

# 醫法對談

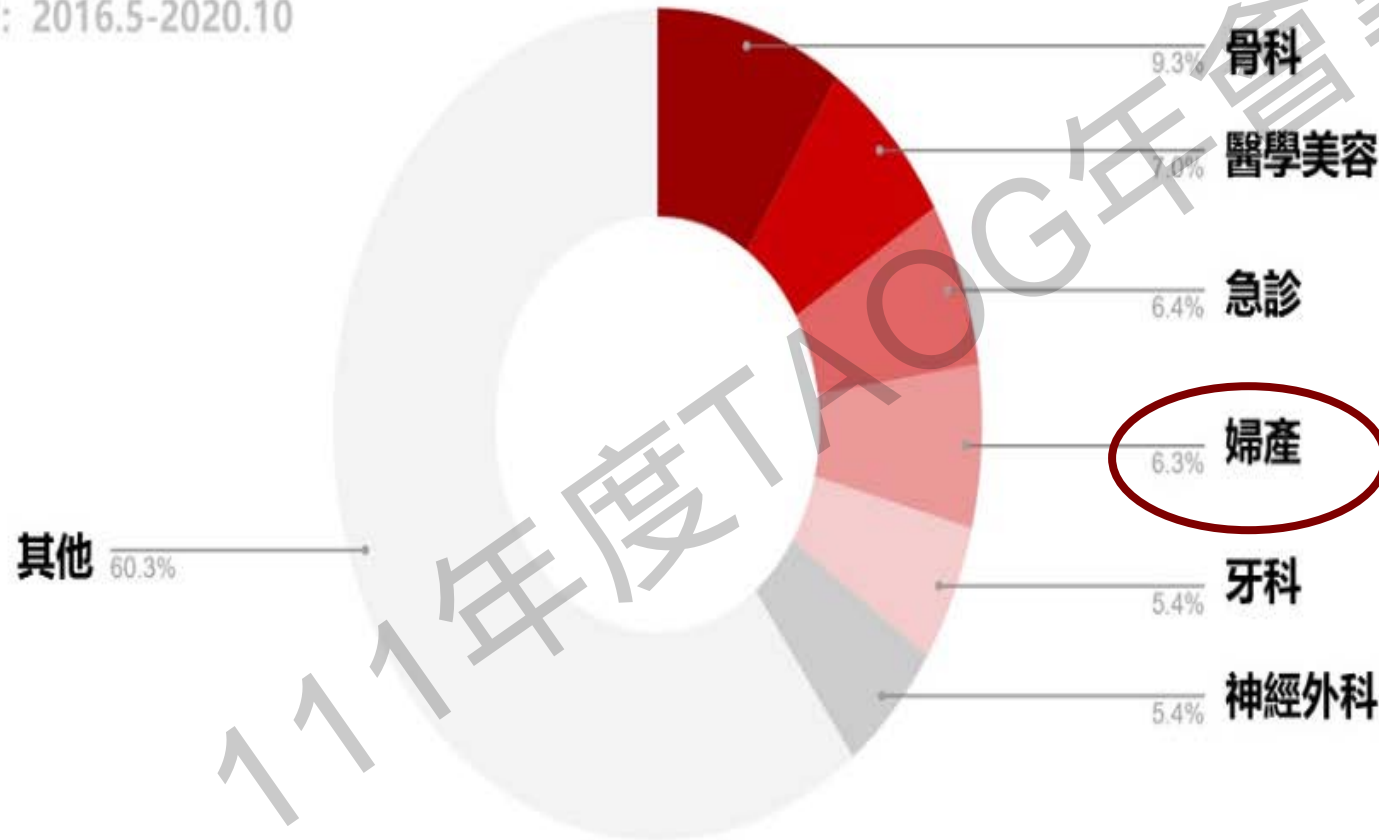
## — 從手術同意書、醫療診斷書談起 —

廖建瑜

- 成功大學法學博士
  - 司法院法官學院及法務部司法官學院講座
  - 臺北地方法院行政庭長兼發言人
  - 福建連江地方法院法官兼院長
- 現職：高等法院刑事庭法官

# 民事糾紛科別數量-**骨科**維持第一名

統計區間：2016.5-2020.10

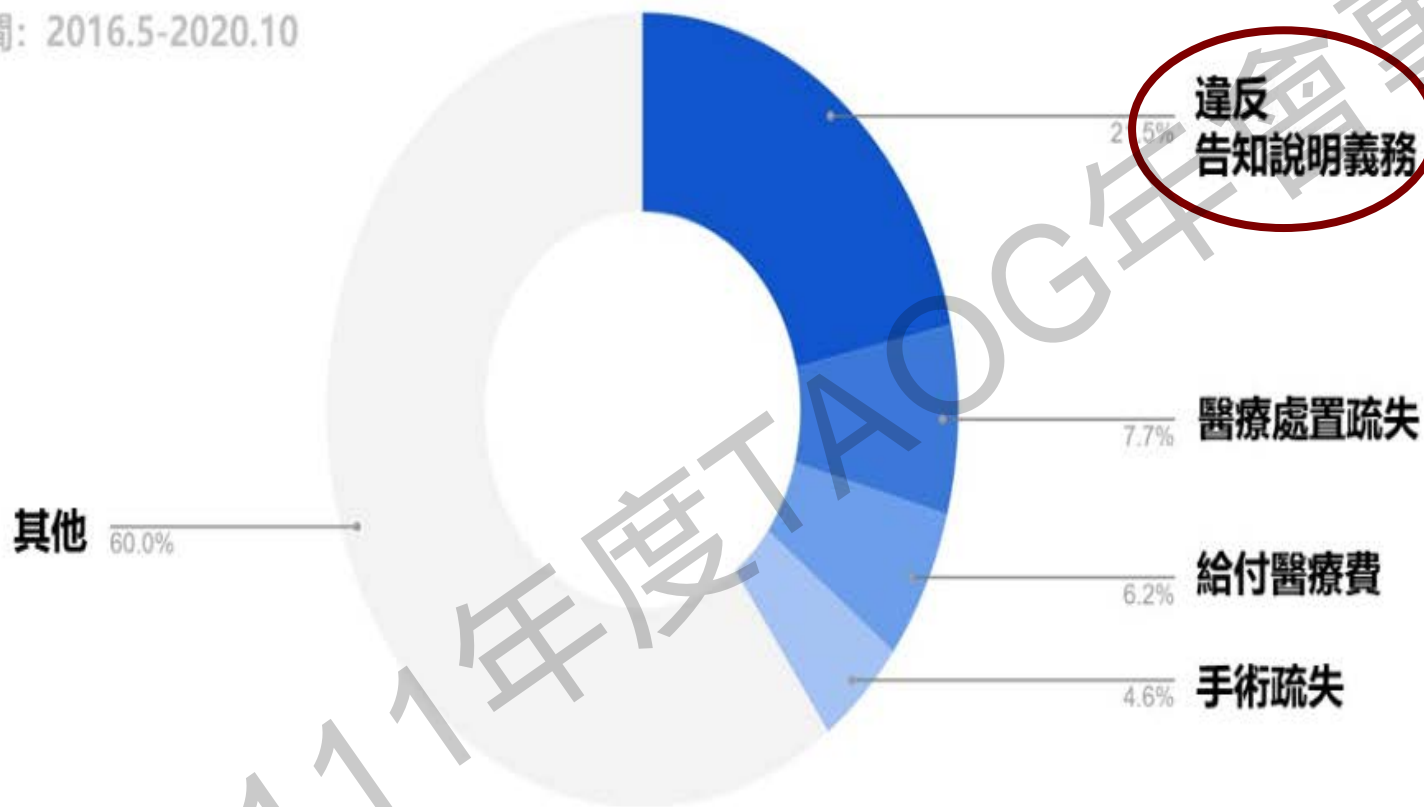


資料來源：廖建瑜/從地方法院民事醫療判決看最新發展趨勢/月旦醫事法報告第56期

 老師沒教你的醫療常規

# 民事糾紛判賠原因-違反告知說明義務

統計區間：2016.5-2020.10

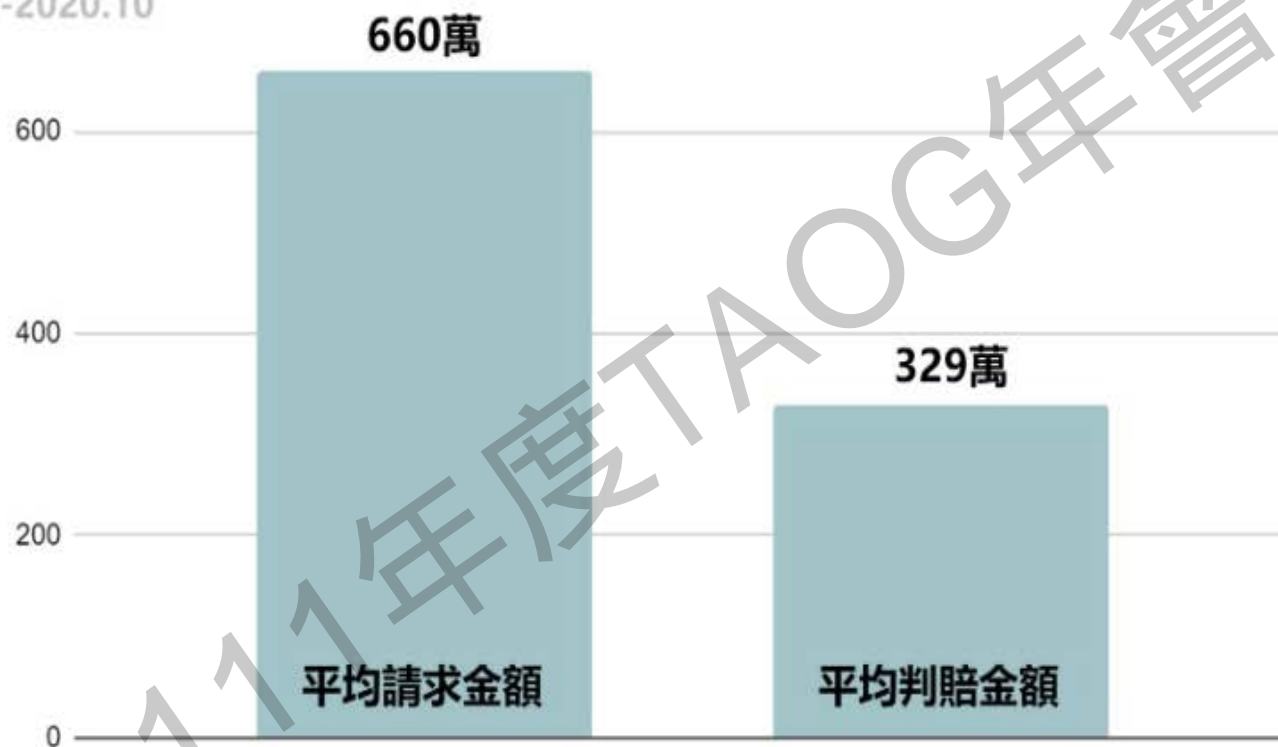


資料來源：廖建瑜/從地方法院民事醫療判決看最新發展趨勢/月旦醫事法報告第56期

 老師沒教你的醫療常規

# 地方法院判賠金額-平均329萬

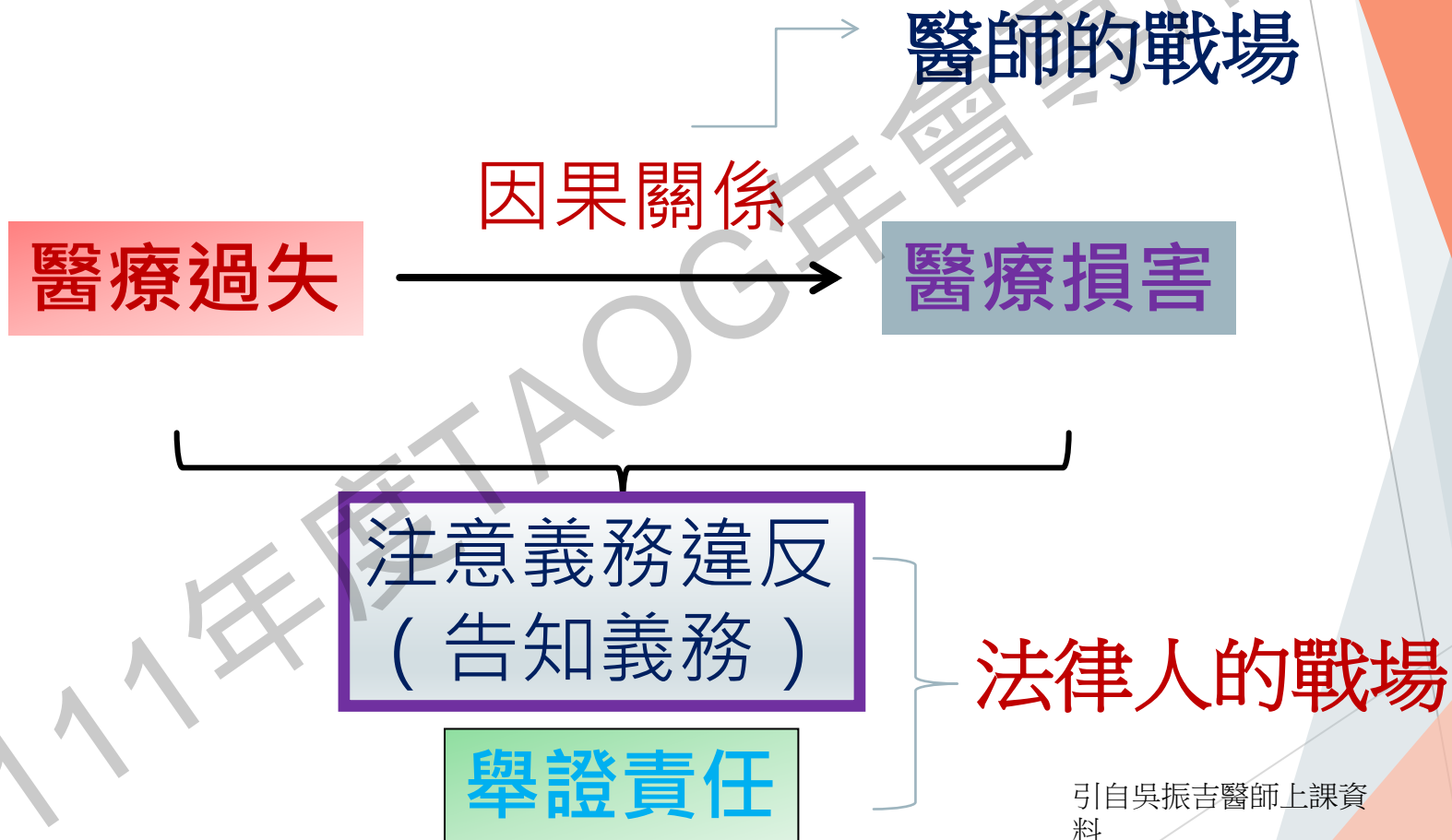
統計區間：2016.5-2020.10



資料來源：廖建瑜/從地方法院民事醫療判決看最新發展趨勢/月旦醫事法報告第56期

 老師沒教你的醫療常規

# 民事醫療糾紛之重點



2022/8/22

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 轉診建議及病情未說明

- ◆ 臺灣高雄地方法院105年醫字第 16 號民事判決
- 嗣於104 年**6 月3 日**進行妊娠第二期產前檢查，經血液檢查第二孕期四指標母血唐氏症篩檢，結果為甲型胎兒蛋白91.3ng/mL、游離雌三醇1.24ng/mL、絨毛性線激素38908mIU/mL、抑制素A 198.8pg/mL；風險評估結果為唐氏症<1 : 38500、**神經管缺損1 : 49（高風險值high risk）**、愛德華氏症1 : 76100。後於同年月11日，被告甲安排進行羊膜穿刺檢查與羊水送驗，報告於6 月30日發出，分析結果20個細胞分別擁有46條染色體，無明顯異常構造，另未有抽驗羊水AFP 值之紀錄。之後A則於同年7 月1 日、7 月31日、9 月10日、9 月24日、10月8 日、10月23日、10月29日接受一般常規產前檢查。於104 年**10月30 日20：30**，因陣痛至被告醫院入院待產，21：15入手術室，由被告甲施行剖腹產手術，21：57分娩出一名女嬰（即原告C），因發現有脊髓脊膜膨出，故經評估送至新生兒加護病房照顧

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 轉診建議及病情未說明

- ◆ **在血液檢查之神經管缺損呈現高風險時，醫師之告知義務範圍與內容至少應包括神經管缺損須由高層次超音波檢查進行診斷，羊膜穿刺檢查係在了解胎兒是否有染色體異常之疾病，並非係為了鑒別有無神經管缺損，使原告得以自主決定是否自費（高層次超音波檢查為自費項目）進行高層次超音波檢查，而醫院並無設備進行高層次超音波檢查，該院均係由衛教師發給孕婦胎兒醫學中心之名片、資料，依系爭第二次鑑定書所載，若受限於醫院設備而無法提供此檢查，醫師亦應建議原告轉診或轉檢。**

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 轉診建議及病情未說明

- ◆ 醫師僅在104年4月8日、同年6月10日產檢紀錄補登病歷記載，則**對於醫師究竟何時建議原告進行高層次超音波檢查仍無從確認，尤其在得以進行高層次超音波檢查之20週後，有無積極建議原告轉診或轉檢並說明羊膜穿刺檢查與高層次超音波檢查對於鑒別神經管缺損之區別，仍難獲得證明**



# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 轉診建議及病情未說明

- ◆ 在我國現行法體制或價值秩序中，懷孕婦女在符合優生保健法規定要件下，確有依其自願而決定或選擇是否施行人工流產之權利，且此權利亦具有正當性，應當予以保護，具體而言，似可將之歸入自由權之範疇而屬於自由權下位類型。因此，**醫師在未能盡其告知義務之下，致使原告未能知悉羊膜穿刺檢查與胎兒神經管缺損無涉，胎兒是否有神經管缺損應進行高層次超音波檢查，造成其無從依高層次超音波檢查結果決定是否施行人工流產手術，自屬對其人工流產自主決定權之侵害。**

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 轉診建議及病情未說明

- ◆原告A依侵權行為、債務不履行損害賠償之法律關係，請求被告應**連帶給付1,552,623 元**（計算式：2,227 元（醫療費用）+2,988 元（醫療費用）+647,408 元（導尿費用）+900,000 元（慰撫金）=1,552,623 元）

### 【判決需時】

起訴狀繕本送達日105.5.16迄一審宣判111.3.21計**2135日**

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮切除腹腔鏡手術同意欠缺

◆ 臺灣臺北地方法院109年度醫字第24號民事判決

▶ 受僱醫師即被告為其施行單孔腹腔鏡子宮切除手術，惟手術前係提供一般手術同意書予原告之家屬簽名，並未提供腹腔鏡手術同意書，病歷紀錄亦無有關腹腔鏡手術特定風險告知事項之記載，難認被告已善盡手術特定風險告知義務。被告雖辯稱原告曾於106年4月11日其他醫院就診時，經其他醫院治療諮詢關於腹腔鏡子宮肌瘤切除術/子宮肌瘤切除術/子宮切除術，已熟知系爭手術風險云云。然依醫療常規，無論病人是否在其他醫療院所曾接受手術諮詢，甚或曾接受過相同手術，於每次接受手術前，手術醫師仍應對病人以口頭或書面說明及告知相關風險。

## 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹 子宮切除腹腔鏡手術同意欠缺

而手術同意書記載「**疾病名稱為子宮肌瘤、建議手術名稱：腹腔鏡子宮次全切除、建議手術原因：治療**」，其上關於建議手術名稱原載為「腹腔鏡經陰道子宮全切除」，經原告反應始改為「腹腔鏡子宮次全切除」，**下方之醫師聲明欄則均為制式記載，並以勾選方式為之，由被告事先簽名其上。**原告既否認被告有向其為口頭說明腹腔鏡之風險、併發症會包含輸尿管狹窄或損傷，被告並未舉證證明醫師於手術前有就上開手術風險對原告為口頭說明，**是原告主張被告於手術前未告知說明其進行腹腔鏡手術可能造成輸尿管狹窄、損傷等併發症乙節，應堪採信。**

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮切除腹腔鏡手術同意欠缺

縱原告之家屬已於手術同意書親自簽名為同意施行系爭手術之表示，但被告為從事醫療業務之專業人員，而原告僅係病患，醫療常識本較醫療專業人員缺乏，**即使手術同意書上已記載「已解釋手術併發症及可能處理方式」**，然並未翔實告知原告此項風險，則原告未必能理解，自難認係經被告**口頭說明併發症及施行系爭手術之利弊得失**，並與原告討論，經其慎重斟酌考量後而同意接受系爭手術，且原告主張倘知悉系爭手術併發症，亦會拒絕同意，是難認被告已善盡告知說明義務，則原告之家屬雖於手術同意書簽名同意，**然被告並未提供腹腔鏡風險告知，亦未舉證由被告口頭充分說明**，經原告慎思熟慮後所為之同意，原則上不生效力，不阻卻違法

## 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹 子宮切除腹腔鏡手術同意欠缺

原告既未經透過被告醫師或醫療機構其他醫事人員對各種治療計畫的充分說明，共享醫療資訊，以為決定選擇符合自己最佳利益之醫療方案，其雖書面同意施行系爭手術，**但被告並未善盡告知說明義務，對腹腔鏡之併發症會有輸尿管狹窄、損傷之風險詳為告知，屬侵原告之自主決定權，致其因同意系爭手術造成術後輸尿管狹窄、損傷，致左側腎水腫，其所受損害與上開責任原因事實間有相當因果關係，原告主張被告應依民法第184條第1項前段規定對其負侵權行為損害賠償責任，被告甲醫院應依民法第188條第1項前段規定與被告負連帶賠償責任，即屬有據，應可採信。**

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹 子宮切除腹腔鏡手術同意欠缺

請求被告連帶給付**844,475元**(計算式：醫療費用  
410,075+看護費74,400+慰撫金360,000=844,475)  
為有理由

111年度TAOG年會專用

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮肌瘤術式變更同意欠缺

### ◆臺灣高等法院108年度醫上字第26號民事判決

上訴人曾於105年7月19日至被上訴人醫院就診接受超音波檢查，結果為右側子宮肌瘤大小4.9 x 3.7 x 4.3公分及前壁子宮肌瘤大小為2.4 x 2.4公分；嗣排定同年11月21日由被上訴人醫師為上訴人施行腹腔鏡輔助子宮肌瘤切除術及子宮動脈血管阻斷手術，採全身麻醉，術前原訂以腹腔式手術，術中時改以傳統剖腹手術進行



# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮肌瘤術式變更同意欠缺

患者前於95年9月13日曾接受被上訴人醫師施行之巨大子宮肌瘤切除手術，是患者發生腹腔嚴重黏連之可能性，顯可能高於未曾施行腹部手術之一般病人，醫師於手術前，應對病患口頭告知說明其之前接受巨大子宮肌瘤切除手術可能造成腹腔嚴重黏連，如發現其腹腔嚴重黏連，須改採剖腹手術進行，及剖腹手術將在腹部留下10公分長之大傷口等情，

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮肌瘤術式變更同意欠缺

參以被上訴人自承手術同意書記載「疾病名稱為①左側卵巢囊腫；②嚴重性骨盆沾黏，建議手術為剖腹式左側卵巢囊腫摘除併沾黏剝離手術」**係手術後所做記載**，且被上訴人除提出上開同意書外，並未舉證證明醫師於手術前有就手術中如發現卵巢囊腫，將併予切除乙節對患者為口頭說明，**是上訴人主張醫師於手術前未告知說明其之前曾接受腹部手術可能造成腹腔黏連，其改採剖腹手術之可能性高於一般人，亦未告知手術中如發現卵巢囊腫，將併予切除乙節，應堪採信。**

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮肌瘤術式變更同意欠缺

即使**腹腔鏡說明書**記載：「成功率：95%，另有5%因腸黏連或腸損傷等原因，而需改為剖腹之相關手術。」、**替代方案為「改採傳統剖腹方式手術」**等語，**患者亦未必能領悟**，且查患者係於105年11月20日13時41分步行入院，於同日14時17分即簽立手術同意書，自難認係經醫師口頭說明上情及施行系爭手術之利弊得失，並與之討論，經慎重斟酌考量後而同意接受系爭手術，

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮肌瘤術式變更同意欠缺

況患者所簽手術同意書、腹腔鏡手術說明書係針對系爭手術而為，在手術過程中須為變更時，本即須再取得病人或其配偶、親屬或關係人之同意，於緊急必要情形，雖不在此限，但其手術仍須依病人可推知之意思而為之，然上訴人主張系爭手術改採剖腹手術及手術中並切除卵巢囊腫均非緊急必要情形，被上訴人亦未舉證證明改採剖腹手術並於手術中切除卵巢囊腫之緊急必要性，且上訴人主張倘患者知悉上開醫師應說明情況時，亦會拒絕同意

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮肌瘤術式變更同意欠缺

況被上訴人所提**手術後病情解釋**之「一、病人手術部分位」、  
「二、內容□切除病灶所見□手術方式及過程□術後應注意事項」**均為空白**，益徵醫師於手術前、手術後並未就上情為口頭說明，自難謂醫師已善盡告知說明義務，則患者於手術同意書、腹腔鏡手術說明書上所為書面同意，既未由醫師口頭充分說明後，經患者慎思熟慮後所為之同意，原則上不生效力，不阻卻違法。

# 婦產科—違反告知同意勝訴案例介紹

## 子宮肌瘤術式變更同意欠缺

### 【判決結果】

一審判決撤銷（患者敗訴）改判患者部分勝訴

➤ 慰撫金50萬元

111年度TAOG年會專用

# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟 誣指未說明

- ◆ 臺灣高等法院108年度上字第727號民事判決
- ▶ 病患於**95年8月30日**超音波檢查結果顯示子宮內有5.2公分之腫瘤（病歷記載為adenomyoma），此後持續在上訴人門診追蹤上開腫瘤9年。期間病患於97年3月產下1子，並於**99年1月、同年11月**由上訴人先後施行2次人工流產手術。病患因子宮內腫瘤持續增大而身體不適，於**104年4月7日**至上訴人門診就診，經超音波檢查結果顯示子宮內腫瘤（病歷記載為myoma）約11公分。

# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟 誣指未說明

於104年5月27日至同年6月3日住院接受**子宮肌瘤切除手術**，上訴人於**同年5月28日**系爭手術過程中發現切除之組織包含子宮體融入子宮肌腺瘤重830公克（正常子宮重量60至80公克），成為次全子宮切除術，依病理檢驗報告，手術前之11公分子宮內腫瘤實為子宮肌腺瘤，子宮肌瘤為1.8公分



# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

104年4月7日就診病歷記載「104/4/7 TAS:myoma 11cm」（腹部超音波：子宮肌瘤11公分）、104年5月19日就診病歷記載「104/5/19 **arrange myomectomy**」（**安排子宮肌瘤切除術**）、麻醉前評估表之臨床診斷欄位記載「uterine myoma」（子宮肌瘤）、預定手術欄位記載「myomectomy」（子宮肌瘤切除術）、104年5月27日術前護理訪視單之診斷欄位記載「子宮平滑肌瘤」、術式欄位記載「uncomplicated myomectomy」（一般子宮肌瘤切除術）、104年5月28日麻醉紀錄DX欄位記載「huge uterine myoma」（巨大子宮肌瘤）、Operation欄位記載「myomectomy」（子宮肌瘤切除術）、104年5月28日手術後製作之「手術室醫療安全紀錄」手術前診斷欄記載「巨大子宮肌瘤」、欲行手術名稱欄記載「肌瘤切除術」、**實際手術名稱「次全子宮切除」**之事實

## 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

病歷影本內病患102年8月16日超音波影像檢查記錄子宮內腫瘤約9.9公分，大於一般正常女性子宮之大小（長約6、7公分），可見當時病患子宮內腫瘤病況已相當嚴重，其子宮內腫瘤之狀況應已達佈滿其子宮之程度，此亦可由病患前於對上訴人所提之刑事業務過失傷害案件中，病患曾以104年11月23日刑事告訴理由一狀及同年12月10日刑事聲請調查證據暨告訴理由二狀自承略以：102年間某次上訴人門診時，上訴人建議伊切除子宮以治療肌瘤，伊當時接受上訴人建議之替代方案即改服用停經藥物以縮小肌瘤範圍等語，是102年間病患經超音波檢查子宮內腫瘤增長大於正常子宮，上訴人告知病患若採外科手術切除治療之方式，將會達到切除子宮之程度，而當時病患未接受外科手術治療，而是先採藥物治療，

## 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

而其後病患未能定時服用藥物治療，又病患103年4月18日、104年4月7日至上訴人門診並接受超音波檢查，其子宮內肌瘤已持續增長至約11公分，病患亦自陳：伊於104年回診說經痛很嚴重，後來上訴人說伊子宮內肌瘤已經10至11公分，有講子宮肌瘤的狀況等語。則102年間上訴人已告知若欲外科手術切除治療應會達子宮切除的程度，則在病患子宮肌瘤以藥物治療狀況不佳，且持續增長之情形下，104年間若欲以外科手術治療，亦應可能切除的範圍會達子宮切除的程度，是上訴人辯稱其於104年4月7日門診時有向病患說明開刀則子宮大部分沒有了，恐只剩子宮頸等語，應屬可採

# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

蓋上訴人於102年間已評估且如實告知病患，若病患欲外科手術切除治療極有可能達切除子宮之程度，則在病患藥物治療狀況不佳，子宮內腫瘤日益增大之情形下，104年間上訴人有何必要隱瞞或向病患保證其肌瘤之切除不會切除到子宮，是難認上訴人於104年間向病患說明以手術切除子宮內肌瘤不會切除子宮、會保留子宮受孕機能等情為真。且病患於104年4月7日門診決定手術治療，於104年5月27日簽署手術同意書，有經相當之時間評估及考量，非倉促接受同意系爭手術

## 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

亦難想像病患102年已知悉欲手術切除治療須達切除子宮之程度，在病患不願配合藥物治療且子宮腫瘤日益增大之情形下，不會向上訴人詢問及質疑此時外科手術治療是否真能完整保留子宮體及日後受孕之可能，上訴人以其專業，應無可能會於斯時向病患說明會保留其子宮體並有日後受孕之可能，是尚難認上訴人於系爭手術前未盡告知及說明義務

# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

- ◆ 至病患於104年5月19日所簽手術同意書(一)記載**疾病名稱**為「**巨大子宮肌瘤**」、**手術名稱**為「**肌瘤切除術**」，嗣於同年月27日辦理系爭手術住院手續時，簽署手術同意書(二)，其後並簽署麻醉同意書，其上亦記載「外科醫師施行手術名稱：子宮肌瘤切除」，上訴人抗辯於病情未明時，僅為臆斷，於確實釐清（如手術，病理報告）始為診斷，因為術前無法確定病患子宮內的巨大肌腺瘤是否100%佔據子宮體，或只佔據95%、90%，仍有可能子宮仍有些許正常組織，故術前不能逕稱作「次全子宮切除」（僅餘子宮頸）等語，

# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

- ◆ 參以上訴人為病患手術之目的係以治療切除子宮內巨大肌瘤為目的，非以切除子宮為目的，則上訴人基於其臨床上專業評估，已於系爭手術前向病患說明以外科手術切除治療可能會達切除子宮之程度，然因未實際剖腹進行手術前無法確診是否會達全部切除之程度，上訴人僅能憑其醫療專業以各種檢查判斷病患子宮內巨大肌瘤之病情病況，並向病患說明可能會達切除其子宮之程度，先記載為「子宮肌瘤切除」，惟再佐以上訴人於術前上開說明，應無違背其醫療上說明告知義務，病患主張上訴人未盡其說明告知義務，未經病患同意即以系爭手術摘除子宮僅保留子宮頸，應非可採

# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

- ◆ 上訴人在系爭手術前已盡說明告知義務，而上訴人在病患住院期間於104年5月31日有為術後告知，病患並於**同年6月1日**以**簡訊感謝上訴人將其最苦惱的肌腺瘤處理的非常好**，有簡訊記錄在卷，足見病患在系爭手術前知悉會切除到子宮，於104年5月31日經上訴人術後告知有切除子宮後，於翌日以簡訊感謝上訴人。則病患在另案民、刑事訴訟所為「病患向上訴人再三強調欲透過手術讓其子宮保有正常受孕及月經等功能以再生育子女」、「上訴人在完全未告知病患之情況下切除其子宮，致其喪失生殖機能」、



# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

「手術後住院期間，上訴人從未向病患提及切除子宮一事」、「病患回診時，伊始向渠等解釋已將其子宮切除…」之不實言論，指摘上訴人在其再三告知欲再懷孕、未告知情況下切除其子宮等違反病患自主決定權、未為術後告知之事，**均係針對上訴人之職業道德所為之言論，自足以貶損上訴人在社會上評價**，是上訴人主張病患此部分言論侵害其名譽權及人格權，應依民法第184條第1項前段規定，對其負損害賠償責任，為有理由。

# 醫師告病患已盡告知說明而提民刑事訴訟誣指未說明

- ◆ 而上訴人與病患於系爭手術爭訟前，長達9年期間之醫病關係良好，及病患不實指摘之言論關乎上訴人執行醫療業務品德之情節重大，兼衡兩造之教育程度、從事行業、收入、所得暨經濟能力（電子稅務閘門財產所得調件明細表見原審限閱卷）等一切情狀，認上訴人請求病患賠償精神慰撫金之數額應以

**15萬元**為適當。（請求精神慰撫金額235萬元）

- ◆ 請的律師費用多少錢

➤ **16萬元**

# 手術同意書之作用（高等法院109醫上9民判） 最強效果—舉證轉換

- ▶ 倘醫療機構已舉證證明醫療機構或醫師診治病人時，已向病人或其親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，並已向病人或其親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，且經其同意，**簽具手術同意書時，病人或其親屬再有所爭執，依舉證責任分配之原則，即應由病人或其親屬舉反證。**

## 手術同意書之作用-台中地院110醫7民判

- ▶ 原告主張因胃疾於108年4月7日至被告診所就診，詎被告竟於108年4月13日安排為原告施行無麻醉胃鏡檢查。原告於是日就診時，被告稱做胃鏡亦可順便檢查大腸等語，乃未經原告同意，且**未讓原告簽署手術同意書及麻醉同意書，率將原告全身麻醉實施大腸鏡檢查，已侵犯原告身體自主權及違反知情同意原則**。原告於檢查過程發現原告之乙狀結腸處具有息肉，竟立即擅自施行電燒手術切除之，惟原告不慎燒穿該處腸壁，致原告乙狀結腸破裂。

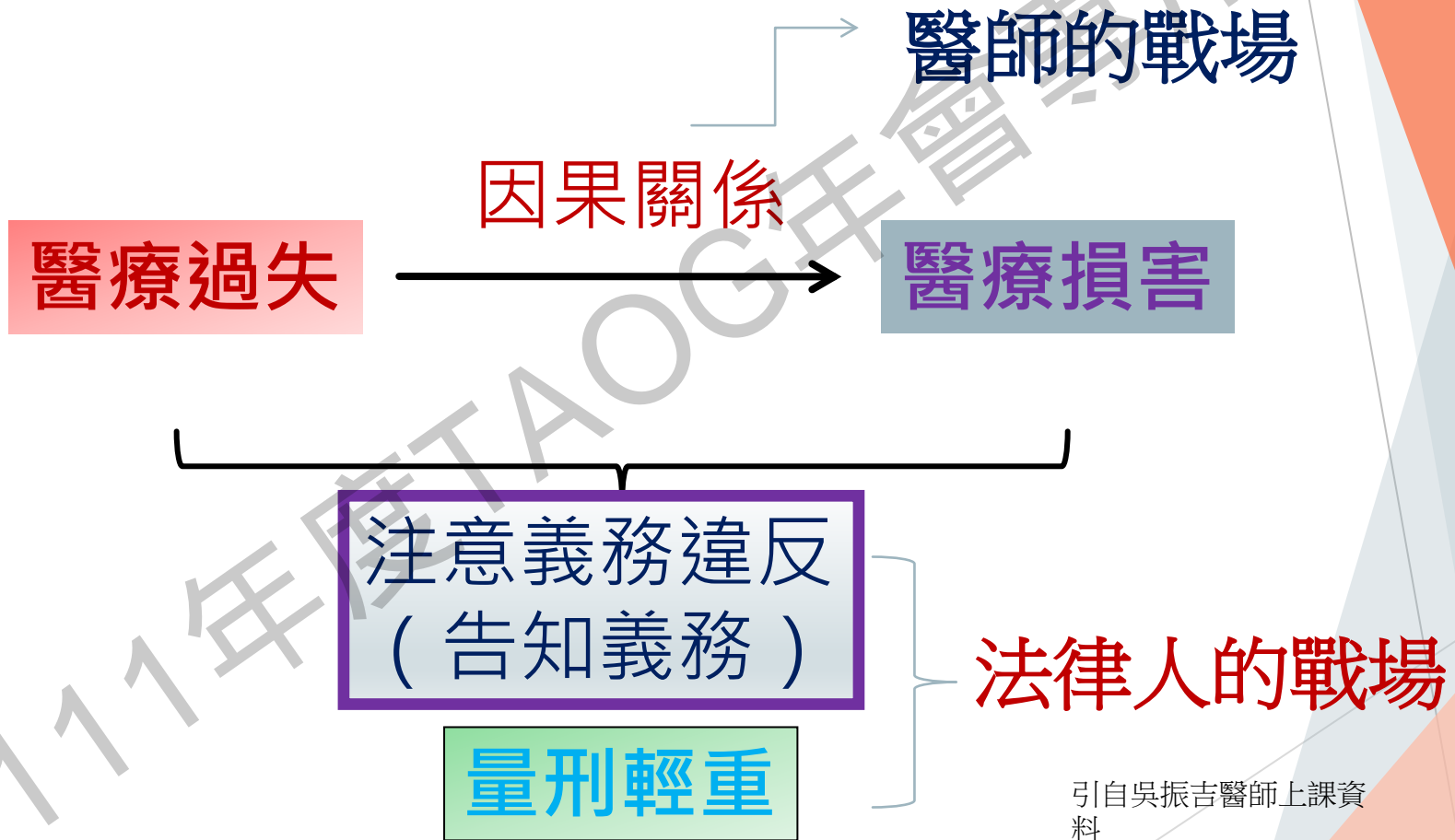
最高法院108年度台上字第2199號判決（牙醫植牙案）  
最弱效果—還要再證明已盡實質說明

醫療機構對於病人應為說明告知之範圍，係依病患醫療目的達成之合理期待而定，得以書面或口頭方式為之，惟應實質充分實施，**並非僅由病患簽具手術同意書或麻醉同意書，即當然認為已盡其說明之義務。**倘說明義務是否履行有爭執時，亦應由醫療機構負舉證證明之責任

## 如何證明已盡實質說明

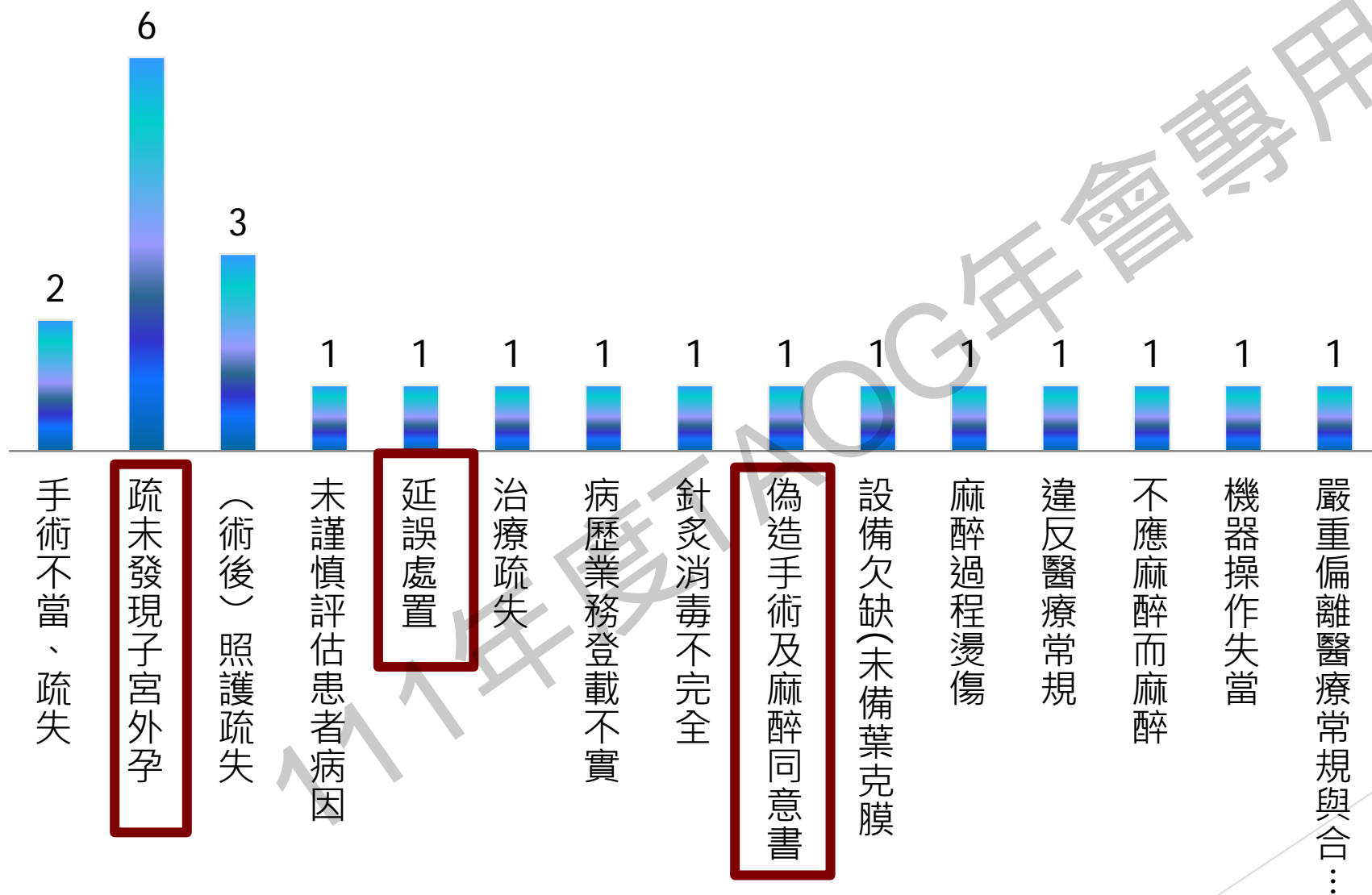
1. 說明的時點：視手術大小給予尋求第二  
意見的時間
2. 說明之方式：非制式手術同意書及不要  
空白
3. 術前的確認：病歷記載有無問題詢問
4. 不能說明祕密：得道多助廣結眾緣

# 刑事醫療糾紛之重點



2022/8/22

■ 刑事有罪判決之過失態樣醫師人數 (地方法院)





## 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

孕婦於民國104年4月16日1時54分許，在婦產科診所以自然方式產下一子。A因產後子宮收縮不良有持續出血情形，於2時25分起即有全身顫抖不適之情形，**護理人員於3時以電話通知被告醫師到場，被告並無其他事由，人在休息，卻未親自視診**，僅口頭對護理人員囑咐「施打一劑500ml之Hespander，及使用子宮收縮劑、肛門栓劑及舌下栓劑，佐以烤燈及子宮按摩，並加派1名護理人員支援等」醫療處置。A於3時30分更有大量嘔吐及陰道出血情形，已出現產後大出血症狀，護理人員除更換產墊、持續按摩、施打子宮收縮藥及連接心跳監控儀器，**於3時45分通知被告**。

## 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

為婦產專科醫師，應注意產婦產後各種可能病變，找出病因，即時採取對產婦最有效妥適之醫療措施，其疏未注意即時到場診視，致未察覺產婦此時心跳、血壓之巨大變化（詳如附表一，心跳為正常人之2倍，每分鐘140下，低血壓亦降至68mmHg），且被告當時亦無其他無法注意之事由，**竟無故遲延至4時始到場診視**。被告到場後，僅為「再施打一劑500ml之Hespander，及使用子宮收縮劑、肛門栓劑，佐以烤燈及子宮按摩」等醫療處置

# 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

竟疏未注意A產後出血異常及持續顫抖發冷，心跳亦異常上升等可能係產後大出血之症狀，未積極找出A全身顫抖不適及嘔吐、陰道出血等症狀之原因，即時作出產後大出血之診斷及採取應對產後大出血之必要之備血、輸血及轉診等足以延續產婦生命之必要醫療處置。**被告延於4時20分**見A狀況有輸血必要而叫血備用，**延至4時45分至5時**之間才認為A有**緊急狀況須轉院**，經與家屬說明後，**在5時19分將A從婦產科診所以救護車送至甲醫院急救**。致A於**5時37分到甲醫院**時呈現無法測得血壓，**橈動脈1價等嚴重失血性休克之生命危急現象**。經甲醫院進行輸血、子宮、左側卵巢切除及肝腎移植等手術後，於5月22日9時27分因產後出血、肝臟移植術後、敗血性休克，多重器官衰竭等原因死亡。

延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

全案之爭執點在於被告對於A產後出血情形之診察及相關醫療處置是否違反醫療上必要之注意義務及逾越合理臨床專業裁量？

亦即被告對於產婦產後出血量的評估是否確實？診斷為產後大出血（PPH）之時點，有無遲延？若無，被告即無須負擔本件刑責

111年度五A03  
111年度五A03  
111年度五A03

# 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

被告判斷A出現產後大出血之時間約在4時45分至5時之間。醫審會鑑定意見認為產婦係在5時43送達甲醫院時，出現產後大出血。法醫關於本件被害人於生產後之當夜2時25分生產後發生全身顫抖不適，即已出現失血達1400CC，應速為產婦止血。亦即法醫認為本件A於2時25分即可判斷出現產後大出血。成大醫院以鑑定報告書回覆稱「承上述答覆，病患於3:30病患出血再度增加，心跳過速且子宮收縮不良則可能為持續大量出血併凝血因子不足之結果，故判斷此時即可安排備血、輸血」、「依病歷中護理紀錄記載，病患雖於3:00即有出血量增加及心搏過速的狀況，但予以處置後有改善故續觀，後於3:30病患出血再度增加，心跳過速且子宮收縮不良，故通知醫師評估處置，故判斷醫師應於此時就已得知病人正在大量出血且子宮收縮不良，醫師就病患出血異常之判斷似乎有些延遲」。

## 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

顯已明確指出本件被害人於104年4月16日1時54分生產後，其臨床症狀，依專業婦產科醫師之綜合判斷，於同日3時30分即可認為出現產後大出血症狀。法醫當庭表示「完全同意」成大醫院上開鑑定意見。法院認為依產婦於生產後當夜3時30分，依其產後之臨床症狀，專業之婦產科醫師應可判斷A業已出現產後大出血。

# 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

**醫審會**認為被告自3時迄3時30分之醫療處置皆符合「醫療常規」。成大醫院則認為病歷中護理紀錄記載，病患於3:00即有出血量增加及心搏過速的狀況，依文獻佐證推斷（註一）心搏過速(>100下/分鐘)當時失血量可能已達750-1500c. c.，為第二級低血容休克，但予以處置後有改善故續觀，3:30病患出血再度增加，心跳過速且子宮收縮不良則可能為持續大量出血併凝血因子不足之結果，故判斷醫師應於此時就已得知病人正在大量出血且子宮收縮不良，醫師就病患出血異常之判斷似乎有些延遲」**「於3:30病患出血再度增加，心跳過速且子宮收縮不良，判斷可能為持續大量出血併凝血因子不足之結果，此時即可考慮備血輸血並積極評估處理出血原因，若仍持續出血則做轉診處置」**顯與醫審會鑑定意見認為被告所為一切均合「醫療常規」之看法不同。**法醫亦認為臨床產婦之症狀，至遲於當夜3時30即應考慮子宮切除手術。**

## 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

醫審會鑑定意見就被告於3時30分接獲護士告知產婦大量出血，遲至4時到達病房，其遲延30分鐘才親自診視產婦緊急處置，是否符合醫療常規之提問？回答為：「醫師需有移動或交通時間，抑或正在處理其他生產或緊急事件，產房護理師皆是具有判斷及處理能力之專業醫事人員，可隨時向醫師回報產婦之狀況，且護理師可先執行醫師之醫囑，故此部分符合醫療常規」。惟依上開調查結果，被告自3時處理完其他孕婦住院手續後，並無其他須其親自處理之事項，其處於休息狀態。至於醫審會鑑定意見所稱「醫師需有移動或交通時間」，依被告於108年1月11日具狀稱「因生理需求，被告走路回醫師值班室休息（值班室位於鄰棟位置，走路單程時間約6分鐘」，顯然本件被告醫師經護理人員通知後，走到產婦所在之診所恢復室，僅須數分鐘時間。醫審會鑑定意見未經任何調查，即稱本件醫師須有移動或交通時間，為被告醫師遲延診視提供說詞，自無可採。



## 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

被告於當夜3時經護理人員通知產婦於生產1小時後，仍有顫抖不適、發冷等症狀時，即應親自到診，提供產婦維持產後身體健康，甚至出現各種可能危及生命症狀時之醫療上必要協助。惟被告在處理完另一位產婦之住院手續後，即逕行休息，並未到場診視產婦，致忽略產婦3時即有心搏每分鐘117下，已超越正常人每分鐘72下之1.5倍。

## 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

被告僅對護理人員下口頭醫囑給烤燈、子宮收縮藥劑、打代用血漿及持續子宮按，**致產婦於3時30分產後大出血時未獲即時診治**，亦未即時備血輸血並積極評估處理出血原因，且未觀察A是否再有出血狀況，即時做轉診之處置。**其延至4時20分才決定通知備血，5時才作出產婦產後大出血須轉診之決定**。被告診斷遲延，且未提供產婦維持產後身體健康，甚至出現各種可能危及生命症狀時之醫療上必要協助，其未盡其醫療上必要之注意義務，實甚顯然，應可認定。

## 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

本件被告如於案發當夜3時即親自診察產婦，密切觀察產婦心跳、血壓之變化，即時於3時30分即診斷產婦發生產後大出血，並採取備血、輸血等醫療處置，甚至在其子宮經按摩後容易變軟時，即決定將產婦轉診至有即時輸血設備之大醫院，自可降低產婦事後發生危及性命之嚴重失血性休克，終至因產後大出血造成失血性休克併瀰漫性血管內凝血病變及多重器官損傷而死亡（法醫鑑定書死亡原因參照）之結果。亦即被告如採取即時、正確之醫療處置，實可有效減少產婦發生產後大出血時對其健康及生命之危害。惟被告遲延診治，未採取即時、正確之醫療處置，未盡其醫療上必要注意義務之過失，與產婦之死亡間，有因果關係，實可認定。

# 延誤處置產後大出血—台南地院108年醫訴字4號刑事判決

## 【判決結果】

被告（醫師）係犯修正後刑法第276條之過失致死罪，**處有期徒刑6月**，得易科罰金，以新台幣1000元折算壹日。

護理人員無罪

## 【判決需時】

孕婦死亡日104.5.22迄一審宣判日111.4.15計**2520日**

醫爭法架構圖解

醫療事故預防及爭議處理法

立法目的

第1條

立法定義

第3條

專責第三方

第4條

醫療專業諮詢

醫療爭議評析

第35條

醫療事故調查

醫療關懷小組設置

第6-7條

病人

醫事人員

強制調解先行  
之醫療爭議解決機制

第12條

醫療爭議調解會設立及組成

第15-16條

民刑事強制調解先行

第14條

調解時間限制

第17條

當事人到場義務

第18、21、23、30條

調解進行方式與限制

第19、21條

醫事機構協力義務

第22、24條

調解委員進行調解之公正性

調解不成立

第25-29條、第31條

調解成立

病人安全及醫療事故通報暨吹哨人制度

第33條

病安管理

第34條

重大醫療事故通報

第33、37條

吹哨人保護制度

衍生請求權基礎

第6條第5項

醫療機構對於病人無過失補償請求之協力義務

第35條第1項第1款

醫事機構之系統錯誤組織過失



感謝大家的聆聽