

【醫療刑事法】 心導管葉克膜案： 兼論專斷醫療行為之 刑事責任

Litigations for Complications of
Percutaneous Coronary Intervention:
Excursus on the Criminal Responsibility
of Arbitrary Medical Treatment

呂寧莉 Ning-Li Lu*



摘要

本件涉及醫師為病人實施心導管手術，未事先通知合作醫院之葉克膜團隊待命，致葉克膜團隊於1小時後方抵達醫院進行救治，病人最終因多重器官衰竭死亡。本件爭點在於，醫師稱有葉克膜團隊可支援手術，是否讓病人之家屬誤認葉克膜有起死回生之功效，進而低估心導管手術之風險而誤為同意。若答案為肯定，則必須檢討「專斷醫療行為」。假設本件在心導管手術之同意係屬無效的情況下，應如何評價其後續的醫療行為，本文認為應採醫療行為傷害說，即醫師為醫

*臺灣高等法院法官 (Judge, Taiwan High Court)

關鍵詞：心導管手術 (cardiac catheterization)、專斷醫療行為 (arbitrary medical treatment)、無效之同意 (invalid consent)、葉克膜 (extra-corporeal membrane oxygenation, ECMO)

DOI : 10.3966/241553062019090035006



療行為已經符合傷害罪之構成要件，而其以詐術取得病人之同意（承諾）不能阻卻違法，故該當傷害罪。若病人不幸死亡，則應進一步探討是否構成傷害致死罪。

The case involved performing a cardiac catheterization for patients, but the physician has not giving any notification in advance to a medical group equipped with extra-corporeal membrane oxygenation (ECMO) in the cooperative hospital, and make the group to stand by. As the result of that the team of ECMO arrived at the hospital for treatment one hour later, and the patient eventually died of multiple organ failure. The point of contention is whether the relative of the patient could make a consent with misunderstanding, because they mistakenly recognizes the effect of ECMO on returning to life, thereby underestimating the risk of cardiac catheterization, when the physician said the ECMO-group could support the operation. If the answer is positive, then “arbitrary medical treatment” must be reviewed. How to evaluate the subsequent medical behavior, when the consent of cardiac catheterization is invalid, it is believed in this article that theory of injury should be taken, that is, the medical treatment has already met the legal element of the offense of battery. Even if the consent (agreement) of the patient is obtained by fraud, there is still no affirmative defense, so the offense of battery is be fulfilled. And if the patient is unfortunately dying, then should further explore whether it constitutes a crime of injury resulting in death.

壹、本件審理經過

本件檢察官起訴後，地方法院判決無罪，檢察官上訴第二

Angle

審後，高等法院改判有罪，罪名為業務過失致人於死，被告不服上訴，最高法院認為高等法院判決有部分事實未查明，而撤銷發回高等法院，高等法院更審後改判無罪¹，本文係就最後一次改判無罪案件（下稱原審判決）為評析。

一、起訴事實

被告甲醫師為A醫院心臟科醫師，病人乙患有冠狀動脈狹窄，為不穩定型心絞痛，檢查結果為心臟冠狀動脈左主幹遠端、左前降之開口端及左迴旋支遠端，有超過90%之嚴重狹窄等症狀，甲醫師告知可實施之診療方式有冠狀動脈繞道手術及心導管手術，另告知其服務之A醫院與B醫院有合作關係，B醫院配置有心臟外科醫師及葉克膜團隊，可支援A醫院。故病人乙家屬選擇同意接受心導管手術。本件被告甲醫師應注意施行心導管手術醫院內應配置相關施行心導管手術所需之醫療器具，或有即時可資提供心臟外科團隊或葉克膜設備支援之因應設施，然其疏未注意及此，便於同日為乙進行心導管手術，致上午11時許手術過程中，乙因突發左迴旋支灌流不良、心肌梗塞及心因性休克，經施以心肺復甦術及主動脈內氣球幫浦放置術等仍未獲得改善，亦未能及時以葉克膜機具或經由心臟外科醫師加以救護，待B醫院葉克膜團隊前來救助時，救治時間已延誤達1小時多，嗣雖經B醫院心臟外科醫師施以葉克膜之置放手術，並再送往B醫院接受緊急冠狀動脈繞道手術，術後狀況仍不佳，且失血過多，最後因多重器官衰竭不治死亡，故認被告涉犯刑法第276條第2項之業務過失致死罪嫌。

1 以上各判決案號為：臺灣桃園地方法院100年度醫訴字第3號、臺灣高等法院102年度醫上訴字第11號、最高法院105年度台上字第182號、105年度重醫上更（一）字第4號（本文評析之判決）。

Angle

二、原審判決無罪之理由

(一) 本件被告甲醫師對病人乙作完第一階段心導管檢查後，曾向家屬說明檢查結果，並讓家屬選擇是否繼續作治療或開刀，家屬同意繼續進行心導管治療；病人本人也同意進行第二階段的心導管氣球擴張治療，是甲醫師於心導管檢查後，向病人乙及家屬說明病情，並提供下一階段的心導管治療或繞道手術之選擇，且經同意後對病人乙進行心導管治療。

(二) 實施醫院心導管手術之醫院不一定要配備葉克膜團隊，可簡述為以下六點：

1. 依照證人丙醫師之證言：「沒有任何醫療法規規定要在具備葉克膜狀態下進行心導管手術，這只是在醫學倫理上有建議；實施心導管手術，學理上會有1%的風險，而這1%的機會發生時，只有一成的人可以救回來。以醫療體系來講，心導管手術要是出事，需要心臟外科醫師及葉克膜團隊來協助才有機會存活，只是以臺灣現狀來講，有能力的心臟外科醫生及葉克膜團隊不到50人，所以這種現狀並沒有被列入規範，在臺灣作心導管治療，只需要醫院裡有心臟外科醫師就可以進行。」

2. 證人丁醫師之證言：「依據醫療常規，實施心導管手術只要確認院內有心臟外科醫師在就可以，該心臟外科醫師不需要隨時在心導管室內，也不需在實施心導管手術前先通知葉克膜團隊準備支援，而是當認為病人狀況不順利，要繼續使用內科治療方式上有困難時，才會請葉克膜團隊來置放葉克膜。通常B醫院到A醫院的車程約10~15分鐘可以到達，本件在第一時間就馬上請求支援，B醫院葉克膜團隊當時因醫師正在開刀房所以時間上晚一點到達，從接到通知到過去A醫院，應該約1個小時以上。」

3. 於案發時與A醫院同為區域醫院之其他醫院，關於2007年至2009年間實施心導管檢查與氣球擴張血管置放支架手術時，是否同時在院內備有葉克膜乙節，醫院評鑑評定為同等級

Angle

甚或更優之醫院，於該時在其等院內進行心導管手術時，亦未於院內配備有葉克膜設備。

4.醫事審議委員會則說明：「葉克膜可應用在急性心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術及猝死時之急救等，急性心肌梗塞後，造成心因性休克且心肺復甦術後無效，是葉克膜使用適應症之一，目前在醫學中心多配備有此機具，但目前尚未列入一般心導管手術及區域型醫院之標準配備」、「依醫療法規規定，凡具醫師資格者，均得執行各項醫療業務；但執行心導管檢查及心導管手術，基於醫療品質考量，建議具有心臟專科醫師資格者執行為宜。查尚無相關法令規範醫院必須同時於院內配置有『體外循環維生系統』（ECMO）下方得以實施心導管檢查或心導管手術」，是原審認不問從法規或本件案發時地，被告所任職A醫院之醫療環境、資源、設備，以及醫療常規以觀，A醫院於本案案發之時雖未配備有葉克膜設備，然與鄰近車程約10~15分鐘之B醫院確有合作，可於有需求時向B醫院請求葉克膜設備、心臟外科團隊之支援，故難認被告甲醫師為病人乙實施心導管手術，與醫療常規相違。

5.檢察官起訴時所依據之醫事審議委員會之第一次鑑定指出：「因本案非急性心肌梗塞之病人（情況緊急需立刻治療），其罹患之心臟病為高風險性疾病，故在同一醫院內，如無隨時可提供心臟外科團隊或葉克膜設備之支援，或在20分鐘內無可供轉診之醫院（須提供心臟外科團隊或葉克膜設備之條件），即貿然執行此高風險性之心導管介入治療，難謂合理，被告在診療過程中對病人之處置，恐有疏失之嫌。」

然本件經再次請醫事審議委員會鑑定，則以：「參照卷附臺灣桃園地方法院資料……甲醫師（被告）於術前業已善盡告知義務，包括心導管檢查發現、治療之選擇與替代方案及心導管支架置放術之高風險性（如休克、緊急手術或死亡之可能），且於家屬瞭解同意後，始實施心導管手術，因此亦無不

Angle

妥。本案前次鑑定意見（三）所述係於同一醫院內，如無隨時可提供心臟外科團隊或葉克膜設備之支援或於20分鐘內無可供轉診之醫院（須提供心臟外科團隊或葉克膜設備之條件），即貿然執行此高風險性之心導管介入治療，難謂合理；惟若經查證心導管手術當日已有相關具有經驗之醫療團隊及外科醫師到場支援，並提供病人在出現心因性休克之合併症後葉克膜設備置放及緊急外科手術，則若依舊版及新版之治療指引，甲醫師之醫療行為尚稱合理。」是第二次鑑定認為甲醫師事前已經告知心導管手術之高風險，得到家屬同意而為手術，並認為手術「當日」有外科醫師及葉克膜設備到場支援，則不可歸責甲醫師。

6.目前全臺灣葉克膜團隊不到50人，然於2009年間，全國包括醫學中心、區域醫院、地區醫院實施心導管檢查之總計數為66771件、實施氣球擴張血管支架置放手術之總件數為24082件，合計亦達9萬餘件，亦即平均每日約有200餘件之心導管檢查、氣球擴張血管支架置放手術在進行，可認葉克膜團隊之人數無法即時因應所有手術之需求。又葉克膜團隊之心臟外科醫師亦有各自原本之門診及相關醫療行為需進行，不可能不顧其他病人權益而僅為提供葉克膜設備支援而待命。從而，被告甲醫師於手術之前未先告知B醫院葉克膜團隊，或未先洽詢該團隊醫師有何適當之時間，亦難指其未善盡事前之準備義務而有過失。

貳、判決評析

本件判決可討論者為：被告甲醫師稱有葉克膜團隊可支援手術，是否讓病人乙之家屬誤認為有葉克膜團隊之配置，手術即無任何風險而同意實施手術？病人乙或其家屬是否同意手術實施，與甲醫師之責任認定有無關係？