臺灣高等法院臺南分院民事判決

111年度醫上更二字第2號

上　訴　人　吳郁馨
　　吳黃素芬
共　　同　謝育錚律師(法扶律師)
訴訟代理人
被 上訴 人　洪錫欽
訴訟代理人　蔡文華
　　王思舜律師
　　黃清濱律師

上列當事人間請求侵權行為損害賠償事件，上訴人對於中華民國106年10月17日臺灣臺南地方法院第一審判決（101年度醫字第10號）提起上訴，並為上訴聲明之減縮，經最高法院第二次發回更審，本院於115年7月15日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

一、原判決關於駁回上訴人後開第二項請求及該部分訴訟費用負擔之裁判，均廢棄。

二、上開廢棄部分，被上訴人應依序給付上訴人吳黃素芬、吳郁馨新臺幣55萬4,395元、新臺幣85萬1,940元，及均自民國101年7月24日起至清償日止，按年息5%計算之利息。

三、其餘上訴及假執行之聲請，均駁回。

四、廢棄部分第一、二審及發回前第三審訴訟費用，由被上訴人負擔；駁回上訴部分（確定部分除外）第二審及發回前第三審訴訟費用，由上訴人負擔。

事實及理由

壹、程序方面：

一、按法定代理人之代理權消滅者，訴訟程序在取得訴訟能力之本人承受其訴訟以前當然停止；承受訴訟人，於得為承受時，應即為承受之聲明，民事訴訟法第170條、第175條分別定有明文。查上訴人吳郁馨為民國（下同）00年0月出生，有戶籍謄本在卷可憑（見原審卷㈠第15頁），於101年3月19

日訴訟繫屬時尚未成年（見調字卷第3頁），嗣其於本院審理中，業已成年而取得訴訟能力，則其法定代理人之法定代理權於其成年時消滅，吳郁馨復具狀聲明承受訴訟，有聲明承受訴訟狀在卷可稽（見本院卷㈡第613頁），核與上開規定相符，自應准許。

二、按在第二審為訴之變更或追加，非經他造同意，不得為之，但請求之基礎事實同一者、擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第446條第1項、第255條第1項第2款、第3款分別定有明文。查本件上訴人於原法院係以被上訴人及訴外人鄭婦產科診所（下稱鄭婦產科）為被告，請求其等應依序連帶賠償吳郁馨、吳黃素芬新臺幣（下同）376萬1,016元本息、333萬9,839元本息，原審為上訴人全部敗訴之判決，上訴人不服，對其等敗訴部分提起上訴，嗣上訴人與鄭婦產科於本院成立調解，有本院調解筆錄在卷可稽（見本院卷㈠第181至182頁），上訴人乃將鄭婦產科應連帶給付之分擔額予以扣除，復又分別減縮請求被上訴人應給付扶養費及精神慰撫金之數額，並聲明被上訴人應依序給付吳郁馨、吳黃素芬181萬9,900元本息、132萬3,992元本息（見本院卷㈠第111至112、250頁；本院卷㈡第641至642頁），核屬減縮應受判決事項之聲明，依上說明，應予准許。

貳、實體方面：

一、上訴人主張：上訴人吳郁馨之母即上訴人吳黃素芬之女吳湘君於99年3月17日，因感冒、咳嗽等症狀前往鄭婦產科，由該診所受僱醫師即被上訴人洪錫欽看診。吳湘君遵醫囑服用洪錫欽開立之藥物後，於翌日凌晨3時許，經家人發現狀況有異，緊急送往國立成功大學附設醫院（下稱成大醫院）搶救無效，於當日上午10時20分許，因肺炎、呼吸衰竭而死亡。洪錫欽於同年月12日為吳湘君進行產檢時，即知其患有子癲前症（即妊娠毒血症），竟未建議立即終止妊娠，致吳湘君因而併發肺炎，又於同年月17日看診時，未對吳湘君照射胸部X光及使用聽診器聽診，以明瞭病因，復未轉介吳湘

君至大醫院看診，顯有疏失，就吳湘君死亡結果，應負侵權行為損害賠償責任。吳黃素芬因吳湘君之死亡，受有醫療費3萬0,967元、喪葬費15萬0,550元、扶養費96萬6,467元之損害，吳郁馨則受有扶養費213萬9,801元之損害，另上訴人各受有精神慰撫金150萬元之損害，合計吳黃素芬、吳郁馨分別共受有264萬7,984元、363萬9,801元之損害，因伊等業與鄭婦產科達成調解，扣除鄭婦產科之分擔額（即上開數額之半數），爰依民法第184條第1項前段、第194條規定，求為判命被上訴人應給付吳郁馨181萬9,900元、吳黃素芬132萬3,992元，及均自101年7月23日民事聲請狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息，並願供擔保請准宣告假執行（上訴人逾此範圍之其他請求，經原審為其等敗訴判決後，未據上訴人就該部分聲明不服，該部分不在本院審理範圍內，不予贅述）。

二、被上訴人則以下列情詞置辯，並求為判決駁回上訴人上開部分請求，如受不利判決，願供擔保請准免為假執行：本件固有醫病雙方專業能力及證據掌握不對等之特性，惟非當然得依民事訴訟法第277條但書規定，推定醫師有過失，上訴人仍應就伊具有過失及其過失與吳湘君之死亡間有因果關係等情，負舉證責任。本件依相關產檢紀錄及病歷資料，伊於看診時，至多僅能得知吳湘君疑似有輕微子癲前症之徵兆，並非已確診重度子癲前症，更未達必須立即終止妊娠之狀態，伊未終止妊娠，未違反醫療常規及合理之臨床專業裁量。又伊於99年3月17日固未以聽診器為吳湘君聽診，惟依吳湘君當時僅咳嗽、未發燒之臨床表現，縱以聽診器聽診，未必能即時診斷出其患有肺炎，是吳湘君嗣因細菌性肺炎、呼吸衰竭死亡，與伊未使用聽診器間，並無相當因果關係。再伊於99年3月17日已因吳湘君血壓較高，建議其至大醫院腎臟科或心臟科就診，並非全未注意吳湘君有血壓偏高及疑似子癲前症之風險，縱伊未開立轉診病歷摘要（下稱轉診單），然轉診單僅在協助後續醫療機構掌握病情，並非保證病人必然

會立即前往就醫及病人就醫後其病症當然會被治癒，自不得以此推認伊未開立轉診單與吳湘君之死亡間，具有相當因果關係。另吳湘君未規則產檢，增加醫師判斷母胎狀況及病程風險之困難，且吳湘君未依伊之建議前往大醫院就診，當日看診返家後，症狀惡化，又未立即回診或急診，其就損害之發生與有過失，應減輕伊賠償責任比例至少2/3以上，且上訴人請求之精神慰撫金數額亦屬過高，應予酌減等語【原審就上開部分為上訴人敗訴之判決，上訴人不服提起上訴，聲明：㈠原判決關於駁回上訴人後開第二項請求，及該部分假執行之宣告，暨該訴訟費用負擔之裁判，均廢棄；㈡上開廢棄部分，被上訴人應給付吳郁馨181萬9,900元、給付吳黃素芬132萬3,992元，及各自101年7月23日民事聲請狀繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息，並願供擔保請准宣告假執行。被上訴人則求為判決駁回上訴，如受不利判決，願供擔保請准免為假執行】。

三、本件經整理兩造不爭執事項，及依民事訴訟法第463條準用同法第270條之1第1項第3款規定整理並協議簡化兩造爭點，分別列舉如下（見本院卷㈡第642至650頁）：

㈠兩造不爭執事項：

1.被上訴人洪錫欽受僱於鄭婦產科，為該診所之主治醫師。

2.吳湘君為上訴人吳黃素芬之女、吳郁馨之母。

3.吳湘君於98年11月26日，前往鄭婦產科檢查，證實已懷孕19週。另於99年3月12日，前往鄭婦產科檢查，並由洪錫欽看診，洪錫欽於當日之病歷上記載吳湘君：「雙腳水腫、背部長疹子」及「Toxemia」，而「Toxemia」即為妊娠毒血症，亦即為子癲前症（見本院卷㈡第202頁），未記載有關建議吳湘君應至大醫院看診之紀錄（見原審調字卷第12、13頁）。

4.吳湘君於99年3月17日，因感冒、咳嗽，前往鄭婦產科就診，由洪錫欽診治，當時洪錫欽未使用聽診器為吳湘君聽診，洪錫欽並開立「Medicon、Bisolvon、Panadol、Broci

n」等藥物供吳湘君服用，但未為吳湘君照射胸部X光，亦未轉介吳湘君至其他醫院看診（見原審調字卷第13、14頁）。

5.吳湘君於99年3月18日凌晨，經吳黃素芬通知救護車送至國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）就診，於同日上午10時20分許，因「肺炎」及「呼吸衰竭」死亡。

6.依吳湘君99年3月18日於成大醫院之病歷（GYN ER Note）所示，其中僅載記載：「99.3.17 咳嗽、感冒」等語（見本院卷㈡第283頁），並無任何有關「呼吸急促、全身酸痛」之記載（見本院卷㈡第375、376頁）。

7.臺灣臺南地方檢察署（下稱臺南地檢署）檢察官105年度調偵續三字第1號不起訴處分書載明：「三訊據被告（洪錫欽）堅決否認有何業務過失致死之犯行，辯稱：被害人（吳湘君）沒有定期到鄭婦產科看診，伊是到99年3月12日才開始爲被害人看診，12日當天被害人是來產檢，當時她有雙腳水腫、背部長疹子，且血壓高、有水腫（Edema）、蛋白尿（Albuminuria），所以伊判定她是妊娠毒血症（Toxemia）…3月17日當天沒有產檢，她來是說多了咳嗽，但體溫是36.8度，沒有發燒，也沒有咳嗽症狀，只是主訴有咳嗽，所以伊才沒有拿聽診器去聽，伊的重點是放在妊娠毒血症…」（見原審醫字卷第244頁反面）。

8.吳湘君於99年3月18日，在成大醫院就診，吳黃素芬共支出醫療費用3萬0,967元，若上訴人之請求有理由，則被上訴人同意給付該數額。

9.吳黃素芬為吳湘君支出之喪葬費共15萬0,550元。若上訴人之請求有理由，則被上訴人同意給付該數額。

10.若被上訴人應為吳湘君之死亡結果，負侵權行為損害賠償責任，被上訴人同意吳黃素芬、吳郁馨得請求之扶養費各為96萬6,467元、213萬9,801元（本院卷㈠第112、110頁）。

11.本件歷次鑑定意見略如附件所示。

㈡兩造之爭執事項：

1. 本件是否應適用民事訴訟法第277條但書規定，轉換舉證責任或降低上訴人所負證明責任之證明度？
2. 吳湘君是否確診罹患子癲前症（妊娠毒血症）？如是，吳湘君罹患子癲前症與嗣後因肺炎、呼吸衰竭死亡，是否具有相當因果關係？
3. 洪錫欽為吳湘君診治時，未使用聽診器，有無過失或違反醫療常規？與吳湘君嗣後因肺炎、呼吸衰竭死亡，有無相當因果關係？
4. 洪錫欽為吳湘君診治時，未開具轉診單轉介其至大醫院就診，有無過失或違反醫療常規？與吳湘君嗣後因肺炎、呼吸衰竭死亡，有無相當因果關係？
5. 吳湘君就本件損害之發生或擴大，是否與有過失？過失比例為何？
6. 上訴人吳郁馨、吳黃素芬各請求洪錫欽給付精神慰撫金150萬元，是否過高？
7. 上訴人依侵權行為之法律關係，請求洪錫欽給付吳郁馨181萬9,900元本息、吳黃素芬132萬3,992元本息，有無理由？

四、茲就兩造爭點及本院之判斷，分述如下：

㈠本件應依民事訴訟法第277條但書規定，降低上訴人所負證明責任之證明度：

1. 按民法第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號裁判意旨參照)。又當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，民事訴訟法第277 條定有明文。法院於決定是否適用上開但書所定之公平要求時，應視各該具體事件之訴訟類型特性與待證事實之性質，斟酌當事人間能力之不平等、證據偏在一方、蒐證及因果關係證明之困難等因素，以定其舉證責任或是否減輕其證明度。又醫療行為具有相當專業性，醫病雙方在專業知識及

證據掌握上並不對等，如於個案中衡量上開因素，認由病患舉證顯失公平者，應依上揭但書規定，轉換舉證責任或降低其所負證明責任之證明度，以資衡平（最高法院111年度台上字第2112號裁判意旨參照）。

2. 查本件被上訴人為醫師，上訴人主張被上訴人於執行業務過程中，致生損害於吳湘君，據以請求被上訴人應負損害賠償責任，則上訴人就該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。惟本院考量醫療行為具有專業性，且醫病雙方在專業知識及證據掌握上不對等，若由病患舉證，有顯失公平之虞，爰依民事訴訟法第277條但書規定，降低上訴人之舉證責任。準此，上訴人仍應就其所主張被上訴人對吳湘君之醫療行為有過失，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。從而，上訴人主張本件舉證責任應轉換由被上訴人負擔云云，被上訴人則辯稱本件不應降低上訴人之舉證責任云云，依上說明，均非可採。

㈡被上訴人為吳湘君診治時，疏未使用聽診器，有違醫療常規，並與吳湘君嗣後因肺炎、呼吸衰竭死亡間，有相當因果關係：

1. 上訴人就此部分係主張：被上訴人為吳湘君看診時，未使用聽診器聽診，有違醫療常規，且倘被上訴人當時有以聽診器聽診，以吳湘君當時已罹肺炎之情況，定可發現線索，並進一步為其進行痰液及血液檢查，確認為何種肺炎後，對症下藥，足認被上訴人未使用聽診器聽診與吳湘君嗣後因肺炎、呼吸衰竭死亡，有相當因果關係等語。被上訴人對此則辯稱：被上訴人雖未使用聽診器，形式上可受檢討，惟仍不足認定即有過失，且吳湘君當日看診時，主訴僅有咳嗽，並無發燒、呼吸急促、胸痛、低血氧、膿痰或其他典型肺炎重症表現，非必然或高度蓋然可藉由聽診發現其已罹細菌性肺炎；且依法務部法醫研究所（下稱法醫研究所）之鑑定結

果，吳湘君為細菌性肺炎感染，發病後迅即惡化至休克死亡，符合「急速性病程定義」，故被上訴人當時縱使用聽診器，並不當然有高度蓋然率可避免其於翌日死亡之結果，上訴人無法證明被上訴人未使用聽診器與吳湘君嗣後因細菌性肺炎、呼吸衰竭死亡間，具有相當因果關係云云。

2. 查吳湘君於99年3月17日，因感冒、咳嗽，前往鄭婦產科就診，被上訴人當時為吳湘君診治時，未使用聽診器等情，為兩造所不爭（如兩造不爭執事項4所示），應堪認定。參酌衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）鑑定結果認：肺炎輕微時之症狀與感冒相似，被上訴人診斷時，吳湘君有感冒症狀，但無從判斷是否為肺炎。醫師為保護胎兒，不會輕易進行胸部X光檢查，但以聽診器聽診，有可能發現肺炎，若未使用聽診器則有違醫療常規等語，有衛生福利部103年3月3日衛部醫字第1031661277號函檢送醫審會第1020133號鑑定書（下稱醫審會第1020133號鑑定書）在卷可憑（見原審醫字卷第210頁反面至211頁）。復佐以法醫研究所就此部分之鑑定結果亦認：經解剖確認吳湘君為肺炎死亡，吳湘君於99年3月17日就診時，距死亡時間不足1日，依肺炎病程發展，吳湘君於就醫當時極有可能已罹患肺炎，另聽診是發現肺炎之方法，而臨床上在聽診發現可能罹患肺炎時，會再佐以胸部X光片及血液白血球計數來確認是否發生肺炎感染等語，亦有法醫研究所107年12月28日法醫理字第10700060140號函在卷可憑【見本院106年度醫上字第8號卷（下稱本院前審卷）㈡第77至78頁】，另法醫研究所再以補充鑑定報告鑑定認：依病理學檢查及病歷資料白血球數增加及C反應蛋白濃度上升，吳湘君為「細菌性肺炎感染」，其發病後迅即惡化至休克死亡，符合「急速性病程」定義等語，有該所112年11月3日法醫理字第11200080680號函存卷可查（見本院卷㈡第177頁）。再依醫審會1050153號鑑定書鑑定意見載明：「肺囉音與肺實質化之聲音（egophony)為肺炎常見聽診之表徵，但亦可能無法聽見上開聲音；而所聽見者亦未必一定

為肺炎，其他像是肺水腫、心衰竭，亦為肺囉音常見原因。因此，無法聽見肺囉音或肺實質化之聲音時，可進一步安排胸部X光或抽血相關檢查」等語（見原審醫字卷第224頁正反面）。綜此足認，輕微之肺炎症狀與感冒相似，吳湘君當日既係因有咳嗽之感冒症狀而前往就醫，被上訴人身為專業之醫師，即應意識到吳湘君可能罹患肺炎，然被上訴人竟未使用聽診器為吳湘君聽診，依上說明，確有違醫療常規，且吳湘君係因「細菌性肺炎感染」，其發病後迅即惡化至休克死亡，符合「急速性病程」定義，亦可認吳湘君於99年3月17日就診時，本有可能藉由聽診器聽診，發現吳湘君有肺囉音而已罹患肺炎，進而為適切之診治、投藥、檢查或醫療建議，是被上訴人疏未以聽診器為吳湘君聽診，僅依一般感冒診治並開立藥物（如兩造不爭執事項4所示），致失去發現吳湘君可能已罹肺炎之治療先機，其確有過失甚明，且吳湘君旋於翌日即99年3月18日凌晨，經送往成大醫院就診，於同日上午10時20分許，即因「肺炎」及「呼吸衰竭」死亡，業如兩造不爭執事項5所示，顯見被上訴人之上開過失與吳湘君之死亡間，具有相當因果關係。

3. 被上訴人雖又辯稱：依醫審會之鑑定意見，以聽診器聽診，未必絕對可診斷出吳湘君罹患肺炎，被上訴人未使用聽診器，難認與吳湘君死亡有關，且成大醫院之鑑定結果亦認，依吳湘君之病歷紀錄，其是否罹患肺炎，無從判斷，況僅憑吳湘君就診時有咳嗽、未發燒等臨床表現，不當然表示若當時以聽診器聽診，即必然能診斷出其已罹肺炎之結果云云。惟查，成大醫院之鑑定結果固認：「依本案病歷紀錄，病人是否罹患肺炎無從判斷，且法務部法醫研究所之鑑定報告書亦未詳述病人罹患肺炎之起因，因此難以說明其罹患何者類型肺炎」等語，有該院115年5月4日成附醫秘字第1159902689號函檢附之成附醫鑑字第0155-2號病情鑑定報告書（下稱成大醫院0155-2病情鑑定報告）在卷可憑（見本院卷第433頁），然本件係因被上訴人未使用聽診器為吳湘君聽診，致

未能即時發現其罹患肺炎，業如前述，則單獨依吳湘君之「病歷紀錄」之記載，當然無從判斷吳湘君有無罹患肺炎，被上訴人執此作為其無法判斷吳湘君已罹肺炎之憑據，難認可採；再醫審會第1030289號、第1050153號鑑定書之鑑定結果雖認：「吳湘君99年3月17日就診時，以其狀態難判斷是否有嚴重肺炎發生，洪錫欽醫師給予藥物治療，符合醫療常規；以聽診器聽診，未必絕對可診斷罹患肺炎，是洪錫欽醫師未使用聽診器，難認與吳湘君死亡有關」、「吳湘君僅咳嗽與肺炎有關，無提供是否有接觸相類似症狀的其他病人、是否曾至疫區、身體診察及胸部X光檢查等相關資訊，亦無抽血檢驗報告，無法斷定一定罹患肺炎。聽診器聽診，未必絕對可診斷罹患肺炎」等語（見原審醫字卷第217、224頁）。惟觀諸上開鑑定意見之用語既為「未必絕對」可診斷出罹患肺炎，足認倘被上訴人藉由聽診器為吳湘君聽診，應有診斷出其已罹肺炎之可能性，衡以上訴人於本件醫療訴訟之舉證責任應予減輕，業如前述，是本院認被上訴人使用聽診器聽診，既得藉由肺囉聲之有無，以判斷吳湘君是否已罹患肺炎之可能性，應認上訴人就此部分已盡其低度之舉證責任，被上訴人仍執「未必絕對」之用語，否認二者間具相當因果關係，尚非可採。

4. 被上訴人雖另辯稱：縱認被上訴人得以聽診器診斷出吳湘君已罹肺炎，然吳湘君係罹「細菌性肺炎」，符合「急速性病程」，發病後短時間內迅速惡化至休克死亡，未必即可治療並避免死亡，足認被上訴人未使用聽診器與吳湘君之死亡結果間，不具相當因果關係云云。惟被上訴人若使用聽診器為吳湘君聽診，得以發現其已罹肺炎，業如前述，而「孕婦肺炎之診斷除病史、身體診察外，包括痰液及血液檢查，必要時應考慮胸部X光檢查」，此據醫審會鑑定明確，有醫審會第1020133號鑑定書在卷可按（見原審醫字卷第211頁），復參酌法醫研究所鑑定意見載明：「…聽診是發現肺炎之方法，而臨床上在聽診發現可能罹患肺炎時，會再佐以胸部X

光片及血液白血球計數來確認是否發生肺炎感染」等語，有該所107年12月28日法醫理字第10700060140號函在卷可查（見前審卷㈡第78頁），且成大醫院之鑑定意見亦認為：「吳湘君之案例，若由成功大學醫學院處理，會建議住院，並接受一系列檢查，依胎兒狀態與母體嚴重程度，安排立即剖腹或自然產，對吳湘君咳嗽感冒嚴重程度，會診胸腔科或感染科醫師協助診斷肺炎之可能性及給予治療，若病況嚴重，可隨時安排進入加護病房密切治療觀察」等語，有該院110年6月24日成附醫秘字第1100012067號函檢附之成附醫鑑字第0155-1號病情鑑定報告書在卷可憑（見本院更一卷㈠第117頁）。由此可見，被上訴人倘以聽診器判斷吳湘君罹患肺炎後，吳湘君雖為孕婦，必要時仍得輔以胸部X光、痰液及血液檢查，且吳湘君得知其已罹患肺炎之嚴重性，當會立刻前往大醫院，由醫院會診胸腔科或感染科醫師協助診斷並給予治療，病況嚴重時，亦可隨時進入加護病房密切觀察、治療，且依兩造不爭執事項4、5所示，吳湘君係於99年3月17日前往鄭婦產科就診，迄其於99年3月18日凌晨2時30分許，因有喘咳現象送醫急救，顯見吳湘君於該段期間內，確有接受妥適治療之充裕時間與可能性，即有避免死亡之風險，被上訴人竟未使用聽診器聽診，致吳湘君喪失後續得以接受救治之機會，依上說明，應認上訴人就被上訴人未使用聽診器為吳湘君聽診，致未發現其已罹患肺炎並因肺炎而死亡之結果間，具有相當因果關係乙節，已盡其低度之舉證責任，被上訴人此部分所辯，尚非可採。

㈢被上訴人僅懷疑吳湘君罹患疑似輕微子癲前症之徵兆，吳湘君並未經確診罹患子癲前症，被上訴人未對吳湘君進行住院等相關檢查，亦未為終止妊娠之醫療處置，並未違反醫療常規：

1. 上訴人雖另主張：被上訴人於99年3月12日為吳湘君看診時，已判斷吳湘君罹患子癲前症，而罹患子癲前症之孕婦於懷孕過程中，的確有併發呼吸衰竭、肺炎之可能性，被上訴

人理應對吳湘君進行住院、相關檢查，甚至必要時為終止妊娠等醫療處置，被上訴人卻毫無作為，有違反子癲前症所應處置之醫療常規，致吳湘君嗣後因肺炎、呼吸衰竭死亡，二者間有相當因果關係云云。被上訴人則否認上情，辯稱：被上訴人僅有一次尿液檢查顯示尿蛋白1+，僅能懷疑罹患疑似輕微子癲前症之徵兆，並非已確診，更未達必須立即終止妊娠之狀態，且台灣婦產科醫學會之回函已明確指出，罹患子癲前症者，僅極少數有併發肺炎，通常為同時段發生，無直接因果關係；法醫研究所之鑑定意見亦認文獻上並無子癲前症引發肺炎之實證，是縱認吳湘君有疑似子癲前症，亦與其嗣後因細菌性肺炎、呼吸衰竭而死亡間，並無相當因果關係等語。

2.查依兩造不爭執事項3所示，被上訴人於99年3月12日吳湘君之病歷上記載：「雙腳水腫、背部長疹子」及「Toxemia」，而「Toxemia 」即為妊娠毒血症，亦即為子癲前症，（見原審調字卷第12頁；原審醫字卷第89頁），且被上訴人於檢察官偵查中陳稱：我於99年3月12日才開始為吳湘君產檢，當時她雙腳水腫、背部長疹子，且血壓高、有水腫（Edema)、蛋白尿（Albuminuria)，判定她是妊娠毒血症（Toxemia)，同年月17日並非產檢，吳湘君說多了咳嗽，但體溫36.8度，沒有發燒，也沒有咳嗽症狀，我將重點放在妊娠毒血症等語（見原審醫字卷第244頁反面），並為兩造所不爭（見兩造不爭執事項7所示）。由上雖可認被上訴人於前揭2次為吳湘君看診時，認為吳湘君有子癲前症。惟依成大醫院之鑑定報告載明：「（函詢事項一部分）1.子癲前症：指妊娠20週以後才出現高血壓，同時伴有蛋白尿或其他重要標的器官功能障礙。2.子癲前症的診斷必須包括：發生在妊娠20週以後的血壓上升(間隔4小時以上的兩次血壓測量都在140/90mmHg以上），同時合併下列其中至少一項：蛋白尿(24小時的尿蛋白質超過300mg，尿液中蛋白質/肌酐酸的比值大於或等於0.3或尿液檢查尿蛋白2+以上）；血小板減少(<100,0

00/microL)；血液中肌酐酸>1.1mg/dL；肝功能異常(肝臟轉胺酶ALT大於正常值2倍以上）；肺水腫；腦部或視覺異常(無法診斷的新發生而持續性頭痛且不能靠止痛藥緩解，視力模糊，視覺有閃光火花或盲點」、「（函詢事項二部分）1.根據吳湘君之相關產檢紀錄及病歷資料，無法得知病患在20週前或懷孕前是否患有高血壓，且病患並未規則產檢(產檢紀錄只有99年1月2日及99年3月12日共兩次），99年3月17日病患因咳嗽感冒就診(根據成大急診紀錄口頭電話詢問鄭婦產醫院，其人員口述），雖然2次產檢血壓偏高(141/93mmHg及152/106mmHg)，但是只有一次尿液檢查有尿蛋白1+，也無其他資料佐證，因此無法診斷病患是否已罹患子癲前症」等語，有該院108年4月22日成附醫秘字第1080007482號函檢附之成附醫鑑0155號病情鑑定報告書（下稱成大醫院0155號病情鑑定報告書）在卷可憑（見前審審卷㈡第123至131頁），足認醫學上確診孕婦罹患子癲前症，必須滿足前述所有要件。經查，本件依卷附資料所示，被上訴人於99年3月12、17日為吳湘君看診時，僅有尿液檢查1次呈尿蛋白1+，並未滿足上開要求之確診條件，再佐以法醫研究所之鑑定意見載明：「㈤吳湘君產檢頻率稀疏，不及健保核定給付次數，依據病歷紀錄無法確認是否罹患子癲前症」等語，有該所107年12月28日法醫理字第10700060140號函存卷足證（見前審卷㈡第78頁），復據成大醫院再次鑑定亦認：「依前次鑑定意見提及，根據病人之相關產檢紀錄及病歷資料，無法得知病人於20週前或懷孕前是否患有高血壓，且病人並未規則產檢，產檢紀錄僅有99年1月2日及99年3月12日，兩次產檢出現血壓偏高（141/93mmHg、152/106mmHg），並於99年3月17日（妊娠35週又2天）因咳嗽、感冒就診，且只有1次尿液檢查顯示尿蛋白1+，無其他資料佐證，因此並無法診斷已罹患子癲前症，僅能懷疑病人罹患疑似輕微子癲前症之徵兆」等語，有成大醫院0155-2病情鑑定報告在卷可稽（見本院卷第435頁），益證被上訴人辯稱：其依吳湘君之看診次數及僅

有之醫學檢查結果，僅能懷疑吳湘君罹患疑似輕微子癲前症之徵兆，吳湘君並未經確診罹患子癲前症等語，尚屬有據，應認可採。

3. 上訴人雖又主張：被上訴人知悉吳湘君罹患子癲前症，竟未對吳湘君進行住院等相關檢查，亦未於必要時終止妊娠之醫療處置，有違醫療常規云云。惟被上訴人於上開2日為吳湘君看診時，吳湘君並未經確診已罹患子癲前症，業如前述，則上訴人所提有關吳湘君業已確診，被上訴人卻無任何醫療作為之主張，即乏立論基礎。又成大醫院0155號病情鑑定報告書雖認：「子癲前症的唯一治療即是終止妊娠」（見本院前案卷㈡第128頁），惟同份鑑定報告書亦載明：「若是患有子癲前症的孕婦，但未有危及母親或胎兒生命危險時，可選擇在妊娠超過37週時催生，如果催生失敗或者母親及胎兒不適合自然產則改為剖腹生產。若是孕婦已妊娠38週，則於其罹患子癲前症時，依照一般醫療常規，應採取催生，如果催生失敗或母親及胎兒不適合自然產則改為剖腹生產」等語（見本院前案卷㈡第128頁），成大醫院更進一步鑑定稱：「雖然終止妊娠，為子癲前症目前唯一的根治方式，但臨床上是否立即分娩，以及選擇催生或剖腹產，仍須依孕婦的病情嚴重程度、妊娠週數與產科條件綜合判斷，並非一經診斷即應立即終止妊娠。依文獻指出，當妊娠週數達37週時，建議進行引產（induced delivery），若妊娠未滿34週且母體病情穩定，則可採取期待性處置（expectant management），以促進胎兒肺部成熟。此外，若子宮頸未成熟、孕婦病情惡化或胎兒出現窘迫，引產可能失敗，並增加轉為剖腹產的機率。在病情急劇惡化，如出現重度高血壓、癲癇前兆或器官功能異常時，則須立即終止妊娠以降低母胎風險」等語，有成大醫院0155-2病情鑑定報告在卷可稽（見本院卷㈡第434、435頁）。由上可知，孕婦罹患子癲前症之「唯一根治方式」固係終止妊娠，然並非一經診斷罹患子癲前症，即應立即終止妊娠，仍須依孕婦之病情嚴重程度、妊娠週數與

產科條件綜合判斷。查本件吳湘君並未經確診罹患子癲前症，已敘如前，且依吳湘君之病歷所載，其於98年12月1日懷孕19週（見原審醫字卷第89頁），則於99年3月17日時之懷孕週數為34週，縱依法醫研究所鑑定報告所載為36週（見前審卷㈡第61、63頁），吳湘君當時之懷孕週數亦未達37週，且依卷附資料，並無證據可認吳湘君於99年3月17日有出現重度高血壓、癲癇前兆或器官功能異常，而有必須立即終止妊娠以降低母胎風險之徵兆，是被上訴人辯稱：罹患子癲前症的孕婦如果未危害母親及胎兒之生命危險，會將懷孕延長至37週始終止妊娠，如蛋白尿為2++以上、血小板小於10萬以下、肝功能GPT為正常人2倍以上、右上腹部疼痛、頭痛、視力模糊、眼睛出現閃耀火花或盲點，臨床上會判定疾病加速惡化，才會建議妊娠終止，因為37週以下的早產兒，週數越小合併症相當麻煩，故考慮是否終止妊娠，必須考慮胎兒成熟度等語，核與上開鑑定意見相符，應認可採。吳湘君既未經確診罹患子癲前症，亦無證據顯示依吳湘君當時之懷孕週數、病症，有立即終止妊娠之必要，則被上訴人未對吳湘君採取終止妊娠之醫療處置，無違醫療常規，即無任何過失可言，本院亦無再判斷吳湘君罹患子癲前症與其因肺炎死亡間，有無相當因果關係之必要。

㈣被上訴人未開具轉診單，轉介吳湘君至大醫院就診，並無違反醫療常規：

1. 上訴人雖再主張：依醫療法第73條規定，醫師如認病患有轉診大醫院之必要，應開立轉診單交予病患，建議轉診，被上訴人未開立轉診單，雖於病歷上記載「建議至大醫院看腎臟科或心臟科醫師」，然無證據證明被上訴人有將該等記載事項告知吳湘君，致吳湘君無法即時獲得大醫院之妥適治療，造成其因罹患子癲前症，進而因肺炎、呼吸衰竭死亡，二者具有相當因果關係云云。惟為被上訴人所否認，辯稱：被上訴人因吳湘君血壓較高，建議其至大醫院腎臟科或心臟科就診，並非完全未注意其血壓偏高及疑似子癲前症風險，即非

完全未建議病患接受較高層級醫院評估，且被上訴人雖未開具正式之轉診單，惟轉診單之目的在於協助後續醫療機構掌握病情，並非保證病患必然立即就醫，更非保證吳湘君所罹之急速惡化細菌性肺炎，必然可被診斷及治癒，是被上訴人未開立轉診單並無過失，更不足以認定吳湘君之死亡結果與被上訴人未開立轉診單間，具有相當因果關係等語。

2. 按醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診；該轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕，醫療法第73條第1項本文、第2項定有明文。準此，醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，「無法確定病因」或「無法提供完整治療」時，始應建議病人轉診。經查，吳湘君於99年3月12、17日並未經確診罹患子癲前症，且因吳湘君未規則產檢，僅能懷疑其罹患疑似輕微子癲前症之徵兆，業如前述，從而，被上訴人並未確診吳湘君罹患子癲前症之原因，並非因人員、設備及專長能力，而無法確定病人之病因或提供完整治療，難認與上開應開立轉診單之要件相符；再被上訴人有於吳湘君之病歷上記載「建議病患至大醫院看腎臟科或心臟科醫師」等語，為上訴人不爭（見本院卷㈡第633頁），並有病歷可憑（見原審醫字卷第90頁），上訴人雖否認被上訴人有將上情告知吳湘君，惟衡以醫師既將上開事項記載於病歷中，依一般人之生活經驗，應認醫師已將上情告知病患；復參酌醫審會鑑定意見認：「…被上訴人雖未確立診斷，但已囑咐轉赴大醫院進一步就診，尚符合醫療常規」等語，有醫審會第1020133號鑑定書在卷可憑（見原審醫字卷第211頁），復佐以醫審會第1050153號鑑定書鑑定稱：「…98年12月1日至99年3月17日吳湘君之血壓可知，其血壓持續控制不佳，依醫療常規，應建議孕婦至大醫院之腎臟科或心臟科就診，而依病歷紀錄，曾記載『病人血壓較高，建議至大醫院腎臟科或心臟科就診』」等語（見原審醫字卷第224頁反面）。足認被上訴人依當時僅懷疑吳湘君罹患疑似輕微

子癲前症徵兆之情況，以口頭建議吳湘君應至大醫院之腎臟科或心臟科就診，而未開立轉診單，尚無違反醫療常規之過失，本院亦無再判斷吳湘君罹患子癲前症與其因肺炎死亡間，有無因果關係之必要。

㈤上訴人得依侵權行為之法律關係，向被上訴人請求損害賠償，其等得請求之項目及金額，分述如下：

1.按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任，民法第184條第1項前段定有明文。查吳湘君於99年3月17日，因有咳嗽之感冒症狀而前往鄭婦產科就醫，被上訴人未使用聽診器為吳湘君聽診，確有過失，且該過失與吳湘君於翌日因「肺炎」及「呼吸衰竭」死亡間，具有相當因果關係，業如前述，是上訴人依上規定請求被上訴人賠償其等因此所受之損害，自屬有據。

2.吳黃素芬得請求賠償醫藥費3萬0,967及喪葬費15萬0,550元：

①按不法侵害他人致死者，對於支出醫療及增加生活上需要之費用或殯葬費之人，亦應負損害賠償責任，民法第192條第1項定有明文。

②查吳黃素芬主張其因吳湘君之死亡，致支出吳湘君之醫療費3萬0,967元及喪葬費15萬0,550元等語，為被上訴人所不爭執，並同意如數給付（見兩造不爭執事項8、9所示）。是吳黃素芬此部分之請求，核屬有據，應予准許。

3.吳黃素芬、吳郁馨得請求賠償之扶養費，依序為96萬6,467元、213萬9,801元：

①按被害人對於第三人負有法定扶養義務者，加害人對於該第三人亦應負損害賠償責任，民法第192條第2項定有明文。

②查上訴人主張：吳黃素芬、吳郁馨分別為吳湘君之母、女，於吳湘君死亡時，依序為00歲、0歲，吳黃素芬於65歲後、吳郁馨於成年前，均有受吳湘君扶養之權利，另吳黃素芬之扶養義務人共有3人，吳郁馨之生父不詳，僅有1名扶養義務人，依行政院主計處公告之99年台灣地區消費支出統計表，

每人每月平均消費支出1萬8,007元計，並依霍夫曼計算法扣除中間利息，吳黃素芬、吳郁馨依序受有扶養費96萬6,467元、213萬9,801元之損害等情，為被上訴人所不爭（見兩造不爭執事項10所示）。是吳黃素芬、吳郁馨此部分之請求，核屬有據，應予准許。

4.吳黃素芬、吳郁馨得請求賠償之精神慰撫金，各以70萬元為適當：

①按不法侵害他人致死者，被害人之父、母、子、女及配偶，雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額，民法第194條定有明文。又慰藉金之賠償須以人格權遭遇侵害，使精神上受有痛苦為必要，被害人受有非財產上損害，請求加害人賠償相當金額之慰撫金時，法院對於慰撫金之量定，應斟酌實際加害情形、所造成之影響、被害人痛苦之程度、兩造之身分地位經濟情形及其他各種狀況，以核定相當之金額。

②查被上訴人為婦產科專業醫師，於吳湘君因有咳嗽之感冒症狀而前往就診時，疏未使用聽診器為其聽診之過失程度，致吳湘君於翌日因「肺炎」及「呼吸衰竭」死亡，而上訴人為吳湘君之母、女，因吳湘君之驟然死亡，痛失至親，精神上自承受相當之痛苦，而受有非財產上之損害，其等依民法第194條規定，請求被上訴人賠償精神慰撫金，即屬有據。本院審酌吳黃素芬為國小畢業，無業、無收入（見本院前審卷㈡第153頁），吳郁馨於吳湘君死亡時年僅0歲，現年為00歲，被上訴人則為大學畢業，目前擔任婦產科醫師（見本院前審卷㈡第246頁），兼衡被上訴人之過失程度，並造成吳湘君死亡之結果及上訴人受有精神痛苦之嚴重程度等一切情狀，爰認上訴人就其等所受非財產上損害得請求之精神慰撫金各以70萬元為適當，逾此範圍之請求，則屬無據，不應准許。

5.綜上，吳黃素芬得請求賠償醫藥費3萬0,967元、喪葬費15萬0,550元、扶養費96萬6,467元及精神慰撫金70萬元，合計184萬7,984元。吳郁馨得請求賠償扶養費213萬9,801元及精神

慰撫金70萬元，合計283萬9,801元。

㈥上訴人應承擔吳湘君之與有過失責任，吳湘君之過失比例應為40%，始屬允當：

1.按損害之發生或擴大，被害人與有過失者，法院得減輕賠償金額，或免除之，民法第217條第1項定有明文。此項規定之目的，在謀求加害人與被害人間之公平，故在裁判上法院得以職權減輕或免除之；又民法第192條第1項及第194條之權利，雖係權利人固有之權利，但其權利既係基於侵權行為整個要件而發生，則此權利人縱係間接被害人，亦不能不負擔直接被害人之過失責任（最高法院85年台上字第1756號、72年度台上字第446號裁判意旨參照）。

2.查吳湘君於懷孕期間，未配合按時規律產檢，僅於鄭婦產科看診2次，致被上訴人能掌握有關吳湘君懷孕狀況及病症之資訊有限，且被上訴人於99年3月17日為吳湘君看診時，已口頭告知請其前往大醫院腎臟科或心臟科就診，吳湘君仍未遵循建議前往，業如前述，復參酌吳黃素芬於99年3月19日，在臺南地檢署檢察官偵查中陳稱：吳湘君於看診前曾表示有呼吸急促、全身痠痛等情形（見審卷醫字卷第本院卷㈡第326頁），另吳湘君之胞妹吳伊秋於101年11月26日在檢察官偵查中亦陳稱：我當時與吳湘君住同一個房間，吳湘君於99年3月12日就有一點感冒症狀，並去看醫生，吳湘君過世前1、2天，我凌晨回家時，吳湘君有醒來坐著，說她睡不好，有點喘，也有說她呼吸有點困難，因為吳湘君說3月17日就要去產檢，所以我們沒有陪她去胸腔專科或是一般內科診治等語（見原審醫字卷第99頁正反面），足認吳湘君於99年3月17日就診前，即有呼吸急促、氣喘、全身痠痛等症狀，然其於99年3月17日就診時，僅知告被上訴人有咳嗽症狀，顯未盡詳實告知病情之義務，致被上訴人誤判情事，而疏未以聽診器為其聽診，吳湘君就本件損害之發生與擴大，亦屬與有過失，上訴人雖為間接被害人，惟依上說明，仍應負擔直接被害人即吳湘君之過失責任，爰依民法第217條第1

項規定，減免被上訴人之賠償責任。本院審酌被上訴人為婦產科醫師，為專業人士，知悉吳湘君係因咳嗽之感冒症狀前來就診，倘以聽診器聽診，能藉由聽見肺囉音，而有機會診斷出吳湘君罹患肺炎，並進而安排適切之診治、投藥、檢查或醫療建議，被上訴人疏未注意及此，致失去發現吳湘君可能已罹肺炎之治療先機，而僅依一般感冒診治並開立藥物，致發生吳湘君因肺炎及呼吸衰竭死亡，應負主要責任；又吳湘君明知自己就診前已有呼吸急促、氣喘、全身痠痛等症狀，竟未如實告病況，且未聽從醫囑前往大醫院就診，業如前述，吳湘君亦應負次要責任，本院綜合上開一切情狀，應認上訴人就吳湘君之死亡結果，應負擔吳湘君之過失即40%之責任，被上訴人則應負擔60%之責任。則吳黃素芬、吳郁馨得請求賠償之損害數額應按上開比例依序減為110萬8,790元（計算式：184萬7,984×60%=110萬8,790.4，元以下四捨五入，下同）及170萬3,881元（計算式：283萬9,801×60%=170萬3,880.5）。

3. 上訴人雖主張：吳湘君信賴被上訴人將依醫療常規診置，且吳湘君無任何醫療專業背景，無法預見疾病發展之歷程，其就本件損害之發生或擴大，並無過失云云。惟衡以一般人之生活經驗，病患於看診時，應詳實將自身之疾病狀況告知醫師，俾益醫師判讀病情，並為後續之醫療行為，且應遵循醫囑，以利查覺病情並接受適切之治療，吳湘君雖無具備醫療專業知識，然對上開一般常識，尚不得諉為不知，然其竟未詳實告知病況，且未依建議前往大醫院接受檢查，依上說明，自有過失，上訴人此部分主張，並無可採。

㈦上訴人得請求被上訴人給付之數額，尚應扣除連帶債務人鄭婦產科之分擔額：

1. 按連帶債務人中之一人為清償而債務消滅者，他債務人同免其責任；連帶債務人中之一人受確定判決，而其判決非基於該債務人之個人關係者，為他債務人之利益，亦生效力；債權人向連帶債務人中之一人免除債務，而無消滅全部債務之

意思表示者，除該債務人應分擔之部分外，他債務人仍不免其責任，民法第274條、第275條、第276條第1項定有明文。上開規定之意旨，在避免當事人間循環求償，簡化其法律關係，故於債權人向連帶債務人中一人表示免除該債務人之全部債務時，固有上開規定之適用；惟於債權人與連帶債務人中之一人和解，同意該債務人為部分給付時，如和解金額低於該債務人基於民法第280條所定之「應分擔額」，為避免其他債務人為清償後，向和解債務人求償之金額高於和解金額，就其差額部分，應認其他債務人亦同免其責任；反之，如和解金額多於該和解債務人之「應分擔額」，因不生上述求償問題，自無民法第276條第1項之適用。是債務人應分擔部分之免除，在債權人與連帶債務人中之一人成立和解，如無消滅其他債務人連帶賠償債務之意思，就債務人應允債權人賠償金額如低於「依法應分擔額」時，該差額部分，始因債權人對其應分擔部分之免除而有該條項規定之適用，並對他債務人發生絕對之效力（最高法院98年度台抗字第200號、98年度台上字第759號裁判意旨參照）。

2.經查，本件鄭婦產科與其受僱醫師即被上訴人，依民法第188條第1項前段規定，應負連帶損害賠償責任。又其等間並無法律及契約另訂之內部分擔比例，自應依民法第280條前段規定，平均分擔義務，是其等每人內部之分擔額應各為2分之1，即就吳黃素芬、吳郁馨部分，分別為55萬4,395元（吳黃素芬部分，計算式：110萬8,790÷2=554,395）及85萬1,941元（吳郁馨部分，計算式：170萬3,881÷2=851,940.5）。惟鄭婦產科於本院分別業以60萬元、80萬元與吳黃素芬、吳郁馨達成調解，且未拋棄對被上訴人之損害賠償請求權，有調解筆錄在卷可憑（見本院卷㈠第181、182頁），足認上訴人並未免除對連帶債務人全部債務之意思甚明，而吳黃素芬之調解金額60萬元高於被上訴人之分擔額55萬4,395元，該調解僅具有相對效力，被上訴人僅於該內部應分擔額之範圍內同免責任，則吳黃素芬得向被上訴人請求之數額為

55萬4,395元（計算式：110萬8,790-55萬4,395=55萬4,395）；吳郁馨之調解金額為80萬元，低於被上訴人應分擔之數額85萬1,941元，就該差額部分，應認被上訴人亦同免其責任，是吳郁馨得請求被上訴人給付之部分，自應扣除鄭婦產科之分擔額，即為85萬1,940元（計算式：170萬3,881-85萬1,941=85萬1,940）。從而，吳黃素芬、吳郁馨得請求被上訴人給付之數額依序應為55萬4,395元、85萬1,940元，逾此部分之請求，即屬無據，不應准許。

㈧末按給付無確定期限者，債務人於債權人得請求給付時，經其催告而未為給付，自受催告時起，負遲延責任；其經債權人起訴而送達訴狀，或依督促程序送達支付命令，或為其他相類之行為者，與催告有同一之效力；遲延之債務，以支付金錢為標的者，債權人得請求依法定利率計算之遲延利息。應付利息之債務，其利率未經約定，亦無法律可據者，週年利率為5%，民法第229條第2項、第233條第1項前段、第203條分別定有明文。查本件上訴人請求被上訴人給付損害賠償，係無給付之確定期限，依上說明，被上訴人應自起訴狀繕本送達或受催告時始負遲延責任。而本件上訴人請求被上訴人給付之民事聲請狀繕本係於101年7月23日送達被上訴人（見原審醫字卷第69頁；本院卷㈡第201頁），是上訴人請求被上訴人給付自101年7月24日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，亦屬有據。

五、綜上所述，吳黃素芬、吳郁馨依侵權行為之法律關係，依序請求被上訴人給付55萬4,395元、85萬1,940元，及均自101年7月24日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息部分，為有理由，應予准許；逾此部分之請求，為無理由，不應准許。原審就上開應准許部分，遽為上訴人敗訴之判決，自有未洽，上訴人就此部分指摘原判決不當，求予廢棄改判，為有理由，爰由本院將原判決此部分廢棄，改判如主文第2項所示；至於逾上開應准許部分，原審為上訴人敗訴之判決，並無違誤，上訴人此部分之上訴，即屬無理由，應駁回其上

訴。又上開本件被上訴人應給付之部分，其訴訟利益既未逾150萬元，被上訴人就其敗訴部分，即不得聲明不服，是該部分於本判決宣示後即行確定，自無就該部分併為諭知假執行之必要，爰併予駁回上訴人有關假執行宣告之請求。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘主張及攻擊或防禦方法並所提舉證資料，經本院斟酌後，認均不生影響本院所為上開論斷，自無再予逐一審論之必要，併此敘明。

七、據上論結，本件上訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴訟法第450條、第449條第1項、第79條、第85條第2項，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　8　　月　　19　　日

醫事法庭　　審判長法　官　王金龍

法　官　施盈志

法　官　曾鴻文

上為正本係照原本作成。

上訴人如不服本判決，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。

被上訴人不得上訴。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　8　　月　　19　　日

書記官　葉宥鈞

【附註】

民事訴訟法第466條之1：

⑴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。
⑵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。

附件：
一、行政院衛生署醫事審議委員會第0990455號鑑定書（原審醫字卷第199反面至201頁反面）：
㈠洪錫欽醫師使用之藥物為診所常見，且適合孕婦使用，並不會導致孕婦呼吸衰竭及肺炎之危險，未違背醫療常規。
二、行政院衛生署醫事審議委員會第1010087號鑑定書（原審醫字卷第205頁）：
㈠慢性高血壓及懷孕均可能導致雙腳水腫，吳湘君未發現水腫與高血壓間之關係，另背部長疹與高血壓無關。
㈡洪錫欽醫師對感冒及高血壓之處置，並無疏失。
三、衛生福利部醫事審議委員會第1020133號鑑定書（原審醫字卷第210頁反面至211頁）：
㈠肺炎輕微時之症狀與感冒相似，洪錫欽醫師診斷時，吳湘君有感冒症狀，但無從判斷是否為肺炎。
㈡醫師為保護胎兒，不會輕易進行胸部X光檢查，但以聽診器聽診，有可能發現肺炎，若未使用聽診器則有違醫療常規。
㈢孕婦肺炎之診斷除病史、身體診察外，包括痰液及血液檢查，必要時應考慮胸部X光檢查。洪錫欽醫師雖未確立診斷，但已囑咐轉赴大醫院進一步就診，尚符合醫療常規。
四、衛生福利部醫事審議委員會第1030289號鑑定書（原審醫字卷第217頁）：
㈠吳湘君99年3月17日就診時，以其狀態難判斷是否有嚴重肺

炎發生，洪錫欽醫師給予藥物治療，符合醫療常規；以聽診器聽診，未必絕對可診斷罹患肺炎，是洪錫欽醫師未使用聽診器，難認與吳湘君死亡有關。

五、衛生福利部醫事審議委員會第1050153號鑑定書（原審醫字卷第223反面至224頁反面）：

㈠「一般」肺炎之治療方法，所指較輕微肺炎，應採取症狀治療及支持性療法，至於是否加用抗生素治療，則視細菌性肺炎之可能性而定。肺炎未經治療，不必然會造成死亡之結果，肺炎病程可在1天內至1週以上，可能很猛爆，亦可能無症狀。猛爆者，可能經治療而癒，亦可能治療罔效；而無症狀之意思，係指部分病人依其自身抵抗力逐漸好轉，未必需接受抗病毒、抗生素或抗黴菌藥物而癒。

㈡吳湘君僅咳嗽與肺炎有關，無提供是否有接觸相類似症狀的其他病人、是否曾至疫區、身體診察及胸部X光檢查等相關資訊，亦無抽血檢驗報告，無法斷定一定罹患肺炎。聽診器聽診，未必絕對可診斷罹患肺炎。

㈢對於輕微之肺炎，洪錫欽醫師開立之藥物，有助緩解症狀，若細菌性肺炎或很猛爆之肺炎，大部分不會有效。98年12月1日至99年3月17日吳湘君之血壓可知，其血壓持續控制不佳，依醫療常規，應建議孕婦至大醫院之腎臟科或心臟科就診，而依病歷紀錄，曾記載「病人血壓較高，建議至大醫院腎臟科或心臟科就診」。

六、法務部法醫研究所107年12月28日法醫理字第10700060140號函（前審卷㈡第77至78頁）：

㈠經解剖確認吳湘君為肺炎死亡，而99年3月17日就診，距死亡時間不足一日，依肺炎病程發展，吳湘君於就醫當時極有可能已罹患肺炎，另聽診是發現肺炎之方法，而臨床上在聽診發現可能罹患肺炎時，會再佐以胸部X光片及血液白血球計數來確認是否發生肺炎感染；吳湘君產檢頻率稀疏，不及健保核定給付次數，依據病歷紀錄無法確認是否罹患子癲前症，但吳湘君因懷孕的生理變化，可能較一般成人更容易因

罹患肺炎死亡。

七、國立成功大學醫學院附設醫院成附醫鑑字第0155號病情鑑定報告書（前審卷㈡第125至131頁）：

㈠BMC Pregnancy and Childbirth在2018發表的一篇論文指出從2010年1月到2017年6月回溯分析在北京協和醫院因肺炎住院的12位孕婦，發現其中有25%孕婦合併有子癲前症。因此罹患子癲前症之孕婦於懷孕過程中的確有併發呼吸衰竭、肺炎之可能性。

㈡子癲前症唯一治療即是終止妊娠，因此若是患有子癲前症，但未有危及母親或胎兒生命危險時，可選擇在妊娠超過37週時催生，如果催生失敗或者母親及胎兒不適合自然產，則改為剖腹生產。若是孕婦已妊娠38週，則於其罹患子癲前症時，依照一般醫療常規，應採取催生，如果催生失敗或母親及胎兒不適合自然產，則改為剖腹生產。

㈢根據吳湘君之病歷，無法判定是否罹患子癲前症，而吳湘君血壓偏高，看診醫師建議病患至大醫院看腎臟科或心臟科醫師，有盡告知義務，無違反醫療常規。

八、國立成功大學醫學院附設醫院成附醫鑑字第0155-1號病情鑑定報告書（更一卷㈠第115至117頁）：

㈠若孕婦妊娠38週，經診斷認為可能罹患子癲前症，依照一般醫療常規，應安排進一步檢查及治療（包含住院生產），依胎兒狀態與母體嚴重程度安排立即剖腹或自然產。

㈡吳湘君之案例，若由成功大學醫學院處理，會建議住院，並接受一系列檢查，依胎兒狀態與母體嚴重程度，安排立即剖腹或自然產，對吳湘君咳嗽感冒嚴重程度，會診胸腔科或感染科醫師協助診斷肺炎之可能性及給予治療，若病況嚴重，可隨時安排進入加護病房密切治療觀察。

九、國立成功大學醫學院附設醫院111年1月7日成附醫秘字第1110000586號函（更一卷㈡第107頁）：

㈠依據本案病例無從判斷吳湘君是否罹患肺炎，法務部法醫研究所之鑑定報告書，亦未詳述罹患肺炎之起因，因此難以說

明吳湘君罹患肺炎之治癒率或致死率。

十、法務部法醫研究所112年11月3日法醫理字第11200080680號函（見本院卷㈡第176至177頁）：

㈠吳湘君民國99年3月案發當時懷第二胎孕齡約36週，這次懷孕過程之民國99年1月2日及3月12日做過兩次產前檢查，第二次檢查時有血壓偏高、水腫、體重偏重，及輕微蛋白尿，其餘無特殊重大異常。3月17日吳湘君另因感冒、咳嗽、呼吸急促、全身酸痛症狀就醫，次日清晨吳湘君妹妹發覺其咳喘愈嚴重，請救護車將其送成大醫院，到院時已無自發性呼吸心跳，成大醫院病歷資料，吳湘君當時血中白血球數及C反應蛋白濃度嚴重上升，放射線檢查雙側肺葉實質化，解剖確認為因罹肺炎死亡。

㈡依病理學檢查及病歷資料白血球數增加及C反應蛋白濃度上升，死者為「細菌性肺炎感染」，死者發病後迅即惡化至休克死亡符合急速性病程定義。

㈢文獻上並「無」子癲前症引發肺炎之實證，但懷孕過程中母親為確保基因型別不完全相同的胎兒在其體內順利生活成長，必需要抑制自身免疫反應才不致於對胎兒產生排斥反應，此懷孕生理上的調節變化導致孕婦容易發生感染，且感染後疾病嚴重度高於平時沒有懷孕的狀態。

十一、法務部法醫研究所112年12月28日法醫理字第11200098690號函（本院卷㈡第325至326頁）：

㈠死者感冒、咳嗽、呼吸急促、全身酸痛等相關症狀敘述參考成大民國99年3月18日病歷手寫（GYN ER Note）記錄紙99年3月17日第三次產檢提及因咳嗽感冒而開感冒藥回家，另死者母親吳黃素芬女士同年3月19日在臺南地檢署訊問筆錄回答死者最近自訴有呼吸急促、全身痠痛、咳嗽。

㈡子癲前症會引發肺炎，與子癲前症同時合併發生肺炎，前者為子癲前症為肺炎的原因，後者則是子癲前症與肺炎間無因果關係只是正好同時發生，附件文獻應解讀為子癲前症同時合併發生肺炎，其嚴重併發症要較正常懷孕婦女為高，而非

子癲前症會引發肺炎。

三、成大醫院115年5月4日成附醫秘字第1159902689號函暨所成附醫鑑字第0155-2號病情鑑定報告書（見本院卷㈡第431至447頁）：

㈠依本案病歷紀錄病人是否罹患肺炎無從判斷，且法務部法醫研究所之鑑定報告書亦未詳述病人罹患肺炎之起因，因此難以說明其罹患何者類型肺炎（見本院卷㈡第433頁）。

㈡在子癲前症的治療脈絡中，『終止妊娠』指的是經由引產（induction of labor）或剖腹產（cesarean section）完成分娩，以解除母體對胎盤持續性病理反應的影響。依文獻指出：『The only curative treatment available for PE is termination of pregnancy, whether it be induction of labor or cesarean section.』（參考資料）（見本院卷㈡第433至434頁）。

㈢雖然終止妊娠為子癲前症目前唯一的根治方式，但臨床上是否立即分娩，以及選擇催生或剖腹產，仍須依孕婦的病情嚴重程度、妊娠週數與產科條件綜合判斷，並非一經診斷即應立即終止妊娠。依文獻指出，當妊娠週數達37週時，建議進行引產（induced delivery），若妊娠未滿34週且母體病情穩定，則可採取期待性處置（expectant management），以促進胎兒肺部成熟（「Induced delivery is indicated at 37 weeks of gestation at theearliest. Expectant management is recommended if thegestational age is lessthan34weeks.）（參考資料）。此外，若子宮頸未成熟、孕婦病情惡化或胎兒出現窘迫，引產可能失敗，並增加轉為剖腹產的機率（「Induction of labor in patients with poor cervical scores has been found to be associated with failed induction , prolonged labor, and a high rate of conversion to cesarean section.）（參考資料）。在病情急劇惡化，如出現重度高血壓、癲癇前兆或器官功能異常時，則須立即終止妊娠以降低母胎風險

（見本院卷㈡第434、435頁）。

㈣依前次鑑定意見提及，根據病人之相關產檢紀錄及病歷資料無法得知病人於20週前或懷孕前是否患有高血壓，且病人並未規則產檢，產檢紀錄僅有99年1月2日及99年3月12日，兩次產檢出現血壓偏高（141/93 mmHg、152/106 mmHg），並於99年3月17日（妊娠35週又2天）因咳嗽、感冒就診，且只有一次尿液檢查顯示尿蛋白1+，無其他資料佐證，因此並無法診斷已罹患子癲前症，僅能懷疑病人罹患疑似輕微子癲前症之徵兆（見本院卷㈡第435頁）。

㈤雖然終止妊娠是子癲前症目前惟一的根治方式，但臨床上是否立即分娩，以及選擇催生或剖腹產，仍須依孕婦的病情嚴重程度、妊娠週數與產科條件綜合判斷，並非一經診斷即應立即終止妊娠（見本院卷㈡第435頁）。

㈥依附件一論文之結論記載：「貧血、高胎齡和子癲前症可能與肺炎的嚴重程度有關。一旦高度懷疑肺炎，應立即拍攝胸部X光，以利早期診斷。觀察到不良胎兒結局的發生率很高；因此，當呼吸功能逐漸惡化時，建議妊娠晚期的患者終止妊娠。然而，對於懷孕早期或中期的孕婦，繼續懷孕可能是合理的」等語。依上開論文之結論，符合本院前揭鑑定報告所載之「罹患子癲前症之孕婦於懷孕過程中，的確有併發呼吸衰竭、肺炎之可能性（見本院卷㈡第436、437頁）。

㈦依『Obstet Med. 2015 Sep; 8(3) : 126-132』提及，0.2%懷孕婦女有可能發生呼吸衰竭，而造成呼吸衰竭的原因與懷孕引起某些生理特殊狀況有關，例如子癲前症、羊水栓塞或週產期（分娩前後）心肌病（見本院卷㈡第437頁）。