

原告 蔡家慶

被告 余承儒

長安醫院

法定代理人 呂政翰

上二人共同

訴訟代理人 黃清濱律師

嚴惠平律師

上列當事人間請求醫療糾紛事件，經本院於民國113年11月15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。

訴訟費用新臺幣1,000元由原告負擔。

### 事 實 及 理 由

#### 一、原告主張：

(一)原告為訴外人張秀嬌之子，張秀嬌於民國110年4月2日因膽管阻塞而入住長安醫院，由主治醫師即被告余承儒安排於同年月6日施作「膽管內視鏡支架置放術」（下稱系爭手術）。然張秀嬌入院後，被告余承儒未曾安排心臟科醫師會診評估其病史、是否應轉院治療，且於同年4月6日方安排手術，有延遲治療之嫌；另張秀嬌曾做過心臟瓣膜置換手術，故原告術前已交代勿讓張秀嬌趴著施作手術，然被告余承儒仍不予理會；又張秀嬌術後即出現呼吸吃力、喘鳴聲、心律不整、心搏過速等異常生理徵象，被告余承儒未將其留置恢復室詳細檢查及觀察，僅交待戴上鼻導管補充氧氣及給予支氣管擴張噴劑，旋即送回普通病房；張秀嬌回普通病房後整晚胸口不適、心率過快，原告數次向護理人員尋求協助，亦未獲積極處置，直至隔日4月7日醫護人員才警覺不對，將張秀嬌送入加護病房緊急插管治療，但治療的黃金期已過，加護病房主任告知張秀嬌心臟功能僅剩一般人的百分之30。原告因此

01 對被告長安醫院失去信心，於同年4月21日將張秀嬌送往臺  
02 中榮總繼續治療，然因張秀嬌心肺功能已嚴重受損，仍於同  
03 年5月3日離世，原告驟失至親，受有精神上巨大之痛苦。

04 (二)張秀嬌之主治醫師即被告余承儒所進行之醫療處置具有上述  
05 可歸責之重大瑕疵，致生張秀嬌死亡之結果，自應依照第18  
06 4條第1項前段、第2項、第192條第1項、第194條、醫療法第  
07 82條規定，對原告負侵權行為損害賠償之責。此外，被告余  
08 承儒因執行職務致生前開損害，被告長安醫院既為被告余承  
09 儒之雇主，依民法第188條第1項規定，自應連帶負賠償之  
10 責。

11 (三)張秀嬌與被告長安醫院成立醫療契約，被告長安醫院為被告  
12 余承儒之雇主，且為被告長安醫院就前開醫療契約之履行輔  
13 助人，因被告余承儒之過失行為，致被告長安醫院為不完全  
14 給付，依照民法第224條、第227條、第227條之1、醫療法第  
15 82條等規定，應負債務不履行損害賠償之責。

16 (四)為此，爰依侵權行為及債務不履行之前開規定，提起本訴，  
17 請求被告連帶給付原告精神慰撫金，並請求本院擇一為原告  
18 有利之判決。並聲明：①被告應連帶給付原告10萬元，暨自  
19 起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息百分之5計算之  
20 利息。②願供擔保請准宣告假執行。

## 21 二、被告則以：

22 (一)張秀嬌為罹患肝臟及胰臟部位惡性腫瘤末期之73歲病人，住  
23 院檢查後發現其胰臟腫塊造成膽道阻塞，被告余承儒已於術  
24 前向原告解釋膽道阻塞處理方法之優缺點、可能出現感染、  
25 出血及引流可能失敗等相關併發症及風險，原告並於110年4  
26 月6日簽立「內視鏡逆行性膽胰管攝影術及治療術說明暨同  
27 意書」，上開說明暨同意書對於系爭手術常見之風險包括心  
28 肺併發症等都已明確記載，是被告余承儒對於系爭手術已善  
29 盡告知及說明義務。

30 (二)縱張秀嬌先前做過心臟瓣膜置換手術，但此並非接受系爭手  
31 術之禁忌，且接受系爭手術，本來就必須採取趴著做的體

01 位；又張秀嬌術後有先在檢查室留觀，生命徵象穩定，沒有  
02 必須收治加護病房之症狀，故將病人送回住院病房觀察，嗣  
03 後張秀嬌發生呼吸音喘鳴聲、心跳快等問題，檢查後發現為  
04 心律不整，被告余承儒有開立藥物治療，並以心電圖監測器  
05 監測，再於4月7日中午12時許，因胸部X光顯示其肺水腫，  
06 向家屬解釋後，給予轉ICU-307照護，於同年4月21日其家屬  
07 要求轉院，也協助辦理轉院。綜上所述，被告余承儒對於張  
08 秀嬌之醫療行為，不論術前評估、檢查、術後監測、臨床症  
09 狀處置等，都已善盡客觀注意義務，並經過醫療專業裁量，  
10 亦符合醫療常規，無任何消極不作為之情形。

11 (三)又張秀嬌於110年4月21日轉診至臺中榮民總醫院後，其病情  
12 及治療已脫離被告之掌控，其於同年5月3日死亡，與被告之  
13 醫療行為應無相當因果關係，原告對此亦未提出相關證據證  
14 明，難謂已負舉證責任，而原告另外提告刑事部分，業經臺  
15 中地方檢察署檢察官為不起訴處分，益徵被告並無過失等  
16 語。並聲明：原告之訴及假執行之聲請駁回。

### 17 三、得心證之理由

18 (一)原告主張其母張秀嬌於110年4月2日至同年4月21日於被告長  
19 安醫院治療，期間進行各項如病歷及護理紀錄所示之醫療措  
20 施等情，業據提出長安醫院出院病歷摘要、心臟超音波檢查  
21 報告、住院護理紀錄為證(見本院卷第133至149頁)，且為兩  
22 造所不爭執，是此部分事實，應堪認定。然原告主張因被告  
23 余承儒進行之醫療處置具有上述可歸責之重大瑕疵，致生張  
24 秀嬌死亡之結果，則為被告所否認，並以前詞置辯。是本件  
25 之爭點為：被告余承儒對張秀嬌進行之醫療行為，是否符合  
26 醫療常規？

27 (二)按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責  
28 任；另不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱  
29 私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人  
30 雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額，其名譽被侵  
31 害者，並得請求回復名譽之適當處分，民法第184條第1項前

01 段、第195條分別定有明文。次按當事人主張有利於己之事  
02 實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第277條前段定  
03 有明文。又侵權行為之成立，須行為人因故意過失不法侵害  
04 他人權利，亦即行為人須具備歸責性、違法性，並不法行為  
05 與損害間有因果關係，始能成立，且主張侵權行為損害賠償  
06 請求權之人，對於侵權行為之成立要件應負舉證責任（最高  
07 法院100年度臺上字第1903號判決意旨參照）。再民事訴訟  
08 如係由原告主張權利者，應先由原告負舉證之責，若原告先  
09 不能舉證，以證實自己主張之事實為真實，則被告就其抗辯  
10 事實即令不能舉證，或其所舉證據尚有疵累，亦應駁回原告  
11 之請求（最高法院17年上字第917號判例要旨參照）。本件  
12 原告既主張其因被告余承儒為訴外人即原告之母張秀嬌所施  
13 作之系爭手術之醫療行為具有可歸責之重大瑕疵，致生張秀  
14 嬌死亡之結果，並依侵權行為法律關係請求被告余承儒、長  
15 安醫院賠償，原告自應就被告余承儒行為有何可歸責性、違  
16 法性等節負舉證責任。

17 (三)按衛生福利部受理委託鑑定機關委託鑑定案件，應提交衛生  
18 福利部醫事審議委員會醫事鑑定小組（以下簡稱醫事鑑定小  
19 組）召開會議審議鑑定。前項鑑定，得先行交由相關科別專  
20 長之醫師（以下簡稱初審醫師）審查，研提初步鑑定意見；  
21 醫事鑑定小組會議，必要時得邀請有關機關或專家學者列席  
22 諮商；醫事鑑定小組會議對於鑑定案件之審議鑑定，以委員  
23 達成一致之意見為鑑定意見，不另作發言紀錄；醫事鑑定小  
24 組委員及初審醫師，對於鑑定案件，應就委託機關所提供之  
25 相關卷證資料，基於醫學專業知識與醫療常規，並衡酌當地  
26 醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，不得為虛偽  
27 之陳述或鑑定，醫療糾紛鑑定作業要點第4點、第14點、第  
28 15點、第16點分別定有明文。足見前揭由衛生福利部醫事審  
29 議委員會作成鑑定書，均係由衛生福利部醫事鑑定小組委員  
30 就前揭證卷資料，基於醫學專業知識與醫療常規，並衡酌當  
31 地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，應具有相

01 當之專業性、客觀性及公正性，自得作為本件判斷之依據。  
02 原告前向臺中地檢署對被告余承儒提起業務過失傷害告訴(1  
03 11年度醫偵續字第1號，下稱刑事另案)，刑事另案偵查過程  
04 已將系爭事件送請衛生福利部醫事審議委員會，就被告余承  
05 儒對張秀嬌所為之醫療處置，是否符合醫療常規進行鑑定。  
06 參諸鑑定書就上開鑑定事項之鑑定意見如下：「(一)病人如  
07 有使用抗凝血劑治療，於接受治療性內視鏡手術，通常建議  
08 停止抗凝血劑治療至少3天以上，較不易出現術中難以控制  
09 的出血情形。110年4月2日病人至長安醫院急診室就診，因  
10 有阻塞性黃疸、凝血功能延長異常、膽道感染等情形，余醫  
11 師(即被告余承儒)醫囑給予抗生素治療，以控制細菌感  
12 染，並輸新鮮冷凍血漿及紅血球濃縮液，以矯正凝血功能異  
13 常及貧血，待病人之感染控制及凝血功能矯正後，始安排於  
14 4月6日進行手術，符合醫療常規。(二)進行手術前，擁有內  
15 科專科醫師及消化專科醫師專業證照之醫師，得依其臨床之  
16 判斷，依心電圖、胸部X光及當時是否有端坐呼吸困難等基  
17 本心臟功能評估，判斷有無會診心臟科醫師之必要。余醫師  
18 於手術前即已知病人有心臟病史，並進行心臟瓣膜手術，且  
19 有服用抗凝血劑，因此有凝血功能延長之情形，故於手術前  
20 依臨床判斷，予以停止抗凝血劑治療及輸血漿矯正凝血功能  
21 延長之異常情形，使病人能以較穩定及安全的狀態接受手  
22 術；且術前已與病人家屬說明溝通病人應及早接受引流膽  
23 汁，否則有可能因阻塞性黃疸及細菌感染導致敗血症之生命  
24 危險。因余醫師具有內科專科醫師及消化專科醫師專業證  
25 照，得自行判斷是否須於手術前會診心臟科醫師。因此，余  
26 醫師之醫療處置，符合醫療常規。(三)1.總膽管狹窄之阻塞  
27 性黃疸，需及早引流膽汁，始可緩解黃疸情形，引流膽汁方  
28 式可分為「經皮下穿刺肝臟膽汁引流」及「經內視鏡膽管支  
29 架置放術」。余醫師選擇經「膽管內視鏡支架置放術」ERCP  
30 引流膽汁，符合醫療常規。2.大部分病人接受鎮靜式減痛ER  
31 CP步驟時需採趴臥姿勢，余醫師施行手術時讓病人趴臥之方

01 式，符合醫療常規。3. 操作「膽管內視鏡支架置放術」ERCP  
02 及內視鏡膽管支架置放術，平均從內視鏡經口進入十二指腸  
03 至完成膽管支架施放，至少需30分鐘以上。曾接受心臟瓣膜  
04 手術之病人，接受趴臥姿勢手術操作「膽管內視鏡支架置放  
05 術」ERCP並無不可，且醫師會判斷過程中如果不順或有緊急  
06 呼吸困難或心肺急性衰竭時應立即停止手術。本案手術最後  
07 支架置放成功，余醫師之處置符合醫療常規。(四)國內外大  
08 部分「膽管內視鏡支架置放術」ERCP操作時，若病人經醫師  
09 評估可接受輕度鎮靜式減痛ERCP，皆由執行醫師及護理人員  
10 於術中觀察病人生命徵象，於手術完成後，如病人生命徵象  
11 穩定，得直接返回病房觀察。因本案手術支架置放成功，術  
12 中及術後病人生命徵象穩定，因此，直接返回病房觀察，符  
13 合醫療常規。(五)1. 110年4月6日病人自16時30分許手術後  
14 返回病房，至4月7日12時30分許轉入加護病房期間，余醫師  
15 醫囑給予利尿劑、類固醇藥物治療及裝置24小時心電圖，皆  
16 為治療心臟衰竭及肺部水腫之標準治療方式；值班護理人員  
17 徐護理師（即訴外人徐婉瑜）、林護理師（即訴外人林嫩  
18 晞）均有持續監測病人生命徵象。110年4月7日12時10分許  
19 病人家屬代訴病人解尿後呼吸喘，徐護理師前往查看病人呼  
20 吸狀況呈現喘鳴音，告知余醫師，經余醫師評估後醫囑胸部  
21 X光攝影，影像顯示病人有肺部積水，余醫師向家屬解釋  
22 後，建議轉至加護病房持續照護，余醫師及值班護理人員徐  
23 護理師、林護理師就病人之心律監測方式及頻率，均符合醫  
24 療常規。2. 病人出現心臟衰竭及急性肺水腫時，正確治療方  
25 式為給予利尿劑，余醫師之處置方式與心臟科醫師治療肺水  
26 腫及心臟衰竭的做法一致，故此段時間雖未會診心臟科醫師  
27 進行心臟檢查、轉至加護病房，或轉診至醫學中心，余醫師  
28 之處置仍符合醫療常規。3. 病人當時心率快、呼吸喘但意識  
29 狀態清楚，給予降心律藥物Cordarone(學名：amiodaron  
30 e)，以控制心跳速率、心律不整及維持較佳之心臟血液射出  
31 率是正確的第一線治療方式，余醫師之處置符合醫療常規。

01 (六)1. 心臟頻脈(Af with RVR)之標準治療，包括降心律藥  
02 物或心臟電擊(參考資料1、2)，余醫師給予降心律藥物、使  
03 用利尿劑治療肺水腫及氧氣治療，符合醫療常規。2. 因病人  
04 家屬表示病人一夜未睡，想讓病人休息，經余醫師評估後，  
05 給予安眠藥Anxicam 2 mg 點滴注射，之後病人即入睡。經  
06 查詢安眠藥Anxicam藥物仿單，此藥物適應症為治療焦慮狀  
07 態，並不會影響心臟頻脈及心律不整的治療，因此，余醫師  
08 給予病人安眠藥Anxicam且經家屬同意後使用，並無違反醫  
09 療常規。3. 承第1點說明，心臟頻脈之治療方式，包括心臟  
10 電擊或給予減低心律藥物(如Cordarone抗心律不整藥物  
11 等)，因此余醫師之治療處置符合醫療常規。(七)1. 余醫師  
12 處理病人阻塞性黃疸、施行ERCP膽道支架施放術及處理病人  
13 心臟頻脈(Af with RVR)症狀，給予降心律藥物、利尿劑、  
14 置放氣管內管及氧氣治療，皆符合醫療常規。2. 余醫師及值  
15 班護理人員徐護理師、林護理師所為之心律監測方式及頻  
16 率，乃針對心肺功能衰弱之標準監測方式。病人原本因心臟  
17 接受過瓣膜手術，其心臟功能原本即可能因手術及上廁所便  
18 尿憋氣(Valsalva maneuver努責現象，刺激迷走神經)等動  
19 作引發靜脈血液回流減少，使得心臟血液輸出不足而引發身  
20 體缺氧、心臟衰竭及急性肺水腫。病人之心肺功能衰弱，與  
21 余醫師前開處置及值班護理人員徐護理師、林護理師所為之  
22 心律監測方式及頻率，均無因果關係。(八)病人死亡結果，  
23 與病人心臟功能術後持續不佳、出現腹腔感染及急性腎功能  
24 衰竭有關；且病人家屬已於110年4月29日同意簽署預立安寧  
25 緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書選擇安寧療護，放棄進一步  
26 血液透析及積極性治療。因此，余醫師及值班護理人員徐護  
27 理師、林護理師所為之心律監測方式及頻率，與病人死亡結  
28 果無因果關係。」此有衛生福利部醫事審議委員會鑑定書1  
29 份附卷可參(見本院卷第265至275頁)。足認被告余承儒對  
30 張秀嬌進行之醫療行為，應符合醫療常規。是原告主張被告  
31 余承儒就其醫療處置具有可歸責之重大瑕疵，致生張秀嬌死

01 亡之結果，尚乏證據證明。

02 四、綜上所述，原告依上開規定，請求被告余承儒及長安醫院連  
03 帶負賠償之責，為無理由，應予駁回。而原告陳明願供擔保  
04 聲請宣告假執行部分，因本訴經敗訴駁回，其假執行之聲  
05 請，已失所依附，應併予駁回。

06 五、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所舉證據，經  
07 審酌結果，與本件判決結論均無影響，爰不一一論述，附此  
08 敘明。

09 六、依民事訴訟法第436條之19第1項、第78條規定，本件訴訟費  
10 用額確定為1,000元（即原告繳納之第一審裁判費1,000  
11 元），命由原告負擔。

12 中 華 民 國 113 年 12 月 20 日  
13 臺灣臺中地方法院臺中簡易庭  
14 法 官 張清洲

15 以上為正本係照原本作成。

16 如不服本判決，應於送達後廿日內，以判決違背法令為理由，向  
17 本院提出上訴狀並表明上訴理由（上訴理由應表明一、原判決所  
18 違背之法令及其具體內容；二、依訴訟資料可認為原判決有違背  
19 法令之具體事實），如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於  
20 判決送達後廿日內補提上訴理由書（須附繕本）。

21 中 華 民 國 113 年 12 月 20 日  
22 書記官 蕭榮峰