

【醫療民事法】

車禍腦傷術後照護失當案： 謎樣的損害賠償範圍

Medical Malpractice in
Victim of Brain Injury after Traffic Accident:
Puzzle over the Amount of Damages

吳志正 Chih-Cheng Wu* 張文毓 Wen-Yu Chang**



裁判字號 最高法院104年度台上字第2004號
引用法條 民法第184條第1項、185條、188條、227條
227條之1、193條第1項、195條第1項前段、第3項

摘要

車禍病患受有初級腦傷送醫，於接受硬腦膜外血腫清除手術後，因昏迷狀態未有改善遂轉送至醫學中心，經電腦斷層掃描診斷有顱內出血等次級腦傷，再手術將其腦內出血部分清除，惟仍有腦部細胞壞死與左側癱瘓等後遺症。原告遂起訴本件，請求原診治照護之

*東吳大學法律學系兼任助理教授（Adjunct Assistant Professor, School of Law, Soochow University）；臺灣大學醫學系法律學系合聘兼任教師（Adjunct Teacher, 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）

**臺灣臺北地方法院法官（Judge, Taiwan Taipei District Court）

關鍵詞：固有利益（intrinsic interest）、責任範圍（limitation of liability）、損害賠償（damages）、履行利益（performance interest）、餘命損害（earnings in the lost years）

DOI：10.3966/241553062017060008006

醫師與醫院損害賠償。本件涉及醫療傷害責任範圍之認定問題，由兩位作者分別就病患履行利益與固有利益之損害範圍、具定期金性質賠償之估算、餘命損害、肇事者與醫師間賠償責任之劃分，以及植物人之餘命等議題進行論述。

The plaintiff A was sent to the defendant Hospital after a traffic accident, and emergent craniotomy was performed by the defendant doctor B to evacuate the epidural hematoma, and was transferred to ICU for postoperative care by defendant B, C, and D. The Glasgow Coma Scale fluctuated around 5-8 during the post-operative course and consequently A was transferred to Medical center where the Glasgow coma scale was 3 and subdural hematoma was diagnosed by CT. Emergent operation was done, yet A became hemiplegia and suffered from swallowing disturbance, and incontinence of urine and stool. The district court held that the defendants were liable since the intracranial pressure monitor device has not been applied intraoperatively, moreover the defendant failed to clinically monitor the possibility of developing “secondary brain injury” which constitute 60% of the plaintiff’s brain damage. However the decision varies in subsequent appeal courts and the supreme courts regarding the liability and the estimation of damages. Two authors comment on this case with special emphasis on the calculation of damages since should the defendants be liable, they were responsible for at most only 60% of the plaintiff’s brain injury, other than which, what we called “primary brain injury” should not be attributable to the fault of the defendants. Moreover disputes about the earnings in the lost years of the plaintiff and the survival year of the plaintiff herein and the vegetables are also discussed.

本件之審級歷程表*

日期	字號
2010年08月20日	臺灣臺中地方法院97年度醫字第2號
2012年03月20日	臺灣高等法院台中分院99年度醫上字第11號
2014年04月11日	最高法院103年度台上字第706號
2015年02月11日	臺灣高等法院臺中分院103年度醫上更（一）字第1號
2015年10月21日	最高法院104年度台上字第2004號
2016年12月01日	臺灣高等法院臺中分院104年度醫上更（二）字第2號

*本件於醫上更（二）審理中調解成立。

壹、事實概要

病患A於2005年9月26日因車禍受傷被送至甲醫院救護，由該醫院之主治醫師B進行硬腦膜外血腫清除手術後，轉至加護病房觀察室，惟未放置顱內壓監測器，由B、C、D三人照護。因病患逐漸陷入昏迷，於隔日昏迷指數降為5～6分，且持續發燒，家屬遂於同年9月29日將A緊急送往乙醫院，轉院時昏迷指數為3分。經電腦斷層掃描診斷顯示為顱內出血，並經乙醫院醫師於同年9月30日將其腦內出血部分清除，惟因其腦部持續累積血塊，已造成二度腦創傷，致A腦部細胞壞死而左側癱瘓，於2006年8月間經臺灣臺中地方法院裁定宣告禁治產。原告（包括A與其父F、母M）遂起訴本件，請求B、C、D以及甲醫院損害賠償。A嗣卒於2014年12月7日（第一次發回更審期間）。

貳、一審判決摘要（臺中地方法院97年度醫字第2號）

一、原告主張

被告B、C、D應注意對原告A昏迷指數評估，適時輔以斷層掃描，藉此比對前次電腦斷層掃描，確認有無因交通事故所生之潛在性顱內出血及了解腦部變化，檢查顱內是否有繼續出血，腦部有無腫脹、情況有無惡化等現象，且依當時情形，復無阻礙檢查不能注意之情事。詎渠等竟未依通常之醫療技術規範，安排作頭部電腦斷層檢查、減壓手術，亦未置入任何顱內監測器，俾便追蹤了解原告A的腦壓變化並及早發現其腦水腫現象，致其因顱內持續出血，逐漸陷入昏迷，雖經家屬緊急送往乙醫院以電腦斷層掃描診斷為顱內出血，並將其腦內出血部分清除，惟因原告A腦部右側出血量大約200 c.c.，擠壓至左側，腦部持續累積血塊，已造成二度腦創傷，致其腦部細胞壞死而左側癱瘓，吞嚥功能喪失，須以鼻胃管餵食，大小便失禁，生活無法自理而需他人照顧。被告B、C、D之過失行為與原告身體及健康受損間有因果關係存在。

二、被告抗辯

（一）原告A於術後送至加護病房期間，昏迷指數維持在5～8分，被告B持續給予降腦壓以及其他積極治療且密切觀察其病況，C與D醫師對於原告當時病情之變化亦均已囑託護理人員作嚴密觀察。又因當時原告A之昏迷指數只有5分上下，且依術前之電腦斷層掃描即可知其嚴重性，依醫師之判斷認為再度手術並不能改善患者症狀，況第二次顱內手術風險頗大，須慎重考慮，故未進行第二次手術治療。本件被告B、C、D之醫療處置並無不當或過失，也無消極不作為之情形，均已盡醫療上必要之注意義務。

（二）被告醫師共有三人，不同醫師之醫療行為不同，自不可能均發生相同之效果，原告等對於各該3名醫師之醫療行為，究竟何位醫師有何種行為之疏失，亦均未具體指明。

（三）原告A於車禍後第一次手術前，病情就十分嚴重，此時已傷害到視神經，雖經第一次開刀搶救，並無法回復原狀。其次，原告第二次發生之「硬腦膜下出血」，係導因於遭大力撞擊所產生的續發性、遲發性出血，為其本身車禍受傷嚴重之進程結果，係屬不可避免，與被告等之醫療行為不具相當因果關係；縱認被告之處置略有不足，但原告之病情係因在受傷後其腦挫傷及水腫範圍相當大，病情甚至有永不恢復之可能，是被告之不作為即與本件原告等所稱的病情結果，無相當因果關係。

（四）A於第一次手術前昏迷指數只有4分而已，係「嚴重頭部外傷」之病患，有極高（系爭醫學文獻認為有87%）之死亡或成為植物人之機率。

三、鑑定意見

（一）第一次鑑定（略以）

1.病人之病情經檢查確定、會診神經外科、立即安排手術，B醫師之處置符合醫療常規，但考量病人之顱內病變不僅為單純硬腦膜上出血，且有嚴重之腦挫傷及腦水腫，應於清除血塊後放置顱內壓監測器，較有利於術後調整藥物與監測顱內變化及未來之處置。

2.依據術前電腦斷層掃描結果與術中發現，以進行術後照顧，雖尚符合醫療常規，但術後密切觀察之目的即在於發現新的問題及延遲性併發症，一旦觀察之標的（昏迷指數及瞳孔大小）有所變化，即應及時反應，否則即失去觀察之意義。此病人除硬腦膜上出血外，其腦挫傷及腦水腫情形亦相當嚴重，表示術後產生新變化之機率頗高，非一般硬腦膜上出血可比，此