

保卡按一般就醫程序辦理，並負擔部分負擔費用，不包括在孕婦產前檢查範圍內。

七、孕婦之產前檢查自三月開始實施，而孕婦手冊自五月開始使用，如孕婦至院所產檢時，代碼41之血液常規及尿液常規或代碼43之超音波檢查尚未施行，可以補做及補蓋戳章。如曾以健保卡施行該二項檢查，則不得再補做及補蓋戳章，並應將檢查結果補填於手冊第六至第十一頁。

八、部分孕婦初期於甲醫院產檢，之後至乙醫院生產，如其代碼41之血液常規及尿液常規及代碼43之超音波檢查，已被蓋上戳章時，如於檢查結果已有資料，則乙醫院不需重做；但如檢查結果欄未有資料，則乙醫院請孕婦回甲醫院補填結果，不需重做；如補填資料有困難而因病情需要有必要重做時，得憑健保卡按一般就醫程序辦理，並負擔部分負擔費用。

九、預防保健服務量不納入門診合理量內。

法令依據：中央健康保險局84年6月7日健保醫字第84008677號公告。

周產期通訊



中華民國周產期醫學學會會訊 第十六期 1995年九月

發行人：謝煒堂

會訊主編：李建南

秘書長：顏兆熊 陳淑貞

台灣產前檢查及輸血前配合試驗中RH血型的篩檢

是必要的嗎？

林媽利 醫師

中華民國輸血學會理事長

國際輸血學會理事

血型是red cell membrane上的抗原，可讓不具有該抗原的人經輸血或懷孕而產生抗體，所以也稱血型抗原。Red cell membrane上有複雜的構造，所以除一般熟知的A、B、O(H)抗原外，血球上尚有250個血型抗原，Rh血型系統為其中一個複雜的抗原系統，現已知包含C、c、D、E、e等約50個抗原，D抗原亦稱Rh(D)，也就是習慣稱為Rh血型，只不過是Rh血型系統中50多個抗原中的一個，或血球上250個血型抗原的一個，RBC上帶D抗原者習慣稱Rh陽性，RBC上無D抗原者稱Rh陰性。

血型抗原因著人種的不同，出現的頻率有些差異，如表1，也因著這樣抗體出現的頻率也因著人種不同而不同(因為可能被免疫的人口不同，即某抗原陰性頻率不同)。所有有關輸血醫學的問題，尤其母親血型抗體引起的新生兒溶血症(如Rh陰性母親的anti-D引起Rh陽性新生嬰兒的黃疸症)及輸血的安全，均以血型抗體為中心，所以任何一個血型在國內是否重要就要看該血型的抗體出現頻率的高低，如果抗體很少出現，那該血型在國內也就不重要，只是一個血型的名字而無臨床上的意義，Rh(D)的問題正是如此，正如表2所示。

表1 台灣人及白種人血型抗原頻率的不同

血型/抗原	頻率 %	
	台灣人	白種人
A2	罕見	常見
B3	0.03	罕見
Para-Bombay	0.0125	罕見
D	99.67	85.0
K	0	9.0
Fya	99.7	66.0
Fyb	9.2	83.0
S	4.9	55.0
Dia	3.2	<0.1
Pl	32.4	79.0
Mi III	7.3	<0.1
Cad	0.2	罕見
Le(a+b+)	23.3	罕見
Le(a+b)	0	20.0

表2 *1992到1993馬偕醫院發現的臨床上有意義的不規則抗體*

抗體特異性	數量
anti-"Mia"	18
-E	12
-E+c	9
-C+e	7
-E+c+Jkb	1
-D+auto	1
-c	1
-e	1
-Lea	1
-Jka	1
總計	52

在37°C(體溫)反應，除ABO血型以外的抗體病患總數6464*抗體頻率0.8%

如上表國人最常見的抗體為anti-"Mia", anti-E及anti-c, 而Rh的抗體anti-D只發現一個案, 從以下的統計還可以看到國內anti-D的少見: 1. 國內健康的捐血人約每30萬個人才有一個人帶anti-D。2. 1984到1988馬偕醫院38136個產前檢查的孕婦當中有95Rh陰性者, 其中94個生下Rh陽性的嬰兒, 這些母親沒有一個人帶anti-D。3. 馬偕醫院 1982到1993, 11年當中有87,040嬰兒出生, 因國人約有15%的新生嬰兒會發生新生兒黃疸症(neonatal hyperbilirubinemia), 推測其中至少有10,000個嬰兒發生了新生兒黃疸症, 其中只有5個嬰兒的新生兒黃疸症是因母親的不規則抗體引起的, 這5個抗體的分佈如表3。

表3 由母親的不規則抗體引起的新生兒溶血症

抗體	個案數
anti-E	2
anti-E+c	1
anti-D	1
anti-"Mia"	1
總計	5

由表3也可看出anti-D引起的新生兒黃疸症在87,040個嬰兒當中只有一個。國內hydrop fetalis主要由thalassemia引起的, 到現在為止尚沒報告由anti-D引起的hydrop fetalis。而anti-D引起的新生兒黃疸症在臨床上的表現(即黃疸及貧血的程度)和anti-E等別的抗體引起的相類似, 沒有較嚴重, 而且近10年並沒報告由anti-D引起的新生兒死亡。anti-D在國人少見的原因是因國人只有0.33% 屬於Rh陰性, 而0.33%中尚有一部份人屬於Rh的弱陽性稱Del (D elution), 所以可被免疫的人口0.33%更少。Del是只見於Rh陰性的黃種人, 須要以血庫的特別技術(吸附及沖出作業)才能證明Rh陰性的血球事實上尚有微弱的Rh抗原存在, 也就是Rh弱陽性。

在白種人有15%屬於Rh陰性, 被免疫的機會多, 所以anti-D是最常見的不規則抗體, 一般白種人的統計至少一半以上的不規則抗體是屬於anti-D。所以1940年代倫敦的Queen Charlotte's醫院每1,000個活產中有1.6個嬰兒即因母親的anti-D死亡, 每200個孕婦當中就有一個孕婦產生anti-D, 這些帶anti-D的母親有20% 會失去她的嬰兒且在下次的懷孕中有40%的母親失去了嬰兒, 所以在白種人anti-D的為害之大可見一斑。因著輸血前常規的Rh篩檢, 以預防將Rh陽性的血輸給陰性的婦女, 及Rh prophylaxis (即Rhogam的注射), 將anti-D的頻率拉下來, 所以到1986年美國平均每943個新生嬰兒當中, 才有一個嬰兒是由anti-D引起新生兒溶血症, 1988年英國平均每497個新生嬰兒中有一個嬰兒有同樣的情形。同時加上intrauterine transfusion等治療的發展, 已將死亡率減至1980年的每6萬5千個新生嬰兒才有一個嬰兒因母親的anti-D死亡, 可以說是有效的控制了anti-D引起新生兒溶血症。由此可見Rh血型事實上是白種人的問題, 許多的危險是由anti-D引起的, 相反的國內anti-D 的頻率低, 因此在臨床上並不重要, 所以Rh血型是否陰性在國人並不重要, 因為Rh血型只不過是每個血球上可能出現的250個抗原中的一個, 所以國人在輸血前並不需要考慮是否Rh陰性(即輸血前不須做Rh的篩檢), 生產以後也不須要打Rh 的免疫針Rhogam(即產前檢查也不須做Rh的篩檢)。前幾年西德產的Rhogam讓60%以上接受注射的產婦變成HCV的Chronic hepatitis。照國人抗體的頻率我們應該先考慮anti-"Mia"、anti-E及anti-c的相對抗原(血型)即M1 111型, E及c的抗原。

事實上因著這幾年我們的研究, 國際上已都認同國人Rh篩檢的作業可以刪除, 產後也不須要打Rhogam免疫針。但對外國人, 尤其白種人, 就須照我們過去的作業, 即

問題七: 剖腹產後, 若已超過標準住院天數, 但醫師診斷仍須住院時, 其費用是否由健保給付? 醫院如何申報?

答 案: 一、是, 其費用由健保給付。

二、醫院按實際診療項目核實申報。

法令依據: 一、全民健康保險特約醫院及診所 84 年 5 月份起辦理醫療業務須知。

二、中央健康保險局 84 年 5 月 26 日健保醫字第 84008343 號函。

問題八: 健保是否給付不孕症的檢查及治療?

答 案: 不孕症治療屬於全民健康保險給付範圍, 但依全民健康保險法第三十九條第一項第三款規定, 人工協助生殖技術不屬全民健康保險給付範圍, 亦即試管嬰兒、子宮外(人工)受孕、人工受精以及非因疾病而施行之預防性截斷手術, 如精管結紮、卵管結紮等遺存之不孕症, 其恢復或治療等不予給付。

法令依據: 一、全民健康保險法第三十九條。

二、行政院衛生署 84 年 6 月 27 日衛署健保字第 84028484 號函。

中央健康保險局對於「全民健康保險孕婦健康手冊使用及孕婦產前檢查」之補充說明:

- 一、使用孕婦健康手冊之保險對象如發生流產時, 或生產之後, 該本孕婦健康手冊無須回收。
- 二、孕婦主動要求做全民健康保險不給付之超次產前檢查時, 得以自費方式辦理; 惟如有病情需要, 需做必要之超次產前檢查時, 則應憑健保卡按一般就醫程序辦理, 並負擔部分負擔費用。
- 三、孕婦產前檢查得視病情需要, 由同一診治醫師併行其他一般診療, 如開給感冒藥等, 不必另外加蓋健保卡戳章, 亦不得收取保險對象部分負擔費用, 得將該次治療及藥品以門診醫療費用申報表格申報, 就醫序號欄以該次產前檢查或兒童預防保健服務之時程代碼填入, 部分負擔代碼則以「009」填入, 惟不得另行申報醫師診察費。
- 四、孕婦手冊第二頁之羊膜穿刺檢查不在本保險給付範圍內, 如符合衛生署優生保健所訂之標準者, 可向衛生署申請補助, 每個個案補助二千元。至於三、四月份由於尚未全面施全民健康保險醫療費用支付標準, 故三、四月份可給付羊膜穿刺檢查, 惟須符合公保所訂之規定, 方得施行。
- 五、孕婦手冊第二頁訂定母血篩檢唐氏症及 50gm 葡萄糖耐糖試驗於醫師認為必要時實施, 得視同疾病, 以健保卡按一般就醫程序辦理, 並負擔部分負擔費用。
- 六、本保險於妊娠十七週至未滿廿九週提供一次超音波檢查, 如孕婦因特殊情況, 無法於該時程內接受超音波檢查時, 亦可於其他時程接受超音波檢查, 惟整個孕程以給付一次超音波檢查為限。如孕婦因病情需要(如前置胎盤等), 需要做一次以上之超音波時, 得視同疾病, 以健

問題四：五、六月份之新生兒費應如何申報？

答 案：一、自然生產—

- (一)自然生產之定額給付中已含2,000元(57114c)之新生兒費。
- (二)若母親之生產費係採論量計酬方式申報，則正常新生兒費依每人2,000元(57114c)併母親生產費用申報。
- (三)新生兒因體重低於2000公克或因病轉至新生兒之病房治療者，自轉至新生兒病房起之費用，以新生兒名義核實申報，不得另報57114c之費用；惟原先併於母親費用申報57114c不予核扣。

二、剖腹生產—

- (一)正常新生兒費按每人3,500元(57115c)，併母親生產費用申報。
- (二)新生兒因體重低於2,000公克或因病轉至新生兒病房治療者，自轉至新生兒病房起之費用，以新生兒名義核實申報，不得另報57115c之費用。

法令依據：一、全民健康保險特約醫院及診所84年5月份起辦理醫療業務須知。
二、中央健康保險局84年5月26日健保醫字第84008343號函。

問題五：醫院為辦理特約，擬將原嬰兒床申請調整為小兒加護病床、新生兒病床等是否可行？

答 案：醫院特殊病床包括嬰兒床、加護病床、觀察病床、洗腎治療床及手術恢復床、並無「小兒加護病床」、「新生兒病床」之類別。「小兒加護病床」，揆其功能，應登記為加護病床；至於「新生兒病床」，仍屬小兒科病床之一種，應依規定經許可後，始得核准設置登記。

法令依據：一、醫療法施行細則第九條。

二、醫療法第十二條。

三、行政院衛生署84年5月5日衛署醫字第84019571號函。

問題六：採用論病例計酬之自然生產，雖已超過標準住院天數，但醫師認為仍須要住院時，費用如何申報？

答 案：一、經醫師診斷符合合併症者：

- 1.其實際醫療總費用，未超過定額，仍依定額申報，屬論病例計酬案件。
- 2.其實際醫療總費用超過定額，整筆醫療費用按實際診療項目核實申報，屬一般案件。

二、經醫師認為須繼續觀察，但尚無明顯合併症時，仍依定額申報，不得另另報費用或另向保險對象收費。

法令依據：一、全民健康保險特約醫院及診所84年5月份辦理醫療業務須知。
二、中央健康保險局84年5月20日健保醫字第84008343號函。

做Rh的篩檢及打免疫針。至於捐血中心，也可以停止做捐血人Rh的篩檢，只要準備Rh陰性者的名冊及少數Rh陰性的血袋，等Rh陰性帶anti-D的病人須要陰性血時，及時提供就可以了。

有關 Rh 的問題及答覆

1.產前檢查如果消除產婦Rh的篩檢，是否會讓anti-D引起的新生兒溶血症增加？

從馬偕醫院的經驗知道孕婦很少帶anti-D而且anti-D引起的新生兒溶血症87,040新生兒中才有一個，因Rh的篩檢每次費用為100元，所以870萬元的檢查只是為了一個anti-D引起的新生兒溶血症，而這個新生兒溶血症等小孩出生後用換血即可處理，近10年在台灣並沒有因anti-D引起的死產(hydrop fetalis)或死亡的報告。

2. Rh陰性者是否可以輸陽性的血？

RBC membrane上，除ABO血型的抗原有250個血型抗原，即有些抗原別人的RBC有，自己的RBC沒有，所以都有機會因輸血而產生抗體。Rh血型抗原只是其中的一個而已，不像A型者的血清中一定有anti-B(稱規則抗體)，Rh陰性者不應有anti-D，除非曾被免疫而產生(所以稱不規則抗體)。Rh陰性不帶anti-D者本來就可以輸陽性的血。國人Rh陰性帶anti-D的機會很低，在健康的捐血人約為每800個陰性者才有一個，有也就是這個人不可輸Rh陽性的血。

3.輸血前Rh血型的篩檢如果取消，將來anti-D在病人出現的頻率是否會增加？

不一定，因為1980年以前台灣的醫院(包括馬偕醫院)大部份不做常規Rh的篩檢，所以Rh陰性者也就不知不覺的輸陽性的血，然而在1980年初期我們在馬偕醫院做抗體篩檢及鑑定時罕見到anti-D。1982年以後到1988年間馬偕醫院做輸血前Rh血型的篩檢，1988年以後又停做，anti-D一樣的罕見，看不出增加或減少。

4.如輸血前不做Rh的篩檢，遇到Rh陰性者帶anti-D，會不會在輸血前的交叉試驗被測出來，及時輸給Rh陰性的血，而避免發生輸血反應？

Rh陰性帶anti-D病人的血液和Rh陽性捐血人的血球做輸血前的交叉試驗時因為病人血清中的anti-D和捐血人的血球(Rh陽性)反應而看出不合，所以血庫就不會發陽性的血，而改發適合的陰性血，所以即使不做Rh的篩檢，交叉試驗即可解決anti-D的問題。

5.anti-D引起的輸血反應臨床上的表現是不是和ABO血型輸錯血一樣的厲害？

不是的，ABO血型的輸血反應主要是以血管內溶血表現，病人的血漿及小便中出現血紅素而變紅色，厲害時出現DIC, renal failure的現象。至於anti-D引起的輸血反應是血管外溶血，所以沒有血紅素尿等溶血現象，只是讓輸進去血球的壽命變短，抗體力價低時病人無臨床症狀，在力價高時會有發燒發冷的現象。

6.既然anti-"Mia"、anti-E及anti-C是國人最常見的不規則抗體，產前檢查或輸血前的檢查是否應該做Mi III(即anti-"Mia"的相對抗原)，E及C抗原的篩檢？

國人不規則抗體的頻率在病人為0.8%，遠低於白種人的頻率，光是anti-E的頻率白種人就比我們高出2.3倍，白種人並不E抗原的篩檢，所以我們也不須做。

7.如果繼續讓Rh的篩檢做下去有什麼害處？

第1.每一年要花費龐大的醫療源在沒有多少意義的檢查上，且似以常規的檢查尋找稀有的血型。第2.是誤導大眾以為Rh血型很重要，因Rh陰性的頻率為0.33%，所以1,000袋血庫存血才會有3袋Rh陰性的血，所以當Rh陰性者緊急須要輸血時，常找不到Rh陰性的血，醫療人員因怕醫療糾紛不敢輸給Rh陽性的血，而讓病人有失去生命的危險。

8. 為什麼在報章雜誌上只看anti-D新生兒溶血症的報導？

根據6年來馬偕醫院血庫諮詢實驗室自別的醫院送來新生兒溶血症的血液檢體，發現找到anti-D與別的抗體的比例為1:2，事實上馬偕醫院8萬多個新生嬰兒中發現的anti-D與別的抗體的比例為1:4，見下表。由此可見一般醫院常注目在Rh陰性媽媽的新生嬰兒是否會發生溶血症，而及時送血液檢體去檢查，如果發現媽媽是Rh陽性，就不再作後續的檢查，所以別的不規則抗體就不容易被發現。因Rh陰性在國人罕見，所以國內發生在白種人重要的anti-D新生兒溶血症時顯得具新聞性，常被報章雜誌刊載，而造成錯覺以為anti-D的新生兒溶血症特別多。

不規則抗體	馬偕醫院	轉診/轉檢
anti-E, -E+c, -c	3	24
anti-D, -D+C	1	14
anti-Jkb, -Jk3	0	3
anti-"Mia"	1	0
合計	5	41

9. 國際上輸血及血型的專家如何看台灣的Rh篩檢問題？

英國北倫敦血液中心主任，也是即將接任國際輸血會理事長的Dr. Contreras 在1985即寫信給我們，說：「We have had a long talk with Professor Mollison (為倫敦大學教授，Rh 專家，為 Blood Transfusion in Clinical Medicine 的作者) about your problem and we have both come to the conclusion that it is not logical in your population to type for D when E -typing and c-typing are not done. The same applies to anti-Rh(D) immunoglobulin (Rhogam) administration as there is no anti-Rh(E) or anti-Rh(c) immunoglobulin available. Your problem (or "non problem") with D is less than our problem with K and c and yet we do not type antenatal patients for K and c. My conscience is quite clear -when I give you this advice that it is ethical to discontinue routine Rh(D) typing of recipients and antenatal patients.」及 Dr. Contreras 在1994代表國際輸血學會會刊 Vox Sanguinis 邀請我們在 Special Issue 寫 "Elimination of Rh(D) typing and the antiglobulin test in pretransfusion compatibility tests for Taiwanese" 時的信 "We think that it is important for other countries to follow your example of breaking away from European and North American traditions/regulations if these are not pertinent or relevant to the population in question."

健保速訊摘要之一

問題一：孕婦產檢時，因病同時取藥(例如感冒、頭痛等)或做產檢範圍以外之檢查(驗)時，是否在孕婦手冊蓋一格，並不收自付額，或需在健保卡蓋一格，並收取部分負擔？

答案：一、產前檢查部分，得由婦產科醫師於產前檢查時，針對較單純疾病(如感冒，頭痛等)予以開藥，孕婦手冊只蓋一格，不收部分負擔。申報費用時，該藥品依一般門診案申報，惟不得申報診察費，其序號填寫產檢之序號。

二、至因病情需要施行產檢範圍以外之檢查(驗)，得視為疾病就診，須以健保卡重新掛號，並依規定收取部分負擔費用。

法令依據：中央健康保險局 84 年 4 月 20 日健保醫字第 84004322 號公告「全民健康保險特約醫院及診所 84 年 5 月份起辦理醫療業務須知」。

問題二：一、孕婦產前檢查共給付十次，如檢查超過十次，應如何處理？

二、產前檢查十次中僅給付一次超音波檢查，如經醫師診斷確需實施另一次超音波檢查，可否給付？

答案：一、孕婦產前檢查共給付十次，超過十次之產前檢查，孕婦應全額自付費用。

二、孕婦產前檢查十次給付時程中，提供一次超音波檢查，如因病情需要(如前置胎盤等)，須再實施超音波檢查時，保險對象應按一般就醫程序，以健保卡申請診療，並繳交部分負擔費用。

法令依據：中央健康保險局 84 年 4 月 28 日健保醫字第 84004322 號公告「全民健康保險特約醫院及診所 84 年 5 月份起辦理醫療業務須知」。

問題三：本年五、六月份保險對象待產、引產二天後自然生產，生產費用如何申報？

答案：一、產後若無合併症，依自然生產論病例計酬定額申報。

二、產後若有合併症時，依下列規定申報：

(一)實際醫療總費用超過自然生產論病例計酬定額，整筆醫療費用按實際診療項目核實申報。

(二)實際醫療總費用未超過自然生產論病例計酬定額，仍依定額申報，不得另行向保險對象收費。

法令依據：一、全民健康保險特約醫院及診所 84 年 5 月份起辦理醫療業務須知。

二、中央健康保險局 84 年 5 月 26 日健保醫字第 84008343 號函。