

21例首次鉴定为事故再次鉴定不是事故的案例分析

蒋士浩,高峰

(江苏省医学会,江苏 南京 210008)

摘要:2006~2008年省级医疗事故技术再次鉴定630例中有21例市级首次鉴定为医疗事故,而再次鉴定不属于医疗事故,通过对省、市两级鉴定结论的分析,认为医疗事故技术鉴定中由于专家专业水平、专业经验和法律知识的差异,对临床医疗行为正确与否的判定可能存在一定的不确定性,也充分说明临床医学的复杂性和医疗纠纷通过专业评判的重要性,医学会组织专家鉴定要不断提高专家的鉴定水平和能力。

关键词:医疗事故;技术鉴定;案例分析

中图分类号: D919.4

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2013)03-207-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20130304

医疗事故技术鉴定结论是妥善处理医疗纠纷争议的依据。因此,鉴定工作必需做到客观、公正、实事求是,严格按照《医疗事故处理条例》^[1]和《医疗事故技术鉴定暂行办法》^[2]来开展。本文通过对2006~2008年江苏省两次鉴定中首次鉴定为医疗事故而再次鉴定不属于医疗事故的21例案例进行梳理,就鉴定中的关键词进行归类分析,以帮助我们在今后的工作中进一步提高鉴定质量。

一、资料来源

(一)一般情况

2006~2008年全省市级首次鉴定2661例,省级再次鉴定630例,再次鉴定与首次鉴定结论不符200例,不符合率32%;在不符的200例中,有110例为定性不符案例,其中首次鉴定为事故而再次鉴定为不属于医疗事故的案例21例,占再次鉴定案例3%。

(二)统计分类

21例案例的年度分布:2006年9例,占再次鉴定案例(203例)4%;2007年7例,占再次鉴定案例(222例)3%;2008年5例,占再次鉴定案例(205例)2%。学科分布:普外科6例,骨科3例,神经内科2例,泌尿外科2例,胸外科2例,内分泌科1例,妇产科1例,耳鼻喉科1例,传染科1例,儿科1例,眼

科1例。事故等级及责任程度分布:一级甲等5例,一级乙等1例,二级乙等1例,二级丁等1例,三级乙等2例,三级丙等3例,三级戊等3例,四级5例^[3]。医院等级分布:三级医院7例,二级医院9例,一级医院5例。

二、分析与讨论

(一)关键词1:基层医疗机构

案例一:某患者“尿黄乏力4天”入住某卫生院,治疗6天后病情加重,诊断肝昏迷早期,转上级医院,后因“肝性脑病”抢救治疗1周后死亡。

首次鉴定分析:患者入院诊断“急性黄疸型乙型肝炎”不确切,应修正为“病毒性肝炎乙型慢性重型”(SGPT 18 121 U/L),医方存在对病情认识不足,未能及时作出正确判断,病情发展和转归没有及时向患方交待,治疗上无原则性错误,但对重症肝炎的治疗不完全到位。重症肝炎病情发展快,病死率高,即使早期诊断,早期治疗,也不一定能挽救患者生命。定为一级甲等医疗事故,医方负轻微责任。再次鉴定分析:本病例诊断符合重型肝炎(乙型),在疾病早期,医方诊断治疗不违反常规,在诊治过程中,存在对疾病严重性认识不足、检查不全面,但随着临床症状变化,提高了认识而转上级医院,符合基层医疗机

收稿日期:2013-03-05

作者简介:蒋士浩(1963-),男,江苏南京人,研究员,研究方向为医事法学;高峰(1979-),男,江苏如皋人,助理研究员,研究方向为医事法学。

构现状,患者死亡是疾病本身所致,与医疗行为无因果关系,不构成医疗事故。

案例二:某患儿因“停止排便、排气5天伴腹痛、腹胀2天”就诊某卫生院,诊断“肠梗阻”收住院,经胃肠减压后当夜有解便、排气。入院第2天晚出现“答非所问”,第3天上午精神症状加重,遂转上级医院,诊断病毒性脑炎。病程中出现严重低钠、低氧血症,5天后抢救无效死亡。

首次鉴定分析:卫生院对病毒性脑炎临床表现认识不足,导致误诊,延误了治疗,考虑该患儿早期临床表现不典型,且肠梗阻症状存在,故定为一级甲等医疗事故,医方负次要责任。再次鉴定分析:卫生院诊断麻痹性肠梗阻有依据,措施符合医疗原则,病程中出现病情变化,及时转上级(三级)医院合理,已尽到基层医院之职能与义务。转院后诊断病毒性脑炎依据不足,但考虑病毒性脑炎是可以的。患儿后期严重电解质紊乱是其死亡主要原因,与卫生院的医疗行为无因果关系,不构成医疗事故。

讨论:医疗事故鉴定中无论医疗机构的等级高低,判断医疗行为是否违规都是按照基本的医疗常规,但不可否认不同等级的医疗机构在技术水平上有很大差距,在“治疗上无原则性错误”的情况下不宜定为事故。案例二患儿“肠梗阻症状存在”且治疗后效果明显,转院后诊断“病毒性脑炎依据不足”,此时再判定卫生院误诊是不妥当的。基层医疗机构面对广大的农村和社区患者,在没有能力处理患者或发现病情变化时是否做到及时转院这一点很重要。

(二)关键词2:手术指征

案例一:某患者“腹痛发热一月余,伴排便习惯改变”入院,肠镜检查:横结肠近肝曲处见隆起、凹陷性病变,糜烂,环状狭窄,镜身不能通过。初步诊断:结肠癌。剖腹探查见回盲部肿块10 cm × 10 cm,回结肠系膜淋巴结肿大,行右半结肠切除术,术后并发肠痿,转外院继续手术治疗,术后免疫组化示克隆氏病伴复杂性肠痿。

首次鉴定分析:诊断结肠癌依据不充分,回盲部肿块可切除,但选择右半结肠根治术欠妥,肠痿系手术并发症,与原发病有一定关系。构成四级医疗事故,医方负主要责任。再次鉴定分析:有明确横结肠肝曲处隆起、凹陷性病变伴糜烂及已经发生环状狭窄,回盲部有10 cm × 10 cm肿块,回结肠系膜根部又有肿大淋巴结,作为肿瘤好发部位,通常应该行右半结肠切除术,克隆氏病缺乏特异性,临床诊断困难,误诊率较高,患者的肠痿属手术并发症,也与原发病有关,与医疗行为无关,不属于医疗事故。

案例二:某患者因“血尿待查”入院,查CT示右肾盂内占位,伴右输尿管及右肾盂轻度积水。术前诊断“右肾盂癌可能,放射性膀胱炎”,手术探查见“右肾门中部22 cm蓝褐色硬质肿块,周围粘连严重,切除右肾。术后病理:右肾血管瘤伴出血,血栓形成。

首次鉴定认为术前提示右肾盂肿瘤,有探查指征,术中发现肿块与周围组织粘连,术中所见与术前诊断不符时未探查肾盂,未行快速病理检查,也未告知家属,切除右肾定为三级丙等医疗事故,医方负次要责任。再次鉴定认为肾门部肿块与周围组织粘连,难以排除恶性占位有切病肾指征。术后病理示“右肾血管瘤伴出血”,结合患者有反复血尿,肾门部肿块较大,也有切除右肾的指征,故不构成医疗事故。

讨论:手术指征是临床中需要把握的首要问题,自然在案件鉴定中具有非常重要地位。手术指征对于探查手术包含两个层次的意思,首先是否具备探查指征,第二根据术中所见准备切除某处组织时是否具有指征。案例一虽然最终诊断不是结肠癌,但医方扩大范围切除右半结肠也是有道理的。如果证实是癌,那么只切除回盲部显然是不够的,那样就得二次手术;如果证实不是癌,作为癌的好发部位,根据当时所见糜烂、凹陷、狭窄切除右半结肠也免除了后患。案例二术后证实是肾血管瘤,而对于肾血管瘤的首选治疗方法就是肾切除术,条件允许可单纯地切除血管瘤,但易复发。所以无论是从肾肿瘤的角度考虑还是从血管瘤的角度考虑切除右肾都是有指征的。两个案例术中都切除了部分组织或器官,切除脏器应当慎重,如果医疗行为是从患者利益的角度出发,也确实解决了实际问题,那么不宜定为事故,当然这两个案例存在的缺陷就是缺少与患方很好的沟通。

(三)关键词3:并发症

案例一:某患者“左髋部外伤后疼痛,不能站立行走1小时”收住院,摄片示左股骨颈头下型骨折伴移位,予手法复位、可折断螺钉固定术,术后半年外院摄片复查示螺钉成角、短缩及退钉,髋关节伸、屈部分受限。1年后发生股骨颈骨折不愈合,股骨头缺血性坏死。

首次鉴定分析:诊断明确,有手术指征,术式选择正确,据术后复查片示,术中螺钉固定位置和角度不符合常规,与目前患者状况有一定因果关系。构成三级戊等医疗事故,鉴于患者的损害后果主要是本身外伤所致,故医方负次要责任。再次鉴定分析:阅手术当日术后正侧位片:股骨颈骨折三枚螺钉内固定术后改变,对位好,颈干角125°,螺钉位置符合内固定要求。半年后复查螺钉移位是多方面的原

因,包括不适当活动、过早负重,中老年人本身骨质疏松等等。目前后果是原始创伤所致,骨不连属常见并发症,不构成医疗事故。

案例二:某患者左侧甲状腺囊肿手术切除左甲状腺,术后病理:腺瘤伴囊性变,术后第6天出现声音嘶哑。术后第10天出院,出院时仍有声嘶,半年后声嘶稍减轻。

首次鉴定分析:左侧声带麻痹属手术并发症,医方对此认识不足,告知不够,处理欠妥,声嘶与医疗行为存在因果关系,构成三级戊等医疗事故,医方负主要责任。再次鉴定分析:术后第6天发生声音改变,可排除手术直接损伤喉返神经,声嘶属于并发症,可能与术中操作不可避免地牵拉到喉返神经,术后组织水肿挤压喉返神经有关。医方存在手术记录过于简单,发生声音改变未及时请相关科室会诊的不足,但不属于医疗事故。

讨论:并发症在外科手术后很常见,但是否作为不良转归的当然原因,有待具体问题区别对待。案例一在肯定了医方操作符合医疗常规,螺钉位置符合固定要求后,将骨不连归咎于股骨颈头下型骨折常见并发症是可以接受的。如果手术时就没有固定好,以后再讲不良的转归都是并发症就难以令人信服。案例二中声嘶作为手术并发症两次鉴定都予以承认,首次鉴定认为医方对并发症“告知不够、处理欠妥”表述得比较含糊,声嘶与医疗行为有关这是肯定的事实,但没有能指出是否存在不当医疗行为,比如手术方式方法是否合理,术中操作是否精细,有无采取防止损伤神经的措施(可参考手术记录)。反观再次鉴定首先明确了手术中没有损伤喉返神经,接着分析了声嘶可能原因,最后也指出了医方存在的不足,这样分析就比较客观了。鉴定重点不是案例定不定医疗事故,而是是否把定与不定的理由说清楚了。否则仅有一个结论,缺少说服力,就降低了医疗事故鉴定的公信力。

(四)关键词4:因果关系

案例一:某患者,男,61岁因酒后车祸伤入某卫生院,入院神志欠清,双瞳等大等圆,光反射灵敏,呼吸音清,心率85次/分,律齐。查头颅X线、胸片及腹部B超未见明显异常,拟诊“头颅外伤,酒精中毒”,给予利尿、抗生素药物应用。病程中呕吐频繁,2小时后突然呼吸骤停,心肺复苏无效死亡。

首次鉴定认为死亡考虑创伤性、失血性休克,医方对外伤严重性认识不足,采取的措施不力(如未测血压、未抽血化验、未吸氧等),与死亡存在一定的因果关系,鉴于患者因醉酒对病情病史有掩盖情况,定

为一级甲等医疗事故,医方负主要责任。再次鉴定认为患者因车祸致全身复合性重症创伤,颅脑外伤,多发肋骨骨折,双侧血胸,心脏重度损伤,双肾囊出血性损伤,是患者致死原因,且患者醉酒未能提供有关伤情信息,入院时间又短。医方在诊疗中对伤情发展和预见不足;未测血压;未能诊断出胸部创伤属存在不足。但与死亡无因果关系,不构成医疗事故。

案例二:某患者在生有木炭的房间里给小狗洗澡,17小时后被家人发现神志不清,大小便失禁,急送医院查血糖16.5 mmol/L,诊断“酮症酸中毒?一氧化碳中毒?”予对症治疗后,第2日患者神志清楚。住院10天后出院,出院后1周患者发生神志不清,再次入院诊断为一氧化碳中毒迟发性脑病。给予脱水、营养神经配合高压氧治疗。效果不明显1年后发展成植物人状态。

首次鉴定认为患者糖尿病病史较长,已出现多种并发症,加之高血压病,动脉硬化,均可影响迟发性脑病的发生,医方给予高压氧治疗疗程不够,时间偏短与一氧化碳中毒迟发性脑病有一定因果关系,构成二级乙等医疗事故,医方负轻微责任。再次鉴定认为患者入院前在有毒环境中持续17小时,目前处于永久性植物人状态,是严重中毒造成弥漫性脑损害所致,高压氧治疗存在的缺陷与最终的脑病没有因果关系。

讨论:案例一首次鉴定的分析意见对措施不力的解释明显说服力不够,医方虽然没测血压、没有抽血化验、没有吸氧是有过错,但根据患者原始创伤重,病情发展快等特点,这些过错不是致死原因。再次鉴定时把患者死因归咎于原始严重创伤,又指出医方在医疗过程中的过错较为合理。在案例二中单独看首次鉴定分析意见还是比较合理的。但在再次鉴定中专家首先认定了脑病的结果是由于中毒时间过长,已造成弥漫性脑损害不可逆,此时高压氧的治疗效果很不确切,所以高压氧的疗程不足与脑病没有因果关系。这样的分析也是客观的。鉴定专家由于资历、知识和经验不同,对因果关系的确定以及原因的大小认识、看法必然有差异,同一案件也可能出现不同的意见。

(五)关键词5:损害后果

案例一:某患者外伤后骨盆骨折,左股骨干骨折,左股骨髁骨骺骨折伴滑脱,行切开复位内固定术。术后有左下肢短缩和肢体功能障碍。

首次鉴定认为在创面感染情况下行左股骨切开复位内固定术,违反治疗原则,导致术后股骨远端骨髓炎发生,存在因果关系;定三级丙等医疗事故,医

方负主要责任。再次鉴定认为整个病程过程及X线影像资料及检验结果,慢性骨髓炎诊断缺乏依据,医方医疗行为符合常规规范,目前患者状况与股骨髁骨骺的损伤严重有关,与医疗行为无因果关系。

案例二:某患儿母亲在产前两周因腹泻、腹痛在医方予庆大霉素24万单位静滴。患儿2周岁时因听力迟钝,被诊断感音性耳聋。

首次鉴定认为医方违反庆大霉素妊娠期用药原则,患儿听力障碍与医疗行为有关,定为三级乙等医疗事故,医方负次要责任。再次鉴定时专家分析耳聋原因复杂,需补充检查患儿父母及患儿耳部高分辨率CT、ABR+40HR相关电位及声导抗、纯音测听,经完善相关检查后发现患儿母亲存在感音神经性耳聋。患儿CT示两侧前庭导水管扩大,属先天性畸形,是听力损失的客观病因,故医方虽存在应用庆大霉素欠妥,但不能认定是耳聋的原因。

讨论:案例一中首次鉴定认为患者骨髓炎与医方违规手术有关,而再次鉴定中认为骨髓炎诊断依据不足。患者的损害后果(左下肢短缩和肢体功能障碍),首次鉴定认为有骨髓炎存在,但没有说明骨髓炎是造成损害后果的原因;再次鉴定经过分析得出损害后果与原始创伤有关,且目前不能诊断患者有骨髓炎。案例二中有关耳聋的性质首次鉴定认为与耳毒性药物有关,再次鉴定在补充相关检查后,认为耳聋属先天性畸形。通过这两个案例提示我们在鉴定中首先要明确有无损害后果,其次是分析导致损害后果发生的原因。

三、建议与对策

医疗事故技术鉴定的结论是由鉴定专家组独立进行鉴定后产生的,医学会本无权干涉,但实际工作中存在首次鉴定与再次鉴定的结论不一致的差异,特别是首次鉴定为医疗事故,而再次鉴定为不是医疗事故的情形,其实质反映的是鉴定工作的严谨性和科学性问题,通过分析其存在的因素,探索如何进一步规范鉴定的公正性,理应是医鉴工作者的责任和义务。

(一)加强专家管理,确保鉴定质量

医学鉴定是一项专业性、技术性很强的工作,入库的专家是医学专家,但不一定能马上成为鉴定专家。因此,懂医知法是鉴定专家的基本素质,尊重科学和事实,良好的业务和职业品质,良好的执业记录与社会评价是实现鉴定公正的根本保证。规范专家

的行为,对专家的参与率、会议效果及鉴定质量进行评估,严格每场鉴定会的专家分析意见表的考核,评估结论与动态管理挂钩,不断增强其专业性、原则性、自律性、责任感和法制观念。引导鉴定专家在鉴定中既注重医疗行为是否符合法律法规、诊疗护理常规规范,还要重视医疗行为与患者损害后果之间的因果关系,从法律的构成要件方面加以分析,最大限度地提高鉴定的可信度和公正性。对一些高发的同一类疾病的鉴定,进行“量化”把关,防止鉴定专家的随意性。对医疗操作过程分成几个阶段进行判断,根据医方是否存在过失,是否与损害后果存在因果关系建立标准化体系。

(二)加强专家培训,提高鉴定水平

采用平时培训与鉴定前短训、分学科结合典型案例系统培训、资深鉴定专家与新鉴定专家传帮带等相结合的方式对专家不断给予“继续再教育”,逐步提高鉴定专家的鉴定水平。严格掌握标准,提高鉴定结论的准确性。医疗事故等级的划分是科学性、技术性很强的工作。专家要熟悉医疗卫生管理法律法规、部门规章和诊疗护理规范常规。专家要严格执行《条例》规定程序,确保鉴定工作的公正性。公平公正是医疗事故技术鉴定的“生存法则”即“生命线”。专家在鉴定过程中要坚持科学公正的立场,摒弃任何偏激的、情绪化的心态,超脱于各种利益和感情的因素,切忌丝毫的感情用事,本着对神圣法律的无比尊重,调整好心态,保持科学家的理智和冷静,公正客观地做出鉴定结论。

(三)科学设置学科,扩大鉴定公信力

医疗事故技术鉴定的鉴定人是学科专业的专家。因而组建专家组是医鉴工作的中心环节,是鉴定结论能否体现科学性、客观性、公正性的关键。在设置鉴定专家组的学科时,要把握案例的病情演变过程,对所涉及的学科要充分权衡,准确定位重点学科。法医作为鉴定组的必备成员,不仅作为专业人员参加鉴定会,同时围绕法律范围内的定性原则,对过错、损害后果、因果关系进行分析。在鉴定会中还要充分发挥专家组长在鉴定中的组织、协调、指导、总结作用。

参考文献

- [1] 国务院. 医疗事故处理条例[S]. 2002
- [2] 卫生部. 医疗事故技术鉴定暂行办法[S]. 2002
- [3] 卫生部. 医疗事故分级标准(试行)[S]. 2002