

臺灣高等法院民事判決

113年度醫上字第13號

上訴人 張文鶯
張雅蓁
張文龍
張雅秀

共同

訴訟代理人 呂清雄律師

被上訴人 黃仁穩
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

0000000000000000

上一人

法定代理人 陳建宗

共同

訴訟代理人 張譽馨律師
郭盈君律師

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國113年3月22日臺灣桃園地方法院111年度醫字第6號第一審判決提起上訴，本院於115年6月23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張文鶯負擔百分之三十二，餘由上訴人張雅蓁、張文龍、張雅秀負擔。

事實及理由

一、上訴人主張：伊等之父張溪泉於民國109年9月1日凌晨5時許不慎割傷左手掌，經聯新國際醫院（下稱聯新醫院）轉診至被上訴人長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱長庚醫院）診治，由該院整形外傷科主治醫師即被上訴人黃仁穩（下逕稱姓名，與長庚醫院合稱被上訴人）評估後施以尺神經修補及移植、尺動脈修補等手術，張溪泉於術後即出院返家，於同年月2日晚上8時許，張溪泉因左臂腫脹疼痛及全身

疼痛等症狀前往長庚醫院急診，經住院醫師王思翰（下稱王思翰）為其施打嗎啡止痛及擦藥包紮傷口後，黃仁穩僅指示保持繼續服用止痛藥及抗生素之治療方法，並指示後續至門診追蹤後即許可出院。於同年月3日早上，張溪泉出現呼吸困難、左手掌傷口及左前臂疼痛腫脹等症狀，於同日上午10時20分許至聯新醫院急診，經聯新醫院診斷為左手掌壞死性筋膜炎、左前臂腔室症候群併敗血性休克，於同日中午12時44分許轉診至長庚醫院，長庚醫院急診部醫師診察後，會同整形外科，判斷為壞死性筋膜炎，並有左前臂及左上臂腔室症候群表現，而由黃仁穩於該日下午1時55分許時實施左上肢筋膜炎切開術，於同日下午2時16分完成手術，術後轉入加護病房，於同年月4日0時47分因壞死性筋膜炎、腔室症候群導致敗血性休克死亡。黃仁穩未於109年9月2日張溪泉急診時為其安排可能罹患腔室症候群、壞死性筋膜炎等狀況之必要檢驗、未安排其住院接受進一步檢查及治療，顯有過失，甚而於同年10月7日擅自竄改109年9月2日會診回覆單，其上開過失與張溪泉之死亡結果間有因果關係，應負侵權行為損害賠償責任，又長庚醫院為黃仁穩之僱用人，爰先位依民法第184條第1項前段、第2項、第188條第1項、第192條第1項、第194條規定，請求被上訴人連帶賠償上訴人張文鶯（下逕稱姓名）支出之喪葬費用新臺幣（下同）35萬元及精神慰撫金250萬元本息；上訴人張雅蓁、張文龍、張雅秀（下各逕稱姓名，與張文鶯合稱上訴人）精神慰撫金各200萬元本息。另長庚醫院與張溪泉間有醫療之委任關係，未對張溪泉為適當之醫療行為，應負債務不履行之損害賠償責任，備位依民法第227條第1項、第227條之1準用第192條第1項、第194條規定，請求長庚醫院賠償上訴人同上金額本息。

二、被上訴人則以：張溪泉於109年9月1日至長庚醫院急診，經黃仁穩診斷為左上肢撕裂傷併尺神經及尺動脈斷裂，實施尺神經修補及尺動脈縫合手術，術中均按常規進行傷口清洗消

01 毒，術後評估張溪泉傷口不大、橈動脈完整且左手末梢血液
02 循環良好，無住院必要，乃開立預防性口服抗生素，避免感
03 染，並預約門診追蹤。嗣張溪泉於同年月2日到院急診時，
04 主訴左前臂術後腫脹疼痛，經醫療團隊多位醫師診視及理學
05 檢查，均認無紅、腫、熱、痛等典型感染症狀，實無相關臨
06 床症狀足以懷疑或診斷為壞死性筋膜炎，王思翰與黃仁穩討
07 論後亦評估腔室症候群或壞死性筋膜炎之可能性低，自無安
08 排進一步檢查之必要，且張溪泉亦表示拒絕等待病床轉入住
09 院，故醫囑張溪泉持續服用抗生素、傷口換藥及門診追蹤。
10 張溪泉於同年月3日中午12時44分經聯新醫院轉診前來時，
11 意識狀態不清，幾乎量測不到血壓，黃仁穩經急診通知立即
12 趕往診視，評估張溪泉左前臂腫脹緊繃、有出血性囊泡，診
13 斷為腔室症候群及左上肢壞死性筋膜炎，持續給予升壓劑及
14 大量輸血以維持生命徵象，並於同日下午1時55分實施緊急
15 左上肢筋膜切開術，於同日下午2時16分完成手術，安排轉
16 入加護病房照護，另會診腎臟科安排緊急血液透析治療酸血
17 症，張溪泉終仍因敗血性休克，經急救無效後死亡。然張溪
18 泉在聯新醫院急診時，感染範圍已蔓延至左胸部位，縱施予
19 左上肢截肢，亦難以有效控制感染，實已無從避免死亡結果
20 之發生，故伊等就本件醫療過程及相關處置均無違反常規或
21 未盡注意義務之處等語，資為抗辯。

22 三、原審判決上訴人全部敗訴，上訴人不服，提起上訴，並上訴
23 聲明為：(一)先位聲明：1.原判決廢棄。2.上開廢棄部分：(1)
24 被上訴人應連帶給付張文鶯285萬元，及自起訴狀繕本送達
25 翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(2)被上訴人應
26 連帶給付張雅蓁、張文龍、張雅秀各200萬元，及自起訴狀
27 繕本送達翌日起至清償日止，按年息5%計算之利息。(二)備
28 位聲明：1.原判決廢棄。2.上開廢棄部分：(1)長庚醫院應給
29 付張文鶯285萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日
30 止，按年息5%計算之利息。(2)長庚醫院應給付張雅蓁、張
31 文龍、張雅秀各200萬元，及自起訴狀繕本送達翌日起至清

01 償日止，按年息5%計算之利息。被上訴人均答辯聲明：上
02 訴駁回。

03 四、兩造不爭執事項（本院卷一第115至116頁）：

04 (一)張溪泉於109年9月1日凌晨5時許不慎割傷左手掌，經聯新醫
05 院轉診至長庚醫院診治，由該院整形外傷科主治醫師黃仁穩
06 評估後，於同日下午3時48分施以左手掌尺神經及尺動脈縫
07 合修補手術，開立止痛及抗生素藥物予張溪泉返家服用，並
08 預約同年月7日至門診追蹤，張溪泉同日術後即出院返家。

09 (二)張溪泉於109年9月2日晚間9時24分至長庚醫院急診，主訴同
10 日早上開始左手掌傷口及左前臂疼痛，急診醫師診察後，發
11 現病人左手前臂有腫脹及壓痛感【急診檢傷時疼痛指數4~7
12 分（最痛10分），體溫37.5度，意識清醒，生命徵象穩
13 定】，會診整形外科住院醫師王思翰，並給予止痛劑嗎啡注
14 射，王思翰會診評估後有向黃仁穩報告。

15 (三)張溪泉於109年9月3日上午10時20分至聯新醫院急診，主訴
16 呼吸短促、左手掌傷口及左前臂疼痛腫脹，經急診醫師評估
17 後建議置放氣管內管維持其呼吸道通暢及給予相關處置，於
18 同日上午11時59分轉診至長庚醫院，同日中午12時44分由長
19 庚醫院急診醫師診治，並會診整形外科後，判斷為壞死性筋
20 膜炎，且有左前臂及左上臂腔室症候群表示，建議執行筋膜
21 切開手術，同日下午1時45分由張溪泉家屬簽署手術同意
22 書，下午由黃仁穩執行筋膜切開手術，術後即至加護病房治
23 療。

24 (四)張溪泉於109年9月4日凌晨0時47分因壞死性筋膜炎、腔室症
25 候群導致敗血性休克死亡。

26 (五)上訴人為張溪泉之子女，張文鶯因張溪泉死亡而支付喪葬費
27 用35萬元。

28 五、上訴人主張黃仁穩未於109年9月2日張溪泉急診時為其安排
29 可能罹患腔室症候群、壞死性筋膜炎等狀況之必要檢驗，亦
30 未安排其住院接受進一步檢查及治療，顯有醫療過失，致張
31 溪泉發生死亡之結果，其等基於張溪泉子女之身分法益因而

01 受有損害，且情節重大，被上訴人應對其等連帶負侵權行為
02 損害賠償責任，長庚醫院亦應負不完全給付之債務不履行損
03 害賠償責任等情，為被上訴人所否認，並以前詞置辯。經
04 查：

05 (一)按醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫事人員因
06 執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之
07 注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償
08 責任。前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以
09 該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工
10 作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。醫療機構因執行醫療業
11 務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任，
12 醫療法第82條第1項、第2項、第4項、第5項定有明文。又醫
13 療行為具專業性、錯綜性及不可預測性，醫事人員執行醫療
14 照護行為應盡之管理人注意義務，應就醫療個案，本於診療
15 當時當地之醫學知識，審酌病人之病情、就診時身體狀況、
16 病程變化，醫療行為之風險及醫院層級等因素整體考量，未
17 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
18 醫療水準，而無故意、過失可言（最高法院112年度台上字
19 第867號判決意旨參照）。

20 (二)上訴人主張黃仁穩於109年9月2日張溪泉急診時未安排其進
21 行腔室症候群、壞死性筋膜炎等必要檢驗，亦未安排其住院
22 接受進一步檢查及治療，而認其有醫療過失等情，查依前述
23 兩造不爭執事項(二)所載，張溪泉於109年9月2日晚間9時24分
24 至長庚醫院急診，主訴同日早上開始左手掌傷口及左前臂疼
25 痛，急診醫師診察後，發現病人左手前臂有腫脹及壓痛感

26 【急診檢傷時疼痛指數4~7分（最痛10分），體溫37.5度，
27 意識清醒，生命徵象穩定】，會診王思翰並給予止痛劑嗎啡
28 注射；復依當日會診回覆單、護理紀錄單分別記載「EXTRIM
29 ITIES:left forearm mild swelling with tenderness le
30 ft wrist OP wound clean without oozing Impression:L
31 eft forearm mild swelling with pain =>Compartment sy

ndrome/Necrotizing fasciitis less likely **Ulnar artery : Doppler check patent **Left distal finger perfusion : fine, capillary refilled well <A>M79609 Pain in unspecified limb」,「病患意識清楚,呼吸平順,主訴左手手術後傷口疼痛來急診,左手腕約8公分縫線傷口乾淨無滲液,腫脹情形存末梢無冰冷,醫師診視給予止痛藥物使用,待整形外科會診」(病歷卷第58、64頁),及參以張溪泉當日左前臂及手掌照片(原審調卷第25、69至70頁),可知張溪泉當時急診時,經醫護人員目視檢查其左手掌手術傷口外觀上乾淨無滲液,復經尺動脈超音波(Doppler)檢查顯示血液通暢,手指末端血液循環正常,王思翰因而診斷張溪泉因前一日手術引起左前臂腫脹及疼痛,並認其腔室症候群、壞死性筋膜炎之可能性低,而將該會診評估內容向黃仁穩報告。又原審囑託衛生福利部醫事審議委員會(下稱醫審會)進行鑑定,其鑑定結果亦稱:「病人至長庚醫院急診室就診過程之症狀表現,皆符合手術後傷口疼痛表徵,並無需特別進一步檢查或治療之異常表現。故109年9月2日長庚醫院之廖醫師、王醫師及黃醫師(即廖建安、王思翰、黃仁穩)對病人所為之醫療處置及照護,符合醫療常規」等語(原審卷第172頁),堪認王思翰當時對張溪泉所為急診醫療處置,並無違反醫療常規之情事,而黃仁穩經王思翰告知前開會診及評估張溪泉就診之症狀表現內容,即無需再安排其進行腔室症候群、壞死性筋膜炎等檢查,或住院接受進一步檢查及治療。另參以當日會診回覆單之會診醫師建議事項所載「1. Keep current treatment 2.OPD follow-up at MA8408 3.Well-explained to the patient and family =>Offer the admission option for the patient(有解釋可能需在急診等床),but patient refused to admission」等語(病歷卷第58頁),益見黃仁穩依王思翰所報告會診結果,依其建議給予張溪泉止痛藥物及依原約定至門診追蹤,且當日已告知張溪泉及家屬住院可能需要在急診等病床,而經張溪泉表示

01 拒絕。故而，上訴人以黃仁穩於109年9月2日未安排張溪泉
02 進行腔室症候群、壞死性筋膜炎等必要檢驗，且未安排住院
03 接受進一步檢查及治療，而謂其有醫療過失，應非可採。

04 (三)上訴人復以黃仁穩於109年10月7日擅自竄改同年9月2日會診
05 回覆單內容如前，醫審會鑑定報告以該會診回覆單所為鑑定
06 錯誤，應以原始會診回覆單為基礎認定黃仁穩有無醫療過失
07 等情。被上訴人對於黃仁穩於同年10月7日增補同年9月2日
08 會診回覆單之部分內容並不爭執，然稱：黃仁穩係依當日實
09 際醫療情形，而合法增補會診回覆單內容，並已重新完成電
10 子簽章，又原始會診回覆單於原審鑑定時係一併送請醫審會
11 為鑑定資料，鑑定結果自屬可採等語。經本院依上訴人聲請
12 再送醫審會就109年9月2日原始會診回覆單所載內容為補充
13 鑑定，其鑑定結果認「依病歷記載，病人在109年9月2日晚
14 間並未表現出壞死性筋膜炎的典型症狀，如紅腫、發燒、皮
15 下捻發音或皮膚水泡等，僅有疼痛及腫脹需特別注意。然
16 而，疼痛與腫脹亦為手術後常見的臨床表現之一」、「依10
17 9年9月2日當日病人之左前臂及手掌照片，並未呈現紅腫、
18 皮膚水泡等壞死性筋膜炎之典型症狀。依病歷記載，109年9
19 月2日晚間醫師有檢查到左手末梢循環無冰冷情形、無局部
20 發紅、傷口乾淨無滲液等臨床表現，此時可排除病人罹患上
21 述壞死性筋膜炎及腔室症候群」、「原始會診回覆單倒數第
22 3行記載『Ulnar artery：Doppler (+)』等語，醫師當日
23 應是有執行都卜勒超音波血管檢查（Doppler）。醫師施行
24 都卜勒超音波血管檢查（Doppler），是為了解尺動脈（uln
25 ar artery）是否暢通，及了解能否排除下列兩種情形：

26 （1）血管修補後的血栓阻塞；（2）嚴重腔室症候群造成之
27 血管壓迫。病人前一日有接受左前臂神經血管修復手術，手
28 術後施行都卜勒超音波血管檢查（Doppler），測量血管修
29 補後是否有血栓阻塞，為臨床所需，醫師所為符合醫療常
30 規。『Ulnar artery：Doppler (+)』等語，表示醫師有排
31 除嚴重腔室症候群造成血管壓迫之可能性」、「原始會診回

01 覆單倒數第3行記載『Ulnar artery：Doppler（+）』等
02 語，在臨床上是常用的寫法，醫學上表示意義為『檢查為陽
03 性，尺動脈（Ulnar artery）的脈動可在都卜勒超音波血管
04 檢查（Doppler）中探得。』屬於『無病（正常）』狀態。
05 原始會診回覆單倒數第3行記載『Ulnar artery：Doppler
06 （+）』等語，表示手之大血管可測得脈動，手之血液循環
07 應是正常；109年10月7日增補會診回覆單中增加之『Left d
08 istal finger perfusion：fine, capillary refilled wel
09 l.』等語，更清楚描述手的血液循環狀態是正常的，並無異
10 常之發現。兩者於臨床意義上並無相違背或明顯不同」、
11 「原始會診回覆單倒數第4行記載『Impression：Left fore
12 arm mild swelling with pain, cause?』等語，係表示臨床
13 醫師正在考慮可能的診斷。而依109年9月2日之相關病歷資
14 料及當日病人左前臂及手掌照片，當日晚間並無法做出壞死
15 性筋膜炎及腔室症候群之診斷。壞死性筋膜炎及腔室症候群
16 皆非少見之外科急症，一般急診醫師及整形外科醫師都不會
17 忽略此兩種診斷之可能，亦不會在判定此二種診斷後，讓病
18 人返家而不治療。故依109年9月2日之相關病歷資料及原始
19 會診回覆單之會診資料內容，醫師在親自診視後建議門診追
20 蹤即可，是可排除壞死性筋膜炎及腔室症候群」（本院卷一
21 第154至156頁），足徵黃仁穩事後於109年10月7日在會診回
22 覆單所為增補內容僅係更加清楚描述當時張溪泉身體狀況，
23 與原始會診回覆單所載內容未有相違背、明顯不同之情形，
24 且縱僅依原始會診回覆單之記載，因張溪泉急診當時左手末
25 梢循環無冰冷、無局部發紅、傷口乾淨無滲液等臨床表現，
26 復經醫師執行都卜勒超音波血管檢查後而排除嚴重腔室症候
27 群造成血管壓迫之可能性，是王思翰因張溪泉斯時並無壞死
28 性筋膜炎及腔室症候群之表徵，而診斷其為前一日手術後之
29 腫脹及傷口疼痛，黃仁穩則經王思翰親自診視評估而依建議
30 門診追蹤，均已符合醫療常規，此不因增補上揭內容及「Of
31 fer the admission option for the patient（有解釋可能

01 需在急診等床), but patient refused to admission」而
02 有不同。因此，張溪泉於109年9月2日急診時，黃仁穩依王
03 思翰會診評估其當時生命徵象、主訴內容及相關檢查結果所
04 為醫療處置及安排追蹤治療，難認其有違反醫療上必要之注
05 意義務，且逾越合理臨床專業裁量，上訴人仍執前詞指摘醫
06 審會鑑定報告認定有誤及黃仁穩有醫療過失等情，為不可
07 採。

08 (四)另依鑑定報告中關於張溪泉相驗報告及解剖屍體報告之解剖
09 結果「死者左手掌和左手臂傷口切片鏡檢呈現有出血、水
10 腫、發炎、細菌孳生以及橫紋肌纖維腫脹、壞死情形，有壞
11 死筋膜炎表現，符合因腫脹引起臨床腔室症候群之診斷，經
12 減壓手術切開筋膜後。死者肺部血管內有纖維蛋白栓子形
13 成，符合有瀰漫性血管內凝血症(DIC)，臟器內有發現細
14 菌菌落滋生，已有敗血症表現；肝臟切片有中央小葉區周圍
15 鬱血、壞死和輕微脂肪變性，符合有瀕死期休克表現。研判
16 死者的死亡原因為左手掌因跌倒遭破碎盤子割傷而有細菌感
17 染，引起壞死性筋膜炎、腔室症候群，最後因敗血性休克而
18 死亡。死者另有心臟肥大、重476克、左心室壁向心性肥
19 厚、脾和腎小管硬化，以上發現可符合『高血壓性心血管疾
20 病』診斷。另外，腎臟切片有腎絲球硬化和基底膜增厚情
21 形，與糖尿病的慢性變化不相違背，而糖尿病的長期併發症
22 會影響免疫功能致使易遭受感染情事，研判可列為加重死亡
23 因素」，及研判死亡原因「甲、敗血性休克。乙、壞死性筋
24 膜炎。丙、跌倒使左手掌割傷感染。加重死亡因素：糖尿
25 病。」(本院卷一第149至150頁)，併參以張溪泉於109年9
26 月3日上午10時20分至聯新醫院急診時主訴早上開始呼吸短
27 促，重度呼吸窘迫，左上肢肢體腫脹，因血管斷裂在長庚手
28 術後故入，急診檢傷評估其生命徵象呼吸淺快，血氧飽和度
29 74%，血壓83/54mmHg，經急診醫師診察並為血液檢驗，測
30 得其血糖值600mg/dL(原審卷第17、27頁)，同日中午12時
31 44分轉診至長庚醫院後，由急診醫師診視其意識狀況昏迷，

01 生命徵象為體溫36度、心跳138次/分、呼吸22次/分、血壓9
02 7/54mmHg，抽血檢驗結果為血糖值884mg/dL（病歷卷第66、
03 68、86頁），可知張溪泉當時之血糖值高於參考值70至100m
04 g/dL甚多，是張溪泉因左手掌割傷而感染引起壞死性筋膜炎
05 及腔室症候群，致生敗血性休克死亡之結果，難認與其就醫
06 前所罹患糖尿病之病情無關。

07 (五)綜前，黃仁穩並無上訴人所指對張溪泉所為醫療行為違反醫
08 療常規而有過失之情形，亦無從證明黃仁穩所為醫療處置與
09 張溪泉死亡結果間存有相當因果關係，自無故意或過失之侵
10 權行為可言；又黃仁穩執行醫療行為，並未違反注意義務及
11 醫療常規，對於張溪泉死亡結果即無可歸責之事由，亦不構
12 成醫療契約之債務不履行。基此，上訴人先位依侵權行為之
13 法律關係，請求被上訴人負連帶侵權行為損害賠償責任；及
14 備位依債務不履行法律關係，請求長庚醫院負損害賠償責
15 任，均屬無據。

16 六、綜上所述，上訴人依民法第184條第1項前段、第2項、第188
17 條第1項、第192條第1項、第194條第1項及第195條規定，先
18 位請求被上訴人連帶給付張文鶯285萬元本息，及張雅蓁、
19 張文龍、張雅秀各200萬元本息；復依民法第227條第1項、
20 第227條之1準用第192條第1項、第194條第1項及第195條規
21 定，備位請求長庚醫院給付張文鶯285萬元本息，及張雅
22 蓁、張文龍、張雅秀各200萬元本息，均無理由，不應准
23 許。原審駁回上訴人之請求及假執行之聲請，並無不合，上
24 訴意旨指摘原判決不當，求予廢棄改判，為無理由，應駁回
25 其上訴。

26 七、至上訴人具狀聲請送請成功大學醫學院附設醫院外科部為醫
27 療鑑定（本院卷一第389至390頁），惟原審及本院按上訴人
28 聲請內容及檢附相關病歷資料送請醫審會為上揭鑑定、補充
29 鑑定，且上訴人於臺灣桃園地方檢察署對黃仁穩所提過失致
30 死之偵查案件中，亦經中國醫藥大學附設醫院提出修改會診
31 回覆單相關疑義之書面鑑定，有該地檢署檢察官113年度醫

偵續字第1號不起訴處分書可佐（本院卷一第353至366
頁），上訴人以上開鑑定報告均有違誤而聲請再次鑑定，難
認可取，且其所提前揭聲請事項顯係重複聲請，是本院認此
部分核無再為調查之必要。又本件事證已臻明確，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。

八、據上論結，本件上訴無理由，爰判決如主文。

中 華 民 國 115 年 7 月 28 日

醫事法庭

審判長法 官 陳慧萍

法 官 吳若萍

法 官 潘曉玫

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 7 月 28 日

書記官 賴竺君