

北京大学医学人文研究院

北京大学卫生法学研究中心

“患者安全与医患关系”研究项目

The Blue Book
on the China Malpractice Claim
and Medical Alert

2015-1·hepatobiliary

中国医疗诉讼与医疗警戒 蓝皮书

第一卷·肝胆

王 岳 刘瑞爽 / 主编

中国检察出版社



江苏正大天晴药业
股份有限公司资助

The Blue Book
on the China Malpractice Claim
and Medical Alert
2015-1·hepatobiliary

中国医疗诉讼与医疗警戒 蓝皮书 第一卷·肝胆

王 岳 刘瑞爽 / 主编

中国检察出版社

2015

图书在版编目 (CIP) 数据

中国医疗诉讼与医疗警戒蓝皮书. 2015 年. 第 1 卷, 肝胆 / 王岳, 刘瑞爽主编. —北京: 中国检察出版社, 2015. 7

ISBN 978 - 7 - 5102 - 1423 - 3

I. ①中… II. ①王…②刘… III. ①事故 - 民事诉讼 - 案例 - 中国
②肝疾病 - 外科手术 - 医疗事故 - 民事诉讼 - 案例 - 中国③胆道疾病 - 外科手术 - 医疗事故 - 民事诉讼 - 案例 - 中国 IV. ①D925.105
②D922.165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 095314 号

中国医疗诉讼与医疗警戒蓝皮书

(2015 年 第 1 卷 · 肝胆)

王 岳 刘瑞爽 主编

出版发行: 中国检察出版社

社 址: 北京市石景山区香山南路 111 号 (100144)

网 址: 中国检察出版社 (www. zgjccbs. com)

编辑电话: (010)88685314

发行电话: (010)68650015 68650016 68650029

经 销: 新华书店

印 刷: 保定市中画美凯印刷有限公司

装 订: 中煤涿州制图印刷厂北京分厂

开 本: 720 mm × 960 mm 16 开

印 张: 17.25 印张 插页 4

字 数: 194 千字

版 次: 2015 年 7 月第一版 2015 年 7 月第一次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5102 - 1423 - 3

定 价: 48.00 元

检察版图书, 版权所有, 侵权必究
如遇图书印装质量问题本社负责调换

《中国医疗诉讼与医疗警戒蓝皮书》编委会

主 编

王 岳 刘瑞爽

编委会成员（以姓氏笔画为序）

王 岳 北京大学医学部
王良钢 北京市盈科律师事务所
叶传禹 苏州大学附属第二医院
刘丽萍 山西省医疗纠纷人民调解委员会
刘革新 中国政法大学
刘瑞爽 北京大学医学部
庄立君 北京医学会鉴定中心
闫晓宝 北京市中天司法鉴定中心
宋红章 中华医学会
李 冬 中国政法大学
姚 麟 中山大学附属第三医院
唐泽光 北京市金栋律师事务所
耿 蔚 中山大学附属第三医院
陶 春 内蒙古民族大学医学院
程子惠 北京市法源司法鉴定中心
蒋士浩 江苏省医学会医学鉴定中心
韩学军 山西省医疗纠纷人民调解委员会
楼 尉 宁波市第二医院

《中国医疗诉讼与医疗警戒蓝皮书》编辑部

联系人：贾 静

电 话：（8610）52287671

邮 箱：jiajing3838@sina.com



王 岳 (1975—)

北京大学副教授，现任北京大学医学人文研究院院长助理、医学伦理与法律研究中心副主任，北京大学医学部卫生法教研室主任，北京大学医学部法律事务小组负责人，北京大学生物医学伦理委员会委员。兼任中国政法大学卫生法研究中心研究员，北京大学法学院硕士生导师。中国医科大学医学学士，中国政法大学法律硕士，武汉大学法学博士。中国卫生法学会理事、中华生命法学研究会理事。2014 年受聘北京市人民政府法律咨询专家委员会委员。编著有《医事法学》、《外国医事法研究》、《疯癫与法律》和《医疗纠纷案例评析》等。



刘瑞爽 (1968—)

北京大学副教授，现于北京大学医学人文研究院医学伦理与法律研究中心、北京大学医学部卫生法教研室从事卫生法学教学、科研工作，兼任北京大学生物医学伦理委员会委员，北京大学法学院硕士生导师。北京医科大学医学学士，北京大学法律硕士。曾任北医三院外科住院医师、骨科住院总医师、北京大学司法鉴定室司法鉴定人。兼任北京知仁律师事务所律师，北京市律师协会侵权法专业委员会委员。参编有《卫生法学》、《医事法》、《脑死亡——现代死亡学》、《医疗纠纷法律问题新解》、《精神卫生法律问题研究》。

序 言

医学是科学和文化的结晶，但又充满了不确定性和不成熟性。苛求医务人员在职业生涯中永远不出现错误是不现实的，从 Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan 和 Molla S. Donaldson 将《孰能无错——创建更加安全的医疗卫生保健系统》的书名命名为“To Err is Human”就可见一斑。

但这不能成为我们经常出错的理由和借口，所以本书致力于帮助医务人员避免重复出现类似的错误，这是我们可以做到的！《中国医疗诉讼与医疗警戒蓝皮书》就是在这样的背景下策划定期出版的，旨在告诫相关领域医务人员吸取国内医疗诉讼的经验与教训，避免出现类似错误，提高医疗服务质量，保护患者安全。

肝胆手术是医科的一个大命题，包含面很广。近年来，肝胆患者越来越多，其中最普遍最具代表性的治疗目标为各部位癌变与肝胆结石。常用的治疗手法如联合肝叶切除、常规腹腔镜胆囊切除术、胰十二指肠切除术、胆肠内引流、肝囊肿开窗引流术、胆总管切开取石、T管引流术、腹腔镜肝叶切除术、脾切除、胆道镜取石术等。虽然是行之有效的手术方法，但手术难度较高，且均为肝胆外科中复杂的术式，有时还要视患者情况而定，进行辅助的海扶、放疗、化疗、超声介入治疗、放射介入治疗、免疫及中医中药治疗等方法，这更极大加强了常见肝胆外科手术术式的难度，

并导致肝胆疾病相关医疗不良事件的比例不断攀升，导致有关医疗纠纷案件屡有发生，不但影响了医患关系的和谐，剥夺了医生本应享有的职业幸福感，甚至导致医务人员的职业安全得不到保障，而且严重侵害了患者的生命健康权益、知情同意权等。因此，为了保障患者合法权益，对这些案例进行分析、总结是非常必要的。

本书汇集了发生在全国多个省、自治区、直辖市肝胆领域的医疗不良事件案例，这些案例的收集者、提供者来自全国各地从事医事法律教学、研究、实务的法学学者、医学专家、鉴定专家、律师等，在医事法学、医疗纠纷的调解、处理、鉴定及司法实践中分别有着丰富的经验。在体例上，本书中的每个案例均分为四部分：案情介绍、争议焦点、鉴定结论及分析评论。第一部分尽可能以简洁、明了、专业的病历小结方式对案情进行介绍；第二部分归纳医患双方对于该医疗纠纷的争议焦点；第三部分真实介绍鉴定结论，有的是医疗事故技术鉴定结论，有的是司法鉴定结论，有的则既经历了两级医疗事故技术鉴定，最后又进行了司法鉴定；第四部分是分析评论，大部分案例提供者的评论部分围绕案例中的医疗行为是否有过错、损害结果、医疗过错行为与损害结果是否有因果关系及责任比例进行了分析。这些分析是从司法鉴定人的角度对案件进行评议的，那么问题来了：这是否完全符合临床医学科学？是否完全符合真相呢？要正确理解这一点，就必须搞清楚临床医学思维与司法鉴定思维的区别以及法律真实与客观真实的不同。临床医学科学是一门科学，这就要求从业人员要有科学的思维，而科学是用来探索真相的，在没有明确的结论之前，科学的态度是明确的：必须实事求是，不能要求在一定的时间内、在材料不完备、方法不科学的情

况下作出结论，否则不符合科学规律。例如，在没有明确诊断之前，临床上就不能迫于时限“明确诊断”，有的病人甚至住了几十年的院诊断都是“发热待查”。医务人员在临床实践中应坚持上述科学原则。而司法鉴定思维则不同于临床思维，司法鉴定是为解决司法中遇到的专业问题而服务的，这就要求司法鉴定必须在一定的时限内，依靠有限的、经质证的证据（如病历），尽可能地对事件进行还原。例如，医疗纠纷大多通过民事诉讼解决，民事诉讼的主要任务是定分止争，法律要兼顾公平与效率，既不能追求绝对公平，例如，无休止地探索事实真相——法院是不能拒绝裁判的，又不能为了片面追求效率不顾科学、不顾真相而牺牲公平。这就需要司法审判在遇到医学专业问题时达成一个平衡：在法定的时限内（如审限、鉴定时限），依靠医学专业人员的判断，提供给审理人员一个相对专业、客观、接近真相的鉴定结论，而非要求鉴定结论一定完全追求事实的真相，即追求客观真实，追求客观真实是科学的任务，这不是司法鉴定或行政鉴定的任务。最终，依据这个旨在接近真相的主观性极强的鉴定结论，达到一个尽可能接近客观真实的法律真实，在法定时限内，完成审判之维护社会稳定、运送司法正义的任务。即便可能在一定时间后，科学发展了，或者新的证据出现了，或者由于其他原因，在原判决生效、执行后，发现原有的鉴定结论不那么正确，也不能以原有鉴定结论或判决不符合客观真实为理由，认为当时的鉴定结论或审判不合法。只要当时的鉴定活动、审判符合程序正义的要求，就可以认为鉴定具有合法性。因此，需要说明的是，案例的编撰不是为了提供一个临床实践指南之类的规范或常规或标准，案例的分析部分可能严格从医学科学角度来讲是证据不充分的、略显

片面的、粗糙的、主观的，但本书的目的是希望通过对一些真实发生的不良事件的介绍、分析，给肝胆外科医生一些启示，或者说一些警戒，尽可能吸取这些案例中的教训，并举一反三，将此运用于临床工作，避免重蹈案例中之覆辙，造福于患者，同时也有利于医界的发展。

本书所列举案例中，主要存在两种情况：一种是在临床实践中没有按照诊疗规范、常规操作，没有履行应有的注意义务而导致患者不良后果的事件，即按照侵权责任法所规定的医疗技术损害责任；另一种情况则是没有尊重患者伦理权利，如知情同意权、隐私权等，给患者造成损害的案例，符合侵权责任法的伦理损害责任。例如，对于替代医疗方案告知的忽略而造成患者的损害。对于这些医疗行为，透过司法鉴定结论，司法鉴定人的看法在某种意义上也可以指引临床医生的诊疗行为，以吸取教训，规避风险，提高医疗服务质量，促进医患关系的和谐，最终保障患者的生命健康等权益。

由于水平有限，时间仓促，编撰过程中定有一些疏漏，希望读者能够提出宝贵意见，以不断改进。

王 岳 刘瑞爽

2015年4月于北医逸夫楼

目 录

序言	• I •
No. 1 ERCP 手术并发急性重症胰腺炎死亡一例	• 1 •
No. 2 超声误诊致胆囊切除一例	• 6 •
No. 3 车祸多发伤患者脾切除术后死亡一例	• 10 •
No. 4 腹腔镜胆囊切除术转为开腹致损伤胆管一例	• 15 •
No. 5 胆道闭锁患儿术后治疗不当死亡一例	• 20 •
No. 6 肝胆外伤手术治疗术后并发感染死亡一例	• 25 •
No. 7 肝硬化患者脾脏切除术后死亡一例	• 29 •
No. 8 胆总管结石漏诊致胆道二次手术并代谢性脑病一例	• 34 •
No. 9 肝癌围手术期处置不当致手术后死亡一例	• 42 •
No. 10 急性重型暴发型乙型肝炎误诊为颅内感染死亡一例	• 48 •
No. 11 门脉高压手术适应证选择不当一例	• 54 •
No. 12 因“肝占位”行左半肝切除术后形成肠痿一例	• 60 •

- No. 13 胆囊切除术后致脑水肿植物人一例 · 69 ·
- No. 14 高龄胆囊炎、胆囊结石患者住院死亡一例 · 71 ·
- No. 15 腹腔镜胆囊切除术中损伤胆管转开腹术
死亡一例 · 74 ·
- No. 16 ERCP 术后并发胰腺炎死亡一例 · 76 ·
- No. 17 术中未送冰冻导致手术范围过大一例 · 78 ·
- No. 18 腹腔镜中转开腹胆囊切除术取石不尽导
致再次手术一例 · 82 ·
- No. 19 漏诊感染性心内膜炎、错误实施手术致
患者死亡一例 · 88 ·
- No. 20 不具备手术资质实施胆道手术致胆管下
端结石残留一例 · 92 ·
- No. 21 漏诊布 - 加综合征致脾脏被错误切除一例 · 96 ·
- No. 22 送鉴病历记录不完整导致被认定医疗过
错一例 · 102 ·
- No. 23 手术损伤胆管致梗黄后被误诊为胆管癌
一例 · 109 ·
- No. 24 肝硬化患者癌变漏诊一例 · 114 ·
- No. 25 胆囊炎、胆囊结石、肠梗阻、肺部感染
诊疗过错致死亡一例 · 118 ·
- No. 26 术后腹腔残留胆道结石合并局部化脓性
感染诱发心源性猝死一例 · 124 ·
- No. 27 手术误伤胆总管致胆总管狭窄、胆管炎
反复发作及门静脉高压一例 · 135 ·

- No. 28 实习医师违规修改电子病历致法院直接
推定医疗过错一例 · 143 ·
- No. 29 因“胆管炎”行手术后死亡一例 · 151 ·
- No. 30 ERCP + EST 取石术后并发十二指肠穿孔
一例 · 156 ·
- No. 31 胰十二指肠切除术后并发持续腹腔内出
血一例 · 160 ·
- No. 32 胰痿并发症处理错误一例 · 164 ·
- No. 33 先天性小胆囊误诊行腹腔镜手术致胆管
损伤死亡一例 · 174 ·
- No. 34 胆囊切除术损伤胆总管并胆痿处理不到
位一例 · 179 ·
- No. 35 肝包虫摘除术后延误胆汁痿、囊腔窦道
治疗一例 · 183 ·
- No. 36 胆囊切除术中损伤胆管并发胆汁漏、胆
道梗阻死亡一例 · 187 ·
- No. 37 肝囊肿开窗引流术后胆汁漏继发腹腔感
染死亡一例 · 193 ·
- No. 38 原位经典非转流肝移植术后感染、消化
道出血死亡一例 · 196 ·
- No. 39 胆囊切除术损伤患者胆总管并多家医院
误诊一例 · 201 ·
- No. 40 肝硬化患者消化道大出血死亡一例 · 207 ·
- No. 41 激素应用不当亚急性重症肝炎死亡一例 · 214 ·

- No. 42 急腹症患者误诊一例 · 217 ·
- No. 43 内窥镜手术致患者延误治疗死亡一例 · 221 ·
- No. 44 胃肠外营养支持过错致 Wernicke 脑病一例 · 226 ·
- No. 45 ERCP + ENBD 手术死亡一例 · 231 ·
- No. 46 ERCP 并发症死亡一例 · 239 ·
- No. 47 腹腔镜胆囊切除术致胆道梗阻及肝总管
断裂一例 · 247 ·
- No. 48 ERCP + EST + 取石术致胆道感染等一例 · 257 ·

No. 1

ERCP 手术并发急性重症胰腺炎死亡一例

案情介绍

患者，女，69岁。主因“胆囊切除术后4年半，右上腹不适1月，发现胆总管结石4日”，于2009年6月15日入住××医院肝胆外科。MRCP检查提示：胆总管结石。入院诊断：胆管结石、胆囊切除术后、高血压、冠心病、乙型病毒性肝炎。检查无手术禁忌。

2009年6月19日下午，行“经内镜逆行胰胆管造影”+“内镜乳头括约肌切开术”（ERCP+EST）+取石术，手术操作顺利。术中未出现明确活动性出血、穿孔迹象。术毕即给予吸氧、补液、止血、消炎、解痉、抑制胃酸分泌、预防胰腺炎药物等对症治疗。术后常规给予解痉、止痛、生长抑素预防胰腺炎等治疗。术后一小时，患者诉右上腹明显疼痛并伴有恶心呕吐，呕吐物为黄绿色胃内容物，急查血淀粉酶241IU/L、谷草转氨酶82IU/L、谷丙转氨酶22IU/L、快速血糖8.61mmol/L。考虑可能为ERCP术后引起的高淀粉酶血症，不排除急性胰腺炎发生的可能。

2009年6月20日0:00时，患者出现腹部持续性疼痛伴腹胀、反复恶心呕吐，呕吐物为黄绿色胆汁样液体，患者呼吸急促，30~40次/分，血压波动在100~130/60~90mmHg，心律波动在90~130次/分，体温37.6℃。上午10:00时查胸腹CT显示：（1）肝周少量积液；（2）胰头

十二指肠周围渗出；（3）腹膜后肾周少量积液；（4）胸腔积液。腹部立位平片：肠管明显胀气，未见膈下游离气体。复查血淀粉酶（AMY）1139 IU/L、谷草转氨酶（AST）48.0IU/L、谷内转氨酶（ALT）23.6IU/L、快速血糖（GLU）10.81mmol/L、直接胆红素（DBIL）12.49 μ mol/L、总胆红素（TBIL）18.4 μ mol/L。考虑为急性重症胰腺炎，不排除十二指肠穿孔的可能性。给予禁食水，迅速补充有效循环血量，生长抑素持续泵入抑制胰腺分泌，持续胃肠减压，抗感染，肠外营养，纠正酸中毒，纠正低钙血症，适量应用激素缓解全身炎症反应综合征。请心内科急会诊。

2009年6月21日2时，患者烦躁不安，呼吸46次/分，脉搏153次/分，血压116/75 mmHg，血氧饱和度86%，病情加重，立即转ICU治疗。在ICU病房监护治疗病情无明显好转。6月23日，患者病情进一步加重，0时15分送手术室在全麻下行“剖腹探查术”，术中见胰腺头部、体部肿胀呈灰黑色，尾部肿胀，色暗，在以下上下缘切开胰腺被膜减压，右侧肝肾间隙、升结肠旁沟组织肿胀呈黑灰色，并延伸至右侧盆腔腹膜后间隙。遂行“胰腺被膜切开减压、胆总管切开探查、T管引流、胃造瘘、十二指肠造瘘、空肠造瘘、腹腔引流术”。术后予报病危，2009年6月24日2:56时，患者死亡。

争议焦点

患方认为：（1）医方对患者 ERCP + EST + 取石术后病情存在误诊，未对急性重症胰腺炎早期诊断和早期治疗；（2）医方为患者急性重症胰腺炎治疗中未尽注意义务及积极的抢救义务，延误治疗时机，治疗措施不得力，导致患者病情持续加重，最终死亡。

医方认为：（1）EST 术前诊断明确，实施手术方案正确，患者出现症状后，及时查找原因及时诊治，但仍因不可预测的疾病发生发展因素导致重症胰腺炎的发生，属于现代化医学科学技术手段难以避免的并发症；（2）对患者的诊断、治疗和抢救措施均符合医学诊疗常规，医疗行为及时正确，不存在过错。

鉴定结论

诉讼中，经医患双方申请，××区人民法院就本案先后对外委托医疗事故技术鉴定和司法鉴定。

区医学会医疗事故技术鉴定结论为：本例不构成医疗事故。

司法鉴定结论为：医方对患者的医疗行为存在过错，该过错与患者的死亡之间存在因果关系，医方应承担的过错参与度以 50% 左右为宜。

受案法院最终采信司法鉴定结论，判决医方须承担患者医疗费、护理费、丧葬费、死亡赔偿金等全部损失的 50%，并赔偿精神损害抚慰金 5 万元。

分析评论

1. 医方对患者“胆总管结石”诊断明确，有手术适应证，手术方式选择恰当。手术后出现急性重症胰腺炎是该手术难以避免的并发症。在出现上述并发症后，医方采取的诊疗措施（包括抗菌素的使用、开腹手术时机的选择、血细菌学培养）违反了急性重症胰腺炎的医疗常规。

2. 急性重症胰腺炎是 ERCP 手术最严重的并发症，为避免急性重症胰腺炎的发生，手术前后预防应用抑制胰酶分泌、对抗胰酶活性的药物，如抑肽酶、加贝酯等，并且

在术后及时进行胃肠减压。但本例中的医方，却在术后四小时才开始应用，存在过失。

3. 根据急性重症胰腺炎的治疗原则，多器官功能障碍综合征和全身性感染是重症胰腺炎患者最突出的问题。严密的生命体征、器官功能监测和加强治疗是影响重症胰腺炎患者预后的关键。急性重症胰腺炎发病急骤，迅速累及多个器官，导致多器官功能障碍综合征，是病死率居高不下的关键性原因。患者出现多脏器功能障碍综合征的迹象时，应迅速转入综合性或外科 ICU，使患者获得 ICU 医生指导下的外科、消化科、影像科和内镜等多学科综合治疗。本例中的医方在患者 6 月 20 日下午已出现少尿症的情况下，没有及时将患者送 ICU 进行综合治疗，而是继续于外科病房留观，延误了治疗时机，存在过失。

4. 关于急性重症胰腺炎的手术治疗问题。尽管目前对一般的急性重症胰腺炎倾向于采用非手术治疗，但对于病情发展急骤，迅速发生多器官功能障碍综合征，虽经积极非手术治疗，病情仍迅速恶化，应考虑早期手术。患者 6 月 19 日胆结石手术后即出现明显的胰腺炎症状，6 月 20 日 10:00 时胸腹 CT 显示：(1) 肝周少量积液；(2) 胰头十二指肠周围渗出；(3) 腹膜后肾周少量积液；(4) 胸腔积液。下午 18:00 复查血象（见检查报告），显示血淀粉酶 1139IU/L，6 月 21 日 13:55 行床旁超声检查，显示胰腺增大，胰周、肾周、肝周积液。可见患者病情在短时间内明显恶化，此时如果仍强调非手术治疗，实际上是在延误治疗时机，应立即进行手术。从 2009 年 6 月 23 日剖腹探查可见胰腺头部、体部肿胀呈灰黑色，肝肾间隙、升结肠旁沟组织肿胀呈黑灰色，说明患者急性重症胰腺炎已经合并严重未控制感染。

5. 对于急性重症胰腺炎的抗生素选择，应早期、足量