

# 判決快遞

2018 / 8 廖建瑜法官、吳志正助理教授 整理

8月

## 臺灣高等法院 106 年度 醫上易字第 8 號民事判決要旨 【涉訟科別】神經外科



### 事實摘要

A於2014年4月間跌倒，腦部積血，送至甲醫院急診，並進行右顱骨移除減壓手術，嗣於同年6月16日轉診乙醫院進行復健治療，其後於7月4日轉回甲醫院，原預計作顱骨植回手術，然甲醫院醫師建議以鈦金屬顱骨植回，為A之家屬所拒，故轉至丙醫院，由B醫師於同年7月17日為A進行自體顱骨植回手術。原告主張B醫師進行系爭手術前，未為任何檢查，未親自實施手術，未發現原告患有水腦症，致原告於術後昏迷近1個月，嗣於同年8月14日再次手術引流腦部積水才清醒；且B醫師答應以金屬片修補自體顱骨所生之縫隙，卻未為之，造成原告術後頭部外觀凹陷不雅、照護不易，應有疏失。

### 判決要旨

本件醫師親自為上訴人實施系爭手術，又根據上訴人家屬提供之相關病歷資料，依其本身醫學專業評估後為上訴人進行系爭手術，其所為之醫療行為並無未善盡醫療上必要注意義務之過失。又系爭手術並未違反醫療常規，且系爭凹洞之形成與系爭手術無關，上訴人主張應無可採。

■ 關鍵詞：手術失當、減壓手術、親自診療、顱內出血

# Angle

## 臺灣高等法院臺南分院 106 年度 醫上字第 6 號民事判決要旨 【涉訟科別】呼吸胸腔科及急診



### 事實摘要

A於2015年7月16日至甲醫院B醫師門診，B醫師將其退掛號轉急診，同日10時43分由C醫師診視。A主訴咳嗽、有痰已兩週、會喘兩天，無發燒或胸痛，當時體溫36.3°C、心跳135次/分、呼吸26次/分、血壓165/94mmHg，血氧飽和度94%，意識清楚、臉色蒼白。16時8分，A意識狀態改變、無自發性心跳呼吸，開始急救，於18時7分宣告死亡，死因為「兩側大量肺臟血栓栓塞」。原告主張B醫師未針對患者心血管疾病積極作醫療處置。

### 判決要旨

B醫師予以門診退掛轉該院急診，並以電話聯絡急診醫師，請其進一步評估患者心臟血管之風險，如心律不整、心肌炎等可能之鑑別診斷，該醫療決策及作為，符合醫療常規，難認有何疏失。又患者有喘、咳嗽、呼吸困難、心搏過速等症狀，皆非特异性，臨床上有更多鑑別診斷與患者症狀相同，其可能性遠超過肺栓塞，而未同時為肺栓塞或深部靜脈血栓之診斷並無不當。又因患者完全未出現胸痛、呼吸喘、咳血等症狀，且為肺栓塞或深部靜脈血栓之低風險族群，醫師未採該評估機制作為肺栓塞或深部靜脈血栓之診斷，亦難認有何疏失。

■ 關鍵詞：肺臟血栓栓塞、診療失當

## 臺灣高等法院臺南分院 107 年度 醫上易字第 1 號民事判決要旨 【涉訟科別】精神科



### 事實摘要

甲醫院專門收容精神病患者，為醫療法規定之私立醫療機構，B為甲醫院聘請之醫生。A因精神疾病自2015年12月31日起入住該院，於次年2月12日上午6時許發現狀況異常，經在場人員聯絡救護車送往乙醫院，到院前已無呼吸心跳，嗣轉丙醫院仍告不治。原告主張甲醫院以不具醫師資格之C為負責人，A係疑似喉嚨有異物堵住，不能呼吸，

# Angle

甲醫院未盡善良管理人之注意義務，且B醫師事發時未在醫院內值班，致未能採取必要之急救措施。

## 判決要旨

A於事發時雖呼吸微弱，惟尚有脈搏，依丙醫院回函，有脈搏即不需壓胸，測不到脈搏大抵不會有呼吸，方需進行CPR，故甲醫院醫護人員未進行CPR急救，應符合醫療常規。又丙醫院回函雖表示，若經判斷為呼吸衰竭，應進行插管，精神科醫院應有插管能力等語，惟依當時情況，患者仍有呼吸心跳，且已呼叫救護車轉送，應無即時緊急插管之可能及必要。醫療法第18條第1項要求醫療機構應置「負責醫師」與醫療機構之出資人為何人無涉，C雖出資為該院董事長，並非負責醫師，自無違反醫療法。原告稱B醫師未在院內值班，查無實據。

■ 關鍵詞：負責醫師、急救失當、值班、喉嚨異物阻塞

## 臺灣桃園地方法院 104 年度 醫字第 16 號民事判決要旨 【涉訟科別】兒童感染科



## 事實摘要

A因高燒不適而於2013年1、2月間兩度住院，於住院期間成為植物人，並於2015年10月間死亡。原告C主張被告醫師疏於注意其心電圖及心跳頻率變化，未予提醒並協助主治醫師察知心律不整情形，也未實施預防腦血管梗塞及缺血性腦中風之醫療行為。

## 判決要旨

原告C以患者法定代理人身分與被告甲醫院於2013年5月2日簽訂和解書一紙，其要旨為：雙方就患者（家屬C）與甲醫院醫療過程爭議事件……達成和解，和解結果：被告甲醫院願意盡全力搶救患者，依和解結果履行後，患者及其家屬或第三者不得針對此事件提起任何民、刑事訴訟、爭議或要求賠償、告知第三者其醫療行為。則依前開內容。A既為未成年人，其權利義務之行使應由其父母共同行使，然前開和解書僅經原告C簽署，顯非父母共同行使，此和解即不生效力。依鑑定結果可知，TPA藥物之治療方式在兒童方面顯非醫療常規所適用，且無法確保效果及安全性，故TPA藥物治療對於患者之診療顯無必要，自不能因被告未施以TPA藥物治療即認渠等醫療過程中有所疏失。

■ 關鍵詞：共同代理、和解、腦血管梗塞、藥物適應症

# Angle

## 臺灣桃園地方法院 107 年度

### 醫字第 6 號民事判決要旨

【涉訟科別】急診、腦神經外科、加護病房、  
腦中風中心、醫院



#### 事實摘要及判決要旨

原告僅泛稱被告拒絕給予手術治療，違反醫療法第60條、第73條，侵害患者的生命權，造成患者膽道結石、敗血症去世。然患者於2013年1月24日經甲醫院轉入被告乙醫院急診部後，被告並無不給予急救的情形，經會診神經內科後，收治住院，直到同年3月9日出院，難認有違反醫療法第60條第1項：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延」之情形，原告指摘被告未給予患者手術，未說明必須動手術的事實上及法律上的依據，未盡主張責任。況患者於2016年5月2日死亡，距離其於2013年3月9日自被告乙醫院出院，已超過3年以上，其死亡之結果及被告之醫療行為間有何因果關係存在，未見原告具體主張，遑論舉證以實其說。原告既不能先證明其主張的有利事實存在，本院自不能逕為被告不利之認定。至於原告提出其他腦出血病患接受開刀治療的相關新聞報導資料，均與個案無關，尚不足為原告有利之佐證。

■ 關鍵詞：因果關係、拖延急救、舉證責任

## 臺灣臺中地方法院 106 年度

### 醫字第 8 號民事判決要旨

【涉訟科別】心臟科



#### 事實摘要

A於2015年1月26日12時因胸悶痛、冒冷汗、呼吸困難等症狀，經送至被告醫院救治，由B醫師診斷為急性ST節段上升之急性心肌梗塞，於同日13時45分進行第一次心導管手術；次日上午10時30分建議進行第二次心導管手術，惟A拒絕並轉院經C醫師會診後於同年2月29日進行第二次心導管手術。A嗣於同年2月6日凌晨發生休克，病情轉危，後因心臟衰竭於該月13日死亡。原告主張B醫師第一次手術失敗顯有遲延治療之醫療疏失。

# Angle

## 判決要旨

按醫療行為具有複雜多樣性及不確定性，是判斷醫療行為有無疏失，自應植基於行為當時臨床症狀為斷，不得以事後病程發展所出現臨床症狀變化情狀，遽予反推指摘先前所為處置不當，參以鑑定意見，心導管手術中應選用支架之尺寸，係由手術醫師依當時檢查之影像及臨床狀況加以判斷，並無絕對之標準。B醫師當時之處置並無支架過小問題，且病人之胸悶、呼吸喘、血流阻塞等症狀，與支架內徑本身並無關聯。A主張第一次手術時使用支架尺寸過小，方導致手術失敗並造成血栓持續生成，而有醫療疏失，自無可採。

■ 關鍵詞：心肌梗塞、心導管、支架、手術失當、醫材選擇

## 臺灣臺中地方法院 106 年度 醫字第 10 號民事判決要旨 【涉訟科別】神經外科



## 事實摘要

原告主張於2014年5月6日由受僱於甲醫院神經外科主治醫師B為其進行右側開顱手術夾除腦動脈瘤，惟其於術後隔日出現急性腦硬膜外血腫，數日後又出現蜘蛛網膜下出血，恐係因上開手術腦動脈瘤夾除不完全之過失所致。於術後僅指示將患者送至普通病房休養，未轉至加護病房觀察治療，有違診療照護之注意義務等語。

## 判決要旨

腦部電腦斷層掃描檢查影響所見之少量出血，為腦部手術後常見之變化，且患者於術後意識恢復，昏迷指數均為14~15分，並未發生因蜘蛛網膜下腔出血及硬腦膜外出血產生之神經急症。因此該日醫師所施行之手術過程，符合醫學中心醫療水準。接受開顱手術夾除腦動脈瘤後，是否應送至加護病房觀察治療，是以手術及麻醉醫師依患者之病情、手術過程及麻醉過程作綜合評估後之決定，並無開顱手術後一定要將患者轉至加護病房治療之規定。依文獻報告，對於一般常規之開顱手術，患者於術後至普通病房照顧之處置為安全且可接受。

■ 關鍵詞：加護病房、術後照護失當、腦動脈瘤夾除術