

臺灣高等法院臺中分院民事判決

111年度醫上字第2號

上訴人 李冠瑩 住○○縣○○鎮○○路00號

訴訟代理人 陳忠儀律師
廖慧儒律師

被上訴人 彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

法定代理人 陳穆寬

訴訟代理人 鄭智文律師

複代理人 陳軒逸律師

參加人 陳威良

訴訟代理人 洪良凡律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國111年2月25日臺灣彰化地方法院109年度醫字第1號第一審判決提起上訴，本院於113年1月24日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

一、上訴人主張：伊因罹患顱內動脈瘤至被上訴人醫院就診，於民國107年5月31日接受顱內動脈瘤導流支架手術（下稱系爭手術），並由參加人執刀。詎參加人於術前未告知系爭手術有導致失明之風險，亦未令伊做眼部相關檢查暨進行風險評估。又系爭手術於同日下午5時許結束，伊在手術台上清醒後，旋發現右眼無視物感並立即反應，詎被上訴人迨至同日晚間7時59分許始由訴外人即眼科醫師○○○會診檢查及用藥處理，未即時施予必要急救措施或建議伊轉診，錯失黃金救治時間，致伊右眼失明。被上訴人所屬醫師所為醫療行為未符合醫療常規，過失不法侵害伊之身體健康權，參加人亦未盡告知義務而違反醫療法第63條第1項、第81條及醫師法

第12條之1等保護他人法律，致伊支出住院醫療費用新臺幣（下同）42萬2,861元、眼科就診費用2,520元，及受有勞動能力減損798萬4,655元、非財產上損害100萬元，合計941萬36元之損害，被上訴人就其受僱人執行醫療業務所致損害，應負僱用人責任。又兩造間有醫療契約存在，參加人與○○○醫師均為被上訴人之履行輔助人，其等所為醫療行為未符合醫療常規，參加人亦未盡告知義務，則被上訴人所為醫療給付不符債之本旨，亦應負債務不履行損害賠償責任。爰依民法第188條第1項、第193條第1項、第195條第1項、第544條、第227條第2項、第227條之1及醫療法第82條規定，擇一求為命被上訴人給付941萬36元，及加給自起訴狀繕本送達翌日起算法定遲延利息（下稱941萬36元本息）之判決（原審為上訴人敗訴之判決，上訴人聲明不服，提起上訴）。並上訴聲明：(一)原判決廢棄；(二)被上訴人應給付上訴人941萬0,036元本息；(三)願供擔保，請准宣告假執行。

二、被上訴人則以：伊因上訴人患有顱內動脈瘤，建議施行系爭手術，符合醫療常規。上訴人未舉證證明視網膜動脈血管阻塞（俗稱「眼中風」）為系爭手術之典型風險而應予告知，或術前應為眼部相關檢查；且眼中風同屬中風之一種，參加人於107年5月2日即以手繪圖解方式說明系爭手術有中風風險，伊所屬人員於開刀前亦告知上訴人及其家屬該手術之可能併發症包括中風，已盡告知義務。次伊所屬人員發現上訴人有右眼無視物感情形後，業立刻給予保栓通等抗血小板凝集劑，亦緊急會診眼科檢查，並給予眼球按摩、降血壓及抗血小板藥物治療，已即時為適當醫療處置，符合醫療常規；上訴人未舉證證明視網膜動脈血管阻塞有所謂黃金救治時間，或斯時尚有其他有效治療方式，亦未舉證證明勞動能力減損比例，不得僅以最近1年收入計算其勞動能力減損之損害等語，資為抗辯。並答辯聲明：(一)上訴駁回；(二)如受不利判決，願供現金或金融機構可轉讓定期存單擔保，請准宣告免為假執行。

三、參加人陳述：伊於107年5月2日即以手繪圖解方式，向上訴人及其父母詳細說明治療選項及分析風險，上訴人返家考慮

後，始於同年月7日至伊門診接受治療及開始服用抗血小板凝集劑。且上訴人於同年月22日亦另向神經外科門診諮詢，並於同年月31日親簽「頭頸部血管攝影檢查/治療同意書」（下稱系爭同意書）。故上訴人及其家屬業充分瞭解相關治療選項及風險，方決定接受系爭手術，伊已盡告知義務。次上訴人於術前已接受含眼動脈在內之腦血管攝影檢查，且其疾病為顱內動脈瘤，非眼球問題，縱未對眼部周圍進行相關檢查評估，仍符合醫療常規。再伊於術中均持續給予肝素（Heparin，作用為抗凝血劑），以預防血栓反應發生；發現上訴人右眼無法視物後，因疑為血栓有關併發症所致，旋將最後一劑肝素劑量從1000u提高至3500u，並將上訴人之狀況及已使用藥物確實交班予後續接手照護之加護病房團隊作為整體用藥評估；加護病房團隊亦緊急會診眼科處置，且有使用降眼壓、抗血小板、降腦壓等藥物並完成眼球按摩，未延誤救治時間，已窮盡當時有療效且適當之救治方式，伊之醫療行為並無不當。再住院醫療費用係為治療上訴人之顱內動脈瘤而支出，與眼部失明無因果關係，其動脈瘤復已治癒。又醫師縱未盡告知義務，與醫療行為本身及醫療風險之發生無相當因果關係，且上訴人未證明所請求金額與醫師未盡告知義務間有因果關係等語。

四、兩造不爭執之事實（見本院卷第139至140、262頁）：

- (一)上訴人因間歇性頭痛已3、4年，加上耳鳴半年，至彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院耳鼻喉科門診就診，於107年4月11日安排腦部磁共振造影檢查，發現右內頸動脈有一顱內動脈瘤，大小約6.5x8.3mm。
- (二)上訴人經轉診，於107年4月27日至被上訴人神經外科就診，並於同年月30日至同年5月2日入住神經外科病房，於同年月1日接受腦血管攝影檢查，結果確認同一位置即右內頸動脈有一顱內動脈瘤，大小約7.3x6.5mm。訴外人即神經外科○○○醫師認為動脈瘤雖未破裂，但因將來破裂風險高，應積極治療，並會診時任放射診斷科醫師之參加人。參加人於同年月2日向上訴人及其家屬解釋，此動脈瘤破裂風險較高，應積極處理，處理方式除開顱手術夾閉動脈瘤外，也可

考慮血管內治療，後者亦有「支架輔助栓塞」及「導流支架（分流器）」兩種方式；「支架輔助栓塞」可申請全民健康保險給付，但復發機會高，而依上訴人之病情，現行全民健康保險不會給付「導流支架」，需要自費，雖然較貴，但復發率低（<3%）；又血管內治療有5%出血或中風之風險，也有死亡或植物人之可能性。因上訴人無法立即決定處理方式，故上訴人於當日出院，回家後再行考慮。

(三)上訴人於107年5月7日回診，準備接受血管內治療，參加人給予口服（PO）每日1次（QD）之雙抗血小板藥物（Aspirin 100mg/Clopidogrel 75mg）。

(四)上訴人於107年5月30日再度入住被上訴人醫院，準備接受導流支架放置，並於同年月31日簽署系爭同意書。上訴人於同日下午2時26分至5時許，接受全身麻醉及系爭手術。上訴人於該手術結束後在手術台上甦醒，發現右眼無視物感，立即告知參加人及所屬醫療團隊。被上訴人之眼科醫師於同日晚間7時59分許會診，檢查上訴人發現右眼無光感，經眼底檢查後，診斷為右眼中央網膜動脈阻塞。

(五)被上訴人之眼科醫師於107年6月1日再次檢查，上訴人右眼仍無光感，眼底攝影仍呈中央網膜動脈阻塞，除進行前房水樣液穿刺降眼壓外，並囑繼續給予Combigan眼藥水治療。當日上訴人除右眼全盲外，並無其他生命徵象變化或神經學缺失，因此轉至普通病房治療。上訴人於同年月0日出院，右眼仍全盲。後續上訴人至眼科門診追蹤治療，但右眼仍無光感，眼底檢查結果仍呈現缺血現象。

五、本院之判斷：

(一)參加人並無未盡告知義務情事，未違反醫療法第63條第1項、第81條及醫師法第12條之1規定：

- 1.按醫療機構實施手術，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；醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應；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，醫療法第63條第1項前段、第81條及醫師法第12條之1各有明文。而醫師對病人進行診斷或治療之前，應向病人（或其家屬）告知病情、治療方法、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等資訊，使病人（或其家屬）得以在獲得充分醫療資訊下，做出合乎生活型態之醫療選擇，其目的在於保障病人之自主決定權（人格權），兼作為醫療行為違法性之阻卻違法事由。惟醫師之告知範圍，並非漫無限制，應以病人之自主決定權作為劃分醫師義務範圍之標準（最高法院112年度台上字第378號、110年度台上字第3189號判決意旨參照）。

2. 查參加人於107年5月2日向上訴人及其家屬解釋時，係以手繪圖解方式，繪製上訴人之顱內動脈瘤型態與所在位置，並說明該動脈瘤位在眼動脈上端之右內頸動脈處，如該動脈瘤破裂，將致出血性腦中風，有3分之1機率死亡、3分之1機率發生神經嚴重損害、僅3分之1機率仍正常或僅為小中風；如未破裂，可能無症狀，亦可能發生頭痛、壓迫神經所致症狀或缺血性中風。而綜酌該動脈瘤之大小（大於7mm）、外形、上訴人之性別、年紀等因素後，評估破裂風險較高。又於說明處理方式時，除提及有開顱手術夾閉動脈瘤與血管內治療兩種方式，及後者中「支架輔助栓塞」與「導流支架（分流器）」之區別、復發率及風險外（詳不爭執事實（二）），亦告知所謂中風包括大、小中風，有是日經上訴人及其家屬簽名之病歷紀錄可稽（見原審病歷卷第33至35頁）；上訴人復不爭執上開手繪圖解說明乃其於該日諮詢時做成（見本院卷第301至302頁）。可知參加人於系爭手術前之107年5月2日，已向上訴人及其家屬說明其病情與手術原因、治療方針、手術成功率、預後情形、可能發生之併發症、危險或不良反應。上訴人主張該手繪圖解說明未包含手術預後情形云云（見本院卷第127頁），與事實不符，並不可採。參以上訴人是日並未立即決定處理方式，係先行回家考慮；其於系爭手術施行前之同年月22日，亦再至神經外科○○○醫師門診就診以諮詢顱內動脈瘤事宜，有病歷紀錄可

佐（見原審病歷卷第47頁），足見上訴人對其病況當已知之甚稔，並充分瞭解系爭手術之目的、效益、風險及其他替代方案，經審慎考慮後，始於同年月31日在系爭同意書上簽名而同意接受該手術。是參加人於術前已使上訴人及其家屬獲得充分醫療資訊，得以自主決定是否施行系爭手術，應堪認定。

3.上訴人雖主張：參加人於術前未告知系爭手術有導致失明之風險，未盡告知義務而違反醫療法第63條第1項、第81條及醫師法第12條之1規定云云，然為被上訴人否認。查：

(1)經原審囑託衛生福利部（下稱衛福部）醫事審議委員會（下稱醫審會）鑑定結果（下稱第一次鑑定），據覆：①病人之動脈瘤超過7mm，且相對年輕，日後破裂風險較高，積極處理為適當之建議。導流支架最適合治療內頸動脈之顱內動脈瘤，亦為病人動脈瘤所在位置，故為病人施行系爭手術治療，符合醫療常規。②眼動脈是內頸動脈分支，眼動脈會再分支出中央網膜動脈。內頸動脈導流支架本身有導致其分支動脈阻塞之風險；病人於導流支架手術後立即右眼失明，可能是導流支架手術所致，為導流支架少見併發症之一。而腦部缺血造成細胞受損或死亡、產生神經症狀，即是缺血性腦中風。無論大小血管阻塞，若導致腦細胞受損或死亡，產生神經症狀，均稱為引起中風。本案病人為中央網膜動脈阻塞造成失明，一般俗稱「眼中風」。參加人向病人告知治療之風險，包含出血、中風會死亡或變成植物人，或其他大小中風等情，已盡告知風險義務，有衛福部111年1月4日衛部醫字第1111660029號書函所附醫審會鑑定書（下稱第一次鑑定書）可憑（見原審卷二第38至40頁）。

(2)衡之醫審會為衛福部依醫療法第98條規定設置，由下轄醫事鑑定小組負責辦理醫療糾紛鑑定案件，乃中立行政單位，且依衛福部頒佈之醫療糾紛鑑定作業要點第5條、第13條、第15條規定，醫療糾紛鑑定係先交由初審醫師提供初步意見，再由醫事鑑定小組開會審議鑑定而作成鑑定書；醫事鑑定小組委員及初審醫師對於為現職服務醫院之鑑定案件、與本身具有利害關係之鑑定案件、或與訴訟事件當事人之任一方具

有利害關係之鑑定案件，皆應予迴避；醫事鑑定小組會議對於鑑定案件之審議鑑定，亦須以委員達成一致之意見為鑑定意見。可徵醫審會並無刻意偏頗一造之必要，且當具備鑑定醫療爭議之專業能力及經驗，得基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見。又第一次鑑定結果經核並無何等論理或邏輯上之謬誤，或與客觀經驗法則顯然相悖之情事。是醫審會本於專業所為之鑑定意見，自屬可採。據此，堪認上訴人係因由內頸動脈分支動脈（即眼動脈）再分支而出之中央網膜動脈於術後阻塞，致缺血造成失明，發生俗稱「眼中風」情形，而參加人於107年5月2日向上訴人及其家屬解釋時，既有告知施行系爭手術可能發生大、小中風之風險，即已涵蓋上開眼中風之失明情形，難認未盡告知義務。是上訴人主張參加人於術前未告知系爭手術有導致失明之風險云云，尚難為其有利之認定。

(3)況告知義務既旨在保障病人之自主決定權，自非醫師一有未盡說明情形即須負責，仍應視未說明之資訊是否足以影響病患之醫療決定，亦即假設醫師為此說明，就一般理性之人，處於病人此種狀態之下，仍會為此決定，則醫師未盡告知義務之行為，即與病患之決定間無因果關係，醫師仍無庸就該醫療行為所生固有風險負其責任。查：

①依第一次鑑定結果，雖可知上訴人於術後立即發生中央網膜動脈阻塞之失明情形，可能為系爭手術所致，屬導流支架手術少見之併發症。然被上訴人與參加人陳稱：參加人於手術後以血管攝影檢查包含眼動脈與內頸動脈等周邊相關血管，確認重要血管未堵塞；且術後血管攝影亦顯示導管放置位置良好，周邊血流穩定（無血栓），右眼動脈清晰可見等語（見原審卷一第192至193頁，本院卷第94至95頁），有病歷紀錄可稽（見原審病歷卷第121頁），且未據上訴人爭執，可徵該阻塞之中央網膜動脈距上訴人顱內動脈瘤之患部位置應有一定距離，方未於術後血管攝影時攝得。而由前載鑑定內容，酌以上訴人亦自述：伊於術後北上看另一神經外科醫師門診，該醫師納悶表示施行系爭手術怎會發生失明結果等

語（見本院卷第322頁），可知因導流支架手術，致由內頸動脈之分支動脈（眼動脈）再分支而出、位於內頸動脈遠端之中央網膜動脈阻塞造成失明，應屬甚為少見之併發症，發生機率極低。又上訴人之顱內動脈瘤業超過7mm，第一次鑑定結果亦認依此大小及上訴人之年齡，日後破裂風險較高，宜積極處理，且導流支架最適合治療內頸動脈之顱內動脈瘤；考諸上訴人自陳：○○○醫師判定伊所患動脈瘤位在太內部，不宜進行外科開腦手術等語（見本院卷第303頁），暨上揭參加人於107年5月2日之說明內容（詳前2.所示），足見依上訴人之病況，苟未積極接受手術治療，一旦顱內動脈瘤破裂，死亡機率高達3分之1，亦有高達3分之1機率發生神經嚴重損害，而較諸外科開顱手術，血管內治療中之導流支架手術危險性及復發率均低，且應屬最適合之治療方式。

②準此，縱令醫師於說明時鉅細靡遺詳敘系爭手術所有可能之大小併發症，並直接點明甚為少見且發生機率極低之失明情形，一般理性之人處於上訴人之狀態，經綜酌手術與否之風險後，按理仍會為採取系爭手術之決定。且徵之上訴人自承：伊原預計於長庚醫院接受相同手術治療等語（見本院卷第303頁），尤彰上訴人本即計畫施行系爭手術，不因該手術有無造成失明風險而異。是以，即使參加人於說明系爭手術可能導致大、小中風時，未再進一步敘述失明同屬大、小中風之一種，應認與上訴人之決定尚無因果關係。

③上訴人雖又主張：伊若知悉系爭手術可能發生眼睛失明之併發症，會影響治療動脈瘤之決定，因當時也有評估要去長庚醫院檢查、手術，長庚醫院在北部，醫療支援及技術應較被上訴人為佳。因父母年紀大，不想讓父母陪診，方就近選擇在被上訴人就診云云（見本院卷第320頁）。然上訴人所陳前詞，核與參加人苟為是項告知，會否影響上訴人對於手術術式選擇之醫療決定無關，不足為其有利之認定。

4.上訴人另主張：伊並非於系爭手術當天簽署原審病歷卷第33至35頁所示手繪圖解說明，該說明亦未包括因手術產生不良反應時之處置方式。又系爭同意書未記載併發症為何云云（見本院卷第127、303頁）。惟醫療法第63條第1項、第81

條及醫師法第12條之1規定旨在使病人於獲得所需醫療資訊後做出醫療選擇，並未限制醫師告知說明之時點。參加人既業於系爭手術前之107年5月2日對上訴人及其家屬說明系爭手術可能之併發症、危險或不良反應，即已盡告知義務，不因該說明非於手術當日所為、或系爭同意書未重複記載併發症種類而異。又前揭醫療法及醫師法規定所定應告知說明之內容，並未包括已因手術產生不良反應時之進一步處置方式，尤難執以遽謂參加人有何未盡告知義務情事。上訴人所陳上詞，無可憑採。

5.綜上所述，參加人並無未盡告知義務情事，未違反醫療法第63條第1項、第81條及醫師法第12條之1規定，洵可認定。

(二)上訴人術後反應右眼無視物感後，被上訴人所屬醫師所為之醫療行為，符合醫療常規，且無過失：

1.按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫事人員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，負損害賠償責任；前項注意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地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷，醫療法第82條第1項、第2項、第4項各有明文。醫療行為在本質上通常伴隨高度之危險性、裁量性及複雜性，是判斷醫師於醫療行為過程中是否有故意或過失即注意義務之違反，必須斟酌該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切情狀，暨醫師就具體個案之專業裁量、病患之特異體質等因素而為綜合之判斷，且因醫療行為有其特殊性，醫師所採之藥方或治療方式以事前評估雖係屬於適當之選擇，但並無法保證一定能改善病情，故容許不確定風險之存在，不能逕依醫療之結果不如預期、不成功或有後遺症、感染之發生，逕以論斷醫療行為違反注意義務（最高法院112年度台上字第31號判決意旨參照）。又按醫療行為具有其特殊性及專業性，醫療行為者對於病患之診斷及治療方法，應符合醫療常規（醫療準則，即臨床上一般醫學水準者共同遵循之醫療方式）。而所謂醫療常規之建立係賴醫界之專業共識而形成，

如醫界之醫療常規已經量酌整體醫療資源分配之成本與效益，就患者顯現病徵採行妥適之治療處置，而無不當忽略病患權益之情形，自非不可採為判斷醫療行為者有無醫療疏失之標準（最高法院103年度台上字第2070號判決意旨參照）。

2.上訴人固主張：伊在手術台上清醒後，旋發現右眼無視物感並立即反應，詎被上訴人迨至同日晚間7時59分許始由眼科醫師○○○會診檢查及用藥處理，未即時施予必要急救措施或建議伊轉診，錯失黃金救治時間，致伊右眼失明。被上訴人所屬醫師所為醫療行為未符合醫療常規云云，惟為被上訴人否認。查：

(1)參加人於系爭手術開始後之同日下午3時2分許、4時2分許，先後給予上訴人肝素3000u、500u；嗣於同日下午4時59分許，又指示給予大劑量肝素3.5kIU（即3500u），有病歷紀錄可稽（見原審病歷卷第73、91、121頁），且為上訴人所不爭執（見本院卷第301頁）。而依參加人陳以：執行系爭手術時，若病人未發生任何懷疑與血栓有關之併發症，最後一劑肝素劑量通常是1000u。伊係於系爭手術結束並在手術台上喚醒上訴人，經其告知右眼無視物感，始於同日下午4時59分許指示將肝素劑量加倍提高至3500u等語（見本院卷第270頁）；上訴人於原審亦自承：伊發現右眼看不清楚後，被上訴人曾增加抗凝血劑份量等語（見原審卷一第11至13頁），於本院審理時坦言：術後將近下午5點鐘，有注入大量抗凝血劑等語（見本院卷第78頁），堪認參加人於上訴人術後反應右眼無視物感，旋立即加倍給予大劑量肝素3500u，作為第一時間處置。上訴人嗣翻改前詞主張無印象在手術台被喚醒後有注射藥物云云（見本院卷第302頁），並不可採。

(2)上訴人於系爭手術後轉入加護病房，被上訴人之加護病房醫師於同日下午5時47分許開立抗血小板藥物保栓通（Co-Plavix，成分為Aspirin 100mg/Clopidogrel 75mg），劑量為每日2顆（2 tab QD）；於同日晚間6時9分許開立降腦壓藥物Nimotop TAB（作用為腦血流改善）；並於同日晚間6時

54分許開單會診眼科。經被上訴人之眼科醫師於同日晚間7時59分許會診並診斷上訴人為右眼中央網膜動脈阻塞後，已施行眼球按摩（ocular massage），並於同日晚間8時58分許、8時59分許，開立降腦壓靜脈注射液Mannitol、抗血小板藥物保栓通，並提高保栓通劑量至每日3顆（3 tab QD）；於同日晚間10時51分許開立降眼壓藥物Combigan Eye Drops、AcetaZOLAMIDE。又眼科醫師會診時雖曾考慮是否以通血管、高壓氧等方式治療，然經參加人評估因已放置導流支架，無法進行通眼動脈；經高壓氧醫師評估後，亦認上訴人剛接受血管內治療，進行高壓氧治療有高風險，不建議為此處置，有病歷紀錄（見原審病歷卷第52、66、69至70、73、95、113至114、122頁）、出院摘要（見原審卷一第38頁）、保栓通藥物仿單（見本院卷第71頁）可憑，且據被上訴人及參加人陳述在卷（見本院卷第68至69、89頁）；上訴人亦不爭執病歷紀錄內容及被上訴人客觀上有採取前述醫療措施（見本院卷第263、301頁），復陳稱：伊在加護病房清醒後，有被投藥等語（見本院卷第78頁）。據此，並參酌依前揭仿單，保栓通藥物之成人建議給藥劑量為每日1次即1顆（見本院卷第71頁），益徵上訴人轉入加護病房後，該病房醫師亦加倍給予抗血小板及降腦壓藥物，並緊急會診眼科；待眼科醫師會診確定為右眼中央網膜動脈阻塞後，復對上訴人施行眼球按摩、給予降血壓、降腦壓及抗血小板藥物治療，於翌日再進行前房水樣液穿刺降眼壓，及繼續給予Combigan眼藥水治療（詳不爭執事實(五)），並無放任上訴人病況而未即時施予急救措施之情事。上訴人主張被上訴人所屬醫師於系爭手術完畢後，迨至同日晚間7時59分許眼科醫師會診前均未給予伊救助云云（見本院卷第52頁），容無足取。

(3)再者：

- ①經本院囑託醫審會鑑定結果（下稱第二次鑑定），據覆：一般而言，自發性中央網膜動脈阻塞後之視力損傷，可逆轉時間依文獻係在4.5至12小時間。然病人術後產生之右眼中央網膜動脈阻塞，與自發性阻塞成因不同，針對不同原因之治

療方式，必須診斷確定後始得為之，故並無黃金救治時間。又因急性視力喪失有可能因為網膜黃斑部出血、玻璃體出血等出血性疾病所造成，治療方式與動脈阻塞不同。本案下午5時手術結束，病人待麻醉恢復，發現右眼失明，加護病房醫師立即於晚間6時54分許緊急會診眼科，晚間7時59分許眼科醫師完成眼底檢查，始診斷為右眼中央網膜動脈阻塞。醫師於眼底檢查確定診斷後，再給予合適治療，未錯失急救治療時間，並無違反醫療常規，有衛福部112年10月17日衛部醫字第1121669454號書函所附醫審會鑑定書可憑（見本院卷第203至204頁）。第一次鑑定結果亦覆稱：病人發覺右眼失明後，經會診眼科醫師檢查，眼科醫師立即施行眼球按摩、給予降眼壓藥物及抗血小板藥物，符合醫療常規，並未延誤救治時間，有第一次鑑定書可考（見原審卷二第37、39頁）。

- ②由是可知，急性視力喪失之成因可能為動脈阻塞，亦可能為其他出血性疾病；縱為動脈阻塞，亦須視成因採取不同治療方式，故勢須俟眼科醫師檢查確定診斷後，方能給予合適治療，並無所謂黃金救治時間可言，自不足徒以系爭手術結束計至眼科醫師完成會診之客觀歷時時長，遽謂被上訴人所屬醫師延誤治療而有違反醫療常規情事，遑論參加人與加護病房醫師於此期間，確已依渠等經驗推測可能成因並先行開藥處置。而被上訴人之眼科醫師於確定診斷後，所採取之治療方案亦符合醫療常規，且未延誤救治。至眼科醫師會診後固未進一步施行通血管或高壓氧治療，然衡諸上訴人甫經在內頸動脈放置導流支架，為避免刺激手術患部甚或導致動脈瘤破裂，按理應不適宜為侵入性或變更患部壓力性之處置；酌以參加人陳稱視網膜動脈管徑極細，目前無血管內打破血栓技術一節（見本院卷第96頁），未據上訴人否認，亦難謂得以積極物理性入侵或手術疏通此末端細微血管之阻塞；又經醫審會第一次及第二次鑑定結果，既認眼科醫師採用眼球按摩及給藥治療，屬合適之治療方式，尤彰依上訴人斯時病況及術後身體情形，眼科醫師所為處置確為適當且必要之急救措施。是被上訴人所屬醫師於上訴人反應右眼無視物感後，

所為醫療行為符合醫療常規，且已盡醫療上必要之注意義務，應值認定。上訴人之前揭主張，無可憑取。

③至上訴人主張：伊係在手術完畢後立即反應右眼失明，並非於轉入加護病房清醒後始發現此情。第一次鑑定書關於本件案情概要部分有誤云云（見本院卷第52、304頁）。查第一次鑑定書之「案情概要」項固記載「…於17：00治療結束，病人轉入加護病房。但病人清醒後，發現右眼失明，緊急會診眼科醫師…」（見原審卷二第37頁），惟上訴人術後產生之右眼中央網膜動脈阻塞，並無所謂黃金救治時間，不足徒以系爭手術結束計至眼科醫師完成會診之客觀歷時時長，遽謂有何延誤治療情事，業悉敘如前，自不因第一次鑑定書案情概要欄此部分之記載，即影響該鑑定意見之憑信性。上訴人前揭主張，不足為其有利之認定。

④上訴人雖復援引網路文章，主張視網膜動脈阻塞應有90分鐘之黃金救治時間云云（見本院卷第241至254頁）。然被上訴人否認該文章之形式上真正（見本院卷第263頁），上訴人亦未舉證證明真正。況衡以前揭網路文章並未具體指明所述視網膜動脈阻塞之個案確切阻塞位置、情形，無從推斷與本件相類，尤難攀附。

(4)另上訴人甫在被上訴人醫院進行手術，其術後身體狀況、相關醫療用藥情形當以被上訴人最為清楚，且被上訴人亦設有眼科部得診治上訴人右眼問題。苟上訴人斯時遽行轉院，接手醫院未必能立即完整掌握上訴人病況，所為處置反更具風險性，則被上訴人未建議上訴人轉院處理，誠難認有何不當。上訴人以被上訴人所屬醫師未建議其轉院為由，主張渠等所為醫療行為未符合醫療常規云云，要非足採。

3.從而，被上訴人所屬醫師於上訴人反應右眼無視物感後，所為醫療行為符合醫療常規，已盡醫療上必要之注意義務，自難謂有何過失。上訴人主張其等所為醫療行為不符合醫療常規，而有過失云云，並不可採。

(三)上訴人另主張：參加人術前未令伊做眼部相關檢查暨進行風險評估云云。然經原審囑託醫審會鑑定結果，據覆：病人於術前，醫院對其已進行腦血管攝影檢查，包括眼動脈檢查。

病人之疾病為顱內動脈瘤，非眼球問題，未對眼部周圍進行相關檢查評估，符合醫療常規。而術前評估項目亦包含腦部磁共振造影、腦血管攝影檢查，就此術式而言已足夠，符合醫療常規，有第一次鑑定書可憑（見原審卷二第38至39頁），足認就上訴人所罹疾病而言，本無須對眼部周圍進行相關檢查評估，且被上訴人於術前亦對上訴人進行腦部磁共振造影、腦血管攝影檢查，後者包括眼動脈檢查，依系爭手術之術式尤屬已足。是縱令參加人術前未直接針對上訴人之眼部進行檢查或風險評估，仍符合醫療常規，且難謂有何過失。上訴人所陳前詞，無從為其有利之認定。

(四)基上，參加人並無未盡告知義務情事，其於術前縱未令上訴人做眼部相關檢查暨進行風險評估亦符合醫療常規，難認有過失；又被上訴人所屬醫師於上訴人反應右眼無視物感後，所為醫療行為符合醫療常規，且未違反醫療上必要注意義務，而無過失。則含參加人在內之被上訴人所屬醫師對上訴人即不負侵權行為損害賠償責任，被上訴人自無須負僱用人連帶賠償責任，且就兩造間醫療契約之履行，亦不負債務不履行損害賠償責任。另按醫療機構因執行醫療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條第5項固有明文。然被上訴人所屬醫師執行醫療業務之行為既無過失，上訴人依上開規定請求被上訴人負損害賠償責任，仍無理由。

六、綜上所述，上訴人依民法第188條第1項、第193條第1項、第195條第1項、第544條、第227條第2項、第227條之1及醫療法第82條規定，請求被上訴人給付941萬36元本息，為無理由，不應准許。原審為上訴人敗訴之判決，並駁回其假執行之聲請，經核於法並無不合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回上訴。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經本院審酌後，認於判決結果均不生影響，爰不一一予以論駁贅述。

八、據上論結，本件上訴為無理由，爰判決如主文。

中 華 民 國 113 年 2 月 21 日

法官 李佳芳

書記官 卓佳儀

日