

臺灣高等法院臺中分院民事判決

112年度醫上字第1號

上訴人 林素精 住○○市○里區○○里○○街○○○○○號
蔡順卿 住同上
蔡漢偉
蔡雅文
蔡巧萍

00000000000000000000

蔡秀蘭

00000000000000000000

共同

訴訟代理人 黃清濱律師
被上訴人 中國醫藥大學附設醫院

00000000000000000000

法定代理人 周德陽

被上訴人 林有騫

共同

訴訟代理人 徐盛國律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於民國111年10月21日臺灣臺中地方法院109年度醫字第24號第一審判決提起上訴，本院於113年7月2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：

(一)林素精、蔡順卿、蔡漢偉、蔡巧萍、蔡秀蘭、蔡雅文（下合稱上訴人，分稱林素精及蔡順卿等5人）之被繼承人○○○（民國110年8月30日死亡）於109年2月21日因急性心肌梗塞至中國醫藥大學附設醫院（下稱中國附醫）置入心臟

支架後，該院心臟外科醫師林有騫於109年3月4日告知○○○家屬因○○○之心臟瓣膜有逐漸增大之贅生物必須移除，○○○須同時進行冠狀動脈繞道手術及主動脈瓣置換手術（下合稱系爭手術），林有騫卻未告知○○○家屬一次集中進行冠狀動脈繞道手術、主動脈瓣置換手術對○○○之利弊，因此可能發生之併發症及危險，若不施行主動脈瓣置換手術之可能代替方案，且○○○於系爭手術前凝血功能呈現異常，林有騫亦未對○○○家屬說明凝血功能異常對系爭手術之影響，致○○○女兒蔡秀蘭於接收錯誤資訊下在手術同意書簽名。

(二)○○○之手術同意書記載病名為「感染性心內膜炎併主動脈瓣逆流及冠心症」，手術名稱為「贅生物移除及主動脈瓣置換手術」，惟林有騫進行主動脈瓣置換手術時並未看到贅生物存在，縱使如林有騫所稱贅生物於手術中已飄移，顯示○○○之心臟瓣膜並無因贅生物存在而有急迫開刀之情形，○○○僅須依照一般常規下至少4至6週之抗生素治療即可，況○○○置入心臟支架後於109年2月25日病情呈現穩定，非如林有騫所稱有急迫開刀之必要。

(三)林有騫於109年3月6日10時至16時許對○○○進行冠狀動脈繞道手術及主動脈瓣置換手術，○○○術後於加護病房觀察時，於同日23時許因心臟休克裝置葉克膜；○○○因心臟血管出血造成心包膜填塞，林有騫再於同年月7日8時至12時許為○○○進行心包切開術修補血管，○○○於短短2日內接受多次手術，造成○○○因腦梗塞中風成為植物人，林有騫顯有醫療上之過失。

(四)林有騫未盡醫師法第12條之1、醫療法第63條第1項、第81條規定之充分說明及告知義務之行為，○○○被動接受無執行必要之主動脈瓣置換手術，○○○於2日內接受多次手術，造成○○○因腦梗塞中風成為植物人，上訴人得依侵權行為規定請求林有騫對○○○負損害賠償責任。○○○前往中國附醫接受治療，與中國附醫成立醫療契約，中國附醫對其所

屬醫師林有騫之過失負同一責任，上訴人得依債務不履行規定請求中國附醫對○○○負損害賠償責任。爰依民法第184條第1項前段、第193條第1項、第195條第1項、第224條、第227條、第227條之1規定請求林有騫、中國附醫（下合稱被上訴人）連帶賠償林素精新臺幣（下同）500萬元及蔡順卿等5人各100萬元。原審駁回上訴人之請求，上訴聲明：1.原判決廢棄。2.被上訴人應連帶給付林素精500萬元及蔡順卿等5人各100萬元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止按年息5%計算之利息。3.願供擔保請准宣告假執行。

二、被上訴人抗辯：

(一)○○○於109年2月21日因頭暈及伴隨上腹部疼痛等情形先至南投竹山秀傳醫院（下稱秀傳醫院）急診室就診，經秀傳醫院診斷為ST段上升之心肌梗塞而轉送至中國附醫治療。中國附醫緊急安排心導管檢查，發現○○○之3條冠狀動脈及左主幹皆有阻塞（左主幹狹窄、左前降分枝狹窄80至85%、左迴旋分枝狹窄、右冠狀動脈接近完全阻塞），於同日為○○○之右冠狀動脈置入心臟支架，並持續給予抗凝血藥物及抗生素。

(二)○○○於置入心臟支架後仍有發燒症狀，中國附醫之心臟內科醫師於109年2月24日為○○○進行心臟超音波檢查，結果顯示在主動脈非冠狀動脈瓣葉上有疑似游移性贅生物約 0.54 cm^2 ；於同年月26日進一步安排食道超音波檢查，發現約 $8.8\text{ mm} \times 6.9\text{ mm}$ （約 0.607 cm^2 ）飄移性腫塊在主動脈瓣之無冠狀動脈瓣葉上，合併輕度主動脈瓣逆流，由上開贅生物大小之變化，足見○○○之疾病急速惡化。中國附醫分別於109年2月27日及109年3月4日之家屬座談會對○○○家屬說明上開情形，且提醒贅生物可能會游走堵塞到任何動脈，而引起各種症狀含中風、腸缺血、腎臟缺血等，務必要趕緊治療，心臟外科醫師林有騫於主動脈瓣置換手術前確實告知○○○家屬關於主動脈瓣置換手術之適應症及不執行手續之風險。

(三)林有騫及中國附醫對於○○○病程發展所作之醫療處置詳如附表所示，林有騫及中國附醫未有違反醫療常規之處。林有騫發現○○○主動脈瓣疑有感染性贅生物時，即為○○○進行主動脈瓣置換手術，惟術中○○○之主動脈瓣贅生物飄移，極有可能造成○○○之腦部發生梗塞型中風；另心臟手術、主動脈氣球幫浦、葉克膜等醫療處置亦均有可能造成○○○腦梗塞中風之風險。

(四)○○○於系爭手術前出現凝血功能異常情形，係因其先前接受心臟支架手術使用抗凝血藥物所致，係為避免○○○於手術過程中出現血栓狀況，○○○因血液不易凝結，對於預防血栓導致腦部梗塞型中風反而有所助益。而○○○於系爭手術之後發生之腦中風係屬梗塞型中風，而非出血型中風，可見○○○於系爭手術前之凝血功能異常與其後來發生之梗塞型中風並無相當因果關係等語，資為抗辯。答辯聲明：上訴駁回。□□

三、本院判斷：

(一)中國附醫所屬醫師林有騫所為之醫療行為符合醫療常規：

1.按損害賠償之債，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，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110年度台上字第1808號民事判決意旨參照）。又醫療行為本質上通常伴隨高度危險性、裁量性及複雜性，是判斷醫師於醫療行為過程中有無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判斷，且因醫療行為有其特殊性，醫師所採取之治療方式以事前評估雖屬適當選擇，但無法保證必能改善病情，故容許不確定風險之存在，不能逕因醫療結果不如預期、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號民事判決意旨參照）。

2.上訴人主張林有騫未確認○○○之心臟瓣膜有無贅生物存在及未先以抗生素進行治療感染性心內膜炎，即同時進行冠狀動脈繞道手術、主動脈瓣置換手術，係違反醫療常規云云，為林有騫所否認，並以前詞置辯。經查：

(1)○○○因心臟瓣膜有贅生物而罹患感染性心內膜炎：

①○○○因於109年2月20日頭暈伴隨腹痛等情形，先於109年2月21日16時03分許至秀傳醫院急診室就診，經秀傳醫院檢查後評估為ST段上升之心肌梗塞，需要接受心導管治療，○○○家屬表示要轉診至中國附醫等情，此有秀傳醫院急診病歷在卷可稽。○○○隨即於同日17時24分許抵達中國附醫急診室，○○○於19時41分許進入心導管室檢查，發現其3條冠狀動脈及左主幹皆有阻塞（即左主幹狹窄、左前降分枝狹窄80至85%、左迴旋分枝狹窄、右冠狀動脈接近完全阻塞），經心臟內科醫師診斷為急性心肌梗塞，並於○○○之右冠狀動脈近端及其分支置入心臟支架收治於加護病房等情，此有○○○之急診護理病歷、急診病歷、入院病歷紀錄及心導管檢查報告在卷可憑（見病歷卷一第2至5頁、10至11頁、卷四第2頁、第216頁反面）。

②○○○置入心臟支架後於加護病房期間，當晚21時05分監測體溫為39.4度（評值為發燒狀態），醫囑給予口服雙重抗血小板藥物，開立抗生素靜脈滴注，主動脈內氣球幫浦仍留置，每6小時抽血追蹤部分凝活血酶時間（APTT）及維持APTT40～60秒；但於翌日109年2月22日18時00分○○○體溫仍為38.2度（評值為發燒狀態），醫囑給予退燒藥後，於同日21時00分體溫為38.8度（評值為發燒狀態），至同日23時00分體溫36.6度（評值為發燒狀態），此有○○○之護理紀錄在卷可憑（見病歷卷四第2至3頁）。

③心臟內科醫師即於109年2月24日為○○○安排心臟超音波檢查，依檢查報告記載「1. Preserved left ventricular contractility but focal inferior wall hypokinesia (LVEF : 50.5%, WMSI : 1.176)。2. Grade I

left ventricular diastolic dysfunction。3. A 0.54cm^2 mass over noncuspid aortic valve, cause? r/o mobile vegetation (中譯：保留左心室收縮功能但下壁有過緩情形 (LVEF : 50.5%, WMSI : 1.176)。1級左心室舒張功能障礙，非瓣狀動脈瓣上有 0.54cm^2 的腫塊，原因不明，懷疑是活動性贅生物」等語，此有○○○之住院病程記錄在卷可查（見病歷卷一第21頁）。

④心臟內科醫師再於109年2月26日為○○○安排食道超音波檢查，依食道超音波心臟造影報告記載「1. r/o IE, an oscillating mass located at NCC or aortic valve, max size $8.8*6.9\text{mm}$, with mild AR。2. Mild MR。3. Preserved left ventricle contractility (中譯：1. 懷疑感染性心內膜炎，位於主動脈瓣的擺動性腫塊，最大尺寸為 $8.8*6.9\text{mm}$ ，伴有輕度AR (主動脈瓣閉鎖不全)。3. 輕度MR (輕度二尖瓣閉鎖不全)」等語，此有○○○之住院病程記錄在卷可查（見病歷卷一第21頁）。

⑤林有騫於109年3月6日為○○○進行系爭手術中，於9時30分為○○○進行食道超音波檢查，依該檢查報告記載「general : 1. Preserved left ventricular contractility but focal anterior inferior wall and septum hypokinesia (LVEF : 50.5%)；2. Dystolic function : grade 1 impaired relaxation。valve : 1. mild MR, mean contracta : 0.31mm , MVA (VTI) : 4.9cm^2 。2. no AR, NCC, ROC suspected vegetation。3. no TR (中譯：一般：1. 保留左心室收縮功能，但局灶性前下壁和室間隔運動功能低下 (LVEF : 50.5%)。2. 舒張功能：1級放鬆功能受損；瓣膜：1. 輕度主動脈閉鎖不全，靜脈收縮障礙： 0.31mm ，二尖瓣開口面積： 4.9cm^2 。2. 無主動脈閉鎖不全，主動脈瓣之非冠狀動脈瓣、右冠狀動脈瓣疑似贅生物，3. 無三尖瓣閉鎖不全)」等語，此有○○○之食道超音波檢查報告在卷可證（見病歷卷四第226頁反面）。

- ⑥由上可知，○○○於109年2月24日之心臟超音波報告、同年月26日之食道超音波報告、同年3月6日手術中之食道超音波報告，均有提到贅生物在主動脈瓣上，應可確定○○○在檢查當時確有贅生物存在於主動脈瓣之情形。且依109年2月24日之心臟超音波報告記載贅生物約為 0.54cm^2 ；同年月26日之食道超音波報告記載贅生物約為 $8.8\text{mm} \times 6.9\text{mm}$ （即 0.607cm^2 ）；同年3月6日之食道超音波報告雖未記載贅生物大小，惟衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）於鑑定時依同年3月6日手術中食道超音波報告所附影像資料判斷贅生物在主動脈瓣位置，約為 $0.778\text{cm} \times 0.778\text{cm}$ （即 0.605cm^2 ），此有醫審會編號0000000號鑑定報告（下稱系爭鑑定報告）在卷可稽（見原審卷二第83頁）。
- ⑦依系爭鑑定報告之說明，瓣膜性贅生物臨床診斷為心臟超音波檢查，且經食道心臟超音波較經胸前心臟超音波有更高的診斷價值，經胸前心臟超音波檢查診斷贅生物之敏感性為44～63%，特異性為91～98%；經食道超音波檢查敏感性為87～100%，特異性為91～100%等語（見原審卷二第83頁）。
- 於1次心臟超音波及2次食道超音波均檢查出心臟瓣膜有贅生物，且該等心臟、食道超音波報告及所附影像均能計算出贅生物之大小，足認○○○為上開檢查時其心臟瓣膜確實存在有贅生物。
- ⑧至於上訴人因系爭手術之病理科紀錄標本無贅生物之標本切片，質疑○○○之心臟瓣膜並無贅生物存在云云。經查，林有騫於本院行當事人訊問程序時（下同）具結後陳稱：「（後來○○○的贅生物有化驗出細菌嗎？）手術中打開之後瓣膜上面有一個小腫塊，病理化驗有發炎情況，這個小腫塊跟術前超音波看到的贅生物似乎不太相同，所以無法確定贅生物是否在手術當中就已經飄移出去，因為在麻醉過程中我們有再次用食道超音波確認，此時的贅生物還是存在的」等語（見本院卷第136頁）。此部分亦經系爭鑑定報告說明，依○○○於109年3月6日系爭手術中執行之食道超音波

報告記載，主動脈瓣葉之非冠狀動脈瓣葉及右冠狀動脈瓣葉有疑似贅生物存在，惟手術中無法取得○○○之贅生物切片，可能是手術心臟停止切開主動脈檢視瓣膜前已飄離等語（見原審卷二第87頁）。依○○○於109年2月24日第1次心臟超音波檢查報告即記載贅生物是屬於「活動性」等語，此有○○○之住院病程記錄在卷可查（見病歷卷一第21頁）；且於109年3月6日系爭手術中進行之食道超音波報告亦記載有贅生物存在，此有○○○之食道超音波檢查報告為憑（見病歷卷四第226頁反面），贅生物確有可能於手術心臟停止切開主動脈檢視瓣膜前已飄離，故無法以林有騫於手術中未取得贅生物切片，即排除○○○之心臟瓣膜曾有贅生物存在。

⑨○○○因急性心肌梗塞，且3條冠狀動脈嚴重阻塞，經心臟內科醫師置入導管治療後仍持續發燒，以心臟超音波檢查發現主動脈瓣膜贅生物，進一步以更清晰之食道超音波檢查發現瓣膜贅生物有增大趨勢，心臟內科因而診斷○○○罹患感染性心內膜炎。此部分亦經系爭鑑定報告說明，依杜克大學診斷要件Duck Criteria，診斷感染性心內膜炎瓣膜須有一個重大要件為瓣膜上有贅生物，其次三個要件為心臟功能病變、發燒超過38°C及有栓塞事件發生，其診斷證據力評定為確實感染性心內膜炎，中國附醫心臟內科就○○○罹患感染性心內膜炎之診斷符合醫療常規等語（見原審卷二第88頁），故○○○於系爭手術前確實因心臟瓣膜有贅生物而罹患感染性心內膜炎。

(2)林有騫因○○○之心臟瓣膜有贅生物存在，同時進行冠狀動脈繞道手術及主動脈瓣置換手術，未違反醫療常規：

①林有騫於本院具結後陳稱：「（○○○於109年3月6日是否進行兩種手術，分別是冠狀動脈繞道術及主動脈瓣置換手術？）是，主動脈瓣置換手術主要是因為○○○有感染性心內膜炎併發主動脈瓣逆流，經109年2月21日至手術前持續使用抗生素治療，主動脈瓣的贅生物仍持續變大，所以要為

○○○實施主動脈瓣置換手術。冠狀動脈繞道術是要治療○○○的冠狀動脈心臟病，因為○○○的前降支、迴旋支、右冠狀動脈的血管嚴重狹窄（阻塞達70%以上），因為○○○於109年2月21日由心臟內科醫師在右冠狀動脈裝置支架，就前降支及迴旋支部分，依治療指引應考慮手術優先，所以以冠狀動脈繞道術來處理前降支及迴旋支阻塞的問題。

（當初為何會考慮同時進行上開兩種手術？）○○○的感染性心內膜炎於抗生素治療之下贅生物持續變大，表示抗生素治療沒有效果，贅生物就是細菌的巢穴，如果當下沒有處理，患者會發生嚴重感染，引發敗血性休克，瓣膜的破壞也會導致心臟衰竭的發生，贅生物的飄移可能會引發器官缺血跟中風，會導致生命危險。心臟的手術因為風險比較高，所以在進行一種心臟手術時，會考量所有心臟的狀況來做全盤治療，因此有時候需要同時進行一種以上的心臟手術，這個是全世界的指引」等語（見本院卷第135至136頁）。

②經查，○○○經心導管檢查結果發現其3條冠狀動脈及左主幹皆有阻塞（即左主幹狹窄、左前降分枝狹窄80至85%、左迴旋分枝狹窄、右冠狀動脈接近完全阻塞），經心臟內科醫師於○○○之右冠狀動脈近端及其分支置入心臟支架，尚有左主幹、左前降分枝、左迴旋分枝等阻塞問題，需要以冠狀動脈繞道手術治療，應為上訴人所不爭執。而同時○○○經胸前心臟音波及經食道超音波之檢查，皆記載有移動性及飄移性贅生物腫塊，表示贅生物已經逐漸擴大且可能脫落。觀諸系爭鑑定報告之說明，依國際心臟學會發布之心肌再灌流之準則，如果3條冠狀動脈及左冠狀動脈主幹皆有阻塞，且心導管支架無法完整再灌流3條冠狀動脈領域，則宜以冠狀動脈繞道手術處理，勝於僅施行心導管手術，如果有其他需要施行之心臟瓣膜置換手術，亦宜同時施以冠狀動脈繞道手術；再依治療國際感染性心內膜炎治療準則，栓塞發生之危險因子不僅與贅生物 $> 10\text{mm}$ 有關，亦與贅生物游移性有關等語（見原審卷二第78頁）。林有騫考量○○○心臟瓣膜贅生

物之移動性及飄移性，若其脫落之後順著主動脈游移至腦部，可能引發○○○之腦梗塞，而基於上開國際醫療準則，決定採取同時進行冠狀動脈繞道手術及主動脈瓣置換手術，確有其必要性，其處置自符合醫療常規。

③至於上訴人主張就○○○之感染性心內膜炎應先以抗生素治療，不應進行主動脈瓣置換手術云云。經查，中國附醫之心臟內科醫師於109年2月24日、同年月26日以心臟超音波、食道超音波檢查發現○○○之心臟瓣膜贅生物有增大趨勢，因而診斷○○○罹患感染性心內膜炎後，於109年2月26日針對○○○之感染性心內膜炎擬定治療計畫：「1. Keep dual antiplatelet therapy with Aspirin and Clopidogrel。2. Change Unaysn (2/21-26) to Vancomycin (2/26) and Ceftriaxone (2/26) for infective endocarditis。3. Acetaminophen if fever。4. Atorvastatin to achieve LDL < 70mg/dL。5. Magnesium Oxide and Sennosides for constipation。6. Acetylcysteine for URI symptoms。7. Arrange TEE for confirm the diagnosis of endocarditis。8. Consult surgeon for AVR plus CABG。9. Consult infection doctor for IE antimicrobial agent adjustment（按「infective endocarditis」、「IE」為感染性心內膜炎；「Unaysn」、「Vancomycin」、「Ceftriaxone」均為抗生素藥名；「AVR」為主動脈瓣置換手術、「CABG」為冠狀動脈繞道手術）」，此有○○○之住院病程記錄在卷可憑（見病歷卷一第16頁）。觀諸上開治療計畫，自109年2月21日至同年月26日○○○已開始使用抗生素藥物「Unaysn」，惟其於109年2月24日之心臟超音波報告及同年月26日之食道超音波報告均發現主動脈瓣有贅生物，表示抗生素藥物「Unaysn」對○○○之感染性心內膜炎治療無效果；自109年2月26日起改使用抗生素藥物「Vancomycin」、「Ceftriaxone」，惟○○○於同年3月6日手術中之食道超音波報告仍發現主動脈瓣有贅生物且逐漸

增大，表示改藥之後對○○○之感染性心內膜炎治療仍無效果，故心臟內科醫師最後僅能尋求心臟外科醫師進行冠狀動脈繞道手術及主動脈瓣置換手術。此部分亦經系爭鑑定報告說明，感染性心內膜炎之治療方式固有抗生素治療及手術治療，惟依國際感染性心內膜炎治療準則，若為局部難控制之感染（如膿瘍、假性動脈瘤、瘻管、擴大的贅生物或人工瓣膜裂開），則手術治療應列為第一選擇等語（見原審卷二第84頁）。○○○自109年2月21日起已開始使用抗生素，惟經於109年2月24日及同年月26日之心臟及食道超音波檢查，贅生物自 0.54cm^2 增加至 0.607cm^2 ，代表抗生素治療效果有限，手術治療已屬急迫時機，故上訴人主張○○○之感染性心內膜炎應先以抗生素治療，不應進行主動脈瓣置換手術云云，自不可採。

④上訴人又主張○○○於系爭手術前有凝血功能異常情形，不得進行主動脈瓣置換手術云云。經查，林有騫於本院具結後陳稱：「（○○○於手術前有在吃抗凝血的藥物，你是否知情？）我知道，○○○因為於手術前有做心導管手術放置支架，因此於手術前依照治療指引本應給予抗凝血藥物的使用，以防止支架產生栓塞的情況。依照文獻統計結果，病患於手術前是否有服用抗凝血藥物，對於手術後的出血是沒有很顯著差異。」等語（見本院卷第138頁）。○○○於進行系爭手術前使用之抗凝血藥物為肝素heparin，持續滴注約每小時10mL，並每6小時抽血追蹤部分凝血活酶時間（APTT），及依APTT部分凝血活酶時間調整在40～60秒間，此有○○○之護理紀錄在卷可憑（見病歷卷四第2頁反面），其目的在於維持心臟支架之通暢，減少支架突然栓塞風險，並預防再次心肌梗塞，為必要且常規之醫療處置。此部分亦經系爭鑑定報告說明，主動脈瓣置換手術不需要停止抗凝血劑heparin之使用，因連接體外心肺循環機前，本就需要給予大劑量肝素，以防止血液凝集；腦梗塞發生原因可能為粥狀動脈硬化斑塊掉落阻塞、休克灌流不足或血流性栓

塞物阻塞腦血流動脈所造成，與術前是否使用抗凝血劑無因果關係，而使用抗凝血劑甚至有預防梗塞型中風之保護效果等語（見原審卷二第80頁）。則上訴人主張○○○於系爭手術前有凝血功能異常情形，不得進行主動脈瓣置換手術云云，亦不可採。

⑤基上，林有騫因○○○罹患感染性心內膜炎，且以抗生素治療無效果時，為○○○進行冠狀動脈繞道手術，同時進行主動脈瓣置換手術，並未違反醫療常規。

3.○○○之腦梗塞中風尚無法認定係林有騫於醫療行為過程中違反注意義務所致：

(1)上訴人主張○○○於2日內進行冠狀動脈繞道手術、主動脈瓣置換手術、裝置葉克膜及心包切開術，致○○○發生腦梗塞中風云云。經查，林有騫於本院具結後陳稱：「（○○○於上開兩種手術進行後，於當日23時是否有進行葉克膜的裝置？）是，當時病患有休克的情況，床邊心臟超音波顯示心臟功能收縮不好，有衰竭情況，因此緊急裝置葉克膜支持心臟維持生命。……（○○○於109年3月7日8時43分是否有進行心包膜切開術？）是，經過加護病房一整夜輸血、人工代用血漿、調整強心及升壓藥物、調整葉克膜的設定等治療後，病患的葉克膜流速仍有不穩定的跡象，因此懷疑心臟是否有被漸漸滲出的血液凝結成的血塊壓迫的現象，因此進行心包膜切開術做心包膜腔的探查。（○○○心包膜出血的原因為何？）心包膜切開後發現是○○○大動脈縫合的針口在慢慢滲血，慢慢滲血如果能夠因為凝血功能的改善就止血，就不會有問題，但術後大概有2%至5%的病患可能因持續出血不止，或血塊壓迫到心臟，需要在術後進行心包膜切開術探查。……（○○○是否有心包膜填塞的情形？）心包膜填塞是心包膜裡面積存血塊，壓迫心臟的現象。於當下要進行心包膜切開術探查時，是懷疑心包膜填塞才進行心包膜切開術。（你於何時才確定○○○有心包膜填塞的情形？）於病患術後我們持續都有用床邊的心臟超音波來確認心臟週邊血

塊是否有產生填塞的情形，直到3月7日7點多要進開刀房前才懷疑○○○有心包膜填塞，因為這時候血塊有變多，是用心臟超音波看出來的。……（○○○持續心包膜填塞會造成○○○什麼樣的情形？）會造成心臟的壓迫，但因為這時候還加上有葉克膜及主動脈氣球幫浦對心臟的支持，所以應該不會造成休克的情形。……（○○○於3月6日下午手術完到隔日8點前一直有血壓低的情形，為何會有此種情形？）心臟衰竭表示心臟的幫浦功能變差，因此會造成血壓下降情況。（心包膜填塞是否會造成患者血壓低的情形？）有可能。（○○○於心包膜切開術之後無法回復正常的意識，與心包膜切開術有關嗎？）無關，心臟手術本身就存有術後中風的風險，可能從小中風到昏迷不醒的大中風，都有可能發生，而此病患在手術中又懷疑贅生物已經飄移出去，因此也無法排除贅生物造成的中風。」等語（見本院卷第137至141頁）。

(2)觀諸○○○於109年3月6日進行完系爭手術後於加護病房之病程發展，○○○於同日19時55分血壓為50/35mmHg，林有騫評估給予增加血管收縮藥Bosmin1mL、升壓劑Dopamine再增加至每小時20ml靜脈滴注及增強心肌收縮藥物dobutamine維持每小時20mL靜脈滴注；至同日20時00分○○○血壓為137/69mmHg，血壓回穩正常；至20時05分經由值班醫師執行床邊心臟超音波檢查結果為「心臟收縮不好」；至20時30分○○○血壓又降為69/45mmHg，林有騫評估後給予升壓劑Norepinephrine改每小時10mL靜脈滴注，增加血管收縮藥物Bosmin改每小時7.2mL靜脈滴注及給予Bosmin0.5mL稀釋生理食鹽水9mL中立即輸注；至20時47分○○○血壓為60/36mmHg，林有騫評估後給予升壓劑Norepinephrine改每小時20mL靜脈滴注，增加血管收縮藥物Bosmin改每小時18mL靜脈滴注及給予Bosmin1mL稀釋生理食鹽水9mL中立即輸注；至20時55分林有騫通知準備置入主動脈內氣球幫浦，21時30分電話聯繫家屬告知因○○○術後血壓不穩定，使用高劑量升壓藥，

血壓仍不理想，故要置放主動脈內氣球浦，經家屬口頭同意；21時55分執行主動脈內氣球幫浦管路置入；22時00分○○○血壓為74/44mmHg；至22時30分林有騫評估○○○已置放主動脈內氣球幫浦處置，但血壓仍持續不穩定，建議放置葉克膜，醫師向家屬解釋病情及置放葉克膜，於23時09分開始置放葉克膜，23時52分葉克膜置放完成，林有騫另醫囑增加血管收縮藥物Bosmin改每小時10.8mL靜脈滴注，○○○血壓為74/46mmHg；109年3月7日0時0分給予新鮮冷凍血漿2單位全速輸注，○○○血壓為74/48mmHg；至0時25分新鮮冷凍血漿2單位輸注完畢，○○○血壓為58/38mmHg，另增加血管收縮藥物Bosmin改每小時7.2mL靜脈滴注；至2時30分○○○血壓為76/45mmHg，輸注紅血球濃縮液2單位；至4時26分值班醫師進行床邊心臟超音波檢查結果顯示心臟跳動差，增加血管收縮藥物Bosmin改每小時10.8mL靜脈滴注及調整葉克膜；7時40分林有騫評估需至開刀房看心臟功能，醫師電聯家屬進行病情解釋，告知昨晚置入主動脈內氣球幫浦、葉克膜後及升壓藥物使用下，血壓仍持續不穩定，建議進行手術探查心臟狀況，經家屬同意；於8時16分○○○再進入手術室，以全身麻醉方式進行開胸再探查，發現心包膜填塞約500CC血塊及輕微主動脈縫合處滲血，清除壓迫血塊及止血後，血壓及心臟收縮力回穩，立即移除葉克膜管路等情，此有○○○之護理紀錄及手術紀錄附卷可稽（見病歷卷四第5頁反面至第9頁反面、第226頁反面及卷三手術紀錄）。

(3)惟○○○至109年3月9日之昏迷指數仍差，林有騫於9時50分進行腦部電腦斷層掃描檢查，報告結果左側顱葉、枕葉、小腦有大範圍梗塞型中風，並由神經外科醫師向家屬解釋「有大片的梗塞在枕葉、小腦及中腦位置，才導致○○○意識不清，可進行取下顱骨減壓手術，但手術後不一定會清醒，不開刀梗塞部位會持續腫脹，最後壓迫至腦幹威脅○○○生命」，經家屬討論後決定不動手術，後續持續於加護病房照

護，此有○○○之護理紀錄在卷可查（見病歷卷四第12頁至反面）。□

(4)由上可知，林有騫自○○○於000年0月0日下午接受完系爭手術後，當晚已注意到○○○持續低血壓之情形，並持續醫囑各種處置，包括給予血管收縮藥Bosmin1mL、升壓劑Dopamine、增加心肌收縮藥dobutamine、升壓劑Norepinephrine及置入主動脈內氣球幫浦、裝置葉克膜等，而於翌日即3月7日7時40分評估需至開刀房查看○○○之心臟功能，即於8時16分為○○○進行心包切開術，為○○○清除500CC血塊及就主動脈縫合處為止血處理，之後○○○之心臟收縮力回穩，而得以移除葉克膜管路等情，應認林有騫已就○○○之病程發展為積極治療而無延誤。且依系爭鑑定報告之說明，關於心臟手術之術後出血、心包膜填塞係心臟手術後可能出現之併發症，世界各地心臟手術醫院因術後流血再開胸手術比例約1%至9%，心臟衰竭及術後出血、心包填塞、休克皆為心臟手術後可能發生之併發及風險；又腦梗塞病變發生原因，可能與栓塞物脫落導致中風，以現今醫療技術無法防範，林有騫上開搶救性醫療救治行為均符合醫療常規等語（見原審卷二第91至92頁），故○○○之腦梗塞中風尚無法認定係林有騫於醫療行為過程中違反注意義務所致。□

(二)上訴人主張林有騫未盡告知義務情事，應負損害賠償責任，為無理由：

1.按醫療機構及醫師診治病人的時，應向病人或其法定代理人、家屬等關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，醫療法第81條及醫師法第12條之1固有明文。惟醫師法第12條之1或醫療法第81條規定之告知義務，係基於對病患自主決定權之保障與尊重，使病患事先認識醫療行為之風險，並自主決定是否願意承擔該風險之同意，故應告知之內容應以使病患能充分理解並決定是否接受該醫療行為有關之資訊為據，並非要求醫師或醫療機構應就

各項枝節均為詳細之說明，以維醫病間權益之平衡。次按醫療機構施行手術，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，醫療法第63條第1項定有明文。醫師未依上開規定為告知同意即逕施行手術行為，固侵害病人之醫療自主權，惟尚須以該侵害自主權之醫療行為引起病人死傷之結果，且有違反醫療上注意義務之故意或過失，醫師始該當賠償責任，不能僅以醫師未盡告知同意義務，遽認與病人之死傷結果間必有因果關係，並令負賠償責任。

2. 上訴人主張林有騫於進行主動脈瓣置換手術前未告知風險，而有違反醫師法第12條之1、醫療法第63條第1項、第81條規定之說明義務云云。經查，中國附醫於109年2月27日11時許與○○○家屬進行醫療照護會議，依該會議紀錄記載：「心臟內科醫師：病患具有冠狀動脈疾病，3條都有問題，目前先處理最嚴重的右冠狀動脈，給予放置非塗藥支架，因考慮腎功能，所以不考慮一次處理3條動脈，目前心臟超音波與食道超音波均發現主動脈瓣膜上有贅生物，此疾病非常危險，要注意贅生物可能會往下游走堵塞到任何動脈引起各種症狀，包含中風、腸缺血、腎臟缺血等等，務必要趕緊治療，我們已經會診感染科與心臟外科來一起治療感染性心內膜炎」等語（見原審卷一第123至124頁）；中國附醫又於109年3月4日10時許與○○○家屬進行醫療照護會議，依該會議紀錄記載：「心臟外科醫師林有騫：向病患及家屬（兩位女兒、太太）病情解釋，告知病患若沒有手術可能會有中風的風險，並告知有自費項目可選擇，若確定同意手術，預計星期五進行CABG（冠狀動脈繞道手術）」等語（見原審卷一第125至126頁）。由上可知，中國附醫之心臟內科醫師已於109年2月27日告知○○○家屬，○○○罹患之感染性心內膜炎會使○○○發生中風具有高度風險，係因其贅生物會往下游走至任何動脈所致；而林有騫再於109年3月4日告知

○○○家屬若未進行主動脈瓣置換手術會有中風之風險等語。

3. 次查，蔡秀蘭於本院行當事人訊問程序時（下同）具結後陳稱：她記得有一天醫院打電話叫她們去，在護理站林有騫問她們心內醫師有無說○○○心臟被細菌感染，問她們知不知道○○○有被打抗生素，她們回答有，心臟內科醫師說○○○要打抗生素1個月，林有騫跟她們說○○○的主動脈瓣膜被細菌吃掉，需要開刀換瓣膜，並告訴她們哪些是自費瓣膜，晚一點會有人來跟她們說手術的風險跟要注意的事情，林有騫接著說○○○只要住在加護病房一、兩天，她們以為主動脈瓣置換手術應該就像心導管手術一樣簡單，就同意隔兩天開刀等語（見本院卷156至157頁）；蔡巧萍於本院具結後陳稱：109年2月26日心臟內科醫師跟她們說○○○的主動脈瓣膜有細菌，要用抗生素治療1個月；林有騫於109年3月4日約她和蔡秀蘭去護理站，講了大概20幾分鐘，林有騫說抗生素治療沒有用，說瓣膜大部分被細菌吃掉，要更換瓣膜；林有騫沒有跟她們說主動脈瓣置換手術會有什麼風險，還有要注意什麼事項，只有說自費的瓣膜有幾項，說等一下會有人來跟她們解釋風險及注意事項，就讓她們簽自費同意書跟手術同意書，那天等到晚上都沒有人來跟她們說等語（見本院卷第161至162頁）。
4. 依上開蔡秀蘭、蔡巧萍之陳述可知，林有騫於109年3月4日約同其二人至中國附醫之護理站見面談話，談話時間長達20幾分鐘，且林有騫告知因○○○以抗生素治療感染性心內膜炎並無效果，須以主動脈瓣置換手術治療等情，故林有騫已有告知○○○家屬關於○○○須進行主動脈瓣置換手術之原因。又觀諸蔡秀蘭簽署之手術同意書記載：「本人之聲明：醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。醫師已向我解釋，並且我已瞭解選擇其他治療方式之風險。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。……針對

我的情況、手術之進行、治療方式等，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。……我瞭解這個手術有一定的風險，無法保證一定能改善病情」（見原審卷一第47頁），蔡秀蘭、蔡巧萍與林有騫就○○○之病情談話長達20幾分鐘後，蔡秀蘭於○○○之手術同意書上簽名，應認林有騫告知之內容應已使其等理解並決定接受主動脈瓣置換手術。又依本院前揭論述，○○○之腦梗塞中風無法認定係林有騫於醫療行為過程中違反注意義務所致，縱使上訴人認為林有騫於主動脈瓣置換手術前告知之內容仍有未詳盡之處，亦不得認定林有騫未盡告知義務之情事與○○○之腦梗塞中風有相當因果關係。

(三)從而，林有騫因○○○之冠狀動脈阻塞嚴重，及其罹患感染性心內膜炎，同時進行冠狀動脈繞道手術及主動脈瓣置換手術，並未違反醫療常規；○○○於系爭手術後雖發生腦梗塞中風，尚無法認定林有騫之醫療處置有何不符醫療常規之情事，亦與林有騫是否盡告知義務無涉，中國附醫所屬醫師林有騫對上訴人即不負侵權行為損害賠償責任，中國附醫就與○○○間醫療契約之履行，亦不負債務不履行之損害賠償責任。

四、綜上所述，上訴人依民法第184條第1項前段、第193條第1項、第195條第1項、第224條、第227條、第227條之1規定，請求被上訴人連帶賠償林素精500萬元本息及蔡順卿等5人各100萬元本息，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。

五、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，認為判決結果均不生影響，爰不一一予以論駁贅述。

六、據上論結，本件上訴為無理由，判決如主文。

中 華 民 國 113 年 7 月 23 日

醫事法庭 審判長法官 張瑞蘭
 法官 林孟和
 法官 廖穗蓁

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日內向本院補提上訴理由書（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 黃美珍

中 華 民 國 113 年 7 月 23 日

【附表】○○○之病程發展及中國附醫之處置過程：

時 間	○○○之病程發展及中國附醫之處置過程	備 註
109.02.21	<p>○○○於16：03至秀傳醫院急診室就診，經檢查後診斷為ST段上升之心肌梗塞，○○○家屬表示要轉診中國附醫。</p> <p>○○○於17：24抵達中國附醫急診室，19：41進入心導管室檢查發現○○○之3條冠狀動脈及左主幹皆有阻塞（左主幹狹窄、左前降分枝狹窄80至85%、左迴旋分枝狹窄、右冠狀動脈接近完全阻塞），醫師診斷為急性心肌梗塞，於右冠狀動脈近端及其分支置入心臟支架，後由心臟內科醫師收治至加護病房治療。</p> <p>○○○住院後，醫師給予口服雙重抗血小板藥物，因○○○體溫39.4°C開立抗生素靜脈滴注，主動脈內氣球幫浦留置，每6小時抽血追蹤部分凝活血酶時間（APTT）及維持APTT40~60秒。</p>	見竹山秀傳醫院急診病歷
109.02.22	<p>○○○18：00量測體溫為38.2°C，醫師開立退燒藥。</p> <p>18：30監測部分凝活血酶時間（APTT）為39.7秒。</p>	病歷卷一第11項、卷四第2頁反面
109.02.24	<p>01：24監測部分凝活血酶時間（APTT）為40.4秒。</p> <p>安排心臟超音波檢查結果為1.保留的左心室收縮力，但局部性心臟下壁收縮功能減退。2.左心室舒張期異常。3.約0.54cm²贅生物在主動脈非冠狀動脈瓣葉上，疑似游移性的主動脈瓣膜贅生物，當日移除主動脈內氣球幫浦及停止使用靜脈滴注凝血劑。</p>	病歷卷一第21頁
109.02.26	<p>安排食道超音波檢查結果為：</p> <p>1.疑似感染性心內膜炎，一個8.8mmx6.9mm (0.607cm²) 飄移性腫塊在主動脈瓣之無冠狀動脈瓣葉上，合併輕度主動脈瓣逆流。</p> <p>2.輕度二尖瓣逆流。</p> <p>3.保留的左心室收縮力。</p> <p>心臟內科醫師因懷疑感染性心內膜炎，開始為○○○施打抗生素每12小時注射1次。</p>	病歷卷四第21頁
109.02.27	<p>11：00進行住院全人整合醫療照護會議，會議紀錄記載：</p> <p>(一)心臟內科醫師：</p> <p>病患具有冠狀動脈疾病，3條都有問題，目前先處理最嚴重的右冠狀動脈，給予放置非塗藥支架，因考慮腎功能，所以不考慮一次處理3條動脈，目前心臟超音波與食道超音波均發現主動脈瓣膜上有贅生物，此疾病非常危險，要注意贅生物可能會往下游走堵塞到任何動脈引起各種症狀，包含中風、腸缺血、腎臟缺血等等，務必要趕緊治療，我們已經會診感染科與心臟外科來一起治療感染性心內膜炎。</p> <p>(二)感染科醫師：</p> <p>感染性心內膜炎建議用Ceftriaxone + Vancomycin治療， Loading 2支STAT Vancomycin, Vancomycin maintain dose以 15mg/kg來計算，Ceftriaxone用2支QD，並且在使用第四個dose的時候要追蹤Vancomycin濃度。</p> <p>(三)復健科醫師：</p> <p>我們將安排心臟康復，並且還將對患者和護理人員進行出院後家庭計畫教育。</p> <p>(四)病患及家屬：願意配合治療。</p>	原審卷一第123至124頁

109.03.04	<p>10:00進行住院全人整合醫療照護會議，會議紀錄記載：</p> <p>(一)心臟內科醫師：</p> <p>病患具有冠狀動脈疾病，3條都有問題，目前先處理最嚴重的右冠狀動脈，給予放置非塗藥支架，因考慮腎功能，所以不考慮一次處理3條動脈，目前心臟超音波與食道超音波均發現主動脈瓣膜上有贅生物，此疾病非常危險，要注意贅生物可能會往下游走堵塞到任何動脈引起各種症狀，包含中風、腸缺血、腎臟缺血等等，務必要趕緊治療，我們已經會診感染科與心臟外科來一起治療感染性心內膜炎。</p> <p>(二)感染科醫師：</p> <p>感染性心內膜炎建議用Ceftriaxone + Vancomycin治療， Loading 2支STAT Vancomycin, Vancomycin maintain dose以 15mg/kg來計算，Ceftriaxone用2支QD，並且在使用第四個dose的時候要追蹤Vancomycin濃度。</p> <p>(三)心臟外科醫師林有騫：</p> <p>向病患及家屬（兩位女兒、太太）病情解釋，告知病患若沒有手術可能會有中風的風險，並告知有自費項目可選擇，若確定同意手術，預計星期五進行CABG（冠狀動脈繞道手術）。</p> <p>(四)復健科醫師：</p> <p>我們將安排心臟康復，並且還將對患者和護理人員進行出院後家庭計畫教育。</p> <p>(五)病患及家屬：</p> <p>願意配合治療。</p>	原審卷一第125至126頁
109.03.06	<p>08:13 ○○○進入手術室。</p> <p>09:30 醫師進行食道超音波檢查報告結果為主動脈瓣葉之非冠狀動脈瓣葉及右冠狀動脈瓣葉有疑似贅生物。</p> <p>10:19 開始進行手術，手術術式為主動脈瓣置換手術（自費牛心包膜瓣膜）及冠狀動脈繞道手術（左側冠狀動脈搭橋2條）。</p> <p>17:03 手術結束，直接將病人轉入加護病房繼續照護，術後氣管內置放氣管內管連接呼吸器使用。</p> <p>19:02 領血紅血球濃縮液4單位、分離術血小板2單位之輸血處置。</p> <p>19:40 ○○○血壓83/57mmHg，林有騫評估後囑立即全速滴注紅血球濃縮液1單位及升壓劑Dopamine維持每小時3mL靜脈滴注。</p> <p>19:50 ○○○血壓50/35mmHg紅血球濃縮液已輸注完畢，開始輸注新鮮冷凍血漿1單位，升壓劑Dopamine增加至8mL靜脈滴注。</p> <p>19:55 ○○○血壓50/35mmHg，林有騫囑給予增加血管收縮藥Bosmin1mL、升壓劑Dopamine再增加至每小時20mL靜脈滴注及增強心肌收縮藥物dobutamine維持每小時20mL靜脈滴注。</p> <p>20:00 ○○○血壓137/69mmHg，持續輸血中。</p> <p>20:05 執行床邊心臟超音波檢查，護理紀錄記載檢查結果為「心臟收縮不好」。</p> <p>20:30 ○○○血壓69/45mmHg，林有騫評估後給予升壓劑Norepinephrine改每小時10mL靜脈滴注，增加血管收縮藥物Bosmin改每小時7.2mL靜脈滴注及給予Bosmin0.5mL稀釋生理食鹽水9mL中立即輸注。</p> <p>20:47</p>	病歷卷四第5頁反面至第7頁反面、第226頁反面及卷三手術紀錄

	<p>○○○60/36mmHg，林有騫評估後囑升壓劑Norepinephrine改每小時20mL靜脈滴注，增加血管收縮藥物Bosmin改每小時18mL靜脈滴注及給予Bosmin1mL稀釋生理食鹽水9mL中立即輸注。</p> <p>20:55 林有騫通知準備置入主動脈內氣球幫浦。</p> <p>21:30 電話聯繫家屬告知因○○○術後血壓不穩定，使用高劑量升壓藥，血壓仍不理想，故要置放主動脈內氣球浦，家屬口頭同意。</p> <p>21:55 執行主動脈內氣球幫浦管路置入。</p> <p>22:00 ○○○血壓74/44mmHg。</p> <p>22:30 林有騫評估○○○已置放主動脈內氣球幫浦處置，但血壓仍持續不穩定，建議放置葉克膜，醫師向家屬解釋病情及置放葉克膜，經家屬同意。</p> <p>23:09 開始置放葉克膜。</p> <p>23:52 葉克膜置放完成，另增加血管收縮藥物Bosmin改每小時10.8mL靜脈滴注，○○○血壓74/46mmHg。□</p>	
109.03.07	<p>00:00 給予新鮮冷凍血漿2單位全速輸注，○○○血壓74/48mmHg。</p> <p>00:25 新鮮冷凍血漿2單位輸注完畢，○○○血壓58/38mmHg，增加血管收縮藥物Bosmin改每小時7.2mL靜脈滴注。</p> <p>02:30 ○○○血壓76/45mmHg，輸注紅血球濃縮液2單位。</p> <p>04:26 值班醫師進行床邊心臟超音波檢查結果顯示心臟跳動差，增加血管收縮藥物Bosmin改每小時10.8mL靜脈滴注及調整葉克膜。</p> <p>07:40 林有騫評估需至開刀房看心臟功能，醫師電聯家屬進行病情解釋，告知昨晚置入主動脈內氣球幫浦、葉克膜後及升壓藥物使用下，血壓仍持續不穩定，建議進行手術探查心臟狀況，經家屬同意。</p> <p>08:16 ○○○再進入手術室。</p> <p>08:43 以全身麻醉方式進行開胸再探查，發現心包膜填塞約500CC血塊及輕微主動脈縫合處滲血，清除壓迫血塊及止血後，血壓及心臟收縮力回穩，立即移除葉克膜管路。</p>	病歷卷四第7頁反面至9頁反面及卷三手術紀錄

	12:26 手術結束，○○○返回加護病房繼續照護，術後血壓118/42mmHg，心跳112次/分，呼吸18次/分，昏迷指數2E (E1VEM1)，升壓劑Dopamine維持每小時11.5ml靜脈滴注，主動脈內氣球幫浦留置，氣管內置放氣管內管連接呼吸器持續使用。	
109.03.09	因○○○昏迷指數仍差，林有騫經家屬同意於09:50進行腦部電腦斷層掃描檢查，報告結果左側顳葉、枕葉、小腦有大範圍梗塞型中風，並由神經外科醫師向家屬解釋「有大片的梗塞在枕葉、小腦及中腦位置，才導致○○○意識不清，可進行取下顱骨減壓手術，但手術後不一定會清醒，不開刀梗塞部位會持續腫脹，最後壓迫至腦幹威脅○○○生命」，經家屬討論後決定不動手術，後續持續於加護病房照護。 □	病歷卷四第12頁至反面
109.03.24	○○○生命徵象穩定，昏迷指數6E (E2VEM4)，氣管內連接呼吸器持續使用，經林有騫評估無法脫離呼吸器，於14:07轉入亞急性呼吸照護中心繼續照護。	病歷卷四第29頁
109.06.16	○○○移除氣管內管改為非侵襲性正壓呼吸器(Bi-PAP)使用	病歷卷四第61頁反面
109.07.04	○○○改為氧氣鼻導管使用，因○○○仍無法自咳痰故須協助抽痰，鼻胃管留置，復健及中醫針灸治療	病歷卷四第68頁
109.12.16	○○○昏迷指數10分 (E4V2M4)	病歷卷四第129頁反面
110.08.30	○○○呼吸變差，生命徵象不穩定，辦理病危自動出院	原審卷二第77頁