

臺灣高等法院臺南分院民事判決

114年度醫上字第1號

上訴人 黃柏霖

法定代理人 黃俊謀

訴訟代理人 洪千雅律師(法扶律師)

被上訴人 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

法定代理人 賴寧生

被上訴人 許明欽

吳宗憲

范文林

上 四 人

訴訟代理人 李智陽律師

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113年12月3日臺灣嘉義地方法院第一審判決（112年度醫字第5號），提起上訴，本院於115年6月30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：伊於民國110年9月16日近午騎乘機車停等紅燈時，因左側肢體突然無力而倒地（下稱系爭事故），旋送被上訴人佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院（下稱大林慈濟醫院）急診。被上訴人許明欽、吳宗憲、范文林依序時任該院腦神經內科醫師、腦神經外科醫師、外科加護病房主任醫師。伊到院之初尚有意識及對話能力，急診檢查為右頸動脈血栓引發之急性缺血性腦中風，施打血栓溶解劑（t-PA藥物）仍無法疏通血栓、改善左側肌力為0症狀，經許明欽將伊收治於腦神經內科加護病房，及至翌（17）日起，伊陷於右側大腦腦腫與中線偏移之右側大腦大面積永久性壞死狀

01 態，嗣於同年10月11日轉住同院呼吸照護中心，至同年11月
02 10日轉至訴外人長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱
03 林口長庚醫院）住院治療，111年1月7日出院時昏迷指數僅
04 為10分（E4V1M5），嗣經臺灣桃園地方法院111年度監宣字
05 第4號裁定（下稱監護宣告裁定）為受監護宣告人。伊於大
06 林慈濟醫院住院期間①許明欽未於伊診斷有動脈血栓之黃金
07 8小時內為取栓手術，又誤判伊側肢血液循環良好能供應腦
08 部，致伊幾陷植物人狀態。②吳宗憲於同年9月17、18日為
09 伊施行2次開顱減壓手術並放置腦部引流管，忽視伊腦部腫
10 脹、未確認有無腦積水，2度指示取下引流管，遲至林口長
11 庚醫院檢查始發現為急性水腦症，致伊另受2次引流手術，
12 延誤伊腦積水治療。③范文林於伊同年9月17日起入住外科
13 加護病房期間，疏於病房感染管控，致伊感染抗藥性極強之
14 CRAB菌及AB菌亦未告知家屬，使伊至林口長庚醫院後受隔離
15 無法復健，錯失復健黃金時期，另致腦脊髓液阻塞引流管，
16 而需再接受前開引流手術。許明欽、吳宗憲、范文林為大林
17 慈濟醫院之受僱人，前3人各醫療行為，過失違背醫療常規
18 與合理專業判斷，不法侵害伊身體健康，應各與大林慈濟醫
19 院連帶負損害賠償責任；而大林慈濟醫院對伊為不完全給
20 付，致伊受有新臺幣（下同）22,897,817元（即醫療費用7
21 9,605元+勞動能力喪失12,786,097元+看護費10,032,115
22 元）之財產上損害，暨身心重大受創之精神痛苦，爰依民法
23 第184條第1項前段、第193條第1項、第195條第1項，及第18
24 8條第1項規定之侵權行為法律關係，及民法第227條第1項、
25 第227條之1準用第195條、第197條規定，請求許明欽與該醫
26 院連帶賠償24,897,817元本息之判決【計算式：財產損害2
27 2,897,187元+慰撫金200萬元=24,897,817元】；請求吳宗
28 憲、范文林各與該醫院連帶賠償50萬元慰撫金本息之判決。
29 原審為伊敗訴判決，尚有未洽，爰提起上訴等語。上訴聲
30 明：（一）原判決廢棄。（二）大林慈濟醫院應與許明欽連
31 帶給付伊24,897,817元，及自112年9月9日起至清償日止，

01 按週年利率百分之5計算之利息。（三）大林慈濟醫院應與
02 吳宗憲連帶給付伊50萬元，及自112年9月9日起至清償日
03 止，按週年利率百分之5計算之利息。（四）大林慈濟醫院
04 應與范文林連帶給付伊50萬元，及自112年9月9日起至清償
05 日止，按週年利率百分之5計算之利息。（五）願以財團法
06 人法律扶助基金會嘉義分會出具之保證書供擔保，請准宣告
07 假執行。

08 二、被上訴人則以：伊不爭執上訴人意識陷於昏迷，語言、自理
09 及勞動能力均全部喪失。惟許明欽就其施打血栓溶解劑後之
10 診察及處置，吳宗憲就其腦室外引流管置放、拔除等處置，
11 暨范文林就病房感染管控措施，均經專業判斷且合於常規，
12 亦曾向家屬說明，絕無故意或違反醫療上必要注意義務，亦
13 未逾越合理專業裁量，遑論僅以范文林居主任一職遽令其負
14 責。經二審囑託衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）
15 鑑定，亦認定伊符合醫療常規、並無未盡注意義務情事，伊
16 不負侵權行為或契約上損害賠償責任。如仍認伊違反醫療常
17 規而應負責，不爭執醫藥費單據真正及有看護必要，惟上訴
18 人未完成律師職前訓練，不能以受僱律師身分計算勞動能力
19 減損之損害；而慰撫金請求合計達300萬元（計算式：許明
20 欽部分200萬元+吳宗憲50萬元+范文林50萬元=300萬元），
21 應審酌其自有體況因素，不能全數歸責於伊，所請實屬過
22 高，應予酌減等語。資為抗辯。答辯聲明：上訴駁回。

23 三、不爭執之事實

24 （一）許明欽、吳宗憲、范文林均為大林慈濟醫院之受雇人。許明
25 欽為神經內科專科醫師，吳宗憲為腦神經外科主治醫師，范
26 文林為外科加護病房主任。

27 （二）上訴人於110年9月16日近午，騎乘機車在嘉義縣民雄鄉大學
28 路1段與大民南路口等待紅燈時，因左側肢體突然無力而倒
29 地（即系爭事故），於同日12時5分送至大林慈濟醫院急
30 診。同日15時15分經許明欽收治於神經內科加護病房。嗣於
31 同年11月10日轉往林口長庚醫院住院，111年1月7日自林口

01 長庚醫院出院。

02 (三)上訴人經監護宣告裁定為受監護宣告之人，並指定其父黃俊
03 謀為監護人確定。

04 (四)上訴人之法定代理人因本件醫療事故，對許明欽、吳宗憲、
05 范文林提起刑事過失傷害告訴，經臺灣嘉義地方檢察署檢察
06 官112年度醫偵字第12號案件，以3人犯罪嫌疑不足為由，為
07 不起訴處分。

08 (五)上訴人領有109年專門職業及技術人員高等考試律師考試及
09 格證書（109年12月14日榜示起生效），尚未接受律師職前
10 訓練，未領有律師證書。

11 (六)上訴人醫療費用支出為79,605元。

12 (七)上訴人現已喪失全部勞動能力，並有終身專人看護之必要。

13 (八)上訴人係00年0月生，於系爭事故當年滿26歲，未婚無子
14 女。自本件112年8月24日起訴起至滿65歲退休，尚有37年1
15 月又3日。上訴人於系爭事故當時就讀國立○○大學碩士
16 班，經監護宣告後與父母、未婚之兄長同住。

17 (九)許明欽、吳宗憲、范文林三人均為現職醫師。

18 四、上訴人主張許明欽、吳宗憲、范文林執行醫療行為，因過失
19 不法侵害其權利，致其受有損害，應各與大林慈濟醫院連帶
20 負損害賠償責任；而大林慈濟醫院另為不完全給付。惟為被
21 上訴人否認，並以上情置辯。是許明欽、吳宗憲、范文林執
22 行醫療行為，有無違反醫療常規之過失行為，致上訴人受有
23 損害，大林慈濟醫院有無不完全給付，上訴人依民法第184
24 條第1項前段、第193條第1項、第195條第1項、第188條第1
25 項、第227條第1項、第227條之1規定準用第195條、197條規
26 定，請求被上訴人連帶給付如其聲明所示金額，是否有據？
27 為本件應審究之爭點，茲分述如下：

28 (一)按因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責
29 任。受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人
30 與行為人連帶負損害賠償責任。但選任受僱人及監督其職務
31 之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生

01 損害者，僱用人不負賠償責任；因可歸責於債務人之事由，
02 致為不完全給付者，債權人得依關於給付遲延或給付不能之
03 規定行使其權利。債務人因債務不履行，致債權人之人格權
04 受侵害者，準用第192條至第195條及第197條之規定，負損
05 害賠償責任。民法第184條第1項前段、第188條第1項、第22
06 7條第1項、第227條之1固分別定有明文。惟侵權行為所發生
07 之損害賠償請求權，以有故意或過失不法侵害他人權利為其
08 成立要件，若其行為並無故意或過失，即無賠償之可言。又
09 醫療行為係屬可容許之危險行為，其目的雖在於治療疾病或
10 改善病患身體狀況，但因受限於醫學技術有限、疾病種類繁
11 多及人體機能伴隨之機轉，在醫療行為之同時，往往伴隨其
12 他潛在風險發生。故有關醫療行為有無過失之判斷，在於實
13 施醫療之過程，而非結果。亦即醫療行為並非以達成預定醫
14 療效果為必要，而在於實施醫療行為之過程中恪遵醫療常
15 規，且善盡注意義務。

16 (二)上訴人雖主張其因左側肢體突然無力而倒地，大林慈濟醫院
17 之醫師許明欽、吳宗憲、范文林依序為該院腦神經內科醫
18 師、腦神經外科醫師、外科加護病房主任醫師。惟許明欽未
19 於其診斷有動脈血栓之黃金8小時內為取栓手術，又誤判其
20 側肢血液循環良好能供應腦部，致伊幾陷植物人狀態；吳宗
21 憲為其施行2次開顱減壓手術並放置腦部引流管，忽視其腦
22 部腫脹、未確認有無腦積水，2度指示取下引流管，遲至林
23 口長庚醫院檢查始發現為急性水腦症，致其另受2次引流手
24 術，延誤其腦積水治療；范文林疏於病房感染管控，致其感
25 染抗藥性極強之CRAB菌及AB菌，另致腦脊髓液阻塞引流管而
26 需再接受前開引流手術等醫療過失，並提出上訴人自110年9
27 月16日至10月15日在大林慈濟醫院急診及腦神經科加護病房
28 之所有病歷記錄以及檢查影像之隨身碟、「2023台灣腦中風
29 學會急性缺血中風動脈內血栓移除治療指引更新」、「2020
30 台灣腦中風學會與台灣急診醫學會急性缺血中風病人的院前
31 緊急處置與急診診斷治療指引」、「2019台灣腦中風學會急

性缺血中風動脈內血栓移除治療指引」、上訴人2021年9月16日下午15點15分、同年9月16日下午15點50分、15點55分、同年9月16日下午17點03分、同年9月16日晚間23點17分、同年9月17日凌晨1點33分、同年9月17日凌晨3點33分、同年9月17日上午9點00分各該腦神經內科加護病房護理記錄等件為證（本院卷一第63至131頁）。並聲請送醫審會為鑑定，惟查：

- 1、經本院函調上訴人於林口長庚醫院、大林慈濟醫院病歷、光碟等資料，連同上訴人提出之前揭證據，就上訴人聲請調查事項，送醫審會鑑定之結果如下：「(一) 1.(1) 110年9月16日13:11病人完成腦部電腦斷層掃描血管攝影，懷疑右側大腦中動脈(MCA)有梗塞，正式報告說明右側遠端內頸動脈終止(termination)合併側枝循環(small vascular collateral)，及右側中大腦動脈於M1狹窄情形合併前交通枝動脈(ACoA)側枝循環。右側遠端內頸動脈終止(termination)代表影像有動脈阻塞之跡象，但報告無明確提及有血栓。報告推斷右側內頸動脈已有慢性病變的跡象，導致血流不足與影像上所見的側枝循環建立。經後續住院中之血管攝影診斷有纖維肌肉發育不良(fibromuscular dysplasia)，為一種少見造成血管狹窄的原因，另外也懷疑有顱內內頸動脈血管內膜剝離之情形，故本案病人本身既有較複雜之血管病變。(2) 針對急性缺血中風之處置，施打靜脈血栓溶解劑與施行動脈內血栓移除術(以下簡稱『取栓術』)各有應符合之評估條件。而取栓術的打通率尚須考慮個人血管構造、取栓的器材選擇及相關技術、病人配合度、生命徵象的維持等種種因素。此外並無法保證打通血管，即便成功移除血栓且恢復血流，病人神經學症狀是否能獲得改善或其進步程度等，仍有相當大的個體差異。對於符合取栓條件的病人，仍應考量取栓術相關併發症及風險，由臨床醫師依病人情況行專業裁量是否適合施行此處置。承前(1)所述，基於本案病人血管嚴重狹窄合併複雜病變，且並非明確有血栓之阻塞，故未進行動脈內

01 血栓移除術，符合醫療常規，並未逾越合理的臨床專業裁
02 量。2. (1)針對右側大腦側枝循環已建立，是依據急診110年
03 9月16日12:51追加之頭頸部電腦斷層掃描血管攝影檢查發現
04 所做的判斷，並無誤判。(2)病人至急診就診時，左側上下
05 肢肌力皆已為4分，並非正常，後續左側肌力之變化，符合
06 右側大腦缺血性損傷之症狀，屬病程自然進展。且由病程進
07 展之迅速，顯見既有血管病變已造成腦血流不足。除血栓所
08 導致之缺血性中風外，其他原因之血管阻塞性疾病，亦均可能
09 隨著阻塞病程進展導致肌力下降。承前所述，本案病人既有
10 較複雜的血管病變，且相關施術之困難度及風險，未再次
11 進行動脈內血栓移除術之評估，符合醫療常規。3. 肌力變化
12 (muscle power)之評分並不等值於中風量表(NIHSS score)
13 之評分，數值變化程度不可混為一談。承鑑定意見(一)2. 所
14 述，左側肌力變化屬病程進展，且致因非血栓，而與既有血
15 管病變造成腦血流不足相關。雖症狀嚴重度有所變化，未再
16 次進行動脈內血栓移除術之影像評估，且未施行動脈內血栓
17 移除術，符合醫療常規。4. 承前所述，左側肌力變化屬病程
18 發展，且致因非血栓，而與既有血管病變造成腦血流不足相
19 關，故未再次進行動脈內血栓移除術之評估，符合醫療常
20 規。(二)腦室外引流管置放主要的適應症為腦壓監測、水腦
21 症、有感染需要腦脊髓液引流或需施行腦室內藥物給予，當
22 上述置放之需求消失，即可拔除引流管。在拔除腦室外引流
23 管之前，會評估腦室外引流管引流出之腦脊髓液的『顏色、
24 性質、引流量』。本案病人於110年10月11日白班時，腦室
25 外引流管引流腦脊髓液總量為34cc，依護理紀錄(依臺灣高
26 等法院臺南分院114年度醫上字第1號卷二『Page 309 of 56
27 0』)所示，腦室外引流管引流腦脊髓液的『顏色：黃，性
28 質：清澈；量：少』，故吳醫師有進行評估後，始將腦室外
29 引流管拔除，符合醫療常規。(三)1. 本案病人於住院期
30 間，醫師有因應病情變化施行檢驗或檢查，會診感染科醫
31 師，並依培養結果及專家意見使用適當之抗生素，使用呼吸

器照顧期間採取『預防呼吸器相關肺炎之組合式照顧（VAP bundlecare）』，感染管控相關措施，符合醫療常規，並無未盡足夠感染管控措施之情事。2. 病人痰液培養出CRAB菌與AB菌等，且有肺炎相關表現，為呼吸器相關性肺炎；病原菌主要是經由吸入或嗆入進到下呼吸道，因病人無足夠之抵抗力可清除這些病原菌，而引起肺部炎症反應。本案病人腦部有大範圍梗塞、腦幹受壓迫，導致意識不清、排痰能力不佳、依賴呼吸器、使用鼻胃管採管灌飲食、疾病嚴重度高等因素，為發生此症之高危險族群。呼吸器相關性肺炎發生率8-28%（參考資料），雖確實執行醫療相關感染管制標準作業程序可降低發生率，然這些病菌感染仍為使用呼吸器者難以避免之併發症，本案醫師執行之感染管控措施，符合醫療常規，並無未盡足夠注意義務之情事。」有鑑定報告附卷可稽。醫審會為公立機構，與兩造並無利害關係，其鑑定係依上訴人提供之資料及本院調取之病歷而為鑑定，鑑定過程及內容亦無不公平之情形，前揭鑑定內容自為可採。依此，許明欽、吳宗憲、范文林於執行醫療行為時，均符合醫療常規，自堪認定。

2、上訴人雖提出前揭在大林慈濟醫院急診及腦神經科加護病房之所有病歷記錄以及檢查影像之隨身碟、「2023台灣腦中風學會急性缺血中風動脈內血栓移除治療指引更新」等資料為證，惟該等資料業經醫審會鑑定時參考判斷，而上訴人對於醫審會之前揭鑑定報告亦不爭執（本院卷第227頁），此外復無其他積極證據足以證明許明欽、吳宗憲、范文林於執行醫療行為時有違反醫療常規之行為，而許明欽、吳宗憲、范文林既無醫療過失之侵權行為，其僱用人大林慈濟醫院自亦無須連帶負損害賠償責任，亦無不完全給付責任，自堪認定。

五、從而，上訴人所主張及提出之證據，尚難證明許明欽、吳宗憲、范文林有過失不法侵害其權利之情形，亦難認大林慈濟醫院應連帶負損害賠償責任或不完全給付責任，上訴人依民

01 法第184條第1項前段、第193條第1項、第195條第1項，及第
02 188條第1項規定之侵權行為法律關係，及民法第227條第1
03 項、第227條之1準用第195條、第197條規定，請求大林慈濟
04 醫院與許明欽連帶給付24,897,817元，及自112年9月9日起
05 至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息；大林慈濟醫
06 院各與吳宗憲、范文林連帶給付50萬元，及均自112年9月9
07 日起至清償日止，按週年利率百分之5計算之利息，為無理
08 由，應予駁回。其假執行之聲請亦失所依據，應併予駁回。
09 原審為上訴人敗訴之判決及駁回其假執行之聲請，並無不
10 合。上訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，
11 應駁回其上訴。

12 六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊、防禦方法及舉證，核與
13 判決之結果不生影響，爰不一一論述，併此敘明。

14 七、據上論結，本件上訴為無理由，爰判決如主文。

15 中 華 民 國 115 年 7 月 28 日
16 醫事法庭 審判長法官 黃義成

17 法 官 余玟慧

18 法 官 黃建都

19 上為正本係照原本作成。

20 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
21 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
22 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
23 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
24 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
25 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
26 律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

27 被上訴人不得上訴。

28 中 華 民 國 115 年 7 月 28 日

【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。