

台灣周產期醫療照護網

黃閔照

台灣婦產科醫學會理事長

新竹馬偕婦產科主任

生產事故救濟行政業務計畫主持人



- 1 生產事故救濟條例與分析
- 2 產科醫療分級制度
- 3 周產期風險管控及後送
- 4 偏鄉照護資源
- 5 生育管理制度的建置



1

生產事故救濟條例與分析



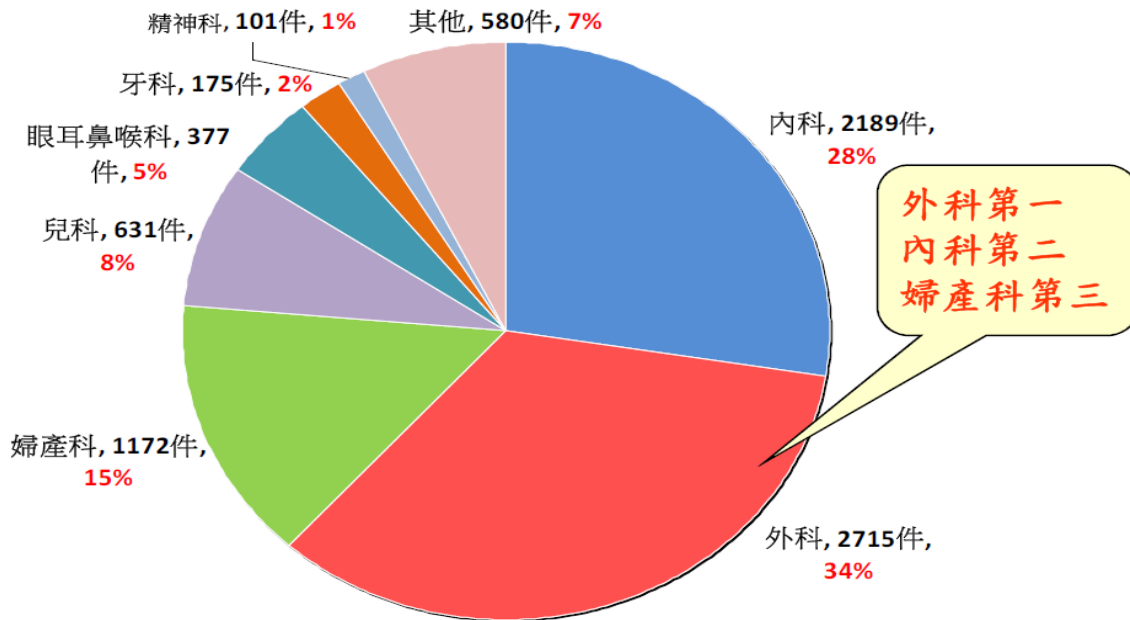
遠見雜誌 第313期



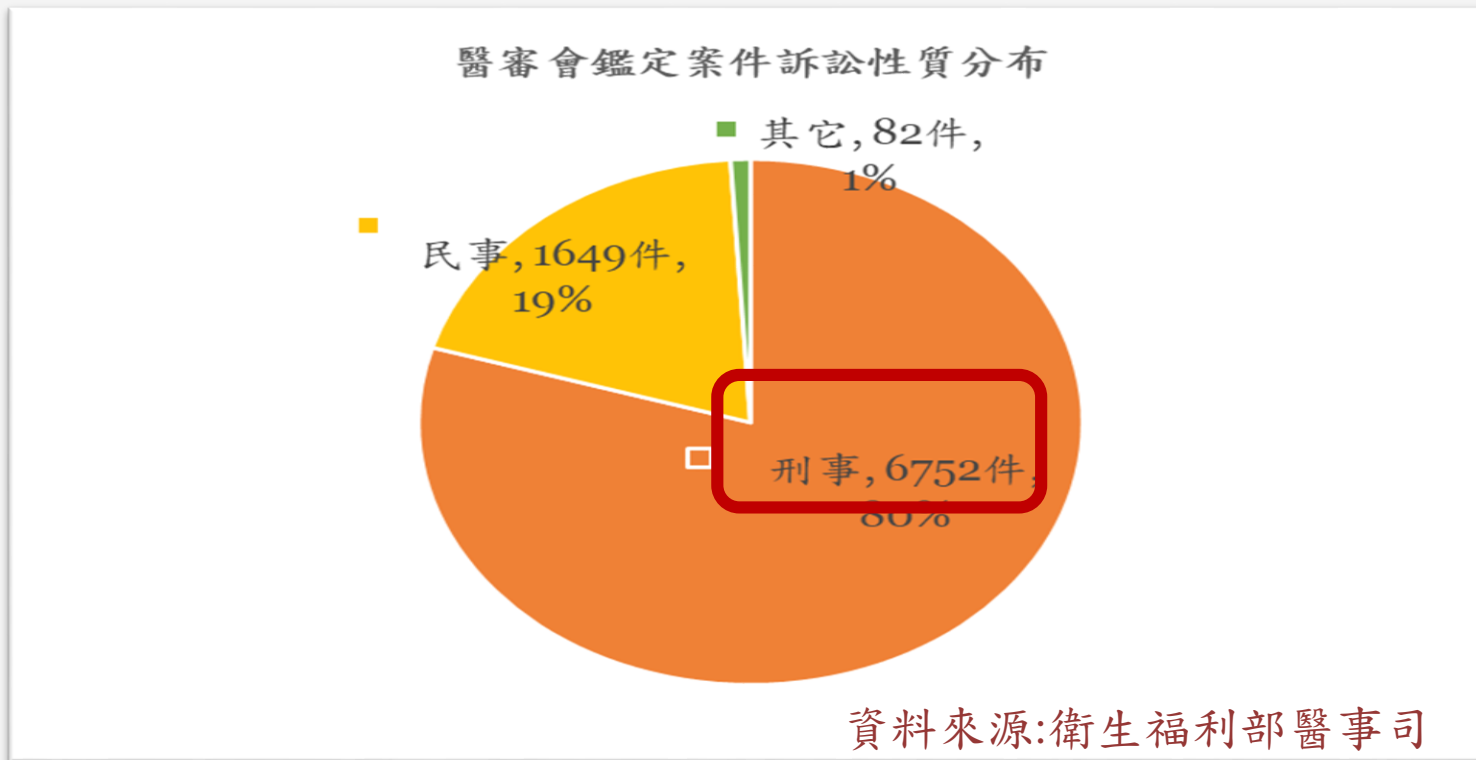
醫療崩壞！沒有醫生救命的時代 /方瑞雯、白映俞...等/合著



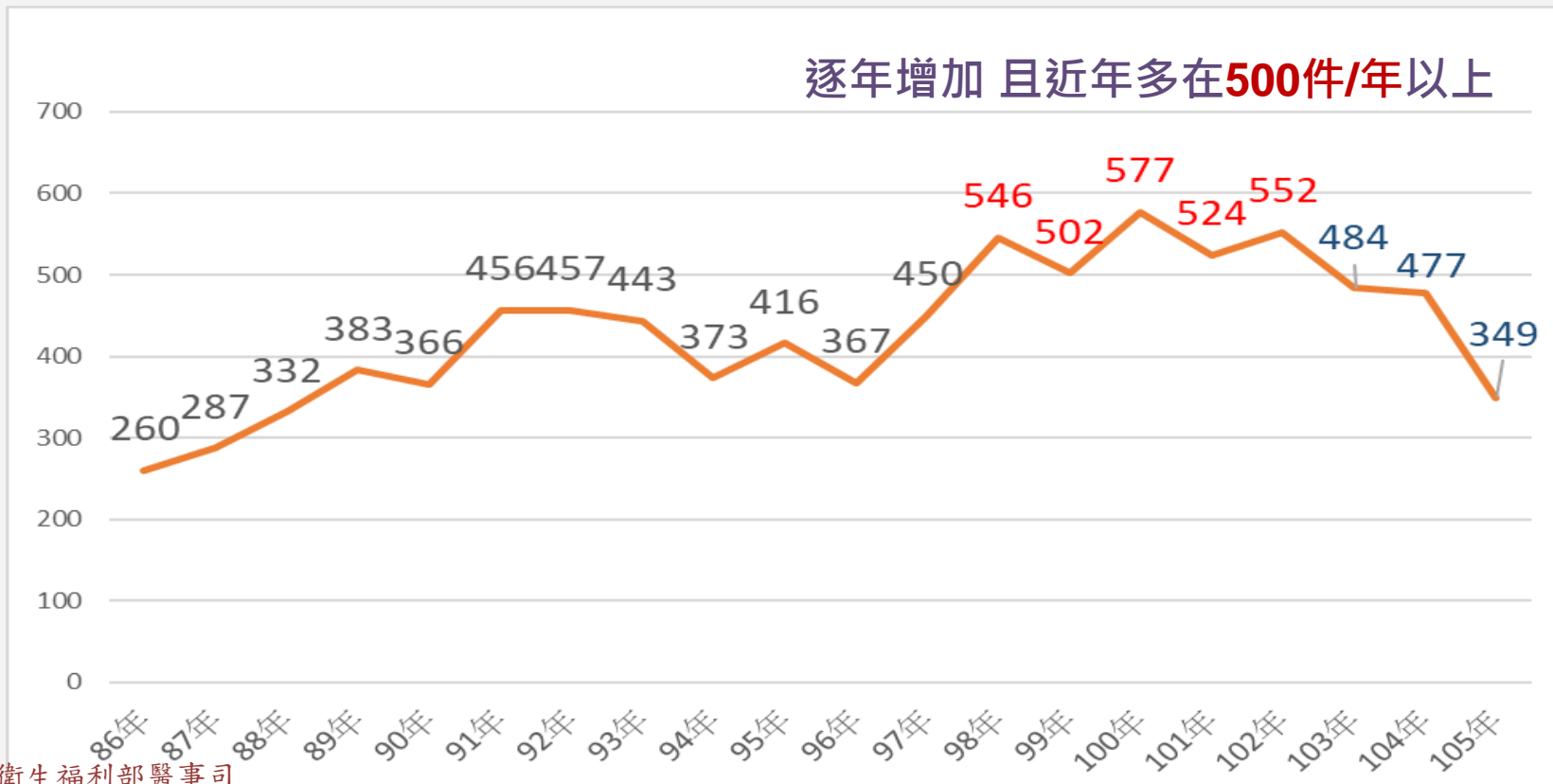
各科別累積比率(76-100年)



醫審會鑑定案件之訴訟性質(1997-2016年)



醫審會歷年受委託鑑定案件數(1997-2016年)



各國醫療糾紛訴訟外解決模式

瑞典

醫療傷害
保險制度
病人傷害法案

紐西蘭

意外
補償法

德國

各邦
醫療鑑定
調解會

英國

公醫制度
國家稅收支
應醫療糾紛
補償

各國生產事故補償機制

美國

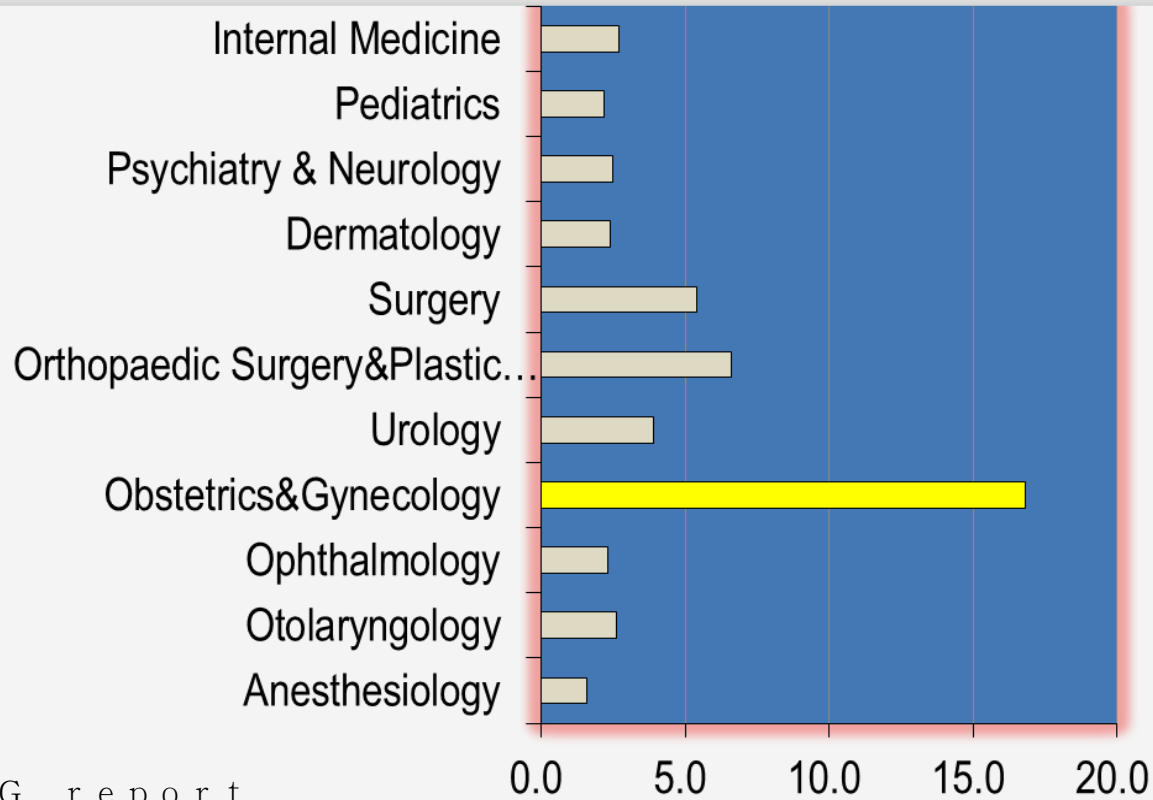
(維吉尼亞州)
新生兒
神經傷害
補償制度

日本

產科醫療
補償制度
(生產所致
新生兒腦性麻痺)

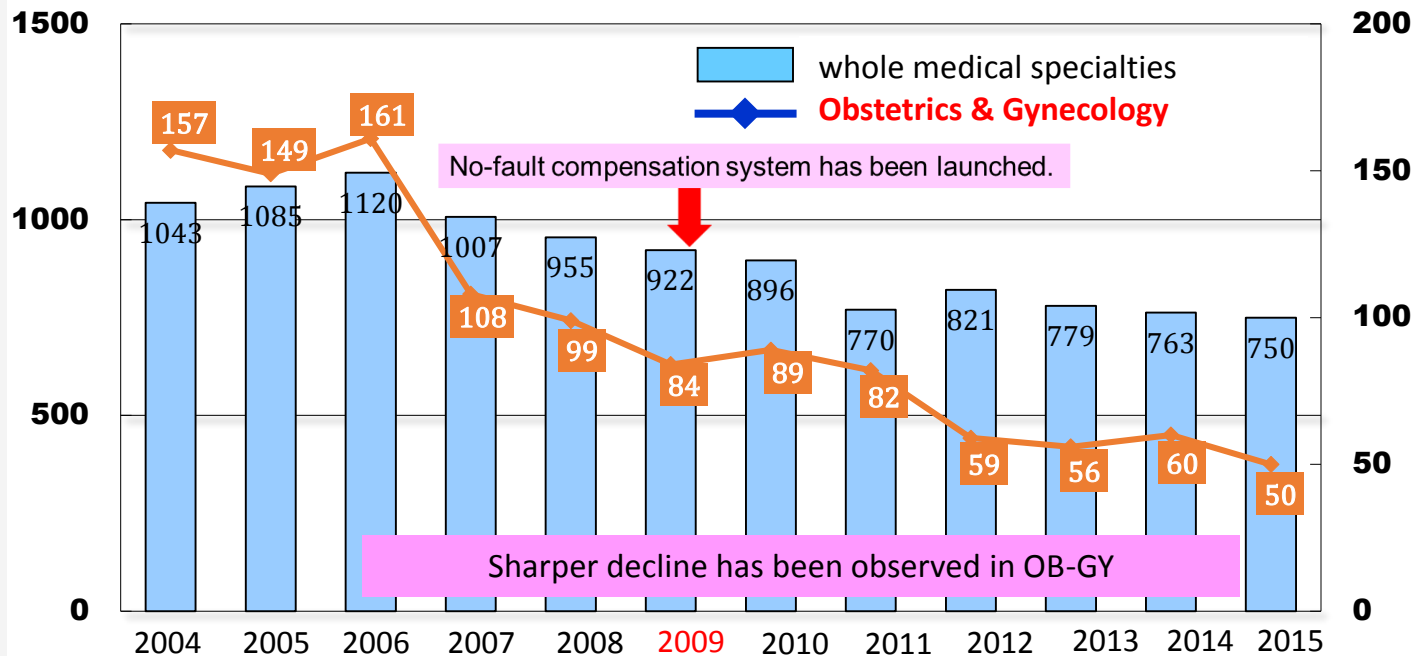
韓國

醫療糾紛
調解仲裁院
生產傷害補償
(產婦或胎兒死亡、
新生兒腦性麻痺)

Number of malpractice suit per 1000 medical doctors (2006)

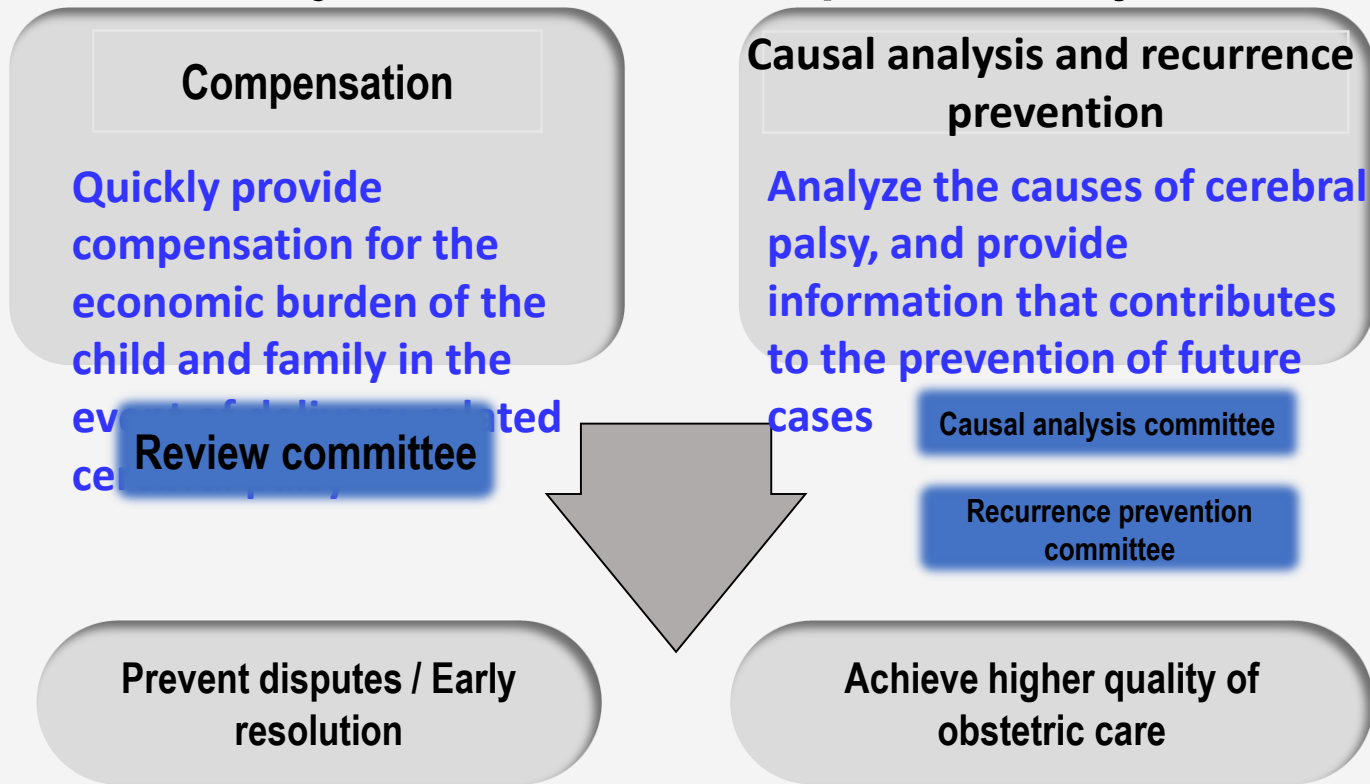
Causal analysis

Lawsuit Cases of OB-GY Compared to Whole Medical Specialties



Statistics of the committee on lawsuit related to health care, the supreme court of Japan

Two major functions of compensation system



各國生產事故補償機制

美國

(維吉尼亞州)

新生兒
神經傷害
補償制度

日本

產科醫療
補償制度
(生產所致
新生兒腦性麻痺)

韓國

醫療糾紛
調解仲裁院
生產傷害補償
(產婦或胎兒死
亡、新生兒腦性麻
痺)

Establishment of Korea Medical Dispute Mediation Agency

Establishment

Established on April 9, 2012

- Independent institution for medical dispute mediation arbitration
- Organized with the Medical Dispute Mediation Committee and Medical Accident Appraisal Body for fair and professional mediation and arbitration

Legal position

Special public corporation established by the Law on relief from damage due to medical accident and medical dispute mediation

Purposes

Fair and speedy relief from damage due to medical accident
Development of stable treatment environment for medical personnel

The Agency provides fair and speedy mediation and arbitration with reliable dispute resolution.

公正性
Fairness

让患者有最满意的公正
医疗纠纷调解的

专业性
Professionalism

由法律界、保健医疗界、业界
专业人士组成。分为调解部与
鉴定部有分开职责

迅速性
Speed

具备成熟的组织及业务系统，
可迅速执行解决医疗纠纷的
核心程序

90日内

提供迅速、公正的医疗事故被害救助！
自调解、仲裁申请日起的90日内处理完毕！

韩国医疗纠纷调解仲裁院自申请日起的90日(不超过120日)
内迅速为您提供调解、仲裁。同时，通过损失赔偿金贷款制度、
不可抗力医疗事故补偿制度等多样化制度，提供安全保障并积极
应对。



共同解决，医疗事故
共同微笑，解决纠纷
www.k-medi.or.kr

医疗纠纷免费咨询
82-2-1670-2545



首尔站 4号线 10号出口

- 业务时间：星期一至星期五 09:00 ~ 18:00
- 亲自访问提前通过电话预订的话，可以享受迅速商谈服务。
- 通过在医疗仲裁院网站(www.k-medi.or.kr)会提供商谈服务。



韩国医疗纠纷调解仲裁院
Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency

首尔特别市，中区，厚岩路 110 首尔城市塔大厦 18楼
Tel. 82-2-1670-2545 Fax. 82-2-6210-0199 www.k-medi.or.kr



提供公正、迅速的 医疗纠纷解决服务

从今往后棘手的医疗纠纷
就委托韩国医疗纠纷调解仲裁院处理吧！



韩国医疗纠纷调解仲裁院配备了公正性、
专业性方面获得公认的专家，可为患者及
保健医疗人提供满意的解决方案。



韩国医疗纠纷调解仲裁院
Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency

正确调解，迅速仲裁 值得信赖的纠纷解决途径

韩国医疗纠纷调解仲裁院是一家为饱受医疗纠纷痛苦的患者及
保健医疗人提供服务而设立的保健福祉部下属公共机关。
其以公正性、专业性、迅速性为基础，为突发医疗事故饱受痛苦
的患者提供救助，为保健医疗人提供放心、专心诊疗的环境。



Major Services Performance

(1) Consultation about Medical Dispute

(as of June 30, 2017. unit: case)

Item	Total	General Counseling (helpline)	Professional Counseling
total	220,854	185,158	35,696
2012	26,831	23,499	3,332
2013	36,099	30,415	5,684
2014	45,096	38,113	6,983
2015	39,793	32,036	7,757
2016	46,735	38,958	7,777
2017.June	26,300	22,137	4,163

Total 220,854 cases after starting the Agency service – average 170.8 cases per day



生育事故救濟試辦計畫

生育事故爭議事件 試辦計畫開辦

立法院三讀通過 生產事故救濟條例

101年
10月



103年
9月

104年
12月

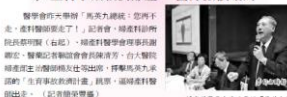
105年
6月

1. 生育事故試辦計畫延長兩年
2. 手術麻醉事故救濟計畫加入試辦
3. 推動醫糾法立法

生產事故救濟條例 正式施行



「馬總統如果您再不走，婦產科醫師就先走了」 ／生育事故救濟難產 醫界激憤嗚馬



醫學會昨天舉開「馬英九總統：您再不走，處刑醫師先走了！」記者會，婦產科醫師對此表示憤慨（左起），難產對醫學界理應與難產、醫糾法等問題社會各界、台大醫務總會定於「生育事故救濟計畫」草案，國陣產科醫師指出：（記者陳學謙攝）

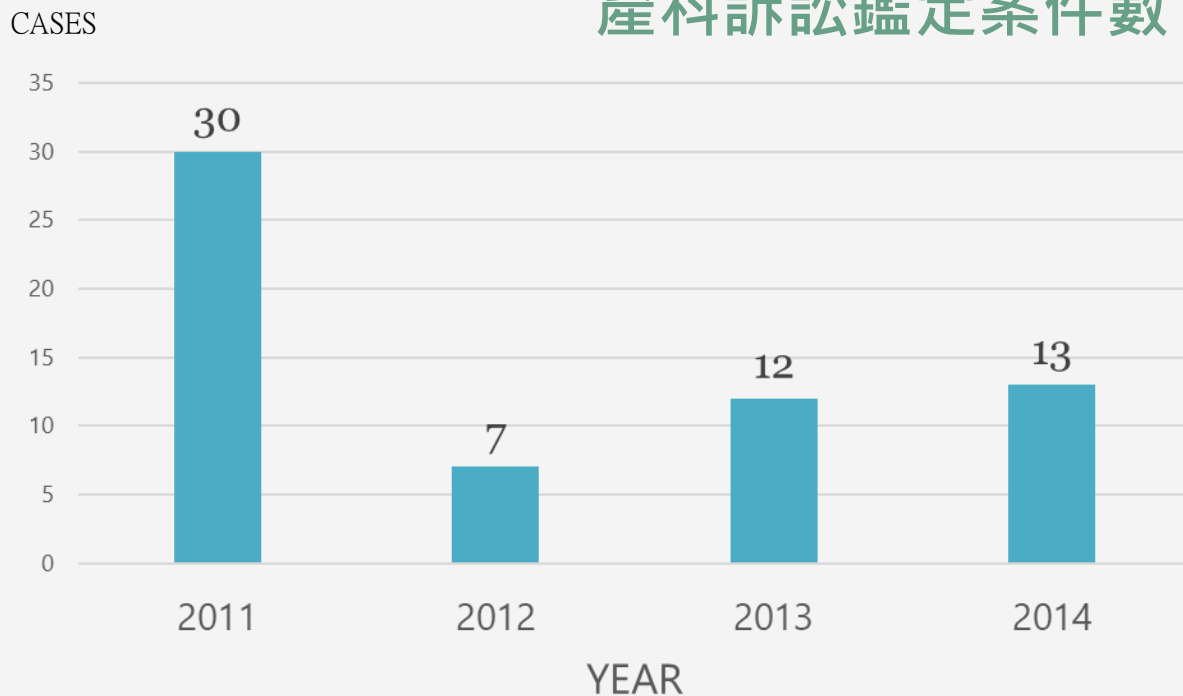
婦產科醫師昨天舉開「馬英九總統：您再不走，處刑醫師先走了！」記者會，婦產科醫師對此表示憤慨（左起），難產對醫學界理應與難產、醫糾法等問題社會各界、台大醫務總會定於「生育事故救濟計畫」草案，國陣產科醫師指出：（記者陳學謙攝）



生育事故救濟試辦計畫 (101.1 - 105.6)

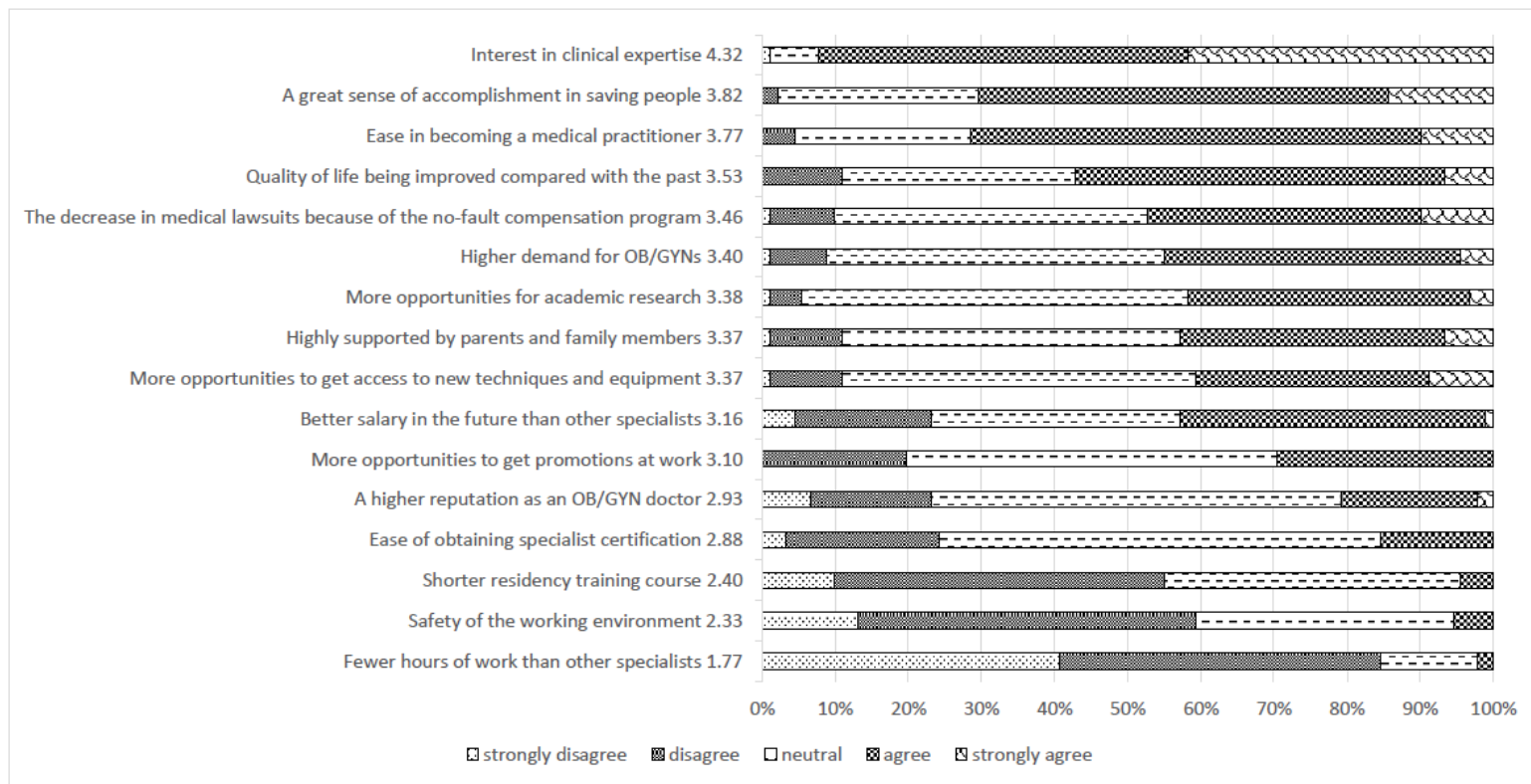
事故人	孕產婦		新生兒		胎兒	合計
	死亡	重大傷害 (中度以上身心障礙)	死亡	重大傷害 (中度以上身心障礙)	死亡	
補助件數	99	24	123	105	76	427
平均金額	198.3	132.1	29.4	122.6	29.7	97.3
中位數金額	200	150	30	130	30	-
最小值金額	150	20	10.2	30	10	-
最大值金額	200	150	30	150	30	-
總金額	19,630	3,170	3,621	12,870	2,260	41,551

產科訴訟鑑定案件數下降約7成



資料來源：王宗曦等 Lessons from the MOHW compensation pilot program on birth incidents: First step and looking forward , *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*(56),2017。

Figure 1. The distribution of responses and the average score for 16 factors



《生產事故救濟條例》誕生

105年6月30日條例正式施行

為承擔**女性的生產風險**，**國家建立救濟機制**，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進產婦與醫事人員之伙伴關係，並提升女性生育健康及安全。

推動四大目標

生產有
所保障

促進醫
病溝通

醫療品
質提升

減少醫
療訴訟



2020生產事故救濟年報（草案版） 105-108年初步統計結果

- 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《生產事故救濟條例》實施迄今，共計受理**886**件生產事故救濟申請案件，有**839**件核予救濟，通過率**94.7%**，審定救濟金額總數為**4億4,370萬元**。孕產婦部份為**255**件（含死亡**71**件；重大傷害**184**件）；新生兒部分為**195**件（含死亡**138**件；重大傷害**57**件）；胎兒部分為**389**件。

2020生產事故救濟年報(草案版)

機構層級

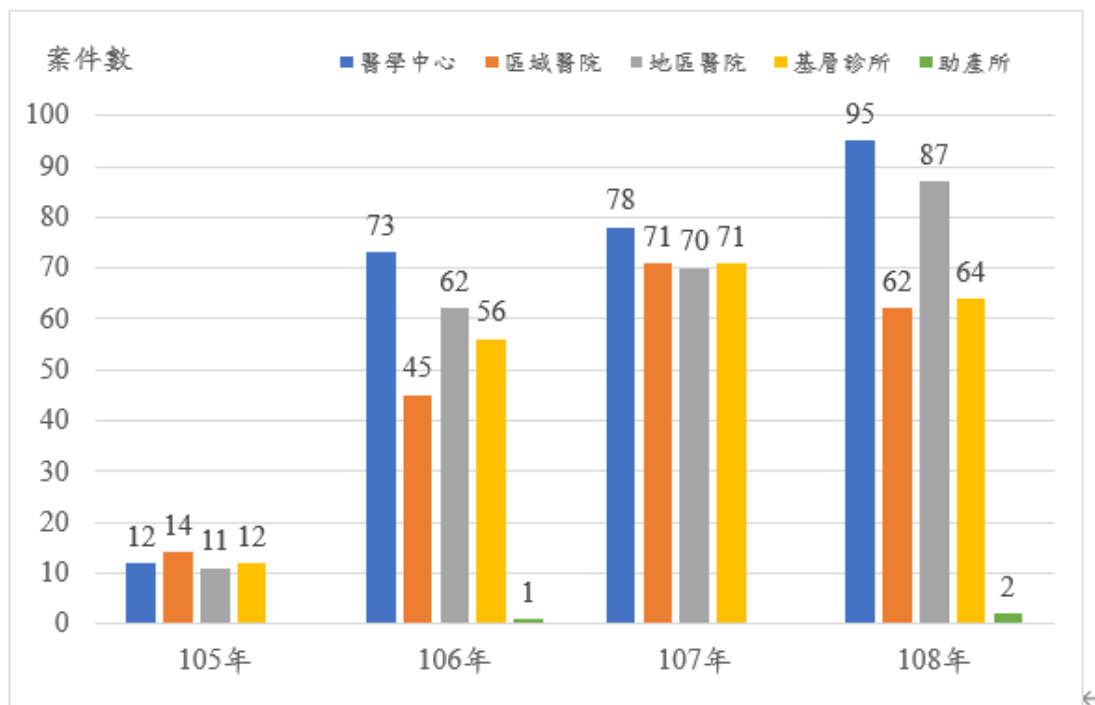


圖 2-8：105~108 年度申請案件之機構層級歷年概況

區域分布

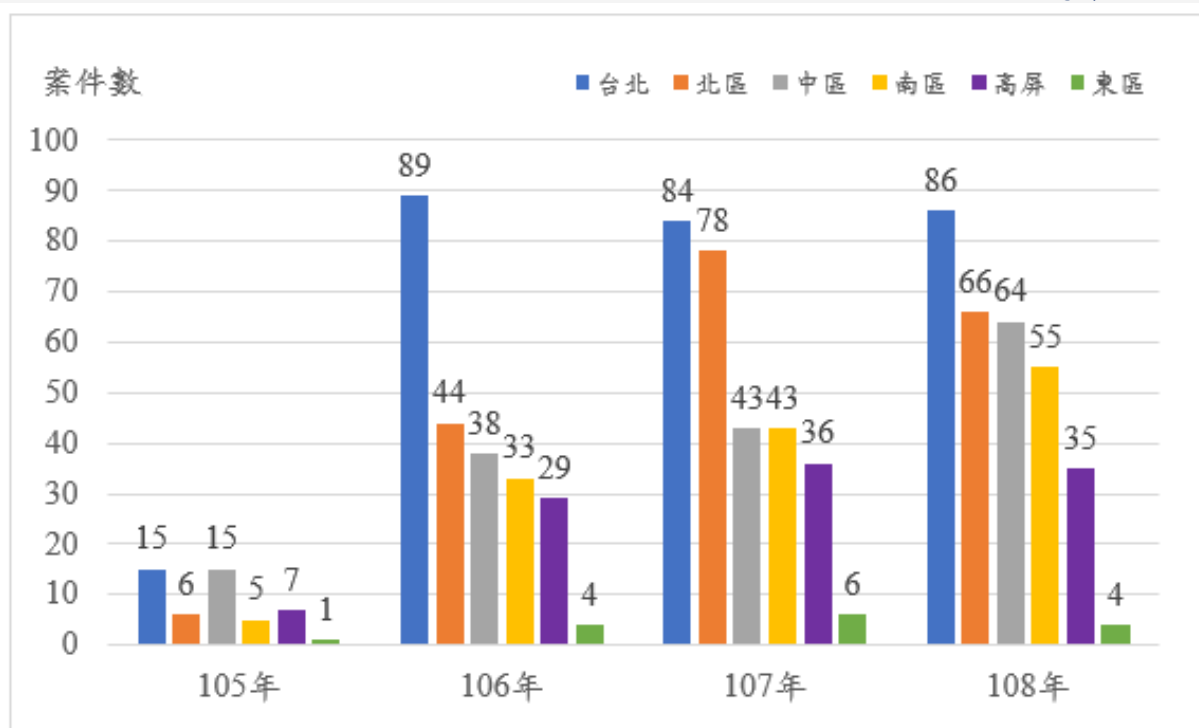


圖2-15：105~108年度申請案件之區域分布歷年概況

2020生產事故救濟年報(草案版)

年齡分布

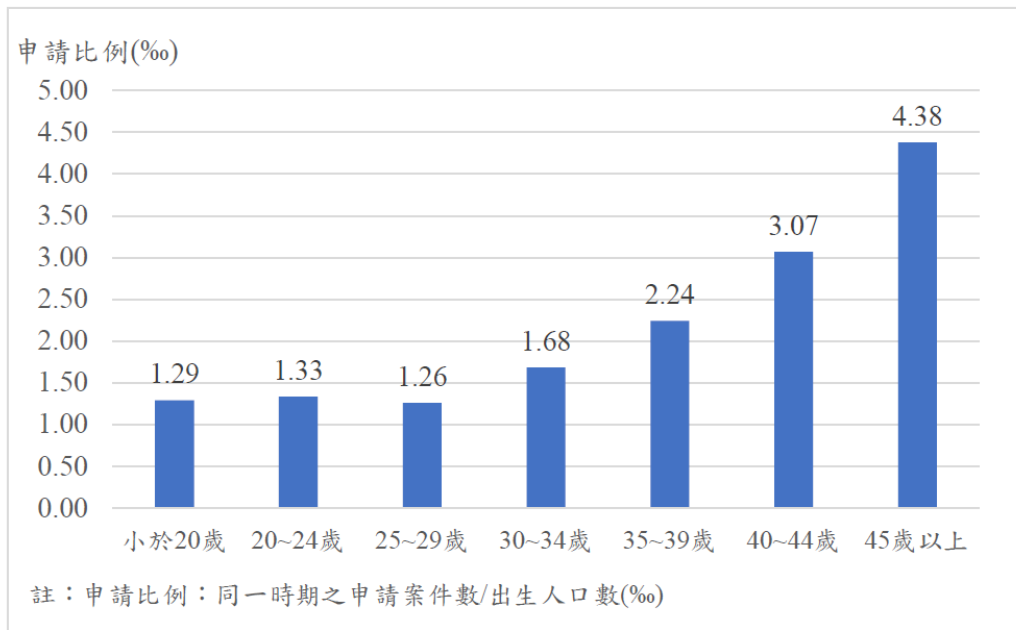


圖2-1：108年度孕產婦年齡分布申請比例

2020生產事故救濟年報(草案版)

審定結果

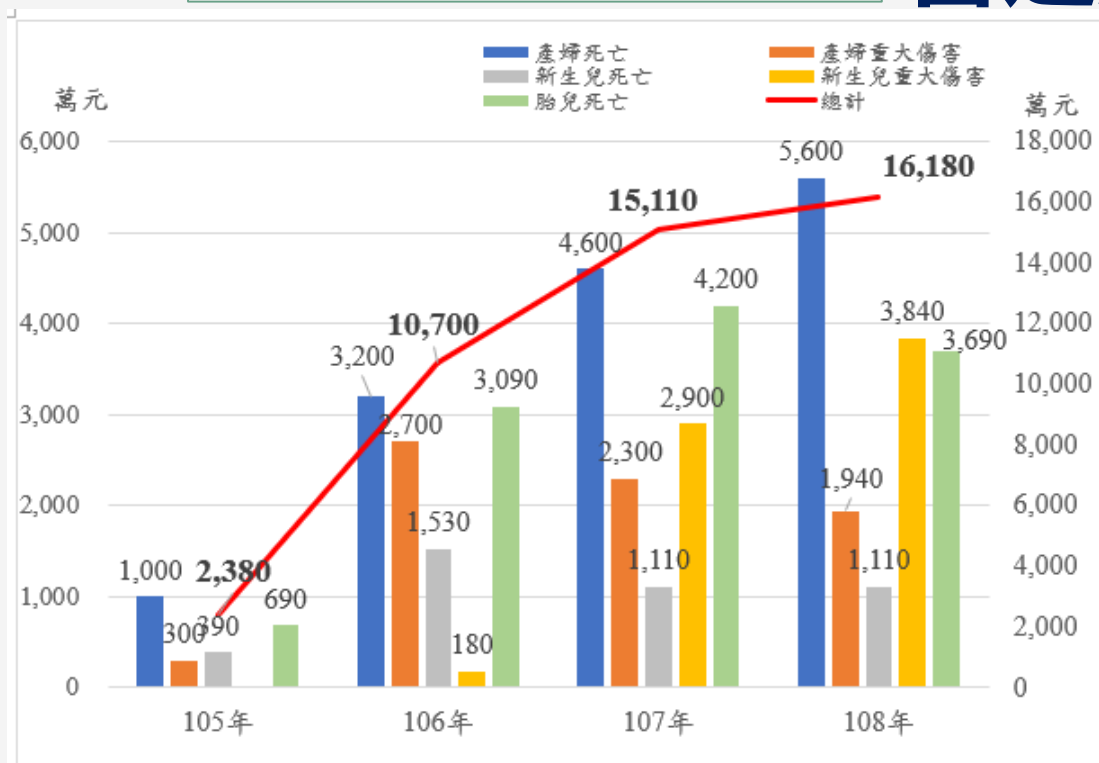


圖2-22：105~108年度申請案件審定救濟金額歷年概況

孕產婦死亡救濟案件原因分析

2020生產事故救濟年報（草案版）

105-108年初步統計結果

事故原因	案件次	百分比
子宮收縮不良/產後大出血/瀰漫性血管內凝血症	27	38.0%
疑似或確診羊水栓塞	21	29.6%
妊娠高血壓	14	19.7%
血管栓塞或肺栓塞	14	19.7%
不明原因心跳停止/突發性休克	10	14.1%
產後相關感染	7	9.9%

孕產婦死亡救濟案件原因分析

- 產婦死亡案件近兩年有上升趨勢，事故原因以**血管栓塞或肺栓塞**增加幅度較為明顯，以108年度來看有5案件次。孕產婦於孕程及生產過程中，形成血管栓塞之風險很高，未來應強化風險預防機制，於孕期中篩選**高風險族群**，及**早介入採取防範措施**；此外，於產後制定個別化照護，透過共同照護模式，期盼降低併發症的發生。
- 孕期中篩選高風險族群，及早介入採取防範措施，於產後制定個別化照護，透過共同照護模式，期盼降低併發症的發生。
- 為降低我國之孕產婦死亡率，提升國內周產期母嬰安全性，應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
- 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，以期能改善我國之孕產婦死亡率。

世界各國孕產婦死亡率

表 6-1：1990-2015 年間各國孕產婦死亡率比較

國家 年度	臺灣	英國	加拿大	美國	日本	韓國	新加坡	芬蘭
1990	12	10	7	12	14	21	12	6
1995	8	11	9	12	11	19	13	5
2000	8	12	9	12	10	16	18	5
2005	7	12	9	13	7	14	16	5
2010	4	10	8	14	6	15	11	3
2015	12	9	7	14	5	11	10	3

(資料來源：中華民國統計資訊網及 WHO Global Health Observatory (GHO)。孕產婦死亡率之計算單位為：人／10 萬名活產數)

1 生產事故救濟案件分析

衛福部公佈最新嬰兒與孕婦死亡率報告，創10年新高。婦產科醫師表示，主要是生育率下降，加上高齡產婦大增，其中併發羊水栓塞死亡案件最多，佔了六成。

晚婚、晚孕的人愈來愈多，根據內政部統計，台灣女性生育第一胎，平均年齡落在30.9歲，而超過35歲的高齡產婦，10年來增加了1.59倍！婦產科醫師表示，產婦年齡越高，實質死產與早產機率也較高。台灣婦產科醫學會副秘書長何信顯說明：「有可能因為從胎盤吸收比較少的養份，產生胎兒窘迫或者是早產的機會也比一般年齡的婦女還要高。」



根據衛福部最新統計數據，2018年嬰兒死亡率，每千活產為4.2，而孕產婦死亡率，每十萬活產為12.2，雙雙創下10年新高。其中孕產婦死亡率，更是2001年以來最高。衛福部醫事司副任技正劉越萍指出：「希望能夠降低嬰兒的死亡率的同時，其實會發現很多跟周產期因素相關孕婦的這一塊，開始做所謂的照護的提升。」

婦產科醫師表示，孕婦生產過程中死亡案件，31到45歲就佔82%，其中以羊水栓塞佔最多，超過6成以上，其次是產後大出血、血管栓塞。康寧醫院副院長尹長生表示：「那因為在前面頭呢就被擋住了，那羊水出不來，那這些栓塞進到血管裡面會引起母親的強烈的這種過敏反應，所以細胞素一上升，那她的血壓就會下降，血液凝固就不好。」

婦產科醫師表示，台灣孕產婦死亡率，比韓國、新加坡、英國、日本來的低，高齡產婦大增以外，另一個原因，是生育率降低。衛福部表示，為降低孕產婦、與嬰兒生產過程中死亡率，與婦產科醫學會合作周產期照護，讓高風險妊娠孕婦，儘早到周產期中心生產，讓醫療團隊協助，降低死亡風險。

去年孕產婦死亡率創20年新高

產科栓塞最要命 死亡個案均齡35.1歲

【記者楊維鈺／台北報導】衛福部最新統計顯示，2019年共28名孕產婦死亡，死亡率更由1999年每10萬活產的8.4，一直成長到去年的16，死亡原因首位都是產科栓塞。台大醫院婦產部主治醫師陳信孚指出，產科栓塞包含羊水栓塞，亦即羊膜組織進入孕產婦的血液裡，塞住肺部血管導致休克、肺栓塞等。一旦發生羊水栓塞的產科急症，孕產婦的死亡率高達6成以上。

去年28死也創新高

台灣俗諺形容女人生產：「生得過雞酒香，生不過四塊板。」女人生產彷彿一隻腳跨過鬼門關。我國孕產婦死亡人數從2017年19人、

2018年22人，再增到去年的28人，死亡率更由1999年每10萬活產的8.4，一直成長到去年的16，死亡原因首位都是產科栓塞。台大醫院婦產部主治醫師陳信孚指出，產科栓塞包含羊水栓塞，亦即羊膜組織進入孕產婦的血液裡，塞住肺部血管導致休克、肺栓塞等。一旦發生羊水栓塞的產科急症，孕產婦的死亡率高達6成以上。

羊水栓塞目前仍無法預防

最新孕產婦死亡統計中，平均年齡為35.1歲，死亡的原因除首位的

產科栓塞外，其他原因包含產後出血、分娩其他併發症、合併或是併發明關蛋白的妊娠高血壓。陳信孚指出，年齡跟羊水栓塞的發生率並沒有絕對關聯，而且「醫療科技再進步，羊水栓塞仍無法預防」。

高風險孕婦可至責任醫院

產後出血則是可控制的風險因子，建議高風險產婦選擇高風險妊娠醫院生產，掌握搶救的黃金時間。婦產科醫學會理事長黃明照表示，孕產婦死亡率確有增高趨勢，肺栓塞更成為隱形殺手，不少長時開臥床後，一起身故因為肺部靜脈栓塞休克倒地，他提醒自然產的產

婦最好在6到8小時內下床，剖腹產者也要在24小時內下床。另外高風險產婦（如肥胖、有家族病史者）則是分娩後須立即穿著彈性襪，促進血液循環，都能降低風險。

高風險孕婦可至責任醫院

國健署提供我國孕產婦10次產檢補助，孕婦手冊中有提供高危險妊娠醫院名單，還有認識早產徵兆，更呼籲爸爸爸爸要陪同準媽媽產檢，另外如果經醫師評估為高危險妊娠產婦，一定要在人力設備完善的院所生產，以保障母嬰健康。

2019孕產婦死亡原因前4名

- 1 產科栓塞
- 2 產後出血
- 3 分娩其他併發症
- 4 合併或是併發明關蛋白尿妊娠高血壓

資料來源：國健署 製表：記者楊維鈺 圖：寶科網



台灣婦產科醫學會 「產婦殺手：肺部靜脈栓塞!!」 記者會新聞稿

2020.07.07

根據台灣生產事故救濟年報分析，孕產婦肺部靜脈栓塞為僅次於羊水栓塞及產後大出血外之重要死亡原因，在 107 及 108 年度分別有 5 個死亡案例發生，而且有逐年增加現象。須知孕產婦因為懷孕生理變化，產生血栓風險為非懷孕期間的 8-10 倍，尤其發生在產後期間比例最高。這些案例大都發生在產後，尤其是剖腹產，長期臥床後開始下床走路，突發性暈厥休克，急救後無效死亡，這些病例在發生肺部栓塞前都沒有任何徵兆。為了下降產後血栓風險，避免憾事重演，台灣婦產科醫學會推動 ROPE(Reduce Obstetric Pulmonary Embolism)救命繩計畫，希望透過「安產御守」小卡的發送，鼓勵所有的孕產婦產後儘早下床活動，高風險病人若肥胖，大於 35 歲高齡產婦，不孕症及多胞胎，抽煙及長期臥床安胎病人，除避免長時間不活動及提早下床活動外，應穿著膝蓋以上之彈性襪，避免血栓形成，造成不可回復性傷害。

肺部靜脈栓塞跟羊水栓塞一樣凶險，死亡率可高達 30%，透過小卡的發送，讓所有孕產婦，都能了解自己的身體，重視自己的健康，平平安安迎接新生命。

安產御守

ROPE (Reduce Obstetric Pulmonary Embolism) 避免產後靜脈栓塞及肺栓塞

風險等級	建議處置
最高風險： 靜脈栓塞疾病史 血栓性疾病 (請務必告知產檢及生產醫師)	給予預防性抗凝血劑 穿著彈性襪
高風險： 肥胖：孕前BMI ≥ 25 孕後BMI ≥ 30 年齡 ≥ 35 歲 人工生殖、多胞胎 抽菸 長期臥床者 (如安胎)	避免長時間不活動 產後孕產婦應即早下床 穿著彈性襪(包裹至膝蓋或以上) 戒菸
一般風險： 剖腹產後長時間臥床 自然生產長時間臥床	避免長時間不活動 剖腹產後儘早進食及下床 (建議24小時內) 自然產後儘早下床 (建議6-8小時內)
危險症狀： 下肢栓塞處分散性腫脹疼痛、壓痛、紅腫 喘及胸痛 異常咳嗽、咳血 不明原因暈厥或意識喪失	



台灣婦產科醫學會關心您!

孕產婦重大傷病救濟案件原因分析

2020生產事故救濟年報（草案版）
105-108年初步統計結果

就孕產婦重大傷病之事故原因分析，184件重大傷害案件中，12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3件）；172件子宮切除案件。進一步分析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，但有將近7成案件曾發生產後大出血(119案件次，占為69.2%)，其次為植入性胎盤有70案件次，占40.7%；第三位為前置胎盤，有45案件次，占26.2%。

事故原因	案件次	百分比
子宮收縮不良/產後大出血/DIC	119	69.2%
植入性胎盤	70	40.7%
前置胎盤	45	26.2%
妊娠高血壓	9	5.2%
胎盤早期剝離	6	3.5%
子宮破裂	6	3.5%


孕產婦重大傷病救濟案件原因分析

- 孕產婦應注意孕期生活之自我健康管理，尤其高風險孕產婦應提早和接生醫師共同討論及規劃生產計劃
- 若醫療機構評估無法提供合宜照護時，應**做好風險管控及盡早於產前轉診**。
- 各醫療機構也應該評估因應生產事故時之人力設置、藥品、血品及設備是否完備；此外，待產期間之產程監控、**生產時之醫療處置及建立緊急情況之處置流程、後送機構之確認與後送管道通暢的整合**，能讓病人在最短時間內獲得良善處置及照護。
- 針對孕產婦子宮切除之案件，產後大出血仍為最主要之原因。子宮切除術是婦產科醫師為挽救病人脫離險境，不得不施行之救命手術，故醫療院所應強化備血輸血後續流程及緊急應變能力。
- 產前經診斷為前置胎盤或胎盤植入者，醫療機構應評估及考量相關經驗及能力，適時啟動轉診後送機制。婦產科醫師也應以保留子宮為主要考量，先行其他相關止血手術，或許可減少不必要之醫療處置。

新生兒死亡及重大傷害救濟案件原因分析

2020生產事故救濟年報（草案版）
105-108年初步統計結果

事故原因	案件次	百分比
胎兒窘迫(產前窒息、 產程胎兒窘迫)	117	60.0%
胎盤早期剝離	66	33.8%
肺高壓/肺出血/肺擴張不全/呼吸窘迫	44	22.6%
胎便吸入症候群/羊水胎便染色	41	21.0%
妊娠高血壓	26	13.3%



胎兒窘迫的個案中,發現許多合併產程延長或產程遲滯之情形,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

新生兒死亡及重大傷害救濟案件原因分析

- 新生兒死亡案件中，胎兒窘迫一直是最重要原因，周產期照護中最重要兩項課題，分別為產前辨識胎兒窘迫，及產後應對新生兒之急救能力。產前辨識胎兒窘迫方面，應完整監測胎心音之變化，積極採取介入措施，必要時考慮及早分娩，以避免遺憾；另一方面，新生兒於出生後，須立即給予適當的緊急處理措施。此外，宣導醫療院所強化新生兒急救設備及急救訓練，透過跨科部的合作，加強人員因應突發狀況時之處理能力，以降低新生兒死亡之風險。
- 醫療院所除了具備新生兒之緊急設備之外，也須確認人員之緊急處理能力是否充足；必要時及早轉診後送，以尋求完善的支援系統。
- 落實高危險妊娠產婦之產前轉診，確實建立分級醫療制度，讓孕產婦於安全的環境下生產，確保新生兒於第一時間接受適當的治療，把握治療的黃金時期，才能改善新生兒之預後及發展，以提升後續的生活照護品質。

胎兒死亡案件生產年齡及原因分析

2020生產事故救濟年報（草案版）
105-108年初步統計結果

事故原因	案件次	百分比
不明原因死胎	191	49.1%
胎盤早期剝離	103	26.5%
臍繞頸/臍帶異常/臍帶意外事故等	94	24.2%
高血壓/妊娠高血壓	69	17.7%
胎盤功能不全	35	9.0%

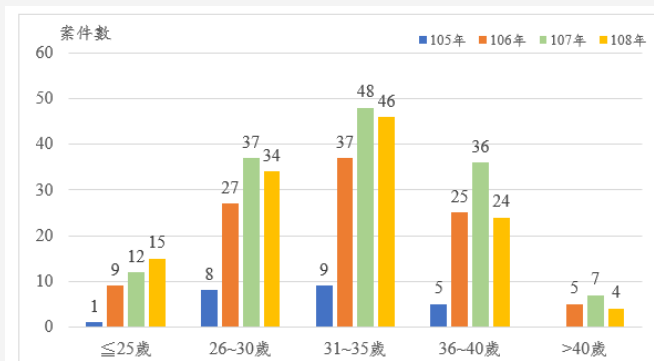


圖 3-40：105~108 年度胎兒死亡審定救濟案件之生產時年齡分布

胎兒死亡案件生產年齡及原因分析

子宮內胎兒死亡原因不明所占比例已有減少趨勢，但仍占有四成左右，尚有持續努力之空間。此部分可分為二階段

第一階段為妊娠期間，醫療院所進行產前檢查時，應對子宮內環境不佳及高危險狀況宜提升照護等級，如發現高風險狀況時，宜提早採取適當之醫療處置；

第二階段為妊娠後期，需針對胎動減少之孕婦，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，除加強衛教持續鼓勵孕婦主動監測胎動變化外，當孕婦發現胎動型態改變時，應就醫做更進一步的檢查。

醫療機構在進行胎死腹中引產後，建議可將孕婦高危險妊娠因子歸納紀錄，必要時將胎兒、胎盤等採取病理檢驗相關檢視，正確及完整記錄於胎死腹中之原因，以做為未來降低此類事件策略之參考。

生產事故通報學習案例

序號	主題暨提醒重點	
1	急性胎心音窘迫嘗試以真空吸引協助陰道生產失敗，行緊急剖腹生產	<p>1.真空吸引輔助陰道生產時須監測胎心音並做好緊急剖腹產之準備。</p> <p>2.人員對於真空吸引器吸盤不斷分離脫落應有所警覺，其有可能與放置位置或牽引技術不正確有關。真空吸引之次數多寡並沒有明確的臨床數據限制，但臨床上多數產科醫師接受使用時間以不超過十分鐘為原則。</p> <p>3.若發生持續性胎心音減速之情形，應立即轉為剖腹生產。</p>
2	產後大出血	產後大出血的產婦及時輸血並使用各類促進子宮收縮之藥物及增加凝血功能之藥物，甚至血管栓塞術，若仍持續出血則應該進行風險評估是否儘早 <u>切除子宮</u> ，以降低產婦之死亡率
3	高危險妊娠	懷孕時有妊娠糖尿病或糖尿病，如血糖有升高情形應該及早給予胰島素治療，並密切追蹤發生糖尿病丙酮酸血症的可能性
4	保障剖腹產脊髓麻醉安全性	脊髓麻醉會造成血壓迅速下降，產婦尤其嚴重，不可只留意麻醉成功與否必須反覆確認管路輸液通暢程度
5	執行侵入性檢查前應以客觀管制措施確認懷孕狀況	對於經期紊亂的病人，執行侵入性檢查前由臨床判斷或由超音波、尿液檢查等確認懷孕狀況。

對象	序號	主題暨提醒重點	
胎兒	6	對於有胎死腹中危險因子之產婦應及早評估並給予適當處置	當孕婦主訴胎動減少，應盡快評估孕婦是否有增加胎死腹中的危險因子，並運用胎兒監視器或超音波檢視胎兒狀態
	7	子宮內胎兒死亡	對於有胎死中危險因子之產婦應及早給予妥善處置，當孕婦主訴胎動減少，應盡快評估孕婦是否有增加胎死腹中的危險因子，並運用胎兒監視器或超音波監測胎兒狀態以減低子宮內胎兒死亡之機會及改善懷孕之預後。
新生兒	8	維生設備在病人運送前應確認功能足以應付整個過程	依賴維生設備的病人在運送前應確認蓄電及氧氣能正常運作到完成，警示音更應妥為處理。
	9	新生兒轉診	新生兒臨床狀況發生變化時適當轉診的時機，轉送前如何穩定新生兒的狀況以及轉診前應先安排好的病情資料文件的準備、轉送動線安排等。
	10	新生兒急救	提醒生產前應確實檢查新生兒急救相關設備，確認大小及功能正常。

對象	序號	主題暨提醒重點	
胎兒	11	雙胞胎輸血症候群影響胎兒生長事件	儘快確定是否為單絨毛膜雙羊膜雙胞胎，密集以產科超音波追蹤胎兒成長狀況
產婦	12	子宮破裂	臨床要懷疑是子宮破裂，應立即處置
	13	長時間使用子宮收縮劑催生，造成子宮過度刺激事件	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。 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。
	14	殘存胎盤滯留導致延遲性產後大出血	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

產科醫療分級制度

美國醫院孕產婦照顧能力分級

Level of maternal care	Definition
Birth center	Low-risk women with uncomplicated singleton term pregnancies with a vertex presentation who are expected to have an uncomplicated birth
Level 1 : Basic care	Uncomplicated pregnancies with the ability to detect, stabilize, and initiate management of unanticipated maternal–fetal or neonatal problems that occur during the antepartum, intrapartum, or postpartum period until patient can be transferred to a facility at which specialty maternal care is available
Level 2 : Specialty care	Level I facility plus care of appropriate high-risk antepartum, intrapartum, or postpartum conditions, both directly admitted and transferred from another facility
Level 3 : Subspecialty care	Level II facility plus care of more complex maternal medical conditions, obstetric complications, and fetal conditions
Level 4 : Regional perinatal health care centers	Level III facility plus on-site medical and surgical care of the most complex maternal conditions and critically ill pregnant women and fetuses throughout antepartum, intrapartum, and postpartum care

日本醫院孕產婦照顧能力分級

Level of maternal care	Definition
Primary unit	Care of low risk pregnancy women
Secondary (local) center	Connecting center between primary unit to high level of facilities Requirements: obstetrician, pediatrician
Tertiary (regional) center	Center taking care of complicated delivery or pregnancy with fetal anomaly Requirements: obstetrician, pediatrician, anesthesiologist, other medical specialists
Quarternary (super perinatal) center	Center taking care of pregnancy with the most complex problems, maternal complication such as neurovascular disease, cardiac problems, sepsis, severe trauma, etc. Requirements: obstetrician, pediatrician, anesthesiologist, pediatric surgeon, pediatric cardiologist, neurosurgeon and other medical specialists

紐西蘭孕產婦照顧能力分級

Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines)

This document is available on the Ministry of Health's website:
www.health.govt.nz



Referral category	Consequent action
Primary	The Lead Maternity Carer (LMC) discusses with the woman that a consultation may be warranted with a general practitioner, midwife or other relevant primary health provider (eg, physiotherapist, lactation consultant, smoking cessation services, drug and alcohol services, maternal mental health services) as her pregnancy, labour, birth or puerperium (or the baby) is, or may be, affected by a condition that would be better managed by, or in conjunction with, another primary provider.
Consultation	The LMC must recommend to the woman (or parent(s) in the case of the baby) that a consultation with a specialist is warranted given that her pregnancy, labour, birth or puerperium (or the baby) is or may be affected by the condition.
Transfer	The LMC must recommend to the woman (or parent(s) in the case of the baby) that the responsibility for her care be transferred to a specialist given that her pregnancy, labour, birth or puerperium (or the baby) is or may be affected by the condition.
Emergency	An emergency necessitates the immediate transfer of clinical responsibility to the most appropriate practitioner available. Responding to an emergency may include providing emergency transport by road or air to a facility able to provide the necessary level of care (see Process Map 5).



Cardiac			
1007	Arrhythmia/palpitations; murmurs	Recurrent, persistent or associated with other symptoms	Primary
1008	Cardiac valve disease	Mitral/aortic regurgitation	Consultation
1009		Mitral/aortic stenosis	Transfer
1011	Cardiac valve replacement		Transfer
1012	Cardiomyopathy		Transfer
1013	Congenital cardiac disease		Consultation
1014	Hypertension	>140/90 or on antihypertensive medication	Consultation
1015		>150/100	Transfer
1016	Ischaemic heart disease		Transfer
1017	Pulmonary hypertension		Transfer
Endocrine			
1019	Diabetes	Pre-existing (insulin dependent or non insulin dependent)	Transfer
1020		Gestational, well controlled on diet	Consultation
1021		Gestational, requiring insulin	Transfer
1022	Thyroid disease	Hypothyroidism	Primary
		Hyperthyroidism	Consultation
1023	Hypopituitarism		Consultation



4019	Oligohydramnios	No pool depth equal or greater than 2 cm on scan or amniotic fluid index < 7	Consultation
4020	Placenta praevia; vasa praevia	At or > 32 weeks	Transfer
4021	Polyhydramnios	Scan pools > 10 cm	Transfer



6000–7000 Labour and birth – third stage			
6001	3rd and 4th degree lacerations		Transfer
6002	Cervical laceration		Transfer
6003	Postpartum haemorrhage (PPH)	> 500 ml of blood loss with ongoing losses	Consultation
6004	Retained placenta		Transfer
6005	Shock		Emergency
6006	Vaginal laceration	Complex	Consultation
6007	Vulval and perineal haematoma		Transfer



Code	Condition	Description	Referral category
4022	Pre-eclampsia	BP of $\geq 140/90$ and/or relative rise of $> 30/15$ mmHg from booking BP and any of: 1. proteinuria $> 0.3g / 24$ hours; or protein/creatinine ratio ≥ 3 , or 2+ protein on dipstick testing 2. platelets $< 150 \times 10^9/l$ 3. abnormal renal or liver function 4. imminent eclampsia	Transfer
4023	Preterm rupture of membranes	< 37 weeks and not in labour	Consultation
4024	Prolonged pregnancy	Refer in a timely manner for planned induction by 42 weeks	Consultation
4025	Premature labour	$34 - < 37$ weeks	Consultation
4026		< 34 weeks	Transfer
4027	Prelabour rupture of membranes at term	Consult before 24 hours	Consultation
4028	Confirmed reduced fetal movements	Following normal cardiocotograph but still concern – may require liquor assessment/growth assessment	Consultation
4029	Herpes genitalis	Active lesions	Consultation
4031	Uterine fibroids		Consultation
4032	Urinary tract infection (UTI)	Recurrent	Consultation
4033	Influenza-like illness		Primary
5000–6000 Labour and birth – first and second stage			
5001	Amniotic fluid embolism		Emergency
5002	Anhydramnios		Transfer
5003	Cerebral anoxia/cardiac arrest		Emergency
5004	Complications of anaesthetic		Consultation

確立產科分級醫療的目的

1. Purpose

These revised Referral Guidelines are intended to:

1. improve maternity care safety and quality
2. improve the consistency of consultation, transfer and transport processes
3. give confidence to women, their families and whānau, and other practitioners if a primary health care or specialist consultation, or a transfer of clinical responsibility is required
4. promote and support coordination of care across providers.

The Referral Guidelines are based on best practice and are informed by available evidence, expert opinion and current circumstances in New Zealand.

常見產科母體轉診原因(SOGC)

The most common indications for maternal transport may include, but are not restricted to:

- Preterm labour
- Preterm rupture of membranes
- Severe gestational hypertension or other hypertensive complications
- Antepartum hemorrhage
- Medical complications of pregnancy such as diabetes, renal disease, hepatitis
- Multiple gestation
- Intrauterine growth restriction
- Fetal abnormalities
- Inadequate progress in labour
- Malpresentation
- Maternal trauma

母體轉診資訊內容

The need for transport must be communicated and discussed with the woman and her family, with adequate opportunity provided, as circumstances permit, for the woman's questions and concerns. Information provided to the woman and her family should include:

- The reasons for transport
- The scheduled date, time, and duration of the transport
- The destination of the woman
- The mode of travel
- The names of staff members who will accompany the woman and/or family
- The visiting hours and telephone numbers of the receiving hospital
- The anticipated length of hospital stay
- Travel directions/maps to receiving hospital by car, or information on other modes of transportation
- The accommodation options for family members²

母體轉診的禁忌症

Under some circumstances, transport is either not desirable or not possible. Contraindications to maternal transport may include the following:

- The woman's condition is insufficiently stable for transport.
- The fetus' condition is unstable and threatening to deteriorate rapidly.
- The birth is imminent.
- No experienced attendants are available to accompany the woman.
- Weather conditions are hazardous for travel, or present dilemmas for transport.

國內產科醫療分級制度及困境

表 2-5：105~108 年度申報健保生產數與申請案件數之機構層級分布表

105~108 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	109,793	17.4%	258	29.1%	2.35‰
區域醫院	159,755	25.3%	192	21.7%	1.20‰
地區醫院	179,269	28.4%	230	26.0%	1.28‰
診所	181,748	28.8%	203	22.9%	1.12‰
助產所	380	0.1%	3	0.3%	7.89‰
合計	630,945	100.0%	886	100.0%	1.40‰

(生產數資料來源：健保署，統計區間：105/6/30~108/12/31)

醫師導向

醫院導向

區域導向

轉診 醫療院所的選擇

急診病患轉診網絡



項次	項目	責任醫院	
		LEVEL II	LEVEL III
1	妊娠合併高血壓(輕度)(血壓 < 160/110 mmhg)	V	V
	妊娠合併高血壓(重度)		V
	慢性高血壓(輕度)(血壓 < 160/110 mmhg)	V	V
	慢性高血壓(重度)		V
	輕度子癩前症	V	V
	重度子癩前症		V
	子癩症		V
2	妊娠合併糖尿病(輕度)及妊娠性糖尿病	V	V
	妊娠合併糖尿病(重度)HbA1c > 8.00		V
3	妊娠合併心臟疾病(I、II)(第一、二度功能異常)	V	V
	妊娠合併心臟疾病(III、IV)(第三、四度功能異常)		V
4	妊娠合併急性泌尿系統發炎	V	V
	妊娠合併慢性腎臟疾病		V
5	妊娠合併肝臟疾病及嚴重消化道疾病		V
6	妊娠合併支氣管氣喘、肺水腫		V
7	妊娠合併紅斑性狼瘡[自體免疫疾病](輕度)	V	V
	妊娠合併紅斑性狼瘡[自體免疫疾病](重度)		V
8	妊娠合併甲狀腺疾病	V	V
	甲狀腺風暴		V
9	妊娠合併中樞神經疾病		V
10	妊娠合併血液凝固疾病		V
11	妊娠合併法定傳染性疾病		V
12	妊娠合併良性婦科腫瘤	V	V
	妊娠合併惡性婦科腫瘤		V
	妊娠合併輕度外科疾病	V	V
	妊娠合併重度外科疾病		V
13	妊娠合併前置胎盤及胎盤剝離	V	V
	妊娠植入性胎盤(產前、產中、產後大出血)		V
14	妊娠合併羊水栓塞產科合併症		V
15	妊娠合併早產 > 31 週	V	V
	妊娠合併早產 ≤ 30 週		V
	妊娠合併早產及早期破水(PROM-) > 31 週	V	V
	妊娠合併早產及早期破水(PROM+) ≤ 30 週		V
16	妊娠合併先天胎兒異常或子宮內胎兒死亡	V	V
	妊娠合併先天胎兒異常出生後需立即接受外科手術治療者		V
17	產前遺傳疾病染色體及基因檢查	(由衛生署認證通過產前遺傳疾病檢驗單位)	
18	妊娠合併腫瘤及癌症		V
19	妊娠期間合併羊膜炎輕度	V	V
	妊娠期間合併羊膜炎重度(敗血症)		V

台灣醫院緊急醫療能力分級評定

5.2.1 訂有高危險妊娠孕產婦處置流程(含住院、手術、轉院機制、緊急會診機制等)

【評量方法】

1. 依不同高危險妊娠孕產婦之照護處置訂定流程，所有流程均需呈現不同高危險妊娠之完善處置。
2. 轉院機制應包含**轉入及轉出**機制。

第五章

高危險妊娠及新生兒醫療(分中重度)

5.2.2 訂有新生兒(含早產兒)處置流程(含轉院機制、緊急會診機制等)

【評量方法】

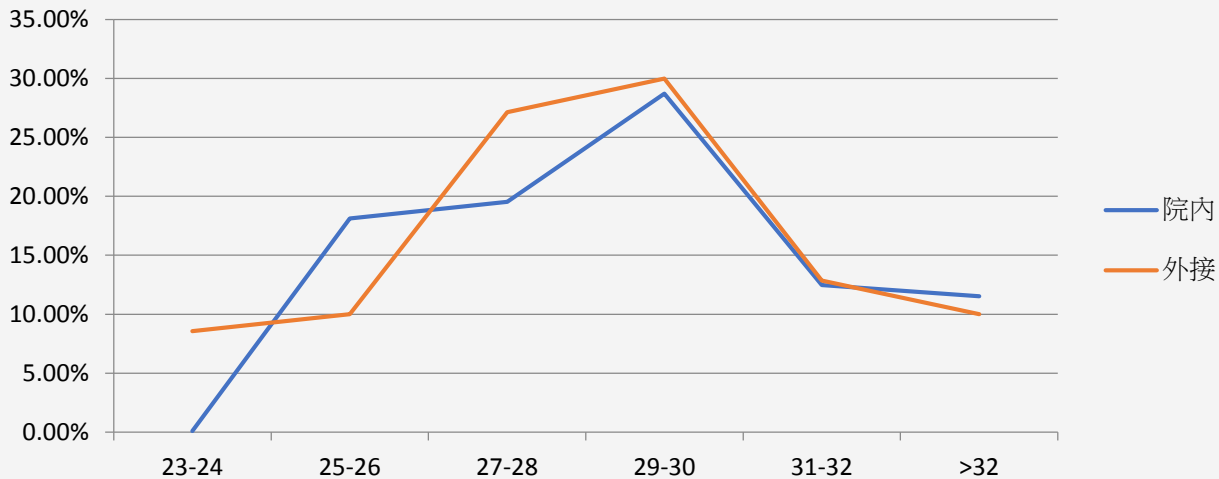
1. 本基準之流程由醫院自行訂定，如：於生產過程中發生何種狀況需緊急會診之流程、新生兒出現何種症狀時，應會診之機制或入住加護病房之入住流程等，備有流程資料可查。
2. 如有新生兒(含早產兒)外接個案，請呈現外接流程且備有資料可查，外接時新生兒加護病房內仍應有醫師處理此期間之病人醫療照護需求。
3. 轉院機制應包含**轉入及轉出**機制。

醫院緊急醫療能力分級

能執行高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護	重度 LV.3	中度 LV.2
一.訂有高危險妊娠孕產婦處置流程（含住院、手術、轉院標準、緊急會診機制等）。	✓	*
二.訂有新生兒（含早產兒）處置流程（含轉院標準、緊急會診機制等）。	✓	*
三.照護人力		
1.有婦產科專科醫師能於高危險妊娠孕產婦入院60分鐘內診治。	✓	*
2.有受過高危險妊娠照護訓練之護理人員。	✓	*
3.有具新生兒（含早產兒）照顧訓練之兒科專科醫師，並受有新生兒高級救命術訓練。	✓	*
4.有受過新生兒（含早產兒）照顧訓練之護理人員，並具新生兒高級救命術訓練。	✓	-
四.能於假日及夜間處置高危險妊娠孕產婦。	✓	*
五.能於大夜班執行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術。	✓	-
六.能於假日及夜間處置急重症新生兒（含早產兒）。	✓	*
七.能於大夜班執行急重症新生兒（含早產兒）手術或介入性治療。	✓	-

新竹馬偕新生兒外接服務(2007-2016)

週數(wks)	23-24		25-26		27-28		29-30		31-32		>32		Total	
2007-2016	院內	外接	院內	外接	院內	外接	院內	外接	院內	外接	院內	外接	院內	外接
院內	0.1%		18.12%		19.53%		28.71%		12.47%		11.53%		100.00%	
外接		8.57%		10.00%		27.14%		30.00%		12.86%		10.00%		100.00%
(存活數)	15	2	57	5	71	15	118	19	52	8	49	6	362	56
(總數)	40	6	77	7	83	19	122	21	53	9	49	7	425	70
存活率	38%	33%	74%	71%	86%	79%	97%	90%	98%	89%	100%	86%	85%	80%



存活平均住院日	61.34	59.07843
chronic lung disease (%)	34.53%	36.36%
PDA	38.12%	47.27%
PDA ligation	12.15%	12.73%
PPHN	6.63%	3.64%
PN days	9.90805	9.096154
NEC	2.49%	3.64%
Sepsis	11.88%	9.09%
blood fungal infection	1.93%	1.82%
IVH	5.25%	12.73%
Hydrocephalus	3.04%	1.82%
PVL	1.66%	1.82%
CP	4.42%	7.27%
Anemia, pRBC transfusion	47.79%	45.45%
FFP transfusion	11.88%	23.64%
ROP	40.61%	45.45%

產前母體轉診

- ✓ 院外出生的醫療院所缺乏充足的人員與設備
- ✓ 急救方式不夠有效或不適當
- ✓ 急救後的穩定處理不夠完整
- ✓ 治療較晚執行，如表面張力素及適當的呼吸治療

■會員園地

早產兒的急救轉送與預後

產前母體轉診

當懷孕的婦女呈現高危險妊娠的狀態，使得周產期的問題威脅到產婦或胎兒的健康與安全且須住院檢查監測及治療時，產前母體轉診是保障母子健康的必要措施。根據加拿大婦產科醫學會建議，執行產前母體轉診的狀態包括：早產、失血、自發性胎盤剝離、胎動減少、胎位不正、胎膜早破、產前子癲、產前子癲、產前子癲。

Maternal Transfer



Maternal Transport Policy

This policy statement has been reviewed by the Clinical Practice Obstetrics Committee and reviewed by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

The most common indications for maternal transport may include, but are not restricted to:

- Preterm labour
- Preterm rupture of membranes
- Severe gestational hypertension or other hypertensive complications
- Antepartum hemorrhage
- Medical complications of pregnancy such as diabetes, renal disease, hepatitis
- Multiple gestation
- Intrauterine growth restriction
- Fetal abnormalities
- Inadequate progress in labour
- Malpresentation
- Maternal trauma

Under some circumstances, transport is either not desirable or not possible. Contraindications to maternal transport may include the following:

- The woman's condition is insufficiently stable for transport.
- The fetus' condition is unstable and threatening to deteriorate rapidly.
- The birth is imminent.
- No experienced attendants are available to accompany the woman.
- Weather conditions are hazardous for travel, or present dilemmas for transport.

協調管理中心

周產期照護網絡

兒童醫療照護網絡

偏遠地區

- 高危險妊娠 (例如：糖尿病、高血壓...等醫療與轉介)

核心醫院

- 高危險妊娠照護
- 新生兒重症、罕病照護

後送

重點醫院

- 高危險妊娠照護
- 新生兒照護及轉送

外接

基層+社區醫院

- 產檢、接生
- 新生兒照護

核心醫院

- 24小時急症照護
- 兒童重、難、罕病照護
- 兒童(包括新生兒)重症轉送團隊

外接/下轉

重點醫院

- 24小時急症照護
- 兒童重症、創傷照護

外接/下轉

基層+社區醫院

- 預防醫學
- 一般兒童醫療照護

偏遠地區

- 遠距醫療
- 偏鄉兒童醫療照護的專業訓練

註：紅色框表示計畫補助重點、橘色箭頭表示轉送團隊的主責(含外接及下轉)、綠色箭頭表示主責支援偏遠地區

轉診文化的困境

- 1 台灣目前非公醫制度
.....→
- 2 產檢費用偏低，生產發生健保費用
.....→
- 3 無日本轉診共照費用
.....→
- 4 各級醫療機構量能不同
.....→

周產期照護轉診計劃書

各醫療院所，您好：

為提供孕產婦更好的周產期醫療照護，並建立更好的轉診制度及照護網絡，故制訂此計劃書，供基層醫療院所及後送醫院參考，以利雙方共同討論並制定高風險管理計劃。謝謝！

(一) 基層醫療院所名稱：_____ 聯絡人：_____

E-mail：_____ 連絡電話：() _____

(二) 後送醫療單位名稱：_____ 聯絡人：_____

E-mail：_____ 連絡電話：() _____

是否轉診	高 危 險 妊 娠 轉 診 項 目
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 妊娠_____週前之早產病患。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2. BMI \geq _____之產婦。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3. 嚴重妊娠高血壓。血壓收縮壓高於_____, 舒張壓高於_____。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4. 孕產婦糖尿病。 <input type="checkbox"/> 是/ <input type="checkbox"/> 否合併血糖控制不佳, 需藥物治療者。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	5. 前置胎盤患者。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	6. 多胞胎。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者或胎盤功能異常者。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	8. 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	9. 白血病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	10. 血友病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	11. 愛滋病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	12. 疑胎盤早期剝離。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	13. 合併接受外科手術者。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	14. 雙胞胎輸血症候群。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	15. 其他(_____)

備註：此計劃書不具法律效力，如醫療上有需要修正時，仍建議雙方院所進行溝通後執行之，以確保生產平安。

資料來源：台灣產科醫學會




3


周產期風險管控及後送

生產事故救濟條例

第二十二條

 為預防及降低生產事故風險之發生，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，並針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

第二十五條

 醫療機構及助產機構違反第二十二條第一項規定，有下列情事之一者，各處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰：

- 一、未建立機構內**風險事件管控與通報機制**。
- 二、未針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案。
- 三、未配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

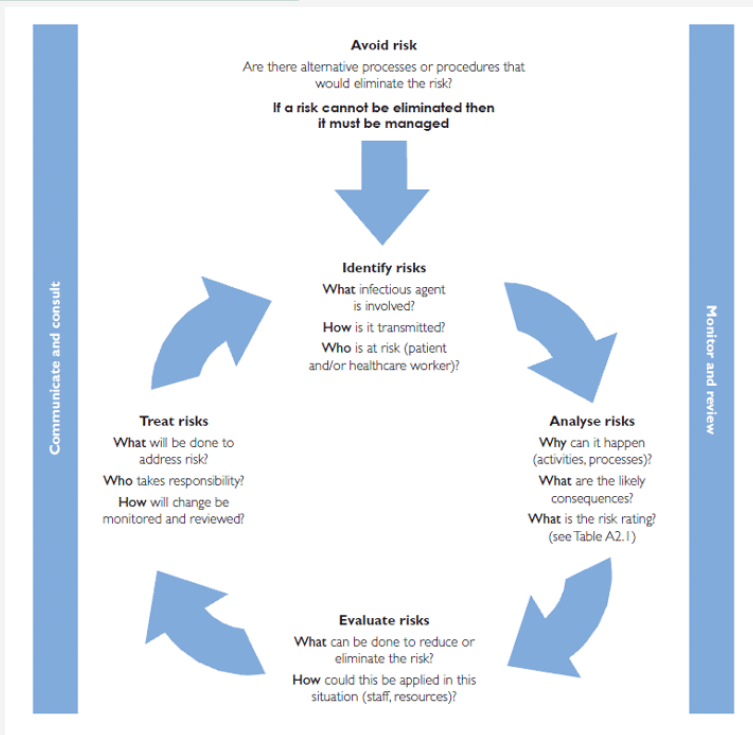
風險管理的定義

是一個管理過程，包括對風險的

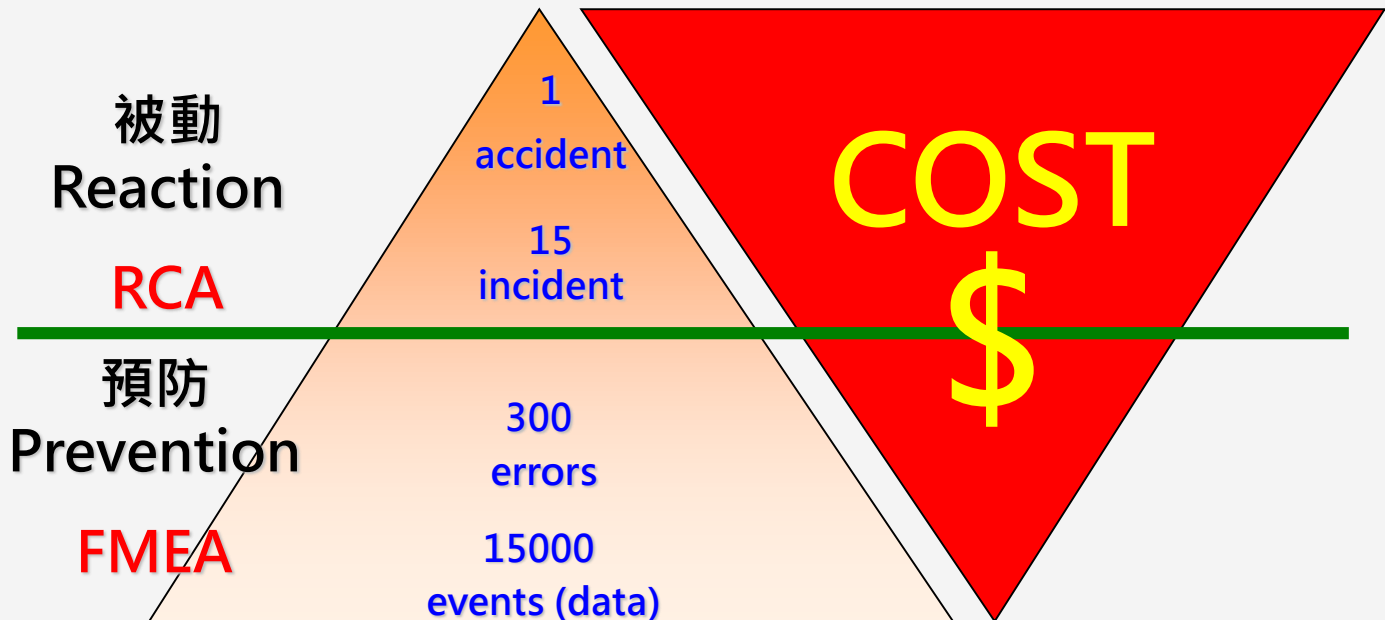
- 定義(Identify)
- 測量(Analyse)
- 評估(Evaluate)
- 發展因應風險的策略(Treat)

目的在將可避免(Avoid)的風險、成本及損失極小化

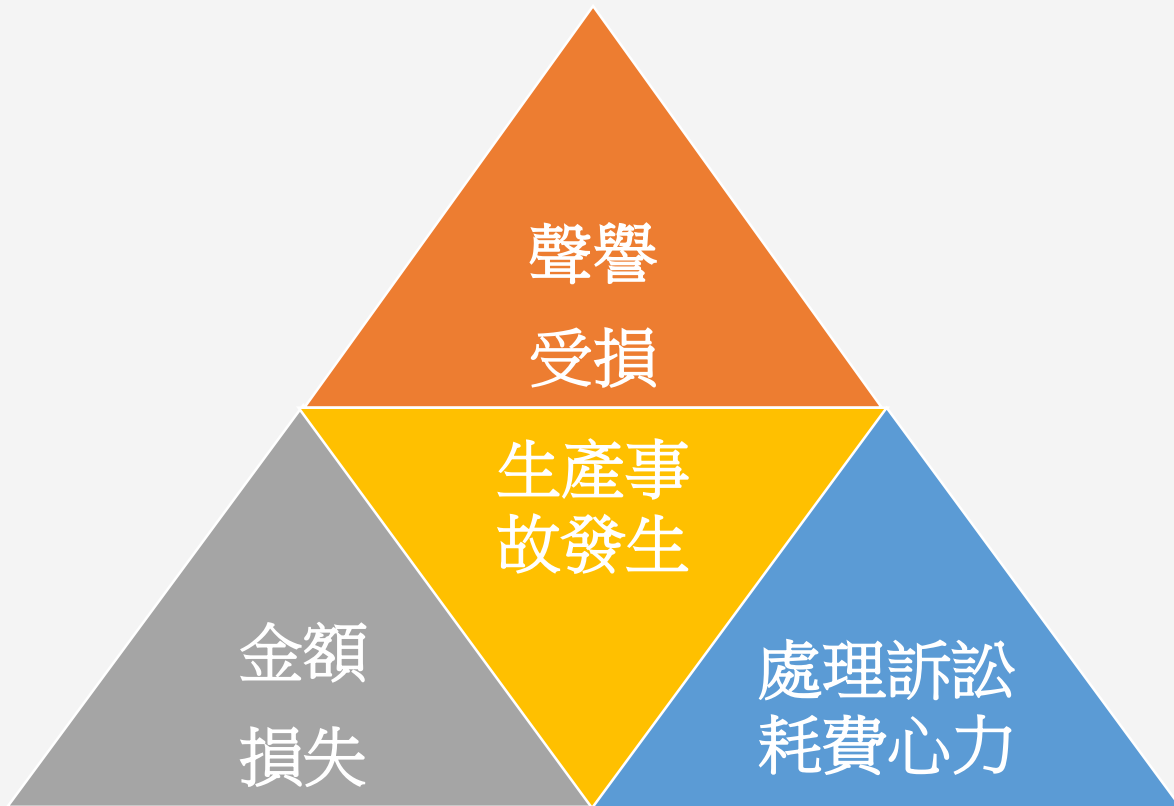
優先處理引發最大損失及發生機率最高的事件，其次再處理風險相對較低的事件



病人安全的風險管理



為什麼要做風險管控？



AIM* 為了有效降低孕產婦發病率 (morbidity) 及死亡率 (mortality)，發展孕產婦安全組合式照護 (maternal safety bundles)，其中包含四種架構：



及時準備
(Readiness)

- 有多專科團隊、風險評估、演練、標準程序、準備特定緊急應變工具車

辨識及預防
(Recognition & Prevention)

- 訂有辨識早期徵象 (early warning sign) 的機制

緊急應變
(Response)

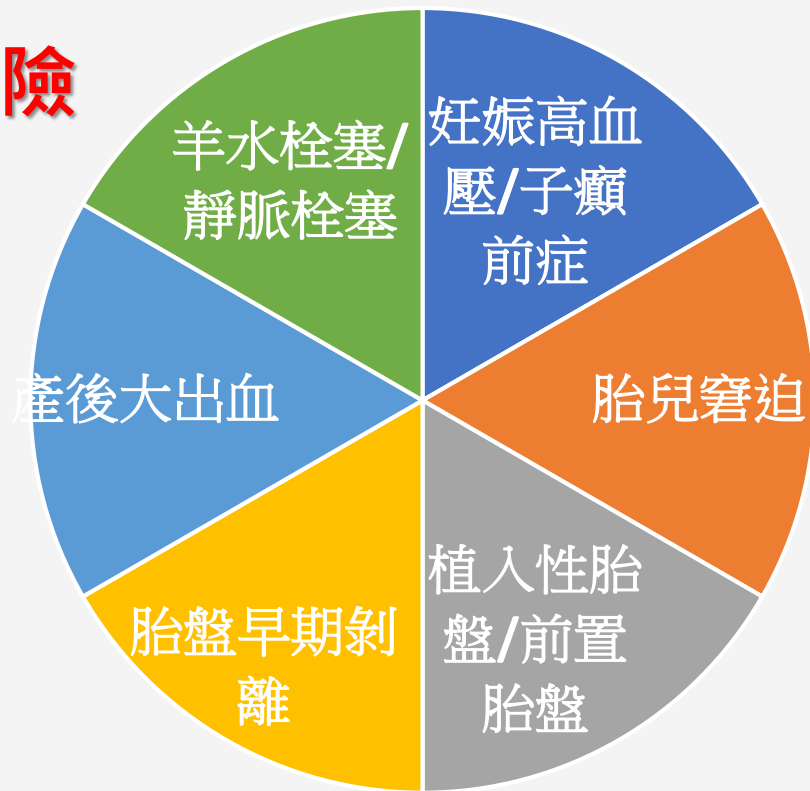
- 有呼叫緊急應變小組的程序

檢討與學習
(Reporting/
Systems learning)

- 跨專科委員會對嚴重相關案例進行病例討論、事後檢討與學習改善

由歷年通報資料中歸納婦產科常見的

六大風險



周產期風險管控及後送



「事前準備」	「辨識與預防」
<ul style="list-style-type: none"> • 有辨識及處理能力的人員、設備與流程 • 有緊急生產、緊急備血、輸血流程 • 有進階影像學診斷能力與設備 • 有降血壓藥物、抗痙攣藥物、抗凝血劑（需附使用方法及劑量指引） • 能進行胎兒監視及正確判別生產時機 • 定期對所有流程施行在職教育、模擬及檢討匯報 • 有常規定期案例模擬演練的機制及立即啟動緊急應變的能力、設備 • 機構評估無法處置產婦及新生兒時，應有緊急轉院機制 • 訂有進一步會診、諮詢及轉診的計畫，有跨團隊醫師與婦產科醫師共同照護或重症照護機制 	<ul style="list-style-type: none"> • 辨識嚴重徵象與併發症，出現不良徵兆或檢驗室檢查結果異常時，醫護人員應即時回應及啟動標準的處理程序 • 有辨識及評估高危險妊娠產婦及胎兒的能力，應對高危險產婦進行衛教及告知返診時機 • 及早確立胎盤位置 • 第三產程之積極處置（AMTSL），避免產後出血 • 產婦如果發生突發性的心肺功能衰竭應優先考量是否為羊水栓塞
「緊急應變」	「檢討與學習」
<ul style="list-style-type: none"> • 血壓控制，預防子癲症的發生 • 評估儘早生產時機 • 胎兒窘迫之處理流程 • 緊急剖腹產時的聯繫 • 生產過程及產後大出血的處置 • 能對產婦及新生兒執行高級心肺復甦術並給予氧氣 • 新生兒緊急處置照會系統，有合適的新生兒緊急照顧人員及設備 • 有加護病房並可跨團隊照護 • 轉院前應盡量穩定其狀況，並做適當聯絡、交班、安排及紀錄 	<ul style="list-style-type: none"> • 病例討論及處置流程修訂的機制 • 定期監測結果及醫療指標 • 針對診所轉診個案有回饋機制 • 舉辦繼續教育訓練課程使醫護人員及早辨識及熟悉緊急處置 • 有辨識的能力 • 追蹤相關案例的預後 • 高風險病人之衛教與返診時機



4

偏鄉照護資源

偏鄉醫療與產科開放醫院或生產中心

- 目前可提供產檢醫療院所為可接生醫療院所之兩倍
- 維持一般產房運作經費過高
- 開放醫院或生產中心，以達便利產檢，安全生產

優質的開放醫院或生產中心

- 兒科緊急會診
- 緊急剖腹生產
- 產後大出血之備血輸血及緊急救助
- 產科併發症之處理及照護

醫療人力之利用

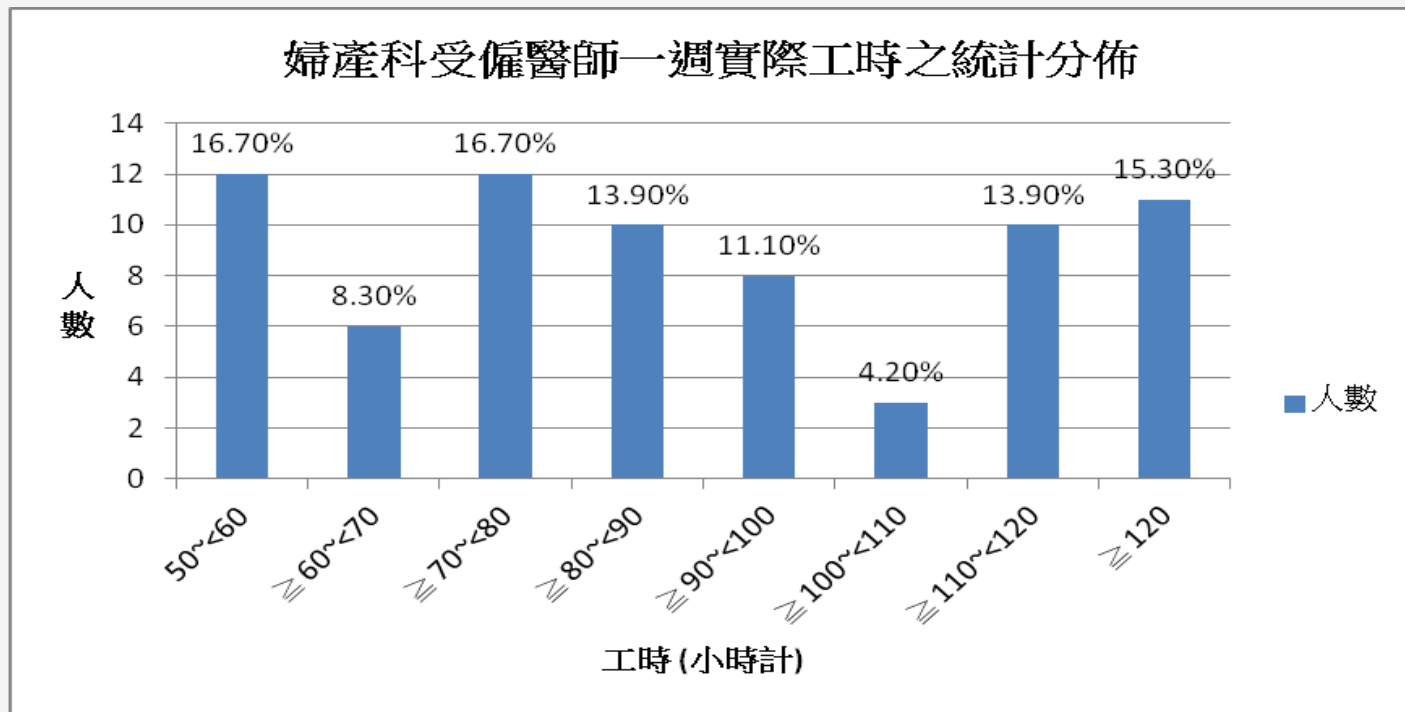
- 三分之二以上醫師不作接生業務
- 女性婦產科醫師比例上升
- 醫師納入勞基法的人力不足困境

受雇產科醫師調查

年齡	30-39歲	40-49歲	50-59歲	60-69歲
No.	7	25	26	14
Percentage	9.7%	34.7%	36.1%	19.5%

- 調查對象為生產數每月達20人次以上之受僱醫師
- 40-59歲之婦產科醫師為現今接生業務之主力(占70%)，年輕醫師之受雇醫師則明顯缺乏。
- 男性居多，占60人(83.3%)，女性占12人(16.7%)

受雇產科醫師工時調查



開放醫院或生產中心的困境

- 基層醫療與合作醫院的競合
- 執業能力及醫療處置的考量
- 醫院整合醫學專科醫師(Hospatilist)的建立
- 醫師費的分配原則
- 總額制度
- 醫療糾紛之處置

開放醫院或生產中心的願景

1. 改善偏鄉人力不足及維持產房單位運作
2. 分級醫療之當地產檢集中生產
3. 優質化產科照護品質
4. 因應醫師納入勞基法工時設限的衝擊

偏鄉醫療之資源利用



個案管理師於懷孕第一階段介入

提醒產檢時程及提供衛教

足月孕產婦之管理及待產補助

提供產檢及接生醫療院所資訊

確認高危險妊娠之轉送





5

生育管理制度的建置

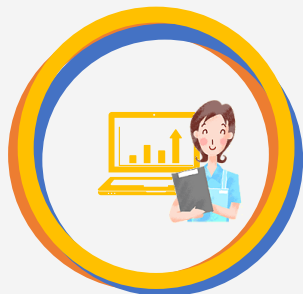
友善孕產婦職場環境，改善生產高齡化

因應半數以上婦女投入職場工作，建構**友善孕產婦職場環境**，可以提高生育率及降低生育年齡，孕育健康下一代

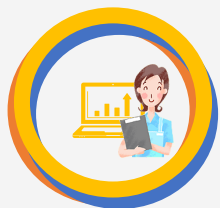
- 充裕托嬰機構，讓職場婦女無後顧之憂
- 充足職場人力，補足女性產假及育嬰假之不足
- 政府應適時給予友善孕產婦職場企業補助及減稅

完善產檢環境

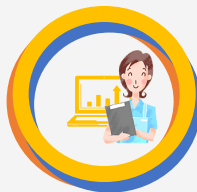
生產個案管理師之權責



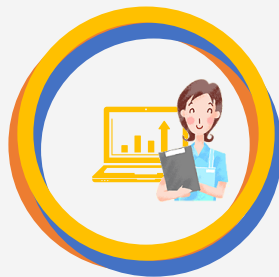
孕產婦衛教及
產檢提醒



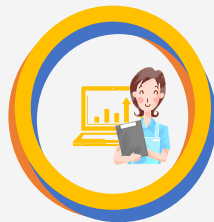
利用孕婦手冊的發放可
預估未來地區生產量



產檢登錄大數據分析，建立
生產醫療院所之調查及分析產
檢及生產醫療院所之差異原因



整合地區性生產醫療院
所之分級及後送網絡



偏鄉醫療缺乏地區之孕
產婦產檢協助及管理

大數據下的生育管理制度



大數據下的生育管理制度

台灣為何要做生育管理制

1

產檢的使用率與生產併發症有相當關係

2

健康產科照護可大幅下降醫療費用

3

建立生產網絡及高危險妊娠轉診後送系統

4

確認地區生育量與生產醫療院所之平衡，以改善孕產婦照護品質

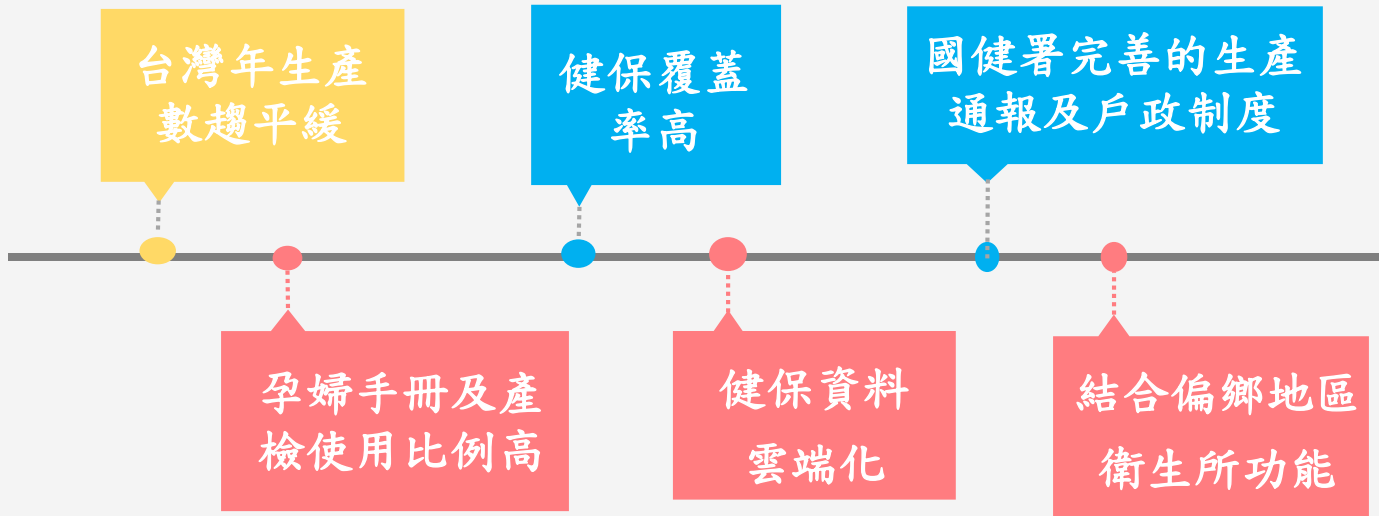
5

偏鄉地區生產醫療照護

6

透過資料分析可作為改善未來孕產婦照護品質

大數據下的生育管理制度



台灣生育管理制度的建立之可行性

建立優質的生產機構及轉診網絡之建置

目前台灣孕產婦及
周產期死亡率已達
世界水準

診所及醫院提供的
服務及目的不同

結合急重症醫院
評鑑分級管理

建立診所風險管
理計畫及完善後
送制度

個管師協助地區性
整合生產醫療院所
之分級及後送網絡

看到



你想到甚麼？



- 18: 00 蔡婦產子後突然出血不止
- 18: 20 00婦產科向蔡婦的丈夫稱派員至捐血中心取血（來回車程約1小時15分）
- 18: 51 00婦產科向高醫調血，高醫指需先通知捐血中心，但佳欣無回電
- 18: 55 00婦產科向阮綜合調血，阮綜合向捐血中心確認後回電通知可供血，00婦產科卻說：「有需要再跟你們講。」
- 19: 40 00婦產科由捐血中心取回血袋，為蔡婦進行輸血
- 20: 00 00婦產科將蔡婦轉送高醫，之

