臺灣高等法院臺中分院民事判決

113年度醫上易字第3號

上　訴　人　劉盛中

000000000000000000

被 上訴 人　中國醫藥大學附設醫院

000000000000000000

法定代理人　周德陽

被 上訴 人　吳宏彬

　　胡幃勛

上　三　人

訴訟代理人　吳佩書律師

　　羅閎逸律師

複 代理 人　涂奕如律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於民國113年5月17日臺灣臺中地方法院107年度醫字第23號第一審判決提起上訴，並為上訴聲明之擴張，本院於114年6月18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

壹、程序方面：

一、按當事人在上訴期間內提出之上訴狀，僅載明對於第一審判決一部不服，而在言詞辯論終結前，復對其他部分一併聲明不服，應認其上訴聲明之範圍為已擴張，不得謂其他部分之上訴已逾期，予以駁回(最高法院30年渝抗字第66號裁判先例參照)。

二、查上訴人於原審請求被上訴人應連帶給付新臺幣(下同)70萬元本息，嗣經原審判決上訴人全部敗訴，上訴人僅就40萬元敗訴部分，提起上訴(見本院卷一第7-15頁)；上訴人其後對

於原審判決10萬元敗訴部分，亦聲明上訴(見本院卷二第270頁)，核屬擴張上訴聲明，揆諸前開規定，毋庸對造同意，應予准許，合先敘明。

貳、實體方面：

一、上訴人主張：

㈠伊於民國105年8月3日因罹患「心肌梗塞」、「完全房室傳導阻斷」等病症，前往被上訴人中國醫藥大學附設醫院(下稱中國附醫)急診，並於同年月5、9日進行2次心導管手術；因術後心跳過慢，被上訴人吳宏彬(中國附醫心臟內科醫師)於105年8月19日乃為伊進行永久性心律調節器置放手術(下稱系爭手術)，僅於術前提供手術同意書(下稱系爭同意書)要求伊簽名，卻未告知手術風險、併發症、可能處理方式與預期手術後可能出現之暫時或永久症狀等必要事項，侵害伊醫療自主決定權；吳宏彬於進行系爭手術時，與其助手聊及手術無關事項，並於放置調節器導線時不慎戳破伊左鎖骨下靜脈血管，致血液滲流至左側肋膜腔，累積大量積液；吳宏彬更於術後未及時告知血胸與後續處理方法，致伊誤認罹癌，而陸續前往臺北榮民總醫院(下稱臺北榮總)、衛生福利部臺中醫院(下稱臺中醫院)進行穿刺檢查追蹤，終日擔憂而痛苦萬分；吳宏彬復未告知伊於前2次心導管手術後，接受肝素點滴注射與持續服用雙重抗血小板製劑(aspirin與plavix；下合稱甲類藥物)，影響血小板凝血功能，增加術後血胸之可能，持續讓伊於術前使用甲類藥物，且明知伊術後血壓偏低、心跳緩慢及心肌梗塞，仍開立高血壓藥物(Bisoprolol與Imidapril；下合稱乙類藥物)，致伊於105年9月19日休克，而有生命危險，其過失醫療行為，侵害伊之健康權，並因此受有精神上痛苦。

㈡被上訴人胡幃勛(中國附醫心臟科醫師)原允諾擬於105年8月9日為伊進行心導管手術，嗣後卻由訴外人蕭○○(中國附醫醫師)為伊進行手術，亦構成侵權行為；又胡幃勛於105年8月8日為伊施打強心劑(Isoproterenol；下稱丙藥物)，造成

伊二次傷害。

㈢伊前往中國附醫就診，雙方成立類似委任之醫療契約，而吳宏彬、胡幃勛均係中國附醫之受僱人，執行醫療職務時不法侵害伊權利，均應與中國附醫負連帶賠償責任。中國附醫未依債之本旨提供安全醫療服務，有違反注意義務之可歸責行為，亦應與吳宏彬負債務不履行損害賠償責任。爰依民法第224條、第227條之1、第184條第1項、第2項、第188條第1項前段、第195條第1項前段規定，請求被上訴人應連帶給付伊50萬元。

二、被上訴人則以：

吳宏彬於術前已善盡說明義務，此有上訴人簽署「心律調節器暨心臟整流去顫器置放說明書」(下稱系爭說明書)可稽，並無違反說明義務之疏失。又系爭手術須刺戳上訴人鎖骨下靜脈，以置入導線，必然產生小傷口，並非上訴人所述係因手術失誤始造成傷口與滲血。上訴人所稱聊天疏失，實因吳宏彬於手術期間必須以言詞指揮同仁傳遞器械、調整節律器設定、交代醫囑等，均未影響手術進行。上訴人所稱肋膜腔積液與血胸為其個人生理功能所生併發症，而非手術失誤所致，其肋膜積液已完全為身體吸收，並無後遺症。吳宏彬前開醫療行為符合醫療常規，無任何醫療過失。另胡幃勛未曾允諾為上訴人進行心導管手術，亦未參與系爭手術與後續醫療照護，上訴人從未使用丙藥物。上訴人請求伊等連帶賠償，均無依據等語，資為抗辯。

三、上訴人於原審請求被上訴人應連帶給付70萬元本息，原審駁回其全部請求，上訴人僅就其中50萬元敗訴部分，提起上訴(其餘敗訴部分，未據上訴人於言詞辯論終結前擴張上訴聲明，業已確定)；兩造聲明如下：

㈠上訴人之上訴(含擴張部分)聲明：

1.原判決關於駁回上訴人50萬元請求部分廢棄。

2.被上訴人應連帶給付上訴人50萬元。

㈡被上訴人之答辯聲明：

上訴及擴張上訴均駁回。

四、兩造不爭執事項(見本院卷二第184-192頁；並依卷證資料文義略作文字調整)：

㈠吳宏彬、胡幃勛、蕭○○皆受中國附醫聘僱(聘任)，在中國附醫擔任心臟血管科主治醫師(見本院卷二第77-78頁)。

㈡上訴人於105年8月3日因罹患「心肌梗塞」、「完全房室傳導阻斷」等病症，前往中國附醫急診住院，並於同年月5、9日進行2次心導管手術，復於105年8月19日進行系爭手術，嗣後於105年9月5日出院。

㈢胡幃勛曾至加護病房詢問上訴人是否同意施打丙藥物。

㈣上訴人於進行系爭手術前，先於105年8月17日簽署系爭說明書，再於同年月18日簽署系爭同意書(見原審卷一第35-38頁)。

㈤吳宏彬於105年8月19日為上訴人進行系爭手術。

㈥系爭手術醫療糾紛，前經臺灣臺中地方檢察署(下稱臺中地檢)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，其結果詳如附表一所示(即編號0000000號鑑定書；見原審卷一第223-228頁)。

㈦上訴人對吳宏彬、周德陽(中國附醫院長)提出業務過失傷害刑事告訴，業經檢察官為不起訴處分確定(案號：臺中地檢108年度醫偵字第39號、臺灣高等檢察署臺中檢察分署109年度上聲議字第1005號；見原審卷一第377-396頁)。

㈧臺北榮總於109年6月9日以北總胸字第1090002747號函，臺中醫院於109年6月12日以中醫醫行字第1090005616號函回覆原法院，其內容詳如附表二所示(見原審卷一第425-429頁)。

㈨彰化基督教醫院(下稱彰基醫院)於112年5月19日以一一二彰基院志字第1120500005號函回覆原法院，其內容詳如附表三所示(見原審卷二第27-31頁)。

㈩上訴人對吳宏彬與蕭○○提出偽造文書刑事告訴，業經檢察官為不起訴處分(案號：臺中地檢110年度偵字第14146號；

見原審卷二第49-53頁）。

五、兩造爭執事項：

㈠胡幃勛曾否應允為上訴人於105年8月9日進行心導管手術？

㈡胡幃勛有無指示醫療人員對上訴人施打丙藥物？若有，有無違反醫療常規？（上訴人請求增列）

㈢吳宏彬進行系爭手術前有無告知手術風險及併發症之疏失？

㈣吳宏彬進行系爭手術時是否因聊天，而不慎戳破上訴人鎖骨下靜脈？

㈤吳宏彬進行系爭手術前使用甲類藥物，及術後開立乙類藥物，有無違反醫療常規之疏失？

㈥上訴人之胸腔肋膜積液，其發生原因為何？是否造成上訴人身體傷害？

㈦上訴人依民法第224條、第227條之1、第184條第1項、第2項、第188條第1項前段、第195條第1項前段規定，請求被上訴人應連帶給付上訴人50萬元，有無理由？

㈧胡幃勛所為時效抗辯，有無理由？

六、本院之判斷：

㈠胡幃勛部分：

1.上訴人主張胡幃勛曾應允為伊進行心導管手術乙節，此情均為胡幃勛與中國附醫所否認，且未據上訴人提出具體事證以實其說，自難採信。

2.上訴人又主張胡幃勛未經伊同意，而指示使用丙藥物，有違醫療常規云云。惟細繹上訴人於中國附醫住院期間護理紀錄（見本院卷二第79-85頁），可知胡幃勛固曾於105年8月8日開立丙藥物之醫囑單，惟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時，惟因胡幃勛認為斯時可直接置入永久性心臟節律器，使用丙藥物效果實益不大，故未施用。準此，可知上訴人此部分主張，核與前開客觀事證不符，應難採信。

3.至於上訴人雖主張前開護理紀錄部分遭刪除乙節，並未舉證以實其說，應僅屬其主觀臆測之詞，亦難採信。

㈡吳宏彬部分：

1.術前告知部分：

⑴上訴人不爭執其於進行系爭手術前，即於105年8月17日簽署系爭說明書，並於翌日簽署系爭同意書(見不爭執事項第㈢項)。觀諸系爭說明書載明「心律調節器暨心臟整流去顫器置放手術目的、效益，為可解決心臟傳導阻滯或病竇症候群所導致心跳過慢的問題；手術風險，相關的合併症包括有：與中央靜脈置入相關：氣胸、血胸、栓塞、血腫、局部感染」等內容，其文字淺顯易懂，上訴人既已簽署系爭說明書，無由不知其內容之理，足認吳宏彬已告知上訴人前開事項。

⑵再參酌上訴人先於105年8月17日簽署系爭說明書，延至翌日始簽署系爭同意書，可見上訴人應於詳閱系爭說明書後，經慎思熟慮後，始決定進行系爭手術。

⑶況系爭同意書明載「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(見原審卷一第58頁)，益徵吳宏彬已善盡告知說明義務，上訴人自行評估手術風險後，始決定進行系爭手術。

⑷從而，上訴人仍主張吳宏彬有術前未告知手術風險與併發症之疏失，核與前開客觀事證均有未合，要難採信。

2.手術行為部分：

⑴上訴人並不爭執其於術前罹患「完全房室傳導阻斷」等病症(見不爭執事項第㈡項)，參酌2008美國心臟學會及心律學會於心律異常使用心律調節治療的臨床指引(ACC/AHA/HRS Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities. Circulation. 2008；117:e350-e408. Doi: 10.1161/Circualtionaha. 108.189742.；見原審卷一第227

-228頁)，對於完全房室結阻斷，必須置入永久性心律調節器手術，而永久性心律調節器之植入，須同時經鎖骨下靜脈置放導線，以連接心臟及心律調節器。準此以觀，吳宏彬辯稱其施行系爭手術，乃救治上訴人生命所必要之醫療作為，尚無不合。

⑵施行系爭手術節必須經鎖骨下靜脈置放導線，以連接心臟及心律調節器，且吳宏彬於術前已明確告知系爭手術可能引發血胸等併發症(見原審卷一第57-60頁)，則吳宏彬辯稱：其為施行系爭手術之必要，而戳刺上訴人之鎖骨下靜脈以置入導線，因此產生小傷口，並非上訴人所述因手術失誤所致，亦屬合理可採。

⑶系爭手術必須由醫師與其他醫療團隊成員合作無間，始克全功，不可能單憑醫師獨自一人即可順利完成，則吳宏彬於施行系爭手術期間，恆須以口頭指揮其他醫療人員傳遞器械、調整節律器設定、交代醫囑等，亦不可能以其他方式或靜默方式替代。是上訴人主張吳宏彬施行系爭手術聊天造成手術失誤云云，不僅未能舉證以佐其說，亦有違常理，應難採認。

⑷上訴人戳刺鎖骨下靜脈所產生小傷口，一般人體可逐漸凝血癒合，惟為避免上訴人再度栓塞而危及其生命，必須及時使用甲類藥物，而影響其凝血功能，自難避免可能緩慢持續滲血至胸部肋膜腔，而造成血胸，故血胸乃系爭手術之可能併發症之一，尚難以上訴人事後造成血胸，遽認吳宏彬施行系爭手術，有何違反醫療常規之疏失。

⑸醫審會前開鑑定書亦認「㈠...對於完全房室節阻斷置入永久性心律調節器手術，符合醫療常規。永久性心律調節器之植入，需同時經鎖骨下靜脈放置導線，以連接心臟及心律調節器，因此置放導線符合醫療常規。㈡依文獻報告，統計近300萬置入永久性心律調節器的病人，約有5%會有早期手術相關之併發症，其中包括血胸。置放導線時，會經穿刺鎖骨下靜脈後，將導線送入靜脈，並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，尤其本案病人因心肌梗塞氣球擴張及金屬支架置入術後，須預防性服用2種抗血小板藥物，發生血胸可能性高。因此病患發生血胸並非因吳宏彬醫師之手術處置違反醫療常規造成，亦非吳醫師違反醫療常規放導線導致戳破血管，造成病人鎖骨下靜脈流血流至肺部，造成肺部積血，以上均為手術及置放導線所生之併發症」等語(詳如附表一編號1-2□欄所示)，益徵吳宏彬應無上訴人所指醫療疏失。

⑹上訴人雖爭執其他97%病患無血胸後遺症，吳宏彬曾說插到肺出血云云，以此質疑吳宏彬有疏失。惟依醫學文獻統計分析資料((Maria K.et al. Pacemarker insertion. Ann Transl Med. 2015；3⑶:42. doi: 10.3978/j. issn. 0000-0000.2015.02.06；見原審卷一第228頁)，300萬位置入永久性心律調節器的病人，約有5%會有早期手術相關之併發症，表示於該次醫學統計中有15萬位病人發生併發症，其發生機率甚高，依病患之特異體質，相同醫療行為可能有不同之治療結果，是上訴人自不能徒憑醫療結果有發生文獻上已知之後遺症，遽認吳宏彬醫療行為有違反注意義務。至於上訴人與吳宏彬間對話錄音譯文，吳宏彬稱「嗯，對，有插到肺出血，現階段X光片看最近好了。還須安排。你手會發抖，睡眠還好？」、「 嗯，手術完後就有，後來1月份吸收掉，手術在2016年8月」等語(見原審卷一第143、155頁)，僅屬醫師與病患說明病況時所為言語溝通，尚難逕認吳宏彬有何醫療疏失。

⑺從而，上訴人主張吳宏彬因手術時聊天，而有戳破上訴人鎖骨下靜脈等醫療疏失，應非可採。

3.手術前後使用藥物部分：

⑴上訴人術前因罹患急性心肌梗塞等病症，而前往中國附醫急診住院治療(見不爭執事項第㈡項)，甲類藥物固可能造成病患凝血功能不佳，而有增加出血之風險，惟為避免上訴人之

冠狀動脈再次阻塞，若暫停使用甲類藥物，反而可能增加上訴人再次發生心肌梗塞之生命危險，則吳宏彬於術前持續使用甲類藥物，應屬避免上訴人之冠狀動脈再次阻塞，所為挽救其生命之必要醫療處置，難認有何醫療常規之疏失。此由臺北榮總北總胸字第1090002747號函亦持相同看法(詳如附表二編號1所示)，益臻明瞭。

⑵乙類藥物係病人發生心肌梗塞時之預後與維持心臟功能之藥物，則吳宏彬評估上訴人當時血壓回穩，而開立乙類藥物，難認有何不符醫療常規之情。

⑶從而，上訴人主張吳宏彬於術前使用甲類藥物，及術後開立乙類藥物，有違反醫療常規疏失，要難採認。

4.後遺症部分：

⑴上訴人之血胸症狀乃系爭手術置放導線之併發症，並非醫療疏失所致，此觀諸前開醫審會鑑定結論，即可明瞭。

⑵上訴人當時雖產生胸腔肋膜積液(血胸)之術後併發症，然該併發症並未影響上訴人血液動力學或呼吸，已逐漸由其身體自行吸收而無後遺症。此情觀諸彰基醫院鑑定書函載明「以105年10月3日之胸部X光影像，與病人(指上訴人)於105年10月1日出院前最後一次(105.9.27)胸部X光檢查影像相比較，病人體內積液情形有呈現明顯改善」等語(見原審卷二第31頁)，及上訴人迄未舉證證明其身體仍存有何種後遺症，亦可明瞭。

⑶此外，上訴人就胸腔肋膜積液造成其身體何種傷害，均未能舉證以實其說，自難採信。

㈢損害賠償部分：

1.按損害賠償之債(如侵權行為、債務不履行等是)以有損害之發生及有責任原因之事實，及二者間有相當因果關係為成立要件，如不合於此項成立要件，即難謂有損害賠償請求權存在(最高法院30年渝上字第18號、48年台上字第481號判決先例要旨，及112年度台上字第1383號判決意旨參照)。

2.查上訴人既未能舉證證明胡幃勛、吳宏彬有何醫療疏失，或

吳宏彬有何違反告知義務，及其因此受有若何損害，其仍依前揭損害賠償規定，請求被上訴人應連帶給付50萬元，洵屬無據，不應准許。

㈣其他抗辯部分：

上訴人請求被上訴人連帶賠償，既無依據，則胡幃勛所為時效預備抗辯，乃至於被上訴人所為其他抗辯，均無須審酌，併此敘明。

七、綜上所述，上訴人依前開損害賠償規定，請求被上訴人應連帶給付50萬元，非屬正當，不應准許。原審就此部分所為上訴人敗訴之判決，洵無不合。上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回其上訴。

八、本件醫療糾紛，迭經醫審會、臺北榮總、彰基醫院為鑑定及說明如上，復經本院認定前開2位醫師均無上訴人所指醫療疏失各情，則上訴人仍聲請再向衛福部或相關醫院函查(見本院卷二第37-40、129-133、159-165、169-171頁)，核無必要；又本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

九、據上論結，本件上訴為無理由，爰判決如主文。

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　9　　日

醫事法庭　審判長法　官　謝說容

法　官　廖純卿

法　官　陳正禧

正本係照原本作成。

不得上訴。

書記官　林玉惠

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　9　　日

附表一(醫審會鑑定)：		
編號	□委託鑑定事由	□鑑定意見

1	被告(即吳宏彬)進行手術是否符合醫療常規？被告置放導線是否有違反醫療常規？	依2008美國心臟學會及心律學會於心律異常使用心律調節器治療的臨床指引(參考資料1)，對於完全房室結阻斷(complete heart block)置入永久性心律調節器手術，符合醫療常規。永久性心律調節器之植入需同時經鎖骨下靜脈置放導線，以連接心臟及心律調節器，因此置放導線，符合醫療常規。
2	告訴人(即劉盛中)血胸是否因被告手術違反醫療常規造成？是否因被告置放導線違反醫療常規，導致戳破血管，造成告訴人鎖骨下靜脈流血，流至肺部，造成告訴人肺部積血？	依文獻報告，統計近300萬置入永久性心律調節器的病人，約有5%會有早期手術相關之併發症，其中即包括血胸(參考資料2)。置放導線時，會經穿刺鎖骨下靜脈後，將導線送入靜脈，並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，尤其本案病人因心肌梗塞氣球擴張及金屬支架置入術後，需預防性服用2種抗血小板藥物(aspirin 每日100mg及 clopidogrel 每日75mg)，發生血胸之可能性高。因此病人發生血胸並非因吳宏彬醫師之手術處置違反醫療常規造成，亦非吳醫師違反醫療常規置放導線導致戳破血管，造成病人鎖骨下靜脈流血，流至肺部，造成肺部積血；以上均為手術及置放導線所生之併發症。

附表二(臺北榮總與臺中醫院函覆)：		
編號	□函覆醫院書函	□函覆內容
1	臺北榮總北總胸字第1090002747號函	二、病患劉0中先生於000年00月00日至本院胸腔科門診就醫，主訴為

		於外院發現左側肋膜積液，尋求第二意見。 三、病患當日接受血液檢查確認凝血功能後進行超音波導引左側肋膜積液診斷性抽吸，共採樣30毫升進行化驗。 四、超音波檢查顯示病患有中量的左側肋膜積液(此項檢查並未含括心臟，因此無法得知病患當時是否也有心包膜積液)。當場抽取出的肋膜積液外觀為淡紅色，後續肋膜積液的各項檢查結果顯示其為以淋巴球為主的滲出液(exudate)，但細胞學檢查及抗酸性染色均為陰性，並未發現惡性細胞或抗酸性染色陽性桿菌。根據此初步檢查結果，無法診斷病患肋膜積液的原因。 五、上述檢查結果於病患在105年10月19日回診時告知病患，因為肋膜積液抽吸檢體無法獲得診斷，需要進一步進行風險性較高的肋膜切片，惟病患主訴於105年8月才剛於外院診斷急性心肌梗塞，並曾接受心導管、冠狀動脈支架置入術及心律調節器置入術，必須使用多重抗血小板藥物避免冠狀動脈再次阻塞。因為肋膜切片有出血的風險，依照規定檢查前必須暫停抗血小板藥物至少一週，但暫停藥物卻會立即增加病患再次發生心肌梗塞的危險，因此建議病患先回外院徵詢原先心臟科醫師的意見再議。病患於當日後即未再回本院胸腔科門診就醫。

2	臺中醫院中醫醫行字第10990005616號函	105.10.31至胸腔科門診，胸部X光呈現左側肋膜積水，於是安排超音波導引肋膜抽吸；有中等量肋膜積水，抽25cc漿液性液體送檢；因送檢結果，無特殊異常，無法作出診斷，故建議追蹤，但病患未回診，直到107.7.23再度回診，作醫學諮詢。

附表三(彰基醫院鑑定)：		
編號	□委託鑑定事項	□鑑定意見
1	病患劉盛中在105年8月19日施行心律調節器置放手術後至9月5日出院前： 1.其心臟、胸腔或肋膜部位，是否可察覺出有積液之情形？ 2.若有，其最初之積液量約為若干？有無引流？引流量為若干？類型為何？『漿液性液體(水胸)、血液(血胸)、脂質(乳糜胸)、膿液(膿胸)或其他？』 3.病患自105年8月19日起至9月5 日出院之日止，其間共實施幾次放射線或影像檢查？能否看出其積液來源位置(如為血胸即其出出血位置)為何？	1.根據中國附醫民國105年8月20日及同月22日之胸腔X光片，可察覺病人有左側肋膜積液。 2.從胸部X光片中僅得判讀病人左側肋膜有積液，但無法明確判斷其積液量。從病歷紀錄中，無病人住院期間(自105年8月19日起至同年9月5日止)之引流紀錄，故無法判斷病人之積液類型為何。 3.病人自105年8月19日放置節律器後至同年9月5日出院前，總共實施兩次胸腔X光檢查(105年8月20日及8月22日)，都顯示病人有左側肋膜積液。但病人於執行本次手術前，分別於105年8月3日執行暫時性心臟節律器置入(置入位置：右側鼠蹊部)、同月5日執行心導管手術併支架置入、同月9日執行暫時性心臟節律器置入(置入位置：左側鼠蹊部)，此三種治療均可能為肋膜積液的來源；又病人住院期間使用雙重抗血小板藥物(Aspirin + Plavix)，也可能為肋膜積液的來源，故無法明確判斷出病人積液來源位置。

2	病患再於105年9月19日急診入院後： 1.其心臟、胸腔或肋膜部位，是否有積液之情形？ 2.若有，其最初之之積液量約為若干？有無引流？次數？每次引流量為若干？類型為何『漿液性液體(水胸)、血液(血胸)、脂質(乳糜胸)、膿液(膿胸)或其他』？ 3.病患自105年9月19日起至10月1日出院之日止，其間共實施幾次放射線或影像檢查？能否看出其積液來源位置(如為血胸即其出出血位置)為何？另經檢查及治療後，病患體內積液情形之變動情況為何？	1.根據中國附醫105年9月19日14：43急診所拍攝之胸部X光片，顯示病人有左側肋膜積液；另依病程紀錄記載，9月22日胸部X光片影像中，有發現病人左側肋膜積液增加，但病人拒絕執行肋膜積液抽吸。 2.病人於105年9月27日執行胸腔超音波，並有抽吸肋膜積液一次，惟病歷資料及報告中僅記載積液類型為血胸，並未記載抽吸積液的量。 3.病人自105年9月19日至同年10月1日出院之日止，總共實施三次胸部X光檢查(105年9月19日、9月22日及9月27日)，惟因病人於105年8月3日執行暫時性心臟節律器置入、同月5日執行心導管手術併支架置入、同月9日執行暫時性心臟節律器置入，且住院期間使用雙重抗血小板藥物(Aspirin + Plavix)，均可能成為肋膜積液的來源，故無法明確判斷其積液來源位置。從105年9月27日胸部X光影像顯示，病人之肋膜積液量較同月19日及同月22日減少。
3	病患於105年10月1日出院後，後續門診過程中，共實施幾次放射線或影像檢查？另經檢查及治療後，病患體內積液情形之變動情況為何？	1.根據門診紀錄記載，病人於105年10月3日由胸腔科醫師安排胸部X光、肋膜超音波、胸部電腦斷層檢查；同年11月2日由心臟科醫師安排胸部X光檢查；106年1月23日由中西醫結合科安排胸部X光檢查。 2.因從中國附醫之病歷光碟中，僅有病人於105年10月3日胸部X光檢查之影像，其後之檢查影像(105年11月2日、106年1月23日)皆無顯示，故僅得以105年10月3日之胸部X光

		影像，與病人於105年10月1日出院前最後一次(105年9月27日)胸部X光檢查影像相比較，病人體內積液情形有呈現明顯改善。