



司法鉴定意见书



一、基本情况

委托方：德州市陵城区人民法院

委托鉴定事项：对[REDACTED]为[REDACTED]提供的诊疗行为是否存在过错，若存在过错，过错与[REDACTED]死亡后果是否存在因果关系及原因力大小（过错参与度）进行司法鉴定。

受理日期：2025年08月06日

鉴定材料：1. [REDACTED]院病历资料（CL4、8、9）；

（以上鉴定材料由委托方提供以原件复印留存）

2. 影像资料（QL10、11、12）。（阅后随报告退回）

鉴定日期：2025年08月06日

鉴定人

被鉴定人：[REDACTED]，男，[REDACTED]岁。

在场人员：患方[REDACTED]等人；医方[REDACTED]等人。

二、基本案情

根据委托方提供的鉴定材料，被鉴定人[REDACTED]因“头晕、头昏，行走不稳1天”于2025-01-02至德州[REDACTED]院治疗，初步诊断头晕原因待查、多发性脑梗死，予完善腹部彩超提示胆囊炎，腹部CT示：胆囊炎、胆囊结石表现，腹腔少量积液，01-06经外科会诊后考虑诊断急性结石性胆囊炎及腹腔积液，予以超声引导下经皮肝胆囊穿刺置管引流术，术后当天患者出现失血性休克，予行开腹探查+肝损伤出血止血术+胆囊切除术，术后给予抗感染、营养心肌及保肝等治疗，患者反复出现鼻腔出血予行止血术，应用安定抗癫痫治疗，病程中患者出现肺水肿、心衰及感染加重，予以进一步强心、利尿及

调整抗感染药物对症支持治疗，03-25 出现呼吸暂停立即给予呼吸机辅助呼吸，患者昏迷、左侧瞳孔散大、光反射消失，03-29 患者右侧瞳孔散大、光反射消失、自主呼吸消失，当日 15:43 心跳停止，宣布临床死亡。现因诉讼、赔偿等需要，由德州市陵城区人民法院委托本中心要求对[]为[]提供的诊疗行为是否存在过错，若存在过错，过错与[]死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小（过错参与度）进行司法鉴定。

三、资料摘要

（一）[]院病历资料（病[]）摘抄：

1. 死亡记录：入院日期：2025-01-02，死亡时间：2025-03-29 15:43。诊疗经过：入院后测体温明显高于正常，给予抗感染及退热药物治疗，进一步完善相关辅助检查，考虑胆囊炎并结石，转氨酶、胆红素明显高于正常，保守治疗效果差，患者仍发热，请外科会诊，为求进一步治疗，于 2025-01-06 转外科继续治疗，结合患者病情，在局麻下行超声引导下经皮肝胆囊穿刺置管引流术，手术过程顺利，术后于 01-06 14:17 在起床排大便时出现头晕、大汗、心悸... 积极抗休克同时急诊在全麻下行开腹探查+肝损伤出血止血术+胆囊切除术... 术后带气管插管安全返回 ICU 病房，无自主呼吸。给予呼吸机辅助呼吸，综合监护，应用抗感染、抑酸、化痰、营养心肌、保肝等药物治疗，术后继续静脉输血补充血容量，保持引流管在位、通畅... 于 01-13 患者出现右侧鼻腔出血，请耳鼻喉科会诊后在局麻下行鼻内镜下探查止血术，术后反复出现鼻出血，于 2025-01-15 请[]于主任医师指导在全麻下行鼻内镜下右侧鼻腔出血探查止血术... 术后患者转入 ICU 监护治疗，给予镇静、降压药物，控制血压，注意鼻腔等渗血情况，应用止血等药物治疗，注意患者病情变化，对症处理，术后积极输血、补液等治疗，控制血压等治疗，于 01-22 发现患者右侧肢体活动不灵，颅脑 CT 检查未见颅内出血性病变，未见新发脑梗塞。请神经内科会诊，考虑脑梗塞，给予抗凝等治疗，患者出现呼吸道感染，为改善患者呼吸，加强呼吸道护理，促进痰液排出，于 01-25 在局麻下行气管切开术，手术顺利。于 01-27 患者出现

左侧鼻腔出血，在局麻下行鼻内镜探查止血术，手术顺利，停用抗凝等药物治疗，注意鼻腔出血情况，鼻饲加强营养支持，静脉输血补充血容量等治疗，患者尿量有所增多，水肿明显减轻，继续血滤治疗，针灸推拿促进肢体功能恢复。患者反复高热，进一步细菌培养等检查，考虑菌血症、呼吸道感染、泌尿系感染，根据药敏结果给予相应抗生素治疗，加强呼吸道、泌尿系及肢体护理。复查 CT 见双侧胸腔积液较多，与家属沟通后于 02-10 行超声引导下双侧胸腔穿刺置管引流术，手术顺利，引出液为淡黄色。于 02-12 在局麻下行左侧股静脉置管，患者时有憋喘，双肺湿罗音，结合 CT 检查，仍考虑肺水肿，继续给予血滤治疗... 于 03-12 患者突然出现癫痫发作，应用安定后好转，癫痫原因不明，避免情志刺激，密切观察，于 03-14 再次出现癫痫，应用安定后好转，进一步完善相关检查，口服抗癫痫药物，患者拒绝口服药物，与家属沟通后转 ICU 继续治疗，插胃管，鼻饲营养支持，鼻饲抗癫痫药物，请神经内科会诊，考虑脑梗塞后遗症，药物治疗控制癫痫发作，仍有癫痫发作，调整药物，治疗过程中患者出现肺水肿、心衰及感染加重，进一步强心、利尿等药物治疗，痰培养、血培养，调整抗感染药物。于 03-19 出现呼吸衰竭，给予呼吸机辅助呼吸，有所好转，于 03-21 再次出现心衰，请心内科会诊，协助诊治，经治疗后有所好转，给予利尿、强心等药物治疗，患者不再出现癫痫发作，调整药物。于 03-25 患者出现呼吸暂停，立即给予呼吸机辅助呼吸，见间断自主呼吸，查体见患者昏迷状态，刺激无睁眼，左侧瞳孔散大，光反射消失，右侧瞳孔大小正常，光反射存在，疼痛刺激上肢可定位，病理征未引出，考虑突发脑血管意外，急行 CT 示：1. 多发性脑梗塞、软化灶复查所见 2. 双肺间质性改变、双侧胸腔积液复查所见，左侧胸腔积液较前略减少。考虑脑干梗塞可能，请神经内科会诊，考虑脑干梗塞，予患者家属沟通，其不再选择应用抗凝药物治疗，给予改善脑循环、促进脑代谢、稳定斑块、清除氧自由基等药物治疗，呼吸机呼吸呼吸，自主呼吸有所恢复。于 03-29 08:00 发现右侧瞳孔光反射消失，告知患者家属，建议进一步颅脑 CT 检查，患者家属要求商议，于 09:30 患者右侧瞳孔散大，自主呼吸消失，患者家属仍未商议出结

果，无自主呼吸，无法 CT 检查，结合病人情况考虑脑干梗塞导致呼吸循环障碍。将患者目前情况告知其家属，其要求继续维持，若心跳停止，不再行胸外心脏按压治疗(已签字)，患者家属商议后于 15:08 决定停用呼吸机、放弃治疗，告知其后果，并签字，于 15:10 停呼吸机及升压药物，患者血压、心率逐渐下降，于 15:43 心跳停止，心电图示：直线。宣布：临床死亡。死亡原因：脑干梗塞。死亡诊断：1. 脑干梗塞；2. 呼吸衰竭；3. 继发性癫痫；4. 失血性休克；5. 肝损伤；6. 急性肝功能衰竭；7. 急性肾功能衰竭；8. 菌血症；9. 多发性脑梗塞；10. 重症呼吸道感染；11. 泌尿系感染；12. 急性心力衰竭；13. 全身炎症反应综合征；14. 双侧鼻腔出血；15. 胃瘫；16. 急性结石性胆囊炎；17. 腹腔积血；18. 双侧胸腔积液；19. 低蛋白血症；20. 营养不良；21. 腹腔积液。

2. 入院记录：入院时间：2025-01-02 11:53，主诉：头晕、头昏，行走不稳 1 天。现病史：患者于 1 天前无明显诱因的出现头晕、头昏，行走不稳，自觉右下肢无力感，视物无旋转，无恶心呕吐，无胸闷胸痛，无复视黑朦。发病后在家未做治疗，症状无明显好转。为进一步治疗来院，以“头晕原因待查”收入院。患者自发病以来纳眠可，二便正常，体重较前无明显变化。既往史：既往 6 个月前患脑梗死，未遗留明显后遗症。体格检查：T: 39.2℃ P: 104 次/分 R: 20 次/分 BP: 146/80mmHg。腹部：腹部对称平坦，腹软，无压痛、反跳痛，肝脾肋下未触及。腹部叩鼓音，肠鸣音正常。肌力：四肢肌力 5 级。辅助检查：2025-01-02 颅脑核磁共振：1. 符合双侧多发脑梗死、脑缺血灶、脑脱髓鞘病变 MRI 表现；2. 老年性脑萎缩；3. 符合脑动脉硬化并双侧大脑后动脉局限性狭窄 MRA 表现。心电图检查：窦性心律、ST-T 改变(本院)。初步诊断：1. 头晕原因待查；2. 多发性脑梗死。

3. 病程记录：2025-01-02 16:55，患者入院后测体温 39.2℃，无寒战，无恶心呕吐，无咳嗽咳痰，无咽痛。辅助检查：降钙素原测定 0.960ng/ml ↑，超敏 C 反应蛋白 59.3mg/L ↑；血常规：白细胞 $8.22 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 97.7% ↑。给予复方氨林巴比妥注射液 2ml+地塞米松磷酸钠注射液 2mg 肌注退热治疗；加用热毒宁、头孢曲

松治疗，完善细菌培养检查，观察患者病情变化。

2025-01-03 11:50，今日查房患者头晕减轻，行走平稳，饮食差，仍有发热...右上腹压痛，墨菲氏征(+)...辅助检查：生化检查：丙氨酸氨基转移酶 619U/L↑，天门冬氨酸氨基转移酶 960U/L↑，r-谷氨酰转移酶 538U/L↑，碱性磷酸酶 309U/L↑，总胆汁酸 134.60umol/L↑，总胆红素 66.0umol/L↑，直接胆红素 50.4umol/L↑，间接胆红素 15.6umol/L↑，尿素 9.42mmol/L↑，乳酸脱氢酶 841U/L↑，α-羟丁酸脱氢酶 507U/L↑。今日主治医师看过病人后示：1. 结合患者症状体征及辅助检查结果，患者多发性脑梗死诊断明确，继续给予患者改善脑循环、抗炎等药物治疗。2. 患者肝功能异常，患者长期服用阿托伐他汀钙治疗，不除外药物性肝损害，行腹部超声检查，进一步明确病因...

2025-01-04 17:38...右上腹压痛，墨菲氏征(+)，无反跳痛，肠鸣音正常...

2025-01-06 09:05，今日查房患者仍有发热，饮食差，腹部胀满感...右上腹压痛，墨菲氏征(+)，无反跳痛，肠鸣音正常。

2025-01-06 14:00 超声引导下经皮肝胆囊穿刺置管引流记录：超声检查示胆囊结石并胆囊炎，囊壁明显增厚。彩超定位穿刺点后，常规消毒、铺巾，2%利多卡因局麻后，超声引导下18G穿刺针经皮经肝穿刺进入囊腔内，见胆汁液流出，沿穿刺针进入导丝，拔出穿刺针，扩皮，沿导丝置入8F引流管一根，引出为淡黄色胆体，外接引流袋持续引流，操作过程顺利，病人无明显不适，局部缝合包扎，交待注意事项，观察。

2025-01-06 15:50，患者于今日14:17在起床排大便时出现头晕、大汗、心悸，查体见：T36.4℃ P115次/分 R24次/分 BP92/62mmHg，一般情况尚可，神志清，精神差，面色苍白，结膜苍白，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，心律齐，腹部稍膨隆，引流管在位，可见黄色液引出...血液检查示：白细胞 $6.09 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 55.2%，红细胞 $3.53 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 115.0g/L，血小板 $136 \times 10^9/L$ 。副主任医师查房示：患者今日行胆囊穿刺置管引流术，术后

出现血压下降、心率增快，腹腔穿刺可抽出不凝血，考虑出现失血性休克，立即给予静脉补液，备血输血，应用止血药物治疗，向患者家属交待病情，转 ICU 继续治疗，密切观察患者病情变化，对症处理。

2025-01-06 17:00，患者再次出现大汗，心率增快，血压下降，腹部膨隆，考虑出血增多，经保守治疗生命体征不能维持，与家属沟通后决定行腹腔镜探查术，术中进一步探查出血部位，给予止血，查看胆囊情况，合适时行胆囊切除术，将手术必要性、危险性及可能出现的并发症告知患者家属，其同意手术并签字，积极抗休克同时积极手术治疗。

4. 手术记录：手术日期：2025-01-06，手术时间：17:50-19:35。手术名称：开腹探查+肝损伤出血止血术+胆囊切除术。手术经过、术中发现的情况及处理：...探查见：腹腔内大量积血及血凝块，量约2800ml，吸除腹腔内积血，进一步探查见：胃、脾脏、小肠、结肠未见明显异常，肝脏体积较大，肝右叶可见2处穿刺孔，伴有出血，引流管周围也有出血，拔除引流管，电凝肝脏出血处止血。胆囊大小约15*6cm，明显充血水肿，胆囊壁增厚，与周围组织粘连紧密，分离粘连，见后腹膜水肿明显，胆总管不扩张。结合术前与家属沟通，决定行胆囊切除术...

江西司法

5. 超声引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术知情同意书：临床诊断：胆囊结石并胆囊炎，处理建议：需要在局麻麻醉下进行经皮经肝胆囊穿刺置管引流术。手术潜在风险和对策：以上治疗是对以上疾病治疗方法之一，有助于所患疾病的治疗。但由于医学科学的特殊性和个体差异性，在治疗过程中及后期有可能出现：1. 各种感染(细菌、真菌、病毒等)；2. 麻醉意外；3. 严重心律失常、心力衰竭等并发症...

利，2025-01-06。

手术知情同意书：拟施手术名称：腹腔镜探查+肝出血止血术，医方告知：一、术中或术后可能出现的并发症及手术风险...术中损伤神经、血管及邻近器官，如：胃肠道、胰腺等，致胃痿、肠痿、胰痿等；术中大出血，导致失血性休克，严重者死亡...二、替代医疗方案：保守治疗。长刘发兴，2025-01-06。

6. 医学影像报告单：报告日期：2025-01-04，超声所见：胆囊大小约 8.4*3.2cm，壁厚约 1.8cm，壁厚、毛糙，内透声可。诊断意见：胆囊炎声像图；左肾囊肿；右肾周少量积液；建议结合临床、进一步检查。

医学影像报告单：报告日期：2025-01-06，印象与建议：1. 胆囊炎、胆囊结石 CT 表现；2. 腹腔少量积液；3. 胰周脂肪间隙浑浊，建议结合其他实验室检查；4. 考虑左肾囊肿，必要时增强扫描。

7. 检验报告单：报告时间：2025-03-20，BNP 2549.19pg/ml。

报告时间：2025-03-28，BNP 634.83pg/ml。

（以上信息为摘录内容，如摘抄有误，请以委托方提供的送鉴材料为准！）

四、鉴定过程

（一）本中心于 2025-06-06 收到委托方（德州市陵城区人民法院）的鉴定委托书及相关材料，随即发“工作函”至委托方，通知缴纳鉴定费用。根据案件情况，本中心聘请相关学科的临床医学专家并向专家送达材料安排陈述会。确定陈述会时间后向委托方发出书面通知。

（二）根据《司法鉴定程序通则》相关规定，本鉴定中心于 2025-08-06 召集有关临床医学肝胆外科、普外科、神经内科、重症医学科专家及法医学鉴定人员组成鉴定组并请医患双方参加陈述会，会中鉴定组成员认真听取了医患双方对被鉴定人 [REDACTED]（患者）在 [REDACTED]（医方）诊疗过程相关问题的陈述。鉴定组成员针对医患双方争议要点，向医患双方进行提问。医患双方退场后，专家根据委托方送鉴材料及陈述情况，在讨论后形成书面意见。鉴定人根据送鉴材料及相关规定，结合专家咨询意见，独立作出司法鉴定意见。

（三）根据 SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》及 SF/T 0095-2021《人身损害与疾病因果关系判定指南》，参照临床诊疗规范和相关专业学科通常诊疗常规等进行法医学鉴定。

五、分析说明

依据案情摘要，审阅由委托方提供的有关医院病历资料及会中相

关陈述，参考临床医学专家意见，综合分析说明如下：

（一）对医方诊疗行为的分析

被鉴定人付因“头晕、头昏，行走不稳1天”于2025-01-02至住院治疗，患者既往6个月前患脑梗死，未遗留明显后遗症，1天前无明显诱因出现头晕、头昏，行走不稳，自觉右下肢无力感，发病后在家未做治疗，症状无明显好转，此次入院情况：T39.2℃，BP146/80mmHg，腹部对称平坦，腹软，无压痛、反跳痛，四肢肌力5级，颅脑MRI+MRA示：符合双侧多发脑梗死、脑缺血灶、脑脱髓鞘病变MRI表现，符合脑动脉硬化并双侧大脑后动脉局限性狭窄MRA表现，结合患者既往史、入院情况及影像学检查，初步诊断头晕原因待查、多发性脑梗死，入院当天患者炎症指标高，给予活血化瘀、抗感染及退热治疗，01-04为进一步明确病因行腹部彩超，见胆囊大小约8.4×3.2cm，壁厚约1.8cm，提示胆囊炎声像图，01-06腹部CT示：胆囊炎、胆囊结石表现，腹腔少量积液，胰周脂肪间隙浑浊，经外科医师会诊诊断急性结石性胆囊炎及腹腔积液，在告知患者家属手术相关风险（周围脏器及血管损伤等）并经签字同意后施行超声引导下经皮肝胆囊穿刺置管引流术。

急性结石性胆囊炎病因包括胆总管梗阻、胆汁淤积和细菌感染等，临床诊断基于局部炎症、全身炎症和影像学三个方面的表现，临床表现以胆囊区为主的上腹部持续性疼痛，常伴恶心、呕吐，轻至中度发热，部分病人可出现轻度黄疸，局部体征有右上腹压痛，炎症波及浆膜时可有腹肌紧张及反跳痛，Murphy征阳性；超声为急性胆囊炎的首选检查方法，CT检查亦有助于急性胆囊炎的检出；急性胆囊炎一旦诊断明确，在评估是否需手术切除或紧急引流的同时应禁食，并充分补液，维持水、电解质、酸碱平衡，应用抗菌药物，老年胆囊炎患者如手术指征明确，仍应积极早期手术，手术内容从简，如在B超或CT引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术、胆囊造口术等，以暂时缓解急症情况。本例患者急性结石性胆囊炎诊断明确，医方手术方案选择符合诊疗规范，并尽到了相应告知义务。虽患者入院时无典型症状及体征，但结合炎症指标异常升高与01-03异常肝功能指标，以及

01-04 患者胆囊炎超声声像，右上腹压痛及墨菲氏征(+)，医方既已考虑与胆囊炎有关，却未尽早完成CT检查明确诊断并转入专科治疗，直至01-06确诊急性结石性胆囊炎时患者病情较前进展，出现腹部胀满感，皮肤、巩膜黄染，上腹部压痛、反跳痛；此外，01-03血生化已提示患者肝功能损害，且手术当日病情仍有进展，医方却未再复查出凝血指标以充分评估患者凝血功能从而减少手术出血风险。医方对患者急性结石性胆囊炎诊治欠积极，术前评估欠充分，未尽到高度的注意义务，存在过错。

01-06 完成穿刺引流后返回病房，当日14:17起床排大便时出现头晕、大汗、心悸，心率115次/分，血压92/62mmHg，面色苍白，结膜苍白，腹腔穿刺抽出不凝血，考虑出现失血性休克，经给予静脉补液、输血及应用止血药物等治疗后，17:00再次心率增快、血压下降，腹部膨隆，考虑出血增多，与家属沟通确认后于17:50行开腹探查术+肝损伤出血止血术+胆囊切除术，术中见腹腔内大量积血及血凝块，量约2800ml，肝右叶可见2处穿刺孔，伴有出血，引流管周围也有出血，拔除引流管后电凝肝脏出血处止血。结合听证会调查及现有病历资料综合分析，患者术前未见应用抗凝药物，01-02凝血酶原时间延长未超过正常值上限3s，患者术后出血为自身凝血功能异常所致的依据不足，故分析认为术后大出血与医方经皮经肝胆囊穿刺置管引流术中操作不当损伤邻近血管有关。病因治疗是治疗休克的基础，如导致休克的病因不能被去除，单纯的支持性治疗无法收到良好的效果，所以尽快纠正引起容量丢失的病因是治疗低血容量休克的基本措施。14:30时许经初步评估医方已考虑出血性休克诊断，将患者转入ICU时其腹部稍膨隆，上腹部压痛、反跳痛，腹肌稍紧张，而医方仅予以保守治疗，未尽早开腹探查明确休克病因并给予确定性止血处理以避免病情发展引起多器官损害，直至17:00患者出血增多，再次出现循环障碍后医方才采取手术止血治疗时机较为迟滞，此外，本例患者休克后出现代谢性酸中毒、复苏过程血流动力学状态不稳，具备损伤控制适应证，而医方施行确定性止血术中选择一并切除胆囊，延长了手术及麻醉时间，增加创伤和应激反应，不利于休克患者的复苏。

综上所述，医方术中操作未尽到审慎的注意义务，对失血性休克患者的处理欠妥当，存在过错。

术后患者带气管插管返回 ICU 病房，给予抗感染、抑酸、化痰、营养心肌及保肝等治疗，继续静脉输血补充血容量，患者出现多器官功能损害，反复鼻腔出血，病程中呼吸道及泌尿系感染、癫痫发作、肺水肿、心衰等，经予床旁血滤治疗及鼻腔止血术，应用安定抗癫痫治疗，并进一步强心、利尿及调整抗感染药物对症支持等治疗后，患者病情仍有进展，03-20 查 BNP 2549.19pg/ml，03-25 出现呼吸暂停，见间断自主呼吸，查体患者昏迷状态，刺激无睁眼，左侧瞳孔散大、光反射消失，右侧瞳孔大小正常、光反射存在，立即给予呼吸机辅助呼吸、改善脑循环及促进脑代谢等治疗，03-29 患者自主呼吸消失，右侧瞳孔散大，当日 15:08 家属在知晓相关风险后签字放弃治疗，15:43 宣布患者临床死亡。医方后期诊疗行为未见过错之处。

（二）诊疗行为与死亡后果的因果关系

急性胆道系统感染主要包括急性胆囊炎和急性胆管炎，如未及时治疗易导致感染加重，甚至发展为脓毒血症、感染性休克或多器官功能衰竭，并危及生命。急性胆囊炎一旦诊断明确，在评估是否需要手术切除或紧急引流的同时，应禁食，并充分补液，维持水、电解质、酸碱平衡，持续监测生命体征和血流动力学指标。超声引导下经皮经肝胆囊穿刺引流术作为一项成熟的微创技术在急性胆囊炎患者中应用广泛，但仍存在出血等并发症风险，穿刺过程中损伤肋间动脉、肝动脉、门静脉等，可表现为胸腔内出血、腹腔内出血及胆道内出血，预防关键在于仔细选择穿刺路径，避开大的血管，术中操作过程中需谨慎，如有凝血功能异常或仍在服用抗凝药的患者穿刺也需谨慎，术后密切监测出血情况。若术后出血速度快、出血量大，可导致有效循环血量的不足进而发生失血性休克，休克时缺氧可继发肺、肾、脑、心、肝等多器官损害，脑灌注压和血流量下降导致脑缺氧，缺血、酸中毒等会引起脑细胞肿胀，严重者可发生脑疝。

被鉴定人[]急性结石性胆囊炎诊断明确，医方予以经皮肝胆囊穿刺置管引流术以控制胆囊急性炎症符合诊疗规范，并尽到了相应

告知义务，患者术后出现出血性休克系该有创操作严重并发症，失血性休克发生后导致代谢紊乱与组织缺氧，进而发生心、肺、肾脏及颅脑等多器官的继发性损害。本例医方对患者急性结石性胆囊炎诊治欠积极，术前评估欠充分，经皮经肝胆囊穿刺置管引流术中操作不当损伤邻近血管，穿刺未尽到审慎的注意义务，对失血性休克患者的处理欠妥当，医方存在过错，过错与患者死亡后果存在因果关系，根据 SF/T0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》7.3.5 款及 SF/T 0095-2021《人身损害与疾病因果关系判定指南》A.1.b 款之规定，系主要原因（建议过错参与度为 60%-80%）。

六、鉴定意见

为提供的诊疗行为存在过错，过错与患者的死亡后果存在因果关系，系主要原因（建议过错参与度为 60%-80%）。

鉴定人：
执业证
江西司法鉴定

鉴定人：

执业证

二〇二五年九月十五日



附注：

鉴定机构许可证及鉴定人执业证。

提示：1.本鉴定意见书中“CL”为“材料”汉语拼音首字母。2.本鉴定意见仅对委托方提供的鉴定材料负责。3.鉴定意见中过错参与度给予幅度，供办案单位审判及调解参考。4.如有疑问，可由委托方来函咨询，本中心将予以复函。5.未经本鉴定中心书面授权许可，不允许对该鉴定意见书进行摘截或部分复制，否则，本中心将保留行使法律追究权利。



司法鉴定许可证

机构名称：[redacted]
法定代表人：[redacted]
机构负责人：[redacted]

业务范围：法医病理、法医临床、法医精神病（限精神状态、精神损伤类、民事类行为能力、医疗损害）、法医物证、法医毒物鉴定，文书鉴定、痕迹鉴定、微量物证鉴定，声像资料鉴定，环境损害司法鉴定

首次获准登记日期：2001年12月28日

有效期限：2022年6月18日至2027年6月17日

颁证机关：[redacted]
颁证日期：2022年6月18日





执业证
有效期 2022年6月18日至2023年6月17日
首次获准执业日期 2014年6月21日
颁证机关 江西省司法厅
颁证日期 2014年6月18日

姓名 周研 性别 男
身份证号 [REDACTED]
工作单位 南昌仲裁委员会
专业 法律
专业技术职称 主任法律师
行业执业资格

执业范围

法医病理鉴定、法医临床鉴定

执业范围



有效期 2022年6月18日至2023年6月17日
首次获准执业日期 2014年6月21日
颁证机关 江西省司法厅
颁证日期 2014年6月18日

姓名 周研 性别 男
身份证号 [REDACTED]
工作单位 南昌仲裁委员会
专业 法律
行业执业资格

执业范围

法医病理、法医临床、法医物证鉴定

执业范围