

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。





司法鉴定意见书

统一司法鉴定案件编号: [REDACTED]

机构自编号: [REDACTED] 2025 [REDACTED]



一、基本情况

委托人: 济南市天桥区人民法院

委托编号: (2025) 鲁 [REDACTED]

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、过错参与度是多少进行鉴定。

受理日期: 2025 年 11 月 10 日

鉴定日期: 2025 年 11 月 28 日 (2026 年 3 月 16 日补齐材料)

鉴定地点: [REDACTED]

鉴定材料: 1. [REDACTED]: 住院病案 4 份 (病案号: [REDACTED]
[REDACTED] 2024 年 2 月 21 日-2024 年 4 月 3 日, 2024 年 4 月 16 日
-2024 年 12 月 30 日, 2024 年 12 月 31 日-2025 年 3 月 31 日; 病案
号: [REDACTED] 2025 年 3 月 30 日-2025 年 12 月 20 日; 影像
报告 影像号: [REDACTED], 共 1 张); 2. [REDACTED]: 住院病
案 1 份 (2024 年 4 月 3 日-2024 年 4 月 16 日, 病案号 [REDACTED] 74); 3.
影像资料 32 张。(以上材料均为扫描件或复印件, 原件已退回。)

在场人员: 患方代表: [REDACTED] (代理律师) [REDACTED] (代理律师)

[REDACTED] (被鉴定人之子); 医方代表 ([REDACTED]): [REDACTED] (代理



律师) (医生) (医生) (投诉科科长); 医方代表 (): (代理律师) (科室副主任) (医患办副主任) ()

被鉴定人: 男 身份证号:

二、基本案情

据民事起诉状及送检材料记载, 被鉴定人 (即“患者”) 因“外伤后颈部疼痛伴双上肢麻木、无力1小时”于2024年2月21日就诊于 脊柱外科, 初步诊断: 1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出等。2024年2月24日全麻下行颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定+颈椎后路椎板切除椎管减压术, 术后给予甘露醇脱水、甲泼尼龙琥珀酸钠抗炎、甲钴胺营养神经、依诺肝素抗凝, 2月25日加用美罗培南、万古霉素抗感染。2月26日因脑脊液漏行腰大池引流。3月11日13:40时因呼吸困难、咳痰无力转入重症医学一科, 经治疗患者于2024年4月3日出院。当日患者因“呼吸困难, 间断发热1月”入住 重症医学科, 入院诊断: 1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 颈部脊髓损伤 4. 截瘫 5. 颈椎椎管狭窄 6. 颈椎间盘突出 7. 脑脊液漏等。入院后给予相关治疗, 4月16日患者家属要求出院。当日患者因“颈椎术后截瘫51天”第2次入住 重症医学二科, 入院诊断: 1. 颈部脊髓损伤 2. 截瘫 3. 肺部感染 4. 颈椎椎管狭窄 5. 颈椎间盘突出 6. 胸腔积液 7. 受压区压疮等。入院后完善相关检查, 予以抗感染、营养神经、预防血栓、康复理疗等对症支持治疗, 指导功能锻炼等。患者于202



4年12月30日出院。2025年12月31日患者因“颈椎术后10月余”第3次入住[]脊柱外科，入院诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 截瘫 3. 细菌性肺炎等。患者入院后完善各项辅助检查。予以消炎止痛、活血、营养神经等对症支持治疗，患者于2025年3月31日出院。当日患者因“颈椎术后13月余”第4次入[]康复医学科，据现病史记载：“患者目前精神可，无发热，偶有咳嗽、有痰，饮食可，留置导尿状态，大便干结”。入院诊断：1. 截瘫 2. 颈部脊髓损伤 3. 颈椎椎管狭窄 4. 颈椎间盘突出 5. 脾术后 6. 陈旧性肱骨骨折 7. 创伤性手指缺如 8. 气管切开术后。经治疗患者于2025年12月20日出院，出院诊断：1. 截瘫 2. 颈部脊髓损伤 3. 颈椎椎管狭窄 4. 颈椎间盘突出 5. 脾术后 6. 陈旧性肱骨骨折 7. 创伤性手指缺如 8. 气管切开术后 9. 泌尿系感染。

因患者(以下简称“患方”)对[]、[](以下简称“医方”)治疗的诊疗行为提出异议，现由济南市天桥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

(一) []住院病案摘要

1、入院日期：2024年2月21日 出院日期：2024年4月3日

(病案号：[])

主诉：外伤后颈部疼痛伴双上肢麻木、无力1小时。

现病史：患者于1小时前跌倒后伤及颈部，具体受伤姿势及着力部位不详，当即感颈背部疼痛剧烈，不敢活动，双上肢麻木、无力，



无流血。伤后无意识障碍，无头痛、头晕、恶心、呕吐，无胸痛、胸闷、喘憋，无心悸、气短，无腹痛、腹胀。伤后未予特殊处理，急来我院就诊，门诊查体，行颈椎CT检查示“颈4/5、颈5/6椎间盘突出并椎管狭窄”，为求进一步治疗以上述诊断收住我院。患者自受伤以来，精神欠佳，未进饮食，未大小便。

既往史：患者既往外伤后脾切除手术史，胆囊切除手术史，左肱骨骨折手术史，左手中、环、小指短缩手术史，有输血史。否认肝炎、结核、疟疾病史，否认高血压、心脏病史，否认糖尿病、脑血管疾病、精神疾病史，否认传染病史，否认食物、药物过敏史，预防接种史不详。

专科情况：颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。

初步诊断：1. 颈部脊髓损伤；2. 颈椎椎管狭窄；3. 颈椎间盘突出；4. 脾术后；5. 陈旧性肱骨骨折(左)；6. 胆囊术后；7. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)。

2024-02-21 13: 12 副主任医师首次查房记录

副主任医师查房，患者一般情况稳定。查体：体温正常，神志清，精神可，双侧瞳孔直径3.0mm，光反应灵敏，心肺阴性，腹软，颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，



双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。该患者还需与以下疾病鉴别：1. 椎弓根峡部不连与脊椎滑脱症 这二者均可出现下腰痛；脊椎滑脱程度较重时，可出现神经根症状，且常诱发椎间盘退变、突出；腰骶部X线片可证实椎弓根骨折，并了解有无椎体滑脱及程度。2. 腰椎结核或肿瘤 腰椎骨、关节结核和肿瘤均可导致较明显的腰痛，疼痛多为持续性、进行性加重，不易缓解；患者常有较明显的体重下降等全身性表现；需行常规X线片、CT、MRI，必要时做核素骨显像，以协助诊断。根据患者主诉、查体及辅助检查，目前诊断明确，同意目前诊治方案，完善检查，并密切关注患者病情变化。余无特殊，遵嘱执行。

2024-02-24 手术记录

手术日期：2024-02-24 手术时间：13:00-21:30

术前诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出 4. 脾术后 5. 陈旧性肱骨骨折(左) 6. 胆囊术后 7. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)

术中诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出 4. 脾术后 5. 陈旧性肱骨骨折(左) 6. 胆囊术后 7. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)

手术名称：颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定+颈椎后路椎板切除椎管减压术

麻醉方式：全身麻醉

手术经过、术中出现的情况及处理：



病全身麻醉成功后，患者仰卧位，常规术野皮肤消毒，铺无菌巾单，取右颈部横切口、长约5cm，逐层切开皮肤皮下、颈阔肌及颈深筋膜，沿胸锁乳突肌内侧缘深层的颈血管鞘和内脏鞘之间的间隙向深层分离直达椎前筋膜，小心向两侧牵开保护颈动脉鞘及食管，切开椎前筋膜和前纵韧带并向两侧骨膜下剥离显露椎间盘，插入金属针头行C臂透视定位确认C4/5椎间盘。切除C4/5椎间盘，刮除上下软骨终板，椎板钳咬除C4椎体后下缘及C5椎体后上缘骨赘，显露后纵韧带，见后纵韧带肥厚，用神经剥离子探查见后纵韧带与硬膜粘连严重，沿后纵韧带与硬膜间隙边剥离边咬除部分后纵韧带，见少量脑脊液溢出，探查硬膜无明显受压后，选用9号椎间融合器(cage)，将咬除骨质充分打入椎间融合器内，并将其植入C4/5椎体之间；C臂透视定位确认C5/6椎间盘。切除C5/6椎间盘，刮除上下软骨终板，椎板钳咬除C5椎体后下缘及C6椎体后上缘骨赘，显露并咬除后纵韧带，探查硬膜无明显受压后，选用8号椎间融合器(cage)，将咬除骨质充分打入椎间融合器内，并将其植入C5/6椎体之间，选一长47mm颈椎前路钛板，在C4、C5和C6椎体各拧入2枚3.5mm×18mm螺钉固定钛板，C臂透视见内植物位置满意，锁定螺钉。切口内充分止血，大量生理盐水冲洗切口，清点敷料、器械无误，切口内置引流管1枚外接引流袋，逐层缝合切口，无菌包扎，颈托制动，术毕。

患者麻醉清醒后，下肢肌力进行性下降，急复查颈椎MRI，不排除术后血肿压迫或缺血再灌注损伤可能，详细与患者家属沟通后进行颈椎后路减压术。



全身麻醉成功后，患者俯卧位，头架固定，常规术野皮肤消毒，铺无菌中单，取C3-C7棘突间的后正中切口长约10cm，逐层切开皮肤、皮下、项韧带，自棘突、椎板上剥离椎旁肌，压迫止血后用自动牵开器将椎旁肌向两侧牵开，显露C3-6椎板，磨钻在C4-6双侧椎板和侧块关节交界处磨透椎板全层骨质，切除C3-6椎板及棘突，咬除C3部分下椎板。见椎管减压充分，硬膜囊渐膨起并恢复搏动。切口内充分止血，大量生理盐水冲洗切口，切口内置引流管一枚外接引流袋，清点敷料、器械无误，依次缝合切口。无菌包扎。颈托制动，术毕。

术中麻醉满意，手术顺利，出血约100ml，未输血，手术结束安返病房。

2024-02-24 22: 01 术后首次病程记录

患者 63岁，术前诊断为 1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出 4. 脾术后 5. 陈旧性肱骨骨折(左) 6. 胆术后 7. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)，于今日在全麻下行颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定+颈椎后路椎板切除椎管减压术，术中详见手术记录，术中诊断同术前，手术顺利，术中出血约300ml，未输血，术后病人安返病房，术后生命体征平稳。给予吸氧、心电监护等处置，给予预防感染、止痛、活血、对症支持治疗，并注意引流液的性状和量，注意血压、脉搏及刀口出血渗血等，已将手术及术后应注意的具体事宜告知患者及家属。

2024-02-25 18: 37 副主任医师查房记录

副主任医师查房，今日患者诉颈部疼痛，双下肢无力，其他无诉



特殊，一般情况良好，睡眠差，饮食一般，留置导尿，大便未解。查体：体温38.5℃，神志清，精神可，双侧瞳孔直径3.0mm，光反应灵敏。咳嗽、咳痰，肺内听诊啰音，腹软，切口敷料见渗出，颈前侧淡血性，伤口接引流管，引流通畅，前侧约100ml，后方约120ml，双上肢三角肌及肱二头肌力3+级，双侧伸腕肌力1级，双侧屈指肌力0级，双下肢肌力0级，痛觉、触觉存在，深感觉正常，患肢末端血运好。副主任医师嘱表示患者颈椎术后发热，考虑中枢性发热，但肺内啰音，不排除肺内感染可能，患者颈前渗出考虑脑脊液漏，患者复查血示：2024-02-25 肝功生化：钾 4.60mmol/L，钠 137.3mmol/L，氯 103.6mmol/L，阴离子间隙 7.80，葡萄糖 11.80mmol/L，总蛋白 56.0g/L，白蛋白 31.3g/L；2024-02-25 血RT+CRP，ESR：白细胞 $15.34 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞数 $12.8 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比率 83.4%，单核细胞比率 1.50%，嗜酸性粒细胞数 0.00，嗜酸性粒细胞比率 0.00%，嗜碱性粒细胞数 0.01；血象高，请专家会诊，给予美罗培南及万古霉素治疗，注意雾化排痰，告知患者家属，患者病情重，不排除转监护示可能，暂伤口换药，做好吸痰护理，并密切关注患者病情变化。余无特殊，遵嘱执行。

2024-02-26 15:49 会诊记录

患者因颈椎术后合并肺炎请重症医学三科科室会诊，会诊意见如下：建议行腰大池置管引流，尽早拔除切口引流管；行脑脊液常规、生化及细菌培养加药敏检查以指导治疗。加强呼吸道护理，防止肺部感染；继续应用美罗培南、万古素抗生素治疗；控制血糖，加强营养



支持治疗；必要时气管插管转重症医学科治疗。将会诊意见告知家属，结合患者病情/家属意见，给予患者腰大池置管引流术处理。同时密切观察病情变化，及时复查相关项目，必要时再次会诊。

2024-02-27 11: 26 日常病程记录

今日查房，患者诉咳嗽，四肢无力，一般情况良好，睡眠好，饮食一般，小便留置导尿，大便未解，已通气。查体：体温37.2.0℃，神志清，精神可，双侧瞳孔直径3.0mm，光反应灵敏。心阴性，腹软，肺部可闻及啰音，颈部前路切口敷料清洁干燥无明显渗出，术口接引流袋，引流通畅，颈前路引流袋引流出淡红色液体60ml，颈部后路切口敷料清洁干燥无渗出，颈后路引流袋引流出血性液体50ml，腰大池引流通畅，引流出清亮液体50ml，双上肢三角肌及肱二头肌力3+级，双侧伸腕肌力1级，双侧屈指肌力0级，右背伸肌力1级，其余下肢肌力0级，痛觉、触觉存在，深感觉正常，患肢末端血运好。辅助检查：2024-02-26 颈椎MR：颈椎术后改变；颈椎退行性变。2024-02-26 血液细菌培养及鉴定：血液厌氧培养五天；2024-02-26 培养阳性加做药敏实验：血液需氧培养五天；可继续予抗感染、营养神经等对症支持治疗，余无特殊，并指导患者积极行患肢功能锻炼。

2024-02-29 11: 44 副主任医师查房记录

副主任医师查房，今日患者诉发热、咳嗽，痰不易咳出，四肢无力，一般情况欠佳，睡眠欠佳，饮食一般，小便留置导尿，大便未解，已通气。查体：体温37.2℃，神志清，精神可，双侧瞳孔直径3.



0mm，光反应灵敏。心阴性，肺部可闻及啰音，颈部前路切口敷料可见淡红色渗出，术口接引流袋，引流通畅，颈前路引流袋引流出淡红色液体50ml，颈部后路切口敷料可见少许血性渗出，颈后路引流袋引流出血性液体45ml，腰大池引流通畅，周围略有脑脊液渗出，引流出清亮液体约130ml，双上肢三角肌及肱二头肌力3+级，双侧伸腕肌力1级，双侧屈指肌力0级，右踝背伸肌力约1级，其余下肢肌力0级，痛觉、触觉存在，深感觉正常，患肢末端血运好。嘱表示同意目前诊治方案，如患者及患者家属同意可行高压氧辅助治疗，并密切关注患者病情变化。余无特殊，遵嘱执行。

2024-03-01 14: 54 腰大池引流病程记录

患者因腰大池引流管渗液，于今日重新留置腰大池引流管。患者取右侧卧位于硬板床，背面与床面垂直，屈颈抱膝。选腰椎3-4间隙为穿刺点，做好标记。常规消毒皮肤后，戴无菌手套、盖洞巾，用2%利多卡因2ml自皮肤到椎间韧带做逐层局部麻醉。打开腰大池穿刺包，左手固定穿刺点，右手持穿刺针垂直于背部、针尖稍斜向头部的方向刺入，进针深度约5cm，有阻力突然消失落空感。将针芯缓慢拔出，可见脑脊液滴出。置引流管深度约10cm，皮下潜行5cm。嘱去枕平卧6小时，以免引起低颅压头痛。裸眼观察脑脊液为浅黄色，操作顺利，术中患者无不适。

2024-03-03 10: 19 日常病程记录

今日查房，患者仍诉发热、咳嗽，痰不易咳出，四肢无力，一般情况差，睡眠较差，饮食一般，大便未解。查体：体温正常，神志清，



精神可，双侧瞳孔直径3.0mm，光反应灵敏。心肺阴性，腹软，双上肢三角肌及肱二头肌力3+级，双侧伸腕肌力1级，双侧指肌力0级，右踇背伸肌力1级，其余下肢肌力0级，痛觉、触觉存在，深感觉正常，患肢末端血运好。患肢末端血运好，生理反射存在，病理反射未引出。

2024-03-03 血RT、CRP、ESR：★白细胞 $19.44 \times 10^9/L$ ，★红细胞 $3.41 \times 10^{12}/L$ ，★红细胞压积 0.310，中性粒细胞数 $12.5 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞数 $5.3 \times 10^9/L$ ，单核细胞数 1.58，单核细胞比率 8.10%，嗜酸性粒细胞比率 0.30%，平均血红蛋白量 32.6pg，平均血小板体积 13.8fL，血小板分布宽度 20.6fL，大型血小板比率 53.50%；
2024-03-03 肝肾功生化：★钠 134.2mmol/L，阴离子间隙 6.60，★钙 1.90mmol/L，★磷 0.70mmol/L，★肌酐 41.0umol/L，★尿酸 127umol/L，★葡萄糖 7.27mmol/L，★总蛋白 48.6g/L，★白蛋白 25.1g/L，白球比1.07，★r-谷氨酰转肽酶 84.0IU/L，★乳酸脱氢酶 283.0IU/L；考虑白细胞增高，CRP、ESR正常与应用糖皮质激素有关，嘱停用激素类药物，继续予原方案治疗，请康复科会诊，余无特殊，并指导患者积极行患肢功能锻炼。

2024-03-03 15:10 会诊记录

患者因颈部脊髓损伤入院行手术治疗。未行术后康复治疗，请康复医学科会诊。会诊医师看过患者，查体：患者神志清，精神可，双上肢上臂肌力3+级，前臂肌力0级，肌张力低，双侧伸腕肌力1级，双侧屈指肌力0级，双下肢肌力0级，肌张力低，双背伸肌力0级痛觉、触觉存在，深感觉正常，患肢末端血运好，Babinski征阴性。建议：



1. 同意贵科目前诊疗。2. 完善四肢血管彩超。3. 给予床旁针灸、康复治疗以改善功能障碍。4. 不适康复科随诊。向患者及家属告知病情，遵会诊医嘱执行。

2024-03-09 15: 54 心内科会诊记录

今日请心内科会诊，会诊意见如下：病史同上。患者查体：神志清，精神差，口唇轻度紫绀，颈静脉充盈，双肺可闻及少量干啰音，心脏各瓣膜区未闻及病理性杂音，肝未及双下肢轻度水肿。会诊意见：考虑患者合并冠心病 心力衰竭。建议：1. 继续使用呋塞米静脉注射 Q12h，1-2天后改为QD，维持1-2天后改为口服维持 2. 继续使用硝酸甘油泵入 3. 诺欣妥可加量至100mg-200mg bid治疗 4. 补钠，加用氯化钾1g tid，2-3日内复查电解质，防止电解质紊乱 5. 我科随诊。

2024-03-11 12: 46 转出记录

患者[REDACTED]、男、63岁。因外伤后颈部疼痛伴双上肢麻木、无力1小时。于2024-02-21 12: 34入住脊柱外科，现转入重症医学科。

入院情况：颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。2024年02月21日：颈椎CT：颈4/5、颈5/6椎间盘突出并椎管狭窄 本院

入院诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出 4. 脾术后 5. 陈旧性肱骨骨折(左) 6. 胆术后 7. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)



诊疗经过：入院后完善相关检查，行颈椎手术治疗，术后消肿、止痛对症治疗，因患者术后憋喘，考虑肺炎、胸腔积液、心衰，请相关科室会诊，建议转监护室进一步治疗。

目前情况：神志清，精神差，颈部伤口干燥，腰部腰大池引流通畅，四肢末端血运可。

目前诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出 4. 脾术后 5. 陈旧性肱骨骨折(左) 6. 胆囊术后 7. 创伤性手指缺如(左中、环、小指) 8. 肺炎 9. 胸腔积液 10. 心衰 11. 低钠血症 12. 低蛋白血症 13. 新冠肺炎？

转科目的及注意事项：继续稳定生命治疗。

2024-03-12 14: 04 院内多学科会诊记录

患者体温正常后再次发热，伴呼吸困难、咳痰无力，血气分析提示Ⅱ型呼吸衰竭，昨晚大便后呼吸困难加重，血氧饱和度下降，气管插管接呼吸机辅助呼吸后复查血气分析提示Ⅱ型呼吸衰竭，患者病情复杂，请院内多学科会诊。

脊柱外科副主任医师：患者颈部外伤后入院，入院时查体：双上肢皮肤感觉减退并痛觉过敏，双手握力2级，双上肢关节肌力3-4级，双下肢皮肤感觉正常，双下肢肌肌力3-4级，颈椎MR示C3/4、4/5、5/6椎间盘突出并椎管狭窄，C3、4椎体骨水肿可能，颈髓水肿，颈后软组织水肿；给予颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定术，患者麻醉清醒后，查下肢肌力0级，急复查颈椎MRI，不排除术后血肿压迫或缺血再灌注损伤可能，与患者家属沟通后



进行颈椎后路减压术。颈前路术口引流出淡红色液体，考虑脑脊液漏，给予腰大池引流术，为防止颅内感染，给予万古霉素、美罗培南预防感染治疗；胸部CT、B超示胸腔积液，请心内科会诊考虑心衰，给予利尿；为了促进神经恢复给予高压氧、针灸治疗，做了2次高压氧治疗，患者不耐受高压氧；双下肢血管B超示下肢肌间静脉血栓，给予抗凝治疗。咨询上级专家，有类似患者，颈损伤恢复缓慢，患者感觉存在，可能1-2年恢复部分神经功能，但是不能确定，目前患者腰大池引流管已拔，手术切口愈合好已拆线，美罗培南、万古霉素需与继续应用一段时间，上级医院应用到1月，现在患者有呼吸肌无力，呼吸受影响。

影像科副主任医师：患者3月5日胸部CT见双侧胸腔积液，双下肺不张，无间质性肺水肿表现，腹部CT见左上腺见1cm无功能腺瘤，右肾饱满、肾周桥隔及筋膜增厚，既往可能有肾盂肾炎病史；既往有脾切除、胆切除手术史，腹部未见其他异常表现，盆腔少量积液。

呼吸与危重症医学科副主任医师：患者发热原因：1.考虑上呼吸道感染，完善新型冠状病毒核酸检测、呼吸道病原体六项检测，胸部CT见双侧胸腔积液并肺不张，胸腔积液因蛋白低引起；2.尿液浑浊，完善尿培养+药敏排除泌尿道感染。双肺可闻及痰鸣音，自主咳嗽差，痰不易咳出，完善痰培养+药敏，控制液体、利尿，补充白蛋白，必要时给予胸腔穿刺引流。

神经内科主任医师：患者神经定位颅脑神经无异常，目前呼吸机辅助呼吸，双上肢能动，双下肢肌力0级，腱反射弱，感觉未查，双



侧巴氏征(+); 定位颈神经, 颈椎MR示颈髓4-5、5-6水平水肿信号, 目前诊断明确, 颈髓4-5水肿影响膈神经, 膈肌收缩受影响, 呼吸困难与呼吸肌无力、感染有关; 目前损伤颈髓水肿期已过, 脱水剂可减量或者停用。

院长: 患者颈髓损伤术后, 脑脊液漏好转, 已拔管; 现患者发热考虑与肺部感染有关, 美罗培南及万古霉素应用时间长, 抗生素按肺部感染选用, 可更换舒普深抗感染; 颈髓水肿期已过, 脱水剂可停用; 目前主要控制肺部感染, 双侧大量胸腔积液, 必要时可行胸腔闭式引流术, 促进肺复张, 继续补充白蛋白, 利尿, 限液, 以肠内营养为主, 尽早撤机。

会诊结束后咨询神经外科主任医师、副主任医师, 患者脑脊液漏, 抗菌药物使用疗程适当延长, 腰大池引流管刚刚拔除, 可继续维持原抗菌药物治疗方案1周, 行腰穿复查脑脊液, 无感染再停用抗菌药物。将上述意见汇报主任医师副院长同意上述治疗方案。新冠核酸及呼吸道病原体六项检测已送检, 等待报告结果, 维持液体负平衡, 做好家属沟通。

2024-03-13 10: 30 主治医师查房记录

患者男性, 入科D2, 气管插管D2。补充诊断: 新型冠状病毒感染。主要治疗: 呼吸机辅助呼吸, 美罗培南 2.0g静滴 q8h D18, 万古霉素 1.0g 静滴 q12h D18, 依诺肝素钠 0.6ml 皮下注射 q12h, 托拉塞米 20mg 静推 q12h。昨日Tmax 38.2℃。

呼吸系统: 气管插管接呼吸机辅助呼吸, SIMV模式, Vt 480ml,



f 20次/分, Ti 1.0s, FiO₂ 80%→40%→80%, 监测SPO₂ 86-97%。双肺呼吸音粗, 可闻及干湿性啰音, 吸痰为黄白色粘痰, 吸痰时呛咳反射极弱。

循环系统: MAP 92mmHg, HR 51-61次/分之间, 心律齐, 心音低钝, 心前区未闻及杂音。昨日24小时尿量6200ml, I/O 4377/6243 - 1865ml。

神经系统: 神志清, GCS评分E4VTM6。右前臂肌肌力3+级, 右上肢三角肌及肱二头肌力3+级, 左前臂屈肌肌力3级, 三角肌及肱二头肌力0级, 双侧伸腕肌力1级, 双侧屈肌肌力0级, 双下肢未见活动, 双下肢肌力0级, 双侧巴氏征阳性。

胃肠方面: 鼻饲饮食, 无胃潴留, 腹部平坦, 未见胃肠型及蠕动波, 无压痛、反跳痛, 肠鸣音正常。昨日未大便。

其他方面: 全身凹陷性水肿较前减轻。

辅助检查:

2024-03-13 液细菌培养及鉴定: 分离到口部正常菌群;

2024-03-13 尿液细菌培养及鉴定: 培养2天无菌生长;

2024-03-13 血常规三项: 白细胞 $10.37 \times 10^9/L$, 血红蛋白 113.0g/L, 红细胞压积 0.340, 血小板 $209 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 68.8%, 淋巴细胞数 $2.2 \times 10^9/L$, 超敏C反应蛋白 19.96mg/L, 血清淀粉样蛋白A 103.64mg/L;

2024-03-13 凝血四项: 凝血酶原时间11.20S, 活动度68.80%, 纤维蛋白原4.53g/L;



2024-03-13 血气分析: PH值 7.597, 二氧化碳分压42.0mmHg, 氧分压75.5mmHg, 乳酸浓度 0.9mmol/L, 氧合指数 126, 标准碳酸盐浓度 41.6mmol/L;

主治医师今日查房: 患者呛咳反射极差, 气道内吸痰为黄色粘痰, 双肺闻及痰鸣音及湿性啰音, 血气分析示氧合指数 126, 患者合并新型冠状病毒感染, 呼吸机支持条件高, 考虑肺部感染加重, 2024-03-13 痰液细菌培养及鉴定: 分离到口咽部正常菌群, 不排除误吸可能, 计划行纤维支气管镜检查, 以促进深部痰液引流, 同时留痰培养+药敏, 寻找病原学指导临床治疗, 复查床旁胸部正位片, 了解肺内情况。患者意识尚清, 双上肢肌力同前, 双下肢肌力进行性减退, 考虑与脊髓损伤有关, 继续甲钴胺营养神经、甘露醇脱水, 输白蛋白、托拉塞米利尿, 减轻水肿。请康复科会诊, 制定康复计划。患者尿液培养未见细菌生长, 目前患者尿管内尿液略浑浊, 再次给予留尿培养+药敏, 了解有无泌尿道感染。

患者病情重, 反复发热, 家属治疗积极且沟通困难, 申请院外会诊。

2024-03-13 16: 25 纤维支气管镜检查治疗记录

患者肺炎、呼吸衰竭, 现为加强气道管理, 明确气道内情况, 今日在全麻下行床旁电子支气管镜检查+肺泡灌洗, 检查前向家属充分沟通治疗的必要性及相关风险, 并签署知情同意书。调整呼吸参数, 改V-SIMV模式, FiO_2 调至100%, PEEP调至0cm H₂O, 并应用丙泊酚麻醉, 气管内注入利多卡因减轻不适, 纤支镜涂抹石蜡油润滑, 经气管



插管处进镜，气管隆突无异常，双侧各叶段及开口正常。主气管壁可见似食物残渣的墨绿色异物附着，左右主支气管及各叶段支气管充血、肿胀，粘膜表面少量黄白色痰液附着，给予依次吸引并行灌洗，灌洗液送细菌培养+药敏。操作顺利，无痰中带血，无胸闷憋气。注意憋气及痰血情况。

2024-03-13 17: 05 院外会诊记录

会诊专家：呼吸内科主任医师、ICU副主任医师、脊柱外科副主任医师。目前患者诊断：脊髓损伤、心衰。会诊意见：1、改普通气：胸腔穿刺引流，必要时气切；加强吸痰、功能锻炼、半卧位。2、纠正心衰：利尿(速尿+心活素)，补充蛋白；必要时CRRT，适当是peep。3、痰培养+药敏；抗新冠；菌群紊乱，调整抗生素。4、营养支持，预防血栓。5、随诊，肺CT。6、病原学检查，吸痰，痰培养，NGS监测，根据药敏结果调整抗生素。7、注意肺栓塞引起的低氧，充分抗凝，注意出血情况。8、呼吸机支持，加强痰液引流，改善心功能。9、注意病情变化，如不排除脑脊液感染，需要穿刺培养，目前炎症指标不支持。10、支持治疗，康复，营养神经。

此会诊意见已由副主任医师告知患者儿子，其儿子表示知晓并积极配合治疗，同意行支气管镜检查及胸前穿刺置管引流胸腔积液，但拒绝在知情告知书上签字。

根据会诊意见，完善床旁支气管镜检查并留取肺泡灌洗液+药敏，继续美罗培南、万古霉素抗感染治疗，注意追踪呼吸道病原198项结果、痰培养+药敏结果，计划明日行腰椎穿刺，观察脑脊液压力及性



状，寻找有无颅内感染，若排除颅内感染，及时停用美罗培南、万古霉素，给予降阶梯治疗。继续补充白蛋白，甘露醇、托拉塞米利尿减轻水肿，注意观察尿量、肝肾功能。继续康复锻炼，继续呼吸机辅助通气，患者合差，给予上调PEEP至10cmH₂O，嘱半坐位，给予复方氯己定含漱液加强口腔护理，及时吸痰，严格无菌操作，预防呼吸机相关性肺炎。继续依诺肝素抗凝，完善双下肢血管超声检查，动态监测血气分析、D-dimer，警惕肺栓塞。继续硝酸甘油扩冠，纠正心力衰竭，密切监测血压、NT-proBNP。

2024-03-14 10: 06 病程记录

患者曾有脑脊液漏，腰大池引流已于3.11拔出，目前仍反复发热，不排除颅内感染可能，有腰椎穿刺指征，请示副主任医师，结合昨日请医附院专家会诊意见，建议行腰椎穿刺，向其家属交代腰椎穿刺必要性及穿刺后可能出现穿刺部位出血、感染、穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等、术后低颅压综合征，颅内压力升高等风险，其家属表示理解，但拒绝在腰椎穿刺知情告知书上签字，请示副主任医师、医务科主任、副院长，均同意行腰椎穿刺检查。

2024-03-21 16: 34 阶段小结

患者[REDACTED]、男、63岁，因外伤后颈部疼痛伴双上肢麻木、无力1小时。于2024-02-21入院。

入院情况：T 36.3℃、P 64次/分、R 17次/分、Bp 185/120mmHg。一般状况可，心肺肝脾未见异常。颈背部肿胀、压痛，活动受限，



双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。2024年02月21日行颈椎CT示：颈4/5、颈5/6椎间盘突出并椎管狭窄。

入院诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出 4. 脾术后 5. 陈旧性肱骨骨折(左) 6. 胆术后 7. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)

诊疗经过：入院后完善相关检查，于2月24日在全麻下行颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定+颈椎后路椎板切除椎管减压术，术后出现四肢瘫，给予消肿、止痛对症治疗。2月26日因脑脊液漏行腰大池引流。3月1日因腰大池引流管周围渗液，重置引流管，3月11日拔除引流管。3月11日因呼吸困难、咳痰无力转入重症医学一科予ICU护理常规，重症监护，鼻饲，完善血常规、肝肾功、血气分析检查，明确病情。面罩吸氧→气管插管、呼吸机辅助呼吸。氨溴索祛痰。美罗培南、万古霉素、哌拉西林他唑巴坦、舒普深、氟康唑抗感染。奈玛特韦片/利托那韦片抗病毒。法莫替丁保护胃黏膜。其他对症、支持治疗。

目前情况：T 39.4℃，P 77次/分，R 26次/分，BP 151/68mmHg，SpO₂ 99%。神志清，精神较差。经口气管插管接呼吸机辅助呼吸，四肢水肿消退。前胸可见散在暗红色皮疹，无痒感。双肺呼吸音粗，可闻及少量干湿性啰音。心律齐，心音低钝，未闻及杂音。右前臂屈肌肌力3+级，右上肢三角肌及肱二头肌力3+级，左前臂屈肌肌力3级，



三角肌及肱二头肌力0级，双侧伸腕肌力1级，双侧屈指肌力0级，双下肢未见活动、肌力0级，双侧巴氏征阳性。

目前诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 肺炎新型冠状病毒感染 4. II型呼吸衰竭 5. 颈椎间盘突出 6. 脑脊液漏 7. 双侧胸腔积液 8. 心力衰竭 9. 低钠血症 10. 低蛋白血症 11. 四肢瘫 12. 心包积液 13. 营养高风险 14. 脾术后 15. 陈旧性肱骨骨折(左) 16. 胆囊术后 17. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)

诊疗计划：1. ICU护理常规，重症监护，鼻饲，复查血常规、肝肾功、血气分析等检查，明确病情。2. 气管插管、呼吸机辅助呼吸。3. 继续哌拉西林他唑巴坦抗感染，奈玛特韦片/利托那韦片抗病毒，氨溴索祛痰。4. 美罗培南等抗感染，法莫替丁保护胃黏膜。5. 其他对症、支持治疗。

2024-04-03 10: 51 病程记录

患者气管插管、呼吸机辅助通气第23天，T 37.5℃，P 67次/分，R 18次/分，BP 118/63mmHg，SpO₂ 98%。神志清，精神较差。经口气管插管接T管吸氧，吸痰为白稀痰。鼻饲饮食，留置导尿，尿液外观微浑。查体：双肺呼吸音粗，可闻及少量湿性啰音。心律齐。腹部软，肠鸣音弱，右前臂屈肌肌力3+级，右上肢三角肌及肱二头肌力3+级，左前臂屈肌肌力3-3+级，肱三头肌肌力0级，双侧屈指肌力0级，双下肢未见活动、肌力0级，双侧巴氏征阳性。患者呛咳反射差、呼吸肌乏力，反复肺部感染，脱机困难，有气管切开指征，现家属要求转上级医院行气管切开术。交代院外及途中注意事项后协助办理。



辅助检查摘抄:

2024-02-21 颈椎MR (检查号: [REDACTED] 5, 影像号: [REDACTED] 1)

影像学意见: 颈椎退行性病变; C3/4、4/5、5/6椎间盘突出并椎管狭窄。C3.4椎体骨水肿可能, 颈髓水肿, 颈后软组织水肿。

2024-02-24 颈椎MR (检查号: [REDACTED] 7, 影像号: [REDACTED] 9)

影像学意见: 颈椎术后改变; 颈椎退行性变

2024-02-26 颈椎MR (检查号: [REDACTED] 9, 影像号: [REDACTED] 3)

影像学意见: 颈椎术后改变; 颈椎退行性变。

2024-03-06 心脏+心功能彩色多普勒 (检查号: 240306I13) 超声提示: 左房、左室大 心脏瓣膜退行性病变 主动脉瓣返流(轻度) 二尖瓣返流(轻度) 三尖瓣返流(轻度) 左室充盈异常 心包积液。

2024-03-09 胸部彩色多普勒 (检查号: 240309I06) 超声提示: 双侧胸腔积液。

2024-03-11 胸部正位片DX (检查号: [REDACTED] 5, 影像号: [REDACTED]) 影像学意见: 考虑肺内炎性改变, 请结合临床; 双侧胸腔积液; 请结合CT。

2024-03-13 胸部, 床旁影像学检查 (检查号: DR202403137301 1, 影像号: [REDACTED]) 影像学意见: 右肺炎症。

2、入院日期: 2024年4月16日 出院日期: 2024年12月30日

(病案号: [REDACTED] 3)

入院情况: 患者因颈椎术后截瘫51天收入院。入院时查体: T 3



6.6℃，P 59次/分，R 25次/分，Bp 120/68mmHg，患者神志清，精神差，查体合作。带入鼻肠管、胃管及尿管。睑结膜红润，双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝。气管切开接T管吸氧，双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。心音低顿，律齐，无杂音。腹平软，肠鸣音弱。双上肢肌力3+级肌力，左下肢1级，右下肢0级，肌张力不高，双侧巴氏征未引出。左侧肩胛骨处呈紫红色3×2cm，骶尾部可见一创面5×5cm，周边呈白色伴色素沉着，中央区域可见一1cm×1.5cm皮肤破溃，有锁骨处青紫4×3cm。双侧臀部可见压红各5×5cm。双侧巴氏征未引出。2024年04月04日；外院 胸部CT；双下肺坠积性肺炎、胸腔积液。

入院诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 截瘫 3. 肺部感染 4. 颈椎椎管狭窄 5. 颈椎间盘突出 6. 胸腔积液 7. 受压区压疮 8. 脾术后 9. 陈旧性肱骨干骨折 10. 胆囊切除术后状态 11. 创伤性手指缺如(左中、环、小指)

诊疗经过：患者入院住重症医学二科，后病情相对稳定转入脊柱外科，入院后完善相关检查，予以抗感染、营养神经、预防血栓、康复理疗等对症支持治疗，指导功能锻炼等。

出院诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 截瘫 3. 细菌性肺炎(奇异变形菌、鲍曼不动杆菌) 4. 肩周炎 5. 颈椎椎管狭窄 6. 颈椎间盘突出 7. 受压区压疮 8. 脾术后 9. 陈旧性肱骨干骨折 10. 胆囊切除术后状态 11. 创伤性手指缺如(左中、环、小指) 12. 肝功能异常 13. 贫血 14. 低蛋白血症 15. 应激性高血糖状态 16. 老年性心脏瓣膜病 17. 胸腔积液 18. 左下肢肌腱静脉血栓 19. 双下肢动脉粥样硬化 20. 低钠血症 21.



高脂血症 22. 高胆固醇血症 23. 凝血功能异常 24. D-二聚体升高 25. 右肾上腺瘤 26. 急性咽炎 27. 泌尿系感染 28. 瘁子 29. 气管切开状态 30. 外耳炎 31. 肾积水。

出院情况：一般情况可，各生命体征稳定。神志清，精神一般，双侧瞳孔直径3.0mm，光反应灵敏。气管切开状态，留置导尿状态，肺部闻及湿啰音，腹软，双上肢各关键肌肌力3级，左手握力2级，右手握力3级，双下肢皮肤感觉减退，左下肢股四头肌、胫腓肌肌力2级，肌张力高，右下肢可见不自主活动。患者及家属要求出院，签字办理。

出院医嘱：1. 继续康复治疗、预防血栓、营养神经，气管切开金属管每日消毒等对症支持治疗；2. 继续卧床休息为主，期间注意行功能恢复锻炼及预防静脉血栓及肺栓塞；3. 1月、3月、6月及1年定期门诊复查；4. 必要时住院治疗；5. 不适门诊随诊。

辅助检查摘抄：

2024-04-22 胸部彩色多普勒（检查号：240422I10）超声提示：右侧胸腔积液（少量）。

2024-04-24 心脏+心功能彩色多普勒 双侧下肢血管彩色多普勒（检查号：240424I14）超声提示：老年心脏瓣膜退行性变 主动脉瓣反流（轻度）二尖瓣反流（轻度）三尖瓣反流（轻度）左室充盈异常 双下肢动脉粥样硬化并斑块形成 左侧小腿肌间静脉血栓形成。

3、入院日期：2024年12月31日 出院日期：2025年3月31日

（病案号：[REDACTED]）



入院情况：患者因颈椎术后10月余。收入院。入院时查体：T 36.3℃；P 62次/分；R 17次/分；Bp 150/78mmHg。脊柱正常生理弯曲，无畸形。腹部可见陈旧手术瘢痕2处。右肩关节轻度压痛，外展活动受限。左手中指、无名指及小拇指缺如，气管切开状态，留置导尿状态，肺部闻及湿罗音，腹软，双上肢各关键肌肌力3级，肌张力正常，皮肤感觉正常，左手握力2级，右手握力3级。右左下肢股四头肌、胫腓肌肌力2级，肌张力高，左右下肢可见不自主活动，双下肢皮肤感觉减退。暂缺。

入院诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 截瘫 3. 细菌性肺炎 4. 肩周炎 5. 颈椎椎管狭窄 6. 颈椎间盘突出 7. 脾术后 8. 陈旧性肱骨骨折 9. 创伤性手指缺如 10. 气管切开术后

诊疗经过：患者入院后积极完善各项辅助检查。予以消炎止痛、活血、营养神经等对症支持治疗。

出院诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 截瘫 3. 细菌性肺炎 4. 肩周炎 5. 颈椎椎管狭窄 6. 颈椎间盘突出 7. 脾术后 8. 陈旧性肱骨骨折 9. 创伤性手指缺如 10. 气管切开术后。

出院情况：一般情况可，各生命体征稳定。患处肿痛减轻，患处远端各关节活动正常，远端血运好，皮肤感觉无异常。

出院医嘱：1. 继续康复科住院康复治疗。

4、入院日期：2025年3月31日 出院日期：2025年12月20日

（病案号：[REDACTED]）

主诉：颈髓术后13月余。



现病史：患者于2024-02-21日跌倒后伤及颈部，具体受伤姿势及着力部位不详，当即感颈背部疼痛剧烈，不敢活动，双上肢麻木、无力，无流血。伤后无意识障碍，无头痛、头晕、恶心、呕吐，无胸痛、胸闷、喘憋，无心悸、气短，无腹痛、腹胀。伤后未予特殊处理，急来我院就诊，门诊查体，行颈椎CT检查示“颈4/5、颈5/6椎间盘突出并椎管狭窄”，入住脊柱外科，于2月24日在全麻下行颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定+颈椎后路椎板切除椎管减压术，术后出现四肢瘫，给予甘露醇脱水、甲泼尼龙琥珀酸钠抗炎、甲钴胺营养神经、依诺肝素抗凝，因肺部感染、呼吸衰竭给予抗感染、气管插管接呼吸机辅助呼吸，因脱机拔管困难建议行气管切开术，家属决定转██████就诊，病情好转后再次入我院治疗，于我院行高压治疗、康复功能训练治疗及营养神经等对症治疗，患者四肢仍无力，为进一步行康复治疗，来我科就诊，门诊以“截瘫、颈部脊髓损伤”收入院。患者目前精神可，无发热，偶有咳嗽、有痰，饮食可，留置导尿状态，大便干结。

既往史：患者在我院脊柱外科住院，出院诊断有：“1. 颈部脊髓损伤 2. 截瘫 3. 细菌性肺炎 4. 肩周炎 5. 颈椎椎管狭窄 6. 颈椎间盘突出 7. 脾术后 8. 陈旧性肱骨骨折 9. 创伤性手指缺如 10. 气管切开后”。既往往10年前因意外事故致脾破裂，行脾切除术，术后恢复可，4年余前因手外伤致左手中环小指缺如，3年余前因“胆囊结石伴胆囊炎”行腹腔镜黏连松解、胆囊切除术，有肱骨骨折病史，否认肝炎、结核、疟疾病史，否认高血压、心脏病史，否认糖尿病、脑血管



疾病、精神疾病史，否认传染病史，否认其他手术史，有输血史，否认食物、药物过敏史，预防接种史不详。

专科情况：左手中指、无名指及小拇指缺如，双上肢肱三头肌、肱二头肌肌力3级，左手握力3级，右手握力3级，双下肢皮肤感觉减退，肌张力偏高，右下肢股四头肌、胫腓肌肌力3-级，肌张力稍高，左下肢未见明显活动。

初步诊断：1. 截瘫 2. 颈部脊髓损伤 3. 颈椎椎管狭窄 4. 颈椎间盘突出 5. 脾术后 6. 陈旧性肱骨骨折 7. 创伤性手指缺如 8. 气管切开后

诊疗经过：患者入院后积极完善各项辅助检查。予以营养神经、康复治疗等对症支持治疗。

出院诊断：1. 截瘫 2. 颈部脊髓损伤 3. 颈椎椎管狭窄 4. 颈椎间盘突出 5. 脾术后 6. 陈旧性肱骨骨折 7. 创伤性手指缺如 8. 气管切开后 9. 泌尿系感染

出院情况：一般情况可，各生命体征稳定。左手中指、无名指及小拇指缺如，双上肢肱三头肌、肱二头肌肌力3级，左手握力3级，右手握力3级，双下肢皮肤感觉减退，肌张力偏高，右下肢股四头肌、胫腓肌肌力3-级，肌张力稍高，左下肢未见明显活动。患者及家属要求出院，签字办理。

出院医嘱：1. 继续营养神经、预防血栓、康复治疗等；2. 不适门诊随诊，科室随诊电话：7289329。

(二) [REDACTED] 住院病案摘要 (病案号: [REDACTED] 4)



入院时间：2024年4月3日 出院时间：2024年4月16日

主诉：呼吸困难，间断发热1月。

入院情况：因呼吸困难，间断发热1月入院。入院时查体T：37℃，P：67次/分，R：16次/分，BP：121/68mmHg。神志清，院外带入气管插管，双瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音，心律齐，腹软，双上肢肌力3级，双下肢肌力0级，四肢肌张力减低。辅助检查：暂无

诊疗经过：入院完善相关辅助检查，2024-04-04 颅脑CT，肺CT，上腹部CT，下腹部CT，盆腔CT，颈椎CT，颅脑CT平扫未见明显异常；副鼻窦炎症；颈椎骨质增生；C4-6椎体内固定术后；符合支气管炎、双肺炎症CT表现；双侧胸腔积液并双下肺部分不张；气管插管术后；肝脏形态欠规整，肝左叶边缘高密度影，请结合临床；胆囊、脾脏切除术后；双肾周毛糙；右侧肾上腺腺瘤；右侧肾上腺后方囊性灶，腺瘤？前列腺钙化灶。2024-04-04 肝胆胰脾肾超声检查，胆囊、脾脏切除术后，肝左叶体积偏小并其内多发胆管扩张，右肾上腺区域可疑结节，建议结合其他影像学检。2024-04-05 上肢动脉+静脉彩色多普勒超声（床旁），双侧上肢动脉超声未见明显异常，双侧上肢静脉超声未见明显异常。2024-04-05 下肢动静脉+足动脉彩色多普勒超声（床旁），下肢动脉：双侧下肢动脉内-中膜不均匀增厚，双侧股总动脉斑块形成，双侧足背动脉超声未见明显异常，下肢静脉：双侧下肢静脉超声未见明显异常。2024-04-05 心脏彩超+左心功能+右心功能+TDI+床旁，估测LVEF：0.59（Simpson法）；右室面积变化分数（FAC）：



0.50。2024-04-05 心脏彩超+左心功能+右心功能+TDI+床旁，左房扩大，左室下壁基部动度及室壁增厚率降低，主动脉瓣反流(轻度)，左室充盈异常。2024-04-07 颅脑MR+弥散加权成像，颈髓MR，双侧额顶叶缺血变性梗死灶；右侧小脑半球异常信号，海绵状血管瘤？双侧乳突炎症，副鼻窦炎；颈椎骨质增生；C4-6椎体内固定术后所见；结合病史，C4-5层面脊髓损伤。请针灸推拿科会诊给予针灸辅助康复。请脊柱脊髓外科会诊，建议待感染得到控制、撤机拔管、稳定生命体征后进一步评估转科进行N6治疗。患者肺泡灌洗液培养结果为鲍曼不动杆菌，目前应用抗生素多黏菌素敏感，给予头孢哌酮舒巴坦+替加环素静滴、多黏菌素E雾化抗感染治疗。患者气管插管时间长，目前脱机困难，咳痰无力，具有气管切开指证，于04-08行气管切开，之后间断脱机锻炼，逐渐延长脱机时间。04-14完全脱机，气切处接吸氧无呼吸困难憋喘情况。患者低蛋白血症、低钠血症，考虑脊髓损伤引起的低蛋白血症及低钠血症，给予人血白蛋白静滴，每日补充浓氯化钠并监测离子水平。患者咳痰能力差，加强吸痰护理，必要时给予支气管镜吸痰。患者家属要求今日出院并签自动出院告知书。

出院诊断：1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.颈部脊髓损伤 4.截瘫 5.颈椎椎管狭窄 6.颈椎间盘突出 7.脑脊液漏 8.胸腔积液 9.心功能不全 10.心包积液 11.脾切除术后 12.肝功能不全 13.陈旧性肱骨骨折 14.胆囊切除术后状态 15.创伤性手指缺如(左中、环、小指) 16.下肢静脉血栓 17.低蛋白血症 18.电解质代谢紊乱 低钠血症 低氯血症 19.气管内异物。



出院情况：患者目前无发热，神志清，精神可，气切处接吸，持续脱机无呼吸困难及胸闷，间断自气道内吸出白色痰，查体：脉搏63次/分，体温36.2° C，血压148/68mmHg，呼吸21次/分，双肺呼吸音粗，可及少许湿性啰音，心律齐，腹软，双上肢肌力3级，双下肢肌力0级，四肢肌张力减低，双侧巴氏征未引出，双下肢无明显水肿，躯干及四肢温度觉及触觉存在。

出院医嘱：1. 继续抗感染治疗，监测炎症指标及体温变化，定期复查头肺CT。2. 关注电解质，警惕脊髓损伤引起的低钠血症及低蛋白血症。3. 康复锻炼，加强气道管理及皮肤护理。4. 患者下肢肌间静脉血栓，请血管外科会诊建议艾多沙班60mg qd po，关注有无出血指征。

辅助检查摘抄：

2024-04-04 多部位CT[颅脑+肺+上腹部+下腹部+颈椎+盆腔]（检查号：CT564214）

影像提示：颅脑CT平扫未见明显异常；副鼻窦炎症；颈椎骨质增生；C4-6椎体内固定术后；符合支气管炎、双肺炎症CT表现；双侧胸腔积液并双下肺部分不张；气管插管术后；肝脏形态欠规整，肝左叶边缘高密度影，请结合临床；胆囊、脾脏切除术后；双肾周毛糙；右侧肾上腺腺瘤。

2024-04-07 颅脑MR+弥散加权成像，颈髓M

2) 影像提示：双侧额顶叶缺血变性梗死灶；右侧小脑半球异常信号，海绵状血管瘤？双侧乳突炎症，副鼻窦炎症；颈椎骨质增生；C4-6椎体内固定术后所见；结合病史，C4-5层面脊髓损伤。



2024-04-14 下肢静脉彩色多普勒超声（检查号：US24042267）

印象：双侧小腿肌间静脉血栓形成。

（三）2026年01月19日 [REDACTED] MR平扫[颈椎]（检查号：

[REDACTED]）

影像学表现：颈椎术后复查：颈4-6椎体内示金属信号，其后方部分骨质结构确实，颈4/5水平颈髓形态不规则变细，压脂信号略增高。颈椎间盘T2信号减低，颈椎后方软组织内未见异常信号。

影像学意见：颈椎术后复查所见：颈髓变细、压脂信号略高，其意义请结合临床。

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》（2020年5月28日由十三届全国人大常委会第三次会议表决通过，自2021年1月1日起施行）、《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[2020]17号修正）、《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）、《临床诊疗指南》、《临床技术规范》、《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）等相关法律、行政法规、部门规章、诊疗规范、专家共识等，并参考高等院校医学教材，遵循《司法鉴定程序通则》（司法部令第132号）开展鉴定工作。

（二）审核受理情况



本中心收到济南市天桥区人民法院委托后，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 11 月 28 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。现将医患双方主要意见归纳摘要如下：

患方意见：[REDACTED] 诊疗过错：（一）术前评估与决策不当，延误手术时机。急性脊髓损伤伴不完全截瘫患者应争取在伤后 24 小时内尽早手术减压，以提高神经功能恢复的机会。患者 2 月 21 日入院，手术却安排在 3 天后的 2 月 24 日，已超过 48 小时的急救窗口期，手术时机的拖延使脊髓长期受压，加重了神经缺血损害。术中操作不当。（二）术中操作不当。患者术后 MRI 并未提示明显血肿，医方将瘫痪原因归为“脊髓缺血再灌注损伤”。术后即刻发生的神经功能恶化，其原因高度指向术中操作对脊髓的损伤。对高风险的颈髓手术宜采用术中神经电生理监测，以实时监测脊髓功能，及时发现并纠正术中损伤因素，然而该院并无术中监测记录。（三）术后监测及早期并发症处理不当。患者高位截瘫后已丧失有效咳痰能力，但院方未有记录在术后早期就给予预防性气道管理措施，尤其是患者在病房进食过程中发生呛咳并最终诱发吸入性肺炎和窒息，这暴露出院方对



吞咽障碍和误吸风险缺乏重视。（四）药物使用不合理。患者入院时距离受伤仅 1 小时有余，但医方并未在最初 8 小时内使用甲强龙，而是等到 2 月 24 日才应用甲泼尼龙。此时距离损伤已超过 72 小时，错过了激素干预的最佳窗，疗效会大打折扣，增加感染风险。（五）气管切开延误与感染防控措施不到位。医方在患者插管三周后才准备气管切开，已严重滞后于最佳时机。3 月 28 日起患者数次脱机失败，已提示自主呼吸难以恢复，理应立即施行气管切开，但医方直到 4 月 2 日才组织会诊决定气切。（六）康复介入时机不当。[REDACTED]

[REDACTED]在康复介入方面明显滞后。患直到 3 月 11 日才安排康复科会诊进行膈肌起搏和四肢电刺激等训练。在此之前的普通病房阶段，没有见到康复治疗记录。（七）营养支持方面存在不足。患者术后存在应激性高代谢，但院方起初仍允许其普通经口饮食，未足量补充营养。

[REDACTED]诊疗过错：（一）压疮防控及护理失当。[REDACTED]在 ICU 监护治疗中，未尽到压疮预防的护理义务，导致患者在原有损伤的基础上，发生了显著加重的压力性损伤。（二）下肢深静脉血栓预防不力。患者 D-二聚体持续升高，提示血栓形成风险，但未及时予抗凝治疗。患者入院后至血管外科会诊前，并无任何预防性抗凝或机械预防措施记录，直至出院时才开始治疗性抗凝。（三）药物使用和病情监测方面存在不当。患者入院时白蛋白已较低，直至出现明显低蛋白血症才补充白蛋白，且未见营养科会诊或肠内营养支持的充分评估方案。

患者入院时仅为不完全性截瘫，经过[REDACTED]手术后即变



为完全性四肢瘫痪，神经功能丧失。手术过程中脊髓二次损伤是四肢瘫痪的直接原因。不完全损伤患者原本有相当机会保留部分运动功能甚至进一步恢复，而本例因术中严重损伤导致脊髓功能完全丧失，属于医源性损害。若医疗行为符合规范，患者完全瘫痪的结局本可避免或减轻，手术时间选择上的延误也令脊髓长期受压，加重了损害程度。患者术后出现高位截瘫累及颈髓，膈神经受损，致使自主呼吸困难。这一基础因素源自医疗过失导致的截瘫升级。误吸导致的重症肺炎是患者呼吸功能急剧恶化的诱因。[REDACTED]在明知患者是极高危人群的情况下，其护理过失和 VTE 预防不力，是导致患者压疮恶化和下肢静脉血栓形成的重要原因，其过错加重了患者的痛苦、延长了治疗周期。[REDACTED]和[REDACTED]的诊疗过错与损害后果之间存在因果关系，应当承担相应的责任。

医方意见：[REDACTED]：患者首次入院后，根据患者症状查体及影像学检查，我院诊断患者病情诊断为：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出等，诊断正确。根据《急性成人无骨折脱位型颈脊髓损伤诊疗指南（2025 版）》，明确：2.4.2.1 手术时机：患者神经损伤进行性加重、椎间盘突出伴椎管狭窄（ $>30\%$ ）。因此，患者的手术指征明确；2.4.2.2 手术入路选择：对于致压物主要位于前方的局限性病变，以及颈椎曲度反弓而无黄韧带肥厚的无骨折脱位型脊髓损伤，可采用颈椎前路手术治疗。因此，我院为患者采取的手术方式正确。我院为患者手术治疗，术中操作顺利，术后出现肌力进行性下降，结合复查颈椎 MRI，考虑脊髓缺血性再灌注损伤及血肿形



成可能，并及时行颈椎后路减压术，手术治疗及时。术后及时进行高压氧、康复针灸等治疗措施。我院为患者实施的手术治疗及术后治疗措施，均系患者病情所需治疗，且符合诊疗规范。《脊柱外科学》（人民卫生出版社 2023 年 2 月版 p317）中明确，该类患者存在脊髓功能障碍不断加重情况。因此，该患者术前住院期间出现肌力进行性下降的情况，符合《指南》及《脊柱外科学》的内容。

██████████：患者入院后给予抗感染、机械通气、脏器支持、针灸理疗、预防并发症等对症支持治疗，因患者脊髓损伤、自主咳嗽能力差，结合临床表现，征得家属同意后于 2024-04-08 行“经皮气管切开术”，于 04-14 顺利撤机，撤机后生命体征稳定，间断吸痰，继续给予抗感染、加强营养支持、维持水电解平衡、预防并发症等治疗，经治疗病情有所改善，家属商议后于 2024-04-16 自动出院，已向患者家属说明自动出院可能存在风险，家属仍要求自动出院并签署自动出院知情告知书。我院对患者的整个诊疗过程，符合相关诊疗规范与指南要求，诊疗行为合规、及时、合理，我院与患者及其家属沟通良好，其对我院期间治疗过程无异议，我院的诊疗行为不存在过错。关于患者压疮问题，我院《██████████压力性损伤护理记录单》记载，4 月 3 号入院时骶尾处存在 5*5cm、肩胛骨处存在 3*3cm 的压疮，我院医务人员已经对其采取相应措施，患者出院时压疮大小无变化，患者出院时压疮没有恶化，故我院的病历瑕疵未对患者造成损害。同时，患者入院时病情危重，但患者出院时其病情已经初步稳定，患者在我院的治疗达到治疗目的。



(四) 阅片所见

1、阅 2024 年 2 月 21 日颈椎 MR (影像号: [REDACTED]): 颈 4、5、6 水平颈椎管狭窄, 相应水平脊髓受压, 呈串珠样改变, 颈 5 水平脊髓明显受压变窄, 并损伤性水肿。(见 [REDACTED])

2、阅 2024 年 2 月 24 日颈椎 MR (影像号: [REDACTED]): 颈 4、5、6 水平椎管狭窄; 颈 5、6 水平颈脊髓损伤水肿, 范围较术前 (2024 年 2 月 21 日) 片略增大。(见图 [REDACTED])

3、阅 2024 年 2 月 26 日颈椎 MR (影像号: [REDACTED]): 颈 5、6 水平颈脊髓损伤水肿, 范围较 2024 年 2 月 24 日图像显示进一步增大。(见图 [REDACTED])

4、阅 2024 年 4 月 7 日颈髓 MR (影像号: [REDACTED]): 颈 5 水平脊髓可见片状略高信号, 范围大小与 2024 年 2 月 24 日相近, 信号强度减弱, 考虑为水肿减轻, 脊髓损伤范围相近。(见图 [REDACTED])

5、阅 2026 年 1 月 19 日颈椎 MR (影像号: [REDACTED]): 颈 4、5 水平颈脊髓成角, 上下脊髓部分相连, 部分缺失, 颈脊髓部分离断; 与术前、术中和术后图像比较, 损伤位置上移。(见图 “THJD-1760-LHY-5”)

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、 [REDACTED]

（1）2024年2月21日患者因“外伤后颈部疼痛伴双上肢麻木，无力1小时”入住[REDACTED]脊柱外科病区，医方依据患者的主诉、现病史、既往史、专科情况及辅助检查结果，初步诊断：1. 颈部脊髓损伤 2. 颈椎椎管狭窄 3. 颈椎间盘突出 4. 脾术后 5. 陈旧性肱骨骨折（左）6. 胆囊术后 7. 创伤性手指缺如（左中、环、小指）成立。入院后完善相关化验及颈椎MR等影像检查，给予颈托制动、消肿、止痛、活血化瘀，注射用甲泼尼龙、甘露醇注射液、甲钴胺注射液静脉滴注等对症治疗原则符合诊疗常规。但未见ASIA分级记录，给予的甲泼尼龙冲击治疗的剂量和用法不符合《外科学（第9版）》相关要求，不能达到治疗目的，存在过错。

（2）2024年2月22日未见病程记录，不能体现对本例颈部脊髓损伤患者病情的密切观察，未尽到谨慎注意义务，存在过错。

（3）2024年2月24日在全身麻醉下行“颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定”，术前已履行手术知情同意告知并取得患方明确知情同意签字，但替代治疗方案中缺乏获益和风险的明确告知，不利患方知情和选择，未尽到充分告知义务，存在过错。

（4）据入院记录专科情况：“颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢



皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。”、2024年2月21日 13:12 副主任医师查房记录：“...颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。...”、2024年2月23日 21:56术前小结及术前讨论结论记录记载：“...术前查体：颈背部肿胀，压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉减退并痛觉过敏，双手握力2级，余双上肢关键肌肌力3-4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力3级加，肌张力正常，肌腱反射正常，跟腱反射正常...”之记载，说明患者入院后出现四肢肌力进行性下降，由于入院后第2天（2月22日）未见病程记录，以致无法明确四肢肌力进行性下降的具体时间，且医方2024年2月24日实施的“颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定”存在手术时机延迟，未尽到谨慎注意义务，存在过错。

（5）据手术记录记载：“...显露后纵韧带，见后纵韧带肥厚，用神经剥离子探查见后纵韧带与硬膜粘连严重，沿后纵韧带与硬膜间隙边剥离边咬除部分后纵韧带，见少量脑脊液溢出，...患者麻醉清醒后下肢肌力进行性下降，急复查颈椎MRI，不排除术后血肿压迫或缺血再灌注损伤可能，再次入手术室行颈椎后路减压术...”结合患者术前、术中及术后（颈椎MR：2024年2月26日、2024年4月7日）核磁共振影像检查比较，分析认为医方存在术中操作不当，发生医源性



损伤,导致损伤硬脊膜和加重颈部脊髓损伤,与术后发生的脑脊液漏、加重四肢肌力下降程度及以后发生的重症肺炎、呼吸衰竭等病症存在关联性,医方未尽到谨慎注意义务,存在过错。

2、

(1) 患者因“呼吸困难,间断发热1月”入住重症医学科,医方依据患者的主诉、现病史、既往史、体格检查等,初步诊断:“1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.颈部脊髓损伤 4.截瘫 5.颈椎椎管狭窄 6.颈椎间盘突出 7.脑脊液漏 8.胸腔积液 9.心功能不全 10.心包积液 11.脾切除术后 12.肝功能不全 13.陈旧性肱骨骨折 14.胆囊切除术后状态 15.创伤性手指缺如(左中、环、小指) 16.下肢静脉血栓。”成立。

(2) 入院完善相关辅助检查,给予告病危、测血压、留置胃管、防褥疮气垫、吸痰护理、一般物理降温、抗感染、肠内高营养、补液营养支持、血培养+药敏,请针灸推拿科会诊给予针灸辅助康复。根据病情邀请脊柱脊髓外科会诊,建议待感染得到控制、撤机拔管、稳定生命体征后进一步评估转科进行N6治疗。患者肺泡灌洗液培养结果为鲍曼不动杆菌,应用抗生素多黏菌素敏感,给予头孢哌酮舒巴坦+替加环素静滴、多黏菌素E雾化抗感染治疗。患者气管插管时间长,脱机困难,咳痰无力,具有气管切开指征,于4月8日行气管切开,之后间断脱机锻炼,逐渐延长脱机时间。4月14日完全脱机,气切处接吸氧无呼吸困难憋喘情况。患者低蛋白血症、低钠血症,考虑脊髓损伤引起的低蛋白血症及低钠血症,给予人血白蛋白静滴,每日补充浓



氯化钠并监测离子水平。患者咳痰能力差，加强吸痰护理，必要时给予支气管镜吸痰。经治疗患者病情较前好转，2024年4月16日患者家属要求出院并签自动出院告知书。

综上，分析诊疗全过程，本次鉴定认为患者入院后医方给予的告病危、重症监护、特级护理、呼吸机辅助呼吸、高流量吸氧、抗感染、细菌培养+药敏、脏器支持、针灸理疗、预防并发症等对症支持治疗及根据病情实施的经皮气管切开术等综合治疗符合诊疗常规。

关于患者压疮问题，依据[REDACTED]压力性损伤护理记录及重症医学科护理措施记录之记载，分析认为患者入院时带入压疮，住院期间采取翻身、气垫床应用、减压贴保护、营养支持、压疮处换药、保持皮肤清洁与干燥等治疗护理措施，患者出院时压疮无明显变化。综上，虽然住院记录和病程记录中无受压区压疮相关记载且无相关诊断，存在瑕疵，但未对患者造成损害，与被鉴定人损害后果不存在因果关系。

（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[REDACTED]损害后果分析

据现有鉴定材料记载，被鉴定人入院时查体：颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。术前查体：颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉减退并痛觉过敏，双手握力2级，余双上肢关键肌肌力3-4级，双下肢皮肤感觉



正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力3级加，肌张力正常，肌腱反射正常，跟腱反射正常。术后查体：双上肢三角肌及肱二头肌力3+级，双侧伸腕肌力1级，双侧屈指肌力0级，双下肢肌力0级，痛觉、触觉存在，深感觉正常，患肢末端血运好。结合阅片所见，分析被鉴定人[REDACTED]的损害后果为：医方实施的“颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定+颈椎后路椎板切除椎管减压术”手术治疗中发生医源性脊髓损伤所致四肢肌力进一步下降导致的伤残和因治疗四肢肌力下降所致的病程延长、增加痛苦及医疗费用等。

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

(1) [REDACTED]

被鉴定人[REDACTED]以“外伤后颈部疼痛伴双上肢麻木，无力1小时”为主诉入住医方，入院时已存在四肢肌力下降（不完全性脊髓损伤）。患者入院后“颈椎脊髓损伤”诊断明确，入院后脊髓损伤呈进行性加重，具备手术指征。患者术前存在颈椎退行性病变；C3/4、4/5、5/6椎间盘突出并椎管狭窄，一定程度上增加手术操作难度。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。

《创伤性脊柱脊髓损伤诊断与治疗专家共识（2022版）》5. 脊柱脊髓损伤的保守治疗与手术治疗 5.2 脊柱脊髓损伤的手术治疗 5.2.3 手术时机选择 指出：“建议在条件许可的前提下尽早进行脊髓神经减压和脊柱稳定性手术。在不完全性脊髓损伤呈进行性加重时，应行急诊手术治疗；...”。

《外科学（第9版）》第六十二章 脊柱、脊髓损伤 第二节 脊髓



损伤 [治疗原则]指出：“1. 非手术治疗 伤后6小时内是关键时期，24小时内为急性期，应尽早治疗。(1) 药物治疗：对受伤在8小时以内者，甲泼尼龙冲击治疗是一种可选的治疗手段。按每公斤重30mg剂量一次给药，15分钟静脉注射完毕，休息45分钟，在以后23小时内以5.4mg/(kg. h) 剂量持续静脉滴注。其作用机制为大剂量甲泼尼龙能阻止类脂化合物的过氧化反应和稳定细胞膜从而减轻外伤后神经细胞的变性，降低组织水肿，改善脊髓血流量，预防损伤后脊髓缺血进一步加重，促进新陈代谢和预防神经纤维变性。”

由于[]对被鉴定人[]余的诊疗过程中存在的：(1) 甲泼尼龙冲击治疗不符合《外科学（第9版）》相关要求；(2) 第1次手术知情同意书替代治疗方案中缺乏获益和风险的明确告知；(2) 医方实施的“颈椎前路颈4/5、5/6间盘切除椎管减压Cage植入椎间融合内固定”手术时机存在延迟；术中操作不当导致硬脊膜、颈部脊髓医源性损伤。上述未尽到充分告知义务和谨慎注意义务的医疗过错，与被鉴定人损害后果之间存在一定因果关系。

需要指出的是：1、依据患者入院时的专科情况：颈背部肿胀、压痛，活动受限，双上肢皮肤感觉正常，双手握力3级，余双上肢关键肌肌力4级，双下肢皮肤感觉正常，肛周感觉、反射正常，双下肢肌肌力4级，肌张力正常，膝腱反射正常，跟腱反射正常，Babinski征阴性。证实患者入院时已经存在四肢肌力下降情况，分析认为患者不完全性脊髓损伤所致四肢肌力下降虽经治疗也难以完全避免遗留四肢肌力减退所致伤残的可能；2、依据[]2026年1月1



9日MR（检查号：[REDACTED]）影像学意见：颈椎术后复查所见：颈髓变细、压脂信号略高，其意义请结合临床。结合阅片所见：颈4、5水平颈脊髓略成角，上下脊髓部分相连，部分缺失，颈脊髓部分离断。分析认为此次阅片所见与术前、术中和术后图像比较，脊髓损伤位置上移，为医方医疗过错行为所致。

综合分析患者自身所患疾病的特点、术前已存在的四肢肌力下降情况、诊疗风险及医方医疗过错因素，依据《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T0097-2021）之规定，建议医方医疗过错与被鉴定人损害后果的原因力大小为同等-主要原因。依据《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T0095-2021）附录A之规定，建议医方医疗过错与被鉴定人损害后果的参与度大小为同等-主要因果关系。

（2）[REDACTED]

被鉴定人[REDACTED]以“呼吸困难，间断发热1月”为主诉入住医方，患者入院后“重症肺炎、呼吸衰竭、颈部脊髓损伤、截瘫”等诊断明确，入院时查体：神志清，院外带入气管插管，双瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音，心律齐，腹软，双上肢肌力3级，双下肢肌力0级，四肢肌张力减低。入院后医方实施的综合诊疗措施符合诊疗常规，虽然住院记录和病程记录中无受压区压疮相关记载且无相关诊断，存在瑕疵，但未对患者造成损害，与被鉴定人损害后果不存在因果关系。同时，诊疗过程不存在医疗过错行为。



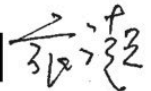
六、鉴定意见

1、[REDACTED]对被鉴定人[REDACTED]的诊疗行为存在医疗过错，医疗过错与被鉴定人[REDACTED]的损害后果之间存在一定因果关系，建议[REDACTED]医疗过错的原因力大小为同等-主要原因。建议[REDACTED]医疗过错与被鉴定人损害后果的参与度大小为同等-主要原因因果关系。

2、[REDACTED]对被鉴定人[REDACTED]的诊疗行为不存在医疗过错。

七、附件

- 1、编号为“[REDACTED]-1”的[REDACTED]影像学资料；
- 2、编号为“[REDACTED]-2”的[REDACTED]影像学资料；
- 3、编号为“[REDACTED]-3”的[REDACTED]影像学资料；
- 4、编号为“[REDACTED]-4”的[REDACTED]影像学资料；
- 5、编号为“[REDACTED]”的[REDACTED]影像学资料；
- 6、许可证复印件 1 页。

司法鉴定人：[REDACTED] 

司法鉴定人执业证号：[REDACTED]

司法鉴定人：杨洪 [REDACTED] 

司法鉴定人执业证号：120025036038

二〇二六年四月三日





[Redacted]
地 [Redacted] 3 [Redacted]
(邮政编码: [Redacted])
联系电话: [Redacted]

