避免發生由大人傳染百日咳給沒有保護力的新

生兒，2005年的全球性百日咳會議，美國防治感染委員會便建議大人若失去抗體，6年就要打一次百日咳疫苗；2008年美國疾病管制局CDC跟美國預防接種委員會ACIP，又針對感染百日咳之後死亡率最高的新生兒族群，想到一個辦法，就是COCOON的包覆政策，讓產後沒有抗體的產婦及可能接觸新生兒的大人都接種百日咳疫苗，稱為「產後成人百日咳接種計畫」PPIP。

2008年鄭博仁主任去美國參與了此會議，接觸到這項訊息，國內醫界也認為這是很必要的，於是鄭博仁主任主導，率先由林口長庚醫院於2009年4月開始為剛生產的產婦接種百日咳疫苗。

而所謂的COCOON就是為了保護百日咳防疫空窗期的新生兒，甚至1歲以內雖已施打三劑疫苗，但還沒形成足夠抗體的嬰兒，建議有可能接觸到這一群新生兒的大人都要有抗體，才能保護新生兒免受感染；因此包括父母、爺爺、奶奶、保母、醫事人員等等，會接觸到新生兒的族群，沒有抗體的人都建議施打百日咳疫苗，以防堵傳染給新生兒。

這種成人的減量破傷風-白喉-非細胞性百日咳混合疫苗(Tdap)只要打一劑就好，須自費1800元，一星期就會產生抗體，成年人通常是6年打一次。

那麼在何時給準爸媽這項訊息比較恰當呢？為這項措施全省跑透透的鄭博仁主任認為，跟產前檢查結合是最適當的，可以在孕婦35?37週做乙型鏈球菌篩檢的衛教時，讓他們知道COCOON的重要性，剛生完(趁還沒出院前)就啟動PPIP百日咳預防接種的策略，COCOON率也在慢慢上升，於是其他醫院也跟進這樣的做法。

鄭博仁主任表示，在台灣，成人接種百日咳疫苗最主要的時間點是在2009年，才由廠商引進。原本是希望推孕期施打，但因為阻力太大，所以現在推生產後第二天打，之後的疫苗效果並不會影響餵母乳。

相較於剛開始推行的阻力，現在的接受度跟施打率都越來越高，林口長庚的產婦就有七、八成的接種率，新竹則是全國最高的，接種率達到八、九成之多，COCOON率(也就是平均一個生產施打的數量)也是最高的。國外的接種率更高，幾乎全部接種，但台灣已經是亞洲地區第一個做COCOON且成效很高的國家了！

鄭博仁主任指出，美國疾管局CDC在2011年7月發佈了最新的做法，除了COCOON之外還有新的方式，就是針對高危險群，如婦產科及小兒科醫護人員、保母等容易接觸到病人的女性族群，自己懷孕時就要施打百日咳疫苗，以免一生完就馬上被傳染。此外新版的指引是

「建議」高危險群在懷孕時就施打、一般孕婦「可以」在懷孕時施打，比起以前美國CDC舊版的指引說高危險群「可以」在懷孕時施打，新版的施打措施都各進了一級！

鄭博仁主任說明，懷孕其實是可以施打百日咳疫苗的，因為美國已經在施行了！建議可以在懷孕28週之後施打，好處是孕媽咪自己會產生抗體（但要先確認6年內沒打過），而此抗體可以傳給胎兒，於是一出生就有了被動抗體，此後2、4、6個月施打百日咳疫苗時反應更快、保護效果更好，而且也不用施行COCOON的措施了，因為新生兒已經有了從母體得到的被動抗體！

但預期國內要轉型成美國CDC新的指引會有阻力，因為大多數人還是不放心在懷孕時施打疫苗，醫師也怕孕婦有任何閃失都歸咎給疫苗，造成誰都不樂見的醫療糾紛，所以目前並不會主動推行在孕期施打，但孕婦若願意施打，可以跟婦產科醫師洽詢。

至於專門照顧產婦及新生兒的產後護理機構，為呵護新生兒免受百日咳侵襲，因此周產期醫學會於2010年特別成立了「百日咳防護網」，針對已為醫護人員施打百日咳疫苗的產後護理機構，頒發百日咳防護網認證，給產婦及寶寶更周全的防護。國外並沒有這樣做，綜觀全球，這可是台灣的獨家創舉！

而之前推動第一線醫療人員都施打百日咳疫苗最有力的是當時的疾管局台中分局局長李秀鳳(後來擔任國健局婦幼組組長)，在彰化等中部地區跟醫療機構勸說，因此彰化的醫療機構人員都打了百日咳疫苗，保護自己也保護病人！

鄭博仁主任表示，想要讓嬰幼兒百日咳絕跡，若還難以接受孕期施打，COCOON就很重要，把家族、醫護人員、產後護理機構，這三族群補滿了，就能保護新生兒免受百日咳的威脅！

也期望民眾能配合公共衛生政策，盡量施打疫苗，從青少年開始施打子宮頸癌疫苗，到懷孕做好產檢、接受抗體檢測或自費疫苗，給將來的寶寶提供一個健康的孕育環境！

邱南昌醫師表則指出，台灣這兩年一直提倡要注意百日咳，準爸媽應知道這訊息，主動跟醫師提，醫師多會樂意提供疫苗接種。百日咳疫苗可以保護自己跟將來或現在的寶寶，最好懷孕前就施打，不然懷孕中後期或剛生完都可以施打，建議保母也要施打。讓自己跟寶貝，都能免於百日咳的威脅！(全文刊登於2012年2月號嬰兒與母親雜誌，本文摘錄其部分內容)