

鉴定意见书



统一社会信用代码

中国·四川省

鉴定意见书



一、基本情况

委托人: 泰安市泰山区医学会

委托鉴定事项: [redacted] 诊疗行为是否存在过错, 如有过错, 诊疗行为与后果之间是否存在因果关系, 过错原因力大小(参与度)进行司法鉴定。

委托日期: 2026 年 3 月 2 日

受理日期: 2026 年 3 月 3 日

鉴定材料:

[redacted] 《急诊病历》资料复印件共计 12 页;

[redacted] 病历资料(病案 [redacted]) 复印件共计 191 页;

3. 光盘 1 张(阅后随意见书退还);

4. 2026 年 3 月 30 日收 [redacted]

病历资料(病案 [redacted]) 复印件共计 183 页。

鉴定陈述会时间: 2026 年 3 月 24 日

鉴定陈述会地点: [redacted]

参加人员:

患方(线上) [redacted]、何宇

医方 [redacted]

被鉴定人[] 男性，身份证[]。

二、基本案情

据送检资料记载：患者[] 6 年 2 月 11 日 19:52 因急性脑梗死在山东第一医科大[] 溶栓治疗，当晚 22:30 左右患者述言语不清较前加重，伴左侧肢体麻木无力，颅脑CT提示脑干出血，经保守治疗后患者意识不清，呼之无反应，持续昏迷。

患方认[] 的诊疗过程中存在过错，现泰安市泰山区医学会委托本机构做医疗过错等鉴定。

三、资料摘要

(一) 2026 年 2 月 1 [] 急诊
病历资料摘要：

基本信息[] 男，60 岁。科室：急诊内科（抢救区）。

2026-02-11 14:46 急诊病历：T 36.4℃ P 58 次/分 R 18 次/分 BP 177/99mmHg SP0₂: 100%。主诉：有（右）侧肢体麻木、无力 3.5 小时。现病史：3.5 小时前无明显诱因出现右侧肢体无力、麻木。在外未作特殊处理，肢体无力、麻木好转，来我院急诊。既往史：高血压史 10 年。体格检查：神志清楚，言语流利，无构音障碍，双侧瞳孔等大等圆，直径约 3mm，对光反射灵敏，双眼球各向运动无受限，无眼球震颤，无凝视。双侧额纹对称，双侧鼻唇沟对称，伸舌居中，咽反射正常。四肢肌力 5 级，肌张力正常，腱反射(++)，双侧巴氏征(-)，双侧浅感觉对称，颈软无抵抗。NIHSS评分 0 分，MRS评分 0 分，发病时间是小于等于 4.5 小时。初步诊断：脑梗死。诊疗意见：患者自行离院，拒绝检查及诊治。

2026-02-11 19:16 诊疗意见：患者约 1 小时前再次出现右侧肢体麻木无力，再次返院治疗。查体：神志清楚，精神差，言语清晰，查体合作。双侧瞳孔等大正圆，对光反射灵敏。眼球运动正常。面部对称，伸舌居中。

四肢可遵嘱活动，粗测肌力及肌张力正常。双侧巴氏征未引出。完善血常规、无机离子、凝血分析、肌钙蛋白，测血糖、做心电图，行颅脑CT检查。

2026-02-11 19:47 诊疗意见: 患者颅脑CT未见出血表现。请EICU溶栓组医师会诊评估病情，患者及家属同意溶栓治疗。收入EICU二区住院治疗。

(二) 2026年2月11日至

住院病历(病案)资料摘要:

2026-02-11 20:40 入院记录: 主诉: 右侧肢体间断麻木2小时余。现病史: 患者2小时余前无明显诱因出现右侧肢体麻木伴无力, 伴头晕, 就诊于我院急诊, 完善颅脑CT平扫: 1、脑内多发缺血灶、梗死灶、软化灶; 2、脑白质脱髓鞘。考虑患者存在溶栓适应症, 患者及家属同意溶栓治疗, 以“急性脑梗死”收入我科。既往史: 2022年发现“高血压”, 口服药物治疗(具体不详)。体格检查: T: 36.6℃ P: 56次/分 R: 17次/分 BP: 160/80mmHg 身高: 158cm 体重: 57.3kg。神经系统: 神志清楚, 言语流利, 无构音障碍, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约3mm, 对光反射灵敏, 双眼球各向运动无受限, 无眼球震颤, 无凝视。双侧额纹对称, 双侧鼻唇沟对称, 伸舌居中, 咽反射正常。四肢肌力5级, 肌张力正常, 双侧巴氏征(-), 双侧浅感觉对称, 双侧指鼻试验稳准, 双侧跟膝胫试验稳准, 颈软无抵抗。NIHSS评分0分。辅助检查: 2026-02-11 颅脑CT平扫: 1、脑内多发缺血灶、梗死灶、软化灶; 2、脑白质脱髓鞘。请结合临床, 建议MR检查。(我院急诊)初步诊断: 急性脑梗死 高血压。

2026-02-11 20:46 首次病程记录: ... 诊疗计划: 1. 急诊监护室护理常规, 特级护理, 持续心电监护, 持续血氧饱和度监测, 告知患者家属患者病危; 2. 完善相关辅助检查: 完善常规心电图、心脏彩超、双侧下肢静脉、血细胞分析、肝肾功、无机离子、凝血分析、肌钙蛋白I、B型钠尿肽前体等相关化验检查评估脏器功能; 3. 因患者发病时间尚短, 在溶栓时间

窗内，排除溶栓禁忌症后给予TNK静脉溶栓治疗，溶栓后密切关注患者神志、瞳孔及生命体征变化；4.应用丁苯酞促进细胞功能恢复；依达拉奉清除氧自由基；瑞舒伐他汀调脂；泮托拉唑钠粉针抑酸保护胃粘膜，控制血压，补液，维持水电酸碱平衡，加强营养支持等对症综合处理；5.保持呼吸道通畅，持续高流量吸氧，强化护理预防呛咳导致肺炎感染；必要时气管插管，呼吸机辅助通气，必要时行深静脉置管建立深静脉输液通道；6.必要时请相关科室会诊，协助诊治；7.病情告知，溶栓后仍有病情进展或继发性脑出血的可能；上述诊疗计划汇报副主任医师，同意目前诊疗处理。

2026-02-11 21:00 日常病程记录：患者男性，60岁，因“右侧肢体间断麻木2小时余”来诊。查体：神志清楚，言语流利，无构音障碍，双侧瞳孔等大等圆，直径约3mm，对光反射灵敏，双眼球各向运动无受限，无眼球震颤，无凝视。双侧额纹对称，双侧鼻唇沟对称，伸舌居中，咽反射正常。四肢肌力5级，肌张力正常，双侧巴氏征(-)，双侧浅感觉对称，双侧指鼻试验稳准，双侧跟膝胫试验稳准，颈软无抵抗。NIHSS评分0分。头颅CT检查：未见明显高密度出血(阅片)；血常规、生化、凝血检查未见明显异常。既往“高血压”病史。结合患者病史、体征及辅助检查，目前诊断为急性脑梗死。患者在溶栓时间窗，经评估符合静脉溶栓指征，无绝对溶栓禁忌。向患者家属交代病情，说明静脉溶栓的获益、风险及费用等情况。溶栓的风险包括脑出血、全身出血、再灌注损伤、溶栓无效等，严重时可能危及生命。患者及家属对静脉溶栓的获益及风险表示理解，商议后选择静脉溶栓并签署知情同意书。患者于2月11日约19时10分发病，体重57.3kg，使用TNK总量为14mg。于19:52应用TNK总量共14mg于5-10s内团注。持续心电、血压、血氧饱和度监测，密切观察生命体征。患者于19时52分开始溶栓，19时52分溶栓结束，溶栓过程中无心慌、胸闷、口唇肿胀、恶心呕吐、新发体征等情况。溶栓结束后查体：神志清楚，言

语流利，无构音障碍，双侧瞳孔等大等圆，直径约 3mm，对光反射灵敏，双眼球各向运动无受限，无眼球震颤，无凝视。双侧额纹对称，双侧鼻唇沟对称，伸舌居中，咽反射正常。四肢肌力 5 级，肌张力正常，双侧巴氏征(-)，双侧浅感觉对称，双侧指鼻试验稳准，双侧跟膝胫试验稳准，颈软无抵抗。NIHSS评分 0 分。告知患者及家属，患者目前病情仍不稳定，继续监测血压、心率等生命体征。复查头颅CT，及时发现出血等并发症，及时处理。

2026-02-11 23:30 日常病程记录: 患者约 22:30 自述言语不清较前加重，伴左侧肢体麻木无力，拟外出行颅脑CTA+CTP检查，过程中不配合，烦躁明显，伴喷射性呕吐。返回监护室，行止吐、镇静等处置，再次外出完善颅脑影像学检查，提示“脑干出血”，请神经外科缺血组会诊。

2026-02-12 01:24 会诊意见病程记录: 患者因言语不清较前加重，伴左侧肢体麻木无力，外出复查影像学检查，于 2026 年 02 月 11 日请神经外科缺血性脑血管病组会诊，会诊医师查看患者及病历资料，会诊意见如下: 病史已复习，查体同贵科。颅脑CT: 脑干出血表现。意见: 1. 我科暂无急症手术指征，停用活血药物，以中性治疗为主; 2. 密切注意意识、瞳孔、生命体征变化，动态复查CT，警惕脑疝形成; 3. 我科随诊。谢邀! 关于会诊意见已向患者家属交代。会诊意见参考执行。

2026-02-12 01:26 有创诊疗操作记录: 因患者脑干出血，呼吸困难，向患者家属交代病情后，经家属同意后于今日 01:10 行气管插管术……。

2026-02-12 11:05 主任医师查房记录: 患者病情危重，持续气管插管接呼吸机辅助通气，硝普钠、乌拉地尔降压，昨日入院后入量 1270ml，出量 3100ml，今晨体温: 36.7℃，血氧饱和度 100%，心率 65 次/分，血压: 135/75mmHg。APACHE II 评分 22 分，S0FA评分 2 分。查体: 意识不清，双侧瞳孔直径 1.5mm，对光反射弱阳性。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰

音、心律齐，瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软，四肢肌张力不高，下肢无水肿，双侧巴氏征阳性。辅助检查：2026-02-12 颅内动脉CTA增强 1、主要头颈动脉粥样硬化；2、左侧椎动脉起源于主动脉弓，行径变异（自C5进入横突孔）；左侧胚胎型大脑后动脉；3、脑干出血，注意复查。……。

今日主任医师查房分析：患者既往高血压病史，本次主因右侧肢体麻木入院，考虑急性脑梗死，完善颅脑CT未见出血，排除禁忌后予TNK静脉溶栓，溶栓后患者出现烦躁、呕吐，复查颅脑CT示脑干出血，已请神经外科会诊，暂无特殊处理，中性治疗为主，患者目前已停用镇静镇痛药物，注意观察患者意识水平变化，注意瞳孔变化，注意复查CT评估病情变化；治疗上给予插管机械通气，及甘露醇脱水减轻脑水肿，依达拉奉清除脑自由基，乌拉地尔联合硝普钠降压，注意控制血压水平，避免血压过高或过低；患者出现发热，感染指标高，目前发热不排除中枢性高热及感染可能，治疗上加用安宫牛黄丸 1 丸胃管内注入Qd，患者已留取血培养及病原学，并给予对症降温，加用哌拉西林钠他唑巴坦钠 4.5g 静滴Q8h 抗感染治疗，动态监测感染指标，注意病原学结果，监测体温变化，动态调整用药方案；患者目前持续胃肠减压，注意引流量，病情允许及时启动肠内营养支持治疗；患者VTE高风险，目前存在脑出血，无法抗凝治疗，注意复查相关病情、风险及花费已向患者家属告知，其知情理解。密切关注患者病情变化，及时处理。

2026-02-12 06:51 CT影像检查报告单(检查-)：临床诊断：急性脑梗死。检查部位及方式：颈动脉CTA增强，颅内动脉CTA增强。影像学表现：主动脉弓未见斑块及狭窄。头臂干未见斑块及狭窄。左颈总动脉可见混合斑块，管腔轻度狭窄。右颈总动脉未见斑块及狭窄。左颈内动脉C6段可见钙化斑块，管腔中度狭窄。右颈内动脉C6段可见钙化斑块，管腔中度狭窄。左椎动脉起源于主动脉弓、行径变异（自C5进入横突孔）；

未见斑块及狭窄。右椎动脉未见斑块及狭窄。基底动脉未见斑块及狭窄。右侧后交通动脉缺如、左侧后循环过渡型变异。左大脑中动脉未见斑块及狭窄。右大脑中动脉M1段可见非钙化斑块，管腔轻度狭窄；M2段可见非钙化斑块，管腔轻度狭窄。双侧大脑前、后动脉未见斑块及狭窄。脑干见斑片状高密度影，范围约28mm×20mm，CT值46Hu。影像学诊断：1、主要头颈动脉粥样硬化；2、左侧椎动脉起源于主动脉弓，行径变异（自C5进入横突孔）；左侧胚胎型大脑后动脉；3、脑干出血，注意复查。请结合临床。

2026-02-13 14:28 会诊意见病程记录：患者因复查颅脑CT示脑干出血较前增多、脑积水表现，于2026年02月13日请神经外科缺血性脑血管病组医师会诊，会诊医师查看患者及病历资料，会诊意见如下：患者气管插管，神志不清，呼之不应，四肢肌力不可查。辅助检查：颅脑CT：脑干出血，脑积水。处理：1、患者脑干出血，可行脑室外穿刺引流；2、告知家属风险；3、我科随诊。关于会诊意见已向患者妻子及儿子交代。患者家属商议后拒绝行侧脑室钻孔引流术，并已在《拒绝检查或治疗告知书》上签字，已反复告知家属患者目前病情危重性，有脑积水进行性加重导致死亡的风险，患者家属表示知情理解。

2026-02-14 15:16 日常病程记录：今日邀[]神经内科主任医师协助诊疗，患者因再次出现肢体麻木后来院就诊，评估患者病情无溶栓禁忌且在溶栓时间窗内，给予溶栓治疗，之后出现脑干、右侧小脑半球出血，目前诊断明确，治疗上以脱水降颅压为主，建议调整甘露醇为30g Q8h同时给予白蛋白后利尿，患者有脑积水加重的风险，建议行侧脑室钻孔引流减轻脑积水，动态复查头颅CT，已将病人病情告知患者儿子，其表示继续目前治疗方案，暂不同意行侧脑室钻孔引流术。

2026-02-14 15:38 副主任医师查房记录：患者病情危重，持续经口气

管插管呼吸机辅助呼吸，持续乌拉地尔、硝普钠、尼莫地平泵入降压，丙泊酚镇静，持续冰毯物理降温，24小时入量2137ml，出量2230ml，其中尿量1800ml，胃肠减压量430ml。今晨体温：36.6℃，血氧饱和度：100%，心率：83次/分，血压：146/56mmHg。查体：意识不清，查体无法配合，双侧瞳孔直径1.5mm，左侧对光反射迟钝。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软，四肢肌力、肌张力查体无法配合，双下肢无水肿。双侧巴氏征(+)。辅助检查：……。主任医师查房分析：患者生命体征尚平稳，意识状况较前无改善。昨日复查颅脑CT示脑干出血较前增多、脑积水表现，请神经内科、神经外科会诊后与患者家属沟通病情，可行侧脑室钻孔引流术及脑干血肿穿刺引流术治疗，并告知相关风险，患者家属拒绝并签署相关告知书，要求保守治疗；目前暂予以镇静镇痛、控制血压、减轻脑损伤等对症治疗，今日请神经内科专家会诊，上调甘露醇用量为30g q8h预防脑水肿，增加人血白蛋白12.5g q12h静滴+输注后利尿脱水降颅压，预防脑水肿，建议侧脑室穿刺引流，家属商议后仍表示继续药物治疗。再次向患者家属告知目前病情危重性，患者随时有呼吸心跳骤停的可能，预后极差，死亡风险高，家属知情，继续目前监护室治疗；密切监测患者生命体征变化，注意瞳孔、神志等，及时对症处理。

2026-02-19 11:25 副主任医师查房记录：患者病情危重，持续经口气管插管呼吸机辅助呼吸，持续乌拉地尔、硝普钠、尼莫地平泵入降压、解痉，昨日24h入量2989ml，出量3050ml。今晨体温：36.6℃，血氧饱和度：98%，心率：91次/分，血压：133/73mmHg。查体：意识不清，呼之无反应，偶可见睁眼，双侧瞳孔直径1.5mm，对光反射存在。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软，四肢肌力查体不合作，肌张力正常，双下肢无水肿。双侧巴氏征(+)。辅助检查：20

26-02-18 颅脑 CT 平扫: 1、脑干、右侧小脑半球出血破入脑室系统复查表现, 较前变化不大; 蛛网膜下腔出血; 脑室系统稍扩张, 注意复查; 2、脑内多发缺血灶、梗死灶、软化灶; 3、脑白质脱髓鞘; 鼻窦炎。...。今日副主任医师查房分析: 患者复查脑 CT 较前无明显进展, 神志状态较前稍改善, 相关病情已向患者家属告知, 今日继续原抗感染及支持治疗方案, 加用硝苯地平控制血压, 逐渐停用硝普钠避免蓄积作用。及时处理相关病情变化。

2026-02-25 10:54 主任医师查房记录: 患者病情危重, 持续经口气管插管呼吸机辅助呼吸, 持续微量泵泵入乌拉地尔降压、胰岛素控制血糖, 昨日 24h 入量 4275ml, 出量 3300ml。今晨体温: 37.5℃, 血氧饱和度: 100%, 心率: 75 次/分, 血压: 143/74mmHg。查体: 意识不清, 呼之无反应, 双侧瞳孔直径 2mm, 对光反射迟钝。双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音。心律齐, 瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软, 四肢肌力查体不合作, 肌张力正常, 双下肢无水肿。双侧巴氏征 (+)。辅助检查: ...。2026-02-24 颅脑 CT 平扫 1、脑干、右侧小脑半球出血破入脑室系统复查表现; 蛛网膜下腔出血, 较前吸收; 脑室系统稍扩张, 注意复查; 2、脑内多发缺血灶、梗死灶、软化灶; 3、脑白质脱髓鞘; 鼻窦炎; 4、双肺坠积性炎症, 较前相仿; 5、右肺上叶结节, 较前显示欠清; 6、双侧胸膜略增厚; 7、肝及左肾囊肿可能; 8、气管置管后; 胃管置入后。今日主任医师查房分析: 患者昨日复查头、胸 CT, 提示脑出血较前吸收, 脑积水较前无明显改变, 肺部炎症表现, 较前无明显改变; 继续当前脱水降颅压、控制血压、营养支持、维持水电解质平衡对症治疗; 患者现抗感染方案为哌拉西林他唑巴坦 4.5g q8h 静滴+多粘菌素 75mg q12h 雾化+利奈唑胺 0.6g q12h 静滴抗感染, 昨日体温峰值较前降低, 复查降钙素原下降, 今日暂不调整治疗方案, 注意维持出入量及电解质平衡, 等待血培养结果回报, 必要时留取

上呼吸道核酸检测，密切关注患者病情变化，及时处理。

2026-03-13 11:40 阶段小结：目前情况：患者现病情重，心肺功能尚可，间断发热，持续气管插管接呼吸机辅助通气。昨日出入量+274ml，今晨体温：38.5℃、血氧饱和度 100%，心率 67 次/分，血压：138/85mmHg，查体：意识不清，偶有睁眼，呼之无反应，双侧瞳孔直径 2mm，对光反射迟钝。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软，肌力查体不合作，双上肢肌张力减弱，双下肢无水肿，双侧巴氏征(-)。目前诊断：急性脑梗死 高血压 肺炎 低磷血症 脑干出血 右侧小脑半球出血 蛛网膜下腔出血 肾功能不全。诊疗计划：现左氧氟沙星+米诺环素抗感染。下一步继续抗感染、脏器功能保护、营养液体支持等对症治疗及康复训练。必要时评估气管切开。

（病历资料摘要仅供了解患者诊疗过程使用，详细情况以原始病历资料为准）。

四、鉴定过程

1. 鉴定标准和检验方法：根据《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T 0095-2021），《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097-2021），结合委托要求进行检验。

2. 医患双方陈述意见摘要：

患方：院方存在以下诊疗过错：1、NIHSS 0 分与非致残性轻型卒中的误判，在非致残及症状改善背景下实施静脉溶栓，适应证把握不当；2、溶栓后出现颅内出血时，未立即行头颅CT处置，存在延误；3、降颅压药物使用延误；4、溶栓后监护缺位；5、纤维蛋白原补充与冷沉淀使用缺失；6、风险评估不到位。

医方：1. 诊断明确；2. 原发病治疗过程无明确过错；3. 诊疗行为无过错；4. 充分履行了告知义务。

五、分析说明

经审阅委托方提供的鉴定材料，2026年3月24日召开了司法鉴定陈述会，鉴定人和医患双方共同核对了已送达的鉴定资料及委托事项，听取医患双方陈述，询问病情、病程以及诊疗过程中的相关问题，依据卫生行政法规、临床医学理论、临床诊疗规范、指南等并结合临床专家意见，就委托事项分析如下：

一、关[]的诊疗过程及损害后果

患[]“右侧肢体麻木、无力3.5小时”于2026年2月11日14:46[]（以下简称医方）急诊内科就诊，查体见四肢肌力5级，肌张力正常，NIHSS评分0分，MRS评分0分，初步诊断：脑梗死，患者拒绝检查及诊治，自行离院。当日19:16患者因“约1小时前再次出现右侧肢体麻木无力”再次返院治疗，NIHSS评分0分，经颅脑CT排除脑出血后于19:52应用TNK 14mg溶栓，20:06入住医方急诊重症监护室，22:30左右患者述言语不清较前加重，伴左侧肢体麻木无力，后经颅脑CT提示脑干出血，神经外科会诊认为暂无急症手术指征，建议停用活血药物、以中性治疗为主、动态复查CT等，2月12日01:10行气管插管术，予以减轻脑水肿、降血压、抗感染等对症治疗，2月13日复查颅脑CT示脑干出血较前增多、脑积水表现，医方建议行脑室外穿刺引流术，患方（患者近亲属）拒绝，2月14日上级医院专家会诊后再次建议行侧脑室钻孔引流减轻脑积水，患方再次拒绝手术，要求继续保守治疗，3月13日查体见患者意识不清，偶有睁眼，呼之无反应，双瞳等大等圆，对光反射迟钝，肌力查体不合作，双上肢肌张力减弱，诊断为：急性脑梗死 高血压 肺炎 低磷血症 脑干出血 右侧小脑半球出血 蛛网膜下腔出血 肾功能不全。

综上，被鉴定[]损害后果认定为：患者轻型脑梗死溶栓后迅

速进展为致死性脑干出血、多器官功能障碍、持续昏迷、呼吸机依赖等脑出血后遗症。

二、诊疗过程中的医疗过错

1. 溶栓前综合评估不到位，溶栓指征不足，告知不充分。

患者于2026年2月11日14:46首诊后曾自行离院，后于19:16再次返院。患者NIHSS评分持续0分，且神经系统检查无明显阳性体征，属于轻型非致残性卒中，依据《中国急性缺血性卒中诊治指南（2023）》为溶栓相对禁忌证；同时，患者有高血压病史多年，医方未深入分析其长期高血压对血管条件的影响，亦未能充分考虑高血压作为溶栓出血风险重要影响因素的潜在危害。

医方虽进行了一般性的知情告知，但未能针对患者NIHSS评分0分、轻型卒中这一特殊情况，向家属重点强调溶栓并非绝对必要，以及在此情况下溶栓可能面临的较高出血风险，包括脑干出血等严重并发症的可能性，使得患方未能充分理解治疗选择的利弊，缺乏对风险的足够认知。由于医方对溶栓指征宽松把握和对风险评估不充分，为后续严重出血并发症的发生埋下了极大隐患。

医方在未向家属重点告知溶栓的高出血风险及未对患者病情严重程度、溶栓获益与风险比、禁忌证等方面进行详细综合评估情况下，直接使用TNK14mg静脉溶栓，存在医疗过错。

2. 溶栓后早期监护不到位，并发症处理不及时。

《中国急性缺血性卒中诊治指南（2023）》对静脉溶栓后的监护要求：定期进行血压和神经功能检查，静脉溶栓治疗中及结束后2h内，每15分钟进行1次血压测量和神经功能评估；然后每30分钟1次，持续6h；以后每小时1次直至治疗后24h。本案患者19:52溶栓结束，院方

仅记录溶栓过程无异常，未按规定每 15 分钟监测神经功能、血压、瞳孔至溶栓后 2 小时，直至 22:30 左右患者自述言语不清加重、左侧肢体麻木无力，才发现病情变化，错失了脑干出血早期识别和干预的关键时间窗。

根据病历资料显示，患者在 22:30-23:31 等待影像学检查期间，已出现意识不清、烦躁、喷射性呕吐等明显颅内压增高症状情况下，医方未及时应用甘露醇等脱水降颅压药物，进一步加重了脑干受压和继发性脑损伤。患者 23:31 颅脑CT检查明确提示脑干出血后，医方虽停用活血药物，但未能立即启动针对脑出血的规范化治疗方案，也未及时考虑补充纤维蛋白原或输注冷沉淀等针对性止血措施，未能有效控制出血进展。

上述一系列监护措施的缺失和处理的延迟，直接影响了对脑干出血这一致命性并发症的早期控制，加剧了患者神经功能损害的程度，与患者脑干出血的迅速扩大、脑积水的形成以及后续持续昏迷、多器官功能障碍等严重损害后果之间存在明确因果关系。

三、医疗过错、因果关系及原因力分析

急性脑梗死、高血压等 ██████████ 身疾病。患者长期高血压 10 年（首诊血压 177/99mmHg），其血管硬化、易破裂，是脑梗死+脑出血双重高危因素；入院前已存在多发脑缺血、梗死、软化灶，其脑储备功能差，耐受损伤能力低；患方两次拒绝关键手术：脑室外引流术，错失关键性干预机会。前述不利因素与最终损害后果之间存在因果关系。

██████████ 的诊疗过程中存在以下过错：溶栓前综合评估不到位，溶栓指征不足，告知不充分；溶栓后早期监护不到位，并发症处理不及时。

综上，根据医学领域的复杂性和不确定性，考虑到脑梗死溶栓后存在脑出血的固有风险，且发生脑出血是可预见但无法完全避免的致命性

并发症，结合[REDACTED]上述医疗过错行为及患者[REDACTED]自身疾病等因素，依据《医疗损害司法鉴定指南》7.3.4 医疗行为与患者的损害后果之间存在一定的因果关系，过错系同等原因“损害后果与医疗过错行为以及患者病情本身的特点、自身健康状况、体质的特殊性或者限于当时医疗水平等因素均密切相关，若没有发生医疗过错，或者没有患者的自身因素（和/或限于当时医疗水平等因素），损害后果通常情况下都不发生。医疗过错和患者自身因素在损害后果形成的过程中，所起的作用基本相当，难分主次。”等综合分析认为，[REDACTED]的医疗过错[REDACTED]的损害后果（脑出血后遗症）之间存在因果关系，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议为同等原因。

六、鉴定意见

[REDACTED]对被鉴定[REDACTED]的诊疗行为存在医疗过错，医疗过错[REDACTED]的损害后果（脑出血后遗症）之间存在因果关系，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议为同等原因。

鉴定 [REDACTED] 副主任医师

执业证号 [REDACTED]

鉴定 [REDACTED] 主任医师

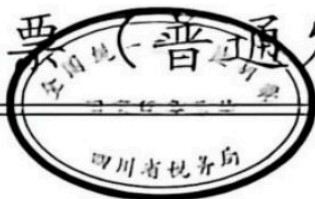
执业证号 [REDACTED]

二〇二六年四月二十日

鉴定专用章



电子发票(普通发票)



发票号码 [redacted]

开票日期: 2026年04月01日

购买方信息	名称 [redacted] (个人)		销售方信息	名称 [redacted]				
	统一社会信用代码/纳税人识别号:			统一社会信用代码/纳税人识别号: 345 [redacted]				
项目名称		规格型号	单位	数量	单价	金额	税率/征收率	税额
*其他咨询服务*医疗过错评定		无	次	1	87 [redacted]	8737.86	3%	262.14
*鉴证咨询服务*医疗过错与损害的因果关系评定		无	次	1	38 [redacted]	3883.50	3%	116.50
*鉴证咨询服务*医疗损害后果评定		无	次	1	29 [redacted]	2912.62	3%	87.38
合 计						¥15533.98		¥466.02
价税合计 (大写)			☒ 壹万陆仟圆整			(小写) ¥16000.00		
备注	被鉴定人 [redacted] [redacted] 转账							

开票人 [redacted]