

[REDACTED]

司法鉴定意见书



社会信用代码：343700007 [REDACTED] 号



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。如当事人对鉴定意见有异议，应当在收到本鉴定意见书后七个工作日内以书面形式通过委托方向本机构提出。

地址：[REDACTED] 四楼 邮政编码：[REDACTED]

联系电话：0531-[REDACTED] 传真：0531-[REDACTED]



司法鉴定意见书

一、基本情况

委托人：烟台市牟平区人民法院

委托鉴定事项：申请对被申请人诊疗行为是否具有过错，如果有过错，该过错与其（被鉴定人）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司法鉴定

受理日期：2025 年 7 月 10 日

鉴定材料：（2025）司法鉴定委托书 1 份；司法鉴定委托移送表 1 份；住院病案（病案号：复印件 1 份；患方情况说明 1 份；院方出具的关于被鉴定人死亡原因的说明 1 份；法院庭审笔录 1 份；医学影像片 23 张；被鉴定人居民身份证复印件 1 页。

鉴定日期：2025 年 8 月 8 日

鉴定地点：

在场人员：详见医患意见陈述会笔录。

被鉴定人：女，生，已故。

二、基本案情

据鉴定送检材料记载，被鉴定人于 2024 年 1 月 9 日因“食欲不振，乏力 20 余天”至住院治疗，入院诊断为“1. 肠梗阻 2. 低蛋白血症 3. 低钾血症 4. 中度贫血 5. 低钠血症 6. 胃炎可能性大 7. 间位结肠 8. 双股骨头无菌坏死 9. 多处 II 期压疮”，住院行输液补钾、灌肠等相关治疗。2024 年 1 月 17 日患者出现高烧不退，意识不清，并于 2024



年1月21日死亡。现双方发生医患纠纷，医患双方均认可被鉴定人因感染性发热所致多器官衰竭的死亡原因。因案件审理需要，现由烟台市牟平区人民法院委托本所对上列委托事项进行鉴定。

三、资料摘要

2024-01-09 至 2024-01-21 住院病案（病案号： 摘录： 女，69岁，实际住院12天。

主诉：食欲不振伴头晕，乏力20余天。

入院情况：患者食欲不振，头晕、乏力，时有反酸，稍感恶心，无腹胀腹泻，无发热恶寒，无胸痛及肩背部放射痛，平素眠差，小便正常，大便多日未解。近期体重下降，具体诉不清。体检：T:36.8℃；P:76次/分；R:18次/分；Bp:115/66mmHg。骶尾椎骨处可见一大小约2.5cm×2cm皮肤破损，右侧股骨粗隆处可见一大小约3.5cm×3cm皮肤破损，右侧第一跖骨处可见一大小1.5cm×2cm水泡，结膜苍白，腹部凹陷，对称，无腹壁静脉显露，无胃肠型和蠕动波，腹部柔软，无压痛、反跳痛，腹部无包块。肝脾肋下未触及，Murphy氏征阴性。腹部叩诊呈鼓音，肝肾区无叩击痛，无移动性浊音。肠鸣音正常。未听到血管杂音。

入院诊断：1. 肠梗阻 2. 低蛋白血症 3. 低钾血症 4. 中度贫血 5. 低钠血症 6. 胃炎可能性大 7. 间位结肠 8. 双股骨头无菌坏死 9. 多处Ⅱ期压疮

诊疗经过（抢救经过）：患者入院后完善相关辅助检查：血糖速测：5.6 mmol/L；血气分析全套（检验）：cK⁺ 2.40mmol/l↓，ctHb 8.20g/dL↓，。急诊肝功、急诊生化：NA135mmol/L↓，K 2.5mmol/L↓，ALB 21.70g/L↓，TP 46.00g/L↓；尿液分析：WBC 75.00Leu/L↑；血分析加CRP：CRP 12.37mg/l ↑，LY% 13.60%↓，RDW-SD 64.70f1↑，MCV 73.00f1↓，



HGB 76.00g/L ↓, NE% 80.20% ↑; 癌胚抗原: CEA 5.36ng/ml ↑; 甲功三项、糖类抗原 199、凝血常规 (四项)、病毒八项、急诊肾功未见明显异常。心电图: 窦性心律, 电轴正常, ST-T 改变。胸部 CT: 1. 符合双肺支气管炎并轻度肺气肿 CT 表现; 2. 右肺中叶慢性病变, 建议定期复查; 3. 右肺微结节影, 建议随诊观察; 4. 心腔密度减低, 提示贫血; 5. 主动脉及冠状动脉管壁钙化。上腹部 CT 扫描: 1. 肝脏形态不规则, 胆总管上段扩张, 请结合临床, 建议 MR 检查; 2. 肝内多发钙化; 3. 间位结肠; 4. 降结肠及部分小肠管腔内液平面, 部分小肠管腔稍扩张, 梗阻不除外, 请结合临床, 建议短期复查。复查腹部平片: 腹部浅小液平, 请结合临床。双股骨头无菌坏死, 建议 CT 进一步检查。01-11 复查血分析加 CRP: PLT $110.00 \times 10^9/L$ ↓, LY% 16.40% ↓, HCT 27.70% ↓, RBC $3.77 \times 10^{12}/L$, RDW-SD 65.00f1 ↑, MCV 73.50f1 ↓, NE% 78.60% ↑, HGB 88.00g/L ↓; 急诊肝功、急诊生化: NA 135mmol/L ↓, ALB 23.20g/L ↓, K 3.4mmol/L ↓, TP 49.00g/L ↓; 贫血三项: FOL 1.80ng/ml ↓。磁共振平扫 3.0T (上腹部) 特殊序列+下腹+con: 1、所示升结肠中上段、降结肠下段、乙状结肠及直肠壁不同程度肿胀、增厚 (尤以升结肠为著), 考虑炎性病变伴肠周脂肪间隙渗出性改变 MRI 平扫及增强表现, 请结合临床及肠镜检查, 除外肿瘤性病变; 2、所示胃壁及部分小肠壁轻度水肿, 请结合临床; 3、肝脏形态不规整, 请结合临床; 4、部分臀肌及盆底部软组织水肿、腹盆腔少量积液; 5、间位结肠、右侧膈顶上抬; 6、符合双侧股骨头及髁臼缺血性坏死 MRI 表现; 7、所示腰椎曲度侧弯。01-18 复查血分析加 CRP: EO $0.00 \times 10^9/L$ ↓, EO% 0.00% ↓, PCT 0.01% ↓, NE $0.89 \times 10^9/L$ ↓, WBC $1.38 \times 10^9/L$ ↓, PLT $17.00 \times 10^9/L$ ↓, HCT 18.00% ↓, RBC $2.61 \times 10^{12}/L$ ↓, CRP 50.23mg/l ↑, HGB



59.00g/L↓。肝功 2、电解质五项：A/G 1.1↓，*Na 132.1mmol/L↓，PALB 2.4mg/dl ↓，*ALB 20.0g/L↓，*K 3.45mmol/L↓，*TP 38.7g/L↓。治疗上予注射用奥美拉唑钠抑酸护胃，补液补钾补钠，复方氨基酸注射液补充氨基酸，叶酸片补充叶酸，复方嗜酸乳杆菌片调节肠道菌群，利可君片（利血生）、鲨肝醇片、咖啡酸片升白细胞、血小板，人血白蛋白补充白蛋白等。患者 01-19 12:28 左右，患者如厕后周身乏力，家属协助上床时突发意识模糊，急查血糖速测：9.4mmol/L，急予心电监护、吸氧 3L/分，监测血压 106/60mmHg，血氧饱和度：97%，完善心电图：1. 窦性心动过速；2. 电轴正常；3. ST-T 改变。急查血气分析全套（检验）：cCa²⁺ 1.13mmol/L↓，cNa⁺ 131.00mmol/L↓，pCO₂ 20.30mmHg↓ ctHb 6.80g/dL↓ cLac 7.50mmol/L↑ cGlu 8.00mmol/L↑，NT-proBN P1483.00pg/ml↑ 心肌三合一定量：CTnT 0.029ng/ml↑，结合患者相关检查情况通知病重。PCT 0.84ng/mL↑；甲型/乙型流感病毒抗原：阴性；凝血常规（五项）：D-二聚体 1.40mg/L↑；急诊肾功未见明显异常，请重症医学科、药剂科会诊协诊，治疗上加用注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠后改用注射用美罗培南、利奈唑胺片抗感染。患者于 01-21 09:30 测血压 75/45mmHg。予以去甲肾上腺素持续泵入升压，生脉注射液益气扶正，血氧饱和度 88%，予以尼可刹米静滴兴奋呼吸。患者血压、血氧饱和度持续不升，心率持续下降，考虑临终状态，告知家属患者随时有呼吸循环衰竭可能，表示理解，并表示拒绝一切抢救措施，患者于 15:21 呼吸心跳停止，大动脉搏动消失，心音听不到，血压测不到，行心电图示直线，宣布临床死亡。

2024-01-09 检查报告单（病人号：[REDACTED] 摘录：标本：血清 总蛋白：46.00g/L；白蛋白：21.70 g/L



死亡原因：感染性发热所致的多器官功能衰竭。

死亡诊断：1. 肠梗阻 2. 感染性发热 肠源性?呼吸道感染?3. 肠道肿瘤可能性大 4. 低蛋白血症 5. 电解质紊乱 低钾血症 低钠血症 6. 继发性全血细胞减少可能性大 7. 多处Ⅱ期压疮 8. 胃炎可能性大 9. 间位结肠 10. 双股骨头无菌坏死

四、鉴定过程

(一) 医患意见陈述会笔录

于2025年8月8日，在[REDACTED]召开由医患各方当事人、代理人、代表人参加的与委托事项有关的陈述会。患方参加人员：[REDACTED]（被鉴定人家属）、[REDACTED]（被鉴定人家属）、[REDACTED]（代理人）、[REDACTED]（代理人）；医方参加人员：[REDACTED]（护士长）、[REDACTED]（医生）、[REDACTED]（医生）。会上听取了双方各自陈述，并留阅相应文字材料。

(二) 检验所见

按照《法医临床影像学检验实施规范》（SF/T 0112-2021）阅片所见
本案鉴定人与影像学专家对[REDACTED]2024-1-9 腹部 CT 及 2024-1-11 腹盆部 MR 进行细致审查、阅片，达成一致认可的影像学意见，综合认定意见如下：肝脏形态不规则，间位结肠表现；肠道少量小气液平，未见腹腔内游离气体；盆腔积液。

阅其余送检诸影像片所见与病历记述一致。

(三) 医疗过错鉴定依据

《司法鉴定程序通则》等法律法规及相关司法解释；国家部编医学教材；临床技术规范、诊疗指南等一般诊疗常规及行业专家共识；《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）鉴定标准等。

五、分析说明

受理本案后，审阅了全部鉴定材料，召开了医患意见陈述会并咨询相关临床医学专家，综合分析如下：

（一）对医方诊疗行为是否存在过错的分析

1. 院方于2024年1月9日-2024年1月14日对被鉴定人行灌肠医疗行为，灌肠之前未告知被鉴定人灌肠的目的、方式及其并发症等，院方存在医疗措施告知不充分的过错。

2. 院方于2024年1月9日-2024年1月14日对被鉴定人行灌肠医疗行为，但未见院方灌肠类型、灌肠操作详细过程及灌肠过程中患者的反应等记录，院方存在病历材料书写不规范的过错。

3. 根据送鉴材料，被鉴定人入院时血清白蛋白浓度21.70g/L，属于重度低蛋白血症，亦存在贫血的相关指标异常，由于被鉴定人入院首日院方医嘱禁饮食，院方应考虑到输注白蛋白或其他提升白蛋白的医疗措施的必要性，以提高机体机能，增强抵抗力等并告知被鉴定人或其住院期间的代理人，院方未及时给予提升白蛋白的医疗措施，存在未予及时相关治疗的过错；被鉴定人入院时血生化检查见C-反应蛋白、中性粒细胞比率等高于正常范围，提示被鉴定人入院时存在细菌感染、慢性炎症等情况，后期复查的血生化检查亦体现被鉴定人存在细菌感染、慢性炎症的情况存在，院方未及时给予细菌培养及药敏试验，以根据检查结果指导精准用药，院方未予相关细菌培养及药敏试验，存在过错。

（二）诊疗过错与目前损害后果之间的因果关系、原因力大小的分析

██████████对被鉴定人██████████诊疗过程中存在医疗措施告



知不充分、病历材料书写不规范、未予及时相关治疗的过错，该过错与被鉴定人感染性发热所致的多器官功能衰竭死亡原因损害后果之间存在一定因果关系。本案中，被鉴定人入院时即存在肠梗阻、细菌感染、低蛋白血症、贫血及电解质紊乱等情况，机体抵抗力较同龄人弱；其身体多处压疮形成，表明被鉴定人活动能力、营养状态等较其同龄人差，自身健康状况明显欠佳；结合以上情况综合分析，院方的诊疗过错促进了被鉴定人自身疾病的进展，根据《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）相关规定，院方的诊疗过错与被鉴定人目前损害后果之间存在一定的因果关系，原因力大小建议为次要原因。

六、鉴定意见

对被鉴定人诊疗过程中存在过错，该过错与被鉴定人目前损害后果之间存在一定的因果关系，原因力大小建议为次要原因。

司法鉴定人：[REDACTED]

《司法鉴定人执业证》证号：[REDACTED]

司法鉴定人：[REDACTED]

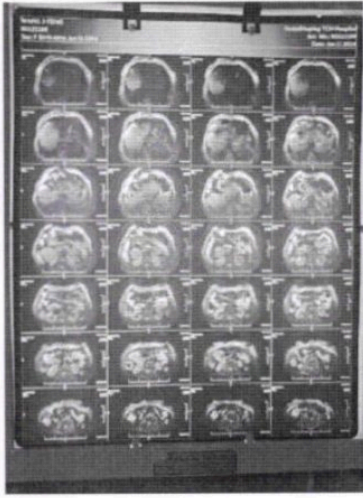
《司法鉴定人执业证》证号：[REDACTED]

二〇二五年九月十八日





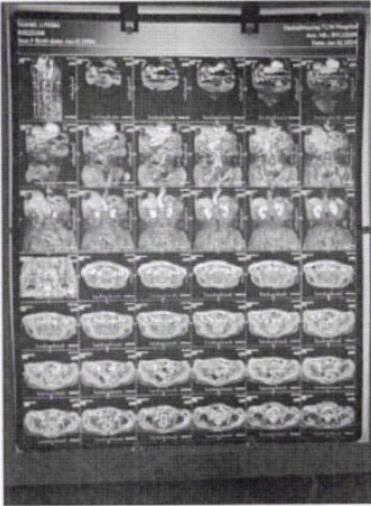
被鉴定人影像片



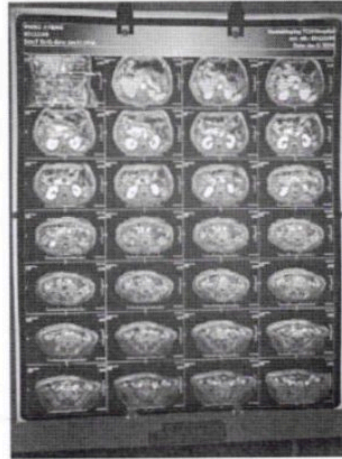
影像片



影像片



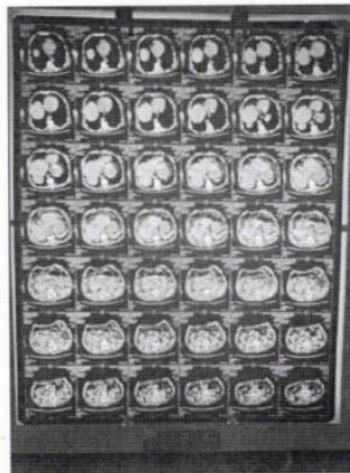
影像片



影像片



影像片



影像片

鉴定所章



电子发票(普通发票)



发票号码: 25372000000257552695
开票日期: 2025年09月19日

下载次数: 1

购买方信息		销售方信息	
统一社会信用代码/纳税人识别号:		纳税人识别号	
项目名称	规格型号	单位	数量
*鉴证咨询服务*鉴定费、专家咨询费			
含税合计		¥11881.19	
价税合计(大写)		(小写) ¥12000.00	
备注			

开票人: 孟莉媛