

# 接生糾紛——臺灣新北地方法院 110年度醫訴字第4號刑事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部  
林振宇（實習醫學生） 葛謹

## 前言

懷孕婦女，正常情況下，多數可以自然生產(normal spontaneous delivery)方式，迎接新生命。自然生產的優點有產後恢復快，能儘早下床活動，更有信心迎向生產。自然生產的產程分為三個階段：(1)第一產程：從規則陣痛(labor)且子宮頸口開始擴張至完全擴張（10公分）為止。醫師會評估：子宮收縮的頻率、時間和強度、胎頭下降和胎兒先露部位。(2)第二產程：子宮頸口全開，至胎兒娩出，可能持續幾分鐘到幾小時，藉由子宮規律收縮，幫助胎兒娩出。如果產程延長，胎兒無法順利娩出，或發生胎心音變化，須立即手術娩出。(3)第三產程：又稱胎盤期，胎兒娩出至胎盤娩出。一般約數分鐘到數十分鐘，醫師或助產師可能會進行會陰部傷口的縫合，觀察子宮收縮及產後出血情況。<sup>1-5</sup>

## 經過

甲為A婦產科診所主治醫師，產婦乙於2019年9月23日晚間11時許，至婦產科診所辦理入院準備以自然產方式生產，甲擔任乙之接生醫師。同日晚間11時30分，先施用具有催生效果之喜克潰錠(Cytotec)，翌(24)日上午8時許，再命值班護理師以點滴滴入之方式，使用「PITONS」藥劑催生。24日下午2時18分許，甲醫師於乙自然產過程中，發覺胎兒胎心音不正常，下午2時30分護理紀錄單記載：「破水，有劇烈性疼痛，並且有觸壓痛、反彈痛。」於下午2時55分許決定改為剖腹產，護

理紀錄單記載：「有醫生下刀。」

然因子宮強烈收縮破裂大量出血，胎兒因子宮破裂擠壓，有吸入性肺炎及大量羊水上皮吸入肺臟，雖甲醫師於產後立即將胎兒緊急送往B醫院急救，仍於當同日下午6時11分不治死亡。乙產後因子宮破裂至C醫院治療，乙認為甲醫師犯：(1)過失致乙重傷。(2)過失致人於死等罪嫌，向檢察署提起刑事訴訟。相關病歷送衛生福利部醫事審議委員會審議，鑑定意見：(1)雙重藥物作用之下，造成子宮強烈收縮。甲宜隨時監視及密切觀察，產婦催生過程，難謂無疏失而造成產婦子宮破裂，進而導致嬰兒死亡。(2)甲之處置難謂無研判失誤之疏失。檢察官遂對甲以涉犯刑法第284條後段之過失致重傷及同法第276條之過失致人於死等罪嫌，提起公訴。

## 爭執1：懷胎足月自然生產，何時方考慮催生或剖腹產？

甲主張：(1)自然生產時，子宮頸軟化且擴張至全開（約10公分）時，產婦可在醫護指導下用力生產，完成分娩。(2)產婦尚未進入產程（無宮縮、無子宮頸變化），醫師用藥物或人工方法誘發宮縮，啟動產程。(3)產婦已進入產程，子宮開始收縮且子宮頸有變化，但宮縮不足或不夠有效，需用藥物或方法增強宮縮，促使分娩加速。(4)9月23日晚間11時許，原以自然產之方式為乙接生，過程中因發覺胎兒胎心音不正常後，於（9月24日）下午2時55分許改為剖腹產。

## 爭執2：乙之生產過程，甲使用二種藥物催生，是否合乎醫療常規？

**甲主張：**(1) 9月23日晚間11時許，使用喜克潰錠(Cytotec)六分之一顆之劑量。(2)次日(9月24日)上午8時10分許，因乙無有效宮縮，使用點滴注入Piton's。(3)用藥符合醫療常規。

**醫事審議委員會：**(1)甲醫師使用Cytotec時，其使用劑量與國際婦產科聯盟(International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO)之指導原則不一致。(2)又加上另一個催生藥物。(3)雙重藥物作用之下，造成子宮強烈收縮。此種情形下，甲醫師宜隨時監視及密切觀察，以利產婦發生緊急情況時，可及時給予適當醫療處置。(4)甲給予產婦催生過程，難謂無疏失而造成產婦子宮破裂，進而導致嬰兒死亡。

**證人1：**(1)一般催生有兩種，一種是沒有進入產程的催生，一種是已經進入產程，後來收縮力道不夠我們加強。(2)沒有進入產程的催生，我們會評估子宮頸的狀況，例如是塞前列腺素的藥物，或者直接靜脈點滴給予子宮的收縮藥物，其他治療，如破水、羊膜帶跟子宮內頸分離(Stripping)、塞水球讓子宮頸擴張。(3)喜克潰錠原來是治療胃或十二指腸潰瘍的藥物，台灣的婦產科醫學界在2017年的時候用喜克潰錠塞陰道，還蠻常使用的，但是沒有什麼醫療常規。(4)Piton's催生藥物是點滴式的，也還蠻常用的，是點滴式的，讓產婦真正進入有效的10分鐘內子宮有三次收縮。(5)

通常給予喜克潰錠塞劑後，會觀察一段時間評估產程變化，有的醫院是6小時，有的醫院是12小時，根據美國婦產科的研究認為至少4小時以後才可以給予點滴式的或其他的收縮藥物。(5)我個人在D醫院的經驗都是大概6小時以上會做評估。

**證人2：**(1)9月23日晚間23時30分被投藥喜克潰錠，而且是用六分之一顆塞陰道的方式，9月24日早上8時10分每分鐘被打「PITONS」10 GTT點滴，這樣的間隔在國內婦產科的催生使用催生藥物的狀況是合理的。(2)甲使用2種藥物隔了9小時多，已經超過國際標準8小時以上，是合理使用。

**法院心證：**甲合理使用藥物催生。

## 爭執3：甲使用喜克潰錠(Cytotec)六分之一顆之劑量(33g)，是否超過標準？

**檢察官：**(1)國際婦產科聯盟之指導原則使用八分之一顆之劑量(25g)，甲係疏未注意使用該藥錠達六分之一顆之劑量(33g)。

(註：喜克潰錠(Cytotec)一顆200微公克(microgram)，六分之一應為33微公克(microgram)，檢察官/法院恐誤寫單位為公克(gram)。)

**證人1：**(1)台灣婦產科醫學會函，文獻上寫只有25微公克(microgram)。(2)喜克潰錠(Cytotec)仿單適應症外使用(Off-Label Use)，我們過去都是使用25微公克，因為寫25微公克的文獻是比較多的。(3)早期研究還有用到50 Microgram，就是一倍的劑量，一倍的劑量

也都覺得效果還不錯，可是後來他們覺得用50的部分併發症，就是子宮過度收縮的機會會比較高一點。(4)藥物本來是六角型的藥錠要切1/6、1/8本來就沒那麼容易。(5)從2006年開始有一些研究報告也是有用50 (microgram)的，剛才講的因為50 (microgram)的部分研究認為有一些過度刺激的風險比較高，所以劑量越高當然相對也會增加藥物的副作用的風險。

**法院心證：**用藥尚符合醫療常規。

#### 爭執4：乙發生子宮破裂並導致胎兒有吸入性肺炎死亡，甲接生過程有無疏失？

**甲主張：**發覺胎兒胎心音不正常後，立即改為剖腹產救治，符合醫療常規，無疏失。

**醫事審議委員會：**(1)甲之處置難謂無研判失誤之疏失，使產婦發生子宮破裂導致胎兒擠壓至腹腔中，而致嬰兒新生兒評估計分低及需要心肺復甦術(CPR)等急救，最後發生嬰兒死亡結果。(2)嬰兒之死亡，非因施打麻醉針劑使產程過長，而導致吸入性肺炎及大量羊水上皮吸入於肺臟致生死亡結果。

**證人1：**(1)分娩或妊娠期子宮破裂(Uterine Rupture)，屬於產科的嚴重併發症，必須及時手術救治，否則母嬰死亡率極高。(2)危險因子包括剖腹產後陰道生產、其他子宮疤痕、難產、引產、創傷等。(3)子宮曾經受過傷、剖腹產過、子宮肌瘤，這風險大概是屬於0.5%-1%，如果子宮沒有受過傷的話，風險大概是1/5000到1/10000左右。(4)依病歷紀錄：(24日)下午2點多一點，胎心音掉的厲害，醫師

已經在了。就我的婦產科實務經驗，這算是有盡到照顧，符合醫療常規。

**法院心證：**(1)人之生產過程對母體及胎兒原具有一定程度之風險，而子宮破裂導致母體自然產不順利之風險亦屬其一，僅能由婦產科醫師以醫療技術降低該風險，例如在適當情形以同樣具有風險之剖腹產手術替代，尚不能苛求婦產科醫師將該自然存在之風險完全去除。(2)婦產科醫師能透過醫療行為降低此一自然存在之風險至何種程度，端繫於現代醫療技術之精進程度，倘依現存之醫療技術與常規，基於母體生產過程中可得知資訊，並不能完全排除子宮破裂導致自然產失敗之風險，則無從苛求甲在當時預先採取剖腹產手術之注意義務。(3)難僅以子宮破裂，即推論係由甲所開立之藥物所致，自難遽認投予催生藥物子宮破裂之結果間具有相當因果關係。(4)子宮破裂之結果，既難認與開立之藥物有何關連，要難逕以刑事罪責相繩。

#### 爭執5：乙是否受有重傷之傷害？

**檢察官：**乙因自然生產過程中，子宮強烈收縮破裂大量出血而受有重傷之傷害。

**證人1：**(1)子宮破裂後來有治好，這樣是否會影響到這位產婦將來的生育能力，這個要看破裂的程度，因為我不是開刀的人我不知道。(2)學理上子宮破裂已經引起病人嚴重的併發症，有些醫師甚至要把子宮拿掉才有辦法止血，這就做子宮切除了，另一種把原來子宮原來裂開的傷口做修補，修補好了以後未來還

是都能懷孕。

**法院心證：**(1)本案經函詢C醫院：「乙子宮破裂是否導致未來無法再受孕及懷孕、腎功能失調是否已達重大不治或難治之傷害程度？」(2)C醫院回覆：依病歷所載，本院係依病人就診之主訴、既往史、理學檢查、檢驗、影像檢查等病歷資料綜合評估並診斷為嚴重骨盆沾黏併左側輸尿管阻塞及左側腎水腫，惟無法依病人現有病歷資料判斷上述疾病與其既往子宮破裂之直接相關性，亦無法判斷其既往之子宮破裂是否將導致未來病人無法再受孕及懷孕。另病人之腎功能失調係因其左側輸尿管阻塞造成左腎水腫所致，經本院進行手術治療後其左側輸尿管已暢通，目前病情已穩定，惟仍需追蹤治療。」(3)乙是否受有重傷之傷害，已非無疑。

## 法院

**地方法院：**甲醫師無罪<sup>6</sup>。檢察官不服，上訴高等法院。

**高等法院：**尚未判決<sup>7</sup>。

## 討論

**自然生產：**當子宮頸軟化且擴張至全開（約10公分）時，產婦可在醫護指導下開始用力生產，完成自然分娩。若宮縮不明顯或產程停滯，醫師可進行人工破水(artificial rupture of membranes)，促進宮縮並加速生產。過程中，醫護人員會持續監測產婦的宮縮情況及胎兒心跳，確保母嬰安全。本案是否為高齡產婦，足月生產，有無定期產檢，判決文均未

說明，依產程而言，住院待產時應已有規則陣痛，且子宮頸口軟化。

**催生：**催生(labor augmentation)是指當產婦已經進入產程，但宮縮的頻率或強度不足，導致產程進展緩慢或停滯時，醫師會透過藥物（如催產素，Oxytocin）或其他方法來增強子宮收縮，幫助產程順利進行。這通常發生在已破水但宮縮不規則、子宮頸擴張進展緩慢等情況下。催生是指在醫師評估後，透過藥物或人工方式促進子宮收縮，加速分娩的過程。催生的目的是在確保母嬰安全的前提下，幫助產程順利進行，例如：過期妊娠、羊水過少或胎兒狀況需及時分娩。本案醫師先使用喜克潰錠(Cytotec)催生，雖係仿單適應症外使用(Off-Label Use)<sup>8-10</sup>，並非不得使用，且婦產科醫學會亦有產科使用指引<sup>11</sup>，再使用PITONS點滴，2種藥物非同時使用，間隔超過國際標準6小時以上，且產婦並無骨盆畸形，胎盤植入異常，子宮頸癌，胎兒畸形，胎位異常等不適合自然生產的情形，前後分別使用2種藥物催生，仍屬於合理使用。

**子宮破裂：**子宮破裂(uterine rupture)是指在妊娠或分娩期發生子宮破裂，子宮破裂屬於產科的嚴重併發症，多發生在妊娠晚期或分娩過程中，患者多伴有子宮手術史。分娩過程中，子宮極度膨脹，某些因素（如既往手術瘢痕、多胎妊娠、高齡產婦、先天性子宮異常、物理創傷等）致使子宮發生變形而更為薄弱時，最有可能發生斷裂。臨床症狀如有撕裂樣疼痛，宮縮停止，陰道出血，胎心異常

或消失，如未立即手術救治，會造成孕婦失血性休克、胎兒窘迫、新生兒窒息，甚至母、嬰死亡<sup>12</sup>。臨床發生率大約為 0.05%~1%。自然產過程中，甲醫師發覺胎兒胎心音不正常，下午2時30分：「破水，有劇烈性疼痛，並且有觸壓痛、反彈痛。」下午2時55分許改為剖腹產，雖然乙子宮破裂大量出血，胎兒有吸入性肺炎，急救後仍於同日下午6時11分不治。然子宮破裂的主要治療方法就是手術介入—剖腹產，醫師立即改為手術剖腹產，似並未遲延。

**醫事審議：**1953年至1987年之「醫事鑑定」原由臺灣省醫師公會負責，醫師公會亦將鑑定摘要公布於「臺灣醫界」。1987年醫療法實施後，改由衛生署（2013年7月23日升格為衛生福利部）設立醫事審議委員會（簡稱醫審會）辦理，簡稱「醫事審議」，只接受司法或檢察機關之委託，不負責證據之調查或蒐集，審議內容列為機密而不公布。我國醫療糾紛醫事鑑定小組鑑定作業流程，審查材料先後分給1-2個不同醫院（醫師）獨立初審。復審時，醫事鑑定小組先由初審醫師分別口頭報告，再由復審委員一致之意見為鑑定意見，屬於「階層與共識混合型」<sup>13-14</sup>。然而法院於判決時，經常將「醫事審議」等同「醫事鑑定」。學者認為：「醫事鑑定」不同於「醫學評論」，醫事鑑定涉及法律的評價，醫學評論則可促進醫學的相互激盪進而產生醫學進步，如把醫學評論當成醫事鑑定，則易使法院誤認確有醫療疏失而為醫師敗訴之判決，這就是所謂「醫醫相害」，當醫界前輩握有醫事鑑定之責時，最好

同時衡量相關法律規定<sup>15</sup>。

**以結果論斷過程：**本案醫事審議略以：(1)甲醫師使用Cytotec劑量與國際婦產科聯盟(FIGO)之指導原則不一致。(2)又加上另一個催生藥物。(3)雙重藥物作用，造成子宮強烈收縮。(4)難謂無疏失而造成產婦子宮破裂，進而導致嬰兒死亡。醫事審議是協助法院釐清事實，以鑑定人的專業角度，分析資料（病歷），還原事實經過，至為重要，推論因果關係時，千萬不能「以結果論斷過程(The end justifies the means.)」<sup>16-17</sup>。醫事審議似未以專業角度分析案例，使用雙重藥物是要子宮強烈收縮，其作用目的是催生，在產程不順時，孕婦「有劇烈性疼痛，並且有觸壓痛、反彈痛」，加上胎兒胎心音不正常，甲醫師立即改為剖腹產，雖然胎兒往生，是否仍有「刑事過失」行為？值得討論。

**定義落伍：**中華民國刑法(Criminal Code of the Republic of China, 1935)第12條：「（第1項）行為非出於故意或過失者，不罰。（第2項）過失行為之處罰，以有特別規定者，為限。」同法第14條：「（第1項）行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。（第2項）行為人對於構成犯罪事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論。」我國至今刑法的「過失定義」仍為「主觀構成要件」，與其他民主國家均採「過失客觀四原則」不同，十分遺憾之外，早有學者建議衛生福利部「醫事審議」，應盡速與世界潮流一致，揚棄「過失主觀構成要

件」，採用「過失客觀四原則」，方能維護醫療人員之權益，避免醫護人員含冤入獄<sup>18-20</sup>。

**過失四原則：**民主法治國家之過失定義，均採客觀四原則，誠懇建議法院與醫事審議委員會，處理醫事人員是否有過失或疏失，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)違反照顧義務與損害有無因果關係(causality)。(4)損害之事實(damage)<sup>13</sup>。本案甲醫師負責接生，自然對乙負有「照顧責任」，使用2種藥物催生，雖然是仿單外使用，但為衛福部所許可，也有婦產科醫學會之使用指引，並未「違反照顧義務」。雖然接生不順，造成子宮破裂與胎兒死亡的不幸結果（損害之事實），此不幸結果（子宮破裂）與醫師使用藥物催生有無因果關係？是否應歸責於醫師？依民主法治國家之過失客觀四原則，縱使有因果關係，因醫師使用藥物催生並未「違反照顧義務」，四者缺一，本案在21世紀之民主法治國家，甚至對岸中國大陸，均無法成立刑事過失責任。

### 結語

**生產風險：**古代醫學不發達，生產風險高，臺灣俗語：「生得過，雞酒香；生不過，四塊板。」古代孕婦生產如同在鬼門關前走一遭！儘管現代醫學發達、技術也進步，生產過程中仍然存在不少風險。2024年統計，臺灣每1000名新生兒約有4人不幸離世，全年約600個家庭失去寶寶，等於每15小時1人夭折；新生

兒死亡率連20年高於日韓。逾百名死因與先天畸形、變形與染色體異常相關。專家呼籲出生滿48小時完成公費篩檢，並加選自費項目，把握治療黃金期。

**客觀四原則：**婦女同胞生產過程的風險，如何降低，自然有賴主管機關、衛生政策，與相關婦產專科醫護學會的共同努力。然發生生產糾紛，衛福部醫事審議委員會竟然「以結果論斷過程」，出具「難謂無疏失」之意見，令醫界震驚！甲醫師雖有臺灣婦產科醫學會2位同道願意出庭作鑑定人，暫免牢獄之災，但已纏訟超過6年！本文再度誠懇呼籲，衛福部要以天下蒼生為念，除不斷提升婦幼衛生指標、改善醫事人員從醫環境之外，亦應同時保護醫事人員的醫療人權，尤其是醫事審議委員會對醫療糾紛，醫事人員是否涉有刑事過失或疏失，不宜繼續落後英國411年<sup>18-20</sup>，似應立即開始與世界民主法治國家同步，立即建立符合國際醫療人權的「過失客觀四原則」與「重大過失刑事責任案例」為審議指引。

### 參考文獻

1. 室岡一原著/康維邦譯：圖解產科學。高雄市，大夫書局；1985。
2. 雷文諾 (Leveno, KJ)等著/巫常誠，陳慧聰譯：Williams產科學手冊(Williams Manual of Obstetrics)（第21版）。臺北市，美商麥格羅·希爾出版；2007。
3. 法國國立婦產科學院(Collège National des Gynécologues et Obstétriciens

- Français(CNGOF))主編/馬青，喬紅譯：懷孕聖經(Le Grand Livre de ma grossesse)。臺北市，四塊玉文創；2016。
4. Cunningham, FG : Williams obstetrics. (25th edition) New York : McGraw-Hill Education, 2018.
  5. 衛生福利部國民健康署：爸爸孕產育兒衛教手冊（第3版）。臺北市，衛生福利部國民健康署；2025。
  6. 臺灣新北地方法院110年度醫訴字第4號刑事判決（刑事第十五庭，2024年5月2日）。
  7. 臺灣高等法院113年度醫上訴字第7號刑事判決（尚未判決）。
  8. 林杏麟，吳淑莉：醫師是否有仿單核准適應症外使用的權利(off-label use) — 探討美國FDA及台灣藥事法之相關規定。臺灣醫界2010；53(5)：263-6。
  9. 臺灣臺北地方法院90年度訴字第3406號民事判決（民事第一庭，2007年6月12日）。
  10. 行政院衛生署衛署醫字第0990262180號函：藥品仿單核准適應症外的使用(Off Label Use)原則（2010年6月2日）。
  11. 台灣婦產科醫學會：台灣婦產科醫學會建議 Misoprostol(Cytotec®)產科使用指引。台灣婦產科醫學會官網(<https://www.taog.org.tw/>)，2020年7月23日公告版。2026-3-20 visited.
  12. Hu Z, Zhang, H, Rong, Y, et al : Incidence, Risk Factors, and Outcomes of Complete Uterine Rupture: A 10-Year Single-Center Retrospective Study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 51, no.11 (2025): e70122, <https://doi.org/10.1111/jog.70122>.
  13. 葛謹：共同糾正歷史的錯誤—不要再糊塗下去。臺灣醫界2012；55(9)：508-10。
  14. 薛瑞元：刑事訴訟程序中「機關鑑定」之研究—以醫事鑑定為範圍。臺灣大學法律研究所碩士論文。2001年1月。
  15. 李志宏，施肇榮：診斷證明書與醫事審議（醫療鑑定）—醫療法律案例解讀系列4。台灣醫界2009；52：354-8。
  16. 陳以琳、葛謹：勿以結果論斷過程—臺灣臺北地方法院98年度醫訴字第6號刑事判決讀後心得。台北市醫師公會會刊2012；56：16-21。
  17. 葛謹：二個拒絕，一個不要—對醫事審議初審醫師的建議。臺灣醫界2013；56(6)：341-2。
  18. 葛謹：臺灣醫師制度與醫療糾紛案例評釋。臺北市，元照；2011。
  19. 葛謹：醫學與法律—從醫學角度省思司法判決的盲點。臺北市，元照；2014。
  20. 葛謹：醫學與法律(2)—但見淚痕濕。臺北市，元照；2017。📖