

司法鉴定意见书



声 明

1. 委托人应当向鉴定机构提供真实、完整、充分的鉴定材料，并对鉴定材料的真实性、合法性负责。
2. 司法鉴定人按照法律、法规和规章规定的方式、方法和步骤，遵守和采用相关技术标准和技术规范进行鉴定。
3. 司法鉴定实行鉴定人负责制度。司法鉴定人依法独立、客观、公正地进行鉴定，不受任何个人和组织的非法干预。
4. 鉴定意见属于鉴定人的专业性意见，其是否被采信取决于使用人的审查和判断，鉴定人和鉴定机构无权干涉。
5. 使用本鉴定文书应当保持其完整性和严肃性。

地址: [REDACTED]

邮编 [REDACTED]

电话 [REDACTED] (总机)

传真 [REDACTED] 监督电话 [REDACTED]



司法鉴定意见书

025]病因鉴定字第[]号



一、基本情况

委托人：威海市环翠区人民法院

委托函号：(2025 [])

委托日期：2025年12月11日

委托鉴定事项：对被申请人诊疗行为是否具有过错，如果具有过错，该过错与被申请人的损害后果之间是否存在因果关系，原因力大小以及过错参与度是多少进行司法鉴定。

鉴定材料：司法鉴定委托书1份，函复印件1份，民事起诉状复印件1份，诉前调查笔录复印件1份，医、患双方陈述各1份，医疗事故技术鉴定书复印件1份，[]案资料复印件1套，母子健康手册复印件1份，其他相关鉴定材料1份。

听证会日期：2026年1月5日

鉴定日期：2026年1月5日~2026年1月13日

鉴定地点 []

患方 []女，2024年12月19日出生 已故。

医方 []

二、检案摘要

(一) 基本案情

据送检的鉴定资料记载：产妇 [] 29岁，孕39周，于2024年12月18日因“39周妊娠 []”入院住院待产，入院产科超声：胎方位：右枕后位，双顶径93mm，头围323mm，腹围342mm，股骨长72mm；胎心率145次/分，胎心搏动规则。羊水深度：左上49，左下33，右上41，右下43。胎盘位于右侧壁及后壁，2级。CDFI未见脐带绕颈。PW测得S/D值2.0。于2024-12-19 08:56在硬膜外麻醉下行子宫下段横切口剖宫产术。娩一活产





3050g 女婴，Apgar 评分 1 分钟 10 分、5 分钟 10 分。12 月 19 日 16:40 患儿转入新生儿病房。对症支持治疗后，患儿仍间断有肺出血，心率、氧合下降。虽经积极治疗，患儿病情仍危重，患儿父母经慎重考虑，不同意继续住院治疗，12 月 26 日接患儿出院。患儿出院后当日死亡。

患儿死亡后于 2025 年 5 月 [REDACTED] 进行过医疗事故技术鉴定，现因案件审理需要，威海市环翠区人民法院委托我中心对上述委托鉴定事项进行鉴定。

本中心于 2025 年 12 月 11 日收到送检的鉴定资料后，法医鉴定组经详细阅卷、审查材料后于 12 月 15 日发函至委托方通知申请人缴费及补充鉴定材料，12 月 21 日申请人完成鉴定费用缴纳，12 月 23 日收到补充鉴定材料。

（二）争议要点摘要

患方观点：（一）未识别“羊水过少”及胎儿肺部发育风险；（二）评估监测不足及呼吸异常体征漏诊；（三）首诊延误及呼吸支持策略不当；（四）抗感染治疗存在缺陷；（五）循环管理与液体复发失误；（六）肺出血防治疏漏；（七）新生儿“宫内感染性肺炎”产时漏诊，延误早期治疗（八）新生儿危重治疗方案不当；（九）拒绝转院请求，延误救治时机.....

医方上述过失直接导致了患儿病情延误和恶化，是新生儿死亡的主要原因。产前羊水过少未被识别使胎儿肺发育不良，新生儿期呼吸窘迫未被及时发现和处理，错过了干预的最佳时机，任由肺部病变迅速进展。感染性肺炎早期漏诊，抗生素等治疗延后，使肺部炎症扩散，加重了呼吸窘迫的程度。关键治疗措施不当或缺失，未及时足量使用更有效的肺表面活性剂，未采取一氧化氮减轻肺高压，使得患儿长时间处于重度低氧和高压力状态，诱发了致命性的肺出血、休克等并发症。医方的诊疗过错最终导致患儿死亡。若无上述过错，患儿死亡的可能性将显著下降。因此，医方诊疗过错与患儿的死亡存在直接的因果关系，应承担主要责任。

医方观点：.....患者的损害后果与我院的医疗行为之间不存在因果关系，患 [REDACTED] 剖宫术前的超声检查诊断准确，产妇羊水量少，不能排除



血容量不足因素。患儿家属反馈异常后，医方即刻对症处理，同时请新生儿会诊，随后将患儿转至新生儿科治疗，全程未延误诊治。医方对于患儿新生儿呼吸窘迫综合征的疾病诊断正确。注射用牛肺表面活性剂（PS）用药也符合药品说明书规定范围。

综上所述，我院在对患者的诊断治疗过程中，未违反诊疗规范，不存在医疗过失，患者的损害后果与我院的医疗行为之间不存在因果关系。敬请贵鉴定机构依法作出客观公正的鉴定结论。

（争议要点是对医患陈述、答辩的简要摘录。鉴定人及专家组以委托人提交的材料为鉴定依据。）

（三）资料摘要

入院记录 病案号 摘要：

入院日期：2024-12-18 09:03

主诉：停经 9+月。

现病史：患者既往月经规律，周期 30 天。末次月经 2024-03-15，预产期 2024-12-25（与根据 B 超估计相符），停经 30+天查尿妊娠试验阳性，停经 40 多天出现恶心、呕吐等早孕反应，反应轻，不影响日常工作及生活，持续 2 个月症状缓解。停经 4 个多月感胎动，至今良好，反复核对孕周及预产期无误。停经 11+周行 HBsAg+HIV+TP+HCV 检查均阴性。孕期按照妊娠风险分级黄色管理（高危因素：轻度贫血），产前检查 14 次，经过顺利，孕中期行唐氏筛查低风险，耳聋基因筛查无异常。现停经 9+月，无腹痛，无阴道流血、流液，门诊以“39 周妊娠”收入院……

辅助检查

2024-12-17 彩超：14W 以上（1 级）腹部 胎方位：右枕后位，双顶径 93mm，头围 323mm，本院腹围 342mm，股骨长 72mm；胎心率 145 次/分，胎心搏动规则。羊水深度：左上 49，左下 33，右上 41，右下 43。胎盘位于右侧壁及后壁，2 级。CDFI 未见脐带绕颈。PW 测得 S/D 值 2.0。

初步诊断：39 周妊娠 G1P0



手术记录

病案号

摘要:

手术日期: 2024-12-19

术前诊断: 39+1 周妊娠 G1P01。

术中诊断: 1. 39+1 周妊娠剖宫产 G1P1L1 2. 羊水过少

手术名称: 子宫下段横切口剖宫产

手术经过、术中发现的情况及处理: 术前 30 分钟给予头孢唑林钠预防感染。麻醉成功后, 患者取平卧位, 听胎心 146 次/分.....探查: 子宫足月妊娠大小, 无明显右旋, 子宫下段形成良好。横行切开子宫下段肌层 3cm, 刺破羊膜, 羊水清, 量约 100ml, 吸净羊水, 钝性向两边撕开达 10cm, 2024-12-19 08:59 以枕前位娩一活产 3050g 女婴, 无畸形, 脐带无扭转或打结等异常情况, 无绕颈/体。清理呼吸道, 断脐后交台下处理。艾利斯钳夹切口, 催产素 10 单位宫体注射, 宫缩好。胎盘自然剥离, 胎盘胎膜娩出完整。清理宫腔, 查切口无延裂, 用 1 号可吸收线连续缝合子宫肌层, 并水平褥式包埋子宫浆肌层, 检查无渗血, 对合反折腹膜, 探查子宫无异常、双侧附件无异常, 清点器械敷料无误, 依次关腹。

手术顺利, 出血 300ml, 未输血, 输液 800ml, 尿量 100ml, 色清, 麻醉满意, 呼吸、脉搏、血压平稳, 术毕母子安返病房。

新生儿: 新生儿由助产士常规包扎处理脐带。Apgar 评分 1 分钟 10 分、5 分钟 10 分胎盘: 20cmx18cmx1.5cm, 重 500 克, 无钙化。胎盘交患者家属处理。脐带长 60cm, 附着中央, 脐血管自脐带根部呈放射状分布。

3. 2024-12-19 16:29 新生儿会诊记录

新生儿生后 7+小时, 生后间断多次口吐泡沫, 指脉氧测量血氧饱和度 84-85%, 请新生儿科会诊: 查体: 反应好, 哭声响亮、婉转。皮肤红润, 弹性可。前囟平软, 口唇红润、吐沫, 颈软。间断呻吟。呼吸 36 次/分, 三凹征阴性。双肺呼吸音粗, 无啰音。心率 130 次/分, 心音有力, 律齐, 未闻及杂音。腹软, 四肢肌张力正常, 原始反射引出正常。诊断: 新生儿呻吟: 新生儿湿肺? 宫内感染性肺炎? 处理: 转新生儿科。患儿家属同意转科, 通



知出院。

入院记录 病案号 摘要:

入院时间: 2024-12-19

主诉: 呻吟、吐沫 7 小时, 伴气促 30 分钟。

现病史: 患儿系第 1 胎第 1 产, 胎龄 39+1 周, 于 2024-12-19 08:59 在我院剖宫产出生, 出生体重 3050g. 无胎膜早破, 胎盘、胎膜完整, 羊水清, 脐带无异常。生后清理呼吸道, 哭声响亮, 无窒息, Apgar 评分 1 分钟 10 分, 5 分钟 10 分。7 小时前患儿出现间断呻吟、吐沫, 家长未予通知医生、未予处理, 30 分钟前出现呼吸急促, 于产科行指脉氧测量氧饱和度为 84-85%, 经新生儿科会诊, 以“新生儿呻吟”收入院。患儿生后已开奶, 已排胎便, 已排尿。生后已用维生素 K1。

体格检查

一般情况: 足月儿貌, 外观发育无畸形, 营养不良, 反应一般, 呼吸节律欠规整, 呻吟、吐沫, 身长 50cm

皮肤温度暖。全身皮肤红润, 无皮疹、皮下出血, 皮下无水肿.....

辅助检查

检查日期	项目名称	检查结果	检查单位
------	------	------	------

2024-12-19	经皮氧饱和度	85%	本院
------------	--------	-----	----

初步诊断: 新生儿呻吟、气促原因待诊: 新生儿肺炎(宫内感染)? 新生儿湿肺?

5. 2024-12-20 03:34 日常病程记录 摘要:

患儿气管内反复涌出较多鲜血, 予气管内注入矛头蝮蛇血凝酶, 并调整呼吸机模式为 HF0 模式.....继续密切观察患儿呼吸、氧饱和度情况、血压及肺出血情况, 适时调整呼吸机参数。

6. 2024-12-20 07:40 日常病程记录 摘要:

.....复查胸片: 左肺野呈弥漫性高密度影, 右肺野透亮度略高, 内见囊泡状低密度灶。检查结论: 肺内实变影, 考虑新生儿肺炎征象, 不除外透



明膜病表现；考虑右肺气囊表现，请结合临床必要时进一步检查.....

7. 2024-12-21 16:59 日常病程记录 摘要:

07:00 至 16:00 患儿一直无尿，查体：镇静状态，皮肤略干燥、松弛，四肢温度暖，无皮肤花纹，会阴略水肿，余肢体无水肿，膀胱区无充盈。毛细血管充盈时间 4s。日间监测平均压 32-36mmHg，结合患儿血压偏低，日间查 CRP 明显增高，考虑休克，予 0.9%氯化钠 30ml 先后扩容 2 次，患儿仍无尿，血压增高不明显，予适当减少米力农液速，提升多巴胺液速，另加肾上腺素升压治疗，血压升至正常，末次血压 58/33(41)mmHg，16:50 排尿 42.6ml..... 患儿日间尿少，故第 2 剂布洛芬未口服。患儿病情重，交夜班继续观察患儿病情变化。

8. 2024-12-22 08:32 日常查房记录 摘要:

..... 患儿目前存在休克，无新发肺出血，昨日血气分析中代谢性酸中毒及高乳酸基本纠正，后续治疗在积极呼吸支持、抗感染、维持内环境稳定等基础上，以抗休克、防治肺动脉高压为主，今日：1. 继续呼吸支持，监测血气分析，合理调整呼吸机参数；2. 继续抗感染巩固治疗；3. 继续应用血管活性药物提升体循环压力，降低肺动脉压力处理；4. 再次予氢化可的松抗炎支持治疗；5. 继续肠外营养支持治疗；6. 密切关注尿量、循环等指标，积极对症处理；7. 告知家长目前生命体征仍不稳定，病情凶险，随时可能因呼吸、循环衰竭死亡，抢救难度大，有预后不良的风险，如生长发育迟缓、智力行为能力低下，甚至癫痫、脑性瘫痪等。将可能出现的情况向家长告知，做好沟通。

9. 2024-12-23 19:03 日常病程记录 摘要:

经加强气道管理及调整呼吸机参数后，患儿呼吸费力好转，吸气三凹征阴性，经皮氧饱和度维持在 95%.....

1. 出院记录 病案号 摘要:

入院日期: 2024-12-19

出院日期: 2024-12-26



姓名 [REDACTED]

年龄: 7 天

入院情况: 患儿因“呻吟、吐沫 7 小时, 伴气促 30 分钟”入院。体检: T36.5℃, 140 次/分, R 66 次/分, BP 75/49mmHg。反应一般, 呻吟、吐沫, 周身皮肤红润。前囟平软, 口唇红润, 颈软。呼吸急促, 三凹征阳性。双肺呼吸音粗, 无啰音。心音有力, 律齐, 未闻及杂音。腹软, 四肢肌张力正常, 原始反射引出正常。辅助检查: 经皮氧饱和度 85%。

入院诊断: 1. 新生儿呼吸窘迫综合征 2. 肺出血 3. 新生儿宫内感染性肺炎 4. 代谢性酸中毒。诊疗经过: 入院后立即置暖箱、无创呼吸机辅助通气, 患儿气促、呼吸费力一过性好转, 后又逐渐加重, 予有创呼吸机辅助通气, 气管内 3 次应用牛肺表面活性剂, 并应用多巴胺、多巴酚丁胺、肾上腺素、米力农改善循环, 哌拉西林钠他唑巴坦钠联合美罗培南抗感染治疗, 口服布洛芬关闭动脉导管 1 次, 予呋塞米强心利尿, 予氢化可的松、地塞米松抗炎、减轻肺水肿等对症支持治疗; 患儿仍间断有肺出血, 心率、氧合下降。虽经积极治疗, 患儿病情仍危重, 呼吸机参数高, 随时有心跳、呼吸骤停等生命危险, 预后不佳。患儿父母经慎重考虑, 不同意继续住院治疗, 要求接患儿出院, 告知出院后风险及注意事项, 其父母表示知晓, 一致同意接患儿出院。

出院诊断: 1. 新生儿呼吸窘迫综合征 2. 肺出血 3. 呼吸衰竭 4. 休克 5. 肺水肿 6. 新生儿宫内感染性肺炎 7. 脓毒血症 8. 代谢性酸中毒 9. 高乳酸血症 10. 肺动脉高压 11. 动脉导管未闭(2mm) 12. 卵圆孔未闭(2mm、1mm) 13. 应激性高血糖。出院情况: 患儿机械通气辅助呼吸, 无明显呼吸费力。镇静状态, 皮肤略苍白, 吸气三凹征阴性, 双肺送气音对称, 心音有力, 律齐, 未闻及明显杂音。腹部略膨隆。出院时患儿气管插管拔出, 肤色发绀, 抽泣样呼吸。

出院医嘱: 建议继续住院治疗。

[REDACTED] 医疗事故技术鉴定书 [REDACTED] 鉴[2025]4 号) 摘要:

受理日期: 2025 年 5 月 26 日



鉴定结论：根据《医疗事故处理条例》等规定，本病例不属于医疗事故。

三、鉴定过程

（一）鉴定组织形式

2025年12月25日电话联系并发函通知委托人及医患双方当事人（代理人）鉴定听证会时间，12月25日通知咨询专家并向咨询专家寄送鉴定材料，1月5日组织召开视频听证会。听证会由我中心鉴定人员，医患双方进入会场后主持人宣布本次鉴定的咨询专家及鉴定组成员组成、鉴定会纪律、回避问题等事项后，由医患双方各自陈述意见和理由，并接受鉴定人及专家组的现场调查提问。

医患双方下线退场后，咨询专家对委托人提交的鉴定材料、医患双方陈述、答辩及现场调查情况进行讨论，并得出咨询意见。鉴定人根据委托人提交的鉴定材料并结合听证会情况综合分析作出鉴定意见。

（二）鉴定方法

本鉴定参照《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097—2021）等进行。

四、分析说明

据现有送检鉴定资料，包括病史资料、鉴定听证时医患双方陈述及现场调查情况，并结合临床专家咨询会诊意见，围绕相关问题分析如下：

（一）关[REDACTED]治疗行为的分析

1、产[REDACTED]停经9+月于2024年12月18日入[REDACTED]产科。入院诊断：39周妊娠。入院后完善相关检查，各项检查正常，因[REDACTED]要求剖宫产分娩，于2024年12月19日8:56-9:35在硬膜外麻醉下行子宫下段横切口剖宫产术。8:59患儿出生，体重3050g，外观无畸形。1分钟、5分钟阿氏评分均10分。羊水清，量约100ml，胎盘胎膜娩出完整。生后7+小时间断多次口吐泡沫，指脉氧测量血氧饱和度84-85%，经新生儿科会诊，转入新生儿科。结合患儿病情确诊：1.新生儿呼吸窘迫综合征 2.肺出血 3.呼吸衰竭 4.休克 5.肺水肿 6.新生儿宫内感染性肺炎 7.脓毒血症等13个诊断，进行相应对症治疗。



2、患者孕 39 周坚持要求行剖宫产术，术前医方已充分告知有发生呼吸窘迫综合征等并发症的可能，患方签字同意手术。出生后，医方按新生儿护理常规，于 9:50 开出新生儿护理，应按每小时一次巡回并记录，医方仅在 11:11 分记录一次和 16:24 记录两次，缺少四次新生儿护理记录，医方对患儿病情变化观察欠缺，存在过错。

3、15:29 执行常规医嘱，脉氧监测时，发现新生儿右手/左足脉氧分别为 84-87%/84-85%，未予及时处理（吸氧等），存在过错。

4、2024 年 12 月 19 日 16:29 病程记录提示呼吸频率 36 次/分，而 2024 年 12 月 19 日 16:28 分儿科会诊记录提示呼吸频率 56 次/分，三凹征阳性；2024 年 12 月 19 日 16:40 患儿入住 ICU，在上无创通气后，患儿呼吸频率为 66 次/分。医方（产科）对患儿 RDS 识别不足，病程记录矛盾，存在过错。

5、患儿出生时乳酸正常（1.9），入 NICU，患儿乳酸 6.56，有轻微代谢性酸中毒，该高乳酸提示可能与长时间缺氧有关。医方诊断为容量循环不足，予以扩容可能是导致患儿肺水肿的原因之一。医方（儿科）对患儿的乳酸改变认识不足，存在过错。

（二）关于医方过错行为原因力大小的分析

原因力评定的依据应遵循法医学因果关系判定原则，在法医学鉴定实践中，原因力大小的把握是较难定量的定性分析。就本例而言，产[]于 2024 年 12 月 18 日因“孕 39+1 周”至医方住院待产，12 月 19 日 8:59 娩出一活女婴，体重 3050g，外观无畸形。APgar 评分 1 分钟、5 分钟评分均 10 分，出生后血氧饱和度低，诊断新生儿 RDS，后经治疗无效死亡。患儿未行尸体解剖，临床推断死亡原因是新生儿 RDS 死亡的可能性大。鉴于患方在医方已经告知择期剖宫产的并发症（RDS），但患方仍选择剖宫产是患儿发生 RDS 的主要因素；产妇羊水少也是患儿发生 RDS 的因素之一；患儿病情略有改善的情况下，患方放弃治疗也是患儿死亡的因素之一。[]的诊疗行为存在上述过错，该过错行为与患儿死亡损害后果之间存在一定的因果关系，综合分析，建议医方过错行为的原因力大小以次要为宜。



五、鉴定意见

据现有鉴定资料分析认为：

____的诊疗行为存在过错，与____
____死亡的损害后果之间存在因果关系，建议原因力大小以次要原因为宜。



一〇 司法鉴定意见书

