臺灣高等法院花蓮分院民事判決

111年度醫上易字第1號

上　訴　人　李小蓮

訴訟代理人　籃健銘律師

　　邱敏律師

被上訴人　　佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

000000000000000000

法定代理人　林欣榮

被上訴人　　張懷仁

共　　同

訴訟代理人　廖學忠律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，上訴人對於中華民國111年1月20日臺灣花蓮地方法院108年度醫字第1號第一審判決提起上訴，本院於民國111年11月3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

□上訴人主張(已減縮金額部分，不贅)：伊於民國106年11月20日於被上訴人佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院（下稱慈濟醫院）， 接受心臟科醫師即被上訴人張懷仁(下稱其名)植入心臟節律器(英文名稱：pacemaker，下稱本案心臟節律器。卷內資料記載「心律調律器」、「心律調節器」、「心律節律器」「節律器」均同義)手術(下稱系爭手術)。因張懷仁於手術中及術後醫療處置有附表一所示醫療作為或不作為，違反當時醫療水準，致伊於術後，出現持續呼吸急促、心包膜積水、發炎等病症，嗣經臺北榮民總醫院(下稱北榮)於107年8月10日診斷伊有心臟節律器導線錯位、慢性心包膜積水等症狀，安排伊於107年8月20日接受更換心臟節律器手術，至同年月30日病情穩定後出院。伊因張懷仁有附表一所示醫療過失，受有如附表二所示損害。伊與慈濟醫院間有醫療契約(下稱本案醫療契

約)，張懷仁為慈濟醫院之受僱人或履約輔助人，然於術前，就系爭手術可能產生之風險未盡告知說明義務，違反本案醫療契約從給付義務，對伊受有附表二所示損害，亦應負不完全給付責任。為此，伊先位依民法第184條第1項前段、第2項本文、第193條第1項、第195條第1項、第188條第1項本文規定，請求被上訴人連帶賠償新臺幣(下同)84萬5,687元，及自起訴狀送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。備位則依民法第227條、第227條之1規定，請求慈濟醫院如數給付上開金額及法定遲延利息等語。

□被上訴人均抗辯：

㈠張懷仁施以系爭手術時，並無心臟節律器導線放置錯位或穿刺之情形。上訴人自107年4月9日起皆在北榮看診，該院於同年8月10日始診斷出心臟節律器導線移位及心包膜積水等症狀，應與系爭手術無關。

㈡張懷仁於107年1月2日診療時，本案心臟節律器運作正常，因發現上訴人有輕度心包膜積液，認屬系爭手術併發症，經採取秋水仙素(colchicine)及類固醇(prednisolone)等藥物治療，上訴人於107年2月2日回診時主訴有改善。迄107年4月9日前，本案心臟節律器歷次檢查結果均顯示運作正常，故張懷仁採取上開投藥治療符合醫療常規，經送衛生福利部醫事審議委員會(下稱醫審會)鑑定後，亦同此認定。

㈢關於系爭手術可能之併發症及危險，張懷仁於106年11月17日已告知上訴人，上訴人知悉後親自於手術同意書上簽名，故上訴人心包膜積液症狀屬上訴人同意接受之風險，被上訴人毋庸負賠償之責。

㈣張懷仁已盡醫療說明及告知義務，且實施系爭手術及後續醫療處置亦無過失。並聲明：上訴人之訴駁回。

□原審判決駁回上訴人之訴，上訴人不服提起上訴，並聲明：原判決廢棄，請判准如其上開聲明。被上訴人答辯：上訴駁回。

□本院之判斷

甲、先位之訴部分

㈠「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。」民事訴訟法(下稱民訴法)第277條定有明文。次按，受訴法院於決定是否適用民訴法第277條但書所定公平之要求時，應視各該具體事件之訴訟類型特性暨待證事實之性質，斟酌當事人間能力、財力之不平等、證據偏在一方、蒐證之困難、因果關係證明之困難及法律本身之不備等因素，透過實體法之解釋及政策論為重要因素等法律規定之意旨，較量所涉實體利益及程序利益之大小輕重，按待證事項與證據之距離、舉證之難易、蓋然性之順序（依人類之生活經驗及統計上之高低），並依誠信原則，定其舉證責任或是否減輕其證明度，進而為事實之認定並予判決，以符上揭但書規定之旨趣，實現裁判公正之目的(最高法院99年度台上字第408號民事判決要旨參照)。而醫療行為具有相當專業性，醫病雙方在專業知識及證據掌握上不對等，法院衡量病患請求醫療專業機構或人士損害賠償之訴訟，由病患舉證有顯失公平情形，而減輕病患之舉證責任時，病患仍應就其主張醫療行為有過失存在，先證明至使法院之心證度達到降低後之證明度，獲得該待證事實為真實之確信，始得認其盡到舉證責任(最高法院109年度台上字第2747號民事判決要旨參照)。本件上訴人先位起訴主張張懷仁有附表一所示醫療不當之過失，依侵權行為法律關係請求賠償，原應由上訴人就侵權行為要件，負舉證之責。然審酌此紛爭事實涉及醫療行為之專業性，被上訴人具醫療專業，侵權行為地即實施診療地點在慈濟醫院，診療相關之物事(如藥物、儀器等)均由被上訴人支配使用，被上訴人顯較能取得證據，舉證較為容易，因此，倘全由上訴人負舉證之責，容有顯失公平之情，經衡量後，認應依民訴法第277條但書規定，減輕上訴人舉證責任，降低其所負證明責任，以資衡平，惟此非舉證責任倒置，上訴人仍應就其主張張懷仁醫療行為有過失存在，為低度之證明，至使法院之心證度達到降低後之證明度。

㈡上訴人主張張懷仁施以系爭手術有附表一編號1所示醫療過失

部分：

上訴人主張張懷仁進行系爭手術時有本案心臟節律器導線位置及螺絲固定之不當，固提出慈濟醫院與北榮之病歷、證人謝仁哲於本院之證述為據，然為被上訴人否認，並以前詞置辯。經查：

1.上訴人於106年11月14日因心律不整（陣發性）、心房顫動（Atrial fibrillation）合併病竇症候群（sick sinus syndrome），至慈濟醫院就診，106年11月20日由張懷仁進行系爭手術，並於同年月24日出院。嗣於107年8月10日在北榮診斷出心包膜積液及本案心臟節律器致右心房、右心室破裂，於同年月20日進行心臟修補、本案心臟節律器移除及重置手術，為兩造所不爭執，並有慈濟醫院及北榮病歷可參（原審卷一第19頁至第38頁、第97頁至第100頁）。

2.醫審會之鑑定意見

⑴本件經送醫審會鑑定意見認為(原審卷二第25頁至第106頁)(病人指上訴人，張醫師指張懷仁，下同)：

①本案病人為病竇症候群(Sick sinus syndrome)患者，其24小時心電圖檢查結果顯示多次心臟停止跳動，最長達7.7秒。此類長時間心臟停止跳動有可能導致暈厥、心因性休克或誘發其他更致命之心律不整。106年11月17日張醫師發現病人此病徵後，於同年11月20日為病人進行人工心臟節律器植入手術，符合醫療常規。

②依病歷紀錄，本案心臟節律器植入之手術過程，並無不當操作、使用不當醫療器材或其他手術執行疏失。

③依106年11月20日即手術當日之本案心臟節律器檢查報告，顯示病人心房及心室導線之激搏閾值(capture threshold)正常，107年2 月22日追蹤之心臟超音波檢查結果顯示心包膜積液減少，推論106年11月20日當時本案心臟節律器無發生導線錯位，而造成心臟膜穿刺之情形，故病人之心包膜積液為系爭手術後併發心包膜炎所引起，非植入手術中發生導線穿刺心房及心室導致心臟穿孔所致。本案心臟節律器導線移位既非於10

6年11月20日手術當日發生，故並非張醫師所造成。又此種移位屬手術發生之併發症，亦屬病人於手術前簽署手術同意書所記載之風險，依慈濟醫院裝置人工心律調節器手術同意書，記載永久性導線手術後發生移位之機率低於2%。

④依慈濟醫院病歷紀錄，於107年2月2日以前，本案心臟節律器導線無發生移位，直至107年4月18日該節律器檢查報告仍顯示運作正常，故推測本案心臟節律器導線穿刺造成右心房及右心室穿孔之傷害，係於107年4月18日以後始發生。

⑵基上，本件經醫審會參考上訴人於慈濟醫院及北榮之病歷資料，研判本案心臟節律器導線位移非於106年11月20日進行系爭手術時發生，故非張懷仁所造成，屬系爭手術固有風險，且導線穿刺致右心房、右心室穿孔，乃107年4月18日以後始發生，上訴人心包膜積液、節律器導線穿刺右心房及右心室，均為系爭手術後始發生。張懷仁植入本案心臟節律器，符合醫療常規，實施系爭手術過程亦無疏失等節，已詳為說明理由依據，查無不可信之情形，應屬可採。

3.證人謝仁哲醫師於本院證稱：本案心臟節律器的機體及導線是放在合理正確的位置，但因固定導線的螺絲比較尖，螺絲在肌肉裡面，與心臟摩擦面有可能因為病患體質而造成發炎，因而導致心包膜積液。我於病歷記載「pacemaker location would hurt her」是因為裝置心臟節律器如有心包膜積液過多，正常推論是與節律器導線相關聯，但有無穿刺或導致發炎，我無法判斷。依照北榮的病歷，本案心臟節律器導線或螺絲應該穿出心臟有一陣子了，但是那一天發生，我無法判斷等語(本院卷第317、318、320、323頁)。足見，證人謝仁哲醫師並未證述張懷仁植入本案心臟節律器有導線穿刺或螺絲固定之不當，亦無法判斷本案心臟節律器導線或螺絲穿刺心臟之時點。

4.又依文獻報告，心臟節律器導線穿出心臟的機率小於1%，依系爭手術同意書記載，永久性導線手術後發生移位機率低於2%。心包膜積液及心包膜炎為心臟節律器手術之可能併發症，其發生機率約為4～5%。植入心臟節律器後，超過1個月

始發生心臟穿孔者，為延遲性穿孔。依上訴人病歷，本案發生導線穿孔的危險因子有使用主動固定型導線、服用抗凝血劑及類固醇、年長者、女生及體重較輕(50公斤)，有醫審會鑑定意見可參(原審卷二第38頁)。證人謝仁哲醫師亦證稱：固定心臟節律器導線的螺絲在肌肉裡面，與心臟摩擦面有可能因為病患「體質」而造成發炎，因而導致心包膜積液，此時因為肌肉已發炎，較脆弱，容易發生導線穿孔等語(本院卷第320、324頁)。基上，心包膜積液及術後導線穿孔為心臟節律器手術之固有風險，發生原因與病患體質有關聯，上訴人復有引致導線穿孔之危險因子，則其術後發生之心包膜炎、心包膜積液及導線穿孔等病症，是否與其自身體質相關，即屬不明，顯無從以上訴人術後有上開併發症，即得回推張懷仁植入本案心臟節律器時，有導線放置或螺絲固定之不當。

5.從而，依醫審會鑑定意見及證人謝仁哲醫師之證詞，顯然無法證明張懷仁進行系爭手術有何過失。上訴人所舉證據，無法使法院達致張懷仁為系爭手術時，有附表一編號1所示不當醫療行為之低度心證，難認已盡舉證之責，自應受不利之判斷。

㈢上訴人主張張懷仁後續醫療處置有附表一編號2所示過失部分：

1.醫審會之鑑定意見：

⑴醫審會鑑定意見認為(原審卷二第25頁至第106頁)：

①依文獻報告，節律器導線穿出心臟之機率小於1%，心包膜積液及心包膜炎為心律調節器手術之可能併發症，發生機率約為4～5%，發生此併發症時，以類固醇或非類固醇類消炎藥物佐以秋水仙素治療，若無改善，始考慮引流或手術。

②推測本案心臟節律器導線穿刺造成右心房及右心室穿孔之傷害，係於107年4月18日以後始發生，多數延遲性心臟節律器導線所造成心臟穿孔為無症狀，且是在術後定期追蹤病人期間發現節律器運作異常時，始會懷疑是否發生心臟節律器導線造成心臟穿孔之併發症。

③節律器導線造成心臟穿孔之併發症，使用胸部X光、X光透視平

台(fluoroscopy)、心臟超音波等檢查即足以確定診斷；電腦斷層掃描檢查或磁振造影檢查雖亦可確定診斷，惟並非必須進行之檢查。

④病人於107年1月2日回診時，主訴有呼吸喘及腳腫之症狀，其胸部X光檢查結果顯示心臟較以前擴大，心臟超音波檢查結果顯示有輕度心包膜積液，且本案心臟節律器於同日之檢查報告顯示運作正常，故當時張醫師推論為發生本案心臟節律器植入手術後之併發症（心包膜積液及心包膜炎），而採取類固醇、秋水仙素等藥物治療心包膜發炎合併輕度心包膜積液，為符合醫療常規之標準治療方式。

⑤因推測心臟節律器導線穿出右心房及右心室發生於107年4月18日以後，故在107年1月9日立即實施電腦斷層掃描檢查或磁振造影檢查，並無法避免或減輕本案心臟損傷之病情。

⑥病人經張醫師以秋水仙素、類固醇、及利尿劑等藥物治療後症狀改善，107年2月22日追蹤之心臟超音波檢查結果亦顯示心包膜積液減少。在此情況下可持續藥物治療及觀察，當時無須再進行電腦斷層掃描檢查或磁振造影檢查，直至日後心包膜積液復發至中等量時，始為電腦斷層掃描檢查或磁振造影檢查之較合適時間。

⑵基上，本件經醫審會參考上訴人於慈濟醫院病歷資料，認為上訴人術後於107年1月2日至107年2月2日回診時，張懷仁就上訴人病症之診斷與處置，皆符合醫療常規，未發生醫療規範不允許之專業判斷錯誤，已詳為說明理由依據，查無不可信之情形，應屬可採。

⑶至上訴人主張本案心臟節律器於107年1月2日、同年4月9日、18日3次檢測，均無法測得心房導線之激博閾值(Capture threshold)，心房導線之感測能力(Sense)數值亦顯然低於醫審會鑑定意見所稱合理範圍(詳如本院卷第141頁)，然醫審會鑑定意見竟認上開檢測均屬正常，顯已自相矛盾而不可信等語。經查：

①針對上訴人此部分疑義，經原審送請醫審會第二次鑑定，其意

見為(原審卷二第199頁正反面)：

□依文獻，心臟節律器之Capture threshold、Sense、Lead impedance(譯：電阻)之心房導線數值各為0.4ms:<1.5V、>2.0mV、250-2000ohm，心室導線數值各為0.4ms:<1.0V、>5.0mV、250-2000ohm。

□如發生導線脫落，可見Capture threshold上升、Sense下降、Lead impedance上升的變化。

□如發生導線穿刺心內膜(穿進心肌)，上開3數值會隨穿進心肌部位而不同。

□如發生導線穿刺心包(穿出心肌)，可見Capture threshold上升、Sense下降、Lead impedance下降的變化。

□本案心臟節律器107年1月2日於慈濟醫院及同年月9日於北榮檢查結果，均顯示正常運作，雖檢查時，病人處於心房顫動，無法得知心房之Capture threshold數值，惟Sense、Lead impedance與心室的上開3數值均在合理，故可推論右心室導線未穿出右心室，且不足以證明右心房導線穿出右心房。

②經整理醫審會提供數值(原審卷二第199頁)及本案心臟節律器歷次檢測結果如下表：(A：心房，V：心室)(各數值檢測單位如「醫審會提供數值」欄所載)

	醫審會提供數值		106年11月20日至同年月23日(慈濟)		107年1月2日(慈濟)		107年4月9日(北榮)		107年4月18日(北榮MRI前)		107年4月18日(北榮MRI後)	
	A	V	A	V	A	V	A	V	A	V	A	V
Capture threshold	<1.5V	<1.0v	<0.25 (20日)	<0.75 (20日)	not performed	0.75	AF	0.75	n/a	1.0	NOT PERFORMED	1.0
Sense	>2.0 mV	>5.0 mV	0.7 (20日)	>12.0 (20日)	0.3	>12.0	0.9	>12.0			0.7	>12
			1.4 (23日)	>12.0 (23日)								
Lead	000-00	000-00	440	1075	410	760	410	810	390	710	390	700

impedance	00 ohm	00ohm	（20日） 430 （22日）	（20日） 740 （22日）								
出處	原審卷二第199頁		原審卷一第83頁、卷二第397頁		原審卷二第397頁		原審卷一第22頁		原審卷二第155頁		原審卷二第153頁	

③證人謝仁哲醫師於本院證稱：本案心臟節律器於107年1月2日、107年4月9日及107年4月18日MRI前後之檢查數值均正常，因為導線有無穿刺或發炎主要是以電阻(按：即Lead impedance)的數據來判斷，Sense是次要的數據。而且，Sense的數據，會隨節律器放的部位而不同，並非低於2.0就是異常，低於2.0也是可以正常運作。例如，一開始植入節律器時，Sense數據為1.8，之後有無異常，應該要以1.8來判斷，如果低於1.8的話，要考慮的是肌肉本身所對應的電量為何變低，跟導線也沒有關係等語(本院卷第325頁)。

④基上，依醫審會第二次鑑定意見及證人謝仁哲醫師之證述，本案心臟節律器於心房、心室導線之上開3數值，需綜合判斷，方能推測導線有無穿進或穿出心肌。主要係以電阻(Lead impedance)數值來判斷，感測(Sense)數據為次要，且Sense數據是否異常，亦應參考植入時數據以為比較。經比較本案心臟節律器歷次檢測報告，心室導線數值均無異常。心房部分，其中Sense數據呈現起伏，並非一直減降，且若以系爭手術當日數值0.7V為標準，亦僅有107年1月2日檢查數值低於0.7V，則醫審會經綜合各檢查項目之歷次數值，認為本案心臟節律器迄107年4月18日均正常運作，並無矛盾不合理之處。況且，被上訴人抗辯：右心房Sense能力，於受測人心臟正常無疾病時之正常數值是「>2.0mV」。惟上訴人於系爭手術前已屬心房顫動病患，依醫學文獻，在25位心房顫動病患時，Sense合理數值範圍為「0.77+0.58mV」(即0.19至1.35間)，若在44位心房顫動病患，合理數值範圍為「1.5+1.8mV」(即2.31以內)。上訴人於107年1月2日、107年4月9日及18日，均因心房顫動而無法測得心房激搏閾值(Capture threshold)，故醫審會認定右心房S

ense數值在合理範圍，判斷並無違誤等語，並提出醫學文獻為據(原審卷二第441、459頁)，對此，上訴人迄言詞辯論終結前未提出任何爭執。從而，上訴人徒以本案心臟節律器檢查數值與醫審會提供之合理數值不同，即否定醫審會鑑定意見之證明力，並非可採。

2.證人謝仁哲醫師於本院證稱：如果是穿刺，必須開胸才能徹底解決。單純用電腦斷層或核磁共振檢查，只能診斷導線有無穿刺，但準確率不高。依照北榮的病歷，本案心臟節律器導線或螺絲應該穿出心臟有一陣子了，但那一天發生，我無法判斷。我於107年2月8日開始診療上訴人，當時上訴人還可以來門診，故還未達到需要緊急手術的程度等語(本院卷第318頁至第319頁、第323頁至第324頁)。

3.另觀之上訴人慈濟醫院病歷，證人謝仁哲醫師迄107年6月27日始於病歷記載「consider thoracotomy and pericardial evaluation by CVS, also to replace the pocker lower」(原審卷一第109頁反面)。

4.綜合上情，審酌：

⑴醫療行為本有一定風險，但因有益於社會且為維繫社會生活所不可或缺，倘行為人已遵守實施此等危險行為所定之規則並於實施時盡其注意義務，該風險之發生，應為社會通念所容許且具正當性，此即學理所稱「可容許危險」、「社會相當性」。我國採全民健康保險之社會保險制度，醫療人員從事醫療行為時，也肩負妥適利用有限醫療資源，避免不必要之浪費，致全民健康保險制度嚴重虧損而難以為繼，具有公共利益性質。疾病之檢查與治療方式本具多樣性，然所耗費之醫療資源各有不同。醫療行為之選擇涉及高度專業判斷及醫療資源妥適分配，病症輕重之呈現為浮動性，臨床上，不同病程階段通常有相對應之適宜檢查與治療。因為，倘一有病症出現，即不論輕重，一律課予醫師需窮盡一切檢查與治療方式之義務，非但有不當浪費醫療資源之疑慮，對於病患而言亦非必然有益(如不必要之侵入性檢查或治療)。是以，若醫師診療時已盡注意義務且

未違反醫療常規，自不得以事後固有風險之發生，擅斷先前醫療處置不當。

⑵本件上訴人於106年11月20日接受系爭手術，迄107年2月2日係由張懷仁診療；依醫審會鑑定意見及慈濟醫院病歷，上訴人於106年12月1日、8日、22日回診，並無心包膜積液症狀，於107年1月2日回診始出現輕度心包膜積液，張懷仁開始以秋水仙素、類固醇等藥物治療，上訴人於107年1月9日及同年月19日回診時主訴有改善，有醫審會鑑定意見及慈濟醫院病歷可參(原審卷一第100頁至第105頁，原審卷二第33頁)，上訴人經以藥物治療既有改善，故醫審會認定張懷仁診療上訴人術後併發心包膜積液，投藥方式及未進一步以電腦斷層或核磁共振檢查，符合醫療常規，洵屬合理。

⑶張懷仁於107年1月2日發現上訴人僅有輕度心包膜積液，經投藥治療亦有改善，迄107年2月2日並未顯示上訴人病症有加重之情事，且證人謝仁哲醫師於107年2月8日接手診療上訴人後，直到107年6月27日始建議手術改善，於107年7月30日方於病歷記載「moderate pericardial effusion」(譯：中度心包膜積液，原審卷一第110頁反面)，可見上訴人係於證人謝仁哲醫師診療期間，病程方演變至中度心包膜積液。換言之，於張懷仁診療期間(即107年1月2日至107年2月2日)，上訴人應只有輕度心包膜積液症狀，且經藥物治療已有改善，病程並未演進至需開胸手術之急迫性，則上訴人主張於此情形，仍要求張懷仁需進一步施以電腦斷層、核磁共振，甚至開胸檢查之合理性、必要性及依據何在，完全未為任何舉證說明，無法使法院達致張懷仁為後續醫療處置時，有附表一編號2所示不當醫療行為之低度心證，上訴人未盡舉證之責，是其主張難認可採。

㈣上訴人雖以醫審會對於本案心臟節律器檢查數值異常與否之說明矛盾及未對證人謝仁哲醫師於病歷之記載予以回應為由，請求再函詢北榮(詳本院卷第229頁至第230頁)，以證明張懷仁有附表一所示醫療過失。惟經對照上訴人請求函詢事項，醫審會已鑑定明確在卷，而醫審會關於本案心臟節律器檢查結果正常

之判斷，並無違誤，前已說明；至上訴人對證人謝仁哲醫師於病歷記載之疑義，亦經證人謝仁哲醫師於本院準備程序到庭說明甚詳。此外，上訴人就上開調查之必要性，未再為其他說明，則此部分待證事實已明，無再行調查之必要，應予駁回。

乙、備位之訴部分

㈠按對人體施行手術所為侵入性之醫療行為，本具一定程度之危險性，醫療機構由其使用人即醫師就依醫療常規可得預見，且於病患決定是否進行該醫療行為時，具有實質重要性之事項，依醫療法第63條第1項本文（即：醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之）及醫師法第12條之1（即：醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應）規定，應對病患及其家屬盡告知說明義務。尋繹上揭有關「告知後同意法則」之規範，旨在經由危險之說明，使病人得以知悉侵入性醫療行為之危險性而自由決定是否接受，以減少醫療糾紛之發生，並展現病人身體及健康之自主權，兼作為醫療行為違法性之阻卻違法事由。是醫療機構由其使用人即醫師對病人之說明告知，乃醫療機構依醫療契約提供醫療服務，為準備、確定、支持及完全履行醫院本身之主給付義務，而對病人所負之「從給付義務」。倘醫療機構未就依醫療常規可得預見足以影響病患決定是否施行該醫療行為之事項，對病患盡告知說明義務，不惟侵害病患之自主決定權，病患身體健康如因此受有損害，自得請求損害賠償。而醫師疏未依醫療常規預見足以影響病患決定是否施行該醫療行為之重要事項（包括依病患主訴及已呈現之病史，得合理期待醫師納入評估而回應，併術後監測病患身體變化預防術後突發之意外，危及病患之生命及健康者），不但將致違反告知說明義務，其就該醫療行為相關風險顯亦無法為充分評估，所施行之醫療行為關於術前評估與術後照護，自難謂具有符合醫療常規之完足性。又依醫療法第63條第1項本文規

定，病患未簽具手術同意書及麻醉同意書時，難認醫師已盡醫療法上之告知說明義務，醫師如爭執其已盡該義務，即應由其負舉證責任(最高法院109年度台上字第2278號民事判決意旨參照)。循此，倘病患已簽具手術同意書及麻醉同意書者，可推認醫師就其克盡醫療法上告知說明義務，已為適當證明，此時，他造欲否認其主張，即不得不更舉反證以證明之。

㈡上訴人主張：告知說明義務應以醫療機構已為實質上為說明為必要，張懷仁交由伊簽署之系爭手術同意書暨手術說明顯為「制式例稿」，張懷仁僅要求伊於系爭手術同意書簽名，難認已充分向伊說明系爭手術可能產生之各項風險。又系爭手術同意書未記載系爭手術可能產生之併發症（例如心包膜積液），亦未告知縱使執行系爭手術，仍可能無法治癒伊心房顫動、心房撲動等症狀，更未見張懷仁手寫記錄或為任何重點摘要、提醒，足見張懷仁並未善盡告知說明義務。張懷仁為慈濟醫院本案醫療契約之履行輔助人，既未善盡告知說明義務，應認慈濟醫院違反契約從給付義務，需負不完全給付責任等語。被上訴人則以：張懷仁於106年11月17日門診時，已向上訴人告知手術之必要性及可能之併發症與風險，並交付空白系爭手術同意書供上訴人閱覽。上訴人為專科畢業，曾在大陸地區從事醫療工作，對於張懷仁說明及系爭手術同意書應能充分了解。其於取得空白系爭手術同意後，尚有3日時間可充分考慮或諮詢，故上訴人於106年11月20日手術前簽署系爭手術同意書，應已明白了解內容。系爭手術同意書背面所載「心包膜填塞症」，即心包膜積液所引起，亦有記載導線位移之風險，則上訴人術後發生之病症，張懷仁於術前均有說明，已盡告知說明義務等語，並以系爭手術同意書、住院診療計畫說明書、入院護理評估記錄單為據(原審卷一第95頁至第96頁，本院卷第309頁)。

㈢經查：

1.上訴人具專科智識程度，於大陸地區曾從事醫療工作，張懷仁於106年11月17日即交付系爭手術同意書，上訴人分別於同年月17日、20日，在住院診療計劃說明書、系爭手術同意書上簽

名等節，為兩造迄言詞辯論終結前所不爭執，復有住院診療計劃說明書、系爭手術同意書可按（原審卷一第95頁正反面、第96頁）。細繹：

⑴系爭手術同意書正面明載：「病患李小蓮…因患心搏過慢，有接受永久性人工心律調節器植入手術之必要，立同意書人經貴院張懷仁醫師日期：106年11月17日，時間：16時00分詳細說明，已充分瞭解下列事項：…㈢該項手術可能發生之併發症及危險（詳如背頁說明）」。背面手術說明第一條：裝置人工心臟節律器手術是一種侵入性之治療，只有少部份患者可能發生事先無法預防的併發症，其特性如下：「㈠：成功率平均高於98%。㈡「立即危險性」：1.死亡率低於1‰。2.緊急外科手術低於1%(因心包膜填塞症或壓力性氣胸)。3.氣胸發生率為0.3%至2%。4.其他如心律不整、靜脈穿刺時造成局部動脈、神經傷害或傷口血腫的發生機率均極低。㈢永久性導線手術後移位機率低於2%，必要時需要再調整其位置。」第三條：患者或立同意書人對以上說明如有疑問，請在簽立同意書前詳細詢問診治醫師。

⑵住院診療計劃說明書記載：主要住院理由和問題：心律不整。2.此次治療目標：植入永久性心臟節律器。3.初步預測效果及危險性：已詳細說明。主治醫師：張懷仁，說明地點：門診，說明時間：106年11月17日。末欄：「對於以上說明，我已充分了解，並願意在診療過程中，充分配合」，上訴人並簽名其後。

⑶經對照、觀察系爭手術同意書及住院診療計劃說明書內容及上訴人於其上簽名之客觀事實呈現，得認張懷仁於106年11月17日門診時，已就手術原因(病情為心律不整)、治療方針(植入永久性心臟節律器)、成功率、可能發生之併發症及危險，向上訴人說明。張懷仁為慈濟醫院本案醫療契約之使用人，因此，應認慈濟醫院就其已履行醫療法第63條告知說明義務，已盡舉證之責，上訴人如欲否認，即應舉反證證明。然上訴人未為任何證明，則其徒言慈濟醫院未盡告知說明義務，違反契約

從給付義務，應無理由。

2.上訴人雖主張系爭手術同意書背面所載：立即危險性：2.緊急外科手術低於1%(因心包膜填塞症或壓力性氣胸)等語，係指「手術過程中」可能產生之立即危險，需立即進行緊急外科手術，與「手術後」併發症無關。故上訴人術後有心包膜積液、心包膜炎，張懷仁並未告知等語。然而：

⑴觀之系爭手術同意書背面手術說明第一條前文：「只有少部份患者可能發生事先無法預防的併發症，其特性如下」，同條第㈡項「立即危險性」，亦未記載該「立即危險性」係於植入心臟節律器手術過程發生，是從上下文義觀之，並無「立即危險性」限於「手術過程中」發生之意涵。

⑵參之證人謝仁哲醫師於本院證稱：心臟節律器導線螺絲與心臟摩擦面有可能因病患體質而造成發炎，因而導致心包膜積液，積液過多時，心包膜填塞機率會提高。心包膜積液過多造成心包膜填塞是可以於短時間發展等語(本院卷第320、322、324頁)。可知在植入心臟節律器後，若發生心包膜積液併發症，於短時間內即可能迅速發展成心包膜填塞症，則系爭手術說明第一條第㈡項所稱「立即危險性」，是否專指系爭手術過程中之危險，亦非無疑。

⑶心包膜發炎、心包膜積液既屬心包膜填塞前兆之一，則系爭手術說明第一條第㈡項記載：立即危險性：2.緊急外科手術低於1%(因心包膜填塞症或壓力性氣胸)等語，應認包括心包膜發炎、心包膜積液等併發症之告知。

⑷基上，上訴人將系爭手術說明第一條第㈡項「立即危險性」限於手術中發生，乃文義所無，且系爭手術同意書風險告知範圍既包括心包膜發炎、心包膜積液等併發症，足認慈濟醫院已告知說明系爭手術此部分之固有風險，至於係手術過程抑或術後發生，亦難認重要。從而，上訴人主張張懷仁未告知系爭手術有心包膜發炎、心包膜積液併發症風險等語，並非可採。

□綜上所述，本件上訴人主張張懷仁有附表一所示醫療過失及未盡醫療告知說明義務，為不足採，被上訴人抗辯尚屬可信。從

而，上訴人先位主張本於侵權行為法律關係，請求被上訴人連帶給付84萬5,687元，備位本於本案醫療契約法律關係，請求慈濟醫院給付同上金額，俱無理由，不應准許。原審為上訴人敗訴之判決，及駁回其假執行之聲請，並無不合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應予駁回。

□本判決之基礎已臻明確，兩造其餘爭點及攻擊防禦方法及舉證，核與判決無影響，毋庸一一論列，併此敘明。

□據上論結，本件上訴為無理由，因此判決如主文。

中　　華　　民　　國　　111　　年　　11　　月　　28　　日

民事庭審判長法　官　林信旭

法　官　劉雪惠

法　官　廖曉萍

以上正本係照原本作成。

本件不得上訴。

中　　華　　民　　國　　111　　年　　11　　月　　28　　日

書記官　廖子絜

附表一

編號	手術/回診日期	上訴人主張：張懷仁所為下列治療行為，不符合當時醫療水準。
1	106年11月20日	張懷仁進行植入本案心臟節律器手術時，有導線放置及螺絲固定之不當。
2	107年1月2日	張懷仁已發現上訴人有輕度心包膜積液，診斷為急性心包膜炎，心臟節律器檢查數值有異常，惟張懷仁僅醫囑口服秋水仙素及類固醇藥物，未採取積極醫療措施(如：安排心臟電腦斷層、核磁共振或開胸手術等，下同)，而未能及早發現導線穿刺。
	107年1月9日	張懷仁於病歷記載上訴人輕度心包膜積液情形應該考量與心臟節律器植入有關，但仍僅醫囑口服秋水仙素及類固醇藥物，並衛教限制水分攝取，未採取積極醫療措施，而未能及早發現導線穿刺。
	107年1月19日	張懷仁仍僅醫囑口服秋水仙素及類固醇藥物，未採取積極醫療措施，而未能及早發現導線穿刺。
	107年2月2日	張懷仁仍僅醫囑口服秋水仙素及類固醇藥物，未採取積極醫療措施，而未能及早發現導線穿刺。

附表二

編號	上訴人主張所受損害	請求金額(新臺幣)
1	於慈濟醫院裝設心臟節律器費用	47,287元
2	於北榮醫療費	63,394元

（續上頁）

3	往返北榮車資	13,006元
4	於北榮住院及休養期間看護費	122,000元
5	精神慰撫金	600,000元
	總金額	845,687元