

· 临床决策 ·

基于审美分析的口腔美容修复分类诊疗方案（一）： 基本概念、决策树及临床路径

于海洋 赵俊颐 孙蔓琳

口腔疾病防治全国重点实验室 国家口腔医学中心 国家口腔疾病临床医学研究中心
四川大学华西口腔医院修复Ⅱ科，成都 610041

[摘要] 当前美容修复临床方案多基于欧美国家提出的口腔美感指标（简称欧美审美）制定，但机械地照搬欧美口腔美容修复方案，忽视了其与中国人口腔美感指标（简称中式审美）的差别，是无法有效支撑国人个性化口腔美容修复诊疗的。另外，近年发展迅猛的美容修复新技术、新方案层出不穷，但不少热门概念的内涵混淆不清，也缺乏应有的分级诊疗规范，急需讨论明晰。本文从服务好口腔美容修复临床运用出发，探讨了中译词“美学”的不足与误用，美学与美容的区别与联系，美容修复与固定修复的相关关系，还讨论了前牙区、美学区与暴露区的差别、口腔审美分析的诊疗价值，以及脱敏、暗示等疗法在口腔疑难美容修复病例中的运用方法。进一步介绍了审美分析引导的暴露区牙位修复重建的决策树及临床路径，并案例分析介绍了审美分析评估临床流程、口腔美容修复临床三分类及相应的临床分类诊疗要点。

[关键词] 口腔美容修复； 审美分析； 分类诊疗临床路径； 决策树； 脱敏疗法； 暗示疗法

[中图分类号] R783 **[文献标志码]** A **[doi]** 10.7518/hxkq.2024.2023212



本文链接 开放科学标识码

Classified diagnosis and treatment scheme of oral cosmetic restoration based on aesthetic analysis (part I): basic concept, decision tree and clinical pathway

Yu Haiyang, Zhao Junyi, Sun Manlin

State Key Laboratory of Oral Diseases & National Center for Stomatology & National Clinical Research Center for Oral Diseases & Dept. of Prosthodontics II, West China Hospital of Stomatology, Sichuan University, Chengdu 610041, China

Supported by: Science and Technology Project (Clinical Research) of Health Commission of Sichuan Province (230LC-YJ017)

Correspondence: Yu Haiyang, E-mail: yhyang6812@scu.edu.cn

[Abstract] At present, the commonly used clinical protocols of oral cosmetic restoration are mostly based on the aesthetic indicators proposed by Western developed countries (referred to as Western aesthetics). Mechanically copying the Western aesthetic scheme, ignoring the difference between it and the Chinese oral aesthetic indicators (referred to as Chinese aesthetics), is unable to effectively support personalized cosmetic restoration diagnosis and treatment. In addition, new technologies and new solutions for cosmetic restoration, which are developing rapidly in recent years, are emerging one after another, but many popular concepts are confusing and lack of proper hierarchical diagnosis and treatment norms, and there is indeed an urgent need for discussion and clarity. From the perspective of serving clinical

application, this paper discusses the deficiencies of the Chinese translation of the word “aesthetics”, the difference and connection between aesthetics and cosmetology, and the relationship between cosmetic restoration and fixed restoration. It also discusses the difference be-

[收稿日期] 2023-07-08; **[修回日期]** 2023-09-20

[基金项目] 四川省卫生健康委员会科技项目（临床研究专项）（230-LCYJ017）

[作者简介] 于海洋，教授，博士，E-mail: yhyang6812@scu.edu.cn

[通信作者] 于海洋，教授，博士，E-mail: yhyang6812@scu.edu.cn

tween anterior teeth, esthetic zone and exposed zone, the diagnostic and therapeutic value of oral aesthetic analysis, as well as the application methods of desensitization, suggestion, and other therapies in difficult oral cosmetic restoration cases. We further introduce the decision tree and the clinical pathway for restoration and reconstruction of teeth in exposed zone guided by aesthetic analysis, and introduce the clinical process of aesthetic analysis and evaluation, the clinical triclassification of oral cosmetic restoration, and the corresponding clinical classification diagnosis and treatment points.

[Key words] oral cosmetic restoration; aesthetic analysis; the clinical pathway of classified diagnosis and treatment; decision tree; desensitization therapy; suggestion therapy

我国现代口腔医学是西学东渐启动的^[1]。一百多年来,各亚专业的设立也大多源自欧美发达国家的学科体系,新中国成立后在口腔前辈先贤们的创新突破下,逐渐形成了中国特色的口腔医学学科体系^[2],对我国百姓的口腔健康做出了突出的贡献。在口腔美容临床诊疗中,患者因“丑”而来,因此口腔美容修复多是针对“丑”进行改善,常见的分析诊疗过程的实质内涵更像是口腔美容主诊医生对患者的“审丑”。而从预后来看,医生也很难兑现所谓的全部美感指标而登上美学的峰顶,常存在或多或少的遗憾。另一方面,医者及患者之间对“美”和“丑”的感知可能各有不同,有时甚至完全相反,而各方心理满足的预期不同将对疗效评价等产生显著的影响,但目前这些认知差异及影响长期未得到足够重视。

口腔美容修复的临床方案大多基于欧美发达国家制定的美感指标体系。虽然欧美各国也存在不同,但我国与欧美审美存在的固有差异更大^[2]。同样,我国患者对美容修复的要求也可能各有不同,但临床上尚没有区分明确的分级诊疗规范,也缺乏个性化的口腔美容修复诊治方案。抛开简单机械地执行欧美审美下的“形”“色”美感指标,进一步通过审美分析来更准确地明晰患者满意的目标牙“形”“色”内涵,有助于口腔美容主诊医师做好美容修复。而如何通过明晰美学的相关概念内涵,并以审美分析作为口腔美容修复临床分析设计的关键步骤,来指导我国的美容修复临床技术流程,就是本文讨论的主旨重点。

1 “Aesthetica”的中译词“美学”的由来

1735年德国哲学家鲍姆嘉通首先在《关于诗的哲学默想录》一文中提出“Aesthetica”(希腊文 Aisthētikē,拉丁文 Aesthetica,后期1798年学者们用 Aesthetics 或 Esthetics)这一概念,并用来命名他的专著(1750年出版)。这是人类第一本聚焦人

感性认识的专著,也是历史上第一部美学专著。因此,他也被国际学术界公认为“美学之父”^[3]。他把美学规定为研究人感性认识的学科,并认为美学对象就是感性认识的完善。“Aesthetics”的原意是“感性学”,后被日本学者中江肇民用汉语“美学”一词翻译,传入中国后王国维使“美学”成为定译^[4],现已发展为哲学的二级学科。

但感性学的对象或结果并不都是美的,还包括丑、不美不丑等,而五官的感知也迥然不同。历史上也先后有1866年罗存德《英华字典》里的“佳美之理”与“审美之理”、1870年小幡甚三郎的“审美学”、1873年花之安的“如何入妙之法”、1875年谭达轩“审辨美恶之法”、1881年井上哲次郎“美妙学”等众多の中译词^[4]。中译过程历经34年,最终王国维先生定译“美学”。“美学”一词有哲学探究终极美之高度。

由于口腔颌面位置的特殊性,几乎所有口腔临床分支学科都与患者的容貌密切相关。口腔美容修复门诊上,患者都是因为“丑”而来寻求诊疗,“丑”才是我们专业诊疗关注的重点(其实哲学里也有丑与丑学的研究,以后我们再专题探讨这个术语),尤其是临床分析设计阶段更像是口腔美容主诊医生开展的“审丑”过程。另外,从某一位患者的预后上看,常只是被减弱“丑”的程度,并非实现了美学理论和美感指标意义上高拔的“美”。而“丑”或“美”在医-患-技间及患者之间有或大或小的区别。因此,美容主诊医生和技师都不宜机械地执行共识性美感指标。

而上面所谓的美感指标是指医生与技师视角下的医界共识性美学指标,主要包括目标牙与周围软硬组织、器官等和谐匹配的目标牙“形”“色”指标。部分患者的视角可能不是医界共识性美学指标,而是群体或个体审美控制下的并不一样的患者美感指标。此外,整体上看医者的胜任力尚需提高,同时大部分患者并无过高的专业需求,使得日常临床中医生常常是把“大丑”变成

了患者可接受的“小丑”，或者是患者感知到的“美”。有些时候患者满意的效果也并非是我们医生共识性指标中的“美”，反而有可能是某种程度上的“丑”。如喜爱牙缝和好莱坞白（死白、石灰白）的病例。这种“丑就是美”、“美就是丑”的美容临床实践，充分体现了美与丑的二元对立统一。

而面对复杂的临床诊疗，医生很难让每一位患者都达到美学指标意义上的极致美。而大量的没有达到美学顶点的实战，就是聚焦丑的临床实战。有了这个新的认识，将有助于医生更加冷静地检视自己的胜任力，更加切实地与患者交流如何更简单微创地提升自己美容效果，也更容易聚焦患者的“丑”及其未来到患者满意的“美”可提升程度的交流，医者才能做好美学指标如何正确运用的问题，也才能更加关注群体审美或个体审美分析后各种诊疗工作指标调整，脱离机械美学指标的束缚，做好个性化美容临床服务。

因此，面对当前患者复杂的口腔美感、警觉而多变的患者求美心理需求，笔者认为更接近原义“感性学”的中译其实对口腔临床更有帮助，也更切题。而花之安的“如何入妙之法”中译词，相对来说更契合美容主诊医生“审丑”的工作重点，也更有利于医生在美与丑的临床博弈中，聚焦“丑”的准确预期——哪些“形”“色”指标能改、哪些只能改善、哪些只有保留，也利于获得患者的知情同意及提升其医从性。

随着心理学的发展与完善，19世纪人们开始用心理学的观点和方法来解释与研究美的本质。按人的不同心理需求层次^[9]，将美分成以下三个层次：第一层次为满足基本生理需求的美；第二层次为满足社会和情感需求的美；第三层次为满足人对真理的追求，对自我的实现，即理性的美。而相应口腔医学美学的审美层次，从广义也可归纳为以下三个层次：第一层次功能美是最基本的层次，以解除痛苦、恢复功能为主要目的；第二层次为更深一步对形式美的追求，求医的目的以改善颜齿美观为主；第三层次为理性美，审美理性判断是产生高层次、高境界美感的基础，它与审美者的想象力、理解力、逻辑思维能力有很大关系。在第三层次中又有以下两方面表现：一是患者对颜齿美的追求，是“至美至乐”的求美心理需求和最终的心理满足；二是医者在口腔医学临床研究和实践中，运用美学原理进行科学再创造。

1932年朱光潜在《谈美》中提到拥有不同心境的人看见一棵古松的知觉大相径庭，体现对待同一事物，人们可能分别秉承着实用主义（木商）、科学主义（植物学家）和美感主义（艺术家）^[6]。利用朱先生对“美”的解释来看待当前临床上的美容修复就会发现：实用主义是通过原始积累的经验去判断物质的实用价值，以及其规避风险的效用，对应的是临床服务；科学主义是以科学界探索形成的理论为客观依据，讲求物质的标准化，对应的是研究探问；美感主义则是以个人的情感和心境为依据，关注个人和物质的本身，对应的是患者个性化的求美心理与最终的心理满足。当前，临床上的实用主义和科学主义往往是临床经验性的，客观上的同一性和标准化脱离个人情感和物质本身。映射在口腔美容修复临床过程中，实用主义即用同一性好的共识性仿真仿生指标恢复患者的基本口颌功能，但标准化的科学主义仅能满足美感要求低的患者。而医疗过程本该更多地考虑到患者的就医体验，也就是关注患者这一独立个体的需求，因此就诊时对患者进行心理分析非常重要。对于口腔美容修复，医者不只是为了实现实用主义和科学主义要求的对疾病的临床服务和研究探问，更重要的是实现有美容需求患者的心理满足。

综上所述，笔者将口腔审美分成了三个层次（图1）：第一级为仿生仿真，对应的是功能美、形式美层次以及科学主义、实用主义；第二级为常规群体审美，对应的是理性美层次和群体美感主义；第三级为个性审美，对应的是理性美层次和个体美感主义。

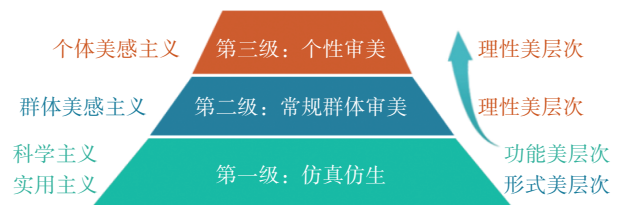


图1 口腔审美的三个层次

Fig 1 Three levels of oral aesthetics

2 “美学”与“美容”的区别与联系

在英文术语中，最早表示“美容”内涵的英文词是“Cosmetics”，源于古希腊的“Kosmetikos”。意为“装饰”“梳妆”之意，后来融入化妆、保养及瑕疵矫正之意，在医学被汉译为“美容”

或“整容”“整形”等^[7]。可以看出与上述“Aesthetics”研究人感性认识规律，并认为美学对象就是感性认识的完善意义是有明显区别的（表1）。

表 1 美学与美容的区别

Tab 1 The difference between aesthetics and cosmetics

项目	美学	美容
定义	研究美的本质及价值的哲学学科，关注抽象的、普遍的美	通过各种手段改善人的外貌，使其看起来更美丽、更有吸引力
范围	广泛，自然美、艺术美等	较窄，人的外貌美
研究方法	理论分析和哲学思考	临床操作和技术应用
目的	理解和解释美	创造和实现美

美学是对美的研究和理解的学科，探讨和探索什么是美、美的本质以及美的价值。美学涉及到艺术、文学、音乐、建筑等领域，关注的是审美经验、审美标准及审美价值观，通过研究和思考来探究美的理论和原则。而美容指的是通过某种方式或方法来改善、增强或改变外貌的过程。美容的目的是让人看起来更加漂亮、吸引人或年轻。美容通常是个人为了自身的外貌而进行的行为，是为了达到个人对自身外貌美感的追求。尽管美学和美容都与“美”有关，但它们是不同的概念。美学更关注于对美的理论和原则的研究，聚焦理解和解释美，更广泛；而美容更关注于个人外貌（颜齿）美的追求和实践，聚焦创造和实现美，更具体更直接。

医学美学是一门运用美学原理来研究和探讨医学领域中的美及审美的一般规律的学科，即一门维护和塑造人体美的科学^[8]。医学美容学是一门以人体形式美理论为指导，采用手术或非手术的医学手段，来直接维护、修复和再塑人体美，以增进人的生命活力美感和提高生命质量为目的的新兴医学交叉学科^[9]。医学美学主要属于科学主义的范畴，而医学美容学主要属于实用主义的范畴。属于科学主义范畴的医学美学，其任务在于揭示一般医学审美规律，丰富医学知识宝库，为医学美容学及其他学科提供理论服务。属于实用主义范畴的医学美容学，则偏重于技巧、经验、艺术，是实现医学审美效果的基础。

尽管有不同的说法，大多数学者认为美学（美容）牙科起源于1928年美国牙医查尔斯·平卡斯创立的“好莱坞牙医学”，他根据剧情角色需要通过可拆卸贴面为电影明星改变牙齿的形态、颜色和排列^[10]。英文术语有两种：“Cosmetic Dentistry”和“Aesthetic Dentistry”。前者可中译为“美

容牙科”，后者则为“美学牙科”。“美容牙科”目的可理解为美化牙齿，让人的牙齿白而整齐，醒目而美丽，即使可能脱离自然。而“美学牙科”追求的则是探讨牙齿自然美观的一般规律，注重生物功能的健康与牙齿美学的协调^[11]。有些患者就诊不只是寻求对疾病在共识性解剖生理指标基础上的治疗，还追求对自身不属于疾病范畴主观感知缺陷的改善，甚至是要求对于无明显缺陷但有个性化审美追求的实现。对于这些在解剖生理共识性标准——“仿生仿真”之外的审美追求，用“美容”来形容逻辑上更为通洽，而有共识性指标的治疗更多的是常规固定修复，而非复杂的美容修复。

3 固定修复和美容修复的相关关系

对于日常修复临床工作来说，每种治疗都应该有共识性美学指标的内容^[12]，唯一的区别是纳入和落实的程度不同，通常认为固定修复效果最优，可摘修复效果稍差，而美容修复则是最大程度上地侧重于患者满意的“美感指标”的修复重建。

其实，所有的修复治疗都必须满足“仿真仿生”的基本要求，而各种基于天然牙解剖生理学的共识性美感指标是修复治疗的标配^[13]，并不是美容修复独有的，美学区是有常规固定修复的。美容修复常由固定修复的方式实现，固定修复又有良好的美学重建效能，两者的主要区别见表2^[14]。

表 2 美容修复与固定修复的区别

Tab 2 The difference between cosmetic restoration and fixed restoration

项目	美容修复	固定修复
治疗区域	主要为前牙区、美学区或口腔暴露区牙位	全口任一牙位
修复方式	固定、种植、可摘、全口等	固定修复（包括种植）
审美分析	应有	可无

美容修复的治疗区域主要为前牙区、美学区或口腔暴露区牙位，三者之间的区别与联系见下。

1) 国外英文术语里，美学区^[15]的定义指大笑时可见的区域，包括牙齿、牙龈和嘴唇，而从瓷贴面的术语定义可见主要是指前牙区^[16]，二者并不完全一致；而实际上美容治疗涉及的区域可能大于前牙区，也可能只是前牙区的一部分，甚至个别患者是没有牙暴露的。因此暴露区^[17-18]（任意

功能活动中口内肉眼可见的牙、牙龈的最大范围, 以及对应的软硬组织支撑下的唇齿几何空间位置关系) 的提法更准确; 而国外英文概念里特指的“大笑”, 可能次次不同、人人不同, 暴露的区域也不唯一, 牙暴露的范围可以从零到全部牙列。

2) 暴露区的提法是中性的, 可以有牙, 也可以无牙, 这个区域的治疗可以是美容修复, 也可以是其他修复方式; 美学区则意味着这个区域做的修复重建字面上都是美容修复。

3) 国外英文术语中没有暴露区的定义, 但暴露区的提法更准确、全面。

固定修复的牙位可能是全口任一牙位, 类似最大范围的广义暴露区牙位。因此, 通常来讲固定修复是一个相对较大的交叉概念, 美容固定修复只是其最热门的分支内容。

另外, 美容修复的方式包括但不限于固定修复, 还包括种植固定修复^[14]、可摘修复、微整形, 甚至包括没有戴入任何修复体但能让患者求美心理满足的心理治疗等。如: 经过目标修复牙、义齿部件如美观卡环的“形”“色”设计比选, 缺失牙的诊断蜡型试戴比选面部丰满度、牙排列等的可摘局部义齿修复, 而部分进行美学分析设计的全口修复也属于美容修复替代方案。另外, 从修复方式看, 美容修复方案包罗全部, 技术手段方式比固定修复更丰富。美容修复的特殊之处在于审美分析后确认的“形”“色”指标的全程统筹与落实。

综上所述, 美容修复中的固定修复与暴露区固定修复的修复方式基本一致, 正式美容修复体与常规固定修复体并无本质的不同, 关键在是否进行审美分析设计后对“形”“色”指标的调整与落实。而实际诊疗中是否包含审美分析是关键, 具体体现为审美分析是否贯彻于修复设计与临床决策和实施路径中。即便是在暴露区进行修复治疗, 若只是对目标牙进行共识性“形”“色”指标^[19]的“仿生仿真”修复重建, 不通过审美分析

进行对应性调整^[20], 即使位于所谓的前牙区或美学区, 仍属于常规的修复内容。因此, “美学区是有常规固定修复的, 不一定是美容修复”等这类表述是正确的。

综上, 根据口腔审美的三分级和美容修复诊疗的特点, 可将暴露区的修复治疗或美容修复治疗分为三类(图2): 第一级仿生仿真对应常规修复; 第二级常规群体审美对应常规美容修复; 第三级个体的个性审美对应疑难美容修复。

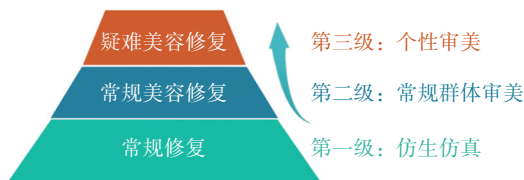


图 2 口腔暴露区修复的临床三分类

Fig 2 Clinical triclassification of oral restoration in exposed zone

笔者认为在口腔美容修复患者初次就诊时, 应关注患者个体的求美心理需求, 认真评估患者的审美倾向并进行分类分级, 再进行分类分级诊疗, 这也是暴露区美容修复治疗与常规固定修复的最大差别。其中应注意: 1) 第一级的常规修复技术的胜任力是美容修复诊疗的基石, 而第二、三级的诊疗是以此为基础的延展; 2) 针对第二、三级的诊疗需要进行患者的求美需求心理分析、审美特征分析, 医生要能辨别患者的求美心理特征、需求是否在正常范围, 是群体审美倾向还是个体审美倾向, 目标牙的“形-色-心”三要素指标要明确唯一, 关键的美感指标不能处于动荡不定状态, 指标稳定唯一后才能进行后续的不可逆临床操作。而常规的心理分析和治疗的手段, 如脱敏、暗示等疗法, 适合第二级和第三级这两类患者, 值得关注运用。

下图(图3~5)列举了口腔暴露区修复临床三分类可能使用的临床操作技术。

审美分析引导的暴露区牙位修复重建的决策树^[11,21]见图6, 具体介绍如下。

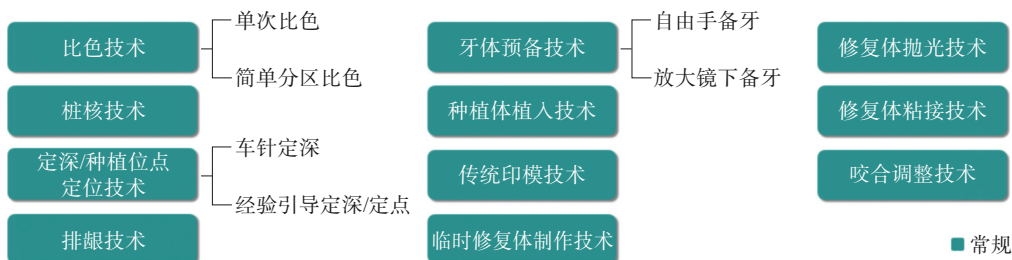
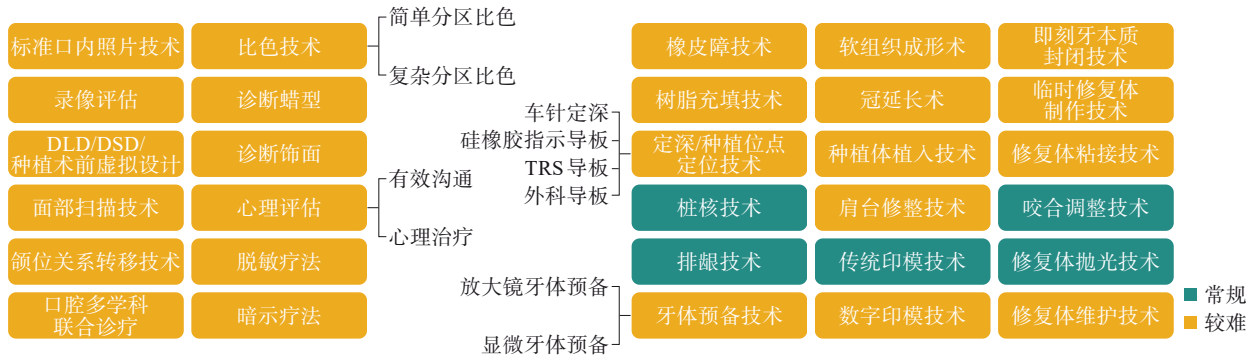


图 3 常规口腔修复所需基本技术

Fig 3 Basic techniques required for general oral restoration



DLD: 数字线面几何空间位置设计; DSD: 数字微笑设计。

图 4 常规口腔美容修复所需基本技术

Fig 4 Basic techniques required for general oral cosmetic restoration



DLD: 数字线面几何空间位置设计; DSD: 数字微笑设计。

图 5 疑难口腔美容修复所需基本技术

Fig 5 Basic techniques required for difficult oral cosmetic restoration

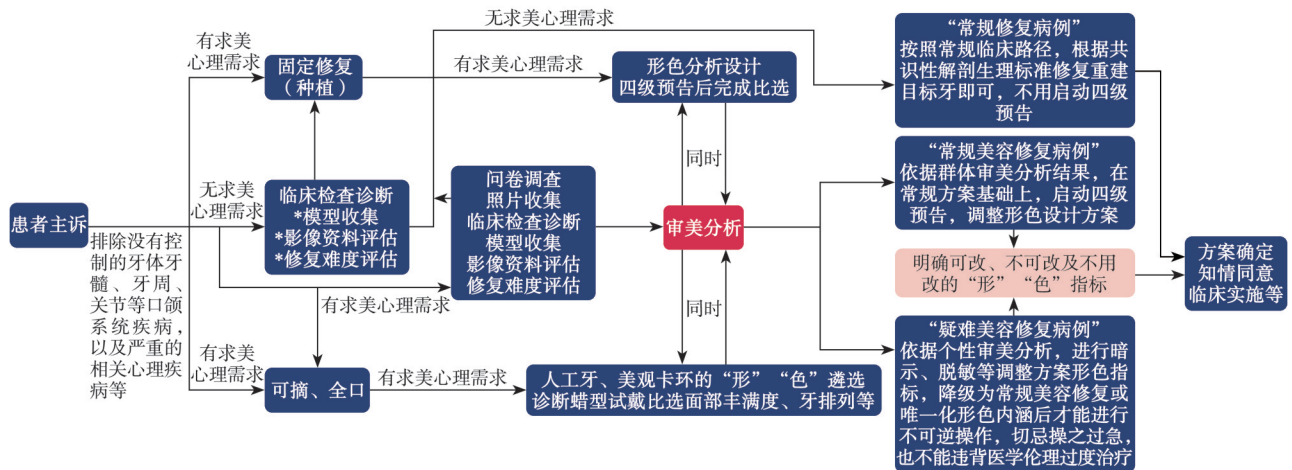


图 6 审美分析引导的暴露区牙位修复重建的决策树

Fig 6 The decision tree for restoration and reconstruction of teeth in exposed zone guided by aesthetic analysis

当患者就诊，没有求美需求，直接进入第一层路径，常规修复路径，根据共识性解剖生理标准尽最大可能修复重建目标牙即可，不启动四级预告^[22]。当患者针对自身的“丑”有求美需求时，需要通过更全面细致的修复前资料收集进行评估筛查，此时可能也会有部分患者被确认为常规修

复，直接转入上一层路径即可。明确了有求美需求的患者，还需进一步做审美分析，无论是常规还是疑难口腔美容修复均需与患者交流明确哪些“形”“色”的丑能够改正或改善、哪些丑无法改善或不用改，并获得患者的知情同意才能进行后续口腔诊疗。而对于疑难美容修复患者来说，

还需要通过相应的心理治疗获得患者稳定的形色指标,才能进一步诊疗。如图6所示,固定修复与可摘、全口分析设计的具体要素不同,但核心均为目标牙的“形”“色”要素内涵的比选确认,口腔美容修复的真正独到之处正是在于贯彻整个修

复过程中的审美分析与对应“形”“色”要素指标的确认及最终的实现。

审美分析引导的暴露区牙位修复重建的临床路径^[11,19]见图7,具体介绍如下。

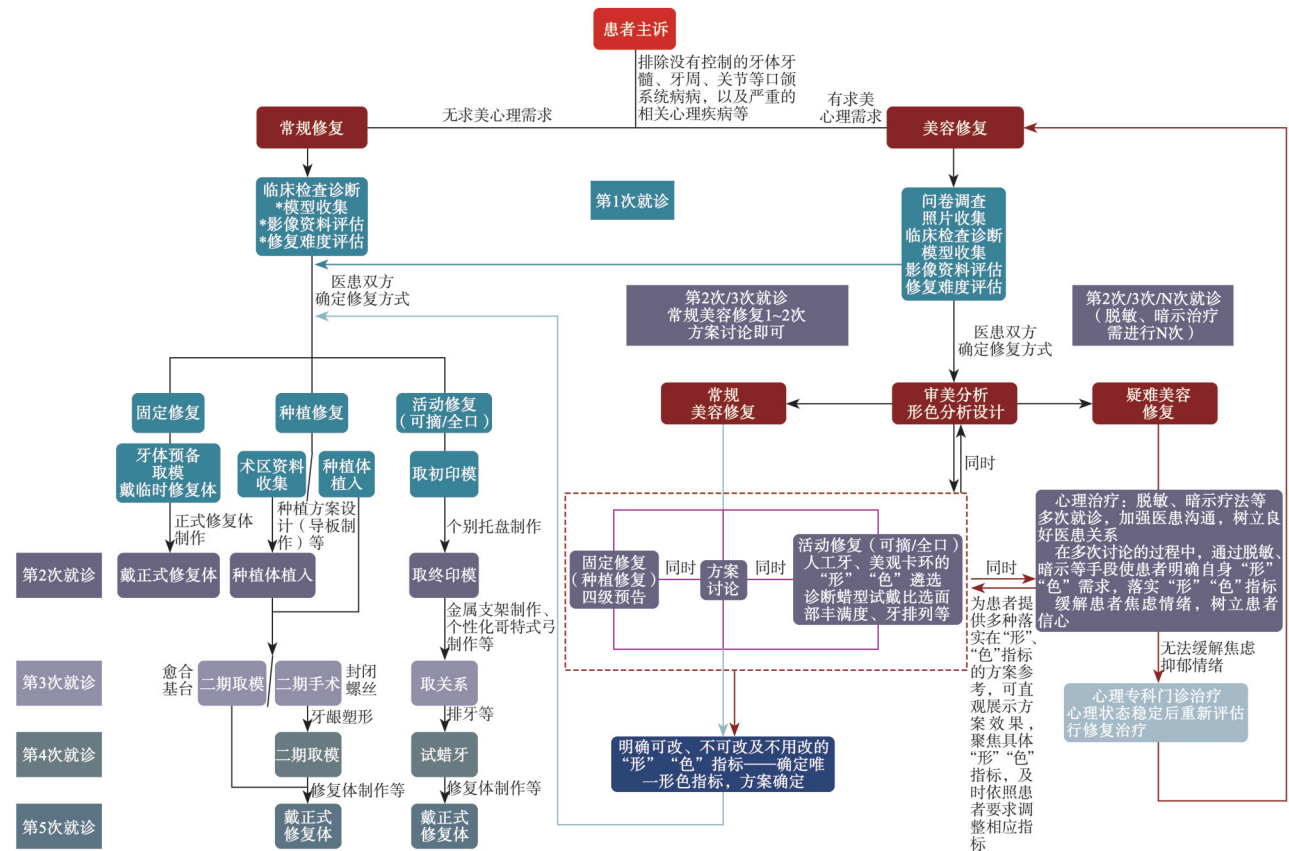


图7 审美分析引导的暴露区牙位修复重建的临床路径

Fig 7 The clinical pathway for restoration and reconstruction of teeth in exposed zone guided by aesthetic analysis

按照临床路径分析,对于常规修复路径的患者,按照常规临床操作流程进行,以固定修复为例,仅需2次就诊即可完成。对于美容修复的患者,通过全面细致的修复前资料收集进行交流评估后,部分患者初筛为常规修复,直接转入常规修复路径;初筛有常规解剖生理标准以外的求美需求患者,根据收集的资料进行审美分析。对于常规美容修复的患者,依据审美分析完成方案设计后,在第二次就诊时与患者进行方案讨论,明确可改、不可改及不用改的“形”“色”指标,并可进行四级预告等操作^[22-23],最终确定稳定唯一的形色指标,方案确定后续操作相当于转回常规修复路径;对于疑难美容修复的患者,要与患者建立良好的医患关系,通过四级预告等手段^[22-23],在讨论的过程中,通过脱敏、暗示等缓解患者焦虑情绪,树立患者信心,在不违背医学伦理和规范的前提下为患者提供多种落实在“形”“色”指标

的备选方案,适时展示方案效果,聚焦具体“形”“色”指标,明确稳定唯一的形色指标后,相当于将患者降级为常规美容修复才能进行后续的不可逆操作。而要实现唯一的形色指标的确定,常需要多次就诊来达成这一目的,切忌操之过急。若无法获得稳定唯一形色指标,该病例就是相对禁忌证,待心理等其他专科治疗后再进入前述口腔专科治疗路径(图7)。

综上,为了做好美容修复,笔者认为美学区的术语不准确,包容不了其中的非美学的修复治疗。因此,美学区不如说暴露区。而暴露区的修复治疗不都是美容修复,尤其是不能把前牙区、美学区或者暴露区的固定修复,都叫美学(美容)修复。

美学与美容有明显区别(表1),不建议在临床直接使用美学这个哲学术语。当前临床上如粉白美学、轮廓美学、种植美学、瓷美学等提法,

大多是直译英文术语产生的, 这些术语里涉及到的 aesthetics 不建议直译为“美学”, 宜译为“美感指标”“美容修复技术方案”“整形方法”等。而中文术语如“美学缺陷”宜为“美感缺陷”或“具体的形/色的缺陷”, “美学设计”宜为“目标牙的美感设计”或“目标牙的形/色设计”等。因为我们并不是在美学上在哲学上有啥理论机制的突破, 而是在当前各临床分支方向上实现增美临床技术方案的迭代而已, 也是在学习运用美学机制规律来解决患者求美诉求时备选美容临床技术的成长和集成。

从目前美容修复临床诊疗上看有两个不足: 1) 针对非美容修复病例, 采用共识性固定修复或其他修复方案即可, “形”“色”的设计遵循共识性标准, 注意防止美学个性化诊疗手段等的滥用, 建议2~3次戴牙, 拒绝过度诊疗。2) 针对美容修复病例, 目前的诊疗路径下完成的美学修复病例大多属于高仿的固定修复, 治疗里长期缺失口腔美容主诊医生对患者求美心理需求的分析治疗以及相应形色要素的跟进匹配调整。而审美要素分析法、脱敏以及暗示等手段, 是针对美容修复的专业治疗手段, 但长期被忽视。未来的口腔美容修复治疗也会有不依赖戴入修复体就能让患者求美心理满足的心理治疗方案等。推荐口腔美容主诊医生参照本文对美容修复的患者进行充分的沟通和全面的资料收集, 并通过审美分析对病例进行分类分级, 依照临床路径, 明晰形色要素内涵, 规范临床操作, 可有效提升疗效, 避免医患纠纷的发生。

利益冲突声明: 作者声明本文无利益冲突。

[参考文献]

- [1] 孙天一. 浅谈近代中国口腔医学的发展[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(6): 24.
Sun TY. Talking about the development of stomatology in modern China[J]. Electron J Gen Stomatol, 2019, 6(6): 24.
- [2] 马大康. “迷狂”与“虚静”——中西方不同的审美回归之路[J]. 文艺争鸣, 2021(4): 66-71.
Ma DK. “Fascination” and “silence”—different aesthetic return paths in China and the West[J]. Wen Yi Zheng Ming, 2021(4): 66-71.
- [3] 吴仲晨. 唯物史观视角下我国的日常生活审美化问题研究[D]. 上海: 上海师范大学, 2022.
- [4] 李庆本. “美学”译名考[J]. 文学评论, 2022(6): 5-13.
Li QB. On the translated terms of “aesthetics” in Chinese[J]. Lit Rev, 2022(6): 5-13.
- [5] Maslow AH. A theory of human motivation[J]. Psychol Rev, 1943, 50(4): 370-396.
- [6] 李子群. 朱光潜的意象说[J]. 学术探索, 2020(3): 19-27.
Li ZQ. Zhu Guangqian’s imagery theory[J]. Acad Explor, 2020(3): 19-27.
- [7] 彭庆星. 科学地认识“美容医学”概念及其学科归宿[J]. 宜春学院学报, 2013, 35(3): 90-92.
Peng QX. Scientifically understand the concept of “aesthetic medicine” and its disciplinary destination[J]. J Yichun Univ, 2013, 35(3): 90-92.
- [8] 乔宪超, 丁秀东. 试论医学美学与医学美容学之关系[J]. 山东医科大学学报(社会科学版), 1996(3): 7-8.
Qiao XC, Ding XD. On the relationship between medical aesthetics and medical cosmetology[J]. J Shandong Med Univ (Soc Sci Edit), 1996(3): 7-8.
- [9] 张其亮, 胡骄平. 试论医学美学与美容医学的学科定位[J]. 中华医学美容杂志, 2006, 12(2): 105-107.
Zhang QL, Hu JP. Discuss the discipline orientation of medical aesthetics and aesthetic medicine[J]. Chin J Med Aesthetics and Cosmetol, 2006, 12(2): 105-107.
- [10] 孙少宣. 美容牙科学的形成与发展[J]. 安徽医科大学学报, 2000, 35(3): 165-167.
Sun SX. The formation and development of cosmetic dentistry[J]. Acta Univ Med Anhui, 2000, 35(3): 165-167.
- [11] 于海洋. 通向美学之路: 美学修复的概念、临床法则[N]. 中华医学论坛报今日口腔, 2016-05-30.
Yu HY. The road to aesthetics: the concept of aesthetic restoration, clinical laws[N]. Chin Med Forum Newsp Stomatol Today, 2016-05-30.
- [12] 郑玉婧, 肖月. 美学与功能协调性在口腔修复学中的应用[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2018, 5(18): 72-73.
Zheng YJ, Xiao Y. The application of aesthetic and functional coordination in prosthodontics[J]. Electron J Gen Stomatol, 2018, 5(18): 72-73.
- [13] 于海洋. 口腔固定修复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 1-45.
Yu HY. Fixed prosthodontics[M]. Beijing: People’s Medical Publishing House, 2016: 1-45.
- [14] 郑颖, 王培欢, 刘向伟, 等. 老年人牙列不齐的病因危

- 害及防治要点[J]. 中华老年口腔医学杂志, 2022, 20(2): 83-88.
- Zheng Y, Wang PH, Liu XW, et al. Etiology, hazards and the key points of prevention and treatment of malocclusion in the aged[J]. Chin J Geriatr Dent, 2022, 20(2): 83-88.
- [15] Mosby. Mosby's dental dictionary[M]. St. Louis: Mosby, 2014: 368.
- [16] The glossary of prosthodontic terms 2023: tenth edition [J]. J Prosthet Dent, 2023, 130(4 Suppl 1): e7-e126.
- [17] 于海洋. 口腔活动修复工艺学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 40.
- Yu HY. Removable prosthodontic technology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2014: 40.
- [18] 于海洋. 美观卡环修复技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 12.
- Yu HY. Eesthetic clasp technology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2014: 12.
- [19] 谭建国. 牙齿美学修复的美学分析与设计[J]. 中国实用口腔科杂志, 2011, 4(8): 449-450.
- Tan JG. Esthetic analysis and design in dental esthetic rehabilitation[J]. Chin J Pract Stomatol, 2011, 4(8): 449-450.
- [20] 谭建国. 我国口腔美学发展的过去、现在和未来[J]. 中华口腔医学杂志, 2019, 54(6): 368-372.
- Tan JG. The past, present and future of development of oral esthetics in China[J]. Chin J Stomatol, 2019, 54(6): 368-372.
- [21] 陈端婧, 李俊颖, 于海洋. 美学修复临床路径再造[J]. 中国实用口腔科杂志, 2015, 8(2): 65-68.
- Chen DJ, Li JY, Yu HY. Reconstruction of clinical pathway for esthetic restoration[J]. Chin J Pract Stomatol, 2015, 8(2): 65-68.
- [22] 于海洋. 美学修复的临床分析设计与实施: 第1册. 临床分析设计[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 29-31.
- Yu HY. Dental esthetic rehabilitation: volume one. Clinical analysis and design[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2014: 29-31.
- [23] 张玲, 李俊颖, 于海洋. 预告美学修复技术[J]. 中国实用口腔科杂志, 2015, 8(2): 73-77.
- Zhang L, Li JY, Yu HY. Esthetic preview technic[J]. Chin J Pract Stomatol, 2015, 8(2): 73-77.

· 专家介绍 ·



于海洋, 二级教授、博士研究生导师、一级临床专家。擅长显微美容修复、数字种植修复等。现任中华口腔医学会修复专业委员会主任委员、国家口腔医学中心修复分中心副主任、国家口腔医学质控中心口腔修复专业副组长、口腔修复国家临床重点专科负责人, 主编出版规划教材《口腔固定修复学》《口腔医学美学》以及专著《数字引导式显微修复学》《引导式精准植入术》《口腔微距摄影速成》等30部。提出口腔TRS数论、美学修复形一色一心三要素四维辩证论, 发明了“TRS可测量种植导板”“备牙定深孔导板”等多项临床技术方案; 研发的多项软件及医疗器械产品已经成功转化临床。

(本文编辑 李彩)