

. 经验介绍 .

神经外科医疗过错司法鉴定 46 例分析

杨正明 陈晓瑞 舒 凯 刘子龙 赵小红 刘 良 雷 霆

**【摘要】目的** 总结神经外科医疗过错司法鉴定的原因及结果。**方法** 回顾性分析 2009~2018 年华东科技大学同济医学院法医学系司法鉴定中心涉及神经外科医疗过错的 46 份司法鉴定报告,总结分析产生医疗纠纷的原因及鉴定结论。**结果** 神经外科医疗纠纷多发生于颅脑损伤、脑血管疾病及颅内肿瘤;产生医疗纠纷的原因多为检查诊断不及时、用药不及时或用药错误以及手术不及时或方法不妥,告知义务不详细也是发生医疗纠纷的原因之一;鉴定结论多为医院过错参与度 $\leq 40\%$ (93.5%)。**结论** 神经外科临床工作要特别关注告知义务,密切观察病人病情变化,完成相关检查项目,及时调整治疗方案,严格按医疗常规进行诊疗,可有效避免或减少医疗纠纷。

**【关键词】** 神经外科;医疗纠纷;司法鉴定;原因分析

**【文章编号】** 1009-153X(2020)11-0789-02      **【文献标志码】** B      **【中国图书资料分类号】** R 651

随着时代的进步,人们的法律观念也在不断增强,临床工作中发生医疗纠纷后要求进行司法鉴定的案例日益增多,总结分析既往的案例结果,对临床医务人员有十分重要的意义。本文就 2009~2018 年华东科技大学同济医学院临床法医鉴定中心 46 份涉及神经外科医疗过错司法鉴定报告进行回顾性分析,现报道如下。

1 病例资料

46 例涉及神经外科医疗过错司法鉴定的被鉴定人中,男 29 例,女 17 例;年龄 11~75 岁,平均 49.3 岁。被鉴定人原发疾病:颅脑损伤 14 例,脑出血性疾病 13 例,颅内及椎管肿瘤 10 例,脑缺血性疾病 4 例,其他 5 例。司法鉴定结案时被鉴定人状态:重残 23 例,死亡 17 例,轻度并发症 6 例。鉴定委托单位除 2 例为律师事务所外,其余 44 为各级法院。被鉴定医院级别:三甲医院 22 家,三乙医院 12 家,二甲医院 9 家,二乙医院 2 家,民营医院 1 家。

2 结果

2.1 产生纠纷的原因 检查诊断不及时 12 例(26.1%),手术不及时或方法不妥 11 例(23.9%),用药不及时或用药错误 8 例(17.7%),告知义务不详细

5 例(10.9%),病情观察不仔细 3 例(6.5%),转诊不及时 2 例(4.3%),其他原因 5 例(10.7%)。

2.2 医院过错参与度 医院过错参与度为 0 有 2 例(4.3%),1%~10%有 12 例(26.1%),11%~40%有 29 例(63.0%),41%~60%有 2 例(4.3%),61%~90%有 1 例(2.2%)。医院过错参与度 $\leq 40\%$ 共 43 例,占 93.5%。

2.3 典型案例

2.3.1 案例 1

2.3.3.1 案情简介 2011 年 10 月 14 日下午 4 时左右,被鉴定人因突发左侧肢体无力约 1 h 入住 XX 医院神经内科,行头部 CT 示脑内出血,以“脑血管意外”收入院。入院时神志清楚,给予脱水降颅内压、营养神经及对症支持治疗并告病危。住院当晚病情变化,15 日 7:30 神志不清,复查 CT 示血肿扩大,经神经外科会诊后转科并行手术治疗。开颅血肿清除术后遗留意识障碍等神经系统后遗症。被鉴定人家属认为 XX 医院的医疗行为存在过错并导致上述不良后果的发生,遂提出诉讼。

2.3.3.2 鉴定意见 ①医方对被鉴定人的病情重视不够,观察病情不仔细,处理不及时:被鉴定人入院时出血量较少,存在左侧肢体偏瘫及左侧中枢性面瘫(轻度),但神志清除,双侧瞳孔等大等圆,医方也予以告病危及相应处理无误。但对于告病危的病人,医方除在 2011 年 10 月 14 日下午 4 时入院时书写首次病程录外,直至次日晨 7 时 30 分没有第二次病程记录,期间病人病情已有明显变化;同时,根据护理记录记载,被鉴定人入院当晚 9 时 5 分静脉注射速尿 20 mg(听证会医方陈述病人出现频繁呕吐),分析此时其病情已有变化;次日凌晨 1 时,护士通知医生

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.11.020

作者单位:430030 武汉,华中科技大学同济医学院附属同济医院神经外科(杨正明、舒 凯、雷 霆);430030 武汉,华中科技大学同济医学院法医学系(陈晓瑞、刘子龙、赵小红、刘 良)

通讯作者:陈晓瑞,E-mail:chenxiaorui@mails.tjmu.edu.cn

(具体原因不明,分析病情可能进一步加重,因为神志已转为昏睡),但未见医生予以检查处理的记录,如及时给予CT复查并指导下一步治疗等。因此,XX医院的医疗行为违反了诊疗常规,存在不足和过失。②对于高血压病脑出血病人,当血压 $\geq 200/110$  mmHg时,在脱水降颅内压治疗的基础上,应采取降压措施,被鉴定人入院时血压220/120 mmHg,当晚9时测血压为190/120 mmHg,医方未考虑调整血压,以降低再出血的风险,故存在过失。

综上所述,由于医方存在对被鉴定人病情重视不够,未按危重病人予以管理,观察病情不仔细,处理不及时及血压管理上的不足或过失,医疗行为与被鉴定人再出血、植物状态生存的损害后果存在一定因果关系,建议医疗过失与损害后果间参与度定为40%(供参考)。

### 2.3.2 案例2

2.3.2.1 案情简介 2013年9月8日被鉴定人因突发昏迷行头部CT检查发现蛛网膜下腔出血收住XX大学XX医院,9月10日DSA检查发现左颈内动脉后交通动脉动脉瘤,行血管内栓塞治疗;右颈内动脉后交通动脉亦发现6 mm $\times$ 5 mm囊性动脉瘤,未做特殊处理,9月30日出院。10月4日再发蛛网膜下腔出血及右侧脑室出血,因抢救无效于5日死亡,被鉴定人家属认为XX医院的医疗行为存在过错并导致上述不良后果的发生,遂提出诉讼鉴定意见。

2.3.2.2 鉴定意见 ①被鉴定人DSA检查发现双侧后交通动脉动脉瘤,先行出血侧治疗,另一侧行择期手术,未违反医疗原则。②被鉴定人出院时恢复良好,血压基本控制正常,但出院5 d后因右侧动脉瘤破裂出血死亡,分析出血原因主要与血压控制不佳有关,其发生的原因:医生告知不足,脑动脉瘤病人,控制高血压是预防脑出血的关键,出院医嘱中,虽然告知病人监测血压稳定,但没有充分告知控制血压的重要性及详细治疗措施,存在告知义务不足之过错;出院后,被鉴定人及家属监测血压不力,没有做血压监测,血压控制不佳未被及时发现。

综上所述,被鉴定人不良后果的发生与医患双方因素共同作用有关,医疗过错参与度约为50%。

## 3 讨论

在诊疗过程中,因患方对医方的工作不满意,发生争执、甚至上诉,要求追究医务人员或有关部门的责任,在事实真相未查明之前,统称为医疗纠纷。司法鉴定是指在诉讼过程中,为查明案件事实,人民法

院依据职权,或者应当事人及其他诉讼参与人(律师)的申请,指派或委托具有专门知识人,对专门性问题进行检验、鉴别和评定的活动。人民法院委托医学会进行的鉴定,称为“医疗事故技术鉴定”,委托司法鉴定机构进行的鉴定称为“医疗过错司法鉴定”;一般来说,前者对医方有利,后者对医方不利。目前,申请医疗过错司法鉴定较申请医疗事故技术鉴定明显增多。

医疗过错司法鉴定是接受医疗行政部门、司法部门的委托,通过尸体解剖、活体检查、审核病历及相关临床资料,对委托方提出的与医疗行为过程中有关的问题进行分析、作出结论<sup>[1]</sup>。鉴定结论应包括有无失误或过错、过错与不良后果是否存在因果关系、参与度。按过错参与度划分为无责、轻微责任(参与度在1%~10%)、次要责任(参与度在11%~40%)、同等责任(参与度在41%~60%)、主要责任(参与度在61%~90%)和全部责任(参与度 $>90\%$ )<sup>[2]</sup>。

本文46例分析结果发现神经外科医疗纠纷多发生于颅脑损伤、脑血管疾病及颅内肿瘤;产生医疗纠纷的原因多为检查诊断不及时、用药不及时或用药错误以及手术不及时或方法不妥,告知义务不详细也是发生医疗纠纷的原因之一;司法鉴定结论虽多为医院过错,但参与度 $\leq 40\%$ 占93.5%。本文案例1前期处理无误,但后期出现烦躁呕吐,即应引起医务人员高度重视并作出相应处理,做好文字记录。但是医院到第二天才为病人复查CT,错过最佳救治时间,司法鉴定给以40%的过错参与度是合理的。案例2,医院仅在病人出院后的治疗指导工作中存在疏忽,却要承担50%的过错参与度,虽为广大医务工作者所不能接收,但这就是司法鉴定最为严酷的事实。医院处理司法鉴定流程相当麻烦,也会对医务人员产生一定的心理负面影响,提醒医务工作者在临床工作中要特别关注告知义务,密切观察病人病情变化,完成相关检查项目,及时调整治疗方案,严格按医疗常规进行诊疗,避免或减少医疗纠纷。

### 【参考文献】

- [1] 邓振国. 医疗过错司法鉴定[M]. 见:邓振国,陈国弟. 法医学临床学理论与实践(第一版). 成都:四川大学出版社, 2004. 308-332.
- [2] 湖北省司法鉴定协会文件[Z]. 鄂司鉴协字(2013)2号. 医疗损害司法鉴定中医疗过失参与度的相关规定.

(2020-08-25收稿,2020-09-20修回)