



[REDACTED]

# 司法鉴定意见书



社会信用统一代码：





山东[REDACTED]中心  
法医病理司法鉴定意见书



一、基本情况

委托人：日照市医疗纠纷人民调解委员会

委托鉴定事项：[REDACTED]对[REDACTED]的医疗行为是否存在过错，  
如果存在过错，则鉴定过错与损害后果之间的因果关系及原因力大小。

受理日期：2025 年 01 月 17 日

鉴定材料：委托书；[REDACTED]住院病历记录摘要（住院  
号：[REDACTED]）；医患双方陈述意见等。

鉴定日期：2025 年 01 月 17 日

鉴定地点：山东[REDACTED]中心

在场人员：医患双方、相关专家、司法鉴定人。

被鉴定人：[REDACTED]，女，[REDACTED]日出生。

二、基本案情

据委托书记载：被鉴定人[REDACTED]女，38 岁，因“停经 9 月，血糖升高 3 月，不规则下腹痛 5<sup>+</sup>小时”于 2024 年 12 月 11 日 21 时 50 分住日照市[REDACTED]。初步诊断：1. 妊娠期糖尿病 2. 孕 39+3 周 G3P2A0L2 头位 3. 胎儿宫内窘迫？。产后并发羊水栓塞，行子宫切除术，子宫切除后腹腔内仍出不凝血，于 2024 年 12 月 14 日 00:55 宣布患者临床死亡。死亡原因：羊水



栓塞、DIC、产后出血。受日照市医疗纠纷人民调解委员会的委托，要求对以上委托事项进行鉴定。受理委托后，于 2025 年 1 月 17 召开了有医患双方、医学专家级司法鉴定人参加的听证会，听证会上医患双方分别进行了陈述，医学专家及司法鉴定人进行了询问，现根据目前情况出具此鉴定意见书。

### 三、资料摘要

██████████住院病历记录摘要（住院号：██████████2）

#### （一）入院记录

██████████，女，38 岁；入院时间：2024 年 12 月 11 日 21 时 50 分

病史陈述者：患者本人（可靠）

主诉：停经 9 月，血糖升高 3 月，不规律下腹痛 5<sup>+</sup>小时。

现病史：既往月经规律，末次月经：2024 年 3 月 8 日，预产期 2024 年 12 月 15 日。停经 40 余天出现恶心、呕吐等早孕反应，停经 4+月始感胎动至今。孕期规律产检，孕中期无创 DNA 提示低风险。孕前未查过血糖，孕 5<sup>+</sup>月糖耐量试验结果示：空腹血糖 4.58mmol/L，1 小时血糖 11.23mmol/L，2 小时血糖 8.61mmol/L，指导饮食控制血糖，血糖控制满意。胎儿系统彩超未提示异常。自诉 4 天前无明显诱因出现胎动减少，现孕妇现因停经 9+月，血糖升高 3+月，不规律下腹痛 5+小时，无阴道流血及流液来院，以“足月妊娠，妊娠期糖尿病”收入院。孕妇自停经以来无头晕、头痛及视物模糊等不适，孕期精神好，饮食睡眠可，大小便正常，体重增加约 25kg。



既往史:既往体健,否认高血压病史,否认糖尿病病史,否认心脏病等慢性病史,否认食物过敏史,青霉素过敏.....。

婚姻史:未婚,配偶体健,性生活正常。育有1子1女。

月经生育史:月经规律,初潮年龄14岁,月经周期7/30天,末次月经2024年3月8日。经量中,色深红,无血块,无痛经。

孕次妊娠年龄

| 孕次 | 妊娠年龄 | 妊娠月份 | 妊娠经过及结局    |
|----|------|------|------------|
| 1  | 24岁  | 足月   | 经阴分娩一女婴,存活 |
| 2  | 27岁  | 足月   | 经阴分娩一男婴,存活 |
| 3  | 38岁  | 足月   | 待产         |

家族史:父母体健,否认家族其他成员有传染病及遗传病史。

体格检查: T36.3℃, P79次/分, R18次/分, BP96/64mmHg, 身高167cm, 体重86kg

查体;育龄期女性,发育正常,营养不良,神志清晰,面容无异常,自主体位,与医生查体合作。皮肤粘膜颜色正常,无皮下出血,无肝掌,无蜘蛛痣,无瘀斑。眼睑无水肿,结膜无苍白,结膜巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。未见颈动脉异常搏动,未见颈静脉怒张,未及血管杂音。两肺呼吸音清晰,未闻及干湿啰音。心率79次/分,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹壁软,未触及腹部包块,无压痛及反跳痛,



麦氏点无压痛，腹部诊音鼓音，移动性浊音阴性。四肢活动正常。双下肢无水肿，生理反射存在。

专科情况：腹部膨隆，宫高 34cm，腹围 104cm，胎心音 145 次/分，宫缩不规，头先露，先露位置 S-3，宫颈容受 30%，宫颈靠后，质韧，宫口未开，胎膜未破。

#### 辅助检查

2024 年 9 月 1 日 OGTT：空腹血糖 4.58mmol/L，1 小时血糖 11.23mmol/L，2 小时血糖 8.61mmol/L

2024 年 12 月 11 日产科彩超(本院)：增大的子宫内可见一胎儿回声，BPD9.25cm，位于下腹，FL7.34cm，腹围 34.78cm，胎盘 III 级，羊水最大深度 3.5cm，指数 10.3cm，胎儿颈部可见绕行血流信号。

初步诊断：1. 妊娠期糖尿病 2. 孕 39+3 周 G3P2A0L2 头位 3. 胎儿宫内窘迫？

#### (二) 病程记录

2024-12-13 09:00 主任医师查房记录

孕妇现孕 39+5 周，因“不规律腹痛，胎动减少”于 2024 年 12 月 11 日 21:50 入院，因阴道检查示宫颈条件不成熟，今日给予米索前列醇 25ug 阴道放置促宫颈成熟。密切注意观察产程及胎心变化，如有胎盘早剥、胎儿窘迫等异常情况，必要时剖宫产终止妊娠。

2024-12-13 21:00 病程记录



于 2024 年 12 月 13 日 20:19 经阴分娩一足月男婴，1 分钟 Apgar 评分 10 分，重 3220g、胎儿娩出后，胎盘随之娩出，未见明显羊水流出，可见墨绿色干样胎粪，检查胎盘边缘可见暗红色血性压迹及少量血块，存在胎盘早剥，立即给予安列克 250ug 肌肉注射，按摩子宫，测量血压 128/86mmHg。20:21 给予导尿，可见尿液呈暗红色，量约 300ml，留置导尿管，20:30 查体可见子宫底收缩良好，阴道检查子宫颈收缩欠佳，间断流出暗红色血液，立即给予缩宫素 20u 宫颈注射、20u 缩宫素静滴，不排除不典型羊水栓塞可能，给予地塞米松 20mg 静脉推注，心电监护提示血压 120-110/89-60mmHg，心率 126 次/分，血氧饱和度 100-96%。20:35 给予氨甲环酸 1.0g 静滴止血，20:40 立即完善血常规、凝血五项检查，同时再次给予安列克 250ug 肌注、缩宫素 20u 静滴，同时电话联系检验科，要求备 A 型，RH(+) 红细胞 3u，血浆 600ml。并汇报科主任，与患者家属交代病情，签署输血知情同意书，积极促子宫收缩治疗，备血。

2024-12-13 23:30 抢救病程孕妇于产房分娩后出现产后出血，查体见产妇仍有持续流血，向产妇家属交代，产妇产后出现即时大出血，需紧急进行输血治疗，由于血细胞分析、凝血五项结果未检出，20:50 致电检验科确定产妇急需输血治疗，开通绿色通道，至 21:00 出血量共计约 800ml，等待输血过程中再次完善血细胞分析、凝血五项、肝肾功，并给予药物促子宫收缩处理，血压波动于 120-110/80-70mmHg，心率 120 次/分，血氧饱和度 98-94%，阴道出现间断暗红色不凝血，检验科血细胞分析 2024-12-13



21:19:04:血细胞分析(五分类):白细胞  $15.76 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞绝对值  $14.03 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞百分比 88.90%、红细胞  $3.29 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 104.0g/L、红细胞压积 30.5%。检验科电话回复早期凝血五项及肝肾功均凝固,无法检测,考虑羊水栓塞,向产妇及家属交代产妇病情紧急,需要立即进手术室抢救,同时启动院内羊水栓塞应急预案,汇报医务科,邀请手术室、重症监护室等相关科室入手术室进行抢救,同时联系[REDACTED]产科、重症、麻醉相关专家到现场参与抢救,于 21:50 转运至手术室。入手术室后连接心电监护,血压 70/35mmHg,心率 158 次/分,产妇出现意识涣散,考虑失血休克,羊水栓塞可能,向患者家属交代病情,患者出现失血性休克,需要紧急剖腹探查,必要时切除子宫抢救生命,于 22:10 开始输血并行剖腹探查。

#### 2024-12-14 01:20 抢救病程

于 22:10 开始输血并剖腹探查,于 22:15 产妇出现血氧持续下降,心率下降,立即进行心肺复苏,专家组到位考虑生命体征不平稳,血压 70-60/30-20mmHg,按压下心率 125 次/分,按压下血氧饱和度 70-60%,给予输液、地塞米松、甲强龙、多巴胺、去甲肾上腺素、肾上腺素等抢救药物,于 22:50 经专家组讨论边胸外按压边行子宫切除术。子宫切除后腹腔内仍出不凝血,生命体征无改善,继续胸外心脏按压、辅助通气、输血、输液等治疗,抢救 40 分钟后产妇仍无自主呼吸及心跳,心电图呈直线,抢救过程无临床意义,于 2024-12-14, 00:55 宣布患者临床死亡。



## 死亡记录

入院日期:2024 年 12 月 11 日 21 时 50 分

死亡日期:2024 年 12 月 14 日 00 时 55 分

死亡原因:羊水栓塞?、DIC

死亡诊断:1. 羊水栓塞?2. DIC3. 产后出血 4. 胎盘早剥 5. 血管内溶血?6. 孕 39+5 周分娩 G3P3L3A0 头位 7. 妊娠期糖尿病

医患双方一致认可“羊水栓塞、DIC、产后出血”死亡原因,并同意以此为依据进行医疗损害鉴定。

## 四、鉴定过程

### (一)、鉴定材料审核

本案鉴定材料按照《外部信息管理程序》已审核,可供参考使用。

### (二) 适用标准

医疗损害的鉴定参照有关法律、行政法规、规章、诊疗规范,《高龄妇女孕期管理专家共识 2024》《剖宫产手术专家共识(2023)》《妇产科学 第十版》《最高人民法院关于审理医疗损害责任纠纷案件适用法律若干问题的解释》《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T0097-2021)《人身损害与疾病因果关系判定指南》(SF/T0095-2021)及法医学等进行鉴定。

### (三) 听证会情况

我中心受理此鉴定委托后,于 2025 年 01 月 17 日召开了有医患双方、



本中心司法鉴定人并邀请相关专家参加的本案听证会，会上医患双方分别进行了陈述，司法鉴定人及医学专家进行了询问，主要情况如下。

1、患方认为：未充分识别并及时处理胎盘早剥的风险；缩宫素使用不当，未实施停用或者减量；未及时识别胎儿窘迫导致分娩时胎儿心率异常；术前没有备血，未及时输血，导致失血性休克加重；未及时识别羊水栓塞，延误了相关紧急处理；没有及时终止妊娠，未选择剖宫产；对产后宫缩乏力处理不当。医院在处理产后宫缩乏力过程中的过错：延误宫缩素的使用，无效的宫缩素用药，输血措施之后，术后产后宫缩监测过度依赖药物而忽视物理干预，产后血液管理不充分，未能及时诊断羊水栓塞，术后监护不充分；麻醉和术后监护不充分。尽管羊水栓塞的死亡率较高，但如果医院能够按照专家共识规范处理胎盘早剥、缩宫素使用、术前备血，并及时识别羊水栓塞，积极干预，及时输血和实施子宫切除手术，大概率能够避免死亡的发生。由于医院在多个关键环节未能遵循标准的诊疗流程，并未及时作出正确决策导致产妇最终死亡，因此医院应当承担本案中的主要责任。

2、[REDACTED]认为：尽到了充分的说明、告知义务；入院诊断正确，处置得当，经阴分娩方式选择正确；给予产妇引产符合临床诊疗规范；给予产妇咪索前列醇促进成熟，符合诊疗规范；针对产妇羊水栓塞给予的诊疗措施基本符合当时的诊疗水平。当地医疗水平普遍较低，作为一家妇产科专科医院，综合抢救能力有限，医疗行为虽然存在一定的瑕疵和



不足，但是基本符合当时的诊疗水平。因案件涉及医学和法医学专业知识，陈述人没有能力自行认定医疗行为是否存在过错，没有能力认定过错与产妇死亡的损害后果之间的因果关系及原因力大小。请求各位专家充分考虑产妇疾病的凶险程度和特点、陈述人的医疗水平以及医学发展自身所存在的局限性等因素，给出客观公正的鉴定意见。

## 五、分析说明

依据法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范等，综合考虑患者病情的紧急程度、患者的个体差异，当地的医疗水平、医疗机构与医务人员资质等因素结合提供的现有资料，医患方陈述意见，听证会情况，相关专家意见及《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T0097-2021）《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T0095-2021）及法医学对医方的医疗过错、因果关系及原因力综合分析如下。

被鉴定人[REDACTED]女，38岁，因“停经9月，血糖升高3月，不规律下腹痛5<sup>+</sup>小时”于2024年12月11日21时50分[REDACTED]。于2024年12月13日20:19经阴分娩一足月男婴，检查胎盘边缘可见暗红色血性压迹及少量血块，存在胎盘早剥。20:21给予导尿，可见尿液呈暗红色，量约300ml，查体子宫收缩欠佳，间断流出暗红色血液，不排除不典型羊水栓塞可能，至21:00出血量共计约800ml，阴道出现间断暗红色不凝血。检验科电话回复早期凝血五项及肝肾功均凝固，无法检测，考虑羊水栓塞，经治疗无效死亡。羊水栓塞（AFE）是产科特有的少见并发症。



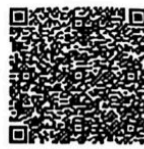
以起病急骤、病情凶险、预测困难为其临床特点，因在临产和分娩过程中羊水及胎儿异体抗原进入母体血液循环，引起肺动脉高压、低氧血症、循环衰竭、弥散性血管内凝血以及多器官功能衰竭等一系列病理生理变化及临床表现，是导致孕产妇死亡的重要原因之一。全球范围内羊水栓塞的发病率和死亡率存在很大的差异。根据目前文献报道，其发病率为(1.9~7.7)/10 万，病死率为 19%~86%。近年来，随着医学科学的发展和医疗技术的进步，羊水栓塞导致的孕产妇死亡率有明显下降趋势。 [REDACTED]

根据被鉴定人 [REDACTED] 月经史、临床表现、查体及产科超声，初步诊断：1. 妊娠期糖尿病 2. 孕 39+3 周 G3P2A0L2 头位 3. 胎儿宫内窘迫？。入院后评估选择经阴分娩并签署告知书，因宫颈条件不成熟，给予米索前列醇阴道放置促宫颈成熟。于 2024 年 12 月 13 日 20:19 经阴分娩一足月男婴，检查胎盘边缘可见暗红色血性压迹及少量血块，存在胎盘早剥，立即给予安列克 250ug 肌肉注射，按摩子宫，20:30 查体可见子宫底收缩良好，阴道检查子宫颈收缩欠佳，间断流出暗红色血液，立即给予缩宫素 20u 宫颈注射、20u 缩宫素静滴。以上诊疗符合规范，经审阅院方对患者胎儿娩出后阴道出血的治疗过程，发现存在不当(医疗过错)，主要表现为：

(一) 产后出血是分娩期常见并发症，是导致我国孕产妇死亡的首要原因。高龄初产、经产妇等可能是羊水栓塞的诱发因素；高龄多产、有胎盘早剥史的孕妇再发胎盘早剥的风险明显增高。胎盘早剥时羊水可经剥离面开放的子宫血管进入母体血液循环，触发羊水栓塞。《医疗机构临床用血



管理办法》二级以上医院和[REDACTED]应当设立临床用血管理委员会，负责本机构临床合理用血管理工作。主任委员由院长或者分管医疗的副院长担任，成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成医务、输血部门共同负责临床合理用血日常管理工作。医疗机构应当根据有关规定和临床用血需求设置输血科或者血库，并根据自身功能、任务、规模，配备与输血工作相适应的专业技术人员、设施设备。一旦怀疑羊水栓塞应立刻抢救、分秒必争，启动包括产科、麻醉科、呼吸科、心血管科、重症医学科等多学科密切协作，对于抢救成功及改善预后至关重要。治疗原则是维持呼吸循环等生命体征及保护器官功能，并针对性进行生命支持、抗休克、保护器官功能及纠正凝血功能障碍的治疗。羊水栓塞的治疗：补充血容量：不管任何原因引起的休克都存在有效血容量不足，应尽快恢复血容量，包括液体复苏及成分输血，以纠正休克；抢救过程中监测患者中心静脉压，了解心脏负荷状况以指导治疗。纠正凝血功能障碍，凝血功能障碍发生率极高，因此应早期进行凝血功能评估，并在治疗过程中动态监测凝血功能。及时、快速启动大量输血方案，包括输注红细胞悬液、大量新鲜冰冻血浆、冷沉淀、纤维蛋白原、血小板等。被鉴定人[REDACTED]，38岁，系高龄产妇，且为经产妇，有两次分娩史，存在羊水栓塞的诱发因素，属于产后出血的高危人群。2024年12月13日20:21给予导尿，可见尿液呈暗红色，量约300ml，不排除不典型羊水栓塞可能，20:40立即完善血常规、凝血五项检查，同时电话



联系检验科，要求备 A 型，RH(+) 红细胞 3u，血浆 600ml。由于未备血，院方没有自己的血库，也未配置血液科，需要到血站取血，直到 22:10 开始输血治疗（手术记录），输血时机偏晚延误治疗。院方对于产后出血预见性不足，未提前备血，延误了输血时间，对治疗产生不利后果，实属不当。

（二）检验科血细胞分析报告时间在 2024 年 12 月 13 日 21:19，在血细胞分析结果出来之前，阴道已经出现暗红色不凝血，已经考虑是凝血功能障碍，此时即应启动羊水栓塞应急预案，启动多学科会诊。但院方在检验科电话告知凝血功能检测不出时，才启动应急预案，时间偏晚，应属不当。

（三）应积极处理产后出血，加强宫缩，必要时加用手术止血措施。若产后出血难以控制，应果断、快速切除子宫，赢得抢救时间。

被鉴定人 [REDACTED] 于 2024 年 12 月 13 日 20:19 经阴分娩一足月男婴，存在胎盘早剥，立即给予安列克 250ug 肌肉注射，按摩子宫，子宫颈收缩欠佳，立即给予缩宫素 20u 宫颈注射、20u 缩宫素静滴，不排除不典型羊水栓塞可能，给予地塞米松 20mg 静脉推注，心电监护提示血压 120-110/89-60mmHg，心率 126 次/分，血氧饱和度 100-96%。20:35 给予氨甲环酸 1.0g 静滴止血，20:40 立即完善血常规、凝血五项检查，同时再次给予安列克 250ug 肌注、缩宫素 20u 静滴。经以上处理，阴道仍出现间断暗红色不凝血，此时应考虑行子宫动脉上、下支结扎，必要时行髂内动脉结扎或经导管动脉栓塞术。2024 年 12 月 13 日 21:19:04 检验科电话回复早期凝血五项及肝肾功均凝



固，无法检测，此时应认识到仅靠保守治疗难以奏效，应果断、快速切除子宫，但医方直到 2024 年 12 月 13 日 21:50 转运至手术室，存在手术延迟的不当。

综上，医务人员在医疗活动中，应尽到高度谨慎的注意义务，以避免患者遭受不应有的危险或损害。被鉴定人[REDACTED]因“1. 妊娠期糖尿病2. 孕39+3周 G3P2A0L2头位3. 胎儿宫内窘迫？”住[REDACTED]孕妇系高龄产妇，且为经产妇，有两次分娩史，存在羊水栓塞的诱发因素，属于产后出血的高危人群，在胎儿娩出后出现阴道流血，在临床治疗急需输血的情况下，未备血，导致输血延迟，治疗效果不佳，病情加重；在保守治疗难以奏效时未考虑手术止血（宫动脉上、下支结扎，必要时行髂内动脉结扎或经导管动脉栓塞术），在凝血功能严重障碍的情况下，为保住生命，果断、快速切除子宫刻不容缓，但医方采取手术不及时，最终因“羊水栓塞、DIC、产后出血”死亡，医疗过错与死亡后果之间存在因果关系。羊水栓塞是产科特有的少见并发症，常起病急骤、病情凶险、预测困难为其临床特点，本案从本质上而言，死亡后果的发生与医疗过错行为以及患者病情本身的特点或者限于当时医疗水平（专科医院限制了其抢救能力，难以满足短时间内大量用血需求；多学科救治能力不足）等因素均密切相关，若没有发生医疗过错，或者没有患者的病情因素，损害后果通常情况下都不发生。医疗过错和患者病情因素在损害后果形成的过程中，所起的作用基本相当，难分主次，建议原因力大小为同等原因。



医方存在的其他不当（过错）不影响鉴定意见。

## 六、鉴定意见

对被鉴定人 的诊疗行为存在过错，过错与死亡后果之间存在因果关系，建议医疗过错的原因力大小为同等原因。

## 七、附件

鉴定资质

司法鉴定人：

郭志军

《司法鉴定人执业证》证号：

司法鉴定人：

刘心良

《司法鉴定人执业证》证号

