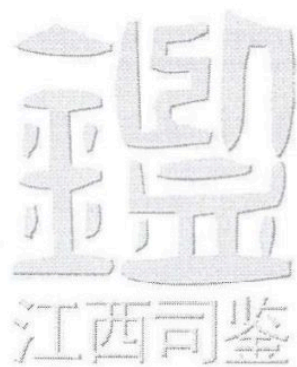




司法鉴定意见书

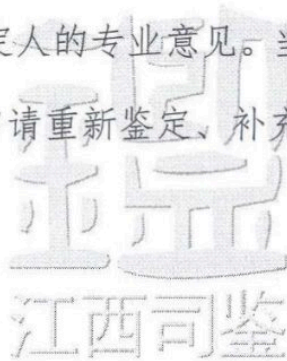


司法鉴定机构许可证号：_____



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：南昌市高新大道 818 号

联系电话

邮 编：330046

司法鉴定意见书



一、基本情况

委托方:济南市天桥区人民法院

委托鉴定事项:

提供的诊疗行为是否存在过错,若存在过错,过错的损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行司法鉴定。

受理日期:2026年02月03日

鉴定材料: 病历资料 (CL6、8);

病历资料 (CL5、11、13);

(以上鉴定材料均由委托方提供以原件复印留存)

3. 影像资料 (CL9)。(阅后随报告寄回)

鉴定日期:2026年02月03日

鉴定地点

被鉴定人 男, 身份证

在场人员: 患 大 人;

等人。

二、基本案情

根据委托方提供的鉴定材料,被鉴定人 2024-07-27 以“头痛 2 小时”为主诉就诊内科,颅脑 CT 平扫符合蛛网膜下腔出血表现,初步诊断蛛网膜下出血、大脑动脉瘤破裂出血,予以止痛、止血及补液处理后收入住院,当日予行全脑血管造影+经导管支架辅助颅内动脉瘤栓塞术,术后影像学检查提示颅内血肿,予行左侧颅内血肿钻孔引流术联合尿激酶溶解血肿,并给予降颅内压、缓解脑血管痉挛、减轻脑水肿、降血压等治疗,08-03 拔除颅内引流管后患者出现脑疝危象,复查颅脑 CT 见左侧颅内血肿占位效应及周围脑组织水肿明显,当日急行左侧颅内血肿清除+去骨瓣减压术,08-05 转 给予抗感染、祛痰、营养支持、维持内

环境稳定等对症支持治疗，于 08-09 自动出院当日死亡。现因诉讼、赔偿等需要，由济南市天桥区人民法院委托本中心要求对 [REDACTED] 提供的诊疗行为是否存在过错，若存在过错，过错 [REDACTED] 与损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行司法鉴定。

三、资料摘要

(一) [REDACTED] 病历资料摘抄：

1. 门诊病历：就诊时间：2024-07-27，主诉：头痛 2 小时，现病史：患者 2 小时前无明显诱因出现剧烈性头痛，伴恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，无视物模糊，无意识障碍，无肢体活动障碍，为求诊治，来院。初步诊断：蛛网膜下出血，大脑动脉瘤破裂出血。

2. 出院记录（病案号 [REDACTED]）：出院时间：2024-08-05，入院时间：2024-07-27，诊疗经过：入院后完善相关检查，在全麻下行左侧大脑中 M1 段动脉瘤，经导管支架辅助颅内动脉瘤致密栓塞。术后给予替罗非班静脉泵入，服用双抗、减轻脑水肿、增加胶体渗透压、输注改善脑代谢、补液药物治疗。左侧基底节区脑内血肿行钻孔引流术，术后尿激酶引流管内注入引流血肿。于 2024-08-03 09:35 病人呼之不应，复查颅脑 CT 示左侧脑内血肿占位效应及周围脑组织水肿明显，中线结构移位。急诊行左侧脑内血肿清除术+去骨瓣减压术。出院诊断：1. 左侧大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血 2. 左侧颞叶出血 3. 高血压病 2 级（高危）4. 高脂血症 5. 双侧支气管炎 6. 肺炎克雷伯杆菌感染。

3. 入院记录：入院时间：2024-07-27，主诉：突发头痛伴呕吐 2 小时，现病史：患者于 2 小时前无明显诱因突发头痛伴呕吐，休息后症状无缓解，有烦躁不安，无肢体抽搐，右侧肢体活动障碍，无呼吸困难，无言语不能，无大小便失禁，遂来我院就诊，急诊行头颅 CT 检查，结果示：蛛网膜下腔出血。为求进一步诊治，以自发性蛛网膜下腔出血收入院。自发病以来，患者未进食，大小便如前所述。既往史：既往有高血压、高血脂病史，长期口服阿司匹林肠溶片。体格检查：T: 36.6℃ P: 73 次/分 R: 16 次/分 BP: 171/105mmHg，平车入室，被动体位，急性病容，模糊，查体欠合作。专科检查：GCS 评分 11

分(E3V3M5) Hunt-Hess 分级 II 级。意识模糊,有失语,对答配合欠佳...伸舌不配合,颈有抵抗感,左侧肢体肌力 V,右侧肢体肌力 II 级,右侧 Babinski 征阳性。脑膜刺激征阳性。初步诊断:1.蛛网膜下出血 2.高血压病 2 级(高危) 3.高脂血症。

4.病程记录:2024-07-27 13:43 术前小结及术前讨论结论记录
手术指征:结合病人病史及颅脑 CT,患者急性起病、颅脑 CT 提示为自发性蛛网膜下腔出血,入院后病人病情进一步加重,并出现肢体感觉运动障碍进行性加重。高度怀疑动脉瘤再次破裂出血所致,严重再出血危及生命,建议进一步积极检查并治疗。与患者家属沟通,交代病情以及围手术期风险并发症后,家属同意行脑血管造影排除颅内动脉瘤及动静脉畸形。如可能一期行动脉瘤栓塞治疗...手术者术前查看患者相关情况,副主任医师会诊手术,依据术前颅脑 CT 及术前查体,手术指征明确,无明显手术禁忌征。术前查看患者:GCS 评分 9 分(E2V3M4) Hunt-Hess 分级 II 级。浅昏迷,有失语,回答问题不配合,伸舌不配合,颈有抵抗感,左侧肢体肌力 IV,右侧肢体肌力 II 级,右侧 Babinski 征阳性。脑膜刺激征阳性。

2024-07-27 15:46 术中谈话记录:患者目前病情较重,脑血管造影检查提示左侧大脑中动脉 M1 段动脉瘤,动脉瘤颈累及额干。动脉瘤可开颅夹闭或介入栓塞治疗。开颅急性期对脑组织损伤大,但保留额干分支血流可控性高,术后仍存在脑出血、脑梗死可能,如开颅建议患者转院治疗。此动脉瘤如介入栓塞,单纯弹簧圈栓塞治愈困难,术中必要时需支架辅助栓塞,但支架植入术中术后存在支架内血栓可能,术后可能出现肢体瘫痪症状。仲副主任医师介绍完上述病情后,患者家属权衡各种治疗方式利弊后,患者家属要求在我院急诊行动脉瘤介入治疗,承担手术风险及费用。

2024-07-28 10:51...复查颅脑 CT 示左侧额叶脑内血肿、蛛网膜下腔出血。嘱:根据颅脑 CT 提示,结合患者病情及手术情况,考虑术前再出血可能性大。为避免血肿增多,今日停用替罗非班药物治疗。术中动脉瘤栓塞致密,为避免支架内血栓形成,继续双抗药物治疗。服用双抗、减轻脑水肿、增加胶体渗透压、保护胃黏膜、输注改善脑代谢、补液药物治疗。

2024-07-29 10:04 今日复查颅脑CT示左侧颅内血肿较前无增大，血肿周围脑组织水肿明显、中线结构向右侧移位。

2024-07-31 11:31 危急值记录 于 2024-07-31 10:26 接到检验科肖医师危急值报告 2024-07-31 10:26:35 电解质系列：钠 167.10mmol/L, 氯 119.70mmol/L; 立即报告孔主治医师, 诊视患者，患者目前情况呈嗜睡状态，GCS12分(E4V2M6)... 分析高钠、高氯原因：病人病情危重、代谢障碍，输注浓钠减轻脑组织水肿。危急值报告符合病情，根据[REDACTED]主任医师指示停用浓钠输注、应用脱水药物增加钠盐排出。将检查结果向患者家属告知，继续观察病情变化，监测病人意识状态、定期复查电解质。

2024-08-03 09:30 危急值记录于 2024-08-03 09:18 接到检验科肖医师危急值报告 2024-08-03 09:17:47 电解质系列：钠 169.70mmol/L, 氯 123.20mmol/L; 立即报告孔主治医师, 诊视患者，患者目前高钠、高氯原因：病人补充钠盐过多。危急值报告符合病情，病人病情危重所致。根据朱主任医师指示符合液体配伍中的生理盐水改换为葡萄糖注射液，应用脱水药物增加钠盐排出。将检查结果向患者家属告知，继续观察病情变化...

2024-08-03 10:00 病人神志清，GCS12分(E4V2M6)。左侧肢体能遵嘱活动。于 08:30 拔除颅内引流管。09:35 病人呼之不应... 09:51 复查颅脑CT示左侧脑内血肿占位效应及周围脑组织水肿明显，中线结构移位。孔主治医师查房嘱：患者服用抗血小板药物、止血功能差，拔管后有穿刺道出血可能。告知患者家属病人病情危重，已出现脑疝危象，需急诊行左侧脑内血肿清除+去骨瓣减压术挽救病人生命。家属同意手术，并[REDACTED]神经外科冀主任医师会诊手术。

2024-08-05 18:38 患者今日呈昏迷状态，GCS6分(E2V1M3)... 查体：双侧瞳孔不等大，左侧瞳孔直径4mm，右侧瞳孔直径2mm，对光反射迟钝。双肺呼吸音粗糙，未闻及明显湿啰音。四肢无自主活动，左侧肢体肌力II级，右侧肢体肌力I级。双侧Babinski征阳性。柯氏征阴性。家属要求转上级医院治疗，在转院告知书上签字后自动出院。

5. 手术记录：手术日期：2024-07-27，术中诊断：左侧大脑中

M1 段动脉瘤，手术名称：全脑血管造影+经导管支架辅助颅内动脉瘤栓塞术。手术经过、术中发现情况及处理：患者平卧位，全麻成功后，常规双侧腹股沟及会阴区皮肤消毒，铺无菌巾单，Seldinger 技术穿刺右股动脉成功后留置 8F 动脉鞘，分别以 5F 猪尾管和单弯行主动脉弓+全脑血管造影，造影结果如下：主动脉弓造影：II 型弓，显影良好，弓上自右向左依次发出无名动脉、左侧颈总动脉、左侧锁骨下动脉，无名动脉上依次发出右侧锁骨下动脉、右侧颈总动脉，血管显影良好。左侧颈总动脉造影：左侧颈总动脉走形正常，显影良好。左侧颈内动脉起始段未见狭窄，颅内段走形正常，未见明显狭窄。左侧大脑中动脉 M1 段早发额干，额干起始处有囊袋状凸起并有仔瘤突出，直径约 $2.5 \times 6.2 \times 3.6\text{mm}$... 在多功能导管辅助下将 8F 输送导管至左侧颈总动脉。6F 中间导管送至左侧颈内动脉 C5 水平。取合适工作角度，路图下，在微导丝导引下置支架导管于左侧大脑中动脉 M1 段早发额干分支备用。置微导管于动脉瘤内。置入 2mm/4cm、2mm/4cm 弹簧圈后发现弹簧圈累及额干分支，遂将支架到位，半释放支架 4.0*23mm ENTERPRISE2。分别依次置入 1mm/2cm、1mm/2cm、1mm/2cm、1mm/2cm、1mm/2cm 弹簧圈进行栓塞，再次造影，动脉瘤破口处栓塞良好。撤出微导管，完全释放支架，手术结束。封堵器封堵栓塞穿刺血管，拔除导管鞘。动脉及皮肤穿刺点局部压迫 15 分钟后加压包扎。麻醉复苏自主呼吸恢复后带气管插管安返病房。

6. 颅内动脉瘤血管内介入治疗知情同意书：一、术中或术后可能出现的并发症及手术风险，根据您的病情，需要进行手术治疗... 患者明确意见... 经慎重考虑，我明确同意进行本次手术，
2024-07-27 7 时。术中特殊情况与处理的告知 [REDACTED] 2024-07-27 7 时。

7. 手术记录：手术日期：2024-07-29，术中诊断：左侧颅内血肿。手术名称：左侧脑内血肿钻孔引流术。手术经过、术中发现情况及处理：患者取仰卧位，标记左侧 OM 线上 5.5cm、左额部中线旁 2.5cm 交点处为穿刺点。常规消毒，铺无菌巾，1%利多卡因局部穿刺点浸润麻醉，沿皮纹横行切开约 0.5cm 皮肤切口，直径约 5mm 骨钻钻孔一个，置入 14F 硅胶引流管一根，穿刺方向与双侧 OM 线平面及正中矢状面

平行，穿刺深度约 9cm，抽出暗红色血凝块约 10ml，连接引流袋后，缝合头皮并固定引流管，引流通畅。手术完毕。

8. 手术知情同意书：一、术中或术后可能出现的并发症及手术风险，根据您的病情，需要进行手术治疗... 手术风险包括但不限于以下数种：1. 麻醉意外：过敏，呼吸、心跳停止，甚至死亡... 患者明确意见... 3. 基于上述声明，经慎重考虑，我明确同意进行本次手术...

2024-07-29 9 时 27 分。术中特殊情况与处理的告知... 崔兴海，2024-07-29 9 时 27 分。

9. 手术记录：手术日期：2024-08-03，术中诊断：左侧脑出血、蛛网膜下腔出血。手术名称：左侧脑内血肿清除+去骨瓣减压术。患者取平卧位，头偏向右侧，标记左侧额颞顶部“?”形切口，术区皮肤消毒，铺无菌单，依次切开头皮各层，电刀切开颞肌筋膜，颞肌，暴露颅骨，颅骨钻孔 4 个，铣刀铣除颅骨，形成骨窗约 6 厘米×8 厘米大小，放射状剪开硬膜。分别于左侧颞叶、额下回造瘘进入血肿腔，给予清除脑内血肿，量约 40 毫升。清除血肿后探查载瘤动脉及动脉瘤，未见活动性出血。血肿腔出血点给予电凝止血，明胶海绵填塞压迫术腔，患者服用抗血小板药物，术中止血困难。观察无活动出血后，悬吊硬脑膜，硬膜下腔放置引流管 2 根。去除颅骨骨瓣，放置人工硬脑膜一片修补硬膜。依次缝合颞肌及筋膜，头皮各层，术中失血约 400 毫升，术中输 RBC2u、血浆 350ml。手术完毕立即复查颅脑 CT 示脑内血肿已清除，无新发出血。病人带气管导管返回监护室。

10. 手术知情同意书：一、术中或术后可能出现的并发症及手术风险，根据您的病情，需要进行手术治疗... 手术风险包括但不限于以下数种：1. 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命... 患者明确意见... 3. 基于上述声明，经慎重考虑，我明确同意进行本次手术...

2024-08-03 10 时 25 分。术中特殊情况与处理的告知... 崔兴海，2024-08-03 10 时 25 分。

(二) 病历资料摘抄：

1. 出院记录（病案号）：入院日期：2024-08-05，出院日期：2024-08-09。诊疗经过：入院后完善相关检查... 给予抗炎、抑酸、平喘化痰、维持内环境稳定及对症支持治疗等治疗，患者仍昏

迷状态，患者家属要求出院，考虑患者病情危重，预后差，已向家属讲明相关风险，家属坚持出院并签署自动出院同意书。出院诊断：1. 大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血 2. 脑出血血肿扩大 3. 基底节出血 4. 中枢性呼吸衰竭 5. 肺炎克雷伯杆菌感染肺炎 6. 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌感染肺炎 7. 低钾血症 8. 高钠血症 9. 高血压病 2 级(极高危) 10. 高脂血症 11. 支气管炎。

2. 入院记录：入院时间：2024-08-05，主诉：头痛伴呕吐 9 天，意识丧失 2 天余。现病史：患者 9 天前无明显诱因出现头痛伴呕吐，呕吐物为胃内容物，休息后头痛未缓解，出现烦躁不安，右侧肢体活动障碍...就...完善相关辅助检查，诊为“左侧大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血”，排除禁忌后行“动脉瘤栓塞术、脑内血肿钻孔引流术”，术后患者神志清；2 天余前患者突发意识丧失、呼之不应，复查颅脑 CT 示左侧脑内血肿占位效应及周围脑组织水肿明显，中线结构移位，急诊行左侧脑内血肿消除术+去骨瓣减压术。现为进一步诊治就诊于我院，急诊以“脑出血血肿扩大”收入我科。患者自本次发病以来昏迷状态，体重无明显变化。既往史：高血压病史 10 余年。初步诊断：1. 大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血 2. 基底节出血 3. 高血压病 2 级(极高危) 4. 高脂血症 5. 支气管炎 6. 肺炎克雷伯杆菌感染 7. 低钾血症 8. 高钠血症。

3. 病程记录：2024-08-06 09:30 郭副主任医师今日查房分析：患者当前考虑诊断为“1. 大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血；2. 基底节出血；3. 高血压病 2 级(极高危)；4. 高脂血症；5. 支气管炎；6. 肺炎克雷伯杆菌感染；7. 低钾血症；8. 高钠血症”，病情危重，随时有呼吸心脏骤停等风险，注意同患者家属交代病情；患者现大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血、基底节出血，给与脱水、促进、降颅压等对症支持治疗；现患者气管插管接高流量湿化氧疗状态，当地医院痰培养示肺炎克雷伯杆菌，暂予以舒普深抗感染治疗，已留取相关病原学标本送检，注意追踪相关结果，及时调整抗生素应用，注意加强呼吸道管理，勤吸痰，促进痰液排出；余给予祛痰、营养支持、抑酸、维持内环境稳定及对症支持治疗等治疗，密切观察患者病情，及时对症处理。

2024-08-07 10:52 郭副主任医师今日查房分析:患者现大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血、基底节出血,继续给予脱水、降颅压等对症支持治疗;患者肺部感染,昨日高热,痰查见金黄色葡萄球菌,加用利奈唑胺,联合舒普深抗感染治疗,注意加强呼吸道管理,勤吸痰,促进痰液排出;余给予祛痰、营养支持、抑酸、维持内环境稳定及对症支持治疗等治疗,密切观察患者病情,及时对症处理。

2024-08-09 09:14 郭副主任医师今日查房分析:患者现大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下隙出血、基底节出血,继续给予补钾、脱水、降颅压等对症支持治疗,血钠较前好转,暂停饮用水胃注;患者肺部感染,高热,痰查见金黄色葡萄球菌,已加用利奈唑胺,联合舒普深抗感染治疗,患者痰多粘稠,呼吸急促,给予呼吸机通气,纤支镜吸痰,注意加强呼吸道管理,勤吸痰,促进痰液排出;患者胃肠道功能可,加用肠内营养。患者家属要求今日出院,考虑患者一般情况差,已向家属讲明相关风险,家属坚持出院并签署自动出院同意书,计划今日出院。

(以上信息为摘录内容,如摘抄有误,请以委托方提供的送鉴材料为准!)

四、鉴定过程

(一)本中心于2025-10-15收到委托方(济南市天桥区人民法院)的鉴定委托书及相关材料,随即发“工作函”至委托方,通知缴纳鉴定费用。根据案件情况,本中心聘请相关学科的临床医学专家并向专家送达材料安排陈述会。确定陈述会时间后向委托方发出书面通知。

(二)根据《司法鉴定程序通则》相关规定,本鉴定中心于2026-02-03召集有关临床医学神经外科、重症医学科及法医学鉴定人员组成鉴定组并请医患三方当事人参加陈述会,会中鉴定组成员认真听取了医患三方对被鉴定人[REDACTED]、[REDACTED]诊疗过程相关问题的陈述。鉴定组成员针对医患三方争议要点,向医患三方进行提问。医患三方退场后,专家根据委托方送鉴材料及陈述情况,在讨论后形成书面意见。鉴定人根据送鉴材料及相关规定,结合专家咨询意见,独立作出司法鉴定意见。

(三) 根据 SF/T0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》，参照临床诊疗规范和相关专业学科通常诊疗常规等进行法医学鉴定。

五、分析说明

依据案情摘要，审阅由委托方提供的有关医院病历资料及会中相关陈述，参考临床医学专家意见，综合分析说明如下：

(一) 诊疗行为的分析

被鉴定人既往有高血压、高血脂病史，长期口服阿司匹林肠溶片，2024-07-27 01:06 以“头痛 2 小时”为主诉就诊于[REDACTED]急诊内科，患者 2 小时前无明显诱因出现剧烈性头痛，伴恶心、呕吐，呕吐胃内容物，体格检查：血压 147/99mmHg，神志清，双侧瞳孔等大，对光反射可，四肢肌力可，颅脑 CT 平扫符合蛛网膜下腔出血表现，初步诊断：蛛网膜下出血，大脑动脉瘤破裂出血，予以止痛、止血及补液处理后收入住院，01:40 患者平车转入重症医学科时血压 171/105mmHg，GCS 评分 11 分，Hunt-Hess 分级 II 级，意识模糊，有失语，左侧肢体肌力 V 级，右侧肢体肌力 II 级，右侧 Babinski 征阳性，脑膜刺激征阳性，结合其病史、体征及影像学检查，医方初步诊断蛛网膜下出血、高血压病 2 级（高危）、高脂血症，给予特级护理、降低颅内压、降血压等对症支持治疗，同时行肝肾功能、血凝四项及血小板功能检测 AA+ADP 等检查，07:00 医方告知替代医疗方案（开颅、保守）及全脑血管造影备栓塞术相关风险后，患方知情了解并签字同意，13:43 术前查看患者：GCS 评分 9 分 Hunt-Hess 分级 II 级，浅昏迷，左侧肢体肌力 IV，针对其入院后神志、肢体运动障碍进行性加重，医方高度怀疑动脉瘤再次破裂出血所致，严重再出血可危及生命，当日 14:48 行全脑血管造影，术中见左侧大脑中动脉 M1 段动脉瘤，动脉瘤颈累及额干，再次与患者家属谈话，告知可开颅夹闭或介入栓塞治疗，限于院内技术条件等如选择开颅建议转院治疗，术中必要时需支架辅助栓塞以及相关并发症，经家属同意后施行经导管支架辅助颅内动脉瘤栓塞术。

动脉瘤性蛛网膜下腔出血（aSAH）患者应在出现症状后尽早进行手术闭塞破裂的动脉瘤，最好在发病 24h 进行，以改善预后；对于病情分级（Hunt-Hess 分级 I~III 级）前循环破裂动脉瘤患者，行外

科学夹闭与介入栓塞治疗均有益于患者，具体治疗方式的选择需综合考虑；本例患者颅内破裂动脉瘤临床诊断成立，具有手术适应证，DAS见囊状动脉瘤突起并有子瘤突出，直径约 $2.5 \times 6.2 \times 3.6\text{mm}$ ，单纯弹簧圈栓塞困难，经家属知情同意后医方施行全脑血管造影+经导管支架辅助颅内动脉瘤栓塞术未违反诊疗原则。

入院后患者意识及肢体运动障碍等病情加重，医方高度怀疑动脉瘤再次破裂出血所致，建议行脑血管造影排除颅内动脉瘤及脑静脉畸形（如可能一起行动脉瘤栓塞治疗），医方既已考虑动脉再次破裂可能，却未积极复查颅脑CT以进一步评估颅内出血的确切变化情况；结合07-28颅脑CT提示左侧额颞叶片状高密度影，最大横截面约 $6.7 \times 3.6\text{cm}$ ，左侧侧脑室受压，中线结构向右侧移位，不排除患者存在术前动脉瘤再次破裂出血的情形；医方对进展型颅内破裂动脉瘤患者病情评估欠充分，存在过错。

对于需要置入支架的破裂颅内动脉瘤患者，为防止支架内血栓形成，可根据血管内治疗方式选择术前2h负荷剂量双抗或术中替罗非班+术后双抗方案，本例医方术后同时使用替罗非班+双抗方案治疗欠规范，相较常规治疗方案，一定程度上可增加颅内再出血的风险，医方抗血小板治疗用药方案欠规范，存在过错。

07-27日患者行支架辅助颅内动脉瘤栓塞术后，GCS评分9-12；当脑出血患者GCS评分 ≤ 8 时，推荐给予有创颅内压监测，本例患者尚未达有创颅内压监测指征，医方予以腰椎穿刺引流并监测脑脊液压力，符合诊疗常规。07-28医方复查患者颅脑CT示左侧颞叶脑内血肿、蛛网膜下腔出血，血肿最大截面积约 $6.7 \times 3.6\text{cm}$ ，左侧侧脑室受压，中线结构向右移位；为避免患者颅内血肿增多，医方于7-28 08:45停用替罗非班，7-29 08:12停用阿司匹林改服单抗；对于血肿范围 $\geq 3\text{cm}$ 的颅内血肿，可应用微创手术联合或不联合溶栓药物液化引流清除血肿，本例患者血肿范围有外科治疗指征，医方于7-29 10:00行左侧脑内血肿钻孔引流术符合诊疗常规；7-29 14:42术后复查颅脑CT示颅内血肿最大截面积约 $7.0 \times 3.7\text{cm}$ ，较术前（7-29 08:56）未见明显变化，且第三脑室及左侧侧脑室受压，中线结构向右移位，医方于7-29 17:47使用注射用尿激酶2万IU血肿腔注入，8-1复查

颅脑 CT 示颅内血肿最大横截面 $5.8 \times 2.3\text{cm}$ ，较前（7-29 14:42）范围缩小，且神志转清；医方在单纯钻孔引流术后血肿未见明显缩小的情况下，权衡患者获益与风险后，联合引流管内使用尿激酶以促进血肿液化清除，且使用后尿激酶血肿范围缩小，神志转清，达到预期治疗效果，故医方颅内血肿钻孔引流术联合使用尿激酶符合诊疗常规。

患者于 08-01 神志转清，颅脑 CT 提示颅内血肿范围较前缩小，08-03 8:00 查房神志清，左侧肢体能遵嘱活动，医方基于防止颅内感染等风险因素考虑，于 08-03 08:30 予拔除颅内引流管，09:35 患者呼之不应，双侧瞳孔不等大，复查颅脑 CT 见血肿范围较 08-01 增大，第三脑室及左侧侧脑室受压，中线结构向右移位，左侧脑内血肿占位效应及周围脑组织水肿明显，根据影像检查及患者症状，提示拔管后并发颅内出血增多。颅内引流管持续时间一般为 7-10 天，一般不超过 2 周，在计划拔管前 24h 应常规实施夹闭实验，同时密切观察意识、瞳孔及呼吸节律等变化，并复查头颅 CT 以确保拔管成功；同时，为了防止置管及拔管并发出血，一般要求在穿刺置管前及引流过程中动态评估患者凝血功能及血小板情况。本例医方在 08-03 拔除颅内引流管前未积极复查颅脑影像学检查以充分评估颅内血肿引流情况，且基于患者抗血小板及溶栓药物治疗史，未动态评估患者凝血功能及血小板情况，以谨慎对拔管时机作出选择，降低拔管后颅内出血并发症的发生风险；故医方对拔管前评估欠充分，未充分尽到不良风险的防范义务，存在过错。

患者拔出颅内引流管后并发颅内出血增多，出现脑疝危象，当日急行左侧脑内血肿清除+去骨瓣减压术，术中清除颅内血肿约 40 毫升，载瘤动脉及动脉瘤未见活动性出血，血肿腔出血点给予电凝止血，术后患者持续昏迷，08-05 转至上级医院进一步治疗。医方对患者引流管拔出发生病情变化后的处理积极得当，未见明显过错。

（二）诊疗行为的分析

被鉴定人于 2024-08-05 年 入院诊断大脑中动脉瘤破裂伴蛛网膜下腔出血、基底节出血、高血压病 2 级（极高危）、肺炎克雷伯菌感染等，给予舒普深强力抗感染并祛痰、营养支持、抑酸、维持内环境稳定等对症支持治疗，住院期间多次复

查复查电解质，并采取针对性治疗；08-06 采集痰行痰培养，08-07 痰培养结果示检出耐甲氧西林金黄色葡萄球菌，并于当天加用利奈唑胺片治疗，08-09 10:33 接危急值痰细菌及培养鉴定产超广谱 β -内酰胺酶肠杆菌，后患者家属考虑病情及预后要求出院，经告知相关风险并知晓签字后，当日 11:05 患者在气管插管接呼吸机通气状态下自动出院。医方上述诊疗行为符合诊疗常规，未见过错之处。

（三）[REDACTED] 诊疗行为与患者损害后果的因果关系

被鉴定人 [REDACTED] 2024-07-27 因“无明显诱因出现剧烈性头痛”[REDACTED] 经完善检查诊断颅内动脉瘤破裂出血明确，经行导管支架辅助颅内动脉瘤栓塞术，术后影像学检查提示颅内血肿，予行左侧脑内血肿钻孔引流术联合尿激酶溶解血肿，2024-08-03 拔除颅内引流管后约一个小时患者出现脑疝危象，复查颅脑 CT 见左侧脑内血肿占位效应及周围脑组织水肿明显，当日急行左侧脑内血肿清除+去骨瓣减压术，08-05 转至上级医院给予对症支持治疗，患者病情严重，并发肺部感染及电解质紊乱等，08-09 自动出院当日死亡。因被鉴定人 [REDACTED] 死亡后未进行法医尸体解剖检验，其确切的病理学死亡原因不明确，现仅根据委托方提供的送鉴材料及陈述会调查情况，结合患者临床症状、辅助检查结果及临床专家意见分析，被鉴定人 [REDACTED] 符合脑出血并发肺部感染、电解质紊乱等，最终导致呼吸循环衰竭死亡。

动脉瘤性蛛网膜下腔出血(aSAH)是一种具有严重危害性的疾病，该疾病预后差，其病死率可高达 50%，且患者既往有高血压、高脂病史，长期口服阿司匹林肠溶片，分析其最终死亡后果与自身所患病情严重，动脉瘤性蛛网膜下腔出血致死率高、总体预后差的疾病特点存在主要因果关系。

[REDACTED] 在诊疗过程中，对进展性颅内破裂动脉瘤患者病情评估欠充分，经导管支架辅助颅内动脉瘤栓塞术后抗血栓用药欠规范，拔除颅内引流管前评估欠充分，未尽到高度的注意义务，存在过错，上述过错一定程度上增加或加重了患者再出血的风险，与患者最终死亡的损害后果存在一定因果关系，根据 SF/T0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》7.3.3 款之规定，过错系次要原因。

六、鉴定意见

(一) [REDACTED] 提供的诊疗行为存在过错，过错与患者的损害后果之间存在一定因果关系，系次要原因。

(二) [REDACTED] 提供的诊疗行为符合诊疗常规，未见过错之处。

鉴定人 [REDACTED]

执业证号 [REDACTED]

鉴定人 [REDACTED]

执业证号 [REDACTED]

二〇二六年四月七日

附注：

鉴定机构许可证及鉴定人执业证。

提示:1.本鉴定意见书中“CL”为“材料”汉语拼音首字母。2.本鉴定意见仅对委托方提供的鉴定材料负责。3.鉴定意见中过错参与度给予幅度，供办案单位审判及调解参考。4.如有疑问，可由委托方来函咨询，本中心将予以复函。5.未经本鉴定中心书面授权许可，不允许对该鉴定意见书进行摘截或部分复制，否则，本中心将保留行使法律追究权利。

