

術後黃疸——臺灣高等法院112年度 醫上易字第1號刑事判決評析

¹慈濟醫學院 ²臺北榮民總醫院 職業醫學及臨床毒物部
利昕叡¹ 葛 謹²

前言

膽囊(gallbladder)為梨狀囊袋構造，位於人體腹腔右方肝臟後方，肝臟分泌之膽汁(bile)，經左、右肝管(left and right hepatic duct)、總肝管(common hepatic duct)、膽囊管(cystic duct)流進膽囊儲藏，膽囊另有濃縮膽汁之功能。膽囊內壁之單層柱狀上皮細胞會分泌黏液，構成黏膜，保護膽囊內壁免受膽汁腐蝕。膽汁可溶解脂肪及酒精，進食後膽囊收縮，擠壓膽汁經過總肝管與膽囊管會合形成之總膽管(common bile duct)，經過胰臟，膽汁與胰液混合，再進入十二指腸，協助食物的消化與吸收。膽囊發炎則為膽囊炎(Cholecystitis)，症狀包括：右上腹部疼痛、噁心、嘔吐、黃疸、膽絞痛，甚至發燒。若無治療，常會反覆發作。急性膽囊炎多是因膽石阻塞膽囊管，膽石的風險因子包括：口服避孕藥、懷孕、家族膽石病史、肥胖、糖尿病、肝臟疾病等。膽囊炎的診斷，臨床之莫菲徵候(Murphy's Sign)、血液檢驗之白血球(WBC)、肝指數(AST、ALT)、膽紅素(bilirubin)升高外、影像學檢查多數可由腹部超音波(ultrasound)確診，複雜案例可由電腦斷層(CT)、核磁共振(MRI)提供更清楚的影像來判斷，並查看其他器官有無問題。¹⁻¹⁰

經過

甲於2019年3月23日上腹疼痛，前往A醫院急診，發現膽囊內有1顆約2公分之膽結石，住院診斷為：急性膽囊炎。A醫院乙醫師，於同年3月26日為甲實施腹腔鏡膽囊切除手術，

因手術後發生黃疸，會診腸胃內科丙醫師，同年3月29日安排「逆行性內視鏡胰膽管攝影術檢查」(ERCP)，發現膽汁漏出，無法見到肝內膽管，嗣後安排「經皮穿肝膽道引流術」(PTCD)，手術中進行膽道攝影時發現總肝管處完全阻塞，並放入導管於膽道中做膽汁引流(PTBD)。嗣於同年4月2日實施「T型管膽道攝影術」檢查，發現所注入之顯影劑完全阻塞於總肝管處，總膽管亦未成像。甲遂於同年4月8日轉至B醫院，該院丁醫師診斷：「急性膽囊炎經腹腔鏡膽囊手術切除後，併發總肝管截斷。」於同年5月17日進行總肝管空腸吻合手術，術中發現：總肝管阻塞，且總肝管只剩殘枝約1公分，該殘枝上有兩個金屬夾子。甲因：(1)總肝管於手術過程中遭截斷，受有總肝管截斷之傷害。(2)術後因為總肝管遭截斷，使膽汁無法經由總肝管正常排入十二指腸，而受有黃疸之傷害。訴請地方檢察署檢察官偵查，雖衛生福利部醫事審議委員會（醫審會）鑑定：「乙醫師之醫療處置，並無疏失。」檢察官仍認為乙醫師犯業務過失傷害罪，提起公訴。

爭執1：B醫院丁醫師於偵查時之證述，有無證據能力？

乙醫師主張：刑事訴訟法第158條之3：「證人、鑑定人依法應具結而未具結者，其證言或鑑定意見，不得作為證據。」

檢察官主張：(1)檢察官已向丁醫師諭知證人具結義務及偽證之處罰，命朗讀結文後具結，有證人具結文。

法院心證：(1)丁醫師本著專業知識、經驗等就本案偵查時陳述其專業意見，堪認丁醫師為鑑定證人，而非純屬證人身分。(2)最高法院刑事判決：「(鑑定)證人苟經法院或檢察官指定，意在使依其特別知識經驗，就所觀察之『現在事實』(非已往見聞經過之事實)，報告其判斷之意見，即不失為鑑定人之性質。於此，即應分別情形命具(鑑定)證人結文，或加具鑑定人結文。換言之，其人究竟係屬證人(鑑定證人)或鑑定人身分，自應分辨明白，然後依法命為具結，若有違反或不符合法定程式，其證言或鑑定意見，即屬欠缺法定程序，而難認係合法之證據資料，不得作為證據。¹¹」(3)丁醫師未加具鑑定人結文，其所履踐之程序，即有未合。應認丁醫師於偵查中所為之證述無證據能力，而不得作為本案判斷之依據。

爭執2：B醫院丁醫師於法院審理時之證述，有無證據能力？

乙醫師辯護人主張：丁醫師不具鑑定人資格。

法院心證：(1)刑事訴訟法第198條：「鑑定人由審判長、受命法官或檢察官就下列之人選任一人或數人充之：一、因學識、技術、經驗、訓練或教育而就鑑定事項具有專業能力者。二、經政府機關委任有鑑定職務者。」(2)丁醫師擔任醫師時間超過30年以上，施行腹腔鏡膽囊切除手術時間亦長達30年，每年經手上開手術案件超過50件，且曾就腹腔鏡膽囊切除手術發表過文章。(3)丁醫師曾為甲

進行總肝管腸吻合手術。(4)丁醫師除具有外科醫師之專業知識與背景外，對於甲為何發生黃疸之原因，更屬親眼見聞之人。(5)丁醫師本於自身專業知識及經驗，並根據親自參與手術之實際經歷所為之陳述，既係基於合理體驗之事實所形成，即非單純私人意見或臆測之詞。(6)法院審理時業以鑑定證人之身分具結作證，並接受詰問，應認丁醫師於法院審理中之證述有證據能力。

爭執3：術後發生黃疸之原因為何？

乙醫師主張：(1)甲是總肝管是阻塞，而非截斷。(2)手術後發生黃疸的原因很多：發炎、纖維化、殘留石頭堵住、膽汁洩漏、膽管狹窄、Mirizzi Syndrome症候群等。

法院心證：鑑定證人丁醫師證稱：(1)我幫甲手術時，發現總肝管阻塞，距離肝門只剩下1公分，正常的路徑是肝，裡面的膽道出來叫肝外膽道，然後進入胰臟、十二指腸，這段路徑正常應該通行無阻。(2)甲的情況是肝出來差不多1公分的地方就堵住了，就是剩下的殘枝，有2個夾子在阻塞位置，同時有經皮穿肝膽道引流手術(PTCD)，引流管靠近阻塞位置，阻塞的位置正好是夾子夾住的位置。(3)我開刀進去把夾子拿開，造成總肝管殘枝約1公分原因就是夾子夾住了。(4)有2個金屬夾子夾在甲總肝管殘枝上。(5)夾子會移位，但不會因為移位就把另一個膽管夾住，頂多是跑掉而已。(6)甲手術後有黃疸的原因，是因為總肝管阻塞所造成的，阻塞的原因是夾子。(7) Mirizzi症候群(Mirizzi Syndrome)是指膽囊

頸部有1個大的石頭，造成膽囊反覆發炎、組織漲大壓到總肝管，有時會產生黃疸、總肝管膽道阻塞，可以透過電腦斷層看出來。(8) Mirizzi症候群是石頭膽囊發炎太厲害壓到總肝管，膽囊在的時候才有這個名詞，膽囊拿掉後，這個名詞就不存在了。(9)堪認本案術後發生黃疸之原因，是甲之總肝管在手術過程中遭乙醫師以夾子截斷所造成。

爭執4：甲術後發生黃疸，乙醫師有無疏失？

乙醫師主張：衛生福利部醫事審議委員會（醫審會）鑑定：「(1)甲黃疸原因應為乙醫師在腹腔鏡膽囊切除手術傷及總肝管，致總肝管狹窄或截斷，導致膽汁無法流入總膽管而造成黃疸；(2)惟腹腔鏡膽囊切除手術發生此併發症機率为0.1-1.71%，係此類手術難以完全避免。(3)乙醫師之醫療處置，並無疏失。」

法院心證：(1)醫審會係單憑乙醫師所填載之手術紀錄為判斷，未深究瞭解甲總肝管遭截斷之原因為何。(2)醫審會亦認為本案手術引發膽道受損之併發症之機率为0.1-1.71%，易言之，每百件幾乎不到2件會有總肝管遭截斷之情形，機率顯然甚低，且絕大多數並無併發症發生之可能。(3)既然腹腔鏡膽囊切除手術有高達98%不會有併發症發生，醫審會並未說明何以乙醫師手術係在上開98%機率範圍外。(4)未具體說明認定無疏失之理由，率認乙醫師之醫療處置無疏失，已難認有據。(5)況且，乙醫師並未區分清楚卡洛特氏三角(Calot's triangle)，否則不會誤夾到總肝管。

(6)（醫審會）鑑定意見即非可採，法院亦不受鑑定報告之拘束。

爭執5：法律如有變更，如何適用法律？

法院心證：(1)本案發生於2019年3月。(2)刑法第284條業於2019年5月29日修正公布，並於同年月31日生效施行，刪除第284條第2項「業務過失傷害罪」。(3)該法修正之立法說明可知，立法者認為從事業務之人，因過失行為而造成之法益損害，未必較一般人為大，對其課以較高之注意義務，有違平等原則。(4)因此，修法後並非不處罰業務過失傷害罪，而係直接適用修正後刑法第284條，不再以業務身分加重其刑責。(5)刑法第284條原規定：「因過失傷害人者，處6月以下有期徒刑、拘役或5百元以下罰金，致重傷者，處1年以下有期徒刑、拘役或5百元以下罰金。從事業務之人，因業務上之過失傷害人者，處1年以下有期徒刑、拘役或1千元以下罰金，致重傷者，處3年以下有期徒刑、拘役或2千元以下罰金。」(6)修正後刑法第284條：「因過失傷害人者，處1年以下有期徒刑、拘役或10萬元以下罰金；致重傷者，處3年以下有期徒刑、拘役或30萬元以下罰金。」(7)比較修正前、後規定之結果，新法刪除從事業務之人之規定，並提高罰金刑上限，並無較有利於被告。(8)刑法第2條第1項：「行為後法律有變更者，適用行為時之法律。但行為後之法律有利於行為人者，適用最有利於行為人之法律。」(9)依據「從舊從輕」原則，自應適用修正前之刑法第284條第2項規定（業務過失傷害罪）處斷。

爭執6：本案民事賠償項目與金額如何計算？

甲主張：乙醫師侵害甲之身體權及健康權，致受有財產上及非財產上損害共新臺幣4,188,132元，依民法第184條第1項前段、第188條規定請求乙醫師與A醫院連帶賠償損害。

乙醫師主張：(1)二次手術期間相隔62日，且甲自2019年4月13日至同年5月11日，長達28日均在醫院外，無法排除金屬夾子發生移位之可能。(2)丁醫師於手術中之見聞，無法證明係乙醫師過失將金屬夾子誤夾在總肝管上所致。(3)實際上，甲術後黃疸應係Mirizzi症候群所致。(4)病患如患有Mirizzi症候群通常伴有炎症性水腫組織或Calot三角區纖維化，容易導致在分離時造成包括總肝管在內的膽道受損及術後黃疸等併發症。

法院心證：(1)乙醫師醫療疏失行為業經刑事法院確定判決：犯業務過失傷害罪，應負民事賠償責任。(2)醫療費用：(i)A醫院及B醫院之醫療費用合計145,314元。(ii)其中558元為A醫院急診費用，此部分顯然與其後接受手術所受損害無關，此部分金額應予扣除。(iii)醫療費用於144,756元範圍內，應予准許（計算式：145,314-558=144,756）。(3)看護費用：(i)甲主張住院期間有全日看護之必要，亦非無據。(ii)全日以2,200元計算，亦為目前合理之全日看護費用範圍內。(iii)看護費用合計46,200元（計算式：21×2,200=46,200）為有理由，應於准許。(4)工作損失：(i)甲主張具

有韓國外國語大學學士學位及國立政治大學碩士學位，曾擔任港商及韓商公司之總經理及代表人，現開設C科技有限公司擔任負責人及總經理，應依外商高階經理人通常平均月薪（含各項獎金、紅利）20萬元計算。(ii)甲無法提出實際所得證明，應以基本工資計算。(iii)參酌甲學經歷資料、居留函文等資料，加以本院職務上已知悉之2019年度每月基本工資、各業（批發零售業）受雇員工（總薪資、經常薪資、非經常薪資）之當年7月之資料，依民事訴訟法第222條第2項規定之意旨，認定甲每月之薪資收入為50,600元。(iv)甲不能工作之損失，應自2019年3月29日起算至同年5月25日為止（合計58日），每月以50,600元計算，總金額為97,829元（計算式：50,600/30×58=97,829元）。

法院（刑事部分）

地方法院：「乙醫師犯業務過失傷害罪，處有期徒刑3月，如易科罰金，以新臺幣2000元折算壹日。¹²」乙醫師不服，上訴。

高等法院：「上訴駁回。¹³」乙醫師不服，申請再審。

高等法院：「再審及停止刑罰執行之聲請均駁回。¹⁴」

法院（民事部分）

地方法院：「乙醫師應連帶給付甲新臺幣742,425元。¹⁵」

討論

膽囊炎治療：急性膽囊炎的治療可分為

(1)保守治療：(i)禁食：讓腸胃道充分休息，避免膽囊收縮又排出膽汁。(ii)靜脈點滴：給予水分及營養補充。(iii)止痛藥：症狀治療。(iv)抗生素：治療或預防感染。(2)手術治療：常見的手術方式：(i)腹腔鏡膽囊切除術：以腹腔鏡方式切除膽囊，傷口小，復原較快。(ii)開腹手術：如不適合腹腔鏡手術，就需要傷口比較大的開腹手術。(iii)膽囊引流：病情複雜與手術高風險的病患，可以考慮使用膽囊引流，減輕膽囊內的壓力。¹⁻⁸

膽囊手術併發症：常見併發症包括：(1)膽汁泄漏；(2)膽管阻塞；(3)殘存總膽管結石；(4)傷口感染；(5)肩部痠痛；(6)肋骨軟骨炎；(7)出血；(8)術後黃疸；(9)嚴重併發症：肺炎、心臟病、腦中風發作、死亡等。一般而言，嚴重併發症機率不高，約在0~3 %。^{9-10,16}

Mirizzi症候群：是指膽結石卡在膽囊管(cystic duct)或膽囊頸部，而從外側壓迫總肝管或總膽管，造成膽管完全或局部阻塞。黃疸，發燒及右上腹痛是最常見的症狀。膽管造影術（如內視鏡逆行性膽胰管造影術或經皮穿肝膽管造影術）和電腦斷層檢查往往是正確診斷所必需的。手術是這類病患的首選治療方式。Mirizzi症候群依照膽囊膽管瘻管(cholecystobiliary fistula)的有無，可分為二類，瘻管的有無及大小，是影響手術方式的決定因素。對於不適合手術的Mirizzi症候群病患，用內視鏡合併碎石術治療是另一種選擇，但仍未廣泛使用。¹⁷

卡洛特氏三角：卡洛特三角(triangle of Calot)是由總肝管(common hepatic duct)、膽囊管(cystic duct)及肝臟邊緣(liver margin)所形成的一個三角形區域。腹腔鏡膽囊切除手術為避免膽道受損，應嚴格遵守「critical view of safety」之手術視野守則，膽囊下三分之一要仔細分離，清楚膽囊管、膽囊動脈及總膽管之走向，再決定切除位置。手術醫師打開卡洛特三角，分離出膽囊頸(neck of gallbladder)、膽囊管，再將金屬夾子夾在膽囊管與膽囊交接處，進而在該處燒灼截斷以取出膽囊，且應將金屬夾子夾住膽囊血管與膽囊管；若手術中發生沾黏致無法分辨手術部位時，可改為開腹手術切除膽囊。^{7-10, 16}

醫事審議：醫療法第98條第1項第4款：「中央主管機關應設置醫事審議委員會，依其任務分別設置各種小組，其任務如下：…四、司法或檢察機關之委託鑑定。」醫療糾紛刑事案，若經醫事審議委員會鑑定：「無疏失。」檢察官多數會「不起訴處分」，病家不服的話，2023年6月20日前尚可以提起自訴、再議、或聲請「交付審判」。2023年6月21日後依刑事訴訟法第258-1條：「（第1項）告訴人不服前條之駁回處分者，得於接受處分書後十日內委任律師提出理由狀，向該管第一審法院聲請准許提起自訴。（第2項）依法已不得提起自訴者，不得為前項聲請。但第321條前段或第323條第1項前段之情形，不在此限。」本案院檢均不採醫事審議委員會鑑定意見，令人非常意外。¹⁸⁻²⁰

結語

過失四原則：英、美等文明國家法院實務上，「過失」不是「主觀構成要件」，均採「過失客觀四原則」，有無「過失」應依下列四點逐一審理：(1)被告對原告有無「照顧責任」(duty of care)；(2)被告有無「違反照顧義務」(breach of standard of care)；(3)損害與過失有無因果關係(causality)；(4)損害之事實(damage)四者。其中，醫師有無「違反照顧義務」應由醫師專業團體鑑定，民事法院實務多數會採納專業團體鑑定，至於醫療糾紛是否成立「刑事過失」，則須達到「重大過失」(gross negligence)，方有刑事責任。本案既已詳盡告知各項手術之適應症與後遺症，醫事審議委員會亦鑑定：「無疏失。」文明國家法院實務上均知：「人如其面，各有不同，手術前準備即使十分完備，亦難盡如人意，百分之百完美無瑕結果。」

參考文獻

1. 吳佩珊、李癸洲：膽囊炎之臨床治療。臨床醫學 2017；80(5)：667-672.
2. 李序麟、李英杰、呂孟銓等：飛行員無症狀膽結石之航空醫學考量(Aeromedical Consideration of Asymptomatic Gallstone (Cholelithiasis) Disease)。中華民國航空醫學暨科學期刊 2015；29(1&2)：55-59.
3. 王豪：膽囊炎的中醫辨證論治。明通醫藥 2024；566：16-21.
4. Kim MH, Lee SK: Updates in the treatment of gallstones. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2009；3(6)：649-60.
5. Yokoe M, Hata J, Takada T: Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018；25：41-54.
6. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al: Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018；25: 55-72.
7. Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, et al: Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018；25：73-86.
8. Mayumi T, Okamoto K, Takada T: Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018；25：96-100.
9. Hannam JA, Alexander HC, Merry AF, et al: Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. HPB 2018；20(9)：786-794.
10. McNamara, DA, Rogers, AC, Sorensen EJ, et al: Systematic review and meta-analysis of factors which reduce the length of stay associated with elective laparoscopic

cholecystectomy. HPB 2021 ; 23(2) : 161-172.

11. 最高法院109年度台上字第4553號刑事判決。
12. 臺灣士林地方法院110年度醫易字第1號刑事判決（刑事第八庭，2022年9月2日）。
13. 臺灣高等法院112年度醫上易字第1號刑事判決（刑事第十五庭，2024年6月26日）。
14. 臺灣高等法院113年度聲再字第354號刑事裁定（刑事第十四庭，2024年8月30日）。
15. 臺灣士林地方法院110年度醫字第15號民事判決（民事第一庭，2024年9月20日）。
16. 連恒輝、黃其晟、湯嵐茵等：追求安全卓越的腹腔鏡膽囊切除手術－國泰醫院8500例腹腔鏡膽囊切除手術回顧。醫療品質雜誌 2013 ; 7(5) : 50-60.
17. 曾志偉、陳俊嘉：Mirizzi 症候群。臨床醫學 2006 ; 58 : 479-83.
18. 蔡蕙芳、蘇宜成、陳惠芬：醫療過失刑事判決選集（上）。臺北市，五南；2023.
19. 朱兆民、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會主編：醫事鑑定實務參考手冊(Appraisal guide for medical dispute resolution)。臺北市，元照；2023.
20. 于佳佳：醫療過失犯罪的比較法研究。臺北市，元照；2017. 

