



司法鉴定意见书

1108064244

北京明正[2025]病鉴字第[]号

司法鉴定专用章
1101052411233

一、基本情况

委托人：济南市槐荫区人民法院

委托鉴定事项

的诊疗行为是否存在医疗过错，若存在，医方过错与
的死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小

受理日期：2025年6月27日

鉴定材料：1. 济南市槐荫区人民法院司法鉴定委托书及移送表
对外委托材料移交清单、对外委托工作当事人联系方式表打印件各
1份； 门(急)诊病历、住院病案(病案号)
打印件医患双方各提交1份； 病程记录2张、检验
报告单5张、知情同意书1张；4. 居民死亡医学证明(推断)书及
殡葬证打印件1份；5. 调查笔录、质证意见、情况说明打印件各1
份；6. 民事起诉状、医疗过错鉴定申请书打印件各1份；7. 患方陈
述意见打印件1份；8. 司法委托工作移交单；济南市槐荫区人民法
院送达地址、送达方式确认书及有关事项告知书打印件各1份；9.
医方陈述意见电子版1份；影像学光盘电子版1份(2025-07-04
收到)；10. 情况说明打印件1份(2025-09-01收到)； 案
说明复印件1份、质证意见复印件1份、光盘原件1张



(2025-10-22 收到)

鉴定日期：2025 年 6 月 27 日～2025 年 11 月 13 日

鉴定地点

被鉴定人 男，身份证号 (病历记载)。

二、基本案情

据送鉴材料记载：被鉴定人“胸痛 5 小时”于 2024 年 10 月 26 日 8 时 32 急诊就诊，经完善相关检查，诊断为“胸痛；急性冠脉综合征”，经溶栓治疗后，于 12 时 33 分收入院，入院诊断为“1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病（急性下壁心肌梗死（静脉溶栓术后）、心功能 II 级（Killip 分级））2. 高血压病 2 级（极高危）3. 高脂血症 4. 肩周炎 5. 颈椎病”。经双抗、抗凝、稳定斑块等对症治疗后，被鉴定人于 10 月 27 日 21 时自诉疼痛加重，心前区疼痛、牙痛，查心电图提示溶栓后再次心梗，故行“冠状动脉药物涂层支架置入术+多根导管冠状动脉造影+冠状动脉血管内超声”。术毕，被鉴定人于 10 月 28 日 0 时 23 分突发意识丧失，呼之不应，经抢救无效，于 10 月 28 日 1 时 30 分临床死亡。

患方 的诊疗行为提出异议，现由济南市槐荫区人民法院委托我中心对上述委托鉴定事项进行司法鉴定。

三、资料摘要



(一) [REDACTED] (急) 诊病、病程记录、检验报告单、知情同意书摘要

就诊日期：2024-10-26 08:32

主诉：胸痛 5 小时。

现病史：5 小时前出现胸痛，自觉未见好转，伴后背痛，牙痛，自服速效救心丸可好转，但仍胸痛来诊。

既往史：冠心病，2021 年球囊植入，长期阿司匹林+瑞舒伐他汀；高血压，长期服用缬沙坦等。

体格检查：体温：36.2℃，心率：92 次/分，呼吸：17 次/分，血压：168/86mmHg，血氧饱和度 96%，脉搏：92 次/分，心肺-。

辅助检查：ECG：II、III、aVF ST 段抬高，V2、V3 导联 ST 压低。

诊断：胸痛；急性冠脉综合征。

诊疗计划：1. 血常规+CRP+SAA，心梗三项，B 型钠尿肽前体 (PRO-BNP) 测定，急查凝血五项，急查生化 (东院)，急查小肝功
2. (基) 5%葡萄糖注射液 (科伦) (5% 250ml/瓶) 250ml + (带量) 氯化钾注射液 (10ml:1g/支) 5 ml + (基；带量 A；甘舒霖 R) 人胰岛素注射液 (10ml:400IU/支) 4 iu ivdrip 每日一次 3. (基) 氯化钠注射液 (科伦) (50ml:0.45g/袋) 20ml + 异山梨酯注射液 (爱倍) (10ml:10mg/支) 30mg 微量泵入 每日一次 4. (基；带量) 氢氯吡格雷片 (波立维) (75mg*7 片/盒) 300mg po st 5. 床旁常规心电图检查 [治疗] 自备阿司匹林 100mg po st 瑞舒伐他汀 20mg po st 心电监护，病重，吸氧，入抢救。



病程记录：

2024-10-26 09:18:20：医嘱录入：1.（基）氯化钠注射液（科伦）（50ml:0.45g/袋）30ml+（基；带量）盐酸乌拉地尔注射液（5ml:25mg/支）100mg 微量泵入 临时 2.（基；带量）依诺肝素钠注射液（0.4ml:4000AXaIU/支）0.3 ml iv 临时 3.（基）氯化钠注射液（科伦）（500ml:4.5g/袋）500 ml+（带量）氯化钾注射液（10ml:1g/支）10 ml ivdrip 临时。

2024-10-26 09:43:21：溶栓备药。灭菌注射用水（塑瓶）10ml/支 3ml+（明复乐）注射用重组人 TNK 组织型纤溶酶原激活剂（16mg/支）1 支静注（限微创）临时 2.（基）氯化钠注射液（科伦）（50ml:0.45g/袋）50ml+布托啡诺注射液（诺扬）（2ml:4mg/瓶）1 支 微量泵入 每日一次。

2024-12-26 09:44:00：患者仍有胸痛，心电图提示下壁导联 ST 段轻度抬高，考虑急性 ST 抬高心梗，发病 6 小时余，有心肌再灌注指征，与家属交代病情后决定先行溶栓治疗，患者无脑出血，脑梗死，近期外伤，穿刺等溶栓禁忌症，潜在出血风险家属已经知晓，决定采用溶栓治疗。

2024-10-26 10:25:16：患者溶栓后自觉恶心。1.（基：科伦）氯化钠注射液（100ml:0.9g/袋）100ml+（带量：泮立苏）注射用泮托拉唑钠（40mg/支）40mg ivdrip 每日一次。

2024-10-26 09:16 化验单：

葡萄糖：7.67mmol/L↑（参考区间 3.9-6.1）；超敏肌钙蛋白 T：



116.00pg/ml ↑ (参考区间 0-14); 肌酸激酶同工酶质量 27.20ng/ml ↑ (参考区间 0.1-4.94); 肌红蛋白: 482.00ng/ml ↑ (参考区间 28-75); 脑钠肽前体 147.00ng/ml ↑ (参考区间 0-125)。

2024-10-26 09:41 急性心肌梗死静脉溶栓治疗知情同意书:
治疗潜在风险和对策: ……5) 溶栓后病情加重死亡; 6) 溶栓后再次发生梗塞; 7) 溶栓无效, 病情继续进展。8) 再灌注心律失常、心源性休克、猝死等……授权委托人或法定监护人签名 [REDACTED] (手写)。

(二) [REDACTED] 院病案 (病案号 [REDACTED]) 摘要

入院时间: 2024-10-26 12:23

死亡时间: 2024-10-27 01:30

入院情况: 患者老年男性, 既往冠心病 3 年余、高血脂 5 年余、高血压 3 年余、乙肝病史 20 年余、肩周炎病史 10 年余、颈椎病 8 年余, 2021 行球囊置入术。此次因“胸痛 1 天余”入院; 查体: 瞳孔等大等圆, 直径约 3mm, 对光反射灵敏, 呼吸运动未见异常。叩诊清音, 呼吸规整, 听诊双肺呼吸音清晰, 双肺未闻及干啰音, 双肺底少许啰音, 无胸膜摩擦音。心前区无隆起, 心尖搏动未见异常, 心浊音界未见异常, 心率 70 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音, 无心包摩擦音。……辅助检查: 2024-10-26 急查生化……

入院诊断: 1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病 (1. 急性下壁心肌梗死 (静脉溶栓术后) 2. 心功能 II 级 (Killip 分级))



2. 高血压病 2 级（极高危）3. 高脂血症 4. 肩周炎 5. 颈椎病。

诊疗经过：患者入院完善辅助检查，给予双抗、抗凝、稳定斑块、改善循环、营养心肌等治疗。患者于 2024-10-27 21:00 自诉疼痛加重，心前区疼痛、牙痛，心电图示：II、III、aVF S-T 段抬高，考虑溶栓后再次心梗，建议行急诊 CAG+PCI 术（必要时），家属及病人同意行 CAG+PCI 术（必要时）。患者于 10 月 27 日 23:45，于介入室行支架植入后，患者于 2024-10-28 00:23 突发意识丧失，呼之不应，心电监护示室颤，立即给予电除颤，并给予持续胸外按压，去甲肾上腺素维持血压，患者心律短暂恢复窦性心律后随即转再次转为室颤，反复给予 3 次电除颤，患者仍未恢复窦律。抢救过程中给予多次肾上腺素 1mg iv，同时麻醉科急会诊，给予气管插管。向家属交代病情，家属表示理解，并同意积极抢救。00:40，患者恢复窦性心律，但仍无自主呼吸，持续抢救状态下转运至急诊 ICU 继续抢救。00:45 由介入室转回急诊监护室继续抢救，继续给予胸外按压、肾上腺素静推、机械通气。经积极抢救，患者病情无改善。01:30 患者心电图示直线，于 01:30 宣布患者临床死亡。患者家属不同意尸解，签署尸体解剖告知书。

死亡原因：急性心肌梗死、心源性休克。

死亡诊断：1. 心源性休克 2. 冠状动脉粥样硬化性心脏病（1. 急性心肌梗死 2. 心功能 II 级（Killip 分级））3. 高血压病 2 级（极高危）4. 高脂血症 5. 肩周炎 6. 颈椎病。

冠状动脉介入诊疗手术记录：造影：左主干：开口狭窄 50%；



前降支：近中段弥漫性狭窄 50%，D1 弥漫性狭窄 80%，前向血流 TIMI 3 级；回旋支：弥漫性斑块形成，远段完全闭塞，前向血流 TIMI 0 级；右冠脉：弥漫性斑块形成，前向血流 TIMI 3 级。结论：急性心肌梗死，LCX 为罪犯血管。治疗：部位：LCX……结果：LCX 应用支架处理，靶病变残余狭窄 0%，前向血流 TIMI 3 级。术中用药及其他：支架植入后，患者回旋支恢复 3 级血流，前降支及 LM 血流未见明显异常，遂于 2024-10-28 00:18 结束操作，患者于 00:23 突发意识丧失，呼之不应，心电监护示室颤，立即给予电除颤，并给予持续胸外按压……

辅助检查：

2024-10-27 21:07 心电图：窦性心律；显著电轴左偏；下壁梗塞-分期不定；可能侧壁梗死-分期不定；异常心电图。

告知相关：

2024-10-26 13:10 病危(病重)通知书：患者目前诊断：____(未填写)，目前病危。虽经医护人员积极救治，但目前患者病情危重，并且有可能进一步恶化，随时会出现以下一种或多种危及患者生命的并发症：1、心源性猝死，严重心律失常、心功能衰竭、心肌梗死……患者家属或患者的法定监护人、授权委托人签名 [REDACTED] (手写)。

2024-10-27 23:01 STEMI 急诊介入手术知情同意书：手术简介：我们需要依据 CAG 结果决定冠状动脉介入治疗方案，包括下列情况：1. 单纯造影检查。2. 需要球囊扩张或者血栓抽吸，以恢复



血流。3. 需要冠脉支架置入治疗。4. 病变不适合介入治疗。5. 需心外科会诊考虑 CABG 治疗。替代治疗方案：保守治疗、溶栓治疗、冠脉搭桥治疗。手术可能出现的风险及并发症：……7) 心衰、休克、心源性死亡等；8) 严重心律失常（室速、室颤、心室停搏、III度房室传导阻滞等）；9) 急性、亚急性、晚期支架内血栓；血栓支架晚期贴壁不良，支架断裂，靶血管再狭窄等……13) 因病情需要紧急外科手术，或急诊外科搭桥治疗……16) 因并发症导致死亡的发生率为 0.1%-0.5%，但一旦发生，对于该患者为 100%……患者和/或授权委托人声明：……我同意（手写）医师实施介入手术治疗，并愿意承担以上所述各项风险及其所有的医疗费用，同意手术，并在知情同意书上签字。患者（或授权委托人）签[REDACTED]（手写）。

2024-10-27 23:55 拒绝或放弃医学治疗告知书：根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗，并建议患者接受适当的医疗措施，但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施：心外冠脉搭桥术（手写）。授权委托人或法定监护人签名[REDACTED]（手写），与患者关系：父子（手写）。

2024-10-28 01:30 拒绝或放弃医学治疗告知书：根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗，并建议患者接受适当的医疗措施，但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施：进一步抢救措施及尸检（手写）。授权委托人或法定监护人签名[REDACTED]（手写），与患者关系：子女（手写）。

四、鉴定过程



（一）鉴定依据和方法

依据《中华人民共和国民法典》（2020年5月28日由第十三届全国人民代表大会第三次会议通过，自2021年1月1日起施行）、《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〔2020〕17号修正）、《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T0097-2021）、《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T0095-2021）、《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）等相关法律、行政法规、部门规章、诊疗规范，并参考高等院校医学教材，遵循《司法鉴定程序通则》（司法部令第132号）开展鉴定工作。

（二）审核受理情况

本中心收到委托后，对送鉴材料进行审查，认为符合受理条件并发出受理通知书。

（三）循证会情况

2025年8月11日鉴定人组织召开了医患双方和相关专业领域专家参加的医疗损害司法鉴定循证会。告知了鉴定人、鉴定事项、鉴定材料及鉴定风险等内容，医患双方签字确认并陈述了意见，回答了鉴定人和专家的询问。现将医患双方主要观点归纳如下：

1. 患方主要观点：

①医方再灌注治疗严重延迟，违反急性心梗救治核心原则；②医方围手术期风险评估与预防措施严重缺失；③医方介入操作不符合技术规范，加重再灌注损伤；④医方感染防控及病历记录缺陷，



违反医疗核心制度；⑤医方抢救措施不利；⑥医方未尽到告知义务等。

2. 医方主要观点：

①我院诊断明确；②患者具有溶栓指征，无禁忌证，我院溶栓前告知充分；③我院门诊给予溶栓等对症治疗，患者胸痛明显缓解，溶栓成功；④溶栓后患者再次心梗我院给予了及时正确的处理；⑤患者死亡后家属不同意尸检，并签署了尸体解剖告知书；⑥我院诊疗行为不存在过错，患者死亡系疾病性死亡，与我院诊疗行为无关等。

五、分析说明

依据委托人提供的现有送鉴材料和影像学阅片结果，结合本案医疗损害司法鉴定循证会情况，综合分析如下：

（一）医方诊疗行为是否存在过错

被鉴定人[REDACTED]“胸痛 5 小时”于 2024 年 10 月 26 日 8 时 32 分[REDACTED]急诊就诊。医方根据主诉、现病史、辅助检查等，诊断急性 ST 段抬高型心肌梗死成立，被鉴定人发病至入院未达 12h，具有行溶栓治疗的条件，无禁忌证，医方可以选择行溶栓治疗。但是根据《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南（2019）》，随着 STEMI 发病时间的延长，溶栓治疗的临床获益会降低。患者就诊越晚（尤其是发病 3h 后）越应考虑转行直接 PCI（而不是溶栓治疗）（I，A）。虽然医方在溶栓之前明确告知了患方溶栓治疗潜在的风险，但是无客观证



据证明，医方在溶栓之前明确告知了其他替代治疗方案，故医方存在替代方案告知不足之过错。

根据《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南（2019）》，溶栓成功的患者应在溶栓后 2~24h 内常规行冠状动脉造影并 IRA 血运重建治疗（I，A）。根据送鉴的手术影像资料所示，医方开始行冠状动脉造影的时间为 2024-10-27 23:46，距离溶栓时间已远远超过 24h，故医方在溶栓成功后未及时进行冠脉造影检查存在过错。

根据现有送鉴材料，未见医方就诊期间进行过超声心动检查，对急性心肌梗死患者的心功能进行评估，在抢救阶段亦未见医方进行心脏超声检查以排除被鉴定人是否出现了急性心肌梗死相关并发症，故医方存在过错。

被鉴定人于 2024-10-27-21:00 诉胸痛加重，心电图提示 ST 段再次升高，医方考虑溶栓后再次心肌梗死。若因患方原因延误了手术时间，医方应在病历中记录被鉴定人发病时间，通知家属时间，家属到场签署手术同意书的时间等以证明手术时机延误与患方因素相关，但是在现有送鉴材料中未见上述记录。依据会后补充材料，仅能证明医方最早告知患方被鉴定人溶栓后再发心肌梗死的时间为 2024-10-27 21:56，距离被鉴定人再发心肌梗死已经过了约 1h，故医方存在病情告知不及时之过错。

被鉴定人行“冠状动脉药物涂层支架置入术+多根导管冠状动脉造影+冠状动脉血管内超声”的开始时间为 2024-10-27 23:46，



手术结束时间为 2024-10-28 00:18。一般 PCI 术中监测 ACT 的时间间隔为 30 分钟，被鉴定人整个手术历时 32 分钟，故医方术中未检测 ACT 不存在原则性过错。被鉴定人突发意识丧失，呼之不应的时间为 2024-10-28 00:23，距离手术结束仅 5 分钟，在如此短的时间内，医方未进行术后 ACT 检测不存在原则性过错。

根据《中国经皮冠状动脉介入治疗指南（2016）》，血栓抽吸装置对 STEMI 患者，基于 INFUSE-AMI、TASTE 和 TOTAL 试验结果，不推荐直接 PCI 前进行常规冠状动脉内手动血栓抽吸（III，A）。在直接 PCI 时，对经过选择的患者（如血栓负荷较重、支架内血栓），可用手动或机械血栓抽吸，或将其作为应急使用（IIb，C）。被鉴定人冠脉造影提示回旋支远段完全闭塞，而并非全支闭塞，故被鉴定人回旋支情况是否属于血栓负荷较重有待商榷，且上述指南无硬性要求血栓负荷较重患者必须在 PCI 前进行血栓抽吸，故无法认定医方未行血栓抽吸存在过错。

经审阅送鉴病案，医方存在病历书写不规范之过错。

（二）关于死亡原因

被鉴定人因死亡后未进行尸体解剖，故未取得确切的死亡原因。但医患双方对于居民死亡医学证明（推断）书上记载的死亡原因：心源性休克，不持异议。

（三）医方过错与被鉴定人损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小

被鉴定人的损害后果为死亡。被鉴定人的损害后果是自



身疾病特点、医方因素、患方因素、当地的医疗水平以及现有医疗技术的局限性等多种原因形成的后果（即：多因一果）。

无客观证据证明医方在行溶栓治疗前已明确告知患方其他替代治疗方案（如 PCI 治疗），使被鉴定人失去了尽早以更加适宜手段进行 IRA 血运重建的机会；医方未按要求及时在溶栓治疗后常规行冠状动脉造影并 IRA 血运重建治疗，增加了被鉴定人溶栓后再发心肌梗死的风险；医方未进行超声心动检查，不利于医方对被鉴定人心功能的评估；医方未及时将被鉴定人再发心肌梗死的病情告知患方，造成了 PCI 手术时机的延误。医方上述过错与被鉴定人的损害后果之间存在一定的因果关系。

同时应考虑：医方首先选择溶栓治疗不存在原则性过错；被鉴定人存在既往球囊植入术史，其心脏基础较差；术后出现心源性休克为被鉴定人所患疾病及所需治疗手段的固有风险，系可以预见但是难以完全避免的手术并发症；即使医方在被鉴定人入院早期即行 PCI 术，被鉴定人也不能完全避免因急性冠状动脉闭塞、无复流、冠状动脉穿孔、支架内血栓形成等并发症导致死亡的可能；患方签署手术同意书的时间距离医方告知患方被鉴定人再发血栓的时间为 1h 余，客观上也延误了手术时机；患方后期拒绝进一步抢救也在被鉴定人的死亡中起到了一定的不利影响；被鉴定人死亡后未行尸检，确切死亡原因不明。

综上所述，被鉴定人的损害后果一方面与其自身疾病发展、所需治疗手段的固有风险等相关，但若无医方过错的发生，被鉴定人



的损害后果有可能不会发生。综合被鉴定人自身疾病特点、医方因素、患方因素、当地的医疗水平以及现有医疗技术的局限性等因素考虑，建议因果关系原因力大小为次要到同等之间。

六、鉴定意见

诊疗行为存在过错。医方过错 的死亡后果之间存在一定的因果关系，建议因果关系原因力大小为次要到同等之间。

七、附件

无

[illegible]

2013

江

二〇一五年十一月十三日



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責任及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。

鉴定机构（盖章）：北京明正司法鉴定中心

2025年6月27日

101052291662

