

**沒有麻醉專科醫師的插管全身麻醉，
您接受嗎？**

台灣高雄地方法院民事判決106年度醫字第10號

前言:

- 發生醫療事故時，由於醫病雙方的醫療資訊不對等，病患對醫療專業認知有限，因此想對弱勢。所有的醫療環節與訊息幾乎都是院方與醫生說了算，常用一份偽造的病歷及含糊攏統的說詞來打發病患與家屬，告訴你醫療都有風險。
- 醫療有風險，但如果是醫生在醫療行為上為了錢故意便宜行事、不按部就班，造成病患的重傷害甚至死亡，難道不用負責任嗎？
- 記得有一位醫生說過: 醫師不是神、卻是沒有犯錯資格的人，因為就算只死了一個病患，對家屬來說也已經太多。因此在每一次的醫療診斷，醫生都必須做好準備、戰戰兢兢，避免醫療事故的發生。

本件醫療事故:

- 手術醫師在為病患注射Atracurium(肌肉鬆弛劑)後，病患因此一藥物作用已不能自主呼吸之情況下，需要在2~3分鐘完成插管建立暢通人工呼吸道，並在嚴密的生理監視下，由專業醫療人員以手動或自動之呼吸器進行人工換氣，否則病患在停止呼吸後很快就會缺氧，缺氧數分鐘後，將造成腦部與心臟受損，最後則是死亡。然而本案手術醫師卻無法立即為病患完成插管建立呼吸道，造成病患因缺乏暢通之人工呼吸道，同時亦無法維持足夠之氧氣通氣量，因而導致病患全身缺氧，最終因缺氧性腦病變而成為植物人。
- 本件手術的插管全身麻醉並非由麻醉專科醫師執行。而執行插管全身麻醉的人到底是手術醫師還是麻醉護理師？ 這個手術的醫護人員只有手術醫師 (方○宏)、麻醉護理師 (薛○分，事發後改名為薛○偵)、流動護理師(王○婷)及刷手護理師(李○樺)。流動護理師王○婷於刑事庭上稱:「本件進行麻醉的人是何人，因時間太久我記不得」，然而當天在場的僅有手術醫師方○宏具備醫師資格，可執行麻醉醫療行為；如果本件麻醉係依法由醫師親自執行，王○婷怎麼會有記憶不清之情形？令人遺憾與無奈的是檢調未進一步追查，將真相(密醫罪???)查明清楚。

大綱:

- ✓ 醫療事故－就診經過
- ✓ 護理記錄單
- ✓ 本案醫療事故爭點
- ✓ 法院援引鑑定意見作為判決結果!?
- ✓ 不實、含糊、矛盾之鑑定意見
- ✓ 委託鑑定事由(鑑定問題)
- ✓ 未盡告知說明義務

✓ 醫療事故 – 就診過程

104年2月底	病患因子宮肌瘤復發，至高雄市前鎮區佳O婦幼醫院看診 (該院已於109年2月歇業)，該院院長也就是手術醫師(方O宏)建議將子宮一併摘除，於是安排104年4月6日執行手術。
104年4月5日	早上10點多回診，手術醫師於診間照完超音波後，說肌瘤還在，還是要開刀。
	病患告訴手術醫師， 她有感冒在咳嗽，可以開刀嗎？手術醫師用聽診器聽病患的背部，說肺沒有問題可以開。 於是要病患與家屬到四樓的護理站抽血，照心電圖，辦住院手續。
	病患於四樓護理站簽署所有的住院表格，包含手術同意書、麻醉同意書及麻醉照會單時，僅由護理師交付文件，並沒有任何醫師在場說明解釋同意書的內容及做任何的說明。 辦完住院手續後，接近11點病患與家屬離開醫院，直到晚上近8點才又回到醫院。
104年4月6日	5:00 am，病患下樓到護理站準備開刀。 7:30 am，通知家屬至護理站。當時手術醫師在護理站填轉診單。

✓ 醫療事故 – 就診過程

手術醫師告訴家屬，手術沒有進行，因為在打麻醉的時候，病患的心跳開始下降，喉嚨好像卡住，管子插不進去，快把他嚇死了。經過急救後，現在有恢復，但仍要送另一家醫學中心檢查。

家屬問既然恢復，為何還要送其他醫院？手術醫師說要檢查看看有沒有其他問題，例如肺水腫。

104年4月6日

8:30 am，救護車到。家屬與手術醫師一起坐電梯下樓。家屬問手術醫師，病患在急救過程中有沒有缺氧？會不會變植物人？手術醫師回答：「我們又不是一塊肉送過去」。

8:54 am，抵達醫學中心急診室。急診室醫師診斷病患到院時呈現**休克、呼吸衰竭、重度昏迷的狀況**，情況非常不穩定，要轉送加護病房。

後來，經醫學中心診斷、**病患為缺氧性腦病變，事發至今已7年，仍意識不清、四肢癱瘓、完全無法自主言語及隨意活動，生活功能完全喪失。**

✓ 護理記錄單

104年4月6日	護理記錄單
05:50 am	A: Send to OR
06:00 am	D: 病患抵達手術室做術前準備，右手IV Keep N/S, BP: 138/84 mmHg, HR: 67 次/分，RR: 15次/min，SPO2: 94-96%
06:30 am	D: 麻醉護士開始做麻醉前準備，病患: BP: 132/78 mmHg, HR: 63 次/分, RR: 16 次/min
06:50 am	D: 病患: BP: 130/80 mmHg，HR: 69 次/分, RR: 18次/min, SPO2: 95% 開始給予1)Atropine 0.4ml IVP; 2) Fentanyl 2cc IVP; 3) Propofol 150 mg IVP ; 4) Atracurium 50mg IVP
06:55 am	D: 發生Laryngospasm (支氣管痙攣) 及bronchospasm (喉頭痙攣) 導致無法插管情形，BP 128/75mmHg，HR:78 次/分，SPO2 (血氧濃度): 80% A: by Dr. 方 (手術醫師) order (1) Aminophylline 500mg IVP (2) Solu-Cortef 100mg IVP R: O ₂ 10l/min mask 使用後SPO2恢復100%

✓ 護理記錄單 (續)

7:03 am	D: 病患 BP: 132/70 mmHg, HR: 84 次/分, SPO2: 100% 通知麻醉Dr. 吳 (吳醫師-麻醉專科醫師)
7:10 am	D: 病患生命徵象突然不穩定，儀器轉呈現低質，甚至無法清楚測得，CPR開始 A: By Dr. 方 (手術醫師) order ① Bosmine 1 Amp IVP; ② NaHCO3 2 Amp IVP
7:12 am	D: 麻醉Dr. 吳 抵達囑持續CPR
7:15 am	D: 病患生命徵象漸有改善，BP: 88/43 mmHg, HR: 58次/分, SPO2 : 60% 並持續O ₂ mask正壓使用 A: by Dr. 吳 order (1) Aminophyline 250mg IVP (2) Solu-Cortef 200mg IVP (3) Set IV line 於左手
07:20 am	D: 順利on Endo 7#成功並接上呼吸器，病患生命徵象恢復 BP: 124/77 mmHg, HR: 80次/分, SPO2 100%. A: (1) on 14# Foley (2) on 16# NG-decompress R: u/o 200l 色淡黃清澈

✓ 護理記錄單 (續)

08:30 am

D: 救護車出發前往醫學中心急診室，途中病患繼續使用呼吸器並有二名隨車護士，一名麻醉醫師，一名麻醉護士陪同病患BP 120/75mmHg、HR: 76 次/分，SPO2: 100%

08:54 am

抵達醫學中心急診。病患抵院時基本狀態 (Status on Arrival) : 呼吸 10 次/分, BP: 81/46 mmHg, HR: 72 次/分, 體溫: 35.4°C
高醫診斷: 休克、呼吸衰竭、重度昏迷、指數3

✓ 本案醫療事故爭點

- 一、本案手術醫師要採插管全身麻醉，為何不遵循健保規定及藥物仿單之警語與注意事項，請麻醉專科醫師來執行？卻要一心二用、一人身兼兩職，麻醉到開刀，從頭包到尾，將病患置於風險中？
- 二、手術醫師未遵循麻醉藥物 (Propofol) 仿單的警語與注意事項及美國麻醉醫學會臨床指引 ASA guideline，明顯違反醫療法82條 - 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。
(Propofol 仿單請參閱附件二、美國麻醉醫學會臨床指引 – Propofol 請參閱附件三)
- 三、手術醫師對於病患所為之醫療行為並未善盡防止腦部缺氧性病變之注意義務，而採取預防必要之醫療措施，顯有延誤急救之疏失。
- 四、未盡告知說明義務：
 1. 麻醉同意書：(1) 麻醉醫師欄位空白 (2) 醫院提供的麻醉同意書為行政院衛生署於民國84年8月14日公告之舊版格式 (詳情請參閱第26頁)
 2. 麻醉照會單：(五) 麻醉危險性等級評估、(六) 麻醉計劃 (II)、麻醉方式、麻醉主治醫師及麻醉訪視醫師等欄位均為空白 (詳情請參閱第31頁)

✓ 法院援引鑑定意見作為判決結果!?

- 醫療糾紛訴訟中，因檢察官與法官不具有醫療專業背景與知識，因此多委任衛福部醫審會進行鑑定。而法院對病患所提供之醫院違法及病歷不實之事證，不僅不予理會、不予調查、不予說明，也多援引「鑑定意見」做為醫療糾紛之判決依據，也就是「鑑定意見」決定案件結果。
- 衛福部醫審會運作多年，其公信力及程序透明長久以來備受質疑，監察委員張武修及高涌誠二位監察委員曾於109.07.10「衛生福利部醫事審議委員會設置辦法與現行運作之公信力及運作程序透明等情」一案，監察院內政及族群委員會、司法及獄政委員會聯席會通過該案調查報告，請衛福部檢討改進並請司法院研議改善相關制度。
然而，迄今仍未見衛福部有具體作為。這樣繼續坐視不實鑑定、醫醫相護之情事存在，讓違法之醫護人員逍遙法外，將影響人民醫療安全甚鉅。

(相關新聞稿請連結此網址 www.cy.gov.tw/News_Content.aspx?n=125&s=18061)

✓ 不實、含糊、矛盾之鑑定意見

- 本件醫療糾紛於刑事及民事一審，歷經衛福部醫審會三次鑑定。鑑定科別為婦產科及護理科。
- 然而，本案之重點在於麻醉藥物之使用、插管全身麻醉及急救處置等醫療行為，而衛福部竟未將此案送至專責的麻醉專科鑑定，反送至婦產科鑑定；然該鑑定之初審醫師是否具有麻醉專科之急救臨床處置經驗呢？
- 初鑑醫師對於Propofol仿單的警語與注意事項及美國麻醉醫學會臨床指引關於使用Propofol的安全聲明竟完全忽略，且未引用任何醫學文獻說明仿單的警語與注意事項及美國麻醉醫學會臨床指引為何不需遵循？僅以醫療業務應依醫師法之規範，麻醉係屬醫師法第28條第1項所稱之醫療業務行為，凡具醫師資格者均可執行，現行法令並未就本案手術規定必須由麻醉專科醫師方能執行。
 - *請問，如果仿單的警語與注意事項無需遵循，麻醉醫學會臨床指引也毋庸注意，那仿單與臨床指引是做甚麼用的？*
 - *請問，如果凡具醫師資格都可執行所有的醫療行為，為何要分專科？*
 - *請問，您願意讓泌尿科醫生為您開心臟手術嗎？*

✓ 委託鑑定事由(鑑定問題)

一、本件手術實施之麻醉，若不需麻醉專科醫師實施(包含投藥、插管)? 為何全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關規定(詳附件)於地區醫院接受子宮完全切除術於全身麻醉「限麻醉科專科醫師施行」?

➤ 醫審會鑑定意見:

(一)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，僅係限定其給付範圍及條件，並未禁止非麻醉科專科醫師施行全身麻醉。醫師執行醫療業務應依醫師法之規範，麻醉係屬醫師法第28條第1項所稱之醫療業務行為，全身麻醉為麻醉方式之一，凡具醫師資格者均可執行，並未規定必須由麻醉專科醫師方能執行(請見前次醫事審議委員會第1060009 號鑑定書之參考資料1、2)。

◆ 上訴人意見：

1. 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關規定於地區醫院接受子宮完全切除術之全身麻醉術式，限麻醉科專科醫師施行 (詳情請參閱附件一)，**主要係保障全民健康保險之被保險人於進行手術過程之麻醉安全，衛福部醫審會卻故意避而不答，直接用醫師法28條來規避健保的規定與被保險人的權益，顯有鑑定不足之違失。**
2. 手術醫師要用插管全身麻醉，但卻不找麻醉專科醫師，要自己麻醉插管，**請問病患以健保身分就診，由麻醉專科醫師執行插管全身麻醉的權益在哪裡？**手術醫師辯稱只要他不去申請麻醉健保給付就好；但申請健保給付是病患的權利，不應由醫生及醫院來決定要不要申請，為何手術醫師要幫健保局省這個錢？亦或這牽涉到手術醫生及醫院詐領麻醉專科醫師的麻醉健保給付？
3. 該手術醫師並非麻醉專科醫師，其所提供的麻醉訓練證明為民國79年7月1日至79年7月31日止於○大醫院(南部某醫學中心)受訓，為期僅一個月(距離事發當時104年為25年前)。請問醫學日新月異，醫療技術與設備持續進步中，各個醫學專科領域既專且精，手術醫師於民國79年僅接受一個月的麻醉訓練，即於手術時兼任麻醉專科醫師執行插管全身麻醉，**試問，如果是初鑑醫師或其家人，願意由這樣的手術醫師來執行插管全身麻醉嗎？**

二、(一) 本件方O宏醫師一人同時負責執行本件手術及麻醉，並給予藥物「Propofol」，是否符合醫療常規？

(二) 依PROPOFOL之藥品仿單記載：「醫師執行外科手術及診斷性檢查時不可自行使用PROPOFOL 2%，PROPOFOL 2%只能由麻醉專科醫師或在他的監督下使用」，依藥師法第26條規定：「本法稱仿單，係指藥品或醫療器材附加之說明書。」本案醫師方O宏不具麻醉專科醫師資格，於104年4月6日手術時亦無麻醉專科醫師監督，其違反仿單之內容為病人施打PROPOFOL有無違反醫療常規？與病人缺氧性腦病變有無因果關係？

➤ 醫審會鑑定意見：

(一) 麻醉係屬醫師法第28條第1項所稱之醫療業務行為，凡具醫師資格者均可執行，並未規定必須由麻醉專科醫師方能執行。注射「Propofol」為麻醉誘導步驟之一，此藥物屬第四級管制藥物，亦為具醫師資格者即可使用。再者，本案依病歷紀錄，施行麻醉手術時，有麻醉護理師輔助麻醉之進行，另有2名護理師協助照護。故方醫師於護理師協助下(佳O婦幼醫院屬地區醫院)施行全身麻醉及手術之醫療行為，尚難謂違反現行醫療常規。(續-下一頁)

➤ 醫審會鑑定意見 (續)：

(二)

1. 依PROPOFOL之藥品仿單，於其「建議用法」及「警語與注意事項」等項目記載「醫師執行外科手術及診斷性檢查時不可自行使用PROPOFOL 2%，PROPOFOL 2%只能由麻醉專科醫師或在他的監督下使用」。而上開仿單僅為藥品使用說明，醫師執行醫療業務應依醫師法之規範，麻醉係屬醫師法第28條第1項所稱之醫療業務行為，凡具醫師資格者均可執行，現行法令並未就本案手術規定必須由麻醉專科醫師方能執行。注射「PROPOFOL」為麻醉誘導步驟之一，此藥物屬第四級管制藥物，依管制藥品管理條例，亦為具醫師資格者即可使用。再者，本案依病歷紀錄，施行麻醉手術時，有麻醉護理師輔助麻醉之進行，另有2名護理師協助照護。故方醫師於佳O婦幼醫院(地區醫院)護理師協助下使用PROPOFOL做為麻醉誘導，屬正當醫療目的之使用，並未違反醫療常規。

2. 本案病人於接受麻醉誘導時，突發喉頭支氣管痙攣腫脹，且置放氣管內管困難，經急救後產生缺氧性腦病變。此病症無法排除係因對藥物之過敏反應所致，但因無法確定引發過敏反應之藥物為何，從而無法認定使用PROPOFOL與病人產生缺氧性腦病變有因果關係。

◆ 上訴人意見：本案醫審會鑑定意見罔顧Propofol仿單之警語，顯有重大之違誤；且同為醫審會就手術醫師兼麻醉並給予Propofol，竟出現兩種不同之鑑定意見，荒謬至極!!

1. 本案於醫審會鑑定科別為婦產科及護理科，並無麻醉科，其就麻醉藥物Propofol之認識及專業能力，自有可疑!

2. 上訴人於送醫審會鑑定前，已提出 (1)「Propofol」藥品仿單，其「警語及注意事項」明確載明：「醫師執行外科手術及診斷性檢查時不可自行使用Propofol 2%，Propofol 2%只能由麻醉專科醫師或在他的監督下使用。」及 (2) 美國麻醉醫學會臨床指引ASA guideline，其載明：

「Propofol 於手術或是診療過程中之鎮靜，Propofol不應由執行手術或診斷之人給予，否則會使患者遭受重大傷害或死亡之風險增加」等相關證明，但本案醫審會卻完全未提出任何醫學學理證據或醫療文獻說明為何仿單的警語及注意事項與這項臨床指引在醫療安全上可以不須遵循，僅憑醫師法28條稱合格醫師都可以執行醫療業務行為，包含麻醉。然此僅能證明手術醫師具醫師資格得使用Propofol，本案醫審會竟罔顧Propofol仿單警語，全未注意警語所載不得由施行手術之醫師給予Propofol，顯有重大違誤! (續 – 下一頁)

3. 經查，臺灣臺北地方法院101年度醫訴字第5號刑事判決所引用之長庚醫院及台北榮總之鑑定報告均明確表示：「我國法律雖未禁止非麻醉專科醫師執行麻醉...，惟根據陳俊光醫師於系爭醫療過程所使用之麻醉藥物propofol原廠仿單說明及美國麻醉醫學會臨床指引 ASA guideline，propofol需於醫院或其他有足夠設備(如插管工具、急救藥物及人工換氣設備等)之治療單位，由受過麻醉或加護照顧訓練之醫師給藥，亦即於手術或是診療過程中之鎮靜，propofol不應由執行手術或診斷之人給予。」

另，根據媒體報導，110年11月桃園某婦產科醫師因同時負責手術及麻醉，致病患手術期間血氧驟降，急救後仍成植物人。醫審會之鑑定意見為：「Propofol對於循環系統及呼吸系統有抑制副作用，依藥物仿單應在備妥相關急救設備的醫療單位，由受過麻醉或加護照顧訓練醫師給藥，並持續監控病人心臟、呼吸，不應由施行手術的醫師同時給藥及負責監測，以維病人安全。」

- 上述兩案之醫審會鑑定意見係引用Propofol仿單警語，認定施行外科手術之醫師不得同時負責麻醉並給予Propofol。本案與上述兩案相同，皆由手術醫師兼麻醉並給予Propofol。然同為醫審會針對手術醫師兼麻醉使用Propofol所作成之鑑定，在Propofol仿單警語並無變更之情形下，本案醫審會竟認Propofol仿單僅為藥品使用說明，無庸參酌。
為何同為醫審會卻會對同一種藥物做出兩種不同之鑑定意見？

- 本案醫審會之鑑定意見僅用醫師法第28條第1項稱麻醉係屬醫師執行醫療業務應依醫師法之規範，凡具醫師資格者均可執行麻醉，完全無視仿單的警語與注意事項，更未提出任何醫學文獻佐證何以仿單之警語無庸遵循。
- 試問，我有駕照有資格開車上路，難道我就可以不遵守交通規則與警告標示嗎？如果我因為不遵守交通規則與警告標示而開車撞死人，我可以說我有駕照可以開車上路，所以我沒有責任，不用負責嗎？

三、如葉員確實發生喉頭痙攣、腫脹或支氣管痙攣症狀，又無法endo成功，應以何方式維持病患之呼吸及藥物處置？本件方○宏所使用藥物、用量及處置方式，在葉員當時身體狀況下，是否有效提供呼吸(其使用類固醇、氣管擴張劑等用藥及用量是否能暢通呼吸道，用量及順序是否正確，施加氧氣面罩在全身麻醉情形下是否有效供給所需氧氣，請依病歷用藥予以判斷，並敘明原理)？又以一般同級醫療院所，所得採取之方式為何？

➤ **醫審會鑑定意見：**

1. 病人於接受麻醉誘導後，若因喉頭痙攣腫脹，而無法成功放置氣管內管，應使用人工換氣維持正常血氧飽和度，最常使用之方式是以氧氣面罩給予正壓換氣，若仍無法維持正常換氣，則應考慮使用其他進階呼吸道工具，並尋求其他更有經驗之專家協助。同時應治療處理可能造成置放氣管內管困難之潛在原因，若懷疑是過敏反應引起之喉頭痙攣腫脹，應使用氣管擴張劑、類固醇等藥物治療。

2. 依病歷紀錄，104年4月6日06:55 方醫師進行第1次置放氣管內管，發現喉頭痙攣腫脹，無法置放氣管內管，懷疑病人有過敏反應，醫囑給予靜脈注射氣管擴張劑(aminophylline 500 mg)及類固醇(Solu-Cortef 100 mg)，同時經氧氣面罩給予氧氣，之後病人血氧飽和度由 80%恢復至100%，生命徵象穩定。(續 - 下一頁)

➤ 醫審會鑑定意見 (續)：

07:03 方醫師進行第2次置放氣管內管，因無法看見聲帶，故仍無法置放氣管內管，持續經氧氣面罩給予氧氣，同時以電話聯絡請麻醉科吳志毅醫師協助，當時病人生命徵象維持穩定(血壓132/70mmHg、心跳84次/分、血氧飽和度100%)。查方醫師於2次置放氣管內管過程中，皆有持續使用氧氣面罩給予氧氣，並給予aminophylline 500 mg 治療支氣管痙攣及Solu-Cortef 100 mg治療喉頭腫脹，第2次置放氣管內管無法完成後，亦有聯絡請麻醉科醫師協助，其在過程中所使用藥物、劑量及處置順序，均符合醫療常規。此外，病人生命徵象能維持穩定(血氧飽和度達100%)，表示所採取之處置能保持呼吸道暢通及提供有效換氣。

3. 一般同級醫療院所，所得採取之處置方式即如上述1.所述，方醫師之處置，符合同級醫療機構之水準。

◆ 上訴人意見：

1. 鑑定意見明載：「病人於接受麻醉誘導後，若因喉頭痙攣腫脹，而無法成功放置氣管內管，應使用人工換氣維持正常血氧飽和度，最常使用之方式是以氧氣面罩給予正壓換氣，若仍無法維持正常換氣，則應考慮使用其他進階呼吸道工具，並尋求其他更有經驗之專家協助。
『同時』應治療處理可能造成置放氣管內管困難之潛在原因，若懷疑是過敏反應引起之喉頭痙攣腫脹，應使用氣管擴張劑、類固醇等藥物治療。」

也就是，依醫審會之鑑定意見明確表示病患進行麻醉誘導若出現喉頭支氣管痙攣腫脹置放氣管內管困難時，醫師所應為緊急之醫療處置為以下：

1. 給予正壓氧氣面罩

+

2. 給予氣管擴張劑或類固醇等藥物

+

3. 協助建立能有效換氣之呼吸道

也就是醫師至少同時為上開之必要緊急醫療處置，始能謂其已盡相當之注意義務。

(續-下一頁)

◆ 上訴人意見 (續)：

(一) 查本案，依護理記錄記載病患於6:55 am發生喉頭支氣管痙攣導致無法插管情形，手術醫師之醫療處置僅為以下：

- 1) Aminophylline (氣管擴張劑) 500mg IVP
- 2) Solu-Cortef (類固醇) 100mg
- 3) 氧氣面罩O2 10l/min

然手術醫師並未使用其他進階呼吸道工具(例如喉頭罩、綜合管、經氣管噴射通氣及外科氣管切開手術等)。

甚至於 7:03 am 第二次置放氣管內管仍失敗時，病患生命徵象已不穩定，手術醫師方醫師既沒有再給予氣管擴張劑、類固醇等藥物，亦沒有使用其他進階呼吸道工具建立暢通呼吸道，僅空等麻醉醫師吳醫師趕來急救。而鑑定意見竟稱：「方醫師於2次置放氣管內管過程中，皆有持續使用氧氣面罩給予氧氣，並給予aminophylline 500 mg 治療支氣管痙攣及Solu-Cortef 100 mg治療喉頭腫脹」，顯有重大違誤。

也就是依照鑑定意見，手術醫師既知無法插管，自應嘗試其他方式，如更換不同之喉頭鏡，並必需立刻用其他方式建立緊急呼吸道，然而手術醫師竟未執行上開任何一種為病患建立有效換氣緊急呼吸道之醫療處置，顯已有違醫療常規。

◆ 上訴人意見 (續)：

然醫審會之鑑定意見竟稱手術醫師所為之緊急醫療處置及急救程序 (僅於第一次插管失敗時施打氣管擴張劑與類固醇：於兩次插管失敗時給予氧氣面罩：**並未建立緊急呼吸道**)，尚符合醫療常規，亦無延誤。**醫審會鑑定意見明顯前後矛盾與鑑定不實**。

(二) 醫審會之鑑定意見係根據病歷記載內容，如病歷記載不實，則基於錯誤前提推導之鑑定意見自有違誤！而佳O婦幼醫院病歷記載不實之證據如下：

1) 麻醉科醫師吳醫師於刑事庭時稱：「104年4月6日當天是星期六早上，...7點多方O宏醫師打電話給我，說有緊急狀況要處理，說病人有很厲害的過敏反應，心跳、血壓很微弱，叫我趕快去幫忙急救。」詎佳O婦幼醫院護理紀錄單竟記載：「7：03 D：病患BP：132/70mm/Hg,HR：84次/分. SPO2：100%，通知麻醉Dr吳」，**其所載病人生命徵象、心跳血壓均無異常，與吳醫師所述全然不符!**

更何況，如果該護理紀錄單所載屬實，病患生命徵象既然穩定，為何須要打電話請吳醫師「趕快」前去幫忙「急救」？且並非請吳醫師前往協助置放氣管內管，而是急救！由上可證佳O婦幼醫院護理紀錄單所載內容並非事實！(續－下一頁)

2) 家屬曾於 104 年 4/18 與 4/30 至佳○醫院進行病情訪談，當時：

(1) 手術醫師自承施打麻醉誘導藥物後，看不見喉頭，無法插管(建立呼吸道)；用氧氣面罩輸氧時，氣很難進去，幾乎進不去...整個都縮起來，所以氣進去的幾乎很少；

(2) 護理師王○婷也說輸氧時發現沒有辦法完全把氧氣輸進去；

(3) 麻醉醫師吳醫師說病患喉頭完全緊閉，灌氣也緊閉，氣要擠也是很難擠；喉頭痙攣，要灌氣要很大的正壓才能把氣灌進去。

既然當場的醫護人員都說輸氧時氣很難進去，試問：

(1)那血氧濃度(SPO2)是如何達到 100%？

(2)如果血氧濃度能達到且維持100%，為何病患會缺氧性腦病變成植物人？

(3)如果喉頭腫脹痙攣如手術醫師所說如此嚴重，為何用氧氣面罩就可以使血氧濃度達100%？

趕來急救的麻醉科醫師竟能用正常的7號氣管內管插入？

由此可證，病患在6：55喉頭根本看不見，無法插管(建立呼吸道)，氧氣也擠不進去，7：03第2次嘗試置放氣管內管，仍無法看見聲帶之情形下，其喉部氣管已阻塞，氧氣根本擠不進去，顯不可能僅憑氧氣面罩能維持血氧濃度100%！但佳○醫院的病歷竟記載06:55~07:10前，血氧濃度達100%；請問在氧氣幾乎進不去的情況下，血氧濃度100%是如何辦到的？

(三) 缺氧性腦損傷之醫學文獻明載：「腦部於缺氧4分鐘即會造成損傷」。手術醫師於104年4月6日6：55進行第1次置放氣管內管「失敗」後，經過「8分鐘」始於7：03第2次嘗試置放氣管內管，而第2次嘗試置放氣管內管「仍失敗」後，手術醫師即未再嘗試使用「進階呼吸道工具」、亦未「同時使用氣管擴張劑、類固醇等藥物」，而是空等「7分鐘」到病歷記載之7:10病人生命徵象不穩定進行急救(實則7:03被手術醫師打電話給麻醉科醫師求援時，病患之生命徵象即已不穩定)，直到7:20才由麻醉科醫師置放氣管內管成功，此長達25分鐘均無法置放氣管內管之期間，顯然已造成病患腦部缺氧損傷！

而如第1次嘗試置放氣管內管失敗後，使用氧氣面罩即可維持血氧濃度100%，何以還需要再嘗試第2次置放氣管內管？何以病患未使用進階呼吸道工具，亦未使用藥物治療，光憑使用氧氣面罩即可維持血氧濃度100%之情形下，依病歷記載會於7:10忽然生命徵象不穩定？

醫審會根據病歷記載所行之鑑定意見，顯有矛盾與未盡說明之疏漏。甚至有依據記載不實之病歷為鑑定之情事，然法院就此未予調查，率然認定手術醫師之急救處置已盡其注意義務，顯有重大違誤！

✓ 未盡告知說明義務:

一、麻醉同意書

沒有麻醉科醫師名字
及簽名???

麻 醉 同 意 書

病歷號碼: [redacted]

病人 [redacted] 性別 [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日生，
因患 多發性子宮肌瘤 需接受 開腹式子宮切除 手術及
必要之麻醉。立同簽署人業經 貴院 醫師詳細說明已充分瞭解
麻醉可能發生之併發症及危險。

茲同意由貴院進行該項診療。貴院醫師及醫事人員應盡診療責任，避免意
外之發生，若在執行診療時發生緊急情況，同意接受 貴院必要之處置。

此 致

婦幼醫院

立同簽署人: [redacted] 簽章

身份證編號: [redacted]

地 址: 高雄市中區

電 話: (07) [redacted]

關 係: 適居之

中 華 民 國 104 年 4 月 5 日

附註:

一、醫院依第四十六條第一項規定：醫院實施手術時，應取得病人或其配偶、親屬或關係人之同意，簽具手術同意書及麻醉同意書；在簽具之前，其本人或配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，在具同意下，始得為之。但如情況危急，不在此限。

二、醫院有病人施行手術後，如有再度為病人施行手術之必要，除有前項醫療法第四十六條第一項但書所定情況緊急者外，仍應取得病人或其配偶、親屬或關係人之同意，並再簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。

三、本格式內容第一段空白欄，應由醫院以中文書寫。

四、請詳閱背面之說明，再填立同意書。

麻 醉 術 說 明 書

一、由於您的病情，開刀是必要治療。正因為開刀，您必需
同時接受麻醉術。麻醉可以使您免除開刀時的痛苦和恐
懼，但對於部份接受麻醉之患者，則可能發生以下之副
作用及併發症：

1. 對於已有的(或潛在的)心臟血管系統疾病之患者，麻
醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
2. 對於已有的(或潛在的)心臟血管系統疾病或腦血管疾
病之患者，麻醉後較易發生腦中風。
3. 緊急手術或因腹內壓力升高(例如腸阻塞、懷孕等)
之患者，麻醉藥使用後容易嘔吐、造成吸入性肺炎。
4. 對於特殊體質之患者，麻醉後易發生惡性發癇(這是一
種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗)。
5. 由於藥物特異過敏或因輸血而引起之突發性反應。
6. 其他偶發之病變。

二、患者或立同簽署人，對以上說明如有疑問，請在立同簽
書前詳細詢問醫師。

一、麻醉同意書 (續)

1. 麻醉醫師欄位係為空白，請問是誰為病患做的麻醉說明？

病歷號碼：[REDACTED]

病人 [REDACTED] 性別 女，[REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日生，
因患 多發性子宮肌瘤 需接受 開腹式子宮全切除 手術及
必要之麻醉。立同意書人業經 貴院 [REDACTED] 醫師詳細說明已充分瞭解
麻醉可能發生之併發症及危險。

茲同意由貴院施行該項診療，貴院醫師及醫事人員應善盡診療責任，避免意外之發生，若在執行診療時發生緊急情況，同意接受 貴院必要之處理。

- 根據最高法院103年度台上字第774號民事判決揭諸其旨：「依被上訴人提出之（胸腔內科手術檢查）同意書，其上載明醫師詳細說明後，應『親自簽名』，然該同意書上卻未見親自『簽名』，其是否足資證明醫師已確實踐行對隋○○分析、講解，並使之因而知悉、明白將進行手術之風險、有無替代方案暨各該方案利弊？而可認被上訴人未違背上述法律之規定，而無過失？亦屬不明確。凡此，與被上訴人是否盡其前開說明義務之判斷，所關頗切，原審未遑詳予調查審認，即為上訴人敗訴之判決，亦屬速斷。」因此，如醫師未在同同意書上簽名，僅令病人在同意書上簽名，顯難認已盡說明之義務。

2. 本案醫院提供給病患簽署之麻醉同意書為行政院衛生署於民國84年8月14日公告之舊版格式

- 有鑒於84年間公告之麻醉同意書格式未能落實醫師之麻醉告知義務，故衛生署於93年5月6日公告修正麻醉同意書格式。
- 有而病患係於104年4月6日於佳O婦幼醫院執行手術，理應簽署民國93年5月6日公告之版本，豈料該院竟拿84年8月14日公告之舊版格式給病患簽署。
- 更荒謬的是，自94年至104年，衛生局在做年度評鑑與查核時，竟全然未予糾正懲處，是否明顯瀆職？

發文單位：行政院衛生署

發文字號：衛署醫字第 0930202654 號

發文日期：民國 93 年 05 月 06 日

資料來源：行政院衛生署公報 第 33 卷 18 號 4-6 頁

•相關法條：醫療法第63條(93.04.28)

主旨：公告修正「麻醉同意書」格式，如附件。

依據：醫療法第六十三條第三項。

說明：一、**麻醉同意書之內容包括擬實施之麻醉、醫師之聲明、病人之聲明三部分**，應簽署一式兩份，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。

二、**醫療機構依本署八十四年八月十四日衛署醫字第八四〇五二二六三號公告格式印製之「麻醉同意書」，得繼續使用至九十三年十二月三十日止。**

三、診所實施門診手術時，適用本「麻醉同意書」格式。

相關：[附件：〇〇醫院 \(診所\) 麻醉同意書.DOC](#)

衛福部衛部醫字第1091662770號函 & 高市衛醫字第10937377500號函

- 佳O婦幼醫院之麻醉同意書未使用衛福部公告之最新版本，未能完全涵蓋該部公告之同意書格式所列各點內容，可認屬醫事人員未踐行完整之告知程序，涉違反醫療法第63條規定。

高雄市政府衛生局民國109年7月29日高市衛醫字第10937377500號函明載：

「二、有關台端反映『佳欣婦幼醫院使用舊版麻醉同意書涉違反醫療法』乙案，本局為此向衛生福利部函請釋示醫療法第63條之適用疑義，經衛生福利部109年6月24日衛部醫字第1091662770號函復略以：『三、...醫療機構若未使用本部公告之格式，仍應符合格式內所定各點內容，始符合同條第1項告知事項。...四、...該院使用之...麻醉同意書內容，如未能完全涵蓋本部公告之同意書格式所列各點內容，則認屬醫事人員未踐行完整之告知程序，涉違反醫療法第63條規定。』。三、經查旨揭醫院104年使用之麻醉同意書內容非當時衛生福利部公告之最新版本，因未能完全涵蓋該部公告之同意書格式所列各點內容，依前揭函釋之意旨，可認屬醫事人員未踐行完整之告知程序，涉違反醫療法第63條規定。」

- ◆ 根據衛福部函文，足證佳O婦幼醫院違反醫療法第63條規定，已構成民法第184條第2項所定之「違反保護他人之法律」。然而，民事判決竟認此係僅違反行政規定裁罰之問題，無視衛福部認屬醫事人員未踐行完整之告知程序，涉違反醫療法第63條規定。

麻醉同意書 - 行政院衛生署於民國93年5月6日公告新版格式

○○醫院（診所）麻醉同意書

※基本資料

病人姓名_____

病人出生日期_____年_____月_____日

病人病歷號碼_____

麻醉醫師姓名_____

一、擬實施之麻醉（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 外科醫師施行手術名稱：

2. 建議麻醉方式：

二、醫師之聲明

1. 我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻醉之相關資訊，特別是下列事項：
☐ 麻醉之步驟。
☐ 麻醉之風險。
☐ 麻醉後，可能出現之症狀。
☐ 如另有麻醉相關說明資料，我並已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

麻醉醫師簽名：

日

日期： 年 月

時間： 時

分

三、病人之聲明

1. 我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。
2. 麻醉醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
3. 我已了解附註之麻醉說明書。
4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人簽名：

住址：

日期： 年 月 日

時 分

關係：病患之

電話：

時間：

見證人：

日期： 年 月 日

時 分

簽名：

時間：

附註：麻醉說明書

一、由於您的病情，手術是必要的治療，而因為手術，您必需同時接受麻醉，除輔助手術順利施行外，可以使您免除手術時的痛苦和恐懼，並維護您生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，或全身麻醉，或區域麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人而言，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
2. 對於已有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人而言，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。

二、麻醉照會單

婦幼醫院
麻醉照會單

病歷號碼: [redacted] 性別: ☐男 ☒女
姓名: [redacted] ☐前 ☒後
身分證號碼: [redacted] 出生日期: [redacted]

床號: 88 Date: 104 年 4 月 5 日

術前診斷: Myeloid myoma
手術名稱: ATR

(一) 病人主要系統性疾病:

(1) 上呼吸道: ☒ 無 ☐ 有	(2) 心臟血管: ☐ 無 ☐ 有	(3) 中樞神經: ☒ 無 ☐ 有	(4) 肺 臟: ☒ 無 ☐ 有	(5) 內 分 泌: ☒ 無 ☐ 有	(6) 過敏病史: ☐ 無 ☐ 有	(7) 其 它: ☒ 無 ☐ 有
--	---	--	---	---	---	---

(二) 例行檢查項目:

☐ EKG	☐ CXR
☐ SMA	☐ CBC
☐ BT/CT	其它: _____

(三) 特殊檢查項目:

☐ Pul. function test	☐ Echocardiography
☐ EF with wall motion	其它: _____

(四) 病人目前所用特殊藥物:

☐無 ☒有 降壓藥

(五) 麻醉危險性等級評估: ASA class I、II、III、IV、V、VI

(六) 麻醉計劃:

(1) ☐ 隨手術之麻醉申請, 請參閱(八)建議事項。
(II) ☒ 接受手術之麻醉申請。

(1) 手術前禁食時間一律八小時以上; 禁水時間按年齡:
<6個月→4小時; 6個月-2歲→6小時; >2歲→8小時。

(2) 麻醉方式(會因手術狀況而更改):
GA、SA、EA、AB、HS、其它: _____

(3) 所需特殊麻醉監視設備:
☐ CVP ☐ Arterial line ☐ Swan-Ganz Monitoring, 其它: _____

(4) 手術後特殊照顧:
☐ 疼痛控制 ☐ 呼吸器輔助 ☐ 加護中心治療, 其它: _____

(七) 建議事項:

麻醉主治醫師: [redacted]
麻醉訪視醫師: [redacted]
日期/時間: 104-45 04:10:15
婦幼醫院

✓ 「麻醉照會單」以下欄位均為空白

1. (五) 麻醉危險性等級評估

2. (六) 麻醉計劃 (II) (2) 麻醉方式

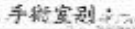
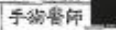
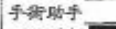
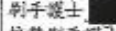
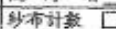
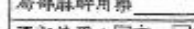
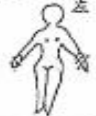
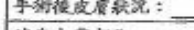
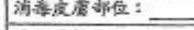
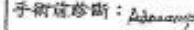
3. 麻醉主治醫師及麻醉訪視醫師

沒有麻醉危險性等級評估???

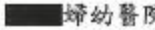
沒有麻醉方式???

沒有麻醉主治醫師及麻醉訪視醫師???

三、手術室紀錄單 & 麻醉紀錄單

 婦幼醫院 手術室記錄單		病歷號碼:  姓名:  年齡: 53 床號: 8B
手術日期: 2014 年 4 月 6 日 手術室別: 		
☐ 常規手術 ☐ 急診手術 ☐ 停換病手術 病人抵達手術室時間: 1:00 醫師抵達時間: 1:00 麻醉開始時間: 手術開始時間:  手術結束時間: 送入恢復室時間:  相對病人 ☐ 手圖 ☐ 觸壓 ☐ 語言 手術志願書是否填寫 ☐ 已妥 ☐ 未妥	手術醫師:  手術助手:  刷手護士:  接替刷手護士:  流動護士:  接替流動護士:  觀察者: 	
麻醉醫師/麻醉護士: 		
麻醉方式: ☐ 全身 ☐ 半身 ☐ 局部 ☐ 區域 ☐ 無麻醉		
局部麻醉用藥:  過敏使用: ☐ 有 ☐ 無 紅溫探表: ☐ 有 ☐ 無 病人手術臥位: ☐ 平躺 ☐ 側臥 ☐ 截石臥式 ☐ 側臥 ☐ 截石臥式 其他: 		
下列物品位置圖: 右 左 左 安全帶手、 =  手 架 電燒板 止血帶十 心電圖○		
手術前皮膚狀況:  手術後皮膚狀況:  消毒皮膚部位:  手術指診: 		
手術名稱:  沖洗溶液/藥物 引流管: 尺寸/名稱  部位 導尿管: 尺寸/名稱  部位 傷口敷料 病人轉入: ☐ 麻醉恢復室 ☐ 病房 ☐ 門診 ☐ 其他 手術中特殊問題/觀察/處理/意見 簽名: 		

1. 沒有麻醉醫師/麻醉護士
2. 沒有勾選麻醉方式

 婦幼醫院 麻醉紀錄單			
姓名:  性別: ☒ 男 ☐ 女 年齡: 53 身高: 157cm 體重: 53kg 手術室:  醫師:  麻醉師:  接替麻醉師:  流動護士:  接替流動護士:  觀察者: 	No. of Drug Allergy: (-) Previous Anes. Rx. (P/R) Previous Rx. H/T Myorectomy Abnormal Lab. Data HCT 38.5-41.0 (L) BUN 10.0 (L) (L) 10.0 (L) (L) 10.0 (L)	Date: 2014-04-06 Service: Outpatient Procedure: AIT	Pre-Op Rx:  Anes. Rx:  Location:  Pre-medication:  Induction:  Maintenance:  Emergence:  Total Time:  Anes. Rx:  Location:  Pre-medication:  Induction:  Maintenance:  Emergence:  Total Time:  Anes. Rx:  Location:  Pre-medication:  Induction:  Maintenance:  Emergence:  Total Time:  Anes. Rx:  Location:  Pre-medication:  Induction:  Maintenance:  Emergence:  Total Time:  Anes. Rx:  Location:  Pre-medication:  Induction:  Maintenance:  Emergence:  Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence: Total Time: Anes. Rx: Location: Pre-medication: Induction: Maintenance: Emergence:

附件一

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定

✓ 行政院衛生署於民國88年7月28日，公告全民健保醫療費用支付標準中麻醉費的修正案。依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第六部論病例計酬第二章婦科關於「子宮完全切除術」於地區醫院之健保給付項目及支付標準中，有關全身麻醉代碼為，「96017C半開放式或半閉鎖式面吸入全身麻醉法」或「96020C半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」，均明文規定「限麻醉科專科醫師施行」。

也就是，依全民健保規定於地區醫院接受子宮全切除術，基本要求的處置項目中關於全身麻醉之方式需「限麻醉科專科醫師施行」，此乃一般病患之基本權利。

Propofol 仿單的「警語與注意事項」

【用法用量】
每瓶含色拉油propofol 20 mg，其他成分見說明書。用法：乳劑。
【適應症】
注射用乳劑。適宜於琥珀色、乳狀乳劑。

成人：
用法用量：
Fexofenadine 2% 可藉由口服膠囊注射或輸注的方式用於緩解哮喘。
對於接受前未使用過已上市藥的成人，建議 Fexofenadine 2% 應評估無病人的反應與副作用。一般健康成人大約每 10 秒給藥 20 ~ 40 mg 一直到出現副作用現象。大部份 50 歲以下的成人劑量為 1.5 ~ 2.5 mg/kg。超過 50 歲及 ASA grade 3 的成人應降低劑量至 1 mg/kg。成人穩定度測試為 10 秒給藥 20 mg。

次要觀察端點：
持續靜脈注射Fentanyl 2%可維持足夠麻醉，注射速率給患者之需要而定。例如在手術期間靜脈注射以維持麻醉，劑量為每4-12 mg/pqh。對老年人、美國糖尿病前或無糖尿病者及ASA grades 3和4患者，視病歷病狀狀況及麻醉作用的強度而調整。

根據藥學性質的需要而調整治療劑注射速率，一般而言，注射速率0.3-4 mg/kg/h就是萬。輸注速率應量不超過4 mg/kg/h，且不應量使用精確控制輸注系統(TCS)，此治療劑注射不可超過7天。

影響植物質及介於土壤與根系間的關係

剛量值低時植物呈匍匐型，大部分的植物需要0.5-1 mg/kg的季1-5分鐘以達到根際。觀察植物在兩度灌溉時的乾度程度高低，大多數的植物需要1.5-4.5 mg/kg/h以維持根際。若需要快速達到深度根際，可調整注射系統注射方式給予10-20 mg/（株面積）(相當於0.5-1 ml Fescualc 2%)。隨着SS濃度及ASA grade 3率度的提高而降低用量及注射次數更爲適宜。

二、超標3歲兒童：
由於對3歲以下兒童使用的安全性仍未建立，故不可使用於3歲以下兒童。

用法用量：
Freezofal 2% 使用於局部麻醉，注射密度要慢，一直到出現麻醉循環現象，則會將神經感覺置於失靈。超過 8 歲的小孩大約需要每公斤體重 2.5 mg propofol 導入麻醉。對於較高的年輕病患 (ASA 第三級和第四級) 應謹慎地調整劑量。

治療劑量建議：
持續輸入Propofol可維持麻醉，劑量依個別體質而調整。注射速率為0-15 mg/kg/h就是夠死型滿量的麻醉，對於ASA grades 3和4兒童患者，劑量應更低些劑量。

精密的儀器可確保注射精準度的標準。例如：Drop counters, volumetric infusion pump及syringe pump等儀器都可達到精準的目的。Roller clamp是屬於一般的注射裝置，準確度不如兩種精密的裝置。

【例題】Propofol, 50% 脂質乳劑，以 100% 脂質乳劑，3 倍於 100% 脂質乳劑，10 倍於 100% 脂質乳劑，10 倍於 100% 脂質乳劑。

【智點與注意事項】
 請勿自行沖調予幼兒及嬰幼兒使用時不可自行使用Freacofol 2%。Freacofol 2% 只應由專科藥劑師或在他的監督下使用。在治療單位，專科的設備應隨時備用以供患者任何可能發生副作用使用。給予Freacofol 2%期間，應當密切持續觀察以觀察可能引起之副作用。呼吸困難、心跳過速、發燒等事，皆應在早期發現時

對心臟病、呼吸器官、腎臟及功能不全患者，應小心給予 *nasol* 2%。
血液循環差及身體一般狀況較差之患者也應慎重使用。
Propofol 有關副作用事件之報告，與有心臟病之患者停止使用可導致致命發生。
Propofol 能抑制肝酶，此將會引起心臟衰竭之藥物供作用，可導致靜脈注射
Anticholinergic agent。
對嚴重肝衰竭及肝衰竭之患者也應小心使用，避免明顯降低體內含量。
對嚴重腎衰竭患者應小心使用，避免明顯降低體內含量。

Freezeol 2% 是極細性乳劑，對癌症代謝障礙患者如：高膽固醇、糖尿病、心臟病、血尿酸量之患者給予 Freezeol 2% 能減低血清尿酸以及改善尿酸病，降低患 Freezeol 2% 劑量，與他藥會產生注射反應 2% 以外，也發現其他他藥與 Freezeol 劑注射劑，應與 Freezeol 2% 注射劑，因為 Freezeol 2% 1 ml 中含有 0.1 g 的脂肪，對癩癩患者 Freezeol 引起副作用。

Fraxcel 2% 與樟腦醇、硬脂酸、
防腐劑及止痛劑。無效。

而兩端不耐容應發生。當Freecof 2%用於兩端耐時，較差兩端就比向。因兩端不端片有難，會加過Freecof 2%而造成之兩端耐。

懷孕及哺乳期
Propofol在懷孕期間是禁用，Propofol會透過胎盤進入新生兒血內。所以Propofol在產科麻醉應慎用。從哺乳開始使用Propofol，其嬰兒的安全性未被建立。故不應適用於哺乳期婦女。

【對開車族操作之影響】
給予之後，應當與監測時間再長，但不應開車與操作機械，或工作時應有人監督，應讓其學習回家，飲食則不可放鬆。

副作用：Propofol 之耐受性很好，最平常的副作用是注射部位之疼痛。為了降低輸注部位的疼痛可同時使用局部麻醉劑 lidocaine，但 lidocaine 不可用於種族性急性卟啉症 (hereditary acute porphyria) 的病患。注射前需禁食前數天之較大藥量時，患者易對注射部位過敏。患者只與局部副作用也很少發生，位有少數對利多卡因、膠囊外殼中 propofol 2% 者，有嚴重的過敏反應。

全產性：在產前即導發自製性而導發性難忍可和發生。特別是身體狀況嚴重者會痛楚狀況更為嚴重。痛楚狀的動作、扭動、角或肢體的彎曲將減少。有時會持續數小時或數天發生。有少數患者水腫喉嚨。有些患者於恢復期期間

角、咽、喉頭充血、支氣管炎、水腫、肺充血。也有少數病例可停止呼吸發生。也有報告指出手術後有肺動脈炎、胸骨骨髓炎及中毒。長期給予 Propofol 會有綠色或紅褐色特別深藍色現象發生，這是 Propofol 被代謝成 quinol 的結果，屬任何危險性。與其他麻醉劑一般，性行瀉劑也可引起發生。

【位置】
 位置可根據呼吸抑制或循環系統抑制。呼吸抑制應以人工換氣給予氧氣治療。
 循環抑制應降低患者頭部、抬高他的腿部。如果嚴重，可能用去氧劑，且應
 儘快送醫院或轉院治療。

【藥效特性】
 一、藥效性質
 Propofol 為極短效一般麻藥。非超廣譜結晶之注射劑。作用機
 理，對大部分患者而言，一般麻藥作用於在 30 - 60 秒時
 即能起內應。這種效果可用於眼科手術。Propofol 的
 藥效，與芬太尼 (Fentanyl) 結合使用則可減低劑量。

藥動性質

Propofol屬高脂溶性物質，分布到組織（半衰期約2分鐘），最後約90%以原形經肝臟代謝。其作用之基礎，可能與血腦屏障有直接關係。Propofol在肝中被代謝成propyluride及sulphate後也再排泄至尿中。

三、預防副作用性說明

Propranolol 應避免與高至 30 mg/kg/天，造成心臟衰竭或嚴重肺病。心臟之 L.D₅₀ 為 40 mg/kg。心臟 L.D₅₀ 治療量 (L.D₅₀/ED₅₀) 為 4.8。心臟 (H₁) 治療量 (L.D₅₀/ED₅₀) 為 6.0。對心臟 (H₁) 為 15 mg/kg/天，應作心臟作一副作用性試驗。血尿酸、血清尿酸、腎臟尿酸、脂肪肝、或尿酸結核等上並沒有副作用性。上述 Propranolol 在兔分子分析學，兔中有一食量尿酸尿酸出血，在結核中並無尿酸尿酸。

Propranolol 應避免與乳劑，在妊娠毒性試驗中觀察到反應，對出生前胎毒心臟對 Propranolol，無胎兒反應。但應注意後者，對出生前胎兒腹內：學及生殖性男女。無此反應。

不管體內及體外均與乳劑無反應，但應與乳劑對乳劑。

✓ 「建議用法」
必須由麻醉專科醫師
或在他的監督下使用

「警語與注意事項」

- ✓ 醫師執行外科手術及診斷性檢查時不可自行使用 Fresofol 2%
- ✓ Fresofol 2%只能由麻醉專科醫師或在他的監督下使用

美國麻醉醫學會臨床指引|ASA Guideline



STATEMENT ON SEDATION

Complications

(Approved)

Because
will re
the l
mod
rec

Th
un
wh
dee

- The practitioner administering propofol should be trained in the management of the patient. The physician should be available until the patient is recovered.
- The practitioner administering propofol should be trained in the education and training of the patient, which occur in a patient who enters the operating room. The practitioner monitoring the patient should be present throughout the procedure and be completely dedicated to that task.
- During the administration of propofol, patients should be monitored without interruption to assess level of consciousness, and to identify early signs of hypotension, bradycardia, apnea, airway obstruction and/or oxygen desaturation. Ventilation, oxygen saturation, heart rate and blood pressure should be monitored at regular and frequent intervals. Monitoring for the presence of exhaled carbon dioxide should be utilized unless invalidated by the nature of the patient, procedure or equipment because movement of the chest will not dependably identify airway obstruction or apnea.
- Age-appropriate equipment must be immediately available for the maintenance of a patent airway, oxygen enrichment and artificial ventilation in addition to circulatory resuscitation. This equipment must be consistent with the principles set forth in this statement.

The Warnings section of the drug's package insert (Diprivan®, AstraZeneca 08/05, accessed 1-09) states that propofol used for sedation or anesthesia "should be administered only by persons trained in the administration of general anesthesia and not involved in the conduct of the surgical/diagnostic procedure." Patients should be continuously monitored, and facilities for

maintenance of a patent airway, artificial ventilation, and oxygen enrichment and circulatory support must be immediately available."

have prescriptive regulations concerning the administration of propofol. Regulations when propofol is used for sedation of intubated, ventilated

intravenous induction agents such as methohexital or administering combinations of drugs including sedatives and adverse outcomes.

trium of sedation and on sedation by non-American Society of Anesthesiologists' documents definition of General Anesthesia and Levels of Sedation, "Guidelines for Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists", "Privileges for Administration of Moderate Sedation by Non-Anesthesiologists", and "Statement on Granting Privileges for Personally Administering Deep Sedation or Supervising Sedation by Non-Anesthesiologists". ASA's documents that address these issues are the "Guidelines for Office-Based Anesthesia, Sedation and Surgery" and "Practice Guidelines for Preoperative Anesthetic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration." All documents are available on the Web site, <www.ASAhq.org>.

from a deeper level of sedation than intended is an intervention by a practitioner to maintain airway management and advanced life support. The qualified practitioner should be able to recognize the diverse physiologic consequences of the deeper-than-intended level of sedation (e.g., hypoxia, hypotension, and bradycardia) and returns the patient to the originally intended level of sedation. It is not appropriate to continue the procedure at an unintended level of sedation.

- ** The statement in the ASA-ASA Joint Statement Regarding Propofol Administration, dated April 14, 2004, that reads, "Whenever propofol is used for sedation/anesthesia, it should be administered only by persons trained in the administration of general anesthesia, who are not simultaneously involved in these surgical or diagnostic procedures. This restriction is concordant with specific language in the propofol package insert, and failure to follow these recommendations could put patients at increased risk of significant injury or death."

Atracurium仿單的「警語與注意事項」

妥開利™ 注射劑

TRACRIUM™ Injection

衛署藥輸字第 013148 號

定性與定量組成

妥開利注射劑為每毫升含 atracurium besylate 10 mg 的滅菌溶液，不含抗菌性防腐劑，裝在透明安瓿中。

劑型

注射/輸注用溶液。

臨床特性

【適應症】

本藥乃一高選擇性及競爭性的非去極化神經肌肉阻斷劑。可作為手術全身麻醉或加護病房鎮靜時的輔助劑，以鬆弛骨骼肌、幫助氣管插管及與人工呼吸器的協調。

【劑量與用法】

本藥限由醫師使用

【警語及注意事項】

與其他神經肌肉阻斷劑一樣，本藥會使呼吸肌及其他骨骼肌麻痺，但對意識沒有影響。使用本藥時，必須配合適當的全身麻醉，並準備氣管內插管及人工換氣的設備，而且必須由有經驗的麻醉師密切監督。

與其他神經肌肉阻斷劑一樣，在使用本藥期間，敏感的患者可能會釋出組織胺。具有對組織胺敏感性增加病史的患者，應小心使用本藥。

使用在對於其他神經肌肉阻斷劑有過敏反應的患者時需注意，曾有高比率的神經肌肉阻斷劑間的交互敏感報告(大於 50%)(參閱禁忌症)。

在推薦劑量範圍內，本藥沒有明顯的迷走神經或神經節阻斷性質。所以在臨床上不會影響心跳；在手術期間，也不會抵消許多麻醉劑或迷走神經刺激所引起的心動徐緩。

「警語與注意事項」

✓ 與其他神經肌肉阻斷劑一樣，本藥會使呼吸肌即其他骨骼肌麻痺，...使用本藥時，必須配合適當的全身麻醉....而且必須由有經驗的麻醉師密切監督。

Atracurium

- 本件病患於6:50已注射Atracurium (肌肉鬆弛劑)50mg後，因其呼吸肌麻痺，即已無法自主呼吸，縱然依護理紀錄記載手術醫師於6:55發現發生喉頭支氣管痙攣導致無法插管情形，竟僅給予氧氣面罩O₂ 10 l/min，但氧氣面罩發生效用必須是患者仍能自主呼吸，亦即患者須有自主呼吸之動作，才能將氧氣面罩給予之氧氣吸進去，氧氣必須進入肺泡後才能循環至全身，也才能防止患者腦部缺氧！

也就是，病患於接受注射Atracurium (肌肉鬆弛劑) 50mg後，即已無法自主呼吸，手術醫師既知病患已無法自主呼吸，而其亦無法順利插管，當下即必需立刻用其他方式為病患建立緊急能有效換氣之呼吸道，然手術醫師卻未為任何建立緊急呼吸道之醫療處置，此段時間之延誤即已造成病患腦部缺氧致無法挽回之重傷害！

出院病歷摘要

(1)醫院代號及名稱	(2)姓名	(3)身份證字號	(4)出生日期	(5)病歷號碼
1502091297 婦幼醫	■■■■	■■■■	00 年 ■ 月 ■ 日	27998
(6)轉入醫院	(7)地址	(8)流水號		
	高雄市■■■■			
(9)入院日期	104 年 04 月 05 日 婦產科	病床號碼	8B	
(10)轉科(床)	104 年 04 月 05 日 婦產科	8B床位號	年 月 日	床位號
(11)出院日期	104 年 04 月 06 日	住院天數計	1 日	
(12) 診 斷	入院: Recurrent multiple myoma with severe pelvic adhesion			
出 院:	Ditto; Laryngobrochospasm			
(13)主 訴:	abdominal fullness sensation and pressure pain			
(14)病 史:	This 53 y/o single lady suffered from abdominal pressure pain and unexplained frequency for years. Previous Myomectomy was operated by three times at Ming-Shern municipal in 2000 and St. Joseph hospital in 2005 and CSWCH in 2011. However the tumors regrowed in the recent years with exagreatged S/S. Since the pain got worse without response to oral medication, she went back to our hospital. Under abdominal ultrasound, multiple big myomas were seen. After full conversation with the patient, she decide hysterectomy to terminate the intractable signs and symptoms. After well explanation to the patient, she was admitted at our ward for operation.			
(15)過去史:	1)OB/Gyn hx: G0P0 2)Op hx: myomectomy with lysis of severe pelvic adhesion was made at Ming-Shern in 2000 and St. Joseph hospital in 2011 and CSWCH in 2011 3)Denied of major systemic diseases except H/T(in treatment)			
(16)體檢發現	On admission, the patient disclosed a M-D & skinny female with alert consciousness. Vital sign: BP:136/92 mmHg, HR:76/min,RR 19/min, BT:36.8 C, BW:72.8 kg. Skin: normal skin turgor, no skin rash or peripheral lymphadenopathy, no petechia or ecchymosis of the skin. Head & neck: normal configuration of the head and its organs, no anemic conjunctivae, no icteric sclera, no sinus pain, no EENT abnormal discharge, no tonsils enlargement, no congestion of throat, no palpable neck mass, no thyroid enlargement, no JVE or LNs enlargement, no carotid bruits. Chest & lungs: symmetrical expansion of the chest, no deformity of chest wall, clear breathing sound bilaterally, no wheezing, rhonchi or rales. Heart: regular heart rate, normal S1 and S2, no S3 or S4, no heave, no murmur or thrill, the PMI over 1cm lateral to LMCL at 5th ICS, no pericardial friction rubs, normal peripheral pulse. Abdomen: firm enlarged abdomen, normal bowel sounds, no hepatomegaly, no splenomegaly, no palpable mass, ascites or bruits, no rebounding tenderness, no abdominal tenderness. Extremities: no pitting edema over pretibial and ankle regions bilaterally, no LOM or peripheral cyanosis, no clubbing fingers. Neurological examinations: essentially negative. PV exam: Not done for virgin			
(17)手術日期及方法(包括手術發現)	Operation was cancelled immediately after Laryngobronchospasm happened at the induction of anesthesia on Apr. 6, 2015			
(18)住院治療經過:	Laryngobronchospasm unexpectedly happened at the beginning of induction of anesthesia. Difficult intubation was noted by anesthesiologist. Operation was cancelled immediately. Vital sign once declined to unstable shock status with subsequent CPR. After vital sign was corrected and stable, she was quickly sent to KMH for more intensive care.			
(19)合併症	Laryngobrochospasm			
(20)檢查記錄: 一般檢查(如: 尿液、糞便、血液、生化、細菌之...檢查)	WNL			

「困難插管由
"anesthesiologist" 發現」

然根據麻醉紀錄單，
「anesthesiologist」欄位係為
麻醉護理師-薛O分簽名；試問，
如果本案的麻醉插管係由手術醫
師執行，為何發現困難插管的不是
Surgeon – 方醫師？



Pre ATH day (04/05/2015) 11:00 P.M. No. 27998

Preoperative workup is complete. All data revealed WNL. The operation of ATH for huge myoma was well explained to the patient. Preoperative anesthesia consultation was done and recent URI was told but S/S has just recovered. Abdominal ultrasound was done to reconfirm the operation method. It was explained to the patient and she stood it well. The operation will be performed tomorrow.

Operation date(04/06/2015)

6:50 induction of anesthesia began by Atropine 0.4ml IVP, Fentanyl 2ml IVP, Propofol 150mg IVP, Atracurium 50mg IVP. BP:130/80, HR:69, RR:18/min, SPO2:95%.

6:55 Intubation was not success for severe larynx swelling and invisible of vocal cord. Difficult O2 masking was also observed. Laryngospasm and bronchospasm were impressed. Laryngobronchospasm may be caused by allergic reaction (URI squeal? Atracurium? Propofol), Initial O2 dropped by BP:128/75mmHg, HR:78/min, SPO2:80%; Aminophylline 500mg IVP, Solu-cortef 100mg IVP was promptly administrated with O2 mask bagging pressure keeping by O2 10/L; Then SPO2 gradually recovered to 100%.

7:03 Vocal cord was hardly seen still. Intubation is not possible. So I decide to call anesthesiologist Dr. Wu for help. And he said he will come immediately. Although intubation was not complete, O2 saturation was good at present with O2 mask with bagging pressure keeping by O2 10/L was given. BP:132/70mmHg, HR:84/min, SPO2:100%.

7:10 Two minutes prior to arrival of D. Wu, unstable vital sign by sudden onset of drop of BP and O2, even undetectable on the screen of monitor. O2 mask with bagging pressure was found difficult. CPR emergently began. Bosmine 1amp IVP, NaHCO3 2amp IV was administrated at once.

7:12 Dr. Wu Arrived and quickly evaluate the condition. He ordered to keep CPR.

7:15 Vital sign of the patient's was improving. BP:88/43 mmHg, HR:58/min, SO2=60%. Intubation was still difficult by laryngospasm and bronchospasm. Dr. Wu order: keep O2 mask bagging with positive O2 pressure and Aminophylline 250mg IVP, Solu-cortef 200mg IVP, set another i.v. line.

7:20 Intubation was done now by #7 endotracheal tube connected with respirator. Patient's condition recovered by BP=124/77mmHg, HR:80/min, SPO2:100%, on 14# Foley U/O:200ml, on 16# NG-decompress.

7:30 I explain to the patient's sister at 4th floor that the surgery (ATH) should be cancelled even not began. Because unexpected laryngospasm and bronchospasm happened shortly after induction of anesthesia, shock happened. After emergent CPR, the patient's condition was stable with respirator. However she should be transferred to medical center for further post CPR's care and observation for any complication after the patient's condition was stable. The reason why laryngobronchospasm happened may be caused by anesthesia medication, URI sequel or personal constitutional factors. The family stood it well and accepted it. I have contacted Dr. Liu at ER in KMHU for transfer event including the conditions of this patient. Dr. Liu said he knew it but there was no vacancy of ICU at present. If the patient came to ER at KMHU right now, she should be stay at ER critical observation room first then pending the vacancy of ICU.

7:40 The patient seemed look better and has mild spontaneous respiration; BP:84/42mmHg, HR:78/min, SPO2:100%; Dr. Wu order: dopamine 200mg with N/S 500mL by keep 10cc/hr, warmer and keep observation.

7:45 BP:94/50mmHg, HR: 82/min, SPO2:100%. She may have spontaneous respiration with respirator; Keep Dopamine 200mg with N/S 500mL keep 10cc/hr, urine out put :500ml clear yellow. Dr. Wu order: keep observation

7:50 BP:110/60mmHg, HR: 84/min, SPO2:100%. She may have spontaneous respiration with respirator, Dr. Wu order: Dopamine 200mg with N/S 500mL change to 5cc/hr. Pupil had the light reflex response and normal size., Twisting response to oral and nasal suction. Dr. Wu order: observation.

7:55 The patient's condition was stable but stationary. Dr. Wu order: Transfer to KMHU now. Contact with ambulance and prepare transfer event at once.

8:05 The patient's condition was stable, BP:118/70mmHg, HR:75/min, SPO2:100%, Wait at OR for ambulance coming. Respirator was using



姓名: [REDACTED]

床號: 88

病歷號碼: 21988

頁數:

8:15 Ambulance arrived. Move the patient from OR table to the ambulance
At present, BP:124/77mmHg · HR:74 次/分 · SPO2:100% · Keep IV line bilateral
hands with N-G tube and Foley. There was 300 c.c. clear urine in the Foley bag.
Bilateral reactive foot movements were noticed when moving the patient.
GCS:ETV1M2 ·

8:30 Ambulance began to move to KMUH with three nurses and Dr. Wu's company
Last vital sign was BP:120/75mmHg · HR:76/min · SPO2:100% with endotracheal
tube

醫師 [REDACTED]

