

Processo n.º 167/2026

(Autos de recurso em matéria cível)

Relator: Fong Man Chong

Data: 25 de Junho de 2026

ASSUNTOS:

- Selecção de matéria de facto e erro médico e nova perícia médica

SUMÁRIO:

I – Nos termos do disposto no artigo 430º do CPC, o Tribunal deve seleccionar a matéria de facto relevante segundo as várias soluções plausíveis da questão de Direito, indicando no saneador os factos provados e os a provar.

II – Em matéria de responsabilidade médica, o *facto ilícito* pode referir-se à violação culposa (por acção ou por omissão) de normas jurídicas, de instruções, de princípios deontológicos, de conhecimentos técnicos profissionais ou regras gerais na área de saúde.

III – A perícia médica visa habilitar o Tribunal de ter os dados cientificamente rigoroso, correctos e fidedignos na área de saúde para tomar decisões fundamentadas, como tal o respectivo relatório pericial deve conter todas as informações úteis e demonstrar o raciocínio valorativo e cognostivo percorrido pelos peritos, tal como exige o artigo 22º do Regulamento Administrativo nº 3/2017, de 20 de Fevereiro, que remete para a aplicação subsidiária do Código de Procedimento Administrativo, nomeadamente em matéria de fundamentação.

IV – Quando as respostas dadas pelos peritos são vagas ou não estão devidamente fundamentadas, justifica-se a realização de uma segunda perícia a fim de esclarecer os aspectos duvidosos ou as respostas tecnicamente deficientes.

O Relator,

Fong Man Chong

Processo nº 167/2026

(Autos de recurso em matéria cível)

Data : 25 de Junho de 2026

Recorrente : - **A** *(representado pela B)(Autor)*

Recorridos : - **Serviços de Saúde (衛生局)** *(3º Réu)*
- **C Seguradora Macau, S.A.** *(C保險澳門股份有限公司)*
(Interveniente/Chamada)

*

Acordam os Juízes do Tribunal de Segunda Instância da RAEM:

I - RELATÓRIO

A (representado pela B), Recorrente, devidamente identificado nos autos, discordando da sentença proferida pelo Tribunal de primeira instância, datada de 15/09/2025, veio, em 30/09/2025, recorrer para este TSI com os fundamentos constantes de fls. 948 a 955, tendo formulado as seguintes conclusões:

I. 初級法院作出的裁決為：“綜上所述，本法庭裁定原告的訴訟理由及請求不成立，駁回原告針對澳門**衛生局**提出的全部請求。”

II. 在尊重法官閣下意見的前提下，上訴人並不同意相關的事實認定以及相關的理由說明，並需要對此提出爭執。

III. 尤其是對事實事宜合議庭裁判對“第16至18點”的疑問點、與出血量相關凡疑問

點、相應的理由說明部份、以及判決書內的相應理由說明部份，就數次CT得出的出血總量的判決提出質疑。

IV. 相關需爭執的疑問點分別為：

第16條疑問點：第一被告之醫療判斷令原告喪失了可能獲得更好的治療或減少後遺症、加快預後康復的機會？

第17條疑問點：經第三次CT檢見，血腫擴大了範圍，分別在第4腦室、右枕葉、右顯葉及右側腦室後角均有小量的血腫？

第18條疑問點：此時，原告之腦內出血量已達到45ml？

V. 在上述的事實事宜決定以及判決書當中，均提到數次出血量均沒有超出30ML的結論。

VI. 但是法庭亦沒有否定由原告證人D醫生作出的量度並非為無用之證據，而只是基於其亦將“腦室內的血液”亦納入在內才超出50ML。(載於卷宗第859頁)

VII. 在此，讓我們再重申一次澳門醫療事故鑑定委員會在本案給出的腦出血臨床指引，分別是

(1) 年齡小於65歲；

(2) GCS指數大於等於8及小於等於13；

(3) 屬外側型血腫，腦葉型血腫，血腫破入腦室引起阻塞性腦積水；及

(4) 血總量幕上大於30ml，幕下大於10ml。(載於卷宗第814頁，粗體及下劃線由本人加上)

VIII. 針對上述第三點血腫破入腦室引起阻塞性腦積水；以及第四點血總量幕上大於30ml，幕下大於10ml。(載於卷宗第814頁)

IX. 腦部結構分為大腦、小腦、腦幹、基底節、及腦室系統。

X. 幕上結構為大腦及基底節，而幕下結構則為小腦、腦幹、及腦室系統。

XI. 倘若套用在原告證人的D的報告內，雖則幕上的“基底節”部位可能存在不足30ML的血量，但由於相關血液已有部份流入“腦室”，因此實際上的出血量必然大於現時存在“基底節”的數量。

XII. 除此之外，於2025年6月25日下午的庭審當中，證人E作證時，亦有如下回覆：

“原告律師：佢有其他血液進入左腦室，是否有手術需要？

證人：其實佢第一次出血已破入腦室，咁第二次當然繼續破入腦室，**而不會不見**，咁血腫破入腦室有幾樣野既，就係話，個基底節離腦室很近，當然血腫增大便會破入腦室，辯方提出一個證據，第三次血腫似乎係腦室的是多左，即多左蛛網膜下腔的出血。

證人：此樣野，我想解釋一下，當血入左腦室，腦室是水來的，即是是腦脊液，當血入左去後會散開，不會話入左去就只有一個形狀，所以比較易計第一次、第二次、第三次CT有變化是不出奇，因為水會散開，第三次CT見到係腦室角甚至右邊都見到出血，原因係兩個腦室打通的，所以血有可能漂左過去，散左過去，而不是新的血腫，所以佢地報稱之為蛛網膜下腔出血，只是表面上的出血，不是原來血腫增加，或者有新血腫，所以要去解釋番。”

(聽 取 庭 審 錄 音 “ Recorded on 25-Jun-2025 at 14.52.31 (4UPLJ8LG04320319)_join” ; 時間段為13分34秒至15分14秒, 粗體由本人加上)

XIII. 以及仍有在庭審內證人對7月5日第三次CT作出計算解釋的部份：

“證人：佢張CT寫住1.25MM CUT佢一層就係1.25MM，就有128張。

法官：因為聽左其他醫生的講法，量度血腫時以最大戈張作量度。

證人：係的。

法官：要如何搵到哩張呢？點解？

證人：由最細的開始數上去，白色地方就有血腫，哩到亦有一舊咁咁樣，咁哩個係係腦室入面，係中間位置，所以哩個好可能唔係血腫，佢留左係腦室入面，好可能係血液黎，咁我地再上前少少，血是分開左兩舊野，入邊是血液，出面實戈塊就係血腫，現在搵橫切面最大的AREA去度，再細左，又番轉頭，此位置岩岩大，大概係最大，在此位置去度既。

證人：拉番一個最直的隔離去度，然後拉番一個垂直橫徑去度啦，可能大概係41，42到28，29之間。

法官：可否做截圖呢？之後要附在卷宗入面

證人：可以的。”

(聽 取 庭 審 錄 音 “ Recorded on 25-Jun-2025 at 14.52.31 (4UPLJ8LG04320319)_join” ; 時間段為44分50秒至47分40秒, 粗體由本人加上)

XIV. 接著在數分鐘後，證人又再解釋：

證人：這是剛剛去度的面，因為一張是1.25MM CUTTING，咁就數下佢有幾多張，由第一張開始見唔到既數，開始數有幾多張有既，1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, , 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 咁就去到30, 31張先見唔到。

法官：見唔到咩野？

證人：見唔到血腫，咁佢30, 31張，再去乘以1.25，大概係37.5，按此初略計算，差不多係 $41.6 \times 28.1 \times 37.25$ ，再除以2，就係21.9左右。這個是平時計算粗略一點的方法。

法官：你這個量度方法，準成度，或者係一個公認方法？

證人：是公認的方法。

法官：此方法叫“多田氏公式”？

證人：是的。

證人：我可以解釋埋頭先，血多左係其他位置既，當腦室有血時，佢會走去對面腦室既，你見哩度有白白地既血，此不是新的出血黎既，係因為這邊腦室的血流去戈邊，就不是新的出血。

法官：原告方專家證人交比法院的報告，這個第6頁。

證人：但我見佢個量係咪無除到2呢？

法官：佢量度的地方是拉到去腦室既，應該不是除2的問題。

證人：係無錯既，佢腦室的血液同血腫係分開既，亦即是戈個位置呢，通常就不讀埋腦室的血既。

證人：但係你知啦，佢不是血腫，是腦室的血，這個是兩邊的腦室角，睇番轉頭，都有血在的，整個都是腦室來的，所以是血流入腦室，痴住左係腦室入邊，因為一個人係打平訓既，眼睛向上，腦室是頭入面最低的位置，有血的地方就會流去腦室角的底。

法官：但我見手術係計血腫，定血腫連埋破入腦室的血液呢？

證人：係計血腫的，如剛才所述，腦室入幾滴血，都可以令血腫很大的，不是全部都是血黎的。

法官：另外，第6頁這個拉左斜線的圖係？

證人：佢斜線係重建模型黎既，就CT幫你數既。

法官：此準不準的呢？

證人：都OK的，我見佢連腦室角都有計埋既。

法官：其實佢下面文字的描述，係咪都話埋腦室加啦？

證人：**是的，佢有寫埋出血估算包含部份腦室出血，但通常我們腦室出血是另外計的。**

法官：羅律師有否問題呢？.....”

(聽 取 庭 審 錄 音 ” Recorded on 25-Jun-2025 at 14.52.31
(4UPLJ8LG04320319)join” ；時間段為48分21秒至54分44秒，粗體及底劃線由本人加上)

XV. 在上述的庭審錄音內，證人亦有提及腦室的出血是需要另作計算的，並且是不會不見的，意味著血液到達腦室也是需要作出治療，並將之納入計算範圍。

XVI. 而且在上述庭審當中，證人也指出了計算血量的方法，只是未有解釋為何不計算腦室的血量。

XVII. 無論在第二次CT的22.8ML又或者第三次CT的21.9ML也好，因這不是傷口在受傷後全數的血量，部份已通到腦室。

XVIII. 從第二次的CT開始，血液亦已大量存在於腦室。(參考第二次CT影像)

XIX. 可見按照E醫生的算法，在第二次CT，128張片斷當中，由第55到第84張，均能看見“腦室”中有一個“血塊”是與基底節存在的血腫的不小相約。

XX. 然而，上訴人非為對醫學有專業理解之人，所以認為應要由“專家”再另外進行鑑定，再能得出相關體積。

XXI. 但可以簡單推斷出，即使是混合了原本存在在“腦室”的腦脊液也好，是有機會超出30ML這一指標的。

XXII. 而需指出，本身腦部是不應存有血液。

XXIII. 誠言，如同證人E所述，血液流入腦室後會與腦脊液混合。

XXIV. 但是基於兩者的密度是存在差異的，按理解，在CT上，血液通常顯示為高密度區域，而腦脊液呈現低密度影像。

XXV. 而可見，無論在第二次及第三次CT腦室的“異物”顏色，均是與基底節的血腫相同。

XXVI. 因此，在存有疑問的情況下，亦應去考慮“基底節”及“腦室”兩處的總出血量。

XXVII. 而其血液不論存在於“基底節”或“腦室”後，也是會增加腦部的顱壓，從而導致腦部神經受損。

XXVIII. 因此，顯然在尊重原審法庭的前提下，上訴人認為是遺漏考量除了基底節部份的其他腦內部份的出血量此一問題，以及此等血量亦會對腦部神經造成損傷。

XXIX. 在此亦需指出腦出血時，血腫及腦出血量均應一併考量，這是基於腦內出血並不會自然排出，需要透過治療手段(內部或外科)介入。

XXX. 在此亦需指出腦出血時，血腫及腦出血量均應一併考量，這是基於腦內出血並不會自然排出，需要透過治療手段(內部或外科)介入；同時，需指出每次的CT影像均為“動態”的腦部掃描，一個掃描內便有數百張的圖片，隨著不同角度的觀察，所呈現的血腫大小亦會稍有不同，而此等稍差幾毫米的判斷，更會令到所計算之數值有著巨大的差異。

XXXI. 同時如同原審法庭所指，若要為著病患(原告)的最大利益作考量，亦是應該將所有的出血量一併作考量，因這樣更能顯示最大的損傷為多少，從而對此作出判斷。

XXXII. 基於原審法庭就“出血量”的說明理書並不充分，尤其是未全盤考量腦出血應該也將流入腦室的血液也計算在內的情況，以及血腫破入腦室引起阻塞性腦積水，此兩項手術指徵的情況。

XXXIII. 在不能判斷原告證人報告的結論不能採納或排除的情況下，以及各證人對CT有不同角度的觀測等因素，相關說明理由是存在缺漏的。

XXXIV. 如同原審法院所述，出血量血量大少是決定是否需要進行手術的關鍵要素，亦為本案雙方一直爭論的要點。

XXXV. 因此根據澳門《民事訴訟法典》第629條，及原法庭在考量原告方及被告方證人給予的“出血量”見解不同下並未經作出適當的說明理由時，請求中級法院法官 閣下考量對本案的相應事實重新進行審理。

XXXVI. 同時，按照澳門《民事訴訟法典》第510條規定，依職權對如下問題作出鑑定：

甲、“腦室”的出血量為多少，需計算第二次的，以及第三次的，兩份CT的；

乙、“腦室”存在血液會否提高顱壓；

丙、基底核及腦室有血液或血腫時，均會提高顱內壓力，並且會進一步加劇患者的神經受損情況？

丁、是否內科藥物治療就能處理“腦室”的積血，還是應用手術作穿刺引流？

戊、或由法官 閣下們就“腦室”血量計算遺漏會否對救治病人存在遺漏提出相應的問題。

基於以上所述，上訴人謹請法官 閣下裁定上訴理由成立，並：

一) 依據澳門《民事訴訟法典》第599條及629條規定，基於原審判決遺漏考慮陳述的內容，對出血量相關的事實提出爭執，尤其是第16至18條疑問，並請重新考慮本上訴的陳述，繼而重新作出裁決；以及

二) 因此考慮根據《民事訴訟法典》第510條的規定進行二次鑑定。

*

Os **Serviços de Saúde (衛生局)**, veio, 19/01/2026, a apresentar as suas contra-alegações constantes de fls. 964 a 974, tendo formulado as seguintes conclusões:

1. A presente acção versa sobre alegada responsabilidade civil por má prática médica, imputando o Recorrente aos Réus a omissão de actuação clínica adequada, em especial a não realização de intervenção cirúrgica, e peticionando indemnização por culpa e nexo causal, ou subsidiariamente por "perda de chance".

2. A sentença recorrida julgou improcedentes todos os pedidos, por não se ter demonstrado violação do dever de cuidado (leges artis) nem nexo de causalidade adequado entre a não realização de cirurgia e os danos permanentes alegados.

3. O recurso do Autor assenta, essencialmente, na impugnação da matéria de facto e das conclusões médico-legais extraídas, procurando reabrir a discussão sobre o volume do hematoma e a relevância do sangue no sistema ventricular (pontos 16.º a 18.º).

4. O próprio Recorrente reconhece que, considerando apenas o hematoma

intraparenquimatoso medido nas TCs, os valores apurados (c. 22,8 ml e 21,9 ml) ficam abaixo do limiar de 30 ml que invoca como referência.

5. A discordância do Recorrente não decorre de erro de cálculo do hematoma, mas da pretensão de somar, de forma artificiosa, o sangue intraventricular ao volume do hematoma intraparenquimatoso, para construir um "volume total" superior.

6. Tal premissa é clinicamente errada e foi devidamente esclarecida em audiência: o hematoma intraparenquimatoso constitui massa focal com efeito compressivo, ao passo que o sangue intraventricular se mistura com o LCR, dispersa-se e é avaliado por critérios distintos, não devendo ser somado como "massa sólida" para efeitos de volumetria do hematoma.

7. A metodologia usada (fórmula de Tada/Coniglobus, equivalente ao padrão ABC/2) tem objecto definido: medir o volume do hematoma intraparenquimatoso relevante para o risco de aumento da pressão intracraniana e herniação, não um somatório leigo de compartimentos distintos.

8. O limiar dos 30 ml não constitui qualquer automatismo cirúrgico, sendo apenas um indicador clínico a ponderar com outros factores cumulativos (idade, estado neurológico/consciência, localização, risco/benefício), conforme as próprias orientações invocadas pelo Recorrente e a prática clínica explicada pelas testemunhas.

9. A prova testemunhal, designadamente de neurologistas e neurocirurgiões, foi uniforme ao afirmar que a cirurgia tem, primordialmente, finalidade salvadora de vida (redução de PIC/evitar herniação), não sendo um meio destinado a reverter sequelas motoras já instaladas.

10. A opinião isolada do Dr. D, no sentido de uma volumetria superior (com inclusão de áreas indevidas, designadamente sangue ventricular), foi motivadamente desvalorizada pelo Tribunal a quo por razões metodológicas e de credibilidade técnica.

11. Ainda que por hipótese académica se admitisse discutir um "volume total" superior, o Recorrente não demonstra, nem pode demonstrar, o nexo de causalidade

entre a não cirurgia e as sequelas motoras alegadas.

12. Resultou provado que o dano neurológico relevante decorreu da própria hemorragia profunda, na sua localização (gânglios da base/cápsula interna e trato piramidal), tendo o défice motor ficado clinicamente evidenciado logo na admissão (v.g., sinal de XXX e redução marcada da força muscular), isto é, antes de qualquer decisão terapêutica.

13. As sequelas motoras são, assim, consequência directa da lesão inicial irreversível, sendo cientificamente inadequado imputá-las a uma omissão cirúrgica, inexistindo causalidade adequada.

14. Por idêntica razão, a invocada "perda de chance" carece de objecto: não ficou demonstrada qualquer probabilidade séria e real de recuperação motora por via cirúrgica, não sendo indemnizável a perda de uma oportunidade que, face à gravidade e localização da lesão, não existia.

15. Não procede a alegação de insuficiente fundamentação da decisão de facto: o Tribunal a quo explicitou o seu iter decisório, apreciou criticamente a divergência técnica e justificou, de modo compreensível e verificável, a aceitação da volumetria do hematoma e a rejeição das medições inflacionadas.

16. Consequentemente, não se verificam os pressupostos do art.º 629.º, n.º 5, do CPCM para ordenar nova fundamentação, nem pode o recurso servir para substituir a convicção do Tribunal por mera inconformidade do Recorrente.

17. É igualmente improcedente o pedido de novas diligências periciais ao abrigo do art.º 510.º do CPCM, por traduzir um incidente instrutório novo destinado a refazer o julgamento e a "fabricar" um suporte técnico alternativo para a narrativa recursória, sem lacuna objectiva que o imponha.

18. As questões técnicas colocadas pelo Recorrente partem de um equívoco já resolvido em julgamento (não somatório do sangue intraventricular ao hematoma), sendo, além disso, irrelevantes para abalar os fundamentos determinantes da decisão

recorrida quanto à ausência de ilicitude, culpa e nexo causal.

19. Assim, deve o recurso ser julgado totalmente improcedente, mantendo-se integralmente a sentença recorrida.

20. Em consequência, devem os Réus ser absolvidos de todos os pedidos, com as legais consequências, incluindo custas pelo Recorrente.

PEDIDO

Termos em que se requer que o presente recurso seja julgado totalmente improcedente, mantendo-se integralmente a sentença recorrida, com a consequente absolvição dos Réus de todos os pedidos, e custas pelo Recorrente.

*

C Seguradora Macau, S.A. (C保險澳門股份有限公司), veio, 26/01/2026, a apresentar as suas contra-alegações constantes de fls. 976 a 988, tendo formulado as seguintes conclusões:

A - O Autor interpôs o presente recurso do acórdão proferido pelo Tribunal "*a quo*" que julgou improcedente a acção e absolveu os réus de todos os pedidos formulados.

B - Circunscreveu o seu recurso à decisão sobre a matéria de facto no que respeita às respostas dadas aos quesitos 16º, 17º e 18º.

C - Parecendo imputar à decisão recorrida o vício de erro na apreciação da prova e/ou de insuficiência da fundamentação para a decisão da matéria de facto provada. Diz-se "parecendo", porquanto o Autor não refere expressamente quais os vícios que imputa à decisão recorrida.

D - Pois limitou-se a questionar as respostas dadas aos quesitos 16º, 17º e 18º, e a pedir que seja feita uma nova peritagem para averiguar do volume de sangue aquando do 3º CT, por entender que nesse cálculo do volume da hemorragia se deve considerar o sangue existente nas regiões dos núcleos de base e nos ventrículos.

E. Em abono das suas pretensões, o Recorrente transcreveu parte do

depoimento da testemunha Dr. E (E), a qual, por ser parcial e até, diga-se, descontextualizada, de maneira nenhuma se mostra apta a contrariar e/ou colocar em dúvida o que foi correctamente concluído pelo Tribunal "*a quo*" nas respostas dadas aos quesitos 16º, 17º e 18º.

F - Ora, a interveniente C SEGURADORA MACAU S.A, entende que tanto o acórdão de respostas aos quesitos, como a sentença que julgou improcedente a acção, não enfermam de qualquer vício, reflectindo exactamente a prova que foi feita em audiência de julgamento, sendo a fundamentação apresentada no acórdão das respostas aos quesitos, uma fundamentação suficientemente clara, coerente, plausível e lógica, tendo efectuado uma análise crítica e descomprometida dessas provas, especificando desenvolvidamente as razões e os fundamentos em que se baseou, não existindo, por isso, motivos que possam por em causa a sua credibilidade, certeza ou justeza.

G - Pois, a resposta negativa dada ao quesito 16º está devidamente fundamentada na página 25 do acórdão de respostas aos quesitos, no qual está bem perceptível quais os elementos probatórios em que o Tribunal "*a quo*" se baseou para fundar a sua convicção de que não foi a ausência de cirurgia que provocou a hemiplagia ao Autor.

H - O Tribunal "*a quo*" formou a sua convicção em conformidade com a prova produzida em audiência e as demais provas juntas aos autos (perícia da comissão do erro médico e demais literatura médica junta aos autos).

I - Ou seja, o colectivo de juízes do Tribunal "*a quo*", para além dos depoimentos das testemunhas em audiência de julgamento, fundou-se ainda no relatório pericial da comissão do erro médico junto a folhas 814 a 818, em especial nas respostas dadas à questão 10 e 11, no qual se refere que o objectivo da cirurgia é reduzir o risco de morte e que mesmo que o autor tivesse sido submetido a craniotomia não seria possível melhorar o prognóstico das funções neurológicas, para considerar que

não estavam reunidas as indicações para efectuar uma craniotomia após o internamento do Autor, como é patente dos extractos dos depoimentos transcritos, nas versões gravadas referentes às traduções para a língua portuguesa, pelo que se alerta para eventuais incorrecções que poderão ser ultrapassadas com a audição, por esse Venerando Tribunal, das correspondentes partes da versão das gravações em língua chinesa.

J - Assim, depois da análise ponderada destes depoimentos, o colectivo de Juízes do Tribunal *a quo*, no uso da sua livre convicção, decidiu e muito bem, dar resposta negativa ao quesito 16º, não se descortinando que outra resposta o mesmo merecia.

L - Já quanto aos outros dois quesitos, cujas respostas o Autor pretende ver alterada, a resposta negativa dada aos mesmos está devidamente fundamentada na página 23 e 24 do acórdão de respostas aos quesitos, no qual está bem perceptível quais os elementos probatórios em que o colectivo de juízes do tribunal *a quo* se baseou para fundar a sua convicção, em especial quanto ao volume do hematoma.

M - Ou seja, o colectivo de juízes do Tribunal "*a quo*", fundou a sua decisão de responder negativamente aos quesitos 17º e 18º, na resposta constante de fls. 765, dada pelos **Serviços de Saúde** de Macau sobre a escala de Glasgow coma, no relatório pericial da comissão do erro médico junto a folhas 814 a 818, e nos depoimentos das testemunhas ouvidos em audiência, dos quais se transcreveram extractos, nas versões gravadas referentes às traduções para a língua portuguesa, pelo que se alerta para eventuais incorrecções que poderão ser ultrapassadas com a audição, por esse Venerando Tribunal, das correspondentes partes da versão das gravações em língua chinesa.

N - Ora, em face dos depoimentos destas testemunhas, e bem assim das demais provas existentes nos autos, provas que o Colectivo de Juízes do Tribunal "*a quo*" analisou prudentemente, não havia como não dar as respostas negativas aos

quesitos 17º e 18º, pois ficou suficientemente demonstrado que o hematoma nunca ultrapassou os 30 ml, muito menos no 3º CT atingiu os 45 ml.

O - Por outro lado, ficou bem demonstrado que os cálculos do hematoma efectuados pelo Dr. D (D) estavam errados, quer porque não procedeu à divisão por 2, ou quer porque considerou o sangue existente nos ventrículos, quando os demais médicos ouvidos como testemunhas, todos eles neurologistas e/ou neurocirurgiões, com vasta experiência em neurologia, afirmaram que o sangue nos ventrículos não devia contar e que até se diluía e desapareceria mais facilmente, o que correspondia a uma boa situação para o paciente.

P - E, andou bem o Tribunal "*a quo*" ao não dar credibilidade quer ao relatório apresentado pelo Autor e elaborado pela testemunha D (D), quer ao depoimento deste, pois considerou, e bem, que o mesmo, apesar de ter experiência em clínica geral e medicina legal, não tinha experiência em neurocirurgia, como tinham os restantes médicos ouvidos em audiência, o que ficou devidamente plasmado na fundamentação do acórdão das respostas aos quesitos.

Q - Ora, tudo visto, está bem patente que a verdadeira realidade dos factos foi prudentemente entendida pelo Colectivo de Juízes do Tribunal "*a quo*", na formação da sua livre convicção para decidir como decidiu, com a margem de liberdade que lhe permite o princípio da livre apreciação da prova, não se vislumbrando qualquer erro na apreciação da prova, nem mesmo insuficiência da fundamentação para a decisão da matéria de facto.

R - Aliás, a este propósito já decidiu o Venerando Tribunal de Segunda Instância, no acórdão de 17.1.2019, Processo 1124/2017 que "Quando a primeira instância forma a sua convicção com base num conjunto de elementos, entre os quais a prova testemunhal produzida, o tribunal "*ad quem*", salvo erro grosseiro e visível que logo detecte na análise da prova, não deve interferir nela, sob pena de se transformar a instância de recurso, numa nova instância de prova" e "A decisão de facto só pode ser

modificada nos casos previstos no art. 629º do CPC e o tribunal de recurso não pode censurar a relevância e a credibilidade que, no quadro da imediação e da livre apreciação das provas, o tribunal recorrido atribuiu ao depoimento de testemunhas a cuja inquirição procedeu".

S - Daí que, tendo-se limitado o Recorrente a pôr em causa o princípio da livre apreciação da prova feita pelo Tribunal "*a quo*", sem indicar ou sem apresentar quaisquer outras razões convincentes que permitam alterar o sentido das respostas dadas aos quesitos 16º, 17º e 18º, deverá improceder todo o alegado pelo Recorrente no Recurso por si interposto.

Termos em que, por o acórdão recorrido não enfermar de qualquer vício de erro na apreciação da prova, nem de insuficiência na fundamentação para a decisão da matéria de facto, deve improceder o recurso interposto pelo Autor, por ser manifestamente infundado, pelo que negando-lhe provimento e mantendo a decisão recorrida, fará esse Venerando Tribunal, como sempre, a costumada JUSTIÇA

*

Corridos os vistos legais, cumpre analisar e decidir.

* * *

II - PRESSUPOSTOS PROCESSUAIS

Este Tribunal é o competente em razão da nacionalidade, matéria e hierarquia.

O processo é o próprio e não há nulidades.

As partes gozam de personalidade e capacidade judiciária e são dotadas de legitimidade "*ad causam*".

Não há exceções ou questões prévias que obstem ao conhecimento do mérito da causa.

* * *

III – FACTOS ASSENTES:

A sentença recorrida deu por assente a seguinte factualidade:

已確定事實:

- A. 第一被告於2018年7月任職於仁伯爵綜合醫院及擔任神經外科主治醫生一職。
(已確定事實A項)
- B. 外科醫生的主要職責為診斷外科疾病：透過分析病人的病史、藥物過敏反應、身體條件和相關檢查結果後，確認進行手術的必要性，並於制定手術施行方案後為患者實施手術治療的醫務人員。(已確定事實B項)
- C. 第二被告任職於仁伯爵綜合醫院及擔任神經內科主治醫生一職。(已確定事實C項)
- D. 2018年7月4日早上11時左右，原告因突然右側身乏力而被送往仁伯爵綜合醫院急症室治療。(已確定事實D項)
- E. 當天11:39，原告被醫生初步診斷為患有基底節腦出血(ICH)。(已確定事實E項)
- F. 當時，醫生檢見原告在巴賓斯基反射(babinski sign)中右側是陽性的，以及GCS指數(昏迷指數)為13分(E3V4M6)。(已確定事實F項)
- G. 原告有高血壓(HTN)及糖尿病(DM)的病史。(已確定事實G項)
- H. 於11:45，原告之血壓為192/75 mmHg，GCS指數為15分(E4V5M6)。(已確定事實H項)
- I. 於12:00，原告接受了CT檢測。(已確定事實I項)
- J. 自當天12:18起，原告一直被予以藥物治療。(已確定事實J項)
- K. 當天12:25，原告之GCS指數為14分(E4V4M6)，CT檢測顯示存在左基底節腦出血(Left ICH)。(已確定事實K項)
- L. 經第一被告診斷後認為無手術指徵，並指示諮詢神經內科醫生。(已確定事實L項)
- M. 當天13:00，原告血壓為192/75 mmHg，GCS指數為13分(E3V4M6)。醫生同意收入並留院治療。(已確定事實M項)
- N. 當天13:24，原告轉入院留醫治療。(已確定事實N項)
- O. 按照病歷記錄，在入院當天，原告有如下情況(已確定事實O項)：
1. 於12:45，原告有嘔吐100g黃色胃內容；
 2. 於13:13，原告有嘔吐500g黃色胃內容。

P. 按照病歷記錄，原告於當天之血壓變化如下(已確定事實 P 項)：

1. 於 11:45, 血壓為 192/75 mmHg;
2. 於 12:25, 血壓為 211/115 mmHg;
3. 於 12:38, 血壓為 189/99 mmHg;
4. 於 12:55, 血壓為 212/119 mmHg;
5. 於 13:00, 血壓為 192/75 mmHg;
6. 於 13:13, 血壓為 213/118 mmHg;
7. 於 13:25, 血壓為 212/119 mmHg;
8. 於 14:00, 血壓為 202/109 mmHg;
9. 於 14:25, 血壓為 217/105 mmHg;
10. 於 15:00, 血壓為 185/100 mmHg;
11. 於 15:40, 血壓為 174/95 mmHg;
12. 於 16:00, 血壓為 174/95 mmHg;
13. 於 18:30, 血壓為 170-180/100-90 mmHg;
14. 於 19:00, 血壓為 170/95 mmHg;
15. 於 20:00, 血壓為 165/80 mmHg;
16. 於 21:00, 血壓為 155/80 mmHg;
17. 於 22:00, 血壓為 150/70 mmHg;
18. 於 23:00, 血壓為 145/70 mmHg。

Q. 按照病歷記錄，原告之 GCS 指數評分於當天按時間順序排列如下(已確定事實

Q 項)：

1. 於 11:39, 指數為 13 分(E3V4M6);
2. 於 11:45, 指數為 15 分(E4V5M6);
3. 於 12:25, 指數為 14 分(E4V4M6);
4. 於 13:00, 指數為 13 分(E3V4M6);
5. 於 14:00, 指數為 9 分(E1V4M4) ;
6. 於 15:00, 指數為 10 分(E2V4M4);
7. 於 16:00, 指數為 8 分(E2V1M5);
8. 於 18:00, 指數為 10(E3V2M5) ;
9. 於 19:00, 指數為 10(E3V2M5);

10. 於 20:00, 指數為 9 分(E2V2M5);
11. 於 22:00, 指數為 9 分(E2V2M5);
12. 2018 年 7 月 5 日 12:00, 指數為 10 分(E3V2M5)。
- R. 在送院後首2天, 原告共接受了3次CT檢測。(已確定事實R項)
- S. 2018年7月4日12:01, 經CT檢見原告有一血腫(30mm×22mm×30mm)存在於其左基底節及破入左側腦室及第三腦室, 中線結構稍微向右偏移, 沒有佔位性病變或梗塞(下稱“首次CT”)。(已確定事實S項)
- T. 7月4日當天14:01, 原告再接受CT檢查, 檢見左基底節之血腫已擴大至45mm×29mm×35mm, 中線更多地向右偏移(下稱“第二次CT”)。(已確定事實T項)
- U. 翌日13:31, 原告再接受CT檢驗, 檢見血腫已破入到第4腦室, 以及在原告之右枕葉(occipital lobe)及右顳葉(temporal lobe)均出現了小量的蜘蛛膜下腔出血, 以及右側腦室後角有小量的血腫(下稱“第三次CT”)。(已確定事實U項)
- V. 於入院當天原告的治疗情況按時間順序排列如下(已確定事實 V 項):
1. 於 12:25, 經第一被告診斷為無手術指徵;
 2. 於 14:25, F 醫生將 CT 檢測資料及原告情況向第一及第二被告作出諮詢, 第一被告表示無手術指徵, 第二被告則處方藥物治療及指示密切跟蹤 GCS 指數及生命體徵的監測;
 3. 於 15:40, F 醫生將新的 CT 檢測資料及原告情況向第二被告作出諮詢, 第二被告認為維持處方藥物, 明天繼續進行 CT 檢測, 治療計劃包括密切監測 GCS 指數及血壓, 以及聯絡家人。
 4. 於 18:30, G 醫生向第二被告就原告病情作出諮詢, 第二被告指示應控制血壓少於 140/90 mmHg, 及作出藥物使用的調整、密切監測 GCS 指數及血壓。
 5. 於 21:48, 就原告左基底節之血腫已擴大至45mm×29mm×35mm, 中線更多地向右偏移之第二次 CT 檢測情況向第一被告作出諮詢, 第一被告認為無手術指徵。
- W. 在留院期間, 第二被告為原告之主治醫生/責任醫生。(已確定事實W項)
- X. 原告一直被予以藥物治療(保守治療), 未有進行顱腦手術(積極治療)。(已確定事實X項)
- Y. 2018年7月30日, 原告由家人陪同出院及返回內地。(已確定事實Y項)
- Z. 當發現原告之GCS指數下跌時, 是需要諮詢神經外科醫生。(已確定事實Z項)
- AA. 即使原告的GCS指數有多次低於10分, 第二被告均亦未有就此立即向第一被告或其他神經外科醫生作出諮詢。(已確定事實AA項)

BB. 入院時，原告的狀況是GCS指數為13分，當中說話反應(以字母V代表)的指數是4分，即可應答，但說話沒有邏輯。(已確定事實BB項)

CC. 2018年7月30日，原告從仁伯爵綜合醫院出院。(已確定事實CC項)

DD. 2021年9月14日，中國天津市南開區人民法院宣告原告為無民事行為能力人，該判決為終審判決。(已確定事實DD項)

經開庭審理後，獲得證實的調查基礎內容：

EE. 經內地醫院治療後，仍一直存在偏癱。(第 1 條疑問點的回答)

FF. 依據第二次 CT 顯示，原告當時之病況是患有急性腦出血，出血發生在基底節區並已破入腦室及基本鑄形、出血量大於 20ml、側腦室受壓閉塞大於 1/2 及中線結構偏移。(第 3 條疑問點的回答)

GG. 過程中，醫生有持續向原告用藥治療，以減低血壓及腦壓。(第 4 條疑問點的回答)

HH. 因基底節區發生腦出血而進行的顱腦手術之目的是為清除血腫和降低顱內壓，盡可能降低由血腫壓迫導致的繼發性腦損傷和殘廢。(第 8 條疑問點的回答)

II. 急性腦出血越早獲得適切治療，康復進度越理想。(第 9 條疑問點的回答)

JJ. 中樞神經細胞是無再生能力的，一旦被破壞即無法再生，導致不可逆的損害。(第 10 條疑問點的回答)

KK. 病人的預後情況和腦出血發作時腦部受損位置是有關係。(第 11 條疑問點的回答)

LL. 腦內血塊堆積就會造成顱內壓力上升。(第 12 條疑問點的回答)

MM. 血塊出現在基底節區會造成不可逆轉的損害，並使病患失去相應之活動能力或語言能力。(第 13 條疑問點的回答)

NN. 手術治療可以清除腦內聚積的血塊，降低腦壓及受損範圍。(第 14 條疑問點的回答)

OO. 在腦基底節內囊出血的情況，手術是為了拯救患者生命、減少顱壓及對腦細胞之損害。(第 15 條疑問點的回答)

PP. 在進行第三次 CT 檢查時，腦出血情況在原告大腦已存在了近 26 小時，且血腫未有明顯減少。(第 19 條疑問點的回答)

QQ. 在進行第三次 CT 檢查後，第二被告認為沒有手術必要，故沒有再諮詢第一被告或其他神經外科醫生。(第 20 條疑問點的回答)

RR. 急性腦內實質出血的死亡率是超過 30%，腦內出血的治療是爭分奪秒的，不應有任何拖延。(第 21 條疑問點的回答)

SS. 於入院當天早上 11 時 45 分，原告意識狀態清醒，GCS 指數為 15 分，當中說話反應(以字母 V 代表)的指數是 5 分，能與人交談。(第 23 條疑問點的回答)

TT. 原告意識清醒的狀態維持至同日下午 2 時。(第 24 條疑問點的回答)

UU. 在原告意識清醒時是可以清晰回答第三被告的人員之提問。(第 25 條疑問點的回答)

VV. 隨後及直至 7 月 5 日前，原告之昏迷指數再次下降，且未有回升至 15 分。(第 27 條疑問點的回答)

WW. 原告是從中國內地入境本澳的旅客，其入境資料都被治安警察局所記載了。(第 28 條疑問點的回答)

XX. 入院時，原告身上帶有手提電話及護照。(第 31 條疑問點的回答)

YY. 直至 2018 年 7 月 8 日，原告之家屬來澳並自行向治安警察局報案尋人後，經警局調查後，才知悉原告身處仁伯爵綜合醫院。(第 33 條疑問點的回答)

ZZ. 直至原告之家屬自行到仁伯爵綜合醫院，原告家屬才獲醫院通知原告已處於疾病危重。(第 34 條疑問點的回答)

AAA. 在原告入院後，其財物一直由第三被告保管，當中包括電話。(第 35 條疑問點的回答)

BBB. 於 2018 年 7 月 5 日，原告家屬曾多次致電原告，但電話都處於關機狀態。(第 36 條疑問點的回答)

CCC. 即使原告家屬曾多次致電，但亦未能接通。(第 39 條疑問點的回答)

DDD. 在急診登記表上記載了“XXX 天津(太太)”，這是原告配偶的聯絡方式。(第 40 條疑問點的回答)

EEE. 出院時，原告狀況為意識狀態混亂、言語溝通不清、不能正確表達意思、活動須完全依賴他人照顧(包括步行、洗澡、穿脫衣物及上下梯級)、排尿排便失禁。(第 44 條疑問點的回答)

FFF. 2018 年 7 月 31 日至 8 月 28 日，原告曾入住天津中醫藥大學第一附屬醫院。(第 45 條疑問點的回答)

GGG. 2018 年 10 月 15 日，再入住天津中醫藥大學第一附屬醫院治療。(第 46 條疑問點的回答)

HHH. 在內地入院時，原告已存在“右側肢體不遂伴語言不利後遺症”，主要包括反應遲鈍、語言不利及右側肢體癱瘓的狀況。(第 47 條疑問點的回答)

III. 經治療後，原告於 2018 年 11 月 10 日出院，當時原告仍存在反應略遲鈍，語言不利，右側上肢肌力 0 級，下肢肌力 2 級+的狀況，但右側肢體不遂較前好轉。(第 48 條疑問點的回答)

JJJ. 2019 年 1 月 17 日，經天津市黃河醫院作殘疾評定後，認為原告屬壹級殘疾，屬偏癱，致殘主要原因是腦血管疾病。(第 49 條疑問點的回答)

KKK. 2019 年 7 月 17 日，原告經天津市勞動能力鑒定委員會評定原告不能自理及完全喪失勞動力。(第 50 條疑問點的回答)

LLL. 原告在身體機能及思維能力上亦存在缺陷。(第 51 條疑問點的回答)

MMM. 原告在精神上受到長期及持續痛苦。(第 52 條疑問點的回答)

NNN. 原告須一直接受物理治療。(第 53、67 及 71 條疑問點的回答)

OOO. 自 2018 年 8 月 28 日至 2018 年 9 月 22 日，原告入住中國天津市醫藥研究院附屬醫院，共 25 天。為此，原告支付了人民幣 15,437.36 元。(第 54 條疑問點的回答)

PPP. 自 2018 年 10 月 15 日至 2018 年 11 月 10 日，原告入住中國天津中醫藥大學第一附屬醫院，共 26 天，為此，原告支付了人民幣 16,615.47 元。(第 55 條疑問點的回答)

QQQ. 自 2018 年 11 月 17 日至 2018 年 12 月 1 日，原告入住中國天津市中醫藥研究院附屬醫院，共 14 天，為此，原告支付了人民幣 10,233.51 元。(第 56 條疑問點的回答)

RRR. 原告因身體偏癱而生活不能自理，須聘請一名看護人員在家中長期照料，為此，每月須人民幣 5,980 元。(第 57 條疑問點的回答)

SSS. 自 2018 年 8 月 1 日起至 2022 年 3 月 3 日，原告已支付了 42 個月，合共人民幣 251,160 元。(第 58 條疑問點的回答)

TTT. 2021 年 9 月 14 日，中國天津市南開區人民法院宣告原告為無民事行為能力人，該判決為終審判決。(第 59 條疑問點的回答)

UUU. 在仁伯爵綜合醫院留院期間，於 2018 年 7 月 8 日，原告已存在右上肢偏癱。(第 60 條疑問點的回答)

VVV. 從仁伯爵綜合醫院出院後，原告一直接受治療，但未曾康復，亦未曾恢復自理及工作能力，此等情況一直維持至 2019 年 1 月 17 日。(第 61 條疑問點的回答)

WWW. 原告在出院時已完全喪失了工作能力。(第 62 條疑問點的回答)

XXX. 在入院前，原告為天津市 XXX 商貿有限公司之公司合伙人，任業務經理一職，

每月收入為人民幣 18,000 元。(第 63 條疑問點的回答)

YYY. 原告於 1963 年 1 月 19 日出生。(第 64 條疑問點的回答)

ZZZ. 基於偏癱，原告的日常活動須完全依賴他人照顧，當中包括但不限於不能自行洗澡、不能自行穿衣服，上下床都要家人搬動、三餐無法自理且須家人餵食、排尿排便失禁、大小便亦要家人協助、亦須使用輪椅，還有存在說話詞不達意的情況。(第 65 條疑問點的回答)

AAAA. 原告無法獨自地自由活動。(第 66 條疑問點的回答)

BBBB. 原告每周要到醫院接受按摩治療 1 次，每次 1 小時，按右半身，包括腿及肩膀，以避免身體肌肉萎縮。(第 68 條疑問點的回答)

CCCC. 原告每周亦要到醫院進行 1 次針灸治療，以刺激右邊神經。(第 69 條疑問點的回答)

DDDD. 原告亦存在反應遲鈍、語言不利的狀況。(第 70 條疑問點的回答)

EEEE. 上述各項情況將是終身存在。(第 72 條疑問點的回答)

FFFF. 原告的餘生將持續承受身體不便及痛苦，無法用言語與人溝通及表達自我。
(第 73 條疑問點的回答)

GGGG. 而精神上亦因身體殘疾而感到沮喪，不快及無希望。(第 74 條疑問點的回答)

HHHH. 原告在入住仁伯爵綜合醫院前是可以自理個人生活起居及能自由活動。(第 75 條疑問點的回答)

IIII. 2021 年 8 月 30 日，透過天津迪安司法鑑定中心，原告被鑑定為器質性精神障礙。(第 76 條疑問點的回答)

JJJJ. No caso do Hospital São Januário, as indicações vigentes em 2018 para que se possa decidir pela realização de uma cirurgia cerebral, implicam a verificação cumulativa das seguintes condições:

- a) que o paciente tenha idade não superior a 65 anos;
 - b) que apresente um resultado na escala GCS ("*Glasgow Coma Scale*") situado entre os 8 e os 13 pontos, inclusive;
 - c) que o hematoma cerebral se situe no lado lateral, no lobar intracerebral ou no hidrocefalo resultante da penetração pelo ventrículo cerebral; e
 - d) que o volume do hematoma seja superior a 30 ml, no caso de um hematoma supratentorial, ou superior a 10ml, no caso de um hematoma infratentorial.
- (第 77 條疑問點的回答)

KKKK. O Autor não reunia as condições para ser sujeito a intervenção cirúrgica .(第 78 條疑問點的回答)

LLLL. Na admissão, a hemiplegia do lado direito (força muscular 2/5 graus) foi detectada .(第 79 條疑問點的回答)

MMMM. O trato piramidal que controla o movimento dos membros havia sido danificado, já antes de o Autor dar entrada no Hospital São Januário .(第 80 條疑問點的回答)

NNNN. Que o dano do trato piramidal que controla o movimento dos membros foi causada por uma lesão do trato piramidal do membro posterior da cápsula interna, adjacente ao ventrículo lateral .(第 81 條疑問點的回答)

OOOO. Os tratos piramidais são as estruturas neurológicas que estão relacionados com a função motora do corpo humano e, controlam o movimento dos membros, não havendo passagem pelo tálamo. .(第 82 條疑問點的回答)

PPPP. A hemiplegia está intimamente relacionada com a existência de lesões do trato piramidal que controla o movimento dos membros, não tendo qualquer relação com o facto de ser ou não realizada uma intervenção cirúrgica .(第 83 條疑問點的回答)

QQQQ. Em caso de hemorragia dos gânglios basais mediais, a ocorrência de sequelas como a hemiplegia é inevitável .(第 84 條疑問點的回答)

RRRR. F 全科醫生於 2018 年 7 月 4 日 13:54 編寫的入院病歷，當中提到若原告 GCS 下跌時，需諮詢神經外科醫生 - “Consulted Neurosurgeon if GCS drop” 。(第 85 條疑問點的回答)

SSSS. 原告於 2016 年因心肌梗死，曾進行冠脈支架植入術，如病人因而服用薄血藥物，會增加開顱手術的風險。(第 86 條疑問點的回答)

TTTT. 原告左側大腦基底節區(內囊區)出血，即使接受開顱手術，手術是無法改善預後，甚至會對原告的生命構成危險。(第 87 條疑問點的回答)

UUUU. 原告即使當時接受開顱手術，原告不可能完全恢復之前的工作能力。(第 88 條疑問點的回答)

* * *

IV – FUNDAMENTAÇÃO

第一部份：對事實之爭執 (impugnação de matéria de facto):

A propósito da impugnação da matéria de facto, o legislador fixa um regime especial, constante do artigo 599º (Ónus do recorrente que impugne a decisão de facto) do CPC, que tem o seguinte teor:

1. Quando impugne a decisão de facto, cabe ao recorrente especificar, sob pena de rejeição do recurso:

a) **Quais os concretos pontos da matéria de facto que considera incorrectamente julgados;**

b) **Quais os concretos meios probatórios, constantes do processo ou de registo nele realizado, que impunham, sobre esses pontos da matéria de facto, decisão diversa da recorrida.**

2. No caso previsto na alínea b) do número anterior, quando os meios probatórios invocados como fundamento do erro na apreciação da prova tenham sido gravados, incumbe ainda ao recorrente, sob pena de rejeição do recurso, indicar as passagens da gravação em que se funda.

3. Na hipótese prevista no número anterior, e sem prejuízo dos poderes de investigação oficiosa do tribunal, incumbe à parte contrária indicar, na contra-alegação que apresente, as passagens da gravação que infirmem as conclusões do recorrente.

4. O disposto nos n.os 1 e 2 é aplicável ao caso de o recorrido pretender alargar o âmbito do recurso, nos termos do n.º 2 do artigo 590.º

Ora, a especificação dos concretos pontos de facto que se pretendem

questionar com as conclusões sobre a decisão a proferir nesse domínio delimitam o objecto do recurso sobre a impugnação da decisão de facto. Por sua vez, a especificação dos concretos meios probatórios convocados, bem como a indicação exacta das passagens da gravação dos depoimentos que se pretendem ver analisados, além de constituírem uma condição essencial para o exercício esclarecido do contraditório, servem sobretudo de base para a reapreciação do Tribunal de recurso, ainda que a este incumba o poder inquisitório de tomar em consideração toda a prova produzida relevante para tal reapreciação, como decorre hoje, claramente, do preceituado no artigo 629º do CPC.

É, pois, em vista dessa função delimitadora que a lei comina a inobservância daqueles requisitos de impugnação da decisão de facto com a sanção máxima da rejeição imediata do recurso, ou seja, sem possibilidade de suprimimento, na parte afectada, nos termos do artigo 599º/2 do CPC.

*

No que respeita aos critérios da valoração probatória, nunca é demais sublinhar que se trata de um raciocínio problemático, argumentativamente fundado no húmus da razão prática, a desenvolver mediante análise crítica dos dados de facto veiculados pela actividade instrutória, em regra, por via de inferências indutivas ou analógicas pautadas pelas regras da experiência colhidas da normalidade social, que não pelo mero convencimento íntimo do julgador, não podendo a intuição deixar de passar pelo crivo de uma razoabilidade persuasiva e susceptível de objectivação, o que não exclui, de todo, a interferência de factores de índole intuitiva, compreensíveis ainda que porventura inexprimíveis. Ponto é que a motivação se norteie pelo *princípio da completude racional*, de forma a esconjurar o arbítrio¹.

¹ Sobre o princípio da completude da motivação da decisão judicial ditado, pela necessidade da justificação

É, pois, nessa linha que se deve aferir a razoabilidade dos juízos de prova especificamente impugnados, mediante a análise crítica do material probatório constante dos autos, incluindo as gravações ou transcrições dos depoimentos, tendo em conta o respectivo teor, o seu nicho contextual histórico-narrativo, bem como as razões de ciência e a credibilidade dos testemunhos. Só assim se poderá satisfazer o critério da prudente convicção do julgador na apreciação da prova livre, em conformidade com o disposto, designadamente no artigo 390º do CCM, em conjugação com o artigo 558º do CPC, com vista a obter uma decisão que se possa ter por justa e legítima.

Será com base na convicção desse modo formada pelo Tribunal de recurso que se concluirá ou não pelo acerto ou erro da decisão recorrida.

Repita-se, ao Tribunal de recurso não compete reapreciar todas as provas produzidas e analisadas pelo Tribunal *a quo*, mas só aqueles pontos concretos indicados pelo Recorrente como errados ou omissos!

*

上訴人尋求推翻事實疑問列中的三條事實，分別是第16條至第18條，三條事實之內容及合議庭所定之回覆為：

「**第16條疑問點**：第一被告之醫療判斷令原告喪失了可能獲得更好的治療或減少後遺症、加快預後康復的機會？

– **未獲證實。**

第 17 條疑問點：經第三次 CT 檢見，血腫擴大了範圍，分別在第 4 腦室、右枕葉、右顳葉及右側腦室後角均有小量的血腫？

– **未獲證實。**

cabal das razões em que se funda, com função legitimadora do poder judicial, vide acórdão do STJ, de 17-01-2012, relatado pelo Exm.º Juiz Cons. Gabriel Catarino, no processo n.º 1876/06.3TBGDM.P1 .S1, disponível na Internet – <http://www.dgsi.pt/jstj>

第 18 條疑問點：此時，原告之腦內出血量已達到 45ml？

– 未獲證實。」

*

1) - 關於第16條事實，其行文文本值得商榷，這樣的表述該條事實就成為結論性內容，如果獲得證實，所有其他事實變得無必要亦無效用。

第二點為“判斷行為”含糊，其中稱第一被告（指H醫生）的醫療判斷令(.....)所指是什麼判斷？減少獲得更好治療或減少後遺症又是指什麼？明顯內容含糊及不足(見《民事訴訟法典》第629條第4款所述之瑕疵)。

由此可知，這條事實不能直接使用，因為含糊及帶結論性內容。

*

關於第17條事實，其內容為：

– 「經第三次 CT 檢見，血腫擴大了範圍，分別在第 4 腦室、右枕葉、右顳葉及右側腦室後角均有小量的血腫？」未獲證實。

合議庭在理由說明是指出：

「關於第3、6、7、17、18、19、77、78條疑問點，本案中，其中一個最為核心和關鍵的問題是，按照原告當時腦出血的位置和情況，是否符合仁伯爵綜合醫院制定的開顱手術的手術指徵或適應症。首先，根據卷宗第765頁的回覆內容及卷宗第814頁的鑑定報告內容，可以確定仁伯爵綜合醫院神經外科高血壓手術適應症有四項，分別是

(1)年齡小於65歲；

(2)GCS指數大於8及小於13；

(3)屬外側型血腫，腦葉型血腫，血腫破入腦室引起阻塞性腦積水；及

(4)血腫血量小於30ml(幕上)或小於10ml(幕下)，而且必須同時滿足上述四項手術指徵才符合進行開顱手術的前提。

不過，經聽取案中多名具神經內、外科專業的醫生(包括I醫生、J醫生、K醫生、H醫生、L醫生及E醫生)的證言後，他們都強調血腫的大小是決定是否進行手術的關鍵因素，因為血腫過大時會增加顱腦的壓力，有可能引致腦疝，一旦出現腦疝，大腦組織被擠壓，移位到其他位置並穿過顱內的孔隙，壓迫腦幹或其他重要結構，會迅速致命。所以，當血腫血量大於某個數值時，必須進行手術，而正如前述，本案中，仁伯爵綜合醫院給予的手術指引是大於30 ml。根據已確定事實S項和T項，於2018年7月4日，原告一共接受了兩次CT(磁力共振掃描)檢查，得出血腫大小為30mmx22mmx30mm和45mmx29mmx35mm，根據案中全數醫生證人確認的“多田氏測量公式”，即將血腫的長乘以闊乘以高再除以二便能夠得出血腫的體積，所以首兩次CT檢查得出的血腫大小分別是9.9ml和22.8ml；而7月5日的第三次CT報告則顯示原告的血腫大小並無明顯變化(見卷宗第62頁)，該結論與庭上由證人E醫生的量度結果吻合，須強調的是，E醫生曾經是本案的被告之一，但及後於清理批示內，法庭駁回了原告針對E醫生的請求，而法庭並不是單單考慮E醫生的證言而採信其量度的血腫大小。事實上，關於量度血腫大小的方法，科技大學醫院醫生I及仁伯爵綜合醫院醫生L也在庭上作出了詳盡的解說，與E醫生即時進行的量度方法一致，並得出7月5日進行的第三次CT檢查的血腫大小(41.61mmx28.1mmx37.5mm)，結合多田氏測量公式作計算，於7月5日，原告腦內的血腫血量約為21.9ml，與7月4日進行的第二次CT檢查結果相約。至於被告證人D及其撰寫的報告中提到的50ml(第三次CT檢出的血腫大小)，顯然屬過大，按照證人I、L及E醫生的意見，認為卷宗第859頁背頁的量度有誤，究其原因是因為該報告內的量度範圍包含了腦室內的血液，而非單純血腫的大小，結合D醫生本身並無神經內科和神經外科的臨床經驗，法庭並無採納卷宗第856至860頁由D法醫撰寫的報告結論作為本案認定事實的依據。此外，根據已確定

事實Q項，經分析原告入院首兩天的昏迷指數，發現經保守治療後，原告的清醒狀態有所提升，按照證人I醫生的說法，證明當時原告的狀況有所好轉，這也會減低進行手術的必要性，因為手術本身也是具有風險的，基於此，法庭認為原告入院後並無出現進行開顱手術的各項指徵，並得出以上針對疑問點的回答。」

行文同樣值得商榷，即經過26小時後，腦裏完全無血腫？因為該事實指向腦部多個位置：第4腦室、右枕葉、右顳葉及右側腦室後角，完全無血腫？

顯然有關回覆欠缺精準。

按照原審法庭的見解，似乎追究責任只限於在是否做開顱手術，但事實並非如此，外科(指手術)介入只是其中一種手段，還有內科，當時負責的醫生是否盡力壓止病情惡化(Ex: 血壓及腦壓亦是可能產生責任的情況之一)。

*

關於第18條事實，原審法庭採納澳門山頂醫院及科大醫院醫生的供詞——關於使用「多田氏測量公式」計算血腫的方式。

一般情況下是計算腦內的血腫量(而不是出血量)，破入腦室部份並不參予形成血腫，所以不計算在內。

按照卷宗的資料，不少環節都呈現出在處理上有問題：

1) – 下午二點鐘做第二次CT，但15:40才根據第二次CT請專家會診，而在21:48神經外科醫生才第一次知道該CT的結果！在面對一個危急病人的情況下程序是這樣操作？此為正常流程？

2) – 明知下午二點鐘做了第二次CT，在2點25分還根據第一份CT請會診？？因為當事已知道病者情況明顯加重了！這是醫院正確流程？不應相隔一小時四十分才做會診！

*

事實，參考醫學文獻，在這方面的權威醫學理論(《臨床診療指南：神經外科學分冊》，中華醫學會編著，人民衛生出版社，第152頁及續後)認為：

「(...)

(二) 外科治疗

外科治疗可以降低再出血、水肿或由于血肿的占位效应导致坏死引起的致残率，但是却很少能改善神经功能。是否采取外科治疗措施必须针对每一位病人的具体神经功能情况、出血多少和部位、患者年龄以及患者本人和家庭对疾病的关注程度来决定。

1. 适应证

(1) 病变部位有明显占位效应，影像上中线移位明显(表明有早期脑疝迹象)。

(2) 病变所处部位由于增加颅内压或占位效应和周围水肿引起的症状(如偏瘫、失语，有时只是精神混乱或躁动)。

(3) 体积：**大脑血肿超过30ml应积极手术。对于小脑血肿，格拉斯哥昏迷计分 ≥ 14 分和血肿直径 $< 4\text{cm}$ ，保守治疗；格拉斯哥昏迷计分 ≤ 13 分和血肿直径 $\geq 4\text{cm}$ ，手术消除；但当脑干生理反射消失和四肢呈弛缓性瘫痪时，已不适合手术治疗。**

(4) 持续颅内压增高(非手术治疗措施无效)：清除血肿能降低颅内压，但是预后如何不能确定。

(5) 无论部位如何，病情迅速恶化者(特别是出现脑干受压体征)。

(6) 年轻病人(特别是 ≤ 50 岁)：这些病人比较年长病人能更好地耐受手术。有别于年老病人有脑萎缩，他们耐受血肿和水肿的占位效应差。

(7) 出血后的早期措施：症状出现或者恶化后4小时内手术效果较好。

2. 手术方法

(1) **开颅清除血肿**：以往传统开颅手术多采用大骨瓣开颅，近期提倡进行微创骨窗入路或显微外科手术，甚至国外有学者应用神经内镜辅助完成手术，目的是一方面消除血肿和彻底止血，另一方面提倡尽可能地减少手术创伤，从而将手术对患者的影响降至最低。

(2) **穿刺血肿碎吸术**：常用立体定向辅助定位，血肿碎吸后引流，有时可以向血肿腔内间断打入尿激酶溶解血肿。适用于血肿相对小和表浅，或不能耐受开颅手术的病例。

(...)

5. 基底节(壳核)或丘脑出血 外科治疗并不比内科治疗有明显益处，而且两种治疗预

后都不好。

(...)」

按照山頂醫院的開腦手術指徵要求，須符合下列特徵：

「VII. 在此，讓我們再重申一次澳門醫療事故鑑定委員會在本案給出的腦出血臨床指引，分別是

(1) 年齡小於65歲；

(2) GCS指數大於等於8及小於等於13；

(3) 屬外側型血腫，腦葉型血腫，血腫破入腦室引起阻塞性腦積水；及

(4) 血總量幕上大於30ml，幕下大於10ml。(載於卷宗第814頁，粗體及下劃線由本人加上)

VIII. 針對上述第三點血腫破入腦室引起阻塞性腦積水；以及第四點血總量幕上大於30ml，幕下大於10ml。(載於卷宗第814頁)

IX. 腦部結構分為大腦、小腦、腦幹、基底節、及腦室系統。

X. 幕上結構為大腦及基底節，而幕下結構則為小腦、腦幹、及腦室系統。

XI. 倘若套用在原告證人的D的報告內，雖則幕上的“基底節”部位可能存在不足30ML的血量，但由於相關血液已有部份流入“腦室”，因此實際上的出血量必然大於現時存在“基底節”的數量。」。

顯然，第18條所涉及的内容同量度血腫的方法有關，而主流的方法就是澳門本地醫生在作供時所述的準則，亦即原審法庭所採納的之方法，故有關認定標準符合主流準則這點不容置疑。故第18條的答覆應為正確。

*

我們回到事實的源頭，關於醫療事故的概念，8月29日第5/2016號法律在其第3條中指出：

「第三條

醫療事故

為適用本法律的規定，醫療事故是指因過錯違反醫療衛生方面的法規、指引、職業道德原則、專業技術知識或常規作出的醫療行為而損害就診者的身體或精神的健康的**事實**，不論該行為屬作為或不作為。」

(Em versão portuguesa:

Erro médico

Para efeitos da presente lei, considera-se erro médico **o facto emergente de acto médico praticado, com violação culposa de diplomas legais, instruções, princípios deontológicos, conhecimentos técnicos profissionais ou regras gerais na área da saúde,** que cause **danos** para a saúde física ou psíquica dos utentes, quer seja por acção ou por omissão.)

換言之，訴訟當事人應主張及證明各種事實證明違反的行為(可以是法律、醫療技術、知識等)。

而法庭在篩選事實應遵守《民事訴訟法典》第430條之規定，其中明確指出：

「第四百三十條

事實事宜之篩選

一、如訴訟程序必須繼續進行，且已在訴訟中提出答辯，則法官須在上條所指之批示中，又或無該批示時，在為作出該批示而指定之期間內，根據對有關法律問題之各個可予接受之解決方法篩選出重要之事實事宜，並指出：

- a) 視為已確定之事實；
- b) 因有爭論而歸入調查基礎內容之事實。

二、對於視為已確定之事實事宜或歸入調查基礎內容之事實事宜之篩選，當事人得以未包括某些事實、納入某些事實或所作之篩選含糊不清為依據提出聲明異議。

三、對於就聲明異議所作之批示，僅得於對終局裁判提起之上訴中提出爭執。」

其中關鍵的「根據對有關法律問題之各個可予接受之解決方法篩選出重要之事實事宜……。」

Importa frisar que erro médico não tem de ser necessariamente um conjunto de operações, mas pode ser um acto dos encadeados, ou seja, basta verificar-se um acto dentro dos actos em cadeia integrados num procedimento médico que representa uma falha, quer técnica quer humana, violadora de “*legis artis*”, que causa dano desde que se verificam os demais pressupostos exigidos.

在獲證之事實中，我們留意到下述資料：

「D. 2018年7月4日早上11時左右，原告因突然右側身乏力而被送往仁伯爵綜合醫院急症室治療。(已確定事實D項)

E. 當天11:39，原告被醫生初步診斷為患有基底節腦出血(ICH)。(已確定事實E項)

F. 當時，醫生檢見原告在巴賓斯基反射(babinski sign)中右側是陽性的，以及GCS指數(昏迷指數)為13分(E3V4M6)。(已確定事實F項)

G. 原告有高血壓(HTN)及糖尿病(DM)的病史。(已確定事實G項)

H. 於11:45，原告之血壓為192/75 mmHg，GCS指數為15分(E4V5M6)。(已確定事實H項)

I. 於12:00，原告接受了CT檢測。(已確定事實I項)

J. 自當天12:18起，原告一直被予以藥物治療。(已確定事實J項)

K. 當天12:25，原告之GCS指數為14分(E4V4M6)，CT檢測顯示存在左基底節腦出血(Left ICH)。(已確定事實K項)

L. 經第一被告診斷後認為無手術指徵，並指示諮詢神經內科醫生。
(已確定事實L項)

M. 當天13:00，原告血壓為192/75 mmHg，GCS指數為13分
(E3V4M6)。醫生同意收入並留院治療。(已確定事實M項)

N. 當天13:24，原告轉入院留醫治療。(已確定事實N項)

O. 按照病歷記錄，在入院當天，原告有如下情況(已確定事實O項)：

1. 於12:45，原告有嘔吐100g黃色胃內容；
2. 於13:13，原告有嘔吐500g黃色胃內容。

P. 按照病歷記錄，原告於當天之血壓變化如下(已確定事實P項)：

1. 於11:45，血壓為192/75 mmHg；
2. 於12:25，血壓為211/115 mmHg；
3. 於12:38，血壓為189/99 mmHg；
4. 於12:55，血壓為212/119 mmHg；
5. 於13:00，血壓為192/75 mmHg；
6. 於13:13，血壓為213/118 mmHg；
7. 於13:25，血壓為212/119 mmHg；
8. 於14:00，血壓為202/109 mmHg；
9. 於14:25，血壓為217/105 mmHg；
10. 於15:00，血壓為185/100 mmHg；
11. 於15:40，血壓為174/95 mmHg；
12. 於16:00，血壓為174/95 mmHg；
13. 於18:30，血壓為170-180/100-90 mmHg；
14. 於19:00，血壓為170/95 mmHg；
15. 於20:00，血壓為165/80 mmHg；
16. 於21:00，血壓為155/80 mmHg；
17. 於22:00，血壓為150/70 mmHg；

18. 於23:00，血壓為145/70 mmHg。」

再根據上文引述的作品(À luz da bibliografia acima citada) (《臨床診療指南：神經外科學分冊》，中華醫學會編著，人民衛生出版社，第19頁及續後)有學者認為：

「(...)

推荐级别	证据水平	推荐内容
1	B-NR	对于严重 HICH 合并大量脑室出血 (intraventricular hemorrhage, IVH) 和意识水平受损的患者，推荐优先考虑脑室外引流术 (External ventricular drainage, EVD)。
2b	C-LD	可以考虑使用带有抗生素涂层的EVD导管以及缩短导管留置时间来降低中枢神经感染的风险。
2a	B-R	对于原发性或HICH(体积<30mL)破入脑室导致的继发性IVH且需要EVD治疗的患者，采用EVD联合脑室内溶栓治疗可以降低患者死亡率，且其治疗效果与早期时间窗(<48小时)相关。
2b	C-LD	对于HICH(体积<30mL)合并IVH需要EVD治疗的患者，在有条件情况下，可以考虑采用神经内镜手术联合EVD进行IVH清除(无论是否联合脑室内溶栓治疗)，可能有助于改善患者功能预后和减少永久性分流依赖脑积水的发生率。
2b	C-EO	对于脑室完全铸型、引流不畅致严重颅内高压的患者，可行开颅或内镜血肿清除术，以降低颅内压。

对于HICH合并IVH的患者，单纯EVD治疗在死亡率、致残率或分流依赖方面的获益与风险尚未明确。对于大量IVH且合并明显脑积水(导致意识障碍)的患者，放置EVD可迅速降低颅内压，是挽救生命的紧急干预措施。一项系统回顾纳入了因脑出血或蛛网膜下腔出血导致的

非创伤性中重度IVH患者，尽管EVD治疗降低了病死率，但并未显著提高患者恢复独立生活能力的可能性^[174]。总体来看，EVD有助于降低重症IVH患者的死者风险，但对长期功能预后的改善作用尚不明确，且相关感染风险亦不容忽视。有研究指出，采用抗生素涂层导管并缩短置管时间(不超过5天)，可有效降低脑室炎和中枢神经系统感染的发生率^[175]。

CLEAR III研究显示，对于脑内出血量<30mL，脑室内出血阻塞第3或第4脑室的患者，接受EVD联合阿替普酶冲洗治疗在6个月时有效降低患者死亡率^[176]。其他小规模RCT亦支持溶栓治疗在降低死亡风险方面的优势^[104,177,178]。相关荟萃分析一致指出，与单纯EVD或联合生理盐水冲洗相比，EVD联合脑室内溶栓治疗(intraventricular thrombolysis, IVT)可显著降低死亡率，且治疗效果与早期时间窗(小于48小时)相关^[179]，但目前EVD联合IVT是否能够改善功能结局存在争议。

(...)」

4.1.1 血压管理

推荐级别	证据水平	推荐内容
2a	B-R	对于初始收缩压在150~220 mmHg且无急性降压治疗禁忌证的轻中症HICH患者，急性期可以将收缩压平稳降至130~140mmHg。这可能改善患者功能预后。但应避免1小时内降幅>70mmHg。
2a	B-NR	对于初始收缩压≥220mmHg的HICH患者，急性期可以进行降压治疗和持续血压监测，但在临床实践中应根据患者的高血压病史、颅内压情况决定降压目标，应避免收缩压降低幅度>70mmHg而增加肾损伤和神经功能恶化风险。
3:有害	B-R	HICH急性期将收缩压降至130mmHg以下是有害的，可能导致低灌注损伤和不良功能预后。
1	B-R	<u>对于需要降压治疗的HICH患者推荐尽快启动。在发病后2h内启动治疗，有利于减少早期血肿扩大风险并改善功能预后。</u>
2a	B-R	降压治疗启动后，应避免收缩压大幅波动，可以将收缩压维持在130~140mmHg至第7天或患者出院，有利于改善患者功能预后。

在急性期强化降压相关临床研究中，受试者主要为血肿体积<30mL的轻中症

(GCS $\geq$ 9)HICH患者。INTERACT2和ATACH-2评估了急性期强化降压的安全性及有效性，结果显示总体安全性良好^[53,54]；进一步汇总分析表明，急性期强化降压和轻中症患者的良好功能预后相关^[55]。基于CT灌注成像的研究表明，收缩压降至<150mmHg并未影响血肿周围灌注^[56]，也未出现额外缺血损伤^[57]。多项荟萃分析进一步证实了急性期强化降压的安全性^[55,58-62]。INTERACT4显示，在确诊为ICH的亚组中，超急性期将收缩压降至130~140mmHg显著改善患者90天功能预后^[28]。

基于INTERACT2和ATACH-2个体数据的汇总分析显示，收缩压1小时内降低幅度>70mmHg可能抵消早期强化降压治疗的潜在获益，增加肾功能衰竭或神经功能恶化风险^[63,64]。因此，需避免HICH急性期收缩压降幅过大而增加损伤风险。

强化降压需避免将收缩压降至130mmHg以下。ATACH-2显示，将收缩压控制在110~139mmHg范围内无额外获益，反而增加了肾功能损伤和严重不良事件风险^[53]。相较之下，INTERACT3与INTERACT4中以130~140mmHg为目标范围的强化降压策略，显著改善了功能预后^[53,54]。此外，基于INTERACT2的二次分析指出，平均收缩压<130mmHg可能与轻度肢体活动障碍相关，而维持在130~139mmHg之间与最佳临床结局关联更强^[65]。

尽早启动强化降压可增强HICH患者的获益。基于INTERACT2和ATACH-2的二次分析表明，发病后2小时内启动降压并快速达标可降低血肿扩大(hematoma expansion, HE)和不良预后风险^[66,67]。INTERACT4进一步证实，2小时内启动并于30分钟内将收缩压控制至130~140mmHg有利于改善功能预后^[28]。基于INTERACT系列研究的患者个体数据汇总分析也表明，HICH发病3小时内启动治疗，有利于降低HE风险并改善功能预后，且治疗时间窗与疗效呈明确负相关，干预启动越早，功能康复改善越显著^[62]。

(...)"

Pergunta-se, por que razão é que dentro de duas hora não foi possível baixar a tensão do Autor?

À luz dos factos considerados assentes, em conjugação com os ensinamentos da medicina, parece que houve “falhas” neste aspecto,

Esta matéria está alegada nos artigos 39º a 43º da PI, embora sob forma deficiente, mas não deixam de ser matéria pertinente para resolver o litígio em causa.

São do seguinte conteúdo tais artigos:

“三十九、自2018年7月4日11:39入院到14:01，已有2.5小時，原告病情逐漸惡化，當中尤其是血腫已擴大及中線已明顯偏移。血壓未減及GCS指數持續下跌。

四十、儘管過程中，醫生有持續向原告用藥治療，以減低血壓及腦壓。

四十一、然而，一直未有令原告之血壓、GCS指數及腦內血腫有所改善。

四十二、於2018年7月4日14:01時，按第二次CT檢測報告及結合原告臨床表現，按照治療急性腦出血的專業技術知識及常規，應採取手術治療(積極治療)，而非認為不存在手術指徵(見文件7第6頁)。

四十三、還有，在第二次CT檢測顯示原告顱內情況轉惡化後，直至當天21:48(原告已入院持續了近10小時)，期間一直透過藥物治療，但原告之血壓未有明顯下降，及GCS指數亦未有回升。”

為此，為了發現事實真相，有需要在調查基礎內加上上述事實，具體內容如下：

“1-novo: 原告自2018年7月4日11:39入院到14:01，已有2.5小時，病情逐漸惡化，當中尤其是血腫已擴大及中線已明顯偏移。血壓未減及GCS指數持續下跌。在這過程中，急診醫生有持續向原告用藥治療？期間使用何種藥物？劑量如何？目的以減低血壓及腦壓？

2-novo: 結果顯示所用之藥物未能令原告之血壓、GCS指數及腦內血腫有所改善？

3-novo: 於2018年7月4日14:01時，按第二次CT檢測報告及結合原告臨床表現，按照治療急性腦出血的專業技術知識及常規，應採取手術治療(積極治療)？或折衷方法採用其他減低腦壓之措施，例如引流？

4-novo: 在第二次CT檢測顯示原告顱內情況轉惡化後，直至當天21:48(原告已入院持續了近10小時)，期間一直透過藥物治療，但原告之血壓未

有明顯下降，及GCS指數亦未有回升，主診醫生有採取其他措施改善這種情況？”

Ora, em sede do recurso, o artigo 629º do CPC manda:

(Modificabilidade da decisão de facto)

1. A decisão do Tribunal Judicial de Base sobre a matéria de facto pode ser alterada pelo Tribunal de Segunda Instância:

a) Se do processo constarem todos os elementos de prova que serviram de base à decisão sobre os pontos da matéria de facto em causa ou se, tendo ocorrido gravação dos depoimentos prestados, tiver sido impugnada, nos termos do artigo 599.º, a decisão com base neles proferida;

b) Se os elementos fornecidos pelo processo impuserem decisão diversa, insusceptível de ser destruída por quaisquer outras provas;

c) Se o recorrente apresentar documento novo superveniente e que, por si só, seja suficiente para destruir a prova em que a decisão assentou.

2. No caso a que se refere a segunda parte da alínea a) do número anterior, o Tribunal de Segunda Instância reaprecia as provas em que assentou a parte impugnada da decisão, tendo em atenção o conteúdo das alegações de recorrente e recorrido, sem prejuízo de oficiosamente atender a quaisquer outros elementos probatórios que tenham servido de fundamento à decisão de facto impugnada.

3. O Tribunal de Segunda Instância pode determinar a renovação dos meios de prova produzidos em primeira instância que

se mostrem absolutamente indispensáveis ao apuramento da verdade, quanto à matéria de facto objecto da decisão impugnada, aplicando-se às diligências ordenadas, com as necessárias adaptações, o preceituado quanto à instrução, discussão e julgamento na primeira instância e podendo o relator determinar a comparência pessoal dos depoentes.

4. Se não constarem do processo todos os elementos probatórios que, nos termos da alínea a) do n.º 1, permitam a reapreciação da matéria de facto, pode o Tribunal de Segunda Instância anular, mesmo oficiosamente, a decisão proferida na primeira instância, quando repete deficiente, obscura ou contraditória a decisão sobre pontos determinados da matéria de facto ou quando considere indispensável a ampliação desta; a repetição do julgamento não abrange a parte da decisão que não esteja viciada, podendo, no entanto, o tribunal ampliar o julgamento de modo a apreciar outros pontos da matéria de facto, com o fim exclusivo de evitar contradições na decisão.

5. Se a decisão proferida sobre algum facto essencial para o julgamento da causa não estiver devidamente fundamentada, pode o Tribunal de Segunda Instância, a requerimento da parte, determinar que o Tribunal Judicial de Base a fundamente, tendo em conta os depoimentos gravados ou escritos ou repetindo a produção da prova, quando necessário; sendo impossível obter a fundamentação com os mesmos juízes ou repetir a produção da prova, o juiz da causa limita-se a justificar a razão da impossibilidade.

Pelo que, ao abrigo do disposto nos artigos 5º/3 e 6º/3, 629º/4, todos do CPC, deve ser incluída na BI os quesitos acima descritos.

*

Por outro lado, o Recorrente veio a pedir que seja feita uma segunda perícia nos termos do artigo 510º do CPC que estipula:

(Realização de segunda perícia)

1. Qualquer das partes pode requerer segunda perícia, no prazo de 10 dias a contar do conhecimento do resultado da primeira, alegando fundadamente as razões da sua discordância com o relatório pericial apresentado.

2. O tribunal pode ordenar oficiosamente e a todo o tempo a realização de segunda perícia, quando a julgue necessária ao apuramento da verdade.

3. A segunda perícia tem por objecto a averiguação dos mesmos factos sobre que incidiu a primeira e destina-se a corrigir a eventual inexactidão dos resultados desta.

Grosso modo, a conclusão da perícia é clara, à excepção de alguns aspectos, nomeadamente a resposta do quesito 15º que contem o seguinte conteúdo: “Conforme o registo clínico, o médico aplica medicamentos continuamente para tentar baixar a tensão arterial e cerebral do doente” .

Sem dúvida, esta resposta é vaga de mais, pergunta-se, que medicamentos foram aplicados? Qual o efeito daí resultou?

Ora, conforme os factos assentes, parece que os medicamentos e as medidas tomadas não resultaram, pois durante 5 horas não se registou a baixa da

tensão arterial e cerebral do doente.

Pergunta-se, por que é que foram assim? O médico responsável já tomou medidas todas possíveis para este efeito? Incluindo aumentar, por exemplo, o doseamento de medicamentos? Ou aplicar outros medicamentos? Ou chegou a pedir-se parecer a outros médicos mais experientes?

Tudo isto serve para demonstrar se existe culpa funcional ou não do médico e da respectiva instituição.

Por outro lado, verifica-se igualmente alguma deficiência do relatório da perícia. Entre outras respostas, destacamos as seguintes:

8. 2018年7月4日13時54分，全科醫生F(F)作出如下的入院記錄，如原告的格拉斯哥昏迷指數下降需要諮詢神經外科醫生 - “Consulted Neurosurgeon if GCS Drop”，這是給非神經科的HDU(High-dependency unit)醫生和護士，但不是給了第二被告神經科專科醫生且職級為主治醫生嗎？

根據病歷資料顯示，F醫生於2018年7月4日入院病歷“PLAN”中記載了“Consulted Neurosurgeon if GCS Drop”。這是該位醫生根據病人當時病情和將會給予的診療措施所形成的入院病歷記錄，是為後續決定臨床治療措施提供相應資訊，並非特指給那一科醫生。

A redacção não é muito feliz, porque o registo clínico está na ficha do doente, o que importa saber é se tais informações foram fornecidas para médicos de qual especialidade? Médicos de Medicina Interna(內科)? De Cirurgião Geral(外科(即手術)))? Quando? Por quem? Que medidas foram tomadas depois de obter tais informações?

A resposta igualmente está vaga por não responder directamente aquilo que a pergunta procura saber!

9. 由於急性心肌梗塞，原告接受了冠狀動脈支架植入手術這種手術的

風險是否比開顱手術更高？

由於兩項手術的性質和部位均不相同，無法也不應這樣作出比較。

10. 原告在左側腦部基底神經節(內囊)出血，即使原告接受開顱手術，是否也無法改善預後，而且強制進行開顱手術對原告構成了生命危險？

由於出血本身會造成相應區域的神經細胞受到損害，而手術本身的目的是降低腦出血導致死亡的風險，因此，病人在左側腦部基底神經節(內囊)出血，即使原告接受開顱手術，是無法改善神經功能缺損的預後。

另一方面，任何手術本身都有可能對生命危險，是否手術，應綜合當時病人的實際情況而定。

É de ver que a resposta é vaga de mais, os peritos devem proceder à análise do caso concreto, ou seja, análise das circunstâncias concretas do doente e ditam qual a solução adequada em termos de diagnóstico, e não simplesmente informa que “tudo depende da situação concreta do doente.”

11. 原告是否不符合接受手術治療的條件？

根據原告於2018年7月4日14時01分在仁伯爵綜合醫院的腦CT檢查所示，原告顱內血腫位於幕上，體積為45mmx29mmx35mm，估計出血量約為22.83mL，並不符合第1題回答所述之仁伯爵綜合醫院神經外科高血壓手術適應症。

12. 即使原告當時接受開顱手術，是否也無法恢復先前的工作能力，至少下降10%能力？

正如第10題回答所言，神經細胞一旦受到損害，相應的神經功能亦隨之受到影響。在本個案中，即使病人當時接受開顱手術，是無法恢復先前的工作能力，但具體喪失的幅度需要結合病人恢復情況而定，並不能簡單認定“至少下降10%能力”。

Do mesmo modo, verifica-se uma fuga ao conteúdo nuclear da pergunta,

questiona-se, com base nos dados concretos do doente, há lesões ou não, no caso afirmativo, qual a percentagem? É possível quantificar? Ou Impossível? Por que razões?

Tudo a isto a perícia deve dar resposta e fundamentar a resposta!

13. 強制進行開顱手術可能對原告構成生命危險？

任何開顱手術都可能對原告構成生命危險。

Não é uma resposta tecnicamente fundamentada! Deve indicar por que razão é que a operação cirúrgica do cérebro pode perigar a vida!

14. 根據第二次CT檢查結果和原告的狀況，按照正常規則和專業知識，原告本應接受手術治療(積極治療)，而不應被認為不需要手術？

正如第11題回答所言，原告的顱內血腫情況並不符合仁伯爵綜合醫院神經外科高血壓手術適應症。

Pergunta-se sempre, quando se fala de operação cirúrgica, apenas se refere à abertura do cérebro, ou existe outro procedimento de diagnóstico?

Não é o doente que dita qual a solução possível, mas sim sempre é o médico!

Nos sabemos que perante um doente e uma doença, cada médico pode ter tratamento diferente, mas o que importa é que o médico deve aplicar todo o seu saber e aplicar todas as técnicas possíveis para curar o doente!

第15條的回覆同樣空泛！

15. 在治療過程中，醫生是否持續使用藥物來降低原告的血壓和腦壓？

根據病歷資料顯示，醫生是有持續使用藥物來降低原告的血壓和腦壓。

Pergunta-se, que medicamentos foram aplicados? Qual o efeito

imediatos? Porquê? Quando o efeito não é evidente, que soluções alternativas possíveis? Nenhuma informação sobre esta matéria.

Mais, a perícia em causa foi ordenada com base no Regulamento Administrativo nº 3/2017, de 20 de Fevereiro, no seu artigo 22º dispõe:

Legislação subsidiária

Em tudo o que não estiver expressamente previsto no presente regulamento administrativo é subsidiariamente aplicável o Código do Procedimento Administrativo.

Aqui chama-se atenção especial para o artigo 114º do CPA.

Depois, o artigo 17º manda:

Reclamação do relatório pericial

1. Os interessados podem reclamar no prazo de 15 dias, a contar da data da recepção do relatório pericial, quando entendam que **há qualquer erro, omissão, incerteza ou contradição, ou que as conclusões não estão devidamente fundamentadas.**

2. A Comissão deve decidir no prazo de 30 dias após a recepção da reclamação, manter o relatório pericial inalterado, completá-lo ou esclarecê-lo.

3. A Comissão deve notificar os interessados e os Serviços de Saúde da decisão referida no número anterior.

As repostas devem estar devidamente fundamentadas à luz dos critérios fixados pelo CPA.

*

Face ao expendido, é de ordenar fazer uma segunda perícia nos termos do disposto no artigo 510º/2 do CPC (o que é também objecto deste recurso), a fim de esclarecer as respostas ambíguas e deficientes, nomeadamente com incidência sobre os seguintes factos:

- Quesito 16º e 17º impugnados pelo Autor;

- Factos 8º, 10º, 11º, 13º e 15º que foram submetidos à 1ª perícia, cujas respostas são ambíguas e que não estão devidamente fundamentadas;
e

- Repetir o julgamento sobre os NOVOS 4 FACTOS ACIMA INDICADOS e ainda sobre a matéria constante dos quesitos 5º e 6º da BI (a resposta Negativa do quesito 5º é contraditória com o Facto Assente o) e, a resposta NEGATIVA do quesito 6º é contraditória com a fundamentação do acórdão que julgou a matéria de facto, porque tudo indica que o Tribunal recorrido entende que não estavam reunidos todos os requisitos de que depende a operação cirúrgica, mas a resposta diz que não provado que a 1ª Ré entende que não existiam tais pressupostos de operação cirúrgica?? Parece que sim!

- Eventualmente outra matéria conexa que o Tribunal de 1ª instância entender ser pertinente para reponderar.

Visto que as matérias alegadas são conexas (uma é matéria essencial, outra é instrumental) que servem para fundamentar o pedido da responsabilidade médica, cujas causas são múltiplas e complexas, justifica-se assim ordenar as

diligências para descoberta da verdade material com base no artigo 6º/3 do CPC.

A 2ª perícia deve realizar-se por outros médicos (novos) a nomear pelo Tribunal recorrido nos termos legalmente prescritos.

Por outro lado, nesta segunda perícia deve conter ainda a matéria proposta pelo Recorrente por ser pertinente:

甲、“腦室”的出血量為多少，需計算第二次的，以及第三次的，兩份CT的；

乙、“腦室”存在血液會否提高顱壓；

丙、基底核及腦室有血液或血腫時，均會提高顱內壓力，並且會進一步加劇患者的神經受損情況？

丁、是否內科藥物治療就能處理“腦室”的積血，還是應用手術作穿刺引流？

Com esta decisão fica prejudicado o conhecimento do recurso contra a decisão do mérito.

Pelo que, julga-se procedente o recurso nesta parte, ordenando-se a baixa dos autos ao Tribunal recorrido para realizar as diligências fixadas neste aresto e repetir o julgamento sobre os factos acima indicados e depois proferir nova decisão em conformidade.

*

Síntese conclusiva:

I – Nos termos do disposto no artigo 430º do CPC, o Tribunal deve seleccionar a matéria de facto relevante segundo as várias soluções plausíveis da questão de Direito, indicando no saneador os factos provados e os a provar.

II – Em matéria de responsabilidade médica, o *facto ilícito* pode referir-

se à violação culposa (por acção ou por omissão) de normas jurídicas, de instruções, de princípios deontológicos, de conhecimentos técnicos profissionais ou regras gerais na área de saúde.

III – A perícia médica visa habilitar o Tribunal de ter os dados cientificamente rigoroso, correctos e fidedignos na área de saúde para tomar decisões fundamentadas, como tal o respectivo relatório pericial deve conter todas as informações úteis e demonstrar o raciocínio valorativo e cognostivo percorrido pelos peritos, tal como exige o artigo 22º do Regulamento Administrativo nº 3/2017, de 20 de Fevereiro, que remete para a aplicação subsidiária do Código de Procedimento Administrativo, nomeadamente em matéria de fundamentação.

IV – Quando as respostas dadas pelos peritos são vagas ou não estão devidamente fundamentadas, justifica-se a realização de uma segunda perícia a fim de esclarecer os aspectos duvidosos ou as respostas tecnicamente deficientes.

*

Tudo visto e analisado, resta decidir.

* * *

V – DECISÃO

Em face de todo o que fica exposto e justificado, os juízes do Tribunal de 2ª Instância **acordam em conceder provimento ao recurso interposto pelo Autor, ordenando-se a baixa dos autos ao Tribunal recorrido para realizar as diligências fixadas neste aresto e repetir o julgamento sobre os factos acima indicados e depois proferir nova decisão em conformidade.**

*

Custas pelo Recorrido, sem prejuízo da isenção subjectiva.

*

Registe e Notifique.

*

RAEM, 25 de Junho de 2026.

Fong Man Chong
(Relator)

Seng Ioi Man
(1º Adjunto)

Jerónimo Alberto Gonçalves Santos
(2º Adjunto)

*Foi-me traduzida para português a parte de
acórdão redigida na língua chinesa.*