

[REDACTED]

司法鉴定意见书

统一社会信用代码：

[REDACTED]

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。

座机电话 [REDACTED] 18 [REDACTED] 10

邮编 [REDACTED]

传真 [REDACTED]

网站 [REDACTED] .om

地址：北京市东城 [REDACTED] 化创意园 C 座一层

司法鉴定意见书

(京)

一、基本情况

委托单位: 临清市人民法院

鉴定事项: 对被申请人[REDACTED]诊疗行为是否具有过错, 该过错与其[REDACTED]目前损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小及过错参与度是多少。

送检日期: 2025 年 7 月 24 日

送检材料: 1. 司法鉴定委托书及鉴定委托移送表;
2. 人民法院委托鉴定系统下载的鉴定材料 (包括: [REDACTED]住院病历、[REDACTED]院病历、民事起诉状、鉴定申请书、2025-06-05 民事审判笔录、身份证及证明材料);
[REDACTED]住院病历复印件;
[REDACTED]院病历复印件;
5. 医学影像片电子数据;
6. 医患双方陈述材料。

鉴定日期: 2025 年 10 月 14 日~2025 年 11 月 14 日

鉴定地点

被鉴定人 [REDACTED] 男性, 身份证号码 [REDACTED]

二、基本案情

据送检材料记载, 2025-04-01, [REDACTED]腹痛腹胀 10 余天”为主诉 [REDACTED]院诊治, 考虑肠梗阻等, 住院期间突发意识丧失, 2025-04-04 自动出院, 后于 2025-04-06 死亡。现送检法院委托我中心对上述事项进行司法鉴定。

三、资料摘要

(一) [REDACTED]住院病历 (住院时间:

2025-03-28~2025-04-01, 病案号 [REDACTED] 摘要:

入院情况: 患者因腹部疼痛伴肛门停止排气排便 1 天入院。现病史: 患者于入院前 1 天无明显诱因出现腹痛, 呈阵发性绞痛, 随时间推移, 疼痛逐步加重, 伴有肛门停止排气排便, 腹胀明显, 无恶心、呕吐, 无发热, 无腹泻及黄疸, 小便正常, 急来我院就诊, 急诊行腹部立位平片 (2025-03-28 自阅): 符合肠梗阻 X 线表现。急诊以“肠梗阻”收入我科。查体: 腹部稍膨隆, 未见胃肠型及蠕动波, 未见腹壁静脉曲张, 腹胀, 中上腹部压痛, 无反跳痛, 无肌紧张, 肠鸣音亢进, 可闻及气过水声。立位腹平片: 符合肠梗阻 X 线表现。

入院诊断: 肠梗阻, 脑外伤术后, 高血压病 3 级 (极高危)。

诊疗经过: 入院后完善相关检查, CT 平扫: 左肺上叶片状密度增高影, 考虑炎性病变可能, 建议治疗后复查; 双肺纹理增多; 双侧少量胸腔积液; 胸腹主动脉及冠脉、髂动脉多发钙化, 提示动脉硬化; 肝脏 S8 段低密度影, 考虑小囊肿可能, 建议必要时增强扫描; 肝脏 S6 段钙化灶; 尿管置入术后。阅片见不排除梗阻, 进一步行增强 CT 示: 肝 S8 段未强化低密度灶, 提示囊肿; 前列腺体积稍大; 腹盆腔多发气液平面, 提示肠梗阻可能。支持肠梗阻诊断, 指出: 患者目前梗阻原因不明, 未见明显占位性病变, 无肠扭转、绞窄等情况发生, 结合患者脑外伤手术史, 不排除神经原因导致的动力性肠梗阻, 给予禁食水、胃肠减压 (减压)、灌肠、蓖麻油胃管内注入、营养支持治疗等。患者症状缓解不明显, 于 2025-04-01 自行转上级医院就诊。

出院诊断: 肠梗阻, 脑外伤术后, 高血压病 3 级 (极高危)。

出院情况: 患者一般状况如前, 仍诉腹痛, 无发热, 无恶心、呕吐等, 胃肠减压通畅。患者仍腹痛, 考虑梗阻仍未解除, 向家属交代病情, 家属经考虑后自行转上级医院治疗。签署自动离院告知术后给予办理出院手续。

(二 [REDACTED] 住院病历 (住院日期: 2025-04-01~2025-04-04, 病案号 [REDACTED] 摘要:

主诉: 腹痛腹胀 10 余天。

现病史: 患者于 10 余天前无明显诱因出现腹痛、腹胀, 为全腹部持续性疼痛, 程度中等, 无他处放射, 伴肛门无排气排便。开始患者曾服用甘露醇治疗, 有排便, 当时腹胀减轻。后患者再次腹痛、腹胀, 于 2025-03-28 就诊 [REDACTED] 完善腹部增强 CT 示: 肝

S8 段未强化低密度灶，提示囊肿；前列腺体积稍大；腹盆腔多发气液平面，提示肠梗阻可能（2025-03-10）。给予灌肠、补液等对症治疗，效果欠佳。现患者为求进一步治疗来我院就诊，门诊遂以“肠梗阻”收入我科治疗。

既往史：既往高血压病史 10 余年，5 年前因外伤所致脑出血、右侧肋骨骨折，[REDACTED] 颅骨去骨瓣减压术，后遗留有失语、轻度活动障碍后遗症。

体格检查：T36.8℃，P104 次/分，BP169/112mmHg。专科情况：腹部平坦，对称，未见腹壁静脉区长（曲张），未见胃肠型及蠕动波，腹部柔软，全腹部有压痛，无反跳痛，肝脾肋下未触及，移动性浊音隐形（阴性），肠鸣音弱。未闻及血管杂音。

初步诊断：肠梗阻，前列腺增生，肺炎（左肺上叶），胸腔积液（双侧），高血压病 2 级（极高危），动脉硬化，去骨瓣减压术后（左侧颅骨），陈旧性肋骨骨折，肝囊肿。

诊疗计划：胃肠外科护理常规，一级护理，禁饮食，密切关注患者病情变化；予以抗感染、改善排尿等对症支持治疗，注意维持患者水电解质平衡；积极完善肝功、肾功、电解质、腹部增强 CT 等检验检查结果，指导下一步治疗。

2025-04-01 实验室检查：白细胞 $6.04 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞%70.2%；谷丙转氨酶 75U/L，谷草转氨酶 80U/L，钾 3.45mmol/L，肾小球滤过率 71.99ml/（min.1.73m²）。

2025-04-02 查房记录：患者一般情况可，活动时疼痛不适，具体诉说不清，卧床时无明显不适。腹胀不著，未排大便。目前肠梗阻情况较前有所好转，但仍未排便，可继续给予禁饮食、补液等支持治疗，可给予石蜡油通便。密切观察病情变化，有情况及时处理。

2025-04-03 查房记录：今日患者仍活动时不适，具体诉说不清，肛门未排气、排便，小便尚通畅。查体配合欠佳，全腹部轻度压痛，肠鸣音弱。分析结合患者腹部查体及腹部 CT 情况，其目前肠梗阻症状已不明显，CT 阅片提示有结肠胀气，其仍未排便，暂时可继续予以润肠通便治疗，待其情况许可考虑行肠镜检查进一步观察。患者化验示血钾稍低，继续予以适当补钾治疗。患者转氨酶偏高，必要时可保肝对症治疗。患者目前不适症状原因不明，可待其肠道通畅后进一步

步完善检查。余继续补液、抗炎及对症支持治疗，密切观察患者病情变化，有情况及时处理。

2025-04-03 23:01 抢救记录: 患者于 2025-04-03 21:40 突发意识丧失，立即赶至患者床旁，呼之不应，瞳孔散大，立即给予胸外心脏按压，同时给予心电监护、持续吸氧，吸痰，保持呼吸道通畅，患者血氧饱和度维持在 85-93%，无自主心跳，请重症医学科会诊，建议行气管插管，家属同意，同时给予肾上腺素 1mg iv 间隔 5 分钟给予 1 次，共 3 次，多巴胺 100mg 入液静滴，心电监护提示室颤，予以电除颤，患者自主心跳恢复。建议转至重症医学科继续治疗，患者家属表示同意。

2025-04-04 01:24 会诊记录: 患者突发心脏骤停，积极抢救后恢复窦性心律，心电图提示心肌缺血、avL 导联 ST 段抬高，请心内科会诊，会诊意见如下: 患者心脏骤停心肺复苏后，目前意识不清，血管活性药物应用状态。2025-04-03 血气分析: 血液酸碱度 7.40，氧分压 380mmHg，二氧化碳分压 28mmHg，钠离子浓度 138mmol/L，钾离子浓度 2.6mmol/L，氯离子浓度 101mmol/L，钙离子浓度 1.10 mmol/L，血糖 13.5mmol/L，乳酸 8.6mmol/L。建议: 同意贵科目前诊治; 完善 D 二聚体、心肌酶、心脏彩超检查指导治疗。持续心电监护，纠正心律失常; 继续生命支持治疗，注意补钾维持水电解质平衡，注意监测肝肾功能、凝血功能，预防多器官功能障碍; 给予抗血小板、调脂稳定斑块治疗。

2025-04-04 10:04 危急值处置记录: 于 2025-04-04 10:01 接到检验科危急值报告: 高敏肌钙蛋白 T 结果为 1.260ng/ml，属于危急值，考虑为急性心肌梗死所致，目前心脏骤停复苏后、神志不清，待病情稳定，择机可进一步评估冠脉情况。

2025-04-03 凝血功能: 凝血酶原时间 13.2s，国际标准化比值 1.22，D-二聚体 30.25mg/L，纤维蛋白原 5.4g/L。

2025-04-04 10:27 查房记录: 患者神志不清，气管插管接呼吸机辅助通气，硝酸甘油注射液 5mg/min、布托啡诺注射液 0.25mg/h、丙泊酚乳状注射液 100mg/h、多巴酚丁胺注射液 5ug/kg.min 持续泵入，昨日生命体征变化: 心率 66-118 次/分，体温 36-37℃，血压 48-224 / 16-199mmHg。昨日入量 2513.9ml，昨日出量 667ml，尿量 460ml，平衡 1846.9ml，累计平衡量 1846.9ml。查体: 昏迷状态，深大呼吸，

双侧瞳孔等大等圆，直径约 2mm，无光反应，双肺呼吸音粗，无干湿性啰音，心音稍低，律不齐，可闻及早搏，腹软，肠鸣音弱，双下肢轻度水肿，四肢末梢暖，无紫绀。血气分析：血液酸碱度 7.61，氧分压 168mmHg，二氧化碳分压 28mmHg，血糖 6.3mmol/L，乳酸 1.4mmol/L，全血剩余碱 7.2mmol/L，阴离子间隙 6mmol/L，实际碳酸氢盐 28.1mmol/L（钾离子 3.0mmol/L）；白细胞 $12.28 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞%89.4%，C 反应蛋白 10.19mg/L；谷丙转氨酶 129U/L，谷草转氨酶 214U/L；肌红蛋白 1294.47ng/ml，肌酸激酶同工酶 146.53ng/ml，脑利钠肽前体 435.50pg/ml，高敏肌钙蛋白 T1.260ng/ml。心脏彩超：LVEF60%，左房轻度增大，左室壁增厚，主动脉瓣反流（轻），二尖瓣反流（轻），三尖瓣反流（轻）。双下肢深静脉超声未见明显血栓征像。结合患者辅助检查及病史，考虑夜间心脏骤停为急性非 ST 段抬高型心肌梗死所致，综上所述诊断：急性非 ST 段抬高型心肌梗死，心源性休克，心室颤动，呼吸心跳骤停，缺氧缺血性脑病，乳酸性酸中毒，肠梗阻，肺炎（左肺上叶），胸腔积液（双侧），低钾血症，前列腺增生，高血压病 2 级（极高危），去骨瓣减压术后（左侧颅骨），动脉硬化，陈旧性肋骨骨折，肝囊肿。治疗上：嘱继续呼吸机辅助通气、亚低温脑保护、注意观察瞳孔变化；相关病情再次告知家属，患者急性心肌梗死，心肺复苏术后，缺血缺氧性脑病，存在再次心脏骤停风险。

2025-04-04 12:45 病程记录：患者家属要求出院，向患者家属讲明病情，如出院可能出现病情加重，导致死亡，患者家属表示理解，仍要求出院，表示后果自负，自动出院。

出院情况：患者神志不清，气管插管接呼吸机辅助通气，双肺呼吸音低，心音低钝。

四、鉴定过程

（一）案件审查及鉴定工作：我中心收到送检案件材料后，经确定鉴定人初步审查，发函法院说明案件受理相关事项、向医患双方进行鉴定风险告知，并商定召开医患意见陈述会日期。2025-10-14 通过视频通话方式召开了医患意见陈述会，介绍本案司法鉴定事项、鉴定材料、鉴定人员和鉴定人出庭等内容，在医患双方均无异议的基础上，听取了各方的陈述意见。经过以上程序性工作后确定正式受理本案。

鉴定人依据《中华人民共和国民法典》、SF/T 0097-2021《医疗损

害司法鉴定指南》、SF/T0112-2021《法医临床影像学检验实施规范》及相关学科教科书、临床医学规范及相关法律法规等对被告医院诊疗行为进行评价，经讨论制作本鉴定意见书。

(二) 医患双方主要陈述意见(详细记载于陈述材料)。

1. 患方观点主要认为：入院诊断与病情评估不全面；肠梗阻诊疗措施欠规范；对合并症的治疗与监测存在不足；抢救和重症监护策略存在不足；心血管危险因素管理不充分；电解质监测和纠正不及时；缺乏心电监护，延误救治时机等。

2. 医方观点主要认为：各项诊疗措施符合诊疗规范，诊疗方案合理，医护诊疗处置及时，及时积极抢救复苏，

五、分析说明

根据送检病历、医学影像资料等医学资料，结合医患双方陈述的主要争议性问题分析：

(一) 关于患者病情及未尸检对本次鉴定的影响

2025-04-0[]“腹痛腹胀 10 余天”为主诉入被告[]院诊治。入院前曾以肠梗阻就诊于外院，并给予禁食水、胃肠减压、灌肠、蓖麻油胃管内注入、营养支持治疗等，症状缓解不明显并转入被告医院。入院时心率增快(104 次/分)，血压升高(169/112mmHg)，全腹压痛，肠鸣音减弱；给予禁饮食、抗感染、补液改善排尿等对症支持治疗，肠梗阻症状有所缓解，但仍有不适症状，仍无排便；2025-04-03-21:40 患者突发意识丧失、瞳孔散大、血氧饱和度下降等，给予胸外心脏按压、吸氧、气管插管辅助通气、血管活性药物应用、电除颤等抢救措施，患者恢复自主心跳。急查心梗指标多项心梗指标升高，继续给予镇静、扩冠、强心等药物应用，患者仍昏迷状态，瞳孔对光反射消失，心音低钝、双肺呼吸音低等，考虑“急性非 ST 段抬高型心肌梗死，心源性休克，心室颤动，呼吸心跳骤停，缺氧缺血性脑病，乳酸性酸中毒，肠梗阻，肺炎(左肺上叶)，胸腔积液(双侧)，低钾血症”等，2025-04-04 自动出院，后于 2025-04-06 在家中死亡。

本案患者死亡后未经尸体解剖检验，依据国家卫健委颁布的临床医疗管理核心制度之一：死亡病例讨论制度的要求，本次鉴定从临床上对患者死亡结果进行讨论，依据现有临床资料分析评价医院诊疗行为。关于未行尸检对本案评价带来相应不利影响的因素(包括原因力

评价考量因素), 请法庭结合对相应法律责任审查的庭审情况综合明确。根据病历记载, 患者符合急性心肌梗死导致急性心源性休克, 进而导致急性呼吸衰竭死亡的临床病情转归特点。

(二) 诊疗行为评价

1、结合患者前序医院病历记载及本次被告医院病历记载, 患者有高血压病多年、脑外伤术后(遗留失语和活动障碍)、动脉硬化、肺部感染等多种基础疾病, 前序就诊医院增强 CT 提示“未见明显占位性病变或肠扭转”, 但未明确梗阻原因。患者脑外伤术后, 遗留神经系统功能障碍, 存在神经源性肠梗阻(动力性肠梗阻)可能, 患者肠梗阻确切病因不典型, 难以通过常规影像学明确病因, 入被告医院后行 CT 检查提示“结肠胀气”, 亦未进一步明确病因。患者肠梗阻病情不典型性, 临床需加强鉴别诊断和动态评估。患者经被告医院对症治疗, 临床症状有所缓解, 虽仍有肠梗阻表现, 但未出现明显腹膜炎体征等病情加重征象。

2、患者经前序医院诊疗 4 日, 转入被告医院后至 2025-04-03 病情变化, 患者禁食水 6 日, 长时间无摄入; 结合医嘱记录, 患者 2025-04-01 入盐水 300ml, 2025-04-02 共计入盐水 1300ml。患者长时间无摄入及入量不足, 同时, 患者长时间肠梗阻病情, 体液丢失, 亦继发水电解质紊乱, 入院时化验检查示钾离子水平已偏低 (3.45mmol/L), 需密切加强电解质管理, 每日记录出入量, 虽自 2025-04-02 起每日补充 10%氯化钾 20ml, 但未见进一步化验监测。至 2025-04-03-21:40 患者突发心脏骤停, 抢救时血气分析显示血钾降至 2.6mmol/L , 存在严重低钾。低钾血症可造成心电功能紊乱诱发恶性心律失常(如室颤)、心肌收缩力下降等, 是心脏骤停的重要诱因。医院电解质监测及补钾不足存在电解质管理不足, 表明存在医疗过错。

3、患者长期卧床, 患者有高血压病史多年、动脉硬化等血管基础疾病, 密切凝血功能监测和血栓风险评估存在必要性, 尤其 D-二聚体监测, 警惕栓塞性疾病风险。2025-04-03 患者心脏骤停后血 D-二聚体高达 30.25mg/L , 提示显著高凝状态。另外, 病历多次记录“活动时不适”“诉说不清”, 与患者脑外伤术后语言表达不清有关可能, 临床易忽视异常症状及体征。患者入院时心率增快 (104次/分)、血压升高 ($169/112\text{mmHg}$), 提示交感神经兴奋可能。患者入院后至心

脏骤停前，医院未常规监测凝血功能、心肌标志物，未能早期发现高凝状态或心肌损害等病情，错过预防性抗凝时机，亦存在病情监测不足。

4、患者肠梗阻具体病因不明，患者肠梗阻可能为神经源性、粘连性或血管性，其死亡后未行尸体解剖检验，无法从尸检角度明确病因；患者虽经抢救恢复自主心跳，但病情危重，临床预后尚具有不确定性，家属于 2025-04-04 要求自动出院，中断了后续诊疗，对于患者病情改善机会存在不利影响；患者心脏骤停后虽诊断为急性心肌梗死，但未尸检无法确定梗死范围、是否与低钾或血栓相关等。因此，本次鉴定完整评价医院诊疗行为及其与患者死亡结果之间的关联性存在客观困难性。

综上所述，[]在对患者[]的诊疗过程中，存在电解质管理与纠正不足，以及电解质、凝血功能等常规监测不足，表明存在医疗过错，其过错医疗行为与患者死亡结果之间存在一定因果关系。

损害后果因果关系中医疗过错原因力程度的评定，实际上属于目前司法鉴定领域中最具困难和争议的工作，本案司法鉴定系从技术层面对原因力程度进行评定，而非对过错责任程度进行评定。本次鉴定认为该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，不能与审判确定民事赔偿程度完全相同，是供法官审判确定民事赔偿的参考依据之一。本案鉴定人认为该案件原因力程度评定需要考虑因素有：（1）患者高血压病史多年、血管条件不良，脑外伤后后遗症等，合并长时间肠梗阻等，其自身病情复杂，易继发严重并发症，甚至危及生命；（2）患者急性心梗起病急骤，进展迅速，与其自身基础病情重、血管条件不良有关，严重危及生命，临床救治难度大；（3）患者自动出院，中断治疗对病情改善机会不利影响；（4）医院医疗过错；（5）未尸检原因及法律责任归属的法庭审查等。基于以上因素的分析，本次鉴定认为[]诊疗过错行为与被鉴定人[]损害结果的原因力程度，从技术鉴定立场评价建议介于轻微～次要原因范围。是否妥当供法庭审理裁定参考，并请法庭在本次技术评价立场基础上，结合庭审情况以及被鉴定人死亡后未经尸体解剖检验的法律责任归属，综合确定医院的民事过错责任程度及损害赔偿程度。

六、鉴定意见

对被鉴定人诊疗过程中存在医疗过错，与被鉴定人死亡结果具有一定的因果关系；医疗过错与损害后果之间的原因力程度，从技术鉴定立场评价建议介于轻微~次要原因范围。是否妥当供法庭审理裁定参考，并请法庭在本次技术评价立场基础上，结合庭审情况以及被鉴定人死亡后未经尸体解剖检验的法律责任归属，综合确定医院的民事过错责任程度及损害赔偿程度。

七、附件

- 1.《司法鉴定人执业证》复印件；
- 2.《司法鉴定许可证》复印件；
- 3.鉴定人承诺书（试行）。

鉴定人承诺书(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,如因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。

司法鉴定人

1