

司法鉴定意见书

川求实鉴

44号

一、基本情况

委托人: 黑龙江省齐齐哈尔市中级人民法院

[]

委托鉴定事项: 申请人请求法院委托鉴定机构, 对涉事两家医院 () 对产妇、患儿 的诊疗行为是否具有过错, 如果有过错与患儿 的死亡后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行司法鉴定。

委托日期: 2026 年 2 月 5 日

受理日期: 2026 年 2 月 12 日

鉴定材料:

1. 齐 丽病历资料 (病 复印件共计 110 页;
2. 齐 晓丽之女病历资料 () 复印件共计 96 页;
3. 富 病历资料复印件共计 61 页;
4. 《母子健康手册》复印件 5 页;
5. 马 《医疗过错鉴定申请书》《证据目录》《出生医学证明》《居民死亡医学证明 (推断) 书》《录音文件》复印件共计 22 页;
6. 光盘 1 张 (阅后随意见书退还);
7. 2026 年 3 月 19 日收到法院补充材料: 黑龙江省齐齐哈尔建华区人民法院《询问笔录》复印件 2 页。

鉴定陈述会时间:2026 年 3 月 24 日

鉴定陈述会地点:

参加人员:

患方(线上): 何宇

(线上):

(线上):

死者信息 芊羽, 女婴,

二、基本案情

据送鉴资料记载:2025 年 8 月 11 日 因“停经 35+3 周, 彩超提示子宫瘢痕处菲薄 1 日” 8 月 22 日行“二次子宫下段剖宫产术”分娩一女婴()。 “呻吟, 呼吸急促 4 小时 24 分钟”入 新生儿科, 后因病情危重治疗无效于 2025 年 8 月 27 日 14:24 死亡。

为审理此案, 黑龙江省齐齐哈尔市中级人民法院委托本机构对相关事宜(详见司法鉴定委托书)进行司法鉴定。

三、资料摘要

(一) 2025 年 8 月 11 日-8 月 26 日齐 住院病历(病案 资料摘要:

2025-08-11 18:30 入院记录: 基本信息: 宋 女, 36 岁。主诉: 停经 35⁺ 周, 彩超提示子宫瘢痕处菲薄 1 日。现病史: 该患者既往月经规律, 5/28 天, 末次月经; 2024-12-05, 预产期: 2025-09-12, 停经 1 月余自查尿 HCG 示阳性, 2025-02-27 于齐 彩超检查示宫内孕约 12 周+, 孕 4 月后自觉胎动至今, 孕期于 、三

九医院孕检，无创 DNA 筛查示低风险，糖尿病筛查示正常，四维彩超正常，孕期无明显有害物质接触史，双下肢轻度浮肿。患者今日孕检行彩超示子宫前壁肌层较薄处约 0.9mm，自诉无腹痛及阴道流血流液，故来我院住院待产，门诊以“宫内孕 35+3 周孕 2 产 1，头位待产、瘢痕子宫”收入院。入院前胎动良好。既往史：手术史：2015 年富[]剖宫产。体格检查：生命体征：体温：36.4℃ 脉搏：80 次/分 呼吸：18 次/分 血压：120/80mmHg。辅助检查：2025-08-11 我院门诊彩超提示：活单胎头位，胎儿双顶径 92.5mm，胎心 135 次/分，股骨长 67.6mm，羊水指数约 113mm，透声欠佳，胎盘位于后壁，胎盘成熟度 II 级，母体子宫前壁下段肌层较薄处厚约 0.9mm，脐带绕颈 2 周。临床初步诊断：1. 宫内孕 35+3 周孕 2 产 1，头位待产。2. 瘢痕子宫。

2025-08-11 18:20 首次病程记录：……诊疗计划：1. 产科入院常规，二级护理，普通膳食，左侧卧位，常规听胎心，胎心监护每日一次，自数胎动一日三次，地塞米松注射液促胎肺成熟，母乳喂养知识宣教。2. 必要时剖宫产终止妊娠。3. 向上级医师汇报，进一步明确临床诊断及分娩方式。

2025-08-14 10:00 我院彩超提示：活单胎头位。胎儿双顶径 94.1mm，胎心 155 次/分，股骨长 68.1mm，羊水指数约 107mm，胎盘位于后壁，胎盘成熟度 II 级，母体子宫前壁下段肌层较薄处厚约 0.9mm，脐带绕颈 2 周，母体宫颈长度约 15.8mm。

2025-08-21 13:30 术前讨论及小结：术前诊断：1. 宫内孕 36+6 周孕 2 产 1，头位先兆临产。2. 瘢痕子宫。手术指征：瘢痕子宫 子宫瘢痕处菲薄 胎动时瘢痕处疼痛。拟行术式：二次子宫下段剖宫产术。拟施麻醉方式：腰硬联合麻醉。术中和术后可能出现的风险及防范措施：①术中副损伤——术中仔细操作，避免神经血管损伤，必要时修补；②术中及术后出

血过多，失血性休克，需输血，承担输血风险，必要时切除子宫保证生命安全；③术中心脑血管意外--术前备抢救药品，积极抢救，必要时请ICU医生协助抢救；④感染--严格无菌操作，积极应用抗生素。术前准备：术前禁食水、备皮、备血及抢救药品等。术中和术后应当充分注意事项：术中如子宫收缩不良，必要时行双侧子宫动脉结扎、卵巢血管结扎、髂内动脉结扎及子宫背带式缝合子宫，如保守治疗无效危及生命时必要时切除子宫以保全生命。

2025-08-22 手术记录: 手术日期: 2025-08-22, 开始时间: 08: 35, 结束时间: 09: 30。术前诊断: 宫内孕 37 周孕 2 产 1, 头位先兆临产, 瘢痕子宫。术中诊断: 宫内孕 37 周孕 2 产 2, 枕左前位, 剖宫产一活婴, 瘢痕子宫。手术名称: 二次子宫下段剖宫产术。麻醉方式: 腰硬联合麻醉。手术经过(术中出现的情况及处理): 患者入手术室, 仰卧于手术台上, 接通输液, 留置导尿, 常规消毒铺巾, 待麻醉显效后于耻上 3cm 做一长 12cm 横行切口, 剔除原瘢痕, 逐层切开皮下组织、脂肪。剪开筋膜, 钝性分离腹直肌, 小心打开腹膜, 见子宫下段菲薄仅剩浆膜层, 可见羊水及胎脂漂浮, 于原子宫切口上方 1cm, 止血钳刺破浆膜层, 剪刀沿两侧弧型剪开, 见羊水清, 量约 800ml。胎儿呈枕左前位, 吸净羊水, 术者提头助娩一女性新生儿, 外观良, 重 3000g, 吸痰后 1 分钟评 10 分, 5 分钟评 10 分, 断脐后交台下……手术过程顺利, 麻醉效果满意, 术中出血约 300ml, 输液 750ml, 导出淡黄色尿液 200ml, 术后患者安返病房。

新生儿记录类: 出生时间: 2025-08-22 08: 46……。

2025-08-22 09: 55 新生儿生后 1 小时, 新生儿科医师查房见新生儿持续呻吟, 口唇, 周身皮肤红润, 经皮血氧饱和度 96-100%, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心律齐, 心音正常, 心率 130 次/分, 经末梢测血糖 3.8mmol/l, 新生儿进食约 20ml 配方奶及 50%葡萄糖注射液约 5ml,

进食后复测血糖 4.2mmol/l。因持续呻吟，建议新生儿前往上级医院新生儿科进一步诊治，患者家属拒绝转入新生儿科。要求继续观察，给予新生儿持续低流量吸氧，血氧饱和度监测 98-100%，密切注意新生儿情况。

2025-08-22 10:50 新生儿医师再次查房，新生儿现出生后约 2 小时，新生儿持续呻吟，空气状态下经皮测血氧饱和度 96-98%，面色红润，心音正常，再次建议新生儿转上级医院进一步诊治，患者家属仍拒绝。要求继续于我院观察，继续给予新生儿低流量吸氧及经皮血氧饱和度监测，血氧饱和度波动于 98-100%，继续严密观察新生儿状态。

2025-08-22 12:00 新生儿持续呻吟，面色红润，吸氧状态下血氧饱和度 98-100%，家属同意转院，立即与齐齐哈尔市新生儿科联系转入市新生儿科。

医患沟通记录:沟通内容: 新生儿出现生后 4 小时，出生时Apgar 评分 10 分，现生后呻吟，血氧饱和度波动于 93-100%，呼吸困难逐渐加重，建议前往齐齐哈尔市新生儿科进一步诊治，患者及家属知情同意将新生儿转入齐齐哈尔市新生儿科进一步诊治。沟通结果: 知情 新生儿转儿科。沟通时间: 2025-08-22

2025-08-26 出院记录:出院诊断: 宫内孕 37 周孕 2 产 2，枕左前位，剖宫产一活婴，瘢痕子宫。

(二) 2025 年 8 月 22 日-8 月 27 日齐齐哈尔市新生儿科住院病历(病案)资料摘要:

2025-08-22 13:35 入院记录: 入院时间: 13:10。主诉: 呻吟，呼吸急促 4 小时 24 分钟。现病史: 患儿第 2 胎第 2 产，母孕 37 周剖宫产娩出，出生体重: 3000g，瘢痕子宫，促胎肺成熟药物治疗达疗程，脐带绕颈 2 周史，35 周提示羊水少，曾有羊水偏多，胎盘有钙化。患儿否认窒息史，

生后 Apgar 评分不详，患儿生后出现呻吟，呼吸急促，需吸氧维持血氧正常，无抽搐及发热，进乳 20ml/次，无呕吐，二便未排。今日家属为求进一步治疗，由医护人员转运车转入我科，以“新生儿肺炎”收入院，入院症见：体温正常，呻吟，呼吸急促，需吸氧维持血氧正常，氧流量 2 L/min。体格检查：体温(T): 36.6℃ 脉搏(P): 128 次/min 呼吸(R): 65 次/分 血压(BP): 70/42mmHg 身高: 50cm 体重: 3kg 头围: 35cm 胸围: 33cm。专科情况：反应略兴奋，呼吸急促，鼻扇及三凹征(+)，皮肤无皮疹，前囟平，张力正常，颈软，双肺呼吸音粗糙，心音略低钝，律齐，腹软，肝脾不大，肠鸣音正常，四肢肌张力正常，握持反射稍弱，拥抱反射不完全，舌淡，苔薄白，指纹淡。辅助检查：血糖: 6.2mmol/L。血气分析: PH: 7.5.1, PCO₂: 31mmHg, PO₂: 157mmHg, BE: 2.1mmol/L, Lac: 4.5mmol/L, Glu: 2.4mmol/L, 复测末梢血糖: 3.7mmol/L。初步诊断: 1. 新生儿肺炎? 2. 新生儿呼吸衰竭; 3. RDS?

2025-08-22 16:00 首次病程记录: ... 辅助检查: ... 胸片: 2025-08-22 15:07DR胸部正位: 胸廓对称，纵隔居中，肋骨走行自如，骨质结构完整。双肺可见斑点及片状磨玻璃影，双侧肋膈角略模糊。心影呈斜位型。考虑: 肺透明膜病，请结合临床及其他检查。... 三、诊疗计划: 1 新生儿科入院常规，重症监护，血氧脉率监护，有创呼吸机辅助呼吸，SIMV模式: PIP: 18cmH₂O, PEEP: 6cmH₂O, RR: 50 次/分, FiO₂: 35%, 血氧 90%-95%，入暖箱，新生儿特殊护理(油浴)，一般专项护理，因其母暂无母乳，暂不能母乳喂养。2. 避风寒，中医治则: 疏风肃肺。3. 抗感染静点 5%葡萄糖注射液 10ml+注射用头孢他啶 0.09g 日两次静点，因患儿日龄小，各脏器发育不成熟，故选用对肝肾副作用小之头孢三代。予营养支持静点 5%葡萄糖注射液 10ml+维生素B6 注射液 50mg，当地产科已予肌注维生素K1 注射液预防维生素K缺乏。需应用肺表面活性剂改善肺顺应性，患

儿家属同意应用肺泡表面活性物质。4. 完善相关检查。查血常规+CRP了解患儿是否存在感染情况。5. 向家属交代病情家属表示理解。

2025-08-22 16:01 抢救记录: 抢救开始时间: 2025-08-22 13:10, 抢救结束时间: 2025-08-22 13:15。病情变化情况: 患儿生后呼吸困难进行性加重, 呻吟, 呼吸急促, 需吸氧维持血氧正常, 氧流量 2L/min。查体: 三凹征(+). 抢救措施: 患儿呼吸困难, 需吸氧维持血氧正常, 氧流量 2L/min。予清理呼吸道, 取 3.5 型气管导管于 20s 内气管插管, 管深 9cm, 予正压通气, 听诊双肺送气音对称一致, 血氧 90%-95%, 心率 125 次/分, 连接呼吸机, SIMV 模式, PIP: 18cmH₂O, PEEP: 6cmH₂O, RR: 50 次/分, FiO₂: 35%, 血氧 90-94%, 宣布抢救成功。历时 5 分钟。

2025-08-22 16:40 抢救记录: 抢救开始时间: 2025-08-22 16:30, 抢救结束时间: 2025-08-22 16:40。病情变化情况: 患儿生后呼吸困难进行性加重, 为 37 周择期剖宫产娩出, 需氧浓度高, FiO₂: 35%, 查体: 三凹征(+), 胸片: 双肺可见斑点及片状磨玻璃影, 考虑: 肺透明膜病, 诊断新生儿呼吸窘迫综合征, 需应用肺表面活性剂改善肺顺应性。抢救措施: 16:30 予正压通气, 听诊双肺送气音对称一致, 血氧 90%-95%, 心率 130 次/分, 予吸痰清理呼吸道后, 予猪肺磷脂注射液气管内注入 600mg, 分 3 次气管内注入, 每次注入后予正压通气 2 分钟, 促进药物在肺内弥散, 过程约 10 分钟, 血氧一直在 90% 以上, 心率 130-140 次/分, 连接呼吸机, SIMV 模式, PIP: 18cmH₂O, PEEP: 6cmH₂O, RR: 50 次/分, FiO₂: 35%, 血氧 90-94%, 宣布抢救成功。历时 10 分钟。

2025-08-23 08:57 主治医师首次查房记录: 诊疗计划: 1. 新生儿科入院常规, 重症监护, 血氧脉率监护, 有创呼吸机辅助呼吸, 入暖箱, 新生儿特殊护理(油浴), 一般专项护理, 因其母暂无母乳, 暂不能母乳喂养。2. 避风寒, 中医治则: 疏风肃肺。3. 抗感染静点 5% 葡萄糖注射液

10ml+注射用头孢他啶 0.09g日两次静点，因患儿日龄小，各脏器发育不成熟故选用对肝肾副作用小之头孢三代。予营养支持静点 5%葡萄糖注射液 10ml+维生素B6 注射液 50mg，当地产科已予肌注维生素K1 注射液预防维生素K缺乏。4. 完善生化血检查。

2025-08-23 16:58 2025-08-23 15:53DR胸部正位：胸廓对称，纵隔居中。肋骨走行自如，骨质结构完整。双肺野纹理增强、模糊，右上肺模糊片状影，肺野透过度减低，双侧肺门影不大。右侧膈面、肋膈角模糊。心影呈斜位型。考虑新生儿肺炎，肺透明膜病不排除，结合目前呼吸困难较前加重，病情重，病情进展快，需氧浓度高，FiO₂: 38%，查体：三凹征(+)，考虑存在急性呼吸窘迫综合征，需应用肺表面活性剂改善肺顺应性，家属予赶往医院途中。

2025-08-23 18:10 抢救记录：抢救开始时间：2025-08-23 18:00，抢救结束时间：2025-08-23 18:10。病情变化情况：患儿今日呼吸困难进行性加重，呼吸急促，80-90 次/分，患儿需氧量增加，氧浓度 45%。查体：三凹征(+)，胸片：双肺野纹理增强、模糊，右上肺模糊片状影，肺野透过度减低，右侧膈面、肋膈角模糊。考虑新生儿肺炎，肺透明膜病不排除，仍存在新生儿呼吸窘迫综合征，需应用肺表面活性剂改善肺顺应性。抢救措施：18:00 予正压通气，听诊左肺呼吸音稍弱，予上提气管插管 1cm，听诊双肺送气音对称一致，血氧 90%-95%，心率 180 次/分，予吸痰清理呼吸道后，予猪肺磷脂注射液气管内注入 600mg，分 3 次气管内注入，每次注入后予正压通气 2 分钟，促进药物在肺内弥散，过程约 10 分钟，血氧一直在 90%以上，心率 180-190 次/分，连接呼吸机，SIMV 模式，PIP: 20cmH₂O，PEP: 6cmH₂O，RR: 60 次/分，FiO₂: 55%，血氧 90-94%，宣布抢救成功。历时 10 分钟。

2025-08-24 06:10 抢救记录：... 抢救措施：06:00 予正压通气，予

上提气管插管 1cm，听诊双肺送气音对称一致，听诊双肺送气音对称一致，血氧 90%-95%，心率 180 次/分，予吸痰清理呼吸道后，予注射液猪肺磷脂注射液气管内注入 600mg，分 3 次气管内注入，每次注入后予正压通气 2 分钟，促进药物在肺内弥散，过程约 10 分钟，血氧一直在 90% 以上，心率 180-190 次/分，连接呼吸机，SIMV 模式，PIP: 20cmH₂O，PEEP: 6cmH₂O，RR: 60 次/分，FIO₂: 55%，血氧 90-94%，宣布抢救成功。历时 10 分钟。

2025-08-24 08:01 主任医师首次查房记录: 诊断: 1. 新生儿肺炎; 2. 新生儿呼吸衰竭; 3. 新生儿呼吸窘迫综合征; 4. 心肌损害; 5. 低钙血症; 6. 心力衰竭; 7. 败血症; 8. 贫血; 9. 肺动脉高压。诊疗意见: 1. 继续抗感染，营养心肌细胞，强心，降肺动脉压力，营养支持，呼吸支持对症治疗。2. 密切观察患儿呼吸情况，监测血气分析，必要时复查胸片明确是否仍存在新生儿呼吸窘迫综合征。3. 患儿心率 180-190 次/分，呼吸 80 次/分，酌情调整呼吸机参数，警惕心衰及呼衰加重。今日查心电图了解患儿心脏情况。继予去乙酰毛花苷静点强心。4. 今日查头颅彩超了解患儿脑部发育情况。5. 患儿存在败血症，警惕感染性休克。6. 患儿哭闹，偶有人机抵抗，今日予咪达唑仑注射液静点镇静以人机协调。7. 患儿病情重，存在败血症，心衰，呼衰，RDS，肺动脉高压等病情，主任医师指示: 密切观察患儿病情变化，监测血压，注意出入量，警惕新生儿休克及肺水肿。8. 待患儿生命体征平稳，予完善腰椎穿刺术留取脑脊液培养送检。

2025-08-27 07:10 07:05 患儿抽搐 1 次，表现为规律性抖动，血氧下降至 85%，心率 125 次/分，予苯巴比妥钠 60mg 静注以止抽，约 20 秒后抽搐缓解。患儿抽搐考虑原因如下: 1. 新生儿脑病，患儿其母瘢痕子宫，产脐带绕颈 2 周史，曾有羊水偏多，胎盘有钙化，考虑不排除有乏氧

(缺氧)所致脑损伤。予查头颅彩超及心脏彩超了解患儿脑部及心脏情况。

2. 电解质紊乱: 如低钙, 低钠, 低血糖等均可引起抽搐可伴有入量不足, 腹泻, 呕吐等, 本患儿存在钙: 1.61mmol/L , 低于正常, 存在低钙血症, 抽搐原因亦不排除低钙所致。予查生化组合了解患儿是否存在电解质紊乱。3. 癫痫: 多有家族史或有脑损伤因素, 主要表现为抽搐, 形式各异, 脑电图可见棘波, 本患儿家属否认家族癫痫病史, 不排除脑损伤所致继发性癫痫, 待查动态脑电图后协诊。4. 中枢神经系统感染: 多有前驱感染史, 表现为发热, 抽搐, 全身症状重, 病理反射阳性, 脑电图及脑脊液可有异常改变, 患儿存在败血症, 已做腰椎穿刺术, 不排除化脓性脑膜炎。

2025-08-27 10:39 彩色超声报告单: (超声号: USN250827146): 超声描述: 遵医嘱急诊床旁超声检查, 患儿急救过程中扫查: 脑结构略模糊, 中线居中。双侧脑室略变窄。双侧脉络丛外形规则。脑实质回声稍强, 双侧脑室后角分别见 $1.14\text{cm} \times 0.36\text{cm}$ 及 $1.89\text{cm} \times 0.76\text{cm}$ 稍高回声。双侧丘脑、基底核区域及其他结构未见明显异常。CDFI: 脑血流稀疏, 测大脑中动脉流速 7.5cm/s 。

2025-08-27 11:46 彩色超声报告单 (超声号: USN250827146): 超声所见: 1. 右心优势, 右房测值 $17.5\text{mm} \times 15.7\text{mm}$, 余心脏各房室腔内径大致正常。2. 主动脉内径正常, 搏动可, 重搏波存在。3. 室间隔及左室后壁厚度正常, 二者呈镜像运动。4. 左室壁收缩运动减弱。5. 各瓣膜形态正常, 活动良好。6. 心包腔内未见积液。7. 大动脉短轴切面主肺动脉内见红色为主花彩血流束, 宽约 2.8mm 。超声提示: 右心优势; 主肺动脉内异常血流束 (考虑动脉导管未闭); 左室壁收缩运动减弱; 心动过缓; 心律不齐; 结合临床其它检查。

2025-08-27 12:00 危重病历讨论记录: …… , 08-27 07:05 患儿抽搐

1 次，表现为规律性抖动，血氧下降至 85%，心率 125 次/分，予苯巴比妥钠 60mg 静注以止抽，约 20 秒后抽搐缓解。7:10 患儿血氧下降至 50%，心率: 20 次/分，呼吸停止，面色发青，予正压通气，听诊双肺送气音对称一致，予吸痰清理呼吸道，立即复苏囊加压给氧，氧浓度 100%，配合胸外心脏按压，予 1:10000 肾上腺素配比液 0.8ml 静脉注射强心，予多巴胺注射液及多巴酚丁胺注射液静点(合 10ug/kg.min)增加心肌收缩力，07:13 患儿心率: 22 次/分，再次予 1:10000 肾上腺素配比液 0.8ml 静脉注射强心，07:16 患儿心率 25 次/分，血氧: 50%，继续复苏囊加压给氧，患儿皮肤颜色苍黄，四肢末梢发凉，CRT: 4S，股动脉搏动减弱，测血压: 52/22mmHg，诊断: 新生儿休克，休克评分 5 分……讨论内容: 住院医师: 新生儿休克是指机体受到急重症损害导致全身器官微循环灌流量不足，组织中氧和营养物质的供应降低到细胞可疑耐受的临界水平以下，发生代谢产物积聚，细胞结构和功能损害，最终导致脏器功能不全。本患儿存在肺动脉高压，动脉导管未闭，最终导致体循环衰竭，导致静脉回流受阻发生心功能不全，最终导致休克进入失代偿期，虽立即给予扩容、纠正酸中毒、提升血压等对症治疗，但病情进展迅速，病情危重，难以控制。主治医师: 该患儿存在 RDS，需注意预防 RDS 相关并发症，尤其是动脉导管开放，在 RDS 早期由于肺血管阻力较高出现右向左分流，在恢复期肺血管阻力下降，出现左向右分流，发生 PDA 时，因肺动脉血流增加致肺水肿，出现心力衰竭、呼吸困难，病情加重。向家属交代，根据患儿尿量、血清离子及体重变化综合评价液体入量；注意各脏器功能损害情况监测，注意神经系统查体，心肺功能监测，注意肝肾心结果回报。患儿病情进展，目前予正压通气，配合胸外心脏按压中，反应极差，病情危重，随时可能出现呼吸、心跳停止，危及生命，即使存活可能留有神经系统后遗症，如脑瘫、癫痫、运动智力发育落后等，反复向家属告知以

上情况，家属表示理解。主持人意见：主任医师：患儿病情危重，代谢性酸中毒难以纠正，应积极治疗原发病，为避免高氧潜在的损害，可将血氧饱和度维持在 92%-94%，注意出入量，必要时予利尿剂减轻心脏负荷。当OI值大于 25 是血管扩张剂的适应症，积极使用正性肌力药物以纠正心功能降低，增加氧的递送。监测血压，维持正常体循环压力，当有血容量确实或血管扩张剂应用后血压降低时，可补充血容量。患儿现病情危重，瞳孔散大，无反应，无自主呼吸，提示脑损伤严重，考虑预后差，即使存活，可能留有神经系统后遗症，如脑瘫、癫痫，智力运动障碍等。

2025-08-27 12:50 患儿心率持续低于 60 次/分，予正压通气，配合胸外心脏按压，前囟饱满，双侧瞳孔散大，对光反射无反应，球结膜水肿，颈软，双肺可闻及送气音，心音遥远，腹膨，肝肋下 3.0CM 可触及，脾不大，未闻及肠鸣音，四肢松软，双下肢水肿，新生儿反射未引出，股动脉搏动微弱，四肢末梢凉，CRT: 4S。向家属交待病情，患儿现病情危重，瞳孔散大，无反应，无自主呼吸，提示脑损伤严重，即使存活，考虑预后差。11:40 家属要求自动出院。12:50 弃全血 10ml，抱离病室。

2025-08-27 出院记录：……出院诊断：1. 新生儿肺炎；2. 新生儿呼吸循环衰竭；3. 急性呼吸窘迫综合征；4. 心肌损害；5. 低钙血症；6. 心力衰竭；7. 败血症；8. 贫血；9. 肺动脉高压；10. 新生儿休克；11. 上消化道出血；12. 高钾血症；13. 乳糜腹；14. 新生儿高血糖症；15. 代谢性酸中毒；16. 混合性酸中毒；17. 呼吸性酸中毒；18. 动脉导管未闭；19. 新生儿脑病；20. 颅内出血；21. 高乳酸血症；22. 先天性遗传代谢病？

（三）居民死亡医学证明（推断）书资料摘要：

死者姓名 [REDACTED] 羽。死亡时间：2025-08-27 14:24。死亡原因：新生儿细菌性脓毒症。死亡地点：[REDACTED] 院。

（病历资料摘要仅供了解患者诊疗过程使用，详细情况以原始病历资

料为准)。

四、鉴定过程

1. 鉴定标准和检验方法: 根据《人身损害与疾病因果关系判定指南》(SF/T 0095-2021),《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097-2021),结合委托要求进行鉴定。

2. 医患双方陈述意见摘要:

患方: 一、[]存在以下诊疗过错: 1. 术前对高危孕产妇及高风险新生儿救治资源匹配不足。2. 未按呼吸窘迫规范完成必要检查与严重度评估, 未进行血气分析。3. 在呼吸窘迫未解除时口服 50%葡萄糖注射液, 违背新生儿低血糖管理共识并增加误吸风险。4. 未及时启动感染评估与经验性抗菌治疗。5. 转运延误, 未把握出生后早期处置窗口。6. 转运与交接管理不规范, 交接信息不完整, 影响连续医疗。二、[]存在以下诊疗过错: 1. 经验性抗感染治疗启动迟缓且初始方案覆盖不足。2. 明确肺动脉高压时, 未使用一氧化氮。3. 肺表面活性物质应用时机延误。4. 给药延迟加重肺损伤。综上所述, 齐齐哈尔市[]和[]的诊疗过错与[]之女死亡的损害后果存在因果关系, 应当承担相应的责任。

[]: 患者无术前感染发热, 无早产, 无胎膜早破病史, 新生儿出生后无窒息情况发生, 常规剖宫产手术如无异常情况, 胎盘不需要常规做病理检查。患儿于市[]认定的死亡原因为新生儿细菌性脓毒症, 患儿母亲于我院住院期间化验指标正常, 无发热, 无胎膜早破症状, 患儿出生时羊水色清无浑浊, 无异味, Apgar评分为 10 分, 新生儿血气分析结果无异常, 我院诊治经过与患儿死亡原因无因果关系。

[]: 我院在患者住院诊疗期间, 及时对其采取符合医疗操作规范的各项诊疗措施, 请其他科室会诊, 并就相关诊疗行为如

实告知。本案患儿在其他医疗机构出生 4 小时 24 分后，自身存在危机生命健康的病症，我院本着救死扶伤的原则，将其收入院治疗。在诊疗过程中，患者家属要求自动出院，我院在 2025 年 8 月 27 日出院当天诊断书中，明确告知患者存在死亡的可能性，如果存活，亦存在相应后遗症的可能。已经履行了如实告知及尽到了必要的、合理的、符合医疗规范的诊疗义务。因此，我方诊疗行为不存在过错，与患者[]损害结果之间不存在因果关系。

五、分析说明

经审阅委托方提供的鉴定材料，2026 年 3 月 24 日召开了司法鉴定陈述会，鉴定人和医患双方共同核对了鉴定事项，听取医方、患方分别陈述，询问病情、病程以及诊疗过程中的相关问题，依据卫生行政法规、临床医学理论、临床诊疗规范、指南等并结合临床专家意见，就委托事项分析如下：

（一）关于[]（被鉴定人[]之母）的诊疗过程

患者[]因“停经 35⁺³周，彩超提示子宫瘢痕处菲薄 1 天”于 2025 年 8 月 11 日入院齐[]（以下简称[]）产科，入院诊断：1. 宫内孕 35⁺³周，孕 2 产 1，头位待产；2. 瘢痕子宫。入院后给予胎心监护、肌注地塞米松促胎肺成熟等对症治疗，8 月 21 日自觉偶有不规律下腹痛，胎动时下腹瘢痕处疼痛，胎心监护：胎心率基线 158bpm，反应型，8 月 22 日 8:35-09:30 在腰硬联合麻醉下行二次子宫下段剖宫产术，术中见：子宫下段菲薄仅剩浆膜层，可见羊水及胎脂漂浮，羊水清，量约 800ml，于 08:46 以枕左前助娩一活女婴（[]），Apgar 评分 10 分（1 分钟）-10 分（5 分钟），胎盘胎膜完整娩出，术中出血 300ml，术后给予抗感染、促进子宫恢复等治疗后于 8 月 26 日出院，出院诊断：宫内孕 37 周孕 2 产 2，枕左前位，剖宫产一活婴，瘢痕子宫。

(二)关于马[]诊疗过程及损害后果

患儿[]羽，女，系G2P2，37周孕，于2025年8月22日08:46在[]剖宫产娩出，出生前脐带绕颈2周，胎盘有钙化，出生后持续呻吟，呼吸急促，于8月22日13:10因“呻吟，呼吸急促4小时24分钟”[]新生儿科，专科查见：反应略兴奋，呼吸急促，鼻扇及三凹征(+)，双肺呼吸音粗糙，心音略低钝，律齐，握持反射稍弱，拥抱反射不完全，初步诊断：1.新生儿肺炎？2.新生儿呼吸衰竭；3.RDS？入院后予以重症监护、入暖箱、气管插管、抗感染、应用肺表面活性剂、营养心肌、降肺动脉压力等对症治疗，患儿病情持续危重，8月27日出现抽搐、血氧及心率下降、双侧瞳孔散大、四肢末梢发凉等休克表现，与家属沟通病情后家属于11:40要求自动出院，12:50抱离病室。患儿于2025年8月27日14:24死亡。

被鉴定人[]损害后果认定为“死亡”。由于[]死亡后未进行尸体解剖和病理组织学检验诊断明确死亡原因、查明病变及病变性质，鉴定组依据现有送检资料分析（推断）其死亡原因：①新生儿呼吸窘迫综合征（RDS）、新生儿肺炎基础上，继发多脏器功能损害与严重并发症，最终导致呼吸、循环衰竭死亡可能性较大。②其它。

(三)[]在[]及[]诊疗过程中的医疗过错

1. 产科方面：

据[]的长期医嘱显示：地塞米松注射液(1ml:5mg)肌肉注射、bid，使用时间为2025-08-11 18:12至2025-08-22 09:50；患者费用清单显示地塞米松注射液剂量为5mg，共计10支。前述内容说明院方使用地塞米松注射液促胎肺成熟在使用时间、剂量上均不规范（详见《妇产科学》促胎肺成熟相关内容介绍），存在缺陷，但这与患儿[]死亡的损害后果之间因果关系不明确。

2. 儿科方面:

院方虽在 8 月 22 日 09:55、10:50 两次病程记录中记载“建议新生儿转上级医院进一步诊治，患者家属拒绝”，但送鉴资料中仅有一次新生儿出生 4 小时后关于转院的沟通记录，院方未能提供其他有效证据证明其在关键的早期阶段（如新生儿生后 1 小时、2 小时查房发现持续呻吟时）就已向家属进行了清晰、全面的告知，仅有一次出生 4 小时后的转院沟通记录，不能体现院方尽到了充分告知义务，致患方（患儿近亲属）失去了在第一时间了解病情并选择更优诊疗方案的权利，亦使新生儿呼吸异常未得到早期专业干预。

对于剖宫产新生儿，尤其是存在脐带绕颈 2 周、胎盘钙化等围产期高危因素的新生儿，出现持续呻吟是新生儿呼吸窘迫综合征（RDS）、新生儿肺炎等严重疾病的早期表现。本案中，院方新生儿科医师在新生儿生后 1 小时、2 小时查房均见新生儿持续呻吟，但未及时进行相关检查（如血气分析、炎症指标检验、胸片等）以明确诊断，并评估是否需要进一步呼吸支持，而院方仅采取观察和低流量吸氧措施，为后续呼吸衰竭、RDS 加重埋下隐患。院方在 8 月 22 日 09:55 发现呻吟后，直至 12:50 才医嘱转院，期间间隔近 3 小时。转诊的延误直接导致患儿未能及时获得更高级别的救治，与后续病情恶化存在关联性。

患儿末梢血糖 3.8mmol/L（未 $<$ 2.6mmol/L），属血糖正常范围，按照《新生儿低血糖临床规范管理专家共识（2021）》，应密切监测，不需要高糖治疗，但院方予配方奶约 20ml 及 50%葡萄糖注射液约 5ml，处置方案不当。

综上，院方在对[]的诊疗过程中，未履行充分告知义务，让患方失去知情权和选择权；对新生儿病情预判与处理不当，转诊时机延误。前述医疗过错与[]最终死亡的损害后果之间存在因果关系。

(四)齐[]主[]诊疗过程中的医疗过错

患儿 8 月 22 日 13:10 入院后，院方于 13:33 与患方沟通：患儿生后呼吸困难，结合影像学检查，诊断呼吸窘迫综合征，建议患方应用肺表面活性物质，患方即刻签署同意使用肺表面活性剂，15:37 胸片检查后亦提示肺透明膜病，但院方却于 16:30 才首次使用猪肺磷脂注射液；21:54 血气分析提示PCO₂ 22mmHg、PO₂ 51mmHg，院方仅下调呼吸机参数，未复查胸片及心脏彩超，未预判肺动脉高压、心肌损害等早期并发症，错失干预窗口期。8 月 23 日 16:00 生化提示肌酸激酶 540.9U/L、同工酶 44.3U/L、血钙 1.61mmol/L，诊断为心肌损害、低钙血症，院方仅予营养心肌，未及时补充钙剂，未对心肌损害采取强化保护措施，为后续心力衰竭埋下隐患；17:00 患儿出现心率 180 次/分、奔马律，诊断为心力衰竭，院方才予西地兰强心、呋塞米利尿，心力衰竭识别滞后，未在心肌损害早期采取预防心衰措施；23:00 记载心脏彩超确诊中度肺动脉高压、动脉导管未闭，院方仅予西地那非降肺压，未及时联合正性肌力药物及肺血管扩张剂，未调整呼吸机模式（如高频振荡）以改善氧合、降低肺血管阻力，导致肺动脉高压持续加重。8 月 24 日 03:00 确诊败血症，院方仅联合氨苄西林扩大抗菌谱，未及时升级为碳青霉烯类抗生素（如美罗培南），感染控制滞后，导致后续感染性休克；21:05 改高频振荡呼吸机后，虽血氧暂时改善，但未持续监测乳酸、血氨、电解质，至 08-27 才发现高钾血症、高乳酸血症、血氨升高，多脏器功能损害监测不全面，电解质紊乱处置滞后。8 月 27 日 07:05 患儿出现抽搐，院方予苯巴比妥钠止抽，止抽后脑保护措施不完善；10:00 在患儿休克未纠正、心率持续低于 60 次/分情况下，予输全血 30ml，未评估输血指征的合理性，休克期盲目输血可能加重循环负荷。

综上，院方在对[]的诊疗过程中，对病情的动态评估、早期并

发症的预判与干预、关键治疗措施的及时性与有效性、以及多脏器功能监测与支持等方面均存在不足。前述医疗过错共同加剧了患儿病情恶化，与最终死亡的损害后果之间存在因果关系。

（五）医疗过错、因果关系及原因力分析

新生儿肺炎、急性呼吸窘迫综合征、心肌损害、心力衰竭、败血症、肺动脉高压、乳糜腹、动脉导管未闭、新生儿脑病等系被鉴定人自身疾病。患儿系孕 37 周剖宫产，胎肺发育不成熟，易发生新生儿呼吸窘迫综合征（RDS）；出生前脐带绕颈 2 周、胎盘钙化，存在宫内缺氧基础；出生后即出现呻吟、呼吸急促，说明其呼吸功能先天薄弱；病程中快速并发肺动脉高压、动脉导管未闭，加重心肺负担；自身病情进展迅猛，机体代偿能力差，感染与缺氧应激下内环境严重紊乱。前述不利因素与损害后果之间存在因果关系。死亡后未进行尸体解剖和病理组织学检查诊断明确死亡原因、查明病变，该不利因素在一定程度上影响到医疗过错行为与损害后果之间参与程度的判断。

对 的诊疗过程中存在以下过错：未履行充分告知义务，让患方失去知情权和选择权；对新生儿病情预判与处理不当，转诊时机延误。

对 的诊疗过程中存在以下过错：对病情的动态评估、早期并发症的预判与干预、关键治疗措施的及时性与有效性、以及多脏器功能监测与支持等方面均存在不足。

综上，根据医学领域的复杂性和不确定性，考虑到患儿自身疾病严重、复杂等特点，结合 、 两家医院上述医疗过错行为及医疗机构级别等因素，依据《医疗损害司法鉴定指南》等综合分析认为， 、 两家医院的医疗过错与 的损害后果（死亡）之间均存在因果关系；损

害后果系患儿原发疾病与医疗过错共同作用的结果，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议：[REDACTED]为轻微原因，[REDACTED]为次要原因。

六、鉴定意见

1. 齐[REDACTED]诊疗行为存在医疗过错，医疗过错与[REDACTED]的损害后果（死亡）之间存在因果关系，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议为轻微原因；

2. 齐[REDACTED]诊疗行为存在医疗过错，医疗过错与[REDACTED]的损害后果（死亡）之间存在因果关系，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议为次要原因。

鉴定人：[REDACTED]副主任医师

执业证[REDACTED]

鉴定人：[REDACTED]师

执业证[REDACTED]

鉴定人：[REDACTED]副主任法医师

执业证[REDACTED]

鉴定人：[REDACTED]医师

执业证号：[REDACTED]

二〇二六年四月十五日

司法鉴定专用章



委托单位：黑龙江省齐齐哈尔市中级人民法院
被鉴定人：[REDACTED]

鉴定人承诺书

本人接受人民法院委托，作为诉讼参与人参加诉讼活动，依照国家法律法规和人民法院相关规定完成本次司法鉴定活动，承诺如下：

一、遵循科学、公正和诚实原则，客观、独立地进行鉴定，保证鉴定意见不受当事人、代理人或其他第三方的干扰。

二、廉洁自律，不接受当事人、诉讼代理人及其请托人提供的财物、宴请或其他利益。

三、自觉遵守有关回避的规定，及时向人民法院报告可能影响鉴定意见的各种情形。

四、保守在鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私，不利用鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私获取利益，不向无关人员泄露案情及鉴定信息。

五、勤勉尽责，遵照相关鉴定管理规定及技术规范，认真分析判断专业问题，独立进行检验、测算、分析、评定并形成鉴定意见，保证不出具虚假或误导性鉴定意见；妥善保管、保存、移交相关鉴定材料，不因自身原因造成鉴定材料污损、遗失。

六、按照规定期限和人民法院要求完成鉴定事项，如遇特殊情形不能如期完成的，应当提前向人民法院申请延期。

七、保证依法履行鉴定人出庭作证义务，做好鉴定意见的解释及质证工作。

本人已知悉违反上述承诺将承担的法律后果及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。

2020年2月10日
司法鉴定专用章





执业证号: S10110000000000000000

姓名: 何爱

性别: 男

颁证机关: 上海市司法

颁证日期: 2013年10月29日

行业执业资格

执业范围

1.法医学临床鉴定:
0201 人体损伤程度鉴定;
0202 人体残废等级鉴定;
0203 尸体检验鉴定;
0204 人体活体检验(020101 活体检验);
0205 道路交通事故现场勘查;
0206 与人体损伤相关的其他法医临床学鉴定。

执业范围

2.法医学临床鉴定:
0101 死亡原因鉴定(010101 尸体解剖、死亡原因鉴定; 010102 尸表检验、死亡原因鉴定; 010103 尸体剖检、死亡原因鉴定);
0102 尸体检验(010201 尸体检验、死亡原因鉴定; 010202 尸体剖检、死亡原因鉴定);
0103 与人体损伤相关的其他法医临床学鉴定。



执业证号: S10110000000000000000

姓名: 何爱

性别: 男

颁证机关: 上海市司法

颁证日期: 2013年10月29日

行业执业资格

执业范围

1.法医学临床鉴定:
0201 人体损伤程度鉴定;
0202 人体残废等级鉴定;
0203 尸体检验鉴定;
0204 人体活体检验(020101 活体检验);
0205 道路交通事故现场勘查;
0206 与人体损伤相关的其他法医临床学鉴定。

执业范围

2.法医学临床鉴定:
0101 死亡原因鉴定(010101 尸体解剖、死亡原因鉴定; 010102 尸表检验、死亡原因鉴定; 010103 尸体剖检、死亡原因鉴定);
0102 尸体检验(010201 尸体检验、死亡原因鉴定; 010202 尸体剖检、死亡原因鉴定);
0103 与人体损伤相关的其他法医临床学鉴定。