

【醫療刑事法】感染性心內膜炎*

醫療常規與 醫療糾紛鑑定

林萍章 ** / 長庚紀念醫院外科臨床教授



裁判字號 最高法院刑事判決95年度臺上字第3661號
臺灣士林地方法院86年度訴字第1040號刑事判決
臺灣高等法院89年度上訴字第120號刑事判決
最高法院於91年度臺上字第2473號刑事判決
臺灣高等法院91年度上更(一)字第398號刑事判決
引用法條 刑事訴訟法第377條、第395條

壹、事實概要

病人，男性，1974年出生，於因運動時呼吸困難、心悸，於1996年3月22日至○○醫院住院治療。經心臟超音波及心導管檢查診斷為主動脈瓣及二尖瓣閉鎖不全，遂於4月9日接受開心手術置換此二瓣膜。被告甲於術中發現主動脈瓣有感染後之變化，故術後之診斷為亞急性細菌性心臟內膜炎（subacute bacterial endocarditis, SBE）「後」，並對病患投予抗生素注射治療至4月

* 本文主要就最高法院刑事判決95年度臺上字第3661號為介紹與評析

** 本文作者亦為東吳大學法律學系醫事法講座、國立政治大學兼任教授

關鍵詞：心臟外科、感染性心內膜炎、業務過失、醫療鑑定、瓣膜手術

DOI：10.3966/241553062016070001011

15日，然後改以口服抗生素治療至4月20日。其後因病患病程順利，於4月20日出院（手術後11天），並帶回14天份之口服抗生素。

出院後，病人於1996年月2日至5月30日至該院心臟外科門診治療三次。於6月1日因呼吸困難及胸痛，至急診就醫；同年6月3日因嘔吐、腹瀉至該院急診求治；同年6月6日又因嘔吐、腹瀉至該院急診求治，此時發現有新的心臟雜音及心臟衰竭的現象，故於同年6月7日住進該院。病患於6月13日因二尖瓣閉鎖不全，再度接受開心手術置換二尖瓣；術前與術後均診斷為SBE。病患於6月24日因敗血症及多重器官衰竭自動出院死亡。病患家屬認為醫師有過失因而提出告訴。

貳、判決主文

上訴駁回。

參、判決摘要

一、檢方主張

（一）以國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）、財團法人長庚紀念醫院（下稱長庚醫院）之鑑定意見，認定被害人於接受第一次手術時已無SBE。惟查：1. 臺大醫院及長庚醫院鑑定意見，均認被害人所罹之SBE係屬慢性，且已有一段時間，致其心臟有擴大現象云云，惟並未提出相關數據，以供認定被害人當時確有心臟擴大之情，行政院衛生署醫事審議委員會（以下簡稱醫審會）第三次鑑定報告則明確指出：

若SBE已有一段時間，導致厲害慢性主動脈瓣閉鎖不全，其出現症狀是因為心臟無法代償所致，則左心室應該更擴大，收縮功能應該已經變差才對。惟各項檢查顯

示，雖然主動脈瓣閉鎖不全很厲害，肺充血厲害，但相對的心臟擴大不明顯，收縮功能仍然良好，超音波顯示LVIDd52（正常值為35~57mm），LVIDs31（正常值為28~35mm），左心室攝影的收縮功能為70%（正常），這符合急性動脈瓣閉鎖不全的跡象。

其業已提相關數據以供參考，原判決既未就醫審會之具體數據為反駁，即採用臺大醫院、長庚醫院未載明具體數據之意見，顯有判決不備理由之違法。2. 醫審會第三次鑑定意見並載明：

SBE未經完整抗生素治療，自然痊癒微乎其微，並謂在無抗生素的時代死亡幾乎為100%，並以此病人過去並無一段抗生素治療的歷史，故以此不認為其SBE是以前罹患過，而自然痊癒留下之厲害慢性主動脈瓣閉鎖不全。

既SBE並無自然療癒可能，臺大醫院及長庚醫院並均稱被害人確曾罹有SBE，且於第一次手術時被害人即有因此心臟擴大之情，復稱於第一次手術時被害人已無該心臟內膜炎病之菌種存在，則該SBE何能自體痊癒？亦未見原判決就此予以說明，其逕採臺大醫院及長庚醫院之鑑定意見，即嫌率斷。3. 醫審會第一次鑑定報告明確指明：「在第一次心臟手術時，醫師發現主動脈的左葉有贅生物及破裂，主動脈壁增厚及心包膜粘連，顯示感染的變化，故術後的診斷為SBE」，雖臺大醫院鑑定意見認為：

陳先生（指被害人）第一次開刀時（1996年4月9日），醫師發現主動脈瓣左葉有贅生物及破裂，主動脈壁增厚及心包膜粘連，因此開刀醫師為其取下主動脈患部組織進行兩套細菌培養，培養結果均未長出細菌，臨床徵兆亦無感染之跡象，故無法認定陳先生此時一定為感染性心內膜炎。

惟由此亦知有「主動脈贅生物及破裂」應為SBE之特徵之一，且依臺大醫院之上開鑑定意見，雖細菌培養未長出細菌，亦非即得排除為感染性心內膜炎，此時被告甲身為主治醫師，當有所預見，況助理醫師丁○○所書診斷為「SBE『後』」，益證被害人應確有SBE之病史，自應施予長期抗生素之治療。臺大醫院之上開鑑定報告既稱無法排除被害人於第一次手術時，非罹SBE，復以未以數據表示之心臟擴大、及未詢被害人是否曾為完整抗生素治療程，即逕認第一次手術時，被害人已無SBE，即有矛盾。

4. 長庚醫院以被害人之瓣膜病理報告並未發現贅生物，此符合排除感染性心內膜炎診斷之條件云云，惟醫師於開刀時確實發現被害人主動脈瓣左葉有贅生物及破裂，主動脈壁增厚及心包膜粘連，則長庚醫院據以認定之基礎，即有疑問。5. 長庚醫院以醫學教科書之內容用以推論本案被害人於第一次手術時並無SBE，惟依醫審會第三次鑑定報告，被害人之超音波檢查已顯現為SBE所引起的急性動脈瓣閉鎖不全。長庚醫院僅抽象表示本案被害人之症狀，未符合上開教科書之檢驗標準，惟未就被害人之相關檢驗為明確之說明。再該教科書僅為一般基礎的判斷方式，於處理實際病情時，仍應依病情之狀況施用不同之判斷，本案對被害人於入院時即施以抗生素，則病菌培養無細菌，本屬當然，仍難排除被害人所患者為亞急性細菌性心內膜炎，反應其他具體狀況判定之。而原判決採認該鑑定結果，卻未說明為何僅以教科書之內容為判斷依據？醫審會第三次鑑定內容為何不採？即有理由不備之違法。6. 醫審會第四次、第五次之鑑定內容，與上開臺大醫院及長庚醫院之鑑定，有相同之瑕疵，而原判決並未說明，亦有違失。

（二）臺大醫院、長庚醫院之鑑定意見，認定被害人於接受第二次手術時之SBE，非第一次手術時之SBE所引起。惟查：1. 長庚醫院鑑定意見以被害人第一次手術既非SBE，故第二次亦非SBE云云，惟其就第一次手術時被害人是否罹SBE之認定既有如上之缺失，其就此部分之鑑定意見，即難以採認。2. 臺大醫院以

此次血液培養出 *Acinetobacter baumannii*，而認被害人第二次係該病菌感染所致之心臟衰竭。惟醫審會第四次鑑定表示：被害人第二次住院後即進行多種細菌培養，術後嚴重敗血症之血液培養出的 *Acinetobacter baumannii* 菌並非導致第二次手術之致病菌。並仍維持第二次及第三次醫審會之鑑定意見，惟既本案係先前 SBE 未治療完全之復發，則被告即有過失。就此部分，原判決亦未為相關判斷，即遽採認臺大醫院之鑑定意見，亦有違誤。

(三) 認被告甲為被害人所實施之各項醫療處置，符合醫療常規，並無疏失之處。惟查：1. 被害人因罹患 SBE，因被告甲疏失未予適當投予抗生素之治療致復發，其處置即有疏失。2. 臺大醫院鑑定報告亦稱：

若於陳先生第二次住院前之看診或急診時進行心臟超音波檢查，或許可發現 *Acinetobacter baumannii* 細菌導致置換瓣膜心內膜炎（而不是原來的亞急性心內膜炎復發）。

而被告既為被害人第一次醫療之醫師，其於第一次手術後之 1996 年 5 月間二次門診，若對被害人進行超音波檢查，當可發現其感染之病症，並為適當之處置，其未為之，導致嚴重之病症，當難認其醫療並無過失，惟原判決對此並未說明，僅羅列鑑定理由，未予判斷，即為判決未載理由。

二、醫審會鑑定

(一) 第一次鑑定

在第一次心臟手術時，醫師發現主動脈瓣的左葉有贅生物及破裂，主動脈壁增厚及心包膜粘連，顯示感染的變化，故術後的診斷為 SBE。依據所送病歷檢視其病患的病程，在住院前產生的症狀僅二至三週，也與 SBE 引起瓣膜閉鎖不全相符，但醫師並未對切除的組織作細菌培養，切下的瓣膜也只有僧帽瓣送病理切片

檢查（報告為纖維化），外觀有變化的主動脈瓣左葉並未送檢。但即使培養或切片檢查無細菌，也不能排除為SBE。惟SBE術後應對細菌施予抗生素治療四至六週，否則容易復發。依據病歷記錄，病人於4月9日術後開始用抗生素，至4月20日出院並帶回14天之口服藥物，惟所用之抗生素對SBE並非常規之用藥，且第二次心臟手術距第一次只隔兩個月，很可能是第一次手術後SBE未治癒復發。故第一次手術後醫師未針對SBE之細菌給予病患正確之抗生素治療，是有疏失之處。

（二）第二次鑑定

1. 本署第85220號鑑定書所載「……，但醫師並未對切除的組織作細菌培養，……」，經詳查病歷此一詞是錯誤，此乃因病歷上檢查單甚多，未能查到細菌培養的報告單，以致有誤。

2. 切除之主動脈瓣及贅生物有送細菌培養，手術記錄之手術發現為：細菌感染後引起心包膜粘連及主動脈壁增厚，術後診斷為SBE後引起之厲害主動脈瓣閉鎖不全，在在顯示手術當時醫師認為是SBE，即感染心內膜炎。手術紀錄所載，手術發現一主動脈瓣之左冠葉破裂（或穿孔）並有贅生物，這只有在（細菌）感染性心內膜炎才同時有此兩種變化，可據此作感染心內膜炎的診斷。至於手術時是否仍為亞急性（或感染性或活性）或已經痊癒之陳舊性（無感染性）病變，可從病人之病程及其他徵象看出。病人發生症狀僅在住院前2~3週，即開刀前4~5週，過去並無症狀。胸部X光片也顯示心臟不大，但肺部充血厲害，表示是急性的主動脈瓣及僧帽瓣閉鎖不全，而非慢性陳舊性的瓣膜性心臟病。病歷上的會診單也都寫著病人是突然發作的厲害主動脈瓣閉鎖不全。

組織培養無細菌，並不能排除SBE，因為教科書及文獻均記載，有6~25%的感染心內膜炎病人是培養不出細菌的，這也是心臟外科醫師的常識。沒有發燒及白血球升高，並不能排除SBE的診斷。以本案例為例，1996年6月1日、3日及6日的急診紀錄，

都沒有或只有輕微的發燒及白血球升高，且在血液未培養出細菌前，醫師便從超音波檢查看到置換的僧帽瓣人工瓣膜部分脫落，而診斷為SBE，開始抗生素治療及緊急開刀。第二次住院於1996年6月8日之病歷及出院病歷的入院診斷及病史，都明載1996年4月9日開刀是因為SBE作主動脈瓣及僧帽瓣置換。因此，病人第一次手術時的診斷為SBE是非常明顯的。

3. SBE若無對症的抗生素及足夠的給（注射）藥期，容易復發，其復發的時間通常在停藥後2個月內，本病例正符合此時間內（停藥在5月初，發病在6月初）。不適當的抗生素及不完全的給藥期，能使細菌暫時受抑制，故病人在第一次術後短期內仍可順利康復，但終究會再復發。

4. 退一步而言，既然醫師在手術時懷疑有SBE，若因組織培養細菌而改變原先的診斷，而不給予應有的抗生素治療，也必須在手術後及出院後密切觀察，以防診斷錯誤，致SBE復發，因為人工瓣膜的SBE是非常嚴重，且死亡率很高。醫師於1996年5月23日給予Inderal（心臟衰竭時是禁忌），病人反而不適，1996年5月30日門診，6月1日及6月3日二次急診，若因此而警覺給予心臟超音波檢查，應可提早發現SBE的復發，則可提早7至10天給予緊急開刀治療，或可挽回病人生命，此點亦有疏失之處。

5. 基於以上之理由，醫師之答辯並不合理，病人明顯患有SBE，醫師未給予正確之抗生素治療及密切的術後追蹤觀察，和及時的心臟超音波檢查和開刀治療，是有疏失之處。

（三）第三次鑑定

1. 前兩次的鑑定書及臺大醫院的鑑定書，均從手術中發現認為病人患有感染性心內膜炎，即SBE，不同的是臺大鑑定書認為第一次手術時，SBE已有一段時間（但未說明是否已經痊癒，不會復發），但本會仍認為當時仍是亞急性時期（仍有細菌，若是未經完整抗生素治療會復發），其理由如下：

（1）病歷上記載病人症狀僅在住院前2~3週，即開刀前4~

5週才出現，且記載為突然發作之厲害主動脈瓣閉鎖不全，而非症狀在不知不覺中緩慢惡化，或快速惡化。這是典型的急性主動脈瓣閉鎖不全的表現，因細菌感染破壞主動脈瓣，使之穿孔或破裂，所以才突發厲害急性主動脈瓣閉鎖不全，導致鬱血性心臟衰竭。

(2) SBE未經完整抗生素治療，自然痊癒微乎其微，書上記載在無抗生素的時代死亡率幾乎為100%，而此病人過去並無一段抗生素治療的歷史，故不認為其SBE是以前罹患，而自然痊癒留下之厲害慢性主動脈瓣閉鎖不全。

(3) 若SBE已有一段時間，導致厲害慢性主動脈瓣閉鎖不全，其出現症狀是因為心臟無法代償所致，則左心室應該更擴大，收縮功能應該已經變差才對。惟各項檢查顯示，雖然主動脈瓣閉鎖不全很厲害，肺充血厲害，但相對的心臟擴大不明顯，收縮功能仍然良好，超音波顯示LVIDD52（正常值為35～57mm），LVIDS31（正常值為28～35mm），左心室攝影的收縮功能為70%（正常），這是符合急性主動脈瓣閉鎖不全的跡象。

(四) 第四次鑑定

1. 根據心臟學教科書*The Heart*（第九版，第二冊，2221至2222頁）記載，「確定」感染性心內膜炎（即SBE）的診斷需符合下列條件之一：

- (1) 具有兩個主標準。
- (2) 具有一個主標準及兩個次標準。
- (3) 具有三個次標準。

其中，主標準如下：

- (1) 血液培養呈陽性反應。
- (2) 心臟超音波檢查呈現感染性心內膜炎的證據次標準如下：

下：

- A. 有致病因：如藥癮。
- B. 發燒：大於攝氏38度。