

副本

司法鉴定意见书



统一社会信用代码



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. 司法鉴定意见书是否作为定案或者认定事实的根据，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，应当通过庭审质证或者申请重新鉴定、补充鉴定等方式解决。

进
H



司法鉴定意见书

统一司法鉴定案件

机构自编号:



一、基本情况

委托人: 济南市槐荫区人民法院

委托编号: (2025)

委托事项: 对被申请人诊疗行为是否具有过错, 如果具有过错, 该过错与其目前损害后果之间是否存在因果关系以及原因力大小是多少进行司法鉴定。

受理日期: 2025 年 4 月 21 日

鉴定日期: 2025 年 5 月 8 日 (2025 年 6 月 12 日补齐鉴定材料)

鉴定地点:

鉴定材料: 1. 医院住院病案 2025. 1. 13-2025. 1. 14 病案号 件 1 份; 2. 居民死亡医学证明(推断)书复印件 1 份; 3. 影像学片 3 张。

在场人员: 患方代表: 钊 何宇; 医方代表: 明 斗

被鉴定人: 男 身份证

二、基本案情

据送鉴材料记载, 被鉴定人 月(即“患者”)因“心前区疼痛 2 小时”于 2025 年 1 月 12 日 21: 02 就诊于山东 诊科, 诊断胸痛, 给予心梗三项, B 型钠尿肽前体 (PRO-BNP) 测定, 急查凝血五项, 急查肝功生化, 急查血常规 入抢救室, 心电图, 心电监护, 指脉氧监测, 中抢救。2025 年 1 月 12 日 23: 47: 10 诊断: 胸痛; 急性冠脉综合征, 复查心电图有动态改变, 肌钙蛋白复查示: 2025-01-12 心梗三项: 超敏肌



钙蛋白T 37.10pg/ml ↑，患者现不适症状较前明显减轻，心率：97次/分，呼吸：17次/分，血压：105/75mmHg，血氧饱和度：85-92%，改储氧面罩吸氧，给予阿司匹林、替格瑞洛片、依诺肝素钠治疗、5%葡萄糖注射液+氯化钾注射液+人胰岛素注射液。2025年1月13日 09:05:52 诊断：胸痛；急性冠脉综合征，给予氯化钠注射液、泮托拉唑钠、依诺肝素钠治疗、阿司匹林、替格瑞洛片、联系住院。2025年1月13日 17:11 患者因“胸痛、胸闷20小时”入住L 急诊科病房，初步诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 下壁急性心肌梗死 心功能II级 (killip分级) 2. 高血压病1级(极高危) 3. 脂肪肝 4. 肝囊肿 5. 左肺下叶肺气肿。入院后完善相关检查，给予抗血小板、降脂、护胃及其他对症支持等治疗。2025年1月14日 患者有胸闷，急查血气分析、床旁心脏超声，继续给予双联抗血小板、替罗非班泵入强化抗栓、低分子肝素抗凝、降压护胃、补钾治疗，临时自备硝酸甘油含化并给予经鼻高流量吸氧，给予甲泼尼龙抗炎平喘并去甲肾上腺素泵入维持血压，必要时无创呼吸机辅助通气，继续密切关注病情及生命体征变化。1月14日 09:11 出现胸闷憋喘加重，脉氧82%，心率加快至170次/分左右，心电监护示室速，立即给予胺碘酮150mg静推，心电监护仍为室速心率，给予利多卡因1支静推，09:17 患者突发意识丧失，心电监护示心率140次/分，触摸颈内动脉搏动未触及，呼吸停止，立即给予胸外按压，简易呼吸器辅助通气，并给予盐酸肾上腺素1支3-5分钟间断静推，床旁心脏超声示：少量心包积液，不排除心脏破裂导致急性心包填塞，10:01 患者恢复自主心率，心率为163次/分，行床旁心电图示下后壁ST段抬高，建议ECMO支持下行急症CAG+PCI术，1月14日 11:24 ECMO转机成功，患者双侧瞳孔直径6mm，对光反射无。14:00 家属要求撤出ECMO及一切治疗，家属签署知情文件，撤出所有治疗。14:46 患者心电图示直线，于14:46 宣布患者临床死亡。死亡原因：急性下壁透壁性心



肌梗死。

因患者家属(以下简称“患方”)对 (以下简称“医方”)治疗的诊疗行为提出异议,现由济南市槐荫区人民法院委托我中心就上述委托鉴定事项进行鉴定。

三、资料摘要

病案摘要

1. 门(急)诊病历(登记号: 0001459603)

就诊日期: 2025-01-12 21:02

科室: 急诊内科门诊

姓名: 性别: 男 年龄: 51 岁 民族: 汉族

主诉: 心前区疼痛 2 小时。

现病史: 患者心前区疼痛 2 小时, 疼痛难忍, 改变体位无缓解, 无恶心、呕吐, 未行特殊治疗, 为求进一步治疗, 遂来我科就诊。

既往史: 既往高血压史。

药物过敏史: 否认药物或食物过敏史

流行病学史: 有新型冠状病毒感染流行病学史

体格检查: 精神可, 心前区持续疼痛, 体温: 36.2℃, 心率: 89 次/分, 呼吸: 25 次/分, 血压: 71/45mmHg, 血氧饱和度: 95%, 脉搏: 89 次/分。体温: 36.1℃, 心率: 69 次/分, 呼吸: 22 次/分, 血压: 87/53 右侧/85/53 左侧 mmHg, 血氧饱和度: 100%,

辅助检查: 心电图示: 窦性心律 85 次/分, V2-V4 导联 ST 段压低

诊断: 胸痛

诊疗计划: 1. 心梗三项; B 型钠尿肽前体 (PRO-BNP) 测定, 急查凝血五项, 急查肝功生化, 急查血常规 入抢救室, 心电图, 心电监护, 指脉氧监测, 中抢救。



2025-01-12 21:30:07 病程记录:

诊断: 胸痛

病程记录: 患者神志清, 轻度烦躁, 诉仍有胸部胀痛不适, 程度较前略减轻。心电监护示: 心率: 67 次/分, 呼吸: 18 次/分, 血压: 101/67mmHg, 血氧饱和度: 100%, 心电图未见明显变化。

医嘱录入: 1. 血淀粉酶+脂肪酶 2. (基: 科伦) 氯化钠注射液 (100ml: 0.9g/袋) 48ml + 布托啡诺注射液 (诺扬) (2ml: 4mg/瓶) 4mg 微量泵入 临时 3. (基: 辰欣) 氯化钠注射液 (500ml: 4.5g/袋) 500ml ivdrip 临时 4. (基: 辰欣) 氯化钠注射液 (500ml: 4.5g/袋) 500ml ivdrip 临时

诊疗计划: 补液, 等待化验结果。对症治疗。

2025-01-12 22:31:02 病程记录:

诊断: 胸痛

病程记录: 患者神志清, 精神可, 不适较前明显减轻。诺扬逐渐减量。2025-01-12 血淀粉酶+脂肪酶: 脂肪酶 68.82U/L ↑。心梗三项、BNP、凝血、肝功生化等未见明显异常。

医嘱录入: 1. 上腹 CT 平扫 (64 排) 2. 胸部 CT 平扫 (64 排) 3. 心梗三项 4. 枸橼酸钾颗粒 (可维加) (1.45g*20 袋/盒) 2.9g 口服 临时 5. (基: 科伦) 氯化钠注射液 (100ml: 0.9g/袋) 100ml + (带量; 泮立苏) 注射用泮托拉唑钠 (40mg/支) 40mg ivdrip 临时

诊疗计划: 氧气吸入

2025-01-12 23:47:10 病程记录:

诊断: 胸痛; 急性冠脉综合征

病程记录: 复查心电图有动态改变, 肌钙蛋白复查示: 2025-01-12 心梗三项: 超敏肌钙蛋白 T 37.10pg/ml ↑。患者现不适症状较前明显减轻, 心率: 97 次/分, 呼吸: 17 次/分, 血压: 105/75mmHg, 血氧



饱和度：85-92%，改储氧面罩吸氧。

医嘱录入：1. (基；带量)阿司匹林肠溶片(25mg*100片/瓶) 300mg 口服 临时 2. (基；带量)替格瑞洛片(90mg*15片/盒)180mg 口服 临时 3. (基；带量)依诺肝素钠注射液(0.4ml:4000AXaIU/支) 0.8ml 皮下注射 临时 4. (基；辰欣)5%葡萄糖注射液(250ml:12.5g/袋)250ml+(带量)氯化钾注射液(10ml:1g/支)5ml+(基；带量A；甘舒霖R)人胰岛素注射液(10ml:400IU/支)4 iu ivdrip 临时

2025-01-13 05:51:33 病程记录：

诊断：胸痛

诊疗计划：血气分析

2025-01-13 09:05:52 病程记录：

诊断：胸痛；急性冠脉综合征

病程记录：心率：79次/分，呼吸：20次/分，血压：100/2mmHg，血氧饱和度：99%，患者症状好转，未诉胸闷、胸痛。

医嘱录入：1. (基；科伦)氯化钠注射液(100ml:0.9g/袋) 100ml +(带量；泮立苏)注射用泮托拉唑钠(40mg/支) 40mg ivdrip 临时 2. (基；带量)依诺肝素钠注射液(0.4ml:4000AXaIU/支)0.8 ml 皮下注射 q12h 3. (基；辰欣)5%葡萄糖注射液(250ml:12.5g/袋)250ml+(带量)氯化钾注射液(10ml:1g/支)5ml+(基；带量A；甘舒霖R)人胰岛素注射液(10ml:400IU/支) 4 iu ivdrip 临时 4. 阿司匹林肠溶片(25mg*100片/瓶)100mg 口服 1/日 (基；带量)替格瑞洛片(90mg*15片/盒)90mg 口服 2/日 5. 联系住院。

2025-01-13 12:16:06 病程记录：

诊断：胸痛；急性冠脉综合征

病程记录：血压 74/50mmHg

医嘱录入：1. 心梗三项，急查钾钠氯糖钙肌酐 2. (基；辰欣)氯



化钠注射液(250ml:2.25g/袋) 250ml ivdrip 临时

诊疗计划: 心电图

2025-01-13 12:52:34 病程记录:

诊断: 胸痛; 急性冠脉综合征

病程记录: 97/66mmhg

医嘱录入: 1. (基; 辰欣) 氯化钠注射液(250ml:2.25g/袋) 250 ml
+ (带量) 氯化钾注射液(10ml:1g/支) 7.5ml ivdrip 临时

2025-01-13 16:38:45 病程记录

诊断: 胸痛; 急性冠脉综合征

病程记录: 体温: 36.5℃, 心率: 70 次/分, 呼吸: 20 次/分, 血压: 96/72mmHg, 血氧饱和度: 96%, 患者间断胸前区不适, 数分钟后缓解。

医嘱录入: 1. 复查 ECG 2. (带量) 盐酸替罗非班氯化钠注射液(100ml:5mg/瓶) 5mg 微量泵入 临时(5ml iv, 5ml/H 微量泵入) 3. 住院, 密切观察。

2. 住院病案(病案号) 摘要

入院时间: 2025-01-13 17:11 死亡时间: 2025-01-14 14:46

主诉: 胸痛、胸闷 20 小时。

现病史: 患者无明显诱因出现胸痛、胸闷, 伴大汗, 持续不能缓解, 遂来我院急诊就诊。患者无头痛、头晕, 恶心、呕吐等不适。
2025-01-12 心梗三项: 超敏肌钙蛋白 T 37.10pg/ml ↑。2025-01-13 心梗三项: 超敏肌钙蛋白 T 2634.00pg/ml ↑。2025-01-12 胸部 CT 平扫示: 符合支气管炎, 双肺多发炎性灶(伴间质性改变)CT 平扫表现; 双肺多发小结节, 部分为磨玻璃密度, 建议随诊观察; 左肺下叶局限性肺气肿; 符合脂肪肝, 肝囊肿 CT 表现。急诊门诊以“急性心肌梗死”收入院, 患者自入院以来神志清、精神可, 食欲不振, 睡眠正常,



大小便正常，体重较前无明显变化。

既往史：既往“高血压”2年，规律口服“拜新同、缬沙坦”等药物，高压控制在“120-130mmHg”；否认肝炎、结核等传染病病史，否认糖尿病、肾病等慢性疾病病史，否认手术、外伤史，否认输血史。预防接种史不详。否认药物或食物过敏史。

专科查体：呼吸运动未见异常。叩诊清音，呼吸规整，听诊双肺呼吸音清晰，双肺闻及少量干、湿性啰音，无胸膜摩擦音。心前区无隆起，心尖搏动未见异常，心浊音界未见异常，心率64次/分，律齐，心音可，无心包摩擦音。

辅助检查：

2025-01-12 胸部CT平扫(64排)诊断意见：符合支气管炎，双肺多发炎性灶(伴间质性改变)CT平扫表现；双肺多发小结节，部分为磨玻璃密度，建议随诊观察；左肺下叶局限性肺气肿；符合脂肪肝，肝囊肿CT表现。2025-01-12 心梗三项：超敏肌钙蛋白T 37.10pg/ml ↑。2025-01-13 心梗三项：超敏肌钙蛋白T 2634.00pg/ml ↑。

初步诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 下壁急性心肌梗死 心功能Ⅱ级(killip 分级) 2. 高血压病 1级(极高危) 3. 脂肪肝 4. 肝囊肿

2025-01-13 21:57 首次病程记录：

患者 月，男，51岁，因胸痛、胸闷20小时。于2025年01月13日17时11分入院。

病例特点：1. 患者中年男性，因“胸痛、胸闷20小时”入院。2. 既往“高血压”2年，规律口服“拜新同、缬沙坦”等药物，高压控制在“120-130mmHg”；否认肝炎、结核等传染病病史，否认糖尿病、肾病等慢性疾病病史。3. 查体：呼吸运动未见异常。叩诊清音，呼吸规整，听诊双肺呼吸音清晰，双肺闻及少量干、湿性啰音，无胸膜摩



擦音。心前区无隆起，心尖搏动未见异常，心浊音界未见异常，心率 64 次/分，律齐，心音可，无心包摩擦音。4. 辅助检查：2025-01-12 胸部 CT 平扫 (64 排) 诊断意见：符合支气管炎，双肺多发炎性灶 (伴间质性改变) CT 平扫表现；双肺多发小结节，部分为磨玻璃密度，建议随诊观察；左肺下叶局限性肺气肿；符合脂肪肝，肝囊肿 CT 表现。2025-01-12 心梗三项：超敏肌钙蛋白 T 37.10pg/ml ↑。2025-01-13 心梗三项：超敏肌钙蛋白 T 2634.00pg/ml ↑。

初步诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 (1. 下壁急性心肌梗死 2. 心功能 II 级 (killip 分级)) 2. 高血压病 1 级 (极高危) 3. 脂肪肝 4. 肝囊肿 5. 左肺下叶肺气肿

诊断依据：1. 患者中年男性，因“胸痛、胸闷 20 小时”入院。2. 既往“高血压”2 年，规律口服“拜新同、缬沙坦”等药物，高压控制在“120-130mmHg”；否认肝炎、结核等传染病病史，否认糖尿病、肾病等慢性疾病病史。3. 查体：呼吸运动未见异常。叩诊清音，呼吸规整，听诊双肺呼吸音清晰，双肺闻及少量干、湿性啰音，无胸膜摩擦音。心前区无隆起，心尖搏动未见异常，心浊音界未见异常，心率 64 次/分，律齐，心音可，无心包摩擦音。4. 辅助检查：2025-01-12 胸部 CT 平扫 (64 排) 诊断意见：符合支气管炎，双肺多发炎性灶 (伴间质性改变) CT 平扫表现；双肺多发小结节，部分为磨玻璃密度，建议随诊观察；左肺下叶局限性肺气肿；符合脂肪肝，肝囊肿 CT 表现。2025-01-12 心梗三项：超敏肌钙蛋白 T 37.10pg/ml ↑。2025-01-13 心梗三项：超敏肌钙蛋白 T 2634.00pg/ml ↑。

鉴别诊断：1. 急性肺动脉栓塞：可发生胸痛、咯血、呼吸困难和休克，有右心负荷急剧增加的表现，如发绀、肺动脉瓣区第二心音亢进、颈静脉充盈、肝大、下肢水肿等。心电图示 SIQIIITIII，胸部强化 CT 可有助诊断。2. 主动脉夹层：往往有高血压病史，患者可有胸



痛，但胸痛一开始即达高峰，疼痛剧烈难忍，常致休克。疼痛可放射至背、肋、腹、腰及下肢，双上肢血压及脉搏可有明显差别。一般无心肌生物标志和心电图的动态变化，主动脉 CTA 可明确诊断。

诊疗计划：1. 急诊内科护理常规，低盐低脂饮食。2. 积极完善相关辅助检查。3. 给予抗血小板、降脂、护胃及其他对症支持等治疗。

2025-01-13 22:34 病重病程记录：

患者中年男性，本次因“胸痛、胸闷 20 小时”入院，入院后心电图示下壁可见病理性 Q 波。结合患者症状、查体及辅助检查结果，患者诊断为急性下壁心肌梗死诊断明确，并再次向患者家属交代病情危重，患者急性下壁心肌梗死并心源性休克、双肺多发炎性灶（伴间质性改变），随时有心脏破裂、心脏停搏、恶性心律失常等风险，家属知晓理解病情，并签署病重知情同意书。

2025-01-14 08:40 主治医师查房记录：

今日查房，患者夜间有胸闷，给予替罗非班持续泵入，面罩吸氧并应用硝酸甘油后缓解，今晨仍诉有胸闷感，询问患者病史近期无发热、咳嗽及咳痰，无胸背痛，面罩吸氧 12L/min 时 SP02 90%，查体：BP 89/52mmHg，心率 101 次/分，神志清，双下肺底可闻散在哮鸣音，心律齐，心音低钝，各瓣膜区未闻及明显杂音，双下肢无浮肿：

主治医师分析患者病情：患者中年男性，既往高血压病史、长期吸烟史，此次因于 2025.01.12 发作胸痛胸闷入急诊，查体如上，2025-01-12 胸部 CT 平扫（64 排）诊断意见：符合支气管炎，双肺多发炎性灶（伴间质性改变）CT 平扫表现；双肺多发小结节，部分为磨玻璃密度，建议随诊观察；左肺下叶局限性肺气肿；符合脂肪肝，肝囊肿 CT 表现。2025-01-13 心梗三项：超敏肌钙蛋白 T 2634.00pg/ml ↑。入院后心电图示下壁可见病理性 Q 波。结合患者症状、查体及辅助检查结果，患者诊断为急性下壁心肌梗死诊断明确，并再次向患者



家属交代病情危重，患者急性下壁心肌梗死并心源性休克、双肺多发炎性灶(伴间质性改变)，随时有心脏破裂、心脏停搏、恶性心律失常等风险，家属知晓理解病情。嘱急查血气分析明确是否存在急性呼吸衰竭及电解质情况，联系床旁心脏超声检查明确心功能状况，查甲乙流+新冠核酸检测除外呼吸系统感染，继续给予双联抗血小板、替罗非班泵入强化抗栓、低分子肝素抗凝、降压护胃、补钾治疗，临时自备硝酸甘油含化并给予经鼻高流量吸氧，给予甲泼尼龙抗炎平喘并去甲肾上腺素泵入维持血压，必要时无创呼吸机辅助通气，继续密切关注病情及生命体征变化。

2025-01-14 10:37 抢救记录:

患者于 01 月 14 日 09:11 出现胸闷憋喘加重，脉氧 82%，心率加快至 170 次/分左右，心电监护示室速，通知家属并立即展开抢救，立即给予胺碘酮 150mg 静推，心电监护仍为室速心率，给予利多卡因 1 支静推，心电监护示心律转复为窦性心律，心率 101 次/分，患者症状缓解，并给予胺碘酮持续泵入，09:17 患者突发意识丧失，心电监护示心率 140 次/分，触摸颈内动脉搏动未触及，呼吸停止，立即给予胸外按压，简易呼吸器辅助通气，并给予盐酸肾上腺素 1 支 3-5 分钟间断静推，再次向家属交代病危，建议气管插管，征得家属同意并签署气管插管知情同意书，紧急给予气管插管并球囊辅助通气，期间持续胸外按压，再次给予盐酸肾上腺素 1 支静推，并给予 5%葡萄糖注射液 500ml 静脉滴注。09:23 患者心率、意识仍未恢复，血压无法测出，再次给予盐酸肾上腺素 1 支静推，去甲肾上腺素 4mg 微量泵入。09:26 再次给予盐酸肾上腺素 1 支静推，09:30 连接呼吸机辅助通气，为 A/C 模式，并持续胸外按压。09:34 再次给予盐酸肾上腺素 1 支静推，09:36 给予小苏打 200ml 静滴，09:39 患者仍未恢复自主心率，再次给予盐酸肾上腺素 1 支静推，并持续胸外按压，并给予



5%葡萄糖 500ml 静滴补液并继续纠酸，分别于 09:44、09:49、09:57 给予盐酸肾上腺素静推，09:56 给予甲泼尼龙 40mg 静滴。患者心电图监护示心率 140 次/分左右，大动脉搏动未触及，床旁心脏超声示：少量心包积液，不除外心脏破裂导致急性心包填塞，向家属交代病情，必要时心包积液穿刺置管引流，联系 B 超介入行床旁超声示少量心包积液，无穿刺指征，继续心肺复苏。10:01 患者恢复自主心率，心率为 163 次/分，血压 149/105mmHg (去甲肾上腺素 0.017ug/kg/min 泵入)，瞳孔 3mm，对光反射存在。患者烦躁多动，给予诺扬 2 支以 4ml/h 微量泵入，行床旁心电图示下后壁 ST 段抬高，向家属交代病情危重，随时有再次心脏停搏风险，建议 ECMO 支持下行急症 CAG+PCI 术，告知手术风险高，花费巨大，预后不确定，家属商议后同意急症手术。紧急联系 ECMO 团队行 ECMO 治疗，并联系急诊介入组备手术室急症 CAG+必要时 PCI 治疗。患者准备 ECMO 期间心率再次进行性下降至 40-50 次/分，触摸颈动脉搏动未触及，继续胸外按压，并给予盐酸肾上腺素 1mg 间断静推，并继续呼吸机辅助通气，继续补液纠酸治疗，并紧急 ECMO 上机。参加抢救人员：主治医师、主治医师、护士、护士。抢救时患者家属在场。

2025-01-14 12:19 ECMO 置入操作记录：

患者病情危重，患者心脏骤停，心肺复苏中，为改善患者心脏功能，拟行 VA-ECMO 治疗。向家属讲明右股动脉穿刺置管及右股静脉穿刺置管的必要性及风险，征得家属同意并签字后 2025-01-14 11:00 予以右侧股动脉穿刺置管+右侧股静脉置管术以行 VA-ECMO 治疗。常规消毒、铺洞巾，利多卡因局麻，于右侧腹股沟韧带下 2cm，右侧股动脉搏动明显处及右侧股动脉搏动内侧 0.5cm，负压进针分别见鲜红色血液，呈喷射性，确定为动脉血，穿刺进针见暗红色血液，不成喷射性，确定为静脉血，置入导丝，扩皮，沿导丝送入动、静脉套管，



退出导丝，回抽通畅，连接 ECMO 套管，2025-01-14 11:24 顺利上机，缝线妥当固定于皮肤，消毒，辅料覆盖；穿刺过程顺利，穿刺过程中持续胸外按压。操作者： 主任医师、 主治医师、 护士、 二护师。

2025-01-14 13:54 气管插管操作记录抢救补录：

患者心脏停搏并呼吸停止，有气管插管指征，通知家属，家属表示理解同意气管插管机械通气，签署知情同意书。患者取仰卧位，肩部垫高，头后仰，患者牙关紧闭，开口器开放口咽通气道，取 7.5 号气管插管，气囊充气示完好，可视喉镜暴露声门，充分吸引声门及口腔部黄色粘稠痰液，顺势插入气管插管，退出管芯，气管插管插入深度距中切牙 25cm，气囊充气，听诊确认位置后牙垫妥善固定，连接球囊辅助通气后再连接呼吸机辅助通气。操作者： 月主治医师。

2025-01-14 15:06 抢救记录：

患者于 01 月 14 日 11:24 ECMO 转机成功，ECMO 转速 3000 转/分，氧浓度 100%，血流速 2L/分，氧流量 5L/min，心电监护示直线，无自主心率，气管插管机械通气，辅助频率 12 次/分，潮气量 500ml，PEEP 8cmH₂O，双侧瞳孔直径 6mm，对光反射无。静脉血气分析：PH<7.0，PCO₂67mmHg，PO₂52mmHg，Na⁺125mmol/L，GLU25.2mmol/L，Hb107g/L，Lac>17mmol/L，HCO₃⁻测不出。11:25 给予肾上腺素 1mg iv，去甲肾上腺素泵入维持血压。给予碳酸氢钠静脉滴注纠正酸中毒。与家属沟通，患者心肺复苏时间较长，目前瞳孔散大固定，脑损伤严重，后期脑功能可能无法恢复，不建议介入治疗。家属知情，并对抢救过程表示理解。继续补液，纠酸，ECMO 支持，机械通气。14:00 家属要求撤出 ECMO 及一切治疗，家属签署知情文件，撤出所有治疗。14:46 患者心电图示直线，于 14:46 宣布患者临床死亡。向患者家属说明情况，其表示理解，对整个抢救过程无异议。立即告知患者家属是否在



48 小时内或冻存条件下 7 内进行尸体解剖，以明确患者的具体死因，患者家属不同意尸解，签署尸体解剖告知书。参加抢救人员 主任 主任医师、 主治医师、 主治医师、 护士、 护士等。抢救时患者家属 在场。

2025-01-14 16:04 死亡病例讨论结论记录：

2025 年 01 月 14 日 16 时，在科主任刘 任医师主持下，全科进行了死亡病例讨论，讨论结论为：死亡原因：急性下壁透壁性心肌梗死；死亡诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 (1. 下壁急性心肌梗死 2. 心功能 II 级 (killip 分级)) 2. 间质性肺炎 3. 高血压病 1 级 (极高危) 4. 脂肪肝 5. 肝囊肿 6. 左肺下叶肺气肿。

死亡原因：急性下壁透壁性心肌梗死

死亡诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 (1. 下壁急性心肌梗死 2. 心功能 II 级 (killip 分级)) 2. 间质性肺炎 3. 高血压病 1 级 (极高危) 4. 脂肪肝 5. 肝囊肿 6. 左肺下叶肺气肿

3. 居民死亡医学证明 (推断) 书)

死者姓名： 性别：男 年龄：51 岁 民族：汉族

身份证件号

常住地址：

号

出生日期

死亡日期：2025 年 01 月 14 日 14 时 46 分

死亡地点：医疗卫生机构

死亡原因：急性心肌梗死

四、鉴定过程

(一) 鉴定原则和方法

依据《中华人民共和国民法典》、司法部《司法鉴定程序通则》



(中华人民共和国司法部令第132号)、《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097—2021)、《人身损害与疾病因果关系判定指南》(SF/T 0095—2021)、《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》(法释[2017]20号(法释[2020]17号)、《医疗机构管理条例》等法律法规和《临床技术规范》、《临床诊疗指南》、《医疗护理技术操作常规》、《病历书写基本规范》(SF/T 0096—2021)等相关要求,参考相关临床教科书等进行医疗损害司法鉴定。

(二) 审核受理情况

本中心收到济南市槐荫区人民法院委托后,对送检材料进行文证审查,决定受理此鉴定委托。

(三) 听证会情况

2025年5月8日鉴定人在本中心召开医患双方、相关专业领域专家参加的医疗损害司法鉴定医患陈述意见听证会。告知了鉴定人、相关专业领域专家、鉴定事项、鉴定材料及鉴定风险等内容,医患双方均认可委托方提供鉴定资料的真实性、完整性且均无异议前提下,医患双方发表了陈述意见并回答了鉴定人和专家的询问,陈述意见听证会后医患双方履行知情签字。现将医患双方主要观点归纳摘要如下

患方主要陈述意见:

1、STEMI确诊后,若入院至PCI时间(D2B)≤90分钟,优先PCI;若无法PCI,需在30分钟内启动溶栓(I类推荐)。

1月13日17:11-1月14日11:24期间未实施任何再灌注治疗(PCI/溶栓);2、预警信号遗漏:患者心电图显示QTC 479ms(>470ms为高危阈值);频发室早(Lown分级≥3级);3、休克识别延迟:患者入院生命体征:血压97/62mmHg,已低于休克临界值(SBP<90mmHg),但病历未记录;4、医院血管活性药物延迟至09:23使用,剂量不足。



医方主要陈述意见：

胸痛原因不明，入院即给予对症治疗缓解患者症状，查心电图窦性心律、V1-V4 导联 ST 段轻度压低，为进一步明确诊断，积极完善血液及影像学相关检查并在初次检验检查结果回示诊断仍不明确时进行复测，23:47 心梗三项复查超敏肌钙蛋白 T37.1pg/ml(正常范围：0-14pg/ml)轻度升高，胸痛原因初步诊断急性冠脉综合征，给予对症治疗后，患者未再诉胸痛胸闷等不适。2025.1.13 再复查心梗三项等指标示心肌酶指标明显升高、复查心电图未见典型 ST-T 抬高及动态变化表现，急诊诊断急性冠脉综合征明确，不考虑急性 ST 段抬高型心肌梗死，患者症状缓解，生命体征稳定，无急症介入手术指征。患者 19 点有发作性胸闷，吸氧及含服硝酸甘油后很快缓解，复查心电图亦未见明显动态改变，夜间患者未再诉明显胸痛胸闷等不适，血流动力学相对稳定，意识清楚、尿量>30ml/h，无缺氧及组织低灌注表现，无须紧急介入手术，继续给予吸氧等药物治疗。患者晨时突发病请假加重并快速进展，合并恶性心律失常。心脏停搏，虽积极给予抢救治疗，并拟行 ECMO 支持下介入治疗。

五、分析说明

根据委托方提供的现有鉴定资料，依据相关法律法规和医学规范，结合本例医疗损害司法鉴定医患陈述意见听证会情况，综合分析如下：

(一) 医方的诊疗行为是否存在医疗过错

1. 2025 年 1 月 12 日 21:02 患者因“心前区疼痛 2 小时”就诊于急诊内科，医方依据患者的主诉、现病史、体格及辅助检查，诊断为“胸痛”成立，检查血淀粉酶+脂肪酶，心梗三项、BMP、凝血、肝功生化未见明显异常，胸部+上腹部 CT 提示支气管炎，双肺多发炎性灶(伴间质性肺改变)表现；双肺多发小结节，部分为磨玻璃密度灶；左肺下叶局限性肺气肿。医方在心电图、心肌酶学检查不能



明确急性心肌梗死诊断情况下给予的相关治疗符合诊疗常规。

2. 2025 年 1 月 12 日 23:26:12 复查心电图示：窦性心律 异常 q 波 (III, aVF) ST 段抬高 (III, aVF, V6) ST 段压低 (V1-V4) 与患者首次心电图比较呈动态变化, 复查超敏肌钙蛋白 T37.10pg/ml, 诊断: 急性冠脉综合征, 给予监护、吸氧、负荷量抗栓、抗凝、营养心肌等治疗 (因血氧饱和度 85-92%, 改为面罩吸氧)。分析认为: 心电图变化提示下壁心肌梗死可能, 医方未做 V7-V9, V3R-V5R 导联以明确有无正后壁、右室心肌梗死, 结合患者临床症状及心肌酶学变化, 应考虑患者存在急性心肌梗死, 但医方未向患方建议行急诊冠脉造影+冠脉介入治疗, 并在取得家属明确知情同意后实施冠脉造影检查 (必要时行 PCI 治疗), 以致延误心脏介入治疗时机, 未尽到谨慎注意和告知义务, 存在过错。

3. 2025 年 1 月 13 日 21:57 患者因“胸痛、胸闷 20 小时”入住急诊科病房, 医方依据患者的主诉、现病史、既往史、专科查体及辅助检查等情况, 初步诊断为“1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 (1. 下壁急性心肌梗死 2. 心功能 II 级 (Killip 分级)) 2. 高血压病 I 级 3. 脂肪肝 4. 肝囊肿 5. 左肺下叶肺气肿”成立。给予 I 级护理、氧气吸入、心电监测、指脉氧监测、抗血小板、降脂、护胃、对症支持治疗及完善相关辅助检查符合诊疗常规。

4. 依据 2025-01-13 22:34 病重病程记录记载: 患者中年男性, 本次因“胸痛、胸闷 20 小时”入院, 入院后心电图示下壁可见病理性 Q 波。结合患者症状、查体及辅助检查结果, 患者诊断为急性下壁心肌梗死诊断明确, 并再次向患者家属交代病情危重, 患者急性下壁心肌梗死并心源性休克、双肺多发炎性灶 (伴间质性改变), 随时有心脏破裂、心脏停搏、恶性心律失常等风险, 家属知晓理解病情, 并签署病重知情同意书。2025-01-14 08:40 主治医师查房记录记载: 今



日查房，患者夜间有胸闷，给予替罗非班持续泵入，面罩吸氧并应用硝酸甘油后缓解，今晨仍诉有胸闷感，询问患者病史近期无发热、咳嗽及咳痰，无胸背痛，面罩吸氧 12L/min 时 SP02 90%，查体：BP 89/52mmHg，心率 101 次/分，神志清，双下肺底可闻散在哮鸣音，心律齐，心音低钝，各瓣膜区未闻及明显杂音，双下肢无浮肿。主治医师分析患者病情：患者中年男性，既往高血压病史、长期吸烟史，此次因于 2025.01.12 发作胸痛胸闷入急诊，查体如上，2025-01-12 胸部 CT 平扫(64 排)诊断意见：符合支气管炎，双肺多发炎性灶(伴间质性改变)CT 平扫表现；双肺多发小结节，部分为磨玻璃密度，建议随诊观察；左肺下叶局限性肺气肿；符合脂肪肝，肝囊肿 CT 表现。

2025-01-13 心梗三项：超敏肌钙蛋白 T 2634.00pg/ml ↑。入院后心电图示下壁可见病理性 Q 波。结合患者症状、查体及辅助检查结果，患者诊断为急性下壁心肌梗死诊断明确，并再次向患者家属交代病情危重，患者急性下壁心肌梗死并心源性休克、双肺多发炎性灶(伴间质性改变)，随时有心脏破裂、心脏停搏、恶性心律失常等风险，家属知晓理解病情。嘱急查血气分析明确是否存在急性呼吸衰竭及电解质情况，联系床旁心脏超声检查明确心功能状况，查甲乙流+新冠核酸检测除外呼吸系统感染，继续给予双联抗血小板、替罗非班泵入强化抗栓、低分子肝素抗凝、降压护胃、补钾治疗，临时自备硝酸甘油含化并给予经鼻高流量吸氧，给予甲泼尼龙抗炎平喘并去甲肾上腺素泵入维持血压，必要时无创呼吸机辅助通气，继续密切关注病情及生命体征变化。综上，分析认为：2025-01-13 12:46 超敏肌钙蛋白 T 明显升高，可以用于诊断急性心肌梗死，但患者发病时间已超 12 小时，且临床症状缓解，此时无急诊冠脉造影+冠脉介入治疗指征。但住院当日夜间患者有胸闷症状，给予替罗非班持续泵入，面罩吸氧并应用硝酸甘油后缓解。2025 年 1 月 14 日晨时仍诉有胸闷感，面罩吸氧



12L/min 时 SP02 90%，查体：BP：89/52mmHg，心率 101 次/分，神志清。双肺底可闻散在哮鸣音，心律齐，心音低顿，各瓣膜区未闻及明显杂音，双下肢无浮肿。复查超敏肌钙蛋白 T 5200.00pg/ml、08:40 仍诉有胸闷，医方考虑急性下壁心肌梗死且合并心源性休克，虽然给予相应治疗，但未根据病情向家属告知行冠脉造影+冠脉介入治疗的必要性和相关风险，并在取得家属明确知情同意后实施在 IABP 支持下行冠脉造影+冠脉介入治疗，以致错失冠状动脉介入治疗的机会，未尽到谨慎注意义务和告知义务，存在过错。

5. 心肺复苏时肾上腺素使用剂量不足，但不影响急性下壁透壁性心肌梗死的治疗转归。

（二）医方过错与患者损害后果之间的因果关系及原因力大小

1. 被鉴定人损害后果分析

被鉴定人的损害后果为死亡。依据现有鉴定材料，被鉴定人

因心前区疼痛 2 小时于 2025 年 1 月 12 日 21:02 就诊

急诊内科，行心电图检查提示窦性心律 85 次/分，V2-V4 导联 ST 段压低，诊断胸痛，行心梗三项等检查。1 月 13 日 12:16:06 病程记录记载患者血压下降，再行心梗三项提示超敏肌钙蛋白 T 明显升高，17:11 转住院治疗，住院后结合相关检查诊断急性下壁心肌梗死，对症治疗。2025 年 1 月 14 日 9:11 患者胸闷喘憋加重，09:17 突发意识丧失，10:01 恢复自主心律，11:24 ECMO 转机成功，14:00 家属要求撤出 ECMO 及一切抢救治疗措施，14:46 心电图示直线，宣布临床死亡，死亡原因急性下壁透壁性心肌梗死。综上，分析认为，被鉴定人符合急性心肌梗死死亡。

2. 医方过错与患者损害后果之间的因果关系及原因力大小

被鉴定人系“冠状动脉粥样硬化性心脏病”且为“高危胸痛”中年患者，既往有高血压病史。《内科学（第 9 版）》第四章 第四节 二、



急性 ST 段抬高型心肌梗死 [预后]指出: 预后与梗死范围的大小、侧支循环产生的情况以及治疗是否及时有关。急性期住院病死率过去一般为 30%左右, 采用监护治疗后降至 15%左右, 采用溶栓疗法后再降至 8%左右, 住院 90 分钟内施行介入治疗后进一步降至 4%左右。死亡多发生在第一周内, 尤其在数小时内, 发生严重心律失常、休克或心力衰竭者, 病死率尤高。患者急性下壁心肌梗死诊断明确, 入院后发生心源性休克、恶性心律失常及不能排除的机械并发症。患者自身所患疾病的特点和诊疗风险, 是其损害后果发生的基础和高危因素。由于

对被鉴定人明确的诊疗过程中存在的: (1) 急诊期间根据心电图动态改变及心肌酶学动态变化, 应高度怀疑患者存在急性心肌梗死, 但医方未向患方建议行急诊冠脉造影+冠脉介入治疗, 并在取得家属明确知情同意后实施冠脉造影检查(必要时行 PCI 治疗), 以致延误心脏介入最佳治疗时机; (2) 住院后患者病情进展, 在急性下壁心肌梗死诊断明确且合并心源性休克情况下, 未尽早向家属告知冠脉介入治疗必要性和相关风险, 并在取得家属明确知情同意签字后实施在 IABP 支持下行冠脉造影+冠脉介入治疗, 以致错失经皮介入治疗达到血运重建治疗的机会。上述未尽到谨慎注意义务和告知义务的医疗过错, 与被鉴定人死亡的损害后果之间存在一定的因果关系。综合分析

所患疾病的特点、诊疗风险以及医方医疗过错等因素, 根据《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097-2021)第 7.3.4 条之规定“损害后果与医疗过错行为以及患者病情本身的特点、自身健康状况、体质的特殊性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。” , 建议医方医疗过错的原力大小为同等原因。



六、鉴定意见

对被鉴定人 的诊疗行为存在医疗过错，医疗过错与 的损害后果之间存在一定因果关系，建议医疗过错的原因力大小为同等原因。

七、附件

1. 许可证复印件 1 页。

司法鉴定人：

司法鉴定人执业证

司法鉴定人：

司法鉴定人执业证

司法鉴定人：

司法鉴定人执业证

二〇二五年六月二十六日

注：鉴定人 仅对鉴定中临床专业事项进行分析和鉴定，不参与涉及死亡原因等法医病理专业事项的分析和评判。



地 址:

(邮 政 编 码)

联系电



许可证

统一社会信用代码: [redacted]

司法鉴定许可证

机构名称: [redacted] 法定代表人: [redacted]
机构住所: [redacted] 负责人: [redacted]
业务范围: [redacted]

首次获准登记日期: 2009年 2月 18日 颁证机关: [redacted]
有效期至: 2028年 2月 18日 颁证日期: 2020年 2月 18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: 2022年 5月12日至2025年 12月30日
首次获准登记日期: 2017年 12月31日
颁证机关: 天津市司法局
颁证日期: [redacted]

专业领域名称: [redacted] 司法鉴定类别: [redacted]

执业范围

法医临床鉴定 (0201人体损伤程度鉴定, 0202人体伤残等级鉴定, 0203赔偿相关鉴定, 0207医疗损害鉴定, 0208与人体损伤相关其他法医临床鉴定)

执业证编号: [redacted]

执业机构: [redacted]

执业证号: [redacted]

有效期: 2021年 12月14日至2024年 12月10日
首次获准登记日期: 2017年 12月31日
颁证机关: 天津市司法局
颁证日期: 2022年 9月29日

专业领域名称: 司法鉴定类别: 法医临床鉴定

执业范围

法医临床鉴定 (0201人体损伤程度鉴定, 0202人体伤残等级鉴定, 0203赔偿相关鉴定, 0207医疗损害鉴定, 0208与人体损伤相关其他法医临床鉴定)

执业证编号: [redacted]



电子发票(普通发票)

开票日期: 2025年05月28日



下载次数: 1

购买方信息		销售方信息	
统一社会信用代码/纳税人识别号:			
项目名称 *现代服务*鉴定费	规格型号	数量 1	单价 24528.3018867925
单位 元		金额 24528.30	税率/征收率 6%
		税额 1471.70	
合计		¥24528.30	¥1471.70
价税合计(大写)		(小写) ¥26000.00	
销方开户银行: 天津银行兴科支行; 证件号:			
备注			