

YILIAO SHIGU
JISHU JIANDING
DIANXING ANLI PINGXI

主编 王学东 王尚柏

医疗事故 技术鉴定 典型案例评析



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

YILIAO SHIGU
JISHU JIANDING
DIANKING ANLI PINXIXI

医疗事故 技术鉴定 典型案例评析

主 编 王学东 王尚柏

副主编 王松涛 陈 蓓

编委会成员(按姓氏笔画为序):

王学东 王尚柏 王松涛 王爱玲 朱化刚

吴大保 李东方 吴 成 陈 炯 陈 蓓

胡何节 盛炎炎

编写组人员(按姓氏笔画为序):

孙士伟 张 麟 张 迪 郭 熨 彭 松

图书在版编目(CIP)数据

医疗事故技术鉴定典型案例评析/王学东,王尚柏主编.
—合肥:安徽科学技术出版社,2015.1
ISBN 978-7-5337-6477-7

I. ①医… II. ①王…②王… III. ①医疗事故-认定-案例-中国 IV. ①D922.165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 239846 号

医疗事故技术鉴定典型案例评析

王学东 王尚柏 主编

出版人:黄和平 选题策划:黄 轩 责任编辑:黄 轩
责任校对:陈会兰 责任印制:廖小青 封面设计:王 艳
出版发行:时代出版传媒股份有限公司 <http://www.press-mart.com>
安徽科学技术出版社 <http://www.ahstp.net>
(合肥市政务文化新区翡翠路 1118 号出版传媒广场,邮编:230071)
电话:(0551)63533323

印 制:合肥创新印务有限公司 电话:(0551)65152158
(如发现印装质量问题,影响阅读,请与印刷厂商联系调换)

开本:880×1230 1/32 印张:10.25 字数:200 千
版次:2015 年 1 月第 1 版 2015 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5337-6477-7

定价:25.00 元

版权所有,侵权必究

序

近年来,医患纠纷受到社会各界的广泛关注。只要有医疗行为,就可能发生医疗事故,就可能产生医疗纠纷。从宏观来看,医疗事故只能防范而不能够杜绝。医患纠纷必须在理性表达的基础上依法予以解决。

凡事皆有因。只有弄清了纠纷发生的原因,理清问题存在的症结所在,找准解决矛盾的突破口,才能想方设法加以应对。

安徽省医学会开展医疗事故技术鉴定工作已有 12 年的历史。多年来,本着尊重法律、维护患者与医者权益以及对社会负责的精神,一直致力于改善医患关系工作的研究与实践。近期,经过多方努力,安徽省医学会精心组织编写了《医疗事故技术鉴定典型案例评析》一书,此书以安徽省医学会所做的具有代表性的医疗事故技术鉴定案例为基础,对其逐一深刻剖析,客观、细致地指出每个案例所存在的问题与不足,提出了防范医疗事故、提高医疗质量的方法与途径。

我以为,此书的出版将有利于医疗机构更加牢固树立法制观念和提高风险防范意识,能够指导医务工作者正确处理医疗纠纷,有效提升执业水平。同时,此书也为患方合理维权和避免被侵权提供了参考,一定会为社会大众所喜爱。

安徽省卫计委
安徽省医学会

李劲风

前 言

近些年来,医患纠纷层出不穷,愈演愈烈,已经成为一个严重困扰当事各方的社会难题。造成这种局面的原因很多:既有我国法制进程的逐步推进,对被侵权人的保护范围不断扩大,保护水平不断提高,又有人们维权意识的增强;既有医患彼此间沟通交流的缺乏,又有当事人某一方的诉求不尽合理;既有医院的疏于管理和医生的粗心大意,又有患者健康需求的提高和对医学知识的知之甚少。然而,无论何种原因,这都是一个摆在医务工作者面前的现实问题,需要正确地面对和解决。

我们根据在组织医疗事故技术鉴定工作中多年积累的经验,与多名切身参与具体鉴定的专家及律师合编了此书。

我们从安徽省 2002—2009 年八年的医疗事故技术鉴定案例中精选了 41 例。针对这些案例,编者按专业学科将其分为 5 类。每个案例,分别从医学和法学的角度对全案进行点评,重点分析院方有无过错,是否存在医疗缺陷与不足,作为前车之鉴帮助临床一线医务人员在医疗诊治过程中遇到类似病例时需要注意的事项、处理手段及避免此类失误发生的应对措施,从而达到减少甚至有效预防纠纷发生的目的。

在编写中,我们参阅了大量原始鉴定档案,吸收了原鉴定专家的很多宝贵意见,在此向所有原鉴定专家表示深深的谢意。

本书的编写不仅是对安徽省多年鉴定工作的一次梳理与总结,还是对医疗鉴定工作的一次实践性探索,书中失误与不妥之处在所难免。我们恳请广大医务人员、专家和同仁批评指正,不吝赐教。

编者

2014 年 12 月 7 日

目 录

第一章 案例点评	1
第一节 内科案例	2
案例 1 慢性肾衰竭诊治引起的争议	2
案例 2 未详细询问病史误诊死亡引起的争议	5
案例 3 因沟通不充分引起的争议	7
案例 4 主动脉夹层动脉瘤破裂导致死亡引起的争议	10
案例 5 冠心病心源性猝死引起的争议	14
案例 6 农药中毒抢救引起的争议	16
案例 7 肝癌死亡引起的争议	19
第二节 外科案例	22
案例 1 梗阻性脑积水患者更换分流管引起的争议	22
案例 2 胆囊结石切除术后致胆汁性腹膜炎引起的争议	25
案例 3 左肾透明细胞癌根治术致脑出血引起的争议	30
案例 4 直肠癌根治术致直肠阴道瘘引起的争议	33
案例 5 下消化道出血行小肠部分切除引起的争议	36
案例 6 车祸致失血性休克死亡引起的争议	39
案例 7 重症急性胰腺炎术后致死引起的争议	41
案例 8 胃大部切除术引起的争议	45
案例 9 急性阑尾炎手术致脾脏、结肠部分切除引起的 争议	48



案例 10	抗生素使用不当致急性溶血反应、肾功能不全 引起的争议·····	52
案例 11	甲状腺功能亢进手术致脑梗死、左侧肢体功能障碍 所引发的争议·····	56
第三节	骨科案例·····	58
案例 1	膝关节置换术后自体血回输死亡引起的争议·····	58
案例 2	股骨颈骨折穿钉术螺钉穿出股骨头引起的争议·····	61
案例 3	踝关节骨折脱位漏诊引起的争议·····	64
案例 4	腰椎间盘突出症髓核摘除术后马尾神经损伤 引起的争议·····	66
案例 5	肱骨多段粉碎性骨折术后骨不连引起的争议·····	68
案例 6	股骨颈骨折漏诊致股骨头坏死引起的争议·····	71
案例 7	股骨颈骨折术后感染引发的争议·····	74
案例 8	股骨粗隆间骨折术后深静脉血栓形成引起的 争议·····	79
第四节	妇产科案例·····	81
案例 1	重度妊高征终止妊娠所引发的争议·····	81
案例 2	重度妊高征并发 DIC 致产妇死亡所引发的争议·····	86
案例 3	头盆不称导致子宫破裂引起的争议·····	89
案例 4	新生儿缺氧缺血性脑病引起的争议·····	92
案例 5	妊高征剖宫产术后死亡引起的争议·····	95
案例 6	新生儿死亡引起的争议·····	98
案例 7	药流死亡引起的争议·····	100
案例 8	产妇外阴静脉曲张行会阴切开术后大出血死亡 引起的争议·····	103
案例 9	使用“米索”引产导致死亡引起的争议·····	105



案例 10	产后阴道出血诊疗引发的争议	108
案例 11	双侧输卵管结扎术纱布残留引起的争议	112
第五节	儿科案例	114
案例 1	输液过敏死亡引起的争议	114
案例 2	肌内注射皮下出血处理不当引起的争议	117
案例 3	间质性肺炎死亡引起的争议	121
案例 4	正常乳房发育误诊引起的争议	124
第二章	案例精评	127
案例 1	本案医务人员的医疗行为评析	128
案例 2	因患者拒绝检查引发的赔偿案	134
案例 3	本案例是否属于医疗事故	139
案例 4	本病案中医院是否承担医疗责任	146
案例 5	本案医院行为的判定	151
案例 6	一起医疗纠纷案例的分析	154
案例 7	一起值得基层医生引以为戒的医疗事故	162
案例 8	院方医疗行为评析	167
第三章	市级鉴定选评	177
案例 1	心脏猝死引起的争议	178
案例 2	慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者药物使用 不当引起的争议	180
案例 3	阑尾炎术后腹膜炎引起的争议	183
案例 4	膀胱切开取石术后双 J 管取出引起的争议	185
案例 5	车祸伤诊疗引起的争议	187
案例 6	腰椎间盘突出术损伤神经引起的争议	189

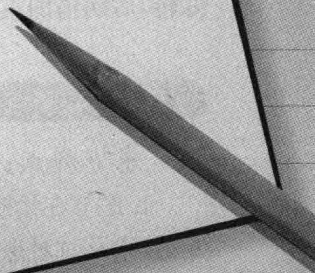


案例 7	髌骨骨折术后伸膝无力引起的争议·····	191
案例 8	双膝关节置换术后感染引起的争议·····	193
案例 9	肱骨外科颈骨折术后死亡引起的争议·····	195
案例 10	睾丸扭转误诊引起的争议 ·····	198
案例 11	宫角妊娠误诊引起的争议 ·····	200
案例 12	胎儿宫内死亡引起的争议 ·····	203
案例 13	胎盘残留行清宫术后引起的争议 ·····	206
案例 14	剖宫产术后新生儿死亡引起的争议 ·····	208
案例 15	多发性子宫肌瘤术后出现膀胱阴道瘘引起的 争议 ·····	211
案例 16	阴道前壁包块术后致尿道阴道瘘引起的争议 ·····	212
案例 17	儿童甲亢诊疗引起的争议 ·····	214
案例 18	臀部注射氨基比林后致坐骨神经损伤引起的 争议 ·····	216
案例 19	扁桃体切除术引起的争议 ·····	219
案例 20	鼻腔异物诊疗引起的争议 ·····	221
案例 21	右侧慢性上颌窦炎手术引起的争议 ·····	223
案例 22	超剂量使用赖氨匹林引起的争议 ·····	225
案例 23	静脉滴注头孢曲松钠导致过敏反应引起的 争议 ·····	227
案例 24	因服用山豆根导致中毒性脑病引起的争议 ·····	229
第四章 部分法律法规规章 ·····		233
医疗事故处理条例 ·····		234
医疗事故技术鉴定暂行办法 ·····		248
医疗事故分级标准(试行) ·····		257



医疗事故争议中尸检机构及专业技术人员资格	
认定办法	269
医疗机构从业人员行为规范	271
中华人民共和国执业医师法	278
医疗机构管理条例	287
病历书写基本规范	294
医疗机构病历管理规定(2013 年版)	306
重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定	312

第一章 案例点评





第一节 内科案例

案例 1 慢性肾衰竭诊治引起的争议

② 病例摘要

患者,男,65岁。反复面部水肿伴腰酸、乏力2年,加重伴咳嗽10天入住某医院。既往“多囊肾”病史2年,有高血压,无肉眼血尿等。入院前10天受凉后咳嗽、咳白色黏痰,门诊治疗效果差,收入住院。入院体检: $T37^{\circ}\text{C}$, $\text{BP}26/10\text{kPa}(195/75\text{mmHg})$,神清,贫血貌,咽部充血,心肺听诊无异常,心浊音界不大,未见明显水肿。化验:血白细胞(WBC) $4.7 \times 10^9/\text{L}$,WBC分类: $\text{N}0.81$, $\text{L}0.19$ 。入院诊断:①上呼吸道感染;②多囊肾,肾功能不全。入院后予抗感染、止咳、降压等处理。第2天有消化道出血,予止血治疗,化验:肌酐 $523.9\mu\text{mol/L}$,血尿素氮 27.03mmol/L ,尿蛋白(+).胸片(-),B超提示“双侧多囊肾”。诊断:多囊肾,慢性肾衰竭(尿毒症期)合并消化道出血,严重代谢性酸中毒;上呼吸道感染。治疗过程中出现心衰,予强心、利尿等处理无明显好转,后病情加重,行腹膜透析治疗,因病情变化而死亡。

② 双方争议要点

患方观点:

1. 医方在诊断有尿毒症后未及时将患者转入肾病病区进行专科专治,未及时对患者进行电解质、血钾、血钠、血气分析等检查,未进行纠酸、利尿、联系透析室会诊等治疗。
2. 医方盲目补钾、补液导致患者心衰、高钾血症。
3. 主治医师无责任心,从患者入院到昏迷当天一直给予二级护理且未下病危通知书,未详细记录病情变化,以致患者昏迷后请透析室



会诊为时已晚。

4. 医方未向家属说明病情,延误了转院或换肾的时机。

医方观点:

患者入院后给予抗感染、降血压等对症处理。出现神志模糊后,行急性腹透治疗。出现心脏骤停,立即抢救。整个诊疗过程,严格按照操作规程,无违规现象,与患者的死亡无直接因果关系。

② 分析意见及结论

市级:

患者死亡的直接原因系多囊肾致肾衰竭、重度酸中毒、肾性高血压、心功能不全等多脏器功能衰竭。但医院在相关检查和治疗过程中存在一些不足,如记出入量、纠正酸中毒等。

鉴定结论:本病例不属于医疗事故。

省级:

患者在院治疗期间,诊断为“多囊肾、慢性肾衰竭(尿毒症期),上呼吸道感染”诊断明确,并进行抗感染、利尿、降压、对症支持等治疗。但治疗过程中存在以下问题:

1. 检查不够及时、不够全面,如未做电解质、血常规、心电图、血气分析等。

2. 治疗依据不足,治疗措施不够精确,如补钾、补液量计算,酸中毒纠正等。

3. 病情观察不够全面,如出入量、血压、护理等。

4. 病程记录不够完善,如心衰治疗后病程记录中未反映等。

因此,院方在诊治过程中存在过失,经专家组讨论,其结论为“一级甲等事故”,由于患者有以下原发病:①多囊肾、慢性肾衰竭(尿毒症期)、并发消化道出血、严重代谢性酸中毒;②上呼吸道感染。因为患者原发病病情危重,所以医院在事故中承担轻微责任。

鉴定结论:本病例属于一级甲等医疗事故,医方承担轻微责任。



⑤ 主要教训和防范措施

1. 多囊肾是一种遗传性肾脏病,根据遗传学特点,分为常染色体显性遗传性多囊肾和常染色体隐性遗传性多囊肾两类。常染色体显性遗传性多囊肾常见,又称成人型多囊肾。常染色体隐性遗传性多囊肾又称婴儿型多囊肾,为多囊肾中少见类型,常于出生后不久死亡,只有极少数较轻类型,可存活至儿童时代甚至成人。多囊肾主要表现为双侧肾脏出现多个大小不一的囊肿,囊肿进行性增大,最终破坏肾脏结构和功能,导致终末期肾衰竭。超声检查:是多囊肾的首选诊断方法。尽管目前多囊肾发病机制的研究取得了很大进步,但迄今尚无有效的治疗方法。目前主要治疗措施是控制并发症,延缓疾病进展。治疗原则为:降低患病个体出生率,及早诊断,加强患者教育,定期检查,积极控制并发症,当患者处于肾衰竭尿毒症时,应按相应治疗原则处理。对于终末期肾病患者及时采取肾脏替代治疗。

2. 慢性肾衰时,需纠正酸中毒和水、电解质紊乱。在这类代谢紊乱中,以代谢性酸中毒和水、电解质平衡紊乱最为常见。对于入院的肾衰患者,及时检测电解质、酸碱平衡是必须的。①纠正代谢性酸中毒:主要为口服碳酸氢钠(NaHCO_3),轻者 $1.5 \sim 3.0\text{g/d}$ 即可;中、重度患者 $3 \sim 15\text{g/d}$,必要时可静脉输入。对有明显心功能衰竭的患者,要防止碳酸氢钠(NaHCO_3)输入总量过多,输入速度宜慢,以免使心脏负荷加重甚至心功能衰竭加重。②为防止出现水、钠潴留,需适当限制钠摄入量,一般氯化钠摄入量应不超过 $6 \sim 8\text{g/d}$;有明显水肿、高血压者,钠摄入量一般 $2 \sim 3\text{g/d}$ (氯化钠摄入量 $5 \sim 7\text{g/d}$);个别严重病例可限制为 $1 \sim 2\text{g/d}$ (氯化钠 $2.5 \sim 5\text{g/d}$)。也可根据需要应用袢利尿剂(速尿、丁尿胺等,如速尿 $20 \sim 160\text{mg/次}$, $2 \sim 3\text{g/d}$)。③积极预防高钾血症的发生。血清钾水平 $> 5.5\text{mmol/L}$ 时,则应更严格地限制钾摄入。在限制钾摄入的同时,还应注意及时纠正酸中毒,并适当应用利尿剂(呋塞米、布美他尼等),增加尿钾排出,以有效防止高钾血症发生。对严重高钾血症(血钾 $> 6.5\text{mmol/L}$),且伴有少尿、利尿效果欠佳者,应及时给予血液透析治疗。



3. 慢性肾衰并发消化道出血、上呼吸道感染、高血压时,应积极予以降血压、止血治疗。抗生素的选择和应用原则,与一般感染相同,唯剂量要根据肾小球滤过率(GFR)水平调整。在疗效相近的情况下,应选用肾毒性最小的药物。

4. 依据医患双方提供的资料,本例患者系因“多囊肾、慢性肾功能衰竭、上呼吸道感染、上消化道出血、重度酸中毒”收治,诊断明确。但在临床观察上不够仔细,未计算出入量,电解质、血气分析等检查不够及时,治疗上存在过失行为。

5. 慢性肾衰患者,常见酸碱平衡失调和各种电解质代谢紊乱,在诊治中应进行电解质、血常规、心电图、血气分析等实验室检查;仔细观察患者出入量、血压等指标,及时纠正酸碱电解质紊乱。

6. 危重患者要注意和患者家属的沟通方式、方法,尊重患者家属的知情权,在进行透析治疗时,应履行告知义务。

案例2 未详细询问病史误诊死亡引起的争议

㊟ 病例摘要

患者,男,48岁。因“胃部不适、腹胀、腹泻多日”在当地村卫生室就医。接诊医师医嘱为口服阿莫西林、氟哌酸、吗丁啉等药物治疗。当日下午5时许,患者仍诉“腹痛、腹胀、腹泻、疲乏”,再次来到该卫生室复诊。医师予静脉输注葡萄糖液及茵必治抗感染等治疗。但患者病情未见好转,并出现尿多、口干、呕吐等症状。第二天上午村卫生室医师至患者家中出诊,再次予葡萄糖液输注等处理。下午6时,村卫生室医师第三次出诊到患者家中,诊视病情未见好转,建议其转院。当日夜间病情进一步加重,出现神志不清等症状。次日凌晨,患者由家属护送转诊至县医院。入院时体检:BP 80/50mmHg,昏迷状态,消瘦,中度脱水。血糖 58.2mmol/L、 Na^+ 110.8mmol/L、二氧化碳结合率 13.5mmol/L、血清肌酐 320.45 $\mu\text{mol/L}$ 、血酮体弱阳性。诊断为:



①糖尿病酮症酸中毒；②1型糖尿病；③休克；④肾功能不全。经抢救无效，下午3时死亡。死亡后未做尸检。

⑤ 双方争议要点

患方观点：

1. 院方在患者初次就诊时，未认真、仔细询问患者的既往病史，在体温、血压、心率、呼吸均正常的情况下盲目诊断为肠道疾病，并为其输入8瓶葡萄糖注射液和其他内服药品。

2. 在为患者输液期间，未尽到医生的观察和照看义务。

3. 院方的误诊误治，延误治疗机会而导致患者死亡。

医方观点：

1. 在接诊患者的过程中无过错，药剂配伍无禁忌。

2. 在治疗过程中，不存在留治现象。

3. 患者死亡与患者本人及其家属延误治疗时间有直接因果关系。

⑥ 分析意见及结论

市级：

1. 院方在静脉输液过程中，未能密切观察患者反应及病情变化，有要求家属拔针情节，违反静脉输液操作常规。

2. 危重病员转诊，院方未写病情介绍，违反病历书写制度。

3. 院方在患者腹泻、腹胀、脱水情况下，静脉补液及抗生素使用符合一般诊疗常规，但医方对该糖尿病患者反复诊治仍不能认识，并给予葡萄糖静滴，属误诊误治，在血糖可能很高的情况下输入葡萄糖，客观上对患者病情加重和死亡有责任，二者有直接因果关系。

鉴定结论：本病例属于一级甲等医疗事故，医方承担轻微责任。

省级：

院方在诊断不明的情况下输注葡萄糖溶液，当病情未见好转且有加重时，仍未认识到病情严重性，仍然采取非针对性治疗措施，致其病



情进一步发展成糖尿病酮症酸中毒伴高渗状态,经治疗无效死亡。院方在医疗过程中未书写病历,无体检记录。医方在医疗过程中存在医疗行为过失,并与患者死亡存在因果关系。

鉴定结论:本病例属于一级甲等医疗事故,医方承担主要责任。

㊟ 主要教训和防范措施

1. 本例患者因腹泻、腹痛就诊,医方在未能明确诊断情况下,给予静脉输葡萄糖液。在病情未见好转时,医方仍未对病情严重性有足够认识,未能做出及时转诊处理,最终导致病情加重、死亡。

2. 中年患者糖尿病多见。易并发脑卒中、冠心病、心肌梗死、肾衰竭、高血压等而危及生命。因此,对待中年患者也千万不要掉以轻心,在积极询问症状、体征的同时,还需注意询问有无其他慢性疾病。仔细体检,并做基本常规化验检查,避免漏诊和误诊。

3. 医务人员在接诊时,详细询问病史后做出初步诊断和鉴别诊断,根据诊断做出治疗方案。药物治疗中仔细观察疗效。在诊治中,若出现病情未见好转或恶化时,应与患者家属沟通,分析原因。若属于疑难杂症,应及时转往上级医院诊治。

案例 3 因沟通不充分引起的争议

㊟ 病例摘要

患者,男,68岁。因胸闷、气喘加重1天到某医院就诊。查体:神清、端坐位、口唇发绀、呼吸急促,两肺布满干、湿啰音,心率100次/分,律齐,全身水肿。诊断:慢性支气管炎急性发作。处理:①50%葡萄糖注射液40ml+氨茶碱0.5mg静脉推注;②低流量吸氧;③转院(上述仅为门诊病历提供)。于当天下午5:30分转另院门诊,拟诊“慢支急发”收住该院。代主诉:反复咳、痰、喘20余年,加重半天。查体: