

副本



司法鉴定意见书



统一社会信用代码: 3



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:

一、基本情况

委托人: 济南市槐荫区人民法院

委托编号: (2025)鲁

委托事项: 对

、
诊疗行为是否具有过错, 如果具有过错, 该过错与患者
后果之间是否存在因果关系, 原因力大小以及过错参与度是多少进行
鉴定。

受理日期: 2025 年 8 月 22 日

鉴定日期: 2025 年 9 月 19 日

鉴定地点:

鉴定材料: 1. 住院病案 2 份 (2024. 09. 14-2024. 09. 16, ; 2025. 02. 23-2025. 02. 24) 门(急)诊病历 7 张 (①2024. 08. 06 ②2024. 08. 10, ③2024. 09. 15, 17459611; ④2024. 10. 07, ; ⑤2024. 10. 08 ; ⑥2024. 10. 09 ; ⑦2025. 02. 14); 影像诊断报告单 4 张; 2. 住院病案 1 份 (2024. 10. 03-2024. 10. 06, ; 3. 山东第一 住院病案 1 份 (2025. 03. 05-2025. 03. 06 9); 4. 居民死亡医学证明(推断)书 1 张 (2025. 03. 06 (山东省 出具); 5. 影像资料 17 张。

在场人员: 患方代表: 何宇; 医方代表:

张毅

于娜



被鉴定人：[REDACTED] 男 [REDACTED]

二、基本案情

据送检材料记载，被鉴定人 [REDACTED] (即“患者”)因“发作性心慌、胸闷1周余”于2024年9月14日入 [REDACTED] 院东院心内科，初步诊断：1.阵发性心房颤动 2.2型糖尿病 3.冠心病 冠状动脉支架植入后状态 4.慢性阻塞性肺病 5.前列腺增生。2024年9月15日行射频消融术，患者于2024年9月16日出院，出院诊断：1.阵发性心房颤动 2.2型糖尿病 3.冠心病 冠状动脉支架植入后状态 4.慢性阻塞性肺病 5.前列腺增生 6.肺占位性病变待查。2024年10月3日患者因“痰中带血1周”入 [REDACTED] 结核五科，初步诊断：1.咯血 2.肺部感染 3.陈旧性肺结核 4.心脏射频消融术后 5.冠状动脉支架植入后状态 6.2型糖尿病。入院后完善相关检查，给予止血、抗心律失常、降糖、保肝、调脂等治疗，患者于2024年10月6日自动出院。2025年2月23日患者因“右肺肿物放化疗后30年，间断咳痰带血1月余”入 [REDACTED] 院东院肿瘤科，初步诊断：1.右肺占位 2.左心房肿物 3.冠心病 血管支架植入术后状态 4.2型糖尿病 5.慢性阻塞性肺疾病稳定期 6.心房颤动射频消融术后 7.前列腺增生 8.陈旧性肺结核。入院后完善相关检查，于2025年2月25日行CT引导下右肺占位穿刺活检术，快速病理暂未查到肿瘤，患者于2025年2月26日出院。2025年3月5日患者因“确诊右肺腺鳞癌6天”入住山东第一医科大学附属肿瘤医院胸部放疗四病区日间病房，初步诊断：1.右肺癌(腺鳞癌 cT4N2M0 III期) 2.(右肺门及纵隔)



淋巴结转移 3.2 型糖尿病 4. 冠状动脉粥样硬化性心脏病(支架置入后) 5. 陈旧性肺结核 6. 心房颤动(射频消融术后) 7. 心功能不全 8. 咯血。入院后给予吸氧、补液、止血等治疗, 2025 年 3 月 5 日夜間患者咳血较前加重, 于 2025 年 3 月 6 日行支气管动脉栓塞术, 当日 22:01 患者出现咳血, 色鲜红, 量约 20mL, 患者 22:15 呈意识丧失状态, 呼之不应, 大动脉搏动消失, 经抢救无效患者死亡, 死亡原因: 循环衰竭。

因患者家属(以下简称“患方”) [REDACTED] [REDACTED] ([REDACTED]), [REDACTED] 山东第一医科大学附属肿瘤医院(以下简称“医方”)治疗的诊疗行为提出异议, 现由济南市槐荫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) [REDACTED] ([REDACTED]) 病案摘要

1、住院病案摘要(病案号: [REDACTED])

第1次住院

入院时间: 2024年9月14日 出院时间: 2024年9月16日

入院情况: 老年男性, 既往糖尿病病史5年余, 口服“格列美脲、拜唐苹”治疗, 自诉血糖控制可; 慢性阻塞性肺疾病20余年, 前列腺增生病史20余年, 欧(口)服药物治疗; 2015年行冠状动脉支架植入术, 自诉有肺结核病史, 现已治愈; 否认手术、外伤史, 预防接种史不详,



自诉对复方新诺明过敏。本次因发作性心慌、胸闷1周余入院。查体：胸廓未见异常，胸骨无压痛，乳房正常对称。呼吸运动未见异常。叩诊清音，呼吸规整，听诊双肺呼吸音清晰，双肺未闻及干、湿性啰音，无胸膜摩擦音。心前区无隆起，心尖搏动未见异常，心浊音界未见异常，心率75次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，无心包摩擦音。辅助检查：我院2024-09-14 动态心电图示：窦性心律；阵发性心房颤动，伴长RR间期；频发房性早搏，有时成对出现，时呈二、三联律，部分伴差传，时有未下传，短阵性房性心动过速；偶发室性早搏；交界性逸搏，并交界性逸搏心率；偶见室性逸搏；部分时段ST-T改变。甲功：游离三碘甲状腺原氨酸FT3 4.72pmol/L；游离甲状腺素FT4 12.48pmol/L；促甲状腺刺激激素0.7156uIU/ml。

入院诊断：1. 阵发性心房颤动 2. 2型糖尿病 3. 冠心病(冠状动脉支架植入后状态) 4. 慢性阻塞性肺病 5. 前列腺增生。

诊疗经过：入院完善相关辅助检查：2024-09-15 血常规：淋巴细胞百分比11.30%↓，中性粒细胞百分比78.60%↑，淋巴细胞绝对值 $0.92 \times 10^9/L$ ↓，单核细胞绝对值 $0.62 \times 10^9/L$ ↑，中性粒细胞绝对值 $6.42 \times 10^9/L$ ↑；糖化血红蛋白(HbA1c)：糖化血红蛋白 A1c 6.10%↑；生化3：葡萄糖 6.13 mmol/L ↑，尿素 2.5 mmol/L ↓，肌酐(酶法) $49.90 \mu\text{mol/L}$ ↓，尿酸 $473.60 \mu\text{mol/L}$ ↑，磷 0.83 mmol/L ↓；肝功3：天门冬氨酸氨基转移酶 50 U/L ↑，丙氨酸氨基转移酶 69 U/L ↑，谷氨酸脱氢酶 8.70 U/L ↑，总蛋白 63.70 g/L ↓；B型钠尿肽前体(PRO-BNP)测定；脑钠肽前体 270.00 pg/ml ↑；心梗三项：超敏肌钙蛋白T 15.70 pg/ml ↑。



2024-09-15 心脏超声:LVEF 57%, 节段性室壁运动不良, 提示左室前壁心肌梗死。2024-09-15 胸部CT平扫: 右肺慢性炎性改变并右肺上叶、中叶粘连性肺不张、膨胀不全、右肺及左下肺支气管扩张, 右侧少量胸腔积液, 请结合临床治疗后复查; 右侧胸膜增厚, 并邻近肋骨骨质毛糙; 双肺小结节灶, 部分为磨玻璃密度, 建议随诊复查; 右肺门饱满, 必要时增强扫描或完善支气管镜检查; 冠状动脉粥样硬化; 冠状动脉支架置入后; 肝内、外胆管结石, 肝内胆管扩张, 胆囊结石, 建议完善腹部检查。2024-09-14 肺静脉左心房CT平扫+增强: 所示右肺门区软组织肿块, 考虑肿瘤性病变可能, 请结合临床进一步检查; 考虑左心房及右肺静脉外压性改变。排除相关禁忌于2024-09-15行射频消融术, 手术过程顺利, 术后安返病房, 现患者一般情况可, 未诉不适, 今日出院。

出院诊断: 1. 阵发性心房颤动 2. 2型糖尿病 3. 冠心病 (1. 冠状动脉支架植入后状态) 4. 慢性阻塞性肺病 5. 前列腺增生 6. 肺占位性病变待查

出院情况: 一般情况可, 未诉不适。

出院医嘱: 1. 注意休息, 避免劳累及情绪激动, 低盐低脂糖尿病饮食, 出院后1个月进食温软易消化食物, 避免辛辣、刺激食物, 家庭监测血压、心率、血糖; 2. 出院后医嘱用药: 普罗帕酮片 (50mg*50片/瓶) 早、中、晚各2片, 服用至术后3个月; 利伐沙班片 (拜瑞妥) (10mg*5片/盒) 早1.5片, 服用至术后3个月; 雷贝拉唑钠肠溶片 (10mg/片) 早1片, 服用至术后1个月; 依折麦布片 (益适纯) (10mg*10



片/盒)晚半片;瑞舒伐他汀钙片(可定)晚1片;格列美脲片(亚莫利)早1.25片;阿卡波糖片(拜唐苹)(50mg*30片/盒)早、中、晚各2片;噻托溴铵粉雾剂(天晴速乐)(18ug*30粒/盒)早1粒吸入;(信必可都保)布地奈德福莫特罗吸入粉雾剂(II)(160ug/4.5ug*60吸/支)早1吸吸入。3.用药期间注意观察口腔及鼻腔粘膜有无出血、皮肤有无瘀斑、小便有无色红、大便有无色黑、乏力、肌痛等症状,如有不适及时就诊;4.患者肺占位性病变,建议定期复查,呼吸内科随诊。5.定期复查血常规、凝血功能、血生化、肝肾功、血脂、大便常规+潜血、心电图、心脏B超等,不适及时就诊;6.出院1月后复查动态心电图,携动态心电图结果于[REDACTED]主任门诊随诊。如有不适,及时就诊。

辅助检查摘要:

2024年9月14日12导联动态心电图结论

- 1 窦性心律 2 阵发性心房颤动,伴长R-R间期
- 3 频发房性早搏,有时成对出现,时呈二、三联律,部分伴差传,时有未下传,短阵性房性心动过速
- 4 偶发室性早搏 5 交界性逸搏,并交界性逸搏心律
- 6 偶见室性逸搏 7 部分时段ST-T改变

2024年9月15日心脏超声提示:阶段性室壁运动不良 提示左室前壁心肌梗死

第2次住院

入院时间: 2025-02-23 出院时间: 2025-02-26

入院情况: 患者老年男性,既往冠心病、糖尿病、慢阻肺等慢性



病病史。因“右肺肿物放化疗后30年，间断咳痰带而1月余”入院。

查体：双侧呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。腹软无压痛及反跳痛，双下肢无水肿。辅助检查：2025-02-17 肺动脉CTA：1、右肺动脉远端较前变细、右上叶分动脉分支较前显影不佳；2、左心房外压征象较前进展伴左心房内充盈缺损较前增大；3、右肺门区跨纵隔肿块较前增大累及左心房；4、纵隔多发肿大淋巴结（部分较前增大）；5、右上叶不张，双肺-支气管慢性炎症-纤维灶，轻度肺气肿CT表现；综上1-4所见，符合右肺门肿瘤侵及右肺动脉远端及左心房CT表现，请结合临床。

2025-02-17 支气管动脉CTA：支气管动脉未见明显扩张，请结合临床；所示右肺门区软组织肿块侵犯右上肺静脉及左房右侧壁并左心房栓子形成，请结合临床进一步检查。2025.02.20 心脏超声示：节段性室壁运动不良，提示左室前壁心肌梗死；提示左房内右肺静脉开口处探及团块回声，大小约 $2.96 \times 2.48\text{cm}$ ，随心动周期轻微摆动。

入院诊断：1. 右肺占位 2. 左心房肿物 3. 冠心病（血管支架植入术后状态） 4. 2型糖尿病 5. 慢性阻塞性肺疾病稳定期 6. 心房颤动射频消融术后 7. 前列腺增生 8. 陈旧性肺结核

诊疗经过：入院后完善检查，男性肿瘤系列：癌胚抗原 20.00ng/ml ↑，糖类抗原125 24.10U/ml ↑，糖类抗原19-9 46.00IU/ml ↑，胃蛋白酶原I 51.10ng/ml ↓。与家属充分沟通后于2025.02.25行CT引导下右肺占位穿刺活检术。2025.02.25快速病理示：（右肺占位穿刺）纤维化伴玻璃样变性组织，少量上皮细胞，肿瘤特征不明显。脱落细胞学示：涂片见少量细胞，成团分布，考虑为癌细胞不能排除。石蜡病理暂未



回。

出院诊断: 1. 右肺占位 2. 左心房肿物 3. 冠心病(血管支架植入术后状态) 4. 2型糖尿病 5. 心房颤动射频消融术后 6. 慢性阻塞性肺疾病稳定期 7. 前列腺增生 8. 陈旧性肺结核

出院情况: 患者无恶心、呕吐。

出院医嘱: 1. 注意休息, 加强营养, 如有胸闷、憋气加重, 及时就诊, 必要时胸部 CT; 2. 保持电话通畅以接受病理结果并制定进一步治疗方案; 3. 带药: 清开灵颗粒 1次1袋 1天3次; 云南白药 1次2粒 1天3次; 不适随诊。

辅助检查摘要:

2025.02.27病理(病理号: [REDACTED]) 2) 诊断: (右肺占位) 纤维化伴玻璃样变性组织中查见分化好的鳞状上皮及部分挤压变形细胞, 后者表达CK7和TTF1, 结合免疫组化结果考虑腺癌伴鳞状分化或腺鳞癌, 活检具有局限性, 请结合临床综合评价。

免疫组化: [REDACTED] 2-1+3): P63(+), P53(+, 野生型), TTF1(+, 部分), CK7(+, 部分), Ki-67(+, 30%)。

2、门(急)诊病历摘要

(1) 2024-08-06 (就诊号: [REDACTED])

主诉: 胸闷、头晕、乏力10天

现病史: 生气后出现, 平躺有症状。

既往史: PCI9年 COPD 病史 右肺放疗30天

药物过敏史: 否认药物或食物过敏史



流行病学史：否认流行病学史

体格检查：BP115/61P86 右肺呼吸音减低，心律齐，心音有力。

辅助检查：无 诊断：冠心病

诊疗计划：1. 常规心脏超声检查+左心功能测定+室壁运动分析
(自动预约) 2. 常规心电图检查(心电图自动分析)。

(2) 2024-08-10 (就诊号：[REDACTED])

主诉：下肢水肿14天

现病史：有时胸闷、家属代诊。

既往史：PCI9年 COPD 病史 右肺放疗30天

药物过敏史：否认药物或食物过敏史

流行病学史：否认流行病学史

体格检查：BP115/61 P86 右肺呼吸音减低，心律齐，心音有力。

辅助检查：2024-08-10常规心脏超声检查+左心功能测定+室壁运动分析(自动预约) 诊断意见：节段性室壁运动不良提示左室前壁心肌梗死，LVEF: 57%，2024-08-06常规心电图检查(心电图自动分析) 诊断意见：正常范围心电图。

诊断：冠心病；下肢水肿

诊疗计划：1. 下肢浅静脉超声 2. 下肢深静脉超声 3. 下肢动脉超声(不含足动脉) 4. 腹部超声(肝胆胰脾肾)(自动约) 5. 甲功4，B型钠尿肽前体(PRO-BNP)测定 据患者家属要求开具。

(3) 2024-09-15 (就诊号：[REDACTED])

主诉：患者未来，家属咨询



现病史：患者未来，家属咨询，

既往史：家属代诉，既往放化疗病史

药物过敏史：否认药物或食物过敏史

流行病学史：有新型冠状病毒感染流行病学史

体格检查：未查

辅助检查：2024-09-15 胸部CT平扫(320排)诊断意见：右肺慢性炎性改变并右肺上叶、中叶粘连性肺不张、膨胀不全、右肺及左下肺支气管扩张，右侧少量胸腔积液，请结合临床治疗后复查；右侧胸膜增厚，并邻近肋骨骨皮质毛糙；双肺小结节灶，部分为磨玻璃密度，建议随诊复查；右肺门饱满，必要时增强扫描或完善支气管镜检查；冠状动脉粥样硬化；冠脉支架置入后；肝内、外胆管结石，肝内胆管扩张，胆囊结石，建议完善腹部检查。2024-09-14肺静脉左心房CT平扫+增强(双源) 诊断意见：所示右肺门区软组织肿块，考虑肿瘤性病变可能，请结合临床进一步检查；考虑左心房及右肺静脉外压性改变。

诊断：肺不张；胸腔积液

诊疗计划：结合患者病史及诊疗经过，对比既往影像资料，呼吸科无特殊处理，建议年度复查随诊。

(4) 2024-10-07 (就诊号：[REDACTED])

主诉：病史同前，仍有咳血，来咨询

现病史：病史同前，仍有咳血，患者房颤，家属述曾经行射频消融治疗，并口服利伐沙班，仍有少量咳血。述抗凝药物已经减量，来咨询。



既往史：无 药物过敏史：否认药物或食物过敏

流行病学史：否认流行病学史 体格检查：无明显啰音

辅助检查：2024-09-15胸部CT平扫(320排)双侧胸廓欠对称，右侧胸廓较对侧稍缩小，气管、纵隔向右侧移位。双肺可见多发斑片状、条片状、絮状高密度灶，边界欠清，右肺下叶较著，右肺上叶、中叶肺组织体积缩小、实变，支气管管壁增厚，可见空气支气管征，右肺及左下肺支气管管腔稍扩张，管壁增厚，右侧邻近胸膜增厚、牵拉，部分见钙化灶，邻近肋骨骨皮质毛糙。双肺散在少许小结节状密度增高灶，部分为磨玻璃密度，直径约为0.2-0.3cm，边界清。双肺多发类圆形透亮区。右肺门饱满。双侧腋窝、纵隔及肺门见多发小淋巴结，双侧胸膜轻度局限性增厚，右侧胸腔内见少量液体密度。冠状动脉走行区见支架影，主动脉壁及冠状动脉走行区见高密度钙化影。扫描范围所及肝脏形态饱满，肝右叶见斑点状钙化影，肝内胆管扩张，肝内胆管、胆总管及胆囊见高密度影。 诊断意见：右肺慢性炎性改变并右肺上叶、中叶粘连性肺不张、膨胀不全、右肺及左下肺支气管扩张，右侧少量胸腔积液，请结合临床治疗后复查；右侧胸膜增厚，并邻近肋骨骨皮质毛糙；双肺小结节灶，部分为磨玻璃密度，建议随诊复查；右肺门饱满，必要时增强扫描或完善支气管镜检查；冠状动脉粥样硬化；冠脉支架置入后；肝内、外胆管结石，肝内胆管扩张，胆囊结石，建议完善腹部检查。

诊断：咯血；肺占位性病变；支气管扩张并感染

诊疗计划：1. 肺动脉CTA(双源) 2. 支气管动脉CTA(双源) 3. (带



量; 35g) 碘海醇注射液 (欧乃派克) (100ml: 35g (I) / 瓶) 100 ml iv 临时检查用药 4. ** (基) 氯化钠注射液 (可立袋) (100ml: 0.9g/袋) 100 ml iv drip 临时检查用药 自述抗凝药物已减量, 咯血量减少, 暂观察, 必要时行血管强化CT进一步明确出血原因。

(5) 2024-10-08 (就诊号: [REDACTED])

主诉: 射频消融术后1周出现咯血

现病史: 射频消融术后1周出现咯血, 现服用利伐沙班减量至10mg qd、云南白药, 咳血量较前减少。

既往史: 射频消融术后1周、右上肺胸膜增厚, 肺容积缩小

药物过敏史: 否认药物或食物过敏史

流行病学史: 有新型冠状病毒感染流行病学史

体格检查: 病人未到

辅助检查: 2024-09-15胸部CT平扫(320排) 诊断意见: 右肺慢性炎性改变并右肺上叶、中叶粘连性肺不张、膨胀不全、右肺及左下肺支气管扩张, 右侧少量胸腔积液, 请结合临床治疗后复查; 右侧胸膜增厚, 并邻近肋骨骨皮质毛糙; 双肺小结节灶, 部分为磨玻璃密度, 建议随诊复查; 右肺门饱满, 必要时增强扫描或完善支气管镜检查; 冠状动脉粥样硬化; 冠脉支架置入后; 肝内、外胆管结石, 肝内胆管扩张, 胆囊结石, 建议完善腹部检查。外院癌胚抗原、细胞角蛋白19片段增高。

诊断: 咯血; 支气管扩张伴感染; 肺结节; 慢性支气管炎。

诊疗计划: 建议对症处理, 抗炎治疗1月后复查胸部CT(增强) 外



院癌胚抗原、细胞角蛋白19片段增高动态观察，3月后复查，必要时纤支镜检查。

(6) 2024-10-09 (就诊号: [REDACTED])

主诉: 射频消融术后咨询

现病史: 射频消融术后咨询

既往史: 射频消融术后1周、右上肺胸膜增厚, 肺容积缩小

药物过敏史: 否认药物或食物过敏史

流行病学史: 有新型冠状病毒感染流行病学史

体格检查: 病人未到

辅助检查: 2024-09-15胸部CT平扫(320排) 诊断意见: 右肺慢性炎性改变并右肺上叶、中叶粘连性肺不张、膨胀不全、右肺及左下肺支气管扩张, 右侧少量胸腔积液, 请结合临床治疗后复查; 右侧胸膜增厚, 并邻近肋骨骨皮质毛糙; 双肺小结节灶, 部分为磨玻璃密度, 建议随诊复查; 右肺门饱满, 必要时增强扫描或完善支气管镜检查; 冠状动脉粥样硬化; 冠脉支架置入后; 肝内、外胆管结石, 肝内胆管扩张, 胆囊结石, 建议完善腹部检查。外院癌胚抗原、细胞角蛋白19片段增高。

诊断: 支气管扩张伴感染; 肺结节。

诊疗计划: 观察, 定期复查。

(7) 2025-02-19 (就诊号: [REDACTED])

主诉: 肺占位

现病史: 肺占位



既往史：心房颤动

药物过敏史：否认药物或食物过敏史

流行病学史：否认流行病学史

体格检查：患者未来

辅助检查：患者未来

诊断：肺占位性病变

诊疗计划：1. 常规心脏超声检查+左心功能测定+室壁运动分析
(自动预约)

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

入院时间：2024年10月3日 出院时间：2024年10月6日

入院情况：痰中带血1周。查体：发育正常，营养中等，慢性病容，表情自如，自主体位，神志清楚，查体合作。胸廓无畸形，胸骨无叩痛。呼吸运动正常，肋间隙正常，语颤无增强、减弱。双肺叩诊清音，呼吸规整。双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音无胸膜摩擦音。2019年07月23日 [REDACTED] 胸部CT：双肺可见多发斑片状、条片状高密度灶，边界欠清，右肺上、中叶较著，右肺上叶肺组织体积缩小，邻近胸膜增厚、牵拉，支气管管壁增厚，可见穿气支气管征，右肺及左下肺支气管管腔稍扩张，管壁增厚。双侧腋窝、纵膈及肺门见多发小淋巴结，双侧胸膜轻度局限性增厚，双侧胸腔内未见明显液体。冠状动脉区见支架影，主动脉壁及冠状动脉走行区见高密度钙化影。肝右叶见斑点状钙化影，肝内胆管扩张，肝内胆管、胆总管及胆囊见斑块状高密度影。



入院诊断: 1. 咯血 2. 肺部感染 3. 肝功能异常 4. 肺结核 复发?
5. 心脏射频消融术后 6. 冠状动脉支架植入后状态 7. 窦性心动过速
8. 2型糖尿病

诊疗经过: 患者入院后积极完善各项相关检查, 血常规示白细胞正常, CRP、ESR均正常, 且3次痰抗酸杆菌涂片: 均阴性, 血CEA高于正常。结核感染T细胞检测(TB-IGRA): 阳性: 心电图示: 1. 窦性心动过速 2. 胸部导联低电压 3. r波上升不良: V2。给予云南白药胶囊以止血, 予普罗帕酮以抗心律失常, 予阿卡波糖、格列美脲以降糖, 予水飞蓟宾、双环醇以保肝, 予瑞舒伐他汀钙片、依折麦布调脂等治疗。患者因个人原因要求今日出院, 尊重患者意愿给予办理自动出院手续。

2024年10月5日 17:12 主任医师查房记录

今日主任医师查房, 患者一般情况可, 仍痰中带血, 色鲜红, 约1-3口, 无明显咳嗽、咳痰, 无发热, 无胸闷、憋喘, 无胸痛、心慌, 无恶心、呕吐, 精神饮食可, 大小便正常。查体: 发育正常, 营养中等, 慢性病容, 表情自如, 自主体位, 神志清楚, 查体合作。胸廓无畸形, 胸骨无叩痛。呼吸运动正常, 肋间隙正常, 语颤无增强、减弱。双肺叩诊清音, 呼吸规整。双肺呼吸音粗, 未闻及干湿啰音无胸膜摩擦音。心率98次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音, 无心包摩擦音。腹平坦, 无压痛、反跳痛, 腹部无包块。肝脏未触及, 脾脏未触及, Murphy氏征阴性, 肾区无叩击痛, 无移动性浊音。肠鸣音正常。辅助检查: 2024-10-03 生化全套: 天门冬氨酸氨基转移酶 48U/L, 丙氨酸氨基转移酶 107U/L, 前白蛋白 164mg/L, 谷氨酸脱氢酶11U/L,



总胆汁酸 $11.80\mu\text{mol/L}$, 肌酐 $51.4\mu\text{mol/L}$, 视黄醇结合蛋白 21.09mg/L , 葡萄糖 7.09mmol/L , 载脂蛋白B 0.71g/L , 总二氧化碳 30.6mmol/L ; 2024-10-03 血常规+超敏C反应蛋白: 中性粒细胞% 82.4%, 淋巴细胞% 8.6%, 淋巴细胞绝对数 $0.71\times 10^9/\text{L}$; 2024-10-03 心肌损伤标志物(急)[鲍山]: 肌红蛋白 $39.51\mu\text{g/L}$, 肌钙蛋白I $0.023\mu\text{g/L}$, 肌酸激酶-MB同工酶质量 4.32ng/mL , N端-B型钠尿肽前体 236.4pg/mL ; 2024-10-03 血沉: 红细胞沉降率 7mm/h ; 2024-10-03 炎症2项(PCT+ IL-6): 降钙素原 $<0.100\text{ng/mL}$, 白细胞介素6 3.88pg/mL ; 2024-10-03 肺肿瘤标志物系列: 癌胚抗原 8.13ng/mL , 细胞角蛋白19片段 7.72ng/mL ; 2024-10-04 结核感染T细胞检测(TB-IGRA): 阳性; 心电图示: 1. 窦性心动过速 2. 胸部导联低电压 3. r波上升不良: V2。2024-10-05 抗酸杆菌检测荧光法1、2、3: 抗酸杆菌阴性(-): 0条/50视野。[REDACTED]

根据患者的症状、体征及各项辅助检查, 同意目前诊断: 1. 咯血 2. 肺部感染 3. 肝功能异常 4. 心脏射频消融术后 5. 冠状动脉支架植入后状态 6. 窦性心动过速 7. 2型糖尿病 8. 肺结核复发 [REDACTED] 指出, 需鉴别诊断: 1、肺静脉狭窄: 是房颤射频消融术后常见的并发症之一, 狭窄程度可从轻度至完全静脉闭塞。射频消融的热损伤可能导致肺静脉血管壁瘢痕形成及肺静脉收缩, 引起肺静脉压增高、肺静脉血回心受阻, 最终导致咯血。诊断方法包括CT肺血管造影、磁共振血管造影(MRA)、心脏彩超及肺通气/灌注扫描等无创性检查, 确诊的金标准是肺静脉造影。2、肺结核: 肺结核多有全身中毒症状, 如午后低热、乏力、盗汗、体重减轻、失眠、心悸等。查血结核抗体阳性。X线检查



示病灶多在肺尖或锁骨上下，密度不均，消散缓慢，可有空洞或肺内播散。痰中可找到结核菌。3、细菌性肺炎：起病急，有高热、寒战、咳嗽、咳脓痰，血象示白细胞及中性粒细胞总数升高，X线示病变常局限于一叶，痰培养可找致病菌，抗生素治疗有效。

分析指出：患者无发热，无明显咳嗽、咳痰、胸闷等表现，血常规示白细胞正常，CRP、ESR均正常，且3次痰抗酸杆菌涂片：均阴性，无活动性肺结核表现，考虑肺结核复发的可能性不大。但患者既往患肺结核，现咯血，且胸部CT示肺部病变，不完全排除结核复发的可能，如咯血停止，可行气管镜检查以留取化验送检以协助诊疗。张主任指出：患者半月前因房颤行射频消融术，目前应用抗凝药物，另外肺静脉狭窄是房颤射频消融术后常见的并发症之一，考虑咯血与肺静脉狭窄的可能性大。建议行肺血管造影等相关检查以明确病因。同时指出，患者血CEA高于正常，建议行胸部增强CT或PET-CT或肿瘤科就诊，家属拒绝行胸部增强CT。指出：治疗暂同前，家属咨询心血管科后，嘱其利伐沙班改为10mg qd po。同时反复与患者及家属积极沟通病情，表示知晓。患者因个人原因要求明日出院，嘱其尊重患者意愿给予办理自动出院手续。

出院诊断：1. 咯血 2. 肺部感染 3. 肝功能异常 4. 心脏射频消融术后 5. 冠状动脉支架植入后状态 6. 窦性心动过速 7. 2型糖尿病 8. 肺结核 复发？

出院情况：患者一般情况可，仍痰中带血，色鲜红，约1-3口，无明显咳嗽、咳痰，无发热，无胸闷、憋喘，无胸痛、心慌，无恶心、



呕吐，精神饮食可，大小便正常。查体：发育正常，营养中等，慢性病容，表情自如，自主体位，神志清楚，查体合作。胸廓无畸形，胸骨无叩痛。呼吸运动正常，肋间隙正常，语颤无增强、减弱。双肺叩诊清音，呼吸规整。双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音无胸膜摩擦音。

出院医嘱：1、注意休息，避免熬夜、劳累。2、咯血可能与射频消融术有关，建议行胸部增强CT或肺血管造影等相关检查，以进一步查找咯血的原因。3、不完全排除肺结核复发的可能，如咯血停止，必要时行气管镜检查留取化验送检以协助诊疗。4、血CEA高于正常，建议就诊肿瘤科。5、继续服用止血、保肝、调脂等药物。6、肺部病变，我科或呼吸科随诊。7、如有不适，及时就诊。

(三) () 病案摘要 (病案号:)

入院时间：2025-03-05 09:24 死亡时间：2025-03-06 23:58

入院情况：患者因“确诊右肺腺鳞癌6天”入院，患者诉胸闷不适，间断咳血，量少。

入院诊断：1. 右肺癌(腺鳞癌cT4N2M0 III期) 2. (右肺门及纵隔)淋巴结转移 3. 2型糖尿病 23 4. 冠状动脉粥样硬化性心脏病(支架置入后) 5. 陈旧性肺结核 6. 心房颤动(射频消融术后) 7. 心功能不全 8. 咯血

诊疗经过：入院后给予吸氧缓解胸闷，针对患者合并多种基础病，嘱继续服用相关药物。经过MDT会诊，考虑患者病情，建议完善基因检测，如有敏感突变行靶向治疗，无敏感突变行化疗+免疫治疗适时局



部放疗。2025-3-5日夜间患者咳血较前加重，给予药物止血治疗效果欠佳。2025-3-6 8时与患者家属沟通，建议行支气管动脉栓塞术；告知风险及相关费用，家属同意行栓塞术治疗。2025-3-6 17:40左右患者行支气管动脉栓塞术后安返病房。给予营养支持治疗及相关护理。患者于22:01出血咳血，色鲜红，量约20ml，口中咳出，神志尚清，立即给予患者止血、心电监测、吸氧、合血、扩容等对症处理，并监测出血状态，同时给予吸痰管防止出血堵住口鼻及气管、防止气道阻塞等措施。患者 22:15 呈昏迷状态、呼之不应，大动脉搏动消失，立即给予患者心外按压、血管活性药物维持血压、球囊按压给氧。麻醉科给予气管插管，继续给予心外按压、药物维持血压、球囊按压给氧等措施，重症监护室评估患者已无转科指征。继续给予心外按压、药物维持血压、球囊按压给氧等措施至23:55患者家属决定放弃抢救。心电图示心电停止，临床死亡。抢救结束时间23:55。

死亡原因：循环衰竭

死亡诊断：1.右肺癌（腺鳞癌cT4N2M0 III期）2.咯血 3.（右肺门及纵隔）淋巴结转移 4.2型糖尿病 5.冠状动脉粥样硬化性心脏病（支架置入后）6.陈旧性肺结核 7.心房颤动（射频消融术后）8.心功能不全

2025-03-07 11:10 死亡病例讨论结论记录

2025-03-07 11:05, 在科主任[REDACTED]主任医师主持下，全科进行了死亡病例讨论，讨论的结论为该患者有如下特点患者老年男性，入院后给予吸氧缓解胸闷，针对患者合并多种基础病，嘱继续服用相关



药物。因咳血较前加重,给予药物止血治疗效果欠佳后行支气管动脉栓塞术后安返病房,后患者突发咯血,呼之不应,立即抢救处理,后心电图示心电停止,死亡。死亡原因肺恶性肿瘤咯血:死亡诊断:1.右肺癌(腺鳞癌cT4N2M0 III期);2.咯血;3.(右肺门及纵隔)淋巴结转移;4.2型糖尿病;5.冠状动脉粥样硬化性心脏病(支架置入后);6.陈旧性肺结核;7.心房颤动(射频消融术后);8.心功能不全。

辅助检查:

2025-02-17 肺动脉CTA:右肺动脉远端较前变细、右上叶分动脉分支较前显影不佳;左心房外压征象较前进展伴左心房内充盈缺损较前增大;右肺门区跨纵隔肿块较前增大累及左心房;纵隔多发肿大淋巴结,部分较前增大;右肺上叶不张,双肺慢性支气管炎;符合右肺门肿瘤侵及右肺动脉远端及左心房表现。[REDACTED]完。

2025-02-27 病理:(右肺占位)结合免疫组化考虑腺癌伴鳞状分化或腺鳞癌。免疫组化:P63(+),P53(+),TTF-1(+),CK7(+),Ki-67(+,30%)。[REDACTED]

2025-03-03 PET/CT:1.右肺门区软组织肿块,考虑右肺中心型肺癌伴远端阻塞性肺不张并右肺门及纵隔淋巴结转移,建议结合病理检查。2.右颞蛛网膜囊肿。3.双肺炎症及纤维灶、右肺下叶支气管扩张。4.右胸膜肥厚并右侧胸腔少量积液。5.冠状动脉钙化、冠状动脉支架植入术后。6.肝内外胆管结石、胆囊结石。7.前列腺增生伴钙化。本院。

(四) 2025-03-06 [REDACTED] (山东省肿



瘤医院)居民死亡医学证明(推断)书,死亡原因:右肺癌。

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》、《临床技术操作规范》、《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,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9月19日鉴定人在本中心召开医患各方、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,医患各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,医患各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:

患方意见:



1、山东第[]院[]院): (1) 未见立即安排呼吸科或肿瘤科会诊、支气管镜检查或住院进一步确诊计划, 延误了对肺占位的诊断时机; (2) 肺部肿瘤延迟诊断处理, 直接导致病情在随后数月显著进展, 根据后续检查, 肿瘤已侵犯左心房并形成附壁血栓。这种进展增加了治疗难度和风险。

2、[]: (1) []医生曾与患者及家属沟通病情, 提出进一步检查建议, 但医院有责任充分告知早退院可能带来的风险。病程记录中有关于自动出院风险的告知条款; (2) 院方对咯血的积极干预程度不足。

3、[]: (1) 对大咯血的处理不够及时果断; (2) 医院应安排患者术后进入 ICU 观察, 以便一旦再出血可立即器官插管、重复栓塞或紧急外科干预。然而患者术后留在普通病房, 直到呼吸心跳停止时 ICU 会诊亦认为“已无转科指征”(显示患者已无法转送); (3) 在支气管动脉栓塞术后也未请胸外科等会诊评估。

医方意见:

1、[] ([]): 我院专家已经反复多次建议完善相关检查, 包括支气管动脉、肺动脉强化 CT、胸部强化 CT 检查, 我院已经进行了告知义务, 但患者并未进行相应的检查。患者[]在我院住院及门诊就诊期间, 我院诊疗行为符合诊疗常规和规范, 尽到了符合当前诊疗水平的诊疗义务, 对患者尽到了告知义务, 因此在我院所进行的医疗行为与患者损害后果间不存在因果关系。



我们应用利伐沙班抗凝符合指南推荐和疾病诊疗规范，不存在过错。术后 3 个月余于我院门诊复诊未再诉出血。患者[REDACTED]咯血临床死亡时已停用抗凝药 3 个多月，咯血和原发肺部肿瘤、支气管扩张病情等进展相关，和在我院的抗凝药治疗之间没有因果关系。

2、[REDACTED]患者[REDACTED]男，71 岁，因“痰中带血 1 周”，为排除结核复发，于 2024 年 10 月 3 日入我院结核五科，10 月 6 日出院。既往史：1994 年曾诊为肺癌；2019 年诊为肺结核：冠状动脉支架置入术后 9 年余，糖尿病病史 5 年余，房颤射频消融术后半月余。

患者因房颤于外院行射频消融术，术后抗凝治疗，出现痰中带血 1 周，因既往有肺结核病史，为排除结核复发，收入我院结核五科，入院后给予止血及对症治疗。行相关检查：查 3 次痰抗酸杆菌涂片：均阴性，痰 X-Pert：阴性，血常规示白细胞、CRP、ESR 均正常，无发热、盗汗、消瘦等活动性肺结核临床表现，基本排除结核复发，但患者咯血，有结核病史，不能完全排除，建议病情稳定后行气管镜检查。

同时多次建议行胸部增强 CT、PET-CT、气管镜检查、肺血管造影（详见病程记录、出院指导），家属拒绝行胸部增强 CT、气管镜检查。患者 3 天自动出院，入院后给予对症治疗，完善相关检查后，基本排除结核复发，患者自行要求出院，前往上级医院诊疗，尊重患方意愿给予办理出院。患者血 CEA 升高，提示肿瘤可能，已嘱其肿瘤科就诊及完善进一步检查，已达到告知义务。患者死亡与本次诊疗无任何因果关系。



3、[REDACTED] 患者老年男性，合并多种基础病，右肺癌（腺鳞癌 cT4N2M0 III期）、右肺门及纵膈淋巴转移，咳血、胸闷憋气，入院后咳血加重，存在大出血窒息死亡风险，经介入栓塞止血后患者再次咯血导致死亡，死亡原因系肺恶性肿瘤导致的血管破裂咳血，死亡是自身疾病的自然转归，与我院的诊疗行为之间无因果关系。

（四）阅片所见

2024年9月14日[REDACTED]医院胸部CT平扫(检查[REDACTED]76): 右肺门较大密度结节，形态不规则，直径约2.3cm，压迫侵犯右肺上叶中叶支气管、压迫上腔静脉及右肺动脉，右肺上叶及中叶肺不张。考虑右肺门恶性占位性病变可能性较大，建议CT增强或PET/CT进一步检查，以明确诊断。

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] [REDACTED]

（1）2024年9月14日患者因“因发作性心慌、胸闷1周余”入住[REDACTED]（[REDACTED]）东院心内科，医方依据患者的主诉、现病史、既往史、体格及辅助检查等结果，初步诊断为：“1.阵发性心房颤动 2.2型糖尿病 3.冠心病（冠状动脉支架植入后状态） 4.慢性阻塞性肺病 5.前列腺增生”成立。



(2)住院期间患者家属于2024年9月15日在医方东院呼吸与危重症门诊咨询2024年9月14日肺动脉左心房CT平扫+增强诊断意见:所示右肺门区软组织肿块,考虑肿瘤性病变可能,请结合临床进一步检查;考虑左心房与右肺静脉外压性改变。2024-09-15胸部CT平扫诊断意见:右肺慢性炎性改变并右肺上叶、中叶粘连性肺不张、膨胀不全、右肺及左下肺支气管扩张,右侧少量胸腔积液,请结合临床治疗后复查;右侧胸膜增厚,并邻近肋骨骨皮质毛糙;双肺小结节灶,部分为磨玻璃密度,建议随诊复查;右肺门饱满,必要时增强扫描或完善支气管镜检查;冠状动脉粥样硬化;冠脉支架置入后;肝内、外胆管结石,肝内胆管扩张,胆囊结石,建议完善腹部检查。结合阅片意见(2024年9月14日 检查号 [REDACTED] 6):右肺门较大密度结节,形态不规则,直径约2.3cm,压迫侵犯右肺上叶中叶支气管、压迫上腔静脉及右肺动脉,右肺上叶及中叶肺不张。考虑右肺门恶性占位性病变可能性较大,建议CT增强或PET/CT进一步检查,以明确诊断。分析认为:根据上述影像检查结果,医方应向患者家属建议胸部增强CT、支气管镜检查或PET/CT进一步检查(如家属拒绝则应向家属告知拒绝检查的相关风险并取得家属知情签字),医方未尽到前款义务,以致错失明确肺部肿瘤诊断和治疗的机会,从一定程度上减少了患者的生存期,存在过错。

(3)2025年2月23日患者因“右肺肿物放化疗后30年,间断咳痰带血1月余”入住医方东院肿瘤科,医方依据患者的主诉、现病史、既往史、体格及辅助检查等结果,初步诊断为:“1.右肺占位 2.



左心房肿物 3. 冠心病(血管支架植入术后状态) 4. 2 型糖尿病 5. 慢性阻塞性肺疾病稳定期 6. 心房颤动射频消融术后 7. 前列腺增生”成立，入院后完善检查，于 2025 年 2 月 25 日行 CT 引导下右肺占位穿刺活检术，具备手术指征，术前已履行胸腔穿刺术知情同意告知并取得患者家属明确知情同意签字。分析认为：诊疗过程符合诊疗常规，不存在医疗过错行为。

2、

(1) 2024 年 10 月 3 日患者因“痰中带血 1 周”入院，医方依据患者的主诉、现病史、既往史、体格及外院辅助检查等结果，初步诊断为：“1. 咯血 2. 肺部感染 3. 肝功能异常 4. 肺结核 复发？ 5. 心脏射频消融术后 6. 冠状动脉支架植入后状态 7. 窦性心动过速 8. 2 型糖尿病”成立。

(2) 据出院记录诊疗经过记载：患者入院后积极完善各项相关检查，血常规示白细胞正常，CRP、ESR 均正常，且 3 次痰抗酸杆菌涂片：均阴性，血 CEA 高于正常。结核感染 T 细胞检测 (TB-IGRA)：阳性；心电图示：1. 窦性心动过速 2. 胸部导联低电压 3. r 波上升不良：V2。给予云南白药胶囊以止血，予普罗帕酮以抗心律失常，予阿卡波糖、格列美脲以降糖，予水飞蓟宾、双环醇以保肝，予瑞舒伐他汀钙片、依折麦布调脂等治疗。患者因个人原因要求出院，尊重患者意愿给予办理自动出院手续。患者于 2024 年 10 月 6 日出院，出院医嘱建议行胸部增强 CT 或肺血管造影等相关检查，以进一步查找咯血的原因。

依据《临床诊疗指南-急诊医学分册》第五章 呼吸系统急危重病



第一节 咯血【临床表现】指出的“2.临床上常见的咯血病因有支气管扩张、肺结核、肺癌和肺炎等”；《临床诊疗指南-呼吸病学分册》第三十章 咯血【实验室检查及其他特殊检查】指出的“3.痰检查 痰找抗酸杆菌、瘤细胞、肺吸虫卵、真菌等，痰培养”。

分析认为：①患者入院后行血常规、CRP、ESR，3次痰抗酸杆菌涂片均阴性，血CEA高于正常，但未行痰找瘤细胞检查，存在过错；②住院期间未邀请肿瘤科会诊，延误患者的诊断和治疗，存在过错；③2024-10-05 17:12主任医师查房记录记载：建议行胸部增强CT或PET-CT 或肿瘤科就诊，家属拒绝行胸部增强CT。但未见家属明确知情同意签字，且未告知拒绝检查或肿瘤科就诊存在的相关风险，未尽到充分告知义务，存在过错。

3、

(1) 2025年3月5日患者因“确诊右肺腺鳞癌6天”入住。医方依据患者的主诉、现病史、既往史、体格及外院辅助检查等结果，初步诊断为：“1.右肺癌(腺鳞癌cT4N2M0 III期) 2.(右肺门及纵隔)淋巴结转移 3.2型糖尿病 23 4.冠状动脉粥样硬化性心脏病(支架置入后) 5.陈旧性肺结核 6.心房颤动(射频消融术后) 7.心功能不全 8.咯血”成立。

(2) 入院后给予吸氧缓解胸闷，针对患者合并多种基础病，嘱继续服用相关药物。经过MDT会诊，考虑患者病情，建议完善基因检测，如有敏感突变行靶向治疗，无敏感突变行化疗+免疫治疗适时局部放疗，符合诊疗常规。



(3) 2025年3月5日夜间患者咳血较前加重, 给予药物止血治疗效果欠佳。经与患者家属沟通, 建议行支气管动脉栓塞术; 告知风险及相关费用, 家属同意行栓塞术治疗。2025年3月6日17:40左右患者行支气管动脉栓塞术后安返病房。给予营养支持治疗及相关护理。患者于2025年3月6日22:01出血咳血, 色鲜红, 量约20ml, 口中咳出, 神志尚清, 立即给予患者止血、心电监测、吸氧、合血、扩容等对症处理, 并监测出血状态, 同时给予吸痰管防止出血堵住口鼻及气管、防止气道阻塞等措施。患者22:15呈昏迷状态、呼之不应, 大动脉搏动消失, 立即给予患者心外按压、血管活性药物维持血压、球囊按压给氧。麻醉科给予气管插管, 继续给予心外按压、药物维持血压、球囊按压给氧等措施, 重症监护室评估患者已无转科指征。继续给予心外按压、药物维持血压、球囊按压给氧等措施, 至23:55患者家属决定放弃抢救, 心电图示心电停止, 临床死亡, 死亡原因: 循环衰竭。死亡病例讨论结论记录记载: 死亡原因肺恶性肿瘤咯血。

综合上述诊疗过程, 分析认为医方存在以下医疗过错: ①2025年3月5日夜间患者咳血较前加重, 给予药物止血治疗效果欠佳后未邀请相关科室(呼吸内科等)会诊; ②(DSA)引导下支气管动脉栓塞术风险告知书中缺乏替代医疗方案(支气管镜检查和治疗)告知, 未尽到充分告知义务; ③诊疗过程中未行血常规检查, 不利评估患者的咯血量; ④2025年3月6日22:20麻醉科、重症监护室《会诊记录》中简要病例及会诊目的: 患者肺癌大咯血, 与2025年3月6日23:59《抢救记录》中记载的咯血量约20ml, 存在不一致。



（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

依据鉴定材料记载，被鉴定人[REDACTED]因“发作性心慌、胸闷1周余”于2024年9月14日入[REDACTED]，9月15日行射频消融术，9月16日出院，出院诊断：阵发性心房颤动，2型糖尿病，冠心病 冠状动脉支架植入后状态，慢性阻塞性肺病，前列腺增生，肺占位性病变待查。2024年10月3日患者因“痰中带血1周”入[REDACTED]，入院后完善相关检查，给予止血、抗心律失常、降糖、保肝、调脂等治疗，10月6日自动出院。2025年2月23日患者因“右肺肿物放化疗后30年，间断咳痰带血1月余”入[REDACTED]东院肿瘤科，2月25日行CT引导下右肺占位穿刺活检术，快速病理暂未查到肿瘤，2月26日出院。2025年3月5日患者因“确诊右肺腺鳞癌6天”入[REDACTED]院，初步诊断：右肺癌（腺鳞癌 cT4N2M0 III期），（右肺门及纵隔）淋巴结转移，2型糖尿病，冠状动脉粥样硬化性心脏病（支架置入后），陈旧性肺结核，心房颤动（射频消融术后），心功能不全，咯血，入院后给予吸氧、补液、止血等治疗，2025年03月05日夜间接被鉴定人咳血较前加重，给予药物止血治疗效果欠佳。2025年03月06日17:40行支气管动脉栓塞术，22:01出现咳血，色鲜红，量约20ml，口中咳出，神志尚清，立即给予患者止血、心电监测、吸氧、合血、扩容等对症处理，并监测出血状态，同时给予吸痰管防止出血堵住口鼻及气管、防止气道阻塞等措施。患者22:15呈昏迷状态、呼之不应，大动脉搏动消失，23:55



被鉴定人经抢救无效死亡。综上，分析被鉴定人死亡原因为：因咯血气管中有血液未完全排出致呼吸道受阻，引起血氧降低，导致被鉴定人神志模糊直至深昏迷，最终引起机械性窒息死亡的可能性大。

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

被鉴定人[REDACTED]为老年男性患者，患者1994年无明显诱因出现咳痰带血丝，无发热等不适，就诊于当地医院行胸部CT提示“右肺中央型肿物”（患者自诉，未见胶片及报告），行支气管镜检查考虑“右肺癌”，但病理未查到癌细胞（患者自诉，未见报告），后行局部放疗（具体不详），自诉行全身化疗（具体不详），因胃肠道反应大停用。既往有慢性阻塞性肺疾病、陈旧性肺结核、冠心病（冠状动脉支架植入术后状态）、糖尿病病史。依据2024年9月14日阅片所见：右肺门结节，形态不规则，直径约2.3cm，压迫侵犯右肺上叶中叶支气管，右肺上叶及中叶肺不张。考虑右肺门恶性病变可能性较大。2025年2月27日右肺占位穿刺活检病理：（右肺占位）结合免疫组化考虑腺癌伴鳞状分化或腺鳞癌。免疫组化：P63（+），P53（+），TTF-1（+），CK7（+），Ki-67（+，30%）和2025-03-03 PET/CT示：“右肺门区软组织肿块，考虑右肺中心型肺癌伴远端阻塞性肺不张并右肺门及纵隔淋巴结转移”。分析认为：患者右肺癌诊断明确，分期腺鳞癌cT4N2M0 III期。

患者自身所患疾病的特点及诊疗风险，是其发生损害后果的基础和主要原因。

（1）[REDACTED]（[REDACTED]）

由于[REDACTED]（[REDACTED]）对右



肺占位的关注度不够，诊疗过程中存在的：根据影像检查结果，医方应向患者家属建议胸部增强 CT、支气管镜检查或 PET/CT 进一步检查（如家属拒绝则应向家属告知拒绝检查的相关风险并取得家属知情签字），医方未尽到前款义务，以致错失明确肺部肿瘤诊断和治疗的机会，从一定程度上减少了患者的生存期，医方存在未尽到谨慎注意义务的医疗过错，与被鉴定人死亡后果存在一定因果关系。

（2）

由于 对被鉴定人 诊疗过程中存在的：①患者入院后行血常规、CRP、ESR，3 次痰抗酸杆菌涂片均阴性，血 CEA 高于正常，但未行痰找瘤细胞检查；②住院期间未邀请肿瘤科会诊，延误患者的诊断和治疗；③2024-10-05 17:12 主任医师查房记录记载：建议行胸部增强 CT 或 PET-CT 或肿瘤科就诊，家属拒绝行胸部增强 CT。但未见家属明确知情同意签字，且未告知拒绝检查或肿瘤科就诊存在的相关风险。上述医方存在的未尽到谨慎注意义务和充分告知义务的医疗过错，与被鉴定人死亡后果存在一定因果关系。

（3）

患者以“确诊右肺腺鳞癌 6 天”为主诉入院，入院后咯血诊断明确，医方陈述意见记载：死亡原因系肺恶性肿瘤导致的血管破裂咳血。

由于 对被鉴定人 诊疗过程中存在的：①药物止血治疗效果欠佳后未邀请相关科室（呼吸内科等）会诊；②（DSA）引导下支气管动脉栓塞术风险告知书中缺乏替代



医疗方案告知,影响患方知情和选择;③诊疗过程中未行血常规检查。医方上述未尽到谨慎注意和充分告知义务的医疗过错,与被鉴定人损害后果之间存在一定的因果关系。

综上, [REDACTED] ([REDACTED]), [REDACTED] 和 [REDACTED] 对被鉴定人 [REDACTED] 的诊疗过程存在医疗过错,医疗过错与被鉴定人死亡损害后果之间存在一定的因果关系。

综合分析被鉴定人自身所患疾病特点、自动出院、肺动脉 CTA 和支气管动脉 CTA 检查延迟和拒绝尸检的不利因素、诊疗风险以及医方医疗过错等因素,根据《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097—2021)第 7.3.3 条之规定“损害后果主要是由于患者病情本身的特点、自身健康状况、体质的特殊性或者限于当时医疗水平等因素造成,医疗过错行为仅在损害后果的发生或进展过程中起到了促进或加重作用,即使没有发生医疗过错,损害后果仍然有较大的可能会发生。”。建议 [REDACTED]

[REDACTED] ([REDACTED]), [REDACTED] 和 [REDACTED] 的医疗过错共同承担原因力大小为次要原因(建议共同参与度 16-44%); [REDACTED] ([REDACTED]) 承担其中主要原因(建议参与度 70%); [REDACTED] 和 [REDACTED] 承担其中次要原因(建议参与度分别为 15%)。

六、鉴定意见

山东第 [REDACTED] 院 [REDACTED] ([REDACTED]), 山东



省[]和山东第一[]对被鉴定人[]的诊疗过程存在医疗过错，医疗过错与被鉴定人死亡损害后果之间存在一定的因果关系，建议[]（[]）、[]和[][]医疗过错的共同承担原因力大小为次要原因（建议共同参与度 16-44%）：山东第一[]（山东省[]）承担其中主要原因（建议参与度 70%）；[]和[]承担其中次要原因（建议参与度分别为 15%）。

七、附件

[]
[]

3. 许可证复印件 2 页。

司法鉴定人：[]

2/3/2025

司法鉴定人：[]

司法鉴定人：赵

二〇二五年十一月二十

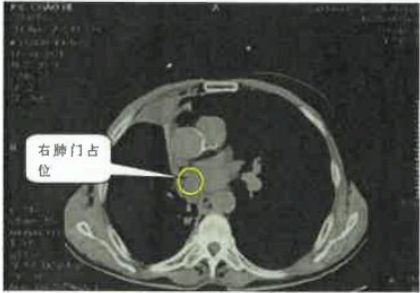
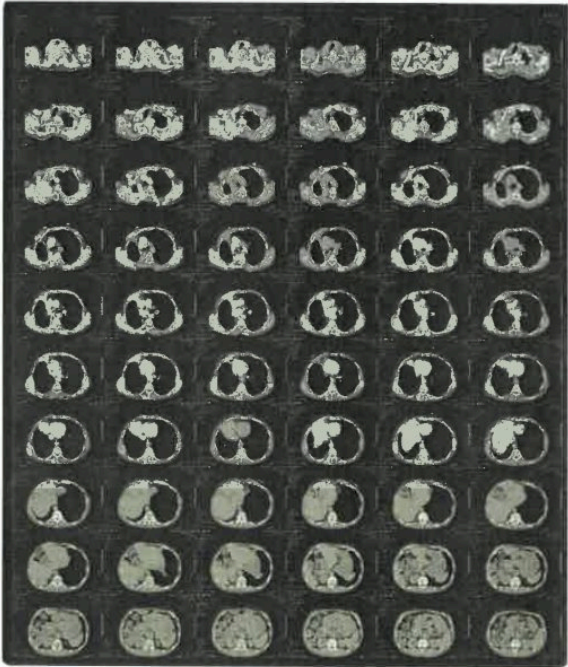
司法鉴定专用章

注：鉴定人[]仅对鉴定中临床专业事项进行分析和鉴定，不参与涉及死亡原因等法医病理专业事项的分析和评判。





检验图表



的影像资料

的影像资料

