

## · 案例分析 ·

## 涉及骨科医疗损害案件的法医学鉴定

史芳<sup>1,2,3</sup>, 张毛影<sup>1,2</sup>, 马静媛<sup>4</sup>, 黄崇亚<sup>1,2</sup>, 高建辉<sup>1,2</sup>, 顾珊智<sup>1,2</sup>

(1. 西安交通大学医学部法医学院, 陕西 西安 710061; 2. 西安交通大学法医学司法鉴定中心, 陕西 西安 710061; 3. 北京法源司法科学证据鉴定中心, 北京 100062; 4. 徐州医科大学法医学教研室, 江苏 徐州 221004)

**摘要:** 目的 分析骨科医疗损害特点, 探索骨科医疗损害司法鉴定的原则和方法, 为今后医疗损害司法鉴定统一标准的制定提供基础数据支撑。方法 收集2002—2015年西安交通大学法医学司法鉴定中心医疗损害司法鉴定案例364例, 对其中100例涉及骨科医疗损害的案例进行回顾性调查分析。结果 在100例骨科医疗损害司法鉴定案例中, 涉案医院104家, 判定有过错的95例, 无过错的9例, 过错原因居前三位的分别是“对病情观察、预计不足”占27.9%、“术中操作不当”占17.3%、“误诊误治、漏诊漏治”占12.5%。诊疗后果以残疾居多, 占61%; 其次为病程延长, 占31%; 死亡较少, 占8%。判定有因果关系的95例, 占91.4%; 无因果关系的9例, 占8.6%。医方过错原因力分布在次要原因(25%)的为56例, 占53.9%; 主要原因(75%)的为20例, 占19.2%。结论 全面分析骨科损害后果的成因, 区分引发医疗过错发生的主观因素和客观因素, 是判定骨科医疗过错原因力的关键。

**关键词:** 法医学; 骨科; 医疗损害; 案例分析

中图分类号: DF795.1 文献标志码: A doi: 10.12116/j.issn.1004-5619.2019.01.010

文章编号: 1004-5619(2019)01-0052-06

### Medicolegal Identification of Medical Malpractices in Orthopaedic Surgery

SHI Fang<sup>1,2,3</sup>, ZHANG Mao-ying<sup>1,2</sup>, MA Jing-yuan<sup>4</sup>, HUANG Chong-ya<sup>1,2</sup>, GAO Jian-hui<sup>1,2</sup>, GU Shan-zhi<sup>1,2</sup>

(1. College of Forensic Medicine, Xi'an Jiaotong University Health Science Center, Xi'an 710061, China; 2. Medicolegal Expertise Center of Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710061, China; 3. Beijing Source of Judicial Identification Center of Scientific Evidence, Beijing 100062, China; 4. Department of Forensic Medicine, Xuzhou Medical University, Xuzhou 221004, Jiangsu Province, China)

**Abstract: Objective** To analyze the characteristics of medical malpractices in orthopaedic surgeries, to explore principles and methods in medical legal identification, and to provide basic data for uniform medicolegal standard for the future medical identification. **Methods** A retrospective analysis was conducted on 100 cases of medical malpractices in orthopaedic surgery, among the 364 cases archived in Medicolegal Expertise Center of Xi'an Jiaotong University during 2002–2015. **Results** In the 100 cases of orthopedic medical malpractices, with 104 hospitals involved in, 95 cases were judged with medical errors and the other 9 cases with no error. The top 3 reasons for errors were (1) inadequate observation or estimation of diseases (27.9%), (2) intraoperative improper operation (17.3%), and (3) delayed or missed diagnosis and treatment (12.5%). The consequences of medical malpractices were mostly disability (61%), followed by prolonged diseases (31%) and death (8%). With regard to the causal relationship between medical errors and consequences, 95 cases (91.4%) were with causality and the other 9 cases (8.6%) with no causality. Specifically, 56 cases (53.9%) were with medical errors as the secondary causes accounting for 25% causative potency, and 20 cases (19.2%) were with medical errors as the major causes accounting for 75% causative potency. **Conclusion** It is pivotally important for determining the causative potency of medical errors to analyse the causes of damages in orthopaedic surgery and to distinguish subjective factors from objective ones of medical errors.

**Keywords:** forensic medicine; orthopedics; medical malpractice; case analysis

作者简介: 史芳(1990—), 女, 硕士, 主要从事法医临床学及毒品依赖的神经生物学机制研究; E-mail: shifangXJTU@163.com

通信作者: 顾珊智, 女, 教授, 博士研究生导师, 主要从事法医学及吗啡依赖机制研究; E-mail: gushanzhi@mail.xjtu.edu.cn

近年来,医患关系冲突呈现高发态势,据不完全统计,近5年来,我国各城市医疗损害的数量平均每年以15%以上的速度递增<sup>[1]</sup>。医疗损害司法鉴定案件量明显增加,目前已成为司法鉴定的重要内容<sup>[2]</sup>。回顾西安交通大学法医学司法鉴定中心2002年1月至2015年12月医疗损害司法鉴定案例364例,发现涉及骨科的医疗损害鉴定案例达100例,占首位。为分析骨科医疗损害特点,探索骨科医疗损害司法鉴定的原则和方法,并为今后医疗损害司法鉴定统一标准的制定提供基础数据支撑,本研究对这100例涉及骨科医疗损害责任纠纷案例进行回顾性调查分析。

## 1 材料与方法

### 1.1 研究对象

收集2002—2015年西安交通大学法医学司法鉴定中心涉及骨科医疗损害司法鉴定案例100例。纳入标准:(1)鉴定内容包括医方医疗行为是否存在过错、患者是否存在损害后果、医方医疗过错行为与患者损害后果之间是否存在因果关系、医疗过错原因力四项;(2)案例相关病历资料齐全;(3)已出具完整的司法鉴定意见书;(4)有明确的鉴定意见。

### 1.2 研究方法

将患者情况(性别、年龄、就诊原因、损害后果)、医方情况(医疗机构等级)及鉴定意见(医疗过错、因果关系、过错原因力)分别归纳整理,并进行统计描述。

参照《医疗事故处理条例》(国发[2002] 351号)第四条,将对患者人身造成的损害程度,即损害后果分为死亡、残疾和病程延长三类,其中病程延长是指由于医务人员的医疗过失行为的介入导致患者原有病情加重,包括住院时间延长、住院次数增多、手术次数增多等情形。参照《人体损伤致残程度分级》标准,将残疾分为十个等级。依据《综合医院分级管理标准(试行草案)》(A3ZDYY-NY-20070924055),将涉案医院分为一级、二级和三级。依据是否违反《中华人民共和国执业医师法》主席令[1998]第五号、《中华人民共和国侵权责任法》(主席令第二十一号)、《临床诊疗指南:骨科分册》、《临床技术操作规范:骨科分册》等现行卫生法律、法规以及部门规章和诊疗规范,是否尽到诊疗义务、告知义务、注意义务等,将骨科医疗过错原因按照术前(病史采集、术前检查及诊断、基础疾病处理、手术方案及手术时机选择、术前准备、谈话及告知等)、术中(麻醉、手术操作、内固定物的选择及使用是否规范等)和术后(严密的检测及检查、并发症或合并症的预见、防范和处理、护理及出院指导等)归纳总结为九部分,包括基础疾病处理不足,对病情观

察、预计不足,手术方案、手术时机选择错误,术中操作不当,告知缺陷,误诊误治、漏诊漏治,违反诊疗规范,术后处理方式不当,麻醉意外。

医疗过错原因力,是指在同时存在医疗过错行为、患者疾病因素等众多致害因素的医疗纠纷事件中,判断医疗过错行为在患者发生的损害后果上的参与程度。依据《法医临床司法鉴定实务》<sup>[3]</sup>中关于医疗行为与损害后果的相关度判定,我们将医疗过错原因力划分为无因果关系、次要原因、同等原因、主要原因和完全原因。医方存在的过错行为与损害后果之间无因果关系,原因力为0%;次要原因指损害后果主要由患者自身损伤或疾病所致,医疗过错行为仅在损害后果的发生或进展过程中起到诱发、促进或加重作用,即使没有医疗过错行为,损害后果仍然很可能会发生,原因力为25%;同等原因指损害后果由医疗过错行为与患者自身因素等其他原因共同所致,其中之一单独存在损害后果一般都不会发生,原因力为50%;主要原因指损害后果主要由医疗过错行为所致,原因力为75%;完全原因指损害后果完全由医疗过错行为所致,没有医疗过错行为,损害后果必然不会发生,原因力为100%。

## 2 结果

### 2.1 患者情况

本研究中男性80例,女性20例,男女性比例4:1。从表1可知,40岁以上71例(71%)。就诊原因中职工工伤意外48例(48%),交通事故32例(32%)。表2显示,损害后果为残疾的(如瘫痪、截肢和关节功能丧失等)61例(61%),病程延长(如内固定松动需再次手术、术中止血不严密术后血肿形成需二次手术、内固定螺钉钉在骨折线上造成骨不连需二次手术等)31例(31%),死亡案例8例(8%)。残疾中,伤残等级在一至五级者17例(17%),六至十级者44例(44%)。

表1 患者基本情况

基本情况	例数	构成比/%
性别		
男性	80	80
女性	20	20
年龄		
0~20岁	6	6
>20~40岁	23	23
>40~60岁	39	39
60岁以上	32	32
就诊原因		
交通事故	32	32
职工工伤意外	48	48
疾病	20	20

表2 患者损害后果情况分布

损害后果	例数	构成比/%
残疾		
一级	0	0
二级	3	3
三级	0	0
四级	5	5
五级	9	9
六级	6	6
七级	8	8
八级	13	13
九级	7	7
十级	10	10
病程延长	31	31
死亡	8	8
合计	100	100

2.2 涉案医院情况

本研究中,涉案医院 104 家(4 例,涉及 2 家医院),以二级医院最多(50 例,48.1%),其次分别为三级医院(40 例,38.5%)、一级医院(14 例,13.5%)。

从表 3 可知,医方过错原因以“对病情观察、预计不足”最多,“对病情观察不足”主要包括手术前后对患肢血液循环情况观察不足、术后引流管及引流液情况监测不足、术后对伤口渗血情况观察不足、术后抗

感染力度不足等,而“对病情预计不足”则主要表现在医务人员过于自信,对原发伤病或术后并发症或合并症的严重程度评估不足等。其次为“术中操作不当”主要表现为医源性损伤或术后异物残留等,如手术操作粗暴或不当引起血管、神经、肌腱损伤,骨质劈裂等医源性损伤,或医源性材料存留(如钻头、纱布等),骨折复位未达临床复位标准,医务人员术中止血不平等。“误诊误治、漏诊漏治”主要包括病史采集不详细、查体不全面、辅助检查不完善、鉴别诊断不充分导致误诊误治,或者隐匿骨折,血管、神经损伤未及时发现导致漏诊漏治等。“术后处理方式不当”主要包括牵引不当,术后未定期复查 X 线片,术后检查不及时延误治疗,夹板固定不当等。“手术方案、手术时机选择错误”主要包括手术内固定物选择不当、内固定物放置的位置不当、内固定物取出过早、手术时机选择不当等。“告知缺陷”主要包括术前对手术方式选择,手术风险等告知不全,术中更换手术方案未告知,术后注意事项未告知,对疾病的诊断、转归和预后未详细沟通等。“违反诊疗规范”主要包括不规范用药(如滥用抗生素、超剂量用药等)、未严格遵循无菌操作、病例书写不规范、输血错误(如输不合格血、配血错误)等。值得注意的是“无过错”案例 9 例(8.6%)。

表3 涉案医院过错原因及其过错原因力

[N=104,例(%)]

医院过错原因	过错原因力					合计
	0%	25%	50%	75%	100%	
基础疾病处理不足	0(0)	1(1.0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.0)
对病情观察、预计不足	0(0)	24(23.1)	5(4.8)	0(0)	0(0)	29(27.9)
手术方案、手术时机选择错误	0(0)	3(2.9)	2(1.9)	4(3.8)	0(0)	9(8.6)
术中操作不当	0(0)	10(9.5)	3(2.9)	5(4.9)	0(0)	18(17.3)
告知缺陷	0(0)	2(1.9)	2(1.9)	2(1.9)	0(0)	6(5.7)
误诊误治、漏诊漏治	0(0)	6(5.8)	3(2.9)	4(3.8)	0(0)	13(12.5)
违反诊疗规范	0(0)	2(2.0)	1(1.0)	2(1.9)	0(0)	5(4.9)
术后处理方式不当	0(0)	8(7.7)	2(1.9)	3(2.9)	0(0)	13(12.5)
麻醉意外	0(0)	0(0)	1(1.0)	0(0)	0(0)	1(1.0)
无过错	9(8.6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	9(8.6)
合计	9(8.6)	56(53.9)	19(18.3)	20(19.2)	0(0)	104(100)

2.3 涉案医院过错原因力

从表 3 可知,本研究中涉及医院过错原因力涉案量从多到少依次为次要原因、主要原因、同等原因、无因果关系、完全原因案例。

3 讨论

目前,医疗损害司法鉴定主要涉及医方医疗行为是否存在过错、患者是否存在损害后果、医方医疗过错行为与患者损害后果之间是否存在因果关系、医疗过错原因力四个方面。骨科作为医疗损害高发科室,

分析其医疗损害特点并探讨相关司法鉴定的原则和方法具有重要现实意义。

3.1 骨科医疗损害纠纷特点

本组共收集 364 例医疗损害责任纠纷诉讼案件,其中涉及骨科的案件达 100 例,居首位。剖析其原因:(1)本研究中,80%患者就诊原因为职工工伤意外、交通事故,均具有创伤损伤特点。骨科创伤患者通常并非单纯骨伤,其伤情危重、紧急、损伤复杂多样,一些隐匿伤易出现漏诊漏治。(2)骨科是以手术为主的科室,而手术成败与多种因素有关,如原发伤的

严重程度、患者个体耐受性、手术操作的难易程度、手术时机的选择、手术医生的技术水平、麻醉因素及术中不确定因素等<sup>[4]</sup>,而且骨科一些诸如内固定取出术或翻修术,也会增加手术次数,进一步增加不良损害后果发生风险。(3)骨伤本身致残率较高,本研究中,61%诊疗后果为残疾,而患者往往不考虑自身因素,不考虑手术等诸多影响因素,对手术治疗的期望值高,易导致双方对致残成因发生意见分歧而引发纠纷。(4)骨科新技术、新器械、新材料、新手术方式不断增加,可供选择的内置物品种多、品牌多,术后并发症的发生率也随之增加。(5)骨伤患者卧床制动时间长,康复慢,功能锻炼主要依赖于患者,且大部分的康复时间在院外,其不确定因素较多。

### 3.2 骨科医疗过错判定

目前,我国对医疗过错判定尚无统一的鉴定标准,其判定原则主要依据现行卫生法律、法规以及部门规章和诊疗规范,其核心内容即判定医务人员在诊疗活动中是否尽到“诊疗义务”“告知义务”“注意义务”等<sup>[5]</sup>。

“诊疗义务”的衡量需要考虑两方面的内容:(1)医务人员在诊疗过程中是否做到充分的谨慎和细致,可视为对责任问题的衡量;(2)医务人员在诊疗过程中是否达到相当的专业水准,可视为对技术水平的衡量。在医疗损害司法鉴定过程中,辅以同行专业角度审视以上两方面内容,形成了既原则又具体的全方位医疗行为过错专业判定方法,涵盖了对医疗行为的总的基本要求<sup>[6]</sup>。骨科具体“诊疗义务”归纳起来主要包括正确诊断的义务、及时治疗的义务、不良后果预见义务、正确选择手术时机和手术方案的义务、对手术适应证和禁忌证进行严格审查的义务、术中注意保护神经血管的义务、术后密切观察病情变化的义务等。凡是未尽到上述义务,即判定医方有过错。本研究中,104家涉案医院主要过错原因中,违反诊疗义务、过错突显占83.7%,包括对病情观察、预计不足27.9%,术中操作不当17.3%,误诊误治、漏诊漏治12.5%,术后处理方式不当12.5%,手术方案、手术时机选择错误8.6%,违反诊疗规范4.9%。

“注意义务”即“谨慎义务”。《中华人民共和国侵权责任法》第七章“医疗损害责任”中强调的“诊疗义务”的精髓就是医务人员的注意义务,包括一般注意义务和特殊注意义务。一般注意义务是指医务人员在医疗服务过程中对患者的生命与健康利益的高度责任心,对医疗服务工作的敬业,以及对医疗技能追求上的精益求精,包括诊疗义务范畴<sup>[7]</sup>。特殊注意义务是指在具体医疗服务过程中,医务人员对医疗行为

所具有的危险性加以注意的具体要求,包括告知义务、知情同意义务、风险回避义务、转医义务等<sup>[8]</sup>。所谓“风险回避义务”是指医师应当舍弃可预见的危险医疗行为或对可能的不良后果高度注意并做好防范预案的义务。骨科是以手术为主要治疗手段的临床科室,而骨科手术更是具有技术性强、治疗风险高、极易发生术后并发症等显著特点<sup>[9]</sup>,诊疗过程中医师能否尽到高度注意义务对治疗效果及结局具有重要影响。骨科术后并发症包括“可以避免的并发症”和“难以避免的并发症”。本研究中,对于可以避免的并发症,如骨筋膜室综合征、内固定物断裂、出血、骨不连、压疮等,医护人员本应预见而未能预见,本应注意而未能注意,从而未能采取必要的防范措施,最终导致损害后果发生,认定医方存在医疗过错;对于难以避免的并发症,如深静脉血栓形成、脂肪栓塞等,医师已尽到高度注意义务并采取必要防范措施,即使损害后果发生,也应认定医方无过错。所谓“转医义务”是指医务人员对于本领域之外或超出治疗能力范围的患者有做出转医说明和转医运送的义务。

“告知义务”是取得患者知情同意的前提<sup>[10]</sup>,《中华人民共和国侵权责任法》第五十五条规定,“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意;不宜向患者说明的,应当向患者的近亲属说明,并取得其书面同意。医务人员未尽到前款义务,造成患者损害的,医疗机构应当承担赔偿责任”。衡量医方是否尽到告知义务,主要考虑诊疗过程中医务人员告知是否全面、是否客观、是否准确、是否易懂。本研究中,“告知缺陷”占5.7%,主要包括手术方式、内固定物选择、手术风险、术后注意事项等告知不全面、不具体,术中更换手术方式未再另行告知,对疾病的诊断、转归和预后未详细沟通等。显然,骨科医师“告知不充分”过错突出,即骨科医务人员并非单纯地告知患者的病情、手术方案、手术风险、内固定选择、特殊检查、替代医疗方案、术后功能锻炼注意事项等,还应确保患者能够正确理解其真实内容,即易懂,尤其对于保守治疗或手术治疗的选择方面,一旦医方未能使患者在充分认识可能发生的医疗风险的前提下行使其自主选择权,造成患者损害的,认定医方存在“告知不充分”之过错。

### 3.3 骨科损害后果的判定

《中华人民共和国侵权责任法》第五十四条规定“患者在诊疗活动中受到损害,医疗机构及其医务人员有过错的,由医疗机构承担赔偿责任”,即“无损害

无责任”原则。只有在损害后果发生的情况下,才需要考虑医疗机构及其医护人员是否存在过错,是否由医疗机构承担医疗损害责任。司法鉴定中判定的“人身损害后果”一般是指可以检查检测得到的、客观存在的损害后果,对于尚未发生、将要发生,或者只有主观感觉、没有客观体征和检查结果的,不能作为医疗损害责任的“人身损害后果”要件予以确认。本研究中,100例骨科医疗损害纠纷案例损害后果均已发生且已确认,首先以残疾居多,主要包括瘫痪、截肢和关节功能丧失等,伤残等级以六至十级伤残为主,提示骨科医疗损害后果致残率高、伤残程度低的特点。其次为病程延长,既延长了康复时间,额外增加了患者医疗费用支出,也使其承受额外的躯体和精神上的痛苦。由于骨科损害后果较直观,且患方通常对诊疗后果有较高的期望值,一旦出现不良损害后果容易引发医疗纠纷。此外,本研究结果显示,男性患者居多,40岁以上中老年患者为主,就诊原因以职工工伤意外、交通事故等暴力伤居多,因此司法鉴定人在对骨科医疗损害后果判定过程中,应充分考虑患者身体素质、器官功能、基础疾病、入院损伤程度、伤情危急程度、手术耐受性等诸多因素可能对损害后果的影响,再加上骨科本身具有并发症多、伤残率高的特点<sup>[1]</sup>,故全面分析骨科损害后果的成因是判定医疗行为过错程度的关键。

### 3.4 骨科医疗过错行为与损害后果之间因果关系及其过错原因力的判定

判定医疗行为过错原因力,医方的医疗过错行为必须在造成患者的损害后果中有一定的参与作用,即形成一定的因果关系。骨科损害后果影响因素多,判定是否为医疗损害后果,即明确骨科医疗过错行为与损害后果之间的因果关系并划分医疗过错原因力,一直是骨科医疗损害司法鉴定过程中的重点和难点。根据本研究结果,我们认为骨科损害后果产生的原因可以归纳为以下几点:(1)与医务人员的医疗过错行为相关;(2)与患者自身伤势(如病情危重复杂、复合伤多、多伴发休克、感染等合并症)和就诊是否及时相关;(3)与无法防范的医疗意外相关,如麻醉意外、脂肪栓塞、心脑血管意外等;(4)与骨科术后并发症相关,如术后出血、感染、骨不连、骨髓炎、骨坏死、内植物断裂、肢体动静脉血栓形成等;(5)与骨科术后康复时间长相关,如康复训练时间和方式选择不当或不到位、过早负重或过早下地活动、再次受伤等;(6)与患者年龄、个体耐受性有关,如高龄患者手术耐受性差,基础疾病多,不良损害后果发生概率大。司法鉴定人在判定骨科医疗过错行为原因力时,需综合考虑以上

诸多因素,并结合患者损害后果的严重程度,将医疗过错行为的原因力大小按照无因果关系、次要原因、同等原因、主要原因和完全原因五种进行归类,进而划分医疗过错的原因力。本研究结果显示,100例骨科医疗损害纠纷案例过错原因力分布由高到低依次为25%、75%、50%、0%,无100%原因力。

对于骨科医疗损害过错原因力的判定,笔者认为,对于术中导致可以避免的神经、血管损伤,术中钻头遗留体内,骨髓炎误诊为骨转移癌,手术部位错误等,引起患者自身疾病或损伤发生、发展和转归之外的损害,判定医疗过错原因力为同等、主要或完全因素。例如,某患者以“1.左腕舟状骨陈旧性骨折;2.左腕舟状骨坏死;3.左腕创伤性关节炎”之诊断入院并行“左腕坏死舟状骨切除及桡骨茎突切除术”,术后患者出现拇指不能主动背伸并伴虎口区感觉麻木的损害后果,经再次手术证实“左拇长伸肌腱及左桡神经浅支部分断裂”。显然,医方首次手术操作不当导致术中拇长伸肌腱及桡神经浅支断裂,引起患者自身疾病或损伤发生、发展和转归之外的损害,这种损伤医方本应避免。因此,鉴定认为其损害后果与医方过错行为之间存在因果关系,本应属主要原因,但是考虑到医方为二级医院,结合患者自身伤病情况,以及目前患者经锻炼和治疗其左手拇指的感觉及运动有所恢复,故最终判定原因力为同等原因(50%)。而对于告知不充分,内固定钢板尺寸过小、手术时机选择不当、螺钉钉在骨折线上、术后并发症等,引起患者自身疾病或损伤发生、发展和转归之内的损害,则判定医疗过错原因力为次要原因。例如,某患者以“腰椎间盘突出症(L<sub>3-4</sub>、L<sub>4-5</sub>)”之诊断收住院,行“经皮穿刺L<sub>4-5</sub>椎间盘切除+L<sub>3-4</sub>椎间盘微创消融术”后出现“椎间隙感染”未及时发现,疾病迁延。鉴定认为,医院诊断明确、手术方式选择正确,但是术后对患者出现疼痛明显加重症状未引起高度重视,对于椎间盘微创手术可能导致深部感染(椎间隙感染)的可能性认识不足,未及时查找疼痛加重原因并给予相应治疗,判定医方有过错,且过错行为与患者“椎间隙感染”的损害后果之间有因果关系,该损害后果为患者自身疾病或损伤发生、发展和转归之内的损害,属于术后并发症,而且经治疗患者已痊愈,故最终判定原因力为次要原因(25%)。判定医疗过错原因力为0%,一般包括医疗行为无过错和医方过错行为与患者损害后果无因果关系两方面,如患者损害后果完全由难免并发症引起或为疾病自然转归的结果,医方虽然存在病历书写错误或书写不规范问题,但是其过错行为与患者不良损害后果无必然联系等。

综上,骨科作为以手术为主的科室,具有创伤患者多、急诊手术多、手术次数多、术后并发症多、诊疗后果伤残率高等特点,致使骨科诊疗风险高,损害后果影响因素多,因此,在骨科医疗过错行为与损害后果因果关系的分析与判定中,司法鉴定人能否正确、全面地分析损害后果的成因,科学、公正地划分医疗过错发生的主观因素和客观因素,是确保司法鉴定意见客观性与可靠性的关键。

#### 参考文献:

- [1] 赵楠,毛细荣. 医疗纠纷处理过程中有关法律问题的研究——有关医疗纠纷仲裁解决机制的设立及完善制度[J]. 办公室业务,2017(4):44-45.
- [2] 曾恩泉,杜冰,陈伯礼,等. 医疗损害法医司法鉴定的合法性浅析[J]. 中国法医学杂志,2015,30(3):341-342.
- [3] 朱广友. 法医临床司法鉴定实务[M]. 北京:法律出版社,2009:292-301.
- [4] 宫丽娟,许革. 骨科医疗风险分析[J]. 解放军医院管理杂志,2012,19(4):338-339.
- [5] 司法部司法鉴定科学技术研究所,上海市法医学重点实验室. 医疗纠纷的鉴定与防范[M]. 北京:科学出版社,2015.
- [6] 刘鑫,鲍冠一. 医疗过错认定的基本原则和要求[J]. 中国法医学杂志,2018,33(3):215-220.
- [7] 于佳佳. 论医疗过失的判断标准——解读《侵权责任法》第57条对医疗上注意义务的规定[J]. 中南大学学报(社会科学版),2016,22(3):61-69.
- [8] 朱广友. 医疗纠纷司法鉴定的基本原则[J]. 中国司法鉴定,2004(S1):3-8.
- [9] 刘诗卉,赵双,陈伟. 骨科手术意外保险运行实践及思考[J]. 中国卫生法制,2019(1):87-91.
- [10] 葛鲁邹,张凤芹,曹晨,等. 医疗纠纷案件常见诉因分析[J]. 法医学杂志,2013,29(3):225-227.
- [11] 王绍磊,钱宇,陈雪荣,等. 76例骨科医疗纠纷产生的原因分析[J]. 医院管理论坛,2015(8):23-25.
- (收稿日期:2018-01-29)  
(本文编辑:王亚辉)
- 
- (上接第51页)
- [14] WARNER M A, MARQUEZ de LA PLATA C, SPENCE J, et al. Assessing spatial relationships between axonal integrity, regional brain volumes, and neuropsychological outcomes after traumatic axonal injury[J]. J Neurotrauma, 2010, 27(12): 2121-2130.
- [15] 董靖德. 脑萎缩与认知障碍[J]. 实用老年医学,2015,29(4):277-278.
- [16] TOMITA H, TONE O, ITO U. Hemispheric cerebral atrophy after traumatic extra-axial hematoma in adults[J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 1997, 37(11): 819-824.
- (收稿日期:2017-10-07)  
(本文编辑:王亚辉)