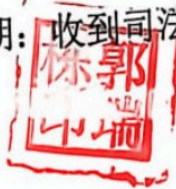




司法鉴定意见书

如对本次鉴定有异议，请于异议期内向法院提交书面异议材料，逾期视为无异议。（异议期：收到司法鉴定意见书7日内）



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。
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。

地址：上海市静安 [REDACTED] 10 楼、1901、1902 室。

邮编 [REDACTED]

电话：02 [REDACTED]

网址：ww [REDACTED] org





司法鉴定意见书



一、基本情况

委托方：济南高新技术产业开发区人民法院

委托鉴定事项：

对被鉴定人的诊疗行为是否存在过错，损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小；2. 伤残等级；3. 误工期、护理期、营养期鉴定

受理日期：2026年1月29日

鉴定材料：1. 济南高新技术产业开发区人民法院《司法鉴定委托书（2025）》一份；2. 起诉状、鉴定申请书、笔录复印件一套；3. 门诊病历、2024.10.7-10.18、11.23-12.25住院病案（病案号）、2025.11.22-11.25住院病案（病案号）复印件一套；4. 2024.10.18-10.24住院病案（病案号）复印件一套；5. 2024.10.24-11.23住院病案（病案号）、门诊病历、报告单复印件一套；6. 2025.3.21-4.2住院病案（病案号）复印件一套；7. 门诊病历、影像诊断报告复印件一套；8. 影像学片五十七张。

鉴定日期：2026年4月15日-2026年5月13日

鉴定地点

被鉴定人 女，身份证号。





二、基本案情

据送鉴材料记载：被鉴定人[] 4 年 10 月 7 日 08:38 因“骶尾部疼痛 7 天 [] 就诊。当日经阴超声示子宫右后方探及一囊性回声团块；CT 示盆腔囊实性占位，尾椎前方囊性结节并钙化。2024 年 10 月 14 日 14:30-19:20 “腹腔镜下盆腔病损切除术”，于骨盆底部探及一巨大囊性肿物，大小约 10cm×10cm×8cm 大小，囊肿壁完整，局部与直肠系膜粘连，穿刺针进入腹腔穿刺囊肿上壁，吸出黄白色脓性液量约 400ml。10 月 16 日危急值报告白细胞 $1.39 \times 10^9/L \downarrow$ ，昨日夜间突发高热，伴畏寒。2024 年 10 月 18 日转入 [] [] 10 月 23 日 CT 不排除直肠穿孔可能，建议保守治疗。2024 年 10 月 24 日 []，当日行“腹腔镜探查+回肠造口术”，见腹腔粘连，可见部分脓苔，左膈下脾周可见少量黄色腹水，肝周可见少量脓苔及淡黄色腹水，中腹部及下腹部粘连较重，遂吸净可见腹水及脓苔。考虑肠漏处已部分粘连包裹，腹腔感染已局限于盆腔，术中决定暂不予以分解盆腔粘连，遂行回肠造口术。2025 年 3 月 26 日 []（济南）医院行“回肠造口还纳术+腹腔镜探查术+肠粘连松解术”，将外置肠袢及周围瘢痕组织及少量正常回肠一并切除共约 12cm。

因患方 [] 为诊疗行为提出异议，现由济南高新技术产业开发区人民法院委托我中心就上述委托鉴定事项进行鉴定。

三、资料摘要

（一 [] 病历

1. 门诊病历





2024 年 10 月 7 日 08:38 主诉：骶尾部疼痛 7 天。现病史：患者 7 天前无明显诱因出现肛门后位肿痛，无发热，进行性加重，以致坐卧不安，影响正常生活。体温 36.2℃，肛门后位，骶尾部皮下压痛，肛诊肛门上 5cm，直肠下段左后壁可触及光滑肿块，质韧，无压痛。初步诊断：肛周脓肿。

2. 第一次住院病历（病案-）

2024 年 10 月 7 日 12:56 首次病程记录：因尾椎部坠胀感 1 周，加重 1 天，发现下腹包块 30 分钟收入院。2019 年于本院行剖宫产。自诉近 1 周来无明显诱因出现尾椎部坠胀不适，大小便正常。遂来我院肛肠科就诊，行盆腔 CT 检查提示 1. 盆腔囊实性占位，尾椎前方囊性结节并钙化，建议增强扫描检查。2. 阑尾显示。妇科彩超检查盆腔囊性包块，考虑不完全性纵膈子宫，宫颈管囊肿。T36.50℃。肛诊：直肠左后方可触及直径约 10cm 包块，活动欠佳。2024-10-07 彩超：经阴超声示：子宫右后方探及一囊性回声团块，大小约 12×10.2×7.0cm，内透声差，呈细密样回声。子宫受压向前上方位移，子宫大小形态正常，肌层回声均匀，内膜呈 Y 形，内膜厚约 0.7cm，宫腔内未见明显声像，宫颈管内探及一无回声，大小约 0.4×0.3cm。因气体干扰，右侧卵巢显示不清。提示盆腔囊性包块，考虑不完全性纵膈子宫，宫颈管囊肿。盆腔 CT 示 1. 盆腔囊实性占位，尾椎前方囊性结节并钙化，建议增强扫描检查。2. 阑尾显示。初步诊断：1. 盆腔肿物，2. 瘢痕子宫，3. 剖宫产个人史。

2024 年 10 月 13 日手术知情同意书：术前诊断：1. 盆腔肿物 2. 宫颈囊肿 3. 瘢痕子宫 4. 剖宫产个人史。拟施手术名称：腹腔镜下盆腔病损切除术。替代医疗方案：上级医院诊治。





2024 年 10 月 14 日 14:30-19:20 “腹腔镜下盆腔病损切除术”手术记录：以气腹针刺入腹腔……子宫附件形态良好，未见明显囊实性占位病变。改头低脚高位，由乙状结肠系膜和小盆腔交界处切开后腹膜进入骶前间隙，向远端游离直肠系膜，于骨盆底部探及一巨大囊性肿物，大小约 10cm×10cm×8cm 大小，囊肿壁完整，局部与直肠系膜粘连，界限欠清，囊壁表面可见似肉芽的纤维结缔组织生长，富含血供。首先以超声刀游离直肠系膜与囊肿内侧壁粘连处，进而向前向后游离囊肿壁，直至游离至囊肿基底部，囊肿根部基底宽大，约 3cm*4cm，与盆底部局部软组织粘连固定。继续小心游离囊肿外侧壁及后壁，处理外侧壁时注意保护右侧输尿管，将囊肿壁完整游离。创面渗血部位妥善电凝止血。因瘤体过于巨大，加之骨盆底部空间狭小，腔镜下囊肿基底部游离十分困难，遂决定术中予囊肿首先行减压处理。以一次性穿刺针进入腹腔穿刺囊肿上壁，接负压吸引器，予吸出黄白色脓性液量约 400ml，达到减压目的。后将囊肿向腹腔内牵拉，尽量暴露囊肿基底部，以超声刀离断根部，完整切除腹膜后巨大囊肿。以碘伏水，生理盐水反复彻底冲洗囊肿切除后创腔，创面彻底止血，检查直肠及部分乙状结肠血运未受影响后，于左右下腹部戳卡孔各放置 24#橡胶引流管一根于囊肿切除后创腔内，妥善固定。另取下腹部正中切口（原剖宫产手术刀口），长约 5cm，依次切开进腹，放置切口保护套，将切除囊肿自切口取出。术中出血量约 500ml。

10 月 14 日 19:29 术后首次病程记录：术中创面渗血量较大，身体抵抗细菌侵袭能力明显下降，加之囊肿内脓性液外溢污染创面，故术后有明确继续抗感染治疗指征，术后可继续予患者治疗性应用抗生素“盐酸





左氧氟沙星注射液” 0.5g ivdrip qd 抗感染对症处理，同时给予患者心电图监测、禁饮食、抑酸、全量补液对症综合治疗，目前患者体温 36.60℃，脉搏 98 次/分，呼吸 24 次/分，血压 105/69mmHg。注意观察生命体征变化和引流液体性状和量。

2024 年 10 月 15 日 10:21 查房记录：术后第 1 天，精神稍差，持续盆腔引流通畅，双侧引出血性液约 220ml，腹部触软，腹部各刀口对合良好，无红肿渗出。2024-10-15 血常规白细胞 $9.43 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 94.00g/L ↓，中性粒细胞比率 83.40% ↑，降钙素原 0.163ng/ml ↑；C 反应蛋白 31.4mg/L ↑；化验结果示感染指标明显高于正常范围上限，故术后继续给予患者治疗性应用抗生素“盐酸左氧氟沙星注射液” 0.5g ivdrip qd 抗感染对症治疗。今日给予人血白蛋白 10g ivdrip qd 纠正低蛋白血症，今日可停禁饮食改少量饮水，观察患者病情变化。

2024 年 10 月 16 日 8:51 采集引流液报告单：标本类型：引流液。报告时间 10 月 18 日。检验结果：大肠埃希菌，肺炎克雷伯菌，咽峡炎链球菌，三种以上细菌混合生长。

2024 年 10 月 16 日长期医嘱：10:13 注射用头孢哌酮钠/舒巴坦钠 3g ivdrip bid；12:30 注射用美罗培南 1g ivdrip q6h。

2024 年 10 月 16 日 10:37 危急值报告记录：10-16 09:35 接到检验科电话血常规白细胞 $1.39 \times 10^9/L$ ↓，血红蛋白 83.00g/L ↓，中性粒细胞数 $1.04 \times 10^9/L$ ↓。化验结果示白细胞数值明显低于正常范围下限，其数值结果已报告危急值，昨日夜间患者突发高热症状，体温最高达 39.7 摄氏度，伴畏寒，经药物及物理降温后，今晨体温仍持续维持在高值，综合病史考虑囊肿内脓液吸收及细菌大量入血引起的脓毒血症表现，





符合重度感染表现。根据目前病情，立即予患者做好危急值登记，同时给予加用治疗性应用抗生素“注射用头孢哌酮舒巴坦钠”3.0g ivdrip bid 同时联合“左氧氟沙星注射液”0.5g ivdrip qd 抗感染对症处理。患者持续高热，需充分补液补充血容量，增加有效循环血量，避免感染性休克发生。

2024年10月16日10:49查房记录：今晨查房后患者体温逐渐下降，目前患者已发汗，体温降至正常。10:25分左右，患者自诉感轻度憋喘表现，感胸口部位沉重，喘气有费力感。立即予患者持续心电监测示：血氧饱和度97%，血压65/40mmHg，心室率110次/分左右，触诊桡动脉搏动弱，四肢有湿冷表现。考虑大量细菌及毒素吸收入血引起的感染性休克代偿期表现。立即予患者持续监测生命体征变化情况，加开静脉通路，全量补液抗休克处理。同时联系输血科予患者输血治疗，补充红细胞及血浆，提升血浆胶体渗透压，保证足够有效循环血量，改善感染性休克代偿期表现。同时给予急查床边心电图及血气分析，指导后续检查治疗。

2024年10月17日10:58查房记录：患者病情危重，高流量氧疗，持续泵入去甲肾上腺素。血压107/61mmHg、心率121次/分。神志清，精神差，双肺呼吸音略低；腹部多头带加压包扎，腰背部略水肿，全腹触软、轻触痛、下腹部明显，肠鸣音弱；2024-10-17 白细胞 $2.58 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞比率87.30%，血红蛋白87.00g/L；考虑目前诊断“1. 感染性休克 2. 盆腔肿物（腹膜后囊性肿物）性质待查 3. 宫颈囊肿 4. 瘢痕子宫 5. 剖宫产个人史”。追问病史，患者15年前曾因咳嗽于“济南市传染病医院”诊断为“结核病”，5年前怀孕期间彩超见“盆腔囊肿”，





考虑患者盆腔脓肿不排除结核性脓肿，今日留取血液及引流液相关结核菌检查，并加用 5%葡萄糖注射液 250ml+盐酸左氧氟沙星注射液 0.6g 静滴 qd 抗结核治疗，加用口服异烟肼 300mg po qd；患者仍反复发热，继续予物理降温，继续 CRRT 清除炎症介质；患者已出现凝血功能障碍，今日予病毒灭活血浆静滴补充凝血因子；今日开始经口进食流质饮食开启胃肠功能，注意监测腹内压及排气情况。患者炎症反应强烈，家属意愿请上级医院教授会诊。

2024 年 10 月 18 日病理报告(病[REDACTED]8):送检日期 10/15。病理诊断：(盆腔)良性囊肿(横径 11cm)，囊壁被覆鳞状上皮，局灶鳞状上皮缺失并囊壁慢性炎、急性炎及大量泡沫细胞聚集。

2024 年 10 月 18 日出院记录：持续床旁血液净化清除毒素及炎症介质、稳定内环境；美罗培南、盐酸左氧氟沙星抗感染治疗……出院诊断：1. 感染性休克，2. 盆腔脓肿（腹膜后囊性肿物），3. 肝功能不全，4. 心功能不全，5. 凝血功能异常，6. 宫颈囊肿，7. 瘢痕子宫，8. 剖宫产个人史。出院情况：高流量氧疗，SP02 45%，SP02 94%。持续泵入大量缩血管药物维持血压。血压 112/65mmHg、心率 120 次/分。神志清，精神差，双肺呼吸音略低；前胸腹部大面积皮肤红肿、皮温高；腹软，腹部多头带加压包扎，腰背部略水肿，全腹触软、轻触痛，肠鸣音弱。

(二) [REDACTED] 住院病历 (病案号 [REDACTED])

2024 年 10 月 18 日 16:39：因发热伴喘憋 4 天于 12:30 收入院。发病急，4 天前腹腔手术后出现持续高热，伴喘憋加重，曾应用“美罗培南”治疗，效果不佳。T37.9℃，P130 次/分，R32 次/分，Bp130/90mmHg，神志清楚，精神差。腹膨隆，有压痛，无反跳痛，可见腹腔引流管留置。





初步诊断：1. 脓毒症，感染性休克，2. 急性肾损伤，3. 急性肝衰竭，4. 血小板减少，5. 中度贫血，6. 营养风险。

2024 年 10 月 18 日 16:51 抢救记录：患者入院后喘憋明显，持续经鼻高流量氧疗，氧合虽能维持，但持续诉喘憋，呼吸窘迫明显，大剂量去甲肾上腺素+间羟胺泵入，血压 120/70mmHg 左右，考虑感染性休克，为降低氧耗，避免进一步肺损伤出现 ARDS，征得家属同意后予以气管插管接呼吸机辅助呼吸。

2024 年 10 月 20 日查房记录：镇静未醒，持续经口气管插管呼吸机辅助呼吸，持续去甲肾上腺素泵入维持血压，剂量较前下调。腹部可见引流管，右侧引流管处少量渗出，局部给予清洁换药。四肢末端皮温低，右上肢末端紫绀。2024-10-20 血常规：白细胞总数 $13.98 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 93g/L；心肌损伤标志物（N 端-B 型钠尿肽前体） $>35000.00\text{pg/mL}$ ；降钙素原 2.900ng/mL ；患者总体病情危重，术后感染性休克合并心源性休克，同时合并 AKI，后在多重打击下出现急性肝功能不全，致使反复低血糖、凝血功能紊乱、高乳酸血症，入院后经充分评估考虑患者容量过负荷，近 2 日负平衡近 3000ml，脱水后患者总体较前明显好转，活血管药物剂量下调，乳酸降低，今日复查床旁超声示腔静脉宽度在 1.5cm 左右，CVP8cmH₂O 左右，考虑容量负荷减轻，暂不急于继续大量脱水，液体管理以零平衡为目标，同时继续输注血浆改善凝血功能；患者 PCT 虽有下降，但仍有发热，嘱继续当前抗感染方案，加强引流；当前患者心功能仍较差，BNP 前体水平仍在 35000 以上，床旁超声示心脏动度较差，嘱加用西地兰强心治疗，可以考虑左西孟旦或多巴酚丁胺，但患者





末梢灌注不足，有缺血倾向，加用左西孟旦需考虑降低外周血管阻力的后果，活血管药物可能需要加量，对末梢循环不够友好。

2024 年 10 月 23 日查房记录：持续经口气管插管呼吸机辅助呼吸，持续 CRRT 治疗，血流速度持续小剂量去甲肾上腺素泵入维持血压，心电图监护示心率 90-110 次/分之间，间断有房颤，血压 80-90/50-60mmHg 之间，血氧饱和度 96%以上，腹腔留置引流管 2 根，右侧引流液较清亮，左侧引流液颜色为褐色，可见类似肠内容物，暂停肠内营养及一切口服药物。腹软，腹肌紧张不明显，按压下腹部患者有痛苦表情。四肢末端皮温低、紫绀，右手末端紫绀较重，范围较前有所扩大。今日血常规：白细胞总数 $26.80 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 82g/L。患者目前病情仍危重，休克情况总体相对稳定，但感染指标未再有进一步下降，结合左侧腹腔引流及查体情况，考虑肠痿不能排除，今日完善 CT 检查，积极请普外科会诊，看是否能积极手术清创、造痿等治疗，加强腹腔引流。患者今日血小板水平进一步下降，患者高凝状态，CRRT 治疗间断下机，不排除与消耗有关，也需警惕持续脓毒症状态导致血小板减少，今日追加特比澳升血小板治疗观察。患者病情复杂、危重，如感染源难以控制可能导致病情反复加重及总体恶化，可能预后不良，手术治疗本身风险也较大，可能出现细菌入血及脓毒症加重情况。

2024 年 10 月 23 日 21:00 普外科会诊记录：左侧腹腔引流管引出大便样液体。气管插管、镇静状态，左侧腹部引流管肠内容物。上腹壁软，下腹部稍韧，腹部 CT 示：盆腔积液、肝肾功能异常。建议：同意贵科继续治疗。病人目前状况不宜手术治疗。给予胃肠建议，营养支持、抗炎、引流等措施。随诊。





2024 年 10 月 24 日 09:05 出院记录：入院后患者喘憋明显，大剂量活血管药物泵入下血压仍难以维持，床旁超声示容量过负荷，心脏动度较差，考虑感染性休克合并心源性休克，紧急予以气管插管、呼吸机辅助呼吸，同时抗感染、化痰、加强引流、保肝、强心等多脏器综合治疗，行 CRRT 减轻容量负荷，输注血制品纠正贫血，改善凝血功能，患者总体病情逐渐好转，各脏器指标逐渐稳定，活血管药物剂量逐渐下调，但仍间断有发热，腹腔引流液中仍可见粪便样分泌物，复查 CT 不排除直肠穿孔可能，请胃肠外科会诊建议保守治疗，患者家属今日要求转[]继续治疗。出院诊断：1. 脓毒症感染性休克 2. 直肠穿孔？3. 继发性腹膜炎 4. 腹腔积液 5. 盆腔积液 6. 心源性休克 7. 急性肝衰竭 8. 急性肾损伤 9. 弥散性血管内凝血 10. 血小板减少 11. 中度贫血 12. 低蛋白血症 13. 高乳酸血症 14. 代谢性酸中毒 15. 营养风险。

（三 [] 院病历（住院号 [] 摘要

2024 年 10 月 24 日-11 月 23 日出院记录：因右侧大腿疼痛 1 月余，发热伴嗜睡 10 天入院。患者右前臂可见大面积皮肤瘀紫，右手紫绀明显，左前臂可见 2*3cm 皮肤瘀紫，其间有一 0.5*0.5cm 水泡。骶尾部有一 10*10cm 皮肤发红，压之不退色，左侧耳廓有一 1*1cm 皮肤破溃。患者四肢末梢凉，紫绀明显。给予呼吸机辅助通气，抗感染，床旁血滤、加强营养支持，纠正电解质紊乱，改善肠道功能，输血等对症支持治疗。2024-10-24 行腹腔镜探查+回肠造口术。引流液细菌培养：热带念珠菌，屎肠球菌，2024-11-16CT 双肺局限性炎症、纤维灶、合并坠积性改变或膨胀不全，较 2024-11-04CT 范围缩小，复查心包积液、双侧胸腔积液，较前减少心腔密度减低，提示贫血胆汁淤积盆腔术后，腹膜略厚，少量





盆腔积液，腹盆壁皮下水肿，均较前减轻。入院后给予患者美罗培南、米卡芬净联合利奈唑胺抗感染治疗。2024-11-20 血红蛋白 65.0g/L，给予患者输血治疗。出院诊断：1. 腹腔感染（混合感染），2. 急性肾衰竭，3. 急性肝功能不全，4. 心功能不全急性心衰，5. 腹腔镜术后肠痿，6. 中度贫血，7. 血小板减少，8. 电解质紊乱，9. 肺炎呼吸衰竭，10. 淤血瘀斑，右手指端皮肤坏死。

2024 年 10 月 24 日“腹腔镜探查+回肠造口术”手术记录：取原腹腔镜观察孔进 10mmTrocarr，进镜探查见腹腔粘连，可见部分脓苔，左膈下脾周可见少量黄色腹水，肝周可见少量脓苔及淡黄色腹水，中腹部及下腹部粘连较重，遂吸净可见腹水及脓苔，纱布轻推中腹部小肠粘连处，分解粘连，冲洗腹腔。盆腔粘连较重，考虑肠漏处已部分粘连包裹，腹腔感染已局限于盆腔，术中决定暂不予以分解盆腔粘连，遂行回肠造口术，于右髂前上棘与肚脐连线中外 1/3 处做圆形皮肤切口，直径约 3cm，逐层切开入腹，距回盲部近侧 40cm 将末端回肠自此切口提出腹壁外，行回肠襻式造口术。检查造口肠管通畅血运好，原腹壁切口裂开，予以放置皮下引流管一根，丝线缝合。

（四）第二次住院病历（住院号）

2024 年 11 月 23 日-12 月 25 日出院记录：因“盆腔肿物切除术后 40 天，小肠造口术后 1 月，拟康复治疗”于入胃肠小儿外一科治疗。右侧腹部可见小肠造口，肠粘膜色红润，外翻良好，造口袋内可见排气及少量稀便。下腹部轻压痛。持续肛管引流通畅，引流少许淡黄色，予输血纠正贫血病液对症综合治疗。患者诉右侧肢体麻木及感觉肌力下降表现明显，2024-12-08 转入康复二科，予运动疗法、作业疗法、脑反射治





疗等……。出院诊断：1. 手术后结肠直肠瘘 2. 回肠造口状态 3. 手术后皮肤坏死（右手示、中指及无名指局部坏死） 4. 中度贫血 5. 感染性休克纠正后状态 6. 腹膜后巨大囊肿切除术后 7. 剖宫产个人史。出院情况：神志清，精神可，右手拇、示及无名指末节指腹局部坏死、黑色焦痂形成，焦痂干燥，痛温觉减弱，活动可。右侧腹部可见小肠造口，肠粘膜色红润，外翻良好，造口袋内可见排气及少量稀便。下腹部轻压痛。右侧肢体肌张力正常，右上肢肌力 4-级，右下肢肌力 4-级。

（五 [REDACTED]（病历号 [REDACTED]）

2025 年 3 月 21 日-4 月 2 日出院记录：右下腹可见回肠造瘘口，粘膜红润。2025-03-24 电子胃镜检查：慢性非萎缩性胃炎胃毛细血管扩张。2025-03-22MR：1. 肝左叶异常信号，考虑不典型血管瘤。2. 肝右叶小囊肿。3. 胆囊结石。4. 双肾囊肿。2025-03-21 心电图：1. 窦性心动过缓，2. 部分导联 QRS 波群低电压，3. ST-T 改变。2025-03-21CT：1. 双肺多发斑片影，炎症可能。2. 左肺多发小结节。3. 右侧腋窝稍大淋巴结。4. 盆腔囊肿术后+回肠造口术后所见。5. 肝内多发低密度灶。6. 胆囊内高密度灶，结石表现。7. 双肾囊肿。2025-03-24 电子结肠镜：结肠多发息肉切除术；直肠病变待病理建议：择期清洁肠道后复查肠镜。2025-03-26 在全麻下行回肠造口还纳术+腹腔镜探查术+肠粘连松解术。出院诊断：1. 关闭消化道人工造口，2. 腹腔粘连，3. 盆腔肿物术后，4. 剖宫产个人史，5. 肺结节，6. 肾囊肿，7. 胆囊结石，8. 肝囊肿，9. 肝血管瘤，10. 结肠多发息肉。11、慢性非萎缩性胃炎。出院情况：神志清，精神良好，体温正常，流质饮食后无恶心呕吐。





2025 年 3 月 26 日 08:18-09:26 “回肠造口还纳术+腹腔镜探查术+肠粘连松解术”手术记录：于造口周边做一圆形切口，切开皮肤及皮下组织，游离回肠造口，分离造口下方粘连进入腹腔，甲状腺拉钩悬吊腹壁后用腹腔镜探查，见切口下方及腹盆腔粘连较明显，逐步松解粘连后继续探查，将回肠提出体外约 10cm，距离造口处约 5cm 游离临近回肠系膜，切断结扎系膜血管，于造口近远端系膜缘对侧回肠壁上各做一约 0.5cm 切口，将直线切割闭合器由切口置入，收紧闭合器并激发，然后用闭合器闭合残端，将外置肠袢及周围瘢痕组织及少量正常回肠一并切除共约 12cm，可吸收线 U 型缝合残端，间断缝合吻合口。

（六 [REDACTED] 第三次住院病历（病案 [REDACTED]）

2025 年 11 月 22 日-11 月 25 日出院记录：因“发现结肠息肉 1 小时余”入院。2025 年 11 月 22 日肠镜多发性结肠息肉切除术，结肠黑变病。病理：（回盲部）低级别管状腺瘤及炎性息肉。（直肠）炎性息肉。给予能量支持及对症治疗。出院诊断：1. 多发性结肠息肉，2. 结肠黑变病，3. 盆腔肿物术后，4. 剖宫产个人史。出院情况：未诉不适，饮食、睡眠可，二便可。

四、鉴定过程

（一）鉴定原则和方法

依据《中华人民共和国民法典》、司法部《司法鉴定程序通则》（中华人民共和国司法部令第 132 号）、《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）、《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[2017]20 号）（法释[2020]17 号）、《医疗机构管理条例





例》等法律法规和《临床技术操作规范》、《临床诊疗指南》、《病历书写基本规范》相关要求，参考相关临床教科书进行医疗损害司法鉴定。

（二）审核受理情况

本中心收到济南高新技术产业开发区人民法院委托后，对送鉴材料进行审查，认为符合受理条件。

（三）陈述会情况

2026年4月15日，鉴定人在本中心召开了有医患双方和临床医学专家参加的医疗损害司法鉴定陈述会。告知了本案的鉴定人、鉴定事项、鉴定材料及鉴定风险等内容，医患双方分别陈述了各自意见，回答了鉴定人和临床医学专家的相关询问。现将医患双方的主要观点归纳如下：

患方主要观点：（1）[REDACTED]术前未充分排除“感染性囊肿”或“脓肿”的可能性。2. 手术指征判断与术中操作不到位。应预备开腹手术或者经会阴或经直肠引流。应当囊肿引流或部分切除囊壁。术中未能识别出肠道破口。3. 术后监护与感染控制不到位。明确的感染性休克和高度怀疑的肠穿孔应立即行剖腹探查。当夜未见记录进行影像检查来排查，也未及时请手术科室复诊伤口和引流情况。患者术后置入了盆腔引流管，但高热当夜引流液量及性质记录不详，直到休克发生后才报告“引流袋内有脓性分泌物”，说明在发热阶段就已经有脓液引出。4. 抗感染治疗与引流管理不到位。医方未能遵循脓毒症治疗指南中的早期、足量、广谱原则。患者在10月15日晚高热时并未及时加用更广谱抗生素，直到10月16日休克才紧急启用美罗培南等抗菌药物。术后引流已见脓性液体，但医院并未采取加强引流的措施，也未考虑CT引导下复查残余脓肿。没有尽早实行二次手术清除感染源或扩大引流。





(2) [REDACTED] 及时外科干预控制感染源，保守治疗不当。家属 10 月 24 日坚持要求才 [REDACTED]。

医方主要观点：

[REDACTED] 1. 手术完整切除是主要治疗手段，应避免对肿物进行穿刺引流、注射硬化剂等操作，不仅复发率高，而且破坏肿瘤局部解剖结构，加大后续切除难度。2. 开腹手术视野受限，腹腔镜对于盆腔深处狭窄空间的精细操作更有优势。3. 手术并发症包括直肠损伤。4. 术后未延误治疗，积极联系上级医院。

[REDACTED] 患者生命体征平稳及感染指标的下降，证明前期救治措施及时有效。10 月 23 日患者腹腔引流液再次增多且性状发生改变，怀疑肠痿可能。鉴于当时全身状况极差，手术耐受性极低，普外科评估认为暂不宜手术，建议转诊至县上级医院。次日一早安全转院并及时接受了手术治疗，痊愈出院。

(四) 体格检查

2026 年 4 月 15 日，司法鉴 [REDACTED] 在本中心按照司法部《司法鉴定技术规范〈法医临床检验规范〉》(SF/T 0111-2021)，使用常见法医学查体工具对被鉴 [REDACTED] 进行法医学临床查体：

检查所见：步行入室，自动体位，神清语利，查体合作。腹部见多处点状手术瘢痕，右下腹一 5cm×(0.5-1)cm 纵行条状手术瘢痕，左下腹见 3cm×0.5cm 手术瘢痕。腹软，无压痛反跳痛。余无特殊。

五、分析说明

依据委托人提供的现有鉴定材料，结合鉴定陈述会上所了解情况，综合分析如下：





(一) 医疗行为分析

1. 有手术指征，手术方式选择合理

根据《外科学（第10版）》“盆腔脓肿较小或尚未形成时，可以采用非手术治疗；脓肿较大者须手术治疗”。根据《盆腔脓肿诊治中国专家共识(2023年版)》“对于诊断困难者可行腹腔镜探查；腹腔镜不仅可以明确盆腔脓肿的诊断，而且也可作为治疗方法之一”。“与开腹手术相比，腹腔镜手术在术野、手术创伤、术后恢复方面可能更有优势”。

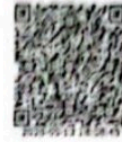
被鉴定人2024年10月7日因“骶尾部疼痛7天”

就诊，7天前无明显诱因出现肛门后位肿痛，无发热，进行性加重，以致坐卧不安。入院当日经阴超声示子宫右后方探及一囊性回声团块，大小约12×10.2×7.0cm；CT示盆腔囊实性占位，尾椎前方囊性结节并钙化。其盆腔肿物直径约10cm较大，有手术切除的指征。同时，盆腔腹膜后解剖复杂，空间狭小，腹腔镜技术对于盆腔深处狭窄空间的精细操作更有优势，医方选择腹腔镜下切除术合理。

2. 肠痿与医方手术操作有一定关系

2024年10月14日14:30-19:20行“腹腔镜下盆腔病损切除术”，手术记录术中穿刺囊肿上壁，负压吸出黄白色脓性液量约400ml，完整切除腹膜后巨大囊肿。10月16日病程记载昨日夜间患者突发高热症状，体温最高达39.7摄氏度，伴畏寒，10月16日10:25左右憋喘，四肢湿冷等，医方考虑脓毒血症。10月2日手术探查见腹腔粘连、部分脓苔，左膈下脾周可见少量黄色腹水，肝周可见少量脓苔及淡黄色腹水，中腹部及下腹部见腹水及脓苔等，诊断肠痿。以上从手术部位及时间关联性上认为，患者肠痿与医方盆腔病损切除手术操作有关，根据





现有材料考虑可能原因有：①手术直接损伤，②器械热损伤，③“囊肿壁局部与直肠系膜粘连，界限欠清，囊壁表面可见似肉芽的纤维结缔组织生长，富含血供”，手术分离后受血供、感染等影响直肠易穿孔。其中①②属于医疗过错，③属于患者自身因素（脓肿复杂、手术固有风险大）。

3. 抗菌药物应用不完善

2024年10月14日术中穿刺囊肿上壁，吸出黄白色脓性液量约400ml；术后首次病程记录“术中创面渗血量较大，身体抵抗细菌侵袭能力明显下降，加之囊肿内脓性液外溢污染创面，故术后有继续抗感染治疗指征”。10月15日查中性粒细胞比率、降钙素原、C反应蛋白等感染指标明显高于正常范围；当晚突发高热，体温最高达39.7℃，伴畏寒，经药物及物理降温后体温持续高值。对于复杂盆腔脓肿术后，医方应早期联合应用广谱抗生素强力抗菌，之后再根据药敏结果及时调整。但10月15日高热医方仅应用单一的“盐酸左氧氟沙星注射液”，直至10月16日10:13才医嘱“注射用头孢哌酮钠/舒巴坦钠”，存在一定延误，不利于早期强力抗感染，抗菌药物应用不完善。

4. 术后救治不力、延误病情

术后一天10月15日晚即严重高热39.7℃、畏寒，10月16日晨采集引流液培养出大肠埃希菌，肺炎克雷伯菌，咽峡炎链球菌；当日出现憋喘，四肢湿冷等。结合手术记录吸出脓性液后“完整切除腹膜后巨大囊肿”，可排除术中大量脓液进入腹腔引起的脓毒血症，医方应考虑有肠漏可能，尽快影像学检查鉴别诊断，根据检查情况考虑手术探查、腹腔引流冲洗等，但其仅“考虑囊肿内脓液吸收及细菌大量入血引起的脓





毒血症表现”，未见进一步检查及积极外科处理的记录。医方救治不力、延误病情，存在过错。

（二）[REDACTED]的医疗行为分析

被鉴定人 2024 年 10 月 18 日 12:30 因发热伴喘憋 4 天 [REDACTED] 入院时感染病情危重，予以气管插管、呼吸机辅助呼吸，抗感染、CRRT 等治疗。在生命体征初步稳定后，医方应尽快查找感染源，结合盆腔手术史，应考虑有腹腔感染、脏器损伤的可能，应行腹部影像学检查鉴别诊断等。但直至入院第 5 天（10 月 23 日）医方发现腹腔引流液粪便样时才行 CT 检查考虑穿孔，延误肠穿孔的诊治，存在过错。

肠漏持续存在是患者休克难以纠正的根本原因，故医方应权衡利弊予更积极的外科干预措施。但 10 月 23 日 21:00 普外科会诊建议保守治疗，至 10 月 24 日 09:05 在家属要求下才予转院，患者于外院手术治疗。医方在明确肠穿孔后对外科干预的紧迫性认识不足，进一步延误，存在过错。

（三）医疗过错与损害后果之间的因果关系及原因力大小

1. 损害后果

被鉴定人 2024 年 10 月 14 [REDACTED] 行盆腔病损切除术后感染性休克。10 月 18 日 [REDACTED] 10 月 23 日 CT 不排除直肠穿孔可能。10 月 24 日 [REDACTED] 诊断肠瘘，当日行回肠造口术等。2025 年 3 月 26 [REDACTED] 行回肠造口还纳术等，术中将外置肠袢及周围瘢痕组织及少量正常回肠一并切除共约 12cm。损害后果为肠部分切除（残疾）。





2. 因果关系及原因力大小

患方因素：自身骨盆底部巨大囊性肿物（约 10cm×10cm×8cm），与直肠系膜粘连，界限欠清，囊肿根部基底宽大，与盆底部局部软组织粘连固定。其瘤体巨大而骨盆底部空间狭小，与直肠系膜粘连，本身手术操作难度大，易损伤周围器官，属于目前技术上不能完全避免的手术并发症；同时盆腔脓肿易发生感染。故被鉴定人发生肠痿、腹腔感染与自身患有巨大盆腔脓肿局部粘连及手术固有风险有关。

患者发生肠痿与医方盆腔脓肿切除术操作有一定关系，且术后医方救治不力、未能及时与肠痿鉴别诊断等，延误病情。医疗过错与损害后果存在一定的因果关系。

延误肠穿孔的诊治，明确诊断后对外科干预的紧迫性认识不足，不利于控制腹腔感染及肠痿修复。医疗过错与病情加重有关。

综上，被鉴定人肠痿手术操作有关；而发生肠痿后，两家医院救治不力、延误病情，不利于腹腔感染的控制及肠损伤的尽早修复。两家医院的医疗过错与肠部分切除的损害后果存在一定的因果关系。而患者自身巨大盆腔脓肿，与直肠粘连、手术难度大、风险高，损害后果是医疗过错与自身脓肿复杂共同作用所致，故建议二医院医疗过错在损害后果中的原因力大小为同等（其中 30% 20%）。

（四）伤残等级

被鉴定人 2025 年 3 月 26 行回肠造口还纳术等，将外置肠袢及周围瘢痕组织及少量正常回肠一并切除共约 12cm。其





肠部分切除术后，依照《人体损伤致残程度分级》第5.9.4.6)条之规定，评定为九级伤残。

(五) 误工期、护理期、营养期评定

比照《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》(GA/T 1193-2014)第8.6.2条及附录A.2之规定，结合临床实际治疗经过，建议予误工期180日，护理期120日、营养期180日。

六、鉴定意见

果关系，建议二医院医疗过错在损害后果中的原因力大小为同等（其中

3. 建议予误工期180日，护理期120日、营养期180日。

七、附件

被鉴定人头面像及查体照片。

司法鉴定人：

副主任法医师

副主任法医师

《司法鉴定人执业证》

二〇二六年五月十三日
司法鉴定专用章

