臺灣高等法院民事判決

110年度醫上字第23號

上　訴　人　高全賢
　　高鏽陵
　　廖靜
000000000000000000
　　廖銘陽
共　　同
訴訟代理人　林鳳秋律師
複　代理人　張家琦律師
被　上訴人　佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院（原名財團法人佛教慈濟綜合醫院）
000000000000000000
法定代理人　趙有誠
被　上訴人　蔡悅華
共　　同
訴訟代理人　宋美侖律師
　　吳旭洲律師
　　林譽恆律師
　　黃冠儒律師
被　上訴人　溫崇熙
訴訟代理人　張國權律師

上列當事人間請求損害賠償等事件，上訴人對於中華民國110年9月10日臺灣臺北地方法院101年度醫字第13號第一審判決提起上訴，本院於112年7月18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：

㈠廖美秋於民國99年1月27日下午5時許，因頭痛至被上訴人財

團法人佛教慈濟綜合醫院台北分院（102年5月31日更名為佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院，見本院卷一第395頁，下稱慈濟醫院）急診室就診，同日晚間8時許進行腦部血管攝影，經診斷為自發性蛛網膜下腔出血，分別由慈濟醫院外科醫師即被上訴人溫崇熙、放射科醫師即被上訴人蔡悅華會診，溫崇熙、蔡悅華（下合稱溫崇熙2人）於未充分評估與妥適準備，倉促、率行之情形下，決定由蔡悅華為廖美秋進行動脈瘤線圈栓塞手術（下稱系爭手術），然溫崇熙2人未告知廖美秋及在場家屬已使用之「keto、Plavix、Bokey」等藥物，會增加栓塞手術出血之風險，且需停用至少一天以上始得施作系爭手術之仿單建議事項，亦未告知可選擇進行臥床休息、使用止痛鎮靜藥物等保守療法而不需立即進行系爭手術，或另外開顱外科手術之療法，又未告知系爭手術之成功率、併發症及死亡之風險，以及蔡悅華施作類似手術之臨床經驗，復未告知廖美秋所罹患之動脈瘤，以栓塞手術治療較開刀外科手術治療方法會有更高之出血風險（高達2.48倍之出血風險），另未告知廖美秋所罹為寬頸動脈瘤，若以栓塞手術治療，會因此種動脈瘤頸寬壁薄，較易於栓塞過程被線圈或微導管戳破瘤壁出血，較不適合栓塞手術，也未告知栓塞後殘留或未完全栓塞之比例會高達57.1%，栓塞後線圈容易脫落，需要額外放置支架以防線圈脫落，而在有準備放置支架之情形，即需於「栓塞（放置線圈）手術」前服用會增加出血之抗血小板藥物，而不適於本件自發性蛛網膜下腔出血患者，復未告知溫崇熙完全無處理動脈瘤破裂之經驗，且未提供腦動脈瘤栓塞術說明書予病患或家屬簽署，亦未據實告知該說明書上記載之相關優缺點、成功率可能發生的副作用、併發症及其機率，溫崇熙2人未盡據實告知說明義務，違反醫療法第63條第1項前段、第81條、醫師法第12條之1等保護他人法律之規定及最高法院95年度台上字第3476號刑事判決所要求者，而有過失。又廖美秋與伊等曾提出欲轉診至國泰醫院由認識之訴外人黃金山醫師進行診治，然

溫崇熙竟向伊等催詢需施作系爭手術，告知系爭手術危險性幾乎是零，廖美秋若轉診會有生命危險，藉故拖延及拒絕伊等提出轉診至國泰醫院之要求，溫崇熙2人未盡建議轉診之義務，亦未對醫院之相關人員、設備說明供廖美秋與伊等選擇，致廖美秋與伊等於未獲得完整轉診建議情形下，做出不轉診接受系爭手術之決定，溫崇熙2人違反醫療法第56條、第60條第1項、第73條第1項、緊急醫療救護法第36條、醫師法第21條等保護他人法律之規定，而有過失。再者，溫崇熙2人於施作系爭手術前，違反醫療常規而有過失，因廖美秋入院時已發現罹有「蛛網膜下腔出血」，被上訴人卻不當使用「keto、Plavix、Bokey」等藥物，即keto有抑制血小板功能、會增加出血之危險性，其禁忌症包括「於有懷疑或已證實腦血管出血病人」及「手術前與手術中做為疼痛之預防」，則廖美秋入院時已發現罹有「蛛網膜下腔出血」，已屬keto使用之禁忌症，溫崇熙2人卻予使用，已不符醫療常規而有過失；另Bokey和Plavix均具有抗血小板凝集之作用，具有出血風險，該等藥物之禁忌症包括「出血性疾患患者」，溫崇熙2人給予廖美秋使用，已不符合醫療常規而有過失；且未停用該等藥物至少一天以上即施作系爭手術，造成廖美秋術中動脈瘤破裂出血，均違反醫療常規而有過失。再者，蔡悅華就廖美秋係寬頸動脈瘤及使用上開藥物之情形未予評估，逕自選擇以較不適合之線圈栓塞手術治療，亦違反醫療常規而有過失。

㈡嗣蔡悅華於99年1月28日上午8時30分為廖美秋進行系爭手術，然手術過程中於蔡悅華植入線圈時，未盡醫療上必要之注意義務，不慎將動脈瘤戳破，造成廖美秋顱內大量出血，血壓驟升，有嚴重腦水腫併顱內壓上升，惟蔡悅華未依醫療常規立即將氣球充氣於動脈瘤破裂處予以堵塞止血，亦未立即給予廖美秋注射止血藥物protamine sulfate予以藥物止血，更未立即續以線圈將動脈瘤破裂處予以栓塞止血繼續完成栓塞施放線圈，以防止破裂之動脈瘤繼續出血，復未立即

偕同溫崇熙進行開顱手術、給予過度換氣、顱內壓監測以及引流，或開立降腦壓藥物等積極醫療處置，以降低廖美秋顱內壓，反而囑咐不須降血壓而任由廖美秋病情惡化，其處置違反醫療常規而有過失。又廖美秋最遲應於99年1月28日上午10時50分前即發生動脈瘤破裂之情形，蔡悅華遲至下午1時6分後始為廖美秋施以血管攝影檢查等處置，更遲至下午2時20分始施作CT（電腦斷層掃描）檢查，已有遲延處置，顯不符合常規而有過失。另溫崇熙為廖美秋之主治醫師，於廖美秋動脈瘤破裂，顱內大量出血、血壓驟升後，除有遲延到場之情形，到場後亦未立即偕同蔡悅華替廖美秋進行前開醫療處置，以控制腦水腫及腦出血之情形，不為任何積極之醫療處置加以補救，任由廖美秋病情惡化，最後仍因溫崇熙2人上開過失行為及未立即採取積極醫療處置而死亡。溫崇熙2人僅以「瞳孔兩側均放大，對於光無反射，也沒有洋娃娃眼反應」即認定廖美秋已腦死，並未完成腦幹反射測試，更未依腦死判定準則完成腦死之判定，其等逕自認定廖美秋為腦死而停止救治，違反醫療常規而有過失。再者，被上訴人有隱匿及更換99年1月28日為廖美秋進行系爭手術「施作線圈時」之影像光碟，故蔡悅華未於系爭手術中放置14個線圈，顯與手術記錄以及手術同意書不符，違反醫師法第12條、醫療法第67條第1、2項、第68條第1、2項、第71條、第74條、醫療法施行細則第52條等保護他人法律之規定，而有侵權行為。

㈢溫崇熙2人均未盡善良管理人之注意義務，上開醫療行為皆有過失，共同導致廖美秋死亡之結果，渠等過失醫療行為與廖美秋死亡結果具相當因果關係，依民法第184條第1項、第2項、第185條規定，就伊等因此所受損害，溫崇熙2人應連帶負損害賠償責任；又慈濟醫院為溫崇熙2人之僱用人，依民法第188條規定，應與渠等負連帶賠償責任，或依慈濟醫院與廖美秋間之醫療契約，溫崇熙2人為慈濟醫院履行醫療契約之輔助人，渠等醫療行為既有上開過失，依民法第224

條規定，慈濟醫院應與自己之過失負同一責任，慈濟醫院未依債之本旨提供醫療契約所應履行之給付，依醫療契約、民法第535條後段、第227條第1項、第227條之1規定及繼承法律關係，應對伊等負損害賠償責任。再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不對等，依民事訴訟法第277條但書規定，應減輕伊等舉證責任，以資衡平。

㈣伊等均為廖美秋之子女，廖美秋死亡後，由上訴人高全賢、廖靜分別支出喪葬費新臺幣（下同）177萬8300元、52萬2000元，高全賢及廖靜僅先各請求40萬元；又伊等痛失慈母，身心受極大痛苦，受有非財產上損害（下稱慰撫金）各130萬元。爰先位之訴依民法第184條第1項、第2項、第185條、第188條規定，請求被上訴人應連帶給付高全賢170萬元（喪葬費40萬元、慰撫金130萬元）、廖靜170萬元（喪葬費40萬元、慰撫金130萬元）、上訴人廖銘陽130萬元（即慰撫金）、上訴人高鏽陵130萬元（即慰撫金），及均自起訴狀繕本送達翌日即101年2月9日（見原審調字卷第43至45頁，下同）起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。備位之訴則依醫療契約及民法第535條後段、第227條第1項、第227條之1規定及繼承法律關係，請求慈濟醫院給付高全賢170萬元、廖靜170萬元、廖銘陽130萬元、高鏽陵130萬元（請求項目均同先位之訴），及均自起訴狀繕本送達翌日即101年2月9日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息；以上均聲請准供擔保後宣告假執行。原審為上訴人敗訴之判決，其等提起上訴，上訴聲明：1.原判決廢棄。2.上廢棄部分：①先位聲明：被上訴人應連帶給付高全賢170萬元、廖靜170萬元、廖銘陽130萬元、高鏽陵130萬元，及均自101年2月9日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。②備位聲明：慈濟醫院應給付高全賢170萬元、廖靜170萬元、廖銘陽130萬元、高鏽陵130萬元，及均自101年2月9日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。3.願供擔保，請准宣告假執行。

二、被上訴人部分：

㈠慈濟醫院、蔡悅華以：

1.高全賢另對溫崇熙2人提起請求損害賠償等事件，其請求損害賠償之主張包含「蔡悅華未告知施作相同手術案例數及失敗案例數予病患廖美秋或其家屬」、「蔡悅華未告知施行動脈瘤線圈栓塞手術較外科手術治療之出血風險更高，成功率僅60%，併發症36%」、「蔡悅華未告知其未處理過栓塞手術中動脈瘤破裂之經驗」、「蔡悅華謊稱施作系爭手術從未失敗，且較外科手術風險併發症低，危險性幾為0%」、「蔡悅華有無施作系爭手術之能力及與Malish醫師所發表之醫學文獻施作病例數與併發症之關聯性」、「蔡悅華明知無法提供病患廖美秋完整治療，卻未建議病患廖美秋轉診」、「蔡悅華於病患廖美秋之系爭手術同意書中『成功率』下方添加『9成』、手術之風險下方添加『5/100包含出血、中風甚至死亡』，並載有不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式等不實事項，違反告知說明義務，且屬事後填載」、「蔡悅華施行系爭手術並未植入14個線圈」等（下合稱系爭爭點），系爭爭點業經原法院以106年度醫字第40號民事判決、鈞院以108年度醫上字第19號民事判決實質認定為無理由，並經最高法院以110年度台上字第2513號民事判決駁回上訴而確定在案（下稱另案），足徵伊等實無違反任何告知義務或應建議轉診之義務，亦無不實登載系爭手術同意書、病歷記錄或事後填載等情。本於誠信原則及當事人公平之訴訟法理，系爭爭點已生爭點效，上訴人不得再為相反之主張，法院亦不得作相異之判斷。

2.蔡悅華偕同溫崇熙已於99年1月27日晚間10時至11時在慈濟醫院急診暫留處向患者家屬詳細解釋治療方式、相關手術醫療方式風險及併發症，且蔡悅華於99年1月28日在慈濟醫院放射科協談室向病患家屬再次做病情解釋及系爭手術之治療風險、併發症，以及說明手術同意書上所載醫師答覆內容，病患家屬對手術同意書所載事項瞭解並同意，而於99年1月2

8日簽立手術同意書。又溫崇熙2人確實曾告知上訴人除系爭手術以外之治療方法，且溫崇熙2人未向家屬表示蔡悅華手術未失敗過，亦無不實告知或事後填寫手術同意書。另醫療法、醫師法均無規定醫師需將個人施作相同手術之案例數及失敗案例數一併告知病患或家屬，蔡悅華縱未告知此部分，亦無違反醫療常規。上訴人所執醫教科書上之手術併發症比例，僅係參考數據，非通案必然發生之不變定則，顯不足採。上訴人所執其他病患腦動脈瘤栓塞術說明書，僅係醫院預先印製及提供之制式、通案、一般性手術同意書，然實際上手術成功率及風險度會因病人年紀及病況而異，故有關手術成功率、併發症及風險等告知事項，應以醫師依個案情況評估後所書寫之內容為據，且上開說明書所載各項併發症比例僅係參考整理自不同之文獻報告，上訴人竟將不同文獻報告所列各種併發症比例予以加總，妄指為系爭手術併發症比例，進而推論手術成功率，顯與論理法則有違。

3.廖美秋之病情評估包含會同訴外人即急診醫師袁耀東，並與神經外科即溫崇熙共同評估，蔡悅華於接到溫崇熙知會後，與溫崇熙一起向廖美秋家屬解釋病情及栓塞手術後之適應症及風險，於家屬同意施作系爭手術後，進行栓塞前之評估，包含電腦斷層、血管攝影等，及照會麻醉科進行系爭手術之術前評估，則溫崇熙2人完整評估後，方建議採行系爭手術。又慈濟醫院之腦神經外科此項專業得以訓練腦神經外科醫師，放射線科此專業得以訓練放射線科醫師，且慈濟醫院為區域醫院，經評鑑為優等醫院、並有合格證明書、醫療機構開業執照，不僅設備完善，醫院組織架構健全，蔡悅華亦具有執行系爭手術之能力及資格，上訴人指摘伊等違反轉診義務，顯屬無據。另上訴人指摘伊等不當使用Plavix（保栓通）及Bokey（伯基）藥物云云，惟前開藥物係為手術中有放置支架時，為避免支架放置後造成血栓而預先開立，然廖美秋於進行系爭手術時並未放置支架，雖有開立該藥物以供備用，惟給藥彙總表上就上開藥物並無記載給藥人員及給藥

時間，足認伊等未給予廖美秋使用上開藥物。此外，Ketorolac（克多炎）仿單注意事項第7點固規定「本藥會抑制血小板功能，故忌用於有懷疑或已證實腦血管出血病人、有出血傾向體質病人、止血不止以及具出血之高危險群」，尚難遽認病患使用Ketorolac後，必然會抑制其血小板凝集，使血小板全然喪失凝血功能，導致手術後等易出血部位出血不止之情形，倘若病患如有仿單第7點所示情形者，應由醫師根據病患當時體況，於評估施打風險與治療效益後依個案判斷使用，並非絕對不能使用，況廖美秋使用Ketorolac後，於晚間9時30分經抽血檢查，其PT、APTT數值正常，顯無影響凝血功能；而蔡悅華於99年1月28日為廖美秋施作系爭手術之目的，係防止動脈瘤再次破裂出血，屬於緊急治療措施，本不受限於12小時前曾經靜脈注射此藥物。再者，依照目前醫學文獻與醫學報告，無單次使用Ketorolac即會造成顱內出血之個案，亦未發現證據確認單次使用Ketorolac會增加顱內出血的機率，故二者間無相當因果關係，伊等未違反醫療常規而有過失。

4.系爭手術自上午9時42分許開始，至下午1時5分廖美秋血壓突然升高為220mmHg/120mmHg蔡悅華在第一時間立即會診溫崇熙，並在訴外人即麻醉科醫師黃俊仁密切監測下，為求血壓升高原因，立即停止栓塞手術，於下午1時6分進行左側內頸動脈攝影，於下午1時12分進行右側總頸動脈攝影，於下午1時19分進行左側脊椎動脈攝影，經上述檢查發現，患者顱內血管不顯影，無法確定係因血管阻塞或動脈瘤再度出血所致，黃俊仁醫師並於下午1時35分開始持續使用升壓劑，溫崇熙於下午1時30分到達血管攝影室，蔡悅華告知其患者顱內血管不顯影之情形，溫崇熙立即進行評估及處置，並與蔡悅華討論確定患者血壓升高原因及顱內狀況，安排進行電腦斷層，待麻醉科穩定生命跡象、電腦斷層室準備好後，於下午2時20分進行電腦斷層掃描，而廖美秋電腦斷層檢查於下午2時25分顯示腦水腫、腦室水腫及蜘蛛網膜下腔出血，

溫崇熙2人即於電腦斷層室外向家屬解釋病情，伊等於醫療處置過程中無任何延誤。蔡悅華於系爭手術確有植入14個線圈。

5.又無證據顯示廖美秋於系爭手術中之出血原因係因系爭手術造成，實則係因動脈瘤造成之急性蛛網膜下腔再出血，此為系爭手術之合理風險，故上訴人指摘蔡悅華於施作系爭手術中不慎將動脈瘤戳破，顯屬無據。另系爭手術中廖美秋血壓升高，並有嚴重腦血流中斷現象，蔡悅華因所有顱內血管不顯影，當時無法確診是動脈瘤再度破裂出血或血管阻塞所致，嗣經電腦斷層掃瞄後始確知為動脈瘤再出血，則上訴人指摘蔡悅華有未繼續植入線圈、未立即將氣球充氣於動脈瘤破裂處予以止血、未給予注射protamine sulfate等醫療疏失，顯不可採。另上訴人雖指摘蔡悅華未立即偕同溫崇熙進行開顱手術、給予過度換氣、顱內壓監測及引流或開立降腦壓藥物等積極之醫療處置，惟衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）第0000000號鑑定書鑑定意見已認定伊等所為醫療處置均符合醫療常規，故上訴人上開指摘顯不可採。是伊等確實對於廖美秋已盡所能之注意義務，無任何醫療故意或疏失，上訴人依侵權行為及債務不履行規定請求損害賠償，顯屬無據等語置辯。答辯聲明：⑴上訴駁回。⑵如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

㈡溫崇熙則以：

1.廖美秋於99年1月27日下午5時許經廖銘陽陪同至慈濟醫院急診室，其至急診時意識清楚，主訴為當日上午有嚴重頭痛，伴隨頸部疼痛之情形，而於同日晚間7時15分有血壓升高及晚間8時55分許有頭痛不適之狀況持續惡化，經院內急診室之袁耀東醫師、訴外人陳立安醫師分別安排廖美秋進行腦部電腦斷層、血管攝影檢查。又廖美秋入院急診時院內神經外科當日值班住院醫師訴外人蔡宗良醫師，於當日晚間11時許評估廖美秋病情後，建議採取動脈栓塞手術，經蔡宗良醫師於同日晚間11時43分開立會診單，通知伊及放射科醫師蔡悅

華會診後，伊考量廖美秋年紀不輕，有高血壓病史，長期服用含抗血栓成分藥物，使其凝血及新陳代謝功能較一般人弱，且於入院時已有動脈瘤破裂之情形，會造成腦部腫脹，如進行傳統開顱手術可能因傷口過鉅、輸血及麻醉等困難而提高手術失敗率，研判廖美秋屬傳統開顱手術典型高風險之顱內動脈瘤病患，如採用傳統開顱手術，廖美秋於手術中發生死亡結果機率相當高，而與蔡悅華討論後由蔡悅華實施系爭手術。嗣就開顱手術部分，由伊對廖美秋及在場家屬說明手術情況、適應症、可能風險，系爭手術則由蔡悅華說明及實施，且伊、蔡悅華確曾告知上訴人及廖美秋除系爭手術以外之治療方法，已盡告知義務，後經廖美秋及上訴人同意採用系爭手術治療。此外，慈濟醫院未中斷給予廖美秋止痛、鎮靜藥物，況廖美秋入院時已病危，依當時情形無允許僅將臥床休息或僅服用止痛、鎮靜藥物完全替代手術之治療方式，否則廖美秋急診完畢領用止痛藥物即可出院。伊上開診斷、會診結果與醫療常規相符。

2.廖美秋於入院時，業經袁耀東醫師安排腦部電腦斷層檢查，陳利安醫師安排血管攝影檢查，2位醫師多次給予降血壓、止血及止痛藥劑，顯見慈濟醫院神經外科配置有足夠之醫療人員及設備，客觀上具備提供廖美秋適時且適當醫療服務之能力，而無醫療法第73條第1項所稱「無法確定可以提供完整治療時」及醫療救護法第36條所稱「無法提供適切治療時」之情狀，伊自無依醫療法第73條規定主動告知或建議廖美秋轉診之必要。又上訴人及廖美秋於系爭手術前雖有向國泰醫院神經外科黃金山醫師詢問轉診建議，經血管攝影結果，廖美秋顱內確實有動脈瘤已破裂情形，隨時可能再度嚴重破裂，情況十分危險，經廖美秋與上訴人討論後決定留在慈濟醫院，不再要求轉診，伊無拒絕轉診之情形。此外，伊於接受通知後立即到場，手術經蔡悅華觀察，廖美秋腦內動脈瘤於手術中破裂後，其大腦完全停止循環（no flow），腦血流為0ml，腦部血管也呈現顯影劑無法進入腦部現象（n

o filling），廖美秋於系爭手術中同時發生急性腦水腫（acute bran edema）及急性水腦（acut hydrocphahalus），且蛛網膜下腔大量出血導致其大腦白質與灰質區域已經無法分辨現象，依據廖美秋於99年1月28日手術中呈現無腦內循環及同月29日腦部斷層掃描判讀廖美秋大腦神經細胞已有自體溶解，外觀上呈現大腦白質與灰質區域已無法分辨現象，足見廖美秋於手術後確有發生腦死病人之腦病理變化，伊依據蔡悅華於系爭手術中就廖美秋之瞳孔對光無反射、瞳孔放大、無頭-眼反射及昏迷指數為最低等腦幹功能測試結果，研判廖美秋已呈腦死狀態，併有血壓不穩定需升壓劑控制之情形，如強行採行腦室引流或再為廖美秋實施傳統開顱手術，亦屬無效醫療措施，於回復廖美秋腦部功能並無相當因果關係，反有加速死亡之危險，故上訴人主張伊未偕同蔡悅華為廖美秋進行頭蓋骨切除開顱手術治療、施以過度換氣，顱內壓監測以及引流，或開立降腦壓藥物等醫療處置，有違醫療常規云云，顯不足採等語置辯。答辯聲明：⑴上訴駁回。⑵如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、兩造不爭執事項（見本院卷二第25、26頁）：

㈠廖美秋於99年1月27日下午5時許，因突發性頭痛由家屬陪同至慈濟醫院急診室就診，當時廖美秋體溫35.7℃，呼吸平順，心跳85次/分，血壓176/105mmHg。經急診醫師袁耀東、陳立安安排腦部電腦斷層掃描檢查，診斷為自發性蛛網膜下腔出血。

㈡溫崇熙為廖美秋之主治醫師，其於99年1月27日晚間7時30分安排廖美秋進行腦血管造影檢查，再於同日晚間9時35分進行顱內血管造影檢查，並於同日晚間11時35分會診放射線科醫師即蔡悅華。

㈢99年1月27日晚間廖美秋家屬提出轉診至國泰醫院之要求。

㈣99年1月28日上午8時20分許，蔡悅華於醫院一樓影像醫學部交付手術同意書予高全賢簽名，斯時有其他家屬在場。

㈤99年1月28日上午8年30分許，蔡悅華為廖美秋進行系爭手

術，每個線圈置放之時間約為5分鐘。

㈥系爭手術進行中，廖美秋血壓有升高，蔡悅華囑無須降血壓，期間廖美秋有動脈瘤破裂，造成蛛網膜下腔大量出血，並有嚴重之腦水腫併顱內壓上升。蔡悅華未偕同溫崇熙給予過度換氣、未開立降腦壓藥物、未進行顱內壓監測、引流以及開顱手術等醫療處置。

㈦於99年1月28日下午2時20分許，被上訴人為廖美秋安排電腦斷層檢查。

㈧99年1月31日晚間7時許，廖美秋因動脈瘤破裂產生蜘蛛膜下腔出血，致心肺衰竭而死亡。

四、得心證之理由：

上訴人主張伊等為廖美秋之子女，被上訴人未盡據實告知說明義務、違背建議轉診義務、對廖美秋所為之醫療行為違反醫療常規，而有疏失，且與廖美秋死亡結果具相當因果關係，並致伊等因此受有損害，爰先位之訴：依民法第184條第1項、第2項、第185條、第188條規定，請求被上訴人連帶給付高全賢170萬元、廖靜170萬元、廖銘陽130萬元、高鏽陵130萬元本息；備位之訴：依醫療契約及民法第535條後段、第227條第1項、第227條之1規定及繼承法律關係，請求慈濟醫院給付高全賢170萬元、廖靜170萬元、廖銘陽130萬元、高鏽陵130萬元本息等語，為被上訴人否認，並以前詞置辯。茲分述如下：

㈠按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條規定甚明。上開但書規定係於89年2月9日該法修正時所增設，肇源於民事舉證責任之分配情形繁雜，僅設原則性之概括規定，未能解決一切舉證責任之分配問題，為因應傳統型及現代型之訴訟型態，尤以公害訴訟、商品製造人責任及醫療糾紛等事件之處理，如嚴守本條所定之原則，難免產生不公平之結果，使被害人無從獲得應有之救濟，有違正義原則。是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暨求證事實之性質，斟酌當事人間能力之不平等、證據偏在一方、蒐證之困難、因果關係證明之困難及法律本身之不備等因素，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者，應適用前開但書規定，衡量如由病患舉證有顯失公平之情形，「減輕其舉證責任」，以資衡平。若病患就醫療行為有診斷或治療錯誤之瑕疵存在，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，固應認其盡到舉證責任（最高法院103年度台上字第1311號裁判意旨參照）；惟醫師實施醫療行為，如已符合醫療常規，而被害人未能舉證證明醫師實施醫療行為過程中有何疏失，即難認醫師有不法侵權行為（最高法院104年度台上字第700號裁判意旨參照）。是依前開說明，上訴人主張被上訴人對廖美秋所為上開醫療行為，有違反必要注意義務、醫療常規等各項過失，並因此造成廖美秋不治死亡，致伊等受有損害等情，仍應由上訴人就前開有利於己之事實，先負舉證之責，僅因醫療行為之高度專業性，而將舉證責任減輕而已。易言之，上訴人應就其上開主張證明至法院之心證程度達到降低後之證明度，獲得該待證事實為真實之確信，此時始因醫療專業不對等之原則，依民事訴訟法第277條但書之規定，發生舉證責任轉換，應移由被上訴人舉證證明其醫療行為並無過失，或與上訴人所受損害間無因果關係之效果，非謂凡涉及醫療糾紛之民事事件，其舉證責任初始即當然倒置於被上訴人，以符合訴訟法規精神及醫療事件之特質，先予敘明。

㈡上訴人主張被上訴人未盡據實告知說明義務部分：

上訴人主張溫崇熙2人未告知廖美秋及在場家屬已使用之「keto、Plavix、Bokey」等藥物，會增加栓塞手術出血之風險，且需停用至少一天以上始得施作系爭手術之仿單建議事項，亦未告知可選擇進行臥床休息、使用止痛鎮靜藥物等保守療法而不需立即進行系爭手術，或另外開顱外科手術之療

法，又未告知系爭手術之成功率、併發症及死亡之風險，以及蔡悅華施作類似手術之臨床經驗，復未告知廖美秋所罹患之動脈瘤，以栓塞手術治療會較開刀外科手術治療方法有更高之出血風險（高達2.48倍之出血風險），另未告知廖美秋所罹為寬頸動脈瘤，若以栓塞手術治療，會因此種動脈瘤頸寬壁薄，較易於栓塞過程被線圈或微導管戳破瘤壁出血，較不適合栓塞手術，也未告知栓塞後殘留或未完全栓塞之比例會高達57.1%，栓塞後線圈容易脫落，需要額外放置支架以防線圈脫落，而在有準備放置支架之情形，即需於系爭手術前服用會增加出血之抗血小板藥物，而不適於本件自發性蛛網膜下腔出血患者，復未告知溫崇熙完全無處理動脈瘤破裂之經驗，且未提供腦動脈瘤栓塞術說明書（即原審卷六第105頁）予病患或家屬簽署，亦未據實告知該說明書上記載之相關優缺點、成功率可能發生的副作用、併發症及其機率，溫崇熙2人未盡據實告知說明義務，違反醫療法第63條第1項前段、第81條、醫師法第12條之1等規定及最高法院95年度台上字第3476號刑事判決所要求者等語，為被上訴人否認，經查：

1.按醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之；但情況緊急者，不在此限。醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，醫療法第63條第1項、第81條、醫師法第12條之1分別定有明文。查廖美秋於99年1月27日下午5時許，因突發性頭痛由家屬陪同至慈濟醫院急診室就診，當時廖美秋體溫35.7℃，呼吸平順，心跳85次/分，血壓176/105mmHg。經急診醫師袁耀東、陳立安安排腦部電腦斷層掃描檢查，診斷為自發性蛛網膜下腔出血；溫

崇熙為廖美秋之主治醫師，其於同日晚間7時30分安排廖美秋進行腦血管造影檢查，再於同日晚間9時35分進行顱內血管造影檢查，並於同日晚間11時35分會診放射線科醫師即蔡悅華，有慈濟醫院之廖美秋病歷0冊可稽（外置），並為兩造所不爭執；又溫崇熙於同日晚間10時25分、11時25分向廖美秋之家屬解釋病情，於翌日即28日上午6時由廖美秋之孫女即訴外人廖品文簽署麻醉同意書，麻醉同意書上已記載手術名稱為「動脈瘤栓塞」，並註明麻醉之副作用、風險、醫師之聲明、立同意書人之聲明等情，亦有99年1月27日之護理記錄、麻醉同意書可查（見原審卷一第66、70頁）。同日，廖美秋之子高全賢亦簽署手術同意書，其上記載：「1.疾病名稱：左側後交通動脈動脈瘤。2.建議手術名稱：動脈瘤栓塞手術，3.建議手術原因：防止動脈瘤再破裂」；又「醫師之聲明」項下所列：「1.我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性。手術併發症及可能處理方式。不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式。預期手術後可能出現之暫時或永久症狀。如另有手術相關說明資料，我並已交付病人」等欄位均經勾選，且於手術之風險字樣上手寫註記5/100包含出血、中風、甚至死亡，在成功率字樣上手寫註記9成，並於空白處蓋有蔡悅華之印文；另就「醫師之聲明」中「2.我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆」欄位下註記：「⑴因為寬頸動脈瘤，故需支架置放，並且一輩子服用抗凝血劑。⑵右側動脈瘤為未破裂的，待此次蜘蛛網膜下出血危險期⑶後再和家屬討論，此次手術不處理。⑷術後3個月，需追蹤診斷性血管攝影。⑸已解釋此次出血的自然病程」，及由蔡悅華簽名、蓋印、註記時間（即99年1月28日8時20分）；佐以「病人之聲明」欄位載有：「1.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。2.醫師已向

我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。3.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。…5.針對我的情況、手術的進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。…7.我瞭解這個手術可能是目前最適當的選擇，但是這個手術無法保證一定能改善病情。基於上述聲明，我同意進行此手術」，且經高全賢在該手術同意書填寫關係、日期（即99年1月28日8時30分）、地址與電話等欄位內容，並在「立同意書人簽名」欄處簽名等節，有手術同意書足稽（見原審卷一第72頁）。

2.高全賢前就溫崇熙2人對廖美秋所為上開醫療行為，涉犯業務過失致死罪嫌提出刑事告訴，經臺灣臺北地方檢察署（下稱臺北地檢署）檢察官先後以100年度偵字第23528號、102年度偵續字第191號、102年度醫續一字第2號、103年度醫偵續二字第1號、103年度醫偵續三字第1號為不起訴處分，經高全賢提起再議、交付審判後，復經臺灣高等檢察署以104年度上聲議字第3234號處分書駁回再議及臺北地院刑事庭以104年度聲判字第132號裁定駁回交付審判，溫崇熙2人不起訴處分已告確定（下稱系爭偵案），有上開處分書、裁定在卷足按（見原審卷二第21至28、267至279頁，卷三第38至55、70至73、148至166頁，卷四第23至28頁），並經本院調閱系爭偵案卷宗查明無訛。觀諸廖靜、高全賢於系爭偵案中證述：「我到的時候是晚上8點多，2個弟弟都在，家人也陸續到，我一到就有看到溫崇熙醫生，我就參與討論並請教醫生，我有問醫生母親的情況…溫崇熙醫生過來說，母親大動脈血管瘤有微量出血，處理方式有2種，一是開刀，就是外科處理，一是栓塞，由蔡悅華醫師處理…」、「…如果不動手術就是瘤還在，哪時發作就不知道…」等語（見原審卷四第77、81頁偵查筆錄）。足認溫崇熙2人於系爭手術前，確曾向廖美秋家屬說明系爭手術之原因、成功率、不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式或可能發生之併發症及

危險，並告知有關廖美秋之病情、治療方針、處置、預後情形及可能之不良反應，且經高全賢聲明瞭解前述「病人之聲明」欄各項後，始決定簽署實施系爭手術同意書，同意被上訴人為系爭手術之醫療處置。又關於簽立同意書及說明之過程，已認定如前，上訴人另聲請傳喚手術前之護理人沈欣怡、專科護理師(NSP)邱小惠及護理人員林玲瑩到場詢問，關於簽立同意書及說明之過程（見本院卷一第137頁），核無必要。

3.且本件經醫審會第一次鑑定（編號0000000鑑定書），其就委託鑑定事由：「廖美秋入院時，依當時病況可得選擇之治療方式為何？又治療風險各為若干？」之鑑定意見認：「㈡依醫學雜誌文獻（The Lancet 336 : 809-817, 2005.)發表，病人（按即廖美秋）入院時，可接受開顱夾除破裂之動脈瘤（以下簡稱「夾除術」）或接受經皮介入性血管內栓塞術（以下簡稱「栓塞術」）。於1063位接受栓塞術之病人，250位（約23.5%)於一年內死亡或殘障。而1055位接受夾除術之病人中，326位(約30.9%)，於一年內死亡或顯著殘障。該研究發現二者皆是可施行之術式，具相近之治療效果，且以栓塞術較佳。其中接受栓塞術之1073位病人，20位（1.86%)出現術後再出血，而接受夾除術之1070位病人中，8位（0.75%)出現再出血。」（見原審卷一第344頁背面、346頁），可知研究結果雖顯示接受栓塞術之病人較接受夾除術之病人有較高之出現術後再出血之比例，然醫療作為之風險評估並非單以術後出血乙項為斷，遑論該鑑定意見亦指明夾除術與栓塞術對於破裂之動脈瘤而言皆是可施行之術式，具相近之治療效果，且以栓塞術較佳，足認溫崇熙與蔡悅華會診後，建議對廖美秋施作本案栓塞手術，屬於合理之醫療診斷，尚無從單以研究結果顯示接受栓塞術之病人術後有較高再出血之比例，即認廖美秋較不適合栓塞手術，溫崇熙2人建議對廖美秋施作本案栓塞手術，有何違反醫療常規之處。

4.本件經醫審會第二次鑑定（編號0000000鑑定書），其鑑定意見認：「㈠…2.本案蔡醫師（按即蔡悅華）為本次手術負責醫師，其於術前向病人或家屬進行告知說明時，已根據自身取得之專科醫師資格能力及類似手術之臨床經驗進行告知說明，依醫療常規，亦無要求醫師須將個人施作相同手術之案例數及失敗案例數一併告知，故本案蔡醫師未告知病人家屬其施作栓塞手術之案例數及失敗案例數，並無違反醫療常規。㈡1.手術同意書中所列手術可能發生之併發症、危險及成功率，通常係依國際或國內醫學報告或教科書發表之數據以進行告知，或有將該醫院成果或個人成果告知病人家屬。惟因每個病人疾病差異嚴重度不一而有不同程度併發症或危險。故本案蔡醫師依其個人經驗告知病人家屬手術可能發生之併發症、危險及成功率，屬符合醫療常規。…㈢1.醫師應經完成專科醫師訓練，並先經專科醫學會認可後 報請中央衛生主管機關複審合格後，始取得專科醫師證書。…蔡醫師提供之多張認證資料包含專科醫師證書，屬完成專科醫師訓練並取得專科醫師證書之合格專科醫師，而可認定其係已具有專長能力執行醫療業務之專科醫師，蔡醫師已根據自身取得之專科醫師資格能力執行醫療業務，符合醫療常規。2.承上，蔡醫師已根據自身取得之專科醫師資格能力執行醫療業務，故並無專長能力不足問題，亦不需告知病人該等情形，使病人可選擇轉診至其他醫療機構。…㈤1.…腦動脈瘤線圈栓塞手術之風險，與病人病情嚴重度有關連性。本案蔡醫師係已完成專科醫師訓練取得專科醫師證照，故其能力足以施行上開手術，施作『案例』之經驗，尚不能據以推測蔡醫師之能力，無法具有7%或更低之手術風險。2.…蔡醫師已根據自身取得之專科醫師資格能力及類似手術之臨床經驗，向病人家屬告知手術風險為『5/100包含出血、中風、甚至死亡』，為醫療常規容許之作法。」（見原審卷六第42至44頁），可知蔡悅華未告知廖美秋家屬其施作栓塞手術之案例數及失敗案例數，並無違反醫療常規；且其於術前向廖美秋

家屬進行告知說明時，已根據自身取得之專科醫師資格能力及類似手術之臨床經驗告知廖美秋家屬系爭手術可能發生之併發症、危險及成功率，手術風險為「5/100包含出血、中風、甚至死亡」，符合醫療常規；蔡悅華之能力係足以施行系爭手術，並無專長能力不足問題，而需告知病人該等情形，使病人可選擇轉診至其他醫療機構之情。

5.綜前可知，溫崇熙2人建議對廖美秋施作本案栓塞手術，屬於合理之醫療診斷，廖美秋於斯時並無較不適合栓塞手術之情，溫崇熙2人上開建議即無違反醫療常規之處；溫崇熙2人於系爭手術前，確曾向廖美秋家屬說明系爭手術之原因、成功率、不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式或可能發生之併發症及危險，並告知有關廖美秋之病情、治療方針、處置、預後情形及可能之不良反應，經高全賢聲明瞭解前述「病人之聲明」欄各項後，始決定簽署實施系爭手術同意書，同意被上訴人為系爭手術之醫療處置；而蔡悅華未告知廖美秋家屬其施作栓塞手術之案例數及失敗案例數，並無違反醫療常規，且其於術前向廖美秋家屬所進行之告知說明，均符合醫療常規，其能力係足以施行系爭手術，無專長能力不足問題，而需告知使廖美秋家屬可選擇轉診至其他醫療機構之情，足徵被上訴人抗辯伊等已就上開事項盡告知義務，始經廖美秋及上訴人同意採用系爭手術治療，並無違反告知義務及醫療常規，係屬可採。則上訴人主張被上訴人未告知可選擇保守療法而不需立即進行系爭手術，或另外開顱外科手術之療法，又未告知系爭手術之成功率、併發症及死亡之風險，以及蔡悅華施作類似手術之臨床經驗，復未告知廖美秋所罹患之動脈瘤，以栓塞手術治療較開刀外科手術治療方法會有更高之出血風險，較不適合栓塞手術，也未告知栓塞後殘留或未完全栓塞之比例，栓塞後線圈容易脫落，需要額外放置支架以防線圈脫落，復未告知溫崇熙完全無處理動脈瘤破裂之經驗，且未提供腦動脈瘤栓塞術說明書予病患或家屬簽署，亦未據實告知該說明書上記載之相關優缺點、

成功率可能發生的副作用、併發症及其機率，違反醫療法第63條第1項前段、第81條、醫師法第12條之1等規定云云，並不足取。至上訴人援引最高法院95年度台上字第3476號刑事判決乃為個案針對告知義務範圍之認定，自無拘束本院認定之效力。再者，高全賢前以溫崇熙2人均明知廖美秋罹患之後交通動脈瘤以線圈栓塞手術治療會較以開刀外科手術治療有更高之出血風險、施作線圈栓塞手術符合健保給付之適應症、溫崇熙並無於線圈栓塞手術中發生出血併發症之處置經驗、蔡悅華並無實際施作14個栓塞線圈之意等情，竟騙取病患暨家屬同意住院並支付40萬餘元自費手術等費用，涉犯詐欺取財等罪，對溫崇熙2人提起自訴，經臺灣臺北地方法院（下稱臺北地院）刑事庭107年度自更一字第4、5號、本院110年度上訴字第2462號、最高法院111年度台上字第3162號刑事判決溫崇熙2人無罪確定（下稱系爭自訴案），有上開判決在卷足按（見本院卷二第257至290頁），並經本院調閱系爭自訴案第一、二審電子卷證查明無訛。系爭自訴案之確定判決亦認關於病患廖美秋臚內動脈瘤術式之醫療選項，溫崇熙2人並無違反當時之告知同意原則，亦無未說明後交通動脈瘤以線圈栓塞手術治療會較以開刀手術治療有更高之出血風險，及未告知施作線圈栓塞手術之成功率僅6成、併發症發生率達4成之不作為詐術。

6.上訴人復主張溫崇熙2人未告知廖美秋及在場家屬已使用之「keto、Plavix、Bokey」等藥物，會增加栓塞手術出血之風險，且需停用至少一天以上始得施作系爭手術之仿單建議事項；而在有準備放置支架之情形，即需於系爭手術前服用會增加出血之抗血小板藥物，而不適於本件自發性蛛網膜下腔出血患者等語。查依急診醫囑單記錄所示，99年1月27日20:45急診值班何耀燦醫師曾開立藥物為「Laston 克痛解針劑30mg/amp（Ketorolac）」予廖美秋（見原審卷一第141頁背面）；另依廖美秋之「給藥彙總表」所示，99年1月28日確有醫師開立二種藥物即「Plavix（保栓通，clopidogrel/

75mg，4顆）」、「Bokey(伯基，aspirin/100mg，3顆）」之記錄，惟該開立記錄後方並未有人員給藥之確認記錄（見原審卷三第23頁）。而本件經醫審會第三次鑑定（編號0000000鑑定書），其鑑定意見認：「㈢依急診醫囑單記錄，99年1月27日20:45因病人主訴頭痛，急診值班何耀燦醫師曾開立藥物為Laston（中文藥名：克痛解，學名：ketorolac）30mg/amp，而非Keto（中文藥名：克多炎）止痛針。依『克痛解』仿單（參考資料），其『禁忌症』記載包括兩點：①對本藥曾有過敏病歷者；②曾因服用Aspirin或其他非類固醇消炎劑引起過敏者。另仿單之『注意事項』中第7點，確實載有『本藥會抑制血小板功能，故忌用於有懷疑或已證實腦血管出血病人』；第8點『本藥不能用於手術前與手術中做為疼痛之預防』等項目，可見該藥物之使用，臨床有可能增加手術出血風險。惟本案急診何醫師處方之ketorolac止痛針為臨床常用針劑止痛藥物，依該藥仿單之『適應症』記載為：『疼痛之短期療法』，本案病人並未有上開過敏病史之禁忌症，且當時係為緩解頭痛之主訴，並未安排作為術前及術中疼痛預防之用途，故當時臨床情境處方該藥物作為短期緩解病人頭痛主訴，符合醫療常規。2.另依該藥物仿單中『作用』亦記載此藥物半衰期約5～6小時，故自99年1月27日20:55給予病人注射壹劑ketorolac(30mg)後，至隔日08:30完成氣管內管置放全身麻醉後，開始接受動脈瘤栓塞手術前，此期間已近達12小時，約經過2～3個半衰期，臨床並無實證文獻報告，單一劑量之ketorolac經過2～3個半衰期後會增加手術中出血風險；況且動脈瘤栓塞手術過程中，應常規投予抗凝血劑heparin(肝素）避免血栓形成，此步驟本身就會影響凝血功能，故難謂術前近12小時前所處方之ketorolac 30mg殘留藥效會增加手術出血風險。且本案病人因腦部動脈瘤急性破裂出血，線圈栓塞手術屬緊急手術，動脈瘤有再破裂風險，臨床時間可謂緊迫，在ketorolac單一劑量已經過2～3個半衰期，藥物影響應已極小，故經衡量當時臨床

情境及處置之各種風險而安排進行緊急手術，符合醫療常規，且使用ketorolac單一劑量經過近12小時後，並無不可安排本案緊急線圈栓塞手術之理。㈣依卷附99年1月28日之「給藥彙總表」，確實有開立二種預防血栓藥物【保栓通Plavix（clopidogrel/75mg，4顆）、伯基Bokey(aspirin/100mg，3顆）】之記錄，此係依動脈瘤線圈栓塞手術之常規手術中如果有輔以血管支架置放之情形，必須於手術後給予該二種藥物預防血栓形成，係術後常規用藥，惟該彙總表中後方之人員給藥確認欄位為空白，屬確認未給該藥物。…本案病人確未使用該二種藥物，其後續出血，與該二藥物無關。」（見本院卷二第195至197頁），可知被上訴人並無對廖美秋使用「keto、Plavix、Bokey」等藥物，而何耀燦醫師於99年1月27日20:45因廖美秋主訴頭痛，給予其注射壹劑ketorolac(30mg)，符合醫療常規，且至隔日即28日08:30完成氣管內管置放全身麻醉後，開始接受動脈瘤栓塞手術前，使用ketorolac單一劑量已經過近12小時後，並無不可安排系爭手術，而無需停用至少一天以上始得施作系爭手術。是上訴人主張溫崇熙2人未告知廖美秋及在場家屬已使用之「keto、Plavix、Bokey」等藥物，有上開風險及需停用至少一天以上始得施作系爭手術之仿單建議事項、於系爭手術前服用會增加出血之抗血小板藥物，不適於自發性蛛網膜下腔出血之廖美秋，違反醫療法第63條第1項前段、第81條、醫師法第12條之1等規定云云，亦非可採。至上訴人以鑑定意見以與Ketorolac作用機轉不同的Heparin藥物作為比喻，不符合醫理，聲請再為函詢鑑定機構（見本院卷二第355頁），然前揭醫審會第三次鑑定意見係先說明臨床並無實證文獻報告，單一劑量之ketorolac經過2～3個半衰期後會增加手術中出血風險，始輔以說明動脈瘤栓塞手術過程中，應常規投予抗凝血劑heparin(肝素）避免血栓形成乙節，尚難認有何不符醫理之處，則上訴人以鑑定意見有上開不符合醫理之處，聲請再為函詢鑑定機構，核無必要。

㈢上訴人主張溫崇熙2人違背建議轉診義務部分：

上訴人主張廖美秋與伊等曾提出欲轉診至國泰醫院由黃金山醫師進行診治，然溫崇熙竟向伊等催詢需施作系爭手術，告知系爭手術危險性幾乎是零，廖美秋若轉診會有生命危險，藉故拖延及拒絕伊等提出轉診至國泰醫院之要求，且溫崇熙2人未盡建議轉診之義務，亦未對醫院之相關人員、設備說明供廖美秋與伊等選擇，致廖美秋與伊等於未獲得完整轉診建議情形下，做出不轉診接受系爭手術之決定，溫崇熙2人違反醫療法第56條、第60條第1項、第73條第1項、緊急醫療救護法第36條、醫師法第21條等保護他人法律之規定，而有過失等語，為被上訴人否認，經查：

1.按醫療機構應依其提供服務之性質，具備適當之醫療場所及安全設施。醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備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。醫院為有效調度人力與設備，應建立緊急傷病患處理作業流程及內部協調指揮系統，遇有緊急傷病患時應即檢視，並依其醫療能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；其無法提供適切治療時，應先做適當處置，並協助安排轉診至適當之醫療機構。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。醫療法第56條第1項、第60條第1項、第73條第1項、緊急醫療救護法第36條、醫師法第21條固有明文。

2.查上訴人主張廖美秋與伊等曾提出欲轉診至國泰醫院由黃金山醫師進行診治，然溫崇熙竟向伊等催詢需施作系爭手術，告知系爭手術危險性幾乎是零等語，雖以廖靜於系爭偵案中證稱：溫崇熙醫師過來說，母親大動脈血管瘤有微量出血，處理方式有2種，一種是開刀，就是外科處理，一種是栓塞，由蔡悅華醫師處理，並解說他們醫院處理很多這種問題，都沒有失手過，醫院有一位蔡悅華醫生，技術很好，請

蔡悅華醫師過來說明等語（見臺北地院自更一字4號卷一第211頁），及高全賢證稱：溫崇熙有提議慈濟有一位栓塞科醫生，做這個很成功，幾乎沒有失敗過，要請該醫師過來，後來蔡悅華醫師就過來等語（見同上卷第209頁），惟渠2人關於溫崇熙所稱是蔡悅華或是臺北慈濟醫院整體、未曾失敗或是幾乎沒有失敗過之證述內容，已有不符。至證人即國泰醫院醫師黃金山於原審雖證述：廖美秋的女兒廖靜當時打電話跟我說廖美秋在慈濟醫院急診，後來由慈濟醫院的主治醫師溫崇熙跟我講，溫崇熙告訴我經檢查結果，廖美秋是動脈瘤破裂造成蜘蛛膜出血，然後他說醫院有動脈栓塞的技術和設備，成功率很高，我也就沒有表示意見；溫醫師跟蔡醫師都有說他們做得很好，沒有失敗過等語（見原審卷二第129至131頁），然黃金山上開證述僅係片段拮取其與溫崇熙2人於電話中之對話，無從知悉溫崇熙2人與黃金山對話之前後過程為何，自難據為有利上訴人之認定。此外，上訴人復未再提出其他證據以實其說，僅以廖靜、高全賢、黃金山之證述，不足證明溫崇熙曾告知上訴人系爭手術危險性幾乎是零；且系爭自訴案確定判決亦認溫崇熙並未稱蔡悅華施作線圈栓塞手術未曾失敗。上訴人此部分主張，自無可採。

3.次查慈濟醫院經行政院衛生署95年10月24日衛署醫字第0950215221號公告、95年10月24日衛署醫字第0950215242號函、99年11月16日衛署醫字第0990026187號公告、98年9月11日衛署醫字第0980212454號函，核定有權訓練神經外科專科醫師、放射線科專科醫師，並於98年8月6日受評鑑為新制醫院評鑑優等醫院、98年8月21日評鑑為新制教學醫院評鑑合格醫院，此有行政院衛生署之上開函文、慈濟醫院之醫院評鑑合格證明書及教學醫院評鑑合格證明書可參（見原審卷一第171至183頁）。又廖美秋於99年1月27日下午5時許，至慈濟醫院急診就診後，同日業經急診袁耀東醫師安排電腦斷層掃描檢查，並診斷為自發性蛛網膜下腔出血，復經神經外科之溫崇熙安排血管造影檢查後，顯示廖美秋左側後大腦交通動

脈之寬頸動脈瘤急性破裂出血，且右側後大腦交通動脈同時發現有一較小之動脈瘤，有廖美秋病歷足稽，可徵慈濟醫院院內之設施、人員已具有足夠知識、技能與設備確定廖美秋之病因。再參之醫審會第一次鑑定意見㈢記載，系爭手術為以白金線圈經皮介入性血管內栓塞術，須由神經外科專科醫師轉介至放射（診斷）專科醫師（需具有臨床訓練及施行經驗者）施行（見原審卷一第346頁），而溫崇熙為具有專業能力之神經外科醫師，蔡悅華亦為有資格及能力進行該類栓塞手術之放射科醫師，有渠等醫師執照、醫師證書、專科醫師證書、學位證書等件可佐（見原審卷一第73、132、133、196至200頁），且醫審會第一次鑑定意見亦認：「㈢…另本案依蔡悅華醫師提供之多張認證資料，且前13個線圈植入順利，故應有資格及能力進行該類栓塞手術。」（見原審卷一第346頁）、第二次鑑定意見復認：「㈢…蔡醫師已根據自身取得之專科醫師資格能力執行醫療業務，故並無專長能力不足問題，亦不需告知病人該等情形，使病人可選擇轉診至其他醫療機構。」（見原審卷六第43頁），足見溫崇熙2人均係有專業能力為廖美秋提供系爭手術之適切醫療服務者。綜此，慈濟醫院院內之設施、人員已具有足夠知識、技能與設備確定廖美秋之病因，溫崇熙2人均係有專業能力為廖美秋提供適切醫療服務之醫師，被上訴人並無限於人員、設備及專長能力，無法確定廖美秋之病因或提供完整、適切治療，而對上訴人及廖美秋有依醫療法第56條第1項、第60條第1項、第73條第1項、緊急醫療救護法第36條、醫師法第21條等規定，為轉診建議之義務。系爭偵案不起訴處分書、另案確定判決（見本院卷一第251至262頁）亦同此認定。是上訴人主張溫崇熙2人未盡建議轉診之義務，亦未對醫院之相關人員、設備說明供廖美秋與伊等選擇，致廖美秋與伊等於未獲得完整轉診建議情形下，做出不轉診接受系爭手術之決定，而違反前揭醫療法、緊急醫療救護法、醫師法規定應建議病人轉診之義務云云，洵非可採。

4.上訴人復主張溫崇熙於廖美秋提出轉診要求後，藉故拖延及拒絕伊等提出轉診至國泰醫院之要求等語。然觀諸醫審會第一次鑑定意見認：「㈠依神經外科通用之教科書記載（Mark S Greenbreg：Handbook of Neurosurgery. Fifth Edition. Thieme. Chapter27：SAH and Aneurysm 2010.），顱內動脈瘤破裂之病人若非到院前死亡，於急性期中，動脈瘤再度出血為常見之致死原因。依文獻統計結果約4%之顱內動脈瘤於第一次出血後一天內發生，其中又以前6小時為高峰。再出血比例於隨後之13天內每天約有1.5%。已破裂動脈瘤於14天內，累計有15-20%之再出血比例；於6個月內具有50%再出血比例。由於再出血為此類病人病情惡化之主因，一般治療建議盡早夾除或栓塞動脈瘤，而手術進行前，建議以安定病人情緒控制血壓為主要治療方法。故病人於99年1月27日至慈濟醫院就診時，如予以移動或轉診是可能會有病情惡化或威脅生命之風險，轉診確實會提高風險。」（見原審卷一第345頁背面至346頁），可知廖美秋就診當時確實有不適宜轉診之情形，則溫崇熙未建議廖美秋轉診，並告知轉診可能之風險，應屬適當之處置而未違反醫療常規。再審酌證人黃金山於原審證述：「…廖美秋的家屬，剛開始有轉診的想法，有跟我提過，因為我不是在現場的醫師，不了解病患的狀況，所以我沒有回答要不要轉診。後來應該是病患家屬和慈濟醫院的醫療團隊溝通後，他們決定留在慈濟醫院接受治療，我沒有給家屬是否要動手術或轉診的建議。」、「家屬事後有跟我說過慈濟醫師有跟他們說，如果轉診的話有一定風險，結果他們決定留在慈濟醫院…」（見原審卷二第130、131頁），可知廖美秋及其家屬雖原有意轉診至國泰醫院，並向該院黃金山醫師諮詢轉診之相關事宜，然未獲黃金山醫師給予應轉診之實質建議，且廖美秋就診當時確實有不適宜轉診之情形，溫崇熙未建議廖美秋轉診，並告知轉診可能之風險，應屬適當之處置，已如前述，是上訴人於諮詢黃金山意見後，仍決定留院接受系爭手術，自難認

溫崇熙有藉故拖延及拒絕伊等提出轉診至國泰醫院之要求，上訴人此部分主張，尚無足取。

㈣上訴人主張溫崇熙2人對廖美秋所為之醫療行為違反醫療常規，而有疏失部分：

上訴人主張溫崇熙2人對廖美秋所為之下列醫療行為違反醫療常規，而有疏失等語，為被上訴人否認，並以前詞置辯，茲分述如下：

1.上訴人主張溫崇熙2人於未充分評估與妥適準備，倉促、率行之情形下，決定由蔡悅華為廖美秋進行系爭手術，且廖美秋所罹患者為寬頸動脈瘤，不應採行系爭手術，即以系爭手術治療會較開刀外科手術治療方法會有更高之出血風險（高達2.48倍之出血風險）等語，並提出醫療教科書「Mark S.Greenberg, Handbook of Neurosugery, Seventh Edition」為據。經查：

⑴廖美秋至慈濟醫院急診就診後，急診醫師袁耀東及主治醫師溫崇熙即安排進行腦部電腦斷層掃描、腦血管造影檢查，結果顯示為自發性蛛網膜下腔出血，其左側後大腦交通動脈有一寬頸動脈瘤為急性破裂出血點，右側大腦交通動脈亦同時發現一較小動脈瘤尚未破裂，並經急診科醫師袁耀東、神經外科住院醫師蔡宗良及主治醫師溫崇熙、放射科醫師蔡悅華、麻醉科醫師陳介絢加以會診等情，有急診醫囑單、急診醫師會診登記卡、99年1月27日會診報告、腦部電腦斷層檢查報告、99年1月27日晚間11時43分會診記錄可稽（見原審卷一第141至146頁背面），足證溫崇熙2人於實施系爭手術前，已就廖美秋病情進行必要之檢查及會診。再依99年1月27日晚間11時43分會診記錄所示，廖美秋實施栓塞術之決定過程，係先由神經外科住院醫師蔡宗良開立會診記錄單，載明會診重點為實施「後交通枝動脈瘤栓塞術（For TAE of posterior communicating artery aneurysm）」，且於摘要註明「血管攝影顯示雙側後交通枝動脈瘤合併左後交通動脈瘤破裂，由於外科手術的高風險及困難度，建議採取動脈瘤

栓塞術（Angiography revealed bilateral PCoA aneurysms,with ruptured left PCoA aneurysm. Due to high risk and difficulty of sugery, TAE was suggested）」，復經蔡宗良、溫崇熙於會診記錄上簽名，及由蔡悅華加註「已注意破裂的那顆是在左側後交通枝，將會執行動脈瘤栓塞術，我會向她家屬解釋栓塞術之風險及適應症（Ruptured one at the L't PCom was noted. Coiling of the aneurysm will be performed.I'll explain the risk and indication of coiling to her family）」等會診意見，並在其後簽章（見原審卷一第146頁背面），足見廖美秋採行系爭手術治療之決定，係經神經外科住院醫師蔡宗良、溫崇熙及蔡悅華等三名醫師會診後，依專業意見所為之判斷。參諸醫審會第一次鑑定意見亦認夾除術與栓塞術對於破裂之動脈瘤而言皆是可施行之術式，具相近之治療效果，且以栓塞術較佳，尚無從單以研究結果顯示接受栓塞術之病人術後有較高再出血之比例，即認廖美秋較不適合栓塞手術，溫崇熙與蔡悅華會診後，建議對廖美秋施作本案栓塞手術，屬於合理之醫療診斷，業如前㈡3.所述。綜此可知，溫崇熙2人於實施系爭手術前，已就廖美秋病情進行必要之檢查及會診，且廖美秋採行系爭手術治療之決定，係經神經外科住院醫師蔡宗良、溫崇熙及蔡悅華等三名醫師會診後，依專業意見所為之判斷，且屬合理之醫療診斷，是被上訴人抗辯伊等對廖美秋採取系爭手術之評估，係屬適當，並無違反醫療常規之情，洵屬可採。上訴人上開主張，即屬無據。

⑵至上訴人所提醫療教科書「Mark S.Greenberg, Handbook of Neurosugery , Seventh Edition」內，有記載選擇採取手術夾除或栓塞治療之決定，其中手術夾除之適合選項（Factors that favor surgical clipping ）第6點固列入寬頸動脈瘤（wide aneurysm neck)（見原審卷五第12頁）。然該教科書有關適合採取栓塞術之有利選項（Factors favorable for coiling)第7點有列「如考慮個案夾除手術失敗，

或動脈瘤之夾除在技術上有困難時（maybe considered in cases where there is a failure of attempted clipping, or with aneurysms that are technically difficult to clip）」，可選擇栓塞之治療方式，即有上開因素時，對寬頸動脈瘤之病患非不得採取栓塞手術，並無完全排除採取栓塞手術之可行性；且溫崇熙2人建議對廖美秋施作本案栓塞手術，屬於合理之醫療診斷，並無違反醫療常規，已如前述，上訴人所提上開教科書之記載，自無法據為有利其主張之認定。

2.上訴人主張廖美秋入院時已發現罹有「蛛網膜下腔出血」，被上訴人卻不當使用「keto、Plavix、Bokey」等藥物，即keto有抑制血小板功能、會增加出血之危險性；另Bokey和Plavix均具有抗血小板凝集之作用，具有出血風險，該等藥物之禁忌症包括「出血性疾患患者」，溫崇熙2人給予廖美秋使用，不符合醫療常規而有過失云云。惟查，被上訴人並無對廖美秋使用「keto、Plavix、Bokey」等藥物，而何耀燦醫師於99年1月27日20:45因廖美秋主訴頭痛，給予其注射壹劑ketorolac(30mg)，符合醫療常規，業如前㈡6.所述，上訴人此部分主張，洵屬無據。

3.上訴人主張蔡悅華於99年1月28日上午8時30分為廖美秋進行系爭手術，於植入線圈過程中，未盡醫療上必要之注意義務，不慎將動脈瘤戳破，造成廖美秋顱內大量出血，血壓驟升，有嚴重腦水腫併顱內壓上升，惟蔡悅華未依醫療常規立即將氣球充氣於動脈瘤破裂處予以堵塞止血，亦未立即給予廖美秋注射止血藥物protamine sulfate予以藥物止血，更未立即續以線圈將動脈瘤破裂處予以栓塞止血繼續完成栓塞施放線圈，以防止破裂之動脈瘤繼續出血，復未立即偕同溫崇熙進行開顱手術、給予過度換氣、顱內壓監測以及引流，或開立降腦壓藥物等積極醫療處置，以降低廖美秋顱內壓，反而囑咐不須降血壓，違反醫療常規而有過失等語。經查：

⑴醫審會第一次鑑定意見認：「㈣…病人於99年1月28日由蔡

醫師進行栓塞手術時之血壓及其他生理特徵皆平穩，直至第14個白金線圈植入中發生異常血壓變化及顱內高壓，並嚴重腦血流中斷現象。其原因經後續之腦部電腦斷層掃描檢查，結果證實動脈瘤再出血導致大量蛛網膜下腔出血合併血管攣縮、大腦水腫及水腦症。因出血確實發生於線圈正植入之時，合理懷疑為動脈瘤造成之急性蛛網膜下腔再出血，此為本項手術容許之合理風險。㈤現行針對治療顱內動脈瘤出血，導致蛛網膜下腔出血之病人，不同於頭部外傷之病例，並無監控腦壓之施行準則或建議。因腦壓監測器植入為一小型開顱手術，具有所有開顱術具有之潛在危險性，故僅建議於昏迷指數3-8分之腦外傷之病人身上施行。由於病人進行栓塞術前完全清醒，且非腦外傷之病人，依現行醫療常規並無剃髮、開顱、植入腦壓監測器之理。故系爭手術進行過程，並無需且亦未曾於術前刻意開顱，植入腦壓監測器。㈥病人於進行系爭手術過程之後段，生命徵象陷於不穩定之狀態時，蔡悅華醫師立即停止栓塞術，並進行血管造影檢查，結果發現顱內血管無灌流，判定顱內壓升高時，蔡醫師醫囑勿降血壓，符合治療腦出血之一般醫療常規，意在盡量維持腦血流灌注，避免腦部缺氧，此時若貿然降血壓，恐會使腦血流更形不足，導致缺氧更加嚴重。另對降腦壓方式疑慮，分述如下：⑴開顱手術降顱內壓：自發性蛛網膜下出血為瀰漫性分布於全腦之表面及所有腦迴並腦底部，現行神經外科開顱術無法移除蛛網膜下出血。若僅進行雙側顱骨切除減壓，依本案之情況，恐將讓破裂之動脈瘤因壓力降低，喪失止血之拮抗壓力而再度出血。另雙側顱骨切除減壓術，為一大規模開顱手術，具潛在大量出血之可能，以病人當時尚須升壓藥物治療之情況，危險性甚高，不宜施行。若考慮於再出血後進行動脈瘤夾除手術，因動脈瘤位於腦底，須將大腦分開方能進行夾除，於極度腦腫狀況之下，難度及危險性過大，實無法施行，亦對病人無益。⑵過度換氣治療：過度換氣藉降低血中二氧化碳濃度分壓於25㎜Hg以下，使腦血管縮

收，減少部分腦血流達成降低顱內壓之作用，惟其副作用乃降低腦灌注血流，恐造成腦域缺氧，一般須謹慎使用，急性顱內壓升高治療建議中實被列為最後一線之短暫治療方式。就本案病人而言，雖未見明確醫囑進行過度換氣，然於99年1月28日15：45及19：30之動脈氣體分析（見呼吸治療記錄單第1頁）之PaCO2欄內記錄，其二氧化碳分壓僅20mmHg，已達過度換氣治療目標，此時已無需再刻意進行過度換氣。⑶顱內壓監測：如前顱內壓監測所述，於自發性蛛網膜下出血治療過程中，現無顱內壓監測器植入之施行建議，臨床神經外科醫師之專業臨場判斷，為置放腦室引流管進行腦壓監測之主要依據。雖植入腦室引流管同時可引流腦脊髓液降低腦壓，然而卻面臨因降壓後失去動脈瘤止血所需之拮抗壓力，導致進一步出血之疑慮，故對病人助益極微。溫崇熙醫師於病人病情惡化，腦幹維生功能喪失，須強心劑升壓之狀況下，未進行開顱手術，未進行顱內壓監測，僅能借降低血中二氧化碳分壓期能達到控制顱內壓之作法，符合一般醫療常規。⑷腦死判定：依病歷記錄，並未見腦死判定之記載，亦未見腦死記錄。溫崇熙醫師所述病人已腦死云云，應是臨床經驗認定，表達病人腦幹維生功能已不可逆喪失，形同腦死，該敘述符合一般醫療常規。」（見原審卷一第346頁背面至347頁背面），可知蔡悅華為廖美秋植入第14個白金線圈時，廖美秋發生異常血壓變化及顱內高壓，並嚴重腦血流中斷現象，其原因為動脈瘤再出血導致大量蛛網膜下腔出血合併血管攣縮、大腦水腫及水腦症，合理懷疑為動脈瘤造成之急性蛛網膜下腔再出血，然此為本項手術容許之合理風險；廖美秋於進行系爭手術過程之後段，生命徵象陷於不穩定之狀態時，蔡悅華醫師立即停止栓塞術，並進行血管造影檢查，結果發現顱內血管無灌流，判定顱內壓升高時，醫囑勿降血壓，及本件未為開顱手術降顱內壓、給予過度換氣、顱內壓監測以及引流，或開立降腦壓藥物等積極醫療處，均符合一般醫療常規。溫崇熙依臨床經驗認定廖美秋腦幹維生

功能已不可逆喪失，判定廖美秋腦死，符合一般醫療常規。⑵醫審會第三次鑑定意見認：「㈠1.依卷附所提原證36即神經外科教科書(Mark S Greenberg ;Handbook of Neurosurgery. SeventhEdition. Thieme. Chapter30: SAH and Aneurysm 2010.)，其中第30章之『蜘蛛網膜下腔出血及動脈瘤2010』篇章…確實記載栓塞手術過程中如發生動脈瘤破裂後，可考慮之常規處置如下：⑴如果是使用氣球輔助法之線圈栓塞，應將氣球充氣；⑵立即反轉抗凝血作用，可使用50mg的硫酸魚精蛋白注射液(protamine)；⑶儘快繼續填塞線圈；⑷置放腦室引流管(EVD)。上開教科書文獻原文意旨主要指出栓塞手術過程中如發生動脈瘤破裂後，應考慮之處置選項之一，包括立即反轉抗凝血作用，而給予50mg硫酸魚精蛋白注射液(protamine)，是可使用的藥物選項。2.依前述第1點所引述之教科書文獻報告，確指出栓塞手術過程中如發生動脈瘤破裂後，應考慮之處置選項之一，包括儘快繼續填塞線圈及置放腦室引流管(EVD)。㈡1.臨床上，施作線圈填塞手術期間，應給予抗凝血劑heparin藥物，以預防血栓形成。依卷附111年8月18日民事陳報狀及附件黏貼單手寫紀錄中可見，蔡醫師確實有於線圈手術施作期間給予抗凝血劑heparin 2000U，並監測病人血液之活化凝固時間。2.有關前開神經外科教科書…內文雖提及栓塞手術過程中發生腦動脈瘤破裂後，可考慮之各項處置，包括立即反轉抗凝血作用，使用50mg的硫酸魚精蛋白注射液(protamine)、儘快繼續填塞線圈及置放腦室引流管(EVD)等。惟因：⑴術中病人血壓忽高後，蔡醫師立即停止栓塞手術，囑無須降血壓，即進行頸動脈及椎動脈之顱內血管造影檢查，過程發現造影劑完全無法進入顱內動脈，全腦呈現無血流灌注現象。故依當時之醫療情境(全腦無血流灌注)，病人腦部狀態實已無法再進行快速填塞線圈之處置。⑵且當時臨床上僅得初步判斷其係因顱內壓驟升所導致，當時並無從確認病人顱內腦壓上升至全腦無血流灌注之現象原因為何(包括是否有腦出血，惟無法確認

出血原因)，故蔡醫師停止血管造影，醫囑進行腦部電腦斷層掃描檢查係為找出顱內腦壓驟升原因。故在未知顱內腦壓驟升原因，亦尚未知悉已有術中發生動脈瘤破裂之情境下，難認臨床應有立即給予硫酸魚精蛋白注射液(protamine)反轉抗凝血作用之必要。依病歷與麻醉紀錄及給藥匯總表，本案確實均未見相關之給藥紀錄。⑶而病人經腦部電腦斷層檢查結果發現其有急性腦水腫及急性水腦併大量蜘蛛網膜下腔出血（acute brain edema and acute hydrocephalus with massive SAH）後，經會診神經外科溫醫師評估後，發現病人昏迷指數僅為2E分(E1VEM1)、雙側瞳孔放大(6mm)無光反應、前庭動眼神經功能喪失及整體呈現嚴重腦幹功能喪失現象，故即使再立即給予安排插入腦室引流導管置放手術或給予硫酸魚精蛋白注射液(protamine)，並無任何臨床實益，亦無法改變病人預後，且腦室引流導管置放手術亦有相當手術及麻醉風險，故依當日病程紀錄，顯示係經蔡醫師及溫醫師向家屬病情解釋，告知病人預後不佳，病歷紀錄顯示並未再安排施行置放腦室引流導管手術或給予硫酸魚精蛋白注射液(protamine)。」（見本院卷二第193至195頁），可知上訴人所提之原證36即神經外科教科書，其中第30章「蜘蛛網膜下腔出血及動脈瘤2010」篇章，雖記載栓塞手術過程中如發生動脈瘤破裂後，可考慮之常規處置為：⑴如果是使用氣球輔助法之線圈栓塞，應將氣球充氣；⑵立即反轉抗凝血作用，可使用50mg的硫酸魚精蛋白注射液(protamine)；⑶儘快繼續填塞線圈；⑷置放腦室引流管，惟本件於廖美秋血壓忽高後，蔡悅華即停止系爭手術，囑無須降血壓，並進行頸動脈及椎動脈之顱內血管造影檢查，過程發現造影劑完全無法進入顱內動脈，全腦呈現無血流灌注現象，依當時廖美秋腦部狀態實已無法再進行快速填塞線圈之處，且未知廖美秋顱內腦壓驟升原因，係已有術中發生動脈瘤破裂之情境下，難認臨床應有立即給予硫酸魚精蛋白注射液(protamine)反轉抗凝血作用之必要，嗣廖美秋經腦部電腦斷層檢查結果發

現有急性腦水腫及急性水腦併大量蜘蛛網膜下腔出血後，廖美秋昏迷指數僅為2E分(E1VEM1)、雙側瞳孔放大(6mm)無光反應、前庭動眼神經功能喪失及整體呈現嚴重腦幹功能喪失現象，縱再立即給予安排插入腦室引流導管置放手術或給予硫酸魚精蛋白注射，並無任何臨床實益，亦無法改變廖美秋預後之狀況，則蔡悅華未為上開處置，自難認有違反一般醫療常規。從而，被上訴人抗辯溫崇熙2人為廖美秋所為系爭手術過程之醫療處置，均符合醫療常規而無疏失，係屬可採。系爭偵案亦同此認定。上訴人上開主張，並無足取。

⑶又溫崇熙2人為廖美秋所為系爭手術過程之醫療處置，均符合醫療常規而無疏失，既如前述，則上訴人聲請訊問系爭手術最初麻醉醫師陳介絢，作為本案關鍵期間發生情事判斷所據（見本院卷一第134頁），及聲請再為函詢鑑定機構關於溫崇熙2人於廖美秋發生有腦動脈瘤等腦出血之情形時，有無未刻將氣球充氣填滿、線圈塞滿及施打硫酸魚精蛋白注射液反轉抗凝作用，以阻止及降低病患腦出血之過失；另有無未即時放置腦室引流管（EVD)降低顱內壓並持續監測其數值之疏失，更有未向病患家屬告知說明放置腦室引流導管或給予硫酸魚精蛋白注射液，與不放置或不給予之利弊風險，並經病患家屬表示了解後，同意選擇不放置腦室引流導管或不給予硫酸魚精蛋白注射液之疏失（見本院卷二第248、249頁），均無必要。

4.上訴人主張廖美秋最遲應於99年1月28日上午10時50分前即發生動脈瘤破裂之情形，蔡悅華遲至下午1時6分後始為廖美秋施以血管攝影檢查等處置，更遲至下午2時20分始施作CT（電腦斷層掃描）檢查，已有遲延處置，顯不符合常規而有過失；另溫崇熙為廖美秋之主治醫師，於廖美秋動脈瘤破裂，顱內大量出血、血壓驟升後，除有遲延到場之情形，到場後亦未立即偕同蔡悅華替廖美秋進行前開醫療處置，以控制腦水腫及腦出血之情形，不為任何積極之醫療處置加以補救，任由廖美秋病情惡化，最後仍因溫崇熙2人上開過失行

為及未立即採取積極醫療處置而死亡，違反醫療常規而有過失。惟查，溫崇熙2人為廖美秋所為系爭手術過程之醫療處置，均符合醫療常規而無疏失，已如前述，上訴人此部分主張，洵屬無據。

5.上訴人主張溫崇熙2人僅以「瞳孔兩側均放大，對於光無反射，也沒有洋娃娃眼反應」即認定廖美秋已腦死，並未完成腦幹反射測試，更未依腦死判定準則完成腦死之判定，其等逕自認定廖美秋為腦死而停止救治，違反醫療常規而有過失云云。然按腦死判定準則第1條已明文係依照「人體器官移植條例」第4條第2項規定訂定之，是該準則係於人體器官移植之情形下方有適用，本件既未涉及人體器官移植，即無適用該準則之要求。且溫崇熙依臨床經驗認定廖美秋腦幹維生功能已不可逆喪失，判定廖美秋腦死，符合一般醫療常規，亦如前述，自難認溫崇熙2人就判定廖美秋已腦死部分有何過失。上訴人上開主張，自屬無據。

6.上訴人主張被上訴人有隱匿及更換99年1月28日為廖美秋進行系爭手術「施作線圈時」之影像光碟，故蔡悅華未於系爭手術中放置14個線圈，顯與手術記錄以及手術同意書不符，違反醫師法第12條、醫療法第67條第1、2項、第68條第1、2項、第71條、第74條、醫療法施行細則第52條等規定。經查：

⑴廖美秋99年1月28日麻醉同意書上已記載手術名稱為「動脈瘤栓塞」，業如前㈡1.所述，且系爭手術中有對廖美秋進行血管攝影，此有血管攝影照片可憑（見臺北地檢署100年度偵字23528號卷一第57至99頁），參以臺北地檢署檢察事務官前依系爭偵案檢察官之指揮勘驗當時扣案之「TAE1/28，1/2」及「TAE1/28，2/2」光碟，勘驗結果：「光碟內容顯示：2010年1月28日廖美秋在慈濟醫院進行動脈拴塞手術，自該日上午9點42分06秒起至該日下午1時19分14秒止，均有如被告（即蔡悅華）101年1月3日刑事陳報狀被證4所附血管攝影影像。」，且勘驗時上訴人複代理人張家琦律師亦在

場，並於筆錄親自簽名，有系爭偵案101年1月4日勘驗筆錄可考（見同上偵卷第44至46頁），而當時扣案之光碟係經原法院99年度聲字第186號民事事件所保全而得乙節，亦有該事件卷宗可查，自難認被上訴人有隱匿及更換99年1月28日為廖美秋進行系爭手術「施作線圈時」之影像光碟。又系爭手術病歷、檢查報告單上記錄均載明蔡悅華有施作14個線圈（見本院卷一第313至317頁），醫審會第一次鑑定意見亦認廖美秋於99年1月28日由蔡悅華進行栓塞手術時之血壓及其他生理特徵皆平穩，直至第14個白金線圈植入中發生異常血壓變化及顱內高壓，並嚴重腦血流中斷現象，業如前3.(1)所述，佐以衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）107年12月28日健保北字第1071611593號函覆：「…說明：…三、另該院（按即慈濟醫院）於99年1月28日向本署緊急傳真報備蔡悅華醫師申請廖女士（按即廖美秋）使用電流或液壓解離彈簧栓塞(CMV0410HCNMS、CMV04102DNMS)2項特材之事前審查、本署於99年2月1日受理，並於99年2月5日核定同意在案，惟該院並未向本署申報該2項特材費用，茲檢附本件事前審查查詢清單供參。」、111年6月30日健保北字第1111101409號函覆：「…說明：…二、經查院所向本署補報之資料，台北慈濟醫院已於99年6月22日補報99年1月（費用年月）相關特材，其中補報CMV04102DNMS計5個、89,875點；CMV0410HCNMS計9個、161,775點，共合計251,650點（詳附件），本署已於99年7月20日付款。三、本署前於107年12月28日以健保北字第1071611593號函復旨揭未申報，係因所查詢資料庫，未函補報資料所致，併予敘明。」，有上開函及所附本件事前審查查詢清單、慈濟醫院補報99年1月廖美秋女士住院醫療費用醫令明細表（見本院卷一第287至289頁、卷二第89至91頁），可知系爭手術所使用之14個線圈即CMV04102DNMS計5個、CMV0410HCNMS計9個，業經慈濟醫院於99年1月28日向健保署報備該等特材之事前審查，經健保署於99年2月5日核定同意，慈濟醫院復於99年6月22日向健保署補

報上開線圈資料，而經健保署於99年7月20日付款完畢，足徵蔡悅華確有於系爭手術中放置14個線圈，並無與其手術記錄及手術同意書不符之情。另案確定判決、系爭自訴案確定判決均同此認定。從而，上訴人主張被上訴人有隱匿及更換系爭手術「施作線圈時」之影像光碟，蔡悅華未於系爭手術中放置14個線圈，顯與手術記錄及手術同意書不符，而有違反上開醫師法、醫療法、醫療法施行細則第52條等規定云云，洵無足採。

⑵另上訴人主張蔡悅華於系爭自訴案所提出之上證31、32光碟影像，顯係被上訴人臨訟所製作，未見於系爭偵查保全光碟及病歷資料中，更未見於系爭自訴案所函調之上證25光碟中，顯見系爭偵案101年1月4日勘驗筆錄之記載與事實未符，過程亦違背法令，且當日勘驗並非就「有無施作線圈及施作線圈之數量」，僅係勘驗影像光碟中，血管攝影之起迄時間，自不得據為認定本件「有施以14個栓塞線圈」之證據，並聲請本院勘驗本院刑事庭於系爭自訴案審理中，向慈濟醫院調取其於110年12月3日以上證25函覆之光碟（見本院卷一第281頁）。惟上訴人係否認蔡悅華於系爭自訴案所提出之上證31、32光碟影像，本院亦未援引為本件認定之證據，是上訴人聲請本院勘驗上證25光碟之結果雖無與上訴人所提上證31相似之影像照片（見本院卷一第325、卷二第413頁），無從據以認定系爭偵案101年1月4日勘驗筆錄之記載與事實未符，過程亦違背法令，且本院係以依該勘驗筆錄所載，尚難認被上訴人有隱匿及更換99年1月28日為廖美秋進行系爭手術「施作線圈時」之影像光碟，並未據該勘驗筆錄認定被上訴人「有施以14個栓塞線圈」，是上訴人上開主張，係屬無據。又上訴人已否認被上訴人所提被上證4為本件線圈手術醫材之條碼（見本院卷二第13頁），則上訴人聲請就被上證4之線圈條碼記錄，予以函詢鑑定機構之各該事項（見本院卷二第391至393頁），及請求傳訊廖美秋之線圈計價人員童薇帆、被上訴人查報找到被上證4之人員（見本

院卷二第29頁），均無必要。再者，上訴人聲請函詢神經外科醫學會，詢問於施作腦動脈瘤線圈手術置放完成線圈後，依一般作業常規，是否會將手術中使用過之線圈條碼貼於病歷上以資明確並供健保署備查之用（見本院卷一第411頁），亦與本件被上訴人是否有醫療疏失無涉。

⑶又上訴人前聲請本院向健保署調取慈濟醫院補報廖美秋99年1月（費用年月）相關特材之函文及全部附件資料，業經該署函覆上開資料已逾保存年限且已銷毀，恕難提供，有該署112年4月28日健保北字第1120107748號函可稽（見本院卷二第293頁），本件自應以上開函覆為據，是上訴人以健保署108年3月11日前於另案函詢上開資料時函覆記載「…於99年2月5日回復醫院，本案相關書面申請資料亦併同檢還醫院，爰歉難提供相關資料到院。」（見本院卷二第357頁），聲請本院檢附該函再次詢問健保署，能否確認有銷毀該等文件，並提供有銷毀該等文件之證明（見本院卷二第354頁），核無必要。

㈤上訴人請求被上訴人應負損害賠償責任部分：

查上訴人就其主張溫崇熙2人上開醫療行為，是否違反醫療常規及注意義務而有疏失，所提證據不足證明至使本院之心證度達到降低後之證明度，而獲得該待證事實為真實之確信，尚難認其已盡舉證責任，被上訴人抗辯溫崇熙2人並無違反告知義務及建議轉診之義務，且於評估、選擇系爭手術與進行之過程，以及手術中廖美秋發生蛛網膜下腔再度出血後之處置、判定其已腦死部分，皆無違反醫療常規，俱屬可採，均如前述，自無從認定溫崇熙2人對上訴人有何民法第184條、第185條所定之共同侵權行為，而無須負連帶損害賠償責任，慈濟醫院亦無須依民法第188條第1項規定，負僱用人之連帶賠償責任；亦不足認慈濟醫院有未依與廖美秋間醫療契約之債務本旨提供給付，而有不完全給付之情，應依民法第535條後段、第227條第1項、第227條之1規定及繼承法律關係，對上訴人負損害賠償之責。是上訴人先位之訴依上

開侵權行為之規定，請求被上訴人連帶賠償伊等之損害；備位之訴依醫療契約及上開債務不履行之規定、繼承法律關係請求慈濟醫院賠償伊等之損害，均屬無據，不能准許。

五、綜上所述，上訴人先位之訴依民法第184條第1項、第2項、第185條、第188條規定，請求被上訴人連帶給付高全賢170萬元、廖靜170萬元、廖銘陽130萬元、高鏽陵130萬元本息；備位之訴依醫療契約及民法第535條後段、第227條第1項、第227條之1規定及繼承法律關係，請求慈濟醫院給付高全賢170萬元、廖靜170萬元、廖銘陽130萬元、高鏽陵130萬元本息，均無理由，不應准許。從而原審所為上訴人敗訴之判決，核無違誤，上訴論旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回其上訴。

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

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

中　　華　　民　　國　　112　　年　　8　　月　　8　　日

醫事法庭

審判長法　官 周美雲

法　官 江春瑩

法　官 游悅晨

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項所定關係之釋明文書影本。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　112　　年　　8　　月　　9　　日

01 書記官 王詩涵