

臺灣高等法院高雄分院民事判決

113年度醫上字第3號

上訴人 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

被上訴人 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

高維宏律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於民國113年3月28日臺灣橋頭地方法院111年度醫字第5號第一審判決提起上訴，本院於113年10月14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

一、上訴人主張：上訴人李慧君及原審共同原告李我【民國112年11月6日歿，於原審由繼承人李慧君及上訴人李文琨、李文泳（下合稱李文泳等3人）具狀承受訴訟】分別為被害人李年春（00年0月00日生，108年12月13日歿）之女兒及丈

夫。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律器，心律易受高血鉀、酸血症影響。其於108年12月12日因跌倒致左大腿股骨骨折，經送往被上訴人高雄榮民總醫院（下稱高雄榮總）急診住院，由骨科醫師即訴外人黃富鼎擔任主治醫師，及訴外人林衍昌醫師進行骨折後復位及內固定手術，術後意識清醒，生命徵象穩定。李年春於同年月13日3時30分許，有下腹部脹痛，躁動不安情形，經高雄榮總僱用之骨科住院醫師即被上訴人陳韋傑到場診治，診治過程中意識轉為嗜睡，叫喚眼神無法對焦，進行氣管插管。李年春於4時21分許，量得血壓96/81毫米汞柱，脈搏僅37次/分，每分鐘小於50次，屬於成人緩脈之情形，且經抽血檢查結果為酸鹼值（PH）6.810，鉀離子（K）>10mmol/L，表示鉀離子濃度已高到無法測出，為嚴重代謝性酸血症。而高血鉀屬急症，會阻礙心臟電氣傳導，以致心跳減緩，嚴重時則引發心律不整，導致死亡結果。此際應依美國心臟醫學會西元2020年之高級心臟救命術指引，及時進行「十二導程心電圖」檢查確認緩脈原因，及對於酸血症、高血鉀症等可逆性病因而進行矯治作為。然陳韋傑疏於注意及施行處置，致李年春因高血鉀進一步升高而心臟停止跳動，經急救無效，於5時4分許死亡。高雄榮總診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致心跳變慢停止。則陳韋傑、高雄榮總怠於李年春開始意識不清時進行抽血檢查，於插管急救後始抽血檢查，復未注意高血鉀檢查結果，致未有相應之十二導程心電圖及矯治，其不作為具有過失，與死亡結果間具有相當因果關係，應連帶負侵權行為損害賠償責任，高雄榮總並應負醫療契約之債務不履行損害賠償責任。又李慧君因此受有支出喪葬費合計新台幣（下同）461,000元之損失，李慧君、李我均受有精神上之非財產損害各100萬元、200萬元等情。爰依民法第184條第1項前段、第188條第1項、第194條、第192條第1項等規定，先位聲明：(1)被上訴人應連帶給付李慧君1,461,000元、李文泳等3人200萬元，及分

別自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(2)願供擔保，請准宣告假執行。備位依民法第227條及第227條之1準用同法第192條第1項、第194條等醫療契約不完全給付之債務不履行規定，備位聲明：(1)高雄榮總應給付李慧君1,461,000元、李文泳等3人200萬元，及分別自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(2)願供擔保，請准宣告假執行。

三、被上訴人均以：李年春於108年12月13日凌晨3時30分許，經護理師觀察有躁動不安、下腹部呈圓鼓狀，尿袋內尿量少，尿道口周圍有膿尿情形，經陳韋傑於3時50分許前來，使用腹部超音波檢查下腹部，發現膀胱餘尿量不多。檢查過程中，李年春意識逐漸轉為嗜睡、叫喚眼神無法對焦，即通知第二線值班醫師即訴外人鄭婷丰。鄭婷丰於同日4時許前來評估須插管，因屬困難插管個案，於4時15分許通知麻醉科支援，然李年春於4時20分許呈現休克無脈搏，故開始心外按摩急救及抽血檢查，4時30分許成功放置氣管內管並持續急救。當時抽血檢查許多數值均為異常，數據已不具參考價值，首要目標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進行處置。嗣於4時52分許，家屬表示拒絕急救、希望留一口氣回家，於5時許由黃富鼎醫師協助辦理出院。又股骨骨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，當血栓經由下肢靜脈進入心肺，可能導致肺栓塞，本件手術同意書中亦明載肺栓塞之風險，故出院診斷為疑似肺栓塞合併缺氧性呼吸衰竭，並無錯誤。是以，被上訴人之醫療處置均合乎醫療常規，亦無疏失。又上訴人所提禮儀公司合約單僅係報價單，並非實際支出之收據，上訴人請求之喪葬費用、精神慰撫金之金額亦屬過高等語置辯。

三、原審判決上訴人之訴駁回，上訴人不服，提起上訴，上訴先位聲明：(一)原判決廢棄。(二)被上訴人應連帶給付李慧君1,461,000元及李文泳等3人合計200萬元暨分別自起訴狀繕本送

達翌日起至清償日止，按年息百分之五計算之利息。(三)願供擔保，請准宣告假執行。備位聲明：(一)原判決廢棄。(二)高雄榮總應給付李慧君1,461,000元及李文泳等3人合計200萬元暨分別自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之五計算之利息。(三)願供擔保，請准宣告假執行。被上訴人答辯聲明：上訴駁回。

四、兩造不爭執事項如下：

- (一)李慧君、李我（112年11月6日歿，由李文泳等3人承受訴訟）分別為李年春（37年間生，108年12月13日歿）之女兒及丈夫。
- (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節律器。
- (三)李年春因跌倒致左大腿股骨骨折，於108年12月12日經送往高雄榮總急診住院，由骨科醫師黃富鼎擔任主治醫師，及由林衍昌醫師進行骨折後復位及內固定手術，術後意識清醒，生命徵象穩定。
- (四)李年春於108年12月12日3時30分許，有下腹部脹痛，躁動不安情形，經高雄榮總之骨科住院醫師陳韋傑到場診治，診治過程中意識轉為嗜睡，叫喚眼神無法對焦，進行氣管插管。
- (五)李年春於4時21分許，量得血壓96/81毫米汞柱，脈搏僅37次/分，每分鐘小於50次，屬於成人緩脈情形，及經抽血檢查結果為酸鹼值（PH）6.810，鉀離子（K）> 10mmol/L。
- (六)李年春經急救無效，於5時4分許死亡，高雄榮總出具之診斷證明書記載死因為「疑因肺栓塞併呼吸衰竭」。
- (七)李慧君支出李年春之喪葬費用。

五、兩造爭執事項為：(一)李年春之死亡原因？陳韋傑醫師對於李年春所實施之醫療處置，是否未注意高血鉀檢查結果及未於心搏變緩時施行十二導程心電圖？是否違反醫療上必要之注意義務，或有逾越合理臨床專業裁量情事，而構成侵權行為？(二)高雄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損害賠償責任？(三)上訴人請求被上訴人賠償，有

01 無理由？喪葬費用及精神慰撫金之金額以若干元為正當？茲
02 分述如下：

03 (一)李年春之死亡原因？陳韋傑醫師對於李年春所實施之醫療處
04 置，是否未注意高血鉀檢查結果及未於心搏變緩時施行十二
05 導程心電圖？是否違反醫療上必要之注意義務，或有逾越合
06 理臨床專業裁量情事，而構成侵權行為？

07 1.查李年春有糖尿病、高血壓與高血脂症病史，前因心律不整
08 接受永久性心臟節律器植入，係因跌倒致左大腿股骨骨折，
09 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
10 住院，到院時神智清楚，血壓207/96mmHg，脈搏每分鐘68
11 次，呼吸每分鐘19次，左髖部疼痛並有活動度受限，經胸部
12 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
13 骨折，並予抽血、心電圖等入院前檢驗，檢驗結果鉀(K)5.
14 2mmol/L(參考值3.4-4.7)，因有腎功能不全合併高血鉀，急
15 診醫師給予鈣補充劑Calglon靜脈注射液(高血鉀抑制
16 劑)、短效胰島素ActrapidHM加高濃度葡萄糖Glucose50%靜
17 脈注射(使血中鉀離子進入細胞中，降低血鉀濃度)，處置
18 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
19 告顯示血鉀濃度降至4.2mmol/L(參考值3.4-4.7)，心電圖顯
20 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
21 術，由家屬代為簽立手術同意書，載明疾病名稱「左股骨轉
22 子間骨折」，建議手術名稱「骨折復位及內固定手術」，並
23 於問題欄列出可能之併發症「麻醉風險，傷口感染，神經血
24 管損傷，血栓(中風，下肢靜脈栓塞，肺栓塞，缺血性腸阻
25 塞)，內固定鬆脫」等情，為兩造所不爭執(見本院卷第10
26 2頁)，復有榮總醫院急診檢傷護理評估表、護理過程紀
27 錄、手術同意書及原審囑託財團法人私立高雄醫學大學附設
28 中和紀念醫院(下稱高醫)鑑定整理之病情概要可考(見原
29 審審醫卷第25至29、123頁、原審卷二第21至22頁)，此部
30 分事實堪信為真。又手術同意書上第二段醫師之聲明給予病
31 人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆欄

01 即以手寫記載：「(1)瞭解風險、傷口感染、神經血管損傷、
02 血栓（中風、下肢靜脈栓塞）(2)肺栓塞、缺血性腸阻塞、內
03 固定鬆脫。」，其後李年春因發生休克無脈搏，而進行心外
04 按摩急救而仍無效，於5時4分許死亡，經高雄榮總陳韋傑醫
05 師開立出院診斷證明書記載死因為「疑因肺栓塞併呼吸衰
06 竭」（見原審審醫卷第23、123頁），核係依李年春進行上
07 開手術後，所發生之狀況及病歷資料，依其醫學專業認知所
08 為合理判斷，已堪認定。

09 2.上訴人雖主張死因應為高血鉀、酸血症導致心律不整死亡，
10 質疑陳韋傑判斷肺栓塞不合理。又因高血鉀症係屬急症，嚴
11 重時將引發心律不整，除血液檢驗外，且應進行十二導程心
12 電圖，惟陳韋傑未對李年春進行十二導程心電圖檢查，對其
13 發生高血鉀及酸血症未為醫療處置，致李年春死亡，又就死
14 亡原因判斷錯誤，認陳韋傑有醫療疏失及高雄榮總併有債務
15 不履行等情，並檢送輔仁大學醫學系王宗倫教授所著高血鉀
16 症心電圖的臨床意義等資料為據。惟為被上訴人以前詞否認
17 置辯。而上訴人就其前開主張，並分別聲請原審囑託法務部
18 法醫研究所、國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫
19 院）、高醫及林口長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下
20 稱林口長庚醫院）鑑定，然上開醫院之鑑定結果，尚無法為
21 上訴人有利認定，茲述如下：

22 (1)原審將上訴人所列本件爭點，囑託法務部法醫研究所鑑定
23 後，經該所回覆：本件爭點應洽詢臨床專科醫師，有該所11
24 1年7月22日法醫理字第11100215870號函可考（見原審卷一
25 第67頁）。嗣原審依上訴人聲請，囑託成大醫院鑑定，經成
26 大醫院骨科部鑑定結果認為：(一)依李年春於108年12月12日
27 術前血液檢查結果顯示血鉀4.2mmol/L（參考值3.4~4.7mmo
28 l/L），屬於正常範圍，不能表示術前即患有高血鉀症，又
29 依術前心電圖呈現節律器啟動心房心律（Atrialpacedrhyth
30 m）之結果，且體溫血壓脈搏紀錄發現絕大多數時間脈搏固
31 定為70次/分，為節律器啟動之心律，而非左支束傳導完全

01 阻滯；(二)病人無心跳、脈搏之急救期間，血鉀及乳酸迅速累
02 積造成血酸症，且老年病人於髖關節骨折後臥床時間增加，
03 形成靜脈血栓之機率提升，便有肺栓塞造成呼吸衰竭之風
04 險，惟病人之疼痛忍受程度及生理狀態因個體差異極大，故
05 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
06 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
07 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
08 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
09 謝性血酸，因此不能表示高血鉀造成病人死亡，較合適之說
10 法應為肺栓塞造成呼吸衰竭等語，有成大醫院111年11月18
11 日成附醫秘字第1110024004號函所附病情鑑定報告書第一至
12 二段可考（見原審卷一第92至93頁），依此鑑定結果堪認陳
13 韋傑醫師判斷李年春發生肺栓塞造成呼吸衰竭，尚屬合理，
14 難認有何違反醫療常規。而上訴人稱成大鑑定有未討論本件
15 已發生高血鉀之瑕疵云云，難認可採。

16 (2)上訴人嗣又以榮總由心臟內科李道興醫師出具之心電圖檢查
17 報告，記載complete left bundle branch block（左支束
18 傳導完全阻滯），主張李年春術前血鉀雖正常，然術後病狀
19 轉變之酸血症、高血鉀，會對左支束傳導完全阻滯造成影
20 響，導致心跳停止，為其死亡原因，質疑成大醫院鑑定結
21 果，請求原審送請高醫鑑定。嗣經原審囑託高醫第1次鑑定
22 結果認：李年春於108年12月12日之心電圖檢查有竇性心搏
23 過速、心軸右偏、左束枝傳導完全阻滯，入院後抽血發現高
24 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
25 範圍。血鉀升高時，會因細胞內外鉀離子濃度差異減少而減
26 緩心臟內部傳導，產生傳導阻滯，如竇房間傳導阻滯、心房
27 內傳導阻滯、心房心室間傳導阻滯等，如果原已有傳導束枝
28 阻滯，將進一步惡化心臟之搏動啟動與傳導機制。惟李年春
29 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，
30 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
31 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

01 滯並不一定會發生明顯影響。然而隨血鉀濃度升高，可能產
02 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
03 心跳停止。李年春自進入急診、接受手術、乃至術後，即使
04 有骨折與手術後疼痛，外傷與手術導致之貧血需要較多心臟
05 血液輸出量之情形，心跳數仍皆穩定維持在每分鐘68-70
06 次，並不因身體上不適而有增加，顯示其心臟功能確實不
07 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
08 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。
09 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
10 動性與收縮性降低，心搏過緩，乃至竇性心跳停止。此時即
11 使給予強心劑、心臟按摩等急救藥物或措施，亦由於長時間
12 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
13 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
14 險因子，死亡率約25-30%，起因為血栓在深部靜脈裡，經鬆
15 動（如骨折復位或手術）後隨血流至肺循環而梗塞。醫師面
16 對病人病況突然惡化，需考量所有之可能性並依臨床裁量作
17 出診斷與處置。急性肺栓塞併呼吸衰竭為下肢骨折可能之併
18 發症，並有死亡風險，且已臚列於手術同意書中。雖因病程
19 惡化快速，未能進行進一步檢查檢驗，難以確認或排除是否
20 有急性肺栓塞併呼吸衰竭之存在，但將急性肺栓塞併呼吸衰
21 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
22 因，難謂有不符醫療常規之處等語，有高醫112年3月10日高
23 醫附法字第1120100066號函所附鑑定意見書意見欄第(一)、(二)
24 段可考（見原審卷二第19至24頁）。其後又於補充鑑定即第
25 2次鑑定結果仍認為：心臟節律器依設定值發出電刺激產生
26 心搏，並不會因血中鉀離子濃度而有影響或失靈。就高血鉀
27 症心電圖在心臟節律器介入下之影響，並無相關醫學文獻。
28 李年春之病程惡化極快，除病歷記載、急救時抽血數據外，
29
30
31

別無其他相關檢查檢驗甚或解剖報告等，可供判斷。前次鑑定意見對病人心搏減緩，最終心跳停止之原因，僅能依所附卷證所見，推定較為可能之原因，「無從認定確切原因」，亦「無資料或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栓塞併呼吸衰竭之危險因子。醫師面對病人病況突然惡化，需考量所有之可能性並依臨床裁量作出診斷與處置。急性肺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（見原審卷二第195至201頁），及D-DIMER檢驗報告可考（見原審卷一第135頁）。則依高醫前開2次鑑定結果，足認李年春當時因病程惡化極快，雖因節律器而可保持一定之心搏數，但體內環境與細胞處於循環與供氧不足之休克狀態，而隨著高血鉀對心肌細胞產生之其他影響，乃至竇性心跳停止，即使給予強心劑、心臟按摩等急救藥物或措施，亦因長時間細胞休克與心肌細胞失去活動性而難以恢復心跳，為其較可能之死亡原因，但亦不能排除因下肢骨折，急性肺栓塞併呼吸衰竭之存在（死亡率約25-30%），且以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。是高醫既已載明綜觀病歷記載、急救時抽血數據，在無其他相關檢查檢驗甚或解剖報告等下，認定無法認定確切死因，及無法排除李年春之死亡原因係急性肺栓塞併呼吸衰竭之原因，並認定陳韋傑醫師判斷符合醫療常規，自難認被上訴人前開所辯無據。故上訴人主張李年春術後無呼吸衰竭、胸痛、心搏過速等症狀，即不能認為係發生肺栓塞，被上訴人醫師疏於注意、判斷死因

錯誤云云，顯係自行解讀，尚難憑採。

(3)上訴人又提出「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，主張D-dimer實屬高敏感性但低特異性的檢驗，應扮演排除肺栓塞之角色，並聲請原審囑託林口長庚鑑定。惟經林口長庚醫院鑑定結果認：病人於108年12月13日3:30發生躁動不安和下腹疼痛，4:00因意識狀況惡化及呼吸衰竭，開始進行氣管內管插管；4:21檢測心跳偏低（37/分鐘），同一時間（04:20）發生無脈搏狀況，開始人工心肺復甦術急救；急救中血壓心跳皆為0；急救無效於5:04死亡。髖部骨折術後最常見併發死亡原因為心血管疾病，包括肺栓塞（占有死亡28%）及心肌梗塞（占有死亡28%），大多數突發術後死亡為此兩原因，其他非心血管疾病較少發生突發死亡。肺栓塞會導致肺動脈突發阻塞，心臟無法輸出血液，導致心臟突然衰竭，血氧下降；心肌梗塞則導因於心臟本身突然衰竭及心室心律不整。肺栓塞表現為突發呼吸困難呼吸衰竭，心肌梗塞表現為胸悶痛及心律不整。本個案表現為呼吸衰竭突發死亡，血氧（saturation）偵測不到，顯而易見之臨床臆測診斷為肺栓塞，加上D-dimer偏高（ $>10000\text{ng/ml}$ ），也證實此臨床診斷的可能性。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。臨床表現及檢查資料顯示在前一天病人血鉀 4.2mmol/L 正常（因為穩定狀況血鉀數值變化較慢），皆不支持高血鉀導致此病人死亡的原因。急救中抽血檢測的數值有大量異常（包括電解質K、Ca、Cl、Mg，PH及大量異常數值，顯然並非單純高血鉀導致），此類異常歸因於心臟停止，全身器官供血不足，突發生理機能調節異常所導致，也不能做為判斷致死原因之依據。這些異常表現都是病人狀況更加惡化的表現，這是急救中常見現象，急救時發生高血鉀乃不穩定結

01 果，並非原因，此時心電圖判斷無臨床重要性。又因急救中
02 無法維持生命徵象穩定而離開病房接受檢查，實務上不存在
03 執行其他檢查的可行性，例如電腦斷層攝影或核子醫學肺部
04 灌注掃描。臨床診斷乃基於醫師的判斷，並非單純基於D-di
05 mer檢測。醫師在診斷上已初步認為是肺栓塞，接著D-dimer
06 檢測陽性，乃是印證肺栓塞的可能性，急救中無法無法透過
07 檢查進一步確認診斷。基於骨折後最常發生呼吸衰竭的原因
08 就是肺栓塞，檢測D-dimer來診斷為發生肺栓塞乃是合理臨
09 床醫療判斷等語，有林口長庚醫院113年1月29日長庚院林字
10 第1121251523號函所附鑑定報告之個案病情整理及爭議問題
11 回覆可考（見原審卷二第389至397頁），且與前開各醫院之
12 鑑定意見大致相合，益徵陳韋傑醫師依其臨床診斷及D-dime
13 r檢測等各情，判斷李年春死因與發生肺栓塞有關，難認有
14 何違反醫療常規。而上訴人主張D-DIMER檢測結果特異性
15 低，僅能排除肺栓塞，不能據此診斷為肺栓塞云云，且不能
16 以抽血D-Dimer數值偏高，即與抽血時發現高血鉀之數值偏
17 高之認定為差別對待云云，顯係片面意見，並與上開各醫院
18 之鑑定意見不同，尚難執為不利於被上訴人之認定。

19 (4)綜上，依李年春進行髌部骨折手術，而術後最常見併發死亡
20 原因為心血管疾病，包括肺栓塞之原因，成大及長庚均診斷
21 係肺栓塞導致李年春死亡，又因李年春死亡後並未解剖，此
22 為上訴人所自承，且上訴人既贊同高醫之鑑定結果，而高醫
23 雖推論可能高血鉀造成心搏減緩以至心跳停止，惟亦表示無
24 法排除係肺栓塞併呼吸衰竭造成李年春死亡，足見各該醫院
25 鑑定均同認無法排除係肺栓塞併呼吸衰竭造成李年春死亡，
26 且均認陳韋傑醫師判斷李年春為術後肺栓塞導致死亡結果，
27 符合醫療常規，有各大醫院鑑定結果之鑑定書在卷可稽，已
28 如前述，自難認陳韋傑之診斷及處置有何違反醫療常規而有
29 疏失，堪以認定。上訴人空言主張李年春死因為高血鉀所
30 致，並非肺栓塞併呼吸衰竭，此已是定論云云，尚難逕予採
31 信。

01 3.再者，陳韋傑對於李年春所實施之醫療處置，難認有何違反
02 醫療上必要之注意義務而構成侵權行為，茲述如下：

03 (1)上訴人雖主張高血鉀屬可逆性病因，陳韋傑醫師未注意高血
04 鉀檢查結果及未於心搏變緩時立即施行數分鐘內可檢查完畢
05 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
06 量情事，致未能發現高血鉀於心電圖上之反應，未採取因高
07 血鉀導致成人緩脈之必要處置措施，致李年春心跳停止死亡
08 云云，並提出成人緩脈處置措施為憑（見原審審醫卷第43至
09 44頁）。惟查，陳韋傑醫師判斷死因為肺栓塞，並無違反醫
10 療常規，已如前述；且高醫亦未排除肺栓塞為李年春之死亡
11 原因，又成大醫院及林口長庚醫院鑑定後，判斷死因為肺栓
12 塞，並均否認高血鉀為李年春致死之原因，基此，已難逕採
13 認上訴人之主張屬實。再者，依成大醫院鑑定意見認為：進
14 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
15 正之病因，抽血為急救時之常規；心肺復甦首要之目標為恢
16 復生命徵象，待穩定後再矯正潛在病因，惟因年紀大病人於
17 開始接受急救時，即便確認病因，然可矯正並恢復生命徵象
18 之機會仍然非常低；若病人脈搏發生劇烈改變應該接受心電
19 圖檢查，惟若欲執行檢查當下病人便無脈搏呼吸時，仍以心
20 肺復甦為優先等語（見原審卷一第94至95頁）。高醫鑑定亦
21 認為：李年春於12月13日4時21分之血壓96/81mmHg，脈搏每
22 分鐘37次，此前醫師已發現病人意識狀態轉為嗜睡，叫喚時
23 眼神無法對焦，值班醫師，評估病人需插管，並隨即發生無
24 脈搏，開始進行急救措施，開始給予心臟按摩及抽血，而人
25 體在缺氧狀態下，特別是循環血流供應不足時，可能發生無
26 氧代謝，靠著產生乳酸方式產生能量，因此血流循環能力降
27 低常係引起乳酸中毒重要原因，例如休克等。乳酸過高可能
28 導致血液酸化，血液中酸鹼值低於正常範圍，並可造成細胞
29 鉀離子外漏至細胞間液而產生高血鉀。依一般醫療常規，醫
30 院內突發心跳停止時，除立即給予心肺復甦如體外心臟按
31 摩、插管給氧、評估是否應予電擊外，如能恢復自主性穩定

心跳，則著重於呼吸、心跳、血壓等生命徵象穩定，包括維持血氧濃度（SaO₂）於94-98%，維持正常二氧化碳分壓（pCO₂），進行十二導程心電圖，治療潛在病因與溫度控制等。

本案自4時21分後開始急救，至4時52分病人兒子抵達，表示想留一口氣回家，拒絕繼續急救，為時約僅半小時。依一般情況，停止急救時，應「尚無檢驗報告可供醫師參酌並進行矯治」。「無法以心電圖檢查判斷緩脈原因」。又進行十二導程心電圖檢查，病人需平躺並於胸前及四肢貼上導極，過程中不可移動，需時約五分鐘。是以「如十二導程心電圖檢查，須為恢復自主性穩定心跳後，方可為之」。依當時病人已呈現休克，必需插管，醫師需立即進行緊急處置，「未進行該檢查，難謂不符醫療常規」等語，有高醫鑑定意見及補充鑑定意見可考（見原審卷二第24至26、199頁），並依林口長庚醫院鑑定意見稱：在生命狀況不穩定情況，會進行插管、心肺復甦術、檢查心音呼吸音等緊急處置；十二導程心電圖檢測將耗費寶貴時間和空間，在生命不穩定情況下沒有必要，嚴重影響病人檢查救治，並不合乎常理，「不檢測十二導程心電圖符合醫療常規」；無法以心電圖判斷是否高血鉀，急救時發生高血鉀係狀況不穩定之結果，並非原因。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，一天內不可能大幅上升至10mmol/L，顯示血鉀本身並非事件原因；急救中檢測出高血鉀更可能導因於疾病狀況突發惡化，生理機能異常之結果，並非可逆因素；若不存在可逆原因，時間超過20-30分鐘沒有幫助，急救中呈現之高血鉀及血酸症，隨著急救時間拉長，腎臟及酸鹼調節生理功能變差，會逐漸惡化，並非可排除原因等語，有林口長庚鑑定意見爭議問題回覆欄第(1)至(5)段可考（見原審卷二第393至397頁），足見依李年春當時急救情況，應以心肺復甦優先，非如上訴人主張應立即施行十二導程心電圖檢查甚明。再參以卷附上訴人引用教科書中，亦載稱內科急症的處置或高級救命術，亦先啟動急救小組，先為生命徵象之維持，再進行診

斷處置，其後再為立即急救處置。是內科急症應先維持生命徵象，始進行立即之診斷諸如詢問病史及理學檢查建立初步診斷與抽血送驗處置，之後再依各別急類別給予急救措施；並應待可恢復自發性循環，始進行十二導程心電圖，治療潛在病因、找出原因等（見原審卷一第31、32頁、原審卷二第47頁）。準此，上開醫院鑑定意見及結果，認定陳韋傑當時先進行心肺復甦，以回復生命徵象穩定，而非先矯正抽血檢查中之個別數值，醫師之處置合乎醫療常規等情，核與上開教科書程序相符，自屬可採。

(2)另不論急救時之高血鉀，是如上訴人所謂係可逆性病因，或係林口長庚醫院所稱非可排除之原因，惟高醫及林口長庚醫院於鑑定書分別載稱：自急救CPR開始後30分鐘，過程中病人皆無法恢復自發性心跳，依一般醫療慣行，即使繼續體外心臟按摩或給予強心劑、電擊等，亦屬無效醫療，此時會建議家屬考慮停止急救。超過20分鐘急救CPCR無法改善存活等語（見原審卷二第199、397頁）；及參以李年春於急救當日4時20分許發生無脈搏狀況，開始人工心肺復甦術急救而無效，經李年春家屬於4時52分到院後，即簽立不施行心肺復甦術暨維生醫療同意書，同意不施行心肺復甦術急救程序或其他緊急救治行為，於5時辦理病危自動出院，於5時04分臨終出院等情，有上開同意書及診斷證明書在卷可稽（見原審卷一第180、181頁），上訴人亦不否認當時僅抽血而尚無抽血檢驗報告可供醫師參酌可進行矯治（見本院卷第69頁），則李年春家屬既簽立上開同意書而停止急救，是陳韋傑事後亦無可能再為其他處置，難謂有何疏失，而構成侵權行為。故被上訴人辯稱陳韋傑醫師對於李年春所實施之醫療處置，均無違反醫療上必要之注意義務（見原審卷二第445至461頁），應堪採信。而上訴人執各醫學文獻及急救時抽血之檢驗結果，主張李年春係因高血鉀導致心律不整致心跳停止死亡，非急性肺栓塞致死，又陳韋傑在急救時，未先進行十二導程心電圖檢測，未確認血鉀症之抽血檢驗結果，未盡早診

01 斷為相應處置，排除此等可逆性原因，不知李年春之正確死
02 因，處置未達醫療常規要求及水準，造成李年春死亡，無因
03 家屬同意停止急救而解免其過失云云，顯係片面解讀及主
04 張，難認與醫療常規相合，自難採信。至於上訴人所舉其他
05 醫學案例，與本件情形亦未必相同，尚難比附援引，而得為
06 有於己之論據。

07 4.末者，原審已依上訴人聲請，分別向上開各醫院囑託鑑定其
08 所列之爭點，並經上開各醫院鑑定後，均認為陳韋傑醫師之
09 診斷與處置並無違反醫療常規，已如上述，堪予採信。而上
10 訴人片面執其提出之醫學文獻為解讀及主張，除與急救時應
11 維持生命徵象為優先之順序有異，亦與上開醫院鑑定結果相
12 迥，其空言主張成大及林口長庚醫院等鑑定有瑕疵，聲請原
13 審或本院通知上開二醫院之醫師或派員到場說明，或聲請本
14 院再送請台灣大學法醫研究所就李年春死因等爭點為鑑定

15 （見本院卷第117-118頁）云云，惟本院認前開各鑑定結果
16 難認有何瑕疵且堪採信，是自無請鑑定醫師或指派人員到庭
17 說明之必要，亦無重覆鑑定之必要，附此敘明。

18 (二)高雄榮總是否應負侵權行為或醫療契約不完全給付之債務不
19 履行損害賠償責任？上訴人請求被上訴人賠償，有無理由？
20 按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責
21 任，故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者亦同，違
22 反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任，但能
23 證明其行為無過失者，不在此限；債務人因債務不履行，致
24 債權人之權利受侵害者，準用第192條至第195條及第197
25 條之規定，負損害賠償責任，民法第184條、第227條之1固
26 有明文。查，承上所述，本件難認陳韋傑醫師之醫療處置有
27 何過失，故上訴人先位請求被上訴人連帶負侵權行為損害賠
28 償責任云云，即屬無據。又陳韋傑醫師之醫療行為合乎常
29 規，堪認高雄榮總已善盡醫療契約之給付義務，則上訴人備
30 位依醫療契約關係，請求高雄榮總負不完全給付賠償責任云
31 云，亦無理由，是其餘爭點亦無庸再行審論，併予指明。

01 (三)至上訴人雖主張111年6月22日公布之醫療事故預防及爭議處
02 理法第15條規定於起訴前，應依本法聲請調解，不適用醫療
03 法第99條第1項第3款及鄉鎮市調解條例之規定。當事人未依
04 前項規定申請調解而逕行起訴，第一審法院應移付管轄之調
05 解會先行調解，基於程序從新之法理，本件雖經一審判決但
06 尚未終結，應依上開規定送請高雄市政府衛生局醫療爭議調
07 解會為調解等語。惟查，上訴人起訴時，已檢附其前向高雄
08 市政府衛生局聲請調解，遭高雄榮總拒絕，該局並函知上訴
09 人稱：依據高雄市政府衛生局醫療爭議調處申訴注意事項之
10 申訴限制5：任一方不同意調解，協調會即無法召開，台端
11 對於本案若仍有不平，請逕向司法機關提起訴訟程序等語
12 （見原審審醫卷第17頁），顯見當時被上訴人已拒絕調解而
13 未成立調解；又一審判決後，被上訴人亦向本院再次表明無
14 調解意願，有調解意願調查單可稽（見本院卷第41頁），而
15 上訴人所引之上開規定，於二審程序並無適用，是本院自無
16 依上訴人之請求，送請調解之必要，併予敘明。

17 六、綜上所述，上訴人先位依民法第184條第1項前段、第188條
18 第1項、第194條、第192條第1項等規定，請求被上訴人應連
19 帶給付李慧君1,461,000元、李文泳等3人200萬元，及分別
20 自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利
21 息。備位依民法第227條及第227條之1準用同法第192條第1
22 項、第194條等醫療契約債務不履行規定，請求高雄榮總應
23 給付李慧君1,461,000元、李文泳等3人合計200萬元，及分
24 別自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之五計
25 算之利息，均無理由。原判決為上訴人敗訴之判決，並駁回
26 其假執行之聲請，並無不合，上訴意旨求予廢棄改判，為無
27 理由，應駁回其上訴。又本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊
28 防禦及舉證，經審酌後認並不影響判決結果，爰不一一贅
29 論，附此敘明。

30 七、據上論結，本件上訴為無理由，判決如主文。

31 中 華 民 國 113 年 11 月 13 日

醫事法庭

審判長法官 洪能超

法官 李珮妤

法官 楊淑珍

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 113 年 11 月 13 日

書記官 葉姿敏

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。