

[REDACTED]

司法鉴定意见书



统一社会信用代码 [REDACTED]

声 明

1. 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。
2. 司法鉴定人按照法律、法规和规章规定的方式、方法和步骤，遵守和采用相关技术标准和技术规范进行鉴定。
3. 司法鉴定实行鉴定人负责制度。司法鉴定人依法独立、客观、公正地进行鉴定，不受任何个人和组织的非法干预。
4. 鉴定意见属于鉴定人的专业性意见，其是否被采信取决于使用人的审查和判断，鉴定人和鉴定机构无权干涉。
5. 使用本鉴定文书应当保持其完整性和严肃性。

地址：南京市玄武区[REDACTED]3-1 [REDACTED]楼

邮编 [REDACTED]

电话 [REDACTED] (总机)

传真 [REDACTED] 监督电话 [REDACTED]



司法鉴定意见书



一、基本情况

委托人: 青岛市市南区人民法院

委托函号: (2025

委托日期: 2025 年 4 月 22 日

委托鉴定事项: 要求对被告诊疗行为是否存在过错, 如果有过错, 过错与损害后果之间是否存在因果关系以及原因力大小进行司法鉴定。

鉴定材料: 鉴定委托书 1 份, 急诊病历、报告单、住院病案 1 套, 死亡证明推断书 1 份; 民事起诉状、鉴定申请书、笔录等诉讼材料若干。

听证会日期: 2025 年 7 月 18 日

鉴定日期: 2025 年 7 月 18 日 ~ 2025 年 9 月 18 日

鉴定地点

患方 男, 身份证号

医方

二、检案摘要

(一) 案情摘要

据送检的鉴定资料记载: 2023 年 1 月 7 日, 患者因“未排气、排便 3 天”至医方就诊, 诊断为肠梗阻, 行手术治疗, 最终于 1 月 18 日死亡, 患



方与医方产生纠纷。现青岛市市南区人民法院委托我中心对上述委托事项进行法医学鉴定。

本中心于2025年4月22日收到委托方的送检材料，经评审后受理，6月14日收到本案鉴定费用，8月15日收到补充委托书。

（二）争议要点摘要

患方观点：医方诊疗过错分析：1. 手术延误违反急症处理原则，2. 知情同意存在缺陷，3. 重症期新冠感染处置滞后，4. 感染控制缺陷，5. 微生物检测与用药脱节，6. 循环管理失误及DIC防治缺失，7. 容量复苏严重不足及血管活动药物使用错误，8. 凝血因子替代治疗错误。损害后果与因果关系：医方循环管理失误，容量复苏不足，血管活性药错误，未监测心功能，DIC防治缺失，未抗凝治疗，凝血因子替代错误，肠道持续缺血，肠屏障破坏，ESBL+大肠埃希菌入血，脓毒症恶化，出血性休克导致多器官衰竭死亡。因此损害后果与患者死亡存在因果关系。

医方观点：患者因肠梗阻、腹腔感染、感染性休克、重症肺炎、呼吸衰竭、多脏器功能衰竭入住重症医学科，病情危重，预后极差。给予机械通气、抗感染、激素抗炎、成分输血、抑酸抑酶、镇痛镇静、大剂量血管活性药物维持血压等综合治疗，感染仍重，且休克难以纠正，同时呼吸衰竭加重，氧合难以维持，最终患者抢救失败。综上所述，
对患者的治疗符合规范，不存在过错。

（争议要点是对医患双方陈述、答辩的简要摘录。鉴定人及专家组以委托人提交的材料为鉴定依据。）

（三）资料摘要



（急）诊病历（姓名：[REDACTED]）摘要：

科室：[REDACTED] 创建日期：2023-01-07 11:00

主诉：未排气、排便 3 天。

现病史：3 前天无明显原因未排气、排便，自述腹痛，昨夜呕吐 10 余次。

体检：全腹胀痛。

辅助检查：暂无

初步诊断：腹痛

诊疗计划：1、全腹 CT, 血常规，2、出报告后急诊外科就诊 3、如有不适请及时复诊。

2022-01-07 胃肠 14:25 病史同前。PE：腹膨隆，轻度压痛，反跳痛，叩诊鼓音。CT：小肠扩张积液，升结肠部分肠管扩张。

诊断：肠梗阻，升结肠占位。

处理：1. 建议手术治疗，2. 转入我科，3. 禁饮食、胃肠减压、抑酸、抗炎、静脉营养支持治疗。

拒绝手术知情同意：患者有肠梗阻，如拒手术，可能出现梗阻加剧，穿孔，感染，继发腹腔感染，甚至危及患者生命。患者家属理解拒绝手术风险且愿意自行承担。

死亡记录（姓名：[REDACTED]）摘要：

入院时间：2023-01-07 死亡时间：2023-01-18

入院情况：患者 [REDACTED] 男，66 岁，因“腹痛 3 天”于 2023 年 01 月 07 日入院。患者 3 天前无明显诱因出现腹部疼痛，疼痛部位不确定，疼痛



剧烈难以忍受，伴腹胀，伴恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，伴排气排便停止，小便量少，遂就诊于我院急诊，行腹部 CT 检查示：小肠梗阻。完成新冠疫苗预防接种 3 剂次。入院查体：T: 36.5℃ P: 99 次/分 R: 18 次/分 BP: 129/79mmHg, 腹部膨隆，对称，无腹壁静脉曲张，无胃肠型和蠕动波，腹壁紧张，全腹压痛、反跳痛，未触及异常包块。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，无移动性浊音。肠鸣音弱。未听到血管杂音。辅助检查：2023-01-07 下腹部 CT 平扫左肾内见结节状钙质密度影，右肾轮廓和密度未见明显异常，双侧肾盂和肾盏无扩张，输尿管未见明显狭窄或梗阻。双侧肾上腺未见明显异常。下腹部腹腔和腹膜后未见明显肿大淋巴结。小肠扩张积液伴多发气液平。升结肠近段壁较厚。小肠梗阻，左肾结石可能 升结肠近段壁较厚。

入院诊断：肠梗阻 急性腹膜炎 营养风险

诊疗经过：患者于 2023-01-07 入院后予以禁饮食、胃肠减压、抑酸抑酶、抗感染、补液等治疗，家属拒绝手术治疗，2023-01-08 患者出现循环、呼吸衰竭、肾功能损伤，于当日行剖腹探查术，患者术中大剂量升压药维持血压，行小肠黏连松解、小肠减压、小肠双腔造瘘术，术后转入麻醉重症监护室。因病情加重于 2023-01-08 [REDACTED]，给予禁饮食、胃肠减压、抑酸抑酶、抗感染、保肝、抑制炎症反应、营养支持、CRRT、纠正低蛋白血症、纠正凝血异常及血小板减少等治疗，后根据培养结果应用亚胺培南西司他丁钠联合万古霉素抗感染治疗。患者 2023-01-09 新型冠状病毒核酸阳性，予以抗病毒、抑制炎症等治疗，患者 2023-01-11 痰培养提示烟曲霉，加用伏立康唑抗真菌治疗。患者 2023-01-18, 14: 10 血压下



降、心率下降，行心肺复苏抢救措施无效，于 2023-01-18, 15: 19 宣布临床死亡。

死亡原因：感染性休克

死亡诊断：腹腔感染，肠梗阻，急性腹膜炎，脓毒血症（败血症），感染性休克，重症肺炎，呼吸衰竭，新型冠状病毒感染，急性呼吸窘迫综合征 (ARDS)，肺曲霉菌病，肝功能不全，急性肾功能不全，血小板减少症，凝血功能异常，多器官功能障碍综合征（神经、循环、呼吸、肝脏、肾脏、血液），意识障碍，急性冠脉综合征？心肌损害，腹腔积液，小肠双腔造瘘术后，切口感染，高钾血症，低蛋白血症，代谢性酸中毒，营养风险。

手术记录（姓名：[REDACTED]）摘要：

开始时间：2023-01-08 结束时间：2023-01-08

术前诊断：休克 肠梗阻 急性腹膜炎 营养风险

术中诊断：感染性休克 肠梗阻 急性腹膜炎 腹腔感染 腹腔积液 营养风险

手术名称：剖腹探查、小肠双腔造瘘术、肠粘连松解术

术中见：腹腔内较多浑浊脓性液体，抽取 20ml 液体留取培养+药敏试验，吸尽脓液，大量温盐水反复冲洗腹盆腔，进一步探查见肝脏形态、质地正常，未触及明显肿块。胃、十二指肠未及明显肿物及穿孔表现。小肠大部分扩张积液，肠壁炎性充血严重，肠壁水肿明显，部分小肠呈紫红色缺血改变（距回盲部约 150cm 回肠），无明显坏死，肠壁表面、肠系膜表面可见大量黄色脓苔附着，小肠与小肠之间相互黏连较重，距回盲部 20cm 处小肠黏连于盆腔，并与直肠黏连紧密，不易分离，小肠未见明显穿孔及坏



死，进一步探查回盲部、升结肠、横结肠、降结肠及乙状结肠未见明显肿瘤及穿孔表现，盆腔内黏连严重，考虑患者术中生命体征不平稳，大剂量升压药勉强维持血压在 60-80mmHg，遂决定行小肠黏连松解、小肠减压、小肠双腔造瘘术。钝性分离小肠之间黏连，清理肠壁脓苔，避免损伤肠壁浆膜层，距回盲部约 150cm 回肠切开减压，减压出大量黄色稀便及气体，提起此处小肠至左下腹壁外，将小肠浆肌层缝合固定于腹直肌前鞘，温水 8000ml 反复冲洗腹盆腔，仔细止血，于盆腔放引流管一根，自右下腹壁引出并固定。规律排列肠管，清点器械、纱布无误后，逐层关腹。最后开放造口将小肠壁全层缝合固定于周围皮肤。探查造口近远端通畅。手术顺利，术中出血不多，麻醉平稳，术后患者转入麻醉 ICU 监护。术后血压 90/60mmHg，心率 115 次/分。将术中情况、照片、所抽取脓液及不良预后向患者家属展示、交代，患者家属表示理解并积极配合下一步治疗。

三、鉴定过程

（一）鉴定组织形式

2025 年 7 月 1 日通知委托方及医患双方当事人（代理人）鉴定听证会时间，并通知咨询专家并向咨询专家寄送鉴定材料。于 2025 年 7 月 18 日组织召开鉴定听证会。本中心相关鉴定人及工作人员参加了会议。医患双方及临床专家到场后主持人宣布本次鉴定的咨询专家及鉴定组成员组成、鉴定会纪律、回避问题等事项后，由医患双方各自陈述意见和理由，并共同在场接受鉴定人及专家组的现场调查提问。医患双方退场后，咨询专家对委托人提交的鉴定材料、医患双方陈述、答辩及现场调查情况进行讨论，并得出咨询意见。鉴定人根据委托人提交的鉴定材料并结合听证会情况综



合分析作出鉴定意见。

（二）鉴定方法

本鉴定参照《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097—2021）等进行。

四、分析说明

据现有送检鉴定资料，包括病史、鉴定听证时医患双方陈述及现场调查情况，并结合临床专家咨询会诊意见，围绕相关问题分析如下：

（一）关于医方的诊疗行为分析

1. 2023年1月7日11:00，患者因“未排气、排便3天”至医方急诊外科就诊，完善相关检查后诊断为肠梗阻，建议手术治疗，并告知患方如拒绝手术可能出现梗阻加剧、穿孔、感染，甚至危及患者生命等相关风险，患方签字拒绝，尽到了一定告知义务。患者收住入院后检查感染指标异常，出现心率增快、血压、血氧饱和度下降等感染性休克表现，尤其是晚班期间病情有进展，医方抗休克治疗不积极，也未及时再次向患方沟通病情严重性，至1月8日09:15行剖腹探查等手术治疗，错失早一步手术干预的机会，存在过错。

2. 医方抗感染力度不够，如2023年1月11日患者脓液培养大肠埃希菌，为多重耐药菌，医方仅用泰能抗感染治疗，未针对此菌考虑联合抗菌用药，存在过错。

（二）关于医疗过错行为原因力大小的分析

原因力大小评定的依据应遵循法医学因果关系判定原则，在法医学鉴定实践中，原因力大小的把握是较难定量的定性分析。本案未行尸体解剖，临床推断患者系肠梗阻导致感染性休克，最终多器官功能衰竭死亡，患者



自身罹患肠梗阻，早期拒绝手术自愿承担风险，入院后病情进展快，救治有难度，其死亡主要与自身因素及疾病特点相关。但医方在诊疗过程中存在沟通告知不充分、救治措施欠积极的过错，与患者死亡之间亦存在一定因果关系，综合分析，建议原因力大小以轻微至次要因素为宜。

五、鉴定意见

据现有鉴定资料分析认为：

为诊疗行为存在过错，与患者死亡的危害后果之间存在一定因果关系，建议原因力大小以轻微至次要因素为宜。

鉴定人

《司法鉴定人执业证》证号：320114006065

鉴定人

《司法鉴定人执业证》证号：320117006090

二〇二五年九月十八日

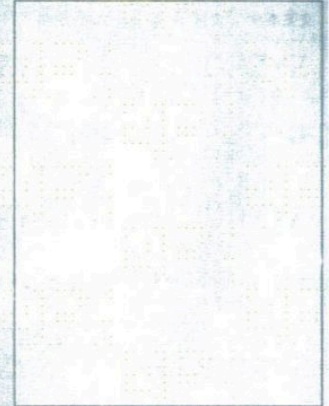




执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因分析；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法病理学检验与推断；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、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；骨龄鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】；法医精神病学鉴定【精神状态鉴定；精神损伤类鉴定（法医精神病鉴定业务仅限于道路交通事故事颅脑损伤所致法医精神病

执业范围



执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因分析；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法病理学检验与推断；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、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；骨龄鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】；法医精神病学鉴定【精神状态鉴定；精神损伤类鉴定（法医精神病鉴定业务仅限于道路交通事故事颅脑损伤所致法医精神病

执业范围

三联体亲子关系鉴定；二联体亲子关系鉴定；亲缘关系鉴定；生物检材种属和组织来源鉴定





