兒童受虐性腦傷之跨領域臨床挑戰與整合照護經驗

文、圖 / 蔡明翰[1] 黃國凱[1] 周易宣[1] 花曼津[1] 王慈瑩[2] 郭又愷[3] 楊嶺[3] 林益廷[4] 傅冠豪[5] 周怡文[6] 郭俏怜[7] 李苡甄[8] 謝文斌[9]

長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院 小兒科[1] 護理部[2] 眼科[3] 放射診斷科[4] 神經外科[5] 物理治療[6] 社工室[7] 安寧緩和病房[8] 胸腔及重病與老人醫學科[9]

前 言

兒童受虐性腦傷(abusive head trauma, AHT)是五歲以下兒童嚴重顱內傷害的主要原因之一，常因暴力搖晃或鈍力撞擊造成顱內出血、缺氧缺血性腦病變及視網膜出血。其死亡率約10–20%，倖存者多伴隨長期神經學後遺症。AHT的診斷挑戰在於症狀不具特異性，常見嘔吐、嗜睡或活動力下降，易與感染或腸胃疾病混淆。因此，臨床醫療團隊必須具備高度敏銳度，並透過跨領域合作，才能兼顧醫療處置與兒少保護。本文依一例嬰兒AHT個案，整合重症醫療、眼科、神經外科、影像醫學、護理、復健、社工與安寧照護的臨床經驗，探討多專業介入的重要性。

從診斷困境到跨領域照護：一例嬰兒受虐性腦傷之臨床經驗

病人為1個月25日大女嬰，過去健康狀況不明確。於家中突然出現意識喪失超過一小時，到院前由父親進行心肺復甦術(CPCR)，經救護車轉送至醫學中心急診，到院後立即插管並給予加護治療。

入院後進行一系列檢查，發現以下異常：腦部影像：頭部電腦斷層(CT)顯示雙側頂枕部及後顱窩硬膜下血腫(SDH)，並伴隨瀰漫性缺氧缺血性腦病變。這種表現常見於搖晃嬰兒症候群或直接頭部暴力所致；核磁共振檢查(MRI)：進一步檢查顯示不同期別的硬膜下出血，並合併瀰漫性軸突損傷(diffuse axonal injury, DAI)，顯示可能有反覆或持續性的外力作用；眼底檢查：檢出廣泛性雙眼視網膜出血，分布於多層視網膜，具AHT特徵性。這一徵象在意外性外傷相對少見，與虐待性腦傷高度相關；骨骼檢查：骨骼X光未見長骨骨折，排除了部分骨骼外傷，但並不能完全排除其他軟組織或舊傷。

在治療與病程部分，初期治療方面，病童於急診及兒童加護病房(PICU)收治後即使用鎮靜藥物midazolam、fentanyl以及抗癲癇藥物phenobarbital；顱內壓控制部分，同時給予高滲透壓治療(mannitol與3% NaCl)，以維持腦灌流壓並避免腦水腫惡化。病程進展方面，雖初期治療穩定，但顱內壓仍逐漸升高。於入院後第12天，神經外科團隊為病童施行雙側腦室外引流術(external ventricular drainage, EVD)，術後顱壓暫時下降。而在併發症部分，病程中病童出現呼吸器相關肺炎(致病菌為大腸桿菌*Escherichia coli*)，予以meropenem抗生素治療。神經功能評估方面，連續腦波檢查(EEG)顯示腦電活動消失，表示嚴重腦功能喪失，病況預後極差。跨領域團隊的介入部分，社工團隊於急診即啟動兒少保護通報，司法單位同步介入。安寧團隊則於病末期提供醫療決策支持與靈性照護。病程末期，最終於入院第34天，家屬在醫療團隊陪伴下決定撤除維生醫療，病童於家屬陪伴下安詳往生。

本案的臨床挑戰在於，兒童受虐性腦傷的臨床診斷難度極高。嬰幼兒常出現的初期症狀，如

嘔吐、嗜睡、活動力下降或易哭鬧，皆屬非特異性表現，容易與常見的腸胃道疾病或感染混淆。唯有透過影像學與眼底檢查，才能提高診斷的正確性。值得注意的是，本案同時具備雙側硬膜下血腫與廣泛性視網膜出血，這種組合在臨床上幾乎可視為AHT的典型診斷指標。根據國際文獻，雙側或不同時期的硬膜下血腫極少出現在單純意外跌倒的嬰幼兒中，而多層次視網膜出血更是高度特異性徵象。此外，MRI顯示不同時期的出血與瀰漫性軸突損傷，也支持持續或多次外力作用，而非單一事件所造成。這些檢查結果與臨床病史不符，進一步強化了醫療團隊對虐待性腦傷的懷疑。

AHT的治療需要跨團隊的合作，其挑戰在於需同時處理急性腦傷與多系統併發症。治療核心為：

1.維持腦灌流與控制顱內壓：藉由鎮靜、鎮痛、抗癲癇藥物及滲透壓治療，避免腦水腫惡化；2.神經外科介入：當藥物治療不足以控制顱壓時，外科手術如腦室外引流或減壓性開顱術即成為必要；3.感染與全身支持：病童多仰賴呼吸器支持，故常合併肺炎與敗血症。本案即因呼吸器相關肺炎而需長期使用抗生素；4.跨科合作：眼科提供視網膜檢查支持診斷；放射診斷科協助判讀硬膜下血腫及缺氧缺血性腦傷；護理團隊則負責床邊監測與感染預防；物理治療師在病程中提供被動運動，避免關節攣縮。

此案例充分體現跨領域合作的必要性。單一科別無法全面處理AHT病童的複雜問題，唯有多專業整合，才能兼顧診斷精準性與照護完整性。

兒少保護與醫師責任方面，在台灣，醫療人員依法有責任通報疑似虐童案件。臨床醫師除了救治之外，更是兒少保護體系的守門人。本案中，急診醫師於入院當下即啟動通報程序，社工團隊隨即介入，並聯繫地方政府社會局。後續司法單位展開調查，父母需接受親職教育及司法觀察。這一流程說明：醫療行為與社會安全網必須同步進行，否則即便救治成功，病童仍可能重返高風險環境。醫師在診斷與治療中，若忽略了「社會責任」，將失去防止再次受虐的契機。此案也提醒我們，AHT不僅是醫療問題，更是公共衛生與社會正義議題。

嬰兒受虐性腦傷的跨職類照護

1. 兒童受虐性腦傷的護理重點

兒童受虐性腦傷多發生於5歲以下，尤以1歲以下嬰兒最常見，主因為遭受暴力搖晃或鈍力撞擊。臨床表現包含意識模糊、硬腦膜下腔出血、視網膜出血，嚴重時可引發缺氧缺血性腦病變[1]。施虐者多為主要照顧者，如父母、保母或親屬。其危險因子可分為四類：照顧者因素(親子關係不佳、失業、童年受虐經驗)、孩童因素(高需求或身心障礙兒)、家庭因素(精神疾病、酒藥癮)、以及社會文化因素(認為「不打不成器」)[2]。醫護人員必須具備敏銳的觀察力與專業知識，於入院時進行全身檢查，觀察外傷、瘀青、燙傷或骨折，並保持高度警覺；一旦確認受虐，須立即啟動通報機制，以保護病童以避免再次傷害。

護理照護的重點包括：

(1)神經監測：每小時觀察生命徵象、意識狀態、瞳孔反應與肢體活動，若異常立即通報。

(2)集中護理：減少光線、噪音刺激，隨時關注顱內壓變化。

(3)抽搐處理：觀察並記錄發作型態、頻率與時間，必要時依醫囑給予鎮靜藥物。

(4)皮膚與體位照護：定時翻身、檢查管路周邊與全身皮膚，預防壓瘡。

(5)減壓措施：使用氣墊圈置於骨突處，降低壓力性損傷風險。

整體而言，AHT病童的護理不僅是臨床專業的挑戰，更牽涉家庭與社會保護。護理師除積極監測與支持治療外，亦需協助啟動保護機制以確保病童安全，為康復與未來生活奠定基礎。

2. 兒童受虐性腦傷眼底常見表現及處置

兒童受虐性腦傷是一種常見於五歲以下、特別是一歲內嬰幼兒的暴力搖晃或撞擊所致的腦部與眼部傷害綜合症。眼底出血為其最具代表性的眼科表現之一，約有80%的AHT病例中可見視網膜出血(retinal hemorrhage)，且多為雙側，範圍可能涵蓋視網膜所有層次，尤以後極部(posterior pole)最常見(圖1)[3]。此外，也可能合併玻璃體出血(vitreous hemorrhage)、視網膜皺

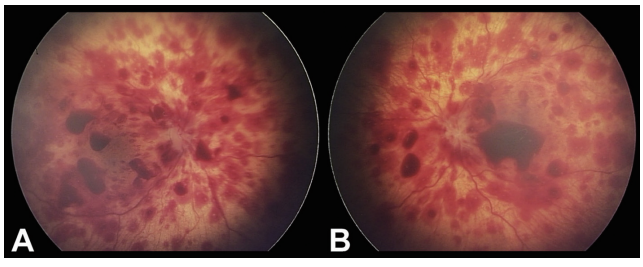

圖1 受虐性兒童腦傷彩色眼底攝影(A，右眼；B，左眼)[3]。

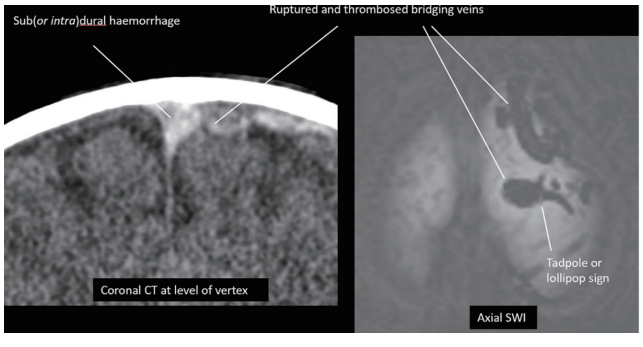

圖2 左圖為顱頂的硬腦膜下出血，可見左右不對稱性。右圖為橋靜脈破裂，血栓形成呈蝌蚪狀或棒棒糖形狀，如箭頭所指[4]。

褶(retinal folds)及創傷性視網膜裂孔或視網膜剝離(traumatic retinal break and detachment)等。

臨床上視網膜出血的廣泛分布、雙側性，以及涵蓋多層次視網膜，有助於與非虐待性創傷區分，但需結合其他全身與神經影像學檢查進行整體評估。眼科方面的處置包含每1–2週追蹤觀察，大部分出血可於數週至數月內自然吸收，若出血長期不退則可考慮進行玻璃體切除術(vitrectomy)。

預後方面，嚴重AHT病例的死亡率高達29%，即使存活者也常伴隨永久性認知或視覺損傷，如視神經萎縮或皮質損傷等。當遇到嬰幼兒有不明原因的視網膜出血、特別是裂孔型剝離時，應提高對虐待的懷疑，並進一步啟動通報與跨科合作機制，以保護兒童安全。

3. 兒童受虐性腦傷的影像表現

兒童受虐性腦傷最常見的表現是硬腦膜下出血(subdural hemorrhage)。這是由於劇烈搖晃導致橋靜脈(bridging vein)破裂所導致的。硬腦膜下出血可為單側或雙側，通常呈薄層、瀰漫性與不對稱性(圖2左)，可能伴隨腫塊效應(mass effect)。

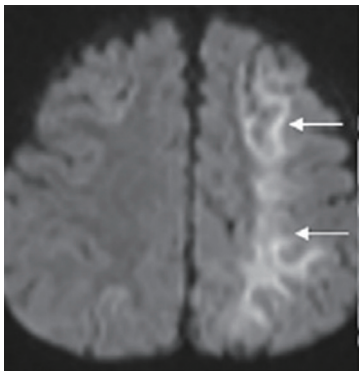

圖3 核磁共振DWI序列可見擴散限制分布在腦血管分水嶺區域，例如圖中所示為前大腦動脈與中大腦動脈交界，箭頭所指的高訊號區域[4]。

若其覆蓋多個區域、大腦縱裂區以及後顱窩已被證實與受虐性腦傷有顯著關聯。一個不容忽視的發生區域是顱頂，可觀察到橋靜脈破裂。橋靜脈破裂會導致血栓形成。血栓在電腦斷層上表現為高密度，在磁敏感序列(T2* 或SWI)的核磁共振影像上則呈現低訊號。其形態上的表現為「蝌蚪徵(tadpole sign)」或「棒棒糖徵(lollipop sign)」(圖2右)[4]。蝌蚪的頭為血管破裂處，血栓分布於血管內外，因此呈圓形或橢圓形。蝌蚪的身體則為血管內血栓，因此呈線形[5]。

硬腦膜下出血也常見於意外性頭部外傷，因此應結合其他影像發現進行解讀。當硬腦膜下出血伴隨視網膜出血、缺氧缺血性損傷(hypoxic-ischemic injury)與腦水腫時，對受虐性腦傷的特異性會增加[4]。

兒童受虐性腦傷其他影像表現為腦實質損傷。常見的表現為缺氧缺血性損傷以及瀰漫性軸突損傷。電腦斷層可能無法顯示缺氧損傷，但應注意瀰漫性腦水腫，如腦迴消失以及灰白質分界模糊等徵象。軸突損傷在電腦斷層上也難以診斷，除非為嚴重病例，在灰白質交界處、胼胝體、內囊與腦幹可見高密度病灶。MRI對腦實質損傷的敏感度最高，可偵測早期腦部缺氧缺血，其造成的細胞毒性水腫(cytotoxic edema)在DWI序列(diffusion-weighted imaging)最為明顯，大多數案例可見擴散限制(diffusion restriction)，呈現分水嶺型分布(watershed pattern)(圖3)[4]。

4. 兒童受虐性腦傷之神經外科的觀點

非意外頭部損傷(non-accidental head injury, NAHI)是指因外力蓄意施加於兒童頭部而造成的顱內損傷，最典型的型態為「搖晃嬰兒症候群」(shaken baby syndrome, SBS)與直接撞擊傷害。此類事件多發生於兩歲以下嬰幼兒，尤以六個月以下嬰兒最為高風險。根據美國CDC統計，<1歲嬰兒的NAHI發生率為每十萬人39.8例，遠高於1歲嬰兒的6.8例[6]。台灣亦呈現類似趨勢，2024年上半年0–2歲兒童遭通報虐待已達257例，其中16例死亡，顯示問題嚴峻[7]。

NAHI的臨床症狀多樣，常見嗜睡、癲癇、持續哭鬧或昏迷，嚴重者甚至出現呼吸衰竭。因嬰幼兒腦部尚未成熟，顱骨結構脆弱，外力更易導致嚴重損傷。急診診斷首選電腦斷層，能迅速顯示硬膜下血腫、蜘蛛膜下腔出血(SAH)與腦水腫；若懷疑虐待或CT表現不明確，則需進一步進行MRI，以評估慢性硬膜下血腫、瀰漫性軸突損傷及多期別出血[8]。眼底檢查亦能發現典型的多層視網膜出血，是鑑別的重要依據。

根據2019年美國腦創傷基金會指南[9]，GCS ≤ 8的兒童應置入顱內壓監測裝置，並將顱內壓(ICP)維持於20 mmHg以下。若ICP持續升高超過40 mmHg，則預後不佳。NICE於2023年建議，對於<1歲且有保護疑慮的嬰兒，即便CT正常亦應安排MRI[8]。治療上，內科措施包括抬高頭部、鎮靜、腦脊液引流及滲透壓治療；若無效，則考慮手術介入，如鑽孔引流、減壓性開顱或囟門抽吸。

NAHI的診治需多專科合作。神經外科負責手術與ICP管理，小兒科整合重症治療，眼科進行視網膜檢查，社工則啟動兒少保護通報，確保患兒免於再次受虐。臨床上應建立醫院間轉介機制，加強早期偵測與即時介入。此外，若發現影像異常，即使症狀輕微，也應積極監測ICP，以防止次發性腦損傷。

NAHI的診斷與治療不僅仰賴醫師警覺性，也需依循國際指引並結合多專業照護。唯有透過完整的醫療團隊合作與社會保護機制，才能有效提升存活率與神經功能恢復，並減少兒童受虐悲劇的再次發生。

5. 物理治療在受虐性腦傷中的介入角色

兒童受虐性腦傷的復健歷程漫長，物理治療師的介入涵蓋從急性期住院到居家期的完整照護。於住院階段，治療首重嬰幼兒的姿勢控制、肌張力與自發動作表現。常用策略包括被動關節活動度維持、治療性擺位與感覺刺激，以支持神經可塑性並促進動作發展[10]。治療設計須依嬰兒發展階段調整，常見目標為視覺追蹤、側臥抬頭與軀幹中軸穩定性。

治療性擺位：擺位的核心目標是整合原始動作、抑制異常反射，並以軀幹中軸為控制點。實務操作如下：

(1)頸部：枕骨後方墊毛巾，維持正中姿勢，避免誘發對稱性張力反射。

(2)肩胛與上肢：雙手靠近身體中軸，防止外展過度引起僵直反射。

(3)腰與髖關節：給予支撐並保持彎曲外展，避免骨盆與腰椎僵直。

(4)足踝：觀察痙攣與張力，保持適度背屈角度，減少異常模式[11]。

(5)搭配被動關節活動，可維持軟組織延展性並預防攣縮。

治療進程：介入初期以擺位與被動運動為主，隨病況允許逐步加入不同姿勢(仰臥、俯臥、側臥)下的感覺與動作刺激。透過多樣化環境與姿勢經驗，幫助嬰兒整合原始反射，逐漸恢復正常的肢體動作能力。

出院與居家照護：出院後，家庭照護成為關鍵。物理治療師需為病童擬定個別化運動計畫，並提供家屬衛教與實作示範，確保日常中能持續進行姿勢與感覺訓練。同時，積極轉介早期療育資源(職能治療、語言治療)，以提升整體介入效益。跨領域合作不僅促進動作恢復，也幫助孩子獲得更完整的發展支持[12]。

6. 社工在兒童受虐性腦傷照護中的角色

兒童受虐性腦傷是嬰幼兒嚴重頭部創傷的重要原因之一，常導致失能甚至死亡。醫院社工作為跨領域團隊的一員，需整合醫療、社工與司法資源，承擔危機辨識、保護介入、心理支持及家庭評估等任務。

依《兒童及少年福利與權益保障法》第53條規定，醫療人員一旦知悉疑似受虐，必須立即啟

動通報與保護程序。社工首要任務是協助完成兒少保護通報，確保兒童安全，並向家屬說明流程與後續社會處介入。臨床上，嬰兒四個月以下任何瘀青、四歲以下兒童軀幹、耳朵或頸部瘀青，皆屬高度警訊，需即時評估。社工透過會談蒐集家庭背景與事件描述，檢視傷勢與說法是否相符，並分析潛在風險因子，如主要照顧者壓力、嬰兒持續哭鬧等。

住院期間，社工不僅提供情緒支持，也協助家屬理解病情與複雜醫療資訊。當病童預後不佳需討論維生醫療時，社工會召開家庭會議，整合醫療團隊(含安寧共照師)與社會處社工的意見，促進家屬溝通，幫助其做出符合兒童最佳利益的決策，例如是否接受安寧療護。Ellingson等人[13]指出，醫療團隊有責任協助父母於法律與情緒壓力下仍能理性參與決策；而依據衛福部《兒少虐待與疏忽醫事人員工作手冊》[14]，知情同意與跨團隊會議是支持家庭的重要途徑。

此外，社工還需協調跨單位資源，與社會處討論安置與後續支持。本案若病童不幸死亡，社工必須協助處理出院、司法相驗及家屬支持；同時評估同住手足或其他兒童之安全，並連結社會福利體系，提供持續追蹤與關懷。

整體而言，社工在AHT個案中扮演篩檢、通報、支持、協調、倡導的多重角色。透過跨領域合作，不僅能保障受虐兒童的安全，更能協助受創家庭獲得支持，是全人照護中不可或缺的一環。

7. 安寧共同照護在受虐性腦傷病童案例中的角色

病童於10月23日住院，翌日即由安寧共同照護團隊介入。歷經多日陪伴與傾聽，家屬逐漸表達對病情的理解與接受，最終決定撤除維生醫療，病童於11月26日在家人陪伴下安詳往生。

社工與護理師會談過程中，了解病童家庭組成：病童與父母同住，外祖母與繼姐住在樓上，祖父母雖未同住，但每日協助接送父母探視，成為重要支援力量。

案母在住院期間情緒低落，時常淚流不止，反覆自責未能安撫病童哭鬧，並描述事發當日的無助與震驚。她拒絕外祖母參與家庭會議，顯示家庭內部關係緊張。案父則因夜班工作，平日較少參與照顧，對檢調過程及外界眼光深感焦慮，情緒顯得低落。安寧護理師透過傾聽與同理，陪伴父母梳理創傷經驗與家庭壓力。

家庭關鍵支持者為案祖父，自病童出生至住院一路參與照護，無論病情說明、決策或就醫皆親力親為。祖父雖外表冷靜，實則承受極大悲痛，卻仍堅持扮演父母的後盾。11月18日，醫療團隊與社會局社工召開緩和家庭會議，祖父母與父母共同參與討論，最終決議撤除呼吸器，並於彌留階段讓祖父首次也是最後一次將孫子抱在懷中，完成心願。

整體而言，安寧共同照護團隊在本案中透過情緒支持、家庭會議與跨領域協調，協助家屬面對失落、理解醫療資訊，並在愛與尊嚴中陪伴病童走完最後旅程，也鞏固了家屬在重大創傷中的彼此連結與支持。此與文獻所述相符，安寧照護強調以病人最佳利益為核心，並透過多專業團隊提供家庭支持與決策協助。

結 語

兒童受虐性腦傷是嬰幼兒時期最嚴重的頭部創傷之一，死亡率與致殘率均高。由於初期症狀常不具特異性，診斷極具挑戰，需要高度警覺與完整檢查，包括腦部影像與眼底檢查。本研究個案展現AHT的典型臨床特徵：雙側硬膜下血腫、多期別出血、瀰漫性軸突損傷及廣泛性視網膜出血，均高度提示非意外性外傷，最終病童因腦功能不可逆受損而撤除維生治療。

此案例凸顯跨領域合作的必要性。小兒科負責急重症處置與病情統整；神經外科進行顱內壓監測與手術介入；眼科提供高度特異性的視網膜檢查；放射科協助影像鑑別與判讀；護理團隊則於床邊進行持續監測、預防感染與壓瘡照護；物理治療師介入姿勢控制與早期復健，避免長期攣縮與發展遲緩；社工啟動兒少保護通報、提供情緒支持並協調司法與社會資源；安寧團隊則於病程末期陪伴家屬，共同面對醫療決策與失落悲傷。

醫療團隊除臨床救治，更肩負兒少保護的社會責任。醫師必須在救命的同時，及早通報、啟動保護機制，避免患童重返高風險環境。唯有結

合醫療、社會與司法資源，方能有效防範再次受虐。

總而言之，AHT的診斷與治療是一場時間與專業的競賽。跨領域整合的完整照護模式，不僅提升醫療決策的精準性，更兼顧病童安全與家庭支持。本案例顯示：醫療專業與兒少保護系統的協同合作，是守護受虐兒童生命與尊嚴的關鍵典範。

致 謝

本研究與臨床經驗分享能夠順利完成，首先要感謝基隆長庚紀念醫院全體長官與教學部的鼎力支持，提供完善的研究與教學環境，使跨領域團隊能夠在臨床實務中持續累積經驗並進行專業交流。同時，特別感謝本院謝文斌名譽副院長暨內科顧問醫師，長期以來大力推動與支持兒少保護與臨床研究，不僅在醫療決策與臨床思維上給予寶貴指導，更在跨領域合作與教學推廣上提供持續鼓勵與資源挹注。謝副院長的遠見與領導，使本院在兒童受虐性腦傷之診斷與治療上能夠建立完整的照護模式，並推動全人照護理念於臨床落實。本團隊亦感謝所有參與研究與照護之同仁，包含小兒科、神經外科、眼科、影像醫學、護理、物理治療、社工及安寧照護團隊，彼此專業整合與協力合作，方能完成此一跨專科的臨床經驗總結。

參考文獻

1. 胡采妤、郭嘉琪：膽顫心驚～一位家庭暴力被害人的急診護理經驗，長庚護理，2023;34:130-140。
2. 潘至信：臺灣疑似兒虐案件鑑定問題與對策。法務部司法官學院，刑事政策與犯罪研究論文集，台北市，法務部司法官學院。2020:401-427。
3. Wang L, Petrak M, Holz FG, et al.: Retinal hemorrhages in shaken baby syndrome. J Pediatr 2019; 207: 256.
4. Biswas A, Krishnan P, Albalkhi I, et al.: Imaging of abusive head trauma in children. Neuroimaging Clin N Am 2023; 33: 357-373.
5. Wright JN: CNS injuries in abusive head trauma. AJR Am J Roentgenol 2017; 208: 991-1001.
6. Niederkrotenthaler T, Xu L, Parks SE, et al.: Descriptive factors of abusive head trauma in young children: United States, 2000-2009. Child Abuse Negl 2013; 37: 446-455.
7. 衛生福利部。2024兒童虐待統計資料。https://dep.mohw.gov.tw/DOPS/lp-1303-105-xCat-cat04.html. accessed 2025/7/11.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Head injury: assessment and early management (NG232). https://www.nice.org.uk/guidance/ng232. accessed 2025/7/11.
9. Kochanek PM, Tasker RC, Carney N, et al.: Guidelines for the management of pediatric severe traumatic brain injury, third edition: Update of the brain trauma foundation guidelines. Pediatr Crit Care Med 2019; 20: S1-S82.
10. Kolb B, Gibb R: Brain plasticity and behaviour in the developing brain. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 20: 265-276.
11. Ferrari F, Bertoncelli N, Gallo C, et al.: Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. Arch Dis Child. Fetal Neonatal Ed 2007; 92: F386-390.
12. Eismann EA, Theuerling J, Cassedy A, et al.: Early developmental, behavioral, and quality of life outcomes following abusive head trauma in infants. Child Abuse Negl 2020; 108: 104643.
13. Ellingson CC, Livingston JS, Fanaroff JM: End-of-life decisions in abusive head trauma. Pediatrics 2012; 129: 541-547.
14. 衛生福利部、台灣兒科醫學會：兒少虐待及疏忽醫事人員工作手冊，第2版，台北市，衛生福利部，2016: 174-175。