

臺灣高等法院臺中分院民事判決

107年度醫上字第12號

上訴人

兼追加原告 蘇秀鳳

邱仲毅

邱瓊萱

共同

訴訟代理人 林鳳秋律師

共同

複代理人 張家琦律師

姚逸琦

被上訴人 財團法人中國醫藥大學附設醫院

法定代理人 周德陽

被上訴人 柯伯彥

張志斌

陳業鵬

共同

訴訟代理人 曾慶崇律師

共同

複代理人 王德凱律師

被上訴人 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

法定代理人 姚維仁

被上訴人 張瑞月

共同

訴訟代理人 黃裕中律師

被上訴人 Boston Scientific Limited

法定代理人 DOUGLAS J . CRONIN

訴訟代理人 何美蘭律師

複 代理人 周修平律師

被 上訴人 荷商波士頓科技有限公司台灣分公司

法定代理人 馮芝華

訴訟代理人 周修平律師

上二人共同

訴訟代理人 李彥群律師

被 上訴人 六霖企業有限公司

法定代理人 紀淑女

訴訟代理人

兼追加被告 游金井

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國107年8月30日臺灣臺中地方法院106年度醫字第8號第一審判決提起上訴，並為訴之追加，本院於民國110年11月17日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

上訴及追加之訴暨其假執行之聲請均駁回。

第二審訴訟費用（含追加之訴部分）由上訴人負擔。

事實及理由

甲、程序事項：

一、被上訴人荷商波士頓科技有限公司台灣分公司（下稱波士頓台灣分公司）法定代理人原為許○行，嗣於本件訴訟繫屬中先後變更為鍾○和、馮芝華，經其聲明承受訴訟（本院卷一50至69頁、本院卷五51至63頁），均合於民事訴訟法第170條、第175條規定，應予准許。

二、其次，被上訴人Boston Scientific Limited（下稱波士頓公司）為愛爾蘭籍之外國法人，有該公司於愛爾蘭之公司登記事項表在卷可參，上訴人本於侵權行為損害賠償請求權訴

01 請該公司賠償，屬涉外民事事件，按「關於由侵權行為而生
02 之債，依侵權行為地法。但另有關係最切之法律者，依該法
03 律」涉外民事法律適用法第24條定有明文。上訴人主張該公
04 司所生產之Boston Scientific" Promus Premier Everolim
05 us-Eluting Coronary Stent System，2.75x38mm Promus E
06 lement支架（下稱PE支架，本件另一型之Promus Premier支
07 架則稱PP），經被上訴人戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫
08 院（下稱嘉基）施用於被害人邱木檜之手術上，致其發生死
09 亡之結果，而應負侵權行為損害賠償責任，因該行為地在本
10 國，依上揭規定，應適用侵權行為地法即本國法，附此敘
11 明。

12 三、又按第二審程序中為訴之變更或追加，非經他造同意，不得
13 為之，但請求之基礎事實同一者，不在此限，民事訴訟法第
14 446條第1項、第255條第1項第2款定有明文。查上訴人主張
15 被上訴人六霖企業有限公司（下稱六霖公司）訴訟代理人游
16 金井為該公司之實際負責人，對其本件請求應與六霖公司等
17 連帶負責，因所請求之基礎事實同一，且游金井自一審均以
18 該公司訴訟代理人身分參與訴訟，對其之審級利益及防禦權
19 之保障並無重大影響，合於前揭規定，應予准許。

20 乙、實體方面：

21 壹、上訴人主張要旨：

22 一、邱木檜為蘇秀鳳之配偶，邱仲毅、邱瓊萱之父，其於民國10
23 4年1月26日12時許，因胸悶痛、冒冷汗、呼吸困難等症，經
24 送嘉基救治，由急診室及心臟科醫師張瑞月診斷為急性ST節
25 段上升之急性心肌梗塞後，張瑞月雖於同日13時45分為其進
26 行心導管手術，然因手術所使用之PE支架，非嘉基所稱之P
27 P，其尺寸直徑僅2.5mm，明顯過小，並有易變小、塌陷等變
28 形之瑕疵，製造之波士頓公司、輸入之波士頓台灣分公司、
29 經銷之六霖公司及游金井均同負其責；又張瑞月進行手術
30 時，復未依醫療常規輔以血管內超音波（IVUS），並由未具
31 放射師資格之人為邱木檜實施檢查，致所放支架數、氣球擴

張壓力亦均有不足，未能順利建立血管通道，致血栓續生、心臟負擔加重，造成其術後胸悶、痛持續，而依當日23時57分生化報告顯示，其CPK肌酸磷酸酶1939U/L（參考值62-287U/L）、CPK-MB肌酸磷酸酶177ng/mL（參考值0-6.6ng/mL）、Troponin-I心肌旋轉蛋白I12.783ng/mL（參考值0-0.034ng/mL），呈心肌酵素升高、急性心肌梗塞症狀；次日7時47分3項數值仍各達4354U/L、467.7ng/mL、136.078ng/mL，心肌酵素持續升高，於凌晨1時8分時，其心電圖檢查結果已呈現V2-6呈Q波併ST節段上升等急性心肌梗塞之症，無法排除是支架再阻塞之可能，應即進行手術。惟張瑞月竟未為任何積極處置，於同年月27日凌晨2時已向邱木檜表示須再做心導管檢查，卻迄至當日上午8時許才通知家屬10時到院，致拖延轉院時間達3小時，已逾心肌梗塞治療黃金期6小時，經將邱木檜轉院後，仍因急性心肌梗塞、心臟冠狀動脈等疾，支架置放術後於同年2月13日死亡；嘉基事後並有隱匿病歷資料而妨礙證據使用之情。

二、又邱木檜於104年1月27日12時45分許經轉至財團法人中國醫藥大學附設醫院（下稱中國附醫）前，業經張瑞月告知家屬須緊急做心導管檢查，且其轉至該院時仍持續胸痛、胸悶、冒冷汗，心電圖、心肌細胞酵素檢查結果均呈嚴重異常，顯仍有急性心肌梗塞，然柯伯彥及陳業鵬，竟未即予任何積極治療，直至同年月29日始對其進行第2次心導管手術，已有延誤。而張志斌係於同年2月1日繼柯伯彥後接任邱木檜之主治醫師，竟未予其正確劑量之利尿劑，致其肺水腫惡化，於肺水腫情況加劇下又冒然於同年月5日拔除其主動脈氣球幫浦（IABP），致其於翌日凌晨休克、病危，終致心臟衰竭於同年月13日死亡，亦有過失。

三、而上開醫師所為有失專業，均為邱木檜死亡之共同原因，為共同侵權行為人；且其等分屬嘉基、中國附醫之受僱人，兩院各對其等所為，皆未盡善良管理人之注意義務，應各就本身及其債務履行輔助人之過失等瑕疵給付行為，負不完全給

01 付之責，爰依民法第184條第1項前段、第185條第1項前段及
02 第192條第1項、第194條、第188條、第224條、第227條及第
03 227條1準用同法第192條、第194條等規定，請求渠等負連帶
04 損害賠償責任。又波士頓公司、波士頓台灣分公司、六霖公
05 司及游金井，就其產品瑕疵未予揭露，致主管機關無從得知
06 而核准上市，爰依消費者保護法（下稱消保法）第7條第3
07 項、第8條第1項、第9條及民法第192條、第194條等規定，
08 請求其等連帶賠償。其間各有下述聲明所載之不真正連帶關
09 係。

10 四、再蘇秀鳳為邱木檜支出醫療費用及喪葬費用共計新臺幣（下
11 同）50萬元；且伊等分係邱木檜之配偶、子女，均因本件喪
12 夫、喪父精神受創，是蘇秀鳳請求350萬元、邱仲毅、邱瓊
13 萱則各請求300萬元之精神慰撫金。爰聲明：（一）柯伯
14 彥、張志斌、陳業鵬、張瑞月應連帶給付蘇秀鳳400萬元及
15 邱仲毅、邱瓊萱各300萬元，暨均自起訴狀繕本送達翌日起
16 至清償日止，按年息5%計算之利息。（二）中國附醫及柯伯
17 彥、張志斌、陳業鵬應連帶給付蘇秀鳳400萬元及邱仲毅、
18 邱瓊萱各300萬元，暨前述利息。（三）嘉基、張瑞月應連
19 帶給付蘇秀鳳400萬元及邱仲毅、邱瓊萱各300萬元，暨前述
20 利息。（四）波士頓公司、波士頓台灣分公司、六霖公司及
21 追加被告游金井應連帶給付蘇秀鳳400萬元及邱仲毅、邱瓊
22 萱各300萬元，暨前述利息。（五）前四項請求，如有任一
23 被上訴人為全部或一部之給付者，其餘被上訴人於該給付範
24 圍內同免給付之義務。（六）願供擔保聲請宣告假執行等
25 詞。

26 貳、嘉基、張瑞月要以：

27 張瑞月乃依其於104年1月26日為邱木檜施行心導管檢查之影
28 像及臨床狀況判斷，置放合適之PP支架，有保險對象使用健
29 保部分給付特材同意書左下方黏貼支架條碼、心導管材料條
30 碼(或批號)記錄單、心導管計價本為憑，非電腦建檔未及更
31 新之PE；而查支架最後之內徑估為3.03mm，足以支撐血管，

01 故置放之初，其冠狀動脈血流通暢（TIMI III），心電圖呈
02 見ST節段下降，心導管檢查影像顯示其最後支架的大小亦與
03 血管的內徑大致相等，已達醫效，病況研判有據，醫材選擇
04 符合常規。邱木檜後續之胸悶、呼吸喘、血流阻塞等情，與
05 支架內徑無關，其轉院後，則非伊等所得見。雖陳業鵬在中
06 國附醫病歷記載undersize，但並未在病歷說明所載成因，
07 更未指前手術失敗，其後另證陳同年2月3日超音波並未發現
08 有塌陷、變形之情，況其同年1月29日所實施心導管手術，
09 與第1次手術所採相仿，至其同年2月3日置放其他支架，則
10 係依當時臨床判斷，不能以不同時點之檢查推認原置放支架
11 過小。又當同年1月27日凌晨邱木檜主訴胸悶，其心電圖呈
12 見ST節段又上升，且低血氧，張瑞月即醫囑給予氧氣面罩及
13 抗血栓藥物肝素靜注，提高血管擴張劑（NTG）劑量後症狀
14 以為改善，在未肯定為心肌梗塞心電圖進展變化或血管完全
15 再阻塞前，不能貿然實施血栓溶解劑治療，是向病人說明有
16 再次心導管檢查之必要，其間，張瑞月並曾於02：00、07：
17 30、08：30、09：40數度診視病人，其臨床症狀逐漸緩解，
18 於當日上午10時向家屬說明病況及需再施行心導管檢查時，
19 卻不被接受，堅持轉院，當時邱木檜意識清楚，血壓正常，
20 自行呼吸，鑑定結果亦認留院接受第2次心導管檢查有其必
21 要，並較選擇轉院合理。嘉基已完全提供本件相關資料，先
22 後所提各相關機關之病歷估有紙本與電子本、有無包含事發
23 前及未執行病歷之差別，並無隱匿、虛偽不實情形。至關於
24 血管內超音波之使用與否，依第3次鑑定所引適用於本件發
25 生時之歐洲心臟醫學會指引所載，並無特別建議使用方式，
26 上訴人所提2017年之相關研究報告，乃本件發生後之研究報
27 告，不得做為本件判斷之依據，況邱木檜送醫時情況緊急，
28 並無另行查閱之餘裕等語置辯。

29 參、柯伯彥、張志斌、陳業鵬（下合稱柯伯彥3人）、中國附醫各
30 以：

31 一、邱木檜由嘉基轉診到院時，生命跡象穩定，心電圖有陳舊性

的心肌梗塞為本件既有症狀，其復接受過心導管手術，術後冠狀動脈血流通暢（TIMIⅢ）、心電圖呈見ST節段下降，有達醫療效果，但已過心肌梗塞12小時之再救援時間，症狀也較舒緩，評估無即緊急執行心導管必要，故先收加護病房監測，視有無支架置放本身所具風險之急性血栓再阻塞發生，以定是否安排再次心導管，此均已告知家屬上情，柯伯彥、陳業鵬就此並無過失。且伊醫院104年時IVUS尚未有電腦上傳保留之作業程序，除非醫師需研究或病例討論報告，始會特別交代燒拷，健保局病歷審查，只需附導管光碟即可，並無隱匿。

二、而利尿劑臨床藥理係抗高血壓劑，是否給予，應視患者之血壓、心跳等臨床情況而定，如無必要，恐造成血壓過度降低之情，是醫審會第1次鑑定意見即以邱木檜自104年2月1日至12日間之血壓經常不穩、中心靜脈壓起伏不定，認未予利尿劑尚無疏失。且IABP主在於減少心室後負荷，改善舒張期心臟冠狀動脈灌注量，加強心膜下灌注血量，係經陳業鵬施行第2次心導管術，術中因急性肺水腫始為置放，然慮及久置恐有感染及末端肢體灌流不足之併發症，是於同年5日在病人生命徵象相對穩定下移除，移除前亦向家屬說明，但病人於心肌梗塞後呈嚴重心衰竭現象，仍需視情況反覆使用，此評估並無不實或疏失。蘇秀鳳為此曾對柯伯彥、張志斌提出過失致死案件之告訴，經臺灣臺中地方檢察署（下稱中檢）以105年度醫偵字第24號為不起訴處分；蘇秀鳳不服聲請再議，另經臺灣高等檢察署臺中分署（下稱中高檢）105年度上聲議字第1607號處分書駁回；經聲請交付審判，復經原法院刑事庭以105年度聲判字第94號裁定駁回其聲請。且醫審會3次鑑定均認伊等所為符合醫療常規，並無疏忽。

肆、波士頓公司、波士頓台灣分公司均以：

依嘉基、張瑞月所提，其乃為邱木檜置放PP支架，縱係使用PE支架，於當時在向衛服部所取得醫器輸字第026119號醫材許可證效期內，且有於全球115個國家取得醫材許可清單、

01 歐盟及日本之許可證，品質為國內外醫界所公認並普遍採
02 用，符合消保法關於商品安全性之規定。伊從未引進上訴人
03 所稱衛署醫器輸字第023509號之PE Plus支架，且於106年2
04 月自請註銷該許可證。又醫審會前2次鑑定雖係依嘉基資料
05 而誤植為PE支架，惟此不影響鑑定結果。至上訴人以2012年
06 德國大學研討會文獻指PE支架有較易發生縱向塌陷瑕疵云
07 云，然該文獻係載「縱向塌陷使程序複雜化且必須使用額外
08 支架（原文：Longitudinal stent compression complicat
09 es procedureand necessitates additional stent placem
10 ent）」，但PE支架於103年間仍分別取得上開各國醫材許可
11 證，是縱認PE支架有上訴人主張之較易發生縱向塌陷情形，
12 亦早於後續產品改善，況未見本件有上訴人所稱發生縱向塌
13 陷、變小情形之確切事證。又PP、PE支架經主管機關核准之
14 中文仿單中，已揭示其可能風險含栓塞、血栓、心肌梗塞、
15 支架再狹窄、支架栓塞、支架血栓形成等，醫審會鑑定亦載
16 支架置放本身即有因急性血栓再阻塞之風險，不得僅因有此
17 個案，即得遽認未具當時科技或專業水準所合理期待之安全
18 性或有何瑕疵；而觀邱木檜當時之年齡及有糖尿病、高血壓
19 病史，事發時即係因急性心肌梗塞求診，並死於該症，以其
20 接受上開支架置放術後冠狀動脈血流通暢、心電圖呈現ST節
21 段下降等生理反應，代表張瑞月為其治療及所裝支架確有發
22 生作用，與其死之因果關係，已然中斷，是縱認其係死於原
23 急性心肌梗塞病症復發，亦無以排除其死係其他原因或上訴
24 人未聽從張瑞月留院進行心導管複查而堅持轉院所致。另上
25 訴人所主損害即邱木檜死亡之時間為104年2月13日下午18
26 時，而由其所提同意書及醫材許可證查詢結果可知，其於該
27 時即可得而知伊等為系爭支架之製造、輸入商，故消滅時效
28 應自該時起算，然其遲至106年3月21日方以民事陳報狀補正
29 伊等名稱，縱認其對伊等有何損害賠償請求權，亦已罹於時
30 效等語，資為抗辯。

31 伍、六霖公司、游金井辯稱：

01 不論PE或PP均有取得衛福部之醫療許可，兩支架於103年間
02 均有在使用，PP支架經伊公司於103年5月經銷，同年11月24
03 日開始供貨予嘉基。邱木檜在嘉基使用伊公司之醫材施以手
04 術是安全的，支架本身有一定尺寸規格，不致有塌陷問題，
05 邱木檜轉院後所發生的後果，跟之前手術應無關。且系爭支
06 架為伊公司所經銷，非身為總經理之游金井個人與之所為等
07 語。

08 陸、原審法院審理後，斟酌兩造之主張及攻擊防禦方法之結果，
09 認張瑞月等醫師所為，均符醫療常規，上訴人未證明嘉基、
10 中國附醫有何給付不完全、波士頓公司、波士頓科技台灣分
11 公司及六霖公司生產、輸入、經銷之支架有所瑕疵，其請
12 求為無理，駁回其訴及假執行之聲請。上訴人不服，除上訴
13 請求廢棄原判決，並追加游金井為被告外，其餘聲明如上。
14 被上訴人答辯聲明均為：上訴駁回。追加被告則聲明：追加
15 之訴駁回。

16 柒、本院之判斷：

17 一、兩造不爭執事項：

18 （一）邱木檜於104年1月26日12時許，因胸悶痛、冒冷汗、呼吸
19 困難等症狀，送至嘉基急救，經張瑞月診斷為急性ST節段
20 上升之急性心肌梗塞，於同日13時45分為其進行心導管
21 術，而使用由波士頓公司製造、波士頓科技台灣分公司輸
22 入、六霖公司經銷之支架（型號為PP、PE、PE PLUS則有
23 爭執）；張瑞月於次日上午10時30分建議為邱木檜進行第
24 2次心導管手術，為上訴人所拒，並於同日12時45分許轉
25 院至中國附醫，經柯伯彥、陳業鵬會診後於同年2月29日進
26 行第2次心導管術，張志斌於同年2月1日繼柯伯彥後接任
27 邱木檜之主治醫師，於同年2月5日拔除其IABP後，其於次
28 日凌晨發生休克，病情轉危，後因心臟衰竭等症於同年2
29 月13日18時死亡。

30 （二）蘇秀鳳對張瑞月提出業務過失致死案件之告訴，經臺灣嘉
31 義地方檢察署（下稱嘉檢）以105年度醫偵字第7號為不起

01 訴之處分，再議後亦經臺灣高等檢察署臺南分署（下稱南
02 高檢）以105年度上聲議字第1757號處分書駁回再議；其
03 另對柯伯彥、張志斌所提過失致死等案件之告訴，亦經中
04 檢以105年度醫偵字第24號為不起訴之處分，再議後，也
05 經中高檢以105年度上聲議字第1607號處分書駁回再議；
06 其又聲請交付審判，復經原法院刑事庭以105年度聲判字
07 第94號裁定駁回其聲請，均已確定。

08 二、上訴人指被上訴人分別有前述過失，均與邱木檜之死有因果
09 關係，應負損害賠償責任等詞。被上訴人則皆否認所指，要
10 以上訴人未能證明其詞等語置辯。是本件兩造之所爭，在於
11 張瑞月為邱木檜所裝置係何種支架？其決定有無上訴人所稱
12 違反醫療常規之處？置放後是否達其功效？有無上訴人所稱
13 瑕疵形成？於邱木檜狀況再起時之處置是否得宜？上訴人堅
14 將邱木檜轉院之決定是否適當？柯伯彥、陳業鵬未於邱木檜
15 轉診至中國附醫後，立即進行心導管手術，其判斷有無疏
16 失？張志斌移除邱木檜之IABP、未囑予利尿劑之醫療行為有
17 無疏失？嘉基、中國附醫是否應分別就所屬醫師之上開醫療
18 行為同負過責，並負不完全給付之責？波士頓公司、波士頓
19 科技台灣分公司與六霖公司、游金井是否應依消保法企業經
20 營者法律關係負連帶賠償責任？

21 三、按當事人主張有利於己之事實，就其事實有舉證之責任，民
22 事訴訟法第277條前段定有明文；而依民法第184條第1項前
23 段規定，侵權行為之成立，須行為人因故意過失不法侵害他
24 人權利，亦即行為人須具備歸責性、違法性，並不法行為與
25 損害間有因果關係，始能成立，主張侵權行為損害賠償請求
26 權之人，對於侵權行為之成立要件應負舉證責任（最高法院
27 100年度台上字第328號、第1189號判決意旨參照）。且按10
28 7年1月24日修正公布前之醫療法第82條，原規定：「醫療業
29 務之施行，應善盡醫療上必要之注意（第1項）；醫療機構
30 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
31 限，負損害賠償責任（第2項）。」嗣修正第2項及增訂第4

01 項規定為：「醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以
02 故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量
03 所致者為限，負損害賠償責任」（第2項）、「前二項注意
04 義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當
05 地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切
06 等客觀情況為斷」（第4項），是按醫療行為在本質上通常
07 伴隨高度之危險性、裁量性及複雜性，是判斷醫師於醫療行
08 為過程中是否有故意或過失即注意義務之違反，必須斟酌醫
09 療當時之醫療專業水準、醫師就具體個案之裁量性、病患之
10 特異體質等因素而為綜合之判斷，且因醫療行為有其特殊
11 性，醫師所採之藥方或治療方式以事前評估雖係屬於適當之
12 選擇，但並無法保證一定能改善病情，故容許不確定風險之
13 存在，不能逕依醫療之結果不如預期、不成功或有後遺症、
14 感染之發生，逕以論斷醫療行為違反注意義務（最高法院10
15 8年度台上字第2180號判決意旨參照）。故醫師實施醫療行
16 為，如不能認未符合醫療常規，而被害人無法舉證證明醫師
17 實施醫療行為過程中有何疏失，即難認醫師有不法侵權行
18 為。

19 四、查上訴人就其對張瑞月及嘉基請求部分，主要固以張瑞月及
20 嘉基原抗辯張瑞月所用者為PE支架（原審卷一96頁反面），
21 與邱木檜之嘉基病歷中心導管檢查報告所載相同，而前後所
22 調病歷內容不一，依陳業鵬所載104年2月3日病歷顯示張瑞
23 月所用亦為PE，並有過小、塌陷之情，所提文獻亦可見PE確
24 有易塌、變形之瑕，並建議於進行心導管術時使用IVUS，醫
25 審會之鑑定欠公、不實等為據，用指張瑞月所為有疏失等
26 詞。

27 五、而就張瑞月第1次手術所施用支架型號究為PE或PP部分，經
28 查：

29 （一）上訴人於提起本件訴訟時，原指張瑞月對邱木檜所用為P
30 P支架，並提出嘉基保險對象使用健保部分給付特材同意
31 書（下稱同意書）、PP支架之許可證查詢（原審卷一6、1

01 6、17頁）等件為證，而查該同意書左下方確附有所使用P
02 P支架型號、尺寸之條碼籤，核與本院向嘉基所調邱木檜
03 紙本病歷原本（外放證物袋）中由張瑞月手寫部分，亦記
04 載其於系爭第1次手術時所使用者係PP2.75x38mm之支架，
05 紙本病歷中並附有經蘇秀鳳簽名之同意書，為上訴人所未
06 否認（本院卷一351頁反面、卷二33頁），其上之條碼籤
07 與上訴人起訴所提之同意書所附，以至病歷中另含之該院
08 心導管材料（或批號）記錄單（下稱記錄單，外放證物
09 袋）、本院向嘉基所調心導管計價本（本院卷二90頁）
10 上，均無不同。

11 （二）雖嘉基及張瑞月在原審答辯時原引用醫委會第1次鑑定時
12 關於案情概要及鑑定意見之記載，表示張瑞月所使用者係
13 PE支架（原審卷一96頁反面、本院卷二198頁）等情。然
14 查在本件起訴前，於蘇秀鳳先對張瑞月提出業務過失致死
15 之刑事告訴中，張瑞月在答辯其所使用支架尺寸可擴張之
16 極限時，所附其當時所使用支架之仿單即為PP之仿單（嘉
17 檢104交查1059卷18頁），於本件上訴答辯(二)狀所附亦同
18 （本院卷一151頁）。嗣至108年8月23日上訴人爭執張瑞
19 月實際使用者為PE支架，非上開同意書上所稱之PP（本院
20 卷二30頁）後，張瑞月及嘉基始再核對上開同意書、記錄
21 單及嘉基內存心導管計價本（同卷64頁），始發現係其心
22 導管檢查電腦報告系統在當時正值PE與PP支架交替階段，
23 因未及更新系統所致，核與製造及在臺經銷該等支架之波
24 士頓公司及其台灣分公司、六霖公司分別表示係自103年1
25 0月15日起輸入PP來臺、並自同年11月24日開始供貨PP給
26 嘉基（同卷128頁）之時間點相接近，經本院向嘉基調取
27 邱木檜紙本病歷原本及心導管計價本確認後，發現張瑞月
28 於第1次手術當下手寫病歷所載及上開同意書、記錄單、
29 計價本所附使用支架之條碼籤均一致為PP支架，而所貼條
30 碼籤確係波士頓公司、六霖公司生產或經銷支架之條碼貼
31 紙，業據該等公司當庭確認無誤（本院卷二84頁），核與

01 波士頓公司所提PP支架仿單所附條碼貼紙之格式相符。至
02 所質疑使用PE支架者，乃係未經張瑞月簽名之心導管檢查
03 電子報告所載，因未見張瑞月簽名確認，無以確認係其本
04 人所製，仍應以上開手寫病歷所載及同意書、記錄單、計
05 價本所附實際使用支架之條碼籤所示為斷，尚不因醫審會
06 逕依上開心導管檢查電子報告所載，未及一併核對上開手
07 寫病歷、同意書、記錄單、計價本所附支架條碼籤，以致
08 誤認張瑞月第1次手術所用為PE支架，而雙方前在刑事告
09 訴及原審程序中，亦均未發現，即為攻防及認定，而有所
10 不同，況所使用者 無論係PP或PE支架，於第1次手術時，
11 均係經主管機關衛福部食品藥物管理署所核可上市使用，
12 故縱所使用者係PP支架，因無顯示PE有較其他塗藥支架有
13 較高之血栓生成機率，是對醫審會原以張瑞月所使用為PE
14 支架已達血流貫通功效之鑑定結果，尚無影響，業經本院
15 囑託該會就此鑑定答覆在卷（本院卷五103頁），除堪認
16 張瑞月所使用確係PP支架外，且不管所使用PP或PE支架，
17 均無可推翻其當下之處置確已達使邱木檜心臟血流貫通功
18 效事實之認定。

19 （三）上訴人雖質疑嘉基所提出之病歷原本與其先前向嘉檢聲請
20 扣押證據、卷內之嘉基病歷之影本比對後，尚缺支架使用
21 說明書、同意書第2聯及兩頁心導管檢查報告等件（本院
22 卷二143頁反面），質疑嘉基病歷不實云云。然查上訴人
23 所稱心導管檢查報告乃附在嘉基所提記錄單卷內，而特材
24 使用同意書、心導管檢查及心血管介入性治療說明書則均
25 附病歷原本中（以上均在本院外放證物袋）；至上訴人所
26 提使用健保部分給付特材使用說明書、同意書（本院卷二
27 148、149頁）則均未見簽名，縱係附在原所調病歷影本
28 中，但因未具簽名，其上也未張貼所使用支架之條碼籤，
29 無以認有實際採用，且業有病歷原本所附經蘇秀鳳簽名同
30 意書可證，該空白說明書與系爭同意書所載內容亦有不同，
31 所採許可字號之支架也從未進口至我國銷售，而六霖

01 公司所經銷之支架，則均由波士頓公司所提供，業據波士
02 頓公司及其台灣分公司、游金井陳述在卷（本院卷六390
03 頁），是上開出入，應係調卷時，嘉基影印時編排位置不
04 同、將紙本、電子本與心導管報告裝訂一冊，復誤將未經
05 病患或家屬簽名、採用之說明書一併列入所致；況無論本
06 院所調病歷原本，抑前程序所調之影本，其中均附有張瑞
07 月手寫病歷及經蘇秀鳳簽名、且張賠貼所使用支架標籤之
08 同意書，則無可否認，參以蘇秀鳳向嘉檢提起刑事告訴
09 前，即先於104年2月26日聲請保全扣押邱木檜之紙本、電
10 子本病歷及影像光碟等證據（嘉檢104保全1號卷10頁），
11 而中檢在受理蘇秀鳳所提告訴後，又於同年8月6日向嘉基
12 調取邱木檜病歷影本附卷（中檢104醫他36號卷13、14
13 頁），難認有事後篡改之機，縱有上訴人所述差異，亦未
14 足以上開病歷影本與原本之些微不同，即得動搖前揭手寫
15 病歷及相關同意書、記錄單、計價本所附使用支架之條碼
16 籤所一致顯示本件所用支架型號確為PP之優勢證據所建構
17 而成之事實；上訴人執該未經簽名之說明書，即指嘉基對
18 邱木檜採用非法之支架，亦有欠當。

19 （四）至陳業鵬之於邱木檜104年2月3日病歷中記載「promus el
20 ement？」（即PE），乃係其當時對張瑞月所使用支架廠
21 牌之猜測，因該款乃係當時最流行之支架，為各大醫院所
22 採用，故在其後加註問號，並無特別意含等情，另經陳業
23 鵬到庭就此證釋在卷（本院卷二12頁反面）。是張瑞月對
24 邱木檜所用者，應係「PP」支架，而非嘉基心導管檢查電
25 子報告所誤載之「PE」，當可認定，上訴人上開質疑，尚
26 無可採。

27 六、其次，關於張瑞月對邱木檜所進行之第1次手術有無上訴人
28 所稱違反醫療常規之過責部分，經查：於蘇秀鳳個人或上訴
29 人所提刑事告訴、本件原審及本審程序中，就兩造所質疑，
30 分別囑託醫審會鑑定如下：

31 （一）有關張瑞月對邱木檜施以心臟支架手術有無必要、所裝支

01 架是否足以支撐血管、材料之選擇有無符合醫療常規、術
02 後邱木檜仍有不良反應是否係疏於察覺、其死亡能否歸因
03 於張瑞月於病發之初選用材料所致、張瑞月欲進行第2次
04 手術之原因為何等疑點，在蘇秀鳳所提刑事告訴中，先經
05 嘉檢囑託醫委會鑑定結果，認以邱木檜當時為急性ST節段
06 上升之心肌梗塞之情況，立即施行心導管手術確有其必
07 要，並無其他非侵入性或危險性較低之替代方式；且心導
08 管術中所放支架加以3.0mm直徑的高壓氣球做支架置放後
09 擴張（14大氣壓），支架最後的內徑估計為3.03mm，足以
10 支撐血管，且在心導管片中，最後支架的大小亦與血管的
11 內徑大致相等；而心肌梗塞術後初期，病人常有持續性胸
12 悶、疼痛、心跳偏快等情，醫師並未疏於察覺病人之病
13 況；又病人心臟支架之置放初期，冠狀動脈血流通暢（TI
14 MI III），有達到醫療效果，術後心電圖（1月26日14：50）
15 呈見ST節段下降，代表血液再灌流成功。但因支架置放本
16 身即有因急性血栓再阻塞之風險，心肌梗塞及心衰竭病人
17 尤高，故進行第2次心導管檢查檢視支架狀況有其必要，
18 是本件無論係進行心導管術裝置支架之決定、支架與氣球
19 等材料之選擇、術後之觀察以至第2次心導管術之安排，
20 均合於當時之醫療常規，所施放之支架，於當時也確有達
21 到血液貫流之功效，只是支架置放本即難以排除急性血栓
22 再阻塞之風險，邱木檜嗣後心臟功能之衰竭與支架內徑本
23 身較無直接相關，與心肌硬塞本身及術後血管是否持續暢
24 通則較有關聯等語（嘉檢105交查504卷5至6頁）。是經嘉
25 檢、南高檢據以為不起訴、駁回再議確定。

26 （二）經上訴人提起本件後，原審再就其所質張瑞月所採用支架
27 尺寸有無過小、陳業鵬104年1月19日發現邱木檜左前降支
28 100%阻塞及血栓是否即係張瑞月所放支架過小所致、邱木
29 檜術後是否有再接受心導管術之必要、張瑞月通知家屬之
30 時間有無延誤等疑點，囑託醫委會進行第2次鑑定，結果
31 仍認心導管手術中應選用支架之尺寸，係依檢查當時及臨

01 床狀況加以判斷，並無絕對標準；第1次手術所放支架輔
02 以高壓氣球作支架置放後擴張，已足以支撐血管，經檢視
03 心導管檢查影像，最後支架的大小亦與血管的內徑大致相
04 等，故病人心臟支架置放初期，冠狀動脈血流通暢(TIMI
05 III)，有達到醫療效果，術後心電圖（104年1月26日1
06 4：50）檢查結果呈見ST節段下降，代表血液再灌流成功，
07 即手術成功，該次心導管手術，並無違反醫療常規之處，
08 無支架過小之問題；但因病人有持續胸悶及呼吸喘等症，
09 次日01：08術後心電圖檢查結果呈現V2-6呈q波併ST節段
10 上升不能排除係支架再阻塞之可能，故依護理紀錄，當日
11 10：30張醫師向病人家屬所建議之進行第2次心導管檢查
12 確有其必要，亦符合醫療常規，並無遲延治療之情事（原
13 審卷三18至24頁）等語，故為原審據以駁回其請求。

14 （三）然上訴人上訴後再對張瑞月所用支架型號、如所用為PP對
15 原鑑定結果有無不同、評估心臟血管疾病是否應含肌肉骨
16 頭之評估、嘉基於104年1月27日3次肝素之醫囑之情況為
17 何、是否係因第1次術後血管又阻塞、該等處置有無合於
18 醫療常規、依其所提文獻所示，PE是否較易縱向變形、施
19 作心導管支架置放是否應以IVUS作為評估、導引及確認、
20 未使用IVUS是否較易併發支架血栓及死亡、由中國附醫10
21 4年2月3日之IVUS影像能否看出張瑞月所放支架過小及塌
22 陷之情，提出質疑。經本院再送醫委會鑑定結果，除認使
23 用PP與其上開鑑定結果並無不同已如前述外，復認心肌梗
24 塞屬急症，需緊急評估及處理，本案依嘉基病歷紀錄中相
25 關報告之系統評估即已足；且對抗凝血劑（如肝素）之使
26 用，在急性ST節段上升心肌梗塞且接受緊急心導管術後的
27 病人，於目前歐洲心臟學會會指引並無特別建議，嘉基之
28 肝素使用符合醫療常規；且依文獻報告，PE並無顯示有較
29 高血栓生成之機率，而依病歷紀錄，其第2次心導管術亦
30 無縱向變形之記載；又IVUS係心導管支架置放術之輔助工
31 具之一，由醫師依病人臨床病況及其血管情形而決定，目

前並無要求在心肌梗塞的病人例行性使用；再針對心肌梗塞的病人，目前尚未有文獻報告顯示不使用比使用IVUS會有更高之支架血栓及死亡率發生；另張瑞月第1次置放支架再以高壓氣球進行支架置放後擴張(14大氣壓)後，支架最後內徑估計為3.03mm，心導管影像中，最後支架的大小亦與血管內徑大致相等。1月29日陳業鵬醫師施行心導管術發現左前降支100% 阻塞併血栓生成，其以氣球擴張(1.0-→3.0mm)，並無記載有支架較小(undersize)及血管前端內皮剝離(dissection)之描述，且該次手術未使用IVUS。2月3日陳業鵬再施行心導管術，手術紀錄記載有支架較小(undersize)及血管前端內皮剝離(dissection)等用詞，但並無支架塌陷(compression)等類似描述，嗣血管冠狀動脈血流通暢(TIMI III)，有記載使用IVUS，但其報告並無敘述IVUS之發現，且若使用IVUS，所見亦係前次再擴張後的結果，而非第1次之情形(本院卷五95至171頁)等語。堪認實際並無上訴人所稱支架塌陷發生之事證，張瑞月及嘉基依邱木檜當時臨床狀況所施之醫療處置，無論係有無一併評估骨額、肌肉狀況、是否使用IVUS以至抗凝血劑如肝素之使用，均符合當時之醫療常規，且以邱木檜當時係心肌梗塞送醫急救之緊急狀態而言，顯無再先行肌肉骨額評估始得進行搶救之餘裕，亦可徵上訴人未能一併考量時間壓力等因素之欠周。而嘉基在邱木檜術後胸悶狀況再起時，亦有及時開立抗血小板、抗凝血劑等藥物以緩解其不適，亦有其住院患者給藥記錄單(本院卷三289、290頁)可參，非毫無作為；而有無使用血栓溶解劑之必要，則未見其據，仍應尊重主治醫師臨床之判斷，尚不能以未開立所稱血栓溶解劑即認有可歸責。

(四) 雖上訴人再提出國外研究文獻指PE支架有較易變形之情形(本院卷五237至293頁、卷六195至262頁)，然本件張瑞月在第1次手術所用實為PP支架而非PE，已如前述，且鑑定報告已認無論是使用PP或PE支架，對其鑑定結果並無影

響，而依陳業鵬所製104年1月29日、2月3日心導管檢查治療報告所示，則均未提及有支架塌陷之用語，迭如前述；至張瑞月於第1次手術實際所用究為PP或PE支架，屬本院參照本件全部事證資料，按全辯論意旨，依職權為事實認定之範疇，不在鑑定之內，本件鑑定主要乃由鑑定人依卷內事證，檢視張瑞月第1次手術所置放之支架有無達到預期之醫療效果、所為治療上之決定是否符合當時之醫療常規為主要目的，至其所用究為PP或PE支架，只要係本國核准上市之合法支架，並確有達治療之目的，且未逾當時之醫療常規，當非所問，本件既經鑑定人依邱木檜嘉基病歷所附第1次術後心導管片顯示最後支架的大小確與其血管的內徑大致相等，即無過小之疑慮，且其術後檢查之冠狀動脈系呈血流通暢（TIMI III）、心電圖（1月26日14：50）亦顯示ST節段下降，均代表血液已再灌流成功，即可認有達到醫療效果，此所見均係依上開病歷資料所示之臨床實際數據，自屬明確，復核陳業鵬上開2次心導管檢查治療報告，亦未見有支架塌陷之記載，核與陳業鵬亦到庭證稱其2月3日以IVUS檢查結果確未發現有塌陷、變形之情，且裝支架後，仍可能會有其他諸如支架血栓等併發症發生，以死者在心肌梗塞後心肌功能只剩30%，嘉基在其心肌梗塞當下處理之要務之急在打通其血管，而當時術後確已達血流三級等情（本院卷二14頁），大致相符，自難否認張瑞月第1次手術原未已使邱木檜在心肌梗塞之危急中，暫時脫險；惟此並未即得確保其性命無虞，仍應視其心肌因梗塞受損之情形及後續血栓有無繼續生成、血管能否保持通暢而定，自不待言，此均非張瑞月第1次手術時所能料及，非無個人體質與狀況因素在內。

（五）惟上訴人仍無法接受醫委會鑑定之結果，並提出相反之文獻以為駁斥，指其鑑定不實而聲請拒卻，並請求再行鑑定云云。然本件鑑定已完成，是否可採，屬法院綜合全部卷證資料，依全辯論意旨，為證據之調查與取捨後以為事實

01 認定之職權，對鑑定結果如有異見，尚非拒卻鑑定人之法
02 定事由；且所見不同，也未必即得認係出於刻意之偏頗，
03 上訴人仍應對所質疑醫審會就本件訴訟標的法律關係具特
04 別利害關係，或與當事人之一造有何密切之交誼、嫌怨，
05 抑有其他客觀上足疑其為不公正鑑定等具體情事，為確切
06 之舉證，始得使本院形成不足為採之心證，尚非前揭拒卻
07 鑑定立法之所由；再醫學乃科學之一環，本均存有各種未
08 定之論與不確定性，凡研究之基礎不同，就同一客體，所
09 得結果即生歧異，尚屬常見，倘又有商業利益牽涉其中，
10 更難保未有出於同行競爭相嫉之立場所刻意散播之說法，
11 遑論人體之個別差異的存在，尚不能以少數個案所形成之
12 發現，援為一般性批判之所據，仍應以該專業領域同儕間
13 通常之見解，作為判斷之所憑，始合乎公允。本件鑑定機
14 構醫委會乃依醫療法98條所設立，專司醫療與專科醫師制
15 度之改進、醫德之促進、醫療技術、人體試驗、大型醫院
16 設立或擴充等與醫事相關事務之審議及司法機關之委託鑑
17 定工作，其成員乃排除民代及醫療法人代表以外，自醫
18 事、法學專家、學者及社會人士所遴聘，其中法學專家與
19 社會人士所占比例須達1 / 3以上，乃同法第100條所明
20 文，核與上訴人請求鑑定之高雄醫學大學相比，難謂有何
21 較不中立或缺專業之情形，遑論其亦有附設之醫院，與
22 嘉基及中國附醫非無存有業務之競爭關係，豈不更啟人能
23 否公正鑑定之疑慮，況其成員組成也未若醫審會之多元，
24 所見亦難免致人有羈於過度專業之偏失，均非所宜，亦無
25 可以所蒐得相對立但無法確認為定見之文獻，即得推翻形
26 式上依法由前揭各領域專業人士所組成之醫審會，從上開
27 病歷所載之客觀數據、陳業鵬事後以儀器實際檢查之所
28 見，並參酌當時一般性醫學文獻資料，所綜合判斷之結
29 果；且本件已經各程序及歷審合計3次送請鑑定如上，而
30 上訴人所請求再送鑑定機構亦無所稱可認為更公正之處，
31 也詳述在前，自無因有不同文獻見解之存在而有再行鑑定

之必要。

(六) 又所稱陳業鵬所製上開心導管檢查治療報告載及「undersize」，乃係其104年1月29日進行心導管術後之結果，並非指前一手裝的支架尺寸太小，因前手放置支架後，已達三級血流，手術即算成功，但無法避免後續血栓再形成之風險，在此情況下，有再裝更大支架之必要，不代表原所放支架真有過小，伊事後所做血管內超音波並不能反應嘉基當時檢查之情形（本院卷二11頁反面至12頁），另據陳業鵬到庭證述詳細，核與醫審會前揭鑑定結果相契。衡以，本件倘張瑞月所放支架確有過小，邱木檜在術後心臟血流速當無達三級之可能，且在支架過小、甚有上訴人所稱支架塌陷之情況發生以致妨礙正常血流之狀態下，其心臟細胞在血流受堵下，恐因之而在分秒中死亡，心肌功能理亦隨之急速遞衰，難認有拖延至順利轉院、甚撐至104年2月3日始再放置支架之可能；且若僅係原放支架尺寸過小之單純，則在放置較大尺寸支架後，邱木檜性命之危急狀況理即因此排除，又怎會反在數日內急速惡化致死？在在可見上訴人此點所質之不合理。

(七) 再第3次鑑定結果雖記載目前尚無對心肌梗塞的病人例行性使用IVUS之要求，與上訴人提出2017年版歐洲心臟協會（ESC）指引（本院卷五361頁）所載，或有出入，然本件乃請醫委會鑑定張瑞月對邱木檜進行第1次手術時，有無例行性使用IVUS要求之常規，其結論意旨顯為否定，尚不能以第1次手術後所出現之文獻，指摘該鑑定結論意旨有何不實，縱目前對心肌梗塞的病人確有例行性使用IVUS之要求，至多亦僅能認醫委會所稱之「目前」狀況有誤失，尚未可即得導出第1次手術時亦有此要求之結論，上訴人就此所言，亦無可採。至所稱其他建議於施作心導管術支架置放時使用IVUS之文獻（本院卷六263至372頁），則係在醫學領域上所併存、充斥之各種說法，已如前述，仍應以本件第1手術時所存在之一般性見解與通常性之要求，

始得稱之為常規，況本件邱木檜並非在第1次手術後即已死亡，反係在術後之初呈現心臟血流達三級、術後心電圖ST節段下降等代表手術成功之反應。

(八) 復按對人體施行手術所為侵入性之醫療行為，本具一定程度之危險性與不可測性，醫療機構由其使用人即醫師就依醫療常規可得預見，且於病患決定是否進行該醫療行為時，具有實質重要性之事項，依醫療法第63條第1項本文（即：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）及醫師法第12條之1（即：醫師診治病人時，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）規定，固應對病患及其家屬盡告知說明義務，告知方式與程度實際之執行，仍應視當時具體情況而定，以求適時、適當，用免妨礙醫療行為之實施，倘拘泥在前揭法條規定之形式，豈不更延誤病患就醫之時機。而本件依嘉基病歷資料所示，張瑞月在對邱木檜進行第1次手術前，至少業以心導管檢查及心血管介入性治療說明書之書面方式，向蘇秀鳳說明該手術進行之方式、可能引發之風險以至支架之選擇等重要項，進行必要之說明後，經其在已詳細瞭解說明內容處簽名，並簽署使用健保部分給付特材同意書如上，核與其向嘉檢聲請保全狀所載，張瑞月當時確有向其說明後經其同意使用自費塗藥之支架（104保全1卷1頁反面）等情大致相符，難謂未已依法踐行必要之說明程序；且以邱木檜當時係心肌梗塞送嘉基急救之緊急狀態而言，其情況當已陷危急，當下首要之務，在立即對其施以急救，而當時除進行心導管術置放支架外，已別無其他非侵入性或危險性較低之替代方式可供選擇，業見前揭第1次鑑定報告結論所示，是該說明在此情狀下，難認未已足夠。至邱木檜在104年1月27日之臨床反應應否立即進行心導管術，因係發生在半

01 夜，故張瑞月至當日上午8時許始通知家屬到院說明，亦
02 屬人情之常，尚難謂有何延誤之情形，況上訴人等家屬並
03 未接受其說明，當下即決意轉院，轉院後，中國附醫依邱
04 木檜當時臨床之情況，亦認無立即施以第2次心導管術之
05 必要，醫審會對此決策認與醫療常規無違，詳如後述，足
06 徵該說明時點及第2次心導管術之時機與必要，俱無遲
07 誤，難指張瑞月及嘉基就此有何過責。

08 (九) 另查嘉基心導管檢查報告中，固有「助手李○宇」之記
09 載，但其在本院心導管手術過程中實際從事何等協助，則
10 無法從其上得知，縱有上訴人所稱違反放射師法之情形，
11 亦屬醫療行政管理之範疇，尚難以此即得逕指有致本院手
12 術有判斷過失之虞。而邱木檜縱在本件心肌梗塞發生
13 前，雖即已罹有心肌病變之痼疾，然至其心肌梗塞發生送
14 急救後，當下首要之務在搶救其於命危，術後治療之重
15 點，亦在保持其血流之通暢，已如前述，而其前後在嘉基
16 之時間又未及1日，難謂有何充足之時間處理其心肌病變
17 之診治。

18 (十) 是上訴人上開所指，無非係於事後回顧，以細思慢想、窮
19 盡所能耙梳相反文獻之所得，實不能與急救當下係以人之
20 渺小與所知之有限，在與死神對抗時的倉促急迫，承受時
21 間與人命關天的精神壓力下，本於記憶所及之專業直覺的
22 立即判斷相比，此無非係事後諸葛之言，均難為採。其請
23 求張瑞月及嘉基負連帶賠償之責，尚屬無憑。

24 七、又上訴人指柯伯彥、陳業鵬在邱木檜轉院後，未依張瑞月之
25 判斷即刻對其進行心導管術置放支架，或給予血栓溶解劑，
26 以打通其血管，陳業鵬於第2次手術時又未即放置支架，進
27 行心臟超音波後復未能發現其心肌病變；張志斌接手後，除
28 未積極為邱木檜施打利尿劑外，另決定拔除所裝IABP，造成
29 其心因性休克後始重裝，卻又於2月11日決意再次拔除，致
30 其死亡，均有過失云云。惟查：

31 (一) 有關柯伯彥、陳業鵬、張志斌在邱木檜轉院至中國附醫

01 後，對其所進行之醫療處置有無違反當時之醫療常規而有
02 過責，經中檢於偵查程序囑託醫審會鑑定結果，認病人係
03 於104年1月26日13：17因胸痛送嘉基就診。1月27日12：4
04 5轉至中國附醫急診室就診，並於當日14：32轉入加護病
05 房由柯伯彥診視時，已逾24小時，依護理紀錄，病人當時
06 已無胸痛之情形，血壓也穩定，當時並未有立即接受心導
07 管手術之必要；且因病人心肌梗塞後，心電圖ST節段之上升
08 無下降之趨勢，為瞭解冠狀動脈之情況，陳業鵬於1月2
09 9日施以心導管術，術中因急性肺水腫而置放IABP，符合
10 醫療常規。病人嗣因呼吸衰竭，同日16：43置放氣管內管
11 使用呼吸器，有其必要；又病人自2月1日起至2月12日，
12 血壓經常不穩定，且中心靜脈壓亦起伏不定，施打利尿劑
13 有相當風險性，是未使用利尿劑難有疏失；再IABP久置會
14 有感染及末端肢體灌流不足之併發症，故於情況允許下，
15 盡可能早點移除，是於2月5日病人生命徵象相對 穩定
16 【即心跳幫浦比1：3，幫浦輔助下血壓(augmentation pr
17 essure)為100～120mmHg】下移除其IABP，移除前亦向家
18 屬作說明（護理紀錄，10：35記載家屬前來探視時，張志
19 斌有前來解釋病情，並告知家屬目前病人狀況穩定，預計
20 於13：30移除其IABP，移除後視情況需要再重新置入家屬
21 表示可以了解），當時並未加重病人之病情；另本案病人
22 於心肌梗塞後呈現嚴重心衰竭現象，需反覆使用IABP，且
23 呼吸器困難脫離，裝設葉克膜及換心手術為合理的考量，
24 並無評估不實或疏失之處。2月13日02：40病人發生無脈
25 性心室頻脈(pulseless ventricular tachycardia)，經
26 電擊急救後仍呈現休克症狀，值班張家熙醫師即給予強力
27 升壓劑(levophed 每分鐘15 μ g)及心律不整藥物 (amioda
28 rone，起始給予150mg後，前6小時每分鐘1 mg)。然病人
29 於05：00反覆發作無脈性心室頻脈數次，經電擊急救後，
30 心律不整藥物改用lidocaine(起始給予100mg後，每分鐘
31 1mg)。06：00至10：00又反覆發作無脈性心室頻脈數次，

01 均經電擊急救後恢復。12：14病人發生無脈性心電氣活動
02 (pulseless electrical activity)，經急救30分鐘後，
03 家屬決定辦理自動出院，綜上所為，均符合醫療常規，亦
04 無拒絕急救之情事（中檢105醫偵24卷13、14頁）。足見
05 柯伯彥、陳業鵬未即對邱木檜施行心導管術、陳業鵬至2
06 月3日始對其置放支架，均未違反醫療常規，且張志斌亦
07 有向其家屬說明IABP之放置與拔除，又IABP並不能長期使
08 用，而邱木檜當時之情況也不適合使用利尿劑，是經中檢
09 為不起訴處分，再議後復經中高分檢駁回再議確定，蘇秀
10 鳳再聲請交付審判，另經原法院刑事庭以105年度聲判字
11 第94號裁定駁回。

12 （二）經上訴人向原審提起本件後，原審續就上訴人所疑，第2
13 次囑託醫審會鑑定，鑑定意見仍認急性心肌梗塞之診斷係
14 依病史、症狀、心電圖及心肌酵素等臨床資料綜合判
15 斷。急性心肌梗塞病人到院後，須視其情形，給予適情之
16 治療處置；104年1月27日12：45病人轉至中國附醫急診室
17 就診，並於當日14：32轉入加護病房，柯伯彥依護理紀錄
18 所示病人已無胸痛，血壓亦穩定，故當時並未有立即接受
19 心導管手術之必要；但由於病人心肌梗塞後，心電圖ST節
20 段之上升無下降之趨勢，為瞭解冠狀動脈之情況，同年月
21 29日由陳業鵬施行心導管術，其處置符合醫療常規（原審
22 卷三21頁反面至22頁）。是經原審駁回上訴人對柯伯彥3
23 人及中國附醫之請求。

24 （三）上訴人雖以張瑞月於其等決定轉院前，已向其等表示有對
25 邱木檜進行第2次心導管檢查之必要，然轉院至中國附醫
26 後，柯伯彥及陳業鵬卻遲至1月29日始對邱木檜進行心導
27 管檢查，陳業鵬於發現有血栓、阻塞等現象後，又延至2
28 月3日始為邱木檜放置支架，是認有可歸責。然進行任何
29 醫療處置，須視病人當時臨床之具體狀況而定，而本件上
30 訴人在將邱木檜轉院至中國附醫後，邱木檜之臨床狀況已
31 趨穩定，尚無即刻施行心導管術之必要，有上開鑑定報告

之記載可參，是轉院前一時之反應，與轉院後彼時之狀況，未可一概而論；且以邱木檜甫因急性心肌梗塞送急救而裝置支架之境況，衡情，其心血管壁應尚處於脆弱之狀態，恐難在短時間內承受再一次擴張，故適度等待其情況穩定，確有其必要，縱認此決策或有過於保守之處，亦難率指為誤失。至有無保存IVUS影像紀錄，屬醫療行政管理之範疇，未影響本件事實之認定。是上訴人指柯伯彥3人就邱木檜之死，分別有前揭可歸責之事由，中國附醫應負連帶責任，亦屬無據。

八、再本件無論係PP或PE支架，於事發時均係經主管機關許可上市，且尚在有效期限內，有波士頓公司及其台灣分公司所提PP或PE支架許可證影本（許可字號分別為衛署醫器輸字第021389號、第026119號，原審卷一135頁、本院卷二75頁）可參；依所提PP支架產品並附有仿單，記載其成分、禁忌、風險、使用方法等重要事項之說明（原審卷一138至142頁），其中風險部分即包含支架血栓之形成，核與第1次鑑定報告所載大致吻合，難謂就相關產品資訊未盡相當告知之責；又本件張瑞月第1次手術所採為PP而非PE支架，已經本院認定如前，尚不受嘉基回覆中檢病歷中，所附未經簽名且未張貼所使用支架條碼籤之使用健保部分給付特材使用說明書（本院卷二148頁）上，所載支架核准字號為衛署醫器輸字第023509號，即得推翻前開認定，無以見有擅自輸入非法支架販售之情形；再查張瑞月為邱木檜所裝支架並未發現有上訴人所稱支架變形、塌陷之狀況，亦詳述如前，自無上訴人所稱之瑕疵；而新一代產品的推出，僅可見生產者有在持續改良其產品之作為，且產品之演進，自在求功效的進一步提升，尚不能因有新一代產品的推出，即得逕指其前一代產品必有瑕疵，況本件張瑞月所用實乃PP支架，也無上訴人所稱使用舊產品可言；至所提PE支架瑕疵之相關文獻，與本件張瑞月所用為PP支架無涉，何況有商業利益牽扯其中，其真假難辨，仍應以主管機關之許可與否為斷。是上訴人主張波士頓

01 公司及其台灣分公司、六霖公司及其實際負責人游金井所提
02 供予張瑞月使用之支架產品有瑕疵，應負消保法及民法相關
03 規定之連帶賠償責任，也係無稽。

04 九、另本件所歷醫審會3次鑑定，均未見有上訴人所稱偏頗之
05 情，上訴人於鑑定完成後，猶聲請拒卻鑑定，尚無可採，並
06 無再次囑託鑑定之必要，業均說明如前；且張瑞月已經上訴
07 人聲請到庭說明（本院卷二15、16頁），其與張志斌又皆係
08 被上訴人，就上訴人對其等之指摘，迭已透過訴訟代理人為
09 其等陳述或以書狀答辯方式，以為回應，爰無再令其等到庭
10 陳述之必要，上訴人請求通知其二人到庭受詢，尚乏其由。

11 十、綜上所述，上訴人指被上訴人或有所為醫療行為違反其前開
12 所述醫療常規之過失，或產品有所稱瑕疵，致邱木檜因此死
13 亡等詞，皆屬無法證明。則其依前揭規定，請求被上訴人給
14 付，均非正當，不應准許。從而，原審所為上訴人敗訴之判
15 決，並無不合。上訴論旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，
16 為無理由，應駁回其上訴；另上訴人追加請求游金井給付部
17 分，亦為無理由，其假執行之聲請也失所附麗，均併予駁
18 回。

19 十一、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用
20 之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結
21 果，爰不逐一論列，附此敘明。

22 十二、據上論結，本件上訴及追加之訴均為無理由，爰判決如
23 主文。

24 中 華 民 國 110 年 12 月 30 日

25 醫事法庭

26 審判長法 官 黃玉清

27 法 官 許旭聖

28 法 官 葛永輝

29 正本係照原本作成。

30 如不服本判決，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，其
31 未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內向本院補提理由書狀

01 （均須按他造當事人之人數附繕本）。因疫情而遲誤不變期間，
02 得向法院聲請回復原狀。
03 上訴時應提出委任律師或具有律師資格之人之委任狀；委任有律
04 師資格者，另應附具律師資格證書及釋明委任人與受任人有民事
05 訴訟法第466條之1第1項但書或第2項所定關係之釋明文書影本。
06 如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴裁判費。

07 書記官 黃湘玲

08 中 華 民 國 110 年 12 月 30 日