

第十一章、預防保健

第一節、孕產期健康

召集人： 國立成功大學醫學院名譽教授 林其和
副召集人： 台北馬偕兒童醫院兒童重症醫學科醫師 彭純芝
撰稿成員： 台北市立聯合醫院婦幼院區新生兒科醫師 方麗容
國立臺灣大學附設醫院兒童醫院新生兒科醫師 周弘傑
台北馬偕紀念醫院婦產科醫師 陳治平
台中榮民總醫院新生兒科醫師 陳昭惠
臺北市立聯合醫院護理部主任 馮容莊
新竹馬偕紀念醫院婦產科醫師 黃閔照
台北馬偕兒童醫院兒童腸胃科醫師 楊俊仁

(依姓氏筆畫排序)

前言

兒童是民族幼苗，也是國家未來的希望，確保兒童身心健康及正常發展，是政府責無旁貸的責任。無論社會如何變遷，先進國家醫療已發展出支持兒童成長與健康促進的政策與醫療體制。反觀臺灣，1995 年全民健康保險開辦後，兒童醫療保險才正式納入國家政策，直至近兩年才正式成立兒童醫院，可見兒童相關保護措施在臺灣尚未獲得應有的重視。近十年來，臺灣新生兒出生數目逐年下降，在這少子化關鍵時代，政府提出兒童健康白皮書供相關單位制定兒童健康發展策略，自有其歷史意義。

依據內政部出生通報資料，臺灣近年來高齡產婦比例節節上昇，高危險妊娠的產婦也相對逐年增加，早產兒出生率也因而提高。政府制定政策以確保孕婦產前檢查，以早期篩檢危險妊娠群、預防早產兒出生，並落實產前轉診，設立新生兒緊急救護小組，這一連串措施，刻不容緩。我國目前尚未建立產前高危險孕婦或新生兒轉診政策，出生後，母乳是嬰兒主要營養來源，哺育母乳對於嬰兒健康及成年後是否容易罹患慢性病，息息相關；這些年來政府推廣母嬰親善醫院政策已見成效。

健康資料資訊化方便民眾獲取醫療資訊，也可結合電子產業，建立周產期健康醫療網，提供民眾資訊及政府決策參考。

子題一、孕產婦電子資訊系統網絡建立

壹、背景

臺灣自1995年全民健康保險開辦以來，實施孕婦預防保健服務並提供十次產前檢查，同時發行孕婦健康手冊，提供孕婦定期產檢。至2016年8月為止，孕婦健康手冊已發行11版，內容含提供產檢使用的紀錄及衛教資訊，2013年全國孕婦接受十次平均產檢利用率達94.3%，至少產檢一次利用率為98.5%，至少四次產檢利用率達97.5%，使用率可謂普遍。依照國民健康署報告，孕婦產前檢查使用率和生產時併發症有相當關係；未接受產檢的孕婦將來發生生產併發症的比率較高，倘若生出早產兒、有併發症或有其他狀況如腦性麻痺問題時，醫療支出也相對更高；故健全的產科照護將可大幅降低整體的醫療支出。

貳、現況檢討

因應電子化時代來臨，健康手冊的衛教資料也應影音化；未來應設定隨懷孕時程不同，自動提醒閱讀功能；以改善目前衛教讀取率偏低問題，同時也可減少紙本印刷。國民健康署目前

已辦理孕婦手冊衛教資訊電子化，提供孕期至產後及兒童健康之衛教資訊予孕婦及其家人與家長及主要照顧者能即時透過行動載具參閱。

健保署目前施行的雲端藥歷及健康存摺，即是未來產檢電子化前驅。未來在取得孕婦同意後，電子化手冊在產檢時可即時將產檢資訊上傳，並註記重要醫療紀錄，這樣即便到不同醫療院所就診，仍可快速取得重要資訊，也可避免醫療浪費。

國健署已發展出「雲端好孕守」APP，提供孕婦免費下載，許多醫療機構也發展出各自健康軟體，供孕產婦使用；另衛生福利部「送子鳥資訊服務網」建置一站式客製化的平台提供民眾自結婚、懷孕、養育兒童等各階段與政府有關之申辦業務、服務及福利措施查詢，服務更便民。

參、目標

建置結合電子系統與妊娠個案管理師的孕產婦管理系統，提升孕產婦健康照護品質。臺灣近幾年來生育數變動不大，孕婦健康手冊電子化後，產檢使用率甚高，透過即時雲端系統，即可建置孕產婦管理系統，並由管理師掌控孕婦產檢情形，適時提供醫療協助。建置孕產婦管理系統，可了解短期人口變化、偏鄉人口流動及確認地區生育量、產科醫療需求，透過資料分析比對，作為人口政策及改善偏鄉區醫療不足之參考。

針對個別疾病，現已有個案管理師制度，國健署於106年推動高風險孕產婦健康管理試辦計畫，擇定4縣市（新北市、嘉義縣、花蓮縣及臺東縣）結合轄區醫療院所進行試辦計畫，針對高風險懷孕婦女具有健康風險因子（菸、酒、檳榔、多胞胎、曾生產過早產兒、妊娠高血壓、妊娠糖尿病），及社會經濟危險因子（未滿20歲、低收、中低收入戶、教育程度高中職肄業或以下），透過個案管理，提供孕期至產後6週之衛教、關懷追蹤及轉介服務（以電話關懷為主，到宅訪視為輔），以提升孕產兒照護品質，期以未來可將此方案推廣至其他縣市。

肆、策略

- 一、電子化孕產婦衛教資料，提升閱讀率。
- 二、開發共用產檢健康軟體，產檢資料上傳共享。
- 三、利用健保雲端數據，建立孕產婦管理制度。
- 四、孕產婦醫療資源不足地區，整合地區衛生所及生產醫療機構，互相合作。
- 五、整合後送資源及建立高危險孕產婦轉診網絡。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- （一）電子化孕產婦健康手冊。
- （二）整合各層級醫療資源，建立高危險妊娠孕婦後送機制。

二、長程指標（2030）

- （一）透過孕產婦個案管理師及雲端資料，建立孕產婦管理制度。
- （二）介入醫療資源不足地區孕產婦之產檢及生產後送系統。
- （三）透過周產期健康資料庫分析，作為國家人口及健康政策分析。

子題二、新生兒電子資訊系統網絡建立

壹、背景

確保兒童身心健康及發展，是促進全民健康具效益的投資，政府應建構從出生到健康發展的一個完整兒童照護系統。配合國民健康署孕產婦電子資料庫的建立，如連結出生通報系統、新生兒醫療電子資訊網絡，可以建立周產期醫療健康資料庫，並藉由「健康存摺」長期登錄，有助於未來臺灣兒童健康狀況分析及政策制定與推動。

貳、現況檢討

國民健康署已建立出生通報系統及兒童健康管理系統，醫療人員可將兒童健康檢查結果登錄；問題是，每一系統各有功能，資料串聯不易，未來應加以整合，結合出生通報與兒童健康管理系統，以減少醫護人員重複登錄。

現代多數家長能自行藉由網路取得育兒資訊，但資訊正確性及品質仍參差不齊；需要發展方便、易懂、普及化的正確周產期及嬰幼兒健康照顧衛教資訊，建立個人電子健康手冊，方便民眾攜帶及醫療人員獲取醫療紀錄。

參、目標

建置可近性、功能性及完整性兒童健康資訊系統，提供多樣化衛教內容，提升兒童健康照護品質。

肆、策略

- 一、擴充國民健康署網站有關嬰幼兒健康照顧衛教功能。

- 二、製作多元化嬰幼兒健康照顧衛教影片，以提升衛教品質及使用率。
- 三、電子化兒童健康保健資訊，運用科技與網路，結合手機及雲端資訊數位科技，普及化兒童健康照護資訊。利用行動載具 APP 功能，提醒家長兒童健康檢查及疫苗注射時程；在符合「個人資料保護法」前提下，結合出生通報系統與兒童健康管理系統，以提升兒童健康資訊完整性，方便照顧者獲得醫療資訊並提供健康警訊。
- 四、提供充足的兒科醫療人力及健檢制度，以滿足兒童醫療保健需求。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- （一）鼓勵提高電子化孕產婦及兒童健康保健手冊利用率。
- （二）建立周產期健康資料庫。

二、長程指標（2030）

- （一）結合周產期健康管理系統。
- （二）電子化兒童健康保健資訊，結合手機及雲端資訊數位科技，普及化兒童健康照護資訊，讓每位兒童均有完整健康紀錄。
- （三）成立國家級兒童健康研究單位，分析周產期資料並輔助決策。

子題三、孕產婦及新生兒營養

壹、背景

懷孕及哺餵母乳期間，孕產婦與嬰幼兒營養攝取是否均衡、適量，對胎兒及嬰幼兒發展影響重大。而懷孕期間母體的體重控制及正確健康飲食，也非常重要；若體重超過建議量太快或太多，可能增加孕婦早產、孕期糖尿病或其他妊娠併發症風險。懷孕期間注意均衡飲食，攝取足夠營養並保持良好健康狀態，產後以母乳哺餵，讓寶寶得到全面而優質的營養，對母子雙方的健康均有長遠的助益。

貳、現況檢討

孕婦的體重控制及飲食，需要正確的健康概念導引。肥胖與正常體重的孕產婦相較，肥胖婦女懷孕後，無論母體或胎兒，均可能伴隨更多慢性病或併發症產生，例如妊娠糖尿病、子癲前症等，亦有更高機率會產下高危險新生兒。

母乳是嬰兒最好的營養來源，但哺餵母乳仍有部分營養素不足的疑慮，尤其是維生素 D

及鐵質缺乏，其他碘、DHA、維生素 A、E、鋅等營養素，也值得注意。

維生素 D 缺乏是一全球性問題，發生比例並不低；美國小兒科醫學會 2003 年曾發佈聲明稿提醒：純哺餵母乳的嬰兒，有維生素 D 缺乏引起佝僂症（rickets）的風險。維生素 D 除了與骨骼和鈣質新陳代謝有關係外，證據亦顯示，維生素 D 與早產、出生低體重、小兒感染症、心血管疾病、過敏性疾病及第一型糖尿病亦有相當高的關連。若母親有維生素 D 缺乏問題，嬰兒體內維生素 D 存量可能也會不足。目前臺灣兒科醫學會建議，純母乳哺育或部分母乳哺育的寶寶，從新生兒開始，最好每天給予 400 IU 口服維生素 D。使用配方奶的兒童，如果每日進食少於 1,000 毫升加強維生素 D 的配方奶或奶粉，需要每天給予 400 IU 口服維生素 D。維生素 D 的其他來源，例如加強維生素 D 的食物，可計入 400 IU 的每日最低攝取量。

嬰幼兒處於快速增長時期，鐵需求量較高，特別容易發生缺鐵性貧血。大多數健康足月兒出生時，體內鐵存量足以滿足身體的鐵需求，直到六個月大左右。母乳的鐵含量很低，且隨著泌乳期增加而降低；故孕期鐵營養不足，可能對胎兒腦部與精神症狀造成不良影響；鐵質豐富的食物，如紅肉、深綠色蔬菜、豆類等。臺灣周產期醫學會建議，婦產科醫師在產婦生產時延遲臍帶剪斷，以增加鐵儲存，提供全母乳哺育寶寶前六個月所需。

此外，懷孕期及哺乳期婦女對其他營養素，如碘、鋅、DHA、維生素 A、E 等的需求量也會提高，值得注意。婦女懷孕時碘嚴重不足，可能影響胎兒腦部發育，造成新生兒生長遲緩和神經發育不全，甚至增加嬰兒死亡率。懷孕及哺乳期應攝取充足鈣質，以滿足胎兒／嬰兒生長和母體需要。懷孕期間鎂攝取增加，可減少子癲前症與胎兒子宮內發育不全的發生率。孕婦鋅營養狀態不足，可能造成胎兒在子宮生長遲緩與神經管缺陷。

參、目標

依據臺灣孕產婦及嬰幼兒營養狀況制定相關營養政策，以改善孕產婦及嬰兒營養狀況。

肆、策略

孕產婦營養狀況對胎兒及新生兒健康影響很大，如何促進婦幼健康，應列為重要課題。

- 一、應建立懷孕期母體適度體重控制，孕期體重增加請參考國民健康署國人膳食營養素參考攝取量（DRIS）第七版建議。
- 二、應針對孕產婦及嬰幼兒營養素缺乏狀況進行調查與評估，據以制訂適合臺灣孕產婦及嬰幼兒營養建議指引。
- 三、鼓勵孕產婦增加鐵質攝取，並建議婦產科醫師在產婦生產時延遲臍帶剪斷，以增加鐵儲

存。

- 四、早產兒需要較高的維生素與鐵攝取量，需注意補充直到接受完整的固體食物且有正常生長發育及血液標準值為止。
- 五、鼓勵孕產婦增加各種維生素及礦物質攝取，或可在醫師指導下額外補充孕產期專用綜合維他命，以攝取孕期足夠礦物質和維生素等營養素。
- 六、推動婦產科及兒科醫師訓練計畫落實孕產婦及兒童健康維護教育與研究能力。
- 七、建置多元化孕產婦及嬰幼兒營養健康照顧宣導素材，可運用衛教宣導單張、海報，亦可透過孕產婦關懷網站、雲端好孕守 APP、孕婦健康手冊等傳播方式納入衛教內容，以提升民眾認知。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 繼續推動孕期母親適當體重控制及正確健康飲食概念。
- (二) 針對孕產婦及嬰幼兒營養素缺乏狀況，展開大規模調查，作為孕產期營養政策重要參考指標，制訂合適的「臺灣孕產婦及嬰幼兒的營養建議指引」。
- (三) 繼續推動母乳哺育或部分母乳哺育嬰兒補充維生素 D，並定期評估成效。
- (四) 繼續推動產婦生產時延遲臍帶剪斷增加鐵儲存量，並定期評估成效。

二、長程指標（2030）

- (一) 落實並檢討 [臺灣孕產婦及嬰幼兒的營養建議指引] 成效。
- (二) 臺灣兒科醫學會評估推動純母乳哺育或部分母乳哺育寶寶口服補充維生素 D 成效。
- (三) 臺灣周產期醫學會評估推動產婦生產時延遲臍帶剪斷，以增加鐵儲存量成效。
- (四) 臺灣兒科醫學會評估推動兒科醫師訓練計畫，落實兒科醫師兒童健康維護教育與研究能力成效。
- (五) 孕產婦與嬰幼兒均能攝取均衡適量營養素，包括蛋白質、葉酸、碘、維生素 A、維生素 D、維生素 E、鈣、鐵、鋅、DHA、長鏈不飽和脂肪酸等，幫助嬰幼兒健康成長。
- (六) 成立孕產婦及嬰幼兒營養健康研究團隊。

子題四、孕產婦及新生兒預防接種

壹、背景

預防勝於治療，預防接種以避免疾病發生，是目前預防醫學最大目標和功能。孕產期婦女如果在懷孕期間感染病菌或病毒，對孕婦本身和胎兒健康都可能造成危害。孕婦接受疫苗接種，目的在提供母親及新生兒重要的保護。

貳、現況檢討

美國疾病管制署（CDC）針對懷孕及哺乳母親是否需接種疫苗，提供下列建議：

- 一、懷孕前確定是否有 B 型肝炎、德國麻疹及水痘抗體，如果沒有抗體，應在懷孕前一個月接受疫苗注射後才懷孕。
- 二、建議每次懷孕時都應該接種不活化流感疫苗及減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap）疫苗。
- 三、如果懷孕期間未接種流感疫苗及減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap），建議母親應在產後接種；沒有德國麻疹抗體，也應該在產後接種德國麻疹疫苗。
- 四、新生嬰兒會接觸到的家族成員及保母，建議應接受百日咳疫苗注射。
- 五、不建議懷孕期間接種人類乳突病毒（HPV）疫苗及活性疫苗，包括水痘疫苗、德國麻疹、麻疹、腮腺炎混合疫苗（MMR）及帶狀疱疹疫苗等。

目前有超過 20 個國家建議孕婦接種 Tdap 疫苗，但接種時程各有差異。

目前國家 B 型肝炎防治政策為：母親為 B 型肝炎 s 抗原及 e 抗原皆為陽性者，其新生嬰兒在產後二十四小時內可接受公費 B 型肝炎免疫球蛋白（HBIG）注射，滿一歲時可免費追蹤檢查 B 型肝炎抗體，確定小孩有否感染。但據研究調查發現，若母親為 B 型肝炎 s 抗原陽性但 e 抗原陰性帶原者，仍然有 2~3% 嬰兒會受到感染，但目前國家接種政策並未保護到這些小孩；如果要注射 B 型肝炎免疫球蛋白，家長需自費負擔。此外，C 型肝炎是近 20 年來新發現的肝炎病毒，隨著 B 型肝炎疫苗普及，C 型肝炎問題日顯嚴重。

目前孕婦及六個月內嬰兒的父母已為公費流感疫苗接種對象，且我國育齡婦女經檢驗德國麻疹抗體陰性者，亦可接種公費 MMR 疫苗。

參、目標

制定並「實施臺灣孕產婦及新生嬰兒接種疫苗共識與指引」，以減少孕產期婦女及新生兒罹患疫苗可預防之傳染病，提升婦幼健康。

肆、策略

目前臺灣並未針對孕產婦接種疫苗政策建立共識與指引，政府應嚴肅正視此一問題，並儘早制定適合國人的孕產婦疫苗政策。建議策略如下：

- 一、調查不同出生世代的育齡婦女 B 型肝炎、水痘、德國麻疹的抗體盛行率。
- 二、德國麻疹抗體陰性的育齡婦女準備懷孕前，應先施打 MMR 疫苗，接種疫苗後四週內避免懷孕。
- 三、建議懷孕期間沒有接種流感及 Tdap 疫苗的母親，應在產後接種，沒有德國麻疹抗體，也應在產後接種德國麻疹疫苗。建議新生嬰兒的家庭成員及保母，應接受含百日咳成分之疫苗注射。聯合各相關醫學會並繼續與衛生福利部溝通，全面把 Tdap 疫苗納入公費施打項目。政府對弱勢族群應優先公費補助，未納入公費補助前，建議家長自費施打。
- 四、建議婦產科醫師宣導產後施打 HPV 疫苗，衛生福利部應儘速納入國家常規預防接種項目。聯合各相關醫學會，並繼續與衛生福利部溝通，全面把 HPV 疫苗納入公費施打項目。在未全面納入公費施打前，建議各縣市政府編列公務預算，為所有國中女生施打 HPV 疫苗，並提供弱勢族群優先公費補助，或補助部分經費。補助前建議家長自費施打。
- 五、建議國家 B 型肝炎防治政策修訂為：只要母親是 B 型肝炎帶原者，新生嬰兒都可接受公費 B 型肝炎免疫球蛋白注射及後續追蹤抗體檢查。
- 六、建議國家建立 C 型肝炎防治政策，產前公費篩檢孕婦，患有 C 型肝炎孕婦轉診胃腸肝膽內科做長期追蹤、檢查、治療，並追蹤 C 型肝炎垂直感染產下嬰兒情形；藉由客觀分析比較，結論可供臨床醫師及公衛人員制定政策參考。患有 C 型肝炎母親產下的嬰兒，持續公費追蹤體內病毒量、抗體效價、肝功能及腹部超音波檢查。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 政府制訂適合國人的「臺灣孕產婦及新生嬰兒接種疫苗共識與指引」，提供懷孕及哺乳母親及新生嬰兒是否需接種各種疫苗建議，作為孕產期及新生嬰兒疾病預防及疫苗政策重要參考指標。
- (二) 建議政府評估不同出生世代育齡婦女抗體盛行率，針對抗體陽性率較低世代，直接提供免費 MMR 疫苗接種，接種疫苗後四週內應避免懷孕。
- (三) 依照世界衛生組織（WHO）對人類乳突病毒（HPV）疫苗的立場聲明，建議納入國家常

規預防疫苗接種計畫，並同步進行安全性行為及抹片篩檢教育宣導，配合疫苗接種計畫，建立監測系統。

- (四) 推動懷孕時公費接種不活化流感疫苗及 Tdap 疫苗，如果懷孕期間未接種上述疫苗，建議產後應接種，沒有德國麻疹抗體，也應在產後公費接種德國麻疹疫苗。相關單位應建議家裏有新生嬰兒，會接觸到的家族成員及保母應接受百日咳疫苗注射。
- (五) 若母親是 B 型肝炎帶原者，不論 e 抗原是否陽性，新生嬰兒都可接受公費 B 型肝炎免疫球蛋白注射及後續追蹤抗體檢查，以保護上述兒童免於 B 型肝炎感染。
- (六) 制訂 C 型肝炎防治政策，公費篩檢孕婦產前檢查 C 型肝炎，若已感染，應追蹤 C 型肝炎垂直感染所產下嬰兒。藉由客觀分析比較，結論可供臨床醫師及公衛人員制定政策參考。
- (七) 落實並加強婦兒科住院醫師訓練計畫中婦兒健康維護教育與研究能力，並列入成果評估。
- (八) 建置孕產婦及新生嬰兒各種疫苗注射衛教影片，方便大眾使用。

二、長程指標（2030）

- (一) 落實並檢討「台灣孕產婦及新生嬰兒接種疫苗共識與指引」成效。
- (二) 訂定定期監測機制，針對懷孕及哺乳母親及新生嬰兒公費接種各種疫苗後監測各項流行病學指標，包括發生率、接種率、副作用、抗體濃度偵測等，並定期討論與修正。
- (三) 落實並檢討 C 型肝炎防治政策成效，公費篩檢產前 C 型肝炎的孕婦，並予以追蹤後，臺灣患有 C 型肝炎病人的肝病併發症是否明顯下降。
- (四) 評估人類乳突病毒（HPV）疫苗納入國家常規預防疫苗接種計畫後，國人性病及子宮頸癌發生率是否明顯下降。
- (五) 政府評估推動婦兒科住院醫師訓練計畫的婦兒健康維護教育與研究能力成效。
- (六) 成立國家級孕產婦及新生嬰兒疾病預防及疫苗政策研究單位。

子題五、孕婦高危險妊娠疾病篩檢

壹、背景

高危險妊娠疾病涵蓋廣泛，包括接受過子宮手術、曾接受其他腹部、胸部或心臟手術、子癩前症、子癩症、妊娠高血壓、妊娠糖尿病、母體內科疾患、母體感染、年紀小於 16 歲或大於 40 歲、早產（未破水）、未足月早期破水、多胞胎、胎位不正、胎兒生長遲緩、胎兒過大、妊娠過期、胎兒畸形、前置胎盤、胎盤早期剝離、羊水過少、羊水過多、感染、體重過輕（BMI

<18.5) 或超重 (BMI \geq 25~30) 和肥胖 (BMI \geq 30) 等。這些疾病常造成早產，新生兒併發症或死亡，孕產婦罹病率或死亡率上升。目前對許多疾病亦乏全面有效的預防方法。

貳、現況檢討

目前衛福部國民健康署對孕婦於妊娠早期及妊娠中期均有提供孕婦產前健康照護衛教指導方案，針對懷孕婦女篩檢相關孕產醫療史、高危險因子、孕期營養、生產準備計畫、母乳哺育和孕期心理適應等，並施以衛教。礙於醫院醫療人力和時間限制，其中部分項目尚待進一步落實。

從國民健康署 1993~2002 年通報神經管缺陷之調查報告發現，十年來神經管缺陷發生率介於 0.4~1‰，平均發生率約為萬分之 7。一般建議孕前補充葉酸，最少持續至妊娠四週，可減少胎兒神經管缺陷。從臺灣孕婦的營養狀態亦發現，有碘、維生素 B2、葉酸、鐵和維生素 D 不足情形，應鼓勵孕婦加以重視，補充各種營養。

高危險妊娠疾病主要像子癩前症為引起孕產婦或新生兒罹病率和死亡率重要原因。目前懷孕併發高血壓發生率約 5.2~8.2%，懷孕併發子癩前症發生率約 0.2~9.2%。婦女在懷孕期發生子癩前症，在產後長期追蹤過程有較一般婦女更高比率發生高血壓，缺血性心臟病、中風和靜脈栓塞疾病風險。此外，妊娠糖尿病發生率約佔懷孕婦女 1~14%，肥胖婦女於妊娠發生妊娠糖尿病機率為一般體重婦女的 4~8 倍。臺灣有 11.2% 孕婦超重或肥胖，其發生妊娠糖尿病、子癩前症、產程異常、胎頭骨盆大小不對稱和胎兒過大等風險則明顯增加。青少年懷孕或性傳染病感染，亦是高危險妊娠疾病主要原因之一。

面對高危險妊娠孕產婦，照護資源仍有城鄉差距及專業人員不足現象。偏鄉或離島交通不便，人口外流並老化，醫療資源相對於都市較少且取得不易；在醫療資源分布不均下，亦缺乏協助高危險妊娠婦女進入適當醫療機構接受照護的完善醫療網。此外，從事高危險妊娠孕產婦照護相關人力目前仍顯不足現象。

參、目標

- 一、降低孕產婦併發症，改善婦幼健康。
- 二、鼓勵提早生育，避免高齡孕產婦。
- 三、提供完整衛教資訊，讓育齡婦女了解預防高危險妊娠重要性。
- 四、培養優質且充足婦產科醫師人力及充分醫療人力，滿足高危險妊娠醫療需求。
- 五、除了前述子題一電子資訊化，進一步將醫療資訊雲端化，方便育齡婦女隨時取得高危險妊娠醫療資訊及相關社會資源。

肆、策略

- 一、建構有利社會環境，鼓勵提早生育，避免高齡孕產婦，減少併發症。
- 二、政府應提供各種福利措施，鼓勵年輕人結婚早生育，避免高齡孕產婦，減少併發症。
- 三、實施衛生教育，指導避孕，避免青少年懷孕。
- 四、建構學校性和生殖健康教育相關課程，讓學齡青少年瞭解避孕及危險性行為，減少性病或生殖道感染。
- 五、針對孕期感染實施全面篩檢，或提供疫苗注射。
- 六、全面評估孕產婦之營養狀況，針對個別孕產婦之營養狀況，提供飲食指導及營養補充。
- 七、建立產前評估孕婦營養狀況流程，對營養缺乏之孕婦個別指導，適當補充營養，幫助胎兒發育，減少產科併發症。
- 八、針對特定高危險妊娠，例如子癲前症，蒐集相關實證資料評估國內現況並研議發展新的預測生物標記及治療方法。
- 九、對孕婦提供妊娠糖尿病篩檢衛教知識，施以飲食衛教和適當運動，減少肥胖和妊娠糖尿病併發症。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- （一）婦女首婚年齡小於 30 歲，首胎生育年齡亦小於 30 歲，高齡孕產婦人數明顯減少。
- （二）孕產婦死亡率明顯降低。
- （三）醫療資訊雲端化、媽媽手冊雲端化，方便育齡婦女隨時取得高危險妊娠醫療資訊及相關社會資源。
- （四）建構學校相關性和生殖健康教育的新穎課程設計與，提供校園生殖健康相關醫療如避孕和性病諮詢等服務。
- （五）建立國內孕產婦營養狀況完整資訊。
- （六）充分優質且充足婦產科醫師人力，滿足孕高危險妊娠醫療需求。

二、長程指標（2030）

- （一）婦女首婚年齡小於 30 歲，首胎生育年齡亦小於 30 歲，高齡孕產婦人數明顯減少。
- （二）孕產婦死亡率明顯降低。
- （三）建立高危險妊娠孕產婦全國登錄系統，方便醫療資源之提供與管理，提升照護品質。
- （四）充分優質且充足婦產科醫師人力，滿足高危險妊娠醫療照護需求。

子題六、母嬰友善環境

壹、 背景

胎兒和嬰幼兒是生長、發育的重要關鍵時期，外界因子包含子宮內環境相當敏感，若是暴露到環境污染物（詳見第十一章第六節環境健康）或是營養不均衡（詳見子題三 孕產婦及新生兒營養），不僅影響新生兒和兒童健康，甚至導致成人時期的慢性病。出生世代追蹤研究即是探討暴露的關鍵時期和瞭解因果關係的必要規劃。

一、 孕產婦友善職場

女性擁有健康的身體，較能孕育及教養出健康下一代。臺灣女性勞動力參與率持續上升，2012 年首次突破 50%（50.19%），2016 年持續升至 50.80%（中華民國統計資訊網，2016）。臺灣女性的平均生育年齡也正值其勞動率最高階段，當女性在工作與生活間無法取得平衡時，其工作意願會受到影響，進而造成工作短暫性中斷或永久性終止，甚或影響心理健康。為使女性不論在妊娠、生產、育兒等階段，其母性功能均可順利執行，故而凸顯營造孕產婦友善職場的重要性。

二、 母奶哺育及母嬰親善

母嬰親善醫院是由世界衛生組織（WHO）及聯合國兒童基金會（UNICEF）所主持的全球運動。行政院衛生署國民健康局 2012 年參酌 WHO、UNICEF 所發布的「成功哺餵母乳的十大步驟」，推動國內母嬰親善醫院，目的在創造讓母乳哺育成為常規的醫療照顧環境，給予嬰兒生命最好的開始。WHO 建議完全哺育母乳可滿足六個月大嬰兒所有營養需求，直到四歲後，仍對嬰兒營養及情緒健康有助益。

三、 母嬰心理健康（產後憂鬱）

孕期心理疾患（Perinatal mental illness）即自婦女懷孕開始至產後一年內發生心理情緒相關之症狀或徵象。產後憂鬱症發生率約 13~20%，產後精神病發生率則為 0.01%。婦女自懷孕始即會經歷心理變化，尤其是憂鬱與焦慮問題，這些變化不光是對懷孕婦女本身的影響，更影響母親恢復與嬰幼兒照護，更甚者會有自傷或嬰兒傷害行為，對整個家庭、社會也會帶來壓力。目前，國健署已於孕婦健康手冊之各次產檢自我檢核紀錄中提供「心情點滴」欄位供孕婦自我檢核，並於第 1 次及第 2 次孕婦產前健康照護衛教指導紀錄表中提供「心情溫度計」供孕婦自我評估。

貳、現況檢討

一、孕產婦工作條件調查

我國對於女性勞工已制定相關法規針對母性保護，女性因懷孕或生產所需之產假、育嬰假、哺乳或夜間工作時間，現多已立法規範。衛生福利部國民健康署推動母嬰親善醫院，自2017年1月1日起，全國共計187家母嬰親善醫療院所。

二、全國性母乳哺育調查

根據國健署2015年全國母乳哺育率調查顯示，六個月以下純母乳哺育率45.4%，於母嬰親善醫療院所出生的嬰兒其一個月以下、二個月以下、四個月以下及六個月以下，純母乳哺育率分別為68.2%、62.7%、55.4%、46.0%，均高於非母嬰親善醫療院所出生的嬰兒（64.6%、59.2%、51.7%、43.2%）。另2015年全國實施親子同室比率為20.2%，母嬰親善醫療院所親子同室率為23.7%，比非母嬰親善5.6%高；全國實施「母嬰及早肌膚接觸」比率為32.6%，母嬰親善醫療院所為36.4%，比非母嬰親善16.9%高。

三、母嬰心理健康（產後憂鬱症）

根據統計，產後婦女平均有13%發生產後憂鬱症（Postpartum depression），50~85%會發生嬰兒憂鬱（Baby blue），而僅有0.1~0.2%被診斷為產後精神病症（Postpartum psychosis）。然而，患有產後憂鬱症母親對新生兒照護與生長發育會產生影響與衝擊，如在發展行為障礙，包括睡眠問題、活動過度、激進行為等、發展遲緩包括說話較慢、較晚走路、學習緩慢等、社會退縮如出現焦慮、自尊降低、依賴、害怕等，甚而在生命早期即出現憂鬱重症（Major depression）徵狀。

參、目標

一、建立孕產婦友善職場

職業場所給予孕產假及相關權益確實依規範執行，符合規範之場所應設置母嬰親善相關設施，如哺乳室、托兒設施、性別友善廁所等；降低生（懷）第一胎離職婦女比率，提升孕產婦對職場環境的工作滿意度。

二、建立母乳哺育文化及母嬰親善友善環境

創造以母乳哺育為常規的醫療照顧環境，給予嬰兒最好的開始。提供支持與輔導新生兒/嬰兒餵食方法，也尊重每位母親哺餵母乳的權利。

三、推動母嬰心理健康（產後憂鬱）早期預防

婦女健康促進及生活品質提升：包括提供嬰幼兒照顧與母乳哺餵，對懷孕及產後心理變化有所認識，並需主動關懷與監測婦女身心狀況，提供支持與照顧。

早期偵測與治療：在懷孕期即開始篩檢婦女心理問題，直至產後階段，主動關懷與處理高危險婦女與家庭問題，預防合併症可能造成的影響；有心理狀況婦女及其家庭能儘早尋求協助。

肆、策略

一、改善孕產婦工作職場

職業場所落實相關法規執行並派員定期稽核；使用具有信度、效度之工作滿意度量表進行評量；彈性工作制度如彈性上下班，必要時允許在家辦公等；給予合理工作負擔、提供育兒相關補助、提升孕產婦就業機率，保障母嬰的社會福利。

二、孕產婦衛教

抽菸習慣和孕期喝酒，皆是影響育齡婦女產下不良生育結果之危險因素。建議針對曾有不良生育結果或有上述危險因子之孕婦，除了加強懷孕期間照護措施及衛教宣導之外，也能提倡育齡婦女的孕前照護，進而加強婦女健康體位觀念和慢性病照護等，使其建立良好的生活型態，以促進我國婦幼健康。

三、母乳哺育及母嬰親善

(一) 提供母嬰友善照護環境

建立母嬰友善照護環境，以提高母嬰照護品質，提供未來主人翁優良發育、成長的環境。

1. 對孕婦宣導並鼓勵其表達明確支持哺餵母乳政策。
2. 實施相關醫護人員哺餵母乳教育訓練。
3. 尊重媽媽自主選擇意願，鼓勵實施 24 小時親子同室。
4. 除非醫療需要，不建議給新生兒母乳以外食物或飲料。
5. 鼓勵成立母乳支持團體，並在母親出院後轉介在地支持團體。

(二) 促進良好新生兒/嬰兒哺餵方法，包括：

1. 告知孕婦哺餵母乳好處及如何哺餵母乳，除母乳外，應充分告知選擇配方奶媽媽的個別諮詢及衛教。或是註明針對有特別需求媽媽提供相關衛教資訊及管道。
2. 鼓勵依嬰兒需求哺餵母乳。

3. 教導母親哺育母乳技術及必須和嬰兒分開時，如何持續維持乳汁分泌。
4. 幫助母親產後儘早開始哺餵母乳。
5. 哺餵母乳的嬰兒不給予人工奶嘴或安餵奶嘴。

四、母嬰心理健康（產後憂鬱）

- (一) 提升民眾對孕產期心理健康的認知。
- (二) 使用具公信力的心理健康量表，早期發現產後憂鬱傾向母親，提供適當諮詢、照護與支持，以促進家庭健康發展。
- (三) 早期發現正確診斷、治療產後憂鬱症。
- (四) 舉辦婦女支持活動，請孕婦與產婦共同參與、互相扶持。
- (五) 建構孕期及產後多元服務資源。

伍、衡量指標

一、中程指標（2022）

- (一) 提升工作滿意度比率。
- (二) 提供孕產婦母乳哺育及新生兒/嬰兒適當哺餵方法等相關衛教與護理指導，促進母乳哺餵連續三個月成功率。
- (三) 參加母嬰親善與友善照護之評比，建置母嬰友善照護環境。
- (四) 建立母乳哺餵與產後憂鬱之相關支持團體。
- (五) 推廣產後相關心理健康量表，以早期發現與預防產後憂鬱症的發生。
- (六) 增進第一線服務孕產婦工作人員之教育訓練，建立孕產婦心理支持與關懷的環境，以早期發現及預防產後憂鬱症的發生。

二、長程指標（2030）

- (一) 降低因懷孕或生產而離職比率。
- (二) 提供孕產婦母乳哺育及新生兒/嬰兒適當哺餵方法等相關衛教與護理指導，促進母乳哺餵連續六個月成功率。
- (三) 參加國際母嬰親善/友善照護評比，建置模範的母嬰友善照護環境。
- (四) 官方建立有關孕期及產後照護相關網路資源，運用大數據。

子題七、新移民與青少年周產期保健

壹、背景

懷孕對少女而言，除了醫療與健康問題，還必須做出會影響她一生的決定，包括是否墮胎、出養、與孩子父親結婚、當單親媽媽等；此時，如有專業、完整的支持與輔導，在此一人生重要轉折點將可做出有利的決定和影響。

新住民婦女孕期的身心變化，還多了適應問題，使妊娠期充斥挫折與壓力情境。她們開始接受產前檢查的時間較晚，約 20% 未在妊娠前三個月接受產檢，約 40% 未定期接受產檢。受限於溝通、不易建立信任關係、週產期醫療照護知識與訊息取得不足等條件，孕期不適症狀造成新住民母子健康不利的影響。

貳、現況檢討

未滿 20 歲青少年生育，除影響自身身心健康及生涯發展外，亦影響新生兒健康狀況。針對懷孕少女的社會福利權，《兒童及少年福利與權益保障法》規定，直轄市、縣（市）政府，應「對於因懷孕或生育而遭遇困境之兒童、少年及其子女」，予以適當之安置、生活扶助、醫療補助、托育補助及其他必要協助。《特殊境遇家庭扶助條例》對低收入之未婚懷孕婦女有設置津貼或補助之申請規範。《弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助計畫》將未婚懷孕列入緊急生活扶助的對象。

另國內設有「未成年懷孕求助站」，為衛生福利部社會與家庭署委託財團法人勵馨社會福利事業基金會（以下簡稱勵馨基金會）設置的全國統一整合性未成年懷孕服務，提供未成年懷孕者及其重要他人求助諮詢的便利性。

至於新住民的新生兒健康狀況，並沒有比較差，其中死產、體重不足與早產三項指標表現甚至更好。有醫療衛生輔導需求者中，23.54% 表示需要提供幼兒健康檢查輔導，其次為提供育嬰、育兒知識（20.14%）。

目前相關補助辦法，包括：2015 年內政部函頒「新住民生活適應輔導補助要點」、2016 年修訂「新住民照顧服務措施」，也設置了外來人士在臺生活諮詢服務熱線。內政部移民署亦定期統計、彙整政府各單位新住民照顧服務措施辦理情形與孕產婦醫療健康相關措施，將新住民子女全面納入嬰幼兒健康保障系統，加強辦理新住民子女兒童發展篩檢工作。另於 2011 年起，由各縣市政府衛生局依所轄現況及需求，自行向內政部「新住民發展基金」申辦推動「外籍配偶生育保健通譯人員服務計畫」，提供新住民醫療保健資訊通譯服務。

參、目標

- 一、提升青少年懷孕照護品質。
- 二、提升新移民女性產前檢查品質。
- 三、提供多元文化育兒照護知能。

肆、策略

- 一、建置青少年孕產健康關懷中心，擴大「未成年懷孕求助站」功能，發展主動關懷系統。
- 二、建置青少年孕產期友善、優質的就醫網絡。
- 三、利用多元關懷模式，建立協助高關懷族群的主動介入服務模式。
- 四、建置新住民幼兒家庭醫師系統。

伍、衡量指標

- 一、中程指標（2022）
 - （一）規劃青少年生殖健康關懷中心試辦計畫，培育關懷員。
 - （二）結合關懷中心與青少年孕產友善醫療院所網絡運作。
 - （三）建立通報網路平台，利用資訊科技提醒機制，建立主動介入服務模式。
 - （四）規劃「新住民友善幼兒家庭醫師」特約診所制度，並規劃整合的語言轉譯服務資源中心，支援特約診所服務。
- 二、長程指標（2030）
 - （一）建置青少年生殖健康關懷中心，逐步提升主動關懷涵蓋率。
 - （二）藉由關懷中心與青少年孕產友善醫療院所網絡結合運作，提供「一條龍」式照顧服務，並由孕產婦照顧延伸至新生兒。
 - （三）利用產前檢查時程行事曆系統與提醒機制，輔助高關懷族群的主動服務介入。
 - （四）提高「新住民友善幼兒家庭醫師」特約診所涵蓋地區。

子題八、早產兒防治

壹、背景

早產是一多發性原因疾病，早產原因大多不明，僅有 50% 可以找出其相關原因，因此很難用單一方法或藥物加以預防或治療。一般而言，出生週數越小、體重越低的早產兒，所面臨合併症越多，所以早產防治特別強調妊娠 32 週以前發生或體重低於 1500 公克的早產兒。

貳、現況檢討

目前臺灣早產發生率為8.56%，早產發生率以每年0.07% 增加，多胞胎為引起早產最重要原因。人工生殖試管嬰兒治療導致多胞胎比率明顯上升，依據國民健康署公布資料，國內經由人工生殖的活產多胞胎比率高達近四成，高於歐美二成；多胞胎妊娠對母體及胎兒都有一定風險，有醫療需求之早產每年以0.5%增加。

參、目標

- 一、降低臺灣妊娠 37 週以下早產發生率，尤其是低於 32 週早產兒發生率，改善其預後。
- 二、提供衛教資訊，讓育齡婦女了解預防早產重要性。
- 三、培養優質且足夠婦產科醫師人力，提供充分醫療人力，滿足孕婦產科醫療需求。
- 四、醫療資訊雲端化，方便育齡婦女隨時取得早產防治資訊及相關社會資源。

肆、策略

- 一、持續推廣戒菸，目前仍有不少孕產婦有抽菸習慣，停止抽菸是最容易執行、也是最容易的預防早產方法。

- 二、規範人工生殖治療不孕症的胚胎植入數目

人工生殖技術不止在維持人工生殖成功率，也應減少因人工生殖發生多胞胎風險；因為 35 歲以下不孕婦女有較高懷孕率及多胞胎比率，對於這些病患應規範植入不超過二個胚胎。建議對成功機率高（favorable prognosis）的病患，像第一次接受人工生殖治療者、胚胎品質很好、病患有多餘好的胚胎可供冰凍保存，或過去有成功試管嬰兒治療經驗者，應以植入一枚胚胎為原則。35~37 歲則建議植入胚胎數不超過二枚，38~40 歲不超過三枚，40 歲以上不超過四枚，且應向病患說明多胞胎的風險。

- 三、依人種及國情特徵，發展新的預測早產生物標記，以有效預防早產

過去文獻已證實，母親本身是早產兒或姊妹生下早產兒，則發生早產風險明顯增加，而母親與胎兒基因相互作用亦會影響妊娠週數；此亦顯示早產與基因遺傳有關。目前次世代定序針對 genome-wide single nucleotide polymorphism array 和 whole-exome sequencing 技術已相當進步，價格也大幅下降，可選擇特定早產好發族群研究與早產有關特定基因，做為預防參考。

- 四、發展治療早產的新藥

目前建議對於單胞胎、無早產症狀、無早產病史並且在妊娠 16~24 週子宮頸較短之孕婦，

可使用黃體素 progesterone 預防早產。目前治療早產的藥物包括 Atosiban, Nifedipine 等，均有不少副作用且安胎效果有限，宜開發新安胎藥物、，新的治療早產藥物。

- 五、針對 34 週以前早產孕婦，若無特殊使用禁忌症，全面使用產前類固醇。對於在妊娠 34 週可能發生早產之孕婦，全面使用產前類固醇，減少早產之新生兒併發症和死亡率。對於可能在妊娠 32 週以前生產之孕婦施打硫酸鎂 (magnesium sulfate)，減少早產的新生兒腦部傷害及神經發育障礙。此外，若母親或新生兒狀況許可，低體重早產兒出生時可延緩斷臍，減少早產兒貧血發生，改善早產兒預後。
- 六、鼓勵婦女 30 歲以前結婚、35 歲以前生育，避免妊娠併發症，減少早產發生。計劃生育、避免高齡產婦、降低妊娠併發症，減少早產發生。
- 七、鼓勵孕產婦注意均衡飲食營養，並定期接受產檢；亦鼓勵口腔保健，孕期定期檢查牙齒和牙周疾病。
- 八、立法規範早產孕產婦全面實施產前轉診，改善早產兒預後。早產孕產婦於設有新生兒加護設備的醫院生產，可大幅改善早產兒預後。應全面規範早產孕產婦產前轉診，尤其是 32 週以下或 1500 公克以下極低體重早產兒，應避免生產後才轉診。

伍、衡量指標

一、中程指標 (2022)

- (一) 妊娠 37 週以下之早產發生率明顯降低，早產兒預後改善。
- (二) 妊娠 32 週以下早產發生率明顯降低，極低體重早產兒預後改善。
- (三) 提供衛教資訊，讓育齡婦女了解預防早產重要性。
- (四) 醫療資訊雲端化，方便育齡婦女隨時取得早產防治資訊以及相關社會資源。
- (五) 解決全國各醫院婦產科醫師人力缺乏現象，滿足孕婦產科醫療的需求。

二、長程指標 (2030)

- (一) 妊娠 37 週以下早產發生率明顯降低，早產兒預後改善。
- (二) 妊娠 32 週以下早產發生率明顯降低，極低體重早產兒預後改善。
- (三) 全國包括偏鄉均有充足婦產科醫師人力，滿足孕婦產科醫療需求。

子題九、物質濫用對孕婦及胎兒之影響

壹、背景

藥物濫用對生育能力與胎兒都會產生不良影響，會造成如兒童被忽視或虐待等問題，值得關注。

貳、現況檢討

根據法務部(2016)「反毒報告書」資料顯示，2016年藥物濫用通報個案分佈，女性計5,898人次；青少年收容人第一次使用的毒品種類，主要為K他命與安非他命，而成年女性收容人曾經使用過的毒品，以海洛英(79.3%)和安非他命(66.6%)最多(呂淑妤，2008)。衛生福利部每年提出「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」報告，2016年統計資料顯示，2016年各機關(構)通報藥物濫用個案中男性23,265人次，占通報總人次之79.8%；女性5,898人次，占20.2%。通報個案藥物濫用品項以海洛因為最多，其他依序為甲基安非他命、愷他命、MDMA。然而，孕產婦藥物濫用狀況並未有詳細調查資料。

參、目標

- 一、建置台灣孕產女性藥物濫用的資料庫
- 二、促進戒斷症候群新生兒的健康。

肆、策略

- 一、建置孕產婦藥物濫用的通報系統。
- 二、建置母親藥物濫用之新生兒追蹤系統。

伍、衡量指標

- 一、中程指標(2022)
 - (一)規劃孕產婦藥物濫用通報試辦計畫，提供主動關懷運作模式。
 - (二)規劃母親藥物濫用之新生兒追蹤系統。
- 二、長程指標(2030)
 - (一)建置孕產婦藥物濫用通報系統，主動予以關懷，減少再次懷孕藥物使用狀況。
 - (二)母親藥物濫用之新生兒神經發展追蹤達成率九成以上。