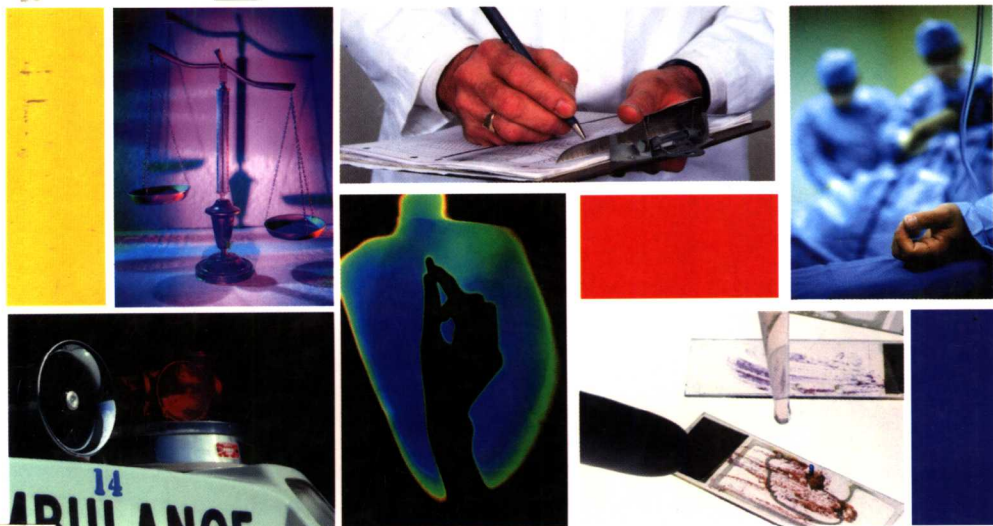


# 医疗纠纷案例分析 与防范对策

主编 徐玉生



65

军事医学科学出版社  
金盾出版社

# 医疗纠纷案例分析与防范对策

主 编 徐玉生

副主编 (以姓氏笔画为序)

韦 斌 李 利 武步海 苗玉圃

胡志可 贾瑞红 谢 静

编 委 (以姓氏笔画为序)

马 莉 马海燕 韦 斌 王 敏

王守栋 孔瑞霞 李 利 刘 丹

张 敏 张新安 武步海 苗青梅

苗玉圃 胡亚宁 胡志可 袁 娅

袁庆媛 贾瑞红 徐玉生 鹿 峰

谢 静

## 内 容 简 介

医疗纠纷是医患矛盾激化的表现,防范医疗纠纷,正确处理医疗纠纷是摆在医疗机构、医务人员面前的重要问题。本书通过对 20 余例医疗纠纷进行分析,依据医疗卫生管理法律、部门规章、行政法规、诊疗护理规范、常规,联系医学科学、医学实践、医疗管理的最佳成果,重点分析案例中医疗机构、医务人员的过失或缺陷,希望医疗机构管理者和医务人员从中吸取教训。

\* \* \*

### 图书在版编目(CIP)数据

医疗纠纷案例分析与防范对策/徐玉生主编.

-北京:军事医学科学出版社,2002.9

ISBN 7-80121-418-8

I.医… II.徐… III.医疗事故-民事责任-案例-分析-中国

IV.D922.165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 074084 号

\* \*

军事医学科学出版社出版

金盾出版社总发行

(北京市太平路 27 号 邮政编码:100850)

新华书店总店北京发行所发行

春园印装厂印刷装订

\*

开本:850mm×1168mm 1/32 印张:14.25 字数:367千字

2002年9月第1版 2002年9月第1次印刷

印数:1~11000册 定价:26.00元

---

(本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换)

## 前 言

医疗事故争议或医疗纠纷是当今社会的焦点之一,百姓重视,政府重视,媒体重视,医务界更重视。医疗纠纷之所以成为焦点的原因很多,其一,社会的进步,社会物质文化生活水平的提高,使公众对医疗服务的要求随之提高,而医学发展、医疗机构建设、医务人员的服务理念、技术水平、服务质量的进步相对滞后;其二,市场经济取代计划经济的社会变革,产生了新的矛盾,社会保险事业尤其是医疗保险的发展尚不能满足公众的需要。比如计划经济时代医务人员的工资、医院建设资金是计划拨款。而现在一些国营医院医务人员也要挣钱发工资,并挣钱供医疗机构生存发展。医患关系由原来单纯的治病救命转变为医疗服务要讨钱,接受医疗服务要付钱,尤其是医生、护士已被推到与病家金钱交易的前沿,医患矛盾也因此而突出。在这种关系中,医务界部分人产生了拜金主义、借医疗服务之机向病家、向社会索取不正当的钱财。病患人群中也不尽是舜尧,出现了借看病之机向医疗机构及医务人员敲诈勒索,民间流传“要想富告大夫”的民谣,真实反映了医患矛盾的尖锐性。其三,新闻媒体的宣传和炒作。媒体对医疗纠纷不乏实实在在的报道,也不乏沸沸扬扬的炒作等等。既然医疗纠纷已成为社会的焦点,如何对待医患关系,如何防范医疗纠纷就成为社会各界尤其是医务界极为关注的问题。

医疗纠纷是医患矛盾的激化,对医患矛盾、医患关系有各种各样的认识,通过 40 年的临床实践,笔者认为医患之间的坦诚相待、信任理解是战胜疾病的重要条件。在 20 世纪 70 年代笔者收治一例格林-巴利综合征呼吸肌麻痹患者,因医院设备简陋,技术条件有限,家属提出转院。当时患者已病危,为了患者的生命安全一方面积极抢救,一方面通过医院让家属到徐州、济南几家医院联系,因为看到了这几家医院收治的格林-巴利综合征呼吸肌麻痹患者

或死亡、或已无希望,家属坚定了在本医院治疗的决心。为抢救这位患者,医院组成了抢救小组,给患者做了气管切开,先用简易呼吸器辅助呼吸,又向上海第四医疗仪器厂购得电动呼吸机,依据呼吸机使用的相关资料,开始本院第一例呼吸机辅助呼吸治疗呼吸肌麻痹。医护人员昼夜监护,经过45个日日夜夜的艰苦努力,使患者恢复了自主呼吸,最终达到完全康复,从死神手中夺回了患者的生命,保全了一个幸福和美的家庭。对这一患者的治疗充分体现了医患之间坦诚相待,医护人员对患者忘我无私的精心治疗,患方对医护人员完全信赖的全力支持,是战胜疾病的重要保障。医患矛盾尖锐、相互戒备,患方心存猜疑,医生畏惧风险,战战兢兢,如临深渊,如履薄冰,挽救危重病人从何谈起!

医患之间矛盾尖锐化的结果,首先不利于公众的健康,也阻碍医疗事业的发展。

目前社会上有一种认识,到医院看病和到商店买商品一样同是消费,“一元钱挂个号,一切问题找医院”。买商品和看病绝不是一码事,把一元钱挂号券看作是医患之间的服务合同,甚至是生死合同的认识,也令人不能理解。挂号仅是一个看病的手续,医疗行为的任何收费都不是患者生命、健康、疾苦、伤残的价码,因此医患之间没有什么利益均等的合同关系。一元钱挂号券在手,任何问題不分青红皂白都由医院承担既不公平也不现实。

在医疗纠纷中认为患方是弱者,支持患方就是支持弱者,也不尽然。在某些医疗纠纷中,医务人员遭受围攻、殴打、侮辱,谁是弱者?医疗服务面对社会各个阶层、各个行业,三教九流,其中不乏呼风唤雨、神通广大的强者。自古以来,扁鹊、华佗至于今,医生只是服务于他人,从来没有成为强势行业。不能一概而论在医疗纠纷中患方是弱者,应当根据具体情况实事求是分析,公平、公正解决,维护医患双方的合法权益。

治病是运用医学科学、临床经验服务于患者,期望治愈疾病、恢复健康。医疗行为和医疗行为的结果受诸多条件的限制,甚至

有很多不可抗御的条件。人作为自然生物体,有无穷的奥妙,人作为社会人有难测的秘密,疾病发生在人体有太多难解的问题,致病因素又有无穷无尽的变化,疾病的转归常常不以人的意志为转移。对于这些问题,过去归之为“天”、“鬼”、“神”,现代科学的发展,虽然有了一定的认识,但是距完全认识,还遥遥无期。治病是医患双方的合作,治好病是医患双方的共同愿望。疾病的转归取决于医患双方,“矛盾论”讲,内因是变化的根据,外因是条件,外因通过内因起作用,在治病问题上也应以“矛盾论”来认识。很显然,把看病与买件商品等同起来是违背客观事实的,把因买件商品和卖方发生矛盾的解决办法与医患矛盾等同起来是违背科学的。每个人的生老病死都和医生、护士及医疗机构相关,医患关系广泛影响社会各阶层,对医患关系的模糊认识促使医疗纠纷的发生与日俱增。

目前医疗事故的赔偿也困扰着医疗机构和医务工作者。笔者早年遇到一青年农妇刚进诊室就昏倒在诊桌旁,生命垂危,当时仅能依靠一把听诊器迅速作出心包填塞的诊断,果断就地施行心包穿刺术,抽出血性心包积液,解除了心包填塞,挽救了农妇的生命,按标准收了七角钱的手术费,农妇的丈夫十分感激,送来了自留地瓜田里的两个大西瓜。七角钱是救命的价值,决不是生命的价值,按目前心包穿刺术的收费标准也仅是 50 元。有经验的医生常常一句话,一味药,一个简单的手术挽救一条生命,如何计算价值?现在医疗机构挽救成百上千条生命的价值还抵不上一次医疗纠纷的赔偿,谈不上什么合理。救死扶伤是神圣的事,医疗过失致伤残、死亡是天大的事,两者都不能完全用金钱衡量。医疗服务首先是救死扶伤实行人道主义,医疗服务不是商品,不能把医疗机构、医务人员看作卖方,把患者、患者家属看作买方,无法用商品交换的价格规律衡量医疗服务与患者生命、健康、疾苦、伤残的各自价值,进行等价交换,显然不应套用《消费者权益保护法》和《合同法》解决医疗纠纷。医疗机构和医务人员无力改变医疗纠纷的现状,古语云“医者父母心”、“上医医国,其次疾人”,只有用博爱、宽容的

胸怀面对社会。医疗机构和医务人员应加强全面质量管理,全面提升自身素质,坚持实行人道主义,坚持医德规范,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,树立以病人为中心,以病人满意为标准的观念,力争最大限度的防范事故差错。

医疗纠纷是医患矛盾激化的表现,防范医疗纠纷,正确处理医疗纠纷是摆在医疗机构、医务人员面前的重要问题。本书通过对20余例医疗纠纷进行分析,依据医疗卫生管理法律、部门规章、行政法规、诊疗护理规范、常规,联系医学科学、医学实践、医疗管理的最佳成果,重点分析案例中医疗机构、医务人员的过失或缺陷,希望医疗机构管理者和医务人员从中吸取教训。通过案例分析,认识医疗机构经营行为,医务人员医疗行为必须遵守医疗卫生管理法律、部门规章、行政法规、诊疗护理规范、常规。医疗行为科学化、规范化、合法化、标准化是防范医疗争议的根本措施。探讨运用现代“生物-心理-社会”模式,循证医学观点、方法指导医学实践,对提高医疗质量的重要意义,认识实行全面质量管理、全面质量控制、提高医疗质量、保证医疗安全,以病人为中心,以病人满意为标准的现代医疗服务,对防范医疗纠纷的重要性。

另外,本书对医疗纠纷案例分析和编入的相关法律、法规、规章,也帮助患者或患者家属认识医疗纠纷,认识在医疗纠纷中如何正确维护自己的合法权益。

本书中的诊疗护理常规仅供读者参考,医疗护理工作中应以卫生部将颁布的诊疗护理常规为标准。

由于水平所限,不当之处,请读者宽谅。

编者

二〇〇二年八月十六日

# 目 录

胃大部切除术后猝死案例分析	
手术科室医疗事故争议防范·····	(1)
急性硬膜下血肿患者手术前死亡发生医疗纠纷·····	(19)
颅脑外伤死亡发生医疗纠纷·····	(26)
脑外囊区血肿置管抽吸术后盲目进管致脑干出血·····	(28)
股骨颈骨折延迟愈合发生医疗纠纷	
骨科医疗事故争议防范·····	(30)
粉碎性骨折内固定术后骨折未愈合发生医疗纠纷·····	(36)
指骨结核手术后再发腰椎结核发生医疗事故争议·····	(39)
肺损伤死亡发生医疗事故争议·····	(44)
分娩过程中羊水栓塞死亡发生医疗纠纷	
妇产科医疗事故争议防范·····	(52)
人工流产术后大出血发生医疗纠纷·····	(62)
先天性白内障术后未复明发生医疗纠纷	
眼科管理和医疗事故争议防范·····	(74)
剖宫产术行硬膜外阻滞麻醉死亡案例分析	
麻醉科医疗事故争议防范·····	(79)
腹痛诊断不明死亡发生医疗事故争议	
内科医疗事故争议防范·····	(100)
急诊科胸腹痛患者做 B 超检查时死亡	
急诊科医疗事故争议防范·····	(115)
嵌顿型膈疝死亡发生医疗纠纷·····	(130)
化脓性脑膜炎患儿死亡医疗事故争议	
儿科医疗事故争议防范·····	(137)
流行性乙型脑炎患儿死亡发生医疗事故争议·····	(154)



绞窄样肠梗阻延误诊断致肠坏死	
误诊发生医疗事故争议防范 .....	(170)
重症肺炎死亡发生医疗纠纷	
危重疾病医疗事故争议防范 .....	(202)
电动吸引洗胃法致 1 605 中毒患儿胃破裂	
护理医疗事故争议防范 .....	(226)
静脉输液过程中发生空气栓塞致患者死亡	
输液医疗事故争议防范 .....	(237)
输血感染病毒性肝炎案例分析	
输血医疗事故争议防范 .....	(245)
静脉滴注刺五加注射液死亡发生医疗纠纷	
药物过敏医疗事故争议防范 .....	(255)
结肠镜检查致肠破裂发生医疗纠纷	
内窥镜室医疗事故争议防范 .....	(258)
误用氨茶碱致婴儿死亡发生医疗纠纷	
药剂科医疗事故争议防范 .....	(266)
检验科误报血糖检测值案例分析	
检验科医疗事故争议防范 .....	(280)
农村家庭接生产妇死亡发生医疗纠纷	
农村助产医疗事故争议防范 .....	(288)
“上感”、“急性胆囊炎”死亡发生医疗纠纷	
村卫生室医疗事故争议防范 .....	(296)
附录	
医疗事故处理条例 .....	(314)
医疗事故技术鉴定暂行办法 .....	(329)
医疗事故分级标准(试行) .....	(338)
医疗机构病历管理规定 .....	(350)
重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定 .....	(354)
病历书写基本规范(试行) .....	(358)

## 医疗事故争议中尸检机构及专业技术人员资格

认定办法·····	(368)
医疗机构管理条例·····	(371)
医疗机构管理条例实施细则·····	(378)
中华人民共和国执业医师法·····	(396)
中华人民共和国护士管理办法·····	(405)
中华人民共和国传染病防治法·····	(409)
中华人民共和国药品管理法·····	(417)
血站管理暂行办法·····	(436)

# 胃大部切除术后猝死案例分析

## 手术科室医疗事故争议防范

事件发生在某县医院外科,患者,男,52岁,因突发性上腹疼痛7小时,以弥漫性腹膜炎、上消化道穿孔,于某日7时30分收住某县医院外科。患者有“胃病”史6年,2年前曾因“胃穿孔”行修补术。查体:体温:36.3℃,脉搏:76次/分,呼吸:19次/分,血压:16/10 kPa,中年男性,发育正常,营养差,神志清,精神差,急性痛苦面容。头、颈、心、肺无明显异常发现,腹平坦,无肠型及胃肠蠕动波,右上腹可见约12 cm长手术切口疤痕,板状腹,全腹压痛、反跳痛,肝浊音界缩小。辅助检查:血常规:白细胞 $14.9 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞0.134 中性粒细胞0.846。心电图:Q波异常,异常心电图,运动不可以(电脑分析)。腹透:右膈下可见新月状游离气体,提示上消化道穿孔。

诊断:上消化道穿孔、弥漫性腹膜炎。

依据病情,手术指征明确,经征得家属同意后,积极做好必要的术前准备,于当日10时30分在硬膜外麻醉下施行剖腹探查术,术中根据病人病情实施胃大部切除术。术后病人一般情况可,给予I级护理,禁饮食,胃肠减压。常规用药:生理盐水注射液250 ml,先锋霉素V 5.0 g,静滴,每日一次;甲硝唑250 ml,静滴,每日2次,复方氨基酸注射液500 ml,静滴,每日一次;10%葡萄糖注射液500 ml,丁胺卡那霉素0.6 g,静滴,每日一次。于手术后第5日病员因咳嗽刀口全层裂开,即于当日,8时30分在硬膜外麻醉下行刀口裂开缝合术。手术后,病人一般情况可,于每日进流质饭。第3日,约16时,病人突发便意,到厕所返回后,即感心慌、气短、呼吸急促、头晕。值班医师、巡回护士立即查体,发现口唇紫

绀,血压测不到,考虑为急性心肌梗死,同时积极抢救,请内科会诊协助抢救,抢救中观察心电图示直线,抢救历时 20 分钟无效,临床死亡。

本例患者在“胃大部切除术”后第 9 日猝死,虽然死因和手术无明确关系,但是因为死亡发生在手术后住院期间,仍然发生了医疗事故争议。

患者因胃穿孔急诊手术,手术指征明确,手术及时、成功,术中管理无明显失误,猝死为意外事件。认真分析本例医疗事故争议,仍有教训可接受。

其一,患者住院期间,应对其心脏情况认真检查。

本例患者为男性,52 岁,术前心电图已发现异常 Q 波,心电图电脑分析提示“运动不可以”,患者安全度过了第一次、第二次手术阶段,但在术后第 9 日约 16 时突然出现便意,在去厕所大便返回病房时发生心慌、气短、头晕、紫绀、血压测不到,数分钟内死亡,符合心原性猝死表现。在患者突然发生急迫便意时,可能已是心脏病急性发作征兆。

复习患者病例,手术后,对患者没有再进行心电图检查、超声心动图检查,也没有对患者的心脏情况有任何重视的情况,直到猝死发生才请心血管内科会诊。

患者在手术前、手术中、手术后都可能发生重要器官的生理、病理、功能改变,甚至发生突然功能衰竭,对有潜在病变的器官更有可能发生重要影响,这是手术科室,应经常引起警惕的问题。本例患者术前已发现心电图异常,应当引起重视,并且进行深入的检查,或者请心血管内科会诊,给予必要的预防性治疗措施。对于中年男性患者,即使手术前没有发现心电图变化,接受较大手术后,也应注意心脏情况的严密观察。

其二,加强手术后管理。

该患者手术后第 5 日因咳嗽,腹部刀口全层裂开,又进行了第二次刀口缝合,术后第 9 日到厕所大便后猝死,提醒手术科室医护

人员应加强对患者的手术后管理。手术科室对患者的医疗服务,应做到患者从入院到手术前准备、手术中、手术后返回病房、出院、出院后随诊全过程零缺陷服务,达到患者满意的最高标准。

手术科室是医疗纠纷、医疗事故及差错的多发科室。在手术前的准备过程中来不及手术而死亡,延缓或耽误了手术时机而造成脏器损害、功能障碍;手术前准备工作不充分、不周密;手术过程中出现手术错误,开刀错位、手术范围无原则的扩大、损伤重要组织器官,可预见的手术中出现问题如出血、休克抢救不力,手术中意外死亡、手术中发现新的问题处理不当、手术中遗漏应处理部位、异物遗留;手术后达不到预期效果、手术并发症、手术后意外死亡等情况都可能发生医疗纠纷或构成事故、差错。应该对手术相关的医疗事故争议认真研究,尽最大努力防范。

### 一、手术科室医疗事故争议常发生的情况

- (1)患者手术前病情危重,来不及手术死亡。
- (2)患者病情手术前诊断不明,观察过程中病情突然恶化,抢救无效死亡。
- (3)对患者的病情延迟诊断、贻误手术时机而发生重要脏器穿孔、坏死、损伤、功能损害。
- (4)术前诊断已明,待手术过程中贻误手术时机,病情突然恶化造成不良后果或患者死亡。
- (5)术前病情疑难或复杂,经必须的准备之后才可手术,尽力的准备过程中,患者病情恶化或死亡。
- (6)术前病情需其他科协助诊断、处理,术中需其他科合作,而手术者没有邀请其他科会诊,术中发生严重后果。
- (7)手术中发现术前诊断错误,不应手术。
- (8)手术中发现诊断错误,临时更改手术方案或手术部位。
- (9)手术中大出血。

(10)手术中造成不应有的神经、器官损伤。

(11)手术中意外死亡。

(12)手术诱发潜在疾病恶化。

(13)手术部位错误。

(14)因各种原因收治非本科患者延误手术或代替其他科手术,发生不良后果。

(15)手术中医疗器械故障发生不良后果。

(16)手术后发现异物遗留体内。

(17)手术后感染、出血、脏器粘连、梗阻、狭窄、功能障碍等并发症。

(18)手术植入人体的医用器材发生问题,如骨钉折断、钢板断裂、起搏器故障、心瓣膜损坏。

(19)移植器官发生免疫排斥以外的问题。

(20)与麻醉相关的医疗事故争议。

(21)与输血、输液相关的医疗事故争议。

(22)手术科护理医疗事故争议。

## 二、手术事故、差错的常见原因

### (一)手术前事故、差错

1. 误诊 医生没有以负责的态度详细询问病史,全面、细致查体,采取常规的、必需的辅助检查;业务技术水平低,思路狭窄,鉴别诊断能力不足;罕见病;临床表现不典型等原因都可造成误诊,误诊的结果导致误治,手术方案错误,手术指征不明确,错开刀,开错刀。

2. 漏诊 对病史询问不详细,体格检查、辅助检查仅限于临床表现较为突出的需手术治疗疾病,对患者的健康状况,已存在的内科疾病未能发现或视而不见,不作认真全面的分析,甚至漏诊重要疾病。

3. 术前准备不足 未能按照常规要求进行必要的准备如：

(1) 肠道手术前未进行常规清洁灌肠，影响手术操作，造成手术后吻合口瘘、感染。

(2) 盆腔手术前未下导尿管，膀胱充盈，手术中误伤膀胱。

(3) 手术区备皮不符合要求，手术区皮肤原有的皮肤感染灶未做必要的处理，造成手术后伤口的化脓感染。

(4) 术前未作输血准备，急需输血时，发生无血可输，造成不良后果。

(5) 术前未按常规用药，造成术中操作困难，麻醉失败等。

(6) 术前未全面查体及必要的辅助检查，未排除手术禁忌证，如糖尿病、血液系统疾病等。术前因为漏诊内科疾病，如心血管疾病、呼吸功能不全等，对术中可能发生的问题估计不足，未作相应的急救药品、器械等准备。

## (二) 手术中差错、事故

手术中因为违犯手术原则、不遵守操作常规、技术水平低、经验不足等发生医疗过失如：

1. 手术中无客观依据，盲目扩大手术范围，任意更改术式或方案；

2. 手术中发现疑难情况，手术者不能胜任但不请示上级医师，轻率蛮干，造成不良后果；

3. 手术中未经上级医师同意，擅自做主，改用未曾使用过的手术方法；

4. 手术中因技术不熟练，误认组织脏器；

5. 结扎血管不牢，错扎血管；

6. 手术中粗心大意，将纱布、器械等手术器材留置在患者体腔。

## (三) 手术后医疗差错、事故

手术后按诊疗常规的继续治疗、观察、护理是患者顺利康复的重要环节，只管开刀而忽视手术后管理，手术后管理失误都可造成

差错、事故：

1. 内出血未及时发现处理；
2. 术后并发症预防措施不力或未及时发现、处理；
3. 不按诊疗常规换药，不洁换药导致伤口感染，术后感染诊断不及时、治疗不力造成不良后果；
4. 骨折肢体固定不当，致缺血、坏死；
5. 引流管引流的观察不仔细，引流液量、性质的观察不认真，不作记录，影响病情判断，延误治疗。

### 三、手术科室医疗过失分析

#### (一) 凡出现以下情况之一的应视为医护人员有过失

1. 无故推诿、拒收本院完全有条件抢救的急、危、重病员，以致贻误手术时机，造成不良后果者；
2. 不具备抢救急、重、危病员条件或不属本科病种范围的重症，在接诊后不做必需的检查诊断，不做初期处理，未经联系妥当，不派医务人员护送，就让病员自行转诊，造成不良后果者；
3. 值班人员擅离职守或无故拖延急会诊及抢救，造成不良后果者；
4. 介于多科之间，一时难以确诊或需多科配合的重症，不执行首诊负责制，对病员推诿不救，造成不良后果者；
5. 对疑难病症的诊疗，擅作主张，不请示上级医师或不执行上级医师医嘱，或者上级医师对下级的请示漠不关心、草率行事造成不良后果者；
6. 对病员不认真做术前检查、准备和讨论，违犯手术规章制度，冒然实施手术，造成不良后果者；
7. 不经领导批准，自行其事开展新的手术项目，造成不良后果者；
8. 术中不懂装懂，操作粗暴，损伤重要组织器官，补救无效，造



成不良后果者；

9.擅自更改手术方案,无原则地扩大手术范围,或开错与原病无关的部位,造成不良后果者；

10.不认真执行器械物品计数核对制度,异物遗留在手术腔内,干扰了组织器官的正常功能,造成不良后果者；

11.术后不认真交接班影响术后管理,或发现病情变化不做及时处理,不向上级医师请示报告,造成不良后果者；

12.在手术进行中,参加手术的成员相互不配合,不采纳正确建议,或故意刁难对方,或明知术者违犯手术操作规程也不指出来,因而发生手术失误,造成不良后果者；

13.病员病情复杂,因经验不足或不具备条件,难以确定诊断或做出错误诊断,治疗措施不易奏效,造成不良后果者；

14.对急、重病员,虽已明确诊断,但对病情变化缺乏应急判断能力,以致在手术前采取的非手术治疗措施不力,使病情恶化,造成不良后果者；

15.因技术条件所限或临床经验不足,对组织结构辨认不清、误伤重要组织器官、补救措施不够得力或术中未发现损伤、遗漏修补造成不良后果者；

16.对术后早期并发症不认识,延误抢救时机,造成不良后果者；

17.在手术操作过程中,对解剖关系辨认不清,造成组织器官的严重损伤,未及时发现,未恰当处理,造成严重后遗症者；

18.术后早期严重并发症发现较迟,经抢救后仍发生不良后果者；

19.术中已尽到最大努力,但受技术条件所限,仍发生判断失误,延缓手术时机,造成病员痛苦及不良后果者。

## (二)凡具有下列情况之一者,不应认定为医疗过失

1.病员或家属不配合,影响医师对病员的诊断或治疗,使病情恶化,造成不良后果者,不能认定为医疗事故；