

司法鉴定意见书

(京)法

25

司法鉴定专用章

一、基本情况

委托单位：烟台市莱山区人民法院

鉴定事项：对被告()诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与其()目前损害后果之间是否存在因果关系，过错参与度以及原因力大小是多少进行司法鉴定。

送检日期：2025年9月3日

送检材料：1.司法鉴定委托书；
2.司法鉴定委托移送表；
3.笔录复印件；
4. 病历材料复印件；
5.医学影像学片2张；
6.鉴定申请书复印件；
7.陈述材料。

鉴定日期：2025年11月13日-2025年12月15日

鉴定地点：

二、基本案情

据送检材料记载，患者因发热等病情特点就诊于被告院内死亡。患方与被告医院发生医疗纠纷。现送检法院委托我中心进行司法鉴定。

三、资料摘要

(一) (发热)门诊病历概要：

男，65岁。

时间：2025-03-24-10:35

主诉：发热1天。

无寒战，伴咽痛、无鼻塞、流涕、有咳嗽、有咳白色粘痰，有乏力，无头痛、恶心、呕吐，无胸闷、心悸、呼吸困难，有腹痛、右上腹部尤甚，持续性发作，无腹泻，有关节肌肉痛、皮疹。自服“布洛芬、阿奇霉素”（具体不详）无明显好转。

既往史：胺碘酮过敏，房颤病史；胰十二指肠切除术后。

体格检查：神志清楚，全身皮肤未见皮疹。咽红、充血，双侧扁桃体不大。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。腹软，肝区深压痛。

辅助检查结果：暂无。

门诊诊断：感染性发热。

诊疗意见：血常规、CRP、胸部 CT、超声、PCT 等。

2025-03-24 发热门诊检验结果：

11:48	PCT 11.66ng/ml↑		
11:53	AST 47U/L↑	TBIL 34.4umol/L↑	肌酐 171 umol/L↑
14:30	血小板总数 60×10 ⁹ /L↓	白细胞 18.49×10 ⁹ /L↑	超敏 C-反应蛋白 229.09mg/L↑

11:50 多次电话联系患者，未果。

12:20 与患者取得联系，告知患者血常规中血小板下降，PCT 明显升高，有重症感染风险，需要前往检验科复检，患者家属表示患者已归家休息，嘱患者家属看护好患者，如若生命体征不平稳即刻返院。

14:46 超声：肝内稍高回声区，脓肿形成早期？必要时结合增强影像学检查；胆囊切除术后；脾大。

0.9%氯化钠注射液 1 袋，用法：静脉输液每次：100ml ST；

注射用头孢曲松钠 2 支，用法：加药每次：2g ST；

体温超过 38.5℃服用退热药物（自备，间隔 4-6 小时）。

患者目前炎症指标高，肝脓肿？泌尿系感染？为患者完善泌尿系超声检查，患者因未憋尿未完成。

14:55 电话联系肝胆外科医师会诊：病史已悉，患者现肝囊肿超声诊断不明确，未见液化，建议内科抗感染治疗，感染科住院治疗。

14:55-15:55 起多次呼叫消化内科会诊未果。

告知患者暂给予抗感染治疗。为患者联系肝胆外科或者消化内科住院，如若今日未住院，建议我科约床住院治疗。

(二) (急诊外科门诊)抢救室病历概要:

时间: 2025-03-24-22:20

T35.8°C, P151 次/分, R19 次/分, BP74/50mmHg, SPO₂94%。

主诉: 发热 1 天余。

现病史: 1 天余前患者体温升高, 最高 40°C, 有畏寒、咽痛, 有咳嗽, 咳白色粘痰, 伴乏力, 自服“布洛芬、阿奇霉素 (具体不详)”无好转, 遂就诊于我院发热门诊, 现晚间血压下降, 脉搏细速, 来诊, 入抢救室。

既往史: 胺碘酮过敏。房颤病史, 胰十二指肠术后。

体格检查: 神志稍模糊, 双侧瞳孔等大同圆 3mm, 对光反射灵敏, 腹软, 肝区压痛, 无反跳痛, 未扪及包块。

辅助检查: 胸部平扫。

初步诊断: 感染性休克? 肝脓肿? 房颤病史, 胰十二指肠术后。

诊疗意见: 22:09 持续心电监护, 监测血压、心率、血氧饱和度; 5%葡萄糖注射液 50ml 微量泵泵入 ST, 去甲肾上腺素注射液 10mg, 0.9%氯化钠注射液 500ml 静脉输液 ST; 请急诊 ICU 会诊; 收入 EICU。

(三) 住院病历概要:

(住院日期: 2025-03-24~2025-03-25, 病案号:)

入院情况: 患者 主因“发热 3 天”于 2025-03-24-22:45 收入住院。患者 3 天前无明显诱因出现发热, 体温最高 40°C, 伴畏寒, 寒战, 服用“布洛芬、阿奇霉素”后体温可暂时下降。伴乏力、进食差, 伴右上腹痛, 伴有咳嗽, 有咳痰、咳白色粘痰, 量少, 无呼吸困难、心慌, 今日白天就诊于我院发热门诊, 查血常规+CRP、腹部彩超、胸部 CT、肝肾功能等, 考虑“肝脓肿?”, 给予头孢曲松抗感染后离院。夜间再次来我院就诊, 测 BP74/50mmHg, 给予去甲肾上腺素升压, 补液, 吸氧等对症治疗, 为进一步治疗收住 EICU。患者病后精神状态较差, 食欲较差, 睡眠一般, 大便如常, 小便如常, 体力情况较差, 体重无明显变化。

因“胆管扩张”于济南行“胰十二指肠, 胆囊手术”, 家属诉病理提示“癌前病变”, 具体诊疗过程不详。

既往史: 高血压病史 20 年, 最高 150/100mmHg 左右, 平时服用

缙沙坦，血压控制不详。房颤病史7年，现服用倍他乐克1片bid，静脉用胺碘酮过敏，表现为憋气；间断青霉素过敏史，具体不详。

查体：T36.1℃，P125次/分，R25次/分，BP109/84mmHg（去肾上腺素泵入中）。神志清，口唇干燥，皮温凉，双肺呼吸音低，未闻及干湿性啰音，无胸膜摩擦音。心前区无异常隆起、异常搏动、震颤，心率133次/分，律绝对不齐，第一心音强弱不等，各瓣膜听诊区未闻及杂音，无心包摩擦音。腹平坦，腹部可见手术疤痕，愈合良好，腹软，中上腹、右上腹压痛，无反跳痛，肠鸣音存在。双下肢无水肿。

辅助检查：2025-03-24（ ）：双肺多发小结节；双肺慢性炎症/纤维灶；纵隔多发增大淋巴结显示；心包少量积液；主动脉及冠状动脉管壁钙化灶；腹部所见请结合腹部影像学检查。

初步诊断：感染性休克，肝脓肿？血小板减少，急性肾功能不全，2型糖尿病？高血压2级，心房颤动，肺诊断性影像学检查的异常所见，单纯性肾囊肿，胰腺术后，十二指肠术后，胆囊术后。

2025-03-25-00:06 首次病程记录：诊疗计划：ICU 护理常规，特级护理，重症监护，持续心电监测，无创血压监测，血氧饱和度监测，记24小时出入量，鼻导管吸氧；治疗上给予美罗培南抗感染、升压、补液、化痰等综合治疗；完善检查指导进一步诊治；告知患者家属病情，患者既往消化道肿瘤，免疫力差，此次感染重，现合并血小板低，肾功能不全，目前病情尚不稳定，随时有进展加重出现多脏器功能衰竭，失血性休克，严重时可能危及生命。

2025-03-25-01:22 颈内静脉穿刺置管记录：穿刺过程中及操作结束后患者生命体征无明显变化。

2025-03-25-06:28 抢救病程记录：患者病情危重，给予抗感染、补液、升压后，仍有畏寒、寒战，尿量少。于05:10患者突发意识丧失、颈动脉搏动消失，立即持续胸外按压，间断肾上腺素静推，同时立即床旁气管插管接呼吸机辅助通气、继续补液、升压、纠酸。每2分钟评估1次病情，患者颈动脉搏动间断可触及，期间完善血气示Lac17mmol/L，05:28患者心电监护示窦性心律，颈动脉搏动可触及，给予继续稳定生命体征，同时通知病危、告知患者家属病情危重，随时有再次呼吸心跳骤停，猝死风险，家属表示知情。06:06患者再次

心率下降、颈动脉搏动消失，给予胸外心脏按压，肾上腺素 1mg 静推，2 分钟后患者恢复窦性心律。抢救结束时间 06:08，抢救成功。

2025-03-25-07:41 抢救病程记录：06:26 患者再次出现心率下降、颈动脉搏动消失，再次给予胸外按压、肾上腺素 1mg 静推，2 分钟后患者恢复窦性心律，06:45 患者再次出现心率下降、颈动脉搏动消失，给予胸外按压、肾上腺素 1mg 静推，2 分钟后患者恢复窦性心律。07:20 患者再次出现心率下降、颈动脉搏动消失，给予胸外按压、肾上腺素 1mg 静推，2 分钟后患者恢复窦性心律。抢救结束时间 07:22，抢救成功。

2025-03-25-09:29 病程记录：患者今晨突发意识丧失，心跳停止，间断胸外心脏按压，反复肾上腺素静推，现患者为窦性心律，给予肾上腺素及去甲肾上腺素泵入维持血压及心率，持续气管插管接有创呼吸机辅助通气，指尖血氧饱和度测不出，昨日入科后 8h 静脉入量 3033ml，鼻饲量 100ml，尿量 205ml，大便 0g。查体：T35.8℃，P129 次/分，R36 次/分，BP 测不出。神志深昏迷，双侧瞳孔直径 7mm，对光反射消失，四肢厥冷，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，无胸膜摩擦音。心前区无异常隆起、异常搏动、震颤，心率 129 次/分，律齐，心音低钝，各瓣膜听诊区未闻及杂音，无心包摩擦音。

辅助检查：血红蛋白 131g/L，血小板总数 $41 \times 10^9/L$ ，白细胞 $22.67 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分率 88.7%，超敏 C-反应蛋白 206.45mg/L，肌酸激酶-MB 同工酶质量测定 3.51ng/ml，肌红蛋白 527ng/ml，降钙素原 59.3ng/ml。心脏超声检查：左房扩大伴二尖瓣轻度反流，三尖瓣轻度反流、左室收缩功能减低。复查常规心电图检查：窦性心动过速、房性早搏，左前分支阻滞，完全性右束支阻滞，ST 段改变。鳞状细胞癌相关抗原 6.37ng/ml，总蛋白 55.69g/L，白蛋白 25.59g/L，总胆红素 29.6umol/L，直接胆红素 15.6 umol/L，天门冬氨酸氨基转移酶 132U/L，丙氨酸氨基转移酶 94U/L，钠 136.1mmol/L，葡萄糖 13.76mmol/L，尿素 22.26mmol/L，肌酐 304umol/L，肾小球滤过率 $17.67 \text{ml}(\text{min } 1.73\text{m}^2)$ ，尿酸 590umol/L。患者今晨出现反复心跳骤停，给予心肺复苏后恢复窦性心律，现给予大量血管活性药物治疗，血压仍测不出，病情危重，继续气管内插管接呼吸机辅助通气，美罗培南抗感染，乌司他丁抗炎，补液，肾上腺素及去甲肾上腺素维持血压等

治疗，随时可能再次出现心跳骤停。向患者家属交代病情，患者感染性休克，多次出现心跳骤停，虽心肺复苏后恢复窦性心律，目前循环功能衰竭极重，并多器官功能衰竭，随时可能再次出现心跳骤停，预后极差，反复向患者家属告知病情，患者家属表示知情。

2025-03-25-10:21 危急值病程记录：10:20 接到检验危急值：活化部分凝血活酶时间 87.6s。立即查看患者，患者生命体征不平稳，分析原因感染性休克导致多器官功能衰竭，根据危急值报告给予凝血酶原治疗。

2025-03-25-11:18 心内科会诊记录：继续抗感染、补液、升压治疗。

2025-03-25-13:19 病程记录：患者家属要求拒绝继续治疗，反复告知患者家属病情，患者目前诊断感染性休克，应用大量升压药物，血压测不出，严重循环衰竭，预后极差，现停用药物及呼吸机治疗后会出现心率下降导致临床死亡，患者家属表示知情，仍要求停止治疗，11:58 患者儿子签字拒绝静脉用药、呼吸机辅助通气、电除颤、心脏按压，抢救用药，停止治疗后患者心率快速下降，瞳孔散大固定，宣布临床死亡。

死亡原因：感染性休克，肝脓肿。

死亡诊断：肝脓肿，感染性休克，I型呼吸衰竭，急性肾功能不全，肝功能不全，心肌损害，心功能不全，血小板减少，凝血功能异常，心脏停搏复苏成功，高血压2级，心律失常 心房颤动，低蛋白血症，2型糖尿病，肺诊断性影像检查的异常所见，单纯性肾囊肿，胰腺术后，十二指肠术后，胆囊术后。

四、鉴定过程

案件审查及鉴定工作：我中心收到送检案件材料后，经确定鉴定人初步审查发函法院说明案件受理相关事宜，向医患双方进行鉴定风险等告知，商定召开医患意见陈述会日期。2025-11-13 在我中心召开医患意见陈述会（部分人员以远程视频形式参加），介绍本案司法鉴定事项，鉴定材料，鉴定人员和鉴定人出庭等内容，在征求医患双方均无异议的基础上，听取了各方的陈述意见，经过以上程序性工作后确定正式受理本案。依据《中华人民共和国民法典》，SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》、SF/T0112-2021《法医临床学鉴定指南》

共10页第7页

五、分析说明

本案依据法院送检病历及医学影像学片开展鉴定工作。现对本案患者病情特点和医院医疗行为分析说明如下:

(一) 关于患者病情特点及尸体解剖检验在本案中的意义

依据送检病历材料记载，患者[]男，65岁，其病情主要特点为：①有高血压及房颤病史多年，服用药物控制；②有胰十二指肠切除手术病史；③院外无诱因出现发热（最高达40℃）伴畏寒、乏力、右上腹疼痛于2025-03-24上午10时左右首次就诊于被告医院发热门诊，行血常规+CRP、PCT及胸部CT检查后离院；④当日中午，检验结果提示血小板下降、PCT明显升高，医院电话联系患方回院复检；⑤患者当日下午回院复检，可见采集时间为14:17的尿常规，检查时间为14:46的腹部超声，并予头孢曲松静脉滴注（约15:00左右）；⑥肝胆外科会诊考虑肝脓肿超声诊断不明确，未见液化，建议内科抗感染治疗，感染科住院，由于无床位等问题，患者再次离院；⑦当日晚22:20患者因出现血压下降就诊急诊科，查体BP74/50mmHg、P151次/分，予补液、升压后紧急于22:45收入急诊ICU；⑧经补液、升压、抗感染、纠酸等治疗后，患者于次日（2025-03-25）05:10突发意识丧失，颈动脉搏动消失，经抢救成功后病情持续危重。在当日家属放弃积极救治措施后临床死亡；⑨患者死亡后未行尸体解剖检验，临床死亡原因考虑为感染性休克，肝脓肿。

以上提示患者院外发生感染性疾病就诊,由于未行尸体解剖检验,具体病因无法从法医病理学层面得以明确,结合其病史、症状体征及辅助检查结果,考虑为社区获得性肝脓肿的可能性大,为一种消化系统感染性疾病,患者感染性疾病的发生与临床诊疗行为无关,且其就诊后短时间内进展至感染性休克,并在补液、升压、抗感染等治疗基础上,病情进展迅猛,出现多器官功能障碍,临床救治难度大、预后差的病情特点,患者死亡后未经尸体解剖检验,其确切死亡原因及自身重要脏器基础性病变等情况均不详,对本次鉴定完整评价医院诊疗行为及诊疗行为与患者死亡的因果关系和因果关联程度具有一定不确定性。依据现有送检病历材料分析,患者具有重吸烟史导致感染性

休克、多器官功能衰竭死亡的临床病情演变特点，引起患者死亡的原发性疾病考虑为肝脓肿（根本死因），而其自身重要脏器基础性病变在患者病情演变进展中起到的联合/辅助作用程度不详，患者死亡后未经尸体解剖检验的责任归属需由法庭审理明确。

（二）关于发热门诊诊疗行为

1.依据送检病历材料记载，2025-03-24 患者因“发热”就诊于发热门诊。医院结合患者病史、症状体征，给予感染性发热的初步诊断符合临床诊疗思维，予血常规、CRP、胸部 CT 等检查符合患者病情诊疗需要。患者血检验结果提示 PCT > 10ng/ml，血小板下降（ $60 \times 10^9/L$ ）并白细胞 $18.49 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分率 88.3%、超敏 C-反应蛋白 229.09mg/L 及 AST、总胆红素、肌酐、葡萄糖等升高，具有重症感染或可疑脓毒症的病情特点，有较高的病死风险。医院予电话联系患者要求返院复检，并在患者返院后进一步完善超声等检查评估病情符合患者病情诊疗需要及临床诊疗基本原则性要求。

2.肝脓肿是指致病微生物侵入并定植于肝脏导致的严重感染性疾病，主要临床表现为发热、寒战、肝区疼痛等。其中社区获得性肝脓肿常见致病菌为肺炎克雷菌等，耐药情况少。审查送检病历，患者超声检查提示肝脓肿形成早期可能，医院经验性给予注射用头孢曲松钠 2g 静脉输入抗感染治疗（约 15:00 左右），并请肝胆外科会诊，肝胆外科考虑患者肝脓肿液化不充分，建议内科抗感染治疗。医方陈述感染科当日暂无床位，遂联系其他科室住院（未果），患者再次离院。

如前所述，患者就诊发热门诊后的检查检验结果提示具有重症感染或可疑脓毒症的病情特点，病情危重，需予以留院观察或及时收入住院。给予积极抗感染并密切关注其生命体征及病情变化。审查送检发热门诊病历，缺乏患者生命体征监测记录，也未能予患者留院观察或及时收入住院。丧失了患者严重感染或可疑脓毒症病情的早期救治机会，患者当晚约 22:20 以出现感染性休克病情特点再次就诊于急诊外科，病情程度已明显进展加重，以上提示医院在发热门诊的诊疗过程中存在不足。

（三）关于急诊外科及收入住院期间诊疗行为

1.依据送检病历材料记载，2025-03-24-22:20 患者因病情加重

出现血压下降收入[]急诊外科抢救室，结合患者病史、症状体征及辅助检查结果，医院给予感染性休克可能、肝脓肿可能等的初步诊断，予持续心电监护、监测生命体征并补液、去甲肾上腺素升压治疗基础上于 22:45 以感染性休克、肝脓肿可能、血小板减少、急性肾功能不全等收入急诊 ICU，以上诊治符合患者病情诊疗需要及临床诊疗基本原则性要求。

2.审查送检病历材料，患者收入院后，医院予抗感染、补液、升压、纠酸、吸氧、监测血气分析等对症支持治疗符合临床诊疗基本原则性要求，临床上，脓毒症和脓毒性休克一经诊断，应当积极开展液体治疗或液体复苏、在有休克可能的患者中，起始 3h 内可以按照 30ml/kg 进行液体复苏，即液体复苏是救治感染性休克的主要和关键措施。审查送检 ICU 护理记录，医院 3h 内共输入液体量低于 1500ml，其早期液体复苏量存在不足，对患者缺氧的改善及预后不利，此后患者病情持续危重，并于 2025-03-25-05:10 突发意识丧失、颈动脉搏动消失，经抢救复苏后循环功能衰竭极重，并多器官功能衰竭。患者后续病情进展迅速，病情程度重，在患方放弃积极救治措施后临床死亡，医院在后续的对症支持治疗及抢救措施中未见存在明显过错。

综上所述，[]在对患者[]的诊疗过程中，在发热门诊治疗期间，对患者严重感染病情或可疑脓毒症的早期救治存在不足，在再次就诊急诊外科门诊并收入住院期间的液体复苏中存在不足，说明医院的医疗行为存在过错，与患者最终死亡的损害后果存在一定因果关系。

损害后果因果关系中医疗过错原因力程度的评定，实际上属于目前司法鉴定领域中最具困难和争议的工作；本案司法鉴定系从技术层面对因果关系原因力程度进行评定，而非对过错责任程度进行评定。原因力程度评定本质是建立在鉴定人学理性判断基础上的一种专业观点，不能与审判确定民事赔偿程度完全相同，是供法官审判确定民事赔偿的参考依据之一。本案鉴定人认为该案件因果关系原因力程度评定需要考虑因素有：（1）患者感染性疾病的发生与临床诊疗行为无关；（2）患者整体就诊时间短，病情进展迅猛，临床救治难度大；（3）医院的医疗过错；（4）医院相应的医疗水准；（5）临床医学的局限性因素；（6）患者死亡后未行尸体解剖检验，请贵院难以在法医病理

学层面给予明确。基于以上因素的分析，本次鉴定认为：医院医疗过
建议为次要原因范围。是否妥当供法庭审理裁定参考，并请法庭在本次技术评价立场基础上，结合庭审情况以及被鉴定人死亡后未经尸体解剖检验的法律
责任归属，综合确定医院的民事过错责任程度及损害赔偿程度。

六、鉴定意见

之间的原因力程度，从技术鉴定立场分析建议为次要原因范围。是否妥当供法庭审理裁定参考，并请法庭在本次技术评价立场基础上，结

综合确定医院的民事过错责任程度及损害赔偿程度。

七、附件

- 2.《司法鉴定许可证》复印件；
- 3.鉴定人承诺书（试行）。

司法鉴定人：

二〇一五年十一月五日



© 2006 The Authors

中华人民共和国司法部监制

低 昂 豐 隆 豐 隆 惟 獨

专业从书 第 1 卷

經世成業書

执业范围

[illegible]