

医 药 情 报

医疗事故管理研讨会论文集

编者 刘培友

一九八八年四月

广西壮族自治区卫生厅长医学会副会长 兰芳馨在医疗事故管理研讨会上的讲话

(一九八七年十一月十八日)

各位专家、学者，同志们：

您们不辞旅途劳累，从十九个省、市、自治区聚集南宁，不单是医界，还有法界，法医界，大家就共同关心的医疗事故管理问题进行研讨。我代表广西壮族自治区卫生厅、代表中华医学会广西分会向大家表示热烈欢迎，向会议表示祝贺。

这次研讨会得到了广西法学会和广西法医学会支持，这两个学会的领导今天还亲自到会指导。对此，我感到由衷的高兴，并表示感谢。

现在，全国的医疗单位每年门诊接诊约25亿人次，应住院的病人近5000万人次。随着医疗卫生事业不断发展和科学技术的进步，我国的医疗条件和人民健康水平有了明显提高。各级卫生行政部门和医疗单位以及广大医务工作者为提高医疗质量，防范医疗差错事故，保障医疗安全，采取了许多积极措施，也取得了明显效果。许多病种的危重病人的抢救成功率在不断提高，许多疾病的并发症在不断减少和减轻，许多手术、操作的危险性在不断减低，许多药物的毒副反应被不断认识，对疾病诊疗的手段在不断增加，诊疗方法更为常规化，诊疗步骤更为规范化，治愈率不断提高，病死率不断下降，许多不治之症已逐步摸索出治疗办法，等等。但是，医疗事故的纠纷当前仍然是一个十分敏感的话题。据卫生部办公厅信访处介绍，为医疗纠纷上访占三分之一。司法机关以医疗事故沿用刑律论处所引起的纷争也时有发生。在国外，医疗诉讼案也大有日见增加的势头。

就我们医疗卫生行政部门自身来说，救死扶伤，实行革命人道主义是我们的光荣使命，完全彻底、全心全意为人民群众防病治病是我们的天职，因而，不断提高自己的医疗道德水准和业务素质，不断总结工作经验，完善规章制度，增强责任感，注重医疗质量，注重医疗安全，积极地做好医疗事故的防范工作，减少医疗事故，尤其杜绝重大医疗责任事故，这是十分必要的，至关重要的。在这方面，我们一定要有高度认识，要切实加强教育与管理，要加强研究，探索防止发生的有效办法。当然，也要加强对处理医疗事故纠纷的研讨，正确认识医疗事故的特殊性，处理好已经发生的医疗事故与纠纷。这是前者既重要、两者又不可分离、而且又不可互代的一项工作。

医疗事故纠纷，也许来自病员及其亲属一方，也许来自医务人员一方。纠纷的产生，不外有以下三个方面的原因：

其一，少数医疗单位，由于管理不善，个别医务人员工作责任心不强或技术过失等原因，致使发生了医疗事故，造成病人死亡、残废或严重功能障碍等不良后果。又由于对医疗事故结论、定性、处理的不恰当；

其二，医疗工作是技术性很强的复杂工作，病员情况千差万别，病情变化多端，而且目前对许多疾病的诊断、治疗和转归受医学发展水平所限，不少检查诊断和治疗方法本身就有不同程度的危险性，临床上没有绝对安全的药物和绝对安全的诊治措施。在不少情况下，为抢救病员必须担当风险。在这样一些背景后面出现的事件或事故，与其他事故显然具有不同的特殊性。结论、定性和处理时，却又往往不能较适当地理解与尊重其特殊性；

其三，我们当前的国情国力，还不可能使医疗条件更好地满足人民群众对医疗日益增长的需求，不少医疗单位的房屋及设施设备还很差，人力、物力都长期处于超负荷运转状态，尤其广大乡村尚缺少训练有素的医务人员。这些也是容易发生医疗事故纠纷的客观原因，况且，这又往往不是一个人、一所医院乃至卫生部门一方所能短期内解决的。一旦出了医疗事故纠纷，却又易于忽视对这些客观因素的体谅，而过重地责于当时的医务人员。

医疗事故纠纷的焦点在于是不是医疗事故。要求结论、定性准确，处理适当。

要回答是不是医疗事故，是什么性质的医疗事故，就要进行以医学科学为基础的医疗技术鉴定。鉴别医务人员在为病员诊断、治疗、急救过程中有无过失，有何过失，过失与病员的死亡或伤残以及功能障碍有否因果关系，有何因果关系，其死亡或伤残以及功能障碍的直接原因是什么，急救措施中风险的是非与功过如何评价，等等。由于医学的内容极其广泛，病员是一个复杂的机体，疾病又是一个复杂的过程，所以，要回答是不是医疗事故，是什么性质的事故，这是科学性、技术性和专业性以及责任性都很强的工作，这又是处理的前提。

医务人员为病员诊断治疗，双方是事实上的合约关系。对医疗事故纠纷作适当处理，这首先直接地关系到保障病员和医务人员双方的合法权益，也事关保障医疗单位的工作秩序，事关保障安定团结的局面，事关保障临床医学的发展，最终还是关系到病员长远医治的根本利益。因而，研究医疗事故的科学管理，这是一个有重大现实意义的问题，它早已不仅属于医疗单位和卫生行政管理的工作范围，也涉及法医工作以及法制建设，其内容十分丰富。这次研讨会是在医学会、法医学会、法学会共同支持下由南宁地区医学情报所召开的，是一个多学科成员参加的研讨会，在国内鲜有。组织这种形式的学术活动，将更有利于相关学科间就共同关心的医疗事故管理相互沟通、相互理解，切差见识，更能达到研讨的最佳效果。当前，更有利于贯彻国务院颁布的《医疗事故处理办法》。

祝研讨会圆满成功！

广西壮族自治区法学会会长 鲁源在医疗事故管理研讨会上的讲话

(一九八七年十一月十八日)

各位代表，各位同志：

南宁地区医学情报所负责组织召开这次医疗事故管理研讨会，是一次非常重要的学术会。来自十九个省、市、自治区的专家学者、实际工作者，其中有医学界、法学界、法医学界，大家聚集一堂，在进一步学习国务院颁发的《医疗事故处理办法》的基础上，就医疗事故管理从结论、定性、处理，尤其刑事处理问题进行交流，借以互相学习，增进理解，共同提高。这是有重大现实意义的。有利于把医疗事故的防范与处理工作做得更好，使医疗事故纠纷减少到最低限度，这将会给保障医疗安全、保障医患双方合法权益、维护医院的工作秩序起到积极的作用。

按国务院《医疗事故处理办法》的要求处理医疗事故要抓好结论、定性和处理三个关键。要慎重处理医疗事故，把事情的情况搞清楚，弄明是不是医疗事故，技术事故或责任事故，两者兼而有的又以何者为主？这都要认真对待，要实事求是。当要追究刑事责任时，先要划清罪与非罪的界限，要先经医疗事故鉴定委员会鉴定。除了由于极端不负责任，致使病员死亡、情节恶劣已构成犯罪的，对直接责任人由司法机关依法追究刑事责任外，一般都属行政处理。不要因为死了人就马上抓人，等搞准了再抓也不迟，以免发生抓了人，不够判刑，搞免于起诉，或起诉了又判无罪释放，给各方工作带来不必要的麻烦。

医疗事故是过失错误，不是故意犯罪。在医疗工作中，真正借机故意杀人、故意伤害者虽有，这在实际医疗工作中只是极少数。如真正属故意伤害，确实是触犯了刑律，司法机关一定要依法处理。

自党的十一届三中全会以后，左的错误正逐步纠正，实事求是的作风大为发扬，像过去以阶级斗争为纲的时代，遇到出身成分不好的医务人员出了医疗事故定为阶级报复而判重刑的情况，以后就不复存在了。医务人员过去在这方面是心有余悸的，甚至惶惶不安。现在又有了国务院的文件，工作中有章可循了。

此外，社会和病员及其家属对于医疗中发生的事故要求严肃处理的心情是可以理解的，医疗行政部门要以既严肃认真地按《医疗事故处理办法》处理好医疗事故，又耐心地做好必要的解释宣传工作。当然，病员及其亲属有不同意见时，要按有关规定的途径与方式，不能一味揪住不放，甚至影响医疗工作的正常进行，其中一旦由此造成不良后果者，也要受到惩处。

我相信，通过我们这样的研讨会，将有利于医法间相互理解，有利于法制建设，有利于医疗事故管理，使我们的医疗卫生事业开创更新的局面。

广西壮族自治区法医学会副理事长兼秘书长 谭国贤在医疗事故管理研讨会上的讲话

(一九八七年十一月十八日)

各位领导、同志们：

这次医疗事故管理研讨会，是由南宁地区医学情报所举办的，他们做了大量的筹备工作，今天正式召开了。我们法医学会王雄文理事长已参加中国法医学会在重庆召开的年会，我受他的委托，向这次医疗事故管理研讨会的顺利召开，表示热烈的祝贺！

这次研讨会是在国务院发布《医疗事故处理办法》不久的情况下召开的，它具有一定的积极创新精神和现实意义。同志们来自全国各地，专业性也比较广泛，大家在不同的工作岗位上取得了优异的成绩，在科学技术上也获得了丰富的实践经验和科技成果。我们希望通过这次研讨会，能够认真贯彻百花齐放，百家争鸣的方针，充分开展学术上的讨论，沟通信息，交流经验，开阔眼界，在思想上和学术上都得到满意的收获。这样对于今后如何提高正确处理医疗事故的工作水平，更好地保障病员和医务人员的合法权益，维护安定团结、维护医院的工作秩序和社会治安；对于有关工作的领导，如何进一步抓好对医务人员的医德教育和业务培训，预防医疗事故的发生；对于有关部门如何互相配合，坚持实事求是，正确做好有关事故的各项鉴定和定性工作，更好地贯彻执行国务院发布的《医疗事故处理办法》；对于进一步提高人们的法制观念等，将能起到积极的启发和促进作用。

这次医疗事故管理研讨会，也是我们法医工作者学习的好机会，决心回去后向有关领导汇报和建议，把这次研讨会的主要精神和同志们的宝贵经验，向我区法医工作者传达和认真学习，以便提高我们法医的工作水平；按规定积极配合做好医疗事故管理中有关法医的鉴定工作；加强横向联系，特别要向千里迢迢光临我们边远山区传经送宝的区外十九个省、市有关兄弟单位同志们表示衷心的感谢！向在座来自各方面的领导和科技老前辈学习！决心和同志们一道，为健全社会主义法制，保卫社会主义建设做出贡献。

最后，预祝这次研讨会圆满成功！

同心协力 加强研讨，使医疗事故管理日臻科学化

《刑事处理的医疗事故案例报告》及分析

广西南宁地区医学情报所 刘培友

在我们国家因医疗问题而在司法部门的诉讼中究竟占多大比例或是多大实数，尚未见过公布数字。据健康报（1987年6月11日，第2版）介绍，卫生部办公厅信访处在上访原因统计中，“为医疗纠纷上访的约占三分之一”所以，估价医疗事故、医疗纠纷的管理，事关医患双方合法权益、事关临床医学发展、事关安定团结，这样估价是实实在在的。

对于医疗事故的管理，建国以来，在人民政府领导下，卫生行政部门协同政府的有关职能部门一道，已经做了大量的工作。各省、市、自治区早就有了由卫生、公安、民政、劳动等多部门共同制订的地方性处理规定，司法部门沿用刑事法规的有关条款处理了极少数的重大医疗事故。近几年来，有关管理刊物、报纸也不断发表有关医疗事故医疗纠纷处理方面的论述，人民卫生出版社于1985年10月出版了《医疗事故纠纷的防范与处理》的专著，这一专著的出版，填补了医院管理学的一个空白，自这一专著之后，陆续也有了医疗事故管理的提法了。这些工作都给保障医疗安全、维护医患双方权益、维护安定团结起了积极作用，都使医疗事故管理不断完善。尤其，今年6月29日，国务院发布了《医疗事故处理办法》，这就将医疗事故的管理进入国家规范化的水准了。

与此同时也要看到在实际生活中还不时发生一些医疗纠纷，尤其发生于处理医疗纠纷时，在医务界间、在医与法界间的一些争议：已经定为医疗事故了，再一认真核查，实际不能成立者常有之；已经将有关医务人员抓进了监狱，经卫生行政部门组织有关业务专家一调查，实际连行政处分也不需要者有之；报纸上发表部门间不同意见者有之：中国法制报1986年9月13日登载了“人命关天不容当儿戏——记触目惊心的江苏肿瘤防治所重大责任事故案”为题的这篇文稿多处表述省卫生厅对于办此事的不协调、不支持；同年11月6日，健康报在头版头条用“抢救病人遭囚禁，检察机关不公平”的标题公开指出检察机关办理一起医疗事故案失准了；某些地方性报纸“轰”得不准的事例更时有发生。前些年，光明日报整版轰南京鼓楼医院的那一例，说得活灵活现，其实全然不如报上所载。哈尔滨的黄庆跃事件也全然不是报上所轰；对出了医疗事故的医务人员执行逮捕任务的法警与医务群众发生扭打、开庭审判引起听众强烈反响者有之。

所有这些，虽属个别。然而，其争议的程度已十分显赫了。争议的结局呢？把医务人员逮捕了，一查，连行政处分也不需要的这一类，有的实事求是地释放了；有的“带

罪”释放、担保获释了。11月6日，健康报登的那一例，判处确实是失准了。9月13日，中国法制报登的那一例，很想得到这个资料，却未得到。未得到资料，无从发言。因这些同属个别，发生各执一端，认识上一时难以统一，这可说是不足为怪的，当然也要注意。但是，如果弄清真相，协商好，一般也是可以达到更能与实相符的。这一连串的个别：不需挨戴手铐的被无辜地戴了手铐等，正如有的报纸所载“这算不算事故？是责任事故。技术事故？”还可加问一句：不需定为医疗事故，给定了事故，这算不算管理的事故，是管理的责任事故、技术事故？

关于医疗事故的刑事处理。国外，许多国家对医疗事故只作民事调解，就是赔款，不以刑事论处。国内，建国以来司法机关对个别严重的医疗事故，一直参照有关刑事法规判刑。建立了刑法以后，则沿用刑法有关过失罪条款论处。因为沿用刑法，所以在《刑事处理的医疗事故案例报告》（下称《报告》）的54例中，玩忽职守罪、过失杀人罪、重大责任事故罪都有沿用的，还有定渎职罪的。同属一个类型的事，罪名不一；同属一个类型，判处幅度呈宽条式的，个别还判了15年。

上述这些不一或争议已经引起各方关注，被广为认定是需要很好解决的事情了。然而，就某一个人、某一机关单位、某一地域来说，医疗事故还是少有或散在的。正因其少与散在状，承办人的看法也就容易局限、容易各执一端。把散在的事例集中一定数量，显然会更能明其踪影。这是笔者征询医疗事故案例的动因。于是就向全国函询案例。《报告》54例，是1981年以来因医疗事故追究刑事责任（含拘留）的案例，属同一类——已经逮捕拘押、判刑、多数已由医疗技术鉴定机构定了医疗事故，因而这些都是医疗事故，该是“定论”而不会被执疑了。通过54例的个案观与综观都已经产生了更能明其踪影这个预想的效应。下面，紧密结合《报告》提出看法。

言医疗事故的管理，还是三步曲：结论、定性、处理。这就是首先要结论是不是医疗事故？其次是什么性质的（责任、技术）医疗事故？再次如何处理。这三步，广义讲都是处理，但对第三步来说，前两步又依次是其前提。

一、结论

确定是不是医疗事故，似乎不难，其实并非易事，这是科学性、政策性很强，首先要立足于医学科学前提的尊重事实。目前在这方面存在的问题，就从个案也可看到实际工作中的一斑了。

一例因剧烈头痛、高烧就诊的病人，医生按“感冒”处方复方氨基比林注射剂、柴胡注射剂各1支，肌注，口服地霉素、维生素C。用上药1小时30分后，不见减轻，体温40℃，烦躁不安，嘱冷毛巾敷头、额部，再注射1支复方氨基比林。接诊2个来小时后，病人出现休克，抢救无效死亡。经解剖，大脑已经化脓。发案单位：卫生院。涉案人情况：（原材料反映）不明。县的医疗事故鉴定机构对这一例定“三级医疗事故”。这个结论能成立吗？按诊疗一般常规，各个医院根据自己设备技术情况，对各种疾病是规定有确诊日限的。如“……我院住院病人入院后的平均确诊天数为1.48天，这比统计

指标要求的平均3日内确诊明显缩短了。……”一文（李宏伟 对住院病人在诊疗过程中“三期控制”的调查及分析。中华医院管理杂志，1987年，3卷（4期）206就表明该院的确诊要求3日。对于脑膜炎确诊的要素除病史、体检，还不可缺少实验室检查：血象、脑脊液涂片找细菌及培养细菌等。要完成实验室的这些检查项目，最快速度要多少小时呢，该卫生院的条件又能完成哪几项？从就诊到死亡才两个来小时，对这例“误诊”就定医疗事故，追究责任！竟把这样的“误诊”与病人的死亡挂钩，把诊疗中的这样一些缺陷结论为三级医疗事故，这能符合医学科学的原理吗？这能符合医疗事故的概念吗？显然是不能的。诚然，作为头痛、高烧的该病人，接诊医生如果未能从体检结果就有否脑膜刺激征作描述，也未能明确地就病人意识状况作描述以及印象诊断中未能纳入“脑膜炎”之类有关内容，这都是诊疗工作的缺陷。因此，就本例进行死亡病例讨论还是很有必要的。

一例于头天下午行水囊引产术，术后出现发烧、腹痛，次日上午8时许，病人口鼻喷出大量红色泡沫，经积极抢救无效，上午死亡。发案单位：卫生院，涉案人的业务素质是助产士，中专学历，从医24年。对这一例，结论为“责任事故”。死因是什么，责任又在哪？显然是说不清楚的。从病情看，这一例很可能是上水囊引产并发羊水栓塞。对于羊水栓塞这个并发症目前尚无满意的预防办法，且死亡率高达70~80%，卫生院的技术设备条件，病情又是如此的紧急，不但不能定责任事故，也不能定技术事故。

一例因产前子痫进院的病人，经治疗，于第六天自然分娩。后觉头昏心闷，血色素仅4.5克，红细胞140万/立方毫米，血型（B型）。经交叉配血后，给输血250毫升。输血10分钟后，病人出现手足抽搐、神志不清，认为是输血反应，作一般抗敏处理，未停止输血，病情继续恶化，于输血6个多小时死亡。病人死后，肤色枯黄，疑输血有问题，经县医院复查，血型（O型）。县医疗事故鉴定：一级医疗责任事故。逮捕后，检察院在起诉前，要开棺检查血型，病人家属不同意，致无确凿证据作最后结论。这一例死亡，显然与输血有关，但，究竟是什么样的原因？是输错血型血（属事故），还是输血中的其他原因（那就不一定是事故了）？检察院对这一例做得很好，面对“B型”、“O型”，不轻信某一方，不轻易否定某一方，要再一次验证，否则不办。这样作法，体现了实事求是精神，办案就要这样严谨。

上述这三例，“1”拘留60天；“2”判刑3年，一年后改判无罪释放；“3”拘留50天。医疗技术鉴定机构当时三例都定成医疗事故，可见要回答某一例存不存在医疗事故，还需进一步提高我们鉴定人员自身的有关素质，否则，竟如上述事例也鉴定失准。

确定是不是医疗事故，是个严肃的事情，不能含糊，一定要有据。这个据就是医疗有过错并直接造成了不良后果，这是认定医疗事故时一个不容肢解的完整概念。有过错并直接造成了不良后果，就是要能排除他因，否则不定。

试举笔者参与讨论的一例：产妇21岁、第1胎、足月，因阵发性宫缩、阴道流出血性液体而进院待产。拟诊头位产。进院7个多小时后，宫口开全，安排上产床，约20分

钟后，会阴膨隆，阴门开，拔露，先露部分附着胎脂，检查发现为胎儿阴囊。接着排出胎粪，确诊为臀位产。接着胎儿的左大腿上端、左臀、右臀、左大腿、右大腿、两小腿、双足、腹部依次娩出。接生者以右手保护会阴，助手以双手托着胎儿的臀及大腿。从先露到腹部娩出，约20分钟，这一段时间未作牵引之类助产动作。腹部娩出后，肩及头部的娩出又分别受阻，宫缩无力，经处理后，很快全部娩出。从宫口开全到全部娩出约1个小时。娩出后，婴儿出现窒息，在医生协相下，经清除口腔污物、人工呼吸、拍打双足、肌注洛贝林、针刺等措施，抢救了30分钟，恢复了正常呼吸。常规断脐带后，检查胎盘情况，再检查发现婴儿左侧股骨中上三分之一处骨折。后又因家属一再不遵守医嘱，自行撤除牵引，致使形成畸形愈合。分娩过程的骨折，一般讲都由外力所致。臀位产可能发生股骨骨折，多由于分娩过程用手拉出肢体所造成。而该例的接生人员两人自始至终都在场，两人一致否认有用手牵拉的助产动作。而参加讨论这个病例的专业人员则认为“不拉不断，断必有牵拉”。最后还是不以一般概念来硬性地结论这一具体事例，而是尊重这两位助产人员（实际是护士，没有经过助产专业训练）没有用牵拉的助产动作”的意见，因而未作医疗事故定。这件事发生在县的一个麻疯病院。大家知道，麻疯病院多是处在比较偏僻的地方，一般也没有接生这项任务，但是这个麻疯病院的领导，考虑到实际的地理环境与当地群众的愿望，多年来就在没有专门经过助产训练过的医务人员的情况下，对产妇做到来者不拒，当地群众也习惯地来麻疯病院生孩子。该麻疯病院这样作，这当然是好事；这两位接生的护士，对这一例接生他两人始终在场，两人一致说没有牵拉的助产动作。于是尽管有“不拉不断，断必牵拉”这样一个意见，我们还是不作医疗事故定，定作医疗意外。与此同时，交待院长，对这两个护士，近期内最低限度要派一个去进修助产方面的专业，要取得一个“可以完成一般分娩助产任务”的鉴定。院长已意识到这方面，很快作了安排。尽管发生这样一例，没有因此终止这个麻疯病院接产的传统，这有什么不好？如果不是作这样的处理，而是另有结论与处理，能保持这种尽量满足当地要求的积极性吗？看来不大可能吧！

还有“医疗事故有极为错综复杂的原因不可轻易按刑法论处”的那一例，那是1980年发生在××县一个卫生院的事。涉该事的接生员在土改时还当过乡干部，后改作接生员，其文化程度基本要算文盲，由于多少年的实际工作，可以掌握正常分娩的助产工作。当她遇到一例脐带绕颈娩出后窒息的婴儿，经用各种常用方法抢救无效的情况下，仿用温水浴洗的方法使其恢复了呼吸。她及婴儿亲属都满怀着喜悦的心情。第二天，发现婴儿浴洗部位的皮肤烫伤Ⅰ至Ⅱ度，面积约20~30%，即送县医院住院治疗，第九天以“烫伤休克衰竭”死亡。婴儿亲属一反原本十分感激之心，却连连指控接生员“用开水把小孩烫死了”。县检察院在调查中不顾县卫生局业务人员一而再地提出不同意见，硬是以手铐相待，接生员被关进了牢房。公检法人员与县医院部份业务人员讨论认定是烫伤休克衰竭死亡，是重大医疗责任事故。对于这个结论，卫生院的医务人员非常不同意，推荐的上访代表在上访时连续二遍、三遍地讲：“我们要和他们（指县医院）打官司”，紧接着又讲“我们打不过他们（意指县里不会听卫生院医生的，而是听县医院医

生的)”。对于此事,当时县卫生局领导不以为然,虽早知要抓人,也以是“绝密”而不向地区局汇报。地区卫生局长则说“县是一级政权,有权处决人,我们不要管,不能管(言下之意是何况抓人判刑)”。经再三反映,地区卫生局终于还是让医政科长与两位专家前往调查。调查结果:烫伤休克衰竭死亡作为该例的死亡结论显然不能成立。因为原发性休克24小时已过,继发性休克在县医院治疗第八天才死。调查还发现县医院对该例烫伤治疗存在严重不周:只补晶体液,从未补过胶体液、补液量始终不足、从未记录过出量、体温从来不升而又未采取保温措施、还大量地使用了四环素等等。因为未能作尸解,有否窒息性肺炎及脑水肿均未能排除,所以对县医院在治疗方面存在的这些不周也只能是责其认真总结,改进工作,不足以追究其治疗不周的后果。这是因为根据该窒息情况,很可能发生窒息性肺炎及脑缺氧后的脑水肿,这两种情况的死亡率都很高,未作尸解不能除外。其烫伤是在抢救生命过程中难以顾及的。调查后,调查组向卫生院长、副院长反复交待不要急于处理。之后还是给了接生员党内严重警告处分。那是地区局的副局长(业务)在调查组之后又去调查,他认为不处分不平民愤,交待要给处分的。一直到前两年才撤销这不该的处分。这个例子在《医疗事故纠纷的防范与处理》一书的第三章,关于“医疗事故与纠纷中的法律责任问题”利用这个例子阐述医疗中罪与非罪问题,作为非罪的典型例子,在该书的39~40、44、47、48页都指出这一例发生烫伤是急救中难免的或难以顾及的问题。医务人员在紧急抢救中的宗旨应是那怕只有百分之一的希望也要用百分之百的努力。这一例烫伤是用常用方法抢救无效的情况下而采用了温水刺激法,不能过于怪罪,不能定医疗事故。

对于医疗事故管理,第一步就是要回答是不是医疗事故,这一步很重要,也复杂,要回答好这个问题,还需要认真探讨,普遍提高素质,尊重医学科学,理解好医疗事故概念,端正思想工作作风,严于律己守,各方协调才行。

二、定性

当确定是医疗事故之后,还要区分是责任事故或技术事故。

一般讲,定性多数不难,但少数真不那么容易分得清楚,如《报告》中的案50,抓住阴道有较严重的炎症还用水囊引产,认定是责任问题,而“该院抗感染及抢救措施不力”又是责任抑或技术?“于手术的第6天,以中毒性休克DiC而死亡”又无尸解等进一步认定其真正死因,就该例的现有资料实难以准确定性是责任或技术原因的死亡。

《报告》案46,先后两次鉴定,第一次定责任,第二次定技术。这是讨论定性比较好的一个案例材料,比较有说服力。这一例定技术事故比定责任事故据理更为充分、更为实在。

对于医疗事故的定性,当前存在较为普遍的问题是把握定性的依据不够全面,所以往往把本可定技术事故的却定为责任事故了。

笔者曾参与定性一例刮宫穿孔又未能及时诊断,直至中毒性休克死亡的病例,县两次讨论均定为一级责任事故,提出要给五项处分,其本人对定性与处理不服,经地区派

调查组调查并讨论，认为是技术事故，病情摘要：

孕妇35岁、已孕7产5，因停经68天，到卫生院要求作计划生育。经见习助产士检查确认已怀孕，预定于第三日上午来卫生院行刮宫术。术前检查：触诊，宫底在耻骨联合上二分之一至一横指处，认为子宫后位。上午10时25分，按常规消毒后行刮宫，经操作不满意。10时50分至11时，报告×副院长（外科医师）。×副院长当时是24小时值班后，一早又作了一个手术，刚出手术室，接到报告又进入刮宫室。他先探宫，为13公分，即问“以往有否13公分的”。见习助产士答“以往也有过”。于是疑虑顿消，也认定13公分是在正常范围内。两人先后反复多次操作，用8号胶管反复吸刮，钳出数小块白白的“胎膜”（实为肠粘膜），挟到过容易滑脱的东西，考虑是“胎头”挟不出来。手术持续一个小时，到12时45分至下午1时，在旁人提示下，以“暂休息，待后再清宫”为由停止手术，回病房观察。刮宫过程出血不多，如同一次月经量。术后，孕妇吃了一碗面条、两个鸡蛋，可自由活动，能帮助见习助产士做煮面条之类活动。下午2时许，检查：肠鸣音存在，下腹部压痛。4时许，吃了一碗瘦猪肉。7时多，下腹部疼痛加重，压痛明显，血压100/60毫米汞柱。当时会诊认为：刮宫时出血不多、血压未降、下腹部虽然压痛，但腹壁不紧张、无反跳痛，因而认定腹痛是宫缩引起的。会诊的处理意见：继续观察，用延胡索止痛。见习助产士当时讲：是不是穿孔，要是穿孔，我就死罗。一直到当晚12时多，发现血压下降，这才意识到是刮宫穿孔。腹腔穿刺抽出了0.8毫升液体，辨认出是肠液。次日上午9时许，县医院抢救组赶到，11时剖腹探查所见：腹腔严重污染，腹腔液2000多毫升，距回盲部不远的回肠有三处穿孔，子宫前屈位，宫后壁的狭部穿孔。当时的处理是：切除肠段，作端端吻合，子宫修补。手术进行到关腹后，这时发现未作引流，再从腹壁切口插入引流管。第三日，自治区和地区的医疗人员赶到，亦作了必要的处理，终因弥漫性化脓性腹膜炎导致中毒性休克，抢救无效，于第五日上午5时45分死亡。

县两次讨论，定一级医疗事故。见习助产士是技术事故；副院长是责任事故。定副院长责任事故的依据是，他是副院长，在见习助产士刮宫过程中刮出了肠组织和粪水，请他来看时，也没有发现这个问题，未引起警惕子宫穿孔的发生，下午会诊时，见习助产士担心是穿孔，作为院长，没有及时上送县医院；整个过程没有严密观察病情；他是外科医生，急腹症也用延胡索之类止痛药，等。并且建议要给该副院长撤职、延期定职称，调离单位、行政记大过、不升工资五项处分。该副院长对定性和处理有不同意见，地区调查组经调查认为是一级技术事故，主要依据是：1、这两个直接责任人一见见习助产士与副院长都表现出妇产科的基础知识少，并缺乏实际的操作经验和识别能力。主要如：在耻骨联合上 $\frac{1}{2}$ —1横指处触到宫底，仍认为是子宫后位；停经才68天的胚胎组织，大概只有4公分大，这时的胎膜绝大部分呈绒毛膜组织，假如把它放到水里，应该是一团凝固的光滑的绒毛。可他们多次钳出肠组织，也辨认不出，甚致还讲“滑溜溜的是胎头（实际是肠管之类），未挟出来”；既然子宫已经穿孔，操作过程中应有空空样感或无抵抗感，他俩却未能感触到；探宫为13公分，本来有了疑虑，一问，答复以往也

有过13公分的，也就再不加思索了，经产妇的腹壁是松弛的，三个医生会诊却仍然以典型腹膜炎的板状腹壁和反跳痛来作为鉴别有否腹膜刺激的征象，这就导致把穿孔后实际已经存在的腹膜炎反应的腹痛当作宫缩引起的腹痛而使用止痛剂。直到血压下降后，已经是中毒性休克了，才想到是子宫穿孔。2、该两个同志的实际学力也是不全的。见习助产士原本未经过妇产科专业学习，又是刚刚吸收进来，仅短时间跟班就单独工作；副院长是1968年毕业，这就是说在校未能学多少课程。毕业后分配到这个卫生院，期间只进修过外科专业。

在地区调查组和县里有关人员共同讨论这一例的定性时，当分析其没有妇产科基础知识与实际经验，似乎还接受得了，可是对使用延胡索止痛也认定是技术原因，当时有的同志就难以接受了。当即有位同志质问式的说：急腹症未明确诊断前不能用止痛药，这是一个原则，他是外科医生，还用延胡索，这不是责任是什么？参与调查讨论的我当即回答：“抓，抓，立即把他抓起来，依这一提问作根据，就不仅是责任问题，而是诚心搞坏事！”接着我又说：“他们三个医生会诊，认定：刮宫时出血不多，血压未降，腹壁不硬又无反跳痛，于是得出腹痛是宫缩引起的这样一个判断，因而使用延胡索，这不正是技术问题嘛！”

综观54例，在定性方面颇有类似情况。接受再判的7例中，仅1例原来也是定技术事故，其余6例原均定责任事故，实际有1例根本不能定事故，另5例，笔者均认为定技术事故较定责任事故更能与实相符。当然也有做得很好的，如《报告》中的案30，县、市、省均认定是技术事故，这说明县、市对这一例的定性依据是牢靠的，能经得起检验。

当前，有人认为医疗事故的处理当前主要是立法。其实，医疗事故立法固然重要，立法前要作的事情还很多。通过《报告》，这一认识更为加深了。当前，医疗事故鉴定机构的素质必须进一步提高，提高实际鉴别能力，继续探讨实际鉴定中的某些疑点、难题，工作作风方面绝对不能以“反正是有问题”就定为事故，一定要把住“医疗有过错并直接造成了不良后果”这一完整的、不容肢解的概念。

三、医疗事故的处理

结论、定性是处理的前奏，在某种意义讲，结论是不是医疗事故以及是什么性质的医疗事故，这也是处理，当然还不能仅此就算是处理了。

对于医疗事故的行政处理，在《医疗事故处理办法》的第二十条、第二十一条、第二十二条、第二十三条已经规定得很具体，很便于实际工作中贯彻执行。我们只有认真执行及执行中研究总结更好地执行了。

当前主要焦点是医疗事故什么样的情况要追究刑事责任。这方面的认识目前相距甚大，医、法不协调、互不理解，因而出了不少麻烦。曾有些检察部门认为“凡医疗责任事故检察院就要处理”；也曾有些卫生行政部门认为“一级医疗责任事故就由检察院处理”。当前研讨医疗事故管理，研讨医疗事故刑事处理的适度至关重要，这是有重大现

实意义的问题。

《医疗事故处理办法》第二十四条“医务人员由于极端不负责任，致使病员死亡、情节恶劣已构成犯罪的，对直接责任人员由司法机关依法追究刑事责任”。这一规定较之以往沿用刑法中过失罪有关条款有了更为明确的限定。《办法》已把医疗事故追究刑事责任限定在“由于极端不负责任，致使病员死亡、情节恶劣已构成犯罪”，这就明确地排除了：凡是责任事故、一级事故（即死亡事故）、一级责任事故就要追究刑事责任之类的理解。但“极端不负责任、情节恶劣”具体掌握难度仍是比较大，实际中仍能更大程度的掺进个人体验，容易发生争议。若能辅以一些追究刑事责任的及追究行政、民事责任的案例，使之更为界标化，还是有必要的。

“极端不负责任，情节恶劣”究竟要用什么样的尺度来衡量？刘振声主编的《医疗事故纠纷的防范与处理》第628页（人民卫生出版社1985年版）是这样衡量的：“医疗工作中发生的事故就整体而言，通常的概念是不涉及犯罪问题，均不属故意伤害，构不成触犯刑律，……。如果触犯了刑律，可被认为是一种超出了医疗问题的过失犯罪行为。”这个尺度比较好，也易于掌握。正如该书该章的案例3：婴儿室值班护士给婴儿喂奶。一婴儿吃完奶后还啼哭，再喂仍哭不止，护士嫌婴儿哭吵，即将他翻过身来，俯伏姿势放置床上。喂到另一婴也啼哭不止，再喂仍哭，护士就自言自语地说：“你也趴过来吧！”顺手将其同样地翻过身来。约45分钟后，护士猛然想起两婴翻过身来一事，即回婴儿床前查看，见两婴均面色苍白，呼吸停止，立即抢救无效，两婴均因此死亡。该两婴死亡的直接责任人是一个护士。护士的知识当然要明白医学上没有一项堵住口鼻以治哭的治疗措施，同样要明白，堵住口鼻将会出现什么样的后果。因而用趴着以治哭要视为超出了医疗问题的一种行为。

又如该书该章的案例4：上级医疗队进行体检发现一例右侧卵巢囊肿的病人，即嘱病人到市内有条件的医院进一步诊治，而不宜在当地手术治疗。事后，病人同丈夫一起来到卫生院，向某医生诉说了此事。某医生在宿舍里给病人做了妇科检查，决定当天给该病员做手术。并对其丈夫说：“他们说做不了，我非给你爱人做好手术，争回这口气。”卫生院长发现这个医生要做手术，就打算给派个助手（卫生院妇幼人员），竟被他拒绝。院长走后，他便在自己的宿舍里，由病人丈夫当助手，在局麻下行剖腹探查术，打开腹腔一个多小时左右，结扎了右侧输卵管，开始找瘤子，此时，病人疼痛难忍，其丈夫也不同意再做下去。但他根本不听，继续在腹腔内找肿瘤。经过三个多小时的手术，切除了左侧正常的卵巢，并告诉病人丈夫，这就是那个瘤子。又在血管结扎不完全的情况下关闭了腹腔。术后20分钟，病人突然面色苍白、大汗淋漓，其丈夫立即告诉了手术医生，这时病员的血压已降至60/40毫米汞柱，他却认为没有问题，除给静脉点滴5%葡萄糖500毫升外，未采取其它任何治疗措施，终于死亡。

本例，从其对血压提示应有的警惕不敏感、血管结扎出问题、找肿瘤及切除过程的不利索等反映出该医生的临床判断能力、手术操作能力是有一定技术问题外，而决定本例定性方面更为主要的是：本例体检发现卵巢囊肿，并不是急诊手术，是择期手术，院

长派医务人员做助手被他拒绝，而由病人丈夫做手术助手，有手术室却在医生宿舍内做手术。作为一个医生，这些作法都该视为超出了医疗问题的做法，且又把正常卵巢当瘤子割了，留下的是有病的卵巢；血管结扎又不过硬，出现休克后抢救措施也不力，追究刑事责任当属必要了。

《报告》中的案1：A医师对待那个烫伤小孩的态度与B医生截然不一，尤其第二次接诊，误把标签完整的一瓶来苏作为紫药水，更令人发指的是，当他把来苏涂到烫伤面时所引起该病孩的猛烈惨哭（从病情判断：该小孩当时没有昏迷或休克）也未能启动这个医生的半点恻隐之心，从而反思一下为何骤然惨哭？！竟进一步地按主观意旨把来苏倒到烫伤面“湿敷”，终至死亡。此情此状是与医生给病人采取医疗措施的情怀所不容的！《报告》中的案2，班前喝酒至不能按时到班，到班后实际不能履行医疗职责。病人来了之后，竟不作认真处理又离岗去另一家喝酒了。这两例追究刑律也是必要的。

为与医疗事故一般属行政处理范围相区别，象这四例之类的情况，不作医疗事故定，以定严重失职行为更为合适些。

《报告》不仅从个案尤其从54例的综观可以帮助我们在医疗事故处理方面得出一些切合实际的认识。

（一）数字的启迪

1、发案单位：54例中75%发生于县以下（不含县）的最基层医疗卫生单位（见《报告》40页），县及其上医疗单位25%。

2、涉案62人中，材料已明确涉案人职务的57人，其中87%是（医、护、助产等）士和（卫生）员（见《报告》41页）。

天津市第一中心医院从1972年至1981年的9年中，总共发生45起医疗事故。这45例医疗事故责任人的职务状况是：高年医师12人，占涉事全部人员的23%；低年医师和护士，占涉事人员的一半以上；进修医生13人，占五分之一（李一民等，从45例医疗事故的分析中看研究医学伦理学的重要性 医学与哲学 1982.10.22）。

就54例医疗事故的发案单位状况及涉事人员职务状况以及一个医院45例医疗事故涉事人的职务状况表明：医疗事故的发生，与工作条件及医务人员自身的业务素质有极为密切的关系，即使医疗责任事故莫不如此。把医疗事故分为责任与技术两类，这是从医政管理出发的，切不可把医疗事故的这种区分即使是医疗责任事故与刑律中某些条款所指的惩处内容作简单的套同及沿用。

（二）怎样认识判案时相的上升态势和发案地域方面的散在性集中的表现？

《报告》54例的判案时间是：1986年判案17起、1985年判案12起，与1981年、1982年、1983年相比呈较明显的上升态势。近期较远期容易提供案例这可能是其原因之一，与要加强法制而又尚未使法更好地深透到医，从而更好地理解医，不能不说也是其原因之一吧！

征集判处案例的函是按各省市自治区所辖地市县的多少以大体相应的比例发出的。所征得的案例，其地域分布是：个别省12例、10例，个别地区8例，个别省1例也未征

得。地域分布的这种状况，其因固有多方面，主观认识的弦太紧形成刑处增高是其中重要一个原因。

（三）关于拘留

54例中属拘留的11例11人。拘留期最短的14天，最长的1年。拘留时机：事发即拘的9例，事后拘2例。拘后的结案：4例属检察院免诉，1例立案后证据不足而不立案。事后拘的2例，均已判刑，但再审作无罪释放了，有3例结案情况不详（见拘留情况表）。

拘 留 情 况 表

拘留期	拘留人／案	拘留时机		结 案
		事发即拘	事后拘	
14天	1	✓		拘后经复查免诉
6个月	1	✓		犯罪情节轻微免诉
43天	1	✓		以往工作较好，认罪态度较好免诉
70天	1	✓		免诉
190天	1		✓	服刑一年后再判无罪释放
9个月	1		✓	拘留9个月释放
50天	1	✓		立案不足据
1年	1	✓		再判无罪
60天	3	✓		
合计	11	9	2	

拘留——戴手铐，远非一般！出了医疗事故的医务人员的心理状态多为忧虑不安、不大可能会由此再产生行凶破坏之类的举动，有何必要轻易上手铐！?这事关人的尊严、公民的权益！

（四）关于缓刑与监外执行

《报告》54例，在笔者认为只2例适用刑律的前提下，其余判刑43例（51人）执行情况是：监内执行15例（人）、监外执行9例（人）、缓刑27例（人）。

据有关资料介绍，监外与缓刑其区别在后续效应。即来日如若再犯者，前者为屡犯、贯犯，后者仍可视为初犯。

医疗是一门专业技术，因医疗事故受到刑处，只要其本人服刑后有正确认识，当该欢迎日后继续从医。缓刑比监外执行显然后续效应会好些，对其亲属也更有利于安定心情。

四、小结

本文以1981年以来以医疗事故追究刑事责任的54例为主结合笔者参与处理过的一些

尊重科学 实事求是

切实维护医务人员履行职责的基本权益

外科医生黎登峰因医疗工作被蒙冤判刑案例的分析

河南省卫生厅医政处 段爱梅 宋松超

以事实为依据，以法律为准绳，是法律仲裁的重要原则，当然也是法律仲裁医疗纠纷的重要原则。然而，在当前的实际工作中，不注重调查研究，不体察和理解医疗工作的特殊性，武断地把医生的医疗抢救行为当成危害行为诉诸刑律的冤案时有发生。此举一例并做简要分析。

一、案情经过

(一) 病情摘要

患儿李军，男，1岁零8个月。1985年12月2日，因右踝蹠部包块复发，徒手还纳未成功，于下午5时由其母抱到肖王乡卫生院就诊。医生诊为右侧腹股沟疝并嵌顿，嘱立即住院手术。其母不听劝告，将患儿带回。医生再三交待：如病情加重，就是夜间也要来。然而直到次日上午10时半，患儿病情恶化时，才由其祖父再次送卫生院。检查：T 36.5℃，P 186次/分，R 54次/分，口唇干燥、朝红，皮肤弹性差，两眼凹陷，腹部高度膨隆，腹肌紧张、压痛。入院诊断：1、右侧腹股沟斜疝并嵌顿。2、中度脱水伴酸中毒。立即给予禁食，一级护理，抗感染和补液（5%糖盐水300毫升、10%葡萄糖液500毫升）等治疗，检查血常规及出、凝血时间无异常。为尽早手术，经治医生黎登峰放弃领导安排自己的当天休息日，还亲自挑水清理手术室，消毒器械，于15时30分开始手术。五十分钟顺利做完手术。术后继续抗感染、补液、纠正水电解质紊乱。黎医生在术后一直守在医院严密观察病情变化。12月4日零时30分，患儿病情突然变化，呼吸深慢、口唇紫绀、面色苍白、手脚发凉。做腹腔穿刺未见内出血，急请全院会诊抢救。同时请县医院和地区医院出诊。但终因病情危重，抢救无效，于2时30分死亡。患儿死后30分钟，县医院和地区医院医生前来会诊，腹腔穿刺未见血性液体和肠内容物，膀胱穿刺无尿。

死亡诊断：右侧腹股沟斜疝嵌顿合并感染，水电解质紊乱，多脏器功能衰竭。

医疗事故实例，从结论、定性、处理三方面进行了分析，这个分析不仅从个案角度，更有54例的综观，着重分析及探讨了医疗事故刑处的适度。无疑，案例的集中及分析，有利于更好地贯彻执行《医疗事故处理办法》，从而更能保障好医患双方合法权益。

（二）蒙冤刑处

患儿死后，其亲属数十人冲入卫生院，围攻院领导及当事医生，上诉县司法部门。

法医未与卫生主管部门协商，单方面将埋葬已86小时后的尸体挖出作解剖，并报告：小肠管有三处淤血和一个“<”形 $1.5 \times 0.5\text{Cm}$ 破口，属锐器伤，边缘整齐，其它脏器无异常。尸解结论：患儿死于广泛性腹膜炎。

1985年12月18日，信阳县人民检察院根据死者亲属意见和法医尸检报告，以“玩忽职守罪”起诉医生黎登峰。信阳县法院也认为：黎登峰为李军手术时，由于思想麻痹，疏忽大意，在术中误伤患者肠管，造成患儿李军死亡，后果严重，其行为已构成玩忽职守罪。1986年6月9日判处黎登峰有期徒刑一年，缓刑一年。

1985年12月25日和1986年3月23日，信阳县和信阳地区两级医疗事故鉴定委员会均以补液量不足为由，把该例患儿的死亡勉强定为一级医疗事故。

二、讨论

（一）从医学角度讨论

经省医疗事故鉴定委员会认真复议，专家们认为：

1、黎登峰医生在救治该患儿过程中是尽职尽责的，不存在责任问题。

2、患儿急诊入院后，黎在进行五个小时抗感染和补液治疗的情况下，因嵌顿疝持续加重和频繁呕吐不能控制，采取边输液边手术的治疗原则是正确的。

3、患儿死亡后30分钟，经县和地区医院会诊，排除了内脏破裂及内出血情况；膀胱穿刺无尿，证实了肾功能损害。

4、患儿死亡的原因，是由于嵌顿疝并绞窄性肠梗阻伴频繁呕吐，入院后虽采取了一系列抢救治疗措施，终因水电解质平衡失调，酸中毒，导致主要脏器功能损害所致。

结论：黎在救治该例患儿过程中尽了最大努力，但因病情危重，救治无效死亡。根据处理医疗事故的有关规定，该例死亡不应定为医疗事故。

（二）从法学角度讨论

刑法学指出：构成犯罪必须具备四个方面的必要条件：即犯罪的客体、犯罪的客观方面、犯罪的主体、犯罪的主观方面。缺了任何一个方面的条件就构不成犯罪。

1、关于犯罪的客体

经医疗技术鉴定，本例死于病情危重，救治无效，在救治过程中不存在责任或技术问题，不应定为医疗事故。

至于法医单方尸检问题，不仅作法不周，尤其距死亡久达86小时，尸体已高度腐败，无法做出正确结论。在这样前提下的尸检报告称：“死者小肠肠管有一 $1.5 \times 0.5\text{Cm}$ “<”形破口，其边缘整齐；粘膜下及粘膜层不等”。实际，在手术中，术者是沿肠管纵轴剪开疝囊的，如误伤肠管，破口应是“一”字形，而不是“<”形，且破口若为生前所致，其损伤应全层一致，而不应是深浅不一；破口应有出血和粘膜外翻，而不应是无出血、边缘整齐。这就说明这个尸检报告在科学上不能成立。

结语：本例是因病情危重，救治无效死亡不存在犯罪的客体。