



司法鉴定意见书



一、基本情况

委托方：马鞍山市医疗纠纷人民调解委员会

受理日期：2025 年 06 月 10 日

委托事项：1. (下称医方) 是否存在医疗过错，2. 医疗过错在 (男， ，已死亡，下称患者) 死亡是否存在因果关系，3. 医疗过错在医疗损害中的责任程度 (参与度)。

鉴定材料：1. 门 (急) 诊病历初诊 (登记号： 1 份、住院病历 (住院号： 1 份；2. 影像学片 9 份；3. 补充材料： 日间病房病历 1 份、处方笺 4 份、CT 检查报告单 1 份 (2025 年 06 月 13 日补充)。

鉴定日期：2025 年 06 月 10 日 ~ 2025 年 06 月 20 日

鉴定地点：

听证会在场人员：患方： 、 、 何宇；医方： 、 、 、 ；委托方： 、 。

二、基本案情

根据病历材料：2025 年 03 月 04 日 09:43 因“头晕 1 月余”前往医方急诊内科就诊。头颅+颈椎 CT 检查示：腔隙性脑梗塞，脑白质缺血性改变，诊断：头晕、腔隙性脑梗死、颈椎病。2025 年 03 月 05 日 10:50 入院，入院诊断为脑梗死 (定位：后循环多发 定性：缺血性 CVD)、高血压病 3 级 (很高危)、脑血管狭窄 (双侧椎动脉及基底动脉、左侧大脑中动脉)、高



脂血症、2型糖尿病等。入院后其头晕症状加重，临床考虑梗死进展。03月07日23:50分患者突发呼吸心跳骤停，经抢救无效，于03月08日2:45分临床死亡。2025年04月23日本所尸体检验结果“死者黄军符合广泛脑梗死致中枢神经系统功能障碍引起呼吸循环衰竭而死亡”。

三、争议要点

(一) 患方认为：1. 延误诊断与治疗：首次急诊处置不当，二次急诊收治延迟及入院诊断不全面；2. 诊疗措施存在重大缺陷：血压管理失当，抗栓治疗不规范，病情观察疏漏，房颤处理错误，病情监测与抢救措施缺陷，低钾血症与抢救缺陷，抢救设备人员配置缺陷。

(二) 医方认为：诊断明确，治疗符合规范，已尽到告知义务。

四、送检材料摘要

(一) [REDACTED] 门(急)诊病历初诊(登记号: [REDACTED]) 摘要:

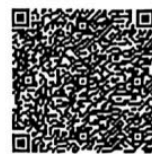
就诊日期: 2025-03-04 09:43 主诉: 头晕1月余

现病史: 患者于1月前出现头晕不适, 伴呕吐, 无明显视物旋转, 无肢体乏力, 遂来诊。体格检查: 神清..... 诊断: 头晕 腔隙性脑梗死 颈椎病。

(二) [REDACTED] 住院病历(住院号: [REDACTED]) 摘要:

1. 入院记录

入院时间: 2025年03月05日。主诉: 头晕5天加重伴口齿不清1天。现病史: 患者于5天前出现头晕不适, 恶心欲吐, 无视物旋转, 无肢体乏力, 无意识障碍, 无二便失禁, 昨日患者自觉上述症状加重, 伴口齿不清, 自觉行走不稳, 遂来我院急诊就诊, 查头颅CT示脑梗死..... 既往史: 平素体质良好, 高血压病史数年, 收缩压最高达180mmHg, 长期口服苯磺酸左氨氯地平+盐酸贝那普利..... 体格检查: BP164/104 mmHg.....



急性面容，表情痛苦，体型适中，轮椅推入病房.....神经系统检查：.....
眼球运动：双眼向左侧有水平眼震.....鼻唇沟：左侧浅，示齿：口角偏向
右.....辅助检查：2025-03-04 我院头颅+颈椎 CT 示腔隙性脑梗塞，脑白质
缺血性改变.....初步诊断：1. 脑梗死 2. 高血压病 3 级(很高危)

2. 病程记录

2025-03-05 19:06 抢救记录今日晚间接班后患者仍有头晕，且
可见眼震，不能站立.....入院后急诊头 CT 见左侧小脑低密度影，CTA 阅片
见左侧椎动脉远段、左侧大脑中动脉狭窄.....

2025-03-07 09:35 主治医师查房记录头颅核磁示脑梗塞(左侧
桥臂、两脑小脑半球、小脑蚓部及胼胝体压部偏左侧急性脑梗塞)。头颈
部 CTA 示左侧椎动脉 V3 段管壁非钙化斑块，管腔完全闭塞，两侧椎动脉
V1 段及右侧椎动脉 V4 段管壁非钙化斑块，管腔中-重度狭窄。基底动脉非
钙化斑块，管腔重度狭窄。两侧颈总动脉分叉处混合斑块形成，管腔轻度
狭窄。两侧颈内动脉虹吸段粗细不均，管壁钙化斑块形成，管腔轻度狭窄。
两侧大脑前、中、后动脉粗细欠均匀，局部管腔稍变细改变.....

2025-03-08 00:00 抢救记录 病情变化及抢救过程：患者在患者家属
及医务人员陪同下至 CT 室完善头颅 CT 检查，于 23:50 左右突发呼吸心跳
骤停，立即心肺复苏同时至急诊抢救室予以气管插管、呼吸机辅助呼吸、
持续心肺复苏以及药物(肾上腺素 1mg 静推约 5 分钟 1 次，目前已用 3 次)
抢救治疗，但患者自主呼吸及心跳未能恢复，目前持续抢救中。病情评估：
患者为后循环大面积脑梗死，目前考虑中枢性呼吸心跳骤停，预后不佳，
死亡难以避免.....

2025-03-08 02:45 死亡记录 患者 3 月 7 日 23:50 突发呼吸心跳骤停，
立即予以心肺复苏、气管插管、呼吸机辅助通气以及积极药物抢救，目前



抢救时间已达 2 小时 55 分钟，但患者自主呼吸及心跳一直未能恢复，于 2:45 分心电图呈一条直线、双侧瞳孔散大到边、大动脉搏动消失，宣布临床死亡。

3. 死亡记录

入院日期：2025 年 03 月 05 日 死亡时间：2025 年 03 月 08 日 02:45

死亡诊断：1. 脑梗死(定位：后循环多发 定性：缺血性 CVD) 2. 高血压病 3 级(很高危) 3. 脑血管狭窄(双侧椎动脉及基底动脉、左侧大脑中动脉) 4. 高脂血症 5. 2 型糖尿病 6. 低钾血症 7. 阵发性房颤

死亡原因：脑梗死致呼吸循环衰竭

摘要：

病理检验：头颅：双侧椎动脉、基底动脉及颅底 Willis 环组成血管完整，管壁粥样硬化明显，其中左侧椎动脉内见血栓样物，质硬、不易剥离，管腔闭塞。镜下所见：左、右椎动脉及基底动脉粥样硬化伴钙化，管腔狭窄，局部动脉外膜见新生小血管，左、右侧椎动脉自近基底动脉分叉处至基底动脉管腔内可见贴壁、由淡红色不规则珊瑚状的血小板小梁和充满小梁间纤维蛋白网的红细胞构成的混合血栓形成，局部基底动脉可见夹层形成；左、右侧大脑中动脉及左、右大脑前动脉粥样硬化，管腔狭窄。脑内小血管粥样硬化；脑实质内见广泛脱髓鞘改变；局部脑实质内见钙化、点灶状出血；左基底节区见组织细胞浸润，近右侧脑室周围脑组织坏死、出血。左侧小脑见广泛出血、坏死，局部见软化灶形成；右侧小脑局部见钙化灶。

鉴定意见：死者符合广泛脑梗死致中枢神经系统功能障碍引起呼吸循环衰竭而死亡。

(注：以上信息为摘录内容，具体以委托方提供的送检材料为依据)

五、鉴定过程



(一) 案件审查及鉴定工作。2025 年 03 月 12 日本所收到委托方委托书及相关材料, 经本所尸体检验, 于 04 月 23 日出具尸体检验意见书并发函沟通, 委托方来函告知医患双方认可本所鉴定意见书意见, 本所于 05 月 06 日发出关于鉴定事宜的沟通函。补齐鉴定材料及交纳费用后, 本所 2025 年 05 月 19 日发函告知医患各方, 于 2025 年 06 月 10 日在本所召开医疗听证会及相关事项。听证会开始前, 告知医患双方相关权利、义务和风险, 医患双方参加人员明确表示不申请鉴定人及本所聘请的临床医学专家回避; 听证会在提前审阅送鉴材料基础上, 分别听取医患双方陈述, 分别询问医患双方关于就诊经过、争议事项的意见和理由。现本所鉴定人根据送检材料、听证会情况及相关规定, 结合临床医学专家咨询意见, 独立作出司法鉴定意见。

(二) 检验方法。根据 SF/T 0095-2021《人身损害与疾病因果关系判定指南》、SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》开展鉴定评估工作。

六、分析说明

根据送鉴材料, 结合听证情况及临床医学专家咨询意见分析如下:

(一) 医方诊疗行为评价

患者 2025 年 03 月 04 日 09:43 因“头晕 1 月余”前往医方急诊内科, 医方予完善检查符合诊疗常规, 头颅+颈椎 CT 检查示: 腔隙性脑梗塞, 脑白质缺血性改变, 诊断: 头晕、腔隙性脑梗死、颈椎病。医方予急诊留观, 并予阿司匹林+氯吡格雷双抗治疗未违反诊疗规范。

患者 2025 年 03 月 05 日 10:50 因“头晕 5 天加重伴口齿不清 1 天”入住医方, 医方予完善相关检查, CT 示左侧小脑梗死, CTA 示左侧椎动脉 V3 段闭塞, 右侧椎动脉中-重度狭窄, 医方予下病危, 告知患方相关病情, 诊断“脑梗死”存在依据, 并予抗血小板、降脂、降压、脱水降颅压等处置符合诊疗规范。

患者 2025 年 03 月 07 日 17:17 起病情变化, 血压升高(200/110mmHg),



呼吸加快，呼吸有鼾声，血气分析提示氧分压偏低，医方予降压、密切关注生命体征等处理。患者于 23:50 至 CT 室复查头颅 CT 途中，突发呼吸、心跳骤停，医方予转移至急诊抢救室进行抢救，予心肺复苏、气管插管、呼吸机辅助通气及肾上腺素等抢救措施。经抢救无效，医方于 03 月 08 日 02:45 宣布患者临床死亡。

医方在诊疗过程中存在以下过错：

1. 对患者病情变化评估、认识不到位。(1)患者自身病情危重（小脑梗死，脑血管狭窄），于 2025 年 03 月 07 日 17:17 出现病情变化后，医方未及时转入 ICU 予以监护；(2)患者病情变化后，医方未在变化早期予复查头颅 CT，而是在 23:36（病情变化后 6 小时余）外出复查头颅 CT，并且，对患者状况是否符合外出检查评估不足，根据听证会现场询问，医方在患者外出检查时，仅携带氧气袋，未携带其他抢救物品，外出时亦无法监测患者生命体征变化情况。

2. 抢救过程欠规范。患者心脏骤停时，应立即进行心肺复苏，医方未能在患者病情突变后第一时间就地抢救，而是转至急诊抢救室后再行抢救，开通气道延迟。

3. 告知不充分。医方诊疗过程中，虽然予甘露醇脱水降颅压，但未告知去骨瓣减压的方案。

（二）因果关系及原因力分析

2025 年 03 月 04 日 09:43 因“头晕不适，伴呕吐”前 [REDACTED] 急诊内科门诊就诊，诊断：头晕、腔隙性脑梗死、颈椎病。2025 年 03 月 05 日 10:50 入院，入院诊断为脑梗死、高血压病 3 级（很高危）、脑血管狭窄、高脂血症、2 型糖尿病等。入院后其头晕症状加重，临床考虑脑梗死进展。03 月 07 日 23:50 分患者突发呼吸心跳骤停，经抢救无效，于 03 月 08 日 02:45 分临床死亡。2025 年 04 月 23 日本所尸体检验结果“死者 [REDACTED] 符合广泛脑梗死致中枢神经系统功能障碍引起呼吸循环衰竭而死



亡”。

根据本所尸体检验情况，患者左、右椎动脉、基底动脉及左、右大脑中动脉和左、右大脑前动脉粥样硬化伴钙化，管腔狭窄，且脑内小血管粥样硬化；上述尸体检验所见，证实患者自身脑血管情况不佳，并且，患者自身高血压、糖尿病病史，长期高血压、糖尿病亦会引起血管病变，增加病情变化的风险；其左、右椎动脉及基底动脉血栓栓塞，脑组织坏死，小脑、桥脑软化灶形成。其脑梗死范围广、部位特殊，结合其死亡原因分析，其自身原发性疾病（广泛脑梗死）是导致其死亡的主要原因；并且，根据听证会现场询问，患者家属诉患者入院后（03月05日）至病情变化（03月07日）期间，始终神志清楚，肢体活动可，可自行进食，其发病早期症状相对平稳，但病情危重、变化突然且进展迅速，对医方抢救亦存在不利影响。

医方在对患者的诊疗过程中，对患者病情变化评估、认识不到位，未及早转入ICU监测，病情变化早期未予复查头颅CT，外出检查时携带设备不足；在患者呼吸心跳骤停后，抢救过程欠规范，对控制患者病情进展存在不利影响。结合患者死亡原因，分析认为医方上述过错行为与患者死亡的损害后果之间存在一定的因果关系。

原因力评定应遵循法医学因果关系判定准则，在法医学鉴定实践中尚属于学理性探讨内容，原因力大小的把握存在一定的主观因素，因此，鉴定人对于原因力的评定仅为供审判参考的学术性意见，而非确定审判赔偿程度的法定依据。综合分析患者自身原发性疾病以及医方在诊疗过程中的过错行为，医方上述过错行为与患者死亡的损害后果之间的原因力为次要原因（建议参与度介于20%~30%）。

综上，鉴定人分析认为，医方在对患者的诊疗过程中存在过错行为，其过错行为与患者死亡的损害后果之间存在一定的因果关系，原因力为次要原因（建议参与度介于20%~30%）。



七、鉴定意见

对患者 的诊疗行为存在过错行为，其过错行为与患者死亡的损害后果之间存在一定的因果关系，原因力为次要原因（建议参与度介于 20%~30%）。

八、附件

司法鉴定许可证、司法鉴定人执业证影印件

司法鉴定人： 司法鉴定人： 司法鉴定人：

司法鉴定人：

司法鉴定人：

二〇二五年六月二十日