

济南市济阳区人民法院

通知书

_____:

原_____诉被告_____

_____医疗损害责任纠纷一案，现向你方送达司法鉴定意见书。请于收到本通知书之日起七日向本院提交变更诉讼请求申请书；如你方对上述鉴定书有异议，请于收到本通知书之日起七日内向本院提出书面异议，逾期不提交，你方将承担相应法律后果。



北京增值税普通发票

No 06545905

06545905

开票日期 2024年09月02日



机器编号:

发票联

名称	纳税人识别号:	地址、电话:	开户行及账号:	规格型号	单位	数量	单价	金额	税率	税额
购买方	038>304*9612840<8716461<+5-/ 30<977/28-9073-926->06854+8+ <68>304*9612840<879>8-44*490 5/*>128-6>01605+06+>-52+8707					1		17475.73	3%	524.27
货物或服务名称	货物或服务名称									
*鉴证咨询服务*鉴定费										
合计								¥17475.73		¥524.27

(小写) ¥18000.00

价税合计(大写)

壹万捌仟圆整

校验码 01781 31580 63679 63941

销售方: (章)

税总函 [2019] 338号 北京东港安全印刷有限公司

司法鉴定意见书



司法鉴定机构许可证号: [REDACTED]

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。

一、基本情况

委托单位：济南市济阳区人民法院

鉴定事项：[redacted] 诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错 [redacted] 目前损害后果（死亡）之间是否存在因果关系以及原因力大小。

鉴定材料：[redacted] 住院病案复印件1份；居民死亡医学证明（推断）书；影像片4张。

受理日期：2024年8月14日

鉴定日期：2024年8月14日

鉴定地点：[redacted]

参会人员：患方代表3人，医方代表5人，鉴定人3人。

被鉴定人 [redacted] 男 [redacted]，已死亡。

二、基本案情

2024年3月9日被鉴定人诊断冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛、心律失常等于医方住院治疗，次日检查发现右侧椎动脉瘤可能，3月12日予行“脑血管造影术+颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术”，术后出现右侧中枢性面舌瘫、右侧偏瘫等，次日早晨突发急性左心衰，抢救无效死亡。现被鉴定人家属认为医方在诊疗过程中存在过错，诉至法院。

三、资料摘要

[redacted] 住院病案（病案号 [redacted]）摘抄：

入、出院日期：2024年03月09日至2024年03月13日

主诉：心慌并心前区不适1小时余。

现病史：患者自述入院前1小时余睡醒后感心慌，并有心前区不适，感心跳加速，无头痛、头晕，无四肢麻木及肢体活动不灵等不适，自测血压偏高，在180/100mmHg左右，自行口服非洛地平1片，随后于我院

急诊就诊，急诊科给予问诊、查体并行心电图检查后收入我科。另述：既往冠心病病史 10 余年，未规律服用药物治疗；高血压病史 2-3 年，近 1 年来服用非洛地平控制血压，具体情况不详。

体格检查：T36.3°C，P110 次/分，R20 次/分，BP158/109mmHg。

辅助检查：2024-03-09 心电图窦性心动过速，ST 异常（于我院）。

初步诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病，不稳定型心绞痛；心律失常，窦性心动过速；高血压病（3 级，极高危组）。

2024-03-09 05:20 首次病程记录

诊疗计划：1. II 级护理；2. 低盐低脂饮食；3. 中医内科护理常规，测血压 bid，中流量吸氧；4. 西医治疗予以阿司匹林肠溶片抗血小板聚集，非洛地平缓释片控制血压，琥珀酸美托洛尔缓释片减慢心率、降低心肌耗氧，活心丸温心通脉，香丹注射液改善冠脉供血，环磷腺苷葡萄糖营养心肌，参麦注射液益气生津，兰索拉唑抑酸护胃，及其他对症处理；5. 完善各项辅助检查……6. 中医治疗宜温补心阳，安神定志为主，患者暂不服用，暂未拟方。

2024-03-09 11:23 主治医师查房记录

患者入院第二天，患者自述未再心慌，无明显胸痛、汗出……辅助检查：心电图窦性心动过速，ST 异常；胸部 128 层螺旋 CT，颅脑 128 层螺旋 CT 诊断：1、符合脑内少许腔隙性梗塞灶……2、右侧椎动脉颅内段局部管腔扩张，动脉瘤？建议结合 CTA 检查。3、胸部 CT 平扫未见明显异常。B 型钠尿肽前体： $<50\text{pg/ml}$ 、肌钙蛋白 T $<10.0\text{pg/mL}$ ……

2024-03-10 08:20 副主任医师查房记录

……考虑右侧椎动脉颅内段动脉瘤，建议 DSA 进一步检查。针对此种情况，建议请脑内科医师会诊。

2024-03-10 16:39 转入脑病科记录

诊疗计划：1. 中医脑病科护理常规，II 级护理；2. 低盐低脂饮食；3. 中医内科护理常规，测血压 bid；4. 西医治疗予以阿司匹林肠溶片、波立维抗血小板聚集，非洛地平缓释片控制血压，琥珀酸美托洛尔缓释片

减慢心率、降低心肌耗氧……7、患者颅脑+颈部血管 CTA 诊断：1、考虑右侧椎动脉颅内段动脉瘤，建议 DSA 进一步检查。具备脑血管造影术+行颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术适应症，无明显禁忌症，向患者近亲属、授权委托人交代病情及脑血管造影术+行颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术目的、结局及可能的危险。与患者家属沟通后，患者及家属行手术治疗。并在手术同意书上签字。定于 2024-03-12 上午 9:00 在山东省立医院教授指导并参与下为患者在气管插管全麻醉下行脑血管造影术+颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术。并予术前准备。

2024-03-12 9:00-11:45 手术记录

手术名称：脑血管造影术+颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术；

麻醉方式：气管插管全麻。

手术经过：……双侧椎动脉造影：左侧优势椎动脉开口未见狭窄，右侧椎动脉略纤细，开口未见明显狭窄，右侧椎动脉 V4 段见约 8mm*13mm 瘤样扩张，未见子瘤，双侧椎动脉颅内汇合为基底动脉，走行自然未见明显狭窄，双侧大脑后动脉未见明显狭窄，脑实质期未见异常染色，静脉期未见异常回流。肝素化，8F 导引导管经 5F 多功能导管、泥鳅导丝送至右侧椎动脉 V1 段，6F 中间导管经泥鳅导丝送至右侧椎动脉 C3 段远端，微导丝塑形，在路图下将 CERENOVUS 微导管进入到基底动脉远端，SL-10 微导管进入右侧椎动脉动脉瘤内，CERENOVUS 微导管释放 4.0mm×30mm 支架半覆盖瘤颈，经 SL-10 微导管放置 8.0mm*26cm 弹簧圈成篮，造影显示位置良好解脱，再经 SL-10 微导管依次放入 7.0mm*24cm、6.0mm*20cm、4.0mm*8cm 弹簧圈 1 枚，造影显示位置，动脉瘤未见显影。右侧椎动脉显影良好，放置满意后分别解脱。栓塞完毕后造影显示动脉瘤填塞良好，动脉瘤未见显影，拔除微导管、导引导管及动脉鞘，血管封堵器封堵穿刺血管后压迫止血 4 分钟，观察穿刺点无出血后加压包扎。手术结束，拔气管插管，病情清醒后查体未见神经系统新发体征。安返病房。嘱术后持续替罗非班 6ml/h 持续泵入，根据患者病情逐渐减量。术后注意事项：1. 血压控制在 90-140/60-80mmHg；2. 右下肢制动 24 小时；

3. 观察双侧足背动脉搏动；4. 观察穿刺处有无渗血渗液。

2024-03-12 13:10

12:17 左右，患者述头晕、右侧肢体麻木，无头痛无头胀，查体：右侧中枢性面舌瘫，饮水呛咳，右侧肢体痛觉迟钝。与省立医院教授汇报病情，考虑“患者夹层动脉瘤术后引起的后循环的穿支闭塞，造成延髓部位梗死”立嘱盐酸替罗非班 8ml 静推，改替罗非班为 7ml/h 持续泵入加强抗血小板聚集，另予肝素钠泵入抗凝、予乌拉地尔、卡托普利临时降压，予丁苯酞营养神经、依达拉奉右莰醇清除自由基，余嘱不变，密切观察患者病情变化。

2024-03-12 17:46

下午患者述头晕、吞咽困难，右侧肢体麻木，查体：右侧中枢性面舌瘫，饮水呛咳，右侧瞳孔直径 2.0mm，左侧瞳孔直径 3.0mm，右侧肢体痛觉迟钝。考虑患者病情持续性加重，嘱颅脑 CT 复查：符合脑内少许腔隙性梗塞灶 CT 表现。排除脑出血，嘱改测血压为 q1h、改收缩压控制在 150/120mmHg 之间，保证脑缺血区供血，另予鼻饲温流质饮食、保留胃管、胃管护理，脂肪乳、复方氨基酸能量支持，地塞米松抗炎，停阿司匹林、波立维，余嘱不变，密切观察患者病情变化。

2024-03-12 20:15

患者述右侧肢体麻木不适，予甲钴胺片 1 片口服。

2024-03-13 00:35

患者述全身酸痛不适，予注射用氯诺昔康肌注止痛。

2024-03-13 04:35

00:00 测血压 157/89mmHg，调整乌拉地尔为 45ml/h 泵入，04:00 测 BP:158/109mmHg，调整乌拉地尔为 50ml/h 泵入。

2024-03-13 06:40

测血压 165/98mmHg，予卡托普利片 1 片胃管内注入。

2024-03-13 10:27 抢救记录

7:59 查看病人患者述胸闷喘憋，查体：T:37.6℃P:120 次/分 BP:1

78/109mmHg, 血氧饱和度 97%, 心率: 120 次/分, 律不齐, 各心脏膜未闻及杂音, 双肺呼吸音粗, 可闻及大量干湿啰音, 右侧中枢性面舌瘫, 右侧肢体肌力 3 级, 双侧巴氏征阴性。考虑冠心病, 立即请心内科副主任医师会诊查看病人, 8:08 副主任医师在查看病人过程中突然出现神志不清、呼之不应, 心律快速下降, 呼吸微弱。立予胸外按压, 气管插管, 人工气囊辅助呼吸, 并从气管插管后吸出大量粉红色泡沫痰, 考虑急性心衰。8:09 立予呼吸三联; 尼可刹米 0.375g+盐酸洛贝林 3mg 临时静推, 8:10 硫酸阿托品 1mg 临时静推, 8:12 患者自主呼吸消失、心率持续下降, 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 氯化钠注射液 0.9%500ml+尼可刹米 1.875g+盐酸洛贝林 15mg 续静滴, 8:15 测血压 71/34mmHg, 予盐酸肾上腺素 1mg+硫酸阿托品 1mg 临时静推, 氯化钠注射液 0.9%500ml+盐酸多巴胺 100mg+重酒石酸间羟胺 80mg 续静滴, 8:22 嘱盐酸利多卡因 0.05g 临时静推, 8:25 患者有效心律仍未恢复, 应用胸外按压器持续心脏按压, 8:30 予碳酸氢钠 125ml 续静滴, 循环三联: 盐酸肾上腺素 1mg+硫酸阿托品 1mg+盐酸利多卡因 0.1g 临时静推, 8:37 心电图示呈直线, 予盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 8:39 200J 电除颤一次, 持续胸外按压器持续心脏按压, 8:42 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 8:47, 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 8:52 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 8:57 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 9:00 心电图示无效心律, 9:02 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 9:07 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 9:11 患者心电图呈直线, 9:12 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 9:17 盐酸肾上腺素 1mg 临时静推, 9:20 血压测不到, 9:24 心电图呈直线, 9:45 心电图仍呈直线, 与患者家属交代病情, 患者家属放弃继续抢救, 抢救 104 分钟, 9:45 宣布临床死亡。

死亡原因: 呼吸心跳骤停; 急性左心衰

死亡诊断: 呼吸心跳骤停; 急性左心衰; 脑干梗死; 椎动脉颅内段动脉瘤; 冠心病, 不稳定型心绞痛; 心律失常, 窦性心动过速; 高血压病 (3 级, 极高危组)。

四、检验过程

接受人民法院的委托，根据司法部《司法鉴定程序通则》《医疗损害司法鉴定指南》等法规进入鉴定程序确定鉴定人，明确鉴定委托事项，依据下列顺序遵守和采用该专业领域的技术标准、技术规范和技术方法：国家标准、行业标准和技术规范等，结合相关法律、法规、临床诊疗护理技术操作规范、指南等对本案进行司法鉴定，并组织召开由医、患双方参加的鉴定听证会，同时参会的有多名相关临床医学专家。双方均充分阐述了自己的观点，现将双方主要观点归纳如下：

患方认为：术前准备不足及患者风险评估不全面、术后监护和管理存在严重不足、急性左心衰竭的治疗未遵循临床指南等。医方的过失行为是导致死亡的主要原因。

医方认为：患者入院诊断明确、具备手术指征、治疗措施得当，我院的诊疗过程规范，我们对于患者在住院期间出现病情变化、术后出现并发症至临床死亡。

五、分析说明

根据案件相关资料及双方陈述意见，并会同相关临床医学专家，经认真分析讨论，达成一致意见如下：

（一）关于被鉴定人诊疗行为的评价：

1、被鉴定人男，时年60岁，2024年3月9日因“心慌并心前区不适1小时余”入住医方内科，无头痛、头晕，无四肢麻木及肢体活动不灵等不适，既往高血压病史2-3年，近1年来服用非洛地平控制血压，入院查体：T36.3℃，P110次/分，R20次/分，BP158/109mmHg。门诊心电图示：窦性心动过速，ST异常。初步诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病，不稳定型心绞痛；心律失常，窦性心动过速；高血压病3级极高危组。给予阿司匹林抗血小板，非洛地平缓释片控制血压，琥珀酸美托洛尔缓释片减慢心率，活心丸温心通脉，香丹注射液改善冠脉供血，环磷腺苷葡胺营养心肌，参麦注射液益气生津，兰索拉唑抑酸护胃等治疗，完善血常规、生化、凝血、肌钙蛋白等检查。结果示：NTpro-BNP、

肌钙蛋白 T 正常。头颅 CT 示：脑内少许腔隙性梗塞灶，右侧椎动脉颅内段局部管腔扩张，动脉瘤可能，建议结合 CTA 检查。于 3 月 10 日转入脑内科，加用波立维双联抗血小板治疗。3 月 12 日 9:00 经知情同意后在全麻下行“脑血管造影术+颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术”，造影示：右侧椎动脉 V4 段见约 8mm×13mm 瘤样扩张，予以支架辅助+多枚弹簧圈后栓塞，11:45 结束手术，术后持续替罗非班 6ml/h 泵入。被鉴定人住院期间检查发现右侧椎动脉 V4 段动脉瘤可能，无临床症状，可择期介入治疗；而被鉴定人不稳定性心绞痛诊断明确，临床症状明显，医方未对心脏病的问题进行影像学检查，诊断及治疗不充分；行脑动脉瘤手术时机欠妥，且术前抗血小板治疗不充分，医方诊疗行为欠规范。

2、被鉴定人术后半小时许（12:17），出现右侧中枢性面舌瘫，饮水呛咳，右侧肢体痛觉迟钝。医方考虑穿支闭塞，改替罗非班为 7ml/h 持续泵入加强抗血小板，肝素钠泵入抗凝、乌拉地尔、卡托普利临时降压，丁苯酞营养神经、依达拉奉右莰醇清除自由基，被鉴定人病情持续加重，双侧瞳孔不等大，右侧肢体肌力下降，颅脑 CT 未见新发脑出血。3 月 13 日早 7:59 被鉴定人自诉胸闷喘憋，请心内科会诊，8:08 在查看病人过程中突然出现神志不清、呼之不应，心律快速下降，呼吸微弱。予心肺复苏、气管插管，人工气囊辅助呼吸，并从气管插管后吸出大量粉红色泡沫痰，8:12 自主呼吸消失、心率持续下降，予持续心肺复苏、电除颤，应用尼可刹米、盐酸洛贝林、硫酸阿托品、盐酸肾上腺素等药物抢救无效，9:45 宣布临床死亡。被鉴定人介入术后约 0.5 小时出现神经系统受损的临床表现，医方未考虑行脑血管的造影及血管内干预治疗；被鉴定人突发急性心衰，亦可能与冠心病未得到有效治疗相关，医方存在过错。

（二）关于 [redacted] 诊疗行为与被鉴定人损害后果的因果关系分析：

被鉴定人因“心慌并心前区不适 1 小时余”入住医方，诊断：冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛、心律失常等，完善检查发现

右侧椎动脉瘤可能，予行“脑血管造影术+颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术”，术后半小时出现右侧中枢偏瘫等，予加强抗血小板、抗凝、改善循环等治疗，次日早晨突发急性左心衰，抢救无效死亡。因未行尸检，确切死亡原因无法明确，结合送检资料考虑被鉴定人颅内动脉瘤栓塞术后短时间内发生后循环闭塞、延髓部位梗死，循环、呼吸衰竭、致急性左心衰致死可能性大。

夹层动脉瘤是由于各种因素导致的颅内动脉血管壁产生撕裂，继而导致血流涌入血管壁层间，形成血管壁层间血肿的一种特殊类型动脉瘤。对于未破裂夹层动脉瘤患者而言，若患者表现为无症状，其自然病史较好，可以采取药物保守治疗的方式，但定期的临床及影像学随访仍有必要；另外对于以后循环缺血、压迫症状起病，动脉瘤出现增大或表现为冗长扩张的夹层动脉瘤患者，其自然病史较差，应积极进行干预治疗。

抗血小板治疗是预防围手术期脑缺血事件的重要举措，目前临床研究所采取的方案均为：择期手术至少术前3-5天联合应用阿司匹林100-300mg和氯格雷75mg；如患者需行急诊介入，则应口服负荷剂量抗血小板药物（阿司匹林300mg和氯吡格雷300mg）。术后应继续口服阿司匹林300mg联合氯吡格雷75mg至少3个月。

急性左心衰竭是由于心脏瓣膜疾病、心肌损害、心律失常、左室前后负荷过重导致急性心肌收缩力下降、左室舒张末期压力增高、排血量下降，从而引起以肺循环淤血为主的缺血缺氧、呼吸困难等临床症候群。急性肺水肿是最主要表现，可发生心源性休克或心搏骤停。

本案，被鉴定人以心慌、心前区不适就诊医方，冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛、心律失常、窦性心动过速诊断明确，入院次日检查发现颅内动脉瘤可能，即转入神经内科行脑血管介入手术治疗。被鉴定人颅内动脉瘤为未破无症状动脉瘤，可择期手术治疗；其心脏疾患更为危急。医方对于心脏疾患的检查不完全，评估不充分的情况下行脑血管介入治疗，手术的打击会进一步影响心脏功能。同时术前抗血小板治疗不充分，增加术后血栓形成的风险。被鉴定人术后短时间内发生

急性脑梗，医方未能及时完善颅内血管检查及有效治疗，导致被鉴定人循环呼吸衰竭。医方存在过错，与被鉴定人的损害后果存在一定的因果关系。

综合考虑，被鉴定人介入术后发生急性脑缺血的表现为难以完全避免的并发症；突发急性心衰，呼吸停止病情危重，进展迅速，救治机会有限；手术本身的风险性及疾病的发生、发展是其损害后果的重要原因，医方的过错与被鉴定人损害后果之间原因力大小建议次要至同等原因为宜。

六、鉴定意见

在对被鉴定人的诊疗过程中存在过错，该过错与被鉴定人的损害后果有因果关系，属次要至同等原因。

鉴定人： 主任医师

《司法鉴定人执业证》证号

主检法医师

《司法鉴定人执业证》证号

主任法医师

《司法鉴定人执业证》证

二〇二四年八月三十日

司法鉴定专用章



地 [REDACTED]

邮 箱: zhonghengjd@263.net

网 址: www.zhonghengjd.com

总 机: 010-65536129、85656751、84981987

损伤组 [REDACTED]

医疗组 [REDACTED]

文书组 [REDACTED]

精神组 [REDACTED]

病理组 [REDACTED]

电子组 [REDACTED]



「扫一扫获取更多内容」