

臺灣士林地方法院民事判決

110年度醫字第14號

原告 施偉立（即施陳招治之承受訴訟人）

訴訟代理人 施玲娜

原告 施佩玉（即施陳招治之承受訴訟人）

施偉平（即施陳招治之承受訴訟人）

被告 淡水馬偕紀念醫院

法定代理人 洪大川

訴訟代理人 劉紀翔律師

被告 Winah Juliana Rinih（印尼籍）

上列當事人間侵權行為損害賠償事件，本院民國於114年12月16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

壹、程序事項

一、按當事人死亡者，訴訟程序在有繼承人、遺產管理人或其他依法令應續行訴訟之人承受其訴訟以前當然停止；第168條至第172條及前條所定之承受訴訟人，於得為承受時，應即為承受之聲明。他造當事人亦得聲明承受訴訟；聲明承受訴訟，應提出書狀於受訴法院，由法院送達於他造，民事訴訟法第168條、第175條第1項、第2項、第176條分別定有明文。經查，本件起訴時之原告施陳招治於民國111年10月29日本件訴訟繫屬中死亡，並經他造即被告淡水馬偕紀念醫院具狀聲明由原告施陳招治其繼承人施偉立、A 0 1、A 0 2承受訴訟，有民事聲明承受訴訟狀、施陳招治個人戶籍資料、繼承人施偉立、A 0 1、A 0 2戶籍資料及本院民事紀錄科查詢表（查無受理拋棄繼承、限定繼承事件）等件在卷可稽（見本院卷二第280、274頁、本院限閱卷），核與前揭法條規定相符，應予准許。

01 二、原告A 0 1即施陳招治之承受訴訟人、A 0 2即施陳招治之
02 承受訴訟人及被告Winah Juliana Rinih均經合法通知，未
03 於言詞辯論期日到場，查無民事訴訟法第386條所列各款情
04 形，應准被告淡水馬偕紀念醫院、原告施偉立即施陳招治之
05 承受訴訟人之聲請，由其等一造辯論而為判決。

06 貳、實體事項

07 一、原告起訴主張略以：

08 (一)關於被告淡水馬偕醫院受雇人楊鎮宇醫師部分：

- 09 1.原告之被繼承人施陳招治（下稱病人）於107年10月18日因
10 滑倒右大腿疼痛、下肢部位腫脹變形至被告淡水馬偕醫院急
11 診就醫，經檢查後診斷為右側股骨轉子間錯位型骨折，轉住
12 院治療，由被告淡水馬偕醫院受雇人骨科醫師楊鎮宇，於同
13 年月19日下午進行髖關節骨折復位內固定手術（下稱第1次
14 手術）時，應注意必須復位錯位型骨折相對於解剖位置為外
15 翻的位置，竟未注意復位股骨之頭、頸、轉子區、幹於一直
16 線，才能使螺絲位在股骨頭中央，致骨折復位不足，迫使螺
17 絲位在不可接受的偏後位置。術後回診發現骨頭近端的螺絲
18 持續往上移位，而須於同年11月23日再進行第2次手術（下
19 稱第2次手術，病人因接受第2次手術而受有極大痛苦。
- 20 2.於第1次手術時，為被告淡水馬偕醫院履行告知義務之連彥
21 翔醫師並未解說「使用自費特材說明暨告知同意書」，亦未
22 告知特材以外有健保給付的替代治療選項，且該「使用自費
23 特材說明暨告知同意書」亦未記載螺絲可能會穿出，導致病
24 人自費後1個月後，特材因楊鎮宇醫師復位不足迫使其螺絲
25 位在不可接受偏後位置導致螺絲穿出而需再付第2次住院費
26 用。
- 27 3.被告淡水馬偕醫院受雇人楊鎮宇醫師於107年11月23日為病
28 人再進行第2次手術時，未評估病人102年6月病歷曾記載有
29 譫妄，且病人年紀大、腎功能缺損、聽力缺損皆為手術後發
30 生譫妄之前置危險因子，亦未注意髖部骨折手術術後有60%
31 會發生譫妄；且病人1個月內接連2次髖部手術，且第2次手

術麻醉長達4小時15分、而病人低血容比、貧血，手術中有較大量失血與輸血，且病人術後有插留置導尿管、受保護性約束，為術後譫妄加重因子；亦未注意病人服用藥物超過6種；住院新加藥物超過3種，亦為術後譫妄之加重危險因子，且其中服用Brotizolam、Ldopa+Bense具高風險會導致譫妄。而未於住院病歷與門診病歷中記載107年11月24日19：24「病人意識混亂」，並非楊鎮宇醫師於108年1月3日所記載之「失智快速退化」，均而致病人身體、健康人格權遭受重大侵害。

4.於107年11月23日骨折手術、108年1月3日骨科門診，未告知手術後可能會發生譫妄及認知功能不全；亦未告知手術可能會有大失血與輸血、亦未告知原告於102年6月就曾發生「可能是」譫妄的情形。

5.綜上，依民法第220條、第227條、第227條之1規定，請求被告淡水馬偕醫院賠償支出之第1次手術自費骨髓內釘新臺幣（下同）7萬2,605元、107年11月3日完成無障礙環境改造支出1萬9,000元，第2次住院費1萬62元、精神慰撫金20萬元，共計30萬1,667元之損害。

(二)關於被告淡水馬偕醫院受雇人陳律安醫師、胡朝凱醫師部分：

1.病人於108年1月4日轉介被告淡水馬偕醫院受雇人陳律安醫師，其並未注意病人已84歲，依病歷顯示病人之前有過譫妄。腎功能、聽力、視力缺損、巴金森氏症等、病人1個月內接連2次髖部手術，且第2次手術全身麻醉長達4小時15分、術前有貧血，手術中有較大量失血與輸血，病人術後有插留置導尿管、受保護性約束；亦未注意病人服用藥物超過6種；住院新加藥物超過3種，等皆為術後發生譫妄之前置或加重危險因子，且護理記錄記載107年11月24日19：24「病人意識混亂」，而病人所服用Brotizolam、Ldopa+Bense具發生譫妄高度風險，甚至於108年1月11日建議繼續服用，致使病人譫妄更加重。陳律安醫師亦未注意病人是在開刀後確

切時間點突然開始覺得人越來越鈍與譫妄的急性發作突然開始相符，而與失智的潛伏發病，最短期3至6個月不同。陳律安醫師未排除病人症狀與譫妄有關，亦未診斷譫妄，只排除正常壓力水腦症變更嚴重。而未確定病人「開刀之後就覺得人越來越鈍」的相關病情與「正常壓力水腦症變更嚴重」有何關聯下，就建議被告淡水馬偕醫院受雇人神經外科胡朝凱醫師跟進介入，而違反醫學常規，鑒於潛在併發症嚴重性（如癲癇、硬腦膜下血腫），不應輕率考慮正常壓力水腦症治療。而引流手術為正常壓力水腦症唯一治療，但可能併發嚴重硬腦膜下血腫，病人必須比較不治療與接受引流之風險。建議病人要作腰椎穿刺，如果腰椎穿刺排出部分腦脊髓液後症狀改善，才會建議病人接受引流手術，所以在檢查正常壓力水腦症病人時，必須注意病人有無譫妄。

2. 被告淡水馬偕醫院受雇人胡朝凱醫師並未安排病人進行腰椎穿刺暫時引流，以致無法合理確認對引流有反應的正常壓力水腦症存在。且病人持續接受第3次手術，持續發生術後譫妄變嚴重之風險非常高；亦未注意第2次手術後病人越來越鈍、大便失禁，坐輪椅、反應慢病情程度可能與正常壓力水腦症無關，病人即無必要接受引流手術之風險。而胡朝凱醫師於108年1月22日為病人進行第3次手術前，未評估病人自第2次手術後持續發生譫妄，且有上述手術後發生譫妄之前置、加重危險因子。於108年1月23日施打之Depakine針劑，也會導致譫妄，亦未注意108年1月23日18：15護理記錄記載全身抽續約15秒為癲癇大發作，也會導致譫妄，後給藥物具高風險導致譫妄。亦未注意Depakine也會導致病人108年1月26日23：08護理記錄記載心跳150次／分心跳不規則，心電圖「Af、RVR」心房顫抖，心室速率過快。而病人出院後，於108年1月31日回診，家屬向林新曜醫師報告病情請求協助，但未獲回應，病人因而未接受專精護理照護及物理治療，造成褥瘡，病人之白蛋白亦降低而去看營養室門診。病人因持續譫妄長期臥床發生兩側膝

關節曲屈攣縮，雖持續復健，無法恢復伸直兩側膝關節，只能曲屈兩側膝關節行走，受有極大痛苦。

3.108年1月4日、11日神經內科門診，未告知原告骨折開刀之後越來越鈍可能與術後譫妄或認知功能不全有關，亦未告知原告於102年6月就曾發生可能是譫妄的情形，除了水腦症外，可能有類似102年6月就曾發生的情形。

4.綜上，依民法第220條、第227條、第227條之1規定，請求被告淡水馬偕醫院賠償支出第3次手術費用6萬6,226元、治療壓瘡醫藥費1萬1,044元、就醫交通費3,720元、治療壓瘡所需紗布、棉棒及治療攣縮所需副木及腳踏車1萬8,751元，治療攣縮所需醫療費及交通費共1萬657元、變盆椅3,500元、精神慰撫金40萬元，共計51萬3,898元之損害。

(三)於108年1月22日第3次開刀前未告知病人及家屬手術可能造成病人癲癇，亦未告知抗癲癇藥物「Depakine」可能加劇心律不整及血小板減少，亦未注意病人的風險-對-益處比率為不利，而陳律安醫師竟對病人及家屬表示水腦症變更嚴重，建議由神經外科胡朝凱醫師跟進介入。而胡朝凱醫師並未告知病人及家屬從事徹底評估比著急手術更有益處，因而導致病人術後發生全身抽搐約15秒。胡朝凱醫師於第3次手術中，本來係要將引流管從右側插入右腦室，卻穿過右大腦半球進入左大腦半球後再進入左腦室。導致術後108年1月23日癲癇發作。且胡朝凱醫師亦未告知Depakine會有加劇心律不整惡化及血小板減少症可能。且胡朝凱醫師於108年1月24日以後從未追蹤病人血小板數量，欠缺注意持續開立Depakine給病人長達3個月，導致病人持續有陣發性心室上心律不整、心房顫動、心室速率過快、意識改變、意識喪失長達3個月，最後因血小板減少、大片瘀斑，自行停藥才改善，受有極大痛苦。再於108年12月13日病人硬腦膜下血腫術後接受Depakine治療，又發生血小板減少、心房顫抖、心室速率過快，停藥後就恢復正常，導致病人身體、健康人格權受侵害情節重大，依民法第220條、第227條、第227條之1規定，

01 請求被告淡水馬偕醫院賠償病人精神慰撫金20萬元之損害。
02 (四)關於被告淡水馬偕醫院受雇人陳律安醫師、胡朝凱醫師部
03 分：

04 1.陳律安醫師並未告知引流後會發生硬腦膜下血腫可能。而引
05 流為正常壓力水腦症唯一的治療，但具有重大風險。而陳律
06 安醫師、胡朝凱醫師，並未作腰椎穿刺，而例行術前測顱內
07 壓等可以將硬腦膜下血腫發生率減到最小。但胡朝凱醫師並
08 未告知病人及家屬，嚴重到硬腦膜下血腫風險會增加，要更
09 小心預防跌倒撞到頭等意外，且胡朝凱醫師於108年5月6日
10 後，再也沒有開立CT追蹤腦室有無繼續變小等現象。以致於
11 病人於108年12月13日因被告Winah Juliana Rinih於明知看
12 護工外籍勞工手冊銀髮族注意事項載明：老人家一舉一動都
13 應獲得充分的照顧，隨侍在側，避免意外發生，原告發生跌
14 倒前，和室木製地板上鋪有墊被及蓋被。因其先幫病人站起
15 後離開去拿東西，病人跌到，導致因硬腦膜下血腫需緊急手
16 術住院，出院後因右側偏癱、失語症、認知缺陷、大小便失
17 禁，日常生活完全依賴他人照顧，需要尿布、看護墊、電動
18 床，需要持續門診治療與復健，極大痛苦。

19 2.綜上，依民法第184條第1項前段、第195條等規定請求被告W
20 inah Juliana Rinih；依第224條、第227條、第227條之1規
21 定，請求被告淡水馬偕醫院各賠償病人手術住院費用3萬1,2
22 07元、尿布、看護墊等費用1萬4,779元、電動床1萬9,500
23 元、門診治療及復健費用3,700元及精神慰撫金20萬元，合
24 計26萬9,186元。而該給付目的為同一，由被告Winah Julia
25 na Rinih與被告淡水馬偕醫院負擔不真正連帶責任。

26 (五)綜上所述，並聲明：1.被告淡水馬偕醫院應給付病人之承受
27 訴訟人施偉立、A O 1、A O 2 101萬5,565元，及自111年3
28 月10日（即聲明變更暨準備狀送達之翌日）起至清償日止，
29 按年息5%計算之利息。2.被告Winah Juliana Rinih、被告
30 淡水馬偕醫院應各給付病人之承受訴訟人施偉立、A O 1、
31 A O 2 26萬9,186元及自111年3月10日起至清償日止，按年

01 息5%計算之利息。如其中一人已為給付，另一人於其給付
02 範圍內免為給付之義務。3.願供擔保，請准宣告假執行。

03 二、被告淡水馬偕醫院答辯略以：

04 (一)病人於107年10月19日接受第1次手術，術中動態X光影像顯
05 示骨折正確解剖復位，鋼釘位置術中影像正面照為正中，側
06 面照為偏後，鋼釘末端至股骨頭正面及側面距離總和為2c
07 m，符合醫學常規，原告主張骨折復位不足，應有誤會。

08 (二)原告施偉立簽立之使用自費特材說明暨告知同意書已有說
09 明：「病人陳招治因醫療需要使用以下特殊醫療材料，經醫
10 療人員詳細說明，已充分瞭解，同意自費使用特殊材料詳如
11 下表所載，其自付費用由立同意書人負擔。」、「可能的副
12 作用：…5.可能因不當之外力或活動導致植入物斷裂、鬆
13 脫、或導致再次骨折或再次手術亦可能發生。」、「若本身
14 骨質不足或不佳者，易導致植入物之不穩定，及固定力較
15 差」，且楊鎮宇醫師於病人住院及107年11月7日、15日門診
16 時均提醒換肢不要踩地，以免因骨質疏鬆造成內固定不穩及
17 鬆脫。原告僅憑病人接受第2次手術，即推論第1次手術有疏
18 失，尚無理由。且原告請求骨髓內釘、第2次住院費用，並
19 非所受損害，慰撫金金額顯然過高，亦未據理由。而楊鎮宇
20 醫師於108年1月3日門診對於病人家屬覺得病人越來越鈍情
21 形，建議病人轉住神經內科，並無疏失。神經內科陳律安、
22 胡朝凱嗣後依專業所為檢查、診斷、處置；及病人嗣後於營
23 養室門診，因薦瘡就診，應與建議病人轉診無關，此部分與
24 楊鎮宇醫師無賠償義務。而譫妄為疾病症狀，但病人於107
25 年11月22日至28日住院期間、107年12月6日、108年1月3日
26 骨科門診回診時，並無符合譫妄之病情變化。原告僅憑107
27 年11月24日護理記錄記載「病人意識混亂」即稱病人持續譫
28 妄，並無所據。

29 (三)病人復於108年1月4日、11日於被告淡水馬偕醫院神經內科
30 門診時臨床表徵並無譫妄症狀，於108年1月3日、4日病人在
31 被告淡水馬偕醫院骨科門診、神經經外科門診主訴開刀後就

01 覺得人越來越鈍，顯示病人越來越鈍情形並未解除，即不應
02 診斷為譫妄，而須逐步排除可能是水腦、失智症、帕金森氏
03 症等腦部病變引起。而陳律安醫師依據病人主訴、理學及電
04 腦斷層檢查，判斷病人為常壓性水腦症，並因該病症並無藥
05 物可治療，相病人及家屬說明病情，尋求神經外科醫師意
06 見，並無疏失。

07 (四)病人經血液、理學及103年至108年術前電腦斷層等檢查結
08 果，顯示腦室有明顯擴大，腦室周圍腦實質組織浸潤，符合
09 水腦症診斷，並非必要進行腰椎引流手術，是經裁量不宜進
10 行腰椎穿刺，胡朝凱醫師並無疏失。且經進行第3次手術
11 後，術後追蹤顯示腦室變小，意識清楚。是原告主張胡朝凱
12 醫師未告知病人越來越鈍情形與譫妄相關，並非可採。

13 (五)病人於第3次手術後，住院期間雖曾發生癲癇，經藥物治
14 療，恢復意識。且病人於第3次手術出院後，自108年1月31
15 日至同年10月7日間，經8次神經外科門診追蹤，顯示病人
16 回覆狀況良好，並無癲癇等術後併發症。而病人於108年1月
17 31日門診回診，距離事後未滿2週，仍處於需持續觀察術後
18 反應時期。林新曜醫師門診檢示病人傷口情形，並安排病人
19 持續回診，並無原告所指沒有回應情形，且若病人確有長期
20 臥床、失禁情形而須護理及復健，於該次門診後，亦無不再
21 就醫之理。

22 (六)病人於108年1月22日接受第3次手術，手術風險或併發症包
23 括癲癇，胡朝凱醫師給予抗癲癇藥物Depakine，符合醫療常
24 規，並無疏失。又原告施偉立於第3次手術前之108年1月21
25 日簽立同意書中均有記載手術風險或併發症：癲癇約5%，
26 顱內出血： $< 3\%$ 並經原告施偉立簽名。是原告主張醫師未
27 於第3次手術前告知可能發生癲癇、硬腦膜下血腫並非可
28 採。而引流管壓力調整為該手術中當下測量，術後根據臨床
29 表現或影像持續追蹤調整，被告醫院醫師處置並無缺失。而
30 抗癲癇藥物Depakine並無心律不整、心房顫動併心室速率過
31 快副作用，且與血小板數量偏低無關。

01 (七)病人於108年1月22日接受第3次手術，10個多月後，病人於1
02 08年12月13日因在家中跌到頭部撞地，致硬腦膜下血腫，且
03 病人108年1月23日、4月4日、5月6日電腦斷層檢查，皆顯示
04 並無硬腦膜下血腫情形，是病人此硬腦膜下血腫與第3次手
05 術無關。且原告並未具體說明被告Winah Juliana Rinih為
06 何本應攙扶病人防止病人跌倒、為何離開去拿東西；病人為
07 何在沒有人攙扶下為何跌倒之經過，以為被告淡水馬偕醫院
08 答辯，而原告所提出原證80之影像檔及音檔，與原告主張。
09 被告Winah Juliana Rinih108年12月13日之疏失行為證明無
10 關。綜上，並聲明：1.原告之訴駁回。2.如受不利判決，願
11 供擔保免為假執行。

12 三、被告Winah Juliana Rinih並未到庭陳述，亦未提出書狀陳
13 述。

14 四、本院之判斷

15 (一)本件病人接受被告淡水馬偕醫院醫療過程如下（略以），有
16 病人於淡水馬偕醫院就診之病、護理紀錄以及衛生福利部醫
17 事審議委員會編號0000000號鑑定書（下稱本件醫審會鑑定
18 書）在卷可按，堪信為真實，茲分述如下：

19 1.本件病人為23年出生，於102年患有譫妄、視障（雙眼白內
20 障及黃斑部病變）、聽障（重聽）、高血壓、帕金森氏症、
21 尿毒症（末期腎病變），且接受血液透析多年病史，每週
22 二、四、六在訴外人怡安診所接受血液透析。於107年10月1
23 8日20時36分因主訴滑倒、右大腿疼痛、台灣基督教長老教
24 會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院即被告淡水馬偕醫院
25 急診就醫，經X光檢查結果為右側股骨轉子間骨折，並會診
26 骨科連彥翔醫師；21時38分連醫師建議手術治療。同年月19
27 日1時病人至骨科病房住院。同日16時55分，楊鎮宇醫師為
28 病人進行骨折復位手術（即第1次手術），並使用自費耗材
29 捷邁人工骨髓內釘固定。同年月27日病人出院。同年11月1
30 日病人至骨科回診，當天X光檢查發現拉力螺絲有微些外側
31 移位現象，楊鎮宇醫師建議避免負重行走以防止螺絲持續位

移，並安排骨質密度檢查。兩週後再行回診追蹤。同年月15日病人回診，主訴術後患部疼痛，楊鎮宇醫師安排X檢查，發現拉力螺絲穿透股骨頭，建議病人再次手術內固定更換為人工關節，並安排同年月22日住院，病人並於該日於被告骨科病房住院，於翌日9時由楊鎮宇醫師病人進行移除捷邁人工骨髓內釘並更換為人工關節手術（即第2次手術），術中失血量900毫升，輸血（輸入紅血球濃縮液1000cc），術後使用病人自備帕金森氏症治療藥Ldopa+Bense、鎮靜安眠藥Brotizolam、降血壓藥Sevikar，12時32分住院醫師開立胃藥famotidine（20mg，每日睡前1顆）、消炎止痛藥etoricoxib（60mg，每日1次口服）、止痛藥Tramacet F.C.，15時護理記錄「病人意識清楚」，15時17分護理紀錄「麻醉未退，痛可忍受」，「與外傭談天方式移轉注意力」，18時28分護理紀錄「意識清楚」。同年月24日12時34分值班醫師給予止吐藥metoclopramide（5, 5mg，針劑單次使用），19時24分護理紀錄「病人意識混亂」，21時12分護理紀錄「昏迷指數（GCS）15分（E4M6V5，滿分15分）」，同年月25日17時24分，護理紀錄「精神佳」，同年月26日11時護理紀錄「與病人討論可執行腳趾、踝部、股四頭肌等長收縮運動等肌力訓練」，同年月27日9時43分及17時56分護理紀錄「精神佳」、21時35分無不適主訴或症狀，同年月28日9時12分護理紀錄「意識清楚」、「精神佳」，並於當日出院。同年12月6日病人至骨科楊鎮宇醫師門診回診，病歷紀錄傷口乾淨、未有主訴「病人有嗜睡、反應遲鈍、手術後就覺得人越來越鈍」之紀錄等情。

2.108年1月3日病人至被告骨科楊鎮宇醫師門診就診，主訴「開刀之後就覺得人越來越鈍」，經楊鎮宇醫師診斷為「未特定性失智症伴隨行為障礙」，轉介至神經內科陳律安醫師。同年月4日病人至陳律安醫師門診就診，主訴「開刀之後就覺得人越來越鈍，骨科手術後就坐輪椅」，陳律安醫師依據病人有中風、失智症、末期腎病變、高血壓等過去病

01 史，診斷病人為失智症，另懷疑病人有「下半身帕金森氏
02 症」或正常壓力水腦症併進展？，開立腦部電腦斷層掃描
03 (CT)，同年月11日病人至陳律安醫師門診就診，陳律安醫
04 師依據同年月4日腦部電腦斷層掃描結果「第三腦室及雙側
05 第二腦室中度擴張，胼胝體角變窄，影像檢查懷疑正常壓力
06 水腦症」及「腦室周圍經室管膜腦脊髓液吸收或腦蛋白質疏
07 鬆」，診斷病人為水腦症，建議至神經外科胡朝凱醫師門診
08 評估。同年月14日病人至神經外科胡朝凱醫師門診就診。門
09 診紀錄，胡朝凱醫師提及「高風險手術，家屬決定作腦室腹
10 腔引流」。同年1月21日病人至神經外科病房住院，於13時
11 病人接受腦室腹腔引流手術（即第3次手術），手術後醫囑
12 給予治療癲癇藥物Depakine400毫克每8小時1次。14時35分
13 手術結束病人送至恢復室。18時15分外傭表示病人有抽搐情
14 形，全身抽搐約15秒，診斷為癲癇，值班醫師進行抽血檢
15 驗及給予藥物lorazepam2毫克，並將治療癲癇藥物改為每6
16 小時給予400毫克，同時安排腦部電腦斷層掃描，報告結果
17 為「輕微出血在導管沿線和側腦室下部，輕微至輕度硬腦膜
18 下血腫在大腦鑷處以及在右頂葉凸面處」，同年月27日，當
19 日病人出院，出院帶藥醫囑中Depakine400毫克每6小時1
20 次。

21 3.108年1月31日病人至被告神經外科林新曜醫師門診就診，腦
22 室腹腔引流手術傷口復原良好，林新曜醫師給予傷口換藥及
23 持續開立癲癇治療藥劑Depakine，每6小400毫克使用。同年
24 2月11日病人至神經外科胡朝凱醫師門診就診，就診時病人
25 意識清楚，可緩慢走路，站立時蹣跚但站一段時間後有所改
26 善。家屬（孫女）感覺改善很多，眼神交流非常好，胡朝凱
27 醫師持續給予癲癇治療藥劑Dpakine，每6小時400毫克使
28 用。同年3月11日病人至神經外科胡朝凱醫師門診就診，就
29 診時病人意識清楚，可藉助行器行走、脾氣不好、反應良
30 好、眼神交流非常好，胡朝凱醫師減量癲癇治療藥劑Dpakin
31 e，每8小時400毫克使用。

01 4.108年4月4日17時27分病人至被告急診室就診，主訴「剛洗
02 腎洗到一半意識改變、有發燒、會喘」，急診醫師給予抽血
03 檢驗及安排腦部電腦斷層掃描。同年5月5日7時30分病人意識
04 清楚，無不適之主訴。急診室醫師經診視後，同意病人離
05 院，同年8月8日病人至神經外科胡朝凱醫師門診就診，就診
06 時病人意識清楚，無法藉助行器行走、懶散1個月，胡朝凱
07 醫師持續開立癲癇治療藥劑Dpakine，每8小時400毫克使
08 用。同年5月6日病人至神經外科胡朝凱醫師門診就診，就診
09 時病人反應不佳，左胸部瘀青，依當日門診紀錄，記載臺北
10 市立關渡醫院...懷疑病人血小板低下，停止使用Depakine
11 藥劑改以Keppra治療癲癇，1次1粒、1天2次，之後瘀青消
12 失」，此次門診胡朝凱醫師未再給予治療癲癇藥劑。同年7
13 月15日病人至神經外科胡朝凱醫師門診就診，就診時病人可
14 點頭、微笑、可以清楚表達睡得不好、講名字可以，但反應
15 速度比較慢。同年10月7日病人至神經外科胡朝凱醫師門診
16 就診，就診時病人可以回答名字，且可說兒子名字，可以說
17 醫師好，笑著說話等情。

18 (二)原告主張依民法第227條、同法第227條之1規定請求被告淡
19 水馬偕醫院為損害賠償部分，並無理由，茲分別論述如下：

20 1.按因可歸責於債務人之事由，致為不完全給付者，債權人得
21 依關於給付遲延或給付不能之規定行使其權利。因不完全給
22 付而生前項以外之損害者，債權人並得請求賠償。債務人因
23 債務不履行，致債權人之人格權受侵害者，準用第192條至
24 第195條及第197條之規定，負損害賠償責任。民法第227
25 條、同法第227條之1分別定有明文。債務人之代理人或使用
26 人，關於債之履行有故意或過失時，債務人應與自己之故意
27 或過失負同一責任。但當事人另有訂定者，不在此限。民法
28 第224條亦有明文。再按損害賠償之債，以有損害之發生及
29 有責任原因之事實，並二者之間，有相當因果關係為成立要
30 件。故原告主張損害賠償之債，如不合於此項成立要件者，
31 即難謂有損害賠償請求權存在。

01 2.關於原告就第1、2次手術，依上揭不完全給付、加害給付請
02 求被告淡水馬偕醫院賠償部分，並無理由：

03 (1)原告主張病人經被告淡水馬偕醫院受雇人醫師楊鎮宇所為第
04 1次手術未注意復位股骨之頭、頸、轉子區、幹於一直線，
05 才能使螺絲位在股骨頭中央，致骨折復位不足，迫使螺絲位
06 在不可接受的偏後位置。術後回診發現骨頭近端的螺絲持續
07 往上移位，而於同年11月23日進行第2次手術部分，為被告
08 淡水馬偕醫院所否認並以上揭情詞置辯。經查，有關股骨轉
09 子間骨折拉力螺絲，應置放於股骨頭內之何位置為最佳（較
10 少後遺症），依骨科醫療雜誌（見本院卷二第166至173頁）
11 拉力螺絲位於股骨頭正中央為最佳，然此係相較於其他放置
12 位置而言，並非拉力螺絲放置於最佳位置即無後遺症可能。
13 依手術之X光透視儀（C-Arm）之影像及手術後X光（骨頭正
14 面）影像紀錄，拉力螺絲位置位於股骨頭正中央，依手術紀
15 錄，記載手術正面及側面影像拉力螺絲放於正確位置，依術
16 中及術後X光及參酌107年10月19日手術紀錄，該手術進行符
17 合醫學常規（見本件醫審會鑑定書，本院卷二第153頁）。
18 是原告所主張已與病歷、術前術後X光及鑑定意見未合已難
19 認為真實。又病人嗣後因拉力螺絲穿透股骨頭，醫師楊鎮宇
20 建議病人再次手術內固定更換為人工關節，病人並於同年11
21 月22日於被告骨科病房住院，由楊鎮宇醫師病人進行第2次
22 手術（即移除捷邁人工骨髓內釘並更換為人工關節手術），
23 此有本件病歷、護理紀錄及本件醫審會鑑定書等為據，且為
24 兩造所不爭執，然而拉力螺絲穿透股骨頭亦無法排除係外力
25 或活動導致，是無法僅以拉力螺絲穿透股骨頭即行認定原告
26 所張因螺絲位置有誤而致骨折復位不足為真實。

27 (2)按醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療機
28 構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關
29 係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能
30 之不良反應。醫師法第12條之1、醫療法第81條分別定有明
31 文。另按醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治

療或實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。醫療法第64條第1、2項、同法第63條第1、2項分別定有明文。又按醫師對病人進行診斷或治療之前，應向病人（或其家屬）告知病情、治療方法、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等資訊，使病人（或其家屬）得以在獲得充分醫療資訊下，做出合乎生活型態之醫療選擇，其目的在於保障病人之自主決定權（人格權），兼作為醫療行為違法性之阻卻違法事由。惟醫師之告知範圍，並非漫無限制，應以病人之自主決定權作為劃分醫師義務範圍之標準（最高法院107年度台上字第23號判決意旨參照）。另按醫師實施手術時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，醫師法第12條之1有明文規定，復參以醫療法第63條第1項、第81條規定，醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之，醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥，預後情形及可能之不良反應。可知醫療機構與醫師對於病患或其家屬有上開告知與說明醫療資訊之義務，惟醫師或醫療機構對病患之說明，時有受限病患或其家屬之知識、理解事理程度、醫療行為高度專業性及複雜性、醫師判斷及裁量餘地及時間等等情狀，其說明告知者自應以病患或其家屬能夠判斷選擇醫療方式即足，而非需鉅細靡遺一一說明，應屬當然；又衡諸一般常情，為尋求達到手術之醫療結果，醫師對病患施行手術自當先行以比較好或相對安全的手術方式為之，基於人體結構之複雜，在現行醫療儀器可為檢查範圍內，於手術中難免會有原先不可預知之病症或情狀出現，在手術中之醫師，為

01 救助病患或達到手術醫療之結果當憑其專業技能、知識為一
02 切所當為，自得依其專業判斷，就手術方式應具裁量權限，
03 是以，術前說明亦屬以病患可得理解範圍盡可能說明手術過
04 程可能發生之若干情事，對原來可能不會發生、或發生率極
05 低之情狀，尚難歸為有說明之必要。而本件原告主張：於第
06 1次手術時，但為被告淡水馬偕醫院履行告知義務之連彥翔
07 醫師並未解說「使用自費特材說明暨告知同意書」，亦未告
08 知特材以外有健保給付的替代治療選項，且該「使用自費特
09 材說明暨告知同意書」亦未記載螺絲可能會穿出，導致病人
10 自費後1個月後，特材因楊鎮宇醫師復位不足迫使其螺絲位
11 在不可接受偏後位置導致螺絲穿出而需再付第2次住院費用
12 等情，惟查：

13 ①依護理紀錄記載當日已向病人解釋目前病情需手術治療並告
14 知病人手術相關風險。

15 ②而依卷附馬偕醫院「使用自費特材說明暨告知同意書」（見
16 本院湖司醫調卷第25頁以下）記載：「病人陳招治因醫療需
17 要使用以下特殊醫療材料，經醫療人員詳細說明，已充分瞭
18 解，同意自費使用特殊材料詳如下表所載，其自付費用由立
19 同意書人負擔。」、「解說者：連彥翔」、且已記載「可能
20 的副作用：…5. 可能因不當知（之）外力或活動導致植入物
21 斷裂、鬆脫、或導致再次骨折或再次手術亦可能發生。」、
22 「應注意事項：1. . . . 自費特材骨釘骨板仍有彎曲斷裂及螺
23 絲可能鬆脫可能，而導致骨折變形及骨折不癒合。在骨骼未
24 完全癒合得情況下接受正常承重或受力時可能造成古板斷裂
25 之風險，須務必遵照醫師指示活動。2. 若本身骨質不足或不
26 佳者，亦導致植入物之不穩定，及固定力較差」並經原告施
27 偉立簽名等情明確。

28 ③又本件醫審會鑑定意見：1. 依卷附馬偕醫院「使用自費特材
29 說明暨告知同意書」之記載，已將影響病人接受自費特材手
30 術之重要事項完足揭露，上揭告知過程符合醫療常規上對於
31 接受同類型手術病人之告知義務。2. 依醫療常規，醫師會將

01 健保治療選項及自費治療項目之優缺點告知病人，並依其臨
02 床專業裁量（考量個案病人病史、健康狀況、體質等）給予
03 治療建議。依本案病人病史、體質狀況，病人接受股骨近端
04 自費骨髓內釘固定術，與健保耗材相互比較下，其優點較佳
05 及術後可能發生之併發症較少。依卷附資料，雖未見有醫師
06 有無將健保給付的替代治療選項向病人或病人家屬告知之文
07 字紀錄，但依卷附病人家屬（兒子）簽署自費特材同意書，
08 解說者為連（彥翔）醫師、楊（鎮宇）醫師，判斷醫師有盡
09 告知說明義務。

10 ④綜上調查，既然原告施偉立已簽署「使用自費特材說明暨告
11 知同意書」，且該「使用自費特材說明暨告知同意書」內容
12 符合醫療常規，並參酌本件醫審會鑑定意見中所提出之醫療
13 實務經驗，並衡酌醫師之說明告知者自應以病患或其家屬能
14 夠判斷選擇醫療方式即足，而非需鉅細靡遺一一說明下，應
15 認定本件被告淡水馬偕醫院之履行人輔助人連彥翔醫師、楊
16 鎮宇醫師已善盡告知義務。

17 (3)關於原告就第2次手術，依上揭不完全給付、加害給付請求
18 被告淡水馬偕醫院賠償部分，並無理由：

19 ①原告主張：楊鎮宇醫師為病人再進行第2次手術時，未注意
20 病人之102年病歷、病人之年紀、身體各部相關功能欠缺、
21 受術後發生譫妄機率、該手術時間過長、病人1個月內接連2
22 次髖部手術、病人低血容比、貧血，手術中有較大量失血與
23 輸血，且病人術後有插留置導尿管、受保護性約束、病人服
24 用藥物超過6種；住院新加藥物超過3種，且其中服用Brotiz
25 olam、Ldopa+Bense具高風險會導致譫妄，未判斷病人發生
26 譫妄，而認定病人為「失智快速退化」等不完全給付、加害
27 給付行為云云。惟查：

28 A. 依本件醫審會鑑定書意見：

29 (甲)依卷附病歷資料記載之病人過去病史有譫妄、視障（雙眼白
30 內障及黃斑部病變）、聽障（重聽）、高血壓、帕金森氏
31 症、尿毒症（末期腎病變），且接受血液透析多年病史，以

01 上揭非手術治療絕對禁忌症。依病歷記載病人病史及醫師安
02 排手術日期非病人進行常規血液透析日，足見進行手術楊鎮
03 宇醫師已知悉掌握病人之疾病狀況。

04 (乙)因病人術後發生拉力螺絲穿透股骨頭及病人主訴術後患部疼
05 痛情形，慮及病人高齡84歲，為避免該螺絲持續上移進而磨
06 損髌白，及緩解骨折處尚未癒合所導致的相關疼痛與不適，
07 建議病人再次接受移除捷邁骨髓內釘，及改為半人工髌關節
08 置換手術，符合醫療常規。

09 (丙)本件病人手術前，屬貧血，臨床上，以失血量占病人血液量
10 (體重1/13) 20%以上為大量失血，可能會造成病人有休
11 克症狀；輸血2500毫升為大量輸血。而貧血並非人工關節置
12 換術之禁忌症，一般而言，血液透析病人在進行此類手術
13 時，本較容易出血，此手術術中出血900毫升為常見且於醫
14 療上可接受之情形，本件病人失血900毫升與輸血，與病人
15 術前已有貧血無關，

16 (丁)鎮靜安眠藥brotizolam、帕金森氏症治療藥Ldopa+Bense、
17 胃藥famotidine、降血壓藥Sevikar，消炎止痛藥Metoricox
18 ib、止痛藥Tramacet F.C, 止吐藥metoclopramide、降血壓
19 藥nifedipine等藥物是為治療本案病人之相關疾病，顧醫生
20 給予上揭藥物符合醫療常規，無須避免使用。

21 (戊)譫妄症是一種常見醫學問題，其特徵為精神功能的改變通常
22 發生老年人群，發病原因不明且無法預測。當譫妄症發生
23 時，病人意識混亂，可能非常激動也可能很安靜、嗜睡。譫
24 妄症通常是急性發作，一般只持續幾天時間，但也可能持續
25 較長時間，依附件系爭藥物副作用記載（參考資料2，見本
26 院卷二第174至192頁），均無譫妄症之記載，故上揭藥劑並
27 非是病人產生譫妄、認知功能不完全之重要因子。

28 (己)依據病歷有記載病人病史，醫師有考量「原告於102年患有
29 譫妄、視障、聽障、尿毒症、帕金森氏症症狀」等情，本案
30 病人接受人工關節置換手術而於術中、術後病人使用藥物，
31 均係為治療病人相關疾病，該藥物均不會造成或加重譫妄因

子，本案關於該等藥物之使用符合醫療常規。

(庚)依卷附病歷之107年11月23日至28日住院期間之護理紀錄，僅11月24日19時24分之護理紀錄上載有「病人意識混亂」，其他日期之護理紀錄多記載「精神佳」、「意識清楚」之內容，病人於11月28日出院，嗣依12月6日骨科楊（鎮宇）醫師門診紀錄，病人傷口乾淨，未主訴「病人有嗜睡反應遲鈍、手術後就覺得人越來越鈍」之紀錄。

(辛)依病人107年11月24日19時24分護理紀錄上載有「病人意識混亂」等情，然其後此症狀並無再發生，與病人102年間102年患有譫妄、視障、聽障、尿毒症、帕金森氏症症狀而接受置換人工關節手術並無相關（見本院卷二第153至156頁）。

B. 綜上調查，足見被告淡水馬偕醫院之履行輔助人楊鎮宇醫師所為之第2次手術過程符合醫療常規，且病人於上揭手術住院期間，並無法認定有發生譫妄情形，足認楊鎮宇醫師並未診斷病人有譫妄情形，並無違誤。

②原告主張；於107年11月23日第2次手術、108年1月3日骨科門診，均未告知手術後可能會發生譫妄及認知功能不全；亦未告知手術可能會有大失血與輸血、亦未告知原告於102年6月就曾發生「可能是」譫妄的情形云云，惟查：

(甲)依卷附護理紀錄，第2次手術前有簽署手術同意書，而被告淡水馬偕醫院亦有提出由原告施偉立簽署之人工關節手術說明暨同意書（見本院卷一第346至349頁）已記載手術內容、手術效益、手術風險或併發症、替代方案、受術後續治療計畫、手術成功率等明確。而依醫審會鑑定書所載：譫妄症是一種常見醫學問題，其特徵為精神功能的改變，通常發生在老年人群，病發原因不明，且無法預測，且術後譫妄症產生並非影響醫療決策之重要因素，故依醫療常規及病歷相關紀錄，楊（鎮宇）醫師知悉本案病人病史及建議手術治療時，即使未將可能產生譫妄等情告知病人，並未違反醫療常規上之告知義務（見本院卷二第154頁）。

(乙)於107年11月23日手術前，醫師已有將手術可能需要輸血等

情形，告知原告及家屬，此有原告施偉立於同年月22日簽立之1.「輸血治療處置說明暨同意書」及2.「人工髖關節手術說明暨同意書」內載「壹、二.輸血之可能」及3.「手術同意書」內載「三、病人之聲明…5.我瞭解這個手術必要時可能會輸血，我同意輸血」等語（見本院卷第444、446頁）可按，亦無違反告知義務並取得手術同意。

③綜上調查，原告未能舉證證明被告淡水馬偕醫院受雇人楊鎮宇醫師，有未進告知義務或楊鎮宇醫師所為第2次手術有何違背給付義務或加害給付之行為，且既然楊鎮宇醫師所為第2次手術之告知、手術進行符合醫學常規，亦難認有可歸責於被告馬偕紀念醫院之事由。則原告就第1、2次手術，依上揭不完全給付、加害給付法律關係，請求被告淡水馬偕醫院賠償30萬1,667元之損害，並無理由。

3.關於原告主張被告淡水馬偕醫院受雇人陳律安醫師對病人之處置及轉介予胡朝凱醫師及胡朝凱醫師進行第3次手術前後，依上揭不完全給付、加害給付請求被告淡水馬偕醫院賠償部分，並無理由：

(1)認定之證據如下：

①依本件醫審會鑑定書意見：譫妄多為急性發作，臨床症狀可能可能會如震顫或肌陣攣等運動徵象、言語不清、意識改變、激動或嗜睡、強烈幻覺等。而本件病人逾108年1月4日、11日至陳律安醫師門診就診時主訴「開刀之後就覺得人越來越鈍」，雖然陳律安醫師在2次門診病歷中，並未記錄病人意識狀態及言語功能，但同年月14日病人至神經外科胡朝凱醫師門診就診時，胡朝凱醫師問診病人臨床狀況之答覆為「病人有重聽、意識還是清楚，但是定向趕比較不好」、「病人還認得家人」，且依當日門診繃力紀錄，病人並無「言語不清、意識改變、激動或嗜睡、幻覺」等譫妄臨床症狀，故難以認定病人符合臨床上譫妄症狀（特徵）。

②依本件醫審會鑑定書意見：病人於108年1月4日至陳律安醫師門診就診，陳律安醫師診斷病人為失智症，並懷疑病人有

01 正常壓力水腦症併進展，因此安排腦部電腦斷層掃描，並依
02 電腦斷層掃描結果為腦室變大，診斷病人為水腦症，因水腦
03 症臨床症狀之一為失智症，而水腦症治療方法是由神經外科
04 進行手術治療，故陳律安醫師將病人診斷為兩水腦症有關之
05 失智症，並建議由神經外科進一步評估是否手術，屬醫師臨
06 床醫療之裁量權，難謂有不合醫學常規之處。失智症的症狀
07 表現，包括「記憶力下降、注意力無法集中」等症狀，這些
08 失智症狀是會讓病人出現「覺得人越來越鈍」情形，而失智
09 症同時也是正常壓力水腦症的臨床表現之一。

10 ③依本件醫審會鑑定書意見：108年1月4日電腦斷層掃描所呈
11 現腦室擴大腦室周圍變化，為水腦症影像上特徵，可診斷為
12 水腦症，加上失智症為水腦症之臨床表現之一，故胡朝凱醫
13 師診斷病人為正常壓力水腦症與失智症，符合醫療常規。

14 ④依本件醫審會鑑定書意見：水腦症治療，因無特定有效藥物
15 可使用，治療方式主要為引流手術，引流手術仍為醫療常規
16 上治療水腦症最常使用治療方式。引流手術前評估事項，通
17 常包括血液檢查、胸部X光、心電圖等，至於病人曾有譫妄
18 相關症狀，手術前亦需同時考量，以評估是否會影響麻醉與
19 手術的進行。及手術後的復原。臨床上，腰椎穿刺治療並非
20 是治療水腦症優先考量，利用腰椎穿刺引流一部分腦脊髓液
21 是為模擬腦引流手術後情境，讓水腦症病人在接受引流手術
22 前，先測試腦脊髓液引流後的臨床症狀改善效果，作為是否
23 決定接受引流手術參考。但腰椎穿刺引流屬侵入性治療，執
24 行時亦存在風險，因此並非有水腦症病人在接受引流手術
25 前，均先進行腰椎穿刺治療，這種「在引流手術之前先做腰
26 椎穿刺引流」做法，並非是醫療常規。

27 ⑤依本件醫審會鑑定書意見：108年1月4日電腦斷層掃描顯示
28 水腦症，及同年1月14日病人在胡朝凱醫師門診時描述步態不
29 穩、大小便失禁等症狀，符合水腦症的臨床表現，胡朝凱醫
30 師採用引流手術作為水腦症治療之做法，符合醫療常規。10
31 8年1月14日門診紀錄，病人當日於門診（引流手術前）並無

01 謾妄症狀，亦無「病人有褥瘡及關節攣縮」之相關紀錄。在
02 腦引流手術後可能併發症中，除了腦內出血外，亦可能發生
03 癲癇或因腦脊髓液引流過度而發生硬腦膜下血腫，此2項亦
04 屬於引流手術可能之風險。108年1月14日胡朝凱醫師對於引
05 流手術方式以及常見手術風險或併發症，告知「病人年紀大
06 要進行全身麻醉」是有風險，是「高風險手術」、「引流手
07 術方式有兩種，一種從腦子開，引流管從頭上打一個洞放進
08 去，然後一路放放到腹腔去，另一種從腰椎打」，而補管採
09 取何種方式，手術皆有「腦部出血的風險、或腦脊髓液漏光
10 得風險」（參見原證69譯文），雖然譯文中胡朝凱醫師並未
11 逐一列舉各項引流手術可能併發症（例如癲癇、硬腦膜下血
12 腫等）及風險，但胡朝凱醫師對於引流手術應告知之主要及
13 重要併發症及風險事項已告知病人及家屬。綜上。胡朝凱醫
14 師當日向病人及其家屬所為引流手術之告知，符合醫療常
15 規。

16 ⑥依被告淡水馬偕醫院提出之由原告施偉立簽署之腦室腹腔導
17 水管引流或腦室外引流手術說明暨同意書（影本見本院卷一
18 第218至219頁），其中記載：一、手術（醫療處置）...；
19 二、手術效益...；三、手術風險或併發症...，其中(四)癲
20 癇：約5%(五)顱內出血< 3%；四替代方案...；五手術成功
21 率...；六醫師補充說明..等項明確，足以認定胡朝凱醫師
22 已善盡告之義務並取得手術進行同意。

23 ⑦依本件醫審會鑑定書意見：依據108年1月4日電腦斷層掃
24 瞄，診斷水腦症，並採取引流手術治療之行為始屬合理，但
25 引流手術對於水腦症狀改善病人會有不同程度效果，（本
26 件）病人曾於107年10月19日及同年11月23日分別接受骨科
27 麻醉手術，2次手術日期間隔約1個月，且於第2次骨科手術
28 後第5日即順利出院。病人於108年1月22日接受腦引流手
29 術，該引流手術距離前次骨科手術日期間隔約2個月，已較
30 前2次骨科手術日期間隔為大，且引流手術過程順利，並無
31 發生術中併發症，且於引流手術後第5日順利出院。雖然不

01 同病人對於引流手術的效益不同，但引流手術本身在神經外
02 科領域，並非屬於高難度或高風險手術，且病人能在時隔1
03 個月後接受第2次骨科麻醉手術，並順利出院，對於再時隔2
04 個月接受第3次的神經外科麻醉手術而言，其手術風險尚屬
05 於在可接受範圍內。故對於手術風險與手術效益之比較，實
06 難認有手術風險叫手術效益不相當情形。

07 ⑧依本件醫審會鑑定書意見：癲癇為水腦症病人接受腦部引流
08 手術後可能併發症之一，在癲癇分類中全身強直陣攣性發作
09 （或癲癇大發作）的表現為全身性癲癇發作，從強直性運動
10 活動發展為陣攣性運動活動，而肌陣攣性癲癇發作表現為休
11 克樣身體抽搐，連續1次或多次。依病歷紀錄108年1月23日1
12 8時15分外傭表示病人有抽搐情形，全身抽搐約15秒，該症
13 狀表現可能為癲癇大發作或肌陣攣性癲癇法情形，臨床上部
14 排除該癲癇之發生與引流手術有關，但病人在1月23日發生
15 全身抽搐情形後，經由給予癲癇治療藥Depakine400毫克每6
16 小時1次，之後即控制良好，再無抽搐情形，且於3月1日門
17 診時將Depakine減為400毫克每8小時1次，此後亦無發生抽
18 搐紀錄，故此病人的癲癇併發症難謂嚴重併發症。

19 ⑨依本件醫審會鑑定書意見：癲癇為引流手術可能併發症之
20 一，Depakine藥劑屬於治療癲癇第一線用藥選擇之一，胡朝
21 凱醫師108年1月22日引流手術後給予Depakine400毫克每8小
22 時1次，並在病人同月23日發生抽搐時將Depakine劑量增加
23 為400毫克每6小時1次，同月25日12時13分檢驗Depakine血
24 中藥物濃度值為69.4，該數值亦介於Depakine藥物治療參考
25 值範圍內，此Depakine藥劑開立給予符合醫療常規。Depaki
26 ne常見副作用包含噁心、嘔吐、嗜睡、及口乾，嚴重副作用
27 則包含肝臟問題，Depakine的常見副作用及藥劑仿單中，並
28 無特別提及會有心跳不規則、心律不整、血小板減少或大片
29 瘀斑等副作用，病人在108年1月22日引流手術後開始服用De
30 pakine藥物，且在同月23日因病人發生抽搐時增加劑量，而
31 同月26日23時08分病人出現心跳150次／分，心電圖檢驗報

告為「心房顫動併隨快速心室反應」，但此心律症狀於同月27日3時30分恢復規律心跳106次／分，且在後續持續使用Depakine情況下，直到同日出院，或者持續至5月6日神經外科門診就診，均未再有心跳快或心律不整紀錄，尚難認與使用Depakine藥劑有關。

⑩依本件醫審會鑑定書意見：Depakine (valproic acid) 引起血小板減少確實有案例報告，病人於108年5月6日至神經外科胡朝凱醫師門診就診時，主訴左胸部瘀青卷附病歷紀錄中記載「關渡醫院懷疑病人血小板低下，停止使用Depakine，改以Keppra治療癲癇，之後瘀青消失」之紀錄，病人發生血小板低下及瘀青情況，不排除可能與Depakine藥物有關。惟既然醫師Depakine藥劑開立給予病人使用符合醫療常規，且Depakine藥劑常見副作用或藥物仿單中並無血小板減少或大片瘀斑等副作用記載，是已難認醫師於使用Depakine藥物實有預先告知該等風險之可能及義務，使用藥物本即有副作用之存在，況且，雖病人發生血小板低下及瘀青情況，不排除可能與Depakine藥物有關，尚非能認定其因果關係已經存在，則難認被告淡水馬偕醫院醫師開立使用Depakine藥物構成違背給付義務或加害給付，並確實造成損害結果，並此指明。

⑪依本件醫審會鑑定書意見：依108年1月23日電腦斷層掃描顯示，同月22日引流手術中的腦室引流導管，確實是從右側頭頂進入大腦，最後到達左側腦室內。108年1月22日手術紀錄單中，手術方式為：「經由右側科克爾點進行腦室腹腔引流管放置，腦室導管置入於右側腦室內」，然而在實際手術時，雖大多數情況，腦室導管前端最後會進入同一側腦室內，但腦室導管自大腦表面逐步進入腦室的前進過程中，因著前進角度的因素，腦室導管前端最終亦有可能進入到對側的腦室內，至於腦室導管前端最終是放在同側或對側腦室內，在手術臺上當時並無法確實知道。但只要腦室導管前端確實是放置於腦室內，且腦脊髓液確認流動順暢，及搭乘該

手術引流目的，至於引流管前端最終是放在同側（右側）腦室或對側（左側）腦室內，並不影響手術結果，所以並無所謂引流管從右側「誤」穿到左側情形。此引流手術選擇由右側科克爾點進入腦室，最終腦室導管確實位於腦室內，且手術中確認腦脊髓液可通過且流動順暢，腹腔導管端亦順利置放於腹腔內。綜上，該手術之進行符合醫療常規。

⑫原告主張：病人出院後，於108年1月31日回診，家屬向林新曜醫師報告病情請求協助，但未獲回應，病人因而未接受專精護理照護及物理治療，造成褥瘡，病人之白蛋白亦降低而去看營養室門診。病人因持續譫妄長期臥床發生兩側膝關節曲屈攣縮，雖持續復健，無法恢復伸直兩側膝關節，只能曲屈兩側膝關節行走，受有極大痛苦云云，為被告馬偕醫院所否認。惟並無證據足以認定病人於第3次手術之後於何時發生褥瘡、發生之原因為何？且亦無證據用以支持證明原告所主張林新曜醫師報告病情請求協助，但未獲回應，病人因而未接受專精護理照護及物理治療為真實，進一步亦無法認定發生兩側膝關節曲屈攣縮，雖持續復健，無法恢復伸直兩側膝關節，只能曲屈兩側膝關節行走之原因即發生時間，當無法認定該2者間之因果關係。

(2)綜上調查，原告未能舉證證明被告淡水馬偕醫院受雇人陳律安醫師對病人之處置及轉介予胡朝凱醫師之過程及胡朝凱醫師進行第3次手術前後，有何未善盡告知義務或有何違背給付義務或加害給付之行為，且既然陳律安醫師、胡朝凱醫師所為上揭告知、診斷處置轉介及第3次手術進行前後包含用藥均符合醫學常規，亦難認有可歸責於被告馬偕紀念醫院之事由。則原告依民法第220條、第227條、第227條之1等規定，請求被告淡水馬偕醫院賠償支出第3次手術費用6萬6,226元、治療壓瘡醫藥費1萬1,044元、就醫交通費3,720元、治療壓瘡所需紗布、棉棒及治療攣縮所需副木及腳踏車1萬8,751元，治療攣縮所需醫療費及交通費共1萬657元、變盆椅3,500元、精神慰撫金40萬元，共計51萬3,898元之損害；及主

張病人身體、健康人格權受侵害情節重大，依民法第220條、第227條、第227條之1等規定，請求被告淡水馬偕醫院賠償病人精神慰撫金20萬元之損害部分均無理由。

4.關於原告主張被告淡水馬偕醫院受雇人陳律安醫師對病人之處置及轉介至胡朝凱醫師及胡朝凱醫師進行第3次手術前後，依上揭不完全給付、加害給付請求被告淡水馬偕醫院賠償，並主張與被告Winah Juliana Rinih於108年12月13日因其先幫病人站起後離開去拿東西病人因而跌到，導致因硬腦膜下血腫需緊急手術住院，依侵權行為請求被告Winah Juliana Rinih負不真正連帶責任部分，並無理由。

(1)原告主張病人係於108年12月13日發生硬腦膜下血腫之結果，惟已離胡朝凱醫師進行第3次手術時間達11個月，且病人係發生跌倒，則如何認定病人發生硬腦膜下血腫非因跌倒所致？當亦無法認定與原告主張被告淡水馬偕醫院之陳律安醫師、胡朝凱醫師之行為為相關，是並無法認定該等間具有因果關係。

(2)按依民法第184條第1項前段規定，侵權行為之成立，須行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性、違法性，並不法行為與損害間有因果關係，始能成立，且主張侵權行為損害賠償請求權之人，對於侵權行為之成立要件應負舉證責任。是本件被告淡水馬偕醫院亦否認原告主張被告Winah Juliana Rinih於108年12月13日因其先幫病人站起後離開去拿東西，病人因而跌到為真實，而依原告所提出之原證79被告Winah Juliana Rinih看護工外籍勞工手冊、原證80聲音、影片光碟及原證81上揭聲音檔案部分內容之譯文，惟以該譯文內容尚無法認定原告主張被告Winah Juliana Rinih之過失侵權行為事實確實存在，是原告主張依民法第184條第1項前段侵權行為法律關係請求被告Winah Juliana Rinih賠償部分亦無理由。

(3)綜上，原告依民法第184條第1項前段、第195條等規定請求被告Winah Juliana Rinih；依第224條、第227條、第227條

01 之1規定，請求被告淡水馬偕醫院各賠償病人手術住院費用3
02 萬1,207元、尿布、看護墊等費用1萬4,779元、電動床1萬9,
03 500元、門診治療及復健費用3,700元及精神慰撫金20萬元，
04 合計26萬9,186元，負不真正連帶債務部分，亦為無理由。

05 五、綜上所述，原告依民法第227條、第227條之1等規定，民法
06 第184條第1項前段等規定及繼承法律關係，分別請求1.被告
07 淡水馬偕醫院應給付原告施偉立、A O 1、A O 2 101萬5,5
08 65元，及自111年3月10日起至清償日止，按年息5%計算之
09 利息。2.被告Winah Juliana Rinih、被告淡水馬偕醫院應
10 各給付原告施偉立、A O 1、A O 2 26萬9,186元及自111年
11 3月10日起至清償日止，按年息5%計算之利息。如其中一人
12 已為給付，另一人於其給付範圍內免為給付之義務。均為無
13 理由，均應予以駁回。而其假執行之聲請，亦失所附依，應
14 併予駁回。

15 六、兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經本院審酌後，認為均
16 不影響本判決之結果，自無逐一詳予論駁之必要，併此敘
17 明。

18 七、據上論結，原告之訴為無理由，依民事訴訟法第78條，判決
19 如主文。

20 中 華 民 國 114 年 12 月 31 日
21 民事第一庭 法 官 方鴻愷

22 以上正本係照原本作成。

23 如對本判決上訴，應於判決送達後20日內向本院提出上訴狀，若
24 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費，否則本院得不
25 命補正逕行駁回上訴。

26 中 華 民 國 114 年 12 月 31 日
27 書記官 吳紫音