

產科介入性處置—減胎術

邱宗鴻醫師 / 長庚紀念醫院 台北婦產科系

婦產科超音波導引下的處置方式非常多樣化，只要是牽涉到進出腹腔、子宮腔、羊膜腔等腔室的步驟，包括：絨毛膜取樣檢查、羊膜穿刺檢查、臍帶血管穿刺術、較大週齡的人工流產術、胎盤殘留或植入性胎盤搔刮清除術等等；都要倚靠超音波引導操作。其他諸如：婦癌科的腹水細胞學檢查，不孕症的取卵過程；尤為普遍。單純性囊腫或復發性內膜異位囊種，除了細針

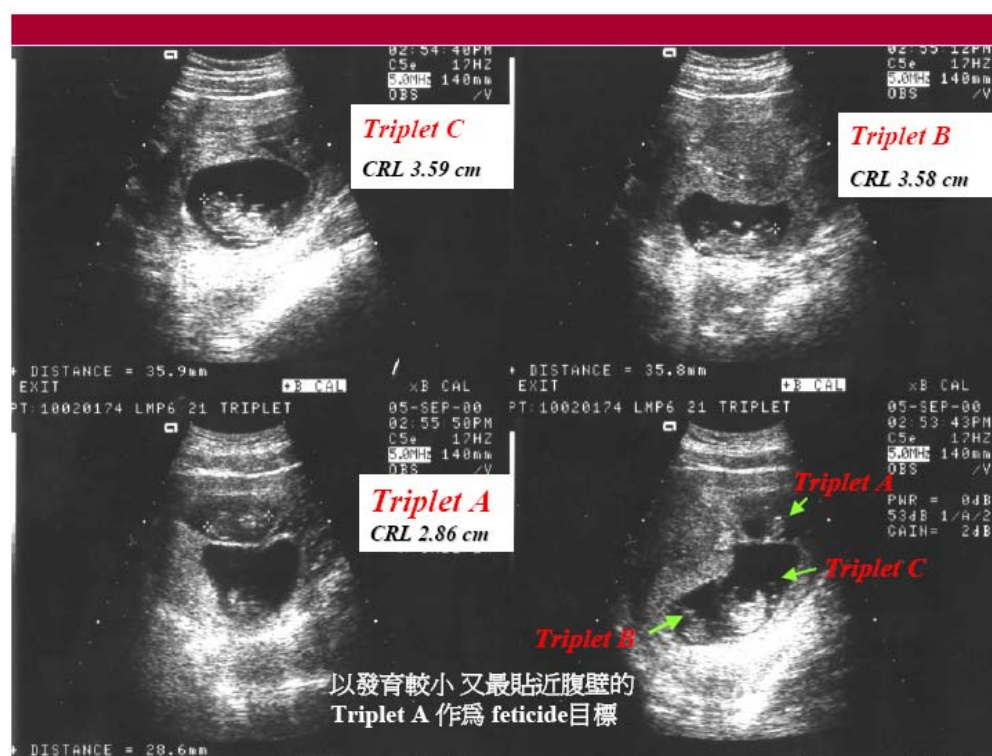
抽吸之外，也可以同時注入誘發黏合性的物質（包括四環素，酒精或其他誘發硬化的物質）。

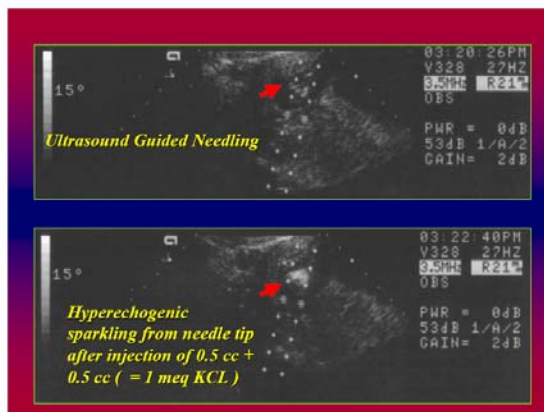
這些微創介入處置或經腹部，或經陰道穿刺，在在需要超音波儀器導引，藉以持續監測施術過程，讓施術者有所本，而有自信與安全感，更讓相關的合併症降到最低。

前一期會訊已經介紹過產科領域中，導管留置引流

術，胎內治療的案例；也扼要介紹了結合內視鏡、雷射光及超音波儀器，針對特定的雙胞胎兒，將其相互輸通的血管作阻斷手術，以期改善或挽救雙胎輸血症候群所引發的棘手問題。

本篇針對多胞胎妊娠，施行減胎術(multi-fetal pregnancy reduction, MFPR)，作扼要說明。國外這項議題仍是“醫學倫理”、“孕婦自主權”，與“醫療科技的極限與不可抗拒性”，各方





拉鋸及爭論不休的問題，不在此贅述。僅就實務面作臨床概述：

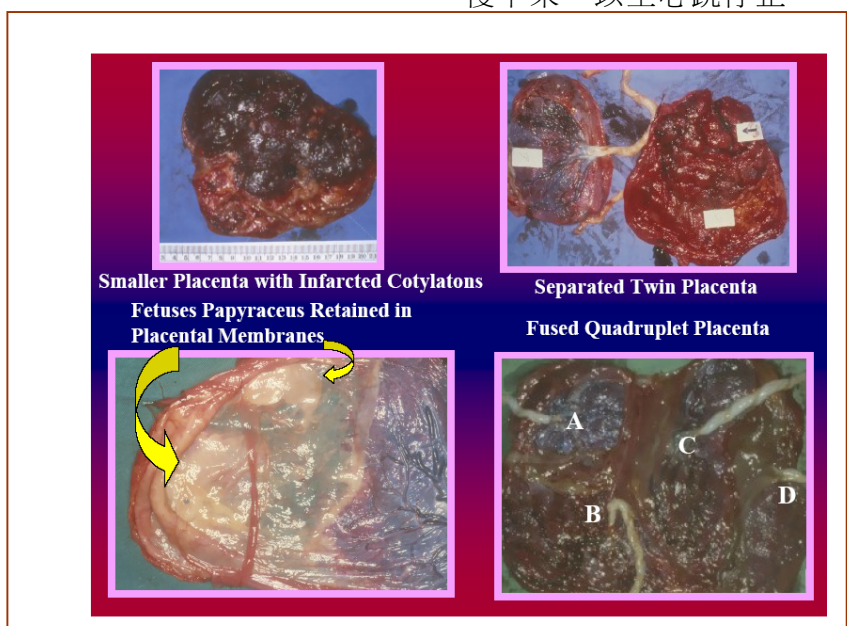
減胎術，基本上應將它視為源於生殖科技之所賜的成功受孕，獲致四胞胎、五胞胎甚至六胞胎，要讓它有一令人滿意的成果，不得不為的替代性解決方案。不然，放任這一成功案件，不做處置，勢必引發早產相關的種種問題；遍及母嬰健康問題，家庭財力負荷及教養問題，大到醫療資源的投入及社會成本的負擔等等。因此，**減胎術在目前尚未對植入的胚胎數作嚴格限制之前，仍是必要之“惡”。**

時機選擇約在妊娠 10 週以後，不要超過 12 週；通常選擇經腹部穿刺作減胎術。到了這個週齡，會有機會碰上胚胎發育不良，夭折遭到自然淘汰者；多胞胎妊娠或許變成雙胞胎妊娠，而免除一次侵襲性介入。雖然也有系列報導，經陰道減胎術，做的早，也是在承受重力的部位，有細針穿刺的痕跡，但仍宣稱有比較低的流產及

早產比率。經由腹部途徑穿刺減胎術，容易徹底消毒滅菌穿刺部位，免除建置靜脈輸液及局部麻醉用藥的繁瑣事項。

穿刺前，先以超音波評估胚胎數目，確認心跳，量測頭臀徑 (crown-rump length, CRL)，量測頸部透明帶 (nuchal translucency, NT)。以選擇最短穿刺路徑；最大的無干擾空間，儘可能避開胎盤，作為優先考量的要件；再輔以 CRL 偏小，或 NT 偏大者，選擇作為 feticide 的目標。選用 23 號

細長針，經由無菌套膜包覆的超音波探頭及穿刺導引接頭，從螢幕顯示的依循路徑，對準標的，快速刺入。刺中目標後，拔除套針，接上 5 cc 空唧筒，作反抽的動作；如果針尖是刺在個體中，會有負壓回吸的感覺；如果針尖是在胚胎體外，就會回抽到羊水。這時必須拔針，重新穿刺一次。只要確認有負壓存在，可以直接注入 0.5 cc 的氯化鉀 (1 cc 等於 2 meq 的 KCL) 後，看看心跳反應；針刺愈接近進心臟血管區，愈容易看到心跳變緩慢下來，以至心跳停止。



確定沒有心跳之後，再拔針。週齡較大，或稍有偏離心血管區者，可以再追加 0.5 cc 或 1 cc KCL 達到 **feticide** 的效果。全程結束後，再以 **Ultrasound Doppler** 分別確認正常及靜止的心跳。穿刺的刺入點及經過路徑，可以藉由 **ultrasound**，清晰顯示高聲波回響的影像出來。術後，無需給予安胎藥物或口服抗生素、止痛藥物等；純粹無爲而治。術後一

週內，靜觀其變；有任何陰道水樣分泌物、出血、腹痛、畏寒發燒等症狀，即刻回診。若無其它狀況，一週後複診，確認胎兒安康狀況。

十年前的系列報導，有關減胎術併發症、流產、早產率都偏高(10~20% 不等)，五胞胎以上減到兩胞胎，有到 **15% fetal loss rate**；經腹部穿刺是 **12%**；

經陰道穿刺是 **10%**。現今這項術式，隨著技術愈臻嫻熟，耗時簡短，合併症大爲降低。四胞胎以下減到雙胞胎的 **fetal loss rate** 約爲 **2~5%**；**Mount Sinai Medical center at New York City** 2008 年 2000 例的報告，整體的 **fetal loss rate** 是 **4.7%**。因此，減胎術仍是可以接受的另類選擇。