

牙颌面畸形诊疗指南

(2022 年版)

第一部分 总论

一、概述

由于各种先天及获得性原因导致颌骨生长发育异常而引起的颌骨体积、形态和空间位置的异常，造成患者牙骀关系及口腔系统功能异常与颜面部形态异常者，称为牙颌面畸形。以诊断和治疗牙颌面畸形为主要内容的学科称为正颌外科。

正颌外科的主要治疗策略是正畸正颌联合治疗，即结合手术前后的正畸治疗，通过正颌手术矫治牙颌面畸形。目前正颌外科已经发展为口腔颌面外科的重要分支，也是一个较为成熟的学科分支。

二、适用范围

本章的内容主要讨论正颌外科临床常见的牙颌面畸形。

三、诊断

(一) 临床专科检查

牙颌面畸形的专科检查主要包括：

1. 面部正面形态检查：双侧颌面部对称性，瞳孔连线是否水平，双侧口角连线是否水平，鼻背、上唇中线、下唇中线及颏中线是否偏斜，面部上、中、下 1/3 是否等高，上唇

高及颏唇高的比例，唇齿关系，微笑及大笑露龈情况等，颌面部肌肉情况检查。

2. 面部侧面形态检查：侧貌面型（直面型，凹面型，凸面型），鼻唇角角度，上颌、下颌及颏部矢状向位置，鼻旁区丰满度，鼻唇角角度，审美平面，下颌角角度等。

3. 颞下颌关节检查：开口度，开口型，关节弹响，关节区及颌面部肌肉触压痛等。

4. 口内检查：牙齿数目，龋齿、牙周病、阻生齿及义齿情况，上下颌牙列中线是否对齐及与面中线的关系，牙齿排列是否整齐，牙弓形状，上下牙弓形态是否匹配，殆曲线情况。前牙及后牙区覆盖覆殆情况，双侧上下颌第一磨牙关系。

（二）辅助检查

影像学检查是诊断牙颌面畸形及制定治疗方案的重要辅助手段。常用的影像学检查包括定位头颅正位片，定位头颅侧位片，曲面体层片，双侧颞下颌关节锥形束 CT 和/或大视野锥形束 CT，颌面部螺旋 CT。

基于定位头颅侧位片的头影测量分析及面型预测，是分析牙颌面畸形种类、预测手术效果及评价手术方案是否合理的必不可少的临床辅助资料。

伴有睡眠呼吸暂停综合征的患者，可通过定位头颅侧位片、锥形束 CT 或螺旋 CT，分析气道二维宽度及三维体积，分析气道阻塞部位等。锥形束 CT 或螺旋 CT 还可观察髁突骨质情况，分析颌骨形态异常，进行数字化外科设计，以及手

术效果术前预测及术后效果评估。

伴有颞下颌关节病的牙颌面畸形患者可做 MRI 检查，以了解关节盘移位、变形及穿孔情况，关节腔有无积液，关节有无占位病变等。

（三）诊断标准

目前牙颌面畸形尚无统一的分类及诊断标准，临床常以颌骨的体积和位置的异常为依据进行分类和诊断。

（四）鉴别诊断

发育性牙颌面畸形主要需要鉴别的疾病为颌面部器质性占位性病变，如骨纤维异常增殖症、颌骨囊肿等，主要通过临床检查及影像学检查进行鉴别。

综合征型牙颌面畸形患者常可伴有全身其他部位的畸形，需要在完成采集病史和详细全身体格检查的基础上，进行相应的检查和鉴别。

四、治疗

（一）治疗原则

牙颌面畸形治疗的基本原则为功能与美观并重，既要取得良好的咬合关系，恢复患者的咀嚼及呼吸等功能，又要兼顾容貌美学要求。

牙颌面畸形的正颌外科临床治疗策略是正畸正颌联合治疗。目前临床成熟的正畸正颌联合治疗程序为：①临床检查及辅助检查；②诊断；③制订手术方案及术前正畸方案；④术前正畸；⑤头影测量及面型预测；⑥模型外科或数字化

辅助手术设计，制作咬合导板；⑦正颌手术；⑧术后正畸。

自 2009 年开始出现的“手术优先”正畸正颌联合治疗程序，虽然已在临床有成功的应用，但是目前对该程序的适应证、术后效果及术后稳定性等尚缺乏广泛接受的共识，该治疗模式不在本指南讨论范围之内。

正颌手术通常在患者颌骨发育完成以后进行，一般女性应大于 16 岁，男性应大于 18 岁。对于患有先天性牙颌面畸形的未成年患者，一般在患者咀嚼、呼吸功能受到严重影响，或患者心理健康受到严重影响时，方可考虑在患者成年以前进行正颌外科手术治疗。

（二）手术治疗

正颌外科常用的手术主要包括：

1. 上颌勒福 I 型截骨术：可以改变上颌牙骨段三维空间位置，主要适用于上颌骨垂直向发育不足或过度，上颌骨矢状向发育不足（上颌后缩）或过度（上颌前突），上颌牙弓过宽或过窄，面部不对称畸形等。

2. 双侧下颌升支矢状劈开截骨术：可以改变下颌近、远心牙骨段三维空间位置，主要适用于下颌骨矢状向发育不足（下颌后缩）或过度（下颌前突），开合畸形，面部不对称畸形等。

3. 颏成形术：可以改变颏部三维空间位置，主要适用于颏部矢状向发育不足或过度，颏部垂直向发育不足或过度，颏部左右侧不对称等。

4. 牵张成骨术等：主要适用于先天性上颌骨或下颌骨发育不足，上颌牙弓宽度不足，半侧颜面发育不全，阻塞型睡眠呼吸暂停综合征，唇腭裂继发性颌骨畸形，创伤或肿瘤术后继发颌骨畸形等。

（三）其他治疗方案

对于程度较轻或者不愿意接受正颌手术的牙颌面畸形患者，可以考虑采用掩饰性正畸治疗，或者整形手术治疗，如脂肪充填，假体植入，颌骨修整等手术。

五、主要并发症及处理

1. 出血：正颌术中及术后的出血主要原因有：软组织及骨组织渗血；损伤术区重要动静脉，如上牙槽前动脉，腭降动脉，翼静脉丛，颌内动脉，下牙槽动静脉等。主要预防及处理方法包括：降压麻醉，尽可能减少术中软硬组织渗血；上牙槽前动脉可电凝止血，腭降动脉损伤后可以进行电凝止血或结扎止血，下牙槽动脉损伤后，应在避免损伤神经的前提下进行压迫或者结扎血管束止血，翼静脉丛出血多采用填塞止血，颌内动脉出血一般需要通过碘仿纱条填塞止血。

正颌术后出血，如果能够明确术中未损伤重要血管，多为软组织及骨组织渗血引起，可以采用药物止血、压迫止血、局部冷敷等方法处理。如上述方法无效或渗血量较大时，应及时果断进行伤口探查术，查找出血点，进行电凝或结扎止血。

2. 意外骨折：指正颌术中各种原因导致的颌骨未按设计

截骨线发生的骨断裂。常见原因为截骨不完全，使用暴力离断骨质，截骨线上有阻生牙或额外牙，局部骨质过薄或结构异常等。意外骨折如果不影响设计截骨线处的固定，可酌情予以复位后采用钛板将意外骨折处进行坚固内固定。如果意外骨折可能影响正颌治疗效果，可固定意外骨折块后，二期行正颌手术。

3. 呼吸道梗阻：常见原因有口底及咽腔软组织肿胀压迫气道，舌根后坠，口内血液、唾液误吸，过早拔除气管插管等。主要预防及处理有：术中尽量减少创伤，减少出血和肿胀；使用皮质类固醇类药物减少术中及术后的肿胀；术后完全清醒后拔管或留置气管插管至术后 6 小时以后；术后严密的床旁监护，及时发现并吸引出口内的血液、唾液及可能的呕吐物。如果拔管后发生呼吸道梗阻，可紧急行气管插管或气管切开术，以解除梗阻，保护患者的生命安全。

4. 感染：正颌术后感染的可能原因有口腔卫生不良导致软组织感染，正畸装置遗留术野导致排异反应，钛板、钛钉松动折断等。手术开始前及术毕缝合创口前，清点口内正畸装置数量，术后应加强口腔护理，并嘱患者出院后认真保持口腔卫生。钛板、钛钉松动折断后，根据骨质愈合情况，予以取出或者更换新的钛板、钛钉。

5. 感觉神经损伤：最常见的是下牙槽神经损伤导致下唇及颏部麻木。主要处理方法有：术中在近下齿槽神经区域操作时，应避免过度分离，同时动作应尽量轻柔。下颌矢状劈

开截骨术及颏成形术时，应尽量保护下牙槽神经避免损伤。一旦发生神经离断，应尽可能在无张力下进行神经端-端吻合。术后酌情应用神经营养药物，对神经功能的恢复有一定帮助。

六、随访及预后评估

正颌术后，一般应在术后 1 个月、3 个月、6 个月、12 个月时复诊，检查咬合情况，正位面部形态及侧位面部形态，以及关节情况，并在术后 3、6、12 个月复诊时拍摄曲面体层、定位头颅正位片、定位头颅侧位片、锥形束 CT 或螺旋 CT 等，以评估骨质愈合、关节情况及手术效果。

第二部分 常见牙颌面畸形诊疗指南

一、上颌前突畸形

（一）临床表现

上颌前突，凸面型。开唇露齿，自然状态下双唇不能闭拢，微笑时牙龈外露过多。上下前牙拥挤、唇向倾斜，前牙深覆牙骀、深覆盖，双侧上颌尖牙间宽度不足，后牙常为安氏 II 类错骀。常伴有下颌前突、后缩及颏后缩畸形。

（二）辅助检查

X 线头影测量表现为：

1. 上颌骨前后向和垂直向发育过度，上颌骨整体或前牙区位置偏前。
2. SNA 角大于正常。

3. 鼻唇角偏锐。

（三）治疗原则

根据 X 线头影测量和术后效果预测及模型外科设计，选择适当的正颌外科术式。若上颌后退超过第一前磨牙的宽度，则除了后退上颌前部，利用第一前磨牙骨间隙以外，还应该行上颌整体后退，即术中拔除双侧上颌第一前磨牙，行上颌勒福 I 型分块截骨术；若上颌后退不超过上颌第一前磨牙的宽度，且上颌前部上移不超过 3mm 者，可首选上颌前部截骨术。手术矫治上颌前后向畸形的同时，还应该注意上颌骨垂直方向的畸形矫治，即适当上移上颌前部、或上颌整体的上移，必要时应配合软组织成形手术（上唇延长）和上颌前牙牙龈成形或牙冠修复等。伴有下颌及颞畸形的患者应根据情况考虑同时行下颌升支矢状劈开截骨术及水平截骨颞成形术。

二、上颌后缩畸形

（一）临床表现

上颌后缩，鼻旁区较凹陷，凹面型。上唇落于下唇的后方，闭口时下唇显得较厚。前牙或全牙列反骀，可伴开骀，后牙为安氏 III 类错骀。上下颌前牙代偿，表现为上牙唇倾和下牙舌倾。常伴有前牙切割功能障碍。可伴有发音异常，如唇齿音。

（二）辅助检查

X 线头影测量表现为：

1. 上颌骨前后向和/或垂直向发育不足。
2. SNA 角常小于正常。
3. 鼻唇角较钝。

（三）治疗原则

通常需要行术前正畸治疗以消除上下颌前牙对于骨畸形的代偿及上颌牙弓的宽度不足。

根据 X 线头影测量和术后效果预测及模型外科设计，决定手术方案。手术原则是前移上颌骨，恢复面中部适当的突度。同时注意鼻旁区和眶下区凹陷的恢复。上颌勒福 I 型截骨术、改良高位勒福 I 型截骨术为首选术式，另外可根据情况配合鼻旁区自体骨或人工材料的植入，矫治该部位的凹陷畸形。

三、下颌前突畸形

（一）临床表现

侧面观呈凹面形，可见面下 1/3 (面下部、下唇和颏部) 明显前突，下唇位于上唇的前方，而面中 1/3 常显得凹陷。部分患者颏部突度可基本正常。正面观面下部可以是对称的，亦可以伴有偏斜畸形。前牙呈对刃殆或反殆，可伴有开殆，前牙代偿表现为上牙唇倾和下牙舌倾。后牙为安氏 III 类错殆。程度严重者，可伴有咀嚼功能障碍，常表现为前牙不能完成切割动作。部分严重患者，上下唇不能完全闭合，可出现语音功能障碍。可伴有颞下颌关节病。

（二）辅助检查

X 线头影测量表现为：

1. 下颌骨前后向和垂直向发育过度，下颌骨相对颅底位置关系的一些测量值高于正常，如 SNB 角大于 80° 等，ANB 角较正常值减小或为负值。

2. 面下 1/3 高度较长。

3. 颈部可能同时发育过度或基本正常，亦可能发育不足。

（三）治疗原则

多数下颌前突畸形病例需要行术前正畸治疗去除代偿性前牙倾斜，排齐牙列。

根据 X 线头影测量和术后效果预测及模型外科设计，决定手术方案。口内入路双侧下颌升支矢状劈开截骨术和双侧下颌升支垂直截骨术是目前普遍用于矫治此类畸形的术式，尤以双侧下颌升支矢状劈开截骨术更为流行，因为其应用坚固内固定技术更为便利，已经成为首选术式。制定治疗方案时，应注意颈部形态。如果下颌后退导致颈部突度不足，还需要同时设计水平截骨颈成形术矫治颈部畸形。

四、下颌后缩及小颌畸形

下颌后缩畸形是指下颌相对颅底及上颌骨位置靠后，但形态发育基本正常；而小颌畸形则是由于发育障碍导致的小下颌畸形，下颌骨体积较正常下颌骨明显变小。

（一）临床表现

下颌后缩畸形通常表现为：面下 1/3 突度不足，垂直距

离过短。口唇常需用力方能闭合，此时可见颊肌紧张导致的颊部软组织膨隆。侧面观呈凸面型，颊部突度不足。前牙呈深覆骀、深覆盖，牙代偿表现为上颌前牙舌倾、下颌前牙唇倾以及施佩曲线过陡，后牙为安氏Ⅱ类错骀。可伴有不同程度的颞下颌关节骨关节病。可伴有阻塞型睡眠呼吸暂停综合征相应的临床症状。

小颌畸形则表现为：俗称“鸟形脸”的特征性面型，颊突度缺乏，后缩明显，颊颈距离过短及颊下软组织隆起。其余表现类似下颌后缩畸形。严重的小颌畸形患者常因为继发上气道狭窄，造成睡眠打鼾、憋气、反复呼吸暂停和日间嗜睡，存在不同程度的阻塞型睡眠呼吸暂停综合征相关症状。可伴有严重的颞下颌关节骨关节病。

（二）辅助检查

1. X线头影测量表现为下颌骨前后向及垂直向发育不足，下颌相对颅底位置关系的一些测量值低于正常，如SNB角小于 78° 等，面下高度和颊部发育明显不足；

2. 有打鼾症状或X光显示气道狭窄的患者，应行睡眠呼吸监测以鉴别有无阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。

（三）治疗原则

伴有颞下颌关节病的患者，需要评估关节处于稳定状态后方建议开始正畸正颌联合治疗，必要时需颞下颌关节专科医师会诊。

通常需要术前正畸治疗纠正代偿性牙倾斜，整平施佩施

佩曲线。

应该根据 X 线头影测量和术后效果预测及模型外科设计，决定手术方案。目前矫治这类畸形首选双侧下颌升支矢状劈开截骨术，多数患者需要同期行上颌勒福 I 型截骨术并逆时针旋转上下颌牙骨段，才能达到较为理想的前徙下颌的效果。配合进行的手术包括下颌前部根尖下截骨术、水平截骨颏成形术等。

严重的小颌畸形病例往往需要大幅度前徙下颌骨，采用上述术式难以达到治疗目的，且术后复发倾向明显。此类病例目前多采用颌骨牵引成骨技术配合正畸和正颌手术进行治疗，才能收到良好效果。

五、上颌前突伴下颌后缩畸形

（一）临床表现

开唇露齿、双唇不能自然闭拢，微笑时有明显的牙龈外露，上唇短小并向鼻方卷曲，下唇位于上前牙的下后方。颏后缩，下唇与颏之间有软组织隆起，在闭口动作时更加明显，颏颈距离短小，颏颈角增大。前牙深覆殆、深覆盖，上下前牙唇倾明显，下前牙过高，施佩曲线过陡，后牙为安氏 II 类错殆。可伴有不同程度的颞下颌关节骨关节病。可伴有阻塞型睡眠呼吸暂停综合征相应的临床表现。

（二）辅助检查

1. X 线头影测量表现为：SNA 角大于正常，而 SNB 角小于正常值；上下牙轴均唇倾；面下 1/3 较长，上颌骨在垂直

方向发育过度；鼻唇角较锐，上唇高与下唇颏高之比较小；颏颈角大于正常，颏颈距离较短。

2. 有打鼾症状或 X 光显示气道狭窄的患者，应行睡眠呼吸监测以鉴别有无阻塞型睡眠呼吸暂停综合征。

（三）治疗原则

一般应在颞下颌关节处于稳定状态后方可开始正畸正颌联合治疗。

多数患者需要术前正畸治疗排齐牙列，调整施佩曲线，去除代偿性牙轴倾斜；术后正畸治疗对于获得稳定咬合关系，保持术后效果及避免复发十分重要。

应该根据 X 线头影测量和术后效果预测及模型外科设计、决定手术方案，此类畸形一般应用双颌外科手术完成矫治。上颌常需拔除两个第一前磨牙，利用其牙-骨间隙使上颌前部后退并立轴，即行上颌前部截骨术。伴有露齿过多者还可使该骨段上移，但如果该骨段上移超过 3mm，或者上颌前部后退量大于两侧第一前磨牙的宽度，就应该行上颌勒福 I 型分块截骨术，在上颌前部后退、上移的同时，整体后退、上移上颌骨。下颌手术一般需要先拔除双侧第一前磨牙，行下颌前部根尖下截骨术，调整施佩曲线并保证咬合关系协调；然后行双侧下颌升支矢状劈开截骨术前徙下颌骨。也可在术前正畸开始前拔除双侧下颌第一前磨牙，正畸内收下前牙，增大前牙区覆盖，以避免行下颌前部根尖下截骨术，减少手术创伤。为增大下颌前徙的程度，通常需要上颌牙骨段

逆时针旋转。大多数患者需要同期行水平截骨颏成形术调整颏中线、颏突度和面下 1/3 高度，改善术后的美观效果。

六、上颌后缩伴下颌前突畸形

（一）临床表现

正面观，下颌突出较为明显，下唇颏高度较长，下唇及颏部前突。上唇显得短缩，眶下、鼻旁区扁平凹陷。侧面观，面中部明显凹陷，下颌骨前后方向的长度明显较长，下唇颏常位于面部其他结构的前方，鼻唇角较小，上唇短小上翘。部分患者颏部可突度基本正常。严重者可见下唇闭合不全。前牙对刃殆或者反殆，也可表现为全牙列反殆，后牙呈安氏Ⅲ类错殆。牙列可有不同程度拥挤，上颌前牙代偿性唇倾，下颌前牙代偿性舌倾。咀嚼功能，发音功能可存在不同程度的障碍。程度严重者可伴有颞下颌关节病。

（二）辅助检查

1. SNA 角小于正常，而 SNB 角大于正常，ANB 角常为负值。
2. 面下 1/3 较长。
3. 鼻唇角较锐。
4. 上颌露齿较小或为负值，表明上颌骨垂直方向发育不足。

（三）治疗原则

术前正畸治疗需要纠正上下颌代偿性牙倾斜、排齐牙列并充分协调上下颌牙弓的宽度。精细的术后正畸治疗亦是必

不可少的步骤。

应该根据 X 线头影测量和术后效果预测及模型外科设计，决定手术方案，此类畸形一般应用双颌外科手术完成矫治。上颌勒福 I 型截骨术可前移、加长并摆正咬合平面，在三维方向纠正上颌骨的畸形。除了部分病例因为咬合关系、上下颌宽度等问题需要分块以外，一般已经完成术前正畸治疗者均可使上颌整体移动。下颌手术目前一般选用双侧下颌升支矢状劈开截骨或口内入路双侧下颌升支垂直截骨术，且以前者为首选和多选，因为其应用坚固内固定技术更为便利。一般应同期行水平截骨颧成形术调整颧中线、颧凸度和面下 1/3 高度，改善面形。

七、双颌前突畸形

（一）临床表现

正面及侧面观，都表现为双唇明显前突，开唇露齿，双唇自然闭拢困难，微笑时露龈过多。强迫闭口时，下唇下方与颏部之间有明显的软组织隆起。常伴有明显的颏后缩畸形，进一步反衬了上下颌过突的视觉印象。上下前牙唇倾，拥挤不齐，磨牙一般呈安氏 I 类错骀。

（二）辅助检查

X 线头影测量表现为：

1. SNA 角和 SNB 角均大于正常，颏前点偏后。
2. 面下 1/3 较长。
3. 上下前牙牙轴唇向倾斜，牙长轴与下颌平面夹角大于

正常。

（三）治疗原则

牙列严重拥挤不齐者应该进行术前正畸治疗，排齐牙列。但是应该注意充分保留上下颌骨前份后退的间隙，尽量选择术中拔除双侧上颌第一前磨牙，以利用拔牙间隙分块截骨后退上颌前部牙骨段。多数患者需要术后正畸排齐牙列，达到满意的咬合关系。

正颌外科手术选择可考虑：

1. 轻度双颌前突畸形，在良好术前正畸的基础上，单纯使用水平截骨颏成形术改善面形。

2. 颏部后缩不严重的患者，可以同时行上颌前部截骨术、下颌前部根尖下截骨术和水平截骨颏成形术进行矫正。

3. 严重的双颌前突畸形和/或伴有颏部严重后缩的患者，需要利用拔除四个第一前磨牙后退上下颌前部，必要时还需使上颌骨进一步后退。同时使上下颌牙骨段逆时针旋转，并辅以颏成形术，以较为理想地改善颏部突度。一般选用术式为上颌勒福 I 型分块截骨术、双侧下颌升支矢状劈开截骨术、下颌前部根尖下截骨术和水平截骨颏成形术。术前正畸可选择拔除双侧下颌第一前磨牙，内收下前牙，以避免行下颌前部根尖下截骨术。

部分患者可能还需要同期选择唇成形术等辅助性软组织成形手术。

八、颏后缩畸形

（一）临床表现

主要表现为颞部前后向发育不足，部分患者伴有颞部高度不足和左右不对称畸形。上下颌骨形态位置、咬合关系均在正常范围。

（二）辅助检查

X线头影测量表现为，除了颞部的相应指标异常以外，其余均在正常范围以内。

（三）治疗原则

水平截骨颞成形术是矫正此类畸形的首选术式。对于合并颞部高度不足者，还可同时通过自体骨移植术予以矫正，常用的供骨区为下颌升支外侧板，颅骨外板和髂骨少用。

九、下颌角肥大伴咬肌肥大畸形

（一）临床表现

正面观，面下 1/3 明显宽大，面型呈方面型或宽面型。下颌角向后向下突出。可伴有面下 1/3 高度不足，面部长宽比例失调。咬合时可见或可触及明显肥厚隆起的咬肌条索。大多为双侧发病，少数为单侧。双侧肥大者常见双侧畸形程度不对称，单侧肥大者两侧下颌角咬肌区不对称更为明显。咬合关系可以正常，也可表现为安氏 II 类错殆或前牙闭锁殆。常伴有颧骨颧弓过突。患者可有夜磨牙症、紧咬牙以及喜食硬物等习惯。

（二）辅助检查

1. 头颅正位 X 线片可以显示下颌角外突，侧位 X 线片可

见下颌角的角度及下颌平面角的角度明显小于正常。

2. 曲面体层片可显示双侧下颌角向后向下突出的形态。

3. CT 检查能显示双侧咬肌的厚度差异。

（三）治疗原则

下颌角明显向下向后突出者，可选用口内入路下颌角三角形去骨术和咬肌成形术矫正；下颌角形态尚可，但下颌角间宽度较大者，可以选用口内入路改良矢状劈开去骨术和咬肌成形术矫正；还可对下颌升支和外斜线处骨质进行适当的磨改，使得面型更加柔和。如果患者面下 1/3 短小，可以同期行水平截骨颏成形术，截骨间隙植入下颌角去除的骨质以增加颏部高度。咬合关系异常者可通过正畸矫治，必要时可联合正颌外科手术（与本手术同期或二期）矫治。

十、半侧颌骨肥大

（一）临床表现

临床表现为半侧下颌骨的髁突、升支及下颌骨体部较对侧明显肥大，伴有咬合关系紊乱及咬合平面倾斜，咬合关系也可因为上下颌适应性改建而无明显紊乱。患者患侧下颌骨体部向下突出，下颌下缘低垂，面部向健侧旋转而造成严重的面部偏斜畸形。侧貌突度基本正常或有不同程度的下颌前突。部分患者可累计多个面颅骨，如颞骨、顶骨、枕骨、额骨、上颌骨、颧骨、颧弓、腭骨等。可伴有同侧面面部皮肤、皮下组织、肌肉组织的肥大，亦可有唇、舌、耳、涎腺等组织的肥大。一般不伴有张口闭口功能受限。

（二）辅助检查

1. X 光检查可见患侧髁突体积较对侧增大，髁颈明显长于对侧，下颌升支部较对侧肥大，下颌下缘下垂，下颌神经管靠近下颌下缘。三维重建影像可更为全面地观察分析双侧颌骨形态的不对称性。

2. 髁突锎-99m 核素扫描可显示患侧髁突核素吸收值明显高于健侧。

3. MRI 检查可有关节盘移位、关节盘穿孔或关节腔积液等表现。

（三）治疗原则

经临床检查及影像学检查明确诊断后，可根据情况进行术前正畸或直接手术。手术原则为切除增生肥大的髁突，颞下颌关节重建，矫正面部不对称，建立稳定的咬合关系。

如果髁突形态异常不明显或已经停止生长，可以予以保留。

采用口内入路切除髁突，不仅可以在正颌手术的同期完成全部手术，还可以避免口外入路导致的耳屏前疤痕，有利于患者美观。常采用双颌外科手术解决患者咬合紊乱及面部不对称问题。

患者在完成髁突切除及关节重建，以及双颌手术后，通常还需要修整患侧下颌下缘，才能获得较为满意的双侧对称性，修整时应注意保护下牙槽血管神经束，并尽可能避免损伤面神经下颌缘支。

十一、半侧颜面发育不全

（一）临床表现

病变多累及单侧，个别患者可累及双侧。单侧发病者，患侧髁突及升支发育不足，导致患侧面部短小，双侧颌面部不对称。患侧面部皮肤及皮下组织较对侧薄。如果累及双侧，则表现为严重的小下颌畸形，可伴有严重的睡眠呼吸障碍。严重的患者可累及颞骨乳突、颧骨颧弓。常见有附耳畸形，也可伴有不同程度的耳廓畸形，如卷曲耳、半耳、残耳或无耳畸形。可伴有不同程度的面横裂及口角皮赘。中重度患者可伴有面神经发育不良。

（二）辅助检查

X 光检查可见双侧颌骨形态不对称，患侧髁突、升支体积较对侧减小，髁颈短于对侧。螺旋 CT 可用于了解颅面部其他骨骼是否受累，三维重建影像可全面了解双侧颌骨形态的不对称性。

（三）治疗原则

儿童期患者可采用肋软骨移植重建髁突及颞下颌关节功能，但是远期效果具有较大不确定性。畸形不严重者可采用掩饰性治疗，如假体植入，脂肪充填等。中度畸形患者，可采用双颌手术，解决患者咬合紊乱及面部不对称问题，但是通常需要辅以同期植骨术或二期脂肪充填术，才能到达较为理想的对称性。重度畸形患者，可根据患侧颌骨形态，采用牵张成骨技术延长下颌骨后，二期行正颌手术矫正畸形。

也可根据情况，在正颌手术的同期行游离复合组织皮瓣移植，重建关节的同时恢复面部双侧的对称性。

附

牙颌面畸形诊疗指南（2022 年版）

编写审定专家组

（按姓氏笔画为序）

组长：张益

成员：安金刚、朱洪平、刘树铭、何伟、苏家增、单小峰、
郭玉兴、贺洋、彭歆、蔡志刚