

死亡参与度判定标准在法医实践中的应用与优化研究

马家鹏 李顺清

贵州正祥法医物证司法鉴定所 贵州 贵阳 551400

【摘要】目的：探究死亡参与度判定标准在法医实践中的应用现状、存在问题，提出科学优化路径，提升法医鉴定中死亡参与度判定的准确性、规范性与公信力。方法：选取2025年3月至2026年2月期间XX司法鉴定中心受理的86例死亡鉴定案件作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组（43例）与实验组（43例）。对照组采用传统死亡参与度判定标准（结合临床病历、尸体解剖结果简单分级），实验组采用优化后的判定标准（整合病理生理机制、损伤与疾病关联度量化评分、多学科会诊意见），对比两组判定结果的一致性、准确性及争议发生率。结果：实验组判定结果与多学科联合会诊金标准的一致性（ $Kappa=0.82$ ）显著高于对照组（ $Kappa=0.65$ ）；实验组判定准确率（95.35%）高于对照组（79.07%），争议发生率（4.65%）低于对照组（20.93%），差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：优化后的死亡参与度判定标准可有效提升法医实践中判定的准确性与规范性，降低鉴定争议，为司法裁判提供更可靠的技术支撑，值得在法医实践中推广应用。

【关键词】死亡参与度；法医鉴定；判定标准；应用优化；司法鉴定

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.045

引言

死亡参与度判定是法医鉴定的核心内容之一，是明确损伤、疾病与死亡之间因果关系及关联程度的关键，直接影响司法裁判中民事赔偿、刑事责任认定的公正性^[1]。当前我国法医实践中，死亡参与度判定缺乏统一、细化的标准，多依赖鉴定人员的经验判断，导致不同鉴定机构、鉴定人员的判定结果存在差异，鉴定争议频发，制约了法医鉴定的公信力。随着司法实践的不断完善，对死亡参与度判定的科学性、规范性提出了更高要求。基于此，本研究以司法鉴定中心受理的死亡鉴定案件为研究对象，探究现有判定标准的应用局限，构建优化方案并验证其有效性，为法医实践中死亡参与度的精准判定提供理论与实践支撑。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年3月至2026年2月期间司法鉴定中心受理的86例死亡鉴定案件作为研究对象，所有案件均经尸体解剖、临床病历审核、实验室检查明确死亡原因，排除鉴定资料不完整、尸体严重腐败无法明确损伤与疾病关联、涉及罕见遗传病或特殊外伤的案件。采用随机数字表法将86例研究对象分为对照组与实验组，每组各43例。经统计学检验，两组患者在性别构成（ $\chi^2=0.047$, $P=0.828$ ）、年龄分布（ $t=0.326$, $P=0.745$ ）等基线资料方面差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 实验方法

对照组采用传统死亡参与度判定标准开展鉴定工作，具体流程为：鉴定人员结合尸体解剖结果，明确死者的直接死亡原因、间接死亡原因，参考《人体损伤程度鉴定标准》《道路交通事故受伤人员伤残评定》等规范，通过经验判断损伤与疾病对死亡的参与程度，将死亡参与度分为无参与（0%）、轻微参

与（1%-25%）、次要参与（26%-50%）、主要参与（51%-75%）、完全参与（76%-100%）五个等级，形成鉴定意见。实验组采用优化后的死亡参与度判定标准，核心流程包括四个环节：一是基础资料整合，系统收集死者临床病历、尸体解剖报告、实验室检查结果、现场勘查记录等资料，明确损伤部位、程度、发生时间，疾病的类型、病程、治疗情况；二是损伤与疾病关联度量化评分，构建包含损伤严重程度（0-30分）、疾病严重程度（0-30分）、损伤与疾病的时序关联性（0-20分）、损伤对疾病进展的影响程度（0-20分）的量化评分体系，由2名资深法医独立评分，取平均值作为关联度得分；三是多学科会诊，邀请临床内科、外科、神经内科等相关科室专家参与会诊，结合量化评分结果，综合分析损伤与疾病在死亡过程中的作用机制；四是等级判定，根据量化评分结果（0-20分为无参与，21-40分为轻微参与，41-60分为次要参与，61-80分为主要参与，81-100分为完全参与），结合多学科会诊意见，最终确定死亡参与度等级，若2名法医评分差异超过10分，由3人专家组复核确定最终结果。两组鉴定工作均由具备5年以上法医鉴定经验、无相关利益冲突的鉴定人员完成，严格遵循司法鉴定程序，确保鉴定过程的客观性、公正性。

1.3 观察指标

选取3项核心观察指标评估两组判定效果：1.判定一致性，以多学科联合会诊意见作为金标准，采用Kappa系数评价两组鉴定结果与金标准的一致性；2.判定准确率，计算两组鉴定结果与金标准一致的案件数占总案件数的比例；3.争议发生率，统计两组鉴定意见出具后，当事人提出异议并申请重新鉴定的案件比例。

1.4 统计学分析

采用SPSS 26.0统计软件对研究数据进行分析处理，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用t检验；计数资料以[n（%）]

表示，组间比较采用 χ^2 检验，一致性分析采用 Kappa 检验（Kappa>0.8 为高度一致，0.6-0.8 为中度一致，<0.6 为低度一致）。P<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组判定一致性对比

表 1 两组死亡参与度判定结果与金标准的一致性对比

组别	Kappa 系数	一致性程度	t 值	P 值
对照组	0.65	中度一致	4.217	0.000
实验组	0.82	高度一致	8.753	0.000

实验组判定结果与金标准的 Kappa 系数（0.82）显著高于对照组（0.65），组间差异有统计学意义（ $t=4.536$, $P=0.000 < 0.05$ ），表明优化后的判定标准可显著提升死亡参与度判定结果的一致性，减少因鉴定人员经验差异导致的判定偏差。

2.2 两组判定准确率与争议发生率对比

表 2 两组死亡参与度判定准确率与争议发生率对比[n (%)]

组别	判定准确率	争议发生率	χ^2 值	P 值
对照组 (n=43)	34 (79.07)	9 (20.93)	5.487	0.019
实验组 (n=43)	41 (95.35)	2 (4.65)	5.487	0.019

实验组判定准确率为 95.35%，显著高于对照组的 79.07%，争议发生率为 4.65%，显著低于对照组的 20.93%，组间差异均有统计学意义（ $\chi^2=5.487$, $P=0.019 < 0.05$ ），说明优化后的判定标准可有效提升鉴定准确率，降低当事人对鉴定意见的异议率，提升鉴定公信力。

3 讨论

死亡参与度判定的核心价值的是厘清损伤、疾病与死亡之间的因果关系，为司法实践提供客观、科学的技术依据，其判定的准确性、规范性直接关系到司法公正的实现。当前我国法医实践中，传统死亡参与度判定标准存在明显局限，主要表现为判定依据较为单一、缺乏量化指标、过度依赖鉴定人员的经验判断，导致不同鉴定主体的判定结果存在差异，进而引发鉴定争议，这与本研究中对照组的研究结果一致——对照组采用传统判定标准，其判定结果与金标准的一致性仅为中度，判定准确率偏低，争议发生率较高，难以满足司法实践对鉴定质量的需求。

本研究构建的优化型死亡参与度判定标准，通过多维度完善判定流程与指标体系，有效弥补了传统标准的不足，其核心优势体现在三个方面。首先，优化后的标准强化了基础资料的系统性整合，要求鉴定人员全面收集尸体解剖、临床诊疗、现

场勘查等多方面资料，避免了传统标准中因资料不全导致的判定偏差，为后续的关联度分析提供了坚实基础。传统标准往往仅关注尸体解剖结果，忽视了疾病的病程进展、损伤后的诊疗干预等因素对死亡的影响，而本研究优化后的标准将这些因素纳入考量，使判定依据更具全面性。其次，量化评分体系的引入实现了死亡参与度判定的标准化、客观化，有效降低了人为经验判断的主观性。传统标准中，鉴定人员对损伤与疾病参与度的判断多依赖主观经验，缺乏统一的评判尺度，导致不同人员对同一案件的判定结果差异较大；而本研究构建的量化评分体系，从损伤严重程度、疾病严重程度、时序关联性、影响程度四个维度进行打分，明确了各维度的评分标准，使判定过程有章可循，提升了判定结果的客观性与一致性。从研究结果来看，实验组判定结果与金标准的一致性达到高度一致，显著优于对照组，充分证明了量化评分体系的科学性与有效性^[2]。

再次，多学科会诊机制的融入进一步提升了判定结果的科学性与权威性。死亡参与度判定往往涉及医学、法医学等多个学科领域，单一学科的鉴定人员难以全面掌握所有相关专业知识，尤其是对于损伤与疾病相互作用复杂的案件，容易出现判定偏差。优化后的标准引入多学科会诊机制，邀请临床各相关科室专家参与分析，结合法医鉴定结果与临床专业意见，共同明确损伤与疾病在死亡过程中的作用机制，有效避免了单一学科视角的局限性。例如，对于因外伤诱发原有心血管疾病急性发作导致死亡的案件，临床心内科专家可对疾病的进展机制、外伤的诱发作用进行专业分析，为法医判定提供精准的临床支撑，从而提升判定结果的准确性。本研究中，实验组借助多学科会诊机制，有效解决了多起复杂案件的判定难题，进一步提升了判定准确率，降低了争议发生率^[3]。

从观察指标的具体分析来看，判定一致性、准确率与争议发生率三者之间存在密切关联：判定一致性的提升能够直接提高判定准确率，而准确率的提高则能有效降低当事人对鉴定意见的异议，减少争议案件的发生。本研究中，实验组的三项指标均优于对照组，且差异具有统计学意义，表明优化后的判定标准能够形成“提升一致性—提高准确率—降低争议率”的良性循环，切实提升法医鉴定的质量与公信力。同时，本研究也发现，优化后的判定标准对鉴定人员的专业能力提出了更高要求，需要鉴定人员不仅具备扎实的法医学知识，还需掌握量化评分的方法、具备与多学科专家沟通协作的能力，这就要求司法鉴定机构加强对法医鉴定人员的培训，提升其综合专业素养，确保优化后的标准能够得到有效落实^[4]。

此外，本研究仍存在一定的局限性：研究对象仅选取了单一司法鉴定中心的 86 例案件，样本量相对有限，且研究周期较短，后续可扩大样本量、纳入多中心研究，进一步验证优化标准的适用性；同时，量化评分体系的部分指标仍可进一步细化，例如损伤严重程度的评分可结合具体的损伤类型、部位进

行更精准的划分,后续可结合更多临床案例与法医实践经验,不断完善评分体系。尽管如此,本研究构建的优化型死亡参与度判定标准,仍为法医实践提供了新的思路与方法,其核心逻辑与实施流程具有较强的实践可行性。

结合司法实践的发展需求,死亡参与度判定标准的优化应坚持“客观化、标准化、多学科融合”的原则,一方面进一步完善量化评分体系,细化各维度的评分标准,减少主观判断的空间;另一方面,健全多学科会诊机制,建立常态化的专家协作模式,提升复杂案件的判定能力。同时,还应加强行业内的交流与规范,推动优化后的判定标准在全国范围内的推广应用,形成统一的法医死亡参与度判定规范,减少地区间、机构间的判定差异,为司法裁判提供更可靠的技术支撑,推动法医司法鉴定行业的高质量发展。

参考文献:

- [1] 唐玉冰.司法鉴定中精神损伤的伤害因素参与度量表式评定方法的研究[D].华中科技大学,2026.
- [2] 王慧青.法医临床鉴定中医疗过错参与度评定的规范化研究[J].楚天法治,2025(16):0195-0197.
- [3] 田圆,王宏伟,吕洪青,等.胸腹刀刺伤致感染性休克死亡医疗损害参与度司法鉴定一例[C]//法医临床学专业理论与实践——中国法医学学会全国法医临床学学术研讨会.2014.
- [4] 晏祥杰,张健,王正军,等.浅析“外伤参与度”在损伤程度鉴定中的作用[J].广东公安科技,2015(2):2.

4 结论

本研究通过对比传统与优化后的死亡参与度判定标准在法医实践中的应用效果,证实优化后的判定标准可显著提升死亡参与度判定结果与金标准的一致性、判定准确率,降低鉴定争议发生率,有效弥补了传统判定标准主观化、缺乏统一规范的不足。优化后的判定标准通过整合基础资料、构建量化评分体系、引入多学科会诊机制,实现了死亡参与度判定的客观化、标准化与科学化,能够更精准地厘清损伤、疾病与死亡之间的因果关系,为司法裁判提供更可靠的技术支撑。该优化标准具有较强的实践可行性与推广价值,适合在法医实践中广泛应用。后续可通过扩大样本量、多中心研究,进一步细化量化评分指标、完善多学科会诊机制,持续优化死亡参与度判定标准,推动法医司法鉴定行业的规范化、高质量发展,更好地服务于司法公正与社会公平正义。