

第一篇

诊疗思维方式的错误：
医疗过错的根本原因

本篇导读

医疗过错在客观上表现为医生或（和）医疗机构的医疗行为违反法律、行政法规、部门规章以及诊疗护理规范、常规。但让人疑惑的是，法律法规和诊疗规范都在那里，为什么医生还是违反，还是会出现医疗过错？

一开始我认为是疏忽大意的问题。因为实践中遇到的大多数医疗过错，都出现在常见病、多发病的治疗上，这很难让人理解，让人觉得不可思议。

比如颈部手术的喉返神经损伤，颈部手术的规范要求之一就是避免喉返神经损伤，做手术时首先就要保护喉返神经（当然不只保护喉返神经）；比如手术部位错误，病变在右侧，却将左侧正常的甲状腺错误切除了；比如肠扭转引起的肠梗阻，延误治疗之后出现患者死亡；比如，抗生素的并发症伪膜性肠炎导致的腹泻，延误治疗后患者死亡；比如，因存在禁忌症的患者，术后人工股骨头出现脱位，需要全髋关节置换返修；比如脑出血患者延误治疗之后，患者死亡；比如因胎盘残留引起的晚期产后大出血进行剖腹探查；比如不符合撤离呼吸机指征，不当撤离呼吸机后，患者死亡。

我以为，医疗过错的出现是因为医生（仅限于出错的医生）疏忽大意造成的。而疏忽大意的原因我认为是缺乏责任心。因为这些出错的案例诊疗规范明确，都不是疑难复杂案例，看起来是不应该出错的，如果尽心一点，可能就不会出错。

过错所体现的主观心理状态无非是两种，一种是故意，一种是过失，而故意的可能性几乎是不存在。过失有两种表现形式，一是疏忽大意的过失，应当考虑到风险但是没有考虑到；一种是过于自信的过失，已经考虑到风险，但是轻信可以避免；而过于自信的过失从本质上讲，也是疏忽大意，因为虽然已经考虑到风险，但是没有考虑到风险现实发生的这种可能。医疗过错主观上的过失，大多数表现为疏忽大意。但是，并不是所有的医疗过错原因都能用疏忽大意来解释。

我之前遇到一个案件，是一个肱骨髁上骨折的案例。患者在术后出现了骨筋膜室综合征，医生也发现了右臂肿胀、疼痛的异常，也陪着患者到上级医院检查，但是还是没有找到问题的原因，最后还是造成了患者右手残废、“爪形手”的严重后果。这种情况下医生肯定存在过错，但是与其他案件不同的是，医生已经发现了问题，也到上级医院会诊了，医生已经发现问题并尽力去避免了，只是没有找到正确的诊断和治疗的方法。但是就主观上来讲，医生好像已经尽力了。这种情况如果说医生是因为疏忽大意犯错，可能就有点牵强附会了。

还有一种情况，当医生面对的是本院的同事医生时，也会出错。比较典型的是北京某医院某教授的案例，患者是心内科教授，在本院骨科进行一个腰椎的手术，术后患者死亡。经过诉讼，鉴定机构认为医院的医疗过错为：缺乏手术指征，未能采取预防静脉血栓的措施。法院由此认定医院承担全部责任。但是让人难以理解的是，本院的医生在自己的医院看病，当事医生应该是尽心尽力的，但还是出现了医疗过错，并且医疗过错的原因还是没有手术适应症，这应该是一个比较重大的过错。这个患者是本院职工，作为是同事的医生不可能不尽力，让人很难理解还是会出现过错。在这种情况下，把医疗过错的原因归结于疏忽大意，也是很难让人信服的。我认为，医疗过错的背后应该还有更深层次的原因。

第一章

医疗过错的原因：疏忽大意、缺乏责任心？

在我经历的案件中，大多数的医疗过错看起来都是比较简单的。因为大多数案件都有很明确的诊疗规范，都是一些常见病、多发病，对医生来讲并不陌生。比如抗生素的并发症，肠梗阻的延误诊疗，喉返神经损伤等一些低级的失误。这些疾病都有明确的诊疗规范，都比较常见，按一般人的理解来讲，只要尽心，就不会出错的。但是医生还是出错了。所以，我认为医生出错的原因，除了疏忽大意、缺乏责任心之外，好像找不到其他的理由。

人非圣贤，谁能无错。从感性认识到理性认识的跨越，有一个很重要的阶段，就是从错误中学习，发现问题的本质，从而解决问题。而探寻医疗过错的原因，首先得明确医疗过错的衡量标准，我们得明白什么是对的，什么是错的。

第一节

衡量医疗过错的标准

衡量医疗过错的标准是医疗机构、医务人员的医疗行为是否违反法律、行政法规、部门规章以及诊疗护理规范的规定。

我在 2013 年遇到一个喉返神经损伤的案例。患者李某，2012 年 11 月某日因“发现颈部包块 20 年”被某矿医院以“双侧甲状腺瘤（性质？）”收入院治疗。2012 年 11 月 16 日作甲状腺次全切除手术，术后患者不能发声，出现喝水呛咳、胸闷、呼吸困难的情况，之后，因声嘶、喉鸣、呼吸困难等症状持续加重，到上级医院检查，医院以“双侧喉返神经麻痹”收入院并建议尽快手术治疗。2013 年 5 月 13 日在某市级医院行气管切开术 + 左侧声带外展术，术后于当月 23 日出院。这个案件，经过法院处理，认定医疗机构存在过错，承担责任。

鉴定机构认定医院存在过错的依据是：喉返神经损伤，主要是手术操作的直接损伤所引起，如切断、缝扎、挫夹或牵扯过度；少数是由于血肿压迫和瘢痕组织的牵拉而发生。前者在术中立即出现症状，后者在术后数天才出现症状。切断、缝扎所引起的是永久性损伤；挫夹、牵拉或血肿压迫所致的多为暂时性，经理疗后，一般在 3 ~ 6 个月内可逐渐恢复。一侧喉返神经损伤所引起的声嘶，可由健侧声带过度地向患侧内收而好转；术后喉镜检查虽仍见患侧声带的外展，但病人无明显声嘶。两侧喉返神经损伤会导致两侧声带麻痹，引起失音或严重的呼吸困难，需做气管切开。在《外科学》“甲状腺大部切除手术注意事项”特别要求，在甲状腺手术中应当避免损伤喉返神经。

鉴定机构认为，医生在甲状腺手术过程中违反甲状腺切除手术的诊疗规范，造成喉返神经损伤，存在过错，并与患者的损害后果存在因果关系，应当承担责任。

为什么医生违反诊疗规范就认定医疗机构存在过错呢？因为这是法律的规定。

《侵权责任法》第五十七条：医务人员在诊疗活动中未尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务，造成患者损害的，医疗机构应当承担赔偿责任。

《医疗事故处理条例》第二条：本条例所称医疗事故，是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

《执业医师法》第二十二条第（一）项规定，医师在执业活动中应当遵守法律、法规，遵守技术操作规范。

《执业护士法》二十三条，护士执业必须遵守职业道德和医疗护理工作的规章制度及技术规范。

《执业医师法》和《医疗事故处理条例》的表述虽有不同，但是意思是一致的：法律、行政法规、部门规章以及诊疗护理规范、常规，是医疗机构和医务人员的工作依据和必须要遵守的原则。《执业医师法》《执业护士法》作为规范医护人员执业的法律，要求医护人员遵守法律、行政法规、规章以及诊疗护理规范、常规，如有违反，则是属于违法医疗行为。所以，不论医疗事故处理条例是否废止，认定医疗行为违法性的标准都能采用：“医疗行为是否违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规”这一标准。

所以，衡量医疗机构和医生存在过错的标准就是看“医疗机构、医务人员的医疗行为是否违反法律、行政法规、部门规章以及诊疗护理规范。”

法律法规和诊疗规范规定了应该怎样做，你没有做、做错了，或者是法律法规和诊疗规范禁止这样做，你做了，这就是过错。因为如果你按照法律法规和诊疗规范的要求去做，就可能避免给患者造成损害。

当然，需要明确的是，医生或者医疗机构存在医疗过错，医疗机构未必就一定承担民事赔偿责任。存在医疗过错只是医疗机构承担责任的条件之一。侵权责任的构成要件一般包括四个方面：存在违法行为、存在主观过错，存在损害后果，违法行为与损害后果之间存在因

果关系。只有这四个条件具备，才承担民事赔偿责任。

但是与一般侵权责任的“四要件说”不同，医疗损害责任的构成要件在实践中一般是认为是“三要件说”。因为医疗损害责任属于客观归责，违法行为要件和过错要件的认定标准是一致的，所以在实践中一般认为医疗损害责任的构成要件包括三个方面，即医疗过错（认为过错吸收违法行为），损害后果，以及医疗过错（行为）与患者损害后果之间存在因果关系。只有三个要件具备，才承担赔偿责任（详细内容可参见医疗损害责任构成要件的章节）。

第二节

诊疗规范都是明确的，为什么医生还是违反？

在我经历的案件中，大多数的医疗过错看起来都是清楚和简单的，都有明确的诊疗规范依据。而且都是一些常见病、多发病。比如抗生素的并发症引起的腹泻延误治疗致人死亡的案例，肠梗阻的延误诊疗致人死亡的案例，喉返神经损伤等一些低级的失误。之所以称为低级失误，是因为在这些案例中，诊疗规范都是明确的，也不复杂，好像医生并没有出错的理由。但是医生还是犯了错。举两个比较典型的肠梗阻案例。

第一个案例是因为肠扭转造成的梗阻。

患者先后在县级医院以及省级“大”医院住院治疗。省级医院的诊疗水平不可谓不高，但是在患者存在典型的症状体征腹部持续性疼痛，阵发性加剧，白细胞升高、腹腔积液等情况下，在保守治疗十几天没有效果的情况下，没有及时采取手术治疗。虽然后来进行了手术，但是为时已晚，肠道已经坏死，患者去世。最终认定县级医院占主要

责任，省级医院占轻度责任。对于肠梗阻的病人，就治疗水平而言，县级医院和省级医院都是不应该存在技术水平问题的。从患者入院开始，虽然诊断为肠梗阻，但是省级医院和县级医院一样，都只是诊断为肠梗阻，都没有明确诊疗规范所要求的需要明确的肠梗阻的原因，部位、性质、高位低位、梗阻原因等六个问题。由此造成的后果是，医生没有发现患者属于绞窄性肠梗阻，没有及时手术，造成延误治疗，而在保守治疗无效之后，也没有进行手术治疗，存在过错。

肠梗阻的诊疗规范是清楚明确的，如何诊断和治疗也是明确的，但是，为什么县级医院和省级医院，都没有考虑患者可能是绞窄性肠梗阻，而需要进行手术治疗呢？在患者保守治疗无效的情况下，为什么县级医院和省级医院都没有考虑手术治疗呢？

第二个案例是在市级医院，是因为肿瘤引起的肠梗阻。

患者入院前7天已经停止排便排气，但是医生对肠梗阻的患者，没有禁饮食。在入院后的第3天，患者出现肠穿孔（破裂），虽然经过手术治疗，但是最终患者因严重的腹腔感染去世。在这个案例当中，医生违反肠梗阻的诊疗原则，没有明确肠梗阻的部位和原因，没有禁饮食，延误了治疗，存在过错，与患者的肠穿孔、死亡存在因果关系，应当承担责任。经鉴定，医院承担次要责任。

同样，在诊疗规范清楚明确的情况下，为什么医生没有按照诊疗规范的要求进行诊断，为什么肠梗阻的患者没有禁饮食呢？

医疗机构承担责任的前提是医生违反诊疗规范的规定，在上面两个案例中医生都违反肠梗阻的诊疗规范，并造成严重后果。上述两个案例中认定医生存在过错并无争议。但是让人不理解的是，法律规定医生进行诊疗需要遵守诊疗规范，肠梗阻的诊疗规范很明确，而这些诊疗规范都在大学中学过，为什么医生就是不按照肠梗阻的诊疗规范去做呢？而且肠梗阻是常见病，医生应该知道如何诊断，如何治疗，

为什么还会出错呢？这个时候，好像除了疏忽大意之外，没有更好的理由解释医生出错的原因。而疏忽大意的原因，我一开始认为是医生缺乏责任心造成的。因为在这些简单的病例上出错，是很难让人理解和接受的。所以，那个时候我写了一篇文章《生与死之间是一颗心的距离》，那时我认为，医生如果尽到责任心是可以减少或者是避免出错的。

第三节

生与死之间是一颗心的距离

记得以前写过一首诗，题目为《心》，其中写道：因为心的坚持，所以我们存在，因为心的放弃，所以我们离去。但是，在这里我说的不是生物学意义上的心，而是良心。或者说是一种职业的良心。这还要从一起医疗纠纷说起。

2008年，某县患者因单方的交通事故导致脑内出血，亲属考虑到县级医院的医疗水平，转院来到某市某三甲医院住院治疗。在患者入院之后，医生仅在入院当天为患者进行了一次CT检查，结果显示：颅内血肿，中线稍有移位。在经过10天之后，患者不幸去世。而恰巧当天晚上，医生不在病房。所以家属认为医生不在病房，延误了抢救，因而产生纠纷。

事实上，在患者去世的当天晚上，医生在不在病房都已经于事无补。患者家属仅仅是通过一个表象，引起了疑问。实际问题的本质并不在此。

在患者入院时，医生经过CT检查，认为患者的病情并不严重，所以采取保守治疗。实际上讲，患者入院时，CT片显示脑组织中

线已经移位，只是不是很明显。但是如果结合患者在某县医院的CT检查，能够看出患者的颅内出血是一直持续的，脑内血肿也是不断增大的，只不过是增加的速度不是很快。

而之后，直至患者去世，医生一直没有再对患者进行过颅脑CT的检查，也没有进行过其他的检查，一直在保守治疗。直到患者去世，医生一直没有为患者改变治疗措施。

医院医生的过错在于：患者的颅内出血一直在持续进展，由于医生在患者入院后没有再进行相应的检查，没有发现患者病情逐渐加重，没有及时进行手术治疗。由此导致的后果是，患者血肿不断增加，颅内压不断升高，最终造成脑疝而死亡。

经过鉴定，鉴定机构认定了医院在治疗过程当中过错，法院也最终判决医院承担相应的责任。但是，患者的生命已经逝去，无法挽回。分析其原因，医生的不负责任是造成患者死亡的根本原因。

只要是医生对患者的病情进行密切的观察，只要发现患者的颅内出血是在不断进展的，只要是及时进行手术治疗，患者就不会死亡。患者的颅内出血是缓慢的，医生应该有充足的时间去观察，去选择手术的时机。

对于三甲医院，像类似的颅内出血，是常见病、多发病，治疗的方式和诊断的方式都有成熟的诊疗方案。即使是一个未出校门的医学生，也应该知道，应当是进行复查以确定脑内出血是否在持续进展。而作为三甲医院的医生，却没有考虑到。这不是因为技术能力的不足，而是责任心的缺失。因为三甲医院的医生见过了太多比这更为严重的病人，都已经治愈出院。他们想当然地认为这样的病人病情较轻，是可以保守治疗的。

但是，医生却忽略了个体差异。每一个人的病情开始可能一样，但是发展变化是不一样的。医生不应当想当然地判断患者的病情，而

是要根据相关的症状和体征以及客观检查。而对于这个病例，医生的诊断、治疗完全是想当然的主观判断。因为他把这仅仅当作一件工作，他因为每日的繁忙和劳累而感到漠然，因为漠然而疲于应付。他在一定程度上没有把面对的患者作为一个生命来看待，仅仅是一件必须要完成的工作。

所以出现了疏忽，所以出现了错误的判断，所以患者的生命因此陨落。

但如果他对生命足够尊重，对患者足够敬重，严格按照诊疗规范诊断、治疗病人，病人就不会去世。

而对生命的足够尊重，对患者足够敬重，需要的不是医疗的技术，需要的是一颗职业良心。有这颗良心，就能尽职尽责，救死扶伤；有这颗良心，就能时刻警惕，反复思虑，不敢怠慢，不容有失。没有这颗良心，就可能得过且过，随波逐流，消极漠然，让挽救生命的机会白白错过，成为死神的帮凶，助纣为虐。一念之间，可以决定一个人的生死，生与死之间，有时就取决于这颗良心。

还有一个案例，也是在这家三甲医院，不同的是前一个是在神经内科，这个是在神经外科。

有一位八十岁老人，因为脑出血入院。经过手术治疗，老人的情况逐渐好转，能够自主饮食，能够下床活动，可以说手术非常成功，出院也是指日可待。

但在某一天，亲属发现老人出现腹泻。所以就问医生，该怎么处理。医生说可能是吃的不合适、消化不良，过几天就能好。过了几天，老人还是腹泻，家属考虑会不会是抗生素的并发症，因为给老人用的抗生素的说明书上写着并发症有“伪膜性肠炎可以引起腹泻”。病人家属将抗生素的说明书拿给医生看，说是不是应该停用抗生素？医生说，不用，过两天就会好的。

在手术 30 天后，患者去世了。这个案件经过医学会的鉴定，结论是不构成医疗事故。但是之后很快院方主动和解，承担了赔偿责任。这说明医院认识到了自己的错误。

这个案件的原因应该很简单，是因为抗生素造成的伪膜性肠炎而导致患者出现腹泻。药品的说明书已经明确注明抗生素的副作用有伪膜性肠炎可以引起腹泻，医生至少应该停药或者确诊一下病人腹泻的原因。和上一个案例一样，只要医生尽心尽力，查明患者的病因，及时停药，更换药物，患者就可能不会死亡。

外科手术的成功，近乎完美，这让医生感到飘飘然，自视很高。以为一切尽在掌握之中。而唯独忽视了实事求是，抓住问题的本质。盲目不仅遮住自己的眼睛，而且还遮住了自己的心灵，让眼睛和心灵都看到虚幻的梦境，看不到现实。

医生犯错，不是因为其水平不高，而是未能尽心，未尽到医生这个职业的谨慎、严格、不容有失的职业良心。还有很多类似的案例，不再一一列举了。而类似的案例共同的特征是：因医疗过失造成患者死亡的严重后果，却大多是在常见病、多发病的诊治过程中，原因大多是疏忽大意、而不是因为医疗水平的低下。很多病情复杂、严重的患者，往往能治好，而常见病、多发病的治疗中，并不是很严重的患者却没治好。这很反常。

形成这种局面的原因，是因为医生往往对看起来严重的病人付出了很大程度的关心。因为病人病情严重，所以格外用心，所以就治好了。而对一开始认为病情不严重的病人，医生则没有付出基本的关心，所以就忽视了病人病情的进展，所以就想当然地以为患者的病情没有变化。实际上病人的病情已经从量变转化到了质变，医生却是浑然不知，最终造成了患者的死亡。

从生物学的角度上讲，病人是死于疾病。但是从法律上的因果关

系的角度讲，医生的职责是救死扶伤，是阻断疾病的进展，保护患者的健康和挽救患者的生命。但是由于医生的疏忽，没有阻抑病程的进展，丧失了挽救患者生命的机会，这是医生的过错，医生就成了死神的帮凶。

我相信，没有一个医生不希望能把病人的疾病治好，没有一个医生不希望患者能在自己的治疗之下起死回生。医生的过错，大多数是无心之失。而我也相信，这部分犯错的医生也是医生职业群体中的一小部分。

但是医生的一念之差，却决定患者的生死。患者的生与死之间，其实就是一颗心的距离，这颗心是医生的职业良心。

当然以上的内容是我以前的看法，并不是现在的看法。因为在当时来讲，除了疏忽大意、缺乏责任心之外，我想不到医疗过错背后还会有什么其他的原因。

但是，这并没有解除我的困惑。因为，像抗生素并发症伪膜性肠炎，抗生素的说明书上的并发症就写着伪膜性肠炎，患者家属都能考虑到腹泻的原因有可能是抗生素引起的，为什么当时的医生却视而不见呢？后来遇到的一个案例，更加重了我的这种困惑。

第四节

医生已经发现问题，但还是未能避免伤害的发生

患儿李某，7岁，2010年5月26日，在幼儿园摔倒受伤。2010年5月26日下午就诊于某县级医院，诊断为：右肱骨髁上骨折并神经血管损伤（尺、桡、正中神经、肱动脉）。2010年5月26日21时30分进行手术治疗，用克氏针交叉固定，右肘关节屈曲90°行石膏外

固定。手术后第二天，患儿前臂内侧全是水泡，从肩到手又肿又硬。之后患儿的上臂、前臂疼痛，手指不能动，患儿父母找到医生，医生仅是抽水泡、用碘酒擦伤口，并没有诊断出骨筋膜室综合征，也未进行有效治疗。在住院期间2010年6月13日、14日，医院的医生陪同患儿到省级某医院诊疗。省级某医院没有对原告的患肢进行检查，没做特殊处理，让回医院观察。2010年6月18日上午患儿出院。患儿出院后，右手呈现典型的“爪形手”，先后到多家医院诊疗，诊断为前臂缺血性肌挛缩。

这个案子和其他案子不同的是，在手术后第二天，医生就发现了患儿的右臂肿胀、疼痛的异常情况。医生已经意识到了患儿右臂肿胀、疼痛是不正常的，但是不明白为什么会出现这种情况。医生一再和患者父母表示自己做过的骨折手术患者，从来没有出现过这种情况。在住院期间医生建议患儿到省级医院去看看，医生也陪同患儿到省级医院就诊。虽然省级医院医生没有诊断出什么原因，但是作为县级医院的医生来讲，好像是已经尽到了责任。医生对于自己不明白的问题，及时建议患者到“大医院”就诊，并且已经到大医院进行了诊治。虽然出现了不良的后果，但是作为手术医生来讲，应当是尽职尽责的，应该是有责任心的。

《外科学第七版》中明确载明：伸直型肱骨裸上骨折由于近折端向前下移位，极易压迫肱动脉或刺破肱动脉，加上损伤后的组织反应，局部肿胀严重，均会影响远端肢体血液循环，导致前臂骨筋膜室综合征。如果早期未能作出诊断及正确的治疗，可导致缺血性肌挛缩，严重影响手的功能及肢体的发育。在对肱骨裸上骨折的诊治中，应严密观察前臂肿胀程度及手的感觉运动功能，如果出现高张力肿胀，手指主动活动障碍，被动活动剧烈疼痛，桡动脉搏动扣不清，手指皮温降低，感觉异常，即应确定骨筋膜室高压存在，应紧

急手术，切开前臂掌、背侧深筋膜，充分减压，辅以脱水剂，扩张血管药等治疗，则可能预防前臂缺血性肌挛缩的发生。如果已出现5P征（painlessness 无痛，pulselessness 脉搏消失，pallor 皮肤苍白，paresthesia 感觉异常，paralysis 肌麻痹）则为时已晚，即便手术减压也难以避免缺血性挛缩。

让人困惑的是，虽然《外科学》教科书上记载的是如此明确，并且要求，在治疗骨折时，应尽最大努力，预防和治疗这些并发症，但是为什么医生还是违反这些诊疗规范呢？

更让人困惑的是，医生已经发现了患儿术后右手臂的肿胀、疼痛的异常，为什么考虑不到是骨筋膜室综合症呢？

骨筋膜室综合症是骨折的并发症之一，患者术后的情况已经说明出现了骨筋膜室综合症，确诊的依据和治疗方法就在外科书中明确记载，医生只要翻翻书可能就解决了问题。只要是医学院毕业的学生，就应该学过这些内容，即使现学现用，也应该能诊断出，至少应该怀疑是出现了骨筋膜室综合症。如果医生去翻翻教科书，及时诊断出骨筋膜室综合症，及时进行手术，可能患儿的右手就不会残废。但是医生面对患者出现的问题却是一筹莫展，无能为力。所以，对于这个案件来讲，医生的错是肯定的，后来的鉴定也认定了医生存在的过错。

但是我们需要考虑的是，这个案件，就主观上来讲，医生应该不存在疏忽大意的情况，因为他已经发现了问题，也到上级医院检查了，从主观上来讲，已经尽力了。但是作为一个外科医生，连骨折的并发症都不清楚，好像有点说不过去。这个案件我们可以认为是医生的技术水平能力低，但是医生至少是大学毕业，经过资格考试，教科书应该是学过的，至少得有点印象吧？为什么医生已经发现了问题，在患者的右臂疼痛没有处理的情况下，容忍这个问题存在不想办法解决呢？或许翻翻书就能找到答案，但是为什么他就是不去翻翻书呢？这

些都是困惑。但是就医生主观上来讲，好像是已经尽力了。这个案件虽然最终认定医生存在过错，医院承担了责任。但是这个案件出错的原因很难用疏忽大意、缺乏责任心去解释。所以，医疗过错的根本原因应该还有其他的因素，而不仅仅是疏忽大意、缺乏责任心这么简单。

第五节

医生也成为受害者，医疗过错的原因还是疏忽大意吗？

医疗过错时有发生，不仅是中国。据美国医学研究院估计，每年“可预防的、由药物导致的患者损伤”多达 40 万例，其他原因造成的医疗过错远大于此。

据 2016 年 5 月 5 日网络上的一篇报道，《华盛顿报》5 月 3 日报道，根据《英国医学杂志》最新的一项统计，在美国，每年有超过 25 万人死于医疗过错，这一数字仅次于心脏病和癌症，成为美国第三大致死原因。这个统计数字还是比较惊人的。虽然中国没有类似的统计，但是可能也不在少数。

如果作为医疗过错的受害者（患者）的身份也是医生，也就是说同医院的医生在对本院同事的治疗过程中，也出现了过错，还会是因为疏忽大意、缺乏责任心吗？

患者系某医院心血管内科研究员，在自己工作的医院接受脊柱手术后病情突然加重。2006 年 1 月 31 日，医院宣布，患者因发生术后并发症肺栓塞，抢救无效死亡。高级法院委托了司法鉴定。司法鉴定对因果关系分析认为：医院对患者采取手术治疗的适应症存在质疑；同时对围手术期深静脉血栓形成的认识不足，存在检测、预防及治疗等方面的缺陷，未能早期发现深静脉血栓形成；在出现肺动脉栓塞时，

也未能及时发现并有效处理，致使病情进一步加重，同时抢救过程中出现心脏和肝破裂。综合分析，目前材料未能发现其他可以导致患者死亡的因素，医院的上述医疗过失造成患者死亡，两者之间存在因果关系。二审法院终审判决认为，原审法院依据鉴定结论确认医院的医疗过失造成患者死亡的损害后果，判令某医院承担民事赔偿责任，是正确的。

而在现实中，这种情况并不少见。一外科主任因食道癌（早期）去医院做手术，手术后去世，可能的原因是肋间动脉出血未及时发现。一外科护士在本院乳腺癌切除，未进行病理检查，未能早期发现乳腺癌，最后因乳腺癌去世。一医生因甲状腺肿瘤在本院手术，未进行病理检查，未能早期发现甲状腺癌，最后因甲状腺癌去世。一医生的亲属因肠梗阻到省级医院住院治疗，因未及时手术，造成患者出现肠坏死，导致患者死亡（经鉴定医院存在过错）。一医生的亲属因肠梗阻在自己工作的医院住院，保守治疗中出现肠破裂，患者因腹腔感染去世（经鉴定医院存在过错）。

如果说，医疗过错的发生是因为医生疏忽大意、缺乏责任心。按照一般人的猜想，当医生面对一般患者的时候，或许是有可能的。但是当医生面对自己医院的同事或者自己医院同事的亲属，应当是尽心尽力，按道理说不应该出错。但是就如上面的案例一样，不仅出错了，而且还是一个严重的错误。由此我们也能看出，医生在面对一般的患者和本院的医生，并无明显的区别，虽然都出错了，但是不存在主观上厚此薄彼的情况。就如上面案例中在本院的医生对同事实施的那个骨科手术，医生所犯的还不是一个小的错误，而是根本就没有手术适应症，并且在术前、术中、术后都存在问题，造成了患者的死亡，法院也是基于存在上述重大过错，判决医院承担全部责任。

作为一个北京大医院的医生，在面对自己本院的医生时，出现这