

司法鉴定意见书

Forensic Science Service Expertise Report



统一社会信用代码

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。

地

邮政编码

联系电话 (文痕 (法医), 传真



0

委托事项: [REDACTED] (以下称医方) [REDACTED] (以下称患者) 诊疗行为是否存在过错;若存在过错,其过错行为与患者的损害后果之否存在因果关系及原因力大小;2.对患者伤残等级、护理期限及人数(包括后续康复治疗期间)、营养期限、护理依赖程度、后续康复治疗费用进行鉴定。

鉴定材料：1. 医方住院病案 4 份（住院号：[REDACTED]、[REDACTED]、[REDACTED]、[REDACTED]）；[REDACTED]住院病案 1 份（住院号：[REDACTED]）；3. 影像学片 24 张。

鉴定地点

听证人员：患者[REDACTED]；医生[REDACTED]。

共 19 页第 1 页

36
治疗，1月12日出院。2024年1月15日因“腹腔感染术后近6个月伴四肢活动受限”入住医方康复科治疗，2月27日出院。3月2日再次入住医方康复科治疗运动障碍等，3月22日出院。

三、争议要点

(一) 患方认为：医方对患者的诊疗过程中，存在明显的过错，包括术前营养状况评估和干预不足、手术方式选择不当、术中操作不当、术后营养支持不足和感染控制不力等，这些过错直接导致了患者术后并发症的发生和病情的恶化，与患者的损害后果之间存在因果关系（详见患方陈述词）。

(二) 医方认为：患者的损害后果系其自身基础疾病发展转归所致，医方的诊疗行为不存在过错，与医疗行为无关（详见医方陈述词）。

四、送检材料摘要

(一) 医方住院病案（病案[REDACTED]）摘要：

1. 入院记录摘要：

入院时间：2023-07-14

主诉：右上腹疼痛6小时伴食欲不振

现病史：患者于6小时前无明显诱因出现腹痛，为上腹部阵发性隐痛，无放射痛，发热，最高温39℃，无恶心、呕吐，伴腹胀.....患者近日来，神志清醒，精神可，饮食欠佳、睡眠差，大小便正常，体重无明显变化。

既往史：既往20年前在本院行“胆囊切除术”，糖尿病10年，口服“二甲双胍”、“消渴丸”降糖，降糖效果尚可.....

外科检查：腹部平坦，上腹部可见陈旧性手术疤痕长约12cm，未见胃肠型及蠕动波，无腹壁静脉曲张，腹肌紧张，上腹部压痛，轻度反跳痛，肝脾肋下未触及，腹部未触及明显包块，腹部移动性浊音阴性，振水音阴性，肠鸣音正常，未闻及血管杂音。

初步诊断：1. 胆总管结石伴急性胆管炎 2. 梗阻性黄疸 3. II型糖尿病 4. 胆囊术后

2. 出院记录摘要：

入院日期：2023-07-14 出院日期：2023-07-26



出院诊断：1.胆总管结石伴急性胆管炎 2.肠粘连 3.梗阻性黄疸 4.皮下感染 5.Ⅱ型糖尿病 6.胆囊术后

入院情况：患者于6小时前无明显诱因出现腹痛，为上腹部阵发性隐痛，无放射痛，发热，最高温39℃，无恶心、呕吐，伴腹胀，无腹泻，无头痛、头晕，无胸痛，无胸闷、气急、呼吸困难，在家中未给予特殊处理，急来我院就诊，门诊经检查收入院进一步治疗体格检查：腹部平坦，腹肌紧张，上腹部压痛，轻度反跳痛，肝脾肋下未触及。辅助检查：2023-07-14 CT平扫上腹部检查诊断：胆总管末端结石并其上肝内外胆管及胆总管扩张右肾萎缩性改变。

诊疗经过：患者入院完善相关辅助检查，排除手术禁忌症，腹腔镜胆道镜联合取石、腹腔镜下经肝胆道镜取石、腹腔冲洗，肠粘连松解，手术顺利，术后予以抗炎补液、解痉镇痛、纠正低蛋白血症、补充电解质等对症支持治疗，患者体质一般，术后蛋白一直较低，营养状况较差，低钾，恢复较慢，合并慢性心功能不全，请心内科会诊，给予复查心电图、心脏彩超，07.23、07.24请心内科会诊，建议给予强心利尿药物，同时减少呋塞米应用防止低钾血症，补充氯化钾缓释片，四肢无力症状逐渐缓解。患者07.26夜间发热，白天查房自诉：自觉腹壁下有疼痛感，查体发现腹壁下略肿胀，按压后疼痛明显，给予更换抗生素吗啉硝唑、头孢哌酮舒巴坦，患者观察体一日后体力好转，但腹部下疼痛感未缓解，查体发现肿胀加重，可见少量脓性液体自小切口渗出，2023-07-26 16:33:28 C反应蛋白(CRP)：超敏C反应蛋白198.0↑mg/L。2023-07-26 11:41:43血液分析：白细胞 $14.06 \uparrow \times 10^9/L$ ，红细胞 $2.94 \downarrow \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $86.00 \downarrow g/L$ ，中性粒细胞比率 $94.2 \uparrow \%$ ，中性粒细胞数 $13.24 \uparrow \times 10^9/L$ ，淋巴细胞比率 $2.3 \downarrow \%$ ，淋巴细胞数 $0.33 \downarrow \times 10^9/L$ ，红细胞压积 $25.4 \downarrow \%$ ，大型血小板比率 $37.90 \uparrow \%$ ，行急诊腹部CT进一步检查，明确病因，1.腹腔内、腹壁皮下大量气体密度影，考虑术后改变 2.胆总管下段结石消失，肝内外胆管扩张减轻 3.盆腔少量积液 4.右输尿管结石并右肾、输尿管积水 5.双侧胸腔积液，腹壁游离气体，结合实验室检查及CT考虑皮下感染，腹腔无明显感染。

出院情况：患者神志清，精神差，全身乏力，伴腹部不适、腹胀，无恶心、呕吐，无腹泻，饮食、睡眠良好，大小便正常。检查：腹胀，部分腹壁下握雪感，手术切口片状红肿、部分脓性自 Trocar 口渗出，行腹部 CT 进一步检查，腹腔无明显积液，肠道无明显积气梗阻，切口下大量积气积液，考虑腹壁下感染，与患者家属沟通后可去上级医院进一步治疗。遂办理出院。

3. 手术记录摘要：

手术日期：2023-07-20 手术名称：腹腔镜胆道镜联合取石一期缝合、肠粘连松解 腹腔冲洗

手术时间：2023-07-20 09:20-13:22

术中诊断：1. 胆总管结石伴急性胆管炎 2. 肠粘连 3. 梗阻性黄疸 4. II 型糖尿病 5. 胆囊术后

手术经过：患者常规消毒腹部手术区，腹部正中可见切口长约 12cm，铺无菌单，脐下避开瘢痕开放建立气腹，观察腹腔广泛粘连，瘢痕下腹腔组织边界不清，腹膜大量网膜及小肠粘连；直视下，远离瘢痕位置，左侧锁骨中线肋缘下及脐上 2cm 置入 5mm Trocar，首先分离腹腔广泛粘连，游离小肠及大网膜，钝性锐性结合，从简易处下手，注意保护肠管，小心分离，将从小肠从粘连腹壁分离，遇到小肠与腹壁紧密粘连处剪刀锐性分离，浆膜层予以间断缝合预防术后粘连及渗漏。顺利分离至肝门，探查胆囊已经切除，肝门广泛粘连，与结肠十二指肠边界不清，剑突下、右锁骨中线肋缘下置入 5mm Trocar，边分离边探查，从肝门区两侧开始游离显露胆管，分离过程缓慢，用时约 1.5 小时，找到胆总管及残留胆囊管，细针穿刺确定胆管，胆管内可触及较硬异物。术中诊断：胆总管结石、腹腔粘连。决定行腹腔镜胆道镜联合取石。

胆道镜接水，镜身从剑突下切口进入腹腔，剖开胆囊管残端，延胆囊管切开所有胆管 Heister 瓣进入胆总管，上下探查，见胆总管胆汁墨绿色，混合部分脓性液体，向上探查肝内胆管充斥广泛絮状物，混合部分脓性液体，胆总管结石直径约 1.0cm，长度约 2.5cm 左右，因胆管絮状物较多，大量温盐水予以冲洗，直至冲洗干净，取石篮网取出结石，探查肝内外胆



管无残存结石，胆总管下端胆管括约功能正常。退出胆道镜，5-0 可吸收线连续缝合胆囊管侧壁，查无出血及胆漏。温氏孔放置引流管，位置佳，查各戳孔无出血，放气腹，清点纱布器械无误，缝合 trocar 孔。

4. 病程记录摘要：

2023-07-14 首次病程记录：..... 诊疗计划：1. 肝胆胰脾外科护理常规、一级护理、禁饮食。2. 进一步完善相关辅助检查：血液分析、生化全项、血凝组、心电图、心脏彩超等。3. 予以苯唑西林抗炎、间苯三酚解痉、补液等对症支持治疗。4. 如保守治疗效果差，评估手术风险，排除手术禁忌症，限期手术治疗.....

2023-07-15 主治医师查房记录：..... 已给予抗炎、抑酸、补液等对症处理，腹痛稍有缓解..... 辅助检查：2023-07-14 血液分析：白细胞 $19.00 \times 10^9/L \uparrow$ ，中性粒细胞比率 $92.4\% \uparrow$ ，中性粒细胞数 $17.54 \times 10^9/L \uparrow$ ；肾功组：谷草转氨酶 $95.40U/L \uparrow$ ，乳酸脱氢酶 $266.20U/L \uparrow$ ；B 型钠尿肽前体（PRO-BNP）测定：氨基末端脑利钠肽前体 $1588.0pg/ml \uparrow$ 患者胆囊术后，考虑胆管结石，患者白细胞较高，考虑感染较明显，BNP 较高，考虑存在心功能不全，建议加强抗感染治疗、改善肝功，注意保护心功能，继续完善上腹部 CT，继续当前治疗，根据检查结果，排除手术禁忌症，建议行手术治疗.....

2023-07-16 主任医师查房记录：患者昨日 10 点左右出现发热，体温最高 $39^\circ C$ ，给予药物降温，30 分钟后，体温恢复正常..... 2023-07-15 肝功组：谷丙转氨酶 $148.90U/L \uparrow$ ，谷草转氨酶 $57.00U/L \uparrow$ ，血清总蛋白 $58.3g/L \downarrow$ ，血清白蛋白 $34.5g/L \downarrow$ ，总胆红素 $144.9umol/L \uparrow$ ，直接胆红素 $128.4umol/L \uparrow$ ，间接胆红素 $16.5umol/L \uparrow$ 患者腹痛虽然较昨日稍减轻，但患者反复发热，转氨酶升高明显，胆红素升高，直接胆红素为主，考虑结石梗阻引起，易引起化脓性梗阻性胆管炎，保守治疗容易反复，且效果差，应当继续告知手术必要性，建议手术治疗，目前继续予抗炎、改善肝功能、心功能，同时镇痛改善患者舒适度，适当补液等对症支持治疗。

2023-07-19 10:34 术前小结及术前讨论结论记录：..... 经保守治疗

48
后效果差，建议手术治疗.....手术指征：患者符合手术指征，经过检查无手术禁忌，可耐受手术。拟施手术名称和方式：腹腔镜胆道镜联合取石.....术前准备：完善相关辅助检查：血液分析、凝血检查、心电图检查已妥，排除手术禁忌，签订手术知情同意书.....

2023-07-20 09:05 主治医师查房记录：今日患者术后第一天，一般情况良好，自诉手术切口轻度疼痛.....腹腔引流管引出约 20ml，色淡红.....患者术后病情平稳，明日复查血液分析、肝功组、电解质组、血凝检查等，肛门未排气，余治疗继续予以预防感染、止痛、营养支持等对症治疗，液体加入足量胰岛素，密切观察患者病情变化，及时对症处理.....

2023-07-21 主任医师查房记录：今日患者术后第二天，病情稳定，自诉手术切口无明显疼痛，无腹痛、腹胀，无恶心、呕吐，无咳嗽、咳痰，无胸闷不适，已饮清水.....2023-07-21 血液分析：中性粒细胞比率 85.2% ↑，2023-07-21 谷丙转氨酶 44.30U/L ↑，谷草转氨酶 51.70U/L ↑，血清总蛋白 51.9g/L ↓，血清白蛋白 32.5g/L ↓.....葡萄糖 19.84mmol/L ↑.....建议夹闭尿管，患者转氨酶、胆红素较术前明显降低、蛋白仍然较低.....嘱补充白蛋白，及时复查血糖，预防低钾血症，液体加入足量胰岛素，余继续予以预防感染、止痛、营养支持等对症治疗，密切观察患者病情变化。

2023-07-22 日常病程记录：今日患者术后第三天，病情稳定，自诉手术切口疼痛，恶心伴胸闷症状.....检查切口周围皮肤轻度红肿、无明显渗出.....

2023-07-23 主治医师查房记录：.....患者自诉手术切口疼痛轻，恶心伴胸闷症状.....检查腹部切口周围皮肤轻度红肿、无明显渗出.....患者病情胸闷症状出现[REDACTED]主治医师查房后建议请心内科会诊协助诊治，排除心功能不全的可能.....

2023-07-24 主治医师查房记录：.....患者手术切口疼痛，恶心伴胸闷、全身乏力症状.....临床其他原诊疗方案，完善相关生化检查，评估患者目前病情以及电解质紊乱情况，并再次请心内科协助诊治，临床继续



予以预防感染、止痛、营养支持等对症治疗.....

2023-07-25 主治医师查房记录：患者神志清，精神差.....自诉腹胀伴全身乏力.....腹肌略紧张，右上腹轻压痛，左下腹轻度压痛.....复查结果示：2023-07-24 血液分析：白细胞 $10.38 \times 10^9/L \uparrow$ ，中性粒细胞比率 $92.7\% \uparrow$ ，中性粒细胞数 $9.62 \times 10^9/L \uparrow$患者腹痛症状考虑皮下感染所致，今改用抗生素头孢哌酮钠舒巴坦钠、吗林硝唑氯化钠注射液加强抗感染治疗，嘱进流质饮食，注意观察腹部切口愈合情况并同时纠正水电解质紊乱，继续口服氯化钾缓释片 3g，继续予抗炎、镇痛等对症支持治疗.....

2023-07-26 12:35 主治医师查房记录：患者神志清，精神差.....自诉腹胀伴全身乏力，今日凌晨出现发热症状，最高体温 39.2°C ，给予萘普生钠静滴退热处理，并静推地塞米松注射液抗炎治疗.....复查结果示：2023-07-26 血液分析：白细胞 $14.06 \times 10^9/L \uparrow$ ，中性粒细胞比率 $94.2\% \uparrow$ ，中性粒细胞数 $13.24 \times 10^9/L \uparrow$ 肝功组：血清总蛋白 $51.0\text{g/L} \downarrow$ ，血清白蛋白 $31.5\text{g/L} \downarrow$ 超敏 C 反应蛋白 $198.0\text{mg/L} \uparrow$ 。患者血钾已正常，患者胆总管术后，患者目前出现术后高热，下腹部压痛明显，白细胞仍然较高，中性粒为主，蛋白仍然较低，考虑不排除腹腔及皮下感染的可能性、不排除肺炎，再次沟通家属，建议使用目前抗生素，两天后复查感染指标及胸、腹部 CT。密切关注患者病情变化。

2023-07-26 18:00 主治医师查房记录：今日下午患者自诉腹痛明显，患者神志清，神经差，饮食、睡眠一般，大小便正常，自诉腹胀伴全身乏力，查体：生命体征平稳，检查腹部平坦，未见肠型及蠕动波，无腹壁静脉曲张，腹肌紧张，全腹部轻压痛，轻度反跳痛，肝脾肋下未触及，腹部未触及明显包块，腹部叩诊呈鼓音，腹部移动性浊音，振水音阴性，肠鸣音正常，未闻及血管杂音。2023-07-26 超敏 C 反应蛋白 $198.0\text{mg/L} \uparrow$ 肝功组：前白蛋白 $7.70\text{mg/L} \downarrow$ ，血清总蛋白 $51.0\text{g/L} \downarrow$ ，血清白蛋白 $31.5\text{g/L} \downarrow$ ，直接胆红素 $18.6\mu\text{mol/L} \uparrow$2023-07-26 涂片检菌 本次涂片查到少量真菌孢子。2023-07-26 血液分析：白细胞 $14.06 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比率 $94.2\% \uparrow$ ，中性粒细胞数 $13.24 \times 10^9/L$再次向患者及家属

沟通建议行急诊腹部 CT 进一步检查，明确病因，1. 腹腔内、腹壁皮下大量气体密度影，考虑术后改变 2. 胆总管下段结石消失、肝内外胆管扩张减轻 3. 盆腔少量气体 4. 右输尿管结石并右肾、输尿管积水 5. 双侧胸腔积液，腹壁游离气体，结合病史，血糖控制不稳定及实验室检查及 CT 考虑皮下感染，腹腔无明显感染，患者病情反复上级医院进一步治疗.....

5. 检查报告单摘要:

2023/07/15 尿液分析+尿沉渣: 白细胞 17.000 个/u1 ↑, 粘菌丝 大量 ↑, 尿胆原 2+ ↑, 葡萄糖 2+ ↑。

2023-07-19 心脏超声影像报告单: 二尖瓣瓣膜钙化并轻度返流。主动脉瓣膜钙化并轻度返流。左室充盈异常。少量心包积液。

2023/07/19 肝功组: 谷丙转氨酶 62.00U/L ↑, 谷草转氨酶 89.50U/L ↑, 血清总蛋白 54.3g/L ↓, 血清白蛋白 31.3g/L ↓, 总胆红素 100.5umol/L ↑, 直接胆红素 95.1umol/L ↑。

6. 血糖记录单摘要:

2023-07-14 16:45 15.8mmol/L

2023-07-15 16:48 14.7mmol/L

(二 [REDACTED] 住院病案 (住院号 [REDACTED])

1. 出院记录摘要:

入院日期: 2023-07-26 出院日期: 2023-12-20

出院诊断: 腹壁脓肿 腹壁蜂窝织炎 腹腔脓肿 胆管瘘 心力衰竭 脑梗死 念珠菌性肺炎 新型冠状病毒感染 肾输尿管结石伴有积水和感染 胸腔积液 电解质紊乱 2 型糖尿病 胆道术后 胆囊术后

入院情况:

1. 患 [REDACTED] 女, 73 岁, 因“腹痛 6 天。”于 2023-07-26 入院。

2. 腹痛 6 天, 伴体位改变时加重, 不伴有恶心、反酸、嗝气、呕吐, 2 天前发热, 最高达 39°C [REDACTED] 行退烧、补液治疗, 效果不佳。无头痛头晕, 无皮肤粘膜黄染, 无尿频、尿急、尿痛、血尿。因胆管结石于 2023-07-09 [REDACTED] 就诊, 行胆管结石治疗。近来我科, 门诊以“腹腔感染”收入院。患者自发病以来精神状态一般, 食欲差, 睡眠差,



近一周未大便，小便正常，体重无明显变化。

3. 患者平素身体健康，肝炎病史甲肝病史，具体不详，血压异常，最高达 156/90mmHg。糖尿病，服用二甲双胍治疗，今晨血糖 23mmol/L.....
手术史 八天前因胆管结石治疗，20 年余前因胆囊结石行胆囊切除术，术后恢复可.....

4. 体检：体温：37.9℃，脉搏：100 次/分，呼吸：20 次/分，血压：98/57mmHg，腹部平坦，对称，无腹壁静脉曲张，无胃肠型和蠕动波，左侧下腹部可见大面积红疹。肝、脾肋下未触及，Murphy 氏征阴性。腹部叩诊：肝上界在右锁骨中线第五肋间，肝、肾区无叩击痛，移动性浊音阴性。肠鸣音正常，4 次/分。未闻及血管杂音。

诊疗经过：患者于 2023-7-26 日入院，入院时神情淡漠，经评估患者处于休克状态，后完善血常规、凝血、生化、肿瘤标志物、血型鉴定、传染病标志物等检验，心脏超声、心电图、消化道超声、胸部、上腹部平扫 CT 等相关术前检查，考虑患者感染性休克、多脏器功能不全、腹壁脓肿（气性坏疽？）、腹腔脓肿、胆道术后、胆囊切除术后、脑梗、2 型糖尿病。告病危，患者于 2023-7-28 转入内科 ICU 治疗。给予组织多学科疑难病例讨论，考虑：腹壁感染、腹壁积气、腹腔脓肿、胆道术后、胆囊术后、脑梗死、心功能不全、胸腔积液、肺炎、肺水肿、2 型糖尿病、肾积水、输尿管结石，决定申请急诊手术解决患者原发感染灶，并且对大片腹盆壁软组织多发气肿进行皮下截断引流，防止感染继续扩散。于 2023-8-1 在全麻下行腹壁坏死组织清除+腹壁脓肿清除术+腹腔脓肿清除术+腹腔引流术+腹壁引流术+剖腹探查术，术中考虑诊断：腹壁感染伴坏死性筋膜炎、腹腔脓肿、胆瘘、胆道术后、胆囊术后、2 型糖尿病。术中取腹壁、腹腔脓液送细菌培养提示肺炎克雷白菌。术后给予抗感染、辅以输注白蛋白、降糖、补充电解质、保肝、保心、护胃等对症治疗。于 2023-8-3 急诊在全麻下行臀部坏死组织清创术+SD 置入引流术，术后给予抗感染、镇痛、降糖、肠内营养等对症治疗。于 2023-8-11 在全麻下行腹壁、臀部清创术+VSD 置入引流术，2023-8-22 在全麻下行腹壁清创术+VSD 置入引流术，于 2023-8-31 由内科 ICU 转出至我科。于 2023-9-6 在全麻下行腹壁感染清创



44

术+VSD 更换,术后转入内科 ICU 继续治疗。于 2023-9-19 在全麻下行腹壁感染清创术+VSD 更换,2023-9-27 在全麻下行腹壁清创术+VSD 置入引流术,2023-10-13 在全麻下行腹壁清创术+VSD 置入引流术。患者于 2023-10-21 由内科 ICU 转出至我科。于 2023-10-25 在全麻下行腹壁清创术+VSD 置入引流术,2023-11-3 急诊在全麻下行腹壁感染清创+置管引流术,术后给予抗感染、镇痛、肠内营养等对症治疗。于 2023-11-8 在全麻下行腹壁感染清创+VSD 置入引流术,术后给予抗感染、镇痛、肠内营养等对症治疗,术后查患者血常规、生化逐渐好转。患者于 2023-11-10 因心衰转入内科 ICU 治疗。期间,给予行局麻下伤口清创缝合+置管引流。患者于 2023-12-6 转入我科继续治疗,局麻下缝合左右腹壁部分清创切口。现患者生命体征平稳,腹部多处切口已停止 VSD 引流并缝合愈合,仅剩左髂部皮肤切口约 2cm 未愈合,无渗血渗液。可进流质饮食,排气排便正常,体温正常,精神状态好转,病情稳定,经全组评估后,给予办理出院。

出院情况:患者一般情况可,未诉明显不适,无腹痛腹胀,无寒战发热,无胸闷憋气,进食米粥、蛋羹、烂面条等流质饮食无不适,大小便无异常。查体:体温:36.5℃,脉搏:71 次/分,呼吸:19 次/分,腹部平坦,对称,无腹壁静脉曲张,无胃肠型和蠕动波,腹部柔软,无压痛及反跳痛,未触及异常包块。肝、脾肋下未触及,Murphy 氏征阴性。肠鸣音正常,4 次/分。腹部切口干燥,无红肿、渗出。

2. 检查报告单摘要:

2023-07-30 颅脑 CT 平扫:1. 右侧放射冠区低密度影,脑梗死可能,建议 MR 检查 2. 老年性脑改变

2023-07-30 脑动脉 CT 血管造影(CTA):符合脑动脉粥样硬化伴多发管腔狭窄表现,请结合临床

2023-07-31 脑血管 MR 血管成像(MRA):1. 脑动脉粥样硬化伴多发管腔狭窄表现,请结合临床 2. 右侧大脑中动脉 M1 段局部重度狭窄,远端分支稀疏 3. 左侧大脑后动脉 P3-4 段显影浅淡,局部闭塞,请结合临床 4. 左侧 A1 段多发狭窄

2023-07-31 颅脑 MR 平扫成像+DWI 成像:考虑脑梗死(右侧额顶颞叶、



45
双侧侧脑室后角、左侧额叶、左侧小脑半球），请结合临床 脑白质血管源性异常信号灶（Fazekas 分级 1 级）老年性脑改变

2023-08-12 颅脑 CT 平扫：右侧顶枕叶软化灶可能

2023-11-04 颅脑 CT 平扫：右侧顶枕颞叶交界区片状低密度影，梗死灶？软化灶？建议 MR 进一步检查 双侧幕上脑白质血管源性脱髓鞘可能性大

（三）医方出院记录（住院号 [REDACTED]）摘要：

入院时间：2023-12-20 出院时间：2024-01-12

出院诊断：1. 2 型糖尿病 糖尿病性周围血管病变 糖尿病性肾病 2. 腹腔感染术后 3. 心力衰竭 4. 陈旧性脑梗死 5. 肺部感染 6. 肾输尿管结石伴有积水 7. 胆囊切除术后 8. 泌尿系感染 9. 高脂血症

入院情况：患者因“发现血糖升高 30 年，血糖控制不佳 5 月”入院，入院查体：BP 182/98mmHg，营养一般，神志较清，时有恍惚，有时答非所问，神情淡漠，被动体位，平车入病房，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。心律齐，心音低钝，腹部平坦，上腹部见一 10cm 大小手术切口，见缝合线，无腹壁静脉曲张，肝颈静脉回流征阴性，未见胃肠型及蠕动波，腹软，左侧腹部见一 15cm 手术切口，见缝合线；右侧腹部见一手术疤痕，长约 10cm。肝脾肋下未及。右上肢肌力 4 级，左上肢肌力 2+ 级，肌张力不高，右下肢肌力 4 级，左下肢肌力 3- 级，能维持基本坐位平衡。双下肢无水肿。跟、膝腱反射正常。辅助检查：2023-12-20 随机血糖 9.7mmol/L（入科即刻）。

诊疗经过：入院后给予完善住院检查等检查。……尿培养鉴定细菌：肺炎克雷伯氏菌肺炎亚种 阳性；2023-12-26 CT 检查 诊断：双肺多发高密度灶，考虑感染性病变，建议治疗后复查冠脉钙化灶、右侧胸腔积液吸收、胆总管末端结石并其上肝内外胆管及胆总管扩张、右肾萎缩性改变 治疗后复查所见：1. 腹腔内、腹壁皮下大量气体密度影吸收 2. 腹腔引流管影消失 3. 膀胱后壁增厚伴钙化，建议超声检查 4. 盆腔积液吸收 5. 右肾及输尿管积水程度减轻 6. 右肾钙化灶。糖尿病饮食，对症支持等治疗后好转，经上级医师评估患者病情好转，转我科康复治疗。



出院情况：患者病情好转，口干、多饮、多尿症状不明显，无头晕乏力，血糖控制平稳。营养一般，神志较清，腹部平坦，腹部可见多处 VSD 引流手术切口，切口愈合良好，无渗血及渗液，部分手术切口疤痕较硬，周围局部压痛，脊柱生理弯曲存在，右上肢肌力 4 级，左上肢肌力 3 级，肌张力不高，右下肢肌力 5 级，左下肢肌力 4 级，能维持坐位平衡。

（四）医方出院记录（住院号 [REDACTED]）摘要：

入院时间：2024-01-15 出院时间：2024-02-27

出院诊断：运动障碍 2 型糖尿病 腹腔感染术后 心力衰竭 脑梗死 肺部感染 肾输尿管结石伴有积水 胆囊切除术后

入院情况：因腹腔感染术后近 6 个月，伴四肢活动受限入院。查体：腹部平坦，腹部可见多处 VSD 引流手术切口，切口愈合良好，无渗血及渗液，部分手术切口疤痕较硬，周围局部压痛，脊柱生理弯曲存在，右上肢肌力 4 级，左上肢肌力 3 级，肌张力不高，右下肢肌力 5 级，左下肢肌力 4 级，能维持坐位平衡。

诊疗经过：入院后详细询问病史，完善相关检查，组织康复治疗师、护士、患者及其家属共同进行康复评定，制定康复诊疗计划……应用降糖药物对症治疗。康复治疗过程中患者自诉视物重影，CT 颅脑三维成像检查示：右侧顶枕叶低密度灶，建议 MRI 检查；双侧侧脑室周围稍低密度灶，考虑脑白质缺血性改变，建议结合临床及 MR 进一步检查；老年性脑改变。为求进一步治疗特邀请相关科室协助诊疗。诊断为“脑梗死”，使用抗血小板聚集、降血脂、改善循环、营养神经等药物对症支持治疗……

出院情况：……言语较清晰，伸舌偏右侧，口角无明显歪斜，右上肢肌力 4 级，右下肢肌力 5 级，左上肢肌力 3+ 级，肌张力不高，左下肢肌力 4+ 级，能维持坐位平衡。双侧病理征未引出。

（五）医方出院记录（住院号 [REDACTED]）摘要：

入院时间：2024-03-02 出院时间：2024-03-22

出院诊断：运动障碍 2 型糖尿病 腹腔感染术后 胆囊切除术后 脑梗死恢复期 肺部感染 肾输尿管结石伴有积水 肝内外胆管扩张

入院情况：因腹腔感染术后 7 月余伴四肢活动受限入院。患者神志清，



偶有阵发性恍惚，精神一般，一般情况可.....腹部平坦，腹部可见多处手术切口，右肋弓下缘处手术切口处有一窦道大小约 0.2cm×0.2cm，无菌辅料包扎完好，部分手术切口瘢痕较硬，周围局部压痛，脊柱生理弯曲存在，言语较清晰，伸舌偏右侧，口角无明显歪斜，右上肢肌力 4 级，右下肢肌力 5 级，左上肢肌力 3+级，肌张力不高，左下肢肌力 4+级，能维持坐位平衡。双侧病理征未引出。

诊疗经过：患者入院后我科再次组织康复治疗师、护士、患者及家属行康复评定，制定康复诊疗计划.....

出院情况：患者神志清，偶有阵发性恍惚，精神可，一般情况可.....言语较清晰，伸舌偏右侧，口角无明显歪斜，右上肢肌力 4 级，右下肢肌力 5 级，左上肢肌力 3+级，肌张力不高，左下肢肌力 4+级，坐位平衡较前明显好转，站位平衡较前好转，可在陪人辅助下扶行距离较前增加，双侧病理征未引出。

（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。2024 年 7 月 19 日本所收到鉴定委托书及相关材料，并于当日出缴费通知及补充资料函；收齐补充资料及费用后于 2024 年 10 月 15 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 2024 年 11 月 4 日在本所召开后正式受理本案。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

根据 SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》、SF/T 0095-2021《人身损害与疾病因果关系判定指南》、审理医疗损害案件司法解释，依据卫生管理法律法规、诊疗护理操作规范及诊疗指南，结合医学护理教科



书和司法部编写的“医疗纠纷司法鉴定”内容，开展鉴定评估工作。按照《法医临床检验规范》（SF/T 0111-2021）进行检验。

（三）法医学检查（2024年11月9日于患者家中进行查体）

神志清楚，自动体位，一般情况尚好，行走困难，查体尚配合。头面部外观未见异常，额纹对称，伸舌居中，鼓腮不漏气。腹部见大小不等的手术疤痕共10处，其中最长的为17cm，最小的为1.5cm。右侧腰部纵形手术疤痕，大小为20cm×1cm。右侧髋部见两处手术疤痕，分别长8cm和7.5cm，另见一处6.5cm×4cm压疮色素沉着。骶尾部见一处压疮色素改变，大小为5cm×4.5cm。四肢可抬起，可对抗阻力，左上肢肌力5-级，余肢体肌力、肌张力正常。

注：问患者名字、年龄及现在白天还是晚上均不能准确回答。家属诉患者不知吃饭时间，不知饱饿。

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

2023年7月14日患者因“右上腹疼痛6小时伴食欲不振”入住医方，其既往有“胆囊切除术”、糖尿病10年病史，入院查体示其上腹部压痛，轻度反跳痛等，诊断为胆总管结石伴急性胆管炎、梗阻性黄疸、II型糖尿病、胆囊术后，根据病史、入院时查体、影像学检查及实验室检查结果等，医方入院诊断成立。7月14日至7月19日医方进一步完善血常规、生化、肝功能、心电图、心超等相关辅助检查，予抗感染、胆道解痉等对症治疗。

考虑患者存在结石梗阻情况，医方于7月20日行“腹腔镜胆道镜联合取石一期缝合、肠粘连松解、腹腔冲洗”手术。患者存在胆总管结石合并有梗阻性黄疸伴急性胆管炎，存在手术指征；医方术前告知相关手术风险、并发症及替代手术方案（开腹手术），签署手术知情同意书，尽到了一定的告知义务。术中见腹腔内广泛粘连，剖开胆囊肿管残端进入胆总管探查见混合部分脓性液体，肝内胆管充斥广泛絮状



物混合部分脓性液体，取石后予以胆道冲洗，温氏孔放置引流管，术中诊断为胆总管结石伴急性胆管炎、肠粘连、梗阻性黄疸、Ⅱ型糖尿病、胆囊术后。腹腔镜胆道镜联合取石术式选择未见明显过错，术中诊断明确。

术后病程中医方多次予输注白蛋白治疗低蛋白血症符合诊疗规范。7月22日患者开始出现手术切口明显疼痛，并出现恶心伴胸闷等症状。7月26日凌晨患者出现高热（39.2℃），下腹部压痛明显，下午诉腹痛明显，结合腹部体格检查、实验室检查结果及胸腹部CT片考虑皮下感染，转上级医院治疗。

2023年7月26日至12月20日患者[REDACTED]住院。

12月20日患者因“发现血糖升高30年，血糖控制不佳5月”返回医方内分泌科、康复科继续治疗，完善相关检查，予控制血糖、营养支持、抗感染、康复锻炼等治疗，2024年1月12日出院，诊断为1.2型糖尿病、糖尿病性周围血管病变、糖尿病性肾病2.腹腔感染术后3.心力衰竭4.陈旧性脑梗死5.肺部感染6.肾输尿管结石伴有积水7.胆囊切除术后8.泌尿系感染9.高脂血症。2023年12月20日至2024年1月12日住院期间医方的诊疗行为基本符合诊疗规范，未见明显诊疗过错行为。

2024年1月15日至2月27日及3月2日至3月22日患者两次因“腹腔感染术后伴四肢活动受限”在医方康复科治疗，诊断为运动障碍、2型糖尿病、腹腔感染术后、心力衰竭、脑梗死、肺部感染等，两次住院期间医方完善生化检验、影像学等相关检查，指导患者肢体康复锻炼，予抗感染、预防下肢静脉血栓、切口消肿镇痛、控制血糖等对症支持治疗，诊疗行为基本符合规范，未见明显诊疗过错行为。

然而，纵观医方的整个诊疗过程，其诊疗行为存在以下过错：

1. 医方对患者存在多种基础疾病的严重性认识不足，术前未请内分泌科、心内科等专科会诊，未准确评估手术对患者血糖以及心脑血管的影响，术后予请心内科会诊但未见心内科会诊记录单，心内科会诊意见无法明确；入院时未及时告知患者存在胆总管结石、胆管炎急



性发作、高热，合并有血糖异常、心功能不全等基础疾病，病情严重复杂；在医方的第一次住院期间仅于7月14日和7月15日行血糖监测（7月14日15.8mmol/L，7月15日14.7mmol/L），血糖控制不佳；患者入院初期遵禁饮食医嘱，医方补液量不足，术前准备不到位。

2. 患者既往胆囊切除术，医方术前仅于2023年7月14日行上腹部CT检查，未行肝胆系统的超声、MRI及胆道水成像等其他影像学检查，术前对患者腹腔粘连病情评估不充分，对手术难度预估不足。

3. 医方手术操作程序不当：①根据《急性胆道系统感染的诊断和治疗指南（2021版）》相关内容示，在手术时间长、患者全身情况不稳定、术中解剖困难或胆管损伤风险较高的情况下，需果断中转开腹。患者病情复杂，术中见腹腔严重粘连，手术时间长达4小时，医方未及时考虑中转开腹。②根据《急性胆道系统感染的诊断和治疗指南（2021版）》相关内容示，对于肝内胆管结石合并急性肝内胆管炎，应及时解除胆道梗阻，通畅引流。而医方在术中未放置T管通畅引流以有效解除胆道梗阻，医方手术操作程序不当。

4. 抗感染治疗处置不力：①术中见肝内胆管充斥广泛絮状物，胆总管、肝内胆管混合部分脓性液体，提示化脓性胆管炎，而医方未在术中留取胆汁行细菌培养+药敏实验，术后亦未留取引流液培养送检，抗菌诊疗不规范；②术后抗生素用药不当，7月19日至7月25日使用苯唑西林抗感染治疗，期间未使用治疗胆道感染和抗厌氧菌的抗生素，7月26日才调整为头孢哌酮钠舒巴坦钠、吗林硝唑氯化钠抗感染治疗处置不力。

5. 术后观察不到位，医方未及时与患方沟通病情变化情况：①第一次出院记录中示患者出院时查体见其腹胀，部分腹壁下握雪感，手术切口片状红肿，部分脓液渗出等[REDACTED]的入院记录中腹部查体见左侧下腹部可见大面积红疹，而医方7月25日、26日的病程记录中腹部查体记录未见相应情况，根据疾病的特点及发展规律，医方对患者术后病情变化的观察记录不到位。②除术后第1天，术后病程记录中未见引流液颜色、性质、体积等描述。③患者病情危重、复杂，术



后病程中仅见一次主任医师查房记录（2023-07-21），无疑难病例讨论记录、多学科讨论记录，术后医方未与患方及时沟通病情变化情况。

6. 医方病历中记载手术时间为 2023-07-20 09:20-13:22，而病程记录中示 2023-07-19 16:20 术后首次病程记录，2023-07-20 09:05 查房记录示患者术后第一天，时间记录混乱，病历书写不规范。

（二）因果关系及原因力大小分析

根据病史记录及临床医学专家现场核实情况，患者系胆总管结石伴急性胆管炎、梗阻性黄疸，在医方行腹腔镜胆道镜联合取石术，术后出现胸闷、切口疼痛、腹壁严重感染等症状，转至上级医院后诊断为胆管瘘、腹壁腹腔严重感染、感染性休克、坏死性筋膜炎、脑梗死等，行多次感染部位清创引流术。病情稳定后返回医方继续治疗，诊断为陈旧性脑梗死、运动障碍、肺部感染等，考虑系脑梗死继发后遗症。故考虑患者目前的损害后果为胆道瘘、腹壁感染伴坏死性筋膜炎、严重感染继发感染性休克、脑梗死后遗症。

患者在医方的第一次住院期间，医方术前对患者糖尿病、心血管疾病等基础病变重视不足，围手术期血糖控制欠佳，未充分评估手术对血糖、心脑血管的影响。医方在术中未放置 T 管引流以有效解除胆道梗阻，对患者病情及手术操作难度评估不足，手术操作不当。T 管是胆道手术中常见的引流管之一，其主要功能包括引流胆汁、减轻胆道内压力、防止胆汁泄漏导致的腹膜炎，以及帮助胆管切口的愈合。在急性胆管炎的治疗中，T 管的放置可以有效防止由于胆道内压力过高或切口愈合不佳引起的胆瘘。术后医方对患者病情变化观察不到位，抗感染治疗不到位。因此，医方围手术期的诊疗行为过错系患者术后出现胆道瘘、腹腔感染、坏死性筋膜炎病情的主要因素，严重感染在一定程度上促进/加重患者脑梗死及其后遗症的发生发展。

然而，考虑患者系老年女性，入院前存在糖尿病、心脑血管病等多基础疾病，长期高血糖微环境造成代谢紊乱，可引起机体的免疫功能障碍，血糖高亦有利于病原菌繁殖，故一定程度上加重感染风险及感染发生的严重程度，不利于术区愈合。此外，糖尿病会导致血管内



皮损伤、血液质改变和血流动力学改变，且常伴有血脂异常，进一步加重血管损害，增加心脑血管患病风险及严重程度。故患者脑梗死及后遗症发生主要系其自身病情的不良发展转归所致。患者既往有胆囊切除病史，腹腔粘连严重，手术操作难度较大，考虑其自身因素及严重、复杂的病情在胆道瘘、感染性休克、坏死性筋膜炎的发生发展中亦起到了一定的作用。

原因力评定应遵循法医学因果关系判定准则，在法医学鉴定实践中尚属于学理性探讨内容，原因力大小的把握存在一定的主观因素，因此，鉴定人对于原因力的评定仅为供审判参考的学术性意见，而非确定审判赔偿程度的法定依据。综合考虑医方的诊疗行为过错、资质特点等因素，结合患者自身因素、病情的严重复杂程度等，分析认为医方的诊疗行为过错与胆道瘘、腹腔感染、坏死性筋膜炎的损害后果之间存在因果关系，原因力大小为主要原因；与脑梗及其后遗症的损害后果之间亦存在一定的因果关系，原因力大小为轻微原因。

（三）伤残等级、误工期、护理期、营养期及护理依赖程度评定

患[]行腹腔镜胆道镜联合取石一期缝合、肠粘连松解、腹腔冲洗，多次感染部位清创引流等治疗，目前临床体征已经稳定，符合鉴定条件。经本所检查，结合病史记录及手术记录，证实患[]术后严重感染继发脑梗死、运动障碍等，目前四肢肌力、肌张力恢复尚可。按照《人体损伤致残程度分级》的相关规定，患[]躯体的损害后果未达残疾等级，其精神障碍的残疾等级评定超出本所鉴定业务范围，建议另行委托其他具有精神障碍鉴定资质的鉴定机构进行鉴定。

患[]伤后治疗及恢复初期，日常生活需要他人帮助，存在护理；并需加强营养促进损伤愈合与身体恢复。结合患[]伤后治疗及恢复情况，参照中华人民共和国公共安全行业标准 GA/T 1193-2014《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》相关条款的规定，患[]护理期限以 365 日为宜，营养期限以 365 日为宜。

关于患[]护理人数的委托事项，超出本所业务范围，不予

53
受理；关于后续康复治疗费的委托事项，按最高人民法院相关规定应以实际发生的费用为准，不宜评定，也不予受理。

七、鉴定意见

（一）[REDACTED]患[REDACTED]诊疗行为存在过错，其过错行为与患者胆道瘻、感染性休克、坏死性筋膜炎的损害后果之间存在因果关系，原因力大小为主要原因；与脑梗及其后遗症的损害后果之间亦存在一定的因果关系，原因力大小为轻微原因。

（二）患[REDACTED]体的损害后果未达残疾等级；其精神障碍的残疾等级评价超出本所业务范围，不予受理。

（三）患[REDACTED]理期限以 365 日为宜，营养期限以 365 日为宜。

（四）关于患[REDACTED]理人数、后续康复治疗费的委托事项，超出本所业务范围，不予受理。

八、附件

（一）司法鉴定许可证、司法鉴定人执业证影印件

（二）鉴定人承诺书（仅附于鉴定书正本）

司法鉴定人[REDACTED]

《司法鉴定人[REDACTED]

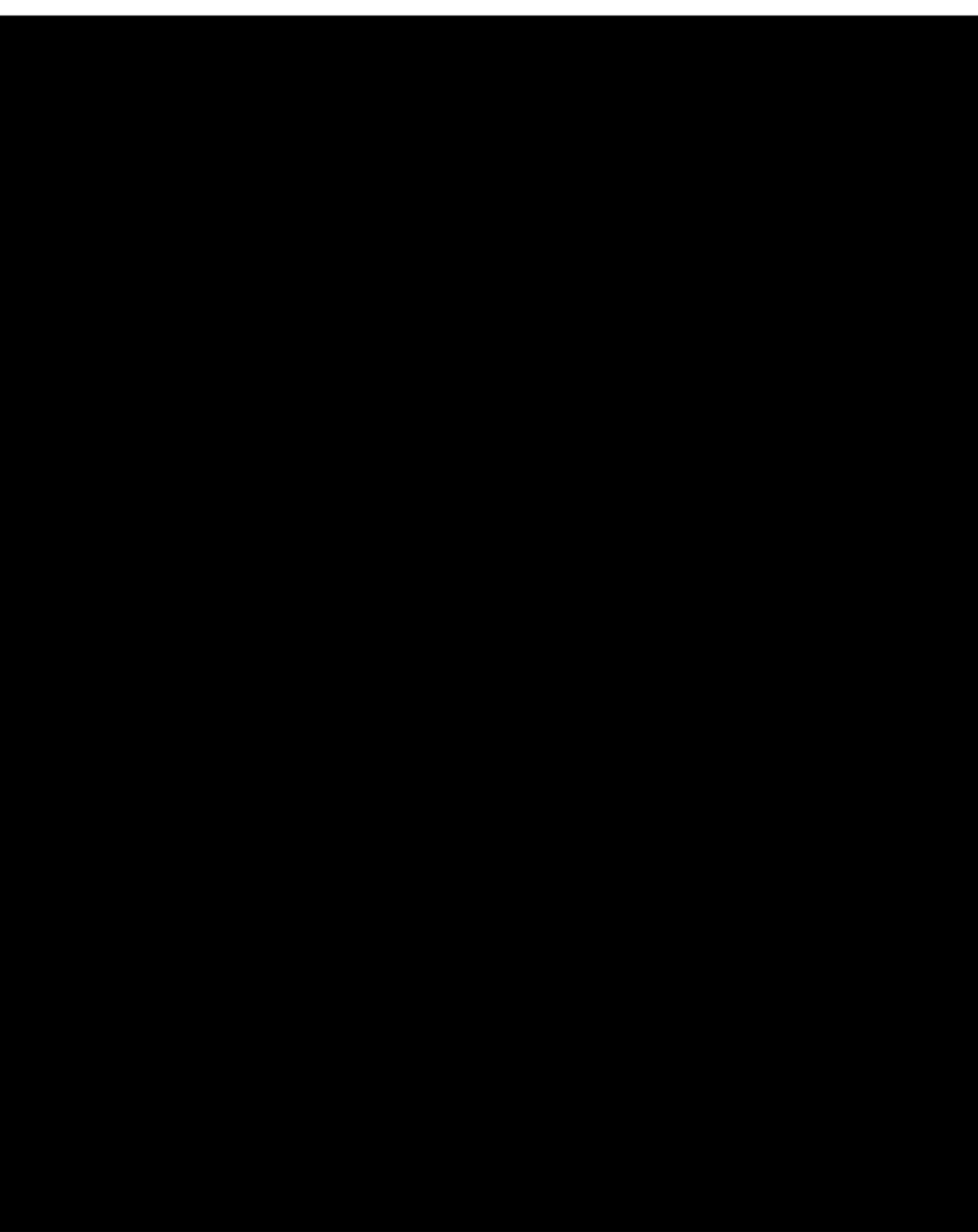
司法鉴定人[REDACTED]

《司法鉴定人[REDACTED]

司法鉴定人[REDACTED]

《司法鉴定人[REDACTED]

二〇二四年十二月五日



鉴定人承诺书（试行）

本人接受人民法院委托，作为诉讼参与人参加诉讼活动，依照国家法律法规和人民法院相关规定完成本次司法鉴定活动，承诺如下：

一、遵循科学、公正和诚实原则，客观、独立地进行鉴定，保证鉴定意见不受当事人、代理人或其他第三方的干扰。

二、廉洁自律，不接受当事人、诉讼代理人及其请托人提供的财物、宴请或其他利益。

三、自觉遵守有关回避的规定，及时向人民法院报告可能影响鉴定意见的各种情形。

四、保守在鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私，不利用鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私获取利益，不向无关人员泄露案情及鉴定信息。

五、勤勉尽责，遵照相关鉴定管理规定及技术规范，认真分析判断专业问题，独立进行检验、测算、分析、评定并形成鉴定意见，保证不出具虚假或误导性鉴定意见；妥善保管、保存、移交相关鉴定材料，不因自身原因造成鉴定材料污损、遗失。

六、按照规定期限和人民法院要求完成鉴定事项，如遇特殊情形不能如期完成的，应当提前向人民法院申请延期。

七、保证依法履行鉴定人出庭作证义务，做好鉴定意见的解释及质证工作。

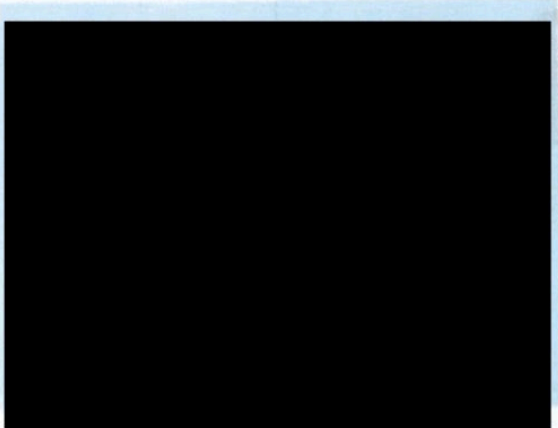
本人已知悉违反上述承诺将承担的法律責任及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。

承诺人：（签名）

鉴定机构：（盖章）

2024年11月6日

56



执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸
体解剖、死亡原因鉴定；尸表检验、
死亡原因分析；器官/切片检验、死
亡原因分析）；器官组织法医病理学
检验与诊断；死亡方式判断；死亡
时间推断；损伤时间推断；致伤物
推断；成伤机制分析；医疗损害鉴
定；与死亡原因相关的其他法医病
理鉴定（组织器官硅藻检验）】；法
医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；
人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；
人体功能评定（视觉功能、听觉功
能）；性侵犯与性别鉴定；诈伤、诬
病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；
与人体损伤相关的其他法医临床鉴
定】



执业范围

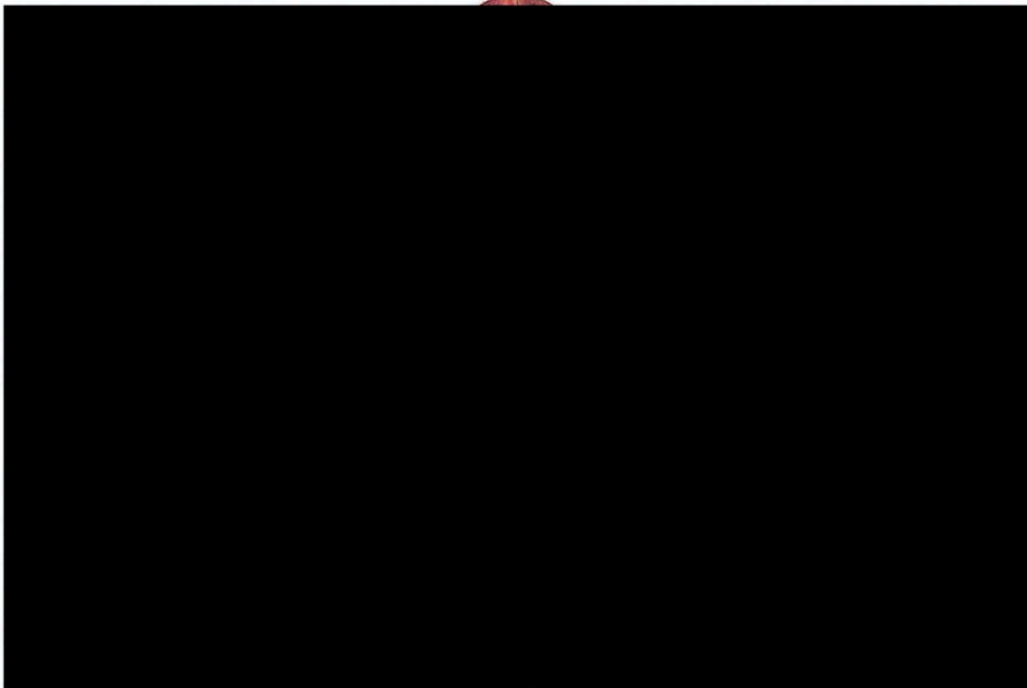
法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸
体解剖、死亡原因鉴定；尸表检验、
死亡原因分析；器官/切片检验、死
亡原因分析）；器官组织法医病理学
检验与诊断；死亡方式判断；死亡
时间推断；损伤时间推断；致伤物
推断；成伤机制分析；医疗损害鉴
定；与死亡原因相关的其他法医病
理鉴定（组织器官硅藻检验）】；法
医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；
人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；
人体功能评定（视觉功能、听觉功
能）；性侵犯与性别鉴定；诈伤、诬
病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；
与人体损伤相关的其他法医临床鉴
定】



执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸
体解剖、死亡原因鉴定；尸表检验、
死亡原因分析；器官/切片检验、死
亡原因分析）；器官组织法医病理学
检验与诊断；死亡方式判断；死亡
时间推断；损伤时间推断；致伤物
推断；成伤机制分析；医疗损害鉴
定；与死亡原因相关的其他法医病
理鉴定（组织器官硅藻检验）】；法
医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；
人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；
人体功能评定（视觉功能、听觉功
能）；性侵犯与性别鉴定；诈伤、诬
病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；
与人体损伤相关的其他法医临床鉴
定】

57.



中华人民共和国司法部监制

