

声 明

1. 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。
2. 司法鉴定意见书是否作为定案或者认定事实的根据，取决于办案机关的审查判断，司法鉴定机构和司法鉴定人无权干涉。
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。

司法鉴定意见书

一、基本情况

委托单位:滨州市滨城区人民法院

鉴定事项:诊疗行为有无过错,若具有过错,该过错与目前损害后果(包括但不限于言语障碍、认知障碍等精神方面的损害后果)之间是否存在因果关系,原因力大小进行鉴定;精神伤残等级、伤残等级、误工期、护理期、营养期、护理依赖鉴定。

鉴定材料复印件 4 份;影像片 10 张;光盘 4 张。

受理日期:2026 年 3 月 26 日

鉴定日期:2026 年 3 月 26 日

鉴定地点

参会人员:患方代表 3 人,医方代表 3 人,鉴定人 3 人。

二、基本案情

2024 年 8 月 29 日被鉴定人“走路不稳 10 天余”就诊于。脑动脉造影显示:右侧颈内动脉后交通段动脉瘤、左侧颈内动脉眼动脉段动脉瘤,9 月 3 日行颅内动脉瘤栓塞术+经皮穿刺脑血管腔内支架置入术;2025 年 4 月 10 日行“颅内动脉瘤栓塞+经皮穿刺脑血管腔内支架置入术(左)”,术后出现右侧肢体肌力下降,康复治疗好转,1 月后 CTA 及造影显示左侧颈内动脉重度狭窄,考虑支架内

血栓形成可能性大,予以保守治疗。现患方认为医方在其诊疗过程中存在过错,诉至法院。

三、资料摘要

院病案(病案) 摘抄:

第一次入、出院日期:2024年8月29日至2024年9月6日

主诉:走路不稳10天余。

现病史:患者约10天前无明显诱因出现走路不稳,无意识丧失,无肢体活动障碍,无肢体抽搐,未行特殊治疗,现患者为进一步治疗来我院门诊就诊。门诊以“脑血管病”收入我院。

既往史:既往颅内动脉瘤破裂病史,未行治疗,有高血压病病史10年,服用药物不详,无糖尿病史,无冠心病史,无病毒性肝炎病史,无结核传染病史及密切接触史,有手术史,脐疝术后5年。

专科情况:神志清楚,头颅无畸形,双侧瞳孔等圆等大,直径约2.5mm,对光反射灵敏,视力及视野粗测正常。双肺呼吸音粗,未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦,无明显压痛及反跳痛,无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形,四肢肌张力肌力正常,浅感觉深感觉正常,生理反射存在,病理反射未引出。

2024-08-30 08:47-09:47 手术记录:手术名称:脑动脉造影术。血管造影示:右侧颈内动脉后交通段动脉瘤,大小约4.8*2.6mm,侧壁可见子瘤;左侧颈内动脉眼动脉段动脉瘤,大小约2.1*1.5mm,脑实质显影良好,未见异常染色,静脉期回流通畅,未见异常回流。术中患者无不适,术毕拔除右侧股动脉导管鞘,无菌敷料包扎,术中出血约5ml,患者安返病房。

2024-08-31 10:34 查房记录:神志清楚,头颅无畸形,双侧瞳孔等圆等大,直径约2.5mm,对光反射灵敏,视力及视野粗测正常。双肺呼

吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦，无明显压痛及反跳痛，无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形，四肢肌张力肌力正常，浅感觉深感觉正常，生理反射存在，病理反射未引出。处理意见：患者动脉瘤诊断明确，破裂风险高，择期手术治疗。

2024-09-03 08:50-10:30 手术记录：手术名称：颅内动脉瘤栓塞术+经皮穿刺脑血管腔内支架置入术。术中见：右侧颈内动脉后交通段动脉瘤，大小约 4.8*2.6mm，侧壁可见子瘤；左侧颈内动脉眼动脉段动脉瘤，大小约 2.1*1.5mm。先行右侧颈内动脉后交通段动脉瘤支架辅助栓塞术，将长鞘置于右侧颈内动脉颈段，将中间导管置于右侧颈内动脉海绵窦段，Traxcess14 微导丝配合支架微导管置于右侧大脑中动脉远端，Traxcess14 微导丝配合 Headway17 微导管置于动脉瘤口内到位，经支架微导管缓慢释放 EP24*23mm 支架，释放后经 Headway17 微导管分别填入 3*6、2*8、1*2 共 3 枚弹簧圈，复查造影见动脉瘤栓塞致密。再行左侧颈内动脉眼动脉段动脉瘤栓塞术，将长鞘置于左侧颈内动脉颈段，将中间导管置于左侧颈内动脉海绵窦段，Traxcess14 微导丝配合 Headway17 微导管置于动脉瘤口内到位，经 Headway17 微导管分别填入 1.5*2、1*3、1*1 共 3 枚弹簧圈，复查造影见动脉瘤栓塞致密。手术顺利，术中出血约 10ml，术后拔除气管插管安返病房。

2024-09-05 09:21 查房记录：今日患者一般情况可，生命体征平稳。查体：神志清楚，头颅无畸形，双侧瞳孔等圆等大，直径约 2.5mm，对光反射灵敏，视力及视野粗测正常。双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦，无明显压痛及反跳痛，无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形，四肢肌张力肌力正常，浅感觉深感觉正常，生理反射存在，病理反射未引出。处理意见：继续目前治疗方案。

2024-09-06 09:21 查房记录：今日患者一般情况可，未诉不适。查体：神志清楚，头颅无畸形，双侧瞳孔等圆等大，直径约 2.5mm，对光

反射灵敏，视力及视野粗测正常。双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦，无明显压痛及反跳痛，无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形，四肢肌张力肌力正常，浅感觉深感觉正常，生理反射存在，病理反射未引出。处理意见：患者恢复可，今日出院，嘱：1. 注意休息，合理饮食；避免剧烈活动；2. 院外继续服用阿司匹林（一次 100mg，一天一次），硫酸氢氯吡格雷片（一次 75mg，一天一次，6 个月后停药），阿托伐他汀钙片（一次 20mg，每晚一次），用药期间注意复查血常规、大生化、凝血等，1 个月后神经介入外科门诊（综合楼三楼四诊区）就诊；3. 3-6 个月后复查 DSA，根据复查情况调整药物治疗并制定下一步治疗方案；4. 注意平稳控制血压，必要时请心内科就诊；5. 如有不适医院门急诊及时就诊，我科随诊。

出院诊断：右侧颈内动脉后交通段动脉瘤；左侧颈内动脉眼段动脉瘤。

第二次入、出院日期：2024 年 12 月 5 日至 2024 年 12 月 11 日

入院情况：患者因“头部外伤 0.5 小时”入院，查体：嗜睡状态，精神差，言语对答正确，遵嘱动作，GCS14 分，右顶部见 6*6cm 头皮血肿，长约 6cm 头皮裂伤，出血较多，双瞳孔等大等圆，直径 3mm，对光反应灵敏。鼻、口腔、外耳道均无明显出血。颈软，气管居中，胸廓无明显畸形，双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音，心律齐，未闻及明显心前区杂音，腹平软，无明显压痛及反跳痛，肠鸣音正常，无明显胃肠蠕动波，脊柱及四肢无畸形，双侧肢体肌力 5 级，肌张力可，双下肢巴氏征阴性。颅脑 CT 提示：颅内未见明显出血。

诊疗经过：入院后完善相关辅助检查，给予清创缝合、破伤风肌注、预防感染等对症治疗。头部伤口定期换药。现患者病情稳定，要求出院，今日予以出院。

出院诊断：1. 闭合性颅脑损伤轻型；2. 头皮裂伤；3. 颅内动脉瘤术

后；4. 高血压；5. 贫血；6. 应激性高血糖状态；7. 蛛网膜囊肿；8. 鼻窦炎。

第三次入、出院日期: 2025 年 4 月 6 日至 2025 年 4 月 18 日

主诉: 颅内动脉瘤栓塞术后 6 个月。

现病史: 患者约 6 月前因颅内动脉瘤于我院行颅内动脉瘤栓塞术, 现患者为复查来我院门诊急诊。门诊以“颅脑动脉瘤栓塞术后”收入我院。

专科情况: 神志清楚, 头颅无畸形, 双侧瞳孔等圆等大, 直径约 2.5mm, 对光反射灵敏, 视力及视野粗测正常。双肺呼吸音粗, 未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦, 无明显压痛及反跳痛, 无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形, 四肢肌张力肌力正常, 浅感觉深感觉正常, 生理反射存在, 病理反射未引出。

2025-04-07 08:10-09:05 手术记录: 手术名称: 脑动脉造影术。术中见: 右侧颈内动脉后交通动脉瘤栓塞术后, 可见动脉瘤栓塞致密, 未见造影剂残留; 左侧大脑中动脉 M2、M3 可见高密度影, 考虑弹簧圈逃逸, 眼动脉段动脉瘤可见造影剂充盈, 考虑复发。余血管未见明显异常, 结束造影。

2025-04-08 08:47 查房记录: 处理意见: 患者 DSA 提示颅内动脉瘤复发, 向患者家属交代病情, 建议择期手术治疗。

2025-04-10 08:40-10:30 手术记录: 手术名称: 颅内动脉瘤栓塞+经皮穿刺脑血管腔内支架置入术。术中见: 左侧大脑中动脉 M2、M3 可见高密度影, 考虑弹簧圈逃逸, 眼动脉段动脉瘤可见造影剂充盈, 考虑复发。将长鞘置于左侧颈内动脉颈段, 将中间导管置于左侧颈内动脉海绵窦段, Traxcess14 微导丝配合支架微导管置于左侧大脑中动脉远端, Traxcess14 微导丝配合 Headway17 微导管置于动脉瘤口内到位, 经支架微导管缓慢释放 lvis4.0*17mm 支架, 半释放后经 Headway17 微导管分别填入 1*2、1*1 共 2 枚弹簧圈, 复查造影见动脉瘤栓塞可, 完全释放支架,

复查造影见动脉瘤栓塞致密，手术顺利，术中出血约 10ml，术后拔除气管插管安返病房。

2025-04-12 08:08 查房记录：今日患者一般情况可，诉右侧肢体无力。查体：神志清楚，头颅无畸形，双侧瞳孔等圆等大，直径约 2.5mm，对光反射灵敏，视力及视野粗测正常。双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦，无明显压痛及反跳痛，无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形，右侧上肢肢体肌力 3 级，右侧下肢及左侧肢体肌张力肌力正常。颅脑 CT：与本院 2024-12-10 颅脑 CT 检查相比较：颅脑术后改变，右顶部头皮下软组织肿胀消失；余变化不著，请结合临床。处理意见：患者右侧肢体肌力差，考虑存在急性梗死，继续抗血小板改善循环治疗，完善头部磁共振检查。

2025-04-17 09:15 查房记录：今日患者一般情况可，诉肢体好转。查体：神志清楚，头颅无畸形，双侧瞳孔等圆等大，直径约 2.5mm，对光反射灵敏，视力及视野粗测正常。双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦，无明显压痛及反跳痛，无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形，右侧肢体肌力 4 级。处理意见：继续抗血小板改善循环治疗。

出院诊断：左侧颈内动脉眼段动脉瘤术后复查；右侧颈内动脉后交通段动脉瘤栓塞术后。

第四次入、出院日期：2025 年 5 月 12 日至 2025 年 6 月 27 日

入院情况：患者因“右侧肢体无力 1 天余”入院。入院后查体：患者神志清楚，言语不利，头颅无畸形，双侧瞳孔等圆等大，直径约 2.5mm，对光反射灵敏，视力及视野粗测正常。双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音。腹部平坦，无明显压痛及反跳痛，无腹肌紧张。脊柱及四肢无畸形，右侧肢体肌力 2 级，左侧肢体肌力正常，浅感觉深感觉正常，生理反射存在，病理反射未引出。

诊疗经过：患者入院后给予抗血小板改善循环等治疗，头部磁共振：

与本院 2025-04-13 头颅 MR 平扫+DWI 检查比较:原急性脑梗死灶部分较前好转、部分病变 DWI 信号减低,左侧半卵圆中心-放射冠-基底节区新发急性脑梗死,请结合临床、复查。头颈部 CTA:双侧颈内动脉瘤栓塞术后邻近血管部分显示欠佳,左侧大脑中动脉走行区结节状高密度影,头颈部血管粥样硬化改变,并部分管腔局部轻中度狭窄。左侧颈内动脉 C1 段中远段及 C2-7 段管腔纤细,C2-7 管壁散在混合斑块,管腔中重度狭窄。右侧颈内动脉 C6 段局部重度狭窄。右侧椎动脉颅内段钙化斑块,管腔重度狭窄。左侧大脑前动脉纤细,局部显示不佳;右侧大脑后动脉 P1 段管腔重度狭窄,远段管腔纤细、显影欠佳;建议结合 DSA 检查。病情稳定排除手术禁忌于 2025-5-26 在局麻下脑动脉造影术。造影提示:左侧颈内动脉海绵窦段极重度狭窄,可见颈外动脉-眼动脉-颈内动脉吻合;左侧颈内动脉眼段动脉瘤栓塞术后,动脉瘤栓塞致密,未见造影剂滞留;右侧颈内动脉后交通动脉瘤栓塞术后,可见动脉瘤栓塞致密,未见造影剂残留;右侧椎动脉 V4 段以远未见显影,考虑闭塞,V1 段起始处重度狭窄,狭窄率约 75%;左侧椎动脉显影可,可见经脉络膜后动脉向前循环代偿。经科室讨论,患者左侧颈内动脉重度狭窄,考虑支架内血栓形成可能性大,再通手术风险高,继续血小板康复循环,患者病情稳定后转入我科,给予偏瘫肢体综合训练、手功能训练、电动起立床治疗、等速肌力训练、肌电生物反馈治疗、其他推拿治疗、高压氧治疗、针灸治疗等综合康复治疗,于 2025-06-05 行下腔静脉滤器置入+下肢静脉造影术,手术顺利;复查血栓及相关实验室检查,完善会诊后于 2025-06-25 行下腔静脉滤器取出术,患者现活动障碍较前稍好转,下肢肌力较前改善,穿刺处愈合良好,今日要求出院,请示上级医师后,准予出院。

出院诊断:1.左侧颈动脉狭窄脑梗死,偏瘫,言语障碍,认知障碍,日常生活活动能力障碍;2.左侧颈内动脉海绵窦段重度狭窄;3.颅内动脉瘤栓塞术后;4.右侧椎动脉闭塞;5.高血压病 3 级(极高危);6.2 型糖尿

病;7. 下肢静脉血栓形成;8. 左侧放射冠基底节脑梗死。

出院情况:患者现活动障碍较前稍好转,下肢肌力较前改善,一般状况可,病情平稳。查体及康复评定:患者双侧瞳孔等大等圆,对光反射存在,眼球活动自如;言语欠流利,无饮水呛咳,记忆力、定向力、计算力等高级脑功能检查减退,认知功能障碍。Brunnstrom 分期:上肢-手-下肢 1-1-I。徒手肌力测试:左侧肢体肌力正常,右侧肢体肌力 0 级。改良 Ashworth 评定:右上肢肌张力 1 级。坐位平衡 0 级,立位平衡 0 级。Barthel 指数 15 分,完全生活依赖。

四、检验过程

受人民法院的委托,根据司法部《司法鉴定程序通则》、《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)等法规进入鉴定程序确定鉴定人,明确鉴定委托事项,依据下列顺序遵守和采用该专业领域的技术标准、技术规范和技术方法:国家标准、行业标准和技术规范等,结合相关法律、法规、临床诊疗护理技术操作规范、指南等对本案进行司法鉴定,并组织召开由医、患双方参加的鉴定听证会,同时参会的有多名相关临床医学专家。双方均充分阐述了自己的观点,现将双方主要观点归纳如下:

患方认为:1. 未破裂微小动脉瘤处理欠妥,手术适应征选择不当;2. 介入栓塞术操作不规范,未充分防范弹簧圈逃逸等技术风险;3. 术后并发症的处理和二次手术决策存在不足;4. 复查随访安排不当,未及时发现并处理复发风险。

医方认为:1. 我院对患者诊断准确,治疗及时、合理,术前准备充分,术中操作得当,术前术中术后充分告知;2. 多发急性/亚急性脑梗死属于手术并发症,不能完全避免;3. 弹簧圈逃逸未造成临床损害,与脑

梗死之间无因果关系。

五、分析说明

根据案件相关资料及双方陈述意见,并会同相关临床医学专家,经认真分析讨论,达成一致意见如下:

(一)关 诊疗行为的评价:

1、2024年8月29日被鉴定人 女,60岁,因“走路不稳10天余”就诊 专科查体无明确异常,CTA提示颅内动脉瘤,为明确颅内病变情况,在征得被鉴定人方的知情同意后行“脑动脉造影术”符合常规。

2、2024年8月30日医方予被鉴定人行“脑动脉造影术”,术中见右侧颈内动脉后交通段动脉瘤,大小为 $4.8 \times 2.6\text{mm}$,侧壁可见子瘤,左侧颈内动脉眼动脉段动脉瘤,大小为 $2.1 \times 1.5\text{mm}$ 、结合造影结果及病史(高血压多年,走路不稳),被鉴定人①右侧颈内动脉具有介入治疗适应症,完善辅助检查无明确手术禁忌症,在征得被鉴定人方的知情同意后进行脑血管腔内支架置入术符合常规。②左侧颈内动脉眼动脉段的动脉瘤($2.1 \times 1.5\text{mm}$),属于相对窄径动脉瘤,存在一定动脉瘤破裂的风险,在权衡利弊后可以干预,但对于体颈比 <2 的动脉瘤医方选择单纯弹簧圈栓塞的方式不当,而且在弹簧圈逃逸后,医方未向被鉴定人方进行告知,也未采取相应的治疗方案,存在过错。

3、2025年4月6日被鉴定人因“颅内动脉瘤栓塞术后6个月”复查就诊医方,专科查体无明确异常,脑动脉造影见左侧大脑中动脉M2、M3高密度影,考虑弹簧圈逃逸,眼动脉段动脉瘤可见造影剂充盈,考虑复发,医方在征得被鉴定人方的知情同意后于4月10日行“颅内动脉瘤栓塞+经皮穿刺脑血管腔内支架置入术”,复查造影见动脉瘤栓塞致密,手术顺利,术后为预防血栓形成,予以泵入替罗非班,医方的上述诊疗

行为不存在过错。

4、2025年4月12日被鉴定人出现右侧肢体肌力下降（右上肢肌力3级），医方考虑急性脑梗，给予完善核磁，并给予抗血小板改善循环、床旁康复治疗等，不存在过错，但被鉴定人脑梗发生于介入手术后第三日，医方未分析急性脑梗原因，也未给予积极干预，其上述诊疗行为存在过错。

5、2025年5月12日被鉴定人因“右侧肢体无力1天余”就诊于医方，专科查体见言语不利，右侧肢体肌力2级，头颈部CTA示左侧颈内动脉重度狭窄，医方考虑支架内血栓形成可能性大，再通手术风险高，继续血小板康复循环，病情稳定后给予偏瘫肢体综合训练、手功能训练、电动起立床治疗、等速肌力训练、肌电生物反馈治疗、其他推拿治疗、高压氧治疗、针灸治疗等综合康复治疗，并针对下肢静脉血栓给予下腔静脉滤器置入等治疗，医方的上述诊疗行为不存在过错。

（二）[REDACTED]诊疗行为与被鉴定人损害后果的因果关系分析：

本例被鉴定人①左侧颈内动脉眼动脉段的动脉瘤诊断明确，属于相对窄径动脉瘤，存在一定动脉瘤破裂的风险，在权衡利弊后可以干预，被鉴定人方自愿接受手术并承担相应的医疗风险；②被鉴定人在弹簧圈逃逸后7个月的时间内并未出现血栓，专科查体也未见相应的临床症状体征，而在置入支架后约1个月即出现支架内血栓，并伴有言语不利、右侧肢体肌力下降等，认为与手术并发症存在相关性。以上为被鉴定人损害后果发生的不利因素。

本例医方对于体颈比 <2 的颈内动脉眼动脉段的动脉瘤选择单纯弹簧圈栓塞的方式不当，与弹簧圈逃逸存在相关性。虽然弹簧圈逃逸并未直接导致支架内血栓，但逃逸的弹簧圈可以改变局部血流，形成低速涡流，增加手术并发症（支架内血栓）发生的风险，继而影响预后。另被

鉴定人在介入手术后第三日便发生急性脑梗，医方未进一步分析脑梗原因，并给予积极干预，对病情的进展起到促进、加重的作用。

综上，被鉴定人损害后果的发生是其手术并发症发生、发展所致，医方手术方式选择失当致使弹簧圈逃逸，且未采取相应的治疗方案，增加并发症发生的风险；在发生急性脑梗（4月12日）后未分析原因，也未给予积极干预，促进、加重了病情进展，故考虑到被鉴定人自身疾病的特点、医疗过错、医疗风险等因素，认为医方[]施的诊疗行为存在过错，该过错与被鉴定人损害后果之间有因果关系，原因力大小建议次要至同等原因为宜。

（三）精神伤残等级、伤残等级、误工期、护理期、护理依赖鉴定

1. 检验方法：

本项鉴定按照《法医临床检验规范》（SF/T 0111-2021）、《人体损伤致残程度分级》《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》（GA/T 1193-2014）及《人身损害护理依赖程度评定》（GB/T 31147-2014）对被鉴定人进行检验鉴定。

2. 体格检查：

被鉴定人轮椅推入检查室，神清，精神可，查体合作。双侧面纹大致对称，双瞳孔等大等圆，可遵嘱（示范）完成闭眼动作，指鼻动作不能完成。不能自主翻身，起卧需辅助，可独坐，右上肢肌力0级，肌肉松弛，右手屈曲畸形，呈紫红色，皮温低；右下肢肌力I级；左侧肢体肌力V级，肌张力正常。右膝腱反射亢进，左膝腱反射未引出，双侧踝阵挛（-），右侧巴氏征（+），左侧（-）。

被鉴定人坐轮椅由家人推入室内，意识清楚，接触差，年貌相符，衣着整洁，个人卫生可，表情呆滞，情绪不稳，时有强制性哭泣，无自发言语表达，仅能发声“啊...啊...”，但不知所要表达内容，偶能遵嘱懂简单指令，左右不分，定向力差，认识身边儿子，不知道自己名字、

年龄，理解领悟能力极差，无法完成人体图像拼凑，一般常识完全丧失，计算力极差，不知道 $3-2=?$ ，近事及远事记忆严重下降，无法进行正常的语言交流，思维内容无法引出，与周围环境无相应的情感反应，自知力丧失，对检查合作，对事件经过不能回忆。根据《成人智残评定量表》得分为 15 分。

二便情况：小便能自知，但不能自行完成并清理；大便需药物辅助。

依据躯体伤残日常生活活动能力项目评定：进食、床上活动、穿衣、修饰、洗澡、床椅转移、行走、小便始末、大便始末、用厕总分值 10 分。

依据精神伤残日常生活活动能力项目评定：进食、修饰、更衣、理发、洗澡、剪指甲、整理个人卫生、小便始末、大便始末、外出行走、睡眠、服药、使用日常生活用具、乘车总分值 45 分。

3. 精神伤残等级、伤残等级：

现被鉴定人急性脑梗死 1 年余，病情稳定，具备评残条件。目前遗留：①右侧肢体偏瘫（肌力 2 级以下）；②重度智能减退，不能完全独立生活，需经常有人监护。依据《人体损伤致残程度分级》第 5.2.1.3）条、5.3.1.1）条之规定，分别符合二级、三级伤残。

4. 误工期、护理期、营养期评定：

依照 GA/T 1193-2014《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》第 4.7 条、第 4.9 条及附录 A.5 条、A.6 条之规定，建议被鉴定人误工期、护理期、营养期至伤残评定前一日。

5. 护理依赖程度评定：

被鉴定人躯体伤残日常生活自理能力项目评定总分值 10 分，精神障碍日常生活自理能力项目评定总分值 45 分，参照 GB/T 31147-2014《人身损害护理依赖程度评定》标准第 4.2.2.3 条及第 5.2.2.2 条之规定，分别符合完全护理依赖及大部分护理依赖，故综合评定为完全护理依赖。

六、鉴定意见

施的诊疗行为存在过错，该过错与被鉴定人损害后果之间有因果关系，原因力大小建议次要至同等原因为宜。

2. 被鉴定人精神属三级伤残；躯体符合二级伤残。
3. 建议被鉴定人误工期、护理期、营养期至伤残评定前一日。
4. 被鉴定人需完全护理依赖。

七、附件

被鉴定人照片



精神检查及心理测验报告

2024年9月[REDACTED]行颅内动脉瘤栓塞术+经皮穿刺脑血管腔内支架置入术，术中出现弹簧圈逃逸；2025年4月10日行“颅内动脉瘤栓塞+经皮穿刺脑血管腔内支架置入术（左）”，术后出现右侧肢体肌力下降，康复治疗好转，1月后出现急性脑梗死。

据家属反映：伤者病前工作能够胜任，生活能够自理，性格开朗。目前表现无言语表达，反应迟钝，记忆力减退，智能低下，生活不能自理。为确定伤残等级，故对其进行精神检查及心理测验。

三、鉴定日期：2026年7月16日。

四、精神检查：

被鉴定人坐轮椅由家人推入室内，意识清楚，接触差，年貌相符，衣着整洁，个人卫生可，表情呆滞，情绪不稳，时有强迫性哭泣，无自发言语表达，仅能发声“啊…啊…”，但不知所要表达内容，偶能遵嘱懂简单指令，左右不分，定向力差，认识身边儿子，不知道自己名字、年龄，理解领悟能力极差，无法完成人体图像拼凑，一般常识完全丧失，计算力极差，不知道 $3-2=?$ ，近事及远事记忆严重下降，无法进行正常的语言交流，思维内容无法引出，与周围环境无相应的情感反应，自知力丧失，对检查合作，对事件经过不能回忆。

五、测验量表及结果：

应用《成人智残评定量表》对进行检查，得分为15分。

六、鉴定意见：

根据病史、精神检查及心理测验，被鉴定人[REDACTED]重度智能障碍，不能完全独立生活，需经常有人监护。赔偿参考指数80%。

