

臺灣高等法院臺南分院民事判決

109年度醫上更二字第1號

上訴人

即原告 林鎡君（兼張心瑜之承受訴訟人）

張閔雅（兼張心瑜之承受訴訟人）

上二人

訴訟代理人 古清華律師

複代理人 賴爵豪律師

上訴人

即被告 黃昭彰即黃昭彰婦產科診所

訴訟代理人 黃清濱律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，兩造對於中華民國102年2月7日臺灣臺南地方法院第一審判決（94年度醫字第6號），各自提起上訴，經最高法院第二次發回更審，本院於110年10月14日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原判決關於駁回林鎡君、張閔雅後開第二項之訴部分，及該部分假執行之聲請暨命訴訟費用負擔之裁判均廢棄。

上廢棄部分，黃昭彰即黃昭彰婦產科診所應再給付林鎡君新臺幣貳佰肆拾肆萬柒仟參佰貳拾捌元、張閔雅新臺幣貳佰肆拾肆萬柒仟參佰貳拾玖元，及其中給付林鎡君新臺幣玖拾陸萬玖仟陸佰玖拾肆元、張閔雅新臺幣玖拾陸萬玖仟陸佰玖拾伍元部分，自民國95年3月21日起，其中給付林鎡君、張閔雅各新臺幣壹佰肆拾柒萬柒仟陸佰參拾肆元部分，自民國98年7月8日起；黃昭彰即黃昭彰婦產科診所應給付林鎡君、張閔雅各新臺幣貳佰萬元，及自民國95年3月21日起；均至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息。

其餘上訴均駁回。

黃昭彰即黃昭彰婦產科診所之上訴駁回。

廢棄部分，第一、二審及發回前第三審訴訟費用由黃昭彰即黃昭彰婦產科診所負擔。駁回上訴部分，第二審及發回前第三審訴訟

費用由兩造各自負擔。

本判決所命給付，於林鏌君、張閔雅各以新臺幣壹佰肆拾捌萬參仟元為黃昭彰即黃昭彰婦產科診所供擔保後，得假執行。但黃昭彰即黃昭彰婦產科診所如各以新臺幣肆佰肆拾肆萬柒仟參佰貳拾捌元、新臺幣肆佰肆拾肆萬柒仟參佰貳拾玖元分別為林鏌君、張閔雅預供擔保後，得免為假執行。

事實及理由

一、按「於第二審，當事人不得提出新攻擊或防禦方法。但有下列情形之一者，不在此限：……三、對於在第一審已提出之攻擊或防禦方法為補充者。……。六、如不許其提出顯失公平者。」，民事訴訟法第447條第1項第3、6款定有明文。又當事人逾時提出之新攻擊防禦方法，是否發生不得提出之失權效果，及未允許其提出是否顯失公平，仍應由法院依具體個案情形妥適裁量。上訴人即原審原告林鏌君、張閔雅（下稱林鏌君等2人）雖於本院更二審始主張：張心瑜出生後，黃昭彰有無盡說明告知張心瑜身體狀況之義務，及提供轉診需求之說明方案，作為新的攻擊防禦方法，惟林鏌君等2人於原審既已提出上訴人即原審被告黃昭彰即黃昭彰婦產科診所（下稱黃昭彰）延遲接生、疏於新生兒照顧及延誤轉診之攻擊方法，應認林鏌君等2人於更二審提出之上開新攻防方法，屬對於在第一審已提出之攻擊方法為補充，且如不許提出顯失公平，應准予提出。

二、林鏌君等2人主張：林鏌君於民國（下同）92年10月26日下午5時許至黃昭彰婦產科診所待產，成立醫療契約，黃昭彰應為林鏌君提供及時且適當、正確之新生兒接生等醫療照顧與醫療行為，善盡醫療上注意義務，使胎兒健康、安全出生。惟因黃昭彰延遲接生、疏於新生兒照顧、說明告知及延誤轉診至台灣基督長老教會新樓醫療財團法人（下稱新樓醫院）之過失行為，致林鏌君娩出之張心瑜（於105年4月24日死亡，由其繼承人即父親張閔雅、母親林鏌君於本院更一審承受訴訟）於生產過程中因腦部缺氧，出生時產生嚴重缺氧

01 缺血性腦病變，完全喪失行動能力，須仰賴林鏌君等2人全
02 日照護，張心瑜因而受有醫療費用及增加生活費用支出新臺
03 幣（下同）2,444萬3,962元、精神慰撫金1,200萬元合計
04 3,644萬3,962元之損害，張心瑜僅請求其中之1,600萬元；
05 又林鏌君、張閔雅亦受有非財產上之損害，各請求精神慰撫
06 金524萬元、476萬元。張心瑜就上開損害請求黃昭彰賠償
07 1,600萬元，其死亡後所請求之損害賠償債權由林鏌君等2人
08 共同繼承，並協議分割為各2分之1等情。爰依民法第184
09 條、第193條第1項、第195條、第227條、第227條之1規定及
10 繼承之法律關係，求為命黃昭彰依序給付林鏌君1,324萬元
11 （524萬元＋800萬元＝1,324萬元），張閔雅1,276萬元
12 （476萬元＋800萬元＝1,276萬元），及均自起訴狀繕本送
13 達翌日即95年3月21日起算法定遲延利息之判決【張心瑜、
14 林鏌君、張閔雅於原審原請求本金依序為1,600萬元、524萬
15 元、476萬元，及其中本金依序400萬元、300萬元、300萬元
16 部分自95年3月21日起算法定遲延利息，其餘逾該部分本金
17 自98年7月2日起算法定遲延利息，原審判命黃昭彰給付張心
18 瑜206萬0,611元本息，駁回張心瑜其餘之訴及林鏌君等2人
19 之訴，兩造各就敗訴部分提起上訴】。並上訴聲明：(一)原判
20 決關於駁回林鏌君、張閔雅後開第二項之訴部分，及該部分
21 假執行之聲請暨命訴訟費用負擔之裁判均廢棄。(二)上廢棄部
22 分，黃昭彰應再給付林鏌君696萬9,694元、張閔雅696萬
23 9,695元，及應給付林鏌君524萬元、張閔雅476萬元，均自
24 95年3月21日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利
25 息。(三)願供擔保，請准予假執行之宣告。對黃昭彰上訴之答
26 辯聲明：上訴駁回。

27 三、黃昭彰則以：林鏌君係於92年10月26日晚上7時許始至伊診
28 所待產，從當晚7時5分許發現胎兒心跳不穩定至緊急施行剖
29 腹產手術娩出張心瑜期間，及張心瑜出生後至轉診新樓醫院
30 期間，伊之醫療處置完全符合醫學常規且無遲延，並無過
31 失。張心瑜自新樓醫院出院時，四肢可自主活動，自行吞

01 嚥，無四肢癱瘓、插經皮胃造口瘻管之情形；林鏌君於同年
02 12月1日回伊診所做滿月檢查時，張心瑜亦無上開病症情
03 形，張心瑜嗣後發生四肢癱瘓及其他症狀，縱認係腦性麻痺
04 之症狀，顯非伊之醫療行為所造成。又民法第195條第3項係
05 規定身分法益，林鏌君等2人不得據此請求等語，資為抗
06 辯。並上訴聲明：(一)原判決關於所命黃昭彰依序給付張心瑜
07 之承受訴訟人林鏌君、張閔雅103 萬0,306元、103 萬0,305
08 元本息，及該部分假執行之宣告暨命負擔訴訟費用之裁判均
09 廢棄。(二)上廢棄部分，張心瑜之承受訴訟人林鏌君、張閔雅
10 在第一審之訴及假執行之宣告均駁回。對於林鏌君等2人上
11 訴之答辯聲明：(一)上訴駁回。(二)如受不利判決，願供擔保，
12 請准宣告免為假執行。

13 四、兩造不爭執之事實：

- 14 (一)自92年3月17日起至張心瑜出生之日（92年10月26日）止，
15 林鏌君於前開首次懷孕期間均由黃昭彰進行產前檢查。張心
16 瑜為林鏌君與張閔雅所生之長女，嗣於105年4月24日死亡。
17 (二)92年10月26日為星期日，當日在黃昭彰之婦產科診所內有2
18 名產婦待產，其一為訴外人陳佳伶由配偶蔡明宏陪同待產，
19 其胎兒於當日下午5時58分出生，另一名產婦即為林鏌君。
20 (三)林鏌君92年10月26日至黃昭彰之診所待產，黃昭彰於當晚8
21 時10分為林鏌君施行緊急剖腹生產手術，當晚8時15分娩出
22 張心瑜，林鏌君手術期間為當晚8時10分至8時40分間，張心
23 瑜於當晚10時許由新樓醫院醫師及護士至診所接往醫院，而
24 於當晚10時20分入住新樓醫院新生兒加護病房。
25 (四)張心瑜於當晚8時15分起至轉送新樓醫院期間，均由黃昭彰
26 及其診所之護理人員負責照顧。
27 (五)新樓醫院於92年11月28日開立之診斷證明書記載張心瑜之病
28 名為：缺氧缺血性腦病變。
29 (六)黃昭彰對原審原證85至94（原審卷8第20至170頁）所示已支
30 出並檢附之單據部分不爭執。
31 (七)若法院認黃昭彰應負本件醫療疏失責任，黃昭彰對原審原證

85（原審卷8第20至139頁）所示醫療費用之必要性不爭執。
(八)林鎡君之胎心搏監視圖影本（見原審卷7第138頁），為19時10分至19時40分區間，並有【19:10……CAL10/26/03DOP.E.VCACT/OFF等字樣】（見原審卷7第138頁）。另林俊良（即威晶貿易有限公司業務人員）於刑案偵查中證述：「打開記錄紙開關之後，記錄紙就會打上西元年月日，如果記錄紙的開關沒有關就銜接下一個產婦，指數會出現劇烈的震盪，或者顯示零，下一個產婦使用時就不會再重新再打上西元年月日，如果記錄紙的開關有關，重新再開啟記錄紙的開關時，就會打上西元年月日」；就前開記錄紙（見原審卷7第138頁）證稱：「上面有打印日期，但是是打印在判讀紙張的中間，CAL代表重新打開記錄紙張的開關，所以代表CAL的位置有重新打開記錄紙的開關。」、「問：在CAL之前，沒有出現西元的年月日，表示這張胎兒監視器在上一次開機時的記錄並沒有出現在上面，而是被剪掉？答：對。沒有辦法從上開判讀紙判斷遭剪去幾分鐘之紀錄」（見臺灣臺南地方檢察署（下稱臺南地檢署）96年度偵字第656號《下稱96偵656號》卷1第220至224頁，下稱刑案）。

五、兩造爭執之事項：

- (一)林鎡君、張閔雅主張張心瑜出生後，黃昭彰有無盡說明告知張心瑜身體狀況之義務，及提供轉診需求之說明方案，是否為新的攻擊防禦方法，逾時提出？
- (二)林鎡君至黃昭彰婦產科待產至娩出張心瑜期間，以及張心瑜出生後至轉診新樓醫院期間，黃昭彰之醫療處置是否有疏失？
- (三)張心瑜出生後之缺氧缺血性腦病變與黃昭彰之醫療處置間是否有因果關係？
- (四)林鎡君、張閔雅就張心瑜之損害，依民法第184條第1項前段、第184條第2項、第193條第1項、第195條第1項及繼承之法律關係，請求黃昭彰各給付800萬元本息，有無理由？
- (五)林鎡君、張閔雅依民法第184條第1項前段、第184條第2項、

01 第195條第1、3項或民法第227條、第227條之1之規定，擇一
02 請求黃昭彰給付林鏌君524萬元本息、請求黃昭彰給付張閔
03 雅476萬元本息，有無理由？

04 六、得心證之理由：

05 (一)林鏌君、張閔雅主張張心瑜出生後，黃昭彰有無盡說明告知
06 張心瑜身體狀況之義務，及提供轉診需求之說明方案，是否
07 為新的攻擊防禦方法，逾時提出？

08 如事實及理由欄一、所述，張閔雅等2人於更二審提出之上
09 開新攻防方法，屬對於在第一審已提出之攻擊方法為補充，
10 且如不許提出顯失公平，應准予提出。

11 (二)林鏌君至黃昭彰婦產科待產至娩出張心瑜期間，以及張心瑜
12 出生後至轉診新樓醫院期間，黃昭彰之醫療處置是否有疏
13 失？

14 林鏌君等2人主張：黃昭彰有延遲接生、違反告知義務、疏
15 於新生兒照護、延遲轉診之過失乙節，應負侵權行為及不完
16 全給付之責任乙節，則為黃昭彰所否認，並以前開情詞置
17 辯，茲就各爭執點，分別論述如下：

18 1.按「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責
19 任。」、「違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠
20 償責任。但能證明其行為無過失者，不在此限。」，民法第
21 184條第1項前段、第2項分別定有明文。次按「當事人主張
22 有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規
23 定，或依其情形顯失公平者，不在此限。」，民事訴訟法第
24 277條亦有明文。又醫療行為具有相當專業性，醫療人員於
25 執行醫療之際，應就醫療個案，本於診療當時水準之醫學知
26 識，審酌病人之病情變化，為適當之醫療處置，始得謂已盡
27 善良管理人之注意義務而無過失。再過失之醫療行為與遺留
28 予病人重大傷害間因果關係之存否，依民事訴訟法第277條
29 前段規定，原則上應由被害人負舉證責任。惟審諸醫病雙方
30 在專業知識、危險領域控管及證據掌握上顯不對等，如仍由
31 病患負高度舉證責任，而負擔因果關係不易釐清之不利益，

顯然有失公平。倘患者能證明係在醫療人員控管範圍內接受醫療處置，且醫療人員之過失行為與損害事故發生時點最接近，而為損害事故最可能之解釋者，即可推定醫療人員之過失行為與損害事故間有因果關係，而應由醫療人員證明其醫療過失與病人之重大傷害間無因果關係。

2. 就黃昭彰有無延遲接生醫療行為而有過失部分：

(1) 林鏌君主張：伊係於92年10月26日下午3時許因腹痛到診所待產，經診所護士李慧婷告知返家等待，當日下午5時許因陣痛加劇再至診所待產，護士傅文君遂行內診採人工破水，裝上胎心音監測器後，胎心音已有跳動遲緩之異常情事，黃昭彰遲至當晚7時許始到病房診視，當晚8時10分為林鏌君施行緊急剖腹生產手術，當晚8時15分娩出張心瑜，接生已有延遲，張心瑜因延宕而腦部缺氧過久，出生後即因腦部嚴重缺氧之重傷害乙節，黃昭彰則抗辯：林鏌君係於當晚7時再至診所，即由伊親自內診檢查，子宮頸開兩指4公分，並已自然破水，伊囑住院待產，並未延遲接生，生產過程處理亦無過失乙節，經查：

① 依新生兒出生記錄單（見黃昭彰診所病歷表《下稱診所病歷表》卷1第7頁，外放），其上記載：「家中PROM」（早期破水）；分娩記錄表（見診所病歷表卷1第27頁），其上記載：「陣痛開始時間下午4時、PROM at Home」；手術記錄（見診所病歷表1第32頁，原審卷1第106頁），其上記載：「PROM at Home」；而臺南市衛生局周產期緊急轉診記錄單A表（見診所病歷表卷1第11頁），其上記載：「破水時間2小時」；新樓醫院護理記錄單（見新樓醫院病歷第106頁），其上記載：「G1P1A0、PROM、DOIC3、39+2、C/S」。由上可知，依相關病歷資料之記載，林鏌君係於家中早期破水，且陣痛時間始於當日下午4時，以林鏌君為第一胎懷孕之情況，依常情應會於察覺陣痛、破水發生時，旋即儘速前往診所待產，是林鏌君主張：伊係於當日下午5時許即到診所待產乙節，應非無稽。

01 ②參以：①證人張于羿（即張閔雅胞妹，原名張瓊文）於刑案
02 偵查中證述：「（當天經過？）我哥哥在三點多的時候打第
03 一通電話給我，說他們要去醫院，因為大嫂要生了，我準備
04 要去醫院時，我大哥又打電話給我說我不要過去，因為醫
05 生請他們回家休息。……我就直接到我大哥家，在四點左右
06 到，到了以後，我大嫂肚子還是會痛，我們再準備要去醫
07 院，……到了醫院大概是五點多……。」（見93他174號卷1
08 第51頁），於原審證述：「……當天下午三點多我大哥張閔
09 雅打電話跟我說我大嫂林鏌君可能要生了，所以我就過去他
10 家看看狀況怎麼樣，我過去時我哥哥跟我說他們之前有去過
11 被告診所，診所請他們回家休息。。……（當天你到原告家
12 待到幾點離開？）大概四點多，因當時我大嫂林鏌君已經很
13 不舒服，我們準備要前往診所。（你們幾點從原告家裡出
14 發？）我記得是四點多，到診所已經快五點。」乙節（見原
15 審卷2第184頁）。②證人陳佳伶（即同日生產之產婦）於刑
16 案偵查中證述：「（請問證人在產房時，是何時聽到另外一
17 位護士說另一產婦心跳不正常，可能有危險？）……是在生
18 產前……生產後我婆婆有去問就是當天生產的產婦。」（見
19 93他174號卷1第131頁）、「（妳幾點進產房？）5點多。……
20 我有看到一個護士跑進產房跟傅文君說，有一個產婦的胎心
21 音有問題，……，傅文君應該有過去看，我是5點58分生
22 產，是在那段期間聽到的」（見96偵656號卷2第141至142
23 頁），於原審證述：「（當天是在何時知道有另一個產婦要
24 生產？）我記得很清楚的是在待產室，一個比較資深的護士
25 在照顧我，我有聽到另外一個護士走進來跟照顧我的護士說
26 那個產婦的胎心音不正」乙節（見原審卷9第199背面至200
27 頁正面）。③黃昭彰雖質以：陳佳伶當日分娩嬰兒因先天性
28 直腸閉鎖症，曾對伊提出刑事告訴，與伊有利害關係，張于
29 羿為張閔雅之妹，其證言應有偏頗乙節。惟按證人為不可代
30 替之證據方法，如果確係在場聞見待證事實，而其證述又非
31 虛偽者，縱令證人與當事人有親屬、親戚或其他利害關係，

其證言尚非不可採信。本院衡之證人張于羿、陳佳伶均已具結擔保其等證詞之真實性，應無甘冒刑事偽證罪責而為虛偽陳述之理；且該二人所證述之內容清楚，與卷附之證據亦無矛盾之處，足徵張于羿、陳佳伶上開證言屬實，應值採信。故黃昭彰抗辯：張于羿、陳佳伶立場偏頗，其證言不實為不可採乙節，亦無可採。因之，林鎡君等2人主張：林鎡君係於當日下午5時許即到診所待產乙節，乃屬有據。

③至證人潘淑敏（即黃昭彰診所門診及嬰兒室護士）雖於刑事偵查中證述：「（92年12月26日你有值班否？）我是從下午3時到下午11時。（當時診所內有無產婦？）有兩個，陳佳伶和林鎡君，我們忙完陳佳伶生產後，林鎡君才來診所。（他何時來診所你是否可以確定？）我當時在嬰兒室，已經天黑了，我無法確定他是何時入所。」（見93他174號卷1第134頁）。惟92年10月26日林鎡君生產日已進入冬季時節，天色較早昏暗，下午5時許即已日落天黑，既潘淑敏未能確定林鎡君於何時進入診所住院待產，亦不能據此推翻前項病歷表記載、張于羿及陳佳伶之證言，而為有利於黃昭彰之證明。

④又新樓醫院護理記錄單雖記載：「據家屬訴媽媽晚上7點多腹痛、嘔吐，故至黃昭彰」乙節（見新樓醫院病歷第106頁，外放），惟依證人李麗玲（當時負責記載前開護理記錄單之新樓醫院護士）於刑事偵查中證述：「（10點35分的護理記錄單上有記載『據家屬訴媽媽晚上7點多腹痛、嘔吐，故至黃昭彰』當時是誰跟妳說產婦晚上7點多到黃昭彰婦產科診所？）我不記得了。……但是一定是有人這樣說，我才會這樣寫。……通常是醫師跟醫師交接，護士跟護士交接，我會跟診所的護士交接，問她嬰兒出生的時間、體重，有沒有打過維他命K1，新生兒評分的分數是幾分。……（護理記錄單上面「GIP1Ao、PROM、DOIC3、39+2、C/S」這些都是家屬跟妳說的嗎？）是醫師跟我說的」乙節（見96偵656號卷2第17至18頁），參以黃昭彰於刑案偵查中陳稱：「（92年10

01 月26日晚間新樓醫院派救護車從你的診所把張心瑜接送至新
02 樓醫院急救時，你與你的護士如何與新樓醫院的醫生及護士
03 交接？）醫師與醫師交接，護士與護士交接。（來交接的新
04 樓醫院護士是否會接觸你們診所的病歷？）不會……。」

05 （見97偵續151卷1第188頁）。由上可知，李麗玲雖在新樓
06 醫院護理記錄單記載：「據家屬訴媽媽晚上7點多腹痛、嘔
07 吐，故至黃昭彰」乙情，然該資訊應係來自黃昭彰或其診所
08 護士，並非家屬，不能證明林鎡君等2人或其家屬有向新樓
09 醫院醫護人員表示於當晚7時住院生產乙情。

- 10 ⑤黃昭彰另提出胎心音監測紀錄紙為證（見診所病歷表2第16
11 頁，原審卷7第138頁），欲證明林鎡君係於當晚7時入院生
12 產乙情。惟查：①按「醫師執行業務時，應製作病歷，……
13 前項病歷，……其內容至少應載明下列事項：一、就診日
14 期。二、主訴。三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。
15 五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。病歷
16 由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。」、「病歷內容
17 應清晰、詳實、完整。」、「醫院、診所診治病人時，得依
18 需要，並經病人或其配偶、親屬之同意，商洽病人原診治之
19 醫院、診所，提供病歷摘要及各種檢查報告。」、「病歷摘
20 要應載明主訴、檢查結果、診斷、治療經過、注意事項、出
21 院後醫囑或建議事項。」，醫師法第12條、92年1月29日修
22 正公布之醫療法第48條第2項前段、第51條前段、醫療法施
23 行細則第48條分別定有明文。而醫師對病患治療時，牽涉醫
24 療專業及病患個人隱私，通常不容第三人在場聞見，因而於
25 醫療事故紛爭，醫師是否已盡善良管理人注意義務為病患治
26 療，常須藉助病歷記載而為判讀，因而醫師於醫療事故訟爭
27 事件，有提出記載完整病歷義務（民事訴訟法第344條第1項
28 第5款及其立法理由說明參照），如醫師未能提出病歷或所
29 提出病歷記載不完整，其情形與無正當理由不從提出文書之
30 命相同，法院得審酌情形認他造關於該文書之主張或依該文
31 書應證之事實為真實（民事訴訟法第345條規定參照）。②

查，依兩造不爭執之事項(八)所示，上開胎心音監測紀錄紙為19時10分至19時40分區間，並有【19：10……CAL10/26/03 DOP. E. VCACT/OFF等字樣】，依證人林俊良（胎心音監測器公司業務人員）於刑案偵查中證述：「……機器有關機，再次開機的時候，機器會在判讀紙張的一開始就打上西元的年月日，之後再過約10分鐘會再打上時間，這部分可參閱說明書第13頁（見96偵656號卷1第237頁）。……（《提示林鏌君在92年10月26日在黃昭彰婦產科診所之胎兒監視器判讀紙張》這張紀錄紙有打印西元的年月日在一開始？）上面有打印日期，但是是打印在印讀紙張的中間，CAL代表重新打開紀錄紙的開關。（在CAL之前，沒有出現西元的年月日，表示這張胎兒監視器判讀紙張在上一次開機時的紀錄並沒有出現在上面，而是被剪掉？）對。（請問證人判讀紙張一格是代表一分鐘？）這是可以調的，一分鐘可以設定為一格、兩格或三格，從這張判讀紙張上寫10mm/M，M代表1分鐘，所以就是1分鐘跑1公分。」（見96偵656號卷1第223至224頁），並參考使用說明書（見96偵656號卷1第230至241頁），可知此份胎心音監測紀錄紙開始端確有遭刻意裁剪之情形。③而證人傅文君（即黃昭彰診所護士）於刑案偵查中證稱：「（安裝紙張時，前面是否需預留空白以利讀取？並避免傷及胎心搏監視器判讀之指針？）是。（也就是說，胎心搏監視器開始讀取時，前面紙張應有一部份空白？）是。（該前段的空白你們會剪掉嗎？）如果遇到切痕就會把它撕下來。就是有切割線時才會撕。（卷附林鏌君病歷表中，護理記錄單第一頁是否為你所記載？《提示》）是。（該病歷表護理記錄單第一頁第12行至第13行所謂『A：ON NST 30MIN心跳不穩定』指何意？《提示》）指監視器測出來的心跳不規則。A指執行。NST指胎心搏監視器，30MIN指30分鐘，所以該胎兒的心跳不穩定有30分鐘，指記錄之前30分鐘之內，他有心跳部分的狀況。（該記載時間是否為晚間7時5分？《提示》）對。（是否意即胎心搏監視器於7時5分前已經裝了30分鐘？）7時5

01 分才裝胎心搏監視器。(為何如此記載?)我們是事後才記
02 載。(卷附林鏌君病歷表中,胎心搏監視器記錄表開始處是
03 否並無空白?《提示》)是。(為何如此?)它剛好是切的地
04 方。我是用撕的。(該記錄表明顯是用切的不是用撕的作何
05 解釋?《提示》)我忘記了。(既然不是切割線為何要把它剪
06 掉?)我忘記了。(還是這不是你剪的,是其他的人剪的?)
07 我不知道。」(見93他174號卷1第157至158頁),「……
08 (你們裝的時候前面會不會留一段空白?)如果剛好是切割的
09 地方就不會留空白。(這份沒有切割的地方,為什麼沒有留
10 一段空白?)不清楚。(你前面是用剪的還是撕的《提
11 示》?)前一個人用剪的,我裝的時候就是這樣,到後面才
12 用撕的……(你說你用撕的,為什麼前面那一個人用剪的?)
13 每一個人用的方法不一樣。……。(10月26日當天林鏌君入
14 院的時候黃昭彰的醫囑是什麼?)先裝胎兒監視器30分鐘,
15 發現胎兒心跳異常,通知黃醫師,他口頭醫囑說給予林格式
16 液,朝左側臥,並通知黃醫師下來。(剛剛說的這些事情你
17 花了多少時間?)約5到10分鐘。(產婦打上林格式液後的狀
18 況是怎樣?)點滴全速,心跳仍不穩定。……(知不知道根據
19 黃醫師的住院記錄單,當時的醫囑是只給5分鐘的胎兒監視
20 器?)不清楚。(請問傅文君當天到底給林鏌君多久的胎兒監
21 視器?)住院到開刀都有約一個小時。……」(見96偵656號
22 卷1第9至12頁),「(被告《即黃昭彰,下同》幾分下來幫
23 林鏌君檢查?)1、2分,通知後他就下來,黃醫師下來時,
24 內診已經檢查完畢,剛在裝心音監測器,被告就下來了。
25 (你在7點5分的護理記錄單記載『ON NST』是何意?)裝胎兒
26 心跳的監視器。(當時你有記載『心跳不穩定,FHB:140-
27 80bpm』是何意?)是指當時胎兒每分鐘心跳次數的意思。
28 (下一行記載『Dr黃on Ringer full run,左側臥02給予現
29 規則陣痛持續觀察FHB』是何意?)黃醫師囑咐林格式液全速
30 給予,左側臥,給予氧氣,產婦現在規則陣痛,持續觀察,
31 FHB是指胎兒的心跳。(同上7點28分護理紀錄表記載『Dr黃

01 PVos:4cm子4. 宮頸厚度50%胎兒心跳持續不穩定呈現變異性
02 心博減速，Dr黃判定為急性胎兒窘迫建議緊急剖腹產』是被告
03 的囑咐還是你自己觀察的結果？)都是黃醫師檢查結果。
04 (剛剛你證述裝胎兒心音監測器有發生不穩定的情形是否是你
05 你自己觀察的結果？)是黃醫師觀察的結果。(『心跳不穩定，
06 FHB:140-80bpm』是否你自己觀察的結果？)是黃醫師觀察的
07 結果，要我填記錄單。……。(當天晚上7點你們on NST
08 多久就發現胎兒心跳有異常狀況？)要看監視器上面，就7點
09 零5分裝上去就發現心跳不穩定。(NST是在何時放上去？)住院
10 到病房後。(幾點？)7點零5分。(你印象中是7點零5分裝上去
11 的？)是。(從7點零5分開始到胎兒心跳異常，被告是否都一直
12 有看到胎兒心跳異常的狀況？)對。」(見原審卷3第53至54、62
13 至63頁)，「(為什麼要等30分鐘？)要看宮縮和胎兒心跳的頻率。
14 (是不是為了區分陣痛和假陣痛，所以要觀察30分鐘？)對，而且
15 胎兒窘迫的話，有可能一開始是正常的，後來又掉到1百以下，
16 所以要觀察一段時間，還有區分早期減速、晚期減速、不規則
17 減速，減速是胎兒心跳下降，要觀察30分鐘才會區分得出來。
18 ……(妳過了多久後才去看胎兒監視器的報表？)剛裝上去之
19 後胎兒的心跳就降到100以下，所以我就在旁邊看，黃昭彰也在
20 旁邊，他就說，給她林格兒氏液、左側臥、給氧氣，就繼續觀察。
21 ……」(見96偵656號卷1第154至155頁)，「(妳們診所的胎兒
22 監視器，要開機使用的時候是不是要先開機，再打開紀錄紙開
23 關？)它已經設定好，只要開機記錄紙就會跑出來。(妳的意思
24 是說，妳只有在調整電源的開關，沒有在控制紀錄紙的開關？)
25 是。(妳開機之後，出現的畫面是什麼？)我沒有注意它跑什麼，
26 就開始聽心跳。(妳開機紀錄紙開始跑之後，紀錄紙上是否會打
27 印出西元的年月日？)對。(所以妳每次開機紀錄紙都會再打上
28 年月日？)對。(通常一個孕婦使用完胎兒監視器準備送去產房
29 生產，她身上的胎兒監視器何時會取下來？)送去產房前會取下
30 來，進產房之後再裝到孕婦身上，
31

01 自然產的話，如果胎兒的頭已經看得到，就可以取下來，剖
02 腹產的話，產婦的身體消毒之前就要取下來。（這兩種情況
03 取下胎兒監視器之後，妳會關機嗎？）會。（妳會不會在取下
04 胎兒監視器的探頭之後，還一直開機直到下一個孕婦要使用？）
05 不會。（所以妳的意思是說，一個產婦使用完，第二個
06 產婦要使用的時候一定會重新開機？）對，而且插頭拔掉就會
07 關機。（所以妳們最後都是在產房才取下胎兒監視器，不會
08 再裝到同一個產婦身上？）如果產婦在待產室就已經可以看到
09 胎頭，等到送到產房的時候就不用裝胎兒監視器，其他的狀況
10 都是在產房還要用胎兒監視器。……（《林鏌君在黃昭彰婦產科
11 診所病歷內之胎兒監視器判讀紙張》為什麼林鏌君的判讀紙張一
12 開始的部分沒有出現完整的日期，妳是不是有剪掉一部份？）
13 我不清楚為什麼會這樣。（是不是妳剪的？）不太可能。（妳
14 的意思是黃昭彰剪的嗎？）一般我們都不太會去剪。（什麼狀
15 況會去剪？）我不知道為什麼會剪。（有什麼意見？）當天有
16 什麼我大概都會記載病歷上。」（見96偵656號卷2第27至29
17 頁）。④參以病歷醫囑：30分鐘胎心音監測器，塗改為5分鐘
18 （見診所病歷表2第10頁）；護理記錄單7時5分處記載：裝
19 上胎兒監測器30分鐘心跳不穩定（見診所病歷表1第38頁），
20 依上觀之，當晚7時5分前胎心音監測器應至少已裝上30分鐘，
21 而黃昭彰僅能提出7時5分至7時40分許之胎心音監測紀錄紙，
22 前後之監測記錄則付之闕如，可見相關病歷資料記錄確有缺
23 漏塗改之情況。依上，黃昭彰違反病歷詳實記載之義務，本院
24 無從自胎心音監測記錄及相關病歷記載判斷黃昭彰於接生過程
25 是否遲延、是否已盡善良管理人之注意義務，而此舉證責任之
26 不利益，自應由黃昭彰負擔。⑤就有關胎心音監測器紀錄紙經
27 剪裁，不足以證明林鏌君實際入院待產之時間為當晚7時許，
28 且於當晚7時5分前胎心音確無異常現象，業如前述。至依據
29 行政院衛生署醫事審議委員會（下稱醫審會）第2次鑑定，其
30 鑑定意見認：「十鑑定意見：（二）產婦之胎心搏監視器之判
31 讀紙張，用剪刀

01 剪開，或者是由轉折處撕下來，和儀器的設計或個人習慣有
02 關。胎心搏判讀紙張，前有剪割之痕跡，是常見情形，符合
03 常規及醫界標準。至於本病例胎心搏紙張原本剪割處，是否
04 有刻意人為，則無法依所附資料斷定。」乙情（見本院前審
05 卷2第33頁，93他174號卷2第37頁），亦無法判別，法院自
06 得審酌情形認黃昭彰診所工作人員刻意裁切當晚7時5分前之
07 胎心音記錄紙，以規避林鏌君乃係於是日下午5時許即入院
08 待產之事實，業如前述，此部分醫審會第2次鑑定結果，即
09 難為有利於黃昭彰之證明。

- 10 ⑥查，林鏌君係於當日下午5時許即住院待產，住院待產後至
11 當晚7時5分、當晚7時40分至8時10分割腹生產前之胎心音監
12 測記錄均付之闕如，且黃昭彰並不能證明此段期間林鏌君之
13 胎兒心跳正常；又依經刻意裁切當晚7時5分前之胎心音監測
14 器紀錄所示，於當晚7時5分許，顯示胎兒心跳為每分鐘140
15 至80次，有不定性減速之情形，持續至7時28分，每分鐘140
16 至70次，呈現嚴重不定性減速；另依醫審會第2次鑑定（編
17 號0000000號鑑定書），其鑑定意見：「十鑑定意見：(三)由
18 現存之胎心搏監視器之判讀結果，該名胎兒心跳頻率是不正
19 常」乙節（見93他174號卷2第37頁），此部分之事實，堪可
20 認定。按胎兒於子宮內有缺氧徵象危及胎兒健康及生命者，
21 稱胎兒窘迫，胎兒心跳速率低於正常之120次/分以下，稱為
22 胎兒心跳過慢，本案胎心音減速至70、80次/分，此為胎兒
23 胎心音過緩，有缺氧之徵象，依Willianobstetrics23editi
24 ons說明，於發現胎兒窘迫至剖腹生產，經統計顯示，平均
25 30分鐘為最適當之時間，惟此30分鐘僅為該文獻之建議，目
26 前醫療常規上，尚無統一規範時間之長短。美國婦產科醫學
27 會（ACOG）及美國小兒科醫學會（AAP）提出，當胎兒心跳
28 呈現不穩定性胎心音時，能於30分鐘內將胎兒剖腹產出為最
29 佳，以減少血酸中毒，進而降低造成胎兒腦部受傷之機會，
30 惟剖腹時機，仍需視當時情況而定，目前亦無明確之臨床數
31 據或參考文獻證明，若超過30分鐘產出，對胎兒是否真有不

良之影響，因此，依醫療常規，原則上是儘早處理，以降低胎兒死亡或腦部損傷之風險。本件可認林鏌君於當晚7時5分前已有胎兒窘迫之現象，黃昭彰直至當晚8時15分始對林鏌君實施剖腹產而產下張心瑜，其間相距逾70分鐘，已超過上述文獻建議之發現胎兒窘迫至剖腹生產之最佳手術時間30分鐘以內，堪可認定。至醫審會第1次鑑定（編號0000000號鑑定書），其鑑定意見雖認：「十鑑定意見：(一)……住院至剖腹生產約1小時10分，過程看不出有延誤情事」乙情（見93他174號卷1第26頁）；醫審會第4次鑑定（編號0000000號鑑定書），其鑑定意見認：「十鑑定意見：(二)剖腹前處置……(3)1.由19：00住院開始，醫師於當日19：28建議剖腹產，期間經28分鐘應無延誤。2.……至20：00許，開始麻醉，20時10分開始手術，過程分別歷經32分鐘及10分鐘，應無延誤」乙情（見97偵續151號卷1第258頁正面），然此係基於當晚7時始住院待產之事實所為之鑑定結果；參以醫審會第3次鑑定（編號0000000號鑑定書），其鑑定意見認：「……其間14：00到19：00無任何醫療紀錄，因此，無法得知這段時間之胎心音之情形。……因此在住院時間有爭議及無醫療紀錄之下，無法判定19:00後之醫療過程是否仍屬妥當，是否有延遲發現及手術之情形。」（見96偵656號卷1第132頁正面）；醫審會第4次鑑定（編號0000000號鑑定書），其鑑定意見亦認：「若如產婦所稱當日17:00起已在該診所監測出胎心音低於100次，且持續超過一小時，胎心音通常會有高低起伏，胎心音低於100次之時間多久，須有連續之紀錄，方可判斷是否有異常。本案因無完整之連續紀錄，故無法判斷是否延誤。」乙情（97偵續151號卷1第257頁背面），則前開醫審會鑑定意見，既與本院就前開住院待產時間之事實認定不符，則該部分之鑑定結果，尚無可採。

- ⑦林鏌君等2人復主張：護士傅文君於當日下午5時許實施內診檢查，擅自人工破水，違反醫師法第11條之規定乙節，為黃昭彰所否認，林鏌君等2人復未能舉證以實其說，此部分之

主張，難認有據。

(2)依上，林鏌君乃係於當日下午5時許即入院待產，黃昭彰並未舉證證明其與該診所護士有自該時起，均有密切注意胎動、胎兒心跳變化及產兆，且胎心音均正常，並無持續出現遲發性減速模式而有胎兒窘迫之情形，是其於當晚8時15分始為林鏌君實施剖腹手術娩出張心瑜，已超過可接受之時間範圍，顯有延誤，有違醫療常規，可認有過失，堪可認定。

3.就黃昭彰有無疏於新生兒照顧、延誤轉診而有過失部分：

林鏌君等2人主張：張心瑜娩出後，黃昭彰明知其已處於持續腦缺氧傷害之緊急狀態，未予轉診至大醫院進行新生兒重症加護救治，將張心瑜放置於嬰兒室內，並未抽血及理學檢查，亦未供氧，延宕2小時始轉送新樓醫院救治，使張心瑜腦部持續缺氧及腦部傷害惡化，違反轉診之義務，顯有過失乙節，為黃昭彰所否認，經查：

(1)按「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」、「醫院、診所因限於設備及專長，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第43條第1項規定，先作適當之急救處置，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要，交予病人，不得無故拖延或拒絕。」，醫師法第21條規定、修正前醫療法第50條（現行法第73條）分別定有明文。依此，基於對病患之保護，而對醫師課以救治之義務，若醫師有違反此項義務，依民法第184條第2項規定，自得認定具有過失。且醫師未為診斷或追蹤、確認之檢驗結果，而未對病人施予必要之用藥救治，以致發生病人之死亡結果，有關責任成立因果關係，已難期待被害人舉證之可能性，於此情形，如嚴守民事訴訟法第277條前段之規定，將使被害人無從獲得應有之賠償，有違正義原則，基於公平之衡量，減輕被害人之舉證責任。

(2)查：①依證人吳國堯（即時任新樓醫院小兒科主治醫師）於原審證述：「(92年10月26日當天晚上是否有一位林鏌君所

01 生產之嬰兒從黃昭彰婦產診所轉診到新樓醫院由你擔任主治
02 醫師？)是。(請詳述當天情形。)由我們總醫師楊美美過去
03 黃昭彰婦產科診所接嬰兒，當時黃昭彰婦產科診所與我們醫
04 院有合作，他們告訴我們說有一名小孩要我們接手，他們說
05 小孩呼吸比較喘，四肢無力。我看到的時候小孩呼吸比較
06 喘，四肢無力，生命徵象：體溫35度4（肛溫），心跳138
07 下，呼吸46下，血壓96Hb舒張壓69，接回來時有給小孩氧
08 氣，有帶氧氣罩，但沒有插管，膚色還不錯，所以當時只給
09 氧氣，沒有插管，小孩到我們醫院我們有抽血，當時血中酸
10 鹼值P H7.076，正常是7.35至7.45，代表當時小孩血液比
11 較酸，二氧化碳P C O₂是27.8。當時小孩所有狀況已經詳
12 載在當時病歷表上……。 (請問證人剛剛證述小孩膚色還不
13 錯，病歷表上手寫『S K I N : CYANOSIS』是何意思？)發
14 紺，就是膚色紫紫的，當時是到達醫院後多久發生這種現象
15 我已經不記得。(你剛說小孩膚色還不錯是在病歷上何處有
16 記載或是何人告訴你的？)病歷上沒有寫，是憑我的印象，
17 當時氧氣是足夠的，所以膚色不會很黑，膚色還好，我沒有
18 說非常好，紅潤。(當天住院病歷上『LIPS :
19 PERIORALCYANOSIS』是指什麼？)是指口腔周圍看起來紫紫
20 的。(請問是否與發紺同意？)是。……(急診住院病歷是否
21 是你記載？)病歷都是楊美美寫的。……(96年10月26日急診
22 病歷『DYSPNEA, GRUNTING』是何意？)DYSPNEA是呼吸急促，
23 GRUNTING是發出喘的聲音，需要額外呼吸輔助器。(急診病
24 歷上『IMPRESSION: 一、DyspneaR/oTTNB 二、
25 DOICR/operinatalAsphyxia 三、R/oHIE』各是何
26 意？)DyspneaR/oTTNB是呼吸喘，疑似TTNB的疾病，TTNB是
27 指新生兒的暫時性呼吸急促，DOIC是指新生兒哭的比較慢的
28 意思，perinatalAsphyxia是指周產期新生兒的窘迫，包括
29 腦部、身體、呼吸等器官，R/oHIE是指缺氧性、缺血性的腦
30 病變……。 (92年10月26日急診病歷記載抽血時血酸是P H
31 7.076是指何意思？)是指嬰兒可能於出生前就發生疑似缺氧

01 的現象。(張心瑜住院期間之後血液酸鹼值有無改善?)有慢
02 慢在改善。(92年11月28日診斷書記載缺氧、缺血性腦病
03 變，就你所治療過程張心瑜出院時腦部傷害狀況如何?)她
04 有做腦波，住院中途有發生抽筋，通常是發生腦部缺氧的小
05 孩較易發生。她11月7日照腦部超音波，缺氧初期不會馬上
06 在超音波上出現黑黑的情況，她檢查時是出現白白的，看到
07 腦部比較亮，但沒有辦法告訴我們代表什麼，這樣是不正常
08 的。(11月28日診斷證明書記載缺氧缺血性腦病變，當時你的
09 診斷是否能回復?)回復的情況當時沒有辦法判斷，要等
10 小孩長大才能判斷。……(92年10月26日病歷表上於
11 Extremities項下『freelymovable』之記載是否指四肢能
12 動?)關節能夠活動，但不能認為她能自主活動，我們檢查
13 的時候她沒有斷肢，四肢正常。(92年11月18日護理記錄單
14 最後一頁上記載『四肢能自主揮動、呼吸平穩、唇紅、哭聲
15 洪亮，經吳國堯醫生診視後可以出院，改門診治療』是否小
16 孩當時出院的狀況?)是。(92年11月18日護理記錄單倒數第
17 二頁上記載『每三個小時餵食70cc，可自吸吞嚥』是否是小
18 孩當時出院的狀況?)是。(92年11月18日的狀況是否能代表
19 張心瑜腦部沒有受傷?)不是，不一定腦部受傷就不會
20 吃。」乙節（見原審卷2第194至198頁）。②依證人楊美美
21 （即時任新樓醫院小兒科總醫師）於偵查中證述：「(92年
22 10月26日是否有受理告訴人女兒轉診新樓醫院之事?)有。
23 在當天下午9時45分接到電話，說要到被告診所接小朋友，
24 我及主治醫師吳國堯就過去接，小朋友看起來呼吸比較喘，
25 肌肉張力比較弱，四肢末梢發黑，我們就用氧氣，就接回新
26 樓醫院加護病房，到醫院是下午10時10分，當時心跳152
27 下，我們就打點滴，作呼吸器，第一次抽血時血有比較酸，
28 第二天下午就有抽筋的現象，我們就開始打抽筋的藥，後來
29 發現是腦部有水腫。(轉診當時該小朋友之膚色?)身上是粉
30 紅，但末梢發黑。(請問楊醫師當時小孩有無發紺?)就是剛
31 才所謂四肢末梢發黑。」乙節（見93他174號卷1第53頁），

01 於原審證述：「(你在隨同救護車到達被告診所時，新生兒
02 張心瑜狀況如何？)小孩是8點15分生的，小孩到新樓醫院住
03 院時間是10點20分，大概晚間10點左右去接小孩的，接到的
04 時候小孩呼吸窘迫，比較喘，肌肉張力比較低，自發性動作
05 少，嘴唇及四肢有發紺的現象，當時體溫是35度4，心跳是
06 138下，呼吸是48。(當時被告有無告訴你他在接生過程及小
07 孩狀況？)當時被告有無告訴我及情形如何我不太記得了，
08 我記得他說小孩出生的時候活力比較不好，沒有馬上哭，他
09 描述給我的小孩的愛帕兒指數出生時是一分鐘5，後來轉到
10 9，因為小孩呼吸比較喘，所以才叫我們過去接……。 (被告
11 於92年10月26日晚間在將新生兒張心瑜轉交給你的手上時，
12 有無提供任何先前的新生兒病歷資料或其他轉診病歷摘要？
13 還是僅提出一份週產期緊急轉診記錄單？)只有轉診單，下
14 面有寫胎兒窘迫，剖腹產。……(在救護車上小孩有無發生
15 缺氧或其他窒息狀況？)我們有用氧氣給她，小孩沒有任何
16 缺氧或呼吸困難的情形。(你看到時小孩膚色發紺原因為
17 何？)小孩發生缺氧現象，因我在診所就看到小孩有發紺、
18 缺氧現象，所以我們在診所就給予氧氣，給予氧氣後小孩膚
19 色就有改善，軀幹就變粉紅，但末梢還是有發紺的現象。
20 (從你接小孩到新樓醫院急診室期間你為小孩做了哪些醫療
21 上的處置？)給予氧氣，量生命現象，包括呼吸、心跳、血
22 壓，並將小孩放在保溫箱裡面。除了體溫比較低外，……。
23 (張心瑜在92年10月26日晚上在新樓醫院急診室抽血報告顯
24 示其血酸值為7.076，這是否代表當時張心瑜有酸血症的問
25 題？)有窒息的現象，小孩是10點20分住院的，大約10分鐘
26 後小孩第一次抽血報告就發現有嚴重的酸血症，大部分的原
27 因是缺氧、缺血造成的。……(依照92年10月26日晚間張心
28 瑜新樓醫院急診病歷記載，在skin項目下，你勾選cyanosis
29 是何意？是否就代表當時嬰兒有缺氧或腦傷？在Heent項目
30 下的Lips你填入perioralcyanosis這是何意？是否代表新生
31 兒有缺氧狀況？)我是寫嘴唇發黑、軀幹粉紅，cyanosis是

發紺的意思，我有特別標明是嘴唇發紺，pinkishtrunk是指軀幹粉紅的意思，perioralcyanosis是指嘴唇發黑，是指小孩有缺氧的現象，所以到達時我們就幫小孩裝呼吸器。在Heent項目下的Lips填入perioralcyanosis也是嘴唇發紺的意思，也是代表小孩有缺氧狀況。(依照92年10月26日晚間張心瑜新樓醫院急診病歷第二頁記載，在Chest項目下你勾選symmetricexpansion及subcostalretraction、rhonchi各是何意？何以新生兒會出現這樣的情況？)在Chest項目下symmetricexpansion是指肺部兩邊的起伏是對稱的，subcostalretraction是指肋骨凹陷，rhonchi是指有呼吸聲，而聲音像痰的聲音，這代表小孩呼吸不順暢，就是指呼吸窘迫。(在新樓醫院急診病歷中，你在IMPRESSION項目下填入三項診斷，各為何意？)這是入院的鑑別診斷，dyspnea/orthopnea是指新生兒呼吸緊促的意思，doic就是指小孩生出來沒有馬上哭，r/o就是指不排除有可能是週產期的窒息的意思，hie的意思是指缺氧、缺血性病變。這是當時要幫小孩辦理入院時我做的鑑別診斷。(除了這些以外，小孩入院當時還有無其他比較異常的現象？)入院當時就是這樣子，但幾個小時後小孩所插胃管有出血的現象，這時還是我照顧小孩，可能是因為新生兒在缺氧、缺血時大部分的血流都會供應比較重要的器官如腦部、心臟，其他較不重要的器官如胃或腎臟，腸胃血管會收縮，所以黏膜就會有壞死的現象，這是幾個小時候的情形，又經過幾個小時後發現小孩有血尿現象。……(證人在救護車上以何方式給予小孩氧氣？)氧氣管置放在小孩鼻孔上面，沒有插進去。(你到加護病房時有給小孩裝呼吸器給氧，此方式與在救護車上給氧的方式有何不同？)這有正壓的作用，幫助小孩換氣。(這是否叫做cpap給氧方法？)是。(在救護車上給氧方法與cpap的給氧方法有何不同？)小孩若沒有給正壓的話，喘久的話會呼吸衰竭。(當時到診所接張心瑜時你看到診所是否以cpap給予氧氣？)診所應該沒有用cpap，我確定不是用cpap，但是

01 用何方式我記不起來。(你剛剛證述在救護車上有給小孩氧
02 氣，小孩軀幹轉粉紅，是否因你在救護車上給予小孩氧氣的
03 關係?)是有給氧小孩的皮膚才會變成粉紅。(你剛剛證述小
04 孩有肋凹的情形，請問是指何意思?)就是指小孩有呼吸窘
05 迫的現象，一般正常新生兒不會。(你剛剛證述小孩到達新
06 樓醫院加護病房第一次抽血時有嚴重酸血症，你們有無做這
07 方面的治療?治療後小孩有無改善?)有，我們有給小孩重
08 碳酸鹽治療酸血症，治療後小孩有慢慢改善，我們給了二
09 次，第一次給了以後抽血PH值是7.2多，第二次我不記得，
10 但有慢慢恢復到正常。(一般正常新生兒會否發生你所謂嚴
11 重酸血症?)正常新生兒的血液PH值是7.25到7.45，一般正
12 常新生兒不會發生酸血症。(若一個新生兒只是呼吸喘，會
13 否發生這樣嚴重的酸血症?)也會。(何種情況下會造成新生
14 兒酸血症、呼吸窘迫?)呼吸窘迫的原因很多，早產兒也會
15 發生，或是羊水未完全排乾淨也會，酸血症大部分都是缺
16 氧、缺血造成的。……。(小孩住院後10月27日早上9點的病
17 歷表中1、2後面的英文字為何?代表何意?)1後面的英文字
18 是DCNasalCpap就是指呼吸器，是指小孩經過我們處理後呼
19 吸情形改善很多，我們就將呼吸器拿掉改用氧氣罩，我們抽
20 小孩的血發現小孩當時的血氧濃度是正常的，所以才改用
21 呼吸罩。(新樓醫院護理記錄單第2張10月27日下午4點45分
22 記載小孩持續有apnea(呼吸暫停)、cyanosis(發紺)告
23 知楊美美醫師，囑予onendo是何意?)這個時候小孩就出現
24 抽搐的現象，我們就記載要注意抽搐的現象，她不到24小時
25 就有抽搐的現象，我有親眼看到小孩反覆多次抽搐，因抽搐
26 時小孩會暫時停止呼吸，所以我們就直接給小孩插管，這是
27 因為腦部缺氧造成的現象，張心瑜在超過12個小時不到24小
28 時內就有發生抽搐的現象，所以我們就直接插氣管內管接呼
29 吸器。(這是否是小孩在新樓醫院第一次氣管插管內管?)
30 是。(體溫過低有無可能引起發紺現象?)也有可能。(小孩
31 在新樓醫院插管是因為新樓醫院照顧不好造成的，是否是這

樣？)我看到小孩時是她出生差不多兩個小時候的情況，且我們轉送小孩是只有幾分鐘的時間，小孩第一次抽血就有很嚴重的酸血症，且這大部分是因為小孩週產期窒息造成的。」（見原審卷3第17至25頁）。③依上，張心瑜之情況，係因出生時窒息缺氧所致，尚不能逕認黃昭彰之轉診有延誤。

(3)又就依照現今新生兒專科醫學知識與實證資料，如果一位新生兒出生時有臍帶繞頸、出生後無啼哭、四肢鬆軟無力下垂、表情痛苦、膚色發紺之情，此時應對該新生兒進行哪一些醫療處置與照顧之問題乙節，經小兒神經醫學會第1次鑑定，其鑑定意見認：「新生兒出生時有臍帶繞頸、出生後無啼哭、四肢鬆軟、膚色發紺乃新生兒窒息之可能現象，應按照新生兒照護常規處理，包括氧氣、點滴、藥物等。本件接生生產過程仍符合醫療常規。但醫療上常有變數及風險，無法以後來之演變回批初期處置之良窳。」乙節（見本院前審卷2第115頁正、反面，101偵續307號卷1第253至254頁）；另本案（新生兒）如果依照我國「週產期醫學會」所發布之「新生兒緊急轉診指標」，如本案新生兒出生時有「呼吸窘迫」或「週產期窒息」之情，依照現行之新生兒科醫學水準與常規，如果產科診所無新生兒科醫師可提供該新生兒之照顧者，是否應於出生後立即轉診其他一級醫療機構，本件被告（即黃昭彰，下同）處置是否符合醫療常規之問題乙節，亦經小兒神經醫學會第1次鑑定，其鑑定意見認：「(二)5.依照我國週產期醫學會發布之新生兒緊急轉診指標，新生兒出生若有呼吸窘迫或週產期窒息，經初步處置無法改善時，應轉送上級醫療機構，本件被告於出生2小時內即由新樓醫院前來接回，其間持續給予氧氣、點滴、抗生素等，很難判定有延誤之嫌(因一般救護車內無新生兒加護設備，須請求大型醫院具新生兒加護型保溫箱之救護車來接送)」乙節（見本院前審卷2第115頁背面，101偵續307號卷1第254頁）。再者，小兒神經醫學會之第2次鑑定，其鑑定意見認：

01 「(六)……當新生兒出現膚色不佳或呼吸型態異常等，即有呼
02 吸窘迫跡象，則應給予適當呼吸輔助，以避免缺氧更嚴重或
03 病情更惡化，導致缺氧性腦傷，故當給予氧氣及呼吸道抽吸
04 仍不見起色時，應轉送至有加護設備之中心急救」乙情（見
05 本院前審卷2第157頁，103醫偵19號卷1第12頁），仍意見相
06 同。

07 (4)就黃昭彰聯絡轉診，是否有延誤問題乙節，依醫審會第4次
08 鑑定（編號098021號鑑定書），其鑑定結果認：「(三)術後部
09 分：(3)2.依病歷紀錄，……於後來呼吸較急促時立即決定轉
10 院，並聯絡新樓醫院小兒科外接，屬合理處置程序，並無延
11 誤；(4)1.依轉診紀錄單記載，電話會診時間為92年10月26日
12 晚9時15分；另(4)2.新生兒出生時間為20時15分，依據護理
13 記錄，娩出時嬰兒因哭聲延遲，活動力膚色差，心跳每分鐘
14 120次，給予呼吸道抽吸，烤燈保暖，身體對刺激有反應，
15 給予氧氣後嬰兒恢復正常哭聲；20時50分嬰兒呼吸心跳正
16 常，對刺激有反應；21時10分呼吸較急促，經醫師檢視後與
17 家屬討論後決定轉至新樓醫院；由新樓醫院醫師及護士於當
18 晚10時至診所外接回加護病房，黃醫師聯絡轉診之程序符合
19 醫療常規，時間並無延誤」乙節（見原審卷5第111頁背面至
20 第112頁，97偵續151號卷1第258頁背面至261頁）。復參之
21 小兒神經醫學會第2次鑑定，其鑑定意見認：「(七)窒息性腦
22 傷乃缺氧缺血後逐漸演變而來，新生兒第一時間的窒息影響
23 常於往後3天才逐漸明朗化。整個急救過程包括婦產科診
24 所、救護車上、乃至於新樓醫院急診處之急救紀錄顯示均有
25 給予必要之處置，最後才知還是無法避免酸血症之發生，此
26 乃醫界常有之遺憾，故腦傷應不是急救轉送過程之醫療行為
27 所導致，其間所有處置包括楊美美醫師接手所為均有減緩腦
28 傷之作用」乙情（見本院前審卷2第157頁，103醫偵19號卷1
29 第12至13頁）。

30 (5)另依證人洪焜隆（即小兒醫學會指派之醫師）於本院證述：
31 「(依小兒神經醫學會103年7月9日函及檢送鑑定意見(三)：

『在診所之一小時內並無血液檢測值，不能證明情況佳，出現呼吸窘迫已是前兆。』(十)：『從出生至轉送新樓醫院急診處驗血出來，長達兩小時，期間均有可能造成酸中毒』。

《提示本院卷3第98、97頁》，故依92年10月26日新生兒娩出後之病歷記錄，有無任何證據得以顯示本件胎兒出生後1小時多，至新樓醫院楊美美醫師隨救護車到達診所前之期間，本件新生兒並無腦部缺氧之情形？)無法說明，因中間沒有任何數據可以供參考，無法得知在此期間有無腦部缺氧之情形。(依張心瑜92年10月26日新樓醫院急診病歷記錄、小兒神經醫學會102年10月11日函及所附鑑定意見十(二)3.

『本案被害人出生時有『呼吸窘迫』，2小時後呈現酸中毒，已有相當程度組織缺氧，但臨床表現並不一定平行呈現，新生兒臨床過程常瞬息萬變，須密切觀察處置以解決各種問題。』、小兒神經醫學會103年7月9日函所附鑑定意見(四)：『新生兒窒息會產生呼吸窘迫乃初期反應，一段時間的缺氧及血行不良才會造成酸中毒，其間隔不定，數十分鐘以至數小時均有可能，此乃新生兒窒息需要加護單位之介入原因所在，隨時須就病情變化加以適當處理。』《提示新樓醫院急診病歷，本院卷3第79、95頁》，既張心瑜出生後之Apgarscore不能表示其出生後無腦部缺氧，且出生後恐有新生兒窒息之呼吸窘迫之風險，且上述鑑定意見所稱之『需密切觀察處置以解決各種問題』及『新生兒窒息需要加護單位之介入原因所在，隨時須就病情變化加以適當處理』，該『密切觀察』應進行哪些臨床觀察行為？『加護單位介入』是否指應轉入加護病房密切照護觀察？)抽血、驗血看PH值多少，如果有問題就給予適當處置，這是需要加護單位介入的意思。要看新生兒出生時在嬰兒室的紀錄，已經給予氧氣，中間沒有任何數據，很難推斷是影響多大。我不知道有無做嬰兒的觀察紀錄，沒有看到紀錄嬰兒心跳、膚色、但有紀錄抬高床尾、PO即禁食。不能得知誰進行觀察及紀錄，看不出來誰執行抬高床尾。依照我們醫院作法，是由醫護人員

01 觀察、護理人員紀錄心跳、呼吸、膚色，等到人來接走。我
02 看嬰兒室的紀錄表推測沒有紀錄不一定沒有觀察。(若診所
03 在被害人出生之際並無小兒科醫師、無小兒重症加護專科醫
04 師得以密切觀察及照顧，是否應於出生後立即安排轉診至有
05 加護病房之醫學中心？)這是事後推測，當時情況是當時最
06 清楚，如果依照我們作法會觀察呼吸、心跳、給予氧氣。沒
07 有紀錄也不知道有無觀察。(如果在嬰兒室沒有觀察紀錄，
08 如何知道嬰兒是正常的？)不知道。(依新生兒父母於92年10
09 月26日晚間8時15分被害人甫出生時，母親於產房見到新生
10 兒出生時無啼哭、四肢鬆軟無力下垂，膚色發紺，父親見到
11 新生兒為全身發紺，是否符合恐為腦缺氧之徵兆？)可能是
12 初期的徵兆。(依小兒神經醫學會103年7月9日函及所附鑑定
13 意見(六)：『……血中ph7.076已是極酸狀態，容易產生肝腎
14 衰竭及腦細胞壞死，適時補充鹼性藥物重碳酸鈉(NaHCO_3)以
15 中和酸度，應有幫助。』、(七)：『血中ph7.076已是極危險
16 數值(正常值7.25~7.45)，很多新生兒在此濃度會呈現意識
17 混亂、呼吸窘迫，甚至影響肝腎功能；若在低於7.0則大多
18 難以存活且留下後遺症。』《見本院卷3第99頁》，故本件
19 新生兒於出生後1小時多方轉送新樓醫院之抽血呈極酸狀
20 態，為極危險數值，臨床上之意義為何？)正常PH值7.4比這
21 個低代表有酸中毒的現象，而到7.0擔心會影響到腦部、各
22 器官功能異常。(新生兒是否需一段時間持續缺氧才會呈現
23 此一酸血症之結果？)是。(本件新生兒出生後2小時之抽血
24 呈現酸血症是否為其嚴重腦部缺氧之臨床醫學證據？)只能
25 得知有酸中毒，但酸中毒是否造成腦缺氧要看個人的忍受
26 度。有酸中毒、神經表症，可以猜測有神經受損，但是程度
27 要參考其他數據。(依據上開鑑定意見，本件被害人之缺氧
28 時間是發生於娩出前？或娩出時即已有缺氧？娩出後於嬰兒
29 室時，是否仍有持續缺氧之情況？)缺氧時間無法完全判
30 斷，但有遲發性反應(心跳減速)可以參考有此胎兒窘迫跡
31 象。(依黃昭彰婦產科診所92年10月26日嬰兒室記錄表以及

01 病歷紀錄《提示診所病歷表卷1第9至10頁》，本件新生兒出
02 生後於該嬰兒室內，有無小兒科醫師接手照顧？有無護理師
03 接手密切照顧？）沒有紀錄所以不知道。但不出來，但沒有
04 紀錄也不見得沒有照顧，我也不知道為何沒有紀錄。（在此
05 嬰兒室期間有無任何新生兒之生命徵象、生理理學檢查紀
06 錄？）無。（請鈞院提示當日護理紀錄，有哪些觀察處置？
07 《提示診所病歷表卷1第38-40頁》）有氧氣、烤燈使用，代
08 表有處理。（依小兒神經醫學貴會102年10月11日函及所附鑑
09 定意見十(二)1.(1)：『本件新生兒92年10月26日抵達新樓醫院
10 急診室時，血液呈現酸中毒現象，一段時間之酸中毒及呼吸
11 窘迫才會導致缺氧缺血性腦病變。』(二)1.(3)：『……缺氧缺
12 血性腦病變之過程為延續性之結果……少數（新生兒）才會
13 延續缺氧缺血性之惡性循環，演變成此被害人之傷害程度』
14 《提示本院卷3第77、78頁》，本件病童為甫出生之新生
15 兒，臨床上究竟需缺氧多久時間後才會成為血中抽血值
16 PH7.076的嚴重酸血、嚴重酸中毒？）不一定，因為中間有2
17 小時，都會有變化，數分鐘到數小時都有可能。數分鐘的變
18 化有很多因素，並沒有監測所以無法確定。如果紀錄為正
19 確，8：20-9：10為變化時間。（依小兒神經醫學會102年10
20 月11日函及所附鑑定意見十(二)3.『本案被害人出生時有呼吸
21 窘迫，2小時後呈現酸中毒，已有相當程度組織缺氧，……
22 新生兒臨床過程常瞬息萬變，需密切觀察處置以解決這種問
23 題。』、103年7月9日函及所附鑑定意見(六)：『……出生時
24 ApgarScore乃出生5分鐘內初步臨床觀察對新生兒之評估，
25 無法反應潛在缺氧之情況，也無法預測後續血中酸鹼度的變
26 化。但當新生兒出現膚色不佳或呼吸型態異常時，即有呼吸
27 窘迫的跡象，則應給予適當呼吸輔助，以避免缺氧更嚴重或
28 病情更惡化，導致缺氧性腦傷，故當給予氧氣及呼吸道抽吸
29 仍不見起色時，應轉送有加護設備之中心急救。』《提示本
30 院卷3第79、96頁》，前述鑑定意見之『密切觀察處置』，
31 依據新生兒醫學臨床常規應採行哪些『密切觀察』之行

為？)觀察膚色、活力、意識狀態、有無發黑、呼吸是否急促做為參考，如果有數據更好，沒有的話只能外觀觀察。(鑑定意見所稱之轉院送加護中心急救之臨床轉院判斷標準為何？)上述情況膚色變異、活力差、意識狀態差、有無發黑、呼吸急促都會轉院。(依小兒神經醫學會102年10月11日函及所附鑑定意見十(二)4.：『新生兒出生時有臍帶繞頸、出生後無啼哭、四肢鬆軟、膚色發紺乃新生兒窒息之可能現象』《提示本院卷3第80頁》，所稱之『新生兒窒息』為何意？)缺氧、缺血性腦病變的俗稱。(醫療臨床上『新生兒窒息』與『胎兒窘迫』有何關連性？)新生兒窒息是胎兒窘迫沒有處理好、改善的結果。(本件病童是否出生前有『胎兒窘迫』情況，而出生時有『新生兒窒息』之情況？)遲發性的心速減慢就是胎兒窘迫。(依小兒神經醫學會102年10月11日函及所附鑑定意見十(二)4.『……新生兒窒息的可能現象，應按照新生兒照護常規處理，包括氧氣、點滴、藥物等，……』、十(二)5.『……本件被告於出生二小時內即由新樓醫院前來接回，期間持續給予氧氣、點滴、抗生素等，很難判定有延誤之嫌』《提示本院卷3第80頁》，依據本件新生兒張心瑜92年10月26日出生後，病歷內之『嬰兒室紀錄』，有無上開鑑定意見所稱之『給新生兒氧氣』、『給點滴』、『給藥物』、『給抗生素』之處置行為與記錄？請指明紀錄所在與臨床證據。)有給氧氣、烤燈，沒看到有無給點滴、藥物紀錄。(依小兒神經醫學會106年2月15日函及所附鑑定意見(三)，原詢問問題『本件被害人當時『全身發紺』如屬缺氧狀態者，其缺氧的程度為何』《提示本院卷3第121頁》？未見進一步。故請問前述鑑定意見所稱『全身發紺屬缺氧狀態』，是何意義？)要看新生兒的變化，一般血中二氧化碳到一個程度就會全身發紺，因呼吸窘迫而氧氣不足就會全身發紺。(本件新生兒8點20分出生後之ApgarScore為5分轉9分，卻在同日晚間10點(出生後2小時)時，由新樓醫院楊美美醫師同日晚間10點在診所接新生兒時，見到新生兒張心

01 瑜呈現膚色『全身發紺』，臨床原因為何？)中間時間很長
02 發生何事不敢臆測，但本來就呼吸窘迫，可能是持續此情形
03 沒有改善就會發黑。不敢臆測是因為病歷沒有紀錄。(依本
04 件病歷內之92年10月26日『嬰兒室記錄』《提示診所病歷表
05 卷1第9至10頁》，有無記載本件新生兒張心瑜究竟在哪一個
06 時間點發生呼吸窘迫？發生呼吸窘迫時，嬰兒室的照顧人員
07 進行了什麼臨床處置與介入性照顧？)不一定，因出生時有
08 新生兒窒息，有時症狀後面才出現。(根據病歷記載8：55，
09 病人呼吸是否正常、膚色粉紅、心跳每分鐘140下？《提示
10 診所病歷表卷2第20頁》)是。(9：10病人是否呼吸加快，但
11 沒有發紺現象，有與家屬討論決定轉診新生兒加護病房？)
12 按照紀錄是這樣。……(胎兒出生時，若於1-5分鐘延遲嚎
13 哭，依Apgarscore分級表評估有無可能於第1分鐘時5分、第
14 5分鐘時9分？)有，出生時比較差一點，經過處理後、刺
15 激、給予氧氣後就回升了。(一般胎兒出生後嚴重缺氧缺血
16 性腦病變之原因為何？)很多，因為要考慮產前、產中的胎
17 兒窘迫、羊水、胎變等因素。(能否判斷本件胎兒出生後嚴
18 重缺氧缺血性腦病變之原因為何？)除了臍帶繞頸有一點，
19 產前胎兒有點遲發性減速模式，Apgarscore第一分鐘比較不
20 好，第二天抽搐，明顯有腦部傷害，至於是中間的哪個時間
21 很難判斷，其他因素也很難判斷。」乙節（見本院卷2第181
22 至198頁）。

23 (6)綜上，前開鑑定報告係臺南地檢署分別囑託醫審會、小兒神
24 經醫學會作成，並經小兒神經醫學會指派之洪焜隆到院證述
25 明確，認黃昭彰於張心瑜出生後有關新生兒照顧之醫療處
26 置，並無延誤，應屬可採；至於張心瑜出生後2小時轉診至
27 新樓醫院，尚屬合理，亦難認有延誤轉診之情事。從而，林
28 鏌君等2人主張黃昭彰於張心瑜出生後，對新生兒之照顧及
29 轉診新樓醫院有延誤乙節，均屬無據。

30 4.就黃昭彰有無說明告知張心瑜身體狀況之義務，及提供轉診
31 需求之說明方案而有過失部分：

01 林鎡君等2人主張：黃昭彰於當晚7時，初次診察林鎡君時，
02 明知胎兒已呈現嚴重之胎心音異常而處於缺氧狀態，違反告
03 知義務，未向伊等說明該緊急情況，使伊等得以選擇是否轉
04 至他院生產，張心瑜娩出後未告知其生理狀況及診所新生兒
05 救治設備人員之欠缺，使伊等錯失即時轉診之時機乙節，為
06 黃昭彰所否認，經查：

07 (1)按「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療
08 方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」、「醫
09 療機構診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方
10 針及預後情形。」，醫師法第12條之1、修正前醫療法第58
11 條（現行法第81條）亦有明文。上揭有關『告知後同意法
12 則』之規範，旨在經由危險之說明，使病人得以知悉侵入性
13 醫療行為之危險性而自由決定是否接受，作為醫療行為違法
14 性之阻卻違法事由，並為醫院依醫療契約應履行之義務。且
15 醫療機構對於病人應為說明告知之範圍，係依病患醫療目的
16 達成之合理期待而定，得以書面或口頭方式為之，惟應實質
17 充分實施，並非僅由病患簽具同意書，即當然認為已盡其說
18 明之義務。倘說明義務是否履行有爭執時，亦應由醫療機構
19 負舉證證明之責任。是以醫院由其使用人即醫師對病人之說
20 明告知，乃醫院依醫療契約提供醫療服務，為準備、確定、
21 支持及完全履行醫院本身之主給付義務，而對病人所負之
22 『從給付義務』。倘醫院對病人未盡其告知說明義務，病人
23 得依民法第227條不完全給付之規定，請求醫院賠償其損
24 害。醫院該項侵害不僅侵害身體健康之自主決定權，尚具有
25 人身及財產上利益之保護功能，病人之身體健康如因而受有
26 財產上之損害，自得請求損害賠償。

27 (2)查，黃昭彰為診所醫師，依該診所經營規模、構成員、組
28 織、分工、利用醫療科技設備進行為產婦生產乙節，發生產
29 後之特定侵害自主決定權或未盡醫療契約本旨之結果，自應
30 由黃昭彰就其有無履行依醫療法第81條（修正前58條）及醫
31 師法第12條之1規定內容之告知說明義務，舉證以實其說。

次查，張心瑜於出生時因胎兒窘迫，有轉診之必要，則黃昭彰如何履行告知說明義務，使評估風險後，接受轉診方案即成兩造糾結不明所在，揆前說明，自應由黃昭彰舉證以實其說。且張心瑜各種腦缺氧症狀，均在黃昭彰產科專業領域於娩出後陸續發生，張心瑜經由黃昭彰醫事人員控管範圍內接受醫療處置，與所受上開不良反應及不適等身體、健康之損害，時點最接近，黃昭彰自為最可能之解釋者；又此可能產生適得其反之無意義、或併發症多、副作用大、後遺症不斷或失敗率、風險性過高結果之醫療處遇，當有高度為告知說明之必要，使病患或家屬於得知風險後，自主評估決定接受、拒絕或選擇其他替代方案，以減少醫療糾紛及補救之醫療上浪費，是縱認醫療行為無疏失或不當或無法斷定，如未盡告知說明義務，仍不得謂無侵害病患就其身體、健康之自主決定權。而兩造對告知說明義務爭執甚大，則實質告知說明義務已履行之爭議，應由黃昭彰負舉證之責。則黃昭彰依如何之相關檢查或必要數據或證據，向林鎡君等2人履行告知說明義務，以供林鎡君等2人評估風險以自主決定接受、拒絕或選擇替代治療方案，即有糾結不明之爭議，黃昭彰以之前開各項鑑定意見，及護理記錄單記載：「9：10Baby因呼吸較急促，經Dr黃探視檢查後，與家屬解釋討論後決定轉送新樓PICU」（見診所病歷表卷1第39頁），主張其有履行告知說明義務，堪認有據。

(3)綜上，堪認黃昭彰已向林鎡君等2人實質履行告知說明義務，林鎡君等2人已知悉、明白風險、有無替代方案暨各該方案利弊得失，並無張心瑜身體及健康之自主決定權受侵害之情事，難謂黃昭彰就此有未盡告知義務而有疏失。

5.依上，林鎡君等2人主張：黃昭彰有延遲接生而有過失乙節，應屬有據。林鎡君等2人主張：黃昭彰有違反告知義務、疏於新生兒照護、延遲轉診之過失乙節，則屬無據。

(三)張心瑜出生後之缺氧缺血性腦病變與黃昭彰之醫療處置間是否有因果關係？

01 1.查，林鎡君之胎兒心跳異常，早於當晚7時5分，且胎兒心跳
02 持續不穩定，呈現變異性心搏減速，至當晚7時28分，判定
03 為急性胎兒窘迫建議緊急剖腹產。雖黃昭彰檢查結果有醫囑
04 交待林格式液全速給予產婦林鎡君，並要求產婦左側臥，再
05 給予氧氣，持續觀察；但胎兒心跳持續不穩定呈現變異性心
06 搏減速，如胎心音仍未能恢復正常，即必須立即處置，業如
07 前述。然林鎡君之胎兒心跳異常，呈現變異性心搏減速，既
08 然早於當晚7時5分，迄至發現已可預見產婦胎兒窘迫之情
09 形，卻遲至當晚7點28分始決定剖腹生產，又再延至當晚8點
10 10分，方進行產婦剖腹手術，直至當晚8點15分產婦始行娩
11 出張心瑜，遲延剖腹手術已逾70分鐘。依上開說明，並不符
12 合上開一般醫療常識，小兒神經醫學會函覆臺南地檢署之意
13 見（暨經驗法則），就產婦經發現有急性嬰兒窘迫之情形，
14 卻超過嬰兒忍耐極限之30分鐘，張心瑜即因而缺氧缺血腦病
15 變造成不可回復之傷害乙情，醫審會、小兒神經醫學會有關
16 此之鑑定認黃昭彰之處置符合醫療常規，即有未合，並無可
17 採為有利黃昭彰之認定。

18 2.另查，林鎡君既已於當日下午3時許到診所待產時，胎心音
19 經檢測正常，嗣又因腹痛於當日下午5時許再次至診所辦理
20 住院待產，黃昭彰即應善盡其各項醫療上照顧義務，使胎兒
21 健康、安全出生，並維護林鎡君之健康，林鎡君亦未有何未
22 依醫生、護士交待應遵行之事項而不注意遵行情形；惟張心
23 瑜嗣仍因缺氧缺血性腦病變，經成大醫院診斷罹有極重度多
24 重肢體及心智障礙，四肢僵癱，併發癲癇，而領有殘障手
25 冊，及重大傷病，一輩子需人全天候照顧之結果，有診斷證
26 明書、身心障礙手冊、重大傷病免自行部分負擔證明卡可稽
27 （見原審卷2第174頁，原審卷4第163至164頁）；依上說
28 明，黃昭彰本可以預見，並應注意把握緊急狀況及時處置，
29 當時亦無不能注意之情形，卻怠於注意及時接生，難認黃昭
30 彰已經盡其客觀注意義務，則黃昭彰接生延宕之醫療行為，
31 顯有疏失，其雖辯稱：伊之醫療處置、步驟完全符合醫療常

01 規，否認有過失乙節，並無可採。至檢察官之不起訴處分，
02 並無拘束民事訴訟之效力，本院仍得斟酌全辯論意旨及調查
03 證據之結果，依法認定事實如上所述，是黃昭彰此部分之抗
04 辯，並不可採。

05 3.又所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存
06 在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形下，有
07 此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則
08 該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當因果
09 關係存在。反之，若在一般情形下，有此同一條件存在，而
10 依客觀之審查，認為不必然皆發生此一結果者，則該條件與
11 結果不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果即無相
12 當因果關係存在。查，林鏌君第1次至黃昭彰診所時，胎心
13 音正常，經囑回家待產，並無異常情形；嗣其再次就診，經
14 護士傅文君於當晚7時許報告黃昭彰有關林鏌君之胎心音心
15 跳異常，即由黃昭彰醫師內診，子宮頸開4公分，破水，羊
16 水清澈，而同意其住院待產；既無證據證明張心瑜有罹先天
17 性疾病或先天性因素有缺氧缺血腦病變或腦性麻痺等不健全
18 之特殊情形，張心瑜應可認係窒息性缺氧缺血，黃昭彰理應
19 能及時、適當對有缺氧缺血問題之張心瑜及時處置之際，卻
20 怠於注意及時處置，致張心瑜嗣發生缺氧缺血性腦病變，乃
21 至四肢僵癱，併發癲癇等結果，則依上開實務見解說明，客
22 觀上遲延醫療處置行為，均可發生同一不良結果，應認為黃
23 昭彰之醫療行為，顯有相當因果關係之過失暨原因力。

24 4.黃昭彰雖辯稱：胎兒因臍帶繞頸壓迫，致新生兒週產期窒息
25 乙節。惟查，依證人洪焜隆（即小兒醫學會指派之醫師）於
26 本院證稱：「(依小兒神經醫學會107年3月26日函及檢送鑑
27 定意見6、7：『新生兒產程有臍帶繞頸，並不是每位胎兒
28 都會產生缺氧缺血性腦病變。但產程中臍帶繞頸太厲害有可
29 能增加造成新生兒腦病變之機率。』、『臍帶繞頸造成缺氧
30 腦病變之機轉包括(1)隨著母體子宮收縮造成臍帶血管受壓迫
31 導致胎兒缺血及血壓下降。(2)臍帶繞頸造成生產過程第二產

程延長，增加缺氧機率。(3)嚴重時，可造成胎盤早期剝離及胎兒血流不足，引起嬰兒腦病變。』《提示本院卷3第163頁》，本件胎兒出生紀錄醫師記載出生時有臍帶繞頸2圈，既不是每位臍帶繞頸的胎兒都會發生缺氧缺血性腦病變，且本件手術紀錄中產婦無胎盤早期剝離，可否判斷為第二產程延長導致胎兒在母體內增加缺氧機率？)不一定，不是每位臍帶繞頸2圈的胎兒都會發生缺氧缺血性腦病變。有可能，會增加第二產程延長導致胎兒在母體內增加缺氧機率。……。(依小兒神經醫學會102年10月11日函及檢送鑑定意見十2.(2)：『新生兒出現Apgarscore第一分鐘為5，第五分鐘為9，乃初步臨床觀察對新生兒之評估，無法完全反映缺氧，尤其腦部之變化。』《提示本院卷3第79頁》，是否表示縱胎兒於92年10月26日娩出後，經產科醫師自行評估之Apgarscore為5轉9，亦不得以該Apgarscore為證據，證明新生兒出生後5分鐘以後腦部無缺氧狀態？)是，但只是參考而已，所以才要第3、4次的評估。……(本件胎兒臍帶繞頸是否為出生後嚴重缺氧缺血性腦病變之主要原因？)不敢這樣論定。」乙節（見本院卷2第198頁）。足認黃昭彰前開抗辯，應無可採。

5.再查，依小兒神經醫學會第2次鑑定，其鑑定意見認：

「(七)……窒息性腦傷，乃缺氧缺血後逐漸演變而來，新生兒第一時間的窒息影響，常於往後3天才逐漸明朗化，整個急救過程包括婦產科診所、救護車上、乃至於新樓醫院急診處之急救紀錄顯示均有給予必要之處置，最後才知還是無法避免酸血症之發生。」乙節（見本院前審卷第157頁，103醫偵19號卷1第12至13頁）；又成大醫院於92年11月20日為張心瑜診治時，已載有腦部缺氧，腦部受傷陣痛乙情，有該成大醫院當日之門診病歷在卷可稽（見成大醫院張心瑜之病歷卷第5頁）。可見黃昭彰所辯：張心瑜自同年11月18日在新樓醫院出院時，四肢可自主活動乙節，縱有短暫活動現象，並無可採為有利黃昭彰之認定。

01 (四)林鏌君、張閔雅就張心瑜之損害，依民法第184條第1項前
02 段、第184條第2項、第193條第1項、第195條及繼承之法律
03 關係，請求黃昭彰各給付800萬元本息，有無理由？

04 1.按「不法侵害他人之身體或健康者，對於被害人因此喪失或
05 減少勞動能力或增加生活上之需要時，應負損害賠償責
06 任。」、「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信
07 用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，
08 被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額；前項
09 請求權，不得讓與或繼承。但以金額賠償之請求權已依契約
10 承諾，或已起訴者，不在此限。」，民法第193條第1項、第
11 195條第1項、第2項分別定有明文。

12 2.茲就林鏌君、張閔雅就張心瑜之損害，得請求黃昭彰賠償之
13 金額與項目，茲分別述之：

14 (1)有關張心瑜支出醫療費用及增加生活費用部分：①依兩造不
15 爭執之事項(六)、(七)及醫療費用收據、單據清冊所示（見原審
16 卷2第13至115頁，原審卷8第20至139頁，本院更一審卷4第
17 265至287、231至243頁），其中應剔除林鏌君之奇美醫院醫
18 療費用收據4紙（見原審卷2第55、57、58、60頁），張心瑜
19 自92年10月26日出生時起至105年4月24日死亡期間，已支出
20 之醫療費用合計為20萬3,306元，經核均為必要費用，此部
21 分之費用，應屬有據。②依兩造不爭執之事項(六)所示，張心
22 瑜支出尿布、濕紙巾、胃造管及相關之胃造管造口消毒
23 棉花棒、清潔食鹽水、紗布、適透膜粉、嬰兒綜合維他命滴
24 劑及綜合蔬果泥、管灌飲食、灌食針筒、特製輪椅、醫療特
25 製推車氣墊座、醫療用超音波噴霧器、洗澡台、醫療氣墊
26 床、醫療電動床、醫療用轉位板、承租抽痰機呼吸器製氧
27 機、血氧機等費用，合計160萬4,462元，有收據、單據清冊
28 可稽（見原審卷8第20至170頁，本院更一審卷4第229、243
29 至247、251頁），而張心瑜罹極重度多重肢體及心智障礙，
30 四肢僵癱，併有癲癇，一輩子需人全天候照顧，已如上述，
31 可知其無法自行進食、大小便無法自理，上開物品雖部分並

01 無收據，或部分為推算所得，然經核均為張心瑜生活及照護
02 之所需，其金額及數量亦未超逾合理之範圍，本院依民事訴
03 訟法第222條第2項規定，應審酌一切情況，認上開費用支
04 出，均屬必要費用，其計算之基準亦屬合理。③以上合計
05 180萬7,768元（計算式：20萬3,306元+160萬4,462元=180
06 萬7,768元）。在此範圍內，應屬有據；逾此範圍之請求，
07 即非有據。

08 (2)有關張心瑜之看護費部分：

09 按親屬代為照顧被害人之起居，固係基於親情，但親屬看護
10 所付出之勞力並非不能評價為金錢，雖因二者身分關係而免
11 除被害人之支付義務，惟此種基於身分關係之恩惠，自不能
12 加惠於加害人。故由親屬看護時雖無現實看護費之支付，仍
13 應認被害人受有相當於看護費之損害，得向上訴人請求賠
14 償，始符公平原則。則依一般特別看護行情，每日2,000元
15 計算，每月估為6萬元，故林鏌君等2人主張：自張心瑜92年
16 10月27日出生時起至105年4月24日死亡時止，其中自張心瑜
17 2歲後開始請求看護費（見本院更一審卷4第369頁），如以
18 委請外籍看護工之薪資用每月2萬5,000元計算，尚無不合；
19 則自94年10月27日起至105年4月24日止，共10年5月27日，
20 合計314萬7,500元（計算式：2萬5,000元×125月+2萬5,000
21 元×27/30=314萬7,500元）。則張心瑜所需之看護費，在此
22 範圍內，應屬有據；逾此範圍之請求，即非有據。

23 (3)有關張心瑜之精神慰撫金部分：

24 ①按不法侵害他人之人格權，被害人受有非財產上損害，請求
25 加害人賠償相當金額之慰撫金時，法院對於慰撫金之量定，
26 應斟酌實際加害情形、所造成之影響、被害人痛苦之程度、
27 兩造之身分地位經濟情形及其他各種狀況，以核定相當之數
28 額。

29 ②爰審酌黃昭彰為醫師，有執行業務、租賃所得、薪資、不動
30 產多筆等財產總額，有稅務電子閘門財產所得調件明細表附
31 卷可按（見原審卷1第48至58頁），本件張心瑜出生時因缺

血缺氧性腦病變，而罹極重度多重肢體及心智障礙，四肢僵癱，併發癲癇，領有殘障手冊，及重大傷病，需人全天候照顧，完全喪失行動能力，生活仰賴他人全日密切照顧，至其死亡時，年方12歲；因黃昭彰醫療處置行為之過失情狀，致發生上開結果，認張心瑜所得請求之慰撫金以200萬元為適當，逾此部分之請求，則屬無據。而此非財產損害賠償請求權，已據張心瑜於死亡前起訴，自得由其繼承人即林鏌君等2人繼承。黃昭彰抗辯：伊認慰撫金與被害人之人身攸關，具有專屬性，不適於讓與或繼承，且請求金額過高乙節，應無可採。林鏌君等2人主張：張心瑜於死亡前已起訴請求，由伊等平均繼承，並將損害賠償債權分割為各2分之1乙情，應無不合。

③依此，則有關張心瑜所得請求賠償之部分，合計695萬5,268元（計算式：180萬7,768元+314萬7,500元+200萬元=695萬5,268元）。就張心瑜之得請求賠償之損害，由林鏌君等2人共同繼承，並將張心瑜對黃昭彰之損害賠償債權本息協議分割為各取得該債權2分之1，有遺產分割協議書可稽（見本院更二審卷1第253頁），且為黃昭彰所不爭執，是林鏌君、張閔雅之請求於各347萬7,634元（計算式：695萬5,268元÷2=347萬7,634元）之範圍內，即屬有據，應予准許，逾此範圍，即非有據，不應准許。

(五)林鏌君、張閔雅依民法第184條第1項前段、第184條第2項、第195條或民法第227條、第227條之1之規定，擇一請求黃昭彰給付林鏌君524萬元本息、請求黃昭彰給付張閔雅476萬元本息，有無理由？

1.按「前2項規定，於不法侵害他人基於父、母、子、女或配偶關係之身分法益而情節重大者，準用之。」，民法第195條第3項定有明文。其立法理由：對於身分法益被侵害，付之闕如，有欠周延，宜予增訂，鑑於父母或配偶與本人之關係最為親密，基於此種親密關係所生之身分法益被侵害時，其所受精神上之痛苦最深，爰增訂第3項準用規定。是以民

01 法第195條第3項係就本人基於父、母、子、女或配偶之親密
02 關係之身分權所為之規定。

03 2.查，張心瑜因黃昭彰之醫療過失，而罹極重度多重肢體及心
04 智障礙，致四肢僵癱，併發癲癇狀態，林鎡君等2人為人父
05 母不僅須執行有關生活、護養療治及財產管理之職務，且因
06 張心瑜於105年4月24日死亡，渠等已難無將來受其扶養之權
07 利，亦無孝親之情，父母子女關係之親情、倫理及生活相互
08 扶持之身分法益已受到侵害，其情節重大，精神上自受有相
09 當痛苦，故林鎡君等2人依民法第195條第3項規定，請求賠
10 償非財產上損害，乃屬有據。本院審酌林鎡君82年畢業於技
11 術學院，原任職○○○○○○製造股份有限公司擔任技術
12 員，年收入00萬餘元，95年財產總額00萬0,000元，嗣因故
13 離職，亦有稅務電子閘門財產所得調件明細表、離職證明
14 書、畢業證書、扣繳憑單可稽（見原審卷1第64至71、85至
15 88頁）；張閔雅於73年畢業於專科學校，嗣於○○繼續進修
16 取得結業證書、並為公司負責人，95年財產資料共3筆，總
17 額000萬0,000元，有稅務電子閘門財產所得調件明細表、畢
18 業證書、結業證書、營利事業登記證可稽（見原審卷1第60
19 至62、89至93頁）；黃昭彰前述之資力，及兩造身分、地
20 位、經濟狀況等一切情狀，認林鎡君等2人主張受有精神慰
21 撫金之損害各以200萬元為適當，逾此部分之主張，尚屬無
22 據。

23 3.林鎡君等2人同時主張侵權行為及債務不履行（不完全給
24 付）等法律關係，而為單一聲明，核屬訴之重疊合併，就前
25 述應准許部分，依侵權行為之請求既經准許，即毋庸再論述
26 債務不履行之不完全給付；至不應准許部分，其既非有據，
27 亦不得復依債務不履行之法律關係求償，合併說明。

28 七、綜上所述，本件林鎡君等2人依侵權行為之法律關係，請求
29 黃昭彰給付其2人各繼承張心瑜之347萬7,634元（共計695萬
30 5,268元），及其中各200萬元部分，自95年3月21日起（於
31 95年3月20日送達，見原審卷1第76頁送達證書），其中各

147萬7,634元部分，自98年7月8日起（民事聲請狀繕本於98年7月7日送達，見原審卷4第277頁原審函稿、第279、280頁送達證書），林鏌君等2人各請求黃昭彰給付200萬元，自95年3月21日起，均至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息，應屬正當，應予准許，逾此部分之請求，不應准許。就上開應予准許部分，原審僅判命黃昭彰給付206萬0,611元本息，而駁回其中張心瑜得請求之489萬4,657元（計算式：695萬5,268元－206萬0,611元＝489萬4,657元）本息，由林鏌君、張閔雅繼承並分割為各2分之1，即依序為244萬7,328元、244萬7,329元本息，暨林鏌君等2人得請求之慰撫金各200萬元本息部分，原審為林鏌君等2人敗訴判決，並駁回該部分假執行之聲請，即有未洽，林鏌君等2人上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，均有理由，爰由本院將原判決此部分予以廢棄，改判如主文第2項所示。至上開不應准許部分，及原審判命黃昭彰給付張心瑜206萬0,611元本息部分，並為准、免假執行宣告部分，經核並無不合，兩造上訴意旨分別指摘原判決此部分不當，各自上訴求為廢棄改判，均無理由，皆應駁回其上訴。又兩造關於本判決所命再給付、給付部分，分別陳明願供擔保請准宣告假執行或免為假執行，均核無不合，爰分別酌定相當金額，併予准許。

八、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及舉證，核與本判決結果不生影響，爰毋庸逐一論列，附此敘明。

九、據上論結，本件林鏌君、張閔雅之上訴均為一部有理由，一部無理由；黃昭彰之上訴為無理由，並依民事訴訟法第463條、第449條第1項、第450條、第78條、第79條、第390條第2項、第392條第2項，判決如主文。

中 華 民 國 110 年 12 月 9 日
醫事法庭 審判長法官 吳森豐

法 官 孫玉文

上為正本係照原本作成。

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日內向本院補提出理由書狀（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（詳附註）所定關係之釋明文書影本。如委任律師提起上訴，發回更審後為訴之變更（追加、擴張）部分應一併繳納上訴裁判費。

中 華 民 國 110 年 12 月 9 日

書記官 蘇玫心

【附註】

民事訴訟法第466條之1：

(1)對於第二審判決上訴，上訴人應委任律師為訴訟代理人。但上訴人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

(2)上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親，或上訴人為法人、中央或地方機關時，其所屬專任人員具有律師資格並經法院認為適當者，亦得為第三審訴訟代理人。

民事訴訟法第466條之2第1項：

上訴人無資力委任訴訟代理人者，得依訴訟救助之規定，聲請第三審法院為之選任律師為其訴訟代理人。