

中国合格评定国家认可委员会认可机构
国家认证认可监督管理委员会资质认定机构



司法鉴定意见书



统一社会信用代码



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. 司法鉴定人按照法律、法规和规章规定的方式、方法和步骤，遵守和采用相关技术标准和技术规范进行鉴定。
3. 司法鉴定实行鉴定人负责制度。司法鉴定人依法独立、客观、公正地进行鉴定，不受任何个人和组织的非法干预。
4. 鉴定意见属于鉴定人的专业性意见，其是否被采信取决于使用人的审查和判断，鉴定人和鉴定机构无权干涉。
5. 使用本鉴定文书应当保持其完整性和严肃性。

地址：[REDACTED] 楼

邮编 [REDACTED]

电话：02 [REDACTED] (总机)

传真：02 [REDACTED] 监督电话：02 [REDACTED]

0



南京东南司法鉴定中心司法鉴定意见书

宁东南司鉴中心[2025]法医损鉴字第31号



一、基本情况

委托人: 济南市天桥区人民法院

委托函号: (2025 司法鉴定)

委托日期: 2025 年 2 月 26 日

委托鉴定事项:

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。

鉴定材料: 司法鉴定委托书 1 份

病案

资料 1 套; 鉴定申请书、起诉状、质证笔录等诉讼材料若干。

补充鉴定材料: 2025 年 4 月 2 日听证会 提供
门诊病历 3 页 (患方认可)。

听证会日期: 2025 年 4 月 2 日

鉴定日期: 2025 年 4 月 2 日 ~ 2025 年 4 月 30 日

鉴定地点:

患方 男, 身份证号

医方一

医方二

医方三

二、检案摘要



（一）案情摘要

据送检的鉴定资料记载：2024年10月15日，患者因身体不适至[redacted]就诊，行血常规检查提示存在感染，于当日至[redacted]继续就诊，完善CT等检查后诊断支气管炎，10月16日至18日患者连续三天[redacted]就诊，给予输液抗感染治疗，10月18日夜间患者突发心跳呼吸停止，经120送至[redacted]抢救，给予气管插管呼吸机辅助通气等抢救措施，患者恢复窦性心律，心电图提示急性心肌梗死，期间患者室颤2次，给予电除颤及心肺复苏后再次恢复窦性心律，于10月19日[redacted]急诊行ECMO置入术及冠脉介入治疗术等，患者严重肺部感染、严重脑水肿等，持续深昏迷状态，最终于10月24日宣布临床死亡，患方与医方产生纠纷。现济南市天桥区人民法院委托我中心对上述委托事项进行法医学鉴定。

本中心于2025年2月26日收到委托方的送检材料，经评审后受理，3月13日收到本案鉴定费用。

（二）争议要点摘要

患方观点：一[redacted]过错：1.违反胸痛患者优先评估规范，2.病历记录重大缺陷。二[redacted]过错：1.急性STEMI再灌注治疗延误，2.药物选择错误与禁忌症忽视，3.多器官功能支持不足。三[redacted]过错：1.休克早期征象漏诊，2.持续错误用药未纠正。本[redacted]在治疗中的医疗过错导致患者死亡，若没有医疗过错，损害后果不会发生，应共同承担主要在责任。

医方一观点：我社区卫生服务站对患者的诊疗行为符合常规，对患者



的诊疗行为不存在过错。

医方二观点：我社区卫生服务站对患者的诊疗行为符合法律法规的要求，所开具的处方合法合规，药物使用符合临床规范。对患者的诊疗行为不存在过错，已经尽到了与本站医疗水平相适应的诊疗义务。

医方三观点：我院在患者诊疗过程中严格按照诊疗常规，患者自主意愿强烈，拒绝我院提出治疗方案，我院尽到了患者告知义务。患者后续出现心脏骤停后，我院诊疗处理及时、抢救及时，措施得当，无过错行为。

（争议要点是对医患双方陈述、答辩的简要摘录。鉴定人及专家组以委托人提交的材料为鉴定依据。）

（三）资料摘要

全自动血细胞分析报告（姓）摘要：

检验时间：2024-10-15

白细胞总数： $19.80 \uparrow \times 10^9/L$ ，淋巴细胞比率 $9.67 \downarrow \%$ ，单核细胞比率 $11.29 \uparrow \%$ ，中性粒细胞比率 $78.40 \uparrow \%$ ，中性粒细胞总数 $15.526 \uparrow \times 10^9/L$ 。

门诊病历（姓）摘要：

就诊日期：2024-10-15

主诉：发热咳嗽2天。

现病史：患者2天前无明显诱因出现发热，具体体温不详，咳嗽咳痰，乏力，汗出，深呼吸胸痛，无心悸、胸闷及呼吸困难，居家口服“阿奇霉素、感康”等药物对症治疗，效果不佳。

既往史：体检：否认药物过敏；近7天饮酒。

体格检查：神志清，精神可，双侧瞳孔等大等圆，直径约2.5mm，对光

反射灵敏，双肺呼吸音粗，未闻及明显干湿性啰音，心律齐，腹软，腹部无压痛及反跳痛，双下肢无水肿，双侧巴氏征阴性。

辅助检查结果：社区检测血常规，白细胞计数增高。2. 报告日期：2024/10/15 检查项目：颈胸部 CT 肺 CT 诊断结果：符合支气管炎 CT 表现；右肺上叶结节，建议增强扫描或密切随诊复查；冠状动脉多发钙化灶；

门诊诊断：支气管炎。

就诊日期：2024-10-18

主诉：憋喘、大汗 1 小时，呼之不应约 30 分钟。

现病史：家属入院前 1 小时出现憋喘，伴大汗，无胸痛，约 30 分钟前患者症状加重，急呼 120，120 医师到达后患者呼吸心跳停止，立即给予胸外心脏按压，肾上腺素 1mg 静推，3 分钟 1 次，共 2 次，并急送至我院。

既往史：体健，否认过敏，家属诉近日呼吸道感染外院输液治疗。

体格检查：双瞳孔散大固定，呼吸心跳停止，大动脉搏动消失。

门诊诊断：猝死，糖尿病。

病历（姓名： ）摘要：

2024-10-16 主诉：咳嗽、咳痰、憋喘 3 天，加重伴发热 1 天。

现病史：患者于 3 天前受凉后出现咳嗽、咳痰、憋喘，曾口服药物治疗，具体药名药量不详，效果欠佳。患者咳嗽咳痰加重，且出现发热症状，最高体温 38.3℃。到医院就诊，诊断为上呼吸道感染、肺炎？拟应用左氧氟沙星，炎琥宁输液治疗。患者带外院处方来我站，要求按处方用药。

体格检查：咽红肿，扁桃体无肿大。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，HR87 次/分，律规整，未闻及病理性杂音。

诊断：呼吸道感染，肺炎？



处理：建议心电图，心肌酶，患者拒绝。自带处方，静脉输液治疗

2024-10-17 主诉：患者咳嗽、咳痰、憋喘4天，仍有发热。

现病史：同前。患者咳嗽、咳痰、憋喘较前稍有好转，仍有发热。

体格检查：咽红肿，扁桃体无肿大。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，HR88次/分，律规整，未闻及病理性杂音。

诊断：呼吸道感染，肺炎？

处理：建议患者去上级医院进一步检查及治疗，患者拒绝，仍要求在我站继续按原治疗方案输液

2024-10-18 主诉：咳嗽、咳痰较前稍减轻，稍喘。

现病史：患者咳嗽、咳痰、憋喘较前稍有好转。

体格检查：咽红肿，扁桃体无肿大。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，HR86次/分，律规整，未闻及病理性杂音。

诊断：呼吸道感染，肺炎？

处理：如有不适及时就诊，建议患者到上级医院复诊。

院前急救病历（姓名： ）摘要：

出车时间：2024-10-18 23:17 到达时间：23:32

主诉：呼吸困难半小时。

现病史：患者于半小时前被家属发现呼吸困难，遂拨打120求助。到达现场后见患者无意识、无反应，无自主呼吸，双侧瞳孔散大固定，大动脉搏动消失，告知家属患者呼吸心跳停止，与患者家属交代病情及抢救风险，家属表示积极抢救，立即行心肺复苏术，建立静脉通道，予以肾上腺素1mg iv，0.9%氯化钠250ml ivdrip，予以铲式担架至救护车，给予完善心电图检查后继续机械心肺复苏，置入喉罩球囊辅助通气，心电监护，患



者无自主呼吸及心跳，再次予以肾上腺素 1mg iv，平稳快

初步印象：心跳呼吸骤停。

院前急救病历（姓）摘要：

出车时间：2024-10-19 10:04 到达时间：10:14

主诉：昏迷 10 小时。

现病史：患者男性，10 小时前复苏后昏迷，急救治疗，现为转院呼叫 120 协助。现场见昏迷状态，意识不清，瞳孔对光反射迟钝，呼吸机辅助通气，静脉通路已建立（省三重症），微量泵通路通畅。反复交代患者病情危重转运风险高，途中可能出现呼吸骤停等危急情况，家属表示知晓并签字。给予呼吸机辅助通气，心电监护，铲式担架搬运，应家属要求快速平稳转运急诊科。途中患者病情无变化。

神志：昏迷。对光反射左：迟钝，右：迟钝。瞳孔等大、等圆：左：4.0mm，右 4.0mm。

初步诊断：昏迷待查。

急救处理及病情变化：1. 口头告知，2. 书面告知，3. 铲式担架转运，4. 平稳快速转运，5. 心电监护，6. 血氧饱和度 85%，7. 血压 96/79mmHg，8. 有创呼吸机（SIMV）模式辅助通气，氧浓度 100%，9. 情况说明。

死亡记录（姓）摘要：

入院时间：2024-10-19 死亡时间：2024-10-24

入院情况：主因“胸闷憋喘 17 小时，心肺复苏后 16 小时”入院……
2024-10-19 11:00 转入我院急诊，急诊行 ECMO 置入术，排除禁忌后行急诊冠状动脉造影结果示：LM 开口偏心狭窄 50%，末端狭窄 30%；LAD 近中段弥漫性长病变，可见钙化影，最重处狭窄 90%；D1 开口、近段次全闭塞；



中间支近段狭窄 80%; LCX 细小, 未见明显狭窄; RCA 近段狭窄 40%, 中段狭窄 50%, 远段以远完全闭塞。向患者家属讲明病情, 家属同意行冠脉介入治疗。RCA 中远段释放支架 1 枚, 术后植入 IABP。现为行进一步诊治收入我科。

入院诊断: 1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 急性 ST 段抬高型心肌梗死 (下壁), 心源性休克, 心律失常, 心室颤动, 室性早搏, 心功能 IV 级 (killip 分级), 2. 心脏停搏复苏成功, ECMO 置入术后, 3. 脑梗死, 4. 肝功能异常, 5. 凝血功能异常, 6. 2 型糖尿病, 7. 肺炎, 8. 脂肪肝。

诊疗经过: ...入院后继续维持 ECMO、IABP, 同时给予抗血小板、降脂、抗凝、CRRT、甘露醇降颅压、脱水、抗感染、补充白蛋白等治疗, 患者脑缺氧时间长, 为改善脑水肿, 于 2024-10-20 行亚低温治疗, 患者严重肺部感染, 入院后予亚胺培南抗感染治疗, 并分别于 10.20、10.23 行支气管镜检查留取病原学证据; 患者脑损伤标记物水平明显升高, 颅脑 CT 提示脑水肿严重...患者意识状态持续未恢复, 复查脑损伤标记物水平仍高, 神经系统方面预后较差, 意识状态恢复可能性低...于 2024-10-24 11:00 停用呼吸机及去甲肾上腺素、多巴酚丁胺泵入, 患者血压、心率及 SP02 进行性下降, 于 12:44 患者心率为 0, 血压测不出, 大动脉搏动消失, 双侧瞳孔散大固定, 对光反射消失, 行心电图示波直线, 宣布临床死亡。

死亡原因: 急性心肌梗死、缺血缺氧性脑病。

死亡诊断: 1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 急性 ST 段抬高型心肌梗死 (下壁), 心源性休克, 心律失常, 心室颤动, 室性早搏, 心功能 IV 级 (killip 分级), 2. 心脏停搏复苏成功, ECMO 置入术后, 3. 缺血缺氧性脑病, 脑梗死, 4. 急性肾功能衰竭, 5. 肝功能异常, 6. 凝血功能异常, 7. 2 型糖尿病,



8. 肺炎，9. 脂肪肝

三、鉴定过程

（一）鉴定组织形式

2025 年 3 月 18 日通知委托方及医患双方当事人（代理人）鉴定听证会时间，并通知咨询专家并向咨询专家寄送鉴定材料。于 2025 年 4 月 2 日组织召开鉴定听证会。本中心相关鉴定人及工作人员参加了会议。医患双方及临床专家到场后主持人宣布本次鉴定的咨询专家及鉴定组成员组成、鉴定会纪律、回避问题等事项后，由医患双方各自陈述意见和理由，并共同在场接受鉴定人及专家组的现场调查提问。医患双方退场后，咨询专家对委托人提交的鉴定材料、医患双方陈述、答辩及现场调查情况进行讨论，并得出咨询意见。鉴定人根据委托人提交的鉴定材料并结合听证会情况综合分析作出鉴定意见。

（二）鉴定方法

本鉴定参照《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097—2021）等进行。

四、分析说明

据现有送检鉴定资料，包括病史、影像资料、鉴定听证时医患双方陈述及现场调查情况，并结合临床专家咨询会诊意见，围绕相关问题分析如下：

一）关于医方一的诊疗行为分析

2024 年 10 月 15 日，患者于因身体不适至医方一就诊，予以血常规检查，报告示：白细胞总数： $19.80 \uparrow \times 10^9/L$ ，淋巴细胞比率 $9.67 \downarrow \%$ ，单核细胞比率 $11.29 \uparrow \%$ ，中性粒细胞比率 $78.40 \uparrow \%$ ，中性粒细胞总数 $15.526 \uparrow \times 10^9/L$ ，提示存在感染，建议转上级医院诊治可行，但医方一当日诊

疗未规范书写病历，存在不足。



二) 关于医方二的诊疗行为分析

1. 2024 年 10 月 15 日 14:32，患者因“发热咳嗽 2 天”至医方二急诊内科就诊，给予 CT 检查提示支气管炎，结合社区检测血常规，诊断急性支气管炎，但患者有主诉深呼吸胸痛+胸部 CT 提示冠状动脉多发钙化灶，医方二对此重视程度不够，未积极给予进一步检查，鉴别诊断不充分，存在过错。

2. 2024 年 10 月 18 日 23:52，患者因“憋喘、大汗 1 小时，呼之不应约 30 分钟”再次至医方二急诊内科就诊，遂完善相关检查（心电图、血气分析、NT-proBNP、D-Dimer、TNI、PCT）、开通静脉通道、抢救、吸氧、监护等可行，但送检病历资料显示，患者 19 日 00:14TNI1.1ng/mL、BNP13500mg/L，00:20 心电图提示为下壁导联 ST 段抬高，医方未考虑急诊再灌注治疗；19 日 00:51 患者心跳呼吸骤停，心电图示室颤，医方予以电除颤，持续心肺复苏，患者恢复窦性心律，但直至 19 日 10:23 患者自动出院转外院治疗，医方仍未考虑再灌注治疗。综上，医方对患者急性心肌梗死诊治欠积极，存在过错。

三) 关于医方三的诊疗行为分析

2024 年 10 月 16 日至 10 月 18 日，患者因“咳嗽、咳痰、憋喘加重伴发热”连续三天至医方三门诊就诊，医方三根据病史及相关检查考虑呼吸道感染、肺炎？，予输液抗感染治疗，期间有建议心电图、心肌酶等检查并建议转上级医院，患者拒绝，医方三虽尽到了一定告知义务，但无患者书面签字，存在不足。

四) 关于医疗过错行为原因力大小的分析



原因力大小评定的依据应遵循法医学因果关系判定原则，在法医学鉴定实践中，原因力大小的把握是较难定量的定性分析。2024年10月15日，患者因身体不适[REDACTED]就诊，行血常规检查提示存在感染，于当日[REDACTED]继续就诊，完善CT等检查后诊断支气管炎，10月16日至18日患者连续三天[REDACTED]就诊，给予输液抗感染治疗，10月18日夜间患者突发心跳呼吸停止，经120急救后送至[REDACTED]抢救，给予气管插管呼吸机辅助通气等抢救措施，患者恢复窦性心律，心电图提示急性心肌梗死，期间患者室颤2次，给予电除颤及心肺复苏后再次恢复窦性心律，于10月19日12:00许转[REDACTED]经DSA见患者LAD狭窄90%，急诊行ECMO置入术及冠脉介入治疗术等，患者严重肺部感染、严重脑水肿等，持续深昏迷状态，最终于10月24日宣布临床死亡。患者死亡后未行尸体解剖，病理性死亡原因不明，临床推断其系急性心肌梗死致呼吸心跳骤停、缺血缺氧性脑病死亡。医方一在诊疗过程中存在未规范书写病历的不足，鉴于患者随即至医方二继续求治，该过错行为与患者死亡之间无明显因果关系。医方二在患者的诊疗过程中存在10月15日门诊对患者病情重视程度不够、鉴别诊断不充分以及10月18日就诊对患者急性心肌梗死救治欠积极的过错，与患者死亡的损害后果之间存在一定的因果关系，鉴于患者病情隐匿、发病骤急、救治困难，综合分析，建议医方二过错行为的原因力大小以次要因素为宜。医方三对患者的诊疗行为存在告知无患者签字的不足，但与患者死亡之间无明显因果关系。

五、鉴定意见

据现有鉴定资料分析认为：



0 [redacted]
[redacted]诊疗过程中存在未规范书写病历的不足，但与患者死亡之间无明显因果关系。

[redacted]的诊疗行为存在过错，与患者死亡之间存在一定因果关系，建议原因力大小以次要因素为宜。

[redacted]的诊疗行为存在告知无患者签字的不足，但与患者死亡之间无明显因果关系。

鉴定人 [redacted]

《司法鉴定人执业证》 [redacted]

鉴定人 [redacted]

《司法鉴定人执业证》 [redacted]

鉴定人 [redacted]

《司法鉴定人执业证》 [redacted]

二〇二五年四月三十日

司法鉴定专用章

No 03963637

03963637

开票日期:2025年04月23日



名称
纳税人识别号：
地址、电话：
开户行及账号：

密码区

全國增值稅及票查驗平台：
<https://inv-veri.chinatax.gov.cn/>

货物或应税劳务、服务名称 *鉴证咨询服务*鉴定费	规格型号	单位	数量	单价	金额	税率	税额
合 计			1		¥22698.11	6%	¥1361.89
价税合计(大写)	⑧贰万肆仟零陆拾圆整				(小写) ¥24060.00		

第二联：发票联 购买方记账凭证

苏税函〔2023〕81号南京票据证券印刷有限公司

