臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第六庭
111年度訴字第990號
114年6月19日辯論終結

原　　告　黃柏霖

法定代理人　黃俊謀
訴訟代理人　徐偉超　律師
複 代理 人　張愷芯　律師
被　　告　衛生福利部
代　表　人　邱泰源（部長）

訴訟代理人　陳昶安　律師
　　萬哲源　律師
　　宋怡宣　律師

上列當事人間傳染病防治法事件，原告不服行政院中華民國111年6月29日院臺訴字第1110179194號訴願決定，提起行政訴訟，本院判決如下：

主　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、程序事項：

按行政訴訟法第113條第1項規定：「原告於判決確定前得撤回訴之全部或一部。但於公益之維護有礙者，不在此限。」查，原告於起訴時聲明：「㈠、被告應作成核准原告申請新臺幣（下同）3,500,000元，並自民國110年9月16日原告因注射高端疫苗（下稱系爭疫苗）而造成血栓之日起至清償日止，按法定周年利率計算百分之五之利息之行政處分。㈡、原處分（110年11月26日衛授疾字第1100102046號函）與訴願決定（院臺訴字第1110179194號），均予撤銷。」（本院

卷一第10頁），嗣於本院112年1月6日準備程序期日聲明：「㈠、訴願決定及原處分均撤銷。㈡、被告應依原告110年9月20日的申請，作成核定給付預防接種受害救濟金350萬元的行政處分。」（本院卷一第156頁），核其起訴時聲明關於「被告應作成核准原告自110年9月16日原告因注射系爭疫苗而造成血栓之日起至清償日止，按法定周年利率計算百分之五之利息之行政處分」部分，應屬訴之撤回，經核於公益之維護無礙，與上開規定並無不符。

二、事實概要：

原告於110年9月10日在嘉義縣民雄鄉衛生所接種系爭疫苗，於110年9月16日上午突然感覺頭痛，不慎於騎機車時跌倒，救護人員到場發現其有左嘴角下垂、說話不清楚、左側肢體無力等情形，經送往佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院（下稱大林慈濟醫院）救治，經診斷為右側缺血性腦中風，即右側腦梗塞（Right Side Ischemic Stroke），並持續住院治療，疑因預防接種而受害，於110年9月20日申請預防接種受害救濟。原告之申請案由嘉義縣衛生局送經被告之預防接種受害救濟審議小組（下稱審議小組）110年11月18日第169次會議（下稱第169次會議）審議結果，以該案（編號：3198）經依病歷資料記載、臨床表現、相關檢驗結果及現有醫學實證等研判，原告於接種6日後發生腦梗塞，其接種之系爭疫苗目前並無醫學實證說明與血栓併血小板低下症候群之關聯性，綜合觀察其血小板、D-dimer及抗血小板第四因子抗體檢驗結果，亦不符合臨床上典型之血栓併血小板低下症候群（TTS）；依血管攝影檢查報告顯示，其腦梗塞原因為右側內頸動脈長段嚴重狹窄，以致發生血塊栓塞，且有可見之新生側枝循環，皆非1至2週內可產生之症狀；又依病歷記載，臨床判斷其可能為纖維肌性發育不全（FMD），此為罕見疾病，會導致血管內壁結構異常，引發動脈非發炎性狹窄，進而造成血栓等併發症，常見侵犯頸動脈或腎動脈，成因一般認為多重內生性因素或與基因相關，非外力或藥物所

致，以現有醫學實證文獻顯示，該病患者超過半數沒有傳統腦中風危險因子；綜上，原告之腦梗塞症狀應為纖維肌性發育不全所致，與接種系爭疫苗無關，依預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法（下稱審議辦法）第17條第1款規定，決議不予救濟。被告於110年11月26日以衛授疾字第1100102046號函（下稱原處分），檢送審議小組第169次會議紀錄予社團法人國家生技醫療產業策進會（下稱生策會），再由該會據以於110年11月29日以（110）國醫生技字第1101129043V號函（下稱生策會110年11月29日函）告知原告審定結果。原告不服，提起訴願，經訴願決定駁回，遂提起本件行政訴訟。

三、原告起訴主張及聲明：

㈠、被告過往於預防接種及藥害救濟之審議皆依法明示採取表決方式，共識決並非被告過往之行政慣例，即使共識決係行政慣例，本件審議小組採取共識決所為之審議決議係違反正當程序原則。審議辦法第13條預防接種關聯性之認定分類原則，係參考世界衛生組織評估準則所訂定，故於判斷關聯性時應將該準則內容納入參考，係屬立法者之意，俾符合審議辦法第13條之立法精神。經檢視本案鑑定書及審議小組第169次會議紀錄，未見鑑定委員與審議小組有參酌世界衛生組織評估準則為本案關聯性判斷之情事，難認此審議決定非出於恣意濫用，亦有悖於審議辦法第13條之立法精神，違反正當程序原則。

㈡、關於原告之受害情形與預防接種間之關聯性是「無法確定」。

１、依長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱林口長庚醫院）114年1月14日長庚院林字第1131151466號函，在110年9月22日對原告的腦部血管攝影檢查結果，確認血管病變情形，而且仍有血栓存在其頸動脈及中大腦動脈，只是無完全阻塞血管的情形，當然就無法完全排除病人9月10日至9月17日期間曾發生腦血管病變之可能性。由於原告發生腦梗塞是

在110年9月16日，血栓會隨著時間慢慢地溶解，在事隔7日後的9月22日的血管攝影檢查仍然可見血栓，因血栓逐日溶解，在9月22日當然已經沒有血栓完全阻塞血管的情形。原告在注射系爭疫苗後第8天的血液檢驗確實有發生血小板低下的狀況，有大林慈濟醫院送驗而由林口長庚醫院鄭明輝教授的實驗團隊檢驗出的結果為證。林口長庚醫院並沒有排除原告的腦部梗塞係血栓形成所造成的中大腦動脈阻塞，亦無法確定原告的腦梗塞與血管病變是否與疫苗有關聯，既然林口長庚醫院並非確定系爭疫苗與原告的腦梗塞與血管病變無關聯性，而是無法確定其關聯性之情形，則應給予補償。

2、原告之Optical Density value達0.463，已大於0.4，應屬陽性，故不僅無法完全排除，甚至幾乎可以確認原告即係因施打系爭疫苗而引起血栓併血小板低下症候群，進而造成腦梗塞。依審議小組之鑑定人認為原告之腦中風、腦梗塞症狀係因血栓所引起，且原告110年9月22日之診斷證明書上亦明確記載原告經診斷為右側內頸動脈血栓導致右側大腦大範圍梗塞，故原告確實有血栓與腦部栓塞。原告於110年9月16日當日確有接受血栓溶解劑治療，而使用血栓溶解劑之目的在於使血栓溶解，故原告確實有血栓與腦部栓塞。原告因血栓造成的右側內頸動脈梗塞是經過諸多相關檢查所確定的，不是許○欽醫師依疾病盛行率的合理推論而得。吳○憲醫師並沒有為原告進行過血管攝影檢查，吳○憲醫師也沒有作出原告有纖維肌性發育不全的診斷。許○欽醫師想要藉由吳○憲醫師的診斷證明書上沒有血栓這兩個字，來誤導本院認定原告沒有產生血栓。原告未曾由醫生確診有纖維肌性發育不全，不能僅因原告頸動脈有狹窄之情況即認定其確實患有纖維肌性發育不全。原告是否抽菸與其是否確診為纖維肌性發育不全應無關聯。目前尚無系爭疫苗與血栓、腦部栓塞間之關聯性之醫學研究資料，是系爭疫苗與血栓、腦部栓塞間之是否具關聯性尚屬未知。

㈢、聲明：

１、訴願決定及原處分均撤銷。

２、被告應依原告110年9月20日的申請，作成核定給付預防接種受害救濟金350萬元的行政處分。

四、被告答辯及聲明：

㈠、被告的組織與開會程序係屬合法。被告預防接種受害救濟審議小組第169次會議的組織與開會程序係屬合法。被告至少在106年5月4日第134次會議時，即採取共識決方式形成決議，延續迄今，本次會議主席即循往例以共識決方式作成決議。有關原告個案審議過程，係先由初步鑑定委員簡要提出初步鑑定書內容，經全體出席委員依據病歷資料記載、臨床表現及相關檢驗進行討論研判，最終以全體形成共識，作出結論，並將作成理由記載於會議紀錄上。

㈡、審議小組認事用法並無違誤。

１、原處分所憑之審議小組審定結果核屬被告之判斷餘地，行政法院應予尊重，採低密度審查標準。經臨床診斷，原告於接種系爭疫苗前係因患有纖維肌性發育不全之病史，致引發腦梗塞症狀，病灶為至少數個月或甚至數年以上之慢性病理變化，而非於疫苗接種後6日即可產生。系爭疫苗之臨床試驗分析及疫苗不良事件通報資料皆顯示接種疫苗並未增加血栓或腦部栓塞之風險，縱或假設接種系爭疫苗可能導致血栓併血小板低下症候群，原告腦梗塞之症狀與接種疫苗所造成之血栓併血小板低下症候群之臨床診斷仍不符，故造成原告腦梗塞症狀之原因應有接種系爭疫苗以外其他因素即罕見疾病纖維肌性發育不全使其右內頸動脈嚴重狹窄，致造成血栓等併發症。審議小組已依法審酌如受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種類似疫苗後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之贊同性及其他相關因素，依照醫學常理認定原告之主訴症狀與接種系爭疫苗關聯性為「無關」。

２、依中華民國血液病學會及被告於110年6月9日共同編修之修訂第2版「血栓併血小板低下症候群（Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome, TTS）臨床指引」（下稱臨床指

引）及原告所引原證十二文獻均已說明抗血小板第四因子抗體檢驗（按：即Anti-PF4/heparin ELISA檢驗）不可作為血栓併血小板低下症候群（即VITT）診斷唯一標準，而係以血小板低下為判斷是否是血栓併血小板低下症候群之必要條件，故原告徒憑Anti-PF4陽性為由，稱其罹患因系爭疫苗引起的血栓併血小板低下症候群云云，顯悖離醫學常理，自不可採。原告另舉原證九有關倫敦大學學院醫院及伯明翰大學血液科之文章，其文獻研究族群以及患病部位，與原告情形均不同，實無從推翻前開臨床指引及世界衛生組織血栓併血小板低下症候群相關臨床處置指引建立以有無血小板低下為必要條件之診斷標準，故原告稱透過抗血小板第四因子抗體檢驗即可確認原告患有血栓併血小板低下症候群云云，亦無可採。林口長庚醫院113年1月3日之函復內容與被告所述相符，可證原處分實屬有據。林口長庚醫院114年1月14日長庚院林字第1131151466號函詢意見參酌原告病歷資料等認定原告急診入院至住院期間並無血栓完全阻塞血管之證據，與被告所陳原告前開期間未見血栓之記載乙節一致，亦認為原告相關抽血指數並無異常，不符合血栓併血小板低下症候群之臨床表現，與被告看法一致，可見審議小組之醫學專業判斷亦無錯誤。林口長庚醫院認為並無發生栓塞occlusion之情形，意即無影像確認之血栓存在，故其無法確認原告腦梗塞是疫苗所致，此與被告之醫學專業判斷一致。至於「惟亦無法完全排除病人9月10日至9月17日期間曾發生血管病變之可能性。」部分之記載，旨在強調原告於接種系爭疫苗後至發病為止，客觀上無法排除有發生血管病變，其成因亦不排除纖維肌性發育不全所致。

㈢、聲明：原告之訴駁回。

五、前開事實概要欄所載事實，除後述爭點外，有原告110年9月20日預防接種受害救濟申請書（原處分卷第8-9頁）、原告之COVID-19疫苗接種紀錄卡（原處分卷第10頁）、原告病歷資料（原處分卷第18-1145頁）、原告之身心障礙證明（障

凝等級：極重度）（本院卷一第25頁）、系爭疫苗之仿單（版本日期：111年6月9日）（本院卷一第113-116頁）、被告之疑似預防接種受害案件鑑定書（本院卷一第225-228頁）、預防接種受害救濟給付法律/社會公正人士委員建議表（本院卷一第229頁）、審議小組110年11月18日第169次會議紀錄（原處分卷第1147-1162頁）、原處分（本院卷一第223頁、原處分卷第1150-1151頁）、生策會110年11月29日函（本院卷一第35-36頁）、訴願決定書（本院卷一第38-48頁）等在卷可證，足以認定為真實。本件主要爭點為：㈠審議小組第169次會議組成及踐行程序是否合法？㈡、被告之審議結果是否有判斷瑕疵？原告請求被告應依原告110年9月20日的申請，作成核定給付預防接種受害救濟金350萬元的行政處分，是否有據？詳如以下說明：

㈠、相關法規

１、鑒於各種傳染病之發生、傳染及蔓延，危害人民生命與身體之健康，國家自應採行適當之防治措施以為因應，因而制定傳染病防治法（傳染病防治法第1條參照）。中央主管機關依傳染病防治法第5條第1項、第27條規定，設置疫苗基金以採購疫苗並辦理兒童、國民之疫苗預防接種工作，乃為有效防治傳染病。蓋接種疫苗可提高人體對特定疾病之免疫力，推動多數民眾接種疫苗，可達到群體免疫之效果，進而阻絕傳染病之發生、傳染及蔓延，達成維護國民健康、增進公共衛生之公共利益。惟疫苗之接種並非毫無風險，現今科技仍難以排除疫苗對人體可能引發難以預期之不良反應，則人民因配合國家為上述公共利益而推行之預防接種政策，施打政府核准之疫苗，致發生生命、身體或健康之損害，已逾越一般人應忍受之程度，形成其個人之特別犧牲者，基於憲法對人民生命權、健康權平等保障之意旨，自應給予合理之補償。故傳染病防治法於88年增訂第18條，而於96年7月18日修正公布移列為現行第30條，該條第1、4項規定：「(第1項)因預防接種而受害者，得請求救濟補償。……(第4項)前

項徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之資格、給付種類、金額、審議方式、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」即在落實憲法上述意旨，賦予因接種預防傳染病之疫苗而蒙受特別犧牲者，得據以請求損失補償之權利，以資救濟。

2、被告依傳染病防治法第30條第4項之授權，訂有審議辦法，依該審議辦法第2條規定：「（第1項）本人或母體疑因預防接種而受害者，得依本辦法之規定請求救濟。（第2項）前項預防接種之範圍，包括施打領有中央主管機關核發許可證或專案核准進口，並經檢驗或書面審查合格之疫苗。」第5條第2款規定：「預防接種受害救濟給付種類及請求權人如下：……二、障礙給付：疑似受害人。……」第9條規定：「中央主管機關為辦理預防接種受害救濟之審議，應設預防接種受害救濟審議小組（以下簡稱審議小組），其任務如下：一、預防接種受害救濟申請案之審議。二、預防接種與受害情形關聯性之鑑定。三、預防接種受害救濟給付金額之審定。四、其他與預防接種受害救濟之相關事項。」第10條規定：「（第1項）審議小組置委員十九人至二十五人；委員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘兼之，並指定一人為召集人。（第2項）前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得少於三分之一；委員之單一性別人數不得少於三分之一。（第3項）委員任期二年，期滿得續聘之；任期內出缺時，得就原代表之同質性人員補足聘任，其任期至原任期屆滿之日止。（第4項）審議小組之召集人，負責召集會議，並擔任主席。召集人因故不能出席時，由委員互推一人為主席。」第11條規定：「審議小組審議預防接種受害救濟案時，得指定委員或委託有關機關、學術機構先行調查研究；必要時，並得邀請有關機關或學者專家參與鑑定或列席諮詢。」第13條規定：「（第1項）審議小組鑑定預防接種與受害情形關聯性之分類如下：一、無關：有下列情形之一者，鑑定結果為無關：（一）臨

床檢查或實驗室檢驗結果，證實受害情形係由預防接種以外其他原因所致。（二）醫學實證證實為無關聯性或醫學實證未支持其關聯性。（三）醫學實證支持其關聯性，但受害情形非發生於預防接種後之合理期間內。（四）衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形與預防接種之關聯性。二、相關：符合下列情形者，鑑定結果為相關：（一）醫學實證、臨床檢查或實驗室檢驗結果，支持預防接種與受害情形之關聯性。（二）受害情形發生於預防接種後之合理期間內。（三）經綜合研判具有相當關聯性。三、無法確定：無前二款情形，經綜合研判後，仍無法確定其關聯性。（第2項）前項醫學實證，指以人口群體或致病機轉為研究基礎，發表於國內外期刊之實證文獻。（第3項）第一項綜合研判，指衡酌疑似受害人接種前後之病史、家族病史、過去接種類似疫苗後之反應、藥物使用、毒素暴露、生物學上之贊同性及其他相關因素所為之醫療專業判斷。」第17條第1款規定：「預防接種受害救濟案件，有下列各款情形之一者，不予救濟：一、發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應與預防接種確定無關。」

3、參照前述審議辦法可知，關於預防接種與受害情形關聯性之鑑定及給付金額之審定，悉由被告遴聘醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士所組成之審議小組為審議決定，不受被告之指揮監督；審議小組所為預防接種與受害情形關聯性之鑑定，涉及高度科學、專業之醫藥領域知識，是基於其組織獨立性及專業性，審議小組就上開事項作成之專業鑑定，應認享有判斷餘地，除審議小組之判斷有恣意濫用或組織不合法、未遵守法定正當程序等顯然違法情事，應依法撤銷外，行政法院原則上應予尊重，而採取較低之審查密度。

㈡、被告之審議小組第169次會議組成及踐行程序合法

1、本件審議小組含召集人邱○昌共23人，任期自109年1月1日起至110年12月31日止，其中法學專家、社會公正人士之委

員包括吳○達、李○仲、黃○生、林○柔、楊○儀、蘇○霞、張○璿、張○卿等8人，達委員人數1/3，男性委員14人，女性委員9人，皆未少於1/3等情，有109至110年度預防接種受害救濟審議小組委員名單可參（本院卷一第111-112頁）。本件審議小組會議係由召集人邱○昌主持並擔任主席，於會議前提供包含原告的臨床病歷、檢驗報告、治療及病程發展、個案過往病史資料（原處分卷第1-1145頁），會議當日有主席及委員20人以線上或實體方式出席等情，有會議紀錄（原處分卷第1147-1162頁）、簽到單及以線上視訊會議軟體Webex出席之委員名單截圖（本院卷一第139-142頁）、開會通知單（本院卷二第365-366頁）、本次會議會前提供之相關會議資料（本院卷二第367-372頁）可證，核與審議辦法第10條規定相符。其中委員名單截圖洪○隆委員雖分別使用「洪○隆」、「Hung Kun-Long」兩個帳號登入，係因洪○隆對於當時甫採行實體/線上會議併行方式，擔心連線中斷，遂以手機及桌機同時登入，可由截圖中其姓名前方有表示為手機、桌機登入之圖案可證。雖生策會並未保留發送第169次會議資料之電子郵件及雲端連結，惟被告辯稱係因本次會議日期之110年11月18日迄今已近3年等語，經核被告所辯尚堪合理。又雖因欠缺錄音或會議記錄相關記載而無從得知本件之審議時間長短，惟因審議委員對於本件係採共識決而通過，是其討論時間究竟歷時多久，對於結論亦無影響。

2、由於審議辦法並無表決方式之規定，被告依目前保存之資料，至少從106年5月4日第134次會議起，即採取共識決方式形成決議，有第134次會議紀錄可參（本院卷一第529-532頁），是本次會議仍以共識決方式作成決議，又因審議委員於會議時對決議方式並無爭議，收受會議紀錄後對此亦無不同意見，有會議記錄、被告110年11月26日衛授疾字第1100102046號函可參（原處分卷第1147-1162頁、本院卷一第223頁），堪認審議小組應係循往例同意本件採用共識決達成結

論，是原告主張本次會議主席未先詢問全體委員是否同意採用共識決致決議違法，並無可採。原告雖聲請被告提出本次會議錄音，惟被告表示已無保存錄音，且全體委員既均同意結論，已如前述，即無再行提出錄音之必要，是原告此部分聲請調查證據並無必要。

3、又依審議辦法第9條第2款規定：「審議小組之任務包括預防接種與受害情形關聯性之鑑定。」審議辦法第11條規定：「審議小組審議預防接種受害救濟案時，得指定委員或委託有關機關、學術機構先行調查研究；必要時，並得邀請有關機關或學者專家參與鑑定或列席諮詢。」查本件係依上述規定，由審議小組委員先行調查研究，並邀請學者專家參與鑑定，A、B、C三位初步鑑定委員，其專業背景A委員為血液疾病，B委員為小兒神經學，C委員為法律/社會公正人士，出具初步鑑定書供審議小組全體委員參考等情，有衛生福利部疑似預防接種受害案件鑑定書、預防接種受害救濟給付法律/社會公正人士委員建議表可參（本院卷一第225-229頁），與上述規定並無不合。綜上，本件審議程序既係先指定醫學委員提出初步鑑定書，再由公正人士委員提出建議表，於會議前將鑑定書、建議表等相關資料提供給全體委員，並經全體出席委員參照病歷資料記載、臨床表現、相關檢驗、鑑定書等資料，以全體共識決之方式，認定原告於接種系爭疫苗前係因患有纖維肌性發育不全之病史，致引發腦梗塞症狀，與接種系爭疫苗關聯性應為無關，而作成無關聯性之結論，依上開規定核無不合，可知原處分並無違誤，原告之請求並無理由。

㈢、原告各項主張經核均無可採

關於原告主張受害情形與預防接種間之關聯性是無法確定，因為無法完全排除原告110年9月10日至17日期間曾發生腦血管病變之可能性，原告確實有發生血小板低下的狀況，林口長庚醫院亦無法確定原告的腦梗塞與血管病變是否與疫苗有

關聯，原告認為許○欽醫師有刻意扭曲事實並且誤導本院之嫌云云。惟查，

1、依原告110年9月16日腦部電腦斷層血管攝影檢查結果顯示，原告右側內頸動脈遠端末端併有小血管側支。右側中大腦動脈M1段開口有局部性狹窄，而由明顯突出的前交通動脈側提供側枝循環……。（Rt ICA distal termination with small vascular collaterals. Focal narrowing of Rt MCA M1 orifice yet collaterally supplied by prominent ACoA…….）（原處分卷第923頁、本院卷一第219-220頁），足認右側內頸動脈嚴重狹窄為中風主因，因狹窄範圍甚長，已可見因血流不足所新生的血管，此種慢性病理變化至少是累積數個月或數年之久，並不是接種系爭疫苗後6日即可發生的變化。另參照原告110年9月22日雙側頸動脈血管攝影（Bilateral Carotid Angiography 【CCA、ICA】）檢查報告略以：1.高度懷疑纖維肌性發育不全，範圍包括右側內動脈和中大腦動脈，伴隨右側內頸動脈C7段和右側中大腦動脈M1-2段之嚴重長節段狹窄。2.疑似右側內頸動脈床段/眼段剝離。3.右側中大腦動脈遠端分支阻塞（Impression: 1. Highly suspect fibromuscular dysplasia involving right internal artery and middle cerebral artery, with severe long segmental stenosis of right ICA, C7 segment and right MCA, M1-2 segments. 2.Suspect dissection of right internal carotid artery, clinoid/ophthalmic segment. 3. Occlusion of distal branches of right middle cerebral artery.）（原處分卷第250-251頁、本院卷一第203-205頁）。可知纖維肌性發育不全疑為前述右內頸動脈嚴重狹窄之原因，該病症為一罕見疾病，會導致血管內壁結構異常，引發動脈非發炎性狹窄，進而造成血栓等併發症，常見侵犯頸動脈或腎動脈（原處分卷第1179頁）。而纖維肌性發育不全的成因一般認為與環境因子（如吸菸、雌激素）或遺傳因子（基因）相關，目前醫學上並未發現與疫苗

接種有關（原處分卷第4-5頁、第1179頁、本院卷一第135-138頁），且病歷記載原告自述有吸菸習慣，有病歷可參（原處分卷第50、51頁），亦與纖維肌性發育不全之可能成因吻合，即原告之吸菸習慣可能為其纖維肌性發育不全原因之一，更能證明與系爭疫苗之接種並無關聯性。

2、關於血栓併血小板低下症候群，依臨床指引之說明，依據歐洲及美國報告，在施打AZ、Janssen（嬌生）等以腺病毒載體設計之COVID-19疫苗後，有數位病例發生罕見部位的靜脈血栓，同時合併血小板低下，部分病患因而死亡，發生率約百萬分之10，似乎於中年女性族群比例較高。但目前尚未找到確切的危險因子，與一般常見的靜脈血栓風險不同。發生的時間集中於注射疫苗後5至20天內，除了血小板低下之外，常合併罕見部位靜脈血栓，如腦靜脈竇血栓或腹內靜脈血栓，但也有產生肺栓塞或動脈血栓的報告。國際血栓暨止血協會（International Society on Thrombosis and Haemostasis, ISTH）將其定名後另由美國FDA與CDC更名為血栓併血小板低下症候群。依照臨床指引，血栓併血小板低下症候群之診斷標準為「影像確認之血栓+血小板低下（即血小板計數低於150,000/μL以下）+ anti-plateletfactor 4/heparin（抗血小板第四因子）抗體強陽性」，且若D-dimer（D二聚體，即血栓指標）高出正常值4倍以上，可考慮當作TTS治療等情，有臨床指引可參（原處分卷第1163-1166頁）。查，原告於110年9月16日至大林慈濟醫院急診就醫，其血液檢驗結果為血小板計數208,000/μL，部分凝血活脢原時間APTT數值25.8秒（原處分卷第53頁），110年9月17日血小板計數172,000/μL（原處分卷第260頁），D-dimer數值799ng/mL（原處分卷第258頁），均為正常，核與臨床指引所揭示血栓併血小板低下症候群之診斷標準不符，大林慈濟醫院許○欽醫師於110年9月17日亦向家屬表示不懷疑是疫苗造成，暫不需追蹤PF4抽血檢查等語，有病歷可參（原處分卷第612頁），故原告並無接種新冠疫苗所引起的血栓併

血小板低下症候群，是其腦梗塞症狀之發生另有他因。原告雖提出鄭明輝教授以Anti-PF4 Ab檢驗方式得出測驗值49.72 ng/ml，Optical Density value達0.463，已超過國際標準之0.4，故應屬陽性云云，惟查，鄭明輝教授所提出之110年9月23日檢驗結果已經註明該測驗值須配合臨床狀況做診斷，測驗值僅供參考，無法作為正式報告使用等語，有林口長庚醫院組織工程研究中心檢驗結果可參（本院卷一第443頁），而林口長庚醫院是由該院依照實驗操作守則進行分析及提供實驗數據，並非出具醫事檢驗法所規範之醫事檢驗報告，且該數據僅得作為血栓併血小板低下症候群診斷之輔助參考資料，而臨床指引之診斷標準應包含影像確認之血栓、血小板低下、Anti-PF4抗體強陽性三者在內，即已清楚表明無法單獨以該測驗值逕行確認有血栓併血小板低下症候群等情，有林口長庚醫院112年12月28日長庚院林字第1121202328號函暨附件可參（本院卷二第129-185頁），甚為明確，故原告此部分主張應係錯誤理解與推論，並無可採。

3、又經本院函詢許○欽醫師，請其說明：①、依照原處分卷第604頁2021年9月16日15時50分的病情解釋，對原告有給予血栓溶解劑，該血栓溶解劑之適應症為何？目的是否是要處理栓塞（occlusion ）或血栓（thrombosis/thrombus）或其他何種情況？原處分卷第948頁同意書注射t-PA與15時50分的病情解釋所載血栓之間有無關係？原告當時是否屬於栓塞或血栓，有無何種證據(實驗室檢驗或影像學檢查結果)可以支持此項判斷?如有，請指出其證據出處、頁數?②、原處分卷第910頁許○欽醫師110年9月22日出具的診斷證明書記載診斷為右側內頸動脈血栓導致右側大腦大範圍梗塞，與原處分卷第908、909頁吳○憲醫師110年10月12日的診斷證明書記載診斷為右側中大腦動脈大範圍梗塞併腦腫脹及腦幹壓迫，兩者在診斷之間有無不同?若有不同，請說明原因?許○欽醫師為何會記載有血栓但吳○憲醫師無此記載?③、原處分卷第935頁資料記載右側內頸動脈梗塞、靜脈血栓溶解後

腦部側枝循環很好，是否有血栓溶解前後的對照圖可供參考?該血栓原來分布在何處?如何看出血栓溶解後的循環很好?經許○欽醫師回復略以：①、人體內動脈血管的主要功能是將富含氧氣以及營養的動脈血由心臟發出到身體的各個器官，以維持其功能。「血管梗塞（infarction)」或是「血管阻塞（occlusion)」是指血管中的血流因為種種原因阻塞，使得血液無法流通，導致組織器官缺血、缺氧，而受損甚至壞死。血管阻塞，造成血液流量不足，使腦部組織缺血壞死和功能喪失，就稱為「缺血性腦中風」。②、腦血管梗塞常見的致病機轉為：❶、腦血栓（thrombus血栓；其造成的血管阻塞稱為thrombosis或者是thrombotic occlusion = thrombotic infarction)：①因血液黏稠度增加，形成血栓。②因動脈脂肪堆積，形成血管硬化斑塊，使血管狹窄惡化，導致血流受阻。❷、腦栓塞（embolus栓子、複數/多個栓子 emboli；其造成的血管阻塞稱為embolism或者是embolic occlusion = embolic infarction)：來自腦部以外的其他部位的阻塞物，如血塊、脂肪、氣泡等，經由循環系統進入腦血管，導致局部腦血流中斷。阻塞物的來源又可分為兩類：①心源性：心臟疾病流出的栓子，因心臟瓣膜和壞死的心臟壁掉下組織碎片，可能阻塞腦血管。如風濕性心臟病、心房顫動、心肌梗塞、心臟手術等。②非心源性：血液疾病或凝血功能異常而形成栓子，頸部動脈粥樣硬化斑塊脫落、細菌性贅生物、外傷骨折造成脂肪栓塞、胸部或頸部手術、腫瘤物質、羊水等。❸其他：①血管異常：血管發炎、血管病變（包括動脈血管剝離、毛毛樣血管病= 腦血管霧霧症moyamoya disease、纖維肌性發育不全（ fibromuscular dysplasia）。②全身性的低血壓。③、在處理急性缺血性腦中風時，第一優先是搶通血管、重建血液循環。病患（即原告）至急診時緊急安排的電腦斷層檢查已經排除了腦出血、腦腫瘤；也依病史、身體檢查與緊急血液檢驗排除了癲癇、暈厥、高/低血糖以及藥物毒性的可能。此時最有可能

的情況是腦血管梗塞，雖然區分梗塞原因是栓塞或血栓很重要，但這種檢查都需要時間，一旦發生缺血型中風，每拖延1分鐘，就會增加190萬個腦細胞死亡，故立即施打血栓溶解劑。而之後也經由血管攝影檢查，確認黃先生（即原告）是纖維肌性發育不全相關的大範圍梗塞，並非常見的血栓。所以吳○憲醫師的診斷更為精確，我（即許○欽醫師）的診斷是在時間不足以完整診查之前、依疾病盛行率的合理推論等語，有本院112年10月26日院東讓股111訴000990字第1120010863號函（稿）、大林慈濟醫院112年11月23日慈醫大林字第1120002277號函可參（本院卷二第113-117頁）。

4、從而，許○欽醫師110年9月22日出具的診斷證明書記載診斷為右側內頸動脈血栓導致右側大腦大範圍梗塞（原處分卷第910頁），吳○憲醫師110年10月12日的診斷證明書記載診斷為右側中大腦動脈大範圍梗塞併腦腫脹及腦幹壓迫（原處分卷第908、909頁），兩者在是否有血栓一事之記載雖有出入，但許○欽醫師於參考原告病歷資料後已承認吳○憲醫師之診斷更為精確，原告是纖維肌性發育不全相關的大範圍梗塞，並非常見的血栓，經核與原告入院期間之影像學、臨床診斷及檢驗結果等病歷資料（原處分卷第0054頁、第0250頁、第0631頁、第0636頁、第0652頁、第0789頁、第0769頁、第0767頁、第0923頁、本院卷一第203-214、219-222頁）均無血栓情形相符，是並無證據足以支持原告是因為血栓導致大範圍梗塞之推論。而本院於審理期間請被告再搜尋是否與本件相似的相關文獻資料，經被告搜尋足以涵蓋所有醫學期刊資料之醫學資料庫，包括PubMed生物醫學資料庫、MEDLINE生物醫學資料庫及UpToDate實證醫學主題評論資料庫等，經以「Medigen」（即系爭疫苗）、「Medigen,thrombosis」、「Medigen,occlusion」為關鍵字進行綜合查詢後，僅查得一篇發表於2022年之個案報告，係接受賀爾蒙治療及接種高端疫苗後發生腎靜脈栓塞等情，與本件事實不同而無從比較等情，有查詢截圖可參（本院卷一第503-505

頁），是目前並無系爭疫苗與血栓、腦部栓塞間之關聯性的醫學研究資料。

5、再參照林口長庚醫院114年1月14日長庚院林字第1131151466號函對於系爭疫苗與原告之腦中風之間關聯性的回復意見略以，病人（即原告）係110年9月10日接受高端疫苗注射，9月16日出現神經學症狀，9月17日腦部電腦斷層查影像呈現右側中大腦動脈區塊大範圍腦梗塞，顯示梗塞為9月16日至9月17日進行中之事件，9月22日腦部血管攝影檢查結果則更進一步確認該段右側內頸動脈及中大腦動脈有血管病變情形，合理推測中大腦動脈區塊大範圍腦梗塞應與此高度相關，但該次檢查影像中，並無血栓完全阻塞血管之證據；按臨床上，腦部梗塞係缺血性壞死現象，成因眾多，常見者包含腦血管狹窄本身血流不足，再加上脫水低血壓低血容情形導致缺血性腦梗塞、中大腦動脈狹窄處直接血栓形成造成血流不通及內頸動脈血栓、血管內斑塊脫落造成遠端中大腦動脈阻塞等，且根據貴院現所提供之文獻資料，已知血栓併血小板低下症通常有明顯抽血指數異常（免疫反應攻擊血管造成血管炎或其他病變時，亦同），但病歷記載內容亦顯示病人並無此情形，故綜合前述影像學檢查結果（無血栓完全阻塞血管之影像證據），僅依現有證據，尚難以確認其腦梗塞係疫苗造成血管病變所導致，惟亦無法完全排除病人9月10日至9月17日期間曾發生血管病變之可能性等語（本院卷二第477-479頁），是該院亦認原告急診入院後並無血栓完全阻塞血管之證據，與審議小組認定之事實並無不符，且該院亦認為原告相關抽血指數並無異常，不符合血栓併血小板低下症候群之臨床表現，與審議小組之醫學專業判斷亦無不符。至於該院所稱「惟亦無法完全排除病人9月10日至9月17日期間曾發生血管病變之可能性。」，與被告所主張之纖維肌性發育不全所生血管病變亦無不符。

6、又依審議辦法第9條規定審議小組之任務在於預防接種與受害情形關聯性之鑑定，而非診斷其病因，此觀該條修正理由

即明，依照審議辦法第11條規定，初步鑑定委員係就原告情形與系爭疫苗間之關聯性先行調查研究，出具鑑定意見供審議小組參考，最終之判定結果仍待審議小組討論之後始作成決定。查本件鑑定書（本院卷一第225頁）於【案情概要補充】欄位記載：「……發生血栓性腦中風……腦中風原因為內頸動脈嚴重狹窄致生血塊栓塞所致……」，又於【初步鑑定意見】欄位記載：「……個案為注射高端疫苗後六日發生血栓梗塞性腦中風……個案根據影像懷疑為FMD……導致血栓等併發症……」等語，雖提及「血栓『梗塞性』腦中風」，但仍認定本案與系爭疫苗無關，是其應係認定原告病因為其內頸動脈嚴重狹窄發生栓塞（occlusion）導致腦梗塞（infarction）。另一份鑑定書（本院卷一第227頁）之【初步鑑定意見】欄位固記載：「……此個案於接種高端疫苗後6天發生厲害急性右側腦梗塞……此個案之動脈栓塞……」，對於病情亦描述「……電腦斷層血管攝影顯示右內頸動脈、大腦中動脈有局部性狹窄」，係援引病歷中所載臨床醫師對於病情之描述（原處分卷第250頁-251頁），係認定原告之病因為其內頸動脈嚴重狹窄發生腦栓塞所致。上述鑑定意見均在表述梗塞而非認定原告有血栓。是鑑定意見文字雖略有出入，仍不影響本件原告腦中風的原因為內頸動脈嚴重狹窄，屬於栓塞（occlusion）之情形。是原告稱被告亦認為有血栓云云，尚屬誤會。

7、綜上，審議小組依據審議辦法第13條第1項第1款第4目「衡酌醫學常理且經綜合研判不支持受害情形予預防接種之關聯性」規定，認定本件係屬「無關」，並無不合。原告上開主張經核均與事實不符，亦乏證據支持，或係單方面過度解讀，尚無可採。至於原告提出倫敦大學學院醫院及伯明翰大學血液科之文章，其文獻研究族群以及患病部位，與本件原告的情形不同，無從予以援用。

六、綜上，原告請求本院判決命被告應依原告110年9月20日的申請，作成核定給付預防接種受害救濟金350萬元的行政處

分，並無理由，應予駁回。原告附帶請求撤銷訴願決定及原處分，亦無理由，均應予駁回。

七、本件判決基礎已經明確，兩造其餘攻擊防禦方法及訴訟資料經本院斟酌後，核與判決結果不生影響，無一一論述之必要，附此說明。

八、結論：原告之訴無理由。

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　24　　日

審判長法　官　洪慕芳

法　官　周泰德

法　官　郭銘禮

一、上為正本係照原本作成。

二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院高等行政訴訟庭提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造人數附繕本）。

三、上訴未表明上訴理由且未於前述20日內補提上訴理由書者，逕以裁定駁回。

四、上訴時應委任律師為訴訟代理人，並提出委任書（行政訴訟法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。

得不委任律師為訴訟代理人之情形	所　需　要　件
㈠符合右列情形之一者，得不委任律師為訴訟代理人	1.上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備法官、檢察官、律師資格或為教育部審定合格之大學或獨立學院公法學教授、副教授者。 2.稅務行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備會計師資格者。

	3. 專利行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備專利師資格或依法得為專利代理人者。
㈡非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當者，亦得為上訴審訴訟代理人	1. 上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親具備律師資格者。 2. 稅務行政事件，具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，具備專利師資格或依法得為專利代理人者。 4. 上訴人為公法人、中央或地方機關、公法上之非法人團體時，其所屬專任人員辦理法制、法務、訴願業務或與訴訟事件相關業務者。
是否符合㈠、㈡之情形，而得為強制律師代理之例外，上訴人應於提起上訴或委任時釋明之，並提出㈡所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中　　華　　民　　國　　114　　年　　7　　月　　24　　日

書記官　林淑盈