

## 高院民事言詞辯論意旨十狀

訴訟標的金額：壹仟貳佰伍拾玖萬零捌佰捌拾陸元整。

股別：勇股

案號：九十四年度醫上字第四號

上訴人 李○發 住桃園縣中壢市

薛○麗 住同上

鄭○含 住同上

上一人法

定代理人 鄭○仁 住新竹市

徐○承 住桃園縣桃園市

上一人法

定代理人 徐○國 住同上

上 訴

代理人 李○民 住桃園縣中壢市

被上訴人 行政院國軍退除役官兵輔導委員會桃園榮民醫院  
設桃園縣桃園市成功路三段 100 號

法定

代理人 李安仁

吳可怡 住台北市大安區復興南路一段 213 號 8 樓

詹 新 住桃園市成功路三段 100 號之一

被告訴人 倪金峰

陸汝勛

共同訴訟

代理人 張家琦 台北市仁愛路三段 28 號 10 樓之 1

被告訴人 吳淑敏

壹、聲明：

一、第一審判決廢棄。

- 二、追加被告吳淑敏、陸汝勛、倪金峰等三人。
- 三、被上訴人、被告等應連帶給付上訴人李○發新台幣(下同)1,897,624 元，上訴人薛○麗 1,872,633 元，上訴人鄭○含 4,316,834 元及上訴人徐○承 4,503,795 元；及皆至清償日止，按年利率百分之五計算利息。
- 四、第一、第二審訴訟費用均由被上訴人負擔。
- 五、上訴人願供擔保，請准宣告假執行。

## 貳、程序：

### 一、依法追加被告訴人吳淑敏、陸汝勛及倪金峰部分：

(一) 吳淑敏、陸汝勛及倪金峰三位依法應列為被告。見民事言詞辯論三狀(941114 日撰)，第 2、7 至 9 頁，分別陳述三位不法侵害保護產婦之法律，按民法第 184 條「違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任。但能證明其行為無過失者，不在此限。」、第 185 條「數人共同不法侵害他人之權利者，連帶負損害賠償責任；不能知其中孰為加害人者，亦同。」及民事訴訟法第 255 條第五款「該訴訟標的對於數人必須合一確定時，追加其原非當事人之人為當事人者。」依法將上述三位列為被告。

(二) 上訴人並未超過民法第 197 條第一項「因侵權行為所生之損害賠償請求權，自請求權人知有損害及賠償義務人時起，二年間不行使而消滅。自有侵權行為時起，逾十年者亦同。」二年之追溯期。按民法第 129 條「消滅時效，因左列事由而中斷：…。四、告知訴訟。…」依法中斷追溯時效。且損害賠償請求權需知賠償義務人時起算，按民事訴訟法第 255 條第五款「該訴訟標的對於數人必須合一確定時，追加其原非當事人之人為當事人者。」因此於偵察過程中，依法追加被告訴人吳淑敏、陸汝勛及倪金峰三位

確認損害責任並為賠償義務人並無不法。

(三)關於倪金峰部分：3月15日凌晨值班醫師倪金峰之記錄，經刑事偵察由被上訴人詹新坦承實際值班醫師為詹新本人，因電腦程式提早轉檔造成的記錄錯誤。因此「值班」醫師倪金峰是否應負侵權行為損害賠償之責，交由庭上定奪。

二、有關攻擊或防禦方法部分：

(一) 法醫鑑定產婦死因為羊水栓塞並不具有專一性，即無法排除其他死因的可能。

(二) 臨床診斷產婦死因為PGE2引產，胎盤娩出後子宮乏力大量失血，急救過緩，子宮摘除術後瀰散性出血，心肺衰竭致死。

(三) 產婦並非可由解剖診斷羊水栓塞死因實為臨床上子宮乏力大量失血、急救遲緩致死的原因書證。

(四) 行政院衛生署醫事審議委員會鑑定書(編號: 0950102 號)對上訴人所提書證之鑑定說明，避重就輕、前後矛盾，毫無根據證據，無證明力證明被告等無過失。

(五) 吳可怡、詹新、吳淑敏於產婦病歷上有業務上文書登載不實情形。影響醫事鑑定報告之真實性。

(六) 被上(告)訴人等違反保護產婦之法律，依民法第184條第二款負損害賠償責任，其過失行為依同條第一款負損害賠償責任。

(七) 法醫鑑定人及醫事鑑定代表應臨庭作證並釐清上訴人疑問，若鑑定人拒絕作證或臨庭說明，上訴人依民事訴訟法第222條第一款、第三款、同法第343條、第345條請求鑑定書之意見並不具有證明力。

參、陳述：

一、本件上訴人之女李奕芳懷孕後受被上訴人吳可怡、詹新誤導提早生產，而產婦待產過程卻未有醫師診療預防子宮可能發生的變異，使產婦胎盤娩出後子宮乏力大量失血後休克，需判斷子宮摘除以止血的急救時機過慢，造成產婦手術後全身瀰漫性出血、器官衰竭而死亡。事實經過詳述如下：

(一)上訴人之女李奕芳(下稱庚)懷孕，從 90 年 9 月 13 日至 91 年 3 月 8 日皆至吳可怡婦產科接受被上訴人吳可怡(下稱甲)醫師產檢(見一審三狀證十三)，懷孕 37 週時的產檢日即 3 月 8 日，甲由超音波預測胎兒體重已達 3301 克，即與庚討論下週即 3 月 15 日(距預產期 3 月 28 日提早 2 週)胎兒體重將達 3500 克左右可生產，因甲無生產設備，令庚至桃園榮民醫院(下稱桃榮)再由甲協助生產，庚需於 3 月 14 日晚先行至桃榮門診給藥「幫助生產」。庚果於 3 月 14 日 20:30 時門診受被上訴人詹新(下稱乙)醫師看診，作超音波預估胎兒體重約 3500~3600 克，乙詢問庚「為什麼提早生產？」庚答覆「怕胎兒太大，不好生。」庚便接受乙給予陰道塞劑(PGE2)為使隔日生產順利，乙令庚返家，待有產兆或破水時再返院待產。庚果於 3 月 15 日凌晨因疼痛頻繁於 02:55 時到桃榮急診，從 **02:55 時至 07:10 時**此段時間內未有專科醫師診療，全由一名護士即被告訴人吳淑敏(下稱丙)執行一切護理工作、甚且包括醫療診斷及治療。該段待產期間庚之宮縮圖疑有異常情形且庚三次要求見甲視診甚至要求剖腹產，卻由丙證稱產程正常不需醫生及剖腹產為由所阻止，丙卻於 05:55 時依臨時醫囑(證十二)上當子宮口開 4 公分時應打 Buscopan 一劑，07:00 時臨時醫囑上另有手寫 Buscopan 一劑之記錄，此應非原臨時醫囑打字所留，且施注理由不

明？甲證稱 7 時左右才被丙通知庚入院待產，07:30 時甲協助庚生產，07:54 時庚娩出胎兒，08:00 時庚娩出胎盤，此後甲即發現庚有子宮收縮不良的出血現象，08:10 時發現大量失血，08:30 時乙接獲庚需急救的通知，即於 08:40 時協助急救，09:10 時庚才被輸入第一袋血(產婦從 07:20 分娩前至 09:20 輸血後的體徵為：時間、血壓、脈博、呼吸依序為；0720、122/76、76、20；0800、90/60、100、24；**0815、80/50、130、26**；0825、50/36、132、24；0840、70/32、134、28；0855、66/30、142、26；**0910、48/?、152、18**；0915、38/?、146、26；0920、98/50、134、24 見證十三)，當 0815 時血壓 80/50mmHg，脈博 130 次/分，呼吸 26 次/分，庚已陷入缺血性休克，遲至 09:10 時才輸入第一袋血，09:35 時乙通知麻醉小姐備子宮全摘除術(下稱 ATH)，續連絡麻醉 Dr.即麻醉醫師陸汝勛(下稱丁)；09:45 時急備 ATH，續連絡丁；10:00 時續備 ATH；10:20 時庚意識陷入昏迷，甲、乙子宮續加壓止血中，庚移入手術房行 ATH，丁到，手術開始至 12:35 時庚心跳變慢開始 CPR 而手術結束。14:27 時心外按摩機使用至 16:48 時停止，17:06 乙宣佈庚死亡。

二、上訴人之女奕芳的死因可證明為分娩後子宮乏力、大量失血，手術後造成瀰散性出血，器官衰竭而亡的證據及論證：

(一)臨床上，被上訴人桃榮對死因診斷為分娩後子宮乏力，產後大失血，行子宮摘除術後瀰漫性出血、心肺衰竭：

- 1、診斷證明書：產後發生產後大出血，雖經緊急處置急救後死亡。(見證五)
- 2、中文病歷摘要：診斷一自然生產合併子宮不收縮及產後出血。(見證五)
- 3、桃榮婦產部產科出院摘要(證十四)：

- (1) Complications and management: Uterine atony and PPH found after delivery; 併發症及處置：分娩後發現子宮乏力和產後大出血。
- (2) Special note: DIC and cardia arrest found after ATH; 特別註明：子宮摘除術後全身瀰漫性出血和心肺衰竭。
- (3) Diagnosis: preg. 38 weeks i NSD. 2. Uterine atony i PPH. 3.DIC 4.Cardio-pulmonay failure.; 診斷：懷孕 38 週自然生產。 2、子宮乏力後之產後大量失血。 3、全身瀰漫性出血。 4、心肺衰竭。

(二)法醫研究所孫家棟法醫於桃園地檢署 91 年度相字第 489 號庚死亡案件鑑定結果為羊水栓塞症造成瀰散性血管內溶血症而呼吸性衰竭死亡。此為不確實之鑑定。由於無法確定羊水栓塞的死因，理由如下，即說明產婦非常可能因分娩後子宮乏力、大量失血，急救遲緩，手術後瀰散性出血、器官衰竭而死亡的事實：

1、法醫解剖診斷羊水栓塞死因並不具有專一性，羊水栓塞的診斷是臨床上由羊水栓塞的徵兆診斷出來：

- (1) 威廉產科學教科書第 21 版第 661-662 頁書證(一審三狀證六)「過去在中央肺循環偵測到鱗狀細胞或其他胎兒來源的渣滓，感覺上是羊水栓塞的病徵。…。現在許多研究考證出鱗狀細胞、滋養層和其他來自胎兒的渣滓，可能常在羊水栓塞症以外的婦女的中心循環找到。因此，此發現對於診斷(羊水栓塞)即無敏感性亦無專一性。因此診斷是臨床上的，通常是鑑定出特徵性的徵兆和症狀。在較不典型的病例，診斷仔細排除其他原因後偶然得到的。In the past, the detection of squamous

cells or other debris of fetal origin in the central pulmonary circulation was felt to be pathognomonic for amnionic fluid embolism. ... Further, several studies have demonstrated that squamous cells, trophoblasts, and other debris of fetal origin may commonly be found in the central circulation of women with conditions other than amnionic fluid embolism. Thus, this finding is neither sensitive nor specific, and the diagnosis is generally made by identifying clinically characteristic signs and symptoms. In less typical cases, diagnosis is contingent upon careful exclusion of other causes. ]

- (2) HAINES AND TAYLOR: Obstetrical and Gynaecological Pathology 之第五版即 2003 年版病理教科書第 1566 頁(證七)同第四版 1995 年版第 1843 頁(證十五)「但一直到最近, 真正的死亡率都難以決定。主要是因為存活的事實常常被當作病人並沒有羊水栓塞的證據, 以及只有屍體解剖才能驗證診斷的看法, 這樣一個矛盾的狀況。沒錯, 診斷的絕對證據的確是基於屍體解剖的發現, 但臨床特徵現在已經定義且分析到有足夠獨特程度使得診斷可只依據臨床的證據。曾經有人希望利用肺動脈血液中的鱗狀細胞的偵測來作為母體活著時診斷的確認。然而, 正如大家都注意到的, 鱗狀細胞也可以在完全健康的孕婦的肺部血液中發現。 Until recently the true death rate has, however,

been difficult to determine, largely because of the paradoxical situation that the mere fact of survival was commonly regarded as proof that an individual did not have amniotic fluid embolism and because of the belief that the diagnosis could only be proven at autopsy. It is certainly true that absolute proof of the diagnosis does rest upon the autopsy findings but the clinical features have now been defined and analysed to a point where they have a sufficient degree of specificity to allow for a diagnosis on clinical grounds alone (Clark 1990, 1991; Clark et al 1995; Locksmith 1999; Fletcher & Parr 2000). It was at one time hoped that the detection of squamous cells in pulmonary artery blood would allow for the confirmation of the diagnosis during life (Dolyniuk et al, 1983) but, as already remarked, squames can be found in the pulmonary blood of perfectly healthy pregnant women (Clark et al, 1986) ]。

- 2、法醫研究所回函，法醫理字第 0950001842 號，鑑定人意見引證太舊且刻意誤導為羊水栓塞大量失血後 DIC 的死因，鑑定意見對於 PGE2 引起分娩後子宮乏力大量失血，進而 DIC、器官衰竭的死因，並未否定。卻逕以 PGE2 及 Buscopan 影響是活體的表現，可見解剖診斷醫療疏失有其局限性，更說明臨床上判斷死因為分娩後子宮乏力大量失血，子宮摘除手術後造成瀰散



性出血、器官衰竭的實情，理由如下：

- (1) 關於「大量失血造成休克的瀰漫性血管內溶血(DIC)或羊水栓塞造成的瀰漫性血管內溶血二者如何區別」問題：

意見為「瀰漫性血管內溶血(DIC)不論造成原因為何，其臨床表現上均無差異」。

- (2) 關於「貴所如何透過解剖判斷庚之死因係羊水栓塞」問題：

意見為「根據肺臟微血管中看到羊水內物質(胎毛和子宮內物)且伴隨有瀰散性血管內溶血症(DIC)的表現而下的診斷」。然而根據第 1 點「**鱗狀細胞、滋養層和其他來自胎兒的渣滓，可能常在羊水栓塞症以外的婦女的中心循環找到**」**「鱗狀細胞也可以在完全健康的孕婦的肺部血液中發現**」加上第 (1) 點「DIC 不論造成原因為何，其臨床表現上均無差異」可見 DIC 造成原因很多，而羊水內物質在健康的孕婦肺部血液中亦存在，即鑑定意見無法證明產婦死因確為羊水栓塞症。

- (3) 關於「法醫解剖判斷庚死因係羊水栓塞，是否不具專一性(參考產科教科書【William Obstetrics】第 21 版第 661-2 頁)，亦即並不能排除其他死因的可能」問題：

意見為「由前述診斷應具專一性(根據 HAINES AND TAYLOR: Obstetrical and Gynaecological Pathology, 3<sup>rd</sup>, p1324-7)」。鑑定人意見引用 1987 年第三版病理教科書來反駁函請鑑定引用之【William Obstetrics】第 21 版，2001 年版產科教科書，更且依第 1、(2) 點鑑定人引用之病理教科書次版(第四版, 1995 年版)

書證「**診斷可只依據臨床的證據。…。鱗狀細胞也可以在完全健康的孕婦的肺部血液中發現**」。鑑定意見明顯誤導，若非鑑定人專業不足便是刻意迴護被上訴醫師。

(4) 關於「貴所能否於解剖當時判斷子宮乏力的死因」問題：

a、意見為「**子宮乏力(atony)需要**有子宮明顯出血和切片下子宮血管的表現」與「**但此例有明顯的羊水栓子…**」兩者間毫無關係，鑑定人並未回答是否有「**子宮明顯出血和切片下子宮血管的情形**」，卻轉移問題成「**羊水栓子在肺臟微血管內**」，疏未回答子宮鑑定情形。

b、見桃榮病理報告 S91-00334(證十六)「**子宮肌層切片發現子宮內膜異位是由子宮脫膜腺體和子宮肌層內的間質組成，和子宮肌細胞的凝固性壞死和局部缺血的變異。子宮頸切片發現有鱗屑轉化的慢性子宮頸炎，充血的血栓和伴隨間質水腫和凝固性壞死的大量出血。左側的卵巢和輸卵管顯示無變異。The sections of uterine myometrium show adenomyosis, composed of decidual endometrial glands and stroma embedded in the myometrium, and coagulative necrosis and ischemic change of myometrial cells. The sections of uterine cervix show chronic cervicitis with squamous metaplasia, congested blood vessels, and massive hemorrhage with stromal edema and coagulative necrosis. The left ovary and fallopian tube**

show no remarkable change.」

- c、見桃榮病理報告 S91-00335(證十六)「胎盤的切片發現病因性的出血、充血、小區域的纖維蛋白血栓和營養不良的鈣化散布在絨毛膜基底。顯示的蛻膜組織並未發現母體上的子宮肌組織。胎盤上的絨毛構造沒有異常。羊膜不顯著。臍帶旁和上面的二條動脈有觀察到。The sections of the placenta show focal hemorrhage, congestion, small area of fibrin thrombus and dystrophic calcification dispersed in the chorion fundus. Decidual tissue is present and no myometrial tissue is seen over the maternal site. There is no abnormality of villous structure in the placenta. The amnion membrane is unremarkable. An umbilical vein and two arteries in the cord are noted.」
- d、由 b、c 兩點桃榮病理切片發現子宮有大量出血情形，胎盤也有出血現象，即提供子宮乏力的官方病理證據。鑑定人刻意迴避子宮乏力證據，意圖誤導死因。

- (5) 關於「待產過程被施予的藥劑 PGE2 及 Buscopan 在大量輸液後，於解剖當時能否判讀該藥劑對產婦之影響」問題：

意見為「PGE2 和 Buscopan 的影響是活體的表現，在解剖時並無可見的發現且無法判定其對血管的影響」。可見解剖診斷只能在無法改變的結果上判斷，對於臨床上 PGE2 和 Buscopan 藥性造成子宮乏力的情形，無法提供意見，可見解剖判斷死因有其局限

性。根據專業教科書說明解剖診斷羊水栓塞不具專一性，而子宮胎盤的病理切片皆說明有大量失血情形，臨床亦如此診斷，故產婦確非羊水栓塞症造成 DIC，實因子宮乏力大量失血後 DIC 致死。

(三)上訴人提出產婦並非可由解剖診斷羊水栓塞死因實為臨床上子宮乏力大量失血致死的原因書證：

1、羊水栓塞若透過解剖來診斷並不具有專一性：

(1) 威廉產科教科書第 21 版第 662 頁左側第 2 至 9 行(一審三狀證六)「近來，許多研究考證出鱗狀細胞，滋養層，和其他來自胎兒的渣滓，可能常在羊水栓塞症以外的婦女的中心循環找到。因此，此發現(胎兒物質)對於診斷既無敏感性亦無專一性。因此，診斷是臨床上的，通常是鑑定出特徵性的徵兆和症狀。Further, several studies have demonstrated that squamous cells, trophoblasts, and other debris of fetal origin may commonly be found in the central circulation of women with conditions other than amnionic fluid embolism. Thus, this finding is neither sensitive nor specific, and the diagnosis is generally made by identifying clinically characteristic signs and symptoms.」

(2) HAINES AND TAYLOR 病理教科書第五版第 1566 頁左側倒數第 11 行至右側第 1 行(二審五狀證七)「但一直到最近，真正的死亡率都難以決定。主要是因為存活的事實常常被當作病人沒有羊水栓塞的證據及只有屍體解剖才能驗證診斷的看法，這樣一個矛盾

的狀況。沒錯，診斷的絕對證據是基於屍體解剖的發現，但臨床現在已經定義且分析到有足夠獨特程度使得診斷可只依據臨床的證據。曾經有人希望利用肺動脈血液中的鱗狀細胞的偵測來作為母體活著時診斷的確認。然而，正如大家都注意到的，鱗狀細胞也可以在完全健康的孕婦的肺部血液中發現。Until recently the true death rate has, however, been difficult to determine, largely because of the paradoxical situation that the mere fact of survival was commonly regarded as proof that an individual did not have amniotic fluid embolism and because of the belief that the diagnosis could only be proven at autopsy. It is certainly true that absolute proof of the diagnosis does rest upon the autopsy findings but the clinical features have now been defined and analysed to a point where they have a sufficient degree of specificity to allow for a diagnosis on clinical grounds alone. It was at one time hoped that the detection of squamous cells in pulmonary artery blood would allow for the confirmation of the diagnosis during life (Dolyniuk et al, 1983) but, as already remarked, squames can be found in the pulmonary blood of perfectly healthy pregnant women」。

## 2、大量失血的事實起因於子宮乏力非羊水栓塞：

(1) 威廉產科教科書第 21 版第 636 頁右側倒數第 4 至 637 頁左側第 4 行(一審三狀證四)「子宮張力過低會發生致命的產後出血, 儘管母親血液凝固機轉相當正常。相反的, 如果在胎盤脫去的植入處及其附近子宮肌層猛烈收縮和回縮, 即使凝血機轉嚴重障礙, 也不太可能從胎盤植入處發生致命的出血。Fatal postpartum hemorrhage can occur from a hypotonic uterus while the maternal blood coagulation mechanism is quite normal. Conversely, if the myometrium at and adjacent to the denuded implantation site contracts and retracts vigorously, fatal hemorrhage from the placental implantation site is unlikely even though the coagulation mechanism is severely impaired.」

(2) HAINES AND TAYLOR 病理教科書第五版第 1561 頁右側第 20 行至 24 行(二審五狀證七)「胎盤娩出後立即的產後出血通常是因為子宮乏力造成而且就算存在少部份的胎盤碎片殘留也無法提供過多的意義。Postpartum bleeding after the placenta has been delivered is usually due to uterine atony and the presence of small retained fragments of placental tissue should not be afforded undue significance.」

### 3、藥物引產會造成分娩後子宮無張力並且流血：

(1) 威廉產科教科書第 21 版第 637 頁左側倒數第 12 行至 10 行(一審三狀證四)「以催產素起動或增強的分

娩比較可能在產後子宮無張力並且流血。labor either initiated or augmented with oxytocin is more likely to be followed by postdelivery uterine atony and hemorrhage.」

- (2) 威廉產科教科書第 21 版第 355 頁右側倒數第 6 行至 4 行(一審三狀證一)「因此生產前表現不良的子宮也有子宮無張力和產後出血的傾向並不意外。It is therefore not surprising that the uterus that performs poorly before delivery is also prone to atony and puerperal hemorrhage.」

#### 4、PGE2 造成羊水栓塞或子宮乏力(不收縮)的書證:

- (1) 威廉產科教科書第 21 版第 272 頁右側倒數第 8 行至 4 行(二審三狀證六)「PGE2 在低濃度下作用是刺激 Gas 誘導的 adenylyl cycles, cAMP 蓄積, 以及平滑肌鬆弛; 但是在高濃度下, PGE2 可能經由 Gai 或 Gaq 來抑制 adenylyl cycles 或活化 phospholipase C, 因而導致肌層細胞 Ca<sup>2+</sup>增加並且收縮。PGE2 at low concentrations acts to stimulate Gas-induced adenylyl cyclase and smooth muscle relaxation. At higher concentrations, PGE2 may act via Gai or Gaq to inhibit adenylyl cyclase or activate phospholipase C, thereby causing increased myometrial contractions.」

- (2) 威廉產科教科書第 21 版第 447 頁左側倒數第 5 行至右側第 5 行(一審三狀證二)「換句話說, 劇烈的子宮收縮合併長而難以拉張的堅硬的子宮頸和

產道(藥物引產),可能導致子宮破裂或子宮頸、陰道、女陰或會陰廣泛的撕裂。在後面這些情況下,罕見的羊水栓塞最可能發生。子宮在生產前以不尋常的猛烈收縮可能會在生產後張力過低,併發胎盤植入處出血的後遺症。Conversely, vigorous uterine contractions combined with a long, firm cervix and a birth canal that resists stretch may lead to uterine rupture or extensive lacerations of the cervix, vagina, vulva, or perineum. It is in these latter circumstances that the rare condition of *amniotic fluid embolism* most likely develops. The uterus that contracts with unusual vigor before delivery is likely to be hypotonic after delivery, with hemorrhage from the placental implantation site as the consequence. ]

(3) 衛署藥輸字第 018215 號, 普洛舒定 - 益二型陰道錠, PROSTINE2 Vaginal Tablets(二審五狀證八), 藥物說明: 左側倒數第 20 行「子宮不正常收縮(包括增加頻率, 張力, 持續時間), 子宮破裂。」倒數第 13 行「產期前後時期: 胎盤剝落, 肺羊水栓塞, 子宮頸迅速擴張。」

(4) PGE2 (Dinoprostone) 快速收縮副作用發生率 33%, 過度刺激發生率 17%(一審三狀證十)。

#### 5、BUSCOPAN 和子宮乏力(不收縮)關係的書證:

(1) 衛署藥輸字第 022727 號, 補斯可胖注射液, Buscopan Ampoules(二審五狀證九), 藥物說明:



左側第 4 行「作用於胃腸道、膽管和生殖泌尿道之平滑肌上，產生抗痙攣作用。」右側毒物學第 4 行「中毒症狀為步態不穩定協調及肌肉張力降低」

(2) 醫事審議第 0920250 號鑑定書第(六)點「Buscopan 用於解痙至協助子宮頸軟化與擴張」。

三、行政院衛生署醫事審議委員會鑑定書(編號：0950102 號)對上訴人所提書證之鑑定說明，避重就輕、毫無根據。按鑑定人為專業人士應可輕易提出反證，證明上訴人論述錯誤，卻逕以「無確切證據」、「無文獻資料」回應上訴人所提國際性教科書書證或藥商之藥物使用說明。鑑定意見立論基礎明顯不足，且前後矛盾，無法佐證被告等無過失。茲依鈞院詢問該委員會之問題，就該委員會之鑑定意見，依序說明如下：

(一)提問「依產科教科書(Williams Obstetrics)第 21 版第 661-2 頁，『羊水栓塞是否為臨床上的診斷，而非可由解剖證實?』」：

- 1、鑑定書稱「一般而言可以由病患的臨床表徵初步判斷，而解剖病理檢驗則可補強證據」。
- 2、回應：解剖病理檢驗補強證據之說是為法醫診斷產婦死因予以合理化，卻與國際性書證「解剖診斷羊水栓塞不具有專一性」有違，由於鱗狀細胞在健康的孕婦的肺部血液中可發現，至於解剖使用的染色技術亦有局限性，因此解剖染色發現肺部有羊水物質以診斷羊水栓塞並不具有專一性。國際書證明顯反對用解剖來診斷羊水栓塞(不具專一性)，並非如鑑定書可補強證據之說。

(二)提問「本案是何時診斷出羊水栓塞?」

- 1、鑑定書稱「無法得知確切診斷出羊水栓塞的時間點。」

2、回應：臨床並未有羊水栓塞徵兆得以診斷，而 02:55 時至 07:10 待產間也無醫師視診即無診斷，解剖診斷又不具專一性，因此無法證明產婦死於羊水栓塞症。

(三)提問「在無羊水栓塞或任何影響血液凝固機轉的情形下，子宮張力過低所造成胎盤剝離處的出血，是否會令產婦死亡？」

1、鑑定書稱「不論基本病因為何，當子宮張力過低或無張力引起胎盤剝離處出血，如果出血狀況嚴重且無法有效矯正的話，則有可能造成產婦死亡。」

2、回應：08:10 時甲發現庚大量失血，開始急救並通知乙協助，08:15 時產婦體徵已陷入第二級休克，09:10 時陷入第四級休克，失血超過 40%(見第(五)點)，急救至 10:20 時才送庚入開刀房行 ATH，二小時多的大量失血卻只能打收縮針 Piton-S(應立即見效，卻無用)及子宮按摩(未改善止血時，是否應另有積極作為)，應止血救命的積極手術等作為例如子宮全摘除術，手術明顯被脫延。鑑定書稱「出血狀況嚴重且無法有效矯正的話，則有可能造成產婦死亡」，08:15 時產婦陷入二級休克，09:10 時陷入四級休克，才開始輸血，即驗證「出血狀況嚴重且無法有效矯正」的實情，最後也造成產婦死亡的結果。鑑定書未證明被告等有積極有效的止血治療行為，由病歷道出被告等止血、輸血的延誤。被告等應注意「『引產』或『PGE2 藥性』會造成產後子宮乏力、出血的可能」，而能注意並及早備血，退一步說當 08:00 時胎盤娩出即發現子宮收縮不良，即應注意大量失血的可能而立即備血，卻未備血，遲至 08:30 時始通知備血，按各醫院備血只需 25 分鐘左右，被告等卻脫延 1 小時以上，當產婦陷入四級休克才輸入第一袋血。被告等實難證明有盡到

「應注意而能注意，且有注意『出血狀況嚴重且無法有效矯正的話，則有可能造成產婦死亡』」，因此被上訴人甲、乙應負過失罪責。

(四)提問「是否產婦分娩後大量失血就是羊水栓塞所造成的凝血不全的失血？若否，可能造成大量失血的原因為何？」

- 1、鑑定書稱「造成產後大量失血的病因很多，包括子宮張力過低、胎盤滯留、生殖道損傷、羊水栓塞等等」。「根據臨床表徵與解剖檢查，本案產婦分娩後大量失血，可能因為羊水栓塞所致。」
- 2、回應：同第(二)點，臨床並未有羊水栓塞徵兆以診斷，解剖診斷又不具專一性，而「產後大量失血的病因其一為子宮張力過低」，臨床上及病理子宮、胎盤切片皆診斷為子宮張力過低的出血(見第二、(二)、2、(4)、b及c兩點)。「可能因為羊水栓塞所致」乃為鑑定書臆測且毫無根據的說法，自不足以證明被上(告)訴人等因產婦羊水栓塞致死而無過失，實為被上(告)訴人等負有引產後疏於照顧產婦致分娩後出血過多，急救過緩的過失罪責。

(五)提問「當胎盤娩出後，發現子宮不收縮且從胎盤脫離處發生大量失血，依證人經驗，大量失血會造成病人休克，請問證人如何診斷休克並治療休克？」

- 1、鑑定書稱「子宮不收縮而大量失血與休克之診斷與治療通常包括：找尋病因與治療、子宮收縮劑之使用、輸液與血液之補充、與子宮切除等等。但個案確切之治療方式須根據其臨床狀況而個別化處理。」
- 2、回應：鑑定書空泛急救程序，上訴人請求鑑定即請求依其專業由病歷鑑定出被告等是否有應注意或未注意而遲延救治之疏失或無疏失。鑑定書避重就輕、忽略病歷之產婦體徵(證十三)已違鑑定人「公正誠實之鑑定」責任。

根據證十七及證十三，產婦體徵 0720 時，血壓 122/76 mmHg，脈博 76 次/分，呼吸 20 次/分，0800 時胎盤娩出後血壓下降至 90/60，脈博上昇至 100，0815 時血壓下降為 80/50、脈博 130，呼吸 26，由證十七說明 0815 時，產婦已陷入第二級休克(失血量 20%-25%，血壓下降，脈博>120，呼吸 20-30)，當 0910 時產婦體徵為血壓 48/?，脈博 152，呼吸 18，由證十七知此時產婦已陷入第四級休克(失血量>40%，血壓量不到，脈博>120)，甲、乙脫延至此時庚才獲得第一袋血液補充，甲、乙、丁持續脫延至 1020 時才進開刀房摘除流血不止的子宮，手術進行至 1235 時，庚心跳停止流血過多已回天乏術，甲、乙及丁實已觸犯過失致死罪責。(同第(三)點)

(六)提問「根據相關證物，請問證人，本案產婦最可能的死因為何？」

- 1、鑑定書稱「根據病歷所述之臨床表徵與解剖報告等相關資料，本案產婦最可能之死因是羊水栓塞症造成瀰散性血管溶血症而呼吸衰竭死亡。」
- 2、回應：根據第(五)、(四)及(二)點，由(五)及二審三狀證五之中文病歷摘要「診斷：子宮不收縮及產後出血」且失血後的治療皆為子宮不收縮的止血措施皆證明胎盤娩出後的大量失血為子宮乏力所致。依意見(四)根據臨床表徵(子宮乏力)、子宮、胎盤病理切片檢查與解剖檢查(病理教科書、產科教科書皆認為透過解剖發現羊水栓子診斷羊水栓塞並不具專一性)等，鑑定書認為死因為羊水栓塞，診斷證據明顯不足。由臨床診斷、上訴人所提書證皆證明產婦分娩後子宮乏力大量失血的證據。鑑定書忽視臨床表徵及病歷上休克急救過緩的事實，需鑑定解釋卻避而未談，鑑定書並無法證明甲、乙、丙、丁等無

過失。

(七)提問「PGE2 的濃度是否與子宮乏力具有因果關係？」

- 1、鑑定書稱「在已查閱的文獻內，並無有關於 PGE2 濃度與子宮乏力因果關係之資料可供參考。」
- 2、回應：不論 PGE2 藥物使用說明或產科教科書皆有 PGE2 會造成子宮肌鬆弛、擴張之敘述，鑑定書並無法證明被告已盡給予產婦 PGE2 會造成分娩後子宮乏力大量失血的注意義務或已盡待產過程 PGE2 藥性作用會造成分娩後子宮乏力大量失血的注意義務而無過失。相關證據如下：

- (1) 根據威廉產科教科書第 21 版第 272 頁書證(二審三狀證六)「PGE2 在低濃度下…平滑肌鬆弛；高濃度下…導致肌層細胞 Ca<sup>2+</sup>增加並且收縮。」說明 PGE2 濃度與子宮肌層收縮與鬆弛有直接關係。
- (2) 根據 ProstinE2 藥物使用說明(證八)「產婦可能出現的副作用：…，子宮不正常收縮。…，肺羊水栓塞，子宮頸迅速擴張。藥效特性 - 刺激子宮：可造成子宮肌肉強烈收縮；子宮頸成熟：會導致子宮頸局部柔軟、擴張，以及子宮頸管消失。」說明 PGE2 會造成羊水栓塞，子宮肌層的擴張。

(八)提問「以催產素起動或增強的分娩是否比較有可能在產後子宮無張力並且流血？」

- 1、鑑定書稱「根據產科教科書第 21 版，第 471-8 頁，及查詢之資料所得，目前並無確切證顯示以 PGE2 或催產素起動或增強之分娩，比較容易造成產後子宮張力過低。」
- 2、回應：根據產科教科書(William Obstetrics, 第 21 版，第 637 頁，一審三狀證四)說明「以催產素起動(PGE2 使用)或增強的分娩比較可能在產後子宮無張力並且流

血。Labor either initiated or augmented with oxytocin is more likely to be followed by postdelivery uterine atony and hemorrhage.」鑑定書畫地自限，刻意隱藏「專業知識」，醫醫相護，有違鑑定人職責。

(九)提問「分娩後子宮收縮不良是否與 PGE2 有因果關係？」

- 1、鑑定書稱「參閱第(八)題回答，沒有證據顯示此案例子宮收縮不良與 PGE2 有因果關係。」
- 2、回應：同第(八)題。第(七)題之 PGE2 藥性說明及產科教科書言之確鑿，PGE2 低濃度使子宮肌鬆弛，子宮口擴張。鑑定人以「有限知識」回應上訴人提問(證)以矇蔽庭上，明顯違背鑑定之立法意旨，該鑑定自然不具有證明力。

(十)提問「在未有產兆下的引產及待產期間宮縮不正常卻誤診斷為正常，會使得分娩後子宮不收縮兩者間是否有因果關係？」

- 1、鑑定書稱「參閱第(八)題回答，在未有產兆下引產與子宮不收縮應無因果關係。」
- 2、回應：根據威廉產科學第 21 版第 355 頁書證(一審三狀證一)「生產後的子宮收縮與造成嬰兒生產的收縮相同，子宮活性形態是逐漸減弱或逆轉導致生產。生產前表現不良的子宮也有子宮無張力和產後出血的傾向。」及同書第 637 頁，(一審三狀證四)說明「以催產素起動(PGE2 使用)或增強的分娩比較可能在產後子宮無張力並且流血。」皆證實未有產兆下引產即為生產前表現不良甚且不表現的子宮，會有子宮無張力和產後出血的傾向。鑑定人以猜測應無因果關係之個人立場來反駁國際書證，明顯有違鑑定人誠實鑑定之責。

(十一) 提問「PGE2 塞劑是否會造成子宮下段收縮而子宮底部(上段近腹部)收縮不良的高張性子宮乏力？」

- 1、鑑定書稱「沒有文獻資料可得知 PGE2 是否有此作用。」
- 2、回應：黃景泰譯之實用產科學第 208-9 頁書證(一審七狀證十四)「正常的生產需要子宮有極化的收縮—子宮底部(上段近胸部處)的收縮較強，子宮頸則漸漸擴張。因此子宮收縮異常造成產程不順利，可能有兩種，其一是收縮夠強，但是極化不正常的高張性子宮無張力，收縮波從子宮下段開始，通常收縮的時間很長而且很痛。」見一審七狀證十四圖 12-12。PGE2 為陰塞劑置於子宮頸口，藥效由子宮下段釋放，依三、(二)、4、(1)點 PGE2 濃度與子宮收縮舒張間關係可知，產婦子宮下段受藥物作用濃度高造成收縮，子宮上段因未有產兆引產而無收縮，形成極化不正常的高張性子宮無張力。鑑定人又避而不答。替被告迴避罪責。

(十二) 提問「根據本案待產紀錄，產婦是否不可能陷入第(十一)點所言之高張性子宮乏力？」

- 1、鑑定書稱「由所附資料無法判斷本案例是否有此現象。而且依產科醫療常規的子宮收縮監視技術而言，目前也無法如此細膩與精確的判別子宮上下段之收縮程度的差別」。
- 2、回應：用「無法細膩與精確的判別子宮上下段之收縮」來回應高張性子宮乏力之診斷。根據一審七狀證十四，見第(十一)點回應，又根據胎心博監視之臨床概念(證十八)第 62 頁「宮縮張力過強(Hypertonic)：宮縮張力過強的病理生理乃因失去宮底支配。傳播波的極性並非直線形從子宮上段到下段，而是向各個方向進行。收縮力互相干擾力量不能互加而引起無效產痛。常見的波形是

鋸齒狀，不規則及階形的上行肢及下行肢。宮縮張力過強雖然感覺痛卻無法使子宮頸變薄及擴張。宮縮張力過強可由嗎啡鎮靜來解除。若鎮靜無效則需用子宮鬆弛劑。」再由病歷卷之宮縮圖 31-2 (表 21:00 即實際 03:50 時) 至 31-6 圖 (22:33 即 05:23 時) 宮縮紊亂呈鋸齒狀，而 31-7 圖 (從 23:31 即 06:20 時至 23:50 即 06:40 時) 中間有缺漏 05:23 時至 06:20 時之宮縮圖，造成病歷缺損，被告甲、乙觸犯醫療法第 67 條「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷」及刑法第 215 條業務上文書登載不實罪。況依病歷從 02:55 至 05:50 時 (見證二) 子宮口在三個小時的收縮並未有擴張 (1+ 為一指半=3 公分) 進展情形，此為無效的收縮，亦說明待產間已呈高張性子宮乏力，又由胎心博監視之臨床概念 (證十八) 「若鎮靜無效則需用子宮鬆弛劑」亦證明產婦待產間已呈高張性子宮乏力而需子宮鬆弛劑。臨床上的宮縮圖、胎心音及產婦體徵應由醫師診斷，然而待產期間的產婦照顧及診療卻交由不具專科醫師技術的護士實施診斷並治療，該護士必然無能、無法也無權施行診療行為，被上訴人甲、乙對產婦的待產處置完全枉顧應負的專業職責，違反醫療法第 59 條、82 條、醫師法第 11 條、護理人員法第 24 條在先。鑑定書無法證明產婦待產間的收縮不是高張性子宮乏力，僅空泛稱「由所附資料無法判斷是否有高張性子宮乏力」及「子宮收縮監視技術，無法精確判別子宮上下段之收縮差別」，對於病歷宮縮圖呈鋸齒狀、收縮紊亂的高張性子宮乏力 (見證十八) 現象視若無睹。自不能為被告等據以為無過失之理由。

(十三) 提問「buscopan 藥性為使子宮下段弛緩時間拉長，其與子宮不收縮兩者間是否完全不相關？」



- 1、鑑定書稱「目前沒有證據顯示 Buscopan 與本案例子宮不收縮有相關。」
- 2、回應：根據常用藥物治療手冊(一審七狀證十八)第 504 頁「Buscopan 為解痙劑目的使子宮下段弛緩之遲延。」又根據 Buscopan 藥物使用說明(證九)「Buscopan 作用於生殖泌尿道之平滑肌上，產生抗痙攣作用」。說明該藥性作用在生殖器官的平滑肌上，使其收縮弛緩、抗痙攣。與子宮平滑肌鬆弛有相關性。

(十四) 提問「若根據『以超音波腹圍測量值估計胎兒體重幾乎一定在實際出生體重+10%或-10%以內』，則本案桃榮及醫師是否不當誘使產婦引產？」

- 1、鑑定書稱「估計胎兒體重的誤差程度，並非一定落於±10%以內。醫療實務上，15%或以上的胎兒體重估計誤差也有可能。」
- 2、回應：根據威廉產科學第 21 版第 753 頁書證(一審三狀證七)「以超音波腹圍測量值估計胎兒體重幾乎一定在實際出生體重的±10%以內」。假若超音波檢測胎兒體重的誤差依歷史經驗會很小，則上訴人甲、乙即有明顯誤導產婦引產的行為；假若超音波檢測胎兒體重的誤差依歷史經驗會很大，則施測人員應知悉其施測結果並不能決定 PGE2 引產用藥時機，引產應作更嚴格謹慎的判斷，否則依第(七)~(十二)點，在未有產兆下的引產會造成產婦分娩後子宮不收縮大量失血的風險。況且根據病歷預產期尚餘二週(3 月 28 日)，而儀器誤差大即有可能高估，更不應有誤導產婦胎兒體重在 3500~3600 的言論，被上訴人乙指胎兒體重在 3500 克與 3600 克之間，即造成產婦之誤會(胎兒最少也達 3500 克，怕太大、不好生)而順從被上訴人之建議而引產。故被上訴人甲、乙

二人已觸犯醫師法第 12-1 條、第 25 條第三項、醫療法第 82 條保護產婦李奕芳法律。

四、被上訴人、被告訴人等所觸犯保護產婦之法律，分別如下所述，依民法第 184 條第二款負損害賠償責任，其過失行為依同條第一款負損害賠償責任：

(一) 被上訴人吳可怡觸犯法律部分：

- 1、被上訴人吳可怡安排產婦的所有引產及生產的細節。有計劃地利用超音波判讀胎兒體重，**以輕判重**，根據第三、(十四)點，被上訴人吳可怡利用儀器的誤差，誤導產婦接受提早生產的建議(實為引產)。若依經驗儀器誤差小，則甲、乙故意以輕報重誤導產婦；若依經驗儀器的誤差大，乙不會於病歷上預估胎兒體重約 3500~3600，作如此精確的預測，應為 2800~3600 克之類的預測，該 3500~3600 之預測決定了產婦提早生產的心態。因此甲、乙已觸犯醫師法第 12-1 條、第 25 條第三、四項、醫療法第 82 條(見第三、(十四)點)。
- 2、被上訴人吳可怡及詹新替產婦用 PGE2 引產後，確信「子宮無張力不會發生」對產婦的待產過程予以輕忽。被上訴人吳可怡與詹新觸犯刑法第十四條第二項有認識之過失「行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論」、醫師法第二十五條第三款「非屬醫療必要之過度用藥或治療行為」、醫療法第八十二條「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意」及民法第一百八十四條第一款「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任」、第二款「違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任」。
- 3、甲於另案證稱 **15 日上午 7 時左右受丙通知始到待產室**，上述明顯與(證十二之 2)產科臨床路徑表 **Notify**

**Doctor** 開立住院單並有甲之用印說明甲開立住院單並對產婦施以產科臨床診治。甲已觸犯刑法第 215 條業務上文書登載不實罪。

- 4、02:55 時至 07:10 時的待產過程：有關 Buscopan 二劑施注，丙於另案證稱是根據桃園榮民醫院產科臨床路徑表依甲之醫囑執行二次 **Buscopan** 施注(侵入性醫療行為)；甲亦證稱 15 日上午 7 時左右受丙通知始到待產室。再查醫師法第 11 條「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書」，說明甲應診療庚後始開立處方。然該證詞說明甲於 15 日 7 時後才初次診療庚，故該產科臨床路徑表之臨時醫囑不可能在 07:00 前由甲診療庚後開立使丙執行，是甲疑似觸犯刑法第 215 條業務上文書登載不實罪。又因 02:55 時至 07:10 間甲有用印於該待產時間，甲卻又證稱 15 日上午 7 時左右受丙通知始到待產室，既然 7 時後才到待產室，如何有 7 時前的用印，甲疑又觸犯刑法第 215 條業務上文書登載不實罪。
- 5、08:00 時胎盤娩出至 09:10 時的急救過程：由證十三血壓脈博呼吸記錄，當 08:15 時，血壓 80/50mmHg，脈博 130 次/分，呼吸 26 次/分，產婦已陷入證十七之第二級休克(血壓下降，脈博>120 次/分)，當 09:10 時，血壓 48/? mmHg，脈博 152 次/分，呼吸 18 次/分，此時產婦已陷入最嚴重的第四級休克，此時產婦才輸入第一袋血。分娩前，甲應注意「以催產素起動或增強的分娩可能在產後子宮無張力並且流血」而能注意以提早備血，卻未注意備血來急救；08:00 胎盤娩出後發現子宮收縮不良，造成失血，任由產婦從 0800 開始失血，0815 陷入第二級休克，0910 陷入第四級休克，產婦之血液已流失超過四成，應注意「持續失血會造成無法挽回的休克」卻未注意產婦體徵，及早備血輸血

(備血費時 25 分鐘左右)，延誤至 09:10 時才輸第一袋血，陷產婦性命於垂危將難以救治，被上訴人吳可怡於 08:00 時胎盤娩出前後的處置應有應注意能注意而未注意之過失。

- 6、按醫療契約屬於委任契約之一種，產婦從 90 年 9 月起的所有產程檢查皆至甲所經營之吳可怡婦產科診所實施，甚至 3 月 14、15 日的生產計劃皆受甲所指示，產婦為使生產順利一切聽從甲所提供的醫療技能、知識、技術並與甲配合，庚於 14 日晚經甲指示而受乙給予的藥劑幫助 15 日順利生產，此藥劑(PGE2)引起 15 日凌晨的產痛使庚急診住院，02:55 時至 07:10 時的待產過程，甲、乙應負醫療法第 59 條「醫院應指派適當人數之醫師值班，以照顧住院及急診病人」、第 82 條「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意」及醫師第 11 條親自診察始能治療、第 12-1 條告知義務，卻疏未執行診治庚之責任，將診治責任交由非醫師資格的被告訴人吳淑敏(丙)，使產婦失去應有的照顧。例如當產婦此次第二胎的子宮收縮發覺有異，於待產過程三次求見甲給予診察，甚至要求剖腹產，都被丙以「產程正常」或「剖腹產要另外付費，況且產程也正常」阻止，使產婦誤以為「正常」。根據民法第 535 條「受任人處理委任事務，應依委任人之指示，並與處理自己事務為同一之注意，其受有報酬者，應以善良管理人之注意為之」，甲為受任使生產順利之受任人，乙為 14 日之執行者，當庚 02:55 時急診入院，甲、乙應負診治之責任，依產科臨床路徑表「Notify Doctor」亦可佐證，丙遲至 7 時左右才通知，根據民法第 544 條「受任人因處理委任事務有過失，或因逾越權限之行為所生之損害，對於委任人應負賠償之責。」被上訴人甲、乙即應負賠償之責。有關丙執行 02:55

至 07:10 間的所有診察、治療行為，亦觸犯醫師法第 11 條、護理人員法第 24 條、醫療法第 59 條，有違醫療契約提供專業醫師利用知識、技能、技術執行順利生產的目的地。

(二) 被上訴人詹新觸犯法律部分：

- 1、引產部分同被上訴人吳可怡部分第 1、2 點所觸犯保護產婦之法律。
- 2、乙於另案證稱 02:55 時至 08:00 間為婦產科之值班醫師，根據醫療法第 59 條「醫院於診療時間外，應依其規模及業務需要，指派適當人數之醫師值班，以照顧住院及急診病人」。當產婦於 3 月 15 日 02:55 時掛急診入婦產科室，乙即有替產婦診治之責任。乙卻於另案證稱於 08:30 左右接獲產婦需急救即趕至產房參與急救，明顯與(證十二之 1)產科臨床路徑表 **Notify Doctor 開立住院單** 有違。若醫師受通知開立住院單為真，則表示甲或乙已接受通知並開立住院單，該人卻於 03:00 時至 07:10 間疏未照顧診治病患，已違反醫療法第 19 條、59 條及醫師法第 21 條；若醫師受通知開立住院單為假，則被告訴人吳淑敏觸犯刑法第 215 條業務上文書登載不實罪。
- 3、08:00 時至 09:10 時產婦娩出胎盤後的子宮乏力大量失血部分：乙於 3 月 14 日晚替產婦用 PGE2 引產後的大量出血的應注意情形同甲，即第四、(一)、5 及 6 兩點。
- 4、乙於 14 日門診預先開立臨時醫囑由丙輸注，觸犯醫師法第 11 條。醫囑與臨時醫囑不完全相同，各有其開立時機。醫囑為常規性治療，臨時醫囑為醫生視診病患後開立之急性治療處方。根據 Buscopan 藥性是為治療生殖系統痙攣現象的藥物，02:55 至 07:10 間，乙未視診如何開立因痙攣所需的 Buscopan 急性臨時醫囑？05:55 時第一劑為電腦打字，是否應為醫囑非臨時醫囑？07:00 第二劑為手

寫此為臨時醫囑較可能，但甲、乙未視診庚又如何有此臨時醫囑產生？乙明顯觸犯醫師法第 11 條。

- 5、09:10 時至 10:20 送產婦入開刀房的處置延誤：乙遲至 09:10 時才替庚輸入第一袋血，此時產婦已陷入第四級休克(見證十三、十七)，09:35 時乙通知麻醉小姐準備子宮全摘除術(下稱 ATH)，續連絡麻醉 Dr.即麻醉醫師陸汝勛(下稱丁)；09:45 時急備 ATH，續連絡丁；10:00 時續備 ATH；10:20 時庚意識陷入昏迷，甲、乙子宮續加壓止血中，庚移入手術房行 ATH，丁到。當產婦 0815 陷入第二級休克，0910 陷入第四級休克，明顯的子宮收縮劑(Piton-S 或 ergonovine)及子宮按摩並無法有效止血，即應早準備行子宮全摘除術或股動脈結紮手術來止血。乙應注意「當子宮張力過低或無張力引起胎盤剝離處出血，如果出血狀況嚴重且無法有效矯正的話，則有可能造成產婦死亡」，而能注意提早準備用子宮全摘除術等手術以止血，卻不注意 08:00 時至 09:10 時已第四級休克的產婦，遲至 09:35 時始通知麻醉相關人員，遲至 10:20 時才將陷入昏迷的產婦送入開刀房手術，造成手術後產婦瀰散性出血，心肺衰竭死亡。被上訴人詹新應負應注意能注意而未注意之過失罪責。

(三) 被告訴人吳淑敏(下稱丙)觸犯法律部分：

- 1、02:55 時至 07:10 時此段產婦待產的過程：

- (1) 丙於另案證稱庚 02:55 時入院至進產房檢查均正常，依規定不需通知值班醫師乙或主治醫師，丙始未通知；甲於另案證稱丙始於上午 7 時左右始通知庚入院；乙亦於另案證稱上午 8:30 時左右接獲通知庚需急救即趕至現場；然丙卻於桃園榮民醫院產科臨床路徑表病歷內之「**notify Doctor 開立住院單**」選項勾選(見證據十

二之 1)，說明庚急診 02:55 時入院時丙即有通知醫師開立住院單，該病歷記錄與甲、乙、丙之證詞矛盾，是丙已觸犯業務上文書登載不實罪及公文書不實登載罪屬實。

(2) 關於丙於此待產過程「檢查」產婦宮縮圖正常，造成產婦應受專業醫師「診斷」的醫療權益受損，失去該待產過程可及早發現「宮縮圖異常」呈現之高張性子宮乏力，而予以治療或另行剖腹產的時機，陷於分娩後子宮乏力大量失血的危機：被告訴人丙並無能力及責任實行診治產婦待產過程的宮縮圖檢查結果，丙觸犯醫師法第 11 條醫師之診治權、護理人員法第 24 條第四款「醫療輔助行為應在醫師指示下行之」，甲醫師 07:00 前並未診斷宮縮圖之檢查，丙如何有「檢查產程正常」之診斷結果？何況該待產期間產婦三次求見甲診察並實行剖腹產，丙阻卻產婦之要求已侵犯病人醫療權益、醫療契約及憲法賦予之生存權。同第四、(一)、6 點。

(3) 丙 Buscopan 二針劑的輸注違反醫師法第 11 條、及護理人員法第 24 條。

(四) 被告訴人陸汝勛(下稱丁)觸犯法律部分：

1、09:10 時至 10:20 送產婦入開刀房的處置延誤：同第四、(二)、5 點，上訴人詹新此段期間的敘述，丁應依醫療法第 60 條不得無故拖延急救，乙於 09:35 時陸續通知丁協助執行 ATH 手術，遲至 10:20 時庚始進入開刀房，09:10 時呈現的第四級休克，在持續失血的情形下，能否脫延至 10:20 才開始執行手術？答案應是否定。乙及丁明顯違反醫療法第 60 條，侵犯產婦委任受任醫院桃榮所應提供的完善醫療照顧，造成產婦的死亡。

(五) 被告訴人倪金峰觸犯法律部分：據訊被上訴人詹新已坦承

實為 3 月 15 日凌晨的值班醫師，並非如上訴人所指為被告訴人倪金峰，此有刑事偵察回應，是否有申證或頂罪之情，非上訴人所能知悉，故被告訴人倪金峰部分，由庭上定奪。

(六) 被上訴人桃園榮民醫院觸犯法律部分：

- 1、依民法第一百八十八條「受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。」故被上訴人桃榮依法負損害賠償責任。
- 2、依第四、(一)至(五)點，被上訴人桃榮有觸犯醫療法第 59 條「醫院於診療時間外，應依其規模及業務需要，指派適當人數之醫師值班，以照顧住院及急診病人」、第 67 條「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷」、第 68 條「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日」、第 82 條「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意」。依法應負損害賠償責任。

五、法醫鑑定報告及行政院醫事審議委員會之鑑定報告意見多為空泛之言，並無法證明被上(告)訴人等之行為與產婦死亡之間並無因果關係，根據上訴人所提國際書證證明及鑑定意見間接證明被上(告)訴人等之過失行為與產婦死亡間具有因果關係：

(一)法醫鑑定報告及醫事審議委員會之鑑定報告(第

0910212、0920250、0940068、0950102 號)因上訴人對二機關所作之鑑定報告有所疑問，依二審六~九狀申請鑑定人臨庭說明，理由如下：

- 1、依民事訴訟法第 302 條「除法律別有規定外，不問何人，於他人訴訟，有為證人之義務」、第 340 條「法院認為必要時，得囑託機關、團體或商請外國機關、團



體為鑑定或審查鑑定意見。其須說明者，由該機關或團體所指定之人為之」、第 335 條「鑑定書須說明者，得命鑑定人到場說明」、第 336 條「鑑定人有數人者，得命其共同或各別陳述意見」及第 339 條「訊問依特別知識得知已往事實之人者，適用關於人證之規定」。然機關鑑定為 340 條規定之醫院、學校或其他相當機關受法院(檢查官)之囑託，而選任事實上之鑑定人，鑑定人亦以自然人為限，因此如法院欲將鑑定結果採為證據時，仍應命事實上鑑定人具結。尤其事實上之鑑定人於法庭以言詞報告或說明鑑定經過與鑑定結果時，更應命其具結。理由為，法律之前人人平等，絕不許因某人屬於醫院、學校或其他相關之成員，而得不在偽證罪之制裁下，肆意為虛偽之鑑定；而且使用在法律上無公正、誠實擔保之鑑定結果來認定被上訴人等無罪，枉顧產婦受被上(告)訴人之行為失當而無辜喪命，顯與審判之公正、公平原則相違背。

- 2、醫事鑑定書違背論理法則即所謂「不合邏輯」，造成鑑定結果與理由之矛盾。鑑定所認定之事實，與所採之證據不相適合，是其鑑定結果基以認定無過失之根據實際上並不存在。該鑑定書雖有證據能力，但鑑定過程與事實不符，仍無證據之證明力。依民事訴訟法第 222 條第一款「法院為判決時，應斟酌全辯論意旨及調查證據之結果，依自由心證判斷事實之真偽。」第三款「法院依自由心證判斷事實之真偽，不得違背論理及經驗法則」及第 343 條「法院認應證之事實重要，且舉證人之聲請正當者，應以裁定命他造提出文書」。請求 庭上依法要求鑑定人等提出文書資料佐證其鑑定報告之說詞，否則依同法第 345 條「當事人無正當

理由不從提出文書之命者，法院得審酌情形認他造關於該文書之主張或依該文書應證之事實為真實，鑑定人若未依法出庭作證或提出反證書證，應認定上訴人之主張為真。

- 3、依大法官會議釋字第 582 號「對質詰問權為基本人權」及鑑定之性質，不論從當事人行使拒卻權利以保證鑑定人公正性之觀點、或從與法院分工合作之「法院輔助人」觀點、或以言詞說明接受詢問來補充書面資料之不足，以確保鑑定正確性之觀點而言，鑑定人之到庭說明均佔有重要之地位。因此不論其組織是否為合議制(醫事審議委員會)，均應以委派代表之方式到庭說明。否則依鑑定書之附註「一、『案情概要』係參考所送病歷、卷證等資料，對『案情』所作之描述，是否符合事實，仍請委鑑單位依職權調查認定。二、『鑑定意見』係針對所詢事項，就案情概要所敘事實，基於醫學知識及現行醫療常規，所作之鑑定意見。若有疑義，請詳述問題，再函請鑑定」，造假的病歷作成錯誤的案情概要，進而產生偏頗的鑑定意見，損害產婦及上訴人等的權益。該醫事的機關鑑定書甚且不受刑法偽證罪的約束，讓鑑定人有醫醫相護之機會。
- 4、人為鑑定有可能因獲得知訊或資料不完全，有可能作出偏頗的鑑定結果。上訴人所提出之國際性產科教科書、病理教科書或翻譯之實用產科學、臨床胎心監測、衛生署認可之 PGE2、Buscopan 藥物使用說明，皆為可受公評之書證，上列書證皆指出被上(告)訴人行為與產婦死亡間具有因果關係。見前文二至四點。鑑定書並未提出可受公評的書證，足見鑑定書之鑑定意見不足以證明被上(告)訴人等無過失之依據，更形成了被

上訴(告)人等有過失之反證。

(二)法醫鑑定人及醫事審議委員會之鑑定代表，拒絕臨庭作證於法不合。根據民事訴訟法第 340 條「法院認為必要時，得囑託機關、團體或商請外國機關、團體為鑑定或審查鑑定意見。其須說明者，由該機關或團體所指定之人為之」、第 335 條「鑑定書須說明者，得命鑑定人到場說明」、339 條「訊問依特別知識得知已往事實之人者，適用關於人證之規定」、302 條「除法律別有規定外，不問何人，於他人之訴訟，有為證人之義務。」而渠等婉拒理由，法醫為「因事繁忙，不克出席。」，醫事鑑定為「鑑定意見採合議制。為避免鑑定委員之困擾，所請本署推派鑑定委員到庭說明，實誠有不便」婉拒，明顯違法。

肆、有關侵權行為損害賠償金額部分：

一、殯葬費：（由上訴人李○發支出）（起訴狀證三）：

一十七萬七千一百五十二元

二、扶養費：

(一)李○發部分：原告李○發為被害人李奕芳之父，李奕芳死亡時，李○發為七十三歲，對照內政部編列之九十一年度台閩地區簡易生命表所示（附件二），李○發之餘命為一 0 . 二三年，依九十一年度之扶養親屬寬減額滿七十歲後為每人每年十一萬一千元計算，原告以一次請求全部扶養費時，按霍夫曼計算法扣除中間利息，其得請求之扶養費為二十二萬零四百七十二元。

$(111000 \times 7.94494948)$  [應受扶養十年之霍夫曼係數]=881889)（小數點以下四捨五入）

李○發有配偶一人、子女三人，李奕芳之扶養義務為四分之一。 $881889 \div 4 = 220472$

(二) 薛○麗部分：原告薛○麗為被害人李奕芳之母，李奕芳死亡時，薛○麗為五十二歲，對照內政部編列之九十一年度台閩地區簡易生命表所示（附件二），薛○麗之餘命為二九. 0 五年，於七十歲之前，依九十一年度之扶養親屬寬減額為每人每年七萬四千元計算；於七十歲之後，依九十一年度之扶養親屬寬減額滿七十歲後為每人每年十一萬一千元計算，原告以一次請求全部扶養費時，按霍夫曼計算法扣除中間利息，其得請求之扶養費為三十七萬二千六百三十三元。

$$(74000 \times 12.60324712 [\text{十八年之霍夫曼係數}] = 932640)$$

（小數點以下四捨五入）

$$(111000 \times 5.0260665 [\text{二十九年之霍夫曼係數減去十八年之霍夫曼係數}] = 557893) \text{（小數點以下四捨五入）}$$

$$932640 + 557893 = 1490533$$

薛○麗有配偶一人、子女三人，李奕芳之扶養義務為四分之一。  $1490533 \div 4 = 372633$

(三) 鄭○含部分：原告鄭○含為被害人李奕芳之女，李奕芳死亡時，鄭○含為九歲，至其成年尚有十一年，李奕芳對鄭○含負有二分之一法定扶養義務，依九十一年度之扶養親屬寬減額為每人每年七萬四千元計算，原告以一次請求全部扶養費時，按霍夫曼計算扣除中間利息，其得請求之扶養費為三十一萬六千八百三十四元。

$$(74000 \times 8.59011077 [\text{十一年之霍夫曼係數}] \div 2 = 316834)$$

（小數點以下四捨五入）

(四) 徐○承部分：原告徐○承為被害人李奕芳之子，李奕芳死亡時，徐○承剛出生，至其成年尚有二十年，李奕芳對徐○承負有二分之一法定扶養義務，依九十一年度之扶養親屬寬減額為每人每年七萬四千元計算，原告以一次請求全部扶養費

時，按霍夫曼計算扣除中間利息，其得請求之扶養費為五十萬三千七百九十五元。

( $74000 \times 13.61606764$ [二十年之霍夫曼係數] $\div 2 = 503795$ )

(小數點以下四捨五入)

### 三、慰撫金：

(一) 李○發部分：一百五十萬元。

(二) 薛○麗部分：一百五十萬元。

(三) 鄭○含部分：四百萬元。

(四) 徐○承部分：四百萬元。

### 四、核計賠償數額共計：

(一) 李○發部分：一百捌十九萬七千六百二十四元。

(二) 薛○麗部分：一百捌十七萬二千六百三十三元。

(三) 鄭○含部分：肆百三十一萬六千八百三十四元。

(四) 徐○承部分：肆百五十萬三千七百九十五元。

綜上，在上訴人追查產婦死亡的過程中，發現國內婦產科對子宮乏力與羊水栓塞常混為一談，該行徑易讓不屑醫師濫用引產藥物並對醫療行為產生輕忽懈怠習性，認為就算產婦死亡，也有「羊水栓塞」此「免責令牌」可用，造成國內產婦死亡案例層出不窮。若此當非全民之福，甚者更有亡國滅種之虞。此次產婦奕芳產後子宮乏力，失血過多致死，被上訴人等違反醫學倫理及保護產婦的相關法令，祈請

鈞院依訴之聲明依法辦理，至禱！

此致

台灣高等法院民事庭 公鑒

證據：

- 證據十二：桃園榮民醫院產科臨床路徑表。
- 證據十三：桃園榮民醫院血壓脈博呼吸記錄。
- 證據十四：桃園榮民醫院婦產部產科出院摘要。
- 證據十五：HAINES AND TAYLOR: Obstetrical and Gynaecological Pathology 第四版 1995 年版第 1842-5 頁。
- 證據十六：桃園榮民醫院病理報告 S91-00334, S91-00335。
- 證據十七：內外科護理學(二)第 6 頁。
- 證據十八：胎心博監視之臨床概念第 62 頁。

撰 狀 人 即

共同上訴代理人 李○民

中 華 民 國 九 十 六 年 九 月 五 日