

臺灣臺中地方法院刑事裁定

112年度聲自字第63號

聲請人 即

代行告訴人 黃嵩欽

代 理 人 林倩芸律師

被 告 李秀芬

上列聲請人因過失傷害案件，不服臺灣高等檢察署臺中檢察分署中華民國112年9月15日112年度上聲議字第2578號駁回聲請再議之處分（原不起訴處分案號：臺灣臺中地方檢察署111年度醫偵字第20號），聲請准許提起自訴，本院裁定如下：

主 文

聲請駁回。

理 由

一、按告訴人不服上級檢察署檢察長或檢察總長認再議為無理由而駁回之處分者，得於接受處分書後10日內委任律師提出理由狀，向該管第一審法院聲請准許提起自訴；法院認准許提起自訴之聲請不合法或無理由者，應駁回之；認為有理由者，應定相當期間，為准許提起自訴之裁定，並將正本送達於聲請人、檢察官及被告，刑事訴訟法第258條之1第1項、第258條之3第2項分別定有明文。本件聲請人即代行告訴人甲○○以被告乙○○涉犯過失傷害案件，向臺灣臺中地方檢察署（下稱臺中地檢署）檢察官提出告訴，經該署檢察官以111年度醫偵字第20號為不起訴處分（下稱原不起訴處分）後，聲請人不服，聲請再議，嗣經臺灣高等檢察署臺中檢察分署（下稱臺中高分檢）檢察長認聲請人聲請再議為無理由，於民國112年9月15日以112年度上聲議字第2578號處分（下稱原處分）駁回再議之聲請，原處分於112年9月19日送達於聲請人彰化縣大村鄉中山路之住所，聲請人嗣於同年月26日委任林倩芸律師具狀向本院聲請本件准許提起自訴等

01 情，有原不起訴處分書、原處分書、臺中高分檢送達證書、
02 刑事准許提起自訴聲請狀暨刑事委任狀附卷可稽，並經本院
03 調閱上開卷宗查明無訛，是聲請人係於法定期間內聲請准許
04 提起自訴，程序上並無不合，合先敘明。

05 二、聲請人不服原處分，聲請准許提起自訴，聲請意旨略以：

06 (一)被害人於110年2月22日因眼睛看不清物體，對距離、光線判
07 定混亂，全身無力並有無意識扭曲關節、癲癇等症狀，至臺
08 中榮民總醫院急診，同日CT檢查結果即顯示：「腦室系統輕
09 微膨大，疑似為腦積水」，可見被害人當時已出現腦部積液
10 無法正常引流排出之情形，被告卻均未於110年2月22日至同
11 年3月3日之第1次住院治療期間進行相關檢查，或針對此腦
12 積水之異常症狀有何醫療處置及密切追蹤，原處分未見及
13 此，即謂被告已為必要之醫療措施，且處置均符合醫療常規
14 而無疏失，顯不符經驗法則及論理法則。另被害人該腦積水
15 症狀是否於第1次住院期間已獲得控制？第1次住院期間是否
16 已有引流管阻塞之情形？引流管阻塞是否必然於短期間內導
17 致顱內壓升高，或可能為漸進之過程？如被告於第1次住院
18 期間即排除引流管堵塞問題，是否被害人即不會因延誤治
19 療，導致視力神經受到壓迫而失明及智力下降、無法自理生
20 活之結果？此未請鑑定單位再補充說明，應有調查未盡之情
21 形。

22 (二)被告在病歷已顯示「左大腦半球及右額葉腦組織喪失、腦室
23 系統輕微擴大即疑似水腦」之情，且明知被害人有手術埋設
24 腦室腹腔引流管病史及家屬主動詢問下，即應為引流管是否
25 堵塞之相關檢查，否則實難認其已進行必要之醫療措施。CT
26 檢查結果僅能顯示被害人有水腦、曾置放腦室腹膜腔分流
27 管；左大腦半球與右額葉囊狀大腦軟化症；左前腦、左後腦
28 動脈血管可能有狹窄或幾乎阻塞之客觀情形，不能因此排除
29 被害人之腦室腹膜腔分流管有阻塞之情形，原處分認被告已
30 為必要之醫療措施，有違經驗法則及論理法則。

31 (三)110年3月7日凌晨被害人接受腰椎穿刺測量顱內壓力，周育

01 誠醫師為被害人緊急進行左右側腦室外引流手術，發現被害
02 人之腦室腹腔引流管果有阻塞情形，壓力閥回彈是否正常記
03 載與判讀，恐與事實不符而有可疑。原不起訴處分及原處分
04 未就此加以詳查，所為認定有違經驗且未盡調查之責。

05 (四)被害人於110年2月22日因重積癲癇異常發作入院，同年0月0
06 日出院時，仍有發作1次，出院後並持續有四肢無力及於睡
07 夢中不規則舉手或腿等症狀，於同年3月5日再入院，陷入昏
08 迷後接受相關檢查，始發現引流管阻塞情形並進行手術處
09 置，本件鑑定稱被害人於110年2月25日病況已屬穩定，顯與
10 事實不符。又110年2月22日至同年3月2日第1次住院之護理
11 紀錄中，紀錄被害人雙眼瞳孔不等大、左眼對光反射緩慢
12 等，顯然被害人之視力及空間感錯亂症狀未獲得顯著改善，
13 要無被告所辯「出院時都意識清楚，可以清楚回答，住院的
14 時候在加護病房有電視，病歷記載她可以清楚的看電視」之
15 可能，本件鑑定之前提事實有悖於真實，原處分未詳加查
16 核，有應調查未調查之違誤。

17 (五)鑑定結果既認110年2月25日被害人之癲癇症已獲控制，惟依
18 110年2月25日至同年3月2日之護理紀錄，仍記載被害人雙眼
19 瞳孔大小不一致、左眼眼瞼顯下垂無力、左眼對光反射較緩
20 慢情形，顯然被害人左眼異常，非單純因先前腦傷使左側腦
21 幹萎縮或癲癇發作導致，或110年2月25日後被害人之癲癇狀
22 態並未獲得控制，否則鑑定結果即有自相矛盾之情形。且被
23 害人於110年2月22日入院前，視力均屬正常，鑑定未就此前
24 醫療紀錄判斷，即推論被害人左眼異常與其左腦幹萎縮有
25 關，亦不符合論理及經驗法則。原處分未詳加查核，有應調
26 查未調查之違誤。爰聲請准許提起自訴等語。

27 三、經查：

28 (一)本件聲請人代行告訴意旨略以：被告為臺中榮總兒童醫學中
29 心神經科醫師，被害人於幼年時期因「腦水腫」，曾施行
30 「腦室腹腔引流管」手術，約12歲時發生癲癇症狀，持續至
31 臺中榮總由被告看診；被害人於110年2月22日因眼睛看不清

01 物體而至被告之門診，然因看診人數太多而轉至急診收治住
02 院，住院期間被告已知悉被害人瞳孔孔距不一，對光反應不
03 佳，竟未安排被害人做視力檢測或眼底鏡檢測，致未及時發
04 現被害人腦壓過高；又住院期間被告亦未檢測被害人裝設之
05 腦室腹腔引流管有無堵塞，造成腦壓過高，視力神經受壓迫
06 致產生癲癇、失明及意識模糊，嗣經進行「腦室腹腔引流管
07 置放」、「腦內視鏡雙側腦室穿通」手術，始脫離險境，惟
08 已致被害人雙眼無視力反應及智力下降，無法自理生活。因
09 認被告涉有刑法第284條之過失傷害致重傷罪嫌。

10 (二)臺中地檢署檢察官偵查後，認被告遭聲請人指訴涉嫌過失致
11 重傷案件，犯罪嫌疑不足，而為不起訴處分。其理由略以：
12 經調取被害人相關病歷及影像資料，送請衛生福利部醫事審
13 議委員會鑑定後，認：

- 14 1. 按壓儲水池（即「腦室腹腔分流閥」）回彈正常、電腦斷層
15 掃描檢查、磁共振影檢查，係目前臨床上作為主要判定分流
16 管功能是否異常而有導致顱內壓升高之方式，亦係用為顱內
17 壓升高或顱內高壓、水腦症腦壓增高與否的診斷依據；且於
18 疑似顱內壓升高病人，若執行腰椎穿刺（脊椎抽液）測量壓
19 力，有千分之二至百分之五機率可能導致腦疝並死亡，故
20 「腰椎穿刺測量壓力」，並非作為主要判定分流管功能異常
21 導致顱內壓升高之方式。本案中榮團隊及李醫師，已執行按
22 壓儲水池，並安排電腦斷層掃描、磁共振影及血管攝影等檢
23 查。110年2月22日之電腦斷層掃描影像檢查，結果顯示左大
24 腦半球及右額葉腦組織喪失、腦室系統輕微擴大及疑似水腦
25 【可解釋為腦積水】。磁共振影血管攝影檢查結果顯示病人
26 水腦，經腦室腹膜腔分流管置放術（經由左額葉區域）術
27 後、左大腦半球與右額葉囊狀大腦軟化症可能由於先前腦傷
28 所致、大腦腳及正中旁橋腦較小、左前腦及左後腦動脈顯影
29 較差且呈不規則狀、不能排除血管狹窄或幾乎阻塞，且已比
30 較病情穩定時之磁共振影影像(104年9月7日)，未發現顯著
31 變化，而磁共振影血管攝影結果也僅見原已喪失腦組織之左

01 大腦半球血管影像消失，未見右大腦半球血管因顱內壓升
02 高，而導致壓迫以致血流減少等情形，且病人在調整癲癇藥
03 物後，癲癇已停止發作並恢復意識，並無「血壓升高合併心
04 跳慢之顱內壓升高症狀」，故李醫師已為必要之醫療措施，
05 且處置均符合醫療常規並無疏失。

06 2. 又：

07 (1). 依中榮「病情進展紀錄」(progress note)及「護理紀
08 錄」可知，自110年2月25日後病人幾乎無抽搐之情形(除3
09 月3日上午1次10秒鐘發作，未有較長時間之抽搐或癲癇發
10 作紀錄)，且脈搏、血壓、血氧飽和度均穩定(體溫36.3~
11 36.6℃、脈搏84次/分、呼吸18~20次/分、血壓113-147/
12 67-91mmHg，血氧飽和度98~99%)，清醒時可叫喚護理人
13 員、可正確對答及表達需求，故病人之病況已屬穩定，李
14 醫師醫囑病人出院，並未違反醫療常規。

15 (2). 醫學上，顱內壓升高造成之血壓上升與脈搏下降會非常明
16 顯，若以110年3月7日腰椎穿刺測量結果之顱內壓400毫米
17 水柱(約29mmHg)，對照文獻報告之附圖，病人之收縮壓
18 應高於140mmHg，且脈搏低於70次/分。而2月22日至3月3
19 日之病歷紀錄，病人於此期間，並未有同時符合上述顱內
20 壓升高導致血壓升高合併心跳慢情事之記載。

21 3. 依護理紀錄，110年3月6日病人意識不清，昏迷指數4分(E1V
22 1M2)，血壓升高至190mmHg合併呼吸窘迫，給予使用氧氣面
23 罩(FiO75%)，瞳孔對光反射不明顯，表示其神經功能嚴重
24 異常合併呼吸窘迫，因此安排置放氣管內管以建立提供氧氣
25 之呼吸道，亦安排腰椎穿刺測量顱內壓力等檢查，並會診神
26 經外科周醫師，其目的乃為後續治療應排除分流管阻塞導致
27 顱內壓上升等情形，故上述處置均符合醫療常規。

28 4. 另：

29 (1). 為引流水腦之積水以降低顱內壓，神經外科醫師周育誠於
30 110年3月7日為病人進行左右側腦室外引流手術，發現病
31 人之腦室腹腔引流管阻塞伴隨顱內壓升高，於術中置入雙

側腦室外引流管，並移除舊引流管，嗣後於3月15日再將左右側腦室外引流管移除，改置入左右側腦室腹腔分流管，因腦室外引流管僅為暫時性裝置，故改置入腹腔分流管，其乃係為長期引流腦脊髓液所需，故上述之醫療處置皆符合醫療常規。

(2). 依現今醫學技術，仍無法在事先精準預測最適合病人的顱內壓閥數值，需透過調壓力閥，並配合神經功能的變化作評估，亦常需重複安排腦部電腦斷層掃描檢查（CT）或磁共振造影（MRI）檢查追蹤病人病況變化；且病人的其他腦病變（如失智、腦中風、腦萎縮、腦外傷）、病人本身體質及病史，亦會使腦室腹腔分流管引流的效果不如預期。臨床上，顱內壓力閥之設定，會因病人需引流腦脊髓液之程度而有所調整（20歲成年人一開始多以設定為中高壓為主，以避免顱內壓力閥壓力太低而過度引流，進而造成腦出血等併發症之可能），故本案神經外科周育誠醫師於110年3月15日為病人進行顱內壓閥調整手術，設定為中高壓力，符合醫療常規；其後3月18日因病人血壓增高（147mm Hg）及神經功能退步（昏迷指數7），於3月19日再行調整閥門壓力為中低壓力，亦符合醫療常規。

5. 臨床上，左眼異常（包括瞳孔大小與右邊不同、對光反射緩慢、眼瞼下垂等），可能與左側腦幹（中腦、橋腦、延腦）萎縮或癲癇發作有關。而本案病人本有左側腦幹萎縮之病症，故存在左眼瞳孔異常之可能性較高，且2月25日病人之癲癇症狀已獲控制，3月2日、3月3日瞳孔大小及對光反射皆恢復正常，故以上表現未能歸咎於當時已有視神經乳頭水腫或顱內壓升高，亦無安排做視神經乳頭水腫檢視及腦壓或其他深入檢查或與他科別醫師會診之適應症。綜上，李醫師當時之判斷及未會診其他科醫師，皆符合醫療常規。難認其涉有過失傷害行為。

(三) 聲請人對原不起訴處分不服，聲請再議，其意旨略以：
被告應有違反醫療常規，理由如下：

- 01 1. 被告供述被害人於出院時可看電視云云，然110年2月28日之
02 護理紀錄可知，被害人之左眼對光反射緩慢，顯然視力已有
03 問題，何能看電視，護理紀錄與事實相悖且有所矛盾，醫療
04 鑑定並未判斷此部分，尚有疑義。
- 05 2. 被告供述僅有依24小時生命徵兆監控及壓力閥回彈，為判斷
06 無腦壓過高之情況，又稱被害人於110年2月22日至同年3月3
07 日第1次入院，入院期意識清楚，顯與事實不符。被害人入
08 院後，即發生嚴重雙眼對光反應不等或左眼對光反射緩慢之
09 情況，被告未為診治，此病症顯然需要進行其他科聯合會
10 診，又未進一步進行腰椎穿刺探測，有違反醫療常規。
- 11 3. 醫療鑑定報告稱被害人於110年3月6日意識不清，醫院安排
12 進行腰椎穿刺檢查是為了排除分流管阻塞導致顱內壓上升情
13 形，足見腰椎穿刺檢查可以查明被害人是否因分流管阻塞而
14 顱內壓升高之情況，惟被害人入院時，被告均未為此醫療處
15 置，醫療鑑定報告又稱腰椎穿刺檢查非主要檢測方式，亦與
16 被害人其後所受腰椎穿刺檢查係為檢測分流管阻塞之說明矛
17 盾。
- 18 4. 醫療鑑定報告認定被告調整癲癇藥物後並無血壓升高合併心
19 跳慢之顱內壓上升症狀，認被告無違反醫療常規，惟被告除
20 前述壓力閥回彈外，並未為其他檢測，何以得知調整癲癇藥
21 物後並無血壓升高合併心跳慢之顱內壓上升症狀，醫療鑑定
22 報告並未為完整說明，更有先認定無顱內壓升高症狀，再認
23 定癲癇藥物調整並無顱內壓上升之狀況。
- 24 5. 醫療鑑定報告認定現今醫學技術無法預測顱內壓閥數值，然
25 案外人周育誠醫師已於110年3月6日為被害人施行腰椎穿刺
26 檢查，目的在查悉被害人是否有顱內壓上升之情況，顯然現
27 今醫學技術可以測量顱內壓數值，況被告亦供稱被害人術後
28 有顱內壓上升並更換分流管，則醫療鑑定報告認定現今醫學
29 技術無法預測顱內壓閥數值乙節，與其鑑定內容所述明顯不
30 符。
- 31 6. 醫療鑑定報告認定被害人左眼異常與左側腦幹萎縮或癲癇發

01 作有關，認被告無違反醫療常規，惟被害人因癲癇加重病症
02 入院，並有左眼對光無反應之情形，自應詳加診察是否腦壓
03 過高導致之異常，鑑定報告僅以左側腦幹萎縮病症即認定左
04 眼異常可能性較高，未就此前之醫療紀錄判斷，亦有疑義。

05 7. 被害人於110年2月22日入院即表示眼睛看不清楚，顯示原本
06 視力良好，鑑定報告未於報告內說明，亦有疑義。

07 8. 被告應觀察被害人有顱內壓上升、眼壓升高、癲癇等病症，
08 而詳加查明是否有分流管阻塞，並明知得為腰椎穿刺檢查而
09 未為之，顯有過失，且鑑定報告與事實相悖，聲請人對鑑定
10 報告不服且有疑義。原檢察官未詳加調查，就鑑定報告供聲
11 請人審視及提出補充鑑定事項，或請鑑定單位說明，顯有應
12 調查事項未予調查之情形。爰聲請再議，請撤銷發回，續行
13 偵查等詞。

14 (四)臺中高分檢調查後認：

15 1. 依110年2月22日之電腦斷層掃描影像檢查，結果顯示左大腦
16 半球及右額葉腦組織喪失、腦室系統輕微擴大及疑似水腦
17 (可解釋為腦積水)。磁共振造影血管攝影檢查結果顯示被害人
18 水腦，經腦室腹膜腔分流管置放術（經由左額葉區域）術
19 後、左大腦半球與右額葉囊狀大腦軟化症可能由於先前腦傷
20 所致、大腦腳及正中旁橋腦較小、左前腦及左後腦動脈顯影
21 較差且呈不規則狀、不能排除血管狹窄或幾乎阻塞，且已比
22 較病情穩定時之磁共振造影影像(104年9月7日)，未發現顯著
23 變化，而磁共振造影血管攝影結果也僅見原已喪失腦組織之左
24 大腦半球血管影像消失，未見右大腦半球血管因顱內壓升
25 高，而導致壓迫以致血流減少等情形，亦即被告已為被害人
26 進行腦部核磁共振、血管造影檢查、腦電圖檢查，綜合該等
27 檢查結果判斷被害人腦壓變化情形，此均係現今臨床上作為
28 主要判定分流管功能是否異常而有導致顱內壓升高之方式，
29 亦係用為顱內壓升高或顱內高壓、水腦症腦壓增高與否的診
30 斷依據；且醫學上，顱內壓升高造成之血壓上升與脈搏下降
31 會非常明顯，而參酌110年2月22日至3月3日之病歷紀錄，被

01 害人於此期間，並未有同時符合上述顱內壓升高導致血壓升
02 高合併心跳慢情事之記載。被告已採取必要之醫療處置，縱
03 被告當時未為腰椎穿刺檢查，被告之處置係符合醫療常規。

- 04 2. 被害人左眼異常之病徵，依臺中榮民總醫院「病情進展紀
05 錄」(progress note)及「護理紀錄」記載，可認被害人
06 於110年2月28日、3月1日、3月2日瞳孔大小及對光反射皆逐
07 漸恢復正常，故以上表現未能歸咎於當時已有視神經乳頭水
08 腫或顱內壓升高，亦無安排做視神經乳頭水腫檢視及腦壓或
09 其他深入檢查或與他科別醫師會診之適應症之必要。再議意
10 旨指訴被害人第2次入院(110年3月5日因體溫升高37.5度且
11 倦怠而就醫)，於3月7日執行腰椎穿刺檢查，目的查悉被害
12 人有無顱內壓上升之情況，顯然現今醫學技術得測量顱內壓
13 數值，認被告未於被害人第1次住院期間進行腰椎穿刺檢查
14 有違反醫療常規等節，然被告於被害人第1次住院期間有為
15 被害人進行電腦斷層掃描等檢查，而被害人於110年3月5日
16 晚間第2次住院時，依病程紀錄110年3月6日20:23因被害人
17 血壓升高(215/70mmHg)，於3月7日凌晨1:40-2:00執行腰椎
18 穿刺檢查，顯示腦脊髓液壓力測試結果400毫米水柱(參考值
19 80-180毫米水柱)，除給予靜脈滴注降腦壓藥物，並會診腦
20 神經外科醫師，同日施行腦室引流手術，即依110年3月6日
21 被害人之病徵表現，醫師採取適當之醫療措施，因被害人之
22 血壓升高，醫師始評估執行腰椎穿刺檢查，對於疑似顱內壓
23 升高之病人，若執行腰椎穿刺測量壓力，有千分之2至百分
24 之5機率可能導致腦疝並死亡，故腰椎穿刺測量壓力並非作
25 為主要判定分流管功能異常導致顱內壓升高之方式，醫療鑑
26 定報告就此已詳實引述醫學報告說明，腰椎穿刺測量壓力因
27 有相當機率導致腦疝並死亡，非作為主要判定分流管功能異
28 常導致顱內壓升高之方式，況被害人於第1次住院期間並無
29 血壓升高與脈搏下降之病徵，故被告未為被害人施行腰椎穿
30 刺檢查，並無違反醫療常規，尚不得以被害人第2次住院之
31 病情及所進行之醫療處置推測被告於被害人第1次住院期間

01 之醫療處置有違反醫療常規。

02 3. 綜上各項事證，被告當時之判斷及所採取之醫療處置，雖未
03 進行腰椎穿刺檢查、未會診其他科醫師，但被害人經被告及
04 護理人員共同治療照護後，於110年0月0日出院時，病況已
05 穩定，應認被告醫療處置符合醫療常規而無聲請人指訴之過
06 失傷害犯行。從而，本件原檢察官偵查結果，以被告之犯罪
07 嫌疑不足，而為不起訴處分，核無不合。聲請人再議聲請為
08 無理由，而為駁回之處分。

09 (五)前開原不起訴處分及原處分駁回再議理由暨事證，業經本院
10 調閱前開卷證核閱屬實。本件聲請人雖再以上開理由聲請准
11 許提起自訴，惟查：

12 1. 被害人於110年2月22日急診住院後，被告及臺中榮民總醫院
13 有對被害人施以按壓儲水池、電腦斷層掃描、磁共振造影及血
14 管攝影等檢查乙情，有被害人於臺中榮民總醫院之病歷資料
15 可參。而按壓儲水池、電腦斷層掃描檢查、磁共振造影檢查，
16 係目前臨床上作為主要判定分流管功能是否異常而有導致顱
17 內壓升高之方式，亦係用為顱內壓升高或顱內高壓、水腦症
18 腦壓增高與否的診斷依據等情，經衛生福利部醫事審議委員
19 會指明在案。足見被害人於110年2月22日起入住臺中榮民總
20 醫院後，被告及臺中榮民總醫院已對之施以上開可資判斷分
21 流管功能有無異常、顱內壓是否升高之檢查，聲請意旨指摘
22 被告未進行相關檢查，或針對被害人腦積水之異常症狀有何
23 醫療處置及密切追蹤等詞，容與客觀事實不符。

24 2. 又被告及臺中榮民總醫院於110年2月22日起被害人住院期
25 間，對之進行血液及影像檢查。血液檢查結果顯示其肌酸激
26 酶184U/L(參考值10~160U/L)、乳酸鹽17.5mg/dL(參考值3
27 ~12mg/dL)、白血球13870/ μ L(參考值3500~11000/ μ L)。
28 電腦斷層掃描影像檢查，結果顯示左大腦半球及右額葉腦組
29 織喪失、腦室系統輕微擴大及疑似水腦。磁共振造影血管攝影
30 檢查結果顯示水腦，經腦室腹膜腔分流管置放術（經由左額
31 葉區域）術後、左大腦半球與右額葉囊狀大腦軟化症可能由

於先前腦傷所致、大腦腳及正中旁橋腦較小、左前腦及左後腦動脈顯影較差且呈不規則狀、不能排除血管狹窄或幾乎阻塞，與過去磁共振造影檢查結果(104年9月7日)比較無明顯變化。腦電圖檢查結果顯示非對稱雙側腦波異常、左腦非常低的腦波振幅與次皮質功能障礙。經診斷為癲癇、腦性麻痺、左大腦半球與右額葉大腦軟化、水腦經分流管置放術後、右側偏癱、嚴重智能障礙、胃食道逆流等情，同有上開被害人於臺中榮民總醫院之病歷資料可佐。經給予藥物治療後，自110年2月25日後病人幾乎無抽搐之情形，清醒時可叫喚護理人員、可正確對答及表達需求乙節，亦有護理紀錄可考，足見被害人之病況已趨於穩定，堪認被告已執行所需之檢查及治療。

3. 另110年3月7日周育誠醫師對被害人緊急進行左右側腦室外引流手術，固發現被害人之腦室腹腔引流管阻塞伴隨顱內壓升高情形，然上開鑑定意見亦已敘明：以110年3月7日腰椎穿刺測量結果之顱內壓400毫米水柱（約29mmHg），對照文獻報告之附圖，病人之收縮壓應高於140mmHg，且脈搏低於70次/分。而2月22日至3月3日之病歷紀錄，被害人於此期間，並未有同時符合上述顱內壓升高導致血壓升高合併心跳慢情事之記載；且110年3月6日對被害人安排置放氣管內管、腰椎穿刺測量顱內壓力等檢查，目的乃為後續治療應排除分流管阻塞導致顱內壓上升等語。基此，尚難認定被害人於110年2月22日第1次住院期間即有引流管阻塞之情事。聲請意旨以被害人第2次住院之病情及所進行之醫療處置推測被害人第1次住院期間之病情，並認被告所為之醫療處置有違反醫療常規，即非可採。

4. 再按醫療行為固以科學為基礎，然因每個人之體質差異、病況變化等，當今醫學知識、技術、仍有其侷限，而具有不可預測性、複雜性與多樣性，則所謂醫療過失，應係指明顯應為而不為、不應為而為，或醫療行為操作層面等事項，診療醫師有所懈怠或疏虞。然於醫療過程中，個別病患之具體疾

01 病、病程進展及身體狀況等主、客觀條件不一，且不時急遽
02 變化，當有斟酌、取捨之事項。則如何選擇在最適當之時
03 機，採取最有利於病患之治療方式與用藥，本屬臨床專業醫
04 師裁量、判斷之範疇；倘診療醫師就此所為斟酌、取捨，確
05 有所本，並無明顯輕率疏忽，或顯著不合醫療常規之情，不
06 能因診療醫師採擇其所認最適時、有利於病患之治療方式，
07 摒除其他，即謂其係懈怠或疏虞，有錯誤或延遲治療情事，
08 而令其負刑法上之過失責任（最高法院102年度台上字第
09 809、3161號判決意旨參照）。被告於被害人110年2月22日
10 入住臺中榮民總醫院時，已對之施以按壓儲水池、電腦斷層
11 掃描、磁共振造影及血管攝影等檢查後，並給予抗癲癇藥物
12 等，至110年3月2日被害人病況已屬穩定轉至一般病房，
13 同年3月3日讓被害人出院之醫療處置，均屬臨床專業醫師裁
14 量、判斷之範疇，難認有何違反醫療常規之情形。且鑑定書
15 就被告所為關於已對被害人執行按壓儲水池，並安排電腦斷
16 層掃描、磁共振造影及血管攝影等檢查，及讓被害人出院之醫
17 囑，已詳為說明未違反醫療常規，而醫審會係醫學上及各方
18 面之專家所組成之鑑定小組，其鑑定結果，自有高度之專業
19 價值，堪認被告本件所進行之醫療方式符合醫療常規，核屬
20 正當合法之醫療處置方式，其醫療過程應無疏失之處，揆諸
21 前揭說明，被告自不負過失罪責。況卷內無證據足認被告上
22 開醫療處置有何明顯輕率疏忽或顯著不合醫療常規，是原處
23 分認：被告當時之判斷及所採取之醫療處置，雖未進行腰椎
24 穿刺檢查、未會診其他科醫師，但被害人經被告及護理人員
25 共同治療照護後，於110年0月0日出院時，病況已穩定，應
26 認被告醫療處置符合醫療常規而無聲請人指訴之過失傷害犯
27 行等情，並無違法不當或違反論理法則、經驗法則及其他證
28 據法則之違誤。

- 29 5. 至聲請人其餘上開聲請意旨，已於告訴及聲請再議時，均為
30 相同主張，原不起訴處分及原處分亦已審酌聲請人上開主
31 張，並詳載所為判斷之具體理由，亦無違反經驗法則、論理

01 法則或其他證據法則之情甚明，爰不就聲請人重複爭執之相
02 同主張再為論駁。

03 四、綜上所述，原偵查檢察官所為原不起訴處分及臺中高分檢檢
04 察長所為原處分之證據取捨及認定之理由均無違背經驗、論
05 理與證據法則之處。又本院以偵查中現存證據，尚無從認定
06 被告犯罪嫌疑已達准予提起自訴之條件。故本件聲請人聲請
07 准予提起自訴為無理由，應予駁回。

08 五、依刑事訴訟法第258條之3第2項前段，裁定如主文。

09 中 華 民 國 113 年 2 月 15 日

10 刑事第十庭 審判長法官 施慶鴻

11 法官 羅羽媛

12 法官 江健鋒

13 以上正本證明與原本無異。

14 不得抗告。

15 書記官 謝其任

16 中 華 民 國 113 年 2 月 15 日