

最终分别评定为七级残疾和九级残疾。在实际伤残或伤情鉴定中,要警惕颅脑外伤后并发眶尖综合征的可能,注意结合患者成伤机制和眶尖区神经血管解剖规律、眶尖区受损影像表现以及受检者眼外肌麻痹和视功能减退等情况予以综合分析认定。

#### 参考文献:

- [1] ANSELL M J, BREEZE J, MCALISTER V C, et al. Management of devastating ocular trauma--experience of maxillofacial surgeons deployed to a forward field hospital[J]. J R Army Med Corps, 2010,156(2):106-109.
- [2] ESTEBANEZ G, GARAVITO D, LÓPEZ L, et al. Penetrating orbital-cranial injuries management in a limited resource hospital in Latin America[J]. Cranio-maxillofac Trauma Reconstr,2015,8(4):356-362.
- [3] SHINOHARA E H, HERINGER L, de CARVALHO J P. Impacted knife injuries in the maxillofacial region: Report of 2 cases[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2001,59(10):1221-1223.
- [4] MCCLURE C C Jr, GARDNER W J. Transorbital intracranial stab wounds[J]. Cleve Clin Q,1949,16(3):118-125.
- [5] CHEN C T, CHEN Y R. Traumatic superior orbital fissure syndrome: Current management[J]. Cranio-maxillofac Trauma Reconstr,2010,3(1):9-16.
- [6] SUGAMATA A. Orbital apex syndrome associated with fractures of the inferomedial orbital wall[J]. Clin Ophthalmol,2013,7:475-478.
- [7] GUPTA R, KHAN Y A. Traumatic orbital apex syndrome[J]. Can J Ophthalmol,2015,50(1):e8-e11.
- [8] IMAIZUMI A, ISHIDA K, ISHIKAWA Y, et al. Successful treatment of the traumatic orbital apex syndrome due to direct bone compression[J]. Craniomaxillofac Trauma Reconstr,2014,7(4):318-322.
- [9] CHEN C T, WANG T Y, TSAY P K, et al. Traumatic superior orbital fissure syndrome: Assessment of cranial nerve recovery in 33 cases[J]. Plast Reconstr Surg,2010,126(1):205-212.
- [10] JAMAL B T, PFAHLER S M, LANE K A, et al. Ophthalmic injuries in patients with zygomaticomaxillary complex fractures requiring surgical repair[J]. J Oral Maxillofac Surg,2009,67(5):986-989.
- [11] PETER N M, PEARSON A R. Orbital apex syndrome from blunt ocular trauma[J]. Orbit, 2010,29(1):42-44.
- [12] ARYASIT O, PREECHAWAI P, AUI-AREE N. Clinical presentation, aetiology and prognosis of orbital apex syndrome[J]. Orbit,2013,32(2):91-94.

(收稿日期:2018-06-24)

(本文编辑:王亚辉)

## · 案例报道 ·

# 交通事故致髌部截肢的伤残评定1例

叶苗玉

(浙江绿城医院司法鉴定所,浙江 杭州 310012)

关键词: 法医学;事故,交通;截肢,创伤性;碾压伤;伤残评定

中图分类号: DF795.4 文献标志码: B doi: 10.12116/j.issn.1004-5619.2019.04.032

文章编号: 1004-5619(2019)04-0502-03

## 1 案 例

### 1.1 病史摘要

夏某,男,58岁,2018年4月因车祸碾压致伤。入院查体见腹部大面积皮肤、皮下组织缺损,累及会阴伴肛门部皮肤撕脱伤,中上腹皮肤、皮下组织与腹肌

腱膜完全游离,左髌部、左下肢大部毁损,骨折端外露,血管破裂出血。急诊行“左下肢残端修整术,剖腹探查、直肠部分切除、乙状结肠经腹造口、腹部及肛门破裂修补术”。术中见腹部大面积皮肤挫裂,累及会阴伴肛门部皮肤撕脱伤、广泛潜行剥脱;左髌部以远大部分肢体严重毁损,仅存部分股骨、胫骨和少许零散毁

损软组织,创面大量污物附着伴左髌部肌肉软组织严重碾挫,皮肤潜行剥脱呈不规则状;股骨上段约10 cm与肢体相连,股动静脉血管神经束严重挫伤外露,远端闭塞;直肠上段、乙状结肠破裂出血伴坏死。术中予“左髌解脱术,去除股骨头和股骨上段及远侧严重毁损残端;剪除无活性软组织,将有活性肌肉覆盖髌关节;破裂肠段两端钳夹后剪断切除,远端直肠予缝合封闭,近端引出经腹造口,腹部联合会阴、左髌、右下肢间断缝合及肛门破裂间断缝合术”。术后X线复查见左髌自股骨头以下缺失,周围软组织肿胀。同年5月30日行“左下腹壁、骨盆残端皮肤及皮下坏死组织切除清创,全头皮取皮术及左下腹壁、骨盆残端网状皮移植术”。诊断:骨盆、左髌、腹部大面积皮肤剥脱伤,直肠、乙状结肠破裂,腹部、肛周、会阴部毁损,左下肢缺损伤,左髌部毁损伤,弥漫性腹膜炎,失血性休克,贫血。

## 1.2 法医学鉴定

伤后9个月余进行法医学鉴定。伤者夏某神志清楚,左臀部大部分肌肉组织缺损,坐立不稳;左下肢自髌关节以远完全缺失;腹部造瘘术后、造瘘袋在位;腹部膨隆,无压痛,下腹部至会阴处见大片瘢痕;肛门闭锁,经腹造瘘中(图1)。X线片示:左髌白以远肢体完全缺失,骨盆组成骨完整(图2)。



图1 左臀部大部分肌肉组织缺损,左下肢自髌关节以远完全缺失,肛门闭锁,经腹造瘘中



图2 X线片示左髌白以远肢体完全缺失

## 1.3 鉴定意见

被鉴定人夏某因左下肢碾压伤致左髌离断、高位截肢,根据《人体损伤致残程度分级》第5.6.6 2)条之规定“一股缺失(上肢腕关节以上,下肢膝关节以上)”,评定为六级残疾。夏某会阴部严重毁损伤(行肛门缝合及结肠造口手术),根据《人体损伤致残程度分级》第5.7.5 10)条之规定“会阴部瘢痕挛缩致肛门闭锁,结肠造口术后”,评定为七级残疾。夏某直肠、乙状结肠破裂(行肠段切除手术),根据《人体损伤致残程度分级》第5.9.4 6)条之规定“肠部分切除术后”,评定为九级残疾。

## 2 讨论

碾压伤指人体被机动车轮胎碾压所形成的损伤,是交通损伤中比较严重的一种。肢体被碾压时,车轮旋转产生的强大牵引力造成皮下组织与肌肉深筋膜之间撕脱分离,形成囊腔样改变或皮肤撕脱,称皮肤撕脱伤。本例中,伤者腹部大面积皮肤、皮下组织缺损,横跨腹前部,累及会阴伴肛门口皮肤撕脱伤,中上腹皮肤、皮下组织与腹肌腱膜完全游离,左髌部以远大部分肢体严重毁损伤,骨折端外露,血管破裂出血,符合碾压伤特点。

《人体损伤致残程度分级》中指出,残疾是人体组织器官结构破坏或者功能障碍,以及个体在现代临床医疗条件下难以恢复的生活、工作、社会活动能力不同程度的降低或者丧失。本例中,被鉴定人左臀部软组织大部分缺损、左下肢髌离断高位截肢<sup>[1]</sup>,肛门闭锁、结肠造瘘状态,致其坐立平衡、平地行走、上下楼梯、跑跳等均受到严重影响,针对其残疾等级,笔者认为:

(1)下肢残损的评定内容包括软组织、骨性结构、关节等<sup>[2]</sup>,单纯依靠解剖结构的异常情况来评定残疾等级过于片面。本例中,夏某左臀部覆盖骨盆结构的肌肉软组织大部分缺损,髌关节水平高位截肢,其伤情类似于半骨盆截肢,功能丧失相当于人体功能丧失50%<sup>[3]</sup>,较股骨远端截肢者(六级残疾,其功能丧失相当于人体功能丧失32%)遗留更为严重的生活、工作和社会交往能力受限。

(2)单肢瘫患者下肢仍具有解剖学上的完整性,患腿虽不能运动,但在日常活动中仍能起一定的支撑作用,从这个意义上说,患腿具有相对的功能和作用。《人体损伤致残程度分级》中规定“单肢瘫(肌力2级以下)”构成五级残疾。本例中,夏某左下肢髌、膝、踝结构完全缺失,在日常生活中失去支撑,其活动功能存在一定的缺陷,从这个意义上说,其损伤后果不亚

于单肢瘫患者。

(3)从《人体损伤致残程度分级》的下肢损伤条款规律中可以看出:髌、膝关节价值相当,踝关节的价值较髌、膝低一个级别<sup>[4]</sup>;同一下肢多个关节的复合损伤较单一关节损伤高一个残疾等级。例如:1)髌关节功能丧失50%以上(九级)、膝关节功能丧失50%以上(九级)、踝关节功能丧失50%以上(十级),但髌、膝、踝关节功能丧失均达50%以上可达八级残疾;2)髌关节功能丧失75%以上(八级)、膝关节功能丧失75%以上(八级),但髌、膝关节功能丧失均达75%以上可达七级残疾。故本例中,夏某左侧髌、膝、踝关节均缺失的残情应高于膝、踝关节均缺失(六级残疾)的残情。

(4)《人体损伤致残程度》中肘关节以上缺失构成五级残疾,膝关节以上缺失构成六级残疾。笔者认为其主要是因为股骨干截肢的患者,下肢假肢安装后经过康复训练,其日常生活基本能够自理,下肢假肢主要起支持、行走的功能,安装国产中等价格的假肢后能完成自主移动的需求,而上肢假肢难以完成双手及上肢复杂精巧的动作功能,单侧上肢假肢安装后难以完全胜任上肢功能对日常生活的作用。故截肢后伤残等级评定应考虑是否能安装假肢及安装假肢后的功能情况。本例中,夏某左下肢完全缺失,已无残肢用于安装大腿假肢(一个极短无法装配以该残肢部位命名的假肢,已失去假肢司法鉴定残肢的测量价值<sup>[5]</sup>),虽然随着科技的发展,一些腰部助行器(髌离断假肢)应运而生,但其假肢代偿功能仍不能与大腿假肢相媲美。研究<sup>[6]</sup>表明,截肢平面越高,安装假肢后代偿功能越差;膝关节以上截肢者中,以双大腿截肢及髌离断代偿最差,主要表现为步态异常和步行能力差。本例中,夏某髌离断高位截肢,各种生活、活动能

力严重受限,基本丧失劳动能力,且不能有效利用假肢进行功能代偿,其不利后果远远重于单纯一下肢膝关节以上缺失(六级残疾)之情形。笔者认为,其不利后果符合附录A五级残疾中“组织器官大部分缺损或明显畸形,有中度(偏重)功能障碍;日常生活能力部分受限,偶尔需要帮助;各种活动中度受限,仅限于就近的活动;社会效益严重受限”的划分依据。建议比照《人体损伤致残程度分级》第5.5.6 1)之规定“一上肢肘关节以上缺失”,评定为五级残疾更为合理。

综上所述,《人体损伤致残程度分级》应更加细化、全面化、科学化,例如针对髌离断高位截肢、截肢后假肢不能有效代偿的情况应设置具体条款,为从事相关鉴定的人员提供更加完善的标准,而不是靠经验和个人理解出具鉴定意见。

#### 参考文献:

- [1] 赵辉三. 假肢与矫形器学[M]. 2版. 北京:华夏出版社, 2013:73-75.
- [2] RONDINELLI R D, GENOVESE E, KATZ R T, et al. Guides to the evaluation of permanent impairment[M]. 6th ed. Chicago: American Medical Association, 2007.
- [3] 郭兆明,王旭. 肢体伤残评介(Ⅲ)——下肢功能评定标准[J]. 法律与医学杂志, 2005, 12(1):74-80.
- [4] 张敏,范利华,冉聘,等. 下肢残损功能评价标准和研究方法研究进展[J]. 法医学杂志, 2018, 34(2):175-180
- [5] 旷永超. 假肢司法鉴定中的残肢评测方法[J]. 中国伤残医学, 2018, 26(8):43-44.
- [6] 赵利,崔寿昌,赵辉三,等. 膝上截肢患者穿戴假肢后的功能评定[J]. 中国康复, 1996, 11(3):119-121.

(收稿日期:2019-02-13)

(本文编辑:高东)