

司法鉴定意见书



(京 024]医鉴字

编号 25

司法鉴定专用章

一、基本情况

委托单位 区人民法院

鉴定事项：对被申请人 诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与其 目前损害后果之间是否存在因果关系以及原因力大小是多少进行鉴定。

送检日期：2024 年 12 月 10 日

送检材料：1.司法鉴定委托书；
2.司法鉴定委托移送表；
3.诉前会议笔录（2024-11-12）复印件；
4. 病历材料复印件；
5.光盘 1 张（医学影像学资料）；
6.民事起诉状、鉴定申请书等复印件；
7.患方及医方书面陈述材料。

鉴定日期：2025 年 2 月 17 日~2025 年 3 月 14 日

鉴定地点

被鉴定人 女性 出生，已故。

二、基本案情

据送检材料记载，患 于被 接受心脏瓣膜手术，术后死亡。患方与被告医院发生医疗纠纷。现送检法院委托我中心进行司法鉴定。

三、资料摘要

住院病历概要：

（住院日期：2024-08-21~2024-09-10，病案号）

入院情况：患 女，59 岁。主因“胸痛不适 1 天”于 2024-08-21 收入住院。患者 1 天前无明显诱因出现胸痛不适，以前胸

部为显，为隐痛，呈持续性，休息后症状无缓解，无腹泻、腹痛，无恶心呕吐，无咳嗽、咳痰。就诊 心脏彩超示：二尖瓣狭窄（中度）并关闭不全（重度），左心大。心电图示：频发室性早搏。未行特殊处理。为求进一步治疗，今来我院，门诊以“二尖瓣狭窄并关闭不全，室性早搏”收住院。自发病以来，神志清，精神可，饮食睡眠可，大小便可，体重较前无明显减轻。

既往史：有癫痫病史 10 年，于 10 年前有癫痫病史，未服药。

查体：T 36.4℃，P72 次/分，R18 次/分，BP140/91mmHg。身高 146cm，体重 60kg。双肺呼吸音粗，心率 72 次/分，律齐，腹部软，肢端不肿。

辅助检查：2024-08-21 心脏彩超：二尖瓣狭窄（中度）并关闭不全（重度）。

初步诊断：二尖瓣狭窄（中度）并关闭不全（重度），主动脉瓣关闭不全（轻度），三尖瓣关闭不全（轻度），心律失常，室性早搏。

2024-08-21 首次病程记录：诊疗计划：监测生命体征，完善辅助检查，复查心脏彩超，给予改善循环等对症支持治疗。

2024-08-21CT 平扫（胸部）：双肺多发小结节，建议年度复查；双肺散在条索；左肺下叶肺大泡；左心房增大，心包少量积液；甲状腺低密度灶；肝脏多发囊肿可能；左侧肾上腺稍增粗。

2024-08-22 超声报告：风湿性心脏病，二尖瓣狭窄（中-重度）并返流（重度），主动脉瓣返流（中度），三尖瓣返流（轻度），左房扩大，左室舒张功能不全。

2024-08-22-10:08 病程记录：患者拟行心脏手术治疗，需行冠脉造影，明确冠脉情况，指导下一步诊疗。

2024-08-22 手术记录：冠状动脉造影术。表现为：右优势型冠脉；左主干正常；前降支近中段局限性狭窄约 30%，内膜粗糙，远端血流 TIMI3 级；对角支、中间支、间隔支正常。左旋支未见明显狭窄，内膜粗糙，远端血流 TIMI3 级；钝缘支正常。右冠脉未见明显狭窄，内膜粗糙，远端血流 TIMI3 级；左室后侧支、后降支、锐缘支内膜、内径均正常，血流为 TIMI3 级。未见冠脉侧枝灌注、冠脉畸形、动脉瘤、肌桥等异常。

2024-08-22-17:09 会诊意见病程记录：患者胸痛 2 天余，呈发作性，与活动无明显相关，每次持续约数分钟。

2024-08-23MR (颅脑): 脑内多发散在缺血灶; 颅脑 MRA 未见明显异常; 脑内未见明显异常微出血灶。

2024-08-24 主动脉 CTA: 主动脉走形正常, 未见动脉瘤样扩张, 腔内未见内膜片及假腔形成; 腹主动脉见非钙化斑块影, 管腔轻微狭窄。左房扩大。

2024-08-25 会诊意见: 多次询问病史, 病人自诉存在发作性意识不清病史 7-8 年, 每次发作数分钟-数十分钟左右, 有时存在左手紧握, 无其他肢体抽搐, 有时存在大小便异常, 每年发作 10 余次, 始终未正规治疗, 始终未明确癫痫诊断, 未应用抗癫痫药物。今日查体: 神志清, 言语流利, 沟通良好, 双侧面纹对称, 伸舌居中, 四肢肌力肌张力良好。脑电图示界线性脑电图。诊断: 意识不清原因: 癫痫? 处理: 建议查动态脑电图。可加用左乙拉西坦 0.5g bid, 观察病人有无发作, 观察治疗效果; 建议多次询问病史; 告知出现发作性意识不清风险大。建议和家属及病人密切沟通, 因病人未正规治疗, 术中术后出现发作性意识不清风险高。建议术前再次评估手术风险。建议多科室会诊, 包括麻醉科等评估手术风险等。

2024-08-25 术前小结及术前讨论结论记录: 二尖瓣机械瓣置换术+主动脉瓣机械瓣置换术+三尖瓣成形术。

2024-08-26-03:00 病程记录: 患者于凌晨 2 时许出现胸痛不适, 前胸部为显, 持续发作, 无发热, 无咳嗽、咳痰, 无肢体麻木及抽搐。查体: 神志清, 双肺呼吸音粗, 心率 90 次/分, 律齐, 二尖瓣听诊区闻及 2/6 级收缩期杂音, 主动脉瓣听诊区闻及 2/6 级舒张期杂音, 腹部软, 肢端不肿。考虑患者主动脉瓣关闭不全, 舒张期主动脉瓣返流, 与胸痛相关。向患者亲属讲明病情, 给予对症支持治疗, 密切观察病情变化, 拟行手术治疗。

2024-08-26 手术记录: 手术名称: 主动脉瓣机械瓣置换术+二尖瓣机械瓣置换术+三尖瓣成形术+左心耳封闭术。麻醉方式: 全麻体外循环。手术经过: 正中开胸, 纵劈胸骨, 切开心包。探查: 左房扩大。升主动脉插管, 上、下腔静脉插管建立体外循环, 转机, 降温, 放左心引流管, 阻升主动脉, 切开升主动脉, 左右冠脉开口直接灌心脏停搏液, 心表置冰屑, 停跳后阻上下腔静脉。经右房-房间隔切口探查二尖瓣叶增厚挛缩, 腱索硬化, 瓣口重度狭窄、闭合不良, 未发现左房血栓, 0/4 prolene 线行左心耳缝闭以减少血栓形成几率, 并折叠部

分左房，持瓣钳钳夹瓣叶，距瓣环 3mm 处剪除瓣叶，乳头肌顶部剪断腱索，保留部分后瓣，彻底冲洗左室，无漂浮腱索及碎屑，测瓣环，间断缝合植入 St.Jude27#机械二尖瓣，试瓣，开闭良好。探查主动脉瓣小瓣环，瓣叶增厚硬化，瓣膜闭合不良，切除病变瓣膜，间断缝合植入 St.Jude19#Regent 主动脉瓣，仔细缝合升主动脉切口。探查三尖瓣环扩大，瓣口闭合不良，kay 法成形三尖瓣，测试瓣膜闭合良好。排气，关闭房间隔切口，复温、开放升主动脉，心脏自动复跳，检查各切口无漏血，放置心外膜、体表临时起搏导线。辅助循环，顺序停机。分别拔除上下腔插管、灌注针头及左心引流管，鱼精蛋白中和肝素，拔除升主动脉插管，缝合各切口、逐层关胸。

2024-08-26-16:27 术后首次病程记录: 术中输血: 悬浮红细胞 4U, 冰冻血浆 415ml, 出血 400ml, 输液 1000ml, 尿量 1500ml。离开手术室时患者血压 122/67mmHg, 术后送 ICU, 术后已将手术情况告知家属。术后予维护心功能治疗。

2024-08-26-16:49 转入记录: 目前情况: 患者病情危重, 经气管插管呼吸机辅助呼吸, T36°C, HR71 次/分, BP117/72mmHg, SPO₂100%。查体: 全麻未醒, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 2mm, 瞳孔对光反射消失, 经口气管插管呼吸机辅助呼吸, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音, 心律齐, 未闻及病理性杂音, 胸部敷料包扎, 纵膈及心包引流管各一根, 引出淡血性液体, 双下肢不肿。转入诊疗计划: 给予持续心电监护, 特级护理等; 经口气管插管接呼吸机辅助呼吸, 密切监测生命体征; 完善检查; 给予镇静镇痛, 强心及调控血压, 改善心功能, 维持水电解质平衡等对症综合治疗; 抗感染治疗等。

2024-08-26-18:11 病程记录: 18 时 02 分接急诊化验室危急值报告: 肌钙蛋白 I 11.127ng/ml, 立即查看患者并报告上级医师: 患者心脏术后, 根据危急值报告给予营养心肌处理。

2024-08-26-22:00 病程记录: 患者心脏瓣膜术后, 既往癫痫病史, 入科后给予瑞芬太尼、丙泊酚镇痛镇静, 多巴胺、去甲肾上腺素升压, 米力农强心, 经口气管插管呼吸机辅助呼吸, 18:53 患者抽搐明显, 头部震颤、牙关紧闭, 给予咪达唑仑泵入加深镇静, 19:00 患者抽搐停止, 19:28 患者再次抽搐, 给予丙戊酸钠泵入控制抽搐, 19:35 患者抽搐停止, 18:53 至 21:30 期间患者间断抽搐发作多次, 请神经内科会诊, 考虑患者癫痫发作, 建议继续丙戊酸钠泵入控制抽搐, 病情稳

定后可改口服丙戊酸钠，完善动态脑电图。向患者家属告知病情危重性及不良预后，反复抽搐有缺血缺氧性脑病、脑水肿、心肌梗死、恶性心律失常等风险，患者家属表示理解，继续当前治疗。密切关注病情变化，及时对症处理。

2024-08-28-11:27 病程记录：患者病情危重，今日术后第二天，神志尚未转清，躁动明显，继续经口气管插管接呼吸机辅助通气，持续多巴胺、去甲肾上腺素微量泵入维持血压；持续米力农微量泵入增强心肌收缩力；持续瑞芬太尼微量泵入镇痛；持续泵入胺碘酮和艾司洛尔控制心室率。今晨体温37.2℃，心率108次/分，血压121/56mmHg，SPO₂97%。患者自今晨突发房颤，已应用胺碘酮控制房颤，艾司洛尔控制心室率；考虑患者今日撤机困难，无法经口进食，可请营养科会诊，加用肠内营养治疗。

2024-08-30 多学科会诊记录：患者术后出现间断发作癫痫，给予镇静镇痛、抗癫痫等治疗，昨日撤机拔管，患者烦躁，意识不清，自主呼吸浅快，后再次行气管插管并呼吸机治疗。患者目前诊断为：二尖瓣狭窄伴关闭不全，主动脉瓣关闭不全，三尖瓣关闭不全，体外循环相关脑损害，症状性癫痫，急性肾损伤，主动脉粥样硬化，肝囊肿，甲状腺结节，双肺结节。建议：继续持续呼吸机辅助呼吸、镇静镇痛、抗癫痫、防治感染、减轻心脏负荷、改善循环、防治心律失常及对症等综合治疗。

2024-08-30-17:12 病程记录：接化验室危急值报告患者肌钙蛋白I 5.840ng/ml，属危急值，立即查看患者并报告医师：患者肌钙蛋白较前下降，结合患者心电图示下壁及前壁ST段呈J点抬高，继续予营养心肌，改善冠脉循环治疗，同时动态复查。

2024-09-01 患者肾功指标下降，少尿，予以加强利尿效果差，经家属同意后，予以间断持续床旁血液净化治疗，效果差，患者病情加重，出现多脏器功能衰竭，脑缺血缺氧病严重，不能脱离呼吸机，依靠血管活性药物维持血压、心率，剂量逐步增大。2024-09-05 再次行多学科讨论。2024-09-09 与患方沟通，告知目前病情，患者病情危重，多脏器功能衰竭，目前依靠呼吸机、血管活性药物维持生命体征，预后极差。患方表示知情理解，要求放弃目前：气管插管、机械通气、血液净化、心肺复苏抢救等进一步抢救措施，并在《拒绝或放弃医学治疗告知书》签字确认，2024-09-10 临床死亡。

死亡原因：多脏器功能衰竭。

死亡诊断：心脏瓣膜病，多脏器功能衰竭，缺氧缺血性脑病，症状性癫痫[继发性癫痫]，呼吸衰竭，心力衰竭，急性肾损伤，二尖瓣狭窄伴关闭不全，主动脉瓣关闭不全，三尖瓣关闭不全，左心室扩大，左心房扩大，主动脉粥样硬化，心房颤动，菌血症，肺炎，肺不张，胸腔积液，心包积液，腔隙性脑梗死，双肺结节，肝囊肿，甲状腺结节，鼻窦炎。

四、鉴定过程

案件审查及鉴定工作：我中心收到送检案件材料后，经确定鉴定人初步审查发函法院说明案件受理相关事宜，向医患双方进行鉴定风险等告知，商定召开医患意见陈述会日期。2025-02-17在我中心召开医患意见陈述会，介绍本案司法鉴定事项、鉴定材料、鉴定人员和鉴定人出庭等内容，在征求医患双方均无异议的基础上，听取了各方的陈述意见，经过以上程序性工作后确定正式受理本案。依据《中华人民共和国民法典》、《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097-2021)以及教科书等医学规范、法律，鉴定人经讨论制作本鉴定意见书。

五、分析说明

本案依据送检病历材料及医学影像学资料开展鉴定工作。现对本案患者病情特点和医院医疗行为分析说明如下：

(一) 关于患者病情特点及尸体解剖检验在本案中的意义

依据送检病历材料记载，患 女，59岁，其自身病情特点为：①既往有癫痫样发作病史10年，始终未明确癫痫诊断，未应用抗癫痫药物；②以无明显诱因出现胸痛不适病情特点临床就诊，超声提示二尖瓣狭窄（中度）并关闭不全（重度），左心大；③心电图示：频发室性早搏；④完善影像学检查还可见脑内多发散在缺血灶、双肺多发小结节等；⑤于2024-08-26接受心脏瓣膜手术，术前未出现癫痫样发作，但术后癫痫持续发作，出现发作性意识不清，病情危重；⑥经药物控制及对症支持治疗，患者病情进展，出现多脏器功能衰竭，在患方放弃积极救治措施后于2024-09-10临床死亡。

本案患者死亡后未经尸体解剖检验，本次鉴定无法从法医病理学角度对患者确切死亡原因，以及患者重要脏器基础性病变、引起频发室性早搏的具体病因、手术质量等问题予以明确，仅能依据临床工作制度（死亡病例讨论制度）从现有临床资料进行有限分析，对本次鉴

定完整评价医院诊疗行为及诊疗行为与患者死亡的因果关系和因果关系程度具有一定不利影响。患者存在联合瓣膜病和心律失常，客观上成为了影响患者日常生活质量甚至造成不良事件发生风险性的病理学基础，由于引起心脏病情及癫痫样发作的具体病因不详（未尸检），故无法明确患者自身基础病情在患者术后病情演变进展过程中起到的辅助/联合作用程度。依据现有送检病历材料分析，患者具有在体外循环下联合瓣膜置换术术后癫痫持续发作进而缺血缺氧性脑病、心功能差，序贯多脏器功能衰竭死亡的临床病情演变特点，患者死亡后未经尸体解剖检验的责任归属需由法庭审理明确。

（二）关于临床诊疗行为

1.依据送检病历材料记载，2024-08-21 患[]“胸痛不适 1 天”收[]结合患者病史、症状体征及辅助检查结果，医院给予二尖瓣狭窄（中度）并关闭不全（重度）、主动脉瓣关闭不全（轻度）、三尖瓣关闭不全（轻度）、心律失常、室性早搏的初步诊断符合临床诊疗思维，予在对症支持治疗基础上进一步完善检查符合患者病情诊疗需要。

2.患者心脏瓣膜病变及时外科干预是改善其心脏功能、提高生活质量及延长患者生命的积极措施。医院针对患者心脏瓣膜病变拟行二尖瓣置换术+主动脉瓣置换术+三尖瓣成形术，术前向患方告知手术相应风险，内容包括围术期存在心脑血管意外等客观风险性，可见《手术同意书》及患方签字字样，提示患方对手术相关风险性知情、理解并同意手术实施的意愿。于 2024-08-26 实施手术，手术过程顺利，术后送 ICU 对症支持治疗。以上诊治符合患者病情诊疗需要及临床诊疗基本原则性要求。

3.如上所述，患者术后当日出现抽搐明显，间断发作，化验示肌钙蛋白升高，心电图动态改变，心脏超声提示前壁、侧壁运动减弱，其术后病情程度危重，病情复杂，经给予持续呼吸机辅助呼吸、镇静镇痛、抗癫痫、防治感染、减轻心脏负荷、改善循环等综合对症支持治疗仍无有效改善，最终在患方放弃进一步抢救措施并签署《拒绝或放弃医学治疗告知书》后，临床死亡。本次鉴定对此分析说明如下：

（1）审查送检病历，2024-08-25（术前 1 天）医院针对患者既往癫痫病史请神经内科会诊，追问患者既往癫痫样发作情况始终未正规治疗，始终未明确癫痫诊断，也未应用癫痫药物，对此会诊意见中

考虑围术期发作性意识不清风险高,建议多次询问病史、术前再次评估手术风险、多科室会诊等。此外,在患者心脏瓣膜病变中,其术前心脏超声提示二尖瓣狭窄(二尖瓣口面积约 1.1cm^2)并反流(重度),左房内径 50mm ,左室内径为 46mm (正常参考范围),LVEF为 64% ,麻醉术前访视记载血压 $140/91\text{mmHg}$,同时心电图提示频发室性早搏。故一方面,患者自身基础病情情况,在围术期出现癫痫发作进而使得其不能安全的度过手术和围术期的风险性显著增加;另一方面,结合术前相关检查,患者心脏瓣膜病变非急诊手术,其频发室性早搏需予密切关注,胸痛不适病情需给予鉴别诊断病因,故给予充分评估患者病情后择期干预心脏瓣膜病变是可选择的治疗方案。对此,医院在患者术前评估的充分性、外科手术干预时机方面存在不足。

(2) 审查送检病历,医院于2024-08-26为患者实施心脏瓣膜手术,其手术方案符合临床诊疗基本原则性要求,手术过程顺利,由于未行尸体解剖检验,手术区域等具体情况无法明确,进而无法评价是否存在与手术操作直接相关性不良事件发生。但患者术后短时间内出现间断发作癫痫,经药物控制后脑功能障碍程度重,在心功能不良的影响下多脏器功能不全。患者术后病情变化迅速、病情程度重,临床诊治具有客观困难性,预后差,医院后续给予的抗癫痫、抗感染等对症支持治疗符合临床诊疗基本原则性要求,考虑与患者术后病情进展最终死亡结果之间无本质上的影响作用。

综上所述,在对患者诊疗过程中,给予患者的初步诊断、治疗方案及术前告知程序符合临床诊疗要求,但在术前评估的充分性及手术时机选择中存在不足,说明医院的医疗行为存在过错,与患者于该时期接受心脏瓣膜手术并术后死亡的损害后果存在一定因果关系。

损害后果因果关系中医疗过错原因力程度的评定,实际上属于目前司法鉴定领域中最具困难和争议的工作;本案司法鉴定系从技术层面对因果关系原因力程度进行评定,而非对过错责任程度进行评定。原因力程度评定本质是建立在鉴定人学理性判断基础上的一种专业观点,不能与审判确定民事赔偿程度完全相同,是供法官审判确定民事赔偿的参考依据之一。本案鉴定人认为该案件因果关系原因力程度评定需要考虑因素有:(1)患者心脏病情复杂,患有瓣膜病及心律失常,并有癫痫样发作病史,围术期风险高;(2)患者心脏瓣膜病变接

受手术干预是获得远期良好预后的积极措施；(3) 医院术前已进行手术风险告知，并已取得患方签字同意；(4) 医院的医疗过错；(5) 医院相应的医疗水准；(6) 临床医学的局限性因素；(7) 患者死亡后未行尸体解剖检验，诸多问题难以在法医病理学层面给予明确。基于以上因素的分析，本次鉴定认为：医院医疗过错与被鉴定人损害后果的因果关系原因力程度，从技术鉴定立场分析建议为次要原因程度范围。是否妥当供法庭审理裁定参考，并请法庭在本次技术评价立场基础上，结合庭审情况以及被鉴定人死亡后未经尸体解剖检验的法律責任归属，综合确定医院的民事过错责任程度及损害赔偿程度。

六、鉴定意见

在对被鉴定人的诊疗过程中存在医疗过错，与被鉴定人最终死亡的损害后果具有一定的因果关系；医疗过错与损害后果之间的原因力程度，从技术鉴定立场分析建议为次要原因程度范围。是否妥当供法庭审理裁定参考，并请法庭在本次技术评价立场基础上，结合庭审情况以及被鉴定人死亡后未经尸体解剖检验的法律責任归属，综合确定医院的民事过错责任程度及损害赔偿程度。

七、附件

1. 《司法鉴定人执业证》复印件；
2. 《司法鉴定许可证》复印件；
3. 鉴定人承诺书（试行）。

二〇二五年三月十四日

鉴定人承诺书(试行)

本人接受人民法院委托,作为诉讼参与人参加诉讼活动,依照国家法律法规和人民法院相关规定完成本次司法鉴定活动,承诺如下:

一、遵循科学、公正和诚实原则,客观、独立地进行鉴定,保证鉴定意见不受当事人、代理人或其他第三方的干扰。

二、廉洁自律,不接受当事人、诉讼代理人及其请托人提供的财物、宴请或其他利益。

三、自觉遵守有关回避的规定,及时向人民法院报告可能影响鉴定意见的各种情形。

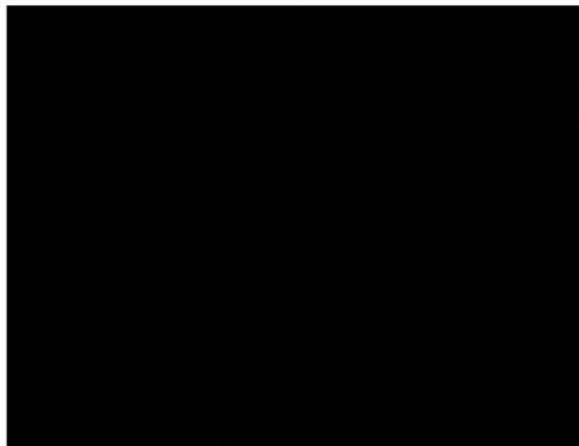
四、保守在鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私,不利用鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私获取利益,不向无关人员泄露案情及鉴定信息。

五、勤勉尽责,遵照相关鉴定管理规定及技术规范,认真分析判断专业问题,独立进行检验、测算、分析、评定并形成鉴定意见,保证不出具虚假或误导性鉴定意见;妥善保管、保存、移交相关鉴定材料,不因自身原因造成鉴定材料污损、遗失。

六、按照规定期限和人民法院要求完成鉴定事项,如因特殊情形不能如期完成的,应当提前向人民法院申请延期。

七、保证依法履行鉴定人出庭作证义务,做好鉴定意见的解释及质证工作。本人已知悉违反上述承诺将承担的法律責任及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。

承诺人: (签名



王人(印)

