

病歷號碼：

姓名：

出生年月日：

醫病共享決策輔助評估表

決策題目：

我被診斷子癲前症，我需要提早生產嗎？

前言：

隨著孕產婦的高齡化，妊娠期的併發症發生機會越來越多，遇到這樣的狀況，安胎或者生產，在母體與胎兒之間的治療抉擇常常顯得兩難。近年來醫療科技日新月異，診療的方式越來越多元；來院就醫的民眾，從以往的單方面接受醫師建議，漸漸的也會從其他知識庫取得醫療資訊。接下來這份醫病共享決策輔助工具，可以幫助您了解提早生產的優缺點，與您的醫師共同討論，選出最適合您的治療方式。

適用對象 / 適用狀況：

懷孕 34 週 (含) 以後的孕婦，經醫師評估後，血壓 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 合併蛋白尿，診斷為子癲前症的病人。

疾病介紹：

子癲前症是妊娠期特有的高血壓疾病，通常發生在妊娠20週之後，特徵為高血壓合併 (血壓 $\geq 140/90\text{mmHg}$) 有水腫及蛋白尿。確切原因未明，但目前認為與胎盤功能異常、血管內皮損傷、免疫反應及遺傳因素有關。輕度子癲前症可以密切監測血壓、胎兒狀況及使用降壓藥；若血壓控制不良，持續進展至重度子癲前症時，可能伴隨出現頭痛、噁心、嘔吐、視力模糊、右上腹痛等症狀，當合併有溶血、血小板下降、肝指數升高等異常現象時，表示出現HELLP症候群，此時母親的死亡率約為2~3.5%，而胎兒死亡率很高，約佔23~66%。此病可能引發胎盤早期剝離、胎兒生長遲滯及早產，更嚴重者會誘發抽搐變成子癲症及產生嚴重母體併發症，如：中風、肝損傷、急性腎損傷、肺水腫、心肌梗塞、急性呼吸窘迫症候群等，而危及母嬰生命安全。

自我評估：

- 是否有下列提及子癲前症重症症狀
- ☐ 頭痛或枕骨後痛

制定日期：2025/10/07

- ☐頸部僵硬
- ☐噁心、嘔吐
- ☐視力模糊
- ☐尿量減少
- ☐右上腹痛
- ☐血壓 $\geq 160/110$ mmHg
- ☐溶血
- ☐血小板低下
- ☐肝功能指數異常
- ☐腎功能指數異常
- ☐胎兒生長遲滯及胎心音異常
- ☐以上皆無

風險簡介：

風險程度低至高，區分綠燈區、黃燈區、紅燈區三個等級，醫師診斷我為哪一區？

☐綠燈區(低度風險)

診斷子癲前症但無重症症狀者，可增加產檢頻率，於門診密切追蹤，醫學上仍建議於 37 週（含）以上，胎兒足月後即可考慮分娩，以避免子癲前症的惡化。

☐黃燈區(中度風險)

若具有上述嚴重子癲前症重症症狀，經治療後能維持穩定狀況者，但仍處於相對較高風險中，可針對疾病嚴重程度、母體和胎兒狀況以及週數，與產檢醫師與家人共同討論治療方式與生產時間。美國婦產科醫師學會亦建議若此情況發生，34 週即可生產。

☐紅燈區(高度風險)

若具有嚴重子癲前症重症症狀，經治療後仍不穩定者（血壓續高、持續器官衰竭、胎心音異常），此時醫學上不建議繼續懷孕，在嚴重併發症發生之前立即生產，是最佳的治療方法。

醫療選項介紹：

子癲前症患者：持續監測並且密切追蹤 VS.提早分娩

項目	持續監測並且密切追蹤	提早分娩
作法	<ul style="list-style-type: none"> ● 依病人的嚴重度，調整門診追蹤頻率至一個禮拜 2-3 次，在家配合監測血壓，並且記錄，於門診時給醫師評估。時時監測是否有重症症狀產生，若產生重症症狀、無法辨識症狀、或者無法配合密切追蹤，可與產檢醫師討論是否安排入院、提早分娩 	<ul style="list-style-type: none"> ● 安排入院治療和生產，依週數與病人情況，與醫師討論生產方式（自然產或剖腹產）
優點	<ul style="list-style-type: none"> ● 胎兒有更多時間成熟，降低早產併發症（如呼吸窘迫、腦室出血、腸壞死） ● 對於懷孕 34 週以下的胎兒較有好處 	<ul style="list-style-type: none"> ● 是唯一有效的治療方法，可避免母體病情惡化 ● 降低子癲症或嚴重母體併發症（中風、肝損傷、急性腎損傷、肺水腫、心肌梗塞、急性呼吸窘迫）
缺點	<ul style="list-style-type: none"> ● 母體風險增加：可能病情惡化至子癲症或嚴重母體併發症，危及生命安全 ● 需嚴格住院監測，且需家屬陪同，可能增加母體身心壓力與家庭負擔 	<ul style="list-style-type: none"> ● 可能導致胎兒早產，出現新生兒併發症（呼吸、神經、代謝問題），台灣新生兒醫療照護網絡系統 2024 年年報顯示 32 週以上新生兒存活率 98.3%，近似於足月新生兒存活率

您目前比較想要選擇的方式是：

- ☐ 持續監測，並且密切追蹤
- ☐ 提早分娩
- ☐ 我還不能決定

在此，請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一：治療選擇

選項 考量	持續監測並且密切追蹤	提早分娩
優點	胎兒有更多時間成熟，降低早產併發症	是唯一有效的治療方式，可避免母體持續惡化
缺點	母體風險增加，可能病情惡化，需嚴格住院監測，且需家屬陪同，可能增加母體身心壓力與家庭負擔	可能導致胎兒早產，影響新生兒存活率及新生兒併發症（呼吸、神經、代謝問題）和未來的生活品質，台灣新生兒醫療照護網絡系統 2024 年年報顯示 32 週以上新生兒存活率 98.3%，近似於足月新生兒存活率
風險及併發症	母體部分： ✓ 進展為子癲症（癲癇發作）2–3%，重症者可達 10% ✓ HELLP 症候群：10–20% ✓ 胎盤早期剝離：5–10%。 ✓ 腦中風、肝腎衰竭：<5%（多見於重症）	母體部分： ✓ 大幅降低母體進一步惡化風險（子癲症、HELLP 症候群幾乎可避免） ✓ 手術相關風險：剖腹產率高（約 50–70%）
	新生兒部分： ✓ 子宮內胎兒生長遲滯：15–30% ✓ 死胎/週產期死亡：5–10% ✓ 若病情突然惡化，胎兒缺氧或死亡風險上升	新生兒部分： ✓ 早產：15–25% ✓ 早產相關併發症（呼吸窘迫、腦室出血、腸壞死）：發生率依胎齡不同，可達 20–40%

步驟二：偏好考量

請圈選下列考量項目，1 分代表對您完全不同意，5 分代表對您非常同意

考量項目	完全 不同意	←	→	非常 同意	
害怕子癲前症嚴重併發症	1	2	3	4	5
害怕胎兒生長遲滯或死亡	1	2	3	4	5
害怕寶寶早產	1	2	3	4	5
害怕需要剖腹產	1	2	3	4	5
經濟考量(住院開銷)	1	2	3	4	5
就醫方便性(密切追蹤的話，可能一週需 2-3 門診追蹤)	1	2	3	4	5
家人照護資源(病人住院後照護)	1	2	3	4	5

步驟三：您對醫療選項的認知有多少？

認知問題	對	不對	不確定
1. 若一診斷子癲前症合併重症症狀，我就需要提早分娩？			
2. 一但我選擇安胎，若疾病持續進展，我能改變計畫，提早生產？			
3. 若診斷子癲前症，提早分娩可避免母體持續惡化，是唯一有效的治療方式？			
4. 子癲前症若控制不良，會有胎盤早期剝離、腦中風等重症，甚至發展成子癲症？			
5. 32 週以上新生兒存活率高達 98.3%，近似於足月新生兒存活率？			
6. 提早分娩對母體有好處？			

步驟四：您現在確認好醫療方式了嗎？

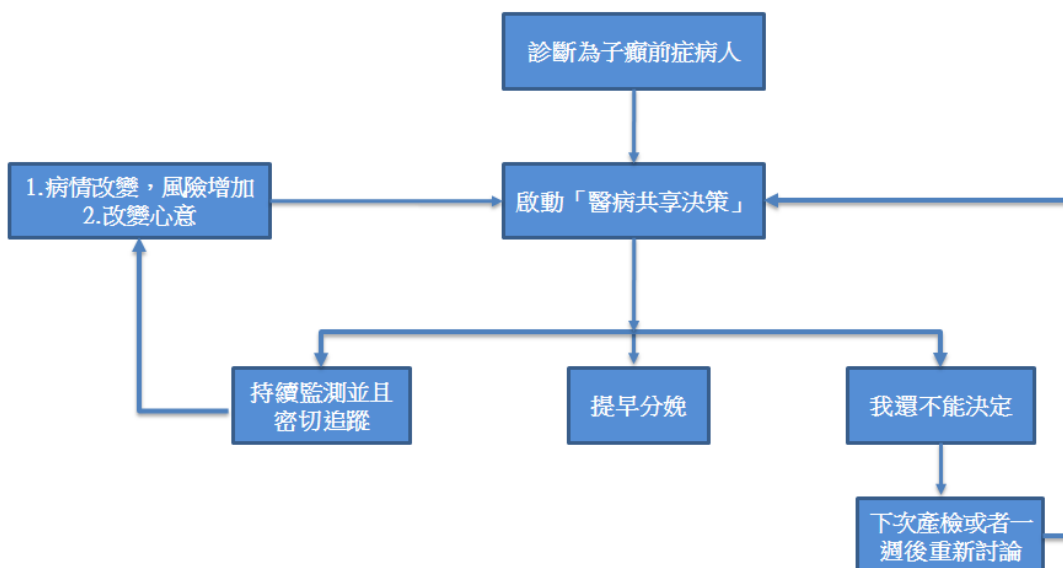
- 我已經確認治療方式，我決定選擇：(下列擇一)

- ☐ 持續監測，並且密切追蹤
- ☐ 提早分娩
- 我目前還無法決定
 - ☐ 我想要再與主治醫師討論
 - ☐ 我想要再與其他人（包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...）討論我的決定
- 對於上述的醫療方式，我還想要提問的是：_____
- 您對於本次醫病共享決策討論的過程的滿意度為何？

非常不滿意

非常滿意

0 1 2 3 4 5



●高醫體系 SDM 平台，網址：



完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

參考資料：

Uptodate: Preeclampsia: Antepartum management and timing of delivery

美國婦產科醫師學會指引