

## 最高法院 裁判書 -- 民事類

【裁判字號】99,台上,2014

【裁判日期】991028

【裁判案由】損害賠償

【裁判全文】

最高法院民事判決 九十九年度台上字第二〇一四號

上訴人 台北市立聯合醫院

法定代理人 丁○○

訴訟代理人 張家琦律師

複代理人 鄭牧民律師

上訴人 丙○○

訴訟代理人 林詮勝律師

王雅婷律師

被上訴人 甲○○

乙○○○

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對中華民國九十九年六月二十九日台灣高等法院第二審判決（九十八年度醫上字第一二號），提起上訴，本院判決如下：

主 文

上訴駁回。

第三審訴訟費用由上訴人負擔。

理 由

本件被上訴人主張：伊之子許俊輝於民國九十五年六月五日下午一時五十分許，因右足傷口至上訴人台北市立聯合醫院（下稱聯合醫院）中興院區急診部就診，由醫師即第一審共同被告白裕銘診治，其明知檢驗結果許俊輝之白血球數高於正常值甚多，竟輕忽疾病嚴重性與急迫治療必要性，未會診感染科專業醫師給予適當投藥或立即感染控制，嗣由整型外科主治醫師即上訴人丙○○接手診察，僅簡略告知家屬並無大礙，需進行局部治療即可，且於同年月七日為許俊輝進行足部「筋膜切開」手術之前，未詳盡告知當時病情，更未告知手術之必要性、內容及可能引發之併發症等，即獨斷施行手術，致許俊輝白血球數目驟然暴增。又許俊輝之細菌培養結果已證實為 MRSA（抗藥性金黃葡萄球菌），竟未給予廣效性抗生素用藥，致許俊輝於同年月八日晚間八時三十分出現低血壓、呼吸喘、心跳過快等敗血症徵兆，丙○○及值班醫師即第一審共同被告陳右儒均未進行必要診治，而許俊輝病情持續惡化，於翌（九）日上午七時三十分許，喪失意識，發生休克，始由看護工通知陳右儒及護理人員到場急救，延至同日上午十時十分因敗血性休克不治死亡。伊係許俊輝之父、母，甲○○因此受有醫療、喪葬費用新台幣（下同）五十萬五千零二十七元、扶養費九十萬八千四百六十元及非財產上損害三百萬元，共計四百四十一萬三千四百八十七元，乙○○○受有扶養費一百六十五萬一千三百零七元、非財產上損害三百萬元，共計四百六十五萬

一千三百零七元之損害等情，爰依侵權行為之法律關係，求為命上訴人連帶給付甲○○二百零一萬六千四百二十三元、乙○○○二百十四萬零一百四十九元，及均加計法定遲延利息之判決（超過上開金額及對白裕銘、陳右儒之請求部分，業經第一審及原審判決被上訴人敗訴確定，非本院審理之範圍，不予贅述）。

上訴人則以：丙○○於手術前，已善盡告知義務，手術後，許俊輝病情明顯改善，且未接獲告知有關許俊輝之細菌培養報告，無法預見其感染 MRSA，致無從先行投用萬古黴素 (Vancomycin) 等。丙○○縱改用萬古黴素，亦無法減少許俊輝之死亡發生率。許俊輝之死亡結果，與上述醫療行為之間，並無相當因果關係。又被上訴人就醫療、喪葬費用及扶養費計算之依據有誤，慰撫金之請求金額，顯屬過高；聯合醫院另以九十五年間醫療實務上並無病歷即時通報制度，至九十八年間亦無任何醫療院所建立細菌培養報告即時通報機制等語，資為抗辯。

原審以：甲○○、乙○○○為病患許俊輝之父、母，許俊輝於上開時日因右足傷口未癒合，且有發燒症狀，至聯合醫院中興院區急診部，由白裕銘診治，進行血液檢查、細菌培養等生化檢驗，住院後，丙○○為主治醫師，為許俊輝施行足部「筋膜切開」手術；依聯合醫院九十五年六月八日下午一時四十三分列印之許俊輝細菌培養結果所示為「抗藥性之金黃色葡萄球菌 MRSA」；於翌（九）日凌晨四時許護理人員預備為許俊輝抽血檢驗完全血球計數及進行生化、電解質分析，查詢急診部抽血血液培養，方知許俊輝感染「抗藥性之金黃色葡萄球菌 MRSA」，但丙○○仍不知許俊輝感染為 MRSA；同日上午七時三十分許俊輝喪失意識，陳右儒急救無效，延至同日上午十時十分因敗血性休克不治死亡等情，為兩造所不爭。按敗血症係因病原菌感染生物體後，侵入體內血液循環所引起全身性發炎反應症候群，甚至繼續惡化為嚴重性敗血症（合併器官衰竭）、敗血性休克。嚴重敗血症為敗血症患者呈現低血壓，或低組織灌流合併，至少一個器官衰竭（可為急性呼吸衰竭、急性腎衰竭、代謝性酸血症或意識改變），是否有嚴重敗血症，則必須參考病患先前之 BUN、Cr 等數值方能判定等情，有財團法人長庚紀念醫院林口分院鑑定報告可稽。又對於嚴重敗血症患者，醫學上應給予適合之抗微生物藥劑，同時，必需立即移除外來感染源。敗血症之病原菌，必須由血液或其他感染病灶檢體進行細菌培養，以確定其診斷；敗血症之處置，應在最初六小時立刻開始復甦急救，盡快轉入加護病房，並在發現嚴重敗血症與敗血性休克後一小時內盡快使用抗生素；嚴重敗血症病人之抗生素治療不容出錯，所選用之抗生素範圍，應足以對抗可能之病原，如一開始不能使用適當抗生素，病人死亡率將升高，有相關醫學文獻可稽。查許俊輝於九十五年六月五日下午二時十五分在急診部時，EKG 顯示心率 134/分，BUN=102mg/dL，Creatinine (Cr) =3.9mg/dL，白血球數 WBC=39,350/uL，有檢驗報告單可稽。其中血清尿素氮 (BUN) 值為 102mg/dL，遠高於正常值 8-20 mg/dL；肌肝酸 (Cr) 值為 3.9mg/dL，亦高於正常值 0.6-1.5mg/dL

，足證許俊輝之腎臟功能甚差。丙○○亦自承許俊輝之腎功能長期不全等情在卷。是許俊輝之腎臟功能不佳，已屬於發生敗血症之高危險群。另依上開檢驗結果，白血球數值為 39,350/uL，正常值為 4,000-10,800/uL，白血球>12,000 及心跳>90/分（病患心跳 100/分）加上有感染病灶（右腳傷口感染）之條件下，符合敗血症之定義，有上開鑑定報告可稽。又丙○○於九十五年六月七日下午五時二十分實施手術時，已發現右足背第一、二、三、四蹠骨伸張肌腱及骨膜壞死性筋膜炎，有病歷及中文譯文可稽。是丙○○接手治療後，既知許俊輝之腎功能不佳，且知其罹患壞死性筋膜炎，則衡情其預見許俊輝可能罹患敗血症，而嚴重敗血症病人之死亡率極高，即有積極防止死亡發生之義務。而許俊輝於急診時，即經白裕銘判斷為罹患嚴重型蜂窩性組織炎及潰瘍，直接給予抗生素用藥，並採集檢體進行細菌培養，同時會診並告知丙○○，許俊輝屬於免疫功能不佳之高危險群，旋即住院接受丙○○施行手術，丙○○亦自承實施該手術之目的，在於控制感染之惡化，惟丙○○所使用之抗生素 U-SAVE-A，對於敗血症之 MRSA 感染效果不彰，應依細菌培養報告改變抗生素之使用，給予適當治療，甚至使用呼吸器與升壓強心劑，有上開鑑定報告可稽。是丙○○在客觀上，有避免許俊輝死亡結果之可能性，亦即儘早注意細菌培養結果，進而據以改用最適當之抗生素，隨時注意其病情變化，施予適當之治療措施（例如轉送加護病房、給予提高血壓或其他強心藥物等），即負有持續追蹤許俊輝之細菌培養結果，據以施用適當療效抗生素治療之義務。再丙○○知悉上開細菌培養報告之重要性，且於手術前即九十五年六月六日下午三時五十分，已囑「根據細菌培養結果會診感染科」，有病歷及中文譯文可稽。又許俊輝之檢體細菌，經聯合醫院中興院區送交仁愛院區檢驗中心培養結果，係抗藥性金黃色葡萄球菌種，已於九十五年六月八日下午一時四十三分傳輸中興院區，有檢驗報告可稽。則許俊輝既已有敗血症之 MRSA 感染，因聯合醫院中興院區通知臨床醫師之機制失靈，致丙○○遲至九十五年六月八日下午四時巡房查詢時，仍查無該項檢驗報告，囑追蹤急診血液培養結果，亦有病歷及中文譯文可按。惟丙○○身為主治醫師，應有義務積極向檢驗單位持續追蹤細菌培養報告，以確認治療方式是否正確，進而決定是否修正，例如在下班之前主動以電話連絡檢驗單位，應可立即得知檢驗結果，以便儘早開始治療，拯救許俊輝之生命。丙○○既不應消極等待護理人員將細菌培養報告黏貼於病歷上，且未積極追蹤、確認檢驗結果，已違反治療病患之義務，而有過失。其次，造成抗藥性細菌患者死亡率較高之主因，在於遲延使用適當抗生素，感染抗藥性金黃色葡萄球菌本身，並不會提高病患死亡率；且現今醫學上已知如具有感染抗藥性金黃色葡萄球菌危險因子之病患，應提早給予萬古黴素，可降低死亡率，有醫學文獻「感染抗藥性細菌患者的死亡率是否比較高？」乙文（見台灣醫院感染管制學會出版，感染控制雜誌第十五卷第六期）、英文醫學文獻可按。許俊輝於九十五年六月九日上午十時十分因

敗血性休克不治死亡，其主因為疾病嚴重所致，包括壞死性筋膜炎合併白血球數目>30,000、Cr>2.0mg/dL，死亡率本來就很高，未及時使用適當之抗生素，將加重其病情，有上開鑑定報告可稽。則許俊輝確係因丙○○未改用適當抗生素而死亡。丙○○如積極確認細菌培養結果報告，進而判斷是否改用萬古黴素，許俊輝應不致於死，惟因其未及時確認檢驗報告，亦未據以改用萬古黴素，則其行為與許俊輝死亡結果之間，即有相當因果關係。至聯合醫院辯稱：我國醫療實務於九十五年間並無病歷即時通報制度，至九十八年亦無任何醫療院所有細菌培養報告之即時通報機制，本件發生時實在無法期待其建立即時通報細菌培養報告之機制云云，然本件僅涉及院區內部檢驗人員就細菌培養報告之即時通報機制，尚與所謂「病歷互通」制度不同。是聯合醫院上述之抗辯，並不足採。上訴人提出「英國抗菌治療學會期刊」於二〇〇六年一月二十七日刊登台大醫院方啓泰醫師等人研究結果之英文文獻及中文譯文節本，雖辯稱對於病人有MRSA菌血症，早期使用糖縮氨酸（包含萬古黴素）抗生素治療可以減少死亡率之假設，並不成立；不論有無適當使用抗生素，其致死率都極高，即死亡結果與有無正確用藥之間，並無相當因果關係云云，但該文獻不能證明縱使用萬古黴素治療，亦無法減少死亡率，自不得據以證明如丙○○及時使用萬古黴素，許俊輝仍會致死亡。丙○○既未證明其縱使改用萬古黴素，許俊輝仍將因其他原因死亡，則丙○○未及時確認檢驗報告，進而未據以改用萬古黴素，其行為與許俊輝之死亡結果之間，具有相當因果關係，自應負侵權行為損害賠償責任。丙○○依侵權行為之規定，對許俊輝之父、母即被上訴人甲○○、乙○○負損害賠償責任。聯合醫院為丙○○之僱用人，應與丙○○負連帶賠償責任。茲就被上訴人請求之金額，分述如下：（一）殯葬費用部分：甲○○主張為許俊輝支出殯葬費用五十萬五千零二十七元云云，固有明細表一紙為憑，惟僅就其中二十六萬六千元部分，提出統一發票及收據影本為證，其餘並未舉證證明。爰審酌台北縣市殯葬習俗與許俊輝之身分、地位等情，認二十六萬六千元屬必要喪葬費用。（二）扶養費部分：甲○○、乙○○為許俊輝之父、母，依序於三十年十一月十六日、三十二年二月十日出生，渠等除許俊輝外，尚有一女許嘉紋，且甲○○、乙○○彼此互負扶養義務，則許俊輝應負甲○○、乙○○之扶養義務各為三分之一。甲○○、乙○○平均餘命分別尚有八·五年、十六·七年，按行政院主計處編印之九十五年度台灣地區家庭收支調查報告台北縣平均每人每年消費支出二十二萬八千零十二元，並依霍夫曼計算法扣除中間利息，則甲○○得請求之扶養費為五十四萬九千六百二十二元、乙○○得請求之扶養費為九十四萬零一百四十九元。（三）醫療費用部分：甲○○申請死亡證明、診斷證明書所支付之費用二百十元、七十五元、五百十六元，合計八百零一元，業據其提出醫療費用收據可稽，核屬必要之費用。（四）慰撫金部分：甲○○、乙○○老年喪子，精神上自受有極大之痛苦，審酌丙○○為聯合醫院

主治醫師，聯合醫院則為國家行政機關，及兩造身分、地位、資力等一切情狀，認甲○○、乙○○○各得請求給付慰撫金一百二十萬元為適當。從而，被上訴人請求上訴人連帶給付甲○○、乙○○○依序二百零一萬六千四百二十三元、二百十四萬零一百四十九元，及均加付法定遲延利息，為有理由，應予准許，並說明兩造其餘主張、陳述及證據，不逐一論述之理由。爰維持第一審所為上訴人敗訴之判決，駁回其上訴。經核於法並無違誤。又按醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延，醫師法第二十一條定有明文。準此，基於對病患之保護，而對醫師課以救治之義務，若醫師有違反此項義務，依民法第一百八十四條第二項規定，自得認定具有過失。且醫師未為診斷或追蹤、確認之檢驗結果，而未對病人施予必要之用藥救治，以致發生病人之死亡結果，有關責任成立因果關係，已難期待被害人舉證之可能性，於此情形，如嚴守民事訴訟法第二百七十七條前段之規定，將使被害人無從獲得應有之賠償，有違正義原則，基於公平之衡量，依舉證責任轉換之原則，就此不具相當因果關係，即應由醫師負舉證責任。本件丙○○係聯合醫院僱用之醫師，接手治療許俊輝，已預見其可能罹患敗血症，現今醫學上已知感染抗藥性金黃色葡萄球菌危險因子之病患，應提早給予萬古黴素，可降低死亡率，而其未積極追蹤、確認檢驗之結果，未及時改用萬古黴素救治，已違反救治病患之義務，顯有過失；且既未能證明其縱使改用萬古黴素，許俊輝仍將因其他原因死亡，揆諸首揭說明，則其過失行為與許俊輝死亡結果之間，具有相當因果關係，被上訴人依侵權行為之法律關係，請求丙○○與僱用人聯合醫院連帶負損害賠償責任，即屬有據。原審為上訴人敗訴之判決，並無不合。至於原判決其餘論述，乃屬贅列，核與本判決結果不生影響，併予敘明。上訴論旨，猶就原審取捨證據、認定事實之職權行使，暨其他贅述，指摘原判決不當，求予廢棄，非有理由。

據上論結，本件上訴為無理由。依民事訴訟法第四百八十一條、第四百四十九條第一項、第七十八條，判決如主文。

中 華 民 國 九 十 九 年 十 月 二 十 八 日

最高法院民事第三庭

審判長法官 劉 延 村

法官 許 澍 林

法官 黃 秀 得

法官 鄭 傑 夫

法官 魏 大 曉

本件正本證明與原本無異

書 記 官

中 華 民 國 九 十 九 年 十 一 月 九 日