

司法鉴定意见书



6]临鉴字第34号

一、基本情况

委托人:德州市德城区人民法院

[(202

委托鉴定事项:请求人民法院委托鉴定机构对被申请人对患
之女 的诊疗行为是否具有过错,如果具有过错,该过错与患
之死亡后果之间是否存在因果关系以及原因力
大小进行司法鉴定。

委托日期:2026年7月7日

受理日期:2026年7月7日

鉴定材料:

病历资料(病案

复印件共计95页;

之女病历资料(病案
号 复印件共计72页;

之女病历资料(病案 复印
件共计80页;

的《民事答辩状》《医疗过错鉴定申请书》
《民事起诉状》《居民死亡医学证明(推断)书》《陈述意见》复印件共
计11页;

《关 之女病情的陈述意见》

《医疗机构执业许可证》《身份信息》《法人证明》复印件共计 10 页；

6. 德州市德城区人民法院《质证笔录》复印件共计 4 页；

7. 影像学片 4 张（阅后随意见书退还）。

鉴定陈述会时间：2026 年 7 月 27 日

鉴定陈述会地点

参加人员：

患方（线上）、何宇

医方（线上）

死者信息（女），女婴。

二、基本案情

据送鉴资料记载：2026 年 4 月 20 日因停经 40.4 周，腹痛 6 小时，当日 08:56 剖宫产一女婴，患儿因“出生窒息，复苏成功后 13 分钟”于 9:09 转入新生儿科治疗，因病情危重于 4 月 21 日新生儿科继续治疗，患儿于 2026 年 4 月 22 日 11:49 死亡。

为审理此案，德州市德城区人民法院委托本机构对相关事宜（详见司法鉴定委托书）进行司法鉴定。

三、资料摘要

（一）2026 年 4 月 20 日-4 月 2

住院病历（病案）资料摘要：

2026-04-20 07:55 入院记录：主诉：停经 40.4 周，腹痛 6 小时。预产期：2026 年 04 月 16 日。现病史：孕期经过及目前状况：患者既往月经规律，此次妊娠为自然受孕，停经 30⁺天自测尿妊娠实验(+)，停经 40⁺天彩超提示宫内早孕，停经 40⁺天出现早孕反应，孕 4⁺月自觉胎动，定期产

检, NT、无创DNA、四维彩超及 OGTT无异常, 孕期甲状腺功能及血压正常, 患者现孕 40.4 周, 于 6 小时前出现不规律腹痛入院待产。孕 12 周行艾梅乙检测, 结果: 阴性。孕期饮食睡眠可, 大小便正常, 孕期体重增长 15Kg。体格检查: T: 36.5℃ P: 80 次/分 R: 20 次/分 BP: 120/80mmHg 身高: 153cm 体重: 70kg。产科检查: 腹部外形: 膨隆; 宫高: 35cm; 腹围: 98cm; 胎儿体重估计: 3600g; 髌嵴间径: 27cm; 髌棘间径: 24cm; 出口横径: 8.5cm; 骶耻外径: 19cm; 胎位: LOP; 胎心: 145bpm; 先露: 头。辅助检查: 2026-04-15 检查结果: 2026-04-15 09:27:14, 胎儿一般产前超声-I 级, 检查所见: 本次超声检查为 I 级产科超声检查胎儿数: 1 心率: 129 次/分 BPD9.7cm 符合 39.5 周 HC34.0cm 符合 39.1 周 AC35.4cm 符合 39.2 周 FL7.3cm 符合 37.4 周 FW约: 3633±531g 胎盘位置: 前壁分级: II-II+ 级羊水最大前后径: 6.7cm 羊水指数: 20.2cm 脐动脉 S/D=2.2 颈部脐带回声: 1 周 I 级产科超声检查主要评估胎儿大小、胎位、胎盘、羊水、脐带情况, 胎儿结构超声检查不在本次检查范围内。胎儿体重为超声估测值, 仅供参考。检查意见: 妊娠 39.6 周 超声估测: 39.0 周 胎位: LOP 脐绕颈一周羊水多。初步诊断: 妊娠状态 (40.4 周妊娠 G1P0 LOP)。

2026-04-20 08:02 首次病程记录: ... 诊疗计划: 1. 产科护理常规, II 级护理; 2. 注意胎心及胎动等; 3. 患者入院后行静脉血栓栓塞风险评估: 0 分, 低风险, 建议适量活动预防血栓形成; 4. 于 7:30 第一次见孕妇, 患者规律宫缩, 胎心监护提示基线 150bpm, 无加速, 仅有微小变异, 开具住院, 于 7:49 患者办理住院, 书写病历, 持续胎心监护, 产房继续观察。5. 营养风险筛查得分: <3 分, 目前没有营养风险, 应每周重复进行筛查; 6. 上述诊疗计划汇报上级医师, 同意目前诊疗处理。

2026-04-20 08:18 上级医师首次查房记录: ... 诊断: 1. 妊娠状态 (40.4 周妊娠 G1P0 LOP) 明确, 入院后完善相关检查, 患者规律宫缩, 于

8点15再次查看病人，胎心减速出现频发晚期减速，最低90次/分，行阴道查体：宫口开大3cm，行人工破水，羊水Ⅲ度污染，短时间无法完成经阴分娩，继续待产有胎死宫内风险，交代病情，建议急诊剖宫产终止妊娠。

2026-04-20 10:05 手术记录：手术日期：2026-04-20，手术时间：08:45-09:35。术前诊断：1. 羊水Ⅲ度污染；2. 妊娠状态(40.4周妊娠G1P0 LOA)。术中诊断：1. 羊水Ⅲ度污染；2. 40.4周妊娠分娩G1P1L1 LOA；3. 脐带绕颈1周。手术名称：剖宫产。麻醉方式：腰硬联合麻醉。手术经过、术中发现的情况及处理：1、孕妇取仰卧位向左倾斜15度，腹部皮肤常规消毒、铺巾。2、于下腹中线脐耻之间作一长12cm横切口，逐层切开皮肤、脂肪、筋膜腹膜。3、用盐纱布保护肠曲，见子宫色泽淡红向右偏转，子宫下段薄。子宫下段方式：于子宫下段作横弧形切开浆膜层，向膀胱侧作钝性分离，将子宫肌层作一小横切口，插入两指向两侧高处横行分离，到足够娩出胎儿之长度。4、先露：高浮，羊水量：300ml，颜色：黑色粘稠，Ⅲ度污染，性质：粘稠。5、(1)胎位及胎儿娩出方式：头位：转到LOA位，常规娩出胎儿，胎头用手托出，容易，断脐后交接生者处理。(2)胎儿情况：女，体重：3500g，出生时间：08:56。无畸形，患儿出生后全身布满胎粪，无哭声，反应差，心率108次/分，肌张力减弱，立即给予保暖、清理呼吸道、气管插管吸引胎粪，吸引胎粪后，给予复苏气囊辅助通气，1分钟9分(皮肤-1)，5分钟评分9分(呼吸减1分)，10分钟评分9分(呼吸减1分)，转儿科治疗。(3)宫缩剂：催产素宫体20u，静脉30u；麦角新碱0.2mg，静注0mg。6、子宫切口缝合：1号可吸收肠线连续缝合子宫肌层，连续加固缝合，探查无出血，缝合返折腹膜。7、探查双侧附件：未见明显异常。8、输卵管结扎无。9、清点器械纱布无误后关腹。10、腹膜、筋膜用肠线分层常规连续缝合，脂肪层间断缝合，皮

0

肤 3-0 可吸收肠线皮内缝合。11、术中经过:顺利。12、手术备注。13、出血量 200ml, 输血 0ml, 补液 1000ml。14、脐带附着中央, 脐带长: 60cm, 绕颈 1 周。15、术后监测HR: 80 次/分 BP: 110/80mmHg。

婴儿出生记录: 婴儿性别: 女。出生时间: 2026-04-20 08:56。诊断: 足月新生儿; 身长: 50cm; 体重: 3500g。婴儿情况: 呼吸道清理、气管插管。其他: 因羊水三度污染, 提前通知儿科医生到达手术室, 新生儿娩出后, 皮肤颜色青紫, 立即清理呼吸道, 保暖刺激, 气管插管正压通气, 1 分钟评 9 分, 5 分钟评 9 分, 10 分钟评 9 分, 并协助儿科医师共同将新生儿转入新生儿医学科继续治疗。心跳次数 (1 分钟/5 分钟/10 分钟): 2 2 2; 呼吸情况: 1 1 1; 肌肉张力: 2 2 2; 刺激反应: 2 2 2; 皮肤颜色: 2 2 2; 总分: 9 9 9。婴儿交接: 转儿科。交接时间: 2026-04-20 09:09。

2026-04-23 出院记录: 出院诊断: 1. 羊水污染Ⅲ度; 2. 经急症剖宫产术的分娩 (40.4 周妊娠分娩G1P1L1 LOA)。出院时情况: 产妇一般情况好, 腹软, 子宫复旧好, 腹部切口愈合好。

(二) 2026 年 4 月 20 日-4 月 2

之女住院病历 (病案) 资料摘要:

入科科别: 新生儿医学科。2026-04-20 09:58 入院记录: 主诉: 出生窒息, 复苏成功后 13 分钟。现病史: 患儿系第 1 胎第 1 产, 孕 40⁺ 周, 家属否认其母孕期合并高血压及糖尿病病史, 13 分钟前 (2026-04-20 08:56) 其母因 “羊水Ⅲ° 污染” 于我院产科剖宫产娩出, 羊水Ⅲ° 污染, 脐带绕颈 1 周, 胎盘无异常。患儿出生后全身布满胎粪, 无哭声, 反应差, 心率 108 次/分, 肌张力减弱, 立即给予保暖、清理呼吸道、气管插管吸引胎粪, 吸引胎粪后, 给予复苏气囊辅助通气, 1 分钟 9 分 (皮肤-1), 5 分钟评分 9 分 (呼吸减 1 分), 10 分钟评分 9 分 (呼吸减 1 分), 患

儿羊水污染、出生窒息 经抢救后仍呼吸急促，为求进一步诊治，转入我科(2026-04-20 09:09)，患儿未开奶，小便未排，胎便已排。体格检查：体温：36.6℃ 脉搏：138次/分 呼吸：38次/分 血压：/mmHg 体重：3.5kg 身长：50cm 头围：34cm 胸围：32cm。一般情况：发育成熟，营养良好，反应欠佳，面色苍白，呼吸节律欠规整，哭声中等。实验室检查：2026-04-20 葡萄糖测定：8.5mmol/L(入科后)。初步诊断：1. 新生儿胎粪吸入综合征；2. 出生窒息。

2026-04-20 09:59 首次病程记录：.....诊疗计划：1. 新生儿护理常规，重症监护，特级护理，暖箱内保暖，血氧监护，了解患儿生命体征。2. 给予呼吸机辅助通气(参数：A/C模式，FiO₂ 40%，PIP 19cmH₂O，PEEP 5.5cmH₂O，Ti 0.40s，f 40次/分)，根据病情调整呼吸机参数：给予维生素K1 防治出血，维生素C营养重要脏器、静脉营养及支持对症治疗。3. 完善血气分析、血尿便常规、血生化及胸片等相关辅助检查。4. 患儿病情危重，病情随时可能出现进展，甚至危及生命健康，且住院费用高，患儿系足月儿，胎粪吸入，相关并发症多，已告知患儿家长，家长表示理解。5. 主任医师查看该患儿并同意以上处理。

2026-04-20 12:40 日常病程记录：患儿目前持续呼吸机辅助通气下，呼吸略促，三凹征弱阳性，全身皮肤苍白，体温正常，经皮氧饱和度波动在90%-93%之间，查体：血压：71/33mmHg，新生儿貌，反应欠佳，呼吸略促，三凹征弱阳性，全身皮肤苍白，前囟平。口唇尚红润，双肺呼吸音增强、对称。闻及干湿性啰音。心率136次/分，节律齐，心音有力，未闻及病理性杂音。腹部软，肝脾无肿大，肠鸣音减弱。四肢肌张力低，CRT≤3s，新生儿反射未引出。辅助检查：复测血糖3.1mmol/L，2026-04-20 09:31:06 血气分析(动脉血)：酸碱度7.15，二氧化碳分压35.0mmHg，氧分压63.0mmHg↓，细胞外碱剩余-16.7mmol/L↓，乳酸

13.7mmol/l ↑，血气提示酸中毒、高乳酸血症，已给予碳酸氢钠、扩容治疗。根据患儿症状、体征及辅助检查，患儿目前诊断：1. 新生儿胎粪吸入综合征；2. 出生窒息；3. 新生儿酸中毒；4. 高乳酸血症；5. 特发于围生期的感染？治疗方面：抗菌药物使用记录：预防用药，患儿母亲羊水Ⅲ°污染（羊水黑色、黏稠），有胎粪吸入，决定预防性使用美洛西林抗感染治疗。密切关注患儿病情变化，复查血气分析，及时对症处理。

2026-04-20 17:10 日常病程记录：患儿目前呼吸机辅助呼吸下，呼吸略促，三凹征弱阳性。经皮氧饱和波动在 90%-92%，查体：反应欠佳，呼吸略促，三凹征弱阳性，全身皮肤苍白，前囟平。口唇尚红润，双肺呼吸音增强、对称，闻及干湿性啰音。心率 136 次/分，节律齐，心音有力，未闻及病理性杂音。腹部软，肝脾无肿大，肠鸣音减弱。四肢肌张力低，四肢末梢循环尚可。新生儿反射未引出。DR 检查（床旁）[胸部 DR（正位）]，检查所见：双侧胸廓对称，纵隔气管居中，双肺纹理增多、模糊，左肺野透亮度明显减低并可见细颗粒影，肺门形态、大小及密度未见明显异常，心脏大小、位置及形态属正常范围，双侧膈面光滑，肋膈角锐利。气管可见插管影。检查意见：符合新生儿呼吸窘迫综合征表现。床旁彩超[心脏（经胸）]，检查所见：各房室腔内径尚在正常范围。室间隔及左室壁厚度、回声及运动幅度尚可。各组瓣膜未见明显异常。降主动脉与左肺动脉之间可见一异常交通，内径约为 2.8mm。室间隔连续完好，房间隔连续性未见明显中断，但CDFI：卵圆孔处可见束宽约为 2.9mm 左向右分流信号。动脉水平可见左向右分流信号。三尖瓣可见少量反流信号，估测肺动脉收缩压约 34mmHg。检查意见：动脉导管未闭；动脉水平左向右分流；卵圆孔未闭，房水平左向右分流；建议观察，暂时未有肺动脉高压。将上诉情况汇报主任医师：患儿存在肺内出血，呼吸机辅助呼吸下呼吸尚平稳，积极处理肺出血治疗，待出血缓解，必要时使用肺表面活性

性物质；密切观察病情变化，及时处理。

2026-04-21 08:36 上级医师首次查房记录: 今日主任医师查房分析: 追问病史, 母亲孕期羊水多, 昨日生产过程中人工破膜发现羊水粪染转剖宫产。现患儿辐射台保暖, 体温正常, 呼吸机辅助呼吸, 参数: HFOV模式, FiO_2 100%, 振幅 30cmH₂O, MAP 15cmH₂O, Ti 0.33s, 频率 10HZ, 经皮血氧饱和度维持在 85%-90%, 心率波动在 120 次/分-168 次/分。未进食, 胃管回抽可见淡咖啡色液体, 胎便已排, 尿量 2.2ml/kg.h。查体: 反应差, 呼吸浅促, 全身皮肤欠红润。前囟平。口唇红润, 三凹征弱阳性, 双肺呼吸音对称, 未闻及干湿性啰音。心率 168 次/分, 节律齐, 心音有力。腹软, 肝肋下 2cm, 质软, 脾未触及明显肿大, 肠鸣音弱。双下肢无水肿, 四肢肌张力低, 新生儿反射未引出, 双瞳孔等大等圆, 对光反射可。辅助检查:。目前诊断: 1. 新生儿胎粪吸入综合征; 2. 新生儿败血症; 3. 新生儿急性呼吸窘迫综合征; 4. 新生儿酸中毒; 5. 高乳酸血症; 6. 起源于围生期的肺出血; 7. 动脉导管未闭; 8. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型); 9. 心肌损害; 10. 消化道出血。治疗方面: 患儿病情危重, 继续给予呼吸机辅助呼吸, 多巴胺改善循环、美洛西林钠抗感染、维生素C营养心肌治疗; 患儿现呼吸机参数要求高, 血氧维持不好, 已再次应用肺表面活性物质, 复查胸片看肺部情况: 复查心脏彩超明确是否存在肺动脉高压及复杂先心病; 复查感染指标, 必要时调整抗生素应用; 密切关注患儿病情变化, 及时处理。患儿病情危重, 随时有生命危险, 预后差, 遗留后遗症可能性大, 再次向家属交代病情, 家属表示理解。

2026-04-21 10:28 日常病程记录: 患儿呼吸机辅助呼吸下, 经皮氧饱和度较前下降, 波动在 60%-70%之间, 心率 150 次/分-170 次/分之间, 查体: 反应差, 呼吸浅促, 全身皮肤发绀。前囟平。口唇红润, 三凹征弱阳性, 双肺呼吸音对称, 未闻及干湿性啰音。心率 164 次/分, 节律齐,

心音欠有力。腹软，肝肋下 2cm，质软，脾未触及明显肿大，肠鸣音弱。双下肢无水肿，四肢肌张力低，新生儿反射未引出。辅助检查：2026-04-21 09:35:32，DR检查(床旁)[胸部DR(正位)]，检查所见：双侧胸廓对称，纵隔气管居中，双肺纹理增多、模糊，左肺野透亮度明显减低并可见细颗粒影，肺门形态、大小及密度未见明显异常，心脏大小、位置及形态属正常范围，双侧膈面光滑，肋膈角锐利。气管可见插管影。检查意见：对比 2026-04-21 胸片：符合新生儿呼吸窘迫综合征表现，右肺野透光度较前稍减低，请结合临床随诊复查。2026-04-21 09:36:39，床旁彩超[心脏(经胸)]，检查所见：右心大，左室略受压，心功能测值高估，左心房内径尚在正常范围。室间隔及左室壁厚度、回声尚可，左室前壁运动幅度略减弱，余段室壁运动幅度尚可。各组瓣膜形态回声未见明显异常。降主动脉与左肺动脉之间可见一异常交通，内径约为 2.7mm。室间隔连续完好。房间隔卵圆孔处分离，约 3.0mm。CDFI：房水平可见右向左分流信号，动脉水平可见左向右分流信号。三尖瓣可见少量+反流信号，估测肺动脉收缩压>100mmHg。检查意见：右心大节段室壁运动不良；动脉导管未闭；动脉水平左向右分流；卵圆孔未闭；房水平右向左分流；三尖瓣反流(少量+)；肺动脉高压(重度可能)。……目前补充诊断：提示新生儿持续性肺动脉高压(重度)、新生呼吸衰竭。已给予米力农、西地那非降低肺动脉高压治疗；给予碳酸氢钠纠酸治疗。抗菌药物调整记录：患者使用美洛西林治疗后，感染指标升高，调整抗菌药物为注射用美罗培南+美洛西林联合抗感染治疗。密切观察患者调整药物后的病情变化。患儿病情危重，随时有生命危险，已再次向其家属交代病情，患儿肺动脉压重度增高。请主任医师查看患儿后，同意目前治疗，并建议患儿家属转上级医院进行NO吸入治疗。

2026-04-21 15:04 日常病程记录：患儿呼吸机辅助呼吸，参数同前，

经皮氧饱和度波动在 58%-66%之间，心率 130 次/分-150 次/分之间。查体：反应差，呼吸浅促，全身皮肤发绀。三凹征弱阳性，双肺听诊呼吸音对称，无啰音。心率 136 次/分，节律齐，心音欠有力。腹软，肝肋下 2cm，质软，脾不大，肠鸣音弱。四肢肌张力低，新生儿反射未引出。向家属交代病情，患儿病情危重，预后差，转院途中随时可能出现心跳、呼吸骤停，家长表示理解。于今日 15:03 由 120 救护车转至 [REDACTED] 继续治疗。

（三）2026 年 4 月 21 日-4 月 22 日 [REDACTED] 之女住院病历（病案号 [REDACTED]）资料摘要：

入科科别：F15 儿科六区（新生儿）。2026-04-22 出院记录：入院时间：2026 年 04 月 21 日 17 点 24 分，出院时间：2026 年 04 月 22 日 09 点 42 分，住院天数：1 天。入院情况：患儿女，1 天 8 小时，因“生后呼吸困难、青紫 1 天”以“1. 胎粪吸入综合征；2. 新生儿持续肺动脉高压；3. 新生儿呼吸窘迫综合征”在转运呼吸机一氧化氮吸入下入院。体格检查：T: 36.5℃，P 129 次/分，R-次/分，Wt 3.5kg，Bp 71/50mmHg；反应差，皮肤颜色青紫。三凹征弱阳性，双肺呼吸音粗，未闻及湿啰音。心率 129 次/分，律齐，心音低钝，心前区可闻及收缩期 2/6 级杂音。全腹柔软，肝脏、脾脏肋下未触及，肠鸣音正常；对光反射迟钝，觅食反射未引出，吸吮反射未引出，握持反射未引出，拥抱反射未引出。入院诊断：1. 新生儿呼吸衰竭；2. 新生儿胎粪吸入综合征；3. 新生儿持续肺动脉高压；4. 新生儿急性呼吸窘迫综合征；5. 新生儿早发脓毒症；6. 新生儿窒息；7. 新生儿缺氧缺血性脑病；8. 代谢性酸中毒；9. 动脉导管未闭。诊疗经过：入我科后，经皮氧饱和度波动于 45-55%，自主呼吸欠规则，不活跃，心率波动于 100-110 次/分，全身皮肤青紫，末梢循环差，反应一般。持续气管插管，模式 HF0+VG，参数：PIP: 18cmH₂O，VG: 7ml，RR: 9

次/分。……患儿感染指标高，凝血功能严重异常，胃管内引流出咖啡色液体；给予邦达抗感染，输注血浆改善凝血功能，给予申请红细胞纠正贫血，但由于患儿病情危重放弃治疗，红细胞未输注。患儿夜间多次出现血氧饱和度及心率降低，经皮氧饱和度最低降至 9%，心率最低降至 50 次/分左右，分别于 5:55、7:10、8:22 给予抢救，行胸外按压及肾上腺素治疗，后患儿经皮氧饱和度较前升高，可维持于 40%左右，心率可升至 100 次/分左右。查体：无反应，皮肤颜色青紫。双侧瞳孔散大，直径约 4mm，双侧对光反射消失。三凹征阴性，双肺呼吸音粗，未闻及湿啰音。心音极低钝，未闻及杂音。全腹柔软，肝脏、脾脏肋下未触及，肠鸣音正常；对光反射消失，觅食反射未引出，吸吮反射未引出，握持反射未引出，拥抱反射未引出。抢救过程及病情变化及时告知家属，患儿病情极危重，救治难度大，死亡风险高，患儿家属表示理解并要求放弃治疗，签署相关知情同意书并协助患儿家属办理相关手续。出院诊断：1. 新生儿呼吸衰竭；2. 新生儿胎粪吸入综合征；3. 新生儿持续肺动脉高压；4. 新生儿急性呼吸窘迫综合征；5. 新生儿早发脓毒症；6. 新生儿窒息；7. 混合性酸中毒；8. 多脏器功能衰竭；9. 新生儿缺氧缺血性脑病；10. 心功能不全；11. DIC；12. 消化道出血；13. 新生儿贫血；14. 动脉导管未闭。出院情况：患儿经皮氧饱和度维持差，最低降至 30%，心率维持欠佳，最低降至 71 次/分，患儿无反应，给予上述调整治疗后，心率及血氧饱和度仍未见明显好转。查体：无反应，皮肤颜色青紫。双侧瞳孔等大等圆，直径约 4mm，双侧对光反射消失。双肺可闻及送气音。心音弱，听诊不清。全腹柔软，肝脏、脾脏肋下未触及；觅食反射未引出，吸吮反射未引出，握持反射未引出，拥抱反射未引出。出院医嘱：建议继续住院治疗。

（四）居民死亡医学证明（推断）书资料摘要：

死者姓名 [REDACTED] 女。死亡日期：2026 年 4 月 22 日 11 时 49 分。

死亡原因:新生儿窒息。死亡地点:医疗卫生机构()。

(病历资料摘要仅供了解患者诊疗过程使用,详细情况以原始病历资料为准)。

四、鉴定过程

1. 鉴定标准和检验方法:根据《人身损害与疾病因果关系判定指南》(SF/T 0095-2021),《医疗损害司法鉴定指南》(SF/T 0097-2021),结合委托要求进行鉴定。

2. 医患双方陈述意见摘要:

患方:1、产科对入院后异常胎心监护及胎儿宫内窘迫风险识别、记录和处置不足;2、急症剖宫产启动和完成不及时,未充分体现最短时间终止妊娠的急救义务;3、新生儿窒息及围产期缺氧评估不规范,Apgar评分与临床表现矛盾,缺乏脐血血气等客观证据;4、新生儿科对胎粪吸入综合征、肺出血、急性呼吸衰竭及持续性肺动脉高压的早期分层救治和升级治疗不足;5、转诊时机明显滞后,丧失高级救治窗口。

医方:患儿在分娩后,医院即刻启动了规范救治方案,全力干预胎粪吸入及继发性肺动脉高压,入院后积极予以呼吸支持、抗感染、改善氧合、降低肺动脉高压等积极规范治疗。患儿病情进展迅速,临床干预难以逆转,不排除先天性肺血管发育异常及遗传代谢病可能。

五、分析说明

经审阅委托方提供的鉴定材料,2026年7月27日召开了司法鉴定陈述会,鉴定人和医患双方共同核对了委托事项,听取医患双方陈述,询问病情、病程以及诊疗过程中的相关问题,依据卫生行政法规、临床医学理论、临床诊疗规范、指南等并结合临床专家会诊意见,就委托事项分析如下:

(一)关于被鉴定(母)的诊疗过程

患[]“停经 40.4 周，腹痛 6 小时”于 2026 年 4 月 20 日 07:49 入[](以下简称医方)产科，入院诊断:妊娠状态(40.4 周妊娠G1P0 LOP)，08:15 再次查看患者，胎心出现频发晚期减速，最低 90 次/分，经阴道查体:宫口开大 3cm，行人工破膜，羊水Ⅲ度污染，短时间无法完成经阴分娩，继续待产有胎死宫内风险，交代病情，建议急症剖宫产终止妊娠，08:45 急诊行剖宫产术，08:56 以LOA娩出一女婴[]，新生儿出生后全身布满胎粪，无哭声，反应差，新生儿Apgar评分:1-5-10 分钟评分分别为 9 分，术后给予患者抗感染、促宫缩等治疗，4 月 23 日出院，出院诊断:1. 羊水污染Ⅲ度; 2. 经急症剖宫产术的分娩(40.4 周妊娠分娩G1P1L1 LOA)。

(二) []的诊疗过程及损害后果

患[]G1P1，40+4 周于 2026 年 4 月 20 日 08:56 剖宫产术以LOA娩出，体重 3500g，外观无畸形，羊水黑色粘稠、Ⅲ度污染，脐带长 60cm，绕颈 1 周，新生儿出生后全身布满胎粪，无哭声，反应差，心率 108 次/分，肌张力减弱，立即给予保暖、清理呼吸道、气管插管吸引胎粪，吸引胎粪后，给予复苏气囊辅助通气，新生儿Apgar评分:1-5-10 分钟评分分别为 9 分，于 9:09 因“出生窒息，复苏成功后 13 分钟”入住医方新生儿科，给予重症监护、特级护理、暖箱内保暖、血氧监护、完善辅助检查、抗感染、呼吸机辅助呼吸等治疗，因病情危重于 4 月 21 日 17:24 转[]新生儿科，经持续气管插管、抗感染、输血等对症治疗，病情持续恶化，4 月 22 日 8:42 家长放弃治疗后出院，出院诊断:1. 新生儿呼吸衰竭; 2. 新生儿胎粪吸入综合征; 3. 新生儿持续肺动脉高压; 4. 新生儿急性呼吸窘迫综合征; 5. 新生儿早发脓毒症; 6. 新生儿窒息; 7. 混合性酸中毒; 8. 多脏器功能衰竭; 9. 新生儿缺氧缺血性脑病; 10. 心功能不全; 11. DIC; 12. 消化道出血; 13. 新生儿贫血; 14. 动脉导管未闭。患儿于 2026 年 4 月 22 日 11:49 死亡。

被鉴定人[]损害后果认定为“死亡”。[]死亡后未进行尸体解剖和病理组织学检验诊断明确死亡原因、查明病变及病变性质，鉴定组依据现有送检资料分析其死亡原因可能有：①直接死亡原因：持续性肺动脉高压引发顽固性低氧血症、心源性休克，继发多器官功能衰竭、弥散性血管内凝血、肺出血；根本死亡原因：重度胎粪吸入综合征及宫内长期缺氧损伤。致死链条：宫内重度窘迫缺氧→吸入大量稠厚胎粪→气道梗阻+化学性肺炎+肺泡塌陷→重度低氧、酸中毒→肺血管持续痉挛→持续性肺动脉高压（右向左分流）→顽固性缺氧、全心衰、休克→全身各脏器持续低灌注→缺氧缺血性脑病、肾衰、肝损、全身炎症激活→弥散性血管内凝血DIC、肺出血→多器官功能不可逆损伤（多器官功能衰竭MODS）→呼吸、循环中枢衰竭、颅内/肺大出血，最终临床死亡。②其它。

（三）[]诊疗过程中的医疗过错

1. 对患者[]产前出现胎儿窘迫认识不足、处理不及时。

《妇产科学》第十版指出：产时胎心率变化是急性胎儿窘迫的重要征象，当出现胎心率基线变异缺失并且存在反复性晚期减速或反复性变异减速或胎心过缓（胎心率基线 <110 次/分）即Ⅲ类电子胎心监护图形时，提示胎儿缺氧严重。

本例患者从 08:15 出现频发晚期减速，最低 90 次/分（Ⅲ类胎监），人工破膜提示羊水Ⅲ度污染，说明胎儿缺氧严重，但产科病历中无任何胎儿窘迫相关诊断、记录和沟通，反映出医方对患者产前出现胎儿窘迫认识不足，重视不够。

《实用产科手术学》指出：一旦诊断胎儿窘迫，即为紧急剖宫产手术的指征，应争分夺秒施行手术，应在作出决定后 5~6 分钟做好手术准备，10~15 分钟内娩出胎儿，能减少死产、重度窒息、严重缺氧等远期损害。

医方病历记载 08:15 出现频发晚期减速，最低 90 次/分（Ⅲ类胎

监），人工破膜提示羊水Ⅲ度污染，说明胎儿缺氧严重，应在宫内复苏的同时紧急剖宫产手术，但在医方病历记录或医嘱上看不到有任何宫内复苏的动作（如体位改变、静脉用药、吸氧等措施），且未立即启动紧急剖宫产流程，而是在 08:15 发现异常后，直至 08:45 才实施手术，08:56 娩出胎儿。根据产科急症处理指南及临床实践共识，对于Ⅲ类胎心监护图形合并羊水Ⅲ度污染的高危情况，应以“最短时间终止妊娠”为原则，理想决策至胎儿娩出时间应控制在 30 分钟以内，尤其在具备手术条件的医疗机构中，实际操作中常可缩短至 20 分钟甚至更短。本案中，医方从明确手术指征到胎儿娩出耗时 41 分钟（08:15 至 08:56），已超出合理时限，反映出医方对胎儿急性缺氧状态的紧迫性评估不足、应急响应机制执行迟缓，延误了终止宫内缺氧的关键窗口期，直接导致胎儿持续暴露于重度缺氧环境，加重胎粪吸入程度及后续多系统损伤。

2. 保障新生儿生命安全措施不足。

据本次司法鉴定陈述会上了解到：医方以抱入转科方式将患儿从手术室转入新生儿科。患儿出生时已存在重度胎粪污染及窒息表现，属高危新生儿，按照《新生儿复苏指南（2021 年修订）》要求，应由具备高级生命支持能力的团队在产房内立即实施规范复苏，并在转运过程中维持有效通气、循环稳定及体温保护。然而，医方未能提供完整的产房复苏记录及转运监护数据，无法证实是否在关键时间节点给予了符合标准的干预措施。尤其在未使用专用转运设备情况下，仅以怀抱方式将病情极不稳定的新生儿转移至新生儿科，极易导致途中低体温、低氧、呼吸暂停等二次打击，进一步加重脑、肺等重要脏器损伤。

患儿入科后虽给予机械通气等治疗，但初始呼吸支持参数设置偏低，未能充分应对胎粪吸入所致的严重气道阻塞与肺顺应性下降；且在患儿迅速出现顽固性低氧、酸中毒及多系统功能障碍的情况下，未及时评估并启动更高阶的生命支持手段（如一氧化氮NO吸入、高频振荡通气或体

外膜肺氧合ECMO、转诊评估），反映出对危重新生儿整体救治策略系统性准备不足、风险预警滞后及资源调配不力，未能尽到与其医疗机构级别相匹配的诊疗义务。

3. 病历书写不规范，多处存在逻辑错误，影响对患儿病情和医方诊疗行为的客观判定。

病程记录显示患者 07:49 入院，08:15 出现胎心频发晚期减速，行人工破膜，提示羊水Ⅲ度粪染，但临时医嘱单却无人工破膜等医嘱；在 08:22 下达“拟定 08:00 实施剖宫产术”医嘱。

手术记录中新生儿Apgar评分：1 分钟 9 分（皮肤-1），5 分钟评分 9 分（呼吸-1），10 分钟评分 9 分（呼吸-1），但婴儿出生记录中 1 分钟 9 分（呼吸-1），评分中扣分不统一。

手术记录中描述：新生儿出生后全身布满胎粪，无哭声，反应差，心率 108 次/分，肌张力减弱（实际为无活力儿），但Apgar评分中反应、肌张力都给的满分 2 分，描述与评分不符。如果按文字描述，新生儿应是呼吸-1，肌张力-1，反应-2，皮肤颜色-1，实际得分只有 5 分，产科病历虽未下新生儿窒息诊断，但新生儿科病历主诉为“生后窒息、复苏成功后 13 分钟”，诊断为“出生窒息”，二者自相矛盾。

（四）医疗过错、因果关系及原因力分析

新生儿窒息是指婴儿出生后无自主呼吸或呼吸抑制而导致低氧血症和混合性酸中毒，是引起新生儿死亡和儿童伤残的重要原因之一。窒息的本质是缺氧，凡是影响胎儿、新生儿气体交换的因素均可引起窒息。可出现于妊娠期，但绝大多数出现于产程开始后。病因常见于：孕母因素，胎盘因素，脐带因素，胎儿因素，分娩因素。新生儿窒息多为胎儿宫内窘迫的延续，出生后立即用数秒钟快速评估并及时进行复苏，并由产、儿科医生、助产士（师）及麻醉师共同协作进行。窒息持续时间对婴儿预后起关键作用，因此，慢性宫内窒息、重度窒息复苏不及时或方法不

当者预后可能不良。

新生儿胎粪吸入综合征（MAS）是指胎儿在宫内或娩出过程中吸入被胎粪污染的羊水，导致气道阻塞、肺内炎症和一系列全身症状，多见于足月儿和过期产儿。MAS的病因主要是胎儿在宫内或分娩过程中出现缺氧，导致肠蠕动增加和肛门括约肌松弛而排出胎粪，同时缺氧使胎儿出现喘息性呼吸，将混有胎粪的羊水吸入气管和肺内。如果不存在明显的宫内窘迫，即使羊水被胎粪污染，正常的宫内呼吸活动通常不会导致胎粪吸入。

新生儿窒息、新生儿胎粪吸入综合征、新生儿持续肺动脉高压、脐带绕颈、心功能不全等系被鉴定[]自身疾病。患[]已经形成重度胎粪吸入综合征、持续性肺动脉高压、呼吸衰竭、肺出血、酸中毒、感染及后续多器官功能衰竭，这类疾病本身病情凶险，即使及时剖宫产和及时应用NO治疗，也不能保证存活。前述不利因素与损害后果之间存在因果关系[]死亡后未进行尸体解剖和病理组织学检查诊断明确死亡原因、查明病变，亦不排除患儿存在先天性肺发育异常等基础疾病，该不利因素在很大程度上影响到医疗过错行为与损害后果之间参与程度的判断。

[]的诊疗过程中存在以下过错：对患[]前出现胎儿窘迫认识不足、处理不及时；保障新生儿生命安全措施不足；病历书写不规范，多处存在逻辑错误，影响对患儿病情和医方诊疗行为的客观判定。

综上，根据医学领域的复杂性和不确定性，考虑到患儿自身疾病严重、复杂等特点，结合[]上述医疗过错行为，依据《医疗损害司法鉴定指南》7.3.3 医疗行为与患者的损害后果之间存在一定的因果关系，过错系次要原因“损害后果主要是由于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

素造成，医疗过错行为仅在损害后果的发生或进展过程中起到了促进或加重作用，即使没有发生医疗过错，损害后果仍然有较大的可能会发生。”等综合分析认为[]的医疗过错与[]的损害后果（死亡）之间存在因果关系，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议为次要原因（建议参与程度偏高）。

六、鉴定意见

[]的诊疗行为存在医疗过错，医疗过错[]的损害后果（死亡）之间存在因果关系，原因力大小从法医技术鉴定层面评价建议为次要原因（建议参与程度偏高）。

二〇二六年八月十四日

司法鉴定专用章

鉴定人承诺书

本人接受人民法院委托，作为诉讼参与人参加诉讼活动，依照国家法律法规和人民法院相关规定完成本次司法鉴定活动，承诺如下：

一、遵循科学、公正和诚实原则，客观、独立地进行鉴定，保证鉴定意见不受当事人、代理人或其他第三方的干扰。

二、廉洁自律，不接受当事人、诉讼代理人及其请托人提供的财物、宴请或其他利益。

三、自觉遵守有关回避的规定，及时向人民法院报告可能影响鉴定意见的各种情形。

四、保守在鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私，不利用鉴定活动中知悉的国家秘密、商业秘密和个人隐私获取利益，不向无关人员泄露案情及鉴定信息。

五、勤勉尽责，遵照相关鉴定管理规定及技术规范，认真分析判断专业问题，独立进行检验、测算、分析、评定并形成鉴定意见，保证不出具虚假或误导性鉴定意见；妥善保管、保存、移交相关鉴定材料，不因自身原因造成鉴定材料污损、遗失。

六、按照规定期限和人民法院要求完成鉴定事项，如遇特殊情形不能如期完成的，应当提前向人民法院申请延期。

七、保证依法履行鉴定人出庭作证义务，做好鉴定意见的解释及质证工作。

本人已知悉违反上述承诺将承担的法律后果及行业主管部门、人民法院给予的相应处理后果。





