

臺灣橋頭地方法院民事判決

109年度醫字第10號

原告 陳柔瑜
兼法定代理人 陳志利

葉明幸

共同

訴訟代理人 戴榮聖律師

被告 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

法定代理人 王植熙

被告 蔡承恩

江心茹

共同

訴訟代理人 李曉萍

邱潔婷

上列當事人間請求損害賠償等事件，本院民國114年3月11日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：

(一)、原告丁○○於民國109年2月13日因罹有腹痛等症狀，赴址設高雄市○○區○○路000號之甲○○○就診，經醫師診斷評估認原告丁○○疑似罹患闌尾炎，於同日將原告丁○○轉診至高雄市立小港醫院診療，小港醫院急診科醫師亦研判原告丁○○之病狀疑似為闌尾炎，惟因疼痛部位尚未非常明確，因此建議原告丁○○之法定代理人即原告戊○○先行陪同原告丁○○返家觀察並持續追蹤，倘繼續有疼痛之症狀再赴大型醫院就診。惟隔日原告丁○○仍有發燒、腸胃不舒服、腹

01 痛及腹瀉等症狀，原告戊○○即陪同原告丁○○至被告長庚
02 醫療財團法人高雄長庚紀念醫院（下稱被告高雄長庚紀念醫
03 院）腸胃肝膽科門診就診，並主動告知日前曾至甲○○○及
04 小港醫院就診，因病情皆未獲改善始轉至醫學中心之被告高
05 雄長庚紀念醫院求診。經腸胃科門診醫師即被告己○○診斷
06 後，告以僅係罹患腸胃炎領藥後即可返家服藥休養。被告己
07 ○○雖經原告戊○○不斷陳述，前揭醫療院所判斷原告丁○
08 ○疑有闌尾炎之病症，希望被告己○○為原告丁○○進一步
09 詳細檢查以免遲誤治療時機，惟均受被告己○○告以並無必
10 要，原告丁○○及戊○○基於對醫療專業判斷之尊重，遂依
11 被告己○○之醫囑返家。

12 (二)、原告丁○○返家後腹腔疼痛等病狀迄至同年2月25日俱未減
13 緩，甚至衍有腹瀉及發燒等加劇症狀，原告丁○○只好於該
14 日再次至被告高雄長庚紀念醫院腸胃肝膽科就診。該時原告
15 丁○○已患有發燒等急性病症，故受轉診至被告高雄長庚紀
16 念醫院急診部診療，經急診醫師以電腦斷層掃描檢查後，告
17 知原告丁○○之病症為卵巢化膿約有8公分。原告3人聽聞此
18 診斷結果甚感錯愕而回覆先前甲○○○及小港醫院皆認原告
19 係罹闌尾炎，惟被告高雄長庚紀念醫院之急診醫師仍未納為
20 參考，旋即安排原告丁○○入住被告高雄長庚紀念醫院之兒
21 童醫院大樓婦科病房治療。原告丁○○入住兒童醫院大樓婦
22 科病房後，被告高雄長庚紀念醫院之婦科醫師即被告乙○
23 ○，於同年2月25日至3月4日期間，持續以卵巢化膿之錯誤
24 方向診治。惟於同年2月27日原告丁○○之感染持續惡化，
25 致發炎指數及白血球指數皆過高，亦出現呼吸急促、肺部積
26 水等症狀，情形已呈現敗血症之症狀，而僅以施打抗生素治
27 療感染病狀，然被告乙○○仍安排於同年3月4日為原告丁○
28 ○施行腹腔內視鏡手術。原告丁○○之父母即原告丙○○及
29 戊○○心中雖有疑慮，仍基於尊重專業之立場，由被告乙○
30 ○為丁○○實施腹腔鏡手術，詎腹腔鏡手術進行時，被告乙
31 ○○兩度緊急呼叫原告丙○○及戊○○，第一次告知因發現

01 原告丁○○之腸沾黏過於嚴重，無法實施腹腔鏡手術，需要
02 改以橫切剖腹手術之方式進行；第二次復告以原告丙○○及
03 戊○○於手術過程中發現原告丁○○並非患有卵巢病症，而
04 係闌尾炎，且原告戊○○進入手術房時，原告丁○○之闌尾
05 已受切除。翌日原告丙○○及戊○○焦急希冀了解手術過
06 程，被告乙○○方告知手術當天係為原告丁○○實施橫切剖
07 腹手術後，得知並非卵巢之病症，緊急與外科及直腸科醫師
08 會診後，才發現病症乃闌尾炎破裂引發腹膜炎，始改為直切
09 剖腹清理，所幸並未影響原告丁○○之直腸功能，否則將須
10 做人工肛門等情。

11 (三)、原告丙○○及戊○○聽聞上情，想到年僅15歲正值青春年華
12 之女兒因延誤治療，而可能造成不可恢復之終身傷害，身體
13 亦因醫師誤診而被切出2個巨大傷口在肚子留下倒T型大疤痕
14 (橫切12公分、縱切15公分)以及2個腹腔鏡孔洞，可能影
15 響將來外表美觀而造成小女生心理自卑、心靈創傷等，突逢
16 此變，精神飽受痛苦。原本以現今醫學技術應甚容易診療之
17 闌尾炎，竟因被告己○○誤診為腸胃炎而延誤黃金治療時
18 間，演變成嚴重腹膜炎、敗血症，後又因被告乙○○之重大
19 過失，致原告丁○○竟無故挨大刀，手術時間逾6小時，不
20 僅造成原告丁○○身體功能及外觀之嚴重損害，更使原告3
21 人飽受身心折磨。幸因原告丁○○年輕而身體機能較為良
22 好，嗣能逐漸恢復而無生命危險，然仍無法回復至原本該年
23 紀應有之身體力量及狀態。原告丁○○於同年3月15日出
24 院，一共住院20日，但出院後因身體狀況虛弱仍需在家調養
25 休息，而原告丁○○之父母皆有正職工作，然因需要常常輪
26 流請假照料、處理相關事務，職場表現及收入亦受偌大影
27 響。且原告丁○○直至同年4月26日仍無法正常上學，在家
28 須由專人照顧，亦因此無法準備升學高中之會考，原本已報
29 名繳費之國三會考總複習補習也無法參加。由上揭事實可
30 知，原告丁○○原本之整體生涯規劃、身體健康狀況及原告
31 丙○○及戊○○之身心狀態、工作表現、家庭圓滿皆因被告

01 等人之疏失而受有損害。

02 (四)、被告己○○及乙○○未善盡理性醫師之醫療必要注意義務，
03 並已違反醫療法第82條等規定，且其2人之過失，為原告丁
04 ○○所受損害之共同原因，而具因果關係，依民法第184條
05 第1項及第2項、第185條第1項、第193條第1項、第195條第1
06 項及第3項規定，被告己○○及乙○○應對原告丁○○負共
07 同侵權行為損害賠償責任；又被告己○○及乙○○為受被告
08 高雄長庚紀念醫院僱用之醫師，依民法第188條第1項規定，
09 被告高雄長庚紀念醫院亦應連帶負損害賠償之責任。

10 (五)、原告丁○○前往被告高雄長庚紀念醫院接受診療之醫療過
11 程，與高雄長庚紀念醫院成立醫療契約，而醫療契約係受有
12 報酬之勞務契約，性質類似有償之委任關係，被告高雄長庚
13 紀念醫院即應負善良管理人之注意義務，應依當時醫療水準
14 對丁○○履行診斷或治療之義務。詎被告高雄長庚紀念醫院
15 之履行輔助人即被告己○○及乙○○因過失致生原告丁○○
16 之前揭損害，依民法第224條、第227條及第227條之1規定，
17 被告高雄長庚紀念醫院應負不完全給付之債務不履行責任。
18 是被告等人應連帶賠償原告等人所受之損害。

19 (六)、原告得請求之所受損害之項目及金額如下：

- 20 1、醫療費用：109年2月25日至同年3月15日住院治療之醫療費用
21 共計新臺幣（下同）120,124元。
- 22 2、交通費用：因住院20日，家屬從住家往返醫院20趟、出院後
23 從住家回診4次，共計24趟，往返1趟計程車資為800元，交通
24 費共計19,200元（計算式：800元×24趟=19,200元），惟原
25 告該時並未向計程車行索取交通費用收據。
- 26 3、住院期間之看護費用：住院20日皆需專人照顧，依一般全日
27 看護行情每日2,200元，看護費用共計44,000元（計算式：2,
28 200元×20日=44,000元）。
- 29 4、出院後之看護費用：出院後6週在家休養需專人照顧，看護費
30 每日2,200元，共計92,400元（計算式：2,200元×6週×7日=9
31 2,400元）。

- 01 5、醫療用品及營養品費用：術後必要之醫療用品及營養補充品
02 為①透氣術腹帶（2條）1,200元、②酒精、棉棒、生理食鹽
03 水、紗布、膠帶共約300元、③老協珍滴雞精（1500元x6盒）
04 9,000元、④統健活力胜肽蛋白（1000元x2盒）2,000元，以
05 上醫療用品及營養品共計12,500元。
- 06 6、國三會考總複習補習班費用共計30,000元。
- 07 7、除疤費用：因被告之過失造成原告丁○○腹部有27公分之大
08 倒T型傷疤，預估除疤費用至少需花費100,000元，故請求10
09 0,000元之除疤費用。
- 10 8、原告丁○○之非財產上之損害賠償：因被告之過失造成原告
11 丁○○受有身體傷害及精神上之痛苦，並使其國三會考表現
12 及生涯規劃受到影響，故請求300,000元。
- 13 9、原告丙○○及戊○○之非財產上損害賠償：原告丙○○及戊
14 ○○為丁○○之父母，因未成年子女丁○○之身體健康權遭
15 受被告等人侵害，身心飽受煎熬，受精神上之痛苦甚鉅，故
16 原告丙○○及戊○○各向被告3人請求連帶給付100,000元之
17 精神慰撫金。
- 18 (七)、綜上，爰依上開規定，依選擇合併，請求擇一為有利原告之
19 判決等語。並聲明：(一)被告應連帶給付原告丁○○718,224
20 元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之
21 五計算之利息。(二)被告應連帶給付原告丙○○、戊○○各10
22 0,000元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息
23 百分之五計算之利息。(三)願供擔保，請准宣告假執行。
- 24 二、被告則以：
- 25 (一)、原告丁○○及其陪同之父母於109年2月14日至被告己○○門
26 診就診時並未告知原告丁○○曾至其他醫療院所就醫概況，
27 亦未持轉診單就診，原告等人雖稱已向被告己○○告知外院
28 診斷疑似闌尾炎云云，惟未舉證以實其說，不可採信。另就
29 醫學而言，急性腹痛是胃腸肝膽科門診臨床相當常見之病人
30 主訴，其成因眾多，初步鑑別診斷可根據腹痛的解剖位置判
31 斷，而肚臍周圍區域的腹痛，常見原因有四類：1.腸阻塞、

01 2.缺血性腸炎/腹主動脈剝離、3.腸胃炎、4.闌尾炎。又根
02 據病人病史、臨床症狀及理學檢查可再進一步進行鑑別診
03 斷：1.腸阻塞的表現是腹脹、嘔吐合併便秘；2.缺血性腸炎
04 和腹主動脈瘤、腹主動脈剝離多發生在長期高血壓或是有心
05 血管疾患之老年人；3.腸胃炎多以上吐下瀉、腹痛、發燒表
06 現為主，臨床上青少年也常見；4.闌尾炎典型表現為模糊的
07 肚臍周圍疼痛在12到24小時內進展為局部的右下腹痛，腹痛
08 開始4至8小時會出現厭食併伴隨噁心、嘔吐，如果嘔吐出
09 現在腹痛之前須考慮其他鑑別診斷，又身體檢查時按壓腹部
10 會有右下腹闌尾位置壓痛及反彈痛。另腰大肌徵象（psoas
11 sign）、閉孔肌徵象（obturator sign），亦是診斷闌尾
12 炎之重要鑑別方法，若發現病人psoas sign或obturator s
13 ign為陽性，亦可高度懷疑闌尾炎而為進一步處置，以上所
14 陳有醫療文獻資料可憑。本件依原告丁○○於109年2月14日
15 至被告己○○門診就診時主訴肚臍周圍疼痛1天，嘔吐及腹
16 瀉2天，且近6個月已發生類似症狀3次，發燒，目前進食尚
17 可，就臨床經驗而言，此為胃腸肝膽科腸胃炎病人最常見之
18 症狀，且具時間合理關聯性，是被告己○○初步臆斷為腸胃
19 炎引起之腹痛、腹瀉與醫療常規無違。又被告己○○並未輕
20 忽闌尾炎之可能性，在確認原告丁○○肚臍周圍疼痛有一壓
21 痛點，但腹部柔軟，無肌肉緊繃、亦無右下腹部壓痛或反彈
22 痛等闌尾炎症狀，尤仍悉心實施Obturator sign、Psoas s
23 ign等理學檢查進行鑑別診斷，並確認均為陰性，已善盡醫
24 療上必要之注意義務並符合醫療常規處置。是依上述，足徵
25 原告主張被告己○○未安排檢查延誤闌尾炎治療時機，實屬
26 無據，自不可採。

27 (二)、原告丁○○因發燒、腹痛等症狀於109年2月25日至被告高雄
28 長庚紀念醫院急診就醫，經腹部電腦斷層掃描及婦科超音波
29 檢查後判定為卵巢輸卵管膿瘍，並於當日轉住院，由被告乙
30 ○○主治，入院診斷即為敗血症等疾患，原告3人主張被告
31 乙○○延誤診治致原告丁○○疾病惡化，並患有敗血症，不

01 無誤會。且卵巢輸卵管膿瘍使用抗生素治療能讓75%病人病
02 況好轉，若經抗生素治療72小時後病況仍無改善，始可考慮
03 手術介入性處置，以上所陳均有婦科教科書節本可憑；本案
04 原告丁○○因發燒至40°C，並主訴肚臍周圍疼痛、上吐下瀉
05 等症狀於109年2月25日至被告高雄長庚紀念醫院急診、住
06 院，診斷為敗血症、卵巢輸卵管膿瘍，經抗生素等治療後，
07 同年2月26日丁○○已無發燒，亦主訴噁心、嘔吐等症狀已
08 有緩解，詎於同年2月27日突出現意識改變，當日緊急追蹤
09 血液檢驗之白血球計數由同年2月25日 $22.1 \times 1000 / \mu\text{L}$ （參考
10 值 $3.5-11 \times 1000 / \mu\text{L}$ ）上升至 $25 \times 1000 / \mu\text{L}$ 、C反應蛋白則由
11 41.5mg/L （參考值 $<5 \text{mg/L}$ ）上升至 302.6mg/L ，被告乙○○
12 即向原告丁○○家屬解釋有可能將緊急為原告丁○○安排開
13 刀，但其在生命徵象不穩定的情形下可能會發生敗血性休克
14 惡化及心肺衰竭等致死之高風險，並建議使用廣效性第三線
15 抗生素（Ertapenem）控制敗血症，待生命徵象穩定後再實
16 施手術，以避免上述風險，經獲得原告丙○○及戊○○同意
17 後立即更換使用廣效性第三線抗生素。同年2月28日追蹤白
18 血球計數（WBC： $21.7 \times 1000 / \mu\text{L}$ ）、C反應蛋白（CRP： 259.5mg/L ）
19 均獲得改善，被告乙○○續依治療計畫施打抗生
20 素，以控制敗血症，同時安排術前相關作業。因此，被告乙
21 ○○於同年2月27日處方抗生素治療業經原告丁○○家屬同
22 意，且確實有效控制敗血症之危急病症，原告主張丁○○敗
23 血症係被告乙○○延誤處置所致，係屬誤會，自非可信。

24 (三)、原告丁○○同時患有卵巢輸卵管膿瘍、急性闌尾炎二種疾
25 病，蓋109年3月4日被告乙○○實施開腹手術，經卵巢輸卵
26 管膿瘍清除術後，發現右上腹腔嚴重沾黏且有不正常組織液
27 情況，研判可能尚有其他病灶，為求謹慎，遂緊急照會一般
28 外科及大腸直腸外科醫師到場後始得以確認有一破掉闌尾，
29 被告乙○○乃請原告丙○○及戊○○進入手術室告知上情，
30 並建議將闌尾一併切除，此均有病歷資料可佐。再者，就目
31 前醫療技術而言，於術前係無法判斷病人骨盆腔沾黏嚴重之

01 程度，是否已達無法進行腹腔鏡手術之情況，且「開腹手
02 術」及「腹腔鏡手術」均為輸卵管卵巢膿瘍之術式選項；本
03 案丁○○經抗生素治療下，臨床表現及檢驗數值均有明顯改
04 善，業如前述，而被告乙○○依治療計畫，並衡量原告丁○
05 ○生育功能、傷口美觀等因素，建議婦產科腹腔鏡手術，其
06 診療及處置並無不當，況被告乙○○術前已告知術中如有重
07 大發現不能使用婦產科腹腔鏡清除卵巢輸卵管膿瘍，須更改
08 為傳統開腹手術，此業已獲得原告丙○○同意後始於109年3
09 月4日實施，俟因術中發現原告丁○○骨盆腔嚴重沾黏，無
10 法妥善以婦產科腹腔鏡清除輸卵管卵巢膿瘍，因此依疾病治
11 療需要改為橫式剖腹探查，醫學上確有其憑據，經清除輸卵
12 管卵巢膿瘍，並詳細探查，另發現原告丁○○右上腹大、小
13 腸位置有不正常組織液及大範圍沾黏，難以確認實際病灶，
14 經獲得原告丙○○及戊○○同意後決定擴大施術範圍，實施
15 直式剖腹探查剝離大、小腸沾黏及切除闌尾，此為正確且常
16 見的臨床處理程序，並無違反治療常規，且原告3人起訴狀
17 亦已自承被告乙○○有告知前開事項，益證被告乙○○於本
18 件手術變更原本腹腔鏡手術改為剖腹探查手術乃係因應臨床
19 發現所為之必要處置，且符合當時原告丁○○之最大利益，
20 並無疏失可言。

21 (四)、綜上，被告等均無原告所訴之醫療過失，並無原告等人所主
22 張之侵權行為或不完全給付債務不履行害可言，自不負任何
23 賠償責任。退萬步言，縱認被告等人應負損害賠償責任，原
24 告等人主張之各項損害賠償金額，亦無理由：

- 25 1、醫療費用120,124元：此部份費用乃用於治療原告丁○○病症
26 所需，與被告等之醫療行為並無關連，其主張並無理由。
- 27 2、交通費用19,200元：原告等並未提出搭乘計程車就醫之證
28 明，且非不能以公車代步，故原告請求以計程車往來住家與
29 被告醫院之車資計算交通費用，並無理由。
- 30 3、看護費用136,400元：含住院看護44,000元及出院後看護92,4
31 00元。原告並未舉證證明其確實有他人看護之必要，況原告

01 丁○○自109年2月25日起至同年3月15日止期間就醫，係患有
02 卵巢輸卵管膿瘍等疾患，與被告等之醫療行為並無關聯，是
03 其空言主張看護費用136,400元云云，洵無足採。

04 4、醫療用品及營養品12,500元：原告等並未提出使用透氣束腹
05 帶等醫療用品及營養品之必要性及收據證明，是此部分請求
06 應予剔除。

07 5、補習班費用30,000元：原告並未提出補習費之證明，且不能
08 上課係疾病治療所致，與醫療處置無關，不應核准。

09 6、除疤費用100,000元：除疤手術係針對皮膚外觀美容之目的，
10 客觀上非屬必要手術，原告丁○○並未提出美容必要性證
11 明，且該疤痕是否會因時間經過撫平或必須經美容醫療修
12 復，是原告逕主張以整形方式修復疤痕，並要求被告等負擔
13 此筆費用，即屬乏據。

14 7、非財產上之損害賠償500,000元：含原告丁○○300,000元及
15 原告丙○○及戊○○各100,000元。原告3人主張精神慰撫金
16 之理由，多為個人主觀上因本事件所受之遺憾，據此所造成
17 精神上痛苦實屬有限，故請求之500,000元慰撫金，實嫌過高
18 等語置辯。並聲明：(一)原告之訴駁回。(二)被告如受不利判
19 決，願供擔保請准免為假執行。

20 三、兩造不爭執事實：

21 (一)、原告丁○○於109年2月14日至被告醫院腸胃肝膽科門診就
22 診，經腸胃科門診醫師即被告己○○診斷後，告以丁○○係
23 罹患腸胃炎。

24 (二)、原告丁○○於109年2月25日再次至被告醫院急診部診療，旋
25 即安排原告丁○○入住被告醫院之兒童醫院大樓婦科病房治
26 療，由被告醫院之婦科醫師即被告乙○○主治。

27 (三)、被告乙○○於109年2月25日至同年3月4日期間，持續為原告
28 丁○○施打抗生素治療感染病狀，並安排於109年3月4日為
29 原告丁○○施行腹腔內視鏡手術。於腹腔鏡手術進行時，因
30 原告丁○○骨盆腔嚴重沾黏，經緊急呼叫原告丙○○及戊○
31 ○後，改以橫切剖腹手術之方式進行，嗣經緊急照會一般外

01 科及大腸直腸外科到場後，始確認有一破掉闌尾。

02 四、本件爭點：

03 (一)、被告等人對於原告丁○○之醫療行為，是否符合醫療常規？
04 有無過失？被告高雄長庚紀念醫院應否負僱用人之連帶賠償
05 責任？

06 (二)、如有，原告等人得請求之金額為若干？

07 五、本院論斷：

08 (一)、按，醫師為具專門職業技能之人，其執行醫療之際，應盡善
09 良管理人之注意義務，就醫療個案，本於診療當時之醫學知
10 識，審酌病人之病情、醫療行為之價值與風險及避免損害發
11 生之成本暨醫院層級等因素，綜合判斷而為適當之醫療，始
12 得謂符合醫療水準而無過失；至於醫療常規，為醫療處置之
13 一般最低標準，醫師依據醫療常規所進行之醫療行為，非可
14 皆認為已盡醫療水準之注意義務，又因醫師未能施行符合醫
15 療水準之醫療行為（積極作為與消極不作為），而病患嗣後
16 發生死亡者，若其能妥適施行符合醫療水準之醫療行為，使
17 患者仍有生存之相當程度可能性者，即難認該過失之醫療行
18 為與病人之死亡間無相當因果關係。再過失之醫療行為與病
19 人之死亡間因果關係之存否，原則上雖應由被害人負舉證責
20 任，惟苟醫師進行之醫療處置具有可歸責之重大瑕疵，導致
21 相關醫療步驟過程及該瑕疵與病人所受損害間之因果關係，
22 發生糾結而難以釐清之情事時，該因果關係無法解明之不利益，
23 本於醫療專業不對等之原則，應歸由醫師負擔，依民事
24 訴訟法第二百七十七條但書之規定，即生舉證責任轉換（由
25 醫師舉證證明其醫療過失與病人死亡間無因果關係）之效果
26 （最高法院106年度台上字第227號判決意旨參照）。故於醫
27 療過失案件，原則上仍應由被害人負舉證責任，只有於醫師
28 進行之醫療處置具有可歸責之重大瑕疵，導致相關醫療步驟
29 過程及該瑕疵與病人所受損害間之因果關係，發生糾結而難
30 以釐清之情事時，該因果關係無法解明之不利益，本於醫療
31 專業不對等之原則，始應歸由醫師負擔，故本件除有上開例

01 外情事外，自仍應由原告負舉證之責任。

02 (二)、經查，原告主張被告有上開醫療過失，然為被告所否認，並
03 以上開言詞置辯，而就被告是否有上開醫療過失情形，經送
04 請衛生福利部醫事審議委員會鑑定，及原告不服依原告之聲
05 請再次送鑑定等二次鑑定後，第一次之結果為：「

06 (一)

07 1. 依學理及急性闌尾炎臨床表現，典型症狀表現為由上腹或
08 肚臍週圍痛開始，而後轉為：右下腹疼痛並加劇，可能併
09 有食慾不佳、噁心或嘔吐、發燒、偶有腹瀉便秘等情況，
10 身體診察在右下腹闌尾正上方的點 (McBurney point) 於
11 按壓時會有明顯壓痛感及腹部肌肉僵硬 (muscle guardin
12 g) 情形，且有腰大肌病徵 (Psoassign：可由右大腿之伸
13 直過度測定，當發炎闌尾位於盲腸後面或位於後方時，會
14 出現此病症) 或閉孔肌病徵 (Obturator sign：可由右大
15 腿內翻、外展、或微彎曲來測定，當發炎闌尾位於骨盆內
16 時，此測驗可導致疼痛增加)。(參考資料1-3)

17 依109年2月14日之門診病歷紀錄，病人因為肚臍周圍疼痛
18 1天合併腹瀉、發燒及嘔吐就診，但胃口尚可，且最近半
19 年內有3次類似症狀發生，身體診察無腹部肌肉僵硬 (mus
20 cle guarding)，無腰大肌病徵 (Psoas sign)，無閉孔
21 肌病徵 (Obturator sign)，故無法研判有急性闌尾炎之
22 病症。綜上，蔡醫師在診斷上已盡醫療上之注意，並無疏
23 失。

24 2. 急性闌尾炎發生在孩童身上，容易有不典型症狀，且急性
25 闌尾炎為腹痛急症，疾病變化進度快速，但依病歷紀錄，
26 病人於109年2月14日門診就診後至2月25日至急診室就診
27 前，期間無其他就診紀錄。2月14日門診就診時身體診察
28 結果，病人無腹部肌肉僵硬 (muscle guarding)，無腰
29 大肌病徵 (Psoas sign)，無閉孔肌病徵 (Obturator si
30 gn)，故無法研判有急性闌尾炎之病症，診斷碼列有K290
31 0急性胃炎未伴有出血 (Acute Gastritis Without Bleed

ing)、R197腹瀉 (Diarrhea Unspecified)、R1110嘔吐 (Vomiting, Unspecified)，蔡醫師開立症狀治療藥物，符合醫療常規，並無疏失。

(二)

1. 臨床上，女性右側卵巢輸卵管化膿所形成之膿瘍，與闌尾炎破裂所形成之腹內膿瘍，因位置相近，症狀類似，外在檢查不易區分，常常在開腹探查手術之下始能確認真實病灶。依病歷紀錄，當時該院急診醫師除徒手身體診察外，亦有進行血液常規檢查與腹部電腦斷層掃描檢查；腹部電腦斷層掃描 (CT) 檢查報告呈現右側子宮附屬器複雜性囊腫 (right adnexal complex cystic mass) 約4.5x5.6x8.5公分，內含中隔與囊腫壁高顯影，疑似卵巢輸卵管膿瘍或輸卵管積膿破裂，因此急診醫師對病人之診療已盡醫療上之注意，並無疏失。

2. 闌尾炎之臨床非侵入性鑑別診斷，除徒手身體診察外，腹部電腦斷層掃描檢查亦是可用工具，當徒手身體診察懷疑有闌尾炎之虞，可進行腹部電腦斷層掃描檢查。依病歷紀錄，109年9月25日病人於急診室時有接受腹部電腦斷層掃描檢查，並非未就病人是否有罹患闌尾炎之情形安排檢查，故該院之急診醫師並無疏失。

(三)

1. 臨床上，女性右側卵巢輸卵管化膿所形成之膿瘍，與闌尾炎破裂所形成之腹內膿瘍，因位置相近，症狀類似，外在檢查不易區分，常常在開腹探查手術之下始能確認真實的病灶。

本案病人已在急診室經腹部電腦斷層掃描檢查結果診斷為有側卵巢輸卵管化膿，故委由婦產科醫師收入院進行後續治療。2月25日江醫師收住院後，針對其疾病給予靜脈滴注 (IVD) 2種抗生素ceftriaxone (2g，每日1次) 與metronidazole (1g，每8小時1次) 治療，隔日metronidazole改為每12小時1次500mg靜脈滴注。2月27日血液檢查結果

01 顯示白血球數量升至25000/ μ L，發炎指數CRP升高至302.
02 6mg/dL，因此更換抗生素，醫師於當日停止ceftriaxone
03 與metronidazole之使用，改給予靜脈滴注抗生素ertapen
04 em (1g) 1劑，又於2月28日01：07給予靜脈滴注抗生素er
05 tapenem (1g) 1劑，03：08給予靜脈滴注cefepime (500m
06 g) 1劑，09：43開始改用靜脈滴注抗生素meropenem (1
07 g，每日1次) 治療。嗣因抗生素持續治療無效，於3月4日
08 進行手術，術後始診斷為急性卵巢輸卵管炎、急性穿孔性
09 闌尾炎。綜上，江醫師在診斷上已盡注意義務，並無疏
10 失。

11 2. 109年2月25日病人住院後，醫師隨即給予抗生素ceftriax
12 one與metronidazole治療，並於2月28日更換至抗生素mer
13 openem。後因抗生素持續治療無效，於3月4日施行右側卵
14 巢膿瘍引流、闌尾切除及骨盆腔黏連剝離手術。術中發現
15 右側卵巢4x3公分合併蓄膿與黏連至小腸與骨盆腔壁，右
16 側輸卵管6x1.5公分合併蓄膿與黏連至小腸與骨盆腔壁，
17 並有一多葉蓄膿團塊 (multilobulatedpusformation) 在
18 右側卵巢輸卵管、盲腸、闌尾、乙狀結腸，與直腸子宮凹
19 陷間，故施行膿液引流手術及骨盆腔黏連剝離手術。術中
20 會診一般外科及直腸外科，外科劉醫師施行終端迴腸、盲
21 腸與闌尾之黏連剝離，並發現闌尾中段有一穿孔，故施行
22 闌尾切除手術，手術後病人症狀逐漸改善後出院。

23 江醫師對病人之治療符合醫療常規，且病人在住院期間接
24 受江醫師之治療，最後康復出院；難認有延誤闌尾炎之治
25 療，並無疏失。」。第二次之結果為：「

26 (一)

27 依甲○○○轉診單，第一診斷碼為「R109腹痛」，第二診
28 斷碼始為「K5289其他特定非傳染性腸胃炎及結腸炎」，
29 轉診目的為「低體溫 (Hypothermia)」，轉診院所為小
30 港醫院。故本會前次鑑定書 (編號0000000) 所記載診斷
31 為「腹痛合併低體溫」，並非誤載。

01 (二)

02 依109年2月14日之高雄長庚醫院腸胃肝膽科門診病歷紀
03 錄，蔡醫師身體診察結果為「softabdomen（肚子柔
04 軟），periumbilicaltenderness+（有肚臍周圍壓
05 痛），muscleguarding-（無腹部肌肉僵硬），Obturator
06 sign-（無閉孔肌病徵），Psoassign-（無腰大肌病
07 徵）」，依上開病歷紀錄，蔡醫師是有執行觸診，始能得
08 知肚子柔軟、肚臍周圍壓痛、無腹部肌肉僵硬等非實際觸
09 摸無法得知之身體徵象。

10 (三)

11 一般疑似子宮輸卵管膿瘍之子宮附屬器複雜性囊腫（right
12 adnexalcomplexcysticmass）治療處置方式，多先住院
13 以抗生素治療，抗生素治療若有效則出院返家，未必需要
14 手術；若抗生素治療無效，則給予手術清除膿瘍組織，術
15 後再繼續抗生素治療。依病歷紀錄，109年2月25日病人入
16 院後，江醫師針對其疾病給予靜脈滴注2種抗生素ceftria
17 xone（2g，每日1次）及metronidazole（1g，每8小時1
18 次）治療，隔日metronidazole改為每12小時1次500mg靜
19 脈滴注。2月27日病人之血液檢查結果顯示白血球數量升
20 至25000/ μ L，發炎指數CRP升高至302.6mg/dL，顯然初始
21 抗生素ceftriaxone與metronidazole之使用無效，因此更
22 換抗生素，於當日23：18停止ceftriaxone與metronidazo
23 le之使用，並於23：34改給予靜脈滴注抗生素ertapenem
24 （1g）1劑，後又於2月28日01：07給予靜脈滴注抗生素er
25 tapenem（1g）1劑，03：08給予靜脈滴注cefepime（500m
26 g）1劑，09：43開始改用靜脈滴注抗生素meropenem（1
27 g，每日1次）治療。抗生素持續使用至3月4日，使用期間
28 亦有調整抗生素藥物，然抗生素治療仍無明顯效果，故於
29 109年3月4日施行腹部手術。病人若經抗生素治療可以控
30 制病情，即無需手術治療，反之，因為抗生素治療無效，
31 始於3月4日進行手術治療。

01 (四)

02 依109年2月14日高雄長庚醫院腸胃肝膽科門診病歷紀錄，
03 蔡醫師記載身體診察部分為「softabdomen（肚子柔
04 軟），periumbilicaltenderness+（有肚臍周圍壓
05 痛），muscleguarding-（無腹部肌肉僵硬），Obturator
06 sign-（無閉孔肌病徵），Psoassign-（無腰大肌病
07 徵）」，此即為「按壓觸診」紀錄部分，且據此無研判有
08 急性闌尾炎之病症。綜上，蔡醫師在診斷上已盡醫療上之
09 注意，符合醫療常規，並無疏失。

10 (五)

11 依109年2月13日之甲○○○轉診單，第一診斷碼為「R109
12 腹痛」，第二診斷碼為「K5289其他特定非傳染性腸胃炎
13 及結腸炎」。又依當日高雄小港醫院急診轉歸紀錄（Emer
14 gencyDepartmentDischarge），出院診斷碼為「K2900急
15 性胃炎未伴有出血（AcuteGastritiswithoutbleedin
16 g）」，此診斷碼與2月14日之高雄長庚醫院門診病歷紀
17 錄，蔡醫師記載之第一診斷碼相同，非病人家屬所述告知
18 為急性闌尾炎。另急性闌尾炎診斷碼應為「K35-K38」，
19 並非「K5289其他特定非傳染性胃腸炎及結腸炎」，亦非
20 「K2900急性胃炎未伴有出血」。綜上，蔡醫師開立症狀
21 治療藥物，符合醫療常規，並無疏失，醫療過程亦無延
22 誤。

23 (六)

24 本會前次鑑定書（編號0000000）第6頁第十點第（二）項
25 第2小點，第三行日期月份確實打字錯誤，正確日期應為1
26 09年2月25日。依高雄長庚醫院109年2月14日腸胃肝膽科
27 門診紀錄單顯示，身體診察部分之紀錄為「softabdomen
28 （肚子柔軟），periumbilicaltenderness+（有肚臍周
29 圍壓痛），muscleguarding-（無腹部肌肉僵硬），Obtur
30 atorsign-（無閉孔肌病徵），Psoassign-（無腰大肌病
31 徵）」，此為當日蔡醫師觸診後所記載之門診病歷紀錄，

01 診斷為K2900急性胃炎未伴有出血 (AcuteGastritisWitho
02 utBleeding) 、R197腹瀉 (DiarrheaUnspecified) 、R11
03 10區吐 (Vomiting, Unspecified) 。故蔡醫師之處置，符
04 合醫療常規，並無疏失。

05 (七)

06 卵巢輸卵管蓄膿量多會鼓脹成較大的膿瘍，影像會呈現有
07 如腫瘤樣，卵巢輸卵管化膿為細菌感染造成。臨床上，卵
08 巢輸卵管化膿與過去有無卵巢疾病之病史無太大關聯，依
09 109年2月25日之急診病歷紀錄，身體診察顯示肚臍周圍壓
10 痛 (periumbilicaltenderness) 、正常活動的腸音 (nor
11 moactivebowelsound) ，無腹部反彈疼痛 (reboundingpa
12 in) 及腹部肌肉僵硬 (muscleguarding) ；腹部電腦斷層
13 掃描 (CT) 檢查報告呈現右側子宮附屬器複雜性囊腫 (ri
14 ghtadnexalcomplexcysticmass) 約4.5x5.6x8.5公分，內
15 含中隔與囊腫壁高顯影，疑似卵巢輸卵管膿瘍或輸卵管積
16 膿破裂，因此會診婦產科江醫師，婦產科超音波檢查報告
17 亦呈現右側子宮附屬器囊腫8.3x4.7公分，隨後當日病人
18 入住婦產科病房，由江醫師收治。當急診醫師依身體診察
19 及影像檢查臆斷，將病人轉至婦產科病房給予抗生素治
20 療，至抗生素治療無效後執行腹部手術，在手術視野下方
21 得以直接目視得知闌尾穿孔病變，並且會診一般外科完成
22 後續醫療處置。急診室醫師及婦產科醫師，在此部分之醫
23 療處置已盡注意義務，並無疏失。

24 (八)

25 抗生素治療需要數日之作用時間，而非109年2月25日入院
26 開始使用抗生素，即能知道抗生素治療有效或無效。依病
27 歷紀錄，109年2月25日病人入院後，江醫師針對其疾病給
28 予靜脈滴注2種抗生素ceftriaxone (2g，每日1次) 及met
29 ronidazole (1g，每8小時1次) 治療，隔日metronidazol
30 e改為每12小時1次500mg靜脈滴注。2月27日病人之血液檢
31 查結果顯示白血球數量升至25000/ μ L，發炎指數CRP升高

01 至302.6mg/dL，因此醫師更換抗生素，於當日23：18停止
02 ceftriaxone及metronidazole之使用，並於23：34給予靜
03 脈滴注抗生素ertapenem（1g）1劑，後又於2月28日01：0
04 7給予靜脈滴注抗生素ertapenem（1g）1劑，03：08給予
05 靜脈滴注cefepime（500mg）1劑，09：43開始改用靜脈滴
06 注抗生素meropenem（1g，每日1次）治療，後因抗生素持
07 續治療無效，故於3月4日施行手術。抗生素使用期間有調
08 整抗生素藥物，亦持續觀察抗生素治療之效果，故於109
09 年3月4日施行腹部手術，符合邏輯及經驗法則。此部分之
10 醫療處置符合醫療常規，並無疏失，醫療過程亦無延誤。

11 十一、本案前次鑑定問題與鑑定意見：

12 本件係第2次鑑定，第1次鑑定經本部111年4月28日以衛部
13 醫字第1111662847號書函檢附醫事審議委員會第0000000
14 號鑑定書，就臺灣橋頭地方法院聲請鑑定「（一）被告己
15 ○○部分：1. 被告己○○於原告丁○○民國（下同）109
16 年2月14日就診時未診斷出原告丁○○罹患闌尾炎，是否
17 有過失？2. 依原告丁○○當時之症狀，被告己○○當時為
18 原告丁○○所安排之各項檢查是否有疏漏之情形，而有過
19 失？（二）被善長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院部
20 分：1. 原告丁○○於109年2月25日至該院急診時，該院之
21 急診醫師只診斷出原告丁○○之病症為卵巢化膿約有8公
22 分，而並未診斷出原告丁○○罹患闌尾炎，是否有過失？
23 2. 依原告丁○○當時之症狀，該院之急診醫師未就原告丁
24 ○○是否有罹患闌尾炎之情形安排檢查，是否有疏漏之情
25 形而有過失？（三）被告乙○○部分：1. 被告乙○○於原
26 告丁○○109年2月25日至3月4日就診住院期間未診斷出原
27 告丁○○罹患闌尾炎，是否有過失？2. 依原告丁○○當時
28 之症狀，被告乙○○為原告丁○○所安排之各項治療是否
29 有違醫療常規之情形？是否有延誤原告丁○○闌尾炎治療
30 之情形，而有過失？」，提供鑑定意見如下：

31 （一）

01 1. 依學理及急性闌尾炎臨床表現，典型症狀表現為由上腹
02 或肚臍週圍痛開始，而後轉為右下腹疼痛並加劇，可能
03 併有食慾不佳、噁心或嘔吐、發燒、偶有腹瀉便秘等情
04 況，身體診察在右下腹闌尾正上方的點（McBurney poi
05 nt）於按壓時會有明顯壓痛感及腹部肌肉僵硬（muscle
06 guarding）情形，且有腰大肌病徵（Psoas sign：可由
07 右大腿之伸直過度測定，當發炎闌尾位於盲腸後面或位
08 於後方時，會出現此病症）或閉孔肌病徵（Obturator
09 sign：可由右大腿內翻、外展、或微彎曲來測定，當發
10 炎闌尾位於骨盆內時，此測驗可導致疼痛增加）。（參
11 考資料1~3）

12 依109年2月14日之門診病歷紀錄，病人因為肚臍周圍疼
13 痛1天合併腹瀉、發燒及嘔吐就診，但胃口尚可，且最
14 近半年內有3次類似症狀發生，身體診察無腹部肌肉僵
15 硬（muscle guarding），無腰大肌病徵（Psoas sig
16 n），無閉孔肌病徵（Obturator sign），故無法研判有
17 急性闌尾炎之病症。綜上，蔡醫師在診斷上已盡醫療上
18 之注意，並無疏失。

19 2. 急性闌尾炎發生在孩童身上，容易有不典型症狀，且急
20 性闌尾炎為腹痛急症，疾病變化進度快速，但依病歷紀
21 錄，病人於109年2月14日門診就診後至2月25日至急診
22 室就診前，期間無其他就診紀錄。2月14日門診就診時
23 身體診察結果，病人無腹部肌肉僵硬（muscle guardin
24 g），無腰大肌病徵（Psoas sign），無閉孔肌病徵（O
25 bturator sign），故無法研判有急性闌尾炎之病症，
26 診斷碼列有K2900急性胃炎未伴有出血（Acute Gastrit
27 is Without Bleeding）、R197腹瀉（Diarrhea Unspec
28 ified）、R1110嘔吐（Vomiting, Unspecified），蔡
29 醫師開立症狀治療藥物，符合醫療常規，並無疏失。

30 (二)

31 1. 臨床上，女性右側卵巢輸卵管化膿所形成之膿瘍，與闌

01 尾炎破裂所形成之腹內膿瘍，因位置相近，症狀類似，
02 外在檢查不易區分，常常在開腹探查手術之下始能確認
03 真實病灶。依病歷紀錄，當時該院急診醫師除徒手身體
04 診察外，亦有進行血液常規，檢查與腹部電腦斷層掃描
05 檢查；腹部電腦斷層掃描（CT）檢查報告呈現右側子宮
06 附屬器複雜性囊腫（right adnexal complex cystic m
07 ass）約4.5x5.6x8.5公分，內含中隔與囊腫壁高顯影，
08 疑似卵巢輸卵管膿瘍或輸卵管積膿破裂，因此急診醫師
09 對病人之診療已盡醫療上之注意，並無疏失。

10 2. 闌尾炎之臨床非侵入性鑑別診斷，除徒手身體診察外，
11 腹部電腦斷層掃描檢查亦是可用工具，當徒手身體診察
12 懷疑有闌尾炎之虞，可進行腹部電腦斷層掃描檢查。依
13 病歷紀錄，109年9月25日病人於急診室時有接受腹部電
14 腦斷層掃描檢查，並非未就病人是否有罹患闌尾炎之情
15 形安排檢查，故該院之急診醫師並無疏失。

16 （三）

17 1. 臨床上，女性右側卵巢輸卵管化膿所形成之膿瘍，與闌
18 尾炎破裂所形成之腹內膿瘍，因位置相近，症狀類似，
19 外在檢查不易區分，常常在開腹探查手術之下始能確認
20 真實的病灶。

21 本案病人已在急診室經腹部電腦斷層掃描檢查結果診斷
22 為右側卵巢輸卵管化膿，故委由婦產科醫師收入院進行
23 後續治療。2月25日江醫師收住院後，針對其疾病給予
24 給予靜脈滴注（IVD）2種抗生素ceftriaxone（2g，每
25 日1次）與metronidazole（1g，每8小時1次）治療，隔
26 日metronidazole改為每12小時1次500mg靜脈滴注。2月
27 27日血液檢查結果顯示白血球數量升至25000/ μ L，發
28 炎指數CRP升高至302.6mg/dL，因此更換抗生素，醫師
29 於當日停止ceftriaxone與metronidazole之使用，改給
30 予靜脈滴注抗生素ertapenem（1g）1劑，又於2月28日0
31 1：07給予靜脈滴注抗生素ertapenem（1g）1劑，03：0

01 8給予靜脈滴注cefepime (500mg) 1劑，09：43開始改
02 用靜脈滴注抗生素meropenem (1g，每日1次) 治療。嗣
03 因抗生素持續治療無效，於3月4日進行手術，術後始診
04 斷為急性卵巢輸卵管炎、急性穿孔性闌尾炎。綜上，江
05 醫師在診斷上已盡注意義務，並無疏失。

06 2. 109年2月25日病人住院後，醫師隨即給予抗生素ceftri
07 axone與metronidazole治療，並於2月28日更換至抗生
08 素meropenem。後因抗生素持續治療無效，於3月4日施行
09 右側卵巢膿瘍引流、闌尾切除及骨盆腔黏連剝離手術。
10 術中發現右側卵巢4x3公分合併蓄膿與黏連至小腸與骨盆
11 腔壁，右側輸卵管6x1.5公分合併蓄膿與黏連至小腸與骨
12 盆腔壁，並有一多葉蓄膿團塊 (multilobulatedpusform
13 ation) 在右側卵巢輸卵管、盲腸、闌尾、乙狀結腸，與
14 腸子宮凹陷間，故施行膿液引流手術及骨盆腔黏連剝離
15 手術。術中會診一般外科及直腸外科，外科劉醫師施行
16 終端迴腸、盲腸與闌尾之黏連剝離，並發現闌尾中段有
17 一穿孔，故施行闌尾切除手術，手術後病人症狀逐漸改
18 善後出院。

19 江醫師對病人之治療符合醫療常規，且病人在住院期間
20 接受江醫師之治療，最後康復出院；難認有延誤闌尾炎
21 之治療，並無疏失。」。

22 (三)、上開鑑定結果，有衛生福利部醫事審議委員會之二次鑑定書
23 在卷可稽 (卷二第85頁以下、卷三第7頁以下)。依衛生福
24 利部醫事審議委員會之2次鑑定結果，均不足以認被告等人
25 有何醫療過失之情形，另原告於本件審理中亦未提出其他足
26 以足以使本院得有確信之足以證明被告等人確有醫療過失情
27 形之證據以實其說，故原告之本件主張，即不足採信。

28 六、綜上所述，本件原告之訴，為無理由，應予駁回。

29 七、原告之訴既經駁回，則其假執行之聲請，即失所依附，應併
30 予駁回。

31 八、本件事證及法律關係已臻明確，兩造之其餘主張、陳述、抗

01 辯、攻擊防禦方法及所提出之其他證據，及原告聲請再送請
02 其他鑑定機關為鑑定等，經核與判決之結果不生影響，爰不
03 逐一論述，附此敘明。

04 九、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

05 中 華 民 國 114 年 3 月 31 日

06 醫事法庭 法官 郭文通

07 以上正本係照原本作成。

08 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。如
09 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

10 中 華 民 國 114 年 3 月 31 日

11 書記官 林香如