医疗损害鉴定意见书

一、基本情况

（一）委托受理情况

委 托 人：呼和浩特市新城区人民法院

委托鉴定事项： 对患者 的诊疗行为中是否具有过错，如果具有过错，该过错与患者的死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小。

受理日期：2026 年 2 月 11 日

补充材料日期：2026 年 3 月 25 日-2026 年 4 月 3 日

（二）医患双方情况

1、**患方：**[redacted]）

2、**医方：**医疗机构名称:

（三）鉴定材料

1、([redacted]定委托书》1 份;

2、医患双方陈述各 1 份，[redacted]门诊病历 1 份，电子胃肠镜检查、彩超、化验报告单 1 份，[redacted]住院病案（住院号：内蒙[redacted]定意见书》1 份;

3、电子影像数据 1 份。

二、争议要点

患方观点：术前评估与诊断不足；手术决策与风险管理不足；术后监测与护理不到位；抗菌治疗不当，未做到及时有效控制感染；术后基础护理措施执行不到位，基础生命体征监测与报告方面不足；风险识别不到位，多学科会诊及转入 ICU 时机延误；未及时采取手术干预控制感染源。

的诊疗过错与患者 死亡的损害后果之间存在因果关系，应当承担相应

的责任。

医方观点：在对患者 的诊治过程中，我院均科学规范、认真尽责，患者长期存在慢性炎症、营养状况差、肝功失代偿的情况，术前多学科评估，术前也同患者及家属反复沟通告知手术风险及预后不良，并告知患者的身体素质差不建议手术，术后任何并发症对于该患者几乎都是致死性的，但患者及家属仍强烈要求手术。患者肝硬化失代偿的个体特有基础疾病，导致术前术后大量腹水、顽固性低蛋白血症、术后腹腔内感染（先于吻合口漏的发生），均严重影响吻合口的愈合，这是导致吻合口漏的主要且独立的危险因素，长期吸烟术前不戒烟也是吻合口漏的危险因素。患者术后第 5 天晨起上厕所后不慎将吻合口处腹腔引流管脱落，导致后期引流不畅及观察受限。大量腹水稀释并加速吻合口漏出物在腹腔内的弥漫播散，阻碍吻合口漏的局限与包裹。患者长期消耗衰弱的机体导致病情迅速恶化，没有为治疗提供应有的时间，多原发肿瘤的发病也提示患者免疫调节功能严重受损。患者从感染指标上升和临床症状加重到多脏器功能衰竭仅 10 小时，病情进展迅速，虽然经积极的抗感染、血滤、腹腔穿刺引流等治疗，仍由于病情恶化过快，没有为治疗提供应有的时间。

三、诊治概要

1、 门诊病历记载：

就诊时间：2025 年 9 月 11 日

主诉：患者自述胃疼腹痛稀便一月余。

既往史：肝腹水史。

体格检查：P105 次/分，BP122/82mmHg，神清语明，全腹软。诊断：慢性胃肠炎。

处置：胃肠镜检查。

凝血功能正常。

彩超示：肝脏弥漫性病变，胆囊肝病样改变，脾大。

内径检查麻醉会诊单记载：22 年肝硬化，腹水。

电子肠镜：结肠新生物待查？（考虑 Ca），结、直肠多发息肉，直肠多发血管扩张症，直肠炎。距离肛门约 50cm 处可见 1 处约占距肠腔 100%的巨大不

规则隆起，呈菜花样，表面粘膜欠光滑，色泽发红，质脆，触之易出血。

电子胃镜：胆汁反流性胃炎，胃多发息肉，慢性非萎缩性胃炎伴多发隆起糜烂。

2、[illegible]医院住院病案([illegible]4，肛肠中心-ICU）

记载：

住院日期：2025 年 9 月 15 日 11：46-2025 年 10 月 4 日

主诉：间断性便血 1 个月，加重伴腹痛 20 天。

现病史：患者 1 月前无明显诱因出现大便时带血，量少，色暗红，肛门无疼痛，无肿物脱出，近 20 天上述症状反复发作并逐渐加重，便血量增多，色暗红，伴有排便不畅，腹痛明显。9 月 15 日电子结肠镜结果示结肠 Ca（进镜至距肛门 60cm 可见环周生长不规则隆起病变），病理结果待回报。

既往史：否认冠心病，有乙肝病史 17 年，22 年诊断酒精性肝硬化，乙型肝炎肝硬化腹水，目前病情稳定。1984 年曾行腹股沟疝修补术。

体格检查：BP118/79mmHg，大便带血，血色暗红，与大便相混合。心电图示窦性心动过速，心率 111 次/分，不完全性右束支传导阻滞。

初步诊断：结肠肿瘤，乙肝后肝硬化，酒精性肝硬化，窦性心动过速，慢性胃炎，胃息肉，腹股沟术后。

完善相关检查，若无手术禁忌症，拟择期行手术治疗。

2025 年 9 月 16 日，谷草转氨酶 44U/L，总胆红素 47.8umo/L，总蛋白 58.9g/L。请肝病科会诊。保肝治疗，严格戒酒，增加饮食蛋白营养。双侧颈动脉彩色多普勒超声检查示双侧颈动脉内中膜不均匀增厚伴斑块形成，左侧颈内动脉狭窄（重度）。心超示三尖瓣少量反流，左室舒张功能减低。

补充诊断：颈动脉斑块，左侧颈内动脉狭窄（重度）。

9 月 17 日 12：52，胸部 CT 平扫示左肺下叶囊实性病灶，囊性肺 Ca 可能，慢性支气管炎，肺气肿，双肺散在肺大泡，右肺上叶后段斑片影，请抗炎治疗后复查或 2-3 个月复查，肝硬化？脾大，少量腹水。肺功能检查，混合性通气功能障碍（重度）。

补充诊断：胆囊炎，胆囊结石，慢性支气管炎，肺气肿，肺大泡，重度混

合型通气功能障碍。

9月18日，活检组织病理诊断降结肠中分化腺癌。继续完善术前评估，肺病科会诊意见，留痰化验，明确致病菌，建议支气管镜舒张试验明确是否合并慢阻肺，患者肺通气功能重度减退，手术风险较大，建议与患者及家属积极沟通。

2025年9月18日 11:32肺病科会诊意见:1.留痰化验，明确致病菌；建议查支气管舒张试验明确是否合并慢阻肺；给予二羟丙茶碱注射液扩张气道，解痉平喘；可予丙酸倍氯米松、特布他林雾化吸入抗炎解痉平喘，提高肺功能；患者肺通气功能重度减退，手术风险较大，建议与患者及家属积极沟通；可请肿瘤科会诊明确诊断。

9月19日04：10，患者自诉间断鼻出血，咳嗽时鼻出血，请耳鼻喉科会诊，会诊医生到达后拒绝接受会诊医生诊疗，要求收治医生亲自诊治，并对收治医生诊疗方案提出质疑，收治医生与之电话沟通后，接受会诊医生查看。患者配合欠佳，拒绝使用前鼻镜配合检查。会诊意见：监测血压，避免辛辣刺激食物摄入，避免情绪激动。

9月19日，诊疗计划：肿瘤科会诊意见：患者目前结肠癌诊断明确，肺部占位性质未明确，继续完善胸部增强CT及穿刺活检，明确占位性质，排除手术禁忌症后，优先结肠占位切除，肺部占位明确后，再根据病理拟定下一步抗肿瘤方案。

9月20日08：22，患者有感染指标，咳嗽、咳痰，予注射用头孢曲松钠静脉输液抗炎治疗。

9月22日，患者咳嗽、咳痰较前缓解，C-反应蛋白23.28mg/L，继续予以头孢曲松钠抗炎。

2025-09-23 14:46麻醉科会诊意见：患者精神状态尚可，肺功能检查:混合性通气功能障碍(重度)，经治疗后呼吸道症状改善，但仍偶有咳嗽、咳痰。(颈动脉彩超示:声检查:双侧颈动脉内中膜不均匀增厚并斑块形成，左侧颈内动脉狭窄(重度)。脑病科建议脑血管CTA检查，待结果回报后再行评估。准备在全下手术，建议:1、颈动脉重度狭窄，术中出现脑梗几率较大。等待脑病科

评估;2、继续改善呼吸道症状，术前呼吸科再行评估呼吸道条件;3、患者肝硬化，术前监测肝功能。

9月25日，患者术前检查完善，诊断明确。患者肝功能术前评估，总胆红素31.3umol/，血清白蛋白35g/L，国际标准化比值(INR)1.22，轻度腹水，无肝性脑病，患者肝功Child-pugh分级为6分(A级)，轻度肝损伤，手术危险度相对较低，但反复告知患者及其家属，因其除肝硬化外，同时合并有肺气肿、肺大泡、(重度)混合性通气功能障碍、肺部肿瘤，左侧颈内动脉狭窄(重度)，身体状况一般，手术耐受度较差，且术前依从性差，明确告知术前戒烟，但患者未配合，术前再次评估肺通气功能显示(重度)混合性通气功能障碍。综合手术风险较高，预后差，因患者合并肺部肿瘤(恶性可能)，预期寿命短。但患者及其家属强烈要求手术，对告知的风险表示明确知晓并要求手术。经相关科室会诊评估后，无手术绝对禁忌症，故给予安排手术。拟于明日行结肠癌根治术。

《手术知情同意书》：拟行腹腔镜下结肠部分切除术，替代方案：开腹结肠癌根治术，无绝对禁忌症。告知意外风险：术中术后各种感染，伤口并发症，如感染，裂开，不愈合，术后吻合口瘘，可致感染性休克，甚至危及生命，必要时需再次手术治疗的可能。

2025年9月26日09：10-12：40，腹腔镜下结肠部分切除术+肠系膜淋巴结清扫术。手术经过：探查肝脏缩小，表面呈结节状，提示肝硬化。脾脏、胃、大网膜、盆腔、小肠等，未见肿瘤种植及转移，无多原发灶。最后探查原发病灶并确定肿瘤位置，肿瘤位于横结肠中央处，病变侵及浆膜，至环形缩窄。采用中央入路，助手提起横结肠系膜向腹壁及头侧牵拉，距肿瘤近远端10cm处以homlock夹标记肠管预切线，自屈氏韧带右侧，切开结肠系膜，消扫结肠中动脉根淋巴结，同时显露结肠中动静脉，保留结肠中血管右支，切断左支，继续向横结肠近端预切线裁剪系膜，遇较大血管以homlock夹夹毕、切断，裁剪系膜至横结肠肠壁并环周裸化，同法自系膜根部向左侧裁剪系膜至肿瘤远端预切线。将肿瘤及肠管拉向下方，助手提起胃结肠韧带，游离切开胃结肠韧带，左侧至脾曲，右侧至幽门下，同时清扫幽门下6组淋巴结。以直线切割闭合器分别切断横结肠近远端预切线，均距肿瘤10cm，完成横结肠及其系膜淋巴结

扇形切除，松解肝曲及脾曲部分网膜粘连，使肠管吻合无张力，经主操作孔置入取标本袋，将整块标本装入取物袋内收紧口，放置于胃小弯处待取出。

在距远端横结肠闭合口 6cm 处结肠带旁电钩打孔，扩大至 0.5cm，碘伏消毒，距近端闭合口 3cm 处对系膜侧肠壁打孔 0.5cm，消毒，检查结肠肝曲、脾曲系膜走形正常，无扭转，直线切割闭合器分别插入横结肠远、近端开口内，夹毕切割，消毒肠腔，检查无出血，更换钉仓后，闭合共同开口，完成横结肠侧侧重叠吻合，即功能性端端吻合(Overlap 吻合)，倒刺线加固缝合闭合口。确认吻合口无出血，无渗漏，吻合口通畅。扩大脐下观察孔至 6cm，逐层入腹，提出标本取物袋，保护切口避免污染，将整块标本取出。继合关闭切口，重新建立气腹，用生理盐水冲腔。在结肠吻合口处放置引流管 1 根，右侧盆腔放置引流管 1 根，经右侧上、下腹助操作孔引出固定，排尽积气。查纱布器械如数，逐层缝合关闭 Trocar 孔。术毕。

2025 年 9 月 26 日，术后予以特级护理，心电监测，术后右侧腹腔、右侧盆腔引流管，术后抗炎、补充蛋白、抗炎解痉平喘。

9 月 27 日，术后第一日，大便未解，已排气，右侧腹腔、盆腔引流管通畅在位，引流液 1305ml，呈血性液体。体温 36.6℃，血压 106/60mmHg。患者既往肝硬化病史，引流液呈血性，凝血功能差，于 14：00，14：50 予以输血改善凝血功能。

18：14，患者诉恶寒，发热，测体温 39.3℃。予以安痛定肌肉注射退热。

9 月 28 日，无咳嗽咳痰，无喘憋，大便未解。引流液 900ml，血性，较前变淡。继续输血治疗。

23：14，发热，39℃，予以安痛定肌肉注射退热。

白细胞 14.14×10^9/L,C 反应蛋白 75.65mg/L。

9 月 29 日，昨日 14：30 患者出现端坐呼吸，伴喉间痰鸣音，继续头孢曲松钠抗炎治疗。大便未解。

9 月 30 日 04:00,患者昨日 23:50 自诉发热,测体温波动在 38.5℃-39℃。与前比较，提示存在感染，查看患者治疗方案，已予抗感染治疗，予以安痛定肌肉注射退热。

9月30日C反应蛋白99.83mg/L。

12：42，大便已解，为少量黄绿色稀便，引流液1020ml，呈淡血性清亮液体。患者11：30诉伤口疼痛难忍，查伤口无活动性出血及渗血，予酮咯酸氨丁三醇肌肉注射。

20：42，患者自诉伤口疼痛不适，予酮咯酸氨丁三醇肌肉注射。

10月1日术后第五天，精神差，嗜睡，活动量少，大便已解，为暗绿色稀便，量约300ml，排气正常，右侧腹腔引流管在上厕所时不慎脱落，考虑该引流管引流液已减少至10ml/日，且引流液清亮，拟今日拔除，右侧盆腔引流管通常在位。体温38.2℃，脉搏100次/分，血压100/70mmHg。

19：36，感切口疼痛，观察不缓解，检查切口周围未见异常，予酮咯酸氨丁三醇肌肉注射。

C反应蛋白132.71mg/L。

10月2日，患者夜间腹泻4次，为黄色稀水便，量较多，具体量不详，之后出现呼吸急促，喘憋症状，给予鼻导管吸氧，配合差，血氧饱和度88-90%，心率150次/分，血压168/75mmHg，不能平卧，端坐呼吸。予以对症缓解气道痉挛，平喘。

12：00查房，患者精神倦怠、嗜睡，呼之不应，对答模糊，伴端坐呼吸，不能平卧，面唇苍白，呼吸急促，憋喘，血氧饱和度83-90%，喉间痰鸣音，发热，双肺呼吸音粗，可闻及湿性啰音，双下肢轻度水肿。结合患者目前症状及化验，考虑肺部感染，请肺病科急会诊，复查胸部CT，完善动脉血气分析等相关实验室检查，抗感染治疗，完善细菌学检查，必要时完善血培养，选择敏感抗生素，监测患者体温、血常规、CRP、PCCT等，必要时升级抗生素。予以吸痰，细菌培养，吸痰后患者呕吐，呕吐物呈褐色液体。患者病情危重，告知患者家属目前病情及风险，转入ICU进一步诊治。

转出时间10月2日18：00

ICU查体：深昏迷状态，GCS3分，喘促，喉中痰鸣音，双肺湿啰音，瞳孔等大4mm，光反射迟钝，带入盆腔引流管通畅在位，二便失禁。予以胃管置管、导尿，胃肠减压可见暗红色引流液300ml，考虑急性消化道出血，暂禁食水，

胃肠减压，并予奥美拉唑抑酸护胃，患者目前感染指标高，腹腔感染待除外。转入时昏迷状态，乳酸偏高，代谢性酸中毒，予以补液，中心静脉穿刺置管术，予无创呼吸机辅助通气。

10月3日，患者深昏迷状态，瞳孔对光反射消失，不等大，腹部膨隆，腹压偏高，盆腔引流管在位通畅，可见暗红色引流液800ml。

目前诊断：脓毒血症，肺部感染，代谢性酸中毒，凝血功能障碍，低蛋白血症，腹腔感染？急性上消化道出血，结肠恶性肿瘤（中分化腺癌），乙肝后肝硬化，酒精性肝硬化，窦性心动过速，慢性胃炎，胃息肉，颈内动脉斑块，左侧颈内动脉狭窄重度，胆囊炎，胆囊结石，慢性支气管炎，肺气肿合并肺大泡，混合性通气功能障碍，失眠，腹股沟术后。

患者休克血压，补液后未见血压回升，心率偏快，考虑脓毒性休克，乳酸持续增高，予以纠酸。

11：49行血气分析，提示代谢性酸中毒，11：48行床旁纤支镜检查送检肺泡灌洗液培养。

11：00患者循环仍难以维持，逐渐上调去加肾上腺素未见明显改善，11：13加用间羟胺升压，14：00复测血压103/54mmHg，仍无尿，请肾病科会诊指导治疗，建议血滤。14：14行CRRT。

11：50，患者意识障碍10：15血氧难以维持，无创监护示血氧75%，沟通后行经口气管插管术，予有创呼吸机辅助通气。

18：40行腹腔穿刺引流术，腹腔积液共抽出脓性积液1200ml，伴有恶臭，送检培养。

夜班接班时患者昏迷，休克状态，持续CRRT中，去甲肾上腺素+多巴胺极量维持，血压波动在60-70/30-40mmHg，立即予多巴胺注射液持续泵入升压，根据血压不断调整多巴胺至极量，血压仍波动在60-70/30-40mmHg。23:57分患者心率逐下降至60次/分，血压监测为0，床旁查看患者，立即予心肺复苏术予肾上腺素+阿托品各1mg静脉注药，3分钟给药一次，肾上腺素共给药9次，阿托品给药2次，心率及血压均未见回升。与家属沟通后放弃继续有创抢救治疗及药物抢救，拔除气管插管后呼吸逐渐消失，测血压、指脉氧为零，双

侧瞳孔散大固定，颈动脉搏动、心音消失，10月4日00:57床边多导心电图示直线，宣布临床死亡。

死亡诊断：脓毒性休克，多器官功能衰竭，腹腔感染，肺部感染，肺炎克雷伯杆菌感染，呼吸衰竭，代谢性酸中毒，凝血功能障碍，低蛋白血症，急性肝衰竭，急性肾衰竭，急性上消化道出血”

护理记录单记载：

9月27日

16：40，患者自觉全身乏力，寒颤高热，四肢酸痛，体温39.3℃，报告医生，予以复方氨林巴比妥2ml肌肉注射。

17：10，复测体温38.5℃

18：00，体温38℃。

9月28日19：00，体温37.2℃，21：53体温39.2℃。

9月29日23：59，体温39.0℃。

9月30日02：16，体温39.2℃。

06：20，体温40.4℃，脉搏152次/分，血压90/63mmHg。

07：00，复测体温38.8℃，查引流管切口处有少量白色脓性分泌物。

08：00，查引流管切口处有少量白色脓性分泌物。

10：00，血压93/60mmHg，心率127次/分。

12：10，血压89/60mmHg，心率100次/分。

16：00，血压91/63mmHg，心率106次/分。

10月1日07：00，体温38.1℃。血压102/64mmHg，心率100次/分。

07：55，患者下床去卫生间回到床旁后右侧腹腔引流管脱出。

19：40患者自诉伤口疼痛难忍，予酮咯酸氨丁三醇肌肉注射。

长短期医嘱单：

9月20日-9月25日头孢曲松钠。

9月26日-10月2日奥硝唑。

9月27日-9月30日头孢曲松钠。

9月30日-10月2日头孢哌酮舒巴坦。

3、[redacted]书》记载：解剖检验：右冠状动脉支架置入术后，支架在位。腹腔内见650ml积液，可见肠内容物，腹膜广泛分布脓性附着物，大网膜移位、横结肠处见手术吻合口，吻合口处见肠内容物溢出，肠管及肠系膜表面见脓性附着物，肠管间相互粘连，小肠浆膜面见片状出血。组织病理：脑蛛网膜下腔血管内见多量中性粒细胞。左冠状动脉前降支管壁粥样硬化，管腔狭窄达IV级，左回旋支管腔狭窄IV级，窦房结周围心肌、室间隔、左室壁、心尖部心肌见片状陈旧性心肌梗死灶。血管中中性粒细胞数目明显增多。肝硬化，被膜下急性炎性细胞浸润，被膜外可见脓性坏死物。全肺大量中性粒细胞浸润，部分区域呈灰色肝样变期改变。脾脏组织急性炎细胞浸润。大网膜大量中性粒细胞为主的炎细胞浸润。阑尾浆膜面腹腔侧大量中性粒细胞浸润并化脓改变。小肠浆膜面大量中性粒细胞浸润并脓性附着物、纤维素渗出。结肠吻合处浆膜层、肌层大量出血，中性粒细胞浸润，粘膜面附着坏死物，并粘膜下层小脓肿。结肠吻合处周围腹腔及腹膜组织：大量中性粒细胞浸润，团块状细菌菌落并化脓性改变。

鉴定意见：　　符合结肠吻合口漏致弥漫性腹膜炎、多器官感染致死。

四、鉴定过程说明

2026年3月18日在苏[redacted]开医疗损害鉴定会。医患各方均派员参加。本次鉴定咨询专家组由三名专家组成，其中重症医学科一名、普外科（含胃肠外科）二名。专家组根据委托方委托送检材料及鉴定会听证情况，在讨论后形成咨询意见。鉴定人在充分阅读委托材料后，依据《民法典》、《医疗损害司法鉴定指南 SF/T 0097—2021》、《江苏省医疗损害鉴定管理办法》以及审理医疗损害案件司法解释，依照医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，结合专家合议意见，独立作出司法鉴定意见。

五、分析说明

经对委托方提供的鉴定材料（包含案卷、病案、影像学资料）等大量文证进行审查，结合医患陈述及专家组合议意见，现分析如下：

（一）关于医方的诊疗行为分析

1.诊疗经过

患者 [redacted]，男，60岁，2025年9月11日患者因“胃疼腹痛稀便一月余”于 [redacted]门诊就诊，行电子肠镜：结肠新生物待查？（考虑Ca），结、直肠多发息肉，直肠多发血管扩张症，直肠炎。距离肛门约50cm处可见1处约占距肠腔100%的巨大不规则隆起，呈菜花样，表面粘膜欠光滑，色泽发红，质脆，触之易出血。9月15日患者因“间断性便血1个月，加重伴腹痛20天”入住[redacted]肛肠中心。2025年9月26日行腹腔镜下结肠部分切除术，10月2日转入ICU。10月4日00:57床边多导心电图示直线，宣布临床死亡，死亡诊断为“脓毒性休克，多器官功能衰竭，腹腔感染，肺部感染，肺炎克雷伯杆菌感染，呼吸衰竭，代谢性酸中毒，凝血功能障碍，低蛋白血症，急性肝衰竭，急性肾衰竭，急性上消化道出血”。经尸检，死亡原因为结肠吻合口漏致弥漫性腹膜炎、多器官感染致死。

2.过错分析

患者因“间断性便血1个月，加重伴腹痛20天”入住医方肛肠中心，医方完善电子肠镜，活检病理显示结肠恶性肿瘤（中分化腺癌），结合既往病史，医方诊断“乙肝后肝硬化，酒精性肝硬化，窦性心动过速，慢性胃炎，胃息肉，腹股沟术后，结肠恶性肿瘤（中分化腺癌），胆囊炎，胆囊结石，慢性支气管炎，肺气肿，肺大泡，重度混合型通气功能障碍”等成立。患者手术指征明确，医方行腹腔镜下结肠部分切除术+肠系膜淋巴结清扫术，符合规范。患者于10月2日转入ICU，此时已多器官功能衰竭，经抢救治疗仍于10月4日00:57死亡。

然而，医方在诊疗上仍存在以下过错：

术前评估不充分。医方术前邀请肺病科、肝病科、肿瘤科、介入科等进行会诊评估，9月18日肺病科建议：留痰化验，明确致病菌；查支气管舒张试验明确是否合并慢阻肺；给予二羟丙茶碱注射液扩张气道，解痉平喘；可予丙酸倍氯米松、特布他林雾化吸入抗炎解痉平喘，提高肺功能。医方虽予以解痉平喘治疗，但未行痰培养查致病菌。9月23日麻醉科会诊建议术前呼吸科再行评估呼吸道条件，9月24日临时医嘱虽见“肺通气功能检查、会诊”，但未见呼吸科书面会诊意见。

对病情的严重程度认识不足，告知不充分。患者既往存在肝硬化失代偿病史，同时伴有慢阻肺、肺部占位等，此次行腹腔镜下结肠部分切除术，围手术期风险极大。鉴定会中，医方虽陈述已告知患者及家属手术风险大，但医方术前讨论、术前小结及手术知情同意书等书面材料中均未提及该手术风险的严重程度。

围手术期病情观察不仔细，处理不及时。依据护理记录单记载：患者术后9月27日16：40起开始发热，至9月30日均有发热；9月30日06：20，体温40.4℃，脉搏152次/分，血压90/63mmHg；07：00，复测体温38.8℃，查引流管切口处有少量白色脓性分泌物；08：00，查引流管切口处有少量白色脓性分泌物。上述临床表现提示有存在手术相关并发症（如：吻合口漏、腹腔感染或切口感染等）的可能。在此情形下，医方应当立即完善引流液的病原学检查指导抗感染治疗，并行胸腹部的客观检查（如X线片、CT或超声）以明确有无腹腔积液、积气或吻合口周围异常。然而，医方虽予以退热、抗感染等对症处理，但直至10月3日17:36才行胸腹部平片检查。此时距患者首次发热已逾6日。医方对手术相关并发症未能尽早识别与干预，存在延误。此外，医方9月28日病程记录“无喘憋”，9月29日记载“昨日14:30出现端坐呼吸”，端坐呼吸是心功能不全或呼吸功能严重受损的临床表现，提示病情恶化。在此情形下，医方未及时邀请ICU等相关专科进行评估或转入ICU进一步治疗。

（二）关于损害后果

患者已死亡，本例已行尸体解剖及组织病理学检验，结合临床表现和影像学检查，患者符合结肠吻合口漏致弥漫性腹膜炎，伴肺部感染，最终导致多器官功能衰竭而死亡。

（三）关于因果关系及原因力大小

医方在患者的诊疗过程中存在以下过错：术前评估不充分；对病情的严重程度认识不足，告知不充分；围手术期病情观察不仔细，处理不及时；病情变化时未及时请ICU进行评估或转入ICU进行治疗。上述过错导致手术相关并发症未能尽早识别与干预，错失了控制感染、防止病情恶化的时机，与患者后续发生脓毒性休克、多器官功能衰竭并最终死亡之间存在因果关系。

患者自身患有肝硬化、慢阻肺、肺气肿、冠状动脉粥样硬化性心脏病（左前降支、左旋支硬化 IV 级，右冠支架在位）以及结肠癌，自身机体耐受性差，此次行腹腔镜下结肠部分切除术，术后继发吻合口瘘、腹腔感染及肺部感染，是难以完全避免的并发症。患者自身疾病及手术风险是导致损害后果的原因之一。结合上述医疗过错分析，参照《医疗损害司法鉴定指南 SF/T 0097—2021》第 7.3.4 条之规定，患者自身因素（疾病及手术风险）与医方过错在患者损害后果中的作用程度基本相当，难分主次，建议原因力大小为同等。

六、鉴定意见

对患者　　的诊疗行为存在过错，过错与患者死亡之间存在因果关系，建议原因力大小为同等。

司法鉴定人：[redacted]

《司法鉴定人执业证》

司法鉴定人：[redacted]

《司法鉴定人执业证》

二〇二六年四月七日

鉴定人承诺书

本人接受人民法院委托，依照国家法律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左右；

二、廉洁自律，不接受当事人及其请托人提供的财物、有价证券和安排的宴请、旅游、娱乐等消费活动；

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、商业秘密获取利益，不向无关人员泄露案情及鉴定意见；

五、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物损、遗失；

六、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，保证不出具虚假鉴定意见；

七、按照人民法院要求，保证依法履行鉴定人出庭作证义务，协助人民法院做好鉴定意见的解释及质证工作；

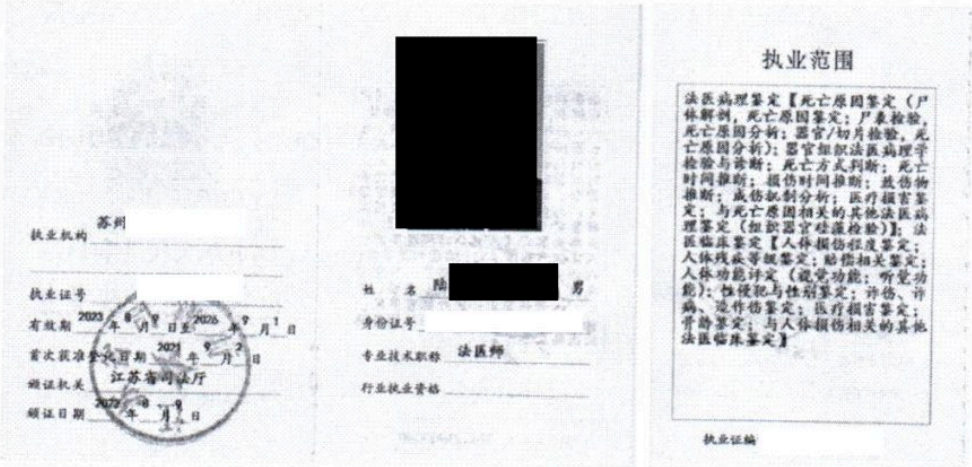
八、本人郑重承诺，已知悉作为诉讼参与人违反上述承诺承担的法律责任及行业主管部门、人民法院给予的相应处理。

承诺人（[redacted]

鉴定机构（[redacted]

320508025444A

2026年3月11日



执业机构 苏州

执业证号 [redacted]

有效期 2023 年 8 月 9 日至 2026 年 5 月 15 日

首次获准登记日期 2021 年 1 月 27 日

颁证机关 江苏省司法厅

颁证日期 2023 年 8 月 9 日

姓 名 陆[redacted] 男

身份证号 [redacted]

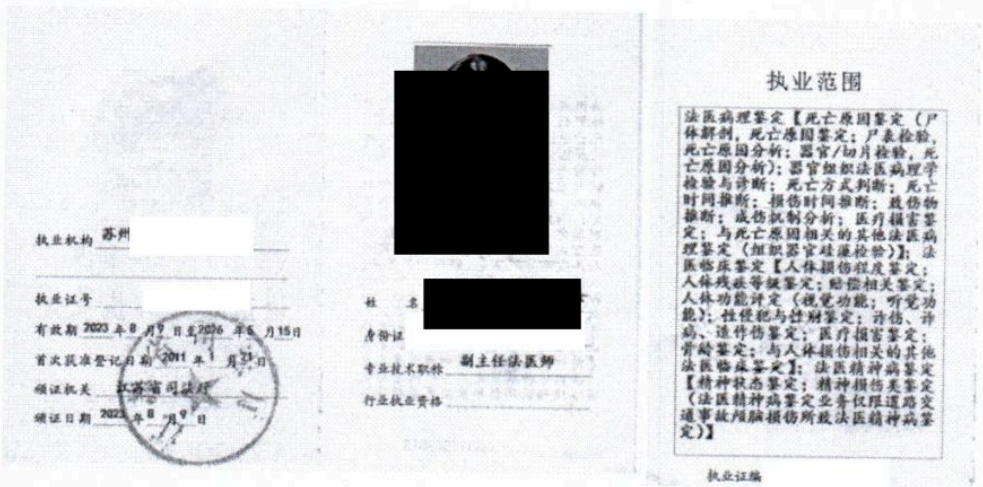
专业技术职称 法医师

行业执业资格

执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因鉴定；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法医病理学检验与诊断；死亡方式判断；死亡时间推断；损伤时间推断；致伤物推断；成伤机制分析；医疗损害鉴定；与死亡原因相关的其他法医病理鉴定（组织器官硅藻检验）】；法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；人体功能评定（视觉功能；听觉功能）；性侵犯与性别鉴定；诈伪、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；骨龄鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】

执业证编



执业机构 苏州

执业证号 [redacted]

有效期 2023 年 8 月 9 日至 2026 年 5 月 15 日

首次获准登记日期 2011 年 1 月 27 日

颁证机关 江苏省司法厅

颁证日期 2023 年 8 月 9 日

姓 名 [redacted]

身份证 [redacted]

专业技术职称 副主任法医师

行业执业资格

执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因鉴定；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法医病理学检验与诊断；死亡方式判断；死亡时间推断；损伤时间推断；致伤物推断；成伤机制分析；医疗损害鉴定；与死亡原因相关的其他法医病理鉴定（组织器官硅藻检验）】；法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；人体功能评定（视觉功能；听觉功能）；性侵犯与性别鉴定；诈伪、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；骨龄鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】；法医精神病鉴定【精神状态鉴定；精神损伤致鉴定（法医精神病鉴定业务仅限道路交通事故颅脑损伤所致法医精神病鉴定）】

执业证编



统一社会信[redacted]

司法鉴定许可证

机构名称：[redacted]　　法定代表人：施晓玲

机构住所：[redacted]环路8号2-3楼　　机构负责人：施晓玲

业务范围：法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因鉴定；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法医病理学检验与诊断；死亡方式判断；死亡时间推断；损伤时间推断；致伤物推断；成伤机制分析；医疗损害鉴定；与死亡原因相关的其他法医病理鉴定（组织器官硅藻检验）】；法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；人体功能评定（视觉功能；听觉功能）；性侵犯与性别鉴定；诈伪、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；骨龄鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】；法医精神病鉴定【精神状态鉴定；精神损伤致鉴定（法医精神病鉴定业务仅限道路交通事故颅脑损伤所致法医精神病鉴定）】；文书鉴定【笔迹鉴定；印章印文鉴定；印刷文件鉴定；篡改(污损)文件鉴定；文件形成方式鉴定；特种文件鉴定；朱墨时序鉴定；基于痕迹特征的文件形成时间鉴定】；痕迹鉴定【手印鉴定；整体分离痕迹鉴定；交通事故痕迹物证鉴定（车辆安全技术状况鉴定；交通事故痕迹鉴定：车辆速度鉴定）】

首次获准登记日期：2006 年 5 月 16 日　　颁证机关：江苏省司法厅

有效期限：2023 年 8 月 9 日至 2026 年 5 月 15 日　　颁证日期：2023 年 8 月 9 日

中华人民共和国司法部监制

在线打印

电子发票（普通发票）

发票号

开票日期：2026年04月09日

购买方信息	名称：[redacted] 统一社会信用代码/纳税人识别号	销售方信息	名称：[illegible] 统一社会信用代码/纳税人识别号

项目名称	规格型号	单位	数量	单价	金额	税率/征收率	税额
*鉴证咨询服务*鉴定费			1	8339.62264150943	8339.62	6%	500.38
*鉴证咨询服务*专家费			3	943.396226415094	2830.19	6%	169.81
合计					¥11169.81		¥670.19

价税合计（大写）	⊗壹万壹仟捌佰肆拾圆整	（小写）¥11840.00

备注	一案

开票人：

在线打印次数：1