

[REDACTED]

司法鉴定意见书



统一社会信用代码 [REDACTED]



司法鉴定意见书

一、基本情况

委托人:淄博市博山区人民法院

司法技术编号: (2025) 鲁 0304

鉴定类别: 法医临床鉴定·医疗损害司法鉴定·人体残疾等级鉴定等

委托事项

的诊疗行为是否存在过错, 如存在过错, 该过错损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小; 伤残等级、误工期、护理期、营养期进行鉴定

受理日期: 2025 年 11 月 6 日

鉴定材料

住院病案 (病案号) 复印件壹宗; 次住院病案 (病案号) 复印件各壹宗; 影像片拾张

鉴定日期: 2025 年 11 月 20 日-2026 年 1 月 8 日

鉴定地点

被鉴定人 男, 身份证号

二、基本案情

据送鉴材料记载, 2024 年 12 月 2 日腹痛加重 7 天就诊于。经检查初步诊断为: 胃炎, 胃溃疡, 结肠息肉。在行肠镜检查时出现穿孔, 。2024 年 12 月 3 日行腹腔镜下乙状结肠部分切除术、腹腔镜下乙状结肠造口术; 2025 年 4 月 15 日行结肠造口还纳术、肠粘连松解术。患方发生医疗纠纷, 现受淄博市博山区人民法院委托对上述事项进行鉴定。

三、资料摘要

(一) 住院病案 (病案号) 摘要:



2024 年 12 月 2 日-2024 年 12 月 3 日住院 2 天。

1. 2024 年 12 月 2 日 9 时入院记录:

主诉:反复腹痛 5 年余,加重 7 天。

现病史:患者近 5 年来反复腹部疼痛不适,剑突下及脐周为著,腹胀,进食后感反酸,烧心,时有恶心,未呕吐,偶有刺激性干咳,无咳痰,无胸闷、喘憋,无心慌,无胸痛及肩背部放射痛,无腹泻。四肢无麻木不适,饮水无呛咳,视物清楚。7 天前腹痛明显加重,腹胀、噎气,食欲欠佳,腹泻 1 次,自述为黄色糊状便,院外未系统治疗,今日来我院就诊,门诊以“胃炎”收入院。患者自发病以来,神志清,精神一般,饮食、睡眠欠佳,大、小便无明显异常,体重较前无明显改变。

既往史:既往有“胃溃疡”病史 7 年,有“结肠息肉”病史 4 年。

体格检查:T 36.6℃, P 76 次/分, R 21 次/分, Bp 152/100mmHg。

中年男性,发育正常,营养中等,神志清,精神一般,自主体位,查体合作。头颅无畸形,五官端正。眼睑无浮肿,巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,直径约 3mm,对光反应灵敏。耳廓无畸形,外耳道无异常分泌物,乳突区外观正常,无压痛。颈软,无抵抗,气管居中,甲状腺不大,颈静脉无充盈,颈动脉无异常搏动。胸廓无畸形,肋间隙无增宽,双肺呼吸动度相等,语颤正常,双肺叩诊呈清音,双肺呼吸音清,未及干湿性啰音,无胸膜摩擦音。心前区无局限性隆起,心尖搏动视不清,未触及震颤,心浊音界无扩大,心率 76 次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,周围血管征阴性。腹平坦、柔软,剑突下及脐周轻压痛及反跳痛,未见腹壁静脉曲张及胃肠蠕动波,肝脾未触及,双肾区无叩击痛,移动性浊音阴性,肠鸣音存在,肛门、直肠及外生殖器未查。脊柱无畸形,生理弯曲正常。四肢无畸形,双下肢无水肿,四肢肌力、肌张力正常,无杵状指、趾。脑膜刺激征阴性,肱二头肌及肱三头肌反射存在,双侧巴氏征阴性,双侧戈登氏征阴性。

辅助检查:2024-12-02 胸部+全腹 CT:双侧胸廓对称,双肺纹理增多、紊乱,双肺野内未见明显异常密度灶,气管支气管通畅,纵隔内未见明显肿大淋巴结,双侧胸腔内未见积液。肝脏形态、大小正常,肝实质未见异



常密度灶，肝内外胆管未见明显扩张及异常密度灶。胆囊形态、大小可，囊壁不厚，囊腔内未见异常密度灶。脾脏及胰腺形态正常，体积不大，密度未见明显异常。双肾大小形态自然，未见明显异常密度灶，腹膜后未见明显异常肿大淋巴结影。膀胱充盈佳，未见明显异常密度灶，阑尾内见高密度影，因未行肠道准备，肠壁显示不清。双肺纹理增多，请结合临床。阑尾粪石。

初步诊断：胃炎；胃溃疡；结肠息肉；高血压(2级 中危)？

2. 2024 年 12 月 3 日 09:27 蒋×主治医师查房记录

患者入院治疗第 2 天，仍腹痛，剑突下及脐周为著；腹胀，进食后感反酸，烧心，时有恶心，未呕吐，偶有刺激性干咳，无咳痰，无胸闷、喘憋，无心慌，无胸痛及肩背部放射痛，腹泻 1 次，自述为黄色糊状便。查体：腹平坦、柔软，剑突下及脐周轻压痛及反跳痛，未见腹壁静脉曲张及胃肠蠕动波，肝脾未触及，双肾区无叩击痛，移动性浊音阴性，肠鸣音存在。今日蒋×主治医师查房分析：(1)既往有“胃溃疡”病史 7 年，有“结肠息肉”病史 4 年。(2)反复腹痛 5 年余，加重 7 天。(3)2024-12-02 心电图：窦性心律；P 波增宽。入院诊断：胃炎；胃溃疡；结肠息肉；高血压(2级 中危)？。需鉴别的诊断：胃癌：慢性胃炎之症状如食欲不振、上腹不适、贫血等少数胃窦胃炎的 X 线征与胃癌颇相似，需特别注意鉴别。绝大多数患者纤维胃镜检查及活检有助于鉴别。消化性溃疡：两者均有慢性上腹痛，但消化性溃疡以上腹部规律性、周期性疼痛为主，而慢性胃炎疼痛很少有规律性并以消化不良为主。鉴别依靠 X 线钡餐透视及胃镜检查。确定下一步治疗方案：消化内科护理常规。抑酸、护胃、补液营养支持治疗。择期胃肠镜检查。中医辅助治疗：隔物灸 3 柱 qd(神阙、气海、关元)。

3. 2024 年 12 月 3 日 15:00

患者在无插管全麻下行胃镜检查提示萎缩性胃炎，排除胃溃疡诊断。行肠镜检查时进镜 21cm 处肠粘膜充血、水肿，肠壁较薄，出现穿孔，立即拨打淄博市 120 急救电话，[REDACTED] 疗，患者住院 2 天，无法确诊高血压病，遂取消。

4. 2024 年 12 月 3 日 14:25 出院记录



出院诊断: 结肠穿孔; 胃炎; 结肠息肉。

出院情况: 患者在无插管全麻下行胃镜检查提示萎缩性胃炎, 行肠镜检查时进境 21cm 处肠粘膜充血、水肿, 肠壁较薄, 出现穿孔, 立即拨打淄博市 120 急救电话, [REDACTED] 治疗。

(二) [REDACTED] 住院病案 (病案 [REDACTED]) 摘要:

2024 年 12 月 3 日-2024 年 12 月 12 日住院 9 天。

1. 2024 年 12 月 3 日 16 时入院记录及首次病程记录:

主诉: 腹痛 2 小时。

现病史: 患者 2 小时前于肠镜时出现腹痛, 疼痛较剧烈, 无肩背部疼痛, 无恶心, 呕吐, 无胸闷、气短及胸前区疼痛, 无咳嗽、咳痰, 遂急症来我院就诊, 行腹部 CT 示: “消化道穿孔”, 为求进一步治疗, 急症以 “消化道穿孔” 收入院。患者自发病以来, 未进食, 未排尿, 近期体重无明显。

既往史: 既往身体健康状况良好…。

体格检查: T 36.5℃, P 71 次/分, R 20 次/分, Bp 155/89mmHg。

专科检查: 腹平坦, 全腹散在压痛、伴反跳痛及肌紧张, 腹部无包块。肝脏未触及, 脾脏未触及, Murphy 氏阴性, 肾区无叩击痛, 无移动性浊音。肠鸣音未闻及。

辅助检查: 2024-12-03 CT 腹腔游离气体, 消化道穿孔。

初步诊断: 消化道穿孔。

2. 2024 年 12 月 3 日手术记录

手术名称: 腹腔镜下乙状结肠部分切除术; 腹腔镜下乙状结肠造口术

术中诊断: 结肠穿孔并弥漫性腹膜炎

手术经过、术中出现的情况及处理: …腹腔镜探查: 腹腔内浑浊腹水, 量约 200ml, 盆腔内污染较著, 吸除腹水; 见直乙交界处组织水肿较著, 长约 6cm 乙状结肠血运稍差, 偏系膜侧可见一长约 2.5cm 裂口, 周围组织挫伤明显。因裂口周围组织血运差, 且腹腔内污染明显, 与家属沟通病情, 决定行腹腔镜下乙状结肠部分切除术, 乙状结肠造口术。…将乙状结肠向右侧翻转, 在其系膜后方向右侧游离, 使乙状结肠外侧与中线侧平面完全贯通。向下游离直肠外侧与内侧直肠后间隙平面贯通。于破口远侧血运正



常处用超声刀游离直肠系膜并裸化肠管，后离断肠管。...于破口近端肠管血运正常处，裸化肠管并离断肠管，与腹壁各层固定行造口手术。...逐层缝合各操作孔，敷料包扎，最后开放造瘘口、检查造口血运无异常，贴造瘘袋，结束手术，手术顺利，术后患者安返病房。

3. 2024 年 12 月 3 日 22:30 术后首次病程记录

...在气管内插管全麻下行腹腔镜下乙状结肠部分切除术、腹腔镜下乙状结肠造口术。...术中诊断: 结肠穿孔并弥漫性腹膜炎，手术过程顺利。切除组织送病理。因腹腔污染较著，术后予哌拉西林他唑巴坦联合奥硝唑抗炎治疗。

4. 2024 年 12 月 4 日病理诊断报告(病理

大体所见: 乙状结肠: 切除的肠管一段，长 6cm，横径 2cm，切开粘膜皱襞存在，未见明显肿物。距一端切线 1cm，距另一端切线 5cm，见一裂隙，长 1cm。

诊断结果: (乙状结肠) 肠壁见穿孔，周围血管扩张淤血、间质水肿。

5. 2024 年 12 月 12 日出院记录

诊疗经过: 入院后完善必要检查，急症手术，术后给予抗炎补液及对症支持治疗。

病理诊断: 结肠穿孔。

出院诊断: 结肠穿孔并弥漫性腹膜炎。

出院情况: 患者一般情况可，进食后无不适，无腹痛、腹胀，无咳嗽、咳痰。体格检查: 腹部平坦，造口红润无异常，腹壁柔软，无肌卫征，腹部无压痛，无反跳痛。腹部无包块，移动型浊音阴性，双侧肾区无叩痛，肠鸣音存在，4 次/分，无气过水声。

(主) 住院病案(病案 摘要:

2025 年 4 月 10 日-2025 年 4 月 23 日住院 13 天。

1. 2025 年 4 月 10 日 8 时入院记录:

主诉: 结肠造口术后 4 月。

现病史: 患者于 4 月前因结肠穿孔于我院就诊，行腹腔镜乙状结肠部分切除、乙状结肠造口术，手术顺利，术后恢复良好，出院后无腹痛、腹胀、



无发热，造口有排气排便。今来诊，欲行造瘘口还纳术，收入院。自发病来，食欲及进食可，二便正常，体重较术后有增加。

体格检查: T 36.5℃, P 75 次/分, R 14 次/分, Bp 151/98mmHg。

专科检查: 腹部平坦，无肠型，无蠕动波，腹式呼吸存在，腹壁静脉无曲张，下腹见陈旧手术切口瘢痕，愈合良好，左下腹见造瘘口，通畅，红润，周围无疝出，未见腹壁疝，腹壁柔软，无肌卫征，无压痛，无反跳痛。

初步诊断: 结肠造口状态

2. 2025 年 4 月 15 日手术记录

手术名称: 结肠造口还纳术; 肠粘连松解术

...进入腹腔，见腹腔内粘连较著，遂向上向下延长切口，长约 13cm，分离粘连，分离出造口近端肠管约 10cm，进一步分离远端残端，游离后闭合器闭合肠管至正常断面，裸化系膜，经肛置入吻合器行端端吻合，可吸收线间断缝合加固前，大量盐水冲洗腹腔，于吻合口后方放置腹腔引流管 1 根，缝合腹膜、腹壁肌层、皮下及皮肤，皮下放置腹腔引流管 1 根。手术顺利，术中出血 50ml，术后病人安返病房。

3. 出院记录

诊疗经过: 入院后完善相关检查，择期手术，术后给予抗炎、补液及对症支持治疗。

出院诊断: 结肠造口还纳术后。

出院情况: 患者一般情况可，肛门排气排便通畅，小便正常，无腹胀腹痛，无恶心呕吐等不适，呼吸平稳，四肢活动可，无水肿，切口无渗出、红肿，敷料干燥无渗出。

出院医嘱: 注意逐步过渡饮食，休息; 5 天后门诊复查，拆线; 注意引流量变化，5 日后复查; 注意保护切口，3 月内避免负重; 不适随诊。

(四) 2025 年 11 月 20 日在本中心按照《法医临床检验规范 SF/T0111-2021》进行活体检查:

自诉: 大便次数不正常，一天 2-3 次，腹部刀口处疼痛不适。

查见: 老年男性，步入检查室，神志清，对答切题，言语流利。腹平坦，



腹软，全腹无明显压痛、反跳痛；腹部正中见一纵形长 10cm 手术瘢痕，腹部左侧见 4 处手术瘢痕，分别长 1.5cm，腹部右侧见一长 2cm 手术瘢痕，余 (-)。

四、鉴定过程

1. 2025 年 11 月 6 日收到淄博市博山区人民法院委托，并于 11 月 11 日向法院发“关[]案举行陈述会的函”，由法院通知医患双方参加陈述会。

2. 2025 年 11 月 20 日在本中心举行陈述会，[]、何宇，医[]加陈述会。在陈述会中，本中心宣布法院委托鉴定事项和法院提交鉴定材料，医患双方均无异议；本中心介绍本案鉴定人，医患双方均未提出回避申请；本中心告知鉴定风险、本案收费、如对鉴定意见书有异议应首先在法定期限内(收到鉴定意见书 15 日内)向法院提交书面异议以及申请鉴定人出庭的有关事项，医患双方分别在“司法鉴定告知书”和“鉴定有关事项确认书”签字并按手印确认。

3. 医患双方分别进行陈述并回答鉴定人有关询问。鉴定人[]进行活体检查。

五、分析说明

根据委托单位提供的现有材料，结合有关医疗卫生管理法律、法规和诊疗护理规范、常规，依据司法部《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》《法医临床检验规范 SF/T0111-2021》，参考陈孝平等主编《外科学》(第 10 版，人民卫生出版社，2024)、葛均波等主编《内科学》(第 10 版，人民卫生出版社，2024)、中华医学会消化内镜学分会结直肠学组《结肠镜检查肠道准备专家共识意见 2023》等诊疗规范和文献，结合被鉴[](患者)在[]

[]医方[]的诊治过程，现分析如下：

(一)关于医方是否存在过错等问题

1. 根据患者病史、症状、体征和检查，患者既往有“胃溃疡”病史 7 年，有“结肠息肉”病史 4 年。反复腹痛 5 年余，加重 7 天。择期行无痛胃肠镜检查有适应症。



2. 《结肠镜检查肠道准备专家共识意见 2023》论述，充分的肠道准备是高质量结肠镜检查的前提，与结肠镜检查的诊断准确性和治疗安全性密切相关。肠道准备不充分可导致操作时间延长、结肠镜检查难度增加、检查不完全、病变漏诊风险以及并发症发生风险增加。肠道准备成功率是结肠镜检查质量控制的核心指标，合格的肠道准备成功率应 $\geq 90\%$ 。

低残渣/低纤维食物有助于提高肠道准备的效果，推荐结肠镜检查前 24 h 内停止摄入高残渣/高纤维食物。应充分考虑患者的整体健康状况、病史、服药史、口味偏好、既往肠道准备情况等因素，结合清洁方案的疗效、成本、安全性和耐受性等条件，制定合适的肠道清洁准备方案。聚乙二醇 (PEG) 电解质散是目前中国人群使用最普遍的肠道清洁剂。

查阅医方病案，医方术前无调整患者饮食及应用肠道清洁剂的记录，医方存在结肠镜检查前肠道准备不充分的过错。

3. 患者行肠镜检查过程中发生结肠穿孔。并[REDACTED]术证实腹腔内浑浊腹水，量约 200ml，盆腔内污染较著，吸除腹水；见直乙交界处组织水肿较著，长约 6cm 乙状结肠血运稍差，偏系膜侧可见一长约 2.5cm 裂口，周围组织挫伤明显。以上情况表明在肠镜检查过程中发生肠破裂，医方存在操作中未尽谨慎注意义务的过错。

4. 患者损害后果是肠破裂。任何内镜检查为侵入性操作，均有发生消化道穿孔并发症的固有风险。

5. 《医疗损害司法鉴定指南 SF/T 0097-2021》7.3.5 医疗行为与患者的损害后果之间存在因果关系，过错系主要原因。医疗过错行为是导致患者损害后果的主要原因，患者病情本身的特点、自身健康状况、体质的特殊性或者限于当时医疗水平等因素只起次要作用，若没有医疗过错，损害后果一般不会发生。

综上所述[REDACTED]的诊疗行为存在过错，其过错[REDACTED]的损害后果之间存在因果关系，建议原因力大小为主要原因(建议参与度范围约 65%-75%)。

(二) 关于伤残等级等问题

1. 被鉴定[REDACTED]2024 年 12 月 3 日行肠镜检查时出现结肠穿孔，



后行腹腔镜下乙状结肠部分切除术、腹腔镜下乙状结肠造口术等治疗，切除乙状结肠肠管 6cm，目前已行结肠造口还纳术，患者情况可，全腹无明显压痛、反跳痛。依据《人体损伤致残程度分级》5.9.4.6“肠部分切除术后”之规定，鉴定为九级伤残。

2. 被鉴定人[REDACTED]肠镜检查时出现穿孔，后行腹腔镜下乙状结肠部分切除术、腹腔镜下乙状结肠造口术等治疗，一定时间内需要休养及护理，需增加营养促进损伤恢复，参照《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》(GA/T1193-2014) 8.6.2 及附录等相关条款之规定，建议其误工期为 240 日，护理期为 60 日，营养期为 150 日。

六、鉴定意见

[REDACTED]诊疗行为存在过错，其过错[REDACTED]损害后果之间存在因果关系，建议原因力大小为主要原因(建议参与度范围约 65%-75%)。

2. 被鉴定人[REDACTED]结肠穿孔行腹腔镜下乙状结肠部分切除术鉴定为九级伤残。建议其误工期为 240 日，护理期为 60 日，营养期为 150 日。

七、附件

被鉴定人[REDACTED]有关影像资料。



