

【裁判字號】90，上訴，1760

【裁判日期】931217

【裁判案由】過失致死

【裁判全文】

臺灣高等法院刑事判決

九十年度上訴字第一七六〇號

上訴人

即被告

選任辯護人 古清華律師

右上訴人因過失致死案件，不服臺灣桃園地方法院八十九年度訴字第六二一號，中華民國九十年三月二十七日第一審判決（起訴案號：臺灣桃園地方法院檢察署八十八年度偵字第一二二八三號）提起上訴，本院判決如左：

主文

原判決撤銷。

本件公訴不受理。

理由

- 一、公訴意旨略以：被告○○○係「○○○婦產科」之醫師，為從事醫療業務之人，於民國八十八年四月三日上午，產婦○○○因下腹痛及陰道出血（預產期為八十八年四月二十七日，第二胎），至○○○婦產科求診，被告○○○乃決定當日剖復生產，由被告○○○指示○○○在手術台上側躺及擺位後，再指導麻醉護士●●●施行腰椎半身麻醉（注射3% Xylocaine 三毫升），詎被告○○○應注意○○○為產婦，並應注意注射後脊椎麻醉高度（即神經被阻斷的範圍）不得過高，且能注意而疏未注意致產婦○○○麻醉後神經阻斷高度太高，導致產婦○○○於注射約四、五分鐘後（下午三時四十分許），有呼吸困難、血壓、心跳下降，且血氧值開始降低，血壓降至65 \ 35 mmHg，心跳為60次/分，致○○○產生休克及缺氧性腦病變。○○○一面進行氣管插管、心肺復甦術等急救處置，一面進行剖腹生產取出胎兒，嗣下午五時十五分許完成手術，因○○○心跳、血壓趨於穩定，遂指示麻醉護士●●●及該診所護士■■■護送○○○轉送林口長庚醫院急救，惟因產婦○○○因缺氧致呈植物人之現象，迄第三日（四月五日）凌晨三時許○○○病情惡化，產生休克及吸入性肺炎、缺氧性腦病變、心肺衰竭，經急救仍於同年四月九日中午不治死亡，因認被告涉犯刑法第二百七十六條第二項業務上之過失致人於死罪。
- 二、本件公訴人認被告○○○涉犯刑法第二百七十六條之業務上過失致人於死罪，無非係以告訴人即被害人○○○之夫▼▼▼之指訴及行政院衛生署醫事審議委員會鑑定結果為其重要論據。
- 三、訊據被告○○○於偵查、原審、本院審理中固坦承：被害人即產婦○○○因下腹痛及陰道出血，於八十八年四月三日上午至○○○婦產科求診，被告○○○於當日實施剖復生產，並由其親自指示被害人○○○在手術台上側躺及擺位後，再指疏失．．．」（本院卷二第一一九頁第三行），惟否認業務過失致死犯行。
  - （一）於原審辯稱：① 被害人○○○前一胎係於八十六年剖腹生產，本次就診時已有下腹痛及陰道出血之產兆，故被告決定實施剖腹產，符合醫術常規，並無疏失。② 本件選擇脊椎半身麻醉，注射位置為腰椎第三、四節間隙，符合醫術常規。③ 本案使用之麻醉藥物為3

% Xylocaine 三毫升，相當於九十毫克之劑量，並未逾。④ 麻醉護士●●●為合格麻醉師，有豐富經驗，且麻醉過程由被告親自指導，並無不當之處。⑤ 被告於麻醉前曾先予被害人□□□補充點滴一千三百西西，並於被害人產生呼吸困難、血壓、心跳下降、血氧值開始降低等狀況時，一面進行氣管插管、心肺復甦術等急救處置，一面進行剖腹生產取出胎兒，結果胎兒娩出時完全正常，且被害人於娩出胎兒後血壓有改善，足見緊急剖腹之處置無誤。⑥ 被告於搶救出胎兒並繼續完成剖腹產後續縫合手術後，隨即調派診所護士三人隨車護送長庚醫院救護，被害人於轉院車程中，尚有意識，能自行呼吸，且血壓正常，嗣於長庚醫院急診室中量得之血壓值為 140 \ 82，呼吸為二十次，且於住院前二日能自行呼吸，並未插管，亦未使用呼吸器，足證被告初步搶救成功。⑦ 被害人□□□第一次剖腹產時，雖係由被告手術，惟係由另位醫生實施麻醉，被告並不知道被害人有麻醉特殊反應，且被害人本人亦未告知伊對於麻醉有過敏現象。⑧ 被害人於分娩時並無嚴重缺氧現象，轉院車程中並持續不斷供氧，且被害人於住進長庚醫院第三天始轉入加護病房，故可能係被害人之體質對於缺氧較為敏感。⑨ 衛生署鑑定報告並未認定臨床過程中確有麻醉高度太高之證據，且以「產婦最後死亡結果」之發生，為認定處置有可議處之唯一理由，實係倒果為因，且未明確指出被告過失之所在云云。

(二) 於本院辯稱：被告不承認有業務過失致死犯行。麻醉阻斷過高不是一種過失，而是一種現象。即使注射的位置、劑量正確也會有一千四百分之一的機會會發生麻醉阻斷過高。對於造成被害人□□□缺氧性腦病變處置上被告固有疏失，但經救援是成功的。原審法官採用長庚醫院的死亡診斷書作死因的判定，沒有解剖，也沒有照病歷內容，作為進一步的確認，由病歷的內容，病人的死因是「急性呼吸窘迫症候群 (ARDS)」，衛生署的第二次鑑定報告也是沒有注意到長庚醫療的疏失。麻醉阻斷過高導致缺氧性病變並沒有一定會造成死亡。衛生導麻醉護士●●●施行腰椎半身麻醉 (注射 3 % Xylocaine 三毫升)，被害人□□□嗣於注射後有呼吸困難、血壓、心跳下降，且血氧值開始降低及休克、缺氧性腦病變等情況，經急救後轉送林口長庚醫院，因併發症「急性呼吸窘迫症候群 (ARDS)」不治死亡等情不諱，於本院並供承：「對於造成缺氧性腦病變上我是有署鑑定報告以「產婦最後死亡結果」並沒有注意到長庚醫院對於造成被害人□□□死亡有疏失，並非麻醉阻斷過高致被害人□□□於死，而是缺氧性腦病變後，長庚醫院治療、處置、照顧不週，造成併發症「急性呼吸窘迫症候群 (ARDS)」而死亡。鑑定人許清曉教授相信長庚醫院有延誤插管，並認長庚醫院有延誤轉入加護病房治療，在普通病房要比照加護病房的照護，長庚醫院並沒有請醫護人員做加強的追蹤照顧。許教授看不出長庚醫院有使用腦水腫的藥物，沒有使用腦水腫的藥物就會一直嘔吐，不論是否已經插管，均會增加吸入性肺炎，會造成「急性呼吸窘迫症候群 (ARDS)」，而致被害人□□□死亡。

#### 四、經查：

(一) 被害人□□□因下腹痛及陰道出血 (預產期為八十八年四月二十七日，第二胎)，於八十八年四月三日上午至被告○○○所開設之婦產科求診，被告○○○於當日實施剖復生產，並由其親自指示被害人□□□在手術台上側躺及擺位後，再指導麻醉護士●●●施行腰椎半身麻醉 (注射 3 % Xylocaine 三毫升)，被害人□□□於施行腰椎半身麻醉約四、五分鐘後 (八十八年四月三日下午三時四十分許)，即有呼吸困難、血壓、心跳下降，且血氧值開始降低，血壓

降至 65 \ 35 mmHg，心跳為 60 次 / 分，並產生休克及缺氧性腦病變，被告○○○乃一面進行氣管插管、心肺復甦術等急救處置，一面進行剖腹生產取出胎兒，於下午五時十五分許完成手術，因□□□心跳、血壓仍未穩定，遂指示麻醉護士●●●及該診所護士■■■、護送□□□轉送林口長庚醫院急救。被害人□□□於當日下午六時許，轉送至林口長庚醫院急診室時，昏迷指數為四分，瞳孔 3 mm 有光反射，動脈氣體分析呈缺氧及酸血症 ( PH : 7.274, PCO<sub>2</sub> : 47.3 mmHg, PO<sub>2</sub> : 45.9 mmHg, O<sub>2</sub> SAT 75.9 % )，給予面罩氧氣 50 % 等情，為被告○○○所自承 ( 見偵字卷第四至六頁、第六三、六四頁、原審卷第三〇、三一頁 ) 。

(二) 經核與證人即○○○婦產科診所之護士■■■、■■■、●●●於警訊時、檢察官偵查中及原審證述之情節相符 ( 見偵字卷第七至一六頁、第五七、五八頁、第九一頁、原審卷第三一至三四頁 )，復有○○○婦產科診所病歷表一份及林口長庚紀念醫院病歷表一份存卷可稽 ( 見偵字卷第六七至八〇頁及外放病歷卷 ) 。

(三) 且據證人即被害人□□□送進長庚院急救時之長庚醫院婦產科住院醫師■■■於原審證稱：「．．．六點十分到達長庚，我們有給她 50 % 的氧氣，到達時心跳一一七下、呼吸二〇下、體溫三六點一度屬於正常，血壓 140 \ 82、眼睛的反應、講話的反應、動作反應都只有一、二分，她已經意識模糊。」、「．．．病患送來時已缺氧性腦病變，類似植物人。」等語 ( 見原審卷第八六頁正面第四行中段起至第七行、反面第九行中段起至第十行 )，足認被害人□□□係於被告○○○診所發生缺氧性腦病變，經被告○○○緊急處置後，送至長庚紀念醫院時雖然意識模糊，已呈缺氧性腦病變，類似植物人，但心跳一一七下、呼吸二〇下、體溫三六點一度屬於正常，血壓 140 \ 8。

(四) 又本件被害人□□□死亡原因經檢察官送請行政院衛生署醫事審議委員會鑑定結果：「．．．三、在本案中，麻醉藥注射完畢後，發生呼吸困難，同時血壓及心跳下降，又合併缺氧，經過氣管內插管，上述情狀獲得改善。惟手術後，病人之意識一直未清醒，經長庚紀念醫院診斷為有缺氧性腦病變。因此，產婦死亡之原因，主要是在腰椎麻醉時，產生休克及缺氧性腦病變，而由產婦死亡的結果推論，方醫師指導麻醉護士實施半身麻醉或 / 及引發併發症的處置上，是有商議之處。」等語，有行政院衛生署八十九年三月二十三日衛醫署字第八九〇一六五七四號函附行政院衛生署醫事審議委員會鑑定書一紙在卷為憑 ( 見偵卷第八七、八八頁 )，原審再送請行政院衛生署醫事審議委員會鑑定結果：「．．．七、綜合判斷病患之死亡原因，主要是醫師○○○在麻醉時，如上次鑑定意見三、所述產生休克及缺氧性腦病變，導致後來產婦死亡。因此，方醫師在指導麻醉護士實施半身麻醉或 / 及引發併發症的處置上，是有商議之處。」等語，亦有行政院衛生署八十九年十二月十四日衛醫署字第〇八九〇〇五八七二號函附行政院衛生署醫事審議委員會鑑定書一份在卷為憑 ( 見原審卷第一一三頁背面 )，本院三度送請行政院衛生署鑑定結果：「由長庚紀念醫院林口分院之入院出院診斷中，有缺氧性腦病變及吸入性肺炎合併敗血症。這兩種情況，就可以造成病人死亡。至於何時造成腦缺氧及肺吸入異物？依據病程，理應在打完脊椎麻醉四、五分鐘後，發生脊椎性休克時所造成，雖然經過緊急處理，但仍無法恢復正常。又為何會發生脊椎性休克？在第一次鑑定報告中已說明，可能與打完 3 % Xylocaine 3 ml 後，脊椎神經阻斷高度過高所致。因麻醉紀錄中，並無記載阻斷高度，所以，只能用經驗判斷。至

於有否可能是對於麻醉藥 Xylocaine 過敏，依據對去之國內外文獻，發生對 Xylocaine 過敏的病例實在很少。再者，若是因藥物過敏所引起的休克，其心跳速率應該是變快，而不是此病例所呈現之心跳變慢。」等語，亦有行政院衛生署九十一年十二月十七日衛醫署字第 0 九一 0 0 七八六五九號函附行政院衛生署醫事審議委員會鑑定書一份在卷為憑（見本院卷一第七八頁）。

（五）依上開行政院衛生署醫事審議委員會三次鑑定意見，關於被害人○○○產生缺氧性腦病變之原因概認定有三：

①『產婦．．．在腰椎麻醉時，產生休克及缺氧性腦病變』。

②『被告○○○在指導麻醉護士實施半身麻醉或／及引發併發症的處置上，是有商議之處。』。

③『．．．至於何時造成腦缺氧．．．？依據病程，理應在打完脊椎麻醉四、五分鐘後，發生脊椎性休克時所造成，雖然經過緊急處理，但仍無法恢復正常。又為何會發生脊椎性休克？．．．可能與打完 3 % Xylocaine 3 ml 後，脊椎神經阻斷高度過高所致。因麻醉紀錄中，並無記載阻斷高度，所以，只能用經驗判斷。至於有否可能是對於麻醉藥 Xylocaine 過敏，依據對去之國內外文獻，發生對 Xylocaine 過敏的病例實在很少。再則，若是因藥物過敏所引起的休克，其心跳速率應該是變快，而不是此病例所呈現之心跳變慢。』。

（六）按對病患注射麻醉藥劑後，脊椎麻醉之高度，原應記載於病歷表上，綜據以上鑑定意見，被告○○○並未在被害人○○○病歷表上為此記載，惟依被害人○○○於注射約四、五分鐘後，有呼吸困難、血壓、心跳下降，且血氧值開始降低，血壓降至 6 5 \ 3 5 mmHg，心跳為 6 0 次 分，並導致產生休克及缺氧性腦病變等情況以觀，此休克現象，應係因神經阻斷高度太高所致，而非導因於麻藥過敏，可以肯認被告○○○於指導麻醉護士實施半身麻醉，以及處理併發症之處置上確有過失，應無疑義。

（七）況被告○○○於本院時亦坦承：對於造成缺氧性腦病變處置上，我是有疏失。」等語（見本院卷二第一一九頁第三行），足認被告○○○自白與前揭事證相符，得為認定事實之基礎。

（八）雖前揭經檢察官送請行政院衛生署醫事審議委員會之鑑定意見，併認定：「．．．產婦死亡之原因，主要是在腰椎麻醉時，產生休克及缺氧性腦病變．．．」，原審送請行政院衛生署醫事審議委員會鑑定意見，續認定：「．．．七、綜合判斷病患之死亡原因，主要是醫師○○○在麻醉時，．．．產生休克及缺氧性腦病變，導致後來產婦死亡．．．」，本院送請行政院衛生署鑑定結果，又認定：「由長庚紀念醫院林口分院之入院出院診斷中，有缺氧性腦病變及吸入性肺炎合併敗血症。這兩種情況，就可以造成病人死亡。至於何時造成腦缺氧及肺吸入異物？依據病程，理應在打完脊椎麻醉四、五分鐘後，發生脊椎性休克時所造成，雖然經過緊急處理，但仍無法恢復正常。」云云（見偵卷第八八頁、原審卷第一一三頁背面、本院卷一第七八頁）。而被害人○○○固因麻醉阻斷過高，導致缺氧性腦病變，已如前述，惟依鑑定人許清曉鑑定結果，缺氧性腦病變並不必然造成死亡，被害人○○○死因，係因缺氧性腦病變後，長庚醫院治療不週，造成併發症「急性呼吸窘迫症候群(ARDS)」而死亡（詳後述），稽之上開證人即被害人○○○送進長庚院急救時之長庚醫院婦產科住院醫師 於原審所證：被害人○○○送至長庚紀念醫院時雖然意識模糊，已呈缺氧性腦病變，類似植物人，但心跳一一七下、呼吸二 0 下、體溫三六點一度屬於正常、血壓 1 4 0 \ 8（見原審卷第八六頁正面第四行中段起至第七行、反面第九行中段起至第十行），足認被

害人○○○係於被告○○○診所因麻醉不當，發生缺氧性腦病變，經被告○○○緊急處置後，類似植物人，而缺氧性腦病變不必然造成死亡結果，嗣因長庚醫院治療不週，造成併發症「急性呼吸窘迫症候群（ARDS）」才死亡，行政院衛生署醫事審議委員會疏未審認長庚醫院對於造成被害人○○○死亡之疏失，籠統認定缺氧性腦病變及肺吸入異物為被害人○○○之死因，該部分鑑定意見，容非正確。

- (九) 被告○○○係婦產科醫師，有婦產科專科醫師證書、醫師證書及醫療機構開業執照各一紙在卷可稽，復為其所自承，自係從事業務之人。而被害人○○○因被告之麻醉行為產生休克及缺氧性腦病變，迨轉送至林口長庚醫院急救，已因缺氧過久致呈類似植物人之現象，自己達身體上重大不治傷害之程度，依刑法第十條第四項第六款之規定，應屬重傷害。被告○○○應構成刑法第二百八十四條第二項後段之業務過失傷害致重傷罪。
- (十) 公訴人之起訴書雖未援引刑法第二百八十四條第二項後段業務過失傷害致重傷罪之法條，但犯罪事實欄已記載：「被告○○○係○○○婦產科醫師，為從事醫療業務之人，於八十八年四月三日上午，產婦○○○因下腹痛及陰道出血至○○○婦產科求診，被告○○○乃決定當日剖復生產，並指導護士施行腰椎麻醉（注射 3 % Xylocaine 三毫升），其應注意○○○為產婦，並應注意注射後脊椎麻醉高度（即神經被阻斷的範圍）不得過高，且能注意而疏未注意致產婦○○○麻醉後神經阻斷高度太高，導致產婦○○○呼吸困難及血壓受影響，產生休克及缺氧性腦病變．．．」等語，足見被告前開過失致重傷部分，在起訴範圍，本院自得併予審理。

五、公訴人雖執稱：被告○○○涉犯刑法第二百七十六條第二項業務上之過失致人於死罪云云，惟：

- (一) 按「無罪推定」及「罪疑惟輕」原則，為刑事訴訟制度之主要基礎。即犯罪事實應依證據認定之，無證據不得推定其犯罪事實；又積極證據不能證明被告犯罪者，應諭知無罪之判決，刑事訴訟法第一百五十四條、第三百零一條第一項分別定有明文。次按認定犯罪事實，須依證據，而所謂證據，係指合法之積極證據就犯罪事實能為具體之證明者而言；又認定不利於被告之事實，須依積極證據，苟積極證據不足為不利於被告事實之認定時，即應為有利於被告之認定，更不必有何有利之證據，最高法院三十年上字第八一六號著有判例。再所謂「積極證據足以為不利被告事實之認定」，係指據為訴訟上證明之全盤證據資料，在客觀上以達於通常一般人均不致於有所懷疑，而得確信被告確曾犯罪之程度，若未達此一程度，而有合理懷疑之存在時，即無從為有罪之確信，此觀同院七十六年台上字第四九八六號判例意旨自明。換言之，刑事訴訟上證明之資料，無論其為直接證據或間接證據，均須達於通常一般之人均不致於有所懷疑，而得確信其為真實之程度，始得據為有罪之認定，若其關於被告是否犯罪之證明未能達此程度，而有合理性懷疑之存在，致使無從形成有罪之確信，根據「罪證有疑，利於被告」之證據法則，即不得遽為不利被告之認定，最高法院七十六年台上字第四九八六號判例意旨可資參照。其以情況證據（即間接證據）斷罪時，尤須基於該證據在直接關係上所可證明之他項情況事實，本乎推理作用足以確證被告有罪，方為合法，不得徒憑主觀上之推想，將一般經驗上有利被告之其他合理情況逕予排除，此觀諸最高法院三十二年上字第六七號判例意旨，亦甚彰明。暨九十二年臺上字第一二八號判例謂：「刑事訴訟法第一百六十一條已於九十一年二月八日修正公布，修正後同條第一項規定：檢察官就被告犯罪事實，應負舉證責任，並指出證明之方法。因此，檢

察官對於起訴之犯罪事實，應負提出證據及說服之實質舉證責任。倘其所提出之證據，不足為被告有罪之積極證明，或其闡明之證明方法，無從說服法官以形成被告有罪之心證，基於無罪推定之原則，自應為被告無罪判決之諭知。」，洵屬的論。

(二)次按「刑法上之過失，其過失行為與結果間，在客觀上有相當因果關係始得成立。所謂相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一般情形下，有此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件即為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一般情形下，有此同一條件存在，而依客觀之審查，認為不必皆發生此結果者，則該條件與結果不相當，不過為偶然之事實而已，其行為與結果間即無相當因果關係。」(最高法院七十六年台上字第一九二號判例意旨參照)。

(三)被害人○○○於八十八年四月三日下午七時三十分許，昏迷指數為四分，腦部電腦斷層掃描呈現腦水腫，下午九時四十五分時，動脈氣體分析恢復正常，瞳孔3mm有些微光反射，會診婦產科及神經內科，下午十時二十五分許，被害人二度眼睛上吊、口吐白沫，經分別給予Valium注射後緩解，下午十一時四十分因加護病房無床位轉往普通病房。被害人於到院時之狀況，經長庚醫院診斷結果為：休克，原因不明(Shock,Cause?) (疑似缺氧性腦病變(缺氧性腦引發痙攣(Myoclonus and Seizure) (疑似吸入性肺炎(R\O AspirationPenumonia)，昏迷指數為四，血壓130\90mmHg，脈搏86次\分，呼吸20次\分。嗣於同年四月四日，因被害人生命跡象較為穩定，昏迷指數進步至九分，但脈搏及呼吸逐漸增加至108次\分及40次\分。又於四月五日凌晨三時十分許，被害人再因呼吸困難(10次\分)，發紺(動脈血pH:7.27,PaCO2:62.2mmHg)及發燒(體溫38.4度)，凌晨三時十五分許，插上氣管插管給予人工輔助呼吸，胸部X光呈現雙側肺炎，上午九時三十分許無法測到血壓，脈搏164次\分，體溫39.3度，瞳孔放大，經急救後轉入加護病房，而後被害人病況逐步惡化，併發上腸胃道出血、電解值失衡、貧血及腎衰竭，延至四月九日中午急救無效不治死亡，經判定死亡原因為：休克、吸入性肺炎、缺氧性腦病變及心肺衰竭等情，固有長庚醫院病歷正本一份可稽(外放證物袋)，依前述被害人○○○由植物人至死亡之經過，可知其直接死因為休克、吸入性肺炎、缺氧性腦病變及心肺衰竭，雖被告○○○對被害人○○○施行剖腹產手術，因麻醉不當，造成被害人○○○缺氧性腦病變，呈現類似植物人現象，但是否缺氧性腦病變之病患即必定引起休克、吸入性肺炎及心肺衰竭而死亡，依後述鑑定人許清曉之鑑定意見，不無疑問，是以是否在一般情形下，發生此類傷害之被害人，均可發生同一之死亡結果，自非必然，上開長庚醫院病歷正本認定被害人游月死亡原因為：休克、吸入性肺炎、缺氧性腦病變及心肺衰竭等，實非確當。

(四)且本件被害人○○○死亡原因經檢察官、原審及本院三度送請行政院衛生署醫事審議委員會鑑定結果，雖明確認定『被告○○○在指導麻醉護士實施半身麻醉或/及引發併發症的處置上，是有商議之處』，而關於被害人○○○死亡，本院送請行政院衛生署鑑定結果固以：「由長庚紀念醫院林口分院之入院出院診斷中，有缺氧性腦病變及吸入性肺炎合併敗血症。這兩種情況，就可以造成病人死亡。．．．」，檢察官及原審送請鑑定之該二次鑑定書亦均以：休克及缺氧性腦病變，為產婦死亡之原因云云。

(五)惟本院將本件疑點彙整後，再送請高雄醫學大學醫學院內科臨床學許教授清曉鑑定結果則認：被害人□□係因缺氧引起腦病變，但腦病變引致的病變輕重態樣不一，輕者只會引起一些智障，重者會成植物人或死亡，而依被害人□□之診療紀錄，被害人□□之缺氧時間並非太久，應不至於發生死亡結果。被害人□□於長庚醫院病房時，因意識不清狀況下嘔吐並吸入嘔吐物，致發生死亡之結果。有高雄醫學大學醫學院內科臨床學許教授清曉鑑定回覆書一份(見本院卷二第六、七頁)，及許清曉教授於本院到庭之鑑定筆錄如後為憑(本院卷二第八六至一〇〇頁)。高雄醫學大學醫學院內科臨床學許教授清曉鑑定回覆書載稱：「...二十一、不必然每一位住院之缺氧性腦病變病患都會死亡，...。二十二、不一定每一位住院之缺氧性腦病變病患都無法避免吸入性肺炎。二十三、不必然每一位住院之缺氧性腦病變病患都會導致敗血性休克死亡。...」。(見本院卷二第六、七頁)。許清曉教授以鑑定人之身分到庭鑑定稱：「(你的鑑定回覆書第五點倒數第四行在病歷的醫囑單、護理紀錄裡並沒有使用 piperacillin 抗生素，在病歷第二七第一行頁裡有使用 primperan，是否是使用 primperan 記錯成 piperacillin？病歷第一六七頁第十行 cef azolin sodium 是記載使用十四支，是否記錯，因為死者從四月五日就換藥，這張表的紀錄是否有誤？)問題前段的部分我相信是錯的，piperacillin 在彙總表有記載，但醫囑就沒有此藥，而有 primperan，primperan 與 piperacillin 是完全不同的藥。我的判斷醫囑單是對的，彙總表是錯的。因為在此情況下他們應該是要給 primperan，而且彙總表所記 piperacillin 只有一劑是不合理的。因此我判斷病人當時接受的藥物應該是 primperan 而不是 piperacillin。cef azolin sodium 醫院所給的劑量是每次二支，一天三次，共給二天，再加一開始時，立即給予的一次，一共應該是給予十四支，因此彙總表此項目並沒有錯誤。(本案病患遊月春在長庚醫院有無延誤插管？□□四月三日進入長庚醫院時有無插管？《提示長庚醫院 X 片》從病歷資料第二十七、二十八頁的醫囑單，其上四月三日所浮貼 On Mechanical Ventilator Aerosol Therapy 未打勾，應是未插管。其上四月五日的醫囑單所浮貼 On Mechanical Ventilator Aerosol Therapy 有打勾，第二十八頁第一、二行並且記載 endotracheal fix 二三 cm 及 on ventilator 均打勾，表示□□是四月五日才開始插管。我相信是有延誤插管，因為此種病患進來就是要靜脈注射，開始點滴及插管。(依照長庚醫院之病歷及現今的醫療常規，本案病患□□在進入長庚醫院後有無延誤轉入加護病房治療？)病患四月三日進入長庚後，有長過一天的時間以上《大約三十小時》在急診室及普通病房《四月四日凌晨是進入普通病房》，以後才轉入加護病房，這不是很好的現象。不符合醫療上的理想作業。雖然進不了加護病房，在普通病房也要給予比照加護病房的照護。(從護理紀錄看，□□轉入普通病房後，長庚醫院當時有無給予病患比照加護病房的照護？)從護理記錄第一二〇頁看，有囑付家屬做一些轉換身體的工作，教家屬作抽痰的工作，沒有請醫護人員做加強的追蹤及照護。(長庚醫院對病患遊月春缺氧性腦病變，並無使用降腦水腫的藥物是否有延誤治療的情形？)看不出來長庚有無使用降腦水腫的藥，從病歷第二二頁下報告內容欄第 2 點 general effaced brain sulci and fissures due to brain edema 及第一五五頁記載 CT 是在四月三日照射，看出病患在四月三日的電腦斷層掃描有腦水腫的現象，沒有使用降腦水腫的藥物我認為是不好，不使用就會一直嘔吐，不論是否已經插管，均會增加吸入性肺炎，可能會造成急性呼吸窘迫症候群。

(長庚醫院在對本案病患游月春就吸入性肺炎的預防及治療處置上, 抗生素的選擇使用是否不當? 有無延誤治療?) 抗生素的選擇不是很妥當, 可是這對於以後的影響有多大, 不太容易判斷, 因為死者過一兩天就換抗生素了, 因此很難判斷抗生素不妥當的選擇是導致病患的死亡, 不過有嘔吐, 就有可能吸入這些嘔吐物, 而引起肺部的組織破壞, 而造成急性呼吸窘迫症候群。(依病歷記錄第一二四頁九點半那一欄觀之, 是在病患有高燒、休克等敗毒症症狀之後才更換抗生素。請教鑑定人是否如此?) 四月五日上午九時三十分, 他們發現休克的臨床變化, 十點二十分轉入加護病房《ICU》, 然後是在休克以後轉入 ICU 之後才換成為 AQ 的盤尼西林及 epocelin 《病歷第二十九頁下往上數第四、五行》, 此二種藥也不是最好的抗生素。比開剛始的那二種抗生素好不了多少, 或者是差不多。病歷第三十二頁四月五日下午六點五十分將抗生素中盤尼西林 AQ 換成 clindamycin, 這個 clindamycin 和 epocelin 配合應該是更好, 我認為他的抗生素使用不當, 抗生素使用妥當治癒的比例高多了。抗生素使用不當也有治癒的可能, 但治癒的可能性較低。一開始這種重症的病人就要開始考慮用治癒高的較廣效的抗生素如 clindamycin 和 epocelin, 當然還有其他更廣效的抗生素。(請問在病患□□長庚醫院時, 依照病患當時的情況是否應會診感染症專科醫師共同治療為當? 其主治醫師當時沒有會診感染症專科醫師, 有無延誤正確有效的治療時機? 如果當時有會診, 是不是整個治療會不一樣?) 抗生素的使用應該是次專科的醫生也應該要了解, 我認為會診感染症專科醫師比較好。如果有會診, 治療結果有可能會不一樣, 不過當時使用 clindamycin 和 epocelin 也是算不錯, 請感染科醫師是比較讓人放心。(依照病患□□在長庚醫院的病記載, 在□□入院後的三日內並無對□□進行預防吸入性肺炎治療, 並且似無監控抗生素治療的情形下, 此一醫療行為有無疏失?) 並不能說完全沒有用藥, 只是沒有用到最好的藥, 不是很妥當, 根據四、五篇報告指出, 一開始沒有使用最廣效的抗生素, 是會導致更高的死亡率達用最廣效的抗生素治療時的死亡率的二、三倍之多。(依照病患□□長庚醫院病歷第一百二十頁, 四月四日護理記錄上, □□是否有嘔吐的記錄?) 是。(請問□□如果其死亡原因為『持續性休克所引起的急性呼吸窘迫症候群《ARDS》』, 請問與被告為病患施行的半身麻醉行為有無直接的因果關係? 其死亡之原因, 直接引發該死亡之直接原因是長庚醫院在病患的照顧上不週所致? 還是本案被告○○○為□□所施行的麻醉行為所直接造成?) 麻醉也有可能導致『持續性休克所引起的急性呼吸窘迫症候群《ARDS》』, 但後來從客觀上來判斷導致『持續性休克所引起的急性呼吸窘迫症候群《ARDS》』的可能性更大。《被告補稱: 當時病患在被告診所下午三時四十一分插管急救給予氧氣, 立即剖腹生產, 下午三時五十八分取出胎兒, 嬰兒正常, 產婦血壓回升, 一面急救, 一面手術, 下午五點十五分完成手術, 手術後被告在聯絡轉診事情, 被告診所麻醉師認為病患意識較為清楚, 情況較穩定, 而拔下病患的氣管插管, 下午六點病人抵達長庚急診室, 麻醉前有禁食, 過程中沒有嘔吐。》(在被告診所當時的狀況看來, 在診所的處置導致病患引起『持續性休克所引起的急性呼吸窘迫症候群《ARDS》』的機率是會少很多, 做書面鑑定時, 我沒有看到被告診所的處理細節, 經閱覽被告診所的病歷資料後《被告診所病歷資料記載下午五點時病人自發性呼吸、血中氧氣濃度百分之九十八、血壓八十/三五》, 依一般臨床紀錄記載自發性呼吸, 應是未拔管前已觀察到有自發性的呼吸, 然後拔管, 再依據被告剛才陳述病患送院前的處理經過, 我對本案的醫療疏



失，會傾向於放在長庚醫院的處置。從以上的查閱長庚醫院病歷資料，延誤插管二天，一開始病患到院時未使用療效較廣的抗生素，病患入院有嘔吐現象，未使用降腦水腫藥物，這些問題都是對於病患的安全處置上是不妥當的。尤其嘔吐現象在未插管、意識不很清楚的病患是容易引起吸入性肺炎，導致『急性呼吸窘迫症候群《ARDS》』。（請問醫療上所謂的『缺氧性腦病變』是否均會引起『急性呼吸窘迫症候群《ARDS》』？）不會。（對於衛生署鑑定死因是吸入性肺炎併敗血症休克與你的看法不同，請問你有何意見？）衛生署只著重在敗血症休克，並沒有考慮到 ARDS，我認為是不完整的診斷。我覺得病患的死因是 ARDS 比較大。跟長庚醫院一開始沒有使用 clindamycin 和 epcoclin 兩種抗生素的原因，可能關鍵沒有那麼大，雖然長庚醫院沒有使用最理想的抗生素，但對於預防感染應該還是有某種程度的效果。（為何在被告的診所裡，死者會發生休克及缺氧性腦病變？）脊髓麻醉對產婦是高危險的醫療行為，麻醉師平常在外科醫師還沒有到場就已經開始麻醉，可是在產婦時，因為很容易引起休克，所以平常麻醉師是要等到婦產科醫師在場，才敢開始麻醉，表示此種麻醉危險度高。死者會發生缺氧性腦病變應該是有休克相當長的時間，休克不一定是完全缺氧狀態，完全缺氧三分鐘以上就會發生缺氧性腦病變。（如果發生休克的情形，醫院應如何處置？）這一部分我有請教過麻醉醫生，身體轉向右邊側躺，避免子宮壓到回流的大靜脈，同時給予水份，注射對自主神經有效的藥物，同時要顧慮到嬰兒的生產。（被告有無做你上述所言的處置？）沒有看到。（依你判斷，被告對產婦整個生產的急救有無不當？）我不是麻醉醫生，依被告診所的病歷記錄記載《偵卷第七十三頁》，病患休克一分鐘後就插管《十五點四十分休克，四十一分插管》，給予氧氣，緊急剖腹產，給類固醇《DECADRONE》，給促進心臟血管系統藥物 XYLOCAIN，促進子宮收縮及升壓作用《METAHERGINE》，促進子宮收縮的《PITOCIN》，半身麻醉之前就給產婦一千 CC 輸液，手術中又給予共一千五百 CC 輸液，究竟麻醉醫生所講的上開處置是否僅為輔助外科或產科醫生的醫療行為，或是主要處置行為，我不清楚，我看是沒有什麼不當，但還是請麻醉專家來判斷比較正確，我不是這方面的專科醫生。（本案麻醉是一次就麻醉還是持續麻醉？）依被告診所病歷記載《偵卷七十二之二反面》是一次麻醉，至於哪一種方式比較好，我要問麻醉醫生。（本案產婦剖腹前就有休克現象，是否先轉院或應先予剖腹較佳？）因為已經休克，為減輕腹壓，趕緊剖腹生產較佳。（拔管是麻醉醫師就能處理，還是要專科醫生處理？）麻醉醫師就可以處理。（被告診所病歷裡，產婦本身體質上有無特殊異於常人之情形？）我沒注意到。（病患送到長庚急救時，有無可能參考到被告診所的病歷？）被告與長庚都要主動支援。（加護病房如果沒有床位，是否會放在普通病房？）是這樣。（普通病房是不是比較會感染？）不會。（長庚醫院未給病患插管，是否有其他替代插管的醫療措施，有無可能病患送到長庚時，因為未插管，或者再加以插管，病患會不舒服，或因為病人身體上其他因素插管會造成對病人更不利之情形，致未予插管？）病患剛到長庚時的血壓一四〇／八二，已經回復正常，不插管也可以了。（腦水腫的藥是不是因為病患個人身體的因素沒有辦法使用，而用其他的處置代替？）我相信不是。（你剛才說長庚有些處置不是很妥當，但如果即使做了妥當的處置，是否能避免產婦的死亡？）應該可以減少嘔吐的現象就可以避免吸入嘔吐物，單單吸入就足以造成 ARDS，ARDS 的死亡率是百分之四十到六十，是否能避免是很難說，因為腦壓升高不是嘔吐的唯一原因，其他的病

變也可以造成嘔吐，本案病患依據長庚醫院的病歷記載，如前所述，病患一進院有照 CT，病患的嘔吐可能是腦水腫造成，但仍然不排除其他原因造成病患嘔吐現象。病人入院第一天有給病人止吐藥，止吐藥不能替代降腦水腫的藥物，就算給降腦水腫的藥物，也不能保證有百分之百的效果。長庚醫院如果做了妥當的處置有可能避免產婦的死亡。（吸入性肺炎到死亡有多久時間？）吸入嘔吐物一天就發生 ARDS，ARDS 發生後到死亡後要多少時間這不一定，有百分之四十到六十的救活率。（病患無任何原因讓長庚醫院不給降腦水腫、加護病房緊密照顧、插管、立即給予廣效性的抗生素的治療？）沒有。（本案病患依病歷記載，長庚有無任何原因決定不會診感染科醫生？）可能是長庚的醫生自己認為開的抗生素沒有錯。（醫療上對本案病患進行插管，是不是會達到預防吸入異物或預防吸入性肺炎的效果？）有。（缺氧性腦變病的病人是否必然會導致死亡？）不一定。（缺氧性腦變病的病人是否必然會發生 ARDS？）不必然。（在本案剖腹產的病患，在剖腹手術中發生麻醉病變現象是否可以事先預期？）無法預期。（按照現行醫療常規，如果醫院沒有加護病房可以照顧如本案病患□□□的病人，是不是應該安排轉院？）應該要轉院到附近有加護病房的醫院。（在決定插管之前，有那些事情要特別注意？）最主要要考慮插管會讓病人無法講話，病人會感到不舒服。插管本身是沒有什麼嚴重的禁忌，本案為了救命還是要插管。（依醫審會的鑑定意見第二點《提示偵卷第八十八頁反面》，本案被告注射後對病患神經被阻斷的範圍注意上有無疏失？）我不是麻醉科醫生，我無法判斷。（依醫審會的鑑定意見第三點《提示偵卷第八十八頁反面》，本案產婦的死因為何？）我認為是 ARDS 引起血中氧氣不足，長時間而導致身上各器官機能衰竭致死。我認為缺氧性腦病變可能會引起心跳及呼吸中樞的病變而導致長期休克死亡，不過依據病患胸部 X 光片的變化，因 ARDS 導致死亡的可能性我相信是比較高的。（有何補充？）我是相信死者生前是有因為缺氧引起腦病變，但腦病變引致的病變輕重態樣不一，輕者只會引起一些智障，重者會成植物人或死亡，不過根據診所紀錄，病患的缺氧時間似乎不是那麼久，又因為在長庚醫院病房病患意識不清狀況之下又有嘔吐，可能會導致吸入，所以我傾向於認為 ARDS 是造成病患死亡的主要原因。）等語（見本院卷二第八六至一〇〇頁）。

- (六) 依鑑定人許清曉教授之鑑定，缺氧性腦病變引致的病變輕重態樣不一，輕者只會引起一些智障，重者會成植物人或死亡，而依被害人在長庚醫院之診療紀錄，被害人□□□之缺氧時間並非太久，應不至於發生死亡之結果。被害人□□□於長庚醫院病房時，因意識不清狀況下嘔吐並吸入嘔吐物，致發生死亡之結果，而缺氧性腦病變或可能會引起心跳及呼吸中樞的病變而導致長期休克死亡，但依據病患胸部 X 光片的變化，因急性呼吸窘迫症後群《ARDS》導致死亡的可能性比較高，急性呼吸窘迫症後群《ARDS》才是造成病患死亡的主要原因，長庚醫院若對本案病患進行插管，是可以達到預防吸入異物或吸入性肺炎之功效，本案為了救命還是要插管。況前開行政院衛生署八十九年十二月十四日衛醫署字第 0 八九〇〇五八七二號函附之行政院衛生署醫事審議委員會鑑定書中，其中第六點並指明：「長庚紀念醫院在病患急診處置四小時，仍呈昏迷且二度發生痙攣的情況下，將病患轉至普通病房，次日病患吸入性肺炎惡化致呼吸及心臟衰竭，卻有違醫療常規。醫病患缺氧性腦病變及吸入性肺炎的病重程度，理應轉至加護病房進一步救治，如無加護病床，則應繼

續留在急診作緊急治療，即或至普通病房，也應作緊急及加強之療護。本案確有違醫療常規．．．」等語（見原審卷第一一三頁背面），亦認定長庚醫院有醫療常規之違失。

（七）綜上，堪認被告○○○於八十九年四月三日造成被害人□□□缺氧性腦病變之嚴重傷害後，在被告○○○將被害人□□□送至林口長庚紀念醫院急救時，被害人□□□之生命情況已有減輕之情形，而被害人□□□嗣於八十九年四月九日死亡，係因意識不清狀況下嘔吐並吸入嘔吐物，因急性呼吸窘迫症後群《ARDS》致發生死亡之結果，自難認與被告診所之麻醉不當行為間有何相當因果關係。此外，查無其他積極事證足資審認被害人□□□之死亡，與被告○○○造成之缺氧性腦病變有何相當因果關係，不能證明被告○○○構成業務過失致死犯行。

六、按告訴乃論之罪，告訴人於第一審辯論終結前得撤回其告訴，又告訴經撤回者，應諭知不受理之判決，刑事訴訟法第二百三十八條第一項、第三百零三條第三款定有明文。本件告訴人▼▼▼雖係向有偵查權限之機關申告被告○○○成立業務過失致死，且起訴書亦認被告係犯刑法第二百七十六條第二項之罪，但經本院審理之結果認被告○○○僅成立業務過失致重傷罪，已如前述，而依同法第二百八十四條第二項後段之規定，須告訴乃論。被告○○○於檢察官偵查中與告訴人 達成和解，並賠償告訴人▼▼▼新台幣五百一十萬元，有和解書一份在卷可稽（見偵字卷第二一至二三頁），告訴人▼▼▼乃於八十八年四月十日具狀撤回其告訴（見偵卷第二〇頁），揆諸前開說明，自應諭知不受理之判決。

七、原審未及詳究，遽對被告○○○論處罪刑，尚有違誤。被告上訴意旨，否認業務過失致死犯行，為有理由，原審判決既有可議，即屬無可維持，應由本院將原判決撤銷，另為公訴不受理之諭知。

據上論結，應依刑事訴訟法第三百六十九條第一項前段、第三百六十四條、第三百零三條第三款，判決如主文。

本案經檢察官吳國南到庭執行職務。

中 華 民 國 九 十 三 年 十 二 月 十 七 日

臺灣高等法院刑事第六庭

審判長法官 陳 春 秋

法官 高 明 哲

法官 洪 英 花

右正本證明與原本無異。

檢察官如不服本判決，應於收受送達後十日內向本院提出上訴書狀，其未敘述上訴之理由者並得於提起上訴後十日內向本院補提理由書（均須按他造當事人之人數附繕本）。

被告不得上訴。

書記官 李 信 穎

中 華 民 國 九 十 三 年 十 二 月 二 十 日