

放棄救治早產兒的罪與罰

台中地院以殺人罪論處 恐加速促成家長一走了之
放棄治療每月都有案例 留下鉅大醫療費 醫界難收拾

記者 詹建富／報導

●台中地方法院審理一宗早產兒致死案時，以家長不應放棄對早產兒必要的醫療照顧為由，而對早產兒父親以殺人罪論處。昨天引起醫界及法界的高度關切，深恐此一判例成立後，會產生現實面的後遺症。今後不論醫師或家屬，在面對早產兒是否繼續就醫時，可能不知何去何從。

台中一名林姓商人因生下早產兒，在無力負擔鉅額醫療費用而放棄治療機會，致使早產兒死亡，案經檢察官發現，認為法律上認定早產兒既是一獨立生存的自然人，生命權依法應受同等保障，指家長主觀上有放棄早產兒，而以遺棄致死罪起訴這名家長。但法官在審理該案時，不給予生存所必要的照顧，置於死地的犯意，客觀上又與積極殺害行為相同，而改以殺人罪論科，但衡量家長實情有可原，於是只判決五年有期徒刑。

台北市律師公會醫藥衛生委員會召集人李聖隆，在獲悉此一判決後指出，家長自動放棄早產兒的治療，充其量只是遺棄罪。因為，根據刑法第294條及民法親屬篇的意旨，扶養義務人對於無自救力的人，不履行為其生存所必要的扶助、養育、保護的義務，即屬遺棄罪，而致人於死者，則另有遺棄致死罪的科刑。他認為，該案審判法官改以殺人罪論科，並不恰當。

值得注意的是，李聖隆說，過去曾有醫院以家長避不出面負擔早產兒醫療費用，而告家長觸犯遺棄罪，卻從無被法院認定的案例。他擔心，一旦林姓商人放棄早產兒治療成為國內第一個判例後，可能日後家長乾脆把小孩留在醫院而不聞不問，不但置大筆醫療費用於不顧，也可避免法律科刑，都讓醫院傷透腦筋。

對此，馬偕醫院小兒科醫師黃富源同感。他指出，過去家長常因早產兒有先天不良所產生各種合併症，在不堪龐大醫療費用負擔下，幾乎每個月就有1、2名早產兒被家長放棄治療。如今此一案例判決後，也可能「鼓勵」家長避不出面，留下醫院處理燙手山芋。黃富源也指出，某些早產兒即併有先天畸形、蒙古症，或治療率不高的先天性疾病等，雖然站在醫師觀點會予以救治，但如果要求家長不計後果投下大筆醫療費用，最後早產兒仍然死亡，確實令醫師與家長都難以選擇。

因此，耕莘醫院永和分院小兒科主任張憲淞與黃富源都認為，該判決雖對某些家長有警惕作用，但在國內缺乏一套早產兒就養及補助制度之前，亟待組織一個早產兒基金會，以挽救不斷出現的人間悲劇。

遺棄致死？殺人罪？

法界：事實認定不同 外人不可評論

【本報訊】針對放棄治療早產兒父親被依殺人罪判刑5年案件，法界人士指出：司法獨立，外人不可評論判決，但如當事人不滿判決可提出上訴，以為救濟。

法界指出，此案起訴罪嫌為較輕的遺棄致死罪，而到了法院，法官依殺人罪判刑，兩者發生差異原因是，檢察官與法官在事實認定之不同，依法不能評論誰是誰非。

此案上訴後，承審法官也可依自己的認定，不排除再引用遺棄致死罪來判決之可能性。法界人士看過此案判決書表示，判決理由相當周延或許因為這類案件發生多，但被偵辦判刑的少，所以此案成為話題。

據指出，現今社會上有若干案例，是家人將已無法挽救之病人（如癌症末期）帶回家中，因治療中斷而死亡；此類案例罕見檢察官追訴，因為檢察官也不知道有此事。

但台中商人林坤泉案已經曝光，所以檢察官必須依法自動檢舉偵查起訴。（轉載自民生報 80.6.5.）



周產期通訊

中華民國周產期醫學會會訊

第三期

1991年6月

發行人：陳哲堯

編輯委員：謝燦堂、鄒國英、林啓瑞、

秘書長：謝豐舟

李建南、周輝政

《國際會議一》

第一屆世界周產期醫學會

1st INTERNATIONAL CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE

時間：1991年11月5日至8日 地點：日本東京

第一屆世界周產期醫學會將於今年11月5日至8日在日本東京舉行，預計有來自世界40餘國2000位專家與會。希望各會員能踴躍參加，發表論文，將研究成果與世界各國學者交換心得。（論文截止日期為5月31日）

各會員先生如有興趣參加，請洽醫學會葉小姐索取報名表和資料。

《國際會議二》

第二屆中日周產期及婦產科超音波懇談會

時間：1991年9月22日

地點：台大醫院第七講堂

第二屆中日周產期及婦產科超音波懇談會，將於1991年9月22日假台大醫院第七講堂舉行，屆時將有多位日本知名教授參與此會，歡迎本國同好共襄盛舉，有意報名者請洽醫學會葉小姐報名。

※聯合討論會訊※

四月二十日聯合討論會計有90人參加。

六月八日聯合討論會計有77人參加。

*（八月份）聯合討論會預告：

時間：1991.8.10.（星期六）下午1:00 - 3:00

地點：台大醫院景福館一樓會議

主講單位：仁愛醫院 長庚醫院

中華民國周產期醫學會

國立台灣大學附設醫院景福館二樓

台北市常德街一號

Tel: 381-6198 or 312-3456 轉2365

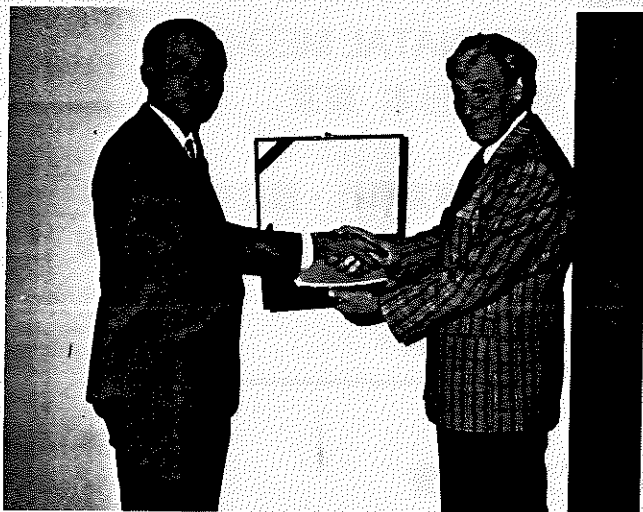
FAX: 381-6198

印刷品

※ 學術演講會消息 ※



(由右至左) Prof. Hiroshi Nishida 夫婦、
副秘書長 鄒國英 醫師、秘書長 謝豐舟 教授
理事長 陳哲亮 教授、副秘書長 謝煥堂 醫師



主持人 李慶雲 教授及 Prof. Hiroshi Nishida

本學會已於 1991 年 5 月 29 日及 6 月 12 日分別邀請日本教授 Hiroshi Nishida; 瑞典教授 Lennart Kohler 來台演講，主題為 How small is too small in Japan 1991; Perinatal Center-Necnatal Care System 與會聽講者及討論者十分踴躍，本學會將陸續邀請外賓來台演講，歡迎會員踴躍參加。

※ 徵求雜誌封面及會徽設計 ※

本學會於 1991 年 3 月 28 日召開第二屆第一次編輯委員會，會中討論有關本會雜誌之名稱改及封面設計，本學會並設立獎金辦法，特此向各會員先生爭求各方面資料，歡迎有興趣者參與本會雜誌之封面及會徽設計。

※ 投稿新訊 ※

本會雜誌自第三期將編入國際雜誌字號 -
【 ISSN 1017-6454 】目前本會雜誌尚缺稿件數篇，敬請各會員先生踴躍投稿。

會址：台北市常德街1號 台大醫院
景福館二樓
電話及傳真：(02) 3816198

『 病案討論 』

妊娠與全身性紅斑狼瘡

台大醫院 婦產科 李健南 徐明洸 何弘能

全身性紅斑狼瘡 (systemic lupus erythematosus, 以下簡稱 SLE) 好發於生育年齡之婦女。其盛行率 (prevalence) 約為每 1666 妊娠佔 1 次。

由於妊娠過程牽涉到內分泌系統及免疫系統功能之急劇變化，自然對於自體免疫疾病 (autoimmune disease)，尤其是 SLE 之病程有所影響。同時，妊娠過程中，其生理、生化學上的變化，也會影響臨床醫師對 SLE 檢驗結果之判讀及病情變化之判斷。最重要的，近年來對 SLE 妊娠所作之研究，針對母親及胎兒之影響所獲致之結果，更是值得我們留意。

壹、妊娠對 SLE 之影響

一、內分泌系統之變化

有某些證據顯示動情激素 (estrogen) 會影響 SLE，而一般 SLE 病人有較高的動情激素濃度及較低的雄性激素。但是動情激素在 SLE 中扮演的確切角色目前仍未完全了解。此外，HCG 及 Prolactin 被認為會抑制免疫反應，這兩種荷爾蒙在妊娠過程中急速上升，對 SLE 之影響目前仍待了解。

二、免疫系統之變化

在正常懷孕中， C_3 的分解產物 C_3a 會升高，顯示妊娠過程補體之消耗率增加，然而補體成份之血中濃度，包括 C_3 ， C_4 及 TCH (total hemolytic complement) 均隨妊娠週數而上升。一般而言，妊娠性高血壓 (pregnancy induced hypertension,

PIH) 會比活動性 SLE 伴隨較高的補體上升，但是無法以此作為診斷之區分參考。不過值得一提的，高濃度 anti-cardiolipin 抗體會刺激補體活化，而表現出 C_4 明顯下降。

妊娠過程中，抗病毒剷體減少而某些自體免疫抗體則會增加。妊娠婦女有 10% 可檢出 ANA (anti-nuclear antibody)，而對照組 (非妊娠婦女) 則僅 2% 之檢出率。此外一些妊娠特異性蛋白的上升，如 alpha-2 glycoprotein, alpha-fetoprotein，HCG 及 transcortin 均可能抑制免疫系統之功能。

三、血液系統之變化

妊娠使血小板之消耗增加，而 PIH，IUFD 及一些 DIC 會造成 thrombocytopenia。在 SLE 之孕婦中亦會出現血小板過低之現象。

T 淋巴球功能在妊娠過程中會降低，可以緩和一些 SLE 引起之 T 細胞異常。

四、對 SLE 病情之影響

過去認為，妊娠會使 SLE 加重，甚至認為在一個 trimester 及產褥期是 "lupus flares" 的好發時期。(參見表一) 但是近年來之對照研究，認為不盡如此。Estes et al 認為病人受孕時之 SLE 活動性是決定因素，故對於 SLE 已緩解之病人其妊娠期間病情惡化者之比例僅 26%，但是對於 SLE 發作期間之妊娠，會有 37% 病情持續，而有 33% 之病人惡化。Lockshin et al 之研究顯示妊娠婦女與未妊娠婦女，若配對以年齡、種族及疾病程度，其疾病表現，前後者並無明顯差異，顯示妊娠並不見得加重疾病程度。何以目前之結論與過去有如此明顯差異，可能是過去選擇病患多以重度患者居多，及認定是否惡化時，與其他妊娠合併症混淆，誤以為是 SLE 惡化所致。

過去也有誤解，以為治療性中止妊娠會導致 SLE flare up 之速度增加，但目前亦已摒棄這種觀念。

大部分在妊娠期間活動性上升之 SLE，在妊娠結束後常會好轉。病人若能獲致臨床症狀之完全緩解，將來成功懷孕之機會仍然很大。

貳、SLE 對受孕及妊娠之影響

一、受孕能力 (Fertility)

一般而言，SLE 病人之受孕能力與常人無明顯差異。Friedman 及 Rutherford 分析 101 個 SLE 病人，其不孕 (sterility) 率約為 20.8%，其他每人則有平均 2.3 次之懷孕次數。Fraga 等人之研究，SLE 病人在發病前，已發病及正常對照組婦女之受孕率分別為 3.4，2.1 及 3.6 次。此在統計學上無明顯差異。

雖然如此，如果病患病情嚴重，則受孕能力當然會受到影響。例如腎臟功能不足，血中 creatinine 上升，病人可能不排卵；高劑量的類固醇會造成無月經症及不排卵；Cyclophosphamide 用來治療 SLE 腎炎，也會造成早期卵巢衰竭現象 (premature ovarian failure)。NIH 曾研究單獨使用 cyclophosphamide 或者合併與 azathioprine 一起使用，可以有將近 50% 之比例出現卵巢衰竭。此外，自體免疫疾病本身，亦是 premature ovarian failure 之原因之一。以上所列均會影響受孕能力。

二、妊娠預後 (Pregnancy outcome)

在 1980 年代以前，妊娠預後不佳，尤其對母親之傷害造成一般人對病患受孕妊娠持反對態度。過去的自然流產率、早產率及死亡率分別為約 50%、25% 及 35%，而在 LIVER 的比例也有 5%，引起 PIH 的比例也很高。1980 年之後的報告則已有明顯改善 (見表二)，平均流產率僅 18%，早產率為 24% 及 13% 之 IUFD。扣除治療性流產者，活產率可達 74%。

一般而言，疾病愈穩定者，其妊娠預後愈佳。有此一說，即母親血清 creatine 濃度小於 $130 \mu\text{mole/L}$ ， CCr 大於 50 ml/min 及蛋白尿小於 3 gm/day 者，可有較佳之妊娠預後。

會址：

本會現在遷址於 台北市常德街一號
國立台灣大學附設醫院景福館二樓
Tel : 381-6198 or 312-3456 轉 2365