广东省广州市中级人民法院

民 事 判 决 书

（2021）粤01民终18630号

上诉人（原审原告）：王文锋，男，1966年11月8日出生，汉族，住广东省韶关市浈江区。

上诉人（原审原告）：李菊红，女，1934年8月8日出生，汉族，住江西省赣州市于都县。

上诉人（原审原告）：王章秀，女，1964年12月10日出生，汉族，住江西省赣州市于都县。

上诉人（原审原告）：王文华，女，1969年8月22日出生，汉族，住江西省赣州市于都县。

上诉人（原审原告）：王小平，男，1972年9月19日出生，汉族，住江西省赣州市于都县。

上列四上诉人共同委托诉讼代理人：王文锋，男，1966年11月8日出生，本案上诉人之一。

被上诉人（原审被告）：广州人爱医院有限公司，住所地广州市花都区新华街建设北路140号。

法定代表人：陈志诚，该司董事长。

委托诉讼代理人：朱瑞昌,广东中佳律师事务所律师。

上诉人王文锋、李菊红、王章秀、王文华、王小平（以下简称患方）因与被上诉人广州人爱医院有限公司（以下简称医方）医疗损害责任纠纷一案，不服广东省广州市花都区人民法院（2019）粤0114民初8907号民事判决，向本院提起上诉。本院于2021年7月23日立案受理后，依法组成合议庭进行审理，上诉人王文锋及李菊红、王章秀、王文华、王小平的共同委托诉讼代理人王文锋，被上诉人人爱医院的委托诉讼代理人朱瑞昌到庭参加诉讼，本案现已审理终结。

患方上诉请求：1.判令医方赔偿患方682682.75元。2.判令医方承担本案诉讼费。事实和理由：1.医方在2007年是一级一甲医院，根据《广东省医疗机构诊疗科目核定表》，医方不具备设立急诊内科的条件，医方私自设立急诊内科严重违法违规。2007年10月18日12时王新民到医方急诊内科就诊，杨兴安医生在12时20分写急诊病历时已确诊其为急性心梗，后未按规范的诊疗程序采取急救措施，不办理转上一级医院就诊的转诊事宜，最终导致王新民在2007年10月18日13时06分突然急性心肌梗塞发作。又因量血压护士不懂抢救，且没有住院部值班医生及时抢救（最少4分钟以后，急诊科蒋发瑞医生和三名护士才赶到现场抢救20分钟），诊疗过程严重不规范。2.没有参与抢救的杨兴安为了推卸责任，在补记的抢救病历记录中，故意把“王新民在13时06分钟（就医1小时06分钟），刚到六楼住院部608病房1分钟内就突然急性心肌梗塞发作”，写成“12时30分钟急性心肌梗塞发作，抢救30分钟由13时去世”，而医方给王新民家属的心电图死亡时间是13时30分钟。因杨兴安补记的上述内容与事实不相符，导致广州市医学会医疗事故鉴定被中止，后在花都区卫生局医政科及患方的长时间交涉后,陈平良副院长才同意纠正补记错误的抢救病历中急性心肌梗塞发作时间是13时06分钟、抢救时间为20分钟、死亡时间为13时30分。《患者王新民家属与广州花都人爱医院的补充协议》中已写明“发作时间写提前半小时左右，抢救时间没有30分钟，估计为20分钟左右，突然急性心肌梗塞急性发作时没有医生在场，量血压护士不懂枪救，耽误抢救时间4分钟以上”，陈副院长同意按患者王新民家属提供的材料做医疗事故鉴定，其在签字时写明：“同意家属说法，但我本人不在现场，无法证实”。3.粤纬司鉴所〔2020〕司鉴（医）字第198号鉴定是虚假鉴定：（1）按照补记错误的抢救病历中急性心肌梗塞发作时间为12时30分钟、抢救时间30分钟和死亡时间为13时作为鉴定依据。在《王新民医损意见书》的复函中还继续采用沿用“就诊1小时内即死亡”的说法，为医方推卸责任。（2）鉴定所组织医、患双方召开的听证会中，不让医患双方辩论、质证、纠正，在医患双方表述不一致的情形下，直接宣布听证会结束。（3）鉴定书中第四点分析说明错误。分析说明第二点第（一）项：医方只采取硝酸甘油0.5mg舌下含服一项，医方没有采取剩下的其它12项治疗措施，急救不及时，为导致王新民在住院部死亡的主要原因。剩下的其它12项中的第二项卧床休息，证明在没有对王新民病情采取及时院前治疗措施前直接收入住院是错误的。分析说明第二点第（三）项关于突发状况后的抢救中的患者12:30突发出现抽搐、昏迷等记录及分析说明第二点第（六）项分析说明严重错误，死亡与事实不相符。4.医方对王新民的诊疗过程中存在下列5点重大过错：（1）医方在2007年是一级一甲医院，私自设立急诊内科存在重大过错。（2）杨兴安医生在确诊王新民患急性心梗后只给予硝酸甘油0.5mg舌下含服，收内科的措施。在12时24分心电图显示下壁、前间壁急性心梗（早期、心外膜下损伤期）的情况下，没有及时采取：持续心电和血压监测，吸氧，建立静脉通道和使用急救药物，抗缺血治疗，尽快开始再灌注治疗，卧床休息的措施。因两次抬动王新民转入住院，及上述6点过错，加之急救不及时，导致王新民在住院部死亡。（3）王新民转入住院部后没有住院部值班医生。（4）王新民急性心肌梗塞急性发作后，护士没有采取任何抢救措施，连最基本的给病人吸氧、胸外按压、人工呼吸的抢救措施都不会。（5）住院部没有值班医生和量血压护士不懂抢救，黄金急救时间被耽误超过4分钟以上，导致抢救王新民不及时。5.医方为推卸责任，隐瞒门诊急诊内科杨兴安医生补记虚假的抢救经过，伪造《关于王新民补充协议的说明》。花都区卫生局以无权确认《患者王新民家属与广州花都医方的补充协议》的有效性为由一直不恢复王新民医案的鉴定，又不发函要求医方确认《患者王新民家属与广州花都人爱医院的补充协议》的有效性，导致医疗事故技术鉴定被人为中止9年多。根据《卫生部关于医疗机构不配合医疗事故技术鉴定所应承担的责任的批复》，医方应该承担医疗事故的全部责任。6.一审法院认定医方承担10%的赔偿责任错误。2018年居民月最低生活保障标准900元，超60岁按7年计为55800元，医方须赔偿被抚养人（王新民爱人李菊红）生活费55800元。亲戚朋友往返汽车票大于400元，近20人，现按最少10人计，4000元是最保守的交通费赔偿金额。2018年城镇居民年人均消费性支出28812.4元，死亡以6年计，精神损害抚恤金赔偿金额为（28812.4\*6）172874.4元。王新民案的第二次医疗事故鉴定被人为中止9年多，王文锋和王小平反复投诉、信访、上访、举报共计13年才完成鉴定，在此期间产生包括火车票、短途票、地铁票、公交票、出租票达1万多元，现单独就家住韶关市××××区的王文锋所产生有票据的6847元交通费提出诉求。另就王文锋所产生的所有误工费提出诉求，王文锋有时上访一次达半个月以上，以王文锋每次到广州按3天计，韶关市到广州市的单程总次数是38次，2018年城镇在岗职工年平均工资是88636元，共产生误工费27926元。另王文锋因诉讼1次、开庭4次、摇号1次及鉴定听证会共7次，每次来回按2天计算，共产生误工费3399元。王文锋和王小平反复投诉、信访、上访、举报，产生打印和复印的费用超1000元。因医方的弄虚作假，人为阻止医疗事故技术鉴定，导致医疗事故技术鉴定被多次中止，应承担王新民医案的三次医疗事故鉴定费16500元。

医方辩称，不同意患方的上诉请求，请求法院驳回上诉，维持原判。

患方向一审法院起诉请求：1、判令医方赔偿患方664780.61元；2、判令医方承担全部医疗事故鉴定费共计16500元；3、诉讼费由医方承担。

一审法院认定事实：2007年10月18日12时，王新民因剑突下心前区疼痛1小时到医方就诊。经完善相关检查后，被诊断为腹痛查因：急性心梗，予以硝酸甘油含服对症治疗后收内科住院。在住院部护士测量血压时，王新民突然出现抽搐、昏迷、室颤，经抢救无效当天死亡。

2009年10月16日，广州市医学会作出[2008]075号《医疗事故技术鉴定书》，认定本医案不构成医疗事故。2018年8月13日，广东省医学会作出广东医鉴[2010]015号《医疗事故技术鉴定书》，认定本医案不构成医疗事故。2019年4月3日，中华医学会作出中华医鉴[2019]1号《医疗事故技术鉴定书》，认定本例构成壹级甲等医疗事故，医方承担医疗事故的轻微责任。

患方向一审法院申请就医方在对王新民的诊疗行为过程中是否存在过错、具体包括过错的程度、参与度、医方诊疗行为与王新民的死亡是否具有因果关系等事项进行医疗损害鉴定。经摇珠，一审法院依法委托广东经纬司法鉴定所进行医疗损害鉴定。广东经纬司法鉴定所于2020年8月26日作出粤纬司鉴所[2020]司鉴（医）字第198号《鉴定意见书》（以下简称《鉴定意见书》）。鉴定意见如下：1、根据送检材料，被鉴定人王新民符合在急性心肌梗死的基础上，并发室颤最终致呼吸循环衰竭而死亡。2、医方对被鉴定人王新民实施的诊疗过程中存在过错与不足。3、医方的诊疗行为与被鉴定人王新民的死亡之间存在因果关系，原因力为轻微因素，简易医疗行为的过错参与度为1%-20%。

患方对广东经纬司法鉴定所《鉴定意见书》不予认可，申请重新鉴定，重新鉴定理由如下：1、《鉴定意见书》第一点基本情况中记录的鉴定材料不完整且缺失。2、《鉴定意见书》第二点检案摘要（三）医患双方陈述意见没有纠正原始病历补记的抢救经过中错误的12:30发作时间和抢救30分钟时间。3、《鉴定意见书》第三点检验过程中提到的组织医、患双方召开听证会，本次听证会没有意义。4、《鉴定意见书》第四点分析说明错误，ST段抬高或伴左束支导阻滞的AMI的住院治疗需采取13项治疗措施。

因患方对《鉴定意见书》提出异议，一审法院于2020年9月28日向广东经纬司法鉴定所发出询问函，广东经纬司法鉴定所于2020年10月15日复函，主要内容为：一、关于执业资格的问题：医方医院没有急诊科，但不代表不能接诊急诊病人。被鉴定人为急性心梗的病人，属内科急诊，病情严重，急需及时明确诊断和积极处理，接诊医师为内科主治医师具有执业资格，及时接诊病人并及时明确诊断，符合诊疗规范和首诊负责制的要求。二、关于死亡原因与参与度：关于医方的不足，我们在鉴定意见书中已经有详细的阐述。着重强调的是：被鉴定人王新民为急性下壁、前间壁心肌梗死，病灶面积大，病情凶险，病情发展迅猛，救治难度大（就诊1小时内即死亡），且在心梗基础上又并发室颤，室颤是其死亡的最主要原因，而室颤的发生是其病情的特殊性所决定的，并非医疗行为所致，难以预料也难以防范，故其死亡是疾病的自然转归，自身因素是致其死亡的根本原因。三、关于一级甲等医疗事故的解释：一级甲等医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者死亡，也就是呼吸和心跳停止。但并不意味着全部责任归咎于医方，医方具体应当承担的责任是多少取决于其过错对患者死亡所造成的不利影响的程度，不能一概而论。我所鉴定意见书也有说明医方行为的过错与不足应承担轻微责任，具体可见参与度分析。最后要说的是，我所意见是基于被鉴定人的疾病基础与医方诊疗行为所作出的判断，患者本身疾病的严重性才是其死亡的最主要原因。

另查明，王新民于1935年2月17日出生，死亡前为城镇居民户口，死亡时72岁。患方分别为其儿子、妻子、女儿、女儿、儿子，均为其法定第一顺序继承人。

一审法院认为，患方对鉴定意见书不予认可，申请重新鉴定。因《最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定》第四十条规定：“当事人申请重新鉴定，存在下列情形之一的，人民法院应当准许：（一）鉴定人不具备相应资格的；（二）鉴定程序严重违法的；（三）鉴定意见明显依据不足的；（四）鉴定意见不能作为证据使用的其他情形。”患方未能提供证据证明本案鉴定存在上述情形，故一审法院对患方重新鉴定的申请不予准许，对广东经纬司法鉴定所《鉴定意见书》予以采信。

《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。”本案中，经鉴定，医方对王新民的诊疗行为存在过错，患方因此造成的合理费用，医方应承担相应的赔偿责任。根据鉴定结论，结合本案案情，一审法院酌定医方承担10%的赔偿责任。

患方索偿的损失应以法律规定及其提供的合法有效证据计算：

1、医疗费：医疗费凭发票、用药清单计算为601.95元。

2、陪护费：实为护理费，患方未提供证据证明王新民住院期间陪护人员的误工损失，一审法院按照本地护工标准150元/天计算住院一天一人为150元。

3、被扶养人生活费：患方所主张被扶养人为王新民的妻子李菊红，因王新民死亡时已72岁，患方未提供证据证实其时王新民有劳动能力，李菊红的扶养人应为其子女，故对本项诉请一审法院不予支持。

4、丧葬交通费：患方未提供相应证据，一审法院酌定2000元。

5、丧葬住宿费：患方未提供相应证据，根据实际情况主张6800元合理，一审法院予以支持。

6、精神损害抚慰金：因本次诊疗行为造成王新民死亡，给患方造成精神损害，一审法院酌定为100000元。

7、丧葬费：患方主张49308元，医方对该金额无异议，一审法院予以支持。

8、死亡赔偿金：患方主张按照44653.1元/年计算7年为312571.7元，符合法律规定，一审法院予以支持。

9、处理纠纷交通费：患方该项主张缺少法律依据，一审法院不予支持。

10、处理纠纷误工费：患方该项主张缺少法律依据，一审法院不予支持。

11、复印费：患方该项主张缺少法律依据，一审法院不予支持。

12、鉴定费：凭票据计算为24640元。

13、患方主张医方承担医疗事故鉴定费16500元，缺少依据，一审法院不予支持。

患方上述损失合计496071.65元，由医方承担10%的赔偿责任为49607.2元。

据此，一审法院判决如下：一、医方向患方赔偿49607.2元，于判决发生法律效力之日起10日内付清。二、驳回患方的其他诉讼请求。如未按决指定的期间履行给付金钱义务，应当依照《中华人民共和国民事诉讼法》第二百五十三条之规定，加倍支付迟延履行期间的债务利息。一审案件受理费10612.8元，由医方负担772.77元，由患方承担9840.03元。

二审中，当事人没有提交新证据。

本院对一审查明的事实予以确认。

二审中，患方提交《重新鉴定申请书》。

本院认为，关于患方申请重新鉴定的问题。广东经纬司法鉴定所受一审法院委托，对本案进行医疗损害鉴定，并出具粤纬司所[2020]司鉴（医）字第198号《鉴定意见书》，鉴定程序合法。患方在一审中对上述鉴定意见书提出异议，广东经纬司法鉴定所亦于2020年10月15日作出复函。患方未能提供充分证据证明本案符合《最高人民法院关于适用民事诉讼证据的若干规定》第二十七条规定须重新鉴定的情形，故对患方的重新鉴定申请，本院不予准许。

根据《最高人民法院关于适用的解释》第三百二十三条“第二审人民法院应当围绕当事人的上诉请求进行审理。当事人没有提出请求的，不予审理，但一审判决违反法律禁止性规定，或者损害国家利益、社会公共利益、他人合法权益的除外”的规定，依当事人的上诉请求范围，本案二审从医方的诊疗行为、双方争议的问题、因果关系及责任比例、损失认定等方面进行分析。

一、关于医方诊疗行为分析

根据权威医学知识，结合病历材料、鉴定意见及双方的陈述，本院分析如下：

2001年由中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会，中华循环杂志编辑委员会制定的“急性心肌梗死诊断和治疗指南”第710-725页载明：急性心肌梗死（AMI)早期及时治疗可提高患者存活率并改善左心室收缩功能。急救医务人员在迅速到达发病现场后,应尽快釆集病史、体格检查、描记心电图和初步处理，并迅速转送医院。急诊科医生对送达的急性缺血性胸痛和疑诊AMI的患者，应迅速、准确作出诊断和鉴别诊断，对其危险度作出评估，并确定即刻处理方针。

缺血性胸痛和疑诊AMI患者的筛查：询问缺血性胸痛史和描记心电图是急诊科医生迅速筛查心肌缺血和AMI的主要方法，对缺血性胸痛和疑诊AMI的患者的筛查和处理程序。1、缺血性胸痛史：AMI疼痛通常在胸骨后或左胸部，可向左上臂、颌部、背部或肩部放散;有时疼痛部位不典型,可在上腹部、颈部、下颌等部位。疼痛常持续20min以上,通常呈剧烈的压榨性疼痛或紧迫、烧灼感，常伴有呼吸困难、出汗、恶心、呕吐或眩晕等。应注意非典型疼痛部位、无痛性心肌梗死和其他不典型表现,女性常表现为不典型胸痛，而老年人更多地表现为呼吸困难。要与急性肺动脉栓塞、急性主动脉夹层、急性心包炎及急性胸膜炎等引起的胸痛相鉴别。2、迅速评价初始18导联心电图：应在10min内完成。18导联心电图是急诊科诊断的关键。缺血性胸痛患者心电图ST段抬高对诊断AMI的特异性为91%，敏感性为46%。患者初始的18导联心电图可用以确定即刻处理方针。（1)对ST段抬高或新发左束支传导阻滞的患者，应迅速评价溶栓禁忌证,开始抗缺血治疗，并尽快开始再灌注治疗(30min内开始溶栓或90min内开始球囊扩张)。入院时作常规血液检查,包括血脂、血糖、凝血时间和电解质等。（2)对非ST段抬高，但心电图高度怀疑缺血(ST段下移、T波倒置）或有左束支传导阻滞，临床病史高度提示心肌缺血的患者，应入院抗缺血治疗，并作心肌标记物及常规血液检查（同上)。（3)对心电图正常或呈非特征性心电图改变的患者，应在急诊科继续对病情进行评价和治疗，并进行床旁监测，包括心电监护、迅速测定血清心肌标记物浓度及二维超声心动图检查等。二维超声心动图可在缺血损伤数分钟内发现节段性室壁运动障碍，有助于AMI的早期诊断,对疑诊主动脉夹层、心包炎和肺动脉栓塞的鉴别诊断具有特殊价值。床旁监测应一直持续到获得一系列血清标记物浓度结果,最后评估有无缺血或梗死证据，再决定继续观察或入院治疗。

院前急救流行病学调查发现，AMI死亡的患者中约50%在发病后lh内于院外猝死,死因主要是可救治的致命性心律失常。显然,AMI患者从发病至治疗存在时间延误。其原因有：（1)患者就诊延迟；（2)院前转运、院后诊断和治疗准备所需的时间过长，其中以患者就诊延迟所耽误时间最长。因此，AMI院前急救的基本任务是帮助AMI患者安全、迅速地转运到医院，以便尽早开始再灌注治疗；重点是缩短患者就诊延误的时间和院前检查、处理、转运所需的时间。通过健康宣教，对大众普及有关心血管疾病预防和急救知识，可缩短AMI患者就诊延迟所耽误的时间。应帮助已患有心脏病或有AMI高危因素的患者提高识别AMI的能力，以便自己一旦发病立即釆取以下急救措施：（1)停止任何主动活动和运动；（2)立即舌下含服硝酸甘油1片（0.6mg)，每5min可重复使用。若含服硝酸甘油3片仍无效则应拨打急救电话，由急救中心派出配备有专业医护人员、急救药品和除颤器等设备的救护车，将其运送到附近能提供24h心脏急救的医院。随同救护的医护人员必须掌握除颤和心肺复苏技术，应根据患者的病史、查体和心电图结果作出初步诊断和急救处理,包括持续心电和血压监测、舌下含服硝酸甘油、吸氧、建立静脉通道和使用急救药物,必要时给予除颤治疗和心肺复苏。尽量识别AMI的高危患者[如有低血压（100次/min)或有休克、肺水肿体征],直接送至有条件进行冠状动脉血管重建术的医院。AMI患者被送达医院急诊室后，医生应迅速作出诊断并尽早给予再灌注治疗。力争在10-20min内完成病史釆集、临床检查和记录1份18导联心电图以明确诊断。对ST段抬高的AMI患者,应在30min内收住冠心病监护病房(CCU)开始溶栓，或在90min内开始行急诊PTCA治疗。在典型临床表现和心电图ST段抬高已能确诊为AMI时,绝不能因等待血清心肌标志物检查结果而延误再灌注治疗的时间。

ST段抬高或伴左束支传导阻滞的AMI的住院治疗。

一般治疗：A监测:持续心电、血压和血氧饱和度监测，及时发现和处理心律失常、血流动力学异常和低氧血症；B卧床休息:可降低心肌耗氧量，减少心肌损害。对血流动力学稳定且无并发症的AMI患者一般卧床休息1-3d,对病情不稳定及高危患者卧床时间应适当延长；C建立静脉通道:保持给药途径畅通；D镇痛；E吸氧；F硝酸甘油；G阿司匹林（所有急性心肌梗死患者只要无禁忌证均应立即口服水溶性阿司匹林或嚼服肠溶阿司匹林150-300mg);H纠正水、电解质及酸碱平衡失调；I阿托品；J饮食和通便;K再灌注治疗；L介入治疗等。

1.关于急性心肌梗死的诊断

根据病历材料，患者因剑突下、心前区疼痛1小时许到医方急诊内科就诊，医方根据其病史、体征、症状等表现，考虑为急性心梗,行心电图示急性下壁、前间壁心肌梗死、窦性心动过缓,予以硝酸甘油0.5mg舌下含服，并收住院治疗，医方诊断明确，因患者病情紧急，收治入院，上述行为符合一般临床思维。

患者12:00到达医院，12:24心电图出结果并确诊急性下壁、前间壁心肌梗死，两者相距24分钟，考虑到还有候诊的时间，医方对于患者病史采集、临床检查和记录心电图已明确诊断，从整个过程看是比较及时的，并无明显延误诊断的行为。

2.关于突发状况后的抢救

患者于12:30突发出现抽搐、昏迷，心电图示为室颤，医方予面罩加压给氧，胸外按压，电除颤（200，300,360)3次，反复使用肾上腺素、利多卡因、阿托品等药物，通过全力30分钟抢救无效，心电图为一直线，宣告死亡，可见，在患者急性心梗基础上并发室颤，病情危重时医方予给氧、心肺复苏、电除颤、升压、抗心律失常等处理，医方上述行为符合诊疗常规。

3.关于急性心肌梗塞的诊疗

根据当时诊疗指南，对于确诊急性心肌梗死的患者，医方应持续心电监护，嘱患者卧床休息，建立静脉通道，吸氧，立即给予口服阿司匹林治疗，但从病历材料看，医方诊疗行为并未按照规范的诊治程序进行，医方的行为存在过错与不足。

在明确诊断患者为急性心肌梗死时，医方应当第一时间就患者病情的严重性向患者及家属进行告知，并结合自身综合救治能力和患者实际的病情，在收治入院的同时，及时请上级医生急会诊或立即准备患者转上一级医院就诊的转诊事宜，医方的行为存在不足。

4.关于住院诊疗病历

根据病历材料，患者已在医方住院，病历中应当有相应的入院记录，护理记录，病程记录，长、临时医嘱等相关病历资料，但病历材料中均未有相关资料，医方违反“病历书写基本规范”的要求。

二、关于争议的问题

1.关于医方执业资格问题。根据医方提交的由广州市卫生局核发的中华人民共和国医疗机构执业许可证，医疗机构名称为：广州花都人爱医院，登记号：354122440121310139,有效期限为2006年2月9日至2011年2月9日，医院具有执业资格。广东省医疗机构诊疗科目核定表，核定该院诊疗科目中，包括：内科，外科，妇科专业，产科专业，等，无急诊科。但根据患者在医方门诊病历显示，患者首诊日期为2007年10月18日12：00时，因剑突下、心前区疼痛1小时到医方门诊内科急诊就诊，门诊号0141013。2007年10月18日12:09时收费单显示挂号科室为内科。医生接诊后很快判断病情并床边心电图检查作出急性心肌梗死诊断，急性心肌梗死为内科急症，病情严重，应及时明确诊断并积极处理，因此，医方内科急诊接诊患者并及时明确诊断，医疗行为并无不妥，符合首诊负责制的要求。

2.关于接诊医生杨兴安是一名中专毕业生，不具备担任内科急诊抢救医生的资质的问题。根据医方提交的杨兴安资格证书显示，杨兴安为内科主治医师，具备执业资质。

三、关于因果关系分析及责任比例

根据病历材料，患者为急性下壁、前间壁心肌梗死，病灶面积大，病情凶险，病情发展迅猛，救治难度大（就诊1小时内即死亡）,且在心梗基础上又并发室颤，室颤是其死亡的最主要原因，而室颤的发生是其病情的特殊性所决定的，并非医疗行为所致，难以预料也难以防范，故患者死亡是疾病的自然转归，自身因素是致其死亡的根本原因，医方在诊疗过程中存在过错与不足，与其死亡存在因果关系，导致其急性心肌梗死未能及时得到很好的诊疗，并进一步影响到患者的治疗后果和结局，医方应承担轻微责任。综上所述，依据纠纷发生时的诊疗规范及医学科学的发展水平，医方对患者诊疗过程中存在过错与不足，与患者死亡存在因果关系。综合患者死亡的原因、医方的过错程度，并考虑到医学科学的不确定性、局限性和高风险性，一审法院判令医方承担10%的赔偿责任并无不当，本院予以维持。

四、关于损失的认定

关于被扶养人生活费。子女对父母有赡养扶助的义务，且患方亦未提交充分证据说明李菊红为患者扶养，故李菊红的扶养人应为其子女，患方关于被扶养人生活费的主张缺乏事实依据，本院不予支持。关于处理纠纷交通费、处理纠纷误工费、复印费和三次医疗事故鉴定费。上诉费用并非该事故直接损失，一审对此不予支持并无不当，本院予以维持。

综上所述，患方的上诉请求不能成立，应予驳回；一审判决认定事实清楚，适用法律正确，应予维持。依照《中华人民共和国民事诉讼法》第一百七十条第一款第一项规定，判决如下：

驳回上诉，维持原判。

二审案件受理费3665元，由王文锋、李菊红、王章秀、王文华、王小平负担。

本判决为终审判决。

审判长　　康玉衡

审判员　　何润楹

审判员　　杨玉芬

二〇二一年十月十四日

书记员　　曾凡峰

李书琪