

司法鉴定意见书



司法鉴定机构许可证号

统一社会信用代码



扫描全能王 创建

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。





司法鉴定意见书

12号

一、基本情况

委托单位:郓城县人民法院

鉴定事项: [redacted] 诊疗行为是否具有过错, 如果具有过错, 该过错 [redacted] 为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, 同时 [redacted] 进行伤残等级鉴定以及 [redacted] 护理期限、营养期限进行鉴定。

鉴定材料: 母子健康手册 1 册及产前检查记录复印件 1 份; 胎心监护 5 张 [redacted] 历材料及复印件各 1 份; [redacted] 住院病历复印件 1 册 [redacted] 住院病历复印件 1 册 [redacted] 门诊检查材料复印件 1 册; [redacted] 住院病历复印件 1 册; 影像片 5 张。

受理日期: 2025 年 10 月 16 日

鉴定日期: 2025 年 10 月 16 日

鉴定地点 [redacted]

参会人员: 患方代表 2 人, 医方代表 4 人, 鉴定人 3 人。

被鉴定人 [redacted] 男 [redacted];

[redacted] 被鉴定人之母 [redacted] 出生。

二、基本案情

2024 年 12 月 30 日 02:48 被鉴定人之母因“停经 39⁺周, 下腹部坠胀伴阴道少量见红 1+小时”入医方, 诊断“妊娠期高血压; 39⁺周妊娠 G4PA1L2 LOA; 巨大儿可能”, 生产过程发生胎儿窘迫、肩难产, 05:32 娩出本案被鉴定人, 06:09 以“生后窒息 5 分钟”转入医方新生儿科。17:29





因“生后窒息复苏，右侧上肢活动受限半天”转[REDACTED]，诊断“新生儿臂丛神经损伤；新生儿低血糖症；高乳酸血症；严重的出生窒息”。后续因臂丛神经损伤等多次入院治疗。现被鉴定人家属认为医方在诊疗过程中存在过错，诉至法院。

三、资料摘要

母子健康手册摘抄：

末次月经：2024年3月29日，预产期：2025年1月6日

检查日期：2024年6月17日 孕11⁺周，体重61kg，血压90/70mmHg，建议按时产检，复查甲功，复查尿分析。

分娩日期：2024年12月30日5时32分，顺产，出血量少量，无输血，分娩过程中无异常，指导事项：1. 注意产褥及卫生；2. 增加营养；3. 适当下床活动；4. 母乳喂养。

[REDACTED]住院病案（病案号[REDACTED]）摘抄：

入、出院日期：2024年12月30日至2025年01月03日

主诉：停经39⁺周，下腹部坠胀伴阴道少量见红1+小时。

现病史：末次月经：2024年03月29日；预产期：2025年01月05日；妊娠反应时间：2024年05月中旬；胎动时间：2024年08月中旬。孕期经过及目前状况：平素月经规律，停经30+天出现妊娠反应，自测尿妊娠试验阳性，遂[REDACTED]行B超示：宫内妊娠。孕3+月[REDACTED]NT检查未见明显异常，孕4+月于本院行唐氏筛查示低风险。停经5+月自觉胎动，孕6+月[REDACTED]行胎儿产前系统超声筛查未见明显异常，未行OGTT检查。孕期顺利，血压正常，在外院行产前检查均未发现明显异常。今因“停经39⁺周，下腹部坠胀伴阴道少量见红1+小时”入院，近期无头晕头痛，无视物模糊，无恶心、呕吐，无心慌、胸闷，无阴道流液，自觉胎动





正常,饮食睡眠可,大小便正常,体重随孕周增加 15Kg。孕期有害物质接触情况:无。

体格检查: T36.6°C, P87 次/分, R22 次/分, BP147/94mmHg。

产科检查:腹部外形:膨隆;宫高 36cm;腹围 111cm;体重估计 4000g;髂嵴间径:27cm;髂棘间径:25cm;出口横径:9cm;骶耻外径:19cm;时间 03:00:胎位 LOA、胎心 bpm146 次/分,先露头、宫缩规律、先露位置高浮、宫颈容受 100%、宫颈硬度软、宫颈位置中、宫口开大 5+cm、胎膜未破、阴道检查√。

初步诊断:1. 妊娠期高血压;2. 39+1 周妊娠 G4PA1L2 LOA;3. 巨大儿?

2024-12-30 03:26 首次病程记录

诊疗计划:1. 产科护理常规, II 级护理;2. 24 小时内完善血分析、尿分析、肝功能、肾功能等各项必要辅助检查;3. 给予拉贝洛尔片 50mg 降压治疗,必要时解痉对症处理,严密观察宫缩、胎心及血压情况。

2024-12-30 04:50 主治医师查房记录

……于 04:20 在常规消毒下经阴检查:先露 S-2,宫颈软,宫口开大 6-7cm,在宫缩间歇期行人工破膜术,羊水污染 II 度,胎心率 142 次/分,给予持续氧气吸入,于 04:45 患者血压 BP160/94mmHg,给予拉贝洛尔片 50mg 口服降压,胎心率在 105 次/分-110 次/分,给予葡萄糖注射液 20ml+维生素 C 注射液 2g+地塞米松磷酸钠注射液 10mg 静推及快速补液纠正胎心,胎心好转。主治医师查看患者分析:目前诊断:1. 妊娠期高血压;2. 39+1 周妊娠 G4P2A1L2 LOA;3. 巨大儿?成立。孕妇骨软产道无明显异常,但因妊娠期高血压,巨大儿?经阴分娩可能出现产时子痫,胎儿窘迫甚至窒息、新生儿臂丛神经损伤,锁骨骨折,子宫破裂,产后出血,必要时需切除子宫,甚至母婴死亡。行剖宫产术终止妊娠对母婴相对有利,向孕妇及家属交代





病情,均表示理解,要求经阴分娩,并签字。继续观察产程变化。

分娩记录:宫缩起始时间:2024年12月30日3时00分;

胎膜破裂时间:2024年12月30日4时20分,人工羊水Ⅱ度污染;

宫口开全时间:2024年12月30日5时20分;

婴儿娩出时间:2024年12月30日5时32分,自产胎方位LOA;

胎盘娩出时间:2024年12月30日5时40分希氏法。

第一产程2小时20分,第二产程0小时12分,第三产程0小时8分,总产程2时40分;会阴破裂侧切,血压121/70mmHg,失血量150ml;麻醉方式:局部麻醉;分娩镇痛:无;窒息:重度。

婴儿男,评分1min3分,5min6分,10min8分,呼吸无,心跳<100次/分,颜色躯干红四肢青紫,刺激有皱眉动作,张力四肢无屈曲。身长50cm,体重4000g,产妇离开产房时情形,子宫收缩好阴道流血不多。

手术名称:会阴侧切术,麻醉方式:局部麻醉,手术指征:胎儿宫内窘迫。

手术助产经过:产妇于5:20宫口开全,考虑胎儿宫内窘迫,通知儿科医生,麻醉师到场,于5:28行会阴侧切术,于5:30胎头娩出,出现乌龟征,立即给予屈大腿法配合耻骨上加压法,30秒胎肩仍不能娩出,立即采用旋前肩法,30秒仍不能娩出,继续给予娩后肩法,后肩娩出,继而娩出前肩,胎儿娩出,阿氏评分1分钟3分,立即给予清理呼吸道,人工正压通气配合胸外心脏按压,5分钟评6分,10分钟评8分,新生儿右上肢无肌张力,转新生儿科继续观察。胎盘胎膜娩出完整,给予2-0可吸收线间断缝合、3-0可吸收线连续皮内缝合,缝合完毕清点纱布器械无误,肛诊无误。

2024-12-30 08:00 产后首次病程记录

……产妇于07:32安返病房,小便自解顺利。查体:T:36.5℃,P:77





次/分, R: 18 次/分, BP: 115/64mmHg, 乳房软, 乳头凸, 无初乳分泌, 腹胀, 宫底平脐, 子宫收缩好, 阴道流血量不多, 按压宫底, 偶有小血块。会阴轻度水肿。继续观察病情变化。

2025-01-03 15:42 出院记录

出院诊断: 1. 肩位难产; 2. 39+1 周妊娠分娩 G4P3A1L3 LOA; 3. 妊娠期高血压; 4. 左下肢血栓性浅静脉炎; 5. 尿潴留。

住院病案 (病案号) 摘抄:

姓名 之子

入、出院日期: 2024 年 12 月 30 日 06:09 至 16:29

24 小时出入院记录

主诉: 生后窒息 5 分钟。

入院情况: 1. 患儿因“生后窒息 5 分钟”入院。2. 患儿系第 4 胎, 第 3 产, 39⁺ 周妊娠顺产娩出, 娩生时羊水 II 度污染, 无脐带绕颈, Apgar 评分: 1 分钟 3 分 (心跳次数、刺激反应、皮肤颜色各减 1 分, 肌肉张力、呼吸情况各减 2 分); 5 分钟 6 分 (呼吸情况、肌肉张力、皮肤颜色、刺激反应各减 1 分); 10 分钟 8 分 (肌肉张力、皮肤颜色各减 1 分)。患儿娩出后无哭声, 经清理呼吸道、吸氧、正压通气、胸外心脏按压约 5 分钟, 哭声转为弱, 现患儿面部及四肢青紫, 肢端湿冷, 四肢肌张力低, 以“1. 新生儿重度窒息; 2. 巨大儿; 3. 新生儿缺氧缺血性脑病?”收入我科。患儿出生体重 4.0kg, 自生后未开奶, 大小便未排。3. 查体: 患者男, 发育可, 营养一般, 刺激反应一般, 哭声稍弱, 面部及四肢皮肤青紫, 口周发绀, 未触及肿大淋巴结。头颅无畸形, 眼睑无充血, 结膜无充血, 巩膜无黄染, 双侧瞳孔等大, 对光反射及调节反射均未查。耳廓无畸形, 外耳道通畅, 无分泌物。鼻外观正常, 鼻腔通畅。口唇发绀, 气管居中, 胸廓对称, 呼吸动度正常, 双肺呼





吸音稍粗,未闻及干湿啰音。未闻及胸膜摩擦音。心前区无隆起,可见心尖搏动,心尖搏动位于第5肋间左锁骨中线内1.0cm,未触及震颤,无心包摩擦感及抬举性心尖搏动。心率128次/分,心律整,心音钝,未闻及病理性杂音及心包摩擦音。腹部平软,肠鸣音减弱。无腹壁静脉曲张,无胃肠型及蠕动波,腹式呼吸,脐带已结扎。肛门直肠未见异常,外生殖器正常。四肢肌张力低,原始反射减弱。4.辅助检查:暂无。

入院诊断:1.新生儿重度窒息;2.巨大儿;3.新生儿缺氧缺血性脑病?

诊疗经过:患儿入院后予新生儿护理常规,I级护理,保持呼吸道通畅,持续性低流量吸氧,心电监护监测生命体征。维生素c、b6营养支持、碳酸氢钠纠酸等对症及支持治疗。预防脐部感染及对症处理,维生素k1预防颅内出血。

出院诊断:1.新生儿重度窒息;2.巨大儿;3.新生儿缺氧缺血性脑病?4.臂丛神经损伤?5.心脏杂音待查;6.头皮血肿。

出院情况:现患儿置于暖箱状态下,持续低流量吸氧,体温正常,心电监护监测生命体征均在正常范围内,已开奶,约20ml/次,大小便已排。查体:刺激反应一般,哭声可,面部及四肢皮肤欠红润。头顶部可触及1大小约5×6cm血肿,按压无凹陷,有波动感。胸廓对称,呼吸动度正常,双肺呼吸音稍粗,未闻及干湿啰音。未闻及胸膜摩擦音。心率130次/分,心律整,心音钝,可闻及杂音,未闻及心包摩擦音。腹部平软,肠鸣音减弱。无腹壁静脉曲张,无胃肠型及蠕动波,腹式呼吸,脐带已结扎。肛门直肠未见异常,外生殖器正常。右上肢肌张力低,余正常,原始反射减弱。患儿病情尚不稳定,仍需继续治疗,家属要求转上级医院继续治疗,明确告知患儿家属自动出院的风险及后果,签署知情同意后给予办理。





出院医嘱:继续外院治疗。

住院病案(病案号) 摘抄:

入、出院日期:2024年12月30日至2025年01月06日

主诉:生后窒息复苏,右侧上肢活动受限半天。

现病史:患儿第4胎第3产,胎龄39⁺₃周, 肩难产经阴娩出,出生体重4000g,无胎膜早破,羊水II污染,脐带无绕颈,胎查不详,家长诉Apgar评分1分钟3分(具体减分不详),5分钟及10分钟评分不详。患儿生后不久发现右上肢活动受限,不能抬离床面,家长为进一步诊治来院。患儿自生后精神反应一般,配方奶喂养,已排胎便,小便正常。

体格检查:T36.5℃,P140次/分,R40次/分,BP92/59mmHg。

初步诊断:1.新生儿臂丛神经损伤;2.新生儿低血糖症;3.高乳酸血症;4.严重的出生窒息。

诊疗经过:入院后给予暖箱保暖、心电监护监测生命体征,监测血压、血糖维持内环境稳定。右上肢制动,配方奶喂养,补液支持治疗,环磷腺苷营养心肌。1月3日请康复科会诊:查体患儿右上肢肌力0级,提示右侧上肢存在功能障碍,可以给予针刺及按摩治疗……

出院诊断:1.新生儿臂丛神经损伤;2.围生期脑损伤;3.严重的出生窒息;4.新生儿低血糖症;5.新生儿缺血缺氧性心肌损害;6.新生儿病理性黄疸;7.高乳酸血症;8.头颅血肿。

出院医嘱:转上级进一步检查治疗。

住院病案(病案号) 摘抄:

入、出院日期:2025年01月06日至2025年01月08日

主诉:右上肢不能活动7天。





现病史:患儿胎龄 39⁺₃周,肩难产, [REDACTED] 顺产娩出,出生体重 4kg,羊水Ⅱ度污染,生后 Apgar 评分 1 分钟 3 分(具体减分不详),具体抢救史不详,约 4 分钟后转入 [REDACTED] NICU,查体发现右上肢活动差,生后半天转 [REDACTED] NICU,给予“右上肢制动、配方奶喂养、环磷腺苷、补液、蓝光照射”等治疗,右上肢体活动仍差,不能抬离床面,为进一步诊治,入住我院。病程中,患儿无发热,无惊厥发作,反应可,自行吃奶可,无呕吐、腹胀大小便正常。

体格检查: T36.7℃, P138 次/分, R48 次/分, P69/36mmHg。

辅助检查: 2024 年 12 月 31 日 头颅彩超 脑实质回声增强探查时大脑中动脉舒张期上抬,结合病史,符合围生期脑损伤。

初步诊断: 1. 臂丛神经损伤; 2. 严重的出生窒息; 3. 头皮血肿; 4. 围生期脑损伤?

诊疗经过: 入院后予患侧肢体制动、保护、甲钴胺、合理喂养、维生素 AD、维生素 K1 等治疗……头颅+臂丛神经核磁: 符合新生儿缺氧缺血性脑病伴颅内出血 MR 表现 T1WI 双侧苍白球信号较高 部分脑外液腔隙增宽 符合右侧顶部局部头皮血肿 MR 表现 双侧乳突积液?考虑右侧臂丛神经损伤伴软组织水肿 MR 表现 请结合临床,建议随诊复查。心脏彩超提示: 1、动脉导管未闭(裂隙样); 2、卵圆孔未闭(裂隙样)。患儿病情未恢复,尚有检查未完善,家长因个人原因要求出院。

出院诊断: 1. 臂丛神经损伤; 2. 严重的出生窒息; 3. 头皮血肿; 4. 脑损伤; 5. 颅内出血; 6. 动脉导管未闭; 7. 卵圆孔未闭。

[REDACTED] 肌电图报告单摘抄:

检查日期: 2025 年 4 月 9 日

诊断意见: 印象: 本次肌肉神经电图检测示右臂丛神经根干部损伤





电生理表现，累及 C5 部分损伤，C6-T1 神经严重损伤表现。

住院病案（病案号 [REDACTED]）摘抄：

入、出院日期：2025 年 04 月 23 日至 2025 年 04 月 28 日

主诉：右上肢活动受限生后至今。

现病史：患儿出生时头先露，肩难产史，生后有窒息抢救史。生后不久即发现右上肢活动受限少许肩外展，肘关节屈曲欠佳，腕手无功能，就诊华山医院，建议手术处理，现拟诊为“臂丛神经损害”入院。目前，患儿无发热、咳嗽，胃纳可，无呕吐，睡眠佳，两便正常。

体格检查：T36.5℃，P120 次/分，R26 次/分，BP81/58mmHg。

辅助检查：2025.04.09 华山医院手外肌电报告：右臂丛神经根干部损伤电生理表现，累及 C5 部分损伤，C6-T1 神经严重损伤表现，副神经功能正常。

专科检查：右上肢肩关节活动受限，少许肩外展，前屈 30 度，无屈肘，腕手无功能。

入院诊断：1、（分娩性）臂丛神经损伤（右侧，IV 型）。

病程与治疗结果（注明手术名称、手术日期、输血量及抢救情况）：患儿入院后完善检查，于 2025.4.25 全麻下行 1、脊神经根探查术；2、臂丛神经松解术；3、臂丛神经缝合术；4、臂丛神经移植术”。术顺，未输血，术后支具固定，患儿一般情况良好，主治医师查房后予以出院。

出院时情况：症状及体征：患儿一般情况好，无呕吐，无发热，患肢支具固定，末梢循环良好，活动及感觉可，其余各处伤口包扎中，无明显渗血渗液。

出院诊断：1、（分娩性）臂丛神经损伤（右侧，IV 型）。

四、检验过程





接受人民法院的委托，根据司法部《司法鉴定程序通则》、《医疗损害司法鉴定指南》（SF/T 0097-2021）、《人身损害与疾病因果关系判定指南》（SF/T 0095-2021）等法规进入鉴定程序确定鉴定人，明确鉴定委托事项，依据下列顺序遵守和采用该专业领域的技术标准、技术规范和技术方法：国家标准、行业标准和技术规范等，结合相关法律、法规、临床诊疗护理技术操作规范、指南等对本案进行司法鉴定，并组织召开由医、患双方参加的鉴定听证会，同时参会的有多名相关临床医学专家。双方均充分阐述了自己的观点，现将双方主要观点归纳如下：

患方认为：医方对胎儿巨大高风险的评估预警不充分；分娩方式选择与肩难产处理不当；产程监护与胎儿宫内窘迫处理不当；新生儿复苏和转诊抢救时机不符合规范。

医方认为：产妇分娩过程中根据巨大儿诊疗知情同意书，将分娩过程中可能出现的一系列风险告知患者及家属，愿承担该风险。我院在接产过程中，严格按照产科诊疗规范进行操作。臂丛神经损伤是试产过程中可能出现的风险，任何人无法准确预知是否发生。患者的不良医疗结果与我院诊疗行为不存在因果关系，是疾病发展的自然转归。

五、分析说明

根据案件相关资料及双方陈述意见，并会同相关临床医学专家，经认真分析讨论，达成一致意见如下：

（一）关 被鉴定人及其母诊疗行为的评价：

1、被鉴定人之母 年 42 岁，2024 年 12 月 30 日 02:48 因“停经 39+1 周，下腹部坠胀伴阴道少量见红 1+小时”入医方，末次月经 2024 年 3 月 29 日；预产期 2025 年 1 月 5 日；孕期于外院产检未发现明





显异常，未行 OGTT 检查，体重随孕周增加 15Kg。入院查体：T36.6℃，P87 次/分，R22 次/分，BP147/94mmHg，宫高 36cm；腹围 111cm；体重估计 4000g；髌嵴间径 27cm；髌棘间径 25cm；出口横径 9cm；骶耻外径 19cm；胎位 LOA、胎心 bpm146 次/分，先露头、宫缩规律、先露位置高浮、宫颈容受 100%、宫颈硬度软、宫颈位置中、宫口开大 5+cm、胎膜未破。诊断“妊娠期高血压；39⁺周妊娠 G4PA1L2 LOA；巨大儿可能”，予完善检查，医方考虑因妊娠期高血压，巨大儿可能，经阴分娩可能出现产时子痫，胎儿窘迫甚至窒息、新生儿臂丛神经损伤，锁骨骨折等风险，行剖宫产术终止妊娠对母婴相对有利，向被鉴定人方交代病情，被鉴定人方要求经阴分娩并签字。被鉴定人之母诊断明确，入院骨盆测量基本正常，可行阴道分娩，医方建议剖宫产亦有指征，以上诊疗行为符合规范。

2、被鉴定人之母 04:20 宫口开大 6-7cm，先露 S-2，医方予人工破膜术，羊水污染 II 度，胎心率 142 次/分，给予持续吸氧，于 04:45 血压 BP160/94mmHg，予拉贝洛尔片 50mg 口服降压，胎心率在 105-110 次/分，给予葡萄糖注射液 20ml+维生素 C 注射液 2g+地塞米松磷酸钠注射液 10mg 静推及快速补液。05:20 宫口开全，考虑胎儿宫内窘迫，通知儿科医生、麻醉师到场，05:28 行会阴侧切术，于 05:30 胎头娩出，出现乌龟征，予屈大腿配合耻骨上加压，30 秒胎肩仍不能娩出，采用旋前肩 30 秒仍不能娩出，继续给予娩后肩法，后肩娩出继而娩出前肩，05:32 胎儿娩出，阿氏评分 1 分钟 3 分，予清理呼吸道，人工正压通气配合胸外心脏按压，5 分钟评 6 分，10 分钟评 8 分，新生儿右上肢无肌张力，06:09 以“生后窒息 5 分钟”入新生儿科。被鉴定人之母入院后产程进展顺利，无产程停滞表现，宫口开大 6-7cm，胎头 S-2 时医方给予人工破膜无明确指征；破膜后出现胎心下降继而出现胎窘；被鉴定人之母人工破膜后胎心持续偏低，





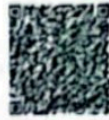
医方产程中监护及处理不及时；被鉴定人生后重度窒息，医方仅给予清理呼吸道及吸氧，没有考虑插管，没有完善脐动脉血气分析检查，复苏流程不规范，医方诊疗行为存在过错。

3、被鉴定人娩出后入新生儿科查体：体重 4.0kg，发育可，营养一般，刺激反应一般，哭声稍弱，面部及四肢皮肤青紫，口周、口唇发绀，呼吸动度正常，双肺呼吸音稍粗，未闻及干湿啰音，未闻及胸膜摩擦音，四肢肌张力低，原始反射减弱。诊断：1. 新生儿重度窒息；2. 巨大儿；3. 新生儿缺氧缺血性脑病？予置暖箱，I 级护理，持续性低流量吸氧，监测生命体征。维生素 c、b6 营养支持、碳酸氢钠纠酸等对症及支持治疗。于 16:29 出院，17:29 [REDACTED] 诊断“新生儿臂丛神经损伤；新生儿低血糖症；高乳酸血症；严重的出生窒息”。入院后给予暖箱保暖、监测生命体征，监测血糖维持内环境稳定，右上肢制动，配方奶喂养，补液支持治疗，环磷腺苷营养心肌。1 月 3 日请康复科会诊：查体右上肢肌力 0 级，可以给予针刺及按摩等治疗效果不佳，2025 年 1 月 6 日转入 [REDACTED]。诊断：臂丛神经损伤；严重的出生窒息；头皮血肿；围生期脑损伤？予患侧肢体制动、保护、甲钴胺、合理喂养、维生素 AD、维生素 K1 等治疗。1 月 8 日要求出院。2025 年 4 月 23 日因右上肢活动受限 [REDACTED]，诊断：（分娩性）右侧臂丛神经损伤（IV 型）。25 日全麻下行“脊神经根探查术；臂丛神经松解术；臂丛神经缝合术；臂丛神经移植术”，2025 年 4 月 28 日予出院，诉目前遗留肢功能等障碍。考虑被鉴定人损害后果与医方诊疗过程存在相关性。

（二）关 [REDACTED] 疗行为与被鉴定人损害后果的因果关系分析：

2024 年 12 月 30 日 02:48 被鉴定人之母因“停经 39”周，下腹部坠





朕伴阴道少量见红 1+小时”入医方，诊断“妊娠期高血压；39⁺周妊娠 G4PA1L2 LOA；巨大儿可能”，当日生产过程中胎儿出现窘迫、肩难产，05:32 娩出本案被鉴定人，06:09 以“生后窒息 5 分钟”转入新生儿科。17:29 转入外院，诊断“新生儿臂丛神经损伤；新生儿低血糖症；高乳酸血症；严重的出生窒息”。后因“臂丛神经损伤”等多次入外院治疗，诉目前遗留右上肢功能障碍。

人工破膜术：用人工方法使胎膜破裂，刺激内源性前列腺素和缩宫素释放，诱发宫缩。是常规引产方法，本方法应对宫颈条件理想者实施，适用于头先露并已衔接的孕妇。单独使用人工破膜术引产时，引产到宫缩发动的时间间隔难以预料。尚无足够证据证实单独使用人工破膜术的疗效和安全性。人工破膜术相关的潜在风险包括：脐带脱垂或受压、母儿感染、前置血管破裂和胎儿损伤。不适用于头先露未入盆的孕妇。人工破膜术前要排除阴道感染。应在宫缩间歇期破膜，以避免羊水急速流出引起脐带脱垂或胎盘早剥。人工破膜术前、后要听胎心率，破膜后观察羊水性状和胎心率变化情况。

本案，被鉴定人之母诊断“妊娠期高血压；39⁺周妊娠 G4PA1L2 LOA；巨大儿可能”入医方，医方考虑被鉴定人之母妊娠期高血压、巨大儿可能，经阴分娩可能出现产时子痫，胎儿窘迫甚至窒息、新生儿臂丛神经损伤、锁骨骨折等风险，告知行剖宫产术终止妊娠对母婴相对有利，被鉴定人方要求经阴分娩并签字，以上诊疗行为符合规范。被鉴定人之母产程进展顺利，在宫缩正常、口开大 6-7cm，胎头 S-2 的情况下，医方给予人工破膜无明确指征；破膜后出现胎儿窘迫、被鉴定人出生时出现肩难产；考虑与无指征人工破膜相关；被鉴定人出生后存在重度窒息，医方仅给予清理呼吸道及吸氧，没有考虑气管插管、没有给予完善检查，流程不



规范，诊疗行为存在过错，与被鉴定人的损害后果有一定因果关系。

综合分析，被鉴定人之母为高龄产妇、孕期于外院产检，没有进行OGTT检查，孕期体重增长偏多，胎儿偏大，存在臂丛神经损伤的高危因素；医方建议剖宫产被鉴定人方拒绝；自身存在的不利因素与医方诊疗过错共同造成了被鉴定人的损害后果，原因力大小建议同等为宜。

（三）伤残等级、护理期限、营养期限鉴定：

目前被鉴定人年幼，尚未发育完全，自身需人照顾，暂不宜评定伤残等级、护理期限、营养期限。

六、鉴定意见

在对被鉴定人的诊疗过程中存在过错，该过错与被鉴定人的损害后果有因果关系，属同等原因。

2、暂不宜评定伤残等级、护理期限、营养期限。



