



102年

醫事鑑定醫療訴訟

案例彙編集

指導單位： 衛生福利部

編製單位： 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

發行日期：2013年12月



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation



目 錄

案 例

內科案例一	1
內科案例二	9
外科案例	15
婦產科案例一	25
婦產科案例二	31
小兒科案例	35
小兒外科案例	45



內科案例一

** 案情概要 **

甲病人，女性，29歲，於85年6月10日因左側乳房長瘤至第一醫院門診求診，由A醫師診治，A醫師告知可能為良性瘤，但需手術切片檢查方能確定。隨後切片病理報告為原位癌，建議病人接受全乳房切除手術。6月19日手術，術中懷疑腋下淋巴腺轉移，改行改良式乳房根除手術(病理報告證實有淋巴腺轉移)，術後恢復平順，然而當日23:50病人先生發現病人於接受乳酸鹽林格式點滴輸液(內含多力維他5毫升)中，出現全身發癢，全身抽筋，口吐白沫，失去知覺等症狀，經緊急置放氣管內管，腎上腺皮質激素(Bosmine 8mg iv)、類固醇藥物(Solu-cortef 200mg iv)、抗過敏藥物(Vena 1Amp iv)及碳酸氫鈉(Jusomin 15 Amp iv)給予，後轉入加護病房照護(6月20日凌晨-心肺復甦後)，於加護病房中，持續抽筋，經電話會診神經外科乙醫師建議給予Dilantin等藥控制(Dilantin 300mg loading、Decadron 8mg iv q8h)，病人意識一直未恢復，於85年7月20日死亡。

** 問題爭點 **

- (一) 被告在未替甲病人實施微量試驗之情況下，對於甲病人進行「乳酸鹽林格式溶液」混合「多力維他」之靜脈注射，甲病人於注射後，立刻產生全身發癢、口吐白沫、抽搐後，立刻陷入昏迷狀態。
- (二) 曾分別診斷為良性瘤、零期乳癌腫瘤、二期乳癌，原告認為有診斷錯誤，及為甲病人實施不必要開刀之過失。
- (三) 乳酸鹽林格式溶液屬於電解質溶液複方產品之一，一般用來輔助治療營養障



- 礙、脫水、嚴重灼傷、外傷和其他緊急狀況，多力維他乃是綜合維他命複方產品，一般用來治療多種維生素缺乏症。[以上根據仿單記載]
- (四) 被告第一醫院之腦科醫師，於事發後約九小時即次日早上八時許，始到醫院為甲病人急救。
- (五) 原告認為第一醫院對於甲病人之急救，有急救失當之過失。
- (六) 原告認為被告第一醫院對於被告之用藥急救等防治程序，未為妥善之管理，亦有管理上之過失。
- (七) 原告認為被告、第一醫院前述過失行為，均與甲病人之死亡，有相當因果關係。

** 鑑定意見 **

依衛生福利部(原行政院衛生署)醫事鑑定委員會之鑑定書認為：「要知道病患無過敏史，臨床上醫師會以口頭方式問病患過去有無任何服用藥物或注射藥物發生過敏現象。大多數之藥物通常較少引發過敏現象，因此，並沒有先前測試的必要。使用乳酸鹽林格氏液、多種維他命及維生素B1決定注射前並無作皮下測驗之必要，因為這些藥物皆不易引起過敏，也極難得會發生致命性之傷害。是否必須於手術後使用靜脈點滴注射乳酸鹽林格氏液和維他命，應視當時病人身體之情況與意願而定，倘若病人感到倦怠、食慾不好，施打這些藥物確實會讓病人體力恢復的快一點。維他命B1是非常安全之藥物，注射後病人會有灼熱感，其他副作用則非常少見，造成致命性副作用之機率又非常低。該病人倘若是對維他命B1過敏而引發休克，應該是個人特異體質造成的機會大。」

另外依某大醫院鑑定意見：「維他命成分中，除維他命B1(Thiamine HCL)會發生過敏反應症狀，包括呼吸窘迫、癢、休克、腹部疼痛，通常發生於多次使用較



大劑量(二百五至一百毫升)後，發生機率小於百分之零點一；葉酸(Folic acid)曾有一案例報告單獨使用注射後，發生類似過敏反應;維生素B12曾有過敏反應案例報告，但很少發生；其他維他命及乳酸鹽林格氏溶液，並無相關之文獻報告。維他命B1之副作用為注射位置會有灼熱感、過敏反應，發生過敏反應通常是在高劑量、快速注射時。病患在接受乳房切除手術後，對其施打點滴並加入維他命(包括維他命B1)，目的在使病患恢復能更為順利。完全不補充維他命或許無甚大差異，然而補充維他命並無不當之處。基本上而言，在使用得當情況下，維他命B1應是極安全之藥物，並非常見會致命之藥物，亦非會引起過敏之藥物。但對於那些小於百分之零點一之可能產生過敏者，則是危險藥品，因此，該病患休克可能純屬個人體質而引起過敏，此種情形有時是很難避免的。」

**** 學習重點 ****

(一) 要了解、處理甚至避免醫療糾紛，首先應有下列基本認識。在這些事件中牽涉到下列三種團體：醫療團隊、病人及其親友、法界人士。更應了解各有不同的訓練背景、思考模式。

(1) 醫療團隊

其訓練過程莫非要求好心切，以天下為己任，每天早上的晨會、病例報告、morbidity& mortality conference、對病人所做的differential diagnosis，遵循guideline強調實證醫學，以上種種莫非是要為使病人得到最佳治療，但面對有限的醫療資源以及病人及病家漫無止境的需求以及情感上的需求，畢竟必需有所取捨，以及取得一個平衡點。

(2) 病人、家屬及或其親友

在整個就醫過程，儘管很順暢，但若在最後出院前一點小小不如



意，就會把整個團隊的努力所抹煞掉，或是某些家屬心有虧欠，就會轉嫁到醫療同仁身上。這很不公平，但在台灣目前醫療環境下，是個現實！一旦對簿公堂，却又以刑事逼民事，對病家而言，既不必付錢，又不必負舉證責任。

(3) 法界人士

醫界的許多用語與法界用語完全不同，醫界比較保守，如果問醫生：提早一點診斷出病人的疾病對病人是否有幫忙？我們老師教的當然是及早診斷、及早治療，當然有幫忙。但是對法界人士而言，大錯特錯。刑事上，及早診斷，可能無法使病人免於死亡，民事上可能延緩病人的死亡時間。因此，在回答問題或被委託鑑定時千萬要小心。在醫院的自我要求應求盡善盡美，但面對責任或醫療糾紛時，沒有理由要求百分之百的完美，而應是要求應盡義務的原則。

(二) 從這個案例我們可以學到以下各點

(1) 溝通認知的差距

診斷雖然正確，但病人或病人家屬所接受到的訊息或認知與傳達者有差距。（常常同一批人聽同一個演講或一句話，但解讀各有不同）。當病人被診斷出腫瘤，一開始都無法接受這個事實，假設這個病人罹患惡性腫瘤且已轉移至身體其他部位，有無做切片做進一步證實，將會對病人帶來何種影響？或者有出乎意料的結果產生？醫學上，腫瘤為良性或惡性應由病理解剖結果來判定確認，曾有病人被告知可能罹患惡性腫瘤，但後來證實為良性，患者不但沒慶幸自己能存活下來，反而控告醫師，雖然醫師不一定會敗訴，但應向病人強調病理切片才是最後的診斷依據。在醫病關係中時常因溝通上的誤解最後導致雙方的對立。

(2) 病人與醫療人員對醫療處置的認知差異



診斷需要一步一步來，先有腫瘤，切片才知是原位癌，開刀中懷疑有淋巴腺轉移，術式由全切除式改為改良性廣泛性乳癌根除手術，後來診斷又改為二期乳癌。醫界普遍瞭解這樣的做法，但病人家屬就是無法接受，認為與當初被告知的結果不同，但也有可能是一開始所傳達予病人及家屬的認知有誤差。(人就是只要聽他想聽到的訊息)

(3) 規範引用錯誤

醫界不成文規定或資訊被錯誤解讀，甚至被誤用。然而一旦進入司法程序，相關涉入者如醫師、當事人，甚至法官會引用對自身有利或相信證據(法條)，展開法律攻防，更遑論現行施行規範或各家論述，與目前醫界實際採行做法之間仍有差異。此案判定用藥錯誤，有許多值得討論的空間。

(4) 錯誤資訊引導誤判

某些人存有主治醫師即為負責照護病人的唯一醫師，然而醫療處置是相當複雜的行為，時常會涉入其他醫療專業人員共同照護。有可能一開始診治醫師與入院後收治照護醫師之專業認知不同。當然，疾病突然發生，有時令人無法預料，責任的歸屬亦應非獨自承擔。因此，整個醫療過程的發生，是否有詳述完整、以及資訊是否有完整傳達、有無被錯誤引導，這將是法官採信做為日後判讀的其中一個關鍵。

(5) 諮詢法律專家

等待法律最終宣判結果之前，醫師與病人不僅要耗費相當久的時間，還需投入大量的精力。等候與經歷醫療審判的過程是件不輕鬆的事，因此可以聘用或諮詢一位好的法律專家協助，使得雙方在審判或等候期間可以適度減緩壓力並消除不必要的負面情緒。



**** 註：本案判決解析 ****

(一) 本件有關甲病人之死亡原因

係因被告為甲病人施打之乳酸鹽林格氏溶液，內含多力維他中所包含之維他命B1成分，引發甲病人發生過敏性休克，而經急救無效不治死亡，應堪以認定。

(二) 有關診斷是否不正確之部分

依據甲病人之乳房切片檢查病理報告、手術後切除之組織及淋巴腺病理報告書、甲病人於被告第一醫院就醫期間之肺部X光片四張、乳房攝影X光片二張、C T片一張，甲病人之左邊乳房，確實患有侵襲性乳癌合併淋巴腺轉移，被告為甲病人施行改良式乳房根除手術，自難認為被告之前述手術行為，有何過失之處。是原告等主張被告為甲病人實施之改良式乳房根除手術，為不必要之手術，尚難信為真實。

(三) 有關用藥是否錯誤之部分

原告等就被告為甲病人注射乳酸鹽林格氏液體五百西西，加上多力維他五西西之部分，主張乳酸鹽林格氏溶液屬於電解質溶液複方產品之一，一般用來輔助治療營養障礙、脫水、嚴重灼傷、外傷及其他緊急狀況，多力維他乃是綜合威他命複方產品，一般用來治療多種維生素缺乏症，然甲病人無前述症狀，僅因實施左側乳房徹底根除手術，被告亦未對於甲病人實施微量試驗之情況下，即對於甲病人進行「乳酸鹽林格氏溶液」混合「多力維他」之靜脈注射，被告顯有用藥錯誤之過失。被告等則抗辯因甲病人於手術後必須禁食，以補充所需之熱量與電解質、維生素等營養成分，均賴靜脈補充注射而來，因此，方才安排甲病人接受乳酸鹽林格氏液加上多力維他等針劑之補充，否則其於手術過程中體



液、電解質及維他命之流失及手術後禁食雙重情況下，恐將有脫水與維他命欠缺之虞，為避免甲病人有電解質不平衡與營養吸收上之問題傷口不易癒合，酵素活性降低，造成組織不健全、低蛋白症、水腫等現象。

(四) 爭點問題

❖ 法官採信意見

- (1) 惟依原告提出之衛生福利部(原行政院衛生署)編印「合理用藥」認為：
「維他命B1等注射頻率過高在國內積弊已久，醫師們應調整用藥習慣，也應給予病人適度的教育。」有些醫師應該調整用藥的習慣，給予病人適當的教育，有些時候也應拒絕病家們過度與不合理的要求。依原告等提出之陳○○著「常用藥物治療手冊」，魏○與陳○○編著「臨床藥品手冊」，分別記載：「維他命B1要經由靜脈注射投與時，在注射前要先做皮內的敏感測試，因為靜脈注射投與後，有時會發生過敏死亡。」
- (2) 僅以口頭詢問之方式，詢問病人是否曾有維他命B1之過敏史，實難認為醫師已盡到病患對於維他命B1會否發生過敏症狀之義務。
- (3) 但依前述行政院衛生署醫事鑑定委員會和某大醫院之鑑定書函又分別認為：「---是否必須於手術後使用靜脈點滴注射乳酸鹽林格氏液和維他命，應視當時病人身體之情況與意願而定。」
- (4) 「病患在接受乳房切除手術後，對其施打點滴並加入維他命(包含維他命B1)，目前在使病患恢復能更為順利。完全不補充維他命或許無甚大差異，然而補充維他命並無不當之處」。
- (5) 可知被告於為甲病人完成改良式廣泛性乳癌根除手術後，為甲病人注射「乳酸鹽林格氏溶液」混合「多力維他」，並無絕對必要之用藥。
- (6) 健保局規定:醫字第八九〇二一〇〇〇號函回覆表示：「查維生素B1藥



品給付規定，經公告自八十九年二月一日起施行，限下列病患使用：維生素B1缺乏症;營養吸收障礙症候群、或胰臟炎等需以全靜脈營養劑提供營養支持之病患；酒精戒斷症候群。健保局訂定各項藥品給付規定，均係基於保障民眾用藥安全，並引導臨床醫師合理用藥，及提供本局專業審查時參考，而非以限制民眾用藥目的」。

- (7) 對於甲病人注射含有維生素B1之多力維他，卻怠於注意甲病人發生藥物過敏之可能，故被告就此用藥之醫療行為部分，應有過失。
- (8) 有關急救是否失當之部分，顯無足採。



內科案例二

** 案情概要 **

甲病人，女性，61年出生，於82年9月2日至10月2日因家族性大腸多發性息肉症至第一醫院接受大腸全切除術。82年12月5日至12月8日因甲狀腺癌至第一醫院接受全甲狀腺切除術。88年3月2日因左下腹痛至第一醫院婦產科門診，由A醫師診視，於3月9日、3月11日、3月23日及3月30日四次門診，並接受包括「超音波掃描」、「腫瘤標誌檢查」，因腫瘤標誌顯示惡性腫瘤指數(CEA)偏高，故先會診腸胃內科及一般外科，並接受婦產科超音波及腹部電腦斷層掃描檢查，發現兩側卵巢囊腫及左下腹內6.7×6.5公分低超音波回音腫瘤，因此，於88年5月10日至88年5月15日於該院住院。

5月11日剖腹探查後確定診斷為骨盆腔沾黏合併左側卵巢附屬器官假性囊腫及沾黏，由A醫師進行沾黏分離術，病理檢查報告為骨盆腔內纖維帶(fibro-tic bands)合併纖維結節。在手術前88年5月10日接受胸部常規檢查，該院放射科醫師報告指出右中肺部有一界線不明，可疑結節，建議病人至胸腔科就診。病人於88年5月15日出院後，88年5月17日、5月20日、5月24日及5月27日至第一醫院A醫師門診，接受手術後回診追蹤，但均無至胸腔科就診之紀錄。病人分別於88年12月18日至婦產科門診就診、12月24日至皮膚科門診就診，88年12月27日、12月31日及89年1月4日至89年11月29日在該院婦產科A醫師門診就診9次。

病人於89年6月6日至6月14日也曾因家族性大腸多發性息肉症，至第二醫院住院，接受該院B醫師之診治。並於同年6月7日在該院接受根除性直腸切除術及人工肛門造口術，手術前之常規胸部X光檢查結果發現病人右下肺部有結節性病變，放射科醫師報告為必須排除轉移性肺腫瘤之可能，出院病歷記錄，在出院指示方面記載要病人於門診追蹤。



病人90年1月間發現有咳血現象，但直到90年4月12日始至第一醫院胸腔科門診就診。4月19日X光檢查發現胸部右下肺有腫塊，於4月20日住院。4月23日細針切片病理診斷為肺部轉移性腺癌。4月28日由胸腔內科轉至胸腔外科。5月3日、5月8日及5月15日分別至胸腔外科門診就診。5月15日及5月17日轉至血液腫瘤科就診。

90年5月14日病人至第三醫院胸腔外科門診。5月23日至血液腫瘤科門診就診。90年5月23日至5月28日因肺癌屬於第三期(T3N0M0)而住院，先接受第一療程化學治療。6月15日至6月17日接受第二療程化療。90年8月5日至8月20日至胸腔外科住院。8月6日接受開胸手術，施行右肺全切除術切除腫瘤，病理報告為中等分化程度之肺腺癌併淋巴結轉移。

自90年9月13日起病人繼續在該院血液腫瘤科接受術後治療，以及至放射腫瘤科接受胸腔放射治療。9月15日病人因頭痛無力，9月16日經腦部核磁共振檢查發現右小腦有一3公分腫瘤，以及疑似大腦額葉轉移。11月15日至12月2日至神經外科住院。11月20日接

受右下枕葉開腦手術切除腫塊，病理報告證實為右小腦中等分化程度轉移性腺癌。12月17日開始至血液腫瘤科接受藥物治療，同時在放射腫瘤科接受腦放射治療至91年1月22日共接受5000 Gy之照射劑量。

** 問題爭點 **

病人及其家屬認為其肺腫瘤之所以蔓延惡化，係肇因於88年5月在第一醫院因婦科疾病就診手術，89年6月6日至89年6月17日在第二醫院住院接受大腸多發性息肉症的手術前，胸部X光即已發現右中葉有一界線不明的結節，第一醫院婦產科A醫師以及第二醫院B醫師未善盡醫師責任，未予病人轉診及說明告知病人胸腔內之病況，以致迄90年4月病人因咳血至胸腔科就診，才發現右下肺癌且病情已



蔓延至第三期，導致疾病治療癒後不佳，認為B醫師等負有醫療過失之責，故提出告訴。

** 鑑定意見 **

- (一) 依據某大醫院病理科之檢驗認定，病人肺部腫瘤為轉移性肺癌。
- (二) 若病人肺部腫瘤為原發性，依世界癌症聯盟委員會(UICC)及美國癌症聯盟委員會(AJCC)之報告，第一期病人(T1NOMO)之五年存活率大於70%，Ib期(T2NOMO)病人之五年存活率為60%。其18個月之存活率為49-65%，若為第三期，而無遠處轉移的病人，其18個月存活率率為10~15%，至於轉移肺惡性腫瘤的病人，大都（80%以上）在被診斷後一年內死亡。
- (三) 本案中B醫師之專業科別為大腸直腸外科，對本案例病人應在發現病人肺部有結節，且疑為惡性腫瘤時，無論係原發性或轉移性肺癌，均負有轉介至胸腔相關專科處理之義務及責任。
- (四) 原則上若病人發生主治醫師所主治科別以外之病變時，主治醫師應負有將病人轉介至他科進行診療之義務及責任，但因診療為團隊工作，病人所受之處置雖以主治醫師為主，但並非是事事均需由主治醫師親自處置，若由團隊其他成員進行病情告知，應即視為已盡告知之義務。
- (五) B醫師的專科別為大腸直腸外科，若病人之肺部病灶為大腸癌併發肺部轉移，則B醫師除可執行與其專科（大腸直腸外科）相關之後續性診療外，亦可診療其轉移至肺部之病灶（如化療）。但若病人病況為右肺之孤立性結節且臨床疑為原發性肺癌時，自應將病人轉介至胸腔科或胸腔外科相關科別醫師處診治。
- (六) 腫瘤之確定診斷，應以病理診斷為準，本案病理組織切片檢驗既認為病人之肺部及腦部腫瘤是由大腸癌轉移而來，當可認定病人肺部內之腺癌是從



其大腸癌轉移而來。

- (七) 由於病人患有家族性大腸息肉症候群，而其肺部內之腫瘤細胞病理檢驗認定由大腸癌所轉移而來，因此，臨床上可推斷其腦部及肺部內之腺癌細胞最可能是由病人之大腸內息肉所隱藏之癌細胞轉移而來。
- (八) 本案病人右肺內之腺癌細胞經病理檢驗認定是由腸道轉移而來，因此，臨床上即可歸類為轉移性大腸癌病人，對於大腸癌有轉移，一般即屬晚期性大腸癌(Advanced)。雖然在診斷當時僅發現右肺內之腫瘤，但在學理及細胞生物學的理論上，此時病人體內可能已有多處轉移之存在。
- (九) 本案原先提交本會鑑定時的病理切片報告為原發性肺腺癌，因此本會在0920338號之鑑定書所認定之期別與存活機率之論述，係以肺腺癌之期別與存活率為依據，其結論自當與後來經病理修正診斷為大腸癌併發右肺轉移之結論不同。依日本臨床腫瘤學雜誌2006年報告(2006;36:643)，大腸癌併發肺轉移病人的五年存活率為29%，平均存活期為27個月，而德國的報告(Ann Surg Oncology 2006；13：1538)則指出大腸癌併發肺轉移的五年存活率為37%，其生存預後與肺部轉移的數目、轉移的位置是否在肺門或縱膈腔淋巴結及病人手術後的無病存活期是否超過三年等有關。
- (十) 大腸癌若併發肺部轉移後之存活機率，請參考第(九)說明所述。同時合併肺及腦轉移病人之存活率會更低，但無相關的數據可參考。
- (十一) 醫療的本分科是醫學進步快速，一個醫師不可能了解掌握所有的新知。為了病人最大的利益，當醫師對於病人發生非屬自己所主治的專科之病況時，一般會先告訴病人醫師自己的意見，或回診追蹤待病情的進展明朗化或轉介至相關科別就診，即應已盡告知之義務。
- (十二) 原則上病人在就醫時之病況應以主治醫師告知為主，但醫療團隊不僅主治醫師一人，因此，若由其他團隊成員告知亦應視為已盡告知之義務。
- (十三) 大腸癌病人發生轉移時理應由腫瘤內科醫師負責治療，但國內目前此類病人大多選擇留在大腸直腸外科醫師處治療。因此本案目前，是可由大腸直



腸外科之醫師繼續後續之治療（包括化學治療）。

(十四) 綜上，本案B醫師對病人之治療過程，除第三項所述轉介他科會診之質疑之外，應已盡一位大腸直腸外科專科醫師的義務和責任。

**** 學習重點 ****

詳盡告知義務:如就診病人回診次數最高，或過往檢驗、檢查報告有異常，醫師應該清楚告知病人，避免日後不必要的醫病爭議。

**** 註：本案判決解析 ****

查本件被告業務過失案件，原起訴意旨雖認被告係涉犯刑法第276條第2項之業務過失致死罪嫌，然嗣於本院審理期間，業經蒞庭檢察官以98年10月12日補充理由書，將原起訴書「犯罪事實」欄第一項末段：「致甲病人減少存活機會，而於91年6月2日因肺癌併發呼吸衰竭死亡。」等記載，更正為：「致甲病人減少存活機會，對於身體或健康有重大不治之重傷害，而於91年6月2日因肺癌併發呼吸衰竭死亡。」等內容，並將被告所犯法條及罪名變更為刑法第284條第2項後段之業務過失致重傷罪。是依變更後之罪，須告訴乃論（參照刑法第287條前段規定）。茲因被告已與告訴人達成和解，並經告訴人於98年11月4日具狀撤回告訴，有刑事撤回告訴狀及和解書各1份在卷可稽。是依前開說明，爰不經言詞辯論，逕為諭知不受理之判決。

甲病人於民國89年6月6日因直腸不適等症狀，至被上訴人B醫院，由受僱於該醫院之醫生即被上訴人看診，並照射X光片，其後陸續多次至該醫院由被上訴人看診，並於90年2月20日接受第2次X光片照射檢查，上開2次X光放射線檢查



結果，均已顯示甲病人右肺已有結節性陰影，需追蹤治療，惟被上訴人卻違背醫療契約，未善盡醫師持續治療及說明義務，全然未告知病人上開2次X光放射線攝影檢查結果，未履行告知義務及給予任何診治醫囑，病人因而未持續追蹤上開病灶，致結節性陰影惡化，自90年4月起陸續出現肺部呼吸不適及咳血等症狀，經轉向第三醫院尋求治療，進行初步檢查後，始知已罹患右肺線狀細胞癌，該癌細胞直徑已達6公分，屬於肺癌第3期，雖於同年8月切除全右肺葉，然因延滯治療，病人之治癒率及5年存活率均顯著降低，錯失治療肺癌之最佳時機，即便施以化學治療，亦對病情無甚助益，致病人喪失或減少存活機會而於91年6月2日因肺癌併發呼吸衰竭死亡。

被上訴人未及時告知病人有上開病灶，致影響病人生存機率，應視為一種損害，而此提早死亡之損害與被上訴人因過失未告知病人上開病灶具有相當因果關係，被上訴人自應負賠償之責，而被上訴人係受僱於被上訴人第二醫院，渠等自應依民法第184第1項前段、第2項、第185條第1項及第188條第1項前段之規定負連帶損害賠償責任，又被上訴人第二醫院與病人成立醫療契約，而被上訴人為被上訴人第二醫院履行醫療契約之使用人，其未盡告知義務，處理委任事務亦有過失，自應負債務不履行之損害賠償責任。



外科案例

** 案情概要 **

甲病人，男性，18年出生，於94年8月24日及同年9月5日因腹痛、便秘同樣情形，至第一醫院急診時，病歷記載亦採取灌腸處置。

於94年9月29日上午因噁心、嘔吐及腹瀉至第二醫學中心進行大腸鏡檢查，A醫師告知沒有病變。9月30日下午4時27分許，因腹痛加劇至第三大型區域醫院急診室就診。經B住院醫師詢問，甲病人主訴自94年9月29日接受大腸鏡檢查後腹痛加劇「abdominal pain exacerbated since colonoscopy performed yesterday」，經理學檢查發現甲病人腹部有腹脹「distended」，無反彈痛「Rebounding pain (-)」，有廣泛性壓痛「diffuse tenderness」，當時脈搏（118次／分）。94年9月30日下午5時8分許所拍攝腹部X光片所示，其胃、小腸、橫結腸均脹氣，小腸壁、橫結腸及胃壁均較增厚。94年9月30日下午5時10分許所拍攝胸部X光片懷疑其左側橫膈下游離氣。

B住院醫師於94年9月30日下午5時30分許，開立醫囑對甲病人施行灌腸處置。急診C主治醫師未親自診察甲病人，授權A護理師於該灌腸醫囑病歷上蓋用C主治醫師職章。由B護理師施行二次灌腸處置。甲病人疼痛並未緩解，於94年9月30日晚上7時15分許出現腹脹、腹痛。由晚上7時39分許所拍攝之胸部X光片發現右側橫隔膜下方有游離空氣。於晚上7時40分許執行電腦斷層掃描發現腹腔內有游離空氣，懷疑腸道破裂。緊急會診一般外科D主治醫師，並於10月1日凌晨零時許施行手術。術中發現直腸（離肛口20公分處）有一個6×4公分之裂孔及一小段（50公分）小腸壞死，實施小腸段切除吻合及直腸切除、人工肛門手術。惟甲病人於術後終因吻合處發生滲漏及持續腹膜炎合併敗血症而延至同年10月18日死亡。



** 問題爭點 **

- (一) 大腸穿孔是否與大腸鏡檢查有關？
- (二) 病人腹痛是否延遲就醫？
- (三) 是否診斷錯誤？
- (四) 是否灌腸導致病情惡化？
- (五) 是否為腸系膜缺血導致自發性腸穿孔引起，與灌腸無關？
- (六) 急診主治醫師未親自看病人，可否免責？
- (七) 是否有延遲手術？
- (八) 小腸切除吻合處滲漏，導致敗血症死亡？

** 鑑定意見 **

(一) 大腸穿孔是否與大腸鏡檢查有關？

醫審會第三次鑑定：

大腸鏡檢查導致大腸穿孔之比例，一般小於1%。

甲病人發生大腸穿孔之原因有可能是大腸鏡檢查已發生，或當時只有腸道損傷但尚未破裂；經過一日後因大腸蠕動排便，腸道內壓力增加而致破裂。

醫審會第四次鑑定：

甲病人主訴前一天作完大腸鏡檢即有腹痛，事實上甲病人曾回第二醫學中心就診，該院以無加護病房為由沒有收住院，病人才轉至第三區域醫院。

結論：病人腹痛確實是與曾經進行大腸鏡檢查有關。



(二) 病人腹痛是否延遲就醫？

醫審會第一次鑑定：

甲病人之死因可能係多重因素造成。大腸鏡檢後直腸破裂，雖為大腸鏡檢之併發症，惟甲病人超過24小時到第二區域醫院就診，顯已延遲就醫，且灌腸導致腹膜炎加劇、休克。

醫審會第二次鑑定：

一般大腸破裂、腸內容物污染腹腔即會引發腹膜炎，其程度視污染程度及就醫是否延遲有關。一般大腸破裂後約6~8小時沒有手術即會引發敗血症。依病歷記錄病人小腸壞死，可能係長時間休克，血壓偏低所導致。

結論：病人超過24小時方到第三區域醫院就診，顯已延遲就醫，對病情之加重亦需負部分責任。

(三) 是否診斷錯誤？

被告答辯理由：

甲病人入院時表示其腹部不適，B住院醫師依一般看診流程，觸診後安排詳細檢查，即照X光片、抽血檢查、打點滴，依入院時所拍攝X光片做審慎評估，認並無腸道破裂情況，且腸道有脹氣情形，腹痛係反覆性，與大腸鏡檢查無關。

醫審會第四次鑑定書：

腹膜炎之標準症狀為腹痛、壓痛、反彈痛、腹肌防衛性收縮及胃腸蠕動音減少。初到院時之急診護理紀錄(一)就腹部僅勾選「軟」，而未勾選「硬」、「脹」、「壓痛」、「反彈痛」等欄位。急診病歷第一頁上手寫「diffuse tenderness」表示甲病人腹部疼痛，及「distended」表示甲病人腹部較脹等文字其猜測係於9月30日晚上7時許後所記載，不知何時為甲病人觸診得知。



醫審會第一次鑑定：

如果檢查後腹痛持續到隔天，且疼痛有加劇或呈現腹脹、便血現象，理學檢查腹部有壓痛，即應懷疑腸道破裂之可能。

醫審會第二次鑑定：

甲病人主訴前一日作完大腸鏡後腹痛持續加劇，當時檢查腹脹及壓痛（急診病歷第一頁上手寫記錄），心跳118次/分，體溫37.6°C，白血球24000/cumm。此時應即懷疑有腸道破裂之可能。

X光片：

醫審會第一次鑑定：

X光片有無顯示腸道內腸氣及糞便，不應做為是否施行灌腸處置之依據。如因甲病人腹脹及便秘而須施行灌腸處置，應經病史、腹部理學檢查及肛門指診後再作判斷為宜。甲病人於急診後所拍第一張胸部X光片無游離空氣，不是診斷消化道破裂之唯一標準。

醫審會第四次鑑定：

腸胃道破裂多久X光片才出現游離氣沒有一定，也不一定會出現游離氣，其機率約為75%。如破裂處在後腹腔、腹腔小窩(lesser sac)，或僅是慢慢穿孔且週邊組織發炎反應良好，侷限游離氣外溢，包住穿孔處則不一定會出現游離氣。（94年9月30日下午5時10分許）胸部X光片可懷疑腹內有游離空氣（左側橫膈下游離氣），但仍難與左下肺發生扁平狀肺塌陷作鑑別診斷。（94年9月30日下午5時8分許）腹部X光片可發現胃、小腸、橫結腸均脹氣，乙狀結腸內有許多糞便、腸壁較厚。第二醫院放射醫師（腹部）X光報告有提及小腸雙層腸壁及腹腔游離空氣，惟其報告確認時間點為95年1月4日10：01及10：05，而檢查時間點為94年9月30日17：57，其間相隔3個月以上。但小腸壁、橫結腸及胃壁均較增厚，且配合胸部X光懷疑左側橫膈下有游離氣，宜懷疑有腸胃道穿孔及腹膜炎情況。



檢驗報告：

醫審會第四次鑑定：

病人於急診處 16：48 之抽血檢查，白血球 24000/cumm（正常 5000~10000）、嗜中性球比率為 87%（正常 60~70%）、發炎指數異常升高（CRP 23.7）。顯示體內有細菌感染，腸道破裂為可能原因之一。

結論：從病史、X光及檢驗報告均足證病人到院時大腸已經穿孔，急診醫師仍將腹痛診斷為糞便引起，屬診斷錯誤。

(四) 是否灌腸導致病情惡化？

被告答辯理由：

甲病人於 94 年 8 月 24 日及同年 9 月 5 日因腹痛、便秘同樣情形，曾至其他醫院急診時，病歷記載亦曾採取灌腸處置。

此次入院時所拍攝腹部 X 光片顯示其腸中確有糞便，因無法排除係糞便積留造成腹痛，為減緩疼痛，故於 94 年 9 月 30 日下午 5 時 30 分許，B 醫師開立醫囑施行灌腸處置。

醫審會第四次鑑定：

是否灌腸，應依整個臨床狀況決定。抽血檢驗報告尚未完成即灌腸，未必有違醫療常規；抽血檢驗報告尚未完成前不立即灌腸，亦未必危及病人生命。灌腸前加作肛門指檢確認直腸有無糞便填塞、給予病人止痛、輸液等處理及積極尋找、確認腹痛其他原因，應更重要。又因急診時，已有主訴在他院進行大腸鏡檢查後發生腹痛，故無論有無確定腹腔內有無游離氣體，均應懷疑其腹痛與大腸鏡檢查有關，而不宜進行灌腸之處置。一般二次 evac 灌腸應不會導致大腸破裂（每次 118 西西，壓力不致太大）。參考病程，其大腸破裂應早已發生，灌腸可能會加重其腹腔污染及症狀。

證人 B 護理師於偵查證述：第一次灌腸後，甲病人憋不住，一百多 cc 灌腸藥劑都從肛門流出來，才再作第二次灌腸等語，可見甲病人於灌腸前並



無大腸破洞情形？鑑定意見為：其灌腸液是否會由腸道破裂處流出，應視該破裂處之位置、大小及灌腸時所施壓力而定，不能以甲病人於接受灌腸處置時，灌腸液立即流出肛門外據以推斷甲病人於接受灌腸處置之際其腸道並無破裂。

結論：急診住院醫師為等待檢驗結果，對X光判讀不夠準確，忽略病人剛做完大腸鏡病史，即認為腹痛是糞便引起而進行灌腸，與病人病情加重有關。

(五) 是否為腸系膜缺血導致自發性腸穿孔引起，與灌腸無關？

醫審會第三次鑑定：

94年10月1日手術中發現本病人小腸有一小段壞死，並非屬於「腸系膜缺血」所造成，因為如係「腸系膜缺血」所造成，將呈許多段或一大片小腸壞死，而非僅一小段壞死。本例病人並無高血脂或心房顫動病史，較不易產生腸系膜缺血。

醫審會第二次鑑定：

一般大腸破裂後約6~8小時沒有手術即會引發敗血症。又如長期休克、血壓偏低，即會引起小腸壞死。

病理發現：切除之大腸病理發現為穿孔及急性發炎反應，並無腸缺血或壞死之描述。切除之小腸，經病理檢驗發現為缺血性壞死。如大腸小腸之病變為同一病因(腸系膜缺血)所造成，則最嚴重之腸道破裂處應有最明顯的目視缺血現象，及病理上呈現缺血性壞死現象（與本例不合）。甲病人腸道缺血現象，可以用大腸穿孔致成腹膜炎及休克後造成之腸系膜循環障礙來解釋。

被告認為病人亦可能為自發性腸穿孔，提出中國中西醫結合外科雜誌2000年10月第6卷第5期篇名「自發性大腸穿孔103例綜合分析」所載「其中發病原因屬排便誘發占24例」，自發性大腸穿孔比例高達23%。



醫審會第三次鑑定：

「自發性大腸穿孔」，是指無外力狀況下之大腸穿孔。今此病人已曾經有大腸鏡檢查及二次灌腸處置，自不符合自發性大腸穿孔之範疇。

結論：病人腸穿孔處組織顯示並非腸系膜缺血病變造成；病人係於做過大腸鏡後穿孔，非自發性穿孔，而與灌腸有關。

(六) 急診主治醫師未親自看病人，可否免責？

被告急診主治醫師辯稱：

- 1.當時係B住院醫師開立醫囑指示對甲病人為灌腸處置，非其所為，並未向其知會。
- 2.灌腸醫囑旁蓋用其職章係因該院規定所有住院醫師醫囑均須蓋用主治醫師職章。
- 3.B醫師屬領有合法醫師執照之醫師，即可獨立執行一般醫療行為。

法院意見：

該院急診科主治醫師工作規定「主治醫師應督導值班住院醫師執行醫務並執行第一線醫療工作」。急診科住院醫師工作規定「住院醫師在主治醫師指導下，負責急診治療之第一線醫療工作」。該院病情說明書載「主治醫師與住院醫師各司權限，各醫療科工作規範皆有條文規定，住院醫師為領有醫師執照的合格醫師，當病患須進行侵入性之治療或檢查或重要決定（如住院、出院、開刀等），住院醫師才須報告主治醫師處理外，可自己執行一般診療與執行醫囑」。且醫師法規定：醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書；醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。

結論：主治醫師對B住院醫師開立灌腸醫囑及對甲病人為灌腸處置行為有監督職責，無法免責。



(七) 是否有延遲手術？

醫審會第四次鑑定：

病人於18：20灌腸，19：15血壓降至104/56 mmHg，20：07更降至66/57 mmHg，發生急性敗血性休克。期間該院急診曾給予心電圖檢查，放置鼻胃管減壓，於19：17申請電腦檢查，19：40病人送入電腦斷層檢查室，21：19完成檢查。

醫審會第一次鑑定：

一旦診斷腸道破裂且有敗血性休克，愈快手術愈好。但當時甲病人血壓太低，上全身麻醉有其高風險。術前充分準備也常常花費時間，其手術時間點應無延遲。

結論：依當時病人狀況及醫師後續處置，應無延遲手術。

(八) 小腸切除吻合處滲漏，導致敗血症死亡？

醫審會第二次鑑定：

病人引流管有污濁綠色液體流出，首當懷疑吻合處滲漏。吻合處滲漏之原因，包括病人延誤就診、營養狀況欠佳或手術疏失。

本案病人從作完大腸鏡至醫院就診之間已超過24小時。如果大腸破裂是在做大腸鏡時已發生，則病人到醫院時，應已有相當程度之腹膜炎。緊急手術後腸道吻合處較易滲漏，其滲漏難以歸咎於手術醫護人員之醫療疏失。

醫審會第三次鑑定：

腸道吻合處滲漏是否應再手術，應取決於滲漏的量、引流是否完全、滲漏造成之腹膜炎或膿瘍是否有效控制及病人當時身體一般狀況是否適合手術，再做決定；原則上應由當時外科醫師與病人或家屬說明討論後再做決定。如果外科醫師建議再手術，而病人拒絕，則可能會使腹膜炎、敗



血症無法有效控制，而惡化致死。

結論：腹膜炎緊急手術後腸道吻合處較易滲漏，其滲漏不能歸咎於手術醫護人員之醫療疏失。

**** 學習重點 ****

- (一) 客觀注意義務的評斷，在於是否依循醫療常規，完成通常情形下，醫師都應進行的必要檢查；如果疏忽而未為，進而導致死傷結果，仍然會追究醫師責任。
- (二) 對於最近有大腸鏡檢查病史的病人，發生腹痛時進行詳盡身體診查、影像檢查、並等待血液檢查報告，以排除穿孔之可能性，屬於醫師必要檢查範圍。忽略此病史，而以一般腹痛處理，未進行進一步檢查，或未等待檢查結果即進行灌腸行為，和病人死亡有相當因果關係。
- (三) 主治醫師應督導值班住院醫師執行醫務並執行第一線醫療工作；醫院急診科工作已規定「住院醫師在主治醫師指導下，負責急診治療之第一線醫療工作」，即便住院醫師有合格醫師執照，亦不能免除主治醫師的監督責任。
- (四) 主治與住院醫師間責任分配涉及醫療分工，合理劃分醫療人員在專業領域所負擔的注意義務，避免參與者負擔過重的注意義務，以提升效率。醫療分工的型態依據指揮監督的有無分為：
 - (1) 水平分工（無監督關係）：水平分工通常可主張信賴原則。
 - (2) 垂直分工（有監督關係）：垂直分工則因為有監督的義務，而無法一律主張信賴原則；又依醫院的內部規定，主治醫師對住院醫師有監督之責。故住院醫師單獨進行灌腸之不適當侵入性醫療行為導致病人傷害或死亡，主治醫師無法依信賴原則免除責任。
- (五) 醫療行為之定義，非僅關乎個人行為，並涉及到醫師及其他醫事人員執業範



圍之界定，關係到病人及其家屬與醫師或醫療機構間權利義務之事項，並影響訴訟結果。

**** 註：本案判決解析 ****

本案急診主治醫師、住院醫師俱有過失，造成被害人死亡之結果，被害人本身亦有延遲就醫之過失，手術後又發生吻合處滲漏致腹膜炎、敗血症無法控制致死，兼衡醫療行為具有高度風險，且被告二人已於本院審理中與被害人家屬成立和解並進行賠償，均已付清。故住院醫師處有期徒刑二個月，主治醫師處有期徒刑一個月，均可易科罰金。



婦產科案例一

** 案情概要 **

甲病人，女性，70年出生，最後月經為99年9月14日，於99年10月20日因自驗懷孕呈陽性反應且合併陰道出血兩天至第一婦產科診所就診，由A醫師診視，經超音波檢查發現子宮內膜增厚，但未見子宮內懷孕，驗孕呈微陽性反應，A醫師診斷為不可避免之流產，給予安胎藥物（Protanon 1顆，每日3次，3日份）。陰道出血至10月29日較嚴重。11月5日甲病人再次因陰道出血至第一診所就診，A醫師同樣診斷為不可避免之流產(此次無超音波檢查之病歷記載)，安排甲病人接受子宮內容物搔刮術及裝置避孕器，術中取出少量子宮內膜組織，但未見送檢病理檢查之紀錄及報告。

11月14日甲病人因腹痛一天再至第一診所就診，身體檢查呈左下腹壓痛，超音波檢查無異常發現，A醫師診斷為骨盆腔發炎，給予消炎止痛藥物5日份。11月19日甲病人再度因腹痛及陰道出血至第一診所就診，A醫師亦診斷為骨盆腔發炎，移除避孕器，並給予消炎止痛藥5日份。11月28日病人因下腹劇痛至第二醫院就診，由B醫師診視，身體檢查發現甲病人下腹壓痛，第二醫院婦產科超音波檢查發現腹腔內液體積留，但未見子宮內、外有懷孕現象，診斷為疑似子宮外孕，緊急施予腹腔鏡手術，術中發現左側輸卵管懷孕，出血量250西西，予以左側輸卵管切除，術後病理報告證實為輸卵管懷孕。

病人認為A醫師延誤診斷致輸卵管切除，故提出告訴。



** 問題爭點 **

- (一) 子宮外孕會對孕婦造成如何之風險？為確保孕婦安全，懷孕階段需否檢查孕婦有無子宮外孕情形？
- (二) 子宮外孕發生之初期症狀及病徵為何？腹痛及出血是否為可能病徵？子宮外孕之輸卵管是否一定會有腫大情形？是否易於發現？依照目前之醫學技術，有哪些方式可以驗出子宮外孕？於症狀發生之初期，如施以超音波檢查及驗孕結果，是否可診斷出子宮外孕之情形？
- (三) 子宮外孕與不完全流產之初期症狀是否相同？若患者主訴因流產而出血，經醫師進行超音波檢查及驗孕結果後判斷為不完全流產，有無違反醫療常規？
- (四) 於子宮外孕症狀發生之初期，A醫師如施以超音波檢查及驗孕結果，未發現孕婦子宮內有胚囊存在，亦未發現輸卵管腫塊及腹腔出血，而未診斷出屬子宮外孕之情形，是否有違醫療常規？
- (五) 本案甲病人於99年10月29日、99年11月5日、99年11月14日、99年11月19日先後前往A醫師診所就診，依當時之醫療常規，被告應如何處置？
 - (1) 本案甲病人驗孕得知懷孕，因腹痛、出血就診，是否主訴因流產而陰道出血？被告A醫師有無為原告甲病人進行超音波檢查？是否未發現甲病人子宮內有胚囊存在？是否未發現甲病人輸卵管腫塊及腹腔出血？A醫師未診斷出甲病人為子宮外孕，而判斷為不完全流產並施以子宮清除手術，被告A醫師之診斷及治療有無違背醫學常規？
 - (2) 本件依甲病人至被告A醫師就診之病歷資料，甲病人之前是否曾因流產而至A醫師診所診療？如是，其就醫日期為何？甲病人之前之就診紀錄是否會影響被告A醫師之診斷？
 - (3) 本件被告A醫師係於何時為原告甲病人施行子宮清除手術？被告A醫師經歷子宮清除手術、裝置避孕器，甲病人仍然腹部疼痛出血(於99年11月5日裝置避孕器；於99年11月14日，甲病人因腹痛及下體出血回診，A醫



師給予甲病人止痛藥劑；於99年11月19日，甲病人因腹部不適就診，A醫師將避孕器取出)，依照醫學常規，A醫師僅給予止痛藥劑，未進一步檢查腹部疼痛及出血之原因所在，有無違背醫學常規？

** 鑑定意見 **

- (一) 子宮外孕可能會對孕婦造成腹腔出血、休克，嚴重可致死亡。為確保孕婦安全，懷孕初期的確應注意孕婦有無子宮外孕之可能。
- (二) 依據婦產科超音波學一書說明，子宮外孕之臨床表現，可能只是輕微出血，也可能是腹腔內出血導致休克。傳統之臨床三大表現為：腹痛、不正常陰道出血、骨盆腔腫塊。然而約僅有45%子宮外孕病人有此三大表現，其他臨床表徵，包括無月經，陰道持續出血等。部分病人由於初期症狀並不明顯，可能到外孕之部位破裂，才被診斷出來。

輸卵管之子宮外孕，隨著懷孕週數會有不等程度腫大。大多數病例其輸卵管壁會腫大增厚，內含血塊，形成一個骨盆腔腫塊，但並非所有子宮外孕均能有此典型發現，若以腹部超音波更難診斷。據統計，以腹部超音波診斷子宮外孕，其偽陽率達3~30%，偽陰率為2~35%。

依照目前醫學技術，對於輸卵管妊娠之處理，可以使80%以上在輸卵管未破裂之前即接受治療，主要在於人類絨毛膜性腺刺激素(HCG)值之定量測量，超音波檢查及腹腔鏡。腹腔鏡檢查主要在不能確定診斷或是要以腹腔鏡治療時為之。

於症狀發生之初期，若尿液驗孕結果呈陽性，但超音波之下未見子宮內外有懷孕徵象，應持續以超音波追蹤，以排除子宮外孕或流產之可能，同時可加驗血清中之人類絨毛膜性腺刺激素(HCG)值的定量測量。

- (三) 子宮外孕子宮內膜亦會受到荷爾蒙刺激而產生反應，也可能會有類似不完全



流產初期之陰道出血症狀，超音波底下有時亦可見類似子宮內懷孕之偽妊娠囊，會誤導臨床醫師之判斷，而將其視為不完全流產。本案甲病人於99年10月20日第一次就診（最後月經為99年9月14日），A醫師經進行超音波檢查及驗孕結果後判斷為不完全流產，為可接受之診斷。但16天後(11月5日)，病人再次因陰道出血至第一診所就診，A醫師同樣診斷為不可避免之流產，為病人進行子宮內容物搔刮術及裝置避孕器，術中僅取出少量之子宮內膜組織，並未確認有懷孕組織，此時即應懷疑子宮外孕之可能，應進行追蹤及鑑別診斷。否則，即有違醫療常規。

- (四) 子宮外孕初期，當病人呈現月經延遲、腹痛及出血等症狀時，A醫師於超音波未見子宮內外有懷孕之徵象，不易診斷出子宮外孕，尚符合醫療常規。惟症狀如持續未改善，仍應提高警覺鑑別診斷，進一步進行人類絨毛膜性腺刺激素(HCG)值的定量測量追蹤，小心排除子宮外孕之可能。
- (五) 依據病歷紀錄，甲病人於10月20日是因自驗懷孕且合併陰道出血兩天，至第一婦產科診所就診。11月5日是因陰道出血。11月14日因腹痛一天。11月19日病人再度因腹痛及陰道出血至第一診所就診，均無記載甲病人是因自己主訴流產而陰道出血就診。

病歷上，A醫師僅於10月20日為病人進行腹部超音波檢查，其他就診日期均無相關紀錄。此次腹部超音波檢查發現子宮內膜增厚，但未見子宮內有胚囊存在，亦未發現甲病人有輸卵管腫塊及腹腔出血。

目前子宮外孕超音波診斷以陰道超音波為主，以腹部超音波診斷子宮外孕，初期檢查不出之比率可高達35%。當A醫師於11月5日對病人診斷為不完全之流產，進行子宮內容物搔刮術及裝置避孕器，術中取出少量之子宮內膜組織，但未見病理檢查報告。雖然子宮搔刮術可幫助鑑別診斷，但應於刮出物確定有絨毛組織或將組織送病理檢查，以排除子宮外孕之可能。

依據病歷過去紀錄，甲病人曾於92年12月及96年4月兩度因陰道出血合



併先兆性流產而至第一婦產科診所診療。但每次懷孕均應視為個別事件，之前就診紀錄或診斷，不該影響A醫師本次之診斷。

A醫師係於99年11月5日為病人施行子宮清除手術。其後病人仍然腹部疼痛出血，A醫師均診斷為骨盆腔發炎，僅給予止痛藥劑，未進一步檢查腹部疼痛及出血原因所在。依醫療常規，子宮外孕之診斷在早期有時相當困難，因此，對生殖年齡之女性病人，如有腹痛、不規則陰道出血、月經過期等現象，則必須隨時想到子宮外孕之可能，需進一步檢查腹部疼痛及出血原因，與醫療常規，尚有未合。

※※ 學習重點 ※※

- (一) 子宮外孕並不少見，其發生率有逐年增加趨勢。根據美國一篇報告子宮外孕發生率約2.1 % (Van Den Eeden et al., Obstet Gynecol 2005;105:1052)。
- (二) 利用陰道超音波檢查，於妊娠4週多至5週左右應可看到子宮內妊娠囊，若使用腹部超音波檢查則可能會晚一週左右。因此若病人月經週期正常，但超過此妊娠週數超音波檢查未看到子宮內懷孕之妊娠囊，就要考慮是否有子宮外孕之可能。此外血清中之人類絨毛性腺刺激素(HCG) 若已高於1500~2000 IU/L，而超音波檢查尚未看到子宮內懷孕之妊娠囊，子宮外孕的可能性亦明顯增加 (Barnhart et al., Obstet Gynecol 1994;84:1010)。
- (三) 只有病歷詳實紀錄，才能呈現確實診療過程。本案醫師提及病人自己主訴流產而陰道出血，但病歷均未描述；腹部超音波檢查也僅於10月20日病歷記載，其他日期均無相關紀錄。
- (四) 本案醫師於11月5日對病人診斷為不完全之流產，為病人進行子宮內容物搔



刮術及裝置避孕器，術中取出少量之子宮內膜組織，但未送病理檢查。當病人持續有陰道出血，或超音波底下子宮內有不明物時，雖子宮搔刮術可幫助鑑別診斷，但應將組織送病理檢查確定是否有絨毛組織，以排除子宮外孕之可能。

- (五) 依照醫療常規，子宮外孕之診斷在早期有時相當困難，因此對於生殖年齡之女性病人，如有腹痛、不規則陰道出血、月經過期等現象，必須隨時想到子宮外孕之可能，有必要進一步檢查腹部疼痛及出血原因。



婦產科案例二

** 案情概要 **

甲產婦，女性，54年出生，產婦本身有慢性鼻炎之病史。懷孕過程於第一婦產科醫院產檢，因雙胞胎及胎位不正，產婦於98年12月18日12：14由A醫師剖腹生產，麻醉方式為半身麻醉，產下2男嬰(體重分為2500克及3500克，Apgar score 1分鐘及5分鐘，均分別為8分及9分)。12月19日產婦有嘔吐現象，且之後出現鼻塞、胸悶、喘及血壓上升(21：00血壓為170/90 mmHg)情形，醫護人員給予降血壓藥(Apresoline)及抗組織胺等藥物緩解症狀。12月20日02：產婦又出現鼻塞、喘及血壓上升(170/110 mmHg)情形，醫護人員給予降血壓藥物(Apresoline、Lasix)及抗鼻塞藥物(CTM)治療。02：30產婦覺得症狀有改善。但是03：25產婦不適症狀又出現，且變得焦躁不安。03：50產婦血壓上升高達182/112 mmHg，並出現指甲發紺、呼吸困難，醫護人員再次給予降血壓藥物(Apresoline)，此時A醫師覺得產婦必須轉診到大醫院做進一步的檢查。A醫師撥打三家救護車電話均無人回應，同時護士並撥打119。凌晨4點多推產婦到門口，發現119沒到，剛好有計程車在門口，為了爭取時間就上了計程車，在A醫師和護士陪同下將產婦送往第二醫院急救。剛推出第一婦產科醫院門口時產婦還有意識，但一上計程車後很快就沒有意識，還有微弱呼吸。產婦到達第二醫院急診時已無心跳，腦部電腦斷層檢查顯示hypoxic-ischemic encephalopathy (缺氧性腦病變)。當日轉入加護病房，於99年1月25日因敗血性休克及缺氧性腦病變在第二醫院死亡。

【解剖報告】

顯示直接引起死亡之原因為敗血性休克；其先行原因為敗血症及缺氧性腦病變。



** 問題爭點 **

- (一) 被害人所生不適之症狀，是否為羊水栓塞或其他病症之徵狀？
- (二) 又被告A醫師於發現被害人有不適之情形，未做進一步詳細之檢查，其醫療行為是否有醫療疏失？又被告A醫師於將被害人送醫前，未以供氧設備給予氧氣，緩解呼吸不順之情形，其行為是否已有疏失？

** 鑑定意見 **

- (一) 羊水栓塞是一無法預防之產科急症，其臨床表現非常多樣化，常見症狀為突發之呼吸困難、心跳變慢，然後急速惡化至心肺功能衰竭；也可能出現中樞神經缺氧、神智不清，最後導致昏迷。本案產婦於剖腹生產後，突然呼吸困難，不久後意識不清，其為非特異性的症狀，但可能為羊水栓塞之臨床表現；而其他疾病，如：妊娠毒血症、急性肺水腫等，亦可能有此類似症狀表現。
- (二) A醫師於發現產婦有不適之情形後，當時有給予藥物和聽診，但未記載有做進一步詳細之檢查。以一般醫療處理原則而言，醫師應先以供氧設備給予氧氣，以緩解其呼吸不順之情形。
倘係羊水栓塞，因很難預防，死亡率又極高，但如醫師未作進一步詳細之檢查，雖與其死亡難認為有因果關係，但其醫療作為仍難脫疏失之嫌。又產婦因出現不適症狀，且呼吸困難，始給予轉院治療，在轉院過程中，未給予氧氣供氧，亦難脫疏失之嫌。



** 學習重點 **

- (一) 羊水栓塞，因很難預防，診斷主要依臨床症狀有不明原因之突發性低血壓、缺氧、和消耗性凝血不全。此外，亦可能伴隨胎兒窘迫，肺水腫、發疳、呼吸急促或癲癇 (Williams Obstetrics, 23e Cunningham et al., ed, McGraw-Hill, 2005, pp788-790)。
- (二) 羊水栓塞急救原則，除了心肺復甦術以外，最重要就是氧氣供應，大量點滴支持循環和輸血，必要時需插管並供給氧氣 (Williams Obstetrics, 23e Cunningham et al., ed, McGraw-Hill, 2005, pp788-790)。
- (三) 羊水栓塞死亡率可高達60~90% (Clark et al, Am J Obstet Gynecol 1995;172:1158; Weiwen Y, Obstet Gynecol 2000;95:385)。





小兒科案例

** 案情概要 **

甲病童，82年3月5日出生，於85年7月29日14：00因嘔吐、肚子痛，先至第一中醫診所就診，經服藥無效，於21：00左右又因嘔吐及肚子痛，被送至第二地區醫院醫治，由A醫師診治，經注射Buscopan 1/2Amp，並給予以止吐、消除腹脹藥物。在7月30日01：00又嘔吐、腹痛，並於02：05送至第三醫學中心小兒科急診室，由B醫師診治。病歷記載甲病童體溫攝氏35.8度，身體檢查正常。在腹痛的診斷之下，照腹部X光、灌腸後，觀察2小時後於04：30返家。

同日07：30再度嘔吐，故送至第四區域醫院住院，由C醫師負責診治，僅做腹部超音波檢查發現腸蠕動減低，診斷為急性胃腸炎，給予抗生素、消脹氣藥、止嘔吐藥等，未作其他檢驗或檢查。於7月31日09：00出院。於11：00再嘔吐，家長準備送至第五醫院看病，但在路上已全身無力、臉色發白、嘴唇發紫，緊急送至第六醫院，惟於半途即已死亡。

家屬認為第三醫學中心及第四區域醫院有疏失，故提起告訴。

【解剖報告】

高等法院法醫中心解剖鑑定，發現心臟內膜、心肌、腎臟、淋巴腺、腦部、腎、肺均有發炎現象與細菌感染。心臟包膜呈瀰漫性粘連，心內膜部分失去光滑，並粘有壞死組織，顯微鏡下可見淋巴組織增生，腎臟充血局部發炎組織，腦部局部腦膜增厚，並伴有急慢性發炎細胞出現，肺部充血，呈現肺炎。認為甲病童係因細菌感染造成敗血症休克而死亡。



** 問題爭點 **

(一) 第一次鑑定

- (1) 死因為何？無細菌培養結果如何推論細菌感染至敗血症？急性感染嗎？

(二) 第二次鑑定

- (2) 第三醫學中心及第四區域醫院醫師之醫療行為，有無過失？

(三) 第三次鑑定

- (3) 體溫35.8度是否為異常？當時處置是否有疏失？
- (4) 細菌感染敗血症之存活率若干？B醫師縱做關於感染之檢查能否挽救其生命與判斷該項檢查，與死亡結果之發生有無直接因果關係至有重要關係？
- (5) 法醫中心未作相關之細菌培養，是否可徒憑死者多種器官出現發炎現象，推定死者死亡主因為細菌感染敗血症死亡？

(四) 第四次鑑定

- (6) 甲病童自85年7月29日病狀出現腹痛嘔吐至85年7月31日死亡前數小時，其臨床上出現之症狀皆為腸胃炎（腹痛及嘔吐）的表現，未曾出現任何敗血初期之典型徵象發燒、冷顫、呼吸急促、心跳加快、意識模糊等，甲病童在第三醫學中心當時之臨床症狀均無顯示有細菌性敗血症之徵候，且又缺乏血液或組織細菌培養之直接證據下，如何能夠僅依解剖發現甲病童多處器官有急慢性發炎反應之結果，即認定甲病童之唯一死因為細菌性敗血症休克所致，其依據何在？二者間之關聯性如何？
- (7) 依卷附症病歷表及解剖報告所示，甲病童在症狀出現初期，有無可能病毒感染階段，而以急性腸胃炎之症狀出現（嘔吐及腹痛）後再引發病毒性



敗血症而導致死亡？或可能係因病毒性急性心內膜炎(Acute endocarditis)引起甲病童猝死？或先有病毒感染，後再有續發細菌感染(Secondary bacterial infection)引發死亡，而非自始即為細菌性敗血症休克而致？若為前述原因所造成之死亡，依甲病童之臨床症狀，被告B醫師是否事先預見而避免？

- (8) 若甲病童經醫師就臨床之症狀評估及理學檢查之結果發現甲病童之體溫正常、皮膚溫暖、呼吸規則、心跳正常、活動力佳，僅腹部X光檢查有大便屯積，有上述之情形時，依一般之醫療常規，通常醫師是否有必要對甲病童做抽血檢查為細菌培養，或是否能夠事先預見為細菌性敗血症，而預先對甲病童做抽血（白血球、血液培養）之處置措施？

** 鑑定意見 **

(一) 第一次鑑定

因由卷證中無法辨明甲病童之致病原因，究係細菌性或病毒性感染，及其發病到醫院求診的期間，故無法鑑別疏失責任。

(二) 第二次鑑定

- (1) 根據第二醫院病歷紀錄，A醫師紀錄甲病童患腹痛、嘔吐，無任何身體檢查紀錄，僅給予症狀治療，故無法確知甲病童病情之嚴重程度。
- (2) 根據第三醫學中心病歷紀錄，甲病童體溫 35.8°C ，症狀為反覆腹痛及嘔吐兩次，身體檢查屬正常，故診斷以腹痛，僅給予灌腸治療。體溫過低可能係嚴重感染之表現，因未做任何有關感染的檢查，僅做腹部X光無法判斷。依據解剖所見……這些變化雖無細菌培養的直接證據，但也符合嚴重細菌感染的結果，臨床上應有其他症狀徵候。



- (3) 根據第四區域醫院病歷紀錄，甲病童在住院期間僅做腹部超音波檢查，發現為腸蠕動減低，但未做其他檢查，以致甲病童罹患嚴重的疾病，卻未能及時診斷。

綜合以上，第三醫學中心及第四區域醫院醫師均未能及時做必要的檢查及檢驗，以致甲病童因細菌感染嚴重而致敗血症死亡，顯有疏失。

(三) 第三次鑑定

- (1) 依據第三醫學中心甲病童之病歷紀錄，7月30日02：00到達該院時之體溫為口溫35.8°C，仍屬較低體溫。甲病童在該院觀察2小時25分鐘未測量脈搏、呼吸及血壓，僅做腹部X光攝影及灌腸處置後回家。五小時後，又因嘔吐，於07：30送至第四區域醫院住院，仍以急性胃腸炎醫治，於7月31日09：00出院，卻於二小時後，因全身重要器官均有發炎現象而死亡。可見甲病童到達第三醫學中心及第四區域醫院時，病況應該已相當嚴重，但在第三醫學中心急診室中觀察2小時餘，及在第四區域醫院時均未見有心跳、呼吸測量及血壓測定，實有疏失。
- (2) 細菌感染造成敗血性休克，根據「Nelson Textbook of pediatrics」記載，依其感染的部位及不同器官的侵犯，及致病菌的不同而有所差異，其最高死亡率可高達40~60%。如果做有關感染之檢查，如白血球、發炎反應、細菌培養，或呼吸、心跳、血壓等測定，發現有感染跡象或休克等現象時，則可提供醫師做為使用有效抗生素的依據，或有可能挽回病童之生命。
- (3) 在細菌感染造成敗血症、休克等，從病患血液或組織中，無法百分之百培養出致細菌，根據肉眼及顯微鏡檢查，發現死者的心臟、肺臟、小腸、淋巴腺、腦部等均有發炎現象與細菌感染，這些均與敗血症吻合。



(四) 第四次鑑定

- (1) 依常理推論，如此嚴重的病情，在早先幾個小時內完全沒有跡象可循的機會很小。若第三醫學中心於甲病童留院觀察期間，又第四區域醫院於甲病童到達後及住院中監測病童體溫、呼吸、心跳、血壓等生命徵象及完整的身體檢查，應可及早發現病童之問題而提早處置。

甲病童症狀主要為腹痛、嘔吐、虛弱與一度出現體溫過低，確實與急性腸胃炎相似。但本案有一些表現與一般急性腸胃炎不同，包括無明顯腹瀉且嘔吐持續時間太久。但臨床表現卻也不是「典型的」敗血症；如缺乏發燒、躁動、呼吸急促等較常見的徵候。由解剖發現全身急、慢性發炎反應、心包腔瀰漫性粘連看來，甲病童應是罹患亞急性或慢性感染，由於感染持續漫延及心臟受到影響造成腸道缺血而表現出腹痛與嘔吐。

- (2) 甲病童應是罹患亞急性或慢性全身感染，由於感染持續漫延，心臟受到影響而死亡。甲病童應非死於急性細菌性感染所造成之敗血性休克。
- (3) 若甲病童體溫正常、皮膚溫暖、呼吸規則、心跳正常、活動力佳、則無法預見嚴重感染或敗血症，且無須做細菌培養。但本案解剖發現全身急慢性發炎反應、心包腔瀰漫性粘連，整個疾病應已進行至少2天以上。甲病童被B醫師及C醫師診治時，應已有一些徵候暗示有隱藏更嚴重的問題，應及時做必要之檢查。
- (4) 前次鑑定意見中，認定B醫師及C醫師有所疏失，主要是認為其未能提早發現甲病童之異狀，以致喪失治療先機。而此項認定的依據主要是：
 1. 甲病童到B醫師及C醫師等求診時已經過二至三位醫師診治不見效，仍未提高警覺性，而草率診治，結果甲病童自就醫至死亡只有短短的二日的時間。
 2. 解剖報告發現多重器官確實有發炎現象。



3. 甲病童就醫時應該有腹痛與嘔吐以外的異常現象。
4. B醫師及C醫師未能機警地仔細探索甲病童的異狀，包括沒有在測得體溫是35.8°C時測量並紀錄心跳、血壓、呼吸等等，也沒有作血液檢查，包括血球數目及細菌培養等等，在甲病童留院觀察中也沒有再次診視甲病童的紀錄或再次測量並紀錄心跳、血壓、呼吸狀況等等。
5. 但平心而論，本個案為十分困難的病例，雖有全身性發炎及心臟發炎，但臨床表現不顯著且以腸道不適為主要表現，無法在一次門診即迅速診斷是可諒解的。但二位醫師在診治甲病童時，並沒有執行任何檢驗包括血球、發炎指數等，臨床觀察也不詳盡，難謂已善盡所有該注意之事項。

** 學習重點 **

- (一) 臨床上對於同一病程數次就醫的病人，一定要提高警覺，前一位醫師的診斷雖可供參考，但自己一定要再次詢問病史、仔細檢查與確認，才可以減少被誤導的可能。
- (二) 詳實的病歷記載：應該詳實紀錄病人的身體檢查結果、病情變化、治療反應以及病情解釋等，對於各項檢查或處置，適應症、同意書、步驟記錄等等，也應完備。醫事鑑定就是以病歷記載為鑑定依據，不應忽視病歷的重要性。
- (三) 仔細的病史詢問與身體檢查：許多疾病的診斷，靠醫師的『五到』：口到、眼到、手到、耳到、心到，就足以診斷—這也就是臨床診斷的基本技能：詳細的病史詢問與身體檢查。仔細的身體檢查，往往就是正確診斷的利器。身體檢查應該確實執行並記錄，尤其要注意生命徵象，特別注意意識



狀態、心跳、血壓、心音、膚色是否正常，並對異常處做進一步的追蹤或鑑別診斷。

(四) 切記不可『頭痛醫頭、腳痛醫腳』：許多醫師會犯一個錯誤，面對頭痛的病人，只考慮腦部的問題，面對腹痛的病人，只想消化道的異常，而無法做出正確的診斷。臨床上若能多思考一下，或是小心地做完整的身體檢查，常常就能真相大白，正確找出病因。很多醫師作身體檢查，只侷限在有症狀的系統，例如腹痛、嘔吐，只想到腸胃問題，只作腹部的檢查，有的連聽診都沒作。其實這些雖是腸胃症狀，也會由其他器官的病變引起，例如心肌炎、肺炎合併膿胸、心律不整、糖尿病酮酸中毒等，也常以腹痛、噁心、嘔吐來表現。腦炎、腦膜炎、腦瘤也會以嘔吐來表現。任何原因引起休克、血液灌流不足，也會以腸胃症狀來表現。所以身體檢查是很重要的一環，若是能好好做完身體檢查，也許可以得到一些線索進而安排一些檢驗，就可以得到正確的診斷。

(五) 本案實為一心肌炎的個案，急性心肌炎初期症狀與感冒類似，臨床上常有以腸胃炎症狀表現者，但往往病程進展迅速，大部分的病童很快就呈現心臟衰竭的症狀，嚴重者可突然死亡，死亡的病例一般在發病一週內發生，死亡率高，因此稍不留意就會惹上醫療糾紛。若覺得小朋友不對勁就應小心排除此診斷，身體檢查需特別注意意識狀態、心跳、血壓、心音、膚色是否正常。

**** 註：本案判決解析 ****

(一) 關於死因：採用第四次醫審會所為之鑑定，因為其係就解剖之結果，及先前之三次鑑定結論，作更深入嚴謹之修正，故被害人之死亡原因，應以第四次之鑑定結果。



被害人之死亡原因，歷經多次鑑定：

1. 第一次由法醫中心鑑定結果，認為係菌血症及敗血症所造成
2. 第二次及第三次，由醫審會鑑定，均認為係細菌感染嚴重致敗血症死亡
3. 第四次亦由醫審會鑑定，認為罹患亞急性或慢性全身感染，由於感染持續漫延，心臟受到影響而死亡，並非死於急性細菌性感染所造成敗血性休克。
4. 本院前審依被告之聲請，送請鑑定機構鑑定，依該院鑑定報告書鑑定結論所載「死者係有潛在性的心臟血管閉鎖性阻塞的疾病（可能是川崎氏病所致），加上細菌性感染而最後造成敗血性休克死亡」，此結論與上述前三次之鑑定意見略同。

(二) 應注意而未注意之情事：依被告之醫師專業，有注意詳加檢查及檢驗之義務，而又無不能注意之情狀，竟疏未注意，仍以急性腸胃炎處置，未作其他必要之檢驗（包括血球、發炎指數等），難謂已善盡所有該注意之事項。

被害人之症狀主要為腹痛、嘔吐、虛弱及一度出現體溫過低，雖與急性腸胃炎相似，但有部分表現與一般急性腸胃炎不同，包括無明顯腹瀉且嘔吐持續時間太久，而係罹患亞急性或慢性感染，由於感染持續漫延及心臟受到影響，造成腸道缺血，而表現出腹痛與嘔吐等情，有上述醫審會第四次鑑定書足憑。被害人自就醫至死亡，僅有二日時間，就解剖發現全身急慢性發炎反應，心包腔瀰漫性粘連，整個疾病應已進行二日以上，被告診治時，應已有一些徵候暗示有隱藏更嚴重之問題，而應及時作必要之檢查。被告自承被害人之母有告知之前在第三醫學中心就醫無效，而被害人之症狀，又與急性腸胃炎不盡相同，依被告之醫師專業，有注意詳加檢查及檢驗之義務，而又無不能注意之情狀，竟疏未注意，仍以急性腸胃炎處



置，未作其他必要之檢驗（包括血球、發炎指數等），難謂已善盡所有該注意之事項。依第四區域醫院之病歷表所載，被告檢查被害人之生命現象正常，體溫正常，意識清楚，但被害人出院不足五小時即死亡，亦證其全身感染已極嚴重，是被告於被害人住院觀察期間，所為之臨床檢查，顯然不確實。被告如作有關檢查，如白血球、發炎反應、細菌培養或呼吸、心跳、血壓等測定，發現有感染跡象、或休克等現象時，則可使用有效抗生素，或有可能挽回被害人之生命，仍認為係被告臨床上之疏失。

(三) 疏失與死亡有相當之因果關係

查被告醫師，係從事醫療業務之人，其為病童診治時，未盡其應注意詳加檢查治療之義務，致使病童之全身發炎，漫延及心臟發炎死亡，則被告之疏失與王童之死亡，有相當之因果關係，自應負業務過失致人於死刑責。





小兒外科案例

** 案情概要 **

甲病童，女性，81年出生，於84年11月初因多次腹痛，經第一區域醫院初步診斷為總膽管囊腫。84年11月7日至11月10日在第二醫學中心進一步檢查確定是總膽管囊腫。於11月22日接受A醫師手術，手術約四小時，切除囊腫和膽囊(膽囊附著在囊腫上必須切除)，再以闌尾銜接和十二指腸完成膽道的重建，並放置引流管，手術、麻醉和在恢復室的過程順利。術後甲病童有腹痛、脹氣及發燒現象，醫師給予止痛和退燒藥，在腹部擦萬金油助排氣，並換藥檢視傷口和引流。11月25日(手術後第三天)已排便，並下床活動。依據護理紀錄，當日09:00、13:00引流管引流量增多且帶血色，16:30燥動不安及偶嗜睡，引流量更多，至17:30換紗布三次，17:40甲病童意識不明，臉色蒼白、燥動，心跳、血壓量不到，經急救至18:45死亡。家屬認為甲病童術後三天中多次向醫師陳述腹脹傷口旁有硬塊，醫師僅囑咐塗萬金油，沒有聽診觸診或照X光，顯然疏於照顧導致死亡。

【解剖報告】

腹腔內有350西西血液。腦有缺血、水腫現象，支氣管中有微量黏液物，心臟尚正常。高等法院檢察署法醫中心認為：出血與死因有關，但非唯一原因，腹膜炎也可能有關。



** 問題爭點 **

- (一) 死因為何？若為出血死亡，出血時間點的推測為何時？
- (二) 手術過程有無疏失？
- (三) 術後照顧有無疏失？

** 鑑定意見 **

(一) 第一次鑑定

- (1) 死因：從解剖照片看來並沒有明顯膿性腹膜炎，傷口附近有局部性炎性反應不會造成死亡。甲病童是死於腹內出血而不是腹膜炎。
- (2) 手術後二天引流出的液體都是淡黃色，同時尿量多，應無內出血現象。術後第三天9時才有紅色液體流出，且引流量逐漸增加。推斷腹內出血時間在09：00到17：40之間，如能及早發現腹內出血，早點輸血，可避免休克和死亡。所以醫院和醫師術後照顧不周，確有疏失。

(二) 第二次鑑定

- (1) 甲病童死因為腹內出血而非腹膜炎（同第一次鑑定意見）。
- (2) 出血時間，因病歷記載醫師部份不多，術後亦無抽血及X光報告，只能依護理紀錄來推斷：11月25日當時9時許，心跳136次/分、呼吸37次/分，引流管容易滲輕度黃紅色引流液（顏色顯示為一般腹水顏色），甲病童並可下床活動，顯示當時應未大量出血；13時許，同一位護理師的護理紀錄僅記載亦為引流管容易滲黃紅色引流液，班內換藥二次，心跳128次/分、呼吸34次/分，尚穩定，但甲病童處於睡眠狀態，意識難判定；於16：30心跳126次/分、呼吸32次/分，仍無大變化，但甲病童顯有燥



動不安、偶嗜睡現象，引流量增多及淡紅色出現（不同護理師的護理紀錄），此時似已開始呈現血壓偏低現象；於17：40突然意識不清，燥動不安及臉色蒼白，血壓心跳量不到，即開始急救，至18：45宣布死亡。依上述紀錄，甲病童開始滲血時間應在13時以後，而大量出血時間應在16：30之前。若當發現甲病童病況改變時（16：30~17：40）能立即行剖腹探查手術及給予輸血等措施，應可挽回甲病童生命。

- (3) 甲病童腹內出血原因：因甲病童在11月25日中午以前，與一般甲病童術後第三日情況相似（已排便、可下床活動，心跳、呼吸穩定，有腹脹、腹痛等現象），故出血原因應與「手術不當」無關；由事件發生之過程來看，可能因腹內止血處之綁線或電燒止血血塊之脫落，造成血管大量出血有關。

(三) 第三次鑑定

本案之醫療過程應有疏失之處（詳見前二次鑑定意見）。至於其疏失責任之歸屬，應查明事實認定。

(四) 第四次鑑定

- (1) 甲病童於84年11月25日13：00前之脈搏並無異狀，換藥時亦無發現異狀；這種狀況並不能排除甲病童有慢性出血之可能，因慢性之出血，有時並不會導致心跳加快、血壓降低等現象，另引流管之放置，並不一定能引導腹腔內之積血流出，故引流管無異狀也不一定代表腹內無出血。故此種狀況不能斷定腹腔內無慢性出血，亦不能排除其後有急性出血之可能性。
- (2) 解剖報告並未發現有接頭或縫線脫落之情形，此只表示開刀當中該有的止血動作均沒有失誤，但血管經燒灼止血後，並不會有線頭可以看到，故此解剖報告並不排除有出血的可能性，另膽管囊腫手術後合併急性膽



管炎，不易導致腹腔內出血，與此甲病童之情況不同。

- (3) 手術後脈搏較正常較快有很多原因：傷口疼痛、感染、發燒、出血、水份不足等均可能造成脈搏加快，因此，單獨脈搏加快並不能斷定與漸進性出血有關。此甲病童腹腔內出血之可能性很多，吻合處滲漏、止血處綁線脫落、或電燒止血血塊脫落之可能性皆有，惟解剖報告已排除有接頭或縫線脫落情形，故以電燒止血後血塊脫落之可能性較高。

(五) 第五次鑑定

- (1) 甲病童被推斷於84年11月25日（星期六）09：00至17：40之間發生腹內出血。值班護理師以甲病童生命徵象正常而未通知醫師，應屬正常措施。
- (2) 依據病歷護理紀錄之記載，84年11月25日13：00之後至17：30（失去意識之前10分鐘），護理師曾多次為甲病童更換傷口敷料，且在這些時後生命徵象尚稱正常。17：40醫護人員再被告知時已是失去意識，失去血壓，就立即開始急救並通知值班醫師處理，但急救至18：45仍急救無效並宣布死亡。此段時間中幾乎完全沒有生命徵象，不可能行剖腹探查手術。雖沒有輸血但也有給予各種之靜脈輸液、置放氣管內管、使用強心劑等治療。故就急救部分值班醫護人員應已經盡到照顧之責任。

** 學習重點 **

- (一) 詳實的病歷記載：本案因病歷記載醫師部份不多，只能依護理紀錄來推斷，建議醫師們還是應該詳實紀錄病童的身體檢查結果、病情變化、治療反應以及病情解釋等。醫事鑑定就是以病歷記載為鑑定依據，若有醫師的親自紀錄，將是更有力的證據，不應忽視病歷的重要性。



(二) 術後內出血仍是多數手術後觀察最重要的問題之一，手術後的照顧，尤應注意生命徵象：意識狀態、心跳、血壓、膚色是否正常與疼痛狀況，尤其孩童的疼痛，如何確定是否有問題，端賴更細心的觀察，小心分辨。

**** 註：本案判決解析 ****

(一) 本件被告對病童進行手術之過程有無過失？

1. 被害人之死因為腹部內出血，非腹膜炎，而腹部內出血非因手術縫口破裂所引起。
2. 因病童在11月25日中午以前，與一般病童術後第3日情況相似（已排便，可下床活動，心跳，呼吸穩定，有腹脹、腹痛等現象）。
3. 解剖報告並未發現有接頭或縫線脫落之情形。
4. 醫審會第1次、第5次及第6次鑑定意見，均未認定被告進行本件手術之過程有何過失。

結論：

本件尚無足夠證據證明死者之出血與被告進行之本件手術之關連性。卷存證據尚不足以證明被告對被害人進行本件手術及止血之過程有何過失

(二) 被告有無手術後照顧不週之業務過失？

1. 大量出血時間係在被告下班後，而被告當日又非值班醫師，自難謂被告就死者腹內出血應負直接注意及照護之義務。
2. 就急救部分值班醫護人員應該是已經盡到照顧之責任。
3. 本件醫護人員收到通知，隨即開始進行生命徵象之急救，並開始與被告聯絡，縱使聯絡到被告，亦無從影響此生命徵象搶救之結果，故被告於下班後未能隨時保持醫院隨時可與之聯絡之狀態，與被告死亡之結果並



無因果關係甚明。

4. 死者於推論之出血時間以後，至開始急救時間，其間之值班護士是否有未及時注意發現死者出血，並通知值班醫師採取必要救治措施之過失，而導致死者未能即時獲得適當之醫療致急救不及死亡，因護士均非本件檢察官起訴之被告，復不影響本件被告過失罪責有無之論斷，本院爰不在判決中逕予認定，併此敘明。



醫療糾紛鑑定案例彙編集

主 編：黃富源

編輯委員：王皇玉、甘添貴、呂 立、李 毅、張麗卿
陳治平、彭純芝、莊銀清、劉越萍、蔡宗博
(依姓氏筆劃順序)

總 編 輯：林宏榮

執行編輯：鍾翰其、劉昭麟、紀宜君、林孟穎
張馨怡、王櫻如、何宜錦

出 版 者：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

發 行 人：許銘能

地 址：220 新北市板橋區三民路二段31號5樓

電 話：02-8964-3000

傳 真：02-2963-4550

網 址：www.tjcha.org.tw

出版日期：2013年12月出版

印 刷 廠：達遵泰電腦排版有限公司