

副 本

南京[REDACTED]所司法鉴定意见书

Nanjing Jinling Forensic Science Service Expertise Report



统一社会信用代码: [REDACTED]

SCS0808-250:真(0201)0808, (邮文) SCS0808-250:部步表類

声 明

1. 司法鉴定机构和司法鉴定人根据法律、法规和规章的规定，按照鉴定的科学规律和技术操作规范，依法独立、客观、公正进行鉴定并出具鉴定意见，不受任何个人或组织的非法干预。
2. 司法鉴定意见书是法律规定的证据形式之一，是否作为定案依据，取决于办案机关的审查判断，司法鉴定机构和司法鉴定人无权干涉。
3. 使用司法鉴定意见书，应当保持其完整性和严肃性。
4. 鉴定意见属于鉴定人的专业意见。当事人对鉴定意见有异议，应当向办案机关提出，通过申请重新鉴定、补充鉴定等方式解决。
5. 委托人应当向鉴定机构提供真实、完整、充分的鉴定材料，并对鉴定材料的真实性、合法性负责。
6. 鉴定文书须征得本鉴定所和委托方的同意后方可复印，部分复制无效。

地 址：江苏省南京市建邺区[REDACTED]瑞泰大厦 5 楼

邮政编码：[REDACTED]

联系电话：025-[REDACTED]2(文痕)、[REDACTED](法医)，传真：025-[REDACTED]



南京

所

司法鉴定意见书

[2024]中

司法鉴定专用章

一、基本情况

委托方：枣庄市市中区人民法院

委托事项：山东（以下称医方）对之女（以下称患儿）的诊疗行为是否存在过错；若存在过错，其过错行为与患儿的死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小。

受理日期：2024年10月18日

鉴定材料：1. 孕期保健资料1套；2. 医方住院病案1套（病案号：）；3. 枣庄市住院病案1套（病案号8）；4. 影像学片1张，电子版影像片1套；5. 山东中心司法鉴定意见书1份）；6. 民事起诉状、鉴定申请书、质证意见等。

鉴定日期：2024年10月18日~2024年11月15日

鉴定地点：南京金

听证人员：患方：何宇、；医方：

委托方：张法官。

二、基本案情

摘自送检材料：产妇女，20生。2024年1月1日因“停经38周5天，轻微下腹痛伴阴道少量见红”入住医方，临床诊断为妊娠期糖尿病、妊娠合并甲状腺功能减退、脐带绕颈1周。患儿之女于1月3日07:12经自然分娩产出，1分钟阿氏评分为10分。后患儿出现全身青紫，经治疗后患儿病情无好转，于1月3日10:05转至枣庄市继续抢救治疗，患儿最终于1月3日10:37宣布临床死亡。经山东中心对患儿进行尸体解剖检验明确死亡原因，鉴定意见



为被鉴定人[REDACTED]之女符合新生儿胎粪吸入综合征致急性呼吸、循环功能障碍而死亡。

三、争议要点

(一) 患方认为: 1. 产前观察错误, 漏诊胎儿宫内窘迫; 2. 产前观察表记录的胎心数值和胎心监护图不符, 羊水记录与真实情况不符; 3. 未及时识别和处理新生儿的早期症状; 4. 未能在初期采取有效的复苏措施; 5. 未及时邀请儿科医生会诊; 6. 未能早期识别和处理胎粪吸入综合征; 7. 未能在初期清理呼吸道并进行气管插管; 8. 未能及时呼叫产房医生到场; 9. 抢救过程中的操作失误 (具体详见陈述词)。

(二) 医方认为: 经核查整个分娩过程中羊水均是清的, 且在后续抢救过程中, 行呼吸道清理、新生儿周身皮肤均未见胎粪物质。新生儿出现病情变化后, 医方第一时间进行相应的处理及急救措施, 并启动抢救流程及应急预案, 积极请儿科、麻醉科会诊, 汇报产安办、联系上级医院, 及时进行转诊, 在场医护人员竭尽全力救治患儿, 做了一个基层二级综合医院所能做的一切抢救措施, 但患儿病情进展太快 (具体详见陈述词)。

四、送检材料摘要

(一) 医方住院病案 (病案号: [REDACTED]) 摘要:

1. 出院记录摘要:

入院日期: 2024-01-01 出院日期: 2021-01-05

入院诊断: 1. 妊娠期糖尿病 2. 妊娠合并甲状腺功能减退 3. 脐带绕颈 1 周 4. 孕 38 周 5 天 G1P0 LOA

出院诊断: 1. 妊娠期糖尿病 2. 妊娠合并甲状腺功能减退 3. 脐带绕颈 1 周 4. 孕 39 周 G1P1 LOA 自然分娩

入院情况: 因“停经 38 周 5 天, 轻微下腹痛伴阴道少量见红”入院。患者停经 43 天因阴道少量见红就诊于市立医院, 给予烯丙雌醇及保胎灵保胎治疗。甲功提示甲状腺过氧化物酶抗体 $< 28 \text{ IU/ml}$ (0-9), 促甲状腺激素 4.166 uIU/ml , 游离甲状腺素 1.14 ng/dl , 内分泌会诊后口服优甲乐



50ug 至今。孕期行 NT、唐氏筛查及四维彩超未见明显异常，OGTT 检查示 6.1-11.8-10.8mmol/L，给予体重管理及运动指导，并做好饮食日记，后复测空腹血糖 5.24-5.63mmol/L，停经 35 周内分泌会诊，给予地特胰岛素 14u 皮下注射，2 周后复查空腹血糖 5.78mmol/L，糖化血红蛋白示 6.23%。停经 37 周自觉腹部及双下肢瘙痒，行血清总胆汁酸检查示 1.9umol/L，空腹血糖 5.35mmol/L。现患者停经 38 周 5 天，轻微下腹痛，阴道少量见红，无流水，自觉胎动正常。查体：T36.3℃ P82 次/分 R18 次/分 BP135/85mmHg BMI: 29kg/m²，腹围 118cm，宫高 35cm，胎位 LOA，先露头，衔接，胎心 140 次/分，宫缩轻，阴道无流水。2023-12-25B 超检查：双顶径 9.1cm，股骨径 6.9cm，胎盘 II-度，羊水指数 11.4cm，胎儿颈部探及 U 型压迹。

诊疗经过：入院完善相关辅助检查，于 2023-01-03 07:12 自然分娩一女活婴，见脐带绕颈一周，新生儿外观发育未见明显异常，1 分钟阿氏评分 10 分，体重 3250g，产时顺利，产后予复方益母胶囊等促进子宫收缩药物治疗。测毛细血糖谱示：空腹血糖 6.3-7.9mmol/L，餐后血糖 8.3-11.3mmol/L，给予地特胰岛素 14u 皮下注射（睡前）降糖治疗。新生儿生后半小时内余测血氧饱和度 80-90%，心率 110-130 次/分，呼吸平稳，哭声响亮，见躯体及四肢渐青紫，给予持续面罩低流量吸氧，请儿科急会诊，考虑青紫原因待查：新生儿肺炎？新生儿先天性心脏病？并予以积极救治，同时救治产安办并联系市新生儿救治中心，救治过程中，病情加重，出现 II 型呼衰、混合型酸中毒、新生儿休克、肺出血及急性心衰等症状，告知患儿家属病情危重，建议立即转市新生儿救治中心治疗，家属知情同意，遂于 2023-01-03 09:48 转出。

2. 分娩记录摘要：

宫缩起始时间：2024 年 1 月 2 日 12:00

宫口开全时间：2024 年 1 月 3 日 4:20 自然破膜 羊水清

胎膜破裂时间：2024 年 1 月 3 日 7:12 自产 LOA

胎盘娩出时间：2024 年 1 月 3 日 7:20 希氏法



第一产程：16 小时 20 分 第二产程：2 小时 52 分 第三产程：8 分
脐带绕颈一周 松 长 60cm

评分：1min 10; 5min 10; 10min 10

手术助产过程：产妇孕 39w G1P0 于 2024.01.02 12:00 规律宫缩，产程进展顺利，01.03 04:00 自然破膜见羊水量中色清，04:20 宫口全开，胎心：127 次/分，07:12 自然分娩 1 女婴，1 分钟阿氏评分 10 分，体重 3250g，检查新生儿外观未见明显异常，胎盘、胎膜娩出完整，产时失血约 200ml，会阴 II° 裂伤，给予缝合，医嘱给予缩宫药物促进子宫收缩，BP140/79mmHg，观察 2 小时，宫缩好，阴道流血少，约 30ml。

3. 2024-01-03 10:31 抢救记录摘要：

患儿系母“妊娠期糖尿病、妊娠合并甲状腺功能减退、孕 39 周，G1P1”于 2024-01-03 07:12 自然分娩出生，产时胎心、羊水、胎盘未见异常，脐带绕颈 1 周（不紧），体重 3250g，1 分钟、5 分钟阿氏评分均为 10 分，07:15 测微量血糖：5.1mmol/L。07:50 患儿出现口周紫绀，经皮血氧饱和度检测 80%-90%，心率在 110-130 次/分，呼吸平稳，哭声响亮，给予面罩低流量吸氧。07:58 给予刺激后躯干、四肢青紫较前加重，无呼吸困难及哭声尖直，急请儿科医生会诊。08:05 儿科医生到达产房，患儿皮肤颜色青紫，经皮血氧饱和度在 70%-80%之间。查体：精神反应差，呼吸尚平稳，哭声尚婉转、欠有力，全身皮肤颜色青紫，双侧腹股沟处可见散在出血点，前囟平坦，张力不高，双肺呼吸音粗，未闻及明显啰音，心率 120 次/分，心音有力，律齐，各瓣膜听诊区未闻及明显杂音，腹软不胀，脐带结扎完好，未扪及包块，四肢肌张力偏低，原始反射弱。初步诊断：青紫原因待查；新生儿肺炎？先天性心脏病？处理意见：1. 保暖、清理气道、重新摆正体位、正压通气；2. 心电监护；3. 测微量血糖：6.8mmol/L；4. 完善血气分析、床边胸片、心脏超声检查；5. 考虑病情较重，严密观察患儿病情变化，建立静脉通道，生理盐水维持静滴，建议转市新生儿救治中心（枣庄市■■■■■ NICU）治疗。并告知患儿家属病情危重，随时有生命危险，



患儿家属知情并同意转诊至上级专科医院。等待转院过程中患儿呼吸平稳，心率搏动于110-130次/分，给予持续正压通气，皮肤青紫及经皮血氧饱和度无明显改善，积极密切观察。08:25血气分析电解质+乳酸测定报危急值：酸碱度6.850，二氧化碳分压63.6mmHg，氧分压27.1mmHg，总血红蛋白20.1g/dl，氧饱和度30.4%，乳酸17mmol/L，实际碱剩余（受呼吸影响）-24.3mmol/L，血浆碳酸氢盐浓度11.1mmol/L，查看患儿，哭声尚可，呼吸平稳，全身皮肤黏膜青紫，双肺呼吸音对称，未闻及啰音，心音有力，心率在110-125次/分，各瓣膜听诊区闻及杂音，四肢末梢皮温略低，考虑存在休克，给予增加正压通气压力、提高氧浓度（达100%）、生理盐水35ml扩容。08:28将患儿病情汇报医院产安办[REDACTED]科长，积极联系转院。08:40胸片结果回示：双肺肺纹理增多，隐约可见斑片状模糊影，心影大小形态未见异常，考虑：新生儿肺炎？。在此期间患儿呼吸平稳，哭声尚可，皮肤青紫未见明显变化，双肺呼吸音粗，未闻及明显啰音，经皮血氧饱和度波动在60%-80%之间。08:50患儿呼吸稍浅慢，哭声较前减弱，全身皮肤颜色青紫无改善，心脏听诊心前区可闻及II/6级杂音，于08:56经皮血氧饱和度右手65%，左足58%，考虑先天性心脏病可能，因患儿病情危重暂时无法前往超声科完善心脏超声检查，联系麻醉科准备插管。08:58发现患儿皮肤颜色稍苍白，青紫加重，哭声弱，听诊心音低钝、心率降至50次/分，立即给予气管插管正压通气、胸外心脏按压，1:10000肾上腺素0.4ml静推，08:59碱性液纠正酸中毒，09:02心率无改善，建立两路静脉通道，再次给予1:10000肾上腺素0.4ml静推，09:09患儿心率升至140次/分，四肢末端发凉，09:10给予生理盐水30ml扩容，期间经皮血氧饱和度波动于50%-72%之间。09:15再次与患儿家属沟通病情，告知患儿病情危重，目前医护人员正在全力抢救，[REDACTED]转运车正在路途中，家人表示理解并配合治疗。09:19给予维生素C静滴，09:22清理气道，吸出黏液样物质少许，09:25给予果糖静推。09:29市[REDACTED]新生儿科医护人员到达现场，听诊心率140次/分，心前区可闻及III/6



级杂音，经皮血氧饱和度 62%。09:30 发现患儿气管插管内有少量血性物质，市[]新生儿科医生考虑肺出血可能，嘱给予 1:10000 肾上腺素 0.3ml 气管内滴入，期间持续给予气管插管正压通气。09:33 市[]医生跟家人交待病情危重及转运风险，家人知晓并同意转运。09:40 新生儿转出产房，转运途中患儿皮肤发绀再次加重，立即返回产房，听诊心率在 50-60 次/分，于 09:42 再次给予 1:10000 肾上腺素 0.5ml 静推，约 5 分钟后听诊新生儿心率升高至 110-120 次/分之间，血氧饱和度在 55%-70%之间。09:48 新生儿在[]新生儿医护人员陪同下转运至 120 抢救车.....抢救时多次与患者家属[]沟通病情，对整个抢救过程无异议。

4. 生命体征记录单（患儿）：

记录时间：2024.01.03

时间	心率（次/分）	SP02	备注
07:15	120-147	70%	心电监护
07:42	122-137	92%	
07:50	128-152	90-92%	新生儿口周发绀，汇报管床医生，医嘱面罩低流量吸氧
08:00	110-131	80-90%	
08:07	120-123	70-80%	医嘱停，面罩低流量吸氧改正压通气
08:20	127-147	75-80%	
08:25	110-125	60-80%	
08:30	108-120	65-71%	
08:40	105-117	68-78%	
08:50	110-116	65-68%	
08:58	50-55	66-68%	气管插管，胸外心脏按压，1:10000 肾上腺素 0.4ml iv
08:59	51-57	65-69%	5%葡萄糖 20ml+碳酸氢钠 7ml iv



09: 02	52-56	50-70%	1: 10000 肾上腺素 0. 4ml iv
09: 09	120-140	50-72%	
09: 15	110-120	53-69%	
09: 20	110-120	51-67%	
09: 25	130-140	59-62%	
09: 30	130-140	58-67%	1: 10000 肾上腺素 0. 3ml 气管内滴入
09: 35	120-135	52-68%	
09: 40	50-60	58-67%	转运时心率 110-120 次/分, 途中患儿病情加重, 立即返回, 心率 50-60 次/分
09: 42	50-60	50-68%	1: 10000 肾上腺素 0. 5ml iv
09: 48	110-120	55-70%	

5. 病理检查报告单摘要: 接收时间: 2024-01-04 送检组织: 胎盘
临床诊断: 宫内感染?

病理诊断: 胎盘: 妊娠晚期胎盘绒毛组织, 少部分绒毛周围可见纤维素样坏死, 小区域梗死。胎膜: 胎膜组织, 小区域可见少数炎细胞浸润。

(二) 枣庄市 24 小时内入院死亡记录 (病案号:) 摘要:

入 NICU 时间: 2024-01-03 10: 05 死亡时间: 2024-01-03 10: 37

主诉: 发现呼吸困难 2 小时余

入院情况: 患儿系 G1P1, 胎龄 39 周经阴分娩, 外院新法接生, 出生时间 2023-01-03 07: 12, 无窒息史, Apgar 评分 1 分钟评 10 分, 出生体重 3. 25kg, 生后半小时余无诱因出现呻吟、皮肤青紫, 心率 110-130 次/分, 血氧饱和度 55-80%(面罩吸氧), 急查血气分析 PH6. 85, PCO2 63. 6mmHg, PO2 27. 1mmHg, 胸片隐约可见斑片状模糊影, 家人要求转入上级医院, 我院 120 车于 09: 30 到产院后患儿气囊正压给氧下气管插管内可见鲜血, 全身皮肤青紫, 血氧饱和度测不出, 心率测不出, 转院前曾予 1: 10000 肾上腺



素、碳酸氢钠、扩容、果糖、维生素 C 应用，转运途中持续有创通气状态，SIMV 模式，PIP20cmH₂O，PEEP7cmH₂O，吸氧浓度 100%，RR45 次/分，心电监护下心率 111 次/分，血氧饱和度 65%，患儿全身皮肤青紫，四肢瘫软，气管插管内可见鲜血，吸痰吸出约 2ml 鲜血，再次应用 1: 10000 肾上腺素，转入我科时气管插管气囊辅助呼吸状态，无自主呼吸，插管内可见较多鲜血，并沿口鼻腔外涌，体温不升，全身皮肤苍白，双肺进气音较低，可闻及较多痰鸣音，心率 20 次/分，心音低钝遥远，可闻及杂音，腹软，肠鸣音消失，四肢肌张力低下，毛细血管再充盈时间>4s，经皮氧饱和度测不出。

诊治经过（抢救经过）：入院后急于吸痰、清理呼吸道，并更换气管插管，选取 3.5 号气管插管，听诊双肺呼吸音对称后固定，很快气管插管内被血液充满并外涌，予吸痰清理后行胸外心脏按压配合正压通气，1 分钟后患儿肤色无好转，全身皮肤仍苍白，四肢肌张力低下，末梢循环差，经皮氧饱和度仍测不出，听诊心率 0 次/分，10: 07 予 1: 10000 肾上腺素 1.5ml 静脉应用，持续胸外按压+正压通气，患儿心率持续无恢复，分别于 10: 12、10: 17 及 10: 25 再次应用 1: 10000 肾上腺素，并增加药物剂量，期间患儿气管插管及口鼻腔持续出血，相继予维生素 K1、止血敏、立止血止血应用效果不佳，共抢救 32 分钟，患儿心率持续 0 次/分，全身苍白，四肢肌张力低下，10: 37 查看患儿双侧瞳孔散大，对光反射消失，宣布临床死亡……

死亡诊断：肺出血、呼吸衰竭、心力衰竭、新生儿休克

（三）山东 [] 中心司法鉴定意见书（ []

[]) 摘要：

肺脏：双肺胸膜未见增厚，细支气管黏膜自溶脱落，管腔及其肺泡内可见大量棕黄色颗粒状物质（胎粪），肺泡腔充盈嗜伊红染色水肿液，部分肺泡间隔断裂融合，并见部分肺泡膨胀不全；肺间质淤血，散在少许淋巴细胞浸润。

2024 年 3 月 25 日鉴定意见：被鉴定人 [] 之女符合新生儿胎粪吸



入综合征致急性呼吸、循环功能障碍而死亡。

（注：诊治概要是诊疗过程的简要摘录，鉴定以委托方提供材料为依据）

五、鉴定过程

（一）案件审查及鉴定工作。2024年8月6日本所收到鉴定委托书及相关材料，于8月8日发出补充资料及缴费通知；收到补充资料及费用后于2024年8月29日发出听证会通知书，告知医患双方鉴定听证会日期及相关事项。鉴定听证会于2024年10月18日在本所召开后正式受理本案。在听证会上，医患双方明确表示不申请专家及鉴定人回避；听证会分别听取医患双方陈述，询问医患双方关于就诊经过、争议事项的意见和理由。专家根据委托方送检材料及听证情况，在讨论后形成咨询意见。鉴定人根据送鉴材料、结合专家咨询意见，独立作出司法鉴定意见。

（二）检验方法。根据SF/T 0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》、SF/T 0095-2021《人身损害与疾病因果关系判定指南》、审理医疗损害案件司法解释和《江苏省医疗损害鉴定管理办法》，依据卫生管理法律法规、诊疗护理操作规范及诊疗指南，结合医学护理教科书和司法部编写的“医疗纠纷司法鉴定”内容，开展鉴定评估工作。

六、分析说明

根据送鉴材料，结合听证情况及专家咨询意见，现分析如下：

（一）医方的诊疗行为评价

产妇因“停经38周5天，轻微下腹痛伴阴道少量见红”入住医方，根据体格检查、孕期检查情况及实验室检查等情况，医方临床诊断为妊娠期糖尿病、妊娠合并甲状腺功能减退、脐带绕颈1周存在依据，诊断明确。胎儿和母体条件满足经阴道分娩指征，患方要求经阴道试产，医方于产前（2024年1月1日）与患方签署医患沟通记录、知情同意书，书面告知患者替代分娩方式及其各自利弊、病情发展、围分娩期并发症和风险等，医方尽到了一定的告知说明的义务。患儿于1月3日07:12经阴道



娩出，产后迅速出现紫绀、呻吟等缺氧表现，血氧饱和度进行性下降，经抢救治疗后患儿病情未好转，患儿于 10:05 转至外院继续抢救治疗，经抢救无效于当日死亡。

然而，纵观医方的全部诊疗过程，其存在以下诊疗过错行为：

1. 产妇孕期存在甲状腺功能减退、血糖高、BMI: $29\text{kg}/\text{m}^2$ 等情况，根据“五色管理”妊娠风险评估为“橙色风险”，风险较高，一般建议由县级及以上孕产妇危急重症救治中心或三级医疗机构进行孕产期保健服务及住院分娩。医方为二级非妇产科专科医院，资质难以确保患者分娩安全，医方对产妇的病情重视不足，未及时告知患方应转至上级医院，超范围收住高危产妇存在过错。

2. 医方缺少 1 月 3 日 5:35-7:12 期间产前连续心电监测图，产前胎心监护不完整，且患儿出生后 1 小时余血气分析（动脉）提示严重的失代偿型代谢性酸中毒、高乳酸血症，因此，患儿宫内窘迫、宫内窒息缺氧不排除。

3. 产妇存在甲减、高血糖、体重超重等多个高危因素，妊娠过程中母体和胎儿均存在高危风险，医方围分娩期救治准备不充分，缺少儿科及相应救治水平的产科医生在场；高血糖妊娠娩出的患儿出生后存在呼吸窘迫风险，医方对该高危患儿出生后未予充分监护，患儿娩出时血氧饱和度低（7:12 娩出，7:15 SpO_2 70% 7:42 SpO_2 92%），医方在 7:15 至 7:42 期间未对其血氧饱和度持续监测记录，存在过错。

4. 根据医方的抢救记录记载，7:50 患儿出现口周发绀，经皮血氧饱和度监测约 80%-90%，予面罩低流量吸氧，7:58 发展为全身青紫较前加重，才请儿科会诊，会诊不及时；8:05 儿科医生到达时，患儿血氧饱和度下降至 70-80%，予以正压通气治疗，8:06 血气分析报告示（8:25 报告）提示患儿存在严重的失代偿性代谢性酸中毒、高乳酸血症、低氧血症、II 型呼吸衰竭，病情危重，医方仅给予增加正压通气压力、提高氧浓度、生理盐水扩容等处理，直至 8:58 患儿心率下降至 50 次/分，医方才予气管插管、



纠正酸中毒等处理，且抢救记录中缺少气管插管型号、插管操作深度的描述，不排除气管插管不规范。医方对患儿的抢救不及时，存在过错。

（二）因果关系及原因力大小分析

患儿死亡后经山东[]中心进行死亡原因鉴定，鉴定意见为被鉴定人[]之女符合胎粪吸入综合征致严重的失代偿性代谢性酸中毒、高乳酸血症、低氧血症、Ⅱ型呼吸衰竭，导致患儿急性呼吸、循环功能衰竭死亡。

结合现有鉴定材料及临床专家现场核实情况，医方存在上述的诊疗过错行为，如对产妇的高危因素重视不足，超能力范围收住产妇，产前胎心监护不完整、不充分，围分娩期准备不充分，对患儿出生后监护不到位，当发现患儿皮肤青紫、血氧饱和度进行性下降等病情后，其未及时予以气管插管、纠正酸中毒、维持内环境等积极有效的救治措施，而是等到患儿心率下降至 50 次/分才予行相应的抢救措施，抢救不及时，此时患儿病情已进展到无法逆转的地步。医方一再错失及时正确诊断及处置的机会，贻误抢救时机，以致患儿彻底丧失了挽救生命的机会。因此，医方的诊疗过错行为与患儿死亡之间存在因果关系。

考虑患儿母亲妊娠期存在甲状腺功能减退、血糖高、体重超重等基础疾病，存在致患儿发生呼吸窘迫的高危因素。母体的高血糖可以通过胎盘直接传递给胎儿，直接导致胎儿肺部损伤，也可以导致胎盘血管异常或引起胎盘炎性反应增加，损害胎盘功能。此外，母体的高胰岛素水平会影响胎儿肺表面活性物质的组成和完整性，导致新生儿肺泡上皮损伤，引起肺泡血-气交换障碍。产妇胎盘的病理检查报告示胎盘少部分绒毛周围见纤维素样坏死，小区域梗死，胎膜可见少许炎细胞浸润，病变考虑与母体妊娠期高血糖相关，不排除患儿存在宫内长期缺氧的可能，一定程度上增加救治难度。故产妇、患儿的自身因素与患儿死亡之间亦存在一定的因果关系。

原因力评定应遵循法医学因果关系判定准则，在法医学鉴定实践



中尚属于学理性探讨内容，原因力大小的把握存在一定的主观因素，因此，鉴定人对于原因力的评定仅为供审判参考的学术性意见，而非确定审判赔偿程度的法定依据。故综合考虑产妇及患儿自身因素以及医方的诊疗过错行为、资质级别及当地诊疗水平，分析认为原因力大小为主要原因。

七、鉴定意见

山东[REDACTED]对[REDACTED]之女的诊疗行为存在过错，其过错行为与患儿的死亡后果之间存在因果关系，原因力大小为主要原因。

八、附件

(一) 司法鉴定许可证、司法鉴定人执业证影印件

(二) 鉴定人承诺书（仅附于鉴定书正本）

司法鉴定人：[REDACTED]

《司法鉴定人执业证》证号：[REDACTED]

司法鉴定人：[REDACTED]

《司法鉴定人执业证》证号：[REDACTED]

司法鉴定人：王[REDACTED]

《司法鉴定人执业证》证号：[REDACTED]

二〇二四年十一月十五日

执业机构 南京金陵司法鉴定所

执业证号 [REDACTED]

有效期 2022 年 10 月 9 日至 2027 年 11 月 2 日

首次获准登记日期 2017 年 11 月 3 日

颁证机关 江苏省司法厅

颁证日期 2022 年 8 月 9 日

姓名 沈炯怡 性别 男

身份证号 [REDACTED]

专业技术职称 主检法医师

行业执业资格 [REDACTED]



执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因鉴定；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法医病理学检验与诊断；死亡方式判断；死亡时间推断；损伤时间推断；致伤物推断；成伤机制分析；医疗损害鉴定；与死亡原因相关的其他法医病理学鉴定（组织器官硅藻检验）】；法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；人体功能评定（视觉功能；听觉功能）；性侵犯与性别鉴定；诈伤、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床学鉴定】

执业范围

执业证编号: [REDACTED]

执业机构 南京金陵司法鉴定所

执业证号 [REDACTED]

有效期 2022 年 8 月 9 日至 2027 年 7 月 6 日

首次获准登记日期 2022 年 7 月 7 日

颁证机关 江苏省司法厅

颁证日期 2022 年 8 月 9 日

姓名 姜英玲 性别 女

身份证号 [REDACTED]

专业技术职称 主检法医师

行业执业资格 [REDACTED]



执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因鉴定；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法医病理学检验与诊断；死亡方式判断；死亡时间推断；损伤时间推断；致伤物推断；成伤机制分析；医疗损害鉴定；与死亡原因相关的其他法医病理学鉴定（组织器官硅藻检验）】；法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；人体功能评定（视觉功能；听觉功能）；性侵犯与性别鉴定；诈伤、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床学鉴定】

执业范围

执业证编号: [REDACTED]

执业机构 南京金陵司法鉴定所

执业证号 [REDACTED]

有效期 2022 年 8 月 9 日至 2026 年 8 月 8 日

首次获准登记日期 2020 年 11 月 3 日

颁证机关 江苏省司法厅

颁证日期 2022 年 8 月 9 日

姓名 王宝泉 性别 男

身份证号 [REDACTED]

专业技术职称 [REDACTED]

行业执业资格 [REDACTED]



执业范围

法医病理鉴定【死亡原因鉴定（尸体解剖，死亡原因鉴定；尸表检验，死亡原因分析；器官/切片检验，死亡原因分析）；器官组织法医病理学检验与诊断；死亡方式判断；死亡时间推断；损伤时间推断；致伤物推断；成伤机制分析；医疗损害鉴定；与死亡原因相关的其他法医病理学鉴定（组织器官硅藻检验）】；法医临床鉴定【人体损伤程度鉴定；人体残疾等级鉴定；赔偿相关鉴定；人体功能评定（视觉功能；听觉功能）；性侵犯与性别鉴定；诈伤、诈病、造作伤鉴定；医疗损害鉴定；与人体损伤相关的其他法医临床学鉴定】

执业范围

执业证编号: [REDACTED]



统一社会信用代码

司法鉴定许可证

机构名称：南京瑞泰司法鉴定所

法定代表人：王艳

机构住所：江苏省南京市河西大街65号瑞泰大厦5楼 机构负责人：王艳

业务范围：法医病理鉴定【0101 死亡原因鉴定（010101 尸体解剖，死亡原因鉴定；010102 尸表检验，死亡原因分析；010103 器官/切片检验，死亡原因分析）；0102 器官组织法医病理学检验与诊断；0103 死亡方式判断；0104 死亡时间推断；0105 损伤时间推断；0106 损伤物推断；0107 成伤机制分析；0108 医疗损害鉴定；0109 与死亡原因相关的其他法医病理鉴定（组织器官病理检验）】；法医临床鉴定【0201 人体损伤程度鉴定；0202 人体残疾等级鉴定；0203 赔偿相关鉴定；0204 人体功能评定（020401 视觉功能；020402 听觉功能）；0205 性侵犯与性别鉴定；0206 诈伤、诬病、造作伤鉴定；0207 医疗损害鉴定；0209 与人体损伤相关的其他法医临床鉴定】；法医精神病鉴定【0301 精神状态鉴定；0305 精神损害赔偿鉴定（法医精神病鉴定业务范围道路交通事故颅脑损伤所致法医精神病鉴定）】；文书鉴定【0101 笔迹鉴定；0102 印章印文鉴定；0103 印刷文件鉴定；0104 篡改（涂损）文件鉴定；0105 文件形成方式鉴定；0107 朱墨时序鉴定；0108 文件材料鉴定；0109 基于痕迹特征的文件形成时间鉴定；0110 基于材料特性的文件形成时间鉴定；0111 文本内容鉴定】；痕迹鉴定（0201 手印鉴定）

首次获准登记日期：2006 年 08 月 09 日

颁证机关：江苏省司法厅

有效期限：2024 年 07 月 30 日至 2026 年 08 月 08 日

颁证日期：2024 年 07 月 30 日

中华人民共和国司法部监制