



山东省济南市济阳区人民法院

民事判决书

(2024

原告：[REDACTED] 女 [REDACTED] 汉族， [REDACTED]
[REDACTED]，身份证号码
[REDACTED]

原告 [REDACTED] 女 [REDACTED] 汉族， [REDACTED]
[REDACTED]，身份证号码
[REDACTED]

原告 [REDACTED] 女 [REDACTED] 汉族， [REDACTED]
[REDACTED]，身份证号码
[REDACTED]

三原告共同委托诉讼代理人：[REDACTED]，北京市盈科（济南）律师事务所律师。

三原告共同委托诉讼代理人：何宇，北京市盈科（济南）律师事务所律师。

被告 [REDACTED] 住所 [REDACTED]
[REDACTED]

法定代表人 [REDACTED] 院长。

委托诉讼代理人 [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] 所。

委托诉讼代理人 [REDACTED] 系该医院职工。

原 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 被 [REDACTED]
[REDACTED] 疗损害责任纠纷一案，本院立案受理后，依法适用简易程序，公开开庭进行了审理。原 [REDACTED] [REDACTED] 三原告委托诉讼代理人 [REDACTED] 庭参加诉讼，被 [REDACTED]
委托诉讼代理人 [REDACTED] [REDACTED] 庭参加诉讼。本案现已审理终结。

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 本院提出诉讼请求：1、判令被告赔偿原告医疗费、住院伙食费、护理费、误工费、营养费、交通费、死亡赔偿金、丧葬费、鉴定费、精神损害抚慰金，各项费用共计 626188.765 元（已按照医院承担 50% 的责任比例计算）；2、本案诉讼费等诉讼相关费用由被告承担（变更后的诉讼请求）。事实与理由：2024 年 3 月 9 日，三原告的亲 [REDACTED]
[REDACTED] 心慌并心前区不适 1 小时余入院，入院诊断为：中医诊断-心悸病-心阳不足证；西医诊断：冠状动脉粥样硬化心脏病，不稳定型心绞痛；心律失常，窦性心动过速，高血压（3 级，极高危组），进行西医治疗以及脑血管造影术和行颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术。次日，患者突然出现神志不清、呼之不应，心律快速下降，呼吸微弱。抢救 104 分钟后，抢救无效宣布临床死亡。死亡诊断为：中医诊断：心悸病-心阳不足证，西医诊断：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）。原告认为被告在诊疗过错

中存在过错，该过错与患 [REDACTED] 死亡有因果关系，为维护原告合法权益，特诉至法院，望判如所请。

被 [REDACTED] 称，一、我院对患者的各项诊断准确，治疗方案的确定符合患者情况，手术治疗符合诊疗规范，对于患者在住院期间出现病情变化及时的采取积极治疗，并未有不当之处。患者在我院住院期间，我院医师积极完善各项检查、评估，及时制定治疗方案，完善术前准备，诊疗过程规范，及时与患者家属沟通，明确告知患者目前病情及颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术的目的、颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术结局及可能的危险。手术方案明确，术后安返病房，严格监护患者围手术期情况，病人出现并发症及时发现并迅速有效的处理，无延误、拖延患者病情的情况，期间针对患者出现术后并发症向患者家属做了解释沟通和治疗。患者突发心衰时，我院医护人员及时发现并迅速的处理，遂积极抢救但抢救无效，临床死亡。患者家属肯定了手术，但对患者突然死亡产生异议。我院在患者临床死亡后组织专家对该患者病例讨论认为：术前讨论：患者心电图、BNP等术前检查均基本正常，可以耐受手术。手术过程顺利，术后病情清醒后查体未见神经系统新发体征，安返病房。术后患者出现“患者夹层动脉瘤栓塞后引起的后循环的穿支闭塞，造成延髓部位梗死”为手术期并发症，后诱发冠心病、急性左心衰、呼吸心跳骤停。后经抢救无效，病人死亡。患者抢救时气管插管吸出粉红色泡沫痰，明确急性左心衰，本病人发病急，没有机会进一步检查，以寻找急性左心衰的直接原因。死亡原因：呼吸循环系统衰竭。关于直接的死因应是急性左心衰引起的呼吸循环系统衰竭。综上，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，深表理解和同情。二、鉴定意见与事实不相符，缺乏客观性，法庭应当综合考虑患者实际诊疗情况综合判定医院过错。（一）关于手术时间问题。鉴定意见第7页第一段所写“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”及“行脑动脉瘤手术时机欠妥”，缺乏客观依据，没有从患者当时的实际病情出发。患者于2024-03-09入院时查颅脑CT示：右侧椎动脉颅内段局部管腔扩张，动脉瘤？建议结合CTA检查。入院后进一步完善颅脑+颈部血管CTA检查示：右侧椎动脉颅内段局部管腔呈瘤样扩张，约7.5毫米×12.7毫米；检查诊断：

1、考虑右侧椎动脉颅内段动脉瘤，建议DSA进一步检查。根据《中国颅内未破裂动脉瘤诊疗指南（2021）》指出，动脉瘤直径>5mm的患者有接受积极治疗的指征（II级推荐，A级证据），所以选择尽早介入治疗，防止动脉瘤随时有破裂风险。患者于2024-03-09 05:02:46因“心慌并心前区不适1小时余”入住我院内二科，入院后查肌钙蛋白、N端脑钠肽前体、心肌酶谱、凝血六项等相关血液检查均在正常范围，患者入院后未再出现心慌及心前区不适症状超过24小时，根据《非ST段抬高型急性冠脉综合征基层诊疗指南（2019）》，CRACE风险评分：106分，风险分层为低危，在患者病情相对稳定的情况下转脑病三科进一步诊治右椎动脉颅内段动脉瘤。且转入脑病三科后术前于2024-03-11复查心电图示：窦性心动过缓。患者手术前冠心病情况已较稳定。（二）关于鉴定意见认为“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”的问题。患

者入住我院内二科后相关血液检查指标正常，患者胸闷症状已改善，且患者术前于 2024-03-11 复查心电图示：窦性心动过缓；心脏情况已较稳定好转。根据《非ST 段抬高型急性冠脉综合征基层诊疗指南（2019）》，CRACE 风险评分：106 分，风险分层为低危，建议采取保守治疗，入院后内二科已给予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，环磷腺苷葡胺营养心肌，参麦注射液益气生津。结合患者 CRACE 风险评分：106 分，风险分层为低危，建议冠脉 CTA 及心脏彩超可择期完成。根据《中国颅内未破裂动脉瘤诊疗指南（2021）》指出，动脉瘤直径>5mm 的患者有接受积极治疗的指征（II 级推荐，A 级证据），因患者需应用抗血小板聚集及活血化瘀药物，动脉瘤有破裂出血风险，选择先排查动脉瘤的情况。（三）关于鉴定意见认为“术前抗血小板治疗不充分”问题说明。患者 2024-03-09 入住我院内二科后于 05：16 给予阿司匹林肠溶片 100mg 口服，至 2024-03-12 09：00 手术前已服用超过 3 天；患者 2024-03-10 09：20 转入脑病三科，转入后于 10：00 临时给予阿司匹林肠溶片 100g、硫酸氢氰吡格雷片 300mg 负荷量口服，并长期给予阿司匹林肠溶片 100mg、硫酸氢氰吡格雷片 75mg 联合口服每日一次。至 2024-03-12 09：00 手术前阿司匹林已口服 3 天，且硫酸氢氰吡格雷片已负荷量应用。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抗血小板聚集 100mg-300mg 或氰吡格雷片 75mg，如患者需行急诊介入，则应口服负荷剂量抗血小板药物（阿司匹林抗血小板聚集 300mg 或硫酸氢

氰吡格雷片 300mg)。给予患者抗血小板的治疗符合预防为手术期脑缺血时间的要求。(四)关于鉴定机构认为“被鉴定人介入术后 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”的问题。术后患者出现头晕、右侧肢体麻木、吞咽困难等症状,依据《中国急性大血管闭塞性缺血性脑卒中血管内诊疗指导规范》,考虑为后循环的穿支动脉闭塞造成的延髓部位梗死,不考虑大动脉闭塞的情况,不需要再次行脑血管造影术及动脉取栓治疗;发现患者症状后立即给予盐酸替罗非班 8ml 静推,并给予替罗非班 7ml/h 持续泵入加强抗血小板聚集,另予肝素钠泵抗凝、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,已在术后患者出现症状后立即给予相应处理。综上所述,我院对患者的各项诊疗认真负责,符合相关诊疗规范,请求法庭综合考虑患者本身的病情的危重性,做出公平公正的判决。

原告围绕诉讼请求提交了原告身份证复印件、亲属关系证明 [REDACTED] 历一份、医疗费发票、结算单、居民死亡医学证明(推断)书 [REDACTED] 具《司法鉴定意见书》、鉴定费发票。本院听取了当事人的质证意见,对当事人无异议的证据经本院审查予以确认并在卷佐证。

根据当事人陈述及经本院审查确认的证据,本院认定事实如下:2024 年 3 月 9 日 05:00,死者 [REDACTED], 年龄 60 岁,因心慌并心前区不适 1 小时余入住济南市济阳区中医医

院，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 [REDACTED] 诊就诊，急诊科给予问诊、查体并行心电图检查后收入内二科。11:23，主治医师查房记录：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。针对这种情况，建议请脑内科医师会诊。

16:39 转入脑病三科记录，诊疗经过阿司匹林肠溶片、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，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，及其他对症处理。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，无明显禁忌证，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，患者家属行手术治疗，并在手术同意书上签字。

2024-03-12 9:30 [REDACTED] 授指导并参与下为患者行气管全麻醉下行脑血管造影术+行颅内动脉瘤支架辅助介入栓塞术。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。

2024-03-13 8: 08 副主任医师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、心律持续下降，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+重酒石酸间胺 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 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）。

本院受理后，原告申请对 [] 死亡、被告的诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错 [] 前损害后果（死亡）之间是否存在因果关系以及原因力大小进行鉴定，经本院委托 [] 2024 年 8 月 30 日出具了 [] 2024】 [] 定意见书，鉴定再有：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。鉴定意见为：[REDACTED]
在对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”，原告为此支出鉴定费18000元。

原告提交 [REDACTED] 具的证明载有 [REDACTED] [REDACTED] 夫妻关系 [REDACTED] [REDACTED] 父女关系 [REDACTED] [REDACTED] 父女关系。

庭审中，被告对原告主张的医疗费、住院伙食补助费、护理费、误工费、营养费、交通费、死亡赔偿金、丧葬费、鉴定费计算标准无异议，仅对各项赔偿比例有异议。

本院认为，本案是医疗损害责任纠纷案件，审查的主要内容 [REDACTED] 否在诊疗活动中受到损害，医疗机构以及医务人员是否存在过错，医疗机构是否需承担赔偿责任的问题 [REDACTED]
[REDACTED] 具有鉴定资质的鉴定机关，在对本案的鉴定中召开了听证会听取了医患双方的意见，并结合本案提交的鉴定材料和相关医学规范、临床专家意见对本案进行了分析，其分析意见客观、合理，出具的鉴定意见结论本院予以采信。结合该鉴定意见结论 [REDACTED] 对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，虑到医学科学的不确定性、局限性和高风险性以及本案实际情况，本院酌 [REDACTED] 本案中针 [REDACTED] 产生的损失应承担42%的赔偿责任。按照《山东省2024年度人身损害赔偿计算标准》中的2023年全省城镇居

民的人均可支配收入、人均生活消费性支出、国有单位在岗职工年平均工资等金额计算损失作出如下认定：1、医疗费。根据

原告提交的住院病历、明细发票，能够证明被告处支出医疗费 45560.03 元。2、死亡赔偿金： $51571 \times 20 \text{ 年} = 1031420 \text{ 元}$ 。3、丧葬费。丧葬费经计算为 54902.5 元（ $109805 \text{ 元} / 12 \text{ 个月} \times 6 \text{ 个月}$ ，山东省 2024 年在岗职工平均工资的 $1/2$ ）住院伙食补助费 计住院 4 天，住院伙食补助费为 400 元。4、交通费。根据本案实际情况，对原告主张的交通费 200 元予以认定。5、住院伙食补助费：400 元（ $100 \text{ 元} / \text{天} \times 4 \text{ 天}$ ）6、精神损害抚慰金：10000 元。7、营养费：200 元。8、护理费： $51571 / 365 \times 4 \times 2 = 1130 \text{ 元}$ 。9、误工费： $51571 / 365 \times 4 = 565 \text{ 元}$ 。

综上所述，依据《中华人民共和国民法典》第一千一百六十五条、第一千一百七十九条、第一千一百八十一条、第一千一百八十三条、第一千一百八十四条，《最高人民法院关于审理人身损害赔偿案件适用法律若干问题的解释》（2020 年修正）第六条、第九条、第十条、第十四条、第十五条、第二十二条、第二十三条，《最高人民法院关于审理医疗损害责任纠纷案件适用法律若干问题的解释》第十二条，《中华人民共和国民事诉讼法》第六十七条，《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国民事诉讼法〉的解释》第九十条之规定，判决如下：

一、被 本判决生效之日起十日内赔偿原告医疗费、死亡赔偿金、丧葬费、住院伙食补助费、交通费、误工费、护理费、营养费、精神损害抚慰金共计 480638.56 元；

二、驳回原 其他诉讼请求。

如果未按本判决指定的期间履行给付金钱义务，应当依照

《中华人民共和国民事诉讼法》第二百六十四条规定，加倍支付迟延履行期间的债务利息。

案件受理费减半收取 5031 元，由原 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 担 1107 元，由被 [REDACTED] 担 3924 元；鉴定费 18000 元，由原 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 担 10440 元，[REDACTED] 担 7560 元。

如不服本判决，可以在判决书送达之日起十五日内，向本院递交上诉状，并按对方当事人或者代表人的人数提出副本，上诉于山东省济南市中级人民法院；也可以在判决书送达之日起十五日内，向山东省济南市中级人民法院在线提交上诉状（案件登记号 [REDACTED]）。

审 判 员 [REDACTED]



二〇一四年十二月十日

本件与原件核对无异

书 记 员

