

43 例外伤后鼓膜穿孔的法医学鉴定分析

徐夏燕

苏州大学司法鉴定中心

〔摘要〕目的 总结归纳外伤后鼓膜穿孔的法医学鉴定特点。方法 对 2015 年 1 月~2017 年 7 月收集的 43 例外伤后鼓膜穿孔患者资料进行回顾性分析, 对外伤后鼓膜穿孔的法医学鉴定结果进行统计归纳。结果 本组患者鼓膜穿孔发生原因最多为拳掌击伤; 绝大多数发生于鼓膜紧张部; 穿孔形状以不规则形为最, 其次为三角形与狭长梭形, 其它形态相对较少; 本组患者绝大多数穿孔为中小穿孔, 6 周内均自行愈合且未留下瘢痕。结论 鉴定外伤后鼓膜穿孔时应将其一般特点与临床检查结合, 避免出现有争议的鉴定结果。

〔关键词〕外伤; 鼓膜穿孔; 法医学鉴定

〔中图分类号〕R764 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 07-035-02

外伤后鼓膜穿孔是法医学鉴定中常见的耳鼻喉科损伤, 但是某些情况下患者会故意隐瞒或夸大听力受损程度, 甚至为达到某种目的形成造作伤, 影响鉴定结果的客观真实性。因此准确掌握外伤后鼓膜穿孔的鉴定要点, 正确判断鼓膜穿孔是否为外伤性、听力损伤是否存在及损伤程度, 是鉴定人员面临的巨大挑战^[1]。为了总结外伤后穿孔的一般特点, 笔者对 2015 年 1 月~2017 年 7 月收集的 43 例外伤后鼓膜穿孔患者资料进行回顾性分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月~2017 年 7 月收集的 43 例外伤后鼓膜穿孔患者资料进行回顾性分析, 其中男性 25 例, 女性 18 例, 年龄 10~65 (31.24±11.24) 岁; 所有患者均为单耳损伤, 共 43 耳, 左耳损伤 29 例, 右耳损伤 14 例; 病程 3.5h~7d (3.52±1.07d)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 单耳损伤患者; 符合外伤性鼓膜穿孔要点^[2]: ①耳部或头部有明确受伤史的患者; ②述耳痛、听力下降, 观察有外耳道少量出血, 鼓膜周围有血迹或少量瘀血存在, 外耳道干燥。排除标准: ①有急性或慢性中耳炎病史; ②外耳道可见脓性分泌物, 味臭, 外耳道湿润; ③病例资料不全; ④首次检查在受伤后 7d 以后。

1.3 治疗与鉴定方法

1.3.1 治疗方法

采用 75% 酒精对外耳道进行消毒, 清洁外耳道污垢, 保持其清洁干燥, 根据病情选用抗生素治疗, 持续 6w。

1.3.2 鉴定方法

鼓膜检查: ①声导抗检查: 采用 Madsen Z0-174 型仪器进行检查; ②电子内窥镜鼓膜成像术观察并拍照成像采用 EDIs-2000 型耳内镜摄像系统检查, 通过 Panasonic Ks162 型 CCD 图像转换器在电脑上得出鼓膜摄像, 将所得数字图像经系统自带图像处理进行局部放大处理, 最后用 EpsonPhoto 750 彩色喷墨打印机打印彩色检查结果图像并存档保存; ③纯音听力检查等。

1.4 鉴定标准

参照《人体损伤程度鉴定标准》5.3.4.a 规定: 外伤性鼓

膜穿孔 6 周不能自行愈合, 即构成轻伤二级; 5.3.5.a 规定: 6 周内能自行愈合构成轻微伤。

2 结果

2.1 鼓膜损伤至穿孔形成原因

本组患者 43 耳鼓膜穿孔致伤原因中拳掌击伤共有 35 例, 占比 81.40%, 其它致伤原因相对较少, 统计情况见表 1。

表 1: 致伤原因情况统计 [n (%)]

| 致伤原因 | 例数 | 占比 (%) |
|-------|----|--------|
| 拳掌击伤 | 35 | 81.40 |
| 爆破阵伤 | 3 | 6.98 |
| 火柴棒捅伤 | 1 | 2.33 |
| 热灼伤 | 1 | 2.33 |
| 发夹刺伤 | 1 | 2.33 |

2.2 法医学鉴定结果

本组 43 耳外伤所致鼓膜损伤绝大多数发生于鼓膜紧张部, 穿孔形状以不规则形为最, 其次为三角形与狭长梭形, 其它形态相对较少; 本组患者绝大多数穿孔为中小穿孔, 6 周内均自行愈合且未留下瘢痕, 均鉴定为轻微伤, 统计情况见表 2。

3 讨论

人体的鼓膜虽然具有一定的弹性和张力, 但当外力直接损伤或外耳道内压力突变达到一定程度时, 仍会发生破裂^[3]。外伤所致的耳膜穿孔是法医学鉴定中常见的类型, 鉴定人员应不断提高自己的专业水平, 结合耳膜穿孔损伤法医学鉴定特点与实际检查结果, 给出公平、客观、公正的鉴定结果。

本组 43 例耳研究结果显示, 导致外伤性鼓膜穿孔的主要原因是拳掌击伤, 共 35 例, 占 81.40%。本组患者首次检验时间均在 7d 之内, 较好地保持了鼓膜穿孔的特征性形态, 结果显示形态最多的为不规则形, 共 15 例, 其次为三角形 12 例与 10 例狭长梭形, 梭形仅有 1 例。本组患者穿孔全部发生在紧张部, 与陈起凯^[4]报道一致。在 43 例典型的外伤性鼓膜穿孔中有 25 例发生在前下象限处, 占比 58.14%, 表明鼓膜的前下象限处是外伤性鼓膜穿孔的易发部位。本组 43 例外伤性鼓膜穿孔导致的听力损失为典型的传导性听力损失, 检查结果显示气导听力损失均≤39dBHL, 骨导听力处于正常范围。本研究结果显示, 以拳掌击伤为主要致伤因素的外伤性鼓膜穿

表 2: 法医学鉴定结果

| 涉伤耳数 | 穿孔部位 | 穿孔形态 | 穿孔大小 (mm) | 损伤耳听力下降 (dBHL) | 伤情等级 |
|------|--------------|------|-----------|----------------|------|
| 14 | 沿锤纹前缘 | 不规则形 | 3 ~ 3.5 | 25 ~ 35 | 一级轻伤 |
| 10 | 前下象限 | 狭长梭形 | <1.5×2 | 19 ~ 23 | 一级轻伤 |
| 9 | 前下象限 | 三角形 | <1.5×2 | 19 ~ 23 | 一级轻伤 |
| 6 | 前下象限 | 棱形 | 3×3 | 39 | 一级轻伤 |
| 1 | 后上象限与后下象限交际处 | 不规则形 | 3×3 | 39 | 一级轻伤 |
| 2 | 后上象限与后下象限交际处 | 三角形 | ≤ 1.5×2 | 19 ~ 23 | 一级轻伤 |
| 1 | 前下象限与后上象限 | 三角形 | 均为 2×3 | 39 | 一级轻伤 |

孔引起内耳损伤的例数较少, 未出现严重的听力损失。因此在鉴定工作中如出现拳掌击伤引起单纯性外伤鼓膜穿孔患者自述发生严重的听力损失时, 应考虑是否有夸大听力损失程度的可能, 听觉诱发电位检查可以客观评价其听力损失的程度^[5-6]。本研究患者所有涉伤耳均在 6w 内自行愈合, 说明外伤后耳膜穿孔较易愈合, 有报道显示其愈合时间通常不超过 4 周^[7], 与本研究结果一致。

综上所述, 法医鉴定工作者在处理高度怀疑外伤后鼓膜损伤的案例时, 应进行耳内窥镜、听力检测等多项检查, 避免单一检查造成鉴定结果不公正; 同时对其检查应尽早进行, 避免因为穿孔自行愈合或感染等原因对鉴定结果造成干扰。

[参考文献]

[1] 王进亮, 高卫民. 浅议听力损伤的法医学鉴定 [C]// 中

国法医学会·全国法医临床学学术研讨会. 2014:90-91.

[2] 李怀, 李昌湖. 鼓膜穿孔的法医学鉴定分析 [C]// 中国法医学会·全国法医临床学学术研讨会. 2014:80-81.

[3] 何永照. 耳科学 [M](上册). 上海: 上海科学技术出版社. 1983:98-99

[4] 陈起凯. 46 例外伤后鼓膜穿孔的法医学鉴定 [J]. 中国法医学杂志, 2007, 22(6):412-413.

[5] 姜泗长, 阎承先. 现代耳鼻咽喉科学 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1994:150-158, 220-228.

[6] 魏能润. 耳鼻咽喉科学 [M]. 第 2 版. 北京: 北京人民卫生出版社, 1985:280.

[7] 刘世沧. 实用法医临床学 [M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993:99-100.

(上接第 33 页)

观察组患者并发症发生率为 5.7%, 显著低于对照组的 25.7%, 组间对比 $P < 0.05$, 详见表 2。

3 讨论

急性牙髓炎是发生于牙髓组织的一类急性感染性疾病, 其病因复杂, 与牙周炎、血源性感染、龋齿等因素密切相关, 会给患者造成极大的痛苦, 并影响到其生活质量, 在确诊后宜尽早进行治疗。根管疗法是急性牙髓炎的首选治疗方法, 根管治疗术分为一次性根管治疗术与常规根管(多次根管)治疗术两种, 常规的根管治疗术分为清理根管、根管成形、根管填充三个步骤, 其治疗周期漫长, 操作难度也比较大, 术后并发症高发, 疗效不够理想, 而一次性根管治疗术则可规避以上缺陷, 能将上述三个步骤一次性完成, 利于缩短治疗周期, 防止疾病复发, 并能减少并发症, 提升患者生活质量^[2]。李金贤^[3]的研究认为一次性根管治疗可将牙髓中的毒性和感染物彻底清除, 在封闭根管后能避免感染, 利于改善患者预后, 减轻其痛苦, 并减少治疗费用。本次试验结

果显示, 一次性根管治疗术相比于常规根管治疗术在急性牙髓炎患者的治疗中更具优势, 其治疗效果更佳, 总有效率达 94.3%, 并发症发生率仅为 5.7%, 且两组患者上述指标相比 $P < 0.05$, 本次试验结果与刘宝军^[4]的试验结果相似。

可见, 一次性根管治疗术在治疗急性牙髓炎中安全、有效, 适宜在临床中推广应用。

[参考文献]

[1] 孙建敏. 一次性根管治疗与常规根管治疗术在急性牙髓炎治疗中的应用效果研究 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2015, 2(2):82-83.

[2] 施琴. 42 例一次性根管治疗与常规根管治疗术在急性牙髓炎治疗中的应用效果研究 [J]. 医药前沿, 2015, 5(12):121-122.

[3] 李金贤. 一次性根管治疗与常规根管治疗术对急性牙髓炎临床效果分析 [J]. 当代临床医刊, 2016, 29(2):1992-1992.

[4] 刘宝军. 对比一次性根管治疗与常规根管治疗术在急性牙髓炎治疗中的效果 [J]. 临床检验杂志(电子版), 2017, 6(2):398-398.

(上接第 34 页)

具有很多方面的优势。

例如, 该手术方法的手术时间短、手术操作简单, 只需对挂线部分瘻管进行切扩, 无需切开其它部位, 能够防止对肛周组织造成损害。同时, 利用该手术方式能够将外口以外瘻管中坏死组织进行彻底的清除, 确保瘻管内的创面新鲜度, 促进肉芽组织的良好生长, 加速愈合创面的过程。此外, 该手术方法能够最大限度的避免对肛门括约肌造成伤害, 确保括约肌解剖学完整性, 使患者肛门括约肌在术后能够尽快恢复正常功能。在手术之后, 患者的治疗效果与治愈率高, 发生并发症的几率第, 临床效果十分理想。

综上所述, 在高位肛瘻的治疗当中, 如果采用传统的常规手术方式进行治疗, 临床治愈效果及并发症发生率都不够理想。相比之下, 采用低位切扩高位挂线手术的方法进行治疗, 能够取得更好的临床治疗效果, 降低患者术后发生并发症的几率, 促进患者早日康复痊愈。

[参考文献]

[1] 赵炳会. 中医挂线疗法治疗肛瘻肛肠动力学变化研究 [J]. 海南医学院学报, 2013, 19(09):1314-1316+1319.

[2] 赵鹏飞, 何永恒. 分段开窗旷置结合切扩/挂线置管引流术治疗复杂性肛瘻有效性的研究进展 [J]. 亚太传统医药, 2008, (11):127-129.