

副本



司法鉴定意见书

编号

一、基本情况

委托人：北京市海淀区人民法院

委托鉴定事项

的诊疗行为是否存在过错，若存在，医方过错与损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小；对伤残等级、误工期、护理期、营养期进行鉴定；对护理依赖进行鉴定

受理日期：2026年3月4日

鉴定材料：1. 北京市海淀区人民法院司法鉴定委托书〔（2026）

复印件 1 份；2. 北京市海淀区人民法院鉴定机构（人）选定通知书复印件 1 份；3. 北京市海淀区人民法院对外委托鉴定机构摇号选定情况表复印件 1 份；4. 北京市海淀区人民法院风险告知书复印件 1 份；5. 公函复印件 1 份；6. 北京市海淀区人民法院询问笔录复印件 2 份；7. 证据目录复印件 1 份；
门诊病历、诊断证明书、影像学检查报告单、检验报告单复印件各 1 页；
院病案（病案号 复印件 309 页；
院病案（病案号 复印件 92 页；

本幅



病案（病案号 [REDACTED] 复印件 29 页；12 [REDACTED]
[REDACTED] 就诊材料复印件 153 页；13. 移送材料清单原件 2
份；14. 光盘原件 2 张；15. 封存件 1[1. 证据目录 1 份；2 [REDACTED]
[REDACTED] 门诊病历 1 页、诊断证明书 1 页、影像检查报告单
1 页、检验报告单 1 页；[REDACTED] 住院病案
（病案号：[REDACTED] 309 页；4 [REDACTED] 次住院病案（病
案号 [REDACTED] 共 92 页；[REDACTED] 住院病案（病案号：
[REDACTED] 29 页；[REDACTED] 就诊材
料 共 153 页。]1 袋；16. 封存件 2 [REDACTED]
住院病案（病案号 [REDACTED] 309 页；2. 影像学片 25 张。]1 袋；
17. 2026 年 6 月 4 日收到补充材料：影像学片 3 张（扫描后归还）；
18. 2026 年 7 月 3 日收到补充材料：公函原件 1 份、北京市海淀区
人民法院询问笔录复印件 1 份、2026. 4. 14-4. [REDACTED]
住院病案（病案号 [REDACTED] 复印件 37 页、光盘原件 1 张；
19. 2026 年 7 月 20 日收到补充材料：北京市海淀区人民法院公函
原件 1 份

鉴定日期：2026 年 3 月 4 日～2026 年 7 月 21 日

鉴定地点 [REDACTED]

被鉴定人 [REDACTED] 女，[REDACTED] 出生。

二、基本案情

据送鉴材料记载：2024 年 10 月 5 日，被鉴定 [REDACTED] 因“间



断头痛伴右侧肢体麻木 2 年余 [REDACTED] 诊治，入院初步诊断“烟雾病；高血压病 3 级极高危；2 型糖尿病；心脏支架植入术后；高脂血症；右下肢静脉曲张”，10 月 9 日行“仰卧位左侧颞浅动脉脑膜脑融通术”，术后手术室内醒后拔管，突发意识模糊，瞳孔扩大，不能言语，四肢活动不遵嘱，刺痛躲避弱，急查颅脑 CT，未见明显出血征象，考虑脑梗塞形成。10 月 14 日行“颅骨去骨瓣减压术”，11 月 19 日出院至外院继续治疗。因案件处理需要，现由北京市海淀区人民法院委托本中心就上述委托鉴定事项进行司法鉴定。

三、资料摘要

[REDACTED] 住院病案（住院号 [REDACTED]）摘录

入院时间：2024-10-05；出院时间：2024-11-19。

主诉：间断头痛伴右侧肢体麻木 2 年余。

现病史：患者于 2022 年无明显诱因出现头部发作性胀痛，发作频次 2-3 次/年，休息后略缓解，口服止疼片治疗，右侧肢体有麻木感，2024-09 [REDACTED] 行颅脑 MR 提示颅内，颈部多发动脉改变，考虑烟雾病。今为行手术治疗来我院，门诊以“烟雾病”收入院。患者目前精神状态良好，体力正常，食欲正常，睡眠正常，体重无明显变化，大便正常，排尿正常，为进一步检查及治疗入院。



既往史：高血压病史 2 年余，口服琥珀酸美托洛尔 47.5mg qd，奥美沙坦酯氨氯地平片 qd，血压控制尚可，糖尿病病史 2 年余，口服阿卡波糖+二甲双胍，早晚各一片，2013 年行心脏支架植入术（具体不详），规律口服阿司匹林肠溶片，阿托伐他汀钙片，既往行声带息肉切除术（具体不详），右下肢静脉曲张。既往心肌炎输入药物治疗时有过敏反应（具体药物不详），否认肝炎、结核、疟疾等传染病史，否认精神疾病病史，否认手术史，否认外伤史，否认输血史，预防接种史不详。

初步诊断：烟雾病；高血压病 3 级极高危；2 型糖尿病；心脏支架植入术后；高脂血症；右下肢静脉曲张。

2024-10-09，11：23 术后首次病程记录：患者于 2024 年 10 月 9 日在全麻下行仰卧位左侧颞浅动脉脑硬膜血管融通术。手术经过如下：麻醉满意后，仰卧位，上半身抬高，头位右偏。常规消毒、铺单，左侧颞顶部直切口，长约 8 厘米。切开皮肤浅层，止血，于皮下疏松组织层内找到颞浅动脉顶支，游离一段长约 7 厘米。将血管牵开，切开颞肌筋膜和肌层，骨膜下分离，在颞部颅骨上钻孔 2 枚，铣成游离骨瓣，于硬膜上平行血管走行切开硬膜，尽量保留蛛网膜完整。然后将游离的血管移向切开的硬膜上，将血管两侧残留的软组织缝合在硬膜残缘，封闭硬膜切口。回复骨瓣，颅骨锁固定。缝合颞肌及皮下，术毕。术中出血 20ml，未输血。术后手术室内醒后拔管，突发意识模糊，瞳孔扩大，不能言语，四肢活动不遵嘱，



刺痛躲避弱，急查颅脑 CT，未见明显出血征象，手术室内留观，患者意识，瞳孔较前好转，安返病房，予心电监护、吸氧，禁食水，尿管留置，予抗炎、补液等治疗，密切观察患者病情变化，及时对症处理。

2024-10-10，18：24 主诊医师查房记录：下午查房，患者意识朦胧，失语，双侧瞳孔等大等圆，右侧肢体肌力 III 级，生理反射对称，病理征未引出，复查颅脑 CT 提示：左侧大脑半球见片状低密度影，考虑脑梗形成。主诊医师查房后指示分析：患者考虑脑梗可能性大，予以甘露醇+甘油果糖脱水降颅压治疗，原则上以补充血容量为主，密切观察患者瞳孔，意识及血压变化，如有特殊及时处理。

2024-10-12，16：48 主诊医师查房记录：今日下午查房，患者意识模糊，嗜睡，不能言语，胃管留置状态，双侧瞳孔等大等圆。左侧肢体不自主运动，右侧肢体肌力较前减弱，复查颅脑 CT 提示，左侧大脑半球大面积低密度影，主要分布在颞极、颞叶底面及枕叶，左侧脑室受压，中线向对侧移位约 1.5cm，环池形态尚可。主诊医师查房后指示分析：患者左侧大脑半球脑梗死进一步加重，拟行开颅去骨瓣减压，但患者家属对手术犹豫，需娘家人来院后再行决定，予以甘露醇 50g q8h 脱水降颅压治疗，与手术室及监护室沟通，准备完善，待家属商量决定后再行进一步手术治疗，与患者家属交待病情及风险，患者家属表示知情理解，遵嘱执行。



2024-10-12, 22: 43 主管医师查房记录: 患者病情危重, 与在院家属交代病情及保守治疗或手术减压方案及风险, 保守脱水治疗减压效果有限, 手术去骨瓣减压创伤大, 可能诱发新的梗塞甚至对侧也发生梗塞, 患者家属对手术犹豫, 需其他家属来院后再行决定, 余患者家属至医院后, 与患者家属进行沟通, 交代病情及治疗方案及风险, 患者家属考虑暂不行手术治疗, 考虑保守治疗, 转入NICU脱水、降颅压、维持电解质平衡。遵嘱执行。

2024-10-13, 13: 15 主诊医师查房记录: 主诊医师查看患者后指示: ①患者脑膜脑融通术后脑梗死, 家属拒绝手术减压, 现予重症监护, 加强脱水降颅压措施, 酌情加用利尿剂及白蛋白; ②患者意识镇静, 气管插管后, 呼吸状态较差, 肺部CT提示吸入性肺炎, 适当补液扩容, 加强肺部护理, 予以哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗; ③长期卧床合并意识障碍可能性大, 存在发生深静脉血栓及肺栓塞风险, 但患者目前仍有颅内出血风险, 不能给予预防性抗凝治疗, 给予加强监测, 定期复查血管超声, 下肢穿弹力袜, 定时被动肢体锻炼等预防措施; ④予肠内营养, 添加肠道菌群制剂维持肠道屏障及免疫功能; ④已充分向家属告知病情危重, 远期意识障碍或肢体瘫痪可能性极大, 患者家属要求积极治疗挽救生命。遵嘱执行。

2024-10-14, 08: 11 主管医师查房记录: 今晨7: 10查房, 患者瞳孔不等大, 左右瞳孔大小=3.0mm: 2.0mm, 光反射迟钝。查



体：呼吸：人工鼻持续低流量吸氧，自主呼吸尚规则。疼痛刺激偶有睁眼、痛苦表情及左侧肢体躲避，双侧肢体未见自发活动，刺痛躲避。任主管医师与患者家属进行沟通：脱水治疗效果有限，不能解决高颅压的问题，已经出现脑疝早期表现，去骨瓣减压能更有效降低颅内压。患者家属同意行手术治疗，拟急诊行去骨瓣减压术，呼急诊手术室值班护士及麻醉，积极完善术前准备，遵嘱执行。

患者于 2024-10-14 在气管插管全麻下行仰卧位左侧去骨瓣减压术。手术经过如下：全麻后仰卧位上头架，沿原切口向额部、枕部和颞部扩大，颞肌剥离翻向下方，下方暴露颞弓，后方过顶结节，前方至额部近中线。沿皮瓣边缘钻数个骨孔，铣刀切开额颞顶部形成 10X12 厘米骨瓣，骨瓣下方平颞弓水平，充分咬除蝶骨嵴及颞部下方骨质直至与中颅底齐平，达到颞部充分减压，悬吊硬膜后弧形切开，见脑组织张力较高，脑组织轻度膨出，脑搏动微弱，硬脑膜放射剪开充分减压，确认无活动出血，松散扩大缝合部分颞肌及硬膜，将颞肌与脑表面充分贴附。硬膜外留置引流管一根，缝合头皮，术毕。术后观察患者瞳孔左：右=2.5：2.0mm，左侧瞳孔较术前略缩小。手术过程顺利，术中出血 200ml，未输血，术后保留气管插管回神经外科监护室。术后查体：呼吸：18 次/分，脉搏：67 次/分，体温：37.6℃，血压：145/73mmHg。给予抗炎、补液等对症治疗。患者术后整体病情危重，密切观察病情变化，及时对症处理，



并与家属交代病情。

2024-11-07, 10: 19 主管医师查房记录: 今日患者一般情况可, 查体: 神志较前稍好转, 偶尔呼之能应, 可按吩咐握手, 运动性失语, 双侧瞳孔正大等圆, 对光反射灵敏, 双侧病理征未引出。主管医师查房后指示分析: 患者经高压氧等治疗后, 神志较前好转, 经降糖, 换药等处理后, 伤口愈合较前好转。继续目前治疗, 遵医嘱执行。

2024-11-19, 09: 02 主管医师查房记录: 今日患者一般情况可, 查体: 神志嗜睡, 清醒时呼之能应, 能按吩咐握手, 运动性失语, 双侧瞳孔正大等圆, 对光反射灵敏, 双侧病理征未引出。伤口愈合较前好转。主管医师查房后指示分析: 患者目前外科干预已结束, 可转回当地医院继续高压氧康复治疗, 遵医嘱执行。

出院诊断: 1. 急性脑梗塞, 脑疝; 2. 烟雾病; 3. 高血压病 3 级极高危; 4. 2 型糖尿病; 5. 心脏支架植入术后; 6. 高脂血症; 7. 右下肢静脉曲张。

██████████ 住院病案 (病案号 ██████████) 摘录

入院日期: 2024 年 11 月 20 日 09 时 37 分;

出院日期: 2024 年 12 月 07 日 09 时 26 分。

入院情况: 患者中年女性, 因“右侧肢体活动不灵伴言语不利 42 天”入院, 既往“高血压”病史 2 年余, 最高收缩压 200mmHg, 平素口服酒石酸美托洛尔片、苯磺酸氨氯地平片稳定血压, 血压控



制效果可；“2型糖尿病”病史1年余，平素口服药物阿卡波糖、二甲双胍、恩格列汀片、磷酸西格列汀片治疗，血糖控制可。2013年行“心脏支架植入术”，规律口服药物控制；既往“声带息肉切除术”病史（具体时间不详）；右下肢静脉曲张。既往“心肌炎”病史。输入药物治疗时有过敏反应（具体药物不详）。查体：查体合作，神志清楚，言语不清，记忆力、理解力、计算力、定向力减弱，情绪焦虑。右侧鼻唇沟变浅，伸舌不配合。徒手法肌力检查：右侧上肢0级，右侧下肢1级，右侧肢体肌张力低；左侧上肢3级，左侧下肢4级，左侧肌张力正常。右巴彬斯基征阳性，右侧阵挛阴性。右侧肢体痛温觉、位置觉减退。洼田饮水试验不能完成。坐位平衡1级，站位平衡0级，右侧指鼻试验不能完成，跟膝胫试验不能完成。布氏分期：右侧上肢一手一下肢：I期—I期—I期。日常生活大部分依赖。

入院诊断：1. 不完全性偏瘫（右侧）；2. 运动障碍；3. 言语困难；4. 脑梗死后遗症；5. 烟雾病；6. 高血压病3级（极高危）；7. 2型糖尿病；8. 心脏支架植入术后；9. 高脂血症；10. 右下肢静脉曲张；11. 肺部感染；12. 焦虑状态。

诊疗经过：康复科护理常规，二级护理，鼻饲饮食，低盐低脂糖尿病饮食。入院后完善相关辅助检查。入院后给予阿司匹林肠溶片抗凝抗血小板聚集，枯草杆菌二联活菌肠溶胶囊增加胃肠蠕动，氯化钾缓释片补钾，酒石酸美托洛尔片、苯磺酸氨氯地平片稳定血



压，盐酸二甲双胍片、恩格列净片、磷酸西格列汀片控制血糖，奥氮平片预防及改善焦虑情绪，蓝岑口服液、莲花清瘟胶囊清热解毒，减轻肺部感染。予吸入用异丙托溴铵溶液（集）、吸入用布地奈德混悬液（集）雾化吸入、复方鲜竹沥液口服化痰止咳，改善患者肺部不适。予美托洛尔以控制心率，减轻心脏氧耗；予枸橼酸莫沙必利片改善胃肠功能障碍。予电子生物反馈疗法（肌电）提高患肢肌力、肌耐力，提高平衡功能，加强偏瘫肢体控制能力，改善异常运动模式；予其他推拿治疗（右侧肢体）、其他推拿治疗延长治疗（左侧肢体）舒筋通络，调和气血，缓解患侧肢体不适症状。提高患肢肌力、肌耐力，提高平衡功能，加强偏瘫肢体控制能力，改善异常运动模式。予高压氧治疗改善脑供氧，活化脑细胞。予中频脉冲电治疗调节上、下腹部不适症状；今为缓解患者右侧腕关节、右侧肩关节关节张力，已给予关节粘连手法松解治疗。患者病情较入院明显好转。

出院诊断：1 不完全性偏瘫（右侧）；2. 运动障碍；3. 言语困难；4. 脑梗死后遗症；5. 烟雾病；6. 高血压病 3 级（极高危）；7. 2 型糖尿病；8. 冠状动脉粥样硬化性心脏病；9. 冠状动脉支架置入术后；10. 高脂血症；11. 右下肢静脉曲张；12. 肺部感染；13. 焦虑状态。

出院情况：患者一般情况可，情绪稳定，饮食睡眠可，大小便正常。查体：查体合作，神志清楚，言语不清，记忆力、理解力、



计算力、定向力减弱，情绪焦虑。右侧鼻唇沟变浅，伸舌不配合。肺部叩诊局部浊音，听诊湿性啰音。徒手法肌力检查：右侧上肢 0 级，右侧下肢 1 级，右侧肢体肌张力低；左侧上肢 3 级，左侧下肢 4 级，左侧肌张力正常。右巴彬斯基征阳性，右侧阵挛阴性。右侧肢体痛温觉、位置觉减退。洼田饮水试验不能完成。坐位平衡 1 级，站位平衡 0 级，右侧指鼻试验不能完成，跟膝胫试验不能完成。布氏分期：右侧上肢一手一下肢：I 期—I 期—I 期。日常生活大部分依赖。

就诊材料摘录

姓名 住院号

入院时间：2025-10-20；出院时间：2025-10-28。

入院情况：患者中年女性，因“右侧肢体活动不灵伴言语不利 1 年余”入院。查体：查体合作，神志清楚，言语不清，记忆力、理解力、计算力、定向力减弱，情绪较稳定。双侧瞳孔等大等圆，直径约 3mm，直间接对光反射灵敏，双眼各向活动正常，无凝视及眼震，双耳听力正常，双侧额纹对称等深，右侧鼻唇沟略浅，右侧口角略低，伸舌配合，向左偏。徒手法肌力检查：右上肢近端肌力 1 级，远端肌力 1 级，右下肢近端肌力 2 级，远端肌力 1 级，右上肢肌张力高，1 级，右下肢肌张力高，2 级，左侧肢体肌力 5 级，肌张力可；右侧上下肢出现肌肉萎缩，右侧阵挛阴性。右侧肢体痛温觉、位置觉减退。洼田饮水试验能完成，2 级。右侧指鼻试验不



能完成，跟膝胫试验不能完成。巴彬斯基征、查多克征、奥本海姆征、戈登征：左（-），右（+）。霍夫曼征：左（-）右（+），脑膜刺激征：（-）。坐位平衡 3 级，站立平衡 2 级，行走平衡 1 级，布氏分期：上肢（患侧）I 级，手（患侧）II 级，下肢（患侧）III 级，日常生活能力评定总得分 26，重度功能障碍，生活依赖明显。辅助检查：CT 颅脑平扫：左侧额颞枕区治疗后改变，局部软化灶形成；双侧基底节区低密度影，考虑腔梗；脑白质变性，老年脑改变。血常规基本正常；乙肝五项除乙肝表面抗体为阳性外其余均为阴性；葡萄糖 6.73mmol/L。

入院诊断：1、不完全性偏瘫（右侧）；2、脑梗死后遗症；3、烟雾病；4、2 型糖尿病；5、冠状动脉粥样硬化性心脏病；6、高血压（3 级，极高危）。

诊疗经过：入院后给予电针、红外线治疗、其他推拿治疗延长治疗、低频脉冲电治疗，偏瘫肢体综合训练等综合治疗。

出院诊断：1、不完全性偏瘫（右侧）；2、脑梗死后遗症；3、烟雾病；4、2 型糖尿病；5、冠状动脉粥样硬化性心脏病；6、高血压（3 级，极高危）。

出院情况：患者住院后给予综合治疗，现右侧肢体无力略好转，主动活动不利略改善，被动活动不利明显好转，言语障碍略好转，无头痛、头晕。专科检查：查体合作，神志清楚，言语不清，记忆力、理解力、计算力、定向力减弱，情绪较稳定。双侧瞳孔等大等



圆，直径约 3mm，直间接对光反射灵敏，双眼各向活动正常，无凝视及眼震，双耳听力正常，双侧额纹对称等深，右侧鼻唇沟略浅，右侧口角略低，伸舌配合，向左偏。徒手法肌力检查：右上肢近端肌力 1 级，远端肌力 1 级，右下肢近端肌力 2 级，远端肌力 1 级，右上肢肌张力高，1 级，右下肢肌张力高，2 级，左侧肢体肌力 5 级，肌张力可；右侧上下肢出现肌肉萎缩，右侧阵挛阴性。右侧肢体痛温觉、位置觉减退。洼田饮水试验能完成，2 级。右侧指鼻试验不能完成，跟膝胫试验不能完成。巴彬斯基征、查多克征、奥本海姆征、戈登征：左（-），右（+）。霍夫曼征：左（-）右（+），脑膜刺激征：（-）。坐位平衡 3 级，站立平衡 2 级，行走平衡 1 级，布氏分期：上肢（患侧）I 级，手（患侧）II 级，下肢（患侧）III 级，日常生活能力评定总得分 26，重度功能障碍，生活依赖明显。病情略好转出院。

████████████████████ 主院病案（病案号 ████████████████████）摘录

入院日期：2026-04-14 08:46；

出院日期：2026-04-28 15:29。

入院情况：患者因“2 型糖尿病确诊 7 年，视物模糊 2 年。”而入院。患者于 7 年前无明显诱因出现多饮、多食、多尿，乏力，确诊为“2 型糖尿病”，后服药二甲双胍、西格列汀、恩格列净治疗，血糖控制水平不详。2 年前开始出现双眼视物模糊渐进加重，未予规范诊疗，伴小腹部疼痛不适，为阵发性刺痛。现患者多饮、



多食、多尿，视物模糊，无恶心、呕吐，无发热、寒战，无头痛、头晕，无咳嗽、咳痰，无胸闷、气短及呼吸困难，无心慌、心悸、心前区不适，为求进一步系统诊疗而来我院就诊，门诊以“消渴”收入我科。自发病以来，患者神志清，精神尚可，纳差眠尚可，大便正常，小便频数，尿痛，体重较前变化不著。神志清楚，意识反应正常，定向力、记忆力、计算力可，自知力存在。言语不利，嗅觉正常。视野粗测无缺损。睑裂对称，无上睑下垂，眼球向各方向运动无受限，无复视及眼球震颤，瞳孔等大，直径 2.5mm，等圆，直接、间接光反应均存在，调节反射好。额纹两侧对称，无面肌痉挛，双侧鼻唇沟无明显变浅，张口时舌在口腔正中，伸舌居中，舌肌无萎缩及纤颤。左侧肢体肌力、肌张力正常。右上肌力 0 级，右下肢体肌力 0 级。右侧巴彬斯奇征、恰多克征、奥本汉征、戈登征、罗索里摩征均（+），双侧掌颌试验（+）。颈软，克尼格征和布鲁辛斯基征（-）。

入院诊断：1. 2 型糖尿病性视网膜病变？；2. 瘫痪；3. 烟雾病；4. 高血压（3 级，极高危）；5. 心脏支架植入术后；6. 脑术后。

诊疗经过：给予参麦注射液益气养阴，盐酸二甲双胍缓释片、恩格列净片、西格列汀降糖，酒石酸美托洛尔片降压，阿司匹林肠溶片抗血小板聚集，瑞舒伐他汀钙片降脂、稳定斑块。四联抗幽门螺杆菌治疗：艾司奥美拉唑（自备）、胶体果胶铋胶囊抑酸护胃、保护胃黏膜；克拉霉素片、阿莫西林胶囊杀菌；康复科会诊行康复



治疗。

出院诊断：1. 脑术后；2. 2 型糖尿病性视网膜病变、2 型糖尿病性周围血管病变；3. 瘫痪；4. 烟雾病；5. 高血压（3 级，极高危）；6. 冠状动脉支架植入后状态；7. 幽门螺旋杆菌感染。

出院情况：患者神志清，精神可，血糖控制情况好转，视物模糊好转，饮食睡眠可，二便调。（余情况无变化）

四、鉴定过程

1. 鉴定依据和方法

依据司法部《司法鉴定程序通则》（中华人民共和国司法部令第 132 号）、《中华人民共和国民法典》《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[2020]17 号）等法律法规和《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）《医疗护理技术操作常规》《临床技术操作规范》《临床诊疗指南》相关要求，依据《人体损伤致残程度分级》（五部门联合公告，于 2017 年 1 月 1 日起施行）及适用指南、《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》（GA/T 1193-2014）、《人身损害护理依赖程度评定》（GB/T 31147-2014）等，参考教科书、专著等进行鉴定。

2. 审核受理情况

本中心收到北京市海淀区人民法院委托后，对送鉴材料进行了审查，认为符合受理条件并于 2026 年 3 月 4 日发出受理通知书。



3. 陈述会情况

2026年4月29日鉴定人在本中心召开了医患双方和相关专业领域专家参加的医疗损害司法鉴定陈述会。告知了鉴定人、鉴定事项、鉴定材料及鉴定风险等内容,医患双方签字确认并陈述了意见,回答了鉴定人和专家的询问,并签字确认。现将医患双方主要观点归纳如下:

(1) 患方主要观点: ①医方术前风险评估和预防措施不足: 未及时排查并干预高凝风险, 未对患者进行下肢深静脉超声筛查、弹力袜等机械预防措施, 没有给予预防血栓药物; ②术中及围手术期脑灌注管理不当: 未针对患者高血压、烟雾病等特性实施个性化的血压管理, 导致脑灌注压长时间低于临界值, 引发术中脑梗死, 且拔管苏醒时出现脑缺血征象, 未被及时发现和纠正, 显示院方对重要指标检测和管理不充分; ③并发症处置不及时: 患者属于术后发生缺血性脑卒中的高危人群, 术毕出现典型表现后仅完善头颅CT, 未进一步行检查明确部位和原因, 未转入ICU严密监护, 未积极诊断和干预; ④在术后并发症发生及发展过程中, 院方的信息通报和与家属的沟通决策存在不足, 影响了及时救治, 术后医护与家属的信息沟通渠道不畅, 家属对于患者病危的认识存在滞后, 这种沟通不力导致延误了抢救措施的启动。因此, 医方的诊疗过错与患者的损害后果之间存在因果关系, 医方应当承担相应的责任。

(2) 医方主要观点: ①该患者基础病较多, 颅内血管闭塞情



况较重，其已长期服用抗血栓药物，但疾病仍进行性加重，后续出现缺血性卒中的可能性较大，患者手术指征明确但手术可能出现的风险亦较大，我院已做特别告知，患者及家属签字同意手术治疗，我院为其行手术治疗的告知与诊疗行为均符合规范，手术顺利，不存在过错；②我方术前评估访视到位，围术期脑灌注管理并无不当，我院麻醉医师术中血压管理符合诊疗规范，诊疗行为不存在过错；③患者术后出现意识变差的病情变化，我院及时、密切观察病情并行头颅CT检查，术后处置无延误，符合诊疗规范；④患者出现病情变化后，我院与患者家属及时沟通，向家属告知病情进展，家属知情并签署病危病重通知书，针对患者的诊疗方案我院全程尊重患者家属的意见；⑤本案患者发生脑梗是其自身疾病及身体条件所造成的，并发症的发生难以避免，我院已经尽到了充分的诊疗与告知义务，对其发生并发症在诊疗行为上不存过错。

4. 阅片所见

2024-10-09 颅脑 CT [REDACTED] 示：颅脑术后改变，左颞顶部局部颅骨缺如，术区及左额部颅板下见气体密度影；未见明确大面积出血或梗死灶。

2024-10-10 颅脑 CT [REDACTED] 示：颅脑术后改变；左侧大脑半球见片状低密度影，中线结构居中。

2024-10-12 颅脑 CT [REDACTED] 示：颅脑术后改变；左侧大脑半球见片状低密度影、范围较前片增大，中线



结构右移，侧脑室稍受压。考虑左侧大脑半球脑梗死。

2024-10-14 08:04:32 颅脑 CT [REDACTED]
示：颅脑术后改变；左侧大脑半球脑梗死，范围较前片无明显改变，中线结构右移。

2024-10-14 19:48:41 颅脑 CT [REDACTED]
示：左侧颞顶部去骨瓣减压术后改变；左侧大脑半球脑梗死，中线结构稍右移。

2024-10-22 颅脑 CT [REDACTED] 示：左侧颞顶部去骨瓣减压术后改变，脑组织轻度外膨；左侧大脑半球脑梗死，中线结构右移较前片稍恢复。

2025-03- [REDACTED] 颅脑 CT [REDACTED]
[REDACTED] 示：左侧颞顶部去骨瓣减压术后改变，局部脑组织凹陷，左侧颞顶枕部见不规则低密度灶，考虑软化灶形成。

2026-04-1 [REDACTED] 颅脑 MR [REDACTED]
[REDACTED] 示：左侧颅骨缺如，左侧大脑半球塌陷、变形，左侧顶枕叶软化灶，左侧侧脑室扩张。

5. 法医临床检查

2026年6月4日，在我中心由鉴定人及助理对被鉴定人 [REDACTED] 其家属进行了询问并 [REDACTED] 进行体格检查。本次鉴定所使用的仪器设备有：尺、叩诊锤、观片灯等。检查情况如下：

一般情况：乘坐轮椅入室，神清，语言差，沟通可回应，但



仅能发出“嗯、啊”等简短不清的词语，查体合作。经与家属了解：被鉴定人目前情绪不稳定，不能说清话，反应慢；右侧肢体不能活动，吃饭可用左手持勺、拿碗、拿馒头等，不能用筷子。大便需要使用开塞露。

专科查体：左额颞顶部颅骨缺损、见 13.5cm×11.9cm 范围组织凹陷。面纹基本对称，伸舌稍左偏。乳头水平以下感觉减退，右侧肢体肌力下降、感觉减退，肌力 1 级，右侧肢体肌容量减退，远端肌张力稍增高。霍夫曼征右侧（+），巴氏征右侧（+）。余未见明显异常。

五、分析说明

依据委托人提供的现有文证资料和影像学阅片结果，结合本例医疗损害司法鉴定陈述会情况、法医临床检查情况等，综合分析如下：

（一）医方诊疗行为是否存在过错

2024 年 10 月 5 日，被鉴定人 [REDACTED] 以“间断头痛伴右侧肢体麻木 2 年余”为主诉 [REDACTED] 治疗，医方依据病史、外院颅脑 MR（2024 年 9 月 1 [REDACTED] 所见及查体结果等入院诊断“烟雾病”等成立。

2024 年 10 月 8 日医方全脑血管造影术，进一步证实了患者烟雾病的诊断及各血管代偿情况。经完善检查，未见手术禁忌及其他异常，患者家属有手术意愿，医方选择于 10 月 9 日行“左侧



颞浅动脉脑膜脑融通术”符合医疗护理技术操作常规，但术前未见关于替代治疗方案（如药物治疗或其他术式）利弊的讨论及向患方告知内容，存在过错。

据病历记载，术后患者于麻醉恢复室内意识恢复，自主呼吸恢复，清醒后拔除气管导管，11:45 患者意识差，观察双侧瞳孔正常，12:05 患者呼之不应、双侧瞳孔不等大，医方完善颅脑 CT 检查，未见明显出血征象，考虑为正常的术后改变。

患者术后出现进行性加重的意识障碍，右侧偏瘫，于 10 月 10 日（术后第一天）16 点 50 分复查头颅 CT 显示：左侧大脑半球见片状低密度灶，脑室脑沟脑池显示良好，中线结构居中，明确诊断脑梗死。医方给予己酮可可碱、曲克芦丁、丁苯酞、甘油果糖、甘露醇等治疗，转神经外科重症病房，符合医疗护理技术操作常规。

10 月 12 日 15 点 36 分复查头颅 CT 显示：术区未见明显出血等异常，左半球大片低密度区，面积较 10 月 10 日片增大，同侧脑室受压，中线右移，有开颅去骨瓣减压指征，医方向患者家属建议行手术治疗符合诊疗常规。此时家属对手术有顾虑，暂时放弃手术治疗并签字。但 13 日病程记录记载患者家属要求积极治疗挽救生命，医方未及时告知并进行开颅去骨瓣减压，至 14 日患者症状进一步加重后才行该手术，时机偏迟，存在过错。

10 月 14 日行去骨瓣减压术操作及术后处理符合诊疗常规。



（二）医方过错与患者损害后果之间的因果关系及原因力大小

被鉴定人行脑膜脑融通术后出现大面积脑梗——肢体运动障碍、意识障碍等症状，经对症保守治疗及去骨瓣减压术等治疗，于2024年11月19日病情基本稳定后出院，出院的患者神志嗜睡，有时呼之能应，有遵嘱动作，有运动性失语，双瞳孔等大，对光反应灵敏，未引出病理征。

烟雾病其病理解剖基础表现为颈内动脉末端或其分支大脑前、中动脉起始段进行性狭窄或闭塞，伴大脑基底异常纤细的新生血管网形成，以及广泛的颅内动脉之间和颅内外动脉之间形成血管吻合为特征的脑血管疾病，本身特点易发生脑梗死或脑出血。被鉴定人自身烟雾病为其术后发生术侧大面积脑梗死的根本及主要原因。脑膜脑融通术属于“间接搭桥”手术，核心原理是利用头皮动脉（如颞浅动脉）与脑表面血管的自然融合，逐步形成新的侧支循环网络，替代狭窄或闭塞的脑血管，从而增加脑组织供血，即手术未直接对脑实质或脑内血管进行操作；手术操作符合规范且术中血压控制相对稳定（收缩压维持在90-140mmHg之间）。手术只是导致脑梗死的诱因，属于可以预见的、很难完全避免的并发症。

脑疝前与脑疝后实施去骨瓣减压手术的预后不同，12日患者家属暂拒绝手术治疗及13日医方未再次建议手术治疗，均干预了



手术时机，从而影响患者预后。

综合考虑到被鉴定人自身高血压病 3 级、2 型糖尿病、高脂血症等脑梗死高危因素，烟雾病及术后脑梗死的治疗策略具有矛盾性、平衡难度大等因素，鉴定人经讨论、分析认为被鉴定人前损害后果的发生系自身疾病情况、医疗固有风险、医方过错等因素共同所致，即医方过错与被鉴定人术后脑梗死等损害后果之间存在因果关系，原因力大小建议为轻微。

（三）伤残等级

被鉴定人目前遗留完全运动性失语、偏瘫（右侧肢体肌力 1 级）等。其运动性失语，依据《人体损伤致残程度分级》（五部门联合公告，于 2017 年 1 月 1 日起施行）第 5.5.1.2）条之规定：完全运动性失语，构成五级伤残；其右侧偏瘫（右侧肢体肌力 1 级）依据上述标准第 5.2.1.3）条之规定：偏瘫（肌力 2 级以下），构成二级伤残。

（四）误工期、护理期、营养期

被鉴定人长期卧床，目前需长期护理，并加强营养以帮助恢复，依据《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》（GA/T 1193-2014）附录 A.2、A.5、A.8 条及相关条款之规定，其误工期、护理期、营养期均至伤残评定前一日。

（五）护理依赖

被鉴定人目前日常生活活动能力受限，进食、小便始末、大



便始末分别评 5 分，床上活动、穿衣、修饰、洗澡、床椅转移、行走、用厕各项目评分均为 0 分，总分值 15 分。根据《人身损害护理依赖程度评定》（GB/T 31147-2014）第 4.2.2.3 条之规定，日常生活活动能力项目总分值 < 20 分，属完全护理依赖范畴。

六、鉴定意见

诊疗行为存在过错，后脑梗死致运动性失语、偏瘫等损害后果之间存在因果关系，原因力大小建议为轻微。

被鉴定人前完全运动性失语构成五级伤残、右侧肢体偏瘫构成二级伤残。

被鉴定人误工期、护理期、营养期均至评残前一日。

被鉴定人目前存在完全护理依赖。

七、附件

图 1 页（共 4 张）；

《司法鉴定人执业证》；

《司法鉴定许可证》；

鉴定人承诺书。

本文内容与正本核对一致

司法鉴定人：

《司法鉴定人执业证》

司法鉴定人：

《司法鉴定人执业证》

二〇二六年七月二十一日



被鉴定人姓	别	女	出生日期
事由	医疗损害责任纠纷		
主要损害	脑梗死		

图 1. 2024-10-09 颅脑 CT

示：颅脑术后改变，局部颅骨缺如，术区及左额部颅板下见气体密度影

图 2. 2024-10-10 颅脑 CT

示：颅脑术后改变；左侧大脑半球见片状低密度影，中线结构居中

图 3. 2024-10-12 颅脑 CT

示：颅脑术后改变；左侧大脑半球见片状低密度影、范围较前片增大，中线结构右移，侧脑室稍受压。考虑左侧大脑半球脑梗死

图 4. 2026-04-14 颅脑 MR

示：左侧颅骨缺如，左侧大脑半球塌陷、变形，左侧顶枕叶软化灶，左侧侧脑室扩张

[REDACTED]

承诺书（试行）

本人接受人民法院委托，作为诉讼参与人参加诉讼活动，依照国家法律法规和人民法院相关规定完成本次司法鉴定活动，承诺如下：

一、遵循科学、公正和诚实原则，客观、独立地进行鉴定，保证鉴定意见不受当事人、代理人或其他第三方的干扰。

二、廉洁自律，不接受当事人、诉讼代理人及其请托人提供的财物、宴请或其他利益。

三、自觉遵守有关回避的规定，及时向人民法院报告可能影响鉴定意见的各种情形。

四、保守在鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私，不利用鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私获取利益，不向无关人员泄露案情及鉴定信息。

五、勤勉尽责，遵照相关鉴定管理规定及技术规范，认真分析判断专业问题，独立进行检验、测算、分析、评定并形成鉴定意见，保证不出具虚假或误导性鉴定意见；妥善保管、保存、移交相关鉴定材料，不因自身原因造成鉴定材料污损、遗失。

六、按照规定期限和人民法院要求完成鉴定事项，如遇特殊情形不能如期完成的，应当提前向人民法院申请延期。

七、保证依法履行鉴定人出庭作证义务，做好鉴定意见的解释及质证工作。

本人已知悉违反上述承诺将承担的法律責任及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。

承诺人：（签名）

鉴定机构：（盖章）

2026年3月4日

