

學習式判解評析

【醫療刑事法】

心導管治療手術案： 心包膜填塞的結果不法

Percutaneous Coronary Intervention:
Complicated with Cardiac Tamponade

林萍章 Pyng-Jing Lin* 呂寧莉 Ning-Li Lu**

裁判字號 臺灣高等法院高雄分院105年度醫上訴字第1號刑事判決

引用法條 刑法第276條、刑事訴訟法第159-5條、第369條



摘要

甲醫師為病人乙作心導管檢查，進而作心導管治療手術。手術後病人乙發生胸悶痛、血壓降低，進而突然失去意識。甲醫師除進行心肺復甦術外，並將病人推至心導管室檢查，但病人乙仍不治死亡。本案甲醫師

*長庚紀念醫院外科臨床教授（Clinical Professor, Cardiac Surgery Department, Chang Gung Memorial Hospital）；東吳大學法律學系醫事法講座教授（Chair Professor, School of Law, Showchou University）；政治大學法學院兼任教授（Adjunct Professor, College of Law, Chengchi University）

**臺灣高等法院法官（Judge, Taiwan High Court）；陽明大學公共衛生研究所博士候選人（Ph.D. Candidate, Institute of Public Health, Yangming University）

關鍵詞：心導管治療手術（percutaneous coronary intervention）、結果迴避可能性（potentials of avoidable results）、義務衝突（conflict of obligation）、醫療水準（medical level）、醫療常規（standard of care）

DOI：10.3966/241553062017090011006



是否履行心導管治療手術醫療常規及其注意義務？為何未能即時檢查及診斷心包膜填塞？是否得以避免病人乙之死亡？在醫療事故糾紛增多的今日，法院應如何面對，如何公正明辨是非？本案發生至今，冠狀動脈心臟病的積極治療，在A醫院幾乎形同放棄。

Cardiologist performed percutaneous coronary intervention on patient, but complicated with chest tightness, hypotension, and then loss of consciousness. Patient died after resuscitation and re-examination of the coronary arteries conditions. Did the doctor treat this patient according to the standard of care? Could he make diagnosis of cardiac tamponade in time? Could the death of the patient be avoided? How the courts face this trial? From the beginning of this trial till now, this hospital abandoned invasive treatment to patients with coronary artery disease.

本件之審級歷審表*

判決日期	案號	判決主文
2015年12月30日	臺灣高雄地方法院103年度醫訴字第1號刑事判決	業務過失致死罪
2017年3月8日	臺灣高等法院高雄分院105年度醫上訴字第1號刑事判決	業務過失致死罪

*本文主要針對臺灣高等法院高雄分院105年度醫上訴字第1號刑事判決為介紹與評析。

壹、事實概要

甲醫師係A醫院（區域教學醫院）心臟內科主治醫師，

為從事醫療業務之人。緣病人乙於2009年2月27日至A醫院接受心導管檢查後，診斷為冠狀動脈心臟病（三條血管皆有狹窄），嗣即定期在該院接受高血壓、糖尿病、慢性阻塞性肺病及冠狀動脈心臟病之藥物治療。

病人乙於2011年2月9日回診時，經甲醫師發現病人乙心臟核子醫學檢查結果顯示心臟下壁有缺氧狀態，乃安排病人乙接受侵入性之心導管檢查，病人乙於2011年2月13日住院，於隔日即14日（下稱當日）由甲醫師安排接受心導管檢查，結果發現病人乙三條血管皆有狹窄病灶，左前降枝中段有70%狹窄、左迴旋枝全段瀰漫性90~99%狹窄、右冠狀動前中段有瀰漫性75~85%狹窄、末段有99%狹窄。

經甲醫師向病人乙之子告知心導管檢查結果、治療方案及其相關風險後，由病人乙之子簽署心導管檢查及治療病情告知書（下稱前揭治療病情告知書）同意甲醫師對病人乙進行經右冠狀動脈氣球擴張術合併支架置放術（下稱前揭心導管治療手術），並由甲醫師於當日11時3分施行右冠狀動脈氣球擴張術，在右冠狀動脈末段及前中段分別以氣球擴張，嗣因病人乙血管過於彎曲及重度鈣化，無法置放支架，手術於當日12時40分結束，術中未見右冠狀動脈破裂出血，斯時病人乙血壓110/64mmHg。

於13時25分病人乙轉入加護病房，當時血壓120/59 mmHg、脈搏75次 / 分、血氧飽和度100%，甲醫師囑咐給予強心劑4amp加入生理食鹽水500c.c.（每小時10c.c.）。於14時，病人乙主訴胸悶痛，遂給予嗎啡3mg。於15時，病人乙血壓108/56mmHg。嗣於18時，病人乙血壓89/65mmHg、脈搏127次 / 分、血氧飽和度93%，且有短暫意識改變、眼神呆滯及欲嘔吐等情，甲醫師持續給予強心劑4amp加入生理食鹽水500c.c.（每小時20c.c.）等藥物治療。

又於19時15分病人乙再度主訴胸口不適，病人乙當時體

溫36.7°C、血壓104/66mmHg、呼吸34次 / 分、血氧飽和度66~79%，甲醫師囑予使用非再吸入型氧氣面罩（non-rebreath mask）供給氧氣。復於19時40分病人乙血壓86/55mmHg、脈搏124次 / 分、呼吸24次 / 分、血氧飽和度69~74%，甲醫師持續給予強心劑每小時25c.c.，並囑咐關掉暫時性心律調節器、追蹤動脈血氣體分析（arterial blood gas, ABG）、進行胸部X光檢查（檢查結果為心臟輕微擴大）、給予利尿劑Lasix 1/2amp及腹股溝刮毛消毒。

20時10分病人乙血壓77/61mmHg，給予強心劑增加至每小時30c.c.。20時15分囑咐施打治療慢性阻塞性肺炎之針劑（Solu-Cortef）及使用氣管擴張劑（Atrovent）。至20時30分病人乙突然失去意識，脈搏59次 / 分，甲醫師前來進行心肺復甦術（cardiopulmonary resuscitation, CPR）及注射強心劑Bosmin 1amp共六次、解痙劑Atropine 1amp與類固醇Solu-Cortef 1vial，並放置氣管內管接呼吸器使用。於20時36分再裝置暫時性心律調節器（Rate: 80, Output: 5），每5分鐘施予一次強心針處置。於20時45分甲醫師囑咐將病人乙推至心導管室，並於22時50分病人乙自心導管室返回，甲醫師囑咐持續心肺復甦術。病人乙於翌日（15日）0時52分病危，轉診至B醫院，仍於15日3時35分不治死亡。

案經告訴人病人乙之子訴由臺灣高雄地方法院檢察署檢察官偵查起訴。

貳、判決主文

高雄地方法院：「甲醫師犯業務過失致人於死罪，處有期徒刑伍月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹日。」高等法院高雄分院：「原判決撤銷。甲醫師犯業務過失致人於死罪，處有期徒刑肆月，如易科罰金，以新臺幣壹仟元折算壹