

# 2019 生產事故救濟

報告

Annual Report of  
Childbirth Accident Relief



衛生福利部編印 中華民國108年11月

2019

# 生產事故救濟報告

Annual Report of  
Childbirth Accident Relief



# 部 長 序

當每個家庭歡喜迎接新生命的到來時，有少數家庭因生產潛藏許多不可預期的風險，導致孕產婦或新生兒的傷亡。為了弭平生產所遭受的傷害，政府推動生產事故救濟立法，自 105 年 6 月 30 日正式施行，迄今已逾 3 年，希冀透過不責難精神，由國家來協助共同承擔婦女生產風險，建立完善救濟制度，同時也希望藉此修補醫病關係，並從中學習檢討以提升生產安全。

統計自條例施行至 107 年底，共計受理 576 件申請案件，審定救濟金額約新臺幣 2 億 8 仟萬元，幫助超過 500 個家庭，而產科的司法訴訟鑑定案件數也大幅減少七成。此外，本部亦結合地方衛生局、地方醫師公會、醫療與助產機構等，鼓勵醫療（助產）機構主動溝通、妥善處理生產事故，促進醫病關係改善、減少司法訴訟，更藉此建立完善之通報與改善機制，以匿名、保密、共同學習方式，增進醫療品質，改善執業環境，達成社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。

我們將秉持立法初衷，持續滾動式檢討與改善，希望藉由各項業務之推動，提供國人更友善、更和諧、更有保障的生產與醫療環境。

部長 陳時中 謹識

2019 年 9 月 12 日





## 摘要

我國《生產事故救濟條例》為世界上第一部生產事故救濟處理之專法。為承擔女性的生產風險，建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中，萬一發生事故時能獲得及時救濟，同時促進醫病良性溝通，減少醫療糾紛，並建立通報與改善機制，提升女性生育健康及安全。

依《生產事故救濟條例》第 23 條規定，主管機關對生產事故救濟事件，應進行統計分析，每年公布結果。本部統計 107 年度共計受理 290 件生產事故救濟申請案件，分別為孕產婦死亡 24 件及重大傷害 52 件、新生兒死亡 44 件及重大傷害 28 件、胎兒死亡 142 件；經生產事故救濟審議會審定核予救濟者共 275 件，通過率為 94.8%，總救濟金額為新臺幣 1 億 5,110 萬元。

本年度報告除了 107 年申請案件之分析外，也就《生產事故救濟條例》實施後之累積案件類型、區域分布、醫療機構層級，及發生事故之產婦年齡、妊娠週數、胎次、可能原因進行統計分析，以完整呈現近年我國之生產事故樣貌，惟辦理之年度尚短及案件數量有限，尚難分析其長期趨勢與國際比較推論，但期盼透過該制度之推行與資訊之持續收集、分析，據以改善國內孕產婦照護環境，提升孕產婦生育健康。





## Summary

The Childbirth Accident Emergency Relief Act is the world's first Act that pertains to the handling of childbirth accident reliefs. To reduce childbirth complications of women, the government has established this medical relief mechanism, which clearly stipulates the protection of women, fetuses and newborns during labor and delivery process to receive prompt relief in case of childbirth accidents. Moreover, the Act promotes good communication between pregnant women and medical personnel, reducing medical disputes and establishing reporting and improvement mechanisms which in turn improve health and safety protection of women at childbirth.

According to Article 23 of the Childbirth Accident Emergency Relief Act, "the competent authority shall perform statistical analyses and publish the results annually for the childbirth accident relief cases processed." In 2018, the Ministry received a total of 290 childbirth accident relief applications, of which 24 for maternal mortality and 52 for major maternal injuries; and 142 for fetal mortality, 44 for neonatal mortality and 28 for major neonatal injuries. A total of 275 applications were approved, with a passing rate of 94.8%, by the Childbirth Accident Relief Review Committee, and a total of NTD 151.1 million relief fund was granted.

In addition to the analysis of childbirth accident relief cases applied in 2018, this annual report has analyzed types of cases, regional distribution, levels of medical care institution, age of mothers at childbirth, gestational age, birth parity, and possible causes of childbirth accidents for those applications after the implementation of the Childbirth Accident Emergency Relief Act so as to get the whole picture of childbirth accidents occurred in Taiwan in recent years. However, since the duration of the implementation and the number of cases were limited, it was difficult to evaluate the long-term trends against the international experiences. Still, through the promotion of the relief system and the collection and analysis of relevant data, we can improve the environment of maternal care and thereby improve the maternal and reproductive health in Taiwan.







# CONTENTS

部長序.....	03
摘要.....	04
壹、前言.....	07
貳、生產事故救濟申請案件分析.....	09
參、生產事故救濟審定案件分析.....	19
第一節、孕產婦死亡案件分析.....	20
第二節、孕產婦重大傷害案件分析.....	26
第三節、新生兒死亡及重大傷害案件分析.....	33
第四節、胎兒死亡案件分析.....	40
肆、警示訊息／學習案例摘要.....	47
伍、結語.....	49
附錄.....	51
生產事故救濟重要記事.....	52
學習案例.....	54
生產事故救濟業務意見調查.....	60
生產事故救濟業務意見調查結果.....	66





壹

前言



近年來少子化趨勢，加速臺灣人口老化及影響國家競爭力，國家為鼓勵國民生產，承擔婦女生產風險，立法院於 104 年 12 月 11 日三讀通過《生產事故救濟條例》，並於 105 年 6 月 30 日正式施行。首開我國醫療救濟制度之法律依據，亦為世界首部生產事故救濟專法。

回顧立法過程，醫療爭議長期以來為社會關注之重要議題，不僅造成醫病關係惡化，亦引發防禦性醫療、急重症醫療人力流失等若干問題。因醫療行為有其特殊性，雖為經驗結果之累積，然在醫學知識認知的有限性下，也有不可預期的風險。另外，醫療行為與結果發生間之因果關係認定困難，縱能透過鑑定程序加以判斷，也僅能就醫學累積經驗加以評估，非絕對性，界定責任歸屬上更是困難。依據本部醫事審議委員會所接受司法或檢察機關委託的醫療爭議鑑定案件分析，鑑定結果僅不及兩成有疏失或可能有疏失。若將醫療爭議訴諸法律，除了耗費社會成本外，更易加重醫病對立。爰此，建立有別於傳統訴訟程序之醫療爭議處理模式，一方面能及時修補受害人所遭受之不良結果，並兼顧社會互助與正義之原則，達到醫療照護體系健全發展，醫病關係和諧之多贏目標。

為改善醫療執業環境、減少醫療爭議，同時借鏡外國相關體制，於 100 年與台灣婦產科醫學會共同合作向行政院提出「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，並自 101 年 10 月 1 日開始辦理。該試辦計畫成效良好，不僅有效減少生產相關之醫療訴訟案件達七成，婦產科醫師之招收情形亦明顯改善，投入產科醫療照護意願同時上升。

鑑於試辦計畫成效良好，本部與立法院及相關團體協力推動《生產事故救濟條例》立法。本立法精神除改善產科執業環境、降低醫療糾紛外，同時亦須承擔女性的生產風險、建立及時救濟機制。因此條例中救濟範圍不限於醫療機構內發生之生產事故或醫療爭議事件，凡本國國民及其外籍配偶在本國境內發生之生產事故，符合救濟範圍者，均可提出救濟。同時為強化醫病關係，依生產事故救濟作業辦法規定，醫療（助產）機構可受委託代為申請，減少行政作業流程對產婦或其家屬所帶來的繁雜不便。目前約有七成委由機構代為申請，此也代表醫病關係之改善。

本年度報告就條例施行至 107 年 12 月 31 日之數據進行案件統計，囿於統計資料係以申請案件受理年度計算，同時申請期限為知悉有生產事故時起兩年內，或其取得身心障礙認定，有其時程限制。再者，本救濟申請案件有其救濟範圍，非涵蓋所有生產事故，因此與實際生產年度統計可能有所差異。本條例施行迄今雖屆滿兩年，惟辦理之年度與案件數量有限，尚難分析長期趨勢與國際比較推論，但期盼透過該制度之推行與資訊之持續蒐集、分析，據以持續改善國內孕產婦照護環境，提升女性生產健康及安全。



貳

# 生產事故 救濟申請案件分析



統計自 105 年 6 月 30 日開始施行《生產事故救濟條例》迄 107 年 12 月 31 日止，共計受理 576 件申請案件。其中，107 年度共計受理 290 件申請案件，以下就本（107）年度及條例施行至 107 年 12 月 31 日止之執行情形，進行分析如下：

### 一、申請來源

107 年度所受理 290 件申請案中，為民眾自行提出申請有 86 件，占 29.7%；為機構接受委託代為提出申請有 204 件，占 70.3%。統計《生產事故救濟條例》施行迄今，所受理之 576 件申請案中，為民眾自行提出申請有 175 件，占 30.4%；為機構接受委託代為提出申請有 401 件，占 69.6%。機構接受委託申請比例與前年度比較，無明顯變化，如圖 2-1、圖 2-2。

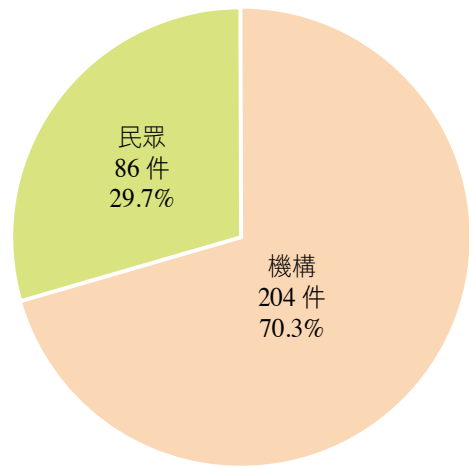


圖 2-1：107 年度申請案件來源（N = 290）

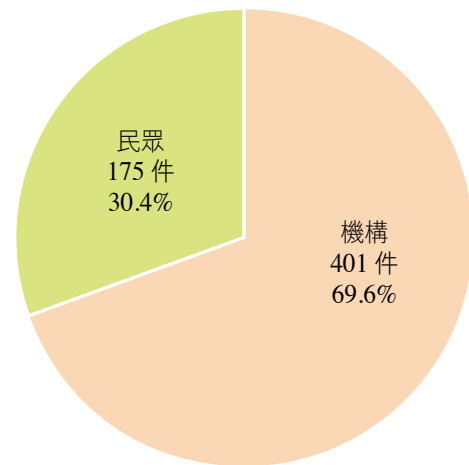


圖 2-2：105~107 年度申請案件來源（N = 576）





## 二、機構層級

按其發生生產事故所在機構分析，107 年度所受理 290 件申請案中，醫學中心有 78 件，占 26.9%；區域醫院有 73 件，占 25.2%；診所所有 72 件，占 24.8%；地區醫院有 67 件，占 23.1%。進一步分析，107 年度各層級機構申請案件數，對比同期向中央健康保險署（以下稱健保署）申報之生產數比例，以醫學中心最高，為 2.90‰；區域醫院居次，為 1.73‰；診所及地區醫院分別為 1.45‰、1.40‰，如圖 2-3、圖 2-4、表 2-1。

而以《生產事故救濟條例》施行迄今，所受理之 576 件申請案來看，診所及地區醫院各為 141 件，各占 24.5%；區域醫院有 129 件，占 22.4%；醫學中心有 164 件，占 28.5%；另有 1 件為助產所協助於自宅生產，占 0.1%。進一步分析，各層級申請案件數，對比同期向健保署申報之生產數比例，以醫學中心最高，為 2.08‰；區域醫院居次，為 1.10‰；地區醫院及診所分別為 1.08‰、1.06‰。此外，助產所因母數較少，故比例稍高，占 3.73‰，如圖 2-5、圖 2-6、表 2-2（請見下頁）。

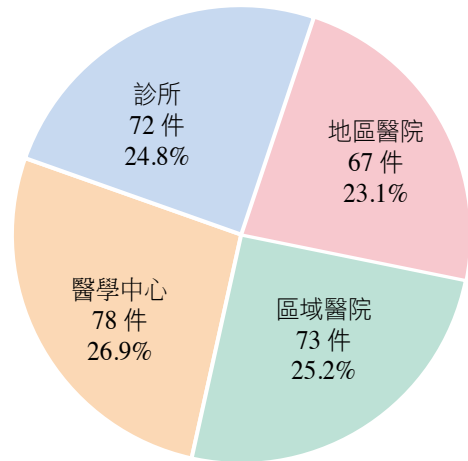


圖 2-3：107 年度申請案件數之機構層級分布 (N = 290)

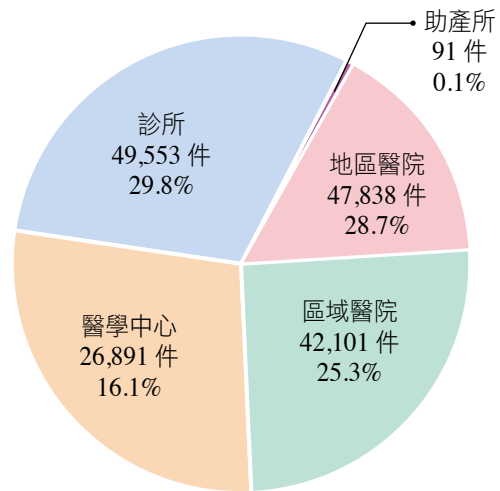


圖 2-4：107 年度申報健保生產數之機構層級分布 (N = 166,474)

表 2-1：107 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布表

107 年度 機構層級	申報健保生產數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
	生產數 (件)	百分比	案件數 (件)	百分比	申請案件數 / 申報健保生產數
醫學中心	26,891	16.1%	78	26.9%	2.90‰
區域醫院	42,101	25.3%	73	25.2%	1.73‰
地區醫院	47,838	28.7%	67	23.1%	1.40‰
診所	49,553	29.8%	72	24.8%	1.45‰
助產所	91	0.1%	0	0.0%	0.00‰
合計	166,474	100.0%	290	100.0%	1.74‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：107/1/1 ~ 107/12/31)

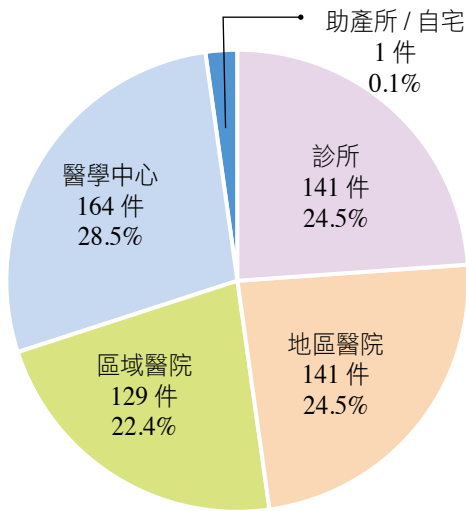


圖 2-5：105 ~ 107 年度申請案件數之機構層級分布 (N = 576)

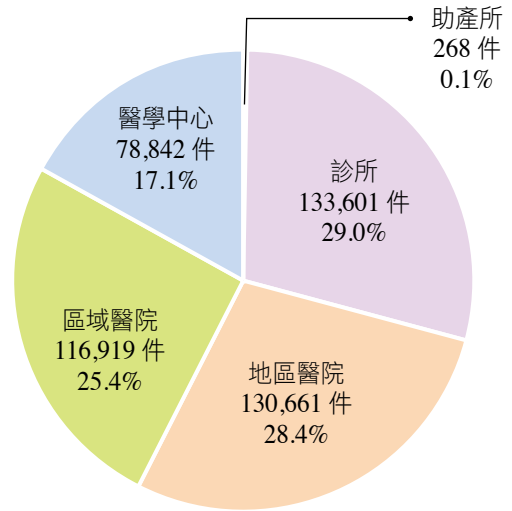


圖 2-6：105 ~ 107 年度申報健保生產數之機構層級分布 (N = 460,291)

表 2-2：105 ~ 107 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布表

105 ~ 107 年度 機構層級	申報健保生產數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
	生產數 (件)	百分比	案件數 (件)	百分比	申請案件數 / 申報健保生產數
醫學中心	78,842	17.1%	164	28.5%	2.08‰
區域醫院	116,919	25.4%	129	22.4%	1.10‰
地區醫院	130,661	28.4%	141	24.5%	1.08‰
診所	133,601	29.0%	141	24.5%	1.06‰
助產所	268	0.1%	1	0.1%	3.73‰
合計	460,291	100.0%	576	100.0%	1.25‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ~ 107/12/31)

### 三、區域分布

按健保分區(註1)分析，以 107 年度受理 290 件申請案來看，臺北區有 84 件，占 29.0%；北區有 78 件，占 26.9%；中區及南區各有 43 件，各占 14.8%；高屏區有 36 件，占 12.4%；東區有 6 件，占 2.1%。進一步分析，

107 年度各健保分區之生產事故申請案，對同期各區生產數，以北區最高，為 2.47‰；南區居次，為 1.96‰；東區、臺北區、高屏區及中區分別為 1.76‰、1.64‰、1.55‰及 1.23‰，如圖 2-7、圖 2-8、表 2-3。



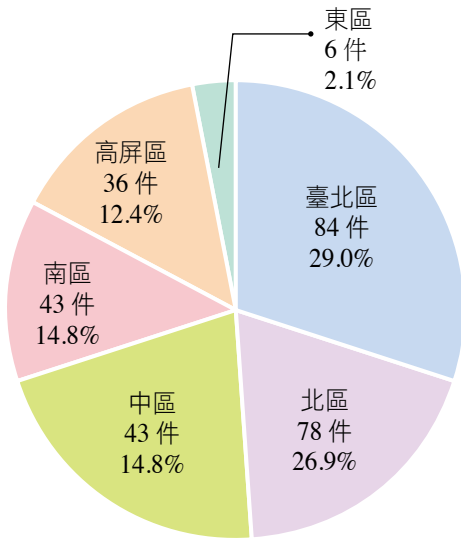


圖 2-7：107 年度申請案件數之區域分布 (N = 290)

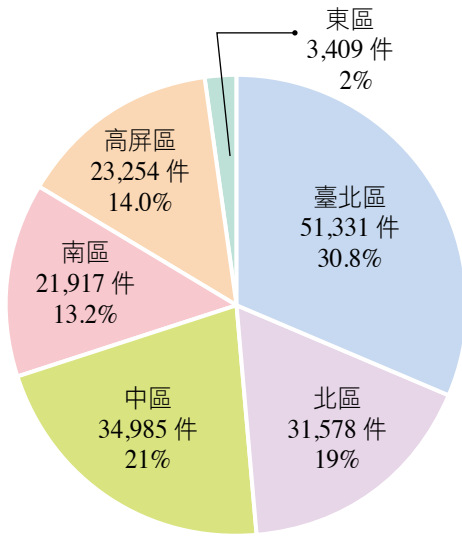


圖 2-8：107 年度申報健保生產數之區域分布 (N = 166,474)

表 2-3：107 年度申報健保生產數與申請案件數之區域分布表

107 年度 健保所屬分區	申報健保生產數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
	生產數 (件)	百分比	案件數 (件)	百分比	
臺北區	51,331	30.8%	84	29.0%	1.64‰
北區	31,578	19.0%	78	26.9%	2.47‰
中區	34,985	21.0%	43	14.8%	1.23‰
南區	21,917	13.2%	43	14.8%	1.96‰
高屏區	23,254	14.0%	36	12.4%	1.55‰
東區	3,409	2.0%	6	2.1%	1.76‰
合計	166,474	100.0%	290	100.0%	1.74‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：107/1/1 ~ 107/12/31)

註 1：健保分區範圍涵蓋如下：(1) 臺北區：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣。(2) 北區：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣。(3) 中區：臺中市、彰化縣、南投縣。(4) 南區：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市。(5) 高屏區：高雄市、屏東縣、澎湖縣。(6) 東區：花蓮縣、臺東縣。

以《生產事故救濟條例》施行迄今，所受理之 576 件申請案來看，臺北區有 188 件，占 32.6%；北區有 128 件，占 22.2%；中區 96 件，占 16.7%；南區有 81 件，占 14.1%；高屏區有 72 件，占 12.5%；東區則有 11 件，占

1.9%。進一步分析，各健保分區之生產事故申請案，對比同期各區生產數，以北區最高，為 1.46‰；南區居次，為 1.35‰；臺北區、東區、高屏區及中區分別為 1.32‰、1.20‰、1.13‰及 0.99‰，如圖 2-9、圖 2-10、表 2-4。

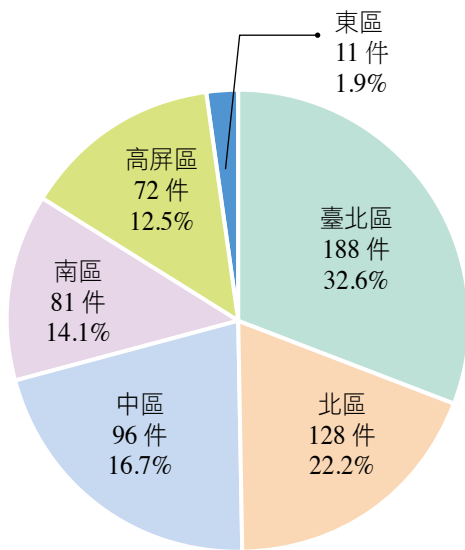


圖 2-9：105 ~ 107 年度申請案件數之區域分布 (N = 576)

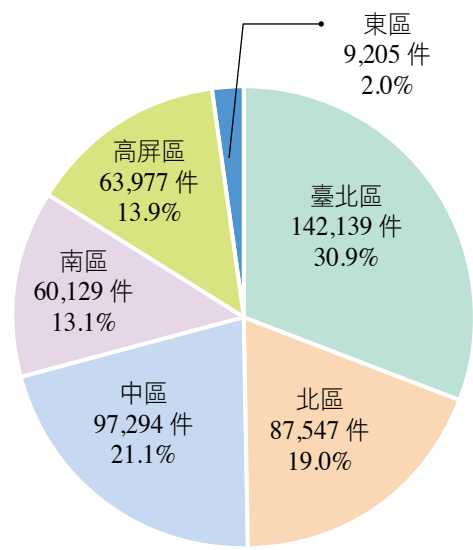


圖 2-10：105 ~ 107 年度申報健保生產數之區域分布 (N = 460,291)

表 2-4：105 ~ 107 年度申報健保生產數與申請案件數之區域分布表

105 ~ 107 年度 健保所屬分區	申報健保生產數 (A)		申請案件數 (B)		申請比例 (B/A)
	生產數 (件)	百分比	案件數 (件)	百分比	申請案件數 / 申報健保生產數
臺北區	142,139	30.9%	188	32.6%	1.32‰
北區	87,547	19.0%	128	22.2%	1.46‰
中區	97,294	21.1%	96	16.7%	0.99‰
南區	60,129	13.1%	81	14.1%	1.35‰
高屏區	63,977	13.9%	72	12.5%	1.13‰
東區	9,205	2.0%	11	1.9%	1.20‰
合計	460,291	100.0%	576	100.0%	1.25‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30 ~ 107/12/31)



#### 四、新生兒及胎兒死亡性別比例

107 年度所受理之 290 件申請案中，新生兒及胎兒死亡共計 186 件，其中新生兒 44 件（男性 21 件，占 47.7%；女性 23 件，占 52.3%），胎兒 142 件（男性 84 件，占 59.2%；女性 58 件，占 40.8%），如表 2-5。

統計《生產事故救濟條例》施行迄今，所受理 576 件申請案，新生兒及胎兒死亡共計 379 件，其中新生兒 111 件（男性 66 件，占 59.5%；女性 45 件，占 40.5%），胎兒 268 件（男性 141 件，占 52.6%；女性 127 件，占 47.4%），如表 2-6。

表 2-5：107 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒	胎兒	合計
	案件數（百分比）	案件數（百分比）	
男	21（47.7%）	84（59.2%）	105（56.5%）
女	23（52.3%）	58（40.8%）	81（43.5%）
合計	44	142	186

表 2-6：105 ~ 107 年度申請案件新生兒及胎兒死亡性別比

性別	新生兒	胎兒	合計
	案件數（百分比）	案件數（百分比）	
男	66（59.5%）	141（52.6%）	207（54.6%）
女	45（40.5%）	127（47.4%）	172（45.4%）
合計	111	268	379

### 五、審定結果

107 年度所受理 290 件申請案件，有 275 件核予救濟，通過率 94.8%，總金額為新臺幣 1 億 5,110 萬元。其中，孕產婦部分為 74 件，總金額為新臺幣（以下同）6,900 萬元（含死

亡 23 件，4,600 萬元；重大傷害 51 件，2,300 萬元）；新生兒部分為 61 件，總金額為 4,010 萬元（含死亡 37 件，1,110 萬元；重大傷害 24 件，2,900 萬元）；胎兒部分為 140 件，總金額為 4,200 萬元，如圖 2-11、表 2-7。

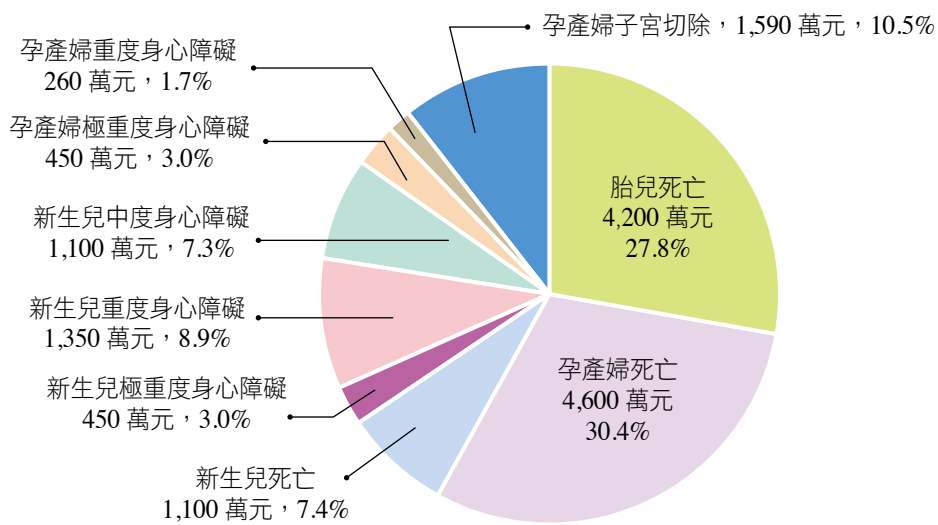


圖 2-11：107 年度申請案件審定救濟金額

表 2-7：107 年度核予救濟案件審定結果分析（金額：萬元）

事故人 事故結果	孕產婦			新生兒		胎兒	合計
	死亡	重大傷害		死亡	重大傷害 (中度以上 身心障礙)	死亡	
		中度以上 身心障礙	子宮切除				
救濟案件數	23	5	46	37	24	140	275
平均金額	200	142	34.6	30	120.8	30	54.9
中位數金額	200	150	30	30	130	30	-
最小值金額	200	130	30	30	50	30	-
最大值金額	200	150	80	30	150	30	-
總金額	4,600	710	1,590	1,110	2,900	4,200	15,110





統計《生產事故救濟條例》實施迄今，共受理 576 案，有 557 件核予救濟，通過率 96.7%，審定救濟金額總數為 2 億 8,190 萬元，孕產婦部分為 164 件，總金額為 1 億 4,100 萬元（含死亡 44 件，8,800 萬元；重大傷害 120

件，5,300 萬元）；新生兒部分為 127 件，總金額為 6,110 萬元（含死亡 101 件，3,030 萬元；重大傷害 26 件，3,080 萬元）；胎兒部分為 266 件，總金額為 7,980 萬元，如圖 2-12、表 2-8。

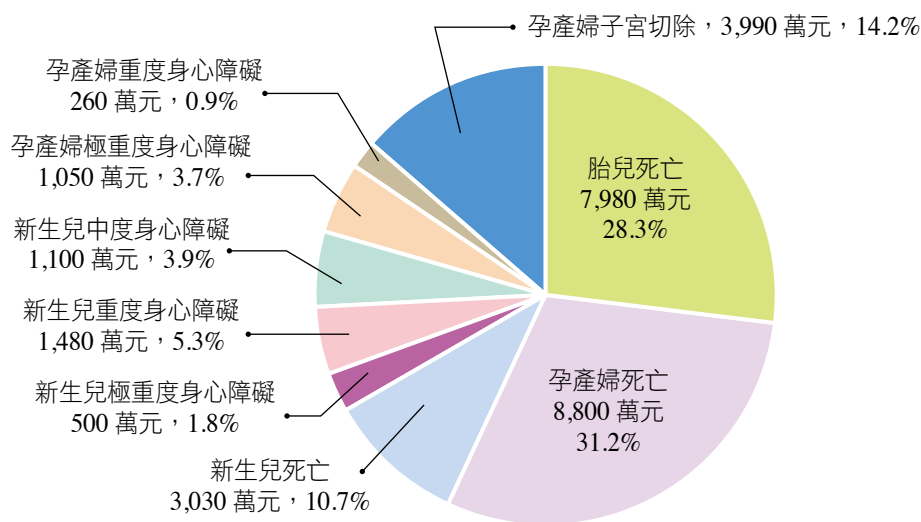


圖 2-12：105 ~ 107 年度申請案件審定救濟金額

表 2-8：105 ~ 107 年度核予救濟案件審定結果分析（金額：萬元）

事故結果	孕產婦			新生兒		胎兒	合計
	死亡	重大傷害		死亡	重大傷害 (中度以上身心障礙)	死亡	
		中度以上身心障礙	子宮切除				
救濟案件數	44	9	111	101	26	266	557
平均金額	200	145.6	35.9	30	118.5	30	50.6
中位數金額	200	150	30	30	130	30	-
最小值金額	200	130	30	30	50	30	-
對大值金額	200	150	80	30	150	30	-
總金額	8,800	1,310	3,990	3,030	3,080	7,980	28,190

## 六、不予救濟案件

依《生產事故救濟條例》第 11 條規定：「生產事故之救濟以與生產有因果關係或無法排除有因果關係者為限」。107 年度所受理申請案中，共有 15 件經審議決議不予救濟；

統計《生產事故救濟條例》實施迄今所受理申請案中，共有 19 件經審議決議不予救濟，以事故結果類型為「新生兒死亡」比例占多數，共計 10 件，個案診斷與結果如表 2-9。

表 2-9：申請案件不予救濟案件之個案診斷與結果

事故結果類型	生產年月	受理年度	妊娠週數	主要診斷	不予救濟原因
產婦死亡	105 年 12 月	106 年度	38 週又 2 天	不明原因腦炎	與生產 無因果關係
	107 年 1 月	107 年度	33 週又 6 天	卵巢腺癌轉移、 心內膜炎	
產婦重大傷害 子宮切除	107 年 8 月	107 年度	16 週又 4 天	妊娠 16 週 (註 2) 合併植入性胎盤	
新生兒死亡	106 年 1 月	106 年度	35 週	先天性腸阻塞併 敗血症	與生產 無因果關係
	106 年 5 月	106 年度	36 週又 1 天	先天性心臟病	
	106 年 4 月	106 年度	41 週又 2 天	先天性心臟病	
	106 年 11 月	107 年度	35 週又 2 天	先天性心臟病	
	106 年 11 月	107 年度	37 週又 6 天	胃穿孔併敗血症	
	106 年 10 月	107 年度	38 週又 4 天	先天性代謝異常	
	107 年 1 月	107 年度	35 週又 4 天	猝死症	
	107 年 2 月	107 年度	38 週又 5 天	新陳代謝異常	
	107 年 1 月	107 年度	37 週	猝死症	
新生兒極重度 身心障礙	105 年 7 月	107 年度	33 週	氣管軟化症、 疑喉頭軟化	與生產 無因果關係
	106 年 1 月	107 年度	40 週又 1 天	先天性代謝異常	
新生兒重度 身心障礙	106 年 3 月	107 年度	38 週又 4 天	疑似代謝性 腦病變	
	106 年 1 月	107 年度	37 週又 4 天	代謝性疾病	
胎兒 死亡	107 年 2 月	107 年度	32 週又 6 天	未滿 33 週 之胎兒死亡	屬不予救濟情事
	107 年 5 月	107 年度	32 週又 6 天	未滿 33 週 之胎兒死亡	

註 2：醫學上所稱「生產」指妊娠滿 20 週以上之分娩，未滿 20 週之妊娠中止則屬「流產」。



# 生產事故 救濟審定案件分析



《生產事故救濟條例》自 105 年 6 月 30 日施行，該條例明定其申請期限為自請求權人知有生產事故時起兩年，本章節係以自該條例施行日至 107 年 12 月 31 日止，所受理符合申請條件者之最終審定結果分析，分別依生產事故救濟所涵蓋範圍之各類型案件，如孕產婦死亡及重大傷害、新生兒死亡及重大傷害、胎兒死亡等，分節敘述整理。

### 第一節、孕產婦死亡案件分析

根據世界衛生組織（以下簡稱 WHO）針對孕產婦死亡率的定義為「一年內每十萬名活產中，在懷孕期間或懷孕中止 42 天內之婦女死亡數」，只要孕產婦死亡與懷孕相關或因懷孕加重，或與懷孕相關之處置導致者，皆屬孕產婦死亡，但排除意外、車禍、自殺或他殺等外力事件所致。以下就 107 年度審定核予救濟之 23 件孕產婦死亡案件進行說明，並比較條例施行迄今各年度案件。

#### 一、本年度案件統計與分析

107 年度受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 24 件，其中 1 件因其死亡與生產無因果關係，不予救濟。茲就核予救濟之 23 件孕產婦死亡案件，其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

##### （一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，醫學中心有 11 件，占 47.9%；診所所有 5 件，占 21.7%；區域醫院有 4 件，占 17.4%；地區醫院有 3 件，占 13.0%，如圖 3-1。

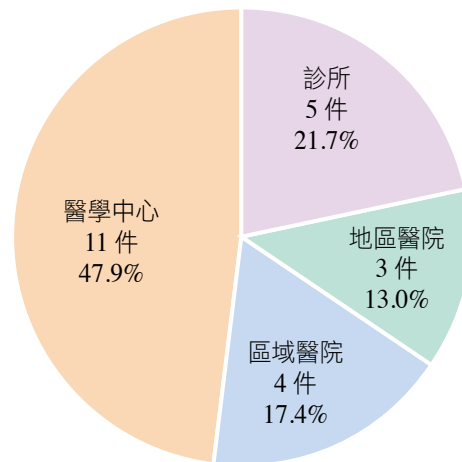


圖 3-1：107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之機構層級分布

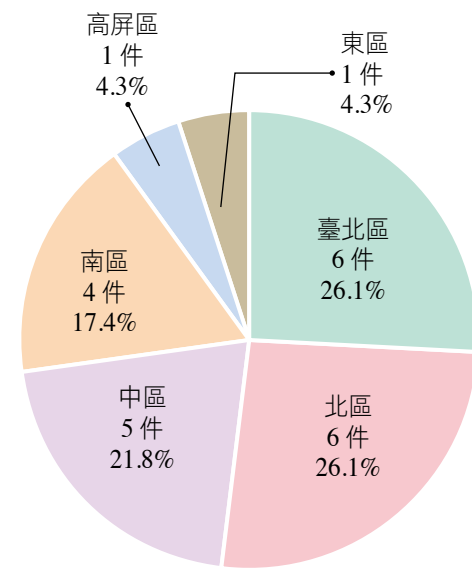


圖 3-2：107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之區域分布

##### （二）區域分布

按健保分區分析，臺北區及北區各有 6 件，各占 26.1%；中區有 5 件，占 21.8%；南區有 4 件，占 17.4%；高屏區及東區各有 1 件，各占 4.3%，如圖 3-2。



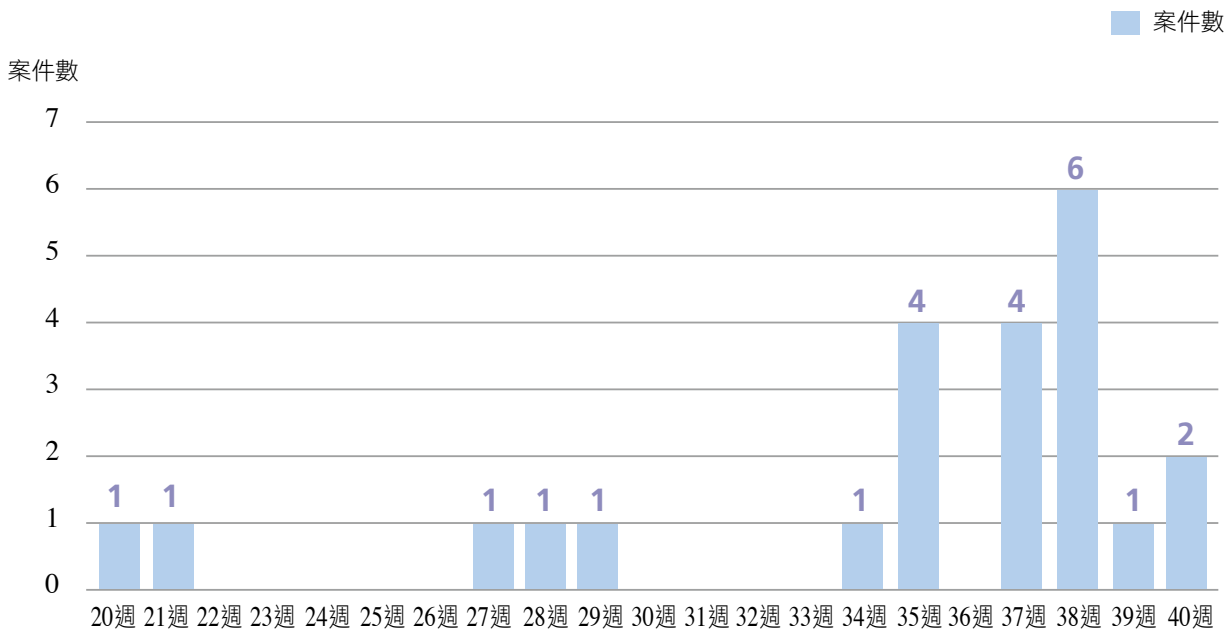


圖 3-3：107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之妊娠週數分布

### (三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 13 件，占 56.5%；36 週以下（早產）生產案件共有 10 件，占 43.5%，如圖 3-3。

### (四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 10 件，占 43.5%；其次為第二胎有 9 件，占 39.1%；再者為第三胎有 4 件，占 17.4%，如圖 3-4。

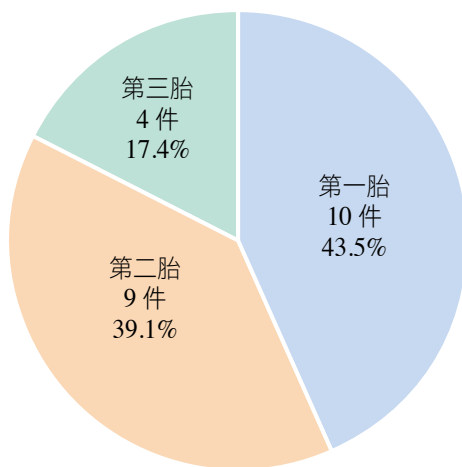


圖 3-4：107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之妊娠胎次分布



**(五) 生產年齡**

按孕產婦生產時年齡分析，以 31 ~ 35 歲居冠，有 10 件，占 43.5%；其次為 36 ~ 40 歲有 9 件，占 39.2%；26 ~ 30 歲有 2 件，占 8.7%；40 歲以上及小於 25 歲各 1 件，各占 4.3%，如圖 3-5。

**(六) 事故原因**

就孕產婦死亡案件之事故原因分析，幾乎為多重原因導致死亡之結果。主要原因依序為疑似或確診為羊水栓塞者有 6 件，占 26.1%；產前或產後大出血及肺栓塞各有 5 件，各占 21.7%；HELLP 症候群及顱內出血或腦梗塞各有 4 件，各占 17.4%，如表 3-1。

表 3-1：孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
疑似或確診羊水栓塞	6	26.1%
產前或產後大出血	5	21.7%
肺栓塞	5	21.7%
HELLP 症候群	4	17.4%
顱內出血或腦梗塞	4	17.4%
感染	3	13.0%
心血管疾病或心臟病變	2	8.7%
腹主動脈破裂致大出血	1	4.3%

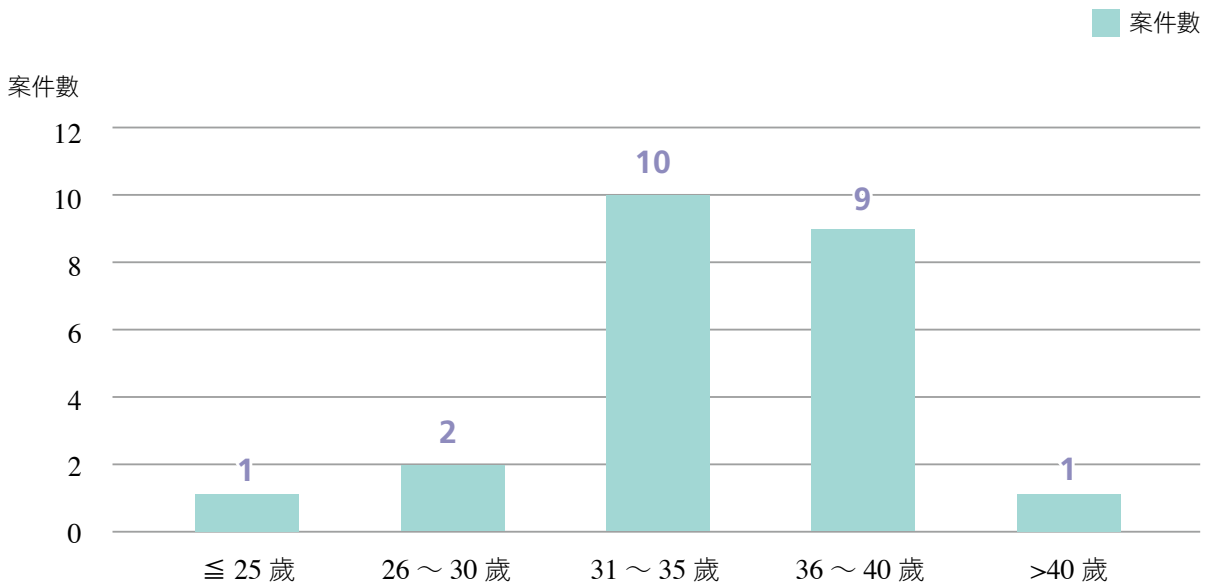


圖 3-5：107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之生產時年齡分布



## 二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行迄今受理之申請案中，孕產婦死亡案件共計 46 件，其中 2 件因其死亡與生產無因果關係，不予救濟。茲就核予救濟之 44 件孕產婦死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

### （一）機構層級

我國醫療機構的層級，目前分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，各層級醫療機構肩負不同的照護任務與角色。孕產婦死亡案件中，按其發生生產事故之年度及機構層級分析，以醫學中心為最大宗，有 13 件，占 29.5%；診所與區域醫院居次，各有 11 件，各占 25.0%；地區醫院最少，有 9 件，占 20.5%。105 年度總件數 5 件較少，除診所所有 2 件之外，其餘各層級醫院皆為 1 件；106 年度共計 16 件，區域醫院、地區醫院、診所分別有 6 件、5 件及 4 件，醫學中心則只有 1 件；

107 年度共計 23 件，以醫學中心所占比例最高，也是增加幅度最多的機構層級，從前兩個年度各 1 件增加至 11 件，如圖 3-6。

分析醫學中心案件之上升，可歸因於本部積極推動分級醫療，其目的是讓醫院專注照顧急重症病人，診所、地區醫院、區域醫院確實施行轉診制度，使醫學中心得以落實其教學及急重症病人之治療照護責任。

### （二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 13 件，占 29.5%，而東區最少，僅有 1 件，占 2.3%。105 年度之總件數少，5 件當中有 3 件在臺北區，北區及高屏區各占 1 件；106 年度之案件區域分布相對而言較平均，臺北區、北區及中區皆為 4 件。這兩年半間，臺北區、北區、中區及南區之案件數量皆逐漸上升，高屏區則在 1 至 3 件之間浮動，如圖 3-7（請見下頁）。

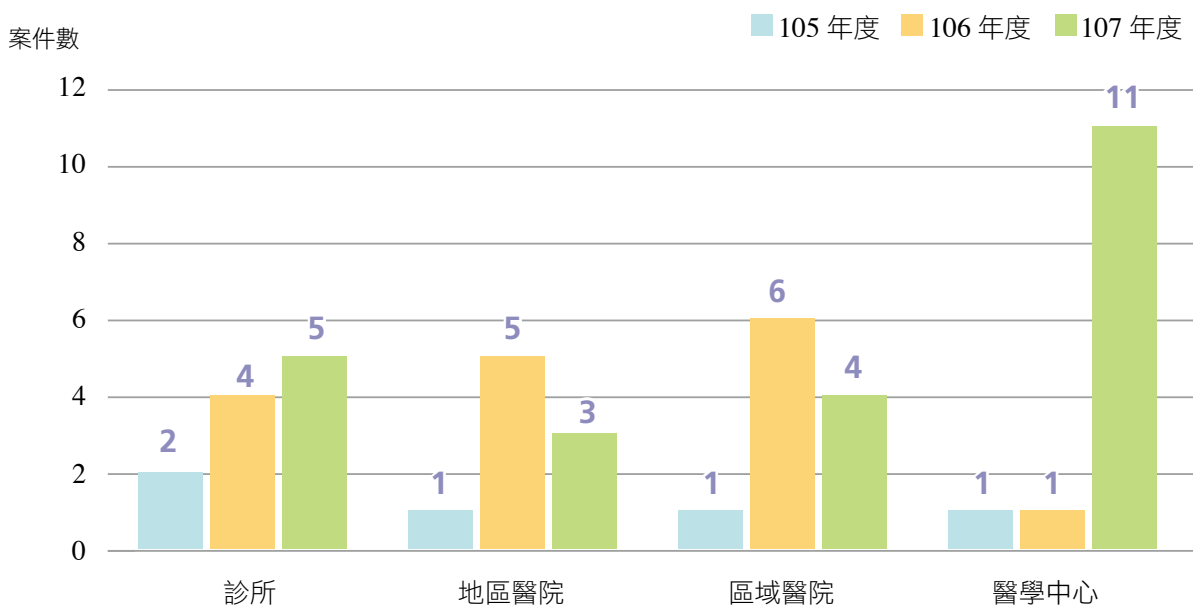


圖 3-6：105 ~ 107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之機構層級分布

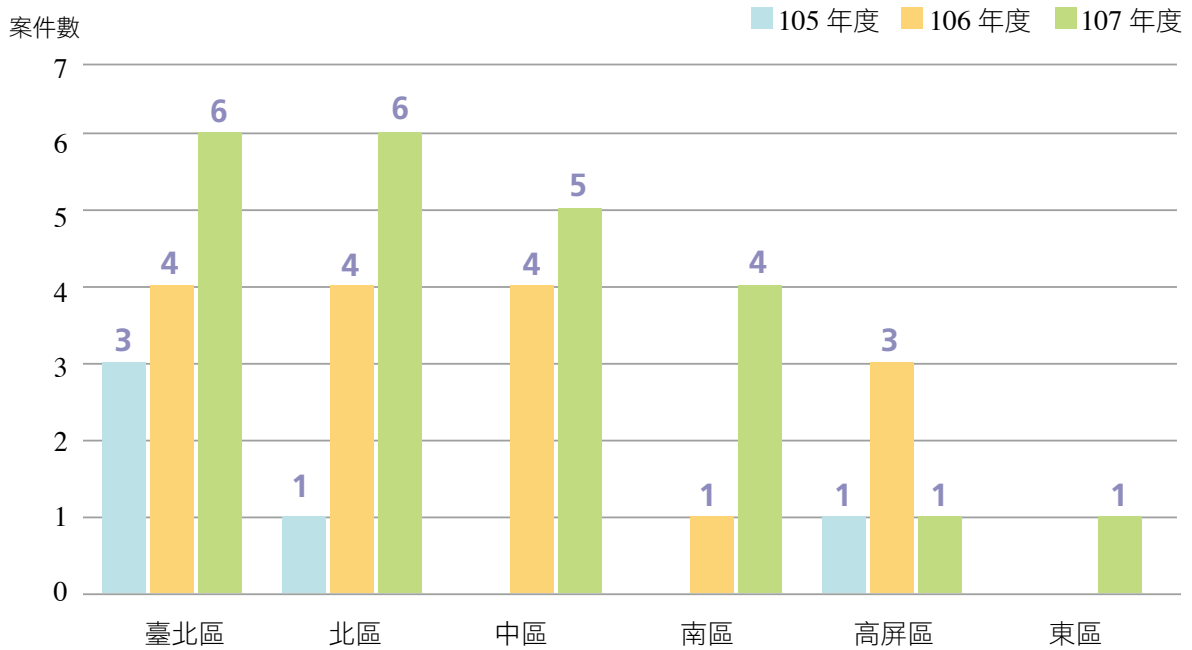


圖 3-7：105 ~ 107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之區域分布

### (三) 妊娠週數

按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 31 件，占 70.5%；36 週以下（早產）生產案件，有 13 件，占 29.5%。累積案件數最多者，為 38 週，共 12 件，占 27.3%；其次為 37 週、39 週、40 週，分別各有 6 件，各占 13.6%。除了 105 年度，33 週有 2 件，占多數之外，其餘年度皆以 38 週為大宗。106 年度，38 週、39 週各有 5 件，另有 1 件發生在 41 週。而 107 年度則有較多早產案件，其中 5 件小於 30 週（20 週、21 週、27 週、28 週、29 週各有 1 件），如圖 3-8。

### (四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占多數，有 22 件，占 50.0%，且第一胎至第三胎之案件數量逐年上升。而在高妊娠胎次部分，105 年度有一件為第六胎；106 年度則有一件為第四胎，如圖 3-9。

### (五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 31 ~ 35 歲、36 ~ 40 歲居冠，同為 17 件，各占 38.6%。105 年度及 107 年度多分布在 31 ~

表 3-2：孕產婦死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
疑似或確診羊水栓塞	15	34.1%
產前或產後大出血	12	27.3%
肺栓塞	9	20.5%
HELLP 症候群	4	9.1%
顱內出血或腦梗塞	4	9.1%
感染	4	9.1%
心血管疾病或心臟病變	3	6.8%
腹主動脈破裂致大出血	1	2.3%

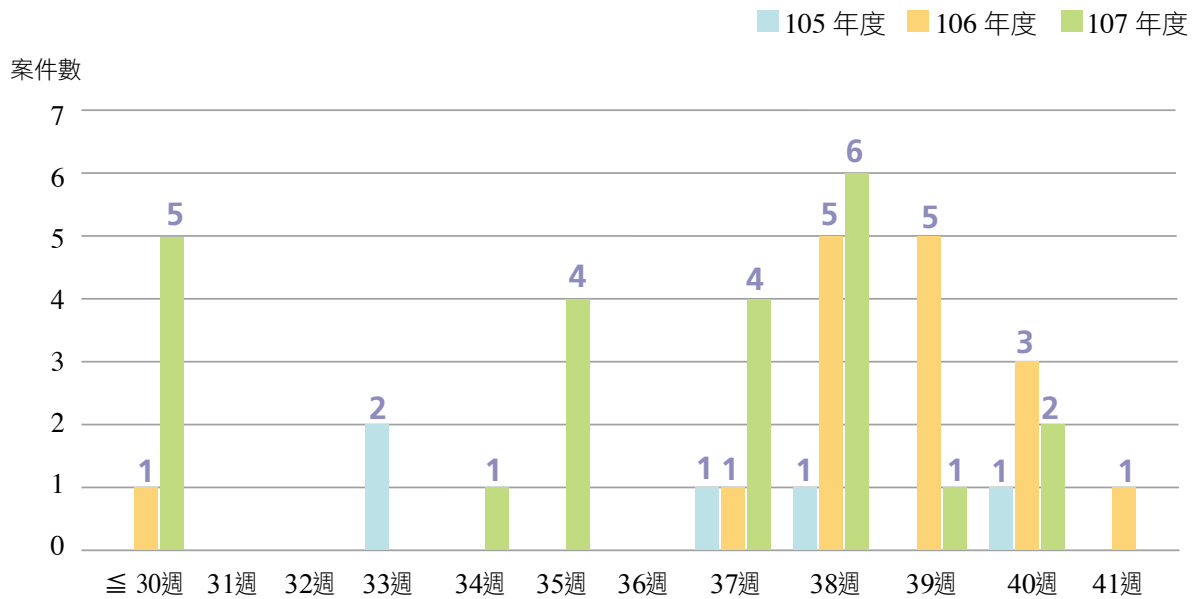


圖 3-8：105 ~ 107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之妊娠週數分布

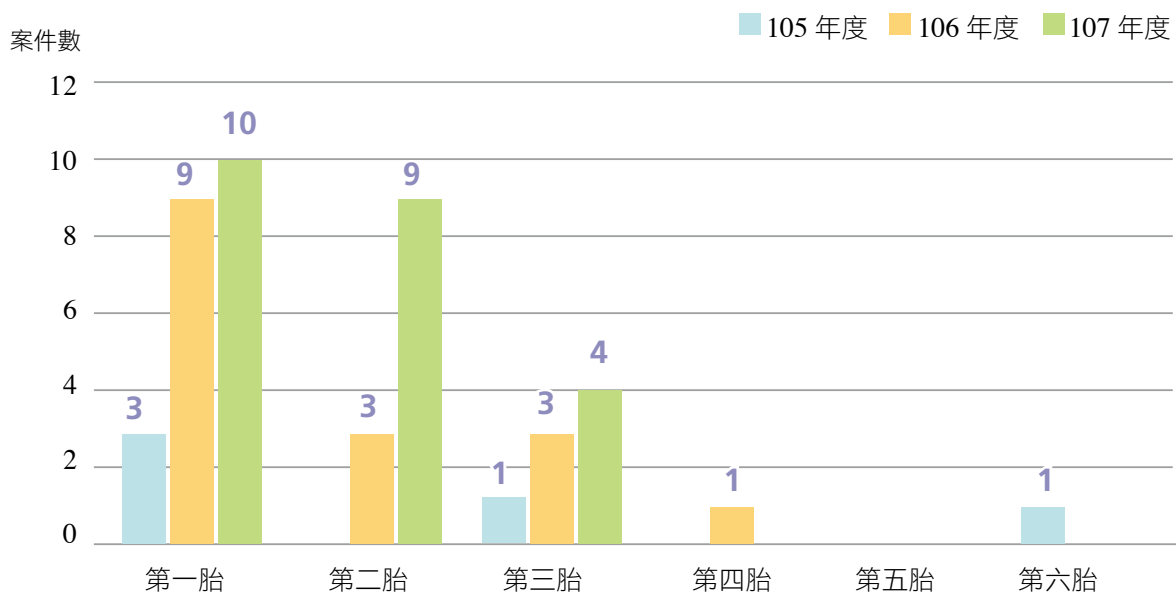


圖 3-9：105 ~ 107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之妊娠胎數分布

35 歲；106 年度則為 36 ~ 40 歲。無論哪一個年齡層，案件數量皆持平或增加，如圖 3-10（請見下頁）。

#### （六）事故原因

分析孕產婦死亡之事故原因，幾乎為多重

原因導致死亡之結果，主要原因依序為疑似或確診為羊水栓塞者 15 件，占 34.1%；產前或產後大出血 12 件，占 27.3%；肺栓塞 9 件，占 20.5%，如表 3-2。



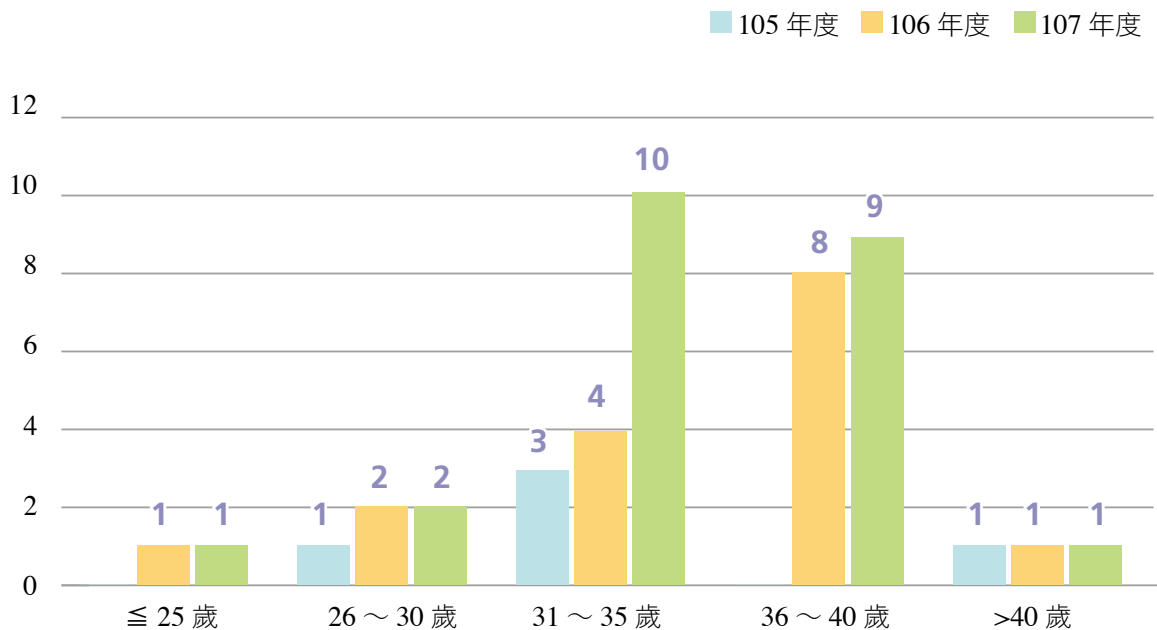


圖 3-10：105 ~ 107 年度孕產婦死亡審定救濟案件之生產時年齡分布

### 三、小結

我國自 105 年 6 月 30 日施行《生產事故救濟條例》起，截至 107 年 12 月 31 日止，共計 44 件孕產婦死亡救濟案件，其中 105 年下半年度 5 件，106 年度 16 件，107 年度則增為 23 件。為減少我國之孕產婦死亡率，並提升國內周產期母嬰安全性，嗣後將規劃辦理孕產婦死亡率改善計畫，就孕產婦死亡案件進行病歷查閱，分析死亡原因及可改善項目，並經由文獻回顧，比較國內外孕產婦死亡原因，更新孕產婦死亡通報表單，提出改善方針並具體實現，舉辦醫事人員教育講座及提升孕產婦健康認知，以期改善我國孕產婦死亡率。

## 第二節 孕產婦重大傷害案件分析

### 一、本年度案件統計與分析

107 年度受理之申請案中，孕產婦重大傷害案件共計 52 件，其中 1 件因其死亡與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 51 件重大傷害案件，其中 5 件為中度以上身心障礙案件（含中度以上身心障礙合併子宮切除案件 2 件），茲就其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

#### （一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，區域醫院與醫學中心均為 16 件，各占 31.4%；診所所有 10 件，占 19.6%；地區醫院有 9 件，占 17.6%，如圖 3-11。

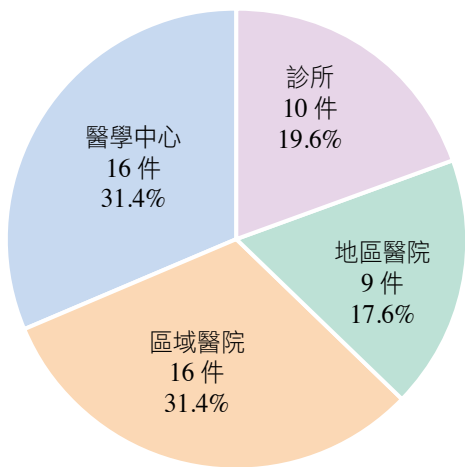


圖 3-11：107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之機構層級分布

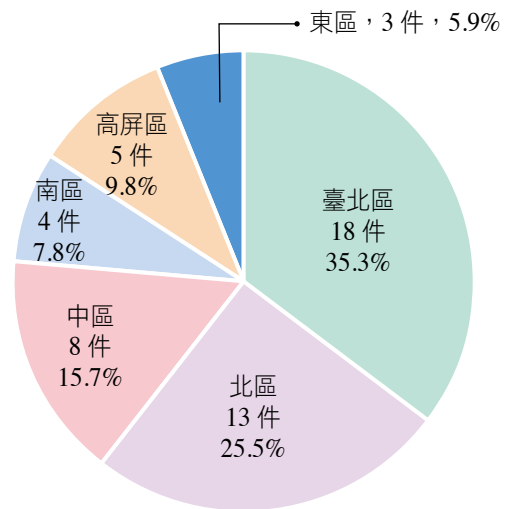


圖 3-12：107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之區域分布

### (二) 區域分布

按健保分區分析，臺北區有 18 件，占 35.3%；北區有 13 件，占 25.5%；中區有 8 件，占 15.7%；高屏區有 5 件，占 9.8%；南區有 4 件，占 7.8%；東區有 3 件，占 5.9%，如圖 3-12。

### (三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 32 件，占 62.7%；36 週以下（早產）生產案件共有 19 件，占 37.3%，如圖 3-13。

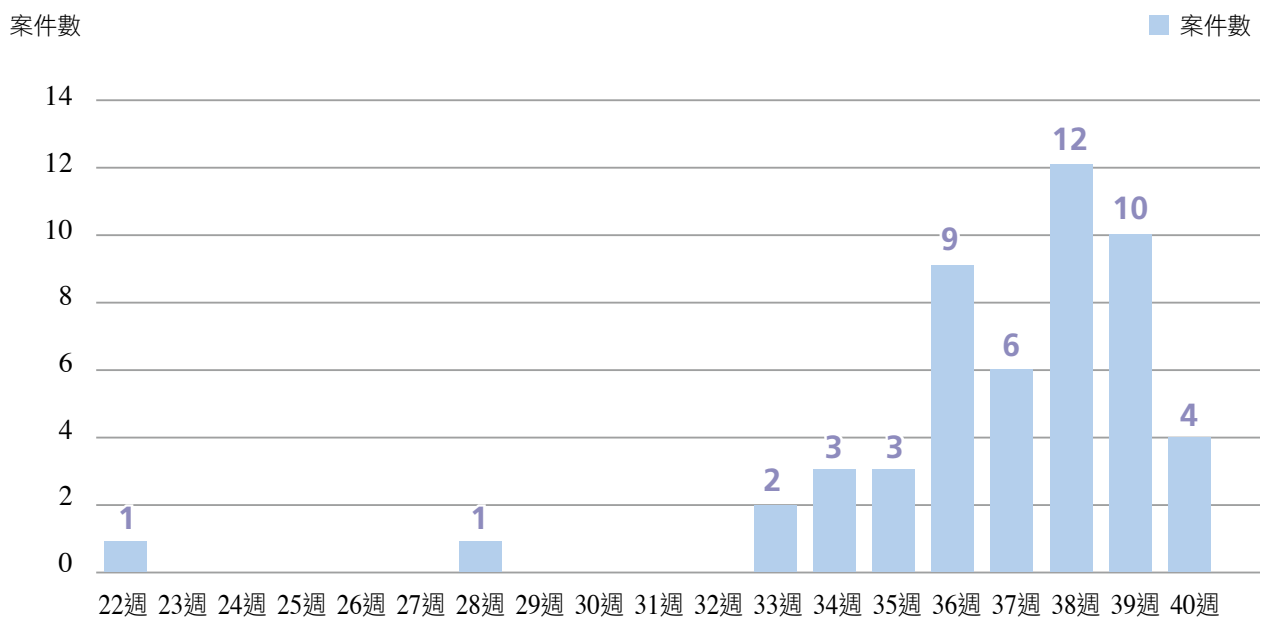


圖 3-13：107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之妊娠週數分布

#### (四) 妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第二胎最多，有 20 件，占 39.2%；其次為第三胎有 17 件，占 33.3%；再者為第一胎有 9 件，占 17.7%；第四胎有 4 件，占 7.8%；第六胎有 1 件，占 2.0%，如圖 3-14。

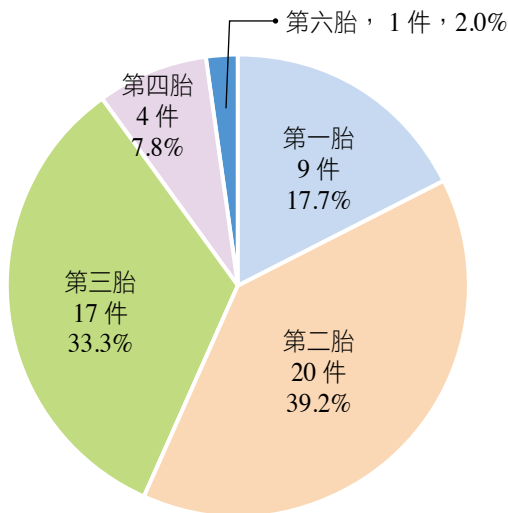


圖 3-14：107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之妊娠胎次分布

#### (五) 生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以 31 ~ 35 歲居冠，有 23 件，占 45.1%；其次為 36 ~ 40 歲有 19 件，占 37.3%；40 歲以上有 4 件，占 7.8%；26 ~ 30 歲及小於 25 歲分別為 3 件及 2 件，占 3.9% 及 5.9%，如圖 3-15。

#### (六) 事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，5 件身心障礙案件中，其中 2 件為產後大出血併發低血容性休克經子宮切除術，另 3 件為顱內出血或腦梗塞，5 件最終皆呈現缺氧性腦病變之結果。

分析 46 件子宮切除案件之發生原因，雖然每一個案不只包含單一原因，但大部分案件都曾發生產後大出血（共 33 件，占 71.7%），如表 3-3。出血原因包括：子宮收縮不良、子宮破裂等。另就子宮切除術類別分析，採全子宮切除術者有 25 件，占 54.3%；採次全子宮切除術者有 21 件，占 45.7%。

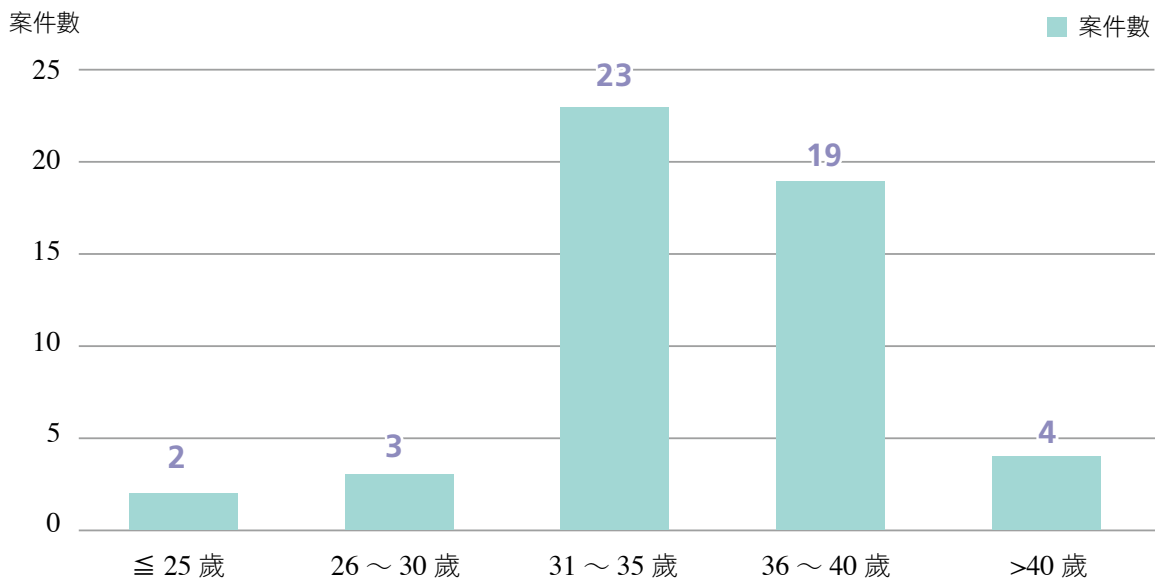


圖 3-15：107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之生產時年齡分布



表 3-3：孕產婦子宮切除審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
產後大出血	33	71.7%
植入性胎盤	26	56.5%
前置胎盤合併 植入性胎盤	12	26.1%
膀胱 / 輸卵管破裂	1	2.2%

## 二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行迄今受理之申請案，孕產婦重大傷害案件共計 121 件，其中 1 件因其死亡與生產無因果關係，不予救濟，其餘核予救濟之 120 件重大傷害案件中，9 件為中度以上身心障礙案件（含中度以上身心障礙合併子宮切除案件者有 2 件），茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

### （一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，以醫學中心為最大宗，有 40 件，占 33.3%；區域醫院居次，有 36 件，占 30.0%；地區醫院則有 23 件，占 19.2%；診所最少，有 21 件，占 17.5%。105 年度總件數 8 件較少，其中區域醫院 4 件、診所及地區醫院各 2 件；106 年度共計 61 件，醫學中心 24 件、區域醫院 16 件、地區醫院 12 件、診所 9 件；107 年度共計 51 件，各機構層級分布相對而言較平均，區域醫院及醫學中心各 16 件、診所 10 件、地區醫院 9 件。醫學中心為 105 年度、106 年度案件數量及增加幅度最多的機構層級，由 105 年度 0 件擴增至 106 年度 24 件，如圖 3-16。

### （二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，共計 43 件，占 35.8%；東區最少，共計 4

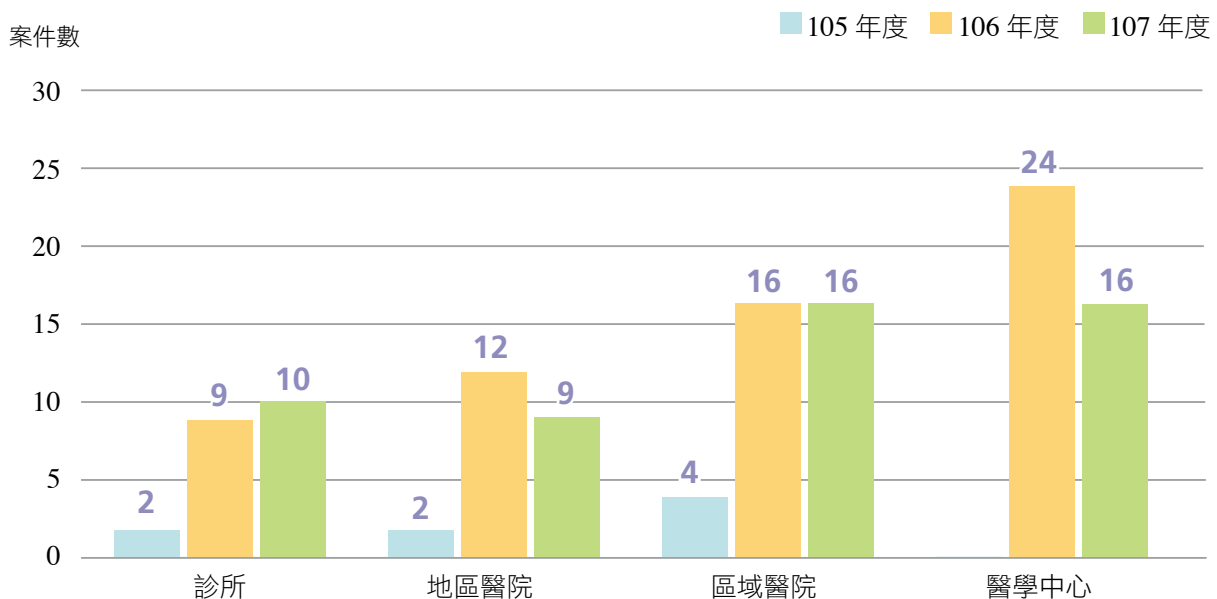


圖 3-16：105 ~ 107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之機構層級分布

件，占3.3%。105年度總件數較少，中區4件、北區2件、臺北區及南區各1件。106年度及107年度案件數量在區域分布呈現一致性，皆以臺北區最多，其次為北區及中區，之後為南區及高屏區，東區申請案件較少，如圖 3-17。

### (三) 妊娠週數

按年度及妊娠週數分析，37週以上之足月生產案件，有81件，占67.5%；36週以下（早產）生產案件，有39件，占32.5%。累積案件數最多者，為38週共27件，占22.5%；其

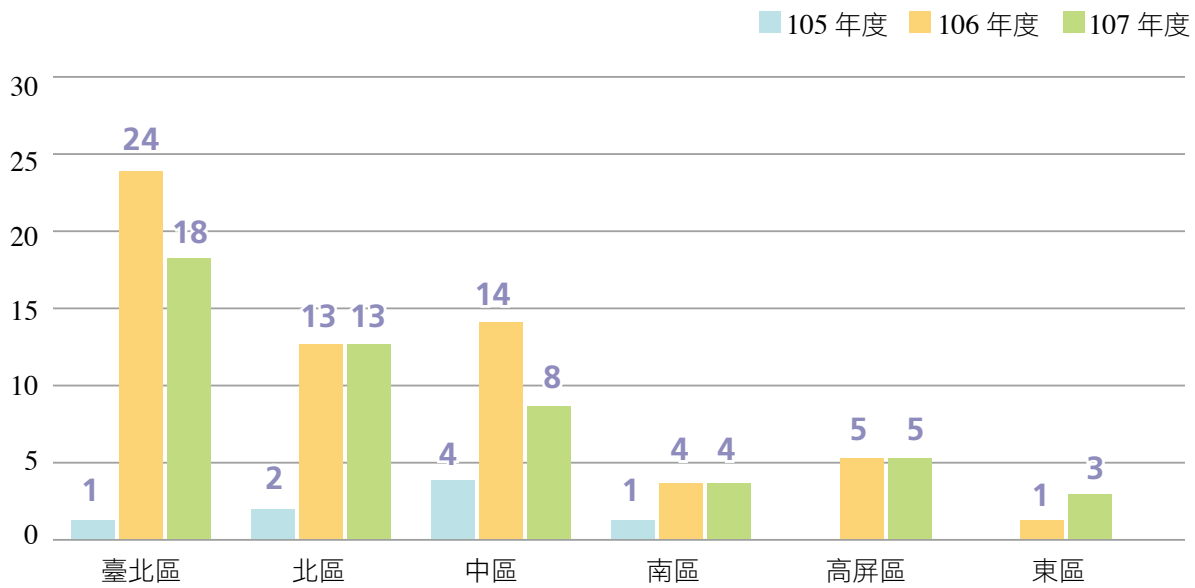


圖 3-17：105 ~ 107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之區域分布

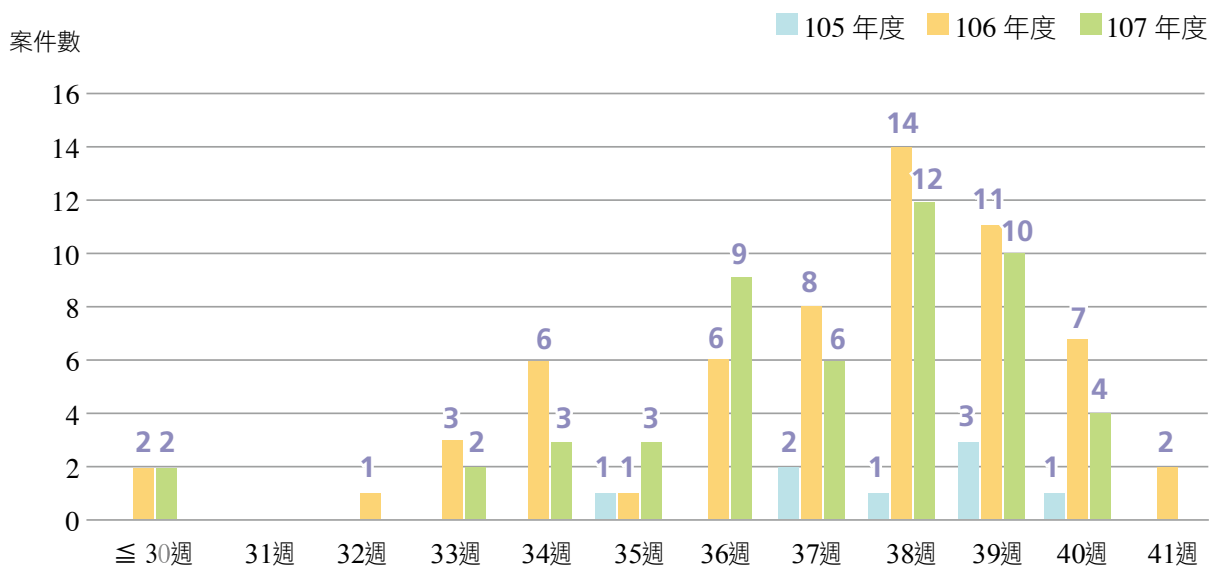


圖 3-18：105 ~ 107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之妊娠週數分布





次為 39 週有 24 件，占 20.0%。105 年度 8 件皆在 35 週以上，妊娠週數分布相對而言較平均；106 年度、107 年度皆以 38 週案件數最多，分別為 14 件、12 件；其次為 39 週，分別為 11 件、10 件。另 106 年度及 107 年度則有較多早產，各為 19 件，其中 4 件小於 30 週（22 週、25 週、28 週、29 週，各有 1 件），如圖 3-18。

#### （四）妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以第二胎占多數，有 42 件，占 35.0%。在高胎次方面，105 年度有 1 件為第四胎；106 年度有 4 件為第四胎、1 件為第五胎；107 年度有 4 件為第四胎、1 件為第六胎，如圖 3-19。

#### （五）生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 31～35 歲、36～40 歲居冠，同為 50 件，各占 41.7%。105 年度總件數較少，生產年齡分布相對較平均；106 年度以 36～40 歲為最多；

107 年度則多分布於 31～35 歲，如圖 3-20（請見下頁）。

#### （六）事故原因

就孕產婦重大傷害之事故原因分析，在 9 件中度以上身心障礙案件內，其中 4 件為顱內出血或腦梗塞，占 44.5%；2 件為產後大出血併發低血容性休克經子宮切除術，占 22.2%；2 件疑似羊水栓塞，占 22.2%；1 件疑似為 HELLP 症候群，占 11.1%。另外在這 9 件案件中，有 8 件最終皆呈現缺氧性腦病變，1 件須終年接受血液透析治療。

進一步分析 111 件子宮切除案件之發生原因，產後大出血共有 86 件，占 77.5%，出血原因包括：子宮收縮不良、子宮破裂等，如表 3-4（請見下頁）。另就子宮切除術類別分析，採全子宮切除術者有 51 件，占 45.9%；採次全子宮切除術者有 60 件，占 54.1%。

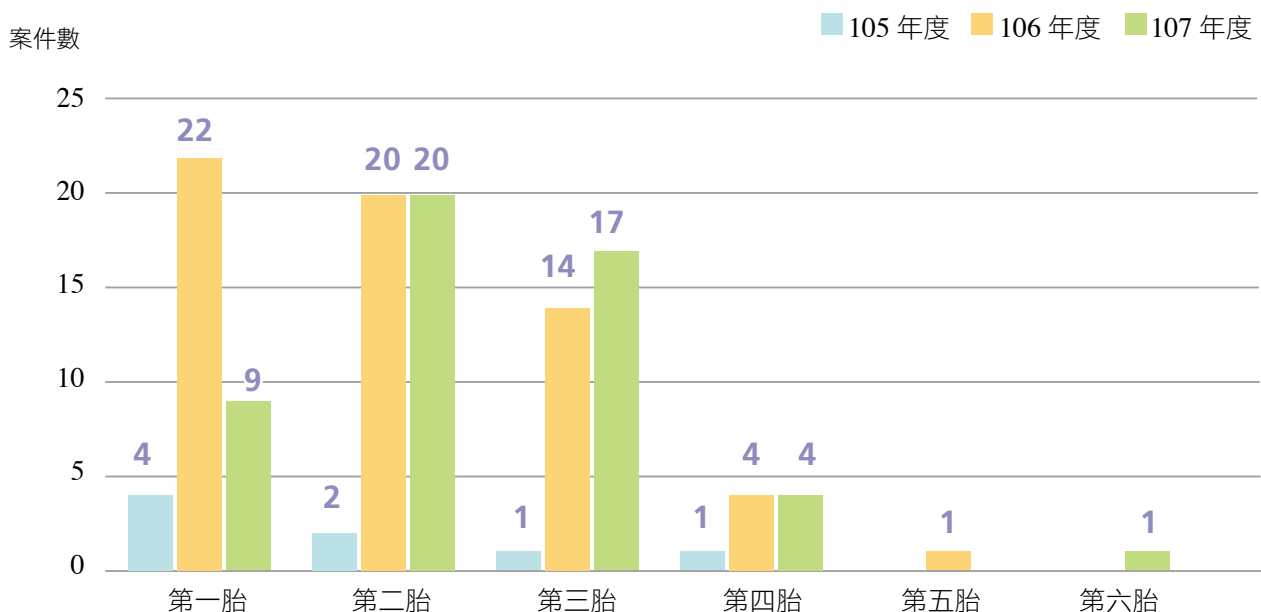


圖 3-19：105～107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之妊娠胎次分布

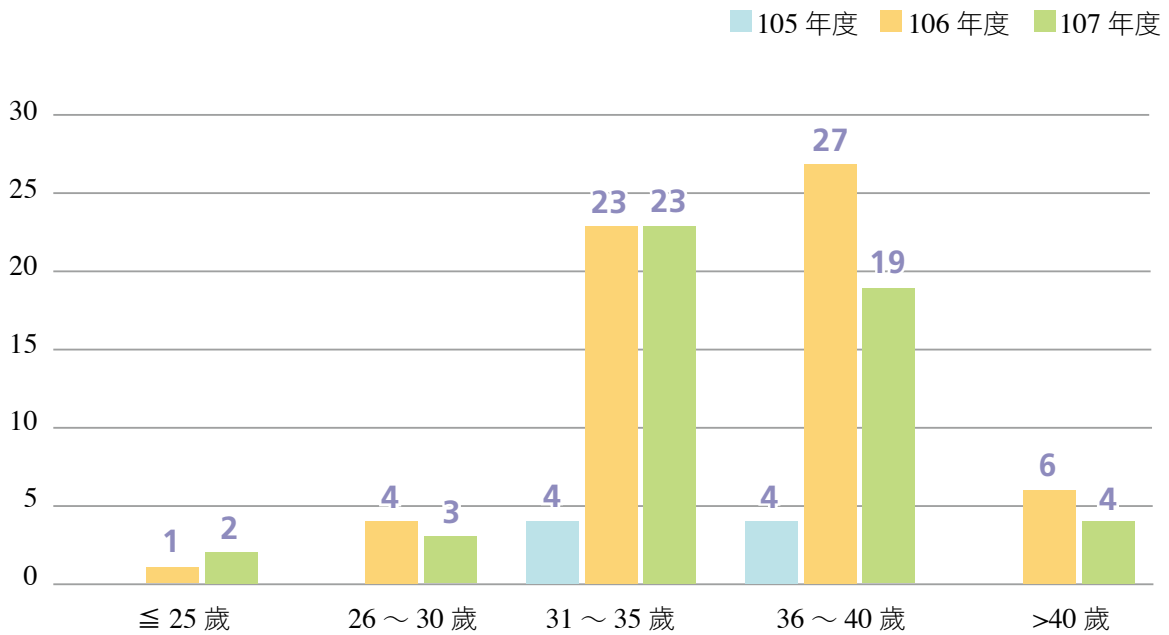


圖 3-20：105 ~ 107 年度孕產婦重大傷害審定救濟案件之生產年齡分布

表 3-4：孕產婦子宮切除審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
產後大出血	86	77.5%
植入性胎盤	44	39.6%
前置胎盤合併 植入性胎盤	19	17.1%
膀胱 / 輸卵管破裂	2	1.8%

### 三、小結

關於孕產婦重大傷害部分，建議可從「產前」、「產中」及「產後」三階段著手。在「產前」階段，婦女計畫懷孕時，應注重自我身體調養及保健；懷孕後應定期產前檢查，並將過去病史詳細告知醫療院所，以期找出高危險妊娠危險因子，加以控制治療；若醫療院所評估無法提供合宜照護時，宜盡早於產前轉診。「產中」階段，醫療院所除了注意生產時之人力、藥品、血品及設備外，第三產程也要積極處置，時時評估是否需要啟動產後大出血處理流程、執行緊急子宮切除術或緊急轉診後送。在「產後」階段，產婦及醫療院所也要持續合作追蹤治療危險因子，為下一胎的生產安全做準備。



### 第三節、新生兒死亡及重大傷害案件分析

#### 一、本年度案件統計與分析

107 年度受理之申請案中，新生兒死亡或重大傷害案件，共計 72 件，其中 11 件因新生兒死亡與生產無因果關係，不予救濟。茲就核予救濟之 61 件新生兒死亡或重大傷害案件（含新生兒死亡 37 件、重大傷害 24 件），依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

##### （一）機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，診所所有 26 件，占 42.6%；區域醫院有 16 件，占 26.2%；地區醫院有 12 件，占 19.7%；醫學中心有 7 件，占 11.5%，如圖 3-21。

##### （二）區域分布

按健保分區分析，臺北區有 20 件，占 32.8%；高屏區有 13 件，占 21.3%；南區有 11 件，占 18.0%；中區有 9 件，占 14.8%；北區有 8 件，占 13.1%，如圖 3-22。

##### （三）妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產共有 48 件，占 78.7%；36 週以下（早產）生產案件共有 13 件，占 21.3%，如圖 3-23（請見下頁）。

##### （四）妊娠胎次

按妊娠胎次分析，第一胎最多，有 30 件，占 49.1%；其次為第二胎有 22 件，占 36.1%；再者為第三胎有 7 件，占 11.5%；第四胎有 2 件，占 3.3%，如圖 3-24（請見下頁）。

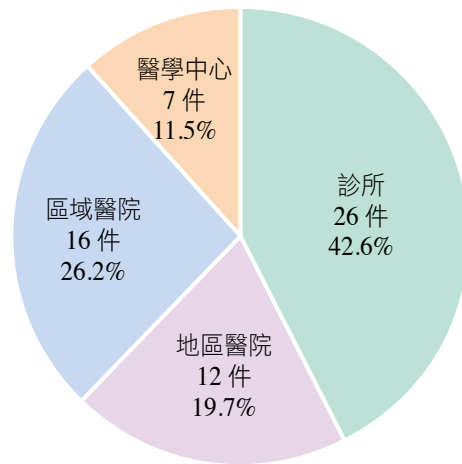


圖 3-21：107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之機構層級分布

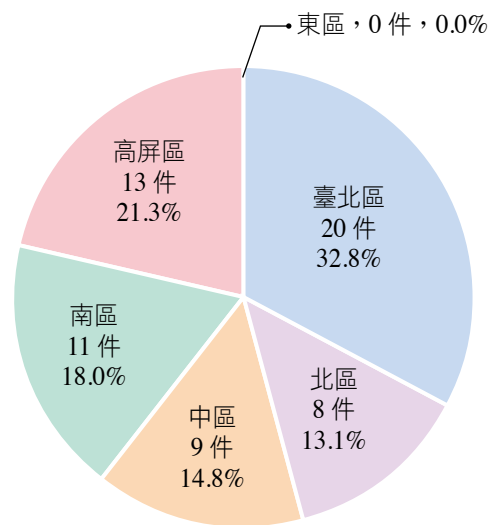


圖 3-22：107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之區域分布

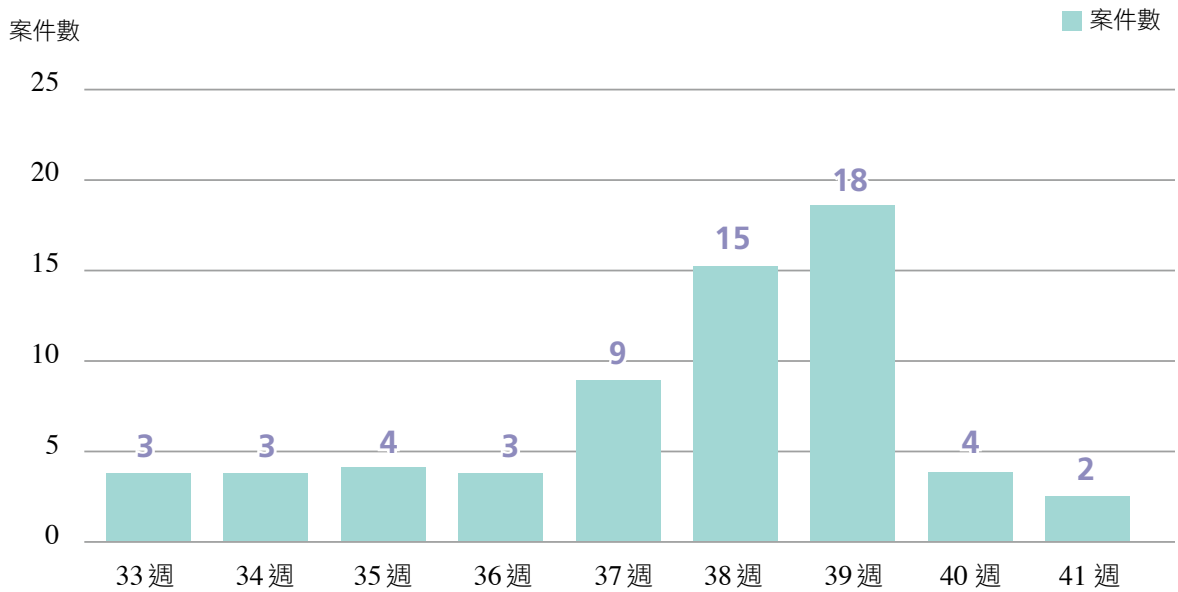


圖 3-23：107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之妊娠週數分布

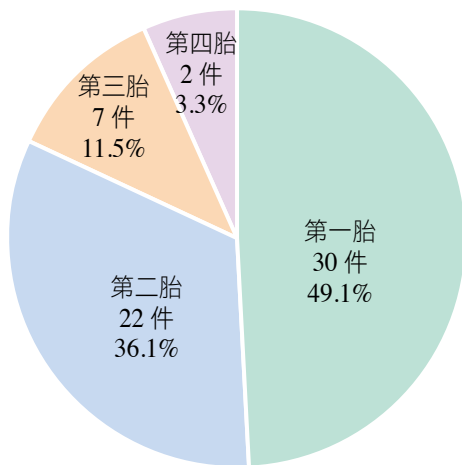


圖 3-24：107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之妊娠胎次分布

#### (五) 生產年齡

按孕產婦生產年齡分析，以 26 ~ 30 歲與 31 ~ 35 歲居冠，均為 22 件，各占 36.1%；其次為 36 ~ 40 歲有 10 件，占 16.4%；40 歲以上有 4 件，占 6.5%；小於 25 歲有 3 件，占 4.9%，如圖 3-25。

#### (六) 事故原因

就新生兒死亡及重大傷害之事故原因分析，主要原因依序為產前胎兒窘迫 43 件，占 70.5%；肺高壓、肺出血、呼吸窘迫 18 件，占 29.5%；胎盤早期剝離或胎便吸入症候群、羊水胎便染色均為 14 件，各占 23.0%。但在胎兒窘迫的個案中，也發現許多案件合併產程異常或產程遲滯之情形，部分合併包含胎盤早期剝離、臍帶繞頸、臍帶異常或胎便吸入症候群等，如表 3-5。

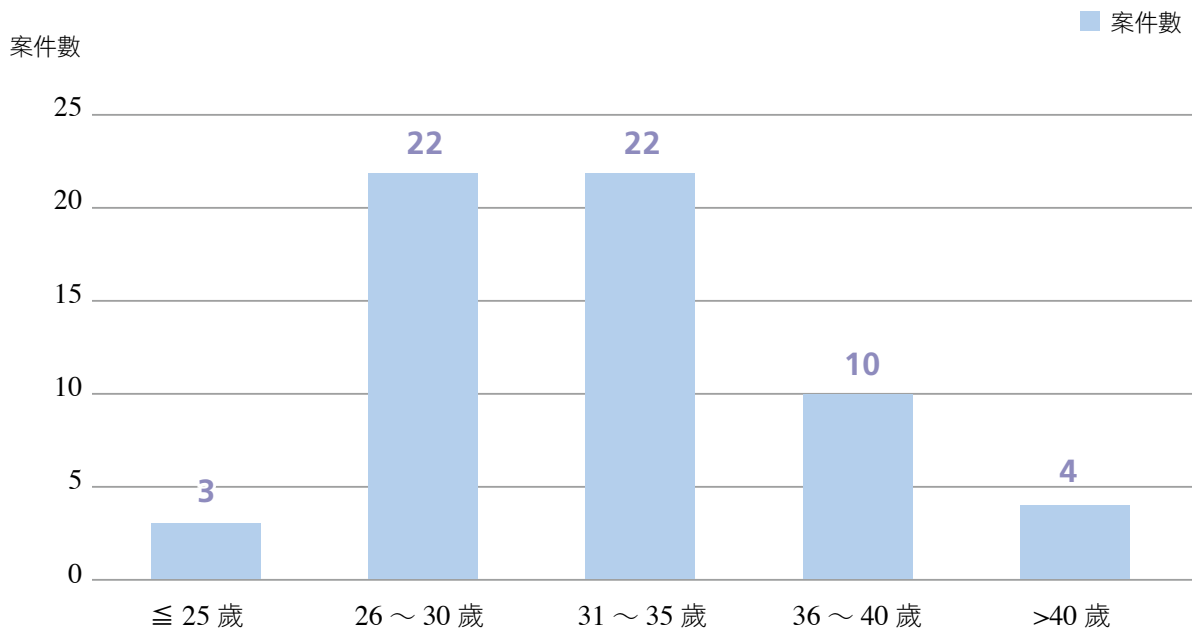


圖 3-25：107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之生產時年齡分布

表 3-5：新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
胎兒窘迫	43	70.5%
肺高壓、肺出血、呼吸窘迫	18	29.5%
胎盤早期剝離	14	23.0%
胎便吸入症候群、羊水胎便染色	14	23.0%
臍帶繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故	6	9.8%
顱內出血、腦病變	4	6.6%
產程異常、產程遲滯	3	4.9%
肩難產、臂神經叢損傷	2	3.3%
感染	2	3.3%
胎盤功能不全	1	1.6%

## 二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行迄今，受理之新生兒死亡及重大傷害案件，共計 141 件，其中 14 件因其死亡與生產無因果關係，不予救濟；核予救濟之 127 件中，新生兒死亡有 101 件，重大傷害案件有 26 件，茲依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

### （一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，以診所為最大宗，有 49 件，占 38.5%；地區醫院居次，有 32 件，占 25.2%；區域醫院則有 27 件，占 21.3%；醫學中心最少，有 19 件，占 15.0%。105 年度總件數較少，各機構層級件數分布於 2 ~ 5 件之間。若分別比較 3 年案件，診所案件均為最多，且診所及區域醫院之案件數，107 年度均較 106 年度增加，如圖 3-26（請見下頁）。



(二) 區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 44 件，占 34.6%；東區最少，有 2 件，占 1.6%。105 年度總件數較少，臺北區有 5 件、

高屏區有 3 件、北區及中區各有 2 件、東區有 1 件。106 年度及 107 年度除高屏區案件數明顯上升外，其他區域分布呈現一致性，如圖 3-27。

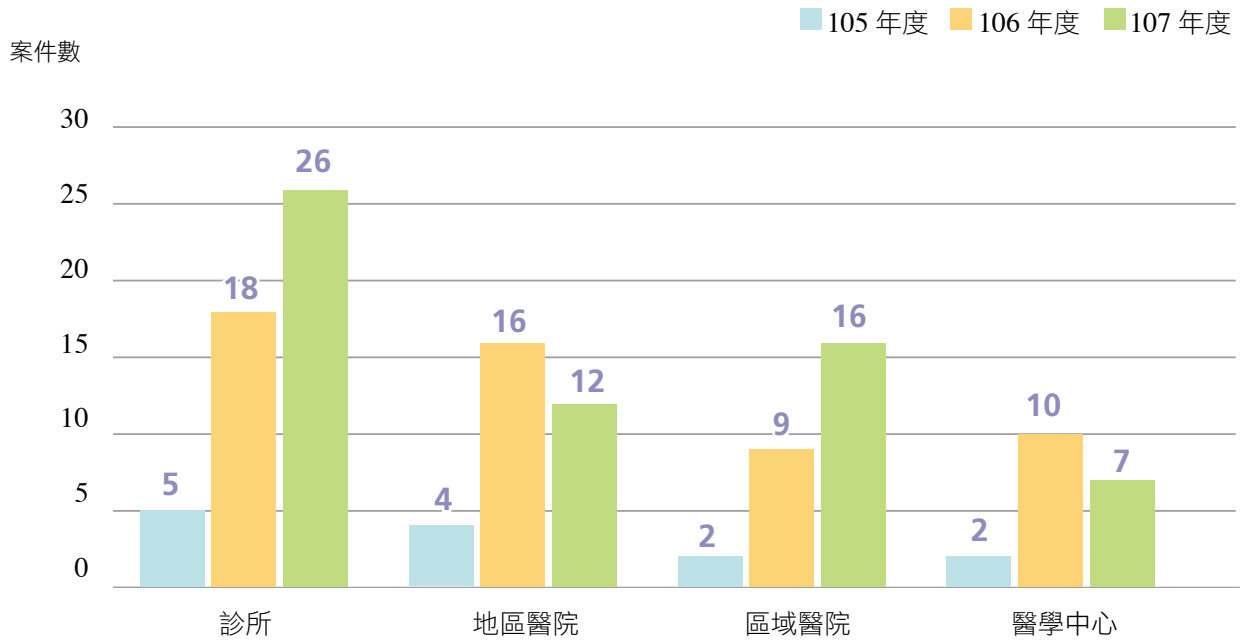


圖 3-26：105 ~ 107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之機構層級分布

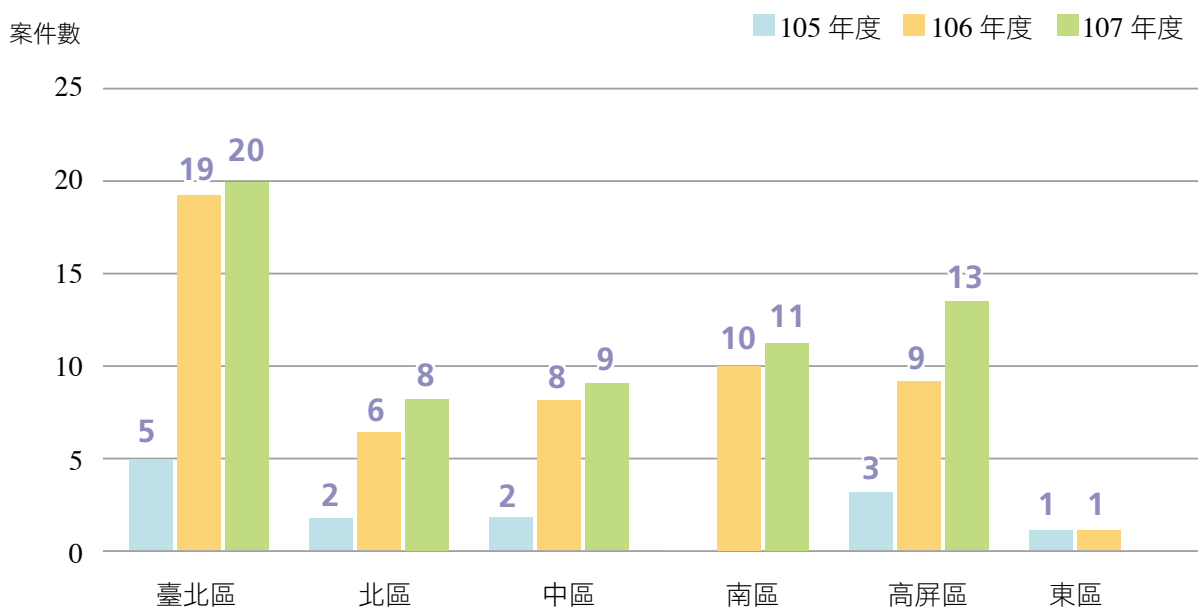


圖 3-27：105 ~ 107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之區域分布



### (三) 妊娠週數

按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 101 件，占 79.5%；36 週以下（早產）生產案件，有 26 件，占 20.5%。累積案件數最多者為 38 週，共 31 件，占 24.4%；其

次是 39 週有 29 件，占 22.8%。比較 107 年度與 106 年度，39 週之案件數明顯增加，106 年僅有 8 件，107 年則上升為 18 件，而 33 至 36 週之早產兒案件之占率，107 年較 106 年略增 1.6%，如圖 3-28。

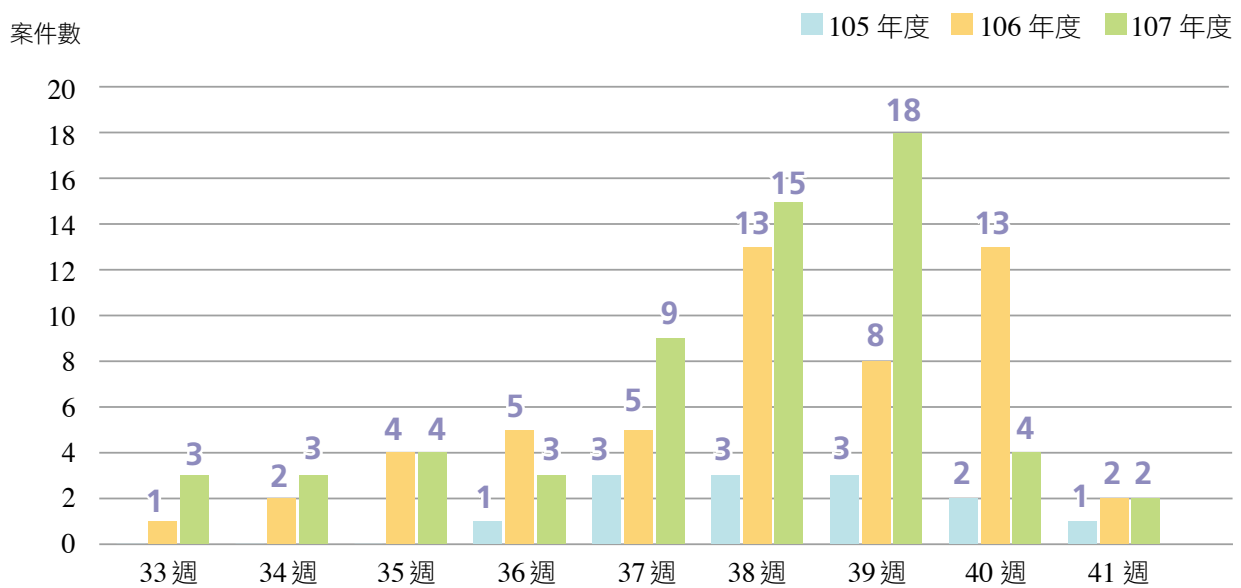


圖 3-28：105 ~ 107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之妊娠週數分布

#### (四) 妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占多數，有 71 件，占 55.9%。比較 106 年度及 107 年度，第一胎的案件占率下降許多，由 58.5% 下降至 49.2%；而發生在第二胎的比例上升，由 28.3% 增加至 36.1%。在高胎次方

面，106 年度有 1 件為第四胎；107 年度有 2 件為第四胎，如圖 3-29。

#### (五) 生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 31 ~ 35 歲居冠，有 48 件，占 37.8%。比較 106 年度及 107 年度，小於 25 歲的孕產婦案

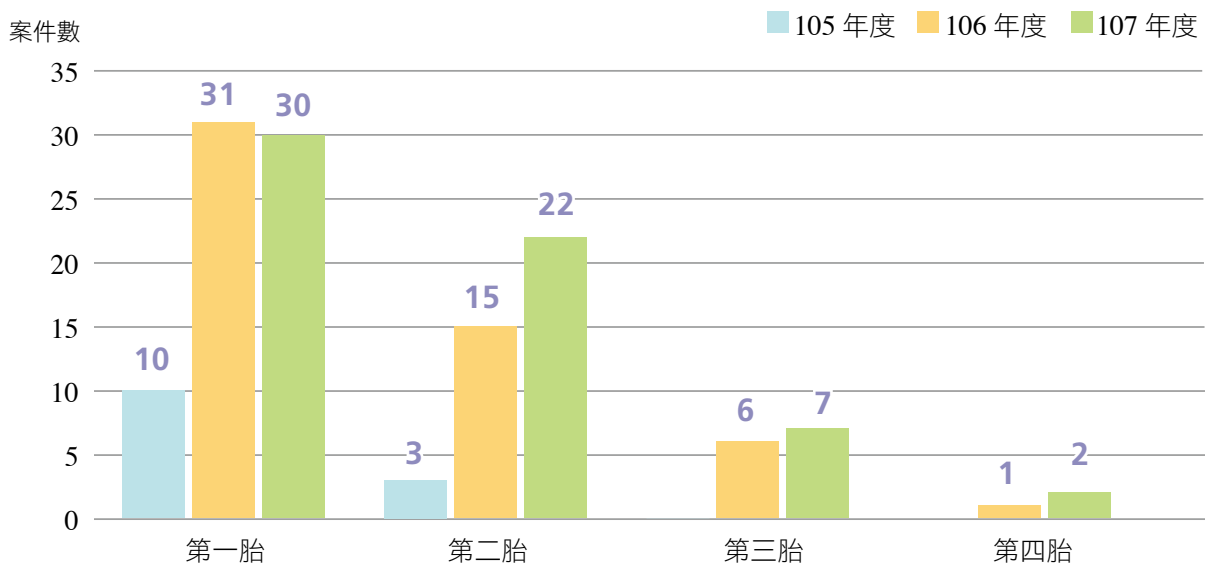


圖 3-29：105 ~ 107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之妊娠胎次分布

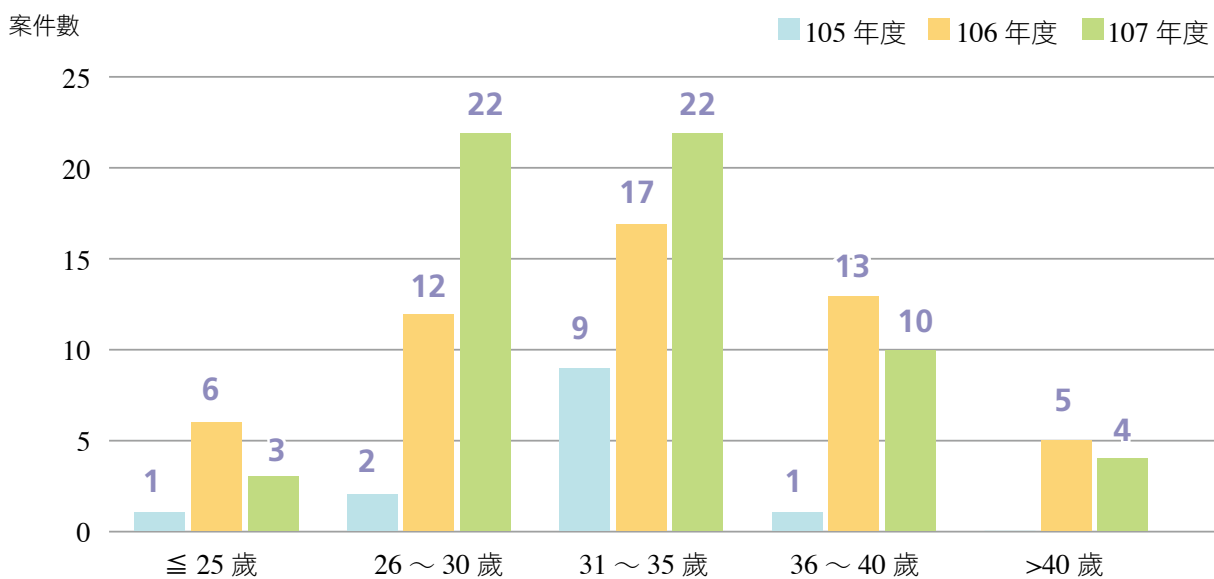


圖 3-30：105 ~ 107 年度新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件之生產時年齡分布



件有減少之情形；26～30歲、31～35歲之案件數則明顯上升，如圖3-30。

### （六）事故原因

就新生兒死亡及重大傷害之事故原因分析，主要原因依序為：產前胎兒窘迫79件，占62.2%；肺高壓、肺出血、呼吸窘迫29件，各占22.8%；胎盤早期剝離、胎便吸入症候群、羊水胎便染色均為28件，各占22.0%，如表3-6。但在胎兒窘迫的個案中，也發現許多案件合併產程異常或產程遲滯，部分合併胎盤早期剝離，或者合併臍帶繞頸、臍帶異常或胎便吸入症候群等。

表 3-6：新生兒死亡及重大傷害審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
胎兒窘迫	79	62.2%
肺高壓、肺出血、呼吸窘迫	29	22.8%
胎盤早期剝離	28	22.0%
胎便吸入症候群、羊水胎便染色	28	22.0%
顱內出血、腦病變	10	7.9%
臍帶繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故	9	7.1%
產程異常、產程遲滯	8	6.3%
肩難產、臂神經叢損傷	6	4.7%
感染	6	4.7%
胎盤功能不全	2	1.6%

### 三、小結

新生兒死亡及重大傷害的案件中，胎兒窘迫仍是最重要原因，因此新生兒於一出生時需要更多急救措施介入。為避免憾事持續發生，產前胎兒窘迫的早期辨識與產後新生兒急救措施的熟練，仍是當今周產期照護的最重要課題，可透過婦產科及兒科等相關學協會相互交流之教育訓練、宣導醫療院所加強必要急救設備及新生兒急救訓練，並推動高危險妊娠產婦盡早於產前轉診，以因應突發狀況，增加應變能力。



## 第四節、胎兒死亡案件分析

### 一、本年度案件統計與分析

107 年度受理之申請案中，胎兒死亡案件共計 142 件，其中 2 件因其死亡不屬救濟範圍，不予救濟。茲就核予救濟之 140 件胎兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

#### (一) 機構層級

按發生生產事故之機構層級分析，地區醫院有 40 件，占 28.6%；醫學中心有 39 件，占 27.8%；區域醫院有 34 件，占 24.3%；診所所有 27 件，占 19.3%，如圖 3-31。

#### (二) 區域分布

按健保分區分析，北區有 48 件，占 34.3%；臺北區有 32 件，占 22.9%；南區有 23 件，占 16.4%；中區有 19 件，占 13.6%；高屏區有 17 件，占 12.1%；東區有 1 件，占 0.7%，如圖 3-32。

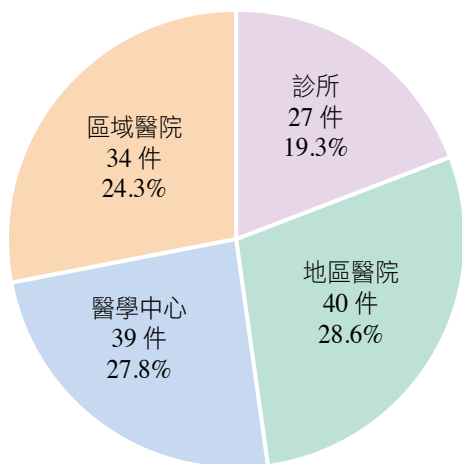


圖 3-31：107 年度胎兒死亡審定救濟案件之機構層級分布

#### (三) 妊娠週數

按妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件共有 70 件，36 週以下（早產）生產案件共有 70 件，各占 50%，如圖 3-33。

#### (四) 妊娠胎次

按孕產婦妊娠胎次分析，第一胎最多，有 81 件，占 57.9%；其次為第二胎有 39 件，占 27.9%；再者為第三胎有 17 件，占 12.1%；第四胎有 2 件，占 1.4%；第五胎有 1 件，占 0.7%，如圖 3-34。

#### (五) 生產年齡

按孕產婦生產時年齡分析，以 31 ~ 35 歲居冠，有 48 件，占 34.3%；其次為 26 ~ 30 歲有 37 件，占 26.4%；36 ~ 40 歲有 36 件，占 25.7%；小於 25 歲及 40 歲以上分別為 12 件、7 件，占 5.0%、8.6%，如圖 3-35（請見 42 頁）。

#### (六) 事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，大多合併多重因素，但仍以不明原因死胎 71 件，占 50.7%

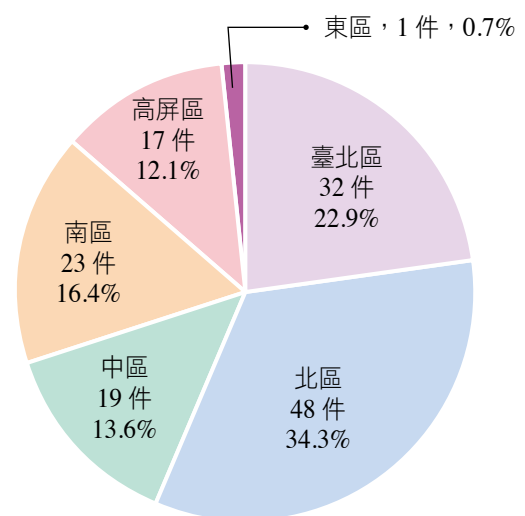


圖 3-32：107 年度胎兒死亡審定救濟案件之區域分布



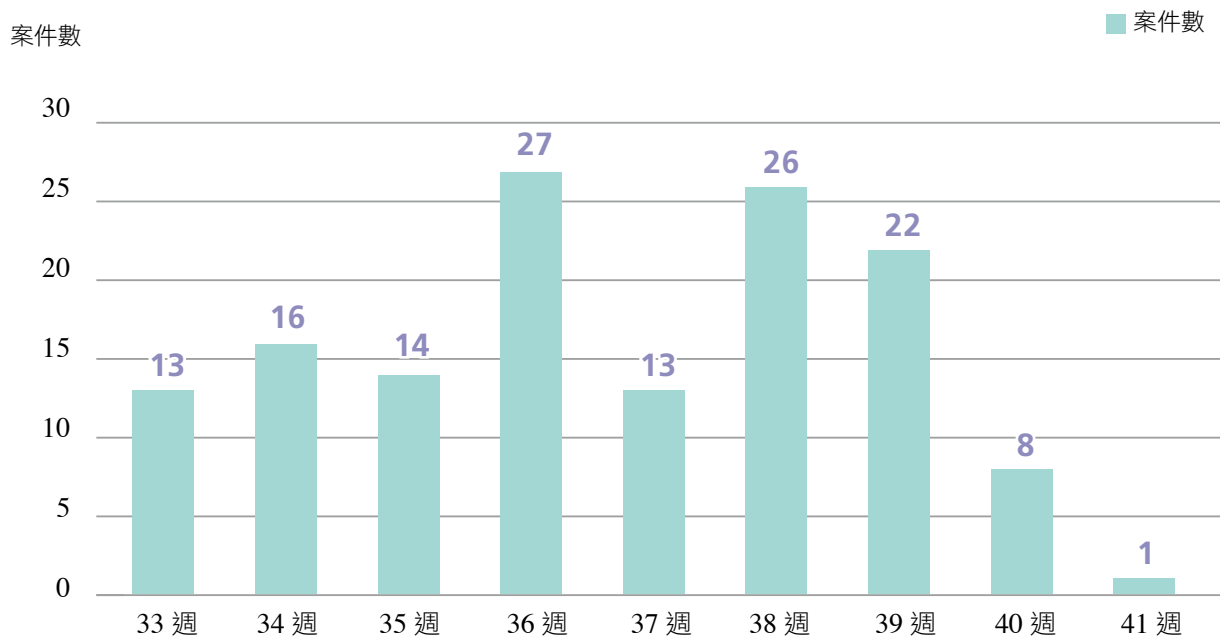


圖 3-33：107 年度胎兒死亡審定救濟案件之妊娠週數分布

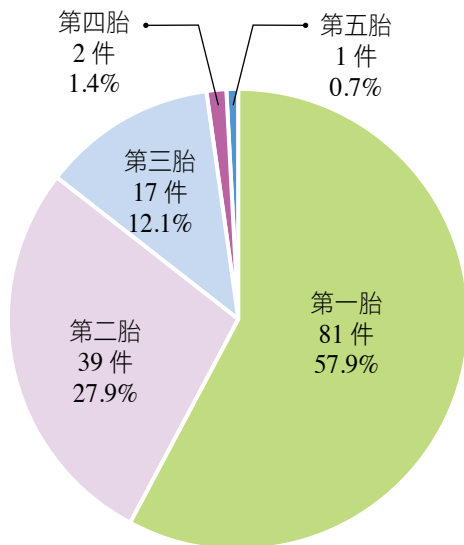


圖 3-34：107 年度胎兒死亡審定救濟案件之妊娠胎次分布

最多，其他原因包括：臍帶繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故等 30 件，占 21.4%；胎盤早期剝離 26 件，占 18.6%；胎盤功能不全 11 件，占 7.9%；胎兒窘迫 8 件，占 5.7%，如表 3-7。

表 3-7：胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
不明原因	71	50.7%
臍帶繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故	30	21.4%
胎盤早期剝離	26	18.6%
胎盤功能不全	11	7.9%
胎兒窘迫	8	5.7%
感染	5	3.6%
雙胞胎輸血症候群	3	2.1%
生長遲滯、胎兒過小	2	1.4%
肩難產	1	0.7%

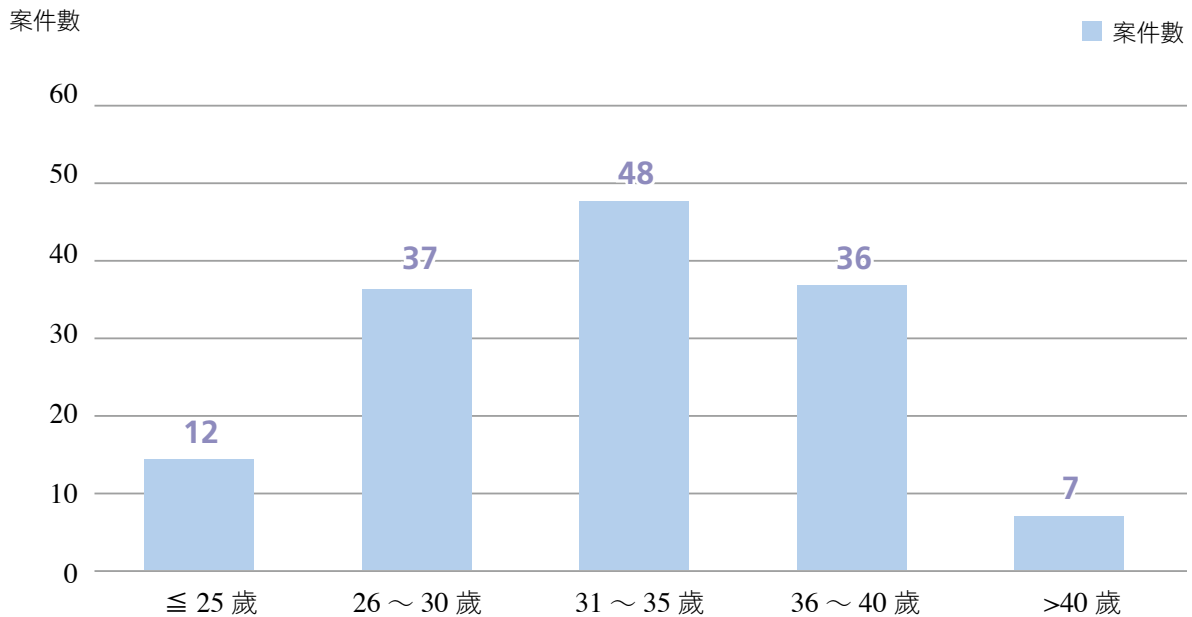


圖 3-35：107 年度胎兒死亡審定救濟案件之生產時年齡分布

## 二、歷年統計

自《生產事故救濟條例》施行迄今，受理之胎兒死亡案件共計 268 件，其中 2 件因其死亡不屬救濟範圍，不予救濟。茲就核予救濟之 266 件胎兒死亡案件，依其生產機構層級、區域分布、妊娠週數、妊娠胎次、生產年齡及事故原因分析如下：

### （一）機構層級

按發生生產事故之年度及機構層級分析，以醫學中心為最大宗，有 86 件，占 32.3%；地區醫院居次，有 74 件，占 27.8%；診所則有 53 件，占 19.9%；區域醫院有 52 件，占 19.6%；助產所有 1 件，占 0.4%。各機構層級之案件數量逐年上升，以地區醫院上升幅度最高，由 105 年度 4 件上升至 107 年度 40 件。106 年度、107 年度，診所及醫學中心之案件數量上升幅度相對較低，如圖 3-36。

### （二）區域分布

按年度及健保分區分析，以臺北區為最大宗，有 78 件，占 29.3%；東區最少，有 3 件，占 1.1%。105 年度總件數 23 件，其中 9 件在中區，6 件在臺北區，北區、南區及高屏區約 1~4 件。106 年度則以臺北區件數較高，有 40 件；北區居次，有 21 件。107 年度北區之案件數量攀升為 48 件，為兩年半來最高。此期間除了東區無明顯浮動，其他各區域之案件數量皆逐年上升，如圖 3-37。

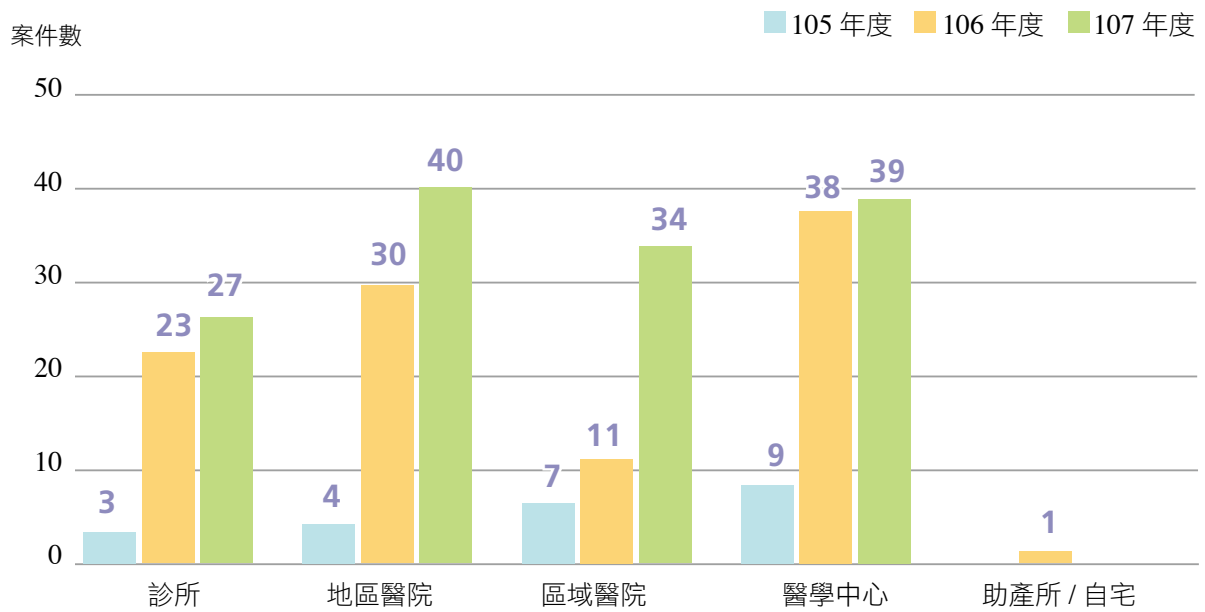


圖 3-36：105 ~ 107 年度胎兒死亡審定救濟案件之機構層級分布

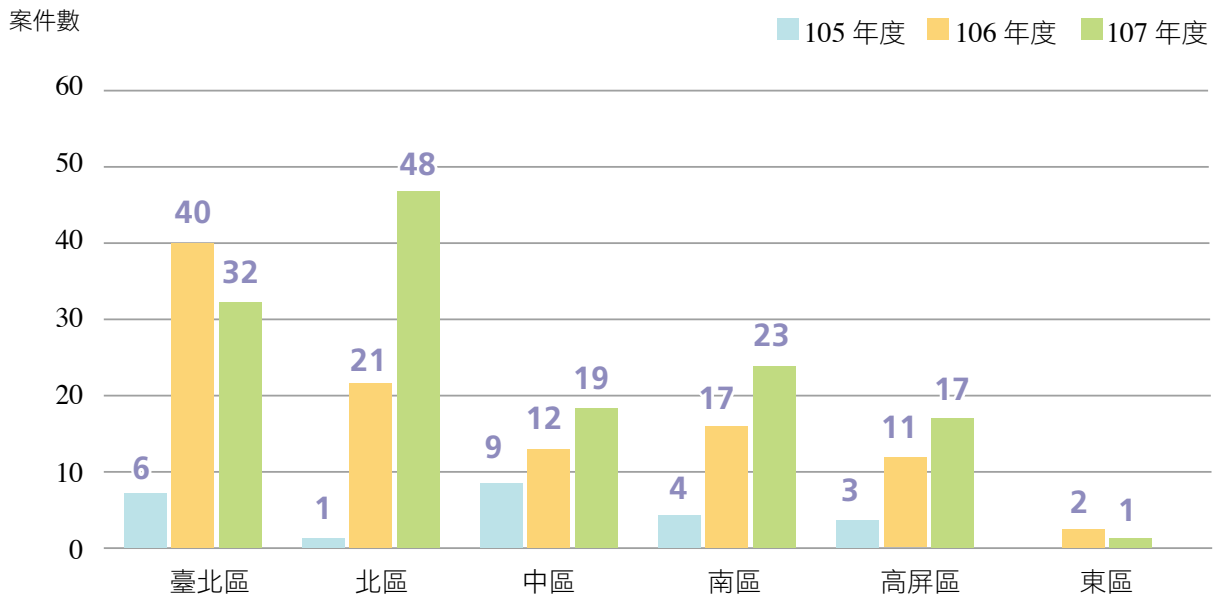


圖 3-37：105 ~ 107 年度胎兒死亡審定救濟案件之區域分布

### （三）妊娠週數

按年度及妊娠週數分析，37 週以上之足月生產案件，有 149 件，占 56.0%；36 週以下（早產）生產案件，有 117 件，占 44.0%。累積案件數最多者為 38 週，共 55 件，占 20.7%；其次為 36 週有 39 件，占 14.7%。105 年以 38 週案件數量最高，有 9 件；106 年以 37 週案件數量最高，有 22 件；107 年以 36 週案件數量最高，占 27 件，如圖 3-38。

### （四）妊娠胎次

按年度及妊娠胎次分析，以初產婦（第一胎）占多數，有 157 件，占 59.0%，且第一胎至第三胎之案件數量逐年上升。在高妊娠胎次部分，106 年度各有 1 件為第四胎、第六胎；107 年度則有 2 件為第四胎、1 件為第五胎，如圖 3-39。

### （五）生產年齡

按年度及孕產婦生產時年齡分析，以 31～35 歲居冠，有 93 件，占 35.0%。105 年度以 26～30 歲、31～35 歲為最多。106 及 107 年度則多分布於 31～35 歲，如圖 3-40。

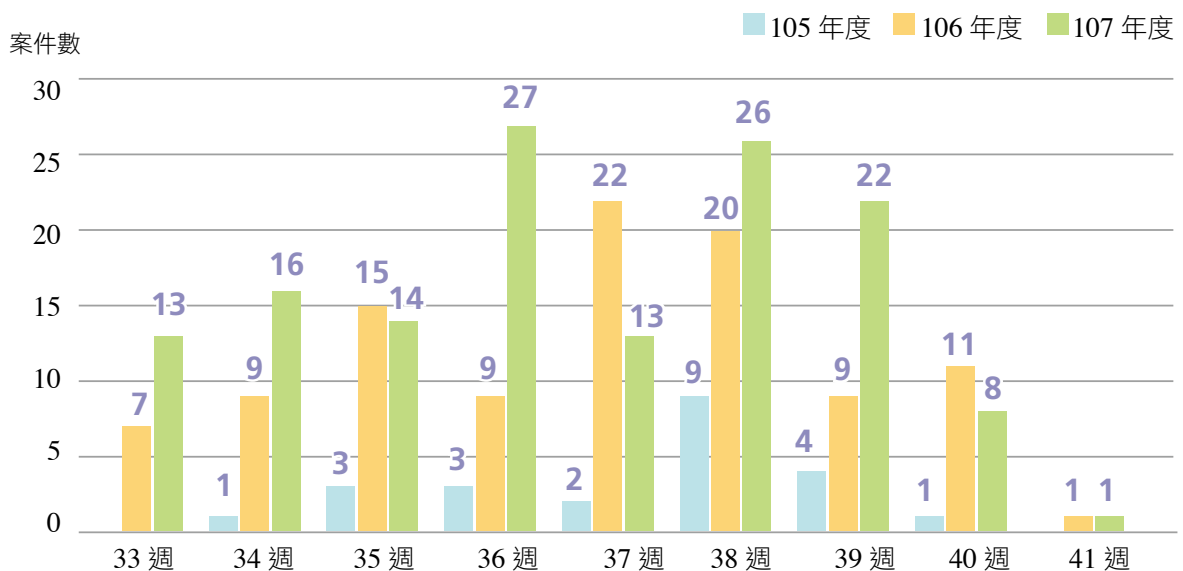


圖 3-38：105～107 年度胎兒死亡審定救濟案件之妊娠週數分布

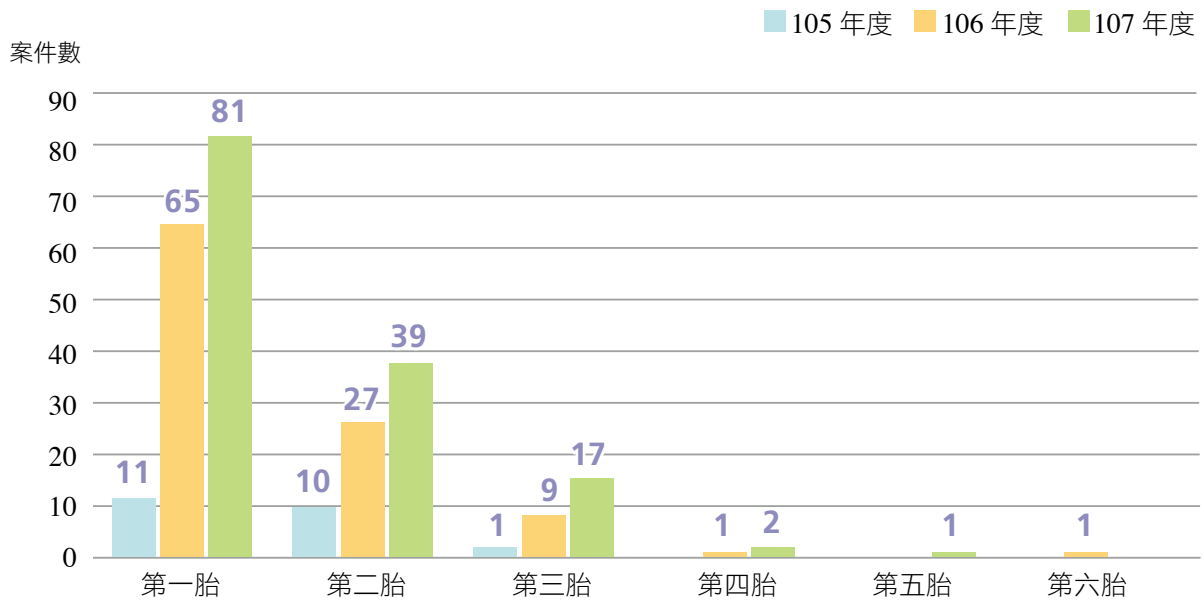


圖 3-39：105 ~ 107 年度胎兒死亡審定救濟案件之妊娠胎次分布

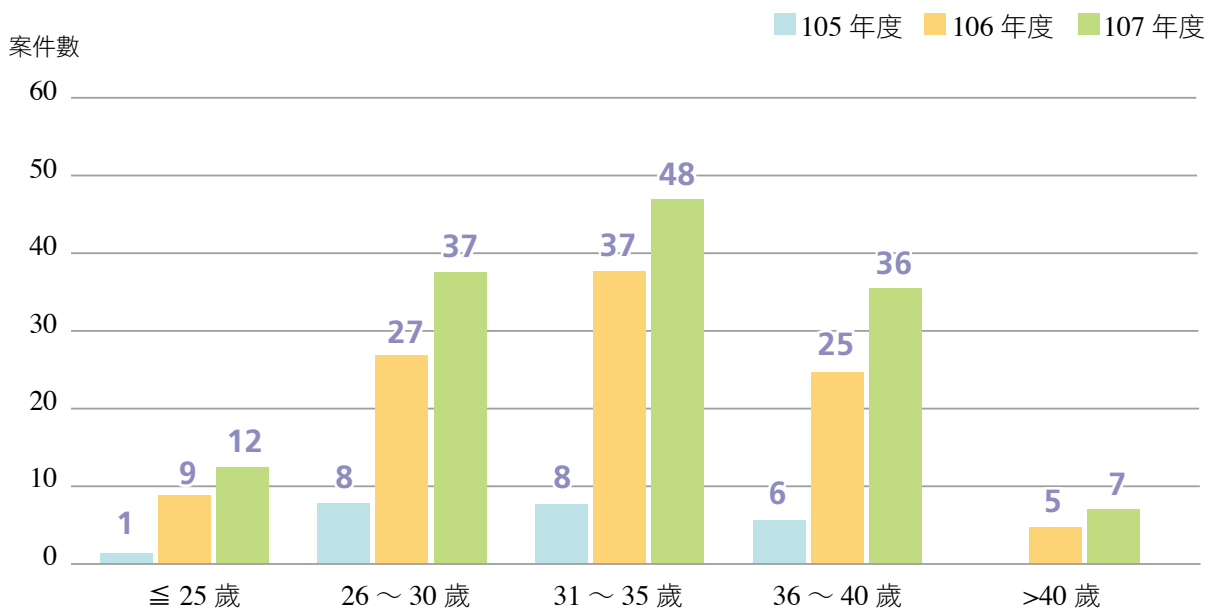


圖 3-40：105 ~ 107 年度胎兒死亡審定救濟案件之生產時年齡分布

### （六）事故原因

就胎兒死亡之事故原因分析，大多合併多重因素，但仍以不明原因死胎 143 件，占 53.8% 最多，其他原因包括：臍帶繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故等 51 件，占 19.2%；胎盤早期剝離 48 件，占 18%；胎盤功能不全 22 件，占 8.3%；胎兒窘迫 20 件，占 7.5%，如表 3-8。

表 3-8：胎兒死亡審定救濟案件原因分析

事故原因	案件數	百分比
不明原因	143	53.8%
臍帶繞頸、臍帶異常或臍帶意外事故	51	19.2%
胎盤早期剝離	48	18.0%
胎盤功能不全	22	8.3%
胎兒窘迫	20	7.5%
感染	6	2.3%
雙胞胎輸血症候群	4	1.5%
生長遲滯、胎兒過小	2	0.8%
肩難產	1	0.4%

### 三、小結

超過五成的子宮內胎兒死亡原因不明，孕婦應主動監測胎動變化。當孕婦發現胎動型態改變時，應就醫做更進一步的檢查。醫療院所針對胎動感減少之孕婦，應適時進行胎兒生長環境監測，協助排除可能導致胎死腹中之危險因子；而對部分案情已較明確之個案，如產檢時已發現子宮內生產環境不佳、高危險妊娠等情形，也可建議採取早日催生之醫療處置。醫療機構在進行胎死腹中引產後，建議針對孕婦危險因子、胎兒、胎盤進行檢視，正確並完整記錄胎死腹中原因，以做為未來降低此類事件策略之參考。





肆

# 警示訊息／ 學習案例摘要



為預防並降低生產事故風險，《生產事故救濟條例》亦規範醫療機構及助產機構應建立機構內風險事件管控與通報機制，且應於生產事故發生後進行通報，藉由通報事故找出可供學習之處，編製相關案例供醫療機構及民眾參考。本年度即自生產事故通報案件中，篩選發生頻率高之生產事故擇定「殘存胎盤滯留導致延遲性產後大出血」、「使用子宮收縮劑催生造成過度刺激的臨床處置」、「子宮破裂」、「雙胞胎輸血症候群影響胎兒生長事件」等主題，並發布 4 篇警示訊息，提出相關建議供醫療機構自我檢視，從中學習防範改善之處。學習案例請詳見附錄，相關資訊亦同步公布於本部【台灣病人安全資訊網】及【生產事故救濟專區】。

茲由學習案例彙整值得提醒孕產婦及其家人之訊息摘錄如下，提供參考：



- 一、產婦若曾經有產後大出血、易出血的病史或先天血液疾病狀況時，建議先告知醫師，以利醫療人員於產後安排相關檢查，預防延遲性產後大出血的情況。
- 二、若產婦無上述病史或先天血液疾病狀況，但產後惡露出現血塊、分泌物、鮮紅色出血等不一樣之症狀時，建議及早就醫，醫護人員可儘早安排相關檢查，進行診斷及治療處置。
- 三、若產婦有子宮手術病史者，係為子宮破裂高危險群，須主動告知醫師，以利醫師謹慎使用子宮收縮劑。
- 四、前胎有子宮破裂情況的產婦，經手術治療保留子宮後，建議間隔 18 個月以上再懷孕，並提前在 36 ~ 37 週間安排剖腹產。
- 五、同卵雙胞胎且共用一個胎盤，應儘快確定是否為單絨毛膜雙羊膜雙胞胎。
- 六、若妊娠「單絨毛膜雙羊膜雙胞胎」，自妊娠 16 週後，應密集以產科超音波追蹤胎兒成長狀況，追蹤是否有「雙胞胎輸血症候群」影響胎兒生長。
- 七、有雙胞胎輸血症候群之孕婦出現以下危險徵兆：（1）子宮變大速度超過預期；（2）肚子緊繃疼痛或子宮收縮；（3）體重快速增加；（4）妊娠初期即手腳水腫，可主動提醒醫護人員必須特別注意胎兒生長狀況。



伍

結語

《生產事故救濟條例》之實施，是希望藉由國家提供保障，讓所有婦女能安心生產，同時促進醫病和諧、建立事故預防及除錯機制，以提升生產品質。本條例自 105 年 6 月 30 日施行以來，共計受理 576 件申請案，比較 106 年及 107 年受理案件數量有明顯上升趨勢，探討原因可能為本條例之推廣與宣導，使醫療機構及民眾廣知此救濟制度。

依本部委辦機構就至 107 年 9 月底已完成救濟金撥付之案件對象進行意見調查結果，約八成五以上醫療機構表示能依《生產事故救濟條例》之規定，於事故發生後 2 天內提供民眾關懷服務，而僅約六成左右民眾表示在事故發生後 5 天內接受到醫療機構提供的關懷服務。兩者間之落差，可能原因為醫病間對關懷之定義、時間等之認知不同所致，因此強化機構提供之關懷服務，也是未來努力目標。



此外，民眾對於醫療機構所提供的關懷服務，約七成感到滿意或非常滿意；約七成五民眾和近九成醫療院所認為醫病關係獲得改善；約八成以上民眾和九成五以上醫療機構對該條例的實施覺得非常滿意或滿意。統計自本條例實施以來迄今，協助民眾申請生產事故救濟之醫療機構約占七成，除可減少家屬自行申請之相關行政流程之負擔，為強化醫病關係，醫療機構可再積極主動協助代為申請，引導醫病雙方以溝通取代訴訟解決爭議，並緩和緊張的醫病關係。

為了預防且降低生產事故風險，就醫療機構通報之生產事故案件，分析其發生原因，從中篩選發生率較高之事件，編製學習案例或警示訊息並提出相關建議作法，醫療機構得擴以自我檢視，從中學習防範事故發生，並就不足處加以改善。再者，本報告藉由相關學習案例摘錄警示訊息，提醒民眾增加警覺心，若有疑問可主動告知醫師並詢問專業意見。

《生產事故救濟條例》施行兩年半以來，迭有政府組織及民間團體就生產事故救濟給付金額之合理性提出建議，經考量身心障礙持續性照護之需求，以及產婦死亡造成家庭經濟環境之重大衝擊影響，本部已研擬調高產婦死亡及重大傷害（極重度、重度、中度障礙）之生產事故救濟給付，以呼應政府鼓勵生育政策及本條例承擔女性生產風險，及時救濟，減少醫療糾紛與促進雙方和諧關係。

# 附錄



## 生產事故救濟重要記事

時間	重要記事內容
93年5月28日	台灣女人連線黃淑英理事長向台灣婦產科醫學會提出「生育風險基金」之概念，建議由國家設立基金保障婦女生產風險，並於第7屆婦女健康行動會議發起行動宣言「營造夥伴關係的生產環境」，籲請政府研議設立基金保障婦女生產風險。
95年	衛生署侯勝茂署長表示支持婦女健康行動會議所提出之「產科生產非關對錯（no fault）補償計畫」，同時考慮未來可擴及麻醉、心臟外科等科別。
98年4～6月	衛生署規劃無過失補償制度，對於醫療過程（生育、手術、麻醉）發生重大傷害或死亡者，予以補償或救濟。透過專家小組會議，及邀集各級衛生主管機關、醫界與學界代表進行討論，完成擬具共七章三十四條之「醫療傷害救濟法（草案）」。
99年	衛生署與台灣婦產科醫學會共同規劃推動生育事故補償試辦計畫。
100年5月	立法委員黃淑英辦公室提出「生育風險補償條例草案」。
100年7月4日	衛生署擬具「鼓勵醫療機構試辦生育事故救濟計畫」草案並召開討論會。
100年9月15日	配合生育事故救濟試辦計畫，衛生署提出婦產科診所醫療品質提升計畫。
101年	立法委員吳宜臻提出「生育風險補償條例草案」。
101年7月	台灣婦產科醫學會理事長謝卿宏、醫事處石崇良處長及法務部朱兆民檢察長等人，先後拜會法務部陳明堂次長及羅瑩雪政務委員，爭取支持「獎勵醫療機構試辦生育事故救濟計畫」。
101年7月5日	行政院核定「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」為期2年，對象為執業登記設有婦產科，並提供接生服務之醫院、診所及助產所。
101年8月28日	衛生署成立「生育事故救濟審議委員會」並召開第一次會議，建立審查共識。
101年10月1日	「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」開始受理申請，申請資格回溯自101年1月1日起發生之生育事故。
103年9月20日	公告生育事故試辦計畫延長辦理2年，並將範圍由婦產科擴及手術及麻醉事故。





時間	重要記事內容
103 ~ 104 年	台灣女人連線及台灣婦產科醫學會共同遊說立法委員林淑芬、田秋堇、黃昭順、蘇清泉等人，提出「生產事故救濟條例草案」。
104 年 11 月 18 日	立法院衛環委員會安排審查並通過《生產事故救濟條例》。
104 年 12 月 11 日	立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。
104 年 12 月 30 日	總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。
105 年 6 月 30 日	《生產事故救濟條例》正式施行。
105 年 7 月 13 日	衛生福利部訂定發布「生產事故救濟作業辦法」、「生產事故救濟審議會設置辦法」、「生產事故通報及查察辦法」。
105 年 8 月 26 日	衛生福利部「生產事故救濟專區」網頁正式啟用。
105 年 9 月 20 日	「生產事故救濟審議會」召開第一次會議，建立審查共識。
105 年 9 月 22 日	台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於韓國婦產科醫學會年會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。
105 年 10 月	分別辦理北、中、南區生產事故救濟說明會。
105 年 10 月	衛生福利部編印「生產事故關懷手冊」，台灣婦產科醫學會同時出版「生產事故救濟專刊」。
106 年 9 月 26 日	衛生福利部「生產事故救濟專區」線上表單填寫功能上線。
106 年 11 月 6 ~ 8 日	韓國醫療糾紛調停仲裁院為瞭解臺灣生產事故救濟制度及運作經驗，組團來臺參訪衛生福利部、台灣婦產科醫學會、台灣婦女健康暨泌尿基金會及馬偕紀念醫院，進行實務經驗交流。
107 年 10 月 17 日	台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於巴西世界婦產科醫學會年度學術研討會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。
107 年 11 月 8 日	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「醫糾協處與補償機制研究」國際研討會。
107 年 12 月	《2018 生產事故救濟報告》出版。

## 學習案例



### 學習案例 1

#### 警示案例——殘存胎盤滯留導致延遲性產後大出血

**提醒：** 當懷疑有胎盤娩出不全或產後惡露量異常、中期終止妊娠之高風險情況時應進行超音波檢查，以預防因胎盤組織殘留所造成的延遲性產後大出血。

### 案 例 描 述

#### 個案1

產婦有地中海貧血病史，前胎因產程遲滯而剖腹產。妊娠 38 週又 2 天剖腹產出一名體重 2,765 公克女嬰，Apgar Score：（8、9），產後穩定出院。返家後惡露有血塊及血量增加的情形，但皆未就醫，產後第 31 天因大量陰道出血送至急診，經輸血與藥物治療後返家。急診返家後第 5 天再次因大量陰道出血進入急診，經超音波檢查發現子宮內有一大塊血塊，雖行子宮搔刮術及尿管水球壓迫止血，仍出現凝血功能障礙，遂行次全子宮切除術，術後穩定出院。

#### 個案2

產婦行陰道分娩，產後狀況穩定 3 日後出院，返家後有惡露量增加、血塊及鮮紅色出血情形，於產後 2 週服用藥膳後發現持續性大量陰道出血，送至急診室發現陰道大量出血合併低血壓，診斷為延遲性產後大出血。隨即安排子宮動脈血管栓塞治療，並進行輸血，產婦後續恢復良好無其他合併症。

#### 個案3

產婦行陰道生產，出院後持續大量陰道出血，於產後 30 日送至急診室，超音波疑似殘

存胎盤滯留。安排緊急手術移除滯留性胎盤組織，並進行輸血，術後 2 日內出院。

### 建 議 作 法

延遲性產後大出血定義為在產後 24 小時到 12 週之間的異常出血。發生率約為 1%，大多數發生於產後 1 至 2 週之間。造成的原因有：子宮復舊不全（Subinvolution）、殘留胎盤組織、感染、先天或後天出血傾向（如 Von Willebrand disease、藥物、食物等所造成的凝血異常）。

1. 一般人對延遲性產後大出血的警覺性較低，對於返家一段時間後仍有大出血狀況的婦女，需找出可能的原因做鑑別診斷，方法如下：
  - (1) 病史詢問：完整的病史詢問對鑑別診斷很重要，包括生產方式、是否曾有產後大出血病史、是否有易出血的病史或先天血液疾病、最近藥物使用狀況（包含中草藥）。
  - (2) 理學檢查、實驗室檢查：可幫助診斷感染和凝血功能異常。
  - (3) 影像檢查：當懷疑有胎盤娩出不全或產後惡露量異常、中期終止妊娠之高風險





- 情況時應進行超音波檢查，以預防因胎盤組織殘留所造成的延遲性產後大出血。
2. 機構應有輸血、備血及執行手術之設備、能力或後送系統。
  3. 對產婦衛教應包含：
    - (1) 出血量之觀察，如：惡露出現血塊、分泌物、鮮紅色出血等不一樣之症狀時，要

及早就醫。

- (2) 因坊間產後藥膳的配方不同，若產婦服用藥膳後，有大量出血或血色增加情形，要注意是否為服用之藥膳所引起，建議可詢問中醫師是否要停用藥膳或更改配方等。

## 學習案例 2

### 警示案例——長時間使用子宮收縮劑催生造成子宮過度刺激事件

- 提醒：**
- 一、子宮收縮劑為高警示藥物，應注意藥物適應症及禁忌症，避免在藥物作用尚未顯現前又加高劑量。
  - 二、若發生過度刺激時應取出或停止使用子宮收縮劑，並於使用子宮收縮劑引產期間持續監測子宮收縮頻率和胎心率。



### 案例描述

產婦為第一次懷孕，產檢無異常，身體檢查發現腹部正中有一長約 6 公分疤痕，產婦表示為卵巢腫瘤切除傷口。37 週產檢時發現臍繞頸，但胎動正常，與醫師討論後立即入院引產。

入院時內診子宮頸口開啟程度為指尖大小、子宮頸變薄程度不佳、軟硬度偏硬，且胎頭位置仍漂浮（尚未進入骨盆入口）、子宮頸位置朝中、胎心音正常，給予 PGE<sub>2</sub> 3mg 陰道塞劑每 3 小時間隔使用共 3 次，但因子宮收縮仍不夠密集再加入催產素，並於 1 小時後開始出現宮縮頻繁，胎心音出現偶發性輕或中度的不定性減速、仍繼續增加劑量催生，5 小時後產婦突然出現大量陰道出血合併劇烈腹痛，此時子宮頸開 3 公分、胎兒監視器顯示胎心音持

續性減速及子宮收縮突然消失，經超音波檢查懷疑有內出血現象，疑似子宮破裂合併急性胎兒窘迫。送開刀房全身麻醉下緊急剖腹產，新生兒沒有自主呼吸，由小兒科醫師緊急插管並轉院。

產婦術中發生子宮破裂，給予子宮修補及大量輸血，內出血約 1,500c.c.，檢查兩邊卵巢均無異狀，產後又合併子宮收縮不良及產後大出血共計失血量約 4,000c.c.，術後轉院治療，兩星期後狀況穩定出院。

### 建議作法

1. 因不當使用子宮收縮劑可能導致嚴重併發症，如：胎兒窘迫、子宮過度刺激、子宮破裂，故在使用子宮收縮劑引產期間應持續監

測子宮收縮頻率和胎心率。

2. 對有子宮破裂的高危險群，如子宮體接受過手術者，應更謹慎地使用子宮收縮劑，尤其應避免於足月時使用 PGE1 (Cytotec)，並密切注意是否有子宮破裂徵兆（如急性胎兒窘迫，胎心音持續減速、子宮收縮突然停止、劇烈腹痛，尤其沒收縮時也疼痛及合併腹壁觸壓時有反彈痛或腹壁肌肉緊繃、內出血或大量陰道出血、已下降之胎頭卻突然上升或位移等），若有相關情形，須立即剖腹取出胎兒並修補子宮破裂處。

3. 使用子宮收縮劑應注意：

(1) 是否符合使用子宮收縮劑之條件：至少 30 分鐘的胎心音監測顯示為正常，並且無遲發性或 2 次以上的嚴重不定性減速，及無子宮快速收縮。

(2) 避免在藥物作用尚未顯現前又加高劑量，例如：置入 PGE2 3mg 陰道塞劑應於放置完 6 ~ 8 小時後或調高 Oxytocin 經 15 ~ 40 分鐘後，若還是未出現作用，才能再使用第二劑或更高劑量或其他加強子宮收縮藥物，避免造成子宮快速收縮（指子宮收縮在 10 分鐘內超過 5 次或以上）的危險。

(3) 監測子宮收縮劑的使用劑量，及產婦宮縮與胎心音變化。如：PGE2 3mg 陰道劑型建議每天不應超過 2 顆，且不宜連續使用超過 2 日；Oxytocin 使用時最好以點滴幫浦控制劑量，增加劑量時小心使用並觀察變化，尤其對發生過子宮快速收縮者。高劑量時宜注意有無造成水中毒及低血壓情況。

(4) 若發生過度刺激，內診評估子宮頸擴張程度，如子宮收縮劑仍未溶解時，應立即取出並停止使用點滴式的收縮劑。例如：過度刺激症狀（發生急性胎兒窘迫，應給予適當處置，如氧氣使用、點滴灌注、左側臥等增加子宮灌流及氧氣的措施，並密切觀察胎心音有無恢復，必要及可能時協助立即生產，包括執行真空吸引器或產鉗協助陰道式分娩或緊急剖腹產等措施）。

4. 產程中使用子宮收縮劑時間較長者，產後較容易因子宮收縮不良，併發產後大出血。

5. PGE1 (Cytotec) 如作為催生使用，在較高劑量下，會增加子宮過度刺激、子宮破裂、羊水胎便染色及剖腹產風險，使用時應注意使用劑量及監測。





## 學習案例 3

## 警示案例——子宮破裂

**提醒：**子宮破裂可能發生於產前、產中或產後，也可能發生在沒有子宮手術病史的孕婦，既少見又難以預測，如未能快速診斷會造成產婦或胎兒的重大傷害。

## 案 例 描 述

## 個案1

產婦因過期妊娠（40 週又 4 天）於 4 月 1 日入院待產，待產期間給予催生藥物，4 月 4 日上午 06：45 起，產婦表示呼吸急促及有氣喘病史，給予初步治療後，於 7 時左右因子宮頸近全開，施予真空吸引輔助陰道生產。生產後產婦表示呼吸困難，隨即腹脹隆起、意識改變。超音波檢查發現有腹內出血，疑似為子宮破裂。緊急施行剖腹探查，發現子宮後壁裂傷，縫合後仍子宮收縮不良，經與家屬討論後行次全子宮切除手術並施予大量輸血。

## 個案2

產婦 G3P2、妊娠 35 週又 5 天，因預估胎兒較大，故入院催生。於 4 月 1 日 10：30 開始給予口服催生藥物。4 月 2 日 00：03 以自然產方式娩出一男嬰。產後宮縮硬惡露量中，03：20 產婦主訴腹痛予檢查宮縮硬，臍平、惡露量中等，予 Voren 2c.c. 肌肉注射。07：00 產婦主訴仍腹痛，惡露量 200c.c.，血液常規檢驗血紅素 9.0 g/dl，予代用血漿注射，血壓 90/62 mmHg、心跳 118 次 / 分，經主治醫師予超音波檢查後，懷疑有內出血之情形，轉至 B 醫院治療。轉院後，發現為子宮破裂，因腹內出血併生命跡象不穩行剖腹探查手術，術中發現子宮破裂無法修復，行次全子宮切除手術。

## 個案3

產婦於 4 月 1 日 21：00 入院待產，4 月 2 日 05：11 因胎心音減速送入產房，05：42 娩出一女嬰。新生兒娩出後發現胎盤有早剝情形。產後主訴肚臍上方疼痛不適，07：50 主訴胸痛及呼吸不順，08：00 因呼吸疼痛難耐，聯絡轉院。轉院後，胸部 X 光正常及腹部電腦斷層顯示產婦腹部內出血，疑似子宮破裂，遂安排手術進行全子宮切除。

## 個案4

產婦 G2P1 第一胎自然產，預產期前一天凌晨入院待產。經口服四顆 PGE2 後，規則收縮，12：30 娩出一男嬰。

因胎盤娩出後，發現異常大量陰道出血，立即給予子宮按摩及子宮收縮藥物，此時產婦呈現躁動不安、意識也逐漸模糊不清，產婦血壓顯著下降，12：56 緊急施行剖腹探查手術，發現子宮有兩處破裂傷口，進行次全子宮切除手術。

## 建 議 作 法

子宮破裂在有子宮手術病史的產婦發生率約 0.03%；在沒有子宮手術病史的產婦發生率約 0.045%。除了常見有子宮手術病史（如前胎剖腹產）外，外力撞擊、使用宮縮藥物、先天子宮畸形、經產婦、高齡、肩難產、巨嬰、

多胞胎、過期妊娠及兩次懷孕間距過短等都是子宮破裂的危險因子。

1. 當發現以下徵象時，須懷疑是否為子宮破裂：

- (1) 待產期間胎兒監視器發現胎心率異常，最常見的表現是胎兒心搏過緩。
- (2) 內診檢查時胎頭位置不見：胎兒可能穿出破裂子宮進入腹腔，導致胎頭位置的內縮。
- (3) 子宮破裂導致的腹內出血：產婦會表現持續性腹痛、腹圍增加及腹膜炎徵象（反彈痛）等。
- (4) 失血過多也會導致產婦生命跡象不穩定，如心跳加快、低血壓、休克等。
- (5) 其他如子宮壓痛、子宮收縮模式改變（停滯或變強）、陰道出血、血尿等。特別是生產後的子宮破裂，可能會表現出持續性陰道出血，即使使用宮縮藥物也無法改善。

2. 當待產期間產婦的血循動力學不穩定且胎兒心率異常，緊急剖腹產加上剖腹探查手術來診斷治療子宮破裂必須一併安排進行。當症

狀相對較穩定但又懷疑子宮破裂時：

- (1) 使用超音波來幫助偵測異常的子宮壁缺損或是否有大量的腹內積液。
- (2) 抽血確認有無貧血及凝血功能異常，並給予足夠的輸液、備血及輸血，避免更多的併發症。
- (3) 確認為子宮破裂後，應施行子宮破裂部位修補來達到出血部位的止血。
- (4) 當出血量無法控制或是破裂範圍太大，修補有困難時，子宮切除也是治療的選項之一。

3. 子宮破裂的產婦經手術治療保留子宮後，建議間隔 18 個月以上再懷孕，並且提前在 36 ~ 37 週間安排剖腹生產，避免子宮破裂的復發。

4. PGE1 (Cytotec) 如做為催生使用，在較高劑量下，會增加子宮過度刺激、子宮破裂、羊水胎便染色及剖腹產風險，使用時應注意使用劑量及監測。





#### 學習案例 4

### 警示案例——雙胞胎輸血症候群影響胎兒生長事件

**提醒：**當孕婦為雙胞胎妊娠，應及早使用超音波確定其絨毛膜及羊膜數目，若為單絨毛膜雙羊膜雙胞胎，應積極定期追蹤是否發生雙胞胎輸血症群，以便及早適當處置。

#### 案 例 描 述

此 27 歲第一胎產婦為雙胞胎妊娠。前三次產前檢查皆在不同診所，抽血報告正常，沒有做唐氏症篩檢，早期超音波顯示可能為單絨毛膜雙羊膜雙胞胎。自妊娠 22 週後開始在甲醫院產檢，血糖正常，超音波無特殊紀錄。妊娠 34 週產檢時，超音波估計雙胞胎 A 體重為 1,550 公克，雙胞胎 B 體重為 2,500 公克。妊娠 35 週時，陰道乙型鏈球菌培養為陰性。於 4 月 1 日（妊娠 36 週）產檢時發現雙胞胎皆無心跳，於 4 月 2 日早上住院引產。

#### 建 議 作 法

1. 單絨毛膜雙羊膜之同卵雙胞胎發生雙胞胎輸血症候群（Twin to Twin Transfusion Syndrome, TTTS）發生率有約 10 ~ 15%。醫護人員在孕婦妊娠初期產科超音波看到為同性別雙胞胎且只有一個胎盤，應儘快確定是否為單絨毛膜雙羊膜雙胞胎。
2. 「單絨毛膜雙羊膜雙胞胎」除了「雙胞胎輸血症候群」外，相較於「雙絨毛膜雙胞胎」，其胎兒及新生兒罹病率及死亡率較高，因此亦應儘早安排產科高層次超音波（level II echo），以期能早期診斷出其他併發症。
3. 「雙胞胎輸血症候群」風險高且變化快，建

議自妊娠 16 週後，應密集以產科超音波追蹤胎兒成長狀況，且告知孕婦注意以下危險徵兆：

- (1) 子宮變大速度超過預期。
  - (2) 肚子緊繃疼痛或子宮收縮。
  - (3) 體重快速增加。
  - (4) 妊娠初期即手腳水腫。若子宮內環境不適合胎兒生長時，宜充分告知後，建議盡早引產。
4. 當孕婦有「單絨毛膜雙羊膜雙胞胎」，且在不同機構產檢時，應在「孕婦健康手冊」封面及產檢紀錄，明顯註記為「單絨毛膜雙羊膜雙胞胎」，並告知產婦若更換產檢機構，務必向醫護人員強調此點，提醒醫護人員需特別注意此狀況。

## 生產事故救濟業務意見調查

### 生產事故救濟業務意見調查表（民眾版）

\_\_\_\_\_先生／女士 您好！

您申請的生產事故救濟，衛生福利部已撥款完成結案。

本問卷係為衛生福利部委託本基金會調查醫療（助產）機構提供關懷服務之滿意度及生產事故救濟之申請是否流暢，為使醫療（助產）機構所提供之關懷內容及救濟整體作業流程更臻完善，請您撥冗回答下列問題。

此問卷內容僅作為檢討內部作業流程及制度改善之用，敬請安心作答。

隨信附上回郵信封，煩請填畢後寄回本基金會。再次感謝您的支持與協助！

若對問卷內容有任何疑問，請電洽（02）2100-2092

財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會 敬上





## 生產事故救濟業務意見調查表（民眾版）

### 一、申請方式

（一）請問您是從何處得知「生產事故救濟」訊息？（可複選）

1. 醫療院所    2. 電視媒體    3. 報章雜誌    4. 親友  
 5. 網路    6. 其他 \_\_\_\_\_

（二）請問您採何種方式申請？

1. 醫療機構協助申請    2. 自行申請    3. 醫療機構告知申請方法後自行申請

### 二、請問您對於申請生產事故救濟之作業流程是否滿意？

項目	滿意度調查					★如勾選不滿意或非常不滿意，煩請說明原因
	非常滿意	滿意	普通	★不滿意	★非常不滿意	
1. 本會所提供之相關諮詢服務管道（電話、網站）						
2. 申請書填寫之格式及內容						
3. 申請應檢附相關文件（如病歷摘要、戶籍謄本）之便利性						
4. 案件自申請至救濟金核撥之時效						
5. 整體滿意度						
6. 意見及建議：						

### 三、醫療機構之關懷服務

（一）醫療機構主動提供關懷服務的內涵（未提供關懷服務免填，可複選）：

- 口頭關懷    病情解釋    照護上的關懷    轉介社福服務  
 協助申請生產事故救濟給付    其他：\_\_\_\_\_



(二) 醫療機構於事故發生後提供關懷服務的時間：

2 天內  3 ~ 5 天  6 ~ 10 天  大於 10 天

(三) 對醫療機構所提供關懷之滿意度？

非常滿意  滿意  普通  不滿意  非常不滿意

如填寫不滿意或非常不滿意，煩請說明原因或提供您的建議 \_\_\_\_\_

(四) 醫療機構提供之關懷服務，是否改善您與醫療機構間的醫病關係？

是  否

(五) 是否曾經過地方衛生局或公會調處？

是  否

(六) 未來若舉辦相關座談會是否有意願參加？

是  否

#### 四、其他意見及建議：

---

---

---

**感謝您提供寶貴的建議！**



## 生產事故救濟業務意見調查表（機構版）

\_\_\_\_\_ 您好！

貴機構於〇〇年〇〇月發生之〇〇〇生產事故救濟申請案衛生福利部已結案。

本問卷係為衛生福利部委託本基金會調查醫療（助產）機構提供關懷服務之滿意度及生產事故救濟之申請是否流暢，為使醫療（助產）機構所提供之關懷內容及救濟整體作業流程更臻完善，敬請撥冗回答下列問題。

此問卷內容僅作為檢討內部作業流程及改善制度之用，敬請安心作答，並僅就本案實際情形作答即可。隨信附上回郵信封，煩請填畢後寄回本基金會，再次感謝您的支持與協助！

若對內容有任何疑問，請電洽（02）2100-2092

財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會 敬上

## 生產事故救濟業務意見調查表（機構版）

### 一、請問您是從何處得知「生產事故救濟」訊息？（可複選）

1. 生產事故救濟業務說明會    2. 電視媒體    3. 報章雜誌  
 4. 網路    5. 醫學會    6. 其他 \_\_\_\_\_

### 二、本案採何種方式申請？

1. 醫療機構協助申請    2. 自行申請    3. 醫療機構告知申請方法後自行申請

### 三、請問您對於申請生產事故救濟之作業流程是否滿意？

項目	滿意度調查					
	非常滿意	滿意	普通	★不滿意	★非常不滿意	★如勾選不滿意或非常不滿意，煩請說明原因
1. 本會所提供之相關諮詢服務管道（電話、網站）						
2. 申請書填寫之格式與內容						
3. 本會協助準備申請文件之便利性						
4. 整體滿意度						
5. 意見及建議：						

### 四、醫療機構之關懷服務

（一）是否主動提供民眾生產事故救濟申請訊息？ 是   否

（二）貴機構是否有主動協助病方申請？ 是   否

（三）貴機構是否有成立生產事故關懷小組？（診所免填）

是   否，原因 \_\_\_\_\_

（四）本案對受害人或家屬於事故發生後提供關懷服務的時間？

2天內    3～5天    6～10天    大於10天    無提供



(五) 對本案所提供關懷服務的內容（未提供關懷服務則免填；可複選）：

- 口頭關懷   病情解釋   協助申請生產事故救濟給付  
協助申請其他經濟協助（如醫藥費用減免、保險或其他和解金）  
轉介社福服務   其他 \_\_\_\_\_

(六) 本案是否曾經過地方衛生局或公會調處？

- 是   否

(七) 是否因提供關懷服務及協助申請生產事故救濟，而改善醫病關係？

- 是   否，原因 \_\_\_\_\_

(八) 未來若舉辦相關座談會，是否有意願參加？ 是   否

### 五、對「生產事故救濟制度」的滿意度？

- 非常滿意   滿意   普通   不滿意   非常不滿意

\* 如填寫不滿意或非常不滿意，煩請說明原因：

---

---

### 六、執行關懷服務遭遇的困難及建議：

---

---

**感謝您提供寶貴的建議！**

## 生產事故救濟業務意見調查結果

### 【執行流程及回收情形】

**一、採樣對象：**以第 1～20 次審議會審定核予救濟案件共 376 案為對象，同一生產事故有兩位事故人之案件不重複調查。依案件申請來源分別寄出民眾版問卷 371 份（同一生產事件兩事故人有 4 案）及機構版問卷 264 份（同一生產事件兩事故人有 8 案），共寄出 635 份。

**二、執行期間：**第 20 次會議審定案件於 107 年 9 月撥款完成後開始建檔製表，至 10 月底完成寄出。

**三、回收情形：**統計至 107 年 12 月 31 日止，共計回收 401 份問卷，回收率 63.1%。其中民眾版回收 173 份，占 43.1%；機構版回收 228 份，占 56.9%。

### 【問卷統計結果】

**民眾版**共計回收 173 份問卷。

一、有關申請方式之滿意度：約有 89.6% 表示「生產事故救濟」訊息來自醫療院所，66.4% 為醫療機構協助申請。

(一) 請問您是從何處得知「生產事故救濟」訊息？（可複選）

管道	填答數	百分比
醫療院所	155	89.6%
電視媒體	0	0.0%
報章雜誌	0	0.0%
親友	16	9.2%
網路	9	5.2%
其他	0	0.0%
未填答	2	1.2%
小計	184	—

(二) 請問您採何種方式申請？

申請方式	填答數	百分比
醫療機構協助申請	115	66.4%
自行申請	18	10.4%
醫療機構告知申請方法後自行申請	38	22.0%
未填答	2	1.2%
小計	173	100%





二、對申請之相關流程的滿意度分別為：有 86.6% 民眾對所提供之諮詢服務管道感到非常滿意或滿意。其中對於申請書填寫之格式內容，有 86.8% 覺得非常滿意或滿意；對申請書

應檢附之資料，76.9% 覺得非常滿意或滿意；對於案件自申請至救濟金核撥之時效，75.8% 覺得非常滿意或滿意。而整體滿意度方面，85.0% 覺得非常滿意或滿意。

問題	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	未填答	小計
1. 本會所提供之相關諮詢服務管道（電話、網站）	80 46.2%	70 40.4%	17 9.8%	2 1.2%	2 1.2%	2 1.2%	173 100.0%
2. 申請書填寫之格式及內容	75 43.4%	75 43.4%	19 10.9%	0 0.0%	1 0.6%	3 1.7%	173 100.0%
3. 申請應檢附相關文件（如病歷摘要、戶籍謄本）之便利性	70 40.5%	63 36.4%	31 17.9%	4 2.3%	2 1.2%	3 1.7%	173 100.0%
4. 案件自申請至救濟金核撥之時效	70 40.5%	61 35.3%	27 15.6%	9 5.2%	3 1.7%	3 1.7%	173 100.0%
5. 整體滿意度	73 42.2%	74 42.8%	18 10.4%	3 1.7%	0 0.0%	5 2.9%	173 100.0%

三、關於醫療機構之關懷服務項目及滿意程度方面：有 75.7% 表示機構有「協助申請生產事故救濟給付」；有 59.6% 機構可在事故發生後 5 天內向病方提供關懷服務。其中對於所提供之溝通關懷服務中，有 72.8% 民眾對機構所提供之關懷服務感到滿意或非常滿意；有 76.9% 認為醫病關係因此獲得改善；89.0% 之案件未訴請地方衛生局或公會之調處。

#### （一）醫療機構主動提供關懷服務的內涵（可複選）：

提供關懷內容	填答數	百分比
口頭關懷	86	49.7%
病情解釋	52	30.1%
照護上的關懷	44	25.4%
轉介社福服務	21	12.1%
協助申請生產事故救濟給付	131	75.7%
未填答	15	8.7%
未提供關懷	2	1.2%
小計	351	—

(二) 醫療機構於事故發生後提供關懷服務的時間：

天數	填答數	百分比
2天內	57	33.0%
3~5天	46	26.6%
6~10天	26	15.0%
大於10天	25	14.4%
未填答	19	11.0%
小計	173	100.0%

(三) 對醫療機構所提供關懷之滿意度：

提供關懷之滿意度	填答數	百分比
非常滿意	55	31.8%
滿意	71	41.0%
普通	23	13.3%
不滿意	2	1.2%
非常不滿意	4	2.3%
未填答	18	10.4%
小計	173	100.0%

(四) 醫療機構提供之關懷服務，是否改善您與醫療機構間的醫病關係？

是否改善醫病關係？	填答數	百分比
是	133	76.9%
否	22	12.7%
未填答	18	10.4%
小計	173	100.0%

(五) 是否曾經過地方衛生局或公會調處？

是否進行調處？	填答數	百分比
是	7	4.1%
否	154	89.0%
未填答	12	6.9%
小計	173	100.0%







**機構版**共計回收 228 份問卷。

一、有關生產事故救濟訊息獲知來源部分，有 70.2% 機構表示訊息來自生產事故救濟業務說明會為最多。有 93.4% 填答表示係為醫療機構受民眾委託後，協助收集申請所需資料並協助寄出申請。惟本次問卷係寄給受委託申請之機構，故有關「自行申請」、「醫療機構告知申請方法後自行申請」等填答應為機構筆誤。

**(一) 請問您是從何處得知「生產事故救濟」訊息？(可複選)**

管道	填答數	百分比
生產事故救濟業務說明會	160	70.2%
電視媒體	6	2.6%
報章雜誌	4	1.8%
網路	22	9.6%
醫學會	42	18.4%
其他	43	18.9%
未填答	7	3.1%
小計	284	—

(註：其他為公文、法規頒布、同事告知、經後送轉診之醫學中心醫師告知、醫院政策、透過醫糾調處、與自己業務相關、媽媽手冊)

**(二) 本案採何種方式申請？**

申請方式	填答數	百分比
醫療機構協助申請	213	93.4%
自行申請	1	0.4%
醫療機構告知申請方法後自行申請	4	1.8%
未填答	10	4.4%
小計	228	100.0%

二、對於申請生產事故救濟之作業流程的滿意度分別為：醫療機構對承辦單位所提供之服務管道，有高達 95.2% 感到滿意或非常滿意。其中對於申請書填寫之格式及內容，94.3% 覺得滿意或非常滿意；對於承辦單位協助準備申請文件之便利性，90.3% 覺得滿意或非常滿意。而整體滿意度方面，95.6% 覺得非常滿意或滿意。

三、關於醫療機構之關懷服務項目及滿意度方面：85.1% 機構皆有成立生產事故關懷小組，94.7% 機構表示會主動提供民眾生產事故救濟申請訊息，95.6% 機構會主動協助申請；93.8% 機構表示提供關懷服務之時間為事故發生後 5 天內。在機構所提供之溝通關懷服務中，有 96.1% 機構提供口頭關懷，97.4% 機構會協助申請生產事故救濟給付。在生產事故調處方式部分，有 91.7% 案件並未訴請地方衛生局或公會協助調處，有 89.0% 機構認為因提供關懷服務及協助申請生產事故救濟，醫病關係獲得改善。

問題	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	未填答	小計
1. 本會所提供之相關諮詢服務管道（電話、網站）	145	72	4	1	0	6	228
	63.6%	31.6%	1.8%	0.4%	0.0%	2.6%	100.0%
2. 申請書填寫之格式及內容	130	85	9	1	0	3	228
	57.0%	37.3%	4.0%	0.4%	0.0%	1.3%	100.0%
3. 本會協助準備申請文件之便利性	125	81	16	1	0	5	228
	54.8%	35.5%	7.0%	0.5%	0.0%	2.2%	100.0%
4. 整體滿意度	135	83	5	1	0	4	228
	59.2%	36.4%	2.2%	0.4%	0.0%	1.8%	100.0%

（一）貴機構是否主動提供民眾生產事故救濟申請訊息？

是否提供申請訊息？	填答數	百分比
是	216	94.7%
否	2	0.9%
未填答	10	4.4%
小計	228	100.0%

（二）貴機構是否主動協助病方申請？

是否協助申請？	填答數	百分比
是	218	95.6%
否	4	1.8%
未填答	6	2.6%
小計	228	100.0%

（三）貴機構是否有成立生產事故關懷小組？  
（診所免填）

是否成立關懷小組？	填答數	百分比
是	194	85.1%
否	0	0.0%
未填答	34	14.9%
小計	228	100.0%

（四）本案對受害人或家屬於事故發生後提供關懷服務的時間？

天數	填答數	百分比
2天內	195	85.5%
3～5天	19	8.3%
6～10天	3	1.3%
大於10天	7	3.1%
無提供	2	0.9%
未填答	2	0.9%
小計	228	100.0%



(五) 對本案所提供關懷服務的內容(可複選)：

提供關懷內容	填答數	百分比
口頭關懷	219	96.1%
病情解釋	171	75.0%
協助申請生產事故救濟給付	222	97.4%
協助申請其他經濟協助(如醫藥費用減免、保險或其他和解金)	47	20.6%
轉介社福服務	20	8.8%
其他	2	0.9%
未填答	3	1.3%
小計	684	—

(六) 本案是否曾經過地方衛生局或公會調處？

是否進行調處？	填答數	百分比
是	15	6.6%
否	209	91.7%
未填答	4	1.7%
小計	228	100.0%

(七) 是否因提供關懷服務及協助申請生產事故救濟，而改善醫病關係？

是否改善醫病關係？	填答數	百分比
是	203	89.0%
否	13	5.7%
未填答	12	5.3%
小計	228	100.0%

四、對「生產事故救濟制度」的滿意度方面，有 95.6% 感到滿意或非常滿意。

制度之滿意度	填答數	百分比
非常滿意	139	61.0%
滿意	79	34.6%
普通	8	3.5%
不滿意	0	0.0%
非常不滿意	0	0.0%
未填答	2	0.9%
小計	228	100.0%





發行人 陳時中  
總編輯 石崇良  
編輯委員 (按筆畫順序排列)  
何弘能、何信頤、吳美環、李建南、郭富珍、陳中明、彭純芝  
黃旭明、黃淑英、黃閔照、詹德富、廖熏香、羅良明  
執行編輯 廖崑富、劉玉菁、林淑芬、韓佳玲  
出版機關 衛生福利部  
地 址 11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號  
電 話 (02) 8590-6666  
傳 真 (02) 8590-7088  
出版年月 中華民國 108 年 11 月  
創刊年月 中華民國 107 年 12 月  
編輯製作 城邦印書館股份有限公司  
定 價 新臺幣 250 元整  
展 售 處 臺北 國家書店松江門市  
地址 臺北市松江路 209 號 1 樓  
電話 (02) 2518-0207  
臺中 五南文化廣場  
地址 臺中市區中山路 6 號  
電話 (04) 2226-0330  
ISBN 978-986-5439-03-3  
GPN 1010802222

本年報同時登載於衛生福利部網站，網址：<https://www.mohw.gov.tw>

促進全民健康與福祉



成為民眾最信賴部會



ISBN : 978-986-5439-03-3

GPN : 1010802222

定價：新臺幣250元整 廣告