

【醫療民事法】

惡性胸腺腫瘤延誤診斷案 談醫療民事訴訟 舉證責任之減輕與轉換

Case Regarding Misdiagnosis of Malignant Thymoma:
On the Relief and Transfer of
Burden of Proof in Medical Civil Procedure

王琰 Shuan Wang *



摘要

醫療民事訴訟在因果關係之舉證，實際上甚為困難，不僅因兩造對於醫療知識及證據掌握之不對等，更在於疾病之演變或可能的因果歷程發展，於醫學領域上多屬未知或難以證明。本文以民事訴訟法第227條規定在醫療民事訴訟上之運作為核心，說明舉證責任之內涵；另外援引德國法觀點，比較臺灣與德國對醫病兩造訴訟地位調整方式之適用差異，最後回歸臺灣實務經驗，嘗試歸納各舉證責任調整之類型並提出本文觀察與意見。

Proving the causality is extremely difficult in Medical Civil Procedure, not only because of the different medical

*臺灣高雄地方法院法官 (Judge, Taiwan Kaohsiung District Court)

關鍵詞：重大醫療瑕疵 (server medical fault)、醫療訴訟舉證責任 (burden of proof in medical lawsuits)、證據偏在 (unneutrality of proofs)、闡明 (clarification)、顯失公平 (obvious unfairness)

DOI : 10.3966/241553062018120026008

Angle

knowledge and proofs between the parties, but also because the development of illness and possible development of causality are still difficult to be understood or proven at medicine. The thesis in this article is an explanation of burden of proof in Medical Civil Procedure according to paragraph 227 Civil Procedure. Furthermore, viewpoints of German Law will be taken into consideration, in order to compare to the difference of adjustment of position of parties according to the Taiwanese laws. After that, the legal practical experience in Taiwan and the types of adjustment of burden of proof would be discussed. As a conclusion would be an observation and relevant opinions.

本件之審級歷程表

裁判日期	民事判決字號	結果
2012年1月11日	臺灣臺北地方法院 99年度醫字第66號	原告得請求被告A、B醫師及健檢診所連帶給付5,211,823元及法定延遲利息
2016年3月15日	臺灣高等法院101 年度醫上字第6號	原告得請求被告A醫師及健檢診所連帶給付180萬元及法定延遲利息
2016年9月22日	最高法院105年度 台上字第1602號	除原告請求被告B醫師一併負連帶賠償責任部分駁回確定外，其餘均廢棄發回（B醫師確定免負賠償責任）
2017年11月29日	臺灣高等法院105 年度醫上更（一） 字第5號	原告得請求被告A醫師及健檢診所連帶給付1,986,983元
2018年5月11日	最高法院107年度 台上字第624號	上訴駁回確定

Angle

壹、事實概要

原告於2009年7月25日因腹痛伴有發燒現象，前往乙醫院急診處就診，於接受胸部X光檢查後，該院醫師發現其胸部縱膈（mediastinum）及肺門（hilum）處有明顯腫塊陰影，另於肋膜上也有多處腫塊，經住院接受電腦斷層影像檢查後顯示「左胸肋腔有多發性結節與腫塊，最大之腫瘤位於左側胸腔上部，有7×6×8.3公分大小、左側胸肋膜積水、主氣管旁有多發性淋巴結腫大，最大達到1.4公分，另在右膈繫膜接近迴盲瓣區域之有多發性小淋巴結」。嗣後就腫瘤為穿刺切片檢查，確認為惡性胸腺瘤（malignan thymoma）。原告於乙醫院住院期間，調閱其前於2007年9月12日在甲醫院接受健康檢查拍攝之胸部X光片，經乙醫院醫師檢視發現健檢當時已可見原告胸部之腫瘤，惟甲醫院核發之檢查報告，關於胸部X光部分之結論為正常。原告主張甲醫院為其健檢X光片進行判讀之放射科專科A醫師、總結檢查結果後負責核發健檢報告之B醫師，就X光片之判讀有疏失，並對A、B醫師及甲醫院提起訴訟請求損害賠償（下稱健檢胸部X光誤判正常案）。

貳、判決摘要

一、原告主張

依原告於2007年9月12日在甲醫院健檢時拍攝之X光片影像，其胸部之腫瘤於斯時已明顯可見，X光片顯示之結果不應判讀為正常，且原告當時僅於縱膈腔部位有初發病灶，左肺並無任何變化，故此縱膈腔腫瘤應屬初期，若能及時診斷，並不需要進行化學治療，只要直接作小範圍之腫瘤切除即可，5年存活率尚高達90%。原告因A、B醫師健檢X光片之判讀有疏失，無法即時進一步接受關於胸部之診斷及治療，直到2009年7月25日在乙醫院發現腫瘤並接受治療時，已是臨床分類第四

Angle

期，致原告病情擴大至必須先接受化學治療，再為廣泛範圍之手術，且生存機會驟降，5年存活率降到不及25%，故原告受有至少喪失5年存活率65%之損害，而屬人格權之侵害，其因此所受財產上損害為：含美國醫院進行手術及化學治療之費用、生存機會喪失所減少勞動能力等，並請求精神慰撫金。

二、被告答辯

（一）原告至甲醫院診所接受健檢，僅與甲醫院間成立健檢之契約關係，並非醫療行為。且健檢本非精密診療，X光拍攝之精細度無法與超音波、電腦斷層掃描相比，甲醫院已告知「此次健檢結果數值在正常範圍，並不全然代表身體沒有潛在疾病」，並提醒原告注意自己身體變化警訊以及早就醫。

（二）A醫師判讀健檢X光片時，因X光片僅能勉強顯示原告胸部正面第9根肋骨，加以並無側面X光片，原告亦無臨床症狀，其理學及血液檢查復未有任何異常，因而認該X光片屬原告吸氣不足，應係縱膈腔內心臟血管擴大鼓起所形成之陰影，遂根據當時所得資料判讀該X光片為正常，自無判讀上之任何疏失。

（三）況僅以胸部X光根本無法直接判斷是否係縱膈腔異常或已罹患惡性胸腺瘤，必須仰賴手術及病理切片，始能確認惡性胸腺瘤侵犯之範圍及期數。

（四）惡性胸腺瘤之形成並非取決於時間之長短，亦不因時間延長致加重惡化。至於生存機會（即存活率）應依腫瘤形成時有無侵入性，以及如屬侵入性其侵犯範圍之不同而予區別，尚與時間之長短無關。原告經乙醫院檢查為惡性胸腺瘤，僅得認其腫瘤形成時屬侵入性腫瘤，並散布到肋膜或心包膜範圍，尚不足據以推論原告於接受健檢時必定已罹患惡性胸腺瘤第一期，並因健檢X光片判讀錯誤而拖延至乙醫院檢查時發現已成為第四期。

Angle

(五)再者，健檢報告雖由B醫師出具，然健檢X光片之負責判讀醫師為A醫師，B醫師就該X光片僅需以放射科專科醫師即A醫師之判讀為基礎，並綜合各科別專責醫師所得各項資料後出具報告，並無重複判讀X光片之責任。是原告主張B醫師判讀X光片亦有過失，應非正確。

三、重要醫事證據

(一) 2011年8月22日馬院醫內字第100003069號函檢附鑑定報告(下稱第一次鑑定回函)

1.病人於2007年9月12日之胸部X光片，在主動脈弓及主動脈肺動脈窗附近，有疑似異常。上述異常，無法直接判斷是否為縱膈腔之異常。

2.上述之異常可能情形有：肺癌及縱膈腔腫瘤(如淋巴瘤、胸腺腫瘤、畸胎瘤等)，其「僅係心臟附近血管所造成之陰影」，可能性不高，並無法排除「胸腺瘤初發病灶所造成之陰影」。

3.依臨床醫學實務，吸氣不足確實容易導致心臟附近血管較為鼓起。病人接受胸部X光檢查時無吸氣不足之情形。

4.如醫師判讀X光片認為有異常，若是因攝影時的條件不佳，必須考慮重拍；若攝影條件良好，則可比較與舊片之差別來增加判斷依據，或安排電腦斷層以獲得更多影像資訊。

5.本件健檢判斷原告胸部或腫瘤檢查為正常之結果，並不正確，不符合當時臨床醫療水準。

6.上開X光片，其曝光、X光強弱、清晰度、病人呼氣程度等拍攝條件，足以作為判讀胸部X光之用。

7.依據目前醫學知識，惡性胸腺瘤之病程演進根據Masaoka分期系統可區分為四期，第一期至第四期之5年存活率分別為96%、86%、69%、50%。

8.病人於2009年7月25日至同年月31日於乙醫院接受檢查



時之病程期數，根據電腦斷層結果，其臨床分類為第四期。

9.依照目前醫學知識及儀器設備，無從以病人事後在乙醫院之檢查結果，推估其所罹患惡性胸腺瘤2007年9月12日接受健檢時之病程期數。

(二) 2014年10月28日馬院醫內字第1030004739號函（下稱第二次鑑定回函）

1.健檢X光片吸氣充足，確可判讀受X光檢查者之吸氣充足。

2.該陰影於醫學解釋判讀上，不能完全排除心臟附近血管鼓起所造成之陰影之可能性，須仰賴胸部電腦斷層進一步判斷。

3.惡性胸腺瘤疾病之形成原因不明。……於醫學上並非以瘤的大小作為分類，……WHO……並無特別說明是否循序由A演變為AB、B1、B2、B3及C之期型，或是自始至終為單一細胞型態，此細胞型態必須在手術病理切片後判定。WHO……此分類法中，罹患此疾病之某一類型者，因時間之延後加長而演變成為另一類型，目前並無明確文獻證據。

四、判決理由

(一) 健檢所為之診察、診斷行為，屬醫療行為。

(二) 針對健檢A、B醫師所為醫療行為，有無注意義務違反之認定：

1. A醫師之醫療行為，有注意義務之違反

歷審判決均認A醫師有注意義務之違反，理由略以：依據第一次鑑定回函，健檢X光片檢查結果在病人主動脈弓及主動脈肺動脈窗附近，有疑似異常現象，身為放射專科醫師之A醫師判讀後卻為正常之判斷，不符當時之臨床醫療水準，自屬未善盡其醫療職務上應具備之注意義務，而為有過失。

Angle

2. 針對B醫師之醫療行為，有無注意義務違反之認定

(1) 臺灣臺北地方法院判決認B醫師亦「有」注意義務之違反

放射專科A醫師判讀健檢X光片為正常之結果，並不正確，不符合當時臨床醫療水準，此業據馬偕醫院鑑定明確，B醫師亦怠於查證、確認，即遽援引為檢查報告內容之一部，自屬有過失。又B醫師之經歷為兒科主治醫師，固非放射科專科醫師，惟將X光片判讀為正常，既不符合當時之臨床醫療水準，此醫療水準不應因判讀醫師所屬專科為放射科或兒科而有所差異。

(2) 該案上訴至臺灣高等法院時，臺灣高等法院即基於下列理由，認B醫師「無」注意義務之違反

B雖為甲醫院核發健檢報告之醫師，惟醫院之各科醫師本各有專精，殊難要求核發檢查報告之醫師須精通所有科別，而具備就健檢所得之各科資料均得逐一進行判讀之能力，且經其逐一判讀無訛後，始得核發檢查報告。是依常情最後出具檢查報告之醫師，應僅係參照各科專責醫師判讀之結果，整理比對綜合結論後，據以核發檢查報告。是B醫師係小兒科醫師，非放射科醫師，又其復無重複判讀健檢X光片之義務，則其依據A醫師判讀結果為基礎出具健檢報告，難認有注意義務之違反（此結論為最高法院105年度台上字第1602號判決所採，故原告對B醫師之損害賠償請求自此即遭駁回確定）。

(三) 惟A醫師注意義務違反，與原告2009年7月25日就診發現罹患惡性胸腺瘤第四期，致受有未及時就醫、存活率驟降之損害間之因果關係，有判決認應依民事訴訟法第277條「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」中但書之規定，由被告就「不」具因果關係一節負舉證責任（即轉換舉證責任），亦有認應由原告就存在相當因果關係一節負舉證責任。