

· 案例报道 ·

下颌骨骨折法医学鉴定2例

王廷宏¹, 吴迪², 张伟芳², 向明亮¹, 柯建林¹, 章丽霞¹, 刘云^{1,3}

1. 川北医学院基础医学与法医学院, 四川 南充 637000; 2. 川北医学院附属医院口腔科, 四川 南充 637000; 3. 川北医学院 医学影像四川省重点实验室, 四川 南充 637000

关键词: 法医学; 创伤和损伤; 下颌骨骨折; 张口受限; 残疾等级评定; 条款竞合

文章编号: 1004-5619(2023)02-0218-03 中图分类号: DF795.4; D919.4; R89

doi: 10.12116/j.issn.1004-5619.2022.221007 文献标志码: B



1 案 例

1.1 案例1

1.1.1 简要案情和病史摘要

王某, 女, 33岁, 某年3月28日因“摔伤致全身多处疼痛伴颈部活动受限、头面部多处皮肤裂伤9h余”入院。伤后全身多处疼痛, 以颈部、双侧胸部为甚, 伴颈部活动障碍。查体: 颌面部可见多处皮肤裂伤, 已缝合, 颌面部肿胀明显。3月28日头部CT扫描示: 右侧颌面部软组织肿胀、积气, 下颌骨右侧下颌体粉碎性骨折, 断端移位。4月11日行“下颌骨右侧下颌体粉碎性骨折切开复位内固定术, 周围神经松解术, 颌骨骨折颌间固定术, 筋膜组织瓣成形术”, 术后予以输液抗感染、消肿、营养支持等治疗。出院诊断: 下颌骨右侧下颌体粉碎性骨折, 头面部皮肤裂伤清创缝合术后, 右侧下牙槽神经损伤。8月2日某鉴定机构鉴定意见: 王某下颌骨右侧下颌体骨折术后, 遗留张口受限Ⅰ度, 按照《人体损伤致残程度分级》第5.9.2 22)条评定为九级残疾。因被告对鉴定意见有异议, 申请重新鉴定。

1.1.2 法医学检验

同年9月20日进行重新鉴定。体格检查: 右下颌部见2.0 cm×0.2 cm浅淡瘢痕, 颌面部外形基本对称, 颏部居中, 用力张口时上、下切牙间仅能垂直置入并列的示指和中指, 开口型正常。牙齿排列整齐、无拥挤、无旋转。上下牙咬合关系协调, 上颌前牙覆盖下颌前牙近切缘的1/4牙冠。颞下颌关节活动度正常,

无疼痛, 开闭口运动未闻及弹响, 叩诊无不适, 口腔黏膜色粉红、质韧, 未见明显异常。咀嚼、呼吸、吞咽等功能未见异常。

阅6月30日DR片(图1)示: 下颌骨右侧下颌体可见骨折线, 周围骨痂生长, 骨折断端对位对线可; 颏部居中, 正常咬合覆盖, 颞下颌关节未见异常, 金属内固定器在位。



图1 王某下颌骨DR片

Fig. 1 DR image of Wang's mandible

1.1.3 鉴定意见

王某因外伤致下颌骨右侧下颌体粉碎性骨折, 术后遗留张口受限Ⅰ度, 宜参照《人体损伤致残程度分级》第5.10.2 27)条评定为十级残疾。

1.2 案例2

1.2.1 简要案情和病史摘要

唐某, 女, 46岁, 某年12月8日因“交通事故致意识障碍5d余”入院。查体: 口唇处结痂, 持续张口状、无法闭合, 口腔内多颗牙齿脱落, 可见血凝块。受伤

基金项目: 四川省基层卫生事业发展研究中心资助项目(SWFZ19-Q-05)

作者简介: 王廷宏(1997—), 男, 硕士研究生, 主要从事法医学研究; E-mail: 1519894925@qq.com

通信作者: 刘云, 男, 博士, 教授, 硕士研究生导师, 主要从事法医学教学、科研和鉴定; E-mail: xyun2005@163.com

引用格式: 王廷宏, 吴迪, 张伟芳, 等. 下颌骨骨折法医学鉴定2例[J]. 法医学杂志, 2023, 39(2): 218-220.

To cite: WANG T H, WU D, ZHANG W F, et al. Forensic identification of mandibular fractures: Two case reports[J]. Fayixue Zazhi, 2023, 39(2): 218-220.

当日头部CT示:头皮软组织肿胀,双侧颞下颌关节脱位,双侧下颌骨髁突、下颌颈、下颌体和左侧上颌骨及邻近牙槽骨骨折,右侧眼眶内侧壁骨折,颜面部软组织及右侧眼睑肿胀、积气。先后行“下颌骨骨折切开复位内固定术,下颌骨缺损钛板置入术,颌骨骨折颌间固定术,周围神经松解术,筋膜组织瓣成形术,41、42、43、32牙拔除术,双侧颞下颌关节脱位复位术,左侧颞下颌关节成形术”,术后予抗感染、补液、负压引流、对症支持等治疗。出院诊断:下颌骨骨折,11、12、21、22、31牙缺失,41、42、43、32拔牙术后。保险公司与患方共同委托进行残疾等级鉴定。

1.2.2 法医学检验

次年7月2日进行法医学鉴定。体格检查:右下颌见一长2.5 cm瘢痕;颞下颌关节活动度正常,颞下颌关节弹响;开口型偏向左侧,尽力张口时上、下切牙间仅可勉强置入垂直并列的示指和中指;11、12、21、22、31、32、41、42、43牙缺失,下颌缺牙区牙槽嵴低平,骨吸收严重,下唇系带附着位点高。33牙舌侧倾斜,23牙与33牙深覆盖。口腔黏膜未见异常。

阅12月8日头部CT片(图2)示:双侧下颌骨髁突、下颌骨体部骨折,断端移位明显;双侧颞下颌关节位于关节囊前方;骨折断端周围软组织肿胀。



图2 唐某下颌骨CT片

Fig. 2 CT image of Tang's mandible

次年7月3日牙列石膏模型(图3)示:16牙近中颊尖咬于46牙颊面沟处;33牙向近中舌侧倾斜;26牙近中颊尖位于36牙颊面沟前方,37牙近中倾斜,Spee曲线曲度较大,处于牙尖交错位时,左侧上下颌牙列咬合关系不紧密。

1.2.3 鉴定意见

唐某因交通事故致下颌骨骨折,术后遗留咬合关系紊乱、张口受限Ⅰ度、牙齿脱落9颗,参照《人体损伤致残程度分级》第5.9.2 22)条、第5.10.2 26)条分别评定为九级、十级残疾。



图3 唐某的牙列石膏模型

Fig. 3 The gypsum mold of Tang's dentition

2 讨论

《人体损伤致残程度分级》中关于下颌骨损伤主要以损伤严重程度予以定级,极少引起争议,但下颌骨骨折术后遗留张口受限Ⅰ度,是参照第5.10.2 27)条评定为十级残疾,还是参照第5.9.2 22)条评定为九级残疾,在法医学实践中存在一定争议。一种观点认为,第5.9.2 22)条对遗留的功能障碍并没有明确的规定,只要存在功能障碍就可以使用该条款;另一种观点认为,颌骨骨折功能障碍与张口受限之间存在竞合,按照“专门条款优先”和条款制定时的上下平衡,第5.9.2 22)条的功能障碍宜理解为遗留咬合关系紊乱、吞咽和(或)咀嚼功能障碍、Ⅱ度以上张口受限。下颌骨骨折术后仅遗留张口受限Ⅰ度应参照第5.10.2 27)条之规定评定为十级残疾^[1]。

下颌骨是面部唯一可移动的骨骼,参与吞咽、咀嚼、言语、呼吸等多种生理功能^[2-3],因其位置突出易导致骨折,交通事故是下颌骨骨折的主要原因^[3-5],按照骨折部位可分为正中联合部骨折、颏孔区(体部)骨折、下颌角骨折和髁突骨折^[6-8],可遗留错颌畸形、颞下颌关系紊乱、张口受限、发音功能障碍等;颏部正中有降颌肌群、下颌舌骨肌、颏舌骨肌和颏舌肌等附着,该部位骨折因肌肉牵拉可引起咬合关系紊乱和呼吸障碍;下颌体和下颌角有降颌肌群和升颌肌群附着,若骨折线位于肌肉附着处,可致舌后坠引起呼吸障碍、咬合关系紊乱;髁突囊内骨折不受附着肌肉牵拉,仅导致张口受限,髁突颈骨折受肌肉牵拉易导致错颌畸形、颞下颌关系紊乱和张口受限,严重者可引起发音和下1/3面容损害^[6]。案例1中,王某因外伤致下颌骨右侧下颌体骨折,断端移位。伤后6个月遗留右下颌部手术瘢痕,张口受限Ⅰ度,颏部居中,上下牙咬合关系协调,颞下颌关节活动度、开闭口运动正常,无咀嚼、吞咽、呼吸功能障碍。DR片示下颌骨右侧下颌体骨折术后改变,骨折断端对位对线可,颏部居中,颞下颌关节未见异常,可排除先天性、肿瘤、囊肿、炎症、颞

下颌关节疾病等张口受限病因^[9-10],王某下颌骨右侧下颌体骨折术后仅遗留张口受限Ⅰ度,可能与筋膜组织瓣成形术及周围神经松解术后创口深部组织形成瘢痕、骨折或手术引起控制开闭口肌肉的神经损伤有关,其张口受限Ⅰ度与下颌骨骨折术后存在因果关系,予以认定,参照《人体损伤致残程度分级》第5.10.2 27)条评定为十级残疾为宜。案例2中,唐某因交通事故致双侧下颌骨髁突、下颌骨体部骨折,断端移位明显,双侧颞下颌关节脱位,牙齿脱落9颗,伤后8个月余遗留右下颌部手术瘢痕,张口受限Ⅰ度,33牙舌侧倾斜,23牙与33牙深覆盖。经口腔科会诊及牙列石膏模型证实唐某咬合关系紊乱客观存在,宜参照《人体损伤致残程度分级》第5.9.2 22)条评定为九级残疾。

综上,下颌骨骨折术后单纯遗留张口受限Ⅰ度,建议参照“张口受限Ⅰ度”评定为十级残疾,九级残疾中下颌骨骨折术后遗留功能障碍宜理解为损伤后遗留咬合关系紊乱、张口受限Ⅱ度以上、轻度发声功能或者构音功能障碍等,而单纯张口受限Ⅰ度不适用该条款。

参考文献:

- [1] 江苏省司法鉴定协会. 关于印发《人体损伤致残程度分级》标准适用指导意见的通知:苏鉴协[2020] 39号[Z]. 2020.
Jiangsu Association of Forensic Science. Notice on the issuance of guidelines on the application of *Classification of the Degree of Disability Caused by Human Injury*: Su Jian Xie [2020] No. 39[Z]. 2020.
- [2] 邓振华. 法医影像学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2018:204-205.
DENG Z H. Forensic imaging[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018:204-205.
- [3] 周海华,刘琦,杨荣涛,等. 1131例口腔颌面部骨折临床分析[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2013, 11(5): 424-428.
ZHOU H H, LIU Q, YANG R T, et al. Retrospective analysis of 1131 patients with oral and maxillofacial fractures[J]. Zhongguo Kouqiang Hemian Waike Zazhi, 2013, 11(5): 424-428.
- [4] SHAH N, PATEL S, SOOD R, et al. Analysis of mandibular fractures: A 7-year retrospective study[J]. Ann Maxillofac Surg, 2019, 9(2): 349-354. doi: 10.4103/ams.ams_22_19.
- [5] KUBILIUS R, KEIZERIS T. Epidemiology of mandibular fractures treated at Kaunas University of Medicine Hospital, Lithuania[J]. Stomatologija, 2009, 11(3): 73-76.
- [6] 张志愿,石冰,张陈平. 口腔颌面外科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社, 2020:154-158.
ZHANG Z Y, SHI B, ZHANG C P. Oral and maxillofacial surgery[M]. 8th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2020:154-158.
- [7] BROWN J S, KHAN A, WAREING S, et al. A new classification of mandibular fractures[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2022, 51(1): 78-90. doi: 10.1016/j.ijom.2021.02.012.
- [8] MORRIS C, BEBEAU N P, BROCKHOFF H, et al. Mandibular fractures: An analysis of the epidemiology and patterns of injury in 4,143 fractures[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2015, 73(5): 951.e1-951.e12. doi: 10.1016/j.joms.2015.01.001.
- [9] EANES W C. A review of the considerations in the diagnosis of limited mandibular opening[J]. Cranio, 1991, 9(2): 137-144. doi: 10.1080/08869634.1991.11678359.
- [10] GARCÍA-GUERRERO I, RAMÍREZ J M, GÓMEZ DE DIEGO R, et al. Complications in the treatment of mandibular condylar fractures: Surgical versus conservative treatment[J]. Ann Anat, 2018, 216: 60-68. doi: 10.1016/j.aanat.2017.10.007.

(收稿日期:2022-10-20)

(本文编辑:夏晴)