

医疗损害鉴定意见书

【2026】



2026 年 5 月 27 日

声 明

1. 鉴定专家组成员根据鉴定材料，结合医患双方陈述、现场调查，依据有关法律、法规、部门规章、诊疗护理规范、常规，运用专业理论结合实践经验，针对委托鉴定事项综合分析，合议后形成鉴定意见。

2. 医疗损害鉴定意见书根据鉴定专家组的合议意见制作，可以作为医疗纠纷处理依据，具体使用由委托人和处理部门依法审查判断。

3. 使用医疗损害鉴定意见书，应当保持其完整性和严肃性。

4. 鉴定意见属于专业意见。当事人对鉴定意见有异议，应当依法采取补充鉴定、重新鉴定等方式解决。

5. 医疗损害鉴定意见书发出后 30 日内，接受委托人书面质询。

地址
联系电话

鉴定意见书首页

委托人[]县人民法院

患者姓名[]

医疗机构名称[]

委托鉴定类别：医疗损害鉴定

委托事项：

1. 医方对患者实施的诊疗行为有无过错[]对患
[]实施的诊疗行为是否存在过错。

2. 如存在过错，明确过错的诊疗行为与患者的损害后果之间是否
存在因果关系及原因力大小。

鉴定专家组意见：

依据[]医疗损害鉴定相关规则（试行）》等相关规定，经
专家组讨论合议，一致认为[]对患[]的诊疗
行为存在过错，与损害后果之间存在一定的因果关系，建议原因力大
小为次要到同等。

鉴定专家组：

姓名	学科专业	职称	签名（手签存档）
[]	神经内科	主任医师	[]
[]	神经内科	主任医师	
[]	神经内科	主任医师	
[]	影像学	主任医师	
[]	法医学	主检法医师	

鉴定意见书正文

一、基本情况

委托人[]县人民法院

患者姓名[] 性别：女 身份证[]

联系人[]、何宇

医疗机构名称[]

登记号[]

联系人[]

鉴定受理时间：2026 年 4 月 16 日

鉴定会时间：2026 年 5 月 11 日

鉴定会地点[]鉴定大厅

二、委托鉴定类别及事项

委托鉴定类别：医疗损害鉴定

委托事项：

1. 医方对患者实施的诊疗行为有无过错[]对患

[]实施的诊疗行为是否存在过错。

2. 如存在过错，明确过错的诊疗行为与患者的损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小。

三、争议要点

患方认为：

医方存在以下过错：

1. 初诊评估不准确，漏诊脑卒中先兆表现。患者症状远超 2 小时未缓解，不符合短暂性大脑缺血发作的一般时限，医方以“短暂性大脑缺血发作（TIA）”收治入院，未能警惕后循环脑梗死的可能。医方对卒中识别不足，医方未及时专科会诊或考虑转诊，延误及早介入卒中治疗良机。

2. 未严格遵循卒中急救流程，延误溶栓及取栓时机。对于疑似缺血性卒中患者，医方检查不完善，未及时完善头颈部血管成像及卒中风险分层，未行磁共振血管成像 MRA 或 CT 血管成像等检查，导致延误血管再通治疗，错失再灌注治疗机会。

3. 急性期治疗措施不充分，未执行指南推荐的“双联抗血小板”等措施。医方未明确启用双抗方案，仅给予氯吡格雷。

4. 危险因素识别和管理不当，致急性并发症未获防控。患者入院时血压和血糖显著异常。医方对高血压和高血糖检查不完善，治疗不力，加重患者病情，导致糖尿病酮症酸中毒。医方对糖尿病酮症酸中毒的诊断和治疗均存在延误。医方称“建议胰岛素治疗但患者及家属拒绝”证据不足。医方未启动危急值管理和上级会诊。

5. 院内观察和护理不到位，未能及时发现并处理病情恶化。医方对卒中患者的查房巡视力度不足，未能在第一时间识别神经功能的变化（夜间频繁呕吐）并迅速采取措施。医方针对高颅压治疗处理不及时，未予气道保护措施，脑梗死确诊延误。

6. 未落实卒中单元规范化管理，辅助检查和转诊处理不及时。医方非卒中中心，在收治患者后没有尽早启动上级医院会诊或转诊流程，转诊时机明显滞后。

因此，医方存在误诊短暂性大脑缺血发作、缺乏积极干预和监测，治疗不力，转诊延误，导致患者未能及时溶栓和取栓开通再循环，导致脑干缺血坏死。医方诊断、治疗、监测、护理和转诊全过程的系统性过错行为与患者脑梗死及严重后遗症的损害后果之间具有因果关系，应当承担相应的责任。

医方认为：

1. 接诊医师详细采集病史，结合患者症状、查体等，初步考虑“短暂性大脑缺血发作（TTA）”，收入院进一步观察治疗。

2. 入院后立即完善相关检查，头颅 MRI、血糖、血常规、电解质、肝肾功能等，结合患者症状、体征及影像学表现，入院诊断为：短暂性大脑缺血发作；高血压病 2 级（很高危）；2 型糖尿病。诊断符合 TIA 诊断标准，不存在误诊漏诊。

3. 医方在患者入院后，已按规范完成头颅 MRI 检查，因设备条件限制，无法开展 MRA/CTA 检查，已将该情况告知患方，并建议必要时转上级医院进一步检查。

4. 入院后医方严格按照诊疗规范及医院能力，给予抗血小板聚集、控制血压、降糖、对症支持等治疗，予以病情监测，密切观察，不存在“未及时发现病情变化”的情况。

5. 患者入院时，结合影像学表现，尚未明确诊断为急性脑梗死，无法直接启动卒中绿色通道转诊。2024 年 12 月 21 日头颅 MRI 提示“腔隙性脑梗死、桥脑急性脑梗死”，医方立即评估，当日立即联系上级医院转诊，不存在“延误转诊”的过错。

6. 医方为非卒中中心，不具备溶栓、取栓治疗资质及设备条件，无法开展血管再通治疗，且患者入院时已超过部分溶栓治疗时间窗，同时存在血糖显著升高、高血压未控制等溶栓禁忌症，医方未实施溶栓/取栓，不存在诊疗过错。

7. 医方接诊时，患者无明确证据提示为高危 TIA，且医方无 NIHSS/ABCD 评分系统的专业评估能力，予氯吡格雷单药抗血小板治疗，符合基层医院 TIA 的常规诊疗规范。患者存在胃肠道不适风险，医方未予阿司匹林联用，且已将用药方案告知患者家属，不存在“未执行双抗治疗”的过错。

8. 患者入院时即明确诊断高血压、糖尿病，医方立即启动血压、血糖管理，予降压药物及降糖治疗，同时监测血糖变化，多次调整用药方案，不存在“未予足够重视”的情况。

9. 患者入院时未见酮症酸中毒的典型表现（如深大呼吸、意识障碍、脱水貌），医方多次复查血糖并调整治疗方案。因医方未配备血气分析、血酮体检测设备，无法早期明确诊断，患者酮症酸中毒为病情自然进展所致，与医方诊疗行为无直接因果关系。

10. 医方无卒中单元及重症监护病房，仅能按普通内科患者标准实施护理，护理人员按规范定时巡视患者，患者夜间呕吐告知护士，护士立即通知医师，床边查体后予对症处理，密切观察病情变化，不存在“未及时发现和处理病情恶化”的情况。患者病情变化突发，医方护理记录完整，符合基层医院内科护理规范，不存在护理不到位的过错。

医方在诊疗过程中，已按基层医院诊疗规范，实施了相应的检查、治疗，不存在误诊、漏诊及诊疗过错行为。患者最终出现脑干梗死及后遗症，系后循环急性闭塞的自然转归所致，与医方诊疗行为无直接因果关系。

四、鉴定材料

县人民法院移交材料：

就诊材料：

(1) 2024 年 12 月 19 日至 2024 年 12 月 21 日

住院病案 18 页（病案）；

(2) 影像学胶片 4 张。

就诊材料：

(1) 2024 年 12 月 21 日 门诊病历 1 页、MR 检查报告单 1 页；

(2) 2024 年 12 月 21 日至 2025 年 1 月 住院病案 87 页（病案）；

(3) 2025 年 1 月 9 日至 2025 年 1 月 住院

病案 45 页（病案 [REDACTED]；

（4）[REDACTED]影像学胶片 11 张。

3. 2025 年 1 月 [REDACTED] 门诊病历 1 页。

[REDACTED] 就诊材料：

（1）2025 年 1 月 19 日至 2025 年 1 月 [REDACTED]

[REDACTED] 住院病案 39 页（病案号：

（2）2025 年 2 月 1 日至 2025 年 3 月 [REDACTED]

[REDACTED] 住院病案 93 页（病案 [REDACTED]；

（3）[REDACTED] 影

像学胶片 8 张。

患方提交：

1. 患方医疗损害鉴定登记表 1 份。
2. 陈述意见 1×8 份。

医方提交：

1. 医方医疗损害鉴定登记表 1 份。
2. 陈述意见 1×8 份。

五、诊治概要

患 [REDACTED] 女，就诊时 57 岁。2024 年 12 月 19 日患者主因“反复头晕 3 天 [REDACTED]（以下简称医方）收治入院。现病史：患者 3 天前无明显诱因晨起时出现头晕不适，非旋转性，无明显恶心、呕吐，伴双下肢乏力，无明显耳鸣，无头痛，无心慌、胸闷等不适，无发热，无咳嗽、咳痰，无肢体麻木及功能障碍，无大小便失禁，未予治疗，今晨头晕较前加重，门诊以“短暂性大脑缺血发作”收入院。患者既往患“糖尿病”数余年，间断未正规口服药物治疗（具

体不详), 患“高血压”病史 10 余年, 最高 180/100mmHg, 平素口服“硝苯地平缓释片”降压治疗。否认冠心病病史。入院查体: 体温 36.8°C, 脉搏 78 次/分, 呼吸 19 次/分, 血压 169/101mmHg, 神志清, 精神差。口唇无发绀, 伸舌无偏斜, 咽部无充血, 双肺呼吸音清, 未闻及啰音, 无胸膜摩擦音。心前区无隆起, 心尖搏动正常, 心浊音界无扩大, 心率 78 次/分, 心音可, 律规整, 各瓣膜听诊区未闻及杂音及心包摩擦音。腹部平软, 腹部无压痛, 无反跳痛及肌紧张, 无包块。脊柱四肢无畸形, 肌力、肌张力正常, 下肢无水肿, 静脉无曲张。双侧足背动脉搏动正常。神志清, 言语流利, 颅神经正常。四肢肌力、肌张力正常, 共济检查未见明显异常。闭目难立征阳性。痛触觉正常。腹壁反射正常。双侧肱二、三头肌腱反射正常, 双侧膝、跟腱反射正常。双侧 Babinski 征阴性、Gordon 征阴性、Oppenheim 征阴性、Hoffmann 征阴性、脑膜刺激征阴性。2024 年 12 月 19 日颅脑 MR 平扫影像所见: 双侧颞顶叶可见散在点状稍长 T1 稍长 T2 信号, Flair 呈高信号, 边缘尚清, DWI 未见明显高信号, ADC 未见减低, 脑室系统未见异常, 中线结构居中。双侧大脑中动脉 M 段血管壁欠光整, 局部血管可见不同程度狭窄。检查意见: 1. 脑内散在缺血灶; 2. 符合脑内动脉粥样硬化 MR 表现。心电图示: 窦性心律。随机血糖: 16.9mmol/l。入院诊断: 1. 短暂性大脑缺血性发作; 2. 高血压 3 级 (极高危); 3. 2 型糖尿病。

入院后完善辅助检查。2024 年 12 月 19 日电解质分析+葡萄糖测定 (酶法)+心肌酶系列+血脂系列+肝功能测定+肾功能测定: 谷丙转氨酶 22.93U/L, 谷草转氨酶 18.86U/L, 总蛋白 78.03g/L, 白蛋白 50.52g/L, 谷氨酰转肽酶 42.60U/L, 碱性磷酸酶 125.21U/L, 总胆红素 26.63umol/L, 间接胆红素 21.2umol/L, 胆碱酯酶 17353.98U/L, 尿素氮 3.73mmol/L, 肌酐 34.08umol/L, 尿酸 143.41mol/L, 甘油三

酯 4.89mg/L, 总胆固醇 10.03mmol/L, 高密度脂蛋白 2.41mmol/L, 低密度脂蛋白 4.99mmol/L, 载脂蛋白A1 2.19g/L, 载脂蛋白B 1.73g/L, 葡萄糖 18.26mmol/L, 肌酸激酶 40.78U/L, 肌酸激酶同工酶 12.15U/L, 乳酸脱氢酶 181.73U/L。超敏 C-反应蛋白测定+血细胞分析: 白细胞 $8.85 \times 10^9/L$, 中性细胞数 $6.74 \times 10^9/L$, 淋巴细胞数 $1.72 \times 10^9/L$, 中性细胞比率 76.30%, 淋巴细胞比率 19.40%, 红细胞 $5.32 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 147g/L, 血小板 $279 \times 10^9/L$, 超敏 C-反应蛋白 $>5\text{mg/L}$ 。血同型半胱氨酸 13.13umol/L。糖化血红蛋白浓度 13.60%。凝血系列: 凝血酶原时间 11.1sec, 凝血酶时间 14.8s, 活化部分凝血酶原时间 24sec, 纤维蛋白原 3.176g/L, 国际标准化比值 0.96, 纤维蛋白原时间 9sec, D 二聚体 0.21mg/L。2024 年 12 月 20 日尿常规: 白细胞 125 (+2) eu/ul, 隐血 25 (+1) cell/ul, 葡萄糖 28 (+3) mmol/L, 酮体 1.5 (+1) mmol/L。2024 年 12 月 20 日颈动脉彩色多普勒超声影像所见: 双侧颈总、颈内 (颅外段)、颈外动脉走形正常, 内中膜局部增厚, 欠光滑, 双侧颈动脉探及多个强回声, 右侧较大者位于颈内动脉起始段外侧壁, 大小约 $0.43 \times 0.20\text{cm}$, 左侧较大者位于分叉处前壁, 大小约 $0.69 \times 0.12\text{cm}$ 。CDFI: 斑块处血流充盈缺损。PW: 频谱形态正常。检查意见: 双侧颈动脉内中膜局部增厚并多发斑块形成。

医方予以降糖、降血压、抗血小板聚集、稳定斑块、改善循环、抑酸护胃等对症治疗。2024 年 12 月 21 日患者家属述自凌晨 1 点、5 点分别呕吐 2 次, 今晨再次出现呕吐, 非喷射性, 伴头晕, 无明显头痛, 饮食差, 今晨空腹血糖 14.8mmol/l, 昨日餐后血糖 11.5-15.8mmol/l。血压 169/104mmHg, 神志清, 精神差。口唇无发绀, 伸舌无偏斜, 咽部无充血, 双肺呼吸音清, 未闻及罗音, 无胸膜摩擦音。心前区无隆起, 心尖搏动正常, 心浊音界无扩大, 心率 82 次/分, 心音可, 律规整, 各瓣膜听诊区未闻及杂音及心包摩擦音。腹部平软,

腹部无压痛，无反跳痛及肌紧张，无包块。脊柱四肢无畸形，肌力、肌张力正常，下肢无水肿，静脉无曲张。生理反射存在，病理反射未引出。2024年12月21日复查颅脑MR平扫影像所见：与2024年12月19日MR片比较；双侧额顶叶斑点状稍长T1稍长T2信号较前未见明显变化，桥脑新见多发片状异常信号，DWI序列呈高信号，ADC序列可见减低，脑室系统未见异常，中线结构居中。检查意见：1.腔隙性脑梗死；2.脑桥急性脑梗死。因患者病情较前加重，转上级医院进一步治疗。出院诊断：1.脑干梗死；2.高血压3级（极高危）；3.2型糖尿病；4.高脂血症。

2024年12月21日10:26患者[]急诊科。体温36.6℃，脉搏91次/分，呼吸20次/分，血压144/95mmHg。中年女性，神志清，精神差，言语欠清晰，双瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射存在，双眼球活动可，无眼震，双侧鼻唇沟对称，伸舌居中，双上肢肌力大致正常，双下肢肌力4级，双侧病理征未引出。双侧指鼻试验尚稳准。颈软，克氏征（-）。诊断：脑梗死；高血；糖尿病。

患者收入神经内科。体温36.2℃，脉搏88次/分，呼吸22次/分，血压148/86mmHg。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性罗音，心音低钝，律齐，未闻及病理性杂音，腹软，无压痛、反跳痛，肝脾未触及，双下肢无水肿。神经系统查体：神志清，精神差，言语欠清晰，双侧瞳孔圆形等大，直径约3mm，对光反射灵敏，双眼各向活动可，无眼震，右侧鼻唇沟浅，伸舌稍偏右，四肢肌力差，左侧较右侧差，具体肌力查体欠合作，腱反射（++），双侧病理征阴性，深浅感觉查体正常，左侧指鼻试验欠稳准。

入院后，完善检查。肾功：钠133.5mmol/L，氯107.5mmol/L，二氧化碳7.0mmol/L，尿素氮6.66mmol/L，尿酸400μmol/L；BNP正常。尿常规：酮体2+mmol/L，尿葡萄糖4+mmol/L。生化：钠：

130.3mmol/L, 二氧化碳 14.5mmol/L, 尿酸 427 μ mol/L, 总胆固醇 8.41mmol/L, 甘油三脂 2.89mmol/L, 葡萄糖 9.03mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇 5.41mmol/L, 极低密度脂蛋白胆固醇 1.31mmol/L, 脂蛋白(a) 413.0mmg/L, 载脂蛋白 B 178.12mg/dL; 淀粉酶正常。血细胞分析: 白细胞计数 $12.53 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比: 79.70%, 中性粒细胞计数: $9.97 \times 10^9/L$; 血沉正常; D-2 聚体正常。2024 年 12 月 21 日颅脑 MRI+DWI+头颈胸 MRA: 双侧颈总动脉分叉部及颈内动脉起始段略窄, 双侧椎动脉起始段血流信号减弱, V3 段以远未见明显显示, 基底动脉未见显示, 右侧大脑前动脉 A1、2 段多发血流信号减弱, 右侧大脑中动脉 M1 段局部狭窄, 双侧胚胎型大脑后动脉, 左侧大脑后动脉 P2 段以远未见明显显示, 血管分支减少, 走行僵硬, 管壁不光整。影像诊断: 双侧颈总动脉分叉部及颈内动脉起始段略窄; 双侧椎动脉起始段血流信号减弱, V3 段以远未见明显显示, 基底动脉未见显示; 右侧大脑前动脉 A1、2 段多发血流信号减弱, 右侧大脑中动脉 M1 段局部狭窄; 双侧胚胎型大脑后动脉, 左侧大脑后动脉 P2 段以远未见明显显示; 头颈胸部血管硬化 MRA 改变。

入院后, 给予胰岛素泵控制血糖, 大量补液促进酮体排出, 心电监护、鼻饲饮食, 抗血小板聚集、控制血压、调脂稳定斑块、改善循环、促进侧枝循环建立、清除氧自由基等对症治疗。经治患者酸中毒纠正, 意识状态好转。2024 年 12 月 23 日颅脑平扫+DWI 影像表现: 双侧额顶叶、半卵圆中心、放射冠区、基底节区、脑干见多发点片状长及略长 T1、长 T2 信号, FLAIR 序列呈高信号, DWI 示脑干见多发片状弥散受限。双侧侧脑室旁见晕状略长 T1、略长 T2 信号, FLAIR 呈高信号, 脑室池无扩张及受压, 脑沟裂池未见增宽, 中线结构居中。双侧上颌窦、筛窦、蝶窦粘膜增厚, 见长 T1、长 T2 信号。影像诊断: 脑内多发梗死灶(脑干新发病变); 脑白质变性; 副鼻窦炎。

2025 年 1 月 9 日患者神志清，言语不能，四肢瘫痪，鼻饲进食，留置导尿，皮下胰岛素控制血糖。神经系统查体：神志清，言语不能，双侧瞳孔圆形等大，直径约 3mm，对光反射灵敏，双眼各向活动可，无眼震，右侧鼻唇沟浅，伸舌偏右，四肢可动，双上肢肌力 2-3 级，双下肢肌力 1 级，腱反射 (++)，双侧病理征阳性，共济运动及感觉查体不能合作。颅脑平扫+DWI 影像表现：双侧额顶叶、半卵圆中心、放射冠区、基底节区、脑干见多发点片状长及略长 T1、长 T2 信号，FLAIR 序列呈高信号，DWI 示脑干见多发片状轻度弥散受限。双侧侧脑室旁见晕状略长 T1、略长 T2 信号，FLAIR 呈高信号，脑室池无扩张及受压，脑沟裂池未见增宽，中线结构居中。双侧上颌窦、筛窦粘膜增厚。影像诊断：脑内多发梗死灶（DWI 示脑干多发片状高信号，较 2025 年 1 月 2 日 DWI 示弥散受限范围缩小）；脑白质变性；轻度副鼻窦炎。患者出院。出院诊断：1. 基底动脉狭窄脑梗死；2. 糖尿病伴有酮症酸中毒；3. 闭锁综合征；4. 高血压；5. 下肢静脉肌间血栓形成；6. 脑动脉狭窄；7. 脂蛋白代谢紊乱；8. 低钠血症；9. 高尿酸血症；10. 急性胃黏膜病变。同日，患者收入康复科继续治疗。2025 年 1 月 19 日患者出院。出院情况：患者病情尚稳定，未再发热，仍言语不清，四肢活动不利，消化尚可，留置导尿，大便规律。查体：神志清，精神欠佳，言语不能，双侧瞳孔圆形等大，直径约 3mm，对光反射灵敏，双眼各向活动可，无眼震，右侧鼻唇沟浅，伸舌偏右，言语不清，四肢可动，双上肢肌力 2-3 级，双下肢肌力 1 级，腱反射 (++)，双侧病理征阳性，共济运动及感觉查体不能合作。患者臀部及腰背部大面积散在皮疹较前减轻，皮肤深紫色，压之不褪色，表层大量坏死皮肤脱落。诊断：1. 不完全性瘫痪；2. 吞咽困难；3 脑梗死恢复期；4. 高血压病 3 级（极高危）；5. 2 型糖尿病；6. 下肢静脉肌间血栓形成；7. 低钾血症；8. 坠积性肺炎。

2025 年 1 月 19 日至 2025 年 1 月 27 日,2025 年 2 月 1 日至 2025 年 3 月 30 日患[]康复医学科入院治疗。经治疗,患者 2025 年 3 月 30 日出院情况:查体:神志清,精神差,理解力、记忆力、注意力、定向力、计算力合作。吞咽障碍,洼田饮水试验 3 级。双侧上肢肌力 3 级,双侧下肢肌力 3+级。Fugl-Meyer 平衡功能评定 0 分。双侧指鼻试验能完成,跟膝胫试验能完成。坐位平衡 2 级,立位平衡 1 级。Holden 步行能力分级为 1 级。改良 Barthel 指数评分为 40 分,日常生活部分依赖。出院诊断:1. 肢体无力;2. 脑梗死恢复期;3. 高血压病 3 级(极高危);4. 2 型糖尿病;5. 下肢静脉肌间血栓形成;6. 坠积性肺炎;7. 便秘;8. 基底动脉狭窄;9. 泌尿道感染;10. 膀胱炎。

六、现场查体情况

无

七、鉴定过程说明

2025 年 12 月 24 日[]阿县人民法院委托[]医鉴办(简称医鉴办)[]病例医疗纠纷启动医疗损害鉴定预鉴程序。

2026 年 4 月 16 日医鉴办正式[]病例医疗损害鉴定。医患双方到场,医鉴办告知医疗损害鉴定风险,主持核对并初步确认鉴定材料,组织医患双方交换争议要点、病历摘要等,确认病例所涉及学科专业,履行告知、回避程序,组织医患双方随机抽取专家,组成鉴定组,组织完善鉴定材料。

2026 年 5 月 11 日 13:[]病例医疗损害鉴定会在[]医鉴大厅召开。本病例鉴定组由神经内科专家 3 人、影像学专家 1 人、法医学专家 1 人,共 5 人组成,患方代表 2 人、医方代表 2 人、医鉴办工作人员 2 人出席,旁听 0 人。

医鉴办工作人员履行相关程序后,鉴定会由鉴定专家组组长主持。首先,由医患双方对已提交的材料进行确认签字,随后按先患方后医方的顺序陈述发言,鉴定组专家围绕着争议的事实进行询问调查。医患双方当事人在详尽表达各自的意见后同时退场。

鉴定组专家根据医患双方提交的门诊与住院病历、相关检查检验、陈述答辩意见等全部材料,并结合询问调查的实际情况,经过充分、认真地讨论合议,形成一致鉴定意见,鉴定专家组成员对《医疗损害鉴定意见书》签署意见。

八、鉴定分析说明

鉴定组专家认真阅读医患双方提交的全部材料,听取医患双方现场陈述,就有关事实问题进行询问调查。专家组经过充分、认真地讨论合议,分析意见如下:

1. 2024年12月19日患者主因“反复头晕3天”在医方收治入院。表现:3天前无明显诱因晨起时出现头晕不适,非旋转性,无明显恶心、呕吐,伴双下肢乏力,无明显耳鸣,无头痛,无心慌、胸闷等不适,无肢体麻木及功能障碍,无大小便失禁。入院当天晨起头晕较前加重。患者既往糖尿病、高血压病史。入院血压169/101mmHg,神志清,精神差,言语流利,颅神经正常;四肢肌力、肌张力正常,共济检查未见明显异常;闭目难立征阳性;痛触觉正常;双侧Babinski征阴性、Gordon征阴性、Oppenheim征阴性、Hoffmann征阴性、脑膜刺激征阴性。2024年12月19日颅脑MR平扫影像提示:1.脑内散在缺血灶;2.符合脑内动脉粥样硬化MR表现。

根据患者入院当天症状、体征、辅助检查等,患者存在闭目难立征阳性,核磁未见新发梗死病变及出血性病变。根据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2023》,后循环梗死早期症状不典型,可表现为头晕、共济失调、闭目难立征等,MRI早期可无阳性发现。患者症状持

续3天且加重，不符合短暂性脑缺血发作诊断标准。医方诊断依据不足，应高度警惕后循环梗死不除外。

2. 患者入院时已超过部分溶栓时间窗，存在高血压、高血糖等相对禁忌，医方未实施溶栓/取栓不构成过错。但医方应尽早评估转诊必要性。

3. 入院后，医方给予降糖、降血压、抗血小板聚集、稳定斑块、改善循环、抑酸护胃等对症治疗。诊疗期间医方存在对病情评估不足，对于疾病严重程度认识不足、沟通不充分、住院诊疗期间对病情观察不到位、对于急性脑卒中疾病治疗欠规范、向上级医院转诊不及时过错，上述过错与患者的损害后果具有因果关系。

4. 患者常年患有高血压、糖尿病、高脂血症等动脉硬化相关疾病，相关指标控制不理想，与椎基底动脉系统血管严重病变密切相关。本次发病梗死部位为椎基底动脉系统供血区，此类疾病预后差，致死致残率高。

综上所述，[redacted]对患[redacted]的诊疗行为存在过错，与损害后果之间存在一定的因果关系，建议原因力大小为次要到同等。

九、鉴定意见

依据《[redacted]医疗损害鉴定相关规则（试行）》等相关规定，经专家组讨论合议，一致认为[redacted]对患[redacted]的诊疗行为存在过错，与损害后果之间存在一定的因果关系，建议原因力大小为次要到同等。

