

医疗纠纷典型 案例剖析

主编 罗振华 孙方敏



第二军医大学出版社

医疗纠纷典型案例剖析

主编 罗振华 孙方敏

编者(按姓氏笔划排列):

马尚龙	王业平	王世英	王启敏
邓上元	田献氢	叶君曼	孙方敏
刘仁树	刘革新	刘延彤	刘丽娅
许晓斌	阮灿平	李 勇	李建民
李金学	李广明	李进发	宋 骤
何 侃	沈 平	陆 龙	陆永章
陈雪芳	陈春荣	陈天寿	张永生
张 滨	罗振华	杨 蒙	杨 晓
杨 曦	杨汝厚	武贵生	金国强
苗 伟	胡 蓉	俞向荣	赵 妮
施建飞	浦金辉	郭喜勇	黄少平
曹 林	谢晓冬	谢祥鳌	

第二军医大学出版社

内 容 提 要

本书从近年来我国发生的医疗纠纷事例中精选出 100 多个典型案例进行剖析。每个案例包括诊治经过、纠纷发生和处理情况、评析三大部分,有的案例还增加了问题和教训部分。书后还附有与医疗纠纷处理相关的法律和法规,以供学习和参照使用。

全书融真实性、典型性、实用性和科学性于一体,旨在为广大医政管理和医院管理者特别是长期从事医疗纠纷处理的同道提供参照和借鉴,同时,也试图为各级医政部门、医院及医学院校进行医疗法规的培训和教育提供实例和教案。

图书在版编目(CIP)数据

医疗纠纷典型案例剖析/罗振华,孙方敏主编. -上海:第二军医大学出版社,1998.11

ISBN 7-81060-019-2

I. 医… I. ①罗…②孙 III. 医疗事故-民事纠纷-案例分析-中国 IV. D922.165

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 32637 号

医疗纠纷典型案例剖析

主 编:罗振华 孙方敏

责任编辑:胡加飞

第二军医大学出版社出版发行

(上海翔殷路 800 号 邮政编码:200133)

全国新华书店经销 上海长阳印刷厂印刷

开本:850×1168 1/32 印张:12 字数:311 808

1999 年 3 月第 1 版 1999 年 3 月第 1 次印刷

印数:1~5 000

ISBN 7-81060-019-2/D·002

定价:21.80 元

前 言

随着人们法律意识和自我保护意识的增强,医疗纠纷已日渐增多,并将成为医院管理中的热点和难点问题。如何正确处理好医疗纠纷,是每一位医政和医院管理者必须关注和认真探讨的问题。回顾近些年我国医疗纠纷的处理现状,其处理大致可分为四类:一是由医院和患方协调解决;二是通过政府干预和卫生行政部门组织医疗事故技术鉴定,之后进行协调处理;三是通过人民法院审理判决或调解解决;四是通过消费者保护协会等部门进行协调解决。为了总结和借鉴既往医疗纠纷处理中的经验,我们组织编写了这本案例剖析,精选了100多个医疗纠纷典型案例,从各个不同侧面、不同情况介绍了近些年我国部分医疗纠纷发生、发展的情况及处理的方法和技巧,既有处理成功的经验,又有失败的教训。我们谨旨在为广大医政管理和医院管理者特别是长期从事医疗纠纷处理的同道提供参照和借鉴。同时,也试图为各级医政部门和医院进行医疗法规培训提供实例和教案。通过宣传教育,举一反三,使广大医务工作者从中得到启示,以不断增强大家的法制观念和自我保护意识,防止各种医疗纠纷的发生。

本书分七章,按内科、外科、五官科、妇儿科、医技科室、护理和其他科室的医疗纠纷等七大部分进行分类。每个案例包括诊治经过(事件经过)、纠纷发生和处理情况、评析三大部分,有的案例还增加了问题和教训部分。书后还附有与医疗纠纷处理相关的法律和法规,以供学习和参照使用。

本书编写力求真实性、典型性、实用性和科学性。为确保案例真实严谨,避免产生负面影响,在编写过程中,我们对部分案例进行了一定的加工处理。每个案例的评析只是编者个人的学术观点,仅供参考。本书除适用于卫生行政、医院管理者和广大医务人员外,还适用于广大法律工作者参考。

由于编者水平有限,编写中谬误之处在所难免,敬请广大读者,特别是卫生界、司法界从事医疗纠纷处理的同行批评指教。

编 者

1998年7月于广州

目 录

第一章 内科医疗纠纷	1
技术不过关, 诊治出纰漏	1
检诊不力, 肺癌漏诊	3
发热昏迷原因不明, 抢救无效意外死亡	5
病情重, 抢救无效死亡; 纠纷起, 诱因全在医德	
——一起因医德医风差而引起的医疗纠纷	7
特殊治疗意外死亡, 无可奈何“私了”了之	
——一起因冠状动脉扩张术及支架置入术后死亡	
引起的医疗纠纷	9
医师操作失准, 患者左眼失明	11
家属无理取闹, 医院无奈补偿	12
官司打三次, 纠纷闹四年	14
不是医疗事故, 是否应当赔偿	
——一起因药物配伍不妥而引起的医疗纠纷	16
就诊突然死亡, 医患都有责任	
——一起发生在急诊科的医疗纠纷	18
不讲理, 屡次上访闹纠纷 动真格, 全力解决止纠缠	
——一起因并发症而引起的医疗纠纷处理始末	20
诊治不力, 少女痴呆	24
诊治无错, 赔偿无奈	27
第二章 外科医疗纠纷	31
手术误伤副肝管, 处理欠妥致死亡	31
纱布留腹腔, 处理欠妥当	33
医生失职纱布留腹腔, 3 次手术患者惨死亡	36
切阑尾纱布器械留腹腔, 历数载几多伤痛方解决	38
经验不足处置不当, 回天乏术患者死亡	
——一起因乙状结肠息肉摘除术致死而引起的	

医疗纠纷	40
肠镜检查导致并发症,综合因素导致患者死亡	42
手术顺利,麻醉出错	46
胆囊切除采用小切口,技术太差患者挨三刀	47
术后意外起纠纷,各方协力才平息	
——保留胆囊手术后死亡	49
技差粗疏皆有,阑尾卵巢同切	52
行钡剂造影,伤十二指肠	53
术中器官变异,先斩后奏失理	
——术中擅自切除输卵管和卵巢而引起的	
医疗纠纷	55
鉴别诊断不力,导致结石漏诊	57
纵隔手术引起食管狭窄,家属索赔一味漫天要价	59
纠纷闹三年,目的为了钱	
——因三叉神经痛根治术后死亡而引起的	
医疗纠纷	60
血管造影意外死亡,无可奈何给予补偿	62
先天畸形术后死亡,无理取闹纠缠不休	64
手术出错并发出血,抢救不力患者死亡	65
术前准备多方出错,髋关节手术弄错左右	68
两船相撞引起交通事故,诊治不力发生医疗事故	
——一起因交通事故引起医疗事故赔偿案	70
车祸意外致伤,诊治不力致残	72
术前准备不够充分,术后引起医疗纠纷	74
处置不当引起并发症,无可奈何截掉左小腿	76
损失一条腿,获赔二十万	78
劣质钢板屡害人,寻求公道上法庭	
——一起因劣质钢板引起的医疗纠纷案	79
关节置换假体断裂,消协调解纠纷解决	82

患者截瘫谁之责，钉断体内谁之过	
——一起医疗纠纷的始末	84
术后变成植物人，家属投诉怪麻醉	86
碎石治疗，意外截瘫	88
解剖未搞清，切错椎间盘	90
违反常规，手术失败	91
左足致残，责任在谁	93
一个畸胎瘤，开了四次刀	95
医师真糊涂，子宫当阑尾	97
为了美丽多次整容，一错再错最后毁容	
——全国赔偿额最高的整形美容致毁容纠纷案	100
手术导致终身治疗，法院判决巨额赔偿	
——全国赔偿额最高的医疗纠纷民事赔偿案	102
死因不明，尸检作证	
——一起因罕见并发症引起的医疗纠纷	108
第三章 五官科医疗纠纷	111
术后失血休克，抢救无效死亡	
——一起因扁桃体摘除术后死亡而导致的	
医疗纠纷	111
住眼科意在排除青光眼，查肝功发现肝炎被漏诊	113
官司持续 12 年，经济赔偿 58 万	
——一起医疗纠纷巨额赔偿案	114
本想整容人更美，没想整掉一条命	118
第四章 妇儿科医疗纠纷	121
产下一男婴，存留一纱垫	121
产妇分娩出血死亡，尸体解剖查明原因	122
剖宫产母女双亡，查责任全在医方	124
凭感觉切卵巢，送病理见真相	
——一起因剖宫产手术引起的医疗纠纷案	128

人工流产患者死亡, 经治医师受罚调岗	129
亲生父母怀疑阴差阳错拒领婴儿, 医院主动寻求法律 支持解决纠纷	130
设备陈旧酿事故, 违禁操作吃恶果	133
护理人员粗心大意, 张冠李戴抱错婴儿	134
癫痫病儿被抛弃, 耐心抚养求法律	135
家属无理弃儿去, 医院依法赢官司	138
差之毫厘, 失之千里 ——一起因超剂量注射胰岛素致患儿残疾案	140
肺炎诊治不力, 死亡实在不该 ——重症肺炎伴脑水肿误诊误治致患儿死亡	141
生后五天死亡, 家人有疑告状	143
断针留体内, 痛苦十八载 ——全国首起性功能精神赔偿案	145
产下愚型儿, 究竟谁之过? ——一起因产前检查引起的罕见医疗纠纷	150
产妇分娩意外死亡, 家属大打出手触犯刑律	151
安放自制节育器, 不明真相被蒙骗	153
抱错婴儿, 酿成悲剧	155
出言不慎导致侵权, 恢复名誉走上法庭 ——一起因婚检而引起的名誉权纠纷案	158
经验不足, 诊治不力 ——因有机磷中毒并中间综合征死亡引起的 医疗纠纷	161
第五章 医技科室医疗纠纷	163
纠纷久拖不结, 皆因用错剂量 ——一起因用药量引起的医疗纠纷	163
椎管造影用错药, 受检患者死得冤	165
血型检验有误, 导致输血错误	167

不按规定做尸检，输了官司又赔钱	
——全国首例因尸体解剖引起的医疗纠纷案·····	169
错发病理报告，患者枉挨一刀·····	170
第六章 护理医疗纠纷·····	172
护士接诊违章推诿，丧失时机患儿死亡·····	172
熟人找熟人，一死一判刑	
——违章直接注射青霉素导致患者死亡·····	173
查对制度不落实，错发错用氯化钾·····	174
护士粗心弄错患者，错误输血有死有生·····	177
想睡觉护士离岗，遭鼠咬婴儿受伤·····	179
酒精灌肠，患者死亡·····	180
第七章 其他医疗纠纷·····	182
患儿肌注感染致死，责任是谁复杂难定·····	182
药物配伍不当出错，肌注部位不准致残·····	184
输入污染血，原因在血袋·····	185
明知故犯，医德何在？	
——输血传染白花斑病引起医疗纠纷·····	189
谁是谁非，法院判定	
——全国首例因怀疑艾滋病病毒感染而引起的	
医疗纠纷·····	190
小小断针，够你折腾·····	193
个体庸医，非法行医·····	195
误诊误治，患者死亡·····	197
非法行医闯祸，依法判决坐监·····	199
此说安乐死，彼说是杀人	
——全国首例因实施“安乐死”而引起的	
医疗纠纷案·····	201
氧舱起火，惨死八人	
——一起因设备质量问题引起的重大责任事故·····	202

欠费不交无道理,依法起诉讨公道	205
医师拿照片做宣传,患者状告侵犯肖像权	
——全国首例患者起诉医师侵犯肖像权案	207
产妇术后纷纷输血,并发肝炎齐齐告状	
——4名产妇因剖宫产术后并发丙型肝炎引起的	
医疗纠纷	209
拿着广告去美容,带着伤痛上法庭	211
注农药图谋害亲夫,造纠纷蒙混掩真相	
——一起制造虚假医疗纠纷案	213
肖像权乎?隐私权乎?	214
尸检做完,器官不见	
——全国首例尸体器官返还案	216
祖传秘方治肝炎,盲目求医受损害	
——全国首例无证游医损害赔偿案	220
医务人员粗心,患者氧舱被困	222
私自行医用错药,患者死亡酿恶果	223
附录 与医疗纠纷处理相关的法律、法规	
医疗事故处理办法	229
卫生部关于《医疗事故处理办法》若干问题的说明	235
医疗事故分级标准(试行草案)	243
关于对《医疗事故处理办法》几个问题的答复	248
关于对湖南省临武县卫生局《关于医疗事故处理中	
几个问题的请示》的答复	250
依据法规妥善处理医疗事故	252
卫生部关于重新发布试行《解剖尸体规则》的通知	255
解剖尸体规则	256
关于维护医院秩序的联合通告	259
中国人民解放军《医疗事故处理办法》实施细则	260
最高人民法院关于当事人对医疗事故鉴定结论有异议又	

不申请重新鉴定而以要求医疗单位赔偿经济损失为 由向人民法院起诉的案件应否受理的复函·····	269
最高人民法院关于对医疗事争议案件人民法院应否 受理的复函·····	270
最高人民法院关于中国人民解放军和武警部队向地方 开放的医疗单位发生的医疗赔偿纠纷由有管辖权 的人民法院受理的复函·····	271
最高人民法院关于李新荣诉天津市第二医学院附属医院 医疗事故赔偿一案如何适用法律问题的复函·····	272
最高人民法院关于对“当事人以卫生行政部门不履行职责 为由提起行政诉讼人民法院应否受理”的答复·····	273
中华人民共和国民事诉讼法通则·····	274
最高人民法院关于贯彻执行《中华人民共和国民事诉讼法》 若干问题的意见(试行)(相关条款)·····	298
中华人民共和国民事诉讼法·····	303
中华人民共和国刑法(相关条款)·····	350
中华人民共和国消费者权益保护法·····	353
中华人民共和国执业医师法·····	363

第一章 内科医疗纠纷

【技术不过关，诊治出纰漏】

一、诊治经过

患者男性,65岁,因冠心病、心绞痛、陈旧性前壁心肌梗死、糖尿病于1996年5月12日入院。入院后患者胸痛剧烈,给予消心痛、氨酰心安、杜冷丁等对症治疗。5月14日晚该患者出现烦躁、腹胀,当时值班医师给予肛肠排气等处理。5月15日晨患者出现意识朦胧,查体发现左侧鼻唇沟变浅,口角轻度向右歪斜,当时考虑不能排除脑梗死,拟行头颅CT检查。因患者仍有腹胀,故于9时前后予以1:2:3液灌肠,患者解出柏油样便及灌肠混合物约500 ml,查大便隐血(++),血红蛋白65 g/L,立即予以止血、输血等治疗,患者病情稳定,心率126次/分,血压12/9.5 kPa。当日下午16时45分,患者突发心跳、呼吸停止,经抢救治疗无效死亡。

二、纠纷发生和处理情况

患者死亡后,其家属提出患者死因不明,并认为医院在抢救治疗中存在失误,故向上级医疗事故技术鉴定委员会申请事故鉴定,上级卫生部门立即组织人员来院调查了解,因家属拒绝,多次协商未能尸检。对死者尸体进行了CT检查,CT示:①右侧脑室旁急性脑梗死。②右侧豆状核腔隙性脑梗死。1996年10月医疗事故技术鉴定委员会对此起事件进行了鉴定,鉴定认为:该患者最终死于上消化道出血,医疗中存在误诊误治,出现脑梗死漏诊,虽然曾考虑到,但未及时检查确诊,作出相应处理。诊治医生水平低,未能及时发现病情变化,对病情演变观察记录不详细,定为一级医疗技术事故。医院有关专家认为,在没有尸检,没有大量出血证据的前提下,以上消化道出血解释死因,比较勉强,且患者患有多种疾病,认为

患者死于脑梗死、糖尿病、冠心病等多种疾病导致的呼吸循环衰竭,不能定为一级医疗技术事故。故于当年 11 月提请上一级医疗事故技术鉴定委员会再次进行鉴定。经再次鉴定,专家们最终认为:该患者因上消化道出血、大面积脑梗死、脑水肿、颅内高压、呼吸循环衰竭未得到有效治疗而死亡,医务人员对隐蔽发展的上消化道出血、脑梗死、脑水肿等认识不足,检查处理不及时。主要原因是经治医师技术水平低,责任心不强,制度不落实,故定为一级医疗技术事故。

鉴定结论出来后,其家属立即向医院提出经济补偿 50 万元的要求,并且全家出动围攻有关领导,扬言要“陈尸院门口”等,意图迫使医院答应其要求。最后通过反复多次耐心细致的解释工作,逐步争取了家属的理解,降低了经济补偿的要求,医院也在政策法规允许范围内作出让步,最后由医院给予一定经济补偿,才使纠纷得以解决。

三、评析

纵观本案例的整个诊治经过,出现漏诊的关键原因是经治医师临床经验欠缺,三级检诊制度落实不够,特别在出现鼻唇沟变浅、口角偏斜等脑梗死症状时,未能正确处理好与腹胀等症状的关系,没有抓住主要矛盾,致使漏诊和延误诊治时机。此外,对于这么危重的患者,上级医师应及时检诊,发现问题,堵塞漏洞,从而避免问题的发生。如果这些工作做好了,不出现漏诊,并采取相应的措施,患者即使死亡,也很难找医院的麻烦。另外,对于死亡患者应力争作尸检,了解死亡原因,这对于医患双方都是有利的。本案没有尸检,根据病历记录和尸体的 CT 检查结果,进行医疗事故鉴定,虽然分析得有道理,但仍缺乏直接的证据。因此,鉴定结论还有值得商榷的地方。

【检诊不力，肺癌漏诊】

一、诊治经过

患者男性，74岁，因反复发作性胸闷，心前区疼痛20余年，加重3小时于1996年3月31日收入心内科。入院查体：血压16.5/9 kPa，一般情况可，无消瘦，浅表淋巴结无肿大，双肺无干湿性啰音。心界向左扩大，心率80次/分，律齐，心尖部可闻及2~3级杂音。腹平软，肝脾未扪及，双下肢无浮肿。行心电图检查提示冠心病、心绞痛。血生化检查示血糖增高。胸部照片示慢性支气管炎、肺气肿等。入院诊断：①冠心病、心绞痛；②原发性高血压；③脑梗死后遗症；④糖尿病；⑤慢性支气管炎，老年性肺气肿等。给予抗凝、扩冠、 β -受体阻滞剂、降压及降血糖等治疗，心绞痛症状很快缓解，血压、血糖控制满意。入院后第3天，患者出现咳嗽，咳少量白色粘痰。肺部听诊无啰音。胸片示：双肺纹理增粗模糊，双上肺陈旧性结核，左上肺可见片状模糊影，考虑肺部感染。经抗炎1周后，复查胸片，左上肺模糊影有所吸收，继续给予抗炎治疗。因经费问题，患者住院11天，于1996年4月11日提前出院。

1996年4月21日患者因急性尿潴留1天再次入住心内科。入院后予以留置导尿管3天，恢复自行排尿后拔除尿管。分析排尿障碍原因，考虑可能与糖尿病周围神经病变，老年人膀胱肌无力、括约肌松弛有关。患者住院期间曾出现声音嘶哑，呛咳。为查找病因，多次请相关科室会诊及做有关检查。耳鼻喉科会诊意见为特发性右侧声带麻痹，未提示声带受压，行头颅CT和MRI检查示陈旧性脑梗死。神经内科会诊意见为声音嘶哑与脑桥梗死有关，考虑到患者声音嘶哑已得到合理解释，且陈旧性脑梗死疗程长、恢复慢，征得患者家属同意后于1996年5月21日出院。

1996年6月患者因咳嗽、咳痰加重，声音嘶哑、乏力、排尿困

难,在某医科大学附属医院门诊治疗近 1 个月,症状无明显缓解。

1997 年 7 月 10 日患者因出现咯血痰第 3 次来院就诊,收入呼吸内科。入院查体:消瘦,呈恶病质,右锁骨上可触及蚕豆大小淋巴结 1 枚,质中等,可移动,无压痛。左肺叩诊浊音,语颤减弱,呼吸音低,左中下肺可闻及干湿性啰音。胸片报告:左肺门及左上肺见片状影,左上纵隔影(与 1996 年 4 月 24 日比较)增宽。入院初诊为咯血原因待查:①左侧支气管肺癌并右上纵隔及右锁骨上淋巴结转移?②肺部感染?入院第 4 天,患者出现胸闷,烦躁,双肺湿啰音增多。入院第 6 天,病情急剧恶化,意识丧失。当日下午 17 时院内会诊。意见如下:诊断:①支气管肺癌并肺不张和肺部感染,②急性呼吸衰竭,低氧血症,③心力衰竭Ⅲ度,④代谢性酸中毒,酮症酸中毒。给予上呼吸机纠正低氧血症、抗感染、控制心衰,纠正酮症酸中毒和营养支持等。当晚 22 时出现呼吸心跳停止,给予紧急心肺复苏等抢救无效而死亡。

二、纠纷发生和处理情况

患者死亡后,其家属认为这是一起因误诊造成的严重医疗事故,是由于医务人员责任心不强,诊治不力,致使患者失去治疗的最佳时机而死亡。要求医院免除医药费,赔偿患者 5 年的工资,用以抚养患者的妻子(其妻没有经济收入)。医院认为此例肺癌不典型,没有得到病理证实。患者多种疾病并存,收住心内科,漏诊的可能性存在。后经反复做工作,减免医药费用 3 000 元,给予一定经济补偿,使医疗纠纷得以解决。

三、问题和教训

导致患者漏诊的主要原因有两方面:一方面是医务人员对早期肺癌,特别是合并有感染的肺癌认识不足,经验不够。患者因急性尿潴留第 2 次住院时,伴有明显声音嘶哑。科室医生虽然很重视,多次请相关科室会诊,积极查找喉返神经受压的原因。但由于没有组织院内大会诊,只进行了科间会诊,会诊意见局限。此外,患者 2 次在心内科住院期间均出现咳嗽、咳痰,肺部有啰音,胸片显

示为肺部炎症。考虑为慢性支气管炎、肺气肿合并肺部感染,给予抗炎治疗,只满足临床症状及胸片有好转,忽视了肺癌与声带麻痹的关系,也没有进一步查找确切的病因。如能进一步行胸部CT检查,对确诊会有较大帮助。另一方面是患者在诊治上不够配合。患者首次住院期间,出现左上肺感染,抗炎治疗1周后症状消失,复查胸片示炎症有所好转,应继续巩固治疗,但因患者家属要求提前出院,影响了继续治疗观察。

四、评析

临床工作中,肺癌的误诊或漏诊并不少见。本例患者在长达一年多的时间内,先后经过两家大医院的多次诊治,均未能尽早发现,直至晚期出现恶病质。严格地说,这是不应该的,虽构不成事故,但应算差错。本患者虽然合并有多种严重疾病,但如果注意鉴别诊断和病情发展变化的规律,及时组织全院会诊,漏诊是可以避免的,因此教训是深刻的。目前内科专业分科越来越细,对专业性较强且无典型表现的病症的诊断要引起高度重视。非专科医师要不断扩大知识面,加强科室间联系,多请会诊,对提高临床诊疗水平是十分必要的。本例漏诊也暴露了医务人员临床知识不够全面。患者死亡后,死者家属应主动提出尸检,以查明死因,这对纠纷的处理是十分有益的;对医院来说,也有利于总结经验教训。

【发热昏迷原因不明,抢救无效意外死亡】

一、诊治经过

患者女性,21岁,学生,因无明显诱因突感畏寒、发热,于1992年5月5日11时入校医院就诊,初诊为“上感”,予以服用APC片和板蓝根冲剂后回宿舍休息。次日8时许,同学呼之不应,见其全身发绀,急送校医院就诊,经对症处理后,9时由校医院派车送其入某医院进一步诊治。接诊医师见患者病情危重,急请主任医师指