

通知书

三木：

济南市历下区人民法院
二〇一五年一月十日

司法鉴定意见书

印鑑

1

司法鉴定机构许可证号：_____

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。

地

联系电

邮



司法鉴定意见书



一、基本情况

委托方：济南市历下区人民法院

委托事项：对 进行死亡原因鉴定

委托日期：2024 年 10 月 29 日

鉴定材料：1、鉴定委托书；

2、 门诊病历复印件 1 份；

3、 病历（住院 复印件 1 份；

4、 （

）尸检报告（尸检 复印件 1 份；

5、被鉴定人 的尸检电子照片 115 张；

6、被鉴定人 的全套组织病理玻片（切片号：76 张；

7、被鉴定人 的全脑、心脏、双肺、肝脏、双肾、肾上腺、胰腺、胃、肠、膀胱、咽部、喉头、脾脏、甲状腺、子宫及附件等脏器。

（材料于 2024 年 11 月 22 日补充齐全）

鉴定地点：

被鉴定人 ，女，身

二、基本案情

根据送检委托书等材料记载：2024 年 4 月 15 日被鉴定人

因左髌受伤伴活动受限，于 进行检查，示左
股骨颈骨折，后于 2024 年 4 月 16 日转院 进一步
治疗，于 2024 年 4 月 17 日 17 时 10 分在全身麻醉+神经阻滞麻醉下
行左侧股骨颈骨折闭合复位空心螺钉内固定术，术后间断发热，于
2024 年 4 月 25 日 15 时许突发呼吸困难、血压降低，于 2024 年 4 月
26 日 3 时 40 分经抢救无效，临床死亡。

三、资料摘要

(一) 送

院门诊病历摘录：

挂号日期：2024 年 04 月 15 日。现病史：患者 于 30 分钟
前摔伤左髌部，伤后感疼痛，遂来本院就诊。既往史：否认高血压、
糖尿病、心脏病病史，否认手术外伤史，否认吸烟史。查体：神志清，
精神可，左髌部按压痛，活动度受限，余（-），普放检查报告：左
股骨颈骨折。

(二) 送

病历（住） 摘录：

入院时间：2024 年 04 月 16 日 12 点 14 分，死亡时间：2024 年
04 月 26 日 03 点 40 分。

入院记录：

（2024.04.15 9:00am）

工作时不慎摔伤，伤及左髌，当即感到左髌疼痛伴活动受限，无皮肤
破损及出血，伤后无恶心、呕吐，无胸闷、憋气等不适。就诊于

，行 X 线检查示左股骨颈骨折，未行特殊治疗，
为求进一步治疗前来我院。急诊行髌关节 CT 示左侧股骨颈骨折，伴
周围软组织肿胀、关节腔积液，以“股骨颈骨折”收入院。患者自发
病以来，无意识不清，饮食正常、睡眠欠佳，大小便正常，无明显体
重变化。诉既往咳嗽、咳痰病史，否认高血压、糖尿病、冠心病等重
大疾病史，否认乙肝、结核等传染病接触史，1 年前尾骨骨折史，否
认其他外伤史，否认手术史，药物、食物过敏史，输血史，无疫区接
触史和久居外地史，无吸烟、嗜酒史。已绝经，已婚，育有 1 子 1 女，

均体健，否认重大家族遗传病史。体格检查：T:36.1℃，P:80 次/分，R:16 次/分，Bp:116/62mmHg，Wt:54kg，一般情况：中年女性，神志清，精神可，发育正常，营养中等，主动体位，查体合作。头颅无畸形，眼裂无增宽，瞳孔等大同圆，对光反射存在。颈软，气管居中，胸廓平，呼吸对称，平稳，双肺呼吸音清，双肺未闻及干湿啰音。心前区无隆起凹陷，未触及明显震颤，无心包摩擦感，心率 80 次/分，心律整，心前区未闻及杂音，无周围血管征。腹平软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及，无移动性浊音，肝肾区无叩击痛。双侧角膜反射、双肱二头肌腱反射、膝腱反射存在，克氏征、布氏征、巴氏征未引出。专科情况：左髋部稍肿胀，未见皮肤破损及出血，左髋部按压痛阳性，左髋关节屈伸活动受限，左踝关节背伸及跖屈活动无明显受限，左下肢皮肤浅感觉未见明显减退，末梢血运佳。辅助检查：2024-04-16 髋关节 CT 平扫：左侧股骨颈骨折，伴周围软组织肿胀、关节腔积液，请结合临床；2024-04-16 胸部 CT 平扫：双肺多发支气管内粘液栓并周围炎症可能，右肺下叶著，建议治疗后复查，双肺部分支气管稍扩张，左肺上叶局灶性炎症可能，建议复查，支气管炎，双侧肺大泡，双侧胸膜肥厚。初步诊断：1. 左侧股骨颈骨折 2. 支气管扩张伴肺感染。

手术记录：手术日期：2024 年 04 月 17 日 17 时 10 分。手术名称：左侧股骨颈骨折闭合复位空心螺钉内固定术。麻醉方式：全身麻醉+神经阻滞麻醉。手术经过：麻醉成功后，患者仰卧位，右侧下肢截石位，左侧下肢牵引，患肢轻度屈曲、外展、外旋位，首先纵向牵引患肢，恢复股骨颈长度，纠正内翻畸形，使股骨颈轻度外翻。完成轴向牵引后将患肢足部极度内旋，髌骨朝向正上方，并适当内收患肢，透视见股骨颈前倾角及颈干角恢复满意。首先打入第一根导针，进针点位于小转子平面以上，正位像位于股骨颈下方，侧位像位于股骨颈中线，方向平行于股骨颈长轴，进针至软骨下骨 5mm，应用平行导向

器置于第二根导针，正位像位于股骨颈中线，侧位像位于股骨颈后方，方向平行于第一根导针，同样进针至软骨下骨 5mm。应用平行导向器打入第三根导针，第三根应偏前、偏上，平行于前两根导针置入。测量深度，所得数值减去 5mm，沿空心针导针拧入半螺纹空心螺钉，透视下确认空心螺钉螺纹全部通过骨折线，螺钉逐一加压，透视确认后关闭切口。

病程记录：2024-04-18 术后第一日，患者病重，神志清，精神差。持续鼻塞氧气吸入 3L/min，听诊呼吸音粗。左股部无菌敷料清洁干燥，未见明显渗出。趾端血运活动良好，足背动脉波动可触及。今晨查血气分析：PH:7.42，PaCO₂:39mmHg，PaO₂:127mmHg，HCO₃⁻:25.3mmol/L，BE:0.8mmol/L，SaO₂:99%，Na⁺:138mmol/L，K⁺:3.6mmol/L，Ca²⁺:1.06mmol/L，Glu:5.5mmol/L，Lac:0.4mmol/L，THbc:112g/L。

2024-04-19 术后第二天，一般情况尚可，诉夜间发热，饮食睡眠较差，生命体征平稳，诉伤口疼痛较前减轻，无其他特殊不适主诉。换药见刀口对合齐整，周围无明显红肿。查体见患肢活动受限，末梢血运未见明显异常。

2024-04-20 术后第三天，一般情况尚可，患者家属诉患者间断发热，高烧不退，专科查体基本同前。换药见刀口对合良好，无红肿及明显渗出。

2024-04-23 患者生命体征平稳，饮食较差，夜间发热明显，最高可达 40℃。换药见刀口未见明显异常。

2024-04-25 15:04:58 患者今日下午突发呼吸困难，血压降低，Bp: 80/40，心电图示窦率，血气分析示：K⁺:2.9mmol/L，PaO₂:70mmHg，PaCO₂:35mmHg，为排除患者肺栓塞可能，予以急诊行肺动脉 CTA 检查示：左右肺动脉略增宽，双肺多发支气管内粘液栓并周围炎症可能，右肺下叶著，炎症较前略减少，双肺部分支气管轻度扩张，双肺底坠

积效应较前明显，双侧肺大泡、纤维灶，纵膈淋巴结增大。后因患者住院后持续高热不退，予以采取血培养及鉴定，痰培养，结果均未报回。16:33:00 会诊记录：患者今日下午急查电解质、肝肾功结果示：谷丙转氨酶（干）86 IU/L， γ -谷氨酰基转移酶（干）66 IU/L，白蛋白（干）26g/L，尿素氮（干）7.0mmol/L，谷草转氨酶（干）277 IU/L，钾（干）3.46mmol/L，氯（干）109.0mmol/L，二氧化碳（干）21.00mmol/L，钙（干）1.93mmol/L。心梗三项示：血清肌红蛋白 466.40ng/ml，肌酸激酶同工酶 13.00ng/ml，血清高敏肌钙蛋白 I 23.75ng/L。降钙素结果示：前降钙素 21.200ng/ml。血细胞分析及 C-反应蛋白结果示：白细胞 $13.65 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比率 94.90%，淋巴细胞比率 4.10%，嗜酸性粒细胞比率 0.20%，单核细胞比率 0.80%，中性粒细胞计数 $12.95 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞计数 $0.56 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.78 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 111.0g/L，红细胞压积 34.20%，血沉 49.00mm/h，C 反应蛋白 13.63mg/L。

死亡记录：2024-04-25 患者下午 14:10 嗜睡，呼吸困难，血压降低，后外出行肺动脉 CTA 检查未见明显肺栓塞，予以心电监护示：HR: 102 次/分，R: 15 次/分，BP: 85/52mmHg，SP02: 92%，予以加快补液。14:30 患者呕吐两次，为胃内容物。嘱暂不进食，14:47 经右股动脉急查血气分析示：PH: 7.36，PaCO2: 37mmHg，PaO2: 70mmHg，HCO3⁻: 20.9mmol/L，BE: -4.5mmol/L，SaO2: 93%，Na⁺: 135mmol/L，K⁺: 2.9mmol/L，Ca²⁺: 1.07mmol/L，Glu: 8.7mmol/L，Lac: 1.3mmol/L，THbc: 129g/L，并行床旁心电图检查。16:50 患者意识不清，双侧瞳孔等大，对光反射存在，19:00 患者心电监护示：SP02: 85-88%，予以加盖面罩吸氧 5L/min，并予以翻身叩背吸痰，19:07 遵医嘱经右股动脉查血气分析示：PH: 7.34，PaCO2: 36mmHg，PaO2: 72mmHg，HCO3⁻: 19.4mmol/L，BE: -6.4mmol/L，SaO2: 93%，Na⁺: 137mmol/L，K⁺: 3.8mmol/L，Ca²⁺: 1.09mmol/L，Glu: 9.0mmol/L，Lac: 1.4mmol/L，

THbc:119g/L。19:45 患者带氧气枕及心电监护外出行颅脑 CT 检查，20:05 患者返回病房后转入我科重症监护室。患者转入监护室后持续血压偏低，最低至：70/41mmHg，心率：135 次/分，予以去甲肾上腺素维持血压，床旁超声提示容量不足，积极补液扩容，双侧瞳孔不等大，左侧直径约 4mm，右侧直径约 6mm，对光反射均迟钝，听诊双肺湿啰音明显，经气管插管吸出大量白色泡沫样痰，急请急诊神经外科，ICU，EICU 会诊；急查血气分析示 PH:6.93，PaCO₂:45mmHg，PaO₂:94mmHg，HCO₃⁻:6.4mmol/L，BE:-23.5mmol/L，SaO₂:92%，Na⁺:131mmol/L，K⁺:5.6mmol/L，Ca²⁺:0.95mmol/L，Glu:15.7mmol/L，Lac:5.6mmol/L，予以碳酸氢钠 250ml 静滴纠正酸中毒，补液扩容；00:30 患者血压降至 50-55/42-43mmHg，HR:130-142 次/分，复查血气分析：PH:6.93，PaCO₂:55mmHg，PaO₂:78mmHg，HCO₃⁻:7.6mmol/L，BE:-21.7mmol/L，SaO₂:86%，Na⁺:139mmol/L，K⁺:5.2mmol/L，Ca²⁺:0.82mmol/L，Glu:11.8mmol/L，Lac:7.6mmol/L，加用肾上腺素升压治疗，继续予以碳酸氢钠静滴纠正酸中毒，经积极血管活性药物维持血压，补液扩容治疗，于 1:00 患者血压升至 100/56mmHg，心率 116 次/分。予以应用美罗培南抗感染，乌司他丁、氢化可的松抗炎，人血白蛋白增加胶体渗透压，1:20 患者血氧饱和度降低，最低至 86%，血压：90/67mmHg，心率 138 次/分，予以调节呼吸机参数，吸痰可吸出白色泡沫样痰，吸痰后血氧饱和度升至 96%，1:40 患者血氧饱和度降至 80%，吸痰后无明显改善，血气分析示：PH:7.10，PaCO₂:68mmHg，PaO₂:79mmHg，HCO₃⁻:21.1mmol/L，BE:-9.3mmol/L，SaO₂:90%，Na⁺:151mmol/L，K⁺:3.5mmol/L，Ca²⁺:0.82mmol/L，Glu:9.2mmol/L，Lac:8.9mmol/L，THbc:119g/L，继续予以碳酸氢钠静滴纠正酸中毒，吸痰，甘露醇脱水，奥美拉唑预防应激性溃疡等治疗，于 2:10 患者血压持续降低，血气分析示：PH:6.92，PaCO₂:>115mmHg，PaO₂:44mmHg，HCO₃⁻，BE，SaO₂ 测不出，Na⁺:148mmol/L，K⁺:3.9mmol/L，

Ca²⁺:0.95mmol/L, Glu:14.7mmol/L, Lac:8.6mmol/L, THbc:116g/L, 继续予以碳酸氢钠纠正酸中毒,加用间羟胺维持血压,人血白蛋白及血浆增加胶体渗透压,经积极治疗患者血压仍持续降低,充分向患者家属交代患者病情变化,患者家属表示理解并拒绝胸外按压等抢救措施并签字,患者于2024-04-26 3:40心电图示直线,宣布临床死亡,家属要求尸检。死亡原因:具体死亡原因可能与颅内原因导致的脑疝、弥漫性脑水肿、肺水肿有关。死亡诊断:具体死亡诊断依据尸检结果。

检验报告单:4-17 中性粒细胞 75%,4-18 中性粒细胞 81.2%,4-25 中性粒细胞 94.9%,白细胞 $13.65 \times 10^9/L$ 。

(三)送检

;

;

尸检报告(尸检

摘录:

女,55岁,死亡日期:2024年4月26日3时40分,尸检日期:2024年4月30日14时00分。

病理解剖诊断:心血免疫球蛋白定量测定:IgM 0.891g/L, IgE 36 IU/mL(生物参考区间 IgM 0.4-2.3g/L, IgE<100 IU/ml)。重度肺水肿。左肺下叶及右肺较多支气管扩张,内充满粘液栓;双肺较多肺泡腔内充满粘液栓;右肺下叶局部一处慢性肉芽肿性炎,其内可见少量曲霉菌菌丝;部分肺泡腔内可见透明膜形成;周围肺泡间隔内较多慢性炎细胞浸润伴灶性淋巴组织增生。

尸体解剖记录:双侧胸膜光滑,无粘连;左侧胸腔内含淡黄色清亮液体约600ml,右侧胸腔内含淡黄色清亮液体约700ml。心包腔内含黄色清亮液体约70ml。原位解剖心脏,自右心室打开肺动脉,未查见血栓。腹腔:腹膜光滑,无粘连,腹腔内含淡黄色清亮液体约600ml……肺:左肺重912g,体积22×14.5×4cm;分两叶,表面光滑,切面左肺下叶散在较多扩张的支气管,管腔内充满粘稠粘液;肺组织呈灰红色,质软,部分肺泡腔内充满粘液,含气量较差。右肺重920g,体积24.5×16×4.5cm;分三叶,表面光滑,切面散在较多扩

张的支气管，以右肺下叶为著，部分管腔内充满粘稠粘液；肺组织呈灰红灰白色，质软，部分肺泡腔内充满粘液，含气量较差……

显微镜检查：喉：粘膜明显充血、水肿，散在少量淋巴单核细胞、浆细胞浸润；甲苯胺兰染色示肥大细胞增多，伴脱颗粒现象。气管：粘膜明显充血、水肿，散在少量淋巴单核细胞、浆细胞浸润。肺：双肺间质显著淤血，肺泡腔明显扩张，内含较多水肿液；左肺下叶及右肺较多支气管扩张，内充满粘液栓；左肺及右肺部分肺泡腔内充满粘液栓，AB/PAS 染色示：粘液染色(+)；右肺下叶局部一处慢性肉芽肿性炎，其内可见少量曲霉菌菌丝；部分肺泡腔内可见透明膜形成，周围肺泡间隔内较多慢性炎细胞浸润伴灶性淋巴组织增生。左肺门(7个)、右肺门(8个)及纵隔(4个)淋巴结呈反应性增生伴多量碳末沉积……

(注：上述文字摘抄自送检资料，如摘抄有误，以原始送检资料为准。)

四、鉴定过程

(一) 检验方法

送检器官包括全脑、心脏、双肺、肝脏、双肾、肾上腺、胰腺、胃、肠、膀胱、咽部、喉头、脾脏、甲状腺、子宫及附件等，均用福尔马林液固定，同时送检的尸检照片115张及组织病理玻片76张。参照《法医学 病理检材的提取、固定、取材及保存规范》(GA/T 148-2019)、《法庭科学 尸体检验摄像技术规范》(GA/T 1585-2019)等对送检器官进行法医病理学检验。

(二) 尸检照片复阅

尸表检验：

1、一般情况：成年女性尸体，尸斑呈暗红色，位于体背侧未受压处。

2、头面部：头发色黑。双侧耳廓未见明显异常，外耳道未见明

显溢血溢液。双侧眼睑闭合，角膜重度混浊，瞳孔不可窥。外鼻未见异常。口唇轻度紫绀、轻度皮革样化。

3、颈项部：气管解剖位置正常，右侧颈部见一处穿刺针孔伴周围皮肤暗红色改变。

4、胸腹背臀部：胸廓对称无畸形，胸部体表未见明显损伤，下腹部正中见一横行陈旧性皮肤瘢痕。背部、臀部未见明显损伤。

5、四肢：右侧手背及腕部各见一处注射针孔，伴周围皮肤暗红色改变；双手指甲甲床重度紫绀。左侧大腿外侧见三处手术切口已缝合，缝线在位；双足趾甲甲床苍白。

6、肛门及会阴部：肛门及会阴部未见明显异常。

尸体解剖检验：

1、头部：

头皮内面未见出血，双侧颞肌未见出血。颅盖骨未见骨折，硬脑膜外、硬脑膜下、蛛网膜下腔均未见出血，颅底未见骨折。大脑脑回增宽、脑沟变浅，蛛网膜下腔血管扩张淤血。

2、颈部：

右颈部皮肤穿刺针孔处对应皮下软组织见出血，余未见异常，喉头轻中度水肿。

3、胸部：

肋间肌未见出血。胸膜完整无粘连，双侧胸腔内见淡黄色清亮积液。心包腔内见淡黄色清亮积液。心外膜脂肪轻度增厚，肺动脉内未见血栓。

4、盆腹部：

大网膜游离，肠管浆膜光滑。腹腔各器官解剖位置正常，腹腔内见淡黄色清亮积液。

(三) 器官检验（结合送检尸检照片）

脑：大脑呈多段冠状面切开取材后状态，取回大脑重 955g，小

脑重 130g, 大脑脑回增宽、脑沟变浅, 蛛网膜颜色稍晦暗, 蛛网膜下腔血管扩张淤血, 基底动脉及脑底动脉环未见明显异常, 切开脑组织, 实质颜色较晦暗。

心脏: 切开取材后状态, 取回心脏重 247g, 心外膜脂肪稍增厚; 心脏各房室已剪开, 房室间隔无缺损畸形; 各瓣膜未见明显异常, 三尖瓣瓣环周径 10.7cm, 肺动脉瓣瓣环周径 7.5cm, 二尖瓣瓣环周径 9.0cm, 主动脉瓣瓣环周径 7.2cm; 右心室壁厚 0.3cm, 室间隔厚 1.2cm, 左心室壁厚 1.2cm; 主动脉、肺动脉未见明显异常, 左右冠脉开口开放、位置正常, 沿左右冠脉主干间断横切检查, 左冠脉主干及左前降支局部管壁轻度增厚, 左旋支及右冠脉未见明显异常。

肺脏: 多段切开取材后状态, 剩余右肺重 506g, 左肺重 436g, 双肺表面光滑、散在黑色粉尘沉积; 双肺切面灰白色, 部分小细支气管扩张, 内见胶冻样物质, 右肺下叶切面见局灶性灰黄色改变。

肝脏及胆囊: 多段切开取材后状态, 取回肝脏重 1102g, 肝脏表面光滑、呈棕黄色, 切面质地均匀, 未见出血及占位性病变; 胆囊已剪开, 胆囊壁呈墨绿色。

脾脏: 多段切开取材后状态, 取回脾脏重 77g, 表面光滑, 切面未见出血及占位性病变。

肾脏: 切开取材后状态, 取回双肾分别重 136g、137g, 表面光滑, 切面皮髓质结构清, 肾盂未见明显异常。

肾上腺: 切开取材后状态, 肾上腺表面未见明显异常, 切面皮髓质分界清, 无出血及占位性病变。

胃及肠管: 切开取材后状态, 胃、肠管浆膜及黏膜光滑, 未见出血及溃疡性改变。

胰腺: 多段切开取材后状态, 剩余胰腺重 75g, 表面及切面未见出血及占位性病变。

甲状腺: 切开取材后状态, 表面及切面未见出血及占位性病变。

膀胱：切开取材后状态，黏膜光滑，质地较软。

子宫及附件：切开取材后状态，剩余子宫及附件重 154g，表面及切面未见出血及占位性病变。

（四）组织病理学检查（结合送检组织病理玻片）

脑：大脑额颞叶蛛网膜下腔见大量中性粒细胞及纤维素渗出；脑实质水肿、疏松，大量神经元胞核溶解、消失，胞质嗜伊红染色，脑实质血管内多见微血栓形成，血管周围见中性粒细胞围血管浸润，实质内见散在中性粒细胞浸润；脑桥实质呈高度水肿、呈疏松淡染筛网状，实质内多处小脓肿形成；小脑蛛网膜下腔见广泛中性粒细胞及纤维素渗出，分子层及颗粒层高度水肿、呈疏松淡染筛网状，浦肯野细胞大范围肿胀，胞核溶解消失，胞质嗜伊红染色。

心：右室壁心外膜脂肪增厚，心肌纤维间脂肪细胞浸润，各室壁、室间隔及心尖部心肌纤维见不规则收缩断裂，断端肌浆凝集，呈嗜伊红深染，心肌间质水肿增宽，间质血管见白细胞比例升高；窦房结轻度脂肪浸润，间质水肿增宽；左冠脉主干及左前降支管壁轻度增厚，内膜下少量脂质沉积，余冠脉未见明显异常。

肺：肺膜纤维增厚，可见散在粉尘沉积；肺泡间隔部分纤维机化，间质广泛以淋巴细胞为主的炎细胞浸润，部分肺泡内见少许纤维素及单核细胞等渗出；右肺下叶见一边界清晰坏死灶，灶内肺泡结构破坏，充满纤维粘液样渗出物，其内可见单核细胞，右肺下叶见曲霉菌丝；左肺下叶见肉芽肿，周围多见郎罕斯巨细胞，外周包裹增生的纤维组织并淋巴细胞浸润；肺小血管扩张淤血，部分小血管管壁坏死，小细支气管管壁纤维增生，黏膜柱状上皮细胞增生，部分小细支气管内充满粘液，小血管及小细支气管周围多灶性淋巴细胞浸润。

肝：被膜完整未见增厚，肝小叶结构尚清，肝细胞水肿、胞质淡染，肝细胞点灶状坏死，中央静脉及肝窦空虚，汇管区散在少量淋巴细胞浸润。

脾：被膜完整未见增厚，白髓萎缩，部分中央动脉管壁增厚，脾窦内见大量中性粒细胞。

肾：肾皮髓质结构清，部分肾小球萎缩、玻璃样变，肾间质小灶性淋巴细胞浸润，肾小管上皮细胞自溶、结构欠清。

肾上腺：皮髓质结构未见明显异常。

胰腺：被膜完整未见增厚，胰腺小叶结构尚清，腺泡细胞自溶，结构欠清，胰岛不可见。

胃：黏膜层广泛自溶，黏膜下层血管扩张充血，肌层及浆膜层未见异常。

肠：回盲部黏膜层轻度自溶，散在淋巴细胞及嗜酸性粒细胞浸润，阑尾黏膜层自溶，黏膜下层散在多个淋巴小结，血管扩张充血，肌层及浆膜层未见异常。

甲状腺：被膜完整无增厚，滤泡结构广泛破坏萎缩，剩余少量大小不一充满均质粉染胶质的滤泡，间质大量淋巴细胞浸润，淋巴滤泡形成。

喉头：黏膜层部分自溶，黏膜下层间质水肿增宽，血管扩张充血，散在淋巴细胞、浆细胞浸润，肌层及腺体未见明显异常；甲苯胺蓝染色示肥大细胞增多，偶见脱颗粒现象。

膀胱：黏膜上皮不规则自溶脱落，间质水肿增宽，小血管扩张充血，散在少量淋巴细胞浸润。

子宫及双侧附件：子宫内膜层呈萎缩性改变，小血管扩张淤血，肌层未见明显异常；双侧输卵管及卵巢呈萎缩性改变，间质血管扩张淤血。

（五）法医病理学诊断

- 1、化脓性脑膜脑炎，脑水肿；
- 2、肺纤维化伴间质性肺炎，支气管粘液栓，左肺下叶肉芽肿，右肺下叶曲霉感染；

- 3、慢性淋巴细胞性甲状腺炎；
- 4、左侧股骨颈骨折内固定术后。

五、分析说明

根据案情及病史资料，被鉴定人 4 年 4 月 15 日因左髌受伤伴活动受限，于 进行检查，示左股骨颈骨折，后于 2024 年 4 月 16 日转院 进一步治疗，于 2024 年 4 月 17 日在全身麻醉+神经阻滞麻醉下行左侧股骨颈骨折闭合复位空心螺钉内固定术，术后间断发热，于 2024 年 4 月 25 日 15 时许突发昏迷、呼吸困难、血压降低，于 2024 年 4 月 26 日 3 时 40 分经抢救无效，宣布临床死亡。

根据法医学尸体解剖见，被鉴定人 大、小脑蛛网膜及实质内颜色晦暗，镜下检见大脑额颞叶及小脑蛛网膜下腔大量中性粒细胞及纤维素渗出，实质内广泛疏松水肿、淡染，脑实质血管内多见微血栓形成，血管周围见中性粒细胞围血管浸润，实质内见散在中性粒细胞浸润，脑桥多处小脓肿形成，符合化脓性脑膜脑炎病理改变特点。结合病历，4 月 17 日左侧股骨颈骨折内固定术后间断发热，4 月 23 日最高达 40℃，4 月 18/19/25 日中性粒细胞指标进行性升高，死亡当天患者发生嗜睡、呕吐、意识不清，符合化脓性脑膜脑炎病理-临床表现。本例化脓性脑膜脑炎病变较重，累及大小脑及脑干，可引起中枢性呼吸循环衰竭。

根据法医学尸体解剖及镜下见，被鉴定人 双肺存在肺泡间隔纤维化伴间质性肺炎，支气管内见粘液栓，结合其既往咳嗽咳痰病史，分析该病变入院前即已存在，一定程度上可导致机体呼吸功能及应激能力下降。被鉴定人在肺纤维化伴间质性肺炎病变基础上，经行左侧股骨颈骨折内固定术后，发生化脓性脑膜脑炎，最终导致其呼吸循环衰竭死亡。

根据法医学尸体解剖见，未检见被鉴定人 存在明显过敏性

病理改变，血清 IgE 在正常值范围内，结合案情及死亡过程，排除其因过敏性休克导致死亡。

综上所述，根据本次法医病理学解剖检验，结合案情及病历材料，被鉴定人 符合在肺纤维化并间质性肺炎病变基础上，行股骨颈骨折内固定术后发生化脓性脑膜炎，最终引起呼吸循环衰竭死亡。

六、鉴定意见

被鉴定人 符合在肺纤维化并间质性肺炎病变基础上，行股骨颈骨折内固定术后发生化脓性脑膜炎，最终引起呼吸循环衰竭死亡。

七、附件

- 1、检验照片；
- 2、鉴定机构司法鉴定许可证及鉴定人执业证复印件。

鉴定人：

执业证

鉴定人：

执业证

鉴定人

执业证

二〇二

鉴定专用章

声明：自本意见书发出之日起，本中心解剖所提取被鉴定人组织器官等检材常规留存保存 3 个月，如需取回，请在 3 个月之内联系办理，逾期未取回将按本中心程序予以销毁处理。

附件



图 1：大脑切面观



图 2：小脑切面观

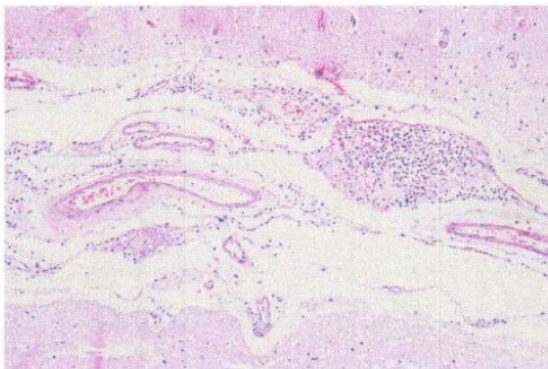


图 3：额叶蛛网膜下腔中性粒细胞及纤维素渗出

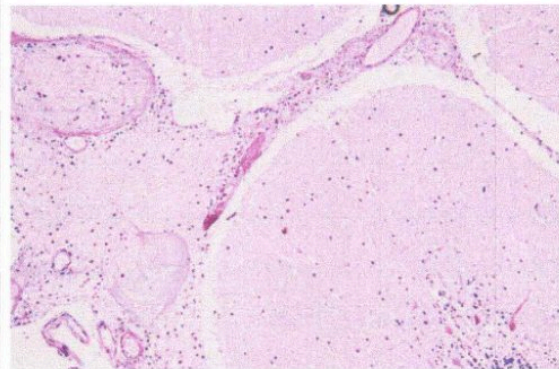


图 4：小脑蛛网膜下腔中性粒细胞及纤维素渗出

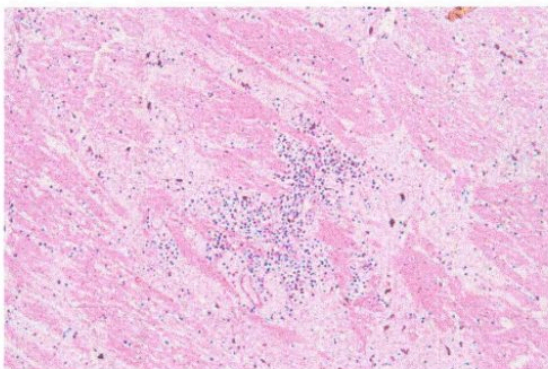


图 5：脑桥以中性粒细胞为主的炎细胞浸润

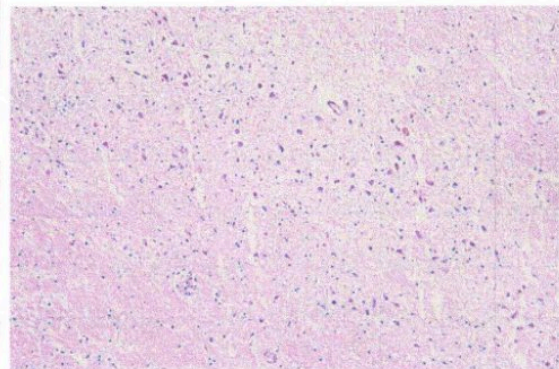


图 6：脑桥水肿



of J

附件



图 7: 双肺切面观

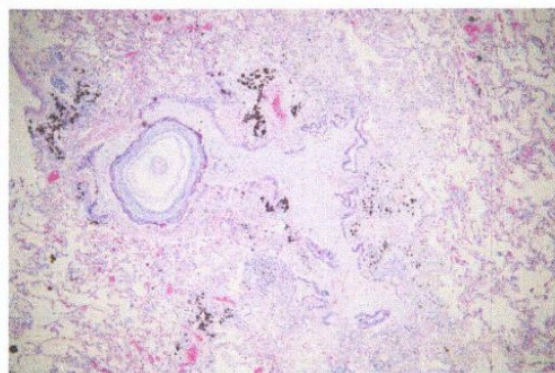


图 8: 支气管腔粘液栓

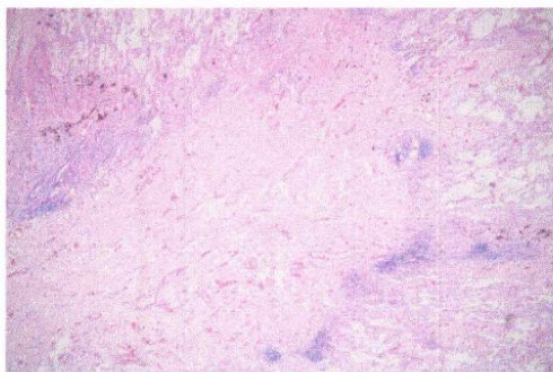


图 9: 左肺下叶肉芽肿

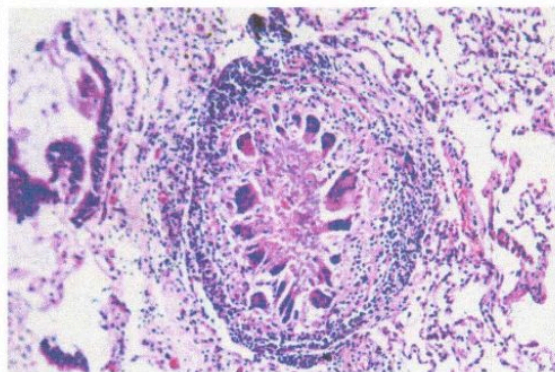


图 10: 右肺下叶曲霉菌丝



图:11: 心脏切面观

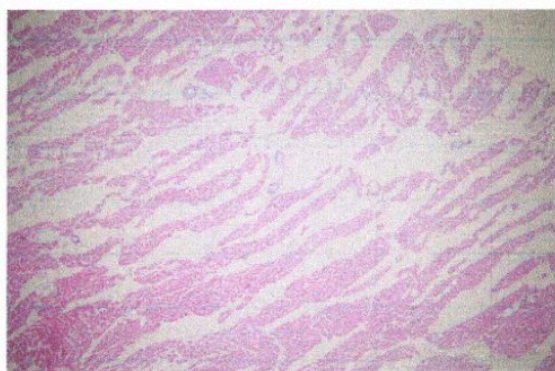


图 12: 心肌镜下观

附件



图 13: 肝脏切面观

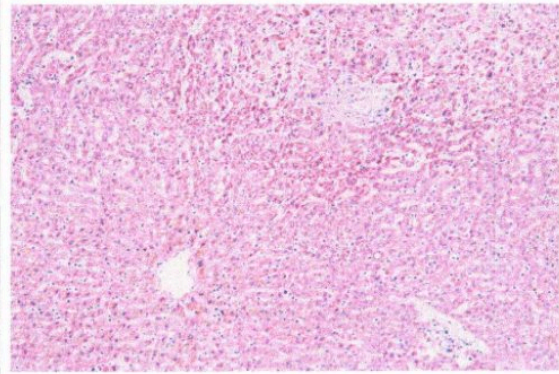


图 14: 肝细胞水肿, 点灶状坏死



图 15: 脾脏大体观

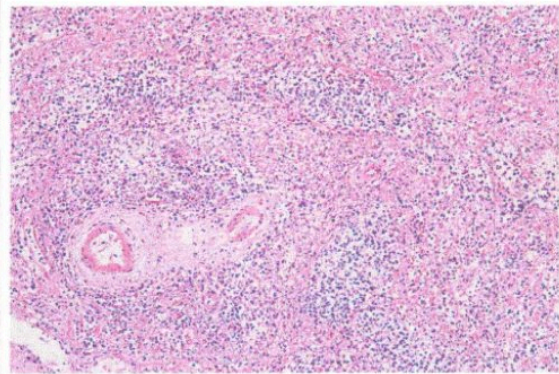


图 16: 脾脏镜下观



图 17: 胰腺切面观

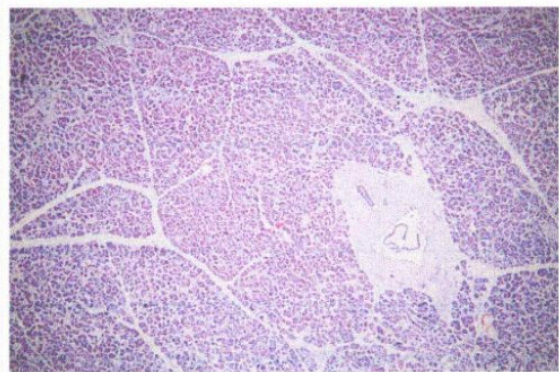


图 18: 胰腺镜下观

附件



图 19: 双肾切面观

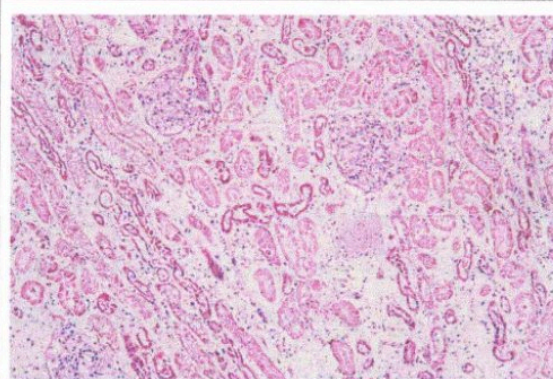


图 20: 双肾镜下观



图 21: 甲状腺切面观

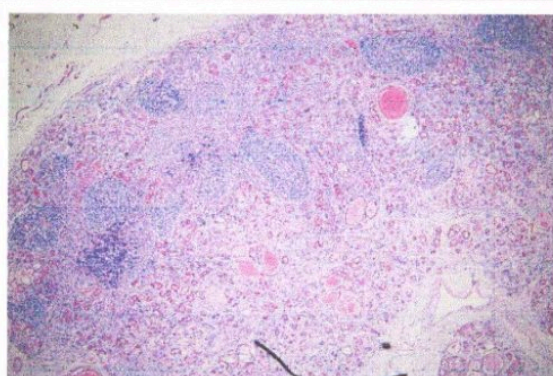


图 22: 间质大量淋巴细胞浸润, 淋巴滤泡形成



图 23: 喉头切面观

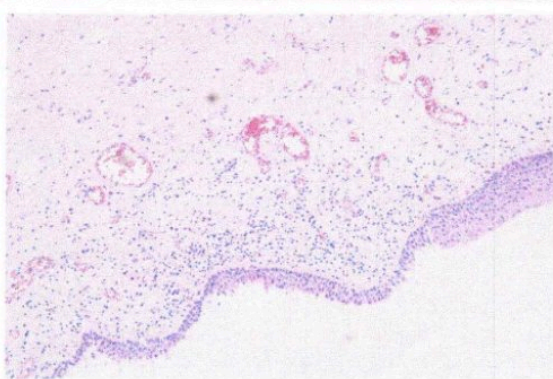


图 24: 黏膜下层间质水肿增宽, 血管扩张充血, 散在淋巴细胞、浆细胞浸润



1

2

3

4

5

6

7