

惡性胸腺腫瘤延誤診斷案 5年存活率 vs. 10年存活率

Case Regarding Misdiagnosis of Malignant Thymoma:
The 5-Year or 10-Year Survival Rate

吳志正 Chih-Cheng Wu *



摘要

病患於2007年之X光片在縱膈腔部位雖已可見異常陰影，但被告醫師判讀為正常，嗣於2009年該病患確診為第四期惡性胸腺瘤。病患主張因被告醫師之判讀錯誤，致其存活機會降低，且受有必須接受額外化學治療所致之損害。各審級法院就如何運用存活機會喪失理論及舉證責任之分配上有不同見解，本文即針對此二爭議點提出評析。

The patient took chest X-ray in 2007 which showed abnormal shadow over mediastinum, yet the accused physician wrongfully interpreted it to be normal. However,

*東吳大學法律學系兼任助理教授 (Adjunct Assistant Professor, School of Law, Soochow University)；臺灣大學醫學系及法律學系合聘兼任教師 (Adjunct Lecturer, School of Medicine / College of Law, Taiwan University)；中興大學法律系兼任助理教授 (Adjunct Assistant Professor, Department of Law, Chung Hsing University)

關鍵詞：存活機會 (survival rate)、判讀錯誤 (misdiagnosis)、延誤治療 (delay in treatment)、過失 (negligence)、舉證責任 (burden of proof)

DOI：10.3966/241553062018120026007

Angle

the patient was diagnosed to suffer from malignant thymoma in 2009. The patient claimed that the physician's misdiagnosis caused his taking extra-chemotherapy due to advanced disease pre- and post-operatively and loss of survival chance. The courts differed in their opinions regarding the burden of proof and the application of loss-of-chance doctrine, which were discussed in details in this article.

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	原告部分勝訴 判賠勞動力減損與 慰撫金
2016年3月15日	臺灣高等法院101 年度醫上字第6號	部分廢棄，僅判准 慰撫金
2016年9月22日	最高法院105年度 台上字第1602號	廢棄發回
2017年11月29日	臺灣高等法院105 年度醫上更（一） 字第5號	被上訴人部分勝訴 ，判賠勞動力減損 與慰撫金
2018年5月11日	最高法院107年度 台上字第624號	上訴駁回

壹、案件事實

病患P於2009年7月25日前往乙醫院接受胸部X光檢查，發現胸部縱膈腔及肺門處有明顯腫塊陰影，另於肋膜上也有多處腫塊，經電腦斷層與切片檢查確認為惡性胸腺瘤第四期。嗣P調取前於2007年9月間於甲醫院健康檢查所拍攝之胸部X光片，發現腫瘤於斯時已明顯可見，惟當時檢查報告為正常。因

Angle

P於美國執業，遂返美治療。

病患P主張：甲醫院放射科主任M與判讀醫師N誤判X光片，使伊未能及時診斷並接受治療，迨近兩年後方確診為胸腺腫瘤，致病情擴大至必須先接受兩回化學治療，再為廣泛範圍之手術，術後再追加一次化學治療，且生存機會驟降，顯有未盡醫療上必要注意之重大過失，構成侵害伊生命權之侵權行為，使伊之存活機會由第一期之90%降低到第四期之25%而喪失65%，並受有額外接受化學治療與廣泛手術喪失勞動能力之損害及非財產上損害。

醫方抗辯：除作無過失抗辯外，另稱以胸部X光無法判讀當時是否罹患惡性胸腺瘤，必須仰賴手術及病理切片顯微鏡下才可直接確認惡性胸腺瘤侵犯之範圍與期數，是以原告主張因系爭X光片判讀錯誤，致其喪失至少65%之存活機會，為原告臆測之詞。

貳、各審概要

一、地方地方法院

認被告有過失並判賠勞動能力減損與慰撫金，另謂：
（一）鑑定意見稱2007年間之X光片疑似異常，無法排除為胸腺瘤初發病灶所造成之陰影，而被告並未能舉證該異常並非胸腺瘤初發病灶所造成之陰影，且雖辯稱縱P當時已罹患惡性胸腺瘤，亦不知其期數如何，然審酌被告為專業醫院及醫師，故就提出相關醫學文獻佐證或聲請法院囑託鑑定及詢問之能力，顯然較原告具有優勢，而容易取得及提出證明方法，是應適用民事訴訟法第277條但書規定，轉由被告就原告於2007年並未罹患惡性胸腺瘤，以及倘已罹患惡性胸腺瘤但其期數並未早於其於甲醫院發現時之期數負舉證責任，惟被告並未能舉證以實其說，是其所辯即非可採。（二）原告P之惡性胸腺瘤於

Angle

乙醫院接受檢查時已是Masaoka分期系統之第四期，而第一期至第四期之5年存活率分別為96%、86%、69%、50%，是原告於2007年間於甲醫院檢查時起，至2009年間於乙醫院就診時已為第四期，其存活率減低46%，應堪以認定，是P之存活機率降低，與被告之過失行為應具有因果關係。（三）P所得請求賠償數額為過失行為時，最後傷害或死亡的全部損害數額，乘以機會喪失的比例¹。P原平均年收入為70,050美元，於2009年間開始治療後即降至52,108美元，可徵勞動能力減損為每年17,942美元，被告應僅就其中46%負賠償責任，並以臺灣勞動基準法第54條計算至自動退休年齡60歲。（四）原告主張一般罹患第一期惡性胸腺瘤術無須其他輔助治療僅需休養6個月，然P因病灶擴大而需輔助治療致實際休業長達21個月，故被告應賠償其15個月無收入之損失。惟鑑定函文稱惡性胸腺瘤縱早期發現，若手術無法完全切除乾淨，仍須考慮進行放射線治療，亦有部分醫師縱完全切除腫瘤，仍會安排放射線治療，以減少復發危險。原告對此亦未能舉證以實其說，其請求為無理由。（五）原告請求術前化療並進行廣泛切除手術所支出醫療及手術費用，以及為處理術後無法正常發聲之情況而支出醫療費用等（P無健保），然查，惡性胸腺瘤第一期仍有施行手術及進行放射線治療之必要，且被告對於P罹患惡性胸腺瘤一事並無過失，則原告支付上開手術與醫療費用，即與被告行為不具相當因果關係，不應准許。

二、高等法院

部分廢棄原判決，謂：（一）當事人之舉證責任，究應減輕或予以免除？或轉換由他方當事人為之？法院應本於誠實信用原則，斟酌各種具體客觀情事後，以為認定。非謂因此得將

1 臺灣高等法院92年度上字第596號判決參照。



舉任責任一概轉換予否認其事實之他方當事人負擔，始符公平正義之本旨。未罹患惡性胸腺瘤乙節為消極事實，且依目前醫學知識及儀器設備，根本無從推斷P於2007年間檢查時即已罹患惡性胸腺瘤，且依鑑定意見「WHO分類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，罹患此疾病之某一類型者，是否會因為隨著『時間』之加長，而使患某一類型者，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」，另P於2009年7月間檢查出第四期惡性胸腺瘤距離2007年9月已相隔近兩年，該兩年期間P身體變數極大，如苛責判讀醫師須就兩年前之病人身體狀況未罹某病症之消極事實負舉證責任，顯有失公平，是仍應依民事訴訟法第277條本文所定舉證責任之分配原則，今P未能舉證其2007年於甲醫院受檢時即罹患惡性胸腺瘤，是故，判讀系爭X光片錯誤與P事後罹患惡性胸腺瘤且病程進化成第四期之結果，實難認為有相當因果關係。（二）然因醫方違反注意義務誤判X光片，令P喪失繼續追蹤診查胸部情形，進而及早發現病徵接受治療之機會，該等機會之喪失確使P於精神上承受有相當程度之憾恨及痛苦，應認得請求之非財產上之損害賠償。

三、最高法院第一次發回

（一）P於乙醫院接受檢查時，已屬Masaoka惡性胸腺瘤第四期，果爾，倘該腫瘤於二次檢查期間無變化，以2009年間腫瘤之大小觀之，2007年時之X光檢查應無未顯示之理。則原審謂P之舉證不足證明其腫瘤於該段時間確實惡化，未能舉證B醫師判讀錯誤與P未能及時治療致罹患第四期惡性胸腺瘤之結果間有相當因果關係，進而為其不利之判決，尚嫌速斷。

（二）原審既認定誤診與罹患第四期病灶間無相當因果關係，進而否准請求賠償因生存機會喪失減少勞動能力之財產上

Angle

損害，卻又認P請求賠償非財產上之損害應予准許，亦不無判決理由矛盾之違誤。

四、高等法院更一審

(一) 民事訴訟法第277條但書之適用，應視各具體事件之訴訟類型特性暨待證事實之性質，斟酌當事人間能力、財力之不平等、證據偏在一方、蒐證之困難、因果關係證明之困難及法律本身之不備等因素，透過法律規定意旨之解釋及政策論等重要因素，相較所涉實體與程序利益之大小輕重，衡量待證事項與證據距離、舉證難易、依生活經驗及統計上高低之蓋然性順序，並依誠信原則，定其舉證責任或是否減輕其證明度，進而為事實之認定，以符上揭但書規定旨趣，實現裁判公正之目的。本件審酌P並非具有醫學知識之人，專業醫院及醫師就提出相關醫學文獻佐證，或聲請法院囑託鑑定及詢問之能力，顯然較P具有優勢，且容易取得及提出證明方法，是依民事訴訟法第277條但書規定，就系爭X光片判讀不正確致降低存活機率受有損害等具有相當因果關係一事，應減輕P之舉證責任。

(二) 病患P於乙醫院檢查時屬Masaoka第四期，而於美國接受手術則認屬世界衛生組織（World Health Organization, WHO）分類之B1型，應依WHO分類B1型10年之生存機率为83%即存活率減少17%²，算至60歲自請退休之日止，尚有17年之工作期間。至P主張依Masaoka分期第四期存活機率降低46%計算云云，因Masaoka分期之存活機率係以5年期限為分析，而P自2010年9月間在美國接受手術後，存活已逾7年，該分析於本件不適用。另P因醫療過失行為，精神上承受相當之痛

2 中文文獻可參考洪玉馨、章甄凌、張鴻、呂長賢、陳秉聰、周文其，胸腺腫瘤，內科學誌，20卷4期，2009年8月，346頁，表1。



苦，應認P得請求賠償非財產上之損害。

五、第二次上訴最高法院

除維持更一審之見解外，無新論述，駁回雙方之上訴，本件遂告確定。

參、本件之評析

本件單純為醫師就影像判讀錯誤，致延誤病患治療，屬涉及存活機會喪失案件之典型事件，事件之內容本身其實並不複雜；再者，放射科主任M毋庸為N醫師之判讀錯誤負責，以及甲醫院應就其僱用醫師N之過失連帶負侵權行為責任，且因使用人N醫師之過失，甲醫院應與自己之過失負同一責任對P負債務不履行責任等之法律關係也相對簡單。因此，本文不擬就醫方是否有判讀錯誤乙節多作評述，僅擇本件較有爭議之存活機會喪失與舉證責任分配兩部分為評析。

一、存活機會喪失

本件法院遭遇之難題在於，倘認為P確實有存活機會之喪失，然而卷內分別有以Masaoka分期為基礎之5年存活率，以及以WHO細胞分化態樣為基礎之10年存活率資料，究應如何取捨？本件此兩份存活機會之資料究應如何解讀？倘病患存活超過5年時，5年存活率之資料是否即不能適用？病患因醫師延誤但仍存活者，其所受損害為何？凡此問題之解決，均有賴於對存活機會數值有正確理解，以及如何將統計數值適用於相對應之法評價中，容筆者說明如次。

（一）存活機會數值之意義

此類型因延誤診斷導致病患未能及時治療，至嗣後確診