

# 台灣周產期醫學會會訊



發行人：蔡明松

學會電話：(02)2381-6198

郵政劃撥帳號：12420668

會址：台北市常德街一號景福館2樓203室

秘書長：徐明洸

學會手機：0911-366-551

戶名：台灣周產期醫學會

網址：<http://www.tsop.org.tw>

會訊主編：蘇河仰

學會傳真：(02)2381-4234

傳 真：(02)2381-4234

E-mail:[tsop23816198@gmail.com](mailto:tsop23816198@gmail.com)

2013年5月/第200期

印刷品

## 目 錄

### 理事長的話

1

### 新境界

前胎剖腹癒痕懷孕之診斷及治療

2,3

### 高危險妊娠

輻射與懷孕

4,5

### 產科合併症

產後憂鬱症

6,7

### 秘書長的話

周產期醫學會  
第十三屆組織一覽表  
學術活動訊息

8

## 理事長的話

蔡明松

四月初學會網站重新改版強化不少的功能，希望學會網站不僅是個人資料查詢，會議日期與課程及報名之外，更是提供會員間臨床經驗分享與個案討論之平台，並加上線上教育課程之功能及會訊專業文章之試題，方便會員取得學會積分；同時鼓勵會員踴躍的把你所得的母胎醫學新知或臨床特殊案例，產科醫療制度及如何解決生育率下降等等問題的個人看法，甚至旅遊趣聞分享等，都可以寫成短篇故事，經由線上投稿的功能投至會訊，使我們的會訊更活潑更多元化，提高大家的參與感，以凝聚會員間的向心力。請各位會員多多利用學會網站，如有任何寶貴意見也歡迎提出至學會，讓學會網站功能更加完整而有效率。

The screenshot shows the website's navigation menu with categories like '關於學會', '最新消息', '會員專區', '專科醫師', '學術活動', '會訊', '民眾衛教', and '醫網相連'. It also features a '活動訊息' table and a '會訊' table.

活動日期	活動名稱	周專積分	期數	題目	月份
2013/09/07	高危險妊娠照護教育訓練課程(台中)	0	199	理事長的話	03
2013/05/29	102年度高危險妊娠教育訓練課程	5	199	前產科環境之分析與建議	03
2013/05/22	高危險妊娠照護教育訓練課程(台北)	0	199	腹部超音波是否可以作為第一線測量子宮頸長...	03
2013/05/26	周產期醫學會新知研討會-產前產後諮詢	10	100	腹部超音波是否可以作為第一線測量子宮頸長...	03

資料來源:台灣週產期醫學會網站

## 全球生寶巡禮：香港生寶

六家各國臍帶血業者，雲集香港，但香港民衆最愛生寶（市占率達74%），產科醫師最推薦生寶（指名推薦率80%）！

「香港生寶」並獲頒「中國最有影響力臍帶血庫」。

生寶標準品質風行國際，值得台灣專業醫師推薦。

 **生寶臍帶血銀行**  
HealthBanks  
美國 | 香港 | 泰國 | 澳門 | 台灣



# 前胎剖腹癥痕懷孕之診斷及治療 - 文獻回顧

財團法人新光醫院 婦產科 蕭國明

前胎剖腹癥痕懷孕 (Caesarean scar pregnancy) 顧名思義即是胚囊(Gestational sac)著床於前一次剖生產的癥痕(子宮肌內層)內, 為非常少見的一種子宮外孕<sup>1</sup>。前胎剖腹癥痕懷孕的發生率不高, 文獻報告約佔所有懷孕之1800至2200分之一。第一例英文文獻報導的前胎剖腹癥痕懷孕發生在1976年, 一直到2001也才只有19例的前胎剖腹癥痕懷孕被報導<sup>1,2</sup>。然而由於最近幾年各國剖產率的節節升高, 使得前胎剖腹癥痕懷孕的發生率也隨著升高。再加上高解析度超音波的進步, 使得前胎剖腹癥痕懷孕的診斷變得更容易。因此目前已有數百例的前胎剖腹癥痕懷孕被報導。由於前胎剖腹癥痕懷孕的併發症嚴重, 如子宮破裂及內出血等將會危及母體的生命, 使得前胎剖腹癥痕懷孕變得愈來愈備受大家的重視<sup>3</sup>。因此本文希望利用目前已發表有關於前胎剖腹癥痕懷孕的文獻來回顧其診斷及治療。

## 方法：

個人因緣際會於去年因為要寫一篇有關於前胎剖腹癥痕懷孕的文章而回顧過去40年間前胎剖腹癥痕懷孕的診斷與治療。利用MEDLINE/PubMed搜索自1976年月至2012年4月間刊登於國際的英文雜誌, 關鍵字為 'caesarean scar pregnancy' 或 'caesarean scar implantations' 或 'caesarean scar ectopic pregnancy' 或 'scar pregnancy treatment'。最後共發現595例前胎剖腹癥痕懷孕, 出自10篇的case series study及81篇病例報告, 其中410例報告來自於中國大陸。雖然一年後前胎剖腹癥痕懷孕的文獻報導增加至751例, 不過關於它的診斷與治療方面並沒有太多的創新及改變。所以本文僅針對這595例的前胎剖腹癥痕懷孕來做一系統性的回顧, 並針對主要的12種治療方法做分析, 希望這對各位周產期會員往後在處理前胎剖腹癥痕懷孕時能有所幫助。

## 臨床症狀：

前胎剖腹癥痕懷孕早期的臨床症狀事實上與正常懷孕並沒有太大的差別。病患通常不會有很劇烈的腹痛, 腹痛通常相當的輕微, 與早期正常懷孕的腹部悶痛相當類似。有些病患甚至並不覺得有腹部不適的情形<sup>4</sup>。不過, 大部分的病患(高達90%)皆抱怨有持續性的、無痛性的陰道出血(Painless vaginal bleeding)<sup>1,2</sup>。不過, 如前胎剖腹癥痕懷孕不幸破裂則會造成劇烈腹痛及嚴重內出血, 不可不慎。

## 前胎剖腹癥痕懷孕的病理機轉：

前胎剖腹癥痕懷孕的病理機轉目前尚不清楚。但是有一些學者認為前胎剖腹癥痕懷孕發生的原因可能是由於胚胎透過前次剖生產所遺留下來的傷口裂縫(Cesarean scar defect)而進入並著床在前次剖生產的傷口上。這與前置胎盤不同, 因為前置胎盤的胚囊是在子宮內著床, 子宮內膜缺少底蜕膜(Decidua basalis), 胚胎組織侵入子宮肌內層。而前胎剖腹癥痕懷孕則是著床在前胎剖腹癥痕內, 胚胎是完全被子宮肌內層包圍<sup>4</sup>。這些前次剖生產所遺留下來的裂縫, 有61%的病人是可以超音波之下清楚的被發現<sup>5</sup>。

## 診斷：

由於前胎剖腹癥痕懷孕的併發症嚴重, 所以早期的診斷及儘早治療便顯得相當的重要。早期及準確的診斷不但能防止嚴重併發症的發生, 更能因此保留病患的子宮及生育能力(Fertility preservation)。

## 超音波：

超音波為診斷前胎剖腹癥痕懷孕的第一線診斷工具。陰道超音波可以精準的在早期診斷前胎剖腹癥痕懷孕, 其敏感度可以達到95%-100%, 同時其偽陰性相當低<sup>6</sup>。若再加上杜卜勒超音波(Doppler ultrasound), 則其診斷準確率可以達到將近100%<sup>7</sup>。

超音波診斷前胎剖腹癥痕懷孕的要件有<sup>1,2</sup>：

- (一) 子宮腔內沒有胚胎 (Empty uterus), 而且子宮內膜沒有與該不正常胚囊相連接。
- (二) 子宮頸腔正常 (Empty cervical canal), 沒有不正常胚胎著床。
- (三) 於前胎剖腹癥痕處有明顯雙環徵象 (Double ring sign),

此為典型胚胎著床之超音波表徵。不過如這不正常著床之胚囊已經破裂(由於自行破裂或手術所致), 則在超音波之下將無法見到此雙環徵象, 此時反而會看到一固體狀之囊腫 (Caesarean scar pregnancy mass) 著床於前胎剖腹癥痕處 (圖1)。

(五) 膀胱與胚囊之間的子宮肌內層變薄或缺失。  
(四) 如前胎剖腹癥痕懷孕已發展成爲一固體狀之囊腫, 則可以利用杜卜勒掃描該囊腫, 此時將可以看見有很多血流速度快(High velocity flow), 低阻力(Low impedance flow)之血管環繞在囊腫周圍 (圖2)。

## 3D立體超音波：

利用3D立體超音波的多切面重組影像(Multiplanar view)及表面呈像(surface-rendered image)等功能能夠清晰的顯影前胎剖腹癥痕懷孕著床的解剖構造。也可以清楚的看見界於胚囊與膀胱之間的子宮肌內層厚度。另外也可利用3D超音波的Power Doppler功能清楚的顯示環繞在囊腫周圍的高流速血流。

## MRI核磁共振

由於陰道超音波對於前胎剖腹癥痕懷孕的診斷率已相當高, 所以鮮少需要利用核磁共振來做進一步確定診斷。台灣高雄長庚於2006年報告了一例利用MRI來診斷前胎剖腹癥痕懷孕的病例報告<sup>8</sup>。MRI不但可以清楚的顯影出前胎剖腹癥痕懷孕的著床位置, 更可以知道子宮外孕對於子宮侵犯的深度。不過利用MRI來診斷前胎剖腹癥痕懷孕比較不符合經濟效益, 比較適合做爲研究使用。

## 診斷性腹腔鏡

腹腔鏡診斷前胎剖腹癥痕懷孕往往是一種無意的發現。一開始可能是以爲一般的子宮外孕而進行腹腔鏡, 最後卻在前胎剖腹癥痕的位置發現一微隆起, 並呈現泛紅紫或鮭魚紅(Salmon red)色, 即是前胎剖腹癥痕懷孕。

## 治療方法：

儘管目前對於前胎剖腹癥痕懷孕的診斷已相當明確, 但是對於它的治療尚沒有一致性。所以目前文獻上共報導了數十種的治療方法。以下擇數種較爲重要的方法向各位報告。

### (一) 觀望性處置 (Expectant management)

如果病患不希望終止懷孕, 希望保留胎兒, 而且超音波顯示胚囊是往子宮腔生長則觀望性處置可能考慮。不過觀望性處置的風險極高, 病患往往會在妊娠20週左右發生子宮破裂及大量內出血而必須行子宮切除。因此文獻上僅約7例。

Table II. Comparison of different management options for cesarean scar pregnancy (CSP).

Methods	Represent study	No. of cases (Total)	Time for $\beta$ -hCG to 0 (days)	Outcome
Expectant management	Herman et al., 1995	7	NA	Massive bleeding and hysterectomy in 4 cases.
	Smith et al., 2007			
	Jurkovic et al., 2003			
	Liu et al., 2010			

### (二) 子宮擴張及刮搔術 (Dilatation and curettage, D&C)

由於早期對於前胎剖腹癥痕懷孕的病理機轉及診斷尚不甚瞭解, 所以在治療方面於早期時也常常只會想到利用傳統的外科手術方法來治療。如Larsen及Solomon<sup>9</sup>在發現第一例前胎剖腹癥痕懷孕時, 以爲是不完全性自然流產 (Incomplete abortion), 所以就給予病人實行傳統人工流產手術之子宮刮搔術 (D&C)。然而由於胚囊埋藏在前胎剖腹癥痕傷口的深處而無法取出, 反而使胚囊增生形成一個子宮球囊體 (Uterine sacculus) (圖3)。這個子宮球囊體在杜卜勒影像之下可以發現被許多血流量快速的血管所環繞。由此可見D&C不但不能完全治療前胎剖腹癥痕懷孕, 反而容易在術中造成大出血。由於D&C失敗率高達70%, 因此臨床上並不建議使用D&C來治療前胎剖腹癥痕懷孕。

Uterine curettage	Arslan et al., 2005	42	36-58	A failure rate of 70%, and high risk of severe hemorrhage during the procedure and hysterectomy may be needed at last.
	Wang and Tseng, 2006			
	Jurkovic et al., 2003			
	Yang et al., 2010			

因此有一些學者在D&C前先給病患做經血管栓塞術(Transarterial embolization)以減少出血。這一類的文章多出自中國大陸，而且病例數目龐大。

Uterine curettage combined with TAE and/or MTX injection	Sugawara et al., 2005	175	50-60	Patient tolerated well and no massive bleeding occurred during D&C following TAE.
	Zhuang et al., 2009			
	Liang et al., 2010			
	Yang et al., 2010			The hospitalization time was 11 days. Mean blood
	Li et al., 2011a			

也有其他的學者在D&C前先給病患注射Methotrexate或是利用尿管填塞(Foley tamponade)方式來止血。最特別的是Jurkovic等人在D&C前先給病患進行Shirodkar cervical suture，效果奇佳。

Uterine curettage combined other conservative treatment.	Wang et al., 2009 (D&C + MTX)	50	25	MTX following D&C. 19% of cases have hysterectomy during massive hemorrhage.
	Jiang et al., 2011	45	20.6 ± 5.4	Mean blood loss 706 ± 642 ml (range 100-3000 ml).
	(MTX + D&C + foley tamponade)			
	Jurkovic et al., 2007	28	NA	The median blood loss was 50 ml (range 50-1500 ml).
	(Shirodkar cervical suture + D&C)			

(三) 子宮外孕局部切除 (Local excision of ectopic pregnancy) 局部切除是一種治療前胎前腹癥痕懷孕相當有效的方法。9-10其好處是病人恢復快速，乙型人類絨毛膜性腺激素( $\beta$ -human chorionic gonadotropin,  $\beta$ -hCG)會快速的下降，病人也不需長期的追蹤<sup>10</sup>。然而局部切除手術宜在早期進行，因為一旦子宮外孕生長過大，血液循環豐富，此時手術將可能造成大量的出血或子宮全切除。局部切除可以經由傳統開腹手術

Laparotomy/hysterotomy	Valley et al., 1998	9	12-21	Only a few cases. Severe hemorrhage maybe occurred during the procedure.
	Vial et al., 2000			
	Seow et al., 2001			
	Fylstra, 2002			

或是經由腹腔鏡手術來治療前胎前腹癥痕懷孕，都有相當不錯的效果<sup>11</sup>。

Laparoscopy	Lee et al., 1999	23	NA	Laparoscopic removal of unruptured CSP is a feasible and safe procedure by a trained surgeon. Blood loss range from 50-200 ml. However, profuse vaginal bleeding maybe occurred during the surgery.
	Wang et al., 2005b			
	Wang et al., 2006a			
	Ben Nagi et al., 2006			
	Lee et al., 2008			

這幾年，子宮鏡手術也被報告可以成功的治療前胎前腹癥痕懷孕<sup>12</sup>。

Hysteroscopic evacuation	Wang et al., 2005a	62	22	The success rate is as high as 100%, with no complication or blood transfusion.
	Chao et al., 2005			
	Deans et al., 2010			
	Chang et al., 2011			However, the procedure is difficult to perform in presence of heavy bleeding.

或是腹腔鏡結合子宮鏡手術來提高其成功率。最近也有一些學者利用經肛門超音波導引(Transrectal sono-guided)或經陰道移除前胎前腹癥痕子宮外孕。

#### (四) 藥物治療

抗癌藥物(Methotrexate)為一種葉酸拮抗劑，methotrexate除了用在癌症的化學治療方面，多年來methotrexate一直是子宮外孕最為有效的藥物治療。Methotrexate可有效的殺死絨毛細胞，可以摧毀子宮外孕的胚胎組織。因此，methotrexate可以一樣有效的治療前胎前腹癥痕懷孕<sup>1</sup>。

Methotrexate對於子宮外孕的治療方式有兩種：一是單一肌肉注射50mg 或以1 mg/kg/day計算 (Single injection)。之後密集追蹤，每隔三天檢測血中 $\beta$ -hCG濃度變化，如果 $\beta$ -hCG下降幅度大於15%則表示有效並改為每隔七天追蹤一次血中 $\beta$ -hCG濃度直到血中 $\beta$ -hCG濃度降至0為止。

也可以使用連續性治療(Sequential therapy)，即在第1、3、5、7天注射methotrexate，再於2、4、6、8天補充葉酸folic acid 15mg 來減緩methotrexate的副作用<sup>1</sup>。

然而，methotrexate的毒性甚強，如高劑量可導致白血球減少，肝毒性、腎毒性、口腔潰瘍、掉頭髮等。所幸methotrexate應用在子宮外孕治療上其藥劑量不高，其併發症也相對較低<sup>1</sup>。

文獻也有報導若使用超音波導引 (Sono-guide) 局部注射 (Local injection) methotrexate或注射氯化鉀(Potassium chloride)於子宮外孕處，其效果不但更好，而且methotrexate所會產生的全身性毒性也相對較小<sup>1</sup>。利用Methotrexate來治療前胎前腹癥痕懷孕的缺點是追蹤時間長，病人需多次回診及抽血。

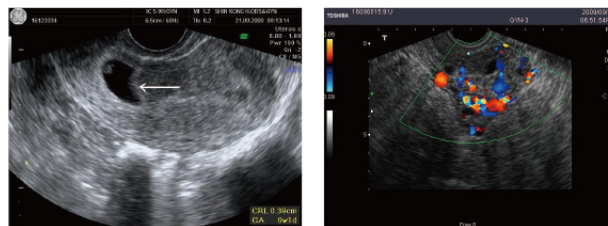
MTX/KCl injection				
Local	Godin et al., 1997	39	85-130	Transvaginal approach allows for a shorter distance to the CSP with minimal risk of a bladder injury
	Seow et al., 2004			
Systemic	Jurkovic et al., 2003			
	Seow et al., 2004	51	45-90	A high failure rate of this method, and a subsequent treatment sometimes is needed.
	Maymon et al., 2004a			
	Wang et al., 2007			
	Wang et al., 2009			

也可結合局部及全身注射來提高其成功率。

Combined	Seow et al., 2004	21	90-130	A longer time is needed for resolution of ectopic mass, but the rate of hysterectomy is lower than D&C.
	Wang et al., 2009			
	Chiang et al., 2011			

#### 結論：

前胎前腹癥痕懷孕為子宮外孕當中比較少見的一種，不過隨著剖腹生產率的逐漸升高，使得前胎前腹癥痕懷孕愈來愈重要。早期診斷及早期治療為前胎前腹癥痕的治療重點。



胚囊著床於前胎前腹癥痕處(箭頭)。子宮前胎前腹癥痕外孕周圍有很多血流速度快及低阻力之血管環繞。

References

1. Seow KM, Huang LW, Lin YH: Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:247-53.
2. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B: First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:220-7.
3. Rotas MA, Haberman S, Levgr M: Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107:1373-81.
4. Godin PA, Bassil S, Donnez J: An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril* 1997;6:398-400.
5. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L: High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009 ;34:90-7.
6. Ash A, Smith A, Maxwell D: Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114:253-63.
7. Chew S, Anandakumar C, Vanaja K: The role of transvaginal ultrasonography and colour Doppler imaging in the detection of ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 1996 Oct;22(5):455-60.
8. Kung FT, Huang TL, Chen CW: Image in reproductive medicine. Cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2006;85:1508-9.
9. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus--an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 1978;53:142-3.
10. Seow KM, Hwang JL, Tsai YL: Ultrasound diagnosis of a pregnancy in a Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:547-9.
11. Lee CL, Wang CJ, Chao A: Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous Caesarean section scar. *Hum Reprod* 1999;14:1234-6.
12. Wang CJ, Chao AS, Yuen LT: Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2006;85:494.e1-4.

# 輻射與懷孕

國泰汐止分院 婦產科主任 余伯青

1979年3月29日美國賓州三哩島核能電廠，發生爐心熔毀與放射性物質洩漏的嚴重事故，自此改變了核能業界對核電廠安全的看法。過去認為電廠的安全設備能夠應付設計基準事故，即可以「絕對」的確保電廠不會有放射性物質外釋環境的可能。三哩島事故讓核工業界更加重視核能安全，對電廠的硬體設施與軟體措施做了大幅度的檢討與改善。雖然三哩島事故僅有微量的放射性物質外釋，但當時賓州政府為保護民眾，仍然下令進行疏散。

1986年4月26日的凌晨，烏克蘭的車諾比核電廠的第四號反應爐發生爆炸。後續的爆炸引發了大火並釋放大量高輻射物質到大氣層中。這次災難所釋放出的輻射線劑量是廣島原子彈的四百倍以上。被核輻射塵污染的雲層飄往包括蘇聯西部的部分地區、西歐、東歐、斯堪地那維亞半島、不列顛群島和北美東部部分地區。烏克蘭、白俄羅斯及俄羅斯境內均受到嚴重的核污染。這個災難總共損失約兩千億美元，乃近代歷史中最「昂貴」的災難事件之一。車諾比事故是歷史上最嚴重的核電廠事故，在國際核子事件分級表（International Nuclear Event Scale）中也是第一個被評為第七級（最高級）的事件。

由國際原子能總署和世界衛生組織所主導的車諾比論壇在2005年所提出的車諾比事件報告中，56人的死亡被歸咎於車諾比事件（47名救災人員與九名罹患甲狀腺癌的兒童），並估計暴露在高度輻射線物質下的約60萬人中，將近額外加有四千人將死於癌症。

2011年3月11日芮氏規模九級的強震襲擊日本，造成震央附近四座核電廠機組跳機，隨之而來的海嘯，摧毀了福島核能一廠緊急柴油發電機的供油設備，造成電廠喪失所有交流電源，之後電廠發生輻射外釋的嚴重事故，是第二個在國際核子事件分級表中被評為第七級（最高級）的事件。鄰近一百公里範圍內的飲食與水都受到輻射污染。四天後因為輻射雲飄到距離福島二百五十公里（大約是台北到嘉義的距離）的日本首都東京，驗出飲用水含輻射量對成年人健康雖無立即影響，但已不適合嬰幼兒飲用，因為嬰幼兒較成人更容易受到碘<sup>131</sup>的傷害。

近來核四議題如火如荼，但是身為醫護人員除了支持與否的態度，更應該瞭解輻射對健康的影響。正好在2012年6月的American Journal of Obstetrics and Gynecology有一篇詳盡的Expert Review「Fear of the unknown: ionizing radiation exposure during pregnancy」，下面就節錄翻譯其中與周產期醫學相關的內容與大家分享。

在核災當中對健康的影響取決於身體暴露的區域與吸收輻射物質的途徑。暴露在高劑量的輻射下對健康最常見的影響就是造成細胞死亡，這也是被用來治療癌症的方式之一。然而，高劑量的輻射也能導致正常細胞的DNA變化而有致癌的風險。暴露在高劑量的輻射下也會對體內器官造成傷害而導致所謂的acute radiation sickness（外照射急性輻射病）包括凝血與免疫功能異常、腹瀉、發燒、灼傷以及平衡與肢體協調的障礙。在車諾比核災中，在輻射強度達到14 exabecquerel的地區有將近150位緊急作業人員，其中有28位在一年內死亡。除了acute radiation sickness

之外，臨床上許多直接暴露在車諾比核災與長崎廣島核爆的倖存者之後在追蹤時也發現白血病、甲狀腺癌、乳癌、皮膚癌與白內障發生的機會都有增加的趨勢。

而就周產期醫學方面來看輻射對胎兒的影響要先瞭解孕婦接觸或吸收到的輻射劑量並不會直接轉移到胎兒。子宮內的胎兒會受到孕婦身體的軟組織與子宮的防護，因此穿透力弱的alpha與beta粒子不會造成對胎兒的傷害（alpha粒子僅能到達皮膚表層而beta粒子僅能穿透數毫米的皮膚），除非這些粒子是經由胃腸道、呼吸道或注射途徑進入孕婦身體。然而在腹部沒有適當防護的孕婦直接接觸到穿透力強的gamma粒子與X射線就會對胎兒造成傷害。除此之外，胎盤有可能將經由胃腸道、呼吸道或注射途徑進入孕婦身體的輻射物質輸送到子宮內或者輻射物質經由泌尿系統分泌而累積在子宮前方的膀胱而造成對子宮內胎兒的孕婦體內輻射暴露。

離子化輻射對胚胎與胎兒的影響包括流產、胎兒異常、神經學或行為方面的障礙、胎兒生長遲緩與癌症。其中流產、胎兒異常、神經學或行為方面的障礙與胎兒生長遲緩一般認為有No-Adverse-Effect Level（NOAEL）的存在，也就是說在一定輻射劑量下的暴露並不會造成不良影響。但是一旦超出此劑量，所有的個案都會受到影響。在超出NOAEL後，被吸收的輻射劑量越高，造成的影響就越嚴重。至於輻射暴露與癌症的發生之間目前並沒有所謂的安全劑量存在，暴露劑量與疾病嚴重程度之間也沒有絕對相關。但是被吸收的輻射劑量越高，癌症發生的機率也會隨之增加。

輻射對懷孕造成影響的性質與嚴重程度取決於輻射劑量與懷孕週數。如果懷孕前三個月受到高劑量輻射最有可能造成流產。依據動物實驗顯示在受孕後兩週到20 rad的單一劑量暴露就會對胚胎造成致命的影響。而此胎兒致死劑量會隨著懷孕週數增加而增加。在懷孕十八週時胎兒致死劑量為500 rad，而在足月時胎兒致死劑量與孕婦致死劑量同為2000 rad。在懷孕三週前有輻射暴露且存活下來的胎兒其胎兒異常機率並沒有增加，此現象並不是真的沒有增加胎兒異常發生，而是因為輻射暴露導致細胞死亡或染色體異常進而抑制胚胎著床與導致流產（亦即all-or-nothing現象）。在懷孕三到八週如果孕婦吸收的輻射劑量超過35到50 rad可能會導致胎兒胎頭過小、小眼症、生長遲緩與白內障等異常。在懷孕八到二十五週胎兒開始發展中樞神經系統，此時發生的輻射暴露容易導致神經學或行為方面的障礙。根據臨床研究懷孕16週以前發生嚴重智力缺陷的輻射暴露劑量為超過35到50 rad，而懷孕16週之後則為超過150 rad。另一研究顯示孕婦接受100 rad的輻射會導致胎兒出生後IQ減少二十五到三十。在懷孕中期孕婦接受超過150 rad的輻射暴露也容易導致胎兒生長遲緩。

過量的輻射暴露能導致胎兒發生癌症的機率增加但是許多研究顯示在核災發生時單次高劑量的輻射暴露並不一定會導致出生後發生癌症的機率增加。但是如果是孕期中低劑量的輻射暴露會增加白血病發生的機率，並且發生機率增加與輻射暴露發生的週數無關。胎兒直接暴露在1 rad以上的輻射暴露會增加百分之

三十二的白血病發生機率。

**The International Commission on Radiological Protection**認為在懷孕期間接受小於**10 rad**輻射暴露並不需要因此終止懷孕。至於**American College of Obstetricians and Gynecologists**則認為考慮到胎兒異常發生的機率增加，懷孕期間接受大於**5 rad**輻射暴露可以考慮終止懷孕。臨床上絕大部分的單次醫療放射線檢查的輻射劑量不會超過**5 rad**，但是針對骨盆腔的電腦斷層檢查可能會達到**2到8 rad**。

相較於其他的放射性物質，具輻射活性的碘對胎兒的影響更大。因為胎兒的甲狀腺自懷孕十六週起就極為活躍，攝入碘的量也開始與日俱增。暴露在具輻射活性的碘特別是在懷孕十六到二十五週之間可能導致流產、甲狀腺機能低下、甲狀腺機能亢進與呆小症（cretinism）。

哺乳中的產婦如果乳房直接受到輻射照射或攝取具輻射活性的藥物或食物，乳汁也會具輻射活性。不過一般的單次醫療放射線檢查的輻射劑量（例如乳房X光攝影檢查）遠低於會造成不良反應的劑量，也不需因此停止哺餵母乳。如果是攝取具輻射活性的藥物或食物，在母乳中殘餘的放射性物質質量取決於乳房大小、製造乳汁的量與放射性物質的半衰期。所以如果真的要評估乳汁

中的放射性物質的危害程度，不能僅靠文獻的統計資訊而必須直接送檢。放射性物質在乳汁中的最高濃度一般是在攝取具輻射活性的藥物或食物的三到四小時後。嬰兒自被輻射污染的乳汁中攝取到的輻射量一般不會大於產婦吸收的總劑量的百分之三到十。因為輻射對嬰兒與兒童造成的健康影響比對成人更嚴重，所以不能忽略乳汁中的殘餘放射性物質。比如說在福島核災後，空氣、土壤與水中皆具有輻射活性的碘存在，具輻射活性的碘會被主動分泌到乳汁中（乳汁中濃度約可達攝入劑量的三十倍），再加上嬰兒的代謝快使得嬰兒的甲狀腺更容易受到具輻射活性的碘的傷害，而增加甲狀腺癌或甲狀腺囊腫或結節的發生機會。因此**the Centers for Disease Control and Prevention**建議曾暴露在具輻射活性的碘下的產婦停止哺餵母乳。

文中結論提到公共衛生機關在核子意外發生後需盡快有詳盡的輻射相關報告，並且需告知民眾可能對健康造成的影響與如何防護。醫護人員與公共衛生機關應接受訓練以給予民眾關於輻射對胎兒健康可能造成影響的相關資訊，並且要包括輻射劑量是否小於**10 rad**的保證。

懷孕週數	胎兒致死劑量	懷孕週數	嚴重智力缺陷
四週	2 to 10 rad	十六週以前	35 to 50 rad
十八週	500 rad	十六週以後	150 rad
足月	2000 rad		

檢查方式	胎兒吸收劑量 (rad)
X-ray chest	<0.001
X-ray abdomen	0.1-0.42
X-ray pelvis	0.11-0.4
X-ray lumbar spine	0.6
X-ray thoracic/cervical spine	<0.001
X-ray skull	<0.001
X-ray Barium enema	0.7
Pyelogram	0.17-1
Mammogram	0.007-0.02
CT scan chest	0.006-0.096
CT scan abdomen	0.8-0.49
CT scan pelvis	2.0-7.9
Ultrasound	Nonionizing radiation
MRI	Nonionizing radiation

# 產後憂鬱症

三軍總醫院 精神醫學部 社區精神科主任 曾念生

## 摘要

產後憂鬱症是一種在產後一個月內發作的情緒疾患。對於產婦、新生兒及其家人都有重大之影響，如何辨識產後憂鬱症的發作、治療及處理此階段產婦之特殊議題，例如：是否哺乳或是否可由產婦照顧新生兒等，均需要產科醫師與精神科醫師共同合作，提供產婦、新生兒及其家人完整之治療。

## 簡介

產後憂鬱症是屬於產後所發作的情緒疾患的一部份，一般而言，是指在產後一個月(4週)內所發生的情緒疾患，其診斷尚需與其它的週產期情緒疾患鑑別，在至治療上，由於考慮是否哺乳母乳等因素，有特殊的考量。

## 產後憂鬱症的流行病學、病因學及致病機轉與病程

據統計，大約50%—80%的產婦，在產後1個月內，會經歷到情緒低落的變化，稱之為產後心情不佳 (postpartum blues或baby blues)，絕大部分在一個月內自行緩解<sup>1</sup>。這種產後心情不佳的狀況，極罕見會轉變成產後憂鬱症，但是有可能會是以後的產後憂鬱症的危險因子。

根據國外的統計，19.2%的產婦在產後三個月內會有憂鬱的症狀，其中有7.1%的產婦在產後一個月的憂鬱症狀較為嚴重<sup>2</sup>，產後憂鬱症病因學目前尚不確定，危險因子包括：孕前即有其他情緒疾患，經產婦於前胎次有產後憂鬱發作等，病因學目前尚不確定，但應與其本身即有罹患情緒疾患之體質因子有關，例如：曾經發作產後憂鬱症、產前憂鬱或焦慮、缺乏社會支持系統等<sup>3</sup>，見表1。

## 產後憂鬱症的症狀、評估與診斷要件

產後憂鬱症指的是在產後一個月內所發作的憂鬱症，其核心症狀與其他憂鬱發作沒有不同，同樣是以沮喪、失去興趣、體力與活力的障礙，乃至於失眠、胃口差、以及自殺傾向為主；但是在產後發作的憂鬱症，更常合併有激動不安、自殺傾向、精神病症狀，並且要擔心會出現延伸性的自殺合併殺嬰 (extended suicide and infanticide) 一亦即憂鬱症的母親在症狀嚴重時，如果意圖自殺時，有可能會想把小孩一起帶走<sup>4</sup>。

如果合併嚴重型憂鬱症發作 (DSM-IV，見表2)，則註記為「嚴重型憂鬱症，產後發作 (major depressive disorder, postpartum onset)」<sup>5</sup>。

產後憂鬱症的症狀對於母嬰而言，最需要注意的是產婦是否出現強烈的自殺意念或者企圖，或者出現伴隨的妄想或者幻覺，如果產婦出現自殺意圖、妄想或幻覺，那麼，除了及早轉介精神科醫師進行評估之外，安排產婦以外的家人或專業人士協助照顧新生兒，乃至於採取必要措施保護新生兒的安全<sup>6,7</sup>。

## 產後憂鬱症對於嬰兒的影響

產後憂鬱症不只是母親的困擾，憂鬱症的母親在照顧新生兒上亦力有未逮，有可能會造成嬰兒睡眠困擾、哺乳困擾、情緒困擾、餵食困擾、以及怕生、不理人的困擾<sup>8</sup>。

長遠來看，產後憂鬱症也會影響到嬰兒與母親之間依附關係的問題，這種依附關係屬於不安全畏避型 (insecure-avoidant attachment)，產後憂鬱症所照顧的子女，在兒童期的認知、情緒、語言和社交技巧發展等各方面，都有可能比一般兒童差；甚至直到青春期，都還可能有影響<sup>9</sup>。Pawlby等人的研究認為：直到16歲，這些青少年自己得到情緒疾患的風險為一般青少年的4倍<sup>10</sup>，所以一旦發現產後憂鬱症，就有必要積極的治療與處理，以避免影響小孩的發展。

## 產後憂鬱症與其他產後精神疾患的鑑別診斷

如果產婦僅是在產後出現焦慮、不安等情緒症狀，不影響自我照顧及育嬰等人際社會功能，而且在1-2週以內症狀消失，這稱之為產後心情不佳 (postpartum blues或baby blues)，一般而言，是一種自限性 (self-limiting) 之狀態<sup>11</sup>。

有部分精神疾患，平時控制穩定，卻因為病人懷孕停藥而復發，如果復發的時間點剛好是在產後的一個月內，一般而言，不被視為產後發作的精神疾患，而稱之為精神疾患在產後復發。然而，也有一些病人在懷孕時，仍然服藥控制症狀，在產後的一個月內，因為此一時期的心身諸多壓力而症狀惡化，若已經達到憂鬱發作的診斷要件，則仍可稱之為「嚴重型憂鬱症，產後發作，復發 (major depressive disorder, postpartum onset, recurrent)」

另外，如果產後精神疾患的發作，其症狀以幻覺、妄想等現實感缺失之精神病症狀為主，則稱之為「產後精神病 (postpartum psychosis)」，如果這些精神病症狀在1個月內消失，按照DSM-IV-TR的定義，稱之為「短期精神病，產後發作 (brief psychotic disorder, with postpartum onset)」，僅佔產婦的0.1%—0.2%，依據研究顯示：產後發作的精神病是雙向情感疾患 (俗稱躁鬱症) 的一種表現，約有25%—50%發作產後精神病的產婦，過去有雙向情感疾患 (躁鬱症) 的病史<sup>12</sup>。由於症狀較為嚴重，產後精神病往往需要精神科住院治療。

## 產科醫師在產後情緒疾患扮演的角色

根據統計，僅有20%-40%的憂鬱症婦女會主動尋求專業協助<sup>13,14</sup>，產科醫師通常是產婦在產後各種醫療或健康問題的第一位或最主要諮詢者，當然也包括情緒或心理健康之問題。產科醫師若能自行辨別產婦出現情緒問題是屬於自限性，會在一至二週內改善的產後心情不佳，則通常給予適當的心理支持、新生兒照顧基本知識的衛教及產婦本身有關哺乳相關問題及產後身體恢復與調理之處理，即為足夠。

然而，若產婦的情況已達到嚴重型憂鬱症，產後發作 (major depressive disorder, postpartum onset) 之情形，則通常需要會診或轉介精神科醫師予以適當之治療，所以，若產科醫師一時無法辨別是否需要精神科治療，那麼，在醫療資源許可的範圍內，對於出現產後情緒問題 (包括：產後心情不佳或嚴重型憂鬱症，產後發作) 的病人，進行適當的轉介是有必要的。這類的轉介固然可以直接轉介給精神科醫師。如果執業場所的資源並不足夠，則視產科院所臨近、現有之資源，轉介給心理師、心理衛生社工師或者具有精神科護理專長的護理師等心理衛生工作人員協助先行判別，再決定是否轉介精神科醫療，也不失為可行之道。

另外，如果精神科醫師決定對於產後憂鬱症的患者進行治療，特別是包括抗憂鬱等藥物治療時，則產科醫師即扮演這一類治療中有關產婦服藥時是否可以哺乳母乳的諮詢者之角色。

## 產後憂鬱症的治療

產後憂鬱症的治療如同其他憂鬱症的治療一樣，包含生物、心理、社會三個層面的治療，由於病人是產婦，具有哺乳母乳的可能性，所以部分研究指出單獨使用個別心理治療，團體心理治療或家族治療，都可以對於憂鬱的症狀有所幫助，另外，對於不方便前來診間或治療室的憂鬱症產婦，國外亦有研究由受過訓練的心理師每周用電話追蹤給與情緒支持或者衛教，來改善其憂鬱的症狀<sup>15,16</sup>。

## 產後憂鬱症的抗憂鬱藥物治療與母胎安全性及哺餵母乳之關係

若病人對於心理治療效果有限，或者症狀嚴重而預期單獨使用心理治療收效不佳時，仍需考慮使用藥物治療。一般而言，若是單次發作的憂鬱症，原則上規則的使用抗憂鬱藥物6-12週，大部分病人之症狀可以緩解，並且通常建議持續治療6-9個月作為持續治療以避免早期之憂鬱症狀復發或惡化，這個原則對於產後憂鬱症患者的治療，也是一致的，當然，如果是復發的產後憂鬱症患者，治療的時間可能必須長達2年。

一旦考慮到需要拉長治療的時間，在治療期間是否適宜再次懷孕，乃至於可否在懷孕期間繼續使用抗憂鬱藥物，來治療憂鬱症或預防產後憂鬱症的復發或惡化，則必須考慮諸多因素，例如：藥物本身的安全性、產婦及其家人對於風險的承擔性、以及產婦的憂鬱症復發時症狀的嚴重性來決定。到目前為止，各種抗憂鬱藥物多在C或D級，亦有研究顯示：在懷孕期間使用SSRI類抗憂鬱藥物有可能會造成新生兒Small-for-Gestation，而使用非SSRI類抗憂鬱藥物有可能會造成新生兒早產或Small-for-Gestation<sup>17</sup>；然而，亦有研究顯示：未接受SSRI類抗憂鬱藥物治療的憂鬱症孕婦，其胎兒身體或頭部的成長可能較慢，相較之下，接受SSRI類抗憂鬱藥物治療的，雖然未見，其胎兒頭部的成長可能較慢，亦有早產的風險<sup>18</sup>，換句話說，並沒有絕對安全的藥物適合使用於孕產婦女。

另外，若產後憂鬱症的病人打算接受藥物治療時，是否可以持續哺乳？也是一個不太容易回答的問題。況且，臨床實務上很難在憂鬱症的治療初期，只給予抗憂鬱藥物而不給予抗焦慮安眠類藥物，所以大部分的情況下，如果產後憂鬱症的患者需要接受藥物治療時，勢必不建議繼續哺乳。惟如果單純只有使用抗憂鬱藥物的時候，則還是有研究指出可以在孕產期使用抗憂鬱藥物或產後使用抗憂鬱藥物時考慮哺餵母乳，在這種情況下，給病人使用抗憂鬱藥物時可以參考的原則，如表3<sup>19</sup>。一般來說，在哺乳期間，SSRI中的Sertraline和paroxetine，與TCA中的nortriptyline和imipramine，是最有證據醫學支持的藥物<sup>20</sup>。至於其他在治療憂鬱症所附帶的焦慮、不安或失眠的抗焦慮安眠類藥物，包括：Benzodiazepines類或Non-Benzodiazepines類的藥物，雖然有疑慮，但是一般認為產婦仍能安全哺乳<sup>21</sup>。

## 結語

產後憂鬱症的診斷和治療是一個團隊工作，一方面需要產科醫師與精神科醫師團隊的密切合作，才能早期發現個案並早期治療，另一方面，在治療的過程當中，也必須要考慮除了產婦之外，其家屬(尤其是孩子的爸爸)共同參與之重要性。

特別是，雖然上述很多研究都指出：在哺乳期的婦女，若患有憂鬱症(包括產後憂鬱症)，即使服用抗憂鬱藥物治療，仍不妨礙哺乳；甚至，若臨床上有需要，在懷孕期間使用抗憂鬱藥物，亦非絕對禁忌；仍然必須考慮在台灣特殊的執業情境：在這種情況下使用抗憂鬱藥物時，宜同時與產婦及其家屬(尤其是孩子的爸爸)，仔細說明、衛教可能的作用與副作用，及產檢須注意的事項，取得知情後同意的簽署，比較能避免日後爭議。

表1

產後憂鬱症的危險因子 (Modified from Beck 2001)
產前憂鬱症
缺乏自信
照顧小孩的壓力
產前焦慮
同時有其他生活壓力事件
缺乏社會支持系統
伴侶關係不良
憂鬱症病史
小孩氣質因素(所謂難養飼型的小孩)
產後心情不佳

表2

嚴重型憂鬱發作 (Modified from DSM-IV-TR, 2000)
以下9項症狀合乎5項以上，且第1項及第2項至少要包括一項，時間超過兩週以上，並且造成人際或社會功能的缺損。
1.憂鬱或情緒低落。
2.對大多數的事物比較感受不到興趣或不能感受到樂趣。
3.食慾下降或是增加(體重增減超過5%)。
4.入睡困難、半夜醒來、過早醒來、或是睡眠過多。
5.說話或是活動比平常遲緩、煩躁、無法平靜、或是坐立不安。
6.疲倦、缺乏活力。
7.沒有價值、或是有罪惡感。
8.難以專心或下決定。
9.想要傷害自己、有自殺的念頭、或是希望自己已經死去。

表3

孕期及哺乳期抗憂鬱藥物之使用 (modified from Bettina et al. 2012)
<b>孕期</b>
•選擇性血清素回收抑制劑(Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)：Sertraline 和citalopram 較為建議在第一線使用，宜避免使用paroxetine，使用此類抗憂鬱藥物時，胎兒心臟超音波追蹤是被建議的檢查。
•三環抗憂鬱藥物(Tricyclic antidepressants, TCA)：Amitriptyline 和 nortriptyline 和 imipramine 已知的風險較低(但是TCA過量時處理起來比SSRI難度高的多)。
•原則上盡量避免鋰鹽和Valproate等藥物，因為此類藥物致畸胎比例比較高。
<b>哺乳期</b>
•原則上，即使服用抗憂鬱藥物的母親哺乳，抗憂鬱藥物在嬰兒的血漿中只有極微量，甚或測不到，而Fluoxetine、Citalopram、Venlafaxine 和Escitalopram是例外。而主要的副作用報告，多半來自Fluoxetine和Citalopram。
•通常來說，常規的檢查嬰兒血漿中藥物的濃度是沒有必要的。
•對於早產兒、低體重兒、或者是有其他疾病的嬰兒而言，要特別注意。
•原則上，即使母親在服用抗憂鬱藥物也不代表不能哺餵母乳，但是如果母親所服用的抗憂鬱藥物為Fluvoxamine、Venlafaxine、Duloxetine、Mirtazapine 和Reboxetine時，就應該避免哺餵母乳。而鋰鹽在使用時需特別注意嬰兒是否處於脫水狀態，否則嬰兒會出現鋰鹽中毒。

## 參考文獻

- Henshaw C (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health, 6(Suppl.2):s33-s42.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol, 106:1071-1083.
- Beck CT (2001). Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res, 50:275-285.
- Chandra PS, Venkatasubramanian G, Thomas T (2002). Infanticidal ideas and infanticidal behavior in indian woman with severe postpartum psychiatric disorders. J Nerv Ment Dis, 190:457-461.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Trautmann-Villaiba P, Hornstein C (2007). Tönung des eigenen Kindes in der Postpartalzeit. Nervenarzt, 78:1290-1295.
- Hornstein C, Trautmann-Villaiba P, Hohm E (2009). Kasuistik zur Kindeswohlgefährdung bei postpartaler Depression. Forens Psychiatr Psychol Kriminol, 3:11-15.
- Field T (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices. Infant Behav Develop, 33:1-6.
- Brand SR, Brennan PA (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the Children? Clin Obstet Gynecol, 53:441-455.
- Pawby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. J Affect Dis, 113:236-243.
- Henshaw C (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health, 6(Suppl.2):s33-s42.
- Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER (2010). Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. Arch Womens Ment Health, DOI 10.1007/s00737-010-0199-6.
- Marcus SM (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. Can J Clin Pharmacol, 16:15-22.
- McGary J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L (2009). Postpartum depression and help-seeking behavior. J Midwifery Womens Health, 54:50-56.
- Dennis CL, Chung-Lee L (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative review. Birth, 33:323-331.
- Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL, et al (2006). Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. Arch Womens Ment Health, 9:303-308.
- Toh, Allen A, Mitchell, Carol Louik, et al, (2009) Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Preterm Delivery and Fetal Growth Restriction, J Clin Psychopharmacol. J Clin Psychopharmacol. 29(6): 555-560.
- El Marroun H, Jaddoe VW, Hudziak JJ, Roza SJ, Steegers EA, Hofman A, Verhulst FC, White TJ, Stricker BH, Tiemeier H. Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors, fetal growth, and risk of adverse birth outcomes. Arch Gen Psychiatry. 2012 Jul;69(7):706-14. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2333.
- Bettina HL, Helmut H, Markus W (2012). Recognizing and Treating Peripartum Depression. Dtsch Arztebl Int, 109(24): 419-424.
- Scalea TL, Wisner KL (2009). Clin Obstet Gynecol. 52(3): 483-497.
- Kelly LE, Poon S, Madadi P, Koren G. (2012) Neonatal benzodiazepines exposure during breastfeeding. J Pediatr. 161(3):448-51.

根據衛生署疾病管制局資料，中國大陸自2013年3月31日起陸續公佈人類感染H7N9流感病毒病例之後，部分病例發展為嚴重肺炎和呼吸困難等嚴重病徵，H7N9禽流感疫情引起各方注意。雖然上海傳出可能的家庭群聚，但不排除為侷限性的人傳人事件，目前無證據顯示有持續性人傳人現象。目前確認病例中，約有六成曾與禽鳥接觸或宰殺活禽；50歲以上個案約佔73%。病例臨床表現多為嚴重肺炎；近期確認之病例逐漸出現輕症個案，亦發現無症狀之病毒帶原者。疾病管制局依現有流行病學調查結果，評估仍為禽傳人感染。但是後續仍待進一步調查。

國內自今年4月3日起將「H7N9流感」列為第五類傳染病，迄今累計共125例通報病例。由於4月24日國內出現第一例H7N9確定病例，是境外移入，仍屬禽傳人，所以須謹慎，但也無須過度恐慌。由於孕產婦是流感高危險群，所以學會仍請大家多提醒孕產婦盡量不要前往疫區旅遊，平時也養成少接觸禽鳥，並做好個人防護措施，不生食雞蛋食品，勤洗手，以減少感染機會。

### 除了H7N9禽流感，百日咳也是需要學會多提醒大家注意的傳染病。

根據疾病管制局資料，最近幾年除了多起家庭群聚(家中父母或是祖父母傳染給嬰兒)外，亦發生過數起醫院新生兒病房、做月子中心以及中學學生之群聚感染。青少年及成人感染後，症狀類似感冒較為輕微，但嬰幼兒若感染易產生併發症甚至死亡，常因嚴重咳嗽、發紺、呼吸暫停、腦炎等併發症而接受加護治療。

由於醫護等工作人員是易接觸傳染源的高危險工作者，所以我們學會仍建議大家多注意加強防疫及防護措施。為防範新生兒病房及做月子中心的群聚感染，所有過去未曾接種過Tdap，或是距離最後一次破傷風/百日咳疫苗接種已超過10年，且會直接照護病人之醫療工作者，特別是婦產科、小兒科、急診、坐月子中心及嬰幼兒托育機構之員工，應依照疾病管制局建議，可施打一劑Tdap疫苗。懷孕婦女應於懷孕20週後接種一劑Tdap疫苗；若懷孕時未接種，生產後應立即接種一劑Tdap疫苗。產婦之家屬或準備懷孕之婦女及其家屬、一歲以下嬰兒之親密接觸者與照護者，也應該接受施打一劑Tdap疫苗。

由於嬰幼兒受到感染極易產生併發症，死亡率亦高，所以學會在此請大家一起來為防疫把關。十分感謝大家的幫忙。

## 台灣周產期醫學會第十三屆組織一覽表(一)

本屆組織(任期自101年12月21日至103年12月20日止)

理事長：蔡明松  
 副理事長：陳治平  
 秘書長：徐明洸  
 常務理事：周明明、陳勝成、詹德富  
 常務監事：鄧森文  
 理事：施景中、翁順隆、張基昌、許淳森、  
 陳明、楊明智、歐家佑、蕭國明、應宗和、謝景璋  
 諮詢顧問：李建南、徐振傑、張峰銘、許德耀、陳持平、  
 劉瑞德、謝燦堂、謝豐舟  
 副秘書長：王漢州、王鵬惠、何銘、林陳立、林靜儀、  
 洪泰和、張明浩、張炳心、張舜智、曹健民、  
 莊國泰、許貴程、  
 陳尚仁、陳春木、曾三立、謝保群、魏佑吉  
 幹事：余伯青、林思宏、陳志堯、陳震宇、蕭勝文、  
 賴宗炫  
 會計：張美玲  
 出納：蘇怡寧  
 後補理事：蘇河仰、蕭慶華、張峰銘、張舜智、許德耀  
 後補監事：卓福男、歐家佑

## 學術活動訊息

活動名稱：台灣婦產科醫學會102年度年會暨擴大學術研討會

時間/地點：3月16日~3月17日/大億麗緻酒店

備註：參加者可將參加證明或名牌傳真至學會，即可幫您輸入周產期專科積分20分

主題：周產期醫學會新知研討會—進階產前篩檢

時間/地點：4月14日 台大醫院國際會議中心

4月28日 高雄醫學大學附設醫院

5月12日 中國醫藥大學附設醫院

5月26日 財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

備註：周專積分10分(因四場題目相同,積分只認定一場,請周專會員擇一參加)

主題：高危險妊娠教育課程

時間/地點：5月4日-高雄醫學大學附設醫院

啓川大樓6樓第一會議室

主題：高危險妊娠教育課程

時間/地點：6月22日 台北馬偕醫院九樓大禮堂

主題：第三屆台韓日母胎醫學研討會

時間/地點：7月6日 韓國

主題：高危險妊娠教育課程

時間/地點：9月7日 台中榮民總醫院

主題：周專筆/口試甄試

時間/地點：10月13日 高雄醫學大學附設醫院

## 台灣周產期醫學會第十三屆組織一覽表(二)

本屆組織(任期自101年12月21日至103年12月20日止)

組織名稱：會員甄審委員會(入會、退會之審定)

主任委員：張基昌

副主任委員：洪韻翔

委員：蕭國明、李中遠

組織名稱：專科醫師甄審委員會

主任委員：詹德富

委員：李建南、楊明智、謝景璋、周明明、應宗和、陳勝成、卓福男、許德耀

組織名稱：會訊編輯委員會(會訊及網站)

主任委員：蘇河仰

委員：宋碧琳、林芯仔、林靜儀、陳宜庸、張美玲

組織名稱：學術及繼續教育委員會

主任委員：施景中

委員：蕭勝文、陳志堯、林思宏、何銘、許貴程、王培中、蔡慶璋、楊采樺

組織名稱：母胎醫學研究委員會(國健局產科照護品質之分析，如早產、妊娠高血壓...等)

主任委員：陳治平

委員：洪泰和、歐家佑、陳震宇、陳宜雍

組織名稱：優秀論文及傑出新秀甄審委員會

主任委員：陳勝成

委員：陳明、應宗和

組織名稱：孕產婦健康促進委員會(母乳哺餵政策、懷孕期間營養補充、孕產婦疫苗施打政策...)

主任委員：許淳森

委員：祝春紅、黃貴帥、楊誠嘉、蘇鴻文、曹健民

組織名稱：唐氏症篩檢品質監督委員會(胎兒頸部透明帶認證及唐氏症篩檢品質之監督)

主任委員：李建南

委員：徐振傑、黃建霈、蘇河仰、詹德富、何銘

幹事：蕭勝文、林佳慧、林芯仔、林思宏

組織名稱：高危險妊娠照護委員會(緊急醫療能力分級評鑑條文訂定)

主任委員：楊明智

委員：陸振翹、謝燦堂、許淳森、周明明、陳勝成、許德耀、卓福男

組織名稱：產科照護品質提升委員會(產前檢查、產科急症、剖腹產率...)

主任委員：周明明

委員：施景中、應宗和、陳明、何銘、卓福男、楊明智、陳治平、詹耀龍、詹德富

組織名稱：2016年亞太周產期醫學會籌備委員會

主任委員：李建南

委員：陳持平

組織名稱：遺傳性疾病檢驗機構評核委員會

主任委員：陳持平

委員：陳明、蔡明松、蘇怡寧

組織名稱：發展本土化友善生產模式推動委員會

主任委員：許德耀

委員：施景中、洪志秀、洪秉坤、徐明洸、高川琪、高美玲、郭素珍、陳勝成、楊誠嘉、蔡明松、鄭博仁、蕭慶華