

# 心血管介入诊疗并发症过失认定研究

薛峰

连云港市第一人民医院法务部, 江苏 连云港, 222002

通信作者: 薛峰, E-mail: 13815666222@163.com

**【摘要】** 心血管介入诊疗技术的广泛应用伴随而来的是相关并发症引发的医疗损害责任纠纷日益增多。当前司法实践中存在裁判标准不一的困境, 部分裁判以“结果导向”混淆技术风险与医疗过失的界限, 忽视了介入诊疗的固有风险属性。本文提出, 技术风险与医疗过失的界限应建立“客观注意义务+个体化评估”的双重标准, 强调依据并发症的可避免程度将其类型化为不可避免型、风险可控型与操作相关型, 并针对不同类型适用差异化的举证责任与判断规则。通过构建类型化、场景化的司法认定框架, 明确“技术风险允许+合理注意义务”的边界, 既防范结果责任主义对医学创新的抑制, 又坚守医师执业行为的底线要求, 为规范心血管介入诊疗行为、统一司法裁判标准提供理论支撑与实践指引。

**【关键词】** 心血管介入诊疗; 并发症; 医疗过失; 司法判断

**【文章编号】** 2095-834X (2026)06-70-06

**DOI:** 10.26939/j.cnki.CN11-9353/R.2026.06.007

**本文著录格式:** 薛峰. 心血管介入诊疗并发症过失认定研究[J]. 当代介入医学电子杂志, 2026, 3(6): 70-75.

## Attribution of liability for complications in cardiovascular interventional procedures

Xue Feng

Legal Department, the First People's Hospital of Lianyungang, Lianyungang 222200, Jiangsu, China

Corresponding author: Xue Feng, E-mail: 13815666222@163.com

**【Abstract】** The widespread application of cardiovascular interventional diagnostic and therapeutic techniques has been accompanied by a growing number of disputes over liability for medical harm arising from related complications. Current judicial practice faces the dilemma of inconsistent adjudication standards. Some rulings adopt a 'result-oriented' approach that blurs the distinction between technical risk and medical negligence, overlooking the inherent risk characteristics of interventional procedures. This paper proposes that the distinction between technical risk and medical negligence should be established through a dual standard of 'objective duty of care plus individualized assessment'. It emphasizes the need to classify complications according to their avoidability into three categories: unavoidable, risk-controllable, and procedure-related, and to apply differentiated rules of evidence and assessment criteria to each category. By establishing a typological and scenario-based judicial assessment framework that clarifies the boundary of 'permissible technical risk combined with duties of reasonable care', this approach both prevents the suppression of medical innovation by result-based liability, and adheres to the bottom-line requirements of medical practice. It thereby provides theoretical support and practical guidance for standardizing cardiovascular interventional diagnostic and therapeutic practices and for unifying judicial adjudication standards.

**【Keywords】** Cardiovascular interventional diagnosis and treatment; Complication; Medical negligence; Judicial assessment

## 1 引言

心血管介入诊疗技术作为现代医学的重要里程碑,自经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)诞生以来,已发展成为冠心病、心律失常等心血管疾病的核心治疗手段。据统计,我国每年PCI手术量已突破百万例,起搏器植入、射频消融等介入操作逐年递增。然而,技术高速发展的背后,介入诊疗固有的高风险属性与日益严峻的医患矛盾形成尖锐张力。心血管介入手术涉及血管内操作、器械植入及影像引导等复杂技术环节,术中术后并发症发生率显著高于常规诊疗,由此引发的医疗损害责任纠纷已成为医事审判实践中的重点难点领域。

当前,心血管介入诊疗纠纷呈现“高诉讼率、高败诉风险、高赔偿额度”的“三高”特征。以PCI为例,支架内血栓、冠状动脉穿孔、心包填塞、造影剂肾病等严重并发症虽总体发生率不高,但一旦发生往往导致患者死亡或重大功能障碍,极易触发诉讼程序。司法实践中,冠脉穿孔导致急性心包填塞、导丝穿透心室壁引发心脏压塞、支架选择不当造成血管夹层等典型案例频发,患方多以“手术失败即等同于医疗过失”为由主张医方承担全责,而医方则抗辩并发症属于“允许风险”范畴。此类纠纷的核心争议始终围绕一个关键法律命题:介入诊疗中的技术并发症与医疗过失的界限究竟何在?

深入考察现行裁判现状,可以发现司法实践中存在显著的认定标准分歧。其一,结果导向误区普遍存在于部分裁判中,法官以损害后果的严重性倒推医方存在过失,忽视介入诊疗的固有风险属性;其二,注意义务标准模糊,对于急诊PCI与择期手术、简单病变与慢性完全闭塞病变(chronic total occlusion, CTO)等不同场景下的注意义务强度,缺乏差异化的判断基准;其三,技术事实查明困难,法官往往难以准确区分“不可避免型并发症”(如严重钙化病变导致的冠脉穿孔)与“操作过失型损害”(如导丝操作不当引发的血管破裂)。同案不同判现象在介入并发症纠纷中尤为突出:有的裁判将支架血栓完全归责于医方抗凝管理不当,有的则认定为患者自身凝血机制异常所致;有的判决认为左主干病变选择PCI而非冠状动脉搭桥术(coronary artery bypass graft, CABG)属于策略失误,有的则肯定介入治疗的合理性<sup>[1]</sup>。

这种标准不一不仅导致医患双方权益保障失衡,更对介入医师的执业行为产生寒蝉效应。医师可能因担心诉讼风险而采取防御性医疗策略,回避高危但必要的介入操作,或过度选择保守治疗方案,最终损害患者获得先进医疗技术救治的机会。因此,构建科学、类型化的心血管介入诊疗并发症过失认定标准,已成为

医事法学领域亟待解决的现实课题。本研究旨在通过医学分类与法律属性相结合的分析路径,探讨“客观注意义务+个体化评估”双重标准在介入诊疗领域的适用规则,以期为司法裁判提供可操作的类型化框架,厘清技术风险容忍与医疗过失责任的边界。

## 2 心血管介入诊疗并发症的类型化与法律属性

### 2.1 介入诊疗并发症的医学分类

心血管介入诊疗并发症的医学分类是司法认定的基础前提。依据并发症的发生机制与可避免程度,可将其分为三种类型:

不可避免型并发症源于患者自身病变的极端复杂性,即便医师完全遵循操作规范亦难以规避。例如严重钙化病变导致的冠脉穿孔、弥漫性三支病变引发的慢血流现象、或极端迂曲血管造成的器械输送失败等。此类并发症本质上是疾病生物学特性的外在显现,其发生与医师技术水准无直接因果关系,司法认定中应作为“允许风险”的范畴予以排除过失责任<sup>[2]</sup>。

风险可控型并发症指通过规范化的术前评估、术中监测及术后管理可显著降低发生率的并发症类型。典型如造影剂肾病(contrast-induced nephropathy, CIN)、穿刺点血肿、桡动脉闭塞等。此类并发症的发生并非必然,医师负有采取预防性措施的具体义务,包括水化治疗、最小化造影剂用量、规范压迫止血等。若未履行上述注意义务导致并发症发生,则构成过失责任的基础。

操作相关型并发症系因明显违反诊疗规范或技术操作失误直接导致的损害后果,如导丝穿透心室壁、支架尺寸选择错误致冠脉夹层、球囊过度扩张引发血管破裂等。此类并发症具有明确的可避免性,与规范操作之间存在直接因果关系,通常构成医疗过失的核心认定对象。

### 2.2 并发症的法律属性辨析

允许风险与过失责任的界分是介入诊疗并发症法律属性的核心议题。心血管介入技术本身具有侵入性与高风险性,社会基于医疗救治的必要性允许此类风险存在,此即“高风险许可”法理。然而,风险允许不等于免责许可,医师仍负有在现有医疗水平下的合理注意义务。司法实践中应当区分:介入技术的固有风险(允许风险范畴)与医师未尽注意义务导致的额外风险(过失责任范畴)。前者属于患者应予容忍的治疗代价,后者则构成损害赔偿的请求权基础。

并发症与不良后果的区分涉及医学概念向法律概念的转化。并发症在医学语境中为中性描述,泛指疾病发展过程中继发的病症;而在法律评价中,需进一步甄别其为“必然发生的生物学结果”抑或“可避免的

医源性损害”。前者如急性心肌梗死后必然的再灌注心律失常,属于疾病演化规律;后者如支架植入后未规范抗凝导致的急性血栓形成,则源于医疗行为的瑕疵。法律属性的判定关键在于考察并发症的发生是否具有医学上的必然性,以及医师是否通过合理注意义务的履行具备避免可能性。

### 2.3 司法实践中并发症认定的误区

当前司法实践在介入诊疗并发症的过失认定中存在三重误区,亟需通过类型化思维予以矫正。

结果导向的认定偏差。部分裁判者秉持“出现损害即推定过失”的思维定式,将并发症的客观发生直接等同于医疗过失的主观可归责性。此种认定忽视了介入诊疗的高风险本质,混淆了损害结果与过失行为的逻辑关联,实质上是结果责任主义的残余表现<sup>[3]</sup>。

技术万能的认知谬误。另一种极端表现为对介入技术的不当期待,认为现代介入器械与技术已臻完善,任何并发症的发生均暗示医师技术失误。这种认知忽视了心血管介入的固有限度,如CTO病变的低成功率、左主干介入的高风险性等客观医学规律,不当加重了医师的注意义务。

标准单一化的判断困境。现有裁判常未区分并发症的具体类型而适用统一的过失认定标准,导致对不可避免型并发症的过度追责,或对操作相关型并发症的轻纵。缺乏类型化区分的裁判标准既无法准确界定医师责任边界,亦难以实现患者权益保护与医疗技术创新之间的价值平衡。

## 3 介入诊疗并发症过失认定的核心要件

### 3.1 注意义务的来源与层级

注意义务是医疗过失认定的逻辑起点与规范基础。在心血管介入诊疗领域,注意义务呈现多元来源与层级分明的规范结构。

法律法规与诊疗规范构成注意义务的刚性底线。《心血管疾病介入诊疗技术管理规范》《冠心病介入诊疗技术临床应用管理规范》等部门规章确立了介入医师的资质准入、机构设置标准及基本操作要求<sup>[4]</sup>。《中国经皮冠状动脉介入治疗指南》《急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》等技术规范则细化了具体诊疗流程中的注意标准<sup>[5]</sup>。此类规范具有普遍约束力,违反即构成对注意义务的实质性违反,司法机关可直接据此认定过失。

行业惯例与专家共识作为注意义务的弹性补充,反映介入诊疗的技术前沿与行业最佳实践。美国心脏导管协会(Fellow of the Society for Cardiac Angiography and Interventions, FSC)标准、欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology, ESC)指南及

国内介入质控中心发布的技术标准,虽不具备强制法效力,但构成判断医师行为是否符合专业期待的参照系。在新型器械应用或疑难病例处理中,行业惯例往往先于法律规范形成技术共识,司法认定应尊重专业领域的“理性人”标准。

个性化注意义务体现医疗注意义务的情境化特征,要求医师根据患者的个体特殊性调整注意程度。对于高龄(>75岁)、肾功能不全[表皮生长因子受体(epidermal growth factor receptor, eGFR) <60 ml/min]、左主干病变、CTO等高风险人群,医师负有超出常规标准的特殊警示与防范义务。此类义务要求术前进行更为详尽的风险评估、术中采取更为谨慎的操作策略、术后实施更为严密的监测方案。个性化注意义务的违反往往表现为对特殊风险因素的忽视或低估,构成过失认定中的重要情节。

### 3.2 过失认定的客观标准:“当时医疗水平”的介入专科化诠释

《民法典》第1218条确立的“当时医疗水平”标准在介入诊疗领域需进行专科化诠释,以避免抽象化判断导致的裁判偏差。

同专业、同级别标准强调介入医师的专科属性。心血管介入医师需具备比普通心内科医师更高的技术水准与风险预判能力,其注意义务不应降格为一般内科医师标准。同时,在介入医师内部,应区分主任医师与住院医师、独立术者与助手之间的能力差异,建立与职称、经验相匹配的差异化标准。对高年资介入专家应适用更为严格的技术审慎义务,而对培训期医师则应考虑其学习曲线的合理容错空间。

地域与机构层级因素承认医疗资源的结构性差异。基层医院与三级医院在设备条件、技术储备、多学科支持能力上存在客观差距,司法认定应避免“一刀切”的精英主义标准。对于不具备急诊PCI资质的基层医院,其注意义务应限于及时识别STEMI并实施有效转诊;对于三级医院,则负有开展复杂介入技术的相应能力保障义务。地域差异的考量需以防止医疗水平“地方保护主义”为边界,核心在于审查医师是否在现有条件下尽了最大努力<sup>[6]</sup>。

紧急情况下的合理注意规则适用于急诊PCI等时效性极强的诊疗场景。在“门球时间”压力下,医师的决策时间被极度压缩,法律应赋予适度的容错空间。此时注意义务的认定应侧重审查医师是否遵循了基本的抢救流程(如快速开通血管优先于完美支架植入),而非苛求其在紧急状态下作出最优决策。但紧急状态不构成免责事由,对于明显的技术失误(如导丝进入假腔未及时发现),仍需认定过失。

### 3.3 违反注意义务的司法判断路径

司法实践中对介入诊疗过失的认定应遵循“阶段

化审查”路径,将诊疗全过程分解为术前评估、术中操作、术后管理三个阶段,分别设定具体的注意义务内容与违反标准。

术前评估过失主要涉及手术适应证与禁忌证的把握。适应证把握不当表现为对低风险患者实施过度介入,违反“介入必要性”原则;禁忌证筛查遗漏则体现为未充分评估出血风险、未识别造影剂过敏史或未评价肾功能状态。此类过失的认定关键在于审查病历资料中是否包含规范的风险评估记录及多学科讨论记录。

术中操作过失涵盖器械选择、操作流程与应急处置三个维度。器械选择错误包括球囊/支架尺寸与血管直径不匹配、支架长度覆盖不足或过度,导致夹层、穿孔等机械性并发症;操作流程违规表现为抗凝方案不当、造影剂超量使用(超过eGFR调整后的安全剂量)、放射防护缺失等;应急处置迟缓则指向对急性并发症的识别与处理延误,如冠脉穿孔后未及时使用球囊封堵或心包穿刺减压,导致心包填塞恶化。

术后管理过失聚焦于并发症监测与长期随访。监测缺失表现为对心包填塞、急性支架血栓形成、造影剂肾病等早期征象的识别延误,通常体现为对血压、心率、尿量等生命体征监测的疏漏;随访指导不足则涉及双联抗血小板药物(dual-antiplatelet-therapy, DAPT)的用药监督、生活方式干预及定期复查的告知缺位<sup>[7]</sup>。术后注意义务的履行情况往往通过护理记录、病程记录及出院医嘱的完整性进行审查,强调医疗机构在患者离院后的合理随访责任边界。

## 4 特殊情形下的过失认定规则

### 4.1 急诊介入的过失认定

急诊PCI作为急性ST段抬高型心肌梗死(acute ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI)的首选再灌注策略,其过失认定需充分考虑救治时效性与医疗决策的特殊性。

时间紧迫性与注意义务的克减构成急诊介入过失认定的首要考量。国际指南确立的“门球时间”标准( $\leq 90$  min)对医师的术前准备、血管入路选择及器械操作施加了严格的时间压力。在此紧急状态下,法律应承认注意义务的适度克减:医师无需像择期手术那样进行完备的多学科讨论或详尽的替代方案比较,但基本的身份核对、造影剂过敏史询问及生命体征评估仍属不可免除的底线义务。合理容错空间的边界在于,只要医师遵循了“先救命后完善”的急救原则,因时间压力导致的细微技术瑕疵比如支架释放位置稍欠理想但未影响血流则不应构成过失;但对于明显的技术失误比如导丝误入非罪犯血管且未及时纠正,即便

在紧急状态下亦应认定过失。

“再灌注损伤”与过失界分涉及对治疗性损伤的法律评价。急诊PCI术后出现的再灌注心律失常、无复流现象或造影剂肾病等并发症,本质上是缺血心肌恢复血流灌注后的病理生理反应,属于“可预见的医疗风险”而非过失导致的损害。司法认定应区分:再灌注损伤作为疾病自然转归的一部分,其损害后果应由患者自担;而因术中操作粗暴加重的心肌损伤,则构成过失责任。法律容忍度的判断标准在于,医师是否采取了合理的预防措施以降低再灌注损伤的发生率和严重程度<sup>[8]</sup>。

### 4.2 复杂病变介入的过失边界

CTO手术因其低成功率(约60%~70%)、高并发症率(穿孔、夹层发生率显著高于普通病变)而具有特殊法律属性。此类手术的过失认定应充分考虑患者通过知情同意对高风险的治疗性试错的预先接受。医师的过失边界在于:术前是否充分告知CTO-PCI的技术难度、替代治疗方案(优化药物治疗或搭桥手术)及可能的并发症谱系;术中是否遵循了“渐进性尝试”原则(如优先尝试正向技术,正向失败后再尝试逆向技术,避免过度操作);以及是否具备及时终止手术的能力。对于经过规范知情同意且在技术合理范围内未能成功开通病变的案例,即便出现并发症,亦应适用“风险自担”原则排除过失责任。

左主干病变介入的过失认定核心在于策略选择的合理性。左主干病变涉及患者生命中枢,PCI与CABG的选择直接影响预后。医师负有启动心脏团队讨论、评估SYNTAX评分、告知两种术式中长期获益差异的义务。过失认定的关键在于:对于SYNTAX评分 $>22$ 分的复杂左主干病变,若医师未建议CABG而直接实施PCI,可能构成策略选择失误;但对于评分较低或急诊状态下的左主干病变,选择PCI本身并不构成过失。此外,术中保护性措施的缺失,可能成为过失认定的加重情节。

### 4.3 器械相关并发症的过失认定

器械缺陷与操作过失的界分是产品责任与医疗过失交叉领域的难点。支架断裂、起搏器电极脱位、导管断裂等并发症可能源于器械材料缺陷,亦可能源于医师操作不当。司法认定应依据因果关系链进行责任归因:若并发症发生于规范操作且符合适应证使用情况下,经专家鉴定确认属器械材质或设计缺陷,则应追究生产商责任;若系因操作粗暴导致支架过度弯曲断裂、或电极固定不牢导致脱位,则构成医疗过失。在责任竞合情形下,患者享有选择权,但医疗机构在承担赔偿责任后可向生产商追偿。

超说明书使用的法律风险在介入诊疗中日益凸显。药物球囊、生物可吸收支架等新型器械在急性心

肌梗死、小血管病变等未经批准的适应证中的应用,体现了医学创新与监管滞后的张力。超说明书使用本身并不当然构成过失,其合法性边界在于:是否有充分循证医学证据支持、是否经医院伦理委员会或药事委员会批准、是否向患者履行了特别告知义务(说明超说明书使用的性质、依据及额外风险)。若医师基于个人经验或经济利益擅自超范围使用器械,且缺乏循证依据,则可能构成“实验性治疗过失”;但若符合行业共识且经规范知情同意,则应给予创新探索的容错空间<sup>[9]</sup>。

## 5 介入诊疗并发症过失认定的制度完善

### 5.1 建立类型化的过失认定标准

针对前述三种并发症类型,应构建差异化的举证责任与判断规则。不可避免型并发症应实行举证责任倒置的例外豁免,患者主张过失时需初步证明并发症超出该术式一般风险范畴或医师存在明显技术偏离;风险可控型并发症适用过错推定,由医疗机构证明已履行预防性注意义务;操作相关型并发症则实行过错责任原则,患者需证明操作规范违反与损害后果的因果关系<sup>[10]</sup>。

专家辅助人制度的引入是破解技术事实查明难题的关键。鉴于心血管介入的高度专业性,建议在医疗损害鉴定中强制引入具有丰富介入实战经验的临床专家,建立“介入专科专家库”。专家辅助人应就特定技术细节(如导丝操作手法、支架释放压力选择、血管内超声图像判读)出具专业意见,辅助法官理解“当时医疗水平”的专科内涵,避免鉴定结论过于笼统或偏离临床实际。

### 5.2 完善介入诊疗风险告知与同意规则

并发症风险的量化告知要求突破传统概括性告知的模糊性,建立基于循证医学数据的具体披露标准。医疗机构应向患者提供该术式并发症的发生率区间、严重程度分级(轻度血肿比致命性心包填塞)及针对患者个体风险的定制化评估(如eGFR<30 ml/min患者造影剂肾病风险提升至15%~20%)。量化告知可通过可视化风险图表、决策辅助工具实现,确保患者在实质知情基础上作出自主决定<sup>[11]</sup>。

知情同意的动态更新机制解决术中策略变更的法律效力问题。心血管介入手术中常因造影发现新病变、器械通过失败或突发并发症而需调整预定方案(如由单纯球囊扩张改为支架植入、由正向开通CTO改为逆向技术)。此时应建立“术中再告知”的简化但有效的程序,通过实时视频通话、书面补充签字或紧急情况下的事后追认等方式,确保患者对策略变更的风险增量知情同意,避免因信息断层导致的同意瑕疵。

### 5.3 强化介入质控与不良事件强制报告

介入并发症数据库的建立为过失认定提供客观的统计基准。建议由国家心血管病中心牵头,建立全国性介入诊疗不良事件强制报告系统,涵盖并发症类型、发生场景、患者特征、术者经验等维度的结构化数据。该数据库可为司法鉴定提供“同行实际实践”的参照标准,帮助判断特定并发症是否超出可接受变异范围,同时通过大数据分析识别系统性风险点,反向促进行业标准更新。

医疗责任保险与风险基金制度的完善是分散高风险医疗损害赔偿责任的长效机制。建议推动建立介入诊疗专项责任保险,根据术式复杂程度实行差异化保费与赔付限额。对于因技术固有风险导致的不良后果,可通过介入诊疗风险基金给予患者适度补偿,避免医疗机构因惧怕诉讼而采取防御性医疗行为,平衡患者救济与医学创新激励<sup>[12-13]</sup>。

## 6 结语

### 6.1 研究结论

心血管介入诊疗并发症的过失认定是一项融合医学技术判断与法律价值衡量的复杂工作。本文通过类型化分析确立了“技术风险允许+合理注意义务”的二元认定框架:一方面承认介入技术固有的高风险属性,尊重医学创新的必要试错空间;另一方面坚守医师合理注意义务的底线要求,防止技术风险成为逃避责任的借口。在司法实践中,应摒弃“结果导向”与“技术万能”的极端思维,建立类型化、场景化的判断标准,根据并发症的可避免程度、医疗紧急状态、患者个体差异等因素进行综合考量,实现患者权益保护、医师执业保障与医疗技术进步的多元价值平衡。

### 6.2 研究展望

随着人工智能与远程医疗技术的发展,介入诊疗过失认定将面临新的理论挑战。人工智能辅助决策系统的广泛应用,可能催生“人机协同过失”的新形态,需要界定算法缺陷、数据偏差与医师过度依赖AI之间的责任边界。远程介入手术的兴起则提出了过失主体认定的新问题,涉及操作医师、机器人系统维护方、远程网络服务提供商及现场辅助人员之间的责任分配。未来研究应关注技术迭代对注意义务标准的重塑效应,构建适应数字医疗时代的过失认定规则体系。

**利益冲突** 作者声明不存在利益冲突

## 参考文献

- [1] 冶美玲,李小花,李满桂. 氯吡格雷预防冠心病介入治疗后心血管不良事件效果观察[J]. 中国药物应用与监

- 测, 2024, 21(1): 9-12.
- [2] 王玉娟, 帕丽旦·肉孜. 心血管介入诊疗术血管并发症的护理对策[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2015, (18): 122-123.
- [3] 郑丽丽. 医疗损害责任认定问题研究[D]. 西北民族大学, 2024.
- [4] 董文勇. 心血管疾病介入诊疗资质管理亟待法制化[J]. 中国医院院长, 2016, (5): 88-89.
- [5] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44(5): 382-400.
- [6] 艾尔肯. 我国医疗损害司法鉴定标准重塑[J]. 湖湘法学评论, 2023, 3(3): 102-118.
- [7] 梁小慧, 侯娜莉, 付长红, 等. 基于医疗损害责任纠纷案件的查对制度问题分析与建议[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(2): 1-3+19.
- [8] 延荣强, 高立建. 2012 中国介入心脏病学大会(CIT)临床试验亮点荟萃[J]. 中国循环杂志, 2012, 27(3): 185.
- [9] 张顺. 医疗损害司法鉴定现状问题的探讨[J]. 中国法医学杂志, 2024, 39: 14-15.
- [10] 何定洁, 陈娟. 公平责任一般条款限定适用论——以《民法典》第 1186 条为分析对象[J]. 四川大学法律评论, 2024, 21(1): 309-322.
- [11] 张妍, 吴锦萍, 田函, 等. 违反告知义务医疗损害责任纠纷案件研究[J]. 中国医学伦理学, 2025, 38(5): 582-587.
- [12] 田胜男, 茹丽娜, 王子宇. 医疗损害责任案件中诉讼时效问题刍议[J]. 中国卫生人才, 2023(2): 17-21.
- [13] 赵菊敏. 正义理论视角下的医疗损害赔偿赔偿责任重构研究[J]. 医学与社会, 2023, 36(8): 104-109.