

臺北區 2013–2014 年 HIV 孕產婦與母子垂直感染 分析與防治建議

張致維¹、鍾淑媛¹、吳俊賢^{1*}、劉慧蓉¹、施鐘卿²、李依玲¹、顏哲傑¹

摘要

臺灣自 2005 年起施行孕婦全面篩檢愛滋計畫後，母子垂直感染愛滋病之個案顯著降低，然而 2014 年臺北區縣市通報 3 起確定母子垂直感染事件，本研究統計 2013–2014 年疾病管制署臺北區管制中心所接獲通報之疑似愛滋寶寶及子女共 32 人，其中有 9 人係通報為「HIV 孕產婦異常事件」（含母子垂直感染）。經調查分析該 9 案件之孕產婦，44% 為懷孕前已通報 HIV 之失聯個案、56% 懷孕期間無任何孕篩或產檢紀錄、78% 懷孕期間無進行 HIV 藥物治療、89% 未於愛滋病指定醫院生產、67% 生產醫院於產前未對不明孕產婦進行 HIV 快速篩檢、78% 產前無接受靜脈注射預防性用藥與無剖腹產，以及 67% 新生兒出生後無立即 HIV 快速篩檢與 6–12 小時內預防性投藥，這些均為引起母子垂直傳染 HIV 之高風險因素。為能有效預防子垂直感染，需由公衛端與醫療端，針對 HIV 孕產婦於懷孕前、懷孕過程及產程前後共同執行以下防疫措施：包括加強 HIV 女性失聯個案追蹤、提升個案伴侶服務與其 12 歲以下子女追蹤檢驗、醫療院所落實孕婦 HIV 篩檢及轉介至愛滋病指定醫院治療、增進醫療院所對高風險臨產婦及不明新生兒進行 HIV 快速篩檢之應變能力，及強化愛滋病指定醫院對緊急 HIV 臨產婦或疑似愛滋寶寶之醫療處置能力。

關鍵字：母子垂直感染、HIV 孕產婦異常事件、HIV 快篩、疑似愛滋寶寶

前言

為預防愛滋病毒(HIV)母子垂直感染發生，美國自 1990 年代起即全面推動孕婦篩檢納入 HIV 項目[1]，讓感染 HIV 孕產婦提早納入國家醫療照護，並透過預防性投藥、選擇適當生產方式和使用母乳替代品等預防措施，可將新生兒的感染機率由 45% 大幅下降至 2% 以下[2–3]。衛生福利部疾病管制署（以下簡稱疾管署）自 2005 年 1 月 1 日起開始推動「孕婦全面篩檢愛滋計畫」[4]，並陸續就篩檢、醫療及照護三方面，架構完備的母子垂直感染防疫網；首先為完整的篩檢服務：提供孕婦篩檢、臨產婦及新生兒愛滋快速篩檢[5]，對於無健保孕婦，則由地方衛生單位提供篩檢服務；其次為提供完善的免費醫療：HIV 孕婦於孕期、

¹衛生福利部疾病管制署臺北區管制中心 投稿日期：2015 年 10 月 16 日

²財團法人護理人員愛滋病防治基金會 接受日期：2015 年 11 月 12 日

通訊作者：吳俊賢^{1*}

DOI：10.6524/EB.20160809.32(15).002

E-mail：delight@cdc.gov.tw

產程中提供治療及疑似感染新生兒，於出生後 6–12 小時內提供預防性投藥；最後為加強配套的照護措施：提供免費母乳替代品，並由專人或母親協助服藥 6 周，後續定期由公衛端（愛滋病個管師）安排其至醫院進行追蹤抽血檢驗，以瞭解是否感染 HIV[6]。

據疾管署統計，臺灣至2014年累計之母子垂直感染個案為33名[7]，自2005年開始將健保孕婦產檢項目納入HIV篩檢，2008年後之篩檢率已提高至99%，該政策推行使每年母子垂直感染個案顯著下降[8]，且2010–2011年為0個案[7]，然2014年卻連續通報3起母子垂直感染確定個案、且均發生於臺北區縣市，經查皆為刻意迴避醫療與公衛協助或追蹤的HIV孕產婦異常事件，故本文將蒐集臺北區2013–2014年間HIV孕產婦產下之疑似愛滋寶寶及子女相關資料進行分析，作為後續預防母子垂直感染之參考。

材料與方法

- 一、資料分析期間與對象：針對 2013 年 1 月 1 日至 2014 年 12 月 31 日期間通報「HIV 感染(含母子垂直感染疑似個案)之嬰幼兒疑似感染者」(以下簡稱「疑似愛滋寶寶」、及危險因子判定為母子垂直感染之 HIV 個案，其為本國籍且管理縣市為臺北區(臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣與連江縣)者，總計 32 名。
- 二、資料來源與去除個資化資料分析：擷取疾管署「慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統」中統計數據與公衛端填寫於該系統中之個案訪視與追蹤等相關資料。自前揭系統下載分析期間內通報之「HIV 母子垂直感染疑似個案」資料，係以 HIV 個案編號做為區別個案之檢索值，均未含姓名、身分證字號、電話、地址等具個人專屬性而足以辨識個別身分之個人資料。
- 三、名詞定義：
 - (一)「疑似愛滋寶寶」、係指年齡小於18 個月以下嬰幼兒，有下列任一情形、透過疾管署法定傳染病通報系統進行通報之個案：
 1. 感染HIV孕婦所生之新生兒。
 2. 產婦或新生兒愛滋篩檢之快速篩檢及酵素聯結免疫吸附分析法(Enzyme-Linked Immunosorbent Assay, EIA)或顆粒凝集法(Particle-Agglutination Method, PA)呈陽性者。
 - (二)「HIV母子垂直感染個案」：於法定傳染病系統通報確診之HIV個案，經病毒基因序列關聯性比對結果判定感染危險因子為母子垂直感染者。
 - (三) HIV孕產婦異常事件：主要分以下類型
 1. HIV女性失聯個案：懷孕前已為確診且管理中之HIV個案，但未與公衛端或愛滋病指定醫院個管師保持良好聯繫或不配合其定期訪視衛教、亦無定期至愛滋病指定醫院就醫，導致公衛端無法掌握個案是否懷孕及其健康狀況，直到個案生產前後就醫時才獲知訊息。

2. 疑似愛滋寶寶出生前後才通報之HIV女性新個案：孕產婦就醫時HIV篩檢陽性、或產後新生兒HIV快篩、初篩陽性，後續追蹤母親檢驗結果亦HIV陽性而通報。

3. 無法被公衛端事先掌握之疑似愛滋寶寶或其他HIV異常通報事件。

四、有關疾管署預防母子垂直感染政策資訊，詳見疾管署「愛滋病防治工作手冊」說明[6]。

結果分析

一、臺北區 2013–2014 年疑似愛滋寶寶及母子垂直感染個案數：

此兩年間臺北區縣市衛生局接獲轄內醫療院所通報之案件共計 32 件（2013 年 13 件、2014 年 19 件），扣除其中 2 件通報時已超過 18 個月大之母子垂直感染確診個案，符合疑似愛滋寶寶通報數為 30 人，與全國比較，臺北區 2013–2014 年疑似愛滋寶寶數分別佔全國通報數之 48.1% 及 43.6%，又以臺北市占最大宗（2013 全國 29.6% 及 2014 全國 23.1%）、其次為新北市（表一）。

表一、臺北區縣市及全國 2013–2014 年通報疑似愛滋寶寶個案數統計

通報年	居住（管理）縣市	人數	該年全國百分比(%)
2013	臺北市	8	29.6%
	新北市	4	14.8%
	基隆市	1	3.7%
	臺北區小計	13	48.1%
	全國	27	100.0%
2014	臺北市	9	23.1%
	新北市	7	17.9%
	宜蘭縣	1	2.6%
	臺北區小計	17	43.6%
	全國	39	100.0%

二、臺北區 2013–2014 年疑似愛滋寶寶及 HIV 孕產婦異常事件分析：

32 名通報子女中，其中 23 名（71.9%）之母親懷孕前為 HIV 確診、且被公衛端定期訪視列管中之個案，由衛生局依據「女性愛滋感染者懷孕追蹤管理原則」協助個案就醫及安排至愛滋病指定醫院生產；另有 5 名（15.6%）子女之母親懷孕前為 HIV 失聯個案且無法被公衛端追蹤；另 2 名（6.3%）之母親為懷孕期或生產前後就醫才發現之 HIV 新通報個案；最後有 2 名（6.3%）為一開始母不詳之特殊案件（表二）。

表二、通報疑似愛滋寶寶與母子垂直感染個案之生母特性(n = 32)

母親狀態	疑似愛滋寶寶／子女	母子垂直感染	小計
母親為列管中未失聯 HIV 個案	23(71.9%)	0	23
母親為列管中失聯 HIV 個案	5(15.6%)	0	5
母親為寶寶出生前後就醫通報之 HIV 新案（父親為 HIV 舊案）	0	2(6.3%)	2
其他異常事件	1(3.1%)	1(3.1%)	2
小計	29(90.6%)	3(9.4%)	32

前述子女中有 9 名其母親於懷孕期間失聯或其他因素無法被公衛端掌握，列為「HIV 女性孕產婦異常事件」（2013 年 2 件、2014 年 7 件），其中 6 名經衛生局依據疾管署「嬰幼兒疑似感染者追蹤管理流程」，進行疑似愛滋寶寶或子女之出生後 48 小時內、2 個月與滿 4 個月追蹤抽血之核酸擴大檢驗 (Nucleic acid amplification testing, NAT) 均陰性，已符合排除 HIV 感染標準；餘 3 名為檢驗 HIV 陽性確診，並經研判確認為母子垂直感染個案。

三、臺北區 2013–2014 年 HIV 孕產婦異常事件分析（依預防母子垂直感染防疫階段）：

表三為 2013–2014 年臺北區 9 件「HIV 女性孕產婦異常事件」，於各階段無法被公衛端及醫療端掌握或異常之說明，以下為各階段異常原因摘要敘述：

- (一) 4 名(44%)為懷孕前已通報 HIV 之失聯個案：2 名 HIV 感染危險因子為注射藥癮者(IDU)、另 2 名為異性性行為，該 4 名女性生產前 1 年內，公衛端均無法聯繫到本人，且查詢近 1 年就醫資料亦無穩定就醫之紀錄。
- (二) 5 名(56%)懷孕期間無任何孕篩／產檢紀錄：其中 4 名為前述懷孕前已通報之女性失聯個案，因聯繫不上個案，故公衛端無法協助安排其就醫產檢。
- (三) 7 名(78%)懷孕期間無進行抗 HIV 藥物治療：含 4 名懷孕前已通報之女性失聯個案及 3 名母子垂直感染個案之母親。
- (四) 8 名(89%)未於愛滋病指定醫院生產：其中 1 名為個案自行於自家馬桶產下寶寶後，因撕裂傷才就醫；另 1 名為民眾通報某醫院於公園發現棄嬰，後續抽血 ELISA 陽性通報，餘 6 名為一般婦產科診所或其他非愛滋病指定醫院生產。
- (五) 6 名(67%)生產醫院於產前未對不明孕產婦進行 HIV 快篩：其中 1 案為產後診所才進行產婦篩檢；1 案為入院時產婦已出血故緊急進行剖腹產而來不及 HIV 快篩；1 案產婦於產前離開新北市至中南部某婦產科自行生產，該婦產科產前未主動對孕婦進行 HIV 快篩；另外有 2 案產前醫院進行 anti-HIV (ELISA/PA) 初篩檢驗非快篩，故檢驗結果無法於 30 分鐘內得知；最後 1 案為生產後多年子女通報後才調查出母親為 HIV 舊案。
- (六) 7 名(78%)產前無接受靜脈注射預防性用藥及無剖腹產：因前述高風險產婦如產前未進行快篩而無法得知可能疑似感染 HIV，則醫療院所不會進行後續緊急預防處置及安排剖腹產等降低母子垂直感染風險之防治作為。
- (七) 6 名(67%)新生兒經查無其生母孕期 HIV 檢查報告，且出生後無立即 HIV 快篩，以及 6–12 小時內開始預防性投藥：前述未進行 HIV 快篩之產婦，其產下之新生兒最初大多未被醫療院所懷疑為疑似愛滋寶寶，直到產婦產後檢驗出疑似 HIV 後，才對新生兒進行 HIV 篩檢，陽性後才緊急投藥，但已錯過出生後 6–12 小時內之黃金給藥期。

表三、臺北區 2013–2014 年 HIV 女性孕產婦異常事件過程分析(n = 9)

案件 ／通報地 ／年份	母親為 失聯 HIV 個案	懷孕期間 無任何 孕篩紀錄	懷孕期間 無藥物 治療	於非 指定醫院 生產	不明孕產 婦產前醫 院未進行 HIV 快篩	產前無靜 脈注射預 防性用藥	無剖腹產 為自然產	高風險新 生兒出生 後無立即 HIV 快篩	新生兒無出 生後 6–12 小 時內開始預 防性投藥
第 1 案- 新北市 (2013)	V	V	V	V	V	V	V	V	V
第 2 案- 新北市 (2013)	棄嬰 無法確認	棄嬰 無法確認	棄嬰 無法確認	V (棄嬰)	棄嬰 無法確認	棄嬰 無法確認	棄嬰 無法確認	V	V
第 3 案- 新北市 (2014)	V	V	V	V	V	V			
第 4 案- 新北市 (2014)				V	V	V	V	V	V
第 5 案- 新北市 (2014)	V	V	V	V	V	V	V		
第 6 案- 新北市 (2014)	V	V	V	V (自行在 家生產)	自行在家 生產	自行在家 生產	V	V	V
第 7 案- 臺北市 (2014) (母子垂直感染)	生下子女 數年後才 通報 HIV	子女為 2005 全面 愛滋孕篩 計畫前 出生	V	V	V	V	V	V	V
第 8 案- 臺北市 (2014) (母子垂直感染)	子女確診 HIV 後 母親才 通報 HIV	V	V	V	V	V	V	V	V
第 9 案- 宜蘭縣 (2014) (母子垂直感染)	通報 HIV 時已超過 懷孕 24 週 不久即 急產		V		24 週 孕篩時 已陽性 通報	V	V	醫療端已 知母親為 HIV 個案	新生兒於時 限內預防性 投藥但仍 NAT 陽性 確診
所佔案件 比例(%)	4/9 (44%)	5/9 (56%)	7/9 (78%)	8/9 (89%)	6/9 (67%)	7/9 (78%)	7/9 (78%)	6/9 (67%)	6/9 (67%)

四、臺北區 2013–2014 年 3 名母子垂直感染個案發現過程：

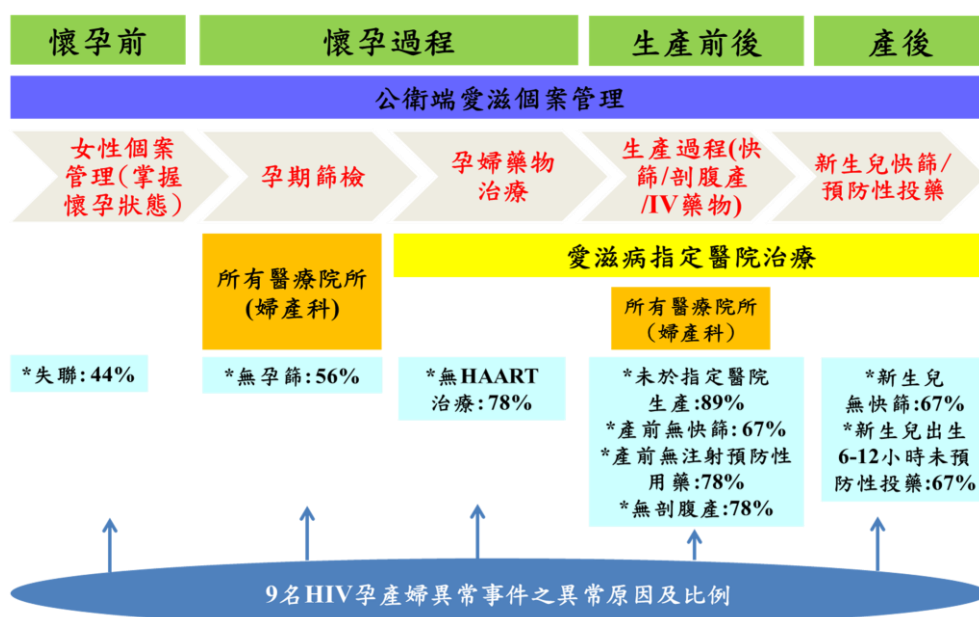
3 名個案之母親均為懷孕／生產後才通報 HIV，疫調摘要如下：

- (一) 13 歲女（臺北市）：出生後即被領養，直到 2014 年就醫發現疑似 HIV 伺機性感染，後續檢驗陽性通報「HIV 未成年個案」（13 歲）、且不幸於確診不久後死亡。個案養父母表示十多年前領養僅知道原生父親姓名，無法得知其他聯絡資訊，經公衛端努力透過全國預防接種資訊管理系統 (National Immunization Information System, NIIS)、戶役政系統及愛滋病追管系統等勾稽比對、並與個案通報醫院及出生醫院共同調查且排除個案有性行為感染可能性，最終才尋獲其原生母親為 2010 年某縣市通報 HIV 個案（感染危險因子-異性性行為），當初因生產後即將子女轉送寄養而失聯，而後續生母通報為 HIV 個案時，個案未被列入 12 歲以下未成年子女追蹤。

- (二) 2.5 歲女 (臺北市)：父親為 2003 年通報之 HIV 個案 (感染危險因子注射藥癮-IDU)，母親為其同居人 (本身亦為 IDU 患者)，當時母親產前就醫時曾抽血 Anti-HIV (PA) 初篩為陰性。本次為個案於 2014 年就醫 (2.5 歲) 時檢驗 HIV 陽性通報，後續母親再次抽血亦檢驗陽性通報。
- (三) 新生兒男 (宜蘭縣)：父親為 2006 年通報 HIV 個案 (感染危險因子注射藥癮 IDU)，母親為其配偶，本次為母親 2014 年懷孕 24 週就醫孕篩時檢驗陽性通報，但因已懷孕超過 6 個月，故醫師不建議人工流產，然醫院後續安排母親開始高效能抗愛滋病毒治療 (highly active antiretroviral therapy, HAART) 及剖腹產前，母親突發性羊水破裂就醫而緊急生產，因產程過快，醫院未及於分娩期間靜脈注射抗病毒藥物與安排剖腹產。該院於新生兒出生後 12 小時內進行預防性投藥，然而其抽血 NAT 檢驗仍陽性確診 HIV。

討論與建議

由分析結果得知，如何降低「HIV 女性孕產婦異常事件」發生機會為預防母子垂直感染之重點，其同時牽涉到公衛端與醫療端之防治作為，以下為針對 HIV 女性感染者於懷孕前、懷孕過程、及產程前後不同階段之防疫措施探討與建議 (圖一)：



圖一、預防母子垂直感染之各項防疫階段

一、懷孕前一個案管理及接觸者追蹤：

2013-2014 年 32 件疑似愛滋寶寶或異常生產子女中，其中 23 名因其母親為列管中 HIV 女性個案、且於懷孕前即為公衛端定期訪視追蹤而能掌握個案狀況，故自個案懷孕起，公衛端即可協助安排至愛滋病指定醫院定期回診

產檢及治療，並依「女性愛滋感染者懷孕追蹤管理原則」，與醫療端（含愛滋病指定醫院個管師）合作，分析結果亦顯示，這 23 名未失聯 HIV 女性個案所產下之疑似愛滋寶寶後續追蹤檢驗均排除母子垂直感染，故從前述 9 件「HIV 女性孕產婦異常事件」分析，公衛端應加強下列防疫作為：

(一) HIV 女性失聯個案追蹤：9 件異常事件中，4 件(44%)為母親為失聯 HIV 個案，又其中 2 名其感染危險因子為注射藥癮者，根據疾管署統計，歷年 HIV 女性個案中，感染危險因子為注射藥癮-IDU 者占將近 50% [7]，雖然自 2005 年「愛滋防治減害計畫」施行後，IDU 個案感染 HIV 人數已大幅下降 [11]，但有鑒於該類女性個案常因經濟弱勢等因素，而有逃避就醫及社交情況較為複雜等情形，容易衍生母子垂直感染事件，建議以下列策略來降低失聯率：

1. 對於失聯個案，積極運用戶政、健保協尋、就醫資料、毒危中心及電信查詢等方式尋找個案最新的聯絡方式。
2. IDU 個案常因毒品案件而入獄 [12]，故衛生單位平時應與轄內矯正機關、地檢署或警政單位建立橫向連繫平台，藉以協助掌握轄內失聯女性 HIV 個案行蹤，即時於個案入出監時進行預防母子垂直感染衛教及協助就醫等事宜，並與個案重新建立信任關係，降低後續再次失聯之可能性。
3. 使用海洛因等毒品之女性個案，可能有「以性換藥」及「月經周期不規律」情形，且常有懷孕而不自知之狀況 [13]，故可強化與替代治療機構合作進行個案管理，以即時掌握個案身心健康與懷孕情形。

(二) 伴侶服務與 12 歲以下子女追蹤檢驗：從 2014 年 3 件母子垂直感染事件分析得知，公衛端應積極調查個案相關接觸者，並落實伴侶服務。有關男性 HIV 個案（危險因子為 IDU 或異性性行為），應努力調查其女性接觸者（含配偶、性接觸者或同居人），並協助其進行 HIV 篩檢，如陽性則應儘速安排就醫及進行母子垂直感染相關衛教與預防措施；即使初次檢驗陰性，若個案還持續與伴侶有性行為或危險行為（如共用針具），則每 3-6 個月仍要持續進行伴侶服務，直到無危險行為為止；另外因 HIV 個案於通報前並無法得知是否已為感染者或已感染時間，故女性個案之 12 歲以下子女須密切追蹤並安排接受 HIV 篩檢，如不幸發現為母子垂直感染，可儘早安排子女接受抗病毒藥物治療，降低其日後發病或死亡機率。

二、懷孕過程—落實孕產婦 HIV 篩檢及懷孕時轉介至愛滋病指定醫院治療：

由前揭分析結果與部分國內醫療體系資料顯示，仍有一些懷孕女性透過孕篩才知道感染 HIV 進而就醫 [14]；根據疾管署與健保署勾稽資料統計，至 2014 年止，透過健保特約婦產科醫療院所提供之孕婦全面篩檢愛滋計畫涵蓋率已超過 99%，惟剩餘之少數 <1% HIV 孕產婦於產期中未接受產檢，故亦無接受 HIV 篩檢，因而醫療端沒有得知其感染 HIV，導致在個案懷孕及生產

歷程未獲得有效醫療處置介入，另外從前述 2013–2014 年臺北區 9 件「HIV 孕產婦異常事件」分析結果亦證實，該類孕產婦即為母子垂直感染高風險族群，故縣市衛生局應加強輔導所轄醫療院所持續落實孕產婦 HIV 篩檢及對高風險孕產婦提高警覺：

- (一) 對初次到診或未曾產檢之高風險孕產婦（如手腳或鼠蹊部有靜脈注射痕跡之藥癮者、有出現性病症狀、從事性工作者、懷孕期間仍有多重性伴侶、孕產婦的性伴侶為性病者等），請加強與孕產婦之溝通，獲取其同意後執行 HIV 快篩，經快篩陽性且尚無產兆之孕產婦，建議轉至愛滋病指定醫院治療，藉抗病毒藥物治療可於產前快速使孕產婦體內病毒量減少、以降低後續生產時讓新生兒感染 HIV 之機率。
- (二) 已有產兆者，醫療院所應立即通報所轄衛生局或疾管署，並領用母子垂直感染預防藥品及安排剖腹產。
- (三) 另外，根據疾管署資料分析，未納健保孕產婦之 HIV 篩檢率仍偏低，為避免產生防疫缺口，醫療院所如發現無健保身分孕婦就醫、或在非健保特約醫療院所產檢之孕婦，仍請協助執行 HIV 篩檢，並將血液檢體轉送轄區衛生局檢驗。

三、產前、生產過程與新生兒預防性投藥：

- (一) 提升一般醫療院所對高風險臨產婦警覺性與基本應變力：由前述臺北區「HIV 孕產婦異常事件」分析顯示，HIV 孕產婦臨產前多為緊急狀態、且多至居住地點附近之婦產科診所或地區醫院就醫，而前揭醫療院所因非愛滋病指定醫院，故多數缺乏警覺性、也不清楚如何處理，建議衛生局應辦理相關教育訓練並加強輔導所轄醫療院所以下事項：

1. 醫療院所應配賦 HIV 快篩試劑及熟稔操作方式：

從異常事件分析發現，許多非愛滋病指定醫院未備有 HIV 快篩試劑，雖部分醫院曾對就醫之臨產婦抽血進行 anti-HIV(ELISA/PA) 初篩檢驗，然而其檢驗時程需半天以上，故無法立即確知臨產婦感染 HIV 之風險而得以馬上進行相關醫療處置。疾管署目前每年以公務預算採購並送達各縣市衛生局「臨產婦及新生兒 HIV 快速篩檢試劑」，請其優先配賦轄內地區醫院以上有提供孕婦產檢服務之醫療院所使用，故各縣市衛生局應隨時檢視轄內醫院快篩試劑庫存量，並做適宜之調度。

對於取得 HIV 快篩試劑之醫院，應督導院內醫療人員將快篩試劑列入交班點交物品並清楚操作方式，此外亦須定期檢視試劑效期及訂定遇試劑用罄或過期時如何因應（如抽血急作）、或如何聯絡衛生局進行調度等作業流程；對於未配賦快篩試劑之醫療院所，應建立轉介高風險產婦及新生兒快速篩檢之聯繫管道，以達短時間內可獲得 HIV 篩檢結果及即時預防性投藥之目標。

2. 各醫院建立 HIV 高風險臨產婦緊急處理標準作業流程：

- (1) 臨產婦 HIV 快篩：產前醫師應判斷是否為高風險產婦，並立即進行 HIV 快篩，針對陽性之臨產婦，建議轉送至鄰近愛滋病指定醫院生產，如緊急狀況需原醫院生產，應儘速聯繫衛生局或疾管署調度預防母子垂直感染用藥備用。
- (2) 新生兒 HIV 快篩：針對病歷或孕婦健康手冊查無孕期愛滋病毒檢查報告者所生之新生兒，或診治醫師認為有必要檢查者（如生母為藥癮者、無法確認生父者等），應採集新生兒腳跟血執行 HIV 快篩，檢驗陽性者儘速轉送至附近愛滋病指定醫院，以利疑似愛滋寶寶即時預防性投藥。

(二) 強化愛滋病指定醫院對 HIV 臨產婦個案或疑似愛滋寶寶之緊急醫療處置能力：

愛滋病指定醫院擔負疾病預防之重要角色，應針對疑似 HIV 臨產婦生產及新生兒預防性投藥等醫療處置，結合院內跨單位體系建立標準作業流程（如跨院轉介或本院就醫之高風險臨產婦 HIV 快篩流程、選擇剖腹產、產程中靜脈注射 zidovudine 之使用時機及方式，以及確保疑似愛滋寶寶出生後 6–12 小時黃金期內預防性投藥等），另建議衛生局可針對轄內愛滋病指定醫院建立前述醫療處理之檢核與抽查機制，並納入轄內醫療院所考核項目，使指定醫院增進相關應變作為能力。

誌謝

感謝疾病管制署慢性傳染病組、臺北區縣市衛生局（所）及各醫療團隊愛滋個管師等防疫夥伴於防治愛滋病及預防母子垂直感染所作的努力與貢獻。

參考文獻

1. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *MMWR* 1994; 43 (RR11): 1–20.
2. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; 283: 1175–82.
3. 李倩瑜：母子垂直感染愛滋病。《感染控制雜誌》2006；16(1)：29–36。
4. 衛生福利部疾病管制署：孕婦全面篩檢愛滋計畫說明（2014 更新）。取自：<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=7b56e6f932b49b90&nowtreeid=452DC8FB0CCBCC30&tid=23CCCED252074419>。
5. 衛生福利部疾病管制署：新生兒愛滋篩檢計畫。取自：<http://www.cdc.gov.tw/professional/list.aspx?treeid=7b56e6f932b49b90&nowtreeid=B69D5FC47A255B9A>。

6. 衛生福利部疾病管制署：愛滋病防治工作手冊。第三版。臺北：衛生福利部疾病管制署，2014；肆、個案管理 25-9。(2015年4月8日疾管署修正)。
7. 衛生福利部疾病管制署：愛滋病統計資料。取自：<http://www.cdc.gov.tw/professional/list.aspx?treeid=7B56E6F932B49B90&nowtreeid=2F13020F8A921CCB>。
8. 劉佩伶、賴安琪、黃彥芳等：探討愛滋母子垂直感染防治的死角-醫療網外的高危險群孕婦。疫情報導 2009；25(11)：699-704。
9. 衛生福利部疾病管制署：愛滋病防治工作手冊。第三版。臺北：衛生福利部疾病管制署，2014；貳、諮詢及檢驗 62。
10. 衛生福利部疾病管制署：人類免疫缺乏病毒指定醫事機構指定原則。取自：<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=7B56E6F932B49B90&nowtreeid=67CCCCD371D8DD79&tid=4D0B258F90AA4B9A>。
11. 劉慧蓉、李佳琪、石玲如：台灣靜脈藥癮愛滋病毒感染者之流行現況與減害政策之成效。愛之關懷季刊 2010；70：5-13。
12. 武香君、馮明珠、陳彥旭等：藥癮愛滋受刑人對罹患愛滋病的態度、壓力與需求及相關性探討。高雄護理雜誌 2013；30(2)：11-25。
13. 李思賢：台灣地區女性海洛因犯者之愛滋易感性與危險行為。台灣性學學刊 2009；15(2)：53-64。
14. 施鍾卿：女性 HIV 感染者的求醫過程與需求。愛之關懷季刊 2009；67：54-8。