

正視 醫療糾紛

— 會啓瑞 —



這是醫師們面臨挑戰的時候了

由於醫藥的普及，醫藥廣告的泛濫，人們衛生知識水準的提高，加上在分秒必爭的工業社會中，醫生和病人都沒有時間建立敬愛的基礎，而且全科醫生的逐漸式微和專科醫生的茁然興起，使人們覺得去敬愛一個「科學工具」實在有所不值，相對地病人主張「治癒權」心理也以前更強烈，尤其病家在付出大量的醫藥費之後，並沒有得到預期的效果，更加强病家訴之於法的信心。病家完全把醫護工作當作是一種商業行為，而無視於醫

護人員所秉持的崇高仁愛心，和無以倫比的醫德。於是醫生們在每天繁忙的診療中，還得小心翼翼地應付各種可能發生的醫療糾紛，甚至不敢放手施行正確的醫療途徑。這無形中打擊了醫生們的士氣，也降低了診療的效采，但在現行之法律下，以及遲遲未施行新醫師法的陰影籠罩之下，醫生們隨時都有牢獄之災降臨身上的可能。目前幾乎每天都有醫療糾紛發生，有些醫生為了避免麻煩，私下以金錢和病家和解了事，但有些醫生則沒有那麼幸運了，病家往往在對簿公堂之後，再狠狠地敲醫生一計。在他們的

意識中，醫生們個個都是有錢人，病醫好了理所當然，醫不好除了拒付診療費用之外更理直氣壯地提出了賠償要求。醫生們的怕事，助長了病家的氣焰。其中雖有少數固執但帶有正義感的醫生，為了維護醫生的尊嚴，拒絕病家無理的要求，而不惜法庭相見。但在法官的不諳醫術，但却可獨立運用其「自由心證」之下，遭到了身敗名裂的厄運，這種歪風自古即有，不過於今為烈罷了。遠在巴比倫時代，漢摩拉比法典就有「病人死亡，醫師自腕部切除雙手，為貴族之子時，醫師償命」的記載。但是至少在光復

以前醫生的地位是足夠被稱為社會賢達之類，但可笑的是彼時醫生們對於肺炎以及其他各種疾病除了為病人解除痛苦、緊張和煩惱而外，幾乎是束手無策。在大多數的情況之下，他們主要的是給予病人以賦有同情心的看護，他們在任何時間，都會走著遠路或者騎著自行車赴窮鄉僻壤去看病人，雖然不是盡善盡美，但他們的腳跟是站在地面上；雖然缺乏現代醫療工具，但他們是隨時在病人身邊的。如有意外，醫生還要安慰寡婦、招攬殮殮人員，所以他永遠是被人懷念的好醫生。有時候因病人家屬疏於看護病人，而導致病情加遽或死亡，醫生還可以申斥病家一番。病家除了俯首認錯之外，對醫生還是相當感激。醫療糾紛在當時幾乎很少發生。撫茲時序，除了大欺人心不古之外，還得隨時注意可能發生的醫療糾紛降臨身上，今天醫生除了一手拿著聽診器之外，另一手還要捧著六法全書，以俟橫逆之來，這是醫師們面臨挑戰的時候了。

第一個坐牢的醫師

此案於民國四十年在高雄市發生，死者王××係患重症胃酸過多及慢性胃腸炎已有六年之久，且在被告醫院中醫治一段時間。五月二十日死者因暴飲暴食，病況轉遽，五月二十二日才到診所醫治，其時死者已有顏面蒼白、發冷、心臟衰弱、胃部劇痛等的症狀出現。醫師立刻打了一針 Isulcus，（死者對此 Isulcus 已有數

十次的經驗），不幸病情沒有改善，繼續嘔吐、發燒、痙攣、淺脈、心臟衰弱、口唇呈紫藍色，雖邀鄰醫協助醫治，但終延於二十三日上午一時死亡。經省立台南醫院鑑定「Isulcus 注射後無別作用，筋肉皮下及靜脈內可以注射，不會發生危險，亦不發生急劇吐瀉致人於死」。台大附屬醫院鑑定「Isulcus 是一種 Amino Acid，藥理上注射該藥對於人絕對無害，因此那時所發生的吐瀉現象恐係胃腸病之病症」。省立高雄醫院之鑑定為「死亡係為胸腺淋巴腺體質」。結果高雄地檢處依上述第三者的鑑定以「死者有胸腺淋巴腺體質之人，打針或暴飲暴食中毒為誘發致死，為何醫師打針以前不注意」為由提起公訴，一番被判有期徒刑六個月，附帶民事賠償十四萬五千元。再審、終審亦然。被告認為事屬冤枉，曾分別向市醫師公會、省醫師公會請求派員調查真相，復向監察院提出訴願，亦蒙受理。並且於四十一年十一月向高等法院申請再審。但高院對於省醫師公會的鑑定認為「非確實之新證舉」，乃判駁回。被告醫師終於鐐鑼入獄，由於法官之可採取獨立自由心證、欠缺醫學知識，加上鑑定技術之拙劣和理由分歧，終產生台省有醫史上之第一個犧牲者，殊為令人痛心。

診斷錯誤是否應負刑責？

病人死亡之後，做病理解剖（Autopsy）之後發現的病名稱為病理

診斷（Pathological Diagnosis），凡與病理診斷不符合的臨床診斷（Clinical diagnosis）我們稱之為誤診（Misdiagnosis）。歐美各國為促使醫學進步，病死屍體大都施行解剖，可藉以印證臨床診斷是否正確。據稱臨床診斷的誤診幾達百分之四十，而嬰幼兒的診斷比成人更加困難，其誤診率更大於成人，頗負盛名的華盛頓 Veterau's Administration Hospital 於 1953 年統計，七年內病理解剖 1106 例中只有 64 例（6%）是診斷錯誤。但是日本東京帝大的名教授沖中所提出的報告則甚為驚人，他說：「完全無誤的臨床診斷只佔 13% 左右」，至於送達本校病理解剖的大略統計，誤診也佔 20 至 30% 之間。因此絕對沒有一個醫師能避免臨床診斷錯誤。但在先進國家，診斷錯誤是不受刑責的。以前麥克阿瑟將軍患病，據報紙的報導：第一次公報診斷是阻塞性黃膽（Obstructive Jaundice）。因為麥帥年紀過高，病因為被認為可能是癌症，但手術的結果竟為膽石症。很顯然地這是診斷地錯誤，可是開腹手術之後，並沒有因診斷錯誤而引起治療上的錯誤。（註一）。而有時檢驗室的人為疏忽，如標籤貼錯或放置時間的長短，乃至被檢者本身的變異（Variation）均可導致錯誤。如果把這筆帳都記到醫師頭上，實在有欠公允且冤枉之至！

醫療糾紛的類型

1. 理解型 病患接受醫師的診療，不幸亡故，該關係人立即向醫師提出質詢，經醫師及第三者（醫師公會人員、或鄰近醫師）的說明，始終保持理性，不紊亂，最後接受醫師的見解而自動抬回屍體並要求醫師開具死亡診斷書。這一類型，屬於是最幸運的，很少事後再開糾紛。不過這一類型，在現有社會風氣下，確實不可多見。

2. 和解型 病患死亡時，關係人當場哭泣，既不對醫師漫罵亦不聽醫師的說明及第三者之勸解而悄然領回屍體。俟悲傷過度後，央託第三者，以善意的態度，向醫師交涉。這類糾紛意在民事和解，不求擴大事端。因此要求數目不會太多，時常比打一場官司的費用還少。

3. 吵鬧型 病患死亡後，親友或家屬大哭大鬧，然後將屍體放置或自他處抬來棺木放置。關係人必定暫時離開現場，先行派人來「出個價錢」，賠償費之高使醫師無法接受和解。並語多威脅，使醫師有時尚得向治安機關請求保護，並連絡檢察官驗屍並移送司法當局解剖後收入棺柩。業已移送司法機關，唯恐民事請求無法達成，乃糾眾包圍醫院、搗毀醫院、威脅醫師或施以強暴等不法行爲。這是最不幸的類型，而且是醫生最感棘手的問題。

上述之類型是大概分類，實則醫療糾紛大部分是以「混合型」出現。例如北部某地所發生的案件，起初是

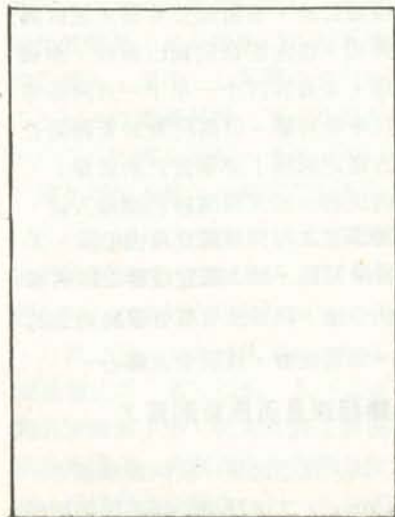
以「理解型」出現，由醫師開具死亡診斷書埋葬，經過一段時間因經濟拮据，用半吵鬧的方式變成「和解型」（但不索取備忘錄等證據文件），最後變成「吵鬧型」而進入司法偵察階段，上述三型，如應付不當時常有轉移現象（Metastasis），醫師們應該提高警覺。注意情勢變化，不可過份樂觀而忽視應有的預防措施及準備（註二）。

醫療糾紛的五大過程

第一過程：無知及措油爲目的之醫療糾紛（民國三十五年至三十六年）

第二過程：因使用久積變質之日本藥而發生之醫療糾紛（民國三十六年至三十九年）

第三過程：因使用配尼西林而發生之醫療糾紛（民國四十年至四十八年）



第四過程：因使用台灣藥品而發生之醫療糾紛（民國四十八年至五十一年）

第五過程：因特異體質而發生的醫療糾紛（民國三十六年至五十七年）

以上的分類是採用省醫師公會理事長吳基福先生的分類。透視台灣醫療糾紛的變遷，雖然可以分爲急變死症和生病死亡二大類。但是，自台灣的醫療糾紛有史以來唯一不變的事實乃是：糾紛的最後目的就是「金錢的賠償」。絕對多數之患者希望金錢解決，只極少數患者不要錢而要醫師受刑責。可以說台灣的醫療糾紛是「要錢償命」的敲詐行爲。

美國的醫療糾紛

在美國有所謂治療失當要求權（Malpractice Claim），對醫師的非倫理道德的行爲、誤診所引起的精神的、身體的痛苦和損害；或醫師的判斷力不足、病例處理的錯誤、醫療怠慢等等。這種要求主要視醫師的作法是否違背倫理道德，良心，醫師與患者的關係如何而定。醫師的技術還是次之，因此身爲醫師者必須把病人當作一個整體性和統合性的人（Whole man or integrated-man），同時需要講求醫師與病人講話的技巧。

醫療糾紛發生的原因

①醫師自動請求會診（Consultation）是可以加深患者的感激和

信賴感尤其是疑難症時。相反地，如果因自大而不請求會診，有時候事後容易發生問題。所以由患者方面提出，倒不如由醫師自動提議較佳。不過，年輕的醫生常因自卑感的作祟而踟躕不前。所以 Emerson 說：「這是醫師自己的想法和偏見，患者不會有如此想法，對於請求會診醫一事會更加深對醫師的信任感，表示醫師關心患者。」

②對於不必要摘出的器官或組織，施行摘出手術時，或者不是技術熟練的專門醫，但却勉強施行，甚或重大的手術給無資格醫師，或助手操刀時，也經常事後發生問題。

③醫師判斷預後 (Prognosis) 過於樂觀，且對於預後過份的保證，也可能演變成將來的醫療糾紛。最顯著的例子為報上的美容廣告，所以台灣省衛生處在去年已通令縣市衛生局，令醫院不得冠「美容」字樣，用心良苦。筆者亦深盼四年級以上的同學，在醫院中實習，或當 Intern，Resident 時，對於患者的多方詢問，有時候得三緘其口，避免以後病情惡化，患者找主治醫師理論說：「某某大夫，曾告訴我此病不太嚴重，今却轉變成這種地步……」那時候就害人不淺了。

④醫師與患者或與其家屬間關係接洽不好，或因患者的負轉移 (Negative Transference) 而對醫師持敵對 (Hostility) 立場和毀損 (Derogation) 的態度 (註 4)，加

上請求診療費用方式拙劣，雙方性格上的衝突，也容易使患者更苛求治療權，造成醫療糾紛。但有時候醫師也應注意到這只是一種精神上的病態。

⑤前任醫師的診療，被後任醫師批評不好。如後任醫師對病人說：「啊！那位大夫替妳弄的？妳的手給 X 光燒得這麼厲害呀！」「手術技術真差勁，不應該這麼治療，診斷一定有錯誤」「早一點來就能治療」等等，雖在自誇高明，但不覺中已暗示了患者對前醫的不滿，種下了憤怒的種子，也提供了很多專門知識供患者做為告訴的資料。某法院長表示：「醫療糾紛訴訟案件的 80%，其訴狀的理由是醫師的文章！」禍從口出，能不愼歎？

⑥教學醫院中，指導大夫為了使實習的學生能夠徹底了解各種病的病徵，使得病人重覆地被做各項試驗，增加病人許多無謂的痛苦。如急性腹膜炎 (Acute peritonitis)，猛按肚皮後迅速收回，而病人却痛得叫出來的 Rebound pain，肝脾腫大的病人重覆的量究竟有幾個指幅，無形中使病人產生惡感，和糾紛發生後的報復心理。

⑦醫師拒絕應診，延誤時間。

⑧盤尼西林休克 (Penicillin shock) 所引起的醫療糾紛：台大醫院曾經做過一次研究，發現由醫師和病患對盤尼西林發生恐懼，使用量減少而致肺炎、膿胸、新生梅毒等病有相對增加的趨勢 (註 5)，是以內政

部與司法行政部於五十五年二月二十五日共同召開司法及醫學界人士聯席會議，研定凡盤尼西林過敏性反應致死案，屬於不可預知及不可抗力 (註 6)，此一困擾經年的問題才得以解決。

如何解決或減少醫療糾紛

①醫療糾紛鑑定委員會

筆者為充分了解醫療糾紛鑑定委員會的組織規程、性質，以及處理案件的方式，曾訪問了立委吳基福先生、台灣省醫師公會，由施秘書提供了不少寶貴的資料。

醫療糾紛鑑定委員會係於民國五十一年九月九日下午四時，假台北市中山堂堡壘廳召開成立大會，由當時的省醫師公會理事長蘇振輝為主任委員。組織規程中共有十六條文，會址設於台灣省醫師公會。醫療糾紛鑑定委員會 (以下簡稱醫鑑會) 的任務有三：①關於醫療糾紛之調查及責任鑑定事項。

②關於發佈醫鑑會處理醫療糾紛新聞事項。

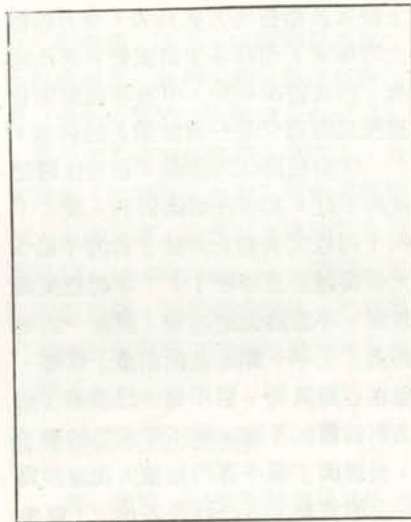
③其他有關醫療糾紛事項。

其中依第四條之規定：設鑑定委員七人至十一人，除省醫師公會理事長為當然委員並兼主任委員外，餘由主任委員就省內各醫事學術職業機關團體及醫學專家中遴聘之。首屆醫鑑會委員計有蘇振輝、魏火曜、高天成、盧政德、陸以仁、劉國祥、杜聰明、徐千田、熊丸、張紹謙、吳基福共

十一位。醫鑑會並設有六個分會（第十二條），組織大致和第四條相仿，至於組織成員如與醫療糾紛當事人有親屬或利害關係者應予迴避（註7）。施秘書透露：目前醫鑑會每年處理法院轉送來的案件約有五十多件。然而醫療糾紛每天幾乎都發生，可見大部分不是私下解決，就是只送達各地醫院做鑑定。能送達醫療糾紛鑑定委員會鑑定是最好的辦法，因為醫鑑會有一特色，它是集體鑑定，方式並非採用多數同意，而是全體一致通過方能作成鑑定書。因此只要一委員持懷疑的立場或相反的看法，這案件就被擱置下來，等到下一次的醫鑑會重行提出。在這段期間內（約一個月），大家便可再找資料研究文獻和作多方的考慮。爲了怕造成無辜，有一案件前後經三次的開會，才得到最後的鑑定，由此可見醫鑑會處理案件時態度的嚴謹和縝密了。

醫鑑會也有實際上的困難存在，因爲法院只用詢問的方式送達案件，有時資料不全，只得再函去索取，且往往可作成兩種完全不同的鑑定。曾有一位糖尿病故發生糾紛，當法院完全的資料送達時，醫鑑會發覺必須將前次鑑定完全推翻。而且法院作成判決之後，也沒有將判決結果通知醫鑑會，徒然增加了追蹤的困難，減低了醫鑑會的效果，這些不良的現象，都亟須改善。

醫鑑會鑑定案件舉隅



醫鑑會鑑定過的案件林林總總，以下僅舉出較爲典型的個案六件。關於引起糾紛的主因、病患或家屬的態度或無知，乃至鑑定的內容及結果，均可由下文窺見一斑。

一、鑑定××醫療致死案

六十一年六月廿日鑑定

案情：

死者××、男、八歲，生前患有急性支氣管炎，主治醫師認爲有轉變肺炎之可能，須注射配尼西林，經先用割皮法試驗十五分鐘後陰性乃施行注射配尼西林。不幸於五分鐘後發生休克，呼吸困難而立即再扣 Effortil 0.5 u. im, Terraptigue 1C.C. im, Terraptigue 1C.C.+ 5% glucose 50u. iv., Vena 0.5U1/2 A. im 等急救無效死亡。經法醫解剖結果確認為是 Anaphylaxis Shock

死。

鑑定事項：

1 目前配尼西林試驗用割皮法是否適當，經過十五分鐘判斷是否時間過短？

2 醫師認爲有急性支氣管炎有轉變肺炎之可能須打配尼西林針，醫學上是否適應。

3 注射配尼西林（普魯卡因配尼西林）休克反應后之醫院急救治療醫學上是否適當，符合否醫師應處置而不處置者。

4 醫師注射配尼西林 0.9C.C. (診察上記載) 是否過量。

鑑定結果：

1 目前配尼西林試驗用割皮法是適當經過十五分鐘判斷時間不過短。

2 醫師認爲有急性支氣管炎有轉變肺炎之可能性打配尼西林針醫學上是適應。

3 注射配尼西林休克反應后之醫院急救治療措置尙屬適當。

4 注射配尼西林 0.9C.C. (二十七萬單位) 不是過量。

二、鑑定治療骨折案

六十一年六月廿日鑑定

案情：

自訴人×××，女，五十二歲，於十月十五日因騎機車與計程車相撞受傷，左下腿打撲挫滅裂創，左腓骨骨折，住進某外科醫院治療，至十一月二十四日自動出院，醫藥費達7100元。訴狀略稱：「……該院至十一月

十五日猶無接骨，而每日打一針幾百元，任憑自訴人疼痛腐爛，……」又稱：「……院長說要司機來才可以接，而被告（醫師某）則說給我接好了」云云。

鑑定事項：

(1)×××被車撞及致左下腿裂創，當時有無接骨必要，或只石膏固定即可？

(2)醫師某為×××診治，是否盡職，又是否適當？

鑑定結果：

(1)×××左下肢腓骨骨折位置良好，無重接之必要。

(2)醫師某為×××診治時治療傷口及以石膏固定骨折已屬盡職，日後傷口感染改用換藥治療亦屬適當。

三、鑑定×××傷害責任案

六十一年六月廿日鑑定

案情：

被害人某係國小老師，略稱：「六十年十月十六日因傷風感冒兼肚子痛，前往×××開設之西藥房擬購便藥服用。然該被告×××勸稱用注射可得早日痊癒，混合四、五種藥物作靜脈注射，又打一針於臀部肌肉內。注射當時隨覺全身不舒服，尤其注入臀部時如觸電流，下肢即覺酸痛、麻木，痛苦難受。且注射后隨即開始麻痺無力行走。嗣后曾到A及B兩醫院診治。但兩側下肢已麻痺、肌肉萎縮，無力行動，形同殘廢」云。於六十一年三月十八日進行和解結果，約定

由×××負一切責任及醫療費用，但被告迄未履行乃於三月廿六日提出告訴。

鑑定事項：

(1)被害人某右腳麻痺症，是否由於在其右臀下部打針不當所致（所謂不當包括打針位置、針藥……等等）。

(2)被害人某麻痺能否治癒。

鑑定結果：

(1)根據病歷所載，病人之神經症狀為兩側下肢之麻痺（A醫院）及右側下肢大腿肌肉萎縮（B醫院）並無描述知覺喪失之情形，且兩院對肌肉萎縮之部份並無一致之描述，故就目前之病歷資料無法判定肌肉萎縮之分佈，且無客觀之知覺障礙可供參考。

(2)就一般而言，坐骨神經之障礙，其肌肉萎縮之部份應為內側之小腿，且在小腿外側有知覺減少或消失，踝肌腱減少或消失，根據B醫院病歷所載，患者注射之部份在右側臀部，然其肌肉萎縮在右側大腿與坐骨神經所支配之肌肉羣不合，此其一。

(3)就坐骨神經之障礙而言，其機能障礙應在被注射之同側出現，現據A醫院病歷之記載為兩側下肢之軟弱，單側之坐骨神經不能引起兩側之下肢障礙，此其二。

(4)據A醫院病歷所載，病人有病態反射（Barbinski Sign），就神經學而言，此症狀之出現表示脊柱（Spinal cord）受損，而非屬邊緣神經系統之障礙，而坐骨神經乃屬邊緣神經系統，其障礙並不引起病態反射

，此其三。

(5)故就目前之資料，無根據判斷為病者之神經症狀是因在右側臀部打針所引起。

（以上三則錄自台灣醫界第15卷第10期PP-31~32，六十一年十月出版）

四、鑑定×××死因等案

六十一年八月廿二日鑑定

案情：

死者×××、女、五一歲，一月十七日因發燒腰部酸痛，曾至某醫院門診檢查結果臆斷為泌尿系感染，同月十九日由其女婿（軍醫）給予注射盤尼西林，病況未好轉，乃於同月二十一日下午二時許再至該院住院診治。經投與氣黴素、康黴素及Versopen等抗生素及點滴治療，然至下午八時許病人有發冷發熱現象，體溫卅八度，而於九時許病人發抖更厲害，體溫升至四〇、五度即即施酒精浴，九時廿分許發生休克現象，九時卅分注強心針及昇血壓劑等作急救二小時餘，終歸無效死亡。其家屬以醫師不聽從其女婿所作「氣黴素有種種毒性副作用不宜使用」之提醒，更令護士注射氣黴素，且被害人滿口膿痰，被告並未實施抽取或作氣管切開術，延誤急救時間涉有業務上過失致人於死罪嫌而告訴。

經解剖鑑定結果：「死者生前患左右心室肥大與右心室擴大，較高度腎盂炎、腎炎、腎臟已腫脹呈顆粒狀

(似於元月十三日前已患此病)，最后因發高燒，引起休克，心臟衰弱(因有左右心室肥大與右心室擴大)死亡。」

鑑定事項：

對於死者×××之死因，主治醫師及住院醫師有無醫療過失，用藥有無錯誤。

鑑定結果：

一、死者×××之死因，經複檢內臟結果係因患嚴重腎臟炎致死者並無藥物中毒及藥物過敏反應之現象。

二、審查某醫院病歷表記載之醫療指置及用藥尚無錯誤。

五、鑑定×××墮胎案

六十一年八月廿二日鑑定

案情：

告訴狀略稱：告訴人懷孕已八個月，突於六十一年正月二十七日患急性闌尾炎，乃到被告×××醫師處求治。告訴人請求應將胎兒保留，然被告則謂如施手術注射麻醉針，胎兒會死亡，須先將胎兒取出，告訴人無奈乃允其剖腹取胎，胎兒活到第五天後死亡。嗣後經委託聯合報代查詢，經某診所解答稱：「手術時麻醉時胎兒僅有影響而已，如果一般健康情況良好者胎兒可保留」，故心有未甘，認為被告涉嫌墮胎而提出告訴。

鑑定事項：

被告×××處理情形，有無失當。

鑑定結果：

一、據醫師記錄，產婦之預產期

是「二月末」，初診日期是一月廿九日，故其妊娠該是將滿九個月，不是八個月(四週算一個月)。

二、妊娠在三十六週左右，如母體患急性盲腸炎，發生激疼，發熱三十八·五度。白血球超過兩萬須緊急開刀。又胎兒心音已變薄弱時，為搶救胎兒的生命，除了切除盲腸外，同時作剖腹產，取出胎兒，使胎兒脫離危險的環境，其條件是合理適當的處置。

六、鑑定×××有無過失責任案

六十一年八月廿二日鑑定

案情：

死者女嬰(一個半月大)，其父略稱：「發育正常健康情形良好。於九月十八日下午突發高燒(四〇·二度)並有昏睡、眼斜，抽搐等現象，當即送往被告醫師診所求診，診斷為感冒，不要緊，打針及給三種不同藥粉携回服用。翌十九日又去求診，體溫三七·六度且有吐奶水，頻有驚叫現象。該醫師又再給與三種不同之藥。詎至廿一日燒仍未全退，有消化不良，其他症狀亦然。被告仍稱只是感冒及胃腸有點不好而已，沒有其他疾病又與上一日一樣打退燒針及給三種不同藥粉。然當晚體溫又升至三八度。翌二十二日晨未見好轉乃改送某醫院急診，該院醫師略加診察即斷為腦膜炎，旋經化驗證實係化膿性腦膜炎，雖經急救無效延至二十二日下午四時卅分死亡。認係被告未盡醫責致其女

於死」而訴情法辦。

被告醫師稱：「在診治期間並無頸部僵直，聰門隆起、眼球僵直、抽筋、發冷等腦膜炎之症狀」云云。

鑑定事項：

被告於六十年九月廿一日上午約九時左右為死者某女嬰初診結果認為係患「扁桃腺」發炎，至翌日(廿二日)上午八時五十分改由證人某醫師診療，認為死者係患「腦膜炎」，兩者診療時間相隔不到一天，而病情看法之不同竟發生如此差距，是否被告初診時該女嬰就已有「腦膜炎」而被告疏忽未能發現。此及證人發現已經施救不及，是被告有無過失。

鑑定結果：

嬰兒抵抗力最弱，容易獲得感染。如流行性感冒及扁桃腺發炎等。而腦膜炎在初期不易鑑定，嬰兒很可能在二十四小時內，由流行性感冒及扁桃腺炎，忽然轉變為腦膜炎。據資料所載，被告醫師於第一次治療已處方紅黴素及注射退燒針，在處理上並無錯失。

(以上三則錄自台灣醫界第15卷第8期PP. 29~30 六十一年八月出版)

②醫療業務責任保險的實施

醫療業務責任保險在1885年始於英國，至今已有一百零七年之歷史了，其組織龐大而健全。這種保障制度業已擴展到了大不列顛國協各國，如加拿大、澳洲、印度，及香港等地均共同舉辦。由於英國實行公醫制度，雖

醫療糾紛尚難絕跡，可是究竟比美、日少得多了。更有趣得是由於醫療保障制度完善，所以美國的一些保險都投在英國保險機構旗下。由此也可見英國人處事是「叩石頭而渡橋」之慎重，事事豫先安排，一點都不馬虎的作風了。到目前我國的醫療業務責任保險在民國五十五年始有明臺公司正式提出了「醫師業務責任保險」，承保對象可分甲、乙、丙三類，期限為一年，可惜各地響應不很熱烈，後來也就不了了之。目前我國尚沒有類似的保險機構出現，為維護醫師的權益，希望各保險機構能訂出一個合理而標準的辦法，並請各位準醫師們以踴躍加入。美國的法院判決賠償費最高達 150 萬美元，日本也有 1000 萬日元的記錄，我國也有逐漸增加賠償費的趨勢。等到有一天不幸降臨身上時就喊贖不及了，因為患者主要在「金錢」賠償，能花錢消災，糾紛便可消彌於無形。

③ 開放性醫院 (Open Hospital) 的成立

我國目前只有宏恩、中華兩家為開放性醫院，可以由病家從外面招請主治醫師前往診療，這些醫師們往往都是他們所信任的，從醫生與病人關係 (Physician-Patient Relationship) 的觀點而言較好。開放性醫院另一優點為，主治大夫可長期掌握病情，不像目前我國一般採取的關閉性醫院 (註 8) (Closed Staff System Hospital)，轉醫院甚至

同院轉科時，主治大夫也跟著換人，病人與醫師之間無法建立深厚的情感。另一方面，充分開放醫院的各種設備，供給開業醫使用，從公共衛生的立場而言更具普通性，而開業醫也不必拘泥私人簡陋的醫療設備，影響其行醫的效率。從而配合社區發展 (Community Development)，推行社區保健服務措施 (Community Health Care Program)，達到全民保險的最終目標、意義非凡。醫師與病患之關係良好，當可減少日後之糾紛。

④ 熟習醫事法規和早日實施新醫師法

一些較現代化的醫學院大都排有社會醫學、醫學倫理學等課程，對於提高醫學院畢業生對於進入社會後的適應力和避免一些不必要的糾紛，居功至偉。此外有關醫事法規的熟習，對於一個醫事人員至屬重要。至於器官移植法的增訂，在醫學日益專業化的今天，有其必要性，其他如死亡定義的待改進，爭取新醫師法早日實施，亦為減少醫療糾紛的不二法門。S. D. Thompson 曾言：「急診處為醫院最敏感的地帶之一，醫院聲譽的好壞，是寄托於這些敏感地帶工作人員態度良窳。」事實上，在急診處因無法繳納足夠的保證金的拖延致死，在醫療糾紛所佔比率亦不少，這裏面又牽涉到醫院本身的制度問題，身為一個醫療工作人員，對這些問題宜三思之。

後記

本文的參考文獻為從民國五十年到現在的「台灣醫界」，並承蒙本校病理科及省醫師公會施秘書提供不少資料，其他如立委吳基福博士到本學院的專題演講亦給本文很大的啓發，在此一併致謝。

附註

註 1 章榮熙「醫療糾紛的原因與後果」台灣醫界第九卷第二期 1966 年。

註 2 陳國珍「醫療糾紛之檢討及應行注意事項」，台灣醫界第八卷第十一期 1965

註 3 吳基福「醫療糾紛與醫療業務保障制度」台灣醫界第六卷第一、二期 1963

註 4 Gregory A. Kimble, Noman Garmezzy "Principle of General Psychology" P.640 3rd ED 1970

註 5 孫森焱「使用配尼西林的刑責問題」司法通訊第 228 期

註 6 徵信新聞報 3 月 3 日 1966 年

註 7 「醫療糾紛鑑定委員會組織規程」台灣醫界第 5 卷第 9、10 期 1962 年

註 8 林柳新譯著「開放性醫院之運營」1968 年

大學圖書公司
 台北市羅斯福路四段16號
 電話：325535
 郵政劃撥：13668

華西書局
 台北市羅斯福路三段302號
 電話：321208
 郵政劃撥：18835

Author	Title		Price
Chusid	Correlative Neuroanatomy & Functional Neurology	net	75.00
Claus	Pharmacognosy 1971		140.00
Goodman	Pharmacological Basis of Therapeutics 1970	net	180.00
Brown	Basic Clinical Parasitology 1971	net	65.00
Robbins	Textbook of Pathology 3rd ed	net	180.00
Crenshaw	Campbell's Operative Orthopedics 2 Vols 全部銅版紙印	實售	480.00
Cecil-Loeb	Textbook of Medicine 13 th. ed. 1971	net	200.00
Goldman	Principles of Electrocardiography 1970	net	70.00
Harrison's	Principles of Internal Medicine 6 th ed.	net	200.00
Harvey	Differential Diagnosis 1970	net	160.00
Light	Merck Manual of Diagnostic & Therapy 12th ed.	net	40.00
Jenkins	General Anesthesia & The Central Nervous System 1969		120.00
Adler	Textbook of Ophthalmology 1969	net	80.00
Slobody	Survey of Clinical Pediatrics 1969	net	55.00
Smith	General Urology 1972	net	65.00
Benson	Handbook of Obstetrics & Gynecology 1971	net	40.00
Paul	Essentials of Roentgen Interpretation 1970		180.00
Dorland	English-Chinese Medical Dictionary	net	100.00
Stedman's	Medical Dictionary 21th ed. 1968	net	100.00
Archer	Oral Surgery 1971 (with color)		250.00
Burket	Oral Medicine Diagnosis & Treatment 1972		200.00
Graber	Orthodontics 1968		170.00
Thoms	Oral Surgery (with color) 1971		250.00
Brunner	Textbook of Medical Surgical Nursing 1970		160.00
Marlow	Textbook of Pediatric Nursing 1971		150.00

臨床小兒科學 李元麒、葉明倫合譯 (譯自 Slobody's Survey of Clinical Pediatrics) (平)特價 80.00

產科與產科護理學 陳淳、許世雄合譯 特價 80.00 (精)特價 90.00

(譯自 Bookmiller's T.B. of Obstetrics and Obstetric Nursing)

生物化學 吳慶南、李伯皇、賴明亮合譯 (譯自 Mazur's Biochemistry: A Brief Course) 特價 80.00

臨床牙科藥物學 王南堂編著 特價 45.00

有機藥物化學 (上、下) 盧正典、吳念珍合譯 上册特價 75 元

(譯自 Wilson's T.B. of Organic & Medical Pharmaceutical Chemistry) 下册特價 70 元

內分泌 魏寬毅編譯 特價 35.00

(譯自 Frieden's Biochemical Endocrinology of the Vertebrates)

臨床實用神經解剖生理學 詹遠華編譯

(精)特價 50.00

(譯自 Manter's Essentials of clinical Neuroanatomy and Neurophysiology) (平)特價 50.00

藥劑師考試用專輯 六册合訂本 1.藥理學 2.藥品鑑定及食品化學 3.生藥學 4.藥劑學及調劑學 5.藥物化學 6.藥事法規

[為抵制盜印，實售新台幣30元正]

預約 The Ciba Collection of Medical Illustrations 5 Vols (7 Copies)

全部彩色銅版紙印與原版相同，預約全套實收 2800 元

狂廉 1972 世界百科全書 (The World Book Encyclopedia) 22 大本實售 800.00

(書目繁多，不及備載，目錄備索，歡迎惠顧，如蒙團體訂購，另有優待)