

司法鉴定意见书

Forensic Science Service Expertise Report



统一社会信用代码: B

声 明

1. 司法鉴定机构和司法鉴定人根据法律、法规和规章的规定，按照鉴定的科学规律和技术操作规范，依法独立、客观、公正进行鉴定并出具鉴定意见，不受任何个人或者组织的非法干预。
2. 司法鉴定意见书是法律规定的证据形式之一，是否作为定案依据，取决于办案机关的审查判断，司法鉴定机构和司法鉴定人无权干涉。
3. 使用司法鉴定意见书，应当保持其完整性和严肃性。
4. 鉴定意见属于鉴定人的专业意见。当事人对鉴定意见有异议，应当向办案机关提出，通过申请重新鉴定、补充鉴定等方式解决。
5. 委托人应当向鉴定机构提供真实、完整、充分的鉴定材料，并对鉴定材料的真实性、合法性负责。
6. 鉴定文书须征得本鉴定所和委托方的同意后方可复印，部分复制无效。

地

邮政编码：

联系电话：2(文痕)、(法医)，传真：



司法鉴定意见书

一、基本情况

委托方：商县人民法院[委托书编号：(2026)]

受理日期：2026年06月12日

委托事项： (下称医方)对 (出生，下称患者)的诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与患者目前的损害后果之间是否存在因果关系以及原因力大小进行司法鉴定

鉴定材料：1. 住院病历(病案号：)1份；2. 住院病历(住院号： 、)2份；3. 住院病历(病案号：)1份；4. (病案号：)1份；5. 住院病历(病案号：)1份；6. 影像学片42张；7. U盘1个、光盘5张。

鉴定日期：2026年06月12日~2026年06月19日

鉴定地点：

听证会在场人员：患方： 、何宇、 、 (患方均为线上参会)；医方： 、 、 。

基本案情

根据病历材料：2025年05月04日患者因“言语不利20小时”入院。诊断“脑梗死、高血压病”，入院后予抗栓、脑保护等治疗，并于当日行“脑血管造影+右侧大脑中动脉闭塞开通术”，术中患者突然烦躁、舌后坠，



不能言语，左侧肢体不能活动，予气管插管、ICU 会诊，后转入 ICU。05 月 09 日患者家属要求转上级医院，告知风险后于当日转院。后于多家医院住院治疗，2025 年 10 月 18 日出院时言语清晰度改善，左耸肩肌力 2 级，余上肢肌力 0 级，肌张力 0 级，左下肢伸肌、内收肌力 2 级，余肌力 0 级，肌张力 0 级，坐位平衡 1 级。

三、争议要点

（一）患方认为：1. 在缺乏急诊血管内开通适应证的情况下启动介入治疗；2. 术中明确为慢性闭塞，仍继续实施开通操作；3. 出现夹层可能和临床恶化后，未及时中止，而是反复器械操作；4. 围术期麻醉及气道管理评估不足，导致误吸及严重肺部并发症；5. 术前筛选与术中转归评估记录不充分，未达严格病例筛选要求。

（二）医方认为：患者术后出现左侧肢体偏瘫、肺炎等属于手术并发症，术前充分告知并签署知情同意书，诊疗行为已尽到医疗告知义务和注意义务。

四、送检材料摘要

（一）██████████住院病历（病案号：██████████7）摘要：

1. 入院记录

入院时间：2025-05-04 10:57。主诉：言语不利 20 小时。现病史：患者于 20 小时前无明显诱因突然出现言语不利，含糊不清，尚能完整表达自己意图，无肢体活动障碍，无饮水呛咳及吞咽困难，无流涎，无头痛、头晕，无恶心、呕吐，无视物模糊及视物成双，无肢体麻木及意识障碍，无肢体抽搐及大小便失禁，在家未采取任何治疗措施，病情无好转，故来我院就诊。患者自发病以来，神志清、精神不振，饮食、睡眠尚可，大小便正常。既往史：一般健康状况：良好。疾病史：既往有高血压病史 3 年，



脑梗死病史 10 年，未遗留后遗症。否认有冠心病、糖尿病病史。体格检查：T: 36.3℃ P: 86 次/分 R: 20 次/分 BP: 165/99mmHg。神经系统查体：不完全运动性失语，双侧额纹对称，闭目有力，双瞳孔等大等圆，d=3mm，对光反射存在。左侧鼻唇沟浅，伸舌左偏。四肢肌力、肌张力正常，双侧指鼻及跟膝胫试验稳准，双侧肢体痛温觉正常，双侧 Babinski 征阴性，脑膜刺激征阴性。双下肢中度凹陷性水肿。NIHSS 评分 3 分(言语 1 面瘫 2)，发病前 mRS0 分。脑 MRI：1、右侧侧脑室旁急性或亚急性梗塞灶；2、脑内多发缺血变性软化灶；3、脑动脉硬化并多动脉狭窄。初步诊断：1. 脑梗死 2. 高血压病

2. 手术记录

手术时间：2025-05-04 15:34-21:20

手术名称：脑血管造影+右侧大脑中动脉闭塞开通

手术经过、术中发现的情况及处理：可见：右侧大脑中动脉自 M1 中段以远闭塞，右侧大脑前动脉通过软脑膜动脉部分代偿右侧大脑中动脉供血，逆流至 M1 末端分叉处；右侧椎动脉纤细。再次向家属交待病情，患者右侧大脑中动脉慢性闭塞，建议保守治疗，有条件去上级医院进一步诊治，家属商议后坚持要求行右侧大脑中动脉闭塞开通术，理解并愿意承担术中、术后可能出现的风险及手术费用。留置尿管，置换 8F 鞘，8F 指引导管在泥鳅导丝及多功能导管的指引下到达右侧颈内动脉 C2 段，送入 5F 通桥中间导管，0.014*208cm 北斗微导丝带加奇微导管通过闭塞段，到达上干 M3 段，微导管造影显示在血管真腔内，并已通过闭塞段，交换技术，送入 0.014*315cm 易介神经微导丝，分别选用 1.5*15mm 及 2.0*15mm Maverick 球囊扩张大脑中动脉，M1 段再通，但上干未显影，且维持不住，M1 段再次闭塞，考虑夹层可能，此时患者未述不适，再次和家属沟通后，



准备结束手术。但患者突然出现烦躁，舌后坠，呼吸困难，不能言语，左侧肢体不能活动，立即请麻醉科会诊，给予丙泊酚镇静，并气管插管，同时请重症医学科会诊，应用简易呼吸机。再次将微导丝送入上干 M3 段，选用 2.0*15mm 球囊再次扩张 M1 段，血管未通，沿微导丝送入微导管，释放 4*30mm 加奇取栓支架，造影示大脑中动脉无血流通过，抽拉 1 把，血管仍未通，再次释放取栓支架，沿取栓支架推送导丝分别送入 1.5*15mm 及 2.0*15mm 扩张，血管仍未通，造影示豆纹动脉及经软膜支代偿血流较术前无减少，远端无出血征象。再次和家属交代病情，继续操作，血管破裂风险大，决定中止手术，撤出导管导丝，拔鞘，封堵器止血，纱布绷带加压包扎固定，护送转入重症医学科。

3. 病程记录

2025-05-04 21:59 麻醉科会诊记录 患者异常烦躁，舌后坠，特请麻醉科会诊协助诊治。麻醉科会诊意见：病史复习，患者体重 120kg，烦躁明显，呼吸不畅不能配合手术，给予镇静后气管插管保障通气，注意维护气道稳定。谢邀。

2025-05-04 22:05 重症医学科会诊记录 查体：BP145/78mmHg，昏迷状态，持续气管插管下转运呼吸机辅助通气，血氧饱和度 89%至 95%之间，气管插管内可见误吸食物；双肺呼吸音粗，可闻及啰音。诊断：1. 脑血管病 2. 吸入性肺炎 3. 呼吸衰竭。会诊建议：1. 与患者家属交代病情，患者需呼吸机辅助通气，且神志不清，需转我科诊疗；2. 告知患者家属，目前患者病情重，存在呼吸、心跳骤停可能性；3. 患者家属要求转我科。

2025-05-05 16:24 会诊记录 患者因“言语不利 20 小时”入院，现卧床状态，为筛查双下肢血管情况特请 B 超室会诊。B 超室主治医师行床旁彩超检查示：双下肢动静脉未见明显异常。给予气压治疗 bid 预防深静脉



血栓。

2025-05-05 17:03 会诊记录 神经内科副主任医师看过病人，意见建议：今患者复查颅脑 CT，阅片见右侧大脑半球脑水肿，考虑造影剂外渗，建议加用白蛋白 10g 静点 qd 减轻水肿，神经内科随诊。告知家属会诊意见，患者血清白蛋白测定 46.8g/L，患者家属同意自费使用白蛋白。

2025-05-05 17:30 主治医师联合副主任医师查房记录 患者意识模糊，强刺激后可见睁眼，疼痛刺激可见右侧肢体屈曲，气管插管接呼吸机辅助呼吸，SP02: 98%，当前体温正常，8 小时入量 720ml，出量 1200ml，均为尿量。查体：BP159/91mmHg，双侧瞳孔等大、等圆，直径约 2.0mm，对光反射灵敏；双肺呼吸音粗，可闻及干湿性啰音；心率 88 次/分，律齐；腹部膨隆，腹软，肠鸣音正常，双下肢轻度水肿，四肢肌力不可查，右侧肌张力正常，左侧肌张力减低，左侧巴氏征阳性，右侧巴氏征阴性。诊疗计划：1. 患者脑梗死后第 1 天，处于脑水肿加重期，双下肢轻度水肿，加用白蛋白减轻脑水肿并临时给予呋塞米利尿；2. 患者肥胖，糖化血红蛋白偏高，考虑 2 型糖尿病，目前禁饮食状态，嘱快测血糖监测患者血糖变化，必要时请内分泌科会诊协助诊疗；3. 今日给予加用依达拉奉右莰醇清除自由基并改善神经缺陷症状；4. 予以镇静、镇痛，减少代谢消耗，减少应激；5. 继续重症医学科护理常规，特级护理，气管插管接呼吸机辅助通气、心电血氧饱和度监测，抗感染，丁苯酞改善急性缺血性脑卒中患者神经功能缺损，甘露醇及激素减轻脑水肿及营养支持等对症支持治疗。患者病情仍重且不稳定，继续关注病情变化，及时处理。

2025-05-06 15:18 主任医师查房记录 患者气管插管接呼吸机辅助通气，可见自主呼吸触发，于 11 时给予脱呼吸机锻炼自主呼吸能力，至 12 时 30 分，患者血氧饱和度降至 88%左右，给予吸痰后上升不明显，给予复



戴呼吸机后患者血氧饱和度升至 98%；5. 目前患者血糖尚平稳，继续监测血糖，必要时及时处理；6. 血气分析氧合指数低，考虑 ARDS，告知患者家属 ARDS 情况，严重程度，同时予以白蛋白、速尿，提高呼吸机 PEEP 至 8cmH₂O，注意患者神志及瞳孔变化。

2025-05-07 10:45 纤维支气管镜吸痰治疗记录 患者入我科前存在吸入性肺炎，目前气管插管，呼吸机辅助通气，今日予以支气管镜检查、支气管镜下吸痰，主支气管通畅，狭窄，隆突形状锐利，左、右主支气管均通畅，右上肺尖、后、前各段，右肺中叶外侧段、内侧段，右肺下叶背段均可见大量浓稠痰，予以吸引清理，左肺上叶、下叶各肺段亦可见大量浓稠痰液，相较左肺各叶段少。

2025-05-08 13:44 主治医师查房记录 患者氧合指数较昨日略有改善，但仍属于中度 ARDS，目前不宜进行脱机锻炼，患者血气分析提示肺动脉氧分压差仍高，提示存在通气/血流比例失调或弥散功能障碍，嘱静滴白蛋白后加用呋塞米 20mg 泵入利尿治疗，减轻液体负荷，减少血管外肺水，改善肺功能，糖皮质激素甲泼尼龙琥珀酸钠已使用 4 天，为减少激素的不良反应，今日减少用量，由 80mg 将至 40mg，适时停用激素；再次与患者女儿妻子交代病情，患者病情重，肺功能差，如进一步加重，可能会出现难以脱机甚至 ECOM 支持治疗，但我院不具备 ECOM 治疗条件，询问是否转救治能力更强的上级医院进一步诊疗，患者女儿及妻子表示知情，暂无转上级医院的意愿。

4. 出院记录

入院日期：2025-05-04 出院日期：2025-05-09

出院诊断：脑梗死，急性呼吸窘迫综合征，肺炎，高血压病（2 级，很高危），呼吸衰竭，2 型糖尿病，高乳酸血症，电解质代谢紊乱：高氯血



症、低钾血症，高胆固醇血症，凝血功能异常

入院情况：患者 20 小时前无明显诱因突然出现言语不利，含糊不清。

诊疗经过：患者入神经内科后给予抗栓、脑保护等治疗，于当日行“脑血管造影+右侧大脑中动脉闭塞开通术”，术中患者突然烦躁、舌后坠，不能言语，左侧肢体不能活动，请麻醉科会诊后给予气管插管，同时请重症医学科会诊，应用简易呼吸机。经会诊术后转入我科。患者入科后给予重症医学科护理常规，特级护理，气管插管下呼吸机辅助通气、心电血氧饱和度监测，给予抗感染，改善神经功能缺损，减轻脑水肿，抗血小板治疗，清除自由基并改善神经缺陷症状、营养脑神经；踝泵运动、气压治疗预防深静脉血栓形成，镇静镇痛，减少烦躁、应激，减少代谢消耗，减少意外脱管及跌倒坠床风险。患者可见自主呼吸触发，于 2025-05-06 11 时给予脱呼吸机锻炼自主呼吸能力，至 12 时 30 分，患者血氧饱和度降至 88% 左右，给予吸痰后上升不明显，给予复戴呼吸机后患者血氧饱和度升至 98%；患者吸入性肺炎，于 2025-05-07 给予纤维支气管镜检查、支气管镜下吸痰，支气管镜检查后患者生命体征稳定；今日患者家属要求转上级医院，告知家属（患者女儿），目前患者气管插管呼吸机辅助通气，痰液需吸痰器辅助，且患者存在肺水肿，转运过程中存在风险，家属表示了解转运风险，仍要求自动转院，并在相关文件上签字。

出院情况：患者神志清，精神萎靡，可配合简单肢体动作，气管插管接呼吸机辅助呼吸，偶可见自主呼吸触发，血氧饱和度 98%。查体：BP121/67mmHg（乌拉地尔泵入下），双侧瞳孔等大、等圆，直径约 3.0mm，对光反射灵敏，双眼向右凝视；双肺呼吸音粗，可闻及湿啰音；心率 52 次/分，律齐；腹部膨隆，肠鸣音正常，右侧肌张力正常，肢体肌力估测 3 级，左侧肌张力减低，肌力估测 0 级，左侧巴氏征阳性，右侧巴氏征阴性。



出院医嘱：1. “120” 护送离院，注意转院途中安全问题；2. 患者病情危重，如遇紧急情况，就近医疗机构就诊。

（二）██████████住院病历（住院号：██████████）摘要：

入院日期：2025 年 5 月 9 日 出院日期：2025 年 6 月 12 日

出院诊断：脑梗死，蛛网膜下腔出血，呼吸衰竭，重症肺炎 耐碳青霉烯的鲍曼不动杆菌感染 肺炎克雷伯菌感染，贫血，低白蛋白血症，脑动脉狭窄，高血压病 2 级（很高危），低纤维蛋白原血症

入院情况：患者因言语不利 6 天入院。查体：患者药物镇静状态，经口气管插管接呼吸机辅助通气。双肺呼吸音粗，可闻及湿性啰音。腹部膨隆，右侧腹股沟区见紫红色瘀斑，未触及包块。神经系统查体：双侧瞳孔等大等圆，直径约 2.5mm，双侧眼球可见水平震颤，对光反射存在。查体不合作，右侧肢体可见自主活动，左侧巴氏征(+)。辅助检查：2025-05-04 颅脑 MRI 平扫+MRA：1. 右侧侧脑室旁急性或亚急性梗塞灶 2. 脑内多发缺血变性软化灶 3. 脑动脉硬化并多动脉狭窄。2025-05-05 胸部 CT+颅脑 CT：1. 多发腔隙性脑梗塞(部分软化灶) 2. 符合蛛网膜下腔出血 CT 表现 3. 符合双肺炎症 CT 表现。2025-05-06 颅脑 CT 平扫：1. 腔隙性脑梗塞(部分软化灶) 2. 符合蛛网膜下腔出血 CT 表现。2025-05-08 胸部 CT+颅脑 CT：1. 多发腔隙性脑梗塞(部分软化灶) 2. 符合蛛网膜下腔出血治疗后 CT 表现 3. 符合双肺炎症 CT 表现。

诊疗经过：入院后给予神经内科护理常规、ICU 护理常规，告病危，呼吸机辅助通气，监测心率、血氧、呼吸，行动脉置管监测血压。入科后给予抗血小板、降脂稳斑、改善循环、清除自由基、减轻水肿、改善神经功能等药物治疗，后逐渐减停脱水药。患者烦躁明显，持续丙泊酚、芬太尼泵入镇静镇痛，辅以喹硫平、西酞普兰、氟哌噻吨美利曲辛口服药物改



善患者情绪。患者 2025-5-18 吸引出血性痰，停用氯吡格雷。2. 针对呼吸系统：(1) 气道方面：患者入院时经口气管插管接呼吸机辅助通气，PSV 模式，予翻身拍背、振动排痰、行床旁电子支气管镜吸痰等加强气道管理。患者吸氧浓度高，氧分压低，患者血氧饱和度波动在 80%~93% 左右，床旁支气管镜示气道狭窄，脱机困难。于 2025-5-14 行气管切开，患者氧饱和度波动于 86%-98%，床旁支气管镜示气道压力性狭窄。请重症医学科会诊，调整呼吸机模式为 P-A/C 模式，氧浓度 100%，血氧饱和度在 90% 左右。(2) 感染方面：2025-5-9 胸部 CT：双肺炎症、纤维灶；双肺局限性肺组织膨胀不全；双侧胸膜增厚。入科予以美罗培南经验性抗感染，雾化祛痰、扩张支气管等药物治疗。2025-5-13 痰培养：耐碳青霉烯的鲍曼不动杆菌。根据药敏应用多粘菌素 B 联合美罗培南治疗，但考虑到患者体重大，肺炎重，感染指标上升趋势，根据《多粘菌素临床应用中国专家共识》，对于多重耐药菌可以联合雾化吸入多粘菌素 B，遂加用多黏菌素 B25 万单位雾化吸入 q12h 抗感染治疗。入院后给予营养支持、改善胃肠动力、保护胃黏膜等治疗。4. 其他方面：患者血常规示血红蛋白进行性下降，予以右旋糖酐铁、叶酸治疗。5 月 20 日患者吸氧浓度高，氧分压低，呼吸机难以维持，给与 VV-ECMO 治疗，ECMO 后转入我科，给予 ICU 护理常规，特级护理，心电监护，病危，呼吸机辅助通气。完善相关检查辅助评估病情及指导治疗。给予护胃、舒普深抗感染、营养支持等对症治疗，继续应用 V-V ECMO，改善循环，恢复组织供氧，保护脏器功能，加强呼吸道管理。患者病情逐渐好转，于 6 月 30 日评估撤 ECMO 指征后，给予撤机。目前患者间断脱离呼吸机。

(三) [REDACTED] 住院病历 (病案号: [REDACTED]) 摘要:

入院日期: 2025-06-12 出院日期: 2025-07-09



出院诊断：康复治疗，偏瘫，吞咽困难，言语障碍，运动障碍，呼吸衰竭，重症肺炎，肺炎克雷伯杆菌感染，耐碳青霉烯类的鲍曼不动杆菌（CRAB）感染，脑梗死恢复期，贫血，低蛋白血症，脑动脉狭窄，高血压病 2 级（极高危），低纤维蛋白原血症，营养风险，睡眠障碍

入院时情况：左侧肢体活动不利 1 月余入院。专科情况：言语失语，注意减弱、定向力下降、记忆力减退、计算力减退、理解力减退，伸舌偏向左，右侧肢体肌力 V 级，左上肢肌力布氏 0 级，左下肢布氏 1 级，坐位平衡 0 级，站位平衡 0 级，左侧共济试验不能完成，Holden 分级 0 级，Barthel 指数 20 分，ADL 明显依赖，需很大帮助。

诊疗经过：患者入院后完善相关辅助检查，给予患者抗凝、雾化排痰、抗感染、纠正贫血等治疗，同时给予患者偏瘫肢体综合训练、电动起立床训练，经颅磁刺激、针灸等康复治疗。

（四）[REDACTED]（病案号：[REDACTED]）摘要：

入院日期：2025-07-09 出院诊断：2025-08-06

出院诊断：偏瘫，言语障碍，认知障碍，吞咽困难，肺炎，脑梗死恢复期，蛛网膜下腔出血恢复期，脑动脉狭窄，高血压病 3 级（极高危），下肢静脉血栓形成，高脂血症

入院情况：因脑梗死后左侧肢体活动不灵 2 月入院。

诊疗经过：药物治疗方面暂予以营养支持、营养神经、化痰等治疗为主。给予针灸治疗、运动疗法、其他推拿治疗延长治疗、低频脉冲电治疗、虚拟情景训练等，以改善患侧肢体功能、改善平衡功能、促进核心肌群力量改善，改善日常生活能力。

出院情况：言语不能，复述不能，表达不能，注意力、计算力、定向力查体不能配合。左侧鼻唇沟较右侧变浅，伸舌左偏，咽部查体不配合。



肌力：左侧肩前屈-外展-后伸 0-0-0 级，肘屈-伸 0-0 级，腕屈-伸 0-0 级；髋前屈-后伸-外展-内收 1-1-1-1 级，膝屈-伸 1-1 级，踝跖屈-背伸 0-0 级；右侧肌力正常。

（五）██████████住院病历（住院号：██████████5）摘要：

入院日期：2025 年 8 月 6 日 出院日期：2025 年 8 月 25 日

出院诊断：脑梗死恢复期：偏瘫、认知障碍、吞咽障碍、言语障碍、呼吸功能障碍、日常生活活动能力缺陷，蛛网膜下腔出血恢复期，大脑多动脉狭窄，肺部感染：金黄色葡萄球菌、鲍曼不动杆菌，低氧血症，气管切开状态，高血压 3 级（很高危），双下肢肌间静脉血栓形成，脑梗死个人史

入院情况：因左侧肢体活动不灵 3 月余入院。

诊疗经过：给予心电监护、监测血压、血氧饱和度，给予降脂、营养神经、改善认知、降压、改善胃肠蠕动、营养支持等对症支持治疗。给予偏瘫肢体综合训练，作业疗法，其他推拿延长等改善肢体运动功能，维持关节活动度，防止肌肉萎缩及关节挛缩。给予针灸治疗、低频脉冲治疗，舒筋通络，改善循环、辅助促进肢体运动功能恢复。给予吞咽障碍训练、言语功能训练、认知知觉功能障碍训练等治疗。

（六）██████████住院病历（病案号：██████████5）摘要：

入院日期：2025-08-25 出院日期：2025-10-18

出院诊断：脑梗死恢复期，高血压 3 级（很高危），蛛网膜下腔出血恢复期，肺炎，高脂血症

入院情况：左侧肢体活动不利伴言语不清 3 月余。

诊疗经过：依病情予普通针刺、穴位注射、偏瘫肢体综合训练、低频脉冲电治疗、隔物灸法、作业疗法、蜡疗、中药塌渍、电动床起立、芒针、



冲击波、埋针治疗。

出院情况：患者神志清，精神尚可，经口进食糊状食物及软食。左侧肢体活动不利伴言语不清改善。查体：言语清晰度改善，左耸肩肌力 2 级，余上肢肌力 0 级，肌张力 0 级，左下肢伸肌、内收肌力 2 级，余肌力 0 级，肌张力 0 级坐位平衡 1 级。

（注：以上信息为摘录内容，具体以委托方提供的送检材料为依据）

五、鉴定过程

（一）案件审查及鉴定工作。2026 年 04 月 27 日本所收到委托方委托书及相关材料，经审查后于次日发出关于鉴定事宜的沟通函。补齐鉴定材料、交纳费用后，本所 2026 年 05 月 11 日发函告知医患各方，于 2026 年 06 月 12 日本所召开医疗听证会及相关事项。根据约定，听证会召开当日受理本案。听证会开始前，告知医患双方相关权利、义务和风险，医患双方参加人员明确表示不申请鉴定人及本所聘请的临床医学专家回避；听证会在提前审阅送鉴材料基础上，分别听取医患双方陈述，分别询问医患双方关于诊疗经过、争议事项的意见和理由。现本所鉴定人根据送检材料、听证会情况及相关规定，结合临床医学专家咨询意见，独立作出司法鉴定意见。

（二）检验方法。按照 SF/T 0095-2021《人身损害与疾病因果关系判定指南》、SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》标准开展鉴定评估工作。

六、分析说明

根据送鉴材料，结合听证情况及临床医学专家咨询意见，分析如下：

（一）医疗行为评价

2025 年 05 月 04 日患者因“言语不利 20 小时”入院。诊断“脑梗死、



高血压病”，入院后予抗栓、脑保护等治疗，并于当日行“脑血管造影+右侧大脑中动脉闭塞开通术”，术中患者突然烦躁、舌后坠，不能言语，左侧肢体不能活动，予气管插管、ICU 会诊，后转入 ICU。05 月 09 日患者家属要求转上级医院，告知风险后于当日转院。

医方在诊疗过程中存在以下过错：

1. 手术指征不明确、手术时机把握不严谨。发病 6 小时内的前循环大血管闭塞患者，符合以下标准时，建议血管内取栓治疗：卒中前 mRS 评分 0~1 分；缺血性卒中由颈内动脉或大脑中动脉 M1 段闭塞引起；NIHSS 评分 ≥ 6 分；ASPECTS 评分 ≥ 6 分。根据送检病历材料，本例患者符合急性缺血性卒中，其系言语不利 20 小时入院，入院时已过血管介入治疗的时间窗，且入院时 NIHSS 评分 3 分、发病前 mRS 0 分，其手术指征不明确。即使医方认为本例患者是慢性闭塞患者，但在其病情平稳的情况下，亦无急诊治疗指征。

2. 术前评估不全面。发病 24 h 内的急性前、后循环大血管闭塞患者，经过临床及影像筛选后，当符合现有循证依据时，均推荐血管内取栓治疗。虽然患者进行了常规 CT 检查及 MR 检查，但未行灌注显像充分评估患者情况。

3. 术中处置欠妥。根据动检病历材料，突发烦躁、呼吸困难、左侧肢体不能活动，结合影像学检查情况综合分析认为出血可能性大。医方对此判断不准确，选择再次行血管开通等相关治疗。

4. 病历书写不规范。根据送检病历材料，虽然医方《缺血性脑血管病介入治疗知情同意书》中有替代医疗方案的描述，但该替代医疗方案记载“药物保守治疗血管不能开通，不能改善血流”，该描述可能会对患方的判断、选择存在误导。



（二）因果关系及原因力分析

按照 SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》、SF/T 0095-2021《人身损害与疾病因果关系判定指南》标准，进行因果关系及原因力分析与判定如下：

2025 年 05 月 04 日患者因“言语不利 20 小时”入院。诊断“脑梗死、高血压病”，入院后予抗栓、脑保护等治疗，并于当日行“脑血管造影+右侧大脑中动脉闭塞开通术”，术中患者突然烦躁、舌后坠，不能言语，左侧肢体不能活动，予气管插管、ICU 会诊，后转入 ICU。05 月 09 日患者家属要求转上级医院，告知风险后于当日转院。后于多家医院住院治疗，2025 年 10 月 18 日出院时言语清晰度改善，左耸肩肌力 2 级，余上肢肌力 0 级，肌张力 0 级，左下肢伸肌、内收肌力 2 级，余肌力 0 级，肌张力 0 级，坐位平衡 1 级。

根据送检病历材料，本例患者脑梗死的诊断明确，但其入院时已发病 20 小时，且入院时症状表现轻（NIHSS 评分 3 分），医方在对患者的诊疗过程中，对手术指征不明确、手术时机把握不严谨，在患者入院当日下午即行血管介入治疗，并且术前检查不全面，未充分评估患者血管情况，确定是否存在手术指征；此外，术中对患者病情变化原因判断不准确，在出血可能的情况下，仍再次行血管开通治疗。结合患者左侧肢体活动不利、言语障碍的损害后果分析，医方上述过错行为与患者的损害后果之间存在因果关系。本例患者脑梗死诊断明确，术中出血属于血管介入治疗的手术并发症之一，医方术前告知患方相关风险，并取得患方签字确认；其出现反流误吸与术前禁食时间短（经听证会现场询问，患者于手术当日上午 10:30 进食），自身肥胖（178cm、120kg）及术中意识下降等情况有关。结合患者损害后果分析，患者术中病情变化系相关手术的并发症之一，与其



原发性疾病之间存在一定的因果关系。

根据患者自身原发性疾病特点以及医方的医疗过错行为，综合分析认为：患者的损害后果与医疗过错行为均密切相关，若没有医疗过错，损害后果一般不会发生，医疗过错行为是导致患者损害后果的主要原因，原因力为主要原因。

七、鉴定意见

██████████对患者██████████的诊疗过程中存在医疗过错行为，其过错行为与患者左侧肢体活动不利、言语障碍的损害后果之间存在因果关系，原因力为主要原因。

八、附件

- （一）司法鉴定许可证、司法鉴定人执业证影印件
- （二）鉴定人承诺书（仅附于司法鉴定意见书正本）

司法鉴定人：██████████

沈炯恒

《司法鉴定人执业证》证号：██████████

司法鉴定人：██████████

李书青

《司法鉴定人执业证》证号：██████████

司法鉴定人：██████████

曹时平

《司法鉴定人执业证》证号：██████████

二〇二六年六月十九日

鉴定人承诺书（试行）

本人接受人民法院委托，作为诉讼参与人参加诉讼活动，依照国家法律法规和人民法院相关规定完成本次司法鉴定活动，承诺如下：

一、遵循科学、公正和诚实原则，客观、独立地进行鉴定，保证鉴定意见不受当事人、代理人或其他第三方的干扰。

二、廉洁自律，不接受当事人、诉讼代理人及其请托人提供的财物、宴请或其他利益。

三、自觉遵守有关回避的规定，及时向人民法院报告可能影响鉴定意见的各种情形。

四、保守在鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私，不利用鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私获取利益，不向无关人员泄露案情及鉴定信息。

五、勤勉尽责，遵照相关鉴定管理规定及技术规范，认真分析判断专业问题，独立进行检验、测算、分析、评定并形成鉴定意见，保证不出具虚假或误导性鉴定意见；妥善保管、保存、移交相关鉴定材料，不因自身原因造成鉴定材料污损、遗失。

六、按照规定期限和人民法院要求完成鉴定事项，如遇特殊情形不能如期完成的，应当提前向人民法院申请延期。

七、保证依法履行鉴定人出庭作证义务，做好鉴定意见的解释及质证工作。

本人已知悉违反上述承诺将承担的法律責任及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。

承诺人：（签名）沈

鉴定机构：（盖章）

2016年6月12日



中华人民共和国司法部监制

执业机构 [redacted]

执业证号 [redacted]

有效期: 2023年8月9日至2027年11月2日

首次核准登记日期: 2017年11月3日

颁证机关: 江苏省司法厅

颁证日期: 2018年8月9日

姓名: 沈柏怡 性别: 男

身份证号 [redacted]

专业技术职称: 主任法医

行业执业资格: [redacted]

执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定(尸体现象、死亡原因分析、尸表检验、死亡原因分析、器官/切片检验、死亡时间推断、损伤时间推断、损伤程度分析、医疗损害鉴定、与死亡原因相关的其他法医病理鉴定(组织器官病理检验)); 法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定、人体残疾等级鉴定、人体功能评定(视觉功能、听觉功能、性侵犯与性别鉴定、评估、诊断、治疗)、医疗损害鉴定、与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】

执业范围

执业机构 [redacted]

执业证号 [redacted]

有效期: 2023年8月9日至2027年7月6日

首次核准登记日期: 2022年7月7日

颁证机关: 江苏省司法厅

颁证日期: 2023年8月9日

姓名: [redacted] 性别: 男

身份证号 [redacted]

专业技术职称: [redacted]

行业执业资格: [redacted]

执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定(尸体现象、死亡原因分析、尸表检验、死亡原因分析、器官/切片检验、死亡时间推断、损伤时间推断、损伤程度分析、医疗损害鉴定、与死亡原因相关的其他法医病理鉴定(组织器官病理检验)); 法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定、人体残疾等级鉴定、人体功能评定(视觉功能、听觉功能、性侵犯与性别鉴定、评估、诊断、治疗)、医疗损害鉴定、与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】

执业范围

执业机构 [redacted]

执业证号 [redacted]

有效期: 2023年8月9日至2026年8月9日

首次核准登记日期: 2015年4月22日

颁证机关: 江苏省司法厅

颁证日期: 2023年8月9日

姓名: [redacted] 性别: 男

身份证号 [redacted]

专业技术职称: 主任医师

行业执业资格: 执业医师

执业范围

法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定、人体残疾等级鉴定、人体功能评定(视觉功能、听觉功能、性侵犯与性别鉴定、评估、诊断、治疗)、医疗损害鉴定、与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】

执业范围

