



# 司法鉴定意见书





# 司法鉴定意见书

司法鉴定专用章

## 一、基本情况

委托人：菏泽市牡丹区人民法院

委托事项：[redacted]及[redacted]的诊疗行为有无过错；如存在过错，其过错行为与[redacted]死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小。

委托日期：2025年9月19日

鉴定材料：1. 司法鉴定委托书（[redacted]）；  
2. [redacted]急诊及住院病历复印件；  
3. 医患双方陈述意见复印件；  
4. 影像学资料等（含CT片4张及电子影像片）。

被鉴定人：[redacted]（女，身份证号：[redacted]，已故）

受理日期：2026年3月19日

## 二、基本案情

据鉴定委托材料介绍：患者[redacted]，女，[redacted]出生，2025年3月15日患者因“突发胸痛4+小时，意识丧失1次”入住[redacted]（以下简称“医方”）心内科。入院时血压86/64mmHg，心电图及心肌酶未见明显异常，初步诊断为冠心病、急性冠脉综合征、心源性晕厥、心源性休克。医方予抗凝、抗血小板、升压等治疗。2025年3月17日15:50，患者行冠脉造影，结果显示冠状动脉粥样硬化，冠脉未见明显狭窄。术后患者出现血红蛋白下降、血压进行性降低，于当日20:20起先后请血液内科、消化内科会诊，考虑消化道出血？失血性休克？，于21:57转入ICU。3月18日00:20床旁胃镜排除上消化道出血，床旁超声提示心包积液未见增加。3月18日01:50患者突发心率下降，经持续心肺复苏抢救无效，于04:39宣告临床死亡。死亡诊断为主动脉夹层破裂？心源性休克、冠状动脉粥样硬化性心脏病、呼吸心跳骤停、急性呼吸衰竭、缺血缺氧性脑病、心源性晕厥等。



患方认为医方存在医疗过错诉至法院，现因案件审理需要，菏泽市牡丹区人民法院委托我中心就医方对患者的诊疗行为是否存在过错，若存在过错，其过错行为与患者死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行鉴定。

### 三、资料摘要

1. 2025年3月15日07:26 [REDACTED] 急诊病历摘录：主诉：意识丧失约5分钟。病史：胆囊息肉手术后，患者4小时前出现胸痛，伴牙痛，伴出汗，之后出现头晕，随后出现意识丧失约5分钟，无恶心呕吐，无腹痛腹泻，无发热，急来诊。体格检查：BP: 68/54mmHg，神志清楚，精神可，心率84次/分，律齐，心音稍钝，双肺呼吸音粗，腹软，四肢肌张力可，诊断：意识丧失，低血压，急性冠脉综合征？建议入院进一步诊治。处理：心电图、心肌损伤三联标志物，BNP，血液分析、凝血五项，建立静脉通道，多巴胺升压，神经内科会诊。

2. 2025年3月15日至2025年3月18日 [REDACTED]

[REDACTED] (住院号: [REDACTED])

入院情况：入院时间2025年3月15日08:46。主诉：突发胸痛4+小时，意识丧失1次。患者4+小时前起床小便时突发胸痛，主要位于剑突下，沿胸骨后向咽喉部、下颌部放射，伴牙痛，伴出汗、胸闷，当时程度较重，后突发意识丧失、摔倒在地，当时无大小便失禁，无四肢抽搐，无呕吐，约数分钟后恢复意识。恢复意识后仍有胸痛不适，程度较前减轻。急诊行心电图示窦性心律，未见明显ST-T改变，心损指标、NT-proBNP、D-二聚体不高，测血压较低，给予多巴胺泵入，急诊以“晕厥、冠心病、急性冠脉综合征？”收入院。否认高血压、糖尿病病史，1+月前行胆囊息肉切除术。

体格检查：T36.4℃，P: 72次/分，R: 18次/分，BP: 86/64mmHg。初步诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病、急性冠脉综合征、心源性晕厥、心源性休克、胆囊息肉切除术后。

诊疗计划：心内科护理常规，一级护理，低盐低脂饮食，吸氧，心电血压监测。暂予低分子肝素钙抗凝、阿司匹林、氯吡格雷双联抗血小



板聚集、瑞舒伐他汀调脂、雷贝拉唑护胃及升压等对症药物支持治疗。建议患者择期行冠状动脉造影术，必要时行冠脉介入治疗。完善辅助检查，包括生化全套、甲功、TnT、心脏彩超、胸部CT等。动态观察心电图变化。向患者家属交代病情，有发生恶性心律失常、猝死可能，家属表示理解。

2025年3月16日11:13查房记录：患者入院第二天，一般情况尚可。Bp106/67mmHg，心肌酶谱、TnT未见明显异常。患者典型心肌缺血症状，伴有晕厥、低血压，不排除冠脉多支病变可能，建议行冠脉造影检查，进一步明确冠脉大血管情况，必要时介入治疗。治疗同前。

2025年3月18日10:15查房记录：患者仍有间断胸骨后难受不适。BP: 99/73mmHg，神志清，精神可。患者目前考虑冠心病、不稳定型心绞痛、心源性晕厥等诊断，目前仍有胸骨后难受不适，嘱完善心脏彩超，如心脏彩超示心脏结构及功能可，可考虑今日行冠脉造影检查，继观。

2025年3月17日17:00患者术前诊断为冠状动脉硬化性心脏病，于15:50点在局部麻醉下行单根导管的冠状动脉造影术手术，术中LM未见明显异常，LAD近端无明显狭窄，中段、远段未见明显异常；LCX近端约40%节段性狭窄，RCA均未见明显异常，术中诊断冠状动脉粥样硬化。术中出血10ml，未输血，未输液，回病房时血压90/66mmHg，术后心电监护、血氧饱和度监测、血氧饱和度监测、右桡动脉持续压迫12小时、右肱动脉持续压迫24小时，注意观察动脉穿刺处有无渗血渗液情况，已将手术情况向患方告知。

手术记录摘录：X线下可见环心包透亮影，冠状动脉造影诊断为冠状动脉粥样硬化，建议完善心脏超声检查。

2025年3月17日超声检查报告单示：床旁彩超，本次检查为有限检查。左室EF约60%，各房室腔大小正常；左室壁运动尚协调，运动幅度及收缩增厚率尚可；各瓣膜未见重要异常；心包腔可见液性暗区，舒张末左室后5mm，右室前3mm，左室侧3mm。彩色多普勒：二尖瓣口血流频谱E/A<1三尖瓣可见微量反流信号显示Vmax: 1.7m/s ΔPmax: 12mmHg。超声提示：左室舒张功能减低，心包积液（少量）。



2025年3月17日 20:20 血液内科会诊记录：患者血红蛋白较前下降，贫血貌，今日请血液内科会诊：查体：贫血貌，皮肤未见明显出血点，浅表淋巴结未及肿大，双肺呼吸音粗，未及明显干湿性啰音，心脏听诊未及明显异常，肝脾肋下未及，双下肢无水肿。患者血红蛋白持续下降。建议：目前患者血红蛋白下降，不排除出血所致可能，待病情允许可完善消化内镜、尿液分析。大便常规+OB检查协助排除，完善肝功。网织红细胞计数、溶血指标检查排除溶血。实时监测血常规，必要时红细胞输注支持治疗，已请消化内科会诊，结合消化内科会诊意见，建议转入ICU进一步诊治，家属表示商议后决定。

2025年3月17日 20:37 消化内科会诊记录：患者血红蛋白较前下降，贫血貌，今日请消化内科会诊，患者乏力不适，无恶心、呕吐，无呕血、黑便，查体：P110次/分，BP: 76/55mmHg, 四肢湿凉，神志清，精神差，腹部平软，全腹无明显压痛、反跳痛，肝脾未触及，移动性浊音阴性，双下肢无水肿，血色素较前下降。初步诊断：消化道出血？失血性休克？进一步完善胃镜检查，暂给予禁饮食、抑酸、抗休克、补液、维持水电解质平衡的呢过会资料，复查血常规，与患者家属沟通后建议转ICU进一步治疗。

2025年3月17日 21:40 转出心内科记录：患者目前状态差，查体：BP: 83/59mmHg（小剂量去甲肾上腺素），神志差，精神欠佳，贫血貌，口唇苍白，皮肤湿冷，双肺呼吸音清，两肺未及干湿性啰音，心率110次/分，心律规整，各瓣膜听诊区无病理性杂音，腹软，无压痛及反跳痛，双下肢无水肿。目前诊断：失血性休克、消化道出血？心源性休克、心源性晕厥、冠状动脉粥样硬化、心包积液（少量）、低钾血症、胆囊息肉切除术后。

2025年3月17日 21:57 转入ICU记录：患者意识模糊，呼之可应，心电图监护提示血氧饱和度91%，血压80/42mmHg，呼吸40次/分，心律125次/分。给予补液升压、营养支持、保护重要脏器功能、维持内环境稳定、防治感染、解痉平喘化痰、营养支持等对症综合治疗。患者病情危重，随时有继续出血、呼吸心跳停止、甚至死亡可能，向患者家属交代病情及预后，通知病危并签字。



2025年3月17日22:00患者经升压药维持血压仍偏低,同时存在色素进行性下降趋势,考虑存在消化道出血可能,结合消化内科及血液内科会诊意见,予胃管置入,回抽未见明显血性胃液,但考虑患者活动性出血可能,与患者家属积极沟通目前病情,仍同意紧急床旁胃镜检查。

2025年3月18日00:20患者胃镜提示慢性非萎缩性胃炎、胃潴留,目前暂不考虑上消化道出血。床旁超声提示心包积液未见明显增加,无明显胸腔积液,考虑患者晕厥病史,主动脉夹层不能排除,但患者目前休克状态,色素持续下降,暂不具备外出检查条件,暂给予补液维持血压、监测血常规、必要时输血治疗。

2025年3月18日抢救记录:抢救开始2025年3月18日01:50,结束时间:2025年3月18日04:39。患者于01:50突然出现心率下降,30-40次/分,血氧饱和度50%,脉搏微弱,立即予以胸外心脏按压、电除颤、肾上腺素静推、去甲肾上腺素泵入、碳酸氢钠纠正酸中毒。但患者心率仍降至为零,持续胸外心脏按压,肾上腺素反复使用,但患者自主心跳及呼吸一直未恢复。于04:39患者仍无自主呼吸及心跳,双瞳散大固定,颈动脉搏动消失,心电图呈直线,经积极抢救169分钟无效,宣告临床死亡。

患者死亡诊断:主动脉夹层破裂?心源性休克、冠状动脉粥样硬化性心脏病、呼吸心跳骤停、急性呼吸衰竭、缺血缺氧性脑病、心源性晕厥、肾功能不全、心室颤动、高乳酸血症、心包积液(少量)、电解质紊乱、慢性萎缩性胃炎、胃潴留。

死亡原因:心源性休克、主动脉夹层破裂?

(注:资料摘要是诊疗过程的简要摘录,鉴定以委托方提交的材料为鉴定依据。)

#### 四、鉴定过程

1. 审阅病历资料
2. 召开鉴定听证会

2026年3月19日本中心按照《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T0097-2021)、《江苏省医疗损害鉴定管理办法》等规定组织召



开了有患者代理人及家属4人、[REDACTED]代表4人、临床专家5人及司法鉴定人参加的鉴定听证会。

医、患双方观点如下：

患方观点：①医方鉴别诊断不充分，对疑似主动脉夹层未及时排查确认。医方未行主动脉影像学检查以排除主动脉夹层。②进行抗凝抗栓治疗并实施冠脉造影，违反主动脉夹层诊疗规范。医方未排除主动脉夹层的情况下行冠脉造影术，且造影术后患者出现血压和血红蛋白下降，可能造影操作诱发和加重了主动脉夹层，导致患者出现大出血和心脏压塞等并发症后迅速死亡。③术后病情监测不力，对活动性出血反应处置不当。对急性失血病人医方未安排床旁超声排查腹膜后出血和增强CT等关键检查，医方诊断思路不清，重点失当。未能及时输血治疗维持组织灌注，错失抢救机会。④忽视造影手术中出现的危急征象，错失抢救时机。手术记录X线下可见环心包透亮影，医方术中记录这一影像，未作出反应，术中监护记录无血压降低处理措施，医方未行心脏超声复查和心包穿刺，延误抢救时机。⑤医方术后监护和处理不当，抢救措施不及时。17:45发现血红蛋白下降，20:05请相关科室会诊，消化内科胃镜检查后未发现出血后医方未采取其他手段查明出血原因，亦未请胸外科会诊或转诊，延误患者抢救。医方诊疗过错行为与患者死亡后果存在因果关系。

医方观点：结合患者否认高血压病史、症状体征和D二聚体不高的结果，暂时排除主动脉夹层；患者病情变化后积极请相关科室会诊。医方诊疗流程贴合病情，病因排查积极；检查操作规范，术前评估充分。病情处置果断，治疗措施积极；抢救权力规范，告知义务到位。

（注：本处是对医患方主要观点和诉求的简要表述，其他问题和具体内容见陈述材料）

## 五、分析说明

根据委托方的鉴定要求，我们审阅了送检材料，根据现有送检材料，结合鉴定听证会时医患双方陈述及临床专家意见综合分析如下：

### （一）基本情况



患者[REDACTED]女，[REDACTED]出生，2025年3月15日因“突发胸痛4+小时，意识丧失1次”入住医方心内科。入院时血压86/64mmHg，心电图及心肌酶未见明显异常，医方初步诊断为冠心病、急性冠脉综合征、心源性晕厥、心源性休克。入院后医方予抗凝、抗血小板、升压等治疗，并建议行冠脉造影。3月17日15:50，患者行冠脉造影，结果显示冠状动脉粥样硬化，冠脉未见明显狭窄。术后患者出现血红蛋白下降、血压进行性降低，于当日20:20起先后请血液内科、消化内科会诊，考虑消化道出血？失血性休克？，于21:57转入ICU。3月18日00:20床旁胃镜排除上消化道出血，床旁超声提示心包积液未见增加。3月18日01:50患者突发心率下降，经持续心肺复苏抢救无效，于04:39宣告临床死亡。医方死亡原因为心源性休克、主动脉夹层破裂？。

## （二）医方诊疗行为及过错分析

1. 《主动脉夹层诊断与治疗规范中国专家共识》（2017版）指出，主动脉夹层（AD）的临床表现包括疼痛、心脏病并发症表现、如夹层累及冠状动脉开口可导致急性心肌梗死、心功能衰竭或恶性心律失常，患者可表现为典型的冠状动脉综合征，如胸痛、胸闷和呼吸困难，心电图ST段抬高和T波改变。

实验室检查D-二聚体快速升高可作为急性AD诊断的排除指标。但D-二聚体阴性也不能除外主动脉溃疡或壁间血肿可能。CT可作为可疑AD患者的首选术前检查手段。推荐使用64排以上CT扫描仪进行全主动脉及其一级分支血管CTA检查。

主动脉夹层诊断流程：对于急性胸痛的患者，2010年心肺复苏指南中提出疑诊AD的高危易感因素、胸痛特征和体征。根据患者符合危险因素分类（高危易感因素、高危疼痛特征及高危体征）的类别数计0-3分（0分为低危，1分为中危，≥2分为高危）；该评分≥1分诊断AD的敏感度达95.7%。因此，对存在上述高危病史、症状及体征的初诊患者，应考虑AD可能并安排合理的辅助检查以明确诊断。

故对于疑似AD的急性胸痛患者，进行病史、体征、心电图和实验室检查。判断能否立即行CTA或MRI检查。若不能立即行CTA/MRI：进行经胸超声心动图（TTE）检查。若TTE排除AD，则继续其他诊断；若疑似或



明确AD，则进入后续分型评估。若能立即行CTA/MRI：进行CTA或MRI检查以明确诊断。确诊AD后：需进一步分型（A型或B型），并评估有无破裂征象、器官灌注不良及器官功能。

本案患者[REDACTED]2025年3月15日入院时，主诉突发胸痛4+小时，血压86/64mmHg，具有突发疼痛的高危胸痛症状和低血压的高危体征，评分应该 $\geq 2$ 分，为高危，应当按照疑似AD的患者诊断流程进行。医方将诊疗思路局限于冠心病、急性冠脉综合征，未能及时安排主动脉CTA等的检查，存在鉴别诊断不到位的过错。

2. 2025年3月17日15:50-16:00，医方为患者实施冠脉造影术，手术记录载“多体位投照示LM未见明显异常，LAD近端无明显狭窄，中段、远段未见明显异常；LCX近端约40%节段性狭窄，RCA均未见明显异常，X线下见环心包透亮影，冠状动脉造影诊断为冠状动脉粥样硬化，建议完善心脏超声检查……”，冠脉造影术中排除冠状动脉狭窄，此时患者胸痛、晕厥、休克的原因仍未能查明，医方应警惕主动脉夹层可能，但此时仍未能考虑行主动脉夹层相关检查（胸部CTA），诊断思路持续局限，存在过错。

3. 2025年3月17日15:50医方对患者行冠脉造影术中X线下见环心包透亮影，建议完善心脏超声检查，16:26心脏超声检查提示左室术中功能减低，少量心包积液。心包积液是主动脉夹层的重要间接征象，可能提示夹层已发生微量渗血或心包受累。医方在冠脉造影过程中疑似心包积液及后续心脏彩超发现心包积液后，未能动态复查、评估其变化趋势，也未能与主动脉夹层进行关联分析，对关键征象的监测和重视不足，存在过错。

4. 2025年3月17日17:45患者血红蛋白检验报告单显示105g/L，患者血红蛋白降低，2025年3月17日20:05分申请血液科加急会诊，血液科会诊时间为2025年3月17日20:16；2025年3月17日20:15分申请消化内科急会诊，消化内科会诊时间2025年3月17日20:37分，急会诊时间均超过十分钟，医方启动会诊时间存在延迟，且患者并无消化道相关呕血、便血等症状和体征，医方未能首先考虑心脏大血管外科等专科会诊，也反应出医方诊疗思路的局限。



5. 根据医方病历抢救记录记载，2025年3月18日01:50-04:39抢救人员仅有两名住院医师，无二线、三线医生参与，鉴定听证会现场调查，抢救时与上级医生电话联系，上级医生指导抢救。根据《医疗质量安全核心制度要点》中关于急危重患者抢救制度的规定，临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。医方指导抢救的上级医生未能到现场参与抢救，不符合急危重患者抢救制度的规定。

### （三）因果关系及原因力大小

1. 患者死亡后未行尸检，确切死因不明，根据鉴定听证会现场调查，医方进行了尸体检验重要性的告知，患方未能接受。根据其胸痛、晕厥、休克、血红蛋白下降、心包积液等临床表现、诊疗经过及现有病历材料推断，被鉴定人主动脉夹层破裂死亡可能性大。

2. 主动脉夹层是一种起病急骤、进展迅速、死亡率极高的血管急症。患者自身疾病特点是其后果发生的原因之一。但医方的诊断思路局限，鉴别诊断不到位，鉴别诊断延误，冠脉造影术后对心包积液重视不够，监测和反应不足，使患者丧失了破裂前接受急诊外科手术或介入治疗的潜在机会，也与患者死亡后果存在一定的因果关系，对患者的死亡起到重要的促进和加重作用。因此分析认为，医方对患者诊疗行为存在过错，医方诊疗过错行为与患者死亡后果存在一定的因果关系，原因力大小考虑为次要至同等原因较为合适。

## 六、鉴定意见

对患者主动脉夹层破裂的诊疗行为存在过错，该诊疗过错行为与患者死亡后果之间存在因果关系，原因力大小考虑为次要至同等原因较为合适。

鉴定人：

司法鉴定人

副主任法医师  
司法鉴定人

二〇二六年三月二十六日