

臺灣橋頭地方法院民事判決

111年度醫字第5號

原告 李慧君（兼李我之承受訴訟人）

李文琨（即李我之承受訴訟人）

李文泳（即李我之承受訴訟人）

共同

訴訟代理人 陳華明律師

被告 陳韋傑

高雄榮民總醫院

法定代理人 陳金順

共同

訴訟代理人 王伊忱律師

吳欣叡律師

上列當事人間請求損害賠償事件，本院於民國113年3月18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、按當事人死亡或法定代理人之代理權喪失者，訴訟程序在有
繼承人、遺產管理人或其他依法令應續行訴訟之人承受其訴
訟以前當然停止；承受訴訟人，於得為承受時，應即為承受
之聲明，民事訴訟法第168條、第175條分別定有明文。訴訟
代理權不因本人死亡而消滅，係指繼承人、遺產管理人或其
他依法令應續行訴訟之人承受其訴訟以前而言，此時訴訟程
序固不因之而當然停止，該訴訟代理人仍得本於訴訟代理權
繼續代理訴訟；已死亡當事人之法定應承受訴訟人已依法承

01 受其訴訟時，該訴訟代理人之原訴訟代理權即當然歸於消滅
02 （最高法院112年度台聲字第1106號裁定參照）。李我於民
03 國112年11月6日死亡後，訴訟代理人陳律師之訴訟代理權不
04 消滅，是本院113年3月18日言詞辯論通知書於113年2月7日
05 送達李我之訴訟代理人乙情，有送達證書可憑（見111年度
06 醫字第5號卷，下稱醫卷，醫卷二第405頁），已生合法送達
07 之效力。李我之繼承人即原告李慧君、李文琨、李文泳均於
08 民國113年2月29日具狀聲明承受訴訟，並重新委任律師為訴
09 訟代理人乙情，有聲明承受訴訟狀、戶籍謄本、委任書可憑
10 （見醫卷二第423至440、485、487頁）。及被告之法定代理
11 人於訴訟中由林曜祥變更為陳金順，於113年2月5日聲明承
12 受訴訟，並重新委任律師為訴訟代理人乙情，有聲明承受訴
13 訟狀、委任書可憑（見醫卷二第409至413頁），均於法有
14 據。

15 二、原告主張：

16 (一)原告李慧君、李我（112年11月6日歿）分別為被害人李年春
17 （女，00年0月00日生，108年12月13日歿）之女兒及丈夫。
18 李年春前罹患左束枝傳導完全阻滯之心律問題而裝置心臟節
19 律器，心律易受高血鉀、酸血症影響。其於108年12月12日
20 因跌倒致左大腿股骨骨折，經送往被告高雄榮民總醫院（下
21 稱榮總）急診住院，由骨科醫師即訴外人黃富鼎擔任主治醫
22 師，及訴外人林衍昌醫師進行骨折後復位及內固定手術，術
23 後意識清醒，生命徵象穩定。李年春於同年月13日3時30分
24 許，有下腹部脹痛，躁動不安情形，經榮總僱用之骨科住院
25 醫師即被告陳韋傑到場診治，診治過程中意識轉為嗜睡，叫
26 喚眼神無法對焦，進行氣管插管。李年春於4時21分許，量
27 得血壓96/81毫米汞柱，脈搏僅37次/分，每分鐘小於50次，
28 屬於成人緩脈之情形，且經抽血檢查結果為酸鹼值（PH）6.
29 810，鉀離子（K）> 10mmol/L，表示鉀離子濃度已高到無法
30 測出，為嚴重代謝性酸血症。而高血鉀屬急症，會阻礙心臟
31 電氣傳導，以致心跳減緩，嚴重時則引發心律不整，導致死

01 亡結果。此際應依美國心臟醫學會西元2020年之高級心臟救
02 命術指引，及時進行「十二導程心電圖」檢查確認緩脈原
03 因，及對於酸血症、高血鉀症等可逆性病因進行矯治作為。
04 然陳韋傑疏於注意及施行處置，導致李年春因血鉀進一步升
05 高而心臟停止跳動，經急救無效，於5時4分許死亡。榮總診
06 斷為疑因肺栓塞併呼吸衰竭並不正確，其死因應為高血鉀導
07 致心跳變慢停止。陳韋傑、榮總怠於李年春開始意識不清時
08 進行抽血檢查，於插管急救後始抽血檢查，復未注意高血鉀
09 檢查結果，以致於未有相應之十二導程心電圖及矯治，其不
10 作為具有過失，與死亡結果間具有相當因果關係，應連帶負
11 侵權行為損害賠償責任，榮總並應負債務不履行損害賠償責
12 任。

13 (二)原告李慧君因此受有支出給訴外人僅祿禮儀公司之喪葬費新
14 台幣（下同）461,000元（塔位費用238,000元＋塔位管理費
15 用15,000元＋其餘喪葬費用208,000元＝461,000元）之損
16 失。及原告李慧君、李我之精神慰撫金各1,000,000元、2,0
17 00,000元。

18 (三)爰依民法第184條第1項前段、第188條第1項、第194條、第1
19 92條第1項等侵權行為之規定，先位聲明：(1)被告應連帶給
20 付原告李慧君1,461,000元、原告3人2,000,000元，及分別
21 自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利
22 息。(2)願供擔保，請准宣告假執行。及依民法第227條及第2
23 27條之1準用同法第192條第1項、第194條等醫療契約不完全
24 給付之債務不履行規定，備位聲明：(1)榮總應給付原告李慧
25 君1,461,000元、原告3人2,000,000元，及分別自起訴狀繕
26 本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(2)願供擔
27 保，請准宣告假執行。

28 三、被告均以：

29 (一)李年春於108年12月13日凌晨3時30分許，經護理師觀察有躁
30 動不安、下腹部呈圓鼓狀，尿袋內尿量少，尿道口周圍有膿
31 尿情形，經被告陳韋傑於3時50分許前來，使用腹部超音波

01 檢查下腹部，發現膀胱餘尿量不多。檢查過程中，李年春意
02 識逐漸轉為嗜睡、叫喚眼神無法對焦，即通知第二線值班醫
03 師即訴外人鄭婷丰。鄭婷丰於同日4時許前來評估須插管，
04 因屬困難插管個案，於4時15分許通知麻醉科支援，然李年
05 春於4時20分許呈現休克無脈搏，故開始心外按摩急救及抽
06 血檢查，4時30分許成功放置氣管內管並持續急救。當時抽
07 血檢查許多數值均為異常，數據已不具參考價值，首要目標
08 應為恢復並穩定生命徵象，而非針對抽血檢查中之個別數值
09 進行處置。嗣於4時52分許，家屬表示拒絕急救、希望留一
10 口氣回家，於5時許由黃富鼎醫師協助辦理出院。又股骨骨
11 折本身易產生下肢靜脈血栓，且手術前後患肢疼痛無法活動
12 以及血管壓力變化均可能導致血栓生成，當血栓經由下肢靜
13 脈進入心肺，可能導致肺栓塞，本件手術同意書中亦明載肺
14 栓塞之風險，故出院診斷為疑似肺栓塞合併缺氧性呼吸衰
15 竭，並無錯誤。是以，被告之醫療處置均合乎醫療常規，亦
16 無疏失。

17 (二)又原告所提禮儀公司合約單僅係報價單，並非實際支出之收
18 據，原告請求之喪葬費用、精神慰撫金之金額亦屬過高等語
19 置辯。並聲明：1.原告之訴及假執行之聲請均駁回；2.如受
20 不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

21 四、兩造不爭執事項（見醫卷二第298至299頁）：

22 (一)李慧君、李我（112年11月6日歿，李慧君、李文琨、李文泳
23 承受訴訟）分別為李年春（37年間生，108年12月13日歿）
24 之女兒及丈夫。

25 (二)李年春曾因罹患左束枝傳導完全阻滯之心律問題而裝置心臟
26 節律器。

27 (三)李年春因跌倒致左大腿股骨骨折，於108年12月12日經送往
28 榮總急診住院，由骨科醫師黃富鼎擔任主治醫師，及由林衍
29 昌醫師進行骨折後復位及內固定手術，術後意識清醒，生命
30 徵象穩定。

31 (四)李年春於108年12月12日3時30分許，有下腹部脹痛，躁動不

01 安情形，經榮總僱用之骨科住院醫師陳韋傑到場診治，診治
02 過程中意識轉為嗜睡，叫喚眼神無法對焦，進行氣管插管。

03 (五)李年春於4時21分許，量得血壓96/81毫米汞柱，脈搏僅37
04 次/分，每分鐘小於50次，屬於成人緩脈情形，及經抽血檢
05 查結果為酸鹼值(PH) 6.810，鉀離子(K) > 10mmol/L。

06 (六)李年春經急救無效，於5時4分許死亡，榮總出具之診斷證明
07 書記載死因為「疑因肺栓塞併呼吸衰竭」。

08 (七)李慧君支出李年春之喪葬費用。

09 五、本件爭點如下（見醫卷二第299頁）：

10 (一)李年春之死亡原因？被告醫師陳韋傑對於李年春所實施之醫
11 療處置，是否未注意高血鉀檢查結果及未於心搏變緩時施行
12 十二導程心電圖？是否違反醫療上必要之注意義務，或有逾
13 越合理臨床專業裁量情事，而構成侵權行為？

14 (二)榮總是否應負侵權行為或醫療契約不完全給付之債務不履行
15 損害賠償責任？

16 (三)原告請求被告賠償，有無理由？喪葬費用及精神慰撫金之金
17 額以若干元為正當？

18 六、本院認定被告醫師判斷李年春為術後肺栓塞導致死亡結果，
19 並無過失，得心證之理由如下：

20 (一)查李年春有糖尿病、高血壓與高血脂症病史，前因心律不整
21 接受永久性心臟節律器植入，係因跌倒致左大腿股骨骨折，
22 左髖部疼痛，於108年12月12日上午9時22分許送往榮總急診
23 住院，到院時神智清楚，血壓207/96mmHg，脈搏每分鐘68
24 次，呼吸每分鐘19次，左髖部疼痛並有活動度受限，經胸部
25 X光顯示有心臟節律器植入，髖部X光顯示為左股骨頸轉子間
26 骨折，並予抽血、心電圖等入院前檢驗，檢驗結果鉀(K)5.
27 2mmol/L(參考值3.4-4.7)，因有腎功能不全合併高血鉀，急
28 診醫師給予鈣補充劑Calglon靜脈注射液（高血鉀抑制
29 劑）、短效胰島素ActrapidHM加高濃度葡萄糖Glucose50%靜
30 脈注射（使血中鉀離子進入細胞中，降低血鉀濃度），處置
31 後於下午1時8分許再次抽血追蹤血鉀，於1時46分許檢驗報

告顯示血鉀濃度降至4.2mmol/L(參考值3.4-4.7)，心電圖顯示有左束枝傳導完全阻滯，由骨科黃富鼎醫師收治並安排手術，由家屬代為簽立手術同意書，載明疾病名稱「左股骨轉子間骨折」，建議手術名稱「骨折復位及內固定手術」，並於問題欄列出可能之併發症「麻醉風險，傷口感染，神經血管損傷，血栓(中風，下肢靜脈栓塞，肺栓塞，缺血性腸阻塞)，內固定鬆脫」等情，為兩造所不爭執(見醫卷二第298頁)，復有榮總醫院急診檢傷護理評估表、護理過程紀錄、手術同意書及本院於審理中囑託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院(下稱高醫)鑑定整理之病情概要可考(見110年度審醫字第14號卷，下稱審醫卷，第25至29、123頁、醫卷二第21至22頁)，堪信為真。而手術同意書上第二段醫師之聲明給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆欄即以手寫記載：「(1)瞭解風險、傷口感染、神經血管損傷、血栓(中風、下肢靜脈栓塞)(2)肺栓塞、缺血性腸阻塞、內固定鬆脫。」，可見被告於出院診斷證明書上記載「疑肺栓塞併呼吸衰竭」(見審醫卷第23、123頁)，係依其醫學專業認知所為合理判斷，並非事發或臨訟杜撰之事由。

(二)原告主張死因為高血鉀、酸血症導致心律不整死亡，並質疑被告判斷肺栓塞不合理等語(見醫卷一第24、56、78頁、醫卷二第493頁)。高血鉀症係屬急症，嚴重時將引發心律不整，當血清鉀離子高於7.0mEq/L，P波幅度變小，PR期間變長，以及房室傳導阻滯及緩脈，當血清離子繼續升高，P波消失，整個心電圖呈現正弦波，成為致命性心律，故除血液檢驗外，心電圖為絕對必要項目之說明，有輔仁大學醫學系王宗倫教授所著高血鉀症心電圖的臨床意義可考(見審醫卷第37至38頁、醫卷二第29至31頁)。是以，本件有李年春死亡原因究為術後併發肺栓塞或高血鉀導致心律不整，及被告醫師依當時判斷所為醫療處置是否有過失之爭點。

(三)該爭點應洽詢臨床專科醫師，有法務部法醫研究所111年7月

22日法醫理字第11100215870號函可考（見醫卷一第67頁）。本院依原告聲請，囑託國立成功大學醫學院附設醫院鑑定（下稱成大醫院鑑定），經成大醫院安排骨科部鑑定結果，認為：「(一)依李年春於108年12月12日術前血液檢查結果顯示血鉀4.2mmol/L（參考值3.4~4.7mmol/L），屬於正常範圍，不能表示術前即患有高血鉀症，又依術前心電圖呈現節律器啟動心房心律（Atrial paced rhythm）之結果，且體溫血壓脈搏紀錄發現絕大多數時間脈搏固定為70次/分，為節律器啟動之心律，而非左支束傳導完全阻滯；(二)病人無心跳、脈搏之急救期間，血鉀及乳酸迅速累積造成血酸症，且老年病人於髖關節骨折後臥床時間增加，形成靜脈血栓之機率提升，便有肺栓塞造成呼吸衰竭之風險，惟病人之疼痛忍受程度及生理狀態因個體差異極大，故不易精確預期病人罹患此併發之風險，依臺灣本土大型研究參考資料顯示，其結論為肺栓塞為老年罹患髖關節骨折病人死亡之風險主因。108年12月13日凌晨4時20分許開始為李年春施行急救，於急救後之血液檢查結果即會顯示高血鉀及代謝性血酸，因此不能表示高血鉀造成病人死亡，較合適之說法應為肺栓塞造成呼吸衰竭。」等語，有成大醫院111年11月18日成附醫秘字第1110024004號函所附病情鑑定報告書第一至二段可考（見醫卷一第92至93頁），足見被告醫師判斷李年春發生肺栓塞造成呼吸衰竭，並無違反醫療常規。

(四)原告以榮總000年00月00日下午2時10分許，由心臟內科李道興醫師出具之心電圖檢查報告，記載complete left bundle branch block（左支束傳導完全阻滯），主張雖然術前血鉀正常，然術後李年春病狀轉變之酸血症、高血鉀會對既存之左支束傳導完全阻滯造成影響，導致心跳停止，為其死亡原因等語（見審醫卷第12至14頁、醫卷一第190頁），質疑成大醫院鑑定意見之證明力。

(五)本院乃依原告聲請，將榮總病歷、原告提出之醫學文獻，2次囑託高醫鑑定，第1次鑑定結果認為：「李年春於108年12

月12日之心電圖檢查有竇性心搏過速、心軸右偏、左束枝傳導完全阻滯，入院後抽血發現高血鉀，於給予藥物治療後於下午1時8分許再次抽血降至正常範圍，血鉀升高時，會因細胞內外鉀離子濃度差異減少而減緩心臟內部傳導，產生傳導阻滯，如竇房間傳導阻滯、心房内傳導阻滯、心房心室間傳導阻滯等，如果原已有傳導束枝阻滯，將進一步惡化心臟之搏動啟動與傳導機制。惟就本案而言，李年春原已因左束枝傳導完全阻滯而接受永久性心臟節律器植入，是以對心臟搏動之啟動與傳導，由於節律器會在心搏數低於設定值時發出啟動電流，故高血鉀對於其左束枝傳導完全阻滯並不一定會發生明顯影響。然而高血鉀對心臟搏動與血液輸出之影響，除傳導阻滯外，對於心肌細胞的活動性、心臟自律性搏動、心肌收縮性等，隨血鉀濃度升高，可能產生心肌細胞活動性減低、收縮性減弱，以致心臟血液輸出不足，亦可能使心臟自律性搏動減緩，造成心搏過緩甚至竇性心跳停止。李年春自進入急診、接受手術、乃至術後，即使有骨折與手術後疼痛，外傷與手術導致之貧血（急救時抽血值顯示血紅素自進入急診時之13.8g/dL降至6.3g/dL）等需要較多心臟血液輸出量之情形，心跳數仍皆穩定維持在每分鐘68-70次，並不因身體上不適而有增加。顯示其心臟功能確實不佳，無法因應身體因受傷或手術等對血液供應需求增加之因素，而增加心搏數與血液輸出量。雖因節律器而可保持一定之心搏數，但其對外傷後身體之血液需求量，供應上恐有不足，而使體內環境與細胞處於循環與供氧不足之休克狀態。且隨著高血鉀對心肌細胞產生之其他影響，最終導致心臟活動性與收縮性降低，心搏過緩，乃至竇性心跳停止。此時即使給予強心劑、心臟按摩等急救藥物或措施，亦由於長時間細胞休克與心肌細胞失去活動性而難以恢復心跳，為其較為可能之死亡原因。下肢骨折確為急性肺栓塞併呼吸衰竭之危險因子，死亡率約25-30%，起因為血栓在深部靜脈裡，經鬆動（如骨折復位或手術）後隨血流至肺循環而梗塞。一般會出現胸痛、

01 呼吸困難、咳血、心搏過速、焦慮等症狀，血液氣體分析可
02 見動脈血缺氧及二氧化碳降低。就病歷所見，李年春於術後
03 並未主訴胸痛，亦未見咳血或呼吸困難等現象，血液氣體分
04 析結果氧分壓（ pO_2 ）為380.9mmHg並無缺氧現象。是以，因
05 急性肺栓塞併呼吸衰竭造成死亡之可能性較低。醫師面對病
06 人病況突然惡化，需考量所有之可能性並依臨床裁量作出診
07 斷與處置。急性肺栓塞併呼吸衰竭為下肢骨折可能之併發
08 症，並有死亡風險，且已臚列於手術同意書中。雖因病程惡
09 化快速，未能進行進一步檢查檢驗，難以確認或排除是否有
10 急性肺栓塞併呼吸衰竭之存在，但將急性肺栓塞併呼吸衰竭
11 列為骨折術後病人急救時之鑑別診斷項目與可能之死亡原
12 因，難謂有不符醫療常規之處。」等語，有高醫112年3月10
13 日高醫附法字第1120100066號函所附鑑定意見書意見欄第
14 一、二段可考（見醫卷二第19至24頁）。

15 (六)高醫補充鑑定即第2次鑑定結果仍認為：「高血鉀症於心電
16 圖之變化，已於前次鑑定意見詳述。心臟節律器係由內建之
17 電池供能，依設定值發出電刺激產生心搏，並不會因血中鉀
18 離子濃度而有影響或失靈。高血鉀症於心電圖上主要以傳導
19 阻滯為表現，而心臟節律器之功用，尤其在本案，就是為了
20 病人原即患有傳導阻滯。因此對於高血鉀症所產生之傳導阻
21 滯與心電圖表現，心臟節律器確實可能產生影響。然就高血
22 鉀症心電圖在心臟節律器介入下之影響，並無相關醫學文
23 獻。李年春較可能之死亡原因，已如前次鑑定意見。惟病人
24 之病程惡化極快，除病歷記載、急救時抽血數據外，別無其
25 他相關檢查檢驗甚或解剖報告等，可供判斷。前次鑑定意見
26 對病人心搏減緩，最終心跳停止之原因，僅能依所附卷證所
27 見，推定較為可能之原因，無從認定確切原因，亦無資料或
28 依據可認定與肺栓塞併呼吸衰竭無關。下肢骨折確為急性肺
29 栓塞併呼吸衰竭之危險因子。醫師面對病人病況突然惡化，
30 需考量所有之可能性並依臨床裁量作出診斷與處置。急性肺
31 栓塞併呼吸衰竭為下肢骨折可能之併發症，並有死亡風險，

且已臚列於手術同意書中。雖因病程惡化快速，未能進行進一步檢查檢驗，難以確認或排除是否有急性肺栓塞併呼吸衰竭之存在，但D-DIMER數值超過10000ng/ml，將急性肺栓塞併呼吸衰竭列為骨折術後病人急救時之鑑別診斷項目與可能之死亡原因，符合醫療常規。」等語，有高醫112年6月5日高醫附法字第1120103327號函所附鑑定意見書意見欄第(三)、(四)、(六)、(八)段可考（見醫卷二第195至201頁），及D-DIMER檢驗報告可考（見醫卷一第135頁），益徵被告醫師判斷符合醫療常規。原告主張李年春因裝有心臟節律器，對於高血鉀、酸血症等影響心律之潛在原因特別敏感，高血鉀會讓心臟節律器失靈，李年春於術後10小時無呼吸衰竭、肋膜性胸痛、大小腿腫痛、心搏過速等症狀，不能認為發生肺栓塞，被告醫師疏於注意、判斷錯誤等語（見審醫卷第14頁、醫卷一第191至193頁、醫卷二第94至96頁），尚難逕採。

(七)原告提出「內科學-第八版第一冊腦血管、胸腔」、「內科學-第八版第二冊心臟血管」、「Pacemaker failure caused by hyperkalemia」、「Treatment of hyperkalemia: something old, something new」、「medicina intensiva」等醫學文獻，並引用台大內科醫師合著之「內科學」第八版，第二冊（力大圖書有限公司0000年0月出版）第629頁之「肺栓塞」一文記載：「因為D-dimer實屬高敏感性但低特異性的檢驗，因此在診斷的過程中，主要在低度可能性的病人群中，扮演排除肺栓塞的腳色」，再聲請囑託長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院鑑定（下稱林口長庚鑑定）。

(八)依本院囑託林口長庚鑑定結果認為，裝置節律器之病人和一般病人呈現之高血鉀心電圖不同，無法以心電圖判斷是否為高血鉀，急救時發生高血鉀乃不穩定結果，並非原因，此時心電圖判斷無臨床重要性。大多數術後突發死亡為肺栓塞與心肌梗塞，李年春個案表現為呼吸衰竭突發死亡，血氧偵測不到，顯而意見臨床臆測診斷為肺栓塞，加上D-DIMER數值偏高，也證實此臨床診斷之可能性，檢測D-DIMER來診斷為

發生肺栓塞乃合理臨床醫療判斷，此病人在突發事件處置中，D-DIMER乃是指引事件診斷可能性之唯一檢測，因為急救中無法透過檢查進一步確認診斷等語，有林口長庚醫院113年1月29日長庚院林字第1121251523號函所附鑑定報告之個案病情整理及爭議問題回覆第(3)至(7)段可考（見醫卷二第389至397頁），益徵被告醫師判斷李年春發生肺栓塞，而未判斷為高血鉀，此項判斷難認有何違反醫療常規。原告提出醫學文獻，主張D-DIMER檢測結果特異性低，僅能排除肺栓塞，不能據此診斷為肺栓塞等語（見醫卷一第191頁、醫卷二第150、189、250頁），難以作為本件急救情況之認事基礎。

(九)綜上，本件歷經成大醫院鑑定、高醫鑑定、高醫補充鑑定、林口長庚鑑定，均認被告醫師判斷李年春為術後肺栓塞導致死亡結果符合醫療常規，自難認其診斷有何過失，堪以認定。

七、本院認定被告醫師對於李年春所實施之醫療處置，並無違反醫療上必要之注意義務，得心證之理由如下：

(一)原告主張高血鉀屬可逆性病因，被告醫師卻未注意高血鉀檢查結果及未於心搏變緩時立即施行於3分鐘內即可檢查完畢而得到結果之十二導程心電圖，違反注意義務或有逾越合理臨床專業裁量情事，故未能發現高血鉀於心電圖上之反應，而未採取因高血鉀導致成人緩脈之必要處置措施，導致李年春心跳停止死亡等語（見審醫卷第12頁、醫卷二第88至100、195頁），並提出成人緩脈處置措施為憑（見審醫卷第43至44頁）。

(二)惟查，被告醫師判斷為肺栓塞並無違反醫療常規，已如前述，是難逕採原告主張。且成大醫院就此部分鑑定意見認為，進行心肺復甦後立即抽血檢驗為評估是否有機會發現少數可矯正之病因，抽血為急救時之常規；心肺復甦首要之目標為恢復生命徵象，待穩定後再矯正潛在病因，惟因年紀大病人於開始接受急救時，即便確認病因，然可矯正並恢復生

01 命徵象之機會仍然非常低；若病人脈搏發生劇烈改變應該接
02 受心電圖檢查，惟若欲執行檢查當下病人便無脈搏呼吸時，
03 仍以心肺復甦為優先等語（見醫卷一第94至95頁）。

04 (三)高醫鑑定亦認為：「李年春於12月13日4時21分之血壓96/81
05 mmHg，脈搏每分鐘37次，此前醫師已發現病人意識狀態轉為
06 嗜睡，叫喚時眼神無法對焦，值班醫師，評估病人需插管，
07 並隨即發生無脈搏，開始進行急救措施。後發生無脈搏，開
08 始給予心臟按摩及抽血，檢驗結果為乳酸 (Lactate)12.84m
09 mol/L(參考值0.5-2.2)，鉀 (K)>10mmol/L(參考值3.4-4.
10 7)，血液氣體分析結果為酸鹼值 (PH) 6.810，而人體在缺
11 氧狀態下，特別是循環血流供應不足時，可能發生無氧代
12 謝，靠著產生乳酸方式產生能量，因此血流循環能力降低常
13 係引起乳酸中毒重要原因，例如休克等。此時血液中因無氧
14 代謝而產生乳酸堆積，血中乳酸值隨之增高。乳酸過高可能
15 導致血液酸化，血液中酸鹼值低於正常範圍，產生酸血症或
16 酸中毒，並造成細胞內之鉀離子外漏至細胞間液而產生高血
17 鉀。血液之酸鹼值一般在7.35到7.45之間，低於此範圍為酸
18 血症，高於範圍為鹼血症。李年春12月13日4時許抽血之酸
19 鹼值(PH)6.810，可判斷為酸血症，並可造成細胞鉀離子外
20 漏至細胞間液而產生高血鉀。急救時抽取之血液檢驗數值，
21 可能因輸液、藥物、處置與手術等各項因素，與體內面對疾
22 病或外傷時之代償機制，而影響醫師之判讀，惟如有任何異
23 常值，仍須考量其究竟為導致急救之起因或休克等狀況之結
24 果，並依臨床狀況決定因應與矯治策略，難謂對急救醫師不
25 具指引診斷或治療方向意義。依一般醫療常規，醫院內突發
26 心跳停止時，除立即給予心肺復甦如體外心臟按摩、插管給
27 氧、評估是否應予電擊外，並須同時找尋與治療可逆之原因
28 如低血氧、低血容、高血鉀等，作為急救與後續醫療決策之
29 佐助。是以病人於開始進行急救之心臟按摩時，依醫療常
30 規，亦須抽取血液做各項檢驗，或安排其他檢查，以作為診
31 斷與治療之參考與決策依據。依醫療常規，急救時，如能恢

01 復自主性穩定心跳，則著重於呼吸、心跳、血壓等生命徵象
02 穩定，包括維持血氧濃度SaO₂於94-98%，維持正常二氧化碳
03 分壓（pCO₂），進行十二導程心電圖，治療潛在病因與溫度
04 控制等。潛在可逆之突發心跳停止原因，可能有低血氧、低
05 血容、高/低血鉀等，是以如於檢驗結果發現有異常數值，
06 醫師會依其影響與緊急之程度給予矯治，如給氧、輸血、電
07 解質之補充或降低等。惟本案自4時21分後開始急救，至4時
08 52分病人兒子抵達，表示想留一口氣回家，拒絕繼續急救，
09 為時約僅半小時。依一般情況，停止急救時，應尚無檢驗報
10 告可供醫師參酌並進行矯治。進行十二導程心電圖檢查，病
11 人需平躺並於胸前及四肢貼上導極，過程中不可移動，需時
12 約五分鐘。是以如十二導程心電圖檢查，須為恢復自主性穩
13 定心跳後，方可為之。依當時病人已呈現休克，必需插管，
14 與心搏過緩，有心跳可能即將停止之前兆，醫師需立即進行
15 緊急處置，未進行該檢查，難謂不符醫療常規。病人於12月
16 13日4時21分之血壓與心跳降低，依病歷所見為綜合判斷，
17 較可能係因心臟輸出不足引發之休克、外傷與手術導致之貧
18 血、高血鉀對心肌細胞的活動性、心臟自律性搏動、心肌收
19 縮性之影響等諸多因素所致，難以僅由心電圖檢查作出判
20 斷。」等語，有高醫鑑定意見書意見欄第(三)至(六)、補充鑑定
21 意見第(七)段可考（見醫卷二第24至26、199頁），足見即使
22 當時慮及有高血鉀之症狀，仍應以心肺復甦優先，非如原告
23 主張應立即施行十二導程心電圖檢查甚明。

24 (四)原告提出Alfonso Sestito等人所著「Pacemaker failure c
25 aused by hyperkalemia」(Ital Heart J 2002;3(2):141-
26 142)、Richard H. Sterns等人所著「Treatment of hyperk
27 alemia:something old,something new」(Kidney Interna
28 tional (0000) 00,546-554)、J. B. Lopez-Messa 所著「W
29 hat should be the appropriate duration of
30 cardiopulmonary resuscitation?」(Med Intensiva 201
31 7;41:188-190)之醫學文獻，聲請本院就高血鉀症是否會導

01 致心律調節器（VVI pacemaker）之功能異常及失靈、李年
02 春血鉀檢測大於10mmol/L對於判斷是否影響心電圖表現是否
03 重要、於高血鉀症所致之心搏過緩或心跳停止，有無需等待
04 抽血檢驗報告結果、有無急救開始30分鐘即可停止之醫療常
05 規等問題，囑託林口長庚鑑定（見醫卷二第347至351、357
06 至359頁）。

07 (五)長庚鑑定認為上開文獻記載臨床診斷與處置原則不適用急救
08 狀況，囑託鑑定之問題未正視病人臨床表現，略顯鑽牛角
09 尖，以此質疑醫師未以治療高血鉀藥物進行治療，反而忽視
10 最高可能診斷係肺栓塞；情況危及時，通常會使用心電圖監
11 測器監測心律，在生命狀況不穩定情況，會進行插管、心肺
12 復甦術、檢查心音呼吸音等緊急處置；十二導程心電圖檢測
13 將耗費大量寶貴時間和空間，在生命不穩定情況下沒有必
14 要，嚴重影響病人檢查救治，並不合乎常理，不檢測十二導
15 程心電圖符合醫療常規；高血鉀之診斷與處置，不因病人是
16 否裝置心臟節律器而不同，高血鉀>10mmol/L會導致心律不
17 整及心跳停止；且裝置心臟節律器病人和一般病人所呈現之
18 高血鉀心電圖不同，無法以心電圖判斷是否高血鉀，急救時
19 發生高血鉀係狀況不穩定之結果，並非原因，此時以心電圖
20 檢測來判斷裝置節律器病人之高血鉀心電圖表現沒有臨床重
21 要性，高血鉀>10mmol/L會導致節律器作用下之心肌細胞表
22 現異常，影響心電圖圖像，甚至呈現完全沒有心臟節律器之
23 心律，類似一般人之心電圖型態，並非節律器電子器材本身
24 失靈；高血鉀作為可逆因素之情境係病人本身在急救前血鉀
25 偏高，因為高血鉀導致心律不整發生急救，然李年春於108
26 年12月12日術前血液檢查結果顯示血鉀4.2mmol/L，一天內
27 不可能大幅上升至10mmol/L，顯示血鉀本身並非事件原因；
28 急救中因呼吸狀況惡化，氣體交換出問題，酸鹼及電解值調
29 解功能異常會導致酸血症及高血鉀，急救中檢測出高血鉀更
30 可能導因於疾病狀況突發惡化，生理機能異常之結果，並非
31 可逆因素；若不存在可逆原因（ESC及AHA治療指引中可逆原

01 因包括腎衰竭導致高血鉀等待洗腎，深度溺水引發低體溫，
02 過敏性休克、食物中毒、心肌梗塞等待心導管手術），急救
03 CPCR（過去稱為CPR）時間超過20-30分鐘沒有幫助，急救中
04 呈現之高血鉀及血酸症，隨著急救時間拉長，腎臟及酸鹼調
05 節生理功能變差，會逐漸惡化，並非可排除原因；李年春之
06 糖尿病、高血壓、心律不整、裝置節律器病史皆為慢性疾病
07 病，對於CPCR存活率之判斷無關等語，有林口長庚鑑定意見
08 爭議問題回覆欄第(1)至(5)段可考（見醫卷二第393至397
09 頁），足見被告辯稱被告醫師對於李年春所實施之醫療處置
10 均無違反醫療上必要之注意義務（見醫卷二第445至461
11 頁），應堪採信。原告主張李年春係因高血鉀導致心律不
12 整，被告醫師又疏未注意與及時施行十二導程心電圖檢測，
13 以排除此可逆性原因云云（見醫卷二第476頁），難以憑
14 採。

15 (六)原告亦認同林口長庚鑑定意見所認高血鉀會導致心肌細胞無
16 法接收節律器刺激之訊號，並指為Alfonso Sestito等人文
17 獻所指「失靈」（見醫卷二第105頁），進而主張被告醫師
18 應依高血鉀緩脈處理流程處置。惟原告自承節律器作用時，
19 心電圖上ST-T波變化難供於診斷心肌變化，亦即心肌缺血時
20 特徵之ST-T波變化心電圖圖像會因節律器作用而受影響，就
21 高血鉀症心電圖在心臟節律器介入下之影響，則無相關文
22 獻，緩脈處置流程亦未區分病患是否裝置心臟節律器等語。
23 此核與高醫鑑定認為無法以心電圖檢查判斷緩脈原因，及林
24 口長庚鑑定認為無法以心電圖判斷是否高血鉀之意見相符。
25 原告起訴時主張李年春因裝置心臟節律器，對於高血鉀、酸
26 血症等影響心律之潛在原因特別敏感，被告醫師應即時施行
27 十二導程心電圖檢測高血鉀等語，難以憑採。又從林口長庚
28 鑑定，可知李年春經抽血檢測血鉀大於10mmol/L，仍屬不可
29 逆之情況，則原告上開主張被告醫師疏未注意係發生高血
30 鉀，縱然為真，亦難認與李年春死亡間有何相當因果關係。

31 (七)本件依原告聲請囑託鑑定，歷經成大醫院鑑定、高醫鑑定、

01 高醫補充鑑定及林口長庚鑑定，均認為被告醫師之診斷與處
02 置並無違反醫療常規，應堪採信。原告聲請通知高醫之醫
03 師、林口長庚之醫師到場說明（見醫卷二第259、479頁），
04 已無必要，附此敘明。

05 八、按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責
06 任，故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者亦同，違
07 反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任，但能
08 證明其行為無過失者，不在此限；及債務人因債務不履行，
09 致債權人之權利受侵害者，準用第192條至第195條及第19
10 7條之規定，負損害賠償責任，民法第184條、第227條之1固
11 有明文。惟侵權行為之成立，係以行為人具備歸責性（故意
12 或過失）、違法性（不法），並不法行為與權利受損害間有
13 相當因果關係為要件（最高法院110年度台上字第843號判決
14 參照）。本件難認被告醫院及醫師之醫療處置有何過失，從
15 而，原告依侵權行為、醫療契約債務不履行之法律關係，請
16 求被告負喪葬費用及精神慰撫金之賠償責任，均無理由，應
17 予駁回。原告假執行之聲請失所附麗，併予駁回。

18 九、本件事證已臻明確，兩造其餘關於損害賠償項目之爭點、主
19 張、陳述及所提之證據暨攻擊防禦方法，經本院審酌後，認
20 均與本件判斷結果無影響，毋庸再予逐一論述。

21 十、據上論結，本件原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，
22 判決如主文。

23 中 華 民 國 113 年 3 月 28 日
24 醫事法庭 法 官 李俊霖

25 以上正本係照原本作成。

26 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
27 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

28 中 華 民 國 113 年 3 月 28 日
29 書記官 黃莉君