

裁判字號：臺灣高等法院 高雄分院 103 年醫上字第 3 號民事判決

裁判日期：民國 104 年 03 月 31 日

裁判案由：損害賠償

臺灣高等法院高雄分院民事判決 103年度醫上字第3號

上訴人 陳施月香

陳雅惠

陳玉琴

陳金獅

陳李姐

陳慧敏

陳禹成

共 同

訴訟代理人 林孟毅律師

被上訴人 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

法定代理人 陳肇隆

被上訴人 陳武福

蘇宗明

吳明珠

共 同

訴訟代理人 江雍正律師

張芳綾律師

李汶哲律師

複代理人 陶德斌律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於民國103年2月14日臺灣高雄地方法院102年度醫字第10號第一審判決提起上訴，本院於104年3月17日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

一、上訴人起訴主張：伊等之被繼承人陳民陽於民國99年9月9日在訴外人阮綜合醫院為健康檢查時，因發現腦部有腫瘤可能，為確認該腫瘤之情狀，乃於同年月27日至被上訴人長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院（下稱長庚醫院）住院檢查，經主治醫師即被上訴人陳武福建議進行腦病灶立體定位切片手術（即腦部穿刺取樣檢查，下稱系爭手術），而陳民陽於99年10月5日先行出院，復於同年月19日再度住院，並於同年月21日接受系爭手術，由陳武福與被上訴人蘇宗明共同施行系爭手術，且由訴外人王致嫻執行麻醉。詎系爭手術因施行不當，且麻醉過程亦有疏失，致陳民陽於手術完成後持

續處於麻醉未催醒狀態，並於術後發生心律不整及心室震顫等症狀。又陳武福與蘇宗明於手術結束後，未將接受全身麻醉之陳民陽留於恢復室觀察至確實清醒且生命跡象穩定，竟由開刀房直接轉入加護病房，且未確實與值班護理人員進行交接，顯有未盡術後照顧義務之疏失。另陳民陽於手術當日下午17時25分轉入加護病房後，由值班護理人員即被上訴人吳明珠負責，而陳民陽旋即於17時49分發生「心電圖波形異常、全身抖動」之異狀，然吳明珠於當下發現卻未立即通知醫師緊急處理，僅在旁呼喊陳民陽，而任由其全身抖動長達3分鐘，至17時51分因陳民陽身體突停止跳動、心跳持續偏快大於150下、頸部整個脹紅，經觸摸其頸動脈無跳動時，始大喊CPR並請護理人員通知訴外人即值班醫師歐建佑急救，造成延誤治療，致陳民陽於同年10月24日死亡。又急救人員對無脈性心搏電氣活動之病患，進行電擊並施打Bosmine藥物，亦不符醫療常規，則被上訴人顯有醫療療置及照護不當之疏失，且與陳民陽之死亡間有因果關係。另陳武福於術前僅提出系爭手術成功率高達95%之數據，卻未明確說明系爭手術可能造成永久性昏迷之併發症及死亡之後果，亦未告知系爭手術之急迫性或必要性、臨床上有無其他可替代之檢查或治療方式，且將系爭手術視為神經外科一般手術，並擅自變更手術位置而未告知家屬，顯亦有未盡告知義務之疏失。上訴人陳施月香為陳民陽之配偶，上訴人陳雅惠、陳慧敏、陳玉琴、陳禹成為陳民陽之子女，上訴人陳金獅、陳李姐為陳民陽之父母。陳施月香因而受有扶養費新台幣（下同）50萬8,534元之損害，並因精神上受有傷痛而得請求精神慰撫金100萬元；陳雅惠為陳民陽支出殯葬費用34萬3,000元、醫療費用3萬元，並因精神上受有傷痛而請求精神慰撫金50萬元；陳慧敏、陳玉琴、陳禹成、陳金獅、陳李姐則均因精神上受有傷痛而各得請求精神慰撫金50萬元，並得依侵權行為之規定，請求陳武福、蘇宗明、吳明珠與長庚醫院負連帶賠償責任，長庚醫院並應負醫療契約不完全給付之損害賠償責任。爰依侵權行為及醫療契約之法律關係，提起本訴，並聲明求為命被上訴人連帶給付陳施月香150萬8,534元，陳雅惠87萬3,000元，陳慧敏、陳玉琴、陳禹成、陳金獅、陳李姐各50萬元，及均加計自起訴狀繕本送達翌日起算法定遲延利息，且願供擔保為假執行之判決。

- 二、被上訴人則以：陳武福於陳民陽第1次住院時，即將系爭手術之目的、過程、風險、成功率及可能併發症，告知陳民陽及其家屬，而陳民陽及其家屬聽取後，當場表示因手術有一定風險，要先行出院請示神明後再決定手術日期，故於99年10月5日辦理出院。嗣陳民陽經相當時間考慮、自行決定判斷後，始於同年月19日再度住院接受系爭手術，陳武福於術前亦再度向陳民陽及其家屬、友人張珮真說明上開事項，並無上訴人所稱未盡告知義務之情事，況上訴人仍未舉證證明

陳民陽死亡與未盡告知義務間有何相當因果關係。又陳武福、蘇宗明、吳明珠之醫療或術後照護及急救行為，均符合當時之醫療常規，且系爭手術麻醉過程亦無疏失之處。至陳民陽術後直接轉入加護病房觀察，係因加護病房之儀器設備較恢復室為佳，而陳民陽係因壓力性心肌病變之原因而死亡，此為手術後客觀上無預見可能性之結果，尚難認被上訴人之術後照護行為有疏失或延誤，上訴人之請求，並無理由等語，資為抗辯。

三、原審經審理後，駁回上訴人之全部請求。上訴人就部分敗訴提起上訴，並於本院聲明：(一)原判決關於駁回上訴人等後開第2項之訴部分廢棄。(二)被上訴人應連帶給付陳施月香51萬元（精神慰撫金）、陳雅惠63萬3,000元（含殯喪費34萬3,000元、醫療費3萬元及精神慰撫金26萬元）、陳慧敏、陳玉琴、陳禹成、陳金獅、陳李姐各26萬元（均為精神慰撫金），並均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(三)第一、二審訴訟費用由被上訴人連帶負擔。(四)願擔保為假執行。被上訴人則聲明：(一)上訴駁回。(二)第二審訴訟費用由上訴人負擔。(三)如受不利判決，願供擔保免為假執行。

四、兩造爭執及不爭執事項：

(一)不爭執部分：

- 1.陳民陽於99年9月9日在訴外人阮綜合醫院為健康檢查時，經MRI腦部磁振造影及PET正子掃描等檢查，發現「疑兩側旁中央胼胝體及胼胝體周圍及丘腦及右前額高處及大腦外側裂周圍額頂處非依賴性高度纖維性星狀細胞瘤（如多形性膠質母細胞瘤glioblastoma multiforme），但不能完全排除感染性脫髓鞘症」、「兩側額頂葉皮質下及深層白質區局部缺血性神經膠質病灶」。
- 2.陳民陽於99年9月27日至長庚醫院住院檢查腦部狀況，於同年10月5日出院，同年11日回診（門診），嗣於99年10月19日再次住院，並於同年11月21日接受系爭手術。
- 3.陳武福為陳民陽腦部手術之主治醫師，且與蘇宗明同為進行系爭手術之醫師（陳武福為主刀醫師，蘇宗明為協助醫師），吳明珠則為手術當日加護病房之值班護理人員，並負責照護陳民陽，而其等在當時均為長庚醫院之受僱人。
- 4.系爭手術於99年10月21日17時12分結束，陳民陽則於同日17時25分由手術室轉入加護病房，並於當日17時49分出現心電圖波形異常、全身抖動、心跳持續偏快之異狀。吳明珠發現後，於17時51分大喊CPR，並請護理人員通知值班醫師歐建佑前來急救，歐建佑於17時54分到達，陳武福則於18時03分到達，並參與急救程序。
- 5.系爭手術所採取之檢體，經病理檢查結果，係呈現多型態濃核星狀細胞，並診斷為第2級之瀰漫性星狀細胞瘤。
- 6.若被上訴人有賠償義務時，陳雅惠得請求之殯葬費用為34萬

3,000 元，醫療費用為3 萬元。

(二)爭執部分：

- 1.陳武福對陳民陽之醫療處置有無疏失。
- 2.蘇宗明對陳民陽之醫療處置有無疏失。
- 3.吳明珠對陳民陽之術後照護行為有無疏失。
- 4.本件麻醉過程與急救過程有無疏失。
- 5.長庚醫院有無賠償責任。
- 6.若上訴人得請求損害賠償時，其等得請求之項目及金額為若干。

五、本院之判斷：

(一)陳武福對陳民陽之醫療處置有無疏失部分：

- 1.上訴人主張陳武福為陳民陽之主治醫師，而在系爭手術施行前，並未告知施行系爭手術有何急迫性及必要性，亦未告知臨床上有無其他可替代之檢查或治療方式，僅告知手術成功率95% ，更未明確說明系爭手術會造成永久性昏迷及死亡之併發症或後果，且術前告知之手術位置及手術名稱亦與實際不符，顯有未盡告知義務之疏失；陳武福則陳稱其於系爭手術施行前，已就手術之相關資訊向陳民陽及其家屬、友人為說明等語。經查：

- (1)按腦瘤依細胞型態可分為良性與惡性，良性腦瘤雖不含癌細胞，也不會侵犯到鄰近組織，但所有型態之腫瘤若成長到一定大小，就可能壓迫腦組織功能區域，進而影響到神經與其他生理功能。腦瘤症狀因病灶在腦內大小、位置及分佈型態而定，臨床表現包括：頭痛、頭暈、噁心、嘔吐或意識障礙等顱內壓升高現象，癲癇發作（或抽搐）、賀爾蒙異常和腦局部功能障礙，例如視覺障礙、吞嚥困難、語言障礙、記憶力衰退、注意力變差、情緒或人格變化、肢體無力、偏癱、顏部癱瘓、感覺異常、聽力障礙、步態不穩、協調或平衡力變差等。又腦瘤類型根據來源不同，可分為原發性腦瘤與轉移性腦瘤，在成人病患中最常見的原發性腦瘤為膠質瘤中之星狀細胞瘤，而星狀細胞瘤依病理分類可分為四級：毛狀細胞星細胞瘤（第1 級）、星細胞瘤（第2 級）、分化不良星細胞瘤（第3 級）、多型性神經膠母細胞瘤（第4 級）。第2 級屬低惡性腫瘤，第3 、4 級則屬惡性腫瘤。另腦瘤之診斷，醫師通常先作理學檢查與神經學檢查，再視檢查結果作進一步輔助檢查：頭部X 光攝影（僅能初步評估腫瘤存否）、腦波檢查、誘發電位檢查、電腦斷層掃描、磁振造影、正子斷層掃描、腰椎穿刺、切片檢查（尤其是無法切除之腫瘤、微小腫瘤或深部腫瘤，會進行切片採樣，以確立病理診斷，幫助醫師治療方式之選擇，有時切片是以穿刺採樣方式進行，醫師以特殊頭架配合電腦斷層或磁振造影確定腫瘤位置，然後在頭骨上穿出一小洞引導細針進入腫瘤抽取腫瘤組織，此方式又稱為立體定位切片手術，即系爭手術）。此有台北榮民總醫院神經外科「腦瘤治療準則」、三軍總醫院放射

腫瘤部「一般癌症介紹－腦瘤」、高雄醫學大學附設中和紀念醫院「簡介腦瘤」、財團法人臺灣癌症基金會「腦瘤的預防與治療」等醫學網路資料在卷可稽（見外放列印資料），而各該資料係分別為國內著名大型教學醫院之相關專業部門之專業醫師所撰作，且所載內容亦與腦瘤情狀及檢查治療方式之醫學常規相符，應可作為本件醫學資訊之參考。

- (2)陳民陽係因於99年9月9日在阮綜合醫院健康檢查時，經頭頸部磁振造影（MRI）及全身正子掃描（PET）等放射檢查結果，發現疑似有腦瘤之病灶（病灶內容詳如不爭執事項1.所載），經醫師建議至神經外科門診進一步追蹤檢查，以確認該腫瘤之情狀，乃於99年9月27日至同年10月5日至長庚醫院住院檢查（下稱第1次住院），此為上訴人所自陳，並有阮綜合醫院之健康檢查報告單及長庚醫院之入院護理評估、護理記錄單在卷可稽（見原審卷(一)第151、153頁，卷(二)第176頁），可見陳民陽係為確認其腦部腫瘤情狀而前往長庚醫院就診。
- (3)又陳民陽在長庚醫院之上開第1次住院期間，曾進行頭部磁振造影檢查、誘發電位檢查、腦波檢查、腰椎穿刺檢查、腦脊髓液檢查等，而檢查結果顯示雙側大腦廣泛性白質病灶，腦波為瀰漫性皮質功能異常（輕至中度），但腦脊髓液中並未發現惡性細胞，有各該檢查資料在卷可憑（見原審卷(一)第142、143、147～149頁），並為行政院衛生署醫事審議委員會（下稱醫審會）第0000000號鑑定意見及法務部法醫研究所（下稱法醫所）第0000000000號鑑定書所敘明（見原審卷(二)第158頁，外放台灣高雄地方法院檢察署100年度他字第3678號偵查影卷）。可見陳民陽在長庚醫院所檢查得知之病灶，與其在阮綜合醫院檢查結果仍相符合（即腦部內有腫瘤異狀情形），陳武福乃告知陳民陽上開檢查結果，並建議進行手術以確定病灶之病理變化，作為進一步治療與未來預後之診斷依據，陳民陽及家屬則表示因個人因素需擇日接受手術治療，而於同年10月5日先行出院，此亦有長庚醫院之護理記錄單在卷可稽（見原審卷(一)第163、164頁）。
- (4)陳民陽於99年10月11日回診由陳武福門診，當時即討論住院進行手術事宜，陳民陽並接受陳武福關於進行腦部切片手術之建議（Admission for brain biopsy），而於99年10月19日再次住院（下稱第2次住院），且住院當時亦主訴「近日吃東西會噁，左腳乏力、開車偏左」（見原審卷(一)第166頁之門診記錄，第262頁之入院護理評估），而陳民陽於翌日即10月20日進行之腦部電腦斷層掃描結果，亦發現有瀰漫性星狀細胞瘤（見原審卷(一)第264頁之護理記錄單，第232頁之檢查報告單，上述法醫所鑑定書），對照其先前第1次住院時之各項檢查結果，亦係確認腦部有腫瘤、腦波呈異常情狀，且當時已主訴「2週來全身無力，且吞食困難有數週」等語，而依法醫所鑑定書所載，陳民陽當時經檢查後已有「

語言能力降低50%、雙側視覺異常等現象」（見上述法醫所鑑定書），應可認陳民陽在第2次住院時，上開腦部異狀已開始影響其行動能力，且住院目的應係為進行系爭手術（見原審卷(一)第180頁之入院記錄）。

- (5)則依上開事證為斟酌，陳民陽在長庚醫院第1、2次住院時，其腦瘤狀況應已有壓迫到腦組織功能區域，並已出現生理障礙等臨床現象，而影響陳民陽之日常生活行動能力，可見應有進行診斷及積極治療之需求。而陳武福在系爭手術前，已曾對陳民陽採取各種非侵入性之各種放射檢查，及腰椎穿刺之較輕微侵入性檢查，然仍無法斷定腦部病灶之良惡程度，且因腦瘤係呈瀰漫性狀態而無法切除，則經由系爭手術取得腦組織以確立病理診斷，俾利醫師後續診斷與治療參考，就處理此類腦部腫瘤之醫學常規而言，應屬必要。況在系爭手術所採取之檢體，經嗣後病理檢查結果，亦呈現多型態濃核星狀細胞，並診斷為第2級之瀰漫性星狀細胞瘤（見原審卷(一)第207～209頁之病理組織檢查報告單，上述法醫所鑑定書及醫審會鑑定意見）。再參以醫審會鑑定意見所稱：「腦部病灶經常無法由放射檢查確定病灶本質，不同之疾病如腫瘤、發炎或梗塞，其治療方式完全不同，故須取得病理組織，確定診斷以利後續治療，陳民陽之雙側大腦廣泛性白質病灶，無法施行大範圍之切除，因會造成術後嚴重之神經缺損，施行立體定位切片手術（即系爭手術），其手術適應症符合醫療常規…，且手術有其必要性」等語。本院經與上開醫學相關資訊為綜合斟酌研判後，認陳武福依照陳民陽之病況及各種檢查結果，建議施行系爭手術，應符合醫療常規之需求及必要。
- (6)再者，陳民陽在系爭手術前，已先在阮綜合醫院以磁振造影及正子掃描為檢查，並發現腦部有異狀，且先後2次前往長庚醫院時，亦進行頭部磁振造影檢查、誘發電位檢查、腦波檢查、腰椎穿刺檢查、腦脊髓液檢查等，而確認腦部有異狀存在，可見就該病灶在臨床上可採行之其他替代檢查方式，應均已採用，而仍無法完全確認該腦瘤病灶之情狀，況採行系爭手術之主在要目的，係在進行切片採樣，以確立病理診斷，幫助醫師治療方式之選擇，應屬臨床上可採行之檢查方式，此亦為上述醫審會及法醫所之鑑定意見所載明。故上訴人主張系爭手術並無急迫及必要性，或臨床上應有其他可替代之檢查方式，本院尚難為其有利之認定。
- (7)上訴人雖主張陳武福在術前僅告知手術成功率95%，而未明確說明系爭手術會造成永久性昏迷及死亡之併發症或後果，且術前告知之手術位置及手術名稱亦與實際不符等語。然查，外科手術之性質，屬侵入性之治療方式，而任何侵入性之治療，均有其可能附帶之風險，況系爭手術為腦部穿刺方式之手術，其附帶相當之風險顯屬必然，並應為一般人所可認知之常情，而依病程記錄所載（見原審卷(一)第181頁），陳

武福於99年10月20日曾就系爭手術之相關事項向陳民陽為說明，並經陳民陽為簽名確認，且陳雅惠在原審亦陳稱陳武福有親自到場告知手術位置及成功率等情（見原審卷(一)第83～87頁，此部分另詳後述），再參以陳民陽之手術同意書上，除有其親自簽名外，尚有友人張佩真在場見證之簽名（見原審卷(一)第195、196頁），應可佐證陳武福在術前應已向陳民陽及其家屬、友人說明系爭手術之內容，並獲得陳民陽之同意，況上訴人既自陳陳武福於術前曾親自到場告知系爭手術成功率為95%，並說明手術方式，則依一般人之知識經驗，應能明確認知系爭手術尚有5%之可能風險，而陳民陽於第1次住院期間，即已確認腦部有異常情狀，並先行出院，而於時隔2週後再度住院且進行系爭手術，應可佐認陳民陽係經過相當時間之考慮後，始決定同意手術。又陳民陽所親自簽署且經友人張佩真見證之手術同意書上，亦載明：「一般手術風險中有因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風；手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡」等語（見原審卷(一)第195頁），可見上訴人及陳民陽在術前應已經由陳武福之說明，而瞭解系爭手術可能發生之風險。

- (8)至陳武福所告知之手術名稱，為醫學專有名詞之「無框式立體定位手術」，或俗稱較易瞭解之「腦部穿刺切片」，應無礙本件告知內容之認定。另上訴人所稱手術位置及實際開刀位置不符部分，因依陳雅惠所述，係指陳武福在術前告知「在額頭右方骨頭約10元硬幣大小處磨薄，以便穿刺進入腦部作檢查，而實際手術位置則係靠右側太陽穴」（見原審卷(一)第83頁），然所謂「額頭右方骨頭」，係指頭部右側位置，且因僅為口頭說明之用語，自難精確表達實際手術之情狀，而系爭手術係採「用導航系統在顱骨鑽一個孔，用取樣針伸入到原先判斷病灶位置（即從額頭右邊額葉靠髮線後方位置鑽洞穿刺進入腦部）」之方式（見本院卷第102、105頁），可見手術位置係經由術前檢查之相關資訊，以精密儀器伸入腦部切片取樣位置，自有可能與口頭說明而略有調整，並屬醫學上之專業研判，況該手術位置應尚無明顯差異，且依卷證資料所示，系爭手術過程中，並無醫療疏失之情事，此從麻醉記錄單及醫審會之鑑定意見所載：「手術結束時，陳民陽之血壓為122/77mmhg、心跳60次/分、呼吸10次/分、SPO2：99%」，及法醫所鑑定書所載：「後續檢查並無腦穿刺併發症，即顱內並無出血或異狀」等語（見原審卷(一)第198頁，上述醫審會及法醫所之鑑定意見），亦可得佐證。則上訴人就手術鑽洞位置之陳述，亦難採為與陳民陽死亡結果間有何因果關係之論據。
- (9)按醫師及醫療機構於診治病人時，應向病人或其家屬告知病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應；若為手術或侵入性檢查或治療時，應說明手術原因、手術成

功率或可能發生之併發症及危險，此為醫學上所稱之告知義務，並為醫師法第12條之1、醫療法第63條第1項、第64條第1項及第81條所明定。又上開告知義務，係基於對病患自主決定權之保障與尊重，亦即病人理應事先認識手術之風險，並由其自主決定是否願意承擔該風險之同意，而病人之同意則以醫師或醫療機構之充分說明為前提。至於說明義務之內容及範圍，則應視一般病患所重視之醫療資料加以說明，而其具體內容包括各種診療之適應症、必要性、方式、範圍、預估成功率、可能之副作用和發生機率、對副作用可能之處理方式及其危險、其他替代可能之治療方式，並其危險及預後狀況等，可見告知之內容，應係以使病患能充分理解並決定是否接受該醫療行為有關之資訊為據，俾與保障病患自主決定權之意旨相符，然說明之內容，亦非謂醫師或醫療機構就各項枝節均應為詳細之說明，而應僅限於與自主決定權之行使間有重要關聯部分（亦即若未說明該資訊即會影響病患是否同意之決定，與民法第88條第1項所稱若知其情事即不為意思表示之意旨相當），以維醫病間權益之平衡。

(10)本件陳民陽係為確認腦部腫瘤之情狀而至長庚醫院就診，且在第1次住院期間之相關檢查均確認腦部腫瘤確有異狀，並經陳武福說明採用手術方式之醫療處置後，亦係先行出院，而於約2週後再次住院時，始進行系爭手術，則就此就診經過及上訴人自陳陳武福有親自前來說明手術方式及成功率等情為觀察研判，陳武福在術前所告知之內容，應已就系爭手術之目的、方式、預估成功率、可能風險等，向陳民陽及其家屬為說明，而陳民陽亦係在得知採用手術方式後，經考量自身情況而再次住院及接受手術，則就確認病灶之替代檢查均已採行，而僅有系爭手術可確認之情形下，陳民陽在當時應係在選擇或不選擇手術間為決定，再參以系爭手術之成功率為95%，法醫所鑑定書亦載明「依醫學經驗法則尚為相當安全之手術」等語，亦可見陳民陽選擇同意接受手術，並非基於資訊之不周全，而係基於系爭手術在當時醫療技術經驗下之安全及成功率，則陳民陽雖因進行系爭手術而死亡，但尚難單以死亡之結果或病檢驗結果為第2級之瀰漫性星狀細胞瘤，而非惡性較重之第3、4級，即反推陳武福未盡術前告知義務或尚無手術急迫及必要，上訴人此部分所述，本院經再三斟酌，仍難為其有利之認定。

2.上訴人雖另主張陳武福就系爭手術之施行不當，且在術後未先將陳民陽送至恢復室待麻醉消退，即逕轉送至照護人力較為不足之加護病房，亦有醫療處置之疏失等語。然查：

(1)依系爭手術記錄單所載（見原審卷(一)第201、202頁），陳民陽係於當日（10月21日）14時11分送至手術，並接受全身麻醉，而於14時44分開始劃刀，17時12分結束，17時17分送出手術室，而依病程記錄（見原審卷(一)第184頁），則係於17時25分送至加護病房。又依麻醉記錄單所載（見原審卷(一)

第198 頁），陳民陽在手術結束送至加護病房時，血壓為122/77mmhg、心跳60次/分、呼吸10次/分、SPO2：99%，可見依上開事證，陳民陽在手術過程中，應無發生任何異常情狀，此除經蘇宗明於本院審理時所陳明外，並為醫審會及法醫所鑑定意見所肯認（見本院卷第107 頁，上述醫審會及法醫所之鑑定意見），則上訴人所稱陳武福就系爭手術之施行不當，應尚屬臆測而無具體事證，自難採信。至被上訴人雖未能提出手術期間之全部心電圖資料，但因依上開麻醉記錄單所示，在手術過程中並無任何心跳異常之情狀，且在手術結束時之心跳亦屬正常，故此部分資料雖有欠缺，然仍無從採為被上訴人不利之認定，併予說明。

(2)又就手術結束後直接轉送加護病房部分，依陳武福之陳述，係「一般腦部手術，我們在術後都是直接送到加護病房，而不是送到麻醉恢復室」、「如果手術後是要轉到普通病房，我們會送到麻醉恢復室，我們是先開刀房內把病人催醒，氣管內管移除，再到麻醉恢復室去觀察一到兩個小時，觀察麻醉恢復以後的狀況，如果沒有問題，就直接送到普通病房」、「本件在手術後直接送到加護病房，是因為陳民陽進行腦部的手術」、「一般腦部手術很容易出血，心臟送出的血液有1/5 是送到腦部，所以我們關於腦部手術，就會特別注意腦部出血現象，才會送到加護病房」、「加護病房有相關監測儀器，麻醉恢復室也有相關儀器，但是因為加護病房之醫護人員比例比較高，而且加護病房之護理人員更專業，是神經外科專業護理人員」、「手術結束後，麻醉科醫師、護理師及神經外科住院醫師會陪同病患到加護病房，並且跟加護病房護理人員做交班，交班時會說明病人是全身麻醉，在開刀房進行怎樣的手術，目前生命徵候等等」等語（見本院卷第103、105 頁）。又加護病房係針對較為需要照護之重症病患，在各項儀器時監控下，全時段由1 位護理人員照護2 位病患之病房，此與普通病房僅由值班護理人員定時前往各病房查看照護情形，並不相同，此業經吳明珠在本院陳述明確（見本院卷第134 頁），且為一般醫療機構加護病房之固定配置常態。而本件陳民陽所進行之腦部手術，因當時經評估後，係採全身麻醉之方式，故在手術結束後，陳民陽仍尚未回復意識，則為監控其在麻醉回復過程之各項身心狀況，未在麻醉恢復室內等待麻醉甦醒，而直接轉至加護病房監控，就麻醉恢復室與加護病房之護理設備及護理人員均屬相當而言，陳武福所為直接轉送至加護病房之處置，尚難認有明顯違反醫療常規，再參以陳民陽在轉送至加護病房時，其心跳、血壓、呼吸、血液含氧量等數值，均屬正當，已如前述，則陳武福此項醫療處置，亦難認有何疏失，況轉送加護病房或先留在麻醉恢復室，為醫療專業判斷，且均有相關醫護人員及儀器在場監控，亦難認與陳民陽嗣後因「壓力性心肌病變」之死亡原因間，有因果關係存在，併予說明。

- (3)上訴人雖質疑在麻醉恢復室時，仍可由麻醉醫師在場監控其情狀，照護應較加護病房為周全，並提出行政院衛生署所屬嘉南療養院之麻醉安全作業參考指引為據（見本院卷第117～119頁）。然依病程記錄所載（見原審卷(一)第181頁），陳武福於術前說明時，即已告知「患者於手術後轉入加護病房治療」、「手術後，仍可能因延遲性腦內損傷造成傷害，需住進加護病房，以利治療與監測」，可見陳武福所稱因系爭手術為腦部手術，故在術後轉入加護病房照護，亦與其術前告知之內容相符，且依麻醉同意書所附之麻醉說明（見原審卷(一)第197頁），亦載明「心律不整、顫抖本為病患於麻醉後到清醒的過程中，可能發生之副作用或併發症，若短期內不能恢復，需轉到加護病房照護」等語，再參以證人即系爭手術之麻醉醫師王致嫻於原審證稱：「通常如果病人手術完，狀況不是很穩定，我們會選擇在加護病房照顧，因為加護病房有的器材與設備都比恢復室好，而且恢復室有的器材、儀器在加護病房都有」等語（見原審卷(一)第188頁）。可見腦部手術因術後仍有高度風險與不確定性，病患如發生異常狀況，基於腦神經外科加護病房之儀器設備及醫護人員之神經外科專業，應較能處理腦部手術病患於術後產生腦部損傷或相關併發症之異常狀況，故陳民陽術後未送入麻醉恢復室，而直接轉入神經外科之加護病房，應與醫療常規無違。而上訴人所提出之上開麻醉安全作業參考指引，應屬一般作業方式，就本件為腦部手術之情形，本院經上開事證為相互研判，認尚難採為上訴人有利之認定。
- (4)上訴人雖另質疑陳武福在術後未確實與加護病房之護理人員交接，而認有術後照顧未盡客觀注意義務之疏失。然依陳武福上開關於「手術結束後，麻醉科醫師、護理師、神經外科主治醫師會陪同病患到加護病房，並且跟加護病房護理人員做交班，常規程序在交班時會說明病人是全身麻醉、進行怎樣的手術、目前生命徵候」之陳述，及吳明珠所為「陳民陽術後由開刀房護士與麻醉醫生、外科醫生送到加護病房，由其接手，交班時手術室人員有告知陳民陽在開刀房的生命跡象、意識狀況，其知道他係做腦部切片檢查」之陳述（見本院卷第133～135頁），並經與呼吸照護記錄所載相勾稽查核結果，此部分過程應與事實相符（見原審卷(一)第228頁）。則就此轉送加護病房過程觀之，亦難謂有何術後照顧未盡客觀注意義務之疏失。上訴人上開所述，並不足採。
- 3.依上所述，本件陳武福對陳民陽之醫療處置，在術前應已盡告知義務，在術中並無失當，而術後處置亦無疏失。上訴人主張均有疏失，尚不足採；陳武福抗辯均無疏失，應屬可信。

(二)蘇宗明對陳民陽之醫療處置有無疏失部分：

蘇宗明並非陳民陽之主治醫師，而僅係系爭手術前受通知協助陳武福為系爭手術，並未參與施行系爭手術之決定及術前

風險之說明，亦未參與術後之急救程序，業經蘇宗明於本院審理時陳述明確（見本院卷第106、107頁），且為上訴人所不爭執，則蘇宗明就本件有無醫療處置之疏失，自應以其就系爭手術之施行過程中有無疏失情事為判斷依據。又依上所述，陳民陽之異常狀況係發生於系爭手術完成轉送至加護病房後之期間，而依卷證資料所示，並無證據證明系爭手術在施行過程中有何疏失之事證，則上訴人主張蘇宗明對陳民陽之醫療處置有疏失，尚難採信。蘇宗明抗辯並無疏失，應屬可信。

(三)吳明珠對陳民陽之術後照護行為有無疏失部分：

- 1.上訴人主張吳明珠為加護病房負責照護陳民陽之護理人員，而在發現陳民陽心電圖異常後，並未及時處理，有遲誤救治之疏失；吳明珠則陳稱陳民陽術後送至加護病房時，麻醉尚未退消，生命跡象經監測都還穩定，直至17時49分開始抖動，其評估可能是寒顫或插管不舒服，即先加添厚被，並叫名字，以確認是否要醒來，因無反應且心電圖呈現心搏過速，經檢查確認管路並無脫落後，觸摸頸動脈發現並無波動，即大喊CPR 急救，並請同事呼叫值班醫師，其所為照護過程並無疏失等語。經查：
 - (1)系爭手術結束後，陳民陽係於當日17時25分轉入腦神經外科加護病房觀察，並由吳明珠負責術後照護，當時陳民陽之情形，除麻醉尚未消退外，其他生理狀況尚屬正常，吳明珠則持續監測觀察陳民陽之體溫變化、呼吸、血氧濃度、尿液等情形，而在17時49分以前尚稱穩定，上訴人於17時40分亦進入加護房探視等情，除經吳明珠於本院審理時陳明外，並有呼吸照護記錄在卷可稽（見原審卷(一)第228頁，本院卷第133～135頁）。又吳明珠於同日17時49分發現陳民陽之心電圖波形異常、全身抖動、眼睛稍微要睜開情形後，即在旁呼喚陳民陽姓名，並一直待在病人身旁，陳民陽約全身抖動至17時51分，突然停止抖動，心跳持續偏快大於150下，並有頸部漲紅之情形，吳明珠經觸摸其頸動脈，發覺無跳動，即大喊CPCR及請其他護理人員通知值班之歐健佑醫師，並同時先使用AMBU（人工急救甦醒球），並給予陳民陽100%的氧氣使用，再推急救車急救，並給予CPCR（心肺腦復甦術），直至歐健佑醫師於17時54分到場接手心臟按摩等急救程序，亦有護理紀錄單在卷可憑（見原審卷(一)第266、267頁）。
 - (2)按臨床上，全身麻醉之病人在等待恢復期間，易因低體溫而引發寒顫，寒顫有可能增加耗氧量、增加心肺系統受損機率，導致病人缺氧、產生呼吸性酸中毒，因此護理人員在照顧此類病人時，需採取有效之護理措施，幫助縮短病人寒顫發生時間以減輕病人不適及合併症，此為全身麻醉後低體溫引發寒顫之醫學護理知識。另一般於加護病房中發現病人有異常狀況時，護理人員會立即檢查病人狀況，包含生命徵象、意識狀態、外觀表現及所有維生管路功能，初步瞭解當時狀

況後，應立即通知醫師，並提供相關檢測數值，以利醫療團隊能迅速作正確處理，此亦為加護病房之護理常規（見本院卷第120～129、192～196頁之不起訴處分書、駁回再議處分書、聲請交付審判駁回裁定所援引之醫學資料及醫審會第0000000號鑑定意見）。

- (3)本件吳明珠於17時49分至51分間，因發現陳民陽由抖動而停止，且心跳持續偏快，並有頸部漲紅之情形，經觸摸其頸動脈，發覺無跳動，即進行急救並通知值班醫師到場，且同時為陳民陽進行施行心肺復甦術，已如前述，再參以麻醉同意書所附之麻醉說明（見原審卷(一)第197頁），亦載明「心律不整、顫抖本為病患於麻醉後到清醒的過程中，可能發生之副作用或併發症」，則吳明珠於發現陳民陽全身抖動時，評估陳民陽可能因麻醉甦醒過程所生寒顫情形，因此先採取添加厚被之護理措施，並持續觀察陳民陽之情形，尚與護理常規相符，況病患之病情發生變化至緊急處理間，皆有短暫之時間差，而吳明珠自發現陳民陽有異常，至通知醫師之時間僅約2分鐘，且在此期間內，即已採行相關檢測確認程序，並立即提供心肺復甦術等相對應之急救措施，本院經斟酌上開事證，認吳明珠之上開處置，並無違反相關護理常規，亦未遲誤急救時間，自難認其有何疏失。上訴人上開論述，尚不足採。

(四)本件麻醉過程與急救過程有無疏失部分：

- 1.上訴人主張本件麻醉方式及麻藥使用劑量，及急救人員對無脈性心搏電氣活動之病患，進行電擊並施打Bosmine藥物，均未符合醫療常規，致陳民陽術後無法清醒，顯有醫療疏失，為被上訴人所否認。經查：

- (1)證人即系爭手術之麻醉醫師王致嫻於原審證稱：「陳民陽是作全身麻醉，當時是依照陳武福醫師的要求作全身麻醉，麻醉劑量及施打麻藥是其依照病人狀況看要給多少劑量，通常麻醉劑使用有止痛、睡覺、肌肉鬆弛等效用，系爭手術麻醉劑量為FENTANYL(鎮定止痛) 2ML、PROPOFOL(睡覺) 150MG、CISATRIUM(肌肉鬆弛劑) 16MG、2%LIDOCAINE(血管止痛) 60MG，因為打了PROPOFOL血管會痛，所以需要此止痛劑。手術在下午5點結束，手術過程均有紀錄陳民陽心跳、血壓、體溫、血液含氧量、血液排放之二氧化碳量，病人的生命跡象記載到下午5點15分，依麻醉紀錄單顯示當時陳民陽生命跡象都是正常」等語（見原審卷(一)第186、187頁），此項證述經核與麻醉紀錄單記載內容相符（見原審卷(一)第198頁），且陳民陽在術前之評估，亦無不適合麻醉之情形，有該麻醉前評估表在卷可憑（見原審卷(一)第199頁），再參以前述陳民在手術結束時之血壓、心跳等狀況均屬正常，及醫審會鑑定意見亦謂「依手術及麻醉紀錄單，手術過程約2.5小時，失血量微少(minimal)，麻醉期間及術後病人入加護病房時，血壓、心跳及血氧飽和度皆無異常狀況，其腦

部切片手術及麻醉過程，尚未發現有疏失之處」等語，應可認本件麻醉過程並無疏失。

- (2)上訴人雖陳稱法醫所鑑定書認本件施行全身麻醉有疏失等語，然該鑑定書係記載：「在手術常規麻醉中，一般醫學經驗中神經外科手術施打麻醉給藥會較輕些，尤其常用局部麻醉劑等，因麻醉產生之死亡機率極低，本案若經審視麻醉過程能排除麻醉過程之疏失，最大可能仍為併發之腦壓增高之併發症，併可能在腦瘤影響到中樞控制血壓中樞等引起中樞神經興奮、壓力性心肌病變之可能性」等語（原審卷(一)第160頁），則依其文義，僅謂若能排除麻醉過程之疏失，陳民陽之死因以其罹患腦瘤致腦壓瞬間升高，造成壓力性心肌病變致死之可能性最高，並非認麻醉過程有何疏失，上訴人上開論述，尚有誤解。又手術是否採用全身麻醉或半身麻醉，係以病患當時之狀況及醫師就該手術之專業判斷為據，而系爭手術之方式為在腦部穿刺取樣，且術前之麻醉同意書及麻醉前評估表（見原審卷(一)第197、199頁）亦均記載評估採「全身麻醉」方式，再參以陳民陽在手術中及結束均無異常之情事，故尚難認本件採全身麻醉為有疏失。
- (3)又依病程記錄及護理記錄單所載（見原審卷(一)第183、184、266～270頁），陳民陽接受腦部手術後，係於17時25分送至加護病房，吳明珠於17時49分至51分間，發現心電圖顯示異常及頸動脈無搏動，隨即啟動心肺復甦急救程序，並通知值班醫師歐建佑到場，並於歐建佑到場前，先施行心臟按摩，17時53分心電圖顯示心室頻脈，醫建佑於17時54分到場接手心臟按摩，陳武福於18時03分到場，亦繼續心臟按摩並給予急救藥物，且聯絡麻醉科醫師及心臟科醫師前來會診，而麻醉科醫師林坤成於18時16分到達，經評估後給予連續2次電擊及心臟按摩，並給予Bosmine（強心藥物）及Dopamine（升壓藥物），且持續進行心肺復甦急救程序。而18時18分之血液檢查結果顯示血鉀4.8meq/l（參考值為3.6～5.0）、CK-MB1.4ng/ml（參考值為0.6～6.3）。心臟科醫師顏旭霆醫師於18時56分到達會診，並給予1次電擊，但因仍摸不到脈膜，故再給予1次電擊，並仍持續給予上開藥物及進行心肺復甦急救程序。又因陳民陽於19時20分恢復心跳及血壓（血壓59/39，心跳82，呼吸12），顯示心肺復甦急救程序已有成效，顏旭霆醫師乃向上訴人解釋可能為急性心肌梗塞，需放置主動脈氣球幫浦，而陳民陽於19時35分之血壓為119/84，心跳為87，已屬正常數值。又陳民陽於22時0分至3分之心電圖檢查結果，顯示胸前導V3至V6ST段上升及疑似心肌梗塞，乃建議施行心導管檢查，但因於23時35分之心導管檢查結果，未見明顯心臟冠狀動脈阻塞，故排除急性心肌梗塞。然因陳民陽嗣後之心臟功能持續變差及血壓下降，在10月22日至23日期間，並經多次心肺復甦急救程序，仍無法回復意識（見原審卷(一)第271～288頁），乃於10月24日

出院返家，並於同日死亡。

- (4)依上開急救過程觀之，吳明珠在發現陳民陽之抖動停止，且心電圖顯示異常及頸動脈無搏動，隨即啟動心肺復甦急救程序，並通知值班醫師歐建佑到場，而陳武雄、林坤成、莊銘榮（住院醫師）、顏旭霆等人亦隨後陸續到場，並均會診及參與急救，且陳民陽於19時35分之血壓為119/84，心跳為87，已有回復正常情狀之跡象，可見急救程序已略見成效。故醫審會鑑定意見所稱：「高級心臟救命術指引，若發生無脈搏及心室頻脈，須優先給予電擊治療，此急救過程中，病人心室頻脈後轉為無心跳（PEA），歐醫師持續給予持續心臟按摩，仍可維持部分心輸出量，且經由急救後，19：20可測得病人血壓，上述急救過程並無遲延，尚未發現有疏失之處，與病人死亡無關」之意見，應與急救過程之事實相符，而可採為認定之依據。至陳民陽雖尚未回復意識，但因急性心肌梗塞之研判，經心導管檢查結果後業予排除，故醫審會之鑑定意見臆斷應為壓力性心肌病變所致。
- (5)又陳民陽腦部腫瘤，經病理檢查結果為第2 級瀰漫性星狀細胞瘤，已如前述，而依法醫所鑑定書所載：「依文獻報導本案雖組織病理診斷尚屬WHO 國際命名診斷中瀰漫性星狀細胞瘤Ⅱ級，但離惡性為一步之遙，且無法排除瀰漫性之大片組織中有局部惡性分化之腦瘤存在，且此類腦瘤更佔所有猝死案件中之12%，主要原因仍為腦壓忽然間瞬昇之結果」、「綜合研判本案因患有瀰漫性星狀細胞瘤，可因腦壓變化及中樞神經病變引起各類中樞神經傳導物質引起壓力性心肌病變等心臟引起心因性休克之機率最高」（見原審卷(一)第160 頁）。則綜合醫審會、法醫所及上開手術、急救過程之資料為研判，陳民陽雖於接受系爭手術後即未再清醒，並於術後3 日即死亡，但系爭手術之施行有其必要性，且手術、麻醉、急救過程均無疏失，其死亡應係其本身罹患瀰漫性星狀細胞瘤，因施行系爭手術而引起腦壓變化及中樞神經病變並引起各類中樞神經傳導物質造成壓力性心肌病變所致，而非系爭手術之施行本身或急救過程有何疏失所致。
- (6)上訴人雖質疑急救過程中使用Bosmine 藥物之劑量、次數、進行電擊之時間應有疏失，然陳民陽在急救過程中有發生所「無脈性心臟電氣活動（PEA）」之現象，而依本院函詢私立高雄學醫學大學附設中和紀念醫院結果，據該院表示：「此現象係指心臟雖保有電器活動，但已無（或無效）機械動作，也就是心電圖監視器上可紀錄到心電圖波形，但無法摸到脈搏。當PEA 發生時，依照急救心肺復甦術實行準則，需視為心臟停止而加以急救，首重高品質CPR，急救期間可給予Bosmine 藥物，急救過程中若心律有改變至須電擊之心律時（如心室顫動、心室頻脈）須給予電擊」等語，有該院函文在卷可稽（見本院卷第167 頁）；而本院另函詢之國立成功大學醫院附設醫院亦稱：「無脈性心臟電氣活動（PEA）」

，意指心臟有電器活動，但無有效的收縮動作，故產生無脈搏的現象。因為有電氣活動，故監視器是可以測出心跳數據的。若病患發生無脈性心臟電氣活動，依照2010年版美國心臟醫學會的指引，應開始實施CPR，亦可以使用電擊與施打Bosmine 藥物」等語（見本院卷第180 頁）。則依上開醫學機構之專業意見，應可認本件急救過程給予陳民陽電擊，並施打Bosmine 藥物，應符合醫療常規而無疏失。

(7)上訴人雖另質疑陳民陽於麻醉未清醒情形，如何感受外界環境及壓力，然「壓力性心肌病變為壓力下所產生的心肌病變，在麻醉未醒來的狀況下仍有可能發生」；「全身麻醉下進行腦病灶立體定位切片手術時，會因為許多變數的發生，產生壓力性賀爾蒙的釋放，若情況嚴重，就會發生所謂的壓力性心肌病變，目前已有37篇與壓力性心肌病變和麻醉相關的文獻，其中有研究報告指出病患在麻醉後手術結束甦醒前發生壓力性心肌病變」等情，亦分別經高醫及成大醫院函文解說明確（見同上卷頁）。可見在臨床醫學上，病患在麻醉後手術結束甦醒前，仍有可能因變數而釋放壓力性賀爾蒙，進而引發壓力性心肌病變。故上訴人上開質疑，經依上開醫學專業之解說，尚無從為其有利之認定。

(8)至上訴人雖陳稱本件仍有相關事項之疑義，並聲請再為鑑定（見本院卷第254 ~256 頁），然本件依上開事證及論述，已足供本院判斷認定陳武福、蘇宗明、吳明珠有無醫療處置及照護疏失，且上訴人所請求再鑑定事項，或為先前鑑定意見已說明，或與本件因果關係之認定無涉，或為本院已另查詢確認之事項，故尚無再送鑑定之需求及必要，併予說明。

(五)長庚醫院有無賠償責任部分：

本件上訴人請求長庚醫院負損害賠之依據，分別為以陳武福、蘇宗明、吳明珠之僱用人身分，依侵權行為之法律關係為請求，並另依其與長庚醫院間之醫療契約關係為請求。然各該請求權之基礎，均係以陳武福、蘇宗明、吳明珠在為陳民陽執行醫療處置及術後照護行為時有疏失為其依據（民法第188 條及第224 條參照）。然依上所述，陳武福、蘇宗明、吳明珠就所執行之醫療處置、術後照護及系爭手術之麻醉行為，並無疏失，而無損害賠償責任，則上訴人本於上開依據請求長庚醫院賠償損害，即屬無據，自難准許。

(六)若上訴人得請求損害賠償時，其等得請求之項目及金額為若干部分：

本件上訴人並無請求陳武福、蘇宗明、吳明珠及長庚醫院賠償損害之權利，已如前述，則就此項爭點部分，本院即無再為審酌之必要與實益，併予說明。

六、綜上所述，上訴人主張陳武福、蘇宗明、吳明珠對陳民陽之醫療處置或術後照護行為有疏失，並不足採。陳武福、蘇宗明、吳明珠及長庚醫院抗辯並無疏失，應屬可信。從而，上訴人本於侵權行為及醫療契約之法律關係，請求被上訴人連

帶給付陳施月香51萬元，陳雅惠63萬3,000元，陳慧敏、陳玉琴、陳禹成、陳金獅、陳李姐各26萬元，及均自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息，均無理由，不應准許，其假執行之聲請亦失所附麗，應併予駁回。原審就此部分為上訴人敗訴之判決及駁回該部分假執行之聲請，並無違誤。上訴意旨就此部分指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應予駁回。

七、據上論結：本件上訴為無理由，依民事訴訟法第449條第1項、第78條、第85條第1項前段，判決如主文。

中 華 民 國 104 年 3 月 31 日

民事第五庭

審判長法官 簡色嬌

法 官 黃科瑜

法 官 林紀元

以上正本證明與原本無異。

如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於上訴後20日內向本院提出上訴理由書（均須按他造當事人之人數附繕本）。上訴時應提出委任律師或具有律師資格之人之委任狀，並依附註條文規定辦理。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中 華 民 國 104 年 3 月 31 日

書 記 官 梁美姿

附註：

民事訴訟法第466條之1：

對於第二審判決上訴，上訴人應委任律師為訴訟代理人，但上訴人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親，或上訴人為法人、中央或地方機關時，其所屬專任人員具有律師資格並經法院認適當者，亦得為第三審訴訟代理人。

第1項但書及第2項情形，應於提起上訴或委任時釋明之。

資料來源：司法院法學資料檢索系統