

鉴定人承诺书

济南市天桥区人民法院：

我鉴定机构接受贵院委托[REDACTED]一案的医疗损害司法鉴定，作为诉讼参与人参与诉讼活动，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、代理人或者其他第三方的干扰。

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，如遇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后果及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。

2026年3月18日
司法鉴定专用章

[REDACTED]

司法鉴定意见书

统一社会信用代码 [REDACTED]

福建公司

声 明

1. 委托人应当向鉴定机构提供真实、完整、充分的鉴定材料，并对鉴定材料的真实性、合法性负责。
2. 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。
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：上海市静安区共和新路 1346 号通用大厦 10 楼、1901、1902 室。

邮编：200070

电话：021

网址：www.runjia.org



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：[redacted] 对被鉴定人 [redacted] 的诊疗行为是否存在过错，[redacted] 死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小

受理日期：2026 年 3 月 18 日

鉴定材料：1. 济南市天桥区人民法院《司法鉴定委托书》〔（2026）[redacted] 委鉴字第 78 号〕一份；2. 起诉状、鉴定申请书、质证笔录、质证意见复印件一套；[redacted] 2025.9.26-10.8 住院病案（病案号 [redacted]）、门诊病历、报告单复印件一套；4. 居民死亡医学证明（推断）书一份；5. 光盘二张。

鉴定日期：2026 年 5 月 28 日-2026 年 6 月 17 日

鉴定地点 [redacted]

被鉴定人 [redacted] 女，身份证号码 [redacted] 2025 年 10 月 8 日死亡。

二、基本案情

据送鉴材料记载：被鉴定人 [redacted] 25 年 9 月 26 日因“突发意识不清 9 小时 [redacted]”。初步诊断脑室出血，脑室内铸型等。9 月 29 日神经外科会诊 CTA 未见明显颅内动脉瘤、血管畸形、烟雾病等异常，提示局部动脉显影纤细，脑室积血较前无明显变化。10



月1日复查颅脑CT示颅内积血较前减少，脑室系统无扩大，10月2日患者意识状态及肢体活动情况基本同前。10月5日04:30呼之不应，瞳孔对光反应消失。05:31CT提示弥漫脑肿胀、左颞顶枕叶脑梗死、中线结构右移、脑室积血较前减少。10月5日07:10~09:30行“颅骨去骨瓣减压术、颅压监护探极置入术”。2025年10月8日4:12死亡。

因患方[REDACTED]的诊疗行为提出异议，现由济南市天桥区人民法院委托我中心就上述委托鉴定事项进行鉴定。

三、资料摘要

(一) [REDACTED]住院病案(病案号[REDACTED])

2025年9月26日10:02首次病程记录：因“突发意识不清9小时”于9时35分收入院。发病急，患者9小时前(2025-09-26 00:10左右)突发意识不清，发病前无明显诱因，于2025-09-26 01:14就诊于我院急诊，白细胞计数 $14.81 \times 10^9/L \uparrow$ ，大血小板比率 $43.20\% \uparrow$ 。血凝：活化部分凝血活酶时间(APTT) 25.1秒 $\downarrow$ ，D-二聚体 $0.59 \mu g/ml FEU \uparrow$ 。CT检查结果脑室出血；双肺炎性纤维索条、轻度间质性改变；双肺小结节；脂肪肝。急诊给予脱水脑保护等对症支持治疗后，以“脑室出血”收治入院。神志昏迷，查体不合作。两侧瞳孔不等大、不等圆，左2mm右不规则。听诊双肺呼吸音正常，呼气音无延长，双肺未闻及干啰音、湿啰音。四肢可见不自主活动。初步诊断：1.脑室出血 脑室内铸型；2.社区获得性肺炎，非重症；3.孤立性肺结节；4.脂肪肝；5.肝功能不全。诊疗计划：……2.患者脑室出血，此次病情危重，随时可能出现呼吸衰竭加重，多器官功能衰竭甚至心跳呼吸骤停的风险，向家属讲明目前病情及不良预后，取得家属理解，通知病危；3.患者脑室出血，脑干受压，



极易出现脑干缺血、脑干梗死或梗阻性脑积水，予以脱水降颅压、止血等对症治疗，请神经外科会诊协助诊疗，密切观察瞳孔及意识变化，及时复查颅脑 CT；4. 患者昏迷、卧床状态，VTE 高风险……

2025 年 9 月 27 日 11:06 查房记录：患者镇静状态，可唤醒，遵嘱回答问题，鼻导管吸氧，FiO₂ 33%，血压 140/65mmhg，两侧瞳孔不等大、不等圆，左 2mm 右不规则。昨日因患者脑室内出血入院，量较多，现昏迷，烦躁请神经外科会诊，会诊意见回示如下：患者镇静状态，双侧瞳孔直径 2.0mm，光反应迟钝，自主呼吸稳定。颅脑 CT 示脑室出血，双侧侧脑室、第三脑室、第四脑室铸型，脑室系统无扩大，复查颅脑 CT 较前次 CT 无明显变化。1. 同意贵科处置；2. 如无禁忌，建议积极脱水降颅压、止血及对症治疗，密切注意意识、瞳孔、肢体活动及生命体征变化，必要时复查颅脑 CT，如出现脑积水，必要时行脑室穿刺外引流术；3、病情允许时，可行颅脑 CTA 检查进一步评估血管情况；4. 注意电解质平衡及内环境稳定，神经外科随诊。因患者刮痧后出现皮肤出血、瘀斑请皮肤科会诊。刮痧部位可见界清清楚的长方形红色水肿性斑、瘀斑，可见少量渗液。患者昨日血气分析示血钠 130mmol/l，遵医嘱给予补钠；患者今晨患者呕出淡黄色液体，考虑颅内压高，密切监测患者意识状态，患者呕吐物的性质、量及生命体征变化；患者脑出血，嘱甘露醇降颅压，尼莫地平降压，酚磺乙胺、氨甲环酸止血治疗。

9 月 28 日 10:15 查房记录：患者镇静状态，可唤醒，遵嘱回答问题，鼻导管吸氧。两侧瞳孔不等大、不等圆，左 2mm 右不规则。2025-09-27CT 检查报告：颅脑动脉局部显影纤细，建议结合临床脑室出血复查所见。患者昨日发热，咳嗽有痰，考虑存在肺炎，继续哌拉西林他唑巴坦抗感



染。患者血气结果示血钾低，予以补钾。患者脑出血，嘱甘露醇降颅压，尼莫地平降压，止血药物已用三日，嘱停止血药物，请神经外科会诊协助诊治。

9月29日09:06查房记录：患者镇静状态，可唤醒，遵嘱回答问题，SpO₂100%，血压110/60mmHg，两侧瞳孔不等大、不等圆，左2mm右不规则。全身多处散在青紫，后腰背部水泡破损。神经外科会诊答复：颅脑CTA未见明显颅内动脉瘤、血管畸形、烟雾病等异常，提示局部动脉显影纤细，脑室积血较前无明显变化，脑室系统较前无明显扩大。咳嗽有痰，考虑存在肺炎，继续哌拉西林他唑巴坦抗感染。患者入科血气结果示血钾低，予以补钾。患者脑出血，嘱甘露醇降颅压，尼莫地平降压，止血药物已用三日，嘱停止血药物。

9月29日16:10转入记录：患者嗜睡，呼唤可睁眼，可正确对答，肢体可遵嘱活动，肌力5级，双瞳直径2.5mm，光反应迟钝，颈部抵抗感明显。转入诊疗计划：……3、病情进一步稳定后，行脑血管造影进一步评估血管情况。

9月30日08:29查房记录：嗜睡，呼唤可睁眼，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏，言语及肢体活动可。患者昨日夜间烦躁，予右美托咪定泵入后好转。

10月1日13:59查房记录：嗜睡，呼唤可睁眼，双侧瞳孔直径2.5mm，光反应存在，肢体可自主活动，颈部抵抗感明显，经口进食可，背部皮损渗出较前减少。偶有头痛，给予脱水及对症治疗，效果可，间断烦躁，给予镇静对症治疗。脑室系统无进行性扩大，患者意识状态稳定，可暂继续脱水降颅压治疗，如出现脑积水征象，必要时行脑室外引流术。



10月2日09:50查房记录:患者意识状态及肢体活动情况基本同前,昨日复查颅脑CT示颅内积血较前减少,脑室系统无扩大,胸部CT提示肺部炎症。暂继续脱水消肿治疗,注意加强营养,积极抗感染及对症治疗,注意电解质平衡及内环境稳定,患者仍偶有烦躁,给予适当镇静对症治疗。

10月4日09:00查房记录:嗜睡,呼唤可睁眼,可简单对答,颈部抵抗感明显,肢体可自主活动,心率血压平。

10月5日护理记录:

04:00患者镇静状态,呼唤睁眼,双侧瞳孔等大等圆,直径2mm,对光反应灵敏,简答对答,肢体活动好;体温高,物理降温。

04:30心率155次/分,血压154/77mmHg,患者心率快,呼吸费力,呼之不应,查看瞳孔,左侧瞳孔直径3.5mm,形状不规则,右侧瞳孔直径3mm,对光反应均消失。

10月5日05:40查房记录:患者今日凌晨突发心率增快、舌后坠明显,刺痛肢体无反应,右侧瞳孔直径4.0mm、左侧瞳孔直径4.5mm,光反应消失,立即给予置口咽通气道、吸痰、降心率对症治疗,行血气分析检查提示PH7.25,血钾、血钠正常范围,向患者家属讲明病情后,行颅脑及胸部CT检查,颅脑CT提示弥漫脑肿胀、左颞顶枕叶脑梗死、中线结构右移、脑室积血较前减少,胸部CT示双肺炎性条片、索条;右肺背侧部分肺组织膨胀不全;双肺小结节。立即给予甘露醇快速静滴、呋塞米静推。拟于今日急症全麻下行左侧额颞顶去骨瓣减压+颅内压探头置入术,积极备术。

10月5日06:16采样纤维蛋白原浓度(FIBC)6.34g/L,D-二聚体



3.82ug/ml。

10月5日05:55术前讨论结论记录：颅脑CT提示弥漫脑肿胀、左颞顶枕叶脑梗死、中线结构右移、脑室积血较前减少，胸部CT示：双肺炎性条片、索条；右肺背侧部分肺组织膨胀不全；双肺小结节；脂肪肝。立即给予甘露醇快速静滴、呋塞米静推。向患者家属充分讲明病情，建议行左侧额颞顶去骨瓣减压+颅内压探头置入术，并讲明可选择替代治疗方案、各自利弊及相关风险，其表示理解，同意手术。P135次/分，Bp110/70mmHg。患者深昏迷，刺痛不睁眼，留置口咽通气道，自主呼吸存在，右侧瞳孔直径4.0mm、左侧瞳孔直径4.5mm，光反应消失，刺痛肢体无活动。2025-09-26我院CT：脑室出血；双肺炎性纤维索条、轻度间质性改变；双肺小结节，建议随诊复查；脂肪肝。CT检查报告：检查结果脑室出血复查所见。颅脑CT提示弥漫脑肿胀、左颞顶枕叶脑梗死、中线结构右移、脑室积血较前减少。术前诊断：1.左侧颞顶枕大面积脑梗死，2.弥漫脑水肿，3.脑疝，4.脑室出血，5.社区获得性肺炎，非重症，6.孤立性肺结节，7.脂肪肝，8.肝功能不全，9.背部皮肤脱落。手术指征：患者左侧大面积脑梗死，弥漫脑肿胀，已造成昏迷、瞳孔散大，具备手术指征，相关检查未见禁忌。拟施手术名称和方式：左侧额颞顶去骨瓣减压+颅内压探头置入术。

2025年10月5日麻醉记录：入手术室06:30,06:35麻醉监护,06:43保温毯加温（全身），06:45阿托品稀释备用，麻醉开始：06:45,06:50有创血压监测，手06:50输液/输血加温治疗，06:50气管插管，术开始07:10。

2025年10月5日07:10~09:30“颅骨去骨瓣减压术、颅压监护探



极置入术”手术记录：左肩下垫小枕，头偏向右侧。标记左侧额颞部问号形手术切口，逐层切开头皮、颞肌，剥离皮肤瓣。颅骨钻孔4个，铣刀铣开骨瓣，形成骨窗约10cm×12cm，见硬膜张力高。沿骨窗边缘悬吊硬膜，彻底止血。检查无活动性出血后，放射状剪开硬膜，可见脑组织颜色苍白，肿胀，张力高，搏动差。仔细止血，确认无活动性出血后关颅。硬膜下置颅内压监护探头，硬膜未缝合，硬膜缺损处贴敷人工硬脑膜一块，硬膜下置引流管一根，可吸收硬膜封合胶封闭，骨瓣未回置，逐层缝合肌肉及头皮各层。术中出血约80ml，未输血。向患者家属交代病情，建议转ICU科继续治疗，其表示理解，同意转科。患者麻醉状态，带气管插管，转入ICU病房。

10月5日09:45术后首次病程记录：术中诊断：1.左侧颞顶枕大面积脑梗死，2.弥漫脑水肿，3.脑疝，4.脑室出血，5.社区获得性肺炎，非重症，6.孤立性肺结节，7.脂肪肝，8.肝功能不全，9.背部皮肤脱落。术后注意事项：转ICU科继续治疗。

2025年10月5日血气分析：

10:33 PH值7.51↑，钠153mmol/L↑，钾3.3mmol/L↓。

16:32 PH值7.32↓，钠164mmol/L↑，钾2.9mmol/L↓。

20:21 PH值7.23↓，钠173mmol/L↑，钾3.4mmol/L↓。

10月5日临时医嘱：10:35 0.9%氯化钠注射液250ml，10:35 0.9%氯化钠注射液500ml，11:56 复方氯化钠注射液500ml静滴，14:31 复方氯化钠注射液500ml静滴，16:16 复方氯化钠注射液500ml静滴，19:54 复方氯化钠注射液500ml静滴。

10月6日临时医嘱：05:125%葡萄糖注射液44ml st，07:115%葡萄



糖注射液 44ml st。08:23 0.9%氯化钠注射液 40ml st, 08:53 碳酸氢钠注射液 250ml 静滴, 08:53 碳酸氢钠注射液 250ml 静滴, 氯化钾注射液 (15%) 4.5g 经中心静脉静脉泵入。

10月6日 08:52 血气分析: PH 值 7.05 ↓, 钠 172mmol/L ↑, 钾 2.3mmol/L ↓。

10月6日 10:52 查房记录: 深昏迷, GCS 评分 E1m1VT, 大剂量升压药物静脉泵入维持血压。心率 139 次/分, 血压 106/59mmHg。双侧瞳孔不等大, 右侧直径约 2.5mm, 左侧直径约 3mm, 均无对光反应。头部敷料清洁干燥, 引流少量血性液体。经口气管插管接呼吸机辅助通气, 无自主呼吸。双肺呼吸音粗, 可闻及散在湿罗音。肠鸣音弱。2025-10-05 心电检查报告: 1. 窦性心动过速 2. ST 段压低。2025-10-05 纤维蛋白原浓度 (FIBC) 6.34g/L ↑, D-二聚体 3.82ug/ml ↑。急诊检验报告: D-二聚体 >20.00ug/ml ↑。患者左侧颞顶枕大面积脑梗死、弥漫脑水肿、脑疝、脑室出血, 颅骨去骨瓣减压术、颅压监护探极置入术术后, 现生命体征不稳定, 需大剂量升压药物维持血压, 深昏迷, 考虑为中枢性呼吸循环衰竭, 预后极差。

2025 年 10 月 6 日估计肾小球滤过率 24.6ml/min.m² ↓。

2025 年 10 月 6 日 14:44 血气分析: PH 值 7.32 ↓, 钠 184mmol/L ↑, 钾 2.5mmol/L ↓。17:32 血气分析: PH 值 7.38, 钠 183mmol/L ↑, 钾 2.9mmol/L ↓。

10月7日 14:52 血气分析: 钠 162mmol/L ↑, 钾 4.6mmol/L ↑。

10月7日 15:06 临时医嘱: 碳酸氢钠注射液 150ml 静滴。

10月7日 22:51 临时医嘱: 碳酸氢钠注射液 150ml 静滴。



2025 年 10 月 8 日死亡记录：2025-10-05 凌晨突发心率增快、舌后坠明显，刺痛肢体无反应，右侧瞳孔直径 4.0mm、左侧瞳孔直径 4.5mm，光反应消失，立即给予置口咽通气道、吸痰、降心率对症治疗，行血气分析检查提示 PH7.25，血钾、血钠正常范围，行颅脑及胸部 CT 检查，颅脑 CT 提示弥漫脑肿胀、左颞顶枕叶脑梗死、中线结构右移、脑室积血较前减少。立即给予甘露醇快速静滴、呋塞米静推。急症行左侧额颞顶去骨瓣减压+颅内压探头置入术，转 ICU 继续治疗。入科后给予维持各器官功能、脱水降颅压、抗感染等药物治疗，患者病情危重，持续呼吸机辅助通气，今晨患者心率 124 次/分，血压 54/26mmHg，持续大剂量升压药物维持血压，患者家属表示理解，决定拒绝胸外心脏按压、球囊辅助通气、电除颤、最终抢救用药等最终抢救措施，已在《拒绝或放弃医学治疗告知书》上签字。死亡时间 2025 年 10 月 8 日 04 时 12 分。死亡原因：1. 脑室出血，2. 左侧颞顶枕大面积脑梗死，3. 脑疝，4. 弥漫脑水肿，5. 心脏呼吸衰竭。死亡诊断：1. 脑室出血，2. 左侧颞顶枕大面积脑梗死，3. 脑疝，4. 弥漫脑水肿，5. 心脏呼吸衰竭，6. 社区获得性肺炎，非重症，7. 电解质紊乱高钠血症低钾血症，8. 肝功能不全，9. 心功能不全，10. 肾功能不全，11. 凝血功能异常，12. 营养风险，13. 背部皮肤脱落，14. 孤立性肺结节，15. 脂肪肝。

（二）居民死亡医学证明（推断）书

死亡时间 2025 年 10 月 8 日 4 时 12 分。死亡原因：左侧颞顶枕大面积脑梗死。

（三）济南市天桥区人民法院 2025 年 12 月 8 日质证笔录

审判员：因患[REDACTED]未进行尸检、原被告是否认可居民死亡医学



证明（推断）书上记载的死亡原因？

原代：认可居民死亡医学证明（推断）书上记载的死亡原因。

被代：认可居民死亡医学证明（推断）书上记载的死亡原因。

四、鉴定过程

（一）鉴定原则和方法

依据《中华人民共和国民法典》、司法部《司法鉴定程序通则》（中华人民共和国司法部令第132号）、《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097-2021）、《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T 0095-2021）、《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》（法释[2017]20号）（法释[2020]17号）、《医疗机构管理条例》等法律法规和《临床技术操作规范》、《临床诊疗指南》、《病历书写基本规范》相关要求，参考相关临床教科书进行医疗损害司法鉴定。

（二）审核受理情况

本中心收到济南市天桥区人民法院委托后，对送鉴材料进行审查，认为符合受理条件。

（三）陈述会情况

2026年5月28日，鉴定人在本中心召开了有医患双方和临床医学专家参加的医疗损害司法鉴定陈述会。告知了本案的鉴定人、鉴定事项、鉴定材料及鉴定风险等内容，医患双方分别陈述了各自意见，回答了鉴定人和临床医学专家的相关询问。现将医患双方的主要观点归纳如下：

患方主要观点：1. 监测缺失，影像学复查频率不足。2. 无DSA已完成的记录，病因学诊断推进不足。3. 脑疝发生后手术延迟，CT检查加重了脑干受压的时间，应优先实施手术减压或脑室引流。05:40确诊脑疝



到 07:10 手术，延误长达 90 分钟。4. 脱水降颅压及内环境管理不充分。在持续脱水或高渗治疗背景下，对内环境管理存在不足。5. 患者左侧颞顶枕大面积脑梗死、弥漫脑水肿、脑疝，继而发展为呼吸循环衰竭及多器官功能障碍并死亡。

医方主要观点：患者自身疾病极为凶险，病情进展迅速，脑室出血合并脑干受压，后又发生大面积脑梗死及脑疝，预后极差，经我院积极治疗仍难以逆转死亡结局，死亡后果是自身疾病的自然转归。

（四）阅片意见

2025 年 9 月 26 日颅脑 CT (64)：脑室出血。

该院 2025 年 10 月 1 日颅脑 CT：颅内积血较前减少，脑室系统无扩大。

该院 2025 年 10 月 5 日 05:31 颅脑 CT 片：弥漫脑肿胀、左颞顶枕叶脑梗死、中线结构右移。

五、分析说明

依据委托人提供的现有鉴定材料，结合鉴定陈述会上所了解情况，综合分析如下：

（一）医方的医疗行为分析

1. 脑血管检查、评估不充分

根据《中国脑出血诊治指南（2019）》，脑血管检查有助于了解导致脑出血病变的血管及病因，指导选择治疗方案。（1）CTA 和 MRA：筛查可能存在的脑血管畸形或动脉瘤，但阴性结果不能完全排除病变的存在。（2）DSA：能清晰显示脑血管各级分支及动脉瘤的位置、大小、形



态及分布，畸形血管的供血动脉及引流静脉，了解血流动力学改变，为血管内栓塞治疗或外科手术治疗提供可靠的病因病理解剖，是当前血管病变检查的“金标准”。根据《中国脑血管病临床管理指南（第2版）—第5章脑出血临床管理》，对于原发性脑室出血，推荐完善DSA检查除外大血管病变。

被鉴定人2025年9月26日因“突发意识不清9小时”入院，入院时44岁，未见既往高血压病史，医方应查找导致脑出血的血管及病因；在行CTA检查示颅脑动脉局部显影纤细后，应进一步DSA（血管造影）检查排除隐匿的动脉夹层动脉瘤等，明确病因并对因治疗。同时，9月29日医方转入记录诊疗计划包括“病情进一步稳定后，行脑血管造影进一步评估血管情况”，但在患者病情相对稳定期间，医方仍未行DSA检查，送鉴材料中亦未见该检查利弊风险的告知及家属拒绝的记录，直至患者死亡均未明确出血的病因。医方存在脑血管检查、评估不充分的过错。

2. 病情监测及CT复查频率未违反原则

2025年9月27日查房记录患者“可唤醒，遵嘱回答问题，复查颅脑CT较前次CT无明显变化”；10月2日查房“意识状态及肢体活动情况基本同前，昨日复查颅脑CT示颅内积血较前减少，脑室系统无扩大”；10月4日“呼唤可睁眼，可简单对答，肢体可自主活动，心率血压平”；10月5日04:00护理记录“呼唤睁眼，双侧瞳孔等大等圆，直径2mm，对光反应灵敏，简单对答，肢体活动好”。

以上过程表明，患者入院经脱水脑保护等对症支持治疗后，病情有一定好转，10月1日CT已示颅内积血较前减少，至10月4日及10月



5 日 04:00 均记录可简单对答，肢体活动好等。故根据现有送鉴材料，不能认定医方病情监测及颅脑 CT 复查频率违反原则。

3. 手术未见明显延误

10 月 5 日 04:30 护理记录“呼吸费力，呼之不应，瞳孔对光反应均消失”；查房记录“舌后坠明显，刺痛肢体无反应，立即给予置口咽通气道、吸痰、降心率对症治疗，行血气分析检查 PH7.25，血钾、血钠正常范围，向患者家属讲明病情”后，05:31CT 检查，05:55 术前讨论，向家属讲明病情、替代治疗方案及相关风险。06:30 即入手术室，06:35 麻醉监护，06:45 麻醉开始，06:50 气管插管，07:10 手术开始。以上过程未见明显延误。

4. 高钠血症期间用药欠谨慎

根据血气分析，2025 年 10 月 5 日 10:33 钠 153mmol/L (>145)，16:32 钠 164mmol/L，20:21 钠 173mmol/L；10 月 6 日 14:44 钠 184mmol/L，17:32 钠 183mmol/L，其血钠严重增高。但根据 10 月 5 日临时医嘱，10:35 予 0.9%氯化钠注射液 250ml+500ml，11:56、14:31、16:16、19:54 分别予复方氯化钠注射液 500ml。10 月 5 日予含钠注射液至少 2750ml，可加重原有高钠血症及脑部损害，医方用药欠谨慎。

(二) 医疗过错与死亡后果之间的因果关系及原因力大小

1. 死亡损害后果

医患双方均认可死亡原因为左侧颞顶枕大面积脑梗死。

2. 因果关系及原因力大小

被鉴定人 2025 年 9 月 26 日无明显诱因突发意识不清就诊，入院时神志昏迷，两侧瞳孔不等大、不等圆，影像学检查示脑出血严重，颅内



局部动脉显影纤细。10月5日病情突变，出现大面积脑梗、弥漫性脑肿胀等。以上表明患者自身脑出血病情危重凶险，进展迅速，最终死亡主要与自身严重的脑部疾病有关。

但是，在患者病情基本稳定期间，医方未进一步 DSA 检查明确脑出血的原因，对脑血管的检查、评估不充分，导致患者丧失了明确诊断并对因治疗的机会；同时，在高钠血症期间用药欠谨慎，可进一步加重脑损害。上述医方的过错与被鉴定人死亡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。

六、鉴定意见

被鉴定人的诊疗行为存在医疗过错，死亡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。

七、附件

被鉴定人影像学片。



二〇二六年六月十七日

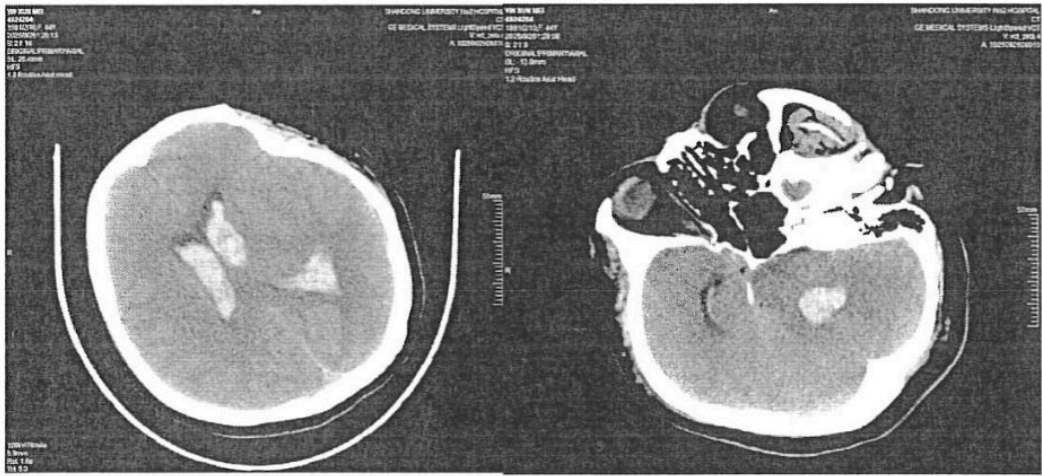
司法鉴定专用章



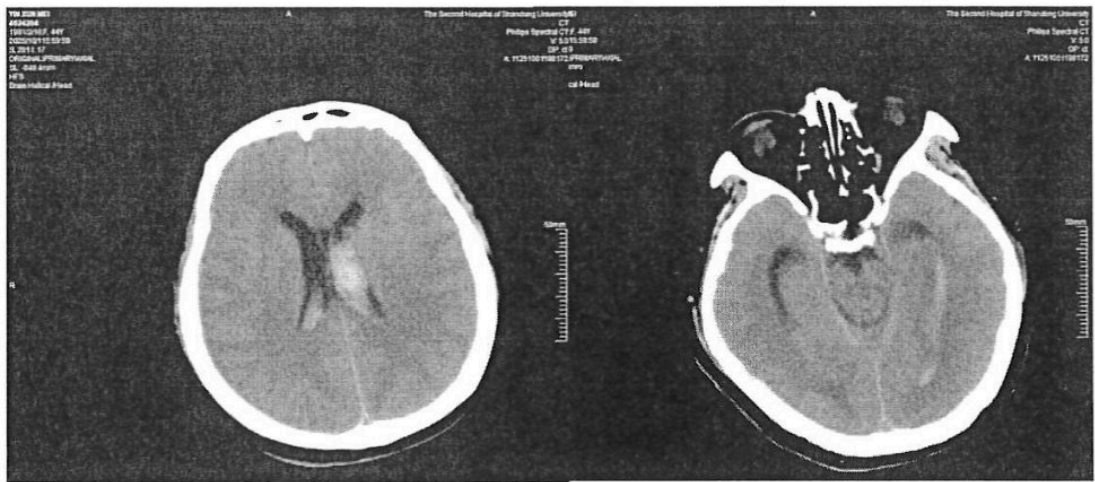
附件：

2026

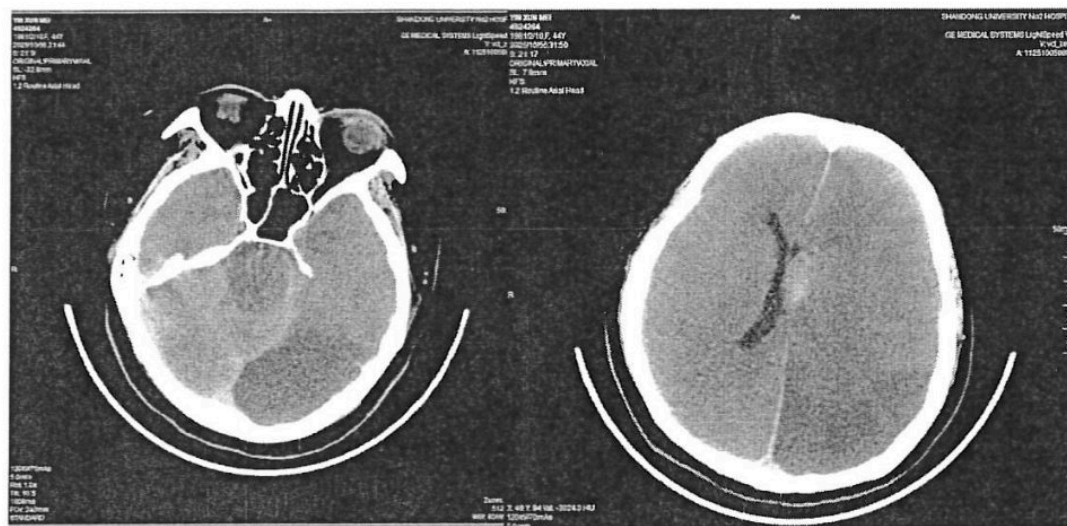
被鉴定人	女，身份证号
事由	医疗损害鉴定



2025 年 9 月 26 日颅脑 CT (4)：脑室出血。



该院 2025 年 10 月 1 日颅脑 CT (4)：颅内积血较前减少，脑室系统无扩大。



该院 2025 年 10 月 5 日 05:31 颅脑 CT ()：弥漫脑肿胀、左颞顶枕叶脑梗死、中线结构右移。



服务司法，润泽万家