



# 醫事鑑定及調處

## 案例彙編集

指導單位： 衛生福利部

編製單位： 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

發行日期：2014年12月



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會  
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation





### 序

#### 第壹章 醫事鑑定案例

案例一 .....	3
案例二 .....	14
案例三 .....	22
案例四 .....	30
案例五 .....	38
案例六 .....	53
案例七 .....	67
案例八 .....	75

#### 第貳章 調處案例

案例一 .....	87
案例二 .....	91
案例三 .....	94
案例四 .....	98
案例五 .....	102



## 序

社會之快速變化及型態改變，民眾對於醫療服務品質的期望和需求日益增高，而發生醫療爭議或糾紛，更時有耳聞。我國自1987年行政院衛生署（現為衛生福利部）依據醫療法（現行第98條）設置「醫事審議委員會」，正式有了協助法院或檢調單位醫療糾紛案件之官方醫事鑑定單位，而近年來隨著民眾自我意識高漲，醫療糾紛案件進入法庭訴訟比例，由1991年的15.7%增至2005年的23%，為了加速辦理醫事鑑定案件處理作業時效及改善鑑定品質，自2011年5月起，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱本會）開始承接「醫事鑑定事務規劃及處理計畫」，協助衛生福利部處理國內醫事鑑定相關行政事務。


為使醫界減少發生類似之醫療糾紛事件，本會篩選自2009年至2012年間醫審會決議，且法院判決定讞之案例，經由案例彙編編輯小組協助完成教案，於2013年底完成第一版「醫事鑑定醫療糾紛案例彙編集」，提供各醫學中心、醫事公協會相關團體作為學習參考。本（2014）年度案例彙編集再次邀集醫法界人士專家學者進行修訂，除醫療糾紛案例新增第二章調處案例，內容以摘錄重點疏失、分析學習為主。第一章醫糾案例彙編格式（1）擷取案情概要重點部分及去辨識化處理，（2）問題爭點及分析以擷取及重新編排法院之鑑定事由及意見，（3）加入學理、文獻、實務重點建議及提醒事項；第二章調處案例以調處流程，雙方爭議點及學習重點為主要編撰內容。對於本彙編集案例去辨識化，統一醫院以第一家、第二家、第三家醫院稱，醫師以A、B、C醫師稱，病人以甲、乙、丙病人稱。

本案例彙編集得以順利完成，要特別感謝衛生福利部長官指導以及編輯小組成員和所有參與本書編撰之人員的費心協助及提供修改意見，誠摯提供醫界相關人士參考！

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 謹上

2014年12月





## 第壹章 醫事鑑定案例



## 第壹章 醫事鑑定案例



## 案例一

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，男性，28年出生，於91年4月2日09：45由119救護車送至第一家醫院(區域醫院)急診室，抵達時神智清楚，血壓140/92 mmHg，脈搏每分鐘101次，呼吸約每分鐘10-24次，主訴自己駕駛轎車撞及大樹，因安全氣囊爆開致胸部疼痛，左膝有撕裂傷。

依病歷記載，病人當時檢查神智清楚，昏迷指數14-15分(滿分15分)，左右瞳孔等大，對光反射正常，四肢活動亦正常。病人主訴左胸持續疼痛，左上腹有瘀青，輕度壓痛但無反彈痛徵，腹壁有以前手術中線疤痕，左手肘與膝部有擦傷與撕裂傷。經安排血液常規與生化檢查，胸部與左膝X光攝影檢查，動脈血氧分析與血中乙醇濃度檢測(附卷病歷查無乙醇濃度報告)，當時急診外科住院A醫師臆斷為左胸肋骨骨折併血胸、右側鎖骨骨折、左膝撕裂傷及擦傷。腹部超音波掃描，排除肝、脾、腎等內臟出血，並記載病人過往有高血壓，腹部大腸癌手術病史。實驗檢查結果顯示：抽血血液報告(WBC:6190/cumm; Hb:13.9g%)均正常，生化檢查(肝腎與心肌等)均正常，動脈血氧分析(PH:7.35、PaO<sub>2</sub>:99.1mmHg、PaCO<sub>2</sub>:37.1mmHg)均正常，胸部之X-光判讀左側肋骨骨折及血胸，右側鎖骨骨折，當時處置為靜脈點滴注射林格氏溶液，破傷風疫苗注射與常規藥物使用。

91年4月2日13：30許，病人主訴呼吸喘、胸痛及嘴唇發紺，經心電圖檢查並安排急做胸部電腦斷層掃描(Chest-CT scan)，並呼叫B主治醫師和C住院醫師。依護理紀錄，胸部電腦斷層檢查結果為血胸及肋骨骨折(該組胸部電腦斷層掃描，病歷查無報告，但可見腹腔內游離氣-free air)，隨後即會診胸腔外科D醫師，置放胸管並於1小時後再照胸部X-光追蹤變化。於當日16：15轉至加護病房，由D主治醫師診治，D醫師當時並會診心臟內科E醫師，提供病人有關心臟血壓照顧。



病人住院後，仍主訴左上腹疼痛，合併壓痛及輕度腹部僵硬(guarding)，但無反彈痛徵。其生命徵象從4月2日到4月3日21：00血壓收縮壓約在133~170 mmHg、舒張壓58~82 mmHg；體溫36°C，脈搏較慢（每分鐘52次~77次），呼吸快（每分鐘22~36次）。4月3日病人仍持續腹漲，偶訴腹痛，D主治醫師置放胃管減壓，並追加腹部與胸部X光檢查。當夜病人因持續腹部疼痛、四肢冰冷、發紺及氣喘，動脈血氧分析PH:7.23、PaO<sub>2</sub>:59.0mmHg、PaCO<sub>2</sub>:43.3mmHg，BE:-9.1，呈代謝性酸血症，旋即於4月4日凌晨病人血壓下降到85/34 mmHg，D醫師給予氣管內管插管和呼吸器輔助使用，中央靜脈管置放，昇壓藥物靜注。再追蹤胸部X光，疑似消化道穿孔(hollow organ perforation)，D醫師於03：50親自及家屬轉診病人至第二家醫院(醫學中心)。

4月4日04：00許至第二家醫院(醫學中心)急診室後，急診醫師臆斷為腹部鈍挫傷，代謝性酸血症合併敗血症休克，經急救復甦和各項檢查，於4月4日06：35手術。手術發現為空腸破裂造成腹膜炎，術後雖一度改善，但病人於術後隔日4月5日下午因因肺衰竭急救無效死亡。

病人家屬認為D主治醫師、A急診醫師及第二家醫院(醫學中心)有延誤之醫療疏失，故提出告訴。

## ※※ 問題爭點 ※※

- (一) 本案於第一家醫院(區域醫院)D醫師於診治過程中及判斷其電腦斷層結果，有無醫療上之過失？電腦斷層應由誰判讀？
- (二) 導致病人死亡原因為何？
- (三) 91年4月2日病人被轉至第一家醫院(區域醫院)過程及處置是否符合急救準則？
- (四) 第一家醫院(區域醫院)急診A醫師對於病人之醫療處置，有無醫療疏失？
- (五) 如何判斷病人之收治主治醫師，其依據為何？然D醫師在當時第一家醫院(區域醫院)，醫院行政編制上僅為外科總醫師，是否可以獨立行使醫療行為？

- (六) 病人甲之胸部電腦斷層片共4張，是否4張均可以判讀有腹腔內游離氣，D主治醫師是否有責任應正確判讀？
- (七) 醫院之照會單，應由外科住院總醫師或外科主任簽署？有何醫療法規或醫學倫理對其加以規定？
- (八) 以病人之情形，於急診時，是否需照會消化系及腸胃科醫師加以協助處理或手術？
- (九) 依第一家醫院(區域醫院)、第二家醫院(醫學中心)病歷紀錄，病人甲91年4月4日1點至4點均正常，6點於第二家醫院(醫學中心)手術後，10點血液常規下降、感染指數升高，第二家(醫學中心)之手術及術後照顧(「靜脈注射」、「過量鎮靜鬆弛劑」)是否妥適或有無疏失？病人轉診前，血液常規WBC白血球4840，PLT血小板253000，轉診後開刀前，血液常規WBC白血球4540，PLT血小板256000，開刀後，血液常規WBC白血球1500，PLT血小板146000；是否表示病人於轉診前尚無敗血症，開刀後才感染，是否表示開刀手術失敗，第二家醫院(醫學中心)有無歸責任？從臨床經驗判斷，病人因車禍發生血胸，已經引流處置，腸道雖有破裂，但尚未發生敗血症前，是否會立即導致死亡？敗血症會否使病患血壓下降？為提升病患血壓可否直接使用升壓劑及點滴輸液？輸入2881 mL點滴輸液，尿液僅685 mL會否因滯留體內水分過多，造成肺水腫？因水分過多造成肺水腫換氣不足，會否顯示缺氧性之全身抽搐？應如何處置？只施打鎮靜鬆弛劑是否可行？不斷施打鎮靜鬆弛劑，血壓有無可能降為0？有無可能因此導致心肺功能衰竭死亡？依第二家醫院(醫學中心)護理紀錄，19:28，醫師施打鎮靜鬆弛劑是否妥適？於12小時內分別施打共18 mg鎮靜鬆弛劑，間隔時間是否太短？是否導致心肺功能衰竭死亡？
- (十) 空腸破裂診斷之延宕處置發生在何環節？延宕診斷之疏失是哪些醫療步驟？
- (十一) A醫師91年4月2日簽寫之照會單上，心臟科係由C醫師、F醫師共同簽署，



是否為一般醫院標準作業流程？依一般醫院常規，A醫師91年4月2日簽寫之照會單上「REFERRED BY DR.」，應由外科住院總醫師或外科主任簽署？

- (十二) 急診護理紀錄記載「急作CHEST CT，CALL B醫師、C醫師」，後記載「經急作CHEST CT，為血胸。肋骨Fr，CALL D醫師」，後又記載「用物備齊，D醫師on chest tube引流中」可否認定B醫師、C醫師有來判讀胸部電腦斷層片？D醫師前來作何醫療處置？護理紀錄記載CHEST CT，是否僅指胸部電腦斷層片？若包含腹部電腦斷層片，需否加載於紀錄內？電腦斷層片需由誰負責判讀及打報告？各醫院是否均需遵此規定？
- (十三) 依醫院編制，臨床醫師層級是否均區分住院醫師、住院總醫師、主治醫師、主任？主任可否兼主治醫師？住院總醫師可否兼主治醫師？主要診治醫師與主治醫師是否不同？主要診治醫師是否可以指收該病患之住院醫師？主要診治醫師是否可以指照會醫師？
- (十四) 當病患說腹脹、腹痛時，依醫院常規應照會胸部內外科醫師或消化系內外科醫師？

## ※※ 鑑定意見 ※※

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一) 本案為胸腹鈍挫傷引起多處肋骨骨折合併血胸和腹腔空腸破裂。因為空腸破裂診斷延宕和處置，導致腹膜炎進展為敗血症，殆無疑慮。但是，第一家醫院(區域醫院)D醫師於4月2日應召喚，幫病人置放胸管治療其肋骨骨折和血胸。而先前安排胸部電腦斷層掃描，第一家醫院(區域醫院)是誰負責判讀？由隨卷所附CT片即可見腹部游離氣(free air)，代表胸腹鈍挫傷害，已造成胃腸道的破裂。臨床醫師如果無法判讀，則放射科醫師判斷不會失誤，但病歷未見此份電腦斷層檢查報告，病歷僅見記載左側肋骨骨折併血胸。此胸部電

腦掃描究竟是由誰囑咐？該由誰打報告？簽醫囑者是否親自判讀？D醫師有否被告知有此項檢查？有否親自判讀？其事實有待釐清。

- (二) 從4月2日下午住院後至4月4日凌晨病人持續腹漲，腹部不適、疼痛，到敗血症病情變化迅速，而失去重新評估，及早診斷與手術搶救之先機。由於病人原有高血壓、心臟疾病，再加上胸部鈍挫傷和骨折、血胸，增加心肺功能負擔，加上診斷、處置空腸破裂延宕，病況迅速於一天半內惡化，由腹膜炎導致敗血症、休克，雖經手術仍無法挽救生命。
- (三) 依據病歷，91年4月2日09:45病人由119送至第一家(區域醫院)急診就診後，由外科A住院醫師診治，其診療與處置，包括身體診察，安排血液常規與生化檢查，胸部與左膝X-光，動脈血氧分析與血中乙醇濃度檢測，以及傷口縫合處理，均符合鈍挫傷害急救準則，和高級外傷救命術原則施行。
- (四) 依據病歷上登載，A醫師其職級為住院醫師，各項檢查順序合理，符合急救原則，施行時序上並無延宕，病歷上亦有主治醫師加簽，應無醫療上之疏失。
- (五) 在本案例中，D醫師雖是應急診照會而診治病人，但經其診視後，D醫師為病人之主治醫師，將其收治於加護病房。依病歷記載判斷，D醫師在本例上獨立行使醫療行為，查房、開立醫囑、處置；並認真負責的回應加護病房傳呼與A住院醫師之通知。雖然D醫師在當時第一家醫院(區域醫院)，醫師行政編制上僅為外科住院總醫師，但醫療行為上為其主治醫師，殆無疑問。
- (六) 病人之胸部電腦斷層片共4大張，同一系列斷層掃描每15小張掃描片組印成1大張；在本例，第4大張15小片中有7小片呈現腹腔游離氣。在本病例中，判讀確實不容易，D醫師應有責任尋求正確的報告，住院治療後注意胸部以外傷害的可能？不論在後續住院中，藉由專家會診、臨床討論…等等，以及要求醫院行政上應在若干時效內提供電腦斷層報告的權利，以求取其診治病人的最大利益。
- (七) 依一般常例，醫院之照會單可由負責照顧病人之主治醫師、總醫師、住院醫師甚或值班醫師簽署並負責，醫療法規針對會診並無詳細規定。





- (八) 病人於急診當時呈現血胸與肋骨骨折，急診住院醫師照會D醫師後，由D醫師應診處置、治療，醫療責任即由其『主治』醫師負責，是否需再照會消化系及腸胃科，由主治醫師依病情決定。且病人住院後從4月2日至4月4日的變化，才是本案延宕疏失之所在。
- (九) 病人於91年4月4日凌晨（車禍後第三天），血壓為85/34 mmHg，已是休克，為腹部敗血性休克末期變化。之後轉至第二家醫院(醫學中心)治療病人，有關胸腹鈍挫傷，合併腸道破裂、腹膜炎與敗血症之病例，處置上未見錯誤，且符醫療常規與標準流程，並無疏失。
- (十) 空腸破裂診斷確屬不易。延宕診斷的原因很多：醫院分科過細，缺乏全人醫療；電腦斷層、胸腹X光均未見報告。再加上病人年事稍長又有慢性疾病，種種因素才導致該結果。
- (十一) 在鑑定醫院(三)已說明，並無一定常規。
- (十二) 胸部或腹部之電腦斷層檢查，均會包含鄰近部位和器官。檢查結果與內容，判讀者應一併診視判讀。是以在急診，此項檢查有否告知診治病人之醫師。如果已知是項檢查，並有親自檢查影像而無法辨視出病變，負責主治醫師，理應當尋求協助，在前已詳述。就此病例，呈院檢之病歷影本、原本、附件，電腦斷層均無報告。
- (十三) 依醫師法之規定，凡具醫師資格者，均得執行各項醫療業務。
- 又醫療業務在性質上本為一體，無法嚴格分割，主治醫師制度，僅係醫院內部管理採用之名稱，依現行法律，並無限制主要診治醫師之資格。爰此，有關主治診治醫師可否為住院醫師、住院總醫師、主任，依前開規定，應無不可。
- (十四) 由主治醫師依病情決定再照會相關科別。

## \*\* 學習重點 \*\*

- (一) 若有胸、腹X光或胸部電腦斷層掃描檢查，除了親自閱讀判斷外，宜尋求醫學影像科專科醫師意見或正式報告作共同的確認診斷。
- (二) 在加護病房，病人主訴左上腹連續疼痛及腹部僵硬，雖無反彈痛徵(腹膜炎徵象)，也宜重新檢視所作醫學影像及急診室所作腹部超音波檢查。必要時宜會診一般外科主治醫師，積極尋求病因，才不致因困難的空腸破裂診斷延宕而致敗血休克。
- (三) 依醫師法之規定，凡具醫師資格者(有證照的醫師)，均得執行各項醫療業務。若有獨立行使醫療行為、查房、開立醫囑並處置，在醫療行為上則定位為該病人的主治醫師，與醫師行政編制上的主治醫師層級不同。

## \*\* 本案判決解析 \*\*

- (一) 本案例之刑事判決中認定醫師應負業務過失致死責任，判處D醫師6月有期徒刑，且減為3月有期徒刑，得易科罰金。
- (二) 本案之爭議點在於，D醫師主張其並非病人之主治醫師，且其為胸腔外科專科醫師，並非腸胃外科專科醫師，就病人電腦斷層掃描之結果，其只針對胸腔部分加以判讀，並未及於腹腔部分之判斷。惟本案判決則認為，D醫師乃病人之主治醫師，且其雖為胸腔外科之專科醫師，仍應該從病人屢次表示腹痛，而判斷出病人之車禍事故有可能導致小腸破裂之高度可能性。以下再分兩點說明：

### 1.主治醫師之認定

本案的主要爭點在於，究竟D醫師是不是病人的主治醫師？根據D醫師的主張，其認為自己只是住院總醫師，並非主治醫師，應以實際接觸及負責照顧病人之急診室外科A住院醫師才是病人的主治醫師。然而本



案判決中，仍然認定D醫師為病人之主治醫師。其理由如下：

- (1) 法院從病人於醫院病歷中「臨時醫囑單」、「長期醫囑單」、「住院病歷摘要」與「護理紀錄表」等部分所記載之內容，均由D醫師其後簽名確認，且自4月3日下午9時40分許以後，護理人員遇有突發狀況時，均聯繫通知D醫師請求指示，由此可認定D醫師乃病人之主治醫師。
- (2) 醫院泌尿科主治醫師兼科主任證述：當時D醫師具有一般外科、胸腔外科專科醫師之資格，但因公立醫院編制之限制，只能占住院總醫師之職缺，須俟主治醫師有職缺時，才能升任，因而認定D醫師雖於醫院之行政編制上僅擔任住院總醫師，然因具有一般外科暨胸腔外科之專業醫師資格，自得對病人獨立進行醫療行為。
- (3) 最後，法院判決認為，所謂「主治醫師」，依其性質概可分為二類。首先以醫院行政編制而言，一般大型醫院因醫師員額較多，並兼具醫療訓練性質，除執行一般醫療業務外，另須處理相關行政管理事務，故須依據醫師年資之深淺，略可區分為「主治醫師」、「總醫師（包括住院總醫師）」及「住院醫師」等三類，此項分類除編制上之差異外，尚涉及醫療行政、業務權限等事務之區分。次者，針對是否實際執行醫療業務而言，凡具有獨立權限得以對病人執行醫療行為、提供醫療服務、提出醫療建議及進行危險性評估等，即可稱為該病人之主治醫師。此處所稱之主治醫師，乃以是否實際、獨立執行醫療業務為斷，概念上與行政編制上之主治醫師未可相互混淆。
- (4) 法院判決的最後結論則是，D醫師在醫院行政編制上雖僅為外科住院總醫師，但在為病人進行醫療行為時，應屬本案病人之主治醫師，故醫療責任即由其『主治』醫師負責。因此對於病人病情後續之發展，例如是否需再照會消化系及胃腸科，均應由其依病情決定。



(5) 本案判決乃實務上少見針對主治醫師認定之爭議。目前我國醫療領域採行主治醫師制，此一制度乃要求每一名病人進入醫院後，必須要有一位負主要醫療責任之醫師。然而本案中，D醫師在醫院的行政編制上，並非「主治醫師」而是「總醫師」。究竟「總醫師」可否擔任主治醫師？本案判決則是採取實質認定，亦即認為，D醫師在編制上雖無「主治醫師」頭銜，但醫院認為D醫師已有能力實際執行醫療業務，具有獨立權限得以對病人執行醫療行為、提供醫療服務、提出醫療建議及進行危險性評估等，故亦可委任其擔任「主治醫師」。此等不採行政編制而以實質方式認定主治醫師，仍必須注意一個重點，亦即為避免爭議與基於誠信，醫療組織對於無「主治醫師」職缺或正式頭銜者，卻要賦予其實際負起「主治醫師」之責任，應事先以組織內部規範的正式方式告知或委任，如此才不會造成醫師與醫院之間的誤認，或是對醫師形成突襲。此外，主治醫師為誰如果處於曖昧不明狀態，亦是對病人權益之侵害，因為此舉形同病人處於無人需負主要醫療責任之狀態。因此，醫療院所對於主治醫師之派任，倘無行政編制的正式職缺，亦應以其他形式化的委任方式加以確定。

## 2. 平均醫師注意義務

本案的第2個爭點在於，D醫師主張其為胸腔外科之專科醫師，並非腸胃外科專科醫師，就被害人電腦斷層掃描之結果，只針對胸腔部分加以判讀，並未及於腹腔部分之判斷，故對於病人腸子破裂而死亡，不能苛責於他。但本案例之判決則認為，即便D醫師並非腸胃外科專科醫師，但根據「平均外科醫師」之注意能力，D醫師應可預見病人腹部疼痛可能與小腸破裂有關，且應該及時照會腸胃科醫師。D醫師違反注意義務可以分以下兩點說明：

### (1) D醫師應可預見病人小腸破裂

I. 本案法院判決認為，病人自92年4月2日19時許起，已屢次向護理人



## 第壹章 醫事鑑定案例

員反應有上腹部疼痛、右下腹疼痛、呼吸困難等身體不適之現象，經護理人員觀察病人亦有呈現腹部硬脹、腸蠕動緩慢等症狀，而護理人員則曾據此多次通知D醫師，D醫師亦先後於91年4月3日8時、同日12時30分與91年4月4日1時、同日3時30分前往巡房探視病人，故病人因車禍強烈撞擊導致空腸破裂之事實，除可依上開電腦斷層掃描結果呈現腹部游離氣憑為判斷外，並經護理人員多次於急診病歷、住院病歷摘要及護理紀錄內記載相關臨床症狀，且被告當於護理人員轉知病人反應其腹部脹痛之時，即應施以適當之檢查及診治，然D醫師始終未能據此診斷被害人空腸破裂之症狀，進而給予有效之治療。

II. 本案法院判決另認為，因車禍造成腹部創傷導致小腸（small bowel）之鈍性創傷（blunt trauma）有百分之16，其機率僅低於脾臟（spleen），百分之26、腎臟（kidney），百分之24，而高於肝臟（liver），百分之15、胰臟（pancreas），百分之1至3、橫隔膜（diaphragm），百分之1至3、腸繫帶（mesentery），百分之1至3及腰肌（abdominal wall），百分之1至3等其他身體部位，相較以觀，小腸因車禍而受創之機率不可謂不高，自難徒以小腸鈍挫傷之機率僅及百分之16，即得任意略而不察。

### (2) 違反注意義務

本案判決認為，D醫師為病人之臨床診斷醫師，為一般外科、胸腔外科與重症專科之專業醫師，應具有判讀電腦斷層掃描結果之專業能力，且於其進行判讀之初，業已知悉被害人係因駕車不慎撞及路樹，肇生交通事故而到院急救。而初步診斷病人有腹部瘀血之現象，亦已記載於急診病歷內容，D醫師應可推認病人此際顯有因車禍事故而肇致小腸破裂之高度可能性。從而，D醫師既已實際就該電腦斷層掃描結果進行判讀，然疏未診斷出病人具有腹部游離氣之

影像，以致空腸破裂處置延宕，導致腹膜炎引發敗血症，進而造成病人死亡，縱該電腦斷層掃描之醫囑係由A醫師所為，然因A醫師自知本身判讀能力有所欠缺，遂委請D醫師協助判讀，事後亦未經放射科醫師進行雙重確認或製作判讀報告，然D醫師自身既有判讀電腦斷層掃描之能力，且該電腦斷層範圍亦擴及胸、腹部，D醫師除應就此負有客觀上注意義務外，亦具有注意之可能，惟其竟疏未注意，故D醫師對病人電腦斷層掃描所為之判讀，顯有過失甚明。



## 案例二

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，女性，44年出生，主訴為解黑便1天，且上腹不適斷續約有1年之久，85年4月30日至第一家醫院(地區醫院)求診，由A醫師診治並建議住院觀察治療。血液抽血檢查結果顯示血紅素6.3 gm%，糞便潛血反應(++++)胃鏡檢查報告顯示為胃體部出血性胃炎，在未明病因之胃腸道出血之診斷下，由A醫師給予靜脈體液注射、輸血及藥物治療後，病情改善，血紅素上升至11.5 gm%，病人5月4日出院，A醫師建議門診追蹤治療。

病人出院後因時感胃部不適，陸續於85年5月6日至12月5日間，共接受9次之相關門診治療，其間8月23日之檢驗報告顯示糞便潛血(++++)，血紅素9.7 gm%及10月28日之血紅素9.3 gm%，依訴狀筆錄，A醫師建議施作胃鏡等進一步檢查，然病人均拒絕。

嗣後，病人因主訴解黑便、頭暈及全身倦怠，於85年12月5日至12月8日再度住院期間，經A醫師實施胃鏡檢查結果，發現胃部有一活動性潰瘍。

86年2月12日，病人因背痛2週之久及上腹痛而接受第一家醫院(地區醫院)B醫師之門診診療，經身體診察發現病人上腹部腹脹，安排進行腹部超音波檢查結果，顯示多發性之肝腫瘤。病人因上開檢查結果，乃於86年2月13日前往第二家醫院(地區醫院)就診，經腹部超音波及電腦斷層檢查結果亦顯示多發性肝腫瘤；復於86年2月20日至第三家醫院(地區醫院)就診，並施行胃鏡之胃組織切片及肝臟活體切片檢查，其病理診斷確定為胃腺癌合併肝臟移轉。延至86年3月10日，病人因胃癌併發肝轉移、胰臟轉移至第二家醫院(地區醫院)接受後續治療，嗣後因病情惡化，宣告不治死亡。

病人家屬認為A醫師延誤治療時機，導致病人死亡，故提出告訴。

## \*\* 問題爭點 \*\*

- (一) A醫師於門診治療滿3個月後仍發現檢驗之異常發現，應安排胃鏡或胃腸道X光攝影等相關檢查，以尋找可能之出血或長期貧血之原因，而僅給予制酸劑及胃乳液為主之藥物治療，以致延誤病情，是否有醫療疏失？
- (二) A醫師本當注意應於該潰瘍邊進行活體切片病理檢查，以排除胃癌之可能性，僅給予患者靜脈體液注射、輸血、制酸劑及止血藥等治療，因之延誤治療時機；嗣後病人於85年12月9日至86年2月4日之多次定期門診治療期間，A醫師亦僅給予藥物治療而未安排病人進行相關之身體診察，是否有醫療疏失？
- (三) 胃癌在檢驗上是否容易發現？解黑便及貧血會作何處置？如檢驗報告中出現糞便潛血（++++），會作何處置？
- (四) 胃癌何時形成病變？胃癌症狀及臨床診斷方式為何？
- (五) 病人確係因胃癌併發肝轉移、胰臟轉移而死亡，A醫師未進行積極之治療處置，以提早為預防被害人死亡結果發生之醫療措施，是否有過失行為？與病人之死亡間是否有因果關係？

## \*\* 鑑定意見 \*\*

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一) 病人於病情較為穩定之85年5月4日辦理出院，出院時建議需持續門診治療，且醫師開立制酸劑給予服藥4個月，每次門診給藥以2星期。5月4日出院至12月5日再次住院為止，先後共來醫院由被告門診9次，其中除於5月6日、8月23日、10月28日做檢查外，其餘門診均僅係到門診取藥，並不願再做檢查。於8月23日及10月28日之檢驗顯示病人糞便潛血、血紅素低，依訴狀筆錄，



A醫師建議病人施作胃鏡檢查，然病人均拒絕。85年12月6日，肝功能檢查是正常，只是潰瘍，且病人在86年2月7日於第三家醫院(地區醫院)檢查肝功能、胰臟功能仍為正常，後來86年2月22日經B醫師檢查有潰瘍，且發現有腫大現象，疑似胃癌，A醫師並無疏失之嫌。

- (二) 如鑑定意見(一)所答，於8月23日及10月28日之檢驗顯示病人糞便潛血、血紅素低，A醫師建議病人施作胃鏡檢查及切片病理檢查，然病人均拒絕。本件之第一家醫院(地區醫院)病歷中並無類似之記載，若病人不配合做某項檢查時，從病歷上並無詳細註記等情事，故無法判定。
- (三) 病人血紅素偏低、解黑便或糞便檢查有潛血反應時，通常建議病人安排院做胃鏡、做超音波及血液的檢查；如胃鏡檢查發現胃部有活動性之潰瘍，直接會做切片檢查。依經驗來看是不正常性的潰瘍組織，則會施作病理切片以確立診斷。
- (四) 從此病人看來之胃癌，但何時形成的病變，無法推定，因胃潰瘍症狀，通常飢餓時皆會有疼痛感，胃癌因發生部位不同，症狀會有不同。若發生在胃上部，進食食物會有阻塞感；若在下部，食物無法進入十二指腸，就會有胃漲感，但症狀是因人而異，各有不同，治療4個月後，仍有潰瘍，始有施行活體切片病理檢查之必要。
- (五) 胃癌在檢驗上若有胃出血狀況，可能被血塊遮住不容易發現，檢驗報告中出現糞便潛血(++++)，血紅素9.7 gm %及血紅素9.3 gm %(偏低)會建議病人住院做胃鏡、超音波及血液檢查。如懷疑肝臟、胰臟病變，則進一步做肝臟檢查、電腦斷層、磁振造影及抽血檢查，以排除胃癌或轉移之可能性，並進行適當之治療以控制病情，作必要性治療，提早為預防病人死亡結果發生之醫療措施，與病人之死亡不無因果關係。



## ※※ 學習重點 ※※

(一) 依醫療常規，初次胃鏡檢查有消化性潰瘍者得以取組織檢體臨床上醫師除了詳細問診及身體診察，很多疾病還要靠一些檢查或檢驗才能確定診斷。依醫療常規，初次胃鏡檢查有消化性潰瘍者得以取組織檢體，胃鏡併切片檢查可以鑑別診斷胃消化性潰瘍和胃癌，再依據結果做治療計劃的參考。該案如在胃鏡檢查時併做切片檢查，應可釐清醫療糾紛中所負的責任。

(二) 治療失敗時，應重啟診斷流程做鑑別診斷

本案病人經治療四個月後仍有潛血反應，表示消化性潰瘍治療失敗，醫師曾建議再做胃鏡檢查，惟病人拒絕，表示A醫師有重啟診斷流程的行為及重做鑑別診斷的計畫。

(三) 重大醫療決定應有會談紀錄或病歷記載

會談提供病人或家屬參與醫療計畫的討論，討論所得的結論應有紀錄或記載於病歷上。一旦有醫療糾紛，仲裁者或非醫療專業人士方可透過此紀錄或記載，瞭解整個醫療過程，並做為判決的依據。醫療作業設有手術或檢查同意書，間接表示有告知和基本溝通。但對於病人或家屬未接納醫療建議的事實常疏於記載。有鑑目前醫療糾紛日益增多，類此溝通或會談結果均應詳實記載於病歷上，必要時應請參加會談者簽名於紀錄單或病歷上，以昭公信。

## ※※ 本案判決解析 ※※

A醫師，因涉業務過失致死，經台北地方法院檢察署提起公訴，經台北地方法院審理後，於88年8月5日判決有罪，宣告緩刑三年。A醫師不服，上訴至台灣高等法院。經高院審理後，認定A醫師上訴無理由，駁回上訴全案因而定讞。



(一) 本案法律爭點

1. 病人甲是否拒絕接受 A 醫師安排的檢查？
2. A 醫師未為檢查，有無醫療疏失？
3. A 醫師未為檢查的疏失，與病人甲死亡間有無相當因果關係？

(二) 本案法院判決理由

1. 醫療過失之認定

本判決說明所謂刑事醫療過失責任，是指社會生活領域中，存有各種不同的注意規則，而醫生的醫術規則，為診治病人客觀應依循的醫術規則，法律上則是稱為負有注意義務。所謂注意義務，則指應有相當注意程度，若依專業上的理性與良知，處在一般醫師的同一情狀下，可預見結果發生且又未超出其專業領域的能力範圍，則一旦違反該注意義務，即是能注意而不注意，若因而導致病人損害結果的發生，即為有過失。

2. A 醫師有安排病人甲接受檢查之義務

法院認定為 A 醫師供稱，對於病人門診主訴有解黑便與貧血的狀況時，就會作胃鏡的檢查，且檢驗報告中若有血紅素 9.7gm% 及血紅素 9.3gm% 的數據時，也會建議病人住院做胃鏡、超音波及血液的檢查。而胃鏡檢查，若發現胃部有活動性大潰瘍的情況，則會直接做切片檢查等，顯見 A 醫師就病人甲先前的檢驗結果，依其專業判斷，負有安排相關檢查的義務。

3. A 醫師抗辯病人甲拒絕檢查之認定

A 醫師主張病人甲曾於治療過程中，拒絕接受進一步檢查的表示。但本判決認定，本案證人護士雖有證稱病人甲拒絕接受檢查等情事，但依常理判斷，該醫院門診每次以三小時計算，約有五到六十位病人看診，平均每一位病人的門診時間僅為三分鐘，縱使該證人在場，竟能詳細記述病人甲當時拒絕接受檢查的記憶，顯有違常情，故並不採納證人護士



之證詞。同時，A醫師亦未於病人甲之病歷中記載有拒絕所建議的相關檢查等情事。本判決據此認定於醫病關係中，以病人的立場，自無作出違背醫師建議而甘冒不利益的理由。

#### 4. A醫師未進行檢查與病人甲的死亡間有相當因果關係

判決認為，A醫師應負有安排胃鏡或胃腸道X光攝影等相關檢查，以尋找可能出血或長期貧血的原因，並應注意於該潰瘍邊進行活體切片病理檢查，以排除胃癌的可能性。其在未為注意的情形下，疏未作必要的檢查，則其所為難謂無過失。而病人甲若能在A醫師的診療期間接受檢查，可能尚有機會接受治療，存有一線生機，雖然無法保證病人甲的存活長短，但晚期胃癌存活機率如能早期診斷，並經適當治療，是有治癒可能，由於A醫師的延誤疏失，仍可能導致病患因癌症之快速進行而危及生命。

綜上，法院認定病人甲因A醫師的未進行更詳盡的檢查，以致無從進行適當治療控制病情，提早預防死亡結果發生，與病人甲的死亡間，顯有相當因果關係。

### (三) 本案判決解析

#### 1. 病人甲是否拒絕接受A醫師安排的檢查？A醫師未為檢查，有無醫療疏失？

(1) 本案系爭過失責任之判斷，首須釐清A醫師有無違反醫療常規。根據本判決的事實認定，病人甲上腹部長期不適，並有解黑便之情事。經A醫師的門診檢查與追蹤，病人甲的病情未有好轉，A醫師卻未進一步安排必要的胃鏡或腸胃道X光攝影檢查。且依本案鑑定意見之說明，照病人甲當時的檢驗數據評估，進行更詳盡的檢查才是醫療常規的處置。然A醫師主張，未進行檢查的原因是出於病人甲的明確拒絕。故A醫師究竟有無醫療疏失，關鍵在於事實認定上，病人甲是否真的不願接受檢查。

針對此點，本案雙方各執一詞。但法院認定：1.A醫師未於病歷上



記載病人甲拒絕檢查的意思表示；2.本案護理師之證詞欠缺可信性；3.按經驗法則，病人沒有冒險違背醫師建議之理；4.病人事後於其他醫院有接受相同檢查的情事。綜合上述四點判斷，法院形成病人甲應無拒絕A醫師檢查之可能的心證。

- (2) 惟，刑法的法律效果嚴厲，刑事訴訟的證明活動，必須依據嚴謹的證據法則與論理法則慎重判斷。本案法院雖依自由心證法則，認定A醫師未對病人甲進行檢查有違醫療常規。但就病人甲有無拒絕檢查的事實，法院的證據推斷，恐有疑問。
  - (3) 醫師對於病人拒絕檢查的表示有無載於病歷的必要性，就臨床醫療實際的運作現況，是否為歷來的例行作為，抑或基於A醫師本身習慣，自始未曾於診療過程中，將病人拒絕診療一事載於病歷，此點法院並未詳加審酌，單就病歷未有記載即作出不利A醫師的認定，不無疑義。另外，法院依據經驗法則，認定病人本應沒有拒絕接受醫師診療建議的可能性，亦屬過於跳躍的推論。就醫療實務而言，病人時常會出於恐懼、耗時影響工作等種種原因，不願接受醫師的診斷建議。本案病人甲是否另有隱情，而有不斷拒絕接受檢查的可能性，法院並未加以調查認定。
  - (4) 綜上，法院對於病人有無拒絕接受A醫師檢查的重要事實，並未適度澄清，在自由心證下的論理過程，似有欠嚴謹。
- 2.A醫師未為檢查的疏失，與病人甲死亡間有無相當因果關係？

- (1) 鑑定意見指出：「病人於治療4個月後，仍有潰瘍始有施行活體切片病理檢查之必要。……如懷疑肝臟、胰臟病變，則進一步做肝臟檢查、電腦斷層、磁振造影及抽血檢查以排除胃癌或轉移之可能性，以進行適當之治療以控制病情，作必要性治療，提早為預防病人死亡結果發生之醫療措施，與病人之死亡不無因果關係。」。

- (2) 法院認定A醫師未為必要檢查，違反醫療常規而有疏失後，進一步輔以鑑定報告的說明，認定A醫師若於當時對病人甲進行各項檢查，就能早期發現病灶，適當治療控制病情，提早預防病人死亡結果，故有相當因果關係，應無疑問。
- (3) 惟，假設病人甲拒絕接受A醫師檢查一事，確屬實情。則在規範評價上，A醫師對病人甲的死亡結果，客觀上就欠缺迴避可能性。是故，法院僅依據經驗法則，認定病人本應沒有拒絕接受醫師診療建議的可能性，在未釐清本案病人甲有無拒絕接受檢查的事實關係前，就評價因果的有無，似有未妥。



## 案例三

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，女性，34歲，於85年3月5日因懷孕一個多月，下體出血有血塊，經第一家醫院(診所) A醫師告知小孩無法保住，而執行治療性人工流產。嗣於3月6日因全身倦怠而至第一家醫院(診所)注射營養劑(Hespander)一瓶、鎮靜劑(Valium)一支及麻醉劑(Citosol) 10cc後並無特殊主訴。3月7日再至第一家醫院(診所)求診，主訴小產過後身體虛弱，又一日未眠，希望注射營養劑及鎮靜劑。依據病歷記載，病歷上僅記載其主訴且未見臆斷下，A醫師給予注射營養劑 ( Hespander ) 一瓶、抗生素 ( Cefadol ) 一支、鎮靜劑 ( Valium ) 一支 ( 靜脈注射兩次 ) 及麻醉劑 ( Citosol ) 10cc。

依據病歷紀錄記載，第一針鎮靜劑 ( Valium ) 由A醫師執行，約19:00左右注射完畢，第二針鎮靜劑 ( Valium ) 由護士執行，於22:00左右注射完畢，約半小時後，病人六年級大之女兒發現其母嘴唇發黑，即通知護士，當時A醫師並不在場，並於23:00轉至第二家醫院(地區醫院)，當時已無生命徵象、瞳孔放大，急救3小時始恢復血壓，此後病人一直呈腦死現象。於第二家醫院(地區醫院)血液檢驗報告結果顯示3月21日病人血紅素僅有7.9 g/dL(3月8日血紅素11.2 g/dL)，有貧血現象，血中尿素氮148 mg/dL (偏高)，肌酸酐11.2 mg/dL (偏高)，血鉀高達7.8 mmol/L(偏高)，腹部超音波檢查顯示有腹水現象，而腦部電腦斷層有腦水腫。

85年3月22日20:38病人病情惡化，急救無效死亡。家屬認為A醫師因用藥錯誤導致病人甲死亡，而提出告訴。

**\*\* 問題爭點 \*\***

- (一) A醫師於病人甲之醫療過程有無疏失？
- (二) 病人注射藥物後導致心肺衰竭及休克，是否有其他藥物中毒之可能性？是否因心因性休克而死亡？
- (三) 第一家醫院(診所)有關病人之病歷及護理記錄記載，被告醫師是否已有掌握病人之病史之可能？其有無作必要之分析病情？有無依醫事常規密切監視患者病人甲之血壓、心跳變化？病歷記載之急救過程，有無疏失？
- (四) 病人分別於84年5月9日、同年5月11日及85年3月6日曾至第一家醫院(診所)接受Valium注射而無不適，則A醫師於86年3月7日共二次施用Valium，每次均為1Amp，此被告參酌病人之病史用藥，是否不當？
- (五) 85年3月8日病人初入第二家醫院(地區醫院)時，其血中尿素氮(BUN):7mg/dL、肌酸胺酞(creatinine, Cr.):1.4 mg/dL、血液電解值(鈉sodium:141 mmol/L、鉀potassium: 3.3 mmol/L、氯chloride:101 mmol/L、鈣calcium:8.9 mg/dL)是否均屬正常？此時病人之腎功能是否正常？何時開始惡化？是否係住入第二家醫院(地區醫院)後逐漸惡化？是否係因病人入院後已無心跳、血壓所產生之自然之生理衰敗之現象？
- (六) 病人初入第二家醫院(地區醫院)之尿液、血液之微生物培養檢驗單分別記載 "No growth (colony count:<103/mL"及"blood culture: no growth in 7 days"，病人之尿液、血液是否有細菌生長跡象？
- (七) 病人初入第二家醫院(地區醫院)之血液常規檢驗單，除血紅素:11.2gm/dL一項略為偏低外（正常值約在12-16gm/dL），其餘數值是否正常？病人此項身體狀況是否正常？
- (八) 85年3月11日第二家醫院(地區醫院)C醫師之會診紀錄記載1.沒有證據顯示和人工流產有關的低血量休克。2.無證據顯示有敗血性休克。3.無明顯證據支



持栓塞之可能性。4.過敏性休克雖不能排除，但仍有爭議。參酌前揭各項之證據，病人之休克是否屬於無法預防和避免之情形？

- (九) 病人於84年5月9日、5月11日及85年3月6日已3次在被告診所注射Valium，均無不良反應，病人85年3月7日休克如係過敏性休克，被告有無預防或預見可能？

### \*\* 鑑定意見 \*\*

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一) 本案病人有明顯腎衰竭，但為急性或慢性並不明，查閱第二家醫院(地區醫院)執行腹部超音波之醫師，是否有載明腎臟之大小，可大致瞭解為急性或慢性。但不論急、慢性皆很少於短短幾小時內肌酸酐升到偏高之數值。如急性腎衰竭，應是近日之事，是否可能和3月5日小產有關，小產之後是否有出血，查資料並無記載，可再詢問家屬，因病人有明顯貧血現象，出血並無法完全排除。依護士之敘述，血壓、心跳正常，但並未見其紀錄。從病歷上亦未見醫師依病人主訴做詳細分析病情及記載。高血鉀症及嚴重尿毒，可能對心肺功能造成影響，鎮靜劑 (Valium) 本身就會造成呼吸及心跳功能之抑制，除了出血是否有其他原因，就現有資料無法查證，若為慢性腎衰竭，可能會導致貧血、血液不易凝集、不易懷孕、流產、全身倦怠、失眠……等症狀，實驗數據可見氮血症、高血鉀症……等。本案病人最可能死亡之原因：因腎衰竭導致貧血、出血（臆測）、尿毒，可能有高血鉀症及代謝性酸中毒，導致心肺功能抑制，再加上鎮靜劑 (Valium) 之注射，導致呼吸抑制作用而死亡。注射鎮靜劑 (Valium) 被認為是一項需要非常小心謹慎之醫療行為，經常造成病人心臟及呼吸之抑制，執行治療當中一定要密切監視血壓、心跳之變化，且醫護人員一定要在場，然病人出狀況之瞬間，A醫師並未在



場，且病歷未載明整個急救之過程，顯有疏失。

- (二) A醫師未依病人主訴做詳細病史詢問、身體檢查及病情之分析判斷，僅依病人之主訴及要求給予症狀治療，包括2次以靜脈注射有抑制心肺功能之鎮靜劑（Valium），可能加速心肺衰竭，且未察覺病人有明顯之貧血，甚至有出血及腎衰竭之可能性，也不無疏失。因病人休克後並未做血液、尿液或胃液之毒物篩檢，因此無法判定是否有其他藥物中毒。病人過去無心臟病之病史，且休克前並無胸痛、胸悶或呼吸困難之主訴，其因心因性休克而死亡之可能性極低。
- (三) 初診時之病歷記載，只提到病人主訴倦怠，並無血壓、心跳、呼吸等生命徵象紀錄。在人工流產後出現倦怠，應量血壓、心跳以確定有無失血之可能。在病人發生需要急救狀況時，醫師並未施予任何急救措施（查病歷無急救措施之記載），似有疏失之嫌。
- (四) Valium及Citosol兩者都有降血壓及抑制呼吸之危險性，病人在治療性人工流產後，已有貧血（第二家醫院(地區醫院)病歷記載）及可能有低血壓（病歷無紀錄），此時再注射上述藥物，極可能是導致患者休克及心肺衰竭之主要原因。病人在治療性人工流產後睡眠品質不佳、疲倦無力，應檢查其原因（如低血壓、貧血、出血），而A醫師給予注射Valium，且未注意其血壓，實為不當。雖然病人過去曾注射Valium，但此次注射（85年3月7日），因伴隨有人工流產後可能發生之低血壓及貧血，而以靜脈注射2次後，每次1 amp更可能抑制血壓、呼吸，故注射中應密切注意其生命現象（如血壓、呼吸），否則應改以口服途徑。
- (五) 病人於85年3月7日初入第二家醫院(地區醫院)之檢驗數據，如尿素氮、電解質均屬正常（惟病人當時已在休克狀態），而血清肌酸酐輕微上升（1.4 mg/dL），顯示病人此時已進入因為休克所導致急性腎衰竭的初期，此後逐漸惡



化（3月9日Cr:4.7 mg/dL、3月10日Cr:5.7 mg/dL、3月11日Cr:6.7 mg/dL），此因為先前休克狀態持久，導致急性腎衰竭所致。因病人至第二家醫院(地區醫院)已無生命徵象，第二家醫院(地區醫院)診斷為DOA（到院時已死亡），並經急救3小時始恢復血壓，病人因休克時間太長，導致急性腎衰竭。

- (六) 尿液及血液細菌培養均為陰性，顯示無菌血症及無菌尿症。
- (七) 3月7日血液常規檢驗單血紅素11.2g/dL，顯示有貧血現象，其餘數值則無異常。
- (八) 病人因注射Valium及Citosol而導致低血壓休克及呼吸抑制衰竭之可能性極大。依據病歷紀錄並無法支持栓塞、敗血性休克、出血性休克，過敏性休克則無法完全排除其可能性，然病人之死亡，與人工流產之失血及注射Valium、Citosol應有密切關係。於本案例，A醫師應避免注射鎮定劑，或於注射期間密切注意病人之血壓、呼吸，並於休克時及時急救，應可預防或避免此一不幸事件。
- (九) 病人之前已注射3次Valium，並無不良反應，此次注射同一藥物不可能為過敏性休克，且過敏性休克通常在注射藥物後幾分鐘內即發作，不可能隔30分鐘後才發作。

### ※※ 學習重點 ※※

- (一) 比照往例處方，有可能產生醫療疏失

忙碌的診療工作，老病號老處方(ditto)，是一般行醫常見的慣例。但這案子提醒醫師，看診時仍應詢問病人新近狀況，或依病人新近病情詳加分析，並針對病情提供基本檢查。如A醫師就病人新近小產的層面分析，做身體診察眼結膜是否蒼白，血壓是否過低，針對病情處置，病人應可以得到更好的照護。



(二) 老問題新狀況，要警惕要思維

案中病人常主訴身體虛弱失眠，其診療醫師過往均處方營養劑及鎮靜劑，以點滴注射方式緩解病人的問題，並得到病人的肯定，所以當病人用同樣的話陳述身體的不適，並主導醫師循往例治療時，醫師又不察新近病情小產會衍生類似症狀，也未進一步查證，即有可能錯失治療時機。對於有新近小產史的病人，應注意的事項包括有無發燒、下腹痛、繼續出血等現象，逐項延伸思考相關問題。本案若能早期發現休克傾向，或許可避免此醫療糾紛。

(三) 定期複習急救方法

醫護人員應定期複習急救方法，本案病人出狀況時，病歷未載明醫護人員是否有提供基本急救之措施，可能原因是醫護人員對急救流程日久生疏。如醫護人員定期複習急救方法，保有基本急救常識及技巧，或許當時可減低休克的傷害。

**\*\* 本案判決解析 \*\***

(一) 醫師醫療行為之參考依據

依一般就醫之診療程序，醫師對於病人入院就診後，皆需進行必要之生理檢查，包括血液、尿液、甚至心電圖、超音波、X光等，以究明病人之生理狀況，而作為醫師決定醫療作為之參考依據。

(二) 病歷記錄為法院認定醫師專業診斷之準據

本件病人甲於85年3月7日下午11時許被送至第二家醫院(地區醫院)急診室急診，並於85年3月8日上午10時42分許轉入加護病房急救後，始併發腎衰竭，而於85年3月22日下午8時38分死亡，有第二家醫院(地區醫院)病歷摘錄單及病人甲之死亡證明書在卷可參。復參以A醫師於病人甲在85年3月6日至



第一家醫院(診所)就診時，亦有為病人甲注射「Her-pander」（代用血漿），顯見病人甲於至第一家醫院(診所)就診時即有貧血現象，而A基於醫師之專業診斷，亦認定病人甲可能有貧血現象，始為病人甲注射代用血漿。是病人甲乃先有貧血現象後，於轉入第二家醫院(地區醫院)加護病房後始併發腎衰竭等情，堪可認定。

(三) 鑑定意見作為業務過失致人於死之準據

- 1.A醫師於85年3月7日下午7時及9時55分分別為病人甲注射二cc之「Valium」藥物，依衛福部醫審會之鑑定意見：（1）「注射『Valium』被認為是一項需要非常小心謹慎的行為，經常造成病人心臟及呼吸之抑制」，復參以A醫師於審理時亦自承如病人血鉀高，心臟功能可能會受影響，貧血引起之高血鉀，亦會造成腎衰竭及心肺衰竭，且A醫師亦明知心肺機能不全的病人，不宜注射「Valium」藥物；（2）「Valium」、「Citosol」兩者都有降血壓及抑制呼吸之危險性，病人甲在治療性人工流產後，已有貧血及可能有低血壓，此時再注射上述藥物，極可能是導致休克及心肺衰竭之主要原因；（3）根據第二家醫院(地區醫院)病歷紀錄，病人甲至該醫院時，其血液腎功能指數仍於正常範圍(BUN:7mg/dl,Cr:1.4mg/dl)，因此病人甲至第一家醫院(診所)時，應無急性腎衰竭，其較可能之病程變化為人工流產後，可能已有貧血及低血壓，再注射可抑制呼吸及血壓的藥物(Valium及Citosol)，而導致休克及心肺衰竭，並因休克時間太長，導致急性腎衰竭。
- 2.本案直接引起病人甲死亡之原因，係心肺衰竭，而送到第二家醫院(地區醫院)前即已呈死亡現象。故病人甲係因貧血造成高血鉀而導致心肺功能抑制（即心肺衰竭），再加上「Valium」鎮靜劑藥物之注射加速呼吸抑制作用而死亡；A醫師既有隨時注意其所注射之藥物，對於病人甲當時之症狀有無不良反應之注意義務，且能注意而竟未注意其已有貧血之高血鉀症狀，即有導致心肺功能抑制之危險，而仍再度注射具有抑制呼吸作用之上開藥

物，加速病人甲之心肺衰竭，堪認為有過失，且其過失行為與被害人之死亡具有相當之因果關係。

(四) 未到場急救，亦得認為有業務過失

- 1.就醫師之注意義務而言，應有義務注意其所注射之藥物是否會導致不良反應，且於產生不良反應時，應要有醫護人員在場及時為適當之處置。
- 2.病人甲於85年3月7日晚上11時經送至第二家醫院(地區醫院)急診室急救時，已無血壓及心跳、瞳孔放大、且無生命徵象，參以診所護士警訊供述及護理紀錄，A醫師於85年3月7日晚上9時55分為病人甲注射後，即行外出；晚上10時15分後，護士亦已下班，當時並無醫護人員在旁。
- 3.衡諸一般醫學急救常識，心肺衰竭造成缺氧，以致嘴唇發黑，其有效之急救時間往往繫於短暫之關鍵時刻，有其急救之時效性，雖A醫師於將病人甲送至醫院時，亦有施以急救處理，惟參以A醫師將病人甲送至第二家醫院(地區醫院)急救時，已無血壓、無心跳、瞳孔放大等情，顯見自病人甲嘴唇發黑至A醫師施以急救間，因醫護人員不在場，已錯失急救之時效性。A醫師於病人甲出狀況之瞬間既未在场，錯失急救之時機，被害人因而死亡，則其過失行為與病人甲之死亡間，亦具有相當之因果關係。



## 案例四

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，男性，48年出生。病人於96年12月31日因食慾不振及體重減輕，至第一家醫院(診所)接受A醫師進行之健康檢查，結果顯示為B型肝炎帶原者，且肝功能異常(GOT 90 IU/L，偏高，參考值12-37 IU/L)，加作肝腎腹部超音波檢查，結果顯示有腎結石。經症狀治療後仍未改善，病人於97年2月21日至第二家醫院(診所)就診，由B醫師診視，由於病人有上腹疼痛及胃酸逆流現象，輔以96年12月31日第一家醫院(診所)之肝腎腹部超音波檢查，結果並無肝異常，故懷疑病人有胃潰瘍及幽門桿菌感染，而接受相關治療。病人經18天之治療未見成效後，且開始出現腹脹及腳腫等症狀，於97年3月20日至第二家醫院(診所)就診，由B醫師診視，並接受第二次腹部超音波檢查，結果顯示肝硬化及腹水，立即將病人轉介至第三家醫院(區域醫院)(3月21日住院，於3月24日出院)，接受第三次腹部超音波檢查及腹部電腦斷層掃描檢查，結果證實有肝腫瘤，腫瘤大至直徑15至16公分，並且懷疑因腫瘤破裂，導致出血及腹水。嗣後病人於3月26日至第四家醫院(醫學中心)住院，經確診為肝癌合併腫瘤破裂，導致出血，並接受第一次栓塞治療，且經止血後出院。之後，腫瘤持續擴大，且侵入肝門靜脈，病人於6月2日再次因腫瘤破裂及出血住院，經第二次栓塞治療無效後，病人於6月14日死亡。

病人家屬認為第一家醫院(診所) A醫師及第二家醫院(診所) B醫師有醫療疏失，故提出告訴。

**\*\* 問題爭點 \*\***

- (一) 病人甲至第一家醫院(診所)進行身體檢查，被告A醫師就該檢查結果應告知注意之事項為何?又依該檢驗結果能否判定病人甲之肝臟有何病變?
- (二) 病人甲於97年2月21日至第二家醫院(診所)診療，被告B醫師為其進行之檢查及治療(投藥)方式是否符合醫療之常規?
- (三) 依卷附病歷，被告B醫師為病人進行治療，如未操作腹部超音波，而以觸診、聽診方式，是否可能發現病人罹患肝癌之情形?又若病人拒絕給付自費之超音波檢查，被告B醫師於97年3月20日為病人操作腹部超音波檢查，發現其腫瘤直徑約15、16公分，參照97年3月21日轉診第三家醫院(區域醫院)之紀錄，被告B醫師有無延誤治療、轉診之過失?
- (四) 若病人於96年12月31日、97年2月21日分別至被告A醫師、B醫師之診所進行治療，得以發現其罹患肝癌，而為適當之治療，能否改變病人於短期內死亡之結果?
- (五) 病人於96年12月31日……至第一家醫院(診所)……，加作肝腎腹部超音波」及鑑定意見：「(一)……而依96年12月31日抽血以及腹部超音波檢查結果，應可以研判當時病人之肝臟並沒有腫瘤病變。……」，惟第一家醫院(診所)A醫師自稱該日超音波檢查僅檢查腎臟，不包括肝臟，案情概要及鑑定意見之依據為何?依診所病歷所示，究第一家醫院(診所)A醫師於該日有無施作肝臟超音波?
- (六) 病人於96年12月31日至第一家醫院(診所)接受成人健檢，該日A醫師施作之腹部超音波檢查，是否應包括肝臟超音波檢查在內?A醫師於該日僅施作腎臟超音波檢查，未施作肝臟超音波檢查，是否符合醫療常規?
- (七) 96年12月31日第一家醫院(診所)之病歷記載：「病名：脂肪肝 CC：Fatty Liver Hx」，該記載之意義為何?



- (八) A醫師於97年1月3日見病人之健康檢查報告單上GOT值異常偏高，其B肝表面抗原呈陽性反應，未施作肝臟超音波檢查，是否符合醫療常規？
- (九) A醫師所施作之超音波檢查報告單上有Liver：N之記載，是該記載之意義為何？
- (十) 病人連續服用抗胃幽門桿菌藥物約16日，是否會影響肝臟腫瘤之成長速度？

### \*\* 鑑定意見 \*\*

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一) 病人至第一家醫院(診所)進行抽血以及腹部超音波檢查，檢驗結果顯示病人為B型肝炎帶原者，且肝發炎指數GOT數值90 IU/L，偏高。按醫療常規，應告知病人需進一步進行甲種胎兒蛋白檢查，以及至少每六個月接受抽血及腹部超音波追蹤檢查。而依96年12月31日抽血以及腹部超音波檢查結果，應可以研判當時病人之肝臟並沒有腫瘤病變。至於當時超音波檢查之結果是否準確，則無法加以認定。
- (二) 病人於97年2月21日轉至第二家醫院(診所)診療，查病人有上腹部疼痛以及胃酸逆流現象，又病人自訴最近曾接受腹部超音波檢查，且並未發現肝臟有異常，B醫師因此為病人逕行胃部之嘗試治療，過程應符合醫療常規。
- (三) B醫師為病人進行治療，如未操作腹部超音波檢查，而以觸診方式進行，有可能發現肝臟腫大現象，但不容易直接發現病人罹患肝癌。另按照學理，腫瘤平均倍增時間為三至四個月，腫瘤長大至直徑15至16公分所需時間至少一年半，B醫師為病人進行診治之時間僅一個月，一個月間腫瘤長大之幅度有限；又病人拒絕給付自費之超音波檢查，故B醫師並無延誤病人之治療及轉診。
- (四) 病人於97年3月住院期間，被發現肝臟內有直徑15至16公分之腫瘤以及大量



腹水，已屬於末期肝癌階段，此時病人平均壽命不超過半年。按照學理，腫瘤長大至直徑15、16公分所需時間至少一年半，因此，即使病人至A醫師以及B醫師之診所診治時，得以提早一至三個月發現其罹患肝癌下，腫瘤也可能因已經大於10公分而無法接受開刀、局部電燒或換肝等根治性治療，因此並無法改變病人於短期內死亡之結果。

- (五) 依一般成人之健康檢查(以下簡稱成人健檢)流程，如施行腹部超音波檢查，通常檢查內容會包括肝臟及腎臟等，且若檢查結果記載為「N」，係表示「negative」或「normal」，即為正常之意。本案依96年12月31日第一家醫院(診所)之超音波檢查報告單，有肝臟超音波檢查結果為「N」之記載，因此本會鑑定意見乃判斷第一家醫院(診所) A醫師於當日應有施作肝臟超音波檢查。至於本案「N」所代表之意義為何，仍請依職權調查事實認定。
- (六) 一般成人健檢流程，若施行腹部超音波檢查，其內容通常會包括肝臟。惟成人健檢之內容並無一定規範，檢查內容依雙方約定及付費項目為準，故無法認定本案之成人健檢是否應包括肝臟超音波檢查在內。
- (七) 96年12月31日第一家醫院(診所)之病歷記載：「病名：脂肪肝 CC：Fatty Liver Hx」，該記載之意義係說明病人有脂肪肝病史。
- (八) 檢驗結果顯示病人為B型肝炎帶原者，且肝發炎指數GOT數值90 IU/L（偏高）。依醫療共識，應告知病人需進一步進行甲種胎兒蛋白檢查、施作肝臟超音波檢查及至少每六個月接受抽血與肝臟超音波追蹤檢查。本案依健康檢查報告單，GOT值異常偏高，B肝表面抗原呈陽性反應，此時如未施行肝臟超音波檢查，尚難認符合醫療常規。
- (九) 依一般成人之健檢流程，如施行腹部超音波檢查，其檢查內容通常會包括肝臟及腎臟等，且若檢查結果記載為「N」，係表示「negative」或「normal」，即為正常之意。至於本案「N」所代表之意義為何，仍請依職權調查事實認定。



(十) 依醫學常理，給予抗胃幽門桿菌藥物後約16日，並不會影響肝臟腫瘤之成長速度。

### ※※ 學習重點 ※※

- (一) B型肝炎、肝功能異常病人的告知與衛教應詳細並作成紀錄。
- (二) 抽血驗胎兒蛋白檢驗及檢查並追蹤超音波檢查。
- (三) 超音波是高度技術的檢驗工作，宜謹慎使用。有可能某甲看不出任何病灶，某乙若依腹部超音波檢查常規(包括肝腎等)，有時一放置超音波探頭( probe) 上去，就會看到肝腫瘤。
- (四) 病人持他院檢驗結果看診，應列入參考的重要依據。不但應解釋其結果，並應確認或據以作進一步檢驗。

### ※※ 本案判決解析 ※※

本案原告（病人家屬）向A、B醫師提起侵權行為損害賠償之訴，經判決原告之訴及假執行之聲請均予駁回後；原告不服提起上訴，經高等法院判決駁回。

(一) 本案法律爭點

- 1. A醫師對病人所實施的成人健檢中，有無進行「肝腎」腹部超音波檢查？
- 2. B醫師治療病人期間，未進行肝臟超音波檢查有無疏失？
- 3. A、B醫師如有進行超音波檢查，可否發現病人體內的肝腫瘤，避免延誤病人治療的黃金期間。亦即，病人的死亡結果與A、B醫師是否進行超音波檢查行為間，有無因果關係？

(二) 本案法院判決理由

- 1. A醫師未對病人實施肝臟超音波檢查



本案上訴人主張，A醫師應有對病人肝臟部位實施超音波檢查之義務，故未發現肝病變的問題，應有疏失。經法院調查，兩造已於原審就A醫師未對病人進行肝臟超音波檢查一事，列為不爭執事項。且A醫師提出病歷的記載，亦有載明未做檢驗，A醫師「未對」病人進行肝臟超音波檢查，應無違誤。

## 2. B醫師未對病人實施肝臟超音波檢查

B醫師主張，病人首次前往診所看診，已研判為肝或胃的問題，並建議自費800元進行腹部超音波檢查，釐清病因以決定治療方向，但被病人拒絕，經法院查證屬實，故B醫師應無疏失。

## 3. 未實施超音波檢查與病人死亡欠缺相當因果關係

本案法院採信醫審會的鑑定意見，依據實證醫學文獻的說明：「依照學理，腫瘤長大至直徑15、16公分所需時間至少1年半，…」。故病人於97年3月開始住院期間，被發現肝臟內有直徑15、16公分的腫瘤以及大量腹水，已屬末期肝癌階段，此時病人平均壽命不超過半年。若按學理，腫瘤長大至直徑15、16公分所需時間至少1年半，即使病人至A醫師與B醫師的診所診治時，可在1至3個月前的時間，提早發現罹患肝癌。但此刻的腫瘤，也可能已經大於10公分而無法透過開刀、局部電療或換肝等方式，進行根治性治療行為。

4. 綜上，法院認定，從病人陸續接受A醫師與B醫師治療的時間點觀察，病人當時的病況，無論有無實施超音波檢查，或有實施檢查卻未發現，皆無法改變病人於短期內必然死亡的結果。因此，A醫師與B醫師的診療行為，與病人肝癌死亡的結果間，無相當因果關係。

## (三) 本案判決解析

### 1. 判決的論理鋪陳，恐有失嚴謹

醫療過失的認定，首須判斷醫師有無違反醫療常規，違反醫療常規而



有疏失者，若進一步與損害結果間有因果關係，才能論以過失賠償責任。本案爭點在於A、B醫師未對病人甲進行肝臟超音波檢查一事，有無違反醫療常規。有關於此，法院僅針對「A醫師部分兩造列為不爭執事項；B醫師部分則是雖有建議，但病人拒絕，並經載明於病歷。」二項事實，就作出A、B兩位醫師之診療行為，與病人肝癌死亡的結果間，並無相當因果關係。

惟，法院並未明確說明A、B兩位醫師之診療行為，有無疏失，即逕自判斷相當因果關係的有無，會使人誤解A、B醫師的行為完全沒有疏失，故本判決的論理鋪陳，似有失嚴謹。

2.A醫師有必要根據健診後的醫學評估，建議或告知病人需要受檢的項目就A醫師對病人甲的健康檢查項目中，未為肝臟超音波檢查的事實，兩造已無爭執，法院據此認定A醫師自始欠缺判斷病人甲罹患肝腫瘤的可能性，應無疏失。再按鑑定意見的說明，成人健康檢查並無特別規範受檢之項目，主要是依據醫病雙方約定的費用為準。但病人甲是於身體不適的情況下，至醫院接受A醫師的健康檢查。針對特定病人必須接受何項健康檢查，從法律評價的立場觀之，醫師仍有必要根據健診後的醫學評估，建議或告知病人可能需要受檢的項目內容。故A醫師是否有審慎評估病人甲的病情主訴，有無向其建議進行肝臟超音波檢查的必要性，法院並無進一步審酌，恐有疑問。

3.A醫師已向病人甲提出肝臟超音波檢查

(1) 就B醫師而言，有無疏失的關鍵在於未對病人甲進行超音波檢查的原因為何。經法院審理，上訴人雖主張B醫師應有審酌病人甲的健康檢查報告，並能從數據中判讀有進一步接受檢查的必要性，因鑑定意見指出根據檢驗報告的結果，實施肝臟超音波檢查才是符合醫療常規的作法。

(2) 不過，法院認定，B醫師雖實際並未看過檢驗報告，但B醫師已在診療過程中，向病人甲提出腹部超音波檢查的建議，卻被甲拒絕。是故，單就未看過健康檢查報告的前提下，應無法要求B醫師對病人甲主訴的病情中，可能潛藏的種種風險作出完整的判斷分析與建議。況且B醫師已向病人甲提出肝臟超音波檢查的建議而被拒絕，係屬實情，因而法院認定無疏失，應屬正確。

#### 4.因果關係的認定

本案法院採取相當因果關係的判斷，從鑑定報告引述的實證資料顯示，病人甲第一次前往醫院接受A醫師診療時，肝腫瘤的大小，醫學上已經無法採取各項措施給予有效的治療。亦即，縱然A醫師在最初的時間點發現病人甲的肝腫瘤，客觀上已無治療可能性，仍舊無法改變其短期內死亡的結果。

從因果關係理論的判斷來說，針對客觀事實明確的情況下，病人甲的死亡結果純粹是自身病情開啟的風險導致，根據條件的因果關係，縱然A醫師與B醫師有履行檢查行為，死亡結果仍會發生而無法避免，故A、B醫師未為超音波檢查，並非病人甲死亡的條件原因，應可直接於實然的因果律上，排除因果關係的成立。



## 案例五

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，男性，23年出生，本身有氣喘(asthma)及慢性阻塞肺病(COPD)病史，並有吸菸史(每日3包、約有30年)。病人因長期有呼吸喘之問題，自89年1月開始至91年間，多次在第一家醫院(診所)及第二家醫院(區域醫院)門診治療，多給予口服及吸入藥物控制，並曾於91年6月21日至6月28日因慢性阻塞性肺疾病合併急性發作，於第二家醫院住院治療，住院期間之胸部X光檢查報告，相對小而垂直之心臟，兩側血管紋路輕度增加。

94年5月29日20:00病人因呼吸喘鳴已兩天，至第二家醫院急診室就診，A醫師診視後，發現病人有喘鳴音，胸部X光檢查報告為左側肺中肺野片狀病灶、合併針狀邊緣及線形鈣化(Patch lesion in left middle lung with spiculated margin and linear calcification noted.)，診斷為支氣管氣喘合併急性發作，遂給予口服藥物治療後，囑予門診繼續治療。

5月30日病人至第一家醫院內科B醫師門診就診，身體診察發現兩側喘鳴音，診斷為慢性阻塞性肺疾病合併次發性感染，遂給予相關藥物治療。6月11日18:54病人再度因為呼吸喘至第二家醫院急診室就診，並有喉嚨痛之情況，身體診察發現病人有喘鳴音，胸部X光檢查發現與先前X光片相比，無時間間隔上之改變(Patch lesion in left middle lung with spiculated margin and linear calcification noted. Previous film comparison showed no interval change)。

94年11月9日病人因咳嗽有痰及喉嚨癢，至第一家醫院內科c醫師門診就診，病歷紀錄為無喘鳴音、病人近半年僅偶爾用吸入型類固醇控制病情，診斷為慢性阻塞肺病及支氣管炎，給予口服藥物治療。11月21日病人因喉嚨乾、氣促及

夜間喘，至第二家醫院胸腔內科D醫師門診就診，身體診察發現病人喉嚨略為充血、嚴重咳嗽及有喘鳴音，診斷為內因性氣喘併急性發作，給予30天之長期吸入及口服藥物治療。12月19日病人至D醫師門診回診追蹤，身體診察發現吐氣峰值（Peak Expiratory Flow Rate；PEFR）為320，診斷同為內因性氣喘併急性發作，因病人隨附機票證明，遂給予60天份之吸入及口服藥物治療。

95年1月16日病人至D醫師門診回診，同樣診斷為內因性氣喘併急性發作，病人亦附有機票證明，再度給予60天吸入及口服藥物治療(無改藥)。95年2月20日病人因躺下與運動時會喘，至第二家醫院心臟內科E醫師門診就診，身體診察發現兩側有喘鳴音、痰多，血壓140/80mmHg，胸部X光檢查報告顯示，左中肺野有纖維化病灶，並於病歷上手繪左肺中肺野有病灶，診斷為其他之呼吸困難及呼吸異常、慢性支氣管炎、氣喘未提及氣喘積重狀態，給予吸入及口服藥物28天份。2月23日至第二家醫院D醫師門診回診，病歷手繪左肺中肺有浸潤進展現象(progression of infiltration)，因懷疑病人有肺結核，遂安排肺結核相關痰液檢查(常規檢查兩套、抗酸菌培養+螢光染色三套、體液細胞檢查兩套)。3月2日病人至D醫師門診回診，繼續給予長期吸入及口服藥物治療30天份(Meptin-mini 2# bid, Xanthium (400mg) 1# qd, Medicon-A 1# tid, Mizollen (10 mg) 1# qd, Sennapur 12.5mg 2# hs, Singulair 10mg 1# qd, Primperan 1# po tidac與 Antibiophilus 1# tid)。3月13日病人至第二家醫院胸腔內科F醫師門診就診，因懷疑為結核病(TB is likely)，遂安排檢查痰液結核菌抹片與培養，並開予抗結核藥物 Rifater 5# qd與Epbutol 400mg 2# qd (7天藥量)。3月20日病人返回第二家醫院D醫師門診，結核病體液細胞檢查呈現陰性，但仍高度懷疑為肺結核，因此繼續檢查痰液結核菌抹片與培養，並給予抗結核藥(Rifater 5# qd及Epbutol 400mg 2# qd，10天藥量)。3月22日病人因咳嗽及buicovry iting? (字跡過草無法辨識)數月，至第一家醫院內科C醫師門診，再度診斷為慢性阻塞肺病及支氣管炎，給予吸入及口服藥物治療(吸入型 Pulmicort 2p bid 及Berotec 2p prn；口服藥Phyllocontin 1# bid、Medicon-A 1# qid 及





CTM 1# tid，28天份)。3月27日病人返回第二家醫院D醫師門診，繼續給予內因性氣喘併急性發作之長期處方30天份(吸入型 Symbicort 2下 bid、口服之Meptin-mini 2# bid、Xanthium (400mg) 1# qd、Medicon-A 1# tid、Sennapur 12.5mg 2# hs、Singulair 10mg 1# qd、Primperan 1# po tidac、Rifater 5# qd、Epbutol 400mg 1# bid及 Popon 1# qd)。

4月8日10：08病人因呼吸喘，且咳嗽有痰數日，至第三家醫院(醫學院附設醫院)急診室就診，身體診察發現有喘鳴音，診斷為慢性阻塞肺病急性發作，給予臨時吸入性藥物治療(Atrovent 1 amp + Bricanyl 1 amp)、胸部X光檢查，並給予口服治療藥物，病人症狀進步，預約門診追蹤後離院。4月10日病人至第三家醫院胸腔內科G醫師門診就診，病歷紀錄，病人間歇性氣促及運動性呼吸困難4個月，無體重減輕；今晨咳嗽帶黃痰，過去病史為氣喘或慢性阻塞肺病30年及痔瘡，吸菸每日3包超過50年，於95年1月戒菸；三個月前因疑似肺結核接受治療，因為嚴重虛弱及胃口不佳，服用抗結核藥物僅一週；身體診察發現左肺喘鳴音、頸部無淋巴結病變；4月8日急診之胸部X光發現左中肺野腫瘤，左側肋膜積液，因此懷疑為左肺腫瘤、本質不明，並診斷有支氣管擴張症合併續發性感染(肺炎)、虛弱(抗結核藥物服用後)，給予檢驗抗酸菌染色與結核菌培養3套，血液常規檢查、生化檢查包含鈉鉀離子、肝功能、腎功能與總膽色素，胸部超音波檢查(排定時間95年4月12日)，胸部電腦斷層檢查(排定時間95年4月19日)，及口服藥物治療。4月某日(病歷記載日期不明)，病人返回第三家醫院門診，記載為一慢性阻塞肺病人者，合併肋膜積液與腫瘤陰影在左肺肺中野，其白血球8100/cumm、血紅素14.4g/dL(正常)，抗酸菌染色(檢驗結核菌)呈陰性，因此安排檢驗其腫瘤指數CEA後，給予口服藥物治療，並預約回診。4月15日02：28病人復因左胸壁痛至第三家醫院急診，其胸部X光發現有左側肋膜積液，並給予肋膜放液750mL，身體診察發現左側呼吸音減弱及喘鳴音，腫瘤指數(CEA)79.9ng/mL(過高)，因此診斷為疑似肺癌合併左側肋膜積液、疑似左側支氣管內病灶，給予吸入性藥物及氧氣後，症



狀緩解後離院，安排門診繼續追蹤。4月19日至第三家醫院H醫師門診，安排其住院進一步檢查。4月20日病人入住第三家醫院，G醫師安排癌症分期檢查(診斷性肋膜放液、頭部斷層掃描與骨骼掃描)。4月21日病程紀錄顯示，胸部斷層掃描懷疑為左上肺腫瘤合併肋膜積液、右下肺葉腫瘤與左腎旁腫瘤，臆斷為肺癌第四期，會診腫瘤科與胸腔專科醫師，病人表示不願接受化學治療。4月24日腫瘤科紀錄，非小細胞肺癌(T4N3Mx)，病人拒絕接受化學治療。4月25日置放肋膜引流管(Pig-tail insertion)。

5月1日病人家屬至第二家醫院胸腔內科D醫師門診，申請病歷、一般攝影光碟拷貝及一般診斷書，其記載：「疾病：慢性阻塞肺病，疑肺結核。醫囑：病人因長期氣促至本院胸腔科門診就診，2月及3月胸部X光檢查，疑似肺結核感染，建議門診追蹤治療」。

95年5月12日11：45病人於第三家醫院住院時死亡，其死亡診斷書記載：  
1.非小細胞肺癌，第四期合併左側惡性肋膜積液，多處骨轉移與淋巴性癌轉移(lymphagitis carcinomatosis)。2.疑似阻塞性肺炎。3.慢性阻塞肺病。

因病人家屬認為第二家醫院D醫師及F醫師有錯誤診斷及延誤治療之疏失，故提起民事訴訟。

\* 備註：

第二家醫院胸部X光檢查報告

91年6月20日胸部X光檢查：相對小而垂直之心臟；兩側血管紋路輕度增加  
94年5月29日胸部X光檢查：Patch lesion in left middle lung with spiculated margin and linear calcification noted. (左側肺中肺野片狀病灶合併針狀邊緣與線形鈣化)  
94年6月11日胸部X光檢查：Patch lesion in left middle lung with spiculated margin and linear calcification noted. Previous film comparison showed no interval change (左側肺中肺野片狀病灶合併針狀邊緣與線形鈣化；與先前X光片相比無時間間隔上的改



變) 95年2月20日胸部X光檢查：左中肺野有纖維化病灶，肋膜積液，主動脈扭轉 (tortuosity of aorta) 95年3月13日胸部X光檢查：左中肺野有纖維化病灶，肋膜積液或沾粘性變化 (adhesion change)，主動脈扭轉 95年3月13日痰液細胞學檢查：陰性 95年3月17日痰液結核菌培養：陰性 95年3月20日痰結核菌培養：陰性 95年3月20日痰液抗酸菌抹片檢查：陰性。

### 第三家醫院檢查報告

95年4月11日痰液抗酸菌抹片檢查陰性；結核菌培養8週後無生長 95年4月12日痰液抗酸菌抹片檢查陰性；結核菌培養8週後無生長 95年4月13日痰液抗酸菌抹片檢查陰性；結核菌培養8週後無生長 95年4月13日 肋膜液抗酸菌抹片檢查陰性；結核菌培養8週後無生長 95年4月12日胸腔超音肋膜放液：左側肋膜積液引流，750 mL 黃色略濁 95年4月12日肋膜液-細胞病理檢查：腺癌 (adenocarcinoma) 95年4月19日胸部電腦斷層：一結節病灶位於左肺舌葉，無肝臟轉移 95年4月21日肋膜液細胞病理檢查：腺癌-非小細胞肺癌 (adenocarcinoma NSCLC) 95年4月24日肺功能：重度阻塞性通氣缺陷 (severe obstructive ventilatory defect) 95年4月25日全身骨骼掃描：多處骨骼轉移-顱骨、肋骨、脊椎、骨盆與右側肱骨 (adenocarcinoma)。

### \*\* 問題爭點 \*\*

- (一) 請鑑定病人是否在此期間 (95年3月2日至3月27日) 因病人自己之行為而有使用藥物過量 {即3月22日起每日服用Theophyllin 850mg (Xanthium 400+Phyllocontin 225\*2)} 之事實而引發不適，造成醫師誤判？
- (二) 請依據第二家醫院病歷記載，本件病人於95年2月23日至3月13日期間，全未依照被告醫師於2月23日醫囑及開立痰癌細胞等檢驗送痰檢驗，依照現今醫療常規，醫師在無法確立病人究為何種疾病下，再開立檢查單並建議病人應儘速配合提供檢體，此一處置有無錯誤？

- (三) 請根據第二家醫院病歷記載，95年3月13日門診時被上訴人F醫師發現病人全未將95年2月23日D醫師開具之三種驗痰單送檢，即加開同樣三種驗痰單，合共各三次，並囑咐務必每日都送三種各一備驗，並連送三日，以利快速診斷。然病人仍然僅在95年3月16、17及20日各送一種檢驗，此一延誤是否為明顯延誤醫師之診斷？
- (四) 請依據本案第二家醫院之病歷與相關X光片資料，本案病人於95年2月20日之胸部X光與同年3月13日胸部X光兩者相較，已時隔3週是否無甚差異？95年3月13日之X光檢查時胸腔科醫師安排加照病人側面照，由側面胸部X光顯示病人肺葉仍有「尖銳肋膈角」，故判讀為"沾黏"(Adhesion)而非積水，請問此一處置過程有無錯誤？
- (五) 本案病人投予抗結核藥使用期間自95年3月13日至4月初（4月8日第三家醫院急診前早已停藥），且第一週（3月13日至20日）無不適，故醫師進行痰檢驗，本案被告醫師前述之肺部疾病診斷過程：『先試行給予肺結核藥物觀察用藥後病情變化，同時併行安排病人進行痰液癌細胞檢查、結核菌染色檢查進行進一步查證』之醫療處置有無錯誤？
- (六) 在本案病人的慢性病史及其他醫療記錄背景下，95年2月23日門診時D醫師對病人之醫療處置適當否？有無違失？請問95年3月13日門診另一被上訴人F醫師對病人之醫療處置適當否，有無違失？
- (七) 95年2月20日之胸部X光與3月13日之胸部X光雖已時隔3週，卻無甚差異，故病人3月27日最後一次門診，距3月13日僅2週，故未予追蹤，已擬下次門診再予追蹤胸部X光，即可確定抗結核藥治療有無療效，或須改變診斷，並作其他檢查，惟病人因向其他醫院求診且未告知本案被上訴人醫師有關在其他醫院所開立服用之藥物內容與名稱下，病人誤服加倍之哮喘藥產生不適卻誤以為係因服用抗結核藥之副作用，對第二家醫院失去信心，轉赴第三家醫院急診。請鑑定此一延誤是否為本案被上訴人醫師所造成？



- (八) 因本案病人最後診斷為肺腺癌末期。請問依照現今對肺腺癌之醫學知識與實證醫學資料，肺腺癌自第一期進展至第四期末期，依據實證醫學之統計，約需多少年的時間？
- (九) 請問病人於95年4月8日至第三家醫院就醫時，其醫院是否立即診斷為肺腺癌末期？
- (十) 請問病人於95年4月10日至第三家醫院內科求診時，該院醫師是否也開立肺結核菌染色及培養之檢查？其診斷過程是否與被上訴人醫師之診療過程相同？
- (十一) 請問病人於95年4月10日後，是否遵照第三家醫院醫師要求按時按次送交痰液檢體而使該院得以順利檢驗與培養？
- (十二) 請問病人於第三家醫院95年4月8日所進行之胸部X光檢查影像是否業已出現肋膜積水？而醫療上病人出現肋膜積水時，醫師是否可進一步進行抽肋膜積水進而細胞學檢查？
- (十三) 請問胸腔疾病中進行胸部X光檢查後，如果該胸部X光顯示有異狀，是否醫師即可依據該胸部X光內容即可確診病人為「肺結核」？『肺炎』？或『肺癌』？
- (十四) 請問依據現今胸腔科之專業知識，肺結核、肺炎與肺癌是否在X光之檢查上輕易區別？
- (十五) 請問依照現今之胸腔科醫療常規，如果病人有COPD病史、哮喘病史、長期服用類固醇而向醫師表示咳嗽之情，胸腔科醫師先行懷疑感染肺結核，並試行給予肺結核藥物之處置，有無不當？是否對於所有胸腔科有咳嗽之病人，均必須在拍攝胸部X光檢查後，應一併安排胸部電腦斷層檢查？
- (十六) 請問依照現今胸腔腫瘤之醫療知識，胸腔內科醫師必須依賴哪一些醫學上的條件與證據以確定診斷病人罹患肺腺癌？
- (十七) 請問縱然被告胸腔科醫師於95年2月23日門診要求病人進行其他肺癌檢查

而於95年3月得以及時發現病人罹患肺腺癌，請問對本案病人肺腺癌之後續治療與存活率有無重大影響？

- (十八) 病人於95年4月8日前往第三家醫院看診時，醫院係基於病人何種病徵、並經過何種項目之檢查，因而認定病人疑似罹患肺癌？
- (十九) 第三家醫院認定病人疑似罹患肺癌時，進行何些檢查？
- (二十) 病人於第二家醫院胸腔科四個月內（94年11月至95年3月）之診治過程中，依據當時病人甲病人之病徵與病史，醫師應為之檢查行為為何？步驟又為何？
- (二一) 病人甲於第二家醫院胸腔科四個月內（94年11月至95年3月）之診治過程中，D醫師及F醫師是否曾經對病人為診斷肺癌進行任何檢查行為？
- (二二) 如上第2項問題為肯定，則D醫師及F醫師於前揭四個月診治期間，為診斷肺癌所進行之檢查行為，與第三家醫院為診對肺癌進行之檢查行為與步驟有何相同或不同？
- (二三) 如上揭第2項問題為肯定，則D醫師及F醫師於前揭四個月診治期間，為診斷肺癌所進行之檢查行為，是否符合當時病人之病徵所應為之檢查行為及步驟？
- (二四) 為何第三家醫院能夠於不到一個月期間確診病人罹患肺癌，然D醫師及F醫師在前揭四個月未能確診病人罹患肺癌，D醫師及F醫師是否存有疏失？
- (二五) 病人於第二家醫院胸腔科四個月內（94年11月至95年3月）之診治過程中，醫師D醫師及F醫師依據當時病人之病徵與病史，僅診斷並告知病人罹患肺結核，並進行大量有關肺結核疾病之治療，對此，D醫師及F醫師是否存有疏失？依據檢送之全部病歷資料及醫學專業知識，病人可能自何時起即罹患肺癌？發展狀況時間、癌症期別、生存機會分別為何？
- (二六) 依據第三家醫院病歷資料，95年4月間診斷病人罹患肺癌之期別為何？其存活率為何？認定標準及依據為何？





(二七) 依據檢送之全部病歷資料及醫學專業知識，病人於94年11月間、95年2月20日、95年3月間至第二家醫院看診時，分別是否已經罹患肺癌？可能之肺癌期別及存活率各為何？認定標準及依據又為何？

### ※※ 鑑定意見 ※※

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一) 根據第一家醫院及第二家醫院病歷記載，無證據顯示病人同時併用Xanthium 400 mg + Phyllocontin 225mg，2顆；病人取得藥物並非代表病人均會服用；病人亦無在日後返診時，提出同時將兩醫療院所藥物併用(病歷未記載)。此外，病人亦曾於90年6月14日至第二家醫院就診後，每日服用Xanthium 600mg (21天藥量)。
- (二) 當醫師未能確定病人是否均有將檢體送檢，檢驗單是否遺失，醫師通常會重新開立檢查單，目的在於及早得到正確診斷與用藥。本件醫師再開立檢查單，並建議病人應儘速配合提供檢體，此一處置並無錯誤。
- (三) 此一延誤有可能會影響醫師之用藥考慮。
- (四) 95年2月20日之胸部X光與95年3月13日之胸部X光略有差異；95年3月13日之胸部X光左側肋膈角略高，有時沾黏與積水無法單從X光檢查加以鑑別。
- (五) 當醫師認為臨床表現與肺結核感染相近，在無直接證據，且相關檢查均呈陰性，但還是強烈懷疑開放性肺結核時，會使用抗結核藥物治療並追蹤胸部X光檢查，觀察是否臨床症狀與X光變化是否有進步。
- (六) 依病歷紀錄，95年2月23日病人至第二家醫院胸腔內科D醫師門診，主訴喉嚨乾，氣促及夜間喘，身體診察喉嚨略為充血，嚴重咳嗽，最大吐氣峰值 (Peak Expiratory Flow Rate ; PEFr )，經胸部X光檢查顯示，手繪左肺中肺野progression of infiltration，診斷為內因性氣喘併急性發作及便秘，給予藥



物：口服為 Klaricid 500mg 1# bid(7天藥量)及 Ostelin 250mg 1# tid (30天藥量)，並痰液常規檢查兩套，抗酸菌培養+螢光染色三套體液細胞檢查兩套，其處置適當，尚未發現有疏失之處。95年3月13日病人至第二家醫院胸腔內科F醫師門診，病歷紀錄，病人主訴喉嚨乾，氣促及夜間喘，身體診察喉嚨略為充血，嚴重咳嗽，最大吐氣峰值（Peak Expiratory Flow Rate；PEFR），診斷為內因性氣喘併急性發作及便秘，給予檢查痰液結核菌抹片及培養，治療藥物給予抗結核藥物Rifater 5# qd及EpbutoI 400mg 2# qd (7天藥量)，並痰液抗酸菌螢光染色兩套、抗酸菌培養兩套、體液細胞檢查一套及胸部X光檢查，其處置適當，尚未發現有疏失之處。

- (七) 從所提供資料無法確定病人誤服加倍之哮喘藥，且無法臆測病人是否對第二家醫院失去信心才轉赴第三家醫院急診室。此所謂「延誤」，不知究何所指？
- (八) 現今對肺腺癌之醫學知識與實證醫學資料，肺腺癌自第一期進展至第四期末期，依據實證醫學之統計，約需多少年的時間，目前尚無實證醫學之統計資料。
- (九) 第三家醫院於95年4月17日肋膜積液細胞學正式報告為肺腺癌，若以細胞病理報告發出時間而定，距初次看診日有9天之時間差距。
- (十) 第三家醫院內科醫師亦開立肺結核菌染色及培養之檢查，此部分與第二家醫院醫師之診療過程相同。
- (十一) 依所附資料，病人曾將連續3天之痰液送交檢驗與培養(95年4月11日至95年4月13日)。
- (十二) 依第三家醫院95年4月8日病歷記載，未紀錄急診當日所照胸部X光檢查影像業已出現肋膜積水。然而95年4月10日醫師門診記載，95年4月8日胸部X光檢查顯示，左肺中肺野腫瘤及左側肋膜積液。臨床上若病人出現肋膜積水時，醫師將進一步進行抽肋膜積水進行生化、細胞學、酸鹼值等檢查；若



懷疑是感染症，須多進行細菌、結核菌、黴菌之染色及培養；若懷疑有惡性之可能，則加驗細胞學檢查。端賴病人臨床症狀進行適當之檢查，避免醫療資源浪費。

- (十三) 無法單就胸部X光即可確定病人為「肺結核」、「肺炎」或「肺癌」。
- (十四) 依據現今胸腔科之專業知識，無法在X光之檢查上輕易區別肺結核、肺炎及肺癌。
- (十五) 當病人長期服用類固醇，有可能因此產生免疫力功能不全。此時，病人有可能得到結核病等病之感染。若以此角度考慮病程，試行給予抗肺結核藥物之處置，且告知病人，似無不妥。對於所有胸腔科有咳嗽之病人，在拍攝胸部X光檢查後，未必皆需安排胸部電腦斷層檢查。
- (十六) 首先要排除其他可能之病因，如轉移癌(女性乳癌)、肺部塌陷、肺炎、肺結核感染、黴菌感染及慢性發炎；若有肋膜積液時，要與鬱血性心臟衰竭、肺炎合併肺炎引起肋膜積液、肺結核感染肋膜炎、病毒性肋膜炎、腹水、胰臟炎及結締組織血管炎等許多疾病要先行排除。診斷檢查部分包括：血液常規檢查、生化檢查、血清腫瘤標記檢查、胸部X光、胸部電腦斷層、痰液化驗及肋膜放液(若有肋膜積液時)。組織診斷部分：需要組織病理學或細胞診斷學上之證據-檢體可由痰液細胞學檢查，淋巴結細針抽取或切片檢查，支氣管鏡切片或沖刷，若有肋膜積液，可進行肋膜切片、肋膜液細胞學檢查、經由超音波或電腦斷層導引切片，縱膈腔鏡檢與切片或開胸切片等方式。診斷確認後必須進行癌症分期，接續之檢查包括腹部電腦斷層或超音波、腦部電腦斷層或磁振造影、骨骼掃描、心包膜水細胞學檢查、胸腔鏡淋巴結切片及正子掃描(PET)等。
- (十七) 病人之後至第三家醫院就診，係經由肋膜積液細胞檢查診斷為第四期肺腺癌；依所提供資料顯示，95年2月20日第二家醫院門診之胸部X光檢查顯示有肋膜積液，且此積液如係肺癌肋膜轉移所致，亦為第四期肺癌，對後

續治療與存活率應無重大影響。

- (十八) 95年4月8日病人表示咳嗽有痰3日(急診首頁：喘有痰數日)，進行胸部X光檢查，給予吸入型支氣管擴張劑，離院時給予口服擴張劑、抗生素、止咳藥物及預約95年4月10日門診。急診出院診斷為慢性阻塞肺病急性發作，未有疑似罹患肺癌之紀錄。
- (十九) 95年4月10日第三家醫院門診安排檢驗與檢查包括：痰液抗酸菌染色與結核菌培養 x 3 套；並作血液常規檢查、生化檢查包含鈉鉀離子、肝功能、腎功能與總膽色素、胸部超音波檢查與肋膜放液(排定時間95年4月12日)及胸部電腦斷層檢查(排定時間95年4月19日)。治療口服藥物為Augmentin 1# bid (7天藥量)。
- (二十) 依據病人病史及吸菸史，應進行胸部X光片新舊片之比較(94年11月無胸部X光檢查)，除痰液結核菌檢查外，亦須考慮肺部惡性腫瘤之可能性，以進行檢查；如已進行之痰液結核菌檢查、細胞學檢查、胸部超音波檢查及胸部電腦斷層檢查等。
- (二一) D醫師及F醫師曾安排95年3月13日痰液之細胞學檢查，該次檢查即包括對肺癌進行檢查；該次痰液細胞學檢查為陰性 即並未發現有惡性細胞(報告日期95年3月17日)。
- (二二) 相同處為皆有安排痰液之細胞學檢查與結核菌檢查；第三家醫院尚有安排如血液常規檢查、生化檢查(包含鈉鉀離子、肝功能、腎功能與總膽色素)、胸部超音波檢查與肋膜放液、胸部電腦斷層與全身骨骼掃描等檢查。
- (二三) D醫師及F醫師應可考慮比較91年起舊之胸部X光片，進而安排電腦斷層掃描與接續肋膜放液、血清腫瘤標記及組織切片等檢查。
- (二四) 95年4月8日病人於第三家醫院急診接受胸部X光檢查，左側肋膜積液相較於第二家醫院所進行胸部X光檢查更為明顯。因此，第三家醫院醫師安排如胸部超音波及電腦斷層掃描等檢查。此部分D醫師及F醫師似不無疏失



之嫌。

(二五) 根據檢送之全部病歷資料及第二家醫院所提供之影像檢查，病人曾於91年6月20日、94年5月29日、94年6月11日、95年2月20日及95年03月13日接受胸部X光檢查，91年6月20日胸部X光顯示左側肺中肺野有一小病灶，無法判定其為新或舊之病灶(如纖維化)；然而此病灶處於94年5月29日及94年6月11日追蹤之胸部X光，可見其病灶有變大之趨勢；至95年2月20日與95年3月13日胸部X光除原病灶外，更見有肺部浸潤之情形。除肺結核感染外，其他慢性感染或肺部腫瘤亦應列入鑑別診斷，難謂無疏失之嫌。

(二六) 病人之肺癌之期別為第四期，根據NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2009 指引分期標準，肺癌5年存活率為1.6%。

(二七) 根據所有病歷資料，病人於94年11月，並無X光片，故無法判斷。至95年2月20日及95年3月間，應已罹患肺癌，其可能之期別為第四期，因其已有肋膜積液。根據分期標準，其積液為惡性積液(因積液中可檢測出腺癌惡性腫瘤細胞)，在分期標準為第四期(T4)。

## \*\* 學習重點 \*\*

(一) 胸部X光的判讀、肺結核的診斷應小心謹慎。

(二) X光片應比較一系列的片子，隨時取得檢體作檢查，各式感染(如肺結核)，甚或癌症，可能同時並存。

(三) 病情告知及解釋務必仔細、清楚，特別應記錄於病歷上。

(四) 以CXR診斷肺癌，應追蹤比較不同時間的CXR，必要時做進一步檢查，如肋膜積液檢驗或CT scan。

(五) 臨床上即使實驗室已確認是肺結核，也應追蹤胸部X光，因為併肺癌發生率不低。

## \*\* 鑑定意見 \*\*

本案例在醫審會鑑定時，鑑定意見認為第二家醫院胸腔內科D醫師與F醫師之醫療處置有疏失。鑑定意見認為：

- (一)「此病灶處於94年5月29日及94年6月11日追蹤之胸部X光，可見其病灶有變大之趨勢；至95年2月20日與95年3月13日胸部X光除原病灶外，更見有肺部浸潤之情形。除肺結核感染外，其他慢性感染或肺部腫瘤，亦應列入鑑別診斷，難謂無疏失之嫌」。
- (二)除已進行之痰液結核菌檢查、細胞學檢查等，亦應考慮進行「胸部超音波」、「胸部電腦斷層檢查」、「肋膜放液及檢查」（若有積液）、「血清腫瘤標記」及「組織切片」等檢查，以確診是否有其他慢性感染或惡性腫瘤之可能。
- (三)本案之鑑定意見雖認為D醫師與F醫師的醫療處置有疏失，但法院判決認定醫師對於死亡並無因果關係。

## \*\* 本案判決解析 \*\*

本案例在法律上的爭點主要在於，醫師僅針對病人之肺結核感染予以治療，對其他慢性感染或肺部腫瘤並未進行鑑別診斷，以致於病人因罹患惡性腫瘤而死亡，則醫師應否對病人死亡負損害賠償之責？

### (一) 因果關係之判斷

在民事侵權責任的判斷上，醫師雖於處置上有疏失，但要認定醫師應負侵權行為及債務不履行損害賠償責任，尚應進行因果關係之判斷。本案法判決中認為，D醫師與F醫師之醫療處置雖有疏失，但病人於95年4月19日在第三家醫院為全身骨頭之核子醫學檢查，其肺癌已移轉至骨骼，屬為第四期之肺癌，即便D醫師與F醫師於2個月前檢查出癌症，並及時履行告知義務，亦





無法救活病人，使其免於死亡。故D醫師與F醫師雖有過失，但與病人之死亡（減少其存活率）並無相當因果關係。

(二) 病人之與有過失

1. 本案例另一個重要之處在於病人本身對於自身病情惡化，乃「與有過失」。病人不管在第一家醫院或第二家醫院就診時，一再違逆醫囑，在醫師開立檢驗單與囑咐下，均無法及時提供檢體到醫院以供進一步之檢查，故醫師之醫療處置程序之中斷，並非醫師之不作為，而係病人自己之行為所致，此亦為醫師無法早日排除或鑑別病情診斷之原因。此等病人自我延誤病情，在民事侵權責任之判斷上，稱為「與有過失」，可以因此減輕過失者之損害賠償責任；在刑事過失致死罪的認定上，則稱為「被害人自陷風險」，得以排除醫師之刑事責任。
2. 本案例中，判決對第二家醫院之D醫師與F醫師，係以欠缺「因果關係」為由，而完全排除醫師的損害賠償責任。然而病人於94年5月29日及94年6月11日在第一家醫院就診時，醫師未及時診斷出肺癌，則對病人之存活率仍有影響，因此認為醫療疏失與存活率有因果關係。但病人本身對於損害則「與有過失」，判決認為病人與醫師間之過失比例為1:1，亦即病人應自負1/2之責任，醫院負1/2之責任。就損害賠償數額，以病人經常進出醫院，其顯然無能力扶養其配偶，且其配偶並未能舉證證明其「不能維持生活」，故最後僅就喪葬費與精神慰撫金，判處醫院應給付死者配偶新台幣貳拾萬肆仟壹佰陸拾，死者子女二人各新台幣壹拾肆萬伍仟元。



## 案例六

### \*\* 案情概要 \*\*

孕婦甲，女性，58年出生，本次為第二胎（G3P1A1），第一胎為自然產，本次懷孕預產期為10月17日。產婦於90年10月25日04：00因破水至第一家醫院(醫學中心)住院待產，住院時子宮頸口擴張5 cm，有規則宮縮。依據病歷記載，10月25日04：25子宮頸口全開，由胎心音監視器發現有胎心搏減速現象。於05：16由A醫師以真空吸引方式娩出一男嬰，體重3890公克，新生兒評估（Apgar score）一分鐘和五分鐘為7分轉10分，男嬰娩出後有左側鎖骨骨折。產婦生產出血量約300 mL，產後血壓為122/76 mmHg，脈搏每分鐘82次；依護理紀錄記載，06：20產婦送回病房時，發現惡露量增多，子宮收縮不佳，血壓為122/99 mmHg，脈搏71次/分，當時即加注Methergin 2 Amps +1000 mL lactate 林格氏液(Lactated Ringer's solution)全速靜脈注射；06：40產婦呼吸急速，臉色蒼白，血壓為66/42 mmHg，脈搏100次/分，意識狀態較混亂，故給予氧氣、子宮按摩以及Methergin 2 Amps +1000 mL lactate林格氏液注射，並檢查血液常規(CBC)及備血，內診時評估有約3000 mL之出血量；06：45血壓143/86 mmHg，脈搏139次/分，06：55產婦陰道出血量增加，值班B醫師以紗布止血，產婦脈搏為每分鐘130次，血壓為80/43 mmHg；07：20陰道出血量增加，色鮮紅，出血量約500 mL，B值班醫師給予氧氣、子宮按摩以及Methergin +1000 mL lactate林格氏液注射，並以9條紗布壓迫止血，產婦脈搏為每分鐘132次，血壓60/36 mmHg；07：40量不到產婦血壓，A醫師診視，並於07：50緊急輸上第一袋全血（250 cc）；08：15緊急輸上第二袋全血（250 cc），此時出血量評估約700 mL；08：00血壓為80/64 mmHg；08：26產婦意識喪失，量不到血壓及脈搏，呈休克狀態，緊急大量輸血，並實施心



肺復甦術，置放氣管內管，甦醒球給氧（ $O_2$  bagging），加打升壓劑（Bosmin 1 Amp），08：47血壓為86/72 mmHg；08：52血壓量不到，08：59血壓量不到，緊急輸入血小板12單位，全血3袋，此時產婦脈搏約每分125次；09：23於左側股靜脈置放中心靜脈留置管(CVP)，並給予大量新鮮冷凍血漿（FFP）與血小板12單位；09：50給予升壓劑（dopamine 2 Amps in 500 mL 5% G/W），滴速10  $\mu\text{g}/\text{min}$ ，10：05此時血壓為114/100 mmHg；10：22脈搏153次/分，再次量不到產婦血壓，緊急大量輸血並調高升壓劑（dopamine 4 Amps），滴速10  $\mu\text{g}/\text{min}$ ；10：50進行經動脈血管栓塞術(TAE)，於11：45轉送加護病房，血壓為128/72 mmHg，維持大量輸血；15：40產婦血壓降為64/32 mmHg；22：00量不到血壓及脈搏，再次緊急大量輸血，並調高升壓劑（dopamine 4 Amps），滴速50  $\mu\text{g}/\text{min}$ 。依病歷記載，10月28日01：31再次量不到血壓及脈搏，實施心肺復甦術無效，產婦於03：20死亡。

依據病歷記載，產婦生產前血紅素(Hb)為12.7 g/dL、血小板19萬/ $\text{mm}^3$ 、尿素氮（BUN）14mg/dL、肌酸酐（creatinine）1.5 mg/dL，於10月25日12：51大量輸血後，測得血紅素為5.3 g/dL；23：57血紅素為5.6 g/dL，血小板4.9萬/ $\text{mm}^3$ 。10月25日12：52產婦動脈氣體分析(Arterial Blood Gas)為PH 7.17、 $\text{PCO}_2$  34.2 mmHg、 $\text{PO}_2$  127.3 mmHg、 $\text{HCO}_3$  13.0 mmol/L、BE-14.3。10月26日尿素氮（BUN）上升至35 mg/dL、肌酸酐（creatinine）4.1 mg/dL，肝功能指數GOT/GPT急速上升至1051/727 IU/L (10月25日)與2257/741 IU/L (10月26日)。死亡原因診斷為產後出血休克，造成多重器官衰竭，合併心肺衰竭。

家屬認為A醫師於產婦產後出血緊急處置過程有延誤之醫療疏失，導致產婦死亡，故提出告訴。

**\*\* 問題爭點 \*\***

- (一) 依孕婦甲於90年10月25日10：30之血液檢驗報告所示，當時孕婦甲之血紅素值為11 g/dL 之情形判斷，可否認定當時孕婦甲並無大出血及嚴重貧血之情形存在？
- (二) 依孕婦甲在90年10月25日07：00之血液檢驗報告中發現有瀰漫性凝血功能不良之現象觀之，孕婦甲產後大出血之原因是否可能為凝血功能不良所致，而非輸血遲延所致？
- (三) 依病歷所顯示，孕婦甲於90年10月25日06：40總出血量為3000 mL，經被告A醫師緊急止血後至當日07：20出血量僅為500 mL，血壓則為131/91 mmHg 之情形判斷，A醫師之止血急救措施是否正確得宜？
- (四) 依病歷資料所附孕婦甲於出血至輸血中間，A醫師即以大量輸液灌注（2800 mL），其後再以血漿和輸血補充，孕婦甲生命徵象回穩，當日10：25，血紅素值為11 g/dL，A醫師當時之處置過程是否適當？
- (五) 依孕婦甲體重換算之身體血液含量約為多少mL？依產房護理記錄單所載孕婦甲在90年10月25日06：40之生命徵象惟心跳100次/分、血壓66/42 mmHg，以孕婦甲當時之心跳及血壓換算，其當時出血量約為多少mL？有其出血量是否足以造成凝血功能不良？
- (六) 若以當時孕婦甲在90年10月25日06：40之心跳、血壓換算出血量並非3000 mL，而產房護理記錄單記載產婦在06：45出血3000 mL乙節，是否為記載錯誤？
- (七) 依病歷資料所載，孕婦甲在90年10月25日06：40抽血檢查，於07：02所測定之血液檢查報告中發現凝血功能不良之現象觀之，可否判斷當時孕婦甲在06：40左右抽血時及有凝血功能不良之情形，並因此發生大出血？又其凝血功能不良是否可能為其他原因或是羊水栓塞所導致？



(八) 羊水栓塞臨床上之表現症狀為何？其發生率及死亡率各為何？

依孕婦甲在生產後在臨床上表現之症狀有低血壓、胎兒窘迫、肺水腫、心肺衰竭、缺氧、凝血功能異常、呼吸窘迫等情形判斷，是否與羊水栓塞之臨床症狀表現相同，可否認定為羊水栓塞之案例？

(九) 依孕婦甲在90年10月25日07：00之血液檢查報告中出血之瀰漫性出血之情形判斷，若孕婦甲係因羊水栓塞導致凝血功能不良而出現瀰漫性出血，而縱使A醫師即時予以輸血，是否能挽回乙孕婦之性命？

(十) 本案若可判斷為羊水栓塞，A醫師針對孕婦甲之羊水栓塞症狀所施行之醫療措施，是否符合一般臨床上對羊水栓塞治療之醫療常規？

(十一) 醫護人員遲至09：23始於左側股靜脈打中心靜脈留置管，並給予大量新鮮血漿。12：51大量輸血後，血紅素為5.3 g/dL，10月25日23時57分血紅素為5.6 g/dL，血小板4.9萬/mm<sup>3</sup>，顯示輸血不足，大出血未止。孕婦甲08：26休克，10：22量不到血壓，休克達2小時以上，輸血處置有所延誤。06：45出現大量陰道出血，07：50始緊急輸血，有所延誤。10：30血紅素為11 g/dL、血小板為2.5萬/mm<sup>3</sup>，為大量輸全血後，血小板稀釋之現象。但10：22產婦再度量不到血壓休克，顯示抽血數據與臨床狀況不符，輸血灌注仍然不足？

(十二) 請惠予說明本件遲延輸血之時間點為何？那幾次之輸血量不足，適當之輸血量為何？本件遲延輸血或輸血量不足，對本件病人的影響為何？通常出血量達總血量百分之幾，可能造成凝血功能不良、血小板及血紅素太低的不可逆結果(本件值班總醫師證稱:出血量達百分之四十，如不在第一時間處理，可能會造成此不可逆結果)？輸入全血即已包括血小板之補充，為何會有血小板被稀釋的結果？

(十三) 10:30產婦血紅素值為11 g/dL，且07:20血壓為130/91 mmHg，代表產婦此時生命徵象穩定，故可認定無輸血遲延。07:20出血量為500 mL，血壓為

131/91 mmHg，A醫師所作維持生命徵象之處置有否不當？

- (十四) 產婦於08:26休克，10:22再度量不到血壓，休克時間達2小時以上；急救過程「大量輸液」為必需之處理，醫師在臨床之處置並不足夠。是否表示在08:26到10:22之間產婦均在持續休克中？所謂「大量輸液」之內容為何？當時醫師處置不足夠係指未有「輸液」措施，抑或「輸液量」不足、「輸液內容」有部分欠缺？所欠缺者為何種輸液？欠缺「大量輸液」對病人的影響為何？
- (十五) 依本案所附產婦歷年病歷，醫生在本次產前可否發現產婦有凝血功能不良之情形？如產前已發現，應作何種預防措施？
- (十六) 此案06:45出現大量陰道出血，而凝血時間延長測定時間為07:02，無法以此認定瀰漫性出血是羊水栓塞所引起。請說明理由為何？
- (十七) 依本案當時的值班總醫師證稱：護理紀錄記載06:40產婦出血量約3000 mL是值班總醫師問當時住院醫師及其他值班護理人員後粗估的數值，護理長依此數值記載，應非正確，因為如出血量3000 mL已達產婦全身血液總量之二分之一即會造成休克，當時病人意識混亂、躁動等語。請惠予說明：  
 (1) 人體出血量達總血量百分之幾會造成休克？(2) 本件產婦於06:40並未休克，可否推斷當時出血量未達休克之比例？(3) 臨床上在本件產婦於06:40之情形，醫護人員通常依照那些因素判斷出血量？
- (十八) 本件依護理紀錄記載，06:40時產婦出血量已約3000 mL，屬大量出血，請依產後醫療照護常規說明本件醫護人員產後照護行為有無疏失？
- (十九) 產婦在產後出現大出血到輸血處置超過1小時有所延誤，此輸血延誤是否可歸責被告？又依護理紀錄第2項記載「8:00 ByCR C醫師進行CVP中」，故非遲至9時23分才打中央靜脈留置管，鑑定意見是否有所誤解？是否足以影響本件輸血延誤之意見？
- (二十) 產婦在產後大出血現象，醫師僅給予氧氣、子宮按摩、注射含Methergin的





1000 mL lactate林格氏液，及用9條紗布壓迫止血，且當時輸血量不足，故被告之急救措施並非正確得宜，臨場處置並不足夠。則正確得宜之急救措施為何？臨場應為如何處置？被告未採取正確得宜之急救措施及臨場處置不足夠，是否有可歸責原因？

- (二一) 本案例症狀大出血在先，消耗性凝血功能不良出現在後，縱使醫師即時予以輸血，也未必能挽回病人性命，此結論是否與上開鑑定意見有所矛盾？
- (二二) 依護理紀錄記載，產後醫療照護常規，本件護理人員產後照護行為未違反醫療常規，並無疏失，所指護理人員為何？醫療常規為何？又是否與前開輸血有延誤、急救措施非正確得宜之鑑定意見有所矛盾？

### \*\* 鑑定意見 \*\*

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一) 產婦生產前(10月25日04:32)血紅素(Hb)為12.7 g/dL、血小板19萬/mm<sup>3</sup>，於大量輸血後，10月25日10:30血紅素為11 g/dL、血小板2.5萬/mm<sup>3</sup>，此結果為大量輸全血後，血紅素回升而血小板相對稀釋的結果，對照臨床狀況：產婦於10:22量不到血壓呈休克狀態，顯示輸血灌注仍不足。產婦於10月25日12:51血紅素降為5.3 g/dL、血小板19萬/mm<sup>3</sup>，可見產後大出血仍未止。
- (二) 根據病歷記載，產婦在產後06:45出現大量陰道出血及重度貧血之現象，當時護理記錄評估有約3000 mL的出血；凝血時間延長與血小板減少等瀰漫性凝血功能不良之現象有可能在大出血後出現，病患07:20陰道出血增加，色鮮紅，出血量約500 mL，醫師僅給予氧氣、子宮按摩、注射含Methergin的1000 mL lactate林格氏液，以及用9條紗布壓迫止血，且當時輸血不足，故A醫師之急救措施並非正確得宜。
- (三) 依病歷記載，產婦在產後06:45出現大量陰道出血3000 mL及重度貧血之現



象，於07:50始緊急輸上第一袋全血，於08:15輸上第二袋全血，依據當時護理紀錄評估，此時共有約4200 mL的出血，已符合產後大出血的定義。產婦於08:26意識喪失呈休克狀態，量不到血壓與脈搏，緊急大量輸血，並實施心肺復甦術，隨後於10:22再度量不到產婦血壓，休克狀態長達2小時以上；抽血數據與臨床狀況並不一致，單一抽血數據僅能作為參考值，急救過程，病人臨床休克狀況為輸血灌注仍不足的直接反應。

- (四) 產婦於08:26意識喪失呈休克狀態，量不到血壓與脈搏，緊急大量輸血，並實施心肺復甦術，隨後於10:22再度量不到產婦血壓，休克狀態長達2小時以上；急救過程，大量輸液為必需的處理。就本案而言，醫師在臨床處置並不足夠。
- (五) 產婦體重51公斤換算身體血液總量約4公升。懷孕末期產婦全血量會增加約1.5倍。產後大出血時，血壓與脈搏為不穩定狀況，臨床測量值誤差極大，此時血壓與脈搏不能換算推測出血量。實際出血量應依據當時護理紀錄評估，產後06:45出現大量陰道出血3000 mL，於08:15共有約4200 mL的出血，此出血量足以造成凝血功能不良。
- (六) 病歷護理記錄單記載產婦在產後06:45出現大量陰道出血3000 mL及重度貧血之現象，為直接可參考數據。
- (七) 在大量出血後，將出現消耗性凝血功能不良與瀰漫性出血的現象；產後大出血後出現消耗性凝血功能不良、瀰漫性出血的現象與羊水栓塞臨床症狀相似。此案例06:45出現大量陰道出血，而凝血時間延長測定時間為07:02，無法以此認定06:45出現大量陰道出血乃因凝血功能不良，亦無法以此認定瀰漫性出血是羊水栓塞引起。
- (八) 羊水栓塞臨床徵狀包括低血壓、成人呼吸窘迫症候群、肺水腫、心肺衰竭、發疔、凝血功能不良、呼吸困難、抽筋；發生率約1/20000 (Williams Obstetrics, 21 ed. P.660)，死亡率在不同研究報告差異極大，約25-90%



(Williams Obstetrics, 21 ed. P.662)，在羊水栓塞解剖案例中，75 %可於母體發現胎兒組織，肺動脈血中50%可發現胎兒組織(Williams Obstetrics, 21 ed. P.661)，此案例法醫鑑定報告認定死亡原因為心肺衰竭、休克後併多重器官衰竭及產後合併出血，並未發現有羊水栓塞現象，臨床與法醫鑑定均無法完全排除此案例有羊水栓塞。

(九) 產後大出血後出現消耗性凝血功能不良、瀰漫性出血的現象與羊水栓塞臨床症狀相似，無法以此認定瀰漫性出血是羊水栓塞引起。此案例臨床症狀大出血在先、消耗性凝血功能不良出現在後，縱使醫師即時予以輸血，也未必能挽回病患之性命。

(十) 無法認定此案例有羊水栓塞，亦無法以此認定瀰漫性出血是羊水栓塞引起。

(十一、十二) 10月25日產婦06:40出現大量陰道出血，血壓為66/42 mmHg，已屬休克狀態，07:50始由周邊靜脈注射管(peripheral line)緊急輸血，醫護人員遲至09:23始於左側股靜脈置放中心靜脈留置管，並給予大量新鮮血漿。90年10月25日之各次輸血時間整理如下：07:50第一袋全血。08:15第二袋全血。大出血到輸血處置超過一小時，是有所延誤。08:26產婦呈休克狀態始緊急大量輸血(仍由周邊靜脈注射管線)，休克狀態與輸血延誤直接相關。08:59急輸血小板12單位，全血3袋。09:23始於左側股靜脈打中心靜脈留置管(CVP)，給予大量冷凍血漿(FFP)及血小板12單位。但10:22產婦再度量不到血壓再度休克，顯示10:22量不到血壓的直接原因仍為輸血不足，大出血未止。對臨床狀況，10:30(休克時)血紅素為11 g/dL、血小板為2.5萬/mm<sup>3</sup>，為大量輸血後，血小板稀釋與消耗之現象(也可能抽血數據的血管靜脈為輸血管線)。產婦呈休克狀態，量不到血壓的狀態下緊急大量輸血，抽血數據明顯與臨床狀況、產婦休克狀態嚴重性不符。10:50進行經動脈血管栓塞術，維持大量輸血。12:51大量輸血後，血紅素為5.3 g/dL，顯示輸

血灌注仍然不足，大出血未止。10月25日22:00產婦休克，量不到血壓，23:57血紅素為 5.6 g/dL，血小板4.9萬/mm<sup>3</sup>，再次緊急大量出血。當抽血數據與臨床狀況並不一致時，單一抽血數據僅能作為參考值，急救過程，產婦臨床休克狀況為輸血灌注仍不足的直接反應。遲延輸血或輸血量不足，對本件產婦的直接影響為呈休克狀態，嚴重時會造成多發性器官衰竭。通常出血量達總血量百分之四十以上，加上遲延輸血或輸血量不足，即可能造成凝血功能不良、血小板及血紅素太低的不可逆結果。此外全血多為血庫冷藏血液，血小板多已破壞，輸入全血無法補充血小板之不足。

(十三) 對照當時實際臨床病歷紀錄：06:55產婦陰道出血增加，脈搏為130次/分，血壓為80/43 mmHg；07:20陰道出血增加，出血量約500 mL，脈搏為132次/分，血壓60/36 mmHg；07:40量不到血壓，此時出血量評估約增加700 mL；08:26產婦意識喪失，量不到產婦血壓與脈搏，呈休克狀態，緊急大量輸血並實施心肺復甦術，置放氣管內管，甦醒球給氧（O<sup>2</sup> bagging），加打升壓劑（Bosmin 1 Amp）；08:59血壓量不到，顯示輸血灌注仍然不足，大出血未止。台科函稱「病患此時生命徵象穩定」，明顯與臨床證據不符。

(十四) 大量輸液，包括輸全血、濃縮紅血球、冷凍血漿及血小板、林格式液及生理食鹽水等可補充點滴製劑。遲延輸血措施或輸血量不足，對本件產婦之直接影響為呈休克狀態，但10:22再度量不到產婦血壓且再度休克，顯示10:22量不到血壓的直接原因仍為輸血量不足，大出血未止。在緊急狀態下無法認定產婦欠缺何種輸液，然而遲延輸血措施，仍為產婦呈休克狀態之主因，即使臨時輸以林格式液或生理食鹽水，仍無法完全替代輸血之必要性。產婦於08:26休克，10:22再度量不到血壓，表示在08:26至10:22之間產婦均在生命徵象不穩定狀態與休克中(impending shock and shock)。對照當時實際臨床病歷紀錄：產婦08:59血壓量不到，此時心搏



約125次/分；09:23於左側股靜脈打中心靜脈留置管(CVP)；09:50給予血壓升壓劑（dopamine 2 Amps in 500mL 5% G/W），滴速10  $\mu\text{g}/\text{min}$ ，10:05此時血壓為114/100 mmHg；10:22脈搏153次/分，再次量不到產婦血壓，緊急大量輸血，並調高血壓升壓劑（dopamine 4 Amps滴速10  $\mu\text{g}/\text{min}$ ）；08:59及10:22產婦血壓量不到，已經需用高劑量血壓升壓劑來維持生命徵象，10:25產婦之血紅素值達11 g/dL，「生命徵象回穩，A醫師處置並無不當」，明顯與事實不符。

(十五) 本案產婦先前病歷，於89年流產時曾有大出血之病史。然依現行產檢過程，醫師在本次產前不容易發現產婦有凝血功能不良之情形，亦不容易採行預防措施。

(十六) 產後大量出血，將出現消耗性凝血功能不良與瀰漫性出血的現象；而在產後大出血後出現消耗性凝血功能不良、瀰漫性出血之現象與羊水栓塞臨床症狀相似，但先後發生的時序不同。臨床上，羊水栓塞會先出現消耗性凝血功能不良、再出現大出血；本案06:40先出現大量陰道出血，而凝血時間延長測定時間為07:02，故無法以此認定瀰漫性出血是羊水栓塞引起。

(十七) 人體出血量達總血量40%以上，即可能會造成休克。依護理記錄記載，06:40產婦呼吸急速，臉色蒼白，產婦意識狀態混亂，血壓為66/42 mmHg，生命徵象不穩定，呈即將休克狀態(impending shock)。護理記錄記載，06:40產婦出血量約3000 mL是粗估的數值。產婦體重換算身體血液總量約4公升。懷孕末期產婦全血量會增加約1.5倍，身體血液換算總量約6公升，估算當時總出血量百分之40約為2400 mL，與臨床醫療紀錄接近。產後大出血時，血壓與脈搏為不穩定狀況，臨床測量值誤差極大，即使以加護病房急診作業手冊推估出血量(非絕對正確)，此時血壓與脈搏換算推測出血量，亦不應該低估臨床醫療紀錄。實際出血量仍應依據當時現場醫療紀錄評估。本件產婦於06:40並未休克，不能據此推斷當時出血量未達

休克之比例。臨床上醫護人員通常會依據止血紗布、護墊等秤重量，與集血袋(suction bag)內容血量，產婦血紅素值等因素判斷出血量。加護病房急診作業手冊推估出血量為備血與急救時的臨時處置參考用，不能據此事後推論臨床醫療記錄有誤。

- (十八) 本件依護理紀錄記載，產後醫療照護常規，本件護理人員產後照護行為未違反護理常規，並無疏失。
- (十九) 產婦在產後出現大出血到輸血處置超過1小時有所延誤，此輸血延誤可歸責被告醫院。依護理紀錄第2項記載「08:00 By CR C醫師進行CVP中」並未明確註明是否有打上，06:40產婦呼吸急速，有約3000 mL之出血，於07:50始緊急輸上第一袋全血（250 mL），於08:15緊急輸上第二袋全血（250 mL），共輸血500 mL，此時出血量評估約增加700 mL。08:26產婦意識喪失，量不到血壓及脈搏，呈休克狀態，但遲至09:23確定於左側股靜脈建立中心靜脈留置管(CVP)，並給予大量新鮮冷凍血漿（FFP）及血小板12單位。本件輸血延誤之鑑定意見，已經本委員會多次討論，並無誤解。
- (二十) 正確得宜之急救措施，因不同臨床狀況而異。本案產婦06:40出現產後大出血現象，醫師僅給予氧氣、子宮按摩、注射含Methergin之1000 mL lactate 林格氏液及用9條紗布壓迫止血。但當時已有約3000 mL之出血，此時應立即輸血，並找出出血原因，以防止再繼續出血。08:26產婦意識喪失，量不到血壓及脈搏，呈休克狀態，而Input/Output明顯不平衡，顯示輸血量不足。本案於07:50才開始急輸第一袋全血（250 mL），於08:15緊急輸第二袋全血（250 mL），共輸500 mL，此時出血量評估約為3700 mL，已明顯輸血不足，故醫師急救措施並非正確得宜。本件自大出血，至輸血超過一小時，輸血延誤及輸血量不足之鑑定意見，經本委員會多次討論，臨床處置確實有不足(inadequate management)。





- (二一) 本案大出血在先，當臨床上出現消耗性凝血功能不良現象後，縱使醫師在加護病房再予以大量輸血，也已過輸血急救之黃金時間，未必能挽回病人性命，此結論與上開鑑定意見並無矛盾。病人於06:20回到病房，06:40即休克，大量出血之原因為何？若臨床上無法迅速釐清大量出血原因，予以積極治療並止血，縱能夠於合理時間內快速輸血及急救，能否維持正常血壓，也不無疑問。
- (二二) 前鑑定意見所稱護理人員為產後施行病房照護之護理人員。依護理紀錄記載，本案產婦06:40出現產後大出血現象，當時有約3000 mL之出血，08:26產婦意識喪失，量不到血壓與脈搏，呈休克狀態。產後一般護理人員照護常規，為產婦意識，測量血壓及脈搏、呼吸、宮縮、惡露(lochia)及出血量等。此部分護理人員應注意，並確實注意，且須詳實記錄，即符合醫療常規。護理人員之護理行為合乎醫療常規，與臨床醫師輸血處置延誤疏失、急救措施非正確得宜，為二件事，故鑑定意見並無矛盾。

### \*\* 學習重點 \*\*

- (一) 產後大出血應迅速找出出血病因，例如子宮收縮不良或產道裂傷等加以處置；同時立即施以大量輸液，包括全血、濃縮紅血球、冷凍血漿及血小板、林格氏液、生理食鹽水等，改善病人臨床狀況。
- (二) 輸血量是否足夠或輸血時機是否正確，需以病人臨床狀況配合抽血數據判斷。急救過程，單一抽血數據僅能作為參考，應直接以病人臨床狀況反應為主。
- (三) 凝血時間延長與血小板減少等瀰漫性凝血功能不良之現象，有可能在產後大出血後出現，此時應立即輸血，並找出出血原因。



## \*\* 本案判決解析 \*\*

### (一) 證據能力與醫審會鑑定書之地位

#### 1. 證據能力之說明

醫院病歷，係從事業務之人於業務上或通常業務過程所須製作之紀錄文書。因係於通常業務上規律之記載，記錄時亦無預見日後將作為證據之偽造動機，其虛偽之可能性較小，且如讓製作者以口頭方式在法庭上再重述過去之事實或數據，實際上有其困難，具有一定程度之不可代替性，復無顯不可信之情況，依刑事訴訟法第159條之4規定，應具有證據能力。

#### 2. 醫審會鑑定書之地位

衛生福利部醫事審議委員會之鑑定書，係由鑑定人依其專業知識經判斷後所為之陳述，屬被告以外之人於審判外之陳述，性質上為刑事訴訟法第159條第1項規定傳聞證據之例外，但係受檢察官及法院囑託鑑定所為，自得作為證據。

### (二) 刑事責任以醫師之醫療行為為究責對象

#### 1. 輸血延誤可歸責第一家醫院(醫學中心)，而非A醫師

甲於90年10月25日上午6時45分出現產後大出血現象，且當時已有約3千毫升之出血，此時應立即輸血，而A醫師僅給予氧氣、子宮按摩、注射含Methergine之1000 mllactatc 林格氏液及用9紗布壓迫止血，直至同日上午7時50分始緊急輸上第1袋全血250 cc，同日上午8時15分輸上第2袋全血500 cc，同日上午8時26分甲意識喪失，量不到血壓及脈搏，呈休克狀態，而Input/Output明顯不平衡，顯示輸血量不足，故臨床處置上確有「輸血延誤」及「輸血量不足」之情事。惟此輸血延誤係因第一家醫院(醫學中心)之血庫未能及時給血，致未能及時輸血，而非因A醫師未決定或遲延決定輸血。



## 2.A醫師之醫療行為符合醫療常規

醫審會依醫院之病歷及護理記錄，鑑定A醫師已依醫療常規為甲檢查出血原因，並無發現任何因子宮收縮不良、子宮或陰道裂傷、子宮外翻等因素導致甲大出血，故A醫師之醫療處置符合醫療常規。

## 3.醫療照護上並無疏失

一般產婦生產後，先在觀察室觀察1小時，如果沒有問題，就回去病房休養，觀察室有護理人員及值班人員負責照顧，主治醫師通常接生後就離開，故A醫師為甲接生後先行返家，尚難認有違一般醫療常規。至A醫師返家後，甲雖出現大出血現象，仍有值班及接班醫師負責診療，並下醫囑備血，以及為甲檢查出血原因及其他醫療處置，並指示醫護人員向血庫催血，甚至醫師親自至血庫取血。由此觀之，甲並未因A醫師先行返家而缺乏醫療照顧。從而，A醫師為甲接生後先行返家，尚不得因此遽謂A醫師負有過失責任。此外，亦無其他積極證據足資證明A醫師有其他業務上之過失行為，故A醫師不必負任何刑責。

## 案例七

### \*\* 案情概要 \*\*

孕婦甲，女性，59年出生，本次為第二胎，最後一次月經為94年5月29日。9月27日至第一家醫院(區域醫院)就診，由C醫師診斷，C醫師建議孕婦甲實施羊膜穿刺術，當天孕婦甲同意後並簽有書面手術同意書，於同年9月30日(當時懷孕19週)至第一家醫院(區域醫院)就診，由A醫師實施羊膜穿刺術(孕婦有簽書面同意書)，但穿刺二次均失敗。孕婦於10月1日再至第一家醫院(區域醫院)由B醫師實施羊膜穿刺術，成功抽取羊水。當日返家後，孕婦稱有發燒及少許羊水流。10月2日孕婦打電話至第一家醫院(區域醫院)詢問，護士告知體溫37.3°C不算發燒再觀察。10月3日孕婦回診，由C醫師診視，主訴有發燒、咳嗽、內褲會濕及下腹不適，經超音波檢查顯示胎兒活動、心跳正常，羊水量正常，內診未發現有明顯破水現象，應為陰道分泌物，故依上呼吸道感染及疑似破水，開立抗生素(預防感染)及安胎藥(抑制子宮收縮)，並囑咐孕婦回家臥床休息，及有狀況變化時住院治療。10月4日06:30孕婦發現有大量羊水滲出，再度回至第一家醫院(區域醫院)，由值班醫師以試紙測試後確認羊膜已破而住院。11:00 C醫師前來探視，並依超音波檢查，顯示羊水量已減少。於18:00行剖腹生產，娩出一女嬰，體重500公克，Apgar score 一分鐘和五分鐘分別為3分和0分，該女嬰於出生後即未能存活。孕婦剛住院時體溫曾達38.2°C，之後漸次正常。

孕婦甲認為因A醫師與B醫師施行羊膜穿刺術導致羊水滲出，C醫師未使用石蕊試紙測試有無羊水破裂，導致胎兒早產未能存活，故提出告訴。案經檢察官依業務過失傷害罪，將ABC三位醫師起訴。嗣後，孕婦甲對AB兩位醫師撤回告訴，經法院逕為不受理判決後，僅就C醫師之醫療行為加以評價。



**\*\* 問題爭點 \*\***

- (一) 甲孕婦有無進行羊膜穿刺術之必要？進行手術前醫師之告知義務為何？
- (二) 進行羊膜穿刺術若引起腹痛、陰道出血或羊水滲出，醫師是否必要須給予適當之治療？如開立適當性之安胎藥物以防止子宮收縮或給予抗生素等藥物預防感染？
- (三) 羊膜穿刺術扎針失敗，有無引發感染或羊水破水造成流產之可能？失敗比率為何？造成感染之比率為何？
- (四) 告訴人告知醫師其羊水可能有破裂滲出之情形，醫師可否憑經驗診斷即可判斷為分泌物或羊水？抑或必須以試紙或其他儀器檢驗？
- (五) 告訴人於94年10月4日懷孕20週0天，當日發現羊水破裂，若醫生緊急進行開刀等醫療行為處理，胎兒有無存活之可能？
- (六) 本案依病歷判斷母體有無感染情形？若有係何原因造成感染？本件被告等3人所為醫療行為是否有疏未注意之過失存在？若有，何人之過失與告訴人所受之傷害有因果關係？
- (七) 進行羊膜穿刺手術所抽取之羊水若呈清澈狀態，是否即表示該次穿刺未造成羊水感染？抑或羊水遭感染之徵狀係漸次出現？
- (八) 本件被告A醫師及B醫師就施作羊膜穿刺手術之過程是否符合一般醫療程序？
- (九) 本件告訴人手術後之破水及感染係自何時發生？可否以超音波檢查出破水或細菌感染？

**\*\* 鑑定意見 \*\***

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一) 孕婦懷孕時年齡已超過35足歲，由產科學觀點來看，宜接受羊膜穿刺術以判定胎兒是否有染色體異常。在進行羊膜穿刺術前，醫師應口頭或書面告知孕婦羊膜穿刺術可能發生之後遺症，並請孕婦簽署羊膜穿刺術同意書。
- (二) 進行羊膜穿刺術後若引起腹痛、陰道出血、羊水滲出等併發症，醫師應該開立安胎藥物，告知孕婦臥床休息以防止子宮收縮，並給予抗生素預防感染。
- (三) 羊膜穿刺術為侵襲性檢查，有機會引發感染或羊水破水造成流產之可能。約2%之孕婦在羊膜穿刺術後會感到子宮收縮、陰道少許出血或羊水外溢。但因羊膜穿刺術引發流產之機率小於0.5%，而羊膜穿刺術造成感染之機率小於0.1%。
- (四) 若羊水滲出量多，醫師內診時可以肉眼判斷羊膜破裂。但若羊水滲出量少，無法以肉眼判斷時，醫師應利用試紙確認是否有羊水滲出，同時以超音波檢查子宮內羊水量。
- (五) 民國94年當時全世界早產兒存活之最低體重紀錄為243公克（懷孕25週），台灣則為432公克（懷孕25週）。本案例剖腹產時為20週，即使醫師盡力搶救，應無存活之可能。目前台灣亦無妊娠20週早產兒存活之報告。
- (六) 孕婦於94年10月4日發燒38.2°C，白血球數目16000/mm<sup>3</sup>（病歷未記載，如孕婦說法無誤），均顯示母體有感染情形。若加上9月30日及10月1日抽羊水，當日返家後即有發燒和羊水由陰道流出之情形，判斷應為羊膜破裂，感染導致之絨毛羊膜炎。根據醫學文獻記載，約2%之孕婦在羊膜穿刺術後可能引發子宮收縮或羊膜破裂，因此不能因羊膜破裂便怪罪施行羊膜穿刺術之醫師。然而羊膜穿刺後一旦有子宮收縮或羊膜破裂之情形，醫師應該儘早發現並予以處理，必要時需住院注射抗生素預防感染，並施以安胎藥緩解子宮收縮。雖說儘早處理未必能避免流產或感染之發生，由孕婦說法及病歷資料來看，第一家醫院(區域醫院)醫師之善後處理(未及時處理破水



及感染)，確實有所疏失。至於哪位醫師該負疏失之責，宜由檢察官針對前述原則，並參酌當事醫師的說法來判定。

(七) 臨床上會懷疑有羊水感染，通常是基於孕婦於術後出現發燒症狀。此外也約有五成孕婦，可能產生心搏過速或是下腹痛等症狀。感染之證實，應藉助實驗室之檢驗，包括孕婦產前抽血白血球值升高、羊水革蘭氏細菌染色呈陽性結果，或羊水細菌培養及胎膜組織病理檢查異常等來確認。至於當次羊膜穿刺術之羊水是否呈清澈狀態，無法作為是否有羊水感染之判斷依據。羊水感染之症狀，應係漸次出現。有關本案有無羊水感染之證明，除孕婦有發燒症狀之外，應以明確之實驗室證據，方可確定有羊水感染。

(八) 兩位醫師就施作羊膜穿刺手術之過程，均符合一般醫療程序。

(九) 依目前之超音波科技，無法直接由超音波診斷出羊水有細菌感染。前已述及，羊水感染之證明，除有發燒症狀之外，應以明確之實驗室證據顯示方可。由於兩次羊膜穿刺手術僅相隔一天，無法判斷破水係自何次手術發生。但是如果臨床上出現明顯大量羊水自陰道流出之現象，則藉助超音波掃描，可以診斷是破水。

### \*\* 學習重點 \*\*

(一) 在進行羊膜穿刺術侵襲性檢查前，醫師應口頭或書面告知孕婦羊膜穿刺術可能發生之併發症或後遺症，並請孕婦簽署羊膜穿刺術同意書。

(二) 羊膜穿刺術引起併發症不多，約1-2%之孕婦在羊膜穿刺術後會感到子宮收縮、陰道少許出血或羊水外溢(Persutte & Lenke, Lancet 1995;345:96)。但因羊膜穿刺術引發流產之機率小於0.5%(American College of Obstetricians and Gynecologists: Practice Bulletin No. 88, 2007)，而羊膜穿刺術造成感染之機率小於0.1% (Poutamo et al., Prenat Diagn. 2003;23:767-9)。



- (三) 羊膜穿刺術引起感染之診斷，除臨床症狀外，應藉助實驗室之檢驗，包括孕婦產前血液白血球值升高、羊水革蘭氏細菌染色呈陽性結果，或羊水細菌培養及胎膜組織病理檢查異常等來確認。
- (四) 羊膜穿刺術引起之併發症不能完全避免，然而羊膜穿刺術後一旦有子宮收縮或羊水滲漏之情形，或病人主訴相關症狀，醫師應該想到有羊膜破裂和感染可能，儘早診斷並予以處理。必要時需住院注射抗生素預防感染，同時給以安胎藥緩解子宮收縮。
- (五) 目前妊娠24週以下早產兒存活率極低。

## **\*\* 本案判決解析 \*\***

被告C醫師因業務過失傷害案件，經檢察官提起公訴，經地方法院無罪判決後，檢察官不服提出上訴，經高等法院駁回上訴。

### (一) 本案法律爭點

1. 孕婦甲有無進行羊膜穿刺術之必要？進行手術前醫師之告知義務為何？醫師是否盡到告知義務？
2. A醫師及B醫師實施羊膜穿刺術，有無符合醫療常規？
3. C醫師未使用石蕊試紙，確認孕婦甲之陰道流出液體是否為羊水，是否有違醫療常規？
4. 因果關係應如何認定？

### (二) 本案判決理由

1. 法院就A、B實施羊膜穿刺術的醫療行為有無過失，未加置啄

本案為告訴乃論罪，告訴人得於第一審言詞辯論終結前撤回告訴，撤回告訴者，法院則已無法續行實體審理，僅得逕為不受理判決。因此，僅評價C醫師之醫療行為。



## 2. 法院認定C醫師的內診及超音波檢測符合醫療常規

法院採納鑑定報告書意見，認為C醫師內診時未發現有破水現象，復又以超音波檢測，顯示羊水量正常。再者，若孕婦滲漏之羊水少，以石蕊試紙試驗來判斷是否破水之準確性不高，故C醫師對甲的內診及超音波檢測後，未見有破水現象，而未再進一步以石蕊試紙檢測，應無違醫療常規。

## 3. C醫師開立安胎藥物符合醫療常規

本案法院採取鑑定報告書意見，認為孕婦進行羊膜穿刺術後，若引起腹痛、陰道出血、羊水滲出等併發症，醫師應該開立安胎藥物緩解子宮收縮，及告知孕婦臥床休息以防止子宮收縮，並給予抗生素預防感染。本案C醫師為甲以超音波檢查顯示羊水量正常，內診未發現明顯破水現象，仍開立Keflex、Panadol及Yutopar等藥物，目的在預防可能破水之感染，處理方式符合醫療常規。

綜上，被告C醫師雖未使用石蕊試紙發現甲有明顯破水現象，仍為預防可能破水之感染，而開立Keflex（抗生素）、Panadol（鎮痛解熱劑）及Yutopar（子宮收縮抑制劑）予甲，被告C的診療行為並無不符合醫療常規之處。因此，符合醫療常規的醫療行為，即非刑法上的過失行為。

### （三）本案判決解析

#### 1. 醫師應確實履行告知義務

- (1) 侵入性醫療，存在著相當高之危險性，且經常伴有傷害產生，因此醫師的告知義務就需要審慎嚴謹。亦即，此類的醫療行為的告知範圍，應該包括治療風險、常發生的併發症、可能偶發嚴重後果、高機率且嚴重的副作用、治療成功率等等，凡密切與生命身體相關者，則需進行告知並簽有手術同意書，兩者皆須具備。

- (2) 本案之手術同意書，是由C醫師負責簽訂，無法明顯得知C醫師於進行羊膜穿刺手術前，是否有無盡到實質告知義務，但對於羊膜穿刺手術的風險告知，A、B醫師於進行羊膜穿刺手術前，是否無須再進行一次告知？一般認為，縱使一開始已經經由C醫師進行告知並簽有手術同意書，但在不同醫師進行手術時，至少仍應再次口頭履行告知義務。當然，為免重複告知降低臨床醫療之效率，手術醫師可選擇對病人術後可能損害重大的風險進行告知，諸如詢問病人先前簽具手術同意書當時，醫師有無確實說明術後可能造成難以回復的損害或後遺症等。蓋告知義務最重要的內涵在於讓醫病雙方能有緊密的溝通，找出病人追求的價值利益，甚至於病人對於醫師的信賴關係，更是可以選擇由哪一位醫師來進行手術，或有權利選擇是否進一步接受治療。
- (3) 羊膜穿刺的侵入性醫療行為，縱然造成羊水破裂的機率尚低，但就病人的立場言，該風險直接涉及嬰兒的生命與自身的健康，故仍應盡到口頭確認等之第二次告知義務為宜。因此，若醫師A、B進行羊膜穿刺手術前，均未再進行一次告知，雖不能據此認定與不良結果間有關，但仍有不妥。

## 2. C醫師之醫療行為有無疏失認定之疑義

檢察官起訴C醫師，係因C醫師未使用石蕊試紙加以測試有無羊水破裂，但根據鑑定報告的說明，石蕊試紙的測試對於孕婦甲僅流出少許羊水的情況下，檢測成功的機率不高，因此即是有使用石蕊試紙加以測試，也未必能檢出羊水已經破裂。不過，鑑定意見也指出：「雖說儘早處理未必能避免流產或感染之發生，但由孕婦說法及病歷資料來看，C醫師之善後處理(未及時處理破水及感染)，確實有所疏失」，而且超音波檢測，依照鑑定意見指出，無法直接由超音波診斷出羊水有細菌感染。因此，法院認為，依據C醫師後續的醫療處置，不但使用超音波檢測，同時也開立相



關安胎藥緩解子宮收縮，並投以抗生素，即認為C醫師之處置符合醫療常規，不無疑問。

### 3.因果關係認定之疑義

醫療過失責任因果關係的認定，必須以醫療行為有客觀注意義務的違反，始須進一步檢驗因果關係。本案C醫師在符合醫療常規前提下，表示不具有客觀注意義務之違反，故不須進入因果關係評價的探討。惟，若A、B醫師的醫療行為有疏失可能，則其因果關係的判斷，即有值得討論的餘地。

#### (1) 羊膜穿刺手術與損害結果間之疑慮

假設本案中，A、B醫師對於羊膜穿刺手術有醫療疏失，且手術時間，僅間隔一天，故客觀上不論是醫師A，抑或醫師B的羊膜穿刺手術，似乎均可以是「獨立」導致孕婦甲羊水破裂的結果。從自然因果律觀察，透過條件理論的運用，似可將此種情況歸納為「擇一因果關係」。不過，「擇一因果關係」條件理論的運用前提，以清楚的事實及經驗法則為前提。就本案言，縱然A、B醫師都有違反醫療常規，但事實仍有不明，到底導致孕婦甲羊水破裂的時點為何？若是在A醫師手術後與B醫師手術前的時點間，則可判定A醫師與損害結果間有因果關係；但若是在B醫師手術後，則又可能是A與B醫師頻繁手術所共同造成者，而形成「累加因果關係」。是故，由於事實不明，縱然A、B醫師有違醫療常規，亦無須進入後續結果歸責的判斷。

#### (2) 罪疑惟輕原則之適用

如同上述，本案鑑定報告書中表示，兩次羊膜穿刺手術僅隔一天，確係無法判斷破水是自何次手術發生，囿於因果關係基礎事實不明，無法接續判斷是否可以歸責，因此即使孕婦甲沒有對AB二位醫師撤回告訴，法院最終亦僅能依罪疑惟輕原則，判決無罪。

## 案例八

### \*\* 案情概要 \*\*

病童甲，男性，82年出生，於84年8月10日在第一家醫院(區域醫院)住院，依病歷記載，呈現右側肢體偏癱及輕度痙攣，電腦斷層顯現左側腦部萎縮，被診斷有癲癇及腦性麻痺，醫師建議服藥控制，但家屬拒絕。病童因發燒兩天，去過診所就醫，但不見改善且持續發燒。病童嗣後因在家發燒、抽筋及嘔吐，於86年12月22日23:18至第二家醫院(區域醫院)急診室就診，病童當時病況為意識不清、抽筋及口吐白沫，且有發紺之現象(臉潮紅，唇色尚好)，體溫40.1°C，體重24公斤，A實習醫師給予氧氣甦醒器使用，並給予退燒藥及抗抽筋藥物(陸續給予Voltaren supp 1#、Valium 1Amp V)。23:50病童持續抽搐，且開始有唇色發紺之現象，A實習醫師持續給予氧氣甦醒器，開立醫囑Luminal 1Amp、Valium 1Amp 點滴注射。12月23日00:02，由B總醫師(具小兒專科醫師資格)插氣管內管及以呼吸器供病人使用，之後轉至加護病房，嗣於10:30轉至第三家醫院(醫學中心)治療。

87年2月26日第三家醫院(醫學中心)鑑定結果，病童因腦部缺氧導致左側肢體偏癱、意識障礙，目前仍無坐、站能力，亦無語言能力，經判定屬於「極重度多重殘障」之身心障礙者。

綜上，病童在86年12月22日23:18到第二家醫院(區域醫院)急診室就醫前，已在其他醫院診斷有癲癇與腦性麻痺。本案家屬認當時負責值班之A醫師非合格之小兒科醫師，未對病童施打針藥或施以氣管插管，導致腦部缺氧致左側肢體癱瘓等云，故提起民事訴訟。





**\*\* 問題爭點 \*\***

- (一) 小兒「急性熱痙攣」在學理分類上是否為小兒專科疾病?是否由小兒專科醫師處理較為妥當?
- (二) 小兒「急性熱痙攣」發作之症狀為何?是否會產生全身抽搐之情況?醫師處理時之標準程序為何?
- (三) 小兒「急性熱痙攣」發作時，是否有併同產生呼吸窘迫症狀之可能性?若果因此產生呼吸窘迫之症狀，醫師處理之標準程序為何?
- (四) 若呼吸窘迫症狀發生，在未有效治療之下，持續多久可能導致腦部缺氧之發生?
- (五) A實習醫師急診救治約半小時期間，並未有效對原告施打抗抽筋藥物，且未對原告施以氣切插管給氧之治療行為)內容，此等「半小時」均未能有效給予針藥及插管之結果，是否符合『第二家醫院(區域醫院)』身為教學醫院層級應具備之醫療水準?
- (六) 由第三家醫院(醫學中心)醫師出具意見之殘障鑑定表記載:「該童(即上訴人甲病童)因腦部缺氧導致左側肢體偏癱(依第三家醫院(醫學中心)記載為右側肢體偏癱，非左側)、意識障礙，目前仍無坐、站能力，亦無語言能力」是否係導因於前述半小時未能有效給予抗抽筋藥物及插管所致?
- (七) 根據被上訴人『第二家醫院(區域醫院)』就本案急診之護理紀錄記載顯示，該院對上訴人甲病童之急診曾先後給予「氧氣甦醒器」(第一線A醫師所為)及「Endo tube」(氣管插管，第二線B醫師所為)，此二者功能有何不同?若病人發生呼吸窘迫症狀，應以何者較能及時維持呼吸順暢避免缺氧情況發生?
- (八) 若前述八之問題之答案係以「Endo tube」(氣管插管)較能及時維持呼吸順暢避免缺氧情況發生，則根據被上訴人『第二家醫院(區域醫院)』就本案急診之護理紀錄，該院醫師遲至上訴人甲病童急診送院後逾四十分鐘，方由第



二線B醫師給予「Endo tube」(氣管插管)之救治，第一線A醫師並未為之，此部分是否符合『第二家醫院(區域醫院)』身為教學醫院層級應具備之醫療水準？

- (九)「就專業角度而言，醫師對本件病患處理之『全部流程』並無明顯不妥之處，亦符合相關規定，應無醫療過失可言」云云，但本案醫療流程是否可再細分為第一線急診A實習醫師，第二線急診B實習醫師，第三線急診主治醫師C醫師等三階段而應分別以觀？各該階段醫師於救治期間所為之醫療行為，是否均符合『第二家醫院(區域醫院)』身為教學醫院層級應具備之醫療水準？
- (十)「腦性麻痺」之定義？其可能出現之病徵為何？在無其他外力或感染疾病之影響下，腦性麻痺病患本身是否即會產生呼吸窘迫甚至缺氧之症狀？

## ※※ 鑑定意見 ※※

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：

- (一)熱性痙攣為小兒常見疾病，只要有接受過熱痙攣基本訓練之醫師皆可處理，並非一開始即必須由小兒專科醫師處理。
- (二)急性熱痙攣發生年紀通常介於6個月到5歲之間，男孩子發生之機會略高於女孩子。這些小孩生長發育及身心發展是正常的，只有在體溫突然間迅速竄升之時，才會引起抽搐。抽搐多半會自行停止，通常沒有生命危險，不至於對腦細胞造成傷害，因此急性熱痙攣，可以算是一種良性之疾病。急性熱痙攣之處理，發作時最重要是維持呼吸道之通暢。若有發燒，應合併給予退燒藥物，若持續抽搐，應考慮使用抗痙攣藥物。
- (三)急性熱痙攣發生時有併同產生呼吸窘迫症狀之可能，但發生機率並不高。如果發生，應先維持呼吸道之暢通，給予氧氣面罩，提高氧氣給予之流速；若血氧濃度仍無法上升，則應考慮給予插氣管內管。



- (四) 呼吸窘迫多久可能導致腦部缺氧，牽涉到血氧濃度之高低、缺氧狀況及發生呼吸窘迫時心臟功能狀況，每個人體質不同，尤其呼吸窘迫還是有呼吸，很難說多久會導致腦部缺氧。
- (五) 查急診病歷記載，病童於86年12月22日23:18由其父親送入急診室，急診護理紀錄記載，同一時間立即給予氧氣，並於23:35靜脈給予抗痙攣藥物（Valium），23:50再次經靜脈注射給予抗痙攣藥物（Luminal），並非都無給予藥物治療，且藥物給予後本應觀察其效果，如效果不佳則再次給予，並無不符合醫療常規之處。至於插管有無延遲部分，依病歷記載，病童到院時並無發紺與呼吸窘迫之情況，且已給予氧氣，前30分鐘之病歷記載，並無資料顯示病童處於缺氧狀態，至23:50病童發紺，即由B實習醫師給予插氣管內管，難謂處理程序有延遲或不當之情況。
- (六) 根據第三家醫院(醫學中心)病歷記載為右側肢體偏癱，非左側。其次，前述半小時之處理應無不當，已如前述。因此，難認病童腦部缺氧，係因此半小時之處理所導致。
- (七) 氧氣甦醒器為非侵入性給予氧氣之方式；Endo tube（氣管內插管）為侵入性保護呼吸道暢通之方式。使用何者，必須視當時狀況來決定，不論用氧氣甦醒器或Endo tube（氣管內插管），能有效提供氧氣即可。如以何者較能「及時」維持呼吸順暢避免缺氧情況發生來看，病人缺氧時，自應立即給氧氣或使用氧氣甦醒器，先維持血氧飽和度及生命徵象穩定，如不能維持時，再考慮插氣管內管。
- (八) 依病歷記載，A實習醫師一開始已給予氧氣，當時病童仍能自行呼吸，A實習醫師並處理其發燒及抽搐症狀。依據病歷記載，40分鐘後因發紺，由B總醫師（具小兒專科醫師資格）插氣管內管成功，難謂在此之前病童非插管不足以維持呼吸，故無法認定插氣管內管有所延遲。若未延遲插氣管內管，應即符合教學醫院醫療水準。

(九) 醫療行為為團隊運作，很難分階段觀之。如前所述，病童到急診時，A實習醫師立即給予氧氣，並處理發燒及抽搐，病童發紺時，即由B總醫師（具小兒專科醫師資格）插氣管內管成功，並由C主治醫師接續照顧，尚難認「第二家醫院(區域醫院)」未具備應有之醫療水準。

(十) (1) 腦性麻痺之定義，為大腦中樞神經系統在未發育成熟之前，受到傷害，受到傷害之腦細胞，會放出一些不正常訊息，使得肌肉控制時造成障礙，通常會比較僵硬或是比較無力；有時候傷害也會影響其他腦部區域，如視覺、聽覺、語言或學習上之障礙。

(2) 出現之病徵如下；

痙攣型：

痙攣之意思是肌肉僵硬或緊縮，使動作較緩慢或笨拙。痙攣型是腦性麻痺兒童中最常見之一個類型；依據他受損之部分，可分成三類：

- 1.半身麻痺：就是只有半邊的身體、上肢、下肢會受到影響。
- 2.雙邊麻痺：通常四肢都會影響到，但下肢比上肢問題更明顯。
- 3.四肢麻痺：全身受影響，通常上肢比下肢嚴重或兩者一樣嚴重。

徐動型：

徐動之意思是肌肉張力隨著動作改變而不同，通常這類型孩子的手、腳或臉部，都會有一些不自主跳動或緩慢扭動，所以，很難維持在一個固定姿勢，以至於穩定性平衡姿勢能力很差。

協調不良型：

協調不良之意思是不穩定、搖晃動作，通常協調不良之孩子在嘗試走路、單腳平衡或使用手做一些精細操作時，無法做出準確的動作，因此，平衡能力也會較差。

混合型：

很多腦性麻痺兒童會呈現上述幾種不同之症狀，如同時有痙攣 加徐動之狀況。



(3) 在無其他外力或感染疾病之影響下，腦性麻痺病患平常很少會產生呼吸窘迫甚至缺氧之症狀。但是如果發生抽搐、口腔分泌物增加或嘔吐物流入氣道，加上抽搐本身即會導致身體耗氧量大量增加，就可能發生呼吸窘迫甚至缺氧，此時應立即提供氧氣給病人，維持氣道通暢，並使用藥物緩解抽搐情況。

### \*\* 學習重點 \*\*

- (一) 急診的醫療處置，著重於生命徵象的穩定與監測，進而鑑別診斷。醫療紀錄須詳細記錄生命徵象狀況，以及醫療處置後的反應，以呈現醫療處置的適應症。
- (二) 急診診治痙攣的病童，常需要給家屬更多的解釋與溝通，因為痙攣時的全身抽搐、攣縮、抖動、牙關緊閉、發紺，常帶給家屬對於病童可能會瀕臨死亡、症狀嚴重的恐懼。而且，中樞神經系統的相關症狀或疾病，也常帶給家屬是否有長期後遺症的恐懼與壓力，對於醫療要求或所需要的心理支持更高。若能讓家屬感受到同理心，體會醫護人員的重視與謹慎，應可化解許多不必要的誤解。
- (三) 醫療是團隊分工合作的過程，年輕醫師要學習了解能力限制在哪裡，也就是何時要call help。資深醫師則有責任監督年輕醫師的處理能力，對預期可能有風險的狀況主動掌握狀況，給予必要的支援協助，以期提供安全的醫療。

### \*\* 本案判決解析 \*\*

- (一) 契約之定性及給付義務

甲與第二家醫院(區域醫院)間係締結急診醫療契約，而依締約真意，醫

院依系爭醫療契約所負有之主給付義務內容，應為「完成兒童熱性痙攣之治療程序」。ABC三位醫師，均為該醫院之履行輔助人。

(二) 依債之本旨提出給付

1. 本案「債之本旨」之概念

醫院是否已依債之本旨提出給付，則應視醫院是否依循一般公認之臨床醫療行為準則，並正確地保持相當方式與程度之注意，以完成兒童急性熱性痙攣之治療程序而定。

2. 本案「債之本旨」之判斷標準

所謂「兒童熱性痙攣」，好發於五歲以下的兒童，主要原因為腦部發育尚未成熟，或因突發性高燒，而刺激腦細胞發出不正常的強烈電波，進一步導致肢體痙攣。惟熱性痙攣多屬無害，通常發生在剛發燒的24小時內、大多只發作一次、數分鐘就會停止、短時間內會醒過來、不會產生任何麻痺或神智不清現象，且五歲以後就不會再有熱性痙攣之發生。由於單純性的突發熱性痙攣罕有立即的危險，亦無神經上的後遺症，不需治療，所以一般處理方式為：讓病童側身躺下或頭側一邊，防嘔吐物吸入或嗆到，保持呼吸道暢通。因此，熱性痙攣患兒需要治療的不是熱性痙攣本身，而是控制發燒及追查發燒背後的原因，並加以治療。

少數病例症狀超出上述範圍，如抽搐時間過長或反覆發生，則有必要檢查腦波，做進一步處置，以確認並非罹患少見卻嚴重的疾病如腦膜炎、腦炎、代謝性疾病引起的電解質不平衡、雷氏症候群等，必要時應安排抽血、腰椎穿刺脊髓液檢查、腦電波圖等來排除上述診斷的可能（參見甲所提出長庚兒童醫院製作關於「小兒熱性痙攣」網頁資料）。

3. AB兩位醫師之醫療行為，符合一般醫療常規，醫院已依債之本旨提出給付醫院之履行輔助人A醫師於第一時間已先給予甲氧氣治療，防止呼吸窘迫現象發生，其處置行為，符合一般醫療常規。





氣切插管屬於侵入性醫療行為，臨床上僅使用於依賴呼吸器之病人、以及無法維持氣道暢通之病人。而本件依病歷及護理紀錄所示，甲至醫院急診時，尚無呼吸窘迫之情形，自無立即施用氣切插管之必要，則A醫師未立即施予氣切插管治療，並未違反一般醫療常規。

因單純性的突發熱痙攣通常於數分鐘內即停止，僅有少數情形抽搐時間過長，從而A醫師於30分鐘後，見甲抽搐情形未有改善，而請B醫師接手治療，並施以氣管內插管，符合一般醫療常規，故醫院已依債之本旨提出給付。

### (三) 本案無遲延給付之情形

- 1.目前並無任何法律規定，教學醫院急診部值班醫師之配置，應由各專科醫師全體24小時輪值，以隨時治療罹患各種不同病症之病人。再者基於醫療資源有限性以及就我國目前醫師人力資源觀察，該項措施於客觀上亦有顯著困難。
- 2.對於急診病人之診治，首要措施為穩定生命跡象，待生命跡象穩定後再進一步檢查病因，並為相應之治療。是以醫院之履行輔助人A醫師雖為婦產科專科醫師，於本件事發當時尚非領有合格證書之小兒科專科醫師，但其於第一時間給予病人氧氣甦醒器治療，並進行抽血檢驗之處置，衡情與急診穩定病人生命跡象之首要目的相符，並未違反一般醫療常規。
- 3.此外，A醫師於12月22日晚上11時50分發現病人病況無法改善時，即囑咐護士通知B總醫師到場治療，而B總醫師亦於12月23日凌晨0時到場予以治療，並無延誤治療情事。

### (四) 鑑定意見作為法院判斷之佐證

#### 1.某醫學中心鑑定意見

本件經某醫學中心鑑定結果：「就專業角度而言，A醫師對本件病患處理之全部流程並無明顯不妥之處，亦符合相關規定，應無醫療過失可



言」等情，且A醫師被訴傷害案件，亦經地方法院檢察署處分不起訴確定，足證A醫師之醫療行為符合一般醫療常規，故該醫院已依債之本旨提出給付。

## 2.醫審會鑑定意見

本件經衛福部醫審會鑑定結果：「A實習醫師為甲看診時，上述之B總醫師及C主治醫師雖未到場，但其事後已接手執行業務，並在病歷及入院許可證上簽名，足見醫師係在B總醫師及C主治醫師之監督下看診；又甲入院後，已為其裝置氧氣甦醒器，並施打針劑（但因無法施打而作罷），故並無甲主張醫院有不完全給付之情形。

### (五) 已履行給付義務

甲現雖因腦部缺氧導致一側肢體癱瘓，意識障礙，並無坐站能力，亦無語言能力，而為極重度多重殘障之身心障礙者，惟醫院之履行輔助人A醫師既已依照一般醫療常規而為適當之醫療處置，即應認為已履行系爭醫療契約之給付義務。





## 第貳章 調處案例



## 第貳章 調處案例

## 案例一

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，男性，45歲，於民國98年9月因右上腹痛診斷出膽石症，於第一家醫院(區域醫院)由外科A醫師進行膽囊切除手術治療。101年4月18日再因右上腹痛回該院內科B醫師門診檢查治療，腹部超音波檢查發現疑似肝臟右葉肝內結石，白血球(WBC) 8280/cumm、肝功能檢查正常(GOT 34 IU/L、GPT 19 IU/L)，腹部電腦斷層掃描檢查發現肝臟S4區有3.4公分 × 4.0公分之囊狀病灶，疑似肝臟膿瘍，檢查發現發炎指數(CRP)1.859 mg/dL明顯升高，懷疑肝內結石引致肝臟膿瘍，轉回外科請兩年多前為病人開刀的A醫師治療。A醫師開予口服抗生素治療，並追蹤腹部超音波檢查，101年5月14日發現囊狀病灶縮小到2.7公分，6月20日進一步縮小到1.5公分，白血球5880/cumm。101年7月至102年7月一年間病人因反覆右上腹痛、下背痛，檢查出相同問題回到內科B醫師門診看診，一年多來反覆發作的疼痛病情未改善，病人遂轉往第二家醫院(醫學中心)就診，安排住院檢查，懷疑在肝臟與橫膈間形成膿瘍，向病人解釋為膽結石手術開刀中髒血未排乾淨，被組織包覆形成膿瘍，經超音波導引抽吸術治療，獲得改善。因此病人質疑第一家醫院故意隱瞞病情，要求鉅額精神賠償。

### \*\* 爭議焦點 \*\*

- 一、病人質疑到底是罹患肝臟膿瘍？還是肝臟囊腫？
- 二、病人質疑某區域醫院醫師是否故意隱瞞病情？
- 三、病人質疑肝臟膿瘍是否因為四年前膽結石膽囊切除手術造成？
- 四、病人質疑某區域醫院對病人肝膿瘍病症是否未積極治療處理？



## \*\* 醫療見解 \*\*

- 一、病人於第一家醫院內科及外科求診的過程，前後做了多次腹部超音波、電腦斷層掃描、磁振造影檢查，都發現到在S4區有明顯的囊狀病灶，與病患疼痛有關聯，曾有發炎指數 1.859 mg/dL明顯升高，肝功能正常，幾次檢查白血球都未升高，磁振造影檢查發現囊壁不規則增厚，懷疑肝膿瘍。膿瘍是囊腫的一種形式，臨床上要靠生化、血液病史、身體檢查來區別，膿瘍會有白血球升高、發燒、肝功能異常、發炎指數升高、右上腹疼痛、局部壓痛敲痛等症狀，單純囊腫可能會完全沒有症狀。
- 二、對臨床醫師來說，肝臟內積液空間除了囊腫、膿瘍的考量外，也許還需考慮膽管擴張、血管膨脹等可能。當病人有上腹痛、白血球升高、肝功能異常、發炎指數上升等情況，就比較偏向肝臟膿瘍的診斷，當這些症狀不足的時候，再看到影像上積液空間較清澈均質性，較薄壁時診斷又回到懷疑肝臟囊腫。對醫師而言，這也不過是同一個疾病的不同時期。
- 三、臨床上我們知道造成肝內膿瘍的原因很多，以膽結石術後病人來看，合併有術前未發現的肝內結石造成的局部膽管阻塞，常是術後肝內膿瘍的主因；其他任何造成膽管阻塞的原因也都會形成積液囊腫，囊腫進一步感染形成膿瘍，當然囊腫也可以是原發性，甚至與遺傳有關。其他還有許多細菌或寄生蟲的感染、惡性腫瘤中心壞死、血腫液化.....等等，臨床上即便是有機會手術取下來膿瘍做病理檢查，也不見得都能找到合理的致病原因。
- 四、肝臟膿瘍可以針對感染微生物予以抗生素治療，對於較不濃稠的內含積液，可以在影像導引下抽吸治療，或甚至放入導管持續排膿，也可以順著導管把抗生素導入治療，抽取出膿液後，可進一步培養確定感染微生物，也有可能抽吸液做病理檢查找出可能致病原因，如寄生蟲感染、惡性腫瘤中心壞死等，只有在充足的病理檢查證據下才能獲得證實。其實有許多肝臟膿瘍的



病人致病原因，在膿瘍治好後仍不清楚，更別說在治療前積極的提出一套完整的治療計畫，很多情形只能依病情變化，提出當時較妥適的治療建議。

## ※※ 學習重點 ※※

- 一、肝臟膿瘍與肝臟囊腫在超音波、電腦斷層掃描檢查、磁振造影檢查上都呈現囊狀影像，有時候不是影像檢查可以分辨膿瘍與囊腫不同，臨床上的症狀也不是每項都會符合。就以這位肝臟膿瘍的病人來說，並沒有出現發燒、白血球遽升、肝功能異常的症狀；在醫師的病情考量中，恐怕就是「肝臟右葉S4上有一個囊腫，需要審慎考慮到可能是感染造成的膿瘍」，因為病人病情時好時壞，如果感染細菌被抗生素治療控制後，也許也只是一個較厚壁的囊腫。醫師在膿瘍、囊腫間名詞跳躍，確實會讓病患一頭霧水，隨著診斷心情忽高忽低，其實也還是同樣指向相同的問題，但對病人來說，這兩個不同的名詞，可能懷疑是否代表了不同的疾病原因？
- 二、病人在膽囊切除術後兩年多再出現右上腹痛，影像檢查有囊腫、膿瘍症狀，自然會去想到是否與前次手術有關，尤其是第一家醫院門診外科手術醫師與內科醫師輾轉接手治療，更讓病人懷疑，是否另有隱情？因為多位醫師接手處理一個延宕一年多，且反覆發作的問題，中間因病情的不同，解釋說明也不同，容或有些前後不一，甚至互相矛盾的解釋，在醫療科技進步，病人知的權益需受保障的時代，只要是出於專業的陳述，寧可認為，前後說法不盡相同，是一種誠實健康的現象。
- 三、在諸多肝內或肝臟膿瘍造成原因中，確實有許多與膽結石手術相關的膿瘍造成原因，膽結石病人本就有許多併有肝內結石，易阻塞造成膿瘍，手術中在某些部位的血塊存留溶解，手術後局部沾黏形成肝臟表面侷限化的積液，也可能是因為手術中的微小或明顯的異物存留形成膿瘍。病人也許是擔心明顯



異物存留，懷疑手術有疏失，造成病人多年的疾苦，是病人提出爭議調處的主要原因。但病人在第二家醫院住院超音波引導下抽吸積膿後，再追蹤膿瘍已消失，並沒有明顯異物存在的證據。清楚指出這一點，可以讓病人了解，即便肝臟膿瘍與膽結石手術有所關聯，但也不能認為是手術疏失造成傷害。

四、病人於第二家醫院住院，膿瘍抽吸治療病情改善後，回頭質疑第一家醫院未積極為其進行治療，讓病痛纏綿一年多，這與病人之病情變化及面對疾病前後不同態度有關。在發現膿瘍時，第一家醫院外科 A 醫師第一時間就建議病人住院治療，因病情未嚴重到影響生活，被病人拒絕，門診給予抗生素治療，超音波追蹤又可見到成效，病人自然更不想住院積極治療，待至久病右上腹疼痛困擾一年多，對第一家醫院治療逐漸產生懷疑，不同的醫療團隊提出一年多前病人未接受的治療計畫，終於接受，也得到了圓滿的治療，反而責怪原來治療醫師不夠積極。

### \*\* 結 論 \*\*

由這個個案可以見到，醫療爭議的發生，涉及到許多醫學名稱的誤解，不管是肝膿瘍、肝囊腫，指的還是同一個問題。不同的醫師，在不同病程時，做出不同的解釋，病人主觀上會懷疑是否有所隱瞞病情，尤其是第三者提出，可能涉及該院手術過程缺失造成的可能性時，會讓醫病關係更加惡化，甚至質疑未積極治療。病人於充分瞭解疾病之真相與治療步驟後，醫病雙方互相諒解，自然就可以圓滿達成和解。

## 案例二

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，女性，60歲，於101年8月12日因左膝退化性關節炎疼痛多年，無法久站，膝關節變形，至第一家醫院骨科住院，隔天接受A醫師左膝全人工關節置換手術治療。101年8月19日出院改為門診治療，出院時病人左膝仍有明顯腫痛，但沒有發熱發紅現象，病人用助行器可以短距離行走。101年9月4日出院後兩星期，病人突然高燒39.5°C，左小腿肚紅腫發熱，白血球升高，再住進骨科治療，發現為左小腿蜂窩性組織炎，乃給予抗生素治療，住院20天出院。出院3天後再因左腿腫痛，住進該院感染科抗生素治療，住院11天，10月7日出院。出院後持續於骨科門診追蹤治療一年多至103年1月，仍持續左膝疼痛，步行困難。

### \*\* 爭議焦點 \*\*

- 一、病人質疑因人工關節手術導致蜂窩性組織炎。
- 二、病人質疑醫師未及早發現感染且態度不佳。
- 三、病人認為術後一年多仍無法正常步行，不符合手術期待。

### \*\* 醫療見解 \*\*

- 一、病人於左膝退化性關節炎，全關節置換手術後三個星期，出現左小腿紅腫發熱，白血球升高(WBC) 12400/cumm、CRP 6.0 mg/dL、ESR 46mm/hr、發燒39.5°C，有明顯的感染症狀，但左膝人工關節放入部位並無紅腫發熱，X光顯示人工關節術後放置良好，無骨髓炎徵象。病人有糖尿病，醣化血色素



6.8%，空腹血糖約在160 mg/dL左右，左小腿明顯可見靜脈曲張，皮膚光亮浮腫，左膝無紅腫熱痛，可以暫不考慮手術部位感染，住院抗生素治療後白血球回復正常，CRP降到0.48 mg/dL，ESR降到25mm/hr，感染獲得良好控制出院。

二、病人以出院時左膝仍有明顯腫痛，質疑醫師是否在左膝有感染狀況下，急令出院，或出院時已有感染，門診回診拆線時遲未發現，且發現時未積極處理，態度不佳。惟從病人術後到出院前的TPR紀錄，未見出院前有左腿感染疼痛發燒症狀，術後狀況穩定，且患者可以持助行器短距離行走。臨床上鼓勵病人下床，活動四肢，當可減少術後併發症產生。惟病患回家後反而出現小腿蜂窩性組織炎感染，恐與患肢出院下床後常放低，未如在住院中遵從醫囑，患肢抬高，勤做運動，改善血液循環有關。

三、病人出院後，因左腿左膝反覆腫痛，步行困難，日常生活自我照顧不佳。退化性關節炎全關節置換術，手術只能恢復膝關節活動支持功能，病人術前多年膝關節變形疼痛，無法久站步行，造成肌肉循環功能衰退，術後關節功能雖有改善，仍應積極運動復健恢復日常生活，惟病人則停滯於術後感染疼痛紅腫的陰影中，以致復健緩慢。

### \*\* 學習重點 \*\*

一、左膝全關節置換手術後，左小腿蜂窩性組織炎，讓病人自然想到是否為手術併發症。手術後造成左小腿感染機會增加的因素很多，包含糖尿病身體抵抗力較差；左腿動脈靜脈或淋巴循環不良；腿部長期缺乏運動，肌肉萎縮、循環不良；術後沒有積極的復健治療；休息時腿未抬高，長期久站；腳部足癬，或其他傷口造成細菌侵入。有些原因與手術良窳有些關聯，有些涉及到術後的復健、身體的保養等，亦有些與患者本身身體狀況有關，不宜直接將

小腿感染的結果歸咎於醫師。

- 二、術後患肢感染，意味著極可能導致手術失敗，當非手術醫師所樂見，術後、住院期間應教導病人如何復健，如何自我照顧，並觀察是否有感染發生。病人左小腿的感染，固然有些因素與左膝手術有關，但同樣的感染也可能發生在四肢或身體任何部位。如非病人突現左小腿肚紅腫發熱，體溫高燒 $39.5^{\circ}\text{C}$ ，回急診求診，恐怕誰也無法預料，人工關節手術後會有什麼樣的併發症出現。
- 三、病人自述因先生每日得上班工作，無法協助其到院接受術後復健治療，加上病人患有長年憂鬱症，在他院精神科就診拿藥治療；左膝術後，左腿行動不便困擾，確實會讓病人的憂鬱症加劇。病人多年前，右側髖關節全關節置換術後，很快恢復正常生活，此次膝關節置換術後行動恢復未如預期，因此提出爭議，要求精神賠償。

## **\*\* 結 論 \*\***

病人在左膝全人工關節手術後3週，左小腿出現感染，懷疑手術失敗，且懷疑醫師未及早發現及門診態度不佳。術後一年，多次因紅腫疼痛回骨科門診看診，患者陷於復健緩慢，要遷怪手術醫師或自己的天人交戰中，早日雙方和解，對患者精神疾病憂鬱症緩解，運動生活日漸改善與心理的復健都有幫助。院方本於關節置換術後效果未如預期，經過調處，提供數千元之慰問金，鼓勵病人勇敢走出疼痛陰影，接受手術後的新生活。



## 案例三

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，男性，59歲，於2月23日因脊椎狹窄及下背部疼痛，於第一家醫院(醫學中心)住院，擬接受腰椎手術治療，惟住院中突發胸痛併呼吸困難，經檢查發現是急性冠心症，乃於2月28日接受冠狀動脈繞道手術，手術過程尚稱順利。病人於3月9日轉出外科加護病房，於普通病房時，雖仍有斷續發燒，生命徵象尚稱穩定，惟於3月12日凌晨，家屬1點離開病房後，早上6點家屬突接到看護電話，告知病人患突發意識變化，併呼吸淺促，血壓隨之下降，雖經值班醫護同仁奮力搶救，仍於3月12日上午8時許不治，此與家屬預期不符，認為第一家醫院之醫療處置有所失當，致生爭議。

### \*\* 爭議焦點 \*\*

- 一、病人家屬質疑為何下背痛安排脊椎手術，會變成心臟冠狀動脈繞道手術？
- 二、病人是O型血，為何給病人輸了AB型的血液部分品？
- 三、病人血管繞道手術後，仍有腹脹、傷口滲液、疼痛等問題，為何要從外科加護病房轉入普通病房？
- 四、3月12日上午6時家屬由看護人員通知趕到醫院時，為何沒有醫護人員在場急救？
- 五、病人是再度心肌梗塞發作死亡，為何沒就心肌梗塞心臟缺氧積極治療？



## \*\* 醫療見解 \*\*

- 一、病人入院後身體檢查發現，除有下背痛、左腿麻、站立或走路較久會導致劇烈疼痛等椎間盤壓迫、椎孔狹窄等臨床症狀，尚有前胸痛、呼吸困難等症狀，心電圖呈現明顯的前胸ST段壓低，是心肌缺氧的現象；加上心肌酵素，Troponin-I 1.36 ng/mL升高，高度懷疑心肌梗塞，緊急心導管檢查，發現三條冠狀動脈包含左主枝冠狀動脈都有嚴重阻塞，造成心肌梗塞。醫師及時進行心臟冠狀動脈繞道手術，救回病患生命，如果一時不查進行脊椎手術，病人可能會在手術中瀕臨危險。
- 二、病人血型O型，於手術後進行多袋O型血輸血，因手術前及手術過程中體外循環，需要給予抗凝血劑及抗血小板藥物，術後病人引流管有出血，加上血小板78000/UL降低，故輸注了12單位的AB型血小板。因血小板上無AB型抗原，所以是可以接受的血液部份品，輸完12單位血小板後，也未見病人有發燒、寒顫、皮膚紅疹、搔癢等過敏反應。
- 三、病人於3月9日轉入普通病房時，沒有發燒、心跳 98/分鐘、呼吸 24次/分鐘，SPO2 96%，血壓150/86 mmHg，雖有腹脹，傷口滲液等症狀，但生命徵象穩定，乃移至普通病房照顧。
- 四、病人家屬於3月12日凌晨1點離開醫院後，6點接獲看護通知，病人正在醫院急救，匆匆趕到醫院時，未見到一群醫療人員聚在病床為病人施行急救，其實早在凌晨4點多病人呼吸淺快，且費力呼吸32-34/分，心跳132次/分時，值班醫師及護理師已為病人換上全氧面罩，血氧檢查，驗CKMB、Troponin、心電圖、照胸部X光，進行必要的檢查與治療，至6點時昏迷指數突然下降，從E4V4M5 降到E4V1M1，立即插入氣管內管急救，並通知家屬前來。
- 五、病人於4點多發生呼吸困難，血氧下降SPO<sub>2</sub> 84%時，剛開始病人意識清楚，並無胸痛主訴，心電圖未見ST波段變化，血液Troponin-I及CKMB檢查亦未



見升高，不易由客觀的證據預見心肌梗塞復發，並予以有效治療，待至6點突然血壓降低86/40 mmHg，意識喪失，心跳停止，予以CPCR進行2個多小時急救無效，宣布死亡。

### ※※ 學習重點 ※※

- 一、入院後手術前的身體檢查，常能發現病人其他嚴重病症，須停止手術安排，進行對病人更急迫的醫療處置，始能真正救治病人；有時只因術前檢查不夠落實，讓外科手術陷入極大風險。病人原來預備接受腰椎手術，卻變成心臟冠狀動脈繞道手術，家屬難免錯愕。雖然手術緊急，仍應極盡耐心，周全做手術必要性及風險的告知，避免病人及家屬猜疑。
- 二、對於O型血液病人，應輸予O型血液，此為一般人所熟悉的醫療常識，但在血液部分品，血小板輸注，採用AB型血小板，宜事前更多溝通，以化解疑慮，避免不必要的爭議。
- 三、病人在轉入一般病房後，普通病房自然沒有加護病房的醫療照顧品質。一旦病情發生惡化，「病情沒有穩定就轉入一般病房」常成為爭議焦點，建立加護病房客觀的入住及移出標準，當能減少爭議。其實手術後的病人，脫離加護病房經常能夠獲得精神上的抒解，身體活動，親友互動，促進身體復原，減少併發症，減少感染，離開加護病房其實是病患的一大進步。
- 四、凌晨4點多病人病情突然急轉之下，醫護人員已進行檢查治療時，家屬並未到場了解，大夜班護理人員盡職盡責，加上由看護通知家屬，家屬到場時看到插管用呼吸器支持的病人，以為醫護人員在病人意識改變時，都未發現病人病情給予治療，甚至是家屬到場後至護理站告知醫護人員，才走過來看看，醫護人員早已發現病情並掌握病情，卻未充分告知患者家屬成為爭議引發的導火線。

五、病人同時有高血壓、糖尿病、陳舊性腦中風、腰椎狹窄、冠狀動脈疾病、多處血管繞道及血栓移除術後，在加護病房曾發作心律不整，經過體外電，又併發肺炎，感染復原後轉入普通病房療養，病情穩定等待出院，突發性的呼吸困難，恐怕須了解是否肺炎發作、電解質不平衡、氣胸、心肌梗塞……。病人在沒有胸痛，心電圖無變化，心肌酵素未升高下，突然休克，意識喪失，心跳停止，呈現非典型的心肌梗塞症狀，這種猝不及防的病情變化常是醫療爭議發生的焦點，妥適委婉的解釋，才能在病人猝死後消弭家屬的爭議。

## **\*\* 結 論 \*\***

經過院方詳細解釋病人由脊椎手術轉換成冠狀動脈繞道手術的原由，輸AB型血小板的正當性與必要性，手術後病情穩定由外科加護病房轉入普通病房的合理性；且病患在病情變化前，醫護人員早已掌握病情，並積極處理，但非典型心肌梗塞，讓醫護人員無法及時給予有效治療。病患家屬充份了解醫療人員的積極與用心，同時也能諒解醫療的困難，經過調處後，醫院致贈數千元慰問金，同時表示慰問，家屬能接受，雙方和解。



## 案例四

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，男性，81歲，有20餘年之第二型糖尿病史，以口服降血糖藥控制，但控制情形不佳，偶有之飯前血糖檢測紀錄約160~230毫克/毫升，糖化血色素則約9~10%，並因糖尿病併發腎功能不全，頻繁進出醫院接受各類治療。於101年某日因全身無力、下腹痛、沒有食慾等症狀於第一家醫院腸胃內科門診就醫，A醫師診治後發現飯前血糖190毫克/毫升，血球、血色素與腹部超音波檢查皆無異常，僅腹部X光顯示腸脹氣並有積糞，遂開立緩瀉劑後囑回家使用。次日起病況稍有進步，但第四天又因為突然發生之胸痛與呼吸困難於第一家醫院之急診室就診，經診斷發現為急性心肌梗塞併心衰竭與肺水腫，遂緊急由心臟內科B醫師收住院，並立即安排心導管檢查，確認為三條冠狀動脈阻塞。心臟內科B醫師遂於向病人家屬說明並取得同意書後，進行經皮冠狀動脈氣球擴張術與冠狀動脈支架置放術。惟過程並不順利，冠狀動脈血液循環一直無法順利回復，遂緊急照會心臟外科C醫師，並由心臟外科C醫師向家屬說明，並取得冠狀動脈繞道手術同意書後，進行緊急手術。手術順利完成，病人轉入加護病房，並於6日後因復原順利而拔除呼吸管。其後因併發肺部感染致呼吸衰竭而病況惡化，雖經置放葉克膜極力救治月餘，仍告不治。此與家屬之預期不符，認為醫院之醫療處置有所失當，致生爭議。

### \*\* 爭議焦點 \*\*

- 一、病人是走著進入第一家醫院的，現在躺著出來，醫院怎麼可能沒有問題？因為無法接受病人的辭世，家人數個月來無法正常工作，也沒有生活意義，兒孫

中已有兩人辭去工作，生活陷入困境，更有一位原本就有憂鬱症的家屬試圖輕生，雖然被緊急送醫挽回，但難道醫院不應賠償家屬的損失？

- 二、病人於第一家醫院腸胃內科門診就醫時，家屬就曾問醫師是不是心臟有問題，A醫師一口咬定是消化不良，宿便太多，後來果然是急性心肌梗塞，是否因為A醫師疏於發現，拖延救治，才造成後來的結果？
- 三、病人年紀這麼大，又有各種病史，為什麼手術後要那麼早拔除呼吸管？最後果然因此而呼吸衰竭必須重新插管，是否C醫師的照護與拔管的決定有問題，才造成病人不治？
- 四、到底病人是於甚麼時候往生的？使用葉克膜是否只是欺騙家屬，表示醫師有盡力救治，其實是折磨病人？

## ※※ 醫療見解 ※※

- 一、根據住院病歷記載，自病人突發胸痛與呼吸困難於第一家醫院急診室就診起，其診斷發現為急性心肌梗塞併心衰竭與肺水腫後，心臟內科B醫師之心導管檢查，經確認為三條冠狀動脈阻塞後，經皮冠狀動脈氣球擴張術與冠狀動脈支架置放術，發現冠狀動脈血液循環無法順利回復，遂緊急照會心臟外科C醫師，C醫師向家屬說明並取得冠狀動脈繞道手術同意書後，施予緊急手術，手術完成轉入加護病房；6日後因復原順利而拔除呼吸管，但因併發肺部感染致呼吸衰竭，而置放葉克膜等一連串醫療處置，其鑑別診斷、處置與處置後的成果評量，均與醫理相符。雖然病人最後仍告不治，但因現今的醫療水準尚不足以治癒百病，因此不應單以結果來看是否有醫責，而是應該審視醫療過程有無導致不幸結果的醫療疏失。另外，家屬的說法明顯訴諸感性，可能是喪失親人後哀傷強烈，讓家屬執著一個無助釐清事實或解決爭端的爭點，這也是調處時調處委員的挑戰。





- 二、根據門診病歷記載，病人因全身無力、下腹痛、沒有食慾等症狀，於第一家醫院腸胃內科A醫師門診就醫，當時病人所呈現的，不論是病史、主訴、理學檢查、實驗室檢查等，皆不足以使一般醫師將之診斷為心肌梗塞；加上藥物的開立確使病況改善，更減低當時即有心肌梗塞的可能。
- 三、根據住院病歷記載，病人於手術後的恢復情況，確達到拔管的標準，醫師遵照既定的標準作業流程拔管，並無不當；正確地說，是不拔才違反標準作業流程。至於後來病況惡化，是拔管後另外發生感染的結果，醫師於決定拔管時，並無法預知。
- 四、根據住院病歷記載，病人無論是生命徵象、神經反射或瞳孔大小等，於使用葉克膜後約10天內皆有進步。只因感染的是具抗藥性菌種，並非現有抗生素能夠控制，才使病情逐漸惡化。惟相關醫療記錄皆顯示醫護團隊確皆盡力救治，並無家屬提及的問題。

### \*\* 學習重點 \*\*

- 一、家屬情緒性的質問是醫療不滿意事件中，病人及家屬常見的「心理創傷型」爭點，調處時通常須視病人及家屬是否可經委員委婉解釋後，走出情緒的漩渦，才有可能予以化解。情緒性的質問內容常缺乏合理的邏輯，也最常讓被訴醫院困擾，甚至因此也被挑起情緒，反而更無助於調處。此時，被視為公正第三者的調處委員，應是解鈴的最大希望，只是正如前文所述，病人及家屬不見得可以走出情緒的傷痛，也就常成為調處失敗的原因。
- 二、這是醫療不滿意事件中，病人及家屬常見的「負向推論型」爭點，將醫療處置與病況變化作負向因果關係的連結，此時最需要病歷中的記載來支持醫療的合理性。此案第一家醫院受惠於內科門診病歷的記載，清楚說明醫師符合醫理的鑑別診斷，及時合宜的處置與處置後的成果評量。由此可知病歷的合



理紀錄，不只是醫療品質的一環，也是醫療不滿意事件的一道防火牆。

三、此點與第二點相同，是醫療不滿意事件中，病人及家屬常見的「負向推論型」爭點。此案第一家醫院同樣受惠於外科住院病歷的記載，因有病歷的合理紀錄，提供了此一醫療不滿意事件一道有效的防火牆。

四、這是醫療不滿意事件中，病人及家屬常見的「猜疑動機型」爭點，調處時通常可經委員清楚解釋並無合理關聯後，予以化解。但此案同時亦借助病歷中病人生命徵象、神經反射或瞳孔大小等的清楚記載，才能提供調處委員足夠的佐證資料，解說的過程也因此能更有說服力。

## **\*\* 結 論 \*\***

經過調處委員依病歷記載協助釐清上述爭點後，由於部分家屬仍無法撫平情感上的創傷，家屬間意見紛歧，因此無法達成調處



## 案例五

### \*\* 案情概要 \*\*

病人甲，女性，78歲，一向生活自理無虞，僅有多年高血脂與高血壓病史，已長年接受治療。因嚴重之單側膝關節退化性關節炎致行走不能，於第一家醫院接受單側人工膝關節置換術，主治醫師為骨科A醫師。手術過程順利，病人於術後週餘出院返家休養，並逐漸恢復行走。未料出院4個月後，突於A醫師約診之返院複診途中，於第一家醫院附近因天雨滑倒，致同側臀部著地，由熱心路人協助送至第一家醫院急診室就醫，經X光檢查，發現同側股骨頸骨折，經會診骨科A醫師，建議施行髖關節置換術。手術過程一樣順利，惟病人於術後第5天清晨3時許，護理人員查房時，發現其已失去意識，雖經醫護人員緊急搶救，很快就恢復心跳呼吸，但尚未能恢復意識，此後雖經半年餘治療，意識狀態仍未有改善。因與家屬之預期不符，認為醫院之醫療處置有所失當，致生爭議。

### \*\* 爭議焦點 \*\*

- 一、病人家屬質疑病人接受單側人工膝關節置換術時，雖然同意使用自費醫材，但是沒有使用最貴的，因此手術後數月仍有膝蓋腫脹、疼痛等問題，是否與本次滑倒有關？已經使用自費醫材還這樣，是否應該退費？
- 二、滑倒後於第一家醫院急診室就醫接受X光檢查時，因需挪床造成病人臀部劇烈疼痛，雖經家屬反映，第一家醫院員工口氣非常不耐，仍然執意要挪動病人，是否其股骨頸骨折乃第一家醫院員工太粗魯造成？
- 三、病人有高血壓病史，平常都控制得好好的，但住院後醫師卻會診內科調整了

劑量，是否醫院開的降血壓藥劑量有問題，才造成病人中風？

四、到底病人是於甚麼時候開始失去意識？病人住院就是情況不穩需要醫院照顧，是否護理人員疏於照顧，太晚發現，拖延救治，才造成後來未能恢復意識？

## ※※ 醫療見解 ※※

一、根據住院及門診複診病歷記載，使用自費醫材的過程曾經過告知說明與同意書的簽署；此外，病人單側人工膝關節置換術後，恢復過程順利，出院返家休養後已逐漸恢復行走。出院3個月後返院複診的身體檢查發現，病人下肢肌力正常，膝關節活動角度幾近正常，雖然站立或走路較久會導致疼痛等臨床症狀，但已無發紅腫脹的情形，家屬的說法與病歷記載不符，可能是術後初期症狀比較顯著，讓家屬印象深刻。

二、根據急診病歷記載，滑倒後於第一家醫院急診室就醫接受X光檢查前，理學檢查時已發現病人臀部劇烈疼痛；家屬於調處時，也確認在為了執行X光檢查而挪動病人時，皆有使用滑板，並且由兩位員工與一位家屬一同操作，這樣的操作醫理上並不可能折斷股骨頸。

三、根據內科門診及外科住院病歷記載，病人有多年高血脂與高血壓病史，雖長年接受藥物治療，但服藥並不規律，且內科門診就診時的檢查資料顯示，高血脂與高血壓的控制情形不佳，住院時醫師因此會診內科調整劑量，護理人員並因此於護理計畫中註明特別需要加強衛教來提高用藥遵從性。另外根據外科住院病歷記載，住院中的血壓收縮壓控制在136~148毫米汞柱、舒張壓控制在86~102毫米汞柱，醫理上無法將這樣的血壓解釋為造成腦中風發生的原因。

四、根據外科住院病歷記載，住院時護理人員遵照醫囑每六小時量測一次生命徵



象，並記錄於病歷上。事發前，即前一夜的晚間9時左右的生命徵象記錄正常；事發前1小時餘，即清晨1時許，病人還於看護協助下喝一小口水，並調整枕頭；當日的護理人員亦按時前往量測生命徵象。看護的說明與相關護理記錄顯示，護理人員並無疏於照顧，或太晚發現，拖延救治的問題。

### ※※ 學習重點 ※※

- 一、自費醫材的使用常是醫療不滿意的來源，因此告知說明與同意書的簽署過程很重要。此案第一家醫院之骨科A醫師除常規的同意書，還特別在住院病歷上註記說明與同意書簽署的過程，門診病歷中對於病人主訴與身體診察的紀錄，更是合理的仔細，於調處時則表示這是他多年來個人的習慣，不意在這次事件中卻幫自己解了圍。可知病歷的合理紀錄，不只是醫療品質的一環，也是醫療不滿意事件的一道防火牆。至於家屬投訴時所稱「…沒有使用最貴的，因此手術後數月仍有膝蓋腫脹、疼痛等問題…」的表述，其中的「因此」，是醫療不滿意事件中，病人及家屬常見的「猜疑動機型」爭點，調處時通常可經委員清楚解釋並無合理關聯後，予以化解。
- 二、本案經家屬確認的「在為了執行X光檢查而挪動病人時，皆有使用滑板，並且由兩位員工與一位家屬一同操作」，經對比院方急診的標準作業流程，發現完全吻合。可知院內各項標準作業流程的制定與遵從，不只是醫療品質的保證，也同樣是醫療不滿意事件的另一道防火牆。不過，家屬所投訴的「因需挪床造成病人臀部劇烈疼痛，雖經反映，第一家醫院員工口氣非常不耐，仍然執意要挪動病人」云云，也是醫療不滿意事件中，病人及家屬常見的「態度不佳型」爭點，雖然調處時通常可經委員中介，婉言化解，但也顯示醫療專業人員應盡量加強自我同理心的敏感度，體諒病人及家屬在病痛中的無奈與折磨，並盡量改善溝通的技巧，多一些好言好語，既是醫療專業的展

現，也可以避免病人及家屬不必要的委屈感受。

三、這是醫療不滿意事件中，病人及家屬常見的「負向推論型」爭點，將醫療處置與病況變化作負向因果關係的連結，此時同樣需要病歷中的記載來支持醫療的合理性。此案第一家醫院同樣是受惠於內科門診及外科住院病歷的記載，清楚說明醫護團隊調整藥物的必要性、調整後遵守常規的成效監測與監測紀錄顯示的安全性，同樣顯示病歷「合理紀錄」的重要性。在此特別要強調的是「合理」，意思是病歷寫作不是漫無節制的冗長文書作業，而是要能有效呈現醫護團隊符合醫理的鑑別診斷，及時合宜的處置與處置後的成果評量的醫療品質記載，如此的「合理紀錄」才能成為醫療不滿意事件的有效防火牆。

四、此點是醫療不滿意事件中，病患及家屬常見的「真相不明型」爭點，因為對醫療處置與病況變化的真正連動情形不了解而引起爭議，此時同樣需要病歷中的記載或相關人員的說明，有時甚至通聯紀錄或監視器的影像紀錄等來還原事件的經過。此案第一家醫院因為有看護的說明，加上護理紀錄的完整，清楚說明事件的經過，也有效地成為此次醫療不滿意事件的防火牆。

### **\*\* 結 論 \*\***

經過調處委員協助釐清上述爭點後，院方提出的各項說明與紀錄有效的化解家屬於爭點上的疑慮，病人家屬於爭點消除後，可以了解醫療照護團隊確已善盡職責，同時也能理解醫療的極限，因此接受調處，雙方和解。

# 醫事鑑定及調處案例彙編集

主 編：黃富源、甘添貴

編輯委員：王皇玉、李鳳翱、吳進安、柯基生、黃俊杰、  
陳治平、張麗卿、彭純芝、莊銀清、蔡宗博、  
簡志誠（依姓氏筆劃順序）

總 編 輯：林宏榮

執行編輯：鍾翰其、李素華、何宜錦、紀宜君、林孟穎、  
鄭詩怡、王櫻如、羅秀蓉

出 版 者：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

發 行 人：蘇聰賢

地 址：220 新北市板橋區三民路二段31號5樓

電 話：02-8964-3000

傳 真：02-2963-4550

網 址：[www.tjcha.org.tw](http://www.tjcha.org.tw)

出版日期：2014年12月出版