

[REDACTED]

司法鉴定意见书



统一社会信用代码 [REDACTED]

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. 司法鉴定人按照法律、法规和规章规定的方式、方法和步骤，参照相关技术标准和技术规范进行鉴定。
3. 司法鉴定实行鉴定人负责制度。司法鉴定人依法独立、客观、公正地进行鉴定，不受任何个人和组织的非法干预。
4. 鉴定意见属于鉴定人的专业性意见，其是否被采信取决于使用人的审查和判断，鉴定人和鉴定机构无权干涉。
5. 使用本鉴定文书应当保持其完整性和严肃性。

地址 [REDACTED] -1 [REDACTED] 楼

邮编 [REDACTED]

电话：02 [REDACTED] (总机)

监督电话：02 [REDACTED]



司法鉴定意见书

2026]病医损鉴字第166号

司法鉴定专用章

一、基本情况

委托方：济南市槐荫区人民法院

委托函号：（2026

委托日期：2026年5月7日

委托鉴定事项：对被申请人在患[]的诊疗行为中是否具有过错，如果具有过错，该过错[]的死亡后果之间是否存在因果关系以及原因力大小进行司法鉴定。

鉴定材料：司法鉴定委托书1份，民事起诉状1份，[]病历材料55页，居民死亡医学证明（推断）书1份，其他诉讼相关材料若干。

补充材料时间：2026年6月15日收到法院线下移送的[]封存病历1套，光盘3张；2026年9月2日收到法院转发的护理记录单2张，质证意见1份。

听证会日期：2026年6月16日

鉴定日期：2026年9月2日~2026年9月9日

鉴定地点

患方[]女，身份证号[]。

医方[]

二、检案摘要

（一）案情摘要

据送检的鉴定资料记载：患者[]2026年2月6日因“腹痛、腹胀5天”前往医方处住院治疗，入院行相关检查后初步诊断为“肠梗阻、高血压、脐疝等”，2月7日夜间患者腹痛加重，行CT检查考虑乙状结肠占位引起完全性肠梗阻，术前告知相关风险于急诊行“乙状结肠癌根治术+回



肠造口术，行全身麻醉后数分钟，患者血压持续下降，心率降低，予以抢救后于2月8日6:30抢救无效死亡。患方[REDACTED]的诊疗行为存在过错，现济南市槐荫区人民法院委托我中心对上述委托事项进行法医学鉴定。

本中心于2026年5月7日收到委托方的送检材料，经评审后受理，2026年5月22日收到本案鉴定费用。

（二）争议要点摘要

患方观点：辅助检查不合理及风险管控不当，肠镜检查过程及操作管理不到位；病情转折点的识别缺失与干预迟滞，脓毒症识别存在漏诊与处理延误；围手术期复苏违规并存在麻醉诱导风险；对感染性休克的识别与“初始复苏”落实不及时、不充分；麻醉前血流动力学优化、检测与诱导策略不符合休克患者围术期管理要点；已明确下肢静脉血栓形成后，VTE风险再评估与处置策略记录不足。

医方观点：患者在我院治疗期间，我院与患方充分沟通病情，告知诊疗措施、医疗风险、替代医疗方案、病情预后，告知术中或术后可能会发生意外和并发症。患方知情，签署了相关知情同意书。我院上述医疗过程符合诊疗规范。

（争议要点是对医患双方陈述、答辩的简要摘录。鉴定人及专家组以委托方提交的材料为鉴定依据。）

（三）资料摘要

[REDACTED]入院记录（病案[REDACTED]）摘要：

入院时间：2026-02-06

主诉：腹痛、腹胀5天。

现病史：患者于5天前无明显诱因出现下腹部疼痛，为持续性钝痛，伴腹胀，伴恶心、呕吐，呕吐物为胃内容物，无烧灼感，不伴后背部放射痛，不伴有肩部及会阴部放射痛。无冷汗，无畏寒、发热，无头痛、头晕。无心慌心悸及胸前区不适，无胸闷、胸痛；无大汗淋漓及濒死感，不伴咳



嗽、咳痰、咳血。无腹泻，无黑便、血便及里急后重感；无尿频、尿急、尿痛、无血尿及排尿困难。现为明确诊治到我院急诊就诊，行腹部 CT 示：1. 考虑肝囊肿 2. 食管裂孔疝 3. 考虑右肾错构瘤，建议进一步检查 4. 符合肠梗阻 CT 平扫表现 5. 乙状结肠近端壁厚，管腔狭窄，建议进一步检查 6. 盆腔少量积液。急诊以“肠梗阻”收入院。自发病以来，食欲减少，进食少，睡眠少，未排气排便，小便正常，近期体重无明显变化。

既往史：高血压 3 年，最高时 190/90mmHg，口服硝苯地平缓释片、阿托伐他汀治疗，血压控制不详。否认冠心病史。否认糖尿病史，否认脑血管病史。否认肝炎史，否认结核史，否认疟疾史。否认精神疾病史。否认手术史，否认外伤史，否认输血史。否认食物、药物过敏史，预防接种史不详……

专科情况：腹膨隆，无腹壁静脉曲张，无胃肠型、蠕动波，脐部可及可复性肿物，咳嗽时有冲击感，大小约 2×2cm，腹韧，下腹部压痛，反跳痛阴性。肝脏未触及，脾脏未触及，Murphy 氏征阴性，肝肾区无叩击痛，无移动性浊音。腹部叩诊鼓音。肠鸣音亢进，可闻及气过水声。

辅助检查：2026-02-06 腹部 CT：1. 考虑肝囊肿 2. 食管裂孔疝 3. 考虑右肾错构瘤，建议进一步检查 4. 符合肠梗阻 CT 平扫表现 5. 乙状结肠近端壁厚，管腔狭窄，建议进一步检查 6. 盆腔少量积液。

初步诊断：1. 肠梗阻 2. 高血压（3 级，极高危）3. 脐疝 4. 食管裂孔疝 5. 肝囊肿 6. 右肾错构瘤

病程记录（病案）摘要：

①2026-02-06 18:04 首次病程记录

……诊疗计划：1. 外科护理常规，II 级护理，监测血压等基本生命体征，建议留陪人，建议暂禁食；2. 完善入院检查，如：血常规、尿常规、大便常规、肝功、肾功、血生化、血脂、心肌钙蛋白 I、BNP、心电图、CT 等；3. 给予禁饮食、抗感染、补液等治疗，完善强化 CT 及肠镜检查；4. 患者入院后可能会发生不可预知的并发症，如恶性心律失常、大出血、过敏、



心肌梗死、肺栓塞、脑栓塞、肾栓塞，及其引发的呼吸、循环、肾、肝衰竭、休克、意识障碍甚至猝死。向患者及家属详细交代病情、治疗措施及预后，患者及家属表示理解并配合治疗；5. 患者营养风险筛查 NRS2002<3 分，一周后再次进行营养风险筛查；6. 健康教育：患者入院 VTE 评估为低危，出血风险评估为低危，卧床期间注意按摩双下肢，适量床边活动，预防深静脉血栓形成。

②2026-02-07 08:50 副主任医师查房记录

……副主任医师看过患者，患者肠梗阻，结合腹部 CT 平扫不能排除乙状结肠占位引起肠梗阻可能，嘱进一步行肠镜检查明确病情，目前给予禁饮食、胃肠减压、灌肠、补液、护胃等对症治疗，密切观察患者病情变化及时对症治疗。

③2026-02-07 12:40 日常病程记录

……辅助检查：肠镜：结肠占位伴狭窄，性质待查（考虑结肠 Ca，已送病理）。主治医师看过患者，患者肠梗阻，考虑乙状结肠占位引起，患者肠镜检查刺激后可排大便，目前等待病理结果，进一步完善下肢血管彩超、心脏彩超、腹部强化 CT 等检查明确患者病情，继续目前方案对症治疗。密切观察患者病情变化，若患者可排气排便，则依据辅助检查结果限期行手术治疗；若患者无法排气排便，可能急诊行剖腹探查依据探查情况决定术中治疗方案。已将治疗方案告知患者家属，家属表示理解。遵医嘱执行。

④2026-02-08 02:05 主治医师查房记录

患者禁饮食，神志清、精神差，无心悸、胸闷、胸痛，无恶心、呕吐，小便正常，自述 16:00 出现腹痛加重，无寒战，伴高热，最高时 40.0℃，给予对症治疗后体温缓解。查体：腹膨隆，无腹壁静脉曲张，无胃肠型、蠕动波，脐部可及可复性肿物，咳嗽时有冲击感，大小约 2×2cm，腹韧，下腹部压痛，以左下腹疼痛为著，反跳痛阴性。肝脏未触及，脾脏未触及，Murphy 氏征阴性，肝肾区无叩击痛，无移动性浊音。腹部叩诊鼓音。肠鸣音亢进，可闻及气过水声……主治医师看过患者，患者腹痛较前加重，自



下午 16 时未再排便，考虑患者完全性肠梗阻，[REDACTED] 主任医师汇报患者病情后，征得家属同意，拟急诊行剖腹探查拟乙状结肠癌根治术+回肠造口术。嘱完善术前准备。

⑤2026-02-08 06:39 抢救记录

患者全身麻醉后约 5 分钟，心电监护示血压 58/35mmHg，心率 95 次/分，血氧饱和度 86%，立即予以去甲肾上腺素、去氧肾上腺素升压，持续补液，03:55 患者血压仍不能维持，心率持续下降，立即胸外按压，结合生化危急值血清碳酸氢盐 (HCO_3^-) 测定: 9.8mmol/L↓, 应用碳酸氢钠注射液静滴予以纠正酸中毒，并完善血气分析，04:10 经以上积极处理患者血压、心率、血氧饱和度仍持续下降，04:19 血气分析示: PH7.54, P02 110mmHg, PC02 35mmHg, K 4.07mmol/L, Lac 10.0mmol/L。请内科主治医师会诊，复习患者病史后继续呼吸机辅助通气、心肺复苏、液体复苏。同时请重症医学科值班医师查看患者后无特殊处理。经上述积极抢救持续约 2 小时，患者双侧瞳孔散大固定，大动脉搏动消失，家属拒绝继续抢救。患者 6:30 心电图示直线，副主任医师宣布临床死亡。患者 2 子家属在场，向家属交代患者病情，家属对治疗存在争议，要求尸检并签字。

[REDACTED] 电子胃肠镜检查报告单 (检查 [REDACTED]) 摘要:

检查日期: 2026-02-07

内镜所见: 患者行肠镜检查，进镜观察: 进镜达距肛门约 25cm 见菜花样增生组织，管腔狭窄，镜身无法通过，暴露黏膜粗糙不平呈结节状，取活检块送病理。余结肠黏膜光滑。直肠黏膜光滑。肛齿状线上见扩张毛细血管团。

内镜诊断: 结肠占位伴狭窄，性质待查 (考虑结肠 Ca, 已送病理); 内镜建议: 完善相关检查: 结合病理结果进一步治疗。

4. 护理记录单 (住院 [REDACTED]) 摘要:

①2026-02-07 22:47

病情观察及护理措施: 患者于 20:00 自述腹部疼痛难忍，经评估疼痛



评分 6 分，立即告知医生，遵医嘱给予“盐酸曲马多注射液 0.1g”肌注，30min 后询问患者自述疼痛减轻，疼痛评分 3 分。患者于 21:20 再次自述腹部阵发性疼痛，经评估疼痛评分 6 分，立即告知医生遵医嘱给予“酮咯酸氨丁三醇注射液 30mg”肌注，30min 后询问患者自述疼痛减轻，疼痛评分 3 分，嘱其注意休息。

②2026-02-08 02:35

患者腹部持续疼痛，烦躁不安，立即告知医生遵医嘱给予上腹部+下腹部 CT 扫描+盆腔 CT 检查，结果与前期无较大变化，遵医嘱给予生长抑素持续静滴，及间苯三酚注射液静滴止疼。于 23:55 自述憋喘，遵医嘱心电监护，吸氧 2L/min，胃管置入 60cm，引流通畅固定良好。请继续观察患者病情变化。

③02:48 患者定于今日 03:00 全身麻醉下行剖腹探查拟乙状结肠癌根治术+回肠造口术，术前禁饮食，备皮，导尿。

④04:10 于 3:48 接检验科电话报告危急值：血清碳酸氢盐：9.8mmol/L，立即告知手术室主管医生。

⑤06:42 患者于 6:30 在手术室心电图示直线，宣布临床死亡。

本温记录单（病案）摘要：

2026-02-06 出量：300ml；

2026-02-07 出量：200ml。

麻醉记录单（病案）摘要：

03:20 患者入室自述憋闷，心率 122 次/分，血压 90/48mmHg；

03:20 入手术室

03:25 开放上肢外周静脉

03:30 麻醉开始

03:40 麻醉诱导前给去甲肾上腺素 0.02mg，血压回升至 94/63mmHg

03:45 麻醉诱导

03:47 控制及呼吸



03:50 诱导后血压难以维持，心率减低，心电图改变，立即心肺复苏，呼叫科主任、上级医师……

麻醉术前访视记录（病案）摘要：
……精神状态：差…… 体格检查：BP: 92/64mmHg P: 121 次/分 R: 20 次/分，T: 35℃…… 日期：2026 年 02 月 08 日

三、鉴定过程

（一）鉴定组织形式

2026 年 6 月 4 日通知委托方、医患双方当事人（代理人）鉴定听证会时间，并通知咨询专家并向咨询专家寄送鉴定材料。于 2026 年 6 月 16 日组织召开鉴定听证会。本中心相关鉴定人及工作人员参加了会议。医患双方（均在线上参加）及临床专家到场后，主持人宣布本次鉴定的咨询专家及鉴定组成员组成、鉴定会纪律、回避问题等事项后，由医患双方各自陈述意见和理由，并共同在场接受鉴定人及专家组的现场调查提问。医患双方退场后，咨询专家对委托方提交的鉴定材料、医患双方陈述、答辩及现场调查情况进行讨论，并得出咨询意见。鉴定人根据委托方提交的鉴定材料并结合听证会情况综合分析作出鉴定意见。

（二）鉴定方法

本鉴定参照《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097—2021）等进行。

四、分析说明

据现有送检鉴定资料，包括病史、鉴定听证时陈述及现场调查情况，并结合临床专家咨询会诊意见，围绕相关问题分析如下：

（一）关于医方诊疗行为的分析

1. 患者于 2026 年 2 月 6 日因“腹痛、腹胀 5 天”前往医方处住院治疗，入院行相关检查后初步诊断为“肠梗阻、高血压、脐疝等”，2 月 7 日夜间患者腹痛加重，行 CT 检查考虑乙状结肠占位引起完全性肠梗阻，术前告知相关风险于急诊行“乙状结肠癌根治术+回肠造口术，行全身麻醉后数分钟，患者血压持续下降，心率降低，予以抢救后于 2 月 8 日 6:30 抢



救无效死亡。

2. 医方存在以下过错:

①肠镜检查、手术时机的选择欠妥。患者入院即有肠梗阻表现,此时肠镜检查并活检风险较大,虽然通过肠镜检查可以明确发生梗阻病灶性质,但患者高龄,医方可通过考虑行腹部增强CT、肿瘤标志物检查等无创方式初步评估病情;即使可行肠镜检查,医方也应在行肠镜检查时放置肠道支架缓解肠梗阻发展。根据患者入院后的查体结果、辅助检查结果,患者肠梗阻症状明显(已存在完全性肠梗阻),有行手术探查指征,但医方未积极考虑手术探查,手术探查时机选择欠妥。

②肠镜检查后对患者病情变化处理不到位。患者行肠镜检查后出现高热、腹痛加剧等症状,不排除肠穿孔的可能,医方仅予以解痉镇痛等处理,未就其高热及腹痛及时行相关辅助检查(血气分析、肾功能检查等)明确病情变化的原因,也未及时请相关科室如消化内科、感染科等会诊。患者2月6日至2月7日在输液情况下尿量记载为300、200ml,对其尿量减少的情况,医方未考虑行肾功能、电解质等检查,未请肾内科等会诊,分析出现尿量减少的病因,也未考虑予以尿道插管处理。

③2月8日行紧急剖腹探查前,评估欠充分、手术有一定延误。患者于2月7日11:45分行肠镜检查,下午即出现发热、腹痛加剧,不排除存在肠穿孔可能,当晚患者病情持续进展,于8日3时20分入手术室前已经过十余小时,医方紧急手术探查时机有一定延误。患者麻醉前访视精神状态差, BP: 92/64mmHg P: 121次/分 R: 20次/分, T: 35℃, 入手术室后诉憋闷, 心率122次/分, 血压90/48mmHg, 体温40℃, 此时患者已处于休克状态; 对患者肠镜检查后病情变化, 医方护理记录单上无生命体征监测记录, 病情观察不仔细; 在实施手术前, 医方也未根据患者病情变化行多学科会诊(如重症医学科、心脏科), 麻醉前也未行血气分析, 评估患者能否耐受手术和麻醉风险, 导致患者在麻醉5分钟后即出现急剧病情变化, 医方对手术和麻醉风险评估不足。



（二）关于医疗过错行为原因力大小的分析

原因力大小评定的依据应遵循法医学因果关系判定原则，在法医学鉴定实践中，原因力大小的把握是较难定量的定性分析。患者死亡后未行尸体解剖，根据现有病历资料，临床推断其符合乙状结肠癌致完全性肠梗阻、肠穿孔后并发感染性休克、多器官功能衰竭而死亡的可能性大。存在对病情评估不足、手术时机欠妥等过错，一定程度上使患者丧失尽早手术时机、促进了患者病情进展，与患者的死亡之间存在一定的因果关系。鉴于患者高龄，自身存在心血管疾病等，本次因肠癌致完全性肠梗阻（腹痛、腹胀5天）入院，其自身因素也是导致其目前损害后果的重要原因，倘若没有医疗过错的存在，或者没有患者自身因素的存在，其死亡的损害后果通常情况下都不会发生，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。参照《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097—2021）第7.3.4的指导精神，综合分析，建议医方过错行为的原因力大小可作同等因素考虑。

五、鉴定意见

据现有鉴定资料分析认为：

对患者的诊疗行为存在过错，与患者死亡的损害后果之间存在一定的因果关系，原因力大小可作同等因素考虑。

二〇二六年九月九日
司法鉴定专用章



卷之二

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。





