臺灣高等法院民事判決

111年度醫上字第3號

上　訴　人　邱松貞
　　陳儒榆
　　陳蔚彥
共　　同
訴訟代理人　林鳳秋律師
被 上 訴人　衛生福利部桃園醫院

法定代理人　楊南屏
被 上 訴人　邱昱棋（原名邱鈺棋）

　　李志明
共　　同
訴訟代理人　黃清濱律師
複 代 理人　江昭燕律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國110年12月20日臺灣桃園地方法院108年度醫字第6號第一審判決提起上訴，本院於115年8月19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

壹、程序方面：

被上訴人衛生福利部桃園醫院（下稱桃園醫院）之法定代理人原為徐永年，嗣先後變更為陳日昌、楊南屏，有衛生福利部民國111年7月11日衛部人字第1112261209號函、桃園醫院官網網頁截圖可考（本院卷一第467頁及卷二第161至169頁），並聲明承受訴訟（本院卷一第409、411頁及卷二第151、153頁之書狀），經核並無不合，應予准許。合先敘明。

貳、實體方面：

一、上訴人主張：上訴人邱松貞、陳儒榆與陳蔚彥（下稱其名，合稱上訴人）分別為訴外人陳國坤之配偶及子女，陳國坤於106年5月12日至桃園醫院就醫，右側肺部病灶經正子斷層掃描（PET）報告顯示高機率為良性，無立即施作高風險侵入性穿刺之必要，詎陳國坤之胸腔科主治醫師即被上訴人邱昱棋（下稱其名）從未向陳國坤及上訴人具體告知在陳國坤同時服用雙重抗血小板藥物Aspirin及Plavix（下合稱系爭藥物），且未依常規停藥之情況下逕行穿刺，可能引發致命性大出血與窒息之高度風險；亦未說明尚有非侵入性追蹤（如PET追蹤）或其他檢查方式可資替代，即令陳國坤簽署同意書，復未查明陳國坤長期服用系爭藥物，並確認陳國坤已依常規停用系爭藥物，即安排放射科醫師即被上訴人李志明（下稱其名）於106年5月24日上午9時20分執行「電腦斷層導引肺部穿刺切片檢查」（下稱系爭穿刺檢查），且李志明於系爭穿刺檢查時使陳國坤「仰側躺約30度」，非標準首選俯臥體位，大幅加劇出血、窒息與缺氧之嚴重程度；穿刺甫畢，陳國坤旋發生大量、鮮紅且持續不止之咳血，意識轉趨混亂，並呈發紺缺氧之危急狀態，經送急診後，卻延遲至當日上午11時始置放氣管內管，終因急救無效，於同日死亡。陳國坤係因執行系爭穿刺檢查，卻因未查明用藥、未停藥、體位失當、急救遲延之一連串違反醫療常規之疏失而致死，邱昱棋、李志明均有過失責任，邱松貞因陳國坤之死亡而支出醫藥費及喪葬費新臺幣（下同）27萬元，並有無法受陳國坤扶養之扶養費損失100萬元、精神損失300萬元，陳儒榆、陳蔚彥則均受有精神損失各250萬元，而桃園醫院既為邱昱棋、李志明之雇主，且未依債之本旨履行與陳國坤間醫療契約，則桃園醫院自應依民法侵權行為及債務不履行之規定負賠連帶償責任等情，爰依民法第184條第1項前段、第2項、第185條（邱昱棋、李志明部分）、第188條、第227條及第227條之1與繼承法律關係（桃園醫院部分），求為命被上訴

人應連帶給付邱松貞427萬元、陳儒榆及陳蔚彥各250萬元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息（原審為上訴人敗訴之判決，上訴人聲明不服，提起上訴）。並上訴聲明：㈠原判決廢棄。㈡被上訴人應連帶給付邱松貞427萬元、陳儒榆及陳蔚彥各250萬元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。㈢願供擔保請准宣告假執行。

二、被上訴人則以：陳國坤右上肺病灶無法排除惡性腫瘤，系爭穿刺檢查具有必要性，邱昱棋已踐行必要說明，且陳國坤於穿刺前凝血功能正常，因具有嚴重三條冠狀動脈疾病、陳舊性心肌梗塞、心肌纖維化、牛心症、肺纖維化及肺高壓等重大宿疾，隨時可能致命，停用系爭藥物可能引發支架內血栓、冠狀動脈阻塞及致命性心肌缺血，臨床上必須依病患個別病況審慎權衡，邱昱棋於系爭穿刺檢查前讓陳國坤停用系爭藥物1天，無違醫療常規，況肺部出血及咳血屬系爭穿刺檢查難以完全排除之併發症，不能逕行推定醫療過失。李志明係自陳國坤右側上背部進針至右上肺病灶取得檢體，並無操作失當。又陳國坤發生咳血後即迅速轉送急診，後續持續進行插管及心肺復甦，並無遲延。至於陳國坤肺部出血尚可能源於心臟衰竭、肺高壓、心因性猝死後瀰漫性血管內凝血異常及長時間急救過程，不能逕歸責於系爭穿刺檢查之操作。陳國坤死亡之結果與邱昱棋、李志明之醫療行為並無因果關係，且先後經衛生福利部醫事審議委員會（下稱醫審會）三次鑑定，均未認定邱昱棋、李志明有醫療過失，桃園醫院亦無債務不履行之情事等語，資為抗辯。並答辯聲明：㈠上訴駁回。㈡如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

三、查邱松貞為陳國坤之配偶，陳儒榆及陳蔚彥為陳國坤之子女。陳國坤於106年5月12日至桃園醫院就醫，由邱昱棋擔任其胸腔科主治醫師，並安排陳國坤接受系爭穿刺檢查。陳國坤於106年5月24日上午由放射科醫師李志明為陳國坤施作系

爭穿刺檢查，在於施作系爭穿刺檢查過程中大量咳血，於同日上午11時許不治身亡等情，為兩造所不爭執（本院卷一第114至115頁），且有戶籍謄本、出院病歷摘要、病歷紀錄及護理紀錄可證（原審卷一第61、77、143至144、209至211頁），堪信為真實。

四、茲就兩造之爭點及本院之判斷，分述如下：

㈠按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任，為107年1月24日修正前醫療法第82條所明定。醫療行為具專業性、錯綜性及不可預測性，醫事人員執行醫療照護行為應盡之管理人注意義務，應就醫療個案，本於診療當時當地之醫學知識，審酌病人之病情、就診時身體狀況、病程變化，醫療行為之風險及醫院層級等因素整體考量，未逾越合理臨床專業裁量而為適當之醫療照護，即應認為符合醫療水準，而無故意、過失可言（最高法院112年度台上字第867號判決意旨參照）。

㈡邱昱棋、李志明為陳國坤檢查及救治之行為，無悖於醫療常規之過失，桃園醫院亦無債務不履行情事：

1.邱昱棋安排系爭穿刺檢查符合醫療常規，並已踐行必要說明：

⑴查醫審會0000000號鑑定書：邱昱棋為陳國坤安排正子斷層掃描檢查，其檢查目的應是希望藉由正子斷層掃描檢查排除癌症可能性，然其結果顯示右上肺開洞型之病灶呈陽性反應，無法排除惡性腫瘤可能性，且陳國坤有長年吸菸習慣仍未戒菸，為肺癌高風險的病人，故邱昱棋安排正子斷層掃描檢查，符合醫療常規等語（本院卷二第43頁）；及0000000號鑑定書：106年5月24日胸腔科邱昱棋醫師為病人安排電腦斷層肺部導引穿刺切片檢查前，有安排正子斷層掃瞄檢查，結果顯示右上肺開洞型病灶，無法排除惡性腫瘤，且病人有長年吸煙習慣仍未戒煙，為高風險病人，又由於支氣管鏡切片檢查對於肺部周邊病灶檢查效果不佳（約53%），穿刺組

織切片術檢查有較佳之診斷率（約9成），故為其安排穿刺組織切片術檢查，符合醫療常規等語（原審卷一第107頁）及0000000號鑑定書：切片檢查，不論經電腦斷層定位施作或是支氣管鏡定位施作，均會增加病人出血風險。但如前所述，在術前檢查前，陳國坤已有懷疑癌症之可能性，依醫療常規，施作切片檢查有其必要性等語（本院卷二第38頁）。堪認邱昱棋為陳國坤安排系爭穿刺檢查，並無違失之處。

⑵陳國坤及其配偶邱松貞於進行系爭穿刺檢查前，在106年5月22日簽立「電腦斷層導引之穿刺組織切片手術同意及說明書」，略以：手術內容:身體內發現有原因不明的不正常組織，需要做病理切片檢查來確定其原因，以擬定正確的治療方式，電腦斷導引組織切片是利用電腦斷層的定位及引導，經皮下穿刺把切片針引進病灶，切取組織樣本，進行病理檢查。手術風險:胸部組織切片術，最常見的有氣胸約10-40%、咳血或肺出血約5-15%、其他如血胸、癌細胞植入其他組織、癌細胞造成肺栓塞、空氣栓塞、皮下或縱膈腔氣腫、積膿、氣管肋膜廔管等極少發生（< 1%）。陳國坤已經與醫師討論過接受這個手術的效益、風險及替代方案，對醫師的說明充分瞭解，並且同意接手此項手術等語，文末並有陳國坤及邱松貞之簽名（原審卷一第196至197頁）、陳國坤於106年5月22日之病歷紀錄記載：「已用病人（家屬）可懂得語言說明病情、治療計畫及預備施行的檢查」等語，並由邱昱棋於106年5月24日晚間7時25分許為電子簽章（原審卷一第143至144頁），是邱昱棋在陳國坤進行系爭穿刺檢查前，已對陳國坤及家屬即邱松貞說明系爭穿刺檢查之內容、治療方式、風險及替代方案等內容，陳國坤已知悉其進行系爭穿刺檢查有咳血或肺出血等風險後，仍同意施作系爭穿刺檢查，堪認邱昱棋對陳國坤已盡說明義務。至於邱昱棋在前開病歷紀錄簽章時間後於陳國坤死亡之時間，然不影響陳國坤及邱松貞業於106年5月22日簽立前開同意及說明書，且上訴人前對邱昱棋提起偽造病歷等之偽造文書刑事自訴案件，業

經原法院桃園地院以107年度自字第1號刑事判決邱昱棋無罪，上訴人上訴後復經本院以107年度上易字第2595號刑事判決上訴駁回確定，有該刑事判決可稽（原審卷一第171至179、188至193頁），併此敘明。

2.陳國坤死亡與醫療行為間，無相當因果關係：

陳國坤死亡後，經臺灣桃園地方檢察署（下稱桃園地檢署）檢察官委託法務部法醫研究所（下稱法醫研究所）解剖之鑑定結果，認陳國坤生前患有矽肺症、冠狀動脈硬化併狹窄（支架置入手術後），因患牛心症（重709公克）併肥厚及擴大心肌病變致瓣膜垂脫、心包膜囊填塞併有呼吸困難病灶，研判在「支氣管鏡檢查」時因原有牛心特徵擴大心肌病變併瓣膜垂脫併冠狀動脈堵塞、心肌缺氧，最後導致心因性休克、呼吸衰竭死亡，死亡方式研判為「自然死」，有法務部法醫研究所106年7月10日法醫理字第10600029200號函、解剖報告書暨鑑定報告書可佐（見本院調取桃園地方檢察署106年度相字第902號卷一第155頁至第160頁反面），再參佐前述進行解剖之法醫師即鑑定人蕭開平結稱：伊解剖時主要是看解剖結果，支氣管鏡或電腦斷層肺穿刺檢查不會影響本件解剖判斷的結果，因為陳國坤有嚴重的冠狀動脈硬化疾病，包括心臟上3支冠狀動脈血管硬化合併阻塞疾病，已經接受支架手術治療，且已經有心肌壁梗塞壞死，並呈現心臟肌肉纖維化、鈣化現象，臨床上由105年12月30日超音波心臟圖診斷是屬於第一期的嚴重性，總共有四期，第四期是最嚴重的，但解剖病理研判陳國坤心臟疾病很嚴重，隨時可能致命，外面有刺激會引起心肌缺氧現象。牛心就是心臟很大的意思，超過正常標準。陳國坤的死因源於心臟衰竭，合併有嚴重的肺臟換氣疾病，包括肺纖維化，疑似有肺結核引起的肉芽性纖維化壞死，所以急救過程因為心因性猝死，會併發血管內凝血功能不全症(DIC)，這種過程會耗費凝血因子，造成全身各器官都會有出血現象，所以肺臟血管出血是常見的結果等語（本院卷二第380至383、385頁），復有陳

國坤於105年12月30日桃園醫院檢驗總表及解剖照片可憑（本院卷二第391、398至428頁），足認陳國坤之死因為其舊有之心臟及肺臟疾病，造成在進行系爭穿刺檢查時，因心肌病變併瓣膜垂脫併冠狀動脈「堵塞」、心肌缺氧，最後導致心因性休克、呼吸衰竭死亡，非系爭穿刺檢查造成出血所致。

3.邱昱棋、李志明於系爭穿刺檢查前讓陳國坤停用系爭藥物1天，無違醫療常規：

查陳國坤於系爭穿刺檢查前，即因冠狀動脈疾病及心衰竭病症，長期於桃園醫院心臟內科追蹤，並接受含有抗凝血之系爭藥物治療（原審卷一第153、154頁）。上訴人雖提出陳國坤所服用Aspirin藥物之仿單記載「由於本藥使用後會延長出血，故欲接受手術之患者應於手術前1週停藥」（原審卷一第152頁），主張邱昱棋、李志明在陳國坤僅停用系爭藥物1天即施行系爭穿刺檢查，造成陳國坤大量咳血而致死云云，然經醫審會鑑定結果，以0000000號鑑定書：陳國坤於106年5月22日接受血液檢查，結果為血小板（PLT）344.0×10/μL（參考值為130~400×10/μL），國際標準化比值INR為1.1（參考值為0.800~1.200），凝血酶原時間（PT）11.4秒（參考值為8~12秒），部分凝血活酶時間（APTT）28.3秒（參考值為23.9~35.5秒），顯示凝血功能正常。依照醫療常規進行侵入性處置前，應停用抗血小板藥物，但電腦斷層指引肺部穿刺切片並非手術，穿刺傷口僅0.2-0.3公分，常規上切片前會建議停藥，但停藥時間不固定，5-7天都有醫院執行，目前並無定論停藥多久適當，而依文獻報告，認為肺部穿刺切片檢查，Aspirin停藥少於4日，不會增加出血風險；即便使用Plavix，亦不會增加此類切片檢查出血風險，且陳國坤為3條冠狀動脈疾病者，於106年1月5日接受左前降枝支架內再狹窄塗藥氣球擴張術，理應需要使用系爭藥物，避免血栓形成導致冠狀動脈塞，是停藥的風險亦需考量。本案醫師已有停用系爭藥物1日，難以認

定檢查時咳血與其服用系爭藥物有關連性等語（原審卷一第242、243至244頁）；及0000000號鑑定書：依病歷紀錄，陳國坤右上肺腫瘤為開洞性病灶，實屬出血風險較高之情形。陳國坤發生咳血可能的原因為開洞型病灶、年紀較大及肺動脈栓塞。對置放冠狀動脈支架病人於置放支架後，服用系爭藥物至少需12個月，才會減少支架血栓、心肌梗塞與心因性死亡的風險。陳國坤最後一次置放支架時間為106年1月5日，同年5月24日接受切片檢查，相距約4個多月，並未達到文獻建議的時間等語（本院卷二第39、42頁）。再參佐鑑定人蕭開平結稱：伊解剖陳國坤進行毒物學檢查，並未驗出Aspirin類藥物等語（本院卷二第386頁），堪認陳國坤罹患心臟疾病，需服用系爭藥物治療，停藥有形成血栓之風險，且服用系爭藥物尚未達能減少心肌梗塞與心因性死亡之期間，於進行系爭穿刺檢查前所為凝血功能之檢查，結果亦為正常，且依文獻記載，停用系爭藥物1天，不會增加出血之風險，陳國坤於進行系爭穿刺檢查時，體內已無出Aspirin類藥物，其大量咳血或出血原因與其服用系爭藥物無關，則上訴人主張邱昱棋、李志明在陳國坤未停用系爭藥物1週即進行系爭穿刺檢查，違反醫療常規而有過失云云，亦非可取。

4.李志明施行系爭穿刺檢查，並無不當操作：

上訴人主張李志明於系爭穿刺檢查時使陳國坤「仰側躺約30度」，非標準首選俯臥體位，大幅加劇出血、窒息與缺氧之嚴重程度云云，惟查證人陳宴霓結稱：伊在桃園醫院上班，106年5月24日上午陳國坤實施系爭穿刺檢查時，伊是操作儀器的放射師，陳國坤在檢查台上接受切片時是趴著的等語（本院卷一第354、358頁）。再參佐醫審會0000000號鑑定書：放射科醫師為避免大量肺部出血，會先於病人術前電腦斷層掃描（CT)規劃最安全路徑，以避開大條血管及規劃取檢體的安全長度。病人施做檢體姿勢取決於安全路徑上皮膚進針位置及角度。經檢視106年5月24日導引穿刺切片的電腦

斷層掃描（CT)影像，陳國坤當時為趴著施做檢查，醫師從右側上背部進針至右上肺部做穿刺檢查，該醫師選擇之路徑及姿勢符合醫療常規。另依電腦斷層掃描（CT)檢查過程之影像及法醫解剖報告，切片檢查並無刺中動脈之情形等語（本院卷二第38至39頁），至於李志明於進行當事人訊問時雖陳稱：當天陳國坤到檢查室，伊先做一個定位的動作，陳國坤位置是在有一點點側躺，大約30度，伊在陳國坤身體上面定位點（就是伊要進針的位置）畫一個記號，在定位點打上麻藥等語（本院卷一第194頁），僅係在敘述其如何定位及打麻藥。據上所陳，堪認李志明施行系爭穿刺檢查，並無不當操作情事。

5.邱昱棋、李志明對陳國坤進行急救、插管，並無延誤急救時機：

上訴人主張陳國坤於106年5月24日上午9時20分發生大量、鮮紅且持續不止之咳血，呈發紺缺氧之危急狀態，經送急診後，卻延遲至當日上午11時始置放氣管內管，空窗期達100分鐘，終因急救無效而於同日死亡云云，並提出陳國坤之治療紀錄單為證（本院卷一第157頁），然該治療紀錄單就當日對陳國坤進行20項之醫療行為均記載時間點為當日11時，顯有疑義而不可採信，再觀諸桃園醫院護理紀錄記載於當日9時20分送急診、9時30分放置氣管內管（詳後述，原審卷一第209頁），及填載該護理紀錄之桃園醫院護理督導即證人葉莉玟結稱：伊於106年是擔任病房護理長，有參與陳國坤在106年5月24日之急救，當天伊被叫去協助，到達時病人已經插管，然後給強心劑，伊負責紀錄，後來邱昱棋來了，應該有做心臟按摩，大致這樣過程持續半小時以上，病人對急救沒有反應，醫生跟家屬解釋，因心電圖呈現直線，就宣布急救無效等語（本院卷一第206頁），佐以醫審會0000000號鑑定書：陳國坤於106年5月24日9時20分接受系爭穿刺檢查，由放射科李志明醫師施行，依病歷紀錄，陳國坤於切片後發生大量咳血、意識不清、呈現發紺，隨後立即送往急診

室，隨即置放氣管內管維持呼吸，並因心電圖顯示無收縮心臟電氣活動(PEA)，隨即接受心臟按摩與急救藥物給予。自檢查開始至轉送急診其時間差，僅有10分鐘，應無延遲之疑慮。病人於9時30送至急診室隨即置放氣管內管以維持呼吸，符合醫療常規。又依護理紀錄，106年5月24日9時30分接獲放射科通知病人因咳血、意識不清、呈現發紺，送急診急救，急診協助置放氣管內管「ON ET tube(7.5號）fixed 23cm」，心電圖顯示無收縮心臟電氣活動（ECG showed PEA)，立即予以心肺腦復趨術（CPCR)，升壓劑（Bosmin)持續給藥。9時38分邱昱棋向病人家屬（妻子及兒子）解釋病情，持續為病人心外按摩及Bosmin、Jusorain給藥。9時49分協助中央靜脈導管（on CVC over right femoral vein fixed 30cm)，持續大量輸液及Bosmin給藥，予電擊（DC shock 200J but poor response)，持續心肺復起術（CPR)。10時30分持續心外按摩及Bosmin每3分鐘給藥，但無自發性心跳及呼吸，持續給予CPCR。11時心電圖停止（ECG revealed standstill)，無自發性呼吸，瞳孔放大（Pupil dilated)，邱昱棋向家屬說明急救無效，故停止CPR。綜上，陳國坤送至急診室後的各項緊急處置，均有於病歷記錄，符合醫療法之規定等語（本院卷二第39、40、41頁）。準此，李志明於陳國坤大量咳血後，即將之送急診，至進行插管為止，相差約10分鐘，並無延誤急救時機甚明，上訴人指稱急救遲誤云云，並非可取。

6.上訴人前對邱昱棋所提業務過失致死告訴，業經桃園地檢署以108年度醫偵字第17號為不起訴處分，上訴人聲請再議後，復經臺灣高等檢察署以109年度上聲議字第9072號駁回再議，經上訴人聲請交付審判後，經桃園地院以109年度聲判字第101號裁定駁回，亦認邱昱棋並無醫療過失，併此敘明。

㈢據上所陳，邱昱棋及李志明執行本件醫療行為，並無上訴人所指違反合醫學常規或疏失情事，難認有醫療過失存在，桃

園醫院對陳國坤提供之醫療契約服務，亦無不完全給付之債務不履行情事。

五、綜上所述，上訴人對邱昱棋、李志明依民法第184條第1項前段、第2項、第185條規定；對桃園醫院依民法第188條、第227條及第227條之1與繼承法律關係，請求被上訴人連帶給付邱松貞427萬元、陳儒榆及陳蔚彥各250萬元，及均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息，均非屬正當，不應准許。從而原審所為上訴人敗訴之判決，並無不合。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，爰判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　9　　月　　16　　日

醫事法庭

審判長法　官　賴惠慈

法　官　陳彥君

法　官　賴秀蘭

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　　115　　年　　9　　月　　21　　日

書記官　林怡君