

美國疾病管制局在今年2月透過其Morbidity and Mortality Weekly Report <MMWR 62(7), Feb. 22, 2013>重申建議(updated recommendations)孕婦在懷孕期間施打百日咳疫苗，以避免嬰幼兒感染，產生嚴重臨床後果。其中依證據顯示：母體血中抗體濃度至少需要兩週以上才，能達到最大量，但是要在懷孕30週以上，才能有足夠的母體IgG經由主動運輸到達胎兒體內。同時證據也顯示，在第一及第二孕程施打疫苗，母體血中抗體濃度在足月生產時，已經降得很低，所以他們建議最佳的施打期間是在第三孕程，大約是懷孕第27週到36週施打，這可以提供我們參考。當然如果懷孕期間沒打，產後應建議儘早施打。

我們在上個月會訊中已提到：國內衛生署傳染病防治諮詢會預防接種組於去年11月亦做出懷孕婦女應於懷孕20週後接種一劑Tdap疫苗的建議；若懷孕時未接種，也建議生產後接種一劑Tdap疫苗。但是這是會議決議，是否成為政策之參考，仍需進一步了解。

近期在我們學會的理監事會議中，相關議題也被提出來討論。會中建議應確實了解政府(衛署)的立場及建立本土性的資料，以便了解台灣是否也有積極建議孕婦施打百日咳疫苗的需要或迫切性。所以我們現階段應該先依此準則，進行後續探討及確立方向。

此外，隨著母乳哺育的普及化，我們產後病房為了照料產婦哺乳，工作量與日俱增。為了減輕我們會員的負擔，加強相關護理衛教人員的訓練，似乎是無可避免。這次理監事會中也達成決議，加辦課程以達到知識、技術及經驗傳遞的目標。所以我們學會也將陸續舉辦相關講習課程，會員也可以抽空來切磋一下，讓”週產期”的照料能更加完備。

在此也謝謝理監事會及大家會員的支持。

學術活動訊息

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

- 1.有關住宿及報名表請自行至學會網站下載，表格填妥後盡快e-mail至主辦國(韓國)
- 2.請自訂機票(請參考以下航班)，並來電告知學會參加人數及是否要投稿

去程—7月5日長榮航空-桃園國際機場/仁川-BR1700730/1100

回程—7月7日長榮航空-仁川/桃園國際機場-BR1591945/2120

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：醫師繼續教育課程(專科醫師考前重點)

時間/地點：暫定9月29日於台大醫院兒醫大樓B1階梯講堂

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

2013年6月/第201期

印刷品

目錄

理事長的話

1

新境界

B型肝炎與懷孕母親及
嬰兒

2,3

高危險妊娠

妊娠期乳癌

4,5,6

會議記行

參與第十九屆國際幹細胞
移植醫學會-學術風情之旅

7

秘書長報告

學術活動訊息

8



理事長的話

蔡明松

自從全民健保實施按件計酬以來，未依風險高低及醫師所花的時間精神、難易程度而給予相對的給付，再加上近年來功利主義高漲，醫師這行業已非以往懸壺濟世之高道德且受人尊敬的行業，因此醫學生面對選擇科別時所考量的因素更趨複雜，除了最好是錢多、不需值班、醫療糾紛少或容易開業等之外，家庭成員的意見亦可左右其選擇，而個人興趣已成為最後考量因素，造成內外婦兒急五大科皆空的窘境，實非民眾之福，但目前衛生署仍束手無策。針對三軍總醫院招募住院醫師時，選到婦產科的醫學生當場痛哭的一則新聞，我更是感觸良多，目前產科的產檢項目給付太低次數也不夠，待產過程時間冗長皆沒有給付醫師及護理照護費用，再加上醫師接生費偏低，所以無法吸引年輕醫學生加入此行列，即使想要加入婦產科行列，也因為媒體渲染婦產科是一個夕陽工業而受到家人的阻撓。目前具有婦產科專科醫師資格者而從事產科業務的人數正逐年下降中，平均年齡已超過55歲，近年來每年加入婦產科住院醫師訓練的醫學生只有20多位，80%以上都是女性，除了對產科興趣缺缺以外，結婚之後更是不可能做產科，所以產科醫師面臨嚴重的斷層問題。

為解決此問題，需由兩個方面著手，(一)在民眾端方面，國家必須盡快擬定一個良好的婦女生育補助計劃來解決少子化的問題，(二)在醫師端方面，我認為產科給付應跳脫健保模式，改由生育定額補助由孕婦自行選擇至不同層級醫院診所產檢或生產，回歸產科市場自然機制，待產過程中應有醫師費用，母乳哺育等產科衛教也應有給付，對於高危險妊娠的個案所耗的醫療照護頗多，醫師費給付應該提高一倍以上等，此外應朝生產醫師指定費、工作時間外接生費用免稅方案去努力，如此才有機會吸引年輕醫學生加入此行業，有賴大家共同努力，形成共識積極的爭取產科醫師的福利，希望有扭轉乾坤的機會。

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。



美國 | 香港 | 泰國 | 澳門 | 台灣



B型肝炎與懷孕母親及嬰兒

台大醫院小兒部 張美惠教授

B型肝炎病毒(以下簡稱**B**肝病毒)感染是肝炎及肝癌的重要原因；**B**肝病毒e抗原陽性是高病毒量及高傳染性之標記。在台灣過去沒有**B**肝預防注射的時代，**B**肝病毒e 抗原陽性母親所生嬰兒約**90%**變成慢性帶原者。若學齡前兒童新感染**B**肝病毒後，則**25%**變成慢性帶原者。**18**歲左右大一新生新感染**B**肝病毒後，則變成慢性感染的比率更降低，大約只有**2.8%**變成慢性帶原者；所以感染年齡影響了感染之後的慢性帶原率。

一、B肝病毒母嬰傳染

母嬰傳染是造成慢性**B**型肝炎及肝癌最重要的傳染途徑。即令是在已有**B**肝預防注射執行超過**28**年的今日，母嬰傳染仍然是導致台灣慢性帶原之嬰兒(預防注射失敗者)的主因。

台灣建立了世界上第一個全民**B**型肝炎預防注射系統。聯合國世界衛生組織之統計顯示至**2011**年已有**180**個國家執行嬰兒全民**B**肝預防注射的政策，約有**75-80%**的世界嬰兒人口接受了三劑或三劑以上的**B**肝疫苗。從我們過去系列性的研究成果顯示，在**B**肝預防注射政策執行後出生的兒童與年輕成人(**0**至**25**歲)其**B**型肝炎慢性感染率已經由原來的**10-20%**下降至大約**1%**左右。兒童及青少年的肝細胞癌發生率也下降至原來的三分之一左右。

根據我們最近的研究成果顯示，高危險群(**B**型肝炎e抗原及s抗原雙陽性)母親的嬰兒，雖然接受了完整的**B**肝預防注射(包含**24**小時內之**B**肝免疫球蛋白及三劑**B**肝疫苗)，仍然約有**10%**的嬰兒變成**B**型肝炎帶原者，亦即”**B**肝預防注射失敗者”。這主要是發生在母親為高病毒量的**B**肝帶原者之嬰兒，其母親傳染力特別強，因此我們目前正在執行臨床試驗，希望能了解「高病毒量之母親在第三孕期時服用口服抗**B**肝病毒藥物能否減低其嬰兒受**B**肝病毒感染的風險」。

二、懷孕母親延後篩檢B肝標記會造成其早產嬰兒的風險

過去懷孕母親篩檢**B**型肝炎標記是在孕期**28**

週之後。這對於早產兒的**B**肝預防是太晚了，也非常不利。由我國現行衛生署新生兒**B**肝預防政策看來，若母親的**B**肝標記不明(未檢測)，不會給予其新生兒**B**肝免疫球蛋白注射，只會給予**B**肝疫苗；而**B**肝疫苗是在嬰兒體重 到**2,000**公克或早產兒出生後滿一個月大時開始給予。美國政府對於母親**B**肝標記不明者，也無法給予**B**肝免疫球蛋白，只能儘快檢測之，若結果能快速出現，才能適時給予。但我們都明白**B**肝免疫球蛋白必須在高危險群母親的嬰兒出生後**24**小時內儘速給予，愈早愈好，所以孕婦**B**肝標記之檢測應在孕期**24**週之前完成較為理想，否則很難在嬰兒出生**24**小時之內給予**B**肝免疫球蛋白，如此則無法保護 e抗原陽性**B**肝帶原母親的早產兒免於受感染母親**B**肝病毒。

三、B肝病毒e抗原陰性表面抗原陽性母親嬰兒的B肝預防注射

若懷孕母親為e抗原陰性之**B**肝帶原者，目前我國政府並不會給予其新生兒於**24**小時內注射**B**肝免疫球蛋白。醫護人員可在嬰兒出生前詢問父母親是否願意在嬰兒出生**24**小時內接受自費施打一劑**B**肝免疫球蛋白。美國政府與台灣不同的是給予e 抗原陰性**B**肝帶原母親的嬰兒一劑免費**B**肝免疫球蛋白；但我們最近的研究仍顯示這些母親的嬰兒比e抗原陽性母親的嬰兒受**B**肝慢性感染的機會低很多，如果施打**B**肝免疫球蛋白及**3**劑**B**肝疫苗變成**B**肝帶原者的機會是**0.14%**；若未施打**B**肝免疫球蛋白，只接受**3**劑**B**肝疫苗，則變**B**肝帶原者的機會是**0.29%**，亦即是否為e抗原陰性之**B**肝帶原母親的新生兒打**B**肝免疫球蛋白，對於嬰兒是否變成慢性帶原，至目前為止並無造成統計學上有意義的差別。

四、高危險群母親之嬰兒的B肝標記篩檢是必要的

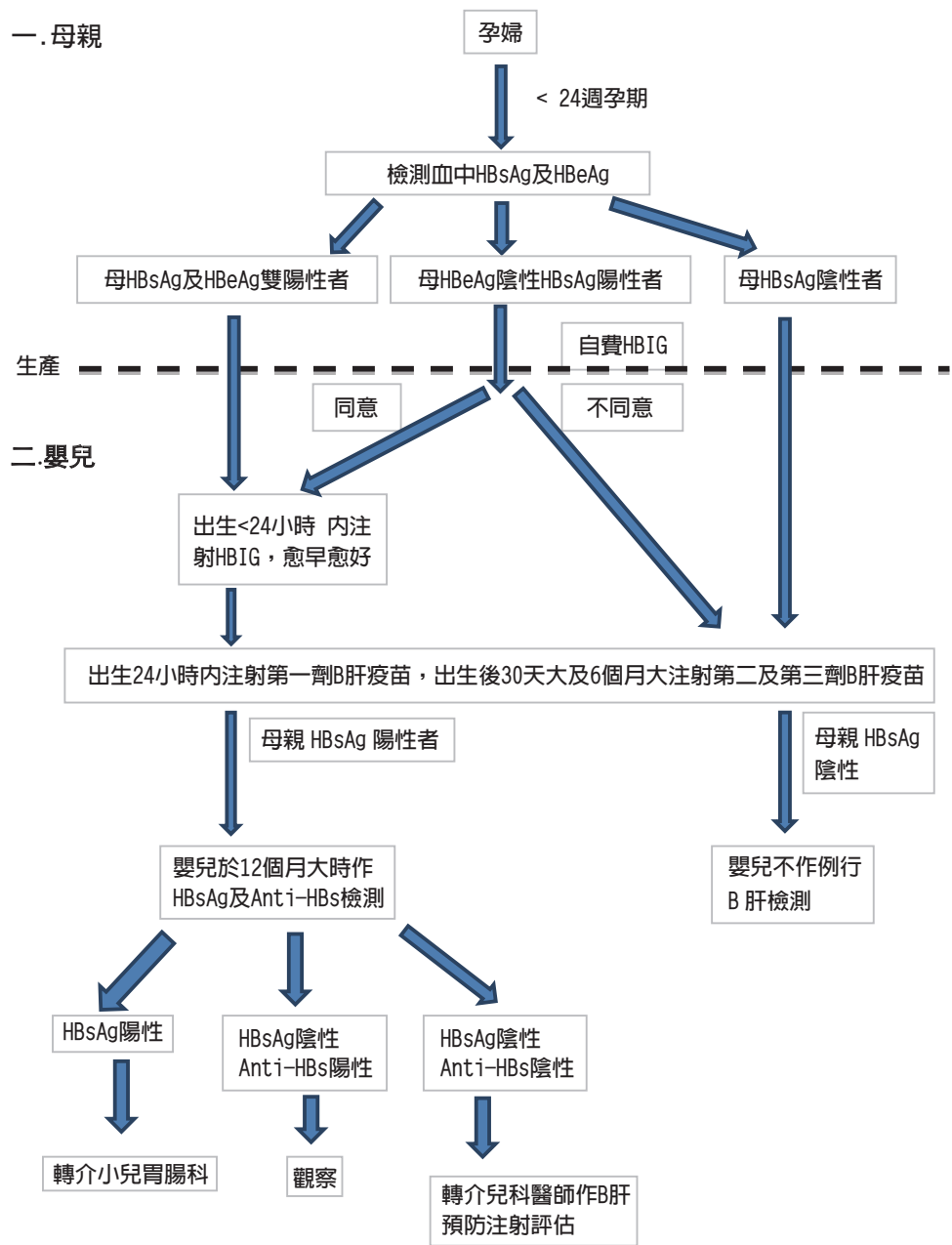
高危險群母親(**B**肝表面抗原陽性尤其e抗原陽性者)的嬰兒應於**12**個月大時接受抽血檢測**HBsAg**及**anti-HBs**。若嬰兒之**HBsAg**為陽性，應轉介至小兒胃腸科醫師追蹤；若嬰兒**anti-**

HBs為陰性(<**10mIU/mL**)，表示嬰兒過去**B**肝預防注射並未產生保護性抗體；可能需重新注射**B**肝預防注射，可轉介小兒科醫師處理。

五、結論

要根除**B**型肝炎病毒感染及相關肝癌及肝病，消除母嬰**B**肝病毒傳染是最重要的關鍵工作。讓我們共同努力來 成阻斷**B**肝母嬰傳染的目標。

圖一.懷孕婦女及其嬰兒之B型肝炎篩檢及預防注射之建議流程圖



表一.懷孕婦女及其嬰兒在B型肝炎方面應注意的事項

- 1.孕婦B型肝炎標記之篩檢
孕婦產前檢查應在孕期**24**週之前完成**B**肝標記(**HBeAg**及**HBsAg**)篩檢。如此才能使高危險群帶原母親的新生兒，即令在早產的情況，均能於出生後**24**小時內接受**B**肝免疫球蛋白注射。
- 2.新生兒
1)母親為e抗原陽性之**B**肝帶原，其新生兒應於出生**24**小時內，愈早愈好，接受**B**肝免疫球蛋白及**B**型肝炎疫苗第一劑的注射。
2)母親為e抗原陰性之**B**肝帶原者，先詢問父母親的意願，同意自費注射**B**肝免疫球蛋白者，在取得同意書之後，於**24**小時之內(愈早愈好)注射一劑**B**肝免疫球蛋白，不同意者則不注射之。所有新生兒均於出生**24**小時內注射第一劑**B**肝疫苗。
3)母親非**B**肝帶原者，其嬰兒應接受三劑**B**型肝炎疫苗。

表二.B 肝帶原孕婦於懷孕期間之處置建議

- 1.準備懷孕之婦女若已知為 **B** 肝帶原者,應小心定期監測 **HBeAg** 及肝發炎指數(**ALT,AST** 等),若能在肝功能指數正常時懷孕較佳。
- 2.若 **B** 肝帶原者懷孕,應定期監測 **HBeAg** 及 **ALT,AST** 等,看是否有上昇現象。
- 3.若 **ALT,AST** 有上昇現象,應請肝膽科醫師評估是否檢測 **HBV DNA**濃度及是否需使用孕期藥物 **B** 類的口服抗病毒藥物。
- 4.懷孕期間不適合使用干擾素治療 **B** 型肝炎。

妊娠期乳癌

三軍總醫院 血液腫瘤科 戴明榮博士

妊娠相關乳癌的定義為懷孕期間或分娩後一年內被診斷為乳癌，婦女在生育年齡期間癌症是第二常見的死亡原因，乳癌也是在懷孕期間最多被診斷出來的癌症，由於時代變遷婦女懷孕生育的年齡延後，而癌症的發病率隨著年齡的增加，懷孕加上惡性腫瘤這種複雜情況將愈來愈普遍。這裡我們將介紹懷孕期間乳癌的診斷、治療方法及其對胎兒會造成的影響、婦產科的問題以及預後。由於相關臨床試驗有違倫理幾乎不可行，只有長期追蹤或回溯性研究可以來釐清一些醫療上不確定但重要的因素。

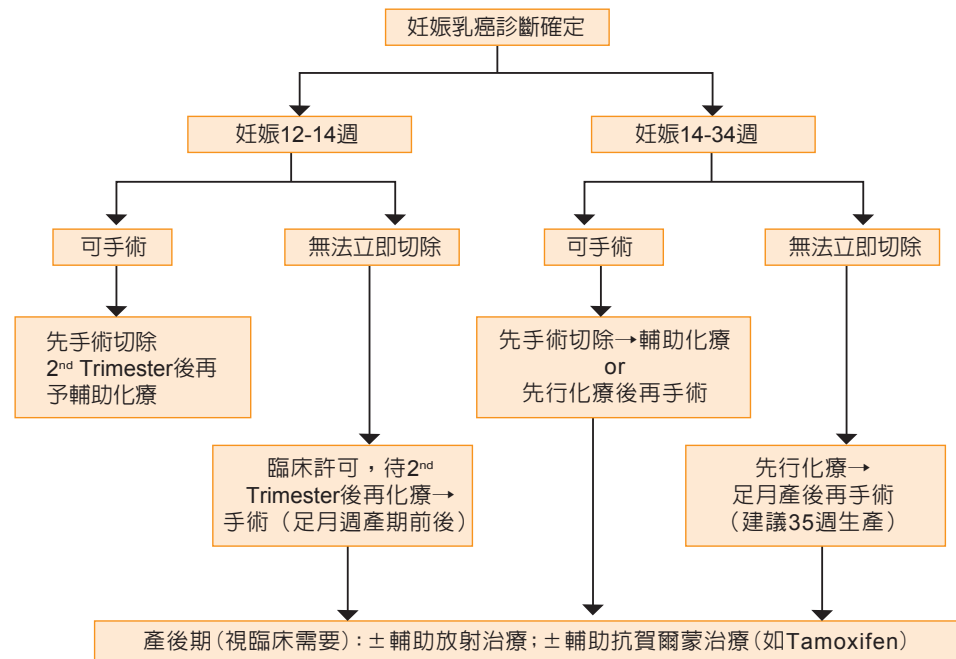
在懷孕期間的乳癌並沒有具體的危險因子，遺傳或環境的危險因素等同於總人口數中同年齡的乳癌患者。個別的像是**BRCA1**或**BRCA2**基因突變可能會增加罹患乳癌的風險，但不會增加懷孕期間得到乳癌的發生率。在懷孕期間的乳癌一般表現為無痛性腫塊，然而因懷孕生理變化，包括腫脹、肥厚、溢乳等，因此，常比一般患者來得延誤診斷，一旦乳癌轉移其預後比在非妊娠婦女的乳癌較差。在臨床上妊娠期間出現可疑或持續性的乳房腫塊，要密切追蹤並必要時加上病理切片檢查。雖然在妊娠期間約有**80%**的乳腺病變是良性的，但醫生乃可安心地使用超音波、乳房**X**光檢查和切片檢查以排除乳癌的可能性。妊娠期因賀爾蒙的變化會改變乳房的水與脂肪組織結構。當孕婦出現乳腺腫塊及腋下淋巴腺病變主要以乳房超音波進行評估，並加上乳房**X**光攝影來排除懷孕期間的兩側和多中心的乳癌，執行乳房**X**光攝影加上適當腹部屏障仍可視為安全(胎兒輻射劑量為**0.00004 Gy**)，但仍要注意可能的偽陰性及七成檢測敏感性。當超音波檢查有疑慮時，**MRI**造影劑在懷孕期間是可以安全執行的，惟一般使用之**Gadolinium**不建議使用。如果**MRI**必須時，包括經批准的造影劑**gadobenate dimeglumine**（歐洲藥品管理局和美國食品及藥物管理局批准的）和**gadoterate meglumine**（歐洲藥品管理局批准）是可以使用的。在懷孕期間做乳房切片取得組織學診斷其敏感性約在**90%**左右，這樣的診斷程序造成

乳漏是罕見的。值得注意的是在妊娠期和產後雌激素誘發生理性的乳房過度增生的變化，可能會導致細針穿刺細胞學檢查產生假陽性或假陰性結果。一般來說，放射性的檢查是可行的，但應該考量到其檢查結果可能會影響到臨床決策再考慮去做，當評估腫瘤轉移的可能性很低時，應考慮延後到生產後再執行。放射科醫師和腫瘤科醫師應參與整個治療計畫並審慎的評估減少胎兒去增加暴露於毒性和輻射的風險。**PET**不管是在懷孕或一般婦女乳癌都不是一個標準的檢查。

懷孕乳癌的病理組織學與年齡超過**35**歲的非妊娠婦女是類似的，大多數孕婦患者為浸潤性導管腺癌（**Infiltrative ductal carcinoma**），且往往是屬於侵襲性較強的，例如，常見的分化不良**Grade III** 腫瘤（**40-95%**）、淋巴管浸潤且有很高的機率雌激素受體陰性率。妊娠相關性的乳癌通常較大腫瘤和淋巴結轉移發生率比非孕婦患者來得高（**53-71%**）。在**HER2**的表達研究結果尚無定論，過去數據顯示有近四成的病患其**HER2**為陽性，此結果與年齡大於**35**歲的未孕乳癌患者約略相同。

治療策略是依癌症生物學、腫瘤分期、妊娠階段、病人和她的家人(含娘家及婆家)的意願來決定。因為治療有其一定的複雜性所以病患的輔導是很重要的。所有參與評估和治療的醫學成員應包括多學科團隊（腫瘤、產科、兒科、遺傳），倫理、心理和宗教等問題。建議治療應與一般乳癌患者的標準相同。胎兒的健康是必需要考量的一個問題，例如，將治療延緩幾個星期(到第二孕期)以等待胎兒成熟度較佳時進行。因此，在診斷後或產後應盡量避免胎兒早產或不必要的治療延誤。病患在懷孕期間診斷出乳癌時，雖然她有權決定是否終止妊娠、繼續懷孕，但是病人和她的伴侶，應了解不同的治療方案所帶來的結果，研究顯示在懷孕期間終止妊娠並不會增加病患存活率，因此醫生應該說明終止妊娠不會改善孕產婦的疾病造成的結果，且與診斷出的癌症期別無關。懷孕女性在診斷與治療預後良好的情況也許更可

鼓勵終止妊娠，但預後不佳的婦女更應多加解釋與審慎考慮終止妊娠。(圖為簡易臨床指引，但是仍需就臨床實際情況做合理之醫療決策。摘錄自**Clinical Obstetrics and Gynecology 2011;54(4):546-555**)



在一般情況下，在妊娠的任何階段皆可安全地進行手術，大多數麻醉劑對胎兒是安全的。乳房外科醫生、麻醉師和產科醫生應共同討論有關於預防缺氧、低血壓、低血糖、發熱、疼痛、感染和血栓形成，因為這些事件可能對胎兒未來的發育產生嚴重的影響。臨床醫生在手術過程中的應使用胎兒心臟率監測以檢測是否胎兒窘迫。早產可能會引起疼痛，因此需要足量的止痛劑。術後宮縮測量將可辨識任何被宮縮掩蓋掉的疼痛。此外，由於懷孕開始有一項額外的高危險性，即是血栓形成，預防血栓形成使用低分子量肝素是必要的。乳癌手術的選擇，懷孕期間應與一乳癌患者遵循相同的準則。大多數孕婦會先接受化學治療，到分娩後再接放射治療。如果病患考慮到乳房重建植入物，應當在分娩後再執行。在懷孕期間手術中使用前哨淋巴結採檢多為安全的，在懷孕期間應避免使用藍色染料。

懷孕期間的化學治療影響各不相同：在器官形成期（受孕後**10**天至**8**週）化學治療可能導致胎兒損傷先天性畸形。懷孕的第二和第三孕期胎兒的化療影響為生長遲緩和不成熟。雖然在妊娠化學治療期間不會造成胎兒畸形，

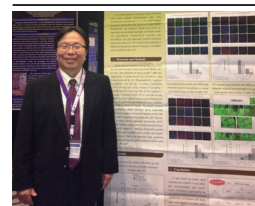
但有報告指出少數會造成胎兒生長遲滯、胎兒窘迫和新生兒死亡、早產、胎兒造血抑制。治療也可能會造成神經發育問題、癌化、不孕症和基因缺陷。對於懷孕期間的乳癌，其化學治療準則應與一般乳癌患者相同，並考慮到胎齡

和整體治療計畫（如，手術時機，是否需要放射線治療），化療治療時機選擇應在手術後輔助(**adjuvant**)或手術前新輔助(**neoadjuvant**)療法。臨床醫生可以使用標準的治療方式如**Fluorouracil**與**Epirubicin**或**Doxorubicin** 加上**Cyclophosphamide**，**Epirubicin** / **Doxorubicin** 加上 **cyclophosphamide** 和 **Taxanes**。有些研究人員建議每週給予 **epirubicin**這樣的治療基礎下對胎兒是安全的。**Taxanes**在懷孕期使用仍有風險性，**Methotrexate** 在任何懷孕期都應避免。在妊娠期乳癌的病患給予劑量密集（**dose-intensified**）的治療方式在改善無病存活期(**disease-free survival**) 和總體存活率(**overall survival**)可能是有幫助的，尤其是在與激素受體(**ER**)陰性的病患。藥物劑量應以實際體重來計算，並配合在懷孕期間的體重變化。**Anthracyclines**類藥物環類和**taxanes**藥物具有分子量高，高蛋白質的結合能力，因此對胎兒的影響很低。為了保護胎兒，並考慮到化療毒性，治療應到懷孕足**14**週才能考慮。產前暴露於化療後所造成之後長期追蹤結果的數據仍欠缺。母親在懷孕期間惡性血液性疾病接受化療，平均追蹤**19**年後的研究中，並

參與第十九屆國際幹細胞移植 醫學會-學術風情之旅

奇美醫學中心婦產部 陳勝咸 主任

調控上以及腫瘤疫苗的開發更有相當驚人的成果，不過在商品的開發過程中仍得需要一段時間，參與如此大的國際會議及置身在學術殿堂時，心裡總是深深地受到感動，這些默默辛苦研究的科學家們正在為人們的疾病尋求治療的方法，其實名利是次要的，為人類的健康的努力貢獻才是他們真正想要的。



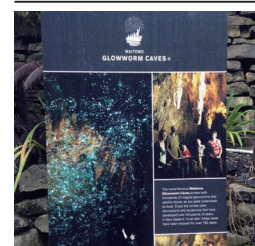
圖一、紐西蘭-奧克蘭市, 參加第19屆國際幹細胞移植學會。



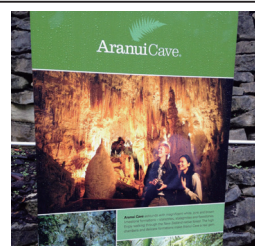
圖二、奧克蘭北岸的郊區陽光普照，充滿海邊風情從Cheltenham一直延伸到Torbay的沙灘海灣。

有著吳先生的導覽，當然不能錯失紐西蘭北島的天然景觀及人文風情，就在會後一天接受吳先生的熱情邀約，欣賞及飽覽北島風光，諸如螢火蟲洞、水晶洞等的天然景觀。也同時大啖紐西蘭的海產活魚。不過話說如此，如果沒有吳先生的招待荷包恐怕會大失血，因為紐西蘭的消費水平相當高。

在此次的學術風情之旅，不同以往的枯燥乏味更讓我體會到行萬里路勝讀萬卷書，因為在此短短的幾天中讓我飽覽了好幾百位的學術研究作品，發我未來研究的方向及創新的理念，這是不同於躲在自我家園只能孤芳自賞，而且又可將自己的創作與他人分享。也希望個人的絲毫經驗能與各位前輩及同儕分享，更期待年輕醫師們除了臨床外，能投入基礎研究的努力，更為人類的健康有所貢獻。



圖三、Glowworm Caves此處是全世界唯一可以讓團員靠近這種不會飛螢火蟲，面對面去欣賞由螢火蟲所散發的奇異亮光的地方。



圖四、Aranui Cave主要以洞內造型特殊的鐘乳石聞名，為大自然最美麗的天然裝飾品，驚奇的鐘乳石洞，步道相當好走，可以很輕鬆地欣賞鐘乳石之美。

四月二十日一大早，帶著相當愉悅的心情前往高雄小港機場，因為今天是我參加在紐西蘭北島奧克蘭市所舉行的第十九屆國際幹細胞移植醫學會（I S C T），在以往參與國際醫學會的經驗，讓我也到過二十個以上的國家，其中不乏同樣國家去過好多次，而這次在紐西蘭舉辦是從來沒去過的地方，除了學術突破的期待外更增添了許多對前往瀏覽紐西蘭原始風貌的憧憬。

個人對幹細胞的研究已近十年，而自2005年後每年在國外的幹細胞醫學會裡，都有一篇論文發表而今年在I S C T有兩篇被接受，也讓個人的研究再登質與量的增長，而且在此次與會的台灣學者相當的少，更可見台灣的幹細胞研究應該有投入及開發的空間。

一下飛機，就感受到整個紐西蘭的空氣完全嗅不出任何一絲的工業氣息，難怪有人戲稱紐西蘭是有錢人家的退休天堂，此次學術之旅很幸運的接受友人吳松熙先生有如自家人的真誠招待，由接機、食宿、接送至會場均由他一手包辦。讓看似枯燥乏味的行程變得精彩而卓絕，在此向他致上誠摯的謝意。

與會的三日期間，不但學習了很多新知，也應証了我們的研究是與世界同步的，讓我更有興趣及信心繼續進行研究。在此次的研究報告中，尤其著重點在間葉幹細胞的臨床運用，無論在免疫性疾病、發炎性疾病、組織工程的擴建與再造，第一線可用的組織細胞就是間葉幹細胞，也因著它的低抗原及抗發炎效果不但在自體或異體移植，均獲得相當不錯的效果，而身為婦產科醫師當然理應尋求自我領域的間葉幹細胞組織來源，此次的個人研究報告均著重在臍帶間葉幹細胞的神經修復效果，在脊椎神經損傷的動物實驗中，經搭配雌激素的合併治療，有著讓人的相當興奮的成果，在此也感謝生寶臍帶血公司多年來技術面的支持才得以讓實驗順利的開發。

另外值得一提，此次的與會學者報告中，周邊血的開發也是不錯的進展，尤其在免疫的

沒並有不良事件的發生，但目前對於在懷孕期間使用它們來治療是否會造成婦或胎兒的影響其證據仍然不足。在類固醇藥物來說，Methylprednisolone和 Hydrocortisone會在胎盤被代謝，是在懷孕期間使用的首選類固醇。Dexamethasone 和 betamethasone會穿過胎盤。如在第一孕期重複給藥，這些類固醇會造成胎兒注意力困難、腦性麻痺和奮裂的發病率增加。

患者應在高危險妊娠產科照顧，懷孕的患者應特別追蹤，包括胎兒的肺成熟及分娩方式。腫瘤治療開始前，要先進行胎兒結構的發展和成長評估，以排除預先存在的異常。如使用anthracyclines類藥物時，應注意產婦本身心血管系統的情況（如子癇前症）。足月分娩（孕期> 37週）是很重要的，因為早產兒會影響兒童的認知和情感發展。當在懷孕第三期被診斷出乳癌，在胎兒完全成熟前給予一個週期化學治療有時是必要的，在35週生產和產後開始化療也是可行的。化療每三週的間隔，應預留分娩前最後一週不治療以避免與媽媽和寶寶的造血功能抑制（出血、感染、貧血），及避免藥物蓄積在胎兒。同時，所有妊娠乳癌有轉移的患者建議應做胎盤的檢查確定無胎盤轉移。產後腫瘤治療，包括化療和放療，可以在分娩後立即治療。剖腹產的產婦應在一個星期內，建議繼續治療腫瘤。在懷孕期間化療後，因藥物可能積蓄於母乳中，安全起見不建議哺餵母乳。

因目前懷孕年齡的增加，妊娠乳癌的發生率逐漸上升，我們對於孕婦有異常乳房硬塊應特別注意以免延誤診斷時機，乳癌的手術或化學治療在懷孕期間是可行的，終止妊娠是不太可能影響乳癌預後。妊娠期乳癌並非緊急，應與醫療團隊花時間討論使不致延誤治療時機因而惡化。多科的會診與討論治療策略，目的在減少胎兒的傷害與確保產婦得到適當的治療。在堅持一般癌症患者的治療標準外，但也需考慮到胎兒的安全與未來發育，醫師應盡可能在乳癌治療、保護孕婦、與預防胎兒長遠併發症中多方兼顧，以達最佳的全面照顧。

無發現任何先天性、神經、免疫、或心理的異常，其中還包含了學習和教育行為，大多數孩子發育正常。在母親接受化療後評估胎兒心臟的研究調查結果顯示，anthracycline類藥物與急性心肌功能障礙有相關性。然而，追蹤在子宮內時母親接受anthracycline類藥物治療的81名兒童的心臟超音波檢查（年齡9-29歲，平均17歲），沒有發現異常。一般而言化學治療應在預期生產前三至四週停止以避免產後時期骨髓抑制及可能併發症。

雙磷酸鹽類Bisphosphonates(如Zoledronate, Pamidronate)與內分泌療法共用能有效的治療停經前乳癌患者，但到目前為止，還沒有被批准用於治療原發性乳癌。Bisphosphonates類藥物在懷孕動物的研究結果顯示可造成母體毒性、胎兒發展停滯、胚胎死亡、低鈣血症、骨骼發育遲緩等。因此，Bisphosphonates為懷孕期的禁用藥物，美國食品和藥物管理局被評為C類對妊娠有風險。在停經前婦女在受孕前或懷孕期間使用Bisphosphonates類藥物，可能會造成其有致畸的風險，因為它會造成骨骼鈣化。如果是懷孕的轉移性乳癌患者，其藥物所造成的低鈣血會影響子宮的收縮，應予以避免。在懷孕期間，賀爾蒙類藥物，如選擇性雌激素受體調節劑(SERMs)或Goserelin(如Zoladex, Leuplin)會干擾荷爾蒙的環境，所以這種治療方法應該等到出生後再使用。在懷孕期間使用Tamoxifen有可能誘發胎兒的危害與先天缺陷，包括顏面畸形和外生殖器性別不清和胎兒死亡。

關於懷孕期間的標靶治療，HER2陽性的乳癌孕婦應避免使用Trastuzumab (Herceptin)治療，因可能造成腎功能衰竭、羊水減少、及早產。懷孕的乳癌患者也不應使用新的乳癌標靶藥物，如Bevacizumab (Avastin)及酪氨酸激酶抑制劑Tyrosine kinase inhibitor，因為目前為止仍沒有此藥物的懷孕安全性測試。

依據臨床醫生的經驗報告，一般乳癌病患和懷孕患者其化療引起的副作用並無明顯差別。懷孕時藥物使用的準則，除非沒有嚴格規定，否則應僅用於輔助性的治療。在懷孕期間，臨床醫生使用生長因子(如G-CSF, GM-CSF, EPO)治療患者，對於白血球和紅血球