

臺灣臺中地方法院民事判決

112年度醫字第22號

原告 廖品雯（即廖百謙之承受訴訟人）

陳雅君（即廖百謙之承受訴訟人）

廖銘彥（即廖百謙之承受訴訟人）

廖祐葳（即廖百謙之承受訴訟人）

上四人共同

訴訟代理人 羅閔逸律師

田永彬律師

被告 黃煒軒

林彥志

追加被告 長安醫院

法定代理人 呂政翰

上三人共同

訴訟代理人 黃清濱律師

上列當事人間請求損害賠償事件，本院於民國114年11月13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、程序部分：

一、本件起訴時之原告為廖百謙，其於起訴後之民國112年10月19日死亡，原告廖品雯、陳雅君、廖祐葳、廖銘彥等4人（下

01 稱原告) 為廖百謙之全體繼承人，有被繼承人繼承系統表、
02 除戶戶籍謄本、繼承人戶籍謄本存卷足憑(見本院卷一第14
03 9至155頁)，茲據原告於同年11月22日聲明承受訴訟(見本
04 院卷一第143至145頁)，核無不合，應予准許。

05 二、按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴，但請求之
06 基礎事實同一，及擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在
07 此限，民事訴訟法第255條第1項第2、3款定有明文。所謂請
08 求之基礎事實同一，係指變更或追加之訴與原訴之主要爭點
09 有其共同性，各請求利益之主張在社會生活上可認為同一或
10 關連，而就原請求之訴訟及證據資料，於審理繼續進行在相
11 當程度範圍內具有同一性或一體性，得期待於後請求之審理
12 予以利用，俾先後兩請求在同一程序得加以解決，避免重複
13 審理，進而為統一解決紛爭者，即屬之。查本件廖百謙起訴
14 時，僅對被告黃煒軒、林彥志(以下以姓名稱之)起訴請求
15 勞動能力減損新臺幣(下同)1891萬1410元、精神慰撫金30
16 0萬元、醫療費用32萬3770元等損害賠償，並暫時以300萬元
17 為請求，訴之聲明第1項為：被告等應連帶給付原告300萬
18 元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息百分
19 之5計算之利息。原告於113年1月22日具狀擴張醫療費用為7
20 7萬9636元，並追加請求病房護理費9392元、喪葬費用26萬4
21 960元，但未擴張訴之聲明(見本院卷二第131至132頁)；
22 於113年7月30日追加被告長安醫院(以下以院名稱之)，及
23 民法第188條為請求權基礎，並變更訴之聲明第1項為：黃煒
24 軒、林彥志與長安醫院應連帶給付原告300萬元，及黃煒
25 軒、林彥志自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，長安醫
26 院自民事變更訴之聲明狀繕本送達之翌日起至清償日止，按
27 年息百分之5計算之利息(見本院卷五第25至29頁)；再於1
28 14年11月13日言詞辯論期日，當庭變更訴之聲明為：(一)黃煒
29 軒與長安醫院應連帶給付原告300萬元，及黃煒軒自起訴狀
30 繕本送達之翌日起至清償日止，長安醫院自變更訴之聲明狀
31 繕本送達之翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之利

01 息。(二)林彥志與長安醫院應連帶給付原告300萬元，及林彥
02 志自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，長安醫院自變更
03 訴之聲明狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息百分之5
04 計算之利息。(三)前一、二項請求，如任一被告為給付，其餘
05 被告免為給付義務（見本院卷五第243頁）。經核原告追加
06 長安醫院為被告部分，與原訴之原因事實有社會事實上之共
07 通性及關聯性，證據資料共同而得加以利用，且不甚礙長安
08 醫院之防禦及訴訟之終結；就原請求黃煒軒、林彥志與長安
09 醫院連帶給付，變更為不真正連帶給付部分，核屬減縮應受
10 判決事項之聲明，核與上揭規定相符，應予准許。

11 貳、實體部分：

12 一、原告主張：

13 (一)廖百謙於111年1月9日，因無痛血尿現象，至長安醫院急
14 診，於同年1月10日、1月11日、1月13日、3月24日、4月20
15 日、7月14日，至泌尿科黃煒軒醫師門診就診，黃煒軒醫師
16 表示一切正常，血尿應是攝護腺肥大，然廖百謙服用藥物
17 後，仍持續有血尿、排尿不順、頻尿及急尿等症狀，故於同
18 年9月27日、10月7日、10月14日、10月18日、10月21日、11
19 月26日，改至同院林彥志醫師門診就診，因黃煒軒醫師一直
20 無法解決不明血尿原因，故廖百謙要求林彥志以電腦斷層掃
21 描檢查，但林彥志醫師表示無必要性，期間陸續為一連串之
22 檢查，均僅就攝護腺開立藥物治療，然廖百謙服用藥物數
23 月，仍有顯微血尿、排尿不順、頻尿及急尿等症狀，最後於
24 111年10月18日為膀胱內視鏡檢查，因膀胱鏡無法順利進入
25 膀胱而未完成檢查。廖百謙於111年11月24日再次出現血
26 尿，於同日至亞洲大學附屬醫院（下稱亞大醫院）進行全套
27 泌尿系統檢查（包含電腦斷層掃描檢查），方得知患有膀胱
28 癌，其後廖百謙於111年12月6日臺中榮民總醫院接受手術，
29 經醫師告知為第四期膀胱癌（癌細胞已轉移至攝護腺，且淋
30 巴有腫大跡象），已於112年10月19日病逝。

01 (二)依相關醫療文獻之說明，無痛性血尿係膀胱癌之重要症狀，
02 超過80%以上膀胱癌患者係以血尿為主要症狀，亦可能為膀
03 胱腫瘤唯一之臨床表現，尤其50歲以上之中老年人，須特別
04 留意，而腎盂攝影術（IVP）、膀胱鏡檢查，或尿液細胞學
05 檢查的靈敏度很低，不適合作為第一線檢查（本院卷四第1
06 5、235頁），膀胱鏡檢查則可能因為發炎、出血或尿路病
07 變，或嚴重的不良增生發育與零期癌，很難與正常膀胱組織
08 區分，造成顯影不佳之情況，導致約10-40%膀胱癌者呈現
09 假性陰性結果，早在2006年已有醫學文獻認為應將電腦斷層
10 作為第一線之檢查工具，故早期膀胱癌之診斷，電腦斷層檢
11 查是有其必要性（本院卷一第163頁、卷二第44、47、283至
12 285、293、295頁、卷三第252頁），美國泌尿醫學會指引更
13 指出若無使用禁忌症，臨床醫師應進行多像電腦斷層泌尿道
14 造影檢查（本院卷四第122、236、238頁）。從而，依目前
15 之醫學指引，醫師對於血尿患者應為電腦斷層檢查，方才有
16 盡醫師之善良管理人注意義務。

17 (三)黃煒軒醫師明知廖百謙之血尿狀況原因不明，且廖百謙第一
18 次就診時就表示為「無痛性血尿」，應考慮此為膀胱癌之症
19 狀，竟於長達6個月之就診期間，始終以結石或攝護腺肥大
20 為治療，從未考量腫瘤之可能性（本院卷一第162頁），而
21 未依目前之醫學指引為電腦斷層、核磁共振等相關影像學檢
22 查，已有違反醫療醫療常規，即便黃煒軒醫師於111年1月13
23 日安排輸尿管鏡檢查，亦始終無法確認廖百謙之血尿之原因
24 （本院卷一第163頁），且無證據證明黃煒軒醫師是否確實
25 有檢查膀胱，及膀胱影像資料是否確實如黃煒軒醫師所述並
26 無異常（本院卷三第24頁）。

27 (四)林彥志醫師明知廖百謙血尿長達半年多均未改善，111年10
28 月7日、111年7月14日病歷資料及尿液檢查報告，均顯示廖
29 百謙仍有血尿情形，林彥志醫師於111年9月27日診斷廖百謙
30 有「不明血尿」（hematuria unspecified）、「急尿」、
31 「攝護腺肥大與下泌尿道症候群」，111年10月7日、111年1

01 0月21日復診斷為「其他原因排尿困難」(other retention
02 of urine)、「急性攝護腺炎」(acute prostatitis)，
03 足認其認為廖百謙血尿和排尿困難之原因不明，病況加重增
04 加「急性攝護腺炎」之症狀，並於111年9月27日、10月27日
05 向林彥志醫生表示仍有肉眼可見之血尿(gross hematuria
06 for 2 days visit ER)(見本院卷一第73、163頁、卷三第
07 24至25頁、卷四第15至16頁)，應考慮攝護腺肥大以外之原
08 因，然其於111年10月18日為廖百謙為膀胱鏡檢查，因膀胱
09 鏡無法順利進入膀胱而未完成檢查，等同未為檢查，無法排
10 除有腫瘤之可能性，林彥志醫師就以發現攝護腺肥大及膀胱
11 頸高聳，認定係攝護腺肥大以此作為診療結果結案(見本院
12 卷二第296頁)，並未採取其他檢查方式，亦未依廖百謙要
13 求為電腦斷層檢查。

14 (五)廖百謙係00年0月00日生，屬於中老年人，且有無痛血尿、
15 排尿不順、頻尿、急尿等症狀症狀，屬於典型之膀胱癌患
16 者。黃煒軒、林彥志醫師始終未查明廖百謙無痛血尿之原
17 因，卻拒絕以電腦斷層、核磁共振等其他方式檢查，顯然有
18 違反善良管理人注意義務之重大過失。又長安醫院自2016年
19 起設立迄今，未通過衛生福利部國民健康署之癌症醫療品質
20 認證，此應為任職多年之黃煒軒、林彥志醫師所明知，其等
21 無法查明廖百謙之血尿原因，黃煒軒、林彥志及長安醫院顯
22 然欠缺治療膀胱癌之經驗及設備，其等未建議廖百謙轉診，
23 且對於廖百謙不明血尿之原因與病情、如何治療處置，是否
24 要轉診其他經過癌症認證之醫學中心，以及尚未查明血尿原
25 因之醫療風險，從未向廖百謙告知說明，以致廖百謙在不充
26 分的醫療資訊下，不能對整個病情、醫療處置及危險有充分
27 瞭解而為醫療決定，黃煒軒、林彥志醫師對廖百謙為無效診
28 斷與治療之行為，與延誤治療膀胱癌之傷害間，自有因果關
29 係，亦有違反醫療法第73條第1項之轉診義務(醫院因人
30 員、設備或專長能力不足，無法確定病人之病因或提供完成
31 之治療時，應建議病人轉診)、同法第82條第1項(醫療業

01 務之施行，應善盡醫療上必要之注意）、醫師法第12條之1
02 之告知義務（醫師應向病人告知其病情、治療方針、處置、
03 用藥）等保護他人之法律。

04 (六)綜上，黃煒軒、林彥志明知渠等與長安醫院欠缺治療膀胱癌
05 等癌症之經驗或設備，長達1年均無法查明廖百謙血尿之原
06 因，亦無不對廖百謙為電腦斷層或核磁共振檢查之醫療理
07 由，卻拒絕為上開檢查查明廖百謙之血尿原因，亦未建議廖
08 百謙轉診，均有違反醫療常規，並有重大疏失。廖百謙因黃
09 煒軒、林彥志醫師未善盡醫療上應具備之注意義務之過失行
10 為，延誤接受膀胱癌診斷治療之權利，造成其生存機率下
11 降，最終因黃煒軒、林彥志醫師延誤治療而病逝。長安醫院
12 為黃煒軒、林彥志醫師之僱用人，其等應依民法第184條第1
13 項前段、第2項、第188條第1項、第193條第1項、第195條第
14 1項前段、民法第544條等規定，負損害賠償責任。

15 (七)原告請求賠償項目，包含：1.廖百謙部分：勞動能力減損1
16 8,911,410元、因無效醫療支出之長安醫院醫療費用570元、
17 額外支出臺中榮民總醫院等醫療費用77萬9066元、病房護理
18 費9392元、精神慰撫金300萬元；2.原告部分：喪葬費用26
19 萬4960元；並就其中300萬元部分先為一部請求（見本院卷
20 二第399頁）。

21 (八)並聲明：

- 22 1.黃煒軒與長安醫院應連帶給付原告300萬元，及黃煒軒自起
23 訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，長安醫院自變更訴之聲
24 明狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之
25 利息。
- 26 2.林彥志與長安醫院應連帶給付原告300萬元，及林彥志自起
27 訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，長安醫院自變更訴之聲
28 明狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之
29 利息。
- 30 3.前一、二項請求，如任一被告為給付，其餘被告免為給付義
31 務。

01 4.如受有利判決，願供擔保請准宣告假執行。

02 二、被告則以：

03 (一)廖百謙於111年1月9日因急診到院主訴其有肉眼可見之血尿
04 現象，經黃煒軒醫師於同年月10日為廖百謙進行靜脈注射泌
05 尿系統造影術；於同年月13日為廖百謙進行雙側輸尿管內視
06 鏡檢查並同時檢查膀胱，及安排病理細胞檢查，檢查結果並
07 未發現病兆。廖百謙於111年9月27日改由林彥志醫師看診，
08 廖百謙當時病徵為嚴重急尿、尿流速慢，未主訴有血尿嚴重
09 之情，林彥志醫師根據廖百謙主訴症狀，診斷為泌尿道症
10 狀，並處方開立藥物治療，於111年10月7日為廖百謙進行尿
11 液常規檢驗，未驗出血尿；再於111年10月18日為廖百謙進
12 行膀胱鏡檢查，發現其有攝護腺肥大及膀胱頸高聳之異常，
13 致內視鏡無法進入膀胱，而無法完成膀胱檢查，已於同年10
14 月21日向廖百謙說明膀胱頸切除手術之適應症，廖百謙表示
15 解尿症狀已經改善，希望繼續藥物治療為由拒絕手術後，直
16 到同年11月26日回診時，始告知黃煒軒醫師其在亞大醫院檢
17 查結果。故黃煒軒、林彥志醫師針對廖百謙就醫時之主訴及
18 相關臨床症狀，已考量廖百謙之症狀要排除膀胱腫瘤之可
19 能，並有安排相關檢查，關於泌尿道感染部份，亦有開立藥
20 物治療，廖百謙於111年10月21日進行尿液常規檢驗僅驗出
21 微量潛血（見本院卷三第109頁），且紅血球較初次檢查結
22 果，減少50倍以上（見本院卷三第83頁），可見經過上開檢
23 查與治療後，廖百謙之血尿症狀有所改善，檢查結果雖未能
24 精確診造成血尿原因為何，但均未發現有罹患膀胱癌之病灶
25 （見本院卷二第19、400頁）。黃煒軒、林彥志醫師係基於
26 醫療專業判斷，認廖百謙並無轉診他院或應為電腦斷層、核
27 磁造影檢查之必要，並無不具備應有之醫學知識與技能，或
28 醫院設備無法提供醫療需求之情事，自無建議病人轉診之義
29 務，至醫院有無癌症診療品質認證，只是列為申請醫學中心
30 評鑑的必要資格，與長安醫院是否可以治療癌症及具備治療
31 能力無關。

01 (二)依臺北榮民總醫院及衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審
02 會）之鑑定意見，均認為黃煒軒、林彥志醫師之醫療行為已
03 善盡醫療必要注意，並無違反醫療常規及合理臨床專業裁
04 量，不應以廖百謙最後罹患膀胱癌之結果，逕以推論被告黃
05 煒軒、林彥志醫師之醫療行為違反注意義務等語，資為抗
06 辯。並聲明：1.原告之訴及假執行之聲請均駁回。2.如受不
07 利判決，願供擔保，請准宣告免為假執行。

08 三、得心證之理由：

09 (一)廖百謙於111年1月9日至長安醫院急診，主訴肉眼可見血
10 尿，於同年1月10日至該院泌尿科黃煒軒醫師門診就診，接
11 受超音波及靜脈注射泌尿系統造影術檢查，檢查結果為陰
12 性，嗣於同年1月13日安排雙側輸尿管鏡檢查及尿液細胞學
13 檢查，依手術紀錄之檢查結果為無膀胱及雙側輸尿管病灶，
14 且雙側輸尿管細胞學檢查結果為陰性，廖百謙於同年3月24
15 日、4月20日、7月14日於黃煒軒醫師門診追蹤期間，主訴頻
16 尿、排尿疼痛、排尿細小、排尿排不乾淨及夜尿等下泌尿道
17 症狀，接受尿液常規、攝護腺特異抗原（PSA）、腎輸尿管
18 膀胱攝影、尿流速檢查、經直腸攝護腺超音波等評估，111
19 年7月14日尿液常規檢查結果顯示為顯微性血尿，尿中紅血
20 球（RBC）6-9；同年9月27日起，至同院林彥志醫師門診就
21 診，主訴急尿及排尿細小，同年10月7日主訴急尿情形改
22 善、排尿細小、排尿困難等，當日尿液常規檢查顯示blood
23 1+、尿中紅血球（RBC）0-2，並於同年10月18日接受局部麻
24 醉膀胱內視鏡檢查，因膀胱頸高聳，膀胱鏡無法進入膀胱而
25 完成膀胱內探查；廖百謙於同年11月17日至亞大醫院門診就
26 診，主訴肉眼可見無痛性血尿、排尿細小及排不乾淨，接受
27 尿液常規檢查顯示血尿，尿中紅血球（RBC）36/HPF，同日
28 接受檢查包括尿液細胞學檢查為非典型細胞、膀胱超音波疑
29 似結石及腎輸尿管膀胱攝影，結果無異常，同年11月24日接
30 受膀胱鏡檢查發現膀胱頸腫瘤，續為電腦斷層掃描檢查，結
31 果顯示膀胱基底處有不規則邊緣之腫塊病灶，同年11月29日

01 至臺中榮民總醫院門診就診，同年12月6日於該院接受經尿
02 道膀胱腫瘤刮除手術，診斷肌肉侵襲型膀胱癌合併原位癌及
03 攝護腺侵犯等情，為兩造所不爭執，並經本院調閱廖百謙就
04 診期間之相關病歷資料及醫療影像光碟確認屬實，故就廖百
05 謙前開診療經過情形，應堪認定。

06 (二)原告主張廖百謙有無痛性血尿之早期膀胱癌之症狀，應實施
07 電腦斷層檢查以確認病情，黃煒軒、林彥志醫師均未安排廖
08 百謙施作電腦斷層檢查或磁共振造影檢查，排除廖百謙有罹患
09 膀胱癌之可能，而有違反醫療常規及善良管理人注意義務之
10 過失；又黃煒軒、林彥志醫師對於廖百謙不明血尿之原因與
11 病情、如何治療處置，是否要轉診其他經過癌症認證之醫學
12 中心，以及尚未查明血尿原因之醫療風險，均未向廖百謙告
13 知說明，亦有違反醫療法第73條第1項之轉診義務、同法第8
14 2條第1項、醫師法第12條之1之告知義務等情，為被告等所
15 否認，並以前揭情詞置辯。是本件應審酌者厥為：林彥志醫
16 師、黃煒軒醫師為原告所為之各項醫療診斷與處置，是否有
17 違反醫療常規而有疏失？如有，該等醫療疏失行為與廖百謙
18 或原告主張所受之之損害結果間，有無相當因果關係？如
19 有，廖百謙或原告因此所受損害若干？經查：

20 1.按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，
21 民事訴訟法第277條前段定有明文。於涉及醫療糾紛之民事
22 事件，考量醫療行為具有相當專業性，醫病雙方在專業知識
23 及證據掌握上並不對等，衡量如由病人舉證有顯失公平之情
24 形，固得適用前開但書規定減輕其舉證責任，或就該過失醫
25 療行為與病人所受損害間之因果關係，為舉證責任之轉換，
26 則由醫師舉證證明其醫療過失與病人所受損害間無因果關
27 係，以資衡平。惟主張有醫療過失或醫療契約債務不履行之
28 病人，仍應就其主張醫療行為有診斷或治療錯誤之疏失或瑕
29 疵存在一節負舉證之責，並應證明至少使法院之心證度達到
30 降低後之證明度，獲得該待證事實為真實之確信，始可認其
31 已盡舉證之責，非謂其初始即不負舉證責任或當然倒置於醫

療機構或醫師，方符前揭訴訟法規之精神及醫療事件之特質，其理自明。次按醫療行為具有專業性、錯綜性及不可預測性，是醫師、護理師執行醫療照護行為應盡之善良管理人注意義務，係就醫療個案，本於診療當時之醫學知識，審酌病人之病情、就診時身體狀況，病程變化，醫療行為之風險，避免損害發生之成本，及醫院層級等因素，為專業裁量，綜合判斷選擇有利病人之醫療方式，為適當之醫療照護，即應認為符合醫療水準，而無過失。醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任，醫療法第82條定有明文。是病患依侵權行為或債務不履行之法律關係，請求醫事人員或醫療機構賠償損害者，須醫事人員或醫療機構因故意、過失造成病患受有損害。而侵權行為法規範目的，在於合理分配損害，因此過失認定應採客觀標準。就醫療事故而言，所謂醫療過失行為，係指行為人違反依其所屬職業，通常所應預見及預防侵害他人權利行為義務。所謂善盡醫療上必要之注意則係指醫療行為須符合醫療常規而言。是醫事人員如依循一般公認臨床醫療行為準則，正確地保持相當方式與程度之注意，即屬已為應有之注意。是原告主張黃煒軒、林彥志醫師有前開違反醫療常規之疏失，致廖百謙及原告受有損害等情，即應由原告就此部分有利於己之事實，負舉證之責，合先敘明。

2.原告主張黃煒軒、林彥志醫師未安排電腦斷層掃描檢查或磁共振造影檢查，是否有違反醫療常規部分，經臺灣臺中地方檢察署檢察官函請臺北榮民總醫院鑑定，及本院檢送廖百謙之相關病歷資料，補充詢問臺北榮民總醫院及囑託醫審會鑑定結果，鑑定意見分述如下：

(1)關於黃煒軒醫師所採取、進行之檢查方式、治療方式，及未安排電腦斷層掃描、磁共振造影檢查等，有無違反醫療常規部分：

①臺北榮民總醫院鑑定意見認為：「一、無痛且肉眼可見之血

01 尿約有20%機率可能為腫瘤（膀胱腫瘤、輸尿管腫瘤、腎臟
02 腫瘤）。二、無痛之血尿所需安排的檢查，各治療指引有不
03 同之規定，列舉如下：甲、泌尿學教科書第十二版（Camp
04 bell Walsh Wein Urology, 12' " Edition）第16章第253
05 頁）上載明肉眼可見之血尿必須做的檢查為：(1)膀胱內視鏡
06 檢查；(2)尿液細胞學檢查；(3)上泌尿道影像學檢查。乙、美
07 國泌尿醫學會治療指引（Microhematuria: AUA/SUFU Guide
08 line (2020)），此病患屬於高風險病人（high-risk patie
09 nt），需要安排之檢查為：(1)膀胱內視鏡檢查；(2)上泌尿道
10 影像學檢查。其中上泌尿道影像學檢查則包含『電腦斷層尿
11 路顯影檢查』或『磁振造影尿路顯影檢查』、『逆行性腎盂
12 造影』加上『腹部超音波檢查』。丙、美國National Compr
13 ehensive Cancer Network (NCCN) 針對膀胱癌的治療指（N
14 CCN Guidelines Bladder cancer Version 3.2023）提及若
15 懷疑膀胱癌，初始的檢查包含『膀胱內視鏡檢查』以及『腹
16 部及骨盆腔影像學檢查』，其中腹部及骨盆腔影像學檢查則
17 包含『電腦斷層尿路顯影檢查』或『磁振造影尿路顯影檢
18 查』或『逆行性腎盂造影』加上『腹部超音波檢查』。丁、
19 歐洲泌尿醫學會治療指引（EAU Guidelines on Non-Muscle
20 -invasive bladder cancer (TaT and CIS) (2023)，第1
21 4頁內提及針對血尿病人所應該進行之影像學檢查包含『電
22 腦斷層』、或『逆行性腎盂造影』。戊、臺灣泌尿醫學會出
23 版之『TUA泌尿科治療指引(2022)』第19頁提及：如果病人
24 有血尿，『腎臟膀胱超音波』或『注射顯影劑之電腦斷層』
25 可以當作第一線檢查。三、綜合上述之實證醫學及相關醫療
26 文獻，雖然各治療指引規定間有些微差異，但其診斷精神太
27 多數相同，可統整為『應做整套泌尿道系統之影像學檢查，
28 不論是否為電腦斷層、核磁共振或是腎盂造影』且『必須包
29 含膀胱內視鏡檢查』。此案例病人主訴肉眼可見血尿，安排
30 雙側輸尿管內視鏡檢查（同時檢查膀胱），靜脈注射腎盂造
31 影術，以及尿路細胞學檢查已經完整涵蓋整個尿路系統。符

01 合醫療常規。」，此有臺北榮民總醫院112年11月6日北總泌
02 字第1120004763號函及所附鑑定意見在卷可稽（見本院卷二
03 第273至275頁）。另本院就黃煒軒醫師經上開輸尿管內視鏡
04 檢查、靜脈注射腎盂造影術以及尿路細胞學等檢查後，無法
05 確診病患廖百謙之血尿之原因，仍未安排電腦斷層檢查或建
06 議轉診，是否有違反醫療常規、合理臨床專業裁量乙節，函
07 請臺北榮民總醫院補充說明，經該院覆以：對於「膀胱癌的
08 診斷」來說，「膀胱鏡檢查」的診斷力，敏感度（sensitiv
09 ity）和特異度（specificity）高於「電腦斷層」，既然膀
10 胱鏡檢查已經沒有發現異常，依照醫療常規的確沒有一定要
11 安排敏感度（sensitivity）較低的電腦斷層，可持續於門
12 診追蹤病患尿液檢查情形或持續觀察病人症狀等情，亦有該
13 院113年10月4日北總泌字第1130003237函在卷可考（見本院
14 卷五第39至43頁）。

- 15 ②醫審會鑑定意見認為：「十、鑑定意見：……（三）1.黃醫
16 師於111年1月10日安排靜脈注射泌尿系統造影術（IVP），
17 嗣於1月13日安排雙側輸尿管鏡檢查（含膀胱鏡及雙側輸尿
18 管細胞學檢查），且於後續門診期間，持續追蹤尿液檢查，
19 即臨床診療上已盡注意，以排除其病症為泌尿道惡性腫瘤、
20 上皮癌病變等所致。2.(1)膀胱鏡檢查具有極高的準確性，是
21 評估膀胱癌存在與否最可靠的方式（整體敏感度100%，特
22 異度範圍為93.4~100%），超過任何其他影像檢查的診斷
23 價值）、(2)依據歐洲泌尿醫學會治療指引及臺灣泌尿醫學會
24 泌尿科治療指引建議，對有膀胱癌相關症狀的病人或高度懷
25 疑有膀胱癌的病人，膀胱鏡為必要的檢查。膀胱鏡檢查不能
26 被細胞學檢查或任何其他非侵入性檢查所取代，意即膀胱癌
27 須透過膀胱鏡並進一步取得病理組織進行病理檢驗，始能下
28 診斷，無法僅以影像學檢查取代。反之，即使影像學檢查顯
29 示膀胱局部有疑似異常的情形，仍須透過膀胱鏡確認其病
30 灶，並取得病理組織進行病理檢驗，始能為癌症之診斷。(3)
31 黃醫師於111年1月13日安排輸尿管鏡檢查，於該次有檢查膀

01 胱，且檢查結果，膀胱並未有異常之處（參照長安醫院手術
02 紀錄及影像截圖）。影像截圖為靜態佐證，因此任何第三方
03 醫療意見，均僅能依據手術紀錄及影像截圖評論。其中附圖
04 1影像截圖為攝護腺尿道的精阜(verumontanum)，且其上黑
05 點為正常表現。(4)依據泌尿學教科書，電腦斷層掃描尿路攝
06 影或磁共振造影尿路攝影，為主要用以評估上泌尿道系統的檢
07 查。黃醫師所安排靜脈注射泌尿系統造影術及雙側輸尿管鏡
08 檢查（含膀胱鏡），已為涵蓋完整泌尿道系統。綜上，黃醫
09 師之醫療處置，符合醫療常規及合理臨床專業裁量。3.(1)膀
10 胱鏡檢查對於評估膀胱癌，具有極高的準確性（整體敏感度
11 100%，特異度範圍為93.4~100%），超過任何其他影像檢
12 查的診斷價值。(2)依據美國泌尿科醫學會治療指引建議，對
13 於初次血尿評估為陰性的病人，臨床醫師可在12個月內再次
14 進行尿液分析。(3)依據泌尿學教科書，對於初次血尿評估為
15 陰性的病人，建議每年追蹤尿液檢查共2年。倘若確認已無
16 血尿，則可免於後續追蹤。倘若3~5年內仍持續顯微性血尿
17 或表現肉眼可見之血尿，則需重複血尿鑑別診斷之完整評
18 估。綜上，黃醫師之醫療處置，符合醫療常規及合理臨床專
19 業裁量。」，此有衛生福利部114年9月4日衛部醫字第11416
20 67453號函及醫審會鑑定書在卷可參（見本院卷五第79至93
21 頁）。

22 (2)關於林彥志醫師所採取、進行之檢查方式、治療方式及未安
23 排電腦斷層掃描、磁共振造影檢查等，有無違反醫療常規部
24 分：

25 ①臺北榮民總醫院鑑定意見認為：「一、依據111年9月27日病
26 患之門診紀錄，告訴人當時病徵為嚴重急尿（severe urgen
27 cy）和尿流速慢（weak stream）。二、病患主訴之症狀屬
28 下泌尿道症狀（Lower urinary tract symptoms），根據下
29 泌尿道症狀目前並無任何醫療指引規定一定要做電腦斷層以
30 及磁共振造影之檢查。三、根據門診紀錄、林彥志提供之表格
31 及黃煒軒提供之表格，病患當時已無主訴血尿，且111年10

01 月7日於長安醫院進行之驗尿亦無驗到顯微血尿，關於血尿
02 之後續造追蹤，下列兩醫療指引可以作為參考：甲、泌尿學
03 科教科書第十二版（Campbell Walsh Wein Urology, 12th Ed
04 ition）第16章第252頁上載明若血尿之初始檢查找不到確切
05 原因，病人依然需要每年回診追蹤，前2年必須每年追蹤驗
06 尿，第3-5年若仍有顯微血尿之情形，需重複做完整之檢
07 查，其餘視病人症狀及臨床情況而定。乙、美國泌尿醫學會
08 治療指引（Microhematuria: AUA/SUFU Guideline (202
09 0)）則指出：對於血尿初始評估陰性的患者，臨床醫師可以
10 安排在12個月內重複驗尿。四、綜上所述，不論是下泌尿道
11 症狀檢查，或是血尿之追蹤，林彥志未幫病人安排電腦斷層
12 掃描及磁振造影檢查，符合醫療常規，並無疏失。」，此有
13 臺北榮民總醫院前揭112年11月6日北總泌字第1120004763號
14 函及所附鑑定意見、113年10月4日函在卷可稽（見本院卷二
15 第273至275頁、卷五第45頁）。

- 16 ②醫審會鑑定意見認為：「十、鑑定意見：……（四）1.111
17 年10月7日的尿液常規檢查結果，為「blood 1+」，即指尿
18 液試紙檢測結果。依據美國泌尿科醫學會治療指引，臨床醫
19 師不應僅以尿液試紙檢測呈陽性結果，定義顯微性血尿，應
20 進一步進行尿液顯微鏡檢查，其結果顯示為「RBC 0~2/HP
21 F」，並無血尿。林醫師為病人看診期間所執行的尿液常規
22 檢查及膀胱鏡檢查，為臨床上應注意排除其病症為泌尿道惡
23 性腫瘤的醫療決定。2.(1)依據美國泌尿科醫學會治療指引，
24 對於曾進行過血尿評估為陰性，且隨後尿液檢驗也為陰性的
25 病人，臨床醫師可停止進一步的顯微性血尿評估。(2)依據泌
26 尿學教科書，對於初次血尿評估為陰性的病人，建議每年追
27 從尿液檢查共2年。倘若確認已無血尿，則可免於後續追
28 蹤。倘若3~5年內仍持續顯微性血尿或表現肉眼可見之血
29 尿，則需重複血尿鑑別診斷之完整評估。(3)膀胱鏡對於評估
30 膀胱疾病，具有極高的準確性（整體敏感度100%，特異度
31 範圍為93.4~100%），超過任何其他影像檢查的診斷價

01 值。(4)依據歐洲泌尿科醫學指引建議，對有膀胱癌相關症狀
02 的病人進行膀胱鏡檢查，且膀胱鏡檢查不能被細胞學檢查或
03 任何其他非侵入性檢查所取代。意即膀胱癌仍須透過內視鏡
04 檢查並進一步取得病理組織進行病理檢驗，始能下診斷，無
05 法僅以影像學檢查取代。反之，即使影像學檢查顯示膀胱局
06 部有疑似異常的情形，仍須透過膀胱鏡檢查確認其病灶，取
07 得病理組織進行病理檢驗，始能為癌症之診斷。(5)林醫師看
08 診期間（111年9月27日至10月21日），病人主訴急尿且尿流
09 速緩慢，並未提及肉眼可見之血尿，且111年10月7日的尿液
10 檢驗並未驗到血尿。對於病人所主訴的下泌尿道症狀，依據
11 歐洲泌尿科醫學指引，並不符合電腦斷層掃描或磁振造影檢
12 查的適應症。(6)111年10月18日病人接受膀胱鏡檢查，因局
13 部麻醉且膀胱頸高聳導致該次無法完成膀胱鏡探查，當時林
14 醫師有建議透過膀胱頸切開手術以解決該問題，始能完成膀
15 胱探查，但病人未接受且未再回診。綜上，林醫師所為醫療
16 處置，符合醫療常規及合理臨床專業裁量。」，此有前揭衛
17 生福利部114年9月4日函及醫審會鑑定書在卷可參（見本院
18 卷五第79至93頁）。

19 (3)綜參上開鑑定意見可知，黃煒軒醫師抗辯其依廖百謙就醫時
20 之主訴為無痛血尿之症狀，已於111年1月13日安排雙側輸尿
21 管鏡檢查，並於該次檢查同時檢查膀胱，及林彥志醫師抗辯
22 其依廖百謙於就診期間主訴急尿、尿流速緩慢，並未提及肉
23 眼可見之血尿，及111年10月7日尿液檢查結果未有血尿之情
24 形，及於111年10月18日所為膀胱內視鏡檢查等，均屬適於
25 排除廖百謙血尿或其他上泌尿道症狀之成因為惡性腫瘤之醫
26 療處置，且上開檢查結果，並未發現廖百謙有罹患膀胱癌之
27 病灶，故未安排電腦斷層掃描檢查或磁振造影檢查等情，即
28 屬有據，故本件黃煒軒、林彥志醫師基於醫療專業，依病患
29 之病情發展，未予安排電腦斷層掃描檢查或磁振造影檢查，
30 尚難認有何原告所指違反醫療常規之疏失可言。

31 3.至原告引用多篇網路資料、醫療期刊、美國泌尿醫學會治療

01 指引、歐洲泌尿醫學治療指引等，主張無痛性血尿為膀胱癌
02 的前兆，廖百謙屬於中老年人，有無痛血尿、排尿不順、頻
03 尿、急尿等症狀，屬於典型之膀胱癌患，電腦斷層掃描對膀
04 胱癌之診斷準確率高，應以電腦斷層檢查作為第一線之檢查
05 工具乙節。經查：

06 (1)原告所提出之一般性之醫療指引、學術論文或生活醫學資訊
07 等，並非基具體個案診斷結果所為，雖得作為醫師於具體個
08 案中，對於無痛血尿患者是否為電腦斷層掃描檢查之參考，
09 然鑑於醫療過程中醫師就具體個案之裁量性，及須因應不同
10 病患不同病情、體質之複雜性進行判斷，進而實施醫療行
11 為，尚難據此推導為無痛血尿患者均應為電腦斷層檢查，若
12 黃煒軒、林彥志醫師未對廖百謙為電腦斷層檢查即有違反醫
13 療常規之行為。

14 (2)原告雖引用〈Campbell教科書之第15版第1冊第1113頁〉

15 (見本院卷四第429頁)、〈高雄榮民總醫院臨床診療指引
16 2020年第1版〉、〈美國國家癌症資訊網 膀胱癌臨床指引 2
17 019年〉(見本院卷二第109、111頁)等醫學文獻或醫療指
18 引，主張臨床表徵懷疑患有膀胱癌腫瘤病變之患者，初期評
19 估應為電腦斷層或核磁共振檢查(見本院卷二第109、111
20 頁)，然臨床上符合醫療常規的處置方式當非僅只一種，俾
21 由醫師因應臨床狀況而有裁量空間，尚難以部分醫學文獻資
22 料所載之某種處置方式，即排除他種處置方式之合理性。況
23 且，參酌原告提出〈血尿不會痛沒關係？(下略)〉、〈膀
24 胱癌早期症狀及影像學檢查〉、〈早期膀胱癌的局部治療
25 與手術治療 中國醫藥大學附設醫院院長室顧問及泌尿腫瘤
26 科 楊啟瑞〉等網路資料記載：「……電腦斷層對於偵測膀
27 胱癌有一些幫助，但是目前診斷上的黃金標準仍然以膀胱鏡
28 檢查以及病理切片為主。」(見本院卷一第82頁)、「CT檢
29 查傳統CT(平掃+增強掃描)對診斷膀胱腫瘤有一定價
30 值……但是原位癌不易被發現，不能瞭解輸尿管情況，分期
31 準確不高，……一組浸潤性膀胱腫瘤患者行CT檢查，診斷準

01 確率只有54.9%，39%分期偏低。但患者若存在尿道狹窄或
02 膀胱有活動性出血不能進行膀胱鏡檢查，CT仍有其優越性。
03 CT仿真膀胱鏡可獲取與膀胱鏡相似的視覺訊息，雖不能完全
04 替代膀胱鏡，但有其應用價值，是膀胱鏡較好的替代和補充
05 方法。」（見本院卷二第56至57頁）、「早期膀胱癌的診
06 斷、分期及手術切除治療膀胱癌的初始有無痛性血尿，其次
07 是解尿不適，頻尿或膀胱發炎的症狀。由於血尿不是膀胱癌
08 專一的症狀。因此上泌尿道的影像檢查亦需要以排除上泌尿
09 道的腫瘤。以膀胱鏡為主，膀胱鏡可以評估腫瘤大小、位
10 置、形狀，以及有無膀胱頸或尿道侵犯，如果是比較大或基
11 底較廣。CT電腦斷層檢查是有必要性。」（見本院卷二第59
12 頁）；及〈膀胱癌篩檢的新標誌物-NMP22〉一文，提及大約
13 10-40%膀胱癌患者呈現假性膀胱鏡陰性結果，但仍指出
14 「膀胱鏡檢查是膀胱癌患者的標準診斷方法」（見本院卷三
15 第37頁），可知電腦斷層檢查可作為膀胱癌之診斷工具，但
16 並非唯一之診斷依據，膀胱鏡仍為臨床上最主要之診斷工
17 具。臺北榮民總醫院及醫審會上開鑑定意見，亦明確表示膀
18 胱鏡檢查整體敏感度100%，特異度範圍為93.4~100%，具
19 有極高的準確性，超過包含電腦斷層檢查等其他影像檢查的
20 診斷價值，若膀胱鏡檢查結果未發現異常，並無安排敏感度
21 較低的電腦斷層檢查之必要。國內並無針對「顯微血尿」之
22 治療指引，但是關於「顯微血尿」患者必須排除泌尿道惡性
23 腫瘤之診斷原則，與先前已回覆無痛性血尿所需安排之檢查
24 相同，應做整套泌尿道系統之影像學檢查，包含超音波、電
25 腦斷層、核磁共振或是腎盂造影等檢查，電腦斷層為可安排
26 的檢查之一，但無任何單一檢查為必要之檢查，亦經本院函
27 請臺北榮民總醫院說明如上（見本院卷五第41頁）。故本件
28 自不能以黃煒軒、林彥志醫師未為電腦斷層掃描檢查為由，
29 遽認其等有違反醫療常規之過失。

30 (3)另〈泌尿道之CTU和IVP對比影像在診斷腫瘤、結石和狹窄的
31 比較〉一文，係在比較常規靜脈注射腎盂攝影術與電腦斷層

01 泌尿系統攝影，對於泌尿系統血尿患者於腎及輸尿管的腫
02 瘤、結石診斷率，研究顯示對比劑的電腦斷層檢查在腫瘤、
03 結石、與尿道狹窄之檢查，優於靜脈注射腎盂攝影術檢查
04 （見本院卷二第381頁），並非探討無痛血尿患者之醫療處
05 置是否應為電腦斷層掃描檢查；〈美國泌尿醫學會治療指引
06 （Microhematuria: AUA/SUFU Guideline）（2020）〉（見本
07 院卷四第37至55頁）所載「泌尿系統評估……高風險患者上
08 泌尿道影像的選擇：……如果沒有使用禁忌症，臨床醫師應
09 進行多相電腦斷層(CT)泌尿道造影(包括尿路上皮影像)（英
10 文原文：Urinary Tract Evaluation……High-Risk 13. Opt
11 ions for Upper Tract Imaging in High-Risk Patient: I
12 f there are no contraindications to its use, clinicia
13 ns should perform multiphasic CT urography）」，則
14 係針對上泌尿道即輸尿管與腎臟之影像學檢查所為醫療指
15 引。又〈血尿病患之影像學評估-電腦斷層可以取代靜脈尿
16 路攝影嗎？〉一文，提及「…電腦斷層影像對血尿病患的確
17 定診斷率為84.3%，靜脈尿路攝影則為31.3%。……電腦斷
18 層攝影對於血尿的診斷率，整體而言高於靜脈尿路攝影，經
19 常一次檢查便足夠得到確定診斷。……以電腦斷層攝影取代
20 靜脈尿路攝影作為血尿病患之第一線評估工具可能是合理
21 的。」（見本院卷二第385至392頁）；〈CT imaging of th
22 e urinary tract〉一文，提及「電腦掃描造影對檢測腫瘤
23 和泌尿系系統結石非常有效。如今，它取代靜脈注射泌尿系
24 統造影（IVU）為檢測泌尿系統結石或血尿的首選。」（見
25 本院卷四第167頁）；〈無症狀顯微血尿〉一文，提及「顯
26 微血尿發現泌尿道惡性腫瘤的機會，臨床統計從0%至25.
27 8%都有，整體比例約為2.6%，在排除良性疾病後，建議進
28 行顯微血尿的泌尿相關評估，包括膀胱鏡檢查與影像學檢
29 查。膀胱鏡檢查主要針對下泌尿道部分，包括膀胱及尿道，
30 而影像學檢查則是對上泌尿道之評估，包括腎臟、腎盂、輸
31 尿管。……若有泌尿惡性腫瘤相關危險因子，則不論年紀為

01 何，皆須接受膀胱鏡檢查。而在影像學的部分……2012年美
02 國泌尿科醫學會則是建議多相電腦斷層掃描泌尿造影（CT
03 U）為顯微血尿影像評估的首選。……靜脈腎盂造影（intra
04 venous pyelography）也常作為顯微血尿的影像學評估，因
05 為成本較低，但由於其對腎臟小的腫瘤敏感度不高，且有時
06 無法明確區分腫塊抑或囊泡，在評估膀胱及尿道惡性腫瘤的
07 效果也不好，常需要合併其他檢查，因此不做為第一線使
08 用」（見本院卷二第375至379頁）；及〈Campbell教科書第
09 15版第1冊第252頁〉，提及「CT尿路造影檢查是評估血尿的
10 首選影像檢查方法（英文原文：CT urogram is the prefer
11 red imaging modality for the evaluation of hematuri
12 a）」（見本院卷四第427頁）；〈歐洲泌尿醫學治療指引202
13 3年版〉，所載「第5章診斷5.4影像學5.4.1電腦斷層尿路造
14 影和靜脈尿路造影：電腦斷層尿路造影(CT)用於檢測泌尿道
15 乳頭狀腫瘤，表現為充盈缺損及/或腎積水。如果無法進行C
16 T檢查，靜脈泌尿道造影(IVU)是一種替代方法，但特別是在
17 肌肉、膀胱和上泌尿道上皮癌(UTUC)中的浸潤性腫瘤，CT
18 泌尿道造影可提供更多資訊（包括膀胱的狀態）、淋巴結及
19 鄰近器官）。」（見本院卷二第283、305至370頁），綜合
20 前開醫學文獻或醫療指引之內容，應係指在影像學檢查部
21 分，電腦斷層掃描之確定診斷率高於靜脈尿路攝影，應取代
22 靜脈尿路攝影（腎盂造影）作為第一線評估工具，而為評估
23 血尿的首選影像檢查方法，且主要作為評估上泌尿道系統之
24 檢查，並非認為對於膀胱癌之診斷得以電腦斷層掃描取代膀
25 胱鏡檢查，亦非認為無痛血尿患者應為電腦斷層掃描檢查。
26 原告引用前開醫療文獻，主張無痛血尿患者均應為電腦斷層
27 檢查，尚有誤會。

28 (4)從而，原告以上開文獻、期刊、文章所擷取之內容，逕認林
29 彥志、黃煒軒醫師未對廖百謙為電腦斷層檢查或磁振造影檢
30 查而有違反醫療常規，自非可採。原告據此主張臺北榮民總
31 醫院及醫審會之鑑定結果為不可採，亦非有據。

01 (三)黃煒軒醫師於111年1月13日對廖百謙進行雙側輸尿管內視鏡
02 檢查，依其手術紀錄單上記載「Bladder:no tumer」等語
03 (見長安醫院病歷卷①第51頁)，足認黃煒軒醫師對於廖百
04 謙有罹患膀胱癌之可能，已有注意，原告主張黃煒軒醫師未
05 考量廖百謙有罹患惡性腫瘤之可能性云云，並非可採。本院
06 在無其他事證可認定，亦無法逕認病歷之記載有不實之情
07 形，原告以網路文獻資料即率然推論輸尿管鏡與膀胱鏡之檢
08 查部位不同，無法取代膀胱鏡確實檢查屬於下泌尿道系統之
09 膀胱、尿道等，質以黃煒軒醫師是否確實有檢查膀胱，且檢
10 查結果是否確無異常，亦難採認。又廖百謙於111年1月9日
11 因肉眼可見之血尿現象至長安醫院急診，於同年3月24日回
12 診時，已無血尿現象，此有尿液常規檢查報告在卷可稽(見
13 本院卷三第101頁)，且黃煒軒醫師經上開輸尿管內視鏡檢
14 查、靜脈注射腎盂造影術以及尿路細胞學等檢查後，雖無法
15 確診血尿之原因，可持續於門診追蹤尿液檢查情形或持續觀
16 察病人狀況，倘若仍持續顯微性或肉眼可見之血尿，應重複
17 血尿鑑別診斷之完整評估，並無立即為電腦斷層檢查或建議
18 轉診之必要，此為前揭鑑定意見敘載甚詳，而廖百謙血尿狀
19 況曾一度改善，直到111年7月14日回診追蹤時，尿液常規檢
20 查結果顯示為顯微性血尿，尿中紅血球(RBC)6-9(見本院
21 卷三第105頁)，因廖百謙其後改至林彥志醫師門診就診，
22 即難推認黃煒軒醫師於為廖百謙治療期間所為之醫療行為，
23 對廖百謙之病況變化，有何應進行之檢查而未為之，而有違
24 反醫療常規之情事。又廖百謙於同年9月27日起，至同院林
25 彥志醫師門診就診時，主訴為急尿、排尿細小，同年10月7
26 日尿液常規檢查顯示為blood 1+、尿中紅血球(RBC)0-2，
27 僅有微量潛血，林彥志醫師安排廖百謙於111年10月18日進
28 行膀胱鏡檢查，因膀胱頸高聳，膀胱鏡無法進入膀胱而完成
29 膀胱內探查，廖百謙於111年10月21日回診，依據病歷紀錄
30 記載「well explained the indication of TUR+BN, try me
31 dication tx」，即解釋尿道膀胱腫瘤切除術適應症、嘗試

01 藥物等，足認林彥志醫師已有告知廖百謙其罹患膀胱腫瘤之
02 可能，並為後續醫療處置之建議，嗣廖百謙未繼續回診而改
03 至他院接受檢查及治療，益難認為林彥志醫師於為廖百謙治
04 療期間，有何應進行之檢查而未為之，而有違反醫療常規之
05 情事。原告以黃煒軒、林彥志醫師未查明廖百謙之血尿原因
06 而未為電腦斷層、核磁共振檢查，即認為其等有違反善良管
07 理人注意義務之重大過失，洵非可採。

08 (四)另依醫審會之鑑定意見，罹癌與否，均需要病理學佐證，而
09 非透過任何影像學檢查，即使影像學檢查發現任何異常之
10 處，仍須透過膀胱鏡檢查確認其病灶，並取得病理組織予以
11 檢驗，始能做成癌症診斷，在沒有病理學的依據下，皆無法
12 推斷廖百謙於111年1月13日至10月18日是否罹癌，此有前揭
13 醫審會鑑定書在卷可參（見本院卷四第93頁）。是廖百謙雖
14 因罹患膀胱癌而不幸生死亡之結果，然尚無實證可證在原告
15 主張黃煒軒及林彥志醫師應為廖百謙施行電腦斷層檢查時，
16 即進行該項檢查，就可檢查出廖百謙身體所生惡性腫瘤之情
17 形。是以，原告執上詞主張黃煒軒及林彥志醫師就此有醫療
18 疏失，亦無足採。

19 (五)黃煒軒及林彥志醫師於為廖百謙治療期間所為之醫療行為，
20 既符合當時的醫療常規及臨床專業裁量範圍，長安醫院亦非
21 不具備膀胱鏡、電腦斷層掃描等相關醫療設備之醫療院所，
22 並無所謂因人員、設備或專長能力不足，無法對廖百謙血尿
23 情形為追蹤檢查而須轉院之情形；又黃煒軒醫師於為廖百謙
24 治療期間既未發現廖百謙有膀胱腫瘤之跡象等情事，依病歷
25 資料之記載，林彥志醫師於111年10月18日無法完成膀胱鏡
26 檢查後，亦有告知廖百謙其罹患膀胱腫瘤之可能，並為後續
27 醫療處置之建議，是尚難以事後判斷廖百謙於他院檢查確診
28 罹患膀胱癌，而認為黃煒軒、林彥志醫師對於廖百謙不明血
29 尿之原因與病情、如何治療處置，有違反告知說明及轉診義
30 務之處。原告上開主張，並非可採。

31 (六)綜上，依卷內相關證據資料，本院尚無從認定黃煒軒及林彥

01 志醫師有何原告所指違反醫療常規之行為，是其主張黃煒軒
02 及林彥志醫師應負侵權行為及債務不履行損害賠償責任，即
03 難認有據。原告另主張長安醫院應負連帶賠償責任，亦不足
04 採。

05 (七)至原告聲請函詢衛生福利部，關於膀胱癌具有之症狀，對於
06 不明原因之無痛血尿患者，應為何種檢查等（見本院卷二第
07 298至299頁），及函詢醫審會及臺北榮民總醫院，長安醫院
08 是否有通過癌症醫療認證，是否有足夠之人員、設備及經驗
09 治療廖百謙不明原因之血尿、小便困難、頻尿及急尿等，及
10 是否應建議廖百謙轉診乙節，其中部分事項業經醫審會及臺
11 北榮民總醫院之鑑定意見予以回應，其餘事項則與證明黃煒
12 軒及林彥志醫師之醫療行為是否有違反醫療常規之情事無
13 關，是本院認為並無函詢上開事項之必要，爰不予調查，附
14 此敘明。

15 四、綜上所述，原告依民法第184條第1項前段、第2項、第188
16 條、第193條第1項、第195條第1項前段、民法第544條等規
17 定，請求黃煒軒、林彥志及長安醫院給付300萬元，及黃煒
18 軒、林彥志起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，長安醫院
19 自變更訴之聲明狀繕本送達之翌日起至清償日止，按年息百
20 分之5計算之利息，均無理由，應予駁回。原告之訴既經駁
21 回，其假執行之聲請亦失所附麗，爰併予駁回。

22 五、本件事證已臻明確，兩造間其餘主張及舉證，經本院審酌後
23 認與判決之結果不生影響，不再逐一論列，附此敘明。

24 六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

25 中 華 民 國 115 年 1 月 8 日
26 民事第六庭 法官 孫藝娜

27 正本係照原本作成。

28 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
29 委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

30 中 華 民 國 115 年 1 月 8 日
31 書記官 資念婷

