



醫療拼圖

在那裡？

Where is the Medical Puzzle?

兒科醫療端對高風險兒少的預警與合作

*Pediatric Medical Warning & Collaboration
for High-Risk Children and Adolescents*

吳昌騰 醫師 | 長庚紀念醫院 兒童一般醫學科 |
Chang Gung Memorial Hospital

開場情境 一塊拼圖的失落

Opening Scenario — The Missing Piece

臨床情境

- 3 歲男童，由母親帶至兒科急診。
- 主訴：「走路跌倒撞到桌角，右手好像腫起來了。」
- X 光：右肱骨螺旋形骨折（spiral fracture）。
- 身體檢查：軀幹與四肢多處、不同癒合期的瘀傷。
- 母親情緒激動，陳述細節前後不一致。
- 病史：此前曾三次因「意外傷害」於不同醫院就診。

醫療拼圖中，這個孩子的「那一塊」在哪裡？

螺旋形骨折

Spiral Fracture



PART 01

問題的輪廓

Defining the Scope of the Problem

台灣兒少保護現況 · 全球視角 · 問題定義

2024 年核心指標一覽

Taiwan Child Protection — Key Indicators 2024

118,497

兒少保護通報總件數 (件次)

較 2023 年 ▲15%

143,500

含社安網諮詢之通報總量

兒保 118,497 + 諮詢 25,003

教育人員

最大通報來源

占整體通報約 40.9%

警察 / 社工

次要通報來源

分占 22.6% / 19.7%

十年趨勢 (2015–2024)

2015

~53,860 件



2019

▲14.3% 成長



2023

首破 10 萬件



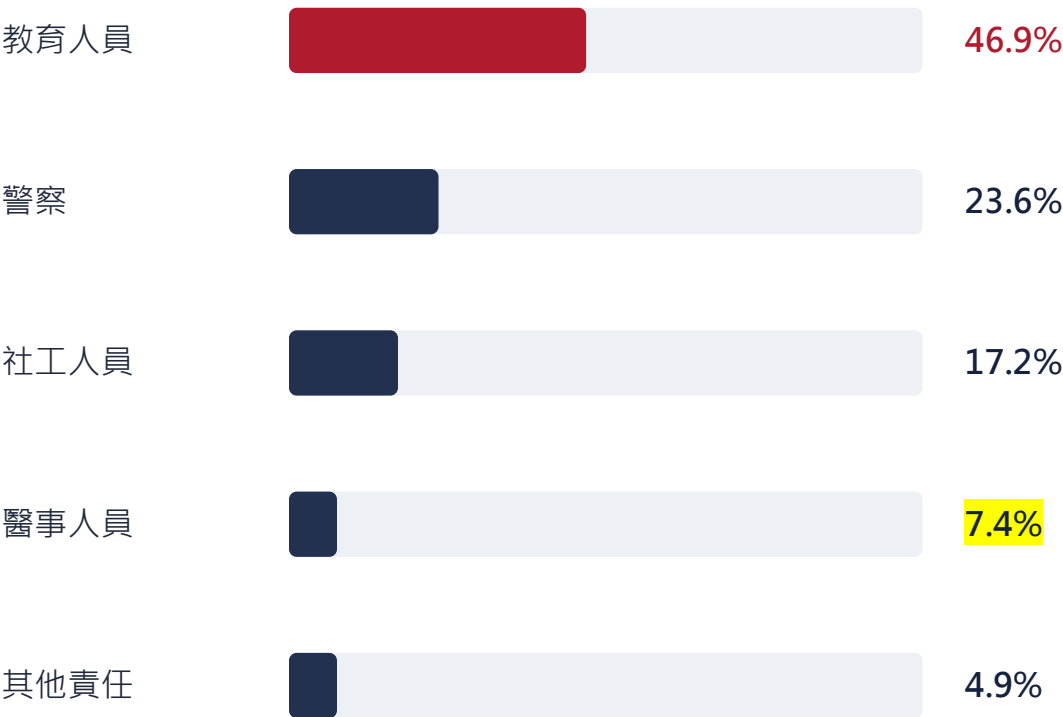
2024

118,497 件 · 十年新高

通報來源分布與案件分流

Reporting Sources & Case Disposition 2024

責任通報來源 (兒少保護通報)



醫事人員僅占 7.4%——醫療端仍是尚待強化的偵測網絡。

案件分流處理 (有效案件 115,533 件次)



急診室：兒少保護的最前線

The Emergency Department as the First Line of Detection — Chang Gung PCHAN Study

88.6%

個案於急診室首次被識別

強調急診端的核心偵測角色

361

研究期間 (2014–2015) 識別案例

建立台灣本土化識別基礎

75.8%

疏忽照顧為最常見類型

身體虐待 15.5%、性虐待 7.2%

1–6 歲

發生率最高年齡層 (54.9%)

2 歲以下約占半數個案

為什麼急診是關鍵？

施虐者刻意輪換醫院、避免固定追蹤，但急重症仍須送急診。深夜與假日社工不在場，急診常是唯一的接觸點。急診醫師是識別「重複就醫模式」與啟動保護的關鍵節點。

全球兒童虐待現況 / Global Overview

1/4

成人回溯
曾遭身體虐待

1/5

女性回溯
曾遭性虐待

1/13

男性回溯
曾遭性虐待

1/2

全球兒童
每年遭暴力對待

WHO / UNICEF / UNESCO 聯合報告:全球每年約10億兒童 (占全球兒童半數) 遭受某種形式的暴力或虐待

- 兒童虐待是重大公共衛生問題,影響遍及身體、心理、社會各層面
- 約90%的兒童性虐待施虐者為兒童認識的人(父母、親屬或照顧者);其他形式虐待之施虐者比例未必相同
- 大多數案件從未被通報或識別——「看不見的傷」

資料來源:

1. WHO. Child Maltreatment (Fact Sheet). 成人回溯:1/4曾遭身體虐待;1/5女性、1/13男性曾遭性虐待。

2. WHO/UNICEF/UNESCO. Global Status Report on Preventing Violence Against Children 2020. 全球每年約10億(半數)兒童遭受某種形式暴力。

3. CDC. About Child Sexual Abuse (2025更新版). 美國本土:1/4女童、1/20男童;約90%性虐待施虐者為兒童認識之人。

PART 02

醫療的盲點

Medical Blind Spots: What We Miss

警訊傷害 · 診斷誤區 · 認知偏誤 · 系統性障礙

警訊式傷害——預告悲劇的第一塊拼圖

Sentinel Injuries: The First Warning Piece

定義 尚不會扶物橫走的嬰兒 (non-cruising , ≤ 9 個月) 出現不尋常的輕微傷害——傷勢雖不嚴重，卻是更嚴重虐待即將發生的警示。

皮膚傷害

- 臉部、頸部瘀傷
- 軀幹 / 臀部瘀傷
- 耳部瘀傷
- 口腔、系帶撕裂

骨骼傷害

- 後段肋骨骨折
- 股骨螺旋形骨折
- 多處不同癒合期骨折
- 幹骺端典型病灶 (CML)

頭顱 / 神經

- 硬腦膜下出血
- 視網膜出血
- 顱內出血
- 眼眶周圍瘀傷

內臟傷害

- 肝 / 脾撕裂
- 腸穿孔
- 腸系膜撕裂
- 腎上腺出血

Source: Sugar NF, et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999; Sheets LK, et al. Pediatrics 2013; AAP Technical Report, Pediatrics 2025;155(3):e2024070457.

「不會移動的嬰兒，很少自己瘀傷」——Sheets 2013：>28% 確診虐待個案曾有警訊傷害；2026 年急診世代研究顯示，索引就診時 4.8% 個案確診虐待，其中 8.3% 於 12 個月內再度發生嚴重虐待傷害。

TEN-4 BCDR (軀幹、耳朵、頸部瘀傷臨床決定法則)

(Torso Ear Neck- 4 Bruising Clinical Decision Rule)

四個月以下嬰兒
身上任何
部位的瘀傷



若照顧者
無法證明
是發生於
公共場合
之意外事件，都應
高度懷疑
身體虐待

敏感度
97%，特
異度84%。

TEN-4 BCDR

(Torso Ear Neck- 4 Bruising Clinical Decision Rule)

(軀幹、耳朵、頸部瘀傷臨床決定法則)



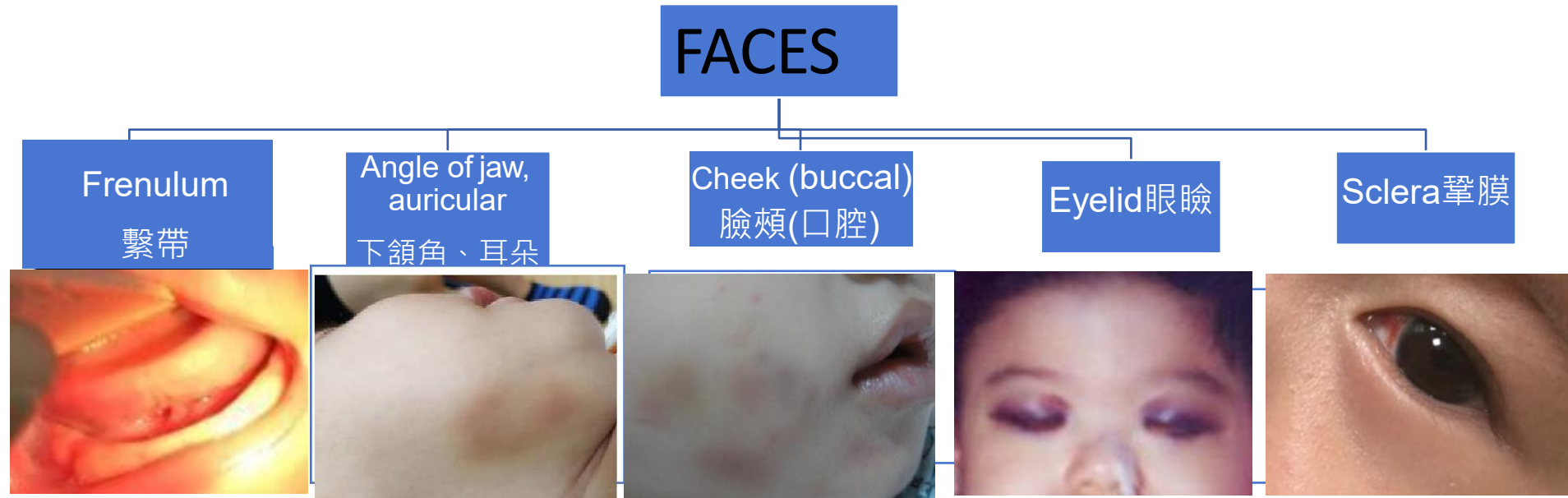
小於四歲
兒童軀幹、
耳朵、頸
部的瘀傷

若照顧者
無法證明
是發生於
公共場合
之意外事
件，都應
高度懷疑
身體虐待

敏感度
97%，特
異度84%。

頭頸部受傷：TEN-4 FACES

- TEN-4 FACES 頭頸部需要特別注意的徵兆



診斷誤區與識別延誤——臨床的危險地帶

Diagnostic Pitfalls & Delayed Recognition

1

傷害解釋與病史不符

骨折類型（螺旋形、多發性）與「跌倒」力學不符；照顧者說法前後矛盾。

2

多院就醫、分散病史

刻意輪換醫院避免單一機構追蹤；缺乏跨院整合而無法發現重複模式。

3

骨骼疾病誤診

成骨不全症 (OI) 與虐待相互誤判——過度歸因或漏診皆有風險。

4

文化與語言障礙

外籍、原住民族家庭溝通困難；對「正常照顧」的認定分歧。

關鍵證據 Jenny C, et al. (JAMA 1999) : 31.2% 的虐待性頭部創傷 (AHT) 於首次就診遭誤診，平均延誤 7 天；其間有 4 名兒童死亡。

醫師的認知偏誤——為什麼我們會看不見？

Cognitive Biases: Why Physicians Miss Abuse

錨定偏誤

Anchoring

先入為主接受「跌倒」說法，不再評估其他可能。

自我滿足偏誤

Satisficing

找到一個合理解釋就停止搜尋，忽略其他危險訊號。

歸屬偏誤

Attribution

對外表「正常」的家庭降低懷疑；隱含階級與種族偏見。

確認偏誤

Confirmation

只尋找支持初始診斷的證據，忽略矛盾發現。

系統一思維

System 1

急診快節奏下的直覺判斷，缺乏系統二的慢核驗。

同理心疲乏

Compassion Fatigue

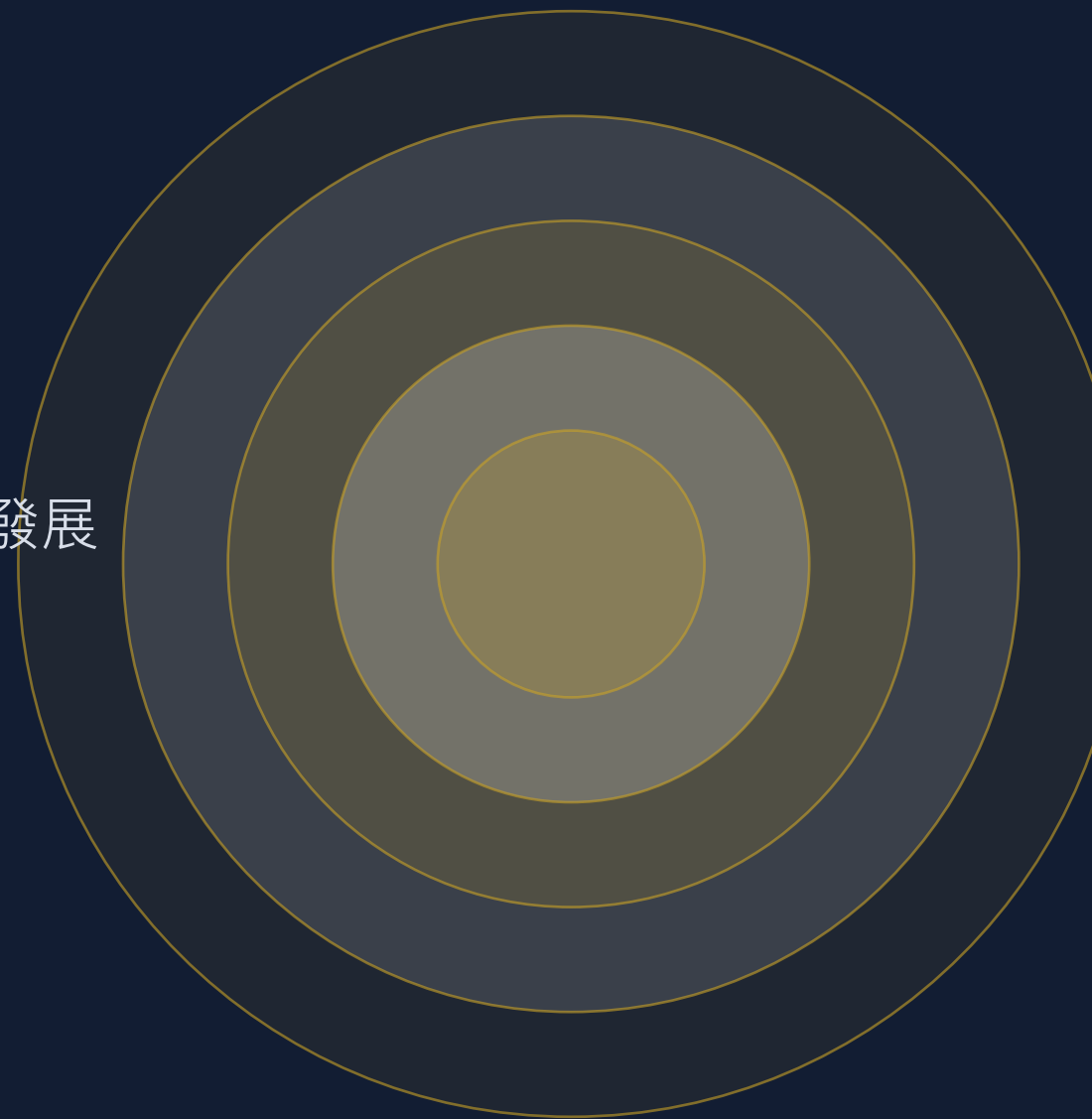
過度疲勞使醫師對警示訊號敏感度下降。

PART 03

脆弱家庭的生態系統

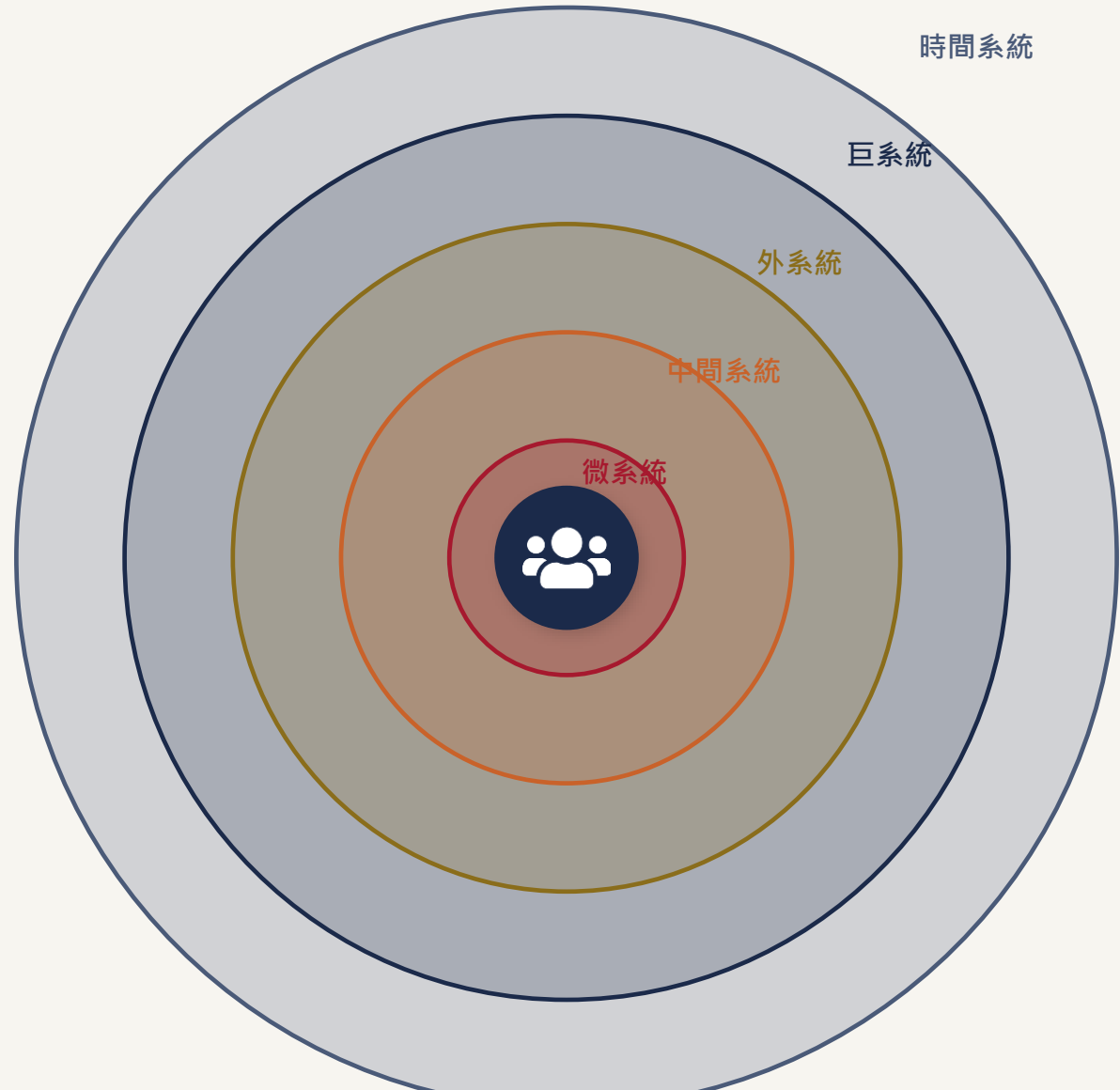
Bronfenbrenner (布朗芬布倫納)生態系統理論與兒童發展

從微系統到時間系統：理解風險因子如何在多層環境中交互累積



核心概念：巢狀嵌套的多層環境系統

兒童發展並非由單一因素決定，而是被由近到遠的五層環境交互形塑



-  **微系統 Microsystem**
家庭互動、照顧者精神狀態、教養方式
-  **中間系統 Mesosystem**
家庭與學校、醫療系統之間的連結品質
-  **外系統 Exosystem**
職場壓力、社福資源、社區安全
-  **巨系統 Macrosystem**
文化容忍度、法律框架、社會價值
-  **時間系統 Chronosystem**
風險累積效應、代間傳遞、重大事件衝擊



LAYER 1 —— 最貼近孩子

微系統

Microsystem

孩子直接參與、面對面互動的即時環境——家庭是核心場域，也是兒少保護臨床評估最先接觸的層次。

關鍵組成

- 家庭內部互動模式與依附關係
- 照顧者精神狀態、物質濫用
- 親密關係暴力 (IPV)
- 教養方式與管教手段
- 手足關係與家庭氣氛

臨床連結

急診看到的哨兵性損傷 (sentinel injuries) 、非預期部位瘀傷、與發展不符的受傷機轉，往往是微系統失能最直接的外顯訊號，也是 TEN-4-FACEsp 篩檢的核心邏輯。



LAYER 2 —— 系統間的連結

中間系統

Mesosystem

兩個以上微系統之間的連結品質——家庭與學校、家庭與醫療系統的溝通是否順暢，決定風險能否被及早發現。

關鍵組成

- 家庭與學校之間的資訊流通
- 家庭與醫療院所的轉診與追蹤
- 不同醫療院所之間的病歷連貫性
- 社政、警政與醫療系統的協作

臨床連結

脆弱家庭常見的問題是這些連結斷裂——學校不知道孩子在家的處境、跨院轉診資訊不流通。**這正是「醫療拼圖」框架想要補上的縫隙**：讓分散的臨床線索能被拼在一起。



LAYER 3 —— 間接影響的環境

外系統

Exosystem

孩子不直接參與、卻透過照顧者間接影響孩子的環境——壓力經由父母傳導，孩子承受後果卻無法接觸源頭。

關鍵組成

- 父母職場壓力與失業
- 社福資源的可近性與申請門檻
- 父母自身的社會支持網絡
- 居住社區的安全程度

臨床連結

孩子雖不在職場、社福機構等場域中，但這些場域的壓力會透過照顧者的情緒調節能力，轉化為教養失能或疏忽的風險，是評估家庭功能時不可忽略的背景因素。



LAYER 4 —— 文化、法律與社會價值

巨系統

Macrosystem

涵蓋整個社會的文化信念、法律框架與價值體系——決定社會整體「容許」多少風險存在於兒童身上。

關鍵組成

- 台灣對體罰的文化容忍度
- 兒虐通報的法律框架（兒少權法 vs. WHO 定義）
- 貧窮與社會福利政策
- 對新住民 / 弱勢家庭的社會態度與污名化

臨床連結

台灣兒少權法對兒虐的定義與 WHO 定義之間存在落差，這層落差直接影響第一線通報的判斷標準，是系統性障礙分析中最上位的結構因素。



LAYER 5 —— 時間向度的變化

時間系統

Chronosystem

風險因子隨時間累積、轉變與傳遞的向度——單一時間點的觀察，往往無法捕捉到完整的風險軌跡。

關鍵組成

- 風險因子的長期累積效應
- 隔代間創傷與教養模式的傳遞
- 重大社會事件的衝擊（如疫情期間通報量下降）
- 孩子自身發展階段的變化

臨床連結

這也解釋了為什麼單一次的醫療接觸很難完全捕捉風險全貌——需要縱向追蹤與跨科別病歷整合，才能看見累積中的軌跡，而非僅是一次性的切面。

五層系統對照：從臨床觀察到結構因素

同一個脆弱家庭案例，可在不同系統層次找到對應的風險與介入切點

層次	臨床 / 社會觀察	可能的介入切點
微系統	哨兵性損傷、與機轉不符的瘀傷	急診端 TEN-4-FACESp 篩檢、通報
中間系統	跨院病歷不連貫、學校未通報異常	建立跨機構資訊共享機制
外系統	父母失業、社福資源申請困難	社工介入、簡化福利申請流程
巨系統	通報定義落差、體罰文化容忍	政策倡議、法規修訂、公眾教育
時間系統	多次淺層接觸、風險逐次累積未被整合	縱向追蹤系統、跨科別病歷整合

對臨床與教育工作的啟示

生態系統模型如何轉化為第一線與教育現場的實際做法



01

單一科別難以發現兒虐

風險因子分散在不同系統層次，任何單一觀察點都只看到局部樣貌，需要多次、多科別的線索整合才能拼出全貌。



02

跨部門合作是必要而非選項

醫療、教育、社政、警政的協作若只停留在微系統層次（如單次衛教），外系統與巨系統的結構性壓力未變，家庭很快回到原本的風險軌跡。



03

系統性障礙需要分層論述

將醫療端觀察到的落差，對應到巨系統的政策落差，能讓系統性障礙的論述更完整、更具說服力。

PART 04

國際比較：台灣與先進國家的兒保醫療差距

台灣兒保醫療現況與挑戰

初步建立區域整合中心，但面臨資源、專業與給付的三重困境。

全台現有 12家兒少保護區域醫療整合中心

T7692XA 疑似兒虐
T7492XA 確認兒虐
T7412XD 兒虐回診

資源分布不均

兒科專科醫師約 **34%** 集中於台北區，東區僅占 2%。偏鄉地區在緊急處置與高風險追蹤上面臨嚴重可及性問題。

專業地位缺失

兒保專科目前僅為學會甄審，**非衛福部部定次專科**。缺乏國家級認證導致法律地位模糊與人才投入意願低落。

醫療給付偏低

兒童健保點數佔比僅約 **6.3%**。缺乏專門的兒虐評估給付代碼，醫療院所多仰賴不穩定的專案補助維持運作。

美國經驗：專業化與一站式服務

透過「部定次專科」與「一站式中心」
確保專業深度與兒童友善。

兒童倡導中心 (Children's Advocacy Center, CACs)

落實「孩子不動，專業動」理念。整合法醫訪談、醫療評估、心理諮詢與個案管理，避免兒童在多個機構間重複陳述造成的二次創傷。

專門給付機制 (CME)

Medicaid 提供專屬 Child Medical Evaluation 代碼。單案給付可達 \$500-\$1200，確保，確保醫療評估具備穩定的經濟支持與專業誘因。

專業認證

CAP

部定次專科認證
(CHILD ABUSE PEDIATRICS)

3 YEARS

FELLOWSHIP 培訓年限

ABP

美國兒科醫學會
嚴格甄審制度



兒少友善門診
Child Protection Clinic



英國與澳洲：多機構協作與國家框架

英國 (UK)

MASH (Multi-Agency Safeguarding Hub) 模式：
打破部門藩籬的資訊樞紐

- **多機構保護樞紐 (MASH)**：社政、警政、衛政與教育人員同址辦公，實現秒級資訊共享。
- **NHS (National Health Service) 分級認證：**
所有臨床人員依接觸程度接受 Level 1-5 培訓，Level 3 為兒科醫師標配。

關鍵：以「資訊共享」為核心，確保高風險個案在第一時間獲得跨部門介入。

澳洲 (AUS)

國家框架：
十年期的系統性改革計畫

- **Safe and Supported 計畫：**
：2021-2031 全國統一框架，強調政府與 NGO 深度協作。
- **進階培訓體系**
RACP 提供 3 年「社區兒童健康」培訓，將兒保視為核心臨床能力。

關鍵：透過「全國統一標準」與「長期預算投入」，解決跨州資源不均問題。

日本經驗：法律授權與醫政連結

透過賦予「兒童相談所」強大法律介入權，
確保醫療建議能被有效落實。

兒童相談所 (JIDŌ SŌDANJO)

- 核心地位：日本兒保體系的樞紐，擁有法律授權的**強制保護權**。

職能整合：負責案件受理、調查、診斷及後續安置決策。

醫政協作特色

強制通報：醫療機構發現疑似案件時，法律規定必須向兒童相談所通報。

專業分工：醫院負責傷勢鑑定與醫療評估，兒童相談所負責社會調查與法律介入。

社會成本意識：透過計算兒虐社會成本（每案約1.1萬日圓），合理化醫療給付。

"日本的新生兒死亡率僅約 1.7‰，為全球領先水準。其醫政緊密連結機制在早期預防與高風險追蹤中發揮了關鍵作用。"

國際綜合對比：制度、給付與認證

台灣在「認證等級」與「給付穩定性」上落後最為明顯。

比較維度	台灣 (TW)	美國 (USA)	英國 (UK)	日本 (JP)	澳洲 (AUS)
專科認證	學會甄審 (非部定)	部定次專科 (CAP)	NHS 分級認證 (Level 1-5)	兒科醫師協助 (無獨立專科)	進階培訓 (3年認證)
給付模式	專案補助為主 (不穩定)	Medicaid 專屬代碼 (CME)	NHS 預算制 (公共體系)	診療報酬給付 (社會成本意識)	公立系統負擔 (偏鄉津貼)
協作模式	(推動「兒少保護一站式 服務」或「兒少 司法訪談介入機制」)	CAC 一站式 (法定 MDT)	MASH 模式 (同址辦公)	兒相強制介入 (法律授權)	全國統一框架 (政府+NGO)
嬰幼兒死亡率	約 4.4‰	約 5.4‰	約 3.7‰	約 1.7‰	約 3.2‰

縮小差距：針對台灣體系改革的五大建議

制度化、給付合理化與資訊整合是改革的核心。

01 部定次專科化

將「兒保兒科」納入國家正式次專科認證，明確專業地位與職涯路徑。

02 給付制度改革

建立兒虐醫療評估專屬健保代碼，確保專業服務獲得合理報酬與永續性。

03 強化一站式中心

優化區域整合中心功能，落實跨部門資訊即時共享，減少兒童二次創傷。

04 優化周產期照護

降低嬰幼兒死亡率為首要目標，強化高風險個案的早期追蹤與介入體系。

05 增加人才誘因

提升兒科醫師待遇與資源配置，縮小城鄉醫療差距，確保兒保人力穩定。

拼圖的第一角——一位孩子的求醫軌跡

A Child's Path Through the System



三次就醫、三家醫院、零預警——為什麼系統沒有接住他？

從障礙到解方——如何補齊拼圖？

Systemic Solutions to Child Protection Gaps

系統整合對策

- ◆ 推動跨院電子病歷資訊交換平台
- ◆ 門急診資訊系統串接與警示標記
- ◆ 建立短期內重複就醫自動預警機制

法律與倫理對策

- ◆ 建立通報者保護與匿名機制，降低信任疑慮
- ◆ 明確化通報後之法律免責範圍
- ◆ 訂定隱私權與保護義務之判斷準則

跨系統整合對策

- ◆ 建置醫療—社政—警政共用資訊平台
- ◆ 明訂三方權責分工與轉介 SOP
- ◆ 設立個案管理師制度，全程追蹤結案

教育訓練對策

- ◆ 增加醫學教育中兒少保護必修時數
- ◆ 定期辦理警訊傷害辨識實務工作坊
- ◆ 強化跨文化溝通與敏感度培訓

PART 05

合作的架構

Collaboration Framework

跨網絡整合 · 通報流程 · 多專業團隊 · 國際模式

整合中心與國際模式——他山之石

Integration Centers & International Models

台灣模式：兒少保護區域醫療整合中心

- 衛福部授權設立區域整合中心（北·中·南）
- 一站式驗傷：跨科整合 + 科學驗傷 + 司法蒐證
- 跨網絡平台：醫療 + 社政 + 警政 + 司法同步共享
- 個案管理：專責社工 + 專科護理師長期追蹤
- 教育訓練與司法諮詢支持中樞

挑戰：專科認證非部定、給付不穩定、城鄉資源不均。

美國 USA

兒童倡導中心 (CAC)

一站式法定 MDT；「孩子不動、專業動」；Medicaid 專屬 CME 給付代碼；CAP 部定次專科。

英國 UK

MASH 多機構保護樞紐

社政、警政、衛政、教育同址辦公，秒級資訊共享；NHS Level 1-5 分級培訓。

日本 JP

兒童相談所

法律授權之強制介入權；醫療機構強制通報；醫政緊密連結，嬰兒死亡率僅約 1.7‰。

醫療端通報標準作業程序 (SOP)

SOP: Suspected Child Maltreatment Reporting



關鍵原則 Key Principles

- ✓ 醫師「懷疑」即可通報，無須「確定」——責任通報門檻低於定罪標準。
- ✓ 通報 ≠ 定罪：保護兒少安全為首要，後續調查由社政、警政負責。
- ✓ 善意通報受法律保護，不因「誤報」而負責；蓄意隱匿則有罰責。
- ✓ 醫師角色是「懷疑與通報」，不是「裁判」；評估定論由 MDT 完成。

多專業整合團隊 (MDT)——拼圖協作

Multidisciplinary Team: Assembling the Puzzle

沒有任何一個角色能獨自完成這張拼圖——每位專業人員各持不同的碎片。

兒科醫師

Pediatrician

警訊識別 · 醫學評估 · 傷害記錄 · 通報啟動

急診護理師

ED Nurse

病史詢問 · 行為觀察 · 傷口記錄 · 照顧者評估

社工師

Social Worker

家庭評估 · 安全計畫 · 資源連結 · 法院協助

兒童精神科

Child Psychiatrist

心理創傷評估 · PTSD 診治 · 司法面談

法醫 / 司法醫師

Forensic Physician

傷害鑑定 · 醫學意見書 · 法庭作證

校護 / 公衛護理師

School / PHN

社區追蹤 · 家庭訪視 · 早期介入

兒科醫師：拼圖中不可缺少的那一塊

The Pediatrician: The Indispensable Piece

01

識別

Identify

對每位兒少系統性注意警訊，不因第一印象而停止懷疑。

02

記錄

Document

精確、客觀、完整記錄傷害與家庭觀察，作為法律文件基礎。

03

通報

Report

善盡責任通報義務，不因顧慮誤判或關係而猶豫。

04

合作

Collaborate

主動連結社工、心理師、法醫、教師，拒絕孤軍奮戰。

05

倡議

Advocate

推動系統改革、跨院整合與教育，從個案提升至政策。

案例回顧：拼圖終於完整了嗎？

Case Review: Is the Puzzle Finally Complete?

回到開場：股骨螺旋形骨折 + 多處不同癒合期瘀傷 + 照顧者說法矛盾 + 三次「意外」就醫史。

1 識別警訊

螺旋形骨折 + 多處瘀傷 → TEN-4-FACESp 觸發評估

2 完整評估

骨骼調查發現 3 處舊骨折；眼底鏡見雙側視網膜出血；LFT 升高

3 通知兒保小組

社工緊急介入；兒保醫師會診；記錄各自陳述

4 24 小時通報

書面通報社會局；同步通報警局；病歷完整存證

5 安全評估

評估家庭安全 → 住院留觀 → 暫禁探視待社工評估

6 跨院查詢

前三次就醫分屬三家醫院——單看合理，整體才顯模式

✓ 這一次，拼圖被完整看見了——但這需要系統支持、訓練與勇氣。

守護兒童不只是醫療問題， 更是國家競爭力與人權的體現。

借鑒國際經驗，建立專業化、制度化且給付穩定的兒保醫療體系，
是台灣邁向先進國家必經之路。

帶回去的 5 件事

Take-Home Messages

1

「懷疑」就要行動

通報門檻是「懷疑」而非「確定」；法律保護善意通報者。

2

Non-cruising 嬰兒的任何瘀傷 = 警訊傷害

啟動完整評估，別讓「第一塊拼圖」在你手中消失。

3

多院就醫 = 危險訊號

詢問就醫史、建立時序、識別重複受傷模式。

4

通報不等於指控

醫師的角色是保護、不是裁判；讓 MDT 完成評估。

5

系統改變才能持續保護

倡議跨院整合、參與 MDT、持續教育。

政策建議——拼圖要由系統來補完

Policy Recommendations: System-Level Changes

P1	建立跨院兒少就醫警示整合平台 標記重複就醫高風險兒少，即時警示急診端。	衛福部 / 健保署
P2	強化兒保醫療師資教育與訓練 醫學院必修兒保課程；住院醫師訓練納入核心能力。	醫策會 / 教育部
P3	擴大兒少保護區域整合中心覆蓋 偏鄉遠距諮詢，提高非都市地區資源可及性。	衛福部
P4	提升社政–醫療–警政通報協調效率 標準化跨系統資訊共享協定，縮短回應時間。	跨部會
P5	推動兒保財務支持與激勵機制 評估、報告、出庭應有合理給付，避免醫師迴避。	衛福部 / 健保署

結語

Conclusion

01

兒少保護是所有兒科醫師的核心職責

不分科別、場域、層級——每一位都是拼圖不可缺少的一塊。

02

急診室是識別的最前線

2024 年通報逐年上升；88.6% 的兒保個案最初在急診被識別。

03

ACEs 的健康衝擊呈劑量反應且延續一生

預防與早期介入的代價，遠低於治療長期損害的代價。

04

警訊傷害是悲劇的預言，必須被看見

任何 non-cruising 嬰兒的不明瘀傷都應啟動完整評估。

05

跨系統合作是保護兒少的唯一途徑

識別、記錄、通報、追蹤——而非孤軍奮戰。

06

系統改善刻不容緩

跨院整合、電子病歷警示、兒保教育標準化是結構性解方。

醫療拼圖，在哪裡？

答案：就在你的診察室裡。 *It's in your clinic, right now.*

下次你看到疑似個案——通報。下次同事猶豫——支持他通報。下次系統沒有提醒你——自己記得。

讓我們一起成為每位兒少的守護者

吳昌騰 醫師 | 兒童一般醫學科 | 林口長庚紀念醫院 Chang Gung Memorial Hospital, Linkou

 兒少保護 / 家暴性侵通報：113 · 線上通報：ecare.mohw.gov.tw

主要參考文獻

Key References (1 / 2)

1. Chang YC, Huang JL, Hsia SH, et al. Child protection medical service demonstration centers in approaching child abuse and neglect in Taiwan. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(44):e5218.
2. Christian CW; AAP Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024070457.
3. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832.
4. Pierce MC, et al. Single Bruise Characteristics Associated With Abusive vs Accidental Injury. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024067932.
5. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, et al. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-707.
6. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: those who don't cruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(4):399-403.
7. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621-626.
8. Swedo EA, Niolon PH, Anderson KN, et al. Prevalence of Adverse Childhood Experiences Among Adolescents. *Pediatrics*. 2024;154(5):e2024066633.

主要參考文獻

Key References (2 / 2)

9. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults (ACE Study). Am J Prev Med. 1998;14(4):245-258.
10. Shonkoff JP, Garner AS; AAP. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-e246.
11. AAP. Screening for Adverse Childhood Experiences: A Critical Appraisal. Pediatrics. 2024;154(6):e2024067307.
12. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. Am Psychol. 1977;32(7):513-531.
13. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. Biomed J. 2020;43(3):240-250.
14. 衛生福利部統計處. 2024 年兒少保護通報處理情形. 台北：衛生福利部；2025.
15. CRC 聯合國兒童權利公約資訊網. 兒少統計專區 (2024 通報來源與分流) . crc.sfaa.gov.tw.
16. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Acad Med. 2003;78(8):775-780.