

臺灣高等法院高雄分院民事判決

113年度醫上字第2號

01  
02  
03 上訴人 黃夢熊  
04 法定代理人 王秋紅  
05 訴訟代理人 張恩庭律師  
06 邱基峻律師  
07 被上訴人 高雄榮民總醫院  
08  
09 法定代理人 陳金順  
10 訴訟代理人 王伊忱律師  
11 羅韻宣律師  
12 吳欣叡律師

13 上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國113年2月  
14 29日臺灣橋頭地方法院110年度醫字第11號第一審判決提起上  
15 訴，經本院於114年3月19日言詞辯論終結，判決如下：

16 主 文

17 上訴駁回。

18 第二審訴訟費用由上訴人負擔。

19 事實及理由

20 一、上訴人主張：伊於民國108年6月3日因胃出血入住被上訴人  
21 醫院，於住院期間在左上肢留置靜脈針，然因護理師照護不  
22 善，於同月9日發生注射部位紅腫並長出膿包致感染靜脈  
23 炎。復於同月14日在伊配偶王秋紅照護時，發現伊有流汗且  
24 全身顫抖之現象，即按壓緊急鈴，護理師進入病房用耳溫槍  
25 為伊量體溫，然護理師告知未發燒，未做任何處置即離去。  
26 王秋紅見伊顫抖之現象並未改善，第二次按壓緊急鈴，護理  
27 師再度進入病房用耳溫槍量體溫，表示未發燒即離開病房。  
28 然王秋紅見伊發冷顫的情形越來越嚴重，且床單都已濕透，  
29 乃第三次按壓緊急鈴，護理師三度進入病房，王秋紅告知伊  
30 身體寒顫程度已經連病床都在搖晃，不可能沒有異樣，護理

01 師始察覺不對勁，然此時伊已呈休克狀態，護理師始緊急通  
02 知醫師進行急救，並於當日將伊轉入加護病房。經治療後，  
03 伊因靜脈炎、敗血症合併肺水腫，導致四肢癱瘓，喪失認知  
04 功能、語言能力，日常生活完全無法自理。後經王秋紅瞭  
05 解，當日體溫計有損壞之情，導致護理師未即時發現伊身體  
06 狀況異常，有延誤治療之疏失。伊因被上訴人所聘用之護理  
07 師有照護上之疏失，致伊受有上開症狀，護理師應依民法第  
08 184條第1項前段、第193條第1項、第195條第1項前段規定負  
09 賠償責任，被上訴人亦應依民法第188條第1項前段規定，與  
10 護理師負連帶損害賠償責任。爰請求被上訴人應賠償醫療費  
11 用新台幣（下同）7萬3,267元、洗腎費用20萬2,400元、看  
12 護費用182萬7,500元、居家照護費用29,321元、精神慰撫金  
13 180萬元，合計393萬2,488元等語，聲明：(一)被上訴人應給  
14 付上訴人393萬2,488元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償  
15 日止，按年息5%計算之利息。(二)願供擔保，請准宣告假執  
16 行。

17 二、被上訴人則以：上訴人前因食慾不振致身體虛弱，於108年6  
18 月6日要求施打自費營養針，嗣護理師於同月9日發現上訴人  
19 左手注射部位紅腫，且因左上肢靜脈留置針到期，護理師便  
20 於同日移除留置針，重新於右手注射靜脈留置針。後因抽血  
21 檢查結果顯示上訴人有細菌感染情形，值班醫師乃於同月10  
22 日開立使用抗生素vancomycin，又王秋紅向值班護理師表示  
23 上訴人左手注射處出現膿包，經專科護理師及醫師檢查，因  
24 膿包尚未成熟，不宜刺破膿包，乃告知繼續觀察。至同月12  
25 日上午由護理師協助將膿包刺破後予以消毒，並於患處擦拭  
26 抗生素藥膏後覆蓋紗布，以防止發生感染，值班醫師亦持續  
27 給予抗生素，定期檢視患處有無感染並抽血追蹤細菌感染情  
28 形有無改善。嗣於同月14日6時30分許，上訴人出現發燒38.  
29 2度情形，依醫囑給予服用退燒藥並進行血液培養及血液常  
30 規檢查，後上訴人因出現貧血徵狀，乃於同日下午1時15分  
31 進行輸血，下午2時輸完血後，上訴人出現寒顫情形，護理

01 師測量上訴人生命徵象，並無發現發燒或異常情形，依醫囑  
02 給予CTM Inj 5mg，繼續觀察狀況。王秋紅下午3時30分許見  
03 上訴人仍有寒顫情形，通知護理師前來查看，經再次測量生  
04 命徵象，因上訴人出現發燒且血氧不穩，依醫囑給予服用退  
05 燒藥，並將原本採用之鼻導管給氧改為以面罩給氧，其血氧  
06 濃度即趨於穩定。後因上訴人出現肺水腫情形，病況不甚穩  
07 定，經值班醫師評估後，於當日下午5時許將上訴人轉至加  
08 護病房治療觀察。而護理師每次為上訴人注射靜脈留置針  
09 時，皆予以消毒並使用無菌技術施打，亦有妥善固定靜脈留  
10 置針並定期檢視注射部位有無異常情形，可知護理師注射靜  
11 脈留置針及後續照護等行為，並無疏失或延誤治療之情。再  
12 者，伊之醫護人員從未曾向王秋紅表示有耳溫槍損壞情形，  
13 護理師無任何疏失，況6月14日上訴人並無所稱休克狀態，  
14 醫師係因上訴人血氧濃度不穩，而將鼻導管供氧更換為面罩  
15 供氧並轉入加護病房。又上訴人於入院治療前，已患有失智  
16 症合併憂鬱症、糖尿病、慢性腎臟病、高血壓等慢性疾病，  
17 並曾於106年12月間出現陳舊性腦梗塞症狀，可知上訴人於  
18 入院前已有認知功能障礙及行動不便等情形，而於108年6月  
19 4日起至108年7月29日出院時，尚可由他人攙扶緩慢行走並  
20 自行表示有無身體不適情形，無上訴人所稱之四肢癱瘓、喪  
21 失認知功能、語言能力等情。至上訴人主張之醫療費用部  
22 分，實際支付之醫療費用僅有4萬1,435元。另至心臟外科、  
23 胃腸科、放射線部、外科、心臟科就診等費用，均為上訴人  
24 為治療其自身疾病所需，與伊無關。就洗腎費用20萬2,400  
25 元部分，因上訴人於本次入院前已罹患糖尿病、慢性腎臟  
26 病，該等慢性疾病之病程進展而需要進行洗腎治療，亦與伊  
27 之醫療行為無因果關係。就看護費用部分，上訴人未能提出  
28 住院期間之看護費用收據，又其罹患失智症、陳舊性腦梗  
29 塞，本會影響其四肢活動能力，認知功能及語言能力，目前  
30 需要看護，應係其本身罹患之慢性疾病進展所致，與本案醫  
31 療行為間無相當因果關係。再者，上訴人出院後，聘請居家

01 長照機構之人員到府協助餵食或灌食、沐浴、管路清潔等日  
02 常照護，與出院後之看護費用性質相同，有重覆請求。精神  
03 慰撫金亦屬過高等語為辯。答辯聲明：(一)上訴人之訴駁回。  
04 (二)如受不利判決，願供擔保，請准免為假執行。

05 三、原審判決駁回上訴人之請求，上訴人不服提起上訴，上訴聲  
06 明：(一)原判決廢棄。(二)被上訴人應給付上訴人393萬2,488  
07 元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計  
08 算之利息。(三)願供擔保，請准宣告假執行。被上訴人答辯聲  
09 明：(一)上訴駁回。(二)若受不利判決，願供擔保請准免為假執  
10 行之宣告。

11 四、兩造不爭執事項為：

12 (一)上訴人於108年6月3日入住被上訴人，於住院期間因左上肢  
13 留置靜脈針，於同月9日發生注射部位紅腫並長出膿包致感  
14 染靜脈炎。

15 (二)上訴人於108年6月14日在進行輸血治療後出現寒顫、發燒等  
16 情形，並於當日轉入加護病房治療，嗣於同月18日病況穩定  
17 後，再轉出至一般病房繼續治療。

18 五、本院得心證理由如下：

19 (一)按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫事人員因  
20 執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之  
21 注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償  
22 責任，醫療法第82條第1項、第2項定有明文。次按當事人主  
23 張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法  
24 第277條前段定有明文。又按因故意或過失，不法侵害他人  
25 之權利者，負損害賠償責任，民法第184條第1項前段定有明  
26 文。而民法第184條第1項前段規定，侵權行為之成立，須行  
27 為人因故意過失不法侵害他人權利，亦即行為人須具備歸責  
28 性、違法性，並不法行為與損害間有因果關係，始能成立。  
29 是以，倘行為並無故意或過失，或行為與損害之間無相當因  
30 果關係者，均無從令行為人負侵權行為損害賠償責任。上訴  
31 人主張被上訴人之護理師有前揭疏失行為，致上訴人因靜脈

01 炎、敗血症合併肺水腫，導致四肢癱瘓，喪失認知功能、語  
02 言能力，應負賠償責任等情，為被上訴人所否認，經查：

- 03 1.上訴人主張因護理師於108年6月9日未依規定於注射前就注  
04 射部位消毒，致注射部位紅腫，感染靜脈炎等語。為被上訴  
05 人所否認，辯稱：護理師施以靜脈注射時，全程依相關技術  
06 規範施作，以無菌技術施打，靜脈炎並非被上訴人醫院過失  
07 所致等語。就此，上訴人法定代理人王秋紅雖到庭具結陳  
08 稱：108年6月9日左手腕出針沒有用酒精棉擦拭，只有用棉花  
09 棒擦拭，右手入針時有用酒精棉擦拭。當時還沒有看到紅  
10 腫，當天下午，有護理師來檢查看到那邊怪怪的等語(本院  
11 卷第99頁)。惟王秋紅就上訴人入住被上訴人醫院後，先稱  
12 醫生表示需洗腎而入住加護病房、出加護病房後就開刀、自  
13 住院至出院均未下床過等語(本院卷第98頁)，後於被上訴人  
14 否認，辯稱上訴人係因肺水腫始轉加護病房、洗腎是在半年  
15 後等語後，再陳稱對上訴人係於109年2月才開始洗腎無意  
16 見，且表示上訴人係因胃出血是否算開刀不清楚等語(本院  
17 卷第208頁)，是其所述有與事實不符之處。另依護理紀錄所  
18 載，上訴人於住院期間之6月4日、5日均有請假返家洗澡、  
19 吃晚餐，並由家人陪同步出病室等情，有護理過程紀錄可參  
20 (原審病歷卷一第217、218頁)，與王秋紅所陳上訴人自住院  
21 後並未下床等情，亦有未合，則其所陳上訴人左手腕出針沒  
22 有用酒精棉擦拭，只有用棉花棒擦拭等語，是否亦因時間已  
23 久而有記憶模糊、不清之處，並非無疑。再者，依證人即10  
24 8年6月9日值班護理師林靖芳到庭證稱：108年6月9日那天黃  
25 夢熊要從左手換到右手，但是伊發現他注射部分有紅腫，所  
26 以伊用酒精棉片消毒已經注射針頭的部位，移除之後先用酒  
27 精棉片加壓止血，確定沒有出血之後，後來再用紙膠貼起  
28 來；工作流程就是使用酒精棉片消毒要注射的部位，然後才  
29 會進行注射。拔除的部份也會用酒精棉片消毒，然後加壓止  
30 血。所以基本上應該沒有使用棉棒。如果使用棉棒的話，我  
31 們工作車上會有很多消毒液，有一罐消毒液，我們會用棉棒

01 沾取，再將棉棒擦拭在欲注射或拔除的部位；印象中6月9日  
02 當天沒有使用棉棒，只有用酒精棉片；左手注射部分發現有  
03 紅腫時，會移除靜脈留置針，消毒後，告知主治醫生。接班  
04 時也會告知後來護理師要密切注意等語(本院卷第258、26  
05 0、261頁)。以其所證內容與護理過程紀錄相符(原審病歷卷  
06 一第220頁)，且上開紀錄係護理師於照護病患後所立即記  
07 錄，斯時兩造並無恩怨，亦無醫療糾紛，當無虛偽記載之必  
08 要，應可採信。綜上可認108年6月9日上訴人左手腕出針  
09 時，護理師係採用無菌技術施打，亦即於拔針時會以酒精棉  
10 片蓋住注射處，再抽出靜脈留置針可明。

11 2.再者，被上訴人對上訴人於6月9日之照護過程是否有疏失一  
12 情，經衛生福利部醫事審議委員會第0000000號鑑定書(下  
13 稱系爭鑑定書)鑑定結果認為：6月4日病人左手已留存靜脈  
14 留置針，6月6日15：45因病人左上肢靜脈留置針到期，護理  
15 師使用無菌技術更換注射部位，當時並無靜脈炎之情事發  
16 生，6月9日因靜脈留置針注射部位紅腫，護理師予以移除留  
17 置針並重新注射(右上肢)，上開相關醫療處置符合醫療常  
18 規；依護理記錄，108年6月6日病人左上肢靜脈留置針到  
19 期，護理師使用無菌技術更換注射部位，當時並無靜脈炎之  
20 情事發生，從而無法認定感染原因與護理師處置有關，且未  
21 見有不合醫療常規之處；108年6月9日因病人靜脈留置針注  
22 射部位紅腫，護理師予以移除留置針並換其他部位注射，且  
23 在病人家屬表示病人有寒顫之情事時，護理師執行生命現象  
24 偵測，在發現病人發燒後，即通知當日值班醫師處置與檢  
25 查，以上醫療處置，符合醫療常規等語(原審醫字卷第31  
26 0、311頁)。而醫事審議委員會係由專業醫師及法律人員所  
27 組成，所為鑑定具高度專業性及公信力，應足採為判斷之參  
28 考依據。又觀諸靜脈注射管路設立，會在皮膚上產生人為傷  
29 口，本有一定產生發炎之風險，而葡萄球菌雖是常見皮膚病  
30 菌，亦容易經由醫療照護者的雙手和鼻咽腔傳播，因此醫療  
31 照護人員須確實洗手、人員應有正確的無菌技術以及儘早移

01 除侵入性導管裝置之觀念等，有上訴人所提金黃色葡萄球菌  
02 醫療照護相關感染之調查分析報告可參(本院卷第142、146  
03 頁)，然上訴人在入院後之108年6月9日雖左上肢注射部位紅  
04 腫，感染靜脈炎，惟護理師係以無菌技術施打，其處置方式  
05 及過程，參酌證人林靖芳所證及上開鑑定意見，亦均符合醫  
06 療常規，上訴人又未能證明護理師有何違反醫療常規或有處  
07 置不當之處，因而導致靜脈炎之發生，是上訴人自無從以事  
08 後發生靜脈炎之結果，遽而推論被上訴人之護理師之照護行  
09 為有疏失之處。

10 3.上訴人另主張：108年6月14日因被上訴人醫院體溫計損壞，  
11 導致護理師未及時發現上訴人身體狀況異常，延誤治療時機  
12 等語，亦為被上訴人所否認，辯稱：108年6月14日之醫療處  
13 置完全無疏失，上訴人出現發燒、血氧不穩時，護理師即立  
14 即通知值班醫師，將本採用之鼻導管給氧改為面罩給氧，並  
15 轉送加護病房治療，上訴人並未出現其自述之低血壓或休克  
16 狀況等語。查：依108年6月14日上訴人之護理紀錄記載：10  
17 8年6月14日上午6點30分，上訴人體溫38.2度，依醫囑協助  
18 抽血液培養兩套及血液常規檢查，續觀察體溫狀況變化，同  
19 日14點41分，病人因慢性貧血且出現貧血臨床徵狀需輸血，  
20 因病人輸血完有寒顫情形，監測生命徵象，體溫36.9度，依  
21 醫囑給予CTM Inj 5mg，同日15點38分，測量生命徵象，體  
22 溫38.5度，依醫囑給予退燒藥物使用，且血氧不穩，15點40  
23 分將本採用之鼻導管給氧改以面罩給氧，血氧趨於穩定，其  
24 後因為上訴人出現肺水腫情形，病況不甚穩定，經值班醫生  
25 評估後安排將上訴人轉送加護病房治療，故於當日17點送往  
26 加護病房等情（原審病歷卷一第223、225、226頁）。是依  
27 上開記錄所載，上訴人係於輸血後，於14點41分發現有寒顫  
28 情形，護理師有為其量體溫，並依醫囑給藥，後於15點38分  
29 發現上訴人有發燒之情形，即依醫囑給予退燒藥，嗣因血氧  
30 不穩，經醫師評估將上訴人鼻導管給氧改為面罩給氧，且因  
31 出現肺水腫情形，始轉入加護病房，並非未做任何處置，上

01 訴人亦無陷入休克狀態之情況。而上訴人就所稱被上訴人醫  
02 院溫度計損壞一事，雖經證人李志宏到庭證稱：有聽上訴人  
03 老婆講耳溫槍壞掉的事等語(原審醫字卷第187頁)。惟其既  
04 係聽王秋紅轉述得知，並非親自見聞，自無從依其證言為有  
05 利於上訴人之認定。至上訴人所提被上訴人醫院副院長張宏  
06 泰與部長陳垚生之LINE對話截圖(原審醫字卷第33頁)，僅  
07 見張宏泰對陳垚生稱：「此位病人昨日高燒，家屬不斷反應  
08 護理皆表示沒燒，直到休克才發現溫度計壞掉，此位病人需  
09 多留意。」，陳垚生回應：「感謝張院長關心，已進行瞭  
10 解，病人即將轉入加護病房照護，亦已請加護病房感染科醫  
11 師進行協助處理，再次感謝告知。」然張宏泰當時並非在被  
12 上訴人醫院中任職，而為聯合醫院院長，其無參與上訴人治  
13 療過程，僅係將上訴人家屬之反應轉知予時任被上訴人醫院  
14 內科部長陳垚生知悉，依其2人之對話，亦未能遽而認定有  
15 溫度計損壞，延誤治療時機之情，而為有利於上訴人之認  
16 定。

17 4.上訴人又主張：上訴人經此治療過程後，出院時即四肢癱  
18 瘓、認知功能喪失、生活完全不能自理等語。然依護理紀錄  
19 所載：108年6月20日病人意識清，予家屬協助病人採漸進式  
20 下床至輪椅休息；6月27日孫女可協助病人搖高床頭用餐，  
21 用餐速度慢，班內協助病人下床如廁解便；7月3日家屬(太  
22 太)表示隔壁病人病況不好且昨日整晚沒睡覺，吵著我先生  
23 也都沒有睡覺，早上還跟我鬧脾氣，說他不想要吃早餐了；  
24 7月24日，觀察外傭確實採漸進式起身，觀察行走步態穩，  
25 病人穿著大小合適病人服及止滑鞋子，暫無跌倒情形發生，  
26 評估病人意識清楚，能予餵食、更換潔淨衣服及身體清潔等  
27 日常活動可配合坐臥姿進食；7月27日外傭可協助病人下床  
28 使用便盆椅或於床邊使用尿壺；7月28日外傭可陪同病人於  
29 病房走廊行走，檢視步態緩慢需由人攙扶等情(原審病歷卷  
30 一第245、250、254、301、306頁)，是依上開紀錄所載，  
31 上訴人至出院前一日，雖無法自行下床、走動，而需人協

01 助，但尚無四肢癱瘓之情，故上訴人上開主張，尚無所據。  
02 就此，上訴人以證人李志宏之證述及復健科所出具之診斷證  
03 明書為證，認護理紀錄有與事實不相符之處。惟證人李志宏  
04 雖到庭證稱：108年6、7月的時候上訴人離開加護病房時，沒  
05 有體力走路，都躺著；從加護病房轉到普通病房之後，因上  
06 訴人昏迷沒有跟他講過話等語（原審醫字卷第182、183頁），  
07 但亦證稱：上訴人住院好幾次，伊也不清楚，他每次住院，  
08 他老婆都叫我去看他，去大概5次，有時候糖尿病，有時候  
09 胃出血，其他記不起來；甚麼時間去看記不起來；最嚴重那  
10 次一個月去20次以上，從加護病房出來都住單人病房等語  
11 （原審醫字卷第179、183、184頁）。依其所證，雖證稱上  
12 訴人於離開加護病房後即躺於床上，但對於上訴人住院原  
13 因、次數、探望次數，均已不復記憶，又其既以1個月去20  
14 次以上之頻率探望上訴人，竟對上訴人於出加護病房後，非  
15 一直住單人房一情，證述上訴人一直都住單人房，與事實有  
16 不符之處，另其非整日均陪伴在上訴人身旁，所見僅係短時  
17 間內之現象，無法僅依其所證，即予推論上訴人均無下床之  
18 事實，是證人李志宏上開所證，自無從為有利於上訴人之認  
19 定。至被上訴人復健科醫師於108年7月31日、8月1日所出具  
20 之診斷證明書雖記載：病症為肢體無力及認知及語言能力喪  
21 失；肢體癱瘓及失智，認知及語言能力喪失等語（原審病歷  
22 卷一第403、404頁）。惟被上訴人辯稱：上訴人入院前已經  
23 有認知功能障礙及行動不便等情形，失智症會因其病程進展  
24 逐漸影響認知功能、語言能力及四肢活動能力，又所患糖尿  
25 病、慢性腎臟病，亦可能因病程進展而需要進行洗腎治療，  
26 加上上訴人先前失智症及中風等病症，更會影響其四肢活動  
27 能力其認知功能，是上訴人嗣後出現肢體功能下降、認知功  
28 能及語言能力變差、日常生活無法自理、需要接受洗腎治療  
29 等情形，應係其本身罹患上述慢性疾病病程進展所致，與10  
30 8年6月之醫療並無相當因果關係等語。查：上訴人前即有陳  
31 舊性腦梗塞症狀，108年6月住院前亦患有失智症合併憂鬱

01 症、糖尿病、慢性腎臟病、中風、高血壓等慢性疾病一節，  
02 雖為上訴人所否認，陳稱：僅有糖尿病、高血壓，有拿藥控  
03 制，沒有失智症、憂鬱症，也沒有腎臟病，不記得曾經發生  
04 過陳舊性腦梗塞等語（原審醫字卷第30、60頁），但上訴人  
05 於99年間即已罹患糖尿病，且於104年至110年間糖化血色素  
06 控制均不佳，108年3月31日即因陳舊性腦梗塞急診診斷住  
07 院，106年12月12日懷疑失智症，107年完成失智症評估，10  
08 8年4月8日腦中風住院，經醫師診斷失智合併憂鬱症，106年  
09 8月7日慢性腎臟病第三a期，107年10月5日慢性腎臟病第三b  
10 期，107年12月26日慢性腎臟病第四期，經醫生診斷糖尿病  
11 腎病變，並於同日合併肺水腫住院等情，有上訴人就診相關  
12 病歷可證（原審醫字卷第205至249頁），上訴人上開所辯，  
13 顯與事實不符。參以上訴人確實早在108年6月入院前，即有  
14 中風之記錄，且罹患有嚴重之糖尿病、腎臟病，並有失智症  
15 合併憂鬱症之情形，是上開診斷證明書雖載上訴人有肢體無  
16 力及認知及語言能力喪失等情，惟其於診斷欄亦先後載明：  
17 腦中風導致肢體無力；腦中風導致肢體癱瘓。是依診斷證明  
18 書所載上訴人之肢體無力、癱瘓，既係因腦中風所導致，參  
19 酌其上開病程資料，可認上訴人應係其自身病程之日趨進展  
20 至肢體無力、肢體癱瘓之程度，要難依證明書所載即推論上  
21 訴人於7月29日出院之狀況。至被上訴人醫院於108年9月25  
22 日、108年10月3日所開立之診斷證明書（原審病歷卷一第43  
23 7、441頁），其所載明者乃病人目前之狀況，是其病況亦不  
24 能證明上訴人於108年7月29日出院之情形，是此均無從採為  
25 有利於上訴人之認定。此外，上訴人未能提出其他證據證明  
26 護理過程紀錄有不實之情，是足認護理紀錄過程並無不實之  
27 處，上訴人上開所辯，尚無可採。

28 5.另參諸系爭鑑定書認定：108年6月14日病人發燒，可能有感  
29 染的情況，此時應給予抗生素治療，相關抗生素（萬古黴  
30 素）已於6月10日開立，並於6月14日因病人臨床狀況不穩  
31 定，配合調整抗生素藥物teicoplanin及meropenem。另依病

01 歷紀錄，因病人血氧飽和度不穩，醫師給予病人氧氣面罩使  
02 用，並安排胸部X光檢查，結果顯示肺水腫情形，醫生給予  
03 利尿劑、類固醇、白蛋白，以控制肺水腫所造成之血氧飽和  
04 度不穩，自發現病人發燒至送入加護病房之過程中，相關之  
05 醫療處置符合醫療常規，且未見有延遲之處，影響敗血症發  
06 生之機率因素很多，如病人本身因素（慢性腎臟衰竭、糖尿  
07 病、營養不良、陳舊性腦中風、貧血、自體免疫性疾病  
08 等）、感染之部位、感染嚴重度及病菌本身的致病性，故病  
09 人疑似敗血症結果與醫生所為之醫療處置無關。臨床上，感  
10 染所致之四肢癱瘓，通常是因頸椎感染造成脊髓壓迫，本案  
11 病人無頸椎感染相關症狀，故病人之四肢癱瘓無法認定與6  
12 月14日之病症相關，病人有糖尿病、腎臟病、高血壓等病  
13 史，此均有可能與病人日後出現需要長期血液透析治療（俗  
14 稱洗腎）有關，故要將長期血液透析治療歸因於6月14日之  
15 病症，時序上無法呼應，從而醫生當日之處置，已使病人之  
16 臨床狀況改善，難認與病人四肢癱瘓、生活需仰賴照護及需  
17 長期血液透析治療有關等語（原審醫字卷第311至313頁），  
18 是參酌上開鑑定意見，被上訴人、護理師於108年6月14日當  
19 天在上訴人發生病徵後，即給予相關之醫療處置，無何違反  
20 醫療常規之處，未見有任何疏失，堪予認定。

21 6. 綜上，被上訴人之護理師對上訴人所為靜脈注射之施打方  
22 式，及上訴人因發燒至送入加護病房間，被上訴人所為之醫  
23 療行為，要難認有何違反醫療常規之處，又被上訴人在上訴  
24 人住院期間所為醫療行為，與上訴人目前四肢癱瘓、喪失認  
25 知、語言功能間，亦無相當因果關係，故上訴人依侵權行為  
26 之法律關係主張被上訴人之護理師成立侵權行為，被上訴人  
27 應負僱用人之責任，並請求相關損害賠償，即非有據。

28 六、綜上所述，上訴人依民法第184、188、193、195條等規定，  
29 請求被上訴人給付393萬2,488元本息，為無理由，應予駁  
30 回。原審依此而為上訴人敗訴之判決，於法並無不合。上訴  
31 意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上

01 訴。  
02 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  
03 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不  
04 逐一論列，附此敘明。  
05 八、據上論結，本件上訴為無理由，判決如主文。

06 中 華 民 國 114 年 4 月 2 日

07 醫事法庭

08 審判長法官 黃宏欽

09 法官 楊淑儀

10 法官 楊國祥

11 以上正本證明與原本無異。  
12 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  
13 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  
14 （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  
15 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  
16 師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

17 中 華 民 國 114 年 4 月 2 日

18 書記官 楊明靜

19 附註：

20 民事訴訟法第466條之1：

21 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  
22 人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

23 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  
24 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  
25 院認適當者，亦得為第三審訴訟代理人。

26 第1項但書及第2項情形，應於提起上訴或委任時釋明之。