

[REDACTED]

司法鉴定意见书



统一社会信用代码: [REDACTED]

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，不受任何个人或者组织的非法干预。

2.司法鉴定意见书是否作为定案或者认定事实的根据，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.鉴定意见书属于鉴定人的专业意见。当事人对鉴定意见有异议，应当通过庭审质证或者申请新鉴定、补充鉴定等方式解决。

地 址：[REDACTED]号（邮政编码：[REDACTED]4）

联系电话：[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

传 真：[REDACTED] 监督电话：[REDACTED]



司法鉴定意见书

宁康宁司法鉴定中心[2024]病医损鉴字第31号



一、基本情况

委托方：菏泽市牡丹区人民法院

委托函号：(2024)鲁

委托事项：(下称医方)的诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与(女，1986年11月出生。下称产妇)之子(男，2023年8月27日出生，已故。下称患儿)损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小。

委托日期：2024年5月24日

委托材料：1. 质证笔录2份；2. 鉴定申请书、火化证明等1份；3. 医患双方陈述各1份；4. 医方住院病案2套(病案号：202302797、202302799)；5. 产妇产前检查记录及报告单等1组；6. 住院病案1套(病案号：23052035)；7. 住院病案1套(病案号：0748865)；8. 医方胎心监护2份。

二、基本案情

2023年8月27日8时57分产妇因“停经39+4周，计划分娩”入住医方产科，入院诊断：39+4周妊娠G4P2，LOA，妊娠合并贫血，脐带绕颈两周，入院后予以催产素静滴，后于当日20时02分入手术室行剖宫产术，娩出一男婴(患儿)，Apgar评分1分钟3分、5分钟6分。经抢救、机械通气、抗感染等治疗后于8月31日转医院，入院诊断：新生儿缺氧缺血性脑病(重度)，新生儿败血症，新生儿化脓性脑膜炎，重度窒息，新生儿肺炎，呼吸衰竭，电解质紊乱(低磷、低钠、低氯、低钾血症)，筛孔型房间隔缺损。经对症治疗后，患儿生命垂危。9月10日家属放弃治疗并签字出院后死亡，9月11日火化。

三、病历摘要

(一) 医方住院病案一(产妇, 病案号: 202302797) 摘要:

1、产科入院记录。入院时间: 2023-8-27 08:57。初步诊断: 39+4 周妊娠 G4P2, LOA, 妊娠合并贫血, 脐带绕颈两周。

主诉: 停经 39+4 周, 计划分娩入院。现病史: 末次月经: 2022 年 11 月 23 日; 预产期: 2023 年 8 月 30 日.....自然受孕, 定期产检无异常。糖耐未做。自述唐筛其中一项临界风险, 未做无创 DNA。四维无异常.....

产科检查: 宫高: 34cm, 腹围: 101cm, 胎儿体重估计: 3500g; 时间: 09:20, 胎位: LOA, 胎心 bpm: 145, 先露: 头, 宫缩: 偶发, 先露位置: S-3, 宫颈: 容受 70%、硬度中, 宫颈位置: 中, 宫口开大: 容指, 胎膜: 未破。

2023-8-26 B 超检查: BPD: 9.6cm FL: 7.2cm AC: 35.9cm 脐带绕颈 2 周。
2023-08-26 胎心监护: 反应型。

2、病程记录。2023-8-27 19:40.....入院后完善相关辅助检查, 给予 0.5% 缩宫素静脉滴注, 现宫缩规律, 胎心 170-183bpm, 胎位 LOA, S+1, 宫口开大 2cm, 胎膜未破, 予以吸氧、改变体位, 向家属及患者本人讲明病情, 动员行剖宫产手术终止妊娠, 充分交待手术风险, 患者及家属表示已知病情同意手术, 签字为证, 积极做好术前准备。

2023-8-27 19:50。术前小结.....彩超示: 单胎头位妊娠; 脐带绕颈两周; 胎盘 I° 钙化。血液分析: 2023-08-27 09:30:26 血白细胞 $7.27 \times 10^9/L$, 中性粒细胞数 $5.19 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 71.40↑%, 红细胞 $3.49 \downarrow \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 96↓g/L, 红细胞压积 31.1↓%, 血小板 $242 \times 10^9/L$ 。术前诊断: 39+4 周妊娠 G4P2, LOA, 妊娠合并贫血, 脐带绕颈两周, 胎儿窘迫。

手术指征: 脐带绕颈两周, 胎儿窘迫。拟施手术名称及方案: 经腹子宫下段剖宫产术。注意事项.....注意子宫收缩情况, 有产后出血高危因素术前备全钙剂和卡前列素制剂并联系新生儿科医生做好抢救新生儿准备.....

三、病历摘要

(一) 医方住院病案一 (产妇, 病案号: 202302797) 摘要:

1、产科入院记录。入院时间: 2023-8-27 08:57。初步诊断: 39+4 周妊娠 G4P2, LOA, 妊娠合并贫血, 脐带绕颈两周。

主诉: 停经 39+4 周, 计划分娩入院。现病史: 末次月经: 2022 年 11 月 23 日; 预产期: 2023 年 8 月 30 日……自然受孕, 定期产检无异常。糖耐未做。自述唐筛其中一项临界风险, 未做无创 DNA。四维无异常……

产科检查: 宫高: 34cm, 腹围: 101cm, 胎儿体重估计: 3500g; 时间: 09:20, 胎位: LOA, 胎心 bpm: 145, 先露: 头, 宫缩: 偶发, 先露位置: S-3, 宫颈: 容受 70%、硬度中, 宫颈位置: 中, 宫口开大: 容指, 胎膜: 未破。

2023-8-26 B 超检查: BPD: 9.6cm FL: 7.2cm AC: 35.9cm 脐带绕颈 2 周。
2023-08-26 胎心监护: 反应型。

2、病程记录。2023-8-27 19:40……入院后完善相关辅助检查, 给予 0.5 缩宫素静脉滴注, 现宫缩规律, 胎心 170-183bpm, 胎位 LOA, S+1, 宫口开大 2cm 胎膜未破, 予以吸氧、改变体位, 向家属及患者本人讲明病情, 动员行剖宫产术终止妊娠, 充分交待手术风险, 患者及家属表示已知病情同意手术, 签字为证, 积极做好术前准备。

2023-8-27 19:50。术前小结……彩超示: 单胎头位妊娠; 脐带绕颈两周; 胎盘 I° 钙化。血液分析: 2023-08-27 09:30:26 血白细胞 $7.27 \times 10^9/L$, 中性粒细胞数 $5.19 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 71.40↑%, 红细胞 $3.49 \downarrow \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 96↓g/L, 红细胞压积 31.1↓%, 血小板 $242 \times 10^9/L$ 。术前诊断: 39+4 周妊娠 G4P2, LOA, 妊娠合并贫血, 脐带绕颈两周, 胎儿窘迫。

手术指征: 脐带绕颈两周, 胎儿窘迫。拟施手术名称及方案: 经腹子宫下段剖宫产术。注意事项……注意子宫收缩情况, 有产后出血高危因素术前备钙剂和卡前列素制剂并联系新生儿科医生做好抢救新生儿准备……



2023-8-27 23: 55。术后首次病程记录。该产妇因胎儿宫内窘迫，于入 20: 02 手术室，欲行腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产术，患者血氧突然低至 88%，急改行全凭静脉麻醉+局部麻醉下剖宫产术，术中见：子宫足月妊娠大，下段形成好，取子宫下段横切口以 LOA 娩出一男婴，清理呼吸道后哭声欠佳，刺激反应差，1 分钟阿氏评分 3 分，断脐后交台下儿科医生协助抢救，体重 3780g。胎盘胎膜娩出完整，缩宫素 20u 宫体注射，子宫收缩差，出血较多，子宫局部缝扎止血，并按摩子宫，给予安列克 250ug 肌肉注射，地塞米松 20mg 静滴，此时出血约 1000ml，紧急呼叫[]科主任及[]主任医师，常缝合子宫切口及浅肌层包埋，[]科主任上台检查子宫下段收缩差，给予波浪式加固缝合，查无渗血，子宫收缩好转，逐层关腹，术毕见腹部刀口渗血，按压宫底，见阴道流出不凝血约 800ml，急查血常规：白细胞 $8.48 \times 10^9/L$ 、红细胞 $1.76 \downarrow \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 $48 \downarrow g/L$ 、红细胞压积 $15.9 \downarrow$ 、血小板 $63 \downarrow \times 10^9/L$ ，[]科主任嘱立即输注浓缩红细胞 4U、血浆 400ml、血小板 1 个治疗量，化验室回示中心血站无 O 型血血小板，改冷沉淀 1 个治疗量，于 23: 20 输注完毕……血压 99/58mmHg，给予补液及抗生素用药治疗，出血共约 2000ml，术中补液 2500ml，尿量约 280ml，继续在手术室观察阴道出血情况及生命体征。

2023-8-28 03: 38。抢救记录 抢救时间：2023/8/27 22: 30-03: 48。22: 30 患者现面色苍白，再次按压宫底，阴道流出少量不凝血，查血常规：红细胞 $1.92 \downarrow \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 $54 \downarrow g/L$ 、红细胞压积 $17.6 \downarrow$ 、血小板体积 M $9.4 f$ 、血小板 $78 \downarrow \times 10^9/L$ ，[]科主任嘱继续给予输注滤白悬浮红细胞 6U、血浆 350ml（血站 O 型血浆不足），于 0: 00 开始输注，01: 31 输注完毕……于 2: 45 开始输注冷沉淀，3: 30 输注完毕……腹部胀气明显，尿量较前减少，尿液浓缩，电解质回示：钾 $3.45 \downarrow mmol/L$ ，氯 $110.8 \uparrow mmol/L$ ，血糖 $3.2 mmol/L$ ，给予 10%葡萄糖 500ml、速尿 20mg、极化液及钙剂，观察 1 小时后，尿量 500ml，血压 115/75mmHg，血氧 100，心率 99 次/分，患者一般情况可，神志清，精神尚可，持续导尿色清，

阴道出血不多，产妇产于 3:20 安返病房……

3、催产素静脉点滴记录表。2023-8-27。9:30 胎心率 145，宫缩不规；10:00 胎心率 145，宫缩不规；10:30 胎心率 145，宫缩强度弱，持续 20s，间歇 5min；11:00 胎心率 142，宫缩强度中，持续 20s，间歇 3min；11:30 胎心率 140，宫缩强度中，持续 25s，间歇 3min；12:00 胎心率 145，宫缩强度强，持续 25s，间歇 2-3min；12:30 胎心率 150，宫缩强度强，持续 25s，间歇 2min；13:00 胎心率 152，宫缩强度中，持续 30s，间歇 3min；13:30 胎心率 148，宫缩强度中，持续 30s，间歇 2-3min；14:00 胎心率 150，宫缩强度中，持续 30s，间歇 2-3min……17:30 胎心率 149，宫缩强度中，持续 30s，间歇 2-3min，容指松，S-2，容受 80%；18:00 胎心率 151-160，17:35 已停催产素。

4、产程记录。2023.8.27。19:25 宫缩 40" /1-2'，胎心 bpm175，入待产室，胎监；19:40 宫缩 40" /1-2'，胎心 bpm178，吸氧、改变体位；19:50 宫缩 40" /1-2'，胎心 bpm103-163 先露：头，先露位置：S-3，宫颈硬度：软，宫颈容受 80%，宫颈扩张 2cm，胎膜未破，医生建议剖宫产。

5、产前观察表。2023.8.27。18:00 宫缩 40" /2-3'，胎心 bpm160。18:30 宫缩 40" /1-2'，胎心 bpm161-183，产科及特殊情况检查：给予持续胎心监护示：胎心 161-183 次/分，查宫口开大 2cm，S-3，短时间内无法经阴道分娩，考虑胎儿缺氧可能，向患者及家属说明情况，建议剖宫产结束分娩，家属及本人拒绝并签字（拒绝剖宫产后果自负 [REDACTED]）。19:00 宫缩 40" /1-2'，胎心 bpm160-170。

6、手术记录。手术日期：2023-8-27。手术名称：子宫下段横切口剖宫产术。

手术过程……娩出方式及情况手娩胎头顺利，术中失血量 1200ml，出血原因（切口、胎盘剥离面），输血 800 毫升。新生儿情况：1 男 0 女，体重 3780g，评分：一分钟 3 分，五分钟 6 分。特殊情况：麻醉过程中患者突感胸闷；口唇青紫，血氧降至 88%，立即面罩吸氧，血氧升至 95%，加强局麻切皮，手术开始，



术毕见刀口渗血，按压子宫，见阴道流出不凝血，立即备浓缩红细胞 4U，血浆 400ml，冷沉淀 1 个治疗量。

7、出院记录。出院时间：2023-8-30 17: 50；出院诊断：产后播散性血管内凝血，产科羊水栓塞？无张力性产后出血（特指子宫收缩乏力引起的产后出血），急性胎儿宫内窘迫，经急症剖宫产的分娩，妊娠合并贫血，单胎活产，脐带绕颈，孕 39 周，孕 4 次，产 3 次。

诊疗经过：入院后完善相关辅助检查，给 0.5%催产素静滴，19: 50 宫缩 40"/1-2"，胎心 103-163bpm，胎位 LOA, S-3，宫容受 80%，宫口开大 2cm，胎膜未破，予以吸氧、改变体位，因“脐带绕颈两周 胎儿窘迫”于 2023-08-27 20: 02 欲行腰硬联合麻醉下行子宫下段剖宫产术，突然出现血氧饱和度低至 88%，急改行全凭静脉麻醉+局麻醉下剖宫产术，术后子宫收缩差，出血较多，见阴道流出不凝血约 800ml，不排除羊水栓塞伴 DIC 可能……2023/08/27, 11: 00

重症监护科……会诊意见如下：根据病史、体征及辅助检查，不排除羊水栓塞伴 DIC 可能，现该患者生命体征平稳，一般情况可，继续给予纠正贫血、补液、抗生素预防感染、促进胃肠动力对症治疗，密切观察出血、尿量、腹胀情况，定期复查肝肾功能及电解质，注意纠正水电解质紊乱及酸碱失衡……

出院情况……今日 17: 06 患者忽感剧烈头疼，脉搏 60 次/分，呼吸 30 次/分，血压 149-162/87-89mmHg，血氧饱和度 92-95%，请示 副主任医师，不排除颅内压增高、出血，嘱 20%甘露醇静滴降颅压，绿色通道转入 ICU。

（二）医方住院病案二（患儿，病案号：202302799）摘要：

1、入院记录。入院时间：2023-8-27 21: 56；初步诊断：新生儿重度窒息，新生儿缺氧缺血性脑病，新生儿呼吸窘迫综合征，特发于围生期的感染。

现病史：患儿，男，G4P3，因“生后窒息 5 分钟”入院。足月因胎心慢急症剖宫产，脐带绕颈 2 周，较紧，血性羊水，胎盘无异常，生后窒息，1 分钟评 3 分（肌张力、皮肤、呼吸各 1 分）急给予清理呼吸道，心肺复苏，5 分钟评 6



分（呼吸、心率、肌张力、刺激各 1 分，皮肤颜色 2 分）气管插管辅助通气下急送入我科。其母无妊娠高血压、糖尿病及感染。

2、病程记录。2023-8-27 22: 15。首次病程记录……入院查体: T 不升, P145 次/分, R65 次/分, Wt3.78Kg。精神反应差, 面色红润（气管插管辅助通气下）, 无双眼凝视, 呼吸略促, 前囟平坦, 张力不高, 颈软, 呼吸节律欠规则, 三凹征阳性, 双肺呼吸音粗糙, 低, 未闻及干湿性罗音; 心音低钝; 腹软, 脐部包扎可, 无脐轮红肿, 分泌物无, 肝脾未及肿大, 肠鸣音减弱。末梢循环 CRT > 3 秒, 吸吮反射消失, 拥抱反射消失, 握持反射消失, 觅食反射消失。

2023-8-28 00: 18。抢救记录。患儿 PSIMV 模式辅助通气下血氧饱和度 95%……分析患儿存在特发于围生期的感染, 但因本院条件有限, 经验性加用头孢哌酮舒巴坦抗感染, 并输注血浆补充凝血因子……

2023-8-28 16: 44。患儿 PSIMV 模式辅助通气下血氧饱和度 96%, 未开奶, 大便已排, 小便留置导尿(有尿)。查体: 患儿体温 38℃, 反应差, 皮肤黏膜尚红润, 前囟平, 双肺呼吸音粗, 可闻及干性啰音, 心率 160 次/分, 心音低钝, 腹稍胀, 肠鸣音减弱, 四肢肌张力高, 原始反射消失。患儿脐带紧绕颈两周, 有宫内窘迫; 生后窒息, Apgar1 分钟评 3 分, 5 分钟评 5 分, 经抢救恢复心跳及不规则呼吸, 入住监护室行有创呼吸支持治疗、改善循环、纠正电解质紊乱, 防治脑水肿、预防惊厥, 予静脉营养支持治疗。患儿病情危重, 请密切观察病情变化, 及时处理。

2023-08-31 07: 26 患儿于 PSIMV 模式辅助通气下氧饱和度维持在 94%-97% 之间, 呼吸机参数 F0₂ 25%……给予调节泵速, 吸痰护理, 静脉营养, 治疗方案同前, 患儿病情仍危重。请密切观察病情变化及时处理。

3、出院记录。入院时间: 2023-8-27 21: 56。出院诊断: 新生儿重度窒息, 新生儿缺氧缺血性脑病重度, 新生儿颅内出血, 新生儿惊厥, 呼吸衰竭（竭）, 新生儿败血症, 新生儿肺炎, 新生儿感染性休克, 新生儿心力衰竭, 新生儿化



脓性脑膜炎，代谢性酸中毒，低钠血症，毛细血管渗漏综合征。

诊疗经过：1、新生儿护理常规，保温暖箱；2、PSIMV 模式辅助通气支持治疗；3、抗生素应用美罗培南国产（2023.8.29-8.31,q8h）、万古霉素（2023.8.29-8.30,bid）、利奈唑胺（2023.8.30-8.31,q8h）抗感染治疗；4、西地兰（2023.8.29-8.29,共3次）、多巴酚丁胺（2023.8.29-8.29）改善心肌功能,改善循环；5、甘露醇（2023.8.27-8.31,1gq6h,今天9点用一次），速尿降（今日未用）颅压；6、咪达唑仑（2023.8.27-8.31,2.5mg 维持）、左乙拉西坦 38mg bid（2023.8.30-8.31,今日上午服用一次）防治惊厥；7、奥美拉唑静注 2mg 保护胃粘膜（2023.8.30-8.31,今日用一次）；7、静注人免疫球蛋白 2.0gd 静脉泵入（2023.8.28-8.30）、白蛋白 4gqd 静脉泵入（2023.8.28-8.31），A 型血浆 50ml 静脉泵入两次（2023.8.28 0:00-8.28 9:00）及静脉营养支持治疗……

出院情况：患儿 PSIMV 模式辅助通气下氧饱和度维持在 95%左右，呼吸机参数 F0₂ 25%，PEEP4.0cmH₂O，控制压力 10mmHg，呼吸频率 15 次/分，流量触发 0.5L/min。患儿体温 38.3℃，仍禁食，小便量可，今日已排便。查体：反应差，全身皮肤苍白较昨日好转，腹壁有水肿，前囟平，双肺呼吸音低，可闻及痰鸣音，心率 177 次/分，腹软，肠鸣音弱。四肢肌张力高，原始反射未引出……继续给予持续咪达唑仑维持镇静，人血白蛋白 4g 微量泵泵注 St 继续静脉营养支持治疗，患儿病情仍危重。患儿家长要求转入上级医院治疗。

（三）住院病案（病案号：0748865）摘要：

1、入院记录。入院时间：2023 年 8 月 31 日 16:39；初步诊断：新生儿缺氧缺血性脑病（重度），新生儿败血症，新生儿化脓性脑膜炎，重度窒息，新生儿肺炎，呼吸衰竭。

主诉：窒息复苏后发热、反复惊厥 4 天。现病史：患儿胎龄 39⁺周，因“胎心减慢”于“ ”急症剖宫产娩出……生后 5-6 小时出现发热，体温最高 39.1℃，反复惊厥，表现为肢体抖动、口唇抽动、四肢肌张力增高，

伴有炎症指标升高，予“甘露醇、呋塞米、咪达唑仑、左乙拉西坦、免疫球蛋白(2g×3天)、血浆×2次、白蛋白×4天”等治疗，仍有发热，热峰较前下降，在38-38.5℃之间，未再有惊厥发作，刺激无反应，四肢肌张力增高，仍需呼吸机辅助通气、全身水肿，为进一步诊治要求转运至我院，转运途中呼吸机辅助通气……病程中，患儿禁食，胃管内抽出咖啡色液体，大小便无异常。

个人史：(一)母亲妊娠情况：1.合并症：产后炎症指标升高……

2、出院记录。出院日期：2023年9月10日；出院诊断：新生儿缺氧缺血性脑病(重度)，新生儿败血症，新生儿化脓性脑膜炎，重度窒息，新生儿肺炎，呼吸衰竭，电解质紊乱(低磷、低钠、低氯、低钾血症)，筛孔型房间隔缺损。

入院情况：患者因“窒息复苏后发热、反复惊厥4天”入院，入院查体：T38.7℃，P170次/分，机械通气下R45次/分，BP81/61mmHg，WT3.94kg，发育正常，营养中等，昏迷状，皮肤欠红润，全身水肿。前囟平坦。面色欠红润，巩膜无黄染，球结膜水肿，双侧瞳孔散大，直径4mm，对光反射消失。口周绀，口唇红润。颈软。三凹征阴性，双肺呼吸音粗，未闻及罗音。心率170次/分，心律规整，心音低钝。腹软，肝右肋下1cm，剑突下1cm，质软，边锐，肠鸣音2次/分。四肢肌张力增强。前臂弹回0分，原始反射消失……2023年08月30日脑脊液常规 白细胞数 $85 \times 10^6/L$ ，新鲜红细胞++++，皱缩红细胞 偶见。(以上结果来自[]出院记录)

诊疗经过……给予机械通气、美罗培南、免疫球蛋白、甘露醇、呋塞米、纳洛酮、苯巴比妥、咪达唑仑、甘油磷酸钠、维生素K1、多巴胺、静脉营养等治疗，振幅整合脑电图示重度异常脑电图，头颅MRI检查符合新生儿缺氧缺血性脑病MRI表现，双颞部脑外间隙增宽；脑脊液常规组合：颜色 微红，透明度微浑，检菌(-)，氯 115mol/L ，葡萄糖 4.46mmol/L ，脑脊液蛋白定量 1123mg/L ，白细胞计数 $0.035 \times 10^9/L$ ，单个核细胞15个，分叶核细胞数20个；09.08复查脑脊液正常，脑脊液培养阴性，患儿意识状态未清醒，家属放弃治疗，签字出院……

伴有炎症指标升高，予“甘露醇、呋塞米、咪达唑仑、左乙拉西坦、免疫球蛋白(2g×3天)、血浆×2次、白蛋白×4天”等治疗，仍有发热，热峰较前下降，在38-38.5℃之间，未再有惊厥发作，刺激无反应，四肢肌张力增高，仍需呼吸机辅助通气、全身水肿，为进一步诊治要求转运至我院，转运途中呼吸机辅助通气……病程中，患儿禁食，胃管内抽出咖啡色液体，大小便无异常。

个人史：(一)母亲妊娠情况：1.合并症：产后炎症指标升高……

2、出院记录。出院日期：2023年9月10日；出院诊断：新生儿缺氧缺血性脑病(重度)，新生儿败血症，新生儿化脓性脑膜炎，重度窒息，新生儿肺炎，呼吸衰竭，电解质紊乱(低磷、低钠、低氯、低钾血症)，筛孔型房间隔缺损。

入院情况：患者因“窒息复苏后发热、反复惊厥4天”入院，入院查体：T38.7℃，P170次/分，机械通气下R45次/分，BP81/61mmHg，WT3.94kg，发育正常，营养中等，昏迷状，皮肤欠红润，全身水肿。前囟平坦。面色欠红润，巩膜无黄染，球结膜水肿，双侧瞳孔散大，直径4mm，对光反射消失。口周绀，口唇红润。颈软。三凹征阴性，双肺呼吸音粗，未闻及罗音。心率170次/分，心律规整，心音低钝。腹软，肝右肋下1cm，剑突下1cm，质软，边锐，肠鸣音2次/分。四肢肌张力增强。前臂弹回0分，原始反射消失……2023年08月30日脑脊液常规 白细胞数 $85\times10^6/L$ ，新鲜红细胞++++，皱缩红细胞 偶见。(以上结果来自[]出院记录)

诊疗经过……给予机械通气、美罗培南、免疫球蛋白、甘露醇、呋塞米、纳洛酮、苯巴比妥、咪达唑仑、甘油磷酸钠、维生素K1、多巴胺、静脉营养等治疗，振幅整合脑电图示重度异常脑电图，头颅MRI检查符合新生儿缺氧缺血性脑病MRI表现，双颞部脑外间隙增宽；脑脊液常规组合：颜色 微红，透明度微浑，检菌(-)，氯 115mol/L ，葡萄糖 4.46mmol/L ，脑脊液蛋白定量 1123mg/L ，白细胞计数 $0.035\times10^9/L$ ，单个核细胞15个，分叶核细胞数20个；09.08复查脑脊液正常，脑脊液培养阴性，患儿意识状态未清醒，家属放弃治疗，签字出院……



出院情况：患儿呼吸机辅助通气，脉氧波动于 92%-98% 之间；刺激后有肢体活动；无皮肤青紫，无发热，口饲奶 10ml/q3h，耐受可，大小便正常。查体：昏迷状，刺激后有肢体活动，自主呼吸存在，皮肤欠红润，腰骶部略水肿。前囟平坦。面色欠红润，球结膜轻度水肿，双侧瞳孔等大等圆，直径 4mm，对光反射消失。三凹征阴性，双肺呼吸音对称，未闻及啰音。心率 142 次/分，心律规整，心音有力。腹软，鸣音 3 次/分。四肢肌张力增强。原始反射消失。

（四）[REDACTED] 出院记录（病案号：23052035）摘要：

入院日期：2023-8-30 18:27；出院日期：2023-9-23 09:01。入/出院诊断：羊水栓塞，肺栓塞？肺炎，贫血，双侧胸腔积液，剖宫产个人史。

入院情况：患者因“剖宫产术后 3 天，突发头晕头痛、胸闷 1 小时余。”入院……专科情况：嗜睡状态，高流量湿化氧疗中，双侧瞳孔等大等圆，直径约 4.0mm，光反射存在，听诊双肺呼吸音清，双肺可闻及少量湿罗音，腹部膨隆，下腹部可见辅料包扎在位……

诊疗经过……给予 ICU 护理常规，特级护理，心电监护，高流量湿化氧疗，必要时予以气管插管呼吸机辅助呼吸，禁食、给予抗感染、化痰、扩张支气管、抑酸、营养支持，维持水电解质及酸碱平衡等综合治疗，于 2023-9-4 17:36 由重症医学科转入我科，给予吸氧、抗炎等对症治疗。

出院情况：一般情况好，无发热，无头痛，头晕，无恶心，呕吐，无腹痛、腹胀，饮食、睡眠可，二便正常……

四、鉴定情况

鉴定过程：2024 年 5 月 24 日收到委托书及部分鉴定材料；5 月 29 日函告关于完善鉴定材料、临床死因推定等事宜；6 月 12 日收到法院回复函及相关鉴定材料；6 月 13 日函告补充鉴定材料、缴纳鉴定费及临床专家选择等事宜；7 月 23 日收到补充材料。经协调，于 8 月 5 日在本中心召开鉴定听证会；在听证会上，医患双方明示不申请临床专家（3 位）和鉴定人回避；听证会分别听取医

患双方陈述，分别询问医患双方关于就诊经过、争议事项的意见和理由。临床专家根据委托方送检材料及听证情况，经讨论形成咨询意见。鉴定人在充分阅读委托材料后，根据《民法典》、《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097-2021)、审理医疗损害案件司法解释，依据卫生管理法律法规、诊疗护理操作规范及诊疗指南、医学护理教科书和司法部编写的“医疗纠纷司法鉴定”内容，结合临床专家咨询意见，独立做出司法鉴定意见。

鉴定日期：2024 年 8 月 5 日 ~ 2024 年 8 月 30 日

鉴定地点：[REDACTED]

在场人员：患方：[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 何宇；医方：[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]；临床专家及鉴定人员。

争议要点：（一）患方认为：产妇因停经 39+4 周，于 2023-8-27 8:57 计划分娩分入院，产妇分娩时 36 岁，孕 4 次，产 3 次（一次因胎儿心脏发育不全引产），入院诊断为 39+4 周妊娠 G4P2；LOA；妊娠合并贫血；脐带绕颈两周。10:30 即开始静滴催产素，直到下午 18:00 发现胎儿持续胎心过速才停止，18:10 分左右，产妇开始异常腹痛，医生给出的结论是“可能抽筋，没见过这种情况，观察”，后持续腹痛疼，医生说：“要不就剖腹产吧，剖腹产保险。如果你们要是剖的话，就打电话给医生过来剖”，此时院内并无手术医生，18:50 左右，产妇疼痛进行性加重，胎心监护显示胎心率过高，医师行 B 超之后询问产妇是否选择剖腹产，但在是否进行剖腹产的决定过程中存在显著的沟通不足，未告知胎儿面临的潜在风险和各种选择的可能后果，也未在关键时刻提供充分的信息支持，产妇认为腹痛是正常现象，胎心快并无大碍，选择继续顺产，约半小时后，胎儿持续宫内窘迫，产妇痛到难以忍受，医生说胎心不稳了，再不剖大人孩子都有危险，产妇家属惊慌失措中于 19:40 签署了剖宫产知情同意书，但直到 20:02 产妇才进入手术室，20:35 胎儿才娩出，出生后，孩子呈现生后窒息，一分钟 Apgar 评分为 3 分，五分钟为 6 分，被诊断为新生儿重度窒息、新生儿缺氧缺血性脑



病、新生儿呼吸窘迫综合征及疑似围生期感染。在医方接受治疗四天后，由于病情危重，转至[REDACTED]，后因病情过重救治无效死亡。

我方认为医方存在以下诊疗过错：1. 缩宫素使用不当，在没有明确适应症且胎儿脐带绕颈两周且体重较大的情况下使用催产素，增加了产程的风险；2. 胎心监控不当，关键时刻（18:40 至 20:00）之间胎心监控的数据缺失；3. 羊水检查缺失；4. 宫内窘迫时没有及时结束产程行剖宫产，存在严重延误；5. 紧急情况处理不当，未能尽快终止妊娠，存在严重延误；6. 风险告知不足；7. 产程进展的记录和管理不足；8. 新生儿转入监护室的延迟；9. 新生儿复苏抢救记录过于简略，无法评估复苏的及时性、有效性；10. 病历中新生儿在转入新生儿监护室后的具体治疗和监护情况不明确；11. 未及时让新生儿转上级医院抢救。

关于医疗过错与死亡之间因果关系及过错参与度。医方过错与本案新生儿死亡存在因果关系……医疗过错是导致死亡后果主要原因，若没有医疗过错，损害后果不会发生，结合本案具体情况，建议过错参与度为 70%-90%为宜。

（二）医方认为：1. 医院有合法的医疗机构执业许可证……主治医师具有合法的医师资格……执业证，诊疗过程规范，医务人员在对孕妇及新生儿病症的治疗诊断正确，勤勉谨慎，符合应有的医疗水准。2. 诊疗过程中，检查准确全面，对新生儿脐带绕颈存在对孕妇行阴道分娩的风险性及时反复告知孕妇及家属，家属及孕妇一直拒绝剖宫产，致使新生儿出生即重度窒息，患有缺血缺氧性脑病等多器官损害……院方对孕妇应当及时实施剖宫产已经进行了多次合理告知，无奈孕妇及家属拒绝进行剖宫手术，导致新生儿出生即病危。新生儿出生后，院方对新生儿病症诊断明确，治疗方案合理，并及时护送新生儿到上级以医院诊疗。上级医院对新生儿病症诊断与我院完全一致，也证明我院对新生儿诊疗无过错……患儿经上级医院的诊疗后，10 天后患儿病情有所好转，但是患儿父母却自行要求出院，放弃孩子的治疗，当日即就将孩子进行火化，致使患儿死因不明。故医疗机构的医疗行为不存在过错，诊疗行为与患者的死亡的损害后果无



因果关系。3. 国内外尚无新生儿窒息多器官损害的研究成果，更无公认的诊断标准、常规或指南。院方作为基层妇幼保健机构，对胎儿脐带绕颈，呼吸窘迫向孕妇及家属进行了多次合理的告知，并对患者进行了合理的诊疗……医疗机构诊断行为还需患者积极配合，故院方对新生儿的死亡不应承担责任。

（注：本“争议要点”详见医、患方陈述材料）

五、分析说明

根据委托材料，结合医患双方陈述和临床专家咨询意见，现分析如下：

（一）关于医方诊疗行为评价。

2023年8月27日8时57分，产妇因“停经39+4周，计划分娩”入住医方产科，医方根据患者病史、主诉，经辅助检查后入院诊断“39+4周妊娠G4P2，LOA，妊娠合并贫血，脐带绕颈两周”明确，9时30分开始予以催产素静滴，17时35分停止使用催产素，19时40分患方签字同意手术，19时48分开具手术医嘱，20时2分入手术室行剖宫产术，20时35分胎儿娩出，Apgar评分1分钟3分、5分钟6分，21时56分患儿入住新生儿监护室，给予机械通气、抗感染等对症处理，患儿仍然反应差，于8月31日转外院治疗，9月10日自动出院后死亡。医方在诊疗过程中存在如下过错行为：

1、催产素使用不规范。一是医方使用催产素引产的指征不明确；二是催产素引产过程中，产妇于13时开始出现规律宫缩（30”/2-3’）时医方未及时停止使用催产素。

2、产时处理不到位。18时27分至18时42分胎心监护提示胎心基线位于180次/分，19时19分B超提示胎心179次/分，均提示胎儿宫内窘迫，但直至20点02分产妇入手术室前，医方一直未进行任何纠正“胎窘”的处理措施，存在产时处理不到位，对危险后果未尽到预见与回避（避免）义务的过错。

3、剖宫产手术欠及时。19时40分患方签字同意手术，19时48分医方开具手术医嘱，20时2分患者入手术室，20时35分胎儿娩出。医方决定剖宫产



手术至分娩时间大于 30 分钟，不符合诊疗规范。

4、新生儿复苏急救措施不力。一是患儿出生后有重度窒息，但医方针对窒息的复苏抢救措施无详细记载，缺少在手术室对新生儿抢救的记录（措施、用药等），气管插管的时间没有记录，且患儿 5 分钟评分 6 分仍然低于正常评分，医方未能再次评估患儿评分，患儿复苏抢救成功的时间未知，不符合新生儿复苏的抢救规范；二是患儿 20 时 35 分娩出，至 21 时 56 分才转入儿科治疗，转科时间过久。

另外，医方还存在病历书写欠规范之瑕疵，如，产妇 2023 年 8 月 27 日 8 时 57 分入院，医方 2023 年 8 月 27 日 19 时 40 分才开始写病程记录，且病程记录中关于重要诊断及诊断依据的内容缺失等。

（二）关于因果关系及原因力分析。

患儿死亡后未做尸体解剖检验，病理诊断尚未能明确，故不能在法医病理学层面明确其具体死亡原因，对完整分析评价医方诊疗行为存在的缺陷、不足及过错具有一定影响。根据现有病历记载、医患双方陈述及现场调查，推断患儿的死亡原因为“重度缺血缺氧性脑病而死亡”。

导致患儿“重度缺血缺氧性脑病而死亡”的原因有两个方面，一是患方自身因素，即患儿自身存在脐带绕颈是造成胎儿宫内窘迫的原因之一，18 时 30 分胎心过快时患方签字拒绝手术治疗，错过了早期解除胎儿宫内窘迫的时机等，与患儿出生后重度窒息、缺氧缺血性脑病以及最终死亡后果之间存在一定因果关系。二是医方上述诊疗过错因素，即医方催产素使用不规范及产时处理不到位，存在对危险后果未尽到预见与回避义务；剖宫产手术欠及时延长了胎儿宫内窘迫的时间；对新生儿复苏急救措施不力，使患儿未能尽早脱离宫内窘迫的状态及出生后未能尽早有效改善窒息等上述诊疗过错行为，与患儿出生后重度窒息、缺氧缺血性脑病以及最终死亡后果之间亦存在一定因果关系。

医方病历书写不规范的瑕疵与患儿死亡后果之间无相关性。

综上所述，患儿死亡后果（新生儿重度窒息、缺氧缺血性脑病以及最终死亡）为患方自身因素与医方诊疗过错因素共同参与所致，主次难分。据此，建议医方诊疗过错行为的原因力大小为同等原因。

六、鉴定意见

的诊疗行为存在过错，该过错与之子损害后果之间存在一定因果关系，原因力大小为同等原因。

七、附件

司法鉴定许可证、司法鉴定人执业证影印件。

鉴定人：

《司法鉴定人执业证》证号：

鉴定人：

《司法鉴定人执业证》证号：

鉴定人：

《司法鉴定人执业证》证号：

二〇二四年八月三十日

司法鉴定专用章