

檢驗項目：子癲前症風險評估

健保編號：12199C

院內檢驗：■ 委外代檢 (慧智)

檢體採檢：取血液送檢

採檢容器：紅蓋真空採血管

報告時效：一般件 (7~14 天)

參考區間：無

危險值：無

臨床意義：

孕婦在胚胎著床後，會產生胎盤生長因子(Placental Growth Factor, PIGF)，PIGF 有使滋養層細胞 (Trophoblast)侵入子宮蛻膜細胞(Decidual Cell)的能力，引起母體進行血液交流的螺旋動脈(Spiral Artery)的內膜平滑肌層退化，讓子宮螺旋動脈擴張，阻力下降，因此可以應付胎兒成長過程所需的大量血液供應；而子癲前症患者因為某種原因產生的影響，使滋養層細胞使侵入母體蛻膜細胞的能力較差，導致血管擴張不佳，因此產生高阻抗的血管就不足應付胎兒成長過程所需的大量血液供應，故容易產生胎兒在子宮內生長遲滯的情形。因此子癲前症孕婦，臨床有血壓上升以增加胎兒的血液供輸；子癲前症的篩檢是產婦於第一孕期時，抽血檢測胎盤生長因子(Placental Growth Factor, PIGF)與懷孕相關蛋白質 A(Pregnancy Associated Plasma Protein-A, PAPP-A)濃度，同時結合孕產史、血壓值利用 FMF 計算軟體，計算出風險值，可以早預測子癲前症發生，即早給予預防性治療。

補單、複檢時效：無

影響檢驗結果的原因：參閱注意事項

SOFIVA  
子癲前症風險評估同意書暨切結書

102.11.02

基本資料 (此欄由本人親自填寫) 檢體編號: \_\_\_\_\_

姓名	病歷號碼	西元19__年__月__日
身分證字號	出生日期	
聯絡電話	行動電話	
胎次/胎次	體重(kg)	身高(cm)
抽檢	糖尿病	目前懷孕週 週
最後一次月經	西元20__年__月__日	預產期
是否為试管婴儿	西元20__年__月__日	西元20__年__月__日

其他資料 (以下由醫護人員填寫)

既往高血壓	紅斑性貧血	抗磷脂症候群
左: 第一次收縮壓: 舒張壓: 第二次收縮壓: 舒張壓:	右: 第一次收縮壓: 舒張壓: 第二次收縮壓: 舒張壓:	左: 右:

送檢院所: **ODHS 神學醫院永和分院** 送檢醫師: \_\_\_\_\_  
 抽血日期: \_\_\_\_\_ 連絡電話: \_\_\_\_\_

我, 受檢人暨下述立書人, 已了解子癲前症風險評估(以下簡稱本檢測), 茲此了解、同意、聲明與切結如下:

- 本檢測透過採集5ml 懷孕婦女血液, 定量血清中胎盤生長因子 (PIGF) 和懷孕相關蛋白質 A (PAPP-A) 的數值, 配合臨床數據 (孕婦年齡、病史、血壓值等), 以評估您罹患「子癲前症」的風險。
- 本檢測建議於「13」週進行。
- 依據文獻統計, 早發型子癲前症的篩檢率, 在10%偽陽性前提下, 約為76%~80%; 若搭配子宮動脈血流監測, 準確度可達95%以上。
- 雙(多)胞胎妊娠, 會影響母血血清中的懷孕相關蛋白質 A 和胎盤生長因子的數值, 因此不建議本檢測。
- 早發型子癲前症之風險值 > 1/200 屬於高風險, 根據文獻統計, 接受藥物治療可減少80%以上早發型子癲前症的機率, 並建議與您的產科醫師討論後續計畫。
- 為了確保本項檢測之準確度, 若面對孕婦血量不足, 可能需要重新抽血取樣。
- 我  同意  不同意 於檢測結果完成後, 將剩餘檢體供研究使用。(於未自選則視為同意)
- 針對我的情況進行本檢測, 我已與醫師提出問題和疑慮, 並獲得說明(包括但不限於瞭解進行本檢測的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊 及選擇其他檢測之風險)。
- 我已充分了解上述說明、聲明與切結, 並同意自費進行本檢測, 我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇, 但是進行本檢測無法保證一定能防止或檢測之疾病之發生。

立書人 \_\_\_\_\_ (簽章)  
西元 20\_\_ 年 \_\_ 月 \_\_ 日

第一聯(1) 檢驗單位(檢驗報告); 第二聯(2) 送檢醫師; 第三聯(3) 立書人

是否需患簽署同意書：是

注意事項：

採檢後，請離心分裝外送。