臺灣高等法院高雄分院民事判決

114年度醫上字第1號

上　訴　人　董和男
　　董正田
　　董思吟
000000000000000000
　　董鐘祥
共　　同
訴訟代理人　鍾韻聿律師
被 上訴 人　高雄榮民總醫院
000000000000000000
法定代理人　陳金順
被 上訴 人　洪正中
000000000000000000
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等事件，上訴人對於中華民國114年1月24日臺灣橋頭地方法院112年度醫字第14號第一審判決提起上訴，並為訴之擴張，本院於115年8月12日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

上訴及擴張之訴均駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

壹、程序部分：

按第二審為訴之變更或追加，非經他造同意，不得為之，但擴張應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第446條第1項、第255條第1項第3款分別定有明文。上訴人起訴請求被上訴人連帶給付新台幣（下同）1,380萬0,132元，及其中1,315萬0,806元自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按

週年利率5%計算之利息；嗣於上訴後將遲延利息之請求，擴張以本金1,380萬0,132元為計算（見本院卷第296頁），核屬擴張應受判決事項之聲明，亦應准許，合先敘明。

貳、實體部分：

一、上訴人主張：訴外人董陳小春於民國110年7月30日晚間6時許，因胸痛前往被上訴人高雄榮民總醫院（下稱高雄榮總）急診，經急診醫師即被上訴人洪正中檢查後，打通董陳小春99%狹窄之左前降支血管，並放置支架（下稱系爭支架置放手術），術後待送加護病房前，董陳小春突發性肺水腫合併呼吸困難，洪正中指示注射5毫升Propofol（下稱飛可復）並為其放置氣管內管，惟董陳小春仍於送往加護病房過程中發生心臟驟停，急救後仍未恢復意識，延至同年8月23日腦部斷層掃描檢查結果，董陳小春患缺氧性腦病變致完全癱瘓（下爭系爭傷害），嗣於113年8月7日死亡。洪正中為董陳小春進行心導管檢查時，已知其另有左迴旋支全阻塞之情形，卻僅針對左前降支血管進行治療，其消極不作為提高董陳小春後續心臟驟停之風險，有延誤治療之疏失。又飛可復屬抑制呼吸中樞之藥物，董陳小春為心臟功能不完全者，且入院時已先後接受嗎啡、顯影劑之施打，洪正中為其注射5毫升飛可復，顯已過量，並與其後續發生心臟驟停有相當因果關係。再者，洪正中在將董陳小春送往至加護病房過程中，未為其穿戴移動式血氧監測器，致未能及時發現其心臟驟停，亦有過失，應依民法第184條第1項前段規定就董陳小春系爭傷害所生之損害負賠償責任。高雄榮總為洪正中之僱用人，依民法第188條第1項規定應與洪正中負連帶賠償之責。再者，董陳小春因至高雄榮總就診而與高雄榮總成立醫療契約，高雄榮總就債務履行使用人洪正中之過失，亦應負債務不履行之賠償責任，爰依民法第184條第1項前段、第188條、第192條、第193條第1項、第194條、第195條第1項、第3項、第227條、第227之1條規定及繼承法律關係，擇一請求被上訴人賠償董陳小春支出之醫療費用169萬3,259元、醫

療用品費用20萬8,326元、看護費用112萬9,447元，及上訴人支出之喪葬費用76萬9,100元，暨賠償上訴人非財產上損害1,000萬元，共計1,380萬0,132元，聲明：㈠被上訴人應連帶給付上訴人1,380萬0,132元，及其中1,315萬0,806元自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。㈡願供擔保，請准宣告假執行。

二、被上訴人則以：洪正中醫師為董陳小春進行之心導管檢查結果固顯示三條冠狀動脈中，左前降支99%狹窄、左迴旋支全阻塞，僅餘右冠狀動脈通暢，惟董陳小春急性心肌梗塞之病灶血管為左前降支，左迴旋支則為慢性完全阻塞，無打通之急迫性且未必能打通，故洪正中僅針對左前降支冠狀動脈施予治療，自符合醫療常規。又董陳小春急診時使用之嗎啡、心導管檢查時使用之Omnipaque顯影劑，及氣管內插管前使用之飛可復，使用時間有先後順序，並非同時使用，另依病歷所載董陳小春之年齡、體重，飛可復之安全注射劑量為6.74毫升，故洪正中為董陳小春注射5毫升之飛可復，亦無施打過量之疏失。董陳小春後續於轉至加護病房時發生心臟驟停，為其心肌梗塞病情之演進、變化，與洪正中為其注射飛可復之醫療行為無關。再者，洪正中醫師在將董陳小春移至加護病房過程中，有為其配戴移動式血氧監測器，並由訴外人顏廷宇醫師等醫療人員陪同轉送，亦無注意義務之違反等語置辯。

三、原審為上訴人敗訴之判決，上訴人不服，提起上訴，並為訴之擴張：㈠原判決廢棄。㈡被上訴人應給付上訴人1,380萬0,132元，及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。被上訴人則答辯聲明：上訴及擴張之訴均駁回。

四、協商整理兩造不爭執事項：

㈠洪正中前為高雄榮總心臟內科主治醫師。

㈡董陳小春因胸痛於110年7月30日18時許，前往高雄榮總急診，入院時血氧93%，心電圖顯示為急性前壁ST段上升心肌

梗塞，並於當日18時53分轉送心導管室，由當時值班醫師洪正中為其進行心導管檢查及治療，檢查發現三條冠狀動脈裡，左前降支99%狹窄、左迴旋支全阻塞，僅餘右冠狀動脈通暢，洪正中使用氣球擴張術打通左前降支，並使用支架放置於左前降支（即系爭支架置放手術）。

㈢董陳小春於術後待送加護病房前，突發性肺水腫合併呼吸困難，經洪正中放置氣管內管、氧氣給予及指示注射5毫升飛可復後，血氧穩定。董陳小春於20時20分由顏廷宇醫師協助轉送加護病房，並於20時25分轉入加護病房後發現有心臟驟停、昏迷指數3（E1V1M1）之情形，經急救及心臟電擊後，20時43分心跳血壓回復，然血氧不穩，於當晚使用葉克膜支持血氧。

㈣訴外人黃偉春醫師於110年8月16日再次為董陳小春進行心導管治療，打通左迴旋支全阻塞病灶（下稱系爭第2次手術），術後董陳小春血氧穩定，移除葉克膜系統，轉至呼吸加護病房訓練脫離呼吸器。

㈤董陳小春於110年8月23日腦部斷層掃瞄結果，其為缺氧性腦病變，並導致受有系爭傷害。

㈥董陳小春於110年7月30日入院後，於18時13分及系爭支架置放手術前，先後接受嗎啡及顯影劑之施打。

五、本院之判斷：

按醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、裁量性及複雜性，判斷醫師於醫療行為過程中是否有故意或過失即注意義務之違反，必須斟酌該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切情狀，暨醫師就具體個案之專業裁量、病患之特異體質等因素而為綜合之判斷。次按損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，並二者之間，有相當因果關係為成立要件。而在病患對醫療機構或人員請求損害賠償訴訟，就過失之醫療行為與病人生命、身體或健康損害間因果關係之存否，原則上應由被害人負舉證責任。考量醫療行為之專業性、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員損害賠償之訴訟，由病患舉證有顯失公平情形，固得依民事訴訟法第277條但書規定或誠信原則，降低或轉換病患之舉證責任，惟病患仍應就其主張醫療行為有過失、並該行為與損害結果發生之因果關係存在，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，始得認其已盡舉證責任（最高法院112年度台上字第2740號裁判意旨參照）。本件兩造對洪正中於110年7月30日為董陳小春進行系爭支架置放手術後，將董陳小春轉送加護病房。董陳小春送抵加護病房後經護理人員發現其心臟驟停，嗣經急救仍未恢復意識，延至110年8月23日經電腦斷層掃描診斷其為缺氧性腦病變而受有系爭傷害，暨董陳小春所患缺氧性腦病變為其110年7月30日發生心臟驟停所致等情均不爭執（見本院卷第101頁），上訴人主張洪正中未於系爭支架置放手術中一併治療董陳小春全阻塞之左迴旋支血管，復為其注射過量飛可復，均提高董陳小春後續發生心臟驟停之風險。又洪正中將董陳小春轉送加護病房過程，未為其配戴移動式血氧監測器以有效監測其生命徵象，致未及時發現其心臟驟停，終致其因缺氧時間過長，患缺氧性腦病變而受有系爭傷害等情，為被上訴人所否認，茲分述如下：

㈠上訴人主張洪正中於系爭支架置放手術中，未一併為董陳小春左迴旋支全阻塞進行治療，違反醫療常規，且提高其後續心臟驟停風險部分：

1. 兩造對董陳小春110年7月30日心電圖顯示為急性前壁ST段上升心肌梗塞，心導管檢查則發現其三條冠狀動脈中，左前降支99%狹窄、左迴旋支全阻塞，僅餘右冠狀動脈通暢，惟洪正中僅針對其左前降支狹窄進行治療，而未處理左迴旋支全阻塞部分等情均不爭執，惟本院依下列理由，認洪正中前揭醫療處置未違反醫療常規：

⑴洪正中僅就心肌梗塞病灶即左前降支血管狹窄進行救治，符合中華民國心臟學會109年發布之急性心肌梗

塞治療指引（下稱系爭治療指引）：

據上訴人對洪正中提告過失致重傷害之偵案中，檢察官送請衛生福利部醫事審議委員會(下稱醫審會)鑑定結果，醫審會謂：依系爭治療指引，進行急性心肌梗塞於介入治療手術時，若發現病人有多條血管病變，則其治療方式會以治療「心肌梗塞病灶血管」為主，而心肌梗塞病灶血管係指因急性栓塞導致心肌梗塞之冠狀動脈血管。依病歷記錄，董陳小春心電圖檢查結果為急性前壁ST段上升心肌梗塞，其病灶血管為左前降支冠狀動脈，因此洪正中為董陳小春執行緊急心導管檢查時，發現左迴旋支血管亦閉塞，但依系爭治療指引，以心導管介入治療應為病灶血管之左前降支冠狀動脈，其醫療處置符合醫療常規等語（見本院卷第359頁）。本院另依上訴人聲請委託長庚醫療財團法人高雄長庚醫院再次鑑定（下稱高雄長庚鑑定），鑑定意見謂：就常規而言，急性前壁ST段上升心肌梗塞之治療，首要目標在於及時打通造成急性缺血之主要病灶，以縮短心肌缺氧時間並降低死亡率，是以，急性心肌梗塞之治療係以「救命」及「縮小梗塞範圍」為優先，經查，董陳小春110年7月30日心電圖顯示為急性前壁ST段上升心肌梗塞，心導管檢查顯示左前降支99%狹窄，屬本次急性發作之主要病灶，另原左迴旋支近端既有支架內雖呈完全阻塞，但未見急性血栓之徵象，符合慢性完全阻塞病變，故洪正中醫師優先就病人左前降支施行經皮冠狀動脈介入治療並置放支架，並將左迴旋支保留至病況穩定後再行處置，屬臨床常見且合理之治療策略，並無延誤之處等語（見本院卷第265頁至第266頁），亦同此認定。據上鑑定意見，洪正中於心導管檢查中見董陳小春左迴旋支未有急性血栓徵象，屬慢性完全阻塞病變，故僅針對屬急性心肌梗塞病灶血管之左前降支99%狹窄打通及放置

支架，堪認符合系爭治療指引。

⑵洪正中倘於董陳小春心肌梗塞急性期一併處置左迴旋支血管之慢性阻塞，將增加手術風險。

高雄長庚鑑定意見另謂：「就臨床而言，如果某條血管不是這次急性發作的主因，而是長期完全阻塞（慢性全阻塞），此類病變多已存在一段時間，相關心肌可能已由側枝循環部分供血，或已非急性缺血核心區域，通常不會在急性心肌梗塞當下優先處理，蓋此類手術較困難，將延長手術時間、增加顯影劑使用量，並提高血管破裂或其他併發症之風險，反而可能讓病人情況更不穩定」、「慢性全阻塞病變部分，因手術時間較長、成功率較低且需使用較多顯影劑，於急性期通常採取『階段性治療介入』，即俟病況穩定後再行處理」等語（見本院卷第265頁至第266頁），醫審會鑑定意見謂：本案病人之左迴旋支血管為慢性完全性（100%）阻塞，並無急迫性打通之必要，況當時亦未必能夠打得通，因為慢性完全性100%阻塞要打通有其難度等語（見本院卷第359頁），亦同此認定。由此可知，洪正中未於系爭支架置放手術中一併處置董陳小春左迴旋支全阻塞，係為避免增加急性期手術風險之必要作法，益證洪正中之醫療決策客觀上符合董陳小春當時之病情需求，難認有注意義務之違反。

⑶上訴人雖以黃偉春醫師於110年8月16日為董陳小春施行系爭第2次手術，打通其左迴旋支全阻塞病灶，術後其血氧穩定並移除葉克膜系統，可見左迴旋支血管之疏通有助於緩解其病症，洪正中選擇性不作為應有過失云云。惟查，於患者心肌梗塞急性期一併處置慢性全阻塞之血管，將延長手術時間、增加顯影劑使用量，並提高血管破裂或其他併發症之風險，已如前述，基於醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、

裁量性及複雜性，且洪正中前揭醫療行為符合醫療常規及董陳小春當時之病情需求，當不得僅因董陳小春在黃偉春醫師為其打通左迴旋支全阻塞病灶，術後血氧穩定並移除葉克膜系統之結果，逕認洪正中未一併處理慢性阻塞之左迴旋支血管有注意義務之違反。

2. 洪正中未處置董陳小春左迴旋支全阻塞，亦難認與其後續發生心臟驟停有相當因果關係。

⑴按所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形上，有此環境，有此行為之同一條件，均發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形上，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果並不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係（最高法院98年度台上字第1953號裁判意旨）。

⑵上訴人主張洪正中未為董陳小春左迴旋支全阻塞進行治療，提高董陳小春後續心臟驟停之發生機率云云。經查：

①洪正中完成系爭支架置放手術後，將董陳小春轉送加護病房，董陳小春在送抵加護病房時，經醫護人員發現心臟驟停，此固為兩造所不爭執。惟斟酌董陳小春自99年起即有高血壓、糖尿病、高血脂等病史，且曾於101年間兩度接受左迴旋支冠狀動脈支架置放（見醫審會鑑定「案情概要」欄所載），可知其原有冠狀動脈狹窄之痼疾。其110年7月30日急診入院診斷患有急性前壁心肌梗塞，由洪正中醫師進行系爭支架置放手術，術後在心導管室即發生突發性肺水腫合併呼吸困難，亦足見其雖經手術，惟心臟功能仍處不穩定狀態，此參顏廷宇於本院審理中證稱：我是當日加護病房值班住院醫師，受通知

前往心導管室接董陳小春前往加護病房。董陳小春當時心臟呈現不穩定狀態，隨時有發生心律改變、心臟驟停之風險等語即明（見本院卷第209頁），堪認被上訴人抗辯董陳小春心臟驟停，為其心肌梗塞病情之演進、變化，應可採信。由此，洪正中未於系爭支架置放手術中一併處置董陳小春左迴旋支全阻塞，自難認與洪正中之醫療行為有相當因果關係。

②高雄長庚鑑定意見謂：「病人於心導管術中發生呼吸困難、血氧飽和度下降至92%及轉入加護病房期間發生生命徵象改變，較可能係急性前壁心肌梗塞所引發之心源性休克、嚴重肺水腫及呼吸衰竭所致，屬急性大範圍心肌受損後之常見致命併發症。縱使洪醫師當時同時處理左迴旋支，亦無法即時改善由左前降支急性阻塞所造成之廣泛心肌缺血及心臟功能衰竭，且查無醫學文獻支持該等處置可避免短時間內發生心臟驟停，尚難認洪醫師當時未處置左迴旋支與病人後續發生生命徵象改變間之因果關係」（見本院卷第266頁），亦同此認定。

㈡上訴人主張洪正中為董陳小春施打5毫升飛可復，已有過量，並導致其後續發生心臟驟停部分：

上訴人主張：飛可復過量可能抑制呼吸或循環系統，尤其董陳小春因心肌梗塞急診入院，屬心臟功能不全者，且其入院後18時13分已施打嗎啡，復於接受系爭支架置放手術前施打顯影劑，是洪正中在此之後為其施打5毫升飛可復，有注射過量情形，並導致其後續心臟驟停云云，茲分述如下：

1.洪正中為董陳小春施打5毫升飛可復，難認有注射過量之情事。

⑴依飛可復仿單記載「每1毫升乳劑含Propofol10毫克」、「超過55歲者應降低劑量至1mg/Kg」，及董陳

小春入院病歷記載其為0000年0月00日生、體重為67.4公斤（見原審卷第172頁、第174頁），是其可注射飛可復用量為6.74毫升（計算式：67.4公斤×1毫克/公斤＝67.4毫克；在常用濃度下1毫升＝10毫克），依此，洪正中在董陳小春完成系爭支架置放手術後突發性肺水腫合併呼吸困難，為其放置氣管內管時，指示注射5毫升飛可復，即難認逾仿單指示而有過量之情事，此參高雄長庚鑑定意見謂：「依Propofol仿單所示，該藥品為短效之靜脈全身麻醉劑，適用於成人及1個月以上幼童之全身麻醉誘導或維持等用途；經查病人於110年7月30日發生突發性肺水腫併呼吸困難，洪醫師為維持病人呼吸道通暢，並減輕病人於插管過程中之劇烈不適、抑制喉頭反射及降低交管神經過度興奮，遂於氣管插管前使用飛可復作為誘導鎮靜用藥，以利插管順利進行並確保呼吸道暢通。依Propofol仿單所示，55歲以上或屬美國麻醉醫學會（ASA）第3至至4級之病人，尤其心臟功能受損者，建議降低劑量，最低可至約每公斤體重1毫克；查病人110年7月30日年齡72歲、體重67.4公斤，因急性心肌梗塞緊急接受心導管檢查，屬高齡且心臟功能不穩定，依前開建議，其參考劑量約為67.4毫克；以Propo-fol常用濃度10mg/ml換算，約為6.74毫升...洪醫師於插管前給予病人Propofol作為誘導鎮靜用藥，並考量病人當時屬急性心肌梗塞合併心臟功能不全狀態，其Propofol參考劑量為6.74毫升，誠如前述；依卷證資料所示，洪醫師實際給予5毫升Propofol，尚低於建議參考劑量範圍，難認有用藥過量或違反醫療常規之情形」（見本院卷第267頁至第268頁），亦同此認定。

⑵次查，兩造對董陳小春於實施系爭支架置放手術前，曾先後接受嗎啡及顯影劑施打等情均不爭執，惟據高

雄長庚鑑定意見謂：「病人於18：13施打嗎啡，係因病人發生急性心肌梗塞（STEMI）引發劇烈胸痛，臨床上施予嗎啡係為標準處置；除止痛效果外，嗎啡亦具備擴張靜脈、減輕心臟前負荷（Preload）之功效，有助於緩解心梗症狀。而心導管術中所使用顯影劑主要功能為影像顯影，其常見副作用為過敏反應或影響腎功能，於藥理學上與Propofol並無直接交互作用。針對病人突發肺水腫併呼吸衰竭，並考量病人曾施打嗎啡，洪醫師醫囑注射5毫升Propofol係作為氣管插管前之誘導鎮靜藥物，並無注射過量而違反醫療常規之情形」（見本院卷第268頁），是上訴人以董陳小春屬心臟功能不全者，且其已先後接受嗎啡、顯影劑施打，洪正中在此之後為其施打5毫升飛可復，有注射過量情形云云，尚乏所據，要不足採。

2. 洪正中為董陳小春施打5毫升飛可復，亦難認與其後續發生心臟驟停有相當因果關係。

經查，洪正中為董陳小春放置氣管內管及注射5毫升飛可復後，血氧穩定，由顏廷宇醫師協助轉送加護病房，嗣於20時25分轉入加護病房後發現其心臟驟停，此固為兩造所不爭執，惟據高雄長庚鑑定謂：「Propofol藥效極快，若有顯著不良反應應於注射當刻發生」、「病人心臟驟停係發生轉入加護病房後，與給藥時間已有間隔...尚難認與Propofol之使用有關」等語（見本院卷第268頁至第269頁），是依飛可復注射時間及董陳小春心臟驟停之發生時間，尚難認兩者間具有關連性。遑論董陳小春心臟驟停之發生，應為其心肌梗塞病情之演進、變化乙情，業經認定如前，是上訴人空言主張洪正中為董陳小春施打5毫升飛可復，提高其後續發生心臟驟停之風險云云，自屬無據，要不足採。

㈢上訴人主張洪正中將董陳小春移動至加護病房時，未為其穿戴移動式血氧監測器部分：

上訴人雖主張洪正中完成系爭支架置放手術後，將董陳小春移動至加護病房時，未為其穿戴移動式血氧監測器，致未能及時發現董陳小春心臟驟停，董陳小春因缺氧時間過長而患缺氧性腦病變云云，經查：

1.依病人轉送前後交班單（下稱系爭交班單）所載，董陳小春屬A級轉送之病人，轉送攜帶物品包含「Oximeter（按即移動式血氧監測器）」；轉送醫療人員為顏廷宇醫師；離開心導管室時間為20時21分（見本院卷第145頁至第147頁），可見當日董陳小春當日轉送加護病房，係由顏廷宇醫師協助轉送，轉送攜帶物品則包含移動式血氧監測器，並於20時21分離開心導管室。又據顏廷宇醫師證稱：當時我是加護病房值班住院醫師，被告知心導管室有一位病人要轉送到加護病房。依系爭交班單所載，董陳小春為「A級轉送」之病患，所謂「A級轉送」係指病患生命徵象不穩定，運送過程有高風險狀況，所以需要有醫師協同運送，病患通常配有隨身攜帶的移動式血氧監測器，監測器係同時監測血氧及心跳，固定會發出心律的聲音，如果血氧與心跳綜合評估有危險情形，就會發出警示音。醫師在協同運送過程中，會監視監測器狀況，並同時注意病患呼吸、脈搏等臨床表現。當天20時21分我抵達心導管室時，看到董陳小春插著氣管內管，身上配戴移動式血氧監測器，待確認其血氧狀況穩定才開始移動。移動過程中我會將氧氣接到其氣管內管，擠壓氣球協助呼吸，同時監測其身上移動式血氧機，我在做氧氣的擠壓，也可以感知董陳小春呼吸的狀態，倘若其呼吸狀態不佳，在擠壓氣球時會有阻力變化，惟本件運送董陳小春之過程中，監測器並未發出警示音，我擠壓氧氣的手感也沒有察覺異常等語（見本院卷第205頁至第206頁），足認董陳小春轉送加護病房之過程，係依「A級轉送」之規定，穿戴移動式血氧監測器，並由顏廷宇醫師協助轉送。高雄長庚醫院鑑定意

見亦謂：「本件病人屬急重症病人之A級轉送，就臨床實務而言，所謂A級轉送，係指病人病況不穩定或具高度惡化之風險，於轉送過程，應配置移動式生理監視器（例如攜帶式血氧監測器等），以監測病人心跳、血壓、血氧濃度飽和等生命徵象，並備妥氧氣供應，必要急救設備及適當醫療人員隨行，以因應突發狀況...查本件轉送前後交班單所示，病人係以A級轉送方式處置，轉送過程已攜帶『Oximeter』（中譯為穿戴式血氧監測器），並由顏廷宇醫師等醫療人員陪同轉送，尚未發現違反常規之處」（見本院卷第269頁至第270頁），是上訴人主張洪正中將董陳小春移動至加護病房時，未為其穿戴移動式血氧監測器以監測其生命徵象云云，即難採信。

2. 又依護理過程記錄所載：「...於導管室放置7.0FR氣管內管，由醫生擠壓AMBU 2025入AICU15。2025入病室後協助抽痰無反應，GCSE1VTM1...心電圖：Asystole，心跳：0次/分...」（見原審卷第132頁），可知董陳小春於20時25分送抵加護病房後，由護理人員協助抽痰無反應，即發現其心臟驟停之情形，此參顏廷宇證稱：通常入加護病房流程，是病人進入病室後，將身上監測器的管線，接到加護病房的生理監測器上，氣管內管也會重新接上加護病房的呼吸器，加上會先做抽痰的動作，董陳小春是當下心電圖呈現Asystole，心跳：0次/分」，就開始急救等語益明（見本院卷第207頁）。依此，董陳小春自20時21分離開心導管室，至20時25分入加護病房之轉送過程，其穿戴之移動式血氧監測器並未發出警示音，且顏廷宇為其擠壓氧氣之手感亦未感知其有呼吸狀態不佳之情形，自堪認被上訴人辯稱：董陳小春係在轉入加護病房後始發生心臟驟停等語，應可採信。則董陳小春在轉入加護病房發生心臟驟停，隨即為醫護人員發現並施予急救，被上訴人自無延誤救治之疏失。高雄

長庚鑑定意見謂：「就臨床經驗而言，心臟驟停之發生具高度突發性，可能於極短時間內發生，難以精確回溯其確切發生時間點，惟考量轉送過程中，病人經歷搬運、推床移動及電梯升降等程序致對原已不穩定之心血管狀態造成額外生理負荷，研判心臟驟停較可能係發生在抵達加護病房前後之短時間內，即轉送末段或進入加護病房後轉床之瞬間。查病人於20：25抵達加護病房即被發現心跳停止，該院醫療團隊即啟動必要急救措施，病人並於20：43恢復自發性心跳，整體急救歷程約18分鐘，尚未發現有延誤救治之情形」等語（見本院卷第270頁），亦同認被上訴人無延誤救治之過失。

3. 至上訴人雖主張：就董陳小春心跳停止之發現時點，醫護人員有稱「接上心電圖時發現」、「移床後發現」、「抽痰時發現」，說法不一，有傳喚加護病房護理師莊岱樺作證，以釐清董陳小春自心導管室轉送至加護病房過程中，是否進行持續且有效生命徵象監控之必要云云。惟查，董陳小春於當日20時21分至20時25分轉送期間，均穿戴移動式血氧監測器，由顏廷宇醫師擠壓氧氣陪同轉送，業經認定如前，遑論依上訴人所指醫護人員就發現董陳小春心跳停止時點之說法固有不同，惟均在加護病房之作業過程中，當不足憑此認董陳小春在轉送過程生命徵象有何變化，故無傳喚莊岱樺到庭作證之必要，併此敘明。

六、綜上所述，上訴人依民法第184條第1項前段、第188條、第192條、第193條第1項、第194條、第195條第1項、第3項、第227條、第227之1條規定及繼承法律關係，請求被上訴人給付1,380萬0,132元，及其中1,315萬0,806元自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，為無理由，應予駁回。從而原審為上訴人敗訴之判決，並無不合。上訴論旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。其所為訴之擴張，同無理由，併予駁回。

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據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

八、據上論結，本件上訴及擴張之訴均為無理由，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　8　　月　　26　　日

醫事法庭

審判長法　官　邱泰錄

法　官　高瑞聰

法　官　王　琁

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　　115　　年　　8　　月　　26　　日

書記官　吳璧娟

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。