臺灣高等法院臺南分院民事判決

111年度醫上字第4號

上訴人 王國駿
呂宜珍
共同
訴訟代理人 曾靖雯律師
李育禹律師
被上訴人 陳祥君

訴訟代理人 林仲豪律師

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111年8月31日臺灣臺南地方法院第一審判決（110年度醫字第13號）提起上訴，本院於113年12月10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：上訴人為夫妻，於民國107年10月22日至被上訴人開設之○○○診所門診，確認上訴人呂宜珍（下稱呂宜珍）已懷孕10週，因呂宜珍為00年次之高齡孕婦，唯恐胎兒發育不健全，乃遠從○○區住處前往位在○區、由被上訴人擔任主治醫師之○○○診所就診，進行產前檢查。呂宜珍與被上訴人間為有償之醫療契約關係，被上訴人本應按善良管理人之注意義務，詳盡檢查胎兒有無異常，並依其醫學專業，就孕婦及胎兒之狀況提供醫療措施、安排檢測，並告知檢測結果、給予建議，供上訴人作為是否施行人工流產之參考。依病歷記載，被上訴人於108年2月15日為呂宜珍產檢時，已發現胎兒生長落後22天，至3月22日（產婦妊娠31週又4天）、4月8日（產婦妊娠34週），胎兒生長週數均落後實際懷孕週數6週，被上訴人卻仍僅安排週例行性產檢，並

01 多次強調胎兒小4週皆屬正常範圍，不僅未主動縮短產檢時
02 程，更未告知上訴人胎兒生長遲滯之風險，或安排更高階之
03 檢查。遲至同年4月15日，被上訴人始以其診所欠缺保溫設
04 備、無法照顧體重不足之胎兒為由，於翌日將呂宜珍轉診至
05 國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院），然此轉診
06 行為仍非針對胎兒生長遲滯所為之檢查或處置。被上訴人未
07 告知呂宜珍胎兒生長遲滯之可能原因包括染色體或基因異
08 常，致呂宜珍無法即時判斷是否繼續妊娠或為其他醫療處
09 置，最後生下之被確診患有狄蘭氏症候群、生長遲滯、喉頭
10 軟化症等多重重度障礙之女嬰，上訴人因女兒先天障礙所承
11 受之經濟及親情壓力甚鉅，身心煎熬非常人所能想像。被上
12 訴人違反善良管理人之注意義務，未依優生保健法第11條第
13 2項規定，告知胎兒生長遲滯之原因可能為染色體或基因缺
14 損，未建議呂宜珍做相關基因檢測，致其未能及時決定終止
15 妊娠，因而產下罹患多重障礙之女，侵害呂宜珍決定施行人
16 工流產與否之權利即生育自主決定權，呂宜珍爰依民法第22
17 7條、第184條第1項前段、第2項、第195條第1項前段及第3
18 項規定，擇一請求被上訴人給付新臺幣（下同）200萬元
19 （包含醫療及復健費用10萬元、交通費9,000元、醫療器材
20 費用1萬1,500元、基因檢測費用2萬1,905元、人力照顧費用
21 55萬7,595元、特殊教育費用30萬元、精神慰撫金100萬
22 元）。又孕婦之配偶乃組成幸福家庭之重要成員之一，對孕
23 婦是否做成墮胎決定亦有共同決定權，且為醫師及相關人員
24 應依優生保健法第11條第2項規定負告知義務之權利人，上
25 訴人王國駿（下稱王國駿）因被上訴人之前揭過失行為，致
26 其與呂宜珍共同享有之「生育自主決定權」（或稱「人工流
27 產自主決定權」或「家庭生育計畫自主決定權」）遭受侵
28 害，王國駿爰依民法第184條第1項前段、第2項、第195條第
29 1項前段及第3項規定，請求被上訴人給付150萬元，並均加
30 計法定遲延利息等語。

31 二、被上訴人則以：王國駿前對被上訴人提出刑事業務過失傷害

01 告訴，業經臺灣臺南地方檢察署（下稱臺南地檢署）以110
02 年度醫偵字第2號為不起訴處分確定。又臺南地檢署偵查中
03 囑託衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）鑑定，依醫
04 審會鑑定書記載，狄蘭氏症候群為一罕見多重先天異常症候
05 群，現今無法找出明確致病突變基因，臨床多數個案都是出
06 生後，因個案外觀或發育遲緩而進行基因檢測，始能確診。
07 故在產前檢查過程要診斷胎兒罹有狄蘭氏症候群非常困難。
08 呂宜珍產檢過程中，除發現胎兒生長遲滯及於妊娠約37週時
09 懷疑有胎兒右側前腦動脈分枝發育不全外，並無其他異常，
10 而胎兒腦部磁共振造影檢查結果亦僅是懷疑胎兒右側前腦動脈
11 分枝發育不全而已。被上訴人已考慮呂宜珍為高齡孕婦，為
12 其安排脊髓性肌肉萎縮症、X染色體脆折症等2項罕病帶因者
13 之篩檢，及第一孕期子癲前症與胎兒生長遲滯預測檢查項
14 目，相關檢查結果均無發現異常，呂宜珍亦未主訴有狄蘭氏
15 症候群之家族史，故被上訴人之處置均符合產前檢查之醫療
16 常規。且上訴人之女外觀特徵與臨床症狀表現較為輕微，新
17 生兒科醫師尚需在嬰兒出生2個月始可確診，臨床上實難於
18 產前檢查發現胎兒罹有狄蘭氏症候群等語，資為抗辯。

19 三、原審為上訴人全部敗訴之判決，上訴人不服，提起上訴，上
20 訴聲明：(一)原判決關於駁回上訴人後開第二項之訴及該假執
21 行之聲請部分均廢棄。(二)被上訴人應給付呂宜珍200萬元、
22 王國駿150萬元，並均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日
23 止，按週年利率5%計算之利息。(三)願供擔保，請准宣告假
24 執行。

25 被上訴人則答辯聲明：(一)上訴駁回。(二)如受不利判決，願供
26 擔保請准免為宣告假執行。

27 (上訴人就原審判決駁回上開金額以外之請求部分，並未提
28 起上訴，業已確定，不在本院審理範圍內，不予贅述)

29 四、本件不爭執事項：

30 (一)王國駿及呂宜珍為夫妻關係，呂宜珍於107年10月22日至○
31 ○○診所門診，由被上訴人施行產前檢查。歷次產前檢查，

01 呂宜珍之胎兒生長週數均一直落後實際懷孕週數，被上訴人
02 於108年2月15日病歷記載胎兒「落後22天」，同年3月22日
03 記載「比實際週數小6週」，同年4月8日記載「一樣小6
04 週」。嗣被上訴人於108年4月16日將呂宜珍轉診至成大醫院
05 （調字卷第25至28頁）。

06 (二)呂宜珍轉診至成大醫院後，由張焯心醫師於108年4月16日、
07 4月25日、4月29日進行後續產前檢查，呂宜珍於108年5月3
08 日剖腹產下1女，於同年7月5日經成大醫院確認患有狄蘭氏
09 症候群、生長遲滯、喉頭軟化症、雙側聽力受損、疑吸入性
10 肺炎、開放性卵圓孔、雙側輕度腎盂擴大、疑新生兒癲癇發
11 作、疑平腦、右側大腦前動脈發育不全、雙側輕度腦室擴大
12 等多重障礙（調字卷第29至33頁）。

13 (三)被上訴人對於呂宜珍因其女所支出基因檢測費用2萬1,905
14 元、救護車費用9,000元，及如本院卷二第163至165頁所示
15 附表一醫療費用共5萬317元、本院卷二第165頁附表二所示
16 醫療器材租金共1萬1,500元之單據形式上真正不爭執（調字
17 卷第39至81頁）。

18 (四)王國駿前對被上訴人及張焯心提起業務過失傷害告訴，經臺
19 南地檢署以110年度醫偵字第2號（下稱系爭偵查案件）進行
20 偵查，並囑託醫審會鑑定，經醫審會於109年12月9日以衛部
21 醫字第1091668379號函檢附第1090116號鑑定書（下稱第109
22 0116號鑑定書）送交臺南地檢署，嗣臺南地檢署偵查終結，
23 對被上訴人及張焯心為不起訴處分確定（調字卷第167至173
24 頁）。

25 五、本件爭執事項：

26 (一)呂宜珍以被上訴人未依優生保健法第11條第2項規定，告知
27 胎兒生長遲滯之原因可能為染色體或基因缺損，而未建議呂
28 宜珍做相關基因檢測，致其未能及時決定終止妊娠，因而產
29 下罹患多重障礙之女，侵害其生育自主決定權（人格權）為
30 由，依民法第227條、第184條第1項前段、第2項、第195條
31 第1項前段及第3項規定，請求被上訴人負擔不完全給付之債

01 務不履行或侵權行為責任，有無理由？

02 (二)上訴人請求被上訴人給付呂宜珍共200萬元、王國駿精神慰
03 撫金150萬元，有無理由？

04 六、得心證之理由：

05 (一)按因故意或過失不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任；
06 違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任。但
07 能證明其行為無過失者，不在此限，民法第184條第1項前
08 段、第2項定有明文。次按醫療法第82條第1、2項明定，醫
09 療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫事人員因執行
10 醫療業務致生損害於病人，須以故意或違反醫療上必要之注
11 意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，始負損害賠償
12 責任。該條文第2項規定係於107年1月24日修正公布，將原
13 條項規定執行醫療業務所致侵權行為之主觀責任「以故意或
14 過失為限」再為限縮，立法理由乃考量醫療行為因具專業
15 性、錯綜性及不可預測性，且醫師依法有不得拒絕病人之救
16 治義務，為兼顧醫師專業及病人權益，修正原條項損害賠償
17 之要件，以「違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專
18 業裁量」定義原條文所稱「過失」，以使醫事人員之醫療疏
19 失責任合理化。本件上訴人固依民法第184條第1項前段、第
20 2項規定請求損害賠償，惟被上訴人既為醫師，依醫療法第1
21 0條規定係屬醫事人員，則其是否構成侵權行為，主觀要件
22 仍應以醫療法第82條第2項規定定之，以符該條立法旨意。
23 又醫療行為具有專業性、錯綜性及不可預測性，是醫事人員
24 執行醫療照護行為應盡之管理人注意義務，應就醫療個案，
25 本於診療當時之醫學知識，審酌病人之病情、就診時身體狀
26 況，病程變化，醫療行為之風險，避免損害發生之成本，及
27 醫院層級等因素，為整體專業裁量，未逾越合理臨床專業裁
28 量而為適當之醫療照護，即應認為符合醫療水準，而無故
29 意、過失可言（最高法院112年度台上字第867號、110年度
30 台上字第3292號民事判決意旨參照）。

31 (二)上訴人雖主張被上訴人未依優生保健法第11條第2項規定，

01 告知其等胎兒生長遲滯之原因可能為染色體或基因缺損，未
02 建議做相關基因檢測，致呂宜珍未能及時決定終止妊娠，因
03 而產下罹患多重障礙之女，違反善良管理人之注意義務，侵
04 害上訴人之生育自主權或生育自主決定權，應負損害賠償責
05 任等語。惟查：

- 06 1. 呂宜珍係於107年10月間起開始前往被上訴人開設之○○
07 ○診所門診，被上訴人為呂宜珍施行產前檢查之期間，前
08 述醫療法第82條第2項已修正施行，是依上法條及說明，
09 被上訴人之產前檢查處置是否構成民事損害賠償之要件，
10 應以有無「違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專
11 業裁量」作為判斷準據。
- 12 2. 上訴人提起本件民事訴訟前，已先對被上訴人及張烱心提
13 出刑事告訴，經臺南地檢署檢察官偵查，並囑託醫審會鑑
14 定後，對被上訴人及張烱心為不起訴處分確定（不爭執事
15 項(四)）。雖檢察官之不起訴處分，無拘束民事訴訟之效
16 力，惟參酌衛生福利部為辦理醫療糾紛鑑定案件，所訂定
17 之醫療糾紛鑑定作業要點第4條、第16條規定：「本部受
18 理委託鑑定機關委託鑑定案件，應提交本部醫事審議委員
19 會醫事鑑定小組（以下簡稱醫事鑑定小組）召開會議審議
20 鑑定。前項鑑定，得先行交由相關科別專長之醫師（以下
21 簡稱初審醫師）審查，研提初步鑑定意見。」、「醫事鑑
22 定小組委員會及初審醫師，對於鑑定案件，應就委託鑑定
23 機關提供之相關卷證資料，基於醫學知識與醫療常規，並
24 衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，
25 不得為虛偽之陳述或鑑定。」本件前經檢察官囑託醫審會
26 所為之鑑定報告，乃專業之醫審會醫事鑑定小組就相關病
27 歷資料，基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源
28 與醫療水準，所提供公正客觀之意見，應得採為本件民事
29 訴訟裁判之證據資料。參酌醫審會在系爭偵查案件中所出
30 具之第1090116號鑑定書（參臺南地檢署108年度醫他字第
31 32號卷第124至130頁）有下列記載：

01 (1)案情概要：

02 ①呂宜珍，女性，00年出生，無特殊病史，亦無重大手
03 術史，曾懷孕1次，於107年5月4日發生自發性流產，
04 此次為第2次懷孕（G2P0SA1）。於107年10月8日至○
05 ○○診所就診由被上訴人診視，主訴最後一次月經為
06 8月9日，當日血壓121/75mmHg，尿糖及尿蛋白檢驗結
07 果均為正常，經超音波檢查結果顯示子宮內懷孕，胎
08 兒頭臀徑為1.01公分，具有心跳，約略相當於妊娠8
09 週。

10 ②107年10月22日產婦回診（妊娠10週又4天），當時體
11 重53公斤，血壓119/71mmHg，尿蛋白及尿糖檢驗結果
12 均正常，經超音波檢查結果呈現胎兒頭臀徑為3.25公
13 分，約略相當妊娠10週左右，被上訴人安排常規第一
14 孕期產檢項目（包括ABO血型、Rh血型、全血球計
15 數、德國麻疹抗體、B型肝炎表面抗原與核心抗原、
16 梅毒與愛滋病抗體檢驗等項目，其檢驗結果，前開各
17 項報告值均在正常範圍內，未發現異常），並另安排
18 脊髓性肌肉萎縮症、X染色體脆折症等2項罕見疾病帶
19 因者之篩檢，亦進行第一孕期子癲前症及胎兒生長遲
20 滯預測檢查項目（前開2項罕見疾病帶因者之篩檢檢
21 查，結果顯示產婦無相關基因異常表現，並非此2種
22 罕見遺傳性疾病之帶因者；子癲前症風險值評估報告
23 結論，顯示其為子癲前症低風險孕婦，且為子宮內胎
24 兒生長遲滯之低風險群）。11月16日（妊娠13週又4
25 天）產婦回診，當日體重為53.5公斤，血壓114/66mm
26 Hg，尿蛋白及尿糖檢驗結果皆正常，超音波影像檢查
27 結果為胎兒頭臀徑為7.15公分，約相當於妊娠13週又
28 2天。12月14日（妊娠17週又4天）產婦回診，當日體
29 重為55公斤，血壓120/81mmHg，尿蛋白及尿糖檢驗結
30 果亦均正常，超音波檢查影像顯示胎兒估計體重為14
31 8公克，約略相當妊娠17週又4天。12月29日（妊娠19

01 週又5天) 產婦回診，因屬高齡孕婦，接受診斷性羊
02 膜穿刺術。依病歷紀錄之「羊膜腔穿刺檢查須知及同
03 意書」，記載除「只作羊水」之染色體檢查外，另有
04 記載「羊水+晶片」之檢查選項，依上開同意書，產
05 婦選擇「只做羊水」染色體檢查，並於當日簽署同
06 意。

07 ③108年1月11日繼承醫事檢驗所之報告顯示胎兒為正常
08 女性染色體核型(46, XX)。當日(妊娠21週又4天)
09 產婦回診，體重為56公斤，血壓118/70mmHg，尿蛋白
10 及尿糖檢驗結果皆正常，超音波檢查影像顯示胎兒重
11 量約為395公克，相當妊娠21週大小。1月19日(妊娠
12 22週又5天)產婦接受被上訴人進行胎兒詳細超音波
13 檢查，其結果並無發現重大先天畸形，且羊水量及胎
14 盤位置均正常。2月15日(妊娠26週又4天)產婦回
15 診，被上訴人安排妊娠糖尿病篩檢及第二次梅毒血清
16 檢驗，當時產婦體重57公斤，血壓117/69mmHg，尿蛋
17 白及尿糖檢驗結果皆正常，超音波檢查影像顯示胎兒
18 估計重量為593公克，約略相當妊娠23週又2天，依病
19 歷紀錄，被上訴人記載：「落後22天，再追蹤」。2
20 月23日(妊娠27週又5天)產婦接受妊娠糖尿病第一
21 階段篩檢，經口服50公克葡萄糖1小時檢驗值為144m
22 g/dL(參考值70~140mg/dL)，結果屬陽性反應，故
23 被上訴人安排第二階段檢查，產婦追蹤之檢驗數值結
24 果如下：飯前血糖(Glucose AC)為73mg/dL(參考
25 值70~100mg/dL)、口服葡萄糖1小時(OGTT 1hr) 9
26 9mg/dL(參考值110~190mg/dL)、口服葡萄糖2小時
27 (OGTT 2hrs) 91mg/dL(參考值70~165mg/dL)、口
28 服葡萄糖3小時(OGTT 3hrs) 44mg/dL(參考值70~1
29 40mg/dL)，並無罹患妊娠糖尿病之情形。3月9日
30 (妊娠29週又5天)產婦回診，體重59.5公斤，血壓1
31 26/72mmHg，尿蛋白及尿糖檢驗結果皆為正常，主訴

01 有恥骨痛情形；被上訴人安排胎心音及子宮收縮檢
02 查，結果未發現明顯子宮收縮現象，胎心音監測為13
03 5~140次/分，並無發現有心跳減速的情形，超音波
04 檢查影像顯示估計胎兒重為812公克。3月10日（妊娠
05 29週又6天）產婦因腹痛就診，當日子宮收縮及胎心
06 音監測檢查，結果顯示胎心音監測為140次/分，變異
07 性可，並無發現明顯子宮收縮情形，另尿液檢驗結果
08 正常。3月22日（妊娠31週又4天）產婦回診，體重為
09 59.5公斤，血壓112/74mmHg，尿蛋白及尿糖檢驗結果
10 正常，超音波檢查影像顯示估計胎兒體重為842公
11 克，約略相當妊娠25週又3天大小，並合併有胎位不
12 正現象。被上訴人安排非加壓檢查，結果顯示胎心音
13 為135~140次/分，變異性可，無出現胎兒心跳減速
14 情形，無明顯子宮收縮。依病歷紀錄記載：「超音波
15 估計起來比實際週數小6週，羊水報告正常，L2有做
16 （推測「L2」可能是高層次超音波檢查），OK」。4
17 月8日（妊娠34週）產婦回診，體重為61公斤，血壓1
18 23/73mmHg，尿蛋白及尿糖檢驗正常，超音波檢查影
19 像顯示估計胎兒體重為1103公克，約略相當妊娠27週
20 又2天，胎兒臍動脈血流阻力檢測結果顯示收縮壓血
21 流除以舒張壓血流比值（S/D ratio）為3.18（參考
22 值1.0至3.0）。依病歷紀錄當日記載：「一樣小6
23 週，下次轉成大」。4月15日（妊娠35週）產婦因胎
24 兒太小再次回診，經超音波檢查影像顯示估計胎兒體
25 重為1148公克，約相當於妊娠27週又4天，臍動脈血
26 流阻力檢測結果顯示S/D ratio比值為2.7（參考值1.
27 0至3.0），被上訴人給予注射皮質類固醇後，將產婦
28 轉診至成大醫院婦產科張焜心醫師門診進行後續照
29 護。

30 ④108年4月16日（妊娠35週又1天）產婦至成大醫院婦
31 產科張焜心醫師門診就診，張醫師安排婦產科超音波

01 檢查及非加壓試驗；其超音波檢查顯示胎兒估計體重
02 為1320公克，比相對應妊娠週數小5.8週、羊水量正
03 常，臍動脈血流阻力S/D ratio比值為2.08，同時懷
04 疑合併有胎兒右側前腦動脈分枝發育不全現象，非加
05 壓試驗結果則無異常現象。當日張醫師再安排胎兒腦
06 部核磁造影檢查及母體弓漿蟲抗體、德國麻疹抗體、
07 巨細胞病毒抗體、單純性皰疹病毒抗體、細小病毒核
08 酸、全套血液檢查、白血球分類、C反應蛋白、凝血
09 功能檢測等檢查，並給予產婦皮質類固醇注射及安排
10 1週後回診。

11 ⑤108年4月25日（妊娠36週又3天）產婦至成大醫院回
12 診，超音波檢查影像顯示胎兒估計體重為1630公克，
13 比相對應妊娠週數小5.3週，羊水量正常，臍動脈血
14 流阻力S/D ratio為2.20，非加壓試驗結果則無異常
15 現象。母體弓漿蟲抗體IgG呈現陰性反應，德國麻疹
16 抗體IgM呈現陰性反應、抗體IgG呈現陽性反應，巨細
17 胞病毒抗體IgM呈現陰性反應、抗體IgG呈現陽性反
18 應，單純性皰疹病毒抗體IgM呈現陰性反應，細小病
19 毒核酸檢驗呈陰性反應，C反應蛋白3.4 mg/L（參考
20 值小於8.0mg/L）及凝血功能相關檢測值均在正常範
21 圍內；全套血液檢查結果為白血球14,800/ μ L（參考
22 值3200~9200/ μ L）、葉狀嗜中性球比例為85.1%
23 （參考值43~64%）、血紅素12.4g/dL（參考值11.
24 6~14.8g/dL）、血小板226,000/ μ L（參考值151,00
25 0~366,000/ μ L）；胎兒腦部磁振造影檢查結果懷疑
26 胎兒右側前腦動脈分枝發育不全，當日張醫師醫囑同
27 時建議產婦盡早分娩，並轉介至小兒神經內科進一步
28 評估。4月29日（妊娠37週）產婦至成大醫院回診，
29 依病歷紀錄，醫囑有記載執行超音波檢查（惟檢附資
30 料中未見相關檢查結果）、非加壓試驗及外陰部乙型
31 鏈球菌篩檢非加壓試驗結果無發現異常現象，乙型鏈

01 球菌篩檢結果則呈陰性反應，張醫師醫囑建議產婦盡
02 早分娩，並安排全套血液檢查及凝血功能檢測，相關
03 數值未見異常。

04 ⑥108年5月3日（妊娠37週又4天）產婦入住成大醫院婦
05 產科病房，新生兒科醫師同時在手術室待命下，於0
06 8:54接受剖腹產，09:00娩出一名女嬰，出生體重為1
07 445公克，新生兒評估（ApgarScore）第1分鐘為9
08 分、第5分鐘為9分（滿分皆為10分）。新生兒隨即交
09 由新生兒科醫師進一步照護，產婦手術後恢復良好，
10 於5月7日出院；而嬰兒出生後即在成大醫院新生兒科
11 接受照護，後因狀況穩定，於6月2日出院。7月5日嬰
12 兒出生後2個月左右，因餵食困難、吸入性肺炎、體
13 重增加不足等生長遲緩問題，再次入住成大醫院小兒
14 心臟科及新生兒科病房接受更詳細檢查評估。住院期
15 間，接受基因檢測結果確診其為狄蘭氏症候群，於8
16 月28日出院。

17 (2)鑑定意見：

18 ①狄蘭氏症候群是一種罕見的多重先天異常症候群，依
19 文獻報告，發生率約在1萬分之1至8萬分之1之間，與
20 發生狄蘭氏症候群有關之基因，包括NIPBL、SMC1A、
21 HDAC8、RAD21及SMC3等，但臨床上仍有將近30%病
22 嬰，現今仍無法找出明確的致病突變基因。依突變基
23 因之不同，狄蘭氏症候群可以經由顯性遺傳或性聯遺
24 傳模式，自父母端遺傳胎兒，惟臨床上99%以上個案
25 都是新發生的突變，即代表個案父母無相關基因突變
26 現象，且家族成員亦從未罹患過此罕見疾病。故依相
27 關臨床研究，狄蘭氏症候群之發生屬個體基因突變結
28 果，與醫師之診療行為無關。

29 ②狄蘭氏症候群之臨床特徵如下：子宮內與出生後生長
30 遲滯、獨特臉部特徵（包括拱型眉、併眉、睫毛長
31 捲、低位耳、鼻樑扁合併鼻孔朝上及牙齒較小與齒間

01 空隙較寬、顎裂等)、小頭、多毛症、上肢肢端畸
02 形、先天性心臟缺陷、橫膈膜疝氣、近視、隱瞞、抽
03 搐、新生兒與嬰兒期餵食困難、聽力障礙、心智動作
04 發展遲緩、輕度至中度智能障礙、自閉傾向等。因臨
05 床表徵涵蓋廣泛，病嬰之表現可能從輕微至嚴重者皆
06 有，故臨床絕大多數個案都是出生後，始由新生兒科
07 或小兒科醫師因個案外觀或出現發育遲緩現象而懷
08 疑，進一步進行基因檢測始得以確診。典型病嬰在出
09 生不久後可診斷之機率較高，但如屬輕型者，臨床仍
10 存有不易發現及診斷之困難。故在產前檢查過程中，
11 可診斷出胎兒罹有狄蘭氏症候群非常困難，依文獻報
12 告，僅有少數在產前診斷出狄蘭氏症候群之個案報
13 告。雖曾有專家建議當產前超音波檢查結果發現胎兒
14 出現嚴重生長遲滯，同時合併有重大構造畸形，例如
15 肢體缺損、橫膈膜疝氣、先天性心臟病或顏面異常現
16 象時，可以考慮進一步安排基因檢測，以確診是否有
17 狄蘭氏症候群，惟依2008年歐洲研究報告，有高達3
18 分之2以上合併有構造畸形的狄蘭氏症候群，個案無
19 法在產前經檢查發現。此顯示在產前利用超音波檢查
20 診斷發現狄蘭氏症候群之高困難度。依2012年美國研
21 究報告進一步指出，僅於具有狄蘭氏症候群家族史，
22 而且明確知道突變基因之孕婦，始有可能在產前正確
23 診斷或排除胎兒是否罹有狄蘭氏症候群之可能。檢視
24 本案產檢過程，產婦產前曾於○○○診所及成大醫院
25 婦產科接受多次超音波檢查，其結果除發現胎兒生長
26 遲滯及於妊娠約37週時懷疑有胎兒右側前腦動脈分枝
27 發育不全外，其餘並無發現其他構造異常之處，例如
28 肢體缺損、橫膈膜疝氣、嚴重先天性心臟病或顏面異
29 常現象，進一步胎兒腦部磁振造影檢查結果，亦僅是
30 懷疑胎兒右側前腦動脈分枝發育不全而已。再者，依
31 病歷紀錄，未曾見產婦主訴狄蘭氏症候群之家族史，

01 故依前述整理有關狄蘭氏症候群診斷之研究資料，被
02 上訴人及張焯心醫師並無安排進一步基因檢測，以確
03 診嬰兒是否罹有狄蘭氏症候群之必要。且嬰兒出生後
04 在成大醫院新生兒科接受照顧時，並無出現明顯症狀
05 或特徵顯示是狄蘭氏症候群，僅有於出生後2個月左
06 右即108年7月5日，因餵食困難、吸入性肺炎、體重
07 增加不足等問題，再次入院始接受更詳細檢查評估，
08 包括基因檢測，而確診為狄蘭氏症候群。意即本案嬰
09 兒外觀特徵與臨床表現是屬於較為輕微的，新生兒科
10 醫師尚需在嬰兒出生2個月始可確診，臨床上實難於
11 產前檢查即發現胎兒罹有狄蘭氏症候群。

12 ③依病歷紀錄，108年1月19日（產婦妊娠22週又5天）
13 尚未出現胎兒生長遲滯現象，於此之前，被上訴人對
14 產婦所進行之產檢項目，包括例行如ABO血型、Rh血
15 型、全血球計數、德國麻疹抗體、B型肝炎表面抗原
16 與核心抗原、梅毒與愛滋病抗體檢驗等常規抽血檢驗
17 項目，並施行羊膜穿刺術檢查胎兒染色體及進行胎兒
18 詳細構造超音波檢查等，均符合現行產檢常規；且考
19 慮產婦已是41歲的高齡孕婦，被上訴人另安排脊髓性
20 肌肉萎縮症、X染色體脆折症等2項罕病帶因者之篩檢
21 及第一孕期子癲前症與胎兒生長遲滯預測檢查項目，
22 相關檢查結果均無發現異常，故被上訴人之處置符合
23 產前檢查之常規。另臨床上，當發現胎兒估計體重比
24 相對應週數小時，應考慮常見之可能原因，包括超音
25 波檢查體重估算誤差、妊娠週數估算錯誤、胎盤功能
26 不良、胎兒構造或染色體異常、母體有高血壓、腎臟
27 病、糖尿病等內科疾患及先天感染等，視胎兒生長遲
28 滯發現之週數、孕婦相關病史及胎兒狀況而定，常施
29 行的處置如下：確認孕婦最後一次月經日期、檢視懷
30 孕初期超音波檢查胎兒頭臀徑以校正妊娠週數、系列
31 超音波檢查評估胎兒生長情況、有無構造異常及胎兒

01 活動情況、測量羊水量多寡、臍動脈血流阻力及施行
02 非加壓試驗以評估胎盤功能；對母體進行與感染有關
03 多項致病原檢驗；施行羊膜穿刺術檢查胎兒染色體。
04 本案108年2月15日（產婦妊娠26週又4天）被上訴人
05 初次發現胎兒估計重量為593公克，比相對應週數小
06 約3週時，隨即縮短產檢時程，並於後續產檢過程進
07 行多次超音波檢查，確認胎兒之生長狀況，檢查臍動
08 脈血流阻力以判斷胎盤功能，進行非加壓試驗，以評
09 估胎動與胎心音變化之相關性及子宮收縮現象等一系
10 列處置措施，亦均符合現行針對胎兒生長遲滯之處理
11 原則。且依病歷紀錄，當日（2月15日）被上訴人記
12 載：「落後22天，再追蹤」。3月22日（產婦妊娠31
13 週又4天），依病歷紀錄記載：「超音波估計起來比
14 實際週數小6週，羊水報告正常，L2（推測係高層次
15 超音波檢查）有做，OK」。4月8日（產婦妊娠34
16 週），被上訴人亦記載：「一樣小6週，下次轉成
17 大」。被上訴人已注意胎兒生長遲滯現象，亦已安排
18 上述後續常規之追蹤及檢查，並安排轉診成大醫院計
19 畫，可見在出現胎兒生長遲滯前後，被上訴人對產婦
20 實施之產檢，均未發現違反醫療常規之處。

21 ④針對胎兒生長遲滯，108年4月16日、4月25日及4月29
22 日張醫師對產婦之門診醫療處置，包括多次詳細超音
23 波檢查胎兒解剖構造，測量臍動脈血流阻力與羊水量
24 以評估胎盤功能，進行非加壓試驗以評估胎動與胎心
25 音變化之相關性及子宮收縮現象，安排胎兒磁振造影
26 檢查，進一步檢查胎兒有無先天構造畸型，並針對母
27 體進行與感染有關多項致病原因之檢查等，此一系列
28 措施均符合現行醫療常規針對胎兒生長遲滯之處理原
29 則。又因嚴重子宮內生長遲滯，臨床上有較高風險會
30 胎死腹中，或是在待產的時候出現急性胎兒窘迫，再
31 加上因胎兒體重過輕生產過程中需要新生兒科醫師在

01 旁待命協助，因此張醫師建議產婦儘早分娩，並安排
02 於5月3日施行計劃性剖腹生產，由新生兒科醫師在旁
03 待命，屬合理且符合現行醫療常規之處置。

04 (3)依上開鑑定意見可知，狄蘭氏症候群是一種罕見的多重
05 先天異常症候群，臨床表徵涵蓋廣泛，病嬰之表現可能
06 從輕微至嚴重者皆有，臨床絕大多數個案都是出生後，
07 始由新生兒科或小兒科醫師因個案外觀或出現發育遲緩
08 現象而懷疑，進一步進行基因檢測始得以確診，在產前
09 檢查過程中可診斷出胎兒罹有狄蘭氏症候群非常困難。
10 而呂宜珍所生女嬰外觀特徵與臨床表現是屬於較為輕微
11 的，臨床上實難於產前檢查即發現胎兒罹有狄蘭氏症候
12 群。又臨床上當發現胎兒估計體重比相對應週數小時，
13 常見之可能原因包括超音波檢查體重估算誤差、妊娠週
14 數估算錯誤、胎盤功能不良、胎兒構造或染色體異常、
15 母體有高血壓、腎臟病、糖尿病等內科疾患及先天感染
16 等，本案被上訴人係於108年2月15日（產婦妊娠26週又
17 4天）初次發現胎兒估計重量為593公克，比相對應週數
18 小約3週，其於後續產檢過程進行多次超音波檢查，確
19 認胎兒之生長狀況，檢查臍動脈血流阻力以判斷胎盤功
20 能，進行非加壓試驗，以評估胎動與胎心音變化之相關
21 性及子宮收縮現象等一系列處置措施，並安排轉診成大
22 醫院計畫，均符合現行針對胎兒生長遲滯之處理原則，
23 未有違反醫療常規之處。且依呂宜珍於○○○診所及成
24 大醫院多次超音波檢查，其結果除發現胎兒生長遲滯及
25 於妊娠約37週時懷疑有胎兒右側前腦動脈分枝發育不全
26 外，其餘並無發現其他構造異常之處，於病歷中亦未曾
27 見呂宜珍主訴有狄蘭氏症候群之家族史，故被上訴人尚
28 無安排進一步基因檢測，以確診胎兒是否罹有狄蘭氏症
29 候群之必要。被上訴人為呂宜珍所為之產前檢查處置，
30 既未違反醫療上必要之注意義務及現行醫療常規，即應
31 認為符合醫療水準，尚難認與醫療法第82條第2項規定

01 「以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床
02 專業裁量所致者」之損害賠償責任要件相符，自無故
03 意、過失可言。

- 04 3. 上訴人雖主張：本件胎兒屬「早發性生長遲滯」及「對稱
05 型生長遲滯（又稱內因性生長遲滯）」，常見發生原因主
06 要為胎兒因素，即胎兒本身染色體或基因異常，且依我國
07 醫療水準，產前檢查胎兒基因有無異常之技術，不只有
08 「絨毛膜取樣」及「羊膜穿刺術」兩種，「非侵入性的血
09 液篩檢」（NIPT）、使用「基因晶片」檢查、搭配「次世
10 代定序基因分析」等技術均早已被廣泛使用，呂宜珍均無
11 不能或不宜實施情形；呂宜珍於107年12月29日進行羊膜
12 穿刺檢查，當時未執行羊水晶片檢查之原因，係因尚未發
13 現胎兒生長遲滯或產檢異樣，雖羊膜穿刺報告記載染色體
14 無異常，然因該檢查無法檢測出染色體或基因微小片段擴
15 增、缺失或突變，被上訴人為婦產專科醫師理應知悉，惟
16 依病歷記載，被上訴人於發現胎兒生長遲滯後，於108年3
17 月22日、4月8日，仍僅進行「週例行性產檢」即超音波檢
18 查及非加壓試驗，未主動安排縮短產檢時程（108年3月9
19 日、10日係因呂宜珍恥骨痛、腹痛求診，非被上訴人安
20 排），未曾針對胎兒生長遲滯可能原因或異常風險進行任
21 何告知說明，也未再安排詳細超音波檢查（其所為詳細超
22 音波是在108年1月19日即發現胎兒生長遲滯前），或詢問
23 有無相關家族遺傳疾病病史、告知可考慮再次執行羊膜穿
24 刺進行羊水晶片或各種遺傳疾病基因檢查方法，其未針對
25 胎兒生長遲滯為應有之處置，未符醫療常規，使上訴人無
26 法為優生保健目的，依優生保健法第9條第1項第4款、第1
27 1條第2項規定，於獲得充分說明後評估決定並實施人工流
28 產，終致呂宜珍產下基因異常之嬰兒，被上訴人係違反善
29 良管理人之注意義務，致上訴人受有損害等語，並提出網
30 路列印資料為證（本院卷一第161至179頁）。惟查：
31 (1) 經本院依上訴人之聲請，將本件再次送請醫審會鑑定關

01 於①本件胎兒是否屬「早發性生長遲滯」、「對稱型生
02 長遲（或稱內因性生長遲滯）」？本件胎兒生長遲滯
03 類型之常見可能原因有哪些？依我國之醫療水準及醫療
04 常規，於發現胎兒有上開生長遲滯情況時，得為哪些產
05 前檢查或處置？如是於孕婦已進行羊膜穿刺檢查之後始
06 發現胎兒生長遲滯，得為哪些產前檢查或處置？②被上
07 訴人於108年2月15日之後所進行之檢查項目，有無針對
08 上開胎兒生長遲滯類型之常見發生原因為相對應的產前
09 檢查？③依我國之醫療水準，產前檢查胎兒基因有無異
10 常之技術有哪些？差異為何？呂宜珍有無不能或不宜實
11 施檢查之禁忌情事？等節，經衛生福利部於113年6月20
12 日衛部醫字第1131665529號書函檢送第1120199號鑑定
13 書（下稱第1120199號鑑定書）所載鑑定意見如下（本
14 院卷二第61至64頁）：

15 ①關於上開①部分之鑑定項目：

16 A. 醫學上，判斷胎兒生長遲滯常用標準，係以胎兒超
17 音波檢查所估算體重小於相對應週數平均體重第10
18 個百分位或胎兒腹圍測量值小於第10個百分位即屬
19 生長遲滯。

20 a. 臨床上偶而會有以胎兒生長遲滯診斷時的週數，
21 將胎兒生長遲滯區分為「早發型生長遲滯」或
22 「晚發型生長遲滯」，多數以32至34週為區分基
23 準。相對於晚發型胎兒生長遲滯，早發型胎兒生
24 長遲滯多合併較嚴重胎盤功能不良、母體高血
25 壓、胎兒先天性異常或先天性感染。因此有較高
26 風險發生胎死腹中或不良周產期預後。依病歷紀
27 錄，本案產婦於108年2月15日（妊娠26週又4
28 天）經超音波檢查結果顯示胎兒估計重量為593
29 公克，約略相當妊娠23週又2天，開始表現有生
30 長遲滯症狀。

31 b. 另有依超音波檢查影像之胎兒的兩頂骨間距、頭

01 圍、腹圍和大腿骨長度測量值，區分為「不對稱
02 性胎兒生長遲滯」與「對稱性胎兒生長遲滯」。

03 「不對稱性胎兒生長遲滯」係指胎兒的兩頂骨間
04 距、頭圍及大腿骨長度測量值符合週數，惟合併
05 有比較小的腹圍測量值，多半發生在第三孕期
06 （即懷孕28週後），常見原因可能係胎盤功能不
07 佳所導致；至於「對稱性胎兒生長遲滯」係指胎
08 兒的兩頂骨間距、頭圍、腹圍和大腿骨長度的測
09 量之比例均較相對應週數小，發生時間多係於較
10 早週數，其可能與胎兒本身染色體（或基因）異
11 常、感染或胎盤功能異常有關。依病歷紀錄，本
12 案胎兒生長各項測量值（含兩頂骨間距、頭圍、
13 腹圍和大腿骨長度）自妊娠26週起即均較相對應
14 週數小，呈現「對稱性胎兒生長遲滯」。

15 c. 綜上，依病歷紀錄，本案胎兒應係狄蘭氏症候群
16 所導致之「早發型胎兒生長遲滯」及「對稱性胎
17 兒生長遲滯」。絕大多數狄蘭氏症候群個案都是
18 出生後，由新生兒科或小兒科醫師因個案外觀或
19 出現發育遲緩現象而懷疑，進一步基因檢測始得
20 以確診；典型病嬰在出生不久後可診斷之機率較
21 高，但如屬輕型者，臨床仍存有不見發現及診斷
22 之困難。故在產前檢查過程中，可診斷出胎兒罹
23 有狄蘭氏症候群非常困難。

24 B. 與胎兒生長遲滯發生相關之危險因子包括(1)母體方
25 面：如孕前體重偏輕、身材嬌小、孕期營養不良、
26 合併有內科疾病（如慢性高血壓、腎臟病、心臟
27 病、自體免疫疾病等）、感染、抽煙或服用致畸胎
28 藥物等；(2)胎兒方面：如胎兒有構造異常、基因異
29 常、或多胞胎；以及胎盤方面，如前置胎盤、臍帶
30 纏繞或扭轉等現象。依我國之醫療水準及醫療常
31 規，於發現胎兒有上開生長遲滯情況時，產前檢查

01 可利用超音波或磁振造影檢查胎兒器官結構和羊水量
02 是否異常，杜卜勒超音波檢查臍動脈血流阻力，
03 使用羊膜穿刺和羊水晶片或以分子生物技術檢查染色
04 體和基因是否異常，檢查孕婦血液是否可能感
05 染。但這些僅能檢查出部分胎兒異常或胎兒生長遲
06 滯原因，有很大比率胎兒異常或胎兒生長遲滯是無
07 法在產前診斷出異常原因。當發現有胎兒生長遲滯
08 時，除找出可能原因或危險因子外，其處置原則主
09 要係依診斷時的週數、後續胎兒生長趨勢及健康狀
10 況而定。

11 C. 臨床上，孕婦於接受完羊膜穿刺術且確定胎兒染色
12 體核型正常後，始出現胎兒生長遲滯現象時，此時
13 之醫療處置，原則上會先安排詳細超音波或其他影
14 像檢查，以判斷胎兒是否有結構上異常、評估胎兒
15 生長趨勢與健康狀況及胎盤功能，並詢問有無母體
16 感染或相關家族遺傳疾病病史。如發現胎兒有結構
17 上異常或有相關遺傳病史時，可考慮再次執行羊膜
18 穿刺術進行羊水晶片或特定遺傳疾病基因檢查，以
19 判斷胎兒是否有微小基因片段缺損、增加或相關特
20 定基因的變異；若病史詢問顯示可能有感染之可能
21 性，則會安排抽血檢驗，評估是否有弓漿蟲、德國
22 麻疹、皰疹病毒或巨細胞病毒等感染可能性。

23 D. 基層醫療診所如有上開檢查或檢驗之必要性而無相
24 關設備時，可採集檢體送至其他醫療院所進行檢驗
25 或將孕婦轉至醫學中心，上開處理原則並不因基層
26 醫療診所及醫學中心有所不同。

27 ②關於上開②部分之鑑定項目：

28 本案依病歷紀錄，108年2月15日（產婦妊娠26週又4
29 天，曾於107年12月29日接受羊水穿刺術）被上訴人
30 初次發現胎兒估計重量為593公克，比相對應妊娠週
31 數小約3週時，隨即縮短產檢時程，並於後續產檢過

01 程進行多次超音波檢查，確認胎兒之生長狀況，檢查
02 臍動脈血流阻力，以判斷胎盤功能，進行非加壓試
03 驗，以評估胎動與胎心音變化之相關性及子宮收縮現
04 象等，上述檢查均屬符合現行醫療常規針對胎兒生長
05 遲滯之處置。

06 ③關於上開③部分之鑑定項目：

- 07 A. 現行產前檢查胎兒基因是否有異常的技術，包括
08 「絨毛膜取樣」及「羊膜穿刺術」。經「絨毛膜取
09 樣」採集之絨毛膜組織或經「羊膜穿刺術」取得之
10 胎兒細胞，可以分析染色體數目是否異常、是否有
11 微小基因片段缺損或增加或特定基因變異等檢查。
- 12 B. 「絨毛膜取樣」與「羊膜穿刺術」差異，主要係執
13 行檢查時懷孕週數與相關併發症之發生率。一般而
14 言，絨毛膜取樣多係於妊娠10至13週間執行，約有
15 1%的風險會發生出血或流產；而羊膜穿刺術則在
16 妊娠16至20週間執行，約有千分之一的風險會發生
17 流產、早產、早發破水或感染。
- 18 C. 臨床上，不宜執行絨毛膜取樣或羊膜穿刺術的狀況
19 ，包括母體有凝血功能異常現象、母體腹部皮膚有
20 活動性感染（如活動性皰疹）或母體罹患血行性感
21 染疾病（如HIV或B型肝炎感染者）等。本案依所附
22 病歷紀錄，並未記載產婦有不能或不宜實施檢查之
23 禁忌症之狀況，而當時產婦已逾35歲，於107年12
24 月29日（即妊娠19週又5天）接受常規應實行之羊
25 膜穿刺術（至此時其孕期產檢均正常），被上訴人
26 亦有提供羊膜穿刺術進行染色體檢查及羊水晶片檢
27 查選項，依病歷紀錄（羊膜穿刺術檢查須知及同意
28 書），產婦僅同意進行染色體檢查（同意書上僅簽
29 署同意並勾選染色體檢查），故被上訴人依產婦意
30 願為其安排檢查。另縱使產婦接受羊水晶片檢查，
31 亦難以診斷出狄蘭氏症候群。

01 (2)依上開第1120199號鑑定書可知，本件胎兒固屬於「早
02 發型生長遲滯」、「對稱性胎兒生長遲滯」，然並非如
03 上訴人所主張，「早發型生長遲滯」、「對稱性胎兒生
04 長遲滯」常見發生原因主要為胎兒本身染色體或基因異
05 常等情，而應是相對於「晚發型胎兒生長遲滯」，「早
06 發型胎兒生長遲滯」多合併較嚴重胎盤功能不良、母體
07 高血壓、胎兒先天性異常或先天性感染，而「對稱性胎
08 兒生長遲滯」則可能與胎兒本身染色體（或基因）異
09 常、感染或胎盤功能異常有關。且與胎兒生長遲滯發生
10 相關之可能原因或危險因子多端，包含母體方面（如孕
11 前體重偏輕、身材嬌小、孕期營養不良、合併有內科疾
12 病如慢性高血壓、腎臟病、心臟病、自體免疫疾病等、
13 感染、抽煙或服用致畸胎藥物等）、胎兒方面（如胎兒
14 有構造異常、基因異常、或多胞胎）、以及胎盤方面
15 （如前置胎盤、臍帶纏繞或扭轉等現象），並非僅有胎
16 兒本身染色體或基因異常一項。且絕大多數狄蘭氏症候
17 群個案，都是出生後由新生兒科或小兒科醫師因個案外
18 觀或出現發育遲緩現象而懷疑，進一步基因檢測始得以
19 確診，如屬輕型者，臨床仍存有不見發現及診斷之困
20 難，故在產前檢查過程中，可診斷出胎兒罹有狄蘭氏症
21 候群確實非常困難。

22 (3)又觀上開鑑定意見可知，依我國醫療水準及醫療常規，
23 臨床上孕婦於接受完羊膜穿刺術且確定胎兒染色體核型
24 正常後，始出現胎兒生長遲滯現象時，此時之醫療處
25 置，原則上會先安排詳細超音波或其他影像檢查，以判
26 斷胎兒是否有結構上異常、評估胎兒生長趨勢與健康狀
27 況及胎盤功能，並詢問有無母體感染或相關家族遺傳疾
28 病病史。如發現胎兒有結構上異常或有相關遺傳病史
29 時，可考慮再次執行羊膜穿刺術進行羊水晶片或特定遺
30 傳疾病基因檢查，以判斷胎兒是否有微小基因片段缺
31 損、增加或相關特定基因的變異；若病史詢問顯示可能

01 有感染之可能性，則會安排抽血檢驗，評估是否有弓漿
02 蟲、德國麻疹、皰疹病毒或巨細胞病毒等感染可能性。
03 但這些僅能檢查出部分胎兒異常或胎兒生長遲滯原因，
04 有很大比率胎兒異常或胎兒生長遲滯仍無法在產前診斷
05 出異常原因。而依前所述，呂宜珍曾於107年12月29日
06 接受羊水穿刺術，當時檢查結果並無異常，被上訴人係
07 於108年2月15日始初次發現胎兒比相對應妊娠週數小約
08 3週，其於後續產檢過程中有進行多次超音波檢查，確
09 認胎兒之生長狀況，檢查臍動脈血流阻力，以判斷胎盤
10 功能，進行非加壓試驗，以評估胎動與胎心音變化之相
11 關性及子宮收縮現象等，均屬符合前述現行醫療常規針
12 對胎兒生長遲滯之處置。

13 (4)上訴人雖主張，依我國之醫療水準，產前檢查胎兒基因
14 有無異常之技術，除「絨毛膜取樣」、「羊膜穿刺術」
15 外，尚有「非侵入性的血液篩檢」(NIPT)、使用「基
16 因晶片」檢查、搭配「次世代定序基因分析」等技術，
17 呂宜珍均無不能或不宜實施情形，惟依病歷記載，被上
18 訴人於發現胎兒生產遲滯後，於108年3月22日、4月8
19 日，仍僅進行「週例行性產檢」即超音波檢查及非加壓
20 試驗，未主動安排縮短產檢時程，未曾針對胎兒生長遲
21 滯可能原因或異常風險進行任何告知說明，也未再安排
22 詳細超音波檢查，或詢問有無相關家族遺傳疾病病史、
23 告知可考慮再次執行羊膜穿刺進行羊水晶片或各種遺傳
24 疾病基因檢查方法，未有針對胎兒生長遲滯為應有之處
25 置，且未依優生保健法第11條第2項規定，告知胎兒生
26 長遲滯之原因可能為染色體或基因缺損，建議呂宜珍做
27 相關基因檢測，致其未能及時決定終止妊娠，因而產下
28 罹患多重障礙之女，侵害其生育自主決定權等語。然
29 查，依第1090116號鑑定書所載可知，呂宜珍於○○○
30 診所、成大醫院接受多次超音波檢查，其結果除發現胎
31 兒生長遲滯及約37週時懷疑有胎兒右側前腦動脈分枝發

01 育不全外，並無發現其他先天構造畸形、異常之處，例
02 如肢體缺損、橫膈膜疝氣、嚴重先天性心臟病或顏面異
03 常現象，於成大醫院接受進一步胎兒腦部磁振造影檢
04 查，結果亦僅是「懷疑」胎兒右側前腦動脈分枝發育不
05 全。且依前所述，呂宜珍於108年1月19日於○○○診所
06 接受胎兒詳細超音波檢查時，其結果並無發現重大先天
07 畸形，則在108年2月15日呂宜珍回診後至108年4月16日
08 轉診於成大之期間內，縱然再次進行詳細超音波，是否
09 即可發現上開「懷疑有胎兒右側前腦動脈分枝發育不
10 全」之情形，尚屬有疑，況「懷疑有胎兒右側前腦動脈
11 分枝發育不全」，亦與前述「肢體缺損、橫膈膜疝氣、
12 嚴重先天性心臟病或顏面異常現象」等先天構造畸形、
13 異常顯然有別；參以本件胎兒出生後，新生兒科醫師尚
14 需在出生2個月始可確診，可知本件嬰兒外觀特徵與臨
15 床表現較為輕微，尚難認於產檢過程即可發現其有基因
16 異常之情形存在。本件胎兒於產檢接受超音波檢查之過
17 程中，既未經發現有前述先天構造畸形、異常之處，依
18 病歷所載，上訴人亦未於產檢過程中主訴有狄蘭氏症候
19 群之家族史，上訴人於本件訴訟也未主張其有何狄蘭氏
20 症候群或其他先天性遺傳病之家族史，則依上開說明，
21 被上訴人尚無建議或安排呂宜珍進一步接受基因檢測，
22 以判斷胎兒是否有微小基因片段缺損、增加或相關特定
23 基因的變異，進而確診嬰兒是否罹有狄蘭氏症候群之必
24 要。況依第1120199號鑑定書所載，縱使被上訴人安排
25 呂宜珍接受羊水晶片檢查，亦難以診斷出狄蘭氏症候
26 群。另本件亦無證據可證如被上訴人於108年2月15日發
27 現胎兒生長遲滯後，安排縮短產檢時程、或再次安排詳
28 細超音波檢查，即可發現本件胎兒生長遲滯，係因患有
29 狄蘭氏症候群或有基因異常狀況。是被上訴人於發現本
30 件胎兒生長遲滯後，縱未安排縮短產檢時程、再次安排
31 詳細超音波檢查、或對呂宜珍告知可考慮再次執行羊膜

01 穿刺進行羊水晶片或各種遺傳疾病基因檢查方法，然其
02 對胎兒生長遲滯所為醫療處置，仍難認有何不符現行醫
03 療常規，或違反優生保健法第11條第2項規定之情形。

04 是上訴人上開主張，尚難採認。

05 (三)依上所述，與胎兒生長遲滯發生相關之危險因子，包含母體
06 方面、胎兒方面以及胎盤方面等多項，胎兒生長遲滯未必即
07 有基因突變或罹患狄蘭氏症候群之風險，在產前檢查過程
08 中，要診斷出胎兒罹有狄蘭氏症候群非常困難；被上訴人於
09 呂宜珍107年12月29日接受羊水穿刺術後，係於108年2月15
10 日始初次發現胎兒比相對應妊娠週數小約3週，其於後續產
11 檢過程進行多次超音波檢查，確認胎兒之生長狀況，檢查臍
12 動脈血流阻力，以判斷胎盤功能，進行非加壓試驗，以評估
13 胎動與胎心音變化之相關性及子宮收縮現象等，均符合現行
14 醫療常規針對胎兒生長遲滯之處置；又呂宜珍接受產檢之過
15 程中，其胎兒除生長遲滯及於妊娠約37週時「懷疑」有胎兒
16 右側前腦動脈分枝發育不全外，並未發現其他先天構造畸
17 形、異常之處，上訴人亦未於產檢過程中主訴其等有狄蘭氏
18 症候群之家族史，是被上訴人並無未安排或建議呂宜珍接受
19 基因檢測之必要。被上訴人對於胎兒生長遲滯所為之醫療處
20 置，既符合目前醫療水準及常規，即無違反醫療上必要之注
21 意義務或逾越合理臨床專業裁量之情事，並不構成侵權行為
22 責任。上訴人主張被上訴人於發現胎兒生產遲滯後，並未有
23 針對胎兒生長遲滯為應有之處置，未符醫療常規，使上訴人
24 無法為優生保健目的，依優生保健法第9條第1項第4款、第1
25 1條第2項規定，於獲得充分說明後評估決定並實施人工流
26 產，終致產下基因異常之嬰兒，被上訴人應就其違反善良管
27 理人之注意義務之過失行為，依民法第184條第1項前段、第
28 2項、第195條第1項前段及第3項規定，賠償呂宜珍200萬
29 元、王國駿150萬元，並無理由。又被上訴人關於本件醫療
30 契約之履行，既無故意或過失，則呂宜珍另依民法第227條
31 規定，請求被上訴人賠償損害前開金額，亦屬無據。

01 七、綜上，上訴人以被上訴人未依優生保健法第11條第2項規
02 定，告知胎兒生長遲滯之原因可能為染色體或基因缺損，而
03 未建議其做相關基因檢測，致其未能及時決定終止妊娠，因
04 而產下罹患多重障礙之女，侵害生育自主權或生育自主決定
05 權為由，依民法第227條、第184條第1項前段、第2項、第19
06 5條第1項前段及第3項規定，請求被上訴人給付呂宜珍200萬
07 元、王國駿150萬元，及各自起訴狀繕本送達翌日起至清償
08 日止，按週年利率5%計算之利息部分，並無理由，不應准
09 許。從而，原審就此部分所為上訴人敗訴之判決，並無不
10 合。上訴論旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為無
11 理由，應駁回其上訴。

12 八、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊防禦方法及所用之證
13 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不
14 逐一論列，附此敘明。

15 九、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第449條第1
16 項、第78條、第85條第1項，判決如主文。

17 中 華 民 國 113 年 12 月 31 日
18 醫事法庭 審判長法官 吳上康

19 法 官 林育幟

20 法 官 余玟慧

21 上為正本係照原本作成。

22 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
23 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
24 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
25 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
26 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
27 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
28 律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

29 被上訴人不得上訴。

01 中 華 民 國 113 年 12 月 31 日

02 書記官 方毓涵

03 【附註】

04 民事訴訟法第466條之1：

05 (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
06 訴人或其法定代理人具有律師資格者，不在此限。

07 (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
08 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
09 經法院認為適當者，亦得為第三審訴訟代理人。

10 民事訴訟法第466條之2第1項：

11 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
12 三審法院為之選任律師為其訴訟代理人。