

山东省济南市槐荫区人民法院

通知书

(2024

你

医疗损害责任纠纷一案 本院一、申请法院委托鉴定机构对被申请人诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与其目前损害后果之间是否存在因果关系以及原因力大小是多少进行司法鉴定。二、对申请人伤残等级、护理期限及人数、营养期限、后续康复治疗费用、残疾辅助器费及更换周期进行司法鉴定。目前鉴定意见书已作出，现依法向你送达鉴定意见书，如你对该鉴定意见书有异议，限你于收到鉴定意见书之日起五日内向本院提交书面异议，逾期承担相应法律后果。

特此通知。

二〇二四年九月二十日





司法鉴定意见书



统一社会信用代码



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重新鉴定、补充鉴定等方式解决。

地址 [REDACTED] D6 栋(邮政编 [REDACTED])

联系电话：02 [REDACTED]



司法鉴定意见书

2024



一、基本情况

委托人：济南市槐荫区人民法院

委托事项：[redacted] 对 [redacted]

[redacted] 的医疗行为有无过错，医疗过错行为与损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小。

受理日期：2024 年 08 月 07 日

鉴定材料：

- 1、医疗损害司法鉴定委托书 1 份；
- 2、[redacted] 急诊病历打印件 1 份；
- 3、[redacted] 住院病案打印件 4 份；
- 4、[redacted] 急诊病历打印件 1 份；
- 5、[redacted] 住院病案打印件 1 份及出院记录打印件 1 份；
- 6、[redacted] 急诊病历和报告单打印件 1 份；
- 7、[redacted] 小儿神经科视频脑电图检测报告打印件 1 份；
- 8、[redacted] 住院病案打印件 2 份；
- 9、[redacted] 视频脑电图监测报告、门诊病历、检验报告单打印件 1 份；
- 10、[redacted] 视频脑电图监测报告打印件 1 份；
- 11、[redacted] 住院病历打印件 1 份；
- 12、[redacted] 儿科视频脑电图监测报告打印件 1 份；
- 13、胶片 10 张；
- 14、[redacted] 住院病历打印件 2 份（住院 [redacted]，住院时间：



2022.07.22-2022.07.23、2022.08.11-2022.08.15) (被告提交);

15 [REDACTED] 子住院病历打印件 1 份 (住院号: 6830601, 住院时间: 2022.08.11-2022.08.28) (被告提交);

16、补充材料 [REDACTED] 出具的遗传病全外显子测序分子遗传监测报告 1 份)。

鉴定地点 [REDACTED] (腾讯会议编号 [REDACTED])

听证会参加人员:

患方代表 [REDACTED] (被鉴定人父亲 [REDACTED] (被鉴定人母亲)、何宇 (律师)

医方代表 [REDACTED] (律师)

被鉴定人 [REDACTED] 男, 汉族, 身份证号码 [REDACTED]

二、基本案情

据现有送鉴材料记载摘录总结: 2022 年 08 月 11 日, 被鉴定人 [REDACTED] 之 [REDACTED] “停经 40+3 周, 下腹痛 4+小时, 阴道流液 3 小时” 入住 [REDACTED] 妇产科, 入院诊断: “1、胎膜早破; 2、40+3 周妊娠临产 G1P0, 3、ROP”。后于 2022 年 08 月 11 月 16 时 48 分娩出被鉴定人 [REDACTED] 同日 17 时 30 分因 “生后反应差 42 分钟” 转入该院新生儿科, 入院诊断: “1、新生儿窒息, 2、新生儿胎粪吸入综合征, 3、新生儿感染观察, 4、新生儿缺氧缺血性脑病观察, 5、颅内出血观察, 6、宫内感染性肺炎”。后被鉴定人呈现发育迟缓表现。被鉴定人 [REDACTED] 的法定代理人认为 [REDACTED] 的医疗行为存在过错, 遂诉至济南市槐荫区人民法院。因案件审理需要, 现委托我机构 [REDACTED] 的医疗行为有无过错, 医疗过错行为与损害后果之间是否存在因果关系及原因力大小进行医疗损害鉴定。

三、资料摘要

说明: 资料摘要为根据鉴定需要进行部分摘录总结, 详细病历以原始材料为准。

(一) [REDACTED] 门急诊及住院病历打印件摘录:



2022 年 06 月 30 日东院产科门诊:

女, 32 岁 (1990 年 02 月 07 日出生)

主诉: 停经 36+4 周, 未在我院产检。

妊娠风险评估等级: 黄。

现病史: LMP: 2021.11.1, NST 反应型。

既往史: G1POA0L0。

体格检查: 体重 80Kg, 血压 123/77mmHg, 宫高 33cm, 胎心 145bpm。

辅助检查: QGTT 4.4-7.1-7.0。2022-06-30, 产科超声 (11 周以上) 检查所见: 孕妇首次来我院行胎儿超声检查, 目前为晚孕期, 本次超声检查为 I 级产科超声, 属于有限产前超声检查, 非胎儿排畸超声检查: 单胎, 胎位: ROA, 双顶径: 8.8cm (约 35w+3d), 股骨径: 6.3cm (约 32w+3d), 头围约: 31.1cm (约 34w+5d), 腹围约: 30.2cm (约 34w+1d), 胎心率: 140 次/分, 脊柱回声: 规则胎盘位置: 后壁胎盘成熟度: I+级, 羊水指数: 右上 2.8cm、右下 3.0cm、左下 3.4cm、左上 3.6cm UA S/D: 2.8, 脐带绕颈: 无脐带插入点偏心非边缘因孕周较大及体位原因, 胎儿肢体及细微结构显示不清。胎心监护反应型。

诊断: 妊娠状态。

2022 年 07 月 22 日至 2022 年 07 月 23 日住院病历:

主诉: 停经 37+4 周, 发现胎心监护可疑入院。

入院情况: 末次月经: 2021-11-01, 预产期: 2022-08-08, 妊娠反应开始时间: 1+月, 胎动时间: 孕 4+月; 孕期经过及目前状况: 促排后自然受孕, 定期产检, NT: 0.09cm, 唐氏筛查提示低风险, 胎儿系统超声未见明显异常, 胎儿心脏彩超未查, OGTT: 4.4-7.1-7.0mmol/L。自诉孕期甲功、血压未见明显异常。今日因门诊行胎心监护提示 NST 可疑, 复查仍可疑, 遂门诊以 "1. 胎儿窘迫? 2. 37+4 周妊娠 G1POA0L0; 3. ROA" 收入院。患者现无阵发性下腹部疼痛, 无阴道流血流水, 饮食睡眠可, 大小便未见异常。孕期



有害物质接触情况：否认。孕期体重增加约 20kg。

体格检查：T:36.1℃，P:102 次/分，R:23 次/分，BP:121/85mmHg。身高 163cm,体重 84kg。一般情况：神志清，精神可；皮肤、粘膜：无黄染；全身浅表淋巴结：未及肿大。头部及其器官五官端正。颈部：软；乳房：丰满；心律规整；肺：双肺呼吸音清；肝：肋下未及肿大；脾：肋下未及肿大。脊柱四肢：活动自如，四肢无畸形；双小腿及双脚水肿：+；双下肢静脉曲张：无。直肠肛门：未查。神经系统：生理反射存在，未发现病理征；膝反射：存在。

专科情况：腹部外形：膨隆，宫高：37cm,腹围：115cm,胎位：LOA，胎心：146 次/分，先露：头，宫缩：无，胎膜：未破。先露浮，宫颈未查，骨盆检查未查。阴道检查：否。肛诊：未做。

辅助检查：B 超检查：胎儿双顶径 9.1cm，股骨长 6.8cm，头围 32.7cm，腹围 33.0cm,羊水指数 12.1。胎盘位于后壁，脐带绕颈一周。胎位：ROA。示：晚期妊娠单胎头位；脐带绕颈一周；羊水指数 12.1cm。(检查日期：2022.07.22 检查医院：本院)。余检查入院后完善。

初步诊断：1、胎儿窘迫？2、37+4 周妊娠 G1POA0L0，3、ROA，4、脐带绕颈一周。

多普勒胎心监测记录单：2022-07-22 18:03 胎心 NST,2022-07-22 22:45 胎心 128 次/分，2022-07-23 06:23 胎心 136 次/分，2022-07-23 10:41 胎心 142 次/分。

外院检查报告：2022 年 04 月 11 日上海市第一妇婴保健院超声报告：胎儿：(孕妇腹壁厚，透声差)现孕 23W0D，宫内见 1 个胎儿，胎位：目前臀位，双顶径：54mm，头围：202mm，腹围：173 mm,股骨长：37 mm,肱骨长 36mm；胎盘：胎盘位置：后壁，胎盘厚：26mm，胎盘分级：0 级，胎盘下缘距内口>70mm。脐带插入点位于胎盘胎儿面距上缘 22mm；超声提示：1、单胎臀位，2、胎儿生长相当于 22W1D；3. 胎儿脐血流指数正常。



本院检验报告:2022 年 07 月 22 日 22 时:血常规:白细胞 $10.51 \times 10^9/L$ (参考值: 3.5-9.5), 中性粒细胞绝对值 $7.76 \times 10^9/L$ (参考值: 1.8-6.3); 凝血: D-二聚体 0.88mg/L (参考值: 0-0.55), 活化部分凝血活酶时间 27.60 秒 (参考值: 28-45); 小肝功+生化: 尿酸 $423 \mu\text{mol/L}$ (参考值: 155-357); 尿常规: 酮体 2+30mg/dl (参考值: -); 病毒全项: 乙肝表面抗体定量 263.78 (参考值: <10)。

诊疗经过: 入院后完善相关检查, 复查胎心监护未见明显异常。

出院情况: 患者现无腹痛, 无阴道流血流液, 复查胎心监护未见明显异常, 可于今日出院。

出院诊断: 1、37+5 周妊娠 G1P0, 2、ROA, 3、脐带绕颈一周。

出院医嘱: 1. 注意休息, 加强营养, 合理膳食; 2. 密切监测阴道流血、流液、腹痛等情况, 及时就诊; 3. 建议远程胎心监护, 不适随诊。

2022 年 07 月 28 日东院产科门诊:

主诉: 停经 38+3 周。

体格检查: BP110/70mmHg, 宫高 32cm, 腹围 98cm, LOA, 胎心 140 次。

辅助检查: 2022-07-28 产科超声(11 周以上)检查所见: 双顶径: 9.2cm, 股骨径: 6.9cm, 头围约: 33.0cm, 腹围约: 32.6cm, 胎心率: 149 次/分, 脊柱回声: 规则, 胎盘位置: 后壁, 胎盘成熟度: I+级, 羊水指数: 左上 3.4 左下 1.8 右下 4.3 右上 2.9, 脐带绕颈: 有(一周), 胎位: LOA 单胎胎儿脐动脉 S/D: 2.5。晚孕胎儿体位受限, 部分肢体及细微结构显示不清。诊断意见: 晚期妊娠, 单胎头位, 脐带绕颈一周羊水指数 12.4 建议定期复查。

诊断: 妊娠状态。

2022 年 08 月 10 日东院产科门诊:

主诉: 停经 40+2 周。

体格检查: BP: 132/78mmHg, WT: 86kg, 宫高: 37cm, 胎位: LOA, 先露: 入, 胎心: 150 次/分。



辅助检查：OGTT:4.4-7.1-7.0。NST 不典型，复查反应型。

诊断：正常妊娠监督。

2022 年 08 月 11 日至 2022 年 08 月 15 日住院病历：

主诉：停经 40+3 周，下腹痛 4+小时，阴道流液 3 小时。

入院情况：

现病史：末次月经：2021-11-01，预产期：2022-08-08，妊娠反应开始时间：1+月，胎动时间：孕 4+月；孕期经过及目前状况：促排后自然受孕，定期产检，NT:0.09cm，唐氏筛查提示低风险，胎儿系统超声未见明显异常，胎儿心脏彩超未查，OGTT:4.4-7.1-7.0mmol/L。自诉孕期甲功、血压未见明显异常。孕 37 周因可疑胎儿窘迫入院好转后出院。今日 4+小时前出现阵发性下腹痛，逐渐加重，3+小时前出现阴道流液，色清，无阴道血性分泌物，自觉胎动良好，急诊来院，以“胎膜早破 40+3 周妊娠”收入院。患者现有阵发性下腹部疼痛，阴道流液，无阴道血性分泌物，饮食睡眠可，大小便未见异常。孕期有害物质接触情况：否认。孕期体重增加约 20kg。

既往史：既往有多囊卵巢综合征病史 6+年。既往不孕病史 3+年。5 年前发现胰岛素抵抗。近 1+年以来，于外院促排 5 次，前 4 次促排后未妊娠成功，第 5 次促排后妊娠成功(此次妊娠)。近 1+年来从第 1 次促排开始口服二甲双胍每日 1 片，至 2021.05 自行停药。去年 7 月份孕前查体发现右侧乳腺结节。一般健康状况：良好，疾病史：否认高血压、心脏病、糖尿病等 慢性疾病史，传染病史：否认乙肝结核等传染性病史，输血史：否认，预防接种史：随当地，外伤及手术史：否认，食物或药物过敏史：否认，不孕症：否。

辅助检查：T:36.5℃，P:78 次/分，R:18 次/分，BP:118/76mmHg，身高 163cm，体重 86kg。一般情况：神志清，精神可；皮肤、粘膜：无黄染；全身浅表淋巴结：未及肿大。头部及其器官五官端正。专科情况：腹部外形：膨隆，宫高：35cm，腹围：115cm，胎位：头，胎心：146 次/分，先露：



头，宫缩：规律，胎膜：已破。先露-2，宫颈容受100%，宫口开大3cm，质中，位置中，阴道检查：是。肛诊：未做。B超：BPD:9.3CM，AC:33.0cm，FL:7.0cm，HC:33.6cm，AFI:9.9cm，S/D:2.2，脐带绕颈一周(检查时间：2022.08.10 本院)。病毒筛查：未见明显异常(检查时间：2022.07.22 本院)。肝功：未见明显异常(检查时间：2022.07.22 本院)。血常规、出凝血机制：待完善。

初步诊断：1、胎膜早破；2、40+3周妊娠临产G1P0；3、ROP。

分娩记录：

宫缩起始时间：2022年08月11日07时30分

宫口开全时间：2022年08月11日15时45分

胎膜破裂时间：2022年08月11日07时00分

破膜方式：自然。 羊水情况：后羊水II°。

婴儿娩出时间：2022年08月11日16时48分自产 胎方位ROA

胎盘娩出时间：2022年8月11日16时53分

娩出法：希氏法 剥离自然 清宫术无

第一产程8时15分 第二产程1时3分 第三产程0时5分

总产程9时23分 会阴破裂I°

血压135/81mmHg，出血量30ml，麻醉方式：阴部神经阻滞麻醉+局麻，分娩镇痛有。

胎盘完整 大小16*20*2cm³，形状椭圆，重量540g，脐带附着边缘。

脐带环绕颈1周 紧 长60cm 窒息轻度 早接触、早吸吮否

婴儿：男，身长50cm，体重3300g，评分1min 6分 5min 6分 10min 5分。呼吸1-1-1 心跳2-2-1 颜色1-1-1 刺激反应1-1-1 张力1-1-1。

最后诊断：1、40+3周妊娠分娩G1P1，2、ROA，3、胎膜早破，4、新生儿轻度窒息。

产程记录：



时间 2022-08-11	血压 mmHg	宫缩 (秒/分)	胎方位	胎先露	胎心 (次/分)	先露位置	宫颈口	胎膜
09:10	118/76	23/3-	ROA	头	142	-2	3cm	已破
备注：上推胎头未见羊水流出现。								
09:25		25/3-4	ROA	头	134		未查	已破
09:40		25/3-4	ROA	头	130		未查	已破
09:55		25/3-4	ROA	头	146		未查	已破
10:10		25/3-4	ROA	头	150		未查	已破
10:25		23/3-4	ROA	头	142		未查	已破
10:40		25/3-4	ROA	头	136		未查	已破
10:55		23/3-4	ROA	头	153	-2	3cm	已破
11:10		30/3	ROA	头	150		未查	已破
11:25		30/3	ROA	头	146		未查	已破
11:40		30/3	ROA	头	140		未查	已破
11:55		30/3	ROA	头	134		未查	已破
12:10		30/3	ROA	头	146		未查	已破
12:25		30/3	ROA	头	134		未查	已破
12:40		30/3	ROA	头	150	-2	5cm	已破
备注：产妇及家属强烈要求行分娩镇痛，前往手术室。								
12:55	134/68	30/3	ROA	头	134		未查	已破
13:15	130/78	30/3	ROA	头	138		未查	已破
13:35	124/84	30/3	ROA	头	146		未查	已破
13:59	136/72	30/3	ROA	头	154	-1	7cm	已破
14:10	104/63	30/3	ROA	头	150		未查	已破
14:25		30/3	ROA	头	145		未查	已破
14:40		30/3	ROA	头	136		未查	已破
14:50		35/3	ROA	头	150	+1	8cm	已破
14:53		40/3	ROA	头	140-150			
备注：孕妇腹壁脂肪厚，宫缩间歇期胎心监护听诊不清，床旁立即调整胎心探头位置，嘱孕妇屏气下听诊胎心正常范围，并告知孕妇家属相关情况，表示理解。孕妇要求下床小便，解除胎心监护，嘱自解小便。								
15:05		35/3	ROA	头	130		未查	已破
15:20		35/3	ROA	头	143		未查	已破
15:30		35/3	ROA	头	132	+1	近全	已破
15:45		35/3	ROA	头	154	+2	开全	已破
15:50		35/3	ROA	头	164			
15:55		35/3	ROA	头	168			
备注：立即改变体位，通知值班医生，嘱给予氧气吸入，继续观察。								
16:00		35/3	ROA	头	120			



16:05		35/3	ROA	头	151	+3		
16:10		35/3	ROA	头	150			
16:15		35/3	ROA	头	142			
16:20		35/2-3	ROA	头	162			
备注：导尿约 100ml								
16:25		35/2-3	ROA	头	140			
16:30		40/3	ROA	头	160			
备注：胎头拨露，上台接生。								
16:35		40/3	ROA	头	108			
处理意见：指导孕妇用力，尽快结束分娩。								
16:40		40/3	ROA	头	150			
16:45		40/3	ROA	头	152			

婴儿出生记录：

婴儿性别：男 出生时间：2022 年 08 月 11 日 16 时 48 分

审查：50 公分 体重：3300g 四肢：松弛 皮肤：青紫 肛门：有

婴儿情况：自然呼吸 吸分泌物 注射药物：纳洛酮 0.3mg 新生儿血糖 5.0mmol/L。

分娩情况：胎位：ROA 助产方式：平产。

阿氏评分法：

时间	心跳次数	呼吸情况	肌肉张力	刺激反应	皮肤颜色	总分
出生后 1 分钟	2	1	1	1	1	6
出生后 5 分钟	2	1	1	1	1	6
出生后 10 分钟	1	1	1	1	1	5

新生儿复苏记录表：

1、快速评估（新生儿出生时立即评估）：足月√、羊水清×

2、若羊水胎粪污染，进行有无活力评估：正常呼吸或哭声×、肌张力好×、心率>100 次/分√。

3、评估指标：

初步复苏 30 秒后：心率 120 次/分，呼吸差

正压通气 30 秒后：心率 110 次/分，呼吸差

继续正压通气 30 秒后（若有）：心率 120 次/分，呼吸差



实施其他重要措施后的评估 1（注明）：面罩正压通气，2 分钟后呼吸差，行气管插管术失败，清理呼吸道，继续面罩正压通气。

实施其他重要措施后的评估 2（注明）：T 组合设定数值：PEEP 5cmH₂O，PIP 20cmH₂O。

4、复苏抢救措施及时间：

0-30 秒：初步复苏、常压给氧

31-60 秒：正压通气（T 组合复苏）

61-2 分：正压通气（T 组合复苏）

2-3 分：正压通气（T 组合复苏）、0.3mg 纳洛酮

3-5 分：正压通气（T 组合复苏）、插入胃管

5-10 分：正压通气（T 组合复苏）、气管插管、胸外按压、肾上腺素（1:10000）0.5mL 脐静脉注射，给氧浓度调至 100%

10-20 分：（T 组合复苏）、气管插管

5、Apgar 评分

体征	0	1	2	1 分钟	5 分钟	10 分钟
呼吸	无	微弱，不规则	良好，哭	1	1	1
心率	无	<100 次/分	>100 次/分	2	2	1
肤色	紫绀或苍白	四肢青紫	全身红润	1	1	1
反射	无反应	痛苦表情	哭，反应灵敏	1	1	1
肌张力	松软	有些弯曲	动作灵活	1	1	1
总分				6	6	5

6、出生时间 16 点 48 分，复苏开始时间 16 点 48 分，复苏结束时间 17 点 25 分。

7、儿科医生到达复苏现场时间距离分娩前/分钟，或分娩后 9 分钟。

8、主要复苏人员：产科医生、儿科医生、助产士/护士

9、抢救结局：转新生儿病房（或转诊）

新生儿听力筛查知情同意书及报告单：



新生儿听力筛查检查结果：转儿科，左耳不通过，右耳通过，请新生儿出生后 42 天内到本院或当地妇幼保健机构复查。（签署时间：2022 年 08 月 11 日 19 时 50 分）。

病理诊断报告单：

病理诊断：胎盘组织，体积 $17.5 \times 15 \times 3\text{cm}$ ，局部伴坏死及钙化；胎膜及脐带未见明显病变。病理号： E2219399，报告时间：2022-08-15

检验报告：

2022 年 08 月 11 日 10 时：血常规：白细胞 $10.33 \times 10^9/\text{L}$ （参考值：3.5-9.5），中性粒细胞绝对值 $8.1 \times 10^9/\text{L}$ （参考值：1.8-6.3）；凝血：D-二聚体 $0.82\text{mg}/\text{L}$ （参考值：0-0.55），活化部分凝血活酶时间 27.90 秒（参考值：28-45）；超敏 C-反应蛋白 $53.6\text{mg}/\text{L}$ （参考值：0-8）。

诊疗经过：入院后完善相关辅助检查，产房待产，于 2022.8.11 给予分娩镇痛，于 2022.8.11 经阴分娩，产后复查血常规血象明显升高，给予抗生素药物治疗、促进子宫复旧，产后复查超声提示未见明显异常，今日患者好转出院。

出院诊断：1. 胎膜早破 2. 40+3 周妊娠分娩 G1P1L1A03. ROA4. 新生儿轻度窒息

出院情况：患者一般情况良好，阴道流血少，饮食睡眠可，大小便正常。查体：生命体征平稳，心肺听诊无异常，双乳房稍胀，泌乳可，宫缩良好，宫底脐下 3 指，会阴伤口愈合 可，无红肿，无硬结。

出院医嘱：1. 注意休息；2. 加强营养，合理膳食；3. 出院后继续应用鲜益母草胶囊促进 子宫复旧，康复消炎栓，4. 产后 42 天内禁同房及盆浴，产后 42 天复查；5. 不适随诊。

（二）[] 急诊及住院病历打印件摘录：

2022 年 08 月 11 日至 08 月 28 日住院病历：

[] 子，因“生后反应差 42 分钟”于 17:30 收入东院新生儿科。

入院情况：出生体重 3300g，脐带绕颈一周。患儿生后反应差、哭声弱，



产科给予清理呼吸道、吸氧等处理，Apgar 评分 1 分钟 6 分(皮肤颜色减 1 分、呼吸减 1 分、刺激反应减 1 分、肌张力减 1 分)，立即给予复苏气囊正压通气、吸氧后，Apgar 评分 5 分钟 6 分(皮肤颜色减 1 分、呼吸减 1 分、刺激反应减 1 分、肌张力减 1 分)，患儿刺激反应仍差，经产科电话急会诊，我科生后 9 分钟到达产房，见患儿刺激反应差、无哭声、肌张力低下，皮肤苍白，听诊心音低钝，心率 <60 次/分，立即给予气管插管，吸引出黄绿色胎粪样物质 2ml，立即胸外按压、气管插管下正压通气，60s 评估心率仍小于 60 次/分，给予 1:10000 肾上腺素脐静脉推注，Apgar 评分 10 分钟 5 分(皮肤颜色减 1 分、呼吸减 1 分、心率减 1 分、刺激反应减 1 分、肌张力减 1 分)，继续气管插管下复苏气囊正压通气，配合胸外心脏按压，3 分钟后心率仍小于 60 次/分，再次给予 1:10000 肾上腺素脐静脉推注，后心率逐渐上升，15 分钟评分 6 分(呼吸减 1 分、心率减 1 分、刺激反应减 1 分、肌张力 1 分)，患儿心率逐渐升至 120 次/分以上，Apgar 评分 20 分钟评分 8 分(呼吸减 1 分、肌张力 1 分)，遂于气管插管下急转入我科，以“新生儿窒息、新生儿胎粪吸入综合征、新生儿感染观察、新生儿缺氧缺血性脑病观察、颅内出血观察”收入我科。孕母既往多囊卵巢综合征病史 6+年，既往不孕病史 3+年，本次为促排卵后自然受孕，定期产检，NT:0.09cm，唐氏筛查提示低风险，胎儿系统超声未见明显异常，胎儿心脏彩超未查，OGTT:4.4-7.1-7.0mmol/L。自诉孕期甲功、血压未见明显异常。孕 37 周因可疑胎儿窘迫入院好转后出院；今日入院前 4+小时前出现阵发性下腹痛，逐渐加重，3+小时前出现阴道流液，家长自诉产前胎心有减慢，最低到 70 次/分。患儿生后未开奶，胎便宫内已排，小便未排。查体：足月儿貌，刺激反应差，全身皮肤黏膜晦暗，前囟平坦，有创呼吸机辅助呼吸，三凹征阴性，哭声无，听诊双肺呼吸音粗，可闻及湿性啰音。心音有力，律齐，心前区未闻及明显杂音。腹软，肝脾肋下未及，四肢肌张力低，毛细血管再充盈时间 >3 秒。辅助检查：末梢血糖 5.7mmol/l；经皮测血氧饱和度(呼吸机吸氧)90%；脐动血血气分析：PH7.00,PCO₂45mmHg,pO₂56mmHg,Na⁺126mmol/l,K⁺10.



3mmol/l,Ca+1.45mmol/l,Glu5.1mmol/l,Lac>15mmol/l,Hct42%,HC03-11.1mmol/l,HC03std8.5mmol/l,HC03std12.5mmol/l,TC0212.5mmol/l,BEecf-20.2mmol/l,BE(B)-20.0mmol/l,S0269%,THbc143g/l。

入院诊断：1、新生儿窒息，2、新生儿胎粪吸入综合征，3、新生儿感染观察，4、新生儿缺氧缺血性脑病观察，5、颅内出血观察，6、宫内感染性肺炎。

诊疗经过：入院后通知病危、重症监护，立即给予呼吸机辅助呼吸(8.11-8.16)，胸片显示右肺炎症并部分性肺不张，胸外科急会诊无外科治疗指征，目前继续儿科治疗；入院急查血气分析示 PH6.84,PCO212mmHg,pO2468mmHg,Na+134mmol/l,K+3.8mmol/l,Ca+1.53mmol/l,Glu5.9mmol/l,Lac>15mmol/l,Hct50%,HC03-、HC03std、TC0212.5mmol/l、BE ecfBE(B)均处于最高值检测不出,THbc170g/l,考虑重度窒息,立即给予头部局部亚低温治疗,生理盐水扩容、碳酸氢钠纠酸；患儿入院2小时左右出现间断抽搐,表现为四肢划船样动作,给予苯巴比妥镇静,减轻脑水肿等支持治疗。入院后动态监测感染指标,逐渐升高(PCT最高226ng/ml),考虑存在新生儿早发型脓毒症,给予哌拉西林钠他唑巴坦(8.11-8.19)抗感染治疗；住院期间监测感染指标,血常规+超敏CRP(末梢)(2022-08-23):白细胞 $10.92 \times 10^9/L$,红细胞 $4.09 \times 10^{12}/L$,血红蛋白146g/L,血小板 $246 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比35.3%,超敏C反应蛋白13.40mg/L,考虑存在晚发感染,给予哌拉西林他唑巴坦抗感染治疗(8.23-8.26);TORCH(2022-08-12):风疹病毒IgG抗体72.20IU/ml阳性反应(+),风疹病毒IgM抗体34.90AU/ml阳性反应(+),巨细胞病毒IgG抗体90.60U/ml阳性反应(+),单纯疱疹病毒IgG抗体>30.00COI阳性反应(+),细小病毒B19IgG抗体6.00COI阳性反应(+),目前暂不能排除先天性风疹病毒感染；颅脑MR平扫+弥散成像(2022-08-17):符合缺氧缺血性脑病表现。给予神经节苷脂营养神经治疗。8.20行腰椎穿刺术,完善脑脊液常规(2022-08-20):脑脊液颜色无色,性状微浑,红细胞计数 $1000.00 \times 10^6/L$,有核细胞计数 $8 \times 10^6/L$,单个核细胞%87.5%,单个核细胞(个) 7×1



$0^6/L$, 多个核细胞(个) $1 \times 10^6/L$, 多个核细胞%12.5%, 潘氏试验 1+; 生化(脑脊液)(2022-08-20): 葡萄糖 3.39mmol/L, 氯 122.6mmol/L, 腺苷脱氨酶 2.50 U/L, 蛋白定量 2.14g/L; 脑脊液培养(-), 暂不考虑颅内感染; 8.26 小儿神经科会诊意见: 根据生后重度窒息、频繁抽搐, 给予苯巴比妥后症状好转, 结合脑电图表现: 异常婴儿脑电图, 暴发-抑制, 颅脑核磁符合缺氧缺血性脑病表现, 诊断: 1、新生儿重度窒息; 2、新生儿惊厥; 3、癫痫脑病(大田综合征?)。建议: 继续用苯巴比妥钠治疗, 加用托吡酯 5mg qd, 7 天后加量至 5mg bid, 根据情况逐渐增加。建议血尿筛查及基因检查。患儿入院后立即给予静脉营养补充热卡并维持血糖稳定, 8.14 予足月奶 2ml 开奶喂养, 逐渐增加奶量, 8.27 停用静脉营养, 实现全胃肠道内喂养, 现可自行纳足月奶 49mlq3h; 完善相关辅助检查: 血常规+超敏 CRP(2022-08-11): 白细胞 $22.23 \times 10^9/L$, 红细胞 $3.69 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 141g/L, 血小板 $359 \times 10^9/L$, 淋巴细胞百分比 61.8%, 中性粒细胞百分比 34.0%, C 反应蛋白 $< 0.20mg/L$; 降钙素原 0.22ng/ml, 白介素-6 4892.00pg/ml; 8.26 复查血常规+超敏 CRP(末梢): 白细胞 $6.76 \times 10^9/L$, 红细胞 $3.95 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 140g/L, 超敏 C 反应蛋白 5.00mg/L; 完善其他辅助检查: 急查小肝功+急查生化(2022-08-11): 尿素氮 4.3mmol/L, 肌酐 $66.30 \mu mol/L$, 总蛋白 62.9g/L, 白蛋白 37.1g/L, 总胆红素 $21.78 \mu mol/L$, 直接胆红素 $6.47 \mu mol/L$, 乳酸脱氢酶 807.85U/L; 甲功 3(2022-08-11): 游离三碘甲状腺原氨酸 2.96pmol/L, 游离甲状腺素 9.91pmol/L, 促甲状腺激素 63.8665 $\mu IU/ml$; 最近一次复查肝功 3+血脂 1+血生化 3(2022-08-24): 天门冬氨酸氨基转移酶 24U/L, 丙氨酸氨基转移酶 12U/L, 总蛋白 55.9g/L, 白蛋白 31.8g/L, 总胆红素 $10.60 \mu mol/L$, 直接胆红素 $4.30 \mu mol/L$, 尿素氮 8.5mmol/L, 肌酐(酶法) $45.00 \mu u mol/L$; 甲功 3(2022-08-24): 游离三碘甲状腺原氨酸 4.69pmol/L, 游离甲状腺素 11.91pmol/L, 促甲状腺激素 6.5216 $\mu IU/ml$, 25-羟基维生素 D 11.68ng/ml; 病毒系列、便尿常规、心梗三项+proBNP、G 试验、血培养均无明显异常。8.11、8.12 胸片: 右肺炎症并部分性肺不张, 请结合临床治疗后复查;



右肺野透光度增强，必要时进一步检查或随诊观察；8.15 胸片：右肺炎症治疗后 X 线所见，请结合临床；8.12 心超：卵圆孔未闭(0.3cm)；8.19 复查心超：卵圆孔未闭(0.38cm)；极细小动脉导管未闭(0.1cm)；8.15 颅脑超声：未见明显出血；现患儿一般情况可，自行纳奶 50ml，家属要求今日出院，建议继续住院完善基因、血尿筛查检查排除先天性癫痫综合征或其他先天性疾病，建议复查颅脑磁共振及视频脑电图，家属目前拒绝。

出院诊断：1、新生儿重度窒息，2、新生儿缺氧缺血性脑病，3、新生儿早发脓毒症，4、先天性风疹感染，5、右侧肺炎并部分肺不张，6、先天性癫痫综合征待排，7、新生儿晚发感染。

出院情况：患儿暖箱保暖，体温正常，持续心电监护示心率波动在 120-160 次/分，血氧饱和度波动在 92-98%，足月奶 50ml q3h，未见明显全身性惊厥发作，无青紫及脉氧下降情况，自主排便 2 次，小便量可。24 小时总入量 393ml，总出量 487ml。查体：足月儿貌，刺激反应弱，全身皮肤黏膜红润，前囟平坦，三凹征阴性，双肺呼吸音粗，未闻及明显啰音。心音有力，律齐，心前区未闻及杂音。腹软，肠鸣音可，肝脾肋下未及，偶有四肢肌张力偏高。

出院医嘱：1、母乳按需喂养，母乳不足时予足月儿奶喂养，注意预防呛奶。2、功能锻炼：抚触、追物、语言交流、肢体运动、间断俯卧。3、建议院外继续治疗，出院后口服药物：维生素 AD 滴剂(伊可新)每次 1 粒，1 天 1 次。托吡酯胶囊每次 5mg，每天 2 次。4、出院 1 周内新生儿科门诊随诊，注意复查颅脑磁共振、脑电图；出院后定期小儿神经科门诊复查，调整药物剂量，如有任何不适，及时医院就诊。

(三) 外院病历打印件摘录：

2023 年 02 月 26 日至 2023 年 02 月 26 日，上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心神经内科住院病历：

入/出院诊断：1、缺氧缺血性脑病；2、脑电图检查。完善视频脑电图检查无不适应予出院。



2023 年 06 月 10 日至 2023 年 06 月 17

康复医学科住院病历:

门诊、入/出院诊断: 1、运动障碍; 2、发育迟滞;

入院时主要症状及体征: 男, 9 月 30 天。2、主诉: 出生至今头控差, 不会翻身。3、体检结果: 体温: 36.2℃, 脉搏: 123 次/分, 呼吸: 23 次/分, 血压: 90/50mmHg。神清, 可追视, 能无意识发“mama”音。可抬头, 头控差, 拉坐头跟随, 双上肢有过中线运动, 精细运动差, 手喜握拳。双上肢肌张力 1+级, 双下肢肌张力 2 级, 肌力 4 级。不会翻身、不能独坐。PROM: 双肩前屈 160°, 双肘屈 100°, 双前臂旋后 80°, 双髋前屈 100°、外展 80°, 双膝屈 120°, 伸 0°, 双踝背屈-5°, 跖屈 20°。膝反射未引出。双巴氏征(+)。双踝阵挛(-)。4、辅助检查结果: (20221031 视频脑电图: 异常婴儿脑电图, 睡眠期额区、顶、枕、题为著棘(尖)波、棘(尖)慢波及慢波散发。(20230218, 复旦儿科)头颅 MRI: 幕上脑室扩张, Rathke 残腔可能。(20230226, 上海儿童医学中心)脑电图: 正常脑电图。(20230328, 我院)AIMS 康复评估报告: 评估患儿运动发育模式落后。特殊检查及重要会诊; 2023-06-11 一般情况评估报告: 患儿四肢肌张力增高, 肌力弱, 关节活动受限。2023-06-11AIMS: 患儿运动发育模式落后。2023-06-11 徒手平衡功能评定: 坐位平衡 0 级, 跪位平衡 0 级, 立位平衡 0 级。2023-06-11 儿童日常生活能力评定: 合计 0 分。2023-06-12 数字化摄影: [检查结果]两肺未见明显活动性病变。2023-06-12 数字化摄影: [检查结果]双侧沈通氏线连续性欠佳, 请结合临床。2023-06-14 心脏超声检查(儿心脏中心)[检查结果心内结构未见明显异常左心收缩功能正常范围。2023-06-15 儿骨科会诊: 病史敬悉, 患儿出生时有缺氧史, 动作发育晚于同龄儿童。查体: 双下肢基本等长, 下肢肌张力稍高, 双髋外展不配合。处理意见: 目前 X 光片检查未见明显髋关节异常, 建议门诊随访, 谢邀。是否肿瘤: 否

患儿入院后完善入院相关检查及康复评定, 予运动疗法、关节松动训



练、作业疗法、平衡训练、推拿、捏脊、物理因子等综合康复治疗，改善关节活动度，增强肌力，降低肌张力、促进粗大运动、精细运动能力发育。现患儿头控较前改善，关节活动度、粗大、精细运动较前改善，一般情况可，予以出院。出院情况：患儿偶有咳嗽，无发热、咳痰等不适。查体：神清，反应可。可抬头，头控改善，双上肢有过中线运动，精细运动改善。双上肢肌张力1级，双下肢肌张力1+级，肌力4+级。辅助下翻身，前倾坐数秒。关节活动度改善。双巴氏征(+)。双踝阵挛(-)。

2023年07月22日至2023年07月30

康复医学科住院病历：

门诊、入/出院诊断：1、运动障碍；2、发育迟滞

入院时主要症状及体征：1 男，11月11天。2、主诉：出生至今头控差，不会翻身。3、体检结果：体温：36.2℃脉摊：116次/分，呼吸：22次/分，血压：95/52mmHg，身高：76cm，体重：8.00kg，氧饱和度：100%。神清，可追视，能无意识发“mama、baba”音。可抬头，头控差，拉坐头部分跟随，双上肢有过中线运动，精细运动差，手喜握拳。双上肢肌张力1+级，双下肢肌张力2级，四肢肌力4级。不会翻身、不能独坐、不会爬。PROM: 双肩前屈150°，双肘屈100°，双前臂旋后70°，双前屈100°、外展70°，双膝屈110°，伸0°，双踝背屈-5°（不能达中立位），跖屈20°。膝反射未引出。双巴氏征(+)。双踝阵挛(-)。

出院情况：患儿无发热，无咳嗽、咳痰等不适，治疗后头控较前改善，关节活动度、肌力改善。查体：神清，可追视，可抬头，头控改善，双上肢有过中线运动，双上肢肌张力1级，双下肢肌张力1+级，四肢肌力4+级。辅助下翻身，可扶坐。PROM: 双肩前屈160°，双肘屈110°，双前臂旋后80°，双髋前屈110°、外展80°，双膝屈120°，伸0°，双踝背屈0°，跖屈30°。膝反射未引出。双巴氏征(+)。双踝阵挛(-)。

2023年08月23日至2024年09月27

院病历：



入、出院诊断：大脑性瘫痪

入院情况：患儿因不会坐1年入院，入院后给予运动再学习训练等治疗。出院情况：患儿应名反应不明显，不理解言语符号，对人和物的关注维持时间稍延长，上肢肌力稍增强，支撑能力差，肩关节内收及上举能力稍受限，大把抓握时间稍延长，腹部肌群肌力不足，髋关节核心肌群力量差，下肢股四头肌、内收肌、腓绳肌张力稍降低，膝关节屈伸能力差，平衡调整能力差，不可完成体位转换。

2023年12月21日至2024年02月0[REDACTED]康复科住院
病历：

入、出院诊断：1、全面性发育迟缓；2、脑电图异常等

诊疗经过：患者因“现1岁4月不会翻身，不理解简单手势。”入院，入院后给予脑瘫肢体综合训练促进肢体运动功能如翻身、坐位、爬等粗大运动能力发育等。出院情况：患儿现双眼能注视眼前物体，追视较前灵活，听觉粗试引出，寻找声源不灵活。能无意识发“en、a、ba、ma”音，不能有目的叫人，逗笑出声少，能认识家人及区分生熟人，能与人玩躲猫猫游戏，不理解、不模仿简单手势，不会执行简单指令。双手不能居中，左手能主动大把抓物、不灵活，右手出现主动抓物意识、活动较前灵活。仰卧位姿势对称，头能居中，能左右转动，肢体自主活动少；俯卧位肘支撑抬头60度、不会手支撑，不会爬；坐位不能保持、易后仰；扶掖下站双下肢能尖足支撑，不能迈步。需要辅助由仰卧位翻身至俯卧位。

2024年02月07日至2024年04月1[REDACTED]康复科住院
病历：

入、出院诊断：1、全面性发育迟缓；2、脑电图异常等

诊疗经过：[REDACTED]男，1岁6月。因“现1岁6月不会翻身，不理解简单手势。”入院。入院后治疗上给予脑瘫肢体综合训练等。病程中患儿存在发热伴惊厥1次，考虑发热与感冒相关。出院情况：患儿现双眼能注视眼前物体，追视较前灵活、幅度仍小，听觉粗试引出，偶能寻找声源。能



无意识发“en、a、ba、ma”音，逗笑出声少，能认识家人及区分生熟人，不理解、不模仿简单手势，不会执行简单指令。竖头较前稳定，辅助下能翻身，能拱背坐保持数秒，不能直腰坐，不能独站及独走。左手能入口，能主动大把抓物、不灵活，右手握拳、不会主动抓物。

(四) 分子遗传检测报告打印件摘录：

姓名 年龄：1岁8月

标本类型：全血 样本编号：R3030 接收时间：2024-06-03

检测项目：遗传病全外显子测序 检测方法：高通量测序法(NGS)

临床表型：全面性发育迟缓，脑性瘫痪。G1P1,运动发育迟缓，智力障碍，肌张力高，肌力低下。

检测总结：

1、与受检者临床表型显著/潜在相关的变异(表一)：a. 点突变和微小插入缺失(SNVs、InDel)：未发现；b. 拷贝数变异(CNVs)：未发现；c. 线粒体环基因变异(mtDNA)：未发现。

2、基因变异附表(表二)：本附表主要收录：1. 与临床表型可能相关的致病或疑似致病变异，但为隐性遗传病且受检者单杂合携带。2. 与临床表型可能相关，但为临床意义未明的变异。3. 与临床表型无关，但为致病或疑似致病的变异。关联疾病：先天性UIJrich型肌营养不良1A型、Bethlem肌病1B型；膀胱癌，体细胞、骨肉瘤，体细胞、小细胞肺癌，体细胞、视网膜母细胞瘤、三侧性视网膜母细胞瘤；横纹肌溶解症，易感1型、扩展型心肌病、肥厚型心肌病；线粒体复合物IV缺乏症，核基因22型；周围神经病伴不同程度痉挛、运动不耐受和发育迟缓；X连锁尿道下裂1型、脊髓和延髓肌萎缩型肯尼迪病、雄激素部分不敏感伴或不伴乳腺癌、雄激素不敏感；CHARGE综合征、低促性腺激素性性腺功能减退症、5型伴或不伴嗅觉减退；Brody肌病；智力发育障碍伴行为异常、小头畸形、身材矮小；高甘氨酸血症、乳酸性酸中毒和癫痫发作；线粒体复合物IV缺乏症，核基



因 11 型。

3、全外显子组检测 CNV 分析结果：此次检测未发现与受检者临床症状相关的明确致病性的大片段缺失/重复变异。

4、线粒体环基因测序分析结果：此次检测未发现与受检者临床症状相关的明确致病性的线粒体环基因变异。

结果建议：此次检测未发现与受检者临床表型显著/潜在相关的变异，建议预约临床专家进行就诊。

四、鉴定过程

（一）适用标准和规范

《司法鉴定程序通则》（中华人民共和国司法部令第 132 号）、《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097-2021）、《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》（法释[2017]20 号）、《妇产科学》（第 9 版）、《儿科学》（第 9 版）、《胎膜早破的诊断与处理指南（2015）》、《阴道手术助产指南（2016）》、《脑性瘫痪的病因学诊断策略专家共识》、《中国新生儿复苏指南（2021 年修订）》以及相关法律法规、其他临床诊疗规范等。

（二）鉴定过程

接受鉴定委托后，对送鉴材料进行了文证审查，确定送鉴材料作为鉴定依据。2024 年 08 月 07 日召开医患陈述会，参与陈述会人员包括鉴定人、患方代表和医方代表，陈述会前向医患各方告知了本案的鉴定人、鉴定事项、用于此次鉴定的材料、相关鉴定风险及医患双方的权利和义务等，医患各方分别签字确认。陈述会上医患各方分别陈述了各自意见，鉴定人就有关问题进行了询问。经鉴定人讨论、分析、复核并达成一致后，制作本鉴定文书。

（三）陈述会医患双方陈述摘录

1、患方主要观点摘要：

一是胎心监护管理不当、漏诊宫内窘迫、未及时结束产程；二是在足



月胎膜早破情况下未及时检测羊水量、缺乏持续的胎儿监护、抗生素预防应用不足、引产时机不当；三是新生儿复苏严重延误；四是胎盘钙化与病毒感染与患儿目前结局无关。

2、医方主要观点摘要：

我院为患者实施的诊疗行为符合诊疗常规和规范，孕妇入院时已临产，宫口开大，胎膜破裂，我院对其进行了及时的监测及协助分娩，产程时间在正常范围，胎心监测显示无明显异常，产后对新生儿进行了及时的复苏抢救并转新生儿科进行治疗，已尽到了诊疗义务。新生儿出现窒息与患儿存在先天性风疹病毒感染（宫内）有关，该患儿宫内存在严重感染、胎儿炎症反应综合征（FIRS）及出生后发生早发型脓毒血症，是出生时新生儿窒息和复苏困难的主要原因。

（四）阅片所见

2023年02月11日 [REDACTED] 头颅MRI片3张（片号：11731027）示：脑室局部扩张，垂体等处见异常信号影。

2023年08月01日 [REDACTED] 头颅MRI片3张（片号：11813652）示：脑室局部扩张，侧脑室旁、双侧基底节区、岛叶多发异常信号影。

2024年04月11日 [REDACTED] 头颅MRI片3张（片号：1924783）示：脑室局部扩张，双侧额顶叶、半卵圆中心、丘脑及左侧颞叶、双侧基底节区等处见异常信号影。

五、分析说明

根据委托人提供的现有送鉴材料，结合陈述会各方陈述及了解的情况可知：被鉴定人 [REDACTED] 于 [REDACTED] “停经 40+3 周，下腹痛 4+小时，阴道流液 3 小时”于 2022 年 08 月 11 日 [REDACTED] 院产科，入院诊断：“1、胎膜早破；2、40+3 周妊娠临产 G1P0，3、ROP”，同日 16 时 48 分娩出被鉴定人 [REDACTED] 17 时 30 分因“生后反应差 42 分钟”转入该院新生儿科，入



院诊断：“1、新生儿窒息，2、新生儿胎粪吸入综合征，3、新生儿感染观察，4、新生儿缺氧缺血性脑病观察，5、颅内出血观察，6、宫内感染性肺炎”。后被鉴定人因出现发育迟缓等情况，间断就诊于外院。结合上述医疗过程现分析如下：

（一）关于医方是否存在医疗过错分析

1、产前评估欠仔细，分娩方式告知不充分，选择欠妥当

产妇产前检查虽然无明显头盆不称、分娩并发症等不宜阴道分娩的异常情况，但产妇有多年不孕史，通过辅助生殖受孕，入院产科检查示宫高+腹围=150cm（已 $\geq$ 140cm），BMI（体重指数）32.37，有提示巨大儿可能，初步诊断胎方位为ROP，但未见骨盆大小的测量记录。医方应仔细考虑分娩中可能遇到的困难、对胎儿不利的情况等，向患方详细告知剖宫产手术与阴道分娩的相关情况，权衡利弊最大可能降低分娩风险，但未见医方综合各方面因素评估适宜的分娩方式，亦未见明确告知剖宫产手术分娩与阴道分娩的风险利弊的记载，病历中关于胎膜早破的诊断与记载等亦存在前后矛盾。据此分析认为，医方产前评估欠仔细，分娩方式告知不充分，选择欠妥当，存在过错。

2、产程观察欠严密，异常情况处理不及时

阴道试产在产程中需注意严密观察产程进展，对于有潜在风险的产妇适当放宽剖宫产或阴道助产指征，及时发现异常情况终止妊娠。而产程中未见医方进行全程胎心监护，现提供的产程胎心监护报告中，分娩当日15时30分以后胎心监护图多次提示明显胎心异常，表现为心动过速，但医方未予严密观察，对异常情况亦未予及时发现及有效处理。产妇15时45分宫口已开全、16时05分胎头已为+3，可行阴道助产，但至16时30分后胎头已拨露亦未作会阴切开，至16时48分胎儿娩出（胎心明显异常至胎儿娩出已1小时余）。整个产程中，亦无对羊水性状的记载或相关检查，即使如医方记载“上抬胎头未见羊水流出”，亦可采取床旁超声等方式鉴别是否



存在羊水污染等需要干预处理的情况，增加了围产期窒息的风险。据此分析认为，产程观察欠严密，异常情况未及时处理，存在过错。

3、新生儿处置不及时不规范

新生儿窒息持续时间对婴儿预后起关键作用，对于具有高危因素的分娩，随产妇将分娩时应有新生儿医生守候在旁，以便及时抢救。新生儿出生后存在羊水污染、无哭声、呼吸微弱、肌张力差，应在30秒内完成初步复苏，包括保暖、摆好体位、清理呼吸道、擦干，如羊水混有胎粪，在婴儿呼吸前，应采用胎粪吸引管进行气管内吸引，将胎粪排出，在气道胎粪吸出前，通常不应进行正压通气。本例产妇32岁，婚后不孕，多次助孕后妊娠，分娩前应有新生儿医师守候在旁，以便新生儿娩出有窒息时，可立即清除口腔等处异物，并可及时气管插管，避免吸入已被污染的羊水。本例产程出现明显异常至胎儿娩出期间，医方有充分的时间可通知新生儿医师至产房进行新生儿复苏，本例新生儿科医师到达产房时，新生儿娩出已9分钟，胎心仅 <60 次/分。根据诊疗规范要求，对于宫内缺氧胎儿，生后应立即进行复苏及评估，并由产科医师、儿科医师、助产士及麻醉师共同协作进行，生后应监测动脉血气、血糖、电解质、血尿素氮和肌酐等生化指标。但新生儿娩出时，无儿科医师在场参与复苏及会诊，医方在存在羊水污染及新生儿无活力的情况下，未将胎粪吸引干净即进行正压通气，以致被鉴定人未得到及时有效的诊疗，增加了窒息缺氧的时间。据此分析认为，新生儿处置不及时不规范，存在过错。

（二）损害后果、因果关系及原因力大小

1、损害后果：被鉴定人因围产期窒息等因素致新生儿脑损伤。

2、因果关系及原因力大小

本例，产妇既往存在多年不孕史，通过辅助生殖受孕，孕期体重增加过多，入院诊断胎方位为ROP，医方应仔细权衡利弊并详细告知剖宫产手术与阴道分娩的相关情况，最大可能降低分娩风险。即使最终采取阴道试产，



在产程中需严密观察产程进展，放宽剖宫产或阴道助产指征，及时发现异常情况即终止妊娠。而本例在产程中未见医方进行全程胎心监护，现提供的产程胎心监护报告中，当日 15 时 30 分以后胎心监护图提示明显胎心异常，但医方未予严密观察，当胎心出现明显异常未及时采取阴道助产、会阴切开等处理，胎心异常至胎儿娩出已至少 1 小时余。在新生儿出生后存在窒息的情况下，处置不及时不规范，无儿科医师参与复苏及会诊，导致被鉴定人未得到及时有效的诊疗。根据现有材料产妇产前检查未提示胎儿存在异常，出生后检查亦未提示存在宫内病毒感染所致的外观畸形、颅内感染、器官发育畸形等异常，儿科会诊及检查均以新生儿重度窒息及新生儿缺血缺氧性脑病为主要诊断，现基因检测结果亦未提示存在脑损伤相关的致病基因，结合分娩过程及新生儿出生后异常症状的发生、发展情况，符合围产期窒息等因素致脑损伤。若医方在产前即采取剖宫产，或在产程中发现异常并及时采取适宜方式终止妊娠，将最大程度降低围产期窒息发生的可能。若新生儿科医师在新生儿出生后给予规范有效的处理，亦可减少缺氧窒息时间最大程度改善预后。

但鉴于产妇产前并无绝对剖宫产指征，医方进行了新生儿复苏措施，后续儿科亦进行了诊疗，目前宫内感染等因素导致预后不良的可能性不能完全除外。

综上所述，依据《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097—2021) 第 7.3.4 条“损害后果与医疗过错行为以及患者病情本身的特点、自身健康状况、体质的特殊性或者限于当时医疗水平等因素均密切相关，若没有发生医疗过错，或者没有患者的自身因素（和/或限于当时医疗水平等因素），损害后果通常情况下都不发生。医疗过错和患者自身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”之规定，本例中医疗的过错行为与被鉴定人的损害后果之间存在因果关系，建议医疗过错行为在损害后果中的原因力大小为同等原因。



六、鉴定意见

██████████的医疗行为存在过错；医方过错与被鉴定██████████的损害后果之间存在因果关系；建议医疗过错在损害后果中的原因力大小为同等原因。

司法鉴定人：██████████

《司法鉴定人执业证》证号：██████████

司法鉴定人：██████████

《司法鉴定人执业证》证号：██████████

二〇二四年九月二十日

司法鉴定专用章

