

YILIAO JIUFEN ANLI FENXI
YU FANGFAN DUICE

医疗纠纷案例分析 与防范对策

第二版

主编 徐玉生 李利 姚原理

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

·第二版·

主 编 徐玉生 李 利 姚原理

副主编 (以姓氏笔画为序)

马海燕 王本印 王炜振 代云华

任 浩 沙启娟 赵德成 谢 静

编 委 (以姓氏笔画为序)

马海燕 王本印 王玉梅 王根成

王炜振 王宗兵 共云华 李 利

任 浩 沙启娟 赵华奇 赵德成

岳 玮 徐玉生 徐 超 高 超

姚原理 常 升 商延贞 谢 静

魏 霞

军事医学科学出版社

金 盾 出 版 社

·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

医疗纠纷案例分析与防范对策(第二版)/徐玉生,李利,姚原理主编.
- 北京:军事医学科学出版社,2005

ISBN 7-80121-699-7

I. 医… II. ①徐… ②李… ③姚…

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(2005)第 060451 号

出 版:军事医学科学出版社

发 行:金盾出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931034

66931048

编辑部:(010)66931050

传 真:(010)68186077

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:华润印装厂

发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32

印 张:16.875

字 数:433 千字

版 次:2005 年 8 月第 2 版

印 次:2005 年 8 月第 1 次

定 价:28.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,找本社发行部负责调换

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,有助于医疗机构管理者和医务人员从中吸取教训。

前 言

近几年与医疗纠纷相关的法律、法规相继颁布,医疗机构的现状,社会的现状,医患关系的现状发生了变化,医疗纠纷出现了新的形势,社会各界仍然把医疗纠纷作为关注的焦点之一。

医疗纠纷是在各种社会条件下都存在的问题,是医患矛盾的激化形式,也是社会转型时期较为显现的矛盾之一。在实施和接受医疗服务中需要和谐的医患关系,最重要的是医疗机构及其医务人员应认识和妥善处理医患关系中把病人的利益放在首位,把维护病人利益作为医患关系最基本的准则,尊重和保障患者的生命健康权和保障患者的知情权、同意权、隐私权、选择权等权益。医学科学发展永远是处在现实的某个阶段,对很多疾病的症状、病因、治疗、预后还不能完全认识,每个医疗机构、每个医生的医疗水平、临床经验是有限的,凡症皆能确诊,凡病皆得治愈是不现实的。患者自己行使选择医院、选择医生的权力,在不同的医院得到相同水平的医疗服务也是不现实的,医疗机构及其医务人员应得到必要的尊重、理解和合作。

一些医疗机构管理存在问题。管理者有的重经济指标轻医疗质量,把主要精力放在医院财务和公关方面;有的医生或其他技术人员走上管理岗位却不安心管理工作,或负其名而不务其实,或把管理作为“副业”;有的观念落后,墨守陈规,不接受先进的管理知识和经验;有的屈从不良风气,顾虑重重不敢管理等。管理存在的问题既制约了医疗机构的发展,又造成医疗纠纷隐患。

可能因多种原因造成医疗费用上涨。如2年前一位老人因脑腔隙梗塞到某省城一家著名医院求专家诊治,一张处方药价5600元,取药后又被介绍到北京某医院放置颈动脉支架,接诊专家另开一张处方,指明在院外某药房购买,每片药贵达40余元,一侧支架植入后花费数万元,又被告知另一侧颈动脉也要放置支架。老人没

能接受第二次颈动脉支架植入术,实际这侧颈动脉并没有明显手术指征,近日在省与京城医院检查已无明显狭窄。这样的情况绝非仅此老人一例。一些医疗机构名为国办实已民营,医院与政府财政分离,为维持生存,谋求发展,增加收入,管理者用药费、检查费、手术费分成计算员工的工资报酬。医药及医疗器材厂商之间不正当的竞争促销手段,诸如药品及医疗耗材购销中的回扣、贿赂;某些监管部门监管措施不完善或者监管缺位,不能正本清源从根本上解决问题。部分医务人员丧失“医本仁术”、“医本为善”的医德,滥用药品、乱开检查、违规手术、抬高收费等,以医致富,因病变贫,激化医患矛盾,是引起医患纠纷的重要原因。

医疗纠纷中出现一些违反构建和谐社会的现象。某些患方采取严重违法行为,在医疗机构设灵堂、焚纸钱、打砸抢,对医务人员围攻辱骂、暴力伤害,甚至纠集社会非法势力,雇用“纠托”,委托“黑中介”,既造成社会秩序混乱又使患方陷于犯罪。某些医方掩盖医疗过失行为,逃避责任,不能坦诚对待医疗缺陷,不能主动依法承担医疗过失对患者人身伤害的赔偿和法律责任,在没有医疗过失时又不能正当维护自身的合法权益,患方“大闹大赔、小闹小赔、不闹不赔”,既造成医疗机构失去诚信和核心竞争力,又可能陷于违法违规的境地。

在医疗纠纷中还有一些值得深思的现象,对照以下两个病例,一例,女,患者,65岁,被子女送到某村医诊所治疗白内障,手术后眼睛瞎了,又做了眼球摘除,事后发生医疗纠纷,村医受到处罚。另一例21岁的孕妇,因死胎到某医院妇产科引产,喝糖水,输葡萄糖液,精神萎靡,逐渐意识不清,其母患糖尿病。孕妇父亲的好友是这家医院的内科专家,应邀从产科到重症监护科全程尽心尽力主持患者的内科诊断与治疗,经过颅脑CT等多项检查,昏迷原因不明。需要常规检测的血糖,最后在下级医生的请求下才检查,患者血糖80 mmol/L(正常值3.9~6.1 mmol/L),确诊为糖尿病高渗昏迷,终因已失去救治时机而死亡。女儿死后,父亲没有对医生及医

院表示任何不满。前一例子为老人不适当的选择医生和医疗机构,出现恶果后,发生纠纷,索取了赔偿。后者为女儿选择医生,发生悲剧后毫无怨言,可见发生医疗纠纷不仅存在医学认识的对错、司法控辩的胜负,也反映了伦理道德、社情民风的状态。

医疗纠纷还有社会文化、意识、道德、法律等多方面的因素,在相当长的时间内,仍然是医疗机构面临的严重问题。

医疗纠纷的处理中,经治医生是从疾病发生认识疾病,鉴定医生是从疾病结果甚至死后尸检认识疾病,前者难后者易,前者只见枝节后者可观全貌,前者易出错误,后者较易正确。众所周知,一、二、三级医院,初、中、高级医生,水平悬殊。患者全部选择高级医院高级医师是不现实的,大多数急危重症患者首先选择就近的一、二级医院诊治,一旦发生医疗纠纷再经过上级医院上级医师鉴定。水平悬殊的各级医院、各级医生在医疗纠纷发生后,评定医疗行为过失使用相同的标准,基层医院及基层医生会面临更大的行业风险。在医疗纠纷中,具体分析医疗机构的设备条件、技术水平、医务人员在特定医疗机构中实施医疗行为能力的极限及补救措施,具体分析患方行使选择权、选择医疗机构和医生的情况以及对发生后果的影响,有利于客观、公允、中正、平和地认识医疗纠纷。

医疗机构的管理者及其医务人员认真贯彻执行国家有关法律、法规和规章,遵守各项制度,加强科学管理,保障正常执业活动,按照最近颁布的《医院管理评价指南(试行)》考核内容的要求,实施医疗质量管理持续改进,接受先进的管理理念,借鉴先进的管理经验,不断提高医疗质量,持续完善正确、有效、及时、经济的科学医疗服务体系,是预防医疗纠纷的关键。医疗机构及其医务人员树立“以人为本”的服务理念,从患者接受医疗服务到出院随访实行全过程、全方位人性化服务,真正做到“以病人为中心”,让病人感到被尊重、被关爱,在温馨、和谐、亲切、美好、舒适、安全的氛围中接受规范的检查、治疗、护理、生活服务。医疗机构所有医务人员应认识到每用一药、每注射一针、每开一刀、每做一种检查都

密切关系着患者的生命健康,不可有一丝一毫的违法违规,不能有一星一点的私欲私心,时时刻刻把病人的安全、病人的利益放在心上,放到高于一切的位置,以高尚的道德品质、良好的精神面貌、严谨的工作作风、精湛的医疗技术取得患者的信任和爱戴。正确认识、处理医患关系,构建和谐的医患关系是防范医患纠纷的根本,也是构建和谐社会的重要组成部分。

本书的再版,依据现行的医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章及诊疗护理规范、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及其医务人员的医疗行为过失或缺陷。本书贯彻“以人为本”、“以病人为中心”的观点,重视系统改善的患者安全理念,倡导实行人性化服务,构建和谐医患关系,从根本上防范医疗纠纷。

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、中华医学会发布的诊疗护理常规为标准。

希望通过本书,为防范医疗纠纷尽绵薄之力,对读者对本书的关注谨表谢意,不当之处敬请宽谅。

编者

二〇〇五年五月二十八日

目 录

胃大部切除术后猝死案例分析

普外科及其他手术科室医疗纠纷防范	(1)
车祸致头皮撕脱伤死亡发生医疗纠纷案例分析	(20)
急性硬脑膜下血肿患者手术前死亡发生医疗纠纷	(27)
颅脑外伤死亡发生医疗纠纷	(34)
脑外囊区血肿置管抽吸术后盲目进管致脑干出血	(36)
股骨颈骨折延迟愈合发生医疗纠纷	
骨科医疗纠纷防范	(38)
粉碎性骨折内固定术后骨折未愈合发生医疗纠纷	(44)
指骨结核手术后再发腰椎结核发生医疗纠纷	(47)
肺损伤死亡发生医疗纠纷	(52)
分娩过程中羊水栓塞死亡发生医疗纠纷	
妇产科医疗纠纷防范	(60)
剖宫产术后失血性休克死亡发生医疗纠纷案例分析	(70)
人工流产术后大出血发生医疗纠纷	(77)
附录:节育手术常规(卫生部、国家计划生育委员会 1984年2月1日颁布,1984年2月1日实施)	(80)
先天性白内障术后未复明发生医疗纠纷	
眼科管理和医疗纠纷防范	(88)
剖宫产术行硬膜外阻滞麻醉死亡案例分析	
麻醉科医疗纠纷防范	(94)
腹痛诊断不明死亡发生医疗纠纷	
内科医疗纠纷防范	(115)
急诊科胸腹痛患者行B超检查时死亡	
急诊科医疗纠纷防范	(130)
附录1:关于进一步加强急诊抢救工作的补充规定	(143)

附录 2:关于加强急诊抢救和提高应急能力的通知	(144)
嵌顿型膈疝死亡发生医疗纠纷	(146)
化脓性脑膜炎患儿死亡发生医疗纠纷	
儿科医疗纠纷防范	(153)
流行性乙型脑炎患儿死亡发生医疗纠纷	(170)
绞窄样肠梗阻延误诊断致肠坏死	
误诊发生医疗纠纷防范	(186)
重症肺炎死亡发生医疗纠纷	
危重疾病医疗纠纷防范	(218)
附录:关于施行《抗菌药物临床应用指导原则》的通知	(230)
电动吸引洗胃法致 1605 中毒患儿胃破裂	
护理医疗纠纷防范	(246)
静脉输液过程中发生空气栓塞致患者死亡	
输液医疗纠纷防范	(260)
输血感染病毒性肝炎案例分析	
输血医疗纠纷防范	(268)
静脉滴注射五加注射液死亡发生医疗纠纷	
药物过敏医疗纠纷防范	(278)
附录:药物皮试和药物试验一览表	(280)
结肠镜检查致肠破裂发生医疗纠纷	
内窥镜室医疗纠纷防范	(283)
误用氨茶碱致婴儿死亡发生医疗纠纷	
药剂科医疗纠纷防范	(291)
附录 1:处方管理办法(试行)	(308)
检验科误报血糖检测值案例分析	
检验科医疗纠纷防范	(314)
农村家庭接生产妇死亡发生医疗纠纷	
农村助产医疗纠纷防范	(323)
附录:农村助产人员管理条例(试行)	(327)

“上感”、“急性胆囊炎”死亡发生医疗纠纷

村卫生室医疗纠纷防范	(331)
------------------	-------

附录:

医疗事故处理条例	(349)
医疗事故技术鉴定暂行办法	(364)
医疗事故分级标准(试行)	(373)
医疗机构病历管理规定	(385)
重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定	(389)
病历书写基本规范(试行)	(393)
医疗事故争议中尸检机构及专业技术人员资格 认定办法	(403)
医疗机构管理条例	(406)
医疗机构管理条例实施细则	(413)
医院管理评价指南(试行)	(431)
中华人民共和国执业医师法	(456)
中华人民共和国护士管理办法	(465)
中华人民共和国传染病防治法	(469)
医疗机构传染病预检分诊管理办法	(489)
中华人民共和国药品管理法	(491)
血站管理暂行办法	(510)
医师外出会诊管理暂行规定	(518)
全国人大常委会关于司法鉴定管理问题的决定	(522)

胃大部切除术后猝死案例分析

普外科及其他手术科室医疗纠纷防范

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,于一次日进流质饭。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,仍然发生了医疗纠纷。

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,但在术后发生猝死。认真分析本例医疗纠纷,应接受以下教训。

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的如出血、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纠纷认真研究,尽最大努力防范。

一、手术科室医疗纠纷常发生的情况

(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,经必需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)与麻醉相关的医疗纠纷。
- (21)与输血、输液相关的医疗纠纷。
- (22)手术科护理医疗事纠纷。

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) 手术中事故、差错

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) 手术后医疗事故、差错

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，造成不良后果并及时规范救治者；
- 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