

印

司法鉴定意见书

Expertise Report



## 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，不受任何个人或组织的非法干预。
2. 司法鉴定意见书是法律规定的证据形式之一，是否作为定案依据，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，应当向办案机关提出，通过申请重新鉴定、补充鉴定等方式解决。
5. 委托人应当向鉴定机构提供真实、完整、充分的鉴定材料，并对鉴定材料的真实性、合法性负责。
6. 鉴定文书须征得本鉴定所和委托方的同意后方可复印，部分复制无效。

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]



## 司法鉴定意见书

2026

### 一、基本情况

委托方：南京市鼓楼区人民法院[鉴定委托书编号：(2026)]

委托事项：(以下称医方)对(以下称患者)诊疗过程中是否存在过错，如果存在过错与患者的死亡后果有无关系及原因力大小。

受理日期：2026年7月28日

鉴定材料：1. 医方门诊病历1套(卡号：)及检查报告单1套，住院病案1套(住院号：)；2. 影像学片14张。

鉴定日期：2026年7月28日~2026年8月25日

鉴定地点：

听证人员：患方：何宇、；医方：马路遥、。

### 二、基本案情

摘自送检材料：患者张女，19生。2025年6月14日患者因“胸闷气短3年”在医方门诊就诊，临床诊断为心脏瓣膜病、胸闷，6月18日心脏彩超示风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣重度狭窄伴轻-中度关闭不全、主动脉瓣钙化伴中度关闭不全等，7月1日收住入院。7月7日行主动脉瓣+二尖瓣机械瓣置换术，7月9日转回普通病房。7月15日患者发生呼吸心跳骤停，床旁ECMO辅助，行主动脉瓣机械瓣置换术，术中见主动脉瓣机械瓣下血栓形成、瓣叶活动受限，术后床旁超声提示左室收缩功能极差，头颅CT提示大面积多发脑梗死合并出血转化。7月25日在家属同意下撤除ECMO，09:21宣布临床死亡。



### 三、争议要点（仅部分摘录）

（一）患方认为：医方存在以下诊疗过错：1. 对术前影像提示左心耳见低密度影未进一步排查，7月7日手术前未安排经食道超声检查；2. 针对合并哮喘的诊断辨别不足；3. 机械瓣膜型号选择与小瓣环处理存在不当；4. 心脏内环境清理存在不足，患者出现致命性的“卡瓣”，首次手术在心腔清理和流出道平整度方面的操作质量存在问题；5. 机械瓣术后抗凝管理不足，导致机械瓣血栓；6. 术后抗凝治疗不规范，预防血栓栓塞不到位，患者术后仅予以小剂量低分子肝素皮下预防抗凝以及华法林 2.5mg 口服维持，未根据凝血监测及时调整剂量；7. 术后监护及并发症预警不足，未及时识别机械瓣功能障碍；8. 循环骤停后的乳酸升高反映出的干预时机延误，监护不到位。（详见患方陈述词）

（二）医方认为：患者术前诊断明确，术前完善各项检查，未见明显手术禁忌，手术指征明确。7月7日手术顺利。术后第1天拔除气管插管，第2天转至普通病房，华法林使用及时，早期联合使用低分子肝素桥接抗凝，术后 INR 多次达标，查房心脏听诊未见明显异常。患者在抗凝达标情况下仍出现机械瓣卡瓣存在明显个体差异，整个治疗过程符合医疗规范。患者于7月15日突发意外机械瓣卡瓣，事发后抢救及时，再次手术治疗指征明确。（详见医方陈述词）

### 四、送检材料摘要

（一）医方门诊病历（卡号：[REDACTED]）及检查报告单摘要：

日期：2025-06-14 主诉：胸闷气短3年。现病史：胸闷气短3年，活动后加重。当地心超示左房增大，轻中度二狭伴轻度关闭不全。诊断：心脏瓣膜病、胸闷。

日期：2025-06-18 主诉：发现风湿性心脏病1天。现病史：患者胸闷，心脏超声提示：风湿性心脏病，二尖瓣重度狭窄，建议外科手术治疗。

2025-06-18 心脏超声检查报告单：超声提示：风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣重度狭窄伴轻-中度关闭不全、主动脉瓣钙化伴中度关闭不全、轻度



三尖瓣关闭不全、左房增大、主肺动脉增宽。

(二) 医方住院病案(住院号: [REDACTED]) 摘要:

入院时间: 2025-07-01 主诉: 活动后胸闷伴气喘 3 年余。现病史: 患者于 3 年余前出现活动后气喘症状, 休息后缓解, 自述夜间睡觉能平卧, 平素活动耐量明显下降, 遂至当地医院检查, 诊断哮喘, 对症治疗, 患者自述上述症状好转, 期间患者病情平稳, 3 月余前, 患者自述活动后气喘症状较前加重, 休息后缓解, 自述夜间睡觉能平卧, 平素活动耐量较前下降。患者于当地医院行心脏彩超示二尖瓣轻度狭窄, 未予特殊治疗, 现患者自觉胸闷气喘较前加重明显。体格检查: 体温 36.8℃, 脉搏 73 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 110/64mmHg。专科情况: 二尖瓣听诊区可闻及舒张期杂音。初步诊断: 风湿性心脏病、二尖瓣狭窄伴有关闭不全、主动脉瓣关闭不全、三尖瓣关闭不全; 哮喘。

手术记录、病程记录及检查报告单:

2025-07-02 PT 12.10 秒, PT-INR 1.06, APTT 28.10 秒, 纤维蛋白原 2.23g/L, TT 21.80 秒, DD2 0.10mg/L。

2025-07-03 多排 CT 冠状动脉(平扫+增强)+胸、腹部主动脉联合 CTA: 冠脉 CTA 未见明显异常。左房、左室增大, 主动脉瓣及二尖瓣增厚, 肺动脉增宽, 结合心超检查。心包少量积液。左心耳低密度影, 慢血流? 合并血栓不排除, 请结合临床。

2025-07-07 14:35 ~ 21:35 手术名称: 主动脉瓣机械瓣膜置换术、二尖瓣机械瓣置换术。手术经过: 胸部正中切口, 纵劈胸骨, 切开悬吊心包, 见: 心包内少量积液, 全心增大, 左房、右房、左室增大明显。主肺动脉之比为 3.5:3 厘米。主动脉根部扪及震颤。肝素化 (3ng/kg), ACT>480s, 插入主动脉管、上、下腔静脉管、左心引流管、冷灌管, 建立体外循环。前并行, 降至中度低温, 阻断升主动脉, 顺行灌注冷含血心停液, 心停欠佳, 行升主动脉根部斜行切口, 经左、右冠状动脉开口直接灌注, 心停, 心包冰浴。切开右房及房间隔见: 二尖瓣叶显著增厚、硬化、交界融合、



呈鱼口样，二狭、二闭；见主动脉瓣叶增厚硬化，交界融合，主狭、主闭；三尖瓣注水试验关闭良好，决定行二尖瓣、主动脉瓣置换。剪除二尖瓣瓣膜及腱索，剪除主动脉瓣瓣膜，反复冰水冲洗，测瓣选用 29 号 ATS HBCEANECAL 二尖瓣机械瓣，2-0 带垫片换瓣线间断褥式缝合瓣膜至瓣环，试瓣启闭良好。于机械瓣瓣叶开口间置入 8 号导尿管，3-0Prolene 线连续缝合关闭房间隔。测瓣选用 19 号 Reagent 主动脉瓣机械瓣，2-0 带垫片换瓣线间断褥式缝合瓣膜至瓣环，试瓣启闭良好。4/0prolene 线连续缝合关闭主动脉切口。5-0Prolene 线连续缝合关闭右心房切口，复温，经冷灌管充分排气，开放主动脉及上下腔静脉，心脏自动复跳为窦性心律，心率 HR65 次/分，拔除 8 号导尿管，于右心室无血管区表面及膈肌缝合起搏导线，测试起搏良好，起搏频率 100 次/分，后并行，待循环稳定后，拔除各插管，鱼精蛋白充分中和肝素。严密止血，查无活动性出血，清点纱布器械无误后，间断缝合心包，置心包、纵膈引流管各一根，钢丝固定胸骨，逐层关胸。术后入 ICU。

2025-07-07 入室时麻醉未醒，HR81bpm，自主心律，BP125/60mmHg，SP02 99%。查体：双肺呼吸音对称，未闻及干湿啰音，心音有力，未及杂音，心包及纵膈引流管在位。PT 14.40 秒，PT-INR 1.27，APTT 23.80 秒，纤维蛋白原 2.59g/L，TT 16.80 秒，DD2 3.26mg/L。

2025-07-08 心包引流管 1 引流量 20ml，心包引流管 2 引流量 80ml，纵膈引流管引流量 30ml。PT 12.40 秒，PT-INR 1.08，APTT 32.80 秒，纤维蛋白原 1.99g/L，TT 82.20 秒，DD2 4.54mg/L。

2025-07-09 心包引流管 1 引流量 50ml，心包引流管 2 引流量 25ml，纵膈引流管引流量 40ml。PT 14.30 秒，PT-INR 1.26，APTT 27.90 秒，纤维蛋白原 4.94g/L，TT 15.80 秒，DD2 2.95mg/L。

2025-07-13 PT 26.4 秒，PT-INR 2.41，APTT 34.30 秒。

2025-07-14 PT 25.20 秒，PT-INR 2.30，APTT 35.70 秒。

2025-07-15 07:00 抢救记录：患者今晨 06 时 12 分抢救入室，入室时



心停，持续心外按压，立即予气管插管呼吸机辅助通气，留置股动脉监测动脉压，肾上腺素 1mg 每分钟静推，06 时 21 分患者恢复自主心律，血压 80/36mmHg，血气提示内环境紊乱，酸中毒，予碳酸氢钠 250ml 持续静滴，患者血压难以维持，持续 CPR，维持循环氧合。经商量后决定置入 ECMO，待进一步治疗。

2025-07-15 08:30~17:10 手术名称：主动脉瓣机械瓣膜置换术。手术经过：切开并悬吊心包，探查见：心脏收缩较差，ECMO 辅助中，全身肝素化（3mg/kg）。常规建立体外循环，顺序插入主动脉、上下腔静脉、冷灌管，ACT>480s 转流前并行，降温至中度低温，切开右心房行冠状静脉窦插入逆灌管升主动脉阻断，切开主动脉，探查见主动脉瓣机械瓣下血栓形成，瓣叶活动受限，尖刀+剪刀取出主动脉瓣机械瓣，清除瓣下血栓，切开左心房顶，切开部分二尖瓣环，继续经主动脉根部灌注冷含血停跳液，心包腔内冰水浴，心停顺利，心肌松弛，于房间隔右侧切开左心房，置入左心引流管。修剪牛心包矩形补片并折叠，4-0HS 缝线连续缝合补片至二尖瓣缝合环，同时扩大左房顶及主动脉根部，扩大主动脉根部，测瓣选用 23 号 ATS 主动脉瓣机械瓣，2-0 换瓣线带垫片间断褥式缝合主动脉瓣至瓣环及心包补片，试瓣启闭良好。4-0Pzylene 线连续缝合心包补片及主动脉切口。5-0Prolene 连续缝合右房切口。复温，经冷灌管充分排气，开放主动脉及上下腔静脉，心脏自动复跳为窦性心律，HR100 次/分，患者左心收缩无力，左房压高，决定房间隔切开 1cm 缺损，将 ECMO 静脉引流管伸入左心房行左心减压，后并行过渡到 ECMO，流量 5.5L/min，转速 5000 转/min，拔除各插管，鱼精蛋白充分中和肝素。严密止血，放置心包纵膈引流管，钢丝间断固定胸骨，逐层缝合关胸，术毕，标本送检。

2025-07-19 查房记录：2025-07-18 床旁超声提示：ECMO 状态下主动脉瓣+二尖瓣置换术后，二尖瓣开放幅度小，主动脉瓣、二尖瓣少许瓣周漏，左心室搏动平坦，轻度三尖瓣关闭不全。

2025-07-22 查房记录：今日行 CT 检查：两侧额顶枕叶及左侧颞叶、



小脑半球多发脑梗死，两侧顶叶及左侧枕叶合并出血转化？较前 2025-7-1 新发。左侧侧脑室稍受压狭窄，中线结构稍右偏。心脏术后改变，心包少量积液。两肺散在斑片模糊影及条索影，两肺下叶为著，考虑炎症，较前 2025-7-3 新发。

2025-07-25 09:42 抢救记录：患者病情危重，ECMO 全流量辅助，气管插管机械通气，CRRT 持续辅助，今晨大剂量血管活性药物泵入下血压进行性下降，顽固性循环衰竭，脑梗塞伴脑出血，告知家属患者心、肾、脑多脏器衰竭，预后极差，家属综合考虑撤除 ECMO，告知患者家属风险，签字后撤除 ECMO，并要求若出现心脏骤停放弃心肺复苏及电除颤抢救措施，ECMO 撤除后心率及血压进行性下降，09:21 出现心电图一条直线，血压测不出，瞳孔散大，宣布死亡。死亡时间：2025-07-25 09:21。

医嘱单：华法林钠片 2.5mg，口服，每晚 1 次（2025-07-09 ~ 07-15）；依诺肝素钠注射液 4000A X AIU，皮下注射，每日 1 次（2025-07-09 ~ 07-15）。

死亡记录：死亡诊断：1. 风湿性心脏病；二尖瓣狭窄伴有关闭不全；主动脉瓣关闭不全；三尖瓣关闭不全；2. 心脏机械瓣膜置换术后功能障碍（主动脉瓣机械瓣卡瓣）；3. 心源性休克；4. 哮喘；5. 呼吸心跳骤停；6. 肾功能不全；7. 脑梗死；8. 脑内出血；9. 昏迷。

（注：诊治概要是诊疗过程的简要摘录，鉴定以委托方提供材料为依据）

## 五、鉴定过程

（一）案件审查及鉴定工作。2026 年 6 月 17 日本所收到鉴定委托书及相关材料，于 6 月 18 日发出交费通知；收到费用后于 2026 年 6 月 26 日发出听证会通知书，告知医患双方鉴定听证会日期及相关事项。鉴定听证会于 2026 年 7 月 28 日在本所召开后受理本案。在听证会上，医患双方明确表示不申请临床医学专家及鉴定人回避；听证会分别听取医患双方陈述，询问医患双方关于就诊经过、争议事项的意见和理由。临床医学专家



根据委托方送检材料及听证情况，在讨论后形成咨询意见。鉴定人根据送鉴材料、结合现场听证情况及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。按照 SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》等开展鉴定评估工作。

## 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，现分析如下：

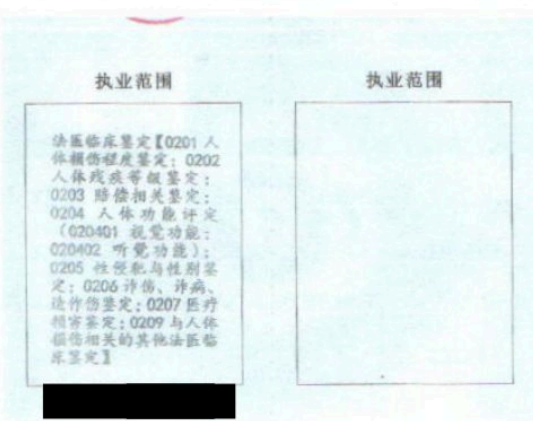
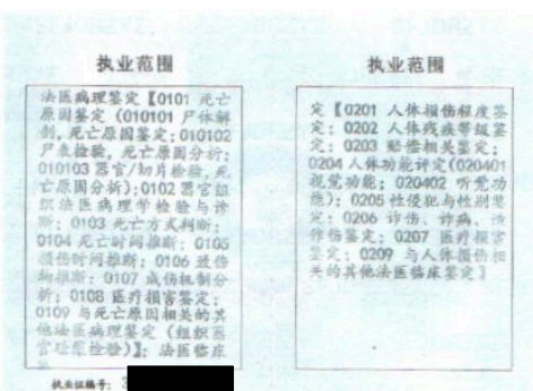
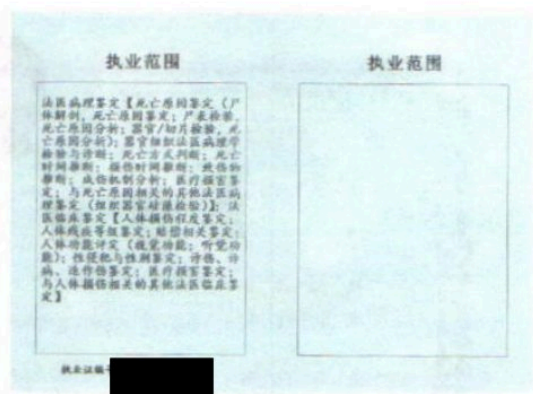
### （一）医方的诊疗行为评价

2025 年 6 月 14 日患者因“胸闷气短 3 年”在医方门诊就诊，临床诊断为心脏瓣膜病、胸闷，6 月 18 日心脏彩超示风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣重度狭窄伴轻-中度关闭不全、主动脉瓣钙化伴中度关闭不全等，医方建议行手术治疗，7 月 1 日收住医方心脏大血管外科病房。医方根据病史（患者于 3 年余前出现活动后气喘症状，休息后缓解，自述夜间睡觉能平卧，平素活动耐量明显下降，遂至当地医院检查，诊断哮喘，对症治疗，患者自述上述症状好转，期间患者病情平稳，3 月余前，患者自述活动后气喘症状较前加重，休息后缓解，自述夜间睡觉能平卧，平素活动耐量较前下降，患者于当地医院行心脏彩超示二尖瓣轻度狭窄，未予特殊治疗，现患者自觉胸闷气喘较前加重明显）、辅助检查结果（2025-06-18 心脏超声检查报告单：超声提示：风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣重度狭窄伴轻-中度关闭不全、主动脉瓣钙化伴中度关闭不全、轻度三尖瓣关闭不全、左房增大、主肺动脉增宽）及查体所见（体温 36.8℃，脉搏 73 次/分，呼吸 20 次/分，血压 110/64mmHg；二尖瓣听诊区可闻及舒张期杂音），临床诊断为风湿性心脏病、二尖瓣狭窄伴有关闭不全、主动脉瓣关闭不全、三尖瓣关闭不全等。入院后行相关术前检查，7 月 2 日凝血指标未见明显异常，7 月 3 日行冠脉 CTA 排除冠脉病变。7 月 4 日签署《手术知情同意书》，告知病情、各治疗方案的风险利弊，患方要求行机械瓣置换术，手术指征成立，治疗方案选择合理，医方术前尽到了告知说明的义务。7 月 7 日 14:35~



21:35 行“主动脉瓣机械瓣膜置换术、二尖瓣机械瓣置换术”，术中切开悬吊心包见：心包内少量积液，全心增大，左房、右房、左室增大明显；切开右房及房间隔见：二尖瓣叶显著增厚、硬化、交界融合、呈鱼口样，二狭、二闭，主动脉瓣叶增厚硬化，交界融合，主狭、主闭，三尖瓣注水试验关闭良好，决定行二尖瓣、主动脉瓣置换；剪除二尖瓣瓣膜及腱索，剪除主动脉瓣瓣膜，测瓣选用 29 号 ATS HBCEANECAL 二尖瓣机械瓣及 19 号 Reagent 主动脉瓣机械瓣，试瓣启闭良好，复温，心脏复跳窦性心律，术顺并转入 ICU。术后患者引流量可，生命体征尚平稳，顺利拔除气管插管，7 月 9 日转回普通病房，7 月 9 日起使用华法林钠片（2.5mg，口服，每晚 1 次）合并依诺肝素钠注射液（4000AXIU，皮下注射，每日 1 次）抗凝桥接治疗，7 月 13 日监测 PT-INR 2.41，7 月 14 日监测 PT-INR 2.30。7 月 15 日 06 时 12 分患者心脏骤停予以抢救，06 时 21 分患者恢复自主心律，血压 80/36mmHg，血气提示内环境紊乱、酸中毒，予碳酸氢钠 250ml 持续静滴，患者血压难以维持，持续复苏，考虑人工瓣膜功能障碍，置入 ECMO；告知患方病情及拟行开胸探查，当日 08:30~17:10 行“主动脉瓣机械瓣膜置换术”，术中探查见心脏收缩较差，主动脉瓣机械瓣下血栓形成，瓣叶活动受限，取除原主动脉瓣机械瓣，清除瓣下血栓，重新置入 23 号 ATS 主动脉瓣机械瓣。术后患者 ECMO 辅助加大剂量血管活性药物维持下仍顽固性休克，床旁超声示左室收缩功能极差，7 月 22 日行颅脑 CT 检查示多发脑梗死并出血转化，考虑预后极差，告知患方病情及相关风险，综合考虑患方要求撤除 ECMO，后患者心率及血压进行性下降，09:21 心电图呈一条直线，宣布死亡。

纵观医方的全部诊疗经过，医方存在双瓣机械瓣置换术后抗凝治疗欠积极，抗凝监测欠规范的过错：双瓣（主动脉瓣及二尖瓣）机械瓣置换术后应当积极抗凝以预防瓣膜表面血栓形成及血栓脱落导致的栓塞，术后华法林终身抗凝 INR 1.8~2.5。由于华法林起效时间慢，通常需要 3~5 天，在华法林抗凝尚未达到抗凝目标时使用治疗剂量的低分子肝素桥接抗凝





# 司法鉴定许可证

王 艳

业务范围：法医病理鉴定【0101 死亡原因鉴定（010101 尸体解剖、死亡原因鉴定；010102 尸表检验、死亡原因分析；010103 器官/切片检验、死亡原因分析）；0102 器官组织法医病理学检验与诊断；0103 死亡方式判断；0104 死亡时间推断；0105 损伤时间推断；0106 损伤物推断；0107 损伤机制分析；0108 医疗损害鉴定；0109 与死亡原因相关的其他法医病理鉴定（组织器官玻璃检验）】；法医临床鉴定【0201 人体损伤程度鉴定；0202 人体残疾等级鉴定；0203 赔偿相关鉴定；0204 人体功能评定（020401 视觉功能；020402 听觉功能）；0205 性侵犯与性别鉴定；0206 诈伤、诈病、诈作伤鉴定；0207 医疗损害鉴定；0209 与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】；法医精神病鉴定【0301 精神状态鉴定；0305 精神损伤鉴定（法医精神病鉴定业务范围道路交通事故等致颅脑损伤所致法医精神病鉴定）】；文书鉴定【0101 笔迹鉴定；0102 印章印文鉴定；0103 印刷文件鉴定；0104 篡改（污损）文件鉴定；0105 文件形成方式鉴定；0107 朱墨时序鉴定；0108 文件材料鉴定；0109 基于痕迹特征的文件形成时间鉴定；0110 基于材料特性的文件形成时间鉴定；0111 文本内容鉴定】；痕迹鉴定（0201 手印鉴定）

首次获准登记日期：2006年08月09日

颁证机关：

有效期限：2026年08月09日至2031年08月08日

颁证日期：2026年07月03日

中华人民共和国司法部监制



治疗。患者7月7日行双瓣机械瓣置换术，术后引流量可，医方7月9日起使用华法林钠片(2.5mg,口服,每晚1次)合并依诺肝素钠注射液(4000AXAIU,皮下注射,每日1次)抗凝桥接治疗,抗凝治疗不够及时,低分子肝素未达治疗剂量;7月13日监测PT-INR 2.41,7月14日监测PT-INR 2.30,7月10日~7月12日期间未监测抗凝指标。

## (二) 因果关系及原因力大小分析

因果关系及原因力评定应遵循法医学因果关系判定准则。按照SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》鉴定的基本方法,分析如下:

患者死亡后未行尸体检验,不能在法医病理性层面明确患者的具体死亡原因。根据现有鉴定材料及医患双方陈述意见,临床死因分析患者符合双瓣(主动脉瓣及二尖瓣)机械瓣置换术后主动脉瓣血栓形成卡瓣,心源性休克发生,致多脏器功能衰竭死亡。

根据送鉴材料,结合听证会调查情况及临床医学专家咨询意见,分析认为:患者3年余前出现活动后气喘症状,休息后缓解,平素活动耐量明显下降,此次就医在医方行心超检查发现风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣重度狭窄伴轻-中度关闭不全、主动脉瓣钙化伴中度关闭不全等,入院时查体二尖瓣听诊区可闻及舒张期杂音。针对患者心脏病情,双瓣(主动脉瓣及二尖瓣)机械瓣置换术系改善不适症状、提高生存质量的根治性治疗方案,手术指征成立,手术难度大。机械瓣为异物植入,其表面血栓形成风险高,若血栓脱落可导致致命的栓塞,或瓣膜机械性梗阻致人工瓣膜功能障碍,患者双瓣(主动脉瓣及二尖瓣)机械瓣置换术后主动脉瓣血栓形成卡瓣是危急致命的手术并发症。医方对手术并发症的处置(ECMO辅助、开胸探查)积极及时,但是患者病情进展凶险危急,发生心跳骤停,救治难度大,显著增加二次手术风险,预后不良,二次术后心功能差、需要依赖高级生命支持,病情最终进展至多脏器功能衰竭死亡。考虑到患者自身复杂严重的病情及治疗所需等因素,患者的死亡后果主要与其自身因素相关。然而,医方在华法林抗凝尚未达到抗凝目标时未使用治疗剂量的低分子肝素桥



接抗凝治疗，且换瓣术后抗凝治疗不够及时，7月10日~7月12日期间未监测抗凝指标，存在双瓣机械瓣置换术后抗凝治疗欠积极，抗凝监测欠规范的过错，增加了机械瓣周血栓形成风险，与患者死亡后果之间存在一定的因果关系。

综合考虑医方的诊疗过错行为、资质、当地医疗水平及患者自身病情、治疗所需等因素，分析认为医方的诊疗过错行为增加了患者术后致命并发症的发生风险，促进/加重患者损害后果的发生。按照 SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》7.3.3 之规定，医方的诊疗过错行为与患者的死亡后果之间存在一定的因果关系，原因力为次要原因。

## 七、鉴定意见

对患者 的诊疗行为存在过错，其诊疗过错行为与患者 的死亡后果之间存在一定的因果关系，原因力为次要原因。

## 八、附件

(二) 鉴定人承诺书 (仅附于鉴定书正本)

司法鉴定人：沈恂

司法鉴定人：

司法鉴定人：曹

二〇二六年八月二十五日