

司法鉴定意见书

202

统一司法鉴定案件编号

委托人/单位：济南市天桥区人民法院

鉴定意见书赋码



统一社会信用代码



司法鉴定意见书

一、基本情况

(一) 委托单位：济南市天桥区人民法院

(二) 委托事项：

的诊疗行为有无过错，如有过错，该过错死亡的损害后果之间的因果关系及原因力大小进行鉴定。

(三) 委托日期：2025 年 11 月 17 日

(四) 受理日期：2025 年 12 月 05 日

(五) 鉴定材料：

1. 济南市天桥区人民法院司法鉴定委托书[(2025 委鉴字第 263 号)]1 份；

2. 住院病历（住院号：2025.05.30-2025.06.01）复印件 1 份；

3. 住院病历（病案号：2025.06.01-2025.06.04）复印件 1 份；

住院病历（住院号）复印件 1 份；

5. 居民死亡医学证明（推断）书复印件 1 份；

尸检报告（尸检号）复印件 1 份；

火化证明复印件 1 份；

8. 影像片 3 张；



9. 光盘 1 张。

(六) 被鉴定人：[REDACTED] 男，出生日期：[REDACTED] 公民身份号码 [REDACTED]。

二、基本案情

据送检材料记载：2025 年 05 月 30 日 [REDACTED] 因“发作性胸闷伴颈部不适 1 周”先 [REDACTED] 住院治疗，心脏彩超提示左室充盈异常、二尖瓣返流（轻度）、肺动脉高压（轻度）伴三尖瓣反流、主动脉瓣反流（轻度）、室间隔轻度增厚。出院诊断：心瓣膜病、二尖瓣脱垂伴关闭不全、心房颤动、心功能 II 级、冠状动脉粥样硬化等，2025 年 06 月 04 日 [REDACTED] 住院治疗，于 2025 年 06 月 12 日行“胸腔镜辅助微创小切口二尖瓣置换术”，于 2025 年 06 月 14 日 05:15 血压骤降至 42/26mmHg，08:20 心律骤降至 40 次/分，血压下降至 40/25mmHg，于 2025 年 06 月 14 日 09:20 抢救无效死亡。

现委托我中心对相关事项（详见委托书）进行鉴定。

三、资料摘要

(一) 据送检 [REDACTED] 住院病历（住院号 [REDACTED]）记载：

入院日期：2025-06-04 17:00

主诉：活动后心慌胸闷 10 天。

现病史：患者 10 天前活动后出现心慌胸闷，无头晕、头痛、黑朦及晕厥，无胸痛和后背放射痛，不伴大汗和濒死感，无腹痛、腹胀、腹泻，无发热，无咳嗽、咳痰，持续数分钟，休息数分钟后可缓解，未服用药物治疗。2025 年 5 月 30 日 [REDACTED] 就诊，行心脏彩超检查提示：



左室充盈异常，二尖瓣返流(轻度)，肺动脉高压(轻度)伴三尖瓣返流(轻度)，主动脉瓣返流(轻度)，室间隔轻度增厚，LVEF: 0.60。2025年6月4日[]行心脏彩超检查提示：1. 二尖瓣后叶脱垂伴重度返流；2. 三尖瓣中度返流；3. 主动脉瓣轻度返流；4. 心律失常。经食道超声心动图：双房及左心耳未探及明确血栓回声。建议手术治疗。今日为求进一步诊治就诊于我科门诊，门诊以“二尖瓣关闭不全”收入我科。自发病以来，精神、饮食、睡眠尚可，体力下降，大、小便正常，近几天体重下降 3kg。

既往史：2025年2月[]行脂肪瘤切除术。10年前[]疝气和肛瘘手术。否认“冠心病、高血压、糖尿病”等病史。否认“肝炎、结核、疟疾”等传染病史。否认外伤史，无输血史，无食物、药物过敏史，无中毒史，预防接种随当地进行。

专科情况：心前区无异常隆起，心尖搏动位于左侧第四、五肋间锁骨中线上，心前区无抬举感，心尖搏动不弥散，心前区未触及震颤，律不齐，心率 82 次/分，二尖瓣听诊区可闻及 III/6 收缩期杂音。

辅助检查：心脏彩超(2025-5-[]): 左室充盈异常，二尖瓣返流(轻度)，肺动脉高压(轻度)伴三尖瓣返流(轻度)，主动脉瓣返流(轻度)，室间隔轻度增厚，LVEF: 0.60。心脏彩超(2025-06-04, []): 1. 二尖瓣后叶脱垂伴重度返流；2. 三尖瓣中度返流；3. 主动脉瓣轻度返流；4. 心律失常。经食道超声心动图(2025-06-[]完): 双房及左心耳未探及明确血栓回声。冠脉造影(2025-06-03, []): 冠脉供血呈右冠优势型，LM 未见明显狭窄，LAD 近中段管壁不规则，可见动脉粥样硬化改变，狭窄最重 10-20%，远段未见明显狭窄，远端血流 TIMI II-III 级；LCX 未见明显狭窄，血流 TIMI II-III 级；RCA 近段管壁不



规则，可见动脉粥样硬化改变，未见明显狭窄，血流 TIMI II-III 级。

手术同意书

患者经检查诊断为 1、心脏瓣膜病：二尖瓣关闭不全，三尖瓣关闭不全，心功能 III 级；2、2、心律失常：持续性心房颤动。依据目前医疗技术条件，针对患者疾病，有如下治疗方案：

1、低温体外循环下行二尖瓣置换、三尖瓣成形、左心耳钳夹术。

2、内科保守治疗。

综合考虑患者目前状况，我院建议患者实施低温体外循环下行二尖瓣置换、三尖瓣成形、左心耳钳夹术。同时，由于医学科学技术的局限和病人体质、病情特殊和受其它不可抗力力的影响，术中、术后及麻醉中会出现以下难以防范的医疗意外和难以避免的并发症，并导致不良后果：

... 6. 术后出现低心排综合症，心律失常，急性心衰，呼衰甚至死亡。肺高压危象。7. 脑血管意外(出血或栓塞)导致偏瘫、失语、昏迷、甚至死亡。心源性猝死可能。... 10. 机械瓣置换术患者：机械瓣可能发生故障，导致急性心衰或猝死；需终身服抗凝药，并可能发生抗凝相关并发症。生物瓣置换术的患者，生物瓣可能衰坏、破损，而需要再次行瓣膜置换术治疗；且无法预期生物瓣衰坏的具体时间。11. 由于心脏是人的生命器官，任何心脏手术都存在一定的风险或危险，就目前的医学发展与科技水平而言，尚不能达到 100%安全，也不能于术前做出精确预测。

上述医疗意外或并发症一旦发生，医院将采取相应措施，尽量减轻对患者造成的不良后果。

患方承认，对于以上告知内容，我已认真阅读，医生针对各种方案的优缺点及手术风险已向我做出详细解释，我完全理解。经慎重考虑，我换机械瓣膜，同意手术，愿意承担上述手术风险及并发症(同意手术，愿意



承担上述手术风险及并发症)

患者或其代理人签名 025-06-09

术前讨论记录

讨论时间: 2025-06-11, 11: 08

讨论地点: 心外科医师办公室

参加人员: 王... 主任, 梁... 主任医师, 杨...、孙...、刘...、郑...
副主任医师, 张... 副主任技师, 秦... 等医师, 康... 护士长等。

主持人: 王... 主任

秦... 报告病史: (略), 诊断明确, 无手术禁忌症, 适宜手术治疗。

刘... 副主任医师: 根据患者病史及各项临床检查, 目前诊断明确, 各项检查未提示手术禁忌症, 适宜手术治疗。术前加强呼吸道管理, 改善心功能; 麻醉后可能出现呼吸、循环障碍, 应加强处理; 术后各班人员注意加强监护, 及时监测各项指标, 做好各种抢救的准备工作。

王... 主任: 患者目前诊断明确, 无手术禁忌症, 适宜手术治疗。麻醉平稳、充分供氧, 预防并及时处理可能出现的低血压和心律失常, 术中加强心肌保护, 严密止血, 预防心包填塞, 防止酸碱紊乱和水、电解质失衡。术后给予强心、利尿加强心功能, 预防感染等治疗。及时翻身叩背、协助咳痰, 预防肺部并发症。病情变化及时向上级医师汇报, 严密观察各项监护指标, 并及时处理。术前向患者家属详细讲明病情的复杂性、严重性及可能出现的并发症和风险。

综合归纳: 通过讨论, 大家意见统一, 同意目前的诊断和治疗, 现决定如下:

- 1、在全麻下施行二尖瓣置换、三尖瓣成形术。
- 2、手术安排在 2025-06-12。



3、手术前备浓红 4U, 血浆 800ml。

3、手术者: 王...、刘...、郑...

诊疗经过: 入院后按心外科护理常规, II 级护理, 普食, 完善各项检查, 给予利尿、稳定心率等综合治疗, 于 2025-06-12 行胸腔镜辅助微创小切口二尖瓣置换术, 2025 年 6 月 13 日上午顺利脱离呼吸机, 患者自主呼吸后氧分压低, 请麻醉科会诊, 紧急行气管插管术, 16:47 气管插管成功, 持续呼吸机辅助呼吸, 抢救成功。之后患者无尿状态, 复查血气分析及生化结果提示血钾进行性升高, 末次查动脉血气分析示血钾 5.8mmol/L, 乳酸 8.1mmol/L。请血液净化科会诊, 紧急行血液滤过治疗。2025-06-14 05:15 患者血压突然降至 42/26mmHg, 暂停血液滤过治疗, 给予补充钙剂, 加大多巴胺、肾上腺素、去甲肾上腺素剂量, 患者血压逐渐平稳, 升至 92/71mmHg, 共滤出 400ml 液体。08:20 患者心率突然降至 40 次/分, 血压下降至 40/25mmHg, 给予盐酸肾上腺素 1mg 静推, 08:21 给予异丙肾上腺素 1mg 静推, 同时加大多巴胺、肾上腺素、去甲肾上腺素剂量, 持续心电监测血压、心率未见好转, 08:23 给予盐酸肾上腺素 1mg 静推, 08:25 给予异丙肾上腺素 1mg 静推, 效果差, 08:28 给予盐酸肾上腺素 1mg 静推, 08:30 给予异丙肾上腺素 1mg 静推, 血压 30/20mmHg, 心率 45 次/分, 08:32 再次给予盐酸肾上腺素 1mg 静推, 08:35 给予异丙肾上腺素 1mg 静推, 血压 30/15mmHg, 心率 30 次/分。08:40 心率下降至 20 次/分, 再次给予盐酸肾上腺素 1mg 静推, 08:42 给予异丙肾上腺素 1mg 静推, 血压、心率为 0。08:42 患者心脏骤停, 即行胸外心脏按压, 分别于 08:43、08:45 给予盐酸肾上腺素 1mg 静推, 无效, 血压、心率为 0, 分别 08:48、08:50 给予盐酸肾上腺素 2mg 静推, 心率、血压仍为 0。08:55、08:58 给予盐酸肾上腺素 1mg 静推, 血压、心率仍为 0, 09:00 心电图呈直线, 患者家属强



烈要求继续抢救，继续心脏按压，血压、心率仍为 0。2025 年 06 月 14 日 09:20 主任宣布患者死亡。...

死亡原因：呼吸衰竭，多器官功能衰竭。

死亡诊断：1、心脏瓣膜病：二尖瓣关闭不全，心功能Ⅲ级；2、心律失常：持续性心房颤动；3、呼吸衰竭；4、多器官功能衰竭。

四、鉴定过程

（一）陈述会日期：2025 年 12 月 19 日

（二）陈述会地点 第二会议室（现场结合远程视频会议）

（三）陈述会参加人员：患方 2 人及代理 1 人（远程参会），代表 2 人（远程参会），本中心鉴定人及工作人员 4 人（现场参会+远程参会），相关临床专家 1 人（现场参会）。

（四）鉴定方法、适用鉴定标准：《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》、《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）及相关卫生行政法律法规等。

本案属法医临床学医疗损害鉴定，已明确死亡原因，且双方对死因无异议或死亡原因及病理诊断鉴定结果无异议。故我中心应用法医临床学与临床医学相关学科的理论与技术，对医疗机构实施的诊疗行为有无过错、诊疗行为与患者损害后果之间是否存在因果关系及其原因力大小的鉴定，包括对医疗机构是否尽到了说明义务、取得患者或者患者近亲属书面同意义务进行鉴定（本次鉴定不涉及病理诊断或死亡原因鉴定）。

（五）陈述会情况：



2025 年 12 月 19 日，在我中心会议室，在医、患双方代表参与下举行了现场结合远程视频司法鉴定陈述会议。陈述会上再次确认了本次委托鉴定事项、鉴定材料，医患双方均表示认可、无异议；并向医患双方告知了鉴定风险及鉴定人回避等事项，医患双方均未对本次陈述会议程序提出任何异议，也均未向本机构提出鉴定人及临床专家回避的申请。陈述会上，我中心鉴定人及临床专家先后听取了医患双方的陈述意见，并就相关事项分别向医患双方进行了提问。

五、分析说明

根据送检资料、卫生行政法规、临床医学理论、临床诊疗规范、指南等及陈述会上医患各方陈述情况并对鉴定有关的其他问题进行了补充，结合临床医学专家意见，综合分析如下：

（一）关于被鉴定人诊疗过程

据送检材料记载：2025 年 05 月 30 日因“发作性胸闷伴颈部不适 1 周”先入院治疗，心脏彩超提示左室充盈异常、二尖瓣返流（轻度）、肺动脉高压（轻度）伴三尖瓣反流、主动脉瓣反流（轻度）、室间隔轻度增厚。出院诊断：心瓣膜病、二尖瓣脱垂伴关闭不全、心房颤动、心功能 II 级、冠状动脉粥样硬化等，2025 年 06 月 04 日再次入院治疗，于 2025 年 06 月 12 日行“胸腔镜辅助微创小切口二尖瓣置换术”，2025 年 06 月 12 日 16:13 患者突发室二联律，血压降至 75-45mmHg，抢救后血压升至 90-50mmHg，2025 年 06 月 13 日查房见喘憋明显 16:00 复查血气分析示氧分压 43mmHg，血氧饱和度 82%，予气管插管后喘憋症状明显改善，于 2025 年 06 月 14 日 05:15 血压骤降至 42/26mmHg，08:20 心律骤降至 40 次/分，血压下降至 40/25mmHg，于 2025 年 06 月 14 日 09:20



抢救无效死亡。

（二）关于过错、损害后果、因果关系分析

二尖瓣及三尖瓣大量反流为心脏常见瓣膜疾病，因血流动力学改变导致患者心肺功能持续受损，瓣膜置换或成形能从根本上阻断病情进展，该患者术前检查完善，冠脉造影、肺功能等检查提示心肺能达到手术要求，心脏瓣膜疾病亦有明确手术指征，手术能有效改善心脏功能，入院到手术有 1 周手术准备时间，术前准备时间亦充分，患方所提出心脏核磁及心肌核素等检查均非心脏体外循环手术术前必要常规检查。

微创胸腔镜或辅助小切口心脏瓣膜置换手术为近年来心脏手术发展方向，其优点为创伤小，有胸腔镜辅助下视野更加清楚，对于该病人单纯二尖瓣及三尖瓣病变，采用胸腔镜或辅助小切口瓣膜置换术是合理的，但医方应对手术方式及相关利弊进行充分的告知，该案病历资料中没有相关术前告知记录。

《医疗质量安全核心制度要点》（国家卫生健康委员会，2018 年）第十二条 术前讨论制度指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。本案病历术前讨论只有参加人具体讨论意见及综合归纳，但没有对术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施等内容。

该患者在术后返回监护室到第二天早上拔气管插管前血压、心率、氧饱和度及血气分析电解质结果显示均在正常范围，拔出气管插管后病情发生变化，但先出现氧饱和度下降再出现血压下降，胸腔引流亦未增加，与术中损伤左心室导致左室破裂不符（尸检提示左室破裂不排除为抢救时胸



外心脏按压导致)，但病情变化后医方应完善床旁心脏彩超及支气管镜等检查（医方陈述有完善床旁心脏彩超，但病历中无医嘱及检查报告）。

心脏外科手术术后评估病情稳定，6-8 小时可尽早拔除气管插管，避免气管插管时间太长导致肺部感染，亦让病人尽早恢复饮食，促进康复，该病人 6 月 12 日手术，6 月 13 日早上在血压、心率、氧饱和度及血气分析电解质等指标稳定情况下拔除气管插管，属于正常操作流程。

医疗损害司法鉴定系从技术层面对因果关系及原因力大小进行评定，而非对过错责任程度进行评定，医疗损害鉴定因果关系具有复杂性、隐蔽性、盖然性等特点，原因力程度评定本质是建立在鉴定人学理性判断基础上的一种专业观点，不能与人民法院判定的民事赔偿程度完全相同，是供人民法院判定民事赔偿的参考依据之一，本案鉴定人认为本案因果关系原因力大小评定需要考虑因素有医疗机构存在的过错、手术并发症、患者自身疾病因素及医方诊疗条件等因素。

结合现有送检材料，综合分析，根据《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097-2021）7.1 “医疗过错”之规定，

的诊疗过程存在违反告知义务的过错及违反注意义务的过错，但考虑手术并发症等因素，同时根据《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097-2021）7.3 及《人身损害与疾病因果关系判定指南》附录 A.1 的相关规定，综合医方在诊疗过程中存在过错，鉴定综合分析认为，

医院 的诊疗行为存在过错，过错 为损害后果之间存在一定因果关系，原因力大小为同等原因力到主要原因力之间，建议参与度 55%~65%。

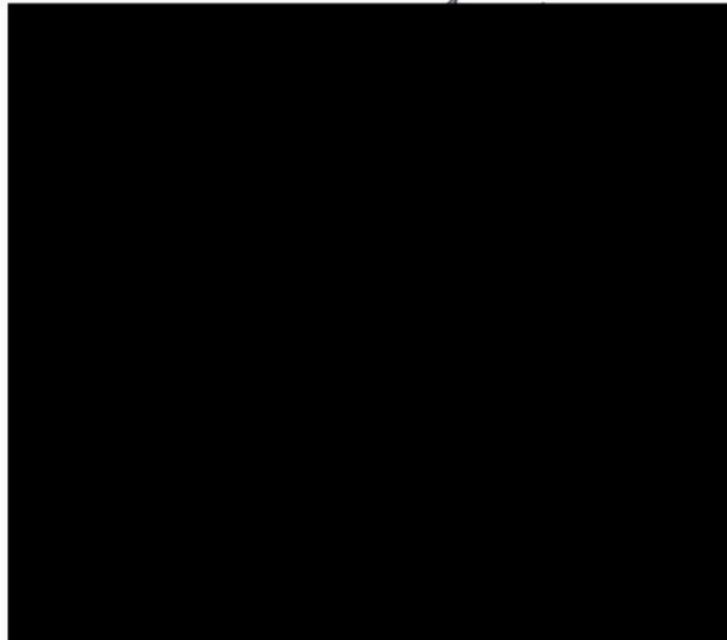
七、鉴定意见



02 [REDACTED] 医院 [REDACTED] 的诊疗行为存在过错，过错 [REDACTED] 的损害后果之间存在一定因果关系，原因力大小为同等原因力到主要原因力之间，建议参与度 55%~65%。

七、附件

- (一) [REDACTED] 司法鉴定人承诺书 1 份。
- (二) [REDACTED] 资质及司法鉴定人执业证打印件 2 页。



二〇一六年一月十九日



附注：1. 本鉴定结论仅对送检材料负责。

2. 本鉴定书未经书面批准，不得部分复制。

司法鉴定人承诺书

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。

2015年12月5日

