

生產事故通報學習案例 4 - 子宮內胎兒死亡

國立台灣大學醫學院附設醫院/
李建南醫師/產科主任

學習主題

1. 認識子宮內胎兒死亡之危險因子
2. 子宮內胎兒死亡之原因探究
3. 衛教病人注意胎動
4. 妊娠糖尿病與妊娠高血壓之診斷與治療之重要性
5. 高危險妊娠轉診

個案描述

42 歲女性，身高 155 公分，體重 85 公斤，第三胎，妊娠 37 週。產檢期間，於妊娠 26 週被診斷患有妊娠糖尿病，於妊娠 32 週發現血壓升高，且超音波追蹤子宮內胎兒有生長遲緩之情況。在此期間，病患僅被告知需控制飲食，並無接受妊娠糖尿病之飲食衛教；血壓亦無每日量測之習慣，也沒有規則服用藥物控制血壓、血糖。最近一次妊娠 37 週之產檢，血壓 160/100 mmHg，飯後 2 小時血糖 180 mg/dL，胎兒預估體重僅 1980 公克。今日起床後，整天都沒有感受到胎動；傍晚到診所檢查，發現胎兒已無心跳，隨後轉診醫院進行引產。分娩時發現胎盤有大量血塊，懷疑有胎盤早期剝離之現象，造成子宮內胎兒死亡。

問題分析

描述

此孕婦之危險因子包含：高齡產婦（42 歲）、體重過重、妊娠糖尿病與子癲前症合併血糖血壓控制不良、子宮內胎兒生長遲緩與胎動減少卻無立即就診。推斷最後因血壓高造成胎盤早期剝離導致子宮內胎兒死亡。能著手進行改善之部分為，衛教此孕婦有多個危險因子，子宮內胎兒死亡極高，應轉診高危險妊娠責任醫院。確診為妊娠糖尿病應衛教病人飲食控制方法及追蹤血糖，若有需

要則應使用抗血糖藥物；確診為子癲前症孕婦則應衛教病人每日規則量測與紀錄血壓、視情況添加高血壓藥物；最後，應衛教病人胎動相關知識，叮囑多注意胎動，若胎動減少應立即就診。

分析

1. 子宮內胎兒死亡之危險因子：

根據美國婦產科醫學會臨床治療指引，危險因子包含：體重過重 (BMI>30)、高齡(>35 歲)、抽菸、母體本身有內科疾病 (糖尿病、腎功能異常、甲狀腺疾病、全身性紅斑狼瘡)、高血壓、妊娠高血壓、子癲前症、妊娠糖尿病、多胞胎、胎兒異常 (包含染色體或基因異常)、子宮內胎兒生長遲緩、感染、胎盤與臍帶異常。

2. 子宮內胎兒死亡之原因：

導致子宮內胎兒死亡之原因相當多，分類為母體、胎兒本身、臍帶與胎盤、生產時之併發症與環境問題；其發生原因細分如下：

- (1) 母體：糖尿病、妊娠糖尿病、高血壓、妊娠高血壓、子癲前症、子癲症、免疫疾病與過期妊娠等等
- (2) 胎兒：子宮內胎兒生長遲緩、羊水過多或過少、染色體異常、先天性畸形與胎兒免疫溶血疾病等等
- (3) 子宮環境：子宮早期收縮、早期破水與感染等等。
- (4) 臍帶與胎盤：臍帶脫出、臍帶扭結、臍帶栓塞、胎盤早期剝離、胎盤功能不足、前置胎盤、雙胞胎輸血症候群與胎兒母體輸血。
- (5) 生產過程的問題：胎兒窘迫與胎兒窒息
- (6) 外在環境：環境毒物、藥物等等
- (7) 不明原因

第二孕期發生子宮內胎兒死亡通常原因不明，而第三孕期發生之原因多為臍帶因素。整體而言約超過四成的子宮內胎兒死亡原因不明。

3. 如何發現子宮內胎兒死亡：

胎動是寶寶在子宮內的活動；妊娠 8 週左右在超音波下即可觀察到此現

象。初產婦約在妊娠 20 週以上開始會感受到胎動，經產婦則是自 18 週開始就可能感受到胎動。

- (1) 孕婦平時發現異常之處理方式：孕婦自行觀察發現胎動減少，可先推推肚子或是吃東西讓血糖升高，再觀察胎動是否有增加，若還是不太活動，應就醫做更進一步的檢查。
- (2) 當孕婦主訴胎動減少，應該盡快評估孕婦及胎兒狀態（最好在 2 小時以內）。產檢醫師評估方法如下：
 - 評估此胎孕程是否有會增加胎死腹中的危險因子，例如胎兒生長遲滯、妊娠高血壓、妊娠糖尿病等。
 - 應該使用胎兒監視器來偵測有無胎動、胎動時胎兒心跳變化情形以及子宮收縮狀態，來評估是否有胎兒窘迫之情形。若有胎兒窘迫的情形發生，則建議儘快使胎兒娩出。
 - 使用超音波來評估胎兒大小、羊水量、血流狀況以及胎兒是否有活動。

4. 子宮內胎兒死亡之預防：

(1) 高血壓、妊娠高血壓與子癲前症

由於血管收縮的影響，胎盤功能不佳，胎兒在環境不好的子宮內，生長狀況不佳，會出現窘迫徵兆；除此之外，高血壓也有可能造成胎盤早期剝離，嚴重可能造成子宮內胎兒死亡。

- 子癲前症高風險之預防：前胎有子癲前症病史，或是於第一孕期唐氏症篩檢時發現雙側子宮動脈血流阻力過高，可考慮服用低劑量阿司匹靈預防子癲前症之發生。
- 妊娠高血壓：衛教病人每日量測血壓並記錄、規則服藥控制血壓，並衛教病人注意胎動。
- 子癲前症：縮短產檢時間，每 1-2 週做一次產檢。衛教孕婦若在家血壓過高、出現嚴重症狀如全身水腫、噁心、嘔吐、頭痛、視力模糊、頸部僵硬、小便量減少、體重過度增加、上腹部疼痛等應提早

就醫。若胎兒出現生長遲滯，臍帶血流出現異常時則應考慮提早生產。

(2) 糖尿病與妊娠糖尿病

若原本就有糖尿病之孕婦，懷孕初期血糖控制不良容易造成先天胎兒畸形。懷孕後期血糖控制不良，容易造成胎兒在子宮內發育遲緩，甚至引起胎兒宮內窘迫，使窒息率增加，嚴重的還會發生缺血缺氧性腦病變。對孕婦本身而言，則容易增加孕期併發症，如感染、羊水過多和絨毛膜羊膜炎，嚴重可能造成子宮內胎兒死亡。

- 篩檢：診斷妊娠性糖尿病，應在 24 週至 28 週時，接受口服葡萄糖水負荷試驗。
- 衛教：良好的血糖控制，將可避免、減輕上述合併症。應先從飲食控制下手，請營養師做衛教指導，另外再搭配血糖量測，建議孕婦需測量三餐之飯前與飯後 2 小時血糖。
- 治療：若飲食控制、定時血糖量測仍無法將血糖控制好，才會考慮藥物治療。

(3) 高危險妊娠轉診

高危險妊娠產婦的照顧應有周產期或資深婦產專科醫師負責。高危險妊娠孕婦係指孕婦被診斷為患有以下疾病者：高血壓、妊娠高血壓、子癇前症、子癇症；糖尿病及妊娠性糖尿病；妊娠合併心臟疾病、急性泌尿系統發炎、紅斑性狼瘡、自體免疫疾病或甲狀腺疾病；妊娠合併良性婦科腫瘤或外科疾病；妊娠合併前置胎盤及胎盤剝離；妊娠合併早產及早期破水與絨毛膜羊膜炎；胎兒異常或子宮內胎兒死亡等等。

學習重點

1. 對於有胎死中危險因子之產婦應及早給予妥善處置，減低子宮內胎兒死亡之機會及改善懷孕之預後。
2. 當孕婦主訴胎動減少，應盡快評估孕婦是否有增加胎死腹中的危險因子，並

運用胎兒監視器或超音波胎兒狀態。

參考資料

1. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. [No authors listed] *Obstetric Gynecol.* 2009 Mar; 113(3):748-61.
2. A nationwide survey of risk factors for stillbirth in Taiwan, 2001-2004. Hu IJ, Chen PC, Jeng SF, Hsieh CJ, Liao HF, Su YN, Lin SJ, Hsieh WS. *Pediatric Neonatal.* 2012 Apr; 53(2):105-11.
3. Analysis of intrauterine fetal demise--a hospital-based study in Taiwan over a decade. Liu LC, Huang HB, Yu MH, Su HY. *Taiwan J Obstetric Gynecol.* 2013 Dec; 52(4):546-50.
4. Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy--a systematic review. Liu LC, Wang YC, Yu MH, Su HY. *Taiwan J Obstetric Gynecol.* 2014 Jun;53(2):141-5
5. Diagnostic Tests for Evaluation of Stillbirth: Results from the Stillbirth Collaborative Research Network. Page JM, Christiansen-Lindquist L, Thorsten V, Parker CB, Reddy UM, Dudley DJ, Saade GR, Coustan D, Rowland Hogue CJ, Conway D, Bukowski R, Pinar H, Heuser CC, Gibbins KJ, Goldenberg RL, Silver RM. *Obstetric Gynecol.* 2017 Apr;129(4):699-706.