

医疗损害鉴定意见书

[REDACTED]

[REDACTED]

2026 年 4 月 3 日

声 明

1. 鉴定专家组成员根据鉴定材料，结合医患双方陈述、现场调查，依据有关法律、法规、规章和诊疗护理规范、常规，运用专业理论知识和经验，针对委托鉴定事项综合分析，合议后形成鉴定意见。

2. 医疗损害鉴定意见书根据鉴定专家组的合议意见制作，是否作为医疗纠纷处理依据，取决于委托人或处理部门的审查判断。

3. 使用医疗损害鉴定意见书，应当保持其完整性和严肃性。

4. 鉴定意见属于专业意见。当事人对鉴定意见有异议，应当依法采取补充鉴定、重新鉴定等方式解决。

地址：

联系电话：

鉴定意见书首页

委托人：慈溪市人民法院

患者姓名：[redacted]

医疗机构名称：[redacted]、[redacted]

委托事项：医疗机构或者其医务人员的诊疗行为有无过错、过错行为与患者损害后果之间是否存在因果关系、过错行为在损害后果中的责任程度（原因力大小）；鉴定类型为医疗损害鉴定。

鉴定意见：

[redacted]在对患者[redacted]的诊治过程中存在医疗过错；医疗过错与患者死亡后果之间存在因果关系；医疗过错在造成患者死亡后果中的原因力大小为同等原因。

[redacted]在对患者[redacted]的诊治过程中不存在医疗过错。

鉴定专家组：

学科专业	职称	姓名/盖章
消化内科专业	主任医师	[redacted]
消化内科专业	主任医师	
急诊医学科	主任医师	
急诊医学科	主任医师	
胃肠外科	主任医师	
医学影像科	主任医师	
法医学	副主任法医师	

鉴定意见书正文

一、基本情况

委托人：慈溪市人民法院

患者姓名： 性别：男 身份证号：

联系人：何宇

医疗机构1名称：

登记号：

联系人：

医疗机构2名称：

登记号：

受理鉴定时间：2026年3月12日

鉴定会时间：2026年3月25日

二、委托事项

医疗机构或者其医务人员的诊疗行为有无过错、过错行为与患者损害后果之间是否存在因果关系、过错行为在损害后果中的责任程度（原因力大小）；鉴定类型为医疗损害鉴定。

三、争议要点

（一）患方认为： 1. 初步诊断错误，未能及时识别急腹症及潜在穿孔风险；2. 影像学检查解读不当；3. 镇痛药物使用不当，掩盖病情；4. 住院处置及治疗不当；5. 病情监测不力，未能早期识别和干预感染性休克；6. 抗感染治疗方案选择不当且升级不及时；7. 液体复苏和循环支持不足；8. 病情评估和转诊时机延误；9. 重症监测及复苏缺失。 1. 对“疑结肠穿孔+感染性休克”的控制策略不足；2. 使用头孢哌酮舒巴坦钠的经验性抗菌覆盖与升级不到位；3. 抢救措施不够及时规范。医方的过错行为与患者死亡结果之间存在直接因果关系，应承担主要责任。

（二）医方认为： 我院在患者的诊疗过程中，诊断思路清晰，处置措施规范及时，充分履行了告知义务，尽到了合理诊疗职责，我院不存在医疗过错。其病情的快速进展与潜在基

础疾病相关，属疾病自然转归，并非医疗行为所致，与我院的诊疗行为不存在因果关系。[]：患者生命体征评估预后极差，已尽告知，多次心脏骤停予以心肺复苏，气管插管等措施，抢救及时且符合诊疗规范，最终结果与患者病情严重程度相关，我院诊疗过程并无不当之处。

（注：本处是对医患双方主要观点和诉求的简要表述，其他问题和具体内容见陈述材料）

四、鉴定材料

（一）患方提供

相关材料已提交慈溪市人民法院。

（二）医方提供

相关材料已提交慈溪市人民法院。

（三）慈溪市人民法院提供

1. 慈溪市人民法院司法鉴定委托书打印件 1 份；
2. 医学鉴定申请委托书 1 份；
3. 医疗损害鉴定时限协议书 1 份；
4. 医疗损害鉴定资料确认单原件 1 份；
5. 民事起诉状打印件 1 份；
6. 医疗过错鉴定申请书打印件 1 份；
7. 庭前会议笔录打印件 1 份；
8. 质证截图打印件 1 张；
9. []患者基本信息修正申请表打印件 1 份；
10. []姓名情况说明打印件 1 张；
11. 患方授权委托书原件 1 份；
12. []授权委托书打印件 1 份；
13. []医疗机构人员确认单及相关资质证明复印件各 1 份；
14. []授权委托书原件 1 份；
15. []医疗机构人员确认单原件及相关资质证明复印件各 1 份；
16. 患方陈述报告 1 份；

17. 陈述报告 1 份；
18. 陈述报告 1 份；
19. 住院病历原件 1 份(住院号) 7)；
20. (急) 诊病历原件 1 张；
21. 检验报告单原件 4 张；
22. T 报告单原件 1 张；
23. 住院病历复印件 1 份 (住院号：) ；
24. 急诊留抢救病历复印件 1 份 (就诊卡号：) ；
25. 检验报告单原件 6 张；
26. 急诊留抢救病历原件 1 份 (就诊卡号：) ；
27. 居民死亡医学证明 (推断) 书原件 1 张；
28. 医学影像学资料共计 8 张。

五、 诊治概要

患者 男，2 出生。2025 年 3 月 22 日 15 时 01 分患者因“左下腹痛 10 小时余”就诊 院急诊内科，查血化验报告：总蛋白 86.2g/L、球蛋白 43.3g/L、总胆红素 23.1 $\mu\text{mol/L}$ 、直接胆红素 12.6 $\mu\text{mol/L}$ 、尿酸 465 $\mu\text{mol/L}$ 、肌酐 107 $\mu\text{mol/L}$ 、葡萄糖 8.16mmol/L、钠 136mmol/L、氯 97mmol/L、淀粉酶 50U/L、白细胞 $3.07 \times 10^9/\text{L}$ 、中性粒细胞百分率 0.2%、淋巴细胞百分率 97.9%、血红蛋白 129g/L、红细胞平均体积 81.6fl、血小板 $381 \times 10^9/\text{L}$ 、超敏 C 反应蛋白 123.77mg/L。全腹部 CT 平扫诊断提示：升结肠肠壁增厚，周围脂肪间隙密度增高；降结肠部分周围脂肪间隙稍模糊；请结合临床，建议进一步检查；附见：左肾低密度灶。体格检查：体温 37.4℃，脉搏 138 次/分，血压 104/54mmHg，左下腹部疼痛等，诊断：胃肠炎，予硫酸罗通定肌注。16 时 32 分患者因“腹痛伴腹泻、恶心呕吐 12 小时”入住该院，专科检查：T38.6℃，P 136 次/分，R 18 次/分，Bp88/57mmHg，神志清，精神可，浅表淋巴结未触及肿大，双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性罗音，腹平软，肝脾肋下未及，脐周

压痛，无反跳痛，余腹无明显压痛反跳痛，移动性浊音阴性，双下肢无水肿，四肢肌力 5 级，病理征未引出等，初步诊断：胃肠炎、肠道感染、急性胃炎、肠道菌群失调。入院后予头孢他啶消炎、艾司奥美拉唑钠护胃、间苯三酚注射液止痛等治疗。19 时 20 分患者目前腹痛未见缓解，疼痛评分 6 分，伴出汗，予曲马多注射液肌注。19 时 23 分胸部+全腹部 CT 平扫诊断提示：1. 两肺上叶感染考虑，请结合临床，建议治疗后复查；2. 升结肠肠壁增厚，周围渗出较今日前片明显；降结肠部分周围脂肪间隙稍模糊；盆腔少量积液；建议随诊复查；附见：左肾低密度灶。22 时 45 分现腹痛未见缓解，伴出冷汗，改一级护理、禁食、告病重等治疗，之后加用左氧氟沙星氯化钠注射液。3 月 23 日经多科会诊，建议：患者考虑“结肠穿孔、感染性休克”，患者需急诊手术，手术风险较大，建议予去甲肾上腺素维持血压，美罗培南加强抗感染后，立即 120 转上级医院进一步就诊等。2 时 15 分患者腹痛，伴高热，伴恶心，无呕吐，予出院转上级医院进一步诊治，出院诊断：1. 腹痛待查：肠穿孔？2. 感染性休克；3. 胃炎。2 时 39 分接到危急值通知：血常规+CRP 报告：白细胞 $0.84 \times 10^9/L$ ，患者已转院诊治。

2025 年 3 月 23 日 2 时 39 分患者因“腹痛加重 1 小时”就诊[]
[]急诊外科，体格检查：体温 39.0℃，脉搏 147 次/分，呼吸 10 次/分，收缩压 131mmHg，舒张压 107mmHg，意识昏迷，氧饱和度 52%，查体不配合等，初步诊断：1. 消化道穿孔？2. 感染性休克，予一级护理、禁食、心电血压氧饱和度监护、吸氧等治疗。2 时 44 分患者触摸颈动脉搏动消失，心电图示心室静止，立即胸外心脏按压、人工通气、肾上腺素针等治疗。2 时 48 分予气管插管、吸痰，2 时 50 分接呼吸机机械辅助通气。经多科会诊，完善血液检查后，予头孢哌酮舒巴坦钠抗感染等治疗。之后患者多次颈动脉搏动消失，经抢救搏动恢复。6 时 41 分患者颈动脉搏动消失，经持续胸外心脏按压等，患者心电图呈一直线，7 时 11 分宣布死亡。

（注：本处是对患者诊治经过、损害后果等的简要摘录，鉴定专家组以委托人提交的材料为鉴定依据）

六、现场查体情况

无。

七、鉴定过程说明

本次鉴定受慈溪市人民法院 2025 年 10 月 23 日委托，根据《医学会医疗损害鉴定规则（试行）》有关规定，与委托方签署医疗损害鉴定时限协议书。2026 年 1 月 12 日鉴定材料提交齐全。经审查后 2026 年 3 月 12 日受理。2026 年 3 月 13 日由医患双方及随机抽取消化内科专业 2 位、急诊医学科 2 位、胃肠外科 1 位、医学影像科 1 位和法医学 1 位共 7 位专家，组成本次鉴定的专家组，同时抽取若干名候补专家，经医患双方签字确认并封存抽取结果。在抽取前，患方提出专家回避申请并得到了允许，医方未提出专家回避申请，医患双方均未申请鉴定工作人员回避。抽取当日通知了法院、鉴定专家和医患双方参加鉴定会。2026 年 3 月 25 日召开医疗损害鉴定会，7 位专家参加了鉴定会，患方代表姓名何宇、3 位、医方代表姓名、3 位、医方代表姓名 3 位及 1 位到会。医患双方陈述并回答了专家的提问后，医患双方退场。鉴定组专家根据鉴定材料和双方的陈述及回答进行了讨论，经合议，根据全体鉴定专家组成员的一致意见形成鉴定意见。

八、鉴定分析说明

（一）概述

患者 男，20 年出生。2025 年 3 月 22 日 15 时 01 分患者因“左下腹痛 10 小时余”就诊急诊内科，经相关检查，诊断：胃肠炎。16 时 32 分患者因“腹痛伴腹泻、恶心呕吐 12 小时”入住该院，经专科检查，初步诊断：胃肠炎、肠道感染、急性胃炎、肠道菌群失调。入院后予头孢他啶消炎、护胃、止痛等治疗。22 时 45 分现腹痛未见缓解，伴出冷汗，改一级护理、禁食、告病重、左氧氟沙星氯化钠注射液等治疗。3 月 23 日经多科会诊后，患者转上级医院进一步诊治。当日患者因“腹痛加重 1 小时”就诊急诊外科，经体格检查，初步诊断：1. 消化道穿孔？2. 感染性休克，后患者触摸颈动脉搏动消失，心电图示心室静止，立即

胸外心脏按压、呼吸机机械辅助通气、抗感染等抢救无效后，宣布死亡。

（二）诊疗行为的分析

人民卫生出版社《急诊与灾难医学》第4版急性腹痛中指出，引起急性腹痛的原因很多，不同疾病可表现为不同部位的腹痛。左下腹痛常见疾病有乙状结肠扭转、左侧输尿管结石、乙状结肠及直肠癌梗阻等。该患者2025年3月22日15时01分就诊时主诉为“左下腹痛10小时余”，查血化验报告：总蛋白86.2g/L、球蛋白43.3g/L、总胆红素23.1 μ mol/L、直接胆红素12.6 μ mol/L、尿酸465 μ mol/L、肌酐107 μ mol/L、葡萄糖8.16mmol/L、钠136mmol/L、氯97mmol/L、淀粉酶50U/L、白细胞 3.07×10^9 /L、中性粒细胞百分率0.2%、淋巴细胞百分率97.9%、血红蛋白129g/L、红细胞平均体积81.6fl、血小板 381×10^9 /L、超敏C反应蛋白123.77mg/L。全腹部CT平扫诊断提示：升结肠肠壁增厚，周围脂肪间隙密度增高；降结肠部分周围脂肪间隙稍模糊；请结合临床，建议进一步检查；附见：左肾低密度灶。体格检查：体温37.4℃，脉搏138次/分，血压104/54mmHg，左下腹部疼痛等，医方诊断：胃肠炎。16时32分入住该院，专科检查：T38.6℃，P136次/分，R18次/分，Bp88/57mmHg，神志清，精神可，双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性罗音，腹平软，肝脾肋下未及，脐周压痛，无反跳痛，余腹无明显压痛反跳痛，移动性浊音阴性等，医方初步诊断“胃肠炎、肠道感染、急性胃炎、肠道菌群失调”。专家组复读3月22日全腹部CT平扫影像资料，分析认为：升结肠肠壁增厚，周围脂肪间隙密度增高；降结肠部分周围脂肪间隙稍模糊，无游离气体等消化道穿孔直接征象，医方影像学诊断合理。根据患者当时症状、血化验、全腹部CT检查及体格检查，医方未准确评估患者疾病状态（严重感染），初步诊断“胃肠炎”诊断不全面，存在过错。医方急诊期间未用药，立即住院处理，符合诊疗常规。

《急诊与灾难医学》第4版急性腹痛中诊断不明的腹痛的治疗中指出，未明确诊断前，慎用吗啡类镇痛药，适当选用解痉药。2025年3月22日入院后医方予间苯三酚注射液止痛等治疗，符合对腹痛原因尚不能明确病因者对症适度治疗的处理原则。19时20分患者目前腹痛未见缓解，疼痛评分6分，伴出汗，予曲马多注射液（不属于

吗啡类镇痛药)肌注。医方予间苯三酚注射液止痛,患者腹痛仍不能缓解,医方在住院的情况下临时使用曲马多注射液符合治疗原则。19时23分胸部+全腹部CT平扫报告:1.两肺上叶感染考虑,请结合临床,建议治疗后复查;2.升结肠肠壁增厚,周围渗出较今日前片明显;降结肠部分周围脂肪间隙稍模糊;盆腔少量积液;建议随诊复查;附见:左肾低密度灶。22时45分患者现腹痛未见缓解,伴出冷汗,医方改一级护理、禁食、告病重等治疗,之后加用左氧氟沙星氯化钠注射液。3月23日经多科会诊,建议:患者考虑“结肠穿孔、感染性休克”,患者需急诊手术,手术风险较大,建议予去甲肾上腺素维持血压,美罗培南加强抗感染后,立即120转上级医院进一步就诊等。2时15分患者腹痛,伴高热,伴恶心,无呕吐,予出院转上级医院进一步诊治,出院诊断:1.腹痛待查:肠穿孔?2.感染性休克;3.胃炎。2时39分接到危急值通知:血常规+CRP报告:白细胞 $0.84 \times 10^9/L$,患者已转院诊治。专家组分析认为:入院后医方仍未准确评估患者疾病状态(严重感染),仅予头孢他啶抗感染治疗,未覆盖导致腹腔严重感染常见致病菌,抗生素使用欠规范。经治疗后患者腹痛未缓解,复查CT提示病情进展,医方未及时采取进一步处理,如一级护理、心电监护、抗生素升级、抗休克治疗、专科会诊等措施,后续处理不及时,存在过错。

(三) 诊疗行为的分析

2025年3月23日2时39分患者因“腹痛加重1小时”就诊[]急诊外科,体格检查:体温 $39.0^{\circ}C$,脉搏147次/分,呼吸10次/分,收缩压131mmHg,舒张压107mmHg,意识昏迷,氧饱和度52%,查体不配合等,医方初步诊断“1.消化道穿孔?2.感染性休克”,予一级护理、禁食、心电血压氧饱和度监护、吸氧等治疗。2时44分患者触摸颈动脉搏动消失,心电图示心室静止,立即胸外心脏按压、人工通气、肾上腺素针等治疗。2时48分予气管插管、吸痰,2时50分接呼吸机机械辅助通气。经多科会诊,完善血液检查后,医方予头孢哌酮舒巴坦钠抗感染等治疗。之后患者多次颈动脉搏动消失,经抢救搏动恢复。6时41分患者颈动脉搏动消失,经持续胸外心脏按压等,患者心电图呈一直线,7时11分宣布死亡。专

家组分析认为：患者当时病情危重，多次颈动脉搏动消失，生命垂危，医方以抢救生命为优先，抢救及治疗措施未违反诊疗常规。

（四）患者死因分析

患者死亡后未做尸检，具体死亡原因不明。鉴定专家组听取医患双方陈述并进行现场提问，根据目前医患双方提交的医学资料分析，其死亡原因考虑为严重腹腔感染引起的感染性休克导致多脏器衰竭。

（五）因果关系及原因力大小分析

根据目前医患双方提交的书面资料及医学影像学资料，专家组分析认为：

患者最终因腹腔感染严重引起的感染性休克导致多脏器衰竭而死亡。患者自身腹腔感染严重，病情进展迅速，治疗难度大，预后不佳。存在未准确评估患者疾病状态（严重感染），抗生素使用欠规范，后续处理不及时过错，一定程度上影响了患者治疗效果。综上，患者死亡与自身病情严重及上述过错均有关，两者作用相当，其医疗过错在造成患者死亡后果中的原因力大小为同等原因。在对患者的诊治过程中不存在医疗过错。

九、鉴定意见

综合分析，在对患者 的诊治过程中存在医疗过错；医疗过错与患者死亡后果之间存在因果关系；医疗过错在造成患者死亡后果中的原因力大小为同等原因。

在对患者 的诊治过程中不存在医疗过错。

