

正本



司法鉴定意见书



统一社会信用代码: [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



司法鉴定意见书

统一司法鉴定案件编号: [REDACTED]

机构自编号: [REDACTED] 2026 [REDACTED]

一、基本情况

委托人: 济南市历下区人民法院

委托编号: (2026) [REDACTED]

委托事项: 请求对被申请人 [REDACTED] 在患者 [REDACTED] 的诊疗行为中是否具有过错, 如果具有过错, 该过错与患者爱荣死亡后果之间是否存在因果关系, 原因力大小进行司法鉴定。

受理日期: 2026 年 2 月 5 日

鉴定日期: 2026 年 3 月 30 日 (2026 年 3 月 17 日收到补充材料)

鉴定地点: [REDACTED]

鉴定材料: 原告提交: 1、[REDACTED] CT 检查报告单 1 张 (2024 年 12 月 21 日, 影像号 [REDACTED]); 2、[REDACTED] 影像检查报告单 1 张 (2024 年 12 月 21 日, 影像号 [REDACTED]); 3、[REDACTED] (1) 门诊病历 1 张 (2024 年 12 月 23 日, 门诊编号: [REDACTED]); (2) 住院病案 1 份 (2025 年 1 月 7 日-2025 年 1 月 24 日, 病案号: [REDACTED]); 4、居民死亡医学证明 (推断) 书 1 张 (2025 年 1 月 24 日 [REDACTED] 出具); 5、火化证明 1 张 (火化日期: 2025 年 1 月 25 日, [REDACTED] 06 号 [REDACTED] 出具); 6、影像资料 34 张 [REDACTED] 1 张: 2024 年 12 月 21 日 [REDACTED] 1 张。



张: 2024 年 12 月 21 日 4 张。
9 张: 2025 年 1 月 7 日, 1 张; 2025 年 1 月 7 日, 5 张; 2025 年 1 月 10 日, 1 张; 2025 年 1 月 11 日, 4 张; 2025 年 1 月 12 日, 5 张; 2025 年 1 月 14 日, 3 张; 2025 年 1 月 17 日, 4 张; 2025 年 1 月 21 日, 3 张; 2025 年 1 月 23 日 3 张)。

被告提交: 1、住院病案 1 份 (2025 年 1 月 7 日-2025 年 1 月 24 日, 病案号)。(以上材料均为复印件或扫描件, 原件已退回。)

在场人员: 患方代表: (被鉴定人儿子)、何宇 (代理律师); 医方代表: (代理律师)、 (副主任医师)

被鉴定人: 女 身份证

二、基本案情

据民事起诉状记载, 2024 年 12 月 21 日患者因“左耳耳鸣伴听力下降 12 年余”就诊于当地医院, 行颅脑 CT 检查, 为进一步诊治, 患者于 2024 年 12 月 23 日 就诊, 后于 2025 年 1 月 7 日入院, 入院诊断为左侧听神经瘤、高血压、骨折术后。2025 年 1 月 10 日患者接受左侧听神经瘤切除术, 术后当晚突发意识丧失, 随即行双侧枕部硬膜外血肿清除术, 并转入 ICU 继续治疗, 后



患者病情持续加重，于 2025 年 1 月 24 日办理出院，当日不幸去世。

因患者家属（以下简称“患方”）对 [REDACTED]（以下简称“医方”）治疗的诊疗行为提出异议，现由济南市历下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] 影像资料摘抄

2024年12月21日头颅CT（影像号 [REDACTED]）影像诊断：1、后颅窝占位，建议强化CT；2、双侧基底节区、右额叶腔隙性脑梗塞。

（二）[REDACTED] 影像资料摘抄

2024年12月21日头颅CT（影像号 [REDACTED]）诊断意见：左侧桥小脑角区占位，考虑肿瘤，神经源性肿瘤？建议MRI检查。考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶。

（三）[REDACTED] 病案摘要

1、门诊病历摘抄

门诊编号：[REDACTED]

就诊日期：2024 年 12 月 23 日 14 点 48 分

主诉：左侧听力下降 2 年，左面部麻木 3 个月

现病史：左侧听力下降 2 年，左面部麻木 3 个月，现来就诊

既往史：否认慢性疾病史 家族史：否认家族史 过敏史：无

意识状态清醒

查体是否合作：是



修正诊断: 颅内占位性病变

2、住院病历摘抄 (住院号 [REDACTED])

入院日期: 2025 年 1 月 7 日 出院日期: 2025 年 1 月 24 日

入院情况: 患者中年女性, 既往体健, 因“左耳耳鸣伴听力下降 12 年余”入院, 诉左耳听力下降 12 年余, 伴全天耳鸣, 成嗡嗡声, 期间曾间断服用药物, 无缓解, 近 3 年, 出现左侧舌头发麻感及面部麻木, 服用刺激性食物后麻木感加重, 偶有头晕头痛, 无心慌, 无胸闷。查体: 神志清, 精神可, 言语流利。双侧瞳孔等大等圆, 对光反射正常。双侧额纹、鼻唇沟对称。露齿、鼓腮正常。伸舌居中。四肢肌张力正常, 四肢肌力 5 级。双上肢指鼻稳准, 双下肢跟膝胫试验稳准。闭目难立征阴性。双巴氏征阴性。脑膜刺激征阴性。辅助检查: 2024-12-21, 颅脑 CT 平扫+强化, 1. 左侧桥小脑角区占位, 考虑肿瘤, 神经源性肿瘤? 2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶。

入院诊断: 1. 左侧听神经瘤 2. 高血压 3. 骨折术后

诊疗经过: 患者入院完善相关辅助检查, 排除手术禁忌后, 于 2025-1-10 在全麻下行乙状窦后入路听神经瘤切除术。术后当晚患者出现意识丧失, 呼之不应, 立即给予甘露醇 250ml 快速静脉滴入及呋塞米静推利尿并请麻醉科急会诊, 给予行气管插管, 行颅脑 ct 检查示小脑硬膜外血肿, 急症行双侧枕部硬膜外血肿清除术, 术后放置硬膜外引流管。为进一步治疗转入 ICU, 入 ICU 后给予呼吸机辅助通气, 舒普深抗感染、营养神经、脱水降颅压、改善微循环、抑酸护胃、营



养支持、维持水电解质及酸碱平衡等对症支持治疗。患者病情逐渐加重，逐渐出现多部位脑梗死、蛛网膜下腔出血、重症肺炎、尿崩症、休克等。详细向患者家属告知病情，患者病情危重，预后差，患者家属了解并要求出院，告知出院风险及转运注意事项，今日出院。

2025-01-07 10:35:28 首次病程记录

因左耳耳鸣伴听力下降 12 年余于 2025-01-07 09:10:41 入院

病例特点:

1. 既往史: 既往病史: 否认糖尿病、冠心病等慢性病史, 传染病接触史: 否认, 外伤史: 左足中指第三、四、小趾骨折, 手术史: 2024 年左足骨折固定术, 输血史: 否认, 预防接种史: 随当地, 食物过敏史: 否认, 药物过敏史: 无。

2. 现病史: 患者诉左耳听力下降 12 年余, 伴全天耳鸣, 成嗡嗡声, 期间曾间断服用药物, 无缓解, 近 3 年, 出现左侧舌头发麻感及面部麻木, 服用刺激性食物后麻木感加重, 偶有头晕头痛, 无心慌, 无胸闷。2024-12-21 就诊于当地医院, 颅脑 CT 平扫+强化示 1, 左侧桥小脑角区占位, 考虑肿瘤, 神经源性肿瘤? 2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶。今为求进一步诊治来我院就诊, 门诊以“颅内占位性病变”收入院。目前患者一般情况稳定, 饮食正常, 睡眠正常, 小便正常, 大便正常, 体重无明显变化。

3. 体格检查: T: 36.5℃、P: 80 次/分、R: 19 次/分、BP: 165/96mm Hg, 左耳听力下降, 余无明显阳性体征。



4. 辅助检查: 2024-12-21, 颅脑 CT 平扫+强化, 1. 左侧桥小脑角区占位, 考虑肿瘤, 神经源性肿瘤? 2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶, [REDACTED]

初步诊断: 1. 左侧听神经瘤 2. 高血压 3. 骨折术后

诊断依据: 1. 患者 [REDACTED] 57 岁, 老年女性, 因左耳耳鸣伴听力下降 12 年余入院。2. 神志清, 精神可, 言语流利。双侧瞳孔等大等圆, 对光反射正常。双侧额纹、鼻唇沟对称。露齿、鼓腮正常。伸舌居中。四肢肌张力正常, 四肢肌力 5 级。双上肢指鼻稳准, 双下肢跟膝胫试验稳准。闭目难立征阴性。双巴氏征阴性。脑膜刺激征阴性。3. 2024-12-21, 颅脑 CT 平扫+强化, 1. 左侧桥小脑角区占位, 考虑肿瘤, 神经源性肿瘤? 2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶, [REDACTED]

鉴别诊断: 1. 胆脂瘤: 即表皮样囊肿, 是起源于异位胚胎残余组织的先天性良性肿瘤, CPA 区是胆脂瘤的好发部位, 胆脂瘤的特征性表现是“见缝就钻”, 向周围匍匐性生长, 多沿脑沟、脑池塑形发展, 周围实质常受压, 但其周围实质内常无水肿, 绝大多数胆脂瘤在 T1W1、FLAIR 上呈低信号, T2W1 上呈比听神经瘤更高的高信号, 信号强度较均匀, DWI 上为高信号, 增强扫描肿瘤无明显强化。2. 三叉神经瘤: 起于三叉神经根的肿瘤长位于 CPA 上部, 可突入麦氏腔, 使其扩大, 其 CT、MRI 信号特点于听神经瘤相同, 其特征性表现为哑铃状(或哑铃征)及颞骨岩尖部骨质破坏或者吸收, 在 T1W1 中呈现的高信号消



失，于岩尖跨中、后颅窝，沿三叉神经径路生长，不累及内听道，三叉神经根部增粗与肿瘤相续为三叉神经肿瘤的可靠征象。

诊疗计划: 1. 神经外科护理常规，二级护理，普通饮食。2. 尽快完善相关检验、检查，排除手术禁忌。3. 若无明显手术禁忌症，择期行手术治疗。

2025-01-07 10:36:48 入院病情评估

患者 57 岁，老年女性，因左耳耳鸣伴听力下降 12 年余入院。查体: 神志清，精神可，言语流利。双侧瞳孔等大等圆，对光反射正常。双侧额纹、鼻唇沟对称。露齿、鼓腮正常。伸舌居中。四肢肌张力正常，四肢肌力 5 级。双上肢指鼻稳准，双下肢跟膝胫试验稳准。闭目难立征阴性。双巴氏征阴性。脑膜刺激征阴性。辅助检查: 2024-12-21，颅脑 CT 平扫+强化，1. 左侧桥小脑角区占位，考虑肿瘤，神经源性肿瘤? 2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶，

入院诊断: 1. 左侧听神经瘤 2. 高血压 3. 骨折术后。诊疗计划: 1. 神经外科护理常规，二级护理，普通饮食。2. 尽快完善相关检验、检查，排除手术禁忌。3. 若无明显手术禁忌症，择期行手术治疗。

2025-01-09 09:31:28 副主任医师查房记录

患者 57 岁，中年女性，因左耳耳鸣伴听力下降 12 年余入院。查体: 神志清，精神可，言语流利。双侧瞳孔等大等圆，对光反射正常。双侧额纹、鼻唇沟对称。露齿、鼓腮正常。伸舌居中。四肢肌张力正常，四肢肌力 5 级。双上肢指鼻稳准，双下肢跟膝胫试验



稳准。闭目难立征阴性。双巴氏征阴性。脑膜刺激征阴性。辅助检查：2024-12-21，颅脑 CT 平扫+强化，1. 左侧桥小脑角区占位，考虑肿瘤，神经源性肿瘤？2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶，[REDACTED] [REDACTED] 副主任医师查房看过患者，嘱结合患者临床表现及辅助检查，考虑患者为听神经瘤，压迫脑干，如继续行保守治疗，病变可能继续增大，压迫周围脑组织，致现有症状加重，危及病人生命；患者家属有手术意愿，要求行手术治疗，定于明日在全麻下行乙状窦后入路听神经瘤切除术。

2025-01-09 09:32:45 术前小结

术前讨论由副主任医师主持，讨论结论及术前小结如下：

简要病情：患者 [REDACTED] 57 岁，老年女性，因左耳耳鸣伴听力下降 12 年余入院。查体：神志清，精神可，言语流利。双侧瞳孔等大等圆，对光反射正常。双侧额纹、鼻唇沟对称。露齿、鼓腮正常。伸舌居中。四肢肌张力正常，四肢肌力 5 级。双上肢指鼻稳准，双下肢跟膝胫试验稳准。闭目难立征阴性。双巴氏征阴性。脑膜刺激征阴性。辅助检查：2024-12-21，颅脑 CT 平扫+强化，1. 左侧桥小脑角区占位，考虑肿瘤，神经源性肿瘤？2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶，[REDACTED]

术前诊断：1. 左侧听神经瘤 2. 高血压 3. 骨折术后

手术指征：患者考虑听神经瘤，压迫脑干，如继续行保守治疗，病变可能继续增大，压迫周围脑组织，致现有症状加重，危及病人生命。



命;患者家属有手术意愿,要求行手术治疗。

拟行手术名称和方式:乙状窦后入路听神经瘤切除术

拟行麻醉方式:全麻

术前准备:根据术前讨论的相关注意事项,手术为全麻手术,术前需备皮、导尿,术前禁饮食及补液;手术时间较长(预计超过3小时),出血较多,申请备血,术前半小时及术中使用抗菌药物预防感染。已向患者及家属交代病情讲明手术的必要性和风险性,患者及家属同意手术,对可能出现的风险表示理解,已签署手术、输血知情同意书等,拟定于明日进行。

注意事项:术中规范操作,充分切除肿瘤,避免损伤临近的组织、血管及神经,避免术后出血、脑脊液漏,术中注意降低颅内压、抗感染、营养支持等治疗,预防深静脉血栓等并发症。

手术者[REDACTED]副主任医师已查看患者,患者诊断明确,术前检查已完善,各项凝血指标符合手术要求,无明显手术禁忌症,准备手术。

2025-01-10 15:00:49 术后首次病程记录

患者于今日去手术室在全麻下行左侧乙状窦后入路听神经瘤切除术。全麻后,患者取侧卧位,标记左侧乙状窦后直切口,常规消毒,铺巾,局麻,依次切开头皮各层,骨膜下剥离,置牵开器,颅骨钻孔2个,铣刀成形骨瓣,弧形剪开硬膜,缓慢放出枕大池脑脊液,脑压下降后,置自动脑压板,将小脑半球向内侧牵开,向桥小脑角探查,即见肿瘤,呈灰黄色,包膜完整,起源于内听道内,向尾侧挤压后组



颅神经，向头侧推挤三叉神经。剪开肿瘤包膜，使用超声吸引配合吸引器于瘤内分块吸除肿瘤，病变质软，血运丰富，边界较清，瘤内减压充分后分离肿瘤周边，神经电生理监测见面神经位于肿瘤腹侧，后继续于肿瘤包膜内分离病变，逐步将内听道外的肿瘤予以分块切除。后使用磨钻磨开内听道外侧壁，探查位于内听道内的肿瘤，并继续于包膜内分块切除肿瘤，逐步显示位于肿瘤腹侧的面神经，见面神经自内听道内延续至颅内时于肿瘤包膜表面消失融于肿瘤包膜。遂姑息保留部分包膜以保护面神经功能。创面仔细止血。缝合并悬吊硬膜，peek 钉板复位并固定骨瓣。依次关颅。术后患者拔除气管插管后安返病房。

2025-01-10 21:01:47 日常病程记录

患者今日夜间突发意识不清，持续心电监护示收缩压大于 200mmHg。立即给予甘露醇 250ml 快速静脉滴入，并给予速尿一支静推。后患者出现鼾式呼吸。请麻醉科急会诊，给予行气管插管。生命体征平稳后紧急行颅脑 ct 检查。

2025-01-10 22:04:00 副主任医师查房记录

■ 女，57 岁，今日行左侧乙状窦后入路听神经瘤切除术，今日夜间患者突发意识不清，持续心电监护示收缩压大于 200mmHg。立即给予甘露醇 250ml 快速静脉滴入，并给予速尿一支静推。后患者出现鼾式呼吸。请麻醉科急会诊，给予行气管插管。生命体征平稳后紧急行颅脑 ct 检查，CT 检查示小脑硬膜外血肿，与患者家属沟通病



情，患者病情危急，家属同意急症行双侧枕部硬膜外血肿清除术。

2025-01-10 22:07:44 急诊术前小结

术前讨论由[REDACTED]副主任医师主持，讨论结论及术前小结记录如下：

简要病情：患者[REDACTED]女，57岁，今日行左侧乙状窦后入路听神经瘤切除术。今日夜间患者突发意识不清，持续心电监护示收缩压大于200mmHg，急行CT检查示小脑硬膜外血肿，专科查体：意识丧失，麻醉插管状态。

术前诊断：1. 左侧乙状窦后入路听神经瘤切除术后 2. 双侧枕部硬膜外血肿

手术指征：患者症状明显，影像学示左侧乙状窦后入路听神经瘤切除术后，双侧枕部硬膜外血肿，出血量大，手术指征较明确。

拟行手术名称和方式：双侧枕部硬膜外血肿清除术

拟施麻醉方式：气管插管全麻

术前准备：根据术前讨论的相关注意事项，备皮、导尿，术前降颅压措施；手术时间较长，已向患者及家属交待病情，讲明手术的必要性和风险性，患者及其家属同意手术，对可能出现的风险表示理解，已签署手术、输血治疗知情同意书等。

注意事项：术中严格遵循无菌原则，规范操作，避免损伤其他邻近组织和器官，避免发生大出血。术后积极行抗感染、预防下肢静脉血栓治疗。



手术者[REDACTED]副主任医师已查看患者。诊断明确，各项检查及凝血指标符合手术要求，无明显手术禁忌，准备手术。

2025-01-11 01:10:41 术后首次病程记录

患者麻醉成功后取俯卧位，头架固定，标记左旁正中直切口，常规术区消毒铺巾局麻，依次切开各层，骨膜下剥离，颅骨钻孔1个，铣刀成型左枕骨瓣，于硬膜外即暗红色陈旧性血肿，压力较高，使用吸引器予以吸除，后使用神经内镜沿骨窗周边向对侧及上方仔细探查，继续吸除对侧及双侧幕上部分的血肿见无活动性出血后，脑压明显下降，脑搏动良好。硬脑膜剪开一约1cm切口，见硬膜下脑组织结构正常，无明显挫伤及血肿。遂缝合硬膜切口。沿骨窗周边严密悬吊硬脑膜。硬膜外置引流管一根，peek钉板复位并固定骨瓣，依次缝合头皮各层，患者带气管插管安返病房。

2025-01-11 10:01:45 副主任医师查房记录

术后第1天，患者病情危重，昏迷状态，意识不清，气管插管未拔除。生命体征平稳。今日复查血气结果提示：结果示：氧分压 150.00 mmHg，氧饱和度 99.50 %，葡萄糖 16.90 mmol/L，乳酸 11.90 mmol/L，pCO₂ (T) 26.00 mmHg，pO₂ (T) 150.00 mmHg，标准碱剩余 -9.30 mmol/L，实际碱剩余 -7.50 mmol/L，标准碳酸氢根 19.10 mmol/L，实际碳酸氢根 15.70 mmol/L。[REDACTED]副主任医师查房，患者昨日术后急性枕部硬膜外出血，予以急诊全麻硬膜外血肿清除术，术后患者昏迷状态，意识不清，呼之不应，气管插管暂无拔除，血气结果



提示乳酸升高，嘱今日予以对症支持、维持电解质平衡、脱水脑保护等治疗，并联系 ICU 急会诊，评估患者病情，必要时予以转科处理。嘱继续密切监测患者生命体征变化，及时对症处理。

2025-01-11 10:08:18 转出记录

患者 [REDACTED] 女、57 岁。因左耳耳鸣伴听力下降 12 年余于 2025-1-7 入住神经外科，现转入 ICU 一病区。

入院情况: 患者 [REDACTED] 57 岁，老年女性，因左耳耳鸣伴听力下降 12 年余入院。查体: 神志清，精神可，言语流利。双侧瞳孔等大等圆，对光反射正常。双侧额纹、鼻唇沟对称。露齿、鼓腮正常。伸舌居中。四肢肌张力正常，四肢肌力 5 级。双上肢指鼻稳准，双下肢跟膝胫试验稳准。闭目难立征阴性。双巴氏征阴性。脑膜刺激征阴性。辅助检查: 2024-12-21，颅脑 CT 平扫+强化，1 左侧桥小脑角区占位，考虑肿瘤，神经源性肿瘤？2. 考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶，[REDACTED]

入院诊断: 1. 左侧听神经瘤 2. 高血压 3. 骨折术后

诊疗经过: 患者入院完善相关检查，排除手术禁忌后，于 2025-1-10 在全麻下行乙状窦后入路听神经瘤切除术。术后当晚患者出现意识丧失，呼之不应，立即给予甘露醇 250ml 快速静脉滴入，并给予速尿一支静推。后患者出现鼾式呼吸。请麻醉科急会诊，给予行气管插管。生命体征平稳后紧急行颅脑 ct 检查，CT 检查示小脑硬膜外血肿，行急诊行双侧枕部硬膜外血肿清除术。术后放置硬膜外引流管。



目前情况: 现患者生命体征尚平稳, 昏迷状态, 意识不清, 呼之偶尔可睁眼, 气管插管状态, 血清高敏肌钙蛋白 216.82ng/L。复查血气结果示: 氧分压 150.00 mmHg, 氧饱和度 99.50 %, 葡萄糖 16.90 mmol/L, 乳酸 11.90mmol/L, pCO₂ (T) 26.00 mmHg, pO₂ (T) 150.00 mmHg, 标准碱剩余 -9.30 mmol/L, 实际碱剩余 -7.50 mmol/L, 标准碳酸氢根 19.10 mmol/L, 实际碳酸氢根 15.70 mmol/L。予以补液等对症处理。

今日复查颅脑 CT: 可见硬膜外血肿较前明显减少、左枕叶新发低密度灶, 予以丁苯酞、尼莫地平对症改善脑代谢治疗, 甘油果糖降颅压, 给予舒普深抗感染治疗。

目前诊断: 1. 左侧听神经瘤术后 2. 双侧枕部硬膜外血肿清除术后 3. 左枕叶脑缺血梗塞灶 4. 高乳酸血症 5. 高血压 6. 左足骨折术后

转科目的及注意事项: 转入 ICU 进一步治疗, 关注患者硬膜外引流情况, 密切监测患者生命体征。

2025-01-11 15:45:48 转入记录

已阅读转出记录并对有关病历资料进行了复习, 询问了病史、进行了查体及评估。

目前情况: 患者昏迷状态, 呼之不应, 气管插管状态, 自主呼吸。双侧瞳孔等大等圆, 直径 3mm, 对光反射迟钝, 心率 125 次/分, 呼吸 24 次/分, 血压 155/95mmHg。今日复查颅脑 CT: 可见硬膜外血肿较



前明显减少、左枕叶新发低密度灶。

目前诊断: 1. 左侧听神经瘤术后 2. 双侧枕部急性硬膜外血肿清除术后 3. 左枕叶脑缺血梗塞灶 4. 高乳酸血症 5. 高血压 6. 左足骨折术后

转入诊疗计划: 1. ICU 护理常规, 特级护理, 心电血压血氧饱和度监护; 2. 经[]主任医师、[]副主任医师、[]副主任医师商议后给予呼吸机辅助通气, 舒普深抗感染、营养神经、降颅压、改善微循环、抑酸护胃、营养支持、维持水电解质及酸碱平衡等对症支持治疗; 3. 患者病情危重, 预后差, 向家属交代病情, 家属表示理解并配合治疗。

2025-01-12 13:32:59 副主任医师查房记录

患者昏迷状态, GCS=E1VTM2, 观察双侧瞳孔等大等圆直径约 3.0 mm, 对光反应均迟钝, 持续 0.9%氯化钠 44ml+布托啡诺 12mg 微泵静推 0.96mg/h 镇痛。经口气管插管接呼吸机辅助通气, 模式 BIPAP, F_IO₂: 30%, F: 12 次/分, PEEP: 5cmH₂O, PS: 10cmH₂O, P_i: 15cmH₂O, T_i: 1.0s, 监测 P_{peak}: 15cmH₂O, SpO₂: 100%。心电示波窦性心律, 持续 0.9%氯化钠 40ml+艾司洛尔 1000mg 微泵静推 60mg/h, 控制心率 103 次/分。经左侧桡动脉置管处行有创血压监测, 血压 143/75mmHg, 平均动脉压 98mmHg。保留硬膜外引流管一根, 接引流瓶可见引出少量血性液。患者枕后部纱布覆盖, 无法观察, 额头可见穿刺点下肿块, 左侧足跟可见陈旧性疤痕, 足背可见轻微皮下血肿。持续肛温监测,



测肛温 37.7℃，今 [REDACTED] 副主任医师查房嘱患者昨日行双侧硬膜外血肿清除术，术后放置硬膜外引流管，今日注意监测患者引流管引流量及引流液颜色；今日复查 CT，患者脑水肿较严重，加用甘露醇降低颅压，甲泼尼龙抗炎治疗，继续给予维持水电解质平衡、营养支持、镇静镇痛等对症治疗。

2025-01-14 11:38:24 主治医师查房记录

患者昏迷状态，GCS=E1VTM1，布托啡诺镇痛、心电监护示窦性心律，艾司洛尔控制心率 88 次/分，乌拉地尔控制血压 172/89mmHg，平均动脉压 122mmHg，经口气管插管接呼吸机辅助通气，模式 BIPAP，FI02: 30%，SP02: 100%。持续经左侧桡动脉置管处行有创血压监测。患者枕后伤口无菌敷料覆盖，暂未见渗血渗液；持续肛温监测，肛温 36.2℃，持续冰毯物理降温+冰帽护脑。双侧瞳孔等大等圆，直径约 2.0mm，对光反应均消失，左侧角膜消失、右侧角膜反射减弱，病理反射未引出，24 小时入量: 3614ml (静脉入量: 2384ml; 鼻饲: 1130ml;) 出量: 4101ml (尿量: 4100ml; 硬膜外引流: 1ml;)。[REDACTED] 主治医师查房:

1. 患者病情危重，为加强脑保护给予冰毯冰帽亚低温、深镇痛镇静治疗；继续甘露醇脱水降颅压；继续呼吸机辅助呼吸，加强气道管理；抑酸护胃、降糖控压保护靶器官治疗；复查颅脑 CT 评估患者病情；患者病情危重预后差，充分向患者家属告知病情，考虑患者短期内拔除气管插管可能性小，向患者家属沟通气管切开事宜。

2025-01-16 10:49:47 危急值处理记录



2025.09:15 患者血钠危急值 163mmol/L, 给予温开水 500ml, 甘露醇 250ml q6h 改 q8h。

2025-01-17 15:41:39 主治医师查房记录

患者昏迷状态, GCS=E1VTM1, 观察双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3.0mm, 对光反应均迟钝, 布托啡诺微泵静推镇痛, 尼莫地平、乌拉地尔控制血压, 艾司洛尔 1000mg 微控制心率, 气管切开处接呼吸机辅助通气, 模式为 CPAP, FI02: 35%, SpO2: 100%。心电示波窦性心律, 心率 93 次/分, 患者枕后伤口无菌敷料覆盖, 持续肛温监测, 肛温 36.4℃, 持续冰毯物理降温+冰帽护脑。24 小时 入量: 3692ml (静脉入量: 2092ml; 鼻饲: 1600ml;) 出量: 1500ml (尿量: 1500ml; [REDACTED]) 主治医师查房: 1. 行颅脑、胸部 CT 评估患者病情; 2. 治疗继续给予改善患者脑水肿, 脑保护治疗, 维持电解质平衡治疗; 3. 气压治疗预防血栓, 加强气道管理。

2025-01-18 13:16:19 日常病程记录

患者肛温 40℃, 给予吲哚美辛栓体温未见改变, 当前心率波动于 120 次/分, 持续血管活性药物维持, 平均动脉压波动于 80mmhg, 请示住院总, 给予地塞米松静推, 密切观察, 急查感染指标留取血培养, 补液待结果回归进一步评估。

2025-01-19 10:33:12 副主任医师查房记录

患者昏迷状态, GCS=E1VTM1, 观察双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3.0mm, 对光反应均迟钝, 持续 0.9%氯化钠 44ml+布托啡诺 12mg 微泵静



推 0.96mg/h 镇痛。气管切开处接呼吸机辅助通气，模式为 CPAP，FI02: 50%，SP02: 100%。心电示波窦性心律，心率由 0.9%氯化钠 40ml+艾司洛尔 1000mg 微泵静推 80mg/h 控制在 96 次/分。持续经左侧桡动脉置管行有创血压监测，血压 148/77mmHg，平均动脉压 102mmHg，5%葡萄糖 40ml+去甲肾上腺素 20mg 微泵静推降至 0.06ug/(kg*min)。患者头部头套保护，枕后伤口无菌敷料覆盖，暂未见渗血渗液；左足跟可见陈旧性疤痕，足背可见皮肤淤青。留置右侧上肢 PICC 置管一根，置入长度 36cm，外露 1cm，肘上 10cm 臂围 25.5cm，输液畅，妥善固定。持续肛温监测，肛温 38.3℃，持续冰毯物理降温。今日 [REDACTED] 副主任医师查房嘱患者昨日仍发热，最高体温 39.2℃，昨日已完善血培养等病原学，注意关注病原学结果，及时调整抗感染方案；患者呼吸机参数较低，今日可尝试脱机，注意复查血气。

2025-01-21 15:15:03 主治医师查房记录

患者昏迷状态，GCS=E1VTM1，观察左侧瞳孔直径约 4.5mm，右侧瞳孔直径约 4mm，对光反应均消失，气管切开处接呼吸机辅助通气，模式 BIPAP，FI02: 55%，SP02: 96%。心电示波窦性心律，心率由 0.9%氯化钠 40ml+艾司洛尔 1000mg 微泵静推 100mg/h 控制在 121 次/分。持续经左侧桡动脉置管行有创血压监测，持续 5%葡萄糖 45ml+去甲肾上腺素 10mg 微泵静推 0.2ug/(kg*min) 维持血压 112/71mmHg，平均动脉压 85mmHg。患者头部头套保护，枕后伤口无菌敷料覆盖，暂未见渗血渗液；左足跟可见陈旧性疤痕，足背可见皮肤淤青。留置右侧上



肢 PICC 置管一根。持续肛温监测，肛温 40.2° C，持续冰毯物理降温。骶尾部皮肤潮红，给予涂抹芦荟胶，加强皮肤护理。辅助检查：痰培养示肺炎克雷伯菌；肝肾功：丙氨酸氨基转移酶 51U/L，天门冬氨酸氨基转移酶 73U/L，总胆红素 5.7 $\mu\text{mol/L}$ ，白蛋白 30.7 g/L，尿素 14.14 mmol/L，肌酐 61 $\mu\text{mol/L}$ ，钠 152 mmol/L；白细胞介素 6 16.90 pg/ml，前降钙素 2.140 ng/ml，N 端脑钠肽前体 322.00 pg/ml；血常规：白细胞 $22.73 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞比率 93.80 %，红细胞 $3.82 \times 10^{12}/\text{L}$ ，血红蛋白 106.0 g/L，血小板计数 $211 \times 10^9/\text{L}$ ，C 反应蛋白 121.87 mg/L，血沉 100.00 mm/h。今日 [REDACTED] 主治医师查房嘱患者瞳孔较前增大，双侧不等大，对光反射迟钝，今日复查 CT，注意关注脑梗死、脑出血范围以及脑水肿等情况；患者感染指标较前升高，给予莫罗培南 q8h 抗感染治疗；患者尿崩状态，加用垂体后叶素控制尿量，监测尿流速，维持尿流速约 100ml/L；患者昨日仍发热，注意监测患者体温及生命体征，及时处理。

2025-01-22 15:40:35 内镜检查记录

患者充分镇静，经气管切开处向气道内喷入 2%利多卡因局部麻醉，去枕平卧位，纤支镜润滑，经气管套管进入气道，镜下提示导管通畅，主气道通畅，导管尖端距隆突约 3cm，隆突未见异常，左右支气管通畅，气道粘膜稍充血水肿，右肺中下叶可见黄色痰，左肺下叶可见黄色淡血性痰，给予充分吸痰。给予 0.9%氯化钠 20ml 分别于左右支气管进行灌洗，留灌洗液送培养检测病原学，术中术毕患者生命



体征平稳，术毕调节吸氧浓度至术前水平。

2025-01-22 16:32:43 日常病程记录

患者血病原体核糖核酸扩增定量检测-24 项提示：肺炎克雷伯杆菌 324，粘质沙雷氏菌 92.5，肠球菌 585.5，[REDACTED]副主任医师、[REDACTED]副主任医师、[REDACTED]主任商议后加用万古霉素 1000mg 静滴 q 12h，严密监测体温变化，动态监测感染指标变化，及时调整抗感染治疗方案。

2025-01-24 09:29:27 主治医师查房记录

患者昏迷状态，GCS=E1VTM1，观察左侧瞳孔直径约 4.0mm，右侧瞳孔直径约 4.5mm，对光反应均消失。气管切开处接呼吸机辅助通气，模式 BIPAP，FiO₂: 40%，SpO₂: 90%。心电示波窦性心律，心率 112 次/分。患者左侧桡动脉置管欠通畅，测无创血压 122/41mmhg，持续 5% 葡萄糖 40ml+去甲肾上腺素 20mg 微泵静推 0.32ug/(kg*min)。患者 CT 示：与 2025-01-21CT 比较：颅脑术后所见，请结合临床；考虑枕部急性硬膜外血肿，较前变化不著；颅内积气较前相仿；侧脑室少量积血，较前相仿；脑内多发缺血变性、梗塞灶，建议结合 MRI 检查，右侧基底节区病灶内合并少许出血可能；蛛网膜下腔出血可能，脑组织肿胀较前明显。[REDACTED]主治医师今日查房：患者颅脑 ct 提示重度脑水肿，病情危重，预后极其差，详细向患者家属告知病情，患者家属要求出院，告知出院风险包括猝死等，患者家属知情，签字后出院。

辅助检查摘抄：



2025 年 1 月 7 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED]) 检查结论: 左侧桥小脑角区-左侧小脑幕下占位性病变, 建议 MRI 进一步检查 脑缺血梗塞灶可能, 必要时结合 MRI 评估。

2025 年 1 月 7 日 MR (检查编号 [REDACTED] 59) 检查结论: 左侧桥小脑角区占位累及左侧内听道, 考虑听神经鞘瘤, 结合临床 左侧枕叶急性或亚急性梗塞灶 脑内多发缺血变性灶。

2025 年 1 月 10 日病理检查(病理 [REDACTED])病理诊断: (左侧桥小脑角)神经鞘瘤, 送检为碎组织。免疫组化: S-100(+), SOX-10(+), SMA(-), GFAP(-), CD34(-), EMA(-), Ki-67 阳性率 3%。

2025 年 1 月 10 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED] 5) 检查结论: 结合病史, 左侧桥小脑角区占位术后 考虑枕部急性硬膜外血肿 颅内硬膜下出血、颅内及椎管内蛛网膜下腔出血 脑内缺血梗塞灶 请结合临床及其他检查、随诊复查。

2025 年 1 月 11 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED] 50) 检查结论: 对比 2025-01-10: 结合病史, 左侧桥小脑角区占位术后 考虑枕部急性硬膜外血肿, 较前 2025-01-10 范围缩小, 密度增高 颅内硬膜下出血、颅内及椎管内蛛网膜下腔出血 双侧侧脑室积血, 较前密度增高 脑内多发缺血变性梗塞灶, 结合 MR 左侧枕叶梗塞灶, 较前片新增脑组织肿胀, 邻近脑沟裂受压变窄 大脑镰及双侧小脑幕硬膜下血肿, 较前新增 请结合临床及其他检查、随诊复查。

2025 年 1 月 11 日胸部 CT (检查编号 [REDACTED] 0) 检查结论:



双肺少许炎症、纤维灶，部分呈间质性改变 双侧胸膜增厚。

2025 年 1 月 12 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED] 0) 检查结论:
对比 2025-01-11: 结合病史，左侧桥小脑角区占位术后 考虑枕部急性硬膜外血肿，较前 2025-01-11 范围稍缩小 颅内硬膜下出血、颅内及椎管内蛛网膜下腔出血，较前稍减小 双侧侧脑室积血，较前略减少 脑内多发缺血变性梗塞灶，结合 MR 左侧枕叶梗塞软化灶 脑组织肿胀，邻近脑沟裂受压变窄 大脑镰及双侧小脑幕硬膜下血肿、较前相仿 请结合临床及其他检查、随诊复查。

2025 年 1 月 12 日胸部 CT (检查编号 [REDACTED] 0) 检查结论:
双肺少许炎症、纤维灶，部分呈间质性改变，炎症较前 2025. 01. 11 有所吸收 双侧胸膜增厚 左侧锁骨下动脉起始处增粗，请结合临床必要时进一步检查 胆囊胆汁淤积 阑尾粪石 子宫节育器 盆腔少许积液。

2025 年 1 月 14 日胸部 CT (检查编号 [REDACTED] 检查结论:
双肺少许间质性改变、纤维灶，较前 2025-01-12CT 变化不著。

2025 年 1 月 14 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED] 3) 检查结论:
对比 2025-01-12: 结合病史，左侧桥小脑角区占位术后 考虑枕部急性硬膜外血肿，较前范围稍缩小; 颅内积气较前减少 颅内硬膜下出血、颅内及椎管内蛛网膜下腔出血，较前稍减少 侧脑室少量积血，较前略减少 脑内多发缺血变性、梗塞灶，建议结合 MR1 检查左侧枕叶梗塞软化灶 脑组织肿胀，邻近脑沟裂受压变窄 大脑镰及双侧小脑幕硬



膜下血肿，较前相仿 请结合临床、随诊复查。

2025 年 1 月 17 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED] 2) 检查结论:
颅脑术后所见，较前 (2025. 01. 14CT) 颅内积气减少，余变化不著，请
结合临床、密切随诊。

2025 年 1 月 21 日胸部 CT (检查编号 [REDACTED] 6) 检查结论:
双肺炎症，较前 2025-01-17 日 CT 范围增大、密度减低，请结合临床。

2025 年 1 月 21 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED] 6) 检查结论:
与 2025-01-17CT 比较: 颅脑术后所见，请结合临床 考虑枕部急性硬
膜外血肿，较前略减少; 颅内积气较前相仿 侧脑室少量积血，较前相
仿 脑内多发缺血变性、梗塞灶，建议结合 MRI 检查，左额叶、双侧
基底节新发 低密度灶，考虑脑梗死，左顶叶低密度灶较前范围增大，
密度减低 脑组织肿胀，邻近脑沟裂受压变窄 请结合临床、随诊复查。

2025 年 1 月 23 日颅脑 CT (检查编号 [REDACTED] 0) 检查结论:
与 2025-01-21CT 比较: 颅脑术后所见，请结合临床 考虑枕部急性硬
膜外血肿，较前变化不著; 颅内积气较前相仿 侧脑室少量积血，较前
相仿 脑内多发缺血变性、梗塞灶，建议结合 MRI 检查，右侧基底节
区 病灶内合并少许出血可能蛛网膜下腔出血可能，脑组织肿胀较前
明显 请结合临床、随诊复查。

2025 年 1 月 23 日胸部 CT (检查编号 [REDACTED] 0) 检查结论:
双肺坠积性炎症，较前 2025-01-17 日 CT 范围增大、密实，请结合临
床。



出院诊断: 1. 左侧听神经瘤 左侧听神经瘤术后 双侧枕部急性硬膜外血肿清除术后 急性多部位脑梗死 蛛网膜下腔出血 颅内积气 2. 重症肺炎 细菌性肺炎呼吸衰竭 3. 凝血功能异常 4. 高乳酸血症 5. 高血压 6. 左足骨折术后 7. 血小板减少 8. 电解质紊乱 低钠血症 高钾血症 9. 重度贫血 10. 尿崩症 11. 休克

出院情况: 患者昏迷状态, GCS=E1VTM1, 观察左侧瞳孔直径约 4.0mm, 右侧瞳孔直径约 4.5mm, 对光反应均消失, 气管切开处接呼吸机辅助通气, 模式 BIPAP, FI02: 40%, SP02: 90%。心电示波窦性心律, 心率 112 次/分。无创血压 122/41mmhg, 持续 5%葡萄糖 40ml+去甲肾上腺素 20mg 微泵静推 0.32ug/(kg*min)。

出院医嘱: 继续住院治疗

(四) 居民死亡医学证明(推断)书

出具日期: 2025 年 1 月 24 日

死亡日期: 2025 年 1 月 24 日 13 时 46 分

死亡原因: 脑出血

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 0



097-2021)、《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等,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

本中心收到济南市历下区人民法院委托后,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

2026年3月30日鉴定人在本中心召开医患双方、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,医患双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,医患双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双方履行知情签字。现将医患双方主要观点归纳摘要如下:

患方:患者术后当晚出现收缩压大于200mmHg并迅速发生意识障碍,属于严重围手术期高血压事件,病历中未见针对极高血压的控制与管理。患者为择期手术,但从入院到手术仅间隔3天,医方仓促手术对潜在风险的评估不够充分。患者术后当晚即发生硬膜外血肿并再手术,随后又出现多部位脑梗死与蛛网膜下腔出血等。医方在高危术



式、合并高血压、影像提示亚急性脑梗死的多重风险下，未能有效预防颅内出血事件，属于风险评估不足。病历显示术后长达约 6 小时的病程记录空白，无法反映该期间是否对患者进行了连续、规范的神经系统评估。在患者被发现意识障碍时，病情已进展至出现鼾式呼吸，提示颅内压已明显升高，脑干功能已受到影响。医方未能在患者病情初期变化阶段及时识别异常并行影像学检查，而是在病情明显恶化后才进行 CT 检查，导致术后再出血及脑干受压未能在可逆阶段被发现和处理。医方未能及时、有效控制高钠血症及中枢性高热。医方未能对持续高钠血症及中枢性高热进行及时、有效、规范的处理，导致继发性脑损伤进一步加重。医方未能在第一时间进行影像学复查，21:07 行颅脑 CT 平扫存在延误。这种识别上的滞后，直接导致了患者脑干受压时间的延长，是引发后续广泛脑梗死及蛛网膜下腔出血的诱因。

医方: 1、患者入院后，我院及时完善相关辅助检查，诊断明确。
2、我院第一次手术治疗方案符合临床诊疗指南和技术操作规范，二次手术积极、准确、及时、严谨，不存在延误诊治等情况，且已经履行告知义务。
3、本案患者术后发生脑出血系难以避免的手术并发症，术后持续昏迷，此意识状态也已反复告知家属，家属最终自动放弃治疗并出院，出院时也已告知家属放弃治疗及出院风险，家属表示理解并签字。综上，我院对患者诊断明确、治疗及时且对症，但患者术后发生并发症病情严重，我院已履行告知义务，家属最终自动放弃治疗；故，我院在对患者的诊疗过程中严格按照诊疗规范进行操作，不存在



诊疗过失。

（四）阅片所见

2021 年 1 月 7 日颅脑磁共振平扫+增强(检查编号 [REDACTED]): 左桥小脑角占位, 约 $3.2 \times 2.7\text{cm}$, 考虑听神经鞘瘤, 累及听神经, 内耳道扩大。右内囊前肢区略不规则长 T1 长 T2 信号, 考虑陈旧性梗塞灶。

2025 年 1 月 10 日颅脑 CT 平扫 (检查编号 [REDACTED]): 双侧枕部硬膜外血肿, 以左侧体积较大, 伴颅内积气, 脑干受压右移。

2025 年 1 月 12 日颅脑 CT 平扫 (检查编号 [REDACTED]): 左枕叶大面积脑梗塞。

2025 年 1 月 21 日颅脑 CT 平扫 (检查编号 [REDACTED] 6): 左枕叶大面积脑梗塞伴出血。

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

2025 年 1 月 7 日患者因“左耳耳鸣伴听力下降 12 年余”入住 [REDACTED] 神经外科二, 医方依据患者的主诉、现病史、既往史、专科情况及辅助检查结果, 初步诊断为: “1. 左侧听神经瘤 2. 高血压 3. 骨折术后” 成立。入院后完善相关检查, 排除手术禁忌, 于 2025



年1月10日行左侧听神经瘤切除术，具备手术治疗指征，首选乙状窦后入路听神经瘤切除术术式选择合理，术前已履行手术风险相关告知，手术协议书中已告知保守治疗替代方案及利弊，并取得患者家属明确知情同意签字。

依据《中国颅脑创伤外科手术指南（2015）》“一、急性硬膜外血肿 1. 手术指征：（1）急性硬膜外血肿 $>30\text{ml}$ ，颞部血肿 $>20\text{ml}$ ，需立即开颅手术清除血肿；（2）... 一旦出现临床意识改变、高颅压症状、甚至瞳孔变化或CT血肿增大，都应该立刻行开颅血肿清除手术。”之要求，结合患者左侧乙状窦后入路听神经瘤切除术后于13:35返回病房后血压持续偏高并呕吐一次，至20:25患者昏迷、20:58急查颅脑CT、22:00行双侧枕部硬膜外血肿清除术。分析认为医方对听神经瘤开颅术后高危患者，未常规神经系统查体（无查体病程记录）、给予降压、脱水治疗无病程记录、未行头颅CT检查排除颅内新发病变，以致错失听神经瘤开颅术后发生远隔颅内血肿严重并发症诊断时机，导致延迟双侧枕部硬膜外血肿清除术治疗时间，未尽到谨慎注意义务，与被鉴定人损害后果之间存在一定关联性，存在过错。

（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

被鉴定人[REDACTED]2024年12月21日就诊于[REDACTED]行头颅CT平扫+动态强化扫描检查提示左侧桥小脑区占位，考虑肿瘤，神经源性肿瘤？建议MRI检查，考虑脑内多发小缺血、梗死灶及软化灶。



为进一步治疗，以主诉左侧听力下降2年，左面部麻木3个月于2024年12月23日门诊就诊[REDACTED]并以颅内占位性病变于2025年1月7日收住院治疗。入院后排除手术禁忌症，2025年1月10日在全麻下行乙状窦后入路听神经瘤切除术，术后当晚出现意识丧失，呼之不应，给予气管插管，行颅脑CT检查提示小脑硬膜外血肿，急症行双侧枕部硬膜外血肿清除术，术后转入ICU治疗。后患者病情逐渐加重，出现多部位脑梗死、蛛网膜下腔出血、重症肺炎、尿崩症、休克等，2025年1月24日出院后当日死亡。结合复查头部CT情况，综合分析认为被鉴定人[REDACTED]因听神经瘤切除术后颅内出血致脑干受压、脑梗死等所致多脏器功能衰竭死亡的可能性大。

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

被鉴定人因“左耳耳鸣伴听力下降12年余”入[REDACTED]神经外科二，患者既往高血压病史1年，2025年1月7日颅脑磁共振平扫+增强（检查编号：[REDACTED]）：左桥小脑角占位，约 $3.2 \times 2.7\text{cm}$ ，考虑听神经鞘瘤，累及听神经，内耳道扩大。右内囊前肢区略不规则长T1长T2信号，考虑陈旧性梗塞灶。患者入院后“左侧听神经瘤 高血压”诊断明确。医方实施的在全麻下行左侧乙状窦后入路听神经瘤切除术具有明确手术治疗指征，患者术后发生远隔颅内出血严重并发症。

患者自身所患疾病的特点和诊疗风险，是其损害后果发生的基础和主要原因。



由于[]对被鉴定人[]术后发生颅内血肿的关注度不够,诊疗过程中存在的:在患者术后出现血压高及呕吐等病情变化时未密切观察患者病情变化、给予降压、脱水治疗无病程记录、未行头颅CT检查排除颅内新发病变,以致错失听神经瘤开颅术后发生远隔颅内出血严重并发症诊断时机,导致延迟双侧枕部硬膜外血肿清除术治疗时间。医方上述未尽到谨慎注意义务的医疗过错,与被鉴定人死亡损害后果之间存在一定因果关系。

综合分析被鉴定人自身所患疾病的特点、诊疗风险、患方自动出院因素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“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。”之规定,建议医方医疗过错的原因力大小为次要原因。

六、鉴定意见

[]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因果关系,建议医方医疗过错的原因力大小为次要原因。

七、附件

- 1、编号为“[]-14-[]-1”的[]影像学资料;
- 2、编号为“[]-14-[]-2”的[]影像学资料;



- 3、编号为 [REDACTED] 14 [REDACTED] -3” [REDACTED] 影像学资料;
- 4、编号为 [REDACTED] -14 [REDACTED] -4” [REDACTED] 影像学资料;
- 5、编号为 [REDACTED] -14 [REDACTED] -5” [REDACTED] 影像学资料;
- 6、许可证复印件 2 页。

司法鉴定人: [REDACTED]

张强

司法鉴定人执业证号: [REDACTED]

司法鉴定人: [REDACTED]

王承和

司法鉴定人执业证号: [REDACTED]

司法鉴定人: 柏思

柏思

司法鉴定人执业证号: [REDACTED]



二〇二六年五月八日

注: 鉴定人 [REDACTED] 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。

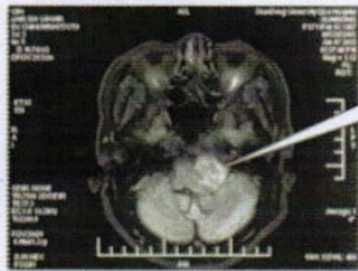


[REDACTED]
地址：天津市南[REDACTED]北段[REDACTED]3-1-503、3-1-701 至 3-1-707
(邮政编码：[REDACTED])
联系电话：[REDACTED]



检验图表

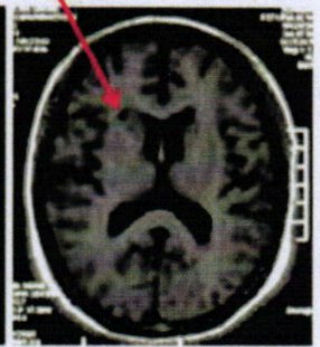
(2026)



左桥小脑角听神经鞘瘤，内听道扩大。

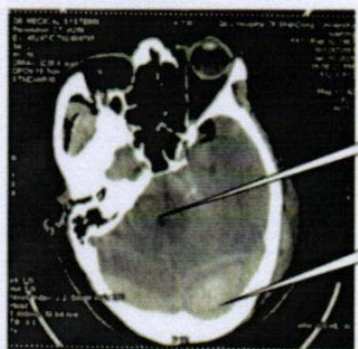


右内囊前肢区略不规则长 T1 长 T2 信号，考虑陈旧性梗塞灶。



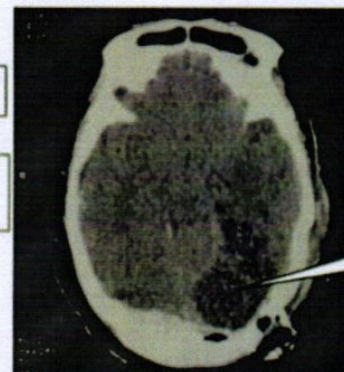
编号为 [REDACTED]-14-[REDACTED]-1”
的 [REDACTED] 影像片

编号为 [REDACTED]-14-[REDACTED]-2”
的 [REDACTED] 影像片



脑干受压右移

双侧枕部硬膜外血肿，
左侧体积较大。



左枕叶大面积
脑梗塞。

编号为 [REDACTED]-14-[REDACTED]-3”
的 [REDACTED] 影像片

编号为 [REDACTED]-14-[REDACTED]-4”
的 [REDACTED] 影像片



检验图表

(2026)



左枕叶脑梗塞伴
出血。

编号为 [REDACTED]-14 [REDACTED]-5”

的 [REDACTED] 影像片



许可证

中华人民共和国司法部监制

执业范围

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，0207医疗损害鉴定，0209与人体损伤相关的其他法医临床鉴定）

执业范围

执业证编号：

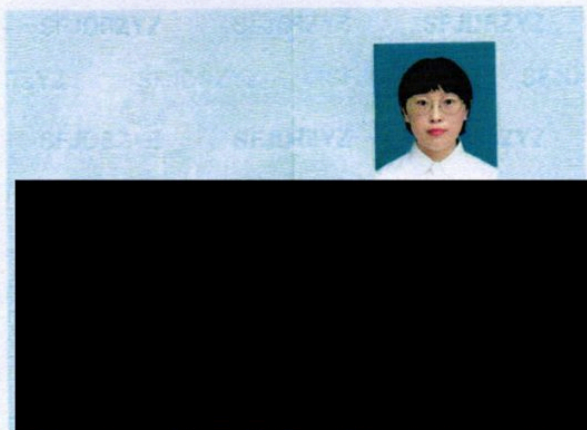
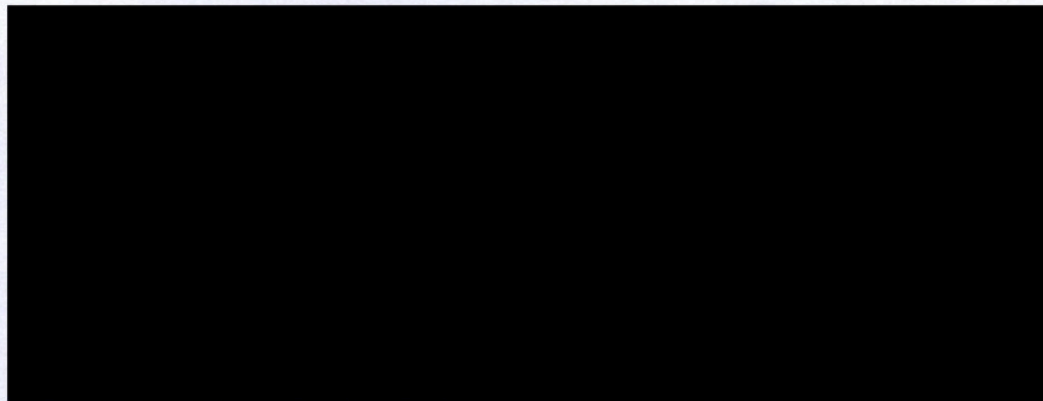
执业范围

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脏器/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，0107成伤机制分析，0108医疗损害鉴定）

执业范围



许可证



执业范围

法医学鉴定 (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);
0103死亡方式判断, 0107成伤
机制分析, 0108医疗损害鉴定); 法
医临床鉴定 (0201人体损伤程度鉴
定, 0202人体损伤等级鉴定, 0303随
访相关鉴定, 0306评估、诊断、治疗
鉴定, 0307医疗事故鉴定, 0308与
人体损伤相关的其他法医临床鉴定)

执业证编号:

执业范围

