



司法鉴定意见书



统一社会信用代码



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。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

(邮政编码)

联系电话



司法鉴定意见书

一、基本情况

委托人：济南市槐荫区人民法院

委托事项：[redacted]

过错，医疗过错行为与损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小

受理日期：2025 年 12 月 21 日

鉴定材料：

1、医疗损害司法鉴定委托书 1 份

2、[redacted] 住院病案扫描件 4 份（姓名 [redacted] 病案号：[redacted]

[redacted] 住院时间：2024. 12. 3-2024. 12. 4, 2024. 12. 16-2024. 12. 17, 2025. 1. 9-2025. 1. 15, 2025. 2. 3-2025. 2. 14)

3、[redacted] 住院病案扫描件 2 本（姓名 [redacted] 病案号 [redacted] 住院时间：2025. 2. 14-2025. 2. 26)

鉴定日期：2025 年 12 月 21 日（听取医患双方陈述意见）

鉴定地点 [redacted]

陈述会参加人员：

患方代表 [redacted]（被鉴定人配偶）、何宇（代理律师）

[redacted] 代表 [redacted]（主任医师） [redacted]
（主治医师） [redacted]（代理律师）

被鉴定人 [redacted] 女，汉族，身份证号码 [redacted]

二、基本案情



据现有送鉴材料记载：2025 年 2 月 14 日，患者因“左肺腺癌并脑转移 1 年，新辅助术后 7 月余，硬膜下血肿 12 天”转 [REDACTED]

[REDACTED] 入院诊断为：（左）肺癌（腺癌术后 rIV 期）、脑转移、脑膜转移、（左）肾上腺转移、腹膜后淋巴结转移、颈部淋巴结转移、硬膜下血肿。于当日行腰椎穿刺术。2 月 16 日，被鉴定人突发意识丧失，家属考虑后决定转入重症监护室姑息治疗。2 月 26 日，患者家属最终决定放弃治疗，当天患者死亡。家属认为医方医疗行为存在过错，遂诉至法院。济南市槐荫区人民法院委托我机构进行医疗损害鉴定。

三、资料摘要

说明：资料摘要为根据鉴定需要进行部分摘录总结，详细病历以原始材料为准。

（一）[REDACTED] 病案（科别：肿瘤中心放疗科，病案 [REDACTED]
住院时间：2025 年 2 月 3 日-2025 年 2 月 14 日）摘录：

出院记录：

入院情况：患者中年女性，既往体健，此次因“肺腺癌综合治疗后进展 3 周期化疗后，颈部、肾上腺转移放疗后，靶免维持中。”入院。查体：胸廓未见异常，左侧胸部可见一手术瘢痕，长约 13cm，愈合良好。胸骨无压痛，乳房正常对称。呼吸运动未见异常。叩诊清音，呼吸规整，听诊双肺呼吸音清晰，双肺未闻及干、湿性啰音，无胸膜摩擦音。心前区无隆起，心尖搏动未见异常，心浊音界未见异常，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，无心包摩擦音。

入院诊断：1. 肺腺癌（pT2N0M1 IV 期）；2. 肾上腺转移放疗后；3. 脑转移放疗后、瘤伽马刀治疗后；4. 颈部淋巴结转移放疗后；5. 脑新发转移；



6. 肝部继发转移；7. 急性放射性皮炎。

诊疗经过：患者入院后完善相关辅助检查：2025-2-3 颅脑 CT 平扫（64 排）诊断意见：右侧硬膜下积血/液 CT 表现：符合脑内多发转移瘤治疗后 CT 表现，必要时请 MR 增强检查；右侧上颌窦小囊肿。患者头痛伴恶心呕吐，应用甘露醇 150ml q8h 后症状缓解不明显。复查颅脑 MR2025-2-6 颅脑 MR 平扫+增强+dwi 诊断意见：结合病史，符合脑内多发转移瘤治疗后 MR 表现。右侧硬膜下积血/液，邻近部分脑膜增厚并强化，请结合临床随诊复查。调整甘露醇用药频率及加用止痛药物后，患者症状未见明显好转。2025.2.11 于我院门诊行多学科会诊，根据会诊意见增加甘露醇用量为 250ml q8h，加强止痛药物用量，给予伏美替尼 80mg 靶向治疗，定期监测肾功，加强营养支持，必要时可行外科脑膜病灶及引流手术处理。现患者颅脑疼痛情况未见显著缓解，患者及家属商议后决定上级医院就诊，现患者一般情况尚可，予以今日出院。

出院诊断：1. 肺腺癌（pT2N0M1 IV 期）；2. 右侧硬膜下积血；3. 脑膜转移瘤；4. 肾上腺转移放疗后；5. 脑转移放疗后、瘤伽马刀治疗后；6. 脑新发转移；7. 颈部淋巴结转移放疗后；8. 肝部继发转移；9. 急性放射性皮炎。

出院情况：患者一般情况尚可。

（二）[REDACTED]（入院科别：胸部放疗四病区，
出院科别：重症监护室，病案号：[REDACTED]住院时间：2025 年 2 月 14 日-2025 年 2 月 26 日）摘录：

入院记录：

主诉：左肺腺癌并脑转移 1 年，新辅助术后 7 月余，硬膜下血肿 12 天。



现病史：患者 2024-2-17 因“右半身麻木”[REDACTED]行颅脑 MRI 示：左顶叶异常信号，请结合 MRI 增强扫描除外肿瘤合并出血。2024-3-4 [REDACTED]行胸部 CT：左肺占位，与胸主动脉关系密切。检查胸腹部 CT：左肺上叶肿块并阻塞性炎症，考虑肺癌，建议病理学检查；双肺小结节，建议随诊复查；右侧胸腔少量积液；右侧肾上腺结节，建议随诊复查或必要时 MRI 检查除外转移；盆腔少量积液。2024-3-6 检查颅脑增强 MRI：左顶叶占位信号，考虑转移瘤并出血 MRI 表现，建议结合临床及病理。于 2024-3-6 行 CT 引导下左肺占位穿刺活检术。2024-3-9 活检病理：（左肺占位穿刺活检）腺癌，免疫组化：TTF1(+)、P40(-)、Ki-67(+40%)、P53(+)。肺癌 9 基因检测：EGFR 基因 19 号外显子缺失突变。2024-3-11 行颅脑转移灶放疗（具体剂量不详）口服奥希替尼靶向治疗。2024-6-14 新辅助左肺上叶切除术后病理示：（左肺上叶）结合临床病史，符合浸润性腺癌化疗后改变，间质胶原硬化伴大量组织细胞反应；淋巴结均未查见癌。2024-9-2 行增强 CT 示：左侧肾上腺区软组织肿块，考虑转移；腹膜后多发肿大淋巴结，考虑转移；右侧颈部多发肿大淋巴结，考虑转移。2024-10-24 行颅脑 MR 示：左顶叶转移瘤并出血。2024-11-7 上腹部 CT 示：左侧肾上腺肿块、腹膜后多发淋巴结肿大，考虑转移。2024-11-29 颈部淋巴结超声示：甲状腺结节；双侧颈部淋巴结肿大。2025-2-2 影像学检查示：脑转移并硬膜下血肿（报告未见）。2025-2-6 复查颅脑 MR 示：脑内多发转移瘤；右侧硬膜下积血，邻近部分脑膜增厚并强化。给予伏美替尼靶向治疗至今。

患者诉头晕头疼不适加重 10 余天，门诊以“肺癌脑转移并硬膜下血肿”收入我科。患者本次发病以来，神志欠清，精神差，饮食睡眠欠佳，大小便正常，体重近期变化不明显。



初步诊断：1.（左）肺癌（腺癌术后 rIV期）；2. 脑转移；3. 脑膜转移；4.（左）肾上腺转移；5. 腹膜后淋巴结转移；6. 颈部淋巴结转移；7. 硬膜下血肿。

病程记录：

2025-2-14 16:49 首次病程记录 查体：左侧胸部可见一手术瘢痕，长约 13cm 愈合良好。双侧颈部多发肿大淋巴结，左肺呼吸音低，心律规整，未闻及病理性杂音，腹平软，全腹无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及。患者四肢卧床不起，轮椅行动，脑膜刺激征阳性。诊疗计划：……患者脑转移并脑膜转移，既往每日 3 次甘露醇静滴头痛症状不能减轻，考虑颅压较高引起。经科内讨论评估患者病情，考虑患者初诊时既有脑转移合并出血。10 余天前发现硬膜下血肿。现患者脑膜转移症状重，引起头痛显著，意识清，精神可，评估可行腰椎穿刺术。与患者家属充分沟通后可行腰椎穿刺术，评估颅压及减轻症状，患者 2 月 2 日及 2 月 6 日两次颅脑 CT 示硬膜下血肿评估稳定。患者疼痛明显，建议行腰椎穿刺术评估脑压并完善基因检测，进一步评估是否需要行外科手术干预，密切观察患者病情变化。

2025-2-14 16:59 腰椎穿刺术记录 患者肺癌晚期合并脑膜转移，硬膜下血肿，外院静滴甘露醇脱水效果欠佳，考虑脑膜转移颅压增高所致，为评估病情，明确头痛原因，建议行腰椎穿刺术。结合外院血常规及凝血结果，无明显禁忌。目前患者病情复杂，脑膜转移症状明显，现行神经外科引流手术风险较高，可先行腰椎穿刺术，评估颅压及缓解症状，然而患者当前病情较重且合并硬膜下血肿，腰椎穿刺术后仍有症状加重或其他新发症状的风险。与患者家属沟通，患者家属表示知情，同意腰椎穿刺术并签字。嘱患者取左侧卧胸膝位，髂后上棘连线与脊柱交点为穿刺点，戴无菌



手套，常规消毒铺巾，2%利多卡因局麻，右手持腰椎穿刺针逐层进针，两次突破感后，拔出针芯，见无色透明脑脊液流出，予以测压 220mmH₂O。留取脑脊液标本送检。患者脑膜转移，病情较重，经沟通同意，行培美曲塞 0.02g+地塞米松 5mg+0.9%氯化钠 1ml 鞘内注射。拔出穿刺针，无菌敷料覆盖。穿刺过程顺利，生命体征平稳，未诉明显不适。嘱患者去枕平卧 4 小时，改 1 级护理。术[]主治医师。

2025-2-16 10:10 今日上午患者家属诉患者精神欠佳，近期饮食欠佳。查看患者精神状态欠佳，患者可陪人搀扶下床如厕，问之可对答。给予患者静脉营养支持治疗，并给予甘露醇及地塞米松脱水降颅压治疗。复习患者病史，考虑患者目前脑膜转移伴颅内压增高，病情较重，需急诊手术减压治疗。建议患者神经外科就诊或综合医院急诊科就诊。已同管床医师[]电话沟通患者病情，管床医师回复已沟通神经外科前来会诊，再次同患者家属说明病情，患者家属表示商议后再做决定。

2025-2-16 15:27 日常病程记录 患者今日下午患者突发意识不清，呼之不应，双侧瞳孔不等大，对光反射消失，现请神经外科及重症监护室会诊，急查血检及头颅 CT，考虑患者目前病情危重，同患者家属说明病情，通知病危，签署相关知情同意书，密切关注患者病情变化，及时对症处理。

2025-2-16 16:51 转出记录 []，女，49 岁，因左肺腺癌新辅助术后 7 月余，病情进展 1 周余。于 2025-2-14 15:49 入住胸部放疗四病区。现转入重症监护室。诊疗经过：患者基本情况同入院，本次因“左肺腺癌新辅助术后 7 月余，病情进展 1 周余”入院。患者近来头痛头晕较重，考虑存在脑膜转移。经与患者及家属沟通同意，行腰椎穿刺术。给予甘露醇脱水处理缓解不适。患者昨日诉头晕头痛加重，NRS 评分 6 分，给予盐酸



布桂嗪止痛治疗，疼痛缓解欠佳。经营养风险筛查，营养评分 3 分，不能进食，给予患者中/长链脂肪乳+复方氨基酸注射液营养支持处理。

2025-2-14 下午患者突发意识不清，呼之不应，双侧瞳孔不等大，对光反射消失。急请神经外科及重症监护室会诊，急查血检及头颅 CT:1. 右侧额叶低密度影，右侧额顶颞叶肿胀，中线左移，警惕脑疝形成；右侧硬膜下积液、积血；右侧颅板下凸形高密度影，硬膜外出血可能性大，以上请结合临床及 MR;2. 左侧额叶高密度影，随诊；3. 右侧上颌窦炎症。考虑患者目前病情危重，神经外科医师考虑患者颅脑 CT 提示广泛硬膜下出血、积液，同时患者右侧半球脑组织肿胀严重，已脑疝。患者目前双侧瞳孔散大，直径 4mm，对光反射消失，已告知患者家属，可以手术，但手术效果未知，术后可能仍昏迷，甚至死亡。家属考虑后决定转入重症监护室姑息治疗。对比患者本次入院 CT 及患者外院影像，硬膜下血肿较前无明显变化，右侧额顶颞叶肿胀较重，考虑脑转移及脑膜转移引起。同患者家属说明病情，通知病危，建议转科至重症监护室对症支持治疗，签署相关知情同意书，办理转科。

目前情况：今日下午患者突发意识不清，呼之不应，双侧瞳孔不等大，对光反射消失。

2025-2-16 17:13 转入记录 目前情况：患者昏迷状态，自主呼吸消失，脉氧饱和度 20%。

2025-2-16 17:23 抢救记录 患者于 16:50 入科时昏迷状态，呼之不应，心电监护示脉氧饱和度 20%左右，立即予以经口气管插管接呼吸机辅助呼吸，后患者脉氧饱和度升至 99%，继续予以加强气道管理等治疗。抢救结束时间 17:10。

会诊记录：



申请时间：2025-2-16 15:20 是否急会诊：否 受邀会诊科别：神经外科病区 简要病例及会诊目的：指导治疗，患者肺癌脑膜转移，颅压较高，协助评估行脑室腹腔分流术。会诊时间：2025-2-16 16:38 病史已阅，建议：患者颅脑 CT 提示广泛硬膜下出血、积液，同时患者右侧半脑脑组织肿胀严重，已脑疝。患者目前双侧瞳孔散大，直径 4mm，对光反射消失，已告知患者家属，可以手术，但手术效果未知，术后可能仍昏迷，甚至死亡，家属考虑后决定转入重症监护室姑息治疗。

申请时间：2025-2-16 15:31 是否急会诊：否。受邀会诊科别：重症监护室。简要病例及会诊目的：指导治疗，现患者双侧瞳孔不等大，对光反射消失，呼之不应。会诊时间：2025-2-16 17:20 应邀会诊。患者昏迷状态，呼之不应。结合病史，考虑不排除脑疝可能。建议：1. 完善颅脑 CT 或 MR 检查，明确诊断。2. 神经外科会诊，指导进一步治疗。3. 患者病情重，预后差，随时有呼吸心跳骤停风险，若家属同意，可转入 ICU 进一步治疗。

死亡记录：

诊疗经过：入院后完善相关检验检查，2-14 行腰椎穿刺，并继续予以脱水降颅压、镇痛、加强营养等治疗。2-16 下午患者突发意识丧失，急查颅脑 CT 提示：1. 右侧额叶低密度影，右侧额顶额叶肿胀，中线左移，警惕脑疝形成；右侧硬膜下积液、积血；右侧颅板下凸形高密度影，硬膜外出血可能性大，以上请结合临床及 MR；2. 左侧额叶高密度影，随诊；3. 右侧上颌窦炎症。请神经外科及 ICU 医师会诊后转入 ICU。转入 ICU 后予经口气管插管呼吸机辅助呼吸、脱水降颅压、适当扩容补液、抗感染、加强营养等治疗。2-26 患者家属最终决定放弃治疗，至 2-26 20:51 患者死亡。

死亡原因：颅内出血



死亡诊断：1. 肺癌（IV期）；2. 脑转移；3. 脑膜转移；4. 肾上腺转移；5. 多部位淋巴结转移；6. 颅内出血（非创伤性）；7. 阻塞性肺炎；8. 胸腔积液；9. 肺术后；10. 甲状腺结节；11. 肺曲霉菌病；12. 心肌损害；13. 血小板减少；14. 中度贫血；15. 肾功能不全；16. 呼吸心跳骤停；17. 营养风险；18. 上颌窦炎；19. 低蛋白血症。

四、鉴定过程

（一）适用标准和规范

《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）、《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）、《神经病学》（第9版）等以及相关法律法规、临床诊疗规范等。

（二）鉴定过程

接受鉴定委托后，对送鉴材料进行了文证审查，确定送鉴材料作为鉴定依据。2025年12月21日召开医患双方陈述会，参与陈述会人员包括鉴定人及相关专家、委托方代表、患方代表和医方代表。陈述会前向医患各方告知了本案的鉴定人和专家、鉴定事项、用于此次鉴定的材料、相关鉴定风险及医患各方的权利和义务等，医患各方分别签字确认。陈述会上医患各方分别陈述了各自意见，鉴定人及专家就有关问题进行了询问。经鉴定人讨论、分析、复核并达成一致后，制作本鉴定文书。

（三）陈述会医患各方陈述摘录

1、患方主要观点摘要：

一是对颅内压增高及脑疝风险的评估和干预不足，颅内占位性病变，特别是有严重颅内高压或已有脑疝先兆者，禁忌腰穿。腰椎穿刺测颅压



220mmH₂O，明确存在颅内压增高，医方仅采用甘露醇脱水治疗，未及时请神经外科紧急会诊或安排手术评估。发生脑疝后医方未在早期积极手术减压干预，延误了关键治疗时机。对于硬膜下血肿合并颅内压增高、神经功能恶化者，应积极评估手术指征。患者硬膜下血肿进行性增大，医方未动态复查CT或及时手术，违反急性颅内高压处理原则。二是术前评估与风险防范不足，违规实施腰椎穿刺检查。三是脑转移并发症处理不当，缺乏规范的治疗决策。医方在患者脑转移并发症的治疗上表现出消极保守，既未及时进行全脑放疗或局部减压手术来控制颅内肿瘤效应，也未开展鞘内化疗、分流减压等针对脑膜转移的规范措施。四是急危重症处置不及时，缺失应有的手术干预和转诊措施，

2. [REDACTED] 主要观点摘要：

患者肺癌全身多发转移并硬膜下血肿，处于疾病的终末期，随时有病情恶化以及死亡的可能，临床上治疗难度极大，通过密切观察病情变化、积极对症支持治疗缓解患者病痛，延续患者生命，但是预后极差，死亡难以避免。患者死亡是疾病的自然转归，与我院的医疗行为无因果关系。

五、分析说明

根据委托人提供的送鉴材料，结合陈述会各方陈述及了解的情况可知：2025年2月14日，被鉴定人[REDACTED]因“左肺腺癌并脑转移1年，新辅助术后7月余，硬膜下血肿12天”[REDACTED]。入院诊断为：（左）肺癌（腺癌术后rIV期）、脑转移、脑膜转移、（左）肾上腺转移、腹膜后淋巴结转移、颈部淋巴结转移、硬膜下血肿。于当日行腰椎穿刺术。2月16日，被鉴定人突发意识丧失，家属考虑后决定转入重症监护室姑息治疗。2月26日，患者家属最终决定放弃治疗，当天患者死亡。



结合上述医疗过程现分析如下：

（一）关于[REDACTED]是否存在医疗过错分析

1、关于医方腰椎穿刺术诊疗合理性的分析

《神经病学》（第9版）有关腰椎穿刺相对禁忌症的描述：严重的高颅压、明显视神经乳头水肿、临床诊断颅后窝占位性病变等均有引起脑疝的潜在风险，临床上应谨慎评估腰穿的风险与获益，如必须进行腰穿，应尽量少地采集CSF，并使用降颅压药物有效降低颅内压。患者甘露醇治疗效果欠佳，医方怀疑脑膜转移导致颅高压，而腰椎穿刺可以明确脑压水平，并为明确病因、调整治疗方案提供关键证据。脑脊液检查对于确诊脑膜转移、指导靶向治疗也至关重要。对于颅内占位性病变的患者，腰椎穿刺是相对禁忌症。医方通过动态影像对比，确认了血肿处于稳定期，没有活动性出血或急性占位效应加重的证据，且结合血常规及凝血结果，科内讨论评估后决定行腰椎穿刺术，术前已向家属告知术后可能出现的风险，家属同意并在知情同意书上签字确认。

医方穿刺成功后留取脑脊液标本送检，行培美曲塞 0.02g+地塞米松 5mg+0.9%氯化钠 1ml 鞘内注射，符合诊疗规范。

医方腰椎穿刺测颅压 220mmH₂O，证实患者存在颅内压轻度升高，而根据《神经病学》（第9版）有关腰椎穿刺相对禁忌症的描述，严重的高颅压有引起脑疝的潜在风险。高颅压腰椎穿刺出现脑疝的原因是一定量的脑脊液抽出后造成颅内压骤变，使脑组织下移而发生脑疝，多发生在腰椎穿刺后6小时内，少数发生在腰椎穿刺后24小时内。而本案被鉴定人发生脑疝的时间距腰椎穿刺已接近48小时，椎管和颅内脑脊液压力已形成动态平衡，因此认为被鉴定人脑疝的发生与医方腰椎穿刺术相关性较弱。结合被



鉴定人发生脑疝后急诊拍 CT 示：右侧额叶低密度影，右侧额顶颞叶肿胀，中线左移，右侧硬膜下积液、积血，右侧颅板下凸形高密度影，硬膜外出血可能性大，左侧额叶高密度影，考虑被鉴定人广泛硬膜下出血、积液，硬膜外出血及右侧半球脑组织肿胀严重是发生脑疝的原因。

综上所述，医方腰椎穿刺术符合诊疗规范，与被鉴定人脑疝的发生不存在因果关系。

2、对患者病情变化重视程度不够，治疗不积极

根据 2 月 16 日 16:51 转出记录：治疗经过：“患者昨日诉头晕头痛加重，NRS 评分 6 分，给予盐酸布桂嗪止痛治疗，疼痛缓解欠佳”，医方对患者病情加重未查找原因，未建议进一步辅助检查，仅给予口服止痛药，对患者的病情诊治可能有延误，存在瑕疵。

3、沟通告知不充分，病历书写不规范

2 月 16 日 10:10 病程记录记载“考虑患者目前脑膜转移伴颅内压增高，病情较重，需急诊手术减压治疗，建议患者神经外科就诊或综合医院急诊科就诊。已同管床医[REDACTED]电话沟通患者病情，管床医师回复已沟通神经外科前来会诊，再次同患者家属说明病情，患者家属表示商议后再做决定。”医生已明确判断患者情况危急，表明医生已经意识到非手术的内科治疗可能不足以控制病情，建议患者转诊或转院，这是一个明确的、指向更高级别或更专业救治的指引。家属表明商议后再做决定，但直至患者下午突发意识不清，病历记载中也没有表明家属最终作出何种决定，没有签署拒绝或放弃治疗告知书，不能证明家属放弃外科手术治疗，存在不足。

根据《医疗质量安全核心制度要点》中的“会诊制度”：急会诊适用于可能危及生命的病例，机构内急会诊 10 分钟内响应。患者 15:27 前突发



意识不清，呼之不应，双侧瞳孔不等大，对光反射消失，严重危及生命，应启动急会诊，医方临时医嘱以及会诊记录都记载平会诊，而2月16日16:51转出记录中记录“急请神经外科及重症监护室会诊”，陈述会现场医方自述当天会诊为急会诊，会诊记录记载神经外科会诊时间为16:38，重症监护室会诊时间为17:20，医方存在违反会诊制度的过错。病程记录记载患者转出科室并完成急查血检及头颅CT后于16:50转入ICU，会诊时间记录与病程记录存在明显的矛盾，反应了医方病历书写存在不规范。

4、监护不细致

患者突发意识不清转入ICU，属于病危下的转科，转出记录需完整记录转科时的生命体征，便于评估患者转科时的基本状态和转运风险。抢救记录记载“患者于16:50入科时昏迷状态，呼之不应，心电监护示脉氧饱和度20%左右，立即予以经口气管插管接呼吸机辅助呼吸，后患者脉氧饱和度升至99%……”，医方陈述会自述患者先从肿瘤科转急诊CT后又至神外病房评估病情，后送至ICU，病历中未记载患者的具体转出时间，护理记录单仅记载16:18血氧99%，氧气袋持续鼻导管供氧。关键体征的记录缺失以及病历书写的不规范致使患者20%的脉氧饱和度何时何地、如何发生不得而知，医方存在对患者监护不细致的不足。

（二）损害后果、因果关系及原因力大小

1、损害后果：被鉴定人[REDACTED]肺癌脑转移并硬膜下血肿入院后，经治疗效果不佳，家属2月26日放弃治疗，被鉴定人当日死亡，医方的过错导致被鉴定人丧失生存机会。

2、因果关系及原因力大小

原发性肺癌是中国发病率和死亡率最高的恶性肿瘤。被鉴定人肺癌晚期



伴全身多发转移，脑内、脑膜多处肿瘤转移灶，致硬膜下、硬膜外出血，病情十分严重，已经处于疾病的终末期，死亡率极高，被鉴定人自身存在的严重疾病是导致其死亡的根本原因。即使不行腰椎穿刺或行手术清除颅内血肿减压，被鉴定人自身不可逆的严重基础疾病也是不可控的高死亡风险。医方的过错并非创造了新的、独立的致死原因，其不足可能缩短了被鉴定人的生存期，导致被鉴定人丧失生存机会。

六、鉴定意见

对被鉴定人的医疗行为存在过错；医方过错可能缩短了被鉴定人的生存期，导致被鉴定人丧失生存机会。

二〇二六年一月十四日

