

云票二维码交付



微信扫码，获取发票



开票时间

2025-11-20 10:30:21

发票类型

数电票（普通发票）



价税合计(元)

22000.00

复制链接

保存图片

打印

[Redacted]

司法鉴定意见书



司法鉴定机构许可证号：

[Redacted]

[Redacted]

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

一、基本情况

委托单位:济南市历下区人民法院

鉴定事项:山东大学齐鲁医院对[]的医疗行为是否存在过错,如果存在过错,诊疗行为与[]死亡的损害后果之间是否存在因果关系,原因力大小。

鉴定材料:居民死亡医学证明(推断)书复印件;[]住院病案复印件;影像片 10 张。

受理日期:2025 年 10 月 22 日

鉴定日期:2025 年 10 月 22 日

鉴定地点:[]

参会人员:患方代表 2 人,医方代表 3 人,鉴定人 3 人。

被鉴定人:[]男,1[]出生,已死亡。

二、基本案情

2025 年 3 月 24 日被鉴定人因“活动后胸闷憋喘 2 年余,加重 1 月”入医方。诊断:心脏瓣膜病 主动脉瓣狭窄;心功能不全。3 月 28 日在全麻下行“主动脉根部扩大伴主动脉瓣置换术”,术中因止血多次阻断循环,术后第一天经救治无效临床死亡。现被鉴定人家属认为医方在诊疗过程中存在过错,诉至法院。

三、资料摘要

[]住院病案(病案号:[])摘抄:

入、出院日期:2025 年 03 月 24 日至 2025 年 03 月 29 日

主诉:活动后胸闷憋喘 2 年余,加重 1 月。

现病史:患者 2 年前活动后出现胸闷憋喘,休息后缓解,伴有头晕,



无胸痛及肩背部疼痛，无咳嗽、咳痰，恶心、呕吐，1个月前症状加重，行心脏彩超检查，结果示：“主动脉瓣狭窄”，建议行手术治疗。现患者为求进一步诊疗，就诊于我科，门诊以“心脏瓣膜病”收入院，患者自发病以来，饮食睡眠可，大小便无异常，体重无明显增减。

体格检查：T36.5℃，P99次/分，R18次/分，BP126/79mmHg。

专科情况：心前区无隆起，心尖搏动无异常。心前区未触及震颤，无心包摩擦感。心率99次/分，节律齐，主动脉瓣听诊区可闻及收缩期杂音，无心包摩擦音……

辅助检查：2025-03-20 心脏彩超：主动脉瓣病变；主动脉瓣狭窄（重度）[REDACTED]。

初步诊断：1. 心脏瓣膜病 主动脉瓣狭窄；2. 心功能不全。

2025-03-24 20:46 首次病程记录

诊疗计划：1. 予心外科护理常规，二级护理，普通饮食。2. 行三大常规、入院系列、超声心动图等相关实验室及辅助检查，明确目前病情。3. 暂予利尿营养心肌及对症支持治疗。4. 择期手术治疗。

2025-03-27 09:55 主任医师查房记录

……分析患者主动脉瓣狭窄诊断明确，术前检查已完善，有手术指征，无绝对手术禁忌。详细告知患者及家属目前病情，患者及家属表示理解，患者需手术治疗，患者手术风险性大，详细告知目前病情，患者及家属知情同意，坚持手术治疗意愿，签字同意后明日手术治疗。合血备血。

2025年03月28日14时15分 手术记录：

手术名称：主动脉根部扩大伴主动脉瓣置换术；麻醉方式：全麻

手术经过、术中出现的情况及处理：常规消毒铺巾，取正中切口依次开胸，纵切心包悬吊。心外探查：心脏稍增大，心肌肥厚，顺应性差，



升主动脉根部偏小，肺动脉压力轻度增高。常规肝素化，建立体外循环，血流降温，阻断循环，斜形切开升主动脉前壁，冠状动脉直接顺灌冷 HTK 停搏液至心脏静止，探查主动脉壁韧性较差，质脆，主动脉瓣为二叶瓣畸形，瓣叶增厚、钙化严重，导致瓣膜重度狭窄合并轻度关闭不全，成形困难，剪除病变瓣叶，主动脉根部及瓣环偏小，23mm 生物瓣测瓣器无法通过，建议改为 21mm 机械瓣，将术中探查情况告知家属，家属签字同意行机械瓣置换术，遂间断 15 针缝合置换 21 号圣犹达机械瓣（环上瓣），试启闭良好。缝合心脏各切口，开放循环后心脏室颤，电击（30WS）恢复心跳。探查缝合切口出血，给予滑线带牛心包垫片加固缝合效果差，重新阻断循环，将升主动脉切口外加涤纶毡片严密缝合，再次开放循环后，探查切口无明显出血，但切口与右房室沟之间活动性出血，遂再次阻断循环，行主动脉瓣环扩大修补加右房分流术，开放循环后心脏自动恢复心跳，充分复温、还氧债、排气，停机顺利。鱼精蛋白中和肝素，仔细止血，见创面广泛渗血，给予明胶海绵加止血纱填塞、止血粉喷涂，效果满意，放置心室外膜临时起搏及心包、纵隔引流管，依次关胸，手术顺利。术中红细胞 6 单位，无不良反应。术中发现胸骨骨质疏松明显，遂放置两枚西脉胸骨环抱器固定胸骨，效果满意。

术后注意监测心率血压等生命体征，保持循环功能稳定，复查血生化，谨防电解质紊乱及酸碱失衡。将术中及术后情况及时告知家属，家属表示理解知情。

2025-03-29 05:54 输血记录

患者 AVR 术后，手术时间长，术中失血多，术后引流偏多，为减少引流控制出血及纠正贫血，给予患者 O 型 RH+ 病毒灭活血浆 330ml、去白悬浮红细胞 2u 输注，输血过程顺利，输血中及输血后患者无发热、畏寒、黄疸、皮疹等不良反应发生，现已输注完毕，患者病情危重，血管活性



药物泵入维持血压。

2025-03-29 06:04 术后首次病程记录

术后注意维持循环及内环境稳定，适当应用止血药物密切观察及时处理。术中情况告知患者家属，家属知情理解。

2025-03-29 13:52 主任医师查房记录

患者主动脉根部扩大伴主动脉瓣置换术后，未醒，呼之无反应，目前镇静镇痛状态，瞳孔不等大，左侧直径约 3mm，右侧直径约 2.5mm，对光反射存在。气管插管接呼吸机辅助通气……患者大剂量血管活性药物维持，血压波动仍较大，外出检查风险极高暂不外出行颅脑 CT 检查，告知患者家属病情及当前治疗计划，家属表示理解；继续营养心肌、稳定循环、改善各脏器灌注，维持血流动力学平稳……

2025-03-29 18:14 抢救记录

患者 15:20 开始出现血压下降，收缩压最低至 60-70mmHg，增加多巴胺肾上腺素剂量，加用去甲肾上腺素维持泵入，患者心律呈起搏心律，心率 97 次/分，血压仍无法维持，间断予以肾上腺素、去甲肾上腺素、异丙肾上腺素静脉注射，患者双侧瞳孔不等大，左侧直径约 6mm，右侧直径约 5mm，对光反射消失，继续冰帽护脑。急查动脉血气提示严重代酸，乳酸水平持续上升。电话告知主任、主任医师、主治医师及张医师病人当前病情，主任医师建议 IABP 及 ECMO 辅助治疗。告知患者家属(患者儿子、女儿及其他亲属数人)病情，患者目前循环衰竭，大剂量血管活性药物无法维持血压，但患者目前双侧瞳孔散大固定，不可逆性脑损伤可能性大，后续发生脑死亡风险极高，家属要求商议后再决定是否行 IABP 及 ECMO。与患者家属谈话期间，患者多次出现血压下降，予以适当补液、静脉滴注碳酸氢钠，同时持续胸外心脏按压并静脉注射三肾，患者血压仍无回升，告知患者家属目前患者无 IABP 及 ECMO 置入指征，且



预后极差。

患者于 16:35 出现血压降至 46/30mmHg，大动脉搏动未触及。患者当前为气管插管状态。于 16:35 给予人工胸外按压。于 16:35 给予肾上腺素 1mg 静推，另先后给予去甲肾上腺素、异丙肾上腺素各一支静脉注射，血压无回升，多次给予肾上腺素静脉注射。抢救过程中患者家属（患者儿子、女儿、妻子及其他亲属数人）在心外监护室外等候。向患者家属讲明患者病情，其表示理解。患者最终未恢复自主循环，于 17:17 孔散大固定，对光反射消失，大动脉搏动消失，心电图示直线，宣告临床死亡，家属对抢救过程无异议，要求尸体解剖，并签署尸体解剖告知书。

死亡时间:2025 年 03 月 29 日 17 点 17 分

死亡原因:循环衰竭。

死亡诊断:1. 心脏瓣膜病 主动脉瓣狭窄 主动脉根部扩大的主动脉瓣置换术后 心功能衰竭 2. 心脏骤停 心肺脑复苏后 3. 休克 心源性休克 神经源性休克 4. 代谢性酸中毒 5. 凝血功能紊乱 低纤维蛋白血症 6. 血小板减少 7. 贫血 8. 动脉粥样硬化。

四、检验过程

接受人民法院的委托，根据司法部《司法鉴定程序通则》、《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）等法规进入鉴定程序确定鉴定人，明确鉴定委托事项，依据下列顺序遵守和采用该专业领域的技术标准、技术规范和技术方法：国家标准、行业标准和技术规范等，结合相关法律、法规、临床诊疗护理技术操作规范、指南等对本案进行司法鉴定，并组织召开由医、患双方参加的鉴定听证会，同时参会的有多名相关临床医学专家。双方均充分阐述了自己的观点，现将双方主要观点归纳如下：



患方认为：(一)术后监护与抢救措施存在不足；(二)病情观察和复查不足；(三)术前术后的告知义务存在不足；(四)对心包填塞征兆的处理不当。术后早期循环不稳时，如果医院能够尽早使用主动脉内球囊反搏改善冠脉灌注和左室功能，或启动 ECMO 维持全身循环，则有可能暂时扭转休克，出现不可逆的脑损伤和多器官功能衰竭，这是患者走向死亡的首要直接原因。

医方认为：对患者的诊疗，是按照诊疗常规进行的，并无过错；患者的损害后果，是因治疗原发疾病行手术治疗，出现了可预见但难以完全避免的并发症，属于医疗风险，不应由医疗机构承担责任。

五、分析说明

根据案件相关资料及双方陈述意见，并会同相关临床医学专家，经认真分析讨论，达成一致意见如下：

(一) 关于 [REDACTED] 对被鉴定人诊疗行为的评价：

1、被鉴定人 [REDACTED] 男，时年 60 岁，2025 年 3 月 24 日因“活动后胸闷憋喘 2 年余，加重 1 月”入医方。2 年前活动后出现胸闷憋喘，休息后缓解，伴有头晕，无胸痛及肩背部疼痛，1 个月前症状加重，行心脏彩超检查示：主动脉瓣狭窄，建议手术治疗。入院查体：T36.5℃，P99 次/分，R18 次/分，BP126/79mmHg。心前区无隆起，心尖搏动无异常。心前区未触及震颤，无心包摩擦感。心率 99 次/分，节律齐，主动脉瓣听诊区可闻及收缩期杂音，无心包摩擦音，诊断：心脏瓣膜病 主动脉瓣狭窄；心功能不全。予完善相关检查，给予利尿，营养心肌，积极改善心功能等治疗，拟施手术，向被鉴定人方告知手术方案及相关风险，被鉴定人方同意手术并签字。被鉴定人主动脉瓣重度狭窄诊断明确，有手术指征无明确禁忌症，医方以上诊疗行为符合规范。

2、于 2025 年 3 月 28 日 14:15 在全麻下行“主动脉根部扩大伴主



动脉瓣置换术”，术中探查见：心脏稍增大，心肌肥厚，顺应性差，升主动脉根部偏小，肺动脉压力轻度增高。建立体外循环，探查主动脉壁韧性较差，质脆，主动脉瓣为二叶瓣畸形，瓣叶增厚、钙化严重，导致瓣膜重度狭窄合并轻度关闭不全，成形困难，剪除病变瓣叶，主动脉根部及瓣环偏小，予 23mm 生物瓣测瓣器无法通过，改为 21mm 机械瓣，将术中探查情况告知家属，家属签字同意后行机械瓣置换术，试启闭良好。缝合心脏各切口，开放循环后心脏室颤，电击恢复心跳。探查缝合切口出血，予滑线带牛心包垫片加固缝合效果差，重新阻断循环，将升主动脉切口外加涤纶毡片严密缝合，再次开放循环后，探查切口无明显出血，但切口与右房室沟之间活动性出血，遂再次阻断循环，行主动脉瓣环扩大修补加右房分流术，开放循环后心脏自动恢复心跳，停机顺利，予鱼精蛋白中和肝素、仔细止血等处理。术后医方考虑手术时间长，术中失血多，术后引流偏多，予输血制品等治疗。被鉴定人术中发生主动脉根部及房室沟之间出血，予多次阻断循环止血，造成体外循环长达 11 个小时，与操作不够仔细相关，医方诊疗行为存在过错。

3、3 月 29 日术后第一天 13:52 查房，被鉴定人未醒，呼之无反应，镇静镇痛状态，瞳孔不等大，左侧直径约 3mm，右侧直径约 2.5mm，对光反射存在，气管插管接呼吸机辅助通气，医方考虑不排除脑损伤可能，予大剂量血管活性药物维持，血压波动较大，暂不能外出行颅脑 CT 检查，继续营养心肌、稳定循环、改善各脏器灌注、美罗培南加强抗感染、抑酸、保护胃黏膜等治疗。15:20 被鉴定人开始出现血压下降，收缩压最低至 60-70mmHg，予增加多巴胺肾上腺素剂量，加用去甲肾上腺素持续泵入，血压仍无法维持，间断予以肾上腺素、去甲肾上腺素、异丙肾上腺素静脉注射，双侧瞳孔不等大，左侧直径约 6mm，右侧直径约 5mm，对光反射消失，急查动脉血气提示严重代酸。主任医师建议 IABP 及 ECMO



辅助治疗。告知相关风险，家属要求商议，谈话期间被鉴定人血压继续下降，16:35 大动脉搏动消失，予胸外心脏按压，并静脉注射三肾，心跳血压无回升，于 17:17 抢救无效宣告临床死亡。考虑被鉴定人损害后果与医方手术时间过长存在相关性。

（二）关于 [REDACTED] 医疗行为与被鉴定人损害后果的因果关系分析：

2025 年 3 月 24 日被鉴定人因“活动后胸闷憋喘 2 年余，加重 1 月”入医方。诊断：心脏瓣膜病 主动脉瓣狭窄；心功能不全。3 月 28 日在全麻下行“主动脉根部扩大伴主动脉瓣置换术”，术中为止血多次阻断循环，术后第一天经救治无效临床死亡。根据病历资料分析，考虑被鉴定人因术中出血、体外循环转机时间长导致循环衰竭死亡可能性大。

主动脉瓣狭窄是一种常见的瓣膜病，引起主动脉瓣狭窄的病因可以是先天性或后天性，其主要的病理生理基础是左心室后负荷明显升高，心肌肥厚、心肌缺血和心排量降低。外科治疗的方法是行主动脉瓣置换术，手术危险性和预后主要取决于左心室肥厚程度和左心室的功能。术中切除主动脉瓣叶后，用测瓣器测量瓣环，选择相应大小的人造瓣膜。选用何种人造瓣膜，需依据患者实际情况、瓣口大小、患者年龄以及所能得到的人造瓣膜等。原则上应该选择型号大、中央血流型的人造瓣膜，以增加主动脉瓣口面积，降低左室射血阻力。主动脉切口出血：术中常发生，主要因为缝合主动脉切口时针距不均匀或缝线松弛，或者缝线割裂主动脉壁。

本案，被鉴定人诊断“心脏瓣膜病 主动脉瓣狭窄；心功能不全”入医方。入院后完善检查，拟行手术治疗，术前医方就手术方案及相关风险进行了告知，被鉴定人方知情同意并签字，在全麻下行“体外循环、主动脉根部扩大伴主动脉瓣置换术”，被鉴定人有手术指征，无明确禁



忌症。被鉴定人术中发生主动脉根部及房室沟之间出血，予多次阻断循环止血，使体外循环累计 11 小时余，对心脏功能恢复不利；医方手术操作存在过错，与被鉴定人的损害后果有一定因果关系。

综合分析，被鉴定人自身疾病需行手术治疗，术中发生术区出血为难以完全避免的并发症；术中止血效果欠佳，主动脉瓣狭窄病损严重操作困难，致体外循环时间较长；自身疾病的性质及手术所需承担的相应风险是其损害后果发生的主要原因。医方诊疗过错与被鉴定人损害后果因果关系的原因力大小建议次要为宜。

六、鉴定意见

在对被鉴定人的诊疗过程中存在过错，该过错与被鉴定人的损害后果有因果关系，属次要原因。

鉴定人： 主任医师

主检法医师

主任法医师

二〇二五年十一月二十日



中华人民共和国

中华人民共和国司法部监制

首次获准登记日期 2023 年 02 月 01 日
颁证机关 北京市司法局
颁证日期 2023 年 02 月 01 日

中华人民共和国

中华人民共和国司法部监制

首次获准登记日期 2023 年 02 月 01 日
颁证机关 北京市司法局
颁证日期 2023 年 02 月 01 日

中华人民共和国

中华人民共和国司法部监制

首次获准登记日期 2023 年 02 月 01 日
颁证机关 北京市司法局
颁证日期 2023 年 02 月 01 日

执业范围

法医病理鉴定(损伤时间推断,致伤物推断,死亡方式判断,死亡时间推断,死亡原因鉴定,器官组织法医病理学检验与诊断,与死亡原因相关的其他法医病理鉴定,成伤机制分析,医疗损害鉴定),法医临床鉴定(人体功能评定(男性性功能与生育功能,听觉功能,视觉功能)性侵犯与性别鉴定,人体残疾等级鉴定,赔偿相关鉴定,人体损伤程度鉴定,与人体损伤相关的其他法医临床鉴定,诈伤、诬病、虐待伤鉴定,医疗损害鉴定)

姓名 刘士强 性别
身份证号
专业技术职称 主检法医师
行业执业资格

执业范围

法医临床鉴定(性侵犯与性别鉴定,人体残疾等级鉴定,赔偿相关鉴定,与人体损伤相关的其他法医临床鉴定,医疗损害鉴定)

姓名 周敬清 性别 女
身份证号
专业技术职称 主任医师
行业执业资格

执业范围

法医病理鉴定(损伤时间推断,致伤物推断,死亡方式判断,死亡时间推断,死亡原因鉴定,器官组织法医病理学检验与诊断,与死亡原因相关的其他法医病理鉴定,成伤机制分析,医疗损害鉴定),法医临床鉴定(人体功能评定(男性性功能与生育功能,听觉功能,视觉功能)性侵犯与性别鉴定,人体残疾等级鉴定,赔偿相关鉴定,人体损伤程度鉴定,与人体损伤相关的其他法医临床鉴定,诈伤、诬病、虐待伤鉴定,医疗损害鉴定)

姓名 郭奇改 性别
身份证号
专业技术职称 主任法医师
行业执业资格



中华人民共和国司法部监制



中国合格评定国家认可委员会
实验室认可证书

(注册号: CNAS L7214)

茲證明：

符合 ISO/IEC 17025:2017《检测和校准实验室能力的通用要求》(CNAS-CL01《检测和校准实验室能力认可准则》)及 CNAS-CL08:2018《司法鉴定/法庭科学机构能力认可准则》的要求,具备承担本证书附件所列鉴定服务的能力,予以认可。

获认可的能力范围见标有相同认可注册号的证书附件，证书附件是本证书组成部分。

生效日期: 2023-04-06

截止日期: 2028-07-06

中国合格评定国家认可委员会授权人

中国合格评定国家认可委员会 (CNAS) 经国家认证认可监督管理委员会 (CNCA) 授权, 负责实施合格评定国家认可制度。CNAS 是国际实验室认可合作组织 (ILAC) 和亚太认可合作组织 (APAC) 的互认协议成员。本证书的有效性可登陆 www.cnas.org.cn 获认可的机构名称查询。



China National Accreditation Service for Conformity Assessment
LABORATORY ACCREDITATION CERTIFICATE
(Registration No. CNAS L7214)

(Legal Entity)

No.28 Beijing, China

is accredited in accordance with ISO/IEC 17025: 2017 General Requirements for the Competence of Testing and Calibration Laboratories (CNAS-CL01 Accreditation Criteria for the Competence of Testing and Calibration Laboratories) and CNAS-CL08:2018 Accreditation Criteria for the Competence of Forensic Units for the competence of identifying service.

The scope of accreditation is detailed in the attached schedule bearing the same registration number as above. The schedule forms an integral part of this certificate.

Effective Date: 2023-04-06

Expiry Date: 2028-07-06

Signed on behalf of China National Accreditation Service for Conformity Assessment

China National Accreditation Service for Conformity Assessment (CNAS) is authorized by Certification and Accreditation Administration of the People's Republic of China (CNA) to operate the national accreditation schemes for conformity assessment. CNAS is a signatory of the International Laboratory Accreditation Cooperation Mutual Recognition Arrangement (ILAC MRA) and the Asia Pacific Accreditation Cooperation Mutual Recognition Arrangement (APAC MRA). The validity of the certificate can be checked on CNAS website at <http://www.cnas.org.cn/english/findaccreditedbody/index.shtml>



地址:

网

损伤组:
医疗组:
文书组:
精神组:
病理组:
电子组:



「扫一扫获取更多内容」