[redacted]

司法鉴定意见书

[redacted]

一、基本情况

委托人:泰安市岱岳区卫生健康局

鉴定类别:法医临床鉴定·医疗损害司法鉴定

委托事项[redacted]诊疗行为是否存在过错，如存在过错，该过错[redacted]损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小

受理日期:2026 年 4 月 13 日

鉴定材料[redacted]住院病案(病案[redacted]复印件壹宗[redacted]急诊病历及报告单复印件壹宗；光盘一张；泰安市岱岳区卫生健康局询问笔录复印件叁份

鉴定日期:2026 年 4 月 23 日-2026 年 5 月 14 日

鉴定地点[redacted]

被鉴定人[redacted]女，身份证号[redacted]

二、基本案情

据送鉴材料记载，2026 年 1 月 21 日[redacted]因“感冒”在[redacted]输液后突发意识丧失，伴呕吐，伴口吐白沫，后就诊于[redacted]经检查初步诊断为:昏迷原因待查；心肌炎？心源性休克？过敏性休克？患方[redacted]发生医疗纠纷，现受泰安市岱岳区卫生健康局委托对上述事项进行鉴定。

三、资料摘要

([redacted]急诊病历(登记[redacted]摘要:

1.就诊时间:2026 年 1 月 21 日 16:24 科室:急诊内科(抢救区)

T 35℃，P 122 次/分，R 10 次/分，BP 未测出，SPO_2:未测出

主诉:突发呼之不应半小时余。

现病史:患者于半小时余前在外输液时突发呼之不应，伴意识不清，伴

呕吐，口吐白沫，急呼120入我院急诊医学科就诊。

体格检查:意识不清，口唇紫绀，四肢末梢紫绀、冰凉。双侧瞳孔等大等圆，直径2.5mm，对光反射迟钝，听诊双肺呼吸音粗，可闻及干啰音，心率122次/分，心音低钝，律齐，腹软，四肢肌力查体不合作。

辅助检查:2026-1-21血气分析 PH＜7.0，二氧化碳分压79mmHg，氧分压41mmHg

初步诊断:昏迷查因 酸中毒 呼吸衰竭

诊疗意见:给予气管插管术；接呼吸机辅助呼吸；心电监测；0.9%氯化钠注射液500ml静脉输液一次；盐酸肾上腺素注射液0.5mg静脉推注一次；血气分析(POCT)，血浆D-二聚体测定(急诊用POCT)，肌钙蛋白(急诊用POCT)，B型钠尿肽前体(PRO-BNP)测定(急诊用POCT)；血气分析PH<7.0，二氧化碳分压79mmHg，氧分压41mmHg；碳酸氢钠注射液250ml静脉输液一次；0.9%氯化钠注射液500ml静脉输液一次；盐酸多巴胺注射液200mg一次；丙泊酚乳状注射液0.2g微量泵泵入一次；16:41心率下降至39次/分；立即给予持续心脏按压，给予心肺复苏术、人工心肺机硫酸阿托品注射液1mg静脉推注q5min;盐酸肾上腺素注射液1mg静脉推注q5min;收住EICU2病区。

2.2026年1月21日17:51 急诊危急值记录

接急诊内科(抢救区)危急值报告:氧分压结果:41单位:mmHg，立即将危急值结果告知患者家属，并交待患者危急值相关情况及面临的危险；给予呼吸机辅助通气治疗，立即处置。

3.2026年1月21日17:51 急诊危急值记录

接急诊内科(抢救区)危急值报告:PH值结果:＜7.00，...给予静滴碳酸氢钠纠正酸中毒，给予呼吸机辅助通气治疗，立即处置。

4.2026年1月21日17:53 急诊危急值记录

接急诊内科(抢救区)危急值报告:二氧化碳分压结果:79 单位:mmHg；...给予呼吸机辅助通气治疗，立即处置。

5.2026年1月21日18:16胸部正位DR(检查[redacted]_1)影像学表现:胸廓对称，双侧肋骨走行连续。双肺纹理增多，边缘模糊；双侧

肺门不大。纵隔、气管居中。心影形态大小未见明显异常。双侧膈面光滑，肋膈角锐利。气管见插管影；深静脉见置管影。影像学诊断：双肺纹理增重；气管插管；深静脉置管。请结合临床，必要时进一步检查。

（[redacted]住院病案（病案[redacted]）摘要：

2026年1月21日-2026年2月22日，住院32天。

1.2026年1月21日16:52入院记录及首次病程记录：

主诉：意识丧失1小时。

现病史：患者1小时前因“感冒”于外院输液时突发意识丧失，伴呕吐，伴口吐白沫，无摔伤、肢体抽搐、舌咬伤、喷射性呕吐、大小便失禁，在外未予特殊处置，呼120转运至我院急诊，予气管插管、心肺复苏、肾上腺素、多巴胺、阿托品、地塞米松、碳酸氢钠等治疗。患者病情危重，经我科医师会诊以“昏迷 心源性休克？”收住急诊重症监护室。患者近期饮食睡眠可，大小便无异常，体重未见明显变化。

既往史：患者平素身体健康，….

体格检查：T 36.0℃，P 163次/分，R 机控 次/分，Bp 98/22mmHg。

发育正常，营养良好，被动体位，昏迷状态，查体不合作。平车推入病房。头颅无畸形，眼睑无水肿，结膜无充血、苍白，巩膜无黄染，双侧瞳孔等大等圆，对光反射迟钝，耳廓对称，无畸形，无异常分泌物。外鼻无畸形，鼻腔无分泌物、出血。口唇发绀。心前区无隆起，无震颤，无心包摩擦感，心浊音界无扩大，心率163次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，无心包摩擦音。桡动脉：脉率163次/分，节律规则。脊柱正常生理弯曲，活动度正常。四肢无畸形，四肢肌力检查不配合，肌张力增强，关节活动度正常，双侧下肢无水肿，无静脉曲张。腹壁反射消失，Babinski征未引出。

初步诊断：昏迷原因待查；心肌炎？；心源性休克？；过敏性休克？。

2.2026年1月21日19:53心电图报告单：窦性心动过速（心率131bpm）；ST段改变（ST段压低）。

3.2026年1月21日21:20 危急值处置记录

2026年1月21日21时19分接检验科危急值报告：肌钙蛋白I结

果: 3.335 单位: ng; 立即查看患者并报告上级医师: 患者已行 VA-ECMO 治疗，考虑心肺复苏术后，心肌损害不除外，根据危急值报告给予 ECMO 上机，动态监测心肌损伤标记物及心电图处理，将危急值结果向患者家属告知并交待患者危急值相关情况及可能发生的并发症或潜在风险: 患方表示理解，积极配合诊治。

4. 2026 年 1 月 22 日 00: 02 危急值处置记录

2026 年 01 月 22 日 00 时 01 分接检验科危急值报告: 部分凝血酶原时间结果: ＞100.0; 立即查看患者并报告上级医师: 患者 ECMO 上机状态，肝素钠持续泵入，根据危急值报告给予调整肝素钠泵速，备冷沉淀处理…。

5. 2026 年 1 月 22 日 10: 56 尚 × × 副主任医师查房记录

患者入院第 2 天，现病情危重，持续 ECMO 辅助呼吸提供心肺支持，持续心电监测，持续血氧饱和度监测，微量泵泵入丙泊酚、瑞芬太尼、咪达唑仑镇静、肾上腺素强心、去甲肾上腺素升压。...2026-01-22 肌钙蛋白 I: 肌钙蛋白 I 7.5072ng/ml，2026-01-22 B 型钠尿肽前体(PRO-BNP): B 型钠尿肽前体测定 419pg/ml，2026-01-21(床旁、急诊、夜间)心脏彩超+左心功能测定+室壁运动分析 左室收缩功能稍低、心动过速、右侧腘动脉、胫后动脉、足背动脉血流速度减低，2026-01-22 常规心电图检查(含床旁): 窦性心动过速; ST 段改变。肾功、病毒八项、胸片未见明显异常。...患者炎症指标偏高，治疗上予以莫西沙星联合美罗培南经验性抗感染治疗，待病原学结果回示，必要时调整用药方案。患者凝血指标异常，今日输注冷沉淀、血浆改善凝血功能，动态监测凝血指标评估输血疗效。其余治疗上予以保护心肌、补液、抗癫痫、抑酸等对症支持治疗为主。患者现病情危重，有院内发生病情进一步加重、呼吸循环衰竭、多脏器功能不全可能，其知情理解。密切观察患者病情变化，及时处理。

6. 2026 年 1 月 22 日 21: 55 输血评价记录

患者于 2026 年 1 月 21 日至 1 月 22 日输注血浆 1150ml，冷沉淀凝血因子 19u，输血后生命体征及复查凝血功能较前好转，考虑输血有效。

7. 2026 年 1 月 25 日 11: 47 尚 × × 副主任医师查房记录

患者病情危重，气管插管接呼吸机辅助通气，持续心电监测及血氧饱

和度监测，微量泵泵入丙泊酚、瑞芬太尼、咪达唑仑镇静，西维来司他减轻肺损伤，呋塞米利尿。昨日 24h 总入量 3831ml，总出量 3400ml。生命体征: 体温: 36.6℃，心率: 78 次/分，血压: 90/58mmHg。查体: 镇静状态，双侧瞳孔等大等圆，对光反射阳性。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，未闻及病理性杂音。腹软，未触及包块。四肢肌张力减弱，双下肢无水肿。患者昨日予 VA-ECMO 撤机，手术顺利，术后继续经气管插管呼吸机辅助通气，目前生命体征稳定；患者美罗培南联合莫西沙星抗感染治疗 day3，白细胞、降钙素原水平明显降低，当前抗感染治疗有效…。

8. 2026 年 1 月 27 日 11: 25 尚 × × 副主任医师查房记录

患者病情危重，持续经口气管插管接呼吸机辅助通气，持续心电监测及血氧饱和度监测，西维来司他钠减轻肺损伤，呋塞米利尿脱水减轻脑水肿。昨日 24h 总入量 3951ml，总出量 3900ml。今晨体温: 36.3℃，血氧饱和度 99%，心率 116 次/分，血压: 123/56mmHg。查体: 昏迷，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，未闻及病理性杂音。腹软，未触及包块。四肢肌张力正常，双下肢无水肿。双侧巴氏征(+)。患者心肺复苏术后，现生命体征稳定，脑水肿严重，考虑缺血缺氧性脑病，继续甘露醇 q6h 脱水减轻脑水肿，呋塞米微量泵泵入；患者已停用镇静药物，仍未恢复自主意识，今日请神经内科、康复科会诊指导诊疗。患者预计短期内拔管困难，咳嗽反射尚可，注意相关并发症风险，必要时评估气管切开必要性。

9. 2026 年 1 月 27 日 14: 21 会诊意见病程记录

患者因缺血缺氧性脑病，脑功能障碍，于 2026 年 1 月 27 日请神经内科脑血管病神经肌肉组赵 × 主任医师会诊，会诊医师查看患者及病历资料，会诊意见如下: 病史温习。查体: 昏迷状态，双侧瞳孔 6mm，等大，对光反射迟钝，颈软，无抵抗，四肢肌张力低，左侧踝反射(+)，左侧趾反射(+)，右侧巴氏征(+)，余反射未引出。左下肢刺激可见肌肉收缩，余肢体未见活动。2026-01-26 颅脑 CT 平扫: 部分脑实质密度减低，脑回肿胀、脑沟部分变浅消失，缺血缺氧性脑病？初步诊断: 缺血缺氧性脑病；继发性癫痫？处理: 同意贵科诊疗；可给予纳洛酮、胞磷胆碱等药物治疗，逐渐减少脱水剂

用量；病情稳定后高压氧治疗。随诊。

10.2026 年 1 月 30 日 11:26 尚 × × 副主任医师查房记录

患者病情危重，持续经口气管插管接呼吸机辅助通气，持续心电监测及血氧饱和度监测，西维来司他钠减轻肺损伤，呋塞米利尿。昨日 24h 总入量 5532ml，总出量 4100ml。今晨体温：38℃，血氧饱和度 99%，心率 120 次/分，血压：131/77mmHg。查体：昏迷状态，双侧瞳孔等大等圆，对光反射灵敏。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，未闻及病理性杂音。腹软，未触及包块。四肢肌张力增强，左侧为著，双下肢无水肿。双侧巴氏征(+)。...多种病原体靶向测序 tNGS(150 种)：单纯疱疹病毒 I 型、白念珠菌、鲍曼不动杆菌。降钙素原 0.332ng/ml，一般细菌培养及鉴定：鲍曼不动杆菌。患者意识较前无明显改善，脑电图结果示重度异常，今日加用经颅直流电刺激及低频脉冲电治疗，同前药物促醒，密切监测患者意识状态变化。患者夜间持续发热，今晨体温 38℃，予药物退热持续物理降温，继续监测患者体温变化；患者昨日加用万古霉素+米卡芬净抗感染，今日复查白细胞、降钙素原较前升高，结合痰 NGS 示单纯疱疹病毒感染，可加用抗病毒药物治疗。

11.2026 年 2 月 2 日 11:00 靳 × 主治医师查房记录

患者病情危重，...患者夜间有发热，体温 37.5℃，目前应用冰毯物理降温，白细胞、中性粒细胞、HNL 及 PCT 偏高，继续给予美罗培南、米卡芬净联合多粘菌素为静脉+雾化吸入抗感染，阿昔洛韦抗病毒治疗，患者容量正平衡 3200ml，给予呋塞米利尿减轻容量负荷；余继续给予甘露醇脱水降颅压，乌司他丁抗炎，胞磷胆碱营养神经，多烯磷脂酰胆碱护肝，康复训练，营养支持等对症支持治疗；已反复告知家属患者病情危重，清醒可能性极小，随时可能出现病情进一步加重、呼吸循环衰竭、多脏器功能不全等情况。

12.2026 年 2 月 4 日 09:35 颅脑、胸部 CT 平扫（检查号：[redacted]

影像学诊断：双侧大脑半球部分脑回肿胀、脑沟变浅，较前减轻；双侧基底节区密度减低，较前变化不大，缺血缺氧性脑病；建议进一步 MR 检查；

鼻窦炎；双肺散在炎症；贫血表现；气管切开置管、食管-胃置管后。

13.2026 年 2 月 8 日 10:01 尚 × × 副主任医师查房记录

患者病情危重，持续气管切开接呼吸机辅助通气，持续微量泵泵入右美托咪定、瑞芬太尼镇静镇痛。...查体:患者可见自主睁眼，眼睛有追随动作，无意识内容，双侧瞳孔等大等圆，对光反射阳性。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，未闻及病理性杂音。腹软，未触及包块。四肢肌张力增高，双下肢可见自主运动，右侧为主，双侧巴氏征(+)。痰一般细菌培养及鉴定:鲍曼不动杆菌，米诺环素:敏感；头孢哌酮/舒巴坦(2:1):敏感；复方新诺明:敏感；氨苄西林/舒巴坦:中介；替加环素:中介；肾功能三项:尿素 8.04mmol/L，肌酐 40.3umol/L。患者脱机时呼吸费力，心率 120 次/分，制定脱机计划，早晚各一小时脱机训练，给予高流量湿化氧疗，锻炼患者自主呼吸功能；患者昨日有低热，体温最高 37.4℃，给予冰毯物理降温，今晨体温正常，患者阿昔洛韦已应用 1 周，今日停用，若今日未再发热，可停冰毯；余治疗同前，续观患者病情变化，及时对症处理。

14.2026 年 2 月 16 日 10:16 靳 × 主治医师查房记录

患者病情危重，持续气管切开接呼吸机辅助通气，间断撤机训练，...痰培养:食酸代尔夫特菌。患者炎症指标较前好转，今日未发热，不排除病毒感染，加用清开灵颗粒、奥司他韦治疗；痰涂片见棒状杆菌，培养见食酸代尔夫特菌。

15.2026 年 2 月 22 日 14:03 出院记录

诊疗经过:患者入院后完善相关检验检查，经家属同意后行 VA-BCMO 治疗，设置气流速 4L/min，氧浓度 100%，泵头转速 3000 转/分，监测血流速 2.1L/min，余给予冰毯冰帽降温，降低全身代谢，莫西沙星联合美罗培南经验性抗感染治疗，输注冷沉淀、血浆改善凝血功能，利尿脱水减轻脑水肿，营养神经，保护心肌、补液、抗癫痫、抑酸等对症支持治疗。于 2026-01-24 ECMO 撤机，行血管缝合术+股动脉造影+股静脉造影术，2025-01-29 见痰涂片示酵母样真菌孢子及假菌丝少量，加用万古霉素+米卡芬净抗感染；患者脑电图结果示重度异常，给予经颅直流电刺激及低频脉冲电，药物促醒治疗；患者口腔及呼吸道分泌物多，为方便气道护理，2026-2-2 行经皮气管

切开套管置入术。2026-02-18 患者痰培养见食酸代尔夫特菌及多重耐药纹带棒状杆菌，调整抗感染方案为万古霉素+哌拉西林他唑巴坦及奥司他韦；2026-02-20 患者家属[redacted]急诊监护室主任会诊，考虑患者为阵发性交感亢进综合征，给予普萘洛尔，巴氯芬及氯硝西泮片缓解 PSH 发作，继续间断脱机训练锻炼患者呼吸功能；患者反复高热，加用冬眠合剂抑制体温调节中枢。今日家属联系转至上级医院进一步治疗，已告知家属转院可能出现的风险及后果，家属表示知情理解。

出院诊断: 昏迷原因待查 休克 心源性休克？过敏性休克？心肌炎？心肺复苏术后 低蛋白血症 心肌损害 肺炎

出院情况: 神志清，自主睁眼，可完成简单指令。双侧瞳孔等大等圆，对光反射存在。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。心律齐，未闻及病理性杂音。腹软，无明显压痛，未触及包块。四肢肌张力高，可见自主运动，双侧巴氏征(-)。双下肢无水肿。转归情况: 自动出院。

出院医嘱: 建议继续住院治疗。

16. 住院期间部分化验检查报告单

2026 年 1 月 21 日 21:19 肌钙蛋白 I 3.335ng/ml (0-0.1)，B 型尿钠肽前体测定 41.00pg/ml (0-125)；

2026 年 1 月 22 日 10:27 肌钙蛋白 I 7.072ng/ml (0-0.035)，B 型尿钠肽前体测定 419.00pg/ml (0-113.6)；

2026 年 1 月 24 日 10:51 肌钙蛋白 I 0.204ng/ml (0-0.1)，B 型尿钠肽前体测定 229.00pg/ml (0-113.6)；

2026 年 1 月 25 日 10:40 肌钙蛋白 I 0.205ng/ml (0-0.025)，B 型尿钠肽前体测定 217.00pg/ml (0-113.6)；

2026 年 1 月 26 日 10:50 肌钙蛋白 I 0.1197ng/ml (0-0.025)，B 型尿钠肽前体测定 108.00pg/ml (0-113.6)；

2026 年 2 月 3 日 10:45 肌钙蛋白 I 0.0024ng/ml (0-0.025)，B 型尿钠肽前体测定 81.00pg/ml (0-113.6)。

(三) 泰安市岱岳区卫生健康局询问笔录

1. 被询问[redacted]

问:你[redacted]什么关系?

答:我是该诊所的法定代表人。

问:我们接到民生投诉反映2026年1月21日16:00[redacted]在你诊所输液后出现抽搐、呕吐、呼吸困难、口吐白沫,重度昏迷等症状后收入[redacted]CU进行抢救一事,你了解情况吗?

答:了解。

问:该事件发生时你当时在诊所吗?

答:我当时在现场。

问:你详细说一下当时的情况?

答:2026年1月21日大概下午4点左右[redacted]在她对象陪同下来诊所就诊,当时我对[redacted]给她接诊的,临床诊断:上感,我对[redacted]给她配好药后对她进行了输液,扎针不到一分钟发现鼓针就立即把输液针拔出,患者立即出现了不良反应口吐白沫,随后我用氧气罐给她吸氧进行抢救,大概8分钟左右救护车就把患者拉走了。

问:当时谁给患者开的处方,谁给患者接诊的,谁给患者配药,谁给患者输液?

答:我对[redacted]接诊开的处方,她给患者配药、输液的。

问:你对象有医师资格证书和医师执业证书吗?

答:没有。

问:她有护士执业证书吗?

答:没有。

问:你有医师资格证书和医师执业证书吗?

答:我有助理医师资格证书和助理医师执业证书。

问:现在患者状况你清楚吗?

答:患者现在[redacted]U,从1月21日至今我一直给患者交着住院费用,这些费用我有部分都是借的,我们尽全力救患者。

2.被询问人[redacted]

问:你与诊所什么关系?负责什么工作?

答:我在诊所一般负责后勤工作。

问:你有医师资格证书和医师执业证书吗?

答:没有。

问:你有护士执业证书吗?

答:没有。

问:患[redacted]是谁为其接诊的?

答:我接诊的。

问:你详细说一下当时的情况?

答:2026 年 1 月 21 日大概下午 4 点左右,[redacted]来诊所看病,当时我给她接诊的,我在处方笺临床诊断写的:感冒、上感,我给她开具的药品有头孢哌酮钠舒巴坦钠、利巴韦林、左氧三种药品,我给她配好药后给其输液,进针大概不到 50 秒发现鼓针,我立刻把输液针拔出后患者出现呕吐、呼吸困难、口吐白沫症状,我立即使用氧气罐对她进行给氧抢救,120 大概不到 5 分钟赶到[redacted]ICU 进行治疗。

问:当时开具的处方现场出示一下?

答:处方笺患者对象拿走了,我有当时拍的照片,现场出示。

问:你当时给患者接诊时有没有询问她的过敏史及既往史?

答:我问了,她说没有过敏药物,这名患者在诊所打过针,我对她有印象。

问:处方笺上面医师签字写[redacted],是你写的[redacted]知道吗?

答:我写的,我没告诉他。

问:你没有行医资质不允许开展诊疗行为,你知道吗?

答:我自作主张,我知道错了。

3.现场笔录

当事人[redacted]

问:你和患[redacted]什么关系?

答:夫妻关系。

问:患[redacted]是诊所谁接诊的?

答:当时诊所一个女的,不知道什么名字。

问:你详细说一下当时的情况。

答:2026 年 1 月 21 日大概下午 4 点左右，我对象和我一起前[redacted]就诊，女医生简单询问病情，写下处方单，未询问过敏史，未进行皮试，让我对象在量体温过程中就去配药了，大概 4:10 分左右女医生开始出来给我对象打吊瓶，吊瓶打上后不到一分钟我对象对女医生说鼓包了，女医生过来后直接拔针，拔针后没一会我对象就说不舒服，舌头麻，喘不上气，之后开始呕吐粘液，女医生询问是否有晕针晕血情况，紧接着我对象开始口吐白沫，之后我拨打了 120，女医生说让人先平躺，但是未采取急救措施。男医生推过氧气瓶但是因为鼻子堵满异物无法接入。几分钟后 120 到达将我对象送去医院，诊所男医生和我一起去往医院，女医生就在诊所。男医生在副驾驶，我在后面。

问:开具的药方你知道在哪里吗?

答:急救车拉走大概三小时后我家人前往诊所，将注射药品和药方保存。

(以上信息为摘录内容，具体以委托方提供的送检材料为准)

四、鉴定过程

1.2026 年 4 月 13 日收到泰安市岱岳区卫生健康局委托，并于 4 月 13 日向卫健局发“关[redacted]一案举行陈述会的函”，由卫健局通知医患双方参加陈述会。

2.2026 年 4 月 23 日在本中心举行陈述会，患方何宇[redacted]、[redacted]医[redacted]，泰安市岱岳区卫生健康局[redacted]参加陈述会。在陈述会中，本中心宣布泰安市岱岳区卫生健康局委托鉴定事项和提交鉴定材料，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)向泰安市岱岳区卫生健康局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.鉴定人向与会人员释明，医疗损害司法鉴定不涉及非法行医及相关刑事责任及行政责任问题，仅就委托鉴定事项进行技术分析。医患双方分

别进行陈述并回答鉴定人有关询问。

4.2026年4月28日本中心向泰安市岱岳区卫生健康局发“关[redacted]司法鉴定一案有关事项的函”，告知患方需要补交的材料。2026年4月29日我中心收到卫健局转交的“关[redacted]在抢救期间未行心电图检查的情况说明”。

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》，参考葛均波等主编五年制本科统编教材《内科学》（第10版，人民卫生出版社，2024）、中华医学会心血管病学分会/中华心血管疾病杂志编辑委员会《急性心肌梗死合并心原性休克诊断和治疗中国专家共识2021》、专家组《基层医院急性冠状动脉综合征临床诊疗中心肌肌钙蛋白检测应用专家共识2016》、中华医学会心血管病分会/中华医学会检验医学分会《急性冠状动脉综合征患者检测心肌肌钙蛋白的专家共识2017》、专家组《<严重过敏反应急救指南>推荐意见2019》、中国康复医学会变态反应性疾病康复专业委员会/中华医学会变态反应学分会过敏原特异性诊断学组/中华预防医学会过敏病预防与控制专业委员会等《严重过敏反应诊断和临床管理专家共识2025》、山东省卫健委组织编写《山东省病历书写与管理基本规范（2020年版）》、国家卫健委《β内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则2021》、《注射用头孢哌酮舒巴坦钠说明书》等诊疗规范和文献，结合被鉴定[redacted]（患者）[redacted]（医方）[redacted]的诊治过程，现分析如下：

（一）关于诊断问题

1.《急性心肌梗死合并心原性休克诊断和治疗中国专家共识2021》论述，急性心肌梗死(AMI)是心原性休克(CS)最常见的原因，全球注册研究显示急性心肌梗死合并心原性休克(AMICS)总体发生率为4%-12%，30d死亡率高达40%-5%。

AMI(包括STEMI和NSTEMI)引起的严重泵功能衰竭是AMICS的最主要原因，其他原因还包括严重的心电不稳定导致心排血量明显减少、心肌梗死

导致的低血容量、机械并发症、合并严重心脏瓣膜病变、全身多器官功能障碍、重症心肌炎以及大量应用负性肌力药物等。STEMI 患者出现 CS 的中位时间是心肌梗死后 5-6h，NSTEMI 患者 CS 的出现时间相对较晚。整体而言，75%的 CS 出现在 AMI 后 24h 内。

AMICS 的早期诊断依赖于心电图(ECG)、心肌损伤标志物、影像学表现和休克指标的检测。

综合《急性心肌梗死合并心原性休克诊断和治疗中国专家共识 2021》《基层医院急性冠状动脉综合征临床诊疗中心肌肌钙蛋白检测应用专家共识 2016》论述，心肌肌钙蛋白(cTn)是现今心肌组织损伤时可在血液中检测到的特异性最高和敏感性最好的标志物，是诊断急性心肌梗死(AMI)以及对心脏疾病进行危险分层的最好标志物。

心肌细胞坏死后，肌钙蛋白一般在 3-4 小时内可在血液中检测到，若使用高敏检测方法，最早可在 1-3 小时内发现升高。肌钙蛋白水平通常在 12-24 小时达到峰值，部分检测方法显示峰值可能持续至 48 小时内。肌钙蛋白 I(cTnI)升高可持续 5-10 天，部分情况下可达 20 天。肌钙蛋白 T(cTnT)升高可持续 10-14 天，甚至更久。

cTn 增高并不都是心肌梗死。cTn 增高只是表明有心肌细胞病理损伤，而引起 cTn 增高的原因有很多种。

患者就诊时无典型的缺血性胸痛或等同症状，如胸骨后或心前区剧烈的压榨性疼痛伴或不伴放射性疼痛，或者呼吸困难、恶心、呕吐、出汗以及不能解释的疲劳等。输液时突发意识丧失，伴呕吐，伴口吐白沫。2026 年 1 月 21 日 16:24 发病半小时后急诊查体 T 35℃，P 122 次/分，R 10 次/分，BP 未测出，SPO_2未测出；意识不清，口唇紫绀，四肢末梢紫绀、冰凉。双侧瞳孔等大等圆，直径 2.5mm，对光反射迟钝，听诊双肺呼吸音粗，可闻及干啰音，心率 122 次/分，心音低钝，律齐；1 月 21 日 19:53 心电图报告示:窦性心动过速(心率 131bpm)；ST 段改变(ST 段压低)，无心肌梗死典型表现。

患者 1 月 21 日 21:19 肌钙蛋白 I 3.335ng/ml(0-0.1)发病 5 小时开始升高；1 月 22 日 10:27 肌钙蛋白 I 7.072ng/ml(0-0.035)发病 20 小时达高

峰；1月24日10:51肌钙蛋白I 0.204ng/ml(0-0.1)发病不到3天明显降低；1月25日10:40肌钙蛋白I 0.205ng/ml(0-0.025)；1月26日10:50肌钙蛋白I 0.1197ng/ml(0-0.025)；2月3日10:45肌钙蛋白I 0.0024ng/ml(0-0.025)发病13天恢复正常。

根据患者以上表现，提示患者存在心肌损伤，但不支持急性心肌梗死合并心原性休克诊断。

2.《严重过敏反应诊断和临床管理专家共识2025》论述，与“anaphylaxis”相关的ICD10编码包括T78.0、T78.2、T80.5、T88.5等，曾被翻译为不同的中文名词，如“变态反应性休克”“过敏性休克”“过敏病过敏反应”“全身性过敏反应”等，目前临床最为常用的中文翻译为“严重过敏反应”。

对于严重过敏反应的定义，国际上仍未达成共识。本共识将其定义为严重过敏反应是一种速发、危及生命、可累及全身多系统的超敏反应，多伴有皮肤系统表现，少数仅表现为单呼吸系统或心血管系统症状及体征，免疫学机制多为1gE介导，少数为非IgE介导或混合机制介导。

严重过敏反应可由IgE介导和非IgE介导。其中1gE介导途径是最常见，最经典的途径。其他发病机制包括诱因导致的肥大细胞直接激活、细胞因子反应以及补体/缓激肽介导的反应等，某些诱因可诱发IgE和非IgE混合机制介导过敏反应中。

我国药物监管系统数据显示，药物诱发严重过敏反应常见种类为抗生素(39.3%)、中药(11.9%)、造影剂(11.9%)及抗肿瘤药物(10.3%)。诱发严重过敏反应的药物种类在门诊患者和住院患者略有不同，抗生素、AIT制剂和造影剂是门诊患者前3位的药物，抗生素、化疗药物和血液制品是住院患者前3位的药物。除了药物本身过敏，药物常用辅料包括竣甲基纤维素、聚乙二醇、丙二醇以及其中隐藏的食物过敏原成分等也可诱发严重过敏反应。

严重过敏反应诊断标准。如果符合下述两种情况中的一种，则极有可能诊断为严重过敏反应：(1)数分钟至数小时内急性发作的皮肤和(或)黏膜症状(如全身荨麻疹、瘙痒或糊红、唇舌腭垂水肿)，并伴发以下至少1种

症状:①呼吸道症状(如呼吸困难、喘息/支气管痉挛、喘鸣);②血压下降或伴终末器官功能不全(循环衰竭、晕厥、尿便失禁);③严重的胃肠道症状(如剧烈腹绞痛,反复呕吐),尤其是在非食物过敏原暴露后。(2)暴露已知或可疑的过敏原后数分钟至数小时内,急性发作的血压降低(成人收缩压小于 90mmHg 或较基础值下降 > 30%),或支气管痉挛,或喉部症状(喉鸣,声音改变、吞咽困难),少数可无典型的皮肤黏膜症状。

《<严重过敏反应急救指南>推荐意见 2019》论述,严重过敏反应是指机体在接触过敏原后突发的、严重的可危及生命的全身性过敏反应。其主要临床特征为快速出现威胁生命的呼吸系统或/和循环系统问题。大部分情况下会出现皮肤黏膜系统症状。严重过敏反应通常在患者接触过敏原后数分钟至数小时内发作。

严重过敏皮应的分级标准。I 级:只有皮肤黏膜系统症状和胃肠系统症状,血流动力学稳定,呼吸系统功能稳定。皮肤黏膜系统症状:皮疹,瘙痒或潮红,唇舌红肿和/或麻木等。胃肠系统症状:腹痛,恶心、呕吐等。II 级:出现明显呼吸系统症状或血压下降。呼吸系统症状:胸闷、气短、呼吸困难、喘鸣、支气管痉挛、发绀、呼气流量峰值下降、血氧不足等。血压下降:成人收缩压 80-90mmHg 或比基础值下降 30%-40%。III 级:出现以下任一症状:神志不清、嗜睡、意识丧失、严重的支气管痉挛和/或喉头水肿、发绀、重度血压下降(收缩压 < 80mmHg 或比基础值下降 > 40%)、大小便失禁等。IV级发生心跳和/或呼吸骤停。

《β 内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则 2021》论述,药物过敏反应根据免疫机制的不同分为 I 、II 、III 、IV四型。I 型为 IgE 介导的速发型过敏反应,通常在给药后数分钟到 1 小时之内发生,典型临床表现为荨麻疹、血管神经性水肿、支气管痉挛、过敏性休克等。

患者既往有应用头孢类抗菌素病史,再次静脉输入头孢哌酮舒巴坦钠 1 分钟后突发意识丧失,伴呕吐,伴口吐白沫。2026 年 1 月 21 日 16:24 发病半小时后急诊查体 T 35℃,P 122 次/分,R 10 次/分,BP 未测出,SPO_2未测出;意识不清,口唇紫绀,四肢末梢紫绀、冰凉。双侧瞳孔等大等圆,直径 2.5mm,对光反射迟钝,听诊双肺呼吸音粗,可闻及干啰音,心率 122

次/分，心音低钝，律齐。血气分析示酸中毒，诊断呼吸衰竭。立即给予持续心脏按压，给予心肺复苏术、给予气管插管术；接呼吸机辅助呼吸。盐酸肾上腺素注射液 0.5mg 静脉推注等抢救。患者以上表现符合再次静脉输入头孢哌酮舒巴坦钠后 IgE 介导的严重过敏反应，分级标准为Ⅳ级。

(二)关于医方存在过错问题

1.医方无执业医师资质，无执业护士资质，对患者进行诊断、开药、输液等诊疗行为，存在过错。

2.医方违反《山东省病历书写与管理基本规范（2020 年版）》规定，未书写病历，存在过错。

3.《内科学》论述，急性上呼吸道感染简称上感，为鼻腔、鼻窦、咽或喉部急性炎症的总称。主要病原体是病毒，少数是细菌，也有混合感染的情况存在。通常病情较轻、病程短、有自限性，预后良好。由于目前尚无特效抗病毒药物，以对症治疗为主，同时戒烟、注意休息、多饮水、保持室内空气流通和防治继发性细菌感染。普通感冒无需使用抗生素。有白细胞升高、咽部脓苔、咳黄痰和流鼻涕等细菌感染证据，可根据当地流行病学史和经验选用口服青霉素类、第一代头孢菌素、大环内酯类药物或氟喹诺酮类药物。

《注射用头孢哌酮舒巴坦钠说明书》记载，该药为第三代头孢菌素，适用于治疗敏感菌所引起的呼吸道(上呼吸道和下呼吸道)感染等。

患者为普通感冒，静脉输注头孢哌酮舒巴坦钠无明确用药指征。

4.《β 内酰胺类抗菌药物皮肤试验指导原则 2021》规定，不推荐在使用头孢菌素前常规进行皮试，仅以下情况需要皮试：①既往有明确的青霉素或头孢菌素Ⅰ型(速发型)过敏史患者。②药品说明书中规定需进行皮试的。

预防和降低过敏反应风险应更多依靠:①详细询问和甄别过敏史；②用药期间的密切观察；③配备过敏反应抢救药品和设备；④医务人员熟悉严重过敏反应救治措施。

严重过敏反应的抢救必须争分夺秒，救治的首要目的是维持有效通气及循环。抢救的首选用药是肾上腺素。严重过敏反应的救治措施包括:①立

即停用导致过敏药物，静脉给药者更换输液瓶及输液器，救治过程严密监控心率、血压、呼吸及血氧饱和度；②肾上腺素(1:1000):14岁及以上患者单次0.3-0.5ml深部肌内注射，5-15分钟后效果不理想者可重复注射，注射最佳部位为大腿中部外侧；③保持气道通畅，吸氧，必要时气管插管或气管切开，如暂无条件建立人工气道，紧急情况下可先行环甲膜穿刺；④建立静脉通道(两条或两条以上)，静滴晶体液维持血压(液体用量20ml/kg，根据患者情况调整剂量)，必要时静脉点滴多巴胺维持血压；⑤若有支气管痉挛，可吸入β2受体激动剂；⑥抗组胺药:如苯海拉明1.25mg/kg，最大量50mg，肌内注射；⑦糖皮质激素:静脉甲泼尼龙40mg/100ml生理盐水，或氢化可的松琥珀酸钠100mg-200mg；⑧任一环节中如出现心跳呼吸骤停，立即就地进行规范心肺复苏术。

根据现有材料，无证据表明医方详细询问和甄别过敏史，医方存在过错。

根据现有材料，无证据表明医方配备过敏反应抢救药品和设备，医方存在过错。

根据现有材料，无证据表明医务人员熟悉严重过敏反应救治措施。肾上腺素为唯一可逆转过敏性休克病理过程的药物，医方对患者严重过敏反应(过敏性休克)没有识别，没有立即肌注肾上腺素，存在过错。患者应采取休克体位，平卧，下肢抬高20°-30°，增加回心血量(禁忌头高位)。若存在呕吐，采用左侧卧位并清理口腔分泌物,保持呼吸道通畅，医方对患者气道管理不善，存在过错。医方没有再次建立静脉通道，没有进一步采取抢救措施，存在过错。

(三)患者损害后果

患者损害后果是静脉输注头孢哌酮舒巴坦钠后发生严重过敏反应(过敏性休克)及相应并发症，病程延长，增加患者痛苦和医疗费用支出。

(四)因果关系分析

《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。

在本案中，医方一系列过错行为是导致患者损害后果的主要原因，患者体质的特殊性对损害后果的发生存在一定影响。

综上所述[redacted]的诊疗行为存在过错，其过错与[redacted]的损害后果之间存在一定因果关系，建议原因力大小为主要原因(建议过错参与度范围约 80%-90%，参与度属学理分析，仅供参考)。

六、鉴定意见

[redacted]的诊疗行为存在过错，其过[redacted]的损害后果之间存在一定因果关系，建议原因力大小为主要原因(建议过错参与度范围约 80%-90%，参与度属学理分析，仅供参考)。

七、附件

被鉴定[redacted]关影像资料。

[redacted]

二〇[redacted]六年五月十四日

山东金正司法鉴定中心 司法鉴定专用章 3701027070749