

臺灣新北地方法院民事判決

110年度醫字第4號

原告 ○○○

兼

法定代理人 鍾承峰

原告 萬榮科

貝麗娟

共同

訴訟代理人 陳澤民

顏瓊珠

陳俐廷律師

被告 潘俊亨

訴訟代理人 陳怡伶律師

被告 林于璇

指定送達址：新北市○○區○○○路0
0號3樓

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，經本院於民國115年4
月15日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原告之訴及假執行聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、程序方面：

一、按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但請求之
基礎事實同一，擴張或減縮應受判決事項之聲明，或不甚礙
被告防禦及訴訟終結者，不在此限，民事訴訟法第255條1項
第2款、第3款、第7款分別定有明文。本件原告起訴聲明原
為：被告A15、A16(下合稱被告，分則稱其姓名)應連

01 帶賠償原告A 0 1、A 0 2、A 0 8、A 0 9(下合稱原
02 告，分則稱其姓名)共計新臺幣(下同)9,578,178元及自起訴
03 狀繕本送達之翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利
04 息。嗣於民國110年9月2日、115年1月28日確認訴之聲明變
05 更為下述聲明所示(見本院卷四第383頁至第384頁)，核原告
06 上開所為，請求之基礎事實要屬同一，且屬減縮應受判決事
07 項之聲明，亦不甚礙被告之防禦及訴訟之終結，揆諸前揭法
08 條規定，不在禁止之列，自應准許。

09 二、本件A 1 6經合法通知，未於言詞辯論期日到場，核無民事
10 訴訟法第386條所列各款之情形，爰依原告之聲請，由其一
11 造辯論而為判決。

12 貳、實體方面：

13 一、原告主張：訴外人萬家伶於108年3月12日7時，在A 1 5開
14 設之愛麗生婦產科診所(下稱愛麗生診所)待產，並於同日
15 8時55分，由醫師即A 1 5進行剖腹生產手術產下一子即A
16 0 1，當日10時手術結束後於12時將萬家伶送回病房。嗣由
17 值班護理師A 1 6負責照護萬家伶，其間，A 1 5皆未巡房
18 或監控萬家伶之血氧。詎萬家伶於當日19時30分起即持續不
19 斷嘔吐至當日20時30分，經A 1 6於20時45分依A 1 5之醫
20 囑為萬家伶施予止吐及抗吐之藥物後，萬家伶於2分鐘後竟
21 意識喪失、呼叫無反應臉色蒼白，且測無呼吸，A 1 6於當
22 日20時47分，請護理同仁以電話叫隸屬「順新救護車有限公
23 司」之民間救護車(下稱救護車)，當日20時49分A 1 5始抵
24 達病房給予萬家伶CPR及藥物急救，救護車於當日20時50分
25 抵達愛麗生診所，卻遲至當日21時15分始轉送至非屬愛麗生
26 診所責任醫院之臺北馬偕紀念醫院(下稱馬偕醫院)救治，
27 萬家伶於當日21時30分抵達馬偕醫院時已測不到生命徵象，
28 並於當日下午23時宣告死亡。A 1 5手寫病歷明確記載萬家
29 伶為子癲前症高風險病患，卻未於術前對萬家伶作完整且周
30 妥之評估、預防暨事後之監測與緊急救護，即率予對萬家伶
31 施行剖腹產手術，未考量萬家伶於生產後之危險性較一般正

01 常產婦高出甚多，對其照料醫護應有比一般產婦更高之注意
02 義務，亦未設置值班醫生，於生產後未盡嚴密監控、評估萬
03 家伶身體狀況、測量血氧濃度之責，而萬家伶於生產前、後
04 均無呼吸道感染之表徵，被告卻未能儘早發現萬家伶於產後
05 因子癲前症發作引發嚴重子癲症、HELLP症候群，而有肺水
06 腫、急性呼吸系統衰竭(ARDS)之情形，進而引發呼吸窘迫、
07 缺氧，而未及時進行相關之急救或立即轉院等不作為，A 1
08 5甚至在萬家伶術後頭暈噁心，嗣因缺氧嘔吐後均未親自診
09 察，逕行為萬家伶開立止吐藥物，致萬家伶於服用止吐藥物
10 後停止呼吸、猝死，復於萬家伶在20時47分意識轉換、停止
11 呼吸後，未再投予急救藥物，並及時插管、按壓甦醒球，亦
12 未立即施行相關急救措施、立即轉院，復於救護車上任由1
13 名姓名不詳之白髮男子，及疑似愛麗生診所號稱「麻醉師」
14 之鍾美珠為不合規範之CPR方式，錯誤按壓甦醒球為萬美伶
15 急救，顯違反醫療常規，難謂無醫療過失，已延誤萬家伶轉
16 院之急救時間，導致其發生死亡之結果，乃不法侵害萬家伶
17 之身體、健康及生命權，是A 1 5前開違反醫療上必要之注
18 意義務且逾越合理臨床專業裁量，A 1 6受僱於A 1 5，未
19 善盡護理及照顧萬家伶之義務，致萬家伶死亡，顯具有過
20 失，A 0 2為萬家伶之配偶，受有殯葬費用288,500元、精
21 神慰撫金100萬元之損害、鍾品宏為萬家伶甫出生之子、A
22 0 8、A 0 9為萬家伶之父母，均因此變故內心痛苦不已，
23 分別受有扶養費1,937,918元、2,086,603元、2,265,157
24 元，以及精神慰撫金100萬元、50元、50萬元之損害。為
25 此，爰依醫療法第82條第1項、第2項、第5項，以及民法第1
26 84條第1項前段、184條第2項、第185條、第188條第1項前
27 段、第192條第1項及第2項、第194條、第224條、第227條、
28 第227條之1等規定，請求被告負連帶責任。並聲明：(一)被告
29 應連帶給付A 0 1 2,937,918元，及自起訴狀繕本送達翌日
30 起至清償日止，按週年利率5%計算之利息；(二)被告應連帶
31 給付A 0 2 1,008,500元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清

01 償日止，按週年利率5%計算之利息；(三)被告應連帶給付A
02 082,586,603元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日
03 止，按週年利率5%計算之利息；(四)被告應連帶給付A09
04 2,765,157元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按
05 週年利率5%計算之利息。(五)如獲勝訴判決，願供擔保請准
06 宣告假執行。

07 二、被告則以：萬家伶至愛麗生診所產檢至生產期間，其血壓數
08 值皆正常，並未有罹患子癲前症之症狀，僅係因高層次超音
09 波檢查，發現其左側子宮動脈壓力上升，故而判斷其為子癲
10 前症之高風險對象，且其剖腹產之原因係胎盤早期剝離併子
11 宮出血，並非子癲前症，在剖腹產手術前麻醉同意書被告已
12 盡告知義務，於手術後亦先將萬家伶留在恢復室，觀察生命
13 徵象完全正常後方送入病房，嗣後亦由白班及小夜班之護理
14 師對於萬家伶之生命徵象進行監測評估及紀錄，被告實已依
15 醫療常規進行妥善評估及處置，並無醫療過失。而萬家伶直
16 至產後當日20時30分，始向護理人員表示有嘔吐症狀，夜班
17 護理人員及A16亦立即至病房查看狀況，A15並立即開
18 立止吐藥物，此皆乃正常醫療措施，萬家伶縱有感染肺炎之
19 症情，然因入院前並無向醫師告知，亦無相關症狀，止吐藥
20 物亦非萬家伶死亡之結果，原告主張被告不應開立止吐藥
21 物，而應立即為急救、插管等措施，顯然係倒果為因。此依
22 衛生福利部醫事審議委員會(下稱醫審會)第0000000號鑑定
23 書(下稱醫審會鑑定)認定萬家伶死亡原因係因支氣管炎，且
24 被告對於萬家伶麻醉藥消退後嘔吐後之處理皆符合醫療常規
25 可明。另A15與護理同仁到場後，先係評估萬家伶個案狀
26 況，由其負責為萬家伶施打BOSMIN急救藥物，其餘護理人員
27 則係一邊確認插管位置，同時持續為萬家伶CPR，此急救過
28 程皆是合併處理，並記載於護理紀錄單內，A16於急救過
29 程中已採取適當之醫療處置及急救措施，並無原告所稱之醫
30 療過失行為及延誤急救之情事，且A15自萬家伶意識轉換
31 之時起至救護車抵達馬偕醫院急診室時止，均未停止對於CP

01 R及相關急救措施，急救過程均係以合於醫療常規之方式為
02 之，就此醫療爭執原告前後已送往不同鑑定單位鑑定，皆認
03 被告所為急救方式符合醫療常規。而護理記錄僅係病況、症
04 狀或護理問題的重要摘要，並非課予護理師須鉅細靡遺一字
05 不漏之填載，原告刻意片面解讀，誤解整體急救程序。另愛
06 麗生診所距離馬偕醫院之車程約為22分鐘，與其他醫院之距
07 離相比，並未延宕急救程序。再者，縱被告應負損害賠償責
08 任，萬家伶及A 0 2間對於未成年子女扶養費用之負擔並非
09 一概採取平均分擔之方式處理，A 0 1依此計算扶養費，並
10 無理由。另A 0 8、A 0 9雖為萬家伶之直系血親尊親屬，
11 惟其並未提出任何不能維持生活之說明或相關事證，自無從
12 主張有受萬家伶扶養之權利，再原告各主張之精神慰撫金實
13 屬過高等語置辯。並答辯聲明：(一)原告之訴及假執行之聲請
14 鈞駁回。(二)如受不利判決，被告願供擔保，請准予宣告免為
15 假執行。

16 三、本院之判斷：

17 (一)萬家伶自107年11月22日(妊娠23週)至108年3月7日(妊娠
18 38週)期間，均至愛麗生診所接受產前檢查，產檢期間血壓
19 正常，無蛋白尿。依愛麗生診所病歷紀錄，107年11月22日
20 記載產婦感冒，11月29日記載有肌瘤。108年3月12日產婦至
21 愛麗生婦產科診所接受剖腹產手術，術前體溫36.8°C，心跳
22 80次/分，呼吸20次/分，血壓124/78mmHg，血液檢查結果為
23 白血球10400/ μ L(參考值3500~10000/ μ L)，血紅素9.5g/dL
24 (參考值11.3~15.3g/dL)。手術採腰椎麻醉方式，由A 1 5
25 醫師施行手術，於同日9時1分娩出一男嬰，同日10時手術結
26 束，失血量800mL。術後自10時至11時45分產婦血壓、心跳
27 及血氧飽和度(SaO₂)皆正常，子宮收縮良好，惡露量中等。
28 同日20時30分產婦嘔吐1次。同日20時45分血壓121/78mmH
29 g、心跳93次/分，又持續嘔吐，護理人員通知A 1 5，並備
30 止吐藥物(primperamlamp及novaminlamp)。20時47分產婦心
31 跳150次/分、血壓125/87mmHg，意識轉換，呼叫無反應，臉

01 色蒼白，外陰部無惡露。護理人員進行心肺復甦術。20時49
02 分A 1 5抵達，給予升壓劑(Bosmin)及置放氣管內管急救。
03 21時15分產婦血壓80/50mmHg、心跳160次/分，經按壓甦醒
04 球，並由救護車轉送至馬偕醫院。21時20分產婦於救護車上
05 無呼吸、心跳及血壓。21時30分到達馬偕醫院，經急救至23
06 時死亡等情，有萬家伶之愛麗生診所病歷、馬偕醫院急診病
07 歷、馬偕醫院108年3月12日乙種診斷證明書、愛麗生診所監
08 視器畫面檔案暨截圖等附卷可佐（見本院110年度重司醫調
09 字第1號第31頁至第43頁、本院卷一第179頁至第181頁、第2
10 25頁至第314頁、第387頁至第399頁、本院卷三第360頁至第
11 353頁、第613頁至第622頁），此部分堪認屬實，至於原告
12 主張萬家伶從當日19時30分起持續不斷嘔吐至當日20時30
13 分，並未舉證，此部分尚難採信。

14 (二)按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責
15 任，民法第184條第1項前段定有明文；再按醫療業務之施
16 行，應善盡醫療上必要之注意。醫事人員因執行醫療業務致
17 生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越
18 合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。前二項注
19 意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時
20 當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫
21 切等客觀情況為斷。醫療法第82條第1、2、4項定有明文。
22 前揭第2項規定係於107年1月24日修正公布，將原條項規定
23 執行醫療業務所致侵權行為之主觀責任「以故意或過失為
24 限」再為限縮；其立法理由乃考量醫療行為因具專業性、錯
25 綜性及不可預測性，且醫師依法有不得拒絕病人之救治義
26 務，為兼顧醫師專業及病人權益，修正原條項損害賠償之要
27 件，以「違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁
28 量」定義原條文所稱「過失」，以使醫事人員之醫療疏失責
29 任合理化。故醫事人員執行醫療照護行為應盡之管理人注意
30 義務，應就醫療個案，本於診療當時當地之醫學知識，審酌
31 病人之病情、就診時身體狀況、病程變化，醫療行為之風險

01 及醫院層級等因素整體考量，未逾越合理臨床專業裁量而為
02 適當之醫療照護，即應認為符合醫療水準，而無故意、過失
03 可言（最高法院112年度台上字第867號民事判決參照）。而
04 在不完全給付，債務人是否具有可歸責性，應視其有無盡到
05 契約約定或法律規定之注意義務而定，如其注意義務未經約
06 定或法律未規定者，原則上以故意或過失為其主觀歸責事
07 由，至於過失之標準，則由法院依事件之特性酌定之（最高
08 法院109年度台上字第1425號判決意旨參照）。

09 (三)次按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責
10 任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，
11 民事訴訟法第277條定有明文。是原告主張被告應負債務不
12 履行損害賠償責任或侵權行為損害賠償責任，依上開規定前
13 段所示一般舉證責任法則，本應就其所主張權利之發生要件
14 （例如侵害客體、行為、違法性、可歸責性、因果關係、損
15 害等）負舉證責任。僅法院審酌個案，認為適用一般舉證責
16 任法則之結果，於原告為不可期待或顯失公平時，可考慮減
17 輕原告之舉證責任。而臨床醫學存在不確定性、裁量性及複
18 雜性，是判斷醫療行為過程中是否有故意或過失即注意義務
19 之違反，必須斟酌醫療當時之醫療及檢驗水準、醫事人員就
20 具體個案之裁量性、病患之特異體質等因素而為綜合判斷，
21 故包括醫療契約在內，醫事人員有無侵權行為或不完全給付
22 之可歸責事由是否存在，究應由醫事人員或病患負舉證責
23 任，應視個案決之，惟病患至少應就醫事人員在醫療過程中
24 有何過失之具體事實負主張責任，若僅主張醫療結果並未成
25 功或造成損害，基於醫療行為所特有之不確定性、裁量性及
26 複雜性之特徵，及醫療契約非必以成功治癒疾病及精準無誤
27 檢查為內容之特性，不能認為病患已就醫事人員有何故意過
28 失，或具體違反注意義務之不完全給付事由已有所主張證
29 明。

30 (四)原告主張被告明知萬家伶患有子顛前症，被告於萬家伶產後
31 未盡嚴密監控、測量血氧，未能儘早發現萬家伶產後因子顛

01 前症發作而有肺水腫、急性呼吸系統衰竭情形，而未即時急
02 救、轉院，且A 1 5未親自診察下，開立止吐藥物，致萬家
03 伶服用後意識轉換、停止呼吸後，未再投予急救藥物，即時
04 插管、按壓甦醒球等不合醫療常規之行為，致萬家伶死亡，
05 A 1 6受僱於A 1 5，未善盡護理及照顧萬家伶之義務，致
06 萬家伶死亡，顯具有過失，原告受有非財產上之損害外，A
07 0 2另受有殯葬費用之財產損害、鍾品宏、A 0 8、A 0 9
08 另受有扶養費損害，應依醫療法第82條第1項、第2項、第5
09 項，以及民法第184條第1項前段、184條第2項、第185條、
10 第188條第1項前段、第192條第1項及第2項、第194條、第22
11 4條、第227條、第227條之1等規定，賠償原告上開聲明所示
12 款項，為被告所否認。準此，自應由原告就被告實施醫療行
13 為過程中有何未盡醫療必要注意義務之疏失、有何違反醫療
14 常規之情，先負舉證之責，合先敘明。

15 (五)原告主張萬家伶死因為萬家伶因患有子癲前症，產後因子癲
16 前症發作引發子癲症、HELLP症候群，而有肺水腫、急性呼
17 吸衰竭，並無理由：

18 1.關於子癲前症定義為在沒有高血壓的病史之下，妊娠20週以
19 後才出現的高血壓，同時合併蛋白尿或全身性水腫。子癲前
20 症若合併癲癇發作，就稱為子癲症(eclampsia)，鑑別診斷
21 為腦出血、腦動靜脈畸形、腦缺血、原發性癲癇，尤其產後
22 48至72小時新產生的癲癇，表現症狀可能失去意識並呈現顫
23 抖、抽搐狀態，可能持續一分鐘，此有被告提出亞東紀念醫
24 院網頁及原告提出成澄清醫院中港分院網路文章、臺北醫學
25 大學附設醫院婦產部產科主任區慶建醫師發表子癲前症從預
26 防、辨識到處置文章、中山醫學大學附設醫院婦產部陳毅敏
27 醫師發表子癲前症的治療與處置文章各1件（見本院卷三第4
28 39頁至第478頁、卷四第43頁）可稽。又A 1 5於107年11月
29 29日，由愛麗生診所黃煌洲醫師施作高層次超音波結果萬家
30 伶之L' t UtaS/D 上升(左側子宮動脈壓力上升)，A 1 5以
31 此數據顯示在懷孕末期孕婦罹患子癲前症、血壓升高之機率

01 較高，而在病歷上蓋有子癲前症高風險刻印，開立 Aspirin
02 1#qd * 30 天，每30天連續給藥直到萬家伶懷孕35 週即停
03 藥，又萬家伶於107年12月13日、107年12月27日、108年1月
04 17日、108年1月31日、108年2月14日、108年2月21日、108
05 年2月28日、108年3月7日產檢，量測之血壓分別為122/77 m
06 mmHg、113/80 mmHg、128/80 mmHg、129/76 mmHg、107/81mm
07 Hg、137/86mmHg、132/88mmHg、119/78mmHg生產當日上午7
08 時所量測之血壓為124/78 mmHg等情，有愛麗生診所病歷資
09 料、生命跡象紀錄表（見本院卷一第229頁、第230頁、第31
10 頁、第111頁）在卷可稽，堪認萬家伶於107年11月29日在愛
11 麗生診所產檢後，除左側子宮動脈壓力上升經 A 1 5 在病歷
12 上註記為子癲前症高風險外，並未有其他子癲前症之症狀，
13 亦即萬家伶在生產前並未診斷已罹患子癲前症。

14 2. 又本件經新北地方檢察署（下稱新北檢）檢察官就萬家伶遺
15 體為相驗後，於108年3月22日由法務部法醫研究所派員解剖
16 鑑定後，其死亡經過之研判為：「依解剖、組織病理切片觀
17 察、毒化物檢驗及相驗影卷綜合研判：1. 頭皮無外傷出血，
18 顱骨無骨折，顱內及腦部無出血，無發現因外傷、無因腦血
19 管疾病致死的原因。2、頸部皮下組織、肌肉組織無出血。
20 3. 胸壁及縱膈腔前軟組織有因急救所造成的出血。4. 兩側肺
21 臟組織經免疫組織化學CK34 β E12染色，在肺內血管無發現
22 羊水內胎兒上皮細胞成分造成栓塞致死的證據。5. 兩側肺臟
23 有多處嗜中性白血球發炎細胞浸潤及多處肺泡損傷，小支氣
24 管內黏液，有支氣管肺炎的病理變化。6. 胃內有少量出血。
25 肝臟、脾臟略有腫大病變。7. 腹部及子宮下方有手術縫合的
26 橫向傷口，子宮內有肌瘤，子宮壁層有出血，右側卵巢內有
27 良性囊腫，腹腔內無出血。8. 解剖後無發現大量出血，亦無
28 出血性休克的表徵。9. 血液內檢出之藥物成分為鴉片類止痛
29 藥、鎮靜安眠藥、急救藥物Atropine、止痛藥、促進胃腸蠕
30 動藥、抗組織胺藥及麻醉藥。10. …。由死者肺臟之發炎程
31 度支持為之前已有肺部感染發炎的情況，並不是因急救或待

01 在診所醫院所引發的肺炎(死者於108年3月12日7時許入住、
02 在同日23時00分死亡)。」鑑定結果為：「死者萬家伶，生
03 前為一剛剖腹生產完之產婦，因病因符合患有呼吸道感染，
04 導致支氣管肺炎，最後因呼吸衰竭而死亡，解剖無發現羊水
05 栓塞致死的證據、無因手術出血致死的原因，死亡方式歸類
06 為『自然死』」等情，有新北市政府警察局蘆洲分局處理相
07 驗案件初步調查報告暨報驗書、法務部法醫研究所108年6月
08 21日法醫理字第10800015030號函暨所附之解剖暨鑑定報告
09 書(下稱法醫解剖報告)各1件(見新北檢108年度相字第371號
10 卷，下稱相字卷，卷一第261頁至第272頁)在卷可稽。從法
11 醫解剖報告記載「5. 兩側肺臟有多處嗜中性白血球發炎細胞
12 浸潤及多處肺泡損傷，小支氣管內黏液，有支氣管肺炎的病
13 理變化」，可知萬家伶僅有肺炎症狀，並未有原告主張肺水
14 腫情況，且萬家伶肺臟之發炎程度支持為之前已有肺部感染
15 發炎的情況，並不是因急救或待在診所醫院所引發的肺炎，
16 足認萬家伶之死因係呼吸道感染，導致支氣管肺炎，最後因
17 呼吸衰竭而死亡。至於原告雖以A 0 2表示萬家伶生前沒感
18 冒沒有看醫生等語(見相字卷一第317頁)、證人葉淑真於1
19 12年2月1日證稱108年3月10日有與萬家伶去金山咖啡廳、十
20 八王公廟吃肉粽，他身體狀況很好等語(新北檢111年度醫
21 偵續字第1號卷，下稱偵續卷，卷二第63頁)、林家祺手寫1
22 08年3月11日當天萬家伶有回店裡領薪水，當天晚上有傳訊
23 息聊天，沒聽說他有身體不舒服，108年3月12日萬家伶剖腹
24 生產前她非常健康等聲明書(見本院卷三第501頁)及愛麗
25 生診所108年3月12日剖腹生產護理紀錄(一)、產程護理紀
26 錄單(二)(見本院卷三第485頁、第487頁)亦未載有任何
27 呼吸道感染之病症如發燒、咳嗽等節，而主張萬家伶生前並
28 未有呼吸道感染、肺炎狀況，而認為應為子癲前症引發全身
29 性內皮細胞功能障礙、異常，導致血管滲透異常，引發肺水
30 腫云云，然不論A 0 2、證人葉淑真、林家祺均非有醫療相
31 關專業，再者，萬家伶雖為子癲前症高風險者，但並未診斷

01 已患有子癲前症，已如前述，萬家伶產後，經解剖其顱內及
02 腦部無出血，無發現因外傷、因腦血管疾病致死的原因，而
03 其兩側肺臟有多處嗜中性白血球發炎細胞浸潤及多處肺泡損
04 傷，小支氣管內黏液，有支氣管肺炎的病理變化，亦與子癲
05 症有腦出血、腦動靜脈畸形、腦缺血、原發性癲癇鑑別不
06 同，萬家伶解剖檢驗亦無任何肺水腫狀況，愛麗生診所護理
07 紀錄為護理人員所為紀錄，縱未記載咳嗽、發燒等情況，亦
08 難推翻法醫師以人體器官切片檢驗所得解剖鑑定報告，則原
09 告主張萬家伶死因為產後因子癲前症發作引發子癲症、HELL
10 P症候群，而有肺水腫、急性呼吸衰竭，並無理由。

11 3.原告主張A 1 5疏未注意萬家伶為「子癲前症高風險」、
12 「胎盤早期剝離」症狀患者，未善盡說明義務，未衡量愛麗
13 生診所為醫療基層院所，無能力為萬家伶剖腹產而仍為之，
14 又連續給予萬家伶服用降血壓藥物Aspirin90天，而未對萬
15 家伶靜脈注射硫酸鎂以控制痙攣徵狀等，而認被告上開處置
16 均有違醫療常規一節，前經新北檢檢察官徵得原告同意送請
17 國防醫學院三軍總醫院鑑定，其鑑定意見為：「護理紀錄顯
18 示產婦萬家伶在產檢過程中病例記載為子癲前症高風險個案
19 常規使用Aspirin治療。剖腹產前經A 1 5醫師內診及超音
20 波檢查診斷疑似胎盤早期剝離，故入院待產。家屬因擔心生
21 產風險要求剖腹產，手術麻醉同意書中，A 1 5醫師針對剖
22 腹產手術原因、步驟、範圍、併發症及可能處理方式說明，
23 有善盡說明義務」；「依全民健康保險醫療服務給付項目及
24 支付標準部分診療項目修正總說明，有妊娠併發症之剖腹產
25 術81011C，妊娠併發症係指子癲前症及胎盤早期剝離等，基
26 層院所同地區醫院，區域醫院及醫學中心皆在給付條件中，
27 並無資格限制。愛麗生診所為基層院所，符合資格實施有妊
28 娠併發症之剖腹產手術，並無疑義」；「依據產科教科書Wi
29 llams26版(第705頁)給予孕婦口服低劑量阿斯匹靈是預防子
30 癲前症的醫療常規用法，(第719頁)靜脈或肌肉注射硫酸鎂
31 針對嚴重子癲前症治療預防產婦痙攣發作為醫療常規作法。

01 A 1 5 醫師對子癲前症高風險有給予產婦預防性阿斯匹靈，
02 自107年11月20日至108年2月14日(妊娠20週到35週)，符合
03 醫療常規處置。且因並無顯示產婦血壓異常，高於140/90mm
04 Hg的紀錄，無嚴重子癲前症急性發作的徵兆，故無使用硫酸
05 鎂以控制痙攣症狀，符合醫療常規」等語，有國防醫學院三
06 軍總醫院113年11月8日院三醫勤字第1130077452號函所附鑑
07 定意見可參(下稱三軍總醫院鑑定報告，見新北檢112年度醫
08 偵續一字第1號卷，下稱偵續一卷，卷三第35頁至第37頁)，
09 由此可知，萬家伶於孕期間，僅列為子癲前症高風險者，A
10 1 5 對子癲前症高風險有給予預防性阿斯匹靈，且萬家伶並
11 無嚴重子癲前症急性發作的徵兆，是以A 1 5 業已審酌萬家
12 伶就診時身體狀況，並給予合理臨床專業裁量而為適當之醫
13 療照護，原告主張被告疏未注意萬家伶患有子癲前症，而認
14 被告所為醫療處置涉有醫療疏失，自屬無據。

15 4. 綜上，萬家伶死因為呼吸道感染，導致支氣管肺炎，最後因
16 呼吸衰竭而死亡。原告主張萬家伶死因為產後因子癲前症發
17 作引發子癲症、HELLP症候群，而有肺水腫、急性呼吸衰
18 竭，並無理由。

19 (六)至解剖鑑定報告之血液檢出鴉片類止痛藥、急救藥物(epine
20 phrine)等成分，新北檢檢察官經原告同意送請國防醫學院
21 三軍總醫院鑑定，其鑑定意見認：「依據產科教科書Willia
22 ms 26版(第469頁、第473頁、第479頁)，醫療過程使用鴉片
23 類止痛藥是用於產科麻醉常規藥物」；「根據臺灣急救加護
24 醫學會，高級心臟救命術訓練課程規範，臺灣醫界Taiwan m
25 edical journal 2023, Vol.66 No. 7(第359頁)，2020成人
26 版高級心臟救命術摘要，腎上腺素(epinephrine)為最常使
27 用的急救用藥物，劑量為每3至5分鐘重複1次靜脈推注1毫
28 克，直到恢復自主循環或結束急救」等語，有三軍總醫院鑑
29 定報告附卷可佐(見偵續一卷第37頁)。據此，本件實難遽認
30 萬家伶之死因為產後因子癲前症發作引發子癲症、HELLP症
31 候群，而有肺水腫、急性呼吸衰竭死亡，亦難認萬家伶於剖

01 腹產手術過程中使用麻醉藥物，及旋而因狀況惡化於急救過
02 程中使用腎上腺素等急救用藥，而遽認萬家伶死後於血液中
03 檢出上開藥物，與萬家伶之死亡結果間有因果關係，是此部
04 分尚難認被告有何違反醫療上必要之注意義務，而逾越合理
05 臨床專業裁量之情形。

06 (七)原告主張A 1 5於萬家伶剖腹產後狀況惡化進行急救時，未
07 檢測被害人血氧濃度，有醫療疏失等語。然本件經新北檢檢
08 察官送請醫審會鑑定，委託鑑定事由為：「本件產婦（即萬
09 家伶）進行剖腹產醫師A 1 5在對產婦進行剖腹產前未發現
10 產婦有呼吸道感染，導致支氣管肺炎之情況，及產婦在麻醉
11 藥消退後，嘔吐後，其相關處置，是否符合醫療常規？」其
12 鑑定意見為：「依愛麗生診所病歷紀錄，未見產婦有任何呼
13 吸道感染導致支氣管肺炎之症狀」等語，有醫審會鑑定報告
14 附卷足憑（見本院卷一第453頁至第457頁）。且新北檢檢察官
15 送請財團法人林口長庚醫院（下稱長庚醫院）鑑定，經鑑定
16 亦認：「依愛麗生診所之手術前病歷，其中『入院接觸史調
17 查表』記載病人無上呼吸道症狀，且病人剖腹產手術前之白
18 血球數值指數亦無明顯異常。另『血液氮濃度』及『血鉀濃
19 度』並非剖腹產手術前之常規檢驗項目。綜上，愛麗生診所
20 之相關處置應符合醫療常規。」且「依愛麗生婦產科診所之
21 手術前病歷，並無病人有呼吸道感染相關臨床症狀之依
22 據。」有長庚醫院112年7月3日長庚院林字第1120650244號
23 函文檢附醫療鑑定意見（下稱長庚醫院鑑定報告）1件可參
24 （見偵續卷二第113頁至第115頁）。又有關血氧濃度檢測部
25 分，新北檢檢察官送請國防醫學院三軍總醫院鑑定，委託鑑
26 定事由為：「本件萬家伶據護理紀錄單所載，自20：50起至
27 21：5只有5次經投以急救藥物之紀錄，惟護理紀錄單並未記
28 載愛麗生診所有為被害人檢測生命跡象之相關紀錄，此作法
29 是否合於醫療常規？未經檢測血氧濃度，對後續急救處置有
30 無影響？此部分有無違反醫療常規之處？」其鑑定意見為：
31 「通案而言，經過複數次急救藥物需要逐次檢測其生命跡象

01 已確認後續之醫療處置。依護理紀錄單，自108年3月12日，
02 20:50至21:5有5次投以急救藥物Bosmin，至21:15有紀錄病
03 患血壓80/50mmHg，心跳每分鐘160跳。此作法根據護理紀錄
04 A 1 5 醫師醫囑及護理同仁抵達持續給予CPR插管急救，符
05 合醫療常規。針對急救處置應評估脈搏及呼吸，對於後續急
06 救處置影響為優先，此部分無違反醫療常規」等語，有前開
07 三軍總醫院鑑定報告1件可稽，足徵被告對萬家伶實施急救
08 時，有持續監測被害人生命徵象，且急救程序中，係以病
09 患之脈搏及呼吸為優先生命徵象，基此，本件實難僅以被告
10 有何疏未注意萬家伶前開症狀或未檢測萬家伶之血氧濃度，
11 而認被告違反醫療上必要之注意義務而逾越合理臨床專業裁
12 量之情形。

13 (八)另原告主張被告於萬家伶術後無排定值班醫師監測萬家伶術
14 後狀況，於萬家伶產後異狀時，亦未及時送醫，且急救過程
15 中就急救藥物之投藥處置，於20時47分萬家伶意識轉換時、
16 未測量血氧，未再投入急救藥物，及按壓人工甦醒球進行插
17 管急救亦有違醫療常規，而有醫療疏失等語。惟本件國防醫
18 學院三軍總醫院就設置排班醫師部分之鑑定意見為：「A 1
19 5術後至當晚護理人員20時47分通知查看病患開始後續處
20 置。依照醫療相關規範，有護理師可執行照護產婦，無剖腹
21 產後設置值班醫師之規定與必要性。剖腹生產術後，醫師就
22 其病患術後恢復情況實施診察，愛麗生診所相關設置符合醫
23 療設置基準及醫療常規，不影響後續急救之進行」等語，有
24 該三軍總醫院鑑定報告在卷可稽(見偵續一卷第37頁反面)。
25 醫審會鑑定就此部分認定：「剖腹產手術後10時至11時45分
26 產婦心跳、血壓及血氧飽和度均在正常範圍內，直至20時30
27 分突發嘔吐，而麻醉消退之後嘔吐現象，乃是術後常見之現
28 象，且產婦嘔吐初時，血壓及心跳尚屬正常範圍，並給予止
29 吐藥。20時47分產婦心跳150次/分、血壓125/87 mmHg，意
30 識轉換，呼叫無反應，臉色蒼白，外陰部無惡露。護理人員
31 立即進行心肺復甦術。20時49分A 1 5抵達，給予升壓劑及

01 置放氣管內管急救，21時15分產婦血壓80/500mmHg、心跳16
02 0次/分，經按壓甦醒球，並由救護車轉送馬偕醫院，其相關
03 之處置符合醫療常規。」有醫審會鑑定在卷可佐(見本院卷
04 一第456頁)，且此部分，國防醫學院三軍總醫院鑑定亦認：
05 「愛麗生診所A 1 5 醫師於事發當晚20時49分給予按壓氧氣
06 (包含給予甦醒氣球給氧急救)，給予氣管插管及內管持續給
07 予氧氣，即有給予氧氣急救，是符合醫療常規」，有三軍總
08 醫院鑑定報告可參(見偵續一卷第36頁反面)。長庚醫院鑑定
09 報告亦認：「另臨床上手術後麻醉藥消退期間之嘔吐症狀，
10 屬常見併發症，可適時給予止吐藥及監測生命徵象；該診所
11 於本案病人嘔吐時，血壓及心跳係屬正常範圍，處方止吐
12 藥，評估上開處置應符合醫療常規。」等情，亦有長庚醫院
13 鑑定報告可佐(見偵續卷第114頁反面)。另國防醫學院三軍
14 總醫院鑑定意見亦認：「萬家伶於108年3月12日自20時50分
15 至21時5分止，於20時50分、20時53分、20時58分、21時3
16 分、21時5分各施打1安瓶，15分鐘共給予腎上腺素5次，投
17 藥間隔期間合於規範。21時15分上救護車前護理紀錄顯示有
18 脈搏有血壓：HR:160bpm、80/50mmHg。因為已經恢復自主循
19 環，自21時6分之後即無再投以急救藥物合於醫療常規」等
20 語，有三軍總醫院鑑定意見可參(見偵續一卷第37頁)。綜
21 上，實難認被告就萬家伶剖腹產之術後安排，及於萬家伶術
22 後出現異狀時所為急救程序，其醫療處置有何違反醫療上必
23 要之注意義務而逾越合理臨床專業裁量之情形違反醫療常規
24 之處。

25 (九)原告另主張被告未將萬家伶送至責任醫院雙和醫院及台北榮
26 總醫院而送至馬偕醫院延遲急救等語，惟愛麗生診所距離馬
27 偕醫院車程約22分鐘、愛麗生診所至臺北榮總醫院車程約28
28 分鐘、至雙和醫院車程約22分鐘等情，有GOOGLE地圖(見本
29 院卷一第37頁至第41頁)在卷可稽，由此，被告將萬家伶轉
30 送至馬偕醫院，難認有何延宕急救情形，其醫療處置有何違
31 反醫療上必要之注意義務而逾越合理臨床專業裁量之情形及

01 違反醫療常規之處。

02 (十)雖原告另質以上開醫審會鑑定、長庚醫院鑑定、國防醫學院
03 三軍總醫院鑑定，是以被告所提供病歷為主體，並認為愛麗
04 生診所病歷記載「20：51予插管、02ambu按壓」等語構成業
05 務登載不實，且被告為萬家伶所施打是解剖鑑定報告於萬家
06 伶血液及胃內容物檢出急救藥物Atropine、而非Bosmin藥
07 物，新北檢檢察官將Atropine修改為epinephrine，送國防
08 醫學院三軍總醫院鑑定，及萬家伶送上救護車均未見氣管內
09 管、面罩為基礎、以及A 1 5未在救護車上持續施救，任由
10 他人按壓甦醒球方式錯誤，進而導致鑑定錯誤云云，然查上
11 開醫審會鑑定、長庚醫院鑑定、國防醫學院三軍總醫院鑑定
12 均依照原告在檢察官偵查中之關於鑑定事項意見及偵查中卷
13 證資料而為鑑定，又108年3月12日20時50分、53分、58分、
14 21時03分、05分，在愛麗生診所均係使用Bosmin藥物一節，
15 有愛麗生診所護理記錄單（見相卷二第61頁）、醫囑單（見
16 偵續卷二第93頁）、住院病歷摘要（見偵續卷一第281頁）
17 各1件可稽，另萬家伶送至馬偕醫院急救時，馬偕醫院亦開
18 立Bosmin（epinephrine，腎上腺素）為被害人施打一節，
19 有馬偕醫院急診病歷資料（見相卷二第195頁至第204頁）即
20 明，亦即萬家伶於108年3月12日當日確有施打Bosmin藥物，
21 則原告徒以解剖鑑定報告未檢出Bosmin藥物，據以認定被告
22 未施打Bosmin藥物，尚難可採。又原告關於Bosmin（即epin
23 ephrine，腎上腺素）之使用方式、時間間隔，於檢察官偵
24 查中多所爭執，則新北地檢檢察官委請三軍總醫院就epinep
25 hrine（腎上腺素）一事所為鑑定內容，即難謂有何違誤，
26 況萬家伶死亡原因並非施打該急救藥物所致，與萬家伶死亡
27 結果即無因果關係，被告於當日救治過程中有為萬家伶施打
28 Atropine急救藥物之行為，亦難謂有醫療過失，另原告主張
29 鑑定報告以被告所提供不實病歷為主體而有鑑定錯誤云云，
30 然原告前以被告、訴外人即護送萬家伶至馬偕醫院之救護車
31 司機兼救護員許丁才，就附表甲、乙所示病歷文件有業務上

01 登載不實罪嫌提出刑事告訴，經新北檢檢察官偵查後認罪嫌
02 不足，而為不起訴處分，經再議，為高檢署駁回再議，原告
03 提起自訴，經本院調閱本院114年度聲自字第61號卷證核閱
04 無訛，原告主張被告提供不實病歷而導致鑑定錯誤實難可
05 採，又萬家伶於當日21時15分上救護車前護理紀錄顯示有血
06 壓80/50mmHG及心跳每分鐘160跳，已經恢復自主循環，無再
07 投以急救藥物合於醫療常規，已如前述，且醫審會成員係由
08 醫事、法學專家、學者及社會人士所組成；而且醫事鑑定，
09 係醫審會獨立行使鑑定權責之事項；而鑑定案件之審議鑑
10 定，係採合議制而非個人之意見，是醫審會對於相關醫療行
11 為是否符合醫療常規所為之評價，應屬客觀公正而可信，另
12 長庚醫院鑑定亦由醫師本於專業客觀公正鑑定、國防醫學院
13 三軍總醫院另由鑑定人林啟康於鑑定前具結就所知必為公正
14 誠實鑑定，有該鑑定人結文1紙（見偵續一卷三第38頁），
15 前開醫審會鑑定、長庚醫院鑑定、國防醫學院三軍總醫院鑑
16 定，自得為本件判斷之依據。況判斷臨床醫療處置是否得
17 當，本應以病患就醫當時所有狀況為整體之討論，並容許不
18 確定風險之存在，不能逕依醫療之結果不如預期、不成功或
19 有後遺症、感染之發生，逕以論斷醫療行為違反注意義務，
20 而被告乃係為進行急救處置，而待萬家伶之生命徵象為前述
21 急救治療已恢復自主循環於較穩定的階段後才進行轉送，以
22 減少運送過程中的風險，並無遲誤送醫之情事，業經認定如
23 前，原告嗣後徒以後續萬家伶死亡之結果，即逕予推論被告
24 之前開處置有疏失之處，並請求就此部分主張認應重為鑑
25 定，難認有其必要。

26 □是依上開解剖鑑定報告、醫審會鑑定報告、長庚醫院鑑定報
27 告、三軍總醫院鑑定報告意見，萬家伶死因為呼吸道感染，
28 導致支氣管肺炎，最後因呼吸衰竭而死亡。原告主張萬家伶
29 死因為產後因子癲前症發作引發子癲症、HELLP症候群，而
30 有肺水腫、急性呼吸衰竭，並無理由，被告以萬家伶為子癲
31 前症高風險者，於產檢中所為使用Aspirin藥物、剖腹產前

01 經A 1 5剖腹產手術原因、步驟、範圍、併發症及可能處理
02 方式說明，有善盡說明義務，於萬家伶產後有異狀實施急救
03 時，有持續監測萬家伶之生命徵象，且急救及轉院至馬偕醫
04 院時，係以病患之脈搏及呼吸為優先生命徵象，被告之醫療
05 行為均符合醫療常規，並無故意或違反醫療上必要之注意義
06 務而逾越合理臨床專業裁量之情形，原告主張被告應依醫療
07 法第82條第2項規定負損害賠償責任，已屬無據。原告復未
08 提出其他證據證明被告有醫療過失行為，故原告主張被告應
09 依民法第184條第1項前段、第2項、第185條、第188條、第1
10 92條第1項、第2項、第194條規定，賠償原告上開聲明所示
11 款項，亦無可採。且被告於履行與原告間之醫療契約既無違
12 反醫療常規，即無不完全給付之情，亦無庸負債務不履行之
13 損害賠償責任，是原告另依民法第227條、第227條之1規
14 定，向被告請求喪葬、扶養費用及精神慰撫金，亦無理由，
15 併予駁回。

16 四、綜上所述，原告依醫療法第82條第1項、第2項、第5項，以
17 及民法第184條第1項前段、184條第2項、第185條、第188條
18 第1項前段、第192條第1項及第2項、第194條、第224條、第
19 227條、第227條之1等規定，請求被告應連帶給付A 0 1、
20 A 0 2、A 0 8、A 0 9各2,937,918元、1,008,500元、2,
21 586,603元，2,765,157元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至
22 清償日止，按週年利率5%計算之利息，為無理由，應予駁
23 回。原告之訴既經駁回，其假執行之聲請即失所附麗，應併
24 予駁回。

25 五、本件事證已臻明確，其餘內容及舉證，經核與判決結果不生
26 影響，無逐一論列之必要，併予敘明。

27 六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

28 中 華 民 國 115 年 5 月 15 日
29 民事第二庭 法 官 顏妃琇

30 以上正本係照原本作成。

01 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。如
02 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

03 中 華 民 國 115 年 5 月 15 日

04 書記官 鐘怡文

05 附表甲：

編號	登載時間	病歷文件	登載內容	原告指訴不實之處
1	108年3月12日18時30分許	護理紀錄單	萬家伶平躺休息中，無不適主訴。T(體溫)37.3，P(脈搏)96，R(呼吸)22，BP(血壓)122/88	護理紀錄單以打字記載，違反醫療常規
2	108年3月12日20時49分許	護理紀錄單	20:47 個案意識轉換，呼叫無反應，臉色蒼白，查看外陰部惡露量:無；立即予新外復甦術並通報A 1 5立即前來，並請護理同仁推急救相關物品及叫救護車 20:49 潘醫師及護理同仁抵達，潘醫師立即評估個案狀況；	A 1 5當時在1樓門診看診，如何能在2分鐘內從門診診間到達5樓之503萬家伶病房。
3	108年3月12日20時50分許	護理紀錄單	20:50、20:53、20:58、21:03、21:05 均載有施打Bosminlamp im，持續給予CPR並依醫囑予急救藥物，救護車抵達；	A 1 5於21:34在台北馬偕醫院接受急診醫師詢問時，稱於20:50、20:53、21:05給予萬家伶3次急救藥物，與A 1 6記錄不同。
4	108年3月12日20時51分許	護理紀錄單	20:51 予插管急救 21:08 使用甦醒球給氧，予移動至救護車擔架並轉送台北馬偕；	1. A 1 5於當日21時34分在台北馬偕醫院接受急診醫師詢問時，稱20:49由麻醉師插管急救，與A 1 6記載20:51插管急救不符，且係麻醉師插管，而非被告A 1 6插管。 2. A 1 5於住院病歷摘要記載「21:05予插管，2 ambu(即甦醒球)按壓」，與A 1 6記載使用甦醒球時間差距17分鐘
5	108年3月12日21時15分許	護理紀錄單	21:15	1. A 1 5於病歷摘要記載「21:05送上救護車由院長及麻

(續上頁)

01

	分許		主治 A 1 5 醫師一路護送個案上救護車，途中持續按壓甦醒球，案夫也一路跟隨並不斷表示驚訝個案意識改變之快，擔架上救護車後救護車出發。	醉師陪同」，與 A 1 6 記載時間差距10分鐘。 2. A 1 5 於住院病歷摘要記載「送上救護車由院長和麻醉師陪同持續CPR...至台北馬偕醫院急診室」，較 A 1 6 記載詳盡許多。
--	----	--	--	---

02

附表乙：

03

編號	登載時間	病歷文件	登載內容	原告指訴不實之處
1	108年3月12日某時	順新救護車救護紀錄單	於「到達現場時間」記載「20時50分」	A 0 2 之錄音顯示許丁才係於當日20時53分後才抵達愛麗生診所，A 1 5 並於接受馬偕醫院醫師詢問時表示救護車是21時20分抵達診所
2	108年3月12日某時	順新救護車救護紀錄單	於「生命徵象」欄記載被害人於「20:53」之呼吸為「9/分」、脈搏為「9次/分」、血壓為「9mmHg」	其中呼吸及脈搏不可能剛好同為9，且血壓應有舒張壓及收縮壓，不可能只有一個數字，且依 A 1 6 製作之「護理紀錄單」被害人20時47分後均無記載呼吸脈搏
3	108年3月12日某時	順新救護車救護紀錄單	於「處置項目」欄記載勾選「氣管內管」，並記載「7.5號」「f1x20cm」，並於「病患主訴」欄記載「家屬口述嘔吐…」等語	為被害人執行插管者應該馬偕醫院醫師，且許丁才無救護員資格，不應紀錄被害人家屬之主訴