



电子发票(普通发票)

开票日期: 2024年12月05日

国家税务总局山东省税务局

共1页 第1页

在线打印次数: 1

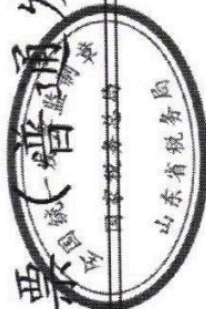
购买方信息		销售方信息	
统一社会信用代码/纳税人识别号:			
项目名称	规格型号	单位	数量
*鉴证咨询服务*鉴定费			1
单价	13000	金额	13000.00
税率/征收率	3%	税额	390.00
合计		¥13000.00	¥390.00
价税合计(大写)		(小写) ¥13390.00	
备注			

电子发票(普通发票)

开票日期: 2024年12月05日

共1页 第1页

在线打印次数: 1



购买方信息		销售方信息	
统一社会信用代码/纳税人识别号:			
项目名称	规格型号	单位	数量
*鉴证咨询服务*出诊费			1
金额	税率/征收率	税额	
4077.67	3%	122.33	
合计		¥4077.67	¥122.33
价税合计(大写)		(小写) ¥4200.00	
备注			

[REDACTED]

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。

地址 [REDACTED] 医疗广场

法医临床 [REDACTED] 法医物证 [REDACTED]



司法鉴定意见书

一、基本情况

委托人:济宁市任城区人民法院

司法技术编号: (2024)

鉴定类别: 医疗损害司法鉴定

委托鉴定事项: 诊疗行为是否存在过错, 如存在过错, 该过错与损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小; 的伤残等级、护理期限、营养期限、护理依赖程度、残疾辅助器具以及更换周期进行鉴定

受理日期: 2024 年 9 月 19 日

鉴定材料: 住院病案(病案复印件壹份; 影像片贰拾玖张

鉴定日期: 2024 年 10 月 13 日-2024 年 12 月 5 日

鉴定地点:

被鉴定人: 女, 住

, 身份证号

二、基本案情

据送鉴材料记载, 2023 年 11 月 因外伤致右髌关节疼痛活动受限 3 个月 就诊, 初步诊断为右侧股骨颈骨折等, 2023 年 11 月 6 日 00:08 突然头痛, 检查后诊断为左侧额颞顶硬膜下出血、左侧枕叶血肿等, 转入重症医学科继续治疗。患者 发生医疗纠纷, 现受济宁市任城区人民法院委托对上述事项进行鉴定。

三、资料摘要

(住院病案(病案) 摘要:

入院时间: 2023 年 11 月 4 日至今。

1. 2023 年 11 月 4 日入院记录及首次病程记录:

主诉: 外伤致右髌关节疼痛活动受限 3 个月。



现病史:患者于3月前行走时不慎摔倒,右髌部着地,当时即感右髌部疼痛,剧烈,难以忍受,右髌部不敢活动,不能站立,稍微活动右髌关节时疼痛即明显加重,无恶心、无呕吐、无头痛,送到当地人民医院行X线检查示:右股骨颈骨折,建议手术治疗,患者自行保守治疗,现患者症状逐渐加重,患者及家属为求进一步治疗,遂转来我院,门诊以“右股骨颈骨折”收入院。

患者自发病以来,精神可,饮食可,睡眠可,小便、大便正常,体重近期无明显变化。

既往史:平素身体较一般。既往高血压病史7年,最高血压160mmHg,口服硝苯地平缓释片治疗,类风湿病史30年,未规律治疗。无冠心病和糖尿病病史;无肝炎、结核等传染病史及其密切接触史;无手术、外伤史;无输血史;无食物、药物过敏史;预防接种史不详。

体格检查:T36.9℃,P85次/分,R20次/分,BP153/75mmHg,疼痛评分2分,营养评分0分,VTE评分7分。

专科情况:右髌部无明显肿胀,无明显皮下瘀斑,右下肢外旋,短缩畸形,较对侧短缩约2cm,右腹股沟中点处压痛,右大转子处叩击痛,右足跟纵向叩击痛阳性,右髌关节活动明显受限。右下肢感觉肌力可,足背动脉搏动可。

辅助检查:2023-7-31 双髌关节正位片 右股骨颈骨折(兗矿新里程医院)

初步诊断:右侧股骨颈骨折(Garden IV型);高血压病2级(高危);类风湿性关节炎。

诊断依据:①既往高血压、类风湿性关节炎病史;②外伤致右髌关节疼痛活动受限3个月;③体格检查:右髌部无明显肿胀,无明显皮下瘀斑,右下肢外旋,短缩畸形,较对侧短缩约2cm,右腹股沟中点处压痛,右大转子处叩击痛,右足跟纵向叩击痛阳性,右髌关节活动明显受限。④辅助检查支持临床诊断。

诊疗计划:①按骨科护理常规,行二级护理;②完善胸CT、心电图、三大常规、生化、凝血、传染病、风湿三项等常规入院检查,明确诊断、排



除手术禁忌;③择期手术治疗。④营养评分 0 分, VTE 评分 7 分。给予患者依诺肝素 1 支 qd 皮下注射预防血栓。

2. 2023 年 11 月 5 日 10:52 张×主治医师首次查房记录:

张×主治医师今日查房:...分析患者外伤致股骨颈骨折, 导致患肢髋关节无法活动, 保守治疗需要长期卧床, 并发症多, 应积极考虑行手术治疗, 患者年纪较大, 既往基础疾病较多, 应严格把握手术指征, 进一步完善相关检查, 制定进一步治疗方案。患者 Caprini 评分高危, 给予抗凝、踝泵锻炼。

3. 2023 年 11 月 5 日 11:30 病程记录:

今日查房: 患者诉右髋关节疼痛, 查体见患者贫血貌, 精神状态差, 余专科查体同入院, 患者化验结果回报: 2023-11-05 血常规+血沉: 红细胞 $2.59 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 51g/L, 考虑到患者为老年患者, 且存在髋部骨折, 血容量不足, 贫血严重, 向患者家属沟通病情, 告知患者家属患者需要输血治疗补充血容量, 患者家属表示知情, 并签字确认同意输血治疗。密切观察生命体征变化。

4. 2023 年 11 月 5 日 17:40 输血记录:

...12:31 给予输注 AB 阳性型血、Rh(D) 阴性、去白细胞悬浮红细胞 4u, 16:48 输血结束。输血过程顺利, 无输血不良反应。患者无皮肤瘙痒、红斑疹、呼吸困难、昏迷及休克等输血不良反应。输血后患者一般状况较前好转, 面色红润, 精神好转, 给予生理盐水冲管。

5. 2023 年 11 月 6 日 00:52 会诊记录:

患者 00:08 分突然头痛, 血压 194/105mmHg, 请心内会诊。初步诊断: 高血压急症 高血压脑病? 脑出血? 贫血, 建议: 神经内科或神经外科急会诊, 患者会诊前刚口服硝苯地平缓释片 1 片降压, 患者血压由 194/105mmHg 降至 172/90mmHg, 血压处于下降趋势, 首先排除脑出血等血管疾病, 必须要时转 ICU 进一步治疗。遵会诊意见执行, 已向患方讲明会诊情况, 患方表示理解。

6. 2023 年 11 月 6 日 00:59 会诊记录:

患者突然头痛, 意识不清, 请重症医学科会诊。初步诊断: 意识不清 脑



出血？其余诊断同贵科。处理意见：建议完善颅脑 CT，与患者家属沟通随时可能出现脑疝，呼吸循环衰竭甚至呼吸心跳停止等，若患者家属同意可联系转我科继续抢救治疗。给予患者急查颅脑 CT，转入重症监护室进一步抢救治疗，已向患方讲明会诊情况，患方表示理解。

7. 2023 年 11 月 6 日 01:04 病程记录：

患者于 00:08 分突然头痛，查看患者诉头痛，四肢活动可，对答可，询问患者既往高血压病史，口服硝苯地平缓释片，近几日未规律服药，嘱测血压，194/105mmHg，口服硝苯地平缓释片 20mg 口服，急请心内科会诊，崔××医师会诊，血压下降趋势，会诊期间患者意识突然不清，左侧瞳孔散大，右侧对光反射可，急请神经内科会诊，殷×医师会诊，建议完善颅脑 CT，期间请重症医学科会诊，由神经内科、重症医学科陪同紧急行颅脑 CT 检查，提示脑出血，转入重症医学科继续治疗。

8. 2023 年 11 月 6 日 01:06 会诊记录：

患者 00:08 分突然头痛，意识差，请神经内科会诊。建议：①患者病情危重，建议转监护室治疗。②患者出血量大，脑疝，病情危重，建议神经外科会诊评估手术治疗。③若贵科无禁忌，建议积极控制血压在 140/90mmHg 以下，可临时给予甘露醇 250ml 静滴，速尿 20mg iv 脱水降颅压抢救治疗。遵会诊意见联系监护室，完善颅脑 CT，转监护室治疗。已向患方讲明会诊情况，患方表示理解。

9. 2023 年 11 月 6 日 01:34 转出记录：

... 因外伤致右髋关节疼痛活动受限 3 个月于 2023 年 11 月 04 日入住我院关节外科，现转入重症医学科。

... 目前情况：患者目前意识丧失，昏睡-浅昏迷，左侧瞳孔散大，对光反射迟钝，右侧巴氏征阳性。各项生命体征稳定。

目前诊断：①左侧额颞顶硬膜下出血 左侧枕叶血肿②右侧股骨颈骨折 (GardenIV 型)③高血压病 2 级(高危)④类风湿性关节炎。

转科目的及注意事项：密切观察患者生命体征变化，及时处理。请神经外科会诊，评估手术可能。

10. 2023 年 11 月 6 日 02:57 抢救记录：



患者因意识不清，联系我科会诊，我科医师陪同完善颅脑 CT 后 00:55 患者入重症医学科，病例系统 01:08 分转我科，患者入科神志昏睡-浅昏迷状态，GCS 评分 E2V2M3，双瞳孔不等大，左侧瞳孔直径约 4.0mm，右侧瞳孔直径约 2.0mm，对光反射迟钝，自主呼吸尚平稳，指脉氧 98%左右，无创血压 169/95mmHg 左右，患者 CT 示脑出血，紧急请神经外会诊，予以丙戊酸钠泵入预防癫痫，留置胃管尿管，完善相关检查等，后患者神志较前稍好转，呼唤可睁眼，左侧肢体 2-3 级，右侧肢体 0 级，双侧巴氏征可疑阳性。患者入科血气示低钾，予以补钾治疗，严密观察神志变化，再次与患者家属沟通可能出现脑出血量增加，脑疝，呼吸循环衰竭甚至呼吸心跳停止等。向患者家属解释说明病情，患者家属表示理解，并对抢救过程无异议。...抢救时患者家属不在场。

11.2023 年 11 月 6 日 03:00 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:患者嗜睡状态，呼唤可睁眼，GCS 评分 E2V2M3，双瞳孔不等大，左侧瞳孔直径约 4.0mm，右侧瞳孔直径约 2.0mm，对光反射迟钝。听诊双肺呼吸音粗，双下肺可闻及少量湿性罗音。指脉氧饱和度在 99%，呼吸 19 次/分。心率 88 次/分，血压 194/105mmHg，心律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，肝脾肋下未触及。右下肢外旋，短缩畸形，较对侧短缩约 2 cm。双手及双足弯曲变形，双侧巴氏征可疑阳性。...其他同转出记录所述。2023-11-06 床旁心电图①窦性心动过速②ST-T 改变③U 波倒置

目前诊断:①左侧额颞顶硬膜下出血 左侧枕叶血肿②卒中相关性肺炎③右侧股骨颈骨折(Garde nIV 型)④高血压病 2 级(高危)⑤类风湿性关节炎⑥低钾血症⑦重度贫血。

转入诊疗计划:①重症医学科护理常规，持续心电、血压、脉氧、呼吸监测，进一步完善肝肾功能、心电图等相关辅助检查。②患者 CT 示脑出血，急请神经外科会诊，与患者家属沟通手术相关风险，患者家属表示暂保守治疗，日间再次复查颅脑 CT，必要时再次评估手术治疗。患者白细胞高，呕吐，双下肺可闻及少量湿性罗音，考虑卒中相关性肺炎，给予阿莫西林



克拉维酸钾覆盖革兰氏阳性菌及革兰氏阴性菌，给予预防癫痫、缓解血管痉挛、祛痰、营养支持等治疗，密切观察病情变化；必要时给予控制血压。患者重度贫血，关节科已给予输血治疗，入科复查较前好转，提示输血有效，完善贫血三项等检查，必要时血液科会诊评估治疗。完善风湿免疫相关指标，必要时风湿免疫会诊。患者脑出血量较大，基础疾病较多，入科 APACHE II 评分 23 分，预期死亡率 63.95%，病情危重，预后差，充分告知家属患者病情及预后，家属表示知情理解。③患者营养风险筛查(NRS2002)，筛查评分为 3 分，存在营养风险。患者不排除需急诊手术，暂给予静脉营养支持，动态营养风险评估。患者 VTECaprini 评分 9 分，属于静脉血栓形成高风险，双下肢静脉彩超检查未见双下肢静脉血栓，行双下肢气压泵治疗预防深静脉血栓形成，患者存在脑出血高危风险，暂不予抗凝治疗，继续定期 VTE 评估。

12. 2023 年 11 月 6 日 03:24 会诊记录:

患者 CT 示脑出血，请神经外会诊。会诊意见: 患者左侧额颞顶硬膜下出血，左侧枕叶血肿，查体: 意识模糊，查体部分合作，左侧瞳孔直径 3.5mm，右侧瞳孔直径 2.5mm。初步诊断: ①左侧额颞顶硬膜下出血②左侧枕叶血肿
处理意见: 患者左侧额颞顶硬膜下出血，左侧枕叶血肿，中线结构移位，存在手术指征，但患者重度贫血，基础体质差，手术风险极高，目前患者查体部分合作，建议暂先保守治疗，密切观察病情变化，必要时及时复查颅脑 CT，患者存在突发脑疝加重，引起呼吸心跳骤停可能。患者家属知情理解，关注患者神志变化，与患者家属沟通病情表示暂目前观察，已向患方讲明会诊情况，患方表示理解。

13. 2023 年 11 月 6 日 15:38 会诊记录:

患者意识障碍，双侧瞳孔不等大，左侧瞳孔直径约 4.0mm，右侧瞳孔直径约 2.0mm，对光反射迟钝。急查颅脑 CT 示左侧额颞顶硬膜下出血，左侧枕叶血肿，中线结构移位，请神经外科会诊。会诊意见: 患者浅昏迷状态，瞳孔同前，对光反射迟钝。复查颅脑 CT 出血量较前无明显增加。患者身体消瘦、体质差，合并高血压、类风湿等内科疾病。手术综合风险高，预后不佳。告知患者家属神经外科会诊意见，家属同意继续保守治疗，已向患



方讲明会诊情况，患方表示理解。

14. 2023 年 11 月 6 日 15:47 陈××主治医师首次查房记录:

陈××主治医师今日查房: 患者嗜睡状态, 可见不自主睁眼, GCS 评分 E2V2M3, 查体不能配合。... 考虑目前诊断: ①左侧顶枕叶脑出血②左侧额顶颞枕部硬膜下血肿③大脑镰下疝[扣带回疝]④右侧脑动脉瘤待排⑤左侧椎动脉颅内段闭塞⑥重度贫血⑦右侧股骨颈骨折(Garden IV 型)⑧卒中相关性肺炎⑨高血压病 2 级(高危)⑩类风湿性关节炎。... 下一步诊疗计划: ①患者今晨意识不清较前加重, 予以复查颅脑 CT 未见出血增加, 水肿明显, 中线结构移位, 请神经外科急会诊, 会诊意见考虑患者身体基础条件差, 合并疾病多, 手术风险大, 预后差, 就神经外科会诊意见充分告知家属, 家属表示知情理解, 同意继续保守治疗, 予以甘露醇减轻脑水肿治疗, 同时给予气管插管、呼吸机辅助通气、镇痛镇静、冬眠和亚低温治疗, 注意监测患者神志、瞳孔等变化; ②患者今白班体温 38.5℃, 予以地塞米松静推降温, 下午 16:20 体温 38.8℃, 患者炎症指标稍高、胸部 CT 示双肺少许炎症, 目前考虑感染性发热、中枢性高热, 继续当前阿莫西林克拉维酸钾抗感染治疗, 予以物理降温, 监测患者体温及感染指标变化; ③患者重度贫血, 予以输血后血红蛋白较前升至 74g/L, 患者无明显显性失血, 已完善贫血三项、网织红细胞检验, 请血液科会诊协助诊治; ④患者既往类风湿病史, 已完善相关检验, 待检验结果回示, 必要时请风湿免疫科会诊协助诊治。余继续当前综合治疗, 患者病情危重, 注意观察患者病情变化, 及时对症处理。

15. 2023 年 11 月 6 日 18:46 会诊记录:

患者重度贫血, 请血液内科会诊。初步诊断: 混合型贫血, 处理意见: ①给予 NS100ml+蔗糖铁 0.1g ivdrip qod (注意观察患者肝功、血管情况)、叶酸片 10mg tid、甲钴胺注射液 1 支静推 qd 治疗。②均衡饮食, 1 周复查血常规掌握贫血情况。患者目前病情危重, 予以补铁等治疗, 叶酸片暂无药, 已通知家属自备, 甲钴胺注射液医保不报销, 待家属来院, 签署医保范围外使用知情同意书后再予使用, 定期监测血红蛋白变化, 已向患方讲明会诊情况, 患方表示理解。



16. 2023 年 11 月 6 日 18:50 会诊记录:

患者颅脑 CT 提示左椎动脉闭塞、右侧 C1 段动脉瘤可能, 请神经外科会诊。处理: 患者身体消瘦、体质弱, 且合并右侧 C1 段动脉瘤, 手术风险高; 患者精神状态较前明显好转, 同家属沟通后, 继续对症治疗。家属表示同意继续保守治疗, 已向患方讲明会诊情况, 患方表示理解。

17. 2023 年 11 月 6 日 19:10 抢救记录:

患者脑出血, 病情危重, 咳痰差, 为引流痰液, 且为行脑保护治疗, 予以行经口气管插管术。插管成功后予气管插管处呼吸机辅助通气 (PCV 模式, PC 12cmH₂O, PEEP 5cmH₂O, FiO₂ 40%)。抢救后患者 P: 90 次/分 R: 19 次/分 BP: 131/75mmHg。向患者家属解释说明病情, 患者家属表示理解, 并对抢救过程无异议。... 抢救时患者家属在谈话间等候, 未在现场。

18. 2023 年 11 月 6 日 19:20 病程记录:

患者意识较前稍好转, 请神经外科会诊意见手术风险高, 同家属沟通后继续当前保守治疗, 患者脑出血诊断明确, 建议家属予以行脑保护治疗, 家属商议后同意脑保护; 予以行气管插管术, 予以镇痛镇静、亚低温脑保护治疗, 气管插管后行纤支镜检查见气管内局部出血, 予以肾上腺素稀释后局部喷洒止血治疗, 治疗后未见活动性出血; 患者镇痛镇静后血压下降趋势, 予以间羟胺升压治疗, 注意监测患者血压及神志、瞳孔变化; 就患者病情充分告知家属, 患者脑出血脑水肿期, 合并颅脑动脉瘤可能、椎动脉颅内段闭塞, 下一步有水肿进一步加重、动脉瘤出血、脑梗死的风险, 甚至形成脑疝危及生命, 家属表示知情理解, 密切关注患者生命体征及神志、瞳孔变化。不适及时对症处理。

19. 2023 年 11 月 7 日 18:22 屈 × 主任医师查房记录:

屈 × 主任医师今日查房: 患者持续瑞芬太尼、丙泊酚镇痛镇静状态, CPOT 评分 0 分, RASS 评分 -3 至 -4 分, 气管插管接呼吸及辅助通气 (VCV 模式: VT410ml, PEEP5mmH₂O, R15 次/分), 外周指脉氧饱和度 99%, 查体: 双瞳孔不等大, 左侧瞳孔直径约 2.0mm, 右侧瞳孔直径约 1.0mm, 对光反射迟钝。听诊双肺呼吸音粗, 双下肺可闻及少量湿性罗音, 艾司洛尔泵入下心率波动 70-90 次/分, 小剂量间羟胺联合去甲肾上腺素泵入下维持 MAP 在 80mmH



g 左右，心律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软，肝脾肋下未触及，肠鸣音偏弱。右下肢外旋，短缩畸形，较对侧短缩约 2cm。双手及双足弯曲变形，双侧巴氏征可疑阳性。昨日 24 小时体温最高 38.5℃，总入量 2777ml，总出量 2920ml，其中尿量 2820ml。...2023-11-07 特殊细菌涂片检测、真菌涂片未见异常；治疗上：患者目前镇痛镇静、冬眠合剂、亚低温脑保护治疗中，观察患者神志、瞳孔等变化；患者体温高，双肺可见炎症变化，行支气管镜检查吸痰+肺泡灌洗术，送检痰培养、涂片等，暂继续当前抗感染方案，患者复查血常规示血红蛋白较前下降，定期复查血常规，必要时预约输血治疗；患者类风湿病史，已完善类风湿及抗核抗体谱，请风湿免疫科会诊协助诊治，注意会诊意见回示；今予以 Caprini 评分：9 分，为高危，目前双下肢未见明显血栓形成，双下肢气压治疗，定期复查下肢静脉彩超。内科出血风险评分为高危，暂不抗凝治疗。余继续当前综合治疗。密切观察患者病情变化，及时对症处理。

20. 2023 年 11 月 7 日 18:29 会诊记录：

患者既往类风湿关节炎 30 年，未规律治疗，具体不详；现已完善抗核抗体谱、类风湿因子，请风湿免疫科会诊。会诊意见：患者目前昏迷，气管插管中，口服药物困难，且口服 DMARDs 药物起效时间慢，待身体状态允许后可给予羟氯喹 100mg bid、艾拉莫德 25mgbid 控制病情，上述两种药物需连续口服 6 周以上方可起效，如患者关节肿痛明显，可双氯芬酸肠溶片或糖皮质激素对症抗炎止痛，定期复查血常规、血、反应蛋白、肾功等指标。遵会诊意见执行，待患者病情稳定后予以加用相应药物，已向患方讲明会诊情况，患方表示理解。

21. 2023 年 11 月 8 日 16:46 屈 × 主任医师查房记录：

屈 × 主任医师今日查房：患者持续丙泊酚镇静、瑞芬太尼镇痛，RASS 评分 -4 分，CPOT 评分 0 分，经口气管插管接呼吸及辅助通气（PCV 模式），呼吸尚平稳，指脉氧饱和度维持在 98% 左右，床旁辅助吸痰可吸出少许黄白色痰液。查体：双瞳孔不等大，左侧瞳孔直径约 2.5mm，右侧瞳孔直径约 3.0mm，对光反射迟钝。双肺呼吸音粗，双下肺可闻及少许湿罗音，心率波动 81 次/分左右，律齐，各瓣膜听诊区未闻及异常杂音，去甲肾上腺素约 0.33ug/



kg.min 联合间羟胺 4ug/kg.min 泵入下维持 MAP 在 85mmHg 以上。腹软，肝脾肋下未触及明显肿大，按压无痛苦表情，肠鸣音弱，叩诊鼓音。右下肢外旋，短缩畸形，较对侧短缩约 2cm。双手指关节尺偏畸形，双足变形，双侧巴氏征阴性。昨日 24 小时体温最高 36.8℃，总入量 3840ml，总出量 3280ml，其中尿量 3080ml。辅助检查：2023-11-08 血气分析：二氧化碳分压 31.00mmHg，酸碱度 7.34，氧分压 197.00mmHg，钠离子 144.00mmol/L，钾离子 3.00mmol/L，血糖 8.50mmol/L，乳酸 1.80mmol/L，细胞外液剩余碱 -9.1mmol/L，血红蛋白 70.00g/L，红细胞压积 21.00%。①神经系统：患者白班复查颅脑 CT 可见脑出血病灶基本同前，继续当前镇痛镇静脑保护、脱水药物治疗，动态监测瞳孔及神经系统症状体征变化情况，同时联系神经外科医师会诊协助诊治；②呼吸系统：目前患者镇静镇痛中脑保护治疗中，持续带机，白班复查胸部 CT 示双下肺少许坠积实变不张，继续加强痰液引流、气道管理及振动排痰，择期复查胸部 CT；③血液系统：患者入院血常规提示重度贫血，目前已加用血液内科建议治疗药物，动态评估血红蛋白变化，必要时输血治疗；④消化系统：现空肠管尝试留置困难，目前完善腹部平片需继续调整，现继续静脉营养支持，注意评估营养状态，及时调整营养支持方案。

22. 2023 年 11 月 9 日 04:41 输血记录：

2023-11-08 血常规 CRP(急)：血红蛋白 58.00g/L，给予输注 AB 型血、Rh(D) 阳性、去白悬浮红细胞 4U。输血过程顺利，无输血不良反应。输血后贫血症状改善，复查血常规评估是否继续输血治疗。

23. 2023 年 11 月 9 日 09:26 会诊记录：

患者今日复查颅脑 CT，请神经外科会诊。会诊意见示：继续目前治疗方案，密切观察病情变化，必要时及时复查。遵会诊意见执行，已向患方讲明会诊情况，患方表示理解。

...其后患者一直住院治疗。

24. 2024 年 9 月 24 日 23:20 屈×主任医师查房记录：

屈×主任医师今日查房：患者神志清，精神尚可，查体可配合。气管切开状态，金属管，持续堵管状态，经鼻导管吸氧 3L/分，指脉氧饱和度维持在 98%左右，间断自主咳出少量白粘痰，查体：双肺呼吸音粗，可闻及湿罗



音，心率 73 次/分左右，心律齐，血压 131/69mmHg 左右，未闻及杂音，腹软，肝脾肋下未触及，移动性浊音阴性，双下肢无水肿。昨日 24 小时体温正常，总入量 1805ml，总出量 2000ml，其中尿量 1974ml。治疗上：患者体温正常，鼓励患者自主咳痰，间断床上坐位功能锻炼，注意监测患者氧合变化。患者 VTECaprini 评分 4 分，属于静脉血栓形成中危风险，双下肢深静脉血栓阴性，治疗上予以双下肢气压泵，预防深静脉血栓，目前存在出血低危风险，暂不予抗凝治疗，定期复查双下肢静脉彩超。

25. 相关报告：

2023 年 11 月 5 日 CT 检查报告单：CT 诊断：双肺炎症；右肺散在小结节；左肺下叶钙化灶；双侧胸膜局部增厚；主动脉及冠状动脉钙化；双侧部分肋骨形态欠规整，部分肋骨内斑片状高密度灶；右乳局部皮肤欠规整；双侧肾上腺增粗；右侧股骨头、股骨转子骨折，股骨颈未见显示；右侧髋关节周围软组织肿胀、其内斑片状及条片状稍高密度灶；右侧髋关节囊少许积液；双侧髋关节退行性改变；请结合临床，必要时进一步检查、复查。

2023 年 11 月 6 日医学影像诊断报告：诊断意见：左侧顶枕叶脑出血，左侧额顶颞枕部硬膜下血肿；大脑镰下疝；蛛网膜下腔出血；脑多发梗死灶；右侧额部蛛网膜囊肿不排除；寰枕局部骨性融合；副鼻窦、右侧鼻腔炎性病变；鼻咽顶后壁软组织稍厚；请结合临床，必要时复查/进一步检查。

2023 年 11 月 6 日 CT 检查报告单：CT 诊断：左侧顶枕叶脑出血，左侧额顶颞枕部硬膜下血肿并大脑镰下疝形成；脑多发腔隙性梗塞灶；副鼻窦炎，局部囊肿/息肉可能；右侧鼻甲局部结构紊乱，右侧上颌窦内侧壁缺如，请结合临床；脑动脉硬化，右侧 C1 段起始处囊状突起，动脉瘤待排，请结合临床；左侧椎动脉颅内段闭塞；请结合临床，必要时复查/进一步检查。

2024 年 6 月 11 日放射诊断报告：检查所见：床旁相：右股骨颈骨质不连续，右股骨向外上方移位，右股骨头密度欠均，右髋关节间隙模糊。诊断结论：右股骨颈陈旧性骨折；右股骨头缺血坏死待排；请结合临床及其他检查。

2024 年 9 月 10 日 CT 检查报告单：CT 诊断：左侧顶枕叶脑出血复查所见；脑多发梗死灶；脑白质疏松；脑萎缩征象；右侧额部蛛网膜囊肿不排除；寰枕



骨局部骨性融合;副鼻窦炎;右侧上颌窦内侧壁改变,请结合病史;双肺炎症;双肺小结节灶;左肺上叶部分支气管略扩张;双侧胸膜局部增厚;主动脉及冠状动脉钙化;双侧部分肋骨形态欠规整,部分肋骨内斑片状高密度灶;肝小囊肿;双侧肾上腺增粗;部分椎体变扁;请结合临床,必要时进一步检查、复查。

(二)2024年10月13日[REDACTED]按照《法医临床检验规范 SF/T 0111-2021》[REDACTED]进行活体检查:

老年女性,卧床,神志清,问答切题。皱眉可,双眼眼球活动自如,鼻唇沟正常,戴吸氧装置,伸舌居中。可见气管切开。双上肢肌力4级。双手、双足可见畸形。左下肢肌力5级-,右下肢肌力4级,目测右下肢较对侧短缩。二便可知。小便在床上进行,需他人帮助。大便需他人帮助。腱反射正常,病理反射未引出。余(-)。

四、鉴定过程

1. 2024年9月19日收到济宁市任城区人民法院委托,2024年9月20日本中心向法院发“关[REDACTED]一案举行陈述会的函”,由法院通知医患双方参加陈述会。

2. 2024年9月26日在本中心举行陈述会,患方何宇[REDACTED]医[REDACTED]参加陈述会。在陈述会中,本中心宣布法院委托鉴定事项和法院提交鉴定材料,医患双方均无异议;本中心介绍本案鉴定人,医患双方均未提出回避申请;本中心告知鉴定风险、本案收费、如对鉴定意见书有异议应首先在法定期限内(收到鉴定意见书15日内)向法院提交书面异议以及申请鉴定人出庭的有关事项,医患双方分别在“司法鉴定告知书”和“鉴定有关事项确认书”签字并按手印确认。

3. 医患双方分别进行陈述并回答鉴定人有关询问。

4. 2024年10月13日鉴定[REDACTED]进行活体检查。

五、分析说明

根据委托单位提供的现有材料,结合有关医疗卫生管理法律、法规和诊疗护理规范、常规,依据司法部《医疗损害司法鉴定指南 SF/T 0097-2021》



《人身损害与疾病因果关系判定指南 SF/T 0095-2021》，参考陈孝平等主编《外科学》(第9版，人民卫生出版社，2018)、中华医学会骨科学分会《中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南 2016》、原国家卫健委《内科输血 WS/T 622-2018》、中华麻醉学会《围手术期输血指南 2014》等诊疗规范和文献，结合被鉴定(患者)(医方)的诊治过程，现分析如下：

(一) 关于医方是否存在过错等问题

1. 患者因外伤致右股骨颈骨折，行保守治疗后患者症状逐渐加重，患者及家属为求进一步治疗住院治疗。

2. 静脉血栓栓塞症(VTE)是骨科大手术围手术期发生率较高的并发症，也是病人围手术期死亡及医院内非预期死亡的重要因素之一。对骨科大手术病人施以有效的抗凝预防措施，不仅可以降低VTE的发生率、死亡率，而且可以减轻病人痛苦，降低医疗费用。

血栓危险因素评估方法包括：Caprini 血栓风险因素评估，Padua 评分，Davison 评分，Autar 评分等。Caprini 风险评估是基于临床经验和循证医学证据设计的一个有效且简单可行、经济实用的VTE风险预测工具。Caprini 风险评估的VTE危险因素评分分为1、2、3、5分项，每分项评分可累加；临床应用时，应权衡抗凝与出血风险后进行个体化预防。根据Caprini 评分情况分为低危、中危、高危和极高危四个等级。其中风险因素总分 ≥ 5 分，风险等级为极高危，DVT发生率40-80%，推荐预防方案药物预防和/或物理预防。

骨科大手术围手术期病人需常规进行静脉血栓预防，根据VTE危险度评分情况选择预防措施。预防措施包括基本预防、物理预防和药物预防。

抗凝治疗可增加病人出血性并发症风险，所以应充分权衡病人的血栓风险和出血风险利弊，合理选择抗凝药物。对于出血风险高的病人，只有当预防血栓的获益大于出血风险时，才考虑使用抗凝药物。我国现有抗凝药物包括普通肝素，低分子肝素，Xa 因子抑制剂类，维生素K拮抗剂，抗血小板药物。

患者入院Caprini 评分7分，属于极高危，应该给予基础预防措施，



物理预防措施和药物预防措施，应该给予抗凝治疗。抗凝治疗可增加患者出血性并发症风险，因此在治疗前以及治疗过程中应注意对患者出血风险进行评估，并据评估结果确定相应的治疗方案。医方没有进行出血风险的评估，没有根据评估结果选择适合的抗凝药物及合适剂量，存在用药中未尽谨慎注意义务的过错。

3. 原国家卫计委《内科输血 WS/T 622—2018》规定，血红蛋白 $< 60\text{g/L}$ 和/或红细胞压积 < 0.18 ，可输注(红细胞成分)。中华麻醉学会《围手术期输血指南 2014》规定，血红蛋白 $< 70\text{g/L}$ 需要输红细胞。临床因输血导致的出血比较少见，大量快速输血可因凝血因子过度稀释或缺乏，导致创面渗血不止或术后持续出血等凝血异常。一般在输血 1000ml 时补充 10%葡萄糖酸钙注射液 10ml 。患者入院查红细胞 $2.59 \times 10^{12}/\text{L} \downarrow (3.8-5.1)$ ，血红蛋白 $51\text{g/L} \downarrow (115-150)$ ，总蛋白 $61.2\text{g/L} \downarrow (65-85)$ ，白蛋白 $31.3\text{g/L} \downarrow (40-55)$ ，球蛋白 $29.9\text{g/L} (20-40)$ ，白球比例 $1.05 \downarrow (1.2-2.4)$ ，存在重度贫血和低蛋白血症，医方给予输去白红细胞悬液 4U(量约 460ml)，有适应症。

4. 患者损害后果是入院后发生颅内出血。

5. 司法部《医疗损害司法鉴定指南 SF/T 0097-2021》7.3.4 规定，医疗行为与患者的损害后果之间存在一定的因果关系，过错系同等原因。损害后果与医疗过错行为以及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均密切相关，若没有发生医疗过错，或者没有患者的自身因素(和/或限于当时医疗水平等因素)，损害后果通常情况下都不发生。医疗过错和患者自身因素在损害后果形成的过程中，所起的作用基本相当，难分主次。患者高龄、发生股骨颈骨折后长期卧床、存在重度贫血和低蛋白血症，原有高血压病和类风湿性关节炎病史，自身疾病因素和体质因素对损害后果的发生存在一定影响。患者存在 VTE 极高风险，应该采取抗凝治疗，但医方未进行出血风险评估，没有根据评估结果选择适合的抗凝药物及合适剂量，存在用药中未尽谨慎注意义务的过错，对损害后果的发生存在一定影响。

综上所述 [REDACTED] 的诊疗行为存在过错，其过错 [REDACTED] 的损害后果之间存在一定因果关系，建议原因力大小为同等原



因。

(二)关于伤残等级等问题

依据现有送鉴资料，结合本中心法医临床人体检验及影像学检验情况等，针对委托事项综合分析如下：

2023年11月[]因外伤致右髋关节疼痛活动受限3个月至[]
[]就诊，初步诊断为右侧股骨颈骨折等，2023年11月6日
00:08突然头痛，检查后诊断为左侧额颞顶硬膜下出血、左侧枕叶血肿等。
后转入重症医学科继续治疗。被鉴定人损害后果是入院后发生颅内出血，
结合病历记载、影像学等检查，被鉴定人[]目前伤情稳定，达到评定
时机。

1. 伤残等级评定

据病历记载[]诊断为左侧额颞顶硬膜下出血、左侧枕叶血肿等，
我中心目前查体见其仍遗留肢体瘫等后遗症，双上肢肌力4级，左下肢肌
力5级-，右下肢肌力4级，依据《人体损伤致残程度分级》5.6.1.5“三
肢瘫(肌力4级以下)”之规定，目前状况构成六级伤残。

2. 护理期、营养期评定

依照《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》(GA/T1193-2014)
附录A等相关条款之规定，并结合被鉴定人实际病情及损伤后恢复情况综
合分析，被鉴定人[]前遗留肢体瘫痪，双上肢肌力4级，左下肢肌
力5级-，右下肢肌力4级，建议其护理期、营养期均为自2023年11月6
日至伤残评定前一日。

3. 护理依赖程度评定

被鉴定人[]脑出血目前遗留肢体瘫痪；原有类风湿性关节炎遗留
有双手、双足畸形；右股骨颈陈旧骨折，入院后从未下床活动。以上多种
因素对其护理依赖程度均有影响，且原因力区分存在困难，目前其护理依
赖程度难以评定。

4. 残疾辅助器具以及更换周期评定

依据《人身损害后续诊疗项目评定指南(SF/ZJD0103008-2015)》相关
条款[]可配置以下残疾辅助器具：配置护理床便于护理，配置防褥疮



床垫预防褥疮，配置轮椅辅助移动及其他未列举的、确需配置的残疾辅助器具，相关残疾辅助器具具体更换周期建议以实际配置情况为据。

六、鉴定意见

为诊疗行为存在过错，其过错与为损害后果之间存在一定因果关系，建议原因力大小为同等原因。

2. 被鉴定肢体瘫痪构成六级伤残。建议其护理期、营养期均为自 2023 年 11 月 6 日至伤残评定前一日。目前其护理依赖程度难以评定。残疾辅助器具以及更换周期评定见上述分析。

七、附件

被鉴定部分查体照片。

司法鉴定人签名

《司法鉴定人执业证》证号

司法鉴定人签名

《司法鉴定人执业证》证号

二〇二四年十二月五日





司法鉴定意见书附件

