

不对称性下颌角肥大的手术治疗

黄绿萍¹, 归 来², 张智勇², 滕 利², 牛 峰²

(1. 海南省人民医院 整形美容外科, 海南 海口 570311;

2. 中国医学科学院中国协和医科大学整形外科医院 颌颌面外科, 北京 100041)

[摘要] 目的 探讨不对称性下颌角肥大的原因及手术治疗。方法 采用下颌角弧形截骨术、下颌骨外板截骨术、颏成形术及颊脂垫取出术等方法, 治疗不对称性下颌角肥大患者 70 例。结果 70 例患者术后面部对称性均明显改善。70 例患者中仅 3 例出现并发症, 包括术后出血、口唇拉伤增生性瘢痕及术后感染等。结论 治疗不对称性下颌角肥大应根据畸形的特点, 选择性应用下颌角弧形截骨术、下颌骨外板截骨术、颏成形术及颊脂垫取出术等方法, 其效果良好。

[关键词] 下颌角肥大; 下颌角弧形截骨术; 下颌骨外板截骨术; 颏成形术; 颊脂垫取出术

[中图分类号] R782.2 [文献标识码] A

Treatment of the Asymmetric Prominent Mandibular Angle HUANG Li-ping¹, GUI Lai², ZHANG Zhi-yong², TENG Li², NIU Feng². (1. Dept. of Plastic Surgery, Hainan Provincial People's Hospital, Haikou 570311, China; 2. Plastic Surgery Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100041, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the causes and treatment of the asymmetric prominent mandibular angle. **Methods** From 1996 to 2001, mandibular angle osteotomy, mandibular outer cortex osteotomy, mandible genioplasty and buccal pad excision were selected to treat 70 patients. **Results** All the patients had satisfactory results with complications of bleeding, infection and labial scar in three patients. **Conclusion** asymmetric prominent mandibular angle should be treated according to the characteristics of the deformity. Mandibular angle osteotomy, osteotomy of outer cortex of the mandible, genioplasty and buccal pad excision can provide satisfactory result.

[Key words] prominent mandibular angle; osteotomy of the mandibular angle; osteotomy of the outer cortex of mandible; genioplasty; buccal pad excision

下颌角肥大俗称“方型脸”, 在西方, 早期称之为“良性咬肌肥大”。在东方民族中, 下颌角肥大以骨性肥大为主, 表现为下颌角骨质向后增生突出及侧向的向外翻转, 面下部过宽, 并常伴有颏部的短小^{1~3}。部分下颌角肥大的患者就治时, 双侧面下部不对称, 少数患者还伴有颏部的偏斜。如何治疗这种不对称的下颌角肥大, 文献报道尚少。笔者 1996~2001 年根据畸形的特点, 综合应用下颌角弧形截骨术、下颌骨外板截骨术、颊脂垫取出术及颏成形术等方法, 治疗了 70 例不对称性下颌角肥大的患者, 收到了满意的疗效, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 研究对象

1996~2001 年选择在中国协和医科大学整形外科医院颌颌面外科手术的不对称性下颌角肥大的患

者 70 例为研究对象。其中男 5 例, 女 65 例, 年龄 17~56 岁, 平均年龄 28 岁。70 例患者中 7 例为单侧下颌角明显肥大, 8 例伴有颏部的偏斜。所有的患者均无咬合关系紊乱及颞颌关节症状, 求治目的均为改善面型。

1.2 手术方法

70 例患者中, 56 例程度较轻的不对称下颌角肥大的患者中, 55 例行双侧下颌角弧形截骨术; 1 例行双侧下颌骨外板截骨术合并一侧颊脂垫取出术。余 14 例患者综合应用下颌角弧形截骨术、下颌骨外板截骨术、颊脂垫取出术矫正面部不对称。8 例伴有颏部偏斜的患者中, 6 例行颏部水平截骨成形术矫正颏部偏斜; 2 例行颏部修整术。为了增强整体效果, 部分患者还同时进行面部其他美容手术, 如颧骨降低术、颏下吸脂术、颏成形术矫正颏部短缩等。70 例患者的治疗方案, 见表 1。

手术具体方法: 患者静脉快速诱导, 鼻腔插管吸入麻醉, 经下颞颊沟颊侧黏膜作下颌升支前下份至第 4、5 牙间隙的切口, 切开黏膜和骨膜。经骨膜下剥离, 显露下颌升支下份、下颌角、下颌体及颊神经。

[收稿日期 2002-12-17; 修回日期 2003-06-12]

[作者简介] 黄绿萍 (1973-), 女, 江西人, 主治医师, 博士

[通讯作者] 黄绿萍, Tel: 13006002575

如行下颌角弧形截骨时,按照预先设计的截骨量先用小圆钻定点并连成弧线,用摇摆锯沿弧线截骨,将下颌角截除。如行下颌骨外板截骨时,用小裂钻于下颌升支下份约咬合平面作水平截骨线截开下颌骨外板,然后沿下颌骨外斜线弧形向下至距颈孔 1 cm 左右作垂直截骨线,截开下颌体部的外板,用骨凿劈开下颌骨外板并取出。一般情况下,咬肌不需切除。术毕充分止血,庆大霉素盐水冲洗创面,可吸收线全层严密缝合,加压包扎。术后常规应用抗生素 5~7 d,止血药用 2 d,术后 10 d 左右拆线。

表 1 70 例患者的手术治疗方案

Tab 1 Operation methods of 70 patients

手术方案	例数
双侧下颌角弧形截骨术	55
双侧下颌骨外板截骨术 + 单侧颊脂垫取出术	1
单侧下颌角弧形截骨术	5
单侧下颌骨外板截骨术	3
双侧下颌角弧形截骨术 + 单侧下颌骨外板截骨术	2
双侧下颌角弧形截骨术 + 单侧颊脂垫取出术	4

2 结果

70 例患者术后治疗效果均满意,面部对称性明显改善,面部轮廓满意。仅 3 例出现并发症,1 例术后出血,1 例口角拉伤导致增生性瘢痕,1 例术后感染。

3 典型病例

患者陈 X,男性,54 岁,因右侧下颌角肥大求治,要求恢复面部对称。对患者采取单侧下颌角截骨整形术,术后面部外观达到基本对称(图 1)。



图 1 典型病例 右:手术前;左:手术后

Fig 1 Typical case right: preoperation; left: after operation

4 讨论

4.1 不对称性下颌角肥大的诊断及分型标准

下颌角肥大是两侧下颌角间距离接近或大于两

颧突间的宽度。两侧下颌角肥大不对称,并导致双侧面部宽度不一致,则为不对称下颌角肥大。目前下颌角肥大分为 3 类: 下颌角向后向下突出为主; 下颌角以外翻为主; 下颌角向后向下突出并外翻^{4,5}。如果患者双侧下颌角为同一类型的肥大,两侧下颌角区仅有骨量及形态的差异,通常表现为面部轻度不对称。如果患者双侧下颌角为不同类型的肥大,即两侧下颌角区不仅有骨量的差异,而且有空间位置的差异,则表现为面部明显不对称。笔者认为此分类有助于手术方案的设计。

4.2 下颌角截骨术和下颌骨外板截骨术

在东方民族中下颌角肥大以骨性肥大为主。许多学者的研究表明:截骨术后,咬肌由于附着点位置的改变及肌张力的变化,术后半年内咬肌本身会发生自身重建性萎缩,因此截骨整形术成为治疗下颌角肥大的主要方法^{1,3,6}。笔者在总结前人经验的基础上于 1996 年开始采用口内入路的下颌角一次性弧形截骨整形术,截骨范围包括下颌骨升支中下部、下颌角、下颌体,利用弧形截骨技术一次完成,咬肌不需切除。截骨后的下颌角部所形成的曲线优美圆滑、形态自然,效果好^{1,3}。目前部分学者认为对于下颌骨整体较宽并向两侧张开者,仅行下颌角截骨术是不足以改善面型的,故有时还需配合一侧的下颌骨外板截骨术(又称下颌升支改良矢状劈开去骨术),以减少下颌骨侧向的突度,同时又保留原下颌角侧向的自然弧度。术后面部宽度缩窄程度与下颌角截骨术相似,而且下颌角区术后会发生改建塑形,下颌角下缘及体部的形态更加自然柔和,但下颌角的形态不会发生大的改变,适用于下颌角两翼向外张开,面下部宽度需要缩窄者。临床研究表明,仅行下颌骨外板截骨时,面下部的宽度可以缩小 10~12 mm^{6~8}。

4.3 手术设计

术者需根据患者术前的头颅正侧位、下颌全景片以及华氏位片,结合患者术前正侧位彩色照片,分析双侧下颌骨体及角区的骨量及角度的差异,明确导致面下部宽度不对称的主要原因。术前要了解患者的审美倾向,以免术者的目的与患者的意愿相左。

双侧面部轻度不对称的患者,由于双侧下颌角及升支体部的空间位置基本一致,下颌角区仅有骨量大小及形态的差异。如果患者下颌角角度平直,甚至向后增生,可采用双侧下颌角弧形截骨整形术;如果患者侧方下颌角形态良好,仅需缩窄面部的宽度,可采用双侧下颌骨外板截骨术。术中通过调整下颌角的截骨量及下颌骨外板的截骨范围,力求面面对称。

对于面部明显不对称的患者,两侧下颌角区不仅有骨量的差异,而且有空间位置的差异。对此种患者

笔者认为有两种手术方案。一种为一侧面部轮廓满意,患者仅要求修整较肥大一侧者,笔者以健侧为标准,设计截骨部位及范围,仅行单侧下颌角弧形截骨术或下颌骨外板截骨术。另一种方案则是针对双侧面部轮廓均需修整的患者,不仅需不等量的截除两侧下颌角区骨质以缩小骨量上的差异,而且还需要配合一侧的下颌骨外板截骨术以进一步缩小下颌骨整体的宽度。

对于颊部臃肿,面型为圆型的患者可配合一侧或双侧的颊脂垫取出术,术中剪开颊脂垫的包膜后,轻压颊部,去除自然膨出之颊脂垫组织,术后可明显改善颊部形态,使颧区显现,增加面部的立体感。单侧或双侧不等量的去除颊脂垫组织,可在一定程度上弥补软组织存在的差异。对于存在颊部偏斜或颊部短小的患者,可同时行颊部水平截骨成形术。为完善整体效果,还可同时行颧骨降低术、颏下吸脂术等。

4.4 手术注意事项

4.4.1 防止髁突骨折 下颌角截骨时,升支部位截骨线不宜过高,在升支后缘及下颌下缘处要截透全层骨质,否则截骨线易向髁突方向延伸,同时使用骨凿凿取下颌角时要用均匀,助手应托住下颌骨。行下颌骨外板取出术时,升支部位的水平截骨线至少应距乙状切迹约 10 mm,这部分骨质薄弱,不易劈开⁶,水平截骨线及垂直截骨线应到达升支后缘及下颌下缘,以免骨板向上向前劈裂造成髁突骨折。

4.4.2 防止损伤神经 行下颌角截骨时,术前应根据 X 线片明确下颌神经管位置,术中剥离时要显露颏孔,这既可作为截骨标志,又可在直视下保护之。行下颌骨外板劈开时,体部的垂直截骨线应距颏孔至少 5 mm,因该处下牙槽神经束已非常靠近骨面。

4.4.3 双侧截骨量的控制 由于经口内切口,术中视野受限,双侧截骨量的控制与术者的手术技巧和经验关系密切。行下颌骨外板截除时,可以咬合平面及

颏孔位置作为参考来控制截骨量。

4.4.4 口角拉伤 术中要注意保护口角以免拉伤。同时使用钻头和电刀时切忌误伤口角,如伤及真皮深层则遗留瘢痕,甚至是增生性瘢痕。本研究发生 1 例,瘢痕位于下唇红白唇交界部位,对面部外观影响较大。

总之,对于不对称性下颌角肥大的患者,术前应进行全面的分析,确定导致不对称的主要原因,在美化面部轮廓的同时,恢复面部对称。当然,对于复杂的下颌骨不对称的患者,尤其是涉及整个下颌骨的患者,手术治疗只能达到明显改善的程度,不可能完全达到对称。

[参考文献]

- 1] 归来,侯全志,张智勇,等. 口内入路下颌角肥大弧形截骨术 J. 中华整形烧伤外科杂志, 1999, 15(5): 336-338.
- 2] Baek RM, Han SB, Baek SM. Surgical correction of the face with the square jaw and weak chin: Angle-to-chin bone transfer J. Plast Reconstr Surg, 2001, 108(1): 225-231.
- 3] Gui L, Athmani B, Zhang ZY, et al. Reduction gonioplasty for the prominent mandibular angle: Report of 38 cases J. Ann Chir Plast Esth, 2001, 46(4): 348-355.
- 4] Baek SM. Refinement in aesthetic contouring of the prominent mandibular angle J. Aesth Plast Surg, 1994, 18(3): 283-289.
- 5] Yang DB. Mandibular contouring surgery for purely aesthetic reasons J. Aesth Plast Surg, 1991, 15(1): 53-60.
- 6] Han K, Kim J. Reduction mandibuloplasty osteotomy of the lateral cortex around the mandibular angle J. J Craniofac Surg, 2001, 12(4): 314-325.
- 7] Whitaker LA. The prominent mandibular angle: Preoperative management, operative technique, and results in 42 patients J. Plast Reconstr Surg, 1989, 83(2): 272-280.
- 8] 王兴主编. 正颌外科手术学 M. 济南: 山东科学技术出版社, 1999: 324-328.

(本文编辑 邓本姿)

(上接第 39 页)

- 3] Shem Tov Y, Straus M, Talmi YP, et al. Nucleolar organizer regions in follicular tumors of the thyroid J. Head Neck, 1994, 16(5): 420-423.
- 4] Bellotti M, Elsner B, Kahn A, et al. Morphometric determination of Ag-NORs in breast carcinoma. Correlation with flow cytometry and proliferating cell nuclear anti-gen J. Anal Quant Cytol Histol, 1997, 19(1): 139-145.
- 5] Simha M, Menon M, Doctor V. Prognostic value of argyrophilic nucleolar organizer regions (Ag-NORs) in breast lesions J. Indian J Cancer, 1996, 33(1): 82-87.
- 6] Chiusa L, Galliano D, Formiconi A, et al. High and low risk prostate carcinoma determined by histologic grade and proliferative activity J.

Cancer, 1997, 79(6): 1956-1964.

- 7] Harmelin A, Zuckerman A, Nyska A. Correlation of Ag-NOR protein measurement with prognosis in canine transmissible venereal tumor J. J Comp Pathol, 1995, 112(4): 220-222.
- 8] Maione S, Lamberti L. Nucleolar organizer regions activity in lymphocytes of patients with laryngeal carcinoma J. Soc Ital Biol Sper, 1993, 69(12): 741-748.
- 9] Egan MJ, Croker J. Nucleolar organizer regions in cutaneous tumors J. J Pathology, 1998, 154(3): 247-253.

(本文编辑 邓本姿)