



司法鉴定意见书



一、基本情况

委托方:日照市东港区人民法院

委托鉴定事项: [REDACTED] 提供的诊疗行为是否存在过错,若存在过错,过错 [REDACTED] 目前损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行司法鉴定;并 [REDACTED] 的伤残等级、护理期(护理人数)、营养期、护理依赖程度、后续治疗费用进行鉴定。

受理日期:2024年06月26日

鉴定材料: [REDACTED] 病历资料 (CL4、7、11、13);
[REDACTED] 病历资料 (CL5);
(以上鉴定材料均由委托方提供以原件复印留存)
3. 影像片 (CL9)。 (阅后随报告寄回)

鉴定日期:2024年07月16日

鉴定地点 [REDACTED]

被鉴定人 [REDACTED] 女,身份证号 [REDACTED]。

在场人员:患方 [REDACTED] 等人;医 [REDACTED] 等人。

二、检案摘要

(一)案情介绍:据委托方提供的鉴定材料,被鉴定 [REDACTED] 因“停经25周+5天,阴道流血3小时”于2023-11-01 [REDACTED] 住院治疗,诊断为未足月胎膜早破、先兆流产、妊娠合并子宫颈环扎术后等,医方拆除宫颈环扎线及期待保胎治疗,11-04 15时发现胎死宫内,予行药物流产,当晚患者出现感染性休克,23:40经阴道助娩出一女性流产儿,流产后阴道出血多,药物促子宫收缩效果欠佳,遂行剖腹探查、全子宫切除术,术后患者带气管插管入ICU,病

情危重，多脏器功能衰竭，医方给予呼吸机辅助通气、输血、止血、抗感染、CRRT、升压、营养支持等治疗，患者于2024-01-22出院。现因诉讼、赔偿等需要，由日照市东港区人民法院委托本中心要求

提供的诊疗行为是否存在过错，若存在过错，过错与目前损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小行司法鉴定；并的伤残等级、护理期（护理人数）、营养费、护理依赖程度、后续治疗费用进行鉴定。

（二）病历资料摘抄：

1. 2023-10-24 门诊葡萄糖耐量试验检验报告单：空腹血糖4.6mmol/L，1h 血糖：8.3mmol/L，2h 血糖：9.2mmol/L。

2. 出院记录（住院号：：入院日期：2023-11-01，出院日期：2024-01-22，入院情况：停经25周+5天，阴道流液3小时。专科情况：宫高19.0cm，腹围91.0cm，头先露，胎位：头位，胎心140次/分，无宫缩，胎膜已破，宫口容指，阴道内大量羊水，色清。2023-11-01 我院门诊B超：增大的子宫内可见一胎儿回声，双顶径5.9cm，头围22.1cm（24w1d），位于下腹，胎儿腹围20.0cm，骨长4.5cm。胎盘附着于子宫前壁，胎盘成熟度0级。羊水最大深度3.5cm，羊水指数6.0cm。入院诊断：1. 未足月胎膜早破，2. 先兆流产，3. 孕25周+5天 G7P1 L1 头位，4. 妊娠合并子宫颈环扎术后，试管婴儿妊娠状态，6. 不良孕产个人史。诊疗经过：孕妇入院后给产科护理，并完善实验室等检查，拆除宫颈环扎线并给予头孢呋辛预防感染、地塞米松促胎肺成熟、监测胎儿宫内情况、抑制宫缩等对症治疗，于2023-11-04出现胎死宫内，给予米非司酮行药物流产，日夜间出现发热、血压下降等，考虑为感染性休克，升级抗生素抗感染治疗，并转重症医学科进行抢救，予以美罗培南等抗感染的同时行流产术，流产后阴道出血多，行剖腹探查术，术中给予全子宫切除术并给予输血治疗，术后转重症监护室继续抢救治疗，患者病情危重出现多脏器功能衰竭，经多学科积极救治，病情逐渐好转... 患者抢救过程中出现急性肾衰竭，给予定期床旁CRRT治疗，后改为定期血液透析治疗... 出院诊断：1. 脓毒性休克，2. 弥散性血管内凝血，严重的产后大出血，4. 心源性休克，5. 急性胆囊炎，6. 大肠杆菌败

症，7. 产超广谱 β -内酰胺酶大肠埃希菌（ESBLs），8. 急性肝衰竭，9. 急性肾衰竭，10. 急性左心衰竭，11. 失血性休克，12. 不良孕产个人史，13. 溶血性贫血，14. 重度贫血，15. 血小板减少，16. 凝血功能障碍，17. 低蛋白血症，18. 营养风险，19. 肠道菌群失调，20. 未足月胎膜早破，21. 宫内感染，22. 胎死宫内，23. 孕26周+1天流产 G7P1L1头位，24. 全子宫切除术后。

3. 入院记录：现病史：... 孕14周+4天，宫颈机能不全入院环扎术... 既往史：... 有手术外伤史，有输血史。5年前因“宫外孕”2次行手术治疗（开腹1次，术后输血治疗、腹腔镜1次），两侧输卵管切除...

4. 病程记录：2023-11-03 14: [REDACTED] 查房记录：... 孕妇入院后监测血糖，空腹7.3mmol/L，早餐、午餐、晚餐后血糖分别为：7.5、8.7、8.0mmol/L，因孕妇入院后给予地塞米松促胎肺成熟治疗，血糖偏高，考虑不排除与应用地塞米松有关，建议停地塞米松后，再次监测血糖变化... 孕妇胎膜早破，臀高位，卧床休息，且为宫颈环扎拆线术后，不排除小便污染可能。嘱患者注意会阴清洁，每次大小便后行会阴清洗。并再次告知孕妇，破水时间长，发生感染上行感染风险较大，不适宜长时间保胎，建议适时终止妊娠... 要求继续保胎，尽量延长孕周... 江西司法鉴定

2023-11-04 17: [REDACTED] 查房记录：... 每日听胎心Q4H，于15:00护士巡视病房并听胎心，未闻及胎心音 [REDACTED] 一同查看孕妇并再次听胎心仍未闻及胎心... 2023-11-04彩超检查报告：... 羊水深度1.4cm。胎心搏动及胎动消失... 现孕妇无腹痛，无阴道流血... 查体：T 36.5℃，P 76次/分，R 19次/分... 现已胎死宫内，建议终止妊娠，因患者胎膜早破、羊水极少，羊膜腔穿刺注射乳酸依沙吖啶实施困难，破水时间长，发生上行性感染风险大，不适合水囊引产，建议行药物性引产处置术并告知其相关风险，孕妇及家属表示了解病情同意流产并签字。嘱给予米非司酮+米索前列醇片口服行药物性引产术。因患者破水时间长，若药物引产失败短时间内不能经阴娩出，有发生宫腔感染、菌血症甚至感染性休克可能，必要时需行剖宫取胎术...

2023-11-04 19:00 18:30 巡视病房时发现患者寒战，测体温 39.3℃...考虑未足月胎膜早破时间长，且彩超提示胎死宫内，不排除宫内感染...遂急查血常规+CRP、降钙素、血培养等感染指标，给予物理降温、药物退热解热治疗，必要时药学部会诊升级抗生素...

2023-11-04 21:05...给予物理降温、口服布洛芬等对症治疗，效果欠佳，体温最高达 39.5℃...白细胞 $3.19 \times 10^9/L$ ，中性细胞比率 86.4%...阴道检查示宫口开大 1.5cm，阴道灼热感。结合孕妇病史考虑宫内感染可能性大，建议给予升级抗生素...给予头孢西丁抗感染...

2023-11-04 22:23 孕妇 21:40 规律宫缩入产房待产，体温 39.1℃，测血压 75/35mmHg，常规阴道检查提示：宫口开大容指松，先露-1，胎膜已破，阴道流血 20ml，色鲜红...考虑孕妇休克血压，暂不排除胎盘早期剥离可能...考虑感染性休克，胎死宫内，立即转重症医学科，血压 68/40mmHg，心率 113 次/分，于 22:18 由产房急转入重症监护室...

2023-11-04 23:00...查：宫口开大 5cm，胎膜已破，宫缩规律，产程进展好，无明显阴道流血...宫口已经开大 7cm，决定行阴道助娩。

2023-11-05 00:20 流产后病程记录...再次阴道检查示宫口开全，指导用力。于 23:40 经阴娩出一女性流产儿，有恶臭味，检查胎盘娩出完整...胎盘娩出后阴道流血多...促子宫收缩治疗，治疗效果欠佳...

2023-11-05 04:24 术后返 ICU 病程记录：...患者体温不升...气管内插管接呼吸机辅助呼吸...继续给予输注红细胞、血浆、纤维蛋白原、凝血酶原复合物等改善凝血促进止血，提高血红蛋白含量改善携氧能力，并给予美罗培南抗感染治疗，止血、营养支持、护胃等治疗...

2023-11-05 15:59 特殊抗菌药物专家会诊病程记录：患者感染性休克...血培养未回，应用美罗培南效果不佳，考虑不排除合并 G 阳性球菌感染，拟应用万古霉素抗感染治疗...待各项检查结果回报后目标性抗感染治疗...

5. 手术记录：手术日期：2023-11-05，手术名称：经腹全子宫切除术。手术经过、术中发现的情况及处理：患者至手术室后阴道流血多、不凝，子宫轮廓不清，经阴道探查见宫腔、宫颈均出血明显，宫颈撕脱严重、质脆，无法缝合...在全麻下行开腹探查术。术中见子宫松软、刺激无收缩，横行切开子宫下段见宫腔及子宫下段广泛渗血，再次向患者家属交代病情后行全子宫切除术...

6. 长期医嘱单：注射用盐酸万古霉素 0.5g/支 1g Q12H，开始日期：2023-11-05 15:59，停止日期：2023-11-08 18:32；注射用盐酸万古霉素 0.5g/支 0.5g Q12H，开始日期：2023-11-08 18:32，停止日期：2023-11-11 09:48。

7. 血气分析报告单：检查日期：2023-11-04 22:15， pCO_2 : 23mmHg, Lac: 6.8mmol/L, HCO_3^- : 16.0mmol/L, BE (B) : -6.4mmol/L。

8. 病理诊断报告单：检查日期：2023-11-05，病理诊断：胎盘组织部分出血、梗死伴钙化；急性绒毛膜羊膜炎；脐带未见异常；子宫内膜、子宫颈粘膜组织及部分肌层内可见急、慢性炎细胞浸润，伴脓肿形成；肌层内可见出血。

9. 微生物检验报告单（血培养）：报告日期：2023-11-06，细菌名称：大肠埃希菌。

微生物检验报告单（血培养）：报告日期：2023-11-07，细菌名称：大肠埃希菌。

10. 万古霉素浓度测定检验结果报告单：报告时间：2023-11-08 16:40，万古霉素 26.44 μ g/ml，参考值 10-15 μ g/ml（成人）。

万古霉素浓度测定检验结果报告单：报告时间：2023-11-08 16:40，万古霉素 30.90 μ g/ml，参考值 10-15 μ g/ml（成人）。

11. 心脏彩超报告单：报告时间：2024-06-29，检查描述：... 心功能：EF: 62% (52-76%)。

12. 脑钠肽 (BNP) 检验结果报告单：报告时间：2024-06-30，* 脑钠肽：81.40pg/ml。

13. SPECT/CT 诊断报告：报告日期：2024-07-03，影像所见：... 肾小球滤过率 (GFR)：左肾 GFR 8.27ml/min、右肾 GFR 8.67ml/min... 诊断意见：1. 双肾肾小球滤过功能重度受损，2. 双肾血流灌注迟缓，

3. 双肾分泌高峰降低、半排时间延长。

(三) [REDACTED] 门诊病历资料 (门诊号 [REDACTED]) 摘抄: 就诊日期: 2024-02-29, 主诉: 血肌酐急性升高 3 月余, 现病史: ... 2024-02-25 查血肌酐 $505 \mu\text{mol/L}$, 目前尿量每天 300ml 左右。本次 eGFR (CKD-EPI): 9ml/min/1.73m^2 ; 肌酐: 5.76mg/dl ; 尿素氮: 29.19mg/dl ; 红细胞计数: $8.7/\text{ul}$; 白细胞计数: $679.50/\text{ul}$... 双肾缩小, 符合慢性肾脏病超声表现... 诊断: 肾功能不全。

(以上信息为摘录内容, 具体以委托方提供的送鉴材料为准!)

三、检验过程

(一) 本中心于 2024-04-03 收到委托方 (日照市东港区人民法院) 的鉴定委托书及相关材料, 随即发“工作函”至委托方, 通知缴纳鉴定费用。根据案件情况, 本中心聘请相关学科的临床医学专家并向专家送达材料安排陈述会。确定陈述会时间后向委托方发出书面通知。

(二) 根据《司法鉴定程序通则》相关规定, 本鉴定中心于 2024-06-26 召集有关临床医学妇产科、重症医学科专家及法医学鉴定人员组成鉴定组并请医患双方当事人参加陈述会, 会中鉴定组成员认真听取了医患双方对被鉴定人 (患者) [REDACTED] (医方) 诊疗过程相关问题的陈述。鉴定组成员针对医患双方争议要点, 向医患双方进行提问。医患双方退场后, 专家根据委托方送鉴材料及陈述情况, 在讨论后形成书面意见。鉴定人根据送鉴材料及相关规定, 结合专家咨询意见, 独立作出司法鉴定意见。

(三) 根据 SF/T0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》, 参照临床诊疗规范和相关专业学科通常诊疗常规等进行法医学鉴定, 并根据 SF/T 0111-2021《法医临床检验规范》进行检查。

使用标准:《人体损伤致残程度分级》标准、GA/T1193-2014《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》、GB/T31147-2014《人身损害护理依赖程度评定》、GA/T1555-2019《法庭科学 人身损害受伤人员后续诊疗项目评定技术规程》。

使用工具: QS-C-12 照相机、QS-C-02-03 彩色比例尺、QS-C-02-05 钢直尺。

体格检查：被鉴定人[]行步入检查室，神志清楚，问答切题，查体合作。查体见右锁骨下血液净化静脉留置导管在位，腹部见多处分别为1.5cm、1.5cm、2.0cm及1.5cm×0.3cm、2.0cm×1.0cm、7.5cm×2.0cm的瘢痕；右侧季肋区一长0.3cm瘢痕，右前臂下段前外侧见2.0cm×1.5cm的块状瘢痕，右大腿上段前侧见大小分别为0.5cm、0.5cm、0.6cm、1.0cm、0.7cm×0.8cm的瘢痕；余未检见明显异常。自诉时感胸闷不适、憋气、心悸。

参考GB/T31147-2014《人身损害护理依赖程度评定》标准对其日常生活能力（进食、床上活动、穿衣、修饰、洗澡、床椅转移、行走、小便始末、大便始末及用厕）进行评分（百分制），总计100分。

四、分析说明

依据案情摘要，审阅由委托方提供的有关医院病历资料及会中相关陈述，参考临床医学专家意见，结合本中心法医检验所见，综合分析说明如下：

（一）对医方诊疗行为的分析

被鉴定人[]“停经25周+5天，阴道流液3小时”于2023-11-01 []住院治疗，曾因宫颈功能不全于2023-08-15行经阴道宫颈环扎术，此次入院专科情况示宫高19.0cm，腹围91.0cm，头先露，胎心140次/分，无宫缩，胎膜已破，宫口容指，阴道内大量羊水，色清。超声检查提示中孕，活胎，羊水最大深度3.5cm，羊水指数6.0cm，羊水偏少。诊断为未足月胎膜早破、先兆流产、孕25周+5天G7P1L1头位、妊娠合并子宫颈环扎术后、试管婴儿妊娠状态、不良孕产个人史。

未足月胎膜早破应根据孕周、母胎状况、当地新生儿救治水平及孕妇和家属的意愿进行综合决策，如果终止妊娠的益处大于期待治疗，则应考虑终止妊娠。孕周越早、破膜时间越长，绒毛膜羊膜炎的风险越大，妊娠24~27⁶周，要求期待治疗者，应充分告知期待治疗过程中的风险，慎重抉择，26周前羊水过少可致胎儿肺发育不良，也是绒毛膜羊膜炎和胎儿窘迫的高危因素，如果已经羊水过少（羊水最大深度<2cm）宜考虑终止妊娠。期待治疗过程中需动态监测体温、宫缩、母胎心率、阴道流液量和性状，定期复查血常规、羊水量、胎心

监护和超声检查等，确定有无绒毛膜羊膜炎、胎儿窘迫和胎盘早剥等并发症。妊娠期糖尿病患者妊娠期血糖应控制在餐前及餐后 2 小时血糖值分别 $\leq 5.3\text{mmol/L}$ 和 6.7mmol/L ，经饮食和运动管理达不到上述标准时，应及时加用胰岛素或口服降糖药物进一步控制血糖，未能很好控制血糖的孕妇易发生感染，感染亦可加重糖尿病代谢紊乱。

11-01 医方告知孕妇及家属未足月胎膜早破、先兆流产、妊娠期糖尿病的相关风险同时建议宫颈环扎线拆除，患方表示“同意拆线，要求保胎”，当日宫颈环扎线拆除术后孕妇出现不规则宫缩，医方予预防感染、促胎肺成熟、抑制宫缩、保护胎儿脑神经等治疗。11-02 测得空腹及三餐后 2h 血糖均高于妊娠期血糖控制目标，医方考虑血糖偏高与激素使用有关，尿常规结果异常不排除小便污染可能，但后续未再监测血糖水平及复查尿常规，对于入院时孕妇即已羊水偏少未引起足够重视，未再复查了解羊水量的变化情况，亦未进行电子胎心监护以监测胎儿状态及子宫活动，以便尽早采取干预措施。11-04 15 时护士巡房时发现胎死宫内，急诊彩超显示羊水深度仅 1.4cm，后孕妇发生感染性休克合并失血性休克、DIC 等，结合子宫切除术后病理结果，综合分析认为，医方对未足月胎膜早破且孕周小，合并妊娠期糖尿病（2023-10-24 葡萄糖耐量试验 4.6-8.3-9.2mmol/L）、羊水量少的孕妇进行期待治疗期间，母儿情况监测、评估不到位，存在过错。

中期妊娠引产方式主要有药物引产和手术引产两大类，妊娠 17~27⁶ 周稽留流产推荐依沙吖啶羊膜腔内注射引产和药物引产，药物引产是使用米非司酮、前列腺素制剂等药物进行引产，米非司酮配伍米索前列醇用于中期妊娠稽留流产引产的成功率高，且具有较高的安全性；经腹剖宫取胎术不应作为中期妊娠稽留流产引产的常规方法，仅在胎盘植入、先兆子宫破裂等特殊情况下使用。2023-11-04 15:00 护士巡视病房并听胎心，未闻及胎心音，彩超检查胎心搏动及胎动消失，当即查体 T36.5℃，P76 次/分，R19 次/分，患者羊水极少，依沙吖啶羊膜腔内注射引产实施困难，医方在告知患者引产方案和有关风险并取得签字同意后，选择米非司酮片联合米索前列醇片引产终止妊娠符合诊疗规范。

胎死宫内孕妇本身是感染的高危人群，一旦发生败血症，极易导

致脓毒血症，病死率达 50~90%，对存在潜在感染或出现感染征象的胎死宫内孕妇，尤其是出现寒战、高热时，监测血压及生命体征，尽快行脓毒血症筛查，及时进行血培养，需要覆盖需氧菌、厌氧菌，尤其需要重视革兰阴性菌感染，当病情进展要尽快组织多学科协作诊疗，整合医疗资源，迅速制定系统和规范的治疗方案。11-04 18:30 巡房时发现患者寒战，测体温 39.3℃，医方开具血常规+CRP、降钙素原、血培养的医嘱并行退热处理，20:39 血常规结果出具显示白细胞较前明显下降、中性粒细胞比率升高，此时患者仍高热且宫口开大 1.5cm、阴道有灼热感，提示感染，而医方仅经验性更改抗生素为同属二代头孢菌素类的头孢西丁，且在患者入产房之前未见血压、呼吸、脉搏等体征的监测记录，21:40 患者入产房后测得血压为 75/35mmHg，22:15 血气分析提示明显代酸呼碱，患者呈感染性休克状态，医方对于胎死宫内孕妇的处理不够积极，存在过错。

肾功能减退的感染患者应用抗菌药物的基本原则为尽量避免使用肾毒性抗菌药物，确有应用指征时，严密监测肾功能情况，根据感染的严重程度、病原菌种类及药敏试验结果等选用无肾毒性或肾毒性较低的抗菌药物。本例患者全子宫切除术后带气管插管入 ICU，病情危重，多脏器功能衰竭，医方给予呼吸机辅助通气、输血、止血、抗感染、CRRT、定期血液透析升压等治疗。革兰阳性菌系 ICU 病房的常见致病菌，医方在美罗培南抗感染治疗效果不佳，血培养结果未回，不排除合并 G⁻ 球菌感染，患者急性肾衰竭接受 CRRT 治疗的情况下，加用万古霉素无不妥。但 11-06 及 11-07 两次血培养结果出具均为大肠埃希菌（G⁻），且两次万古霉素血药浓度测定均已超出参考值上限，医方应考虑尽早停止使用该抗菌药物以避免造成更严重的肾功能损害，而医方直至 11-11 才停药，抗感染治疗方案不够规范，存在过错。

（二）诊疗行为与损害后果关系的分析

本例患者未足月胎膜早破、先兆流产、妊娠期糖尿病、妊娠合并子宫颈环扎术后、试管婴儿妊娠状态、不良孕产个人史诊断成立，医方与患者及家属沟通确认后行子宫颈环扎线拆除及采取期待疗法保胎处理，患者入院后医方即予以了预防性抗感染治疗，患者宫内感染、胎死宫内及后续出现感染性休克、失血性休克、多脏器功能障碍与其

自身胎膜早破、孕周小、羊水量少、多次不良孕产史、妊娠期糖尿病和期待治疗过程中感染症状隐匿，后期病情进展迅速，救治难度极大有关。但医方在期待治疗保胎期间，对患者血糖高及尿常规异常的情况，未再密切关注、处理，未积极了解羊水量的变化情况及行电子胎心监护；对胎死宫内孕妇的处理不够积极；两次血培养结果为革兰阴性菌且万古霉素血药浓度测定已超出参考值上限，医方未尽早停用该具有一定肾毒性的抗菌药物，抗感染治疗方案不够规范，存在过错，过错与患者目前损害后果存在因果关系，根据 SF/T0097-2021《医疗损害司法鉴定指南》7.3.3 款之规定，系次要原因。

（三）伤残等级评定

被鉴定人 [REDACTED] 2023-11-05 行全子宫切除术，目前心室射血分数、BNP 检测均在正常值范围，心功能可，遗留肾功能障碍，根据 2024-07-03 SPECT 检查 GFR 值 (ml/min)：左肾 8.27，右肾 8.67，总肾 16.94，依据《人体损伤致残程度分级》标准 5.4.4.4 款之规定，其肾功能重度下降评定为四级伤残，依据《人体损伤致残程度分级》标准 5.7.5.4 款之规定，其全子宫切除术后评定为七级伤残。

（四）护理期（护理人数）、营养期评定

结合临床实际诊疗情况，参考 GA/T1193-2014《人身损害误工期、护理期、营养期评定规范》，被鉴定人 [REDACTED] 护理期评定为 180 日（护理人数原则上评为 1 人）、营养期评定至评残前一日（2024-08-06）止。

（五）护理依赖程度评定

参考 GB/T31147-2014《人身损害护理依赖程度评定》标准对其日常生活能力（进食、床上活动、穿衣、修饰、洗澡、床椅转移、行走、小便始末、大便始末及用厕）进行评分（百分制），总计 100 分，依据该标准 4.2.1.1 款之规定，其日常生活活动无需护理依赖。

（六）后续治疗费用评定

被鉴定人 [REDACTED] 前遗留肾功能重度下降，结合 GA/T1555-2019《法庭科学 人身损害受伤人员后续诊疗项目评定技术规程》标准，后续仍需行定期血液透析治疗，具体治疗费用可凭医院正规发票予以核报。