

[REDACTED]

# 司法鉴定意见书



统一社会信用代码: [REDACTED]



## 司法鉴定意见书

### 一、基本情况

委托人：日照市医疗纠纷人民委员会

委托鉴定事项：[redacted]的诊疗行为是否存在过错，如存在过错，该过错[redacted]的损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小

受理日期：2024年8月21日

鉴定材料：[redacted]（急）诊初诊病历、检验报告单复印件各壹份，[redacted]住院病历复印件壹份，[redacted]2024]病鉴字[redacted]法医病理司法鉴定意见书复印件壹份

鉴定日期：2024年9月4日-2025年1月3日

鉴定地点：[redacted]

被鉴定人：[redacted]女，[redacted]已故

### 二、基本案情

据送鉴材料记载，2024年5月28日被鉴人[redacted]因呕血半小时至[redacted]住院治疗，30日11:45-12:10在全麻下行内镜下胃底静脉曲张组织胶注射术、内镜下食管静脉曲张套扎术，手术结束后2分钟患者脉搏开始下降、血压下降，麻醉医师给予对症处理，术后5分钟患者心跳骤停，予以心肺复苏，请会诊及转重症监护室抢救。14:35抢救无效宣布临床死亡。已由日照市医疗纠纷人民委员会委托[redacted]行死亡原因鉴定，并出具了鉴定意见书。患者[redacted]发生医疗纠纷，现受日照市医疗纠纷人民委员会委托对上述事项进行鉴定。

### 三、资料摘要

（一）[redacted]（急）诊初诊病历及辅助检查报告

1. 2024年5月28日06时[redacted]院门（急）诊初诊病历

主诉：主诉：呕血半小时，





现病史:患者咳嗽后呕血半小时,无腹泻,无恶心、呕吐,无发热、寒颤,无头痛、头晕,周身乏力。

既往史:肝硬化

体格检查:T36.5℃,R12次/分,P77次/分BP103/69mmHg,神志清,精神可,腹部无压痛、反跳痛,无板状腹。

辅助检查:心电图提示窦性心律多导ST-T倒置。血常规未及明显异常,TnI、D-二聚体正常。

门诊诊断:①呕血;②肝硬化。

诊疗意见:...凝血系列(急诊)...常规心电图检查(自动分析);血清肌钙蛋白I测定;血浆D-二聚体测定(D-Dimer)

2.2024年5月2[REDACTED]临床检验结果

TnI<0.010microg/L[0.010-0.023],D-dimer369microg/L[-500];PT凝血酶原时间15.90sec↑(10.00-14.00),PT%活动度58.70%↓(80.00-120.00),PTR凝血酶原时间比率1.35↑(0.80-1.20),INR国际标准化指数1.43↑(0.80-1.20),APTT活化部分凝血活酶时间34.80sec(24.00-38.00),TT凝血酶时间20.60sec(14.00-23.00),FIB纤维蛋白原2.25g/L(2.00-4.00)。

(二[REDACTED]住院病案(病案[REDACTED]):

1.2024年5月28日入院记录及首次病程记录:

主诉:呕血半小时。

现病史:患者半小时前咳嗽后出现呕血,呈鲜红色,量较少,无呕吐胃内容物,无腹痛、腹胀,无恶心,无胸闷、胸痛,无发热、寒战,无头晕、头痛等其他不适症状,院外未行特殊诊疗。急至我院急诊就诊,化验血常规示:红细胞 $3.71 \times 10^{12}/L \downarrow$ ,为进一步诊疗急诊以“呕血”收入我科....

既往史:平素健康状况一般。近期受凉后咳嗽、咳痰病史1周。既往肝硬化病史12年,曾有类似呕血病史。2001年因刀刺伤致肝刺伤,行保守治疗(具体不详)。否认高血压病史,否认糖尿病病史,否认冠心病病史,否认....



体格检查: T36.5℃, P74 次/分, R18 次/分, BP112/74mmHg。

全身皮肤粘膜: 右下腹部可见一竖行长约 10cm 瘢痕, 右侧手腕尺侧可见一斜行约 3cm 瘢痕。无黄染... 心前区无隆起, 心尖搏动正常, 心浊音界无明显扩大, 心率 74 次/分, 律齐, 无杂音, 无心包摩擦音... 腹部平坦, 无腹壁静脉曲张, 腹壁柔软, 无压痛, 无反跳痛, 无肿块; 肝肋下未触及, 剑突下来触及, Murphy 征...。

辅助检查: 2024-05-28 血常规: 白细胞  $4.73 \times 10^9/L$ , 红细胞  $3.71 \times 10^{12}/L \downarrow$ , 血红蛋白 119g/L。2024-05-28 生化检验报告: 谷丙转氨酶 49U/L $\uparrow$ , 谷草转氨酶 52U/L $\uparrow$ , 谷酰转肽酶 65U/L $\uparrow$ , 碱性磷酸酶 165U/L $\uparrow$ , 总蛋白 59.0g/L $\downarrow$ , 白蛋白 34.3g/L $\downarrow$ , 总胆红素 24.08 $\mu\text{mol}/L \uparrow$ , 直接胆红素 11.10 $\mu\text{mol}/L \uparrow$ , 葡萄糖 6.95mmol/L $\uparrow$ ; 2024-05-28 血氨 81.64 $\mu\text{mol}/L \uparrow$ ; 2024-05-28 心电图: 窦性心律, 重度 ST 压低, T 波异常(符合前壁心肌缺血)。

初步诊断: ①呕血; ②肝硬化; ③上呼吸道感染。

诊疗计划: ①消化内科护理常规, 特殊疾病护理, 禁饮食; ②暂给予补液、抑酸护胃、保肝等治疗; ③完善胃镜检查, 必要时行内镜下治疗; ④根据病情随时调整治疗方案。

病情评估: 患者因呕血入院, 原因不详, 不排除肝硬化导致食管静脉曲张破裂出血可能, 有症状加重可能, 可能出现失血性休克、严重电解质紊乱、急性肝功能衰竭、多脏器功能衰竭、DIC、各种急性心脑血管意外等可能, 严重时危及生命。用药期间有过敏、肝肾功能损害可能; 有坠床、摔伤可能, 患者及家属表示知情理解, 愿意配合治疗。患者入院 VTE 评分 2 分, 属于低危, 给予足踝运动、VTE 宣教等, 有出血风险。

2. 2024 年 5 月 29 日 12:00 姚××副主任医师首次查房记录:

今日姚××副主任医师看过患者, 无其他病史及查体补充... 查体: 神志清楚, 精神可, 浅表淋巴结未触及肿大。双肺呼吸音清, 呼吸音无延长, 未闻及干湿罗音。心律齐, 各瓣膜区未闻及杂音。腹部平坦, 全腹无压痛, 无反跳痛, 墨菲氏征阴性, 肝脾肋下未触及。移动性浊音阴性。4. 辅助检



查: 2024-05-28 三大常规检验报告: 红细胞  $3.43 \times 10^{12}/L \downarrow$ , 血红蛋白  $109g/L \downarrow$ , 血小板  $104 \times 10^9/L \downarrow$ 。2024-05-28 病毒四项: 丙肝抗体(发光法)  $380.000AU/mL \uparrow$ 。2024-05-28 乙肝五项: 乙肝表面抗原(发光法)  $>250IU/mL \uparrow$ , 乙肝e抗原(发光法)  $4.260IU/mL \uparrow$ , 乙肝核心抗体(发光法)  $>40IU/mL \uparrow$ 。2024-05-28 血型检查: ABO 血型 O 型, Rh(D) 血型阳性  $\uparrow$ 。目前考虑诊断: ①呕血食管静脉曲张破裂? ②肝硬化; ③上呼吸道感染... 病情评估: 患者呕血原因不明, 不排除肝硬化食管静脉曲张破裂出血可能, 随时有发生消化道大出血、失血性休克、急性心脑血管意外等可能, 严重时危及生命, 建议患者完善胃镜下止血治疗; 再次向患者家属交代患者病情及手术的风险、利弊, 患者家属表示知情了解, 并表示商量后再做决定。目前继续给予奥美拉唑抑酸护胃、硫普罗宁保肝、补液等治疗。密切关注患者检查结果, 及时对症处理。

3. 2024 年 5 月 29 日 12: 31:

患者肝硬化失代偿期, 肝硬化伴食管胃静脉曲张破裂出血, 有内镜下食管胃静脉曲张套扎/硬化组织胶注射治疗指征, 患者家属经商议同意行相关手术, 相关手术风险充分告知患者家属, 已签署手术知情同意书。

4. 2024 年 5 月 29 日 12: 40 术前小结及术前讨论结论记录:

术前讨论由付 × × 副主任医师主持, 讨论结论及术前小结记录如下:

... 手术指征: 患者目前考虑消化道出血, 不排除肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血可能, 有行内镜下治疗的指征。

拟施手术名称和方式: 内镜食管静脉曲张硬化剂注射术

拟施麻醉方式: 全身麻醉

术前准备: 前禁饮食, 完善病毒五项, 凝血、血常规、心电图等。

院感风险评估及防控措施: 院感风险评估及防控措施: 严格执行无菌操作, 加强院感防护, 围手术期应用抗生素预防感染

注意事项: ①完善术前用药, 术前禁食, 准备肾上腺素、去甲肾上腺素、灭菌注射用水等。向患者及家属充分交待病情, 讲明内镜下食管胃底静脉曲张套扎硬化治疗的必要性及风险性, 术中可能出现出血, 穿孔以及其他



不可预知的情况，并在协议书上签字；②术中注意预防感染、出血、穿孔等并发症，注意生命体征变化；③术后禁饮食，补液，抑酸等；④注意生命体征变化。

手术者术前查看患者相关情况：付××副主任医师术前查看患者相关情况：患者病情平稳，生命体征正常，根据病史，体格检查及辅助检查结果，考虑肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血可能性大，付××副主任医师看过患者，无明显手术禁忌，拟定于周四行内镜下食管胃底静脉曲张套扎硬化治疗。

#### 5. 2024年5月29日会诊单：

被邀请会诊科别：手术一部，会诊意见：敬阅病史。患者神志清，精神差，一般情况较差。既往肝硬化病史，近期患上呼吸道感染，目前感染好转，但偶有咳嗽仍然痰量较多。综合评估，ASA3级，心电图显示ST段改变，Q波异常，围术期心血管意外风险高，食道胃底静脉曲张套扎硬化属于急诊或限期手术，越早越好，现在感冒接近痊愈，可以施行全身麻醉。

#### 6. 2024年5月30日 11:45-12:10 手术记录：

手术名称：内镜下胃底静脉曲张组织胶注射术、内镜下食管静脉曲张套扎术，手术经过、术中发现的情况及处理：患者全麻状态；气管插管。观察：距门齿22cm食管四壁见4条蛇行、结节样、瘤样蓝色曲张静脉，向下延伸至贲门，曲张静脉最大直径1.5cm，部分曲张静脉表面粘膜充血明显。胃底前后壁及小弯侧见多条结节样、瘤样曲张静脉，部分血管表面粘膜充血，曲张静脉最大直径1.0cm。治疗：以三明治法对胃底曲张静脉分别注射0.5ml、0.5ml组织胶，注射过程顺利，血管硬化良好。退出胃镜，接7连装波士顿套扎器，自齿状线开始，自下至上螺旋形依次套扎曲张静脉，充分吸引曲张静脉至满视野时释放套扎圈，套扎过程顺利，共套扎11个静脉球。手术顺利，术中无明显出血，手术结束，术后2分钟后患者脉搏开始下降，血压下降，麻醉医师予以阿托品、多巴胺对症处理，术后5分钟患者心跳骤停，予以心肺复苏，并请重症医学科，心内科急会诊，持续心肺复苏并转入重症监护室继续治疗。

## 7. 2024 年 5 月 30 日会诊单:

(1)申请时间: 2024 年 5 月 30 日 12:16:46, 被邀请会诊科别: 重症学科二, 会诊意见: 患者消化内镜术后, 突发心跳骤停, 综合临床表现, 考虑心源性因素导致心跳骤停可能性大, 目前深昏迷状态, 持续心肺复苏中, 与患者家属沟通病情, 交代病重, 建议转监护室进行生命支持治疗。患者家属表示知情。完善心脏超声、心电图、心肌酶等化验检查, 积极寻找病因。以上会诊意见已请示刘×主任医师。

(2)申请时间: 2024 年 5 月 30 日 12:35:55, 被邀请会诊科别: 心内科三, 会诊意见: 患者意识丧失, 无呼吸, 无脉搏, 建议继续心肺复苏, 应用血管活性药物, 请重症监护室会诊协助诊疗。请示邹××主任医师。

## 8. 2024 年 5 月 30 日 14:45 病程记录-危急值记录:

危急值时间: 2024 年 05 月 30 日 14 时 03 分危急值记录: 重症医学科二病区 [18 ██████ 病员 ██████] 样本种类 [血浆] 检验项目: 活化部分凝血活酶时间的结果: 70.40 sec 大于等于 70.00 sec; 危急值处置时间: 2024 年 05 月 30 日 14 时 45 分危急值处置内容: 符合病情, 患者病情危重, 休克心肺复苏中, 及时复查。

## 9. 2024 年 5 月 30 日 15:00 抢救记录:

患者内镜下胃底静脉曲张组织胶注射术、内镜下食管静脉曲张套扎术, 术后出现心率、血压下降立即予以阿托品。心内科李×主治医师会诊: 患者意识丧失, 无呼吸, 无脉搏, 建议继续心肺复苏, 应用血管活性药物, 请重症监护室会诊协助诊疗; 重症医学科厉××主治医师会诊考虑心源性因素导致心跳骤停可能性大, 目前深昏迷状态, 持续心肺复苏中, 与患者家属沟通病情, 交代病重, 建议转监护室进行生命支持治疗。经持续给予心肺复苏, 间断给予肾上腺素 1mg 静推, 给予间羟胺升压, 碳酸氢钠静滴, 复方氯化钠注射液静滴等综合治疗, 患者仍深昏迷状态, 转入重症医学科二继续抢救...

## 10. 2024 年 5 月 30 日 15:05 术后入 ICU 抢救记录:

患者今日内镜下行胃底静脉曲张组织胶注射术、内镜下胃病损套扎治



疗术，术后于 12:15 出现呼吸心跳骤停，持续抢救治疗，于 13:01 入重症医学科继续抢救治疗。患者心电监测示逸搏心律，血压测不出，氧饱和度测不出，双侧瞳孔散大固定，对光反射消失，无大动脉搏动，给予持续胸外按压，气管插管处接呼吸机辅助呼吸，给予肾上腺素 1mg 静推，间隔 3 分钟注射 1 次，多巴胺注射液泵入，给予碳酸氢钠静滴，复方氯化钠注射液静滴，患者持续逸搏心律，持续胸外按压，反复肾上腺素静推抢救治疗，患者持续未恢复自主心律，于 2024-05-30 14:35 患者心电图示等电位直线，宣告临床死亡...

#### 11. 2024 年 5 月 31 日死亡病例讨论结论记录:

2024 年 05 月 31 日 15 时 00 分在科主任刘×主任医师的主持下全科进行了死亡病例讨论记录，讨论结论总结如下...该患者死亡诊断:①心肌梗死?②心源性猝死?③呕血;④肝硬化;⑤上呼吸道感染;⑥心脏停搏;⑦急性呼吸衰竭;⑧肝硬化伴食管胃底静脉曲张破裂出血;⑨肝硬化失代偿期;死亡原因心肌梗死?心源性猝死?。

(三) 024

#### 法医病理司法鉴定意见书:

1. 病理检查: (1)大体检查: ...心脏: 心脏重 336g, 大小 9.5cm×12cm×8cm。顺血流剪开心脏, 三尖瓣口周径 12cm, 右心室壁厚 0.4cm。肺动脉瓣口周径 7.5cm, 主动脉瓣口周径 7cm, 二尖瓣口周径 9cm, 左心室壁厚 1.3cm, 室间隔厚约 1cm。双侧冠脉管壁轻度增厚。

(2)镜下检查心脏: 左心后壁心肌间质间质水肿, 心肌间可见条索状或小片状嗜中性粒细胞及淋巴细胞浸润, 纤维组织中到重度增生, 部分区域纤维包绕心肌, 局部可见心肌断裂。左心尖心肌间炎症细胞浸润, 左心前壁可见大片嗜中性粒细胞和淋巴细胞弥漫浸润, 心肌间质水肿, 纤维组织重度增生并包绕心肌。室间隔心肌间质水肿, 部分区域纤维组织重度增生, 局部可见少许炎症细胞散在。右心室心肌间质水肿, 纤维组织中度增生。左冠脉血管壁增厚, 内皮下可见大量脂样物质及钙盐颗粒沉积, 堵塞血管腔约 50%。左前降支血管壁增厚, 内皮下可见较多脂样物质沉积, 堵塞血管



腔约 40%。左旋支血管壁增厚，内皮下可见大量脂样物质沉积，堵塞血管腔约 75%。右冠脉血管壁增厚，内皮下可见大量脂样物质及钙盐颗粒沉积，血管腔内可见一新鲜血栓形成并完全堵塞血管腔。

2. 主要法医病理学诊断：急性心肌梗死，冠状动脉粥样硬化性心脏病 III-IV 级；肺组织急慢性炎，部分区域肺组织淤血出血；脑水肿；慢性肝炎伴肝硬化，脾肿大伴大片脾梗死形成；脑、心、肺、肝、脾、胰、肾、胃组织自溶退性变。

3. 分析说明：... 据病历载，被鉴定人 [REDACTED] “呕血半小时”于 2024 年 5 月 28 日入院，诊断为肝硬化失代偿期，肝硬化伴食管胃静脉曲张破裂出血，于 2024-05-30 11:45-12:10 在全身麻醉下行内镜下胃底静脉曲张组织胶注射术、内镜下食管静脉曲张套扎术，术后 2 分钟后患者脉搏开始下降，血压下降，麻醉医师予以阿托品、多巴胺对症处理，术后 5 分钟患者心跳骤停，予以心肺复苏，经积极抢救无效，于 14:35 宣告临床死亡。尸体检验见胃内少量咖啡色液体，肠管未见异常，故可以排除胃底静脉破裂出血导致的死亡。病理检验左冠脉血管壁增厚，堵塞血管腔约 50%，左前降支血管壁增厚，堵塞血管腔约 40%，左旋支血管壁增厚，堵塞血管腔约 75%。病理检验证实存在冠状动脉粥样硬化性心脏病的事实；同时，病理检验右冠脉血管腔内可见一新鲜血栓形成并完全堵塞血管腔。以上符合急性心肌梗死。综上，被鉴定人 [REDACTED] 符合在冠状动脉粥样硬化性心脏病基础上发生冠状动脉血供中断致急性心肌梗死致心源性猝死。

4. 鉴定意见：被鉴定人 [REDACTED] 符合在冠状动脉粥样硬化性心脏病基础上发生冠状动脉血供中断致急性心肌梗死心源性猝死。

(四) 2024 年 9 月 4 日在我中心举行陈述会内容摘要：

1. 鉴定人询问患方及回答摘要：

患者入院时心电图异常，医方未引起注意，术前未请心内科会诊，未完善任何检查，存在漏诊冠心病；术前未进行凝血功能评估；术后抢救不及时。

2. 鉴定人询问医方及回答摘要：



术前已请手术一部麻醉科会诊，食道胃底静脉曲张套扎硬化属于急诊或限期手术，越早越好，现在感冒接近痊愈，可以施行全身麻醉。手术顺利。术后患者出现心脏骤停已给予积极抢救。患者急性心肌梗死，心源性猝死，是死亡的根本原因。冠脉病变严重、冠脉血流无法恢复，是死亡的直接原因。

#### 四、鉴定过程

1. 2024年8月19日收到日照市医疗纠纷人民调解委员会委托，8月21日收到委托方线下邮[REDACTED]司法鉴定意见书，8月28日向日照市医疗纠纷人民调解委员会发“关[REDACTED]一案举行陈述会的函”，由委托方通知医患双方参加陈述会。

2. 2024年9月4日在本中心举行陈述会，患[REDACTED]、何宇，医[REDACTED]参加陈述会。在陈述会中，本中心宣布日照市医疗纠纷人民调解委员会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）向日照市医疗纠纷人民调解委员会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。2024年10月23日收到日照市医疗纠纷人民调解委员会线下邮寄的病历原件。

#### 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》，参考葛均波等编著《内科学》（第9版，人民卫生出版社，2018）、中华医学会编著《临床诊疗指南·消化系统疾病分册》（人民卫生出版社，2006）、田德安主编《消化疾病诊疗指南》（第3版，科学出版社，2013）、国家卫生健康委办公厅发布《上消化道出血临床路径（2019年版）》、中华医学会分会 中华医学会



消化病学分会 中华医学会消化内镜学分会《肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南 2023》、中华医学会编著《临床诊疗指南·心血管分册》(人民卫生出版社, 2009)、汪道文等主编《心血管内科疾病诊疗指南》(第3版, 科学出版社, 2013)、中华医学会心血管病学分会 中华心血管病杂志编辑委员会《非ST段抬高型急性冠脉综合征诊断和治疗指南(2016)》、中华医学会心血管病学分会 中华心血管病杂志编辑委员会《不稳定性心绞痛和非ST段抬高心肌梗死诊断与治疗指南 2007》、曹林生等主编《心脏病学》(第3版, 人民卫生出版社, 2010)、中华医学会心血管病学分会 中华心血管病杂志编辑委员会《急性心肌梗死合并心源性休克诊断和治疗中国专家共识 2021》、中华医学会心血管病学分会 中华心血管病杂志编辑委员会《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)》、国家卫生健康委办公厅发布《急性ST段抬高心肌梗死临床路径(2019年版)》、中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会 中华心血管病杂志编辑委员会《中国经皮冠状动脉介入治疗指南 2016》、中国医师协会心血管内科医师分会冠状动脉血栓抽吸共识专家组《冠状动脉血栓抽吸临床应用专家共识 2017》等文献, 结合被鉴定人

(患者 (医方)的诊治过程, 现分析如下:

1. 被鉴定人 行死亡原因鉴定, 据 [2024] 病鉴字第 法医病理司法鉴定意见书记载: 鉴定意见: 被鉴定人 符合在冠状动脉粥样硬化性心脏病基础上发生冠状动脉血供中断致急性心肌梗死心源性猝死, 死亡原因明确。

2. 上消化道出血(UGIB) 是内科常见急症, 指屈氏韧带以近的消化道, 包括食管、胃、十二指肠、胆管和胰管等病变引起的出血。常见病因为消化性溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、急性糜烂出血性胃炎和上消化道肿瘤。呕血是 UGIB 的特征性表现。患者入院红细胞计数下降, 符合消化道出血表现。

门静脉高压症是指由各种原因导致的门静脉系统压力升高所引起的一组临床综合征, 其最常见病因为各种原因所致的肝硬化。门静脉高压症基本



病理生理特征是门静脉系统血流受阻和/或血流量增加,门静脉及其属支血管内静力压升高并伴侧支循环形成,临床主要表现为腹水、食管胃静脉曲张(GOV)及其破裂出血(EVB)和肝性脑病(HE)等,其中 EVB 病死率高,是最常见的消化系统急症之一。患者既往肝硬化病史 12 年,曾有类似呕血病史。考虑门静脉高压引起的食管胃静脉曲张(GOV)及其破裂出血(EVB)。

肝硬化 AEVB 是临床常见的危急重症,涉及多学科。因此,临床医生在救治肝硬化 AEVB 患者时,要综合考虑患者的情况、医院多学科协作诊治团队支撑条件及医生的技术水平,以降低病死率、提高止血成功率为首要目标。

进行胃镜检查是诊断 AEVB 的可靠方法。内镜下可见曲张静脉活动性出血(渗血、喷血)、血栓头,或存在静脉曲张又未发现其他可解释的病变。

综上,根据患者临床症状与实验室检查结果,结合既往病史,考虑为肝硬化 AEVB 引起的上消化道出血,入院后行胃镜检查诊断与治疗,有手术适应症。

3. 非 ST 段抬高型急性冠脉综合征(NSTE-ACS)根据心肌损伤生物标志物[主要为心脏肌钙蛋白(cTn)]测定结果分为非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)和不稳定性心绞痛(UA)。不稳定性心绞痛与 NSTEMI 其发病机制和临床表现相当,但严重程度不同。其区别主要是缺血是否严重到导致心肌损伤,并且可以定量检测到心肌损伤的生物标志物。由于现代 cTn 检测的敏感度提高,生物标志物阴性的 ACS(即不稳定性心绞痛)越来越少见。

NSTE-ACS 特征性的心电图异常包括 ST 段下移、一过性 ST 段抬高和 T 波改变。大部分 UA/NSTEMI 可无明显体征。高危患者心肌缺血引起的心功能不全可有新出现的肺部啰音或原有啰音增加,出现第三心音(s3)、心动过缓或心动过速,以及新出现二尖瓣关闭不全等体征。

根据病史典型的心绞痛症状、典型的缺血性心电图改变(新发或一过性 ST 段压低  $\geq 0.1\text{mV}$ , 或 T 波倒置  $\geq 0.2\text{mV}$ )以及心肌损伤标记物(cTnT、cTnI 或 cK-MB)测定,可以作出 UA/NSTEMI 诊断,诊断未明确的不典型的患者而病情稳者,可以在出院前作负荷心电图,或负荷超声心动图、核素心肌灌注显像、冠状动脉造影等检查。冠状动脉造影仍是诊断冠心病的金指标,



可以直接显示冠状动脉狭窄程度，对决定治疗策略有重要意义。

患者急诊心电图提示窦性心律，重度 ST 压低，T 波异常（符合前壁心肌缺血），存在缺血性心电图改变，查体未见明显阳性体征。而 1h 内肌钙蛋白 TnI 属于正常范围，D-二聚体结果亦未见异常。初步考虑为 UA。术前请手术一部麻醉科会诊，综合评估，ASA3 级，心电图显示 ST 段改变，Q 波异常，围术期心血管意外风险高。患者上消化道出血，合并肝硬化肝功能异常，存在血栓形成的重要危险因素。盲目抗栓治疗，会加重出血风险。医方术前应请心内科会诊，进一步完善相关检查，明确诊断与治疗，术前综合评估缺血及出血风险。医方术前未请心内科会诊，存在过错。

4. 急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）是指急性心肌缺血性坏死，大多是在冠脉病变的基础上，发生冠脉血供急剧减少或中断，使相应的心肌严重而持久地急性缺血所致。通常原因为在冠脉不稳定斑块破裂、糜烂基础上继发血栓形成导致冠状动脉血管持续、完全闭塞。STEMI 的基本病因是冠脉粥样硬化基础上一支或多支血管管腔急性闭塞，若持续时间达到 20-30 分钟或以上，即可发生急性心肌梗死（AMI）。

患者病理检验左冠脉血管壁增厚，堵塞血管腔约 50%，左前降支血管壁增厚，堵塞血管腔约 40%，左旋支血管壁增厚，堵塞血管腔约 75%；右冠脉血管腔内可见一新鲜血栓形成并完全堵塞血管腔。可证实右冠血栓形成完全堵塞血管腔，致右冠脉血流中断，是引起急性心肌梗死合并心源性休克是直接病因。

急性心肌梗死合并心源性休克（AMICS）患者首诊于可行紧急血运重建的医院，早期血运重建对 AMICS 的预后至关重要。ST 段抬高型急性心肌梗死（STEMI）合并心源性休克（CS）患者的院内死亡率与首次医疗接触-球囊开通时间的长短有关，血管开通时间每延长 10 min，院内死亡增加 3.31 例/100 例。

减少时间延误是 STEMI 实施再灌注治疗的关键问题，应尽量缩短首次医疗接触（FMC）至经皮冠状动脉治疗（PCI）的时间和 FMC 至医院转出时间，从而降低院内死亡风险。对首诊可开展急诊 PCI 的医院，要求 FMC 至 PCI



时间<90 min。

对于 STEMI，治疗原则是尽快恢复心肌的血液灌注（到达医院 30min 内开始溶栓或 90 分钟内开始介入治疗）以挽救濒死的心肌、防止梗死扩大或缩小心肌缺血范围，保护和维持心脏功能，及时处理严重心律失常、泵衰竭和各种并发症，防止猝死，使病人不但能度过急性期，且康复后还能保持尽可能多的有功能的心肌。

再灌注心肌治疗包括经皮冠状动脉介入治疗（PCI）、溶栓治疗和冠状动脉旁路移植术（CABG）。患者术后出现心源性休克，医方应尽早完善相关检查，明确病因，患者急性右冠冠脉闭塞，应尽快恢复右冠冠脉血运。

患者近 1 月内有肝硬化 AEVB，属于溶栓绝对禁忌症。患者 ST 段抬高型急性心肌梗死发病 12h 内，出现心脏骤停，有直接 PCI 的适应证。患者存在溶栓绝对禁忌症，初始血栓分级为 5 级，手术难度大，直接 PCI 时常规血栓抽吸并不能降低死亡、再次心肌梗死或支架内血栓的发生率，反而增加卒中风险。

手术记录记载“患者术后 2 分钟后患者脉搏开始下降，血压下降，麻醉医师予以阿托品、多巴胺对症处理，术后 5 分钟患者心跳骤停，予以心肺复苏，并请重症医学科，心内科急会诊”，申请重症医学科会诊时间为 12:16:46，申请心内科会诊时间为 12:35:55；临时医嘱单记载 2024 年 5 月 30 日“急诊凝血系列 7 项、血常规心肌标志物等”医嘱时间均为 13:01。当天检验报告单记载“标本接收时间均为 13:47”。医方术后未及时完善相关检查，未及时请心内科会诊，评估直接 PCI 的风险与获益，存在过错。

综上，医方术后抢救不到位的过错，一定程度上使患者丧失了获得生存的机会。

5. 患者的损害后果是在冠状动脉粥样硬化性心脏病基础上发生冠状动脉血供中断致急性心肌梗死心源性猝死。患者自身存在冠状动脉粥样硬化性心脏病、肝硬化合并肝功能异常、食管胃静脉曲张破裂出血等疾病是右冠冠脉急性血栓形成的主要原因，对损害后果的发生存在重要影响。

6. 根据《SF/T 0097-2021 医疗损害司法鉴定指南》，医疗行为与患者



的损害后果之间存在一定的因果关系，过错系次要原因：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。

综上 [redacted] 诊疗行为存在过错，过错与患者的损害后果之间存在因果关系，原因力大小建议为次要原因。

六、鉴定意见

[redacted] 诊疗行为存在过错，过错与患者的损害后果之间存在因果关系，原因力大小建议为次要原因。

司法鉴定人签名 [redacted]  
《司法鉴定人执业证》证号 [redacted]  
司法鉴定人签名 [redacted]  
《司法鉴定人执业证》证号 [redacted]

