

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。



[REDACTED]

司法鉴定意见书

统一司法鉴定案件编号: [REDACTED]

机构自编号: [REDACTED] 2024 [REDACTED]



一、基本情况

委托人: 济南市槐荫区人民法院

委托编号: (2024)鲁[REDACTED]

委托事项: [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]

[REDACTED] ([REDACTED]) 对被鉴定人 [REDACTED] 的诊疗行为是否具有过错, 如果具有过错, 该过错与目前损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行鉴定; 伤残等级、误工期、营养期、护理期鉴定

受理日期: 2025 年 1 月 7 日

鉴定日期: 2025 年 1 月 7 日-2025 年 2 月 18 日

鉴定地点: [REDACTED]

鉴定材料: 病历、诊断证明书、影像学资料等相关鉴定材料

在场人员: [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]

被鉴定人: [REDACTED] 男 身份证号 [REDACTED]

二、基本案情

2024 年 5 月 26 日被鉴定人 [REDACTED] 因“腹痛 3 天”经门诊收入 [REDACTED] 消化内科住院治疗, 初步诊断为“1. 脂膜炎 2. 腹腔感染? ”。2024 年 5 月 30 日在“无插管麻醉”下行“无痛胃肠镜”检查, 发现横结肠、乙状结肠多发息肉, 行“内镜下结肠息肉切除术”。2024 年 6 月 2 日出院, 出院诊断为“1. 结肠良性肿瘤 2. 霉菌性食



道炎 3. 慢性胃炎 4 脂膜炎 5. 腹腔感染”。2024 年 6 月 3 日 12: 06 被鉴定人[]因“腹痛 11 天”在山东[]消化内科住院治疗，初步诊断为“1. 肠梗阻 2. 腹腔感染 3. 脂膜炎 4. 左肾囊肿 5. 真菌性食管炎 6. 结肠息肉个人史 7. 慢性胃炎 8. 营养风险”。经腹部 CT 检查，发现“左侧中腹部团状混杂密度，内见多发积气，与邻近肠管分界不清，符合脓肿，穿孔？”。外科会诊“建议转科继续治疗”，“患者家属商议后要求出院至上级医院就诊”。2024 年 6 月 3 日 20: 02 出院，出院诊断为“1. 腹部肿物 2. 肠梗阻 3. 腹腔感染 4. 脂膜炎 5. 左肾囊肿 6. 真菌性食管炎 7. 结肠息肉个人史 8. 慢性胃炎 9. 营养风险”。2024 年 6 月 3 日 23: 35 被鉴定人[]因“腹痛 11 天，加重 1 天”[]胃肠外科住院治疗，初步诊断为“1. 消化道穿孔 2. 炎性肠病？ 3. 腹腔感染 4. 真菌性食管炎 5. 慢性胃炎 6. 肾囊肿 7. 多发结肠息肉术后”。认为“若行剖腹探查术，手术不确定性大”。“建议转往上级医院继续治疗，家属理解并表示同意”。2024 年 6 月 4 日 09: 33 出院，出院诊断为“1. 腹腔脓肿 2. 肠穿孔？ 3. 炎性肠病？ 4. 多发结肠息肉术后 5. 肾囊肿 6. 慢性胃炎 7. 真菌性食管炎”。2024 年 6 月 4 日 21 时被鉴定人[]因“腹痛 10 天，加重 2 天”[]普通外科住院治疗，初步诊断为“消化道穿孔；局限性腹膜炎；营养风险”。当晚急行“腹腔镜辅助、小肠病损切除、近端小肠造口、远端小肠插管造口术、结肠修补术”。2024 年 6 月 12 日出院，出院诊断为“小肠穿孔；腹腔脓肿；局限性腹膜炎；营养风险”。2024 年 6 月 12 日 14 时至 2024 年 6 月 27 日 9 时被鉴定人周建



鲁在[REDACTED]出院诊断为“1.腹腔感染 2.回肠术后 3.回肠造口状态”。为此，被鉴定人与医方发生医疗纠纷。现送检法院委托我中心就被告医院医疗行为进行医疗损害司法鉴定。

三、资料摘要

(一)山东省冠[REDACTED]24年5月26日至2024年6月2日《住院病历》(病案号[REDACTED]5)

(1)2024年5月26日14:55《入院记录》记载：“患者3天前无明显诱因出现腹痛，初始为上腹痛，呈发作性疼痛，诉进食后30分钟腹痛加重，晨起感反酸，伴腹胀，无明显烧心，不愿进食，疼痛时感下坠感，无其他不适”。“患者发病以来，神志清，睡眠尚可，二便正常”。“腹部平坦，腹肌软，左侧腹部及左侧下腹部压痛，无反跳痛，未触及异常包块”。“初步诊断：1.脂膜炎 2.腹腔感染？”

(2)2024年5月27日17:57[REDACTED]主治医师查房记录》记载：“生化指标提示：肝损害”。

2024年5月28日11:05[REDACTED]副主任医师查房记录》记载：“现患者仍有腹痛，炎症指标升高”。“择期复查血常规、降钙素原等指标，观察患者病情变化”。

2024年5月30日15:40《内镜下结肠息肉切除术》记载：“循腔进镜至回肠末端，所见小肠粘膜光滑，回盲瓣、阑尾开口清晰。退镜可见横结肠2枚大小约0.4cm及0.8cm山田Ⅱ型息肉，表面光滑，分别予1枚活检钳除及1枚圈套器全套切除送检，乙状结肠可见7枚大小约0.3cm-0.4cm山田Ⅰ型息肉，表面光滑，予1枚活检钳钳除送检，余结肠粘膜光滑，肠蠕动规律，粘膜下血管清晰”。



2024 年 5 月 31 日 14:49 《日常病程记录》记载：“患者近日时有腹痛，脐上疼痛为主，脐左侧按压痛”。“患者疼痛考虑与胃肠道痉挛有关，不排除功能性腹痛”。“感染指标较前好转”。

(3) 2024 年 6 月 2 日 10:44 《出院记录》记载：“胃镜示：霉菌性食管炎？慢性非萎缩胃炎”。“出院诊断：1. 结肠良性肿瘤 2. 霉菌性食管炎 3. 慢性胃炎 4. 脂膜炎 5. 腹腔感染”。《住院病案首页》记载：各项“出院诊断”的“出院情况”均为“好转”。

(4) 2024 年 5 月 26 日《CT 检查报告》(检查号 [REDACTED]) 记载：“影像诊断：符合脂膜炎 CT 表现；扫描范围内少量盆腔积液；左肾囊肿”。

2024 年 5 月 27 日《血常规》白细胞计数 12.8、中性粒细胞 86.9%、C 反应蛋白 108.38。

2024 年 5 月 30 日《血常规》白细胞计数 16.4、中性粒细胞 75.7%、C 反应蛋白 18.64。

2024 年 5 月 30 日《病理检查报告单》记载：“(横结肠)活检：结肠粘膜组织 2 块，低级别管状腺瘤”。“(乙状结肠)活检：结肠粘膜组织 7 块，增生性息肉”。

(5) 《长期医嘱记录单》24-05-26 至 05-30 “注射液甲泼尼龙琥珀酸钠 40mg 静滴 qd”。

24-06-01 至出院 “盐酸消旋山莨菪碱注射液 10mg 静滴 qd”。

《临时医嘱记录单》24-05-31 13:09 “盐酸曲马多注射液 2ml 肌注 st”。

24-05-31 19:05 “盐酸消旋山莨菪碱注射液 10mg 肌注”。



24-05-31 21:03 “盐酸异丙嗪注射液 1ml 肌注”。

(二)山东省聊城市[REDACTED]4年6月3日12:06至2024年6月3日20:02《住院病历》(病案号[REDACTED]1)

(1)2024年6月3日12:05《入院记录》记载:“患者11天前无明显诱因出现腹痛,为下腹部阵发性针扎样疼痛,无其他部位放射,持续约2-3分钟可缓解,无明显腹胀”,“当时排气、排便正常”,“胃肠镜检查后患者腹痛加剧,呈持续性疼痛,以脐左侧为著,伴排气减少,开塞露治疗后少量排便”,“立位腹部平片提示下腹部见小气液平面”。“脐左侧可触及约 $6\times 7\text{cm}$ 质硬包块,活动度差,触痛,脐左侧压痛明显,可疑反跳痛”。“初步诊断:1.肠梗阻 2.腹腔感染 3.脂膜炎 4.左肾囊肿 5.真菌性食管炎 6.结肠息肉个人史 7.慢性胃炎 8.营养风险”。

(2)2024年6月3日17:51《会诊记录》记载:“腹部稍膨隆,未见胃肠型及蠕动波,左侧腹部可触及质韧肿物,伴压痛,肠鸣音稍弱”。“建议转胃肠外科12A继续治疗”。

(3)2024年6月3日19:43《出院记录》记载:“联系胃肠外科会诊,建议转科继续治疗。患者家属商议后要求出院至上级医院就诊,请示上级医师后办理出院”。“出院诊断:1.腹部肿物 2.肠梗阻 3.腹腔感染 4.脂膜炎 5.左肾囊肿 6.真菌性食管炎 7.结肠息肉个人史 8.慢性胃炎 9.营养风险”

(4)2024年6月3日17:02《CT检查报告单》记载:“影像诊断:左侧中腹部团状混杂密度,内见多发积气,与邻近肠管分界不清,符合脓肿,穿孔?结合病史”。



2024年6月3日18:02《临床检验报告单》记载：“白细胞计数15.76，中性粒细胞百分比82.9，C反应蛋白98.38”。

(三)山[REDACTED]4年6月3日23:35至2024年6月4日09:33《住院病历》(病案号[REDACTED]2)

(1)2024年6月3日23:42《入院记录》记载：“腹痛11天，加重1天”，“左中上腹部可触及6×7cm大小包块，压痛、反跳痛阳性，活动度差”。“初步诊断1.消化道穿孔 2.炎性肠病？ 3.腹腔感染 4.真菌性食管炎 5.慢性胃炎 6.肾囊肿 7.多发结肠息肉术后”。

(2)2024年6月4日08:09 [REDACTED]副主任医师查房记录》记载：“考虑腹腔脓肿，肠穿孔不排除，穿孔部位、原发病不明。是否为肠镜操作所致穿孔不排除，炎症性肠病所致穿孔不排除，小肠占位性病变所致不排除”。“若行剖腹探查术，手术不确定性大”。“建议转往上级医院继续治疗，家属理解并表示同意”。

(3)2024年6月4日09:33《出院记录》记载：“出院诊断1.腹腔脓肿 2.肠穿孔？ 3.炎性肠病？ 4.多发结肠息肉术后 5.肾囊肿 6.慢性胃炎 7.真菌性食管炎”。

(四)中[REDACTED]4年6月4日21时至2024年6月12日9时《住院病案》(病案号[REDACTED]1)

(1)2024年6月4日21:23《入院记录》记载：2024年6月3日17:51《会诊记录》记载：“主诉：腹痛10天，加重2天”。“初步诊断：消化道穿孔；局限性腹膜炎；营养风险”。



(2) 2024 年 6 月 5 日 03:00 《手术记录》记载: “手术名称: 腹腔镜辅助、小肠病损切除、近端小肠造口、远端小肠插管造口术、结肠修补术”。“发现大网膜覆盖于右下腹, 病变段肠管、肠管与系膜间粘连成团, 表覆脓苔”, “肠管系膜间一大小约 5*5cm 大小脓腔”, “距回盲部约 45cm 可见一大小约 0.5*0.5cm 穿孔点, 病变段肠管瘢痕狭窄, 系膜水肿明显”。“病变段肠管远端距回盲部约 30cm, 病变段肠管长约 30cm”, “切除包含穿孔点在内的病变段肠管”。“部分乙状结肠粘连与脓腔粘连紧密, 浆肌层损伤”, “行结肠修补术”。

(3) 2024 年 6 月 12 日 《出院记录》记载: “患者目前一般情况尚可, 可予以出院”, “出院诊断: 小肠穿孔; 腹腔脓肿; 局限性腹膜炎; 营养风险”。

(4) 2024 年 6 月 4 日 《CT 诊疗报告单》(检查号: [REDACTED]) 记载: “检查所见: 左侧中腹部见团状等低密度影, 大小约 69mm*53mm, 其内见气体影, 与临近肠管分界不清, 周围脂肪间隙模糊。肝脏大小、形态正常, 肝右叶见类圆形致密影。肝内血管显示清晰, 肝内外胆管、胆总管未见明显扩张, 肝门部结构正常。胆囊内密度增高。左肾见类圆形低密度影, 大小约 20mm*15mm, 边界清晰。胰腺、脾脏未见明显异常。腹腔、腹膜后未见明显肿大淋巴结或肿块。回盲部见囊袋状高密度突出影。膀胱充盈可, 膀胱内密度均匀, 膀胱壁无增厚, 未见结节或肿块。前列腺大小、形态、密度正常。精囊形态密度正常。膀胱、精囊三角清晰。盆腔见少量液性密度”。“两肺清晰, 肺纹理走行自然。右肺上叶前段及左肺下叶前内基底段见实性结节, 直径约 3mm, 边界清清晰。两肺下叶见条索影。两侧肺门、纵隔内未见肿大淋巴结



或肿块:心影不大;两侧局部胸膜增厚,两侧胸腔见液性密度影,胸壁结构未见异常。鼻胃管在位”。“诊断:1、左侧中腹部肠穿孔伴包裹性脓肿形成可能;2、肝右叶钙化灶;左肾囊肿可能;3、回盲部憩室;盆腔少量积液;4、右肺上叶及左肺下叶实性结节,考虑良性结节;5、两肺下叶少许炎症,两侧胸腔少量积液;6、鼻胃管在位”。

(5) 2024年6月6日《病理诊断报告单》记载:“肉眼所见:肠管一段,长30cm,周径5cm,肠粘膜见充血坏死:另见系线肠管组织,大小3x1.5x0.5cm”。“病理诊断:‘穿孔段肠管’切除标本:粘膜中-重度急慢性炎伴糜烂,粘膜固有层淋巴组织增生,粘膜下层疏松水肿,浆膜层纤维血管增生伴多量急慢性炎细胞浸润;结合临床病史可符合肠穿孔之改变”。

(五)南[REDACTED]24年6月12日14时至2024年6月27日9时《住院病案》(病历号[REDACTED]7)

2024年6月27日《出院记录》记载:“出院诊断:1.腹腔感染
2.回肠术后 3.回肠造口状态”。

四、鉴定过程

(一) 鉴定原则和方法

依据司法部《司法鉴定程序通则》(中华人民共和国司法部令第132号)、《中华人民共和国民法典》、《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》等法律法规和《临床技术操作规范》、《临床诊疗指南》、《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)、《法医临床检验规范》(SF/T 0111-2021)、《法医临床影像学检验实



施规范》(SF/T 0112-2021 等相关要求,参考教科书等进行医疗损害司法鉴定。

(二) 审核受理情况

本鉴定所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1月7日,鉴定人在本鉴定所召开医患各方、相关专业领域专家参加的医疗损害司法鉴定医患陈述答辩听证会。告知了鉴定人、相关领域专家、鉴定事项、鉴定材料及鉴定风险等内容,医患各方均认可委托方提供鉴定材料的真实性、完整性且均无异议并同意以现有鉴定材料进行医疗损害司法鉴定前提下,医患各方发表了陈述意见并回答了鉴定人和专家的询问。听证会后医患各方履行知情签字。现将医患各方主要观点归纳摘要如下:

患方主要陈述意见:

1. 诊疗过错分析: (1) 诊断不全面 根据《中华医学会消化病学分会急性腹痛学组共识意见(2020)》和《腹腔感染处理专家共识(2019)》,对于出现急性腹痛并并发感染的患者,应迅速明确诊断并采取早期感染措施。患者于2024年5月6日因腹痛首次就诊于某医院。医院通过基本检查后诊为“脂膜炎、腹腔感染”,然而病历中未进一步排查其他可能的疾病,特别是未进行腹部CT增强检查。根据《腹膜炎诊疗指南(2020)》的相关建议,对于腹腔感染的患者,尤其是表现出急腹症症状的患者,应进行全面影像学检查,以明确感染源及可能的并发症。(2) 缺乏及时的抗感染治疗 根据《消



化系统感染默认诊治意见(2019)》和《腹膜抗感染治疗指南(2020)》，腹腔感染一旦明确，应立即实施抗感染治疗。██████████的治疗记录显示，未对腹腔感染患者提供系统的抗感染方案，也未根据感染情况调整抗生素治疗。如此处理可能加重了患者的感染负担，导致后续病情恶化。(3) 手术决策和管理不足 根据《消化道内镜预后管理指南(2021)》和《腹腔感染诊疗规范(2019)》的相关要求，肠镜下息肉切除后，尤其是伴随腹腔感染的患者，应密切观察，并进行必要的实验室检查。██████████在手术后未进行适当的复查和影像学检查，患者即被决定出院，未重视感染的潜在风险。相关指南明确指出，感染患者需要持续观察伤口愈合情况，确保及时处理可能的并发症。(4) 出院后管理疏忽 根据《出院通知及管理意见(2019)》指出，腹腔感染患者出院后应接受严密监控。██████████在出院时未给予患者充分的健康指导和警示，未明确提示可能的预警症状和必要的就医措施，导致患者病情加重，未能在第一时间发现病情恶化。(5) 病情记录和转诊不及时 根据《急腹症处理指南(2020)》的相关要求，医院应在患者就诊时完整记录病情，以便转院时为接收医院提供充分的病历资料。██████████未在患者转院时提供详细的病情记录，这可能影响了下级医院的进一步治疗和评估。

2. ██████████门诊过错分析：(1) 缺乏必要的支持治疗 在诊断为“腹腔脓肿、肠梗阻”后，██████████未能提供必要的抗感染和支持治疗。根据《腹腔脓肿处理专家意见(2018)》的要求，在明显存在感染的情况下，医院应及时使用广谱抗生素并确保体液平衡，但██████████未采取相应的支持措施，仅选择了转院。(2) 转院



前准备不足 根据《急腹症处理指南(2020)》中的转院管理要求,转院前应确保患者病情稳定并提供必要的治疗支持。[REDACTED]未能为转院做好充分的准备,未对患者进行有效的抗感染治疗和支持,导致者在转院过程中病情加重。(3)转院信息传递不充分 在转院过程中,[REDACTED]未详细记录患者的关键病情指标和治疗情况,可能导致接收医院在进一步治疗时的信息缺失,影响了患者的治疗效果。

3. [REDACTED]诊疗过错分析:(1)治疗措施不足 在诊断为腹腔感染脓肿后,[REDACTED]未及时提供抗感染治疗《腹腔感染与脓肿治疗指南(2020)》指出,急性感染患者转院前应提供抗感染支持治疗,确保体征稳定。但[REDACTED]未按规范进行处理,导致患者在转院过程中的病情未能得到有效控制。(2)转院信息沟通不充分 [REDACTED]在转院过程中未进行充分的转院协调,未与接收医院沟通病情详情,可能影响了后续治疗的及时性和效果。

医疗过错与损害后果之间的因果关系:从上述分析可见,[REDACTED]、[REDACTED]、[REDACTED]在诊疗过程中存在明显的过错,包括诊断不全面、治疗不及时、管理疏忽和转院准备不足等。这些过错直接导致了患者病情的加重,并延误了治疗时机,最终造成了患者健康的严重损害,甚至引发了多次手术和长期住院治疗的高风险、高费用。具体来说,患者在[REDACTED]初次就诊时未能进行全面的检查,尤其是未进行必要的影像学检查和腹腔感染的系统治疗,使得病情未能及时发现和处理。此后,[REDACTED]和[REDACTED]在转院过程中未能提供充分的支持治疗和有效的病情管理,导致患者在



转院过程中的病情持续恶化，并错失了最佳治疗时机。综上所述，
、
、
的医疗过错与患者的损害后果之间存在直接的因果关系。医院未按医学标准操作，导致患者的疾病未能得到及时、有效的诊治，进而引发了严重的并发症和健康损害。

主要陈述意见：

翻阅我院、
、
、解放军
的住院病历，针对患方提出的疑问或认为我院诊治不当的地方进行简要说明：1、安排患者进行胃肠镜检查以及检查过程中发现结肠息肉并给予行内镜下切除，已于安排检查前及拟行内镜下治疗息肉前向患者及其妻子告知其必要性、可能风险等情况（病历中有医患双方签署的内镜检查及内镜下诊疗知情同意书）。2、患方质疑无痛胃肠镜检查、内镜下切除息肉的真实性，病历中有包括知情同意书、内镜报告、病理报告为证，必要时可去内镜室查阅原始资料。3、患方质疑肝损害诊断，住院病历中有入院时肝功结果提示 ALT 高于正常值上限（正常值上限为 41U/L，检测值为 42U/L），存在客观的诊断依据，依照诊疗常规，患者的肝损害暂不予处理，可择日复查。4、患方质疑整个诊疗过程中感染是进行性加重的，但纵观整个诊疗过程，治疗后降钙素原恢复至正常范围、血常规中白细胞交前升高但考虑系应用糖皮质激素所致，况且经过治疗后患者腹痛较前减轻（我院、
、
的病历中均有记载）。5、患方提出血糖高的问题，实际并不存在，我院给予完善空腹血糖检查为 5.8mmol/L，没有存在



糖尿病的依据;况且[] 解放军[]
[]的病历中均未有血糖偏高的情况,也没有糖尿病或葡萄糖受损的诊断。6、患方提出诊疗服务不足的问题,前后两次降钙素原(由入院时的 0.066ng/ml 将至 0.025ng/ml,正常值上限为 0.05ng/ml)、患者于 6 月 2 日查房时以腹痛缓解而提出出院:故同意其出院(血常规中白细胞情况受影响因素颇多而不如降钙素原反映感染准确,且牵涉到患者同时应用糖皮质激素:后续的 []、[]
病历文书中的入院实验室检查血常规中白细胞均较我院最后一次检查结果明显降低)。7、患方认为存在小肠穿孔、结肠穿孔,结合后续的外院病历中可以明确患者只是存在小肠穿孔,行结肠修补术是因为手术分离粘连时出现浆膜层损失,而不是术前存在的;8、既然外院病历中已经明确为小肠穿孔且已行相应的手术治疗,而患者在我院只是进行胃肠镜检查而并不涉及小肠,所以,小肠穿孔与我院进行胃肠镜检查及行内镜下息肉切除术无关。9、小肠穿孔初步考虑与其原发病脂膜炎、腹腔感染相关,且考虑与患者出院过程中及出院后活动、从聊城到济南再到南京转诊等共同可能因素导致,有待进一步的证据明确(依据分析见第 10 条):且小肠穿孔或消化道穿孔于 []
[]、[]均未明确诊断,故不存在误诊、耽误其诊治的问题。
10、从患者出院后辗转 4 家医院就诊,在 []的病历中,所在科室医师已请胃肠外科会诊并建议行手术治疗,而患方拒绝就近治疗,而选择了转诊济南、后又转诊南京,纵观整个就诊过程,不能除外患方延误最佳诊疗时机的可能([]、[]
均未明确诊断消化道穿孔;且该两家医院病历中查体时均有腹部包块,



而解放军[]的入院体格检查中未触及腹部包块,是否说明原来的腹部包块-腹腔脓肿已破溃、穿孔;况且[]病历中记载只是微创诊疗-腹腔脓肿穿刺引流可能存在困难或病情复杂,而并未说明不能外科手术治疗,若当时已经穿孔,该医院还能建议患者转到路途遥远的南京?),所以不存在误诊、耽误其治疗。11、患方提出病案首页内镜操作与内镜下治疗时间与实际不符的问题,我院胃肠镜检查实行预约制度,系5月29日与患者及其妻子沟通、签署知情同意书,30日完成的内镜检查与内镜下治疗,值班医师填写病案首页时填写5月29日,无论填写29日还是30日均与造成患者目前状况无明显关联,至多属于病案首页填写欠严谨。12、患方提出的临时医嘱中内镜下治疗医嘱时间与内镜报告时间一致的问题,由于实现并不知晓患者存在结肠息肉,而是在检查过程中发现,并于当时与患者妻子沟通是否即时切除事宜,患者妻子同意后给予内镜下切除息肉,所以患者行内镜检查与治疗后再回病房由值班医师下达医嘱(即补医嘱),这也是我院内镜室目前通行流程(相当一部分门诊患者行胃肠镜检查过程中发现息肉、经沟通并同意后给予行内镜下治疗,而后办理住院手续;住院患者亦是大致流程)。我院对该患者诊断治疗过程中,不存在误诊及漏诊,治疗措施符合诊断治疗指南,无差错。

[]主要陈述意见:

患者来我科治疗时病史已10余天,入院前曾于外院住院完善腹部CT及胃肠镜等检查,并行结肠息肉切除,具体治疗经过不详,自诉腹痛较前加重。患者在我科住院期间无任何矛盾及并发症,共住院



时间 7 小时余,住院期间我科积极给予一般治疗及药物治疗并及时全面完善抽血、心电及腹部影像学检查,完善腹部影像学检查发现可疑肠穿孔后立即联系胃肠外科医师会诊会诊医师看过患者及患者检查资料后建议转科治疗。患者家属商议后最终不同意转科,要求出院至上级医院就诊,我科请示上级医师后给予办理出院。

■ 主要陈述意见:

■, 男, 38 岁;因持续腹痛 11 天,加重 1 天,于 2024-06-03 就诊于当地医院(■),行腹部 CT 检查示左侧中腹部团块,混杂密度,内见多发积气,与临近肠管分界不清,符合脓肿,穿孔?左肾低密度灶。为求进一步治疗,转入我院。我院打开绿色转诊通道,患者于 2024 年 6 月 3 日 23:28 入我院胃肠外科住院。入院后即刻查看患者并接心电监护,进行体格检查,患者体温 36.6℃,心率维持在 80 次/分,血压维持在 120/70mmHg,呼吸频率 20 次/分查体患者左中上腹部可触及 6*7cm 大小包块,包块有压痛,轻度反跳痛,腹部其他部位无明显压痛,麦氏点无压痛反跳痛,移动性浊音阴性,听诊肠鸣音尚可,3-4 次/分。随后即刻整理并了解患者相关病历资料,患者当日当地医院查血示白细胞高,中性粒细胞高,存在腹腔感染证据,患者当日曾在当地医院行腹部 CT 检查,提示左侧腹腔包块,包块内有少量气体,腹腔内、盆腔、肝周、脾窝等处均未见明确的积气和积液,CT 并无腹腔内出血及穿孔导致弥漫性腹膜炎的证据,我院初步诊断考虑患者局限性腹腔脓肿,并且存在包裹性积气所以不能排除消化道穿孔导致腹腔脓肿可能,考虑患者病史时间长腹腔



脓肿范围较广，穿孔原因不明，当天晚上急症手术存在盲目性及脓肿播散导致弥漫性腹腔感染可能，遂如实告知家属及其家属先住院稳定病情，并暂给予持续心电监护、禁饮食、补液、舒普深抗感染、生长抑素泵入等对症治疗。当天夜间我院医生持续关注患者病情，患者生命体征持续平稳，心率不快，血压稳定，疼痛可耐受，无腹痛范围扩大腹痛加重及心率增快血压下降等严重休克表现，无明确的急症查指征。

第二天我院讨论意见为：患者目前考虑腹腔脓肿可能性大，穿孔不排除，穿孔部位、原发病均不明，是否外源性损伤可能不明，炎性肠病所致穿孔不排除，小肠占位性病变不排除。患者目前小肠间除内包裹性病变，位置较深，行B超引导下诊断性穿刺难度较大风险较高，小肠损伤可能性不排除，若行剖腹探查术，手术不确定性较大不排除手术造成脓肿播散造成感染加重可能。将科室讨论结果如实详细的告知家属，家属表示充分知情，建议转上级医院继续就诊，患方当日上午办理出院，自行转往南京。在患者转往南京的途中，我院医生一直与患方保持联系，当天夜晚我院[]医生主动联系患者家属并经与患者家属[]微信联系沟通确认，患者当天夜晚顺利到达南京，并顺利入解放军[]治疗。

综上，我院为[]实施的诊疗行为符合诊疗规范，患者在我院治疗的10个小时中患者生命体征平稳，病情未有明显加重及进展我院与患者的损害后果间无因果关系。

（四）临床检验：

2025年1月7日，[]对



被鉴定人[]进行了询问和体格检查:

一般情况:步入检查室,神清语畅,问答切题,查体合作,外置营养泵经鼻部连接。

体格检查:腹软,平坦,无明显肌紧张,未触及明显包块,局部按压痛,腹部正中可见 14.0cm 手术切口愈合,左腹部可见 2.0cm、3.0cm 手术切口愈合疤痕,右腹部 5.0cm、1.5cm 手术切口愈合疤痕。

阅片所见:

阅:2024 年 6 月 13 日,[]全腹 CT (3[]示:腹腔镜辅助、小肠病损切除、近端小肠造口、远端小肠插管造口术、结肠修补术后表现,右下腹造口术后改变,腹盆腔少许积液。

五、分析说明

根据委托方提供的现有鉴定材料,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答辩听证会情况,综合分析如下:

(一) 损害后果

2024 年 5 月 26 日被鉴定人[]因“腹痛 3 天”在[]住院治疗,2024 年 5 月 30 日行“无痛胃肠镜”检查,并行“内镜下结肠息肉切除术”。2024 年 6 月 4 日[]行“腹腔镜辅助、小肠病损切除、近端小肠造口、远端小肠插管造口术、结肠修补术”,术中切除约 30cm 小肠。

被鉴定人损害后果为:小肠部分切除术后、近端小肠造口术后、远端小肠插管造口术后、结肠修补术后所致的伤残及因治疗所致的病程延长。



（二）对山东省[]医疗行为的评价

1. 对医疗行为的评价

（1）2024年5月26日被鉴定人[]“腹痛3天”住院治疗，查体“腹部平坦，腹肌软，左侧腹部及左侧下腹部压痛，无反跳痛，未触及异常包块”。2024年5月26日CT提示“符合脂膜炎CT表现；扫描范围内少量盆腔积液”。2024年5月27日血常规白细胞计数12.8、中性粒细胞86.9%、C反应蛋白108.38。2024年5月30日《血常规》白细胞计数16.4、中性粒细胞75.7%、C反应蛋白18.64。2024年6月5日手术所见“病变段肠管、肠管与系膜间粘连成团”，“距回盲部约45cm”“病变段肠管瘢痕狭窄”，“病变段肠管长约30cm”，“部分乙状结肠粘连与脓腔粘连紧密，浆肌层损伤”。术后病理报告“粘膜中-重度急慢性炎伴糜烂，粘膜固有层淋巴组织增生，粘膜下层疏松水肿，浆膜层纤维血管增生伴多量急慢性炎细胞浸润”。

根据上述证据可以推定，2024年5月26日住院治疗前，该部位回肠有局限的慢性炎性病变，且已与乙状结肠发生粘连。入院时，慢性炎性病变呈现出急性或亚急性发作。

（2）2024年5月26日CT提示“符合脂膜炎CT表现；扫描范围内少量盆腔积液”。2024年5月30日结肠镜“所见小肠粘膜光滑，回盲瓣、阑尾开口清晰。退镜可见横结肠2枚大小约0.4cm及0.8cm山田Ⅱ型息肉，表面光滑，分别予1枚活检钳除及1枚圈套器全套切除送检，乙状结肠可见7枚大小约0.3cm-0.4cm山田Ⅰ型息肉，表面光滑，予1枚活检钳钳除送检，余结肠粘膜光滑，肠蠕动规律，粘膜下血管清晰”。2024年6月3日“立位腹部平片提示下腹部见



小气液平面”，查体“脐左侧可触及约 $6\times 7\text{cm}$ 质硬包块，活动度差，触痛，脐左侧压痛明显，可疑反跳痛”，CT提示“左侧中腹部团状混杂密度，内见多发积气，与邻近肠管分界不清，符合脓肿，穿孔？结合病史”。2024年6月5日手术证实回肠穿孔。

根据上述病历可以推定，2024年5月30日结肠镜检查治疗前，不存在回肠穿孔。

(3) 2024年6月5日手术所见“距回盲部约45cm可见一大小约 $0.5\times 0.5\text{cm}$ 穿孔点，病变段肠管瘢痕狭窄，系膜水肿明显”，不符合病理性肠穿孔的特征。

据此，可以推定本例回肠穿孔与外力作用有关。

2. 关于医疗过错

(1) 被鉴定人[REDACTED]入院后的初步诊断成立。但临床医生对“脂膜炎、腹腔感染”的复杂性、严重性认识不足，未能完善必要的相关检查，甚至“大便常规”这样的基础检查都没有完成。在“脂膜炎、腹腔感染”病因不明、临床资料没有提示结肠症状的情况下实施“胃肠镜检查”，检查时机选择不当，不排除引起引起肠道的次生损害的可能。

(2) 山东省[REDACTED]的病历记录不够准确、不够严谨，2024年5月27日记载的“生化指标提示：肝损害”、2024年5月28日记载的“炎症指标升高”、2024年5月31日“感染指标较前好转”，都缺少必要的化验检查依据。住院期间的多项药物治疗在病程记录中没有记载，不符合《病历书写基本规范》的要求。

(3) 单纯的结肠息肉不会引起“脂膜炎、腹腔感染”。在腹腔



感染原因不明的情况下，实施有创的“内镜下结肠息肉切除术”，与入院“初步诊断”治疗无关，应属于相对禁忌，有可能干扰对疾病的及时诊断，亦可能对肠道造成严重损伤。

(4) 山东省[]对术后并发症认识不足、重视不够，“内镜下结肠息肉切除术”后，没有对被鉴定人[]做任何必要的检查。（甚至简单的“血常规”都没检查），未尽到高度的注意义务，存在过错。

(5) “内镜下结肠息肉切除术”后，被鉴定人[]仍有腹痛、“上腹压痛”、“左腹部压痛”的临床表现，医方未做任何检查，仅考虑是“患者疼痛考虑与胃肠道痉挛有关，不排除功能性腹痛”。未尽到充分的注意义务，存在过错。

(6) “内镜下结肠息肉切除术”后，山东省[]未做任何检查，给予被鉴定人周建[]“酸曲马多”、“山莨菪碱”、“异丙嗪”肌肉注射，严重掩盖了病情，延误了诊断和治疗。

(7) 山东省[]出院诊断有误，认定“脂膜炎、腹腔感染”出院时为“好转”明显与事实不符。

(8) 在排除其它可能原因的情况下，可以认定“小肠穿孔；腹腔脓肿；局限性腹膜炎；营养风险”是“内镜下结肠息肉切除术”术后的严重并发症。山东省[]对此并发症认识不足、处置不当，未能及时发现并发症的存在，延误了诊治，存在医疗过错。

3. 关于因果关系及原因力大小

综合分析：被鉴定人[]接受的“腹腔镜辅助、小肠病损切除、近端小肠造口、远端小肠插管造口术、结肠修补术”是为了治疗“小



肠穿孔、腹腔脓肿、局限性腹膜炎、营养风险”；而“小肠穿孔、腹腔脓肿、局限性腹膜炎、营养风险”是“内镜下结肠息肉切除术”术后的严重并发症。山东省[]存在的医疗过错与被鉴定人[]损害后果存在因果关系，依据《医疗损害司法鉴定指南》第7.3.5条之规定，山东省[]的医疗行为与鉴定人被[]的损害后果之间存在因果关系，过错系主要原因。

（三）对山东省[]医疗行为的评价

山东省[]对被鉴定人[]的诊疗过程没有明显过失，不存在医疗过错。

（四）对[]医疗行为的评价[]

[]对被鉴定人[]的诊疗过程没有明显过失，不存在医疗过错。

（五）关于伤残等级、误工期、营养期、护理期鉴定

根据本次送检的病历材料记载，影像学资料所示，经文证审查及目前检查所见，被鉴定人周[]“腹痛3天”在[]住院治疗，行“无痛胃肠镜”检查，并行“内镜下结肠息肉切除术”，此后出现肠穿孔，后于2024年6月4日[]行“腹腔镜辅助、小肠病损切除、近端小肠造口、远端小肠插管造口术、结肠修补术”治疗，目前情况稳定，依据《人体损伤致残程度分级》5.9.4.6“肠部分切除术后”之规定，其小肠部分切除术后伤残程度符合九级伤残。依据上述标准5.10.4.3“胃、肠或者胆道修补术后”之规定，其结肠修补术后的伤残程度符合十级伤残。

参照GA/T 1193-2014《人身损害误工期、护理期、营养期评定规



范》8.6.1、8.6.2、10.1.3 及附录 A.2、A.4、A.5 之规定，被鉴定人因“腹痛 3 天”住院治疗，行“无痛胃肠镜”检查，并行“内镜下结肠息肉切除术”，此后出现肠穿孔，后于 2024 年 6 月 4 日行“腹腔镜辅助、小肠病损切除、近端小肠造口、远端小肠插管造口术、结肠修补术”治疗，目前伤情稳定，鼻部仍连接外置营养泵，根据其上述情况，结合治疗及实际恢复情况综合评定，其应自首次出院（山东省 2024 年 6 月 2 日）起误工期、营养期至评残前一日止，护理期 60 日。

六、鉴定意见

山东省的医疗行为与被鉴定人的损害后果之间存在因果关系，过错系主要原因。

山东省对被鉴定人的诊疗过程没有明显过失，不存在医疗过错。

对被鉴定人的诊疗过程没有明显过失，不存在医疗过错。

被鉴定人小肠部分切除术后的伤残程度符合九级伤残。

被鉴定人结肠修补术后的伤残程度符合十级伤残。

被鉴定人应自首次出院（山东省 2024 年 6 月 2 日）起误工期、营养期至评残前一日止，护理期 60 日。

七、附件

1. 编号为“-1”的半身照；
2. 编号为“-2”的损伤照片；
3. 编号为“-3”的损伤照片；

- 
4. 编号为 [REDACTED] 4” 的 [REDACTED] 损伤照片;
 5. 编号为 [REDACTED] 6” 的 [REDACTED] 影像学资料;
 6. 许可证复印件。

司法鉴定人: [REDACTED]

司法鉴定人执业证: [REDACTED]

司法鉴定人: [REDACTED]

司法鉴定人执业证: [REDACTED]

司法鉴定人: [REDACTED]

司法鉴定人执业证: [REDACTED]

司法鉴定

司法鉴定人执业证: [REDACTED]

二〇二五年二月十八日

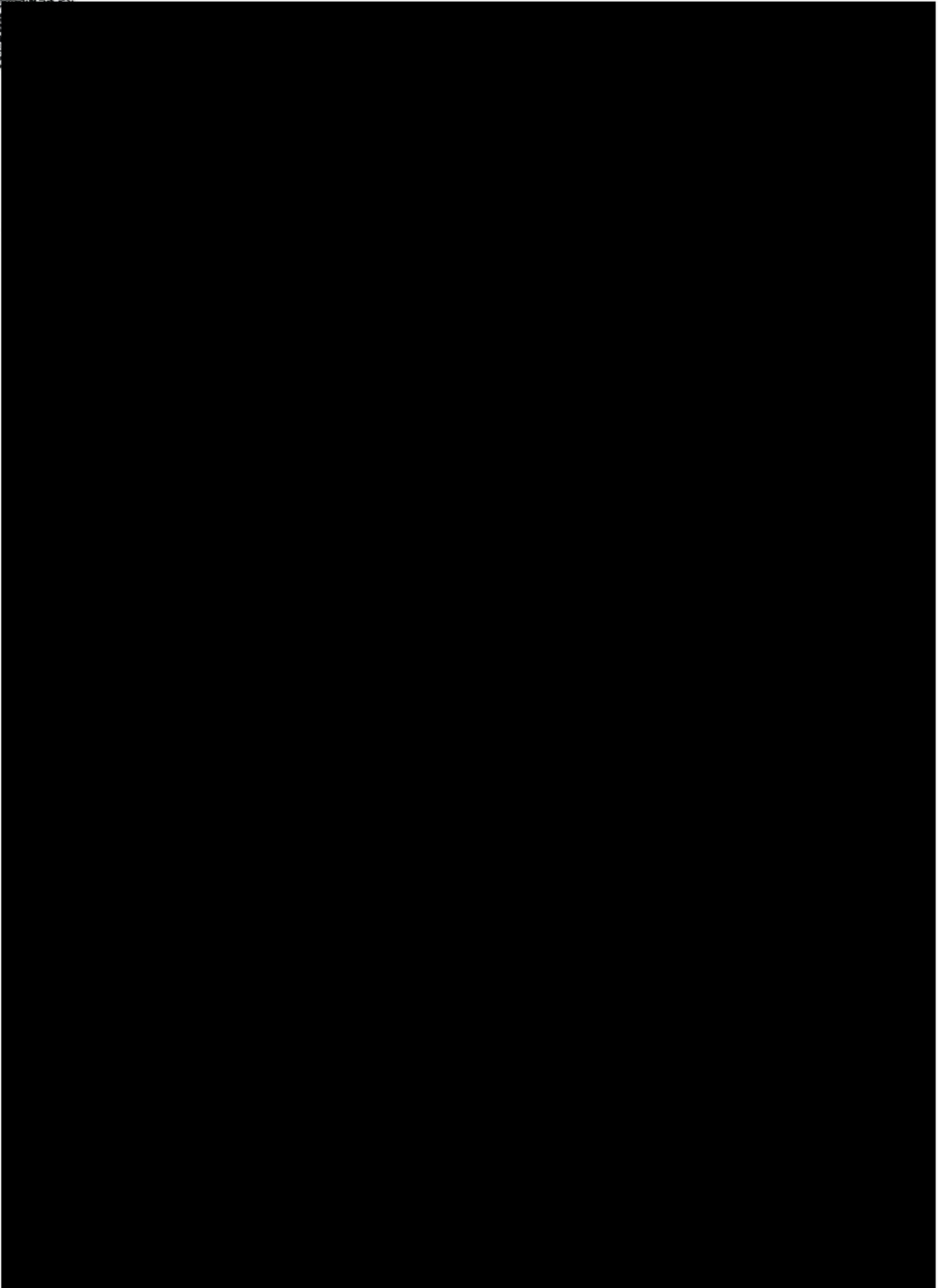
注: 1. 鉴定人 [REDACTED]、[REDACTED] 不参与涉及伤残等级、护理期、营养期鉴定的分析和评判。2. 鉴定人 [REDACTED]、[REDACTED] 不参与涉及医疗损害、因果关系及原因力大小鉴定事项的分析 and 评判。



[REDACTED]

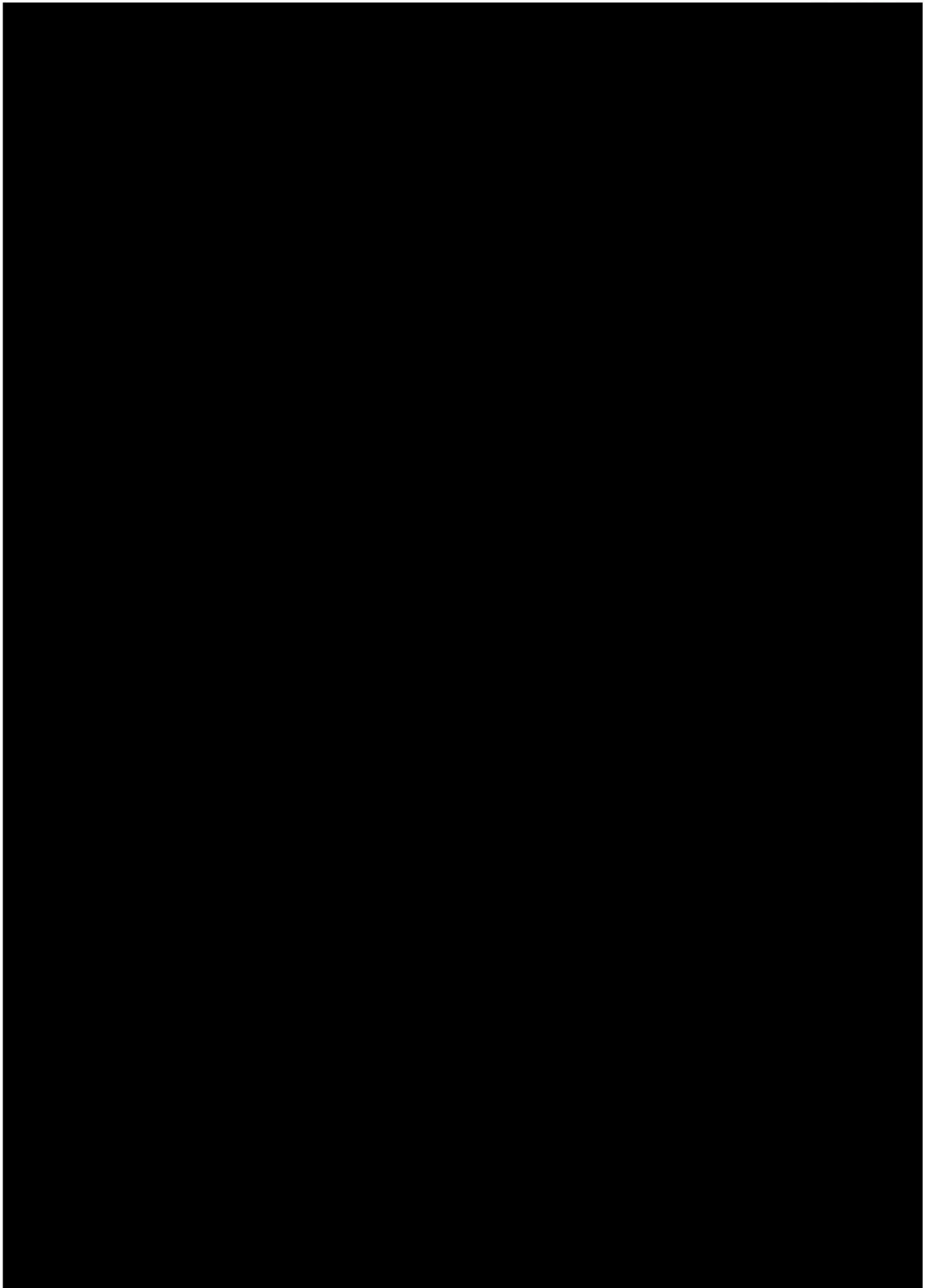
地 [REDACTED] 厦 1-2-905、906 (邮政编码: [REDACTED])

联系电话: [REDACTED]









申请

_____ 所:

被鉴定人 周建晋 自愿放弃 后续治疗费 的
鉴定，如后续出现任何相关后果，由我 周建晋 个人负责。

2025 年 1 月 7 日

终止鉴定告知书

济南市槐荫区人民法院：

贵单位委托我所[]与[]完，[]，[]
[]([])医疗损害责任纠纷一案，
需对被申请人的诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与目前损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行鉴定；伤残等级、误工期限、护理期限、营养期限、后续治疗费进行司法鉴定。编号：(2024) []号。

现因被鉴定人[]主动撤销后续治疗费鉴定申请，致使鉴定工作无法继续进行，根据《司法鉴定程序通则》第二十九条第（四）款“委托人主动撤销鉴定委托，或者委托人、诉讼当事人拒绝支付鉴定费用的；”之规定，我鉴定所决定终止后续治疗费鉴定工作。

联系人：[]；电话：[]

特此告知

2025年2月18日

