

口腔正畸学与审美学和心理学

主编 曹阳

执笔 曹阳 刘楚峰

广东省出版集团

花城出版社

口腔正畸学与审美学和心理学

主编 曹阳

执笔 曹阳 刘楚峰

广东省出版集團

花城出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

口腔正畸学与审美学和心理学 / 曹阳主编; 曹阳, 刘楚峰
执笔. —广州: 花城出版社, 2008. 11
ISBN 978-7-5360-5551-3

I. 口… II. 曹… III. 口腔正畸学—关系—心理美学—
研究 IV. R783.5 B83-069

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 165090 号

责任编辑: 余红梅 张 英

出版发行 花城出版社
(广州市环市东路水荫路 11 号)

经 销 全国新华书店
印 刷 广州快美印务有限公司
开 本 889×1194 (毫米) 16 开
印 张 13.75
字 数 450,000 字
版 次 2008 年 11 月第 1 版 2008 年 11 月第 1 次印刷
定 价 39.00 元

如发现印装质量问题, 请直接与印刷厂联系调换。

作者简介

曹阳:1968 年出生。1991 年毕业于四川华西医科大学口腔医学院,后从事口腔专业临床工作;1993 年起从事口腔正畸专科治疗工作;2000 年获得四川华西医科大学口腔正畸硕士学位;2003 年获得四川大学华西口腔医学院口腔正畸博士学位,导师为我国著名口腔正畸学学者陈扬熙教授。现就职于中山大学光华口腔医学院正畸科。专业特长:口腔颌面畸形的治疗。发表专业学术论文十余篇。2006 年通过严格考试成为英国爱丁堡皇家外科学院正畸专业院士。在本书中,作者担任了 35 万字的撰写工作。

刘楚峰:2003 年获得四川华西医科大学口腔正畸硕士学位后就职于广东省口腔医院正畸科,对口腔颌面畸形的治疗具有独到见解,对美学方面的研究较为深入。在本书中,作者担任了 10 万字的撰写工作及编辑审校工作。

目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 口腔正畸学模式的历史变迁	(1)
第二节 正畸治疗的美学目标	(6)
第三节 正畸学中牙列的审美	(7)
第四节 正畸学中软硬组织侧貌的审美	(11)
第五节 正畸医生常用的颜面审美方法	(15)
第二章 口腔正畸学的审美学	(22)
第一节 口腔正畸审美的含义	(22)
第二节 口腔正畸审美的特征	(28)
第三节 口腔正畸审美体系的构成元素	(34)
第四节 不同美学学派思想对医学审美的影响	(36)
第五节 医学人体美学	(44)
第六节 容貌美学	(55)
第七节 微笑牙一面构成的美学重建	(58)
第三章 口腔正畸医师的审美修养	(63)
第一节 审美修养是口腔正畸医师基础	(63)
第二节 正畸医师是审美的人	(67)
第三节 正畸医学审美与医学美感	(75)
第四节 医学审美的特点	(79)
第五节 口腔正畸和医学审美创造	(83)
第六节 医学审美创造与创造性思维	(88)
第七节 医学语言艺术	(97)
第八节 口腔正畸医师审美的专业特点	(102)
第四章 口腔正畸审美中的患者心理	(109)
第一节 容貌美与体相心理学	(109)
第二节 口腔正畸心理学的概念和对象	(114)
第三节 审美与体像心理学	(119)
第四节 口腔正畸中的审美与容貌审美心理	(121)
第五节 体像与口腔正畸医学	(126)
第六节 求美者人格特征	(131)
第七节 求美者的心理特征	(135)
第八节 人格障碍	(137)

第九节	需要与动机概述	(141)
第十节	美的欲望	(143)
第十一节	口腔正畸社会心理学	(147)
第十二节	容貌与人际交往和吸引	(150)
第十三节	口腔正畸与社会态度、偏见和从众行为	(152)
第十四节	容貌缺陷的社会心理问题	(154)
第十五节	文化与口腔正畸心理	(156)
第十六节	容貌缺陷心理学	(156)
第十七节	心理补偿	(159)
第十八节	口腔正畸异常心理障碍	(164)
第十九节	神经症概述	(167)
第二十节	体像障碍和躯体变形障碍	(170)
第二十一节	口腔正畸与心身医学	(172)
第二十二节	口腔正畸心理诊断的概念和意义	(174)
第二十三节	口腔正畸心理诊断的方法与心理测验	(176)
第二十四节	口腔正畸与心理咨询	(179)
第二十五节	容貌体像心理障碍的治疗与疏导	(185)
第二十六节	口腔正畸心理治疗的方法	(187)
第二十七节	口腔正畸心理护理	(190)
第二十八节	口腔正畸治疗失败患者的心理和护理	(193)
第五章	医患关系的审美探讨	(196)
第一节	当代医患关系	(196)
第二节	医患关系的美学关注	(201)
第三节	美学视角的医患沟通	(204)
第四节	医患沟通效果与审美评价	(210)

第一章 绪论

牙颌畸形是影响颌面部美观及功能的一种口腔疾病。据考古研究,在我国出土的 3000 年前殷墟人的头骨中,就发现有明显的错咬合畸形。错乱不齐的牙列和不协调的颅面形态,不仅影响口腔咀嚼、影响发音、易患龋齿、易罹牙周病、易致颞颌关节病,而且影响牙列、颌骨、颅骨及颜面的健康发育,进而影响容貌的美观。在我国文学中,人们用“龇唇历齿”(遮不住门牙的嘴唇,稀稀疏疏的牙齿)来形容丑人,用“龃龉”(上下牙齿不齐)比喻嫌厌不合。在艺术中,采用“龅牙”(前突的门牙)、“豁齿”(缺牙)、“獠牙”(暴露于唇外的尖牙)来描绘丑人及恶人的脸谱。这种社会审美意识的影响流传深广,也说明了牙列整齐与否在审美中的重要意义。由于牙颌畸形的形成和发生时期正值儿童心智发育阶段,因而,这种世俗的牙齿排列的美丑观,对患儿身心健康和性格的形成有着重要影响。特别是现代社会,随着物质文明和精神文明的进步,社交活动的发展,文化宣传的影响,这种口齿“第一印象”带给人的影响将越来越突出。

口腔正畸学作为专门研究牙齿、颌骨及颜面畸形的发病机理及其矫治的学科,其早期的治疗宗旨,是恢复和重建牙齿的正常排列和美观,与人体美学,特别是颜面审美密不可分。口腔正畸学之父 Angle 医生在创建这一学科的开始,就将“面部艺术”(Facial arts)作为首选教材之一。正畸学(Orthodontics)一词,最早源于希腊文“Ortho”,意为矫正,“Dontos”意为牙,加上词尾“tics”——学科,按中文意思应译为“牙齿矫正学”或“正牙学”,即矫治畸形或难看的牙列使之整齐变美的一门学科。近代,由于该学科的迅速发展,其范围不仅局限于牙齿不齐的矫正,并扩大至对牙、颌、颅、面的形态畸形以及功能异常的诊断和治疗。因此,目前国外已将该学科称为“牙齿矫正和牙颌矫形学”(Orthodontics and dentofacial orthopedics)。20 世纪 50 年代,我国学者将该学科定名为“口腔正畸学”。顾名思义,包含了该学科今日矫正牙颌畸形的领域和发展,显示了我国老一辈口腔专家们的高瞻远瞩。因此,当我们今天从口腔正畸学的角度探讨该学科的美学问题时,不仅应着眼于牙齿排列及咬合关系的审美,同时,也应包括对口颌系统及颜面软硬组织美学关系的全面认识和评价。只是从口腔正畸学科的特点出发,在审美的内容、方法和角度上有不同的侧重点而已。

第一节 口腔正畸学模式的历史变迁

口腔正畸学是属于医学的一个重要分支,故在我们讨论口腔正畸学模式的历史变迁之前,我们需要看看医学史的变迁从而更好了解口腔正畸学的变化。

医学史就是关于认识人的健康与疾病、创造生命之美的历史。这一历史的具体展开表现为医学模式的演进过程。由于人的生命现象是宇宙中最复杂的物质现象和社会现象,到今天,我们离彻底认识它还有很长的距离。所以,医学从诞生的那天起就具有了哲学认识论和方法论的性质,即医学在对人的健康与疾病的认识上,对生命价值的理解和审美上,首先涉及的是一种用什么观点和方法去认识、对待的问题。而“医学模式”在根本性质上就是哲学认识论与方法论的具体表现。因此,要理解医学、生命以及与审美的关系,首先要梳理医学模式的演进线路,这是逻辑的、历史的原则与要求。

一、医学模式的历史演进

(一)医学模式概念

医学模式是指在不同历史时期和医学科学水平下观察、研究和处理健康与疾病问题的一种思想与方法,即对人的疾病与健康以及影响健康的因素所持的基本观点。医学模式作为一种特定的观念形态概念是动态的,其产生、发展与变化对于医学发展有着决定性影响,指导着人们的医学理论和医学实践活动。它在本质上属于哲学意义上的医学认识论和方法论范畴,可以说,一部医学史就是一部医学模式更迭、演进的历史;就

是一部对“健康”标准不断重新界定的历史;就是一部医学观不断深刻、医学视野不断扩展的历史;就是一部医学价值体系不断重构的历史;就是一部不断彰显人的价值的历史。一句话,就是一部医学目的、医学本质蜕变的历史。

(二)医学模式的演进

出于集中反映医学模式演变的主干线索的考虑,删繁就简,将医学模式分为神灵主义医学模式、自然哲学医学模式、生物医学模式、生物—心理—社会医学模式。

1. 神灵主义医学模式

远古时期,由于人类文明刚刚起步,对许多问题的认识都处于模糊、直观、笼统和猜测阶段。人类对疾病的诊疗几乎无能为力,对疾病的诊治方式和手段也相当原始,认为鬼神或上帝主宰着人的健康,疾病等灾祸是天谴神罚。保护健康和治疗疾病要靠神灵或上帝的保佑。因此,最早的医学常常与巫术、神医、占卜、图腾崇拜联系在一起。生命、健康与疾病以及医学行为都充满着超自然的神秘色彩。一种医学模式的形成,不可能超越和摆脱该时代的哲学对它的指导和规定作用。远古时代,人和自然的界限还没被划分清楚,人们既从天看人,又以人看天,这便是原始的天人合一。表现为原始社会的共同体作为很小的统一的文化生命世界希望自己的社稷长存不朽,他们体会到了世界的统一性,但不知这个统一性的根在哪里,出于恐惧和想像,他们从图腾崇拜到原始神话、巫术和宗教走了一段很长的路,形成了天命的观念。这一特点,无论在中国还是西方都很突出。古希腊人求助于神来解释万物的起源,认为世界上存在着超自然的神灵支配着一切,人的健康也不例外,是来自神灵的惩罚或者是妖魔鬼怪的附体,由于当时生产力水平很低,谈不上什么科学技术、科学思维,所以人们认为健康与生命乃是神灵所赐,人若想健康长寿,只能行善积德以感动神灵。古巴比伦人认为病魔是西南风,像一头怪鹰;古代中国将神农视为尝百草的药神,而《山海经》记载了掌管医药的灵山十巫。这就是人类最早期的疾病观与健康观,即神灵主义医学模式的体现。这种唯心主义的巫医模式虽被完全否定,但其对人类自身生命本质性理解的初始观念,以及流传给后人的许多宝贵的医学知识,有巨大的影响力,且至今存在。比如,无论在世界的哪个角落,一部分人还保留着烧香拜佛、算卦占卜以求健康平安的习惯。

2. 自然哲学医学模式

人类把对自身生命的思考与寄托从神话、原始宗教转向自然整体,在公元前数百年间,在西方的古希腊,东方的中国、古埃及、古印度等地相继产生了朴素的辩证的整体医学观,这种自然哲学的医学模式是在人们对宏观宇宙、世界万物有了较粗浅的认识与理性的概括并形成了朴素的唯物自然观之后产生的。自然哲学者追索自然现象的本质、原因和变化,求其共同要素,把生命现象也作为重要的对象进行研究,所以有了朴素的辩证的整体医学观念。表现在把人的健康与疾病的认识放到自然宇宙中加以考察,通过直觉的观察和思辨性的推理,把人与自然环境看成一个整体,虽然它还没有彻底摆脱笼统、抽象的迹象,但毕竟使医学在一定程度上对生命本源的追问从唯心主义转向唯物主义。这一医学模式从时间跨度看,是从奴隶社会开始一直到中世纪以后、文艺复兴前期。如果把医学科学的真正确立放之于医学脱离原始宗教、开始建立自己的理论体系这一历史时刻,则自然哲学医学模式就是人类医学发展的初始模式,是古代经验医学发展的最基本模式。在这个期间哲学和医学交融在一起,医学家同时也是哲学家、艺术家或文学家。所以,对健康与疾病的阐述都具有朴素的自然哲学味道应该指出,当时中国传统医学走在世界最前面,不仅形成了较完备的医学哲学的理性概括,而且也是惟一流传至今并仍然具有强大生命力的传统医学,其中许多观点甚至具有了现代生物—心理—社会医学模式的思想雏形。《黄帝内经》是其代表作,它对生命现象、健康与疾病、治疗与预防、养生等医学问题都有系统详实的论述。我们的祖先已把健康与疾病和人类的生活环境联系起来观察和思考,成为医学理论体系的重要内容。再次,健康要从整体考察,强调人与宇宙的一切事物是一个有机联系的整体。“天人合一”、“人与天地相应”流传至今。最后,防重于治。“不治已病,治未病”的观点已在无数医家临床实践中成为对治疗学有指导意义的一个命题,成为祖国医学的一个颇有特色的方面。

在西方与中国的朴素“四气”、“阴阳平衡”、“五行相生相克”、“天人合一”等学说相并列的有“四元素”、

“四体液”、“灵气说”等医学观点。主要代表是并称医界的三大家:古希腊的希波克拉底(约前 460 ~ 前 377 年),古罗马的盖伦(约 129 ~ 200 年)和阿拉伯的阿维森纳(980 ~ 1037 年)。以上三者所代表的医学流派对医学各个方面的阐述,从朴素的、直观的哲学出发,看到了社会因素及精神心理因素对人类健康的影响,尽管都是零星、分散的,尚不能称之为理论,但对后来西医的发展奠定了基础。号称西医之父的希波克拉底对后世影响很大,其代表作是《希波克拉底全集》。所谓“四元素”是指当时自然哲学中流行的土、水、火、风四元素形成万物的学说,对生命现象也一样。这四种元素以不同的数量比例混合起来,分热、干、湿、冷四种基本属性相配合而成为各种性质的物体,又与体内的四种液体相对应。例如,肌肉由分量相等的四种元素混合而成,神经由火和土与双倍的水结合而成。所谓“四体液”是指对于构成人体主要成分的液体,随“四元素”的特性也分为四种,即血液、粘液、黄胆汁、黑胆汁。心脏制造的血液(火)、脑制造的粘液(水)、肝制造的黄胆汁(风)、脾制造的黑胆汁(土),由这四种体液构成了人的生命。“四元素”与“四体液”的不同配合构成人体不同气质。人的机体健康取决于四体液的平衡,平衡失调则导致疾病,治疗也首先要调整“四体液”之间的平衡。值得注意的是,这时已经形成了自发的辩证观。如果说希波克拉底时代使医学成为一种技术的话,盖伦则将医学推进到学术的层次。盖伦的著作广泛涉及医学、哲学、语言学、法律学、修辞学等,其医学代表作有《论部分的功用》、《论解剖的步骤》,他的学说在公元 2 ~ 16 世纪被奉为信条。阿维森纳处在欧洲中世纪政教合一、医学遭到毁损而阿拉伯医学一枝独秀的时代,他不仅精通医术,而且是哲学家、文学家、教育家和诗人。《医典》是其代表作,集古代世界医学之大成,是 17 世纪前欧亚地区的主要医学教科书和参考书。阿维森纳丰富了内科学的知识,重视住宅、衣服和营养卫生。

3. 生物医学模式

所谓生物医学模式,其核心观点为:每种疾病都可以并且必须在器官、细胞或生物大分子上找到可以测量的形态和化学改变;每种疾病必有一种病原;化学和物理的语言最终可以解释生物现象。由于此时期的医学建立在生物科学基础之上,这种研究医学的方法和形式就被称为“生物医学模式”。生物医学模式的思维方式可以简单地解释为:从细胞病变开始,到组织结构病变,最后导致肌体功能障碍。这一模式把人体看成是许多零件组成的复杂机器,心脏是水泵,上肢活动是杠杆运动,饮食是补充燃料,大脑如操纵盘等。疾病则是机器出现故障或失灵,因此需要修补和完善。细胞病理学家魏尔啸提出了形而上学的“一切病理是细胞的病理”的学说。这种观点与当时起主导作用的机械唯物主义思想是分不开的,所以当时盛行以机械运动来解释一切生命现象。代表这种机械论思想的著作有法国科学家笛卡儿的《动物是机器》及法国医生拉美特利《人是机器》等。这种思想与理论在历史上对各种危害人类健康的如炎症、结核病、伤寒、霍乱等疾病给予了良好的控制。“文艺复兴”作为一种文化科学革命首先开启了生产力的发展和科学技术的进步。其次,近代自然科学的实证方法和成就为生物医学的发展奠定了基础。从 15 世纪下半叶到 18 世纪上半期是自然科学发展的鼎盛时期,从哥白尼的“日心说”到开普勒的天体运行理论以及伽利略所领导的实验科学的兴起动摇了 17 世纪宗教神学的自然观。这一时期的医学在各个方面都取得了重大进展:以达·芬奇(1452 ~ 1519 年)作为创始人之一的解剖学迅速发展,生理学得益于解剖学、数学和物理学的发展而发展。最大的发现是血液循环学说,1628 年英国医生哈维(1578 ~ 1657 年)发表了《动物心血运动的解剖研究》,奠定了实验生理学的科学基础。此后,显微镜的发现极大地促进了医学科学进步。到了 19 世纪,三大最具决定意义的发现是:第一,施旺和施莱登同创的细胞学说。正像恩格斯评价的那样:由于细胞的发现,比较形态学和比较生理学的成立才有可能,并且从此以后,这两者才成为科学。第二,迈尔和赫尔姆霍茨、焦和格罗沃等共同创立的能量守恒和转换定律,大大促进了生物学和机体代谢过程的研究。第三,达尔文的《物种起源》问世。“物竞天择,适者生存”揭示了整个有机界的内在联系和生物进化的普遍性,为医学的分科细化和深化发展提供了科学理论。如病理解剖学、组织学、生物化学、细菌学、病原体学、寄生虫学、免疫学、药理学等学科相继出现。而且,麻醉剂的发现、消毒防腐的发明、血型的发现、输血的广泛运用等,都为近代医学对人体疾病的生物量化方面的分析研究、诊断治疗提供了理论基础,使从生物学角度认识健康和疾病,即全部用生物因素解释健康与疾病,把人体疾病看成生物有机体的生物学变量的异常成为可能。总之,生物医学模式在近四百年中得到了充分的证明,它以理论上的完备、逻辑上的严密否定了神学唯心论、笼统的整体论、机械唯物论

对人体健康、疾病现象的解释,为医疗实践提供了明确、具体的指导。

4. 生物—心理—社会医学模式

所谓生物—心理—社会医学模式,即从生命整体论出发,同时分析生物、心理、社会等因素对人类疾病产生和心身健康所起的综合作用,突出强调生物、心理、社会因素之间的相互联系、相互制约性,以及对健康和疾病的整体协同作用;突出强调医学不仅要关注和发展生物科学,还要关注和研究影响心身健康的心理和社会因素,甚至生态因素。这一模式的最早提出者是美国罗彻斯特大学精神病学、内科学教授恩格尔。1977年他在《科学》杂志上发表了题为《需要一种新的医学模式:对生物医学的挑战》的论文,尖锐指出,这种模式已成为一种文化上的至上命令,它的局限性易受忽视,简言之,它现在已获得教条的地位。……目前的问题是:某些人实验室检查结果是阳性,证明他们需要治疗,而事实上他们感觉很好,而感到有病的人却说自己没病。恩格尔认为,为了理解疾病的决定因素以及达到合理治疗和保健的目的,医学模式必须考虑到病人,考虑到病人在其生活中的环境以及医生的作用和社会保健制度。为此,他提出了“生物—心理—社会医学模式”。这种模式对健康的界定早在20世纪上半叶的世界卫生组织的章程序言中被定义为:健康不仅是没有疾病和虚弱现象,而且是身体上精神上和社会适应上完好状态的综合表现。

应该说,生物—心理—社会医学模式是对生物医学模式的辩证否定,是与当代“疾病谱”的变化和健康需求相适应的医学哲学认识论和方法论。众所周知,尽管生物科学已进入分子生物学水平,各种特异性的化学疗法、基因疗法以及器官和组织移植、人工器官置换和人工受孕的成功等大大促进了医学的发展,但威胁人们健康及生命的主要疾病已不再是传染病等,而是恶性肿瘤、心脑血管等慢性疾病、精神疾病及意外伤亡等。这些疾病的产生与蔓延与人们的社会环境、心理状态、生活方式和行为习惯有密切的关系,单纯用生物学观点,单纯依靠生物制剂和手术、药物等,事实已经证明是劳而无功的。

生物—心理—社会医学模式已得到国内外广泛的接受和应用。发达国家如美国和英国早在20世纪50年代就在卫生保健组织管理及临床治疗两大方面,运用该模式指导实践。他们注重从地理、自然环境、社会、职业、经济情况、文化、信仰等各方面考察从个体到群体的疾病预防和治疗,建立社区医学和家庭医学的网络体系。相比之下,我国从20世纪90年代初开始认识、讨论这一模式,并很快得到医药卫生界的重视。目前我国不仅在学术界高度关注新医学模式对我国未来卫生事业改革的宏观指导作用,而且在医疗实践中把心理、社会因素的医学理论与行为,诸如医患之间、医医之间、心理门诊、社区保健、网络咨询等一系列环节与生物技术行为相结合。但与国外相比还有待深化认识,进一步转变医疗卫生的经营观念,以满足人们对健康的需求。

二、口腔正畸学模式的历史变迁

总的来说,正畸治疗的目的是通过改善牙齿、颌骨功能及牙面美观来提高人体生命的机能。从这一点看,正畸学与某些医学科学如矫形学(orthopedics)、整形外科(plastic surgery)有着类似之处,这些学科病人的问题往往不是来源于疾病,而是由于发育的异常。由于卫生保健的范围已从单纯的解除病痛发展到追求健康模式,口腔正畸学显然已被看作是一种与身体机能及心理健康有关的卫生保健。错咬合畸形本身不是疾病,而是对人体机能及心理有着潜在性影响的残疾。更具体地说,口腔正畸的目的是在正常功能及生理适应范围内获得最完善的牙的咬合接触、可接受的牙面美观及一定的稳定性。由于牙面关系的千变万化,可供选择的的治疗方法多种多样,即使是有经验的正畸医生,要对正畸治疗作出决定也是棘手的。初学者对几种治疗计划都可成功地矫治同一错咬合感到无所适从,对不必追求单一的最好方法去处理某一特定的错咬合畸形这种观念更难以理解。存在几种同样有效的矫治方法并不意味着制定计划简单,情况恰恰相反,找出病人的问题所在是构成诊断的首要步骤。治疗计划的制定还必须包括一序列逻辑分析步骤,这样才能最大限度地有利于病人。

正畸学诊断在近几年内观念有所更新,生物—心理—社会医学模式已得到国内外正畸界广泛的接受和应用,诊断也相对偏重于咬合所致的功能及心理障碍。治疗计划的制定变化更为明显,主要表现在病人与医

生之间加强了相互间的联系。过去,医生制定出最佳方案,病人要么接受,要么放弃,病人考虑余地很少。今天医生则需要尊重病人或家长的意见,指出存在问题,介绍各种可能的治疗方法,并说明包括不作治疗在内的各种方案的优缺点。病人或家长在考虑医生建议的基础上选择自认为最合适的治疗方案。医生确定方案已转变为医生与病人共同确定方案。

当前正畸医生面临的难题是如何坚持诸如美国正牙协会道德法规所制定的义务,既要保证最高的正畸服务质量,又要尊重病人意见,定出最适合于病人的治疗计划。病人的要求与医生认为的病人所需之间会产生冲突。作为自我决定的一方,病人有权决定做什么、不做什么。最近美国牙科协会(ADA)道德法规更改为:“牙科医生最基本的职业责任是服务于公众,在临床范围内,从病人的需要与愿望出发,提供合格的、及时的、高质量的服务是本义务的重要内容。”而原有 ADA 道德法规是这样指出的:“向公众提供最高水平的服务是牙科医生不可更改的义务……。”关键在于是医生,还是病人确定是否治疗,作什么样的治疗。

这是家长制与独立意识间的一场纷争。家长制要求一个人的所为要有益于他人,而不顾及其本人是否同意。相反,独立意识要求个人对外界给予他(她)自己的行为表示认可,并且要反映其个人的自主意识。由于病人所获取的知识来自医生,那么医—患关系中的医生家长制就成为一种自然趋势。医生不向病人公开事实便是一种家长制,因为如果患者没有完全了解事实,他(她)便做出合理的选择。

今天患者的自主意识已不是停留在道义上的教条。无论是法律的需要还是哲学和伦理的基础均要求“知情同意”原则。向病人阐述矫治计划,征得病人的同意~知情同意(Informed consent)。

知情同意是以道德准则为基础的、受法律支持的社会性政策。为了使这种同意在法律上生效,必须获得具有法定年龄、精神健康的病方自愿者的同意。协议中的决定应以病人自愿为基础的。

知情同意的价值在于通过交流增强了医生与病人之间的关系。根据 Chiccone 的建议,与病人讨论的主要内容为:

1. 诊断:用病人可理解的语言介绍。
2. 综合矫治计划:介绍矫治过程及操作。
3. 介绍现有的合理的、可供选择的矫治方法,说明你是否采用。
4. 不作矫治会有什么后果。
5. 可能的风险。包括后果及二次矫治的可能性。(如果不与病人讨论这类并发症。可引起责任纠纷。美国一些州曾立法规定,以风险发生的百分比来确定是否需要与病人讨论。例如,在蒙大拿州,规定 0.5%~3% 几率的风险不宜向病人透露。)
6. 预测矫治结果。包括病人获得的利益及矫治成功的可能性。(讲现实主义,而不是理想主义)。

Chiccone 进一步指出,在履行协议条款时要注意三点:

1. 可能存在的损害越严重,就越有责任预先让病人知道,即使风险几率很小。(例如,在正颌外科手术前,应让病方知道全身麻醉可能引起死亡,即使死亡几率极小。)
2. 风险发生的几率越大,就越有责任让病人知道,即使损害很小。(例如,医生应指出,几乎对所有的病人,几乎所有的牙齿在移动时都可能出现不可预测的牙根吸收,即使吸收很微小。)
3. 当整体移动压低牙齿时,可供选择的方法越多,一旦出现损伤时,造成的影响就越大。(例如,选择对美观改善不大的手术时,术前必须与病人认真讨论。)

本章阐述的针对问题进行正畸诊断及制定矫治计划的方法易于与病人达成一致意见。注意诊断信息的获得,可采用 chiccone 模式向病人介绍。我们建议按照图 1-1 的提纲与病人讨论。

口腔正畸学最有创造性的过程莫过于制定矫治计划。如果以开放的思维、革新的观点来分析每一病人的问题,即使最有经验的医生也将面临刺激性挑战。但愿我们能从这种观念指导下所做出的成绩中得到鼓励与欣慰。

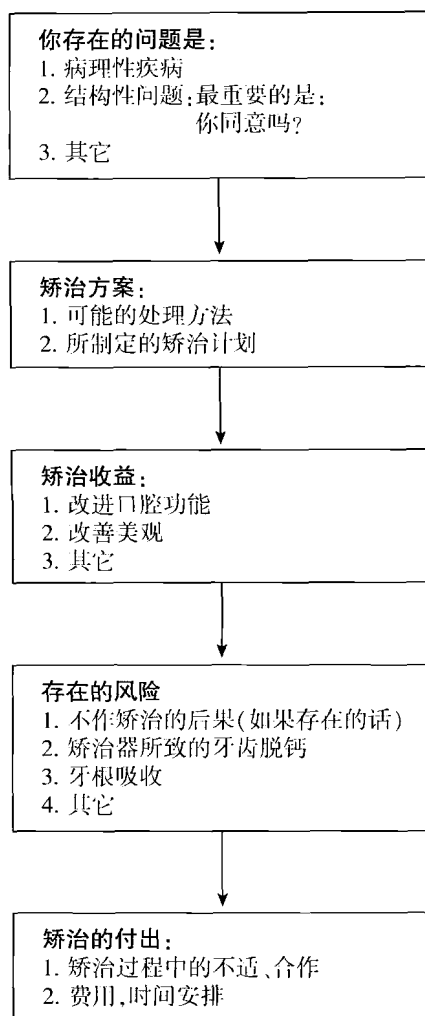


图 1-1 矫治前与患者交流流程

第二节 正畸治疗的美学目标

牙列形态和功能的恢复与重建,仍然是口腔正畸治疗的基本目标。从美学的角度审视,既包括牙齿排列的整齐、对称、和谐、协调等视觉上的审美,也包括口齿功能的健康、舒适、稳定等感觉上的美感。在正畸门诊中,患者主诉希望矫正错位的牙齿排列,恢复牙齿的功能;但更深层的希望多是出于容貌美方面的考虑。爱美是人的本能,也是患者内心深处最敏感的感受而并不是奢求。随着社会的发展和进步,人们需要广泛的交流和交往,口齿的美观和健康不仅影响语言、消化、呼吸等功能,在很大程度上也影响其社交和个体的身心成长。著名正畸学家 Tweed 在读过一位因上颌牙前突,不能自然闭唇,因而产生自卑感,羞于见人,从而被剥夺了其人生最大财富之一——个性成长的儿童的来信后写道:“这世界应该是儿童们幸福生活的地方,如果因为牙齿畸形阻碍了他们的身心健康和未来的婚姻,作为正畸医师,哪怕有一点可能性,我们也应竭尽全力来恢复其幸福。”帮助他们矫正错位的牙齿,恢复牙列的正常功能,尽可能地塑造与个体相适的口唇和谐与美感。尽管正畸医师所进行的是局部的牙颌畸形的矫正治疗技术工作,但在更深一层的责任上,是在重塑一个畸形患者的新的美好人生,是在创造美。这是正畸治疗的最高目标,是口腔正畸美学的宗旨,也是口腔正畸医师崇高的职责。

严格而言,“口腔正畸美学”的概念尚不成熟,但就口腔正畸学和美学的结合点而言,目前可将其集中于牙列及颜面的审美方面,包括对牙列、咬合,以及相关的鼻、唇、颏及面下 1/3 区审美标准的建立,以及对颜面

个性美的审美经验的学习、修养和积累。正畸学中的审美属于医学审美范畴,医学美属于理性美,它不同于感性美。感性美可随社会环境及人的主观感觉不同而发生较大改变;而医学美属于健康美,有严格的标准,是生理功能与外观结构的完善结合。对于正畸学而言,这就需要建立一个“正常”或“理想”的概念,即审美标准。包括涉及牙齿的正常牙形、牙位、牙数、牙接触、咬合曲线等的“正常咬合”审美标准,以及涉及与牙齿及牙弓形态相应的面部软组织与骨骼形态关系,包括正常骨面型、鼻唇颊关系、唇齿关系等的“正常软、硬组织颜貌”审美标准。应当强调,由于人面结构千差万别,“一个精确、严格的标准并不存在,也不可能存在。在理论上我们从未发现过正常标准,但在实际中我们常常感到需要它,并在事实上应用它”(Simon)。因为如果没有平均的、普遍的标准,我们就难以知道在哪儿或从什么地方开始或结束其治疗。这种“正常”或“理想”的审美标准一直是正畸学者追求的科学目标,也是近一个世纪以来正畸学者一直努力探索的课题和方向。当代正畸学中以各种“正常”概念建立的审美标准,都是经过多年的积累、演变和发展而建立,并且在实践中不断更新和完善的。其中,最基础的就是“正常咬合”及“正常侧貌”的概念和标准。

第三节 正畸学中牙列的审美

正常咬合是牙列审美的基础。早在19世纪初,正畸学者 Hunter 在1803年就对正常咬合作过描述。以后很多正畸学家如 Kingsily、Angle、Andrews 等均对正常咬合进行了研究并建立了一些经典的评价标准。如 Angle 早期提出的保存全副牙齿、牙弓决定基骨的理论及以上颌第一恒磨牙为“锁钥”的理想咬合标准。以及1972年 Andrews 通过对120副最佳正常咬合模型计测,提出的正常咬合六个要素等。由于正畸学者们比较注重牙及牙列关系的形态学特征,故长期以来,这些研究多以上下颌牙及牙列解剖形态及静态接触关系为出发点进行。从审美的角度上,这符合视觉优先的原则。近年来,随着研究的深入,人们对功能越来越重视。从动态的角度出发,越来越关注与口面咀嚼系统功能密切相关的牙周、颌骨、颞颌关节及肌肉的形态、大小、位置、方向以及神经支配在评估正常咬合中的意义和作用,即生理上的美感。但归纳起来,目前,在正畸学中对正常咬合的定义,简而言之,可分为三类:①理想正常咬合(Ideal normal Occlusion);②个别正常咬合(Individual normal occlusion);③功能正常咬合(Functional normal occlusion)。后两种正常咬合,在形态定义上不太规范,尚难确定评价的统一标准。而理想正常咬合,尽管在人群中比例很少,不到10%,但形态学上比较规范。而且,从“正常的形态是保障正常功能的基础”出发,也体现了其功能的最佳发挥。大自然中的最佳状态是我们模仿的范例,所以,以下所列符合医学美的有关正常咬合的概念和标准中,我们将“最佳”正常咬合作为“有章可循”的形态和审美的主要参照依据,应该是可理解和接受的。

一、正常咬合的牙弓形态

1. 上下协调

人的上下颌牙齿均生长在牙槽骨内,其牙冠连续排列成近似抛物线的弓形,称为牙弓或牙列弓。正常咬合人的上牙弓略大于下牙弓,这是由于上颌是固定的,下颌是活动的,这种差异保障了在咀嚼运动中,下牙弓易于就位在固定不动的上牙弓咬合面上,并保障了被上牙弓撑开的唇颊软组织不至在咬合运动中受损伤。同时,上下牙列弓与相应牙槽弓(基骨弓)及上下颌骨体的大小、形态及位置关系协调一致。

2. 左右对称

理想咬合的上、下牙弓左右两侧牙齿在形态、大小、位置上对称一致。当上下颌牙正常闭合接触时,中切牙间中线上下对齐、居中。

3. 形态多样

正常咬合牙弓的形态,在个体并不完全相同。可概括地分为三种基本类型:即方圆型、卵圆型和尖圆型。但通常多为此三种基本类型的混合型。临床发现,牙弓形态与各个体的牙型、面型是一致的,这在确定正畸治疗的个体美感标准时,可作为参考。

二、牙齿的大小、形态及排列

1. 大小相适

正常咬合人的牙齿大小、比例、形态没有畸形,并且与个体的口腔大小和面型相适。其中,中切牙的唇面突度与侧貌的面型突度相似,中切牙唇面的倒置形态也与相应的面型密切相关。这在正畸治疗后,一些需修复保持的牙及牙列形态审美设计中十分重要。

2. 整齐无隙

在排列上,理想、正常咬合上下牙弓中的牙齿都保持紧密的邻面接触,无牙间隙,并且在完整牙列弓中的每个牙齿都没有不适当的牙齿扭转。

3. 紧密嵌合

当上下颌牙正常闭合接触时,牙弓大小协调,上下对应牙紧密嵌合,每个牙都对咬合牙的两颗牙相接触,仅有下颌中切牙和上颌第三磨牙与对颌牙的一颗牙相接触。据 Bolton 的研究,此时其上下牙量(包括前6颗牙近远中总径及前12颗牙近远中总径)比率在正常范围内。

三、咬合关系

1. 前牙关系

正常咬合人的切牙覆咬合在牙间交错位时为:上切牙的切缘垂直覆盖下切牙唇面的切1/3;前后覆盖,最大不超过3毫米。

2. 尖牙关系

在牙间交错位时正常咬合的上尖牙近中舌面应与下尖牙的远中唇面相接触。尖牙间应有良好的覆咬合及覆盖。这是因为尖牙的形态、突度及位置直接影响到口唇的审美效果。

3. 磨牙关系

在牙间交错位时,上颌第一恒磨牙的近中颊尖咬合于下颌第一恒磨牙的近中颊沟上,且其近中舌尖咬在下颌第一恒磨牙的中央窝上。同时,更重要的是上颌第一恒磨牙远中颊尖的远中面应与下颌第二恒磨牙近中颊尖的近中面紧密接触。这一规律被 Andrews 特别强调,是判断磨牙中性关系的重要依据(图1-2)。

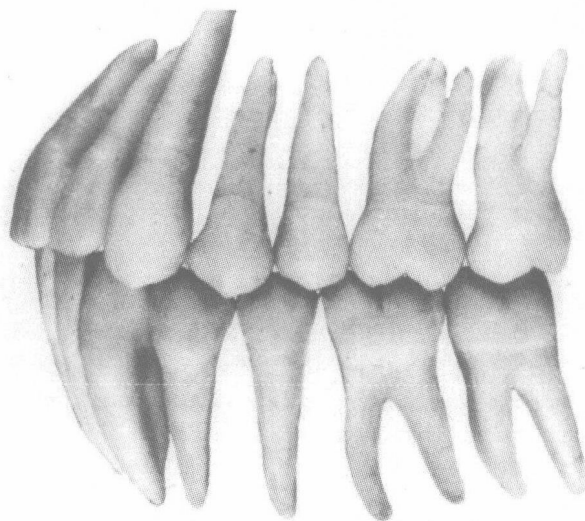


图1-2 磨牙关系

四、咬合面形态(咬合曲线)

1890年,Ven Spee 基于对人类天然牙咬合的观察发现,从下颌尖牙到最后磨牙的所有颊尖连成曲线,形成一曲度,以后以其命名为司匹氏曲线(Curve of spee)。正常咬合的牙弓咬合面,由侧方观察,呈现一自然

的纵咬合曲线,而由前方观察,呈现为横咬合曲线。上下颌咬合面弧度彼此相互吻合,以促使在咀嚼过程中两侧牙齿及前后牙齿保持咬合接触平衡。这种曲线美的形式是与下颌运动功能相适应的。

1887年, Bonwill 发现下颌与下颌牙弓形态与等边或等腰三角形相符,三角形的角居于两侧髁状突的中心及下颌中切牙近中触点上,边长约为 10.16cm(4 英寸)。即所谓的三角学说(图 1-3)。1920 年, Monson 进一步发现 Bonwill 三角是在球面的一段上,也即是说下颌牙的咬合面,紧密贴合于以眉间点(glabella)为中心,以 10.16cm 为半径的球面上(图 1-4)。事实证明,正常验人的下颌牙弓咬合面一般是符合这一测量数据与现象的,但个体差异也很大,可小于 10.16cm,也可大于此数。近年来,据 Andrews 的研究,从正畸治疗最终效果的角度,年轻的最佳正常咬合人的纵咬合曲线应平坦或仅稍有曲度,并认为较平坦的咬合平面是过度矫治的目标;而反向咬合曲线(将遗留散在间隙)是过度矫治的一种极端形式。因为在生长发育的个体中,由于下颌较上颌生长潜力大以及下磨牙的近中移动(尤其是下第三磨牙的生长)推下切牙前倾的力,使下前牙的生长将受上前牙和唇的限制,只能逐渐舌倾,从而可加深纵咬合曲线。故较平坦及稍有曲度的咬合曲线对于矫治后的稳定是有益的。

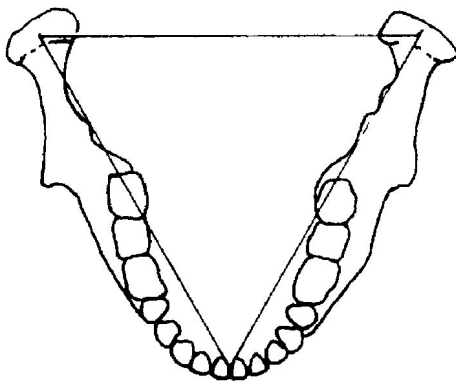


图 1-3 Bonwill 三角

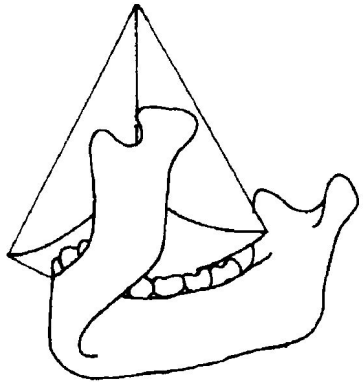


图 1-4 Monson 球面

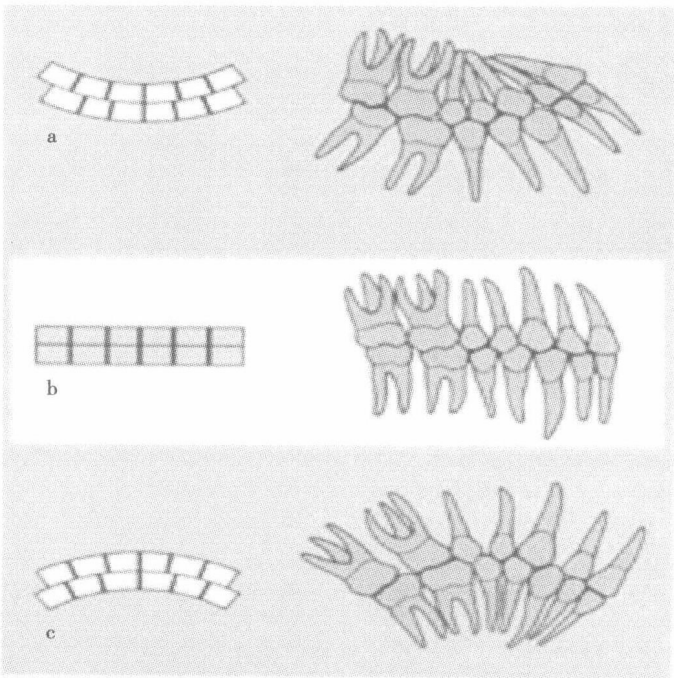


图 1-5 spee 曲线对咬合的影响

五、冠轴的倾斜

牙冠是临床中可直视的形态和临床审美的目标。据 Andrews 的研究,发现正常咬合的牙冠均具有两类重要的生理倾斜:①牙冠的近远中倾斜(牙冠角),即正常咬合所有临床牙冠长轴(不是指整个牙齿的长轴)的龈端均向远中倾斜。不同的牙齿有不同的牙冠角,不同个体同一牙位的牙齿具有一致的牙冠角。前牙牙冠角的大小决定着其占据的近远中间隙大小,并对前牙的美观和后牙咬合关系产生很大影响。(图 1-6)②牙冠的唇舌向或颊舌向倾斜(转矩)。其中包括:A. 前牙转矩:指中切牙及侧切牙临床牙冠均呈一定程度的唇向倾斜(冠的唇向转矩),正常切牙冠的唇向倾斜有助于防止前牙过萌及获得正确的覆咬合和后牙咬合关系。如果切牙过度垂直,达不到功能协调,可造成前牙过萌。如果上切牙冠唇向转矩不足,上下牙冠就会前移。如果切牙随上前牙冠唇向倾斜,即转矩(正值)加大,切牙接触点将逐渐向远中移动。B. 上下牙转矩:从上尖牙至上颌第二双尖牙至磨牙的牙冠均呈舌向倾斜,即牙冠呈舌向转矩。其中第一、二恒磨牙转矩值略增大。C. 下后牙转矩:正常咬合人的下后牙也均为牙冠呈舌向倾斜,并且从下尖牙到磨牙冠的舌向转矩从前至后依次增大(图 1-7)。

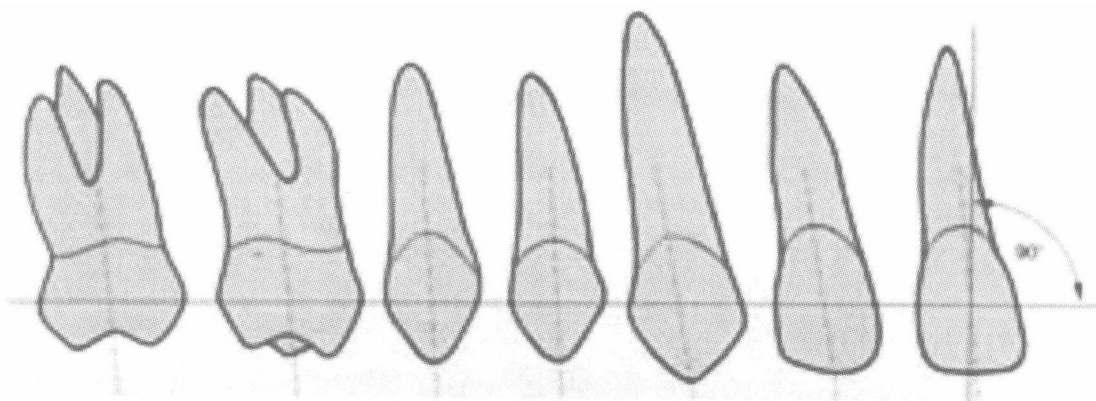


图 1-6 牙冠角

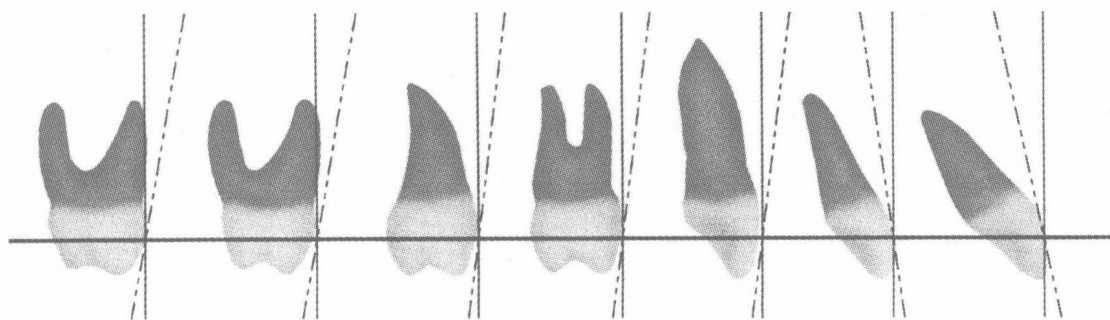
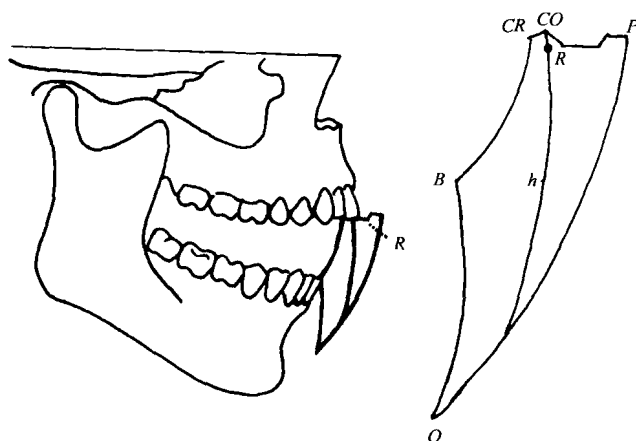


图 1-7 转矩

六、功能咬合关系

根据现代口腔医学对咬合的认识,从功能和动态审美的角度,理想正常咬合不仅表现出有良好的牙形结构和静态咬合接触关系,而且应具有正常的下颌运动位(静态关系)及下颌运动径(动态关系)(图 1-8)。这是与其解剖和功能基础结构的健康和正常,即与下颌骨及颞下颌关节结构正常和周围肌肉的健康协调分不开的。临床上,理想正常咬合的正常功能咬合关系表现为:①下颌姿势位(息止咬合位)稳定、息止咬合间隙呈前大后小、尖向后的三角形,尖牙间间隙约为 2~3mm;②牙尖交错位(ICP)与下颌后退接触位(RCP)一致或接近(长正中在 0.5~1mm 内);③牙尖交错位(ICP)与肌接触位(MCP)一致,且不偏离中线;④下颌张闭

口运动正常,无偏摆、偏斜,最大张口时,切牙间距约为本人三横指;⑤下颌前伸运动时,中线两侧接触点对称、后牙无咬合干扰。侧向运动时,非工作侧无咬合干扰。



R 下颌姿势位;CR 正中关系位;CO 近中咬合位;P 最大前伸位;O 最大开口位

图 1-8 下颌运动径

第四节 正畸学中软硬组织侧貌的审美

以牙为中心的“正常咬合”概念是正畸学审美的基础,但现代正畸学不仅关注牙及牙槽弓的矫正,而且越来越认识到基础骨结构(颅骨及颌骨)及表面结构(软组织)对正畸诊断、治疗及预后,特别是对颜面最终美学效果的影响和重要作用。尽管,在正畸临床中,病人较少关心骨改变或X线照片上显示的牙角度,患者关心的是能否获得一排列整齐的牙列、改善的唇形、唇齿的和谐和鼻唇颏的匀称协调,即关心颜面整体容貌的改善。但是,正畸医师更关心的是对上述形貌的评价有一可供参考的审美标准和依据。由于正畸力的作用主要表现为面下1/3的改变,并且许多牙一面畸形以及治疗改变在空间表现上,侧面变化更明显,因此多数正畸临床家都把研究重点集中于鼻、唇、颏三部分及侧面分析上。鉴于时代及技术发展的局限,早期的正畸学者们对颜面软、硬组织的估计尚无定量和可利用的方法,因而仅仅是依靠艺术家们创造的一些艺术雕像的面形及培养个人观察力来确定颜面的审美。例如著名正畸学之父 Angle 提供的颜面审美标准为希腊阿波罗神塑像的颜面(图 1-9)。同时,Angle 将取自 Broomell 的一个 Old Glory 头颅标本上的牙咬合来作为理想的正常咬合标准(图 1-10),认为将牙齿全部安放进“正常咬合”中就能产生理想的美学效果。现在看来,这些都很粗浅、不完善并带有很大的主观性和局限性。例如,人们不久就注意到了已保留全部牙齿排齐的“正常咬合”病人面形并不美丽。此外,一位正畸学者 wilson 通过他的分析证明,希腊雕像的人面都表现出面下1/3后缩、侧面鼻额呈一条直线、绝对对称、颏唇沟深等诸多问题,因而认为用此衡量颜面美是谬误的。与 Angle 同时代的正畸学家 Case 也很注意颜面审美。他采用了石膏面模法显示错咬合的形貌及正畸后的颜面改善效果。在治疗双颌前突的病例中,他提议拔牙,在这点上他不同于 Angle。他认为 Angle 所得到的是损害了侧面以保存所有牙齿的正常咬合。Case 也提出了侧面观察训练,尽管在当时他也推崇古希腊雕像的面像为理想面。但这一切说明,早期的这些正畸学先辈们已意识到了软硬组织面形审美的重要性。

人的认识进步是与科学技术的进步分不开的,量化地客观评价颜面软硬组织结构,并建立人面正常及最佳结构的数学及量化审美评价标准,得益于 20 世纪初期流行的人类学活体计测技术,以及稍后发现的照相技术及X线头影测量技术。1927 年 Hleman 开始将人类学有关的活体计测方法应用于正畸学中颜面变化的测量以取代笨拙的石膏面模法,并为建立面高、宽、深度的正常观察标准,做了开创性的工作。以后,随着照相技术的出现,一些正畸学者开始用侧面照片上的一些点、线来评估侧面形态特征。Reyfus(1933)引出了一条从侧面照片软组织鼻根点(n)垂直于法兰克福(Frankfort)平面的垂线 Pn,并用此评价侧面的改变。Simon(1926)年提出了用互相垂直的三平面:面横平面、正中矢状平面、咬合平面(图 1-11)。