



山东

司法鉴定意见书



社会信用代码:



山东[REDACTED]
法医病理司法鉴定意见书



一、基本情况

委托人：泗水县卫生健康局

委托鉴定事项：泗水[REDACTED]对患者[REDACTED]诊疗过程中有无过错；若存在过错，该过错行为对患者死亡原因中间是否存在因果关系及原因力大小。

受理日期：2025 年 5 月 13 日

鉴定材料：委托书；泗水[REDACTED]心门(急)诊病历、[REDACTED]门诊、住院病历（病案号[REDACTED]）；录像资料、济宁医学院司法鉴定中心[REDACTED]司法鉴定意见书等；医患双方陈述意见等。

鉴定日期：2025 年 5 月 13 日

鉴定地点：山东[REDACTED]

在场人员：医患双方、相关专家、司法鉴定人。

被鉴定人：[REDACTED] 男，[REDACTED]日出生。

二、基本案情

据送检材料记载：被鉴定人[REDACTED]男，8 月，因“呕吐 8 小时”于 2025 年 3 月 5 日 4:41 就诊于泗水[REDACTED]心门(急)诊，诊断：呕吐，开具头孢克肟、补液盐带药回家。于 2025 年 3 月 5 日 8:50 就诊于[REDACTED]门(急)诊，收入院，于 2025 年 3 月 5 日 9:29



因“咳嗽4天，腹泻3天，呕吐、呻吟、手脚凉半天”入院，入院诊断：1. 脓毒性休克 2. 肠源性脓毒血症 3. 支气管肺炎 4. 胃肠功能紊乱。入院后给予抢救，经抢救无效于2025年3月5日11:28宣布死亡，病理鉴定意见：被鉴定人[REDACTED]的死亡原因符合急性肠扭转、肠套叠及肠出血坏死引起休克而死亡。受泗水县卫生健康局的委托，要求对以上委托事项进行鉴定。受理委托后，于2025年5月13召开了由医患双方、医学专家及司法鉴定人参加的听证会，听证会上医患双方分别进行了陈述，医学专家及司法鉴定人进行了询问，会后提供动态连续超声图，现根据目前情况出具此鉴定意见书。

三、资料摘要

(一) 泗水县[REDACTED] (急) 诊病历记录摘要就诊

时间：2025年3月5日

[REDACTED] 男，8月

主诉：呕吐8小时。

现病史：患儿8小时前出现呕吐。呕吐次数不详，呕吐为非喷射性，呕吐物为胃内容物，无咖啡渣样物。无腹泻。无发热，无寒战及抽搐，无咳嗽，无皮疹。在外口服药物治疗，效果不佳，来诊。

既往史：否认患过麻疹、百日咳、猩红热、肝炎等传染病，否认传染病接触史。疫苗都按时接种。无外伤史。无输血史。否认药物及食物过敏史。

体格检查：查体：神志清，精神可，全身皮肤无皮疹，弹性可。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心音有力，率齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，未触及包块，肠鸣音正常，四肢肌张力正常。



辅助检查:

2025-03-05 腹部彩超:腹部扫查部分肠管显示欠清,所示肠管无明显扩张,蠕动可,部分肠管管壁增厚,肠内容物充盈,肠间可探及游离性液性暗区。另于脐周肠袢间可见多个低回声结节,较大者约1.0cm×0.4cm×0.5cm,界清,内回声欠均,淋巴结结构欠清。

提示:腹部多发低回声结节 淋巴结可考虑 肠间液性暗区:积液?请结合临床

诊断:呕吐

诊疗意见:1. 建议住院治疗,家属要求口服药物治疗,如症状无缓解及时来院就诊。

2. 已向患者(家属)详细告知病情,目前情况及诊疗方案。

3. 已向患者(家属)告知知患儿可能出现的并发症及其他后果

4. 如出现持续发热、高热不退、频繁呕吐、抽搐、精神差,及时来我院就诊。

开方时间:2025-03-05 04:41/儿科门诊/

诊疗明细:彩超常规检查-胃或阑尾或淋巴结;急诊诊查费;

开方时间:2025-03-05 05:17/儿科门诊/

(二) 病历记录摘要

1、门(急)诊病历记录摘要

男, 246 天; 出生日期:2

科室:东院儿科门诊

就诊日期:2025 年 03 月 05 日 8:50



主诉:咳嗽5天,呕吐1天。

现病史:有肛门排气,无发热、咳嗽,无喘息,无腹泻,小便少,余(-)。

体格检查:一般情况可,未见皮疹,咽部稍充血,双肺呼吸音粗,可闻及少许痰鸣音。心脏(-),腹部(-),四肢(-)、NS(-),余(-)。诊断:支气管炎、胃肠功能紊乱

诊疗计划:入院。

2、[REDACTED] 24小时内入院死亡记录(病案号[REDACTED]2)

[REDACTED] 男,年龄:246天

病史陈述者:[REDACTED] 与患者关系:父母

入院时间:2025-3-5 09:29;死亡时间:2025-3-5 11:28

主诉:咳嗽4天,腹泻3天,呕吐、呻吟、手脚凉半天。

入院情况:患儿4天前无明显诱因出现咳嗽,阵发性非痉挛性咳嗽,有痰不易咳出,无发热,居家口服“头孢、中成药”。3天前患儿出现腹泻,稀便,无黏液及脓血,次数多,予以口服“益生菌”好转,半天患儿出现呕吐,为未消化胃内容物,共10余次,非喷射性,无发热,伴呻吟、手脚冰凉,就诊于当地医院,完善腹部超声未见异常(未见报告),仍呕吐,伴呻吟、手脚凉,无抽搐,予以口服“补液盐”效果欠佳,今为求进一步系统诊治,就诊我院,门诊以“急性支气管炎、胃肠功能紊乱”收入院。平素身体状况健康。查体:T测不出,P 235/分 R15次/分 BP测不出。抱入病房全身皮肤青紫,昏迷状态。色泽发绀。双侧瞳孔3.5mm,对光反射迟钝;颈软,无抵抗,双侧颈动脉搏动微弱。双肺呼吸音粗,呼吸浅,节律不规整。心音低钝,心率235次/分,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。



腹部膨隆，腹胀，按压无反应。四肢肌张力缺失。足背动脉搏动未触及。腹壁反射消失，角膜反射消失，双侧肱二头肌反射消失，双侧肱三头肌反射消失，双侧膝腱反射消失，双侧跟腱反射消失。病理反射引出。全身皮肤凉、花斑，CRT 大于 5s。辅助检查：暂无。

入院诊断：1. 脓毒性休克 2. 肠源性脓毒血症 3. 支气管肺炎 4. 胃肠功能紊乱

诊疗经过(抢救经过)：患儿入院时面色、皮肤青紫，末梢循环差，血压测不出，心率、呼吸节律不规整，予以心电监护及血氧饱和度监测、吸氧呼吸支持下紧急转入我科抢救治疗。患儿于 2025 年 3 月 5 日 9:29 由儿科转入我科，入科时情况：患儿昏迷，四肢湿冷，散在花斑，心电监护示心率 59 次/分，呈逸搏节律，指脉氧饱和度测不出，大动脉搏动不能触及，自主呼吸微弱，入科后立即予以持续胸外心脏按压、球囊面罩加压给氧，予以肾上腺素 1mg 以 0.9%氯化钠注射液稀释后静推 1.5ml，并立即予以经口气管插管接呼吸机辅助通气，急查血气分析：酸碱度 6.84，氧分压 18.00mmHg，二氧化碳分压 59.00mmHg，钠离子 135.00mmol/L，钾离子 9.40mmol/L，离子钙 1.32mmol/L，血糖 2.30mmol/L，乳酸 13.90mmol/L，红细胞压积 52.00%，细胞外液剩余碱 -23.80mmol/L，全血剩余碱 -24.90mmol/L，血红蛋白 173.00g/L，阴离子间隙 35.00mmol/L，提示 II 型呼吸衰竭、严重代谢性酸中毒、高钾血症、低血糖，予以碳酸氢钠纠酸降钾、葡萄糖酸钙注射液降低高钾对心肌细胞毒性、葡萄糖升糖治疗，并予以多巴胺静脉泵入提升血压、心率，患儿心率 60 次/分左右，仍呈室性节律，大动脉搏动不能触及，持续呼吸机辅助通气，无自主呼吸触发，继续



予以持续胸外心脏按压、呼吸机辅助通气治疗反复予以肾上腺素静推，考虑患儿脓毒血症、感染性休克，予以留取血培养，并予以亚胺培南西司他丁抗感染治疗，予以适当补液扩容治疗，与患儿家属沟通后，予以留置PICC置管，复查血气分析。10:45 患儿心电监护示心率升至 92 次/分，呈室性节律，血压 65/32mmHg，心电图示异位心律、室性心动过速伴传出阻滞，但患儿心率、血压难以维持，继续予以持续胸外心脏按压、呼吸机辅助通气治疗，持续肾上腺素、多巴胺静脉泵入提升心率、血压，10:55 患儿心率下降至 0，11:28 患儿仍无自主呼吸及心跳，大动脉搏动不能触及，指脉氧饱和度测不出，心电监护示直线。再次向患儿家属解释说明病情，患儿家属表示理解，于 2025 年 3 月 5 日 11:28 心电图示心脏停搏，宣布死亡，患儿家属对死因及整个抢救过程无异议。

死亡原因：肠源性感染、感染性休克

死亡诊断：1. 肠源性感染 2. 感染性休克 3. II 型呼吸衰竭 4. 室性心动过速 5. 高钾血症 6. 重症肺炎 7. 心肌炎 8. 严重代谢性酸中毒 9. 高乳酸血症 10. 脓毒血症 11. 胃肠功能紊乱 12. 低血糖

（三）济宁医学院司法鉴定中心：[REDACTED] 司法鉴定意见书摘要

鉴定意见：被鉴定人 [REDACTED] 的死亡原因符合急性肠扭转、肠套叠及肠出血坏死引起休克而死亡。

四、鉴定过程

（一）鉴定材料审核

本案鉴定材料按照《外部信息管理程序》已审核，可供参考使用。



（二）适用标准

医疗损害的鉴定参照有关法律、行政法规、规章、诊疗规范，《小肠梗阻的诊断与治疗中国专家共识（2023版）》《儿科学 第十版》《外科学 第十版》《最高人民法院关于审理医疗损害责任纠纷案件适用法律若干问题的解释》《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T0097-2021）《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T 0095—2021）及法医学等进行鉴定。

（三）听证会情况

我中心受理此鉴定委托后，于2025年5月13日召集医患双方，本中心司法鉴定人及相关专家参加了本案听证会，会上医患双方充分陈述了各自的观点主张，鉴定人及专家进行了询问，主要情况如下。

1、患方认为：患儿从首次就诊（4:41）至死亡（11:28）共6小时47分钟，符合脓毒症进展至不可逆休克的时间规律（6-12小时）。若在首次就诊时住院并静脉抗感染，可争取4-6小时黄金抢救期（《脓毒症生存运动指南（SSC2024）》）。液体复苏的时效性：研究显示，休克患儿每延迟1小时补液，死亡率上升7.5%（《Pediatric Critical Care Medicine》2023）。本案延误补液3小时以上，直接导致高钾血症及代谢性酸中毒不可逆。医务人员在医疗活动中，应尽到高度谨慎的注意义务，以避免患者遭受不应有的危险或损害。根据《医疗损害司法鉴定指南》附录B.2.3，医方过错（评估不足、治疗错误、告知缺失）与患儿死亡存在直接因果关系，恳请鉴定专家严格依据《医疗损害鉴定指南》及医学规范，认定医方承担全部责任，维护患者合法权益。



2、泗水县[REDACTED]认为：本患儿以呕吐就诊我院，我院建议住院治疗，我院诊疗行为均符合诊疗规范，就诊期间及就诊结束后给予了书面及口头沟通充分履行了告知义务。患儿死亡与其病情进展迅速有关，亦与家长未遵从医嘱延误患儿诊疗有关，与我院的诊疗行为无因果关系。

五、分析说明

依据法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范等，综合考虑患者病情的紧急程度、患者的个体差异，当地的医疗水平、医疗机构与医务人员资质等因素结合提供的现有资料，医患方陈述意见，听证会情况，相关专家意见及《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T0097-2021）及法医学对医方的医疗过错、因果关系及原因力大小综合分析如下。

被鉴定人[REDACTED]男，8月，因“呕吐8小时”于2025年3月5日4:41就诊于泗水[REDACTED]门（急）诊。患儿8小时前出现呕吐，呕吐次数不详，呕吐为非喷射性，呕吐物为胃内容物。腹部彩超：腹部扫查部分肠管显示欠清，所示肠管无明显扩张，蠕动可，部分肠管管壁增厚，肠内容物充盈，肠间可探及游离性液性暗区。另于脐周肠袢间可见多个低回声结节。提示：腹部多发低回声结节 淋巴结可考虑肠间液性暗区：积液？请结合临床。诊断：呕吐。开具头孢克肟、补液盐带药回家。于2025年3月5日8:50就诊[REDACTED]门（急）诊，诊断：支气管炎，胃肠功能紊乱，给予收入院。于2025年3月5日9:29因“咳嗽4天，腹泻3天，呕吐、呻吟、手脚凉半天”入院。3天前患儿出现腹泻，稀便，无黏液及脓血，次数多，予以口服“益生菌”好转，半天患儿



出现呕吐，为未消化胃内容物，共10余次，伴呻吟、手脚冰凉，就诊于当地医院，完善腹部超声未见异常(未见报告)，仍呕吐，伴呻吟、手脚凉，无抽搐，予以口服“补液盐”效果欠佳，今为求进一步系统诊治，就诊我院，门诊以“急性支气管炎、胃肠功能紊乱”收入院。查体：T测不出，P次235/分 R15次/分 BP测不出。抱入病房全身皮肤青紫，昏迷状态。腹部膨隆，腹胀，按压无反应。入院诊断：1. 脓毒性休克 2. 肠源性脓毒血症 3. 支气管肺炎 4. 胃肠功能紊乱。入院后给予持续胸外心脏按压、球囊面罩加压给氧，予以肾上腺素1mg静推，经口气管插管接呼吸机辅助通气，急查血气分析：提示II型呼吸衰竭、严重代谢性酸中毒、高钾血症、低血糖，予以碳酸氢钠纠酸降钾、葡萄糖酸钙注射液降低高钾对心肌细胞毒性、葡萄糖升糖治疗，并予以多巴胺静脉泵入提升血压、心率，考虑患儿脓毒血症、感染性休克，于2025年3月5日11:28心电图示心脏停搏，宣布死亡。死亡原因：肠源性感染、感染性休克。死亡诊断：1. 肠源性感染 2. 感染性休克 3. II型呼吸衰竭 4. 室性心动过速 5. 高钾血症 6. 重症肺炎 7. 心肌炎 8. 严重代谢性酸中毒 9. 高乳酸血症 10. 脓毒血症 11. 胃肠功能紊乱 12. 低血糖。病理鉴定意见：被鉴定人[]的死亡原因符合急性肠扭转、肠套叠及肠出血坏死引起休克而死亡。

根据被鉴定人[]的病史、症状体征及病理检验，“急性肠扭转、肠套叠”的诊断明确。1、肠套叠是指部分肠管及其肠系膜套入邻近肠腔所致的一种肠梗阻，是婴幼儿时期常见的急腹症之一。本病60%的患儿年龄在1岁以内，但新生儿罕见。80%的患儿年龄在2岁以内，男孩发病率高于女孩，约为(2:1)~(3:1)。发病季节与胃肠道病毒感染流行相一



致，以春季多见。常伴发于胃肠炎和上呼吸道感染。病因和发病机制：肠套叠分原发和继发两种。95%为原发性，多见于婴幼儿，婴儿回盲部系膜尚未完全固定、活动度较大是容易发生肠套叠的结构因素。病理：肠套叠一般是顺行的，即多为近端肠管套入远端肠腔内，极少数是逆行的。肠套叠一旦形成，仅有很少部分的小肠套叠可以自行复位（暂时性小肠套叠），而对于套入结肠的或复套的一般不能自行复位。鞘层肠管持续痉挛，致使套入部分肠管发生循环障碍，初期静脉回流受阻，组织充血、水肿、静脉曲张。黏膜细胞分泌大量黏液，进入肠腔内，与血液及粪质混合成果酱样胶冻状便排出。肠壁水肿、静脉回流障碍加重，使动脉受累，供血不足，导致肠壁坏死并出现全身中毒症状，严重者可并发肠穿孔和腹膜炎。凡健康婴幼儿突然发生阵发性腹痛或阵发性规律性哭闹、呕吐、便血和腹部扪及腊肠样肿块时可确诊。肠套叠早期在未排出血便前应做直肠指检。2、肠扭转是一段肠袢及其系膜沿其系膜长轴扭转 $360^{\circ}\sim 720^{\circ}$ 而造成的闭袢性肠梗阻。既有肠管的梗阻，更有肠系膜血液循环受阻，是肠梗阻中病情凶险、发展迅速的一类。肠扭转是闭袢性肠梗阻加绞窄性肠梗阻，发病急骤，发展迅速。起病时腹痛剧烈且无间歇期，早期即可出现休克。小肠扭转表现为突然发作的剧烈腹部绞痛，常为持续性疼痛阵发性加剧；由于肠系膜受到牵拉，疼痛可放射至腰背部。呕吐频繁，腹胀以某一部位特别明显，腹部有时可扪及有压痛的扩张肠袢。肠扭转是一种较严重的机械性肠梗阻，可在短时期内发生肠绞窄、坏死，应尽早复位或手术治疗。

被鉴定人[]男，8月，因“呕吐8小时”于2025年3月

5日4:41就诊于泗水[]心门(急)诊。医方经询问



病史、查体，给予腹部超声，以上符合诊疗流程，经审阅院方在对被鉴定人[REDACTED]的医疗过程，发现存在不当(医疗过错、过失)，主要表现为。

(一) 医疗质量安全核心制度是指医疗机构及其医务人员在诊疗活动中应当严格遵守的相关制度。首诊负责制是指医疗机构及其医务人员在接诊任一患者时，均应本着对患者健康和生命安全高度负责的精神，认真做好病史采集、体格检查，必要的化验放射、功能检查，病历书写，诊断治疗、抢救，以及会诊转科、转诊等一系列诊疗活动过程。门诊急诊病历是指医务人员为挂急诊号就诊于急诊科患者书写的病历。门诊急诊病历除按门诊初诊或复诊病历记录的内容书写外，还需记录：患者的体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征。被鉴定人刘[REDACTED]男，8月，因“呕吐8小时”于2025年3月5日4:41就诊于泗水[REDACTED]门(急)诊。患儿属于门诊急诊就诊，医方虽然进行了体格检查，对于体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征未记录，不能证实急诊门诊医师进行了有关生命体征的检查，生命体征的表现，能迅速判断患者的病情严重程度，采取相应的处置措施。未尽到高度的注意义务，显属不当，存在过错。

(二) 2025年3月5日腹部彩超显示部分肠管管壁增厚及肠间可探及游离性液性暗区，结合提供听证会后提供的彩超图片，肠梗阻可以诊断，腹水可以诊断。肠梗阻：任何原因引起的肠内容物通过障碍统称肠梗阻，肠梗阻是常见的外科急腹症之一。肠梗阻不但可引起肠管形态和功能上的改变，还可导致一系列全身性病理生理改变，严重时可危及病人的生命。诊断：首先根据肠梗阻临床表现的共同特点，确定是否为肠梗阻，进一步确定梗阻的类型和性质，最后明确梗阻的部位和原因。这是诊断肠梗阻不



可缺少的步骤。是否肠梗阻，根据腹痛、呕吐、腹胀、停止自肛门排气排便四大症状和腹部可见肠型或蠕动波、肠鸣音亢进等，一般可作出诊断。是什么原因引起梗阻，根据肠梗阻不同类型的临床表现，参考年龄、病史、体征、X线检查等进行分析。新生儿以肠道先天性畸形为多见，2岁以内的小儿多为肠套叠。本案患者患有肠套叠（小肠套入小肠）及肠扭转，二者均有肠梗阻的临床表现。详细病史询问和体格检查是小肠梗阻初步诊断的临床依据，高质量的病史采集和体格检查，仍是肠梗阻规范化诊疗的重要环节；结合简单的实验室检验和影像学检查，可以在第一时间做出基本判断，提高诊断的及时性和准确率，同时降低对特殊检查的依赖性。必要的实验室检查对小肠梗阻的诊断有重要参考价值：基础的实验室检查包括血细胞计数、C-反应蛋白（CRP）、肝肾功能、电解质和血气分析，以评估水电解质酸碱平衡紊乱和急性肝肾损伤的程度，CRP $>75\text{g/L}$ 和白细胞计数 $>10\times 10^9/\text{L}$ 提示腹膜炎可能，但灵敏度和特异度相对有限。血D-乳酸盐和脂肪酸结合蛋白作为判断急性肠损伤的指标，对排除肠绞窄有重要价值。

被鉴定人[REDACTED]，男，8月，因“8小时前出现呕吐，呕吐次数不详，呕吐为非喷射性，呕吐物为胃内容物”于2025年3月5日4:41就诊于泗水县[REDACTED]门（急）诊，经检查并带药回家。于2025年3月5日8:50就诊于[REDACTED]门（急）诊，并于2025年3月5日9:29收入院，因“咳嗽4天，腹泻3天，呕吐、呻吟、手脚凉半天”入院。3天前患儿出现腹泻，稀便，次数多，予以口服“益生菌”好转，半天患儿出现呕吐，为未消化胃内容物，共10余次，非喷射性，无发热，伴呻吟、手脚冰凉，就诊于当地医院，完善腹部超声未见异常（未见报告），仍呕吐，



伴呻吟、手脚凉，无抽搐，予以口服“补液盐”效果欠佳，今为求进一步系统诊治收入院。查体：T 测不出，P 次 235/分 R15 次/分 BP 测不出。抱入病房全身皮肤青紫，昏迷状态。腹部膨隆，腹胀，按压无反应。入院诊断：1. 脓毒性休克 2. 肠源性脓毒血症 3. 支气管肺炎 4. 胃肠功能紊乱。对于发病过程，泗水 [REDACTED] 心门(急)诊与后来因病情未见好转就诊于 [REDACTED] 的病史询问的全面性存在出入。虽然超声不能提示肠套叠及肠扭转，但肠梗阻可以提示，而肠梗阻属于肠套叠及肠扭转的重要的病理变化，接诊医师虽考虑到肠套叠（听证会），需要超声来证实，但急诊医师过度依赖超声检查，对于疾病严重性预估不足，未进行基础的实验室检查，血细胞计数、C-反应蛋白（CRP）、肝肾功能、电解质和血气分析等，在诊断不明且病情变化快的情况下，未行留观或收入院以观察患儿的病情变化。2025-3-5 腹部彩超所见：部分肠管管壁增厚；肠间可探及游离性液性暗区。对于“游离性液性暗区”未记录范围、大小等，超声检查及记录不规范。肠梗阻及腹水未给予提示。未尽到高度注意义务，实属不当，存在过错。

（三）关于告知。《中华人民共和国医师法》第二十五条 医师在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施和其他需要告知的事项。

医方除了对患者病情、医疗措施进行告知外，还应告知其他需要告知的事项，即患者所患疾病的名称、发展情况、检查措施、治疗方案以及检查注意事项、住院须知等情况。对于告知形式未规定需要书面告知，据此，医方是否根据病情需要住院或留观进行了告知，医患双方所述出入较大，属



于事实认定，在此不做评析。

综上，医务人员在医疗活动中，应尽到高度谨慎的注意义务，以避免患者遭受不应有的危险或损害。医疗机构及其医务人员，应当充分考虑患者病症对患者生命健康的影响，应当将患者的生命健康利益放在首位，采取一切可能的手段和措施将医疗风险降至最低，最大限度地保障患者的安全。

被鉴定人[REDACTED]男，8月，因“呕吐8小时”于2025年3月5日4:41就诊于泗水县[REDACTED]门(急)诊，首诊医师对患儿的病情严重程度预估不足，对于体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征未检查；未进行基础的实验室检查（血细胞计数、C-反应蛋白（CRP）、肝肾功能、电解质和血气分析等）；腹部彩超未给予肠梗阻的提示，致使临床医师放松警惕，导致肠套叠、肠扭转所致的肠梗阻未及时诊断，失去了对“急性肠扭转、肠套叠及肠出血坏死所致脓毒性休克”早期诊断及干预的时机，最终导致再次就诊时，已发生“脓毒性休克、肠源性脓毒血症”，脓毒性休克属于难治性疾病，病死率高，及时识别脓毒症及脓毒性休克，早期干预是降低病死率的关键。由于对“急性肠套叠、肠扭转及肠出血坏死”未及时诊断及治疗，最终进展为脓毒性休克而死亡，医疗过错与死亡后果之间存在因果关系。就本案而言，死亡后果的发生系医疗过错及患儿临床表现及超声检查不典型、病情进展迅速或者限于当时医疗水平等因素均密切相关，若没有发生医疗过错，或者没有患者的自身因素（和/或限于当时医疗水平等因素），损害后果通常情况下都不会发生。医疗过错和患者自身因素在损害后果形成的过程中，所起的作用基本相当，难分主次，建议过错的原因力大小为同等原因。



存在其他不当（过错）不影响最终的鉴定意见。

六、鉴定意见

泗水县[REDACTED]对被鉴定人[REDACTED]的诊疗行为存在过错，过错与死亡后果之间存在因果关系，建议过错的原因力大小为同等原因。

七、附件

鉴定资质

司法鉴定人：郑[REDACTED] [REDACTED]

《司法鉴定人执业证》证号：[REDACTED]

司法鉴定人：[REDACTED] [REDACTED]

《司法鉴定人执业证》证号：[REDACTED]

