

臺灣士林地方法院民事簡易判決

112年度士簡字第218號

原告 郭宇鴻

訴訟代理人 陳宗奇律師

被告 李俊毅

鄭正威

臺北市立聯合醫院

上一人

法定代理人 王智弘

共同

訴訟代理人 古清華律師

複代理人 王之軍

楊雨璇律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，本院於民國113年10月17日言詞辯論終結，判決如下：

主文

原告之訴駁回。

訴訟費用新臺幣壹仟伍佰伍拾元應由原告負擔。

事實及理由要領

一、本件被告之法定代理人原為璩大成，於訴訟進行中變更為王智弘，經其以書狀聲明承受訴訟，核無不合，應予准許。

二、原告主張：原告於民國111年8月10日凌晨因劇烈腹痛難耐，通報119後由救護車於同日凌晨0時4分送至被告臺北市立聯合醫院陽明院區急診室，由被告鄭正威負責診治，被告鄭正威研判原告下背痛，而開立止痛及鬆弛等藥物，並同意原告於同日凌晨2時34分出院，原告返家後腹痛未有好轉，而於同日上午8時28分再度前往被告臺北市立聯合醫院陽明院區急診室，由被告李俊毅負責診治，被告李俊毅為原告注射抗痙攣及腹部照射X光後，開立藥物治療腹痛，嗣被告李俊毅見原告無異狀而准許原告於同日上午10時29分離院。惟原告

01 仍舊難受，遂前往臺北榮民總醫院，卻在臺北榮民總醫院急
02 診室前昏倒，被臺北榮民總醫院之人員發現後於同日10時45
03 分送入急診室，臺北榮民總醫院為原告進行抽血檢查，發現
04 原告當時之白血球數量已達常人兩倍有餘，有明顯之發炎反
05 應，並決定於同日下午2時許安排照射電腦斷層，發現原告
06 小腸阻塞之症狀，經住院與手術後，原告於111年8月15日出
07 院。被告李俊毅、鄭正威兩人皆為無效之醫療行為，且有害
08 原告腸阻塞之救治時間。被告李俊毅、鄭正威兩人具醫學專
09 業，卻無一人就原告為抽血檢查，未確認原告當下之腸阻塞
10 症狀下，放任原告自行離去，故被告二人實已違反醫療上必
11 要之注意義務，延誤原告知悉其真實病情，且幾乎延誤該病
12 症之治療黃金時期，致原告幾乎喪失其生命。原告因其等所
13 為未能及時知悉真實病症所產生精神心理層面之影響，實可
14 謂受有重大損害，且使病人自主權之保障有所欠缺，乃受有
15 精神上痛苦之精神慰撫金為新臺幣（下同）15萬元。被告臺
16 北市立聯合醫院為被告李俊毅、鄭正威之僱用人，其等之共
17 同侵權行為為執行醫師執務中所為，自應連帶負損害賠償責
18 任，乃依侵權行為之法律關係，提起本件訴訟等語，並聲明
19 求為判決被告應連帶給付原告15萬元，及自起訴狀繕本送達
20 翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。

21 三、被告則以：原告就診時主訴為腰痛，經被告鄭正威檢查問診
22 後診斷為腰痛，並與原告確認其無腹痛，診療時無腹脹、肚
23 子痛等腸阻塞症狀，經原告表示腰痛症狀緩解藥離院，於開
24 立口服藥物後即離開；其後原告再次急診，自訴後腰輕度疼
25 痛、小量黑便等，由被告李俊毅安排原告接受腹部X光檢
26 查，報告均顯示原告當時無腸阻塞，被告李俊毅欲向原告解
27 釋報告結果，卻見原告未經允許下自行離院。再者，臺北榮
28 民總醫院術後報告並未記載原告有腸阻塞，原告於111年8月
29 11日手術僅為探查手術非為腸阻塞手術，手術亦未見有腸扭
30 轉、腸阻塞。原告在臺北榮民總醫院血液檢查，固然有白血
31 球數值較高，然另一項用以判斷是否有發炎之數值CRP為正

01 常值，且原告於被告李俊毅診斷時，並無腹痛，體溫等各項
02 生命徵相均為正常，依據醫療常規並不會安排抽血檢查。被
03 告鄭正威、李俊毅之各項醫療處置未違反醫療常規等語，資
04 為抗辯，並聲明求為判決駁回原告之訴。

05 四、本院得心證之理由

06 (一)按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。
07 民事訴訟法第277條定有明文。又民事訴訟如係由原告主張
08 權利者，應先由原告負舉證之責，若原告不能舉證，以證實
09 自己主張之事實為真實，則被告就其抗辯事實即令不能舉
10 證，亦應駁回原告之請求（最高法院82年度台上字第1723號
11 裁判意旨參照）。復按侵權行為之成立，須行為人因故意過
12 失不法侵害他人權利，亦即行為人須具備歸責性、違法性，
13 並不法行為與損害間有因果關係，始能成立，且主張侵權行
14 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
15 責任（最高法院100年度台上字第1903號判決意旨參照）。
16 次按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫事人員
17 因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要
18 之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠
19 償責任；前項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以
20 該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工
21 作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。醫療法第82條第1、2、
22 4項分別有明文。

23 (二)經查，本件經本院委託醫審會鑑定，其鑑定意見為：「(一)
24 有腸阻塞之病人於臨床上常見之症狀表現，包括腹部絞痛、
25 噁心嘔吐、腹脹、便秘或無排氣等症狀。依病歷紀錄，病人
26 於111年8月10日00:04由緊急救護技術員送至臺北市立聯合
27 醫院陽明院區急診室就診，主訴腰痛、下背痛，由鄭醫師主
28 治，經身體診察腹部柔軟，並無腹部壓痛，腰部轉動時有疼
29 痛受限感，診斷為腰痛、下背痛。病人於當日08:28復至臺
30 北市立聯合醫院陽明院區急診室就診，主訴雙腰痛、下背
31 痛，由李醫師主治。病人於同一天連續2次至臺北市立聯合

01 醫院陽明院區急診室就診，皆無主訴腹痛、噁心嘔吐、腹
02 脹、便秘或無排氣等臨床症狀；鄭醫師對病人進行身體診察
03 時，病人轉動腰部有疼痛受限感，且腹部身體診察無壓痛，
04 與腸阻塞腹痛、嘔吐等症狀明顯不符，李醫師、鄭醫師2人
05 據此未對病人抽血檢查，並無違反醫療常規。李醫師、鄭醫
06 師於診治病人期間內，依病人之主訴予以身體診察、安排影
07 像檢查及針對症狀給予藥物治療，並持續觀察病人病況，經
08 治療後病人病況改善，李醫師、鄭醫師評估後同意病人出院
09 並開立藥物，亦衛教病人規律門診追蹤。綜上，李醫師、鄭
10 醫師對病人之急診醫療行為及處置，符合醫療常規，且無放
11 任病人自行離去之行為。(二)1. 依美國醫學雜誌之指引，背
12 痛之處置，首要為排除嚴重警訊，例如癌症病史、藥物成癮
13 等問題。治療部分，若為骨骼肌肉方面問題，病人表現疼痛
14 會與動作有關，若無神經學方面問題，會使用止痛藥物或肌
15 肉鬆弛劑緩解病人疼痛（參考資料1）。2. 依急診醫學教科
16 書（參考資料2），腹痛之處置方式，首要為排除嚴重腹部
17 急症。依病史詢問、身體診察及輔助診斷工具，如超音波、
18 X光等影像學檢查，以排除是否為主動脈破裂、腸穿孔等危
19 及生命疾患，再進一步安排血液生化檢查、電腦斷層掃描、
20 內視鏡等檢查，找出可能之診斷，並針對個別疾病處置。
21 (三)1. 依醫學學理，腹部疼痛之病人除腹痛外，亦可能合併
22 發生其他部位轉移性之疼痛。然而依病歷紀錄，病人之主訴
23 及醫師身體診察，並無腹部疼痛之情況，雖病歷紀錄上記載
24 病人有下背痛或雙腰痛，惟與腹部疼痛合併發生轉移性疼痛
25 情形不符。2. 依急診醫學教科書（參考資料2），腹痛之處
26 置方式，首要為排除嚴重腹部急症。依病史詢問、身體診察
27 及輔助診斷工具，如超音波、X光等影像學檢查，以排除是
28 否為主動脈破裂、腸穿孔等危及生命疾患，再進一步安排血
29 液生化檢查、電腦斷層掃描、內視鏡等檢查，找出可能之診
30 斷，並針對個別疾病處置（參考資料2）。(四)依病歷紀
31 錄，111年8月10日00:04病人第1次至臺北市立聯合醫院陽明

01 院區急診室就診時之主訴為腰痛、下背痛，並無腹痛之主
02 訴。依病歷紀錄，鄭醫師對病人身體診察後，並無腹痛或腹
03 部壓痛，且腰部轉動時有疼痛受限感，臨床上符合骨骼肌肉
04 疾患所引發之下背痛，依美國醫學雜誌之指引（參考資料
05 1），鄭醫師未安排X光（XRAY）檢查即據此診斷病人下背
06 痛，符合醫療常規因病人無腹痛之主訴，鄭醫師未安排抽血
07 檢查，並未違反醫療常規。（五）依病歷紀錄，111年8月10日
08 08：28病人第2次至臺北市立聯合醫院陽明院區急診室就
09 診，主訴雙腰痛、下背痛，並無腹痛之主訴。李醫師有安排
10 X光檢查，結果為腰椎退化性疾患術後，兩側有金屬物固
11 定，右側髖關節置換，李醫師未進行抽血檢查，未違反醫療
12 常規。（六）1. 依委託鑑定事項所列之111年8月10日X光檢查
13 影像，其紅圈處之器官為腸道，影像係顯示為腸道內存有空
14 氣，此部分屬非特異性發現，臨床之臆測應依醫師臨床判斷
15 為主，無法依此診斷為腸阻塞，且依X光檢查報告，結果為
16 腰椎退化疾患術後，兩側有金屬物固定，右側髖關節置換，
17 並無腸阻塞之記載。故醫師即無就腸道問題之臆測，從而即
18 未就腸道方面進一步安排抽血或電腦斷層掃描等檢查。2. 針
19 對腸道有空氣之鑑別診斷，有賴病史詢問及身體診察，至是
20 否抽血檢查或進一步安排影像學檢查（如X光、電腦斷層掃
21 描等檢查），依病人症狀決定，並非必要之診斷工具。依病
22 歷紀錄，病人並無腹痛表徵，依醫療常規，並不會安排抽血
23 檢查或進一步安排腹部電腦斷層掃描檢查。（七）腹部疼痛可
24 能為腸阻塞，腸阻塞病人之臨床症狀會合併有無法排氣、嘔
25 吐、腹痛等情況。腸阻塞之診斷，須依X光及電腦斷層掃描
26 等檢查，但真正造成腸阻塞之原因、阻塞位置或是否已有腸
27 壞死，有時候僅憑電腦斷層掃描檢查影像仍無法直接判定，
28 必須施行手術才能確診。治療上，可先採內科治療，觀察後
29 續發展以決定是否手術治療。內科治療主要是禁食，並以鼻
30 胃管引流，以解除胃腸腫脹、降低壓力，並輔以足夠靜脈水
31 分、養分等補充，有時候需加上抗生素治療。內科治療若仍

01 無改善，便需考慮手術治療。(八)MBD (May Be Discharg
02 e)，係指病情穩定或康復可以出院。臨床上，病人於診治
03 期間症狀改善，則經衛教注意事項後，即可返家觀察。依病
04 歷紀錄，病人於急診室就診之主訴為下背痛、腰痛，且病人
05 於急診期間並無腹痛之主訴及表現；另依腹部X光檢查結果
06 亦無腸阻塞等腸道問題，急診醫師依症狀治療後病人症狀改
07 善，從而以MBD之醫囑讓病人離院，符合醫療常規。(九)依
08 病歷紀錄，病人於111年8月10日2次至臺北市立聯合醫院陽
09 明院區急診室就診，並無腹痛之主訴，2次急診之主訴及診
10 斷為下背痛及雙腰痛，醫師使用止痛藥物Pethidine及Relax
11 cap治療及緩解病人症狀，符合醫療常規。(十)依臺北榮民
12 總醫院之抽血檢查報告，白血球數值19650/L屬偏高，臨床
13 上代表病人身體處於發炎反應中。(十一)腸阻塞合併白血球
14 數值上升，醫學上可能之原因為發炎、感染、腸組織受損
15 等。腸阻塞之治療上，可先採內科治療，觀察後續發展，以
16 決定是否手術治療。內科治療主要是禁食，並以鼻胃管引
17 流，以解除胃腸腫脹、降低壓力，並輔以充足靜脈水分、養
18 分等補充，有時候需加上抗生素治療。內科治療若仍無改
19 善，便需考慮手術治療。依術後病歷紀錄，本案並無腸阻塞
20 之確定診斷。」等鑑定內容，此有衛生福利部113年8月16日
21 衛部醫字第1131667371號函文及所附醫審會第0000000號鑑
22 定書在卷可考（見本院卷第187至235頁）。上開鑑定報告意
23 見，已就相關病歷資料、診斷結果，為詳盡之分析，並附有
24 相關醫學學理資料為分析之依據，核其內容應可採信。

25 (二)本件原告固主張被告未能診斷出其有腸阻塞之症狀致其受有
26 損害云云，然依上開鑑定書之說明，原告連續2次至臺北市
27 立聯合醫院陽明院區急診室就診，其主訴為下背痛、雙腰痛
28 等症狀，皆無主訴腹痛、噁心嘔吐、腹脹、便秘或無排氣等
29 腸阻塞之臨床症狀，則原告於臺北市立聯合醫院陽明院區急
30 診時之病症是否即為腸阻塞，實屬有疑。況且，臺北榮民總
31 醫院之術後病歷紀錄亦無腸阻塞之確定診斷，是被告李俊

01 毅、鄭正威於為原告診療時，各項醫療處置未見有何違反醫
02 療常規之處，而不法侵害原告身體健康權益之情形。就此，
03 原告之主張，委難憑採。

04 五、從而，原告依上開法律關係，訴請被告連帶給付15萬元，及
05 自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算
06 之利息，為無理由，應予駁回。

07 六、本件事證已臻明確，兩造其餘主張等攻擊防禦方法，核與判
08 決結果不生影響，爰不一一論述。

09 七、本件係就民事訴訟法第427條第1項訴訟適用簡易程序所為原
10 告敗訴之判決，並依職權確定訴訟費用為1,550元（第一審
11 裁判費）應由原告負擔。

12 中 華 民 國 113 年 10 月 31 日
13 士林簡易庭 法 官 楊峻宇

14 以上為正本係照原本作成。

15 如不服本判決，應於判決送達後20日內向本庭提出上訴狀。（須
16 按他造當事人之人數附繕本）。

17 中 華 民 國 113 年 10 月 31 日
18 書記官 徐子偉