

医疗事故技术鉴定书



西安医学会

二〇二六年七月二日

鉴定书首页

移交单位：西安市卫生健康委员会

患者姓名：

医疗机构名称：

委托事项：西安市卫生健康委员会交由我会对患者家属就患者

与的医疗争议进行首次医疗事故技术鉴定。

鉴定结论：

根据《医疗事故处理条例》《医疗事故技术鉴定暂行办法》《医疗事故分级标准（试行）》等规定，本例属于一级乙等医疗事故，医方承担主要责任。

鉴定书正文

一、基本情况

移交单位：西安市卫生健康委员会

患者姓名： 性别：女 身份证号：

联系人：

医疗机构名称：

登记号：

联系人：

受理鉴定时间：2026 年 5 月 7 日

鉴定会时间： 2026 年 6 月 23 日

二、委托事项

西安市卫生健康委员会交由我会对患者家属就患者与
的医疗争议进行首次医疗事故技术鉴定。

三、争议要点

患方认为：医方存在麻醉恢复期评估不足、误吸及急性气道事件防范不足、转运途中缺乏持续监测、接收评估不及时、异常发现和抢救启动延迟等问题，与患者最终损害后果存在因果关系，应承担相应的责任。

医方认为：所有诊疗流程符合医疗规范，全面且充分履行告知义务，不属于医疗事故。

四、鉴定材料

患方提供材料：

1. 陈述材料 1 份 5 页，共 7 份；

2. [REDACTED]住院病历复印件 1 份 269 页，共 1 份（病案号：[REDACTED]）。

医疗机构提供材料：

1. 答辩材料 1 份 3 页，共 7 份；
2. 医疗机构执业许可证复印件 1 份 3 页，共 1 份；
3. 当事医务人员执业证书复印件 1 份 12 页，共 1 份；
4. 医疗机构法人委托书 1 份 2 页，共 1 份；代理人身份证复印件 1 份 3 页，共 1 份；
5. [REDACTED]住院病历复印件 1 份 977 页，共 7 份（病案号：[REDACTED]）；
6. 现场提交：[REDACTED]住院病历临时医嘱复印件 71 页。

五、诊治概要（仅为格式化摘录）

患者 [REDACTED] 女，以“左肩疼痛不适，活动受限 4 月余”之主诉于 2026 年 1 月 23 日入住医方运动医学诊疗中心上肢科。查体：体温：36.6℃；脉搏：76 次/分；呼吸：17 次/分；血压：130/80mmHg。专科检查：左肩无明显畸形，无关节肿胀，三角肌萎缩（-），冈下肌（-）。左肩峰外缘压痛（+），喙突区压痛（+），三角肌止点压痛（-），结节间沟压痛（+），肩锁关节压痛（-）。主动活动度：前屈 30°，外旋 0°，外展 30°，后伸及臀外侧。被动活动度：前屈 60°，外旋 5°，外展 40°，后伸及臀后侧。冈上肌腱 Jobe 征（+）、抱抬试验（+）、落臂征（-）、冈下肌腱/小圆肌 0°、外旋抗阻（-）、外旋迟滞实验（-）、肩胛下肌腱熊抱试验（-）、Lift-off 试

验(-)、压腹试验(-)、LHBTSpeed 试验(+)、O'Brien 试验(+)、结节间沟压痛(+)、肩峰下肩胛骨 Neer 征(+)、Hawkins 征(+)、肩胛骨运动障碍(+), 因肩关节疼痛活动受限其他体征无法检查, 末梢血运正常, 皮肤感觉正常, 各手指活动可。MRI 检查示(2025-12-2 院): 左肩关节骨质增生, 失用性骨质疏松可能, 冈上肌腱部分撕裂, 肱二头肌长头肌肌腱鞘炎, 肩关节腔及周围滑囊积液, 肩关节周围肌肉水肿, 粘连性关节囊可能。初步诊断: 1. 左侧肩袖损伤; 2. 左侧冻结肩; 3. 左肩撞击综合征; 4. 左侧肱二头肌长头肌腱炎; 5. 左肩关节滑膜炎; 6. 慢性萎缩性胃炎。入院后完善相关检查, 给予对症支持处理。

1 月 23 日 18 时 40 分在全麻下行“肩关节镜下肩袖修补术+左关节镜肩关节滑膜切除术+左关节镜肩关节松解术+左肩峰成形术+左肩关节镜下关节软骨修复术+左肩关节治疗性物质注射”, 术后密切观察生命体征变化。20 时 10 分由手术室护士送至病房, 入病区时值班护士发现患者呼之不应、口唇发绀, 立即行心电监护, 面罩吸氧, 心率: 40 次/分, 血氧饱和度: 41%, 血压测不出, 出现室颤, 颈动脉搏动及自主呼吸消失, 瞳孔直径约 5mm, 对光反射消失, 给予胸外按压、气管插管球囊通气及电除颤抢救治疗, 于 20 时 27 分恢复自主窦性心律, 心率: 130 次/分, 血压: 165/103mmHg, 血氧饱和度: 98%, 转入重症医学科继续治疗。诊断: 1. 左侧肩袖损伤; 2. 左侧冻结肩; 3. 左肩撞击综合征; 4. 左侧肱二头肌长头肌腱炎; 5. 左肩关节滑膜炎; 6. 慢性萎缩性胃炎; 7. 心脏停搏复苏成功; 8. 休克; 9. 高乳酸血症; 10. 呼吸衰竭。患者目前情况: 患者深昏迷, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3mm, 对

光反射消失，呼吸机辅助呼吸。肺部听诊可闻及湿啰音，未闻及异常心音及杂音，腹软，无肌紧张，双下肢无水肿。给予重症监护、呼吸支持、神经保护、降颅压、改善循环、保护脏器，稳定内环境及对症支持治疗。1月24日患者头部及四肢抽搐，每2-3秒1次。神经内科会诊查体：昏迷，双侧瞳孔等大等圆，直径约2mm，对光反射灵敏，可见头部及四肢抽搐，双侧病理征阴性，余神经系统查体不配合。给予抗惊厥、减轻脑水肿、促醒、神经保护药物及维持内环境稳定等对症治疗。1月26日CT平扫：CT薄层扫描（胸部、盆腔、颅脑、上腹部、下腹部）检查提示：1.头颅CT未见明显异常，请结合临床；2.副鼻窦炎；3.双肺多发渗出影，考虑炎症实变增多，请结合临床；4.双侧多发肋骨不全骨折；5.膀胱置管术后改变。CT提示双肺不张，听诊痰鸣音，多次给予纤维支气管镜吸痰及肺泡灌洗治疗，操作顺利，无并发症。2月3日患者脑电图提示癫痫持续状态，请██████████神经外科专家会诊，给予镇静、抗癫痫，改善神经功能等治疗。2月11日请██████████神经内科专家会诊，给予甘油果糖脱水、镇静，维持内环境等治疗。2月22日患者意识昏迷，双侧瞳孔等大等圆，直径约4mm，对光反应灵敏，双肺呼吸音粗，可闻及湿啰音，左肩伤口敷料包扎好，无渗出。左上肢支具固定好。持续脱机中。继续给予保肝、抗癫痫、抗凝、营养支持等治疗。2月27日再次请██████████神经内科专家会诊，继续当前治疗措施，注意防治并发症。

目前患者一直在医方重症医学科治疗，处于昏迷状态。

六、鉴定过程说明

本案由西安市卫生健康委员会 2026 年 4 月 29 日委托西安医学会医疗事故技术鉴定中心，我中心于 2026 年 5 月 7 日正式受理，并向医患双方发出提交材料的通知，医患双方分别于 2026 年 5 月 20 日、5 月 18 日提交有关鉴定材料。2026 年 6 月 10 日在医学会工作人员的主持下抽取鉴定专家，应患方要求回避了[]专家，医方未申请回避。医患双方随机各抽取骨科专家 1 名、麻醉科专家 1 名、神经内科专家 1 名，医学会抽取重症医学专家 1 名，正式专家共 7 人，同时抽取了多名候补专家。2026 年 6 月 15 日将鉴定材料送给鉴定专家，并将开会时间通知给医患双方及鉴定专家。鉴定会于 2026 年 6 月 23 日在西安医学会医疗事故技术鉴定中心会议室召开。专家组由骨科专家 2 人、麻醉科专家 2 人、神经内科专家 2 人、重症医学专家 1 人，共计 7 人组成。出席鉴定会的有患方代表[]、[]、何宇共 3 人，医方代表[]、[]、[]共 3 人，鉴定中心工作人员 4 人。

鉴定会先由主持人宣读会场纪律，再次核实双方提交的材料，后交由专家组组长主持，医患双方按先患方后医方的顺序进行了陈述，专家们针对争议的问题向双方进行了询问，医患双方依次退出会场。

专家组依据双方当事人提供的书面材料、陈述及答辩等进行了认真的讨论，综合分析了患者的病情及诊治过程。经合议，以一致意见形成鉴定结论。

七、现场查体情况

无

八、鉴定分析说明

(一) 患者任■■女，以“左肩疼痛不适，活动受限4月余”之主诉于2026年1月23日入住医方运动医学诊疗中心上肢科。初步诊断：1. 左侧肩袖损伤；2. 左侧冻结肩；3. 左肩撞击综合征；4. 左侧肱二头肌长头肌腱炎；5. 左肩关节滑膜炎；6. 慢性萎缩性胃炎。

1月23日18时40分在全麻下行“肩关节镜下肩袖修补术+左关节镜肩关节滑膜切除术+左关节镜肩关节松解术+左肩峰成形术+左肩关节镜下关节软骨修复术+左肩关节治疗性物质注射”，20时10分由手术室护士送至病房，入病区时值班护士发现患者呼之不应、口唇发绀，立即行心电监护，面罩吸氧，心率40次/分，血氧饱和度41%，血压测不出，出现室颤，颈动脉搏动及自主呼吸消失，瞳孔直径约5mm，对光反射消失，给予胸外按压、气管插管球囊通气及电除颤抢救治疗，于20时27分恢复自主窦性心律，心率为130次/分，血压：165/103mmHg，血氧饱和度：98%，20时50分转入重症医学科继续治疗。诊断：1. 左侧肩袖损伤；2. 左侧冻结肩；3. 左肩撞击综合征；4. 左侧肱二头肌长头肌腱炎；5. 左肩关节滑膜炎；6. 慢性萎缩性胃炎；7. 心脏停搏复苏成功；8. 休克；9. 高乳酸血症；10. 呼吸衰竭。

目前患者一直在医方重症医学科治疗，处于昏迷状态。

(二) 对医方医疗行为的分析

1. 医方诊断正确。根据患者主诉、病史、临床症状、体征及辅助检查，初步诊断：1. 左侧肩袖损伤；2. 左侧冻结肩；3. 左肩撞击综合征；4. 左侧肱二头肌长头肌腱炎；5. 左肩关节滑膜炎等诊断成立。

2. 治疗符合常规。根据第2版《实用骨科学》（积水潭版），对于肩袖

损伤肩关节粘连性关节囊（冻结肩）保守治疗无效者，肩关节镜下肩袖修补、关节松解、肩峰成形等术式为常规术式。患者经保守治疗无效，具备手术指征，医方术前检查充分，术式选择、手术方案符合医疗原则。

3. 医方履行了告知义务。根据送鉴病历资料，患方已签署相关知情同意书。

4. 医方存在如下医疗过失行为

（1）麻醉记录不规范，缺乏相应评估记录，未见上级医师签字；

（2）麻醉复苏期管理不规范，未意识到麻醉残余作用，在患者未完全恢复的呼吸衰弱期即转回病房；

（3）术后转运衔接不规范。根据国家卫健委《手术质量安全提升行动方案》（2023-2025年），医疗机构应做好术后转运衔接，进一步规范手术患者转运和交接工作，制定交接清单。严禁将三、四级手术和全麻手术术后患者交由第三方人员独自转运。四级手术患者在术后首次转运过程中应当由参与手术的医师全程陪同，转运交接时，应当与接收医师及相关医务人员面对面交接，确保转运安全和相关信息传递无误。医方未按上述规定进行转运衔接；

（4）转运途中病情监测不到位，未及时发现患者病情变化。

（三）医方的医疗过失与患者的损害后果之间因果关系的分析

由于医方在麻醉复苏管理、转运衔接及术后早期监测方面存在过失，缺乏与国家相关规定相适应的院内转运制度，未对术后低氧等紧急情况给予足够重视、采取相应观察和预防等措施，导致患者出现心跳呼吸骤停。虽经医

方积极抢救，但心跳骤停已造成缺血缺氧性脑病，患者目前仍处于昏迷阶段。故专家鉴定组认为，医方的上述医疗过失与患者昏迷存在因果关系，构成医疗事故。

（四）医方的医疗过失对患者损害后果的原因力大小的分析

专家鉴定组认为，造成患者目前状况的原因有：（1）医方在麻醉复苏管理、转运衔接及术后早期监测方面存在过失；（2）不排除患者存在对麻醉药物的易感性。由于医方在麻醉复苏管理、转运衔接与术后监测存在过失，且该过失是导致患者缺血缺氧性脑病、持续昏迷的主要原因。综上分析，医方应承担主要责任。

九、鉴定结论

根据《医疗事故处理条例》《医疗事故技术鉴定暂行办法》《医疗事故分级标准（试行）》等规定，本例属于一级乙等医疗事故，医方承担主要责任。

十、医疗护理学建议

继续康复治疗。



说明：

当事人对首次医疗事故技术鉴定不服的，可以自收到首次鉴定结论之日起15日内向医疗机构所在地卫生行政部门提出再次鉴定的申请，再次鉴定由省医学会负责组织。