

副本

司法鉴定意见书

Nanjing Jinling Forensic Science Service Expertise Report



统一社会信用代码



司法鉴定意见书

一、基本情况

委托方：枣庄市市中区人民法院〔（2024

委托事项：（以下称医方）之子（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. 医方产前检查报告单1套、住院病案2套（病案号：）；住院病案1套（病案号：）；3. 民事起诉状、医疗过错鉴定申请书、质证笔录、谈话笔录各1份；4. 补充材料：质证意见1份，医方ICU护理记录单、胎心监护图各1份（本所于2024年10月31日收齐上述材料）。

鉴定日期：2024年10月18日~2024年11月11日

鉴定地点

听证人员：患方：何宇、；医方：齐向营、委托方。

二、基本案情

摘自送检材料：产妇“停经28⁺周，阴道流液1⁺小时”于2024年4月26日入住医方，入院后完善相关检查，予以促胎肺成熟、保护胎儿脑神经、抗感染等治疗。4月27日因“胎膜早破、羊水过少”予行剖宫产术后产下患儿。患儿出生后1分钟Apgar评1分（呼吸评1分），5分钟评7分（皮肤颜色-2分，肌张力1分），体重1000g。因“28⁺周早产，生后窒息复苏后30分钟余”转入医方新生儿重症监护室并予行特级护理，完善相关检查，诊断为新生儿呼吸窘迫综合征、极低出生体重儿、早产儿、



先天性心脏畸形等。在医方住院期间患儿病情未见明显好转，4月28日转[REDACTED] 4月29日行床旁彩超示重度肺动脉高压，患儿生命体征不稳定，持续存在代谢性酸中毒、高乳酸血症等并进行性加重，后家属放弃心外按压、正压通气等抢救措施，于4月30日死亡，死亡原因诊断为持续肺动脉高压。

三、争议要点

(一) 患方认为：医方存在以下过错：1. 羊水减少与宫内窘迫的识别与干预不足；2. 胎心监护的不足与处理不当；3. 剖宫产手术决策的延误；4. 肺炎的识别和治疗不及时；5. 重度酸中毒的处理不力；6. 延迟脐带结扎（DCC）；7. 缺血缺氧脑病监测缺失。医方在诊疗过程中存在多处过错，尤其是在宫内窘迫的识别与处理、新生儿复苏的实施以及感染控制等方面。这些过错直接导致患儿死亡，如果在早期能采取更积极有效的干预措施，及时剖宫产避免宫内窘迫、有效的新生儿复苏和感染控制，则患儿存活可能性会显著增加。

(二) 医方认为：患者发生胎膜早破、早产的原因为子宫畸形、宫腔环境欠佳、孕妇为高龄产妇，为自身因素及病情导致，患儿救治效果不理想的原因为极早产儿、发育异常，是该孕周早产儿疾病特点及自身发育因素导致，我院临床诊疗规范、救治及时，在救治过程中不存在过错。

四、送检材料摘要

(一) 医方住院病案（病案号[REDACTED]）摘要：

1. 病程记录摘要：

①记录时间：2024-04-26 23:52

查体：.....产前检查：腹部膨隆，触及不规则宫缩，强度弱，胎心145次/分.....估计胎儿体重1100g.....

2024.04.26 本院产科（单胎，含胎儿及宫腔）检查结论：胎头位置中腹部，双顶径6.9cm，头围24.4cm，腹围22.4cm，脊柱排列连续，胎心搏动有，胎心率142次/分，胎动有，股骨长度5.0cm，羊水量少，羊水指数



约：4.5cm，S/D 2.8，胎盘位置前壁，均质，宫颈内口呈V型扩张，宽约3.5cm，深约4.8cm，未见明显异常回声。检查诊断：单胎中期妊娠，羊水少，宫颈内口扩张。

诊疗计划：.....3.完善血常规+C反应蛋白、降钙素原、生化全套、感染性疾病筛查、凝血功能，胎心监护、心电图、血型，给予地米促胎肺成熟、硫酸镁保护胎儿脑神经、头孢呋辛静滴抗感染治疗。4.注意胎心、胎动变化，监测体温、脉搏，动脉复查彩超评估胎儿宫内情况，如临产，建议剖宫产终止妊娠相对安全。

初步诊断：胎膜早破、妊娠合并羊水过少、妊娠合并子宫纵膈、孕28周（28+1周妊娠G1P0）、高龄初产妇的监督、胎儿生长发育迟缓，待查。

②2024-04-27 08:21

2024.04.27 07:50 床旁超声：羊水指数约1.5cm.....孕妇羊水过少诊断明确，孕妇入院后羊水进行性减少，目前未完成促肺及脑保护治疗，继续待产过程中有脐带脱垂、胎儿窘迫、胎死宫内、绒毛膜羊膜炎等风险，讲明继续待产及终止妊娠利弊.....商议后要求剖宫产终止妊娠.....

2. 出院记录摘要：

入院日期：2024-04-26 出院日期：2024-04-30

出院诊断 1.胎膜早破 2.妊娠合并羊水过少 3.妊娠合并子宫纵膈（完全性）4.臀先露（混合臀先露）5.妊娠合并双子宫颈双阴道 6.胎盘粘连不伴出血 7.妊娠合并低体重儿（极低体重儿）8.脐带绕颈 9.脐带绕身 10.脐带绕手 11.单胎活产（极早产儿）12.早产经剖宫产 13.高龄经产妇妊娠监督

入院情况：患者任宜铭，女，因“停经28⁺周，阴道流液1⁺小时”于2024-04-26入院。患者末次月经：2023-10-12，预产期：2024-07-04，孕早期于本院行彩超提示完全性子宫纵膈可能，早孕（左侧官腔），后复查彩超提示单胎中期妊娠，建议随访胎儿右足，足内翻待排；2024-04-12行系统性超声筛查：单胎中期妊娠，胎儿大小相当于孕25周3天，建议随访



胎儿双下肢，足内翻待排，建议复查胎儿主、肺动脉内径。现孕 28⁺ 周，今日 20: 30 无诱因出现阴道流液，色清，伴下腹紧缩感，无腹痛及阴道流血，胎动正常，急来我院，行彩超提示单胎妊娠、羊水指数约 4.5m, 宫颈内口扩张，急诊以“胎膜早破”收入院。查体：T37℃, P96 次/分，R18 次/分，BP112/70mmHg。腹部膨隆，触及不规律宫缩，强度弱，胎心 145 次/分，宫高 27cm, 腹围 90cm, 胎位不清，估计胎儿体重 1100g, 阴道检查：阴道通畅，先露高浮，消退 100%，宫颈质韧，位置中，宫颈外口容指尖，少量阴道流液，色清，无异味。孕妇胎膜早破，精神紧张，对于阴道检查抵触，阴道是否有纵隔触诊不满意。辅助检查：..... 2023.12.14 本院产科彩超：完全性纵隔子宫可能，早孕（左侧宫腔）..... 2024.04.12 本院四维产科彩超：胎儿体重约 842±123 克。建议随访胎儿双下肢，足内翻待排建议复查胎儿主、肺动脉内径。2024.04.26 本院产科彩超：双顶径 6.9cm, 头围 24.4cm, 腹围 22.4cm, 骨长度 5.0cm, 羊水指数约：4.5cm, S/D2.8, 宫颈内口呈 V 型扩张，宽约 3.5cm, 深约 4.8cm, 未见明显异常回声。

诊疗经过：入院后完善辅助检查，患者因“胎膜早破、羊水过少”于 2024-04-27 14: 20 行剖宫产术，于 14: 23 以臀位助娩 1 早产男婴，1 分钟 Apgar 评 1 分（呼吸评 1 分），5 分钟评 7 分（皮肤颜色-2 分，肌张力 1 分），体重 1000g, 脐带绕身，绕颈，绕上肢各 1 周，台上新生儿科房猛主治医师救治新生儿后转 NICU。术中探查见本次妊娠为右侧宫腔，完全子宫纵膈，胎盘位于右侧宫腔偏宫角，凸出，薄弱，表面可见迂曲血管，胎盘粘连，取出胎盘，估计胎盘大小约 14×10×1.5cm, 脐带附着于胎盘中央，胎盘附面出血多，给予局部缝合止血，加用卡前列素氨丁三醇（欣母沛）250ug 宫体注射加强宫缩，切除部分纵膈方便产科缝合切口，探查双侧附件未见异常。手术顺利，术中出血约 400ml, 术后给予促宫缩、预防感染、补液等治疗，术后复查血常规提示 HB115g/L, HCG 1602 mIU/mL, 现术后第 3 天，生命体征平稳，宫缩好，阴道流血少，2024.04.30 床旁超声：产后



子宫、双肾输尿管未见明显异常。胎盘病理未见异常。今日查房，建议继续住院观察，患者及家属强烈要求出院，告知出院后可能出现的风险，患者及家属表示知情理解，要求出院并愿意承担一切后果。出院前 VTE 评分 3 分，今日办理出院。

出院情况：一般情况好，神志清，精神好，未诉特殊不适，腹部刀口轻微疼痛，大小便正常，下床活动好，无下肢肿痛。已泌乳，乳不胀。查体：生命体征平稳，腹软，无明显压痛，刀口甲级愈合，子宫收缩好，宫底脐下 3 指，复旧良好，阴道见少量血性恶露，无异味。

3. 手术记录摘要：

手术日期：2024-04-27

术中诊断：1. 胎膜早破 2. 极早产 3. 羊水过少 4. 完全子宫纵隔 5. 28⁺ 周妊娠剖宫产 G1P1L1A0 6. 高龄产妇 7. 轻度贫血 8. 混合臀先露 9. 单胎活产 10. 胎盘粘连 11. 双阴道双宫颈 12. 脐带缠绕

手术名称：剖宫产术，子宫下段横切口

手术经过：孕妇在腰硬联合麻醉成功后，取仰卧位并左侧倾斜 15°，常规听胎心 140 次/分，消毒后铺无菌巾，取耻骨联合上缘 2cm 作长约 12cm 横型切口，逐层切开皮肤、皮下组织，前鞘，钝性分离腹直肌。打开腹膜，见子宫下段未形成，横行切开下段子宫肌层，未见羊水，延长子宫切口，于 14: 23 以臀位助娩 1 早产男婴，1 分钟 Apgar 评 1 分（呼吸评 1 分），5 分钟评 7 分（皮肤颜色-2 分，肌张力 1 分），体重 1000g，脐带绕身，绕颈，绕上肢各 1 周，台上新生儿科房猛主治医师救治新生儿，详见会诊记录。探查见本次妊娠为右侧宫腔，完全子宫纵膈，胎盘位于右侧宫腔偏宫角，凸出，薄弱，表面可见迂曲血管，胎盘粘连，取出胎盘，估计胎盘大小约 14 × 10 × 1.5cm，脐带附着于胎盘中央，胎儿娩出后缩宫素 10U 静滴、缩宫素 10U 宫体注射预防产后出血，胎盘附面出血多，给予局部缝合止血，加用卡前列素氨丁三醇（欣母沛）250ug 宫体注射加强宫缩，宫缩好转，切除部分纵膈方便产科缝合切口，缝扎止血创面，子宫切口 1-0 可吸收线缝



合包埋整齐，探查见子宫切缘无出血，双侧附件未见异常。手术顺利。生理盐水冲洗腹腔，再次探查无出血，清点手术用品无误后，依次关闭各层组织。

4. 会诊记录摘要：

申请时间：2024-04-27 邀请会诊科室：新生儿重症监护室

会诊意见：患儿出生后全身皮肤青紫、四肢肌张力低，呼吸浅慢，立即给予“保暖、清理呼吸道”等初步复苏，全身青紫无改善，评估心率 70 次/分，立即予“气囊辅助呼吸”，30 秒后再次评估心率 50 次/分，立即予“气管插管正压通气、胸外心脏按压”，1 分钟后患儿心率提升至 100 次/分，全身皮肤青紫仍较明显，停止胸外按压，继续气管插管正压通气。

初步诊断：早产儿、新生儿呼吸窘迫综合征、极低出生体重儿、新生儿肺炎、新生儿窒息

处理：转 NICU 进一步治疗。

(二) 医方住院病案(病案号 [REDACTED]) 摘要：

1. 出院记录摘要：

入院日期：2024-04-27 14:58 出院日期：2024-04-28 14:15

出院诊断：1. 新生儿呼吸窘迫综合征 2. 极低出生体重儿(1000-1249g) 3. 早产儿(孕期等于或大于 28 整周，但小于 32 整周) 4. 先天性心脏畸形 5. 新生儿的细菌性脓毒症 6. 新生儿肺炎 7. 新生儿低蛋白血症 8. 严重的出生窒息 9. 新生儿脑病(待查) 10. 营养风险

入院情况：患儿男性，因“28+2 周早产，生后窒息复苏后 30 分钟余”入院。入院查体：T 不升 P100 次/分 R 气囊辅助呼吸 体重：1.0kg，早产儿貌，全身被覆胎脂。反应差，气管插管气囊辅助呼吸，口唇紫绀，全身皮肤青紫、散在淤青，皮肤菲薄，弹性一般。前囟 1.0×1.0cm，平坦，张力不高。双肺呼吸音低，双肺闻及湿性啰音。心率 100 次/分，心律规整，心音低，心前区未闻及明显杂音……双足内翻，四肢肌张力低，原始反射未引出。辅助检查：入院血气分析：酸碱度 7.08，二氧化碳分压 70.4mmHg，



氧分压 46.4mmHg, 钠离子 136mmol/L, 钾离子 4mmol/L, 钙离子 1.38mmol/L, 氯离子 115mmol/L, 血糖 4.4mmol/L, 乳酸 3.1mmol/L, 总血氧饱和度 79.1%, 实际碳酸氢根 21mmol/L, 实际碱剩余 -10.6mmol/L, 总血红蛋白 16.5g/dL, 吸氧浓度 100%。

诊疗经过: 患儿入院后予新生儿重症监护室护理常规, 特级护理, 暖箱保暖, 监测黄疸, 持续监护患儿生命体征变化。完善相关辅助检查, 2024.04.27 胸部正位: 新生儿肺炎; 新生儿呼吸窘迫综合征; 气管插管术后。2024.04.28 胸部正位: 新生儿肺炎, 较前好转; 气管插管术后; 脐静脉插管中。2024.04.28 胸部正位: 新生儿肺炎; 气管插管术后; 脐静脉插管中。血常规+CRP: 白细胞 $13.88 \times 10^9/L$, 红细胞 $5.81 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 208g/L, 血小板 $232 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 81.1%, 淋巴细胞百分比 14.9%, 单核细胞百分比 3.6%, C 反应蛋白 9.25mg/L。感染性疾病筛查: 乙肝表面抗体定量 19.673mIU/mL, 余阴性。2024.04.28 降钙素原 43.45ng/mL, 白介素 6 409.36pg/mL。生化全套: 钠 142mmol/L, 钾 5.3mmol/L, 钙 1.53mmol/L, 磷 2.06mmol/L, 葡萄糖 3.85mmol/L, 尿素 7.76mmol/L, 肌酐 $57 \mu\text{mol}/L$, 总蛋白 35.3g/L, 白蛋白 25.3g/L, 总胆红素 $69 \mu\text{mol}/L$, 直接胆红素 $4.1 \mu\text{mol}/L$, 丙氨酸氨基转移酶 5U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶 70U/L, 总胆汁酸 $4.5 \mu\text{mol}/L$, 前白蛋白 82mg/L, 肌酸微酶 241U/L, 肌酸激酶同工酶 8.44ng/mL, 甘油三酯 0.22mmol/L, 总胆固醇 2.23mmol/L。床旁心脏彩超: 先天性心脏病, 肺动脉瓣狭窄, 动脉导管未闭, 卵圆孔未闭, 左室右房通道?, 三尖瓣关闭不全。治疗方面, 予气管插管呼吸机辅助呼吸, 生理盐水扩容, 多巴胺改善循环, 应用牛肺表面活性物质改善肺顺应性 $\times 2$ 次, 予青霉素钠、头孢哌酮舒巴坦抗感染, 氨溴索、枸橼酸咖啡因改善呼吸功能, 维生素 K1 预防出血, 补充小儿复方氨基酸等静脉营养, 维持水电解质平衡及血糖稳定等支持治疗。患儿现病情极危重, 且合并先天性心脏畸形, 现家属联系上级医院转院治疗, 告知转运途中可能出现的风险及并发症, 患儿家属充分了解病情后办理转院手续。



出院情况：患儿持续气管插管、接有创呼吸机辅助呼吸，PC-AC 模式，PIP 28cmH2O，PEEP6.0cmH2O,R 60 次/分，FiO2 100%，血氧饱和度维持于 75%-80%之间，禁食中，大便未排。查体：刺激反应极差。全身皮肤发青、灰暗，散在淤青，皮肤菲薄，弹性一般。前囟平坦，张力正常。双肺呼吸音粗，双肺闻及湿性啰音。心率 120 次/分，心律尚规整，心音低钝.....双足内翻，四肢肌张力低，原始反射未引出。

2. 检查报告单摘要：

2024-04-27 15:00 酸碱度 (PH) 7.08 ↓ (参考区间; 7.35-7.45) 二氧化碳分压(PCO2)70.40 ↑ mmHg(参考区间: 35-45)氧分压(PO2)46.40mmHg (参考区间: 83-108) 乳酸 (Lac) 3.10 ↑ mmol/l (参考区间: 0.5-1.6) 阴离子间隙 (AG) 4.80 ↓ mmol/l (参考区间: 8-12) 总血氧饱和度 (SO2) 79.10 ↓ % (参考区间: 95-99) 标准碳酸氢根 (cHCO3st) 15.9 ↓ mmol/l (参考区间: 21-28) 标准碱剩余 -9.00mmol/l 实际碱剩余-10.60mmol/l。

2024-04-27 22:14 酸碱度 (PH) 7.06 ↓ (参考区间; 7.35-7.45) 二氧化碳分压(PCO2)78.30 ↑ mmHg(参考区间: 35-45)氧分压(PO2)44.60mmHg (参考区间: 83-108) 乳酸 (Lac) 1.40mmol/l (参考区间: 0.5-1.6) 阴离子间隙 (AG) 5.50 ↓ mmol/l (参考区间: 8-12) 总血氧饱和度 (SO2) 82.20 ↓ % (参考区间: 95-99) 标准碳酸氢根 (cHCO3st) 16.30 ↓ mmol/l (参考区间: 21-28)标准碱剩余 -8.00mmol/l 实际碱剩余-10.20mmol/l。

2024-04-28 降钙素原 43.45 ↑ ng/ml (参考区间: <0.05) 白介素-6 409.36 ↑ ng/ml (参考区间: <5.5)。

3. ICU 护理记录单摘要：

记录时间：2024-04-27

	时间	14	15	16	19	23
生命体征	体温 (℃)	不升	35.5		36.4	36.9
	箱温	33				
	脉搏 (次/分)	100	102	133	161	160



	血氧饱和度 (%)	70	80	89	92	90
呼吸机	呼吸形式	PC-AC		PC-AC		PC-AC
	FiO2 (%)	100		70		70
	PIP	25		24		25
	PPEP (cmH2O)	7		7		6.5
	Itime	0.29		0.29		0.34
	呼吸频率 (次/分)	60		60		60

(三 [REDACTED] 住院病案 (病案号 [REDACTED]) 摘要:

1. 死亡记录摘要:

入院记录: 2024-04-28 18:05 死亡时间: 2024-04-30

入院情况: 1. 男性患儿, 1天, 因“28+2周早产、呼吸困难1天”入院。2. 患儿为G1P1, 28+2周胎龄于2024年4月27日14:23剖宫产, 有胎膜早破, 无宫内窘迫, 无羊水、脐带及胎盘异常, Apgar评分1分钟为1分, 生后具体情况及抢救过程不详, 出生体重为1kg。3. 查体: 新生儿貌, 营养发育差, 反应差。全身皮肤黏膜青紫, 可见散在瘀点及瘀斑, 皮肤薄嫩, 皮下脂肪菲薄……口唇发绀。颈软, 气管插管下呼吸机辅助通气, 双肺呼吸音一致。心尖搏动不明显, 心率116次/分, 心音有力, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及明显杂音……脊柱无畸形, 双足内翻, 四肢肌张力低, 能前臂弹回, 足跟触耳征阴性。四肢末梢皮肤发青, 皮温凉, 毛细血管再充盈时间3秒。指(趾)甲未达指(趾)端, 足底纹少于1/2, 指纹不清晰。吸吮、握持、觅食、拥抱反射未引出。

辅助检查: ……2024.4.27胸片: 新生儿肺炎, 新生儿呼吸窘迫综合征的X线表现。2024.4.28胸片: 新生儿肺炎的情况较前好转。2024.4.28心脏彩超: 先天性心脏病, 肺动脉瓣狭窄, 动脉导管未闭, 卵圆孔未闭, 左室右房通道? 三尖瓣关闭不全。

诊疗经过: 患儿入院后即给予大抢救, 抢救成功后予早产儿护理常规, 特级护理, 置恒温箱, 心电血氧监测, 通知病危; 有创呼吸机辅助通气,



美罗培南抗感染治疗，积极完善心脏彩超提示肺动脉瓣狭窄不除外，给予前列地尔持续泵入开放动脉导管治疗，小苏打纠酸，血管活性药物维持血压疗效不佳，04:29再次完善床旁心脏彩超评估示：卵圆孔未闭（右向左分流）；动脉导管未闭（左向右分流）；三尖瓣反流（中-重度）肺动脉高压；右心增大；予iNO治疗降肺动脉高压；并输注血浆支持治疗，患儿持续存在代谢性酸中毒，高乳酸血症，进行性加重，并出现少尿，经与家长积极沟通病情后，家长表示不进行心外按压、正压通气、静脉应用抢救药等抢救措施，且不再继续给予患儿呼吸支持以及其他各种静脉药物等对症支持治疗。患儿于2024-04-30 09:09床旁心电图示无心电活动，宣布临床死亡。

死亡原因：新生儿持续肺动脉高压

死亡诊断：1.新生儿持续性肺动脉高压 2.早产儿（孕期等于或大于28整周，但小于32整周）3.新生儿早发型败血症 4.严重的出生窒息 5.呼吸循环衰竭 6.新生儿呼吸窘迫综合征 7.极低出生体重儿（1000-1249g） 8.动脉导管未闭 9.凝血功能障碍 10.新生儿高糖血症 11.新生儿低氧血症 12.代谢性酸中毒 13.高乳酸血症 14.新生儿低钾血症 15.急性肾功能不全 16.卵圆孔未闭

（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7月31日本所收到鉴定委托书及相关材料，并于当日发出缴费及补充材料通知；收到费用及收齐鉴定材料后于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[]“停经 28⁺1 周，阴道流液 1⁺小时”于 2024 年 4 月 26 日晚入住医方，入院后完善相关检查，给予地米促胎肺成熟、硫酸镁保护胎儿脑神经、抗感染治疗等，临床诊断为“胎膜早破、妊娠合并羊水过少、妊娠合并子宫纵膈、孕 28 周（28+1 周妊娠 G1P0）、高龄初产妇的监督、胎儿生长发育迟缓，待查”。根据病史、孕产史、临床查体及辅助检查结果，可认定医方诊断成立。入院后产妇羊水进行性下降，医方及时与患方沟通病情及治疗方案，经与患方沟通待产及终止妊娠利弊后商议于 4 月 27 日行剖宫产术终止妊娠，选择剖宫产术合理，术前签署手术知情同意书，对手术相关风险及可能出现的并发症尽到了告知义务。4 月 27 日 14:23 经剖宫产娩出一早产男婴（患儿），患儿出生后缺氧严重，台上儿科医生会诊并立即予以初步复苏，全身青紫无改善，予气管插管正压通气、胸外按压等。术中儿科医生对患儿行复苏抢救等处理符合诊疗规范。患儿因“28⁺2 早产，生后窒息复苏后 30 分钟余”入住医方新生儿重症监护室，积极完善相关检查，予以特级护理，保温箱保暖，监测生命体征等，并告病危，签署病危病重通知书。4 月 28 日上午 11:02 患儿突发心率、脉氧下降，心率降至 30 次/分，脉氧降至 50%左右，立即予心肺复苏等抢救，再次与家属沟通患儿病情危重，家属要求转上级医院治疗，予出院。上述医方对于患儿的抢救过程、病情沟通以及转院行为未见明显过错。

但是，纵观医方整个诊疗过程，结合医患方陈述及听证会现场调查核实，分析认为医方对患儿的诊疗行为存在以下过错：

1. 胎心监护不规范。经听证会现场调查，产妇自诉术前胎心监护疑似报警并自觉胎动先兴奋后抑制，而医方提供的胎心监护图中缺失该时段胎心监护记录，结合出生后 Apgar 评分，不排除患儿存在宫内窘迫的可能性。

2. Apgar 评分不符合规范。医方对于患儿出生后 Apgar 评分如下：

时间	呼吸	心率	对刺激反应	皮肤颜色	肌张力
1min	1	0	0	0	0
5min	2	2	2	0	1

一般新生儿出生后，分别做 1 分钟、5 分钟及 10 分钟的 Apgar 评分，以便观察新生儿窒息情况变化，该患儿出生时存在重度窒息表现，医方应当多次评分以评估病情变化，而 5 分钟后未予评分；1 分钟评分 1 分（呼吸 1 分），而心率评分为 0 分，即心率 0 次/分，有浅弱呼吸无心率，评分存在一定矛盾。

3. 对患儿的复苏处理不到位：①患儿出生后保暖措施不到位，患儿为极低体重早产儿（1000g），保温箱宜设置在 34-36℃，而医方特级护理单记录示保温箱温度设置为 33℃；②根据患儿出生后约 1 小时（2024-04-27 15:00）血气分析报告示二氧化碳分压 70.40mmHg，氧分压 46.40mmHg，提示Ⅱ型呼吸衰竭，出生后约 8 小时（2024-04-27 22:14）血气分析报告示二氧化碳分压 78.30mmHg，氧分压 44.60mmHg，提示患儿严重缺氧的病情未能得到及时有效纠正，而医方在此期间未能结合患儿实际病情积极调整呼吸机呼吸频率、呼吸模式，以改善通气及氧合。

（二）因果关系及原因力大小分析

患儿死亡后未行尸体检验，不能在法医病理学层面明确患者的具体死亡原因，尤其是患者心脏、肺、脑等部位组织病理的最终改变对完整评价医方诊疗行为是否存在缺陷、不足及过错具有一定影响。根据现有鉴定材



料及医患双方陈述意见，考虑患儿符合低氧血症、高碳酸血症、内环境严重紊乱、持续性肺动脉高压等导致多脏器功能损伤，最终多器官功能衰竭而死亡。

根据现有送检临床材料，结合医患方陈述及听证会现场调查核实，并咨询临床专家意见后，分析认为患儿母亲系 37 岁高龄产妇，妊娠合并子宫畸形（子宫纵隔完全型），子宫纵膈完全型是指纵膈下端达到或者超过宫颈内口水平，将子宫腔完全隔开，导致宫腔内容积减小，可能会引起孕晚期发生早产和胎位异常等。患儿母亲系孕 28⁺² 周早产，因胎膜早破、羊水量少行剖宫产终止妊娠，促胎肺成熟及保护胎儿脑神经等治疗尚未完全结束。患儿娩出时系极早产儿、极低体重出生儿，心、肺等重要脏器发育不成熟，经完善相关检查示患儿存在新生儿呼吸窘迫综合征、先天性心脏畸形、严重感染等疾病，自身病情危重。患儿低氧窒息，导致动脉导管持续未闭，进一步加重了肺动脉高压的严重程度以及持续时间。故认为患儿最终死亡主要系其自身危重病情发生、发展的不良转归所致。

但考虑到医方胎心监护不规范，产前心电监护记录部分缺失，结合出生后 Apgar 评分，不排除患儿存在宫内窘迫的可能性。患儿出生后严重窒息，而医方产后复苏处理不到位，没有根据患儿病情及时调整呼吸机参数，与患儿严重缺氧的病情未能得到及时有效纠正存在一定的因果关系。此外，患儿系极早产儿，体温调节能力差，而医方的保暖措施不到位，会对患儿的病情发展造成一定的不利影响。故认为医方的诊疗过错与患儿的死亡后果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。考虑到产妇自身存在早产的高危因素，患儿 28⁺² 周极早产，极低体重，重要脏器尚未发育成熟，自身病情危重，医方诊疗过错在患儿损害后果的发生发展过程中仅起到了促进/加重作用，



故评定医方诊疗过错的原因力大小为次要原因。

七、鉴定意见

对患 之子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一定的因果关系，原因力大小为次要原因。

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
《司法鉴定人执业证》证号
司法鉴定
《司法鉴定人执业证》证号
司法鉴定
《司法鉴定
二〇二四年十一月十一日

