

判決快遞

2019 / 3 吳志正助理教授 整理

3月

最高法院 108 年度台上字 第 404 號民事判決要旨 【涉訟科別】胸腔內科



事實摘要

A於2012年4月19日因呼吸困難至甲醫院入加護病房由B醫師主治，B醫師先以氣管內管連接呼吸器治療，同年月21日晚上停用呼吸器並改以T型導管供氧，次日上午10時40分拔除氣管內管，11時40分出現呼吸窘迫，雖經急救後因缺氧性腦病變成植物人。A主張B醫師違反告知及說明義務，改為T型導管長達1天致呼吸肌肉疲乏，未注意有發燒未符合拔管條件，以及伊曾接受鼻咽癌放射及化學治療，病情尚未穩定，卻貿然拔管；於拔管後未密集監測而延誤救治，甚至於事發後隱匿相關監測資料。原審為A敗訴之判決。

判決要旨

依民事訴訟法第286條意旨，某證據方法依當事人聲明之意旨，苟與待證之事項有關聯性者，不得預斷為難得結果，認無必要而不予調查，否則即屬違反「證據禁止預斷」之原則。醫審會認為醫療團隊應於移除氣管內管後持續觀察至少1小時，但依病歷紀錄並無拔管當日10時40分至11時40分期間之心跳、呼吸監測紀錄，其急救時機有無延誤？似有未明，凡此俱與有無侵權行為或債務不履行之認定所關頗切。原審恕置不論，已有理由不備之違法。

- 關鍵詞：拔除氣管內管、病歷紀錄不完全、處置失當、隱匿病歷、證據禁止預斷

Angle

臺灣高等法院 107 年度醫上字 第 19 號民事判決要旨 【涉訟科別】神經外科



事實摘要

原告等人主張A於2013年1月間因腦出血昏迷送甲醫院救治，竟遭該院共9名醫師拒絕進行開顱手術，取出腦中血塊引流出血水以降低腦內腫脹壓力，又誤導家屬以為A不可進行開顱手術，亦不告知家屬病情或轉診，延誤醫療致A長久臥床未醒，終因膽道阻塞併發敗血症於2016年5月2日死亡。

判決要旨

「腦幹出血，以不採開顱手術為原則」及「深部大範圍的自發性腦出血，若病患已深度昏迷，其預後不良，亦不建議延遲性的開顱手術」，有《台灣腦中風防治指引2008》可稽。本件考量A因腦幹出血，深度昏迷之病情，未進行開顱手術，係依A所罹病症、該院所屬人員及設備能力所採取之必要措施，並非無故拖延；且已依醫師法第12條之1規定，向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，足見其等所為，合於醫療常規，並無疏失。

■ 關鍵詞：告知義務、拒絕提供治療、延誤治療、腦幹出血

臺灣高等法院 105 年度醫上字 第 36 號民事判決要旨 【涉訟科別】消化道外科



事實摘要

A於2012年底因罹患大腸癌由甲醫院B醫師進行升結腸切除手術，術後之2013年1月12日及26日進行化學治療。病方主張同年月6日A之血液檢驗已有毒顆粒感染情事，惟B醫師未進一步處置。又A於同年2月7日回診時已發燒、腹瀉多日，惟B醫師僅開立止瀉藥物，對於因化療造成的嚴重腹瀉未進行評估與處置，更未善盡告知需停藥之義務，致A於同年2月11日因敗血性休克至乙醫院住院並於2日後死亡。

Angle

判決要旨

造成血液毒顆粒現象的原因很多，是否為感染狀態，須參考多項指標。又A之直接死因為高血鉀，先行原因為酸血症、腎衰竭，而毒顆粒現象非高血鉀、酸血症、腎衰竭之成因，足證B醫師就毒顆粒所為處置與死亡間無相當因果關係。A被送至乙醫院時酸血症及高血鉀狀況可能為敗血性休克所致，亦可能為到院前無呼吸脈搏及經心肺復甦術急救後反應，是無法確定死因係敗血性休克，故以乙醫院病歷摘要載「敗血性休克」主張為A死因，自無可採。B醫師就發燒、連續腹瀉等之處置符合醫療常規，且與死亡結果並無直接相關，亦無未善盡告知立即停藥之義務。

■ 關鍵詞：大腸癌、化學治療、告知義務、處置失當

臺灣高等法院臺中分院 107 年度 醫上字第 9 號民事判決要旨 【涉訟科別】呼吸治療科



事實摘要

A於2015年2月11日接受內視鏡逆行性膽道胰臟攝影取石手術後，於甲醫院住院由B醫師主治。同年月22日B醫師告知有代謝性鹼中毒並醫囑不適合使用BiPAP（正壓式呼吸器）。次月2日A出現意識改變且血氧量降至50%，由值班C醫師更換使用BiPAP，直至同年3月3日10時始摘除面罩但A已陷入昏迷，嗣因肺部積水白化而於次日辭世。病方主張C醫師未善盡說明使用BiPAP之風險即使用，更因受誤導而簽署配戴BiPAP同意書，且B醫師未親自診察而任由值班醫師決定治療方案亦有過失。

判決要旨

A一開始為代謝性鹼中毒不能使用BiPAP，但因病情變化嗣產生急性呼吸酸中毒，鑑定意見亦認為C醫師依A於3月2日之動脈血液氣體分析結果呈現代謝性鹼中毒合併呼吸性酸中毒，符合使用BiPAP之適應症，其處置符合醫療常規；而導致肺部雙側急性浸潤之病因為嚴重吸入性肺炎，並非使用BiPAP所導致。C醫師雖曾致歉，但究係為博取諒解而化解病方所怨，亦或因一時不忍而懷疑自己決策是否有疏失而道歉，已非無疑，縱認其係自承有疏失，然此訴訟外之自認與鑑定報告不符，不能採為不利之認定依據。

■ 關鍵詞：呼吸器、處置失當、訴訟外自認、道歉、親自診療

Angle

臺灣高等法院臺南分院 105 年度 醫上更（一）字第 1 號民事判決要旨 【涉訟科別】婦產科



事實摘要

A主張因B醫師延遲接生，後雖緊急剖腹，但仍致新生兒C於生產過程中嚴重腦部缺氧，出生時即嚴重「缺氧缺血性腦病變」。A、C與C父爰依民法第184條侵權行為、第227條不完全給付及繼承之法律關係（按：C於發回更審時死亡）等請求B醫師損害賠償。

判決要旨

B醫師既自當晚19時5分起發現胎心音呈現變異性心搏減速，已預見胎兒窘迫之情形，卻遲至19時28分始決定剖腹生產，已嫌過於怠慢拖延，乃又再延至20時10分方進行剖腹，直至20時15分始行娩出C，遲延已逾1小時，並不符合一般醫療常識及小兒醫學會函覆之意見暨經驗法則，就產婦經發現有急性嬰兒窘迫之情形，卻超過嬰兒忍耐極限之10分鐘，C即因而缺氧缺血腦病變造成不可回復之傷害。醫審會有關此之鑑定認B醫師之處置符合醫療常規，即有未合，並無可採為有利B醫師之認定。惟C所受損害之原因以其臍帶繞頸之因素造成缺氧缺血腦病變之原因力最大，依其原因力之強弱比例，本院認此部分應占70%，屬不可抗力，自不能將此賠償責任全歸責於B醫師。

■ 關鍵詞：原因力比例、缺氧缺血性腦病變、遲延接生、鑑定意見相左

臺灣臺北地方法院 103 年度 醫字第 15 號民事判決要旨 【涉訟科別】耳鼻喉科



事實摘要

A於2010年12月間因感舌部不適且出現斑點異樣而前往甲醫院由B醫師實施切片，由C醫師製作檢查報告，結果並無惡性腫瘤。嗣A陸續接受B醫師診療無明顯好轉，遂於2011年11月間再次進行切片檢查，由D醫師製作檢查報告，B醫師仍告知無惡性腫瘤。A於2012年2月7日改往乙醫院切片，確診為罹患舌癌第四期。

Angle

判決要旨

B醫師為A所為之各項醫療及處置行為，尚未發現有疏失及延誤之處，因2011年11月切片結果為潰瘍，並未發現惡性腫瘤，而於乙醫院2012年2月之病歷有提及雖然病人主訴去年就有發現左上頸部有一淋巴結，惟在2102年農曆新年後才開始病變，由此推測其病灶有可能是農曆年後才開始轉變成惡性腫瘤。依最近一篇病例報告，一名76歲女性病人於2010年10月3日之切片尚為白斑，惟在2010年11月24日再度接受切片檢查即變成惡性腫瘤，由此得知惡性腫瘤之轉變可能極為快速，故B醫師為A所為之各項醫療及處置行為，並未有疏失及延誤之處。

■ 關鍵詞：舌癌、延誤治療、診斷錯誤

臺灣臺北地方法院 104 年度 醫字第 22 號民事判決要旨 【涉訟科別】消化道內科



事實摘要

A自2012年2月10日至2013年2月7日至甲醫院之腸胃科B醫師門診就診共六次，期間於2012年2月15日進行胃鏡檢查，結果並無惡性病灶，期間B醫師均給予藥物治療。A於2013年3月7日至乙醫院消化外科C醫師門診，於同年3月27日接受全胃與脾臟切除手術、周邊淋巴腺清除及消化道重建。病理報告為第四型浸潤型胃腺癌、淋巴腺移轉併脾臟移轉，嗣接受化學治療，仍於同年10月12日死亡。原告主張因B醫師之延誤，致使A死亡之機率提高，且有侵害治療期待權與獲得治療機會之權利。

判決要旨

A於2013年2月7日在甲醫院之病歷顯示其就診狀況為穩定無腹痛亦無噁心嘔吐，雖於1個月後經診斷罹患胃癌，然依文獻明確指出「胃癌腫瘤可於1個月內發展出來」，可知臨床上胃癌腫瘤確有快速發展之情況。再參以鑑定書記載：「病人之疾病最後證實是第四型胃腺癌，即俗稱皮革胃，此型態於胃癌之所占比率低，於胃鏡檢查下無胃癌常見之潰瘍型腫瘤，切片取得不易，診斷困難，且極端惡性，縱積極治療，存活期仍極有限。」依此B醫師與A胃癌死亡之結果間難謂有因果關係。

■ 關鍵詞：存活機會、延誤治療、胃癌、診斷錯誤