

臺灣新北地方法院民事判決

107年度醫字第9號

原告 陳明慧

陳宣惠

兼 共 同

訴訟代理人 陳思銘

共 同

訴訟代理人 張仁興律師（114.4.15解除委任）

張倍齊律師

被告 梁程超

翁孟慈

陳國鏗

雷秋文

醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院

法定代理人 林芳郁

共 同

訴訟代理人 蕭世光律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，本院於民國114年12月8日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、原告主張：

(一)被告A 1 2係址設新北市○○區○○○路0段00號被告醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院（下稱被告亞東醫院）外科部主任，被告A 1 1、A 1 0均係肝膽腸胃科醫師，被告A 1 3則係外科醫師。

(二)被告A 1 0部分：原告之父陳選擇至亞東醫院看診由被告A

01 10 安排於民國105年1月21日接受抽血檢查，其中之AFP值
02 (甲型胎兒蛋白) 已高達12.86ng/ml，超過標準數值之10.9
03 ng/ml，被告A10 僅安排陳選擇於105年3月17日再度抽血
04 檢查，此次檢查結果之AFP值達24.07ng/ml，竟告知陳選擇
05 及原告A07 稱檢查一切正常，被告A10 僅再安排陳選擇
06 於105年5月26日再回診追蹤，並未有相應之詳細檢查，致陳
07 選擇錯失最佳治療時機。

08 (三)被告A11 部分：被告A11 接替被告A10 對陳選擇進行
09 門診，被告A11 於105年6月8日為陳選擇進行核磁共振影
10 像檢查，惟並未注射顯影劑，且未告知是否注射顯影劑將影
11 響檢查的結果及治療的方式，仍然為之，影響肝臟腫瘤之判
12 斷，未安排切片檢查確認陳選擇肝癌之診斷、確認肝硬化之
13 程度，可否進行肝臟切除手術之肝臟功能檢查，及未按照癌
14 症診療品質保證措施準則，提供腫瘤個案管理護理師，亦未
15 讓陳選擇由亞東醫院的癌症醫療品質小組進行團隊會議討論
16 評估適合病況之再檢查及治療方式，就轉外科評估手術，以
17 上被告A11 未盡其醫療上必要之注意，與陳選擇死亡之結
18 果有相當因果關係。

19 (四)被告A12 部分：被告A12 因手術檢查發現多個肝臟腫
20 瘤，增加手術範圍、手術術式，未說明可選擇手術方式差
21 別，及未簽署手術同意書即逕自決定手術術式實施手術，於
22 105年6月28日手術時被告A12 發現陳選擇之肝臟腫瘤不止
23 1顆，僅以電話通知原告A07 肝臟腫瘤欲以電燒之方式處
24 理，未說明肝臟腫瘤位置，也未讓原告簽署肝惡性腫瘤無線
25 頻率電熱療法同意及說明書，未說明手術進行方式、成功率
26 及併發症相關風險有任何說明，亦未誠實告知手術當時發現
27 4顆腫瘤，術前未給予陳選擇預防性抗生素，亦未安排ICG檢
28 查，術後照顧醫療處置疏失，未依照癌症診療品質保證措施
29 準則及癌症醫療品質認證基準，未評估後選擇最適合陳選擇
30 之治療方式，與陳選擇死亡結果具有相當因果關係。

31 (五)被告A13 部分：被告A13 於105年7月8、9日代理被告

01 A 1 2 擔任陳選擇之主治醫師，未實際看診，竟開立醫囑更
02 改抗生素，錯誤且過量使用Metronidazole抗生素，有延誤
03 治療之疏失致陳選擇術後病情急遽惡化，與陳選擇於105年7
04 月13日因敗血性休克併呼吸衰竭死亡結果具有相當因果關
05 係。

06 (六)被告亞東醫院部分：除了醫事人員本身之過失而令醫療機構
07 須依民法第188條負連帶責任、依民法第224條應與自己之故
08 意或過失負擔同一責任外，實務上亦承認醫療機構自身之組
09 織過失責任，且此類型責任不以醫事人員過失為前提，因此
10 倘認上開被告無過失或疏失，本件被告亞東醫院仍有因違反
11 「癌症診療品質保證措施準則」而成立組織過失責任之可能
12 等語。準此，先位聲明部分，爰依民法第184條第1項前段、
13 後段、第188條第1項、第192條第1項、第194條。備位聲明
14 部分，民法第184條、民法第224條、第227條、第227條之
15 1、第544條，提起本件訴訟。

16 (七)並聲明：

- 17 1.先位聲明：被告A 1 0、A 1 1、A 1 2、A 1 3與亞東醫
18 院應連帶給付原告A 0 7新臺幣（下同）1,800,230元、連
19 帶給付原告A 0 5 1,200,000元、連帶給付原告A 0 6 1,20
20 0,000元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週
21 年利率5%計算之利息；願供擔保，請准宣告假執行。
- 22 2.備位聲明：被告亞東醫院應給付原告A 0 7 1,800,230 元、
23 給付原告A 0 5 1,200,000元、給付原告A 0 6 1,200,000
24 元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%
25 計算之利息；願供擔保，請准宣告假執行。

26 二、被告方面：

27 (一)被告A 1 0則以：陳選擇因痛風性關節炎服用藥物後發現急
28 性肝炎及急性腎衰竭轉診至亞東醫院，於104年11月24日之
29 血液檢查顯示肝功能正常，因此評估陳選擇係因藥物導致，
30 除再安排血液檢查外，亦停止使用影響肝臟功能之藥物。在
31 停止使用影響肝臟功能之藥物後，肝發炎逐漸改善，另安排

01 超音波檢查，檢查結果為：肝硬化、肝囊腫及左側腎囊泡，
02 無疑似肝癌之影像，於105年3月24日血液檢查結果顯示：AF
03 P為24，因藥物導致急性肝炎已有改善，因此持續密切追蹤
04 肝功能、AFP及每3個月的超音波檢查已依照醫療常規照護等
05 語，資為抗辯。並聲明：原告之訴及假執行之聲請均駁回；
06 如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

07 (二)被告A 1 1則以：陳選擇為B型肝炎合併肝硬化，慢性腎
08 病，痛風性關節炎患者，於105年05月26日初次來A 1 1醫
09 師門診，根據病歷資料即105年05月20日抽血報告顯示AFP數
10 值異常，AFP為51.08mg/ml與正常值小於10.9ng/mL 差異甚
11 大，因此安排於105年05月28日做超音波檢查，超音波檢查
12 報告得知為肝硬化合併結節性表面，單顆2.5cm肝腫瘤疑似
13 肝癌，肝囊泡及腎囊泡，因而安排核磁共振檢查。因陳選擇
14 慢性腎功能不好，被告A 1 1考量陳選擇並不適合施打含Ga
15 dolinium成分之顯影劑，並向陳選擇充分說明後，由陳選擇
16 決定是否施打顯影劑，是被告A 1 1難認有何過失可言等
17 語，資為抗辯。並聲明：原告之訴及假執行之聲請均駁回；
18 如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

19 (三)被告A 1 2則以：陳選擇住院後抽血檢查，顯示肝功能雖然
20 不正常，但仍屬於肝硬化嚴重性指標 Child-Pugh 分級評估
21 的A級，會仔細評估陳選擇的肝功能，因此執行ICG即碘氫綠
22 15分鐘及20分鐘測試，並停止使用痛風藥品約17小時，105
23 年6月28日之測試結果，陳選擇之ICG 15分鐘滯留率為9%，I
24 CG 20分鐘滯留率為5%。通常碘氫綠15分鐘測試，其滯留率
25 越低表示肝功能越佳，ICG 15分鐘滯留率小於10%者，可以
26 進行半肝切除手術。本次治療計劃大約切除四分之一的肝
27 臟，經陳選擇明確表示不插管、不洗腎，不送加護病房之原
28 則，並填寫不施行心肺復甦術同意書，已有多方考量及評
29 估，惟病況說明之對象除陳選擇外還有不同之家屬，家屬間
30 對於病情存有落差，實非醫生未盡告知義務所致。手術進行
31 過程，陳選擇肝硬化之程度較術前評估更為嚴重，因此手術

01 進行過程決定改變計畫，切除較小範圍加上射頻燒融治療，
02 並透過手術室之電話告知家屬，經其同意，並決定縮小肝切
03 除範圍，而腫瘤數目在實際手術之經驗及當場超音波檢查之
04 結果，將腫瘤澈底處理，故與手術前影像學醫學判斷之數
05 目，一定會有落差。另關於術後敗血症部分，陳選擇術後肝
06 功能異常、年紀大、內科共病有高血壓病史及慢性腎臟病，
07 實屬術後併發感染率的高危險群，故於術前術後均有給予抗
08 生素之治療等語，資為抗辯。並聲明：原告之訴及假執行之
09 聲請均駁回；如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執
10 行。

11 (四)被告A 1 3則以：被告A 1 2因請假出國至香港開會，於10
12 5年7月8、9日代理被告A 1 2，同年月日下午被告A 1 2已
13 回國，就改由被告A 1 2負責陳選擇。以代理的105年7月8
14 日為例，陳選擇醫院病程記錄，其上載Weekly Summary這是
15 伊回顧陳選擇過去一個禮拜的近況，依上面記載，陳選擇看
16 起來沒有突然惡化的情形，從開完刀到幫陳選擇看診這段時
17 間，因陳選擇情況一直都是持平狀況，所以伊等都有做輸
18 血、觀察，確認陳選擇肝的狀況有無改善，伊都有實際去巡
19 房、觀察陳選擇，伊於105年7月8日去看陳選擇時，因狀況
20 跟之前差不多，所以也是依照慣例輸血、觀察。護理記錄是
21 護理師記載，病程記錄是醫生記載，原則上病程記錄跟護理
22 記錄會一致，但如比較細節項目，例如給點滴醫生的病程記
23 錄就不會記載。依105年7月8日護理記錄上記載依醫師給予
24 病患白蛋白就是伊指示。病程記錄是必須要有醫師自然人憑
25 證才能上傳至健保局，病程記錄上有記載7月8日，表示伊當
26 時有去診察病患，如伊沒有診察，病程記錄就不會有7月8日
27 的時間記載。護理記錄都是護理師交班時記載，除非醫生巡
28 房與護士交班是同一時間，不然會特別記載醫生有來巡房等
29 語，資為抗辯。並聲明：原告之訴及假執行之聲請均駁回；
30 如受不利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

31 (五)被告亞東醫院則以：關於醫療契約之屬性部分，我國學者之

01 通說認為，醫療契約屬於委任契約、或近似於委任契約性質
02 之非典型契約，蓋一般醫療契約並未對病人承諾「治癒疾
03 病」，而僅承諾「依其良知、注意及科學既存知識」，以從
04 事「疾病治療」之行為，且醫師得基於專業知識與經驗享有一
05 定範圍之自由裁量權，不受病人意見之拘束或指揮監督，
06 故醫療契約應為委任契約或近似於委任契約性質之非典型契
07 約。本案原由內科醫師診療追蹤，後續因發現肝腫瘤轉往外
08 科門診尋求專家意見，透過跨團隊合作提供最佳治療方式，
09 陳選擇術前簽署之「住院診療計畫說明書」、「手術同意
10 書」及「肝臟切除手術說明書」載明非手術的其他治療方
11 式、手術風險、替代方案及手術後續治療計畫與預期結果，
12 是為多專科團隊合作治療計畫的重要一環。本案醫院及醫師
13 之處置符合醫療常規等語，資為抗辯。並聲明：原告之訴及
14 假執行之聲請均駁回；如受不利判決，願供擔保，請准宣告
15 免為假執行。

16 三、得心證之理由

17 (一)原告主張被告A 1 2為亞東醫院外科部主任，被告A 1 1、
18 A 1 0均係亞東醫院肝膽腸胃科醫師，被告A 1 3則係亞東
19 醫院外科醫師。陳選擇於105年1月14日因痛風性關節炎及B
20 型肝炎導致之肝硬化，至亞東醫院肝膽腸胃科就診，由被告
21 A 1 0負責診治。陳選擇於105年1月21日至亞東醫院接受抽
22 血檢查，檢查結果之AFP值（甲型胎兒蛋白）為12.86ng/m
23 l、HBeAb 值為0.08S/CONon-reactive、Anti-HCV值0.08S/C
24 ONon-reactive、PTINR 1.33、Creatinine值1.48mg/dL、B
25 ili-T值1.4mg/dL、ALT 值518IU/L、HBV DNA 值50500IU/m
26 L。陳選擇於105年1月28日、105年2月25日均至亞東醫院肝
27 膽腸胃科門診，由被告A 1 0負責診治。陳選擇於105年2
28 月29日進行腹部超音波檢查，結果為肝硬化、肝囊腫及左側
29 腎囊泡。陳選擇於105年3月17日至亞東醫院抽血檢查，於10
30 5年3月24日至肝膽腸胃科門診。被告A 1 0安排其於105年5
31 月間回診。因被告A 1 0於105年3月31日自亞東醫院離職，

01 由被告A 1 1 為陳選擇進行門診。被告A 1 1 安排其於105
02 年5月28日進行腹部超音波檢查，結果為肝硬化、肝囊腫、
03 肝臟腫瘤、雙側腎囊泡及微量腹水。陳選擇於105年6月3日
04 至亞東醫院肝膽腸胃科門診，被告A 1 1 安排其於105年6
05 月8日進行無顯影劑之核磁共振影像檢查，結果為①肝臟之S
06 6-7有一顆小肝癌②肝硬化③兩側肝臟及腎臟囊泡。陳選擇
07 於105年6月16日至亞東醫院肝膽腸胃科門診，被告A 1 1 醫
08 師因上開檢查結果建議陳選擇轉診至外科手術之評估。陳選
09 擇於105年6月22日至亞東醫院一般外科門診，由被告A 1 2
10 負責診治，並安排陳選擇於105年6月27日入院，及進行常規
11 血液、生化檢查、肝功能檢查、白蛋白、腎功能檢查等檢
12 查。被告A 1 2 於105年6月28日為陳選擇進行腹腔鏡肝臟及
13 膽囊切除手術，並於手術當日進行內視鏡檢查發現陳選擇之
14 肝臟腫瘤為2 個後，最後以S6部位腫瘤及膽囊部分切除、S7
15 部位腫瘤以射頻燒灼（RFA）方式處理。被告A 1 3 於105年
16 7月8日、9日擔任被告A 1 2 之職務代理人，於陳選擇住院
17 期間負責查房。後陳選擇於105年7月13日因敗血性休克併呼
18 吸衰竭而死亡等情，為兩造所不爭執（見本院卷三第485-48
19 6頁），堪以認定。

20 (二)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
21 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
22 務之違反，必須斟酌該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療
23 水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切情狀，暨醫師就具體
24 個案之專業裁量、病患之特異體質等因素而為綜合之判斷。
25 次按損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，
26 並二者之間，有相當因果關係為成立要件。而在病患對醫療
27 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
28 命、身體或健康損害間因果關係之存否，原則上應由被害人
29 負舉證責任。考量醫療行為之專業性、醫病雙方在專業知識
30 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
31 員損害賠償之訴訟，由病患舉證有顯失公平情形，固得依民

01 事訴訟法第277條但書規定或誠信原則，降低或轉換病患之
02 舉證責任，惟病患仍應就其主張醫療行為有過失、並該行為
03 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
04 達到降低後之證明度，獲得該待證事實為真實之確信，始得
05 認其已盡舉證責任（最高法院112年度台上字第2740號判決
06 意旨參照）。茲就原告主張被告個別之醫療過失行為有無理
07 由分述如下：

- 08 1.本院前依原告聲請，囑託行政院衛生福利部醫事審議委員會
09 （下稱醫審會）鑑定：「(1)依陳選擇至105年3月24日病歷資
10 料，其當時身體狀況是否得以接受有顯影劑之核磁共振造影
11 檢查？A 1 0 醫師當時未安排陳選擇進行核磁共振造影檢
12 查，與其死亡結果有無相當因果關係？(2)依陳選擇病歷資料
13 顯示，陳選擇於105年1月23日、105年2月25日曾至亞東醫院
14 急診、胸腔內科門診，主述其近期有咳嗽；復於105年2月25
15 日、105年3月24日至肝膽腸胃科門診，告知A 1 0 醫師其有
16 痰性咳嗽、聲音沙啞約2至3個月症狀，是否與其105年6月間
17 經診斷有肝臟惡性腫瘤有關？(3)陳選擇於105年2月25日至A
18 1 0 醫師門診追蹤，105年2月29日由A 1 0 醫師執行腹部超
19 音波檢查，105年3月17日抽血檢查ALT為68IU/L，AFP為24n
20 g/ml，105年3月24日至A 1 0 醫師門診追蹤，A 1 0 醫師除
21 繼續停止使用影響肝臟功能之藥物外，僅建議密切追蹤有關
22 肝功能檢驗之數據，並安排105年5月26日門診追蹤，是否符
23 合醫療常規？(4)A 1 1 醫師於105年6月8日安排陳選擇進行
24 無顯影劑之核磁共振影像檢查，而非有顯影劑之核磁共振影
25 像檢查，是否符合醫療常規？其上開所為，與陳選擇死亡結
26 果間有無相當因果關係？(5)依陳選擇於105年6月27日入院後
27 常規血液、生化檢查、肝功能檢查、白蛋白、腎功能檢查等
28 檢查之病歷資料，A 1 2 醫師依上開檢查結果，是否可以認
29 定陳選擇不適宜進行肝腫瘤切除手術？(6)於本案中，A 1 2
30 醫師在上開檢查結果及ICG檢驗報告結果出來前，即於105年
31 6月27日向陳選擇說明手術內容，並請其簽立手術同意書、

01 麻醉說明及同意書、肝臟切除手術說明書（即本院卷(-)第75
02 頁至第87頁），是否符合醫療常規？(7)陳選擇於105年6月1
03 6日之Albumin（白蛋白）數值為3.0mg/dl、術前6月27日之
04 數值為3.0mg/dl，術後6月30日數值為2.3mg/dl。依上開數
05 值，A 1 2 醫師於術前是否有向陳選擇及其家屬關於陳選擇
06 術後可能有需要自費注射『白蛋白藥劑』之告知義務？(8)承
07 上，陳選擇術後自費注射白蛋白藥劑之醫療行為，與其死亡
08 結果有無相當因果關係？(9)陳選擇於105年6月27日之體重為
09 57.7公斤，進行ICG test（碘氫綠檢驗）應使用之檢驗藥劑
10 量為多少？依病歷資料，陳選擇於105年6月28日執行ICG te
11 st（碘氫綠檢驗）使用之劑量為25mg，則A 1 2 醫師所為該
12 劑量之醫囑，是否符合醫療常規？是否會影響判斷手術執行
13 之正確性？(10)進行ICG test（碘氫綠檢驗）前多久不能使用
14 痛風藥Benzbromarone（Euricon）？陳選擇於105年6月27日
15 住院前持續使用痛風藥，A 1 2 醫師於其住院後始告知停用
16 痛風藥，故陳選擇僅於105年6月27日下午15時許住院後至10
17 5年6月28日上午約8時許，未服用痛風藥Benzbromarone（E
18 uricon）而進行ICG test（碘氫綠檢驗），是否符合醫療
19 常規？(11)依陳選擇手術前之病歷資料，A 1 2 醫師未安排陳
20 選擇施作『冰凍病理切片檢查』，是否符合醫療常規？(12)陳
21 選擇因肝癌而須進行肝腫瘤切除術前，是否需先進行肝臟體
22 積之測量，評估手術切除肝臟與保留肝臟體積之比率？依病
23 歷資料，A 1 2 醫師有無為上開醫療行為？如無，是否符合
24 醫療常規？(13)A 1 2 醫師門診時將可能有2顆肝臟腫瘤影像
25 位置紀錄於肝臟切除手術說明書中解剖圖形之相關位置上，
26 而未記載於門診紀錄，是否符合醫療常規？(14)依陳選擇之病
27 歷資料，僅有手術中預防性抗生素之實施紀錄，並無手術前
28 預防性抗生素之實施紀錄，是否符合醫療常規？(15)綜合陳選
29 擇住院期間之病歷相關檢驗數據及生命徵象之判斷，陳選擇
30 何時開始可認定為敗血症？陳選擇住院期間就感染及敗血症
31 處置之醫囑，是否符合醫療常規？(16)綜合陳選擇住院期間之

01 病歷相關檢驗數據之血糖值監測，陳選擇手術後至死亡前對
02 於血糖控制及監測，是否符合醫療常規？(17)依陳選擇病歷資
03 料及其術後使用『利尿劑』情形，陳選擇手術後使用抗生素
04 Flumarin及使用方式、程序、期間，是否符合醫療常規？(18)
05 承上，A 1 2 醫師或A 1 3 醫師於105年7月9 日下午7時才
06 更換抗生素治療；亞東醫院遲至105年7月11日才就陳選擇病
07 況會診感染科醫師，其等有無延誤治療之情形？(19)綜合陳選
08 擇住院期間之病歷相關檢驗數據及生命徵象之判斷，陳選擇
09 何時開始可認定為肝衰竭？就陳選擇肝衰竭後住院期間之醫
10 囑，是否符合醫療常規？(20)綜合陳選擇住院期間之病歷相關
11 檢驗數據及生命徵象之判斷，陳選擇何時開始可認定應進入
12 加護病房？又本件未送加護病房，是否符合醫療常規？與陳
13 選擇死亡結果有無相當因果關係？□陳選擇手術前，A 1 2
14 醫師並未安排肝臟細針切片檢查或非侵入性肝臟彈性度檢
15 測，是否符合醫療常規？又A 1 2 醫師未為上開醫療檢查行
16 為，與陳選擇死亡結果間有無相當因果關係？□承上，陳選
17 擇手術中，A 1 2 醫師是以何種方式之檢驗結果，判定陳選
18 擇的肝硬化程度？A 1 2 醫師手術時為陳選擇進行S6肝臟腫
19 瘤切除及S7肝臟腫瘤射頻燒灼之手術方式，是否符合醫療常
20 規？□依陳選擇病歷資料所示術前狀況，A 1 2 醫師安排陳
21 選擇進行腹腔鏡肝臟及膽囊切除手術，是否符合醫療常規？
22 □陳選擇進行肝臟手術後腹水引流管撤除應檢視的條件為哪
23 些項目？陳選擇引流管為105年7月6日撤除，按照病歷紀錄
24 顯示105年7月5日引流量有490cc，105年7月6日撤除前有120
25 cc，引流液顏色為黃紅色，A 1 2 醫師對於陳選擇手術後之
26 腹水引流管撤除決定，檢視相關條件，是否符合醫療常規？
27 □綜合陳選擇住院期間之病歷相關檢驗數據之腹水量監測，
28 陳選擇手術後至死亡前對於腹水量控制及監測，是否符合醫
29 療常規？□依陳選擇病歷資料顯示，於105年7月9、10日均
30 有A 1 3 醫師之醫囑資料，然依被告答辯內容A 1 3 醫師僅
31 代理A 1 2 醫師至105年7月9日上午，則A 1 2 醫師、A 1

01 3 醫師所為，是否違反醫療常規？□陳選擇於105年7月9、1
02 0日經醫囑更換抗生素為Metronidazole後，第1次使用劑量
03 為高劑量之750mg，第2次以後使用劑量為每天使用4次每次5
04 00mg，則依陳選擇當時病況，該施用劑量是否符合醫療常
05 規？與陳選擇之死亡結果，有無相當因果關係？□依亞東醫
06 院所提出之ICG（碘氫綠檢驗）檢驗相關資料，其內容無陳
07 選擇體重、藥劑劑量、抽血時間、採血者，且僅有檢驗結果
08 之電子紀錄，是否符合醫療常規？□依亞東醫院所提出之
09 『護理紀錄』、『醫囑及治療實施結果記錄表』，其上未記
10 錄護理師實施『ICG檢驗』於病房採檢血液檢體時，對陳選
11 擇所實施之衛教、施打注射劑、抽血等之實施作業紀錄，是
12 否符合醫療常規？」等情。其鑑定結果略以：「(1)105年1月
13 14日至3月24日病人肝功能之檢查數據已明顯改善，但腎功
14 能指數仍異常（1月23日肌酸酐1.47 mg/dL、腎絲球過濾率
15 47 mL/min；2月25日肌酸酐1.9 mg/dL、腎絲球過濾率 35 m
16 L/min），顯示其腎臟功能不佳，若要接受有顯影劑之磁振
17 造影(MRI)檢查，屬中低度風險，可能會導致腎功能更惡
18 化，故不宜進行有顯影劑之磁振造影(MRI)檢查。然病人係
19 因術後肝衰竭併發敗血症死亡，與3月24日未進行磁振造影
20 (MRI)檢查無關。(2)咳嗽及聲音沙啞是上呼吸道的症狀，並
21 非肝癌之特異性表現，臨床上不會因病人有咳嗽、聲音沙
22 啞，即進行肝癌系列檢查，故與肝臟惡性腫瘤無相關性。(3)
23 血液甲種胎兒蛋白值(AFP)之高低與肝癌病情輕重並無絕對
24 相關，如有肝硬化或急性肝炎，AFP亦可能會上升。依醫療
25 常規，腹部超音波或電腦斷層掃描等檢查追蹤為3個月1
26 次，故梁醫師安排病人2個月後門診追蹤，符合醫療常規。
27 (4)105年6月3日病人至翁醫師門診回診，係因腎功能指數偏
28 高（肌酸酐1.9 mg/dL），腎絲球過濾率35 mL/min，顯示其
29 腎臟功能不佳，故安排6月8日無顯影劑之磁振造影(MRI)檢
30 查，符合醫療常規。病人係因術後肝衰竭併發敗血症死亡，
31 與之前檢查過程無關。(5)105年6月8日病人之磁振造影(MRI)

01 檢查結果顯示有肝硬化及有1個2公分病灶在S6~S7，疑似肝
02 癌。且6月27日術前檢查結果為總膽紅素0.6 mg/dL、白蛋白
03 3gm/dL、氨38umol/L、凝血酶原時間11.7sec、肝功能指數
04 ALT 116 IU/L、肌酸酐2.45 mg/dL、腎絲球過濾率26 mL/mi
05 n、血紅素12.3 g/dL、血小板 $99 \times 10^3 \mu\text{L}$ ，碘氫綠檢驗測試
06 9%，雖腎臟指數異常，但不影響肝腫瘤切除手術之進行。(6)
07 陳醫師依105年6月8日病人之磁共振造影(MRI)檢查結果，顯示
08 有肝硬化及有1個2公分病灶在S6~S7，疑似肝癌，臨床判斷
09 手術治療可行性高，即先說明手術內容，並取得病人同意，
10 符合醫療常規。各項術前檢查及ICG檢驗結果，係作為評估
11 病人是否得進行肝臟腫瘤切除手術及手術切除範圍大小等之
12 參考。(7)醫師並無法於術前評估病人術後白蛋白會流失多
13 少，需依臨床判斷，故無法於術前告知是否會需要自費注射
14 「白蛋白藥劑」。(8)注射白蛋白藥劑有助於減緩病人肝衰竭
15 之病程，本案病人係術後因肝衰竭併發敗血症死亡，故與自
16 費注射白蛋白藥劑無因果關係。(9)ICG test(碘氫綠檢驗)應
17 為每公斤體重0.5 mg。本案病人體重57.7公斤，陳醫師使用
18 25 mg屬合理範圍之內，符合醫療常規，且不影響判斷手術
19 施行之正確性。(10)就執行碘氫綠檢驗(ICG test)而言，需停
20 用痛風藥(Euricon)，係因此藥物含「碘」成分，若停用時
21 間不夠久，會使 ICG 檢查值更高；一般建議痛風藥(Eurico
22 n)停用時間為 12 小時即可，本案病人停用約 17 小時，故
23 符合醫療常規。(11)冰凍切片為手術中進行之病理切片檢查，
24 係為提供手術中病理診斷，以區別腫瘤之良惡性、初步區別
25 腫瘤之種類及判別手術後是否有腫瘤殘留為主要之目的。術
26 中醫師已縮小手術切除範圍，施行 S6 肝臟腫瘤切除及 S7
27 肝臟腫瘤射頻燒灼之手術。冰凍病理切片檢查結果，無論良
28 性或惡性，皆不影響手術方式時，故不作此檢查，符合醫療
29 常規。(12)預估術後可保留肝臟體積，若明顯大於原體積之 5
30 0%時，是可以不進行測量，雖未見陳醫師有為病人測量肝臟
31 體積，然而有作ICG檢驗，應能準確地評估殘存之肝臟機能

01 及可決定切除與切除範圍大小，故其醫療過程符合醫療常
02 規。(13)肝臟切除手術說明書亦屬病歷正式文件且有病人簽
03 名，雖未將 2 顆肝臟腫瘤影像位置記載於門診紀錄，符合
04 醫療常規。(14)手術前預防性抗生素之給藥時機，為劃刀前 1
05 小時內。本案依手術室護理紀錄，105年6月28日記載「給予
06 預防性抗生素 Cetazone /1g (v) at16:00」，於16:15開始
07 手術，因此術前已給予抗生素，故符合醫療常規。(15)敗血症
08 定義為全身性發炎反應(SIRS)加上懷疑或確認感染源，SIRS
09 定義為：1. 體溫大於 38.3°C或小於36°C；2. 心跳每分鐘大
10 於90次；3. 呼吸每分鐘大於20次或動脈CO2分壓小於32mmH
11 g；4. 血液中白血球大於12000/ μ L或小於4000/ μ L，或band
12 form > 10%；若符合SIRS中之2項定義再加上懷疑感染源，
13 即為懷疑敗血症(suspected sepsis)；若符合SIRS中之2項
14 定義再加上確認感染源，即為確認敗血症(documented seps
15 is)。自105年7月7日起，病人白血球 $17.42 \times 10^3 / \mu$ L，當
16 日心跳皆大於90 次/分，即為懷疑敗血症，7月12日痰液檢
17 體結果確認有細菌感染(綠膿桿菌)，尿液檢體結果確認有細
18 菌感染(弗氏檸檬酸桿菌、糞腸球菌)，故可於7月12日確診
19 為敗血症。105年6月28日醫師即開始給予病人靜脈滴注抗生
20 素 Flumarin持續每12小時給予1000 mg；7月9日給予抗生素
21 SABS(metronidazole) 750 mg，18:12即先增加抗生素Tazoc
22 in 每6小時給予2250mg及SABS(metronidazole) 每6小時給
23 予500 mg；7月10日11:40開立抗生素Tienam 持續每8小時25
24 0mg，後續有補充每日的點滴輸送量，符合醫療常規。(16)大
25 型手術之術後，病人血糖值能控制在250 mg/dL左右，即不
26 影響傷口癒合。本案病人術後之血糖監測值，最高是術後第
27 1 天(105年6月29日)飯前血糖值343 mg/dL，當時醫師已
28 給予胰島素insulin(human)regular 20 unit，其餘則控制
29 在 120 至 252 mg/dL 之間，符合醫療常規。(17)本案術後於
30 105 年6月30日起，醫師開立靜脈注射，每日給予利尿劑 fu
31 rosemide/20 mg 1 天 2 次，另又視病人尿液排量及水腫情

01 況，依臨床狀況判斷不定時追加給予利尿劑治療，符合醫療
02 常規。105年6月27日病人之腎功能肌酸酐為2.45 mg/dL、7
03 月4日為2.69 mg/dL、7月7日為2.33 mg/dL，因腎功能較
04 差，故係依腎功能指數給予適合之抗生素Flumarin，並自6
05 月28日開始給予靜脈滴注1 gm/vial，每12小時1次，7月7
06 日病人白血球 $17.42 \times 10^3/\mu\text{L}$ ，7月9日白血球升至 $30.91 \times 10^3/\mu\text{L}$ ，
07 故7月9日醫師增加給予抗生素SABS(metronidazole)
08 750 mg，18:12再增加抗生素Tazocin每6小時給予2250mg
09 及SABS(metronidazole) 每6小時給予500mg；7月10日11:40
10 開立抗生素Tienam持續每8小時250mg，後續補充每日點滴輸
11 送量，7月11日病人白血球 $31.95 \times 10^3/\mu\text{L}$ ，停用抗生素Flu
12 marin。105年6月28日至7月11日因病人白血球指數升高，醫
13 師除給予抗生素Flumarin之外，又增加給予其他種抗生素，
14 故抗生素Flumarin之使用方式、程序及期間，符合醫療常
15 規。(18)承上所述，105年7月9日並非更換抗生素治療，而是
16 增加SABS(metronidazole)、Tienam及Tazocin等後線抗生素
17 治療，於7月10日會診感染科醫師，7月11日感染科醫師完
18 成會診，確認抗生素使用，並無延誤治療之情況。(19)一般急
19 性肝衰竭，可依膽紅素升高、凝血功能變差、肝腦病變判
20 斷。但病人原有肝硬化之問題，故無法以一般急性肝衰竭基
21 準予以判斷，應屬急性加上慢性肝病之肝衰竭，可依病人膽
22 紅素升高情形以判斷肝衰竭進程。依病歷紀錄，105年7月7
23 日病人總膽紅素增至2.9 mg/dL、7月9日為5.2 mg/dL、7月1
24 1日為10 mg/dL，故可於7月7日開始認定為急性加上慢性肝
25 病之肝衰竭。其後持續給予每日3單位新鮮冷凍血漿、利尿
26 劑、低鈉之輸液等治療，均符合醫療常規。(20)依病歷紀錄，
27 105年7月11日18:13家屬表示不置放氣管內管，7月12日1
28 5:06病人血壓84/52 mmHg，15:35醫師給予D5W 5%葡萄
29 糖液140mL，病人血壓增至102/56 mmHg；17:30病人意識清
30 醒，血壓74/46 mmHg，給予升壓劑Levophed(Levophed/16
31 mg + D5W 250 mL keep 10 mL/hr)，18:09病人血壓103/6

01 3 mmHg，19:30 血壓 114/55 mmHg，給予升壓劑 Levophed
02 (Levophed/16 mg + D5W 250 mL keep 9 mL/hr)，20:30 病
03 人血壓 114/63 mmHg，給予升壓劑 Levophed(Levophed 16
04 mg + D5W > 250 mL keep 8 mL/hr)，21:30 病人血壓 120/
05 65 mmHg，給予升壓劑 Levophed(Levophed/16 mg + D5W 25
06 0 mL keep 8 mL/hr)，22:30 病人血壓 110/67 mmHg，給予
07 升壓劑 Levophed(Levophed/16 mg + D5W 250 mL keep 7 m
08 L/hr)，23:22 病人血壓 108/53 mmHg，23:42 血壓 107/68
09 mmHg，23:44 血壓降至 46/16 mmHg，然同時家屬簽署不施
10 行心肺復甦術同意書，且要求要留一口氣回家。依病歷紀
11 錄，105年7月12 日15:06病人血壓降至84/52 mmHg，醫師醫
12 囑給予D5W 5% 葡萄糖液140 mL後，病人血壓即有所改善，
13 且意識清楚，在臨床上，尚無立即進入加護病房之必要；嗣
14 後，於當日23:44 病人血壓降至 46/16 mmHg時，家屬除簽
15 署不施行心肺復甦術同意書外，並要求要留一口氣回家，故
16 未將病人送加護病房，符合醫療常規。依病人當時病情狀況
17 已是肝衰竭併敗血性休克，即使送加護病房，亦難以避免死
18 亡。故病人死亡與未送加護病房無關。□按肝臟細針切片檢
19 查之目的為確定肝臟局部細胞、組織變化；非侵入性肝臟彈
20 性度檢測，係為量化肝臟纖維化之分期。就本案手術，肝臟
21 細針切片檢查或非侵入性肝臟彈性度檢測，並非絕對必要之
22 檢查。本案依病歷紀錄，病人之磁共振造影(MRI)檢查評斷結
23 果為肝硬化及有1 個2公分病灶在S6~S7，疑似肝癌，為可
24 切除之肝腫瘤，並無需施行肝臟細針切片或彈性度檢測。故
25 未開立上開檢查，與病人之死亡無關。□臨床上，肝硬化之
26 表現可在影像學檢查中呈現，但肝硬化嚴重程度，無法於術
27 前依檢驗數據 100% 判斷，實際肝硬化程度可由手術醫師於
28 術中再次判斷。陳醫師於手術過程中發現病人肝硬化程度，
29 較影像上判斷嚴重及有腹水，故判斷不宜作大範圍肝臟切除
30 手術，因此縮小手術切除範圍，施行 S6 肝臟腫瘤切除及 S
31 7 肝臟腫瘤射頻燒灼之手術，符合醫療常規。□依病歷紀

01 錄，病人術前相關檢查結果顯示S6肝臟腫瘤及S 疑似肝臟腫
02 瘤，有肝硬化，醫師並於術前進行 ICG test(碘氫綠檢驗)
03 R15 評估殘存肝機能，其結果 R15 為 9%，屬正常值範圍內
04 (< 10%)，可以接受腹腔鏡肝臟及膽囊切除手術，符合醫療
05 常規。□引流管之撤除，應檢視無鮮血或膽汁、腸液顏色，
06 即可撤除引流管。本案依病歷紀錄，病人術後引流之腹水皆
07 無鮮血或膽汁、腸液顏色，故陳醫師撤除腹水引流管之決
08 定，符合醫療常規。□ 依病歷紀錄，105年6月28日至7月6
09 日病人之腹水引流量、顏色及醫療處置分別如下所示：『6
10 月28日腹水引流量 100呈暗紅；6月29日腹水引流量690mL，
11 呈暗紅清，開立靜脈注射利尿劑 furosemide/20 mg；6月30
12 日腹水引流量540 mL，呈淡紅及暗紅清，開立靜脈注射每日
13 給予利尿劑furosemide/20 mg 1 天 2 次（6月30日～7月14
14 日）及每日皆輸入新鮮冷凍血漿 3 單位（6月30日～7月5
15 日）；7月1日腹水引流量540mL，呈紅及暗紅清；7月2日腹
16 水引流量300mL，呈紅色；7月3日腹水引流量510mL，呈紅及
17 淡紅；7月4日腹水引流量530mL，呈黃紅及淡紅，加開立靜
18 脈注射利尿劑furosemide/20 mg；7月5日腹水引流量850m
19 L，呈淡黃紅及淡紅，加開立靜脈注射利尿劑 furosemide/2
20 0 mg；7月6日腹水引流量 120 mL，呈黃紅色，移除腹水引
21 流管。』按目前臨床上，若病人於術後有腹水之情況，會開
22 立利尿劑及輸入新鮮冷凍血漿等處置方式作為治療。105年6
23 月28日至7月6日期間，醫師依病人之臨床狀況，定時給予利
24 尿劑、輸入新鮮冷凍血漿，若腹水量較多時，另提高利尿劑
25 劑量。故病人之腹水量控制及監測，符合醫療常規。□雷醫
26 師及陳醫師為同一醫療團隊，在臨床上，若病人之主治醫師
27 有請假情況，均會委由同科別之醫師代為照護病人及開立醫
28 囑。雖雷醫師開立醫囑期日逾代理期日，然若雷醫師係依病
29 人之實際狀況而開立醫囑，且為同一治療團隊，其醫囑對病
30 人之醫療具有延續性。故上開處置，並無違反醫療常規。□
31 臨床上，抗生素之給予，一般第1次皆會給予高劑量以期達

01 到血中治療濃度，後續則給予維持劑量。故本案抗生素之給
02 予，符合醫療常規，與病人死亡無關。□ICG(碘氫綠檢
03 驗)，使用之ICG藥物 Diagnogreen 非高危險警訊藥物，只
04 需有一般醫囑、開藥紀錄及檢驗結果呈現即可。本案病人體
05 重，依病歷紀錄，105年6月27日16:10已有完整記載為57.7
06 kg，藥物劑量於6月27日16:51開立ICG藥物Diagnogreen 25
07 mg/vial，6月28日10:23 ICG檢驗報告以電子紀錄呈現檢驗
08 結果，符合醫療常規。□ICG檢驗，係依醫囑由該院檢驗室
09 執行，不需由護理師於護理紀錄內記載；且本案醫院並未委
10 外檢驗，故無需另設『醫囑及治療實施結果紀錄表』及記
11 載。以上處置均符合醫療常規。」此有醫審會110年5月12日
12 編號0000000鑑定書在卷可憑（見本院卷四第37-98頁）。

- 13 2.後本院再依原告聲請，囑託醫審會就下列事項為補充鑑定：
- 14 「(1)被告醫院亞東紀念醫院是否受「癌症診療品質保證措施
15 準則」所規範？於收治癌症病患時應有舉措是否包括有「腫
16 瘤個案管理師」做為協助病患及家屬了解所患得癌症及治療
17 說明等，醫師於治療前必須填寫「治療計畫書」並送多專科
18 團隊醫療討論會，經團隊負責人簽名後方得進行？於本件個
19 案中，被告醫院是否有依前開準則進行相關處置？被告醫院
20 及醫師之處置是否有違反前開準則或相關醫療常規之處？(2)
21 A 1 2 醫師或被告醫院未於病人手術前發現腹水，或以超音
22 波進行腹水檢查，是否有檢查上之疏失？是否符合醫療常
23 規？(3)按被告醫院回覆手術，醫師自105年6月28日至7月9日
24 給予Flumarin預防感染抗生素是否違反衛生福利部疾病管制
25 署之「抗生素管理手冊」相關準則？或違反衛福部公告之醫
26 院版「醫療品質及病人安全年度目標」相關準則？使用Flum
27 arin抗生素前後是否應進行細菌培養？被告醫院與被告等所
28 為是否符合醫療常規？(4)病患陳選擇手術後持續使用抗生素
29 至7月9日，其原因是否係因病患於手術中或手術後感染？(5)
30 承上，若病患陳選擇是手術中或手術後感染，可能原因為
31 何？(6)被告給藥前有無做細菌培養，對於感染之治療上有何

01 利弊？（3至6點，請參上開鑑定報告第十五項）。(7)原鑑定
02 報告中提及血糖控制為 250mg/dL 之數值，是否有相關文獻
03 佐證？(8)被告於手術後就血糖控制監測以避免病人術後感染
04 之處置是否符合醫療常規？（請參上開鑑定報告第十六
05 項）。(9)鑑定意見雖以 105 年 7 月 7 日總膽紅素增至 2.
06 9mg/dL，故可於 7 月 7 日認定為肝衰竭，然而 7 月 4 日
07 總膽紅素已經高於標準為 1.6mg/dL（標準 1.5mg/dL），7
08 月 5 日、6 日醫師並未安排總膽紅素之檢驗，因此肝衰竭
09 也可能為更早發生，只是因為沒有檢驗報告可稽，而自 7
10 月 7 日後才進行相關肝衰竭之治療，是否有延誤病情？如
11 提早 1、2 天發現肝衰竭及進行治療是否有改善之可能？對
12 於肝臟手術後及併用抗生素治療時，對於肝衰竭的檢驗頻率
13 是否符合醫療常規（參上開鑑定報告第十九項）。(10)上開鑑
14 定意見二十提及：「...病人於 105 年 7 月 12 日 15:06
15 血壓降至 84/85mmHg，醫師醫囑給予 D5W 5% 葡萄糖液 140
16 mL 後，病人血壓即有所改善，且意識清醒，在臨床上，尚
17 無立即進入加護病房之必要；嗣後，於當日 23:44 病人血
18 壓降至 46/16mmHg 時，...依病人當時病情狀況已是肝衰竭
19 併敗血性休克，即使送加護病房，亦難以避免死亡。故病人
20 死亡與未送加護病房無關。」則：①105 年 7 月 12 日 1
21 5:06 至同日 23:44 之間，病情可能發生何種機轉，何以 7
22 月 12 日 15:06 病人給予葡萄糖液後，病人血壓即有所改
23 善，且意識清楚，在臨床上尚無立即進入加護病房之必要，
24 然而同日 23:44 醫審會認定「病情狀況已是肝衰竭併敗血
25 性休克，即使送加護病房，亦難以避免死亡。」？尤其當日
26 護理紀錄 19:17 尚記載病人意識清楚，直到當日 23:44 護
27 理紀錄記載病人意識改變，105 年 7 月 12 日 15:06 至同
28 日 23:44 之間，病情可能發生何種機轉？被告醫師與醫院
29 對於前開過程與病情機轉，相關監控照護處置，是否符合醫
30 療常規？②綜合陳選擇住院期間之病歷相關檢驗數據及生命
31 徵象之判斷，陳選擇何時可認定應進入加護病房？③依據護

01 理紀錄 105 年 7 月 11 日 18:13，A 1 2 醫師提出「不施
02 行心肺復甦術同意書」向家屬說明同意書，其上所載：「經
03 醫師診斷認為不可治癒，並且病程進展至死亡已屬不可避
04 免，茲因病人已意識昏迷或無法清楚表達意願」等相關病況
05 是否真實？依據為何？④病人何時已達到「不施行心肺復甦
06 術同意書」上所指之：「不可治癒，並且病程進展至死亡已
07 屬不可避免」？如何判斷？(11)本次鑑定意見提出「肝癌的診
08 斷及最新發展」文獻資料（鑑定報告資料1參照）來說明鑑
09 定意見之依據，然而該資料中第 5 頁圖 2，明確表示肝癌
10 分級 B、有多顆腫瘤（3個以上）治療方式為「肝動脈栓塞
11 化療」，A 1 2 醫師以不同於前開文獻之治療方式，是否可
12 能使病人發生術後肝衰竭情況提高，增加病人死亡之機率？
13 (12)鑑定意見提及：「臨床上，肝硬化之表現可在影像學檢查
14 中呈現，但肝硬化嚴重程度，無法於手術依檢驗數據 100%
15 判斷，實際肝硬化程度可由手術醫師於術中再次判斷。」則
16 依醫療常規，於手術前就肝硬化程度通常會作何種檢查？A
17 1 2 醫師術前之檢查是否符合醫療常規？A 1 2 是否有術前
18 檢查疏失而使病人增加手術中須變更術式之可能性？(13)A 1
19 2 醫師於手術中係以「目視」或何種方式判斷病人之肝硬化
20 程度較影像上還要嚴重？臨床上以何種數據認定陳選擇肝硬
21 化嚴重程度，並進而決定變更術式？（參上開鑑定報告第二
22 十二項）。(14)「就病人手術後至死亡前腹水控制及監測，是
23 否符合醫療常規乙節，貴會前次鑑定意見二十五僅就病患 6
24 月 28 日醫院手術後至 7 月 6 日期間之醫療處置予以鑑
25 定，請就 7 月 7 日至病患死亡前之腹水控制及監測處置，
26 是否符合醫療常規，予以鑑定。」（見本院卷五第59-62
27 頁）。其鑑定結果略以：「(1)《癌症診療品質保證措施準
28 則》是行政命令，是否符合建議由衛生福利部國民健康署解
29 釋。另「腫瘤個案管理師」及「治療計畫書」是否符合《癌
30 症診療品質認證》基準，建議應由國民健康署委託之國家衛
31 生研究院臺灣癌症臨床研究合作組織癌症診療品質認證小組

01 認定。①亞東醫院是否受「癌症診療品質保證措施準則」所
02 規範一節：「癌症診療品質保證措施準則」於103年1月29日
03 修正施行，依第2條規定，「癌症防治醫療機構」，係指100
04 床以上，提供癌症篩檢、診斷及治療服務之醫院。亞東醫院
05 設立登記之床數超過100床，故亞東醫院需受「癌症診療品
06 質保證措施準則」規範。②於收治癌症病人時，應有舉措是
07 否包括有「腫瘤個案管理師」做為協助病患及家屬了解所患
08 得癌症及治療說明等一節：依「癌症診療品質保證措施準
09 則」第18條之規定，癌症防治醫療機構應提供具有專業知能
10 之「護理人員」照護癌症病人，惟未規範需有「腫瘤個案管
11 理師」作為協助病人及家屬了解所罹患之癌症及治療說明。
12 ③醫師於治療前必須填寫「治療計畫書」並送多專科團隊醫
13 療討論會，經團隊負責人簽名後方得進行一節：依「癌症診
14 療品質保證措施準則」，並未規定醫師於治療前必須填寫
15 「治療計畫書」，並送多專科團隊醫療討論會，經團隊負責
16 人簽名後方得進行。④於本件個案中，被告醫院是否有依前
17 開準則進行相關處置一節：承上，依「癌症診療品質保證措
18 施準則」，未規定醫師於治療前必須填寫「治療計畫書」，
19 並送多專科團隊醫療討論會經團隊負責人簽名後方得進行。
20 ⑤被告醫院及醫師之處置是否有違反前開準則或相關醫療常
21 規之處一節：本案原本由內科醫師診療追蹤，後續因發現肝
22 腫瘤轉往外科門診尋求專家意見，透過跨團隊合作提供最佳
23 治療方式，病人術前簽署之『住院診療計畫說明書』、『手
24 術同意書』及『肝臟切除手術說明書』載明非手術的其他治
25 療方式、手術風險、替代方案及手術後續治療計畫與預期結
26 果，是為多專科團隊合作治療計畫的重要一環。本案醫院及
27 醫師之處置符合醫療常規。(2)本案病人術前於105年5月28日
28 之腹部超音波檢查結果已有發現微量腹水，6月8日之磁振造
29 影(MRI)檢查之影像判讀有微量腹水，故術前檢查無疏失，
30 符合醫療常規。(3)①醫師自105年6月28日至7月9日給予Flum
31 arin預防感染抗生素是否違反衛生福利部疾病管制署之「抗

生素管理手冊」相關準則一節：依「抗生素管理手冊」相關準則，此次手術屬於「清潔-汙染」性傷口（指進入呼吸道、消化道、生殖道、泌尿道而無明顯汙染之手術），選擇的抗生素種類要對胃腸道的致病菌有效，建議以第1代cephalosporin中cefazolin為優先使用之預防性抗生素，而重大手術抗生素使用時間可延長至術後24小時內。105年6月28日05:00陳醫師術前開立靜脈滴注第二代抗生素 Cetazone/1g/vial 劑量分別為1000mg(立即)及2000mg（手術時，手術期間於19:04給予靜脈滴注第二代抗生素Cetazone/1g，因考量切肝手術及病人本身肝硬化所致肝門靜脈分流至體靜脈都有可能影響肝巨噬細胞（Kupffer Cells）能提供的免疫防禦功能，於手術期間使用第二代抗生素 Cetazone，術後開立靜脈滴注第三代抗生素 Flumarin/1000mg，每12小時給予。另於6月30日術後抽血檢驗追蹤發現白血球（WBC） $29.59 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、肌酸酐3.57 mg/dL、肝功能指數 ALT 1013 IU/L、AST 1164 IU/L，檢驗結果呈現白血球增多症，加上病人術後肝功能異常、年紀大、內科共病（有高血糖病史及慢性腎臟病），屬術後併發感染率的高危險群，對於病情複雜的病人積極用藥（續用抗生素），符合醫療常規。②或違反衛福部公告之醫院版「醫療品質及病人安全年度目標」相關準則一節：依「醫療品質及病人安全年度目標」及「抗生素管理手冊」相關準則，應對於病情複雜的病人積極用藥。綜上，本案使用第二代、第三代抗生素，屬於積極用藥處置，符合醫療常規。③使用Flumarin抗生素前後是否應進行細菌培養？被告醫院與被告等所為是否符合醫療常規一節：依「醫療品質及病人安全年度目標」及「抗生素管理手冊」相關準則，並無規範預防性抗生素給藥前後需做細菌培養，另依「抗生素管理手冊」，對於病情複雜的病人積極用藥是合理的續用抗生素。臨床上在未有細菌培養結果前，會先依經驗法則給予廣效型抗生素，若病人有進一步病情變化，才會依細菌培養結果給予敏感性的抗生素，105年7月9日病人因白

01 血球增多症 (WBC $30.91 \times 10^3 / \mu\text{L}$) 併帶型白血球出現 (Ba
02 nd form 3.0%) 而進行細菌培養採檢，本案醫院及醫師等所
03 為符合醫療常規。(4)105年6月30日病人經術後抽血檢驗追蹤
04 發現白血球 (WBC $29.59 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 、肌酸酐 3.57 mg/dL、
05 肝功能指數 ALT 1013 IU/L、AST 1164 IU/L，檢驗結果呈
06 現白血球增多症，考量切肝手術及病人本身肝硬化所致肝門
07 靜脈分流至體靜脈都有可能影響肝巨噬細胞 (Kupffer Cell
08 s) 能提供的免疫防禦功能，加上病人術後肝功能異常、年
09 紀大、內科共病有高血糖病史及慢性腎臟病，實屬術後併發
10 感染率的高危險群，對於病情複雜的病人積極用藥 (續用抗
11 生素 Flumarin) 是合理之醫療處置。105年7月9日進行血
12 液、尿液、痰液之細菌培養，18:12陳醫師即增加抗生素【T
13 azocin 每6小時給予2250mg及SABS (metronidazole) 每6小
14 時給予500mg】，7月12日痰液檢體結果確認有細菌感染 (綠
15 膿桿菌)，尿液檢體結果確認有細菌感染 (弗氏檸檬酸桿
16 菌、糞腸球菌)，確診為敗血症，此時肺部感染及泌尿道感
17 染屬手術後感染。(5)105年7月12日病人之痰液檢驗結果確認
18 有細菌感染 (綠膿桿菌)，尿液檢體結果確認有細菌感染
19 (弗氏檸檬酸桿菌、糞腸球菌)，依臨床判斷，係術後始併
20 發肺部感染及泌尿道感染。(6)依衛生福利部疾病管制署所訂
21 之「抗生素管理手冊」相關準則，抗生素治療性用藥可細分
22 為經驗性 (empirical therapy) 及確定治療 (definite th
23 erapy)。若病況危急，需立即判斷最可能的致病菌並投予
24 經驗療法，經統計三分之二以上的抗生素在開立時都是經驗
25 性使用，亦即尚未有微生物學報告，此時病人之診斷可能尚
26 未明朗或醫師想要涵蓋較廣的致病菌，因此選用廣效抗生素
27 或併用 2 種以上的抗生素。待微生物學報告出爐，且病情
28 也較為明朗時，醫師即可依病人疾病、微生物結果、病人臨
29 床狀況進步與否，以調整或精簡使用抗生素。故依病人手術
30 後臨床狀況，先給予經驗性治療，至檢驗結果出來才能針對
31 該致病菌給予敏感性治療。綜上，給藥前未作細菌培養，其

01 利弊分述如下：優點為依臨床常規，會衡量當下臨床現況使
02 用合適之前線抗生素，不會任由病情發展惡化，避免延遲病
03 情治療時機；缺點為無法針對該致病菌進行敏感性治療，有
04 可能培養出抗藥菌。(7)《Blumgart's Surgery of the Live
05 r, Biliary Tract, and Pancreas》(Blumgart's 肝膽胰
06 手術)一書中，就肝膽胰手術之敘述，為該領域之重要教科
07 書，內文提及肝膽胰手術後血糖控制不佳，會增加手術部位
08 感染的風險，建議術後密集監測血糖控制小於200mg/dL，為
09 臨床參考依據。另於臨床應用上，較寬鬆的血糖目標(>250
10 mg/dL)，可應用在病危的病人，以減少尿糖、脫水或電解
11 質不平衡等併發症發生機率。(8)術後血糖控制穩定能減少手
12 術感染的風險，本案病人術後之血糖監測值，最高是術後第
13 1天(105年6月29日)飯前血糖值343 mg/dL，當時醫師已給
14 予胰島素insulin (human) regular 20 unit，其餘則控制
15 在120至252mg/dL 之間，符合醫療常規。(9)①自105年7月7
16 日後才進行相關肝衰竭之治療，是否有延誤病情一節：依上
17 開教科書，針對切肝術後使用的50-50標準(50-50 criteri
18 a)：在手術後第5天若總膽紅素大於 2.9 mg/dL，合併凝血
19 酶原時間—國際標準化比值(PT-INR) > 1.7，可預測術後
20 肝衰竭的死亡率達5成以上，因術後第5天肝功能檢驗的動力
21 學一般會有回歸術前正常值的趨勢，故以此時的數據作為參
22 考。依術後檢驗報告，105年6月30日肝功能指數 ALT 1013
23 IU/L、AST 1164 IU/L、總膽紅素1.0mg/dL、白蛋白(Album
24 in) 2.3 gm/dL，判斷為術後肝功能異常而囑咐每日輸入新
25 鮮冷凍血漿3單位(6月30日~7月5日)，且開立靜脈注射每
26 日給予利尿劑【furosemide/20 mg1天2次(6月30日~7月14
27 日)】。後續檢驗追蹤肝功能數值，7月2日 ALT 495 IU/L、
28 AST 302 IU/L、總膽紅素 1.2 mg/dL；7月4日 ALT 222 IU/
29 L、AST 90 IU/L、總膽紅素1.6 mg/dL，凝血酶原時間的國
30 際標準化比值1.71，7月5日腹水引流量850 mL，7月6日腹水
31 引流量120mL，無意識變化，判斷在術後照護中肝功能有逐

01 漸改善的趨勢，雖然7月4日總膽紅素1.6 mg/dL (標準1.5 m
02 g/dL)，略高於標準值，仍判定為肝功能異常，維持原治療
03 計畫，並持續追蹤總膽紅素變化，以上所為皆為術後積極治
04 療肝功能異常之處置，故無延誤病情治療。②如提早1、2
05 天發現肝衰竭及進行治療是否有改善之可能一節：病人於10
06 5年7月4日總膽紅素 1.6mg/dL，凝血酶原時間的國際標準化
07 比值1.71，無意識變化，尚不符合肝衰竭之診斷，故維持原
08 治療方案。③對於肝臟手術後及併用抗生素治療時，對於肝
09 衰竭的檢驗頻率是否符合醫療常規【參第0000000 號鑑定書
10 鑑定意見(十九)】一節：依病歷紀錄，病人於105年6月30
11 日總膽紅素 1.0mg/dL、7月2日總膽紅素1.2mg/dL、7月4日
12 總膽紅素1.6mg/dL、7月7日總膽紅素增至 2.9mg/dL、7月9
13 日總膽紅素5.2mg/dL、7月11日總膽紅素 10mg/dL，故於病
14 人肝臟手術後及併用抗生素治療時，陳醫師對於肝衰竭的檢
15 驗頻率，符合醫療常規。(10)①因病人病情係處於急性加上慢
16 性肝病之肝衰竭，且有腎衰竭之情況。105年7月12日17:30
17 血壓74/46 mmHg 已屬心血管衰竭，值班醫師持續給予輸液
18 及升壓劑，並密切監測生命徵象(血壓、血氧、心跳、尿量
19 及意識形態偵測)，血壓維持於120/53 mmHg 之間，但當時
20 病人已進入多重器官衰竭階段，故病人意識、血壓、脈搏等
21 隨時都可能快速變化，其相關監控照護處置與加護病房之
22 處置相同，符合醫療常規。另依護理紀錄，23:44 病人脈搏
23 65 次/分、呼吸 16 次/分、血壓 46/16 mmHg、血氧飽和度
24 80%，病人意識改變合併急性呼吸衰竭，此時需給予侵入性
25 維生醫療措施，然病人家屬當時即簽署不施行心肺復甦術
26 (DNR) 同意書。②依醫療常規，於病人血壓下降、休克、
27 意識改變時，可考慮將病人轉入加護病房照護。值班醫師於
28 病人血壓下降、意識清醒時，有給予輸液及同時使用升壓
29 劑，並密切監測生命徵象，與加護病房之處置相同；於升壓
30 劑逐步減量，且病人血壓維持在正常範圍時，依臨床判斷就
31 無立即轉入加護病房之迫切性。105年7月12日23:44 病人意

01 識改變合併急性呼吸衰竭（脈搏 65 次/分、呼吸 16 次/
02 分、血壓 46/16 mmHg、血氧飽和度 80%）時，此時雖可考
03 慮進入加護病房，然家屬已簽署DNR同意書，且要求留一口
04 氣返家，故無進入加護病房而辦理病危自動出院。③陳醫師
05 於105年7月10日因病人肝功能不佳，抽血報告為白血球上
06 升，抗生素升級至最後一線治療，即向家屬（2 位女兒）說
07 明若病情惡化有置放氣管內管之可能性，惟7月11日18:13
08 多位家屬再與陳醫師討論病情後，表示不置放氣管內管。

09 『不施行心肺復甦術同意書』所載『經醫師診斷認為不可治
10 癒，並且病程進展至死亡已屬不可避免，茲因病人已意識昏
11 迷或無法清楚表達意願』，非意指病人當時『不可治癒、病
12 程進展至死亡已屬不可避免，病人已意識昏迷或無法清楚表
13 達意願』，其為醫療團隊事先與家屬討論後續如果病情惡化
14 時，是否同意施行心肺復甦術。一般急性肝衰竭定義，可依
15 據膽紅素升高、凝血功能變差、肝腦病變判斷。但病人原有
16 肝硬化之問題，故無法以一般急性肝衰竭定義，應屬急性加
17 上慢性肝病之肝衰竭，可根據病人膽紅素升高情形判斷肝衰
18 竭進程。105年7月10日病人意識嗜睡，7月11日總膽紅素持
19 續上升至 10 mg/dL，凝血酶原時間－國際標準化比值（PT-
20 INR）亦持續上升至2.46，故依上述肝衰竭定義診斷病程進
21 展至死亡已屬不可避免階段。④依文獻報告，多重器官衰竭
22 的死亡率及衰竭的器官數目直接相關，死亡率也隨衰竭的器
23 官數目上升，單一器官衰竭死亡率約20%，4個以上的器官衰
24 竭死亡率達 70% 以上，因此多重器官衰竭可被視為瀕死過
25 程的表現（參考資料 4）。105年7月12日23:44病人意識改
26 變合併急性呼吸衰竭（脈搏65次/分、呼吸16次/分、血壓 4
27 6/16 mmHg、血氧飽和度80%）時，因病人當時併發心臟、肝
28 臟、腎臟、肺臟等多重器官衰竭，死亡率上升至70%以上，
29 故病情進展已達不可治療並且病程進展至死亡已屬不可避
30 免。(11)參考2012年巴塞隆納臨床肝癌分類（Barcelona Clin
31 ic Liver Cancer, BCLC），若腫瘤單顆或3顆且小於3公

01 分、Child-Pugh 分期A級或B級、病人的體能狀態正常，屬
02 於 BCLC 早期適合根除性治療。病人術前S6 1個約2公分疑
03 似肝癌病灶及另有1顆懷疑腫瘤待術中判定，Child-Pugh 分
04 期B級，行動能力正常，而可將病人列為 BCLC 早期選擇根
05 除性治療方式。手術前影像診斷為1或2個腫瘤，陳醫師乃依
06 據腫瘤個數及肝功能，做出直接切除腫瘤之決策，並非術前
07 已知『分期肝癌分級 B、有多顆腫瘤（3 個以上）』，故治
08 療方式未選擇『肝動脈栓塞化療』。(12)①依醫療常規，於手
09 術前就肝硬化程度通常會作何種檢查一節：依醫療常規，術
10 前通常會做術前檢驗報告（含 ICG）及腹部超音波、磁共振
11 造影（MRI）等檢查，病人都有接受上述之檢查，符合醫療常
12 規。術前檢查對肝硬化評估，仍可能會有偏差，術中醫師仍
13 需視肝硬化程度決定是否進行標準肝切除手術。②陳醫師術
14 前之檢查是否符合醫療常規？陳醫師是否有術前檢查疏失而
15 使病人增加手術中須變更術式之可能性一節：亞東醫院及陳
16 醫師於術前已善盡相關檢查瞭解病況，惟醫學檢驗檢查仍有
17 其極限，使用傳統超音波（Conventional ultrasound）診
18 斷是否有肝纖維化，會有不易區分或診斷之情形，要判斷正
19 常、肝實質病變或肝硬化，除與檢查儀器有關，亦需要依檢
20 查者的經驗。而在診斷是否有肝纖維化、肝硬化，甚至是肝
21 硬化程度時，還需要配合其他檢查（如切片檢查、同位素檢
22 查、抽血檢查等），由醫師綜合評估判讀。而術中發現肝硬
23 化程度超出預期，為減少肝臟出血量，而決定調整手術方式
24 以減少肝臟切除範圍，符合醫療常規。(13)由過去文獻報告可
25 知，腹腔鏡藉由肉眼所見的臨床資訊，亦可作為肝硬化的診
26 斷工具，像是肝表面形成的大大小小結節（Nodular liver
27 surface）、肝臟外觀形成的分離性纖維分隔（Separating
28 fibrous septation）及肝門靜脈高壓的徵象包括臍靜脈擴
29 張、腹膜靜脈擴張、脾腫大、腹水等。本案由手術紀錄可
30 知，陳醫師依手術中所見肝臟外觀合併腹水而判定為嚴重肝
31 硬化（severe liver cirrhosis），並決定縮小肝切除範

01 圍，此依臨床發現所為之決策，符合醫療常規。(14)臨床上，
02 控制腹水，可利用利尿劑及白蛋白給予。依病程紀錄，105
03 年7月7日腹部身體診察，病人微脹痛，其處置為給予白蛋白
04 及利尿劑。7月8日腹部身體診察亦為腹脹，另有手術傷口
05 痛，其處置為給予白蛋白及利尿劑。7月9日腹部身體診察，
06 為微脹但是柔軟，床邊超音波影像顯示輕微腹水，處置為因
07 白血球升高所以安排血液、痰液及尿液檢查與培養。7月10
08 日經腹部身體診察，微脹痛，其處置為給予白蛋白及利尿
09 劑。7月11日腹部身體診察有微脹痛，其處置為陳醫師執行
10 床邊超音波影像顯示中量腹水，於左腹置放引流管，引流量
11 多黃紅水，並送腹水檢查培養，培養結果並無細菌生長。7
12 月12日腹部身體診察為腹脹，X光檢查結果顯示腸脹氣。故
13 依病歷紀錄，7月7日至7月12日腹水控制及監測處置，符合
14 醫療常規。」此有醫審會112年11月30日編號0000000號鑑定
15 書在卷可查（見本院卷六第27-97頁）。

- 16 3.後本院又依原告聲請，囑託醫審會就下列事項為補充鑑定：
17 「(1)就貴會0000000號鑑定意見(二)，請補充鑑定：①000
18 0000號鑑定意見(二十二)為就手術方式改變所評估條件為
19 『肝硬化程度』及『有腹水』，然以手術紀錄可知當時陳醫
20 師已發現病人是患有4顆腫瘤，因此如手術前已做ICG檢查，
21 評估過肝臟機能，手術中再發現『腫瘤數量為4顆』與『肝
22 硬化程度』與『有腹水』與手術前評估不同，則首要影響需
23 變更手術方式為三者中何者？原因為何？②另外，有做ICG
24 檢驗應可以準確評估殘存之肝臟機能（如0000000號鑑定意
25 見十二所述）。陳醫師手術中見病人肝硬化程度嚴重，又因
26 此可能肝功能與手術前評估不同，是否主要參考為ICG檢驗
27 結果？ICG檢驗有關肝癌切除手術之參考重要性為何？(2)就
28 貴會0000000號鑑定意見(三)、(四)、(五)、(六)
29 請補充鑑定：①貴會第3次鑑定意見(三)3.提及：「臨床
30 上在未有細菌培養結果前，會先依經驗法則給予廣效型抗生
31 素，若病人有進一步病情變化，才會依細菌培養結果給予敏

01 感性的抗生素……」又按貴會第3次鑑定意見（三）1：「另
02 於6月30日術後抽血檢查追蹤……檢驗結果呈現白血球增多
03 症」，以及第2次鑑定報告鑑定意見（十五）「……自105年
04 7月7日起，病人白血球 17.42×10^3 ul，當日心跳皆大於90
05 次/分，即為懷疑敗血症……」在6月30日及7月7日是否屬於
06 貴會第3次鑑定意見（三）3.所指：「若病人有進一步病情
07 變化」情形？②承上，若是，被告是否有未即時未進行細菌
08 培養導致陳選擇感染後，未針對所感染之細菌用適合之抗生
09 素治療，增加風險之情形？③承①，若否，「病人有進一步
10 病情變化」而需做細菌培養，通常以何數據或標準判斷有細
11 菌培養之必要？④A 1 2 醫師未依循衛福部疾病管制署抗生
12 素管理手冊：「第一章 抗生素管理執行策略 二、正確藥品
13 （八）原抗微生物製劑使用三天無效，應重新評估疾病因素
14 及抗微生物製劑治療無效之可能原因，再做適當的檢查及培
15 養後，慎重選用適當的抗微生物製劑治療。」之規範，是否
16 符合醫療常規？⑤承上，如符合醫療常規，依據為何？；10
17 5年7月9日所做檢驗，病患「血液細菌培養檢驗報告」驗出
18 之Escherichia coli大腸桿菌及Enterobacter cloacae陰溝
19 腸桿菌，以及痰液檢驗結果之綠膿桿菌，尿液檢驗結果之弗
20 氏檸檬酸桿菌、糞腸球菌，各種細菌感染之原因為何？是否
21 可能為院內傳播感染？就(3)貴會0000000號鑑定意見（八）
22 請補充鑑定：①本件病患自105年6月29日起，陳醫師已有進
23 行對病患治療或預防感染之抗生素使用，顯示此期間為需預
24 防或治療病患感染，105年6月29日病患血糖值343mg/dL，當
25 時醫師給予胰島素，之後在7月11日才有再進行血糖值為210
26 mg/dL之檢測，控制血糖目的為減少病患發生感染之機率以
27 及發生敗血症後減少致死率，就6月29日至7月11日期間為何
28 種原因不需對病患進行血糖監測控制？②綜合雙方爭點之以
29 下三個項目：1. 手術前預防性抗生素是否給藥。2. 術後使用
30 同一種抗生素連續治療11天，未作病人檢體之細菌培養以調
31 整使用抗生素，與衛生福利部疾病管制署「抗生素管理手

冊」規範作法不一致。3.術後血糖監測控制未實施，可能導致病患感染風險增加。是否可能為造成如105年7月9日病人血液、痰液、尿液檢體檢驗結果發現各種細菌之原因？(4)就貴會0000000號鑑定意見（十）請補充鑑定：①貴會0000000號鑑定意見（十）病患陳選擇在7月4日總膽紅素仍異常，但7月5日及6日均無醫囑繼續再做檢驗，即終止輸血的治療行為，直到7月7日發現總膽紅素增至2.9mg/dL，才又再次對病人實施輸血的治療，肝臟手術後病患總膽紅素異常可以停止輸血治療之標準為何？7月5日及6日均無醫囑繼續再做檢驗，即終止輸血的治療行為，是否符合醫療常規？②如7月5日及6日持續檢驗總膽紅素、實施輸血，是否可能提早1、2天發現肝衰竭以及進行治療？③是否有可能降低病人因肝衰竭而死亡之機率？(5)就貴會0000000號鑑定意見（十一）請補充鑑定：①貴會0000000號鑑定意見（十一）提及手術前影像判斷為1或2個腫瘤，因此A 1 2醫師術前依此做出切除腫瘤之決策，惟A 1 2醫師在「手術中」所見病人有4顆腫瘤（術後病理報告為有6顆）而仍對病人進行「肝臟切除手術併射頻燒灼手術」，是否符合醫療常規？②A 1 2醫師在「手術中」所見病人有4顆腫瘤（3個以上）是否即應選擇「肝動脈栓塞化療」方符合醫療常規？③貴會0000000號鑑定意見提出「肝癌的診斷及最新發展」文獻資料來說明鑑定意見之依據，然而該資料中第5頁圖2，明確表示肝癌分級B、有多顆腫瘤（3個以上）治療方式為「肝動脈栓塞化療」，A 1 2醫師以不同於前開文獻之治療方式，是否可能使病人發生術後肝衰竭情況提高，增加病人死亡之機率？(6)就貴會0000000號鑑定意見（十三）請補充鑑定：①依據醫療常規（我國肝癌診療指引共識），尚未診斷為肝癌的個案，於決定是否進行治療前，是否應再進行「組織切片」檢查或經過醫院內「癌症醫療品質小組」「團隊會議討論結論」，才可進行後續之治療方式評估？②本件是否有可能於手術前即以包括但不限於肝臟彈性度檢測等方式，預先評估

01 肝硬化程度以決定手術術式？而避免術中才發現肝硬化程
02 度？(7)就貴會0000000號鑑定意見（二十八）、（二十
03 九），尚有下列事項會請補充鑑定：①ICG檢驗之應紀錄事
04 項為何？②亞東醫院所提出之病歷紀錄中，並無ICG檢驗
05 「採檢人員」、「採檢時間」，是否符合醫療常規？③檢驗
06 過程前、中、後之應紀錄事項，是否有相關規範或依據？」
07 （見本院卷六第265-269頁）。其鑑定結果略以：「(1)①依
08 肝膽領域重要教科書《Blumgart's 肝膽胰手術》，針對肝
09 硬化的病人預計行切肝手術，記載日本學者 Makuuchi's cr
10 iteria 所提出之 3 項指數參考，即術前腹水狀況、血液總
11 膽紅素及 ICG 檢查，作為術前肝功能評估及決定切除範圍
12 之重要評估參考指標。病人術前雖有微量腹水，但 105 年
13 6 月 27 日入住一般外科病房時所進行之血液檢查結果為總
14 膽紅素 0.6 mg/dL，屬正常範圍內；6 月 28 日 10:23 病
15 人之碘氫綠檢驗測試報告（ICG test）結果則為 R15 9%
16 【參考值為用藥後停滯率 15 分鐘（R15）<10%】。按上述
17 結果，依 Makuuchi's criteria 治療指引，可行肝臟三區
18 域或半肝手術切除。依手術紀錄，陳醫師於手術中依腹腔鏡
19 肉眼所見肝臟外觀【如肝表面形成的大大小小結節（Nodular
20 liver surface）、肝臟外觀形成的分離性纖維分隔（Sep
21 arating fibrous septation）及肝門靜脈高壓的徵象（包
22 含臍靜脈擴張、腹膜靜脈擴張、脾腫大、腹水狀況等）】，
23 並合併腹水，判定病人為嚴重肝硬化（severe liver cirrh
24 osis），且肝硬化嚴重程度高於術前評估。而對於嚴重肝硬
25 化之病人，若施行大範圍肝臟切除，會增加術後肝衰竭之風
26 險。從而，陳醫師乃決定針對位於肝臟不同部位之腫瘤，分
27 別施以不同手術方式，以縮小肝切除之範圍。是以，首要影
28 響變更手術方式的主要原因為「肝硬化程度」。又陳醫師術
29 中依病情狀況調整臨床決策，符合醫療常規。②承上說明，
30 術前依 Makuuchi's criteria 治療指引，腹水、血液總膽
31 紅素及 ICG 檢驗等 3 項指數，皆為術前評估肝功能及決定

01 切除範圍之重要指標。若無腹水或微量腹水、血液總膽紅素
02 屬正常範圍內及 ICG 檢查之 R15 < 10% 落於正常範圍內，
03 則可進行肝臟三區域或半肝手術切除；若 ICG 檢查之 R15
04 為 10~19%，可進行左側或右側區域的肝臟切除；若 ICG 檢
05 查之 R15 為 20~29%，只可進行肝節切除；若 ICG 檢查之
06 R15 大於 30%，則應縮小肝切除範圍，進行部分肝切除或僅
07 腫瘤摘除術。本案病人於術前雖有微量腹水，但105年6月27
08 日入住一般外科病房時所進行之血液檢查結果為總膽紅素
09 0.6 mg/dL，屬正常範圍內；6月28日10：23病人之碘氫綠檢
10 驗測試報告（ICG test）結果為9%，亦屬正常值範圍。陳醫
11 師即綜合評估腹水情形、血液總膽紅素及 ICG 檢驗等3項術前
12 指數。由此可知，上述3項指數對於決定手術方式及切除範
13 圍，具同等重要性。承上述，ICG 檢驗、腹水情形及血液總
14 膽紅素併列為術前評估肝功能及決定切除範圍的重要指標，
15 此乃 Makuuchi's criteria 所提出之肝腫瘤治療指引，並
16 載於 2016 年肝膽領域的重要教科書《Blumgart's 肝膽胰
17 手術》。(2)對於術後白血球增多現象，臨床解讀有兩種可能
18 性，即術後（短期）免疫反應或感染反應。臨床上，需綜合
19 評估病人生命徵象及各項檢驗檢查數據，並持續觀察變化，
20 始能適切診斷當時病情之進展。105年6月30日經術後抽血檢
21 驗追蹤發現，病人白血球、肌酸酐、肝功能指數等數據上
22 升，考量切肝手術及病人本身肝硬化影響肝巨噬細胞能提供
23 之免疫防禦功能，加上病人術後肝功能異常、年長、內科共
24 病有慢性腎臟病，屬術後併發感染高危險群，故於術後即積
25 極續用抗生素 Flumarin 為合理之醫療處置。病人之追蹤檢
26 驗數據如下：白血球於105年6月30日為 $29.59 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ，
27 於7月7日白血球降為 $17.42 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ，漸往正常範圍下降；
28 肌酸酐於6月30日為 3.57 mg/dL，於7月7日降為 2.33 mg/d
29 L，也往正常範圍下降；肝功能指數GPT於6月30日為 1013 I
30 U/L，於7月7日降為 222 IU/L，同樣往正常範圍下降。由於
31 病人的臨床相關檢驗數據持續下降，病情趨於改善，且觀察

01 生命徵象穩定（體溫、呼吸、血壓等）、意識清醒，故105
02 年6月30日及7月7日皆不屬「若病人有進一步病情變化」之
03 情形。承上，依臨床條件，病人肌酸酐及肝功能指數皆持續
04 下降，呈現改善之趨勢，並不屬於「病人有進一步病情變
05 化」之惡化情況。又此亦代表原使用之抗生素有效，故依臨
06 床病情持續使用原用抗生素，符合醫療常規。綜上，亞東醫
07 院醫療團隊並無未即時未進行細菌培養導致病人感染後，亦
08 無未針對所感染之細菌用適合之抗生素治療而增加風險之情
09 形。通常於病人臨床症狀（如意識變化、生命徵象改變）或
10 檢驗數據有變化時，會綜合評估病情是否需進行細菌培養。
11 因此，105年7月9日病人意識改變、出現輕微嗜睡情況，白
12 血球增加至 $30.91 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ，即進行痰液、血液及尿液細菌
13 培養檢驗，符合醫療常規。承上開說明，從數據及臨床條件
14 觀之，病人肌酸酐及肝功能指數持續下降中，肝腎功能逐漸
15 改善中，代表原使用之抗生素有效，並非衛生福利部疾病管
16 制署抗生素管理手冊所謂『原抗微生物製劑使用三天無效』
17 之情況，故依病人臨床症狀持續使用原用之抗生素，符合醫
18 療常規。承上，從數據及臨床條件觀之，病人肌酸酐及肝功
19 能指數持續下降中，肝腎功能逐漸改善中，代表原使用之抗
20 生素有效，並非衛生福利部疾病管制署抗生素管理手冊所謂
21 「原抗微生物製劑使用三天無效」之情況，故依病人臨床症
22 狀持續使用原用之抗生素，符合醫療常規。院內感染就定義
23 而言，係指在住院期間得到的感染，並可分為內因性感染
24 （Endogenous infection）及外因性感染（Exogenous infe
25 ction）。內因性感染，是指病原菌原已存在於病人之體
26 內，因某種治療或病人抵抗力的變化，而使病原菌造成深部
27 或全身性感染；外因性感染，則指病原菌由環境醫護人員或
28 其他病人傳入而造成之感染。當免疫力低下之病人在醫院環
29 境裡，體內或體表黏膜之正常菌叢漸為院內菌種所取代，但
30 尚未對人體產生侵犯反應造成感染時稱之為移生菌。然而，
31 對於身上長時間置放導管（如鼻胃管、導尿管、置放氣管內

01 管、血管內裝置等)的病人，移生菌可能藉由黏膜入侵各部位器官，而造成外因性院內感染。Escherichia coli 大腸桿菌、Enterobacter cloacae 陰溝腸桿菌、弗氏檸檬酸桿菌、糞腸球菌，皆為人體腸道中的菌叢，從腸道菌叢變成感染源，通常出現於接受過抗生素治療或入住加護病房 (ICU) 之病人，因為即使正常使用抗生素，亦可能會改變宿主腸道微生物功能，產生抗生素抗藥性菌株，致病人在免疫功能下降時伺機造成感染。本案依檢驗報告，血液細菌培養結果驗出之 Escherichia coli 大腸桿菌及 Enterobacter cloacae 陰溝腸桿菌，為腸道內菌叢，因病人術後抵抗力下降，使病原菌擴散造成全身性感染，屬內因性院內感染；痰液檢驗結果之綠膿桿菌，其生長量輕微 (light)，105 年 7 月 7 日追蹤病人胸部 X 光檢查影像可見雙側肺擴張無肺炎斑塊，無咳嗽濃痰症狀，綜合評估臨床症狀及影像學判斷病人無肺炎跡象，而痰液培養結果之細菌量少，故認定痰液檢驗之綠膿桿菌為移生菌，而非感染；尿液檢驗結果之弗氏檸檬酸桿菌、糞腸球菌，皆為腸道內菌叢，且依麻醉恢復室紀錄，105年6月28日病人於術中置放尿管，6月30日06：00醫囑拔除尿管，直至7月9日20：00因病情需要而囑咐重置尿管，病人在術後並未長時間置放尿管，泌尿道黏膜受損風險低，因此判斷病人因抵抗力的變化使病原菌造成深部感染，屬內因性院內感染。病人肝硬化、行切肝手術、術後肝功能異常、年長、內科共病有慢性腎臟病，屬術後併發感染之高危險群。血液細菌培養及尿液檢驗結果之 Escherichia coli 大腸桿菌、Enterobacter cloacae 陰溝腸桿菌、弗氏檸檬酸桿菌、糞腸球菌皆為人體腸道之菌叢，並因病人術後抵抗力變化，使病原菌造成深部及全身性感染，屬於內因性院內感染；痰液檢驗結果之綠膿桿菌，其生長量輕微 (light)，臨床症狀及影像學判斷病人亦無肺炎跡象，故痰液檢驗所生的綠膿桿菌為移生菌，而非感染。(3)病人病史並無糖尿病之診斷，病人於手術後可進水進食，不需等到排氣，屬

01 於一般病房等級照護。105年6月29日術後第1天血糖值343 m
02 g/dL，可能是外科手術後因生理壓力進入高代謝狀態而上
03 升。對於非急重症且非糖尿病之病人發生住院中高血糖，參
04 考 2015 年糖尿病照護建議，為出院時應有適當追蹤檢驗及
05 照護紀錄。因此，於此期間無實施術後血糖監測，符合醫療
06 常規，未逾越合理臨床專業裁量。首先，就『1. 手術前預
07 防性抗生素是否給藥』之爭點而言，105年6月28日05：00
08 陳醫師術前開立有靜脈滴注第二代抗生素 Cefazone/1g/via
09 l，劑量分別為1000 mg（立即）及 2000 mg（手術時），作
10 為手術前預防性抗生素』。其次，就『2. 術後使用同一種
11 抗生素連續治療11天，未作病人檢體之細菌培養以調整使用
12 抗生素，與衛生福利部疾病管制署『抗生素管理手冊』規範
13 作法不一致』之爭點而言，承上開說明，病人肌酸酐及肝功
14 能指數持續下降中，肝腎功能逐漸改善中，代表原使用之抗
15 生素有效，並非衛福部疾病管制署抗生素管理手冊所謂「原
16 抗微生物製劑使用三天無效」之情況，故依病人臨床症狀，
17 持續使用原用之抗生素，符合醫療常規。第三，就『3. 術
18 後血糖監測控制未實施，可能導致病患感染風險增加』之爭
19 點而言，承上開說明，病人病史並無糖尿病之診斷。對於非
20 急重症且非糖尿病之病人發生住院中高血糖，依 2015 年糖
21 尿病照護建議，為出院時應有適當追蹤檢驗及照護紀錄。況
22 且，病人於手術後可進水進食，不需等到排氣，屬於一般病
23 房等級照護。是以，未進行常規血糖檢測，符合醫療常規。
24 綜上，雙方上述三個爭點，皆非造成105年7月9日病人血
25 液、痰液、尿液檢體檢驗等結果發現各種細菌之原因。如上
26 開說明，病人年長、患有肝硬化、內科共病有慢性腎臟病、
27 行切肝手術、術後肝功能異常，屬術後併發感染之高危險
28 群。而依細菌培養結果，病人感染菌株主要來自腸道內菌
29 叢，係屬術後免疫功能下降而發生之內因性感染。(4)(1)依
30 《Blumgart's 肝膽胰手術》教科書，術後新鮮冷凍血漿（F
31 resh Frozen Plasma, FFP）輸血治療之臨床意義係為矯正

01 凝血功能異常。當凝血酶原時間國際標準化比值（INR）大
02 於2，抑或術後懷疑有正在進行出血之情形，始需使用新鮮
03 冷凍血漿輸血治療（參考資料 3），而不必要之輸血治療，
04 可能會引發病人免疫反應，增加肝衰竭風險。惟無論如何，
05 臨床上膽紅素異常，並非輸血治療與否之評估標準。(2)承
06 (1)，病人術後並無出血之狀況，且105年7月4日凝血酶原時
07 間國際標準化比值為1.71，表示病人之凝血功能在可接受範
08 圍內，故無繼續使用新鮮冷凍血漿治療之必要，終止輸血的
09 治療行為，符合醫療常規。病人於術後第 2 天，即105年6
10 月30日，肝功能指數 ALT 1013 IU/L、AST 1164 IU/L、總
11 膽紅素 1.0 mg/dL、白蛋白 (Albumin) 2.3 gm/dL。7 月 2
12 日 ALT 495 IU/L、AST 302 IU/L、總膽紅素 1.2 mg/dL。7
13 月 4 日 ALT 222 IU/L、AST 90 IU/L、總膽紅素 1.6 mg/d
14 L，凝血酶原時間國際標準化比值 1.71、白蛋白 (Albumi
15 n) 3.4 gm/dL，無意識變化，尚不符合肝衰竭之診斷標準，
16 仍判定為肝功能異常。105年7月5日病人之腹水引流量 850
17 mL，意識清楚。7月6日腹水引流量120 mL，意識清楚。由於
18 病人在術後照護中，無意識變化、腹水引流量減少，肝功能
19 有逐漸改善的趨勢，臨床常規會維持原治療肝功能異常的計
20 畫，並於2至3天後再追蹤總膽紅素變化。因此，7月5日及6
21 日未為總膽紅素之檢驗，符合醫療常規。又承上開第1點說
22 明，當凝血酶原時間的國際標準化比值（INR）大於2，抑或
23 術後懷疑有正在進行出血之情形，始需使用新鮮冷凍血漿輸
24 血治療。本案病人於術後並無出血之狀況，且105年7月4日
25 之凝血酶原時間國際標準化比值1.71，表示病人凝血功能在
26 可接受範圍內，故無繼續使用新鮮冷凍血漿輸血治療之必
27 要，終止輸血治療行為，亦符合醫療常規。依本會第3次鑑
28 定書（編號0000000）之鑑定意見（九）說明，切肝手術後
29 之第5天，肝功能檢驗的動力學一般會有回歸術前正常範圍
30 之趨勢，故臨床常規會以此時的數據作為參考。病人於105
31 年7月4日總膽紅素1.6 mg/dL，凝血酶原時間國際標準化比

01 值1.71，無意識變化，尚不符合肝衰竭之診斷，且在術後照
02 護中，肝功能有逐漸改善趨勢；病人於105年7月5日、7月6
03 日臨床上生命徵象穩定，且意識清楚，故維持原本就已針對
04 肝功能異常進行治療之計畫。綜上，未為總膽紅素之檢驗，
05 或終止輸血的治療行為，皆符合醫療常規。依病人當時病情
06 階段（肝硬化嚴重、肝細胞再生能力差、免疫力差併發敗血
07 症機率高），在現有針對肝功能異常進行治療之計畫下，病
08 人肝功能有改善趨勢，且於105年7月5日、7月6日臨床上生
09 命徵象穩定及意識清楚，提前檢驗無助降低病人後續因肝衰
10 竭而死亡之機率。(5)由於病人腎臟功能不佳，術前安排之磁
11 振造影（MRI）檢查，並未注射顯影劑。因此，受限於肝硬
12 化背景及影像，影像上僅能診斷1至2顆約2公分疑似肝癌病
13 灶，難以發現1公分以下之腫瘤。105年6月22日病人至陳醫
14 師門診就診，陳醫師解讀影像後，判斷除磁振造影（MRI）
15 檢查報告所示之約2公分疑似肝癌病灶外，可能另有1顆腫
16 瘤，但必須在手術中以超音波檢查進一步判斷肝腫瘤的數量
17 及大小，並向病人說明第六肝葉之腫瘤在肝臟下緣，可直接
18 切除，第七肝葉之腫瘤比較上方深層，若要切除，則須切除
19 大片肝臟。術前評估（第六肝葉有1個約2公分疑似肝癌病灶
20 及1顆懷疑腫瘤待術中判定），依治療指引Child-Pugh分期
21 為B級，行動能力正常，而將病人列為BCLC早期選擇根除性
22 治療方式；且ICG檢查結果為R15 < 10%，依教科書記載之 M
23 akuuchi's criteria 參考，可行肝臟切除手術。依手術紀
24 錄，術中使用腹腔鏡超音波檢查結果發現其他2顆未在磁振
25 造影（MRI）顯影之腫瘤，可能為分化不良結節或是再生結
26 節，若無病理切片，亦無法準確診斷是否為肝癌。另腫瘤分
27 布位置，在第六肝葉有3顆腫瘤（分別為2.5 x 2.3 cm、2 x
28 2 cm、0.7 x 0.7 cm），在第七肝葉有1顆腫瘤（2.2 x 2.2
29 cm），共 4 顆腫瘤。而治療早期肝癌，可選擇根除性的治
30 療方式，包括手術切除、肝臟移植及射頻燒灼等。是否可選
31 擇切肝手術，取決於肝腫瘤大小、顆數、處於肝臟位置、分

01 布形態、肝臟切除體積大小及術後肝臟殘餘功能。根除性切
02 除腫瘤，會帶來較佳之癌症預後。手術中雖藉由超音波檢查
03 結果發現另 2 顆位於第六肝葉（位於肝臟右下緣）而診斷
04 未明之腫瘤，因 2 顆腫瘤並非分散於肝臟其他肝葉，而是
05 集中位於術前預測可切除之第六肝葉（位於肝臟右下緣），
06 故陳醫師選擇對第六肝葉單節肝臟採切除手術。又因見病人
07 肝硬化嚴重，考慮術後肝臟的殘餘功能，對於第七肝葉（位
08 於肝臟上方深層）腫瘤，選擇採取射頻燒灼術，以減少切除
09 組織範圍。醫師依病人術前之肝功能檢查，選擇對癌症治療
10 預後最佳之根除性治療方式，並配合術中病人之情況進行調
11 整，而為病人施行肝切除術及射頻燒灼術，即綜合評估肝臟
12 腫瘤分布位置、顆數、大小，選擇於第六肝葉（位於肝臟右
13 下緣）肝臟切除手術移除3顆腫瘤，於第七肝葉（位於肝臟
14 右上方深層）腫瘤在切片後，進行射頻燒灼術，已盡量縮小
15 肝臟切除範圍，並選擇最有效之根除性治療方式，符合醫療
16 常規。治療早期肝癌，可選擇根除性之治療方式，包括手術
17 切除、肝臟移植及射頻燒灼等。是否可選擇切肝手術，取決
18 於肝腫瘤大小、顆數、處於肝臟位置、分布的形態、肝臟切
19 除體積大小及術後肝臟殘餘功能。根除性切除腫瘤會帶來較
20 佳之癌症預後。而針對無法行根除性治療之情形，如大顆腫
21 瘤無法切除、多顆腫瘤無法進行局部射頻燒灼或等待肝臟移
22 植手術前之橋接治療等，「肝動脈栓塞化療」作為非治癒性
23 的局部治療方式，可作為控制腫瘤生長之另類選擇。手術中
24 雖藉由超音波檢查結果發現另 2 顆位於第六肝葉（位於肝
25 臟右下緣）而診斷未明之腫瘤，此 2 顆腫瘤並非分散於肝
26 臟其他肝葉，而是集中位於術前預測可切除之第六肝葉（位
27 於肝臟右下緣），故陳醫師選擇對第六肝葉單節肝臟採切除
28 手術。又因見病人肝硬化嚴重，考慮術後肝臟殘餘功能，對
29 於第七肝葉（位於肝臟上方深層）腫瘤，選擇採取射頻燒灼
30 術，以減少切除組織範圍，保留術後肝臟殘餘體積及減少出
31 血量。本案依病人術前之肝功能檢查，陳醫師選擇對癌症最

01 有效之根除性治療方式，並配合術中病人之情況進行調整，
02 而為病人施行肝切除術及射頻燒灼術，符合醫療常規。『肝
03 動脈栓塞化療』屬於非治癒性之局部治療方式，僅能進行腫
04 瘤之局部控制，預後相較根除性治療方法差，亦僅限於 Chi
05 ld-Pugh 分期 A 級或 B 級之病人，其治療亦有相關併發症
06 及肝衰竭風險。病人肝硬化、有多顆肝腫瘤、腎功能不佳，
07 若進行『肝動脈栓塞化療』所需栓塞處多，所用顯影劑量
08 大，亦會增加肝、腎功能惡化及衰竭風險，整體治療效果較
09 切除或射頻燒灼效果差。本案手術中，雖藉由超音波檢查結
10 果發現另2顆位於第六肝葉（位於肝臟右下緣）而診斷未明
11 之腫瘤，此2顆腫瘤並非分散於肝臟其他肝葉，而是集中位
12 於術前預測可切除之第六肝葉（位於肝臟右下緣），故陳醫
13 師選擇對第六肝葉單節肝臟採切除手術。又因見病人肝硬化
14 嚴重，考慮術後肝臟殘餘功能，對於第七肝葉（位於肝臟上
15 方深層）腫瘤，選擇採取射頻燒灼術，以減少切除組織範
16 圍，保留術後肝臟殘餘體積及減少出血量。依病人術前之肝
17 功能檢查，陳醫師選擇對癌症最有效之根除性治療方式，並
18 配合術中病人之情況進行調整，而為病人施行肝切除術及射
19 頻燒灼術，符合醫療常規，未逾越合理臨床專業裁量。(6)依
20 醫療常規，即我國肝癌診療指引共識，若病人屬於肝硬化或
21 B、C 型肝炎帶原者之高風險族群，若甲種胎兒蛋白異常或
22 超音波肝結節 ≥ 1 公分，可安排電腦斷層掃描或磁振造影
23 等檢查追蹤，若影像呈現典型肝細胞癌表現，即可臨床診斷
24 為肝癌。至於台灣肝癌醫學會（Taiwan Liver Cancer Asso
25 ciation-TLCA）指引（參考資料 4），係當肝腫瘤不符合臨
26 床診斷肝細胞癌之標準，方需要進一步「組織切片」確認診
27 斷。況且，切片檢查伴隨而來之併發症，有出血及腫瘤擴散
28 風險，故「組織切片」並非臨床診斷肝細胞癌之必要處置。
29 病人有慢性 B 型肝炎合併肝硬化病史，於105年1月14日起
30 至亞東醫院肝膽胃腸科門診就診，5月26日至翁醫師門診就
31 診，經血液檢查結果發現（3月24日抽檢）甲種胎兒蛋白51.

01 08 ng/mL。因甲種胎兒蛋白持續上升趨勢，5月28日病人接
02 受腹部超音波檢查，其結果為肝硬化，在第六肝葉有1個 2.
03 5公分病灶疑似肝癌，微量腹水。6月3日病人至翁醫師門診
04 回診，其血液檢查結果（5月26日抽檢）為甲種胎兒蛋白48.
05 26 ng/mL，又（5月19日抽檢）肌酸酐1.9 mg/dL、腎絲球過
06 濾率35 mL/min/1.73m²，顯示其腎臟功能不佳，翁醫師決定
07 安排無對比劑之磁振造影（MRI）檢查。6月8日病人接受磁
08 振造影（MRI）檢查，結果顯示有肝硬化併有輕微腹水及有
09 1個2公分病灶位於第六肝葉～第七肝葉，疑似肝癌。由於病
10 人患有慢性 B 型肝炎及肝硬化病史，屬於肝細胞癌高風險
11 族群，胎兒蛋白高及肝腫瘤≥ 1 公分，磁振造影（MRI）檢
12 查結果為高度懷疑肝癌，故可於臨床診斷為肝細胞癌，且考
13 慮切片帶來之出血風險，並無進一步「組織切片」檢查必
14 要。是以，在決定進行治療前，未有再進行「組織切片」檢
15 查，符合醫療常規。又「癌症診療品質保證措施準則」第11
16 條規定「癌症防治醫療機構應訂定多專科醫療團隊會議召開
17 之適當頻率」，並無要求每件個案皆須經過「癌症醫療品質
18 小組」「團隊會議討論結論」，始可進行後續之治療方式評
19 估。病人原由內科醫師診療追蹤，經臨床檢驗及影像檢查診
20 斷為肝細胞癌後，轉往外科門診尋求專家意見，透過跨團隊
21 合作，提供最佳治療方式，符合醫療常規。術前診斷肝硬化
22 之黃金標準為肝臟病理切片，通常藉由超音波導引下探針經
23 皮穿刺抽取肝臟細胞，進一步送病理單位化驗報告。然而，
24 此作法屬侵入性檢查，加上肝硬化病人往往有凝血功能異常
25 問題，可能會發生傷口出血或傷口感染之併發症，或因切片
26 位置鄰近肝臟其他內臟器官，有傷及腸道、膽囊或肺臟等風
27 險。術前診斷肝硬化程度，可透過侵入式處置（切片）、相
28 關檢驗（總膽紅素、白蛋白、凝血酶原時間、碘氫綠檢驗）
29 及影像學檢查（如磁振造影（MRI）、超音波掃描觀察肝臟質
30 地、腹內有無腹水狀況等），綜合評估推知體內肝硬化概
31 況，但因各項醫學檢驗檢查仍有其局限性，以目前醫學發

01 展，尚無法在術前就精確獲知體內肝臟各部位之纖維化程
02 度。亞東醫院術前依相關檢驗檢查結果【105年6月27
03 日總膽紅素 0.6 mg/dL、白蛋白 3 gm/dL、凝血酶原時間
04 (Prothrombin Time) 11.7 sec、有微量腹水；6月28日
05 碘氫綠檢驗測試報告 (ICG test) 為 R15 9%】，即可評估
06 肝硬化程度，不需要肝臟彈性度檢測。臨床評估肝硬化程度
07 為 Child-Pugh 7 分，分級 B，另依病人體能及意識狀態
08 (清醒)，屬於 2012 年巴塞隆納臨床肝癌分類 (Barcelon
09 a Clinic Liver Cancer, BCLC) 之早期，適合根除性治療
10 而選擇手術，符合醫療常規。(7)ICG 檢驗屬血液生化檢驗之
11 一種，病歷紀錄通常僅會呈現開藥醫囑及檢驗結果報告，而
12 血液生化檢驗報告通常亦僅呈現申請送檢或檢體收件時間、
13 報告確認時間、報告確認者、檢驗結果等資訊，其餘過程執
14 行資訊，通常存於醫院相關作業系統資料庫，不會特別在病
15 歷呈現。依亞東醫院病歷紀錄，105年6月27日16:10 記載病
16 人體重為57.7kg，當天16:51之「臨時住院醫囑」記載陳醫
17 師開立ICG藥物醫囑 (Diagnogreen 劑量 25 mg/vial)。6月
18 28日 10:23 檢驗單位寄發「檢驗彙總報告」，由醫檢師核
19 發 ICG 檢驗結果報告 (R15) 為9%。亞東醫院病歷紀錄有記
20 載醫囑開藥紀錄及檢驗結果報告，符合醫療常規。承上，國
21 內目前無相關規定ICG檢驗報告需特別呈現『採檢人員』、
22 『採檢時間』。而此2項資料屬作業過程執行細節，通常存
23 於各醫療院所內部相關醫療資訊系統 (HIS) 資料庫，不會
24 特別呈現在檢驗報告及病歷上。又因 ICG 檢驗是由病房護
25 理人員依醫囑執行床邊抽血採檢，各醫療院所作業流程不盡
26 相同，亦不會特別規定護理人員執行採樣送檢時需記錄於護
27 理紀錄。是以，亞東醫院所提出之病歷紀錄中，無記載 ICG
28 檢驗『採檢人員』、『採檢時間』，亦符合醫療常規。ICG
29 檢驗屬血液生化檢驗之一種，檢驗過程前、中、後之作業資
30 訊需留有紀錄，並可供查詢，詳細作業內容，依各醫療院所
31 訂定之作業規範。」此有醫審會113年11月28日0000000號鑑

01 定書在卷可憑（見本院卷六第279-361頁）。

02 4.上開醫審會之鑑定內容，係參酌陳選擇於亞東醫院就醫之病
03 歷紀錄及醫療影像，依其專業知識及經驗所為之判斷，應屬
04 可採。綜上可知，被告A10、A11、A12、A13對
05 陳選擇所為之醫療行為，均未違反醫療常規，並無醫療過
06 失，原告依民法第184條第1項前段、後段、第188條規定，
07 先位請求被告負連帶損害賠償責任，並無理由。又被告A1
08 0、A11、A12、A13對陳選擇之醫療行為均未違反
09 醫療常規，並無醫療過失，業如前述，則自難認被告亞東醫
10 院對於陳選擇之醫療行為，有何違反醫療契約之債務不履
11 行之情形，再被告亞東醫院對於依醫療契約提供之醫療行為並
12 無過失，自難認被告亞東醫院應負侵權行為損害賠償責任，
13 原告備位請求被告亞東醫院負損害賠償責任，亦屬無據。

14 四、綜上所述，原告先位依民法第184條第1項前段、後段、第18
15 8條第1項、第192條第1項、第194條規定，請求被告連帶給
16 付原告A071,800,230元、原告A051,200,000元、原告
17 A061,200,000元及遲延利息；備位依民法第184條、第22
18 4條、第227條、第227條之1、第544條，請求被告亞東醫院
19 給付原告A071,800,230元、原告A051,200,000元、原
20 告A061,200,000元及遲延利息，為無理由，應予駁回。
21 又原告之訴既經駁回，其假執行之聲請即失所附麗，應併予
22 駁回。

23 五、本件事證已臻明確，兩造其餘主張及舉證，核與判決結果無
24 影響，爰不逐一論斷，附此敘明。

25 六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條、第85條第1項前
26 段。

27 中 華 民 國 115 年 1 月 28 日
28 民事第三庭 法官 陳昱翔

29 以上正本係照原本作成。

30 如不服本判決，應於判決書正本送達翌日起20日內，向本院提出
31 聲明上訴狀，並按他造人數檢附繕本。如委任律師提起上訴者，

01 應一併繳納上訴裁判費。

02 中 華 民 國 115 年 1 月 28 日

03 書記官 劉雅文