

臺灣高等法院高雄分院民事判決

112年度醫上字第1號

上訴人 蕭修弘

蕭雁玲（即蘇坤蘭之承受訴訟人）

蕭雁文（即蘇坤蘭之承受訴訟人）

郭常勝（即蘇坤蘭之承受訴訟人）

郭常芳（即蘇坤蘭之承受訴訟人）

共 同

訴訟代理人 黃苙菱律師

被上訴人 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院

法定代理人 王照元

被上訴人 盧怡旭

陳昶任

許栢超

卓士傑

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，上訴人對於中華民國112年3月16日臺灣高雄地方法院110年度醫字第5號第一審判決提起上訴，本院於114年7月2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

壹、程序部分：

01 一、按當事人死亡者，訴訟程序在有繼承人、遺產管理人或其他
02 依法令應續行訴訟之人承受其訴訟以前當然停止，民事訴訟
03 法第168條定有明文。查上訴人蘇坤蘭於民國112年6月1日死
04 亡，其子女郭常勝、郭常芳及孫女蕭雁玲、蕭雁文，均未拋
05 棄繼承，並具狀向本院聲明承受訴訟，有死亡證明書、繼承
06 系統表、戶籍謄本（除戶全部）、民事承受訴訟狀在卷可稽
07 （本院卷一第151頁及限閱卷），其等聲明承受訴訟，應予
08 准許。

09 二、次按，當事人喪失訴訟能力或法定代理人死亡或其代理權消
10 滅者，訴訟程序在有法定代理人或取得訴訟能力之本人承受
11 其訴訟以前當然停止，民事訴訟法第170條定有明文。被上
12 訴人財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高
13 醫）之法定代理人原為鍾飲文，嗣於訴訟繫屬本院期間變更
14 為王照元，並經其聲明承受訴訟在案，有民事聲明承受訴訟
15 狀、醫療機構開業執照在卷可稽（本院卷一第169-171
16 頁），於法核無不合，應予准許。

17 貳、實體部分：

18 一、上訴人主張：上訴人蕭修弘為訴外人郭嫦如之配偶，與郭嫦
19 如育有子女即上訴人蕭雁玲、蕭雁文。郭嫦如因體檢報告異
20 常，而於108年1月8日至高醫心臟內科門診就診，由原審共
21 同被告李香君診視，於108年1月30日檢查後符合心導管檢查
22 之適應症，李香君乃建議進行心導管手術檢查（下稱系爭手
23 術），並安排於108年2月12日住院，翌日進行手術，但並未
24 向郭嫦如及蕭修弘告知系爭手術係由其他醫師主刀。嗣郭嫦
25 如於108年2月13日12時許進行系爭手術時，方知悉該次手術
26 檢查醫師為被上訴人盧怡旭，被上訴人卓士傑、訴外人張建
27 偉則為助手醫師，但盧怡旭並未親自執刀，而是由卓士傑執
28 行系爭手術。檢查過程中發現郭嫦如冠狀動脈3條血管中之
29 右冠狀動脈、左前降枝動脈顯著狹窄，郭嫦如之家屬經說明
30 後同意就上開2處血管狹窄部位放置支架，但卓士傑於放置
31 左前降枝支架時，因郭嫦如血管情況特殊，卓士傑無能力置

放支架而情緒不穩向盧怡旭求助，足認其已無法完成該支架置放手術，更可能因情緒不穩而傷及病人血管壁，盧怡旭本應注意醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要之措施，不得無故拖延，卻未立即接手，反而任令卓士傑反覆進行支架安裝，卓士傑因情緒不穩、緊張，於反覆穿置過程中不慎傷及左前降枝後端血管壁，致血管發生螺旋狀撕裂傷。手術結束後，郭嫦如於108年2月14日出院，並按預約於108年2月21日至李香君門診回診，主訴有胸部緊繃感，翌日18時許再因胸悶、胸痛至高醫急診就診，並轉入心臟內科加護病房，當時心電圖檢查結果應為ST段上升之急性心肌梗塞，而經原審共同被告吳韋聰、被上訴人陳昶任施行心導管檢查後，結果為「左前降枝冠狀動脈：99%阻塞，自第7節段發生支架放置後之動脈螺旋狀撕裂傷及血管壁剝離」。陳昶任明知郭嫦如上開病症可能導致心肌梗塞死亡，竟疏未採取其他冠心病介入治療、冠狀動脈繞道手術等治療方式，甚且未照會心臟外科醫師評估上開手術治療之可行性及採行，僅消極指示轉入心臟內科加護病房持續觀察，放任上開病況持續惡化而未積極處理，導致郭嫦如延誤治療。又郭嫦如入住加護病房期間，陳昶任及被上訴人許栢超僅為降血壓、抗凝血之用藥處置，並無其他積極治療，更未照會心臟外科，復未於108年2月24日、同年2月25日、同年2月26日轉出心臟內科加護病房前，持續追蹤心肌酵素檢查，且疏未注意郭嫦如轉出加護病房前最近一次檢查之心肌酵素甚高，已出現急性心肌梗塞之臨床症狀，貿然判斷郭嫦如心肌梗塞之風險降低，而准許轉入普通病房。然郭嫦如於108年2月26日14時4分許轉入普通病房後，仍持續有胸悶症狀，嗣於108年2月26日17時32分經發現其在床上緊壓胸口、盜汗，且呼叫無反應，許栢超隨即開始急救，同日18時8分許使用葉克膜，同日18時48分執行心包膜放液，引出100毫升紅色液體，然此與應先CRP及IVP，再執行放心包膜積液，方進行葉克膜之標準急救流程不符，郭嫦如嗣於同日19時32分急救無

01 效死亡。盧怡旭、卓士傑、陳昶任、許栢超（下稱盧怡旭等
02 4人）於執行醫療業務時，各有如前述應注意、能注意而未
03 注意之情形，違反醫療上必要之注意義務，且逾越合理臨床
04 專業裁量，有違醫療常規，盧怡旭、卓士傑、陳昶任復違反
05 醫療法第21條規定之作為義務，導致郭嫦如死亡，盧怡旭等
06 4人自應對伊等連帶負侵權行為之損害賠償責任。高醫為盧
07 怡旭等4人之僱用人，自應與其等連帶負損害賠償責任。蕭
08 修弘因盧怡旭等4人之醫療疏失，為郭嫦如支出醫療費用新
09 臺幣（下同）29,947元、殯葬費用296,600元，自得請求盧
10 怡旭等4人連帶賠償。蘇坤蘭為郭嫦如之母，有受郭嫦如扶
11 養之必要，其另育有子女郭常勝、郭常芳，參酌臺南市108
12 年度平均每人每月消費支出為20,114元，蘇坤蘭應得請求盧
13 怡旭等4人連帶賠償扶養費662,153元。另伊等因盧怡旭等4
14 人上開醫療疏失痛失至親，精神上受有極大痛苦，蕭修弘、
15 蘇坤蘭、蕭雁玲、蕭雁文應各得請求連帶賠償1,285,459
16 元、100萬元、100萬元、100萬元之精神慰撫金。為此爰依
17 民法第184條第1項前段、第2項、第185條第1項前段、第188
18 條之法律關係提起本件訴訟等語。並聲明：(一)被上訴人應連
19 帶給付蕭修弘1,612,006元、蕭雁玲100萬元、蕭雁文100萬
20 元、蘇坤蘭1,662,153元，及均自起訴狀繕本送達被上訴人
21 之翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(二)願供擔
22 保，請准宣告假執行。（李香君、吳韋聰部分未繫屬本院，
23 不在本院審理範圍，不贅述）

24 二、被上訴人則以：郭嫦如於108年1月8日就診時，其體檢心電
25 圖檢查異常，運動心電圖呈陽性反應，符合心導管檢查之適
26 應症，李香君乃建議施行系爭手術，並向郭嫦如及其家屬說
27 明檢查原因、效益、風險以及併發症等事項，亦有告知系爭
28 手術由高醫心導管團隊醫師共同施行，郭嫦如瞭解並同意
29 後，始簽署心導管檢查及血管介入性治療說明暨同意書。而
30 卓士傑於系爭手術過程放置左前降枝之支架時，因郭嫦如血
31 管較細且彎曲，在放置時有阻力，乃請盧怡旭進入心導管室

協助共同放置，經二人共同執行後，該處支架順利放置完成，盧怡旭、卓士傑之醫療行為符合常規，並無任何疏失之處。術後郭嫦如生命徵象穩定，且術後追蹤之心電圖檢查結果顯示正常，足見卓士傑、盧怡旭已成功治療郭嫦如心臟血管狹窄之症狀，並無任何傷及病患血管之情形，上訴人主張系爭手術導致郭嫦如日後發生冠狀動脈螺旋狀剝離情形，乃屬個人主觀臆測之詞，與事實顯不相符。又郭嫦如術後常規追蹤之心電圖檢查結果並無發現異常，依當時住院病歷記載，其術後並無不適主訴或症狀，身體狀況穩定，且繞動脈穿刺部位無紅腫或出血情形，血循環狀況良好，李香君乃依一般出院流程准予出院，並預約1週後門診追蹤，其醫療行為均合乎常規。郭嫦如嗣於108年2月21日回診時，主訴有胸部緊繃感，李香君隨即安排心電圖檢查，檢查結果顯示正常，無心肌梗塞或缺氧情形。郭嫦如於108年2月22日18時許因胸悶、胸痛復至高醫急診就診，並轉入心臟內科加護病房，當時心電圖檢查結果應為ST段上升之急性心肌梗塞，而經吳韋聰、陳昶任施行心導管檢查後，結果為「左前降枝冠狀動脈：99%阻塞，自第7節段發生支架放置後之動脈螺旋狀撕裂傷及血管壁剝離」，吳韋聰、陳昶任於心導管檢查術中雖嘗試以心導管治療，但因血管剝離導致導絲無法進入真腔，因此終止檢查，因郭嫦如到院時血壓、心跳等生命徵象穩定，且無嚴重喘、胸痛等症狀，並無立即會診心臟外科之適應症，吳韋聰、陳昶任乃先將郭嫦如轉入心臟科加護病房密切觀察，並給予抗凝血劑等藥物進行內科治療，待觀察一段時間後再嘗試進行心導管檢查，陳昶任之醫療行為合乎常規。而郭嫦如於加護病房治療期間，先由陳昶任診治，陳昶任除給予內科藥物治療外，亦密切觀察郭嫦如生命徵象，定期安排心電圖檢查以及抽血檢驗心肌酵素數值，當時郭嫦如生命徵象穩定，心肌酵素於108年2月23日15時37分達最高點後開始下降，嗣許栢超於108年2月25日接手治療，仍持續以藥物內科治療，並監測郭嫦如生命徵象，郭嫦如之心肌酵素

於加護病房期間持續下降，108年2月26日3時53分許下降至7.603，且生命徵象穩定，許栢超考量其於加護病房期間生命徵象穩定，且無明顯胸悶或喘等情形後，判斷其病情已可轉出加護病房，至普通病房接受後續治療，並告知郭嫦如及其家屬如有任何不適應應立即告知護理人員，醫療行為均符合常規。至郭嫦如於108年2月26日急救過程，業經衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）編號00000000鑑定書（下稱00000000號鑑定書）載明郭嫦如所接受之急救流程合理，符合醫療常規，上訴人片面主張被上訴人對病人急救流程有違反醫療常規，應負連帶賠償責任云云，並無理由。又縱被上訴人應負損害賠償責任，郭嫦如之醫療費用係為治療本身疾病所生，與盧怡旭等4人之醫療行為並無關連，應不得請求賠償。且蘇坤蘭並未舉證證明有何不能維持生活，而需受郭嫦如扶養之必要，此部分請求並無理由等語為辯。

三、原審為上訴人敗訴之判決，上訴人不服提起上訴。上訴聲明：(一)原判決廢棄。(二)被上訴人應連帶給付蕭修弘1,612,006元，及自起訴狀繕本送達翌日即起至清償日止，按年息5%計算之利息。(三)被上訴人應連帶給付蕭雁玲100萬元，及自起訴狀繕本送達翌日即起至清償日止，按年息5%計算之利息。(四)被上訴人應連帶給付蕭雁文100萬元，及自起訴狀繕本送達翌日即起至清償日止，按年息5%計算之利息。(五)被上訴人應連帶給付蘇坤蘭1,662,153元，及自起訴狀繕本送達翌日即起至清償日止，按年息5%計算之利息。(六)願供擔保，請准宣告假執行。被上訴人答辯聲明：上訴駁回。（原審駁回上訴人對李香君、吳韋聰所為請求部分，未具聲明不服，已確定）

四、兩造不爭執事項：

(一)蘇坤蘭為00年0月0日生，其配偶郭功尊已於62年間死亡，育有子女郭嫦如、郭常勝、郭常芳。

(二)蕭修弘為郭嫦如之配偶，與郭嫦如育有子女蕭雁玲、蕭雁文。

01 (三)盧怡旭、陳昶任、許栢超、卓士傑為高醫雇用之醫師。

02 (四)郭嫦如因體檢報告異常，於108年1月8日至高醫心臟內科門
03 診就診，由李香君診視，經安排於108年1月30日檢查後符合
04 心導管檢查之適應症，李香君乃建議進行系爭手術，並安排
05 於108年2月12日住院，翌日進行系爭手術。

06 (五)郭嫦如於108年2月12日住院，翌日進行心導管檢查，由卓士
07 傑執行，檢查過程中發現郭嫦如冠狀動脈3條血管中之右冠
08 狀動脈、左前降枝動脈顯著狹窄，郭嫦如之家屬經說明後同
09 意就上開2處血管狹窄部位放置支架。

10 (六)郭嫦如於108年2月14日出院，並預約一週後門診追蹤。

11 (七)郭嫦如於108年2月21日至李香君門診回診，主訴有胸部緊繃
12 感，李香君隨即為其安排心電圖檢查。

13 (八)郭嫦如於108年2月22日18時許因胸悶、胸痛至高醫急診就
14 診，並轉入心臟內科加護病房，當時心電圖檢查結果應為ST
15 段上升之急性心肌梗塞，而經吳韋聰、陳昶任心導管檢查
16 後，結果應為「左前降枝冠狀動脈：99%阻塞，自第7節段發
17 生支架放置後之動脈螺旋狀撕裂傷及血管壁剝離」。

18 (九)吳韋聰、陳昶任於心導管檢查術中雖嘗試以心導管治療，但
19 因血管剝離導致導絲無法進入真腔，因此終止檢查，將郭嫦
20 如轉入心臟科加護病房密切觀察，並給予抗凝血劑等藥物進
21 行內科治療。

22 (十)於108年2月25日由許栢超接手治療郭嫦如，許栢超於翌日14
23 時4分許將郭嫦如轉入普通病房。

24 (十一)郭嫦如於108年2月26日17時32分經發現在床上緊壓胸口、盜
25 汗，且呼叫無反應，隨即開始急救，同日18時8分許使用葉
26 克膜，同日18時48分執行心包膜放液，引出100毫升紅色液
27 體，嗣於同日19時25分經主治醫師向家屬解釋病情後，家屬
28 同意停止急救，而於同日19時32分許死亡。

29 (十二)蕭修弘因郭嫦如死亡而支出殯葬費用296,600元。

30 五、本院論斷：

31 (一)按判決書內應記載之理由，如第二審關於攻擊或防禦方法之

意見及法律上之意見與第一審判決相同者，得引用之；如有不同者，應另行記載。關於當事人提出新攻擊或防禦方法之意見，應併記載之。民事訴訟法第454條第2項定有明文。

(二)上訴人主張盧怡旭等4人有其前所述之醫療疏失，導致郭嫦如之死亡，被上訴人則否認有醫療疏失等語。而就盧怡旭等4人有無醫療疏失之爭點，有關兩造攻擊防禦方法之判斷及法律上意見，本院與原審判決相同，依民事訴訟法第454條第2項規定，茲引用之，不再贅述。

(三)上訴人雖於本院爭執0000000號鑑定書僅說明：「依卷附影像資料，第一次血管內超音波影像顯示並無血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離，因此無法判定於108年2月22日在緊急心導管檢查發現『左前降枝冠狀動脈：99%阻塞，自第7節段發生支架放置後之動脈螺旋狀撕裂傷及血管壁剝離』（下稱系爭剝離症狀），是否為108年2月13日之手術過程所致」等語（醫字卷第304頁），可知醫審會雖無法判斷郭嫦如死亡結果是否為系爭手術所致，但亦未明確表示並非手術所致；0000000號鑑定書亦指出醫源性（手術過程引起）亦會引發血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離，可認2月13日第一次心導管手術乃引起系爭剝離症狀之原因；且盧怡旭、卓士傑已在錄音中坦承有手術違失云云。查：

1.醫審會係由中央主管機關依醫療法第98條所設置，依醫療糾紛鑑定作業要點規定，職司司法或檢察機關委託辦理醫療糾紛鑑定案件，乃由具有特別知識經驗之專家，依其專業知識、現代醫學予以鑑定，其依據病患之病歷資料所提出之認定與判斷，具有證據能力及相當之證明力，自足採為本件醫療過程有無疏失之判斷依據，合先指明。

2.0000000號鑑定書指出：「依卷附第一次心導管檢查之檔案，術中醫師有使用X光機確認病人是否有血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離，於X光機影像顯示當時並無遠端支架邊緣血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離，且血流是相當好，另臨床上通常會使用血管內超音波以判斷是否有血管損傷，故

再檢視並判讀術中之血管內超音波影像，結果顯示當時病人之左前降枝遠端支架邊緣並無血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離。又以正常一般手術，1條血管病灶需花45分鐘至1小時，故系爭手術處理2條血管，需時2小時屬合理範圍，執行時間並無過久，系爭手術時間過久顯示手術難度較高及處理比較多血管，難度較高之手術，其處理過程固會造成血管傷害，但最後利用支架修補均會修正所造成之損害。造成病人有血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離之成因，通常可因為是自發性（病人本身因素）或醫源性（手術過程引起），但依卷附影像資料，第一次血管內超音波影像顯示並無血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離，因此無法判定於108年2月22日在緊急心導管檢查發現『左前降枝冠狀動脈：99%阻塞，自第7節段發生支架放置後之動脈螺旋狀撕裂傷及血管壁剝離』，是否為108年2月13日之手術過程所致」等語，有該鑑定書附卷可參（醫字卷第297-308頁），

- 3.又本案第1次手術之血管攝影及血管內超音波等影像，皆無血管壁剝離及撕裂傷。第2次血管攝影影像顯示血管剝離及撕裂傷，但由於無血管內超音波影像，因此無法判斷與手術置放支架位置是否相關。又是否為手術導線實際通過或可能受手術導線影響之路線及部位，第2次手術之血管攝影影像之第1張心導管攝影影像中，血管已呈現血管壁剝離，故與導絲無關。血管壁剝離之原因，通常可為自發性（病人本身因素）或醫源性（手術過程引起），以目前文獻報告所提供之證據，郭嫦如有高血壓、血脂異常、乾燥症候群及恐慌症、冠心症，其可能剝離之原因有冠狀動脈痙攣及系統性發炎疾病。以目前所提供之資料，只能懷疑醫源性因素可能是其中一個因素。但第2次手術之血管攝影影像之第1張心導管攝影影像中，血管已呈現血管壁剝離，並非導絲經過病灶所造成等語，此經本院再行囑託醫審會鑑定，有醫審會編號000000鑑定書（下稱0000000號鑑定書）意見可稽（本院卷一第408-409頁）。

- 01 4.則醫審會既依郭嫦如之病歷資料判讀本案第一次手術之血管
02 攝影及血管內超音波等影像，結果顯示當時郭嫦如之左前降
03 枝遠端支架邊緣並無血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離，且
04 血流是相當好，上訴人指稱卓士傑於施行手術時傷及郭嫦如
05 血管壁云云，已乏依據。上訴人雖稱以醫審會所指「無法判
06 定系爭剝離症狀是否為108年2月13日之手術過程所致」、
07 「以目前所提供之資料，只能懷疑醫源性因素可能是其中一
08 個因素」，且第一次手術僅有術中攝影而無術後攝影資料，
09 無法排除系爭剝離症狀為系爭手術所致云云。然醫審會已說
10 明第一次手術時有使用血管內超音波以判斷是否有血管損
11 傷，經檢視並判讀術中之血管內超音波影像，結果顯示當時
12 病人之左前降枝遠端支架邊緣並無血管壁螺旋狀撕裂傷或血
13 管壁剝離，且血流良好，而郭嫦如術後並無異狀且經評估正
14 常乃於108年2月14日出院，並於1週後之門診才主訴有胸部
15 緊繃感，如依上訴人所指手術當時即已造成系爭剝離症狀，
16 則在郭嫦如住院期間及門診回診前其應無未行察覺任何不適
17 之理；又依第二次手術之血管攝影影像之第1張心導管攝影
18 影像，血管已呈現血管壁剝離，與導絲無關，並非導絲經過
19 病灶所造成等語，可見系爭剝離症狀與手術之施行無關，亦
20 經醫審會說明如前，參以郭嫦如本身有高血壓、血脂異常、
21 乾燥症候群及恐慌症、冠心症，其可能剝離之原因有冠狀動
22 脈痙攣及系統性發炎疾病，即依郭嫦如本身體質因素即有造
23 成血管壁剝離之可能，自難認郭嫦如事後在108年2月22日緊
24 急心導管檢查時發現之系爭剝離症狀與盧怡旭、卓士傑施行
25 之系爭手術有關。
- 26 5.至上訴人提出之錄音內容（醫調卷第39頁、本院卷一第111-
27 113頁），僅係盧怡旭、卓士傑在說明卓士傑在手術過程中
28 曾有遭遇困難請求盧怡旭協助，但並未見有何承認施行手術
29 過程有疏失之相關陳述，且系爭手術施行之時間尚屬合理，
30 並無過久，亦經醫審會說明如前，而依第一次手術之血管攝
31 影及血管內超音波等影像，結果顯示當時郭嫦如之左前降枝

遠端支架邊緣並無血管壁螺旋狀撕裂傷或血管壁剝離，第二次手術之血管雖已呈現血管壁剝離，然此並非導絲經過病灶所造成，難認與盧怡旭、卓士傑施行之系爭手術有關，業經本院認定如前，上開錄音內容自難採為不利於盧怡旭、卓士傑之認定。

(四)上訴人另主張陳昶任、許栢超未按醫療常規於2月24日、25日醫囑執行每6至12小時測量心臟酵素，許栢超於2月26日在缺乏心肌酵素數值之情況下未照會心臟外科，貿然將郭嫦如轉出加護病房，違反醫療常規云云。查：

1.0000000號鑑定書就此說明：「臨床上，通常在病人發生心肌梗塞後，約每6-12小時追蹤1次心臟酵素檢查，且因醫院不同而有所差異。監測心臟酵素過程中，若臨床判斷病情趨於穩定，且心臟酵素持續下降，主治醫師會降低抽血頻率至每天1次，以減少病人不適，本案依108年2月26日之出院病歷紀錄，有進行心臟酵素監測（2月22日-2月23日，每6小時1次，共5次），符合醫療常規。病人在加護病房期間，類似本案之病症，當心臟酵素低於高峰值以下，同時生命徵象穩定時，是可接受之轉出條件。本案病人在轉出前之最後一次心臟酵素檢查（2月26日03：53）為CPK 200 U/L，已在正常範圍內，同時Tropo-I高峰值已過，因此本案病人在此時轉至普通病房，符合醫療常規。此外，108年2月23日病人心臟酵素雖然過高，但持續下降，表示病情趨於穩定。此時不會再次進行心導管檢查。但本案依病歷紀錄，第二次手術時，導絲若有在血管真腔時，可利用支架治療，若導絲在假腔，則不能置放支架，此時會選擇藥物治療、加護病房治療及追蹤心臟酵素檢測。最後如果無改善或病人生命徵象不穩定時，需會診心臟外科以進行繞道手術，此時單用藥物治療，無法減輕病症。然而以本案病人而言，使用藥物治療之下，雖然病人有時仍感覺胸悶，但於2月26日最後一次心臟酵素CK已達正常範圍，同時Tropo-I是持續降低中，此時會認為病人病情改善，故不會會診心臟外科以進行繞道手術，此一處

置符合醫療常規」等語（醫字卷第305-306頁）。

2.0000000號鑑定書並再說明：「每6~12小時追蹤1次心臟酵素檢查為常規(每間醫院會視情況調整)，但依每個病人病情及主治醫師臨床判斷而有所不同，常規會抽血檢驗至心臟酵素肌酸激酶(CK)恢復正常範圍，並無相關文獻報告證明必須持續每日追蹤檢查至病人轉出加護病房為止。依卷附資料，高醫冠狀動脈疾病照護指引中(版本1；頁文42/72)亦有明示心臟酵素過最高點，需暫停檢測；然因本案病人之手術未成功，因此高醫持續檢測至CK數值正常。病人於108年2月26日03：53接受最後1次心臟酵素檢查，結果為CK 200 IU/L、CK-MB 7.6 ng/mL、Tropo-I 7.603 ng/mL，此時CK數值正常，CK-MB及Tropo-I數值亦均呈現下降趨勢，故暫停抽血檢驗，除非病人有胸悶加劇或加護病房生理監視系統警示異常情況，才會再抽血檢驗，但本案依病歷紀錄並無相關情況發生。依病歷紀錄，無2月24、2月25日之檢測數據，並不會因此影響是否有無ST段上升心肌梗塞狀況之判斷，病人之入院原因即為ST段上升心肌梗塞。病人於108年2月26日03：53接受最後1次心臟酵素檢查，結果為CK 200 IU/L、CK-MB 7.6 ng/mL、Tropo-I 7.603 ng/mL，此時CK數值正常，CK-MB及Tropo-I數值亦均過最高點，而呈現下降趨勢，故暫停抽血，除非病人有胸悶加劇或加護病房生理監視系統警示異常情況，才會再抽血檢驗。依卷附資料，高醫冠狀動脈疾病照護指引中(版本1；頁次42/72)亦有明示心臟酵素過最高點，需暫停檢測。病人於入院時，即已經由醫師診斷ST段上升心肌梗塞，因此不需再懷疑有無此疾病。至於何時懷疑心包膜填塞之部分，如病人主訴胸悶加劇，生命徵象不穩定時，醫師會懷疑是否發生心包膜填塞。108年2月25日15：36病人血壓101/50mmHg，低於入院時之血壓，可合理懷疑是否有心包膜填塞，但前於2月24日之心臟超音波檢查影像及報告，許醫師手寫之病歷紀錄內容中，心臟超音波影像呈現左心臟收縮比率下降(Impaired LVEF)，初步判斷為心臟衰竭，當時

並無心包膜積液。依病歷紀錄，108年2月24日、2月25日並無CK、Tropo-I數值，不可直接判斷108年2月24日、2月25日期間也是呈現遞減下降之情況，但無抽血檢驗期間，仍會依病人主訴症狀、加護病房心電圖監測結果及生理徵象，予以判斷病人當時是否有異常情況（變化）產生」等語（本院卷一第409-411頁）。

- 3.而「心肌酵素之追蹤（q6-9hr），但是若心肌酵素追蹤已過高點（peak），應該停止後續之追蹤以減少不必要之醫療浪費，除非病患再發生復發之心絞痛或可能之心肌梗塞」，有高醫提出之冠狀動脈疾病照護指引（下稱系爭照護指引）可參（本院卷一第291頁），則郭嫦如經檢測至其CK數值正常，CK-MB及Tropo-I數值亦均呈現下降趨勢，亦無胸悶加劇或加護病房生理監視系統警示異常情況，乃未再抽血檢驗，尚不違反醫理，自難以陳昶任、許栢超未於2月24日、25日每6至12小時測量心臟酵素即認其等之醫療處置有何疏失。至上訴人雖質疑高醫為何在二審始行提出系爭照護指引，否認系爭照護指引之真正云云，然系爭照護指引為高醫早於102年5月即已制訂之院內照護指引，事後又陸續修訂（本院卷一第207頁、卷二第107頁），因本院委請醫審會進行第二次鑑定，醫審會乃函請提供高醫之心臟內科加護病房急性心肌梗塞照護流程治療指引而經本院通知高醫提出（本院卷一第195、199頁），並非高醫主動提出，且醫審會在第一次鑑定時已認高醫就心臟酵素之監測符合醫療常規，郭嫦如之CK數值正常，CK-MB及Tropo-I數值亦均呈現下降趨勢，轉至普通病房亦符合醫療常規等情已如前述，難認高醫有何特意为本案修改指引內之資訊之必要，上訴人空言爭執系爭照護指引之真正，並無可採。
- 4.又本案病人111（應為108）年2月26日03：53之心肌酵素檢查數值CK 200IU/L，在正常範圍；CK-MB 7.6ng/mL為異常；Tropo-I 7.603ng/mL為異常。有些醫療院所採用男女相同正常值，但每間醫院實驗室正常值的採用有所不同。108年2月

26日03：53接受心肌酵素檢查，所測得之CK 200 IU/L、CK-MB 7.6 ng/mL及Tropo-I 7.603 ng/mL，雖然非完全正常，但有大幅下降趨勢，此時需要觀察臨床生命徵象。醫師有於加護病房嚴格監測病人生命徵象之醫療處置。2月22日19：07抽血檢查CK 1073 IU/L、CK-MB 103.9 ng/mL、Tropo-I 15.17 ng/mL；2月23日10：59，CK 1674 IU/L、CK-MB 131.9 ng/mL、Tropo-I 19.448 ng/mL；同日15：38，CK 1295 IU/L、CK-MB 86.0 ng/mL、Tropo-I 22.428 ng/mL。整理上開抽血之數據如下：CK 1073→1674→1295；CK-MB 103.9→131.9→86.0；Tropo-I 15.17→19.448→22.428。如同整理數據所示，CK和CK-MB呈現下降趨勢，但並非呈現遞減下降之情況，因此不可直接判斷108年2月24日、2月25日期間也是呈現遞減下降之情況。2月26日03：53接受心臟酵素檢查，檢查結果之數值CK 200 IU/L、CK-MB 7.6 ng/mL、Tropo-I 7.603 ng/mL。比較2月22日和2月26日心肌酵素之改變：CK 1073→200 IU/L、CK-MB 103.9→7.6ng/mL、Tropo-I 15.17→7.603 ng/mL，於數據上之判斷，是呈現下降趨勢，中間會有小幅浮動，但並非呈現遞減下降之情況。108年2月22日19：07抽血檢查CK 1073 IU/L、CK-MB 103.9ng/mL、Tropo-I 15.17 ng/mL；2月23日10：59，CK 1674 IU/L、CK-MB 131.9 ng/mL、Tropo-I 19.448 ng/mL；同日15：38，CK 1295 IU/L、CK-MB 86.0ng/mL、Tropo-I 22.428 ng/mL。整理上開抽血之數據如下：CK 1073→1674→1295；CK-MB 103.9→131.9→86.0；Tropo-I 15.17→19.448→22.428。如同整理數據所示，CK和CK-MB呈現下降趨勢，但並非呈現遞減下降之情況。對於是否需要重新於「每6～12小時追蹤1次心臟酵素檢查」，需要觀察臨床生命徵象改變，或病人主訴症狀變嚴重，才會重新每6～12小時追蹤1次心臟酵素檢查。依本案病人病歷所提供之訊息，無重新於每6～12小時追蹤1次心臟酵素檢查之需求。不可單獨以心肌酵素判斷可否轉出（加護病房），需考慮當時病人整體狀況來判斷，包括病人生命徵

象是否穩定，各項抽血是否穩定才能做最後之決定。高醫醫師當時表示「再觀察幾天今暫不轉床」。因此當時高醫醫師是決定暫不轉床，持續觀察之醫療處置，有醫審會編號0000000鑑定書（下稱0000000號鑑定書）可稽（本院卷二第146-148頁）。是依當時郭嫦如之檢測CK數值正常，CK-MB 及Tropo-I數值亦均過最高點，其在轉出前之最後一次心臟酵素檢查（2月26日03：53）為CPK 200 U/L，已在正常範圍內，同時Tropo-I高峰值已過，該數值雖非遞減下降但整體係呈現下降趨勢，生命徵象穩定，是可接受之轉出（病房）條件，醫審會因此認郭嫦如在此時轉至普通病房，符合醫療常規。而在郭嫦如已符合轉出（病房）之條件下，許栢超在2月26日上午10：30查房時仍係表示再觀察幾日暫不轉床，然郭嫦如表示加護病房不舒服無法休息，經與蕭修弘溝通後，蕭修弘乃同意郭嫦如轉病房，此有護理紀錄可憑（病歷卷第312頁），自難認許栢超之處置有何疏失。上訴人徒以郭嫦如於2月26日凌晨測得之Tropo-I數值，高出其他醫院網頁所指之參考數值，忽視郭嫦如CK、CK-MB、Tropo-I數值整體均呈現下降趨勢之事實而指陳昶任、許栢超之處置有醫療疏失云云，並無可採。

(五)上訴人另指稱郭嫦如於108年2月25日下午血壓低於入院時血壓，應可合理懷疑是否有心包膜填塞而為適當醫療處置，其於同年2月26日下午發病時，因在普通病房無法立即取得心臟超音波進行心包膜放液，致延誤搶救時間死亡云云。查：

1.108年2月25日15：36郭嫦如血壓101/50mmHg，低於入院時之血壓，可合理懷疑是否有心包膜填塞，但前於2月24日之心臟超音波檢查影像及報告，許栢超手寫之病歷紀錄內容中，心臟超音波呈現左心臟收縮比例下降，初步判斷為心臟衰竭，當時並無心包膜積液，有0000000號鑑定書可稽（本院卷一第410頁）。而依郭嫦如108年2月25日血壓狀況可合理懷疑是否有心包膜填塞時，醫師有依醫療常規讓其入住於加護病房，接受嚴格監測生命徵象之醫療處置。郭嫦如於108

01 年2月24日接受心臟超音波檢查，結果顯示左心臟收縮比率
02 下降，未有心包膜積液之情形，其當時生命徵象尚穩定，故
03 仍應持續觀察。醫師有於加護病房嚴格監測其生命徵象之醫
04 療處置，亦有0000000號鑑定書可憑（本院卷二第146頁）。

05 自難認陳昶任、許栢超當時之醫療處置有何疏失。

06 2.又郭嫦如於108年2月26日17：32手緊壓胸口並呻吟，最后無
07 脈搏，於17：33開始施行心肺復甦術(CPR)，17：40置放氣
08 管內管。急救過程中給予強心針 adrenalin，於18：08置放
09 葉克膜(ECMO)，並於18：48執行心包膜液引流100cc，惟郭
10 嫦如仍於19：32死亡。施予CPR當時，需維持高品質之CPR，
11 同時需要找尋心臟停止之原因。持續按壓心臟及高品質的CP
12 R是首要之務，此時若停止持續按壓心臟及高品質的CPR，施
13 行心包膜液引流，會使心肺循環暫時停止，使血液減少流至
14 各重要器官。故本案之CPR時序流程，無延遲或判斷錯誤之
15 情事。又心包內積液速度過快時，心包內壓會急劇上升，當
16 引起心臟受壓迫之情況下，需要考慮執行心包膜液引流。本
17 案於上開情形發生時，醫師有施作心包膜液引流處置，此經
18 0000000號鑑定書說明綦詳（本院卷二第148頁），是上訴人
19 上開主張，亦非可採。

20 六、綜上所述，上訴人依侵權行為之法律關係分別請求被上訴人
21 應連帶給付前述上訴聲明之金額，均為無理由，應予駁回。
22 原審為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴論旨指摘原判決
23 不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。

24 七、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證
25 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不
26 逐一論列，附此敘明。

27 八、據上論結，本件上訴為無理由，判決如主文。

28 中 華 民 國 114 年 7 月 30 日

29 醫事法庭

30 審判長法 官 郭宜芳

31 法 官 黃悅璇

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 114 年 7 月 30 日

書記官 吳新貞

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。