

臺灣雲林地方法院民事判決

110年度簡上字第64號

上訴人 林楷傑

0000000000000000

林世文

簡玉萍

上三人共同

訴訟代理人 王正宏律師

被上訴人 吳春生

合益汽車企業有限公司

0000000000000000

法定代理人 陳碧霞

上二人共同

訴訟代理人 戴靖儒

蘇盟凱

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於中華民國110年8月31日本院民事簡易庭110年度簡字第17號第一審判決提起上訴，本院於民國112年12月6日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

上訴駁回。

第二審訴訟費用由上訴人負擔。

事實及理由

壹、程序方面：

按於第二審為訴之變更或追加，非經他造同意，不得為之，但擴張或減縮應受判決事項之聲明者，不在此限，事訴訟法第446條第1項、第255條第1項第3款定有明文。上開規定於簡易程序之第二審準用之，同法第436條之1第3項亦有規定。本件上訴人乙○○、丁○○提起上訴時請求被上訴人應連帶給付上訴人乙○○新臺幣（下同）1,979,773元、給付上訴人丁○○2,122,547元，及均自民國109年10月9日起至清償日止，按週年利率百分之五計算之利息，嗣於本院112

01 年12月6日行言詞辯論時，將請求金額減縮為上訴人乙○○
02 1,375,273元、上訴人丁○○1,246,047元，核與前開規定相
03 符，應予准許，合先說明。

04 貳、實體方面：

05 一、上訴人方面：

06 (一)聲明：

07 1.原判決關於駁回上訴人後開第二項之訴部分，及命上訴人
08 負擔訴訟費用部分之裁判廢棄。

09 2.前項廢棄部分，被上訴人應再連帶給付上訴人丙○○4萬
10 元、上訴人乙○○1,375,273元、上訴人丁○○1,246,047
11 元，及均自109年10月9日起至清償日止，按週年利率百分
12 之五計算之利息。

13 (二)陳述：除與原判決記載相同者，茲引用之外，補稱：

14 1.上訴人丙○○：

15 (1)上訴人丙○○已提出相關醫學文章、門診病歷和健保局
16 門診紀錄，以證明其因系爭車禍而患有揮鞭症候群，其
17 頸部神經及脊髓神經損傷等傷害，與系爭車禍有相當因
18 果關係存在，原審判決卻未詳查揮鞭症候群本即可能於
19 傷後數日甚至數月始明顯感到疼痛，且一開始不易被診
20 斷出，僅憑急診診斷並未有頸部神經及脊髓神經損傷之
21 記載，即率謂上訴人丙○○並未提出證據證明其頸部神
22 經及脊髓神經損傷與系爭車禍間有相當因果關係。

23 (2)原審判決未考量上訴人丙○○因系爭車禍而患有揮鞭症
24 候群，其頸部神經及脊髓神經損傷更導致上訴人丙○○
25 手部無法施力及舉高，已對其工作及日常生活造成極大
26 影響，且康復可能性有限，而僅判3萬元精神慰撫金，
27 實難令人甘服。

28 2.上訴人乙○○部分：

29 (1)醫療費用：

30 ①上訴人乙○○於107年9月17日晚間發生車禍即送往彰
31 化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院（下稱雲林基

01 督教醫院)急診並住院，於107年9月19日轉院至秀傳
02 醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院(下稱彰濱秀傳醫
03 院)治療並住院，直至107年9月23日始出院，又觀諸
04 上訴人乙○○之衛生福利部中央健康保險署(下稱健
05 保署)保險對象門診申報紀錄明細表可知，上訴人乙
06 ○○於107年9月17日發生系爭車禍後至107年9月23日
07 期間，僅有107年9月17日於雲林基督教醫院急診，及
08 於107年9月19日、107年9月22日於彰濱秀傳醫院之門
09 診紀錄，並無其他就醫門診紀錄，足以證明上訴人乙
10 ○○因系爭車禍而住院期間並未發生其他意外事故，
11 或另受其他外力影響其身體傷勢。是以，上訴人乙○
12 ○於107年9月17日至107年9月23日因系爭車禍而住院
13 期間，經醫院診斷出之病症，自可合理推定是系爭車
14 禍所造成。

15 ②上訴人乙○○於107年9月17日系爭車禍發生當日送往
16 雲林基督教醫院急救，雲林基督教醫院當天之急診病
17 歷主訴記載「Neckpain(+)(頸部疼痛)，上訴人乙○
18 ○並於當天曾自費購買可調式頸圈，且雲林基督教醫
19 院107年9月17日23:01之急診護理評估紀錄表更清楚
20 記載：「…右手臂10cm挫傷，頸部及背部疼痛…」等
21 語。是以，上訴人乙○○於系爭車禍發生當天即有頸
22 部疼痛之情形，並非如原審判決所謂「…系爭車禍發
23 生之後，原告乙○○曾先後至雲基醫院(急診)、彰
24 濱秀傳醫院等醫療院所執行(全身)電腦斷層檢查及
25 治療，期間僅診斷出乙○○受有左胸部挫傷併肋骨骨
26 折等傷勢，並無關於頸椎損傷之報告及描述等
27 情…」。

28 ③上訴人乙○○於107年9月19日自雲林基督教醫院轉院
29 至彰濱秀傳醫院，彰濱秀傳醫院當天門診病歷表主訴
30 記載「T. A 2DAYS AGO, L' T RIB FRACTURE DIAGNOSE
31 SD(兩天前發生車禍事故，已診斷出左側肋骨骨

折)」、「TRANSFER FROM OUTSIDE HOSPITAL(從別家醫院轉入)」等語，醫師診斷並記載「Contusion of unspecified front wall of thorax…(胸部前壁挫傷)」、「Multiple fractures of ribs, left side…(肋骨左側多骨折)」。

④上訴人乙○○於107年9月22日前往彰濱秀傳醫院門診，當天門診病歷表主訴記載「severe headache since yesterday(自昨天以來嚴重頭痛)」、「Chest wall contusion(胸壁挫傷)」、「Lt 7th-8th ribs fracture(左側第七第八肋骨骨折)」、「Lung contusion(肺部挫傷)」等語，醫師診斷並記載「Unspecified injury of head, initial encounter(頭部未明示之傷害，初期照護)。再參上訴人乙○○107年9月22日於彰濱秀傳醫院之護理紀錄可知，上訴人乙○○於昨天即107年9月21日就開始感到頭痛劇烈、噁心，雖腦部電腦斷層檢查無異狀，但上訴人乙○○仍感到頭痛不適。

⑤107年9月23日上訴人乙○○自彰濱秀傳醫院出院，彰濱秀傳醫院當天門診病歷表主訴記載「T. A. FEW DAYS AGO(幾天前發生車禍事故)」、「HEAD INJURY(頭部受傷)」、「INTERMITTENT HEADACHE WAS NOTED(已注意到有間歇性頭痛)」等語，醫師診斷並記載「Headache(頭痛)」。

⑥另上訴人乙○○前開頸部疼痛、劇烈頭痛、噁心等症狀，更與揮鞭症候群症狀相符，顯證上訴人乙○○確實因系爭車禍而患有揮鞭症候群，且上訴人乙○○於107年9月23日自彰濱秀傳醫院出院後，因仍持續嚴重頭痛，又於107年9月24日至彰濱秀傳醫院就診，之後更陸續出現其他揮鞭症候群之症狀，如：枕痛、手臂無力且麻木、枕部腫脹、頸部僵硬、頭暈等情形，用藥均無改善，安排做核磁共振檢查才發現上訴人乙○

○「C3-4-5-6頸椎狹窄」，經醫師建議針對C3-4-5-6頸椎做頸椎前路椎間盤切除及融合術（ACDF），之後並經醫師診斷出「C34，C45，C56，C67椎盤破裂」、「C3/C4頸椎半脫位」、「C3頸椎髓有未明示之傷害」等傷害，前開症狀均為揮鞭症條群較嚴重之併發症，實可證明上訴人乙○○確實因系爭車禍而患有揮鞭症候群。

⑦承前開說明，上訴人乙○○因系爭車禍而患有揮鞭症候群，且因前開症狀一直無法改善而聽從醫師建議做頸椎手術，故其於107年10月22日至107年10月30日住院，並於107年10月24日做頸椎手術。由秀傳醫院108年3月12日所開立之診斷證明書記載上訴人乙○○之病名為「外傷性頸椎脊髓損傷、第三/四C34、第四/五C45、第五/六C56椎盤破裂、下背神經痛」，可證明上訴人乙○○頸椎之傷害乃是外力即系爭車禍所造成，而非長期存在之舊疾，此由彰濱秀傳醫院於110年1月5日之函文清楚記載「…病患前於109年9月17日（此日期應為誤載，正確日期應是107年9月17日）在員林基督教醫院之急診檢查有包括頸椎電腦掃描，根據電腦掃描第四、五、六頸椎呈現十契型變化，屬外力壓迫之變化，查閱病患於107年受傷前之病歷，並無發現頸痛或外傷」、「病患描述車禍撞擊之情況與肋骨因傷斷裂，符合車禍受傷、脊椎受損之連續，有可能因肋骨之劇痛而忽略頸部之受傷，病患出院後於骨科門診主訴後頸痛及水腫，經檢查有頸椎第三C34、第四C45、第五C56C67椎盤破裂凸出，由於症狀不適，故安排住院手術治療」等語亦可證明。

⑧是以，上訴人乙○○於107年9月17日至107年9月23日住院治療期間，確實已開始出現揮鞭症候群之症狀，於出院後症狀越發嚴重，經檢查有頸椎第三C34、第四C45、第五C56C67椎盤破裂凸出，由於症狀不適，

才會於107年10月22日至同年月30日住院手術治療，故上訴人乙○○該次手術之病症與系爭車禍實有相當因果關係存在。再者，上訴人乙○○和上訴人丁○○二人不管是性別、年齡、生活環境背景均無一處相同，卻都剛好在系爭車禍發生後出現頸部疼痛、頭痛、噁心、手掌或手臂麻木等症狀，之後亦均被診斷出頸椎盤破裂凸出，更均因此而住院為頸椎盤剔除手術治療，二人唯一相同之處僅有於107年9月17日在同一車上發生系爭車禍，故足以證明上訴人乙○○和上訴人丁○○二人頸椎之傷勢，顯然都是因系爭車禍所造成，否則要如何解釋如此不同之二人，於系爭車禍發生後之病程如此雷同，又剛好在相隔約一個月之時間，先後為頸椎盤剔除手術？

⑨上訴人乙○○因系爭車禍而患有揮鞭症候群，因症狀嚴重而於107年10月24日為頸椎盤剔除脊椎減壓手術，並因此於107年10月22日至同年月00日間住院，故此住院期間之醫療費用588,448元自得向被上訴人請求。原審判決卻未詳查揮鞭症候群本即可能於傷後數日甚至數月始明顯感到疼痛，且一開始不易被診斷出，亦未參酌彰濱秀傳醫院110年1月5日之函文內容，僅憑一開始之診斷並未有頸椎損傷之報告及描述，及依國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（下稱臺大醫院雲林分院）之鑑定，即認定上訴人乙○○頸椎傷勢與系爭車禍間無相當因果關係，而駁回上訴人乙○○前開醫療費用之請求，實難令人甘服。

(2)喪失勞動能力損失：

誠如前開所述，上訴人乙○○前開頸椎病症與系爭車禍有相當因果關係，而上訴人乙○○更因此實施頸椎盤剔除脊椎減壓手術，且手術後需休養6個月，故上訴人乙○○向被上訴人請求自107年9月17日晚間發生系爭車禍起至107年10月30日手術出院之日止，再加上出院後需

01 休養6個月，總共225天無法工作之損失共45萬元，實有
02 理由。原審判決未詳查前開情事，認定上訴人乙○○只
03 需休養2個月，僅判決被上訴人應賠償44,000元，實難
04 令人甘服。

05 (3)減少勞動能力損失：

06 揮鞭症候群主要症狀以頸椎痛為主，其他症狀還包括有
07 頭痛、肩胛間疼痛、上背痛、手臂痛、頭暈、耳鳴、視
08 力障礙，身體疲累、記憶力減退、睡眠困擾及憂鬱症等
09 情形。而上訴人乙○○因系爭車禍出院後，家屬即發現
10 其記憶力明顯變差，核與前開所述，在在證明上訴人乙
11 ○○因系爭車禍而患有揮鞭症候群。上訴人乙○○治療
12 至今症狀已固定，並因此領有身心障礙證明，故上訴人
13 乙○○主張被上訴人應再連帶給付136,225元，以賠償
14 其減少勞動能力之損失，實有理由。原審判決未詳查前
15 開情事，即認上訴人乙○○此部分之主張無理由，實難
16 令人甘服。

17 (4)精神慰撫金：

18 上訴人乙○○經歷數次開刀治療，甚至還被診斷出有失
19 智症，治療至今症狀已固定，將一輩子影響上訴人乙○
20 ○，對於上訴人乙○○之家庭和社會生活均造成極大影
21 響，原審判決並未詳查前開情事，僅認定上訴人乙○○
22 得請求30萬元之精神慰撫金，實難令人甘服。故除原審
23 已判定被上訴人應連帶給付之30萬元外，被上訴人應再
24 連帶給付上訴人乙○○精神慰撫金25萬元。

25 (5)綜上，被上訴人應再連帶給付上訴人乙○○醫療費用58
26 8,448元、喪失勞動能力損失406,000元（計算式：450,
27 000－44,000＝406,000）、減少勞動能力損失136,225
28 元及精神慰撫金25萬元，共計1,375,273元。

29 3.上訴人丁○○部分：

30 (1)醫療費用：

31 ①上訴人丁○○於107年9月17日晚間發生系爭車禍於救

01 護員到場時，即有向救護員表示感到頭痛、想吐，之
02 後上訴人丁○○被送往天主教若瑟醫療財團法人若瑟
03 醫院（下稱若瑟醫院）急救，而若瑟醫院於107年9月
04 17日之急診病歷記載：「ILOC（+）Headache頭痛
05 （+）Dizziness頭暈（+）」；於107年9月17日之急
06 診護理評估紀錄表主訴亦記載：「…乘坐大貨車副駕
07 駛被車子撞，致後腦勺10*10公分血腫內含8*1公分撕
08 裂傷，頭痛頭暈想吐，頸圈帶入，故入，病患來診為
09 頭部撕裂傷，高危險性受傷機轉」；於100年0月00
10 日出院時，出院病歷摘要記載上訴人丁○○於急診時
11 即有診斷出頸椎受傷，病史欄位亦記載：「This 45
12 y/o woman suffered from traffic accident with
13 occipital laceration wound. General weakness,
14 neck pain and bilateral lateral lower limbs nu
15 mbness extended to dorsal feet were complaine
16 d.」等語，足證上訴人丁○○因系爭車禍而急診住院
17 時，頸部有受傷，且已經有全身無力、頸部疼痛和雙
18 側下肢麻木延伸至腳背等症狀，並非如原審判決所謂
19 「…系爭車禍發生後，原告丁○○先後至若瑟醫院
20 （急診）、彰濱秀傳醫院等醫療院所執行（頸部）電腦
21 斷層檢查及治療，期間僅診斷出丁○○受有後腦勺10
22 x10公分血腫內含8 x1公分撕裂傷等傷勢，並無關於
23 外傷性頸椎脊損傷之報告及描述等情…」云云。

24 ②之後上訴人丁○○於107年9月19日從若瑟醫院轉院
25 至彰濱秀傳醫院治療並住院，於107年9月21日始自
26 彰濱秀傳醫院出院，出院後因上訴人丁○○仍持續感
27 到頭暈不適，而於107年9月24日又至彰濱秀傳醫院就
28 診，經醫師診斷上訴人丁○○有「Dizziness and gi
29 ddiness（頭暈和眩暈）」之情形。而觀諸上訴人丁
30 ○○之健保署保險對象門診申報紀錄明細表可知，上
31 訴人丁○○自107年9月17日發生車禍後至107年9月24

01 日再次至彰濱秀傳醫院就診前這段期間，僅107年9月
02 19日從若瑟醫院轉院至彰濱秀傳醫院之門診紀錄，即
03 無其他醫院之就醫紀錄。換言之，上訴人丁○○自系
04 爭車禍發生迄至107年9月24日再次至彰濱秀傳醫院門
05 診期間，並未發生其他意外事故，或另受其他外力影
06 響其身體傷勢，但其卻從系爭車禍事生後即一直感到
07 頭暈不適，而於107年9月24日就診，經醫師診斷為頭
08 暈和眩暈，前開症狀與前開相關醫學文章所載之揮鞭
09 症候群症狀相符，顯證上訴人丁○○確實因系爭車禍
10 而患有揮鞭症候群。且上訴人丁○○於107年9月24日
11 之後仍持續感到頭暈、噁心，之後更陸續出現患有揮
12 鞭症候群之其他症狀，如左肩胛疼痛、頸部轉動伴隨
13 疼痛、腰痛、手掌麻木等情形，經醫師診斷上訴人丁
14 ○○有「頭暈和眩暈」、「C3-C5-C6脊椎疾病」、
15 「其他頸椎間盤位移、突出」等傷害，前開症狀均為
16 揮鞭症候群較嚴重之併發症，實可證明上訴人丁○○
17 確實因系爭車禍而患有揮鞭症候群。

18 ③承前開說明，上訴人丁○○因系爭車禍而患有揮鞭症
19 候群，且因前開症狀一直無法改善而聽從醫師建議做
20 頸椎手術，故其於107年12月3日至107年12月8日住
21 院，並於107年12月5日做頸椎手術，而由彰濱秀傳醫
22 院108年8月9日和108年11月13日所開立之診斷證明書
23 可知，上訴人丁○○接受頸椎手術後，持續接受門診
24 治療，並經醫師診斷記載病名為「外傷性頸部神經及
25 脊髓損傷-第六頸椎神經脊髓損傷、下背痛神經
26 痛」，足以證明上訴人丁○○頸椎之傷害乃是外力造
27 成，而非屬長期存在之舊疾。

28 ④是以，上訴人丁○○於107年9月17日至107年9月21日
29 住院治療期間，確實已開始出現揮鞭症候群之症狀，
30 於出院後症狀越發嚴重，經檢查有第六椎間盤破裂凸
31 出，由於症狀不適，才會於107年12月3日至同年月8

01 日住院手術治療，故上訴人丁○○該次手術之病症與
02 本件車禍事故實有相當因果關係存在。

03 ⑤再者，上訴人丁○○與上訴人乙○○二人不管是性
04 別、年齡、生活環境背景均無一處相同，惟卻都剛好
05 在系爭車禍發生後出現頸部疼痛、頭痛、噁心、手掌
06 或手臂麻木等症狀，之後亦均被診斷出頸椎盤破裂凸
07 出，更均因此而住院做頸椎盤剔除手術治療，二人唯
08 一相同之處僅有於107年9月17日在同一車上發生本件
09 車禍事故，故足以證明上訴人丁○○、乙○○二人頸
10 椎之傷勢，顯然都是因系爭車禍所造成，否則如何解
11 釋如此不同之二人，於本件車禍事故發生後之病程如
12 此雷同，又剛好在相隔約一個月之時間，先後為頸椎
13 盤剔除手術？

14 ⑥綜上說明，上訴人丁○○業已提出相關醫學文章、門
15 診病歷、護理紀錄和健保局門診紀錄，以證明其因本
16 件從背後追撞之車禍事故，而患有揮鞭症候群，因症
17 狀嚴重而於107年12月5日為第六頸椎盤剔除神經減壓
18 併內固定手術，並因此於107年12月3日至同年月0日
19 間住院，故此住院期間之醫療費用262,180元自得向
20 被上訴人請求。原審判決未詳查揮鞭症候群本即可能
21 於傷後數日甚至數月始明顯感到疼痛，且一開始不易
22 被診斷出，亦未參酌彰濱秀傳醫院110年1月5日之函
23 文內容，僅憑一開始之診斷並未有外傷性頸椎脊損傷
24 之報告及描述，及依臺大醫院雲林分院之鑑定，即認
25 定上訴人丁○○外傷性頸部神經及脊髓損傷等傷勢與
26 系爭車禍間無相當因果關係，駁回上訴人丁○○醫療
27 費用之請求，實難令人甘服。

28 (2)喪失勞動能力損失：

29 誠如前開所述，上訴人丁○○前揭頸椎病症與系爭車禍
30 有相當因果關係，而上訴人丁○○更因此為第六頸椎盤
31 剔除神經減壓併內固定手術，經醫師囑言「107年12月3

01 日住院進行手術…住院到12月8日共6日。出院後門診治
02 療由108年1月迄今已超過六個月，仍遺留症狀宜休養不
03 宜勞動，2019.12月再評估。不宜勞動需長期門診治療
04 及復健，需專人照顧。」等語，是以上訴人丁○○向被
05 上訴人請求從107年9月17日晚間發生車禍時起至108年1
06 1月30日止，總共受有439天無法工作之損失439,000
07 元，實有理由。原審判決未詳查前開情事，認定上訴人
08 丁○○只需休養7日，僅判決被上訴人賠償5,133元，實
09 難令人甘服。

10 (3)減少勞動能力損失：

11 ①揮鞭症候群主要症狀以頸椎痛為主，其他症狀還包括
12 有頭痛、肩胛間疼痛、上背痛、手臂痛、頭暈、耳
13 鳴、視力障礙，身體疲累、記憶力減退、睡眠困擾及
14 憂鬱症等情形，而上訴人丁○○因系爭車禍出院後，
15 家屬即發現其記憶力明顯變差且有明顯憂鬱症狀，核
16 與前開所述，在在證明上訴人丁○○因系爭車禍而患
17 有揮鞭症候群。上訴人丁○○治療至今症狀已固定，
18 並因此領有身心障礙證明。

19 ②再者，上訴人丁○○和上訴人乙○○二人不管是性
20 別、年齡、生活環境背景均無一處相同，惟卻都剛好
21 在系爭車禍後同時出現記憶力減退之情形，試問若非
22 係因系爭車禍之影響，要如何解釋為何如此不同之二
23 人，怎麼會如此剛好在車禍事故發生後，同時被診斷
24 出「Mild dementia」（輕度認知障礙）？足證上訴人
25 丁○○前開輕度認知障礙顯為系爭車禍所造成。故上
26 訴人丁○○主張被上訴人應再連帶給付30萬元，以賠
27 償其減少勞動能力之損失，實有理由。原審判決未詳
28 查前開情事，即認上訴人丁○○此部分之主張無理
29 由，實難令人甘服。

30 (4)精神慰撫金：

31 上訴人丁○○因系爭車禍而患有揮鞭症候群，並經歷數

01 次開刀治療，甚至還被診斷出有失智症，治療至今症狀
02 已固定，將一輩子影響上訴人丁○○，對於上訴人丁○
03 ○之家庭和社會生活均造成極大影響，原審判決並未詳
04 查上開情事，僅認定上訴人丁○○得請求15萬元之精神
05 慰撫金，實難令人甘服。故除原審已判定被上訴人應連
06 帶給付之15萬元外，被上訴人應再連帶給付上訴人丁○
07 ○精神慰撫金25萬元。

08 (5)綜上，被上訴人應再連帶給付上訴人丁○○醫療費用26
09 2,180元、喪失勞動能力損失433,867元（計算式：439,
10 000－5,133＝433,867）、減少勞動能力損失30萬元及
11 精神慰撫金25萬元，共計1,246,047元。

12 二、被上訴人方面：

13 (一)聲明：如主文第1項所示。

14 (二)陳述：引用原審所述。

15 三、兩造協議整理之不爭執事實及本件之爭點：

16 (一)兩造不爭執之事實：

17 1.被上訴人甲○○於000年0月00日下午10時30分許，駕駛車
18 牌號碼000-00號營業用半聯結車（下稱半聯結車），沿國
19 道1號公路往北行駛，行經該路234公里100公尺處時，因
20 低頭撿拾物品疏未注意車前狀況，致追撞同向由上訴人丙
21 ○○所駕駛之車牌號碼000-00自用大貨車（下稱大貨
22 車），上訴人丙○○因而受有頭部外傷、左眉表淺撕裂傷
23 約1公分、胸部挫傷、臂部挫傷，另同車之乘客即上訴人
24 乙○○受有左胸部挫傷併左側第六第七肋骨骨折、同車乘
25 客即上訴人丁○○受有後腦杓10*10公分血腫內含8*1公
26 分撕裂傷之傷害。

27 2.被上訴人甲○○為被上訴人合益汽車企業有限公司（下稱
28 合益公司）之受僱人，且係在駕駛被上訴人合益公司之半
29 聯結車執行業務中發生系爭車禍。

30 3.被上訴人甲○○應就系爭車禍之發生負全部過失責任。

31 4.上訴人丙○○於原審請求被上訴人連帶給付醫療費用10萬

元，已據原審駁回其請求，上訴人丙○○就此部分未提起上訴，此部分業已確定。

5.上訴人丙○○於原審請求被上訴人連帶給付精神慰撫金10萬元，原審判決被上訴人應連帶給付上訴人丙○○精神慰撫金3萬元，被上訴人就此部分未上訴，此部分業已確定。而原審判決上訴人丙○○敗訴部分，上訴人丙○○於本院只請求被上訴人應再連帶給付其精神慰撫金4萬元，被上訴人同意上訴人丙○○為此部分之減縮請求。

6.原審判決被上訴人應連帶給付上訴人乙○○喪失勞動能力損失44,000元、看護費用12萬元、大貨車毀損之損失15萬元及精神慰撫金30萬元部分，未據被上訴人提起上訴，此部分業已確定。

7.上訴人乙○○於原審請求被上訴人連帶給付其醫療費用619,173元、喪失勞動能力損失45萬元、減少勞動能力損失3,012,357元、看護費用45萬元、大貨車毀損之損失70萬元及精神慰撫金100萬元，原審判決駁回上訴人乙○○全部醫療費用及全部減少勞動能力之請求，僅判決被上訴人應連帶給付上訴人乙○○喪失勞動能力損失44,000元、看護費用12萬元、大貨車損失15萬元及精神慰撫金30萬元，上訴人乙○○於本院只請求被上訴人應再連帶給付其醫療費用588,448元、喪失勞動能力損失406,000元、減少勞動能力損失136,225元及精神慰撫金25萬元，被上訴人同意上訴人乙○○為上開部分之減縮請求。

8.原審判決被上訴人應連帶給付上訴人丁○○喪失勞動能力損失5,133元、看護費用14,000元及精神慰撫金15萬元部分，未據被上訴人提起上訴，此部分業已確定。

9.上訴人丁○○於原審請求被上訴人連帶給付其醫療費用274,680元、喪失勞動能力損失439,000元、減少勞動能力損失1,726,312元、看護費用878,000元及精神慰撫金100萬元，原審僅判決被上訴人應給付上訴人丁○○喪失勞動能力損失5,133元、看護費用14,000元及精神慰撫金15萬

元，上訴人丁○○於本院只請求被上訴人應再連帶給付其醫療費用262,180元、喪失勞動能力損失433,867元、減少勞動能力損失30萬元及精神慰撫金25萬元，被上訴人同意上訴人丁○○為上開部分之減縮請求。

10.上訴人乙○○所有之大貨車於系爭車禍發生後已辦理報廢，報廢時回收業者有給付上訴人乙○○1萬元。

11.上訴人丙○○、乙○○、丁○○自105年1月1日起至系爭車禍發生之日止，均無因頸部受傷到醫院或診所就醫之紀錄。

12.倘若上訴人乙○○所受外傷性頸椎脊髓損傷、第三/四C34、第四/五C45、第五/六C56椎盤破裂、下背神經痛等傷害與系爭車禍有相當因果關係，則被上訴人同意賠償上訴人乙○○醫療費用588,448元。

13.倘若上訴人丁○○所受頭部外傷併腦出血、腰椎第五節破裂、創傷性顱內出血、外傷性頸部神經及脊髓損傷、第六頸椎神經脊髓損傷、下背神經痛等傷害與系爭車禍有相當因果關係，則被上訴人同意賠償上訴人丁○○醫療費用262,180元。

14.兩造對他造所陳述有關學歷、經濟及家庭狀況等不爭執。

(二)本件之爭點：

1.上訴人丙○○是否受有頸部神經及脊髓神經損傷等傷害？如是，上開傷害是否系爭車禍所造成？

2.上訴人乙○○主張其受有外傷性頸椎脊髓損傷、第三/四C34、第四/五C45、第五/六C56椎盤破裂、下背神經痛、頭部外傷、胸壁挫傷、肺挫傷、失智症、記憶力衰退等傷害，是否系爭車禍所造成？

3.上訴人丁○○主張其受有頭部外傷併腦出血、腰椎第五節破裂、創傷性顱內出血、外傷性頸部神經及脊髓損傷、第六頸椎神經脊髓損傷、下背神經痛、頭部外傷、失智症等傷害，是否系爭車禍所造成？

4.上訴人丙○○請求被上訴人應再連帶給付其精神慰撫金4

萬元，是否有理由？

5.上訴人乙○○請求被上訴人應再連帶給付其醫療費用588,448元、喪失勞動能力損失406,000元、減少勞動能力損失136,225元及精神慰撫金25萬元，是否有理由？

6.上訴人丁○○請求被上訴人應再連帶給付其醫療費用262,180元、喪失勞動能力損失433,867元、減少勞動能力損失30萬元及精神慰撫金25萬元，是否有理由？

四、本院之判斷：

(一)按判決書內應記載之事實，得引用第一審判決，當事人提出新攻擊或防禦方法者，應併記載之；判決書內應記載之理由，如第二審關於攻擊或防禦方法之意見及法律上之意見與第一審判決相同者，得引用之；如有不同者，應另行記載，關於當事人提出新攻擊或防禦方法之意見，應併記載之，民事訴訟法第454條定有明文。此一規定，依同法第436條之1第3項規定，於簡易程序之第二審亦有準用。經查，兩造在本院審理時所主張之攻擊或防禦方法均與在原審提出者相同，而本院對此攻擊或防禦方法之意見及法律上之意見，亦與第一審判決理由相同，是原審判決事實及理由之記載，均為本院所認同，並予以引用，另就上訴人所提上訴理由補充理由如下。

(二)上訴人丙○○雖提出醫學文章、門診病歷及健保局的門診紀錄，主張其因系爭車禍而患有揮鞭症候群，造成其受有頸部神經及脊髓神經損傷等傷害，請求被上訴人應再連帶給付其精神慰撫金4萬元等語。惟查，彰濱秀傳醫院回覆本院刑事庭之109年7月6日濱秀（醫）字第1090077號函記載：「病患丙○○於民國（下同）108年1月7日至本院神經外科就診，於先前107年12月28日之頸椎X光檢查及安排之神經傳導均無特別異狀，無法判定客觀有頸椎損傷」等情（見本院109年度重訴字第75號卷《下稱原審重訴卷》第363頁），證明上訴人丙○○於107年12月28日至彰濱秀傳醫院檢查時，並未發現其受有頸椎損害之情事。其次，系爭車禍發生後，上

01 訴人丙○○旋即至若瑟醫院急診，經診斷其僅受有頭部外
02 傷、左眉約1公分表淺撕裂傷、胸部及臂部挫傷乙節，有上
03 訴人丙○○提出之若瑟醫院醫字第0000000—075號診斷證明
04 書影本可證（見原審重訴卷第21頁），亦未有頸部神經及脊
05 髓神經損傷之記載。此外，上訴人丙○○復未提出其他證據
06 足以證明其確因系爭車禍而受有頸部神經及脊髓神經損傷，
07 故上訴人丙○○以此為由，主張被上訴人應再連帶給付其精
08 神慰撫金4萬元，尚非有據。

09 (三)上訴人乙○○雖主張其因系爭車禍而受有外傷性頸椎脊髓損
10 傷、第三/四C34、第四/五C45、第五/六C56椎盤破裂、下背
11 神經痛、頭部外傷、胸壁挫傷、肺挫傷、失智症、記憶力衰
12 退等傷害，請求被上訴人應連帶賠償其因上開傷害而受有之
13 醫療費用588,448元、喪失勞動能力損失406,000元、減少勞
14 動能力損失136,225元及精神慰撫金25萬元等損害。上訴人
15 丁○○亦主張其因系爭車禍而受有頭部外傷併腦出血、腰椎
16 第五節破裂、創傷性顱內出血、外傷性頸部神經及脊髓損
17 傷、第六頸椎神經脊髓損傷、下背神經痛、頭部外傷、失智
18 症等傷害，請求被上訴人應連帶賠償其因上開傷害而受有之
19 醫療費用262,180元、喪失勞動能力損失433,867元、減少勞
20 動能力損失30萬元及精神慰撫金25萬元等損害。惟查，經上
21 訴人乙○○、丁○○與被上訴人合意將其二人於就診醫院之
22 病歷及各項檢查報告送請國立成功大學醫學院附設醫院（下
23 稱成大醫院）鑑定上訴人乙○○目前是否患有失智症、記憶
24 力衰退之病症？上訴人乙○○所受外傷性頸椎脊髓損傷、第
25 三/四C34、第四/五C45、第五/六C56椎盤破裂、下背神經
26 痛、頭部外傷、胸壁挫傷、肺挫傷、失智症、記憶力衰退等
27 傷害，是否系爭車禍所造成？其於住院期間是否有需專人照
28 料生活起居之必要（即看護）？如是，需全日或半日或四分
29 之一日看護？出院後是否需專人看護？如是，需看護之期
30 日？全日或半日或四分之一日。上訴人乙○○因系爭車禍所
31 造成之傷害，約需休養多久始能開始從事一般勞務性之工

01 作？其工作能力是否有減損？如是，減損之比例為多少？；
02 上訴人丁○○目前是否患有失智症之病症？上訴人丁○○所
03 受有頭部外傷併腦出血、腰椎第五節破裂、創傷性顱內出
04 血、外傷性頸部神經及脊髓損傷、第六頸椎神經脊髓損傷、
05 下背神經痛、失智症等傷害，是否系爭車禍所造成？其於住
06 院期間是否有需專人照料生活起居之必要（即看護）？如
07 是，需全日或半日或四分之一日看護？出院後是否需專人看
08 護？如是，需看護之期日？全日或半日或四分之一日。上訴
09 人丁○○因系爭車禍所造成之傷害，約需休養多久始能開始
10 從事一般勞務性之工作？其工作能力是否有減損？如是，減
11 損之比例為多少？鑑定結果認為：

12 1.上訴人乙○○部分：「依據歷次病歷紀錄與本院門診評估
13 檢查結果，民國107年9月17日發生系爭事故，歷次臨床診
14 斷包括：『1.胸部鈍傷合併左側第六及第七肋骨骨折、肺
15 挫傷：2.左側第四肋骨經內固定、3.外傷性頸椎脊髓損傷
16 及第三四第四五第五六椎盤破裂、4.第三四第四五第五六
17 第六七頸椎後縱韌帶骨化症，合併神經根及脊髓病變、5.
18 下背神經痛、6.頭部外傷、失智症及記憶力衰退病症、7.
19 外側半月板撕裂傷』，經本院鑑定與系爭事故具因果相關
20 之診斷為：『胸部鈍傷合併左側第六及第七肋骨骨折、肺
21 挫傷及頭部外傷』，其他診斷或症狀經鑑定與系爭事故不
22 具因果關係或證據不足以支持與系爭事故之因果關係。逐
23 項討論及說明如下：

24 5.1胸部鈍傷合併左側第六及第七肋骨骨折、肺挫傷

25 民國107年9月17日發生系爭事故，同日由救護車逕送
26 雲林基督教醫院急診就醫，主訴胸部疼痛，理學檢查
27 發現胸部鈍傷，胸部X光檢查及胸部電腦斷層檢查發現
28 左側第六及第七肋骨骨折，離院診斷：左胸部挫傷，
29 併左側第六第七肋骨骨折。107年9月19日至20日期間
30 彰濱秀傳醫院胸腔外科住院，出院診斷：1.胸部鈍
31 傷；2.左側第七及第八肋骨骨折；3.肺挫傷。診斷為

『胸部鈍傷合併左側第六及第七肋骨骨折、肺挫傷』，符合生理機轉及時序關係，鑑定與系爭事故具有因果關係。

5.2 左側第四肋骨經內固定

民國107年9月17日發生系爭事故，該日至108年4月2日期間，歷次胸部X光檢查皆未發現左側第四肋骨骨折。法院提供歷次病歷紀錄也未發現相關描述。最早紀錄為本院112年5月2日胸部X光檢查發現左側第四肋骨經內固定。但病患否認近期接受肋骨手術。診斷為『左側第四肋骨經內固定』，依據法院提供病歷與本院X光檢查，鑑定與系爭事故不具因果關係。

5.3 外傷性頸椎脊髓損傷及第三四第四五第五六椎盤破裂

民國107年9月17日發生系爭事故，雲林基督教醫院急診病歷主訴頸部疼痛，107年9月19日至20日期間彰濱秀傳醫院胸腔外科住院身體檢查未發現頸部疼痛紀錄，107年10月11日彰濱秀傳醫院頸部磁共振攝影檢查發現頸椎椎體退化合併骨刺形成；第三至第七頸椎椎間盤突出，但椎間盤突出部位未發現T2訊號增強之急性病灶或相關軟組織急性傷害。107年10月22日秀傳紀念醫院神經外科住院椎間盤切除術之病理檢體報告為明顯纖維化合併局部慢性發炎及浸潤。108年3月12日彰濱秀傳醫院神經外科診斷書診斷為外傷性頸椎脊髓損傷及第三四第四五第五六椎盤破裂。此外，系爭事故前105年12月9日至107年9月8日期間彰濱秀傳醫院心臟內科門診病歷紀錄顯示自訴上臂麻木，疑似頸椎退化性關節疾病。110年1月5日彰濱秀傳醫院回覆法院公文內容提及：1. 病患於107年9月19日由他院轉診，病患前於109年9月17日急診檢查頸椎電腦掃描第四、五、六頸椎呈現楔型變化，屬外力壓迫之變化，查閱病患於107年受傷前之病歷，並無發現頸痛或外傷。2. 病患描述車禍撞擊之情況與肋骨因傷斷裂，有可能因肋骨

之劇痛而忽略頸部之受傷，病患出院後於骨科門診主訴後頸痛及水腫，經檢查有頸椎第三C34、第四C45、第五C56C67椎盤破裂凸出。3.依據磁共振MRI發現病患頸椎第三、四、五、六節均有椎盤破裂問題。摘要前述資料顯示系爭事故當日有頸部疼痛症狀記錄，但107年9月19日至20日期間彰濱秀傳醫院胸腔外科住院身體檢查已無頸部疼痛紀錄，出院診斷未提及頸部病症。107年10月11日頸部磁共振攝影檢查發現頸椎退化而無急性病灶，且頸椎椎間盤切除術病理檢體報告屬於慢性病變而無急性傷害病灶證據。此外，回溯系爭事故前病歷紀錄，有上臂麻木症狀而疑似頸椎退化性關節疾病。因為整理病歷紀錄未發現107年9月17日系爭事故之急性外力壓迫造成多節頸椎楔型骨折之嚴重症狀，本院鑑定『頸椎脊髓損傷及第三四第四五第五六椎盤破裂』與系爭事故不具因果關係。

5.4第三四第四五第五六第六七頸椎後縱韌帶骨化症，合併神經根及脊髓病變

民國107年9月17日發生系爭事故，最早相關病症紀錄為107年10月22日至30日期間秀傳紀念醫院神經外科住院病歷紀錄、手術紀錄及出院診斷：第三四頸椎、第四五頸椎、第五六頸椎、第六七頸椎後縱韌帶骨化症，合併神經根及脊髓病變。醫學文獻顯示後縱韌帶骨化症多為病因不明，部分認為與家族遺傳及基因有關。後縱韌帶骨化危險因子包含：高齡、男性、肥胖、高血壓、糖尿病、高血脂及冠狀動脈粥狀硬化，其中未包括外傷因子。診斷『第三四第四五第五六第六七頸椎後縱韌帶骨化症，合併神經根及脊髓病變』個案具有：高齡、男性、高血壓、高血脂及冠狀動脈粥狀硬化等危險因子，本院鑑定與系爭事故不具因果關係。

5.5下背神經痛

民國107年9月17日發生系爭事故，當日消防局救護單紀錄包括後背痛。雲林基督教醫院急診護理紀錄包括：背部疼痛。107年9月18日至19日期間雲林基督教醫院一般外科住院、107年9月19日至20日期間彰濱秀傳醫院胸腔外科住院、107年10月22日至30日期間秀傳紀念醫院神經外科住院、及108年4月2日至6日期間秀傳醫院神經外科住院共四次住院治療之出院診斷皆未提及下背相關疾患。108年3月12日彰濱秀傳醫院神經外科門診診斷書診斷：下背神經痛。及108年11月13日秀傳醫院神經外科門診診斷書診斷：下背神經痛。110年12月27日臺大雲林分院外科部神經生理學檢查發現腰椎神經根病變，左側較嚴重。本院考量系爭事故107年9月17日當日有後背痛及背部疼痛症狀，但後續期間無自述下背不適症狀，並缺乏進一步身體檢查及影像學檢查以確認診斷，遲至110年12月27日臺大雲林分院外科部神經生理學檢查才發現腰椎神經根病變，前述病程變化不符合外傷撞擊造成腰椎身體嚴重器質傷害併發下背神經痛的生理機轉。本院鑑定證據不足以支持『下背神經痛』診斷與系爭事故之因果關係。

5.6 頭部外傷、失智症及記憶力衰退病症

民國107年9月17日發生系爭事故，同日由救護車逕送雲林基督教醫院急診就醫，主訴頭部傷害。107年9月22日彰濱秀傳醫院急診主訴昨天開始嚴重頭痛，同日身體檢查意識清楚，頸部柔軟無僵硬症狀；頭部電腦斷層未發現明顯異常。因頭痛症狀於107年9月24日及10月8日至彰濱秀傳醫院胸腔外科門診就診，因枕部疼痛症狀於107年10月8日及11月5日至彰濱秀傳醫院骨科及神經外科門診，108年3月4日頭部磁振攝影未發現大腦明顯異常病灶。108年4月2日至6日期間於秀傳醫院神經外科住院手術，108年4月2日頭部電腦斷層檢查無異常發現，出院診斷為顱骨枕部骨瘤，經切除。前述107

01 年9月18日至19日期間雲林基督教醫院一般外科住院、
02 107年9月19日至20日期間彰濱秀傳醫院胸腔外科住
03 院、107年10月22日至30日期間秀傳紀念醫院神經外科
04 住院、及108年4月2日至6日期間秀傳醫院神經外科住
05 院共四次住院治療之出院診斷皆未提及腦部相關疾
06 患。109年3月19日秀傳醫院神經科門診診斷書診斷：1
07 07年9月頭部外傷合併硬腦膜下出血。記憶力衰退相關
08 症狀之最早病歷紀錄為108年7月22日彰濱秀傳醫院神
09 經外科門診自述記憶不佳，後續於108年8月9日秀傳醫
10 院神經科門診主訴車禍後記憶力減損，要求檢查。經
11 安排108年8月9日頭部電腦斷層檢查結果未發現血腫骨
12 折或其他傷害。為評估記憶力衰退情況，秀傳醫院分
13 別於108年8月13日及109年3月3日安排心理衡鑑，其中
14 認知功能篩檢量表（CASI）評估結果顯示66分及53分，
15 簡短智能測驗（Mini-MentalStateExamination，MMS
16 E）評估結果分別為23分及17分。110年12月2日臺大雲
17 林分院神經部門診評估後建議需排除假性失智症。本
18 院鑑定期間安排心理衡鑑認知功能篩檢量表（CASI）及
19 簡短智能測驗（Mini-MentalStateExamination，MMS
20 E）之評估結果分別為79分及26分。本院考量107年9月1
21 7日系爭事故同日雲林基督教醫院急診就醫，主訴頭部
22 傷害。107年9月22日彰濱秀傳醫院急診及107年9月24
23 日彰濱秀傳醫院胸腔外科門診主訴頭痛就醫，診斷為
24 『頭部外傷』，符合生理機轉及時序關係，鑑定與系
25 爭事故具有因果關係。此外，因枕部疼痛症狀於107年
26 10月8日及11月5日至彰濱秀傳醫院骨科及神經外科門
27 診就醫，並於108年4月2日至6日期間於秀傳醫院神經
28 外科住院手術，出院診斷為顱骨枕部骨瘤，經切除。
29 良性骨瘤的病因尚不明確，可能原因包括細胞異常生
30 長、發炎或局部外傷。考量107年9月17日系爭事故
31 後，彰濱秀傳醫院107年9月22日頭部電腦斷層及108年

01 3月4日頭部磁共振攝影檢查皆未發現頭部枕骨傷害病
02 灶，本院鑑定『顱骨枕部骨瘤』診斷之證據不足以支
03 持與系爭事故之因果關係。『失智症及記憶力衰退病
04 症』部分，參考國際診斷分類第十版（ICD-10）輕度認
05 知障礙診斷標準，必須有理學檢查或神經學檢查等客
06 觀證據，支持造成大腦功能缺損病因，如大腦疾病、
07 外傷、系統性疾病及藥物等；且前述病因與認知功能
08 缺損必須要有因果關係。比較108年8月13日秀傳醫
09 院、109年3月3日秀傳醫院及112年4月3日本院心理衡
10 鑑認知功能篩檢量表（CASI）及簡短智能測驗（MMSE）
11 評估結果，出現先降低再上升的不一致變化病程，合
12 併自述生活可完全自理，且107年9月22日頭部電腦斷
13 層檢查、108年3月4日頭部磁共振攝影檢查及108年4月2
14 日頭部電腦斷層檢查皆未發現異常腦部病灶，判斷不
15 符合輕度認知障礙診斷標準。本院鑑定結果顯示病歷
16 與檢查紀錄不足以支持『失智症及記憶力衰退病症』
17 之診斷；相關證據不足以支持『失智症及記憶力衰退
18 病症』診斷與系爭事故之因果關係。

019 5.7外側半月板撕裂傷

020 民國107年9月17日發生系爭事故，最早相關症狀之病
021 歷紀錄為107年12月7日骨科門診自訴右膝疼痛2個月，
022 理學檢查發現右膝內側局部壓痛，107年12月17日磁共振
023 攝影檢查發現外側半月板撕裂傷及滑膜炎，此外，系
024 爭事故前107年7月29日病歷紀錄自述右膝腳踝跌落扭
025 傷，000年0月0日下肢X光檢查結果顯示兩側膝關節內
026 側狹窄。考量107年9月17日系爭事故發生當日及後續
027 急診或住院皆無右膝外傷之相關紀錄；且系爭事故發
028 生前有相關受傷紀錄，本院鑑定『外側半月板撕裂
029 傷』與系爭事故不具因果關係。

030 2.上訴人丁○○部分：「依據歷次病歷紀錄與本院門診評估
031 檢查結果，民國107年9月17日發生系爭事故，事故後歷次

臨床診斷包括：『1. 頭部外傷併腦出血、2. 失智症、3. 腰椎第五節破裂、4. 外傷性頸部神經及脊髓損傷、5. 下背神經痛』，經本院鑑定與系爭事故具因果相關之診斷為：『頭部外傷併腦出血』，其他診斷或症狀經鑑定與系爭事故不具因果關係或證據不足以支持與系爭事故之因果關係。逐項討論及說明如下：

5.1 頭部外傷併腦出血

個案於107年9月17日發生系爭事故，當日逕送若瑟醫院急診，電腦斷層檢查發現右側頂葉輕微蜘蛛網膜下出血、大腦鐮旁硬腦膜下出血、左側頂葉頭皮撕裂傷及血腫，離院診斷：頭部創傷合併頭皮撕裂傷及蜘蛛網膜下腔輕度出血。民國107年9月17日至19日期間若瑟醫院神經外科病房住院出院診斷：1. 右側頂葉蜘蛛網膜下出血及大腦鐮旁硬腦膜下出血、2. 左側頂葉頭皮撕裂傷8x1公分。107年9月19日診斷書診斷：1. 創傷性硬腦膜下出血及蜘蛛膜下出血；2. 頭皮撕裂傷8x1公分。診斷為『頭部外傷併腦出血』，符合生理機轉及時序關係，鑑定與系爭事故具有因果關係。

5.2 失智症

個案於107年9月17日發生系爭事故，同日電腦斷層檢查發現右側頂葉蜘蛛網膜下出血及大腦鐮旁硬腦膜下出血，離院診斷107年9月17日至19日期間若瑟醫院神經外科病房住院出院診斷：右側頂葉輕微蜘蛛網膜下出血及大腦鐮旁硬腦膜下出血。107年9月19日診斷書診斷：創傷性硬腦膜下出血及蜘蛛膜下出血。記憶力衰退相關症狀之最早病歷紀錄為108年8月9日彰濱秀傳醫院神經科門診主訴記憶力變差，要求做檢查。當日頭部電腦斷層結果無明顯異常。同日在秀傳醫院神經科門診主訴失眠記憶不佳。並安排108年8月13日、109年3月3日及109年9月24日共三次心智衡鑑及追蹤，其中認知功能篩檢量表（CASI）評估結果分別為77分、39

分及74分。其中109年3月3日衡鑑報告註記檢查過程配合度不佳，不排除有刻意回答錯誤答案之可能。本院評估時安排112年4月3日心理衡鑑認知功能篩檢量表結果39分。109年9月22日秀傳醫院核醫SPECT檢查未發現多巴胺運送活性（DTA）異常。參考國際診斷分類第十版（1CD-10）輕度認知障礙診斷標準，必須有理學檢查或神經學檢查等客觀證據，支持造成大腦功能缺損病因，如大腦疾病、外傷、系統性疾病及藥物等；且前述病因與認知功能缺損必須要有因果關係。個案自述記憶不佳相關診斷最早紀錄為108年8月9日，與107年9月17日系爭事故相距將近一年；雖然系爭事故當日電腦斷層檢查發現右側頂葉輕微蜘蛛網膜下出血及大腦鑷旁硬腦膜下出血，但108年8月9日彰濱秀傳醫院頭部電腦斷層結果已無明顯異常，109年9月22日秀傳醫院核醫SPECT檢查也未發現多巴胺運送活性（DTA）異常。比較108年8月13日、109年3月3日、109年9月24日及112年4月3日本院心理衡鑑認知功能篩檢量表評估結果，出現降低上升並降低的不一致變化病程，無法作為認知力表現下降的證據，合併輕微出血發現，判斷不符合輕度認知障礙診斷標準。本院鑑定結果顯示病歷與檢查紀錄不足以支持『失智症』診斷；相關證據不足以支持『失智症』診斷與系爭事故之因果關係。

5.3 腰椎第五節破裂

個案於107年9月17日發生系爭事故，當日若瑟醫院急診、107年9月17日至19日期間若瑟醫院神經外科病房住院及107年9月19日至21日期間彰濱秀傳醫院神經外科住院等病歷紀錄，皆未提及腰部不適症狀。107年10月26日秀傳紀念醫院神經外科門診腰椎X光檢查結果顯示無明顯異常。最早相關部位病歷紀錄為107年11月5日彰濱秀傳醫院神經外科門診腰部X光檢查結果疑似第五腰椎線性骨折。而108年1月7日彰濱秀傳醫院神經外

01 科門診主訴腰痛，腰椎X光發現腰椎骨刺形成、無椎體
02 滑脫。本院考量系爭事故後多次病歷紀錄皆未顯示腰
03 椎第五節骨折或破裂，且如果107年9月17日系爭事故
04 造成腰椎第五節骨折或破裂，遲至107年11月5日才出
05 現第一次就醫主訴症狀並不合常理，鑑定證據不足以
06 支持『腰椎第五節破裂』診斷，且不足以支持診斷與
07 系爭事故之因果關係。

08 5.4外傷性頭部神經及脊髓損傷

09 個案於107年9月17日發生系爭事故，當日若瑟醫院頸
10 椎電腦斷層發現疑似頸椎有部分骨刺，未發現椎間盤
11 突出：107年9月17日至19日期間若瑟醫院神經外科住
12 院理學檢查發現頸部疼痛，出院診斷為頸椎外傷。107
13 年11月5日彰濱秀傳醫院神經外科門診自述頸部轉動疼
14 痛，同日頸椎磁共振攝影檢查發現頸椎第六節椎間盤膨
15 出，但無明顯T2訊號異常或骨髓異常變化。107年12月
16 3日至8日期間秀傳紀念醫院神經外科病房住院治療：1
17 07年12月4日神經傳導速率檢查發現左側尺神經感覺神
18 經電位波增加，疑似第六、七頸椎神經根壓迫：於107
19 年12月5日接受第六、七頸椎椎間盤置換手術治療。10
20 7年12月5日病理檢查報告發現為骨質硬化及軟骨退化
21 化。綜合前述病歷紀錄，個案自述症狀、神經生理學
22 檢查及影像學檢查之影響皮節部位具有一致性，診斷
23 罹患『頸椎第六節椎間盤膨出，合併第六、七頸椎神
24 經根壓迫』。然而，107年9月17日系爭事故當日電腦
25 斷層檢查未發現軟組織出血或傷害、107年11月5日磁
26 振攝影檢查未發現T2訊號異常之急性傷害病灶，且107
27 年12月5日病理檢查報告發現為骨質硬化及軟骨退化等
28 慢性變化。本院鑑定『外傷性頸部神經及脊髓損傷』
29 與系爭事故不具因果關係。

30 5.5下背神經痛

31 個案於107年9月17日發生系爭事故，當日若瑟醫院急

診、107年9月17日至19日期間若瑟醫院神經外科病房住院及107年9月19日至21日期間彰濱秀傳醫院神經外科住院等病歷紀錄，皆未提及腰部不適症狀。107年10月26日秀傳紀念醫院神經外科門診自述車禍後下背痛，但腰椎X光檢查結果顯示無明顯異常。最早診斷為108年2月25日彰濱秀傳醫院神經外科門診診斷書診斷：下背痛神經痛。但病歷並無相關症狀紀錄。本院考量系爭事故後多次病歷未紀錄相關不適症狀或客觀檢查報告鑑定證據不足以支持『下背神經痛』診斷。」有成大醫院之病情鑑定報告書在卷可明（見本院卷六第25-42頁）。

- 3.上訴人乙○○、丁○○雖稱：成大醫院的鑑定報告書有檢附秀傳醫院110年1月5日的函文，但該函文內容有具體指出上訴人乙○○於109年9月17日在員林基督教醫院檢查時，醫院認定其患有十契形的變化，屬於外力壓迫的變化，成大醫院對秀傳醫院的專業意見並無提出具體反對之理由及駁斥的意見，該鑑定有疏漏。又上訴人乙○○、丁○○於系爭車禍後均患有揮鞭症候群，這個症狀不是車禍當天就會出現，通常在數天後才會有明顯的症狀，成大醫院以急診及住院的診斷結果認為與系爭車禍無因果關係，顯然未考量到揮鞭症候群的特性，其鑑定亦有疏漏等語。然本院審酌成大醫院與臺大醫院雲林分院所為之鑑定結果大致相符，且成大醫院為我國知名醫學中心，環境暨職業醫學部則為職業疾病論斷之專業單位，所屬醫師應均具備職業疾病及勞動能力診斷之專業學識經驗。又上開鑑定係鑑定人參酌本院所檢送之上訴人乙○○、丁○○各家就診醫院之病歷資料及各項檢查報告，非僅參考其二人之急診判斷，並通知上訴人乙○○、丁○○到院進行診斷後，綜合全部資料所出具，核已詳細敘明鑑定經過、依據及結論，並無不合理之處，成大醫院所為之判斷結果，自堪採認。是以，上訴人乙○○以其因系爭車禍而受有外傷性頸

01 椎脊髓損傷、第三/四C34、第四/五C45、第五/六C56椎盤
02 破裂、下背神經痛、頭部外傷、胸壁挫傷、肺挫傷、失智
03 症、記憶力衰退等傷害，請求被上訴人應連帶賠償其因上
04 開傷害而受有之醫療費用588,448元、喪失勞動能力損失4
05 06,000元、減少勞動能力損失136,225元及精神慰撫金25
06 萬元等損害；上訴人丁○○亦以其因系爭車禍而受有頭部
07 外傷併腦出血、腰椎第五節破裂、創傷性顱內出血、外傷
08 性頸部神經及脊髓損傷、第六頸椎神經脊髓損傷、下背神
09 經痛、頭部外傷、失智症等傷害，請求被上訴人應連帶賠
10 償其因上開傷害而受有之醫療費用262,180元、喪失勞動
11 能力損失433,867元、減少勞動能力損失30萬元及精神慰
12 撫金25萬元等損害，均無理由，不應准許。

13 五、從而，原審依據侵權行為之法律關係，判決被上訴人應連帶
14 給付上訴人丙○○3萬元、上訴人乙○○614,000元、上訴人
15 丁○○169,133元，及均自109年10月9日起至清償日止，按
16 週年利率百分之五計算之利息，而駁回上訴人其餘請求暨假
17 執行之聲請，認事用法並無違誤。上訴意旨指摘原判決此部
18 分不當，求為廢棄改判，為無理由，應予駁回。

19 六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦及所用證據，經本院
20 審酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，
21 附此敘明。

22 七、據上論結，本件上訴為無理由，依民事訴訟法第436條之1第
23 3項、第449條第1項、第454條、第78條，判決如主文。

24 中 華 民 國 112 年 12 月 20 日
25 民事第一庭 審判長法官 蔡碧蓉
26 法官 楊昱辰
27 法官 洪儀芳

28 以上正本係照原本作成。

29 本判決不得上訴。

30 中 華 民 國 112 年 12 月 20 日
31 書記官 李達成