

1 一、基本事实

1.1 既往病史

- 2015年：确诊患有结核性腹膜炎¹
- 2023年：于深圳首次发生肠梗阻，经保守治疗顺利出院。
- 2024年至2025年间：在黑龙江省双鸭山市人民医院普外一科，因肠梗阻先后住院保守治疗2次，均康复出院。历次治疗均规范使用了胃肠减压（下胃管）和灌石蜡油这两种教科书级别²的保守治疗必备手段。

1.2 20251124就诊及治疗经过

时间	事实	证据	客观过错行为	违反的法律/规范/法定义务	造成的损害后果	指控
11月24日（第一天）16点	因腹痛于双鸭山市人民医院急诊确诊肠梗阻入院时无发烧，腹痛呕吐与梗阻程度较以往轻，偶有微弱排气。于普外二科护士站如实向主治医生徐哲交代结核性腹膜炎 + 1次深圳肠梗阻 + 2次双鸭山市人民医院普外一科肠梗阻病史。主诉“痛经3天，胃疼2天，当天剧烈呕吐绞痛难忍4-5个小时因既往病史怀疑肠梗阻遂就医。”，护士站3位护士半天不理睬大声吵，3位护士+1位急诊医生+1位主治医生无一人告知医院无器械与药品不具备治疗能力。入院血压85/64mmhg，无寒战发热症状。入院无腹部诊察，病历记录压痛为虚构。在明知同院治疗病历记录与本院不具备保守治疗条件时，入院宣教为“禁食水”“像以前那么治”，欺骗误导本人与家属医院器械药品齐备并将尽快接受胃肠减压与胃饲石蜡油。	A) 见20251124-pages-1.pdf第三页（20251124病历）记录 无寒战发热症状 。 20251124-pages-1.pdf第4页 触诊部分为虚构并且其记录与第三页部分互相冲突。 B)20251124病历的第五页入院记录。 C)20251124病历第六页的医患沟通记录治疗方案包括 胃肠减压、润肠通便 。 D)20251124病历 《胃肠减压（鼻饲）知情同意书》签署时间2025年11月24日。	行为1）医方在接诊时，已明确知悉 A)患者即时危重体征：处于低血容量休克状态； B)患者复杂高危病史：有冰冻腹腔的复杂病史。 C)自身能力缺陷：本院无胃肠减压等核心治疗器械药品。 D)肠梗阻在不及时干预情况下很容易导致肠穿孔与感染性休克。 在明知自身诊疗能力不足且患者处于高危状态时，明确预见到滞留患者将必然导致治疗延误与风险剧增，未履行法定告知义务不具备治疗能力的实情，未建议或启动转诊程序，违背急危重患者处置原则，为追求经济利益或其他目的,以“像以前那么治”欺骗患者于后续时间不断错误等待，实施欺诈性收治。	1.违反《执业医师法》第二十四条：对急危患者，医师应当采取紧急措施进行诊治。本条规定的“措施”在自身条件不足时，首要及必要的合法措施即为及时转诊或请会诊，而非违法留治。 2.严重违反《医院工作制度》、《医疗质量安全核心制度要点》之“首诊负责制”与“急危重患者抢救制度”：制度要求对危重患者“就地抢救”，但前提是“具备抢救条件”。当本院不具备条件时，首诊负责制的完整履行逻辑包含负责安全转诊。其行为实质是“拒不对危重患者提供其能提供的唯一有效帮助——告知实情并协助转院”。 3.违反《民法典》第一千二百一十九条的深层法理：知情同意权不仅包括对治疗方案的同意，更包括对医疗机构的诊疗能力、医疗风险等关键信息的知情。隐瞒无能力治疗的事实，是根本性、欺诈性的侵犯知情权。 4.违反《医疗机构管理条例》第27条：医疗机构必须按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动的立法精神。不具备相应设备、药品及技术能力的收治专科急症患者行为，实质上是超越其实际诊疗能力的违规执业行为。	根本性治疗路径的错误锁定与黄金抢救时机的丧失。患者被置于一个注定无法获得规范治疗的医疗环境中，其原本可以通过及时转院获得的“解除梗阻、防止穿孔、防止DIC、感染休克”的正确治疗路径被切断。从被收治的那一刻起，后续的“延误治疗”和“损害发生”已具有了高度必然性。此行为是后续一切损害发生的根源性和关键性过错。	指控双鸭山市人民医院及涉事医务人员的过错，始于其根本性、恶意的违规决策。在接诊时已明确掌握患者处于即时危重体征并拥有‘冰冻腹腔’这一极高手术风险与治疗难度的复杂病史，同时完全自知不具备诊疗条件的前提下，恶意隐瞒真相，拒绝履行法定的急危重患者转诊义务，违法实施收治，并禁止患者外出实现一定意义的拘禁。该行为并非单纯疏忽，而是为追求经济效益，将患者置于必然延误和巨大风险之中的放任与漠视，严重违背医疗伦理与法定强制义务，直接导致了患者丧失避免后续感染、DIC、休克的唯一机会，对最终损害后果负有不可推卸的全部责任。
11月24日（第一天）16-21点	配合输液以及等待胃肠减压和灌肠，医护交班未曾查房，主动告知护士疼痛难忍，护士态度恶劣让找医生	医方记录病历以及后续本人与医院纠纷办张科长通话录音可证实	行为1:核心医疗制度的系统性瘫痪与集体不作为，违反《医疗质量安全核心制度要点》三级查房制度（新入院急症患者未得到及时的多层级医生诊查）；违反《医疗质量安全核心制度要点》交接班制度（交接过程未进行，未实现病情有效交接）；违反《医疗质量安全核心制度要点》首诊负责制（诊疗过程出现责任空窗）。护士违反法定护理职责（对患者明确痛苦主诉未予处理、记录及报告）。 1.制度失效：收治急症患者后，医方在长达5小时的关键期内，集体违反了三级查房制度、交接班制度、首诊负责制，导致诊疗责任出现空窗，患者处于无人负责、无人评估的危险状态。 2.护理失职：护士对患者明确的疼痛危重主诉，未予处理、未记录、未报告医生，反而推诿，违反了法定的护理职责。 3.治疗空白：对明确诊断的肠梗阻，完全未实施任何核心治疗（胃肠减压+灌肠+胃饲石蜡油），延误了首个救治窗口，对明确诊断的肠梗阻，仅给予辅助性输液，而无正当理由由完全未实施任何解除梗阻的核心治疗措施（胃肠减压+灌肠+胃饲石蜡油） 行为2）基于虚假前提的、具有误导性与拖延性质的无效医疗决策。在明知本院无法实施有效保守治疗的前提下，仍安排CT检查继续保守治疗。该行为实质是：1.虚构不存在的治疗选项； 2. 用检查掩盖能力缺陷并拖延时间； 3.继续欺诈患者，剥夺其基于真实情况选择手术或坚决转院的权利和挤占了本应用于紧急救治或转诊的宝贵时间。 行为3）未对休克前期患者的组织灌注进行全面临床评估（如意识、尿量、毛细血管再充盈时间等）的情况下，（短发微胖）仅凭单次血压读数作出“恢复正常”的判断，完全无视主诉疼痛难忍以及未进行规范治疗并如实记录病历，导致后续用以证明通过输液已经缓解由于呕吐失液导致的低血压的证据缺失。	1.严重违反 《医疗质量安全核心制度要点》之“查房制度”、“危重患者抢救制度”、“交接班制度”与“首诊负责制”，此是保障医疗安全与连续性的核心制度。未执行即构成根本性违规。新入院的急症患者，主管医生应在规定时间内完成诊查、下达医嘱。长达5小时的核心治疗空白，收治后的持续诊疗义务被完全放弃，制度成为一纸空文。 2.《护士条例》第十七条：护士在执业活动中，发现患者病情危急，应当立即通知医师；在紧急情况下为抢救垂危患者生命，应当先行实施必要的紧急救护。“让我找医生”的推诿行为，违反了观察、报告及必要时先行处置的法定义务。 3.严重违反诊疗规范：直接违反《外科学》（人民卫生出版社）及《中国小肠梗阻诊断与治疗专家共识》中确立的“胃肠减压是肠梗阻最基础、首要的治疗措施”这一医学原则。	1.根本性机会丧失与错误路径锁定。从被违规收治的一刻起，患者就被置于一个必然发生治疗延误的无效医疗环境中。其本可通过及时转院获得的、预防感染的正确治疗路径被彻底切断。此为后续一切损害后果发生的根源性和关键性过错，直接导致患者丧失了避免并发病出现的最佳时机。关键救治窗口期的持续性延误。这5小时是阻止肠梗阻恶化的黄金干预期。医方的集体不作为，使得肠内压力持续升高，肠壁水肿与缺血进行性加重。这直接创造了肠道细菌和毒素易位进入血液循环的物理与病理条件，为后续严重感染的发生提供了必然的时间窗口和病理基础。	医方在收治患者后的关键初期，其医疗行为呈现系统性失职。在长达5小时内，既未实施胃肠减压这一核心救治措施，也未通过规范查房对病情进行任何评估，更对患者痛苦主诉予以漠视。此期间，全部核心医疗制度（首诊负责、查房、分级护理）均告失效。这种整体性的不作为与作为(在不具备治疗条件下主动欺骗患者并制定保守治疗方案)直接导致患者病情在无人干预的情况下持续恶化，是损害后果（感染性休克、DIC、腹膜炎）发生过程中的决定性环节。

¹结核性腹膜炎导致腹腔内长期炎症会导致渗出物机化，形成纤维组织，引发粘连，学名“冰冻腹腔”。开腹手术极易因肠管粘连导致肠管碎裂，进而引发全身感染导致死亡。外科医生熟知此类病例，故本次主治医师推荐转院，而非直接在双鸭山市人民医院行开腹手术。

²《外科学》、《中国小肠梗阻诊断与治疗专家共识》

时间	事实	证据	客观过错行为	违反的法律/规范/法定义务	造成的损害后果	指控
11月24日（第一天） 22点	（短发微胖）护士测血压恢复正常，此关键病情进展不记录在病历, 病历中护理单却出现连续多次的85/64 血压记录，此为抄袭本人入院时血压记录的虚假记录。身体乏力恢复一些。拍CT，CT检查报告单“腹腔内肠道积气扩张，可见液-气平”，无“腹腔积液”。	证据见病历，其余为护士口述。	行为1：进行形式化、割裂的医疗行为，规避核心救治义务。在患者入院后长达6小时内未实施任何针对性治疗的情况下， 医方进行的仅是孤立的血压监测。 行为2：隐匿关键病情信息：故意不记录“血压恢复正常”这一重要积极变化，该变化提示了由于失液导致的血压低被暂时治疗起效，是评估病情变化的关键依据。 行为3：虚构护理记录：凭空编造未实际执行的血压监测数据，旨在构建一个“患者生命体征持续平稳、护理规范到位”的虚假事实，以掩盖其未按规定频次监测病情、未对患者进行实质护理的根本失职。	1.直接违反《病历书写基本规范》第三条：该规范强制性要求病历书写应“客观、真实、准确、及时、完整、规范”。隐匿真实记录并编造虚假数据， 是对该核心原则最彻底的违背。 2.触发《中华人民共和国民法典》第一千二百二十二条：该条规定，若医疗机构“遗失、伪造、篡改或者违法销毁病历资料”，可直接推定医疗机构有过错。 本案行为完全符合“伪造、篡改”的法定情形。 3.违反《中华人民共和国执业医师法》第二十三条：医师实施医疗措施，必须如实填写和保管病历资料。 涉案医务人员的行为已构成违法。	1.严重妨碍事实查明与司法鉴定：伪造的病历使其失去了作为证据的客观性与真实性，导致无法通过病历准确还原病情演变过程，直接妨碍了医疗损害鉴定及司法审判中对过错与因果关系的判断。 2.掩盖前期过错，切断责任链条：其目的在于制造“已尽到规范护理义务”的假象，试图切断“未及时胃肠减压”与“后续病情恶化”之间的因果关系链条， 是有预谋的、妨碍调查的行为。 3.剥夺患者获得公正救济的权利：使患者陷入因证据被污染而难以维权的极端不利境地。	医方存在伪造、 篡改病历资料的严重违法行为。 为掩盖其未对危重患者进行规范监护与治疗的根本性失职， 其医护人员不仅隐匿了‘血压恢复正常’ 这一关键病情信息， 更在护理记录中系统性编造了虚假的生命体征数据。 该行为公然违反《病历书写基本规范》，并直接触发《民法典》第一千二百二十二条关于 ‘可直接推定医疗机构有过错’ 的规定。 此举已非普通诊疗过失，而是以弄虚作假方式妨碍事实查明、意图规避法律责任的恶意为， 应依法从重追责。
11月25日（第二天） 1-2点	痉挛难忍呕吐不止主动前往护士站要求下胃管进行胃肠减压，（短发微胖）护士告知“你得自己出去买，医院没有” 另一值班护士不理睬，此时才得知治疗方案中无治疗肠梗阻必备的胃肠减压，才知道医院不具备保守治疗能力制定保守治疗方案且无替代方案治疗，询问值班医生如何处理，医生让“那就回去等着吧”，医护对肠梗阻的并发症缺乏观察与敏感，更未曾告知患者已经出现恶化征兆，使得患者在不知情情况下听从指令，继续等待。	证据见病历于张科长录音	行为1）在患者明确主诉痛苦、存在明确治疗指征的情况下，医方工作人员无正当理由，拒绝实施首要且必要的诊疗措施（胃肠减压）。当患者出现肠梗阻典型恶化体征并主动要求核心治疗时，医方： 1.正式承认不具备诊疗条件（“医院没有”）； 2.未启动任何法定应急程序（如紧急调配、会诊或转诊）； 3.给出完全放弃性质的医疗指令（“回去等着”），实质是拒绝履行救治义务。 行为2）欺诈性收治与持续隐瞒：医方在自身完全不具备实施肠梗阻核心治疗措施的客观条件（无胃管等器械）且无替代方案的情况下，依然将患者收治入院并制定所谓的“保守治疗方案”，且未向患者说明此重大诊疗能力缺陷，直至患者因痛苦自行询问才被迫揭露且此刻仍然隐瞒医院没有石蜡油。医方不仅未进行评估，更故意隐瞒了“肠梗阻患者无胃肠减压继续等待”将会导致肠坏死、休克乃至死亡的重大、紧迫风险。未履行此项告知义务，使患者丧失了基于真实信息做出救命选择（立即转院）的可能。同时还隐瞒了“胃饲石蜡油”的治疗不可能发生，使患者基于错误期待与判断继续等待。 行为3）违反危重病情监测与告知的强制性义务医方未对患者剧烈的症状变化进行任何专业评估（如腹部体征、生命体征监测），也完全未向患者及家属告知“病情已恶化、本院无法处理、必须立即外求生机”这一关键信息。	1.已完全符合《刑法》、《最高人民法院、公安部关于公安机关管辖的刑事案件立案追诉标准的规定（一）》第五十六条中关于“无正当理由拒绝危急就诊人实施必要医疗救治”的违法构成要件。 1.直接违反《中华人民共和国执业医师法》第二十四条：“对危急患者，医师应当采取紧急措施进行诊治；不得拒绝急救处置。” 医生的“等着”指令， 构成对急救处置的明确拒绝。 2.违反《医疗机构管理条例》第三十一条：“对限于设备或者技术条件不能诊治的病人，应当及时转诊。” 此时法定义务是立即转诊，而非消极等待。 3.违反《护士条例》第十七条：护士在发现患者病情危急时， 有义务立即通知医师并采取必要措施。护士的应答行为， 属于未履行“立即通知”和“紧急救护”的法定作为义务。 4.《医疗质量安全核心制度要点》之“急危重患者抢救制度”：医疗机构及其医务人员应以患者为中心， 以最快速度、最有力措施实施抢救。患者痛苦难忍属急症表现，医务人员不予处置、不报告、不寻求解决方案，属于严重失职。医方“要求患者自购器械”的行为， 是对抢救义务的根本性违背。 5.违反法定义务（延续性过错）： 违反《民法典》第1221条【紧急救治义务】及第1219条【知情同意权】。不仅未履行救治义务， 更从收治之初就隐瞒了“不具备诊疗条件”这一根本性事实， 更在此刻持续隐瞒不具备药品的信息， 持续剥夺了患者的知情权和选择转院的可能。	1. 治疗时机的再次、决定性延误：从入院至此时已超10小时， 在患者出现明确痛苦加重指征时，医方仍拒绝治疗，导致肠梗阻病理损害（肠内高压、肠壁缺血水肿、通透性增加）不可逆转地持续加重。这直接为肠道细菌/内毒素易位进入血液循环创造了物理和病理条件。 2.医方明知不具备治疗能力却隐瞒收治，使患者被欺诈禁锢于一个无效的“治疗”环境中， 丧失了 在肠梗阻发作初期宝贵时间窗口内寻求其他有效医疗救助的机会。	医方在收治患者后， 于长达10小时以上的关键救治期内， 严重违背诊疗规范， 拒绝 对出现明确急症指征的患者实施肠梗阻首要治疗措施—— 胃肠减压。 其工作人员在入院10+小时公然告知患者需 ‘自行购买’ 基本医疗器械， 暴露出该院根本不具备收治此类疾病的基本条件。 此行为系列， 已非单纯疏忽， 而是明知自身无能力却仍违规收治、且隐瞒真相、拒绝救治的连续过错， 直接导致患者病情在关键窗口期持续恶化， 为后续发生感染性休克这一严重损害后果奠定了必然的病理基础。

时间	事实	证据	客观过错行为	违反的法律/规范/法定义务	造成的损害后果	指控
11月25日 2-8点	<p>本人约3次请求护士院内协调， 承诺可加钱。（短发微胖） 护士直接拒绝，疼痛难忍3针止痛针镇痛，医生未曾查体一次，且三针止痛药与病历记录不符，呕吐不止，腹胀痉挛加重。医方拒绝协调资源， 未曾上报值班医生并组织会诊转诊</p>	<p>证人同病房隔床病友， 需警方联络。</p>	<p>行为1）（主观恶意升级）：在患者本人（即权利主体）清醒、主动、且愿承担额外成本以获取基本医疗的情况下， 医方工作人员仍断然拒绝且未启动任何应急调配、会诊或转诊程序。此行为已构成“无正当理由， 明确拒绝提供必要救治”。</p> <p>行为2）违反诊疗常规滥用药物并伪造记录。在医生未评估病情的情况下， 为掩盖症状而非治疗病因， 反复使用强效镇痛药物。且实际用药与病历记录不符， 涉嫌“滥用麻醉/精神药品”及“伪造病历资料”。</p> <p>行为3）在患者出现明确的危重症状（持续呕吐、痉挛加重）时， 整个医疗系统（从护士到值班医生）未启动任何评估、上报、会诊或转诊程序， 处于“完全瘫痪与放任状态”</p>	<p>1.已完全符合《刑法》第三百三十五条【医疗事故罪】 医务人员由于严重不负责任，造成就诊人死亡或者严重损害就诊人身体健康的， 处三年以下有期徒刑或者拘役。已完全符合《最高人民法院、公安部关于公安机关管辖的刑事案件立案追诉标准的规定（一）》第五十六条中关于“无正当理由拒绝对危急就诊人实施必要医疗救治”与“严重违反国家法律法规及有明确规定的诊疗技术规范、常规的”与“其他严重不负责任的情形”的违法构成要件。</p> <p>2.违反《医疗机构管理条例》第27条： 医疗机构必须按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动， 并配备相应的卫生技术人员和基本设备。其“有科目、无能力、不补救”的行为构成违规执业。</p> <p>3.严重违反《医院工作制度》之“急危重患者抢救制度”与“三级查房制度”： 护士未履行报告义务， 医生未履行巡查与处置责任， 整个流程完全瘫痪。</p> <p>4.违反 《基本医疗卫生与健康促进法》第32条： 公民接受医疗卫生服务， 对病情、诊疗方案、医疗风险、医疗费用等事项依法享有知情同意的权利。 医方拒绝患者合理的治疗请求， 侵犯其基本健康权。</p> <p>5.违反《处方管理办法》及《麻醉药品和精神药品管理条例》： 严格管控的麻醉药品使用必须由医师开具专用处方， 并基于明确的医疗目的。“无医嘱用药”或“用药与记录不符” 是严重的行政违法乃至犯罪行为。</p> <p>6.触发《民法典》第1222条“推定过错”情形： 违反诊疗规范实施不必要的治疗（滥用止痛针） 且病历记载与实际情况不符， 依法可直接推定医疗机构有过错。</p>	<p>1.证明了损害的必然性与可避免性： 呕吐、腹胀、痉挛的持续加重， 是肠内压持续升高、肠壁血运障碍的客观证据。此时若有有效胃肠减压， 损害进程可被阻断。医方的全部不作为， 使得这一可避免的病理损害变成了必然发生的现实。</p> <p>2.将局部过错上升为系统性责任： 从护士到医生的全线失守， 证明这不是个人失误， 而是医院在管理制度、危机处理、医德医风上的整体性溃败， 应对最终的所有损害后果承担全部责任。</p>	<p>医方在患者病情急剧恶化、 家属反复恳求救治的危急时刻， 表现出彻底的不作为与系统性失职： 其一， 工作人员无正当理由拒绝一切协调努力的请求， 主观放弃救治； 其二， 违反国家管制药品管理规定， 在无医师诊断的情况下滥用镇痛药物掩盖病情， 且伪造用药记录； 其三， 值班医生全程缺位， 未履行对危重患者的基本巡查与处置职责， 也未启动任何会诊或转诊程序。这一系列行为， 共同构成了对患者生命健康的严重漠视与放任， 直接导致患者的肠梗阻病理状态在无任何有效干预的情况下， 向肠坏死、感染中毒性休克快速地发展。</p>

时间	事实	证据	客观过错行为	违反的法律/规范/法定义务	造成的损害后果	指控
11月25日 5-6点	家人因觉普外二科医生护士不负责去普外一科询问”是否可以转到普外一科治？”并顺嘴询问”有没有胃管”得到不能转科室且 “胃管我们也剩的不多” 答复，与普外二科护士的全院都无协调不出答复不同。	证据需警方调取普外一与普外二及其它科室胃管管理数据以及普外一科值班医生	行为1)内部救治通道的阻断:医方以“不能转科室”为由，拒绝了家属在院内为寻求更好治疗环境所做的合理努力，限制了患者获得院内同等医疗资源的权利。 行为2)普外一科“胃管不多”的答复，直接证明了普外二科“全院都无”的陈述是虚假的。这并非能力问题，而是普外二科故意不履行协调义务或进行欺骗。	1.违反《医院工作制度》之“会诊制度”与“转科制度”： 患者病情需要或存在诊疗争议时，应启动会诊或转科。家属的主动询问可视为非正式请求， 但医方未予任何评估便断然拒绝，违反制度精神。 2.违反《民法典》第7条（诚信原则）及第1225条（病历资料真实性）所延伸的义务： 医务人员向患者及家属提供的关于诊疗条件的关键信息必须真实。“全院都无”的虚假陈述，构成欺诈，严重侵犯患者知情权，并使患者基于错误信息做出错误判断。 3.违反《医疗机构管理条例》第31条： 医疗机构对危重病人应当立即抢救， 对限于设备或技术条件不能诊治的病人， 应当及时转诊。本案中， 院内科室间都拒绝协调资源与转诊，使该条规定形同虚设。	1.坐实了“欺诈”与“放任”的主观过错：不同科室的矛盾答复， 证明资源短缺并非绝对事实， 而是普外二科为了掩盖其不愿作为、推诿责任而编造的借口。这极大提升了其过错的主观恶性。 2.揭示了系统性管理失效： 医院内部科室之间信息不互通、资源不共享、拒绝协作，表明医院的整体管理体系无法为危重患者提供法定义务所要求的、连贯及时的救治。 3.堵死了最后的院内救济途径： 家属的自发努力代表了寻求“院内解决”的最后尝试。此路被断， 意味着患者若要获得生存所必需的基础治疗（胃肠减压），唯一的合法出路只剩下“立即转往其他医疗机构”。这反向证明了自入院起至此时， 所有延误都已无法在本院框架内补救。 4.即便是全院都无，但患者入院时为白天上班时间， 医方未曾在外部器械机构等上班时间内未此做过询问、及时购买等任何努力。将“过错”的时间起点提前并贯穿始终： 过错不仅仅发生在患者请求被拒的瞬间， 而是从入院那一刻起， 医院就持续处于一种“明知有需求、明知有缺口、明知可补救而不为”的状态。这种持续性不作为， 是损害发生和发展的温床。彻底排除了“客观不能”的抗辩： 此行为证明， 医疗资源的缺失状态并非不可抗力， 而是由医方完全可以克服却故意不去克服的惰性与失职所导致。这使得所有后续的延误， 在法律上都无法被归咎于“客观条件”，而纯粹是主观过错的结果。强化了法律因果关系的直接性： 正是因为医方连最基本的补救努力都未付出，才使得“缺乏胃管”从一个可以且应该被即时纠正的临时问题， 演变成一个持续30小时、直接导致病情恶化的决定性因素。	医院的过错具有根本性与系统性。 即使采信其‘院内无胃管’的陈述（需要警方调取医院所有科室胃管消耗记录）， 其行为亦构成严重违法。作为一家正规医疗机构， 在法定工作时间内收治明确需要特定器械（胃管）的急症患者后， 负有不可推卸的、积极保障医疗服务供给的法定义务。然而， 医方在长达数十小时的关键期内， 未向任何供应商、 协作单位或上级部门发出协调请求或进行紧急采购。 这种对基础医疗资源保障的‘零作为’， 公然违反了《医疗机构管理条例》对于设备保障的要求， 证明了其所谓‘不能治疗’实为‘不愿作为’。该持续性失职， 是导致患者无法获得任何有效治疗、病情持续恶化的唯一且直接的原因。
11月25日 9点	家属院外自购胃管与引流袋， 护士予以置入胃管， 但未妥善连接与负压， 袋内无引流。明确提出后， 护士抽出30ml胃液， 非自然排出， 胃肠减压实际并未开始	证人为后续处理胃管与引流器的佳木斯二院夏主任+ 《一类鼻饲、 胃肠减压操作病人告知书》日期“2025-11-25 08: 43” + 家属购买胃管等器械付款记录	行为1）违法转嫁核心诊疗义务:医方将保障基础诊疗器械的自身法定义务，非法转嫁给了患者家属，使家属被迫成为医疗行为的“采购员”。 行为2）违反技术规范与查对制度，实施无效且错误的“治疗”。医方医务人员在拥有器械后，未按照标准操作规范建立有效的负压引流系统。其后续用注射器抽吸的行为，仅是一次性的、诊断性的操作，而非持续性的、治疗性的胃肠减压。这构成“形式上执行、实质上未曾”治疗。	1.违反《医疗机构管理条例》第27条（延伸解读）： 医疗机构提供诊疗服务，其义务是完整且不可分割的， 包含提供合格的医务人员、 规范的诊疗操作以及必要的药品器械。让患者自购器械，等于将自身法定义务的核心部分剥离并转嫁， 实质上使其提供的服务变为不合法、不完整的服务。 2.严重违反《基础护理学》及《临床技术操作规范》中“胃肠减压术”的强制性操作规程： 规范要求连接负压装置，保持有效引流，并观察引流物的性质、量。未连接负压装置，属于根本性的技术错误，使得整个操作失去治疗意义。 3.违反《民法典》第1219条： 在“无器械”的情况下， 医方的法定义务是明确告知患者这一情况及其风险（即无法进行治疗），并提供替代方案（如紧急转院），而非迫使患者自行解决。 医方通过接受并使用自购器械，反向证明了其之前不告知、不转诊的过错。	1.坐实了“损害结果不可避免”： 至此， 从入院（11月24日16点） 到最终无效操作（11月25日9点）， 超过17小时， 肠梗阻的核心治疗措施始终处于事实缺失状态。肠道持续的缺血、 水肿、 细菌易位已从“高风险”变为既定事实， 感染性休克的发生已具有医学上的必然性。 2.证明了过错不仅是态度， 更是能力问题： 医方即使在拥有器械后， 仍无法实施正确操作， 这暴露了其医务人员连最基本的护理技术都未能掌握， 其收治此类患者的资质与能力存在根本缺陷。	首先， 医方其公然将自身应承担的保障医疗设备的核心法定义务， 违法转嫁给患者家属。 其次， 更严重的是， 在获得器械后， 其医务人员暴露出根本性的专业技术缺失， 未按操作规程连接负压装置， 导致所谓的‘胃肠减压’完全无效。 其用注射器抽吸30ml胃液的行为， 仅仅属于临时性的绝非规范性治疗。 这标志着， 在患者历经超过17小时苦难所换来的唯一救治机会， 被医方以极不专业的方式彻底浪费。至此， 患者肠梗阻的病理进程在无任何有效干预下已不可逆转， 其后续发生感染性休克等严重损害后果， 是医方一系列连续性、 根本性过错的直接与必然结果。
11月25日 8-12点	约6次提出“肠梗阻不可能一点引流不出”请医护检查， 均被搪塞为“等一等”， 本人进入“等待鼻饲石蜡油”的错误期待和无效等待中， 且主诉与病情变化从未被记录在病历。	同病房病友（年轻的那位）	行为1）对明确危险信号的无理拒绝与欺骗性拖延： 面对患方基于过往经验的、 基于医学常识的、 反复且合理的质疑， 医方未进行任何完整的实质性检查或评估， 而以“等一等”进行统一搪塞。 此行为属于“明知存在治疗无效的重大可能， 而故意不履行核查与纠正义务”。 行为2）无入院宣教， 无具体治疗方案的说明， 仅“像以前保守治疗那么治”， 使本人与家属陷入医院物资与药物齐备， 等待胃肠解压与胃饲石蜡油的错误期待中， 始终无人告知。	违反《医疗质量管理办法》中的“查对制度”与“危重患者抢救制度”： 对关键治疗措施的效果不查对或者不完整查对、 不确认， 对患者反馈的危重信号不响应、 不处置。	导致延误状态持续： 使得“未行有效胃肠减压”的状态， 从“未实施”延续并恶化为“实施了但无效， 且被放任”。 宝贵的抢救时间在“等待”和“搪塞”中被进一步消耗， 肠内压力持续增高， 损害不可逆转地加剧。	在医方进行形式化的置管操作后， 面对引流袋毫无液体这一明显异常的、 昭示治疗完全无效的状况， 以及患者与家属高达六次的紧急质疑与风险预警， 其医务人员均以‘等一等’为由搪塞， 拒不履行检查、 调整或采取任何补救措施的法定义务。 该行为表明， 其主观上对患者的生命安全已处于极度漠视的放任状态。

时间	事实	证据	客观过错行为	违反的法律/规范/法定义务	造成的损害后果	指控
11月25日 12点	护士将盐水交给家属热，并执行盐水灌肠，因胃肠减压失败，肠内压力过高3分钟没到直接排出，无排便，病历无记录，仅于护理记录单虚假记载“观察患者样便一次”。病历篡改或者初始便虚构“8:20灌肠”，实际执行时间为12点。第一次感觉全身很冷，测体温，35-36度，交给护士，护士并未记录在病历内。	病友+《一类灌肠法操作病人告知书》具体时间“2025-1125 11：40”+两次灌肠液体量不一致，第一次为800ml,第二次500ml,《一类灌肠法操作病人告知书》上明确为“800ml盐水灌肠大量不保留灌肠”。	行为1）系统性伪造篡改病历资料：伪造篡改病历资料，如果如病历护理记录单记录“8:20灌肠”，为什么《一类灌肠法操作病人告知书》中日期是“11:40”而不是和《一类鼻饲、胃肠减压操作病人告知书》中日期是“8:43”一起签署。病历《临时医嘱单》记载首次灌肠执行时间为8:24，病历《护理记录单》记载首次灌肠执行时间为8.20，与实际执行实际不符，且并未记录未排便。	1.违反《护士条例》关于“正确执行医嘱”的审慎义务：护士在执行医嘱时，有责任评估操作的合理性与患者状况。当操作出现“3分钟即排出”的明显无效结果时，应立即停止并报告医生，重新评估病情。 2.违反《执业医师法》第二十三条、《医疗纠纷预防和处理条例》第十五条：医师及医疗机构必须按规定填写、保管病历资料，不得篡改、伪造。	1.再次延误并确认病情危重：该操作的即时、彻底失败（3钟排出），是“肠内压力极高、梗阻严重”的客观临床证据。医方本应立即据此升级治疗，但其后续无作为，证明其对情恶化持放任态度。 2.掩盖过错链条：其伪造目的直接指向掩盖入院后22小时内未进行任何有效胃肠减压与灌肠这一重大过错。伪造一份“灌肠记录”，意图在于切断“长时间治疗空白与无效治疗”与“最终感染性休克”之间的显而易见的因果关系。	医方在长达20小时的抢救窗口期内，面对明确的急危重病情，公然拒绝履行实施胃肠减压这一基本抢救义务。此行为并非疏忽，而是明知必然导致患者病情恶化而故意不作为，已完全背离医务人员救死扶伤的根本职责，如前所述已满足《刑法》第三百三十五条【医疗事故罪】中‘严重不负责任’的构成要件。医方掩盖其长达22小时未对肠梗阻患者实施核心治疗（胃肠减压、灌肠）的重大过错，不惜伪造病历资料。其在《临时医嘱单》《护理记录单》及《灌肠操作告知书》上关于‘灌肠’时间制造了相互矛盾的记录（8:20、8:24、11:40），且故意隐匿‘未排便’的关键结果。这一系列行为并非笔误，而是有目的、系统性地虚构医疗行为闭环，意图在后端制造‘已规范治疗’的假象，以掩盖前端根本性治疗缺失的事实。该行为已严重违反医疗卫生法律法规，依法应推定其对患者的损害后果存在过错。
11月25日 12:30-14	因护士将热灌肠盐水工作交予家人，本人发现床头剩的灌肠时少了一瓶盐水，问护士是不是少灌肠一瓶盐水，“那我也不知道哇”听到走廊回复。申请并执行二次灌肠，依旧因肠道胀气严重无法忍受，直接排出，无排便，依然没被记录在病历内。继续等待鼻饲石蜡油。因呕吐腹胀持续加重，继续提出“引流袋内无引流不正常”请医护检查，继续被搪塞为“等一等”，并主动要求现在鼻饲石蜡油被护士回复“医院没有石蜡油”。至此入院超过22小时才知，医院无肠梗阻保守治疗多项必备条件，不告知情况下欺骗患者收治患者且无备选替换方案，需要患者分次主动要求治疗，才被分次告知医院实际不具备治疗条件。	证人为同病房病友病历中护理记录单中二次灌肠记录临时医嘱单“2025-11-25 12:54 0.9%氯化钠注射液（含集采）500ml灌肠”病历《体温单》胃液100 + 劝阻住院患者告知书	行为1）欺诈性收治与“挤牙膏”式隐瞒：入院时未告知无治疗能力。后在患者分次要求胃肠减压、灌肠、鼻饲石蜡油时，才分次被告知“需自购胃管”、“无石蜡油”。直至入院22小时后，患者方知悉医院完全不具保守治疗条件。医方作为专业机构，利用其信息优势，通过“碎片化、应答式”的信息披露模式，故意不履行一次性、全面的告知义务，诱使患者在不知全貌的情况下持续接受无效诊疗。 行为2）无替代方案：隐瞒的同时，未提供任何替代方案（如紧急协调、协助转院） 行为3）病历问题如前所述 行为4）未履行《医院工作制度》查对复核制度，导致灌肠盐水比医嘱少，患者遭遇无效治疗。	1.已完全符合《刑法》、《最高人民法院、公安部关于公安机关管辖的刑事案件立案追诉标准的规定（一）》第五十六条中关于“严重违反查对、复核制度”的违法构成要件。 2.《民法典》第1219条：侵犯知情同意权的恶劣形态——欺诈性沉默与诱导。医方以消极隐瞒和碎片化真相，诱导患者做出错误留院的决定。 3.《医疗机构管理条例》第27条：不具备全部诊疗条件而收治，属于根本性违规执业。 4.违反《医疗质量管理办法》查对制度：医疗机构内针对具体患者个人的医疗行为和环节，包括但不限于开具和执行医嘱、给药、手术/操作、麻醉、输血、检验标本采集、检查、发放营养膳食、接送转运患者、检验检查结果/报告等环节的行为均需要进行复核查对。	治疗机会的彻底剥夺与非法拘禁于危险境地：患者基于被欺骗而形成的错误认知，持续滞留于无效的治疗环境中，每一分钟的“等待”都是对转院求生机会的自动放弃。医方行为实质是以欺骗手段限制患者自由选择，使其生命健康陷于必然受损的风险中。 主观恶意明显：证明，医方明知自身条件不足，持续隐瞒。	医方实施了一个持续的行为。其模式为：仅在患者因痛苦而提出一项具体治疗请求时，才告知该项无法提供。通过这种‘挤牙膏’式的隐瞒，使患者基于错误认知认为治疗正在逐步推进，从而放弃转院。直至22小时后，患者才知悉全貌。
11月25日 15-17点	疼痛逐渐加剧且更加频繁，体感四肢寒冷，震颤，心率加快，主动要求测体温，测出35度一次，35.2度一次，其余35-36度约两次，并主动告知护士测得结果，依然没记录在病历内，期间始终就胃管无引流请求查看和处理，但是始终被搪塞“等一等”，后续再请求护士处理，直接转身就走。并告知医生护士,徐哲医生查体判断心率过高接近110+,依旧没有记录在病历内,（结合入院测得WBC 12.69，这是标准的可以移送ICU监护的SIRS的表现，医护却未给予对应示警与诊治）“肠液渗出了,家属考虑一下是就地开腹手术还是转院”，“如果不是腹膜炎病史，现在已经躺在手术台了”，“腹膜炎患者腹腔内腹腔彼此粘连，肠管不好整”，我决定转院，内心已经做好开刀的准备。此时症状已经明确符合且超越休克早期的血压脉搏标准(标准来源:《人体损害程度鉴定标准》27页 8.7 休克分度)	证人同病房病友 + 20251124病历《体温单》+ 20251124病历《护理记录单》	行为1）此症状群表明，因长时间肠梗阻导致的肠道细菌/毒素易位已引发全身性炎症反应综合征（SIRS），病情已从局部梗阻演变为危及生命的全身性感染对患者已出现的全身炎症反应综合征（SIRS）及感染性休克早期体征，未进行细致鉴别+未请上级主任等查看+未请全院会诊+未曾做任何检查+未曾示警病人及家属高风险发展路径即后续发生的休克、DIC与可能发生的多器官衰竭。已明确识别患者处于急危重状态，但未按规范实施就地抢救或启动院内应急流程，而是将救治责任转移给患者及家属，要求其自行决策并承担转运风险。 行为2）于病历刻意隐匿体温及心率等体征变化，从入院的因呕吐失液低血容性休克早期到四个小时血压恢复到因延误胃肠减压30h导致的 SIRS+肠梗阻带来的感染源，一个完整因延误导致的感染性休克链条已经清晰。在已确认核心治疗措施完全失效、且患者病情急剧恶化的情况下，拒绝采取任何替代性与对抗性救治手段，是对法定义务的公然拒绝履行。 行为3）将本机机构无能力处理的、已明确的急危重症患者，在未进行任何必要紧急处置和生命支持的情况下，推诿并责令其自行转院。 行为4）未曾联络佳木斯二院（目标转院医院）确保病人顺利交接。	1.违反《病历书写基本规范》第三条，构成故意遗漏关键诊疗记录。 2.违反《医疗质量安全核心制度》之“危急值报告制度”与“危重患者抢救制度”：低体温、显著心动过速即为“危急值”，必须紧急处理。 3.违反《执业医师法》第二十四条规定的对急危患者的强制救治义务。 4.违反《医疗机构管理条例》第三十一条：医疗机构对危重病人应当立即抢救。 5.直接违反肠梗阻诊疗规范：当基础治疗无效时，必须立即评估手术指征或采取其他减压方式，其不作为等同于拒绝提供必要医疗救治。 6.严重违反《医院工作制度》之首诊负责制：首诊医院必须负责到“联系好转入医院、确保转运安全”。其行为是违法终止诊疗关系。 7.违反《急危重患者抢救及转诊制度》：转诊前必须稳定生命体征，其行为是将患者置于不必要的、极高的转运死亡风险之中。	1.因关键体征被系统性忽略，本可立即启动的升级治疗（如ICU监护、强力抗感染）被延误，使得“肠道细菌易位”发展为腹膜炎、休克、DIC成为定局。 2.主动放弃了阻断病情恶化的最后临床机会该不作为与患者随后发生的感染性休克之间存在直接的、可预见的因果关系。 3.制造了非必要的延误。从“状况危急”到“家属自行联系转院”，中间的时间医方未曾做过任何努力。 4.行为性质从过失升级为故意/重大过失：在明知风险且有能力、有义务处置的情况下，为掩盖前错而集体选择不作为，此行为已超出一概“疏忽大意”或“过于自信的过失”，符合“间接故意”（放任）或“重大过失”的构成要件。	1.医护在患者出现SIRS症状时，为掩盖其前期长达22小时未实施有效胃肠减压的重大过错，集体性地选择隐匿篡改病情、不记录、不报告、不处置。此行为非一般过失，而是为逃避责任，故意放任患者生命健康风险急剧扩大，涉嫌构成严重的不作为违法，在明知风险且有能力、有义务处置的情况下，为掩盖前错而集体选择不作为，主观上已超出“疏忽大意”，涉嫌“放任”损害结果发生。此项满足了故意伤害罪的构成要件。“行为人在医疗护理过程中以作为或不作为故意伤害、杀害就诊人的，应该以故意杀人罪或故意伤害罪论处。”

时间	事实	证据	客观过错行为	违反的法律/规范/法定义务	造成的损害后果	指控
11月25日 18-22点	驱车前往佳木斯，到达胃肠外科四楼夏主任第一句“什么情况? ”。第二句“怎么没有引流? ”，主动处理引流管2分钟，胃液喷出，此时距离本次病发开始就医超过30小时开始胃肠减压。医生评估“心率得有110+ ”。“下个肠管试试吧，情况没好转只能开刀”，“你这个情况很麻烦，我也还知道怎么办”，至此，经过两个医院医生判断，已经对保守治疗不抱任何期待。因医保结算问题，“同一天一个人不能在两个地方住院”只能驱车折返双鸭山，回到双鸭山，徐哲医生把本人护理级别升为 一级护理，继续补液止痛药镇痛。听到走廊护士大声沟通“明天有下胃管的，把胃管准备好”，后续被张科长证实此事属实，录音为证。	同病人病友为证人 + 佳木斯二院夏主任 + 通话录音	行为1）医方在明知本院具备胃肠减压条件（有胃管、有操作能力）的情况下，对急需该治疗的本患者持续谎称不具备条件（如答复“等一等”、不安排），却在内部为其他患者进行资源调配。	1.核心欺诈行为的铁证： 1.1 直接戳穿此前所有“无设备”、“需等待”等托词，证明其陈述为虚假事实。 1.2 违反《民法典》第七条（诚信原则）及第一千二百一十九条（如实告知义务），构成故意欺诈。 2.违反平等救治义务： 2.1违反《医疗机构管理条例》第三条“救死扶伤”的宗旨及《医师法》第二十七条“不得拒绝急救处置”的规定，对急危重患者进行歧视性对待和恶意拖延。 3.主观恶意的直接体现：此行为证明，不作为并非源于“客观不能”，而是“主观不为”。	1.欺诈行为坐实：此证据使医方“挤牙膏”式告知的模式，从可辩解的“沟通不畅”升级为无可辩驳的有计划、有意识的欺骗。 2.直接导致损害：在本患者最需要胃管减压的黄金30小时内，医方故意扣留本可提供的治疗资源，导致病情被人为、故意地延误，与后续并发症的因果关系链条因此变得极为紧密和直接。 3.加重过错性质：此证据是认定医方过错为“重大过失”乃至“间接故意”的核心依据。	现有确凿录音证据及院方管理人员（张科长）的自认证实：在原告因肠梗阻痛苦万分、反复哀求进行胃肠减压的同一时间段内，被控方的医护人员正在公开筹备为其他患者于次日施行该操作。这一事实无可辩驳地证明：1. 被控方完全具备实施胃肠减压的物资与能力； 2.其对原告所称的‘无设备’、‘需等待’系彻头彻尾的谎言； 3.其扣留关键治疗措施的行为，是对原告生命的极端漠视与故意放任。此行为已远超医疗过失范畴，构成对危急患者生命的故意欺诈与恶意不救治。
11月26日 5点	开始出现持续的寒战症状，四肢发冷，出现腹部压痛+腹肌紧张+左腹反跳痛（腹膜刺激征），间断性视物模糊，请徐哲医生查体，“比昨天严重了，根本问题没有解决”，等待办理医保结算并转院。	病历医生记录部分（腹肌紧张、反跳痛） 电子系统医保报销同病房病友。 病历医生记录 “肠鸣音3次”，此为减弱，正常4-5次。				在收治及延误治疗超过37小时后，出现了寒战、四肢厥冷、低温35度、腹膜刺激征等感染性休克的明确前驱症状。此时，损害已从风险转化为现实，进入急危重状态。主治医师徐哲的查体结论——‘比昨天严重了，根本问题没有解决’——是其对自身长达37小时诊疗行为完全失败以及该失败直接导致病情恶化的权威性自认。此陈述从根本上锁定了医方的过错与损害进展之间的因果关系。
11月26日 10点-13点	于佳木斯大学附属第一医院办理入院，医生下达医嘱，做CT等检查，护士执行入院检测，执行小肠支架植入术。 入院报告明确记录”腹肌紧张，左腹部压痛及反跳痛阳性”即腹膜刺激征代表腹腔内明确严重感染，明确腹膜炎。 入院CT检查“腹腔内可见少量积液影” 入院的验血化验纤溶两项均升高，按照国际血栓与止血协会ISTH DIC积分代表处于DIC隐性状态。 入院影像对比双鸭山市入院拍摄，明显加重。 入院心率104，血压119/89，体温36.1度。 心电图ST-T改变，这是心肌受损的表现。 综合在双鸭山市时的身体表征+sirs+佳木斯入院心率+双鸭山离院心率+DIC隐性状态+明确的未解除的肠梗阻，结合肠梗阻的病理发展路径,明确了此时属于感染性休克的代偿期。	佳木斯二院入院报告				
11月26日 15点	经过灌肠后顺利排便（有油），脱离危险。夏医生查体心率恢复正常，病情得到初步控制。（肠管经胃置下，初次排便时，肠管还在胃中，未经我走路由胃肠蠕动引下，所以此时不是肠管起作用)					