

# 颌骨损伤伤残程度的法医学鉴定理解与适用

张伟<sup>1</sup>, 柯建林<sup>1</sup>, 向明亮<sup>1</sup>, 章丽霞<sup>1</sup>, 杨明<sup>1,2</sup>, 刘云<sup>1,3</sup>

(1. 川北医学院基础医学与法医学院; 2. 南充市公安局物证鉴定所; 3. 川北医学院医学影像四川省重点实验室, 四川 南充 637000)

**【摘要】**《人体损伤致残程度分级》是我国人身伤害伤残评定应用最广泛的标准。分级标准颁布实施后,司法部、最高人民法院、各省市司法鉴定协会、专家学者对争议条款理解和适用进行广泛研讨并达成共识,尽量避免鉴定人对同一条款理解和适用的分歧。但鉴定实践中全国各省市司法鉴定机构对颌骨损伤相关条款的理解与适用仍存在一定争议,尤其 5.9.2.22 “颌骨骨折,经牵引或者固定治疗后遗留功能障碍”。作者根据《人体损伤致残程度分级》适用指南、国内外文献、中国裁判文书网等对颌骨损伤的残疾评定条款及理解进行总结,以期在颌骨损伤伤残程度法医学鉴定上达成共识,实现“统一标准、统一原则、统一方法、同伤同残”的初衷,保证鉴定质量,维护司法鉴定公信力。

**【关键词】** 颌骨损伤; 伤残程度; 张口受限; 鉴定标准

**【中图分类号】** R89 **【文献标志码】** A

2017 年 1 月 1 日,最高人民法院、最高人民检察院、公安部、国家安全部和司法部联合发布《人体损伤致残程度分级》(以下简称“分级标准”)。分级标准实施后不久,《道路交通事故受伤人员伤残评定》(GB 18667—2002)被废止并由分级标准取代交通损伤伤残程度评定,使分级标准成为最主要的法医学伤残评定标准。司法部司法鉴定管理局、最高人民法院司法行政装备管理局组织专家编写配套的《人体损伤致残程度分级》适用指南(以下简称“分级标准适用指南”),随后全国各省市司法鉴定协会组织发布《人体损伤致残程度分级》标准适用执业指引(以下简称“分级标准执业指引”),业界法医学专家学者也对分级标准争议条款理解和适用进行广泛研讨,尽量避免不同地区、不同鉴定人对同一条款理解出现分歧。但分级标准对颌骨损伤相关条款的理解和把握上仍存在一些争议。为促进鉴定人对颌骨损伤相关条款的统一理解和适用,提高司法鉴定意见一致性、科学性、规范性及可操作性,本文就颌骨损伤相关条款进行总结和分析,以期在争议条款的理解和适用上达成共识。

## 1 颌骨损伤的原因及类型

颌骨包括上颌骨和下颌骨,是面颅骨的重要组成部分,与咬合、咀嚼、吞咽、言语、呼吸等功能密切相关,尤其是下颌骨是颌面部唯一可以活动的骨骼,也是全身所有骨头中形态和功能最复杂的骨骼之

一。颌骨损伤是常见的口腔科疾病,主要由交通事故伤、高坠伤、打击伤、火器伤等引起<sup>[1-2]</sup>,以青少年男性为主<sup>[2-3]</sup>。通过口腔颌面部数字 X 射线摄影(DR)和计算机体层扫描(CT)进行诊断,而磁共振成像(MRI)在颌骨骨折的诊断上鲜有价值<sup>[4]</sup>。按照骨折部位分为上颌骨骨折和下颌骨骨折,按照创伤皮肤是否破损分为开放性骨折和闭合性骨折。临床表现因骨折部位不同而存在一定差异,主要为咬合关系紊乱、张口受限、吞咽和呼吸功能受限,其中咬合关系紊乱、张口受限是颌骨骨折最常见、最主要的并发症<sup>[4]</sup>。颌骨骨折后并发症多与年龄、手术时机、是否解剖复位、内固定是否规范等因素相关。因此颌骨骨折一经确诊,应及时切开复位内固定手术,大部分患者功能基本能恢复<sup>[5]</sup>。但研究<sup>[6-7]</sup>发现,约 27% 的患者在伤后 1 周才进行治疗,骨折断端内新生肉芽组织较多,骨痂形成,造成一定程度的错位预后,增加解剖复位难度,从而影响固定后咬合关系、张口度等功能。

## 2 颌骨损伤相关条款的理解与适用

### 2.1 颌骨缺损

分级标准中关于颌骨损伤、伴牙齿损伤共计 7 个条款(表 1),分布于 2、4、7、9、10 共 5 个伤残等级。关于颌骨损伤、牙齿损伤条款主要以颌骨缺损度、牙齿损伤/缺损颗数为伤残程度评定依据。颌骨骨缺损分类方法较多,目前上颌骨主要依据 Spior 和

Borwn 分类法,下颌骨主要采用 David 分类法。分级标准颌骨缺损包括因治疗所需的手术切除部分,缺失度可通过口腔颌面部 CT 加以明确。这类损伤的愈合与损伤严重程度、手术方式、医务人员的专业水平等关系密切,一般在损伤及其伤后急性手术后软组织损伤及手术切口愈合、骨折或骨损伤修复后、后期整复手术前作为鉴定时机<sup>[8]</sup>。该类伤残条款分级标准及其适用指南进行了详细的说明,一般不易引起分歧。

分级标准 5.10.2.1“面颅骨部分缺损或者畸形,影响面容”作为颌面部损伤并发症的兜底条款。该条款主要针对颌面部骨折后遗留容貌损害,并不强调存在颌面部器官功能障碍。该类后遗症主要是因上颌骨或者下颌骨骨折经手术或非手术治疗后,仍遗留骨质缺损或者畸形愈合的情况,包括上颌骨骨折后颌面部凹陷、塌陷等畸形引起颌面部不对称,下颌骨骨折断端错位畸形愈合影响面容,可按照该条款予以评定伤残程度。但上颌骨或者下颌骨骨折经牵引或者内固定治疗后遗留功能障碍的,按照“专门性条款优先”的原则,建议适用分级标准 5.9.2.22 之规定<sup>[8]</sup>。本类条款在损伤后骨折达到愈合标准即可进行伤残程度评定。见表 1。

表 1 《人体损伤致残程度分级》关于颌骨、牙损伤伤残程度相关条款

分级	条款	条款内容
二级	5.2.2.2	上颌骨或者下颌骨完全缺损
四级	5.4.2.2	上颌骨或者下颌骨缺损达 1/2
七级	5.7.2.11	上颌骨或者下颌骨缺损达 1/4
	5.7.2.12	上颌骨或者下颌骨部分缺损伴牙齿缺失 14 枚以上
九级	5.9.2.23	上颌骨或者下颌骨部分缺损伴牙齿缺失或者折断 7 枚以上
十级	5.10.2.1	面颅骨部分缺损或者畸形,影响面容
	5.10.2.26	牙齿缺失或者折断 7 枚以上;牙槽骨部分缺损,合并牙齿缺失或者折断 4 枚以上

## 2.2 吞咽功能障碍

吞咽是指通过口咽部随意肌群的收缩、食管括约肌的松弛及食管节律性蠕动等一些列有序的动作将口腔内的食物送入胃内的生理过程。颌骨骨折或骨折后废用性肌萎缩可导致伤者吞咽困难<sup>[6]</sup>。但根据分级标准适用指南,本标准关于吞咽功能障碍主要是指食管损伤或者狭窄造成的机械性吞咽困难<sup>[8]</sup>。对于颌骨骨折导致的吞咽功能障碍,作者认为在骨折治疗后遗留吞咽功能障碍,可以参照吞咽

功能障碍程度进行伤残程度评定。见表 2。

表 2 《人体损伤致残程度分级》关于吞咽障碍伤残相关条款

分级	条款	条款内容
三级	5.3.2.4	吞咽功能障碍,完全依赖胃管进食
五级	5.5.2.9	咽或者咽后区损伤遗留吞咽功能障碍:只能吞咽流质食物
七级	5.7.2.10	咽或者咽后区损伤遗留吞咽功能障碍:只能吞咽半流质食物
八级	5.8.2.19	咽成形术后咽后运动异常
十级	5.10.2.28	咽或者咽后区损伤影响吞咽功能

## 2.3 呼吸功能障碍

颌骨骨折后,因附着颌骨上的肌肉牵拉,导致舌后坠而出现呼吸困难。研究发现 35.30% 颌骨骨折患者出现阻塞性呼吸功能障碍,经切口复位内固定术后,所有患者多导睡眠图恢复正常<sup>[9]</sup>。根据分级标准适用指南,本标准的呼吸功能障碍主要是指肺指肺源性呼吸困难、心源性呼吸困难、血源性呼吸困难、神经源性呼吸困难、中毒性呼吸困难<sup>[8]</sup>。作者认为颌骨骨折经治疗后,遗留呼吸困难,可以按照分级标准附录,比照呼吸困难分度及鉴定时机进行伤残程度评定。见表 3。

表 3 《人体损伤致残程度分级》关于呼吸功能障碍相关条款

残疾	条款	条款内容
二级	5.2.3.1	呼吸困难(极重度)
四级	5.4.3.3	呼吸困难(重度)
八级	5.8.3.10	呼吸困难(中度)
十级	5.10.3.9	呼吸困难(轻度)

## 2.4 张口受限

口腔的张、闭运动主要依靠颞下颌关节的活动和下颌骨周围的咀嚼肌群控制。正常情况下,人的正常张口度约相当于本人的手指合拢时示指、中指、无名指 3 横指末节关节的宽度。各种原因导致其正常结构和功能破坏,均可导致张口受限等后果。分级标准张口容纳指头数量将张口受限分为 I 度、II 度、III 度。颌骨骨折时,因外力和肌肉的牵引,骨折断端发生移位,致使上、下颌牙齿咬合紊乱而影响张口活动,尤其是下颌骨髁突骨折<sup>[8]</sup>。颌骨骨折后大部分患者会出现张口受限,张口受限程度与骨折部位和严重程度、手术方式及时机密切相关,单纯的颌骨骨折,一般可导致张口 I ~ II 度受限;当颞下颌关节损伤时,可导致张口 II ~ III 度受限<sup>[10-11]</sup>。

分级标准中关于张口受限的条款共计 4 个,分布在 8 ~ 10 级。该类损伤主要以损伤后遗留的功能障碍为鉴定依据。鉴定人在遇到颌骨骨折后遗留张口受限时,应根据损伤部位、损伤基础进行伤残程度

评定,对于张口Ⅱ~Ⅲ度受限应结合张口位及闭口位CT或MRI检查,可观察到颞下颌关节活动消失或仅部分活动。此类损伤一般伤后3~6个月可以进行伤残程度评定,对于内固定器在颞下颌关节处的伤残,建议取出内固定后功能趋于稳定后再行伤残评定。见表4。

表4 《人体损伤致残程度分级》关于张口受限相关条款

残疾	条款	条款内容
八级	5.8.2.17	张口受限Ⅲ度
九级	5.9.2.22	颌骨骨折,经牵引或者固定治疗后遗留功能障碍
	5.9.2.24	张口度Ⅱ度
十级	5.10.2.27	张口受限Ⅰ度

### 3 涉及颌骨骨折歧义条款案件裁判文书情况

对于颌骨骨折经牵引或者内固定治疗后,遗留张口Ⅰ度受限时,应该根据标准5.10.2.27“张口受限Ⅰ度”评定为十级,还是按照5.9.2.22“颌骨骨折,经牵引或者固定治疗后遗留功能障碍”评定为九级伤残,行业内存在较大争议。高校科研院所司法鉴定在分级标准及适用指南的制定、人才培养、技术引领、科学研究、疑难复杂案件和重大社会影响的案件鉴定等方面发挥主力军作用,其鉴定结论被采信率普遍高于社会鉴定机构<sup>[12]</sup>。作者通过中国裁判文书网(<http://wenshu.court.gov.cn/Index>)检索高校司法鉴定机构和其附属医院司法鉴定机构关于

5.9.2.22“颌骨骨折,经牵引或者固定治疗后遗留功能障碍”条款的鉴定情况。检索时间2017年1月1日至2022年4月10日,关键词“颌骨骨折”。鉴定单位包括司法鉴定科学研究院,四川华西法医学鉴定中心,重庆法医验伤所,法大法庭科学技术鉴定研究所,中山大学法医鉴定中心,湖北同济法医学司法鉴定中心,中国医科大学法医司法鉴定中心,西安交通大学法医学司法鉴定中心等40余家高校科研院所及其附属医院司法鉴定机构。最终中国法律文书裁判网发布的判例中,26家高校科研院所及其附属医院司法鉴定机构出具了颌骨骨折经手术治疗后遗留功能障碍的伤残程度鉴定意见书,包括上颌骨骨折8例,下颌骨骨折18例。鉴定机构涉及四川、上海、广东、山东、湖南等14个省份。基层法院14家,中级法院12家,一审案件16家,二审案件10家。高校科研院所鉴定机构作为首家鉴定机构参与鉴定17家,再次鉴定9家,由法院庭审期间委托鉴定13家。根据分级标准5.9.2.22“颌骨骨折,经牵引或者固定治疗后遗留功能障碍”评定为九级伤残14家,根据5.10.2.27“张口受限Ⅰ度”评定为十级伤残12家。最终各鉴定机构鉴定结论均被法院采信。同时为了解出现这种差异是否因颌骨骨折部位的差异所致,作者分别统计上颌骨、下颌骨骨折伤残程度鉴定情况,结果显示上、下颌骨骨折对颌骨骨折术后遗留张口受限,不受颌骨骨折部位影响( $P = 0.870$ )。见表5及表6。

表5 中国法律文书裁判网高校科研院所及其附属医院争议条款鉴定情况(例)

骨折部位	鉴定机构地域	法院层级	审判程序	鉴定情况	委托方	伤残级别
上颌骨:8 下颌骨:18	贵州5,广东3,上海2,河南2,河北2, 四川2,山东2,重庆2,江苏1,湖南1, 辽宁1,云南1,湖北1,宁夏1	中级:12 基层:14	一审:16 二审:10	首次:17 再次:9	患方:13 法院:13	九级:14 十级:12

表6 26例颌骨骨折固定术后伤残程度评定情况[n(%)]

参数	九级	十级	合计	P值
下颌骨	9(34.62)	9(34.62)	18	
上颌骨	5(19.23)	3(11.54)	8	
合计	14	12	26	0.870

### 4 颌骨骨折争议条款处理与建议

与既往的《道路交通事故受伤人员伤残评定》(GA35-1992)、《人身保险伤残评定标准》(JR/T0083-2013)、《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》(GB/T16180-2014)相比,《人体损伤致残程度分级》标准在条款设置、残情覆盖、伤残等级划分

依据、标准条款操作性上,分级标准均有较大的改进。分级标准关于颌骨损伤伤残,一般按照颌骨缺失程度、牙齿损伤/脱落颗数,结合分级标准适用指南、执业指引,对于颌骨骨折导致的颌骨缺失、牙齿损伤/脱落、呼吸功能障碍、吞咽功能障碍等主要伤残条款的理解与适用一般不易引起分歧,但对5.9.2.22“颌骨骨折,经牵引或者固定治疗后遗留功能障碍”和5.10.2.27“张口受限Ⅰ度”两个条款的理解和适用,目前鲜有说明,且易引起鉴定分歧。

中国法律文书裁判网筛选26家高校科研院所及其附属医院鉴定机构对5.9.2.22“颌骨骨折,经牵引或者固定治疗后遗留功能障碍”和5.10.2.27“张口受限Ⅰ度”两个条款的理解和适用也存在较

大分歧,甚至部分同一地区不同鉴定机构、鉴定人之间也存在较大分歧,中国法律文书裁判网筛选的 26 家高校及其附属医院鉴定机构中 14 家鉴定机构 (53.85%) 认为应该评定为九级,12 家鉴定机构 (46.15%) 认为应该评定为十级,同时这种差异并不受颌骨骨折部位的影响,给司法鉴定实践带来一定的难度。目前分级标准适用指南、各省市司法鉴定协会、专家学者对该条款的理解鲜有说明。目前仅 2022 年江苏省司法鉴定协会组织发布的《人体损伤致残程度分级》标准适用指导意见(修订稿)(苏鉴协[2022]1号)对该条款的操作进行说明。作者认为颌骨骨折功能障碍与张口受限条款之间交叉存在,按照“专门条款优先”的鉴定原则及条款制定上下平衡的原则,5.9.2.22 的功能障碍应该理解为颌骨骨折部位相对应的临床表现及其后遗症,如咬合关系紊乱、呼吸功能障碍、吞咽功能障碍、咀嚼功能受限、Ⅱ度以上的张口受限。颌骨骨折经手术治疗后单纯遗留张口受限 I 度的情形不宜适用分级标准 5.9.2.22 条,应该根据 5.10.2.27 条之规定评定伤残程度<sup>[8,13]</sup>。因此对于该条款的理解与适用,亟待司法鉴定管理部门及各省市司法鉴定协会组织专家学者对该争议条款进行广泛深入的研究探讨,争取达成共识,实现“统一标准、统一原则、统一方法、同伤同残”的初衷,并通过文件或继续教育的形式进行宣传,确保鉴定标准的有效统一,也为未来分级标准的进一步完善与修订提供理论依据<sup>[14]</sup>。

#### 参考文献

[1] Latifi H. Prevalence of different kinds of maxillofacial fractures and their associated factors are surveyed in patients[J]. Glob J Health Sci, 2014, 6(7 Spec No): 66-73.

[2] Romeo I, Sobrero F, Roccia F, et al. A multicentric, prospective study on oral and maxillofacial trauma in the female population around the world[J]. Dental Traumatology, 2022, 38(3): 196-205.

[3] Sadhu RJ, Lightfoot E, Scott C, et al. Recurrent mandibular fractures: a retrospective study over 17 years on aetiology, demographics, fracture patterns, and management[J]. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2021, 50(12): 1596-1602.

[4] Viozzi CF. Maxillofacial and Mandibular Fractures in Sports[J]. Clinics in Sports Medicine, 2017, 36(2): 355-368.

[5] Mijiti A, Ling W, Tuerdi M, et al. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures treated at a university hospital, Xinjiang, China: A 5-year retrospective study[J]. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 2014, 42(3): 227-233.

[6] Yamamoto S, Nashi M, Maeda K, et al. Postoperative dysphagia caused by a delay in mandibular fracture treatment in a patient with severe intellectual disability: a case report[J]. Journal of Medical Case Reports, 2022, 16(1): 6.

[7] Ribeiro-Junior PD, Senko RA, Momesso NR, et al. Occlusal Instability Results in Increased Complication Rates After Treatment of Mandibular Fractures[J]. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2020, 78(7): 1161-1163.

[8] 司法部司法鉴定管理局.《人体损伤致残程度分级》适用指南[M]. 2016 版. 北京: 法律出版社, 2016: 113-116, 117-118, 149-152, 156-159, 173-184.

[9] El-Anwar MW, Askar S, Abou SY, et al. Could mandibular fractures lead to obstructive sleep apnea? [J]. Cranio, 2021, 2021: 1-4.

[10] Rozema R, Doff MHJ, El Mounni M, et al. Diagnostic accuracy of physical examination findings for midfacial and mandibular fractures[J]. Injury, 2021, 52(9): 2616-2624.

[11] Zhou H, Lv K, Yang R, et al. Clinical, retrospective case-control study on the mechanics of obstacle in mouth opening and malocclusion in patients with maxillofacial fractures[J]. Scientific Reports, 2018, 8(1): 7724.

[12] 陈军, 黄柯云, 王旭. 2005—2019 年高等院校司法鉴定机构发展与展望[J]. 中国司法鉴定, 2020(2): 69-73.

[13] 江苏省司法鉴定协会. 江苏省司鉴会印发《人体损伤致残程度分级》标准适用指导意见(修订稿)[J]. 中国法医学杂志, 2022, 37(1): 59.

[14] 夏文涛.《人体损伤致残程度分级》鉴定原则及其实践中有关问题的探讨[J]. 法医学杂志, 2019, 35(1): 99-104.

(收稿日期: 2022-09-28

修回日期: 2022-11-18)