

臺灣高等法院民事判決

112年度醫上字第4號

上訴人 莊嘉信
莊于瑩

共同

訴訟代理人 黃清濱律師
複代理人 江昭燕律師

被上訴人 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

法定代理人 陳建宗

被上訴人 柯謹瑛
林綉薇（原名林雅惠）

蕭惠珊

共同

訴訟代理人 楊凱雯
郭盈君律師
張譽馨律師

被上訴人 謝奇勳

訴訟代理人 謝清傑律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國111年12月21日臺灣桃園地方法院109年度醫字第6號第一審判決提起上訴，本院於113年6月5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

01 按不變更訴訟標的，而補充或更正事實上或法律上之陳述
02 者，非為訴之變更或追加，民事訴訟法第256條定有明文，
03 且依同法第463條，於第二審程序準用之。本件病患黃彩之
04 配偶莊嘉信、子女莊于瑩、莊貴安、莊景全於原審起訴請求
05 被上訴人連帶賠償，依序請求給付新臺幣(下同)800萬元、4
06 00萬元、400萬元、400萬元，及自起訴狀繕本最後送達翌日
07 起至清償日止按週年利率5%計算之利息，並均聲請願供擔保
08 宣告假執行；原審駁回4人全部請求，莊嘉信、莊于瑩(分稱
09 姓名，合稱上訴人)不服提起上訴，上訴聲明原為(一)原判決
10 廢棄。(二)被上訴人謝奇勳、柯謹瑛、林綉薇(原名林雅惠)、
11 蕭惠珊、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院(下就5人分
12 稱姓名或林口長庚醫院，合稱被上訴人)應連帶給付莊嘉信
13 250萬元、莊于瑩250萬元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至
14 清償日止按週年利率5%計算之利息。嗣於本院112年7月14日
15 準備程序期日，當庭將上訴聲明第一項更正為「原判決關於
16 駁回下開第二項部分及該部分訴訟費用之裁判廢棄」，並將
17 對被上訴人之利息起算日修正自109年5月19日起算(見本院
18 卷第96、97頁)，此僅屬更正法律上陳述，應予准許。

19 貳、實體方面

20 一、上訴人主張：黃彩因發燒、發冷、嘔吐及腹瀉，於民國106
21 年10月20日前往林口長庚醫院急診治療，經謝奇勳醫師告知
22 罹患急性膽囊炎，黃彩遂於當日住院，接受腹腔鏡膽囊切除
23 手術(下稱系爭手術)，然術後發生引流管大量出血，應係
24 謝奇勳實施系爭手術有醫療過失所致，黃彩於同年10月23日
25 接受第二次剖腹探查手術，術後住進加護病房。第二次手術
26 後，護理人員柯謹瑛、林綉薇、蕭惠珊對黃彩輸血時竟輸入
27 血型不相符之血小板，亦有疏失，致黃彩病情惡化，於同年
28 11月1日死亡。莊嘉信、莊于瑩分別為黃彩之配偶、女兒，
29 因黃彩死亡而均承受精神上莫大痛苦，謝奇勳、柯謹瑛、林
30 綉薇、蕭惠珊有共同侵權行為，林口長庚醫院為僱用人，應
31 連帶負侵權行為賠償責任，林口長庚醫院尚應負債務不履行

01 賠償責任，賠償莊嘉信、莊于瑩各250萬元精神慰撫金。爰
02 依民法第184條第1項前段、第2項、第185條、第188條、第1
03 92條、第194條、第224條、第227條、第227條之1規定請求
04 擇一為勝訴判決，判令被上訴人連帶給付莊嘉信250萬元、
05 莊于瑩250萬元，及均按週年利率5%計算之遲延利息（原審
06 駁回上訴人全部之訴及假執行聲請，上訴人不服，提起一部
07 上訴，未繫屬本院部分，不予贅述）。並於本院上訴聲明：
08 (一)原判決關於駁回下開第二項部分及該部分訴訟費用之裁判
09 廢棄。(二)被上訴人應連帶給付莊嘉信250萬元、莊于瑩250萬
10 元，及均自109年5月19日起至清償日止按週年利率5%計算之
11 利息。

12 二、被上訴人抗辯：

13 (一)謝奇勳抗辯：鑑定報告認定伊之醫療處置符合醫療常規，伊
14 在手術之前已告知關於內科治療之替代療法，且經上訴人於
15 原審109年6月22日言詞辯論期日表明不再爭執。黃彩死亡實
16 係病程發展的自然結果，伊實施腹腔鏡膽囊切除手術，係為
17 治療黃彩之疾病，但受限於醫學極限，無人能保證治療結果
18 如何。伊實施手術與黃彩死亡結果間並無因果關係，伊並無
19 侵權行為，上訴人請求損害賠償顯無理由等語，資為抗辯。
20 於本院答辯聲明：上訴駁回。

21 (二)林口長庚醫院、柯謹瑛、林綉薇、蕭惠珊抗辯：黃彩於106
22 年10月20日急診就醫時，理學及影像均有可懷疑為急性膽囊
23 炎之表現，有接受腹腔鏡膽囊切除手術之適應症，謝奇勳遂
24 於當日進行系爭手術。系爭手術係在充分告知病情，經病人
25 家屬審慎考慮並簽署手術同意書後始進行，非倉促而為，且
26 系爭手術過程順利，病人僅少量失血，術後二天內並無大量
27 出血之表現，可證謝奇勳並無過失。黃彩於10月23日始出現
28 急性突發變化，醫療團隊緊急為相應常規處置，黃彩之血型
29 為A型(Rh+)，雖於10月25日、26日、29日因血庫血小板濃厚
30 液缺血，輸注不同血型血小板，然係符合臨床常規，黃彩於
31 輸血後亦無發生不良反應，黃彩死亡與上開輸血處置間並無

01 相當因果關係，自無侵權行為存在，林口長庚醫院亦無賠償
02 責任。林口長庚醫院已依債之本旨給付各項醫療照護行為，
03 並無債務不履行情況，上訴人請求無理由等語，資為抗辯。
04 於本院答辯聲明：上訴駁回。

05 三、兩造不爭執事項（見本院卷第418至419頁準備程序筆錄，並
06 依判決格式增刪修改文句）：

07 (一)病患黃彩於106年10月20日前往林口長庚醫院急診，當日接
08 受腹腔鏡膽囊切除手術，嗣於同年月23日接受開腹清創引流
09 手術治療，後因淋巴增生性疾病、敗血性休克引發多重器官
10 衰竭，而於106年11月1日死亡。

11 (二)黃彩於106年10月20日急診時，經腹部電腦斷層及抽血檢
12 查，發現明顯脾臟腫大、血小板數目偏低、膽囊壁腫大且有
13 積液、發炎指數（CRP232.2）高於正常數值等情形。

14 (三)黃彩之血型為A型、RH（+）。其於106年10月25日上午6時
15 36分，經柯謹瑛、林綉薇輸入O型、RH+之血小板；於翌日
16 （10月26日）經林綉薇輸入B型、RH+之血小板；於106年10
17 月29日經蕭惠珊輸入O型、RH-之血小板。

18 (四)莊嘉信為黃彩之配偶，莊于瑩為黃彩之女兒。

19 (五)柯謹瑛、林綉薇、蕭惠珊及謝奇勳均為林口長庚紀念醫院之
20 受僱人。

21 四、兩造之爭執事項（見本院卷第419頁）：

22 (一)謝奇勳之醫療行為是否符合醫療常規？有無醫療過失？

23 (二)柯謹瑛、林綉薇及蕭惠珊對黃彩輸入上開血型之血小板，是
24 否符合醫療常規？有無醫療過失？

25 (三)黃彩之死亡與謝奇勳醫師之醫療行為、柯謹瑛、林綉薇、蕭
26 惠珊3位護理人員之前述輸血護理行為之間，有無相當因果
27 關係？

28 (四)上訴人得否請求侵權行為損害賠償，依民法第184條第1項前
29 段、第2項、第185條、第188條、第194條規定請求被上訴人
30 連帶賠償？得否依民法第224條、第227條、第227條之1規定
31 請求林口長庚醫院賠償？

01 五、得心證之理由：

02 (一)醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意；醫療機構及其
03 醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，
04 負損害賠償責任，107年1月24日修正前之醫療法第82條定有
05 明文。醫療行為具專業性、錯綜性及不可預測性，醫事人員
06 執行醫療照護行為應盡之管理人注意義務，應就醫療個案，
07 本於診療當時當地之醫學知識，審酌病人之病情、就診時身
08 體狀況、病程變化，醫療行為之風險及醫院層級等因素整體
09 考量，未逾越合理臨床專業裁量而為適當之醫療照護，即應
10 認為符合醫療水準，而無故意、過失可言。

11 (二)謝奇勳醫師之醫療行為並無醫療過失：

12 1.上訴人以黃彩在急診室之理學檢查並無腹痛亦無反彈痛，
13 應無急性膽囊炎臨床症狀，質疑無立即手術之必要等情。
14 查黃彩於106年10月20日16時27分許至林口長庚醫院急診
15 室就診，當時主訴為發燒、發冷、腹瀉一週及嘔吐，曾至
16 診所求診等情，且斯時檢查之體溫 41.2°C ，血壓160/132m
17 mmHg、脈搏167次/分、呼吸26次/分，意識清楚，無腹痛、
18 無壓痛，但血液檢查顯示發炎指數(CRP)高達232.2mg/L
19 (正常值應 $<5\text{mg/L}$)等情，有急診病歷可參(見原審桃司醫
20 調字〈下稱調字〉卷第37、115頁)。急診醫師於同日18時
21 41分安排接受腹部電腦斷層掃描(CT)檢查，另於同日20時
22 7分予以身體診察發現有右上腹部疼痛壓痛症狀(RUQ pain
23 with tender，見原審調字卷第102頁)，而電腦斷層檢查
24 結果有膽囊壁增厚及積液情況，有影像光碟可稽(見原審
25 卷一第261-1頁)，病歷中亦有提及(Abdominal CT:gall
26 bladder wall thickening with fluid accumulation，
27 見原審調字卷第108、197頁)。原審曾兩度發函囑託衛生
28 福利部醫事審議委員會(下稱醫審會)進行鑑定，經醫審會
29 先後檢送編號0000000號鑑定書(下稱第一次鑑定意見，見
30 原審卷二第18至98頁)、編號0000000號鑑定書(下稱第二
31 次鑑定意見，見原審卷三第16至76頁)，均提及電腦斷層

01 掃描結果顯示有膽囊壁增厚及積液（見原審卷二第25頁、
02 卷三第21頁）。參酌急診醫師開立之會診邀請單，係記載
03 因懷疑膽道炎/膽囊炎而請外傷急症外科謝奇勳醫師前來
04 會診（見原審調字卷第105頁），與張浩于醫師陳報狀提
05 及：因急診團隊開立會診單懷疑病人有急性膽囊炎而會診
06 外傷急症外科，伊係當時被會診專科之值班總醫師，由伊
07 去急診現場協助謝奇勳主治醫師進行會診，並於會診完成
08 時向謝奇勳醫師回報會診結果（見本院卷第255頁），互
09 核亦相符。足見急診醫師係因查見黃彩有疑似急性膽囊炎
10 症狀，故請外傷急症外科醫師前來會診。上訴人質疑黃彩
11 當時並無急性膽囊炎臨床症狀云云，與前述事證不合。

12 2. 查當時外科值班醫師張浩于到場會診並向主治醫師謝奇勳
13 回報會診結果等情，此經張浩于醫師陳報在卷（見本院卷
14 第255頁）。依據急診病歷中，急診醫師於同日21時1分記
15 載之外傷急症外科會診建議事項（1. well explain for p
16 atient and family, operation was indicated but her
17 daughter hestated for operation, conservative treat
18 first. …3. keep empiric antibiotics…5. noted us if
19 family request for operation. We would like to foll
20 ow up this case. 見原審調字卷第102頁），並於同日21
21 時34分開立手術同意書，記載疾病名稱「急性膽囊炎」、
22 建議手術名稱(部位)「腹腔鏡膽囊切除手術（膽囊）」、
23 建議手術原因為「急性膽囊炎併腹痛」（見原審調字卷第1
24 02頁），與黃彩之女兒莊錦月以家屬身分於同日21時54分
25 簽署之「一般外科腹腔鏡手術同意書」內容相符（見原審
26 卷一第271至273頁），與張浩于具狀陳報當時伊已向病人
27 及家屬說明為何需要開刀、開刀的必要性及該手術的相關
28 風險，但因講解後，病人的女兒猶豫要不要手術，在經過
29 說明討論後，病人及家屬先選擇了保守治療，之後家屬改
30 決定要開刀，因此安排手術等情（見本院卷第255頁），
31 均無不合(建議事項提及「持續給予經驗性抗生素」，即

01 為依家屬選擇先採取保守治療之事證)，堪認被上訴人主
02 張斯時謝奇勳醫師之外傷急症外科團隊責由張浩于醫師向
03 病人家屬為告知說明，家屬原猶豫是否動手術，故先安排
04 保守治療，嗣後家屬決定動手術等情，確屬真實有據。

05 3. 依現今急性膽囊炎之診斷與治療原則，關於急性膽囊炎之
06 診斷標準，包括局部發炎徵象、系統性發炎徵象及影像學
07 發現，當符合有局部發炎跡象及系統性發炎跡象兩種發現
08 時，即可列為懷疑診斷，當符合有局部發炎跡象及系統性
09 發炎跡象及影像學發現三種發現時，即可列為確定診斷。
10 關於急性膽囊炎之治療選項，包括抗生素治療、膽囊切除
11 手術（腹腔鏡或傳統開腹式）及膽囊引流術等治療方式。
12 在急性膽囊炎判定後，給予抗生素為必要之治療，視病人
13 病情嚴重程度決定先穩定病況，包括膽囊引流術之使用，
14 再行緊急或後續之膽囊切除手術，惟根治性之治療選項仍
15 為手術切除膽囊，有第一次鑑定意見提出之說明及所附之
16 參考資料可憑（見原審卷二第26、32至63頁）。查黃彩至
17 急診室時主訴發燒、發冷、腹瀉一週及嘔吐，經身體診察
18 有右上腹壓痛症狀，電腦斷層掃描結果顯示膽囊壁增厚及
19 積液，以會診評估病人臨床症狀及醫師就影像學判讀結果
20 認為係急性膽囊炎，應符合上述診斷原則，且依上述治療
21 原則，腹腔鏡膽囊切除手術既為治療選項之一，堪認外傷
22 急症外科醫師建議進行系爭手術乃符合醫療常規，醫審會
23 第一次鑑定意見亦持上述意見（見原審卷二第25頁）。

24 4. 上訴人雖以黃彩於術前診斷為急性膽囊炎，術後卻確診為
25 慢性膽囊炎，質疑謝奇勳診斷有疏失云云。惟查，黃彩之
26 術後病理報告雖判讀為慢性膽囊炎(Chronic cholecystit
27 is)，但亦提及有羅阿氏竇(Rokitansky-Aschoff sinues)
28 之形成，此有病歷足參（見原審調字卷第140頁）。羅阿
29 氏竇成因之一為膽囊反覆性發炎所致，慢性膽囊炎為急性
30 膽囊炎發作後形成，是以，臨床上病人仍有以急性腹痛之
31 症狀來表現，第一次鑑定意見亦認為黃彩應屬慢性膽囊炎

01 之急性發作，於急診室會診外傷科醫師，經評估為急性膽
02 囊炎，當時無休克或器官衰竭情形，依現今急性膽囊炎之
03 診斷與治療原則，手術切除膽囊為合適之治療選項，故進
04 行手術係符合醫療常規（見原審卷二第26頁）。

- 05 5. 上訴人又質疑黃彩經檢查有脾臟腫大、血小板數目偏低之
06 異常狀況，不宜手術，謝奇勳建議手術應有疏失云云。查
07 關於急性或慢性膽囊炎進行手術之風險，包括術中因膽囊
08 發炎、粘連嚴重程度導致手術困難、膽道損傷，及術後發
09 生敗血症而病況惡化等風險。腹腔鏡膽囊切除手術之死亡
10 風險，需視膽囊發炎之嚴重程度及病人之身體狀況而定。
11 非手術之急性膽囊炎治療方式，包括使用抗生素及超音波
12 導引抽吸/引流術，但後續仍需考慮膽囊炎之復發風險及
13 是否進行腹腔鏡膽囊切除手術，以提供根治性之治療，有
14 第一次鑑定報告可參（見原審卷一第26至27頁）。依病歷
15 紀錄觀之，黃彩於106年10月20日接受腹部電腦斷層掃描
16 (CT)檢查，10月21日放射科報告為：脾腫大，伴有可疑的
17 微弱結節性低密度，沿雙側主動脈旁，腹腔軸，脾門、肝
18 門和後壁區域的多個淋巴結腫大，鑑別診斷：淋巴瘤，非
19 典型感染，淋巴增生性疾病（見原審調字卷第239頁）。
20 於10月20日術前血液檢查結果顯示白血球8600/uL、血紅
21 素8.9g/dL、血小板58000/uL，術後10月22日2時38分血液
22 檢查結果白血球4600/uL、血紅素8.1g/dL、血小板40000/
23 uL（見原審調字卷第119、377頁），可知於術前及術後均
24 有血小板低下及貧血情形。黃彩於10月20日23時15分接受
25 腹腔鏡膽囊切除手術，10月21日0時32分手術結束，出血
26 量小於50cc，手術發現為肝脾腫大、輕度肝硬化、血小板
27 低下、膽囊水腫與急性發炎變化、肝窩滲血，有病程紀錄
28 可參（見原審調字卷第197頁）。醫學上肝脾腫大發生之
29 可能原因包括感染性疾病、血液疾病、代謝性疾病、慢性
30 肝臟疾病或門脈高壓等。貧血之主要原因是身體無法製造
31 足夠紅血球或由於失血導致，亦可能因慢性疾病如癌症、

01 後天免疫缺乏症候群、骨髓疾病等而引起。血小板低下之
02 主要原因包括骨髓問題、血小板阻塞、血小板遭受分解、
03 溶血性尿毒症候群及藥物影響等。原審就上訴人上開質疑
04 送請鑑定，經醫審會出具意見表示：腹腔鏡膽囊切除手術
05 之風險增加原因為多樣性，肝脾腫大雖是其中原因之一，
06 但黃彩之臨床狀況診斷為急性膽囊炎雖肝脾腫大施行手術
07 雖有其風險，但依目前治療指引，腹腔鏡膽囊切除手術為
08 根治性之治療方式，故謝奇勳醫師建議施行腹腔鏡膽囊切
09 除手術符合醫療常規。黃彩於術中未有大量出血之發現及
10 輸血，且於術前及術後經抽血檢驗結果均有血小板低下及
11 貧血情形，與肝脾腫大仍進行腹腔鏡膽囊切除手術無關，
12 有第二次鑑定意見足查（見原審卷三第21至22頁），益徵
13 上訴人主張謝奇勳建議實施系爭手術係有醫療疏失云云，
14 並無可採。

15 6. 上訴人另質疑系爭手術後，黃彩有引流管大量出血，應係
16 謝奇勳實施系爭手術有醫療過失，致黃彩於同年10月23日
17 接受第二次手術等情。惟查，黃彩於系爭手術過程之失血
18 量低於50cc（見原審調字卷第197頁），10月22日4時54分
19 出現血小板低下及貧血惡化，並有咖啡狀嘔吐物，故給予
20 輸注血小板濃縮液及紅血球濃縮液，10月23日4時21分發
21 現腹部引流管及傷口有帶血分泌物之情形，故給予輸血以
22 矯正凝血功能不良狀況，後因出現呼吸困難及血氧飽和度
23 下降情形，予以氣管置放並轉至加護病房，因黃彩之腹部
24 傷口及引流管持續出現帶血分泌物，謝奇勳於該日(23日)
25 14時3分施行剖腹探查手術檢查腹內出血並予以止血，14
26 時25分手術結束，出血量150cc，術中發現腹內有中量帶
27 血之腹水、肝臟與右腎交界處有大血塊、肝窩及肝粗糙面
28 處有滲血，術後之血行動力學趨於穩定等情，有病歷紀錄
29 可參（見原審調字卷第140至141、199至206頁）。第二次
30 手術係基於檢查腹內出血並予以止血之目的而實施，惟由
31 上述過程觀之，黃彩因急性膽囊炎而接受系爭手術，術中

01 僅少量出血，術後雖有上開出血狀況，然黃彩之凝血功能
02 不良，此於術前術後均可查見，雖予輸血治療，仍有出血
03 情形，因而進行剖腹探查手術予以控制出血，實難憑嗣後
04 出血狀況而逕認系爭手術過程有疏失，醫審會出具之鑑定
05 意見亦認為謝奇勳提供根治性治療而實施系爭手術，且為
06 檢查腹內出血而安排剖腹探查手術，係符合醫療常規（見
07 原審卷三第22頁、卷二第28頁）。

08 7. 綜上，謝奇勳為治療黃彩病況，進行系爭手術之處置，並
09 無違反醫療常規，並無上訴人所稱未盡醫療水準注意義務
10 之過失，上訴人主張謝奇勳所為醫療行為有過失云云，自
11 無可採。上訴人於本院程序改稱當時係由張浩于實施系爭
12 手術，並聲請由莊錦月（於原審同為原告，未提上訴）到庭
13 作證云云，惟上訴人於原審起訴主張係由謝奇勳進行系爭
14 手術而列為求償對象（見原審調字卷第19頁），嗣後改稱
15 之內容顯然不具事實主張之一貫性，況卷內病歷資料均顯
16 示斯時張浩于係住院醫師、謝奇勳係主治醫師，由謝奇勳
17 實施系爭手術，張浩于亦具狀陳報當時係外科第4年住院
18 醫師，夜間值班時負責總醫師工作，需協助主治醫師並與
19 主治醫師共同處理醫療業務，系爭手術由謝奇勳主治醫師
20 進行，伊擔任助手等情（見本院卷第255頁），上訴人所
21 述應有誤會。

22 (三) 3位護理人員之輸血行為並無醫療過失：

23 1. 查黃彩血型為A型、RH+，於106年10月25日進行輸血，經
24 柯謹英、林翎薇輸入O型、RH+之血小板濃縮液，另於同年
25 10月26日進行輸血，經林翎薇輸入B型、RH+之血小板濃縮
26 液，復於同年10月29日進行輸血，經蕭惠珊輸入O型、RH-
27 之血小板濃縮液，且三次輸血之後均無出現輸血不良反應
28 等情，有各次之輸血紀錄單及護理紀錄單可稽（見原審調
29 字卷第59至63頁、原審卷一第616至617、628至629、650
30 至651頁）。上訴人主張3位護理人員疏失對黃彩輸入血型
31 不相符之血小板，致黃彩病情惡化等情，被上訴人則抗辯

01 因醫院血庫血小板濃厚液缺血、或無同血型，故於緊急時
02 以其他血品互相替代，3位護理人員均係依常規作業進行
03 臨床輸血作業，應無過失，且黃彩經輸血後亦無不良反應
04 等情，並提出與前揭所述相符之血庫管理系統列印資料
05 (於25、26日確有「缺血小板」通知)、護理紀錄單為證
06 (見原審卷一第151至165頁)。

- 07 2.查醫療財團法人台灣血液基金會(下稱血液基金會)曾印製
08 「血液成分精要」出版品，其內載有「血小板濃厚液：…
09 使用法：原則上不須做交叉配合試驗，病人血型與捐血者
10 ABO及Rh血型，宜相同，但緊急時可互相替代等語(本院
11 卷第303、297至299頁)。本院另向台灣輸血協會函詢關
12 於：醫學中心是否應確保血小板全血型全年全日無缺血、
13 倘某特定血型缺血小板，血庫安排以尚有存量之不同血型
14 血小板出庫予病人使用，是否符合醫療常規等事項，該會
15 函復：1.臨床上，即使是醫學中心也無法確保全年及全日
16 24小時都有足量之全血型血小板供應。2.當同血型血小板
17 缺乏而病人危急必須輸注血小板之狀況下，經病人的臨床
18 醫師評估同意後，可依其囑安排使用尚有存量之不同血型
19 之血小板，係符合緊急醫療常規。此替代血型給予之優先
20 順序，明列於血液基金會出版之「精實輸血手冊」第二版
21 第164頁(2)血小板輸血時ABO血型之選擇優先順序；在美國
22 血庫學會出版的「血庫工作手冊」第19版第514頁也明確
23 說明：血小板(或血漿)之輸注時，ABO血型相合並非絕對
24 必要等語，有台灣輸血協會113年1月5日回函在卷可參
25 (見本院卷第307頁)。由血液基金會及台灣輸血協會之
26 上開說明可知，倘同血型血小板缺乏而病人危急必須輸注
27 血小板之狀況下，係允許以不同血型之血小板替代使用而
28 符合醫療常規等情，應堪認定。
- 29 3.原審就前述爭執送請醫審會鑑定，經醫審會表示：依血液
30 基金會之輸血原則，在血庫供應不足而仍有血小板之輸注
31 需求時，血小板輸液血型可互相替代，符合醫療常規。依

01 護理紀錄，106年10月22日至10月29日期間，病人接受紅
02 血球濃縮液、血小板濃縮液及新鮮冷凍血漿輸血後，並無
03 不良反應之記載。「輸血小板無療效」(platelet trans
04 fusion refractoriness)，係指病人接受血小板輸注後，
05 體循環血液中血小板計數未見有效提高；其發生原因包括
06 免疫相關及非免疫相關。免疫相關原因，有HLA抗體、血
07 小板特異性抗原抗體、ABH抗體及其他不完全抗體、血漿
08 蛋白同種免疫與免疫複合物、自身抗體及藥物免疫產生之
09 抗體；而非免疫相關之原因，有病人本身及血小板組成等
10 因素。病人本身之因素，包括脾腫大(功能亢進)、高熱、
11 感染(菌血症、敗血症)、廣泛性凝血功能不良、嚴重出血
12 及藥物等原因；而血小板組成之因素，包括供血者血小板
13 數量不足、供血者血小板缺陷、供血者使用藥物等原因。
14 依病歷紀錄，病人輸血後並無不良反應，雖其血小板數值
15 未見有效提高，然無法證明係與輸入不同血型之血小板有
16 關。依血液基金會之建議輸血原則，最理想為血型相符之
17 血小板，但受限於血庫血小板供應不足之限制，不同血型
18 之血小板是可以被接受使用；臨床上輸入不同血型/交叉
19 試驗不合之血小板，可能會影響血小板吸收效果，但不會
20 產生風險或危害。依護理紀錄，病人接受前述輸血後，無
21 不良反應之記載，病人之血小板檢查數值下降，非因輸入
22 不同血型之血小板所致等情，有第一次鑑定意見可稽(見
23 原審卷二第28至30頁)，與血液基金會及台灣輸血協會所
24 為上開說明，互核亦無不合，參酌「血小板低於50000/uL
25 或血小板機能不良者、有明顯出血或正在出血者」乃輸注
26 血小板之適應症之一(見本院卷第349頁)，黃彩於術後
27 因引流管及傷口出現滲血情形，且有血小板低下表現，因
28 而輸注血小板濃厚液，符合前述輸注血小板之適應症，更
29 徵被上訴人前揭抗辯顯屬有據，足堪採信為真。上述輸血
30 行為係為救治黃彩，黃彩接受輸血後並無不良反應，縱然
31 血小板數值未見有效提高，亦無從認定係與輸入血型不同

01 有關，黃彩死亡乃屬疾病進展之結果，與前述輸血處置無
02 關。上訴人提出黃彩在病床上之照片為證，主張不應實施
03 系爭手術，且3位護理人員係輸錯血具有過失，進而導致
04 黃彩死亡云云，要無可採。

05 (四)關於告知說明義務是否遵守一節：

- 06 1. 醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、
07 親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後
08 情形及可能之不良反應；醫師診治病人時，應向病人或其
09 家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可
10 能之不良反應，醫療法第81條、醫師法第12條之1分別定
11 有明文。上開規定旨在強化醫療機構(醫師)之說明義務，
12 保障患者及其家屬知的權利，使患者對病情及醫療更為瞭
13 解，俾能配合治療計畫，達到治療效果。而上開說明義務
14 之內容，應以醫療機構(醫師)依醫療常規可得預見者為
15 限，尚不得漫無邊際或毫無限制的要求醫療機構(醫師)
16 負概括說明義務(最高法院109年度台上字第2795號判決
17 意旨參照)。
- 18 2. 上訴人質疑被上訴人未盡告知說明義務，張浩于醫師僅提
19 到若不接受手術就會死，並無提到替代療法，導致上訴人
20 誤認一定要同意黃彩接受手術，黃彩術後因出血進而發生
21 死亡結果，故疏未告知與黃彩死亡有相當因果關係等情。
22 惟查，原審109年6月22日言詞辯論期日，法官詢問「(提
23 示本院卷第72頁、第129頁手術同意書)對被告抗辯曾於術
24 前提供手術及先行住院觀察之不同選項以供病患黃彩家屬
25 選擇，並非沒有告知替代療法，原告有何意見？」上訴人
26 表明「不再爭執」，法官再問「被告沒有告知替代療法，
27 與本件損害賠償之請求，二者有何關連？」上訴人表明
28 「不再爭執此部分的事實」(見原審卷一第265至266頁)，
29 可知有關被上訴人於手術前已告知替代療法一節，上訴人
30 已於原審明示不爭執。況且，依卷附病歷資料內容，明確
31 顯示張浩于醫師前往急診室會診，斯時已向黃彩之家屬盡

告知說明義務，向家屬解釋病情、說明手術利弊及風險，因家屬猶豫是否接受手術，故先採取保守治療(安排住院並持續給予經驗性抗生素)，家屬嗣後決定手術，方安排手術事宜；參酌卷內所附「一般外科腹腔鏡手術同意書」及「一般外科腹腔鏡手術說明」，載有手術之風險等相關說明，亦有提及手術方法、處置效益、可能併發症與發生機率及處理方法、替代處置方案等事項，由莊錦月以病人之女兒身分簽署表示同意進行此手術(見原審調字卷第271至273頁)，張浩于醫師亦具狀回稱當時有向病人及家屬說明為何需要開刀、開刀的必要性及該手術的相關風險，但家屬猶豫，先選擇保守治療，之後改決定要手術等情(見本院卷第255頁)，醫審會審閱病歷後，亦出具意見認同外科醫師已盡術前告知義務及提供合理治療選項(見原審卷二第27頁)。上訴人嗣後翻異爭執，質疑外科醫師謝奇勳、張浩于未盡告知說明義務，致上訴人誤信且只能同意接受手術云云，自無可採。

(五)綜上，黃彩死亡乃疾病進展之結果，其最後住院診斷為多重器官衰竭、敗血症、急性心肌梗塞、急性肺水腫、急性膽囊炎、肝脾腫大合併血小板低下/疑腹內淋巴增生疾病所致、凝血功能異常，最終死亡原因為多重器官衰竭，有診斷證明書足稽(見原審調字卷第35頁)，並有醫審會鑑定意見可參(見原審卷二第30頁)。上訴人所提之證據，仍未能就其等主張謝奇勳醫師實施系爭手術等醫療行為有過失、柯謹瑛、林翎薇及蕭惠珊之輸血護理行為有過失、前述行為與黃彩之死亡結果間有相當因果關係，及主張醫師未盡告知說明義務等情，舉證至使本院之心證度達到降低後之證明度，故其等主張被上訴人應連帶負侵權行為損害賠償之責，暨主張林口長庚醫院應負不完全給付之債務不履行損害賠償之則，據此請求被上訴人(連帶)賠償莊嘉信、莊于瑩精神慰撫金各250萬元，即屬無據。

六、綜上所述，上訴人依民法第184條第1項前段、第2項、第185

01 條、第188條、第192條、第194條、第224條、第227條、第2
02 27條之1之規定為選擇合併之訴，請求被上訴人應連帶給付
03 莊嘉信、莊于瑩各250萬元，及均自109年5月19日起至清償
04 日止按週年利率5%計算之遲延利息，為無理由，無從准許。
05 原審駁回上訴人前述請求及假執行聲請，核無不合。上訴論
06 旨指摘原判決該部分不當，求予廢棄改判，為無理由，應予
07 駁回上訴。

08 七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊或防禦方法及所用證據，
09 經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決結果，爰不予逐一
10 論列。上訴人雖聲請通知莊錦月到庭作證，欲證明當時實應
11 係張浩于醫師執行系爭手術，且對造未盡告知義務云云，惟
12 此與卷證資料不符，本院已就上訴人前述主張不足採之理由
13 析述如上，無再傳訊調查之必要。上訴人另聲請再函詢血液
14 基金會關於輸血之各類血型(包含ABO、RH)優先順序(見本院
15 卷第323頁)，惟黃彩於歷次輸血過程及輸血後並無出現不良
16 反應，黃彩斯時有血小板低下症狀及出血表現，確有輸注血
17 小板之適應症，均經本院認定如上，上訴人前述提問事項之
18 函查結果無論為何，對於本院就3位護理人員輸血行為並無
19 過失之認定不生影響，自無調查必要，爰不予調查。

20 八、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第449條第1
21 項、第78條、第85條第1項前段，判決如主文。

22 中 華 民 國 113 年 6 月 26 日
23 醫事法庭

24 審判長法 官 魏麗娟

25 法 官 郭佳瑛

26 法 官 張婷妮

27 正本係照原本作成。

28 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
29 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
30 (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
31 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

01 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
02 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
03 者，應一併繳納上訴審裁判費。

04 中 華 民 國 113 年 6 月 26 日

05 書記官 張英彥