



团 体 标 准

T/ XXXX—XXXX

小下颌畸形的全周期颜面管理多学科联合 诊疗专家共识

(拟修改题目：口腔全科中骨性下颌后缩
的全周期多学科联合诊疗专家共识)

Expert Consensus on Full-Cycle Multi-Disciplinary Treatment for Skeletal
Mandibular Retrognathia

(征求意见稿)

(本草案完成时间：2026年4月)

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

中华口腔医学会 发布

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华口腔医学会全科口腔医学专业委员会提出，与中华口腔医学会口腔正畸专业委员会联合起草。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件主要起草单位：中山大学附属口腔医院

本文件参与起草单位：华中科技大学同济医学院附属协和医院、北京大学口腔医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、北京大学第三医院、武汉大学口腔医院、空军军医大学口腔医院、广东药科大学附属第一医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、北部战区总医院、四川大学华西口腔医院、中山大学附属第一医院、中国人民解放军总医院第一医学中心、山东大学口腔医学院、首都医科大学宣武医院、湖北省人民医院、南方医科大学口腔医院、首都医科大学附属北京口腔医院、黑龙江省医院、南部战区总医院、中国科学技术大学附属第一医院、吉林大学第一附属医院、广东医科大学附属口腔医院、西安交通大学第一附属医院、厦门医学院附属口腔医院

本文件主要起草人：

专家组：陈莉莉、胡丽、余东升、寇晓星、邓旭亮、朱亚琴、王霄、房兵、贺红、金作林、潘宣、陈永进、王左敏、张晓东、周陈晨、孙宇、白燕、朱云、徐睿、陈德华、林鸣、吴作天、曹阳、韩冰、谭家莉、徐璐璐、魏福兰、赵颖、彭友俭、刘楚峰、周建、马晟利、李潇、张志宏、张丛笑、刘畅、张戎、陈曦、蓝智聪

工作组：王伟财、冯志才、唐清明、谢梦茹、余少玲、梁玉洁、张晨光

引 言

骨性下颌后缩（Skeletal mandibular retrognathia）是临床高发的骨性错骀畸形，核心表现为下颌骨发育不足、位置后移、颞部形态欠佳，全球患病率为5%~29%^[1-2]，且呈逐年上升趋势。重症者可呈现典型的“鸟嘴样”面容，显著影响颜面美观、口颌功能及心理健康，常合并阻塞性睡眠呼吸暂停（Obstructive Sleep Apnea, OSA）、颞下颌关节紊乱等并发症，严重降低患者生活质量。

目前，临床多以单一科室诊疗为主，难以实现全周期病因筛查、功能重建、心理干预及长期随访。为建立规范化、标准化、可落地的多学科联合诊疗模式，中华口腔医学会全科口腔医学专业委员会联合中华口腔医学会口腔正畸专业委员会，邀请口腔颌面外科、耳鼻咽喉科、儿科、内分泌科、变态反应科及精神心理科等学科的40余位专家共同制定本共识，为骨性下颌后缩患者的全周期、多维度的联合诊疗提供权威技术指引。

小下颌畸形的全周期颜面管理多学科联合诊疗专家共识 (拟修改题目：口腔全科中骨性下颌后缩的全周期多学科联合诊疗专家共识)

1 范围

本文件规范口腔全科场景下，骨性下颌后缩畸形全周期治疗中多学科联合诊疗（Multidisciplinary Team, MDT）的团队构建、分阶段诊疗、干预规范、随访及质量控制要求。

本文件适用于各级医疗机构口腔科、耳鼻咽喉科、儿科、内分泌科、变态反应科及精神心理科等相关科室，覆盖0~1岁、1~6岁、6~12岁、12~18岁、>18岁全年龄段先天性及后天性骨性下颌后缩患者。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1—2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则

WS/T 391—2024 医疗机构内多学科团队协作服务规范

T/CHSA 09—2023 口腔门（急）诊病案首页项目设置及填写规范

T/CHSA 10—2023 口腔正畸学名词术语

《中国儿童阻塞性睡眠呼吸暂停诊断与治疗指南（2020年版）》（中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会）

《儿童扁桃体腺样体低温等离子射频消融术规范化治疗临床实践指南（2021年版）》（中国医师协会儿科医师分会耳鼻咽喉专业委员会）

《儿童和青少年早期错畸形诊治策略的专家共识（2021年版）》中华口腔医学会

《颅面短小畸形-下颌骨畸形临床诊疗指南（2025版）》（中华医学会整形外科学分会）

《阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与口腔畸形：美国口腔正畸医师协会白皮书（2019年版）》（American Association of Orthodontists White Paper）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 骨性下颌后缩（Skeletal mandibular retrognathia）

由遗传或环境因素导致的下颌骨发育不足，相对于颅底及上颌骨位置后移、形态异常，可伴有牙弓狭窄、颞肌紧张、深覆殆、深覆盖及上气道狭窄等，严重者可合并OSA及颞下颌关节功能异常。

3.2 多学科联合诊疗（Multidisciplinary Team, MDT）

由口腔科、耳鼻喉科、儿科、变态反应科、精神心理科等多学科共同参与，完成骨性下颌后缩的病因筛查、精准诊断、方案制定、分期干预与长期随访的一体化、全周期诊疗模式。

3.3 功能矫形治疗 (Functional orthopedics)

利用生长发育期患者颌骨生长潜力,通过功能矫治器引导下颌前移、改善口颌系统肌肉功能,促进下颌骨正常生长发育、协调颌骨间关系不调的非手术矫形方法。

3.4 阻塞性睡眠呼吸暂停 (Obstructive Sleep Apnea, 简称为 OSA)

睡眠过程中上气道反复部分或完全塌陷,导致呼吸暂停和低通气,引起间歇性低氧、高碳酸血症及睡眠结构紊乱的疾病。

3.5 下颌骨牵引成骨术 (Mandibular Distraction Osteogenesis, MDO)

通过外科截骨与牵引装置缓慢牵拉骨段,刺激新骨形成以延长下颌骨的术式,为重症先天性小下颌畸形的核心急救手术。

3.6 腺样体扁桃体切除术 (Adenotonsillectomy, AT)

手术切除肥大的腺样体及扁桃体,解除鼻咽、口咽上部软组织气道梗阻的常用术式。

4 骨性下颌后缩的病因、流行病学特征及严重程度分级

4.1 致病因素

4.1.1 遗传因素

骨性下颌后缩的遗传度可达40%~60%[3],包括染色体异常、单基因遗传病及多基因遗传倾向,可见于皮埃尔·罗班序列征 (Pierre Robin Sequence, PRS)、Treacher Collins综合征、Goldenhar综合征、Nager综合征等。

4.1.2 环境因素

4.1.2.1 先天环境因素

- 宫内环境:机械性压迫(如子宫肌瘤、羊水过少)、胎位异常、孕期感染、致畸药物或辐射暴露等。
- 局部发育异常:先天性颅底结构异常、下颌骨发育不全、颞下颌关节强直等。

4.1.2.2 后天环境因素

- 口腔不良习惯:吮指、咬唇、口呼吸、异常吞咽、偏侧咀嚼等。
- 口腔局部疾病:乳牙早失、恒牙萌出异常、过敏性鼻炎、腺样体/扁桃体肥大、特发性髁突吸收 (Idiopathic Condylar Resorption, ICR)、关节盘移位等[4]局部病变。
- 全身系统性因素:内分泌疾病如生长激素缺乏、甲状腺功能减退等影响骨骼发育;维生素 D 缺乏影响骨代谢及钙化;饮食结构偏软,咀嚼功能刺激不足等[5-6]。

4.2 流行病学特征

骨性下颌后缩是最常见的骨性错殆,全球患病率约为 5%~29%^[1-2](种族及地域间差异显著),替牙列期发病率高于恒牙列期,男性患病率略高于女性。先天性下颌后缩发病率较低,皮埃尔·罗班序列征 (PRS) 发病率约为 1/10000^[7],非综合征型骨性下颌后缩发生率约为 1/1600~1/1000^[8]。

4.3 骨性下颌后缩严重程度分级标准

4.3.1 先天性骨性下颌后缩的分型

该分型主要基于下颌骨的发育程度，适用于先天性下颌后缩（包括颅面短小畸形（CFM）、皮埃尔-罗班序列征（PRS））的治疗指导：

表 1 Pruzansky-Kaban 分型

分型	定义	与本共识轻中重分级的对应
I型	下颌骨髁突与升支发育基本正常，仅轻度短小	对应轻度小下颌
IIa 型	髁突与升支发育不全，颞下颌关节位置基本正常，升支长度>正常的 50%	对应中度小下颌
IIb 型	髁突与升支发育不全，颞下颌关节位置上移，升支长度<正常的 50%	对应重度小下颌
III型	髁突与升支完全缺失，无功能性颞下颌关节	对应重度小下颌

4.3.2 骨性下颌后缩严重程度分级

表 2 骨性下颌后缩严重程度分级

分级	临床特征	头影测量上牙槽座点 - 鼻根点-下牙槽座点角（A 点-Nasion-B Point, ANB）值	气道影响	垂直骨面型（MP-SN）
轻度	面型基本正常，颈部轻度后缩，无明显功能障碍	1~6 岁：6.5~8°； 6 岁及以上：4~6°； 下颌长度接近正常下限	无或轻度气道狭窄， 无 OSA	均角（29~37°）
中度	明显凸面型，颈部后缩，轻度开唇露齿，咀嚼功能轻度受限	1~6 岁：8~11°； 6 岁及以上：6~10°； 下颌长度低于正常 2~3 个	中度气道狭窄，轻度 OSA（儿童：1<AHI≤5 次/h；成人：5<AHI≤15	均角/高角（>37°）

		标准差	次/h)	
重 度 - 矢 状 型	典型“鸟嘴样”面容,严重颌部后缩,开唇露齿明显,咀嚼及语言功能障碍	1~6岁: >11°; 6岁及以上: >10°; 下颌长度低于正常3个标准差以上	重度气道狭窄,中重度 OSA (儿童: 5<AHI≤10次/h,重度 AHI>10次/h;成人: 中度 15<AHI≤30次/h,重度 AHI>30次/h)	均角 / 低角 (<29°)
重 度 - 高 角 型	面下 1/3 过长,下颌顺时针旋转,ANB 异常增大;下颌长度正常/接近正常;开唇露齿、关节负荷大	1~6岁: >11.0°; 6岁及以上: >10°; 下颌长度正常或接近正常	重度气道狭窄,易合并 OSA	高角 (>40°), 下颌顺时针旋转

注: AHI 为呼吸暂停低通气指数 (Apnea-Hypopnea Index), 单位: 次/小时; 儿童 OSA 分级依据《中国儿童阻塞性睡眠呼吸暂停诊断与治疗指南 (2020)》, 成人 OSA 分级依据《中国成人阻塞性睡眠呼吸暂停综合防治指南 (2021)》。

5 多学科联合诊疗团队的构建

骨性下颌后缩病因复杂,累及颜面、咬合、呼吸、睡眠、心理及全身发育,单一学科难以实现全周期综合管理。本共识强调以MDT为核心,口腔科为主导,多学科深度协同,共同评估、决策与执行全周期治疗方案^[9]。

5.1 团队组成与核心职能

表 3 骨性下颌后缩 MDT 团队组成与职能分工

科室	主要职能
MDT 联合专家组	整体诊疗规划、病因研判、方案决策、全程质量控制
口腔正畸科	颌骨生长评估、咬合管理、功能矫形、正畸矫治

儿童口腔科	乳牙及年轻恒牙健康管理、龋病防治、口腔功能维护
口腔颌面外科	正颌外科手术、颞下颌关节疾病诊治、重度先天性下颌后缩的手术干预
儿科（含新生儿科）	遗传咨询、产前筛查、新生儿/婴幼儿急症处理、全身生长发育监测、内分泌评估、全身系统性疾病筛查
耳鼻咽喉科	气道评估、OSA 筛查与诊疗、腺样体/扁桃体管理、药物诱导睡眠内镜（Drug-Induced Sleep Endoscopy, DISE）检查
变态反应科	变应性鼻炎诊治、口呼吸诱因去除、气道通畅维护
精神心理科	心理评估、情绪疏导、容貌焦虑与体像障碍干预

5.2 多学科联合诊疗（MDT）动态运行模式

轻症病例：正畸科主导，常规序列治疗；

中症病例：多学科联合诊疗（MDT）会诊，明确主责与辅责科室，动态调整干预策略；

重度/疑难/合并OSA复杂病例：MDT集体决策，必要时上级专家联合指导。

阶段动态主导：婴儿期由新生儿科/儿科主导，其余阶段以口腔全科及正畸科联合主导，多学科支撑。

5.3 骨性下颌后缩多学科联合诊疗标准化流程

- （1）首诊建档：首诊科室入组小下颌畸形患者，发起 MDT 会诊并建立标准化档案；
- （2）系统评估：口腔、气道、内分泌、过敏原、心理、全身发育等综合评估，明确当前患者的主要负责科室与辅助支持科室，建立病因导向的治疗小组；
- （3）方案制定：主要负责科室制定系统的治疗方案及随访体系，定期召开 MDT 病例讨论会，商议各科室治疗先后顺序或转诊时机；
- （4）协同干预：辅助科室定期监测患者的潜在病因，控制并发症；
- （5）信息共享：各科室共享患者病例资料；
- （6）长期随访：患者资料长期保存备查，完善全周期管理体系，密切随访。

6 全周期多学科综合诊治策略

骨性下颌后缩治疗需遵循颌面部生长发育规律，分阶段制定治疗目标，兼顾功能恢复与美观改善，避免过早或过晚干预。本共识依据颌骨生长发育关键节点，将治疗划分为五个核心阶段：

6.1 婴儿期（0~1岁）

6.1.1 核心目标

早期识别先天性骨性下颌后缩，保障气道通畅、喂养安全，监测颌骨发育、早期阻断畸形进展。

6.1.2 病史采集

围产期史：早产史、宫内受限史（孕期感染、营养不良、致畸物质接触）；

遗传家族史^[10]：染色体异常、单基因遗传病。

6.1.3 检查

- 口腔科检查：面下 1/3 短小，下颌后缩明显，可伴唇闭合不全，牙弓狭窄、舌系带短；
- 儿科检查：舌下垂、吞咽异常、喂养困难、全身发育评估；
- 耳鼻喉科评估：OSA 筛查、解剖性气道狭窄评估^[11-12]。

6.1.4 高危患儿筛查

根据相关诊疗指南^[13]，先天性下颌后缩的高危患儿，其 OSA 症状常不典型，可仅表现为喂养困难、生长发育迟缓。对于该类患儿，无论有无临床症状，均需常规行多导睡眠监测（Polysomnography, PSG）筛查 OSA。

筛查指征：严重下颌后缩、双侧颅面短小、喂养困难、生长迟缓患儿。

筛查时机：出生后 1 个月内完成首次 PSG 筛查，明确 OSA 严重程度；后续每 6 个月复查一次 PSG，直至 3 岁^[14]。动态监测气道的发育变化，及时发现进展性的梗阻。

6.1.5 干预措施

治疗原则：以安全保障、气道管理为核心，优先无创、可逆干预，动态监测生长发育。

- **保守治疗：**体位调整、鼻腔通畅维护、喂养指导；
- **中度患者：**无创负压通气治疗
- **急症手术：**如保守治疗无效（72 小时内），有严重气道梗阻（OAHI>10 次/h）、体重停滞者，行下颌骨牵引成骨术（MDO），合并喉软化者同期手术。
- **围手术期：**气道监测、营养支持、抑酸治疗。

6.1.6 MDT 团队分工：

以儿科（新生儿科）主导，口腔科、耳鼻咽喉科协同，每 3 个月随访。

- 儿科：全身发育评估、遗传性疾病筛查、喂养指导、新生儿危重症管理、营养支持等。
- 儿童口腔科：口腔清洁指导、萌出监测、喂养习惯指导等；
- 口腔颌面外科：重度小下颌、气道危象病例的手术评估等；
- 耳鼻喉科：上气道评估、睡眠呼吸监测、喉软化与气道梗阻干预等；

6.2 乳牙列期（1~6 岁）

6.2.1 核心目标

破除不良习惯、引导颌骨生长、解除气道梗阻、维护乳牙健康^[15]。

6.2.2 病史采集

家族遗传病史、不良口腔习惯史（咬唇、吮指、口呼吸等）、腺样体/扁桃体肥大史、变应性鼻炎史、外伤史。

6.2.3 临床检查

- **口腔科**：颈部短小、颈部轮廓不清、下唇外翻、上唇前突；凸面型，下颌明显后缩短小，面下 1/3 高度不足；口内深覆骀、深覆盖，上前牙唇倾，牙弓狭窄等。CBCT 评估恒牙胚、下颌骨体长度、颞下颌关节等；头颅侧位片明确下颌后缩型骨面型；
- **耳鼻喉科检查**：腺样体、扁桃体肥大评估，上呼吸道通畅性评估^[16]；
- **变态反应科检查**：过敏原筛查；
- **儿科检查**：内分泌功能筛查（垂体前叶、甲状腺功能）、生长发育评估；
- **神经内科**：睡眠及脑电图监测，认知功能评估（是否有注意力缺陷、多动障碍、孤独谱系障碍等）。

6.2.4 口腔科规范治疗

6.2.4.1 治疗原则

以早期干预、生长引导、功能形态协调为核心，关注生长发育情况，阻断潜在致病因素^[17-18]。

6.2.4.2 6.2.4.2 核心治疗手段

- **不良习惯破除**：纠正口呼吸、吮指、咬唇等，配合闭唇、卷舌、吞咽等肌功能训练；
- **下颌前导功能矫治**：选用 **Twin-block**、**Frankel II 型**、**下颌前移功能矫治器**等，引导下颌向前，刺激髁突生长，改善颌骨矢状不调；
- **咬合诱导**：改善深覆骀、深覆盖，建立正常咬合。

6.2.5 MDT 团队分工

团队组建：以口腔科及耳鼻喉科防治为主，协同变态反应科、儿科、神经内科等组成 MDT 核心团队，开展病因筛查、功能矫治、全身管理。如有气道梗阻则优先耳鼻喉科干预，再行正畸矫治^[19]。

职责分工：

- **正畸科**：整体方案设计、功能矫治实施、颌骨生长监测；
- **儿童口腔科**：乳牙健康管理、龋病预防、萌出监测与口腔功能维护；
- **口腔颌面外科**：合并明显颌骨发育异常患儿的手术评估；
- **耳鼻喉科**：上气道通畅性评估、腺样体 / 扁桃体肥大诊断与干预、口咽肌功能治疗^[20]；
- **变态反应科**：变应性鼻炎筛查、过敏原管控、口呼吸诱因去除；

- 儿科：系统性及遗传性疾病筛查、全身生长发育综合管理；
- 神经内科：认知行为教育，注意力缺陷、多动障碍等伴发症的治疗。

6.3 替牙列期（6~12岁）

6.3.1 核心目标

利用生长潜力引导颌骨生长、解除气道阻力、排齐牙列、诱导正常咬合。

6.3.2 病史采集

家族遗传病史、口呼吸/吮指/咬下唇等不良习惯史、腺样体/扁桃体肥大史、变应性鼻炎史、外伤史等^[21]。

6.3.3 临床检查

- 颜面检查：开唇露齿、颊肌紧张；凸面型，下颌后缩，“鸟嘴样”面容。
- 口腔检查：牙弓狭窄、腭盖高拱，前牙深覆骀、深覆盖，可伴牙列拥挤；开口型基本正常，关节可无异常或偶有弹响。
- 影像学检查：全景片评估恒牙胚与替牙情况；头颅侧位片评估下颌后缩与生长型、生长潜力；CBCT 评估髁突发育、气道宽度与关节形态^[22]；如有必要，可行磁共振成像（Magnetic Resonance Imaging, MRI）评估关节盘状态。

6.3.4 口腔科规范治疗

6.3.4.1 治疗原则

以生长改良、功能矫治、咬合诱导为核心，口腔正畸科主导，充分利用替牙期生长高峰，纠正颌骨矢状不调，改善面型与气道^[23]。

6.3.4.2 核心治疗手段

- 不良习惯破除：纠正口呼吸、吮指、异常吞咽，配合肌功能训练；
- 上颌快速扩弓：扩大狭窄上颌牙弓，改善鼻腔通气，解除下颌发育限制；
- 下颌前导功能矫治：使用 Twin-block、Frankel II、隐形矫正器等功能矫治器等，引导下颌向前生长，刺激髁突发育^[24-25]；
- 咬合诱导与间隙管理：维护牙弓间隙，引导恒牙正常萌出，建立中性磨牙关系。

6.3.5 MDT 团队分工

团队组建：以口腔科主导，协同耳鼻喉科、变态反应科、儿科、神经内科组成 MDT 核心团队。如腺样体/扁桃体重度肥大，优先耳鼻喉科手术，术后正畸介入。

职责分工：

- 正畸科：生长评估、功能矫治设计实施、牙列与颌骨管理；
- 儿童口腔科：龋病防控、乳牙早失管理、替牙监测；
- 口腔颌面外科：严重颌骨畸形、外伤后继发畸形的评估；
- 耳鼻喉科：腺样体 / 扁桃体评估、气道梗阻干预、睡眠呼吸监测；

- 变态反应科：变应性鼻炎治疗（如脱敏治疗、免疫治疗）、控制鼻塞、消除口呼吸诱因；
- 儿科：全身发育、骨龄、内分泌与生长状况评估、肥胖患者减重指导；
- 神经内科：心理疏导治疗，缓解不自信/内向等心理症状。

6.4 恒牙列期（12~18 岁）

6.4.1 核心目标

评估剩余生长潜力、优化咬合关系、改善面型、防控髁突吸收。

6.4.2 病史采集

家族遗传史、颞下颌关节外伤史、变应性鼻炎史、口呼吸史、既往治疗史、心理状态与容貌焦虑史、睡眠呼吸异常史。

6.4.3 临床检查

- 颜面检查：颞部发育不足、凸面型显著，下颌后缩严重。
- 口腔检查：恒牙列，前牙深覆^骀深覆盖或前牙开^骀，磨牙远中关系，可伴开唇露齿；关节可存在弹响、压痛或运动异常。
- 影像学检查：全景片/CBCT 评估牙根与髁突形态、气道狭窄度；头颅侧位片评估骨性不调、生长型；必要时通过 MRI 评估髁突吸收、关节结构^[26]。
- 生长潜力评估：通过颈椎骨龄或手腕骨片精准评估剩余生长潜力^[27]。

6.4.4 口腔科规范治疗

6.4.4.1 治疗原则

以精准评估生长潜力、正畸代偿或生长引导为核心，个体化设计方案，兼顾功能、美观与关节健康。

6.4.4.2 核心治疗手段

- 剩余生长引导：对仍有生长潜力者，继续使用功能矫治器前导下颌，促进下颌骨发育^[28-29]；
- 正畸矫治：排齐牙列，内收前牙，纠正深覆盖或开^骀，建立稳定咬合；调整面下 1/3 高度，优化侧貌；
- 髁突吸收防控：定期 CBCT 监测，避免过度矫治力，保护颞下颌关节。

6.4.5 MDT 团队分工

团队组建：以正畸科为主导，联合儿童口腔科、耳鼻喉科、口腔颌面外科、变态反应科、精神心理科组成 MDT 团队。

职责分工：

- 正畸科：全面方案设计、正畸治疗、生长发育评估、颞下颌关节监测；
- 儿童口腔科：恒牙期口腔健康维护、龋病与牙周管理；

- 口腔颌面外科：正颌手术时机评估、严重畸形方案规划、颞下颌关节序列治疗^[30-31]；
- 耳鼻喉科：气道与睡眠呼吸评估^[32]、OSA 干预^[33]；
- 变态反应科：鼻炎控制、维持鼻呼吸、减少口呼吸复发；
- 精神心理科：容貌焦虑、自卑、情绪问题评估与疏导。

6.5 成人期（>18 岁）

6.5.1 核心目标

重建咬合、改善面型、恢复气道与颌功能。

6.5.2 病史采集

既往治疗史、关节不适史、鼾症/OSA 史^[34]、变应性鼻炎史、心理与社交影响史、及其他全身疾病史。

6.5.3 临床检查

- 颜面检查：“鸟嘴样”凸面型、颞部缺失、颞肌紧张。
- 口腔检查：恒牙列稳定，磨牙远中关系，前牙深覆殆深覆盖，可伴牙列代偿；关节可存在弹响、疼痛、开口异常。
- 影像学检查：头颅侧位片确定骨性畸形程度；CBCT 评估气道、关节与颌骨形态；PSG 评估睡眠呼吸障碍；必要时 MRI 评估髁突吸收、关节结构。

6.5.4 口腔科规范治疗

6.5.4.1 治疗原则

以正畸掩饰治疗或正畸—正颌联合治疗为核心，实现功能、美观、气道、关节的综合改善^[35-36]。

6.5.4.2 核心治疗手段

- 轻度下颌后缩：正畸掩饰治疗，排齐牙列，调整牙轴，改善咬合与侧貌，控制殆平面偏斜；
- 中度下颌后缩：个体化选择掩饰或手术方案；
- 重度：ANB>10°或合并中重度阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA），正畸—正颌联合治疗，术前正畸去代偿，正颌手术前移下颌，术后正畸精细调整；颞成形改善颞部突度，优化面下 1/3 轮廓；
- 气道功能管理：扩大咽腔，改善 OSA，维持长期呼吸健康。

6.5.5 MDT 团队分工

团队组建：以正畸科与口腔颌面外科联合牵头，协同耳鼻喉科、变态反应科、精神心理科组成 MDT 核心团队。

职责分工：

- 正畸科：整体方案、术前术后正畸、咬合精细调整；
- 口腔颌面外科：正颌手术、颞成形、关节与颌骨畸形手术；

- 耳鼻喉科：OSA 诊断与综合干预、气道通畅性维护；
- 变态反应科：变应性鼻炎长期管理、维持鼻呼吸；
- 精神心理科：体像障碍、焦虑、社交心理问题干预。

7 随访管理规范

7.1 随访周期

- 婴儿期（0~1岁）：每3个月联合随访；
- 儿童及青少年期（1~18岁）：每3~6个月随访，生长高峰期加密监测；
- 成年期（>18岁）：治疗后每6~12个月随访，稳定后每年1次多学科联合评估；正颌术后患者按术后随访规范执行。

7.2 随访内容

- 口腔健康状况检查，颌面部形态与咬合关系评估，颞下颌关节功能检查；
- 上气道通畅性、阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA）控制情况；
- 心理健康状态评估（体像障碍、焦虑抑郁量表）；
- 全身发育与健康状况监测。

7.3 档案管理

- 建立标准化电子健康档案，实现数据互联互通；
- 保存完整的临床检查记录、影像学资料、治疗记录及随访数据；
- 患者资料保存期限不少于患者终身年限，至少保留至患者去世后15年，保障医疗安全与科研需求。

编制说明

本共识由中华口腔医学会口腔全科医学专业委员会联合中华口腔医学会口腔正畸专业委员会，邀请口腔颌面外科学、耳鼻咽喉科学、儿科学、内分泌学、变态反应学及精神心理学等学科专家共同制定。起草过程中参考了GB/T 1.1—2020、WS/T 391—2024等国家标准及卫生行业标准，并结合国内外最新研究成果和临床实践经验。

本共识适用于各级医疗机构开展骨性下颌后缩患者的全周期多学科联合诊疗工作，旨在规范诊疗行为、提高医疗质量、保障患者安全。本共识明确了骨性下颌后缩的全周期诊疗节点、MDT团队构建、各阶段干预策略及随访管理要求，重点区分了先天性与后天性骨性下颌后缩的诊疗路径，补充了Pruzansky-Kaban分型与轻中重分级的对应关系，兼顾了诊疗的规范性、可操作性与临床指导性。

建议各医疗机构依据本共识建立骨性下颌后缩MDT诊疗团队，制定具体实施细则，并定期开展质量评估与持续改进；同时结合本地区医疗资源及患者实际情况，进行个体化诊疗，实现骨性下颌后缩患者颜面形态、颌颌功能、呼吸功能与心理健康的协同改善。

本共识起草过程中广泛征求了国内相关领域专家的意见，经多次讨论修改后定稿，后续将根据临床实践及研究进展适时更新。

参 考 文 献

1. Chan G X L, Tan E L Y, Chew M T, et al. Prevalence of Class I, II and III skeletal relationships and its association with dental anomalies in an ethnic Chinese orthodontic population[J]. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 2021, 31:1-8. DOI:10.1177/20101058211000779.
2. Ardani I G A W, Sanjaya M L, Sjamsudin J. Cephalometric characteristic of skeletal Class II malocclusion in Javanese population at Universitas Airlangga Dental Hospital[J]. *Contemp Clin Dent*, 2018, 9(Suppl 1):S45-S49. DOI:10.4103/ccd.ccd_106_17.
3. Gershtater E, Li C, Ha P, et al. Genes and pathways associated with skeletal sagittal malocclusions: a systematic review[J]. *Int J Mol Sci*, 2021, 22(23):13037. DOI:10.3390/ijms222313037.
4. 张志愿. 口腔颌面外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2020.
5. 赵志河. 口腔正畸学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2020.
6. 陈扬熙. 口腔正畸学——基础、技术与临床[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012.
7. Wright M, Cortina-Borja M, Knowles R, et al. Global birth prevalence of Robin sequence in live-born infants: a systematic review and meta-analysis[J]. *Eur Respir Rev*, 2023, 32(170):220064. DOI:10.1183/16000617.0064-2022.
8. Chaveeva P, Agathokleous M, Nicolaidis K H. Fetal aneuploidies[M]//Coady A M, Bower S. *Twining's Textbook of Fetal Abnormalities*. 3rd ed. London:Churchill Livingstone, 2015:31-59.
9. Ding Y, Xu Y, Han S, et al. Clinical features, pathophysiological mechanisms, and multidisciplinary management strategies for rhinitis-induced adenoid facies in children and adolescents: a review[J]. *Front Allergy*, 2025, 6:1650119. DOI:10.3389/falgy.2025.1650119.
10. George A M, Felicita A S, Milling T S D, et al. Systematic review on the genetic factors associated with skeletal Class II malocclusion[J]. *Indian J Dent Res*, 2021, 32(3):399-406. DOI:10.4103/0970-9290.332241.
11. Wang J, Xu M R, Jin L, et al. Airway management and treatment of neonates with micrognathia and laryngomalacia[J]. *J Clin Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 2023, 37(8):622-625. DOI:10.13201/j.issn.1673-3819.2023.08.012.
12. Wei L S, Zhou Y M, Xu Q, et al. Significance of prenatal imaging diagnosis in surviving infants with micrognathia[J]. *Chin J Ultrasound Med*, 2023, 39(2):230-233. DOI:10.13929/j.issn.1673-4408.2023.02.015.
13. Chinese Medical Association Plastic Surgery Branch. Clinical practice guidelines for craniofacial microsomia-mandibular deformity (2025 edition)[J]. *Chin J Plast Surg*, 2025, 41(5):447-462. DOI:10.3760/cma.j.cn114453-20250115-00102.
14. Neonatology Group, Pediatrics Branch, Chinese Medical Association. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of neonatal Pierre Robin syndrome[J]. *Chin J Neonatol*, 2025, 40(12):881-887. DOI:10.3760/cma.j.cn114036-20250420-00215.
15. Alsaggaf D H, Afify A R, Zawawi K H, et al. Factors influencing the orthodontic treatment plan in Class II malocclusion[J]. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2022, 161(6):829-837. DOI:10.1016/j.ajodo.2022.02.014.
16. Liu J L, Li S H, Cai Y M, et al. Automated radiographic evaluation of adenoid hypertrophy based on VGG-Lite[J]. *J Dent Res*, 2021, 100(12):1337-1343. DOI:10.1177/00220345211012345.
17. Stefanovic N L, Uhac M, Brumini M, et al. Predictors of patient compliance during Class II malocclusion functional orthodontic treatment[J]. *Angle Orthod*, 2021, 91(4):502-508. DOI:10.2319/0889-5480-91.4.502.
18. Huo B, Che X, Li X. Timing of early correction of mandibular hypoplasia in skeletal class II malocclusion: a review[J]. *J Clin Pediatr Dent*, 2023, 47(6):11-20. DOI:10.17796/j.cpd.2023.47.6.11.
19. Li Y, Zhang T Y, Wang G M. Sequential treatment of children with OSAHS and micrognathia[J]. *J Clin Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 2021, 35(8):701-705. DOI:10.13201/j.issn.1673-3819.2021.08.015.
20. Respiratory Group, Pediatrics Branch, Chinese Medical Association; Pediatric Group, Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Branch, Chinese Medical Association. Guidelines for diagnosis and treatment of pediatric obstructive sleep apnea (2020)[J]. *Chin J Pediatr*, 2020, 58(6):481-490. DOI:10.3760/cma.j.cn112143-20200310-00185.

21. American Association of Orthodontists. Obstructive sleep apnea and oral malocclusion: a white paper[J]. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2019, 156(3):313-324. DOI:10.1016/j.ajodo.2019.05.008.
 22. Liu J Y, Xu H Y, Dai Q G, et al. Research progress on regulatory mechanisms of condylar development and deformity[J]. *J Shanghai Jiaotong Univ Med Sci*, 2024, 44(8):1123-1129. DOI:10.3969/j.issn.1674-8115.2024.08.021.
 23. Shi Y L, Shang H T, Tian L, et al. Multidisciplinary combined treatment of a patient with severe micrognathia and OSA[J]. *Chin Clin Case Results Database*, 2022, 4(1):E00545.
 24. Bastiani C, Bellini-Pereira S A, Aliaga-Del Castillo A, et al. Twin-block and mandibular anterior repositioning appliances effects in Class II malocclusion correction[J]. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2023, 163(2):181-190. DOI:10.1016/j.ajodo.2022.10.015.
 25. Yang W, Chen Y, Li J, et al. Assessment of condylar positional changes in severe skeletal class II malocclusion after surgical-orthodontic treatment[J]. *Clin Oral Investig*, 2023, 27(7):3683-3693. DOI:10.1007/s00784-023-04875-1.
 26. Zhu S S, Hu J. Comprehensive treatment of ankylosis of temporomandibular joint and secondary deformities[J]. *Chin J Oral Maxillofac Surg*, 2016, 14(3):193-197.
 27. Shoari S A, Sadrolashrafi S V, Sohrabi A, et al. Estimating mandibular growth stage based on cervical vertebral maturation in lateral cephalometric radiographs using artificial intelligence[J]. *Prog Orthod*, 2024, 25(1):28. DOI:10.1186/s40515-024-00281-x.
 28. Bidjan D, Sallmann R, Eliades T, et al. Orthopedic treatment for Class II malocclusion with functional appliances and its effect on upper airways: a systematic review with meta-analysis[J]. *J Clin Med*, 2020, 9(12):3862. DOI:10.3390/jcm9123862.
 29. Yang J, Zhou X, Chen L L. Research progress on treatment of skeletal Class II malocclusion with mandibular retrognathia[J]. *J Pract Stomatol*, 2025, 41(2):267-271. DOI:10.3969/j.issn.1006-3519.2025.02.022.
 30. Wang X, Li Z L. Research progress on regulatory mechanisms of mandibular condylar development and deformity[J]. *Int J Stomatol*, 2023, 50(3):321-328. DOI:10.3969/j.issn.1674-8115.2023.03.015.
 31. Chinese Stomatological Association. Orthodontic diagnosis and treatment specification for progressive condylar resorption (T/CHSA 018-2025)[S]. Beijing:China Standards Press, 2025.
 32. Lee Y H, Auh Q S, Chung E J. Investigation of snoring and obstructive sleep apnea using portable polysomnography in patients with temporomandibular disorder[J]. *Dent Res Oral Health*, 2022, 5(3):63-73.
 33. Attia A, Awad S S, Mansour M, et al. Effects of different treatments for obstructive sleep apnea on temporomandibular joint: a randomized clinical trial[J]. *BMC Oral Health*, 2024, 24(1):931. DOI:10.1186/s12903-024-07931-2.
 34. Wu J H, Lee K T, Kuo C Y, et al. The association between temporomandibular disorder and sleep apnea: a nationwide population-based cohort study[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(17):6239. DOI:10.3390/ijerph17176239.
 35. Ho C T, Denadai R, Lo L J, et al. Average three-dimensional skeletofacial model as a template for bone repositioning during virtual orthognathic surgery[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2024, 153(2):435-444. DOI:10.1097/PRS.0000000000009741.
 36. Apostolakis D, Michelinakis I G, Kamposiora P, et al. The current state of computer assisted orthognathic surgery: a narrative review[J]. *J Dent*, 2022, 119:104052. DOI:10.1016/j.jdent.2022.104052.
-