臺灣高等法院臺中分院民事判決

111年度醫上易字第2號

上　訴　人　劉盛中
訴訟代理人　張弘明律師(辯論終結後解除委任)
被　上訴人　中國醫學大學附設醫院
000000000000000000
法定代理人　周德陽
被　上訴人　蕭連城
共　　同
訴訟代理人　吳佩書律師
　　羅閎逸律師
上　一　人
複　代理人　田永彬律師
　　涂奕如律師
　　馬偉桓律師

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9月30日臺灣臺中地方法院107年度醫字第18號第一審判決提起一部上訴，並擴張其上訴不服聲明，經本院於中華民國115年7月21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

甲、程序方面：

壹、上訴係對原審判決不利於己部分聲明不服，請求上級審法院將該部分廢棄或變更之謂。上訴之提出，依上訴不可分原則，原判決之全部均生移審效及遮斷效。而當事人對於第一審判決不服之程度，及應如何廢棄或變更之聲明，依民事訴訟法第441條第1項第3款，雖應表明於上訴狀，然其聲明之範圍，至第二審言詞辯論終結時為止，得擴張或變更之，此不特為理論所當然，即就同法於第二審程序未設與第473條

第1項同樣之規定，亦可推知(最高法院30年渝抗字第66號原判例意旨參照)。

貳、上訴人就後揭醫療事故，於原審原聲明請求被上訴人中國醫學大學附設醫院(下稱中國附醫)、蕭連城(下分別以醫院名稱、姓名稱之，合稱被上訴人)連帶給付新臺幣(下同)500萬元及法定遲延利息。經原審審理後判決駁回上訴人之訴，上訴人本就其中80萬元本息部分提起一部上訴(見本院卷一10頁之民事上訴狀)，嗣擴張其上訴不服之聲明爲請求被上訴人連帶給付200萬元本息(見本院卷一143頁之民事擴張聲明狀、本院卷三160頁準備程序期日筆錄)，依照前揭說明，上訴人擴張上訴之聲明，應屬合法。

乙、實體方面：

壹、上訴人主張：伊於民國105年8月3日凌晨4時12分，因身體不適赴中國附醫急診室就診，入院時血壓為收縮壓94mmHg、舒張壓57mmHg、脈搏55次/分、呼吸20次/分、體溫36°C，呈現低血壓狀態。同日凌晨4時19分，由該醫院○○○醫師開立急檢生化檢驗單，同日凌晨4時21分做十二導程心電圖及胸上部X光檢查，伊經抽血檢驗後，報告顯示檢驗項目TroponinI【心肌旋轉蛋白(定量)】：11.68ng/ml，遠高於須確認或排除急性心肌梗塞之0.04ng/mL，○○○醫師乃於同日凌晨5時38分以伊「嚴重心律不整」爲由開立病危通知單。嗣經中國附醫心臟血管專科醫師蕭連城於同日上午6時9分診察後，發現伊右冠狀動脈及左前降肢冠狀動脈均嚴重阻塞，有急性心肌梗塞之生命危險，依其專業應知急性心肌梗塞黃金搶救期係發作後90分鐘內，且已開立病危通知單，應立即施以緊急手術。詎蕭連城非但未盡告知義務，僅表示要做心臟手術，即要求伊簽手術同意書，致伊以為要動刀、葉克膜之類手術而未同意，直至同日上午11時許，經詢問醫護人員知悉手術過程後，始在加護病房內簽署制式同意書，但蕭連城並未解說麻醉方式、術後可能的後遺症等應告知事項；另蕭連城遲至同日上午9時58分始開立「*轉送評估等級；D級CON

T」之第一次醫囑；又中國附醫醫療人員於同日下午2時40分，方爲伊裝置心臟節律器，同日下午3時53分始實施心臟超音波檢查，且蕭連城僅於當日爲伊注射血栓溶解劑，未即時進行支架手術；蕭連城復未一次做完心導管支架，反遲至同年月5日始對伊右冠狀動脈進行裝置生物相容性支架（BVS)，更遲至同年月9日始進行裝置藥物支架（DES)於左前降肢動脈。再伊於105年8月9日所簽立之心臟節律器更換手術同意書，應係交由○○○醫師施作，蕭連城竟未取得同意下擅自動手術，並執意為伊施打有不良副作用之強心劑(Isoproterenol)，復因手術疏失導致肺肋膜有大量血水，致急性腎臟衰竭，心臟血氧供輸不全，造成部分心肌死亡，需永久性裝置節律器，受有不可逆之傷害。而蕭連城因前揭違反醫師法第12條之1、第21條、醫療法第60條第1項、第63條、第64條、第81條、第82條第1項、醫師法第11條之1等規定及違反醫療常規之過失，造成伊受有上開不可逆之傷害，且具有相當因果關係，依民法第184條第1項前段、第2項規定，應負侵權損害賠償責任。又伊與中國附醫間成立委任關係之醫療契約，中國附醫就其履行契約之使用人、輔助人未依債之本旨提供安全醫療服務而有違反注意義務之可歸責行為，依民法第224條、第227條規定應負同一賠償責任；另因蕭連城係中國附醫之受僱人，依民法第188條第1項規定，中國附醫亦應負連帶損害賠償責任。爰併依上揭法律關係提起本訴，請求被上訴人連帶賠償慰撫金200萬元本息等語(未繫屬本院部分，不予贅敘)。並上訴聲明：⑴原判決關於駁回上訴人後開第2項之訴及假執行之聲請暨其訴訟費用之裁判均廢棄；⑵被上訴人應連帶給付上訴人200萬元，及其中80萬元自111年10月21日民事上訴狀繕本送達翌日起；另120萬元自111年12月15日民事擴張聲明狀繕本送達翌日起，均至清償日止，按年息5%計算之利息；⑶願供擔保，請准宣告假執行。

貳、被上訴人則以：上訴人於105年8月3日因「心肌梗塞」、

「完全房室傳導阻滯」病症急診入院，經急診室醫生初步診察後，於上午6時會診蕭連城。因上訴人心電圖檢查結果屬於「NSTEMI」類型之急性心肌梗塞，且其進入加護病房前每小時血壓已回到正常血壓值，無休克風險，蕭連城診察後評估於24小時至72小時間進行心導管手術即可，乃向上訴人說明建議進行心導管手術確認何條血管有阻塞狀況並於血管內放置支架，以改善心肌梗塞病況，並建議同時應進行置放暫時性心臟節律器手術，以心臟節律器來改善其房室傳導阻滯狀況，惟因上訴人對手術尚有疑慮，經多次說明始於當日晚間19時44分至20時40分簽署手術同意書、手術說明同意書。蕭連城隨即於當晚20時50分為上訴人進行手術，除置放暫時性心臟節律器以處理完全房室傳導阻滯之病症外，並進行第一次心導管手術，經手術攝影後確認右冠狀動脈、左前降支冠狀動脈有阻塞狀況，蕭連城考量當時上訴人身體之各種狀況，僅先就阻塞狀況較嚴重之右冠狀動脈放置支架，並於翌日凌晨0時5分順利完成，絕無拖延手術時間之情形。嗣於同年月4日12時，蕭連城向上訴人說明目前病情，並告知因其左前降支冠狀動脈亦有血管阻塞狀況，建議翌日再進行第二次心導管手術，經醫護人員輪流多次向上訴人及其姊詳盡說明後，上訴人於翌日13時簽署同意書及說明書文件，同意進行第二次心導管手術，蕭連城即於同日13時25分施以第二次心導管手術，在上訴人左前降支冠狀動脈放置支架，當日手術亦順利於下午14時41分完成。其後上訴人於同年月8日出現發燒症狀，在無法排除暫時性心臟節律器感染的情況下，基於病患安全，蕭連城評估後建議進行手術更換，再經多次向上訴人詳盡說明後，上訴人於同年月9日下午14時30分及16時35分先後簽署同意書及說明書，蕭連城則於同日下午17時25分為上訴人施以暫時性心臟節律器更換手術，當日手術也順利完成。又蕭連城本係為上訴人進行心導管手術之主治醫師，105年8月9日之手術由蕭連城進行，並無違背任何法令，上訴人亦從未反對，且蕭連城未對上訴人施打強心劑，

上訴指稱蕭連城擅行動手術、施打強心劑，全為虛構。而蕭連城所進行之醫療作為均符合醫療常規，無任何醫療過失，上訴人亦無其所稱心肌細胞死亡等傷害結果存在，縱有亦與蕭連城之醫療行為無涉，上訴人依侵權行為之法律關係，請求被上訴人連帶賠償，或依據債務不履行法律關係請求中國附醫賠償損害，均無理由等語資為抗辯。並上訴答辯聲明：除如主文所示外，並陳明如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

參、兩造審理中不爭執及爭執事項（見本院卷○000-000頁、364-366頁；本院依判決格式修正或增刪文句，或依爭點論述順序整理內容）：

一、不爭執之事實：

㈠蕭連城受僱於中國附醫，於上訴人105年8月3日至同年月9日住院期間，曾為上訴人進行兩次心導管手術、一次放置暫時性心臟節律器手術、一次暫時性心臟節律器更換手術(因雙方對於手術日期有所爭執，故不列入手術時間)。

㈡上訴人於105年8月3日凌晨4時12分，因「心肌梗塞」之病症，赴中國附醫急診室就診，入院時上訴人血壓為收縮壓94mmHg、舒張壓57mmHg、脈搏55次/分、呼吸20次/分、體溫36°C，呈現低血壓狀態。

㈢105年8月3日凌晨4時19分，中國附醫○○○醫師開立急檢生化檢驗單，檢驗項目TroponinI【心肌旋轉蛋白（定量）】，上訴人經抽血檢驗後，該報告顯示檢驗項目TroponinI：11.68ng/ml，○○○醫師於凌晨5時38分以上訴人「嚴重心律不整」開出病危通知單給家屬。

㈣蕭連城於105年8月3日上午6時9分診察上訴人後，於同日上午9時58分開立第一次醫囑「*轉送評估等級；D級CONT」。

㈤急性心肌梗塞分為「STEMI」或「NSTEMI」兩種類型，其中：⑴「STEMI」類型情況較為緊急而需爭取時間於90分鐘內進行手術，但若屬於⑵「NSTEMI」類型，則可視病患病況嚴重度以決定要不要手術、以及手術時間，例如病患已休克

時，需在120分鐘內進行手術；若評估病患之風險為中等時，24小時內進行手術即可；倘若評估風險較低時，72小時內進行手術即可；若評估病患屬較無風險者，則可先門診治療或藥物追蹤。而上訴人之病況應為「非STEMI波段上升型心肌梗塞(簡稱：NSTEMI)」，並非「STEMI」，但○○○醫師之急診醫囑單則記載上訴人之病況爲「STEMI」。

㈥上訴人於105年8月3日術前曾簽署被證1所示之「暫時性經靜脈心律調節器置放同意書」、「暫時性經靜脈心律調節器置放說明書」；被證2所示之「心導管氣球擴張手術同意書」、「心導管氣球擴張手術說明書」；被證3所示之「塗藥支架全額自費說明書」、「自費同意書」（見原審卷一95-105頁）。

㈦上訴人於105年8月4日術前曾簽署被證5所示之「心導管氣球擴張手術同意書」、「心導管氣球擴張手術說明書」(見原審卷○000-000頁)。

㈧上訴人於105年8月9日術前曾簽署被證6所示之「暫時性經靜脈心律調節器置放同意書」、「暫時性經靜脈心律調節器置放說明書」(見原審卷○000-000頁)（上訴人就簽署的原因有爭執）。

㈨上訴人之原始出院病歷摘要、原始住院病程記錄等，均是記載105年8月5日做RCA右冠狀動脈支架。

㈩中國附醫就上訴人之「出院病歷摘要」曾於108年3月22日、同年5月10日進行更正，歷次更正部分如被上訴人108年10月15日民事答辯㈣狀「附表一」所示(見原審卷○000-000頁)。

□上訴人對於蕭連城所提出之業務過失傷害罪告訴偵查案件，業經臺灣臺中地方檢察署(下稱臺中地檢署)檢察官以107年度醫偵字第43號案件，認犯罪嫌疑不足，為不起訴處分，並經臺灣高等檢察署臺中檢察分署(下稱臺中高分檢)以107年度上聲議字第2250號處分書駁回再議聲請而確定（見原審卷○000-000頁、203-207頁）（上訴人對於不起訴處分結果，

尚有意見）。

□上訴人另以蕭連城及中國附醫有變造「出院病歷摘要」、「手術紀錄單」內容、假造變更手術日期爲由，對蕭連城等人提出業務登載不實罪等刑事告訴，經臺中地檢署檢察官以110年度偵字第14146號案件，認犯罪嫌疑不足，為不起訴處分，並經臺中高分檢以111年度上聲議字第1587號處分書駁回再議聲請而確定(見原審卷五95-100頁)（上訴人對於不處分結果，尚有意見）。

以上雙方所不爭執之事實，應堪信為真正，上開事實，本院均採為判決之基礎。

二、爭點之所在

㈠蕭連城對於上訴人所施予之各次醫療、手術，有無任何失誤、延滯或其他違反醫療常規之醫療過失行為？

㈡上訴人在蕭連城施行手術後，是否因心臟血氧供輸不全，造成部分心肌死亡之不可逆的傷害?與蕭連城所施行之手術，是否有相當因果關係？

㈢如上訴人得請求賠償慰撫金，合理之數額爲何？

肆、得心證之理由：

一、損害賠償之債，以有損害之發生及有責任原因之事實，並二者之間，有相當因果關係為成立要件。故原告所主張損害賠償之債，如不合於此項成立要件者，即難謂有損害賠償請求權存在(最高法院30年上字第18號、48年台上字第481號原判例意旨參照)。又民法第184條第1項前段、第2項規定之侵權行為，須行為人具有故意或過失不法侵害他人之權利，或有違反保護他人之法律之行為，且行為與損害間有因果關係，始能成立(最高法院111年度台上字第838號判決意旨參照)。再醫療業務之施行，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，107年1月24日修正前醫療法第82條第1項、第2項定有明文。而在病患對醫療機構或人員請求損害賠償訴訟，就過失之醫療行為與病人生命、身體或健康損害

間因果關係之存否，原則上應由被害人負舉證責任。雖考量醫療行為之專業性、醫病雙方在專業知識及證據掌握上不對等，法院衡量病患請求醫療專業機構或人員損害賠償之訴訟，由病患舉證有顯失公平情形，固得依民事訴訟法第277條但書規定或誠信原則，降低或轉換病患之舉證責任，惟病患仍應就其主張醫療行為有過失、並該行為與損害結果發生之因果關係存在，先證明至使法院之心證度達到降低後之證明度，獲得該待證事實為真實之確信，始得認其已盡舉證責任(最高法院112年度台上字第2740號判決意旨參照)。又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)。

二、上訴人主張蕭連城或中國附醫醫療人員，有失誤、延滯或其他違反醫療常規之醫療過失行為，造成其受有部分心肌死亡等不可逆傷害之事實，既為被上訴人否認，依照前揭說明，上訴人自應就上開待證事實負舉證之責。惟查：

(一)蕭連城或中國附醫醫療人員，並無延滯救治上訴人或擅自動手術、施打強心劑之醫療過失行為。

⑴上訴人於105年8月3日凌晨4時12分，至中國附醫急診室就診時，○○○醫師之急診醫囑單固記載上訴人之病況爲「STEMI」，惟上訴人實際之病況既應為「NSTEMI」(即非STEMI波段上升型心肌梗塞)，則依上訴人之病況，可視其病況嚴重度以決定要不要手術、以及手術時間，應無緊急至需爭取時間於90分鐘內進行手術之必要(見不爭執之事

實㈤)，亦不因○○○醫師前揭與上訴人實際病況不符之診斷結果，而有不同，上訴人有關：蕭連城有未於90分鐘內施以緊急手術之疏失，以及中國附醫醫療人員有遲延救護作為等主張，應無可採。

⑵蕭連城係於105年8月3日上午6時11分開立「暫時性經靜脈心律調節器置放同意書」、「暫時性經靜脈心律調節器置放說明書」，於同日上午6時14分開立「心導管氣球擴張手術同意書」、「心導管氣球擴張手術說明書」（見原審卷一95-102頁），因上訴人及其胞姐對於手術尚有疑問，未立即簽署同意書，經醫護人員數度解釋病情、召開家屬座談會，並於當日晚間19時44分再度說明解釋後，上訴人始簽署手術同意書同意進行手術(見原審卷○000-000頁之護理紀錄、494頁之病房家屬座談會紀錄)，則在上訴人同意書簽署前，蕭連城自不能爲其進行侵入式手術。又蕭連城在上訴人簽署手術同意書後，隨即於同日晚間20時50分為上訴人進行手術，除放置暫時性心臟節律器以處理其完全房室傳導阻滯之病症外，並進行第一次心導管手術，於其阻塞狀況較嚴重之右冠狀動脈放置自費支付生物型支架，手術進行至翌日凌晨0時5分完成(見原審卷一232頁之護理記錄、265-277頁之心導管檢查治療報告、心導管特殊材料申報表內載之手術時間、支架材料、506頁之住院病程記錄，以及原審卷○000-000頁之手術動態攝影影像暨其截圖左上角所載時間)。足見蕭連城確有於105年8月3日晚間20時50分至翌日凌晨0時5分許，為上訴人進行第一次心導管手術，除放置暫時性心臟節律器外，並於右冠狀動脈放置支架無疑，蕭連城自無延滯手術之疏失，上訴人指陳：心臟節律器係中國附醫醫療人員於105年8月3日下午2時40分為其裝置，蕭連城當日僅注射血栓溶解劑，未即時進行支架手術云云，應與事實不符。

⑶蕭連城於第一次心導管手術後之105年8月4日13時42分開立「心導管氣球擴張手術同意書」、「心導管氣球擴張手

術說明書」(見原審卷○000-000頁)，上訴人則於翌日即同年月5日下午13時簽署前開同意書、說明書文件，同意進行第二次心導管手術(見原審卷一236頁之護理紀錄)，蕭連城隨即於同日下午13時25分施以第二次心導管手術，於上訴人之左前降支冠狀動脈放置塗藥支架2支，手術進行至當日下午14時41分完成(見原審卷一236頁之護理記錄、279-293頁之心導管檢查治療報告、心導管特殊材料申報表內載之手術時間、支架材料、508頁之住院病程記錄)。又中國附醫加護病房主治醫師○○○於105年8月9日上午11時22分開立「暫時性經靜脈心律調節器置放同意書」、「暫時性經靜脈心律調節器置放說明書」(見原審卷○000-000頁)，上訴人則係於術前即同日下午14時30分至16時35分之間簽署前開同意書、說明書(見原審卷○000-000頁之護理紀錄、495頁之病房家屬座談會紀錄)，蕭連城則於同日下午17時25分至18時5分為上訴人施以暫時性心臟節律器更換手術(見原審卷四229頁之後揭鑑定書鑑定意見□)。上訴人指陳：蕭連城係遲至105年8月9日始進行裝置藥物支架 (DES)於左前降肢動脈，應有誤會。至於105年8月9日開立手術同意書、說明書者，固係加護病房主治醫師○○○，但蕭連城本係為上訴人施作2次心導管手術(含第1次放置暫時性心臟節律器手術)之主治醫師，由其為上訴人施作第2次放置暫時性心臟節律器手術，自無違法之處；另卷附之病歷資料非但無上訴人拒絕蕭連城施作要求更換醫師之證據，且係蕭連城於105年8月9日親自參與病房家屬座談會後安排手術房(見原審卷一246頁之護理紀錄、495頁之病房家屬座談會紀錄)；況依中國附醫之規模，如上訴人要求更換醫師，該醫院殆亦無不予同意，強要蕭連城進行手術之必要；再上訴人曾以○○○醫師原同意於105年8月9日為其進行手術，嗣竟讓蕭連城進行手術為由，對○○○醫師提告求償(原審107年度醫字第23號、本院113年度醫上易字第3號)，○○○醫師於該事件

亦明確答辯稱：伊當時為加護病房之照護醫師，僅係依中國附醫內部分工同時掛名為上訴人之第二位主治醫師，伊無替病患手術開刀之權限，亦未曾越權答應為上訴人進行手術等語(見本院卷○000-000頁、卷○000-000頁之該事件一、二審判決書)，上訴人指稱蕭連城未取得同意擅自動手術，殊屬無據。

⑷上訴人之出院病歷摘要，原雖記載上訴人係於105年8月5日始進行第1次心導管手術(見不爭執之事實㈨)，惟出院病歷摘要係上訴人出院時，中國附醫醫護人員始參照其住院期間之病歷資料後製作，相較於需當日立即製作之前揭護理記錄、心導管檢查治療報告、住院病程記錄，甚至係手術當下攝錄無法修改影像日期、時間之手術動態攝影影像(見原審卷四229頁、230頁之後揭鑑定書鑑定意見□□)等資料，均顯示第1次心導管手術日期為105年8月3日以觀，上訴人出院病歷摘要之第1次心導管手術日期，應係製作該摘要之醫護人員誤載，此並經被上訴人更正(見不爭執之事實㈩)，上訴人徒執出院病歷摘要錯誤記載之手術日期，主張蕭連城有延滯救治之醫療過失，洵屬無據。

⑸上訴人於準備程序終結後之115年7月16日提出民事陳報狀，主張蕭連城於105年8月8日強行為伊施打強心劑(Isoproterenol)云云(見本院卷五93頁)。惟細觀上訴人於中國附醫住院期間之護理紀錄所示(見原審卷○000-000頁)，105年8月8日建議上訴人施打Isoproterenol0.2mg/ml/Amp自費藥物之人係○○○醫師，並非蕭連城(上訴人於前開損害賠事件亦主張係○○○醫師施打)，且因上訴人拒絕而未使用，其後上訴人與其姊固多次要求施用，但因○○○醫師認為斯時可直接置入永久性心臟節律器，使用上開藥物效果實益不大，故未施用，上訴人此部分主張，核與前開客觀事證不符，無可採信。

(二)蕭連城對於上訴人所施予之各次醫療、手術，並無失誤、或其他違反醫療常規之醫療過失行為。

⑴有關蕭連城(或中國附醫)對於上訴人所施予之各次醫療、手術，有無任何失誤、延滯或其他違反醫療常規之醫療過失行為，原審檢送兩造分別提出之導管手術光碟(證物35)、心臟超音波攝影光碟(證物36)、X光胸腔攝影光碟(證物37，計2片)、行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺北榮民總醫院(下稱臺北榮總)心臟超音波光碟(證物57)、2次心導管手術動態攝影光碟(被證23)、手術動態攝影光碟(被證28)及相關病歷資料，函請衛生福利部(下稱衛福部)醫事審議委員會(下稱衛福部醫審會)鑑定，經該會於111年3月28日以衛福醫字第1111662007號書函檢附鑑定書(編號：0000000)（見原審卷○000-000頁），整理摘要結果如下：

①上訴人係於105年8月3日凌晨4時12分至急診室就診，主訴為發燒，而急診檢傷所量測脈搏為55次/分。因當日上午5時30分上訴人之心肌酵素Troponin異常，醫師始進行第1次十二導程心電圖檢查，結果為典型心絞痛，包括胸口悶痛、冒汗等。由於上訴人一開始症狀為非典型表現，上訴人入院後78分鐘進行第1次十二導程心電圖檢查，並未違反醫療常規(鑑定意見□)。

②依被證27內957741心電圖資料夾內上訴人之所有心電圖及所有病歷資料，上訴人之心電圖監測結果未呈現ST段上升，但心臟酵素異常，故其心肌梗塞症狀係屬「NSTEMI」。依醫療常規，NSTEMI因為血管未完全阻塞，一般會等血管內斑塊穩定後，再行心導管氣球擴張及支架置入手術。NSTEMI若立即處理未完全阻塞之血管，亦有可能在處置過程中因斑塊被打散，反而造成血管完全阻塞。上訴人不屬於高或中度臨床風險，依國際就NSTEMI之治療指引，建議可以不立即或早期進行心導管手術(鑑定意見㈢㈣□□)。

③上訴人因完全性房室結阻斷，心搏過緩且隨時有可能心跳停止。經體外暫時性節律器（TCP)，可以利用電極貼

片經皮膚傳導電流刺激心臟跳動，避免心搏過緩。一般於心導管手術前或置入暫時性的體內節律器前執行。由於暫時性的體內節律器之效果較佳，在心導管手術置入暫時性的體內節律器後，經體外暫時性節律器(TCP)即可移除(鑑定意見㈥)。

④依出院病歷摘要、住院病程記錄、檢驗檢查報告等三份原始病歷，雖均載明中國附醫係於105年8月5日進行第1次RCA/LAD手術(依出院病歷摘要，此段病歷於108年3月22日發現時間有誤改回105年8月3日)，但依護理紀錄，實際上蕭連城係於當日晚間20時40分送上訴人至心導管室進行第1次RCA/LAD手術，另依心導管報告之日期與時間紀錄及更正後之出院病歷摘要、住院病程紀錄，中國附醫係於105年8月3日晚間20時50分進行第1次心導管手術，包括臨時心律節律器植入手術及右冠狀動脈擴張手術及支架植入(依證物37之105年8月3日心導管影片左上角日期及時間，顯示上訴人於105年8月3日晚間23時08分至翌日凌晨0時0分43秒，已接受右冠狀動脈心臟心導管手術及支架置入手術，由於心導管影像之日期及時間無法修改，推測可信度高，可作為調查確認之方式)。且依國際指引，急性冠心症之第1次導管仍以打通此次急性發作血管為主，而不會同時再處理其他有問題之血管，以免在處理非急性發作的血管時若發生非預期併發症，上訴人所承受傷害會更大，蕭連城分2次施行心導管手術，第1次先處理右冠狀動脈（即RCA右冠狀動脈百分之90多堵塞），打通阻塞了近90%右冠狀動脈。由於左前降枝血管中段仍有70%狹窄，於8月5日下午13時25分至14時41分再施行第2次心導管打通左前降枝動脈，時程皆屬合理，並無急救延誤之疏失，亦無違反醫療常規，且無因此對上訴人造成傷害(鑑定意見㈣㈤㈦㈩□□□□□)。

⑤病人心肌梗塞後，有無接受心導管打通血管，其心肌酵

素之變化會不同。一般而言，心肌梗塞後，若未打通血管，心肌酵素Troponin會在48小時，CKMB會在24小時達高峰後開始往下降。若在一開始即打通血管，心肌酵素會提早達高峰後下降：Troponin會在24小時，CKMB會在12至18小時達高峰。若以血檢溶解劑治療，亦需視血管是否有打通，始可評估心肌酵素變化。上訴人心肌梗塞屬非ST段上升之心肌梗塞，血栓溶解劑治療不適用。心肌梗塞之心導管手術後，醫師會注射肝素（heparin)抗凝血，並會進行血液檢查檢驗APTT(會控制在正常時的1.5至2.0倍），以此作為肝素（heparin)劑量之調整。故以上三種數字之範圍應合乎常情。上訴人APTT值於105年8月4日上升至147.9秒、8月6日下降為44.4秒，但病人之APTT值、CKMB、Troponin值等變化，無法推斷「8月3日手術日期」屬實與否，因為亦有可能是未打通血管之情況下，心肌酵素之起伏變化(鑑定意見㈧)。

⑥中國附醫係於105年8月9日下午17時25分至18時05分為上訴人進行暫時性節律器植入術，目的是為替換於同年月3日所置入的暫時性節律器。主要原因是因為此時有感染疑慮，而替換舊的暫時性節律器(鑑定意見㈩□)。

⑦蕭連城若於105年8月3日為上訴人施行心導管支架手術，上訴人未必無須裝永久性節律器。房室結有可能在心導管手術前或到院前就已因為右冠狀動脈阻塞而缺氧壞死，進而造成完全性房室結阻斷。因此即使蕭連城於此時為上訴人施行心導管支架手術後，其後上訴人仍可能有持續性完全性房室結阻斷，而須裝置永久性節律器(鑑定意見㈡)。

⑧依卷附肺部X光光碟片及證物36，上訴人於2次心導管手術完成後，需裝設永久性心臟節律器方能維持生命，並於105年8月11日、8月15日有「Increaseddensityinbothlungs」、「pulmonaryedema」、「Increaseddensityinleftretrocardiacregion(左心臟後密度增加）」等

肺部變化，此與急性心肌梗塞後之心臟衰竭合併肺水腫有關，而與蕭連城心導管手術過程無關，亦與手術中是否戳傷上訴人心臟部分位置或其他組織或器官無關。置入永久性心臟節律器時，在置放導線過程中，會經穿刺鎖骨下靜脈後，將導線沿著靜脈送至右心房及右心室，再將導線固定在右心房與右心室。導線進入鎖骨下靜脈入針處，偶會滲血，尤其上訴人因心肌梗塞行氣球擴張及金屬支架置入術後，需服用2種抗血小板藥物（aspirin每日100mg及clopidogrel每日75mg），較不易止血，故有可能因此肺肋膜會產生血水(鑑定意見㈨)。

⑵衛福部係醫療法之中央主管機關(醫療法第11條)，衛福部為辦理司法或檢察機關之委託鑑定，依醫療法第98條規定，所設置之衛福部醫審會，則係國內辦理醫事糾紛鑑定之權威機構，衛福部醫審會依據客觀事證，所為之上開專業判斷，經核與卷附之相關證據資料相符，且與事實無違，本院自應予以尊重，並得作為判決之重要參考依據。是依衛福部醫審會之上開鑑定意見，除更可資佐證蕭連城或中國附醫醫療人員，並無延滯救治上訴人之情事外，蕭連城對於上訴人所施予之各次醫療、手術，應無任何失誤、或其他違反醫療常規之醫療過失行為，亦可認定。

(三)被上訴人並無未盡告知義務之情事。

⑴蕭連城為上訴人進行之2次心導管手術及(放置)暫時性心臟節律器(更換)手術前，上訴人除出具各次手術之手術同意書外，並均同時簽署各次手術之手術說明書(見原審卷一95-102頁、113-120頁)，而各該手術說明書均已就治療(手術)內容、目的、風險及替代方式詳為記載，並叮囑上訴人應仔細閱讀，如有任何疑問，務必再與醫師討論，醫師亦樂意再次為其說明，上訴人則均於各該說明書最後簽署姓名；另各該手術同意書亦明載「病人之聲明：1.醫師已向我解釋，並且我已經詳細閱讀附件有關說明，瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。

2.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。3.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險」等內容，應難認為被上訴人有未盡告知義務之情事。

⑵又觀諸各該手術同意書所載內容，均為一般人所能理解，並無艱深難懂之語詞；且上訴人就各該手術說明書，均係斟酌再三，考慮多時甚至近1日後，始連同手術同意書一併簽名交出，亦已如前述，顯見上訴人係頗為小心謹慎之人；復綜參本件訴訟之整體歷程可知，上訴人之個性極為多疑等情，上訴人殆無不詳讀各該手術說明書，或向被上訴人詢問，於理解各該手術內容、目的、風險及替代方式前，率即交出手術同意書之可能。被上訴人所為，應符合醫療法第63條第1項、第81條、醫師法第12條之1之規定意旨，上訴人主張被上訴人未盡告知說明義務，無可採信。

(四)上訴人再聲請證據調查、鑑定及訊問證人，均無必要。

⑴原審檢送至衛福部醫審會鑑定之證據資料，其中證物35之導管手術光碟、證物36之心臟超音波攝影光碟、證物37之X光胸腔攝影光碟、證物57之臺北榮總心臟超音波光碟，均係上訴人提出，自係其本人心臟手術或接受診療之證據資料。經衛福部醫審會以證物37之X光胸腔攝影光碟、證物57之臺北榮總心臟超音波光碟、病歷資料紙本494頁之○○○醫師醫學影像檢查報告、證物58之中國附醫血壓脈搏呼吸紀錄單，與被上訴人提出之被證23、被證28等2次心導管手術之攝影光碟影像等資料檢視比對後，亦認定各該資料顯示或記載均屬相符；另依被證21及其他現有之全數心電圖，多份心電圖之次序及心電圖所顯示上訴人心臟變化情形尚為合理，亦符合病歷紀錄內容(見原卷四224頁、228頁鑑定意見㈠1.□)，上訴人指稱其所提出之證物37光碟，送鑑定前遭其原審委任之○律師、原審承辦○書記官、被上訴人原審委任之○律師合意調換(包)，非其本人之手術光碟(見本院卷一23頁、93頁、393頁)，實匪夷

所思，更絕無可能。

⑵因上訴人一再爭執其提出之證物37光碟遭調換，被證23之2次心導管手術動態攝影光碟、被證28之手術動態攝影光碟係被上訴人事後偽造，本院乃於111年12月14日、112年8月23日先後檢送被證23、28光碟，函囑法務部調查局(下稱調查局)就光碟所附時間與手術進行的攝影是否相符？光碟所附時間是否為手術後另行加工所附？進行鑑定(見本院卷一137頁、卷二279頁)。經調查局先後於111年12月20日、112年8月31日函復本院，表示：因其內容影音檔僅係供光碟所附「CDViewer.exe」軟體播放，未具符合該局影像鑑識軟體可讀取之影像檔案(例如副檔名為mp4、avi、vmu、mov等)，故無法鑑定，如有續行鑑定必要，應提供錄影「原始檔案」送鑑；且待鑑影音錄製格式及顯示錄製日期之程式編碼方式，應由軟體開發者說明為宜(見本院卷一191頁、卷二285頁)。又因原始檔案存在於中國附醫心導管室影像管理系統設備無法搬離，本院另於112年9月23日函囑調查局派員至中國附醫拷貝心導管攝影及CAG(即血管動脈攝影)原始檔案後續行鑑定(見本院卷二377頁)，但調查局於112年9月26日函復表示：僅受理來函隨附待鑑證物之鑑定，不含派員赴現場採證，致無法至中國附醫取證進行鑑定(見本院卷二381頁)。嗣於本院114年3月11日準備程序期日，兩造本同意由兩造訴訟代理人會同上訴人，至中國附醫拷貝105年8月3日至同年月9日上訴人之心導管攝影及CAG(即血管動脈攝影)檔案，並就該拷貝取得之光碟檔案連同開啓軟體送調查局鑑定(見本院卷○000-000頁)，但其後上訴人又於114年4月2日提出民事陳報狀，載稱：據專家表示，拷貝取得之光碟檔案無法鑑定，一定要原始光碟檔案才可以(見本院卷○000-000頁)，本院乃經兩造同意後，於114年4月17日改囑託財團法人中華工商研究院(下稱工研院)派員協同上訴人至中國附醫採證後，將該原始檔案檢送本院，再續行送請調查局鑑定(見

本院卷三387頁)，但時逾1年上訴人仍未向工研院繳納採證所需費用，並表示不再請工研院採證，更一反先前拷貝光碟檔案無法鑑定之主張，改聲請：由被上訴人資訊人員至醫學影像保存系統內進行讀取，依據索引匯出相應檔案並就操作過程進行影像側錄後交付本院(見本院卷四300頁、324-325頁)，復於本院準備程序終結後，再表示：同意向工研繳費採證、或改由台灣經濟科技發展研究院採證後送調查局鑑定，或聲請再鑑定被證23、28之真偽(見本院卷○000-000頁、350-356頁、376-378頁、380-384頁、卷五45頁、135頁)，嚴重造成訴訟程序延滯。況兩造上開提出送請衛福部醫審會鑑定之所有手術光碟影像資料均係真正，有如前述，且調查局就本院於115年3月18日函詢：如本院囑託工研院派員協同上訴人至中國附醫之心導管室拷貝105年8月3日至同年月9日上訴人之心導管攝影及CAG(即血管動脈攝影)檔案(具符合該局影像鑑識軟體可讀取之影像檔案)，就該拷貝取得之光碟檔案，可否鑑定出手術日期及CAg真實性暨病人基本資料是否屬實？之事項(見本院卷四275頁)，已於115年3月27日函復本院明確稱：手術日期及CAg真實性暨病人基本資料是否屬實，非該局鑑定範圍等語(見本院卷四296頁)，上訴人再聲請採證後送請調查局鑑定手術光碟之真偽，既無法達到鑑定之目的，亦無此必要。

⑶有關蕭連城(或中國附醫)對於上訴人所施予之各次醫療、手術，有無任何失誤、延滯或其他違反醫療常規之醫療過失行為，業經原審檢送相關病歷資料、光碟，函請醫事糾紛鑑定之權威機構衛福部醫審會詳為鑑定，且鑑定結果均與客觀事證相符，已如前述，上訴人聲請再送請其他醫療鑑定機構鑑定其病情及被上訴人是否有醫療疏失(見本院卷○000-000頁、341-343頁、卷○000-000頁)，核無必要。

⑷上訴人聲請調查證據狀□，另聲請訊問原審法院另案調解

委員○○○(見本院卷二321頁)，惟依民事訴訟法第422條規定，調解程序中調解委員所為之勸導，及當事人所為之陳述或讓步，於調解不成立後之本案訴訟，不得採為裁判之基礎；且○○○非上訴人於中國附醫就醫期間在場見聞之人，非適格之證人，復非鑑定(證)人，上開證人之聲請自無必要。

(五)上訴人手術後是否受有部分心肌死亡等不可逆之傷害？以及與蕭連城所施作手術間是否具相當因果關係？姑且不論(被上訴人否認上情)，惟依前所述，蕭連城或中國附醫醫療人員，既無失誤、延滯或其他違反醫療常規之醫療過失行為，亦無未盡告知義務之情事，自不能逕因醫療之結果不如預期、不成功或有後遺症、感染之發生，逕以論斷被上訴人醫療行為違反注意義務。而上訴人對蕭連城等人先後提出之業務過失傷害罪、業務登載不實罪等刑事告訴，經檢察官偵查後，亦與本院為相同之認定，並認其等犯罪嫌疑不足，為不起訴處分，上訴人雖不服該不起訴處分結果，分別聲請再議，亦經先後駁回確定(見不爭執之事實□□)。是以，上訴人主張蕭連城依民法第184條第1項前段、第2項規定，應負侵權損害賠償責任，以中國附醫依民法第188條第1項規定，亦應連帶負責；另中國附醫併應依民法第224條、第227條規定負同一賠償責任，均屬無據。

三、綜上所述，上訴人併依上開法律關係，請求被上訴人連帶賠償慰撫金200萬元本息，洵屬無據。原審為上訴人敗訴之判決，及駁回其假執行之聲請，並無不合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄，為無理由，應予駁回其上訴。

肆、本件事實已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法，均與本案判決結果不生影響，爰不予逐一論述，併此敘明。

丙、本件上訴為無理由，爰判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　8　　月　　4　　日

醫事法庭　　審判長法　官　劉長宜（主筆）

法　官　郭玄義

法　官　吳昀儒

正本係照原本作成。

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（均須按他造當事人之人數附繕本）。

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。

如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴裁判費。

書記官　賴成育

中　　華　　民　　國　　115　　年　　8　　月　　4　　日