

医疗事故技术鉴定书



中华医学会

2026年1月5日

鉴定书首页

委托单位：山东省卫生健康委员会

患者姓名：████████

医疗机构名称：████████████████████

委托事项：

山东省卫生健康委员会商请我会对██████家属与
████████████████████，就患者██████的医疗事故争议案，依
据《医疗事故处理 条例》等规定，进行医疗事故技术鉴定。

鉴定结论：

根据《医疗事故处理条例》《医疗事故技术鉴定暂行办法》《医疗
事故分级标准(试行)》等规定，本例属于壹级甲等医疗事故，医方
承担主要责任。

鉴定书正文

一、基本情况

委托单位：山东省卫生健康委员会

患者姓名: ■■■ 性别: 女 出生日期: ■■■■■■■■

联系人: ■■

医疗机构名称:

登记号: XXXXXXXXXX

联系人: ■■

受理鉴定时间：2025年11月10日

鉴定会时间：2025年12月25日

二、委托事项

山东省卫生健康委员会商请我会对■■■家属与■■■■■■■■■■，就患者■■■的医疗事故争议案，依据《医疗事故处理条例》等规定，进行医疗事故技术鉴定。

三、争议要点

(一) 患方认为

1. 高危妊娠识别不足且超资质收治高风险孕产妇。
2. 妊娠期重度子痫前期的出院安排和随访指导不当。

3. 术前风险评估不足，必要的检查会诊与优化处理缺失：病史采集不足，心肺功能检查不足，未进行呼吸功能评估，术前未请心内科及呼吸科会诊，无麻醉方案选择记录，未对低蛋白等进行纠正。



4. 术前出现高血压危象和急性肺水肿征兆时处置不当。
5. 硫酸镁应用方案不规范。

- 综上，医方的上述过失行为导致患者呼吸心跳骤停致多器官功能循环衰竭，最终死亡的损害后果，属于一级甲等医疗事故，医方应承担主要责任。

医院对患者孕期管理至抢救各环节已完整履行管理、告知、评估、急救等义务，在患者救治过程中急救措施及时、规范，充分依托并发挥省市三级危重孕产妇救治体系作用，各级抢救力量响应速度快，心肺复苏成功确保了母婴灌注得以维持，给剖宫产救治胎儿创造了条件，与患者损害后果不存在因果关系。患者出现此意外，与患者本人不配合孕期管理、不遵从终止妊娠医嘱存在一定关系，抢救当日患者家属拒绝转运、自行联系专家且选择转运单位的行为，延误了3~4小时转运时间。经抢救后患者转出时，在生命支持下体征较为平稳，后续在■■■■■■■■■■治疗期间，病情逐渐加重导致最终结局。医学具有不可预知性和不确定性，医院认为此事件不属于医疗事故。

(注：本处是对医患双方主要观点和诉求的简要表述，其他问题和具体内容详见陈述、答辩材料)

[illegible]

专案管理。2024年3月28日因“停经33周，血压升高1天”入住医方。现病史：昨日产检时血压156/99mmHg，尿蛋白：2+，诊断“先兆子痫”，建议住院观察，患者拒绝。体格检查：T36.5°C，P79次/分，R18次/分，BP143/98mmHg。既往无疾病史。入院诊断：1. 先兆子痫；2. 妊娠期糖尿病；3. 妊娠状态33周妊娠。入院当日给予胎心监护qd、低流量吸氧、测血压q8h、促胎肺成熟、降压、解痉治疗。当日签署《住院知情同意书》《病情通知签字书》，告知：暂时给予吸氧、监测血压，给予拉贝洛尔及硫酸镁解痉治疗，适时适式终止妊娠；可能发生的情况及并发症预后：子痫、凝血功能障碍、脑血管意外等，甚至心脏呼吸骤停，危及患者生命；等。3月28日血常规血红蛋白浓度96g/L↓、血小板数目 $169 \times 10^9/L$ ，血清总蛋白55.10g/L↓、白蛋白28.2g/L、白球比1.0↓，3月29日血压137-148/71-88mmHg，3月30日血压133-152/84-88mmHg，尿蛋白2+，3月31日血压143-148/88-93mmHg。患者及家属要求出院，签署《自动出院或转院告知书》，告知自动出院的相关风险，办理出院。出院诊断：1. 先兆子痫；2. 妊娠状态；3. 妊娠期糖尿病。出院医嘱：继续口服降压药物，监测血压，必要时内科就诊，定期产检，自数胎动，1周后门诊复查，不适随诊。

2024年4月2日、12日、19日、22日、26日患者于门诊产检。4月12日孕周35周，胎动好，无头痛、头晕，无视物不清，血压控制在150/100mmHg以下，BP141/92mmHg、水肿I°、尿蛋白：3+。4月19日孕周36周，BP155/98mmHg，水肿(+)，血常规血红蛋白浓度104g/L、血小板数目 $155 \times 10^9/L$ ，血清总蛋白52.10g/L、白蛋白

24.9g/L、白球比0.9,尿蛋白3+。4月22 日孕周37周, 血压166/108mmHg, 监测血压142~168/88~103mmHg,无头痛、头晕, 无视物不清, 无心慌、胸闷, 考虑子痫前期(重度),建议住院终止妊娠。

2024年4月26日患者因“停经37⁴周, 血压升高1月”入住医方。体格检查: T 36.7°C,P73次/分, R20 次/分, BP 167/101mmHg, 一般情况良好, 心肺未及异常, 双下肢水肿。产科检查: 腹部外形膨隆, 宫高34cm, 腹围111cm, 胎儿体重估计3200g, 骨产道未及明显异常, 胎位LOA, 胎心150次/分, 头先露, 无宫缩。辅助检查: 4月26日血常规: 白细胞数目 $7.06 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比73.7% t、血红蛋白108g/L↓、 红细胞压积30.7%↓、PLT $150 \times 10^9/L$; 生化: 总蛋白52.1g/L↓、 白蛋白24.9g/L↓; 尿常规尿蛋白3+。4月26日超声提示: 单胎头位妊娠, 母体多发性子宫肌瘤。初步诊断: 1. 妊娠状态37“周妊娠; 2. 先兆子痫重度; 3. 妊娠合并轻度贫血; 4. 妊娠合并子宫肌瘤; 5. 妊娠期糖尿病。入院后予II级护理, 低盐高蛋白饮食, 监测胎心胎动, 盐酸拉贝洛尔片200mg口服 q6h,0.9% 氯化钠注射液100ml+硫酸镁注射液5g 静滴, 0.9%氯化钠注射液500ml+硫酸镁注射液10g 泵入。当日签署《剖宫产手术知情同意书》,告知: 拟行子宫下段剖宫产术; 手术风险: 如手术过程中发现子宫肌瘤、卵巢囊肿等赘生物则根据手术情况进行处理; 等。签署《麻醉同意书》,告知: 拟行椎管内麻醉及麻醉风险。4月26日13时BP 142/82mmHg, 19 时BP 158/106mmHg,4月27日1时BP 165/105mmHg,7 时BP 167/110mmHg。

4月27 日拟于椎管内麻醉下行子宫下段剖宫产术。09:20入手术室, 给予心电监护, 测血压150/105mmHg, 患者感轻微胸闷, 血氧饱

和度92%，给予吸氧3L/min，乳酸纳林格注射液持续静滴。09:30予地塞米松磷酸钠2.5mg，盐酸戊乙奎醚0.5mg。09:55麻醉开始，给予椎管内麻醉，盐酸罗哌卡因6mg、芬太尼5ug蛛网膜下腔注射。09:58患者平卧后突发紫绀、憋喘、抽搐，口鼻溢出大量白色泡沫样液体，血压200/150mmHg，心电监护示直线，血氧饱和度56%，立即进行吸痰、胸外按压，并给予肾上腺素1mg静推同时给予气管插管接麻醉机辅助呼吸。通知产安办成立抢救小组。10:00开放第二路静脉通路。10:01心电监护仍无心跳，继续心肺复苏，给予肾上腺素1mg静脉注射。10:05心电监护仍无跳，血压测不到，继续心肺复苏，予肾上腺素1mg静脉注射，100mg多巴胺入生理盐水100ml静脉滴注，予西地兰0.2mg静脉注射。10:10心电监护仍无心跳，继续心肺复苏，予肾上腺素1mg静脉注射，开放第三路静脉通路。10:11患者恢复自主心率，心率42次/分，立即静脉注射阿托品1mg，心电监护示心率110次/分，血压维持在130/80mmHg左右，听胎心90-100次/分，决定紧急剖宫产娩出胎儿。10:13手术开始。10:16助娩一男婴，外观正常，阿普加评分1分钟0分、5分钟评3分，急送台下交儿科抢救。胎盘胎膜完整，给予缩宫素10u宫体注射、缩宫素20u入液静滴防止产后出血，探查子宫左前壁有7cm×5cm×5cm肌瘤，行肌瘤剥除术。术中呼吸血压平稳，出血约400ml，尿色清，量约50ml，术终血压180/100mmHg。麻醉记录：失血量1400ml。考虑患者为急性肺水肿，术中予以呋塞米静脉注射减轻心脏负荷，多巴胺静脉泵入。患者病危，通知患者家属。11:03床旁急诊超声检查：符合心功能不全超声表现。

10:30左右外院ICU主任2人指导抢救。10:30血气分析：PH7.041

+、氧分压86.3mmHg、乳酸浓度8.6mmol/L↑。患者酸中毒，予碳酸氢钠5g 静脉滴注纠正酸中毒(11:06)。继续静脉注射呋塞米纠正心衰。10:51 血气分析：PH 7.190↓、氧分压67mmHg ↓、乳酸浓度7.1mmol/L↑。11:00 外院产科、心内科、ICU主任先后到现场指导抢救。

12:18外院重症ICU主任主持会诊讨论：目前初步排除重症肺栓塞，初步考虑急性肺水肿，血气分析示PH升高，乳酸浓度持续降低，氧分压57左右，钙偏低，12:50予甲泼尼龙抗炎，12:57予葡萄糖酸钙补钙。13:05奥美拉唑抑酸保护胃黏膜，补充人血白蛋白10g改善渗透压、纠正低蛋白血症。13:20患者血压偏低予以多巴胺维持血压，血压仍维持不住，同时予以去甲肾上腺素维持血压，患者生命体征基本稳定。13:30患者反复出现抽搐，予以地西泮镇静、止痉，抽搐缓解。13:45失血量1000ml。14:50血气分析：PH 7.350↓、氧分压75mmHg↓、钙离子0.840mmol/L+、乳酸浓度3.1mmol/L↑。

重症监护室主任应家属要求到现场指导抢救，予人血白蛋白10g，血浆200ml 输注，地西泮镇静等治疗，16:00患者生命体征 稳定（BP 155/107mmHg,P82次/分，R 20次/分，SO₂93%），再次 经ICU 主任评估，认为符合转院条件，在呼吸机支持下，由医务人员 护送转院。

当日17:11转入重症医学科。入院诊断：1.呼吸心跳骤停心肺复苏术后(重度ARDS；缺血缺氧性脑病并深昏迷；重症肺炎并肺不张；急性肝损伤；低蛋白血症；营养不良；胃肠功能损伤2级)；2.重度子痫；3.脑水肿；4.胆汁淤积；5.剖宫产术后。入院

后给予ICU 护理常规，重症监护，生命体征监测；患者重度子痫，并心肺复苏术后，入院急查CT提示存在脑水肿、肺不张，考虑慢加急性心衰，不排除误吸，予以镇痛镇静、呼吸机辅助通气、液体量适度负平衡，并予以白蛋白提高胶体渗透压，甘露醇脑脱水治疗，亚低温治疗改善脑代谢减少脑损伤，给予抗感染、化痰、抑酸、通便、营养支持、镇痛镇静及对症支持治疗；组织多学科会诊，请产科、神经内科、呼吸科、药学科等协助治疗。患者缺血缺氧脑病仍时有抽搐，子痫发作不排除，继续丙戊酸钠止抽、预防抽搐。患者病情逐渐加重，出现产褥期爆发性感染、脓毒血症、感染性休克、自发性脑出血并脑疝、呼吸循环衰竭等，2024年6月17日抢救无效死亡。

山东东岳司法鉴定中心司法鉴定意见书
() 鉴定意见：被鉴定人 符合呼吸心跳骤停复苏 后致缺血缺氧性脑病并深昏迷、重症肺炎，重度急性呼吸窘迫综合征 并发脑出血、酸碱平衡、电解质、代谢紊乱，最终致呼吸循环衰竭死亡。

六、鉴定过程说明

2025年10月9日收到山东省卫生健康委员会的商请我会对 家属与 就 医疗事故争议案依据《医疗事故处理条例》进行鉴定的函。

2025年11月10日中华医学会受理此医疗事故争议案。11月25日收到患方缴纳的鉴定费。

2025年11月26日在中华医学会组织医患双方进行随机抽取鉴定专家程序。根据本案所涉及的专业确定鉴定组由产科专业3名，麻

醉科专业1名，重症医学专业1名，法医2名，共7名专家组成。医患双方未提出回避要求，抽取结果确认签字后封存。当日收齐鉴定材料。

2025年12月11日向委托单位发出鉴定会通知书，并向鉴定专家寄送鉴定会通知及鉴定材料。

2025年12月25日在北京外国专家大厦一层会议室召开鉴定会。鉴定组专家共7位全部到会；患方参加3人，医方参加3人，中华医学会工作人员参加4人。鉴定会首先由医学会工作人员宣布纪律与程序，然后由专家鉴定组组长主持，按照先患方后医方的顺序进行陈述及答辩，鉴定专家向医患双方进行现场提问调查后，医患双方共同退场。鉴定专家组进行讨论、表决、合议，以一致意见形成鉴定结论。鉴定书文稿由鉴定专家组组长签发。

七、鉴定分析说明

（一）概述

患者45岁，孕期于[]定期产检，妊娠风险动态评估橙色，纳入高危专案管理。2024年3月28日至31日因血压升高1天，以“先兆子痫、妊娠期糖尿病、妊娠状态33”周妊娠”住院治疗。出院后门诊定期产检，4月26日以“妊娠状态37”周妊娠、先兆子痫重度、妊娠合并轻度贫血、妊娠合并子宫肌瘤、妊娠期糖尿病”为诊断入院，27日拟于椎管内麻醉下行子宫下段剖宫产术，麻醉后患者突发呼吸心跳骤停，医方予心肺复苏抢救治疗，行子宫下段



横切口剖宫产术+子宫肌瘤切除术，当日转上级医院继续治疗。2024年6月17日患者死亡。尸检鉴定意见：符合呼吸心跳骤停复苏后致

缺血缺氧性脑病并深昏迷、重症肺炎，重度急性呼吸窘迫综合征并发脑出血、酸碱平衡、电解质、代谢紊乱，最终致呼吸循环衰竭死亡。

(二) 医疗行为分析

1. 医方首次发现患者血压升高诊疗过程符合规范。

人民卫生出版社第9版《妇产科学》(2018年)第八章妊娠并发症第四节妊娠期高血压疾病：【分类与临床表现】(83页)妊娠高血压：妊娠20周后出现高血压，收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg, 于产后12周恢复正常；尿蛋白(-)；产后方可确诊。子痫前期：妊娠20周后出现收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg, 伴有尿蛋白 ≥ 0.3 g/24 h, 或随机尿蛋白(+)。子痫前期治疗的目的是控制病情、延长孕周、尽可能保障母婴安全。

患者末次月经2023年8月6日，2023年11月1日(12"周)在医方妊娠风险筛查动态评估为“橙色”，后一直在该院产检。2024年3月27日(33³周)患者于医方产检，测血压156/99mmHg, 尿蛋白：2+, 3月28日因“停经33“周，血压升高1天”入院，当日血压143/98mmHg, 医方具备收治条件。该患2次测量血压收缩压 ≥ 140 mmHg, 舒张压 ≥ 90 mmHg, 且尿蛋白(+), 医方诊断先兆子痫(子痫前期)成立，收入院给予监测胎心胎动、促胎肺成熟，降压、解痉治疗符合诊疗规范。3月29日血压139/84mmHg, 3月30日血压133/85mmHg, 该患为子痫前期、孕周 < 37 周，经治疗后血压控制平稳，结合患者孕周及血压情况，此时可期待治疗至37周，但需密切监测母婴情况，病情进展需及时发现并住院治疗。31日患者及家属要求出院，医方告知继续口服降压药，监测血压，必要时内科就诊，定期产检，医方

首次发现患者血压升高诊疗过程符合规范。

2. 患者33周到37周在医方定期产检，病情逐渐进展至重度子痫前期，医方对患者病情严重性认识不足，孕期管理欠规范。

人民卫生出版社第9版《妇产科学》(2018年)第八章妊娠并发症第四节妊娠期高血压疾病：【分类与临床表现】(83页)子痫前期：妊娠20周后出现收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg, 伴有尿蛋白 $\geq 0.3\text{g}/24\text{ h}$, 或随机尿蛋白(+)。【治疗】(86-88页)治疗目的是控制病情、延长孕周、尽可能保障母婴安全。治疗原则主要为降压、解痉、镇静等；密切监测母儿情况……一般处理(1)妊娠期高血压和子痫前期患者可门诊治疗，重度子痫前期患者应住院治疗……妊娠期高血压、子痫前期患者可期待治疗至37周终止妊娠。

患者3月31日出院后继续在该院产检，4月2日查血压142/91mmHg, 水肿++, 尿蛋白2+; 4月12日血压141/91mmHg, 水肿+, 尿蛋白+++; 4月19日血压155/98mmHg, 水肿+, 尿蛋白+++，总蛋白52.1g/l, 白蛋白24.9g/l; 4月22日病历记录患者血压142-168/88-103mmHg, 考虑子痫前期(重度), 建议住院，4月26日患者血压167/101mmHg, 尿蛋白+++。水肿+, 孕37周，当日入院治疗。患者33周—37周在该院产检病例记录一直存在血压高，尿蛋白持续阳性并逐步加重，存在下肢水肿，低蛋白血症等。根据中华医学会妇产科学分会妊娠期高血压疾病学组《妊娠期高血压疾病诊治指南(2020)》：血压和(或)尿蛋白水平持续升高，或孕妇器官功能受累或出现胎盘—胎儿并发症，



是子痫前期病情进展的表现。期间医方虽予降压治疗，对该妊娠糖尿病，妊娠高血压，子痫前期的患者，在病情持续加重的情况下，对患



者病情严重性认识不足，孕期管理不够规范，一直未评估心脏功能，未进行心脏超声检查及相关化验检查评估心脏情况，在存在明显低蛋白血症的情况下未予纠正，诊疗行为欠妥。

3. 4月26日患者入院后，医方对患者重度子痫前期的风险估计不足，术前对患者病情未进行必要评估，未严密监测病情，未有效控制血压及预防子痫等并发症的发生。

人民卫生出版社出版，中华医学会妇产科学分会编著《临床诊疗指南妇产科学分册》第二篇第十九章妊娠期并发症第一节妊娠高血压疾病(160页)【诊断要点】3. 实验室检查(1)血常规，包括血细胞比容(HCT)、血小板计数、红细胞形态。(2)尿常规，24小时尿蛋白定量。(3)肝、肾功能。(4)心肌酶谱(包括LDH)。(5)水、电解质和血气分析。(6)凝血功能。4. 辅助检查(1)眼底检查。(2)血电解质检查。(3)头颅CT和/或MRI检查。(4)B超检查腹部，了解有无胸腹水。(5)胎心监护。(6)动脉血气分析。(7)心脏彩超及心功能测定。(8)超声检查胎儿生长发育指标。(9)必要时自身免疫性疾病相关检查。根据病史及临床体征基本可做出先兆子痫的诊断、但须通过上述各项检查才能确定全身脏器受损情况、有无并发症，以确定临床类别及制定正确的处理方案。【治疗原则及方案】(一)治疗原则：妊娠高血压治疗的目的是预防重度子痫前期和子痫的发生，降低母儿围产期病率和死亡率，改善围产结局。治疗基本原则是休息、镇静、预防抽搐、有指征地降压和利尿、密切监测母儿情况，适时终止妊娠。



子痫前期病情复杂、变化快，各种不良刺激均可能导致病情变化，

共21页第15页

4.医方术前麻醉评估不足，麻醉前对患者血氧异常未予重视，心肺复苏欠规范。

人民卫生出版社出版，中华医学会妇产科学分会编著《临床诊疗指南妇产科学分册》第二篇第十九章妊娠期并发症第一节妊娠高血压疾病(160-163页)【治疗原则及方案】(二)治疗方案：10. 分娩时机和方式(4)分娩期间的注意事项“监测血压并继续降压治疗，应将血压控制在 $160/110\text{mmHg}$ 。”

~~共21页第16页~~



记录单记载，患者9:20入手术室，给予心电监护，测血压150/105mmHg，麻醉前9:40左右感轻微胸闷，血氧饱和度偏低(92%)，医方仅予吸

氧处理，未进一步查找原因，未考虑到患者重度子痫前期存在的风险。患者血压持续上升，9:50左右升至180/125mmHg，医方未予重视，9:55即开始麻醉，患者血压骤升至200/150mmHg，出现子痫和急性左心功能不全的表现，9:58发生呼吸心跳骤停。

患者发生呼吸心跳骤停后医方予以心肺复苏13分钟心跳恢复，但患者遗留严重缺氧缺血性脑病的不良后果。医方在心肺复苏过程中存在以下欠缺：(1)未及早给予碱性药物纠正酸中毒；9:58时心跳停止，10:30医方第一次血气分析 PH7.041、氧分压86.3mmHg、乳酸浓度8.6mmol/L，患者已存在严重酸中毒，考虑与术中呼吸心跳骤停、肺水肿、持续低氧等因素有关，心肺复苏应及时纠正酸中毒，而医方于11:06才予碳酸氢钠5g静脉滴注，距呼吸心跳骤停发生已1小时余，医方纠正酸中毒时机过晚。未能及早纠正酸中毒，导致患者血乳酸急剧升高，提示预后差；(2)短时间大量给予晶体液加重肺水肿；根据麻醉记录单，患者前后6小时静脉输注晶体液3500ml，对心衰患者短期内大量给予晶体液不利于改善肺水肿，改善心衰及缺氧。

综合分析，医方对该患为重度子痫前期，剖宫产术前未有效控制血压，麻醉前评估不足，准备不充分，对存在的低氧血症重视不够，心肺复苏过程欠规范，存在医疗过失，与患者的严重缺氧缺血性脑病有关。

5. 医方剖宫产术同时行子宫肌瘤术，手术方式选择欠妥当。

根据手术记录记载，医方于10:13开始手术，10:16助娩一男婴，探查子宫左前壁有7cm×5cm×5cm 肌瘤，行肌瘤剥除术，11:00手术结束。综合分析，患者术前9:58突发呼吸心跳骤停，经抢救心率、

血压恢复，具备行剖宫产手术指征，应尽快剖宫产取出胎儿。医方在患者病情不稳定的情况下，应尽快完成手术，选择子宫肌瘤剥除术，延长手术时间，增加创伤及术后出血风险，医疗行为欠妥。

（三）患者死因分析

根据患者病史、发病经过，尸检报告，临床考虑患者死亡原因因为在孕37"周、重度子痫前期等基础上，剖宫产手术麻醉过程中突发呼吸心跳骤停，心肺复苏后合并严重缺氧缺血性脑病，反复肺部感染，脑出血等并发多脏器功能衰竭救治无效死亡。

专家综合分析患者发生呼吸心跳骤停的原因：患者麻醉过程中突发呼吸心跳骤停，考虑为重度子痫前期基础上并发子痫及急性左心功能不全。依据是：（1）患者有明确的重度子痫前期，低蛋白血症，下肢水肿等；（2）术前未有效控制血压；未规范使用硫酸镁，易发生心脑血管意外；（3）麻醉前评估患者心功能Ⅱ级，入手术室测血压150/105mmHg，主诉轻微胸闷，血氧饱和度92%，提示存在心功能不全；（4）麻醉及手术应激刺激容易引起血压波动，该患者呼吸心跳骤停前血压急剧上升到200/150mmHg，诱发子痫及心衰；（5）呼吸心跳骤停后临床表现：9:58患者麻醉平卧后突发紫绀、憋喘、抽搐，口鼻溢出大量白色泡沫样液体，心电监护示直线，血氧饱和度56%。

（四）因果关系及责任程度分析

子痫前期患者一旦确定诊断，应根据病情进行密切评估和监测，及时合理干预，尽可能保障母儿安全。该患者妊娠33“周诊断为子痫

前期，按医嘱要求数次产检，产检期间血压和尿蛋白多次严重异常，
医方未予重视，孕期管理不够规范。入院后虽诊断重度子痫前期，但

医方对患者病情的严重性认识不足，术前对患者病情未进行必要评估，未严密监测病情，未有效控制血压以防范子痫等并发症的发生。术前麻醉评估不足，麻醉前对患者血氧异常、心功能异常和高血压危象未重视，心肺复苏欠规范；医方剖宫产术同时行子宫肌瘤剥除术，延长手术时间，增加手术创伤及术后风险。医疗行为违反了妊娠高血压疾病等相关诊疗规范，存在过失，与患者的术中呼吸心跳骤停以及后续最终死亡有直接因果关系。

患者为45岁高龄产妇，合并妊娠期糖尿病、重度子痫前期等多种孕期并发症。治疗过程中患者也未能严格遵从医嘱，对其不良预后也有一定关系。

综上，患者死亡的损害后果符合《医疗事故分级标准(试行)》一级甲等医疗事故标准，医方应承担主要责任。

八、鉴定结论

综合分析，根据《医疗事故处理条例》《医疗事故技术鉴定暂行办法》《医疗事故分级标准(试行)》等规定，本例属于壹级甲等医疗事故，医方承担主要责任。

