

医疗事故

与防范原则 实例解析

主 编 徐和平 谢 飞

医疗事故

防范原则 与实例解析

主 编 徐和平 谢 飞

图书在版编目(CIP)数据

医疗事故防范原则与实例解析/徐和平,谢飞主编.
昆明:云南大学出版社,2008.1

ISBN 978-7-81112-492-7

I. 医… II. ①徐…②谢… III. 医疗事故—预防—中国 IV. D922.165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 007167 号

医疗事故防范原则与实例解析

徐和平 谢 飞 主编

策划编辑:伍 奇

责任编辑:李兴和 刘 焰

封面设计:薛 峥

出版发行:云南大学出版社

印 装:昆明理工大学印刷印务包装有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:11

字 数:251 千

版 次:2008 年 1 月第 1 版

印 次:2008 年 1 月第 1 次印刷

书 号:ISBN 978-7-81112-492-7

定 价:40.00 元

社 址:云南省昆明市翠湖北路 2 号

云南大学英华园内(邮编:650091)

发行电话:0871-5033244 5031071

网 址:<http://www.ynup.com>

E-mail:market@ynup.com

内容介绍

本书通过对医学会鉴定的医疗事故实例的叙述与分析，指出医疗服务行为中导致医疗事故的关键点，旨在让广大医务工作者，尤其是青年医护人员从这些实例中吸取发生医疗事故的教训，以此为鉴，提高医院管理和医务人员的医疗水平，避免今后犯类似错误。本书重在分析导致医疗损害的原因，较以往的相关书籍最大的特点是强调医疗事故的事前防范与处理，实例涵盖医疗卫生工作的各部门。书末附相关卫生管理法律、法规、条例和规章制度，以备查找。本书适合于医疗单位的医务人员和管理人员学习、参考以及普通群众提高医疗健康知识。

感 谢

中国人民解放军第59中心医院
云南医疗信息网
北京玛诺生物制药有限公司

对本书出版的支持

《医疗事故防范原则与实例解析》编委会

主 编：徐和平 谢 飞

副主编：杨碧亮 杨万泽 何南飞

刘 刚 张长安

策 划：谢 飞

委 员：彭旭光 江金生 曹映华

徐 宁 达天武 芮 浚

杨明辉 白文照 杨双赋

刘 茹 杨连升 孙跃民

和 军 景正朝 税昌中

丁跃民 苏红春 李 强

杨礼聪 舒占坤 叶亚怀

序 言

胡锦涛总书记在党的“十七大”报告中提出“人人享有基本医疗卫生服务”是全面建设小康社会对卫生事业的新要求。在保障人人享有基本医疗卫生服务的前提下，提高医疗质量，保证医疗安全，促进医学发展，是构建和谐医患关系，维护社会安定，不断推进医疗卫生事业发展的根本要求。

随着现代科学技术广泛应用于医学领域，人民群众自我保护意识和健康需求的不断增强，广大患者对医院管理、医疗质量提出了更高的要求。加强医院内部管理，提高医务工作者医疗技术、服务意识和法制观念，是有效防范医疗事故，保证医疗质量的关键。本书作者收录整理了自《医疗事故处理条例》实施以来的 140 起医疗事故实例，阐述深刻，分析透彻，举例翔实，力求通过医学法学评析，以故事形式讲述卫生管理法律、法规、规章和医疗原则，强调事前预防，具有典型性、代表性和完整性，对如何防范医疗事故详尽而得力，能够使读者从中吸取教训，进一步规范医院管理和医疗行为。

古人云：“前车覆，后车诫。”永远不要重复别人犯过的错误。希望医护人员及医疗机构以此为鉴，预防和避免医疗事故发生。本书适用于医院管理者和广大医务人员，也适用于法律工作者和就诊患者，值得一读。

徐柳

前 言

2002 年 9 月 1 日国务院颁布的《医疗事故处理条例》正式实施，该《条例》成为当前我国处理医疗事故方面的基本法律依据。医疗事故涉及与医疗服务行为有关的部门和学科，从本书收集整理的 140 起医疗事故技术鉴定实例中可以看出，医疗事故的发生主要集中在外科及妇产科这些高风险手术科室。

本书的作者是丰富临床工作经验的专家和长期从事医政管理的工作者，具有较好理论功底和实际工作经验。通过实例的叙述，着重分析了发生医疗事故的原因，对医务工作者，尤其是基层和低年资医护人员有较强的学习和指导意义。

本书有三个章节的内容，分别对医疗事故的基本概念、医疗事故具体实例以及临床工作中主要涉及的法律、法规和规章制度等内容做了详尽的阐述。在第二章中对列举的每一个实例进行深入浅出的分析说明，力求叙述清晰、务实、生动，有借鉴和启发作用，以便今后更好地指导临床工作。本书在编著过程中注重突出理论与实践相结合，不拘泥于对高深医疗理论的阐述，而是注重医疗事故发生的实际情况以及防范方法。相信本书会对医护人员有很好的警示作用，希望广大医务人员及医疗机构以此为鉴，预防和避免医疗事故的发生。书中实例略去了单位名称及当事人姓名，以免引起纠纷。

由于笔者水平所限，错误疏漏和不准确之处在所难免，敬请读者朋友批评指正，以利提高。

编著者

2007 年 10 月 28 日

目 录

第一章 总 论	(1)
第一节 医疗事故主体	(1)
一、医疗事故主体的合法性	(1)
二、医疗事故主体的分类	(1)
第二节 医疗过失行为	(2)
一、违反医疗卫生管理法律、法规、规章、规范、常规	(2)
二、违反医疗注意义务和注意标准	(3)
三、未尽告知义务	(4)
第三节 因果关系与医疗损害结果	(4)
第二章 医疗事故实例	(6)
第一节 临床部门	(6)
一、内科系统	(6)
二、外科系统	(25)
三、妇产系统	(66)
四、儿科系统	(97)
五、急诊系统	(100)
六、五官系统	(105)
七、护理系统	(109)
八、中医系统	(111)
九、与药物使用相关实例	(112)
第二节 医技部门	(117)
一、B 超室	(117)
二、化验室	(118)
三、放射科	(118)
四、内镜室	(119)
五、病理科	(120)
第三节 后勤部门	(121)
第四节 疾控部门	(121)
第五节 120 急救	(123)

第三章 卫生管理法律法规和规章制度	(124)
医院工作制度（节录）	(124)
中华人民共和国执业医师法（节录）	(137)
医疗机构管理条例（节录）	(140)
处方管理办法（试行）	(143)
病历书写基本规范（试行）	(145)
医疗事故处理条例	(152)
附录一：相关法律法规目录	(162)
附录二：卫生部相关批复	(163)

第一章 总 论

《医疗事故处理条例》（以下简称《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。医疗事故成立的四个构成要件：（1）医疗事故主体合法；（2）存在医疗过失行为；（3）医疗过失行为与患者的人身损害结果之间存在因果关系；（4）医疗损害客观存在。

第一节 医疗事故主体

医疗事故主体是指在医疗活动中实施医疗过失行为，导致损害结果发生，承担法律责任的医疗机构和医务人员。《条例》中将医疗事故主体进行了重新界定，首次确定医疗机构为医疗事故的主体。医疗机构确定为医疗事故主体，能够使法律责任落到实处，使赔偿能够迅速实现，有利于尽量减少医疗损害的后果，对医患双方都有利。

一、医疗事故主体的合法性

医疗机构必须取得《医疗机构执业许可证》才能依法执业，医务人员必须取得《医师资格证书》和《执业医师证书》才能上岗执业。根据《执业医师法》和《医师执业注册暂行办法》的规定，医师取得《医师资格证书》和《执业医师证书》后，方可按照注册的地点、执业地点、执业类别、执业范围从事相应的预防、医疗和保健活动。医务人员在医疗机构从事医疗活动或接受医院领导指派到异地出诊等，是构成医疗事故主体的前提条件，若医务人员非履行职务活动导致的人身损害，医务人员不构成医疗事故的主体，医疗机构不承担民事赔偿责任，但医务人员构成非法行医罪。如果医师变更执业地点、执业范围和执业类别，应当到注册主管部门办理变更注册手续，否则，属于非法行医。

在《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》中不属于超范围执业的情况：（1）对病人实施紧急医疗救护的；（2）临床医师依据《住院医师规范化培训规定》和《全科医师规范化培训试行办法》等进行临床转科的；（3）依据国家有关规定，经医疗、预防、保健医疗机构批准的卫生支农、会诊、进修、学术交流、承担政府交办的任务和卫生行政部门批准的义诊。

二、医疗事故主体的分类

医疗事故主体分为医疗机构和医务人员。《医疗机构管理条例实施细则》规定，医

疗机构分为以下几种：(1) 综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、专科医院、康复医院；(2) 妇幼保健院；(3) 中心卫生院、乡（镇）卫生院、街道卫生院；(4) 疗养院；(5) 综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部；(6) 诊所、中医诊所、民族医诊所、卫生所、医务室、卫生保健所、卫生站；(7) 村卫生所（室）；(8) 急救中心、急救站；(9) 临床检验中心；(10) 专科疾病防治院、专科疾病防治所、专科疾病防治站；(11) 护理院、护理站；(12) 其他诊疗机构。如果医疗机构的开设者是施行诊疗行为的医师本人，其主体即是医师本人。而医疗机构开设者不是施行诊疗行为的，主体应指为医疗机构，因为医院的医生是受医院的聘用并在医院规章制度的支配和监督下施行诊疗行为。

医务人员指在医疗机构从事医学临床诊疗科目的执业医师或执业助理医师、护理人员，水电工及其他后勤人员，在违反工作制度，使医疗活动受到影响，造成患者人身损害的，应该承担责任。医务人员成为医疗事故的主体必须是在履行职务活动期间，非履行职务活动发生的事故，医务人员不构成医疗事故的主体，医疗机构不承担民事赔偿责任。

第二节 医疗过失行为

医疗过失行为是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，过失实施了违反现行卫生管理法律法规、规章和医疗规范、常规的行为。医疗事故概念中规定医疗事故是医疗机构医务人员的过失行为，过失分为疏忽大意和过于自信的过失。

疏忽大意是指应当预见自己的行为可能会发生危害的结果，因为疏忽大意而没有预见；过于自信是指已经预见而轻信能够避免，以致发生这种结果。判定医疗过失行为有三条基本原则：一是违反医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范、常规等；二是违反医疗注意义务和注意标准；三是未尽告知义务。^①

一、违反医疗卫生管理法律、法规、规章、规范、常规

《条例》第五条明文规定：“医疗机构及其医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。”例如，拒绝抢救危重患者造成患者发生损害结果的，则应依据《中华人民共和国执业医师法》第二十四条“对急危患者，医师应当采取紧急措施进行诊治，不得拒绝急救处置”之规定，认定医疗机构及其医务人员存在过失。诊疗护理规范、常规分为广义和狭义两种。广义的诊疗护理规范、常规是指卫生行政部门以及全国性行业协会（学）会制定的各种标准、规程、规范、制度的总称，如临床输血技术规范、医院感染管理规范、医院感染诊断标准、医院消毒卫生标准、医院消毒供应室验收标准、医疗机

^① 邓利强：《国内外医疗纠纷现状》，载郑雪倩主编《医疗纠纷防范与对策》，汕头大学出版社2002年版，第17～18页。

构诊断和治疗仪器应用规范等。狭义的诊疗护理规范、常规是指医疗机构制定的本机构医务人员进行医疗、护理、检验、医技诊断及医用物品供应等各项工作应遵循的工作方法、步骤。狭义的诊疗护理规范和常规包括从临床的一般性问题到专科性疾病,从病因诊断到护理治疗,从常用的诊疗技术到高新诊疗技术等内容。从医疗实践看,最常用、最直接的是相关部门制定的对医疗机构、医疗行为管理的规章、诊疗护理规范、常规,它们是指导具体操作的,凡是违反了,必定要出事故。

二、违反医疗注意义务和注意标准

在医疗事故鉴定过程中,医疗机构及其医务人员是否存在医疗过失是认定医疗事故的核心问题,而医疗过失行为的本质是对医生法定注意义务的违反,注意义务包括一般注意义务和特殊注意义务。^①一般注意义务是指医务人员在医疗服务过程中对病人的生命与健康利益的高度责任心,对病人的人格尊重,对医疗服务工作的敬业、忠诚和技能的追求上的精益求精。特殊注意义务是指在具体的医疗服务过程中医务人员对于病人具有的危险性加以注意的具体要求。即对病人的疾病和疾病的治疗所引起生命健康上的危险性除具有提供医疗服务的义务,还必须具有预见和防止的义务,也即危险注意的义务。例如,服用乙胺丁醇的主要毒性反应是视力下降、视野缩小,红绿色弱,个别会发生失明。医务人员必须告知患者药物毒性反应的症状以及在使用药物期间进行随访、复查肝功能和视力的时间表,以便对药物及时调整。若医务人员违反了使用该药物时的注意义务,导致患者医疗损害结果发生,则应该承担责任。对于医务人员来说,有义务具备同一地区相同条件下的医学知识和技能,为患者提供合理的技术和最佳判断,若未能尽到上述义务就是过失。对于医疗机构来说,应承担雇用合格的医务人员并提供培训和设备的义务。

医师和护士应该具备和掌握医学教科书上所确定的诊疗规范、常规,在提供医疗服务时,其学识、注意程度、技术以及态度均应符合具有一般医疗专业水准的医师在同一情况下所应遵循的标准。医务人员在医疗活动中应该尽其合理的注意义务,若违反了应当遵循的基本的注意义务和普遍实施的医疗技术基本标准,必然被认为存在过失。判断医务人员的医疗行为是否符合医疗标准和尽到了注意义务时,还应注意五个因素:(1)病情的紧急性因素:由于患者病情危重,医务人员在紧急状态下能够达到的注意程度与一般情形下的注意程度具有本质区别。(2)医院级别和专科因素:医院条件和专科医生能力与诊断、治疗密切相关,不同级别的医院和专科医生与非专科医生之间差异决定了医疗水准不同。(3)当时的技术水平:不能将在过去医疗技术或条件有局限的前提下发生的事实,用新的技术和理论标准进行判断。(4)地域因素:指不同地区,由于经济、文化发展状况存在相当的差距,医疗机构的硬件设施以及医务人员的技术知识水平、医疗经验等也存在相当的差异。医务人员应该具有相同或相近地区同等级医务人员处理相同疾病时应当具有的技能、知识和注意义务。(5)医学技术的有限性:临床上

^① 朱广友:《医疗纠纷鉴定:判定医疗过失的基本原则》,载《中国司法鉴定》2004年第1期,第42页。

确实难以预见的并发症可以免责；对可以预见的并发症却未能预见，或虽已预见却未采取相应防范措施的，就不能免责。从司法实践来看，有没有尽到本应该尽到的注意义务是法庭判定医疗机构或医务人员是否承担过错责任的主要理由。例如，某医院内科医师使用庆大霉素导致老年患者发生肾功能衰竭，未尽到氨基糖甙类抗生素对老年患者肾功能损害的注意义务，法院终审判决医院对患者进行赔偿。

三、未尽告知义务

《医疗事故处理条例》第十一条明文规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将病人的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知病人，及时解答其咨询；但是应当避免对患者产生不利后果。”《执行医师法》第二十六条也明确规定：“医师应当如实向患者或者其家属介绍病情，但应注意避免对患者产生不利后果。医师进行实验性临床治疗，应当经医院批准并征得患者本人或者其家属同意。”《医疗机构管理条例》第三十三条规定：“医疗机构施行手术，特殊检查或者特殊治疗时，必须征得患者同意，并应当取得其家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见时，应当取得家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见又无家属或者关系人在场时，或者其他特殊情况时，经治医师应当提出医疗处置方案，在取得医疗机构负责人或者授权负责人员的批准后实施。”医疗机构和医务人员未尽到告知义务，患者或家属或关系人就丧失了知情权、选择权、同意权，是一种不作为医疗过失行为。医务人员应当履行下列告知义务，否则，系医疗过失行为。

1. 病人同意的说明义务：（1）疾病的诊断、治疗方法、治疗目的；（2）治疗的好处和风险；（3）其他治疗措施和方法的好处和风险；（4）拒绝治疗的危害好处和风险；（5）治疗费用等。

2. 转院指示的说明义务：不属于自己专业领域，或者由于医院条件受限，医生本人无能力为病人提供适当治疗时，应该及时建议病人转院治疗。

3. 回避不良结果的说明义务：（1）侵袭性伤害的治疗方法手段；（2）使用毒副作用和个体素质反应差异性大的药物；（3）需要病人暴露私部；（4）从事医学科研和教学活动的；（5）需要对病人实施行为限制的。

第三节 因果关系与医疗损害结果

医疗过失与损害结果之间的因果关系是指医疗过失行为与损害结果之间存在的客观因果关系。因果关系往往呈现出以下特点：（1）客观性：因果关系作为客观现象之间引起与被引起的关系，它是客观存在的；（2）连续性：就是从发生时间看，原因必定在先，结果只能是在后，二者的时间顺序不能颠倒；（3）复杂性：表现为一因一果、一因多果、多因多果、多因一果。医疗事故鉴定中常遇到多因一果的情况，要注意区分直接原因和间接原因以及主要原因和次要原因。根据医疗过失行为作用于损害结果的形式，可分为直接原因和间接原因。直接原因是指直接的、必然地引起损害结果的现象。

间接原因是指偶然地介入其他因素造成损害发生的现象。根据原因对损害结果发生的作用不同,可分为主要原因和次要原因。主要原因是指对损害结果的发生起主要作用的原因事实。次要原因是指对损害结果的发生起次要作用的原因事实。

医疗过失与损害结果之间存在因果关系是医疗事故构成要件之一,没有损害结果或损害结果未达到明显人身损害程度则不认定为医疗事故。为此,《医疗事故处理条例》明确了医疗事故分为四级。卫生部又下发了《医疗事故分级标准(试行)》,该标准将四级医疗事故细分为十二个等。

医疗活动是一种高风险的医疗活动,一些人身损害的后果是目前的医学科学技术不能预见或防范的,这样的情形应当排除在医疗事故之外,医疗机构及其医务人员不承担责任。《医疗事故处理条例》第三十三条规定下列情形不属于医疗事故:(1)在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的;(2)在医疗活动中由于患者病情异常或者体质特殊而发生医疗意外的;(3)在现有医学科学条件下,发生无法预料或者不能防范的不良后果的;(4)无过错输血感染造成不良后果的;(5)因患方延误诊疗导致不良后果的;(6)因不可抗力造成不良后果的。

第二章 医疗事故实例

第一节 临床部门

一、内科系统

内科系统中容易产生医疗事故的科室主要集中在心内科、呼吸内科、神经内科和消化内科。对于内科病人的处理，更多体现在及时、正确的诊断以及合理用药方面。观察病人不仔细、未及时给予相应辅助检查、药物使用违反医疗原则和药品使用说明规定等原因常常导致误诊、误治，造成医疗损害。

【心内科】

〔实例1〕诊疗经过：患者，女，20岁，因“头昏、恶心、呕吐伴视物旋转10小时余”，于2004年3月6日24时到当地市医院就诊。当时检查：T36℃，P88次/分，R20次/分，血压为零，面色苍白；双肺呼吸音清晰，未闻及啰音；心音有力，心率88次/分，节律整齐，未闻及杂音；腹软，肝脾未及；生理反射存在，病理反射未引出。初步诊断：（1）美尼尔氏综合征；（2）低容性休克；（3）急性胃炎。医院给予扩容，补充电解质，抗感染，对症支持治疗。2004年3月7日1时，医院为患者检测血压为70/50mmHg，4时测血压为80/50mmHg，7时30分测血压为90/60mmHg，整夜心率波动于78~88次/分之间。2004年3月7日12时查房，患者未诉不适，能下床行走、进食，3月7日22时患者发生呕吐多次。当时检查：脉细、弱，心律不齐，双肺闻及湿啰音；心电图提示：急性下壁前壁心肌梗塞，多发多源室性早搏，医院即将患者转上级医院诊治。上级医院于2004年3月7日22时30分以“心悸，胸闷，气促3天”将患者收入住院。入院时检查：T37.2℃，P102次/分，BP50/30mmHg，一般情况差，烦躁，口唇肢端发绀，四肢冰冷，颈静脉无充盈；双肺呼吸音粗，可闻及少许湿啰音，心界不大，心律不齐；双下肢无水肿；心电图提示Ⅱ°—Ⅰ型房室传导阻滞，急性下壁、广泛前壁及右室心肌梗死；实验室检查为：乳酸脱氢酶1363u/L，磷酸肌酸激酶901u/L， α -羟丁脱氢酶521u/L，谷草转氨酶922u/L。诊断为：（1）急性下壁、广泛前壁、右室心肌梗死；（2）心源性休克。经医院给予抗感染，改善心肌供血，减少梗死面积，扩容补充血容量，吸氧等对症支持治疗，患者的病情无好转，于3月8日8时突然病情加重，经抢救无效，于2004年3月8日8时40分死亡。

争议焦点：患方认为市医院未对患者进行仔细、全面的体格检查，未及时给予心电

图检查,存在误诊、误治,有过失行为;医方认为患者病情具有特殊性且发病急,属于现有医学科学技术条件下不能防范的情况。

鉴定专家分析:

1. 虽然患者的病情有一定的特殊性,但市医院在对患者的诊治医疗过程中存在一定的医疗过失:对导致患者休克的原因未做认真思考和分析,未及早做心电图检查,未给予吸氧,在心电图诊断为心梗后转诊上级医院过程中,无专人护送,未给予生命保障支持。

2. 市医院的上述过失与患者的死亡存在因果关系。

3. 患者因急性心梗并心源性休克,室性心律失常,病情凶险,预后差,市医院的上述过失对患者的死亡负有主要责任。

结论:属于一级甲等医疗事故,市医院承担主要责任。

医学法学评析:本实例的确有其特殊性,临床上青年人心肌梗塞的发病率很低,非专科、低年资医生容易忽略对青壮年心肌梗塞的诊断及治疗。在已经明确急性下壁心肌梗死后,将病人转入上级医院时,无医护人员护送和未给予生命保障支持,违反了《医院工作制度》第三十条转院、转科制度的规定。此实例的经验与教训:

1. 有心血管方面症状的患者应该及早做心电图等辅助检查,医务人员要全面、认真思考和判断原因。

2. 青壮年心肌梗塞的发病率呈上升趋势,临床工作中此类病人并不少见。

3. 较重病人转院时应派医护人员护送,并提供医疗保障措施。

[实例2] 诊疗经过:患者,男,34岁,因“大汗淋漓,面色苍白伴乏力约20分钟”,于2005年5月30日0时35分被扶送入县中医院就诊,入院前20分钟患者吃烧烤,饮啤酒一口后即呛咳,继之大汗淋漓、面色苍白、四肢发冷,未经任何处理。既往曾于4年前出现过“胃痛”。入院时检查:P100次/分,R22次/分,BP120/80mmHg,神志清楚,面色苍白,皮肤湿冷,心率100次/分,律齐,其余(-),微量血糖5.8mmol/L。初步诊断:休克(性质待定)。医院立即给予补液及对症支持治疗。2005年5月30日2时25分,患者突然出现呕吐,随即呼之不应,当时测血压测不起,心电图监测无心跳,考虑心搏骤停,医院立即给予胸外按压及吸氧,同时给予阿托品、肾上腺素、利多卡因、地塞米松等抢救。经上述处理,患者仍无呼吸、心跳,双侧瞳孔散大,对光反射消失,于2005年5月30日3时05分抢救无效死亡。死亡诊断:猝死。尸检结论:送检死者胸腔血液中检出乙醇成分,其乙醇含量为119mg/100ml;病理诊断为:(1)左冠状动脉血栓栓塞,急性心肌梗死;(2)脏器淤血(肝、肺、肾、脾、心肌);(3)脑水肿;(4)肺淤血、水肿;(5)肝细胞部分脂肪变性;(6)肠黏膜充血;(7)慢性浅表性胃炎,胃黏膜充血、出血;(8)皮肤组织充血。

争议焦点:患方认为医院观察不仔细、判断失误,未采取积极、有效的治疗措施;医方认为患者因为大量饮酒诱发急性心肌梗死,发病急、病情异常,属于现有医学科学技术条件下不能防范的情况。