

《女學學誌：婦女與性別研究》第 21 期

2006 年 6 月，頁 47-112 ▲專題論文

「會陰切開術」的當代爭議與 其必要性的論述分析

曾家琳（台灣大學附設醫院家庭醫學部）

張 珏（台灣大學衛生政策與管理研究所）

自從 1920 年代美國產科醫界提出常規會陰切開術的優點後，這項手術逐漸為不同社會接受並採用；然而，歐美產科關於會陰切開術必要性的論述，在 1990 年代有了重大的轉變。會陰切開術的施行率，也因此被視為評估婦女生產照護品質的指標，以及產科醫師接受醫學新知改變行為的研究標的之一；但是，台灣的婦產科醫師並未受到「會陰切開術不應常規使用」論述轉變的影響。本研究將檢視台灣醫學論述中的會陰切開術，以分析產科界使用的脈絡。透過文獻分析法，分析近年醫學系共同筆記、醫界內部通訊、產科教科書以及期刊報章有關會陰切開術的討論內容；並在台北縣的某區域醫院產科，進行田野觀察。

對照國外產科知識的轉變，台灣因為單一助產專業、醫院生產的趨勢，以及台灣婦女自然產運動起步較晚，使得多數的產科醫師並沒有受到國外產科知識轉變的影響；也因為發展人工生殖高科技的產科研究取向，使得產科醫師忽視低科技的會陰保護技巧、和限制使用會陰切開術的論述。

在會陰切開術醫學論述的形成與轉變的歷史中，我們很清楚地看到現行醫療典範對於自然產的思考，是建立在醫療導向的邏輯之下。因此，為了讓醫療社群更能重視婦女健康，台灣需要建立產婦中心的新照護典範，並進行更多科學、以及產婦心理層面的評估。

關鍵詞：會陰切開術、自然產、典範轉移、醫學史、醫學論述、婦產科



一、前言

隨著西方醫學四百年來的發展，產科學歷經助產專業的轉換，與生產技術的重大變遷，並於二十世紀中葉在生產與醫療上達到最大的結合。由於西方醫學所代表的理性時代的論述疏離了母親與嬰兒，形成了在醫院生產較安全的概念；此引發 1990 年代以後，社會學、人類學等紛紛討論與生產相關的權威知識，以及醫療化生產所造成的異化關係（Jordan, 1993; Trevathan, 1997）。當探討不同助產專業的角色差異時，常區分為「助產士模式」（midwifery model），和「醫療模式」（medical model）；前者為女性觀點，視生產為正常變化，後者則是由技術導向的父權意識形態所主宰（Rothman, 1984; Sakala, 1988）。醫療人類學家 Robbie E. Davis-Floyd（2001）更將當代不同社會的生產概念及生產模式，依健康照護的典範區分為：強調身體是機械式身心二元的「專家（technocratic）模式」、身體是個有機體，重視身心的連結的「人性化（humanistic）模式」、身心靈結合在一起的「全人（holistic）模式」，她並用十二個不同的生產差異項目，¹ 區隔上述三種形式。

面對生產的醫療化、機構化，引起了女性主義者對醫院空間與生產技術的質疑與反抗，歐美出現所謂的「自然產運動」，支持者持續

致謝辭：感謝協助筆者收集研究資料的賴孟君、撥冗接受訪問的林醫師，以及兩位匿名審查人費心審閱，惠賜諸多寶貴意見，並特別謝謝高雄醫學大學性別研究所成令方教授的協助和建議。本研究曾獲得台大婦女研究室主辦的「台灣大學九十三學年度婦女與性別研究碩博士論文計畫獎助」，特此致謝。

- 1 這十二個生產差異項目包括：對身心關聯以及身體的看法、醫病關係、診斷與治療、醫院組織、照護特色、權威與責任者、對科學與科技的態度、醫療措施、對於死亡的態度、醫療的動力，以及其他另類治療的選擇。

要求建立產婦中心的生產照護（Mathews and Zadak, 1991; O'Connor, 1993; Ernst and Jognn, 1994）；然而，面對外部的壓力，醫學界也不全然對於這樣的反抗採取敵視、不理性的態度；在互動的過程中，新的自然產醫學典範跳脫了既有的「助產士模式」與「醫療模式」的生產界限，而有全人導向以及家庭導向的生產照護模式產生（Sokol, 2001; Moscucci, 2003）。同時，1990年代以來，實證醫學（evidence based medicine, EBM）的發展，更促使產科的助產行為在二十年間有了明顯的改變（Fleissig, 1993; Kozak and Weeks, 2002），而會陰切開術是其中重要的例子（Graham, 1997）。

Williams obstetrics（威廉氏產科學）曾稱會陰切開術為「除了斷臍以外最常施行的手術」，然而1980年代常規會陰切開受到西方婦女界以及實證醫學的挑戰，一系列的實證研究發現常規會陰切開非屬必要，甚至可能增加其他風險。於是，國外婦產科學界紛紛改寫教科書論述，並訂定相關醫學組織的規範與提供臨床指引，各國會陰切開施行率更是自1990年代以後即明顯下降。

反觀台灣百年來，歷經傳教士醫學、殖民醫學的發展過程，西方醫學不僅「殖民」，也同樣「規訓」了婦女的身體。戰前日治時期建立了助產士訓練制度，但戰後，卻逐漸取消公立醫院助產士編制，並且停辦助產教育，造成助產士專業的沒落（邱明秀，1994；林王美園，1985；吳嘉苓，2000），也塑造了產科醫師「絕對」的指導位階。直到近年來，台灣婦女健康運動的興起以及助產教育的恢復，開始檢視台灣婦女的生產處境，出現許多人性化生產的討論。他們批判包括常規點滴、灌腸、陰毛剃除、會陰切開等婦女在自然產中的處境（陳麗芳、朱大維、李從業，2000；郭素珍，2005）；對於生產過程中是否需要常規會陰切開的議題，更自2002年起持續引起婦產科

醫界與助產界廣泛的爭論。

根據郭素珍（2005）的調查，台灣會陰切開施行率高達 92%，與目前歐美國家有很大的差距。台灣產科醫界因「美觀易於縫合，避免不整齊裂傷」，將會陰切開視為重要的助產技術，並以台灣女人會陰較短的生物性差異，作為必須施行會陰切開術的理由。也就是說國外的共識，顯然並沒有改變台灣產科醫界在自然產中會陰切開術的論述與實施。由於台灣產科會陰切開術的使用，出現與國外不一致的經驗，如何釐清台灣會陰切開術高施行率的脈絡，是本文研究的重點。

二、文獻回顧

（一）會陰切開術的介紹

「會陰切開」（episiotomy, EP）在不同的中文書籍中有不同用語，或有稱「女陰切開」、「外陰切開」、或「會陰剪開」；在本文中則一律使用近年來教科書常用的「會陰切開」一詞。會陰切開術是指在自然產的過程中，為了擴大產道、方便胎兒產下而切開會陰的手術，常用正中切開與側中切開兩種術式。在《台大產房工作手冊》中，也就是後來正式出版的《婦產科學精要》，² 描述會陰切開術是第二產程³ 時，為切開會陰增加胎兒娩出空間而施行的手術，傷口美觀，並利於縫合（周松男編，2004）。國內主要產科教科書 *Williams obstetrics* 在

2 《台大產房工作手冊》是台大產房實習必讀的資料，與婦科及生殖內分泌學兩本講義，同為行之十餘年的台大婦產科講義。這三本講義在台灣各大醫學系見實習醫學生之間頗為流行，並於 2004 年正式集結出版《婦產科學精要》共三冊。

3 第二產程指的是子宮頸全開到胎兒娩出的生產階段。

2005 年第二十二版中，描述會陰切開術：

雖然會陰切開仍是一個常見的產科技術，但是它在過去二十五年來已經顯著地減少使用……。這是 1970 年代常用的技術，當時幾乎所有生第一胎的婦女都剪了會陰，而施行會陰切開的原因，可以說是因為外科手術的便利，以及所謂常規會陰切開的好處；而它之所以流行，乃因一般認為筆直且乾淨的手術切口容易修補，因此取代可能因為不整齊的裂傷所可能導致的後果。但過去長期相信術後疼痛較少、會陰切開後癒合也較自然裂傷容易的說法，現在卻被認為是不正確的。（Cunningham, 2005: 435）

作為百年產科學教科書，新版 *Williams obstetrics* 描述了這一段會陰切開術的醫學論述改變的歷史，也澄清了過去醫學權威對於會陰切開的論述。雖然各國的助產環境並不相同，但 1980 年代之後，會陰切開術的優點遭到實證醫學的挑戰，整體相關知識與技術歷經了幾個轉折的過程。即便不是每個社會的助產人員，對於會陰切開術皆採取世界一致的態度，但過去幾乎都曾大量運用會陰切開的技術，而在 1980 年代後逐漸限制使用，由「長」而「消」。

（二）歐美會陰切開術的發展

愛爾蘭都柏林的男性助產士 Fielding Ould，是第一個以文字記錄會陰切開的人，他在 1742 年描述鄉間女性助產士利用切開會陰助產的狀況。Ould 認為婦女應以平躺方式生產，如果產程遲滯，胎頭無法順利下來，必要時需切開會陰，以拯救嬰兒的生命（Thacker and

Banta, 1983; Graham, 1997; Schoon, 2001)。往後 150 年間，會陰切開的發展有許多做法，例如 1820 年時，Ferdinand von Ritgen⁴ 建議應在會陰開口處多次切開，以避免會陰嚴重破裂；又如 1847 年法國教授 Paul Dubois 提出側中切開方式，這種手術在 1857 年才由美國 Carl Braun 正式命名為 episiotomy，當時 Braun 認為會陰切開應在難產、拯救胎兒生命時使用，並不是每次生產都須執行的必要步驟。到十九世紀末，開始出現會陰切開術可以保護會陰的說法，熱中會陰切開的產科醫師提出「自然產中應廣泛使用會陰切開」的意見；但此時醫師和助產士普遍將生產視為自然的過程，除非難產，否則拒絕常規會陰切開介入生產（Schoon, 2001）。

美國產科技術的轉折點出現在二十世紀初年。1918 年美國相當有名望的產科醫師 Pomeroy R. H. Shall，提出會陰切開術應從過去僅於難產時施行、改成一般廣泛預防性切開的看法，初產婦尤應如此；1920 年 Joseph B. DeLee 也採取相同的主張。他們的理由是切開會陰可以預防會陰裂傷、縮短產程、降低嬰兒傷害，以及預防日後子宮脫垂（Graham, 1997; Schoon, 2001）；然而，同時期撰寫 *Williams obstetrics* 的約翰霍浦金斯（John Hopkins）醫學院產科教授 John Whitridge Williams 反對這樣的說法（Williams, 1926）。但隨著生產過程病理化，以及 1930 年代可吸收縫線的發明，婦產科界逐漸接受會陰切開手術的可行性，並發展出會陰切開的優點多於自然裂傷的醫學論述。

會陰切開術儘管簡單，但是醫界對執行頻率、方法和修補技巧仍有相當爭議；而歐陸和美洲地區，在不同的社會脈絡下，會陰切開術

4 Ritgen，德國婦產科教授，他也提出第二產程胎頭娩出時，以雙手保護會陰的方法（Ritgen's maneuver）。

的施行有相當大的差別。1970 年代，美國華盛頓大學醫院會陰切開術的施行率已經高達 80%；而依據 *Lancet* 的說法，同時期的英國皇家莫爾本（Royal Melbourne）婦女醫院大約只有 30%（Editorial, 1968, 1: 75）。面對這樣的差異，英國產科界開始鼓吹使用常規會陰切開術來保護會陰；但由於一些助產士和醫師們的接生經驗顯示，即使不施行會陰切開，也可使產婦保有完整會陰而不致裂傷，是故出現反對常規會陰切開術的呼聲。1975 年時，英國國家周產期流行病學小組（National Perinatal Epidemiology Unit, NPEU）博士後研究員 Iain Chalmers 發現，英國已經增加會陰切開術的使用，但會陰撕裂的比例並未因此減少，引起學術界對於相關產科技術的質疑。此外，在以 Shiela Kitzinger 為首反對會陰切開術團體的倡導下，也使得英國產科重視此問題，甚至開始減少會陰切開術的操作（Graham, 1997）。

美國則一直到了 1980 年代末期，幾乎所有的產婦都進入醫院生產之後，大眾、社會團體才開始批判醫療化的生產過程，而生產運動一開始就是反對各種醫療介入的助產措施，包括常規的會陰切開術。面對此一「反醫療化」的趨勢，以及專業競爭的情況，不少心理學家、助產士、家庭醫學科醫師等也紛紛以其專業經驗加入反對常規會陰切開術的論述，因而催生了美洲第一個會陰切開術的實證研究（Klein et al., 1992）。美國在西方助產體系中，被歸類為高度醫療化的國家，而英國則被視為中等程度的生產醫療化。Ian Davidson Graham（1997）認為，由於支持與倡導者的活動、信念體系、專業考量、特殊的情境因素、科學的證據等五個原因，造成 1980 年代美國會陰切開術施行率遠高於英國（見表一）；英、美兩國在大量實證研究結果尚未出現之前，會陰切開術施行的比例已經開始下降，因此 Graham 認為是反對會陰切開的運動促成了施行率的下降，並催生了

表一 英美兩國促成與反對會陰切開術的因素

		英國	美國
常規會陰切開的促成因素	產科醫界的分工與信念	產科醫師多為第二線的生產協助者，1970年以前多視生產是自然的過程，因此較晚出現會陰切開常規使用的情形，直到1980年代開始增加會陰切開助產。	1930年代起，醫界逐漸將生產過程視為一種病理狀態，產科醫師屬於外科系。
	鼓吹會陰切開術使用的人	1970年代並沒有特定人士鼓吹常規使用會陰切開術	1920年代 Dr. DeLee 和 Pomeroy 等會陰切開狂熱者認為會陰切開術可以保護母親與胎兒，避免會陰裂傷和往後婦科問題
	醫界開始常規使用時期	1970年代	1930至1940年代
	其他技術的輔助	可吸收縫線、麻醉技術	
常規會陰切開的減少因素	反對常規使用的人	1980年代 Shiela Kitzinger 鼓吹生產教育運動	並沒有特別有名的健康運動人士以反對會陰切開術為主要訴求
	其他助產專業	助產士專業自主	家醫科醫師、助產士建立另一種孕期照顧者的角色
	產婦使用者的需求	科學證據出現前，會陰切開術已經開始降低使用	
	實證醫學的研究結果	1980-	1980-

(整理自 Graham, 1997: 144-153)

後續的實證研究。

1983 年，在美國疾病管制局（Center for Disease Control and Prevention, CDC）工作的 Stephen B. Thacker 和 H. David Banta 發表系統性的會陰切開術研究文獻回顧，發現會陰切開術所宣稱的優點，實際上並未經過實證研究（Thacker and Banta, 1983）。於是 1990 年代之後，許多隨機研究以及回顧性的文章開始探討曾被產科醫師奉為圭臬的會陰切開術之必要性。Robert J. Woolley（1995b: 827）重新整理 1980 年以後的會陰切開術研究文獻，並作出以下結論：

會陰切開能夠預防後遺症很小的會陰向前裂傷，而並不具有過去宣稱的好處，包括預防會陰傷害和其導致的後遺症、預防骨盆肌肉鬆弛和其導致的後遺症、保護新生兒避免腦內出血、或是避免產中窒息等等有利母體及胎兒的優點。也就是說，除了預防向前裂傷的小優點，會陰切開會造成母體流血、增加向後會陰裂傷的深度、肛門擴約肌傷害以及相關後遺症（至少正中切開如此）、傷口癒合不佳、增加產後數天傷口疼痛程度。

常規會陰切開術逐漸被視為是不必要且有害的。

由於這是一個生產技術革新的課題，專業組織也相繼在自然產規範與臨床指引中提及會陰切開術，交織成二十世紀末在產科學上關於會陰切開術的新論述。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）在 1997 年公布的 *Care in normal birth: A practical guide*（正常自然產照護作業規範）中說明，會陰切開術應只有在「複雜的陰道生產，例如臀位、肩難產、產鉗、真空吸引器的使用；女性生殖道術後的疤痕組織，或是之前癒合不佳的第三或第四度裂傷；以及胎兒窘

迫」等情形下使用（WHO, 1997）。而美國婦產科學會（American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG）與美國小兒科醫學會（American Academy of Pediatrics, AAP）在 *Guidelines for perinatal care*（周產期照護臨床指引）第五版⁵（AAP, ACOG, 2002: 143）中描述：

會陰切開可以在一些情形下幫助生產，並不需要常規使用會陰切開術，而且此舉可能導致第三及第四度會陰裂傷⁶的危險，並延遲病人回復性活動的時間。

英國國家周產期流行病學小組在 2000 年最新版的 *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*（有效的懷孕以及生產照護指引）中寫道：

並沒有證據支持大量使用會陰切開術具有優點的假設。研究顯示：有限制的使用會陰切開，較不會造成向後的會陰裂傷、會陰縫合、癒合問題；對於嚴重會陰或陰道創傷、產後疼痛、性交疼痛、尿失禁的風險則沒有差別。限制使用會陰切開唯一的缺點，是增加會陰向前撕裂的風險，這樣的結果在側中或正中切開是相同的。沒有證據顯示大量使用會陰切開術可以減少胎頭的創傷，隨機試驗中並發現不管產婦有無施行會陰切開術，新生兒出生時的 Apgar score（阿帕嘉指數）、住院率、特殊護理

5 ACOG 和 AAP 兩個醫學會在 1983、1988、1992、1997、2002 年聯合出版 *Guidelines for perinatal care*。

6 第三度裂傷係指肛門擴約肌裂傷；第四度裂傷指的則是會陰裂到肛門直腸黏膜。

照護的比例相同 (Enkin et al., 2000: 295)。

另一方面，許多已開發國家包括美國、⁷ 英國、⁸ 德國，⁹ 皆在其衛生部門下設立實證醫學中心，進行許多產科技術的研究，整理臨床醫學指引，希望以此作為臨床醫師的參考。

(三) 各國會陰切開術使用情形與信念行為研究

經過實證醫學與生產概念的爭辯之後，歐美國家產科開始以「會陰切開術施行的比例」作為評估婦嬰照護的標準，甚至是全國孕產期

- 7 美國國家衛生部的美國健康研究品質組 (American Health Research and Quality, AHRQ) 實證醫學中心，於 2005 年 5 月公布了編號 112 會陰切開術應用的系統性回顧文章 (Viswanathan et al., 2005)，並歸納出下列結論：中等至理想的證據顯示，常規會陰切開並沒有比限制性地使用好，反而會有較糟的後果，因為部分婦女除了手術切開傷口，產生更多的傷害；因此正中或是側中切開應作為常規指引的證據不足。至於會陰裂傷需不需要縫合，中等至理想的證據建議不要縫合表層陰道及會陰肌肉。但如果需要皮膚縫合時，連續性切口下 (continuous, subcuticular repair) 的縫合比間斷性跨層的縫合佳。
- 8 英國 Cochrane 實證醫學中心在 1999 年 Episiotomy for vaginal birth 一文整理六個會陰切開術實證研究。作者的結論是：限制性的會陰切開使用比常規會陰切開具有較多的優點，包括較少的向後撕裂傷、縫合較少、較少的併發症，但在疼痛以及嚴重的會陰及陰道損害的情形並無差別。而限制會陰切開術的使用，將會增加會陰向前裂傷的風險 (Carroli and Belizan, 1999)。
- 9 德國社會健康部門下的醫學資訊中心 (Deutsch Institut fuer Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI)，於 2000 年成立健康科技評估部門，進行一系列的科技評估 (Health Technology Assessment, HTA)，目前會陰切開術應用的研究正在進行，計畫的英文名稱是 Application of episiotomy for vaginal nativity；德文名稱為“Der Einsatz der Episiotomie bei der vaginalen Geburt”。

照護的監測指標。美國是歐美國家中會陰切開術使用頻率最高的國家，研究顯示美國的會陰切開術施行率由 1980 年的 63.9% 下降到 1998 年的 39.2% (Weeks and Kozak, 2001)；加拿大 1989 到 1998 年則由 55% 降到 25.4% (Canadian Perinatal Health Report, 2000)；英國 1980 年之前會陰切開術的使用率大於五成，1985 年降到 37%，1995 年則約 20%，並在 2004 年降到 12%，其中自然產的頭位生產中，只有 8% 採用會陰切開術 (NHS maternity statistics, 2005)。其他歐陸國家中，瑞典在 1989 年全國初產婦會陰切開術使用率是 33.7%，到了 1995 年已降至 24.5% (Rockner and Fianu-Jonasson, 1999)。

1990 年代以後，除了會陰切開術優缺點的實證研究外，也出現了許多人文社會背景相關的產婦研究，例如：初產婦具有較高的會陰切開施行率 (Turner and Casey, 1995; Denham and King, 2001; Nagar and Helliwell, 2001)，白人會陰切開施行率高於非裔美人 (Goldberg et al., 2002; Howard, 2000)，亞洲婦女則因會陰切開及器械助產之故，¹⁰ 而有較高的肛門擴約肌裂傷的機率 (Goldberg et al., 2003)；澳洲的研究發現，產婦所屬公、私立保險的不同，也會影響會陰切開的施行 (Shorten, 2000)。至於醫療提供者的行為研究，則發現其實不同的產科工作者才是影響會陰切開使用的主要原因 (Klein, 1995; Robinson, Norwitz, Cohen and Lieberman, 2000)。而美國在不同專業上的差異，則呈現助產士會陰切開術的實施比例最低、家醫科醫師居中，而婦產科醫師會陰切開施行率最高的專業差異現象 (Tincello et al., 2003)。此外，甚至產科服務提供者的時間因素也是可能的影響因

10 器械助產包括：產鉗 (forceps)、真空吸引器 (Vaccum) 等。



素，例如：白天經器械生產及會陰切開術施行比率較高（Web and Culhane, 2002）。

除了歐美對於會陰切開術的研究，這樣的關注也擴散到第三世界，例如辛巴威、奈及利亞、衣索匹亞等地，上述三個國家的初產婦有不同程度的會陰切開施行率（47%-90%），所有產婦的會陰切開率則在 25% 到 55% 之間（Bergh, Sueters and Segaar, 2003; Ola, Bello, Abudu and Anorlu, 2002）。另外，在 WHO 的資助下，南美洲因為高會陰切開率而進行一項長期的追蹤與介入性研究。這個阿根廷會陰切開試驗合作小組（Argentine Episiotomy Trial Collaboration Group）有十四個拉丁美洲國家共 105 間醫院參與，其中曾在 1991 至 1992 年間進行常規與限制性會陰切開的隨機臨床試驗，發現常規會陰切開並未對產婦及胎兒產生正向影響。這個共有十四個拉丁美洲國家、105 間醫院參與的研究發現，其實不同助產專業（助產士或是醫師）在此研究進行前，有大於 90% 的初產婦曾接受會陰切開，而參與研究的醫院不管是醫院分級（公、私立），甚至由助產士或是醫師接生，¹¹ 在會陰切開術的施行率¹² 上並沒有明顯的差異（Althabe, Belizan and Bergel, 2002）。後續的研究更顯示，即便後來阿根廷會陰切開的試驗結果認為，不應常規進行會陰切開，但後續的追蹤卻進一步發現，臨床醫師即便參與會陰切開的研究，也知道會陰切開對產婦並無太大好處，但是還是不太願意改變其助產行為（Belizan and Carroli, 1998）。

11 基層、區域、醫學中心會陰切開施行率分別為 89.8%、91.6%、92.7%；公立、私立、社會安全醫院分別為 90.2%、96.4%、95.6%；助產士、醫師接生會陰切開施行率則分別為 93.6%、91.6%。

12 此項研究顯示在拉丁美洲，會陰切開術在基層、區域、醫學中心的施行率分別為 89.8%、91.6%、92.7%；公立、私立、社會安全醫院分別為 90.2%、96.4%、95.6%；助產士、醫師接生會陰切開施行率則分別為 93.6%、91.6%。

一直到最近幾年，仍然有許多文章與討論企圖影響過去醫界對於自然產的操作，並呼籲停止並減少生產中有害或無效的步驟。但是「孕期健康，在實證的有效性和臨床間有一個早為人知的鴻溝。事實上，太經常性的操作並不是實證的基礎；同時，要停止這些有害或者是無效的步驟，阻力極大」（Villar, Carroli and Gulmezoglu, 2001: 47）。儘管有產婦以及健康體系的壓力，甚難改變醫師習慣的臨床技術。而 *British medical journal*（英國醫學雜誌）也提出「為促進以實證為基礎的孕期照護，應該遠離手術刀」的呼籲（Langer and Villar, 2002），認為醫師缺乏更新的臨床醫學證據，和改變的障礙與動機，是造成會陰切開施行率居高不下的原因。因此，他們建議醫師應以知情同意的方式，讓產婦充分瞭解；或讓產婦能在充分的資訊下做出自己的決定（充權）；或是建立全人照護健康體系和普及醫療資訊（例如 WHO Reproductive Health Library，世界衛生組織生育健康資料庫），再加上發展中國家對於婦女健康進行研究與調查等，都是可以改變當地與生產相關的環境與技術的方法。

三、研究方法與內容

本研究的定位為對於台灣會陰切開術的探索性研究，為了解此一醫學論述的形成與演變，本研究分析的相關文獻包括歷年公開發表的報刊文章、專書、研討會論文及現今仍在使用的醫學院教材。整篇以歷史比較、科技與社會分析及女性主義關懷的角度，透過質性研究中的文獻內容分析法，微觀地檢視國內外醫學論述的差異，以巨觀地呈現國內對於會陰切開術的想像。最後，再加上觀察與訪談台北縣某區域醫院產科「會陰切開術」與其他自然產相關技術與環境改變的情

形，作為醫師與組織行為改變的個案研究。

本文使用的文獻資料包括：台大醫學院圖書館開架、閉架圖書及中央圖書館的婦產科教科書、相關正式學術期刊論文；報紙資料內容來自「報紙標題資料庫」（國家圖書館製）、「聯合知識庫」（聯合報系）、「時報知識贏家」（中國時報系）三個資料庫，以「會陰切開」或者是「切開會陰」作為搜尋的內容；雜誌文章則使用「國家圖書館期刊目次服務系統」，關鍵字或標題設定為「會陰切開」或「切開會陰」。至於近年來產科醫界及助產學界的看法，則以台灣婦產科醫學會及周產期醫學會的會員通訊，以及 2003 及 2004 年兩次關於人性化生產研討會手冊內容為研究對象；醫學院關於會陰切開與自然產的教學論述則蒐集：2004 年正式出版的《婦產科精要》（原為《台大產房工作手冊》）、台大 2003 年婦產科學小組上課投影片、高醫大 2003、2004 年醫學院醫學系、及長庚護專二技部 2004 年護理系學生婦產科學上課共同筆記（見表二整理）。

四、台灣脈絡下的會陰切開術

回顧西方會陰切開術的文獻，可呈現歐美婦產科相關專業知識發展的歷史軌跡；而本研究中對於台灣會陰切開術運用的討論，將說明台灣婦產科與女性身體關聯的獨特歷史。因此，第一節描述的是台灣運用會陰切開術的歷史，以此作為當前醫學論述的背景。第二節則以近年台灣醫學院內婦產科教學活動與常用的產科護理學教科書，作為學院內專業論述的分析題材，以呈現護理界及醫界主流教學與實踐。為了理解當今國內婦產科醫界與助產學界專業邏輯的差異，則於第三節中處理 2002 年以後醫界與產科學界的公開論述與辯論。最後一節

表二 研究文獻內容

文獻類別	說明	檢索對象	數目
一、中文資料庫			
中華民國期刊論文索引		關鍵字為「會陰切開」、「切開會陰」	2
國家圖書館期刊目次服務系統	1970 以後中文期刊內容	關鍵字為「會陰切開」、「切開會陰」	15
報紙標題索引資料庫	聯合報 1951- 中國時報 1996.1- 中央日報 1996- 自由時報 2003- 星報 2000 聯合晚報 經濟日報 民生報 工商時報自創刊起	關鍵字為「會陰切開、切開會陰」	11
聯合知識庫	1951-	關鍵字為「會陰切開」、「切開會陰」	48
時報知識贏家		關鍵字為「會陰切開」、「切開會陰」	
二、醫療助產教科書			
<i>Williams obstetrics</i>	第 5 到 22 版（1926-2005，除第 7 到 9 版由劍橋大學收藏；第 5 版、以及第 10 到 22 版為台大醫學院圖書館藏書；缺第 6 版）	關於 episiotomy 章節	14
日文產科學教科書	台大醫學院圖書館收藏圖書	關於會陰切開 episiotomy 章節；與會陰保護章節	9

中文產科護理教科書	國家圖書館至 2004 年底藏書	關於會陰切開章節	17
三、其他相關 醫學會會訊	台灣周產期醫學會	會陰切開的討論	3
醫學系學生共同 筆記	台大醫學系(2003)、 高醫醫學系(2003/2004)	婦產科學正常生產課程	3
護理系學生筆記	長庚護理系二技部(2004)	產科護理學分娩過程	1
產房工作手冊	台大醫院	關於 episiotomy 章節	1
人性化生產研討 會手冊	台北市周產期研討會人 性化生產 2003.11.20 ； 人性化生產之理論與實 務研習會 2004.10.4-5		2

將藉由觀察台北縣某區域醫院的產房，描述台灣新自然典範概念的產生，與會陰切開術實際的變革過程。

(一) 台灣會陰切開術運用的歷史背景

考察台灣產科關於會陰切開的論述，大致可以分為四期：第一階段為日治時期，曾貶抑傳統產婆沒有消毒的會陰切開為落後的生產技術；第二階段為二次大戰後至 1970 年代，主要由助產士接生，當時會陰保護被視為重要的生產技術；第三階段為 1980 年代至 1990 年代，會陰切開術被產科醫師及媒體視為現代化的生產技術；第四階段

為 2000 年以後的質疑期，此時距離歐美社會對會陰切開質疑期約晚了二十餘年。

日治之前，台灣婦女的生產過程多由傳統產婆協助，但是當時漢文報紙中對傳統產婆有許多負面的報導，例如缺乏消毒無菌的概念，卻對產婦施行會陰切開，再加上她們失敗的助產經驗和併發症，使得漢文報紙批評傳統產婆接生不「衛生」、不具「現代性」，而與新式產婆所呈現的整體「現代」與「進步」形象做對比（洪有錫、陳麗新，2002）。日本治台五十年間，公私立產婆學校共訓練出兩千多名的新式產婆，當時產婆教育以日文產科學教科書做為主要的授課參考（鍾淑姬，2004；陳麗華，2004）。台大醫圖館所典藏的不同日文產科學著作，均分項說明平躺與側躺生產姿勢下保護會陰的方法（如木下正中，1905；川添正道，1930；塚原伊勢松，1949；¹³篠田紘，1938；安藤畫一，1941；磐瀨雄一，1943；真柄正直，1950），並視會陰保護為產婆最重要的任務（佐藤勤也，1899；安藤畫一，1941）。

會陰保護是預防會陰破裂的方法（篠田紘，1938；塚原伊勢松，1949）。真柄正直（1950: 234）詳細說明會陰切開的目的：

預防胎頭及肩部娩出時會陰伸展過大，可能造成不規則裂傷、傷口感染、出血、甚至會有瘢痕、骨盆腔筋膜受傷、伴隨膀胱脫出，因而採取會陰保護。

至於會陰保護的時機是在胎頭微露，會陰隆起，以及胎兒肩胛骨

13 本研究僅列出塚原伊勢松 1949 年的版本，事實上 1932 和 1937 年版本關於會陰切開的文字內容相同。

要通過會陰時施行，其要點包括「幫助會陰及產道口的擴張；幫助胎兒生理性內轉；讓他慢慢從陰道通過」（篠田紘，1938: 211）。因為會陰的性質、嬰兒的大小、胎頭生出的狀況不同（安藤畫一，1941: 307），會陰有可能會裂傷，因此判斷在何種情況下會陰會裂傷，也是論述的重點（真柄正直，1950）。¹⁴

至於日文教科書內關於會陰切開的描述，均書寫在上述會陰保護的文字內容之後；而施行會陰切開的時機，是在預期會發生嚴重會陰破裂之時（川添正道，1930；塚原伊勢松，1949；篠田紘，1938；安藤畫一，1941；磐瀨雄一，1943；真柄正直，1950）。由於「產婆作業規則」明定，產婆不得對胎兒及產婦進行外科手術，再加上產科教科書均認為「應進行會陰保護，避免嚴重裂傷，而會陰切開具有特定使用條件」等，¹⁵使得助產士接生時，盡量採取會陰保護，避免會陰切開的作法（鍾淑姬，2004；陳麗華，2004）。助產士在第一產程末，以麻油或橄欖油潤滑，進行會陰按摩，預防會陰裂傷，也會臨場判斷何種會陰會裂傷，甚至當有裂傷的可能時，它們也會剪開會陰（陳麗華，2004）。

1951年，全台助產人員接生的比例達51%，醫師僅占3%，但仍有46%由其他人員助產；但是1972年由醫師接生嬰兒的比例達47.8%，開始大於助產士的44.7%（行政院衛生署，1999）。在這二十年間，不僅主要的助產人員身分轉變，助產行為中包括會陰切開術，也有明顯的改變。我們可以在1970年代開始發行的《嬰兒與母

14 本研究僅列出真柄正直1950年的版本，事實上1960年版本關於會陰切開的文字內容相同。

15 1905年木下正中的《產婆學講義》中，甚至沒有談到會陰切開的內容，而僅以會陰保護的方法作為生產時的技術說明。

親》、《媽媽寶寶》雜誌中，見到婦產科醫師以生產教育者的角色撰文，或成為受諮詢的對象，關於會陰切開術的報刊評論和專題報導，視醫師為專業權威，而助產士接生為傳統的助產模式，會陰切開成為必要的現代生產技術（吳守正，1977；佚名，1983）。於是，常規會陰切開成為1970年代醫師與助產士現代化助產技術競爭的區隔，一如日治時期，會陰切開是傳統產婆與新式產婆的專業差異。

1992年，美、加開始出現「常規會陰切開術導致會陰裂傷比例增加」的實證研究，《民生報》引用美聯社華盛頓的新聞，報導加拿大研究人員臨床研究的結果，建議應禁止任意或例行施行會陰切開術（佚名，1992/7/3）。這一篇曾在美、加引起討論旋風的研究，到了台灣卻只出現一篇採訪報導，當時馬偕醫院婦產科主任回應，那只是復古風潮（佚名，1992/7/22）；此外，婦女界或是社會大眾也沒有太多相關的討論。三年後，尹長生醫師因為自己不常規會陰切開，觀察到可以因此減少產後性交疼痛及增加完整會陰等優點，故而發表不同於主流的意見（佚名，1995/10/1）；此後十年間，幾乎每年母嬰雜誌均有關於會陰切開術的文章。雖然媒體不再只有1970、80年代以前視「會陰切開術等同於現代化醫療」的論調，已出現反對意見；但是主流婦產科醫師幾乎都維持會陰切開較佳的論述，他們認為台灣婦女不適合以自然裂傷方式產出胎兒，應進行會陰切開，作為預防會陰裂傷的方法（沈煥昌，1992, 1996；陳思銘、蕭珺文，1995；徐明洸，1996；林漢文，1997）。除了醫師的說法，這段時間也有四篇文章引用產婦對於會陰切開的看法，¹⁶記載婦女們生產過程中會

16 分別是1991年9月的《媽媽寶寶》報導該社對於一百名孕婦的調查及九名產婦對會陰切開的想法、1992年11月《媽媽寶寶》、1995年5月《媽媽寶寶》則記錄十六名媽媽對於會陰切開術的經歷以及陳醫師的訪談意見，1996年12

陰切開疼痛的經驗、產後復原的狀況、產婦在懷孕期間做會陰伸展運動的方式，甚至有以自然裂傷取代會陰切開術的例子，但依舊僅是小眾母嬰雜誌中的專題（楊吉銓，1991；沈煥昌，1992, 1996；陳思銘、蕭珺文，1995）。

直到2002年，因為助產學界與醫界對於人性化生產的爭論（詳見第三節），報章媒體才開始有許多關於醫療介入自然產的報導，並多次出現助產學界反對常規使用會陰切開的聲音（黃庭郁，2002；吳佩蓉，2002, 2004；楊美珍，2003；宋豪麟，2004；洪素卿，2004；吳慧芬，2004；黃靜宜，2004）。《康健雜誌》及李耀泰醫師同樣提出明確反對意見（司晏芳，2003；李耀泰，2004），此外，媒體也出現輕微自然撕裂傷癒合較快的報導（洛琳，2004）。2002年以後婦產科醫師發言多已修正，他們開始強調施行會陰切開時臨床判斷的重要性，但仍然肯定會陰切開具有較多的優點（仇思源，2003；李佩芬，2003），甚至還提出會陰切開可以同時進行陰道整形的好處（陳敏龍，2003）。換言之，從這些報導可知，婦產科醫界關於會陰切開術的論述逐漸出現轉折，但多數依舊認為會陰切開的優點較多。

（二）當今會陰切開術的教學論述

1950年代以來，*Williams obstetrics*¹⁷ 取代日文產科學，成為台

月《媽媽寶寶》則再度以九名媽媽的看法和再訪沈醫師的意見為題材。

17 台大醫圖收藏有該書1950年第十版以後的所有版本。1950年以前的版本，醫圖僅有1926年W. J. Williams本人著作的第五版。當時他本人反對常規會陰切開術，並表示這個過程並沒有好處，根據經驗原始的傷口如果經過適當的

灣最重要的產科考試參考書籍；而《台大產房工作手冊》則是見習及實習醫師在臨床上經常備用的參考資料。除了上述產科知識傳遞的文本、課堂上的講述和臨床實習教學，醫學院內主流婦女生產典範與價值，不斷地透過醫學知識再生產的過程傳遞。然而，當今醫學生的產科教學中，出現不同於 *Williams obstetrics* 中會陰切開術的詮釋；而護理系學生的產科護理教學活動，則有不同於醫學系的討論，跳脫過去單一「會陰切開是必要手術」的論述。

1. 台灣醫學院內會陰切開術教學現況

1950 年第 10 版 *Williams obstetrics*¹⁸ 中，Dr. N. J. Eastman 在兼顧母體和胎兒健康的邏輯下，一改過去 Williams 本人的說法，採取「因為生產過程中會陰會裂傷，所以必須施行會陰切開」的基本論調，於是常規會陰切開術成為取代會陰自然裂傷的策略（Eastman, 1950/1956; Eastman and Hellman, 1961/1966; Hellman and Patrick 1971）。上述 1950 年代 *Williams obstetrics* 關於會陰切開術必要性的論述，就開始成為台灣標準生產作業操作的理論，並影響至今。

Williams obstetrics 在 1981 至 1989 年三個版本中，雖然引用反對常規會陰切開術的說法，但文中還是支持會陰切開的種種優點（Pritchard and MacDonald, 1976; Pritchard, MacDonald and Gant, 1985;

縫合和照顧幾乎都會規則地癒合。他認為有兩個理由不應該讓會陰切開成為常規：第一、這樣每次生產都需要動手術；第二、一次成功的會陰切開術，會導致此後生產也期待必須進行手術（Williams, 1926: 357）。

- 18 *Williams obstetrics* 第十至十五版以 Dr. N. J. Eastman 為主要的編者，根據《台灣婦產科百年史》記載：1956 年三軍總醫院產科李士偉主任曾經邀請 Eastman 來台。李士偉畢業於美國洛克斐勒基金會所興辦的北平協和醫院醫學院，當時醫院的產科主任即是 Eastman（黃思誠，2000）。

MacDonald, Gant and Cunningham, 1989)。直到 1993 年，第十九版 *Williams obstetrics* 以會陰切開術「不應常規使用」作為結論，並列出此術應在合適條件下使用，例如肩難產和臀產；產鉗、真空吸引器的操作；枕後位（occipital parietal, OP）；以及不做會陰切開一定會造成會陰破裂的情況。文中認為，是否需要進行會陰切開，最關鍵的原則就是外科判斷與常識（Cunningham, 1993; 1997; 2001; 2005），從此翻轉過去三十多年來產科教科書的論述。

在產房臨床教學中，台大婦產科的《台大產房工作手冊》是國內婦產科實習醫師最常參考的工作手冊。書中說明會陰切開是在第二產程中，為增加胎兒的娩出空間而施行的手術，傷口美觀並利於縫合，並隨後列出正中會陰切開術（median episiotomy）以及正中旁會陰切開術（mediolateral episiotomy）¹⁹ 的方法，和其優缺點比較（見表三）。²⁰ 在整段描述會陰切開之後，則附上陰道裂傷程度的分類與定

表三 正中與側中會陰切開術優劣比較表

	正中會陰切開	正中旁會陰切開
縫合	較易，且組織密合良	較不易，且組織密合差
術後傷口疼痛	少見	較常見
傷口癒合	較好	較差
傷口裂開	少見	較常見
傷及直腸黏膜	較易	較不易
出血量	較良	較多

資料來源：台大婦產科（出版年不詳：20）。

19 正中旁中切開法，也有稱為側中切開法。
20 2004 年出版的《婦產科學精要》則未列出正中及側中切開優缺點的比較。



義。此外，並未說明此術施行的適應條件，似乎臨床會陰保護及會陰破裂從來不是產房工作必要的背景知識。

除了《台大產房工作手冊》，我們也可以在台大、高醫大醫學系的婦產科學共同筆記中找到相關教學論述。目前台灣多數醫學系的婦產科教學，包括五年級婦產科學課程兩學分，其中正常分娩機轉約占兩小時課程。由於教學方式的不同，台大醫學系因施行小組教學，在2003年婦產科學分娩機制與異常分娩課堂中，對於生產時的機制，僅有學理式的探討，而未提及會陰保護、會陰切開等操作技巧。

但在2003年和2004年高醫大醫學系婦產科學的共同筆記中，我們可以看到對見習、實習的醫學生而言，會陰切開術的學習重點是正中與側中切開的優缺點比較：

會陰剪開時，有一種是剪中間，另一種是剪旁邊斜斜的剪。以前有人喜歡考這兩種方法各有什麼優缺點。……因此要評估一下，如果產婦 perineum（會陰）很短，小孩很大，剪中間就有可能會一直裂下來，此時就以剪斜的方式較好，或是如果預期要使用真空吸引或是用 forceps（產鉗）把小孩夾出來這樣也比較會造成裂傷，因此剪斜的較佳。（高醫醫學系，2004，14: 17-20）

由於這兩年的授課老師不同，因此不僅講述的重點不同，對於會陰切開也有不同的論述。2003年客座教授以自然裂傷的生產方式取代會陰切開，「會陰切開必須用無菌的布護在上面，保護會陰不要進一步裂開。不過現在的理論是不要剪會陰，讓它自然的裂開最好（高醫醫學系，2003，5: 30）。」。但多年以來，高醫大主要的產科教學論

述，還是以會陰切開具有整齊傷口的優點，作為臨床接生時施行會陰切開術的理由：

以前的時代沒有會陰切開術，直接生產，結果會陰裂得亂七八糟，傷口很難看。（高醫醫學系，2004，14: 17-20）

在實際助產操作時，實習醫師通常擔負起保護會陰的責任：

intern（實習醫師）的工作就是保護小孩，避免嬰兒向下而使陰道口下裂。但也不要太緊張把小孩抓太緊，這樣反而影響生產。若捏太好也可能造成陰道口上裂。所以力道要剛好，保護會陰 perineum。（高醫醫學系，2004，14: 17-20）

綜合說來，高醫大課堂上對於會陰切開術的論述、《台大產房工作手冊》的內容，與台灣產科醫界普遍對於會陰切開的看法，皆是抱持著正面的評價。他們均忽視自然產也有可能出現會陰完整的事實，也忽略了「會陰按摩」、「預防會陰裂傷」的議題。換句話說，1950年代 *Williams obstetrics* 標準的會陰切開操作與概念，依舊深深影響目前從事教學活動的醫學院教授們。*Williams obstetrics* 是國內醫師國家考試、以及婦產專科醫師考試的參考用書；但是1993年以後的版本，對於會陰切開術做出「不應常規使用」的結論，依然對台灣產科的教學論述沒有產生影響。

2. 助產及護理界對會陰切開術的詮釋

相對於醫學系的產科醫學論述，護理系關於自然產的論述就明顯



呈現以產婦為中心的思考模式。以 2004 年長庚技術學院二技部為例，婦嬰護理學²¹為一年級必修課程，在介紹母親親善生產的原則與步驟的兩個小時課程中，已簡單提及國外已經不常規使用會陰切開術。

至於護理學界所編著、編譯不同版本的產科護理教科書，可視作護理界的會陰切開術論述。透過 1980 年以後產科護理的中文教科書，對於會陰按摩、會陰保護、會陰切開的優缺點及質疑的比較，我們可以了解到產科護理界對於會陰切開術的認知（見表四）。

1980 年代以前，外文產科護理教科書的中譯本，皆以「必要的會陰切開」作為主要的基調。當時認為會陰切開是正常生產的一部分，因為這樣可以避免撕裂傷、加速產程、保護胎兒，並避免陰道因擴張過度，而不能恢復產前大小（陳淳、徐世雄譯，1984）。即便至 1990 年代初期，會陰清洗、灌腸不再被視為生產常規，陰毛剃除也開始受到質疑時，會陰切開依舊被視為必要的生產處置（劉瓊宇等譯，1990）。然而 1990 年代實證研究的結果出現後，國外護理學譯本也開始列出會陰切開的缺點（方雅莉等譯，2000；吳娟鳳等譯，2001；何美華等譯，2002），此時會陰切開成為備受質疑的生產常規，書中也列出會陰切開術施行的適應條件（方雅莉譯，2000；何美華等譯，2002）。也就是說，1990 年代前後外文產科學的中譯本對於常規會陰切開的描述，有相當明顯的區隔。

至於國人以中文書寫的產科護理學，應該最能代表台灣當代產科護理界對於會陰切開術的認知與態度。但台灣早期本土產科著作不

21 長庚護理婦嬰護理學整學期教學大綱包括：以家庭為中心之婦嬰衛生的現況及趨勢、妊娠期婦女的身心調適、孕期性生活、生產教育、高危險妊娠護理、待產期婦女之護理、產後期家庭之護理、嬰兒餵食、嬰兒照顧要訣、安胎處置與周產期失落的護理、傳統文化及民俗對婦嬰護理之影響。

多，對於常規會陰切開術的必要性，也與當時 *Williams obstetrics* 支持會陰切開術的說法相同（蕭聖揚、李又然，1980）；唯一的例外是盧碧瑛的著作，²² 在台灣產科護理學著作中，她是最早詳列會陰切開的適應條件的人：

產鉗分娩、臀位牽引術之前、早產、可能出現會陰裂傷者（如初產婦、陰道口與胎頭不相稱者、會陰硬固者）、胎兒窘迫、嚴重子癲前症或心臟病、前會陰三度裂傷者（盧碧瑛，1983: 215）。

她還提及英國助產士得因醫師不在場，必要時可以施行會陰切開術。²³ 但盧碧瑛對於會陰切開的認知，顯然不是台灣產科護理界的主流意見，也未引起台灣產科醫界及護理界的重視。

直到 2000 年以後出版的部分中文產科護理學用書，才開始質疑常規會陰切開術。但相較於 1993 年以來 *Williams obstetrics* 認為不應常規執行會陰切開的說法，台灣產科護理學的作者認為「會陰切開術」依舊是一個爭議性的話題（林盈慧，2002, 2004；陳信孚等，2002, 2004），尚未形成指引性的規範，因此對於是否執行例行性的會陰切開術，則認為見仁見智頗有爭議（李開瑞等，2002）。至於其他 2000 年以後的產科護理學，並沒有對會陰切開的必要性提出質疑，也沒有

22 盧碧瑛曾在英國以助產士的身分執業，因此英國助產士訓練也影響了她對會陰切開的詮釋。

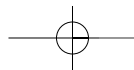
23 《最新助產技術及原理》指出，1967 年英國中央助產士委員會所訂立的助產士法，規定「分娩末期當有必要立即實施會陰切開術時，除非醫師能立即處理，否則應由助產士負責。在時間許可之下，要先做局部麻醉」，同時規定助產士允許使用某些局部麻醉藥，而不必經由醫師開立處方（盧碧瑛，1983: 215）。

注意到國外常規會陰切開術論述的改變（林盈慧，2000；王淑方等，2002；周雨樺等，2004）。

表四 中文產科護理相關教科書關於會陰切開術描述內容的比較

	產前會 陰按摩	產程會 陰保護	會陰切開 的優點	會陰切開 的缺點	切開術式 及優缺點	質疑常 規切開
蕭聖揚、李又然（1980）	X	X	O	X	O	X
陳淳、徐世雄譯（1984） [*]	X	O	O	X	O	X
盧碧瑛（1988/1983） [*]	X	X	X	X	O	O
胡月娟等譯（1984）	X	X	O	O	O	O
劉瓊宇等譯（1990） [*]	X	X	O	X	X	X
馮琪瑩等編譯（1991） [*]	X	X	O	X	O	X
方雅莉等譯（2000） [*]	X	O	O	O	O	O
周汎濤等（2000）	X	X	O	X	O	X
李淑如等（2001）	X	O	X	X	X	X
李麗珠等（2001）	X	△	X	X	O	X
吳鳳娟等譯（2001） [*]	X	O	O	O	O	X
何美華等譯（2002） [*]	X	O	O	O	X	O
王淑方等（2002）	X	O	O	X	O	X
李開瑞等（2002）	X	O	O	X	O	O
盧碧瑛等（2002）	O	O	O	O	O	O
盧碧瑛等（2004）	O	O	O	O	O	O
周雨樺等（2004）	X	△	X	X	△	X
陳信孚等（2002）	X	O	O	O	O	O
陳信孚等（2004）	X	O	O	O	O	O

（* 為中譯本 O 為內容中有記載 X 為無記載 △為無方法或詳細介紹）



我們從不同年代的產科護理學教科書中，不僅看到不同的會陰切開術觀點，也同樣發現教科書出現對於會陰保護態度的轉變。戰前日文產科學，曾視會陰保護為助產士最重要的工作之一；但是現代的產科論述中，雖然說明施行 Ritagen 娩出法，和胎兒枕骨產婦會陰處施壓，可以減少會陰因為正中切開而下裂至肛門的風險（馮琪瑩等譯，1991），但是會陰切開卻普遍被視為會陰保護最重要的方法。大多數戰後的產科學教科書認為會陰切開可以減少會陰撕裂的機會，切開後縫合手術容易，再加上可吸收縫線材質的便利，也使得會陰保護的重要性，脫離七、八十年前的觀點，而少有產科書籍提及會陰保護的可能性。直到會陰切開與第三、四度裂傷的因果關係確立後，部分產科護理教科書才再度重視產程的會陰保護和產前會陰按摩的重要性（林盈慧，2004）。

（三）醫界與助產學界的對話

雖然西方社會在 1980 年代就有生產改革的論戰，但 1994 年以前，國內對於婦女生產處境，並沒有太大的爭議，也少有期刊論文提出不同的思考。直到 1990 年代護理教科書出現與台灣產科醫界不同的產科知識，再加上停辦十年的助產教育重新招生，²⁴ 才開始引發人性化生產概念與實務的爭論。於是學術期刊上出現質疑常規會陰切開的論文（陳麗芳、朱大維、李從業，2000；鄒梅春，2002），報章上也有不同於主流產科的意見發表（劉宜芳，2002）。此外，醫療社會學者吳嘉苓對於台灣助產士專業的研究與社會活動，促成 2002

24 1999 年輔英科技大學助產學系以及 2000 年台北護理學院助產研究所開始招生。



年 6 月「為什麼台灣需要助產士？」座談會的召開（吳嘉苓、陳麗光，2002）。

2002 年起連續三年間，台北護理學院助產研究所、台北市立婦幼醫院分別主辦關於人性化生產的研討會，這些研討會顯示不同婦女生產的專業思考邏輯，也影響了他們對於會陰切開術的判斷。國內報章媒體不但報導了助產學界和產科醫界的專業對話，同時也採訪並登載雙方的說法。其中《康健雜誌》所刊登的〈台灣女人，妳為什麼不生氣〉一文對於台灣產婦生產處境的批判，更是引起產婦和醫界爭辯的楔子（司晏方，2003），醫界對於婦女生產的思考邏輯，不斷地在回應的過程中呈現。

1. 關於人性化生產的三次學術研討會

2002 年 11 月 30 日，台北護理學院護理及助產研究所邀請世界衛生組織歐洲婦幼健康辦公室主任，也是小兒科醫師的 Marsden Wagner，在「人性化生產座談會」進行專題演講。會前郭素珍教授曾在三個醫學中心以及三家區域醫院，統計三個月內的生產紀錄，有 98% 產婦接受會陰切開術，這個結果稍後被 Wagner 引用；他批評過去對於會陰切開術存在太多的幻想，而台灣高比例的切開則是沒有科學根據。²⁵ 會後，《康健雜誌》記者司晏芳採訪 Wagner，在 2003 年 3 月刊出〈臺灣女人，妳為什麼不生氣〉專題之後，受到大眾的迴響，引發了許多討論及後續的報導。2004 年 10 月 4 至 5 日助產研究所再度擴大會議，舉辦「人性化生產實證與理論研習會」，²⁶ 邀

25 資料來源：北護助產所網站

http://www.ntcn.edu.tw/DEP/HELPBIRTH/Chinese/seminar_c/021130/021130person.htm

26 分別就「人性化生產的起源」、「實證研究應用」、「賦權（充權）」、「醫療措



請美國助產護理學會教育部主任，同時也是改善產科服務聯盟會主席 Deborah Wolley 帶領助產工作的研習。Wolley 在會中說明，她並不是從執業開始就不常規使用會陰切開術，也曾經面臨技術與認知的掙扎，但在心態轉變後，才改變了她對於常規會陰切開的制約概念；馬偕徐金源醫師也提到台灣醫師的掙扎，對此爭議性議題，他也開始試著不常規剪開會陰。

除了上述兩次台北護理學院護理及助產研究所舉辦的研習會，2003 年 11 月 30 日台北婦幼醫院也曾主辦「台北市周產期研討會——人性化生產」，邀請國內不同的專業人士演講。會中長庚徐振傑醫師介紹生產流程醫療介入之必要性，並以 WHO 的 *Care in normal birth* 作為主軸；郭素珍則由實證醫學談人性化生產；葉紗寧報告自然水中生產法，並在最後由林陳立和周明明醫師報告人性化生產新觀念。每位報告人的立場與重點不一，各自詮釋自己的觀點。

雖然有過兩場正式的研討會，參與人數也超過百餘人，但主要的參與者還是護理人員，僅有少數的醫師參與討論；然而，面臨來自醫界外部的聲音，產科醫學界也不得不公開提出回應。

2.台灣婦產科界的公開論述與少數不同的聲音

整個醫界對於人性化生產議題的討論，其實是在司晏芳於 2003 年 3 月《康健雜誌》發表〈臺灣女人，妳為什麼不生氣〉一文刊出後突然大量出現。當時因為許多電子報、還有私人的電子郵件紛紛轉載這一篇文章，產科門診也有產婦特別以此詢問她們的醫師，因此有許多婦產科醫師出來回應，例如〈台灣女人，妳可以不生氣〉一文就

施的必要性」、「生產方式的選擇」、「家人的參與」、「生產藥物使用」、「促進產程的方法」、「文化與生產」等議題進行討論。



表達了婦產科醫師的意見（謝燦堂、鄭博仁，2003）；婦產科醫界在內部刊物《中華民國周產期醫學會會訊》，也有兩篇以上相關的討論。面對一波波來自大眾及媒體的報導，同年11月12日周產期醫學會祕書長、也是長庚婦產科醫師徐振源等人²⁷同樣以「會陰切開術」為題目，用兩難的方式提問：Episiotomy in the 21 Century: To Cut or not to Cut?（二十一世紀的會陰切開術：切或不切？），在台灣醫學會年會中進行演講，雖然演講內容談到國際目前的實證研究結果，但依舊強調東方婦女的生物差異，作為台灣婦女需要會陰切開術的說明。

2005年3月4日衛生署公布「94年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑作業程序」及「醫院評鑑暨教學醫院評鑑基準」，欲將醫學中心與地區教學醫院的評鑑項目增列灌腸、剃毛、會陰切開術、胎兒監視器等生產措施，再度引起整個婦產科醫學會對於人性化生產的公開辯論。因而在2005年4月24日婦產科醫學會年會時，婦產科醫學會和周產期醫學會合辦了一場「人性化生產的安全面與法律面」研討會，在場百餘名婦產科醫師紛紛發言表達立場。由於產科醫界對於「人性化」的名詞、以及助產技術納入評鑑項目有著極大的威脅感，與受邀出席報告的台北護理學院護理及助產研究所郭素珍教授針鋒相對地對話。

由於醫界對於生產的假設和助產學界、女權者的言論有著根本上的差異，而且醫界對於會陰切開術必要性的論述，乃建立在其對自然產的認知上，因此有必要分析產科醫師對於婦女生產的基本假設。初步來說，產科醫師有下列三個假設：

其一，產科醫師認為婦女生產過程是醫療的過程。他們將生產和醫療結合，亦即專科醫師和高品質的生產照護結合，並認為在台灣的

27 具名者包括：徐振傑、謝景璋、謝燦堂、宋永魁四位長庚紀念醫院婦產部醫師。



脈絡下，生產的過程仍不可避免地是一種醫療行為。

我相信生產在現代、在台灣，不可避免地仍算是一種醫療行為，藉由醫護人員與產婦的通力合作，生產才告完成，因此適度的醫療介入仍是必須的，崇尚自然並非一味地排斥醫療介入。至於適度與過度的分野，這把尺需要醫師與產婦兩者好好地琢磨，單純歸咎於醫師一點也不公平。（徐金源，2003: 1-2）

婦產科醫師更投書報紙，說明台灣孕婦死亡率與新生兒死亡率能夠進入開發國家之列，是因為專科醫師制度和周產期醫學發展，才降低了孕婦的死亡率，達到美日的生產水準，他們並以台灣 98% 婦產科醫師接生的比例作為生產高品質的保證（謝燦堂、鄭博仁，2003）。普遍說來，婦產科界對於「生產是醫療的過程」、「台灣婦產科醫療所代表的進步性」，認為這是一個無可爭辯的問題。

其二，由於現實中，生產風險等同於產科醫師風險，使得時常面臨醫療糾紛的產科醫師為防止任何一個胎兒出事，採取過度的防衛性醫療，以加護病房的水準來照顧產婦。他們認為現代的準父母幾乎無法接受與了解自然產的風險，因此這樣的風險責任直接轉嫁到醫師身上，而使得婦產科醫師感受到相當大的壓力：

生產是有風險的，以前的準父母能夠接受這些風險，像五〇年代可以生一打，夭折兩、三個是常態。……而大家生的少，對於生產安全的期望提高，人們普遍期待生一個活一個，對婦產科醫生無疑是一大壓力……台灣人對於不正常小孩的忍受程度相當差，即便是輕微如兔唇，很多父母會迫不及待地拿掉，更

何況要是生產中有任何閃失，他們不跟婦產科醫師拼命才怪。
(徐金源，2003: 1-2)

婦產科醫師認為，Wagner 所建議國內應傳遞病人並非進到醫院就可以得到一個健康嬰兒的說法，實不容易被台灣家屬接受（施景中，2005）。因此，任何可以偵測到危險的工具對產科醫師而言都是有價值的：

醫療輔助目的在增加母胎的舒適及安全……如胎兒監視器可偵測這樣的危險，為什麼不用，而要讓危險有機會發生。（前引文：2）

再者，生產常規是必要之惡。雖然面臨外界的質疑，產科界很難拿出會陰切開、灌腸、剃毛、生產姿勢、催生、胎心音監測必要性的證據，但是這些非醫療性的考量，是為了標準化自然產的生產流程。因此對於會陰切開、灌腸、剃毛、生產姿勢、催生、胎心音監測、甚至助產士的參與的問題，牽涉到的不僅是醫學上的該不該，也須考慮社會的現實面與心理面（徐金源，2003: 2）。

也有人認為，除了會陰切開及胎心音監視外，其他皆屬護理準備，但護理技術在這方面並未有明確的實證證據；同時，基於不同文化習慣風俗的考慮，生產常規不管是強制要求避免，或是強制要求執行都不妥當，皆有違反婦女醫療人權之嫌（謝燦堂、鄭博仁，2003）。對於免除生產常規，有醫師表示醫院為了胎兒與產婦的安全而採取的常規，目的在於承受醫療糾紛壓力，若要簡化上述程序，恐怕得請產婦簽下同意書（黃靜宜，2004）。以灌腸為例，醫師認為不

灌腸可能使得產婦因為用力，而會有產台上排便的情形，糞便造成異香四溢，會使得產婦更為困窘（施景中，2003），或者產婦害怕用力而排便，不灌腸反而使其不敢用力，影響到產程的進行（徐金源，2003）。其他像是胎兒監視器的角色，施景中和徐金源兩位醫師均認為完全必要。

基於上述產科思維，婦產科醫師將生產視為醫療的過程，當生產的風險等同於醫師的風險時，常規的會陰切開被視為可以避免會陰撕裂傷的發生。他們從經驗中認知到，會陰切開術是一個整齊的傷口，有利於縫合，可以避免嚴重撕裂傷；同時，因為台灣女人體型小，會陰較短，若不切開會陰，更易造成自然撕裂傷。因此產科醫師為了避免影響產婦往後的性生活，認為國外會陰切開術的適應條件並不適用於東方婦女。²⁸ 施景中認為〈台灣女人，妳為什麼不生氣〉一文用白疼了的說詞，有邏輯上的錯誤（施景中，2003）；徐金源則主張就算沒有切開，仍有可能裂傷：

舉例來說，該不該常規會陰切開，的確以目前大家重視強調證據的實證醫學來說，並非絕對必要，但我們該強調的是「常規」是不必要，但「會陰切開」本身並不是罪惡，在某些適應症底下，它是必須的，這連 WHO 都有規定，一味地抨擊會陰切開，除了造成醫病緊張外，沒有什麼好處。……很多產婦問我，如果是我的親人，面對這些爭論，我會怎麼做？我的回答是，會陰切開並非常規要做，有必要時仍須執行，而且就算沒有切

28 例如《民生報》記者吳佩蓉訪問三軍總醫院陳惟華主任的報導（吳佩蓉，2004/8/27），以及《中國時報》記者吳慧芬訪問周產期醫學會秘書長徐振源醫師的報導（吳慧芬，2004/10/4）。

開，仍有可能裂傷，需要縫合。（徐金源，2003: 1-2）

對於人性化生產，徐金源認為或許還有需要討論或更新的觀念：

十六年前在巴西的一個世界衛生組織的會議中，決議生產要被控制，不是個別醫師和醫院的控制，而是由政府使用實證性照護的監測，所以認為對於台灣的生產環境，還有相當多可以努力的空間。（前引文：1-2）

施景中（2005）表示，人性化生產被助產學界引為正常產的說詞，會造成社會民眾的恐慌，而現今台灣婦產科界所通行者，也會被視為「不人性化生產」。然而，施醫師也明白指出：

科技和人性化，絕非不能並存，端看吾人如何使用。（施景中，2005: 1-2）

事實上，從婦產科醫師的論述中，我們可以發現會陰撕裂傷的責任與後果責任全部落在產婦身上；然而對於會陰撕裂傷與會陰切開的優缺點比較，以及產前、產中與產後的會陰保護方法，婦產科醫師卻甚少說明。

在一連串的反對聲音中，醫界仍有另類聲音出現。有的在產房中靜靜地改變了過去的習慣，或是在媒體上直接反對常規會陰切開術；這些零星的聲音由部分醫師發聲，間或出現在雜誌訪問中，備受矚目（司晏芳，2003）。其中現任台南郭綜合醫院婦產科主任的李耀泰，在2004年1月擔任中山醫院婦產科副主任的時候，於《嬰兒與母親》

雜誌上發表〈讓產婦少受點苦吧！自然生產不切開會陰更好〉一文，以「瓜熟蒂落」形容自然產的過程，他認為「瓜熟蒂落，生產本是很自然的事，越少的人為干涉越好」（李耀泰，2004：116）。李耀泰和十年前的尹長生是國內婦產醫界少數直言會陰切開術的缺點，並呼籲自然產應減少不必要醫療介入的實務工作者；然而，這些與主流婦產科醫師不一致的聲音，並未在產科醫界內部形成專業的討論。

（四）個案研究：一區域醫院的自然產變革

雖然台灣婦產科產房依舊保持著現代化科技醫療的形象，但在幾近全然現代的醫療模式中，也有一個歷經改革的生產場域。²⁹這是一個區域醫院³⁰，以新式 Labor-delivery-recovery（LDR）產房、³¹不做會陰剃毛、灌腸、避免會陰切開等概念，發展與主流不同方向的自然產模型，隱約出現一個新自然產醫學典範的雛型。

這項變革開始於 2002 年該院新大樓完工，五間 LDR 產房開始啟用以後。每一位自然產產婦從待產、生產、產後的兩小時都在同一間產房內，既無傳統布簾圍起的待產室，也沒有空間設計如手術室般的產房。過去傳統產科視孕婦為發生病理變化的個體，手術等醫療介入是恢復健康的做法，所以傳統的「待產室」可以類比為術前的「準備室」，「產房」就是「手術室」，而產後就進了「恢復室」和「病

29 此觀察研究於 2004 年 2 月進行，並於 2004 年 10 月進行訪談。

30 田野研究醫院位於臺北縣板橋市，屬於區域教學醫院，1999 年起與台大醫療聯盟。目前婦產部共有五名主治醫師，每個月生產人數 120 人左右。

31 LDR 產房強調調婦女生產時，在待產（labor）、生產（delivery）、恢復（recovery）時期都在同一空間內。

房」。而本研究個案不僅是台灣產科醫院的創舉，也一個新的權力空間，徹底改變過去為醫療作業便利而設計的生產環境。

即便該院產科主任曾參觀過國外 LDR 產房，但重新安排生產空間的契機，卻是基於私立醫療院所為吸引產婦來此生產的經濟誘因，更由於院方主管的支持，以及新醫院擴建下物質條件的配合，此一個案才發生生產空間的轉換。但自然產中的無菌操作（常規灌腸、剃陰毛）、常規會陰切開等舊有生產典範下的助產技術，是隨後才慢慢地受到挑戰。受訪醫師表示這些轉變並非一蹴可幾的，尤其是：

EP（會陰切開）觀念要改變比 shaving（剃毛）、enema（灌腸）難改變……我先改變 shaving、enema，在一開始 LDR 四年前就開始。產科是學徒制，怎麼教，怎麼做。以後也不會太關注這方面的問題。我們有 LDR，當然看看人家除了硬體有什麼改變，看人家的網頁，什麼是人性化？才會注意到這個方面。慢慢做，慢慢做，一步一步來。（訪談文字稿）

對於經驗導向的醫療工作者而言，科學上的新證據有時比不上過去承襲的技術，或者眼見為憑的思考；但面對國外產科重新建立的新典範，已逐漸形成另一個臨床指引的具體作法時，實踐者也可能會挑戰自己過去的看法，並透過與產婦的互動經驗，對生產形成新的理解。由於改變常規會陰切開術，涉及改變過去對此術的信念，使得該名醫師花了更多的時間回顧相關的醫學文獻，並嘗試會陰保護與會陰撕裂後縫合。也就是說，在所有舊的醫學生產典範中，相較於其他產科觀念，他本人對會陰切開術常規必要性的想法最晚受到挑戰。

但因為他本人新的經驗、新的觀念成功地挑戰了過去舊有的自然

典範，這位受訪的產科主任反駁了三總醫師在報章上的說法：

徐醫師、三總的醫師也是一直在說東方人體型不一樣……一般認為國內產婦產道比較小，我看那不是理由啦，我看上海的 paper 東方人應該不是這個原因。（如果要有）數據證明，一定要觀念改變，**沒有觀念改變，就不會去做（研究）**。（訪談文字稿，粗體為筆者所加）

整個產房內，能夠接觸到新的生產典範論述者，包括產房的護理人員和產科醫師。雖然產科主任是新生產典範的實踐者，但對於科內同袍並沒有絕對的影響力，因此在 LDR 產房運作的前兩年，除了新病房的使用，科內並沒有醫師跟進新的助產觀念與技術的操作。³²直到兩年後，透過產婦之間的訊息流動，部分醫師才逐漸改變少數生產常規。不過，由於此院婦產科住院醫師人力招募不足，使得這樣的資訊，並沒有透過教學醫院的角色傳遞出去，而只在院內小眾流通。至於產房護理人員，則因為協助不同醫師生產，歷經比較與價值判斷的過程，因此在吸收新的生產資訊方面接受度高，傳播速度也較快；例如科內員工需要生產時，會因為生產觀念技術而會有選擇性的偏好。³³

32 推測此技術無法很快擴散的原因，包括不利的教學環境（無住院醫師），不易傳遞新的生產典範觀念，而生產過程因單一醫師操作，無可比較或學習觀察的管道，再加上對於新技術的不確定性，醫師個人擔心生產的風險下，使得其他的主治醫師持保留的態度。

33 筆者在此醫院生產時，在第一產程使用水浴的經驗，曾促成該院產房護理人員嘗試水浴生產的意願，而該院產房後來也增加了一組淋浴設備。

值得一提的是，該院是先有產房內自然產相關醫療的改變，才進一步推動產婦產後母乳的哺育，此與其他母嬰親善醫院有很大的不同。如果說人性化生產空間的物質條件是一種偶然，產科的改革不僅要解決院內兒科部門對於新生兒感染的憂慮，也要面對產婦對於休養的需求及其對醫院的依賴。在社會民眾對於醫院和生產的迷思，以及台灣產科界對於人性化生產普遍反彈的兩方角力下，此院產科主任認為除了醫界的觀念，社會的觀念也需要改變。透過此區域醫院發生自然產變革的個案研究，不僅可以觀察建立新自然產典範的物質基礎與拋棄舊典範的過程，也可以看到新典範擴散的侷限，以及醫學社群對於不熟悉論述的態度。

五、結論與討論

本研究說明台灣目前會陰切開術的施行，與歐美有很大的不同；台灣仍舊停留在西方產科界於 1980 年代對於會陰切開術的堅持，忽略其論述及施行已在 1990 年代做了很大的修正。而我們從西方的歷史經驗中，看到惟有以婦女為主體，助產專業多元的參與結構性制度的改變，才能夠突破舊有醫學教育的框架，提供以婦女需求為中心的生產照護機制。依據前述研究成果，我們可以從「醫療的結構性因素」、「醫學教學論述」、「實證醫學」、「自然產醫學典範」和施行會陰切開術的關係，討論台灣產科當前的爭議及其所指涉的價值差異。以下第一節將說明台灣產科的醫學論述，何以受到單一專業與單一論述影響的結構性因素；第二節歸納台灣產科界多年來關於會陰切開與會陰保護教學焦點的轉變；由於助產學界引用國外實證研究，而台灣醫界則認為缺乏本土性研究，故實證研究成為雙方支持或反對常

規會陰切開的理由；第三節則討論實證醫學對施行會陰切開術的思考可能代表的意義。事實上，巨觀地分析、對於婦女生產的整體思考，或許才是這場關於會陰切開術論戰比較恰當的基調；第四節指出自然產的醫學典範與典範轉移，提供這場國內外醫學論述變動的歷史理解。

（一）影響會陰切開術的結構性因素

目前台灣會陰切開術的施行率高達 92%（郭素珍，2006），遠超過歐美任何一個國家任何時期使用的比例，這與台灣婦女特別的生產處境有關。也就是說，目前高達 99.8% 的「醫師接生率」，或者可以再精確地說是「婦產科醫師接生率」，代表台灣產科照護體系的同質性，缺少其他專業接生的選擇（例如助產士或家庭醫師）。

台灣婦產科醫學的發展根源於日治時期，當時生產照護體系採用的是歐陸模式，也就是正常產由助產士接生，而異常產、剖腹產則是由產科醫師負責的合作模式（傅大為，2005）。在 1960 年代護理與助產合訓，護理界未對助產技術提出質疑，再加上醫療體系其他不利於助產制度的政策（例如取消公立醫院助產士編制），以及 1990-2000 年助產教育的取消，台灣的助產士竟也如同二十世紀初北美洲助產士的消失，而僅剩下產科醫師作為主要的權威性生產知識與技術的提供者。也正因為台灣早期採用歐陸照護模式，並未像美加地區有家醫科醫師的參與，因此關於生產議題的論戰，包括常規會陰切開術的爭議，也就缺少如同美加地區的家庭醫學科醫師、與歐陸助產士專業間相互辯證的可能性（Graham, 1997）。

即使在 1990 年以後，台灣醫界內部有少數產科醫師接受西方觀

點，減少會陰切開術，但是這些開始改變助產操作的醫師，³⁴多處於區域醫院的層級，這些醫院既不是獨立開業的機構，也非影響教學論述的醫學中心。因此即使有 *Williams obstetrics* 主流教科書的背書，他們仍難以在醫界造成技術擴散的效果，也無法形成內部的專業討論。由於本研究所觀察的某區域醫院產房，見到少數採取自然產典範轉變的醫師，其同儕也逐漸試行，未來如何使這些醫師的努力進一步推廣，值得更深入的研究。

（二）產科醫學論述焦點的轉換：會陰保護與會陰切開

研究顯示，在產科醫學論述裡，會陰保護和會陰切開曾在不同年代中被視為一種必要的助產技術，而且是相互取代的轉換。日治時期教科書中，會陰保護被視為助產士最重要的任務，同時介紹會陰保護的文字篇幅，大於會陰切開的描述；但在 1970 年代產科醫師專精的外科會陰切開、縫合技術與可吸收縫線材質的發明，再加上助產士的式微，造成傳統的會陰保護技巧幾乎完全受到忽略。1990 年代產科醫師「重視高生殖科技、忽視低生產科技」的專業視角忽視常規會陰切開論述的轉折；造成目前台灣產科醫界除了少數醫師，多數並未判斷臨床會陰撕裂傷的可能性，直接以外科式的思考，取代臨場判斷會陰狀況，並以會陰切開取代會陰保護。即便是醫學新知流動較快的醫學院，在近年台大與高醫大的產科教學論述，也不重視會陰切開不應常規使用此一醫學論述的轉折；僅有 2002 年之後以中文出版的產科護理學教科書，開始質疑常規會陰切開術。

34 包括公開發表的尹長生、李耀泰醫師、〈臺灣女人，妳為什麼不生氣〉文中訪問的醫師，以及彰化基督教醫院、亞東醫院等少數醫師。

Williams obstetrics 會陰切開術不應常規使用的論述與台灣臨床教學論述的落差，以及國內醫學系產科論述與護理系產科論述的差異，在在顯示出台灣婦產科醫學輕忽助產技術與知識更新的現況。臨床上婦產科可以細分為婦科、產科以及生殖內分泌三個次專科，在目前婦產科醫學的發展中，相對於不孕生殖科技等「高科技」(high tech)的操作，目前產科部門自然產的助產技術(包括會陰切開、會陰保護)則被視為「低科技」(low tech)的技術；因此，會陰切開與縫合雖是國內外產科醫師必備的技巧，但卻從來不是國內產科技術關注的對象，遑論相關自然產技術的基礎研究，³⁵ 所以台灣產科界迄今尚無任何一篇關於會陰切開的臨床研究。在國外會陰切開術論述改寫的歷史中，我們可以看到實證醫學提供臨床評估的證據與方法，具有重要的詮釋地位；同時，學術界或政府針對會陰切開之類的爭議性醫學議題，也主動進行研究。但是台灣產科界忽略國際實證醫學的研究結果，宣稱需要以本土婦女為對象的研究才屬實證，卻又不見其行動，更反映「低科技技術」很難成為婦產科醫界關注的焦點。由此可見會陰切開位於產科醫學低科技的位階，會陰保護更在其下；在台灣的脈絡中，可謂會陰切開術發展的歷史，就是會陰保護消失的歷史。

反觀歐美，曾發生「會陰保護」與「會陰切開」兩次相互取代的過程。近年來，除了傳統會陰按摩，會陰保護此類所謂低科技的助產技術，甚至得到高科技技術某種宣稱的關懷，而有 Epi-No 新儀器的發明，³⁶ 藉訓練會陰彈性，以減少會陰切開的施行。過去會陰保護曾經

35 根據 2005 年 6 月非正式的訪談，何弘能醫師表示過去台大對於助產相關的技術評估，僅有會陰剃毛與否是否增加感染機率的研究。結果發現並不會增加感染，也因此台大產房內並不進行常規的會陰剃毛，而這項研究，並未正式在期刊發表。

被視為傳統的技術，不具有科學性的論述；但在五十年後，常規會陰切開再度被視為傳統，不具實證科學的論證。在二十一世紀自然產技術的論證中，雖然也有極端的產科醫師主張用剖腹產取代自然產，以避免骨盆腔肌肉鬆弛的說法；但目前西方產科對於生產傷害的討論，重點多放在如何避免骨盆腔傷害的會陰保護與會陰按摩的技巧上。

（三）實證醫學是另一套醫學標準？

在會陰切開論述改寫的歷史中，實證醫學扮演著重要的證據角色，也是目前台灣產科界遲遲不願跟隨歐美會陰切開術使用指引的原因。回顧英國臨床流行病學，自 Archie Cochrane 於 1972 年提出謹慎、明確、小心地採用目前最佳的證據，作為照顧病人臨床決策的參考開始，隨機分配的臨床研究成為重要的臨床治療標準。1990 年代，實證醫學更被大聲呼籲作為系統性醫學研究與實踐的準則，許多國家也在衛生部門下，成立實證導向的醫療科技評估中心（例如：美國國家衛生部的健康研究品質組，德國社會健康部的醫學資訊中心）。雖然台灣實證醫學的觀念引進較晚，但是近五年來各大醫學中心也開始成立各自的實證醫學中心，作為臨床決策的參考。由於實證醫學企圖跳脫過去的直覺式與權威性的判斷，提供醫界一般性的經驗準則，因此有人將實證醫學視為指引性的參考依據，而當今醫學教育

-
- 36 EPI-NO 的儀器內容網站譯文：在懷孕的最後三個星期為生產做準備。在每日訓練中，您可以使陰道口組織慢慢地自然舒展為生產準備。因此會陰裂傷或切開的機率可以明顯降低。當會陰保持完整沒有損傷，意味產後肌肉和彈性組織能夠更容易再生。產後恢復期較短，後續的問題也較少。<http://www.epi-no.de/geburt.htm>。瀏覽日期：2004 年 12 月 9 日。



也開始引用所謂實證學習 (evidence-based learning, EBL)，做為醫學生培育方法。

面對實證醫學的興起，它究竟是不是一種新的醫學典範？在過去的許多討論中，有人將實證醫學視為跨時代的新醫學典範，取代過去權威的臨床判斷與以病理生理學為基礎的醫學知識 (Bhandari, Zlowoski and Cole, 2004)；但在探討典範緣起的哲學領域中，有人認為這種醫學知識與論述背後追尋者的價值體系，依舊是以科學為基礎的醫學原則，而出現不認同的聲音 (Sehon and Stanley, 2003)；此外，也有女性主義者批評實證研究忽略了许多與婦女健康相關的政治與社會事實 (Rogers, 2004)。

從另外一方面看來，實證醫學雖然跳脫了「醫師—客觀，病人—主觀」的框架，卻也進入了「實證醫學—客觀，醫師經驗—主觀」的另一個框架中。各種宣稱客觀的詮釋，無非在脫離主觀可能為非理性的判斷。因此，實證醫學如果是臨床醫學實踐的一種證據，它或許是臨床醫師理解醫學病症與操作的方法，並作為與病人或產婦溝通的參考，但仍舊是一種工具，而非臨床判斷唯一的標準。因此助產士在面臨實證產科的指引時，也得反思產婦的個體性與實證醫學的關係 (Albers, 2001)。

再者，即使同樣的實證結果可能也會有不同的專業詮釋 (Derry, 2003)，也就是在科學實證主義的邏輯下，典範不僅是唯一存在，也可能因為新的研究結果，強化了某部分的醫療意識形態，在這樣的前提下，實證醫學根本就不具有典範轉移的意義。以會陰切開一系列的實證研究為例，即便常規會陰切開會增加會陰向後裂傷、而不常規會陰切開會增加向前裂傷的結果，不管西方或是台灣，都曾出現醫界人士以會陰功能為思考，建議以剖腹產取代自然產，保留會陰完整性的

解讀（Schoon, 2001；施景中，2003）。依此標準看來，關於自然產操作觀念的詮釋，其實並不應只是實證醫學的結果，而是以產婦為中心的實踐態度所建立的醫學視角。所以實證醫學作為對醫學的基本理解，仍需建立以產婦身心需求作為重新評估的依據，這個關於自然產的新典範才能夠成立。

（四）會陰切開術的爭議，醫學自然產典範的爭議

從科技與社會的研究觀點來說，會陰切開術的發展並非自外於產房的空間，或者醫師的論述。其實會陰切開術是包裹在自然產概念的原型中，同時受到無菌操作、麻醉技術、可吸收縫線的發明等相關技術所影響，而在不同的社會脈絡中發生。

然而，不同社會脈絡中會陰切開術的施行與轉變狀況，似乎無法透過傳統「助產士模式」以及「醫療模式」來解釋；例如拉丁美洲助產士與當地醫師皆採用高比例的會陰切開術（Althabe, Belizan and Bergel, 2002），而 1990 年代歐美產科醫師的助產技術發生重大轉變。因此「助產士模式」和「醫療模式」既無法解釋不同社會脈絡中助產士高會陰切開術的施行率，也無法說明醫療模式中內部減少會陰切開操作的意義。此外，本文對於台灣產科的論述分析，指出「專業模式」背後的運作邏輯，也就是該醫療社群（助產士、醫師）對自然產的概念和照護理念，或許才是問題的核心。

Thomas Kuhn（1970）曾提出「典範差異」與「典範轉移」觀點，用來描述科學革命的過程，過去也有人應用這樣的概念，分析醫療的轉變；Davis-Floyd（2001）更用典範的概念，區分西方三種不同的生產體系—醫療、人性和全人模式，但她並未精確的使用「模

式」與「典範」，也混用了兩個名詞。³⁷而 Michael M. Klein³⁸ (1995) 則認為，常規會陰切開術其實是舊有助產典範下的產物，過去的醫學典範視生產為病理狀態，會陰切開術因此被認為是最起碼的技術。亦即，追隨這種價值體系的醫療工作者，將許多後設技術（灌腸、會陰切開等）的施行視為理所當然的醫療過程。

本文引用 Kuhn 典範的概念，可以更清楚地解釋，在不同時代、不同社會脈絡下，助產士與醫師對於使用會陰切開術不同的操作觀點。依據典範概念來分析，不僅可以用來點出 1920 年代西方會陰切開狂熱者，與當時主流產科出現基本價值的差異，也可以用來解讀婦女自然產運動後的西方產科改革，更可以解釋台灣日治時期主流產科思潮，與戰後追求現代化醫療的產科思維，以及目前台灣少數突破傳統產科思維的產科醫師對於自然產的理解。透過本文的分析，我們至少能夠區分出當下台灣兩種不同信仰價值的醫療工作者。

從時間軸上，我們可以將二十世紀以前的婦女生產方式稱為舊的醫學典範，亦即「自然的分娩與難產的醫療介入」；二十世紀中期則是「全然醫療介入的自然產」；到了二十世紀末，再度回到減少不必要的生產醫療介入，以及「人性化或全人的生產照護」，但是又有別於二十世紀初的自然產典範。醫療工作者基於其信仰的典範論述，操作醫療的實踐，也影響當代教學、研究與知識傳播。如果說二十世紀

37 在科學哲學的討論中，典範 (paradigm) 在知識論的地位是超過理論 (theory) 或是模式 (model) 的，可以指引科學社群有意識或無意識發展理論或是實踐活動 (沈清松，2003)，所以典範的影響更甚於模式的行為與思考。

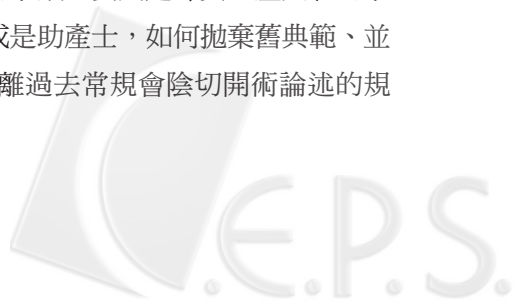
38 Klein 是加拿大的家庭醫學科醫師，也是北美地區第一個從事關於會陰切開術臨床試驗的人，1980 年到 2004 年一系列關於自然產的實證研究，試圖證明會陰切開術對母體並沒有過去宣稱的效果，並且毫無限制的使用會陰切開術，會造成產婦諸多的弊病。

初開始發展的自然產醫學典範是現代化建構的必然；那麼 1980 年代對於醫療化的批判，應該可以算是對現代醫療看來進步景象的解構；至於世紀末的西方社會對於人性化醫療或者全人醫療的訴求，可以說是一種解構後再建構的論述。

從會陰切開的歷史看來，在實證研究尚未出現前，英美兩國會陰切開術的施行率便已開始下降，可以說是以產婦為中心的醫學實踐態度所造成的結果；而實證結果在後來成為對醫學的基本理解以及論述的工具，也就是自然產新典範建立在此專業社群中，對於生產事件「新」的理解。本研究中台灣產科界會陰切開術必要性的爭議，也提供了一個典範的觀察，作為理解婦女生產的信念體系與論述實踐的方法。因此，從會陰切開術的研究中，清楚地說明在不同醫學典範影響下，自然產操作可以因為不同的歷史條件，衍生出過去「必要的常規會陰切開」，以及後來「會陰切開術不應常規使用」的教學論述與臨床實踐原則。

（五）結語

本研究試圖說明會陰切開術的歷史、也就是二十世紀產科自然產舊醫學典範醫療介入的歷史轉折；而會陰切開術醫學論述的轉變，也就是對於自然產醫療介入的反思。因此我們可以依據權力空間、知識詮釋位置到醫療實踐的典範概念架構，思考不同時期醫界對於自然產的整體思考與對產婦主體價值的認知，這也就是關於自然產醫學典範的想像。而關於會陰切開術必要性的爭議，實則是婦女生產典範的爭議。至於助產工作者，不論是醫師或是助產士，如何拋棄舊典範、並信仰新典範？也就是表面所見，脫離過去常規會陰切開術論述的規



訓，重新思考自然產的意義，值得未來更進一步的研究。

對照歐美等國的發展脈絡，面對台灣本土獨有的情境，台灣女人是否還需要例行的會陰切開以助產？本研究並不企圖對此提供一個最終答案，因為在分娩的過程中，婦女生產照護的品質受到許多因素的影響，包括產前的會陰按摩，產程中的會陰切開、會陰保護，以及產後運動（凱格爾骨盆腔肌肉運動）。³⁹ 然而，上述三個影響會陰肌肉復原的階段，只有「生產過程」有可能透過產科醫師的訓練，以及對於實證醫學的助產指引中獲得改革。但是從醫學院的訓練開始，自然產第二產程中「會陰切開」的技術，已經取代「會陰保護」，成為產科醫學關心自然產會陰傷害的基本觀點，所以當前的爭議便很容易停留在——「要切？不要切？」——這兩種缺少本土實證醫學證據與臨床經驗的爭執。至於「產前因素」以及「產後照護」這兩個面向，則無法透過醫學教育及訓練得到整體的改善。因此，我們該問的是台灣婦女需要怎樣的助產環境以及社會支持體系？這或許才是台灣婦女尋求母嬰親善生產環境與技術時，必須檢討的議題。此外，正當英美等國家已經將會陰切開率作為評估婦女生產照護品質之際，台灣或許可以在醫院評鑑暨醫療品質策進會的醫院評鑑項目、或是國民健康局的婦女健康統計裡，增列會陰切開術施行率此一統計項目，作為長期評估台灣產科技術與婦女生育健康的指標，並提供婦女生育健康等議題的實證醫學平台，以重新檢視實施會陰切開術的必要性。

39 凱格爾骨盆腔肌肉運動（Kegel exercise）用以鍛鍊恥骨尾骨肌，訓練尿道括約肌及尿道周圍的肌肉，造成尿道口、陰道口和肛門肌肉收縮，改善骨盆肌肉的強度與張力。

參考文獻

- (佚名) (1983 年 10 月 7 日)〈大夫接生切開會陰，可減少併發症是正確醫療觀念〉，《聯合報，中部地方版》，9。
- (佚名) (1992 年 7 月 22 日)〈初產切開會陰可避免產道裂傷，國內醫界主張利多於弊對產婦有必要〉，《民生報》，23。
- (佚名) (1992 年 7 月 3 日)〈美聯社華盛頓 2 日電：產婦會陰切開 真有必要？弄寬產道 卻使復原困難〉，《民生報》，23。
- (佚名) (1995 年 10 月 1 日)〈切開會陰能免則免，專家認為避免引發肛門斷裂或直腸裂傷等後遺症〉，《民生報》，21。
- 仇思源 (2003)〈「切」還是「不切」？認識會陰切開術〉，《媽媽寶寶》，195: 190-191。
- 方雅莉、吳淑玲、周汎濤、林肇柏、唐儷芳、孫吉珍等譯 (2000)《產科護理學》。台北：五南。譯自 Francine H. Nichols and Elaine Zwelling (1997) *Maternal-newborn nursing theory and practice*. Philadelphia: W. B. Saunders。
- 王淑方、郭素珍、陳惠敏、陳馥萱、黃玉珠、張淑珍等 (2002)《產科護理學》。台北：永大。
- 司晏芳 (2003)〈台灣女人，你為什麼不生氣〉，《康健雜誌》，52: 178-194。
- 台大婦產科 (出版年不詳)《台大產房工作手冊》。台北：台大婦產科。
- 行政院衛生署 (1999)《中華民國八十八年衛生統計》。台北：衛生署。
- 行政院衛生署 (2004)《中華民國九十三年衛生統計》。台北：衛生署。
- 何美華、周雨樺、林淑玲、苗迺芳、劉玉秀、蕭仔伶等譯 (2002)《產科護理學》。台北：高立。譯自 Trula Myers Gorrie, Emily Slone McKinney and Sharon Smith Murray (1985) *Foundations of maternal-newborn nursing*.

Philadelphia: Saunders.

何靖譯（1975/1967）《產科學綱要》（四版）。台北：中國醫藥研究所。譯自

Charles E. McLennan (1967) *Synopsis of obstetrics*. Saint Louis: Mosby.

吳守正（1977）〈漫談會陰切開術與會陰修補術〉，《嬰兒與母親》，10: 24-25。

吳佩蓉（2002年11月29日）〈生產要這麼多點滴、手術嗎？藥物催生、靜脈注射、會陰切開等觀念，在世衛組織專家眼中，不僅是浪費，也讓產婦受罪〉，《民生報》，A15。

吳佩蓉（2004年8月27日）〈產婦可否少切這一刀？台灣會陰切開率高達98% 歐美則只有兩、三成，婦產科醫師認應大規模研究比較優劣〉，《民生報》，B15。

吳嘉苓（2000）〈醫療專業、性別與國家：臺灣助產士興衰的社會學分析〉，《臺灣社會學研究》，4: 191-268。

吳嘉苓、陳麗光（2002）〈「為什麼台灣需要助產士？」座談紀實〉，《婦女與性別研究通訊》，64: 56-62。

吳鳳娟、施妙芳、孫吉珍、張淑芳、陳淑溫、陳迺荳等譯（2001）《產科護理學》。台北：高立。譯自 Gloria Hoffman Wold (1997) *Contemporary maternity nursing*. Singapore: Mosby-Year Book.

吳慧芬（2004年10月4日）〈自然產九成切開會陰：比世衛建議的2成高出甚多，手術也多位徵詢產婦，婦產科醫師表示不切開易拉長產程，對胎兒風險大〉，《中國時報》，8。

宋豪麟（2004年9月13日）〈自然產不比剖腹產好，產鉗與會陰切開可能傷及骨盆肌肉，造成產後尿失禁最好跳過這些步驟〉，《聯合報》，A9。

李佩芬（2003年）〈會陰切開切不切？攸關婦女的權益〉，《媽媽寶寶》，199:



238-240。

李淑如、陳惠芳、黃國儀、洪明玉、謝秀英（2001）《婦嬰護理》。台北：永大。

李開瑞、徐菊枝、陳明珠、陳迺菴、陳翠卿、黃國儀等（2002）《新編婦產科護理學》。台北：永大。

李麗珠、何美華、林盈惠、郭碧熙、高美玲、陳嘉琦等（2001）《新編產科護理》（二版）。台北：五南圖書。

李耀泰（2004）〈讓產婦少受點苦吧！自然生產不切開會陰更好〉，《嬰兒與母親》，303: 113-116。

沈清松（2003）《科技與文化》。台北：國立空中大學。

沈煥昌（1992）〈會陰切開三大不安〉，《媽媽寶寶》，69: 16-23。

沈煥昌（1996）〈會陰切開痛不痛〉，《媽媽寶寶》，118: 60-61。

周松男編（2004）《婦產科精要》第二冊。台北：藝軒。

周雨樺、蕭仔伶、何美華、孫瑞瓊、林淑玲（2004）《產科護理學》（三版）。台北：新文京。

周汎濤、林盈慧、彭幸櫻、蔡菊蘭、蕭秀桂、盧碧瑛等（2000）《簡明產科護理》（三版）。台北：華杏。

林王美園（1985）〈助產士功能的回顧與展望〉，《助產雜誌》，11: 1-15。

林盈慧（2000）〈第五章 分娩期婦女的護理〉，盧碧瑛等《簡明產科護理》（三版），159。台北：華杏。

林盈慧（2002）〈第五章 分娩期婦女的護理〉，盧碧瑛等《簡明產科護理》（四版），247-248。台北：華杏。

林盈慧（2004）〈第五章 分娩期婦女的護理〉，盧碧瑛等《簡明產科護理》（五版），222。台北：華杏。

林漢文（1997）〈淺談會陰切開術〉，《嬰兒與母親》，243: 180-182。



- 邱明秀 (1994)〈助產士的過去、現在與未來〉，《助產雜誌》，38: 1-3。
- 施景中 (2003 年 10 月)〈檢視 WHO guideline: Care in Normal Birth：科技與人性化生產真的不能並存？〉，《周產期會訊》，92: 1-2。
- 施景中 (2005 年 3 月)〈What is Normal Birth？安全面的考量〉，《周產期會訊》，109: 1-2。
- 洪有錫、陳麗新 (2002)《先生媽、產婆、婦產科醫師》。台北：前衛。
- 洪素卿 (2004 年 9 月 13 日)〈會陰切開術加重尿失禁，專家建議不應對所有產婦例行性採用〉，《自由時報》，20。
- 洛琳 (2004)〈該不該挨會陰切開術一刀？〉，《媽媽寶寶》，214: 182-185。
- 胡月娟、陳淑月、蔡麗絲、李和惠、何婉喬譯 (1984)《新產科護理學》。台北：合記圖書。譯自 Sally B. Olds, Marcia L. London, Patricia A. Ladewig and Sharon V. Davidson (no date) *Obstetrics nursing*. New York: Macmillan.
- 徐明洸 (1996)〈會陰切開術影響性生活嗎？〉，《長春月刊》，6: 192-196。
- 徐金源 (2003)〈擺盪於自然與醫療介入之間：台灣的生產真的是如此不堪嗎？〉，《周產期會訊》，87: 1-2。
- 高醫醫學系 (2003)《婦產科學共同筆記》，5: 30 (未出版)。
- 高醫醫學系 (2004)《婦產科學共同筆記》，14: 17-20 (未出版)。
- 張中全編、中興婦產科醫師譯 (1983)《產科學》。台北：嘉洲。譯自 J. A. Pritchard and P. C. MacDonald (1981) *Williams obstetrics*. (16th edition). Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- 郭素珍 (2005)〈人性化生產〉，《護理雜誌》，52(3): 21-28。
- 郭素珍 (2006)〈衛生署九十四年度研究補助計畫「婦女接受臨床實務評估與改進」〉(未發表報告)。
- 陳信孚、馮容莊、王子芳、方郁文、江曉青、王瑤華等 (2002)《實用產科護

理學》(三版)。台北：華杏。

陳信孚、馮容莊、王子芳、方郁文、江曉青、王瑤華等(2004)《實用產科護理學》(四版)。台北：華杏。

陳思銘、蕭琄文(1995)〈勇敢面對會陰切開手術〉，《媽媽實寶》，99: 76-79。

陳敏龍(2003)〈談會陰切開術〉，《嬰兒與母親》，320: 224-225。

陳淳、徐世雄譯(1984/1972)《產科與產科護理》。台北：大學。譯自 Mae M. Bookmiller and George L. Bowen (no date) *Textbook of obstetrics and obstetrics nursing* (5th edition). Philadelphia: Saunders.

陳麗芳、朱大維、李從業(2000)〈產前會陰按摩法〉，《護理雜誌》，47(4): 64-70。

陳麗華(2004)〈助產士耆老訪談探究助產史：以口述歷史研究法為例〉。台北：台北護理學院助產與護理所碩士論文。

傅大為(2005)《亞細亞的身體：性別、醫療、與近代台灣》。台北：群學。

馮琪瑩、陳彰惠、江婷婷、鄭之樺、廖天麟、蘇燦煮等譯(1991)《婦嬰護理學》。台北：華杏。譯自 Sally B. Olds, Marcia L. London and Patricia A. Ladewig (1988) *Maternal-newborn nursing: A family-centered approach*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.

黃思誠(2000)《台灣婦產科百年史》。台北：台灣婦產科醫學會。

黃庭郁(2002年12月1日)〈台灣孕婦自然產 很不自然！？逾六成靠藥物引產，近乎百分之百接受會陰切開術，世衛學者抨擊過度醫療，提高產程安全，依狀況評估協助醫生強調全係保護產婦〉，《中國時報》，13。

黃靜宜(2004年12月28日)〈助產過當明年起納入評鑑，產婦臨盆普遍被要求切開會陰、灌腸、接上胎兒監視器等醫療，掀起婦產科和護理界論

戰》，《民生報》，A11。

楊吉銓（1991）〈會陰切開術〉，《媽媽寶寶》，55: 107-111。

楊美珍（2003 年 11 月 8 日）〈自然產切不切會陰討論熱烈〉，《民生報》，A15。

葉朝華、吳貞男編（1968）《產科與婦科：醫師檢覈面試參考叢書》。台北：大學圖書。

鄒梅春（2002）〈常規性會陰切開術的反省〉，《助產雜誌》，45: 27-30。

劉宜芳（2002 年 8 月 10 日）〈自然生產會陰不一定要切開〉，《聯合報》，36。

劉瓊宇、李從業、李開端、馮容莊、馮琪瑩、陳鳳櫻（1990）《產科護理學》（四版）。台北：華杏。譯自 Adele Pillitteri (1985) *Maternal-newborn nursing: Care of the growing family*. Boston: Little, Brown.

盧碧瑛（1988/1983）《最新助產原理及技術》（二版）。台北：南山堂。

盧碧瑛、顧惠珍、蔡菊蘭、洪明玉、彭幸櫻、陳淑溫等（2002）《簡明產科護理》（四版）。台北：華杏。

盧碧瑛、顧惠珍、蔡菊蘭、洪明玉、彭幸櫻、陳淑溫等（2004）《簡明產科護理》（五版）。台北：華杏。

蕭聖揚、李又然（1980）《產科護理學》。台北：合記。

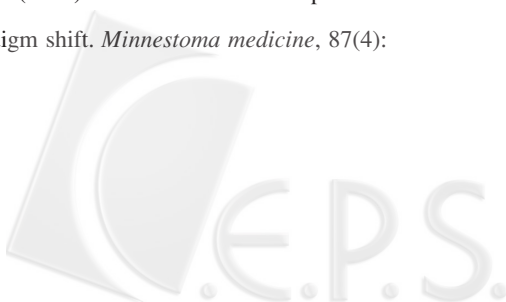
謝燦堂、鄭博仁（2003 年 4 月 22 日）〈台灣女人，妳可以不生氣：台灣生產醫療作業現況釋疑〉，《聯合報》，15。

鍾淑姬（2004）《從妊產婦名簿到助產所：台灣（新竹）助產士的歷史研究 1920-1970》。新竹：清華大學歷史研究所碩士論文。

韓青秀（2003 年 3 月 28 日）〈10 年來嬰兒死亡率不減反增！調查發現：產婦生產環境落後世界 20 年 15 萬人接受不必要會陰切開手術〉，《聯合晚報》，7。



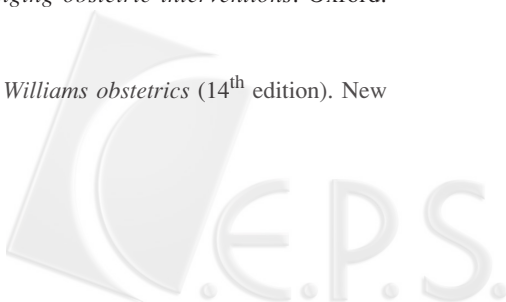
- 川添正道 (1930)《簡明產科學》上下卷。東京市：金原商店。
- 木下正中 (1905)《產婆學講義》上下冊 (二版)。東京市：南江堂。
- 安藤畫一 (1941/1931)《產科學》。東京市：鳳鳴堂。
- 佐藤勤也 (1899)《實用產科學》。東京市：半田屋醫籍商店。
- 真柄正直 (1950)《最新產科學》。東京都：文光堂，正常篇。
- 塚原伊勢松 (1949/1932)《新產科學》。東京市：金原商店。
- 磐瀬雄一 (1943/1919)《新撰產科學》。東京市：南山堂。
- 篠田竝 (1938)《新撰產婆學教科書》(二版)。東京市：南山堂。
- Albers, L. L. (2001) "Evidence" and midwifery practice. *Journal of midwifery & women's health*, 46(3): 130-6.
- Althabe, F., Belizan, J. M. and Bergel, E. (2002) Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: Hospital based descriptive study. *British medical journal*, 324(7343): 945-946.
- American Academy of Pediatrics and American college of obstetrics and gynecologists. (2002) *Guideline for perinatal care* (5th edition). IL: Elk Grove Village.
- American Health Research and Quality (2005) [on-line] 2004/5/11.
Available: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/epissum.htm>
- Belizan, J. M. and Carroli, G. (1998) Routine episiotomy should be abandoned. *British medical journal*, 317 (7169): 1389.
- Bergh, J. E., Sueters, M., Segaar, M. and Roosmalen, J. (2003) Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. *Acta obstet gynecol scand.*, 82(10): 966-8.
- Bhandari, M., Zlowoski, M. and Cole, P. A. (2004) From eminence-based practice to evidence-based practice: A paradigm shift. *Minnestoma medicine*, 87(4): 51-4.



- Canadian Reproductive Health Division, Bureau of Reproductive and Child Health, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada, Ottawa, Ontario, Canada. (2000) *Canadian perinatal health report*.
- Carroli, G. and Belizan, J. (1999) Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, issue 3.
- Cuningham, F. G. (1993) *Williams obstetrics* (19th edition). Stamford: Appleton & Lange.
- Cuningham, F. G. (1997) *Williams obstetrics* (20th edition). Stamford: Appleton & Lange.
- Cuningham, F. G. (2001) *Williams obstetrics* (21th edition). New York: McGraw-Hill.
- Cuningham, F. G. (2005) *Williams obstetrics* (22th edition). New York: McGraw-Hill.
- Davis-Floyd, R. E. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International journal of gynaecology & obstetrics*, 75(1): 5-23.
- Denham, A. C. and King, V. J. (2001) Does episiotomy increase perineal laceration length in primiparous women? *Journal of family practice*, 50(12): 1018.
- Derry, P. S. (2003) Why do professionals disagree? The case of hormone replacement therapy and coronary heart disease prevention. *Women & health*, 38(3): 3-18.
- Eastman, N. J. (1950) *Williams obstetrics* (10th edition). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Eastman, N. J. (1956) *Williams obstetrics* (11th edition). New York: Appleton-Century-Crofts.



- Eastman, N. J. and Hellman, L. M. (1961) *Williams obstetrics* (12th edition). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Eastman, N. J. and Hellman, L. M. (1966) *Williams obstetrics* (13th edition). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Editorial (1968) Episiotomy. *Lancet*, 1: 75.
- England Department of Health (2005) *NHS maternity statistics*. London: Department of Health.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. and Hofmeyr, J. (2000) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3rd edition). (pp. 294-296). Oxford: Oxford University Press
- Ernst, E. K. J. (1994) Health care reform as an ongoing process. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 23(2): 129-138.
- Fleissig, A. (1993) Prevalence of procedures in childbirth. *British Medical journal*, 306 (6876): 494-495.
- Goldberg, J., Holtz, D., Hyslop, T. and Tolosa, J. E. (2002) Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. *Obstetrics & gynecology*, 99(3): 395-400.
- Goldberg, J., Hyslop, T., Tolosa, J. E. and Sultana, C. (2003) Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *American journal of obstetrics & gynecology*, 188(4): 1063-1067.
- Government Statistical Service for the Department of Health (2005) *NHS maternity statistics, England: 2004-2005*. London: Department of Health.
- Graham, I. D. (1997) *Episiotomy: Challenging obstetric interventions*. Oxford: Blackwell Science.
- Hellman, L. M. and Pritchard, J. A. (1971) *Williams obstetrics* (14th edition). New



York: Appleton-Century-Crofts.

Howard, D., Davies, P. S., Delancey, J. and Small, Y. (2000) Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. *Obstetrics and gynecology*, 96(4): 622-624.

Jordan, B. (1993) *Birth in four cultures*. Illinois: Waveland Press.

Kitzinger, S. (2003/1980) *Complete book of pregnancy and childbirth*. England: Knopf.

Klein, M. C. (1995) Studying episiotomy: When beliefs conflict with science. *Journal of family practice*, 41(5): 483-488.

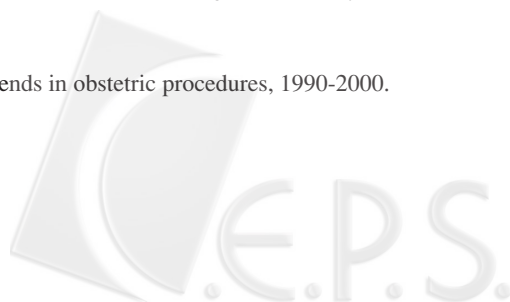
Klein, M. C., Gauthier, R. J., Jorgensen, S. H., Robbins, J. M., Kaczorowski, J. and Johnson B. et al. (1992) Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? *Online journal of current clinical trials* Jul 1; Doc No 10.

Klein, M. C., Gauthier, R. J., Robbins, J. M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S. H., Franco, E. D., Johnson, B., Waghorn, K., Gelfand, M. M. and Guralnick, M. S. et al. (1994) Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal Obstet Gynecol*. Sep; 171(3): 591-8.

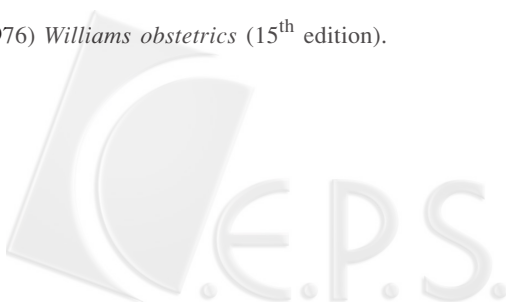
Kovacs, G. T., Heath, P. and Heather, C. (2004) First Australian trial of the birth-training device Epi-No: A highly significantly increased chance of an intact perineum. *Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 44(4): 347-8.

Kuhn, T. (1970) *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

Kozak, L. J. and Weeks J. D. (2002) U. S. trends in obstetric procedures, 1990-2000.



- Birth*, 29(3): 157-61.
- Langer, A. and Villar, J. (2002) Promoting evidence based practice in maternal care. *British medical journal*, 324(7343): 928-9.
- MacDonald, P. C., Gant, N. F. and Cunningham, F. G. (1989) *Williams obstetrics* (18th edition). Stamford: Appleton & Lange.
- Marai, W. (2002) A two years retrospective review of episiotomy at Jimma Teaching Hospital, southwestern Ethiopia. *Ethiopian medical journal*, 40(2): 141-8.
- Mathews, J. J. and Zadak, K. (1991) The alternative birth movement in the United States: History and current status. *Women & health*, 17(1): 39-56.
- Montini, T. and Graham, I. D. (2000) Failure to abandon radical mastectomy and episiotomy, U.S. 16th annual meeting of the international society of technology and assessment in health care.
- Moscucci, O. (2003) Holistic obstetrics: The origins of “natural childbirth” in Britain. *Postgraduate medical journal*, 79(929): 168-73.
- Nager, C. W. and Helliwell, J. P. (2001) Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *American journal of obstetrics & gynecology*, 185(2): 444-50.
- NHS (National Health Science), England (2005) NHS maternity statistic, 2005.
- O'Connor, B. B. (1993) The home birth movement in the United States. *Journal of medicine & philosophy*, 18(2): 147-74.
- Ola, E. R., Bello, O., Abudu, O. O. and Anorlu, R. I. (2002) Episiotomies in Nigeria—should their use be restricted? *Nigeria postgraduate medical journal*, 9(1): 13-6.
- Pritchard, J. A. and MacDonald, P. C. (1976) *Williams obstetrics* (15th edition). Norwalk: Appleton-Century-Crofts.



- Pritchard, J. A., MacDonald, P. C. and Gant, N. F. (1985) *Williams obstetrics* (17th edition). Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Robinson, J. N., Norwitz, E. R., Cohen, A. P. and Lieberman, E. (2000) Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics & gynecology*, 96(2): 214-8.
- Rockner, G. and Fianu-Jonasson, A. (1999) Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. *British journal of obstetrics & gynaecology*, 106(2): 95-101.
- Rogers, W. (2004) Evidence-based medicine and women: Do the principles and practice of EBM further women's health? *Bioethics*, 18(1): 50-71.
- Rothman, B. K. (1984) Childbirth management and medical monopoly: Midwifery as (almost) a profession. *Journal of nurse-midwifery*, 29(5): 300-6.
- Sakala, C. (1988) Content of care by independent midwives: Assistance with pain in labor and birth. *Social science & medicine*, 26(11): 1141-1158.
- Schoon, P. G. (2001) Episiotomy: Yea or nay. *Obstetrical & gynecological survey*, 56(11): 667-9.
- Sehon, S. R. and Stanley, D. E. (2003) A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate. *BMC health services research*, 3(1): 14.
- Shorten, A. and Shorten, B. (2000) Women's choice? The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australian hospitals. *Midwifery*, 16(3): 204-12.
- Sokol, R. J. (2001) Obstetrics and gynecology at the crossroads—again? Still!. *American journal of obstetrics & gynecology*, 184(7): 1313-9.
- Stander, H. J. (1936) *Williams obstetrics* (7th Edition). New York: Appleton-Century company.



- Stander, H. J. (1941) *Williams obstetrics* (8th edition). New York: Appleton-Century company.
- Stander, H. J. (1945) *Williams obstetrics* (9th edition). New York: Appleton-Century company.
- Thacker, S. B. and Banta, H. D. (1983) Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of the English language literature. *Obstetrical and gynecological survey*, 389(6): 322-338.
- Tincello, D. G., Williams, A., Fowler, G. E., Adams, E. J., Richmond, D. H. and Alfirevic, Z. (2003) Differences in episiotomy technique between midwives and doctors. *British journal of gynecology*, 110(12): 1041-4.
- Trevathan, W. R. (1997) An evolutionary perspective on authoritative knowledge about birth. In Davis-Floyd, R. E. and Sargent, C. F. (Eds.), *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives* (pp. 80-91). California: University of California Press.
- Turner, M. and Casey, C. (1995) Rates of episiotomy. Data on parity are not given. *British medical journal*, 310(6980): 668.
- Villar, J., Carroli, G. and Gulmezoglu, A. M. (2001) The gap between evidence and practice in maternal health care. *International journal of gynaecology & obstetrics*, 75 (1): 47-54.
- Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T. and Lohr, K.N., et al. (2005) The use of episiotomy in obstetrical care: A systematic review. *evidence report/technology assessment* no. 112. prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016. AHRQ Publication No. 05-E009-2 Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.



- Web, D. A. and Culhane, J. (2002) Time of day variation in rates of obstetric intervention to assist in vaginal delivery. *Journal of epidemiology and community health*, 56(8): 577-578.
- Weeks, J. D. and Kozak, L. J. (2001) Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth*, 28(3): 152-160.
- Williams, W. J. (1926) *Williams obstetrics* (5th edition). New York: Appleton-Century company.
- Woolley, R. J. (1995a) Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstetrical & gynecological survey*, 50(11): 806-820.
- Woolley, R. J. (1995b) Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-language literature since 1980. Part II. *Obstetrical & gynecological survey*, 50(11): 821-835.
- World Health Organization (1997) *Care in normal birth: A practical guide*. (WHO/FRH/MSM/96.24) [online]. 2005/5/15/. Available: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.htm



Discourse Analysis of the Episiotomy Dispute in Taiwan's Obstetrics Practice

Chia-Lin Tseng Department of Family Medicine

National Taiwan University Hospital

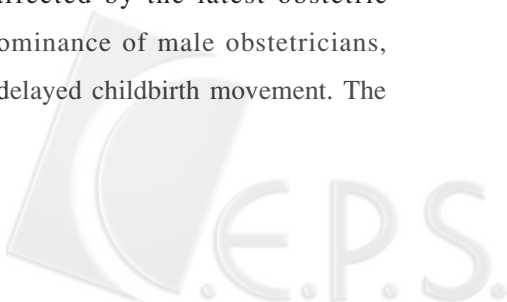
Chueh Chang Institute of Health Policy and Management

National Taiwan University

The origins of medical discourses about the benefits of episiotomy can be traced back to the 1920s, when episiotomy slowly gained a wider acceptance in different societies. However, the 1990s saw a transformation of the debate, including the view that episiotomy should have been regarded as an important parameter for evaluating the quality of perinatal care. Yet, this concept has not been accepted by Taiwanese obstetricians. This paper therefore strives to shed some light on the evolution of episiotomy use in Taiwan through an analysis of the existing medical discourses.

In carrying out this research, the following methods and materials were utilized: archival analysis, examination of recent notes from medical school lectures, textual analysis of medical textbooks, newspapers, and public journals, review of communication in the obstetrics community, and a field study of a Taipei regional hospital.

Compared with some other countries, it appears that majority of Taiwanese obstetricians are not affected by the latest obstetric transformation, partly due to the dominance of male obstetricians, institutionalization of childbirth, and delayed childbirth movement. The



“high tech” values shared by a large number of physicians make them ignore the importance of restricted use of episiotomy, which is regarded as “low tech,” but “high art” procedure.

When reviewing the history of the formation and transformation of the episiotomy discourse, it is clear that the medical paradigm of childbirth continues to be medically centered. In sum, the obstetrical practice in Taiwan needs further scientific and psychosocial assessments, in order to allow for stronger focus of the medical community on women’s health and well-being.

Keywords: episiotomy, childbirth, obstetrics, medical history, medical discourse, paradigm shift



◎作者簡介

曾家琳，台北醫學院公共衛生學系、高雄醫學院學士後醫學系、台大衛生政策與管理研究所碩士。現於基層診所服務，並為台灣大學附設醫院家庭醫學部兼任主治醫師。

〈聯絡方式〉

地址：（100）台北市常德街1號 台灣大學附設醫院家庭醫學部

E-mail: chialin@ha.mc.ntu.edu.tw

張珏，台灣大學衛生政策與管理研究所副教授，研究領域包括：婦女／性別研究、性別教育、心理衛生、醫療社會／健康心理學、雙胞胎研究、通識教育。

〈聯絡方式〉

地址：（100）台北市徐州路17號622室

E-mail: chueh@ntu.edu.tw

