

# 本 報

62

February 2009  
Vol. 17 No.4

The Journal of CSMU Dental Alumni Association  
開創知識的、生活的美學空間

## 專業觀點

淺談植牙的軟組織處理

根管治療後牙齒的臨床考量  
Clinical Consideration for RCT teeth

垂直牙根斷裂病例報告  
Vertical root fracture and cases report

雙根之乳犬齒-三病例報告  
Birooted primary canine- A report of three cases

牙齒酸蝕之發生與預防

## 人物專訪

訪全聯會 蘇鴻輝 理事長

訪高雄縣牙醫師公會理事長 蔡竣基 醫師

## 自然饗宴

一塊土地 開啟一個希望—就是要信託

2008環境新聞回顧  
新聞誰最四 蘇花高蟬聯奪冠



中山醫學大學牙醫學系校友總會 發行

111 台北市中山北路七段220巷4-1號7樓 TEL:02-2871-9365 FAX:02-2871-9377

# 40歲的妳 開始重視健康



牙齦紅腫，刷牙時流血，別以為只是疲勞過度  
唯有健康及內涵，才能散發出真正的自信與美麗！

## 解決方案：雷射輔助牙周病治療

少痛、少針、少血  
滅菌效果徹底、生物刺激引導組織再生  
懂得重視健康就是愛護自己



## 不同的年紀，擁有不同的牙齒問題



## 解決方案：雷射微創植牙

少痛、少針、少血  
術後不腫痛，可免二次開刀  
享受樂活重拾年輕

# 60歲的妳 依然展露笑容

歷經酸、甜、苦、辣，嚐盡山珍海味  
現在如果沒有了牙齒，又該怎麼辦？



**NO.1** 的雷射專業團隊



服務專線：02-2957-1828

[www.yes-bio.net](http://www.yes-bio.net)





# 全新體驗 最佳服務

最省時. 省力. 簡便快速的植牙系統

優質完善的售後服務團隊 訓練課程陸續開課中

## Abutment

多種支台齒可供選擇



SPI® EASY



SPI® ART



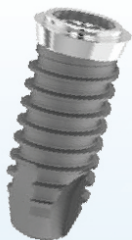
SPI® VARIO



SPI® VARIOT



SPI® VARIOmulti



**SPI®ELEMENT**  
for esthetic indications

- 圓柱狀的植體設計
- 頸部1mm 絕佳美觀
- 手術步驟精準簡易
- 極佳的初期穩定度
- 直徑長度種類眾多



**SPI®CONTACT**  
for natural integration

- 牙根型的植體設計
- 適合即拔即種病例
- 減少植牙補骨需求
- 鄰牙緊攏牙根適用
- 直徑大補綴穩定好



**SPI®ONETIME**  
for one-stage procedures

- 一階段式手術步驟
- 適用於後牙區植牙
- 避免病患二次疼痛
- 維持牙齦完美外觀
- 頸部高度 2.5mm



**SPI®DIRECT**  
for immediate loading

- 一體成型植體設計
- 縮短植牙治療時間
- 下顎前牙病例適用
- 降低成本經濟實惠
- 頸部支台齒高度7mm

Don't let a flood. A flood is dangerous rather than you consider and it is cruel.



**鼎興貿易股份有限公司**

總公司 台北市長安東路二段30號 (02) 2542-0968  
植牙諮詢專線: (02) 2581-8043

桃園縣楊梅鎮三元街174號7樓 (03) 482-0752  
台中 台中市公益路161號3樓之1 (04) 2305-3169  
高雄 高雄市光華一路206號15樓之5 (07) 222-2312  
台南 台南市東門路二段158巷38號5樓之1 (06) 275-5429

## 單顆、多顆缺牙及全口無牙

# 之植牙審美最高境界

SPI植牙系統很榮幸邀請到資深補綴審美專家Dr. Mark C. Hutten及口外補綴臨床專家梁光源主任，為各位分享多年植牙經驗及各種困難病例的解決方案。

### ◆ 演講主題 I :

Risk Factors and Techniques for Achieving Predictable Implant Restorations in the Partially and Fully Edentulous Patients

◎ 主講人：Dr. Mark C. Hutten, D.D.S.

Dr. Hutten在西北大學擁有豐富的教學經驗，同時也是Feinberg 外科部的臨床副教授，其參與牙科相關研究十多年，涉及領域專精於植牙補綴與牙科腫瘤修復，目前為芝加哥西北紀念醫院（Northwestern Memorial Hospital）GPR Program及牙科腫瘤部的主任（Director）。其常年於各地演講，教學內容精湛，深獲牙醫界喝采，囊括領域廣泛包括：固定、可撤式、及植牙修復及審美專題。

### ◆ 演講主題 II :

1. SPI植牙系統在臨床上的應用及相關併發症的解決之道
2. 各類進階手術病例分享（前牙區重建、嚴重牙周病、鼻竇增高術、自體骨移植、即拔即種…等）

◎ 主講人：梁光源主任

梁光源主任為國防醫學院牙醫研究所碩士、中華民國口腔顎面外科專科醫師，三總口腔顎面外科臨床講師，目前任職於國軍岡山醫院牙科部主任。梁主任植牙經驗豐富，對單顆、多顆及微創植牙具獨到見解，對全口重建等進階手術更擁有精湛技術。相信兩位專家的演講，將帶給學員豐碩的成果，歡迎各位踴躍報名參加！！

主辦單位：中山醫學大學牙醫學系 台北市校友會

協辦單位：鼎興貿易股份有限公司

時 間：中華民國98年4月25日（星期六）

地 點：集思會議中心（台大館） 蘇格拉底廳  
台北市羅斯福路四段85號 地下一樓

費 用：NT2,500元 中山校友會會員2,000元 3/31前報名2,000元

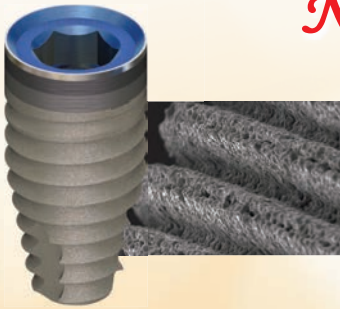
學 分：6學分

報名專線：(02) 2581-8043 王小姐

# It's all about what **YOU** deserve ~ the very **BEST** Implant Systems from **BIOHORIZONS**®

百好人工植牙系統 衛署醫器輸字第019542號

## **NEW** Laser-Lok植體 維持軟硬組織極佳化



### ◀ Tapered Internal System

- Laser-Lok微通道技術
- 逆向支撐螺紋
- 理想的錐形結構
- RBT表面處理
- 承接平台尺寸與Internal植體相同

### ▶ One-piece 3.0 / Overdenture

- 直徑3.0mm的迷你植體，適合Long Term使用
- 較少的手術步驟，節省手術時間
- 一體成型無接縫，操作無負擔



### Internal System ▲

- 兩種表面處理RBT&HA
- 鈦合金材質 (Ti-6Al-4V)，可承受較大Loading
- 改良式方形螺紋，能增加植體與骨頭間的接觸表面積
- 附美觀的3inOne Abutment，同時支援Mount、Transfer Copying、Abutment功能



### ▲ External System

## **JEIL** Dual-Top Anchor Screw

全美銷售領先

“傑爾”牙科用矯正釘  
衛署醫器輸字第018501號

### 特性

- 承受及時荷重
- 自攻能力，免鑽頭
- 無需翻瓣
- 鈦合金材質
- Collar設計，保護牙齦
- 免施壓，輕易旋轉置入

### 規格

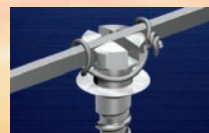
1.4×6mm	1.4×8mm
1.6×8mm	1.6×10mm
2.0×8mm	2.0×10mm

**JA**



Elastic Band

**G2**



Arch Wire

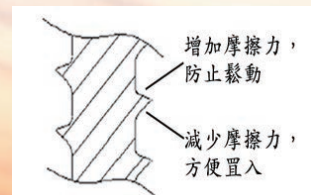
**JB**



NiTi Spring

### 螺紋設計

Reverse Buttress Thread



螺紋端缺口 (Flute)

- ✿ 移除骨頭顆粒
- ✿ Self-tapping功能

理想的縲紋尖端

- ✿ 尖銳設計
- ✿ Self-drilling功能



BIOHORIZONS · JEIL MEDICAL 台灣總代理  
聯雄健康事業股份有限公司  
SHOGUN HEALTHCARE INC.

110 台北市信義區忠孝東路五段139號4樓  
北區服務專線：(02)2768-9399 傳 真：(02)2749-1620  
中區服務專線：0921-337-366 南區服務專線：(06)268-3359  
Website: www.shogun.com.tw E-mail: implant.com@msa.hinet.net



# 2009 中區夏季活動公告

中山醫學大學牙醫學系校友總會 敬邀

## Part I : Mini-screw Orthodontics One Day Course

### 矯正釘 出您的新視界

- 講 師：Dr. Jang Yeol Lee  
 講 題：“From the Basics to Advanced” ; Application of Biomechanics and Esthetics.  
 時 間：2009年6月6日(星期六)，9:00am~5:00pm  
 地 點：台中市牙醫師公會 (台中市忠明南路789號34樓之1)  
 報 名 專 線：(02) 2871-9365 游姣姣 小姐  
 主 辦 單 位：中山醫學大學牙醫學系校友總會  
 學 分：8學分/日

--- 動人的case分享，傳達海外最新的知識 ---



### Dr. Jang Yeol Lee 講師學經歷

- ◆ Secretary General, World Implant Orthodontics Association
- ◆ Board Member, Directory of Business, The Korean Association of Orthodontists
- ◆ Director / Orthodontist of Smileagain Orthodontic Center & Smileagain Research Institute of Orthodontics, Seoul, Korea
- ◆ Associate Fellow of Department of Orthodontics, School of Dentistry, University of Warwick, UK

## Part II:



## 2009聯雄大師盃 夏季賽

## MAESTRO CUP

### 賽事資訊

- 球 賽 開 打 時 間：2009年6月7日(星期日) 6:00 am  
 球 賽 地 點：台中國際球場 (台中市北屯區民政里北坑巷21-8號)  
 選 手 參 賽 資 格：具中華民國牙醫師執照者，名額有限，額滿為止。  
 報 名 時 間：即日起至2009年5月1日止  
 報 名 專 線：(02) 2768-9399 陳小姐  
 報 名 費 用：NT\$2,500/人(含1人份午餐)，現場可領取高於市價NT\$5,000的參加獎。  
 報 名 費 繳 交 期 限：2009年5月1日止(完成報名後，主辦單位將於5月25日前寄發球賽通知書給報名者，若報名者於6月1日未取得球賽通知書，請來電告知主辦單位。)  
 主 辦 單 位：BioHorizons台灣總代理 聯雄健康事業股份有限公司  
 備 註：球賽風雨無阻，以主辦單位公告為主。

### 賽事規則

- 比 賽 規 則：個人賽，依照R&A所頒佈之高爾夫規則及當地規則進行。  
 計 分 方 式：採新新貝利亞計分。  
 備 註：以上若有任何更改及未盡事宜，將依比賽當日現場公佈為準。

-- 贊助廠商 --

Golf Digest 高爾夫文摘  
長昇文化事業有限公司

INFINITI  
裕隆日產汽車股份有限公司

cont. 大陸眼鏡連鎖

新進旅行社股份有限公司

鴻霖生化科技有限公司

台中市私立慎齋小學

愛彌兒幼教機構



BIOHORIZONS · JEIL MEDICAL 台灣總代理  
聯雄健康事業股份有限公司  
SHOGUN HEALTHCARE INC.

110 台北市信義區忠孝東路五段139號4樓  
 北區服務專線：(02)2768-9399 傳 真：(02)2749-1620  
 中區服務專線：0921-337-366 南區服務專線：(06)268-3359  
 Website: www.shogun.com.tw E-mail: implant.com@msa.hinet.net

# NSK Surgic XT Plus

## 光纖植牙機組

衛署醫器輸壹 字第001582號



### ■ 扭力精密校準系統(ATC)

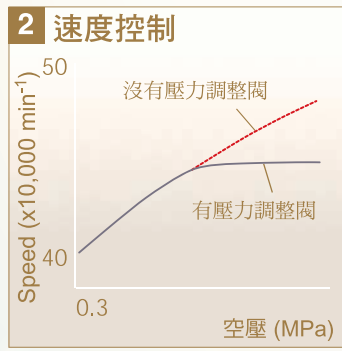
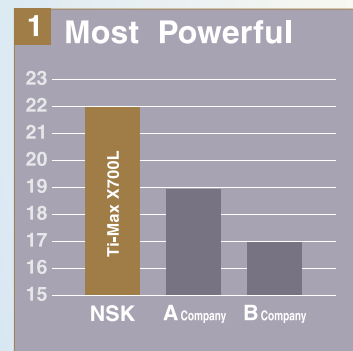
扭力精密校準系統能夠針對每支手機進行精準的轉速及扭力調校

### ■ 光纖馬達

光纖馬達能夠產生25,000LUX高亮度光源，並可高溫高壓滅菌

## Ti-Max X 系列 世界最高扭力

Ti-Max X系列結合 **NSK** 各項優良技術，耐用度高的陶瓷培林，獨家專利的清潔機頭系統，最佳冷卻效果的四孔噴水，輕盈且符合人體功學的鈦金屬機身外殼，和輸出光率高達25,000LUX的光玻璃導體，更顯示 **Ti-Max X** 系列的超優越性能。



### 雙噴射高扭力

Ti-Max X 系列所產生的扭力，高達22W。

### 壓力調整閥

內建壓力調整閥可以幫助手機有效維持穩定的壓力。

## 全世界第一款 彩色高速手機

衛署醫器輸壹 字第001677號

■ 彩色手機目前僅有 **NSK** 標準型與 **KaVo**® 標準型可選擇



明延貿易股份有限公司

TEL: 02-2769-7700 FAX: 02-3765-1659

台北市南京東路五段188號11F-10

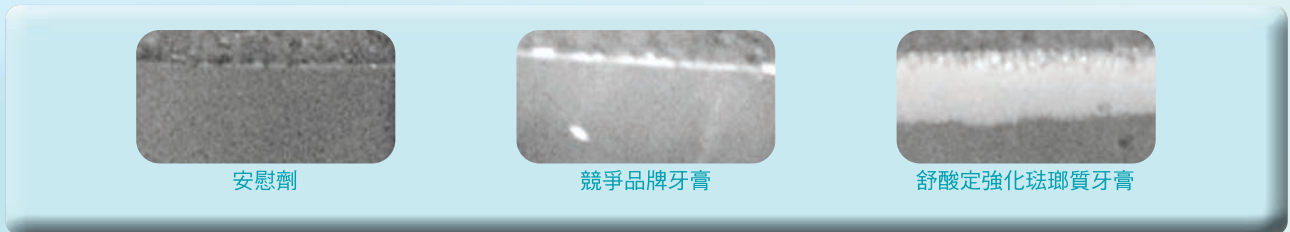
<http://www.changming.com.tw>

請洽全省各大經銷商

# 預防牙齒酸蝕從日常生活中做起

## 有效氟遠高於標準含氟牙膏

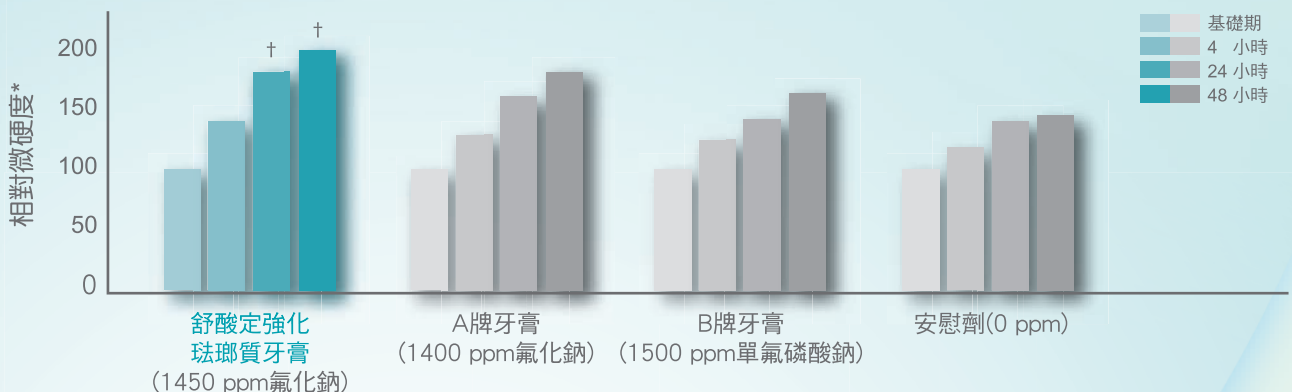
牙釉質表面的有效氟 - D-SIMS分析圖<sup>1</sup>



資料來源：Edwards MI等人的研究。以不同牙膏處理2分鐘後，再以檸檬酸刺激牙釉質樣本的動態二次離子質譜儀(D-SIMS)分析圖。

## 再硬化的效果會隨時間而增強，持續保護牙釉質<sup>2</sup>

牙釉質再硬化測試<sup>2</sup>



<sup>†</sup>24及48小時後的舒酸定強化琺瑯質牙膏與優於所有競爭品牌， $p < 0.05$ 。資料來源：Fowler C等人的研究。在競爭品牌牙膏之間並未發現任何明顯差異。此項研究係採用不含酵素的人工唾液。\*相對微硬度乃是牙釉質之表面物理性質(或微硬度)的評估指標之一，它是和另一種產品相比較的方式來評定一種產品的分數。

## 舒酸定強化琺瑯質牙膏

### 低磨耗值

- 避免已被軟化的牙釉質磨耗流失

### 含硝酸鉀

- 幫助舒緩因酸蝕引起的牙齒敏感症狀

### pH值呈中性(7.1)



### 不含SLS\*

- 含溫和清潔成分，有助於避免已曝露之牙本質的保護性塗抹層(smear layer)受到破壞

參考文獻：

- Edwards MI et al. Correlation of Enamel Surface Rehardening and Fluoride Uptake – DSIMS Imaging. Presented at IADR, September 2006.
- Fowler C et al. J Clin Dent 2006; 17: 100-105.

\*十二烷基硫酸鈉(介面活性劑)





# 蝦咪

## 強 | 力 | 大 | 放 | 送

### 誰說要買多才有大優惠!?

現在

### HERO FILE 系列

### 買 3 送 1

Ultrapak Cord

### 排齶線 系列

### 買 2 送 1



### 5,400元 送 1,800元

### 1,000元 送 500元

# 瘋狂下殺 第二件 ↓ 50% 啦!



### 不景氣的時候，同鼎與您一起省荷包...

### ULTRA-ETCH<sup>®</sup> 酸蝕劑

研究表明最佳的“完全酸蝕”酸蝕劑



衛署醫器輸字第018624號

20支/盒 \$3600元



(選購品) (基本配件)

### 展會快訊

※ 本公司於98年3月28-29日參加北市牙醫公會大展，地點於台北國際會議中心，精彩可期，詳情請洽本公司。展示攤位#G3，展會現場另有多項超值優惠。

洽詢專線:(02)8981-9180

優惠方案即日起至98年3月29日止

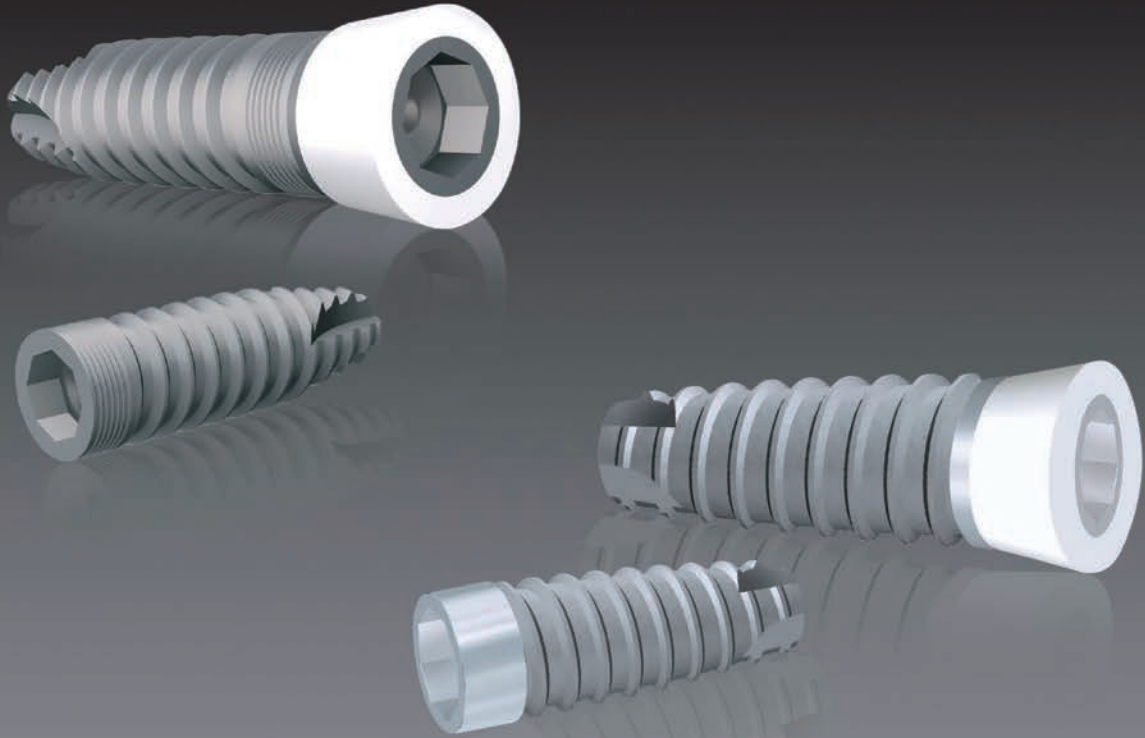


同鼎有限公司  
www.ttc.com.tw



# 人工植牙系統

The Smile - architects



## 人工植牙美觀要求意識，已遠遠超越功能性需求

- 22年的臨床成功：簡單·美觀·安全。
- 不斷求新求變：榮獲2002年歐洲七大發明獎。
- 完美的美觀效果：絕佳的生物相容性牙齦包容性。
- 有效的機械性承載力：良好的初期穩定性，適用於立即植牙。



經營管理→助理訓練→專業跟刀→基礎課程→國外進階。

傑生牙科材料股份有限公司

台北市忠孝東路三段257號3F

Tel : 02-27711628 Fax : 02-27529180

E-mail : jetsoon.implant@msa.hinet.net

案例分享 --

# Cercon 全瓷冠

## 最新一代電腦齒雕：Cercon 全瓷冠

- \* **更堅固** --- 高純度二氧化鋯強度達 1300Mpa
- \* **更美觀** --- 內冠具透光性，顏色最逼真自然
- \* **更安全** --- 生物相容性佳與口腔組織相容



## 案例分享 - 神安牙技

利用 Cercon Smart 的 Zirconia 結合自行開發設計使用精密車床加工的 Titanium Connector 作出最接近自然牙弧度的二階 Abutment，避免金屬露出，以達成使用者對於美觀的要求。



**Cercon 的滿意使用者**

若您或您的技工所對 Cercon 有興趣或任何疑問，  
歡迎來電洽詢！

神安牙技有限公司

台北縣三重市光復路一段83巷2號9樓 TEL:02-2278-1655

# TERUMO

# TERUMO®

## 骨質增生膠原蛋白

阻生齒拔除

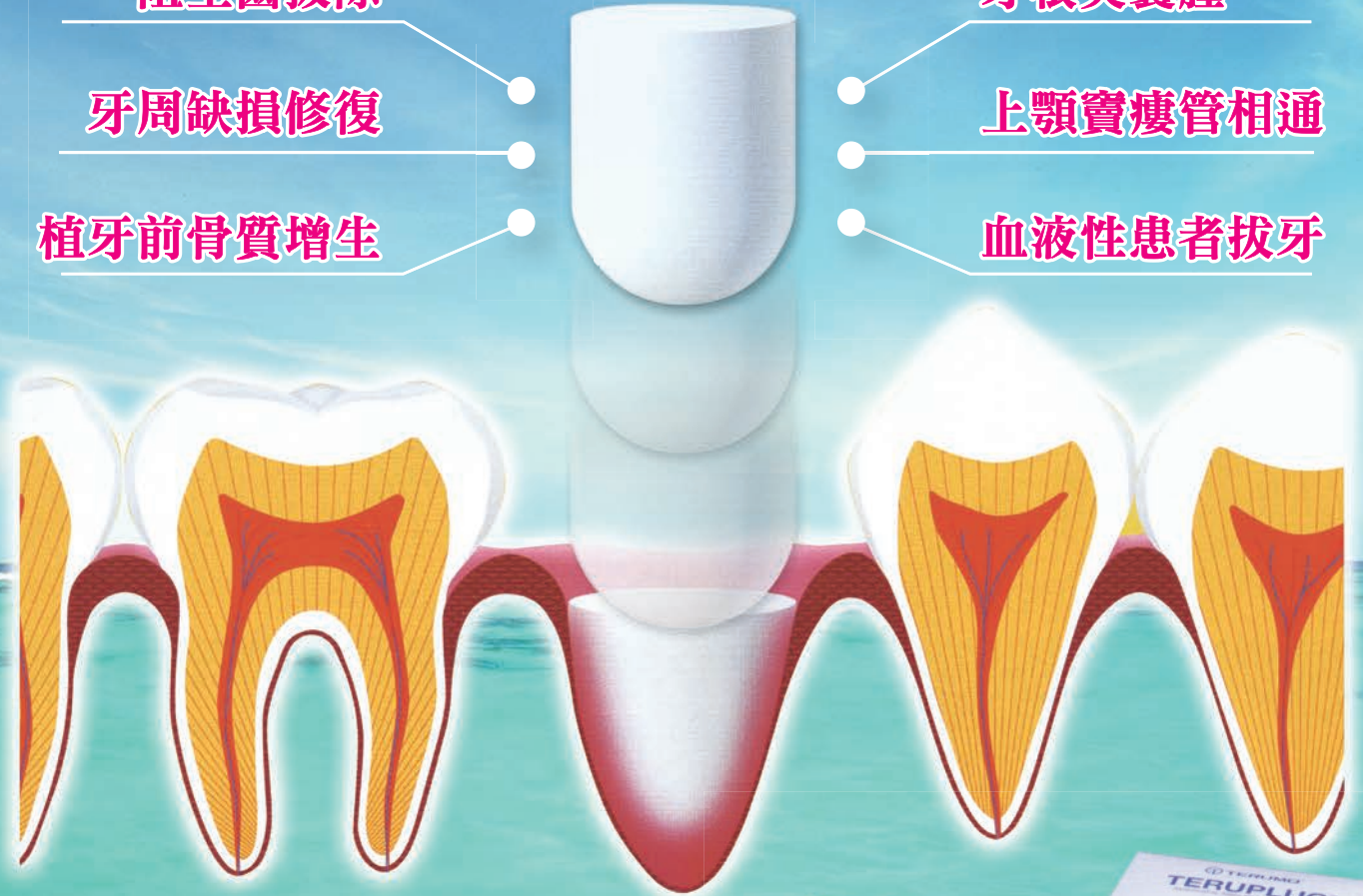
牙周缺損修復

植牙前骨質增生

牙根尖囊腫

上顎竇瘻管相通

血液性患者拔牙



### 觸手可及的解決方案

- ★ 植牙術前齒槽骨“高度、寬度保存”最佳選擇
- ★ 臨床驗證“水平智齒、阻生齒拔除”最優材料
- ★ 快速止血、迅速減痛、無“Foreign Body”反應
- ★ 醫學中心、教學醫院推薦使用，效果突出! "讚"
- ★ 開業醫--最佳“自費品項”，使用簡便、效益強
- ★ 獨家技術“無抗原性膠原蛋白”，衛署核准進口



衛署醫器輸字  
第009842號



總代理



HI-CLEARANCE INC.

杏昌生技股份有限公司

<http://www.hiclearance.com.tw>

- 台北總公司 02-2995-3318
- 台中分公司 04-2355-1818
- 嘉義分公司 05-232-3016
- 台南分公司 06-312-5361
- 高雄分公司 07-813-9788

- 台北縣三重市重新路5段609巷2號8樓之3
- 台中市西屯區工業路38路185號
- 嘉義市興達路510號12樓之2
- 台南縣永康市中華路12號12樓之2
- 高雄市前鎮區新衙路288-2號7樓之1

## 牙體技師法對牙科界的影響

主筆團

緣於近代科學進步，牙醫醫療科技也同步提昇為精緻醫療，社會的進步，公民權益意識的抬頭，時間就是金錢的觀念，促使對於醫療行為的時間的掌握，與提昇醫療品質的要求提高，牙醫醫療為達成上述社會的須求，必須在治療的過程中，引進輔助人員：牙體技術師、牙醫護理、牙醫助理等，形成牙醫醫療團隊。

為確認牙體技術人員的權利和義務的範圍，中華民國98年1月9日立法院第7屆第2次會期第17次會議通過牙體技術師法：分總則、執業、牙體技術所、罰則、公會和附則等六章，計六十一條。

綜觀本法的訂定保守色彩濃厚，將於本法中納入齒模製造技術員和鑲牙生在附則中規定，使上述兩種人員的工作具備法源，取得工作的正當性，及主管機關管理的依據。茲就可能對牙醫界的影響略述如下：

對於牙醫師的權益規定如下：

牙醫師確定不能為牙體技術所的負責人，因為本法「第四條公立或立案之私立專科以上學校或符合教育部採認規定之國外專科以上學校牙體技術科、系畢業，並經實習期滿成績及格，領有畢業證書者，得應牙體技術師考試。」規定，牙醫師不具有應考資格。

牙醫師由本法「第十二條第三項：牙醫師為執行醫療業務，得執行牙體技術業務。」規定，可以在執業的醫療場所執行牙體技術業務。

對保障現有的牙科技工的工作權於本法訂定過渡條款如下：

第五十六條：

第一項：本法公布施行前曾從事牙體技術業務滿三年以上，經中央主管機關審查合格，並具專科以上學校畢業資格者，得應牙體技術師特種考試。

第二項：具有下列資格之一者，得應牙體技術生特種考試；

- 一、本法公布施行前曾從事牙體技術業務滿三年以上，經中央主管機關審查合格，並具高中、高職畢業資格。

二、 本法公布施行前曾從事牙體技術業務滿六年以上，並參加中央主管機關指定機關團體之繼續教育總達一百六十小時以上。

第三項： 前二項特種考試，以本法公布施行後五年內舉辦五次為限。

第四項： 本法公布施行前曾從事牙體技術業務滿三年以上或未滿三年而符合第四條牙體技術師應考資格規定，經中央主管機關審查合格者，於本法公布施行之日起五年內，得繼續從事該業務，免依第三十條規則處罰。

遷就現實對於齒模製造技術員和鑲牙生的執業規定如下：

對於齒模製造技術員的執業，仍然依齒模製造技術員管理辦法規定，沒有更動其條文如下：第五十七條第一項：本法公布施行前依齒模製造技術員管理辦法規定領有曾從事齒模製造技術員登記證者，得繼續從事齒模製造業務，並依牙醫師或鑲牙生指示繼續從事助理鑲牙業務。

對於鑲牙生的執業仍然依照舊規定，沒有落日條款其規定條文如下：第五十八條第一項：本法公布前依鑲牙生管理規則規定領有鑲牙生證書者，得繼續執行鑲補業務。

本法有關市招牌規定如下：

第二十一條第二項：非牙體技術所，不得使用牙體技術所或類似之名稱。

五十七條第四項：齒模製造技術員不得使用使人誤認為牙醫醫療機構之名稱。

五十八條第四項：鑲牙生不得使用使人誤認為牙醫醫療機構之名稱。

法律的訂定貴在執行，期望主管單位能夠在短期內落實執行具備牙體技術師、生執照者的技術水準，能夠達到一定的水準，其次市招的管理能夠落實，使民眾不會將牙體技術師、齒模製造技術員和鑲牙生的工作場所，誤認為牙醫醫療機構，影響民眾的就醫的權益，保障其健康。

## 木棉雜誌的歷史絕對要記錄 這次令人感心、動容、難忘的會議

夜已漸深仍懷抱盛情，小雨霏霏卻熱心不息，風飄寒逼更堅持理想，長長農曆春節年假才剛過的第二天晚上（2009/2/3），一群繁忙校友才各別結束工作，從四面八方陸續到達，為木棉雜誌（社）與中山校友總會的關係以及其將來的組織再造方式、經營型態和運作方向廣泛討論，更就實質面、需求面、發展面及永續面作全盤的了解、分析、規劃、設計。為了木棉雜誌（社）改革的契機希望及動力方向，積極提供睿智卓見及精闢建議，最後，堅定地確認木棉雜誌（社）正式向全國性社團登記目標挺進。

利用這次春節幾天長假，晉杰整理出較清楚且完整可行的「木棉雜誌社組織再造及其與校友總會架構關係說帖及芻議」內容，除了是因為對木棉雜誌（社）及中山校友會懷抱有深厚情感、期望和祝福外，也是因為急欲找出更好的組織型態、更新的位階關係及最佳的運作設計來讓它們健康、茁壯、堅強地順應將來環境變遷及人事交替。

為了經營的順暢及團隊的合協就要企求組織架構及營運體質的健全（運暢質健）；為了長治久安的法制精神就應著手修訂或創制組織章程（公平法善），而誠懇諮詢請益及積極斡旋協商的目的就是尋求普世價值及中道精神（公正中道）。透過不斷參與及溝通是建設共識結論、基本原則及公正標準的最好方法，而是非對錯經緯方位自然更加確切開明（公開明確）。

校友總會及各個區、縣、市中山牙醫校友分會應該透過木棉雜誌（社）的共有、公用、分享、同榮的共識及域區小總會的溝通、協商、共同體、生活圈機制，建設出縱向橫向的互動、互信、互助、互惜的架構堡壘，如此的木棉得以長久永續，如此的中山得以團結壯大。

「木棉」和「中山」都是所有中山大家的，而且「木棉」等於「中山」。讓我們再次了解「木棉」雜誌名稱的由來及意義就更加深確認「不忘本、有朝氣活力穩定成長而且重實質」的木棉精神及中山特質的內涵，並以此作為省思勉勵的共識起始及永續團結的共構金石：

- （一）不忘本—想起了木棉，想到中山、想到母校，那是孕育我們多年醫學教育的地方。
- （二）有朝氣活力穩定成長—木棉樹是每年換綠高大落葉喬木，樹幹瘤刺象徵不畏欺侮。
- （三）重實質—木棉花美而不豔，厚實而無野香，結蒴果密披長棉毛。這代表著中山人不重浮華外表，但求努力實質。

共有、公用、分享、同榮的愛護木棉，互動、互信、互助、互惜的合力中山；  
您我中山緣，木棉情未了！

木棉雜誌社社長 楊晉杰

# 找回初始之心

過年期間有機會拜讀中山女中丁校長寫的一篇短文，題目為：把起初的心找回來。心中一陣衝擊，不知從何時起，忙碌的生活，繁重的工作，讓我們的初始之心早已變了調。

丁校長為初始之心作了以下的註解：是柔軟的心，是赤子的心，是對一切事物充滿好奇，願意探索的心，是敞敞、毋意、毋必的心，是沒有論斷、沒有偏見，只有單純的歡喜、欣賞、伸出雙手接納的心，是滿懷理念、滿腔熱忱的心。

是啊，我們失落了最寶貴的初始之心，卻苦苦追求快樂與享受，結果快樂一天天遠離，失落一天天沉重，可是我們還在原地思考，快樂在哪裡？小時候相信很多人的志願是當醫師，那時只想到當醫師可以救人，使人免於苦痛，這就是初始之心，哪知真的成為牙醫師後，卻忘了初衷，忘了理念，更失去了熱忱，每天只想到業績好不好，病人多不多，試問這些牙醫師快樂嗎？

有機會接觸到一些身心障礙的患者，有些不能言語，有些拙於表達，但是當解決他們的口腔問題時，他們感激的眼神常讓我覺得心中充滿暖意，瞬間我找回了初始之心。莫讓失落的初始之心遭到擱置，在這功利複雜的社會中，請保持一顆柔軟熱忱的心，你的肩膀不會再如此沉重，你會擁有金錢買不到的快樂。

回顧過去一年，政治依然紛紛擾擾，追根究底應是檯面上的這些人失去了初始之心，只問自身利益不問是非，充滿偏見而不自知，不懂謙卑更不知悔改，尤其無法接納他人的意見，這一切皆違背了從政者該有的初始之心，不知何時這些人才會覺醒？不管如何，身為牙醫師應善盡社會責任，先從本身做起，再去影響周遭的人們，這就做為我們的新年新希望吧！

本期能順利出刊，要感謝各位作者的踴躍賜稿，也要感謝楊晉杰社長、林孟禹醫師與黃智嘉醫師的努力邀稿。牛年的到來帶來了新的希望，木棉在大家的努力下，期望有更好的成績。在此祝賀各位永保初始之心，牛年大吉大利，天天幸福快樂。

木棉雜誌社總編輯 吳秉翰



## 廣告索引

封底	登泰醫療器材有限公司
封面裡	雅仕生技有限公司
封底裡	國維聯合科技股份有限公司
209	雅仕生技有限公司
210-211	鼎興貿易股份有限公司
212-213	聯雄健康事業股份有限公司
214	明延貿易股份有限公司
215	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司 台灣分公司
216	同鼎有限公司
217	傑生牙科材料股份有限公司
218	神安牙技有限公司
219	杏昌生技股份有限公司
270	威仕企業有限公司

感謝以上廠商的贊助與支持，並感謝黃建文醫師為木棉雜誌招攬廣告廠商。

61期漏刊梁孟淵醫師為木棉雜誌招攬廣告廠商，在此刊登感謝。

## 社論／Viewpoint from Editor

牙體技師法對牙科界的影響	主筆團	220
--------------	-----	-----

## 迴旋手札／A Letter from publisher

木棉雜誌的歷史絕對要記錄這次令人感心、動容、難忘的會議	社長／楊晉杰	222
-----------------------------	--------	-----

## 編輯人語

找回初始之心	總編／吳秉翰	223
--------	--------	-----

## 專業觀點／Professional Article

淺談植牙的軟組織處理	林靜毅	226
根管治療後牙齒的臨床考量 Clinical Consideration for RCT teeth	吳品姿	241
垂直牙根斷裂病例報告 Vertical root fracture and cases report	楊宏恩	244
雙根之乳犬齒-三病例報告 Birooted primary canine- A report of three cases	莊才逸	247
牙齒酸蝕之發生與預防	林佳詠、陳敏慧	250

## 人物專訪／Interviewing

成就向上推動的力量 專訪全聯會蘇鴻輝理事長	採訪：楊晉杰、吳秉翰 撰文整理：Estela	252
無私的服務---理想實踐家 訪高雄縣牙醫師公會理事長 蔡竣基 醫師	採訪：楊晉杰、吳秉翰 撰文整理：Estela	255

## 中山飛鴻

木棉雜誌社組織再造及其與校友總會架構關係芻議說帖	楊晉杰	258
這一班：中山醫大71級牙醫系20週年同學會	許永宗	263

## 自然饗宴／Natural Feast

一塊土地 開啟一個希望—就是要信託	孫秀如	266
2008環境新聞回顧 新聞誰最囧 蘇花高蟬聯奪冠	易俊宏	268



發行人 賴海元  
 創辦人 梁榮洲  
 榮譽社長 周汝川  
 總會會長 郭長焜  
 會長 梁孟淵

社務顧問 黃建文 廖敏熒 曾育弘 徐勵生 許永宗  
 蔡珍重 吳永隆

社長 楊晉杰

社務副社長 林希融 陳永松 朱觀宇 吳建德

總編輯 吳秉翰

副總編輯 林孟禹 柳堯元 許榮庭

執行編輯 黃智嘉 (61期)、林孟禹 (62期)  
 柳堯元 (63期)、許榮庭 (64期)

編輯委員 朱觀宇 林希融 林怡成 吳建德 吳永隆  
 柳堯元 梁孟淵 陳永松 陳英禹 陳鐘漢  
 許榮庭 黃智嘉 蔡珍重 葉燦華

(以上順序依姓名筆劃排列)

財開長 王建中

廣告經理 王建中

財務長 蘇明弘

主筆團團長 黃維勳

(中山醫學大學牙醫學系台北市校友會評議主委)

編輯顧問暨主筆團

總會會長郭長焜、總會秘書長呂軒東  
 各縣市校友會會長：基隆市校友會長范昌啟  
 台北市校友會長梁孟淵、台北縣校友會長林威宏  
 桃園縣校友會長張文炳、竹苗校友會長范光周  
 台中市校友會長呂毓修、台中縣校友會長呂樹東  
 彰化縣校友會長黃人修、南投縣校友會長劉明仁  
 台南區校友會長鍾政興、雲嘉校友會長蘇隆顯  
 高屏澎校友會長楊家榮

歷任會長/社長 第2屆會長 吳澄洋 第3屆會長 黃維勳  
 第4屆會長 李英祥 第6屆會長 何宗英  
 第7屆會長 林忠光 第8屆會長 陳寬宏  
 第9屆會長 林繁男 第10屆會長 陳超然  
 第11屆會長 梁榮洲 第12屆會長 蘇明圳  
 第13屆會長 王誠良 第14屆會長 潘渭祥  
 第15屆會長 江文正 第16屆會長 徐信文  
 第17屆會長 鄭俊國 第18屆會長 黃建文  
 第19屆會長 郭鋒銘 第20屆會長 蔡守正  
 第21屆會長 曾育弘 第22屆會長 林吉祥  
 第23屆會長 廖敏熒 第24屆會長 林輔誼  
 第25屆會長 蔡珍重 第26屆會長 吳永隆

主編 中山醫學大學牙醫學系 台北市校友會

社址 台北市中山北路七段220巷4之1號7樓

電話：02-2871-9365

傳真：02-2871-9377

E-mail：cs.c03485@msa.hinet.net

劃撥帳號 50082766 戶名/蘇明弘

版面構成 青田設計工作室

出版日期 2009年2月

新聞局局版台誌字第9942號

中華郵政北台字第4520號

登記為雜誌類交寄



## 淺談植牙的軟組織處理

作者：林靜毅 醫師

### Profile

林靜毅 醫師

- ◆ 台北醫學大學牙醫學士
- ◆ 哈佛大學口腔生物醫學博士
- ◆ 哈佛牙醫學院牙周病專科醫師
- ◆ 美國牙周病專科理事會院士
- ◆ 台大牙周病科兼任主治醫師
- ◆ 台北醫學大學牙醫學系兼任助理教授

植牙歷經四十多年的發展，對近代牙醫學產生深遠的影響。植牙的治療也從bone-driven implant therapy 轉變成 prosthesis-driven implant placement。而近年來，隨著美容牙醫學的蓬勃發展，以美觀為優先考量的Esthetic Implant Dentistry 更是逐漸取代純粹以功能性為出發點的傳統Implant Dentistry。

雖然alveolar bone的條件仍然是決定植牙美觀的主要因素，然而適切的soft tissue management也扮演著最後關鍵的角色，甚至是補救不適切植牙的治療方式之一。

Soft tissue management在植牙上的應用大致上可分為幾個部份；1. 重建角化牙齦 (keratinized gingiva) 2. 增加唇側牙齦的飽滿度 3. 增加橋體下牙齦的豐隆度 4. 增加植體周圍牙齦的飽滿度與厚度 5. To obtain primary closure for one stage surgical protocol or for 2<sup>nd</sup> stage procedure. 6. 治療植牙區牙齦萎縮 7. 保留並維持軟組織的型態

### 1. 重建角化牙齦

雖然一些臨床研究證實keratinized gingiva (attached gingiva) 的有無並不影響植牙的成功與否或軟組織健康 (Mombelli et al., 1990; Wennstrom et al., 1994)，但是從臨床經驗與觀察上，adequate amount of keratinized (attached) gingiva 有助於維

持implant周圍軟組織的健康與口腔衛生。

自1985年，Langer & Langer 首度提出以connective tissue grafting來治療gingival recession後，由於此類術式優異的美觀表現與術後attached gingiva的得以同時重建，在此之前常用來治療及預防gingival recession與lack of attached gingiva的epithelialized gingival graft (free gingival graft) 手術方式便因為其預後美觀問題的不易掌握，而有逐漸式微的趨勢。而這一切在植牙與複雜的ridge augmentation手術的普遍後，epithelialized gingival graft對於在植體周圍keratinized (attached) gingiva的重建上有著更多的應用。

對於keratinized (attached) gingiva缺乏或不足者，在植牙周圍keratinized (attached) gingiva的重建上，主要可以由三種方式來獲得。包括epithelialized gingival graft (free gingiva graft)，connective tissue graft及apically-positioned flap。

以epithelialized gingival graft為例，可以在以下數個階段來做重建；1. 植牙手術前、2. 植牙手術中、3. 二階段手術時、4. 植牙手術後 (one stage approach) 及5. 植牙膺復完成後。

植牙手術前先處理keratinized gingiva問題，

可將手術單純化及簡單化，適合初入門者進入植牙軟組織處理之第一步。此外，也適用於one stage implant approach，如使用Straumann ITI implant system或是用two-piece implant system但以one stage approach的手術方式。正如同傳統epithelialized gingival graft手術方式一樣，在recipient site的mucogingival junction做partial thickness flap preparation。留下完整的periosteum，

再自hard palate上取一片epithelialized gingival graft，將graft以interrupted及horizontal mattress sutures縫合至recipient site（圖1至圖9）。

在植牙手術中同時做epithelialized gingival graft則是另一種方式。優點為合併兩種手術方式，減少等待癒合時間及手術次數，缺點包刮有partial thickness flap design，不易探知alveolar ridge走向，對於有concavity或是ridge deficiency的



圖1. 術前recipient site的buccal view。



圖2. 術前recipient site的occlusal view。



圖3. 在recipient site做partial thickness flap reflection，留下完整的periosteum。



圖4. 將由hard palate(donor site)取來的epithelialized gingival graft縫合至recipient site.此為縫合後的buccal view.



圖5. 縫合後的occlusal view.

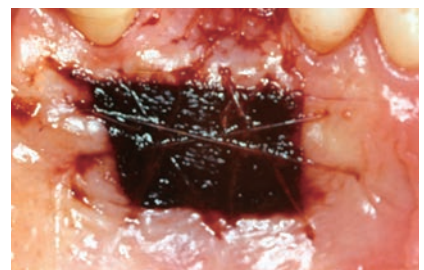


圖6. Donor site可以用surgical覆蓋open wound並以horizontal mattress sutures加以固定,如此圖所示.其上,可再用CoePak或是Cyanoacrylate加以保護止血(如下圖).



圖7. 此案例的Donor site以Cyanoacrylate加以保護止血.



圖8. 術後六周的buccal view.



圖9. 術後六周的occlusal view.

alveolar ridge，若無精確的術前斷層影像與surgical templates，則有位置不易掌握的風險。此外，亦不適用於需要同時做Guided bone regeneration的情況。圖11至14為從Dr. Anthony Sclar所著的Soft tissue and esthetic considerations in implant therapy摘錄出來。手術方法為partial thickness flap design，在欲植牙的位置上翻full thickness以露出alveolar ridge，植牙後至hard palate上擷取epithelialized gingival graft並移植至recipient site的periosteum上。建議若是採用此術式，可用tissue punch來locate implant site，如此便可降低植牙後alveolar bone exposure的風險。筆者所使用的方法與Dr. Sclar相似，惟筆者以partial-thickness flap的方式翻瓣，如圖15案例，右下45，46已有植體植入，47因條件不佳，所以未與45，46同時植入。

二階手術時可以發現45，46，47處的角化上皮不足，以partial-thickness flap翻瓣並在47待植牙處以full-thickness flap將骨嵴露出並植牙。之後將自palate處取出的free gingival graft移植至45，46，47的buccal side（圖16）。術後三周已可見新生的角化上皮（圖17）。

在二階手術時，合併epithelialized gingival grafting，為筆者最常使用的方式。仍然保有合併手術的優點，並且在手術實行上也相對容易。圖18至28為典型二階手術同時做epithelialized gingival graft的方式。通常以partial thickness flap reflection開始，待足夠寬度的recipient site露出並有完整的attached connective tissue或是periosteum。則可將取自hard palate的epithelialized gingival graft以



圖10. 術前的buccal view.



圖11. 以partial thickness flap design輔以full thickness flap來做implant placement.



圖12. 取自hard palate的epithelialized gingival graft移植到implant site的buccal periosteum.



圖13. 術後的buccal view.



圖14. 術前occlusal view可見45, 46的植體周圍角化上皮不足. 47尚未植牙

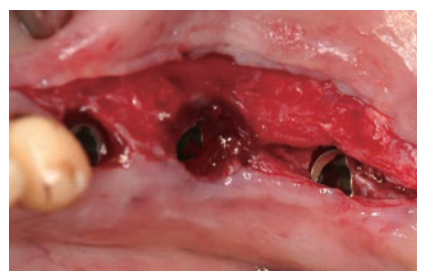


圖15. 以partial-thickness翻瓣處理，再以full-thickness露出47待植牙處骨嵴並植牙

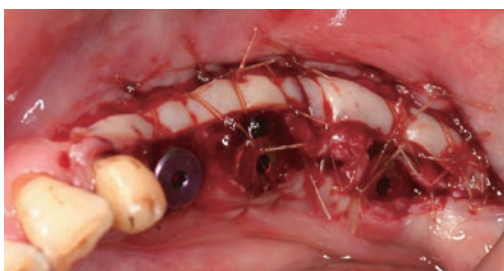


圖16. 將free gingival graft移植至45, 46, 47的buccal side.



圖17. 術後三周的occlusal view

simple interrupted與horizontal mattress sutures固定至recipient site。良好的graft adaptation將有助於graft的存活。一般而言，final impression可以在術後六至八週進行。在esthetic zone的restorations則以三個月復原期較為理想。

若是未在二階手術時做epithelialized

gingival graft，或是one stage approach implant placement，則尚可在final impression之前，將其mucogingiva重建。此approach的優點在於不必等到osseointegration後再做手術，因為不必置換cover screws或healing abutments，所以可在implant surgery後任一時間來進行。對於希望縮短治療時間



圖18. 術前buccal view可觀察到其implant site的mucogingival junction 位於alveolar ridge上。

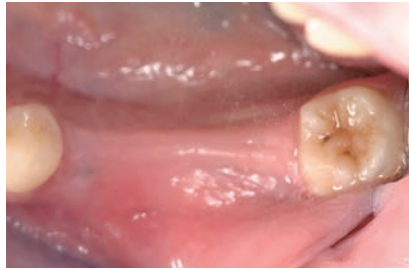


圖19. 術前occlusal view可觀察到其implant site的mucogingival junction 位於alveolar ridge上。

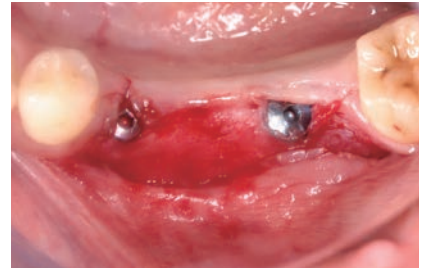


圖20. Partial thickness flap design並locate出implant的位置。

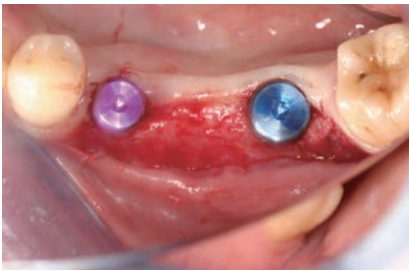


圖21. 更換上healing abutments.

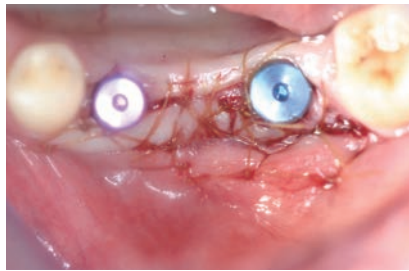


圖22. 從hard palate取來的epithelialized gingival graft以interrupted及horizontal mattress sutures移植至recipient site上。



圖23. Donor site以trimmed Gelform止血，並以Cyanoacrylate覆蓋。



圖24-1. 術後一周的recipient site.



圖25-1. 術後一周的donor site.



圖26-1. 術後六週的recipient site.



圖24-2. 術前照片顯示植體及前後牙齒周圍keratinized gingiva量少。



圖25-2. Recipient site做partial thickness flap preparation.保留完整的periosteum或是attached connective tissue.此手術希望同時增加前後牙齒的attached gingiva以預防牙齦進一步萎縮.之後,更可搭配coronally advanced flap來做牙根覆蓋術。



圖26-2. Epithelialized gingival graft由hard palate donor site取出,並覆蓋一層Srugicel來止血。

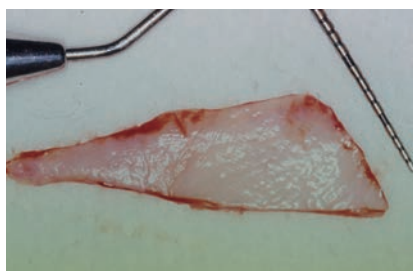


圖27. 由donor site取出的不規則graft.

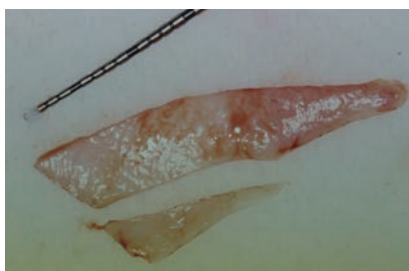


圖28. 將graft做適當的裁切,以吻合recipient site的型態.

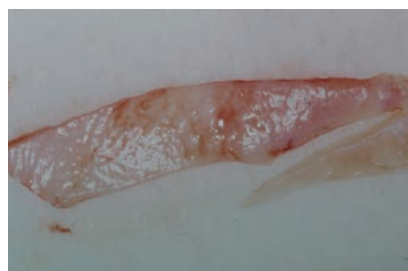


圖29. 裁切後的graft將以此拼貼方式移植到recipient site.

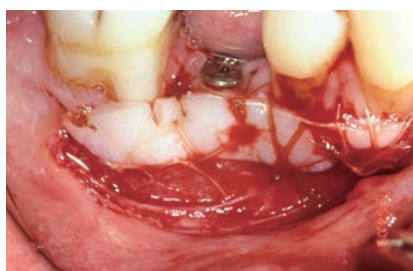


圖30. Graft以simple interrupted及horizontal mattress sutures牢固在recipient bed上.



圖31. 術後一週的recipient site.



圖32-1. 術後一週的donor site.



圖32-2. 術後二週的donor site.



圖32-3. 癒合後的recipient site. Keratinized gingiva有效地增加在植體周圍及其週遭牙齒的牙齦上.



圖33-1. 術後二週的recipient site.



圖33-2. 術前臨時假牙觀.



圖34. 術前frontal view, 可看出其alveolar ridge吸收程度.為典型Seibert's Class III ridge defect.

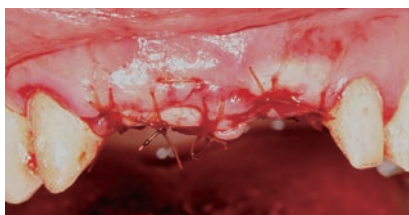


圖35. Soft tissue ridge augmentation術後縫合情況, 有效增加垂直高度.



圖36. Soft tissue ridge augmentation術後縫合情況, 有效增加水平寬度.

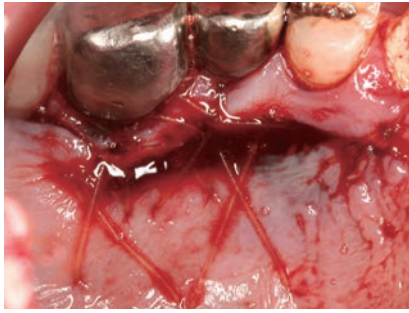


圖37. Connective tissue由left palate的 donor site以Bruno's technique取出，並以 horizontal mattress sutures縫合。



圖38. Connective tissue由right palate的 donor site以Bruno's technique取出，並以 horizontal mattress sutures縫合。



圖39. 術後二週後，recipient site的 frontal view.



圖40. 術後二週後，recipient site的 occlusal view.



圖41. 術後裝戴 provisional crowns 的情形.

的病例，確實頗有實用價值。惟手術難度變高，尤其是對於keratinized gingiva嚴重不足，而植體又被mucosa包圍的情況下，往往還是需要等到植體完成osseointegration後，將healing abutment拆下後，才能完全地置換mucosa。圖29至40為這樣的病例。術前植體及前後牙齒皆有keratinized gingiva量少的現象。鄰牙並有Miller class I to II的gingival recession。治療方式可以選擇epithelialized gingival grafting以進一步預防gingival recession或是connective tissue grafting已同時進行root coverage。在此，患者選擇以前者來做治療。手術方式仍是以partial thickness flap來做recipient bed preparation。由hard palate所取出的epithelialized gingival graft經適當的剪裁後可以順著recipient site的mucogingival line走向來移植。如此，在美觀上才不至於有所謂的“tire patch”的現象發生。手術縫合仍是一貫地以simple interrupted及horizontal mattress sutures來做固位。縫線材料的選擇上，筆者喜歡用5-0與6-0 chromic gut縫線來作此類手術。

雖然在植牙贖復完成後，仍可再做epithelialized gingival graft來處理贖復體周圍attached gingiva不足的情況，但是一般而言，仍是最好在此之前能夠先將軟組織處理妥當。

## 2. 增加唇側牙齦的飽滿度

當牙齒拔除後，若未經適當的 ridge

preservation處置，其齒槽骨將或多或少地有不等吸收。原本牙齒周圍的牙齦等軟組織，也將因would contraction與remodeling而損失soft tissue volume。對於情況嚴重的病例，若在植牙後，未予以適當的soft tissue augmentation，則可能會有buccal soft tissue concavity or deficiency。甚至有時會影響sluiceway而造成food impaction的問題或是牙齦受傷的情況。處理方式則是以移植牙齦結締組織來彌補軟組織不足或是骨嵴塌陷，當然也可以用hard tissue ridge augmentation的方式來從根本上處理組織的不足，這方面就不在本文的討論範圍內。至於手術的timing上，可以選擇在植牙手術前，植牙手術時，植牙手術後，二階段手術時，或是植牙贖復完成後。

在植牙手術前，如病例圖33至圖41，術前其alveolar ridge呈現Siebert's Class III ridge defect。高度與寬度都有不足。在recipient site以partial thickness flap preparation來植入由兩側palate以Bruno's technique取出的connective tissue。Recipient site以5-0 chromic gut縫合。Donor site則在置入Gelform後用4-0 chromic gut以horizontal mattress固定。術後ridge的高度與寬度均有效增加。即使此病例不以植牙來做重建，其飽滿的pontic space亦使fixed partial denture的製作容易達到美觀要求。

在植牙手術時，也可同時做soft tissue ridge augmentation。由於筆者傾向將植牙手術單純化，



故此類手術並不常做。手術方法有幾種選擇：一是以full/split thickness做flap preparation；待植牙完畢後再將由palate取得的connective tissue植入以partial thickness創造出來的pouch或envelope中。二是完全以full thickness來做處理；待植牙後，再將connective tissue縫合至buccal flap上。三是適用於maxillary implants；以vascularized connective tissue graft來做augmentation。

植牙手術後，尤其在esthetic zone的soft tissue deficiency。為了達到最佳的augmentation效果及避免soft tissue吸收。筆者傾向在二階段手術前先用soft tissue augmentation。如圖42至圖51，植牙所在的central incisor位置同樣有Siebert's Class

III ridge defect。在二階手術之前先以connective tissue做出horizontal與vertical的soft tissue ridge augmentation。手術方式仍是以partial thickness flap design來做recipient site的preparation。在將由palate的donor site所取出的connective tissue移植入recipient site的pouch。最後再修整provisional crowns以避免在soft tissue癒合期時給予太大的壓力。植牙贖復體完成後可以觀察到飽滿的骨嵴外型並達到勻稱的外觀。

在二階手術時，通常也是soft tissue management理想的時機。如案例圖54至圖62為上顎第一小白齒的植牙，其有嚴重的buccal concavity。在植牙手術後三個月，進行二階手術並同時以Roll



圖42. 術前的frontal view.在maxillary central incisor的植牙位置上,Soft tissue的高度略為不足,寬度則明顯飽滿度不足。



圖43. 術前的occlusal view.可以清楚看出其buccolingual dimension略顯不足,與另側central incisor不對稱。



圖44. 術前略偏palatal side的occlusal view.可以清楚看出其apicocoronally的高度略顯不足,與另側central incisor不對稱。

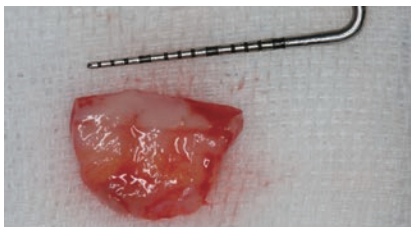


圖45. 從palate的donor site以Bruno's technique所取出的connective tissue.



圖46. 在donor site置入Gelform後,以horizontal mattress縫合



圖47. 縫合後的frontal view.將soft tissue略往vertical做augmentation.



圖48. 縫合後的frontal view.將soft tissue略往vertical做augmentation.



圖49. 縫合後的occlusal view.以connective tissue做出horizontal soft tissue ridge augmentation.



圖50. Provisional crowns放回之後的外觀.



圖51. 植牙贖復體完成之後的外觀

technique來做其buccal concavity的augmentation。手術方式如圖所示，在buccal及palatal side均以partial thickness flap來翻瓣。再將palatal side內層的connective tissue翻轉至buccal side內側，最後再予以縫合。結果可以明顯看到其buccal augmentation的效果。此外，在二階手術時亦可使用一般的connective tissue grafting來做soft tissue ridge augmentation。手術方式與前述connective tissue

grafting相似，在此不再予以贅述。

在植牙贖復完成後，再來處理軟組織，應是最後的選擇。除了手術難度高以外，為將就贖復體，常常無法做到盡善盡美。許多時候更是必須要將贖復體拆除並置換上cover screw，回復到對軟組織刺激最少的狀態。如案例圖63至圖75，患者下顎第一大臼齒於10年前在美國拔除並植入Brånemark 3.3 NP implant。然而過多的hard tissue與soft



圖52. 術前1st premolar在buccal side有嚴重的buccal concavity.



圖53. 術前buccal view. recipient site的型態.



圖54. 術前occlusal view.



圖55. 以Roll technique來做augmentation. 在palatal side 作Partial thickness flap



圖56. 翻開palatal flap內層的connective tissue,將之翻轉到buccal flap之內.



圖57. 翻開palatal flap內層的connective tissue,將之翻轉到buccal flap之內



圖58. 縫合後的buccal view.可以看出buccal的concavity被填平.



圖59. 縫合後的occlusal view.



圖60. 術後二週的buccal view.



圖61. 術後六週的buccal view.可以看出比較正常的buccal soft tissue profile.



圖62 植牙贖復體完成後之正面觀

tissue的deficiency造成buccal concavity導致食物溢流不順暢而有food impaction的困擾。初次診察後，有鑑於其tissue deficiency過多而soft tissue過薄。因此，決定先拆除贖復體，換上cover screw後，令其自行癒合，然後再以soft tissue ridge augmentation的方式來重建其soft tissue profile。手術方式與一般的connective tissue graft相同。惟此案例的palatal soft tissue太薄，需要兩側palate及

tuberosity才勉強有足夠的厚度。縱然如此，過薄的buccal soft tissue仍然使得癒合過程中blood supply不足而損失一部分tissue。植牙贖復體完成後可見其飽滿的牙齦外觀。

### 3. 增加橋體下牙齦的豐隆度。

根據Tarnow et al., 2003對兩相鄰植體之間dental papillary tissue高度的研究，此dental papilla



圖63. 術前下顎第一大臼齒區顯示嚴重的buccal concavity與tissue deficiency.



圖64. 術前下顎第一大臼齒區顯示嚴重的buccal concavity與tissue deficiency.



圖65. 術前下顎第一大臼齒區顯示嚴重的buccal concavity與tissue deficiency.



圖66. 將由兩側palate與單側tuberosity所取下的connective tissue置入在recipient site由partial thickness flap reflection所創造的pouch中.



圖67. 將recipient site以5-0 chromic gut縫合.



圖68. Donor site置入Gelform後,以5-0 chromic gut用continuous locking及simple interrupted sutures縫合.



圖69. Donor site置入Gelform後,以5-0 chromic gut用continuous locking及simple interrupted sutures縫合.



圖70. Tuberosity donor site置入Gelform後,以5-0 chromic gut用horizontal mattress sutures縫合.



圖71. 術後兩週recipient site的occlusal view.



圖72. 術後六週recipient site的occlusal view.



圖73. 二階手術置換healing abutment後的occlusal view.



圖74 置入provisional的咬合面外觀



圖75 植牙贖復體完成後的咬合面觀

的高度平均為3.4 mm，介於1 mm至7 mm不等。由此數據看來，兩相鄰植體間的papillary tissue確實難以如兩鄰牙間5 mm高度的空間（Tarnow et al. 1992）。也就是說，欲在兩相鄰植體間獲得美觀結果的確有相對的難度。解決之道不外乎對於在上顎前牙區的多缺牙，以implant-supported fixed partial denture治療來取代multiple single implants。藉由pontic area來建立齒間乳突。除非是兩正中門牙，因為兩植體間的papilla沒有對稱的問題，所以其齒間乳突的高度對美觀的影響與衝擊較小。若是以pontic area來建立齒間乳突，則當缺牙區有組織缺損時，為了軟組織的飽滿度，便需進行soft tissue ridge augmentation。手術方式與傳統soft tissue ridge augmentation相同。

在固定義齒的應用技巧上，以卵形橋體（ovate pontic）來塑形牙齦已經是相當成熟的方法。臨床上，若是在橋體下方的牙齦厚度有所不足，可以使用牙齦結締組織移植術來加後牙齦。如圖76，患者在移除不適切的植體後，立即進行牙齦結締組織移植術（圖77）。首先以partial-thickness flap preparation在移植區做出一個envelope或是pouch（圖78）。然後由上顎的硬顎區取出牙齦結締組織（圖79至81），移植入原先所切出的pouch中（圖

82）。本案例同時取用左右兩顎的硬顎結締組織，並以可吸收性止血棉填入捐贈區（圖83、84）。經過三個月的癒合與牙齦塑形（圖85），完成後的固定贖復體可以有效的恢復前牙美觀（圖86）。同樣的手術方法運用在上顎植牙區（圖87），唯移植手術的切入時間點應當在植牙手術時或是二階手術之前（圖88至91）。

#### 4. 增加植體周圍牙齦的飽滿度與厚度

上顎前牙區植牙的美觀除了奠基於完整的齒槽骨，加上適切的植體角度與位置外，飽滿健康的牙齦亦是不可或缺的一環。尤其是對於thin periodontal biotype的案例，厚實的牙齦往往是決定美觀的重要因素，也可以彌補齒槽骨缺損所造成的組織塌陷。臨床上，可以選擇在植牙時或是植牙後二階手術之前，藉由移植牙齦結締組織的方式來增加植體周圍牙齦的質與量。一般而言，藉由此移植手術可以有效的維持唇側牙齦的位置與豐隆度，但是對於增加齒間乳突的效果卻不顯著。齒間乳突的高度取決於齒間骨嵴與牙齒接觸區的距離，當此距離在5 mm以內時，齒間乳突通常可以重現並可以維持住。移植牙齦可以使得齒間乳突不低於此限度或是維持住術前的乳突位置。



圖76 術前可見不合適的植體與嚴重萎縮的骨嵴



圖77 移除11與21的植體



圖78 以partial-thickness flap來做recipient site的preparation



圖79 再donor site取出牙齦結締組織

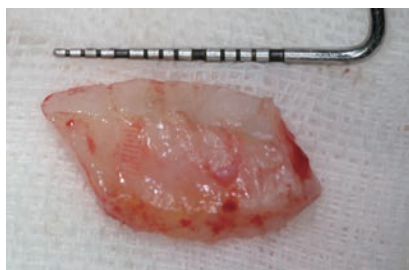


圖80 由單側硬顎區取出的牙齦結締組織

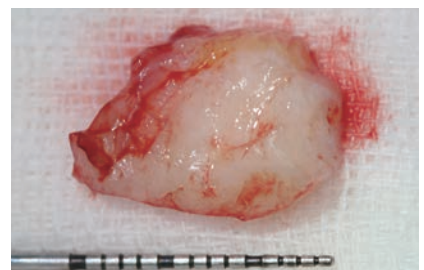


圖81 由另側硬顎區取出的牙齦結締組織

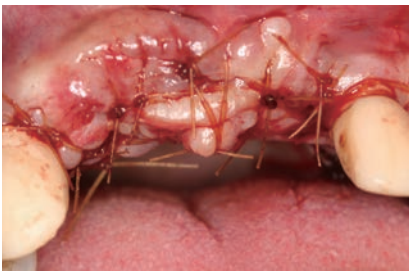


圖82 在donor site移植入結締組織後縫合



圖83 左上donor site



圖84 右上donor site



圖85 經三個月癒合後的牙齦外觀



圖86 完成後的固定廣復體與適切而美觀的牙齦profile



圖87

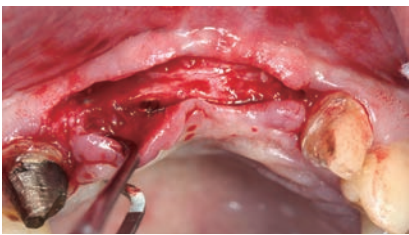


圖88

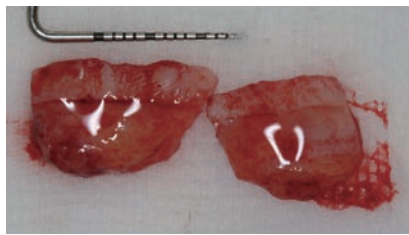


圖89



圖90



圖91



圖92



圖93

在植牙時，可以從硬顎區取出結締組織並移植入植牙區的咬合面上。案例（圖92、93）為一左上犬齒的殘根伴隨局部牙齦發炎，拔牙後立即植牙（圖94），其唇側區有明顯的骨缺損（圖95）。以引導骨再生術將骨缺損處以FDBA填補並以再生膜覆蓋。然後自左上硬顎取出牙齦結締組織覆蓋於再生膜上（圖96）。傷口癒合後，牙齦呈現自然的飽滿度（圖97）。二階手術以小切口輔以buccal bevel的癒合帽，避免給予牙齦過度的唇側推力（圖98）。廣復體完成後，牙齦呈現自然的外觀（圖99）。

另一案例（圖100）在左上側門牙區有著經久不癒的唇側瘻管。拔除側門牙後，發現其唇側骨板

缺損（圖101）。立即植牙後，施行引導骨再生術（圖102、103）。然後由左上犬齒顎方翻轉內層結締組織覆蓋於再生膜上（圖104、105）。癒合期以馬里蘭牙橋來漸進式塑形牙齦（圖106）。廣復體完成後可以恢復其術前外觀（圖107），唯其齒間乳突約需半年至兩年的時間才會回復到正常高度。

5. To obtain primary closure for one stage surgical protocol or for 2nd stage procedure.

當以一階段方法來進行植牙手術或是在二



圖93

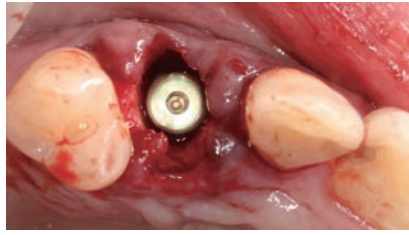


圖94



圖95

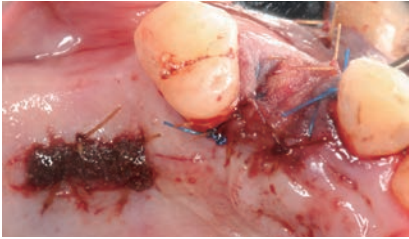


圖96



圖97

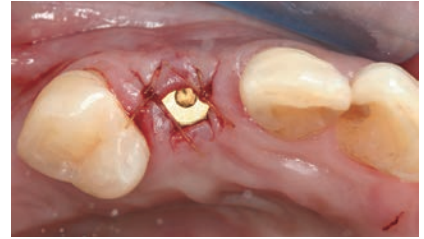


圖98



圖99



圖100



圖101

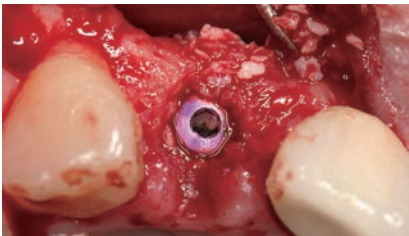


圖102



圖103

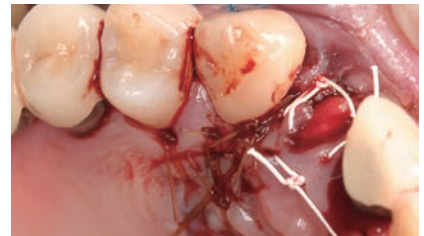


圖104

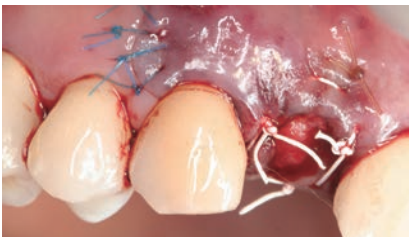


圖105



圖106



圖107

階手術時，經常會遇到如何將手術區域做primary closure。解決這類問題的手術方法與flap design相當多，再此筆者簡介其中一種最簡單的方式。如圖108至圖115，對於單純的一階段植牙，不論是以curvilinear flap design或是sulcular incision，為了獲取primary closure，可以在keratinized gingiva足夠的buccal flap做一T型的incision以創造出兩個

papillae用以關閉mesial與distal的gaps。此術式需要足夠的keratinized gingiva以用來分配出兩個papillae。

## 6. 治療植牙區牙齦萎縮

當上顎前牙區的植牙因齒槽骨的條件不佳而無法植在理想的位置與角度，或是術前齒槽骨有嚴重的牙周破壞，則在廣復體完成後常常會呈現牙齦萎

縮的現象。對於這類牙齦萎縮的治療，須先評估唇側牙齦距離唇側齒槽骨的高度。一般而言，正常的牙齦高度約為2至3 mm。利用牙齦移植手術約可再增加2至3 mm。超過6mm的牙齦高度往往無法維持穩定。

案例（圖116及117）為一左上側門齒植牙，廣復體的唇側面牙齦約有4.5 mm的萎縮。取下廣復體後探測牙齦高度，唇側牙齦約有2.5 mm高（圖118）。理想上，如果與對側側門齒的牙齦高度對齊，則唇側牙齦與齒槽骨的距離將達7至7.5 mm，這將超過穩定牙齦的條件，所以最佳的牙齦覆蓋度將以左側的正中門齒與犬齒的齒頸連線為基準，如此約需墊高牙齦3至3.5 mm而達到5.5至6 mm的牙齦厚度。

首先，將植體支臺齒置換為cover screw（圖119），待其牙齦自行填滿後，即可進行牙齦移植手術。自側門齒牙齦往唇側處做一partial thickness flap（圖110、111），創造出一pouch，接者將牙齦結締組織植入此一pouch。本案例共使用兩塊結締組織，其一由同側犬齒與第一小白齒頸側內部翻轉出結締組織並覆蓋於側門齒處（圖112）；另一則從第一小白齒後方取出並移植於側門齒的唇側面（圖113）。縫合後可明顯觀察到牙齦豐隆度增加（圖114、圖115）。待三個月後，植入的牙齦結締組織已逐漸穩定（圖116、圖117），此時二階手術可以利用一半島形切線（圖118），保守的將植體暴露出來並置換縮減尺寸的癒合帽（圖119）。最後的廣復體與牙齦外型如圖120所示，唇側牙齦高度正如預期般位於正中門齒與犬齒的齒頸



圖108. 術前occlusal view.



圖109. 術前buccal view.



圖110. Curvilinear flap design.



圖111. Implant placed.



圖112. 在buccal flap以T incision來創造mesial與distal papillae.

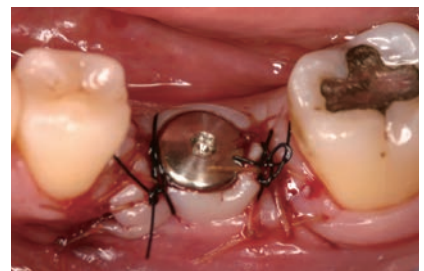


圖113. 將所創造出來的papillae縫合已達成primary closure.



圖114. 術後一週.



圖115. Final restoration.



圖116. 術前此案例的左上側門齒植牙廣復體的buccal soft tissue有著影響美觀的gingival recession. (Gingival tissue原本為健康無發炎狀態,此處紅腫為拆下廣復體所造成的傷害)

連線上。一年後的追蹤可以發現此移植區的牙齦呈現穩定度，而且齒間乳突亦往牙齒接觸區伸展（圖121）

### 7. 保留並維持軟組織的型態

雖然藉由移植牙齦結締組織可以獲得相當穩定而又美觀的牙齦輪廓，卻免不了多次的手術與延長的治療時間。近年來微創手術的興起，使得前牙區植牙的牙齦處理有了新的處理方向。尤其對於立即植牙的處置，著重於保存牙齦與齒槽骨的完整。如圖122案例，左上側門齒牙根斷裂（圖123）。謹慎地拔除斷裂的牙根後，查其齒槽骨並無任何的缺損（圖124）。立即植牙後（圖125），以bone graft填入植體與齒槽骨之間隙中並使用再生膜覆蓋，接著再利用癒合帽來維持牙齦外觀（圖126）。所有

的步驟皆以保存齒槽骨與牙齦的原始型態為原則。傷口完全癒合後，可以發現其手術區域的牙齦輪廓維持完整而飽滿（圖127）。贗復體完成後可以得到最自然而美觀的牙齒牙齦關係（圖128）。

近幾年來，軟組織處理是牙周與植牙領域中蓬勃發展的一項。縱觀軟組織處置的趨勢，如果軟硬組織都在理想的條件下，已然從積極介入漸漸地轉向不干擾式的保存。然而，在軟硬組織皆有缺損的情況下，齒槽骨的形態與品質仍是在根本上決定軟組織外觀最主要的因素。適當的軟組織處置的確可為植牙美觀增色不少，但仍有其極限。正確的硬組織處理及適切的植牙才是美觀與功能的根。



圖117. 術前frontal view.約有2mm至3 mm左右的gingival discrepancy.



圖118. 拆下贗復體後,其abutment如圖示.



圖119. 將abutment拆除並換上cover screw 待其自行癒合.



圖110. 做一palatocrestal incision.

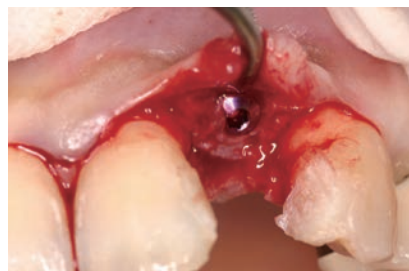


圖111. 以full thickness與partial thickness 併用來做其flap design.

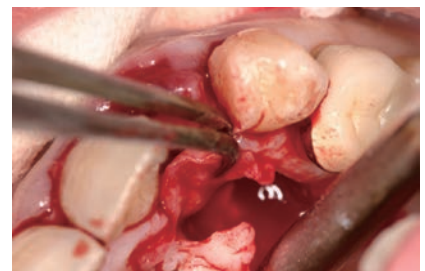


圖112 以vascularized connective tissue graft來augment buccal soft tissue.



圖113. Graft置放在buccal的pouch下.



圖114. 縫合後的外觀.



圖115. 縫合後的外觀.





圖116. 癒合後,二階術前的外觀.



圖117 癒合後,二階術前的外觀.



圖118 二階手術以U-shaped penicular flap進行並置換以reduce-sized healing abutment.



圖119. 換上healing abutment後的外觀.



圖120. Final restoration.



圖121 術後一年追蹤



圖122



圖123



圖124



圖125



圖126



圖127



圖128

# 根管治療後牙齒的臨床考量

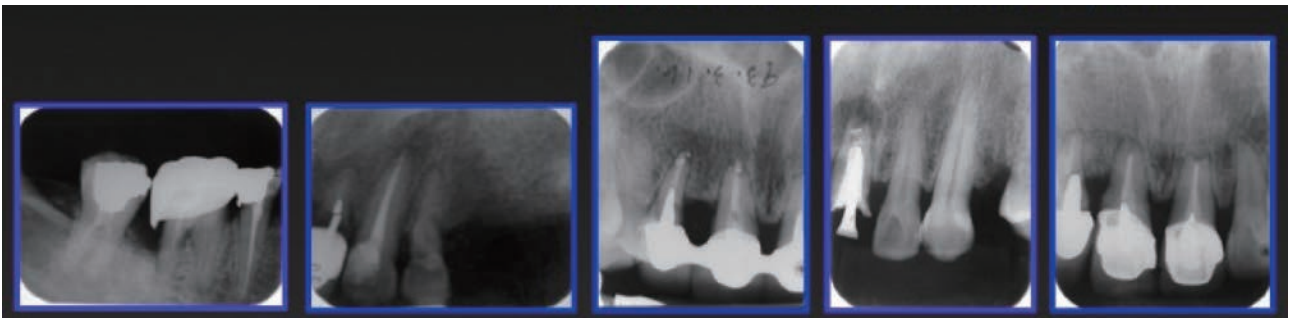
## Clinical Consideration for RCT teeth

作者：吳品姿 醫師

### Profile

吳品姿 醫師

- ◆ 中山醫學大學牙醫學士
- ◆ 中山醫學大學牙科材料研究所碩士
- ◆ 中山醫學大學附設醫院 廣復科主治醫師



在臨床上一般牙科遇到根管治療後的牙齒的狀況並不少見，但是根管治療後的牙齒該如何處理後續的治療？是不是只要“抽完神經”的牙齒就一定不會有問題了？還是一般患者容易擔心如抽完神經牙齒就“壞”了？

### 牙冠微滲漏 Coronal Microleakage of Teeth

根據研究，唾液中的微滲漏是造成根管治療失敗的主要因素之一。不只是品質不良的根管充填，一個品質不良的填補物同樣會有機會讓細菌、內毒素通過根管而引起根尖發炎進而造成根管治療失敗。

而且只要根管暴露在唾液中三個星期以上就可以發現這些微生物。所以根據細菌、內毒素穿透的速率，經過充填之後的根管若暴露在唾液中超過三個月以上，我們就必須重新治療此牙齒之根管治療。

根管治療後的牙齒，要避免唾液中微滲漏的方式就是在牙冠部有足夠厚度至少達3.5 mm的充填材料，而根尖需有4-5 mm的充填材料以提供足夠的封閉。

### 根管治療後牙齒的變化

根管治療後的牙齒蛋白質鍵結會改變，影響其物理性質，使牙齒的伸張及彎曲強度降低。齒質會喪失9%的水分；而充填材料性質可能影響美觀；會喪失牙齒的結構。根據統計，齒質喪失一個面強度約喪失15%；而喪失三面的齒質強度可降低達60%。

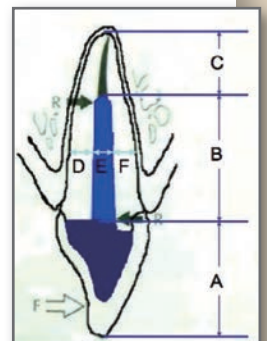
### 根管治療後的牙齒需要釘柱與冠心（Post and Core）嗎？

影響牙根釘效應的因素有

- 長度 length
- 直徑 diameter
- 製備的形態 preparation geometry
- 表面的結構 surface texture
- Ferrule effect
- 黏著材料 luting agent

Post長度越長，其提供之固持能力越佳。〈表1〉但是不要忘了必須維持根尖4-5 mm的充填材料以避免前段所提到的微滲漏。

Post直徑越大，其增加的固持效果有限；但需



注意增加直徑會移除過多齒質，而相對降低牙齒的抗斷裂強度。所以我們無需做無謂的牙根釘的擴大，且每一面至少要有1.75 mm以上的健康齒質。

Ferrule effect 指的是牙冠必須像金屬箍以360度環繞在健康齒質上的情形。Ferrule的長度至少需1.5 mm。若不足則需考慮以矯正方式拉出，或施行牙冠增長術。

接下來來探討Post and Core的種類。若以製成方式來做區分，我們可以將之分類為“custom-cast”、以及“prefabricated”兩類；而若以製成材質來做區分，也可分為“metallic”、“non-metallic”兩類。舉例來說，non-metallic prefabricated post包含carbon fiber、glass fiber、zirconia等。metallic prefabricated post包含para-post。

Custom-cast metallic post的優點是有悠久的使用歷史；與根管的適應性良好；冠心與牙根的retention及強度很好，因為冠心與牙根是一體成形鑄造出來。其缺點是若材質為金屬則影響美觀，容易造成牙根斷裂，且不易移除，使用的金屬會有生物相容性的問題，需要兩次的約診。

Prefabricated post的優點是一次約診就可以完成；若需根管再治療較容易；與金屬牙根釘比較起來較美觀。而prefabricated post 其冠心的選擇可以有amalgam、glass ionomer、composite resin。

John A. Sorensen在1984年探討不同方式的intracoronal reinforcement失敗的種類，在132個parapost 的病例失敗的有三個；其中2個是屬於“restorable”（即牙齒不需拔除仍可重新治療）、1個是“non-restorable”（即造成牙齒需拔掉）。在245個cast post and core的病例失敗的有31個；其中19個是“restorable”、12個是“non-restorable”。我們可以發現在cast post and core造成牙齒必須被拔除的機會似乎比較高，但是當然我們要考量其他的因素，例如通常使用cast post and core的病例都是牙齒結構缺損較多的狀況，所以這也有可能是造成其失敗率增加的因素。

post表面的型態也會影響其retention。表面有螺紋的retention最佳；其次是平行型態的post；最差的是tapered 型態的post。

所以我們在考量要選擇什麼系統的post and core時，就要考量我們需

不需要很大的retention？將來需不需要根管再治療？有的會有較高的機會造成tooth fracture的危險.....而必須將這些因素全部綜合做整體的考量才能選擇出最恰當的post and core。

而是否所有做完根管治療的牙齒都需要做post and core呢？

根據John A. Sorensen的另一個研究，他針對不同部位的牙齒〈前牙；小白齒；大白齒〉其無“intracoronal reinforcement”以及“coronal coverage”的成功率和失敗率做比較。結果發現無論在哪個部位的牙齒，有或者沒有製作

表1 Diameter 1.8 mm cemented with ZPC

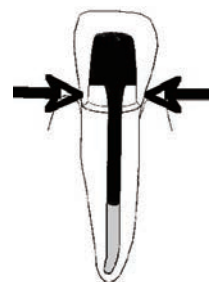
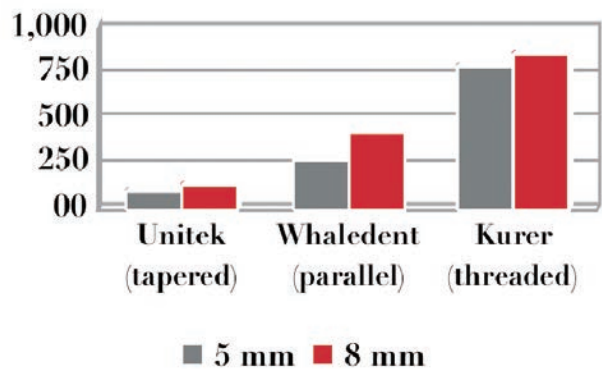


圖1 custom-cast post



圖2 prefabricated post

表2 不同部位牙齒對於有無intracoronal reinforcement及coronal coverage其失敗成功率比較

Location of teeth	Intracoronal reinforcement				Coronal coverage			
	Post		No post		Crown		No crown	
in arch	Success	Failure	Success	Failure	Success	Failure	Success	Failure
<b>Maxillary anteriors</b>	89.4	10.6	84.7	15.3	87.5	12.5	85.4	14.6
	No significant difference				No significant difference			
<b>Maxillary premolars</b>	93.2	6.8	87.0	13.0	93.9	6.1	56.0	44.0
	No significant difference				$\chi^2 = 29.06, p < .001$			
<b>Maxillary molars</b>	92.0	8.0	93.1	6.9	97.8	2.2	50.0	50.0
	No significant difference				$\chi^2 = 55.34, p < .001$			
<b>Mandibular anteriors</b>	95.8	4.2	96.2	3.8	97.5	2.5	94.4	5.6
	No significant difference				No significant difference			
<b>Mandibular premolars</b>	89.3	10.7	90.9	9.1	93.8	6.2	62.5	37.5
	No significant difference				$\chi^2 = 12.46, p < .001$			
<b>Mandibular molars</b>	97.6	2.4	91.7	8.3	96.8	3.2	57.7	42.3
	No significant difference				$\chi^2 = 47.35, p < .001$			

-- John A. Sorensen, James T. Martinoff, JPD 1984

intracoronar reinforcement其失敗率是沒有顯著差異的。所以，根管治療後的牙齒並非一定要製作post & core。Post的作用在提供core retention；而core的作用在取代喪失的冠狀部分的齒質。

### 根管治療後的牙齒需要Crown 嗎

在一開始我們提到了根管治療後牙齒的變化，因為喪失齒質所以其強度會降低。再根據John A. Sorensen的實驗〈表2〉，雖然任何部位的牙齒有沒有intracoronar reinforcement 其失敗率並無顯著差異；但不同部位的牙齒有crown和沒有crown其失敗率卻是有差異的。且在臼齒區，根管治療後沒有crown的molar其失敗率是有做ceown的molar的好幾倍 (failure rate 50.0 v.s. 2.2 )。JOE 1989年的文章也提出，根管治療後沒有crown其失敗的機率比有做crown的失敗率高達5倍之多。

所以根管治療後的牙齒，尤其是在承受咬合壓力的部位，必須要製作crown保護起來。

而根據支台齒在口內扮演的角色(single crown、fixed partial denture abutments、removable partial denture abutment)，其成功率也有所不同。〈表3〉

所以，根管治療後的牙齒，根據所剩齒質的結構、在口中的位置、所承受的咬合力量、以及其所扮演的支台齒角色都會影響其預後。我們在訂定治療計畫時就必須把這些因素做一綜合的考量，如果那些牙齒能留，就找出適當方法來延長其預後；不能留，則需儘早察覺做出決定。才不會因為錯誤的決定而使全盤計畫失敗。

### 參考文獻

1. Coronal leakage as a cause of failure in root-canal therapy: a review W. P. Saunders, E. M. Saunders. Dental Traumatology 1994; 10: 105 - 108
2. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. Torabinejad et al. J Endod 1990; 16:566-9
3. Endodontic failure caused by inadequate restorative procedures: Review and treatment recommendations. Helling et al. The Journal of Prosthetic Dentistry 2002; 87: 674-678
4. Human saliva penetration of coronally unsealed obturated root canals. Khayat et al. J Endod 1993; 19: 458-61
5. Post preparation techniques and their effect on the apical seal. Haddix et al. J Prosthet Dent 1990; 64: 515-9
6. Microleakage of temporary restorations in complex endodontic access preparations. Anderson et al. J Endod 1989;15: 526-9
7. Effect of post preparation on the apical seal. Mattison et al. J Prosthet Dent 1984; 51: 785-9
8. An in vitro comparison of retention between a hollow post and core and a custom hollow post and core. Halle et al. J Endod 1984; 10: 96-100
9. Load fatigue of teeth restored with cast posts and cores and complete crowns. Int J Prosthodont 1995; 8: 155-61
10. The denal ferrule and the endodontically compromised tooth. Nicholls et al. Quintessence Int 2001; 32: 171-3
11. Intracoronar reinforcement and coronal coverage: A study of endodontically treated teeth. Sorensen et al. J Prosthet Dent 1984; 51: 780-784
12. Endodontically treated teeth as abutments. Sorensen et al. J Prosthet Dent 1985; 53: 631-636
13. Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration. Ray et al. Int Endod J 1995; 28: 12-8

表3

### • Composition of success and failure rate of abutment teeth

	No crown		Crowns		FPD		RPD	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Success	160	75.8	833	94.8	116	89.2	41	77.4
Failure	51	24.2	46	5.2	14	10.8	12	22.6
Total	211	16.6	879	69.0	130	10.2	53	4.2

Crown v.s. FPD  $\chi^2 = 5.26, p < .05$

Crown v.s. RPD  $\chi^2 = 23.1, p < .001$

FPD v.s. RPD  $\chi^2 = 3.48, ns$

-- John A. Sorensen, James T. Martinoff. J Prosthet Dent 1985

## 垂直牙根斷裂病例報告

### Vertical root fracture and cases report

作者：楊宏恩 醫師

#### Profile

楊宏恩 醫師

- ◆ 中華民國牙髓病學會專科醫師
- ◆ 萬芳醫院牙髓病科準主治醫師
- ◆ 台北醫學大學附設醫院牙髓病科兼任主治醫師
- ◆ 雙和醫院兼任主治醫師

牙齒縱向的斷裂分為幾類：1.裂紋(craze line)、2.咬頭斷裂(fractured cusp)、3.牙齒斷裂(cracked tooth)、4.牙齒裂開(split tooth)、5.垂直牙根斷裂(vertical root fracture, VRF)。在這些種類中就屬VRF的診斷最為困難，常會與其它診斷混淆。由於VRF的治療方式不是拔牙就是移除斷裂的牙根，所以在進行任何牙科治療前，鑑別診斷出VRF是相當重要的。

在做過根管治療或有釘柱的牙齒上，VRF較常發生，機率約為11%-20%。VRF斷裂的方向平行牙根長軸，主要在頰側-舌側平面上，有時候從根尖開始發生，有時則從牙根中段開始，斷裂並不一定會完全延伸至整個牙根。當VRF從根管壁延伸到牙根外表面後，軟組織接著長入斷裂的空間進而撐開牙根。VRF若與口腔環境相通時，細菌、食物殘渣等刺激將進入，造成牙周韌帶損壞、齒槽骨缺損、肉芽組織增生，尤其在頰側骨板(buccal plate)較薄的牙齒如：上顎小白齒、下顎臼齒的近心牙根，較常見到明顯的牙周破壞。若VRF尚未延伸至口腔環境時，刺激物來源則為根管內的材料及刺激物。

發生VRF時，病人可能咀嚼會疼痛，或者是咀嚼完張開時會疼痛，但症狀通常不嚴重，或甚至沒有症狀，牙齒通常沒有搖動度，不過也有可能出現牙周膿腫或瘻管，讓病患因此前來求診。當一個牙根周圍出現一個以上的瘻管時，極有可能就代表VRF，也有研究指出VRF所造成的瘻管會比根尖感

染所造成的瘻管來的接近牙冠。然而VRF的臨床表現常與牙周疾病或根管治療失敗十分相似，所以根尖的檢查如敲診及觸診對於鑑別診斷沒有太大的幫助。

至於牙周囊袋探測以及放射線影像，則在VRF的鑑別診斷時較有價值：例如窄且深的囊袋，就有可能代表是VRF，或是根管感染造成的囊袋。VRF造成的囊袋不一定會同時出現在頰舌兩側，而且有些VRF還是有正常的牙周囊袋深度。至於放射線影像上如果見到齒槽骨吸收從根尖延伸到牙根側面，如同“J-shape”或是“halo”的樣式，甚至包括齒槽骨脊的吸收(angular bony defect)，就代表診斷可能是VRF。除非裂的極為明顯，能直接在傳統放射線影像上看到裂痕的機率只有35.7%，且放射線的角度與VRF的角度相差不得大於4度，這時候利用電腦斷層影像(Computed Tomography)更有診斷價值。

以下提出三個臨床病例與大家分享與討論：

#### 病例一

59歲男性，主訴為左下後牙咬痛。理學檢查：35敲診疼痛。放射線影像上：35作過根管治療以牙套及釘柱復形，且有根尖病變及齒槽骨脊的吸收(圖1)。進一步以顯微鏡檢查可以看到頰側齒頸部已有一垂直裂痕(圖2)，且舌側、頰側各一大約10mm窄且深的牙周囊袋(圖3)。所以臨床診斷

為垂直牙根斷裂，治療計畫為拔牙（圖4, 圖5）後以固定牙橋復形。

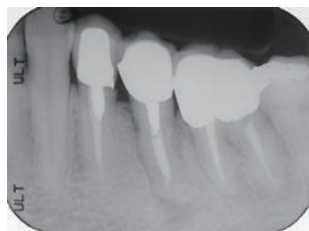


圖1

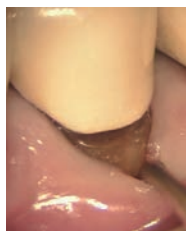


圖2

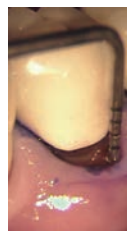


圖3



圖4



圖5

### 病例二

38歲女性，主訴為半年來左下後牙區膿腫不消。理學檢查：36敲診、觸診輕微疼痛，牙周囊袋正常，頰側瘻管利用馬來膠針溯跡至36近心牙根尖（圖6），診斷為36慢性牙根尖膿腫。但是進行根管重新治療時，發現近心牙根根管偏離（canal transportation）（圖7），而且瘻管及膿腫在治療時雖然好轉，但是完成根管治療後又再度出現（圖8），所以安排根尖手術，發現近心牙根已經垂直斷裂（圖9）。治療計畫：近心牙根切除（hemisection）後以贗復物復形。

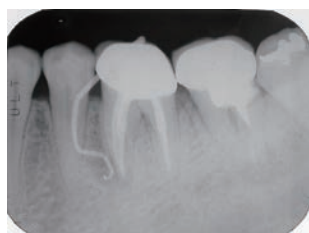


圖6

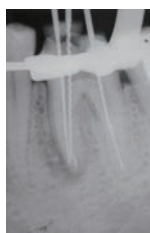


圖7

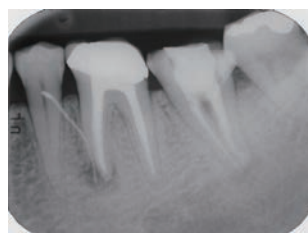


圖8



圖9

### 病例三

54歲女性，主訴為這一年來上顎前牙區常會疼痛，並有瘻管出現。理學檢查：22敲診、觸診疼痛，牙髓活性測試為負，牙周囊袋近心側5 mm，搖動度正常；23敲診、觸診皆很疼痛，牙周囊袋及搖動度正常，22、23咬合時皆過早接觸（premature contact）。放射線影像可見根尖透射區位於22及23根尖之間，且瘻管利用牙膠針溯跡至此處（圖10）。診斷為慢性牙根尖膿腫。經過22, 23根管治療及咬合調整後，瘻管終於消失。然而治療後一個月病患突然感到牙齒疼痛，且比治療前還要嚴重，瘻管也再度出現（圖11），根尖放射線透射區也沒有好轉的趨向，所以安排根尖手術移除病灶。手術時發現23頰側牙周囊袋窄且深，深度達10 mm且翻瓣後該區齒槽骨已吸收並充滿肉芽組織，移除軟組織後可以見到牙根垂直斷裂並已經延伸到牙冠（圖12），拔除後也見到頰側有垂直斷裂（圖13）。治療計畫：22根尖切除、23拔除、囊腫摘除，23以固定牙橋或植體贗復。



圖10



圖11

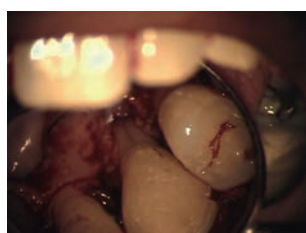


圖12

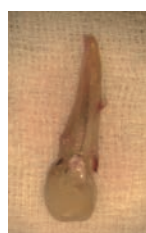


圖13

VRF通常不是單一原因造成，可以分成兩大類因素討論：1. 本身傾向：如因蛀牙或外傷喪失過多齒質、特別的牙根型態（較彎曲的牙根、頰舌徑寬而近遠心徑窄的牙根）、牙根吸收、齒質溼度的喪失、咬合干擾或不良咬合習慣、或是失去齒槽骨的支持。2. 醫原性因素：根管治療、使用釘柱進行鑲復治療。

本文提出的病例一及病例三的牙根為圓柱型本身並不傾向VRF，但是兩位病患口內都有兩顆以上的牙齒VRF的病史，代表可能與咬合習慣有關係。病例二則是由於小學時就做了根管治療，牙根無法生成繼生性牙本質（secondary dentin），齒質比較脆弱。

過度修形釘柱空間、選用不當釘柱種類、釘柱黏合時過大的力量容易造成VRF。所以目前多使用預製型的平行釘柱(prefabricated, parallel-sided posts)或是纖維強化的複合樹脂釘柱(fiber-

reinforced composite posts)因為他們與牙本質的彈性係數相近。至於根管治療時，冠部1/3的擴大對於治療時碎屑的移除、沖洗的效率、長度的測定、根尖修形、以及根管充填都有很大的幫助，然而過度的移除齒質將使VRF機會變大。所以在感染的根管系統中，必須在移除感染牙本質與保留齒質間達到平衡，尤其是在本身就有VRF傾向的牙根如上下顎小白齒、下顎臼齒的近心牙根。

頰側骨板的開裂(dehiscence)在90%的VRF患齒上都可以觀察到，隨著時間經過，齒槽骨繼續吸收，破壞範圍會從裂縫加寬成為卵圓形再擴張到鄰牙(interproximal areas)，直到此時才會在放射線影像上看到透射區。如果VRF只侷限在牙根的某一段，則頰側骨板的吸收可能是開窗(fenestration)的形式。至於舌側由於皮質骨較厚，骨頭的吸收一開始會侷限在海綿骨內，而舌側骨板(lingual plate)的高度則不會減少太多。這可以在病例二與病例三的手術圖片中比較差異。

VRF的治療就是拔牙及切除牙根。只有一篇報告試著利用雷射來融合裂痕，但是效果不好；也有人利用樹脂黏著劑於口外黏合牙根裂痕，目前仍長期觀察癒後。

所以當在臨床上需要診斷VRF時，可以依據下列步驟進行：找出容易VRF的牙根→收集這些牙齒的病史與治療經過→檢查咀嚼時是否有疼痛或有持久的不適→以牙周探針探測是否有齒槽骨缺損，特別是頰側→拍攝至少兩張不同水平角度的放射線影像，尋找裂痕或是造成的骨缺損→翻瓣確認裂痕或相符的骨缺損型態。希望及早鑑別診斷出VRF，避免治療計畫的失誤，增進醫療的品質。

### 參考書目：

1. Rivera EM, Walton RE: Longitudinal Tooth Fractures, Endodontics principles and practice 4th edi., p.108, 2009.
2. Berman LH, Hartwell GR: Diagnosis, Pathways of the pulp 9th edi., p.2, 2006.
3. Tmase A: Vertical root fractures in endodontically treated teeth: diagnostic signs and clinical management, Endodontic Topics 13:84, 2006.



# 雙根之乳犬齒-三病例報告

## Birooted primary canine- A report of three cases

作者：莊才逸 醫師

### Profile

莊才逸 醫師

- ◆ 台北醫學大學牙醫口腔復健醫學研究所碩士
- ◆ 中華民國兒童牙科醫學會專科醫師
- ◆ 署立雙和醫院兒童牙科兼任主治醫師
- ◆ 板橋岳德聯合牙醫診所、匯通牙醫診所兒童牙科專科醫師

乳牙在牙根形態上較少出現變異，乳犬齒最常見的牙根型態為單根，很少發現有雙根的乳犬齒。從Medline查詢關於雙根乳犬齒的文獻從1975年至今僅有14篇，除了發現率低外，最重要的原因是乳犬齒常是X光片裡的配角：拍攝前牙根尖片時乳犬齒牙根容易變形且常被乳白齒牙冠重疊無法判讀(圖一)。拍攝後牙根尖片時又常無法拍攝全部牙根形態(圖二)或牙根與前牙重疊無法判讀(圖

三)。另外因為幼童口腔較小，不容易拍攝也是原因之一。

本篇三個雙根乳犬齒病例為八年內在不同院所蒐集，有一位患童的乳犬齒接受根管治療因此發現雙根型態。另一位為治療後定期回診拍攝X光片時發現。最後一位為因有治療齲齒需要拍攝全口根尖片時發現。

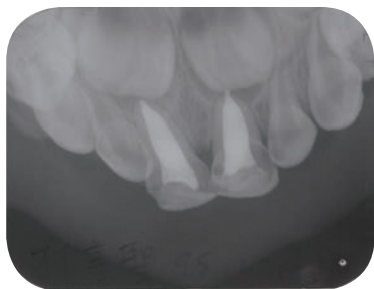


圖1

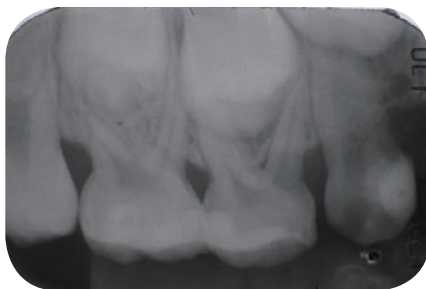


圖2

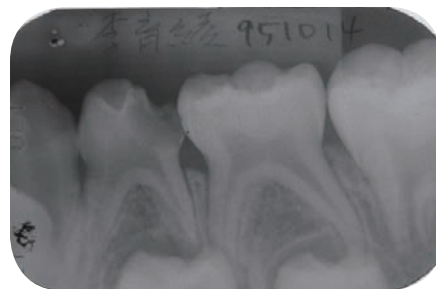


圖3

### 病例一：

女童，85年5月22日生，身心狀況正常，於89年4月28日起開始接受牙科治療，陸續完成所有治療後並未定期回診檢查。女童因左上牙齒疼痛及膿腫於91年6月11日回診，拍攝X光片發現左上乳犬齒為雙根且因根尖周圍病變須接受根管治療。其他三顆乳犬齒牙根並未發現有雙根之情形。



治療前



治療後

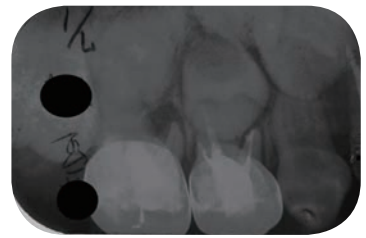


一星期後



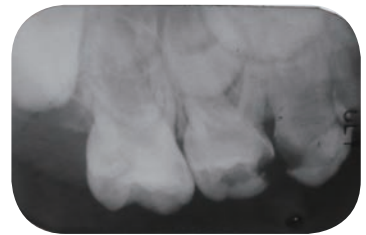
## 病例二：

女童，90年9月20日生，身心狀況正常，於94年7月22日起開始接受牙科治療，陸續完成所有治療並定期回診檢查，97年7月1日因右上牙齦腫痛拍攝X光片發現右上第二乳白齒牙根周圍病變並發現右上乳犬齒為雙根型態。其它三顆乳犬齒牙根並未發現有雙根之情形。



## 病例三：

女童，94年6月18日生，身心狀況正常，於97年1月7日因嚴重蛀牙就診，拍攝X光片發現右上乳犬齒為雙根，其他三顆乳犬齒牙根並未發現有雙根之情形。因患者並未回診繼續接受治療，並無治療紀錄。



## 討論：

從1975年開始陸續有關於雙根乳犬齒的病例報告，多數病例為黑人男性，且多為上顎雙側皆有雙根乳犬齒，有三例為四顆乳犬齒皆為雙根，發現年齡從一歲八個月因外傷拍攝前牙X光片發現，到九歲六個月因恆犬齒異位萌發而拍攝X光片發現，發現後因治療因素拔除的有兩例，拔除原因為阻礙恆牙發育正常發育。

發現原因主要為例行X光片檢查或是前後牙齒疼痛或外傷，有三例為拍攝咬翼片後發現異常再拍攝乳犬齒之根尖片。有八例為直拍(註一)之根尖片。有五例為拍攝環口X光片。有六例為拍攝兩張以上之X光片。

有醫師主張會有雙牙根的情況是因為Hertwig's epithelial root sheath異常發育所造成。兩例拔除之雙根乳犬齒皆有較明顯的唇側溝痕(labial groove)，除了雙根以外，各病例報告皆指出雙根乳犬齒牙冠結構與正常乳犬齒比較並無不同。另有醫師定義這樣的乳犬齒為牙根末段分叉(bifurcation)，因雙根乳犬齒文獻較少，無法統一定義如此狀況為雙牙根(birooted)或牙根末段分叉。

關於各篇的X光片拍攝法及患者基本資料詳列如下：

年份及刊物	X光片拍攝法	年齡	性別	位置	族群
1975, Tri-O	上顎單側斜位咬合片	4y	女性	53,63	未知
1978, Tri-O	紙圈咬翼片及橫拍後牙根尖片	5y	女性	53,63	黑人
1980, Tri-O	環口X光片(pano)	5y	女性	53,63	黑人
1980, Tri-O	橫拍後牙根尖片	5y	男性	53,63	黑人
1982, JDC	直拍前牙根尖片	5y	男性	53,63	黑人
1982, JDC	紙圈咬翼片後拍攝直拍根尖片	5y	男性	53,63,73,83	白人
1985, JDC	直拍根尖片	9y6m	男性	53,63(拔除)	黑人
1987, Tri-O	直拍(右)及橫拍(左)根尖片	5y	男性	53,63	黑人
1991, JDC	兩病例各有一張紙圈咬翼片及一張直拍根尖片	4y6m	男性	53,63	黑人
		4y	男性	53,63	黑人
1992, JDC	橫拍後牙根尖片	4y	男性	53	黑人
	直拍前牙根尖片	1y8m	男性	53	黑人
1996, PD	紙圈咬翼片	8y6m	男性	53,63	黑人
	直拍前牙根尖片	4y11m	男性	53,63	黑人
	環口X光片	8y4m	男性	53,63,73,83	黑人
1997, JADA	紙圈咬翼片	4y	女性	53	黃種人
2001, IJPD	直拍根尖片	6y4m	男性	53,63,73,83	日本人
2006, JISPPD	三病例皆有環口X光片及上顎單側斜位咬合片	11y3m	男性	63(拔除)	白人
		4y9m	男性	53	白人
		6y	男性	53,63	白人

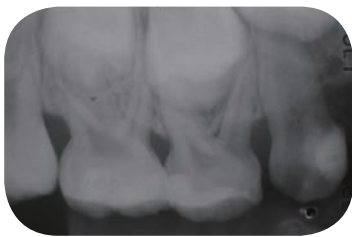
## 結論：

雖然雙根之乳犬齒並不常見，但其發現與否多取決於X光片是否有拍攝到乳犬齒之牙根狀態，在這幾篇病例報告中發現，以紙圈咬翼片(註二)或XCP拍攝較可看到牙根之變化，另外單側斜位咬合片也適用於乳犬齒部位之拍攝。雖然各篇作者並未強調如何拍攝到雙根乳犬齒，但讓人意外的是直拍的根尖片使用率相當高(20例中有8例)，不知是否先拍攝到異常後再拍攝直拍根尖片或各篇作者本來就有使用直拍方式拍攝犬齒的習慣？

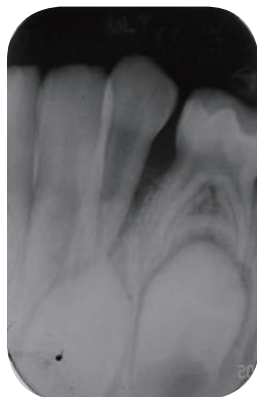
與各篇病例報告較不同之處，3位皆為台灣女童，而全部20例中女童只佔4位。是否有任何意義需要更多的研究資料才能得知。另外各篇並無雙根乳犬齒接受根管治療的記錄，病例一接受根管治療時，若無正確拍攝術前X光片，可能無法順利完成治療，因此，乳犬齒若有需要接受根管治療時，應該針對乳犬齒拍攝直拍根尖片或單側斜位咬合片以得知牙根型態。

雙根乳犬齒的發現須仰賴正確的使用牙科X光才能得知，遵循最低曝射劑量的原則，拍攝X光片時，牙醫師們應儘可能的正確擺放X光片並調整正確劑量來獲取最多所需資訊。

註一：直拍定義為X光片較長邊與牙根方向相同，橫拍定義為X光片較短邊與牙根方向相同。



橫拍為



直拍為

註二：紙圈咬翼片，使用paper loop框住X光片後，請患者咬在紙片上進行拍攝。較鱷魚夾(Snap-A-Ray)薄，因此可觀察到較多牙根部位的型態。

## 相關文獻：

1. 圖解口腔影像的臨床診斷，張勝利譯，日毅出版社，2004
2. Wheeler's牙科解剖、生理與咬合學，張博鈞譯，合記圖書出版社，2004
3. Brown CK. Bilateral bifurcation of the maxillary deciduous cuspids. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975;40:817.
4. Kelly JR. Bicrooted primary canines. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978;46:872.??
5. Krolls SO, Donahue AH. Double-rooted maxillary primary canines. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;49:379.
6. Chow MH. Bilateral double-rooted maxillary primary canines. An abbreviated case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;50:219.
7. Bimstein E, Bystrom EB. Bicrooted bilateral maxillary primary canines. *ASDC J Dent Child* 1982;49:217-8.?
8. Bryant RH Jr, Bowers DF. Four bicrooted primary canines: Report of case. *ASDC J Dent Child* 1982;49:441-2.
9. Paulson RB, Gottlieb LJ, Sciulli PW, Schneider KN. Double-rooted maxillary primary canines. *ASDC J Dent Child* 1985;52:195-8.
10. Jones JE, Hazelrigg CO. Bicrooted primary canines. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:499-500.
11. Saravia ME. Bilateral bicrooted maxillary primary canines: Report of two cases. *ASDC J Dent Child* 1991;58:154-5.
12. Hayutin DJ, Ralstrom CS. Primary maxillary bilateral bicrooted canines: Report of two cases. *ASDC J Dent Child* 1992;59: 235-7.
13. Ott NW, Ball RN. Bicrooted primary canines: Report of three cases. *Pediatr Dent* 1996;18:328-30.
14. Winkler MP, Ahmad R. Multirooted anomalies in the primary dentition of Native Americans. *J Am Dent Assoc* 1997;128: 1009-11.
15. Mochizuki K, Ohtawa Y, Kubo S, Machida Y, Yakushiji M. Bifurcation, bicrooted primary canines: A case report. *Int J Paediatr Dent* 2001;11:380-5.
16. Orhan AI, Sari S. Double-rooted primary canines: A report of three cases. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2006;24:204-8



## 牙齒酸蝕之發生與預防

作者：林佳詠 醫師、陳敏慧 醫師

### Profile

#### 林佳詠 醫師

- ◆ 台大臨床牙醫研究所
- ◆ 台大醫院牙體復形美容牙科

#### 陳敏慧 醫師

- ◆ 台大臨床牙醫研究所
- ◆ 台大醫院牙體復形美容牙科

### 前言

早在十九世紀，關於牙齒遭受酸蝕(erosion)而致齒質喪失的情況，便已被記載於文獻當中<sup>1</sup>。隨著近幾十年來在先進國家當中人們對牙科知識的增進及對齲齒的預防，酸蝕特別成為必須更加注意的新議題，以防止牙齒的缺損。由非細菌性來源之酸所造成齒質硬組織的化學溶解即是酸蝕，這種情況廣泛出現在各年齡層<sup>2,3,4</sup>。因此，瞭解酸蝕的成因、臨床徵兆以及建立完整的預防方式是重要且必須的。

### 酸蝕之成因：

酸蝕依其酸性物質來源不同，又可分為內因性(intrinsic)及外因性(extrinsic)兩種，更進一步常見的致病因素分類如下<sup>5</sup>。

#### 1. 全身性疾病 (Medical Conditions)

病人本身患有厭食症(anorexia nervosa)、暴食症(bulimia nervosa)等精神心理方面之飲食規律紊亂失調疾病，或是因胃食道逆流症(Gastroesophageal reflux disease)以及酗酒(alcoholism)等因素，常有嘔吐、胃酸逆流等情形，而造成胃酸對齒質產生酸蝕。此類患者往往本身不知道自身疾病，而是在尋求牙科治療時才被發現，因此牙醫師必須清楚瞭解此些狀況並將病人適當地轉介至精神科或消化內科。

#### 2. 酸性食物 (Misuse of acidic dietary products)

經常性地飲用果汁或碳酸飲料已經被確認會造成酸蝕發生<sup>6</sup>。特別在劇烈運動或是睡前嗜吃或嗜

喝酸性水果及果汁更會加速酸蝕發生，此乃因唾液流量減低、自淨作用喪失所致。除了常見的奶瓶性齲齒，乳牙比恆牙有高出1.5倍的機會更易發生酸蝕<sup>7</sup>。

#### 3. 酸性藥物 (Use of acidic medicaments)

已經有許多病歷報告指出，長期服用酸性藥物，例如:acetylsalicylic acid, ascorbic acid, liquid hydrochloric acid, iron tonics, acidic saliva stimulants等等都對牙齒有潛在性的酸蝕風險。

#### 4. 酸性工作環境 (Occupation)

從事某些職業的人易有較高牙齒酸蝕的風險<sup>8</sup>。包括了會暴露在酸性氣體或水蒸氣的工人(電池或肥料製造場)、專業游泳選手及專業品酒師等。

#### 5. 迷幻藥 (Use of illegal drugs)

某些違禁藥品像是cocaine和ecstasy都會使服用的人過份飲用酸性飲料來止渴，此乃因此類藥物會造成脫水及唾液分泌降低的副作用<sup>9</sup>。

#### 6. 不當口腔清潔習慣 (Excessive oral hygiene procedure)

某些過份清潔牙齒的病人，反而造成牙釉質上表面部份的缺損，因此更易受到酸蝕的侵愛。

### 臨床徵兆

1. 過份光滑之牙齒表面，缺乏明顯溝紋及解剖型態。此乃因在牙釉質表面由唾液形成的緩衝層已被酸性物質移除，所以受到酸蝕的牙齒表面會呈現不正常光亮，其實是結構已被破壞了。而在靠牙齦附近的齒質因為有牙菌斑或是牙齦



圖1



圖2

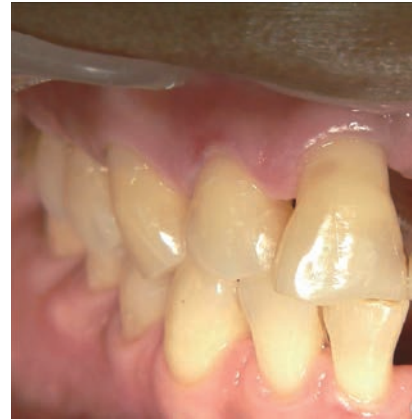


圖3

溝液的緩衝能力，反而較不易被酸蝕。

2. 喪失牙齒頰側面原有的豐隆度，在咬合面甚至會成為有著淺碟狀如火山口一般邊緣不明顯的凹陷感。和機械性咬耗造成的凹面相比，咬耗造成的磨耗面則是四周邊緣明顯，有稜有角。
3. 在許多牙齒之咬合面上可發現填補物的邊緣反而較周圍齒質來的高，或是多個咬合面的牙釉質喪失，牙本質暴露。

圖1-3為便是典型常見牙齒被酸蝕的情況。

### 預防方式

建立早期預防早期治療的觀念是非常重要的，若是有飲食或經神方面之疾病，務必尋求專業的協助<sup>10</sup>。使用可幫助牙齒再礦化的高氟牙膏或漱口水(2% sodium fluoride)，等都是有效的方式<sup>11,12</sup>。在日常飲食中的改變，例如常食用新鮮牛奶或海鮮等，亦可增強牙齒表面對抗酸蝕之能力<sup>13</sup>。另外，已知是高風險性之病人亦要建議其定期追蹤觀察，且施予保護預防的措施。

### 結語

近年來由於國人飲食西化的結果，碳酸飲料、酸性果汁、高醣高熱量等速食充斥，牙齒受酸蝕侵害的病人必然會有上升的趨勢，因此不論是牙醫師或是普羅大眾，都應該要更易識到齒質酸蝕的危害並小心預防才是。

### 參考文獻

1. Royston J (1808). Treatment of erosion. *Dental record* 28:501-8.
2. Amaechi BT HS (2005). Dental erosion: possible approaches to prevention and control. *J Dent.* 33(3):243-52. Epub 2004 Nov 26.
3. Millward A SL, Smith A (1994). Dental erosion in four-year-old children from differing socio-economic backgrounds. *Journal of Dentistry for Children* 61:263-6.
4. Bartlett DW CP, Nikkah C, Wilson RF (1998). The prevalence of toothwear in a cluster sample of adolescent school children and its relationship with potential explanatory factors. *British Dental Journal* 184:125-9.
5. Lussi (2008). Erosion—diagnosis and risk factor. *Clin Oral Invest* 12 (Suppl 1):S5-13.
6. Zero DT LA, editor (2000). Etiology of enamel erosion: intrinsic and extrinsic factors. In: Addy M, Embery G, Edgar WM, Orchardson R, editors. *Tooth wear and sensitivity: clinical advances in restorative dentistry*. 1st ed.: London: Martin Dunitz.
7. Amaechi BT HS, Edgar WM (1999). Factors influencing the development of dental erosion in vitro: enamel type, temperature and exposure time. *Journal of Oral Rehabilitation* 26:624-30.
8. Petersen PE GC (1991). Oral conditions among German battery factory workers. *Community Dental Oral Epidemiology* 19:104-16.
9. AJ D (1993). Ecstasy—dental implications. *British Dental Journal* 175:38.
10. Bartlett DW ED, Smith BGN (1994). Simultaneous oral and oesophageal pH measurement after a reflux provoking meal. *Journal Dent Research:Spec issue abstract* 70.
11. Wiegand A AT (2003). Influence of fluoride on the prevention of erosive lesions—a review. *Oral Health and Preventive Dentistry* 4:245-53.
12. Sorvari R MJ, Alakuijala P, Frank RM (1994). Effect of fluoride varnish and solution on enamel erosion in vitro. *Caries Research* 28:227-32.
13. Gedalia I DA, Shapira L, Lewinstein I, Goultschin J (1991). Enamel softening with coca-cola and rehardening with milk or saliva. *American Journal of Dentistry* 4:120-2.

## 成就向上推動的力量 專訪全聯會蘇鴻輝理事長

採訪／木棉雜誌社社長 楊晉杰 醫師、總編輯 吳秉翰 醫師

撰文整理／Estela

人物攝影／Maggie



### Profile

#### 蘇鴻輝 醫師

- ◆ 前台北牙醫師公會理事長
- ◆ 衛生署口腔醫學委員會委員
- ◆ 衛生署全民健康保險費用協定委員會委員
- ◆ 牙醫師全聯會全民健保牙醫門診總額執行委員會主任委員
- ◆ 牙醫全聯會理事長

**蘇**鴻輝，現為全聯會理事長，兩小時的專訪，從個人背景、健保制度、社福照顧到牙醫教育，他暢談夢想、理念、工作態度，隨著訪問議題的深入淺出，逐一透視著蘇鴻輝理事長剖析問題的廣度與向度，更能進而探究全聯會協調同業關係、增進醫療技能、推行社會服務，並協同醫業發展等宗旨。

### 回首 來自對前輩的感念

來自台中后里，蘇鴻輝憑著純樸農家子弟的拼勁，從求學階段開始，便展露了他過人的資質，台中二中畢業，以當屆畢業生榜首之姿進入高雄醫學院，從此展開他的求醫之路。在高醫的求學生涯中，他提起賴聖忠與湯兆舜兩位教授，他們同時也是高醫學長，對剛進大學仍是新鮮人的同學們特別照顧，更以自身的身教、言教，給予同學對牙醫師醫療與品德，正向的思考幫助。在牙醫界中，陳信甫學長、李英祥醫師與陳時中醫師這三位牙醫界的精神標竿人物，在不同領域的專長與風格中（如政治涉略、牙醫形象塑造等），對蘇鴻輝發揮影響力，在他任台北市公會理事長期間，三位前輩恰巧為其社運會顧問，無疑地，在與之學習過程裡，獲得許多收益。蘇鴻輝於預官役退伍後一個月即順利開業，當兵期間，在基隆前理事長楊明德醫師診所內的實習栽培訓練功不可沒。一路走來，他特別感念於這幾位前輩的影響，就像一塊急於吸收且富有彈性的海綿，永遠以開放的心胸和受教的態度，記下各種人生智慧，為自己儲備最大的能量

## 從地方到全聯會的完整資歷

民國75年，蘇鴻輝當選勞促會推薦的（勞保全面開放促進會）台北市公會理事，成為他職涯裡最大的轉捩點。當時，北市有個勞保全面開放促進的運動，包括前立委魏耀全，和蘇鴻輝在內的12位醫師，不畏當下環境的艱難與對權勢之人的挑戰，組成勞促會，憑著膽識與毅力，帶著太太在半夜至各家診所投遞文宣，帶頭髮聲。如今，當初的訴求都成為現在的政策。75-77年，蘇鴻輝於台北市公會擔任理事；77-79年，續任第二次理事；80-82年，至全聯會擔任理事；82-85年，擔任監事；85-88年，回台北市公會擔任常務理事；88年，當選台北市理事長至91年卸任；之後轉換跑道至全聯會擔任總額執行長及94-97年擔任全聯會常務理事。從地方到全聯會，蘇鴻輝資歷完整。

## 高度支持二代健保

談到對二代健保和牙醫師關係的看法，蘇鴻輝理事長表達高度支持與贊同。勞保與健保兩階段，對牙醫師的執業生態有了很大的改變。二代健保是健保的改革，仔細推敲內容，它用家戶所得收取費用，隨著所得連動，也隨國民所得增加而增加，對醫界未來的成長空間較為穩定也較有保障。牙醫健保是總額的一部份，本身是收入面的問題，對牙醫師的影響在於二代健保要求很多資訊的公開，及對醫療品質上的揭露。「我最近經常講，全聯會要維護一個具社會責任、合理合法，與公平競爭的牙醫師執業環境，所以我們對二代健保附帶的一些要求，應該不至排斥才對」，因此，致力於建構一個合理安全的環境與良好的醫療品質、就診安全，而非靠裝潢、推銷手法競爭，是蘇鴻輝理事長長期與醫界共同努力的目標。

## 健保總額的退與進

針對健保牙醫門診總額的執行與看法，對長期接觸且一直在討論研究的蘇鴻輝理事長來說，是駕輕就熟的課題。在前輩的努力設計之下，它朝著健全正常的步驟發展。因付費者心態及經濟大環境的不理想，而無法達到較高成長率，是近幾年碰到的最大問題。除重大傷病，基本上付費者不希望健保費用大幅成長，面對此困境，蘇鴻輝答道：「我覺得牙醫目前若要拿到更高的成長率，勢必要把自費的項目割捨出去，但這個以目前大環境看仍是不划

算，另外許多技術性、結構的問題，總額執行委員會也會考慮很多。」

蘇鴻輝長期為健保總額努力規劃，在今年總額談判時，針對成長與給新項目之間，他也做了許多檢討，「我本來很積極想推牙周病，但事實上沒有設計很好的話，寧可不要冒然增加」。此外，他更點出了另一個重要的考量因素—在於談判的技巧。他表示，在做實務談判時，先提出要求的那方就吃虧，「誰先提出要求，誰就是弱勢，所以現在我們會把許多醫療不足的現象經由全聯會的媒體持續往外面發聲，但絕對不主動提出要求，希望要求是由病人、健保局或衛生署提出。」

蘇鴻輝以銀粉改成樹脂的議題舉例：若主動提出，健保差額不會補半毛錢，因是自願的，反之，若政府要達到無汞化，要求停用銀粉，公會配合做，而政策增加的費用，健保當然就須補貼。對未來可能的變數及早規劃，卻在所有條件最有利的時候才出手，蘇鴻輝以退為進，等待著時機，替打贏勝仗做最完整的準備。

## 帶領牙醫界向上提昇

前陣子報載刊出，醫師們參加研討會，上課簽到後就走人的新聞，引發社會一片譁然。回頭檢視“牙醫師繼續教育”的執行和稽核問題，蘇鴻輝語帶堅定的說：「簽到的問題，我很堅持，在全聯會這邊的任何再教育課程，就是要求認真來做，假如說我們對自己的努力沒有起碼的要求，這個團體就完了」。他表示，其實牙醫師進修再教育的意願很強，而上課老師教授的方法與用心程度，也應被要求，「這是一個競爭問題，當有人開始做這個要求的時候，就會有人開始做，若大家視而不見的，忘記它的存在，久而久之就會被這種不良風氣養成習慣而妥協。」

談到“牙醫師獨立執業前二年訓練計畫”-PGY2的看法和作法，以及對於廣大的一般開業診所（GP）在新進醫師聘僱及訓練衝擊的因應之道，蘇鴻輝的回應如下：PGY事實上它本身的設計就是獨立執業，我們要講到整個牙醫執業環境的改變，從勞健保開始，都要求執業權利的平等，是一個齊頭式的平等，到健保總額後，至各分區的管控出現後，每一位醫師出來，你就是大概多少額度可以申報，這種齊頭式平等，已經扭曲到我們的執業行為，不管你的能力高下，加上衛生署有一些政策目

標，它就設計PGY1Y2這類的設計規劃。目前此計畫被質疑的，在於可能限制到選擇剛開始執業學習的地點，很多診所怕因此請不到住院醫師，以現況來看還是找不到，除非你是有很大吸引力的診所，但是我的想法是，剛開始執業的這兩年醫師，事實上醫術還不成熟，許多東西仍在學習階段，他們是不是馬上就投進去和一般醫師一樣，以高申報額度的執業的方式進去，因此，寧可花兩年時間把他訓練好，教育好基本功。

蘇鴻輝身為此計畫主持人，他的堅持在於，每一個想要請住院醫師、願意加入此計畫的醫師都有機會，現在初步規劃為，凡執業五年以上、願意受師資培訓課程的醫師，就可當成指導老師，取得門檻，不同學門有不同的訓練課程，任何人想請住院醫師，都先拿到資格。主持這項研究計畫的最大重點，在於蘇鴻輝非常要求各機構事後的考核。「開始收PGY的時候，我就告訴你兩年後考什麼，受完教育不代表通過，同院所裡的醫師若有高比例未通過，我們會cut down他的招生名額」，院所是否盡力教好這些醫師，直接表現在考核的成果，以教學品質競爭，沒有混水摸魚的教育，對機構及醫師皆有規範，在政策的推動上，蘇鴻輝將尺度與速度拿捏得宜，致力於建構完整的進場與退場機制。

### 以同理心爭取認同

“牙體技師法”現已三讀通過、而“口腔衛生師法”尚在立法當中，剖析兩項法案，對於牙醫師造成衝擊的問題，針對前者，蘇鴻輝表示，不讓牙體技師法碰觸到口腔的部分，及防止牙體技術師變成密醫，為未來的協調重點；許多人擔心的牙醫師考牙技師考照未堅持問題，他也以「由於目前我們國家無法同時進行兩個證照，執業執照只能選擇其一」，化解牙醫師們可能擔心的疑慮，其後全聯會會密切注意其發展。在口腔衛生師法部分，他表示，以現階段狀況來看，牙醫助理先上路最理想，推動其證照化，輔助牙醫的醫療行為，因為這兩、三萬的從業人口，對牙醫師實際幫助最大。而口腔衛生師仍有其空間討論，例如未來可做較多醫療保健方面的類似工作，界定它的工作範圍，兩者身分皆立法後，照原本的工作範圍，能有個別的需求與功能在，也不致侵害其他牙醫師的行使權利。

目前衛生署承認牙醫“矯正專科”，二分法之結果恐對於未來一般開業診所（GP）必然衝擊及威脅甚至牽涉生態改變問題，蘇鴻輝理事長如此說明：以現在的規範照醫師法來說，是沒有限制非矯正專科才可做矯正，衛生署與矯正專科醫學會也一再強調，他們的專科醫師是沒有排他性的，醫科現今的法律環境下，只要具備醫師執照，所有的醫療理論上都可執行。在此前提下，蘇鴻輝理事長關心的是在於醫師幫病人做矯正時，是否有足夠的教育，「我們討論這個事情應該是考慮到消費者的出發點，我希望醫師是量力而為，做有絕對把握的醫療、治療，不要做太多能力無法辦到的事，」將整件事回歸到消費者觀點著想，做有把握的事，也能避免不必要的醫療糾紛。

從蘇鴻輝理事長身上，看見淬煉後的自信，時時把他人放在心裡，帶領全聯會，為牙醫界的整體形象、執業環境努力。展望未來，他將在早日訂立牙醫師法上奮勇向前衝，對於牙醫的口腔醫學發展與執業環境做更多的改善。他清楚知道自己為什麼工作，期許後輩“公平的對待自己，也公平的對待別人”，且不妨多參與公會或同儕的團體活動，將小團體轉化為組織裡的正面力量，為自己的人生價值，奮勇向前！



# 無私的服務---理想實踐家

## 訪高雄縣牙醫師公會理事長 蔡竣基 醫師

採訪／木棉雜誌社社長 楊晉杰 醫師、總編輯 吳秉翰 醫師

撰文整理／Estela



### Profile

蔡竣基 醫師

- ◆ 高雄縣牙醫師公會 常務理事
- ◆ 高雄縣牙醫師公會 理事長
- ◆ 台灣植體學會 監事

故善戰者，求之於勢，不責於人，  
故能擇人而任勢。——《孫子》

每一位領導者，都有自己的管理哲學。高雄縣牙醫師公會理事長蔡竣基在因緣際會下，擔任服務要職，他知己之所短、他人之所長，擅於充分調動所有資源為己所用，將自己置於至高點，以務實進取為根本，在服務的三年任內，勤走基層，向下扎根，並提拔合適公會的人才，為提昇牙醫師形象不遺餘力。

### 啟蒙 學醫之路

蔡竣基理事長出生於醫師世家，家中排行老么，父親為內兒科醫師，家庭背景促成他加入學醫的行列，回憶兒時，他笑著說，當時最常玩的遊戲，就是在自家診所櫃檯前排藥包紙。當時醫師的地位很高，尤其是他身處的鄉下地方，在普遍家庭都很赤貧的環境下，他看見父親對於家境清苦、無力擔付醫藥費的病人們，卻能不吝伸出他關懷的手，「對於那些來看病的窮人，長輩都讓他們用賒欠的方式，翻開我家簿子，一大半都是賒欠的。」從長輩身上，他看見身為醫師，充滿人文關懷、散播愛心最偉大的價值，加上家裡鄰近的海水浴場每年總有人不慎溺水而需急救。這些事件，對於蔡竣基理事長起了很大的啟示作用，他認為從事醫學，借由幫助有需要的人，是人性光輝、溫暖、愛與智慧的表現，這也奠定他日後以醫療服務為職志。

在求學生涯中，對蔡竣基理事長而言，最令他感念的，是一路與他成長的良師益友。在當時，已可見他擅長與人互動的人格特質，在良好的人際關係中學習與成長，「一個醫師的能力有多強，其實是有限的，無論做人做事，我總珍惜與同輩的情誼、感念前輩的指導。」



### 接下重擔 推廣自身理念

26年後，中山畢業的他當上高雄縣牙醫師公會理事長，對他而言，是水到渠成，「擔任理事長其實不是我的規劃，既然承擔下來，就是盡心盡力。」因此，從接棒開始，他勤跑基層，利用早上不看診時間，不辭辛勞耗費三個月時間，親自去認識每一位會員醫師，了解會員對公會的需求，並傾聽不同心聲，一路做出了長遠規劃。在擔任理事長的三年任期中，蔡竣基秉持著宏觀之態度、前瞻性之眼光，廣納建言，對前輩尊重，對後輩提攜，維護公會和諧，不只服務會員，更發自內心關懷他們。在任內，他替會員增加保險項目，以地方公會名義投保團體險，這種為應變災害事故未雨綢繆的做法，讓會員能有更多一層的保障，「我認為團險只有個人保費的三分之一，若會員遇到任何問題，也不需要募款，或多或少，都能替他的家庭即時分擔一些經濟壓力。」另外，蔡理事長對身心障礙、偏遠地區的醫療照護也多所著墨，並正積極推動校園牙醫，為照顧學生們的口腔衛生健康及提昇牙醫師形象，盡一己力。

高雄縣牙醫師公會對於偏遠山區醫療的照護行之有年，對於身心障礙也有所計畫，目前於山線和海線，各有一個身心障礙的醫療中心。鳳山數年前曾獲得內政部補助，成立身心障礙牙科診療點，但高縣幅員廣大，一個診療點並不夠，如今，岡山成立另一個據點，為蔡竣基理事長罹癌過世牙醫同學宋永國醫師的遺愛，他將診療台及醫療器材捐出，由高雄縣牙醫師公會提供裝璜費，成立身心障礙牙科診療中心，發動牙醫師駐點服務弱勢族群，對偏遠地區的身心障礙者是一大福音。蔡竣基理事長完成了他同學的遺願，也因而延續了這份令人動容的愛心。

在這些據點的經營上面，蔡竣基也致力於製訂一套完整的機制。他表示，由於身心障礙的學童對於外人的恐懼常是他們最大的屏障，因此，對於接觸他們的醫師要固定，並得常常和它們培養感情。有鑑於此，他讓這些據點以聯合診所的方式經營，醫師間彼此的連繫甚為重要，也得放下心力完全投入。以岡山為例，這裡的4、5位醫師經常開會，互相討論、了解病童的看診進度，並以共同經營的方式建立彼此共識，透過這樣的制度，讓醫生與病人

兩者間，達到最大的助益。

在經營山地醫療的部分，也採相同模式，因地制宜，依照山區設定點，以高雄縣甲仙鄉和六龜鄉為例，這兩處據點所涵蓋的腹地較廣，因此這裡從禮拜一至五每天都排醫師。在診療的項目上，除了一般常見的治療，甚至還能植牙、做矯正，整個據點的執行運作模式皆成熟且順暢。「讓在鄉下的病人也可以選醫師，這是他們從來想像不到的。」蔡理事長面露笑容，如此驕傲的說。

對於推動校園牙醫的部分，蔡理事長則由每個鄉鎮切分出責任區，再進而勸說鄰近診所的醫師，動之以情，說之以理，希望大家能為了共同提昇牙醫師形象一同付出一己之力。他說：「教育處就在推口腔衛生照護，既然這是隸屬於我們負責的，就把這個做好，我覺得做這塊很有意義，很多縣市還沒有在做的時候，你就要思考這一塊，如何提升牙醫師形象很重要，而這何嘗不是一個很好的切入點。」蔡竣基擅於抓穩大原則，既能守成，更進而開創，激發牙醫界勇於奉獻的熱誠。

### 以德服人的管理哲學

蔡竣基對於理事長的工作抱持著無私的態度。在接任理事長前，蔡竣基理事長就已經下定主意，三年任期滿後就不再續任，他說：「我並不需要舞台，我是得到大家認可才接這個位置。我會在任內做好經驗的傳承，時間一到就會瀟灑下台。」因此，他設定在這三年內要將自己的理念完成。另外，蔡理事長秉持不碰觸任何關於經費方面的議題，一切以超然的態度，推行自己理念，在理事長任內做出最大的奉獻。在推動任何事務以及理念，蔡理事長以「動之以情，說之以理」為原則。另外，在為人處事方面，縱然蔡竣基已身為理事長，但他依舊抱持著虛懷若谷的態度，許多事物仍是虛心的和其他人請教，並廣納所有參與者的意見。如遇到意見不同者，也不會在公共的場合直接批評，而是採用說理的方式協商，就事論事，顧及各派專家學者的意見，並互相了解各位的立場，設身處地的為別人想，以求得到大家的支持以及認可。

在處理事務方面，蔡理事長十分積極負責。每一期理事會的理事長報告事項，他都會親手寫下內容，以往的理事長報告事項皆為口頭報稿，為讓會

員了解整個牙醫生態、環境變化以及注意事項，蔡理事長親筆列下所有重要事項，讓會員能一清二楚的了解公會做了些甚麼事務。蔡理事長表示：「身為理事長，就是要服務所有會員的。」除此之外，蔡竣基理事長的服務並不局限於高雄縣。縱使縣公會只是地方公會，理事長對於高雄縣外的事物，能提供幫助的地方，只要一通電話，他也會傾力相助到底。

### 任期屆滿 功成身退

蔡竣基理事長在任內，很用心地做好他負責的事，協助維護中小型診所的利益，為所有會員謀最大的福利，他表示他有這個機會為各位會員服務，他就會把握這個機會好好的為大家付出努力。另外，蔡竣基理事長也藉由擔任理事長的機會，將自己的看事情的角度也做了些轉變。「身為管理職的角色，我必須能站在其他的角度去想事情，多留心各項細節，並且要有包容的雅量、為大家服務的熱忱以及遠見。」這三年來，蔡理事長為了能做好理事長的腳色，時時抱持著此信念，並且每日自省。也由於每日的自省和認真的態度，蔡理事長也從中

學習和體悟了很多做人做事的道理，他說：「這三年當的很值得！」

此刻三年任期已滿，在交棒之際，他達成了的階段性任務，盡了全力，也從過程中感到滿足。對他而言，天底下沒有無我不行的事。對於公共服務，蔡竣基理事長抱著「成功不必在我」的心態，努力地做事，如今即將功成身退，他說：「我不眷戀權位，階段性任務完成就可以了！只要想做事，別人也可以做！」蔡竣基知人善用，並隨時充實自己，也培養對未知的憂患意識。「我常自己檢討自己，哪裡做不好，就將它列出來，希望下屆能夠做好。」服務，要能被認同，在任理事長期間，對蔡竣基而言，最大的成就，就是他的理念獲得認同。

最後蔡竣基理事長說：「畢業這麼久了，回頭一看，其實一個醫師的成功不僅止於技術的高下，更多的，是人際關係。」另外，能左右大局的因素，往往不只是管理技巧，而是一種價值判斷，一種人們內心是與非的取舍。這是蔡竣基理事長對於三年來任職理事長中的體認和心得，在這和大家分享以及共勉之。

## Interviewing

人物專訪

### 全世界最好、也最痛苦的職業

訪Alpha齒科診所毛利忠醫師、新生齒科醫院鄭堯仁醫師

採訪/不精雜誌社長 梁孟清 醫師、總編輯 吳建德 醫師  
 攝影/Caroline JB Chen  
 人物攝影/Magpie



Profile  
毛利忠 醫師

- ◆ 中山醫專牙科畢業 (第13屆)
- ◆ 日本新生齒科醫院院長
- ◆ 日本國立濱松醫科大學口腔外科專攻
- ◆ 日本私立昭和大學齒科補綴學科專攻
- ◆ 日本私立昭和大學齒科矯正學科專攻
- ◆ 日本齒科醫師國家考試及格



Profile  
鄭堯仁 醫師

- ◆ 中山醫專牙科畢業 (牙科第15屆)
- ◆ 日本新生齒科醫院醫師
- ◆ 日本昭和大學齒科補綴學科專攻
- ◆ 日本昭和大學全口假牙博士
- ◆ 日本齒科醫師國家考試及格

身為台灣人，在日本社會競爭的環境生存，須具備什麼樣的條件？在春末的一場夜談，趁著校友會聚餐的餘興，《本報》專訪了遠從日本回台的毛利忠醫師、鄭堯仁醫師。

二位在日本求學、考醫師資格並且執業多年，由是身兼兩人的身分：學徒醫師、專門醫師，以及以醫師與醫師對談，沒有經歷過，外人難以體會。在日本大學，教授的地位與一個國家的國王，「他不給你，你再有力，也學不到學位。」在日本35年，毛利忠醫師表示，這是日本與美國的教育制度，絕大的不同。

#### 執業日本 面臨嚴苛的預備考

1972年，日本與台灣斷交時，由於當時在北海道執業的父親身體狀況，毛利忠醫師服完預備軍官役，當了一年軍醫，決定到日本留學。遵照父親的指令來到齒科大學專攻口腔外科，「因為緊急徵召的醫師，原籍往口腔外科。」即便在台灣持有醫師執照，但日本政府不承認，也就是說，視日本衛生當局為不對資格醫師，必須通過學生會的資格審查，才有資格報考。「才可以讓你從師人。」

因為當時中山是醫學，五年的學醫，加上從小學到高中的教育，加起來只有17年，日本規定要滿18年教育，才有資格參加醫師資格考試。當時，所有中山醫專的校友，因為進口口腔外科，都必須通過預備考試，準備考試的

## 更正啟示

原木棉60期132頁，受訪者毛利忠醫師及鄭堯仁醫師簡歷因編輯疏失誤植，造成兩位醫師的困擾及不便，深感抱歉！在此特更正其內容如下：

### 毛利忠 醫師

- ◆ 中山醫專牙科畢業 (牙科第15屆)
- ◆ 日本新生齒科醫院醫師
- ◆ 日本齒科預備資格考試合格
- ◆ 日本昭和齒科大學全口假牙博士
- ◆ 日本齒科醫師國家考試及格

### 鄭堯仁 醫師

- ◆ 中山醫專牙科畢業 (第13屆)
- ◆ 日本新生齒科醫院院長
- ◆ 日本國立濱松醫科大學口腔外科專攻
- ◆ 日本私立昭和大學齒科補綴學科專攻
- ◆ 日本私立昭和大學齒科矯正學科專攻
- ◆ 日本齒科醫師國家考試及格

## 木棉雜誌社組織再造 及其與校友總會架構關係芻議說帖

作者：楊晉杰 醫師

### Profile

楊晉杰 醫師

- ◆ 中山醫學大學牙醫系畢業
- ◆ 木棉雜誌社社長
- ◆ 台北市中山校友會預備會長

- 一、動靜輝煌話歷史；情感理智評強弱。
- 二、驚滔駭浪談現況；困中求存謀振興。
- 三、風起雲湧論動機；組織再造計畫中。
- 四、諮議詢談請益多；斡旋協商誠懇心。
- 五、成功不我訪賢能；扭轉乾坤許心願。
- 六、永續經營譜樂章；建設改革誓成功。
- 七、總會木棉調架構；群策合作設堡壘。
- 八、團結心力護木棉；鰲頭翹楚讚中山。

### 一、燦爛輝煌話歷史；情感理智評強弱。

縱橫觀看牙醫界中目前還正常出刊的雜誌以及回顧木棉雜誌（社）發展，以一個沒有官方財務預算支持的雜誌出刊到62期真不容易！這要感謝：

1. 對創刊理想的持續堅持、
2. 材料商的踴躍經費贊助、
3. 醫師專家的熱情投稿豐富內容、
4. 許多醫師校友的慷慨樂捐、
5. 歷屆社長、編輯人員辛苦努力。

木棉雜誌（社）是中山的精神象徵，對於中山人聯絡情感和互通心得是必要的。在情感及理智的交相分析下，木棉雜誌燦爛輝煌歷史以及持續出刊努力就是勇者強勢。

### 二、驚滔駭浪談現況；困中求存謀振興。

木棉雜誌社仍有下列期待達成及營造的目標：

1. 在牙醫及校友歷史上，繼續留有成長痕跡及心智凝結記錄。
2. 提供校友總會及各個縣、市、區校友分會參與

木棉雜誌編輯平台及聯絡管道。

3. 發掘台北市以外之北、中、南台灣更多能寫、能說、能表達文章或學術才子彥士。
4. 校友總會及各個縣、市、區校友分會分擔木棉雜誌之文稿邀約及編輯重任。
5. 校友總會及各個縣、市、區校友分會分進合成的邀約廣告贊助商家。
6. 校友總會及各個縣、市、區校友分會彼此橫向聯繫機制的建立。
7. 加強木棉雜誌成為中山人凝聚人氣重心。

所以，產生以下「12點應該」為木棉雜誌社一直要努力達成的目標：

1. 木棉雜誌的理想性應該再堅持。
2. 跨院、所、校際的原則應該再持續。
3. 應該超越台北觀點，讓北、中、南台灣脈動牽繫連結。
4. 應該掌握世界潮流趨勢，提昇國際能見度。
5. 應該擴大各地校友或非校友的參與度。
6. 應該更為鼓勵及嘉許牙材商家熱情的經費贊助。
7. 成為「木棉之友」的捐款人應該享有禮遇優待。
8. 「木棉之友」應該累積、列冊及存查。
9. 捐款徵信應該制式化及常規化，適時被公佈周知。
10. 木棉雜誌社財務狀況應該在校友總會及台北市校友會理監事會上被提出報告。

11. 財務收支結算表、任內編撰雜誌光碟檔案以及「木棉之友」均應該為社長、總編輯或財務長任一改選或變化時，在北市校友會長、常監認證下完成簽證、監交、移轉。
12. 財務收支結算表、任內編撰雜誌光碟檔案以及「木棉之友」均應該於社長改選或變化時，於校友總會理監事上正式簽證移交。

### 三、風起雲湧論動機；組織再造計畫中。

做過二年總編輯、當過財務長、現在是社長，長期台北市校友會服務，晉杰資歷歷練忝稱完整。這半年多來，勸募捐款爭取招商廣告機會外，尋找及思考雜誌社未來方向及與各層級校友會的架構關係以謀求雜誌社及各層級校友會都能有長治久安利基及堅強實質城堡。不過，仍有許多心、力、智未及未盡的，深切期待後續的鼓勵、支援及建言，以獲得齊心、努力及共識：

#### 世界大環境及牙醫界小環境所面臨的問題：

1. 大環境世界金融危機狂掃各國行業，引發連鎖反應後的滯怠、蕭條及失業的民生問題。
2. 小環境牙醫界藥物輸入認證困難、廣告法規複雜，影響出刊資源之質變及廣告意願之量變。
3. 藥事法施行細則之執行引發困擾，對於依賴廣告之雜誌編印發行影響巨大。
4. 出版法廢除後可不登記發行雜誌，但資源有限眾家爭鳴，雜誌被迫殘酷地進入天擇漩渦。

#### 木棉雜誌(社)本身所面臨問題：

5. 主動式網路發刊及CD寄送可節省4/5絕大花費，但閱讀習慣及保存觀念的改變得待時間成熟。
6. 捐款重擔及重覆卻未有稅務減抵扣免之方便（無法開立可抵稅之收據），降低許多捐款意願。
7. 廣告偏重台北市，造成人情壓力、資源用盡、邀約困難，甚至有商家避恐不及不再往來的。
8. 文章來源偏頗，加重台北市負擔，造成北、中、南部優秀校友或醫師們較少在雜誌上曝光。
9. 與學校及附設醫院接觸無地利之便，缺乏連絡

管道，無法期待教學醫院源源不斷的學術文稿。

10. 雜誌每期花費不貲負擔沈重，財務之維持恐怕是悠關木棉雜誌社之存廢。
11. 雜誌社是以全國性社會團體形式或以公司行號型態申請登記，或者先社團再改成公司，各有優缺點及立論基礎。重點是如何讓雜誌社仍是大家的、精神中心的、以及所有層級校友會的。
12. 北市校友會及總會的組織實際都有雜誌社身影，但組織章程中卻無法定位階及權利義務表述。儘管如此，木棉雜誌社仍應依歷史之慣例及限制，對中山校友及各層級校友會盡責。

#### 木棉雜誌(社)屬於中山牙醫校友總會的宣示及確認：

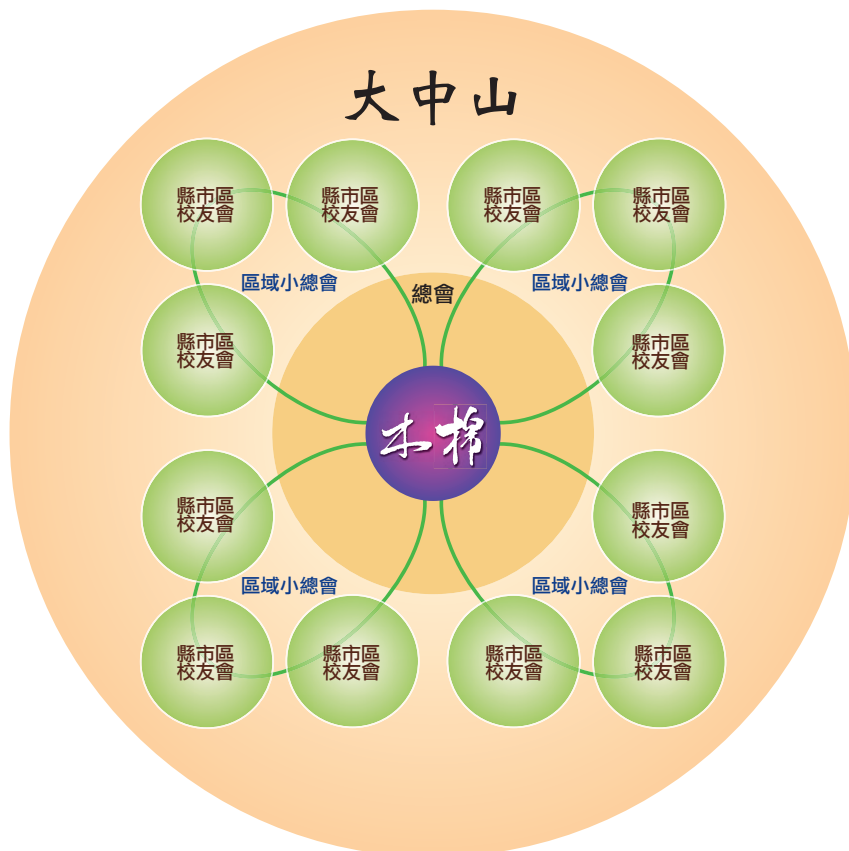
13. 考究史源，雜誌社本就屬總會，財務獨立且權利義務自主，但幾屆改選竟變成不屬總會。
14. 第六屆（含）前的校友總會組織章程已經遺落，無以考據雜誌社相關章節史料。
15. 96.12.2第七屆總會第一次會員代表大會修訂之總會章程中未有關於「雜誌社」之專門篇章。
16. 木棉雜誌社已從校友總會組織章程架構中蒸發不見且脫離關連依附及權利義務關係。
17. 第七屆總會理監事會從未要求木棉雜誌社長應列席報告財務及出版狀況。
18. 社長應主動要求列席總會理監事會並報告木棉財務狀況、廣告招募及文章邀約情形。
19. 第七屆校友總會帳目財報一直尚未完成，以致影響原先總會長應允對雜誌社之撥款。
20. 雜誌社與北市校友會的委託關係應建議提昇至與校友總會的直接關連、依存、附屬關係。
21. 全國牙醫大校友總會的會長應改為預選制，選上先當木棉雜誌社社長後再當大校友總會會長。其各年限如何分配或設計，應從組織章程及法制創制上著手。
22. 大校友總會的會長人選若能由當過區域小總會會長（下述23-36）中選出是較具基本民主基礎、幹部班底及戰略方針的，將來在全國性事務上可有一番能戰、能謀、能為的氣勢和力量。可依區域輪流或另定訂明確、適當、公正、公平、公開的選舉辦法。

以健保分局、分區為歸屬分類之區域校友小總會創立的必要（附圖）：

23. 幾個同一健保分局分區轄下之各個縣、市、區校友分會，由會長、學術或編輯主委一人及聯誼或財開主委一人，共三人聯合加入區域小總會，成立區域小總會的組織運作。
24. 區域小總會長由縣、市、區校友分會長群中推舉、輪流或選舉產生一人，為當然之總會副會長，代表區域小總會之利益維護及意見溝通等整合之負責人。
25. 區域小總會學術及編輯委員會由推舉、輪流或選舉產生一位區域小總會編輯及學術主委一人，負責與木棉雜誌社相關之稿件邀約及學術活動設計；並且為雜誌之當然執行編輯，負責一期木棉雜誌之文章收集、採訪參與、編輯召集等事項。
26. 區域小總會聯誼及財開委員會由推舉、輪流或選舉產生一位區域小總會財開及聯誼主委一人，負責與木棉雜誌社相關之廣告邀約及聯誼活動設計；並且為雜誌之當然財開經理，負責

主持一期木棉雜誌廣告之募集、牙材展覽之參與、新品新材之注意等事項。

27. 創建區域小總會能起動及提供區域內之造基計畫且將底作大，讓傑出校友繼續貢獻心力。
28. 區域小總會是利益共同體，也是生活共榮圈，更是學術活動最適切的活動區。
29. 區域小總會具雜誌社組織及功能縮影，提供延伸及擴大以區域為基礎的參與能力及機會。
30. 參與組成有最新最佳之民意基礎，皆屬能戰、敢戰、會戰、能為、敢為、會為的一時之選。
31. 由下而上的帶領引導制度，新血不絕、榮辱與共，所見略同、共識易成，堅強陣容團隊可期。
32. 區域小總會支撐的校友總會無論將來運作如何，整個大中山是較不全盤受影響的。
33. 區域小總會及全國大總會在縱向關係有由下而上之木棉相關成員分布，以及橫向關係有縣、市、區分會連繫支援，如此建構綿密網絡的木棉組織架構才算完整健全，才得以永續經營。
34. 以區域小總會落實意見溝通及利益分享並在全



國大總會上創造意見整編及利益統合。

35. 域區小總會為功能目標取向，相關組織章程、施行辦法、權利義務等應由全國大總會招集縣、市、區校友分會討論，結論後提交全國大總會之理監事會上正式提案並予以通過、公佈及施行。
36. 域區小總會保留空間，就特殊性、活動性以及發展性有適性、適人、適地、適時的應變能力。

**木棉雜誌(社)也是屬於各個縣、市、區中山牙醫校友分會的共識和確認：**

37. 雜誌社招商開源困難、節約守成不易下，面臨財務壓力大於地縣、市、區校友會。
38. 部分縣、市、區分會以為雜誌社是台北市的，不認為雜誌(社)是共有、公用的。
39. 雜誌(社)是共有、公用、分享、同榮資產且不可被獨佔專享的觀念還缺乏促進及強化要件。

**木棉雜誌(社)與台北市校友會的問題：**

40. 預選設計之會長先接任雜誌社長歷練卻造成參選門檻，是北市無以承受之重及極為嚴峻問題。
41. 雖然北市修改組織章程可脫?解套，但時間差產生及急就應付讓雜誌社更加陷入危險。
42. 雜誌社與北市校友會脫?解套應由北市從組織章程修改或創制著手，讓其他層級校友會感受到雜誌社其實不是台北市專有的。
43. 北市的組織章程未提述雜誌社權利義務經營運作，而關於總會委託之原由、條件及終止委託之移交、歸建的表述更是闕如。
44. 北市校友會之「木棉雜誌發展基金管理委員會章程(90.7.1第19屆會員大會修訂)」，僅就委員會組成及基金來源、籌措、保管、處置，運用、編制、提撥表述，亦未對木棉雜誌社之權利義務、經營運作以及若總會終止委託時之財產處分為何作描述。
45. 雜誌社在未改變與北市校友會委託經營關係前，仍應依往例在北市理監事會報告木棉財務狀況及廣告文章邀約情形。依基本及慣例之限

制，雜誌社仍受會長及常監所監督。

**木棉雜誌(社)未來規劃方向：**

46. 雜誌社提供共有、公用、分享、同榮機制及雜誌社期待各級校友會分擔、分勞、分憂、分工機制都尚待建立及落實。
47. 為連繫情感，雜誌社長應列席各級校友大會或理監事會並且成為一種慣例。
48. 雜誌社朝全國性社團登記，讓捐款可以抵扣減免方便，促進捐款意願及增加向心力。
49. 各縣、市、區分會長皆為當地代表參與全國性社團登記俱名發起及聯絡人，以方便作業進行。
50. 各縣、市、區分會責定一校友作為與雜誌(社)的對口聯絡專員，以利廣告招募及文章邀約。
51. 雜誌62期開始的版面擬增「總會」、「學校、附設、校友室」及「各縣、市、區分會」專欄。
52. 雜誌社長應列席中山全國牙醫大校友總會大會及理、監事會，並且報告木棉財務及出版狀況。
53. 雜誌社與台北市校友會的委託經營關係應建議提昇至與校友總會的直接經營關係。
54. 預選制之全國大總會長先當雜誌社長，再依修訂或創制之組織章程及任期接任大總會長。
55. 如此大破大立之決心及意志是需要具有創造歷史、為史盡責及勇於擔當、敢於承受的心態。
56. 將來雜誌社長及大總會長若由區域小總會長選出(上述23-36)是具由下而上之民主基礎。
57. 北市校友會章程配合修改，預備會長因應需求當初期雜誌社執行長讓換軌接軌順利成功。

**木棉雜誌(社)蠶變羽化成不一樣組織形態及經營方式：**

58. 改造雜誌社成公司形是極睿智、前瞻及進化的思維。除了解公司法規外，與各級校友會運作模式及權利義務要完善規劃設計，而後續轉軌接軌及財務移交監管等有待完整安排。
59. 雜誌社朝公司行號型態經營，申請登記短快及優貸、減、免、抵稅便利(但有賦稅問題)；寬廣彈性具多元空間使開源營利方便；經營單

純持續清明有助制度化及增強營運負責決心。如何讓雜誌社仍是中山大家的精神中心及屬於中山所有層級校友會的認同概念意志凝聚要透過共有、共享、共用、共治機制完成。

## 木棉雜誌（社）先社團化再公司化：

60. 透過木棉雜誌（社）的共有、公用、分享、同榮的機制，雜誌社先社團化增加校友及校友會向心力及認同感，以達歸心齊力榮辱與共情感，再經由域區小總會的溝通、協商、共同體、共榮圈機制，建構縱向橫向互動、互信、互助、互惜架構來鞏固精神堡壘，待時機狀況成熟穩定後改成以共有、共享、共用、共治之認同概念及意志凝聚的公司型態來創造利基及分享營利。

上述「共業60條」是由來已久的陳境舊情遠因近況，得待時間、地區、事項、人員的條件齊聚才可以解決的；都非得要有眾志之大智、大勇、大破無以為大有、大成、大立的。說寫歷史及創造歷史都是重要也都是機會，重要是及時把握分寸拿捏。

## 四、諮議詢談請益多；斡旋協商誠懇心。

危機存有轉機 突破才有希望；不謀突破藩籬困境及改變觀念作為，絕對只是靜待耗盡斃滅的；要乘還有一點能力和時間，應該動以求生、變中求存。晉杰先後利用各種可能的場合及會議機會，闡述及說明上述「共業60條」大概內容，更本著虛心誠懇徵詢學長學弟及前輩前賢校友們的看法和意見，希望有突破困境的方法和作為。這是非常困難的歷史共業，也是急需會眾集合討論、凝聚智慧共識、建立法制基礎、確實實踐施行的。

## 五、成功不我訪賢能；扭轉乾坤許心願。

97.12.13以木棉雜誌為主題的總會及各地縣、市、區校友分會長聯合討論會之共識結論及98.01.10中山醫學大學牙醫學系台北市校友會第二十七屆第一次評議委員會座談中關於木棉雜誌社之相關討論及發言重要內容或節錄的與會醫師除總會代表及各個縣、市、區中山牙醫校友分會會長（或其全權代表）外，

許多是曾經歷任雜誌社長的校友，難得創社社長及一直以來的發行人也都參加，所以，這兩個會議共識、決議及結論內容相當指標性及引導性，對於雜誌社與中山校友總會架構關係及將來組織再造方式、經營型態或設計方向已廣泛討論共識。98.02.03組織再造籌備會更就實質面、需求面、發展面及永續面作全盤了解、分析、規劃、設計，終獲方向確定。

## 六、永續經營譜樂章；建設改革誓成功。

「中山」是所有中山大家的，若「中山等於木棉」成立，則共有、公用、分享、同榮的「木棉」也是所有中山大家。絕對有道理「木棉」要屬於各層級校友會更屬於總會的。

木棉雜誌社組織再造籌備會中透過傑出校友醫師睿智建議及積極參與，雜誌社將獲得改革契機和重生希望，更為組織再造提供正確方向和源源動力。

## 七、總會木棉調架構；群策合作設堡壘。

校友總會及各縣、市、區校友分會都透過雜誌社共有、公用、分享、同榮機制及域區小總會的溝通、協商、共同體、共榮圈機能，建設縱向橫向互信、互助、互惜、互援的金石堡壘。

## 八、團結心力護木棉；鰲頭翹楚讚中山。

「木棉」和「中山」都是所有中山大家的，而且「木棉」就是「中山」都被共有、公用、分享、同榮的。晉杰謹引用創刊號中述及取名「木棉」由來及意義再次強調「不忘本、有朝氣活力穩定成長而且重實質」的木棉精神中山特質作為省思及共勉：

- (一) 不忘本—想起了木棉，想到中山、想到母校，那是孕育我們多年醫學教育的地方。
- (二) 有朝氣活力穩定成長—木棉樹是每年換綠高大落葉喬木，樹幹瘤刺象徵不畏欺侮。
- (三) 重實質—木棉花美而不豔，厚實而無野香，代表著中山人不重浮華外表，但求努力實質。

楊晉杰敬文2009/02/01

農曆春節假期初稿

2009/02/11 林口長庚增修改版

# 這一班： 中山醫大71級牙醫系20週年同學會

作者：許永宗

## Profile

許永宗 醫師

- ◆ 中山醫學大學牙醫系畢業
- ◆ 現為美國伯明罕阿拉巴馬大學牙醫學院廣復科副教授

二十年，對於發生在二十年前的點點滴滴，你還記得多少？

原本我以為，會遇到很多“陌生”的人。的確，我遇到很多不是很面熟的人，但卻不會陌生，尤其是在昔日的照片背景前，往事歷歷，活在眼前。

中山牙醫71級(1988畢業，第24屆)畢業二十週年的同學會，2008年12月28日在中山校本部105教室展開。奕先與群超在一個多月前便發出補課通知，通知這群失聯已久的同學，重新到校，補修當年一直沒修好的一門課：“同窗友誼”，從南到北、由本島到外島、包括海內與海外，總共有38位同學回來補修這門課。體貼的班代，將這群歐力桑與歐巴桑，安排在105教室，省得爬到305。學校變擁擠了，找不到當年的福利社。找到圖書館，想回味一下當年，書包放在一樓的桌上，坐在台階上看夕陽，或是看其他同學踢足球的英姿。可惜，一望無際的視野，已被一幢幢雄偉的建築所取代。也許登上這些建築，可以看得更遠，只是，必須透過一個個小小的窗戶，視野，可能沒那麼寬了。

同學還是和20年前一樣，遲到的永遠比準時的多，而且，當年遲到的，現在還是遲到。<sup>1</sup>很多結伴，或攜家帶眷來一趟中山一日遊。奕先報告聯絡的經過，為了表示對無法將全班一百多位同學全部集合在一起的歉意，準備引咎辭職，結果被轟了下去，罰他再做20年，看有沒有進步，再做進一步討論。<sup>2</sup>

將近四十位同學，一一上台，懺悔這二十年來不小心少報了多少稅，或是瓷牙比錯多少色。很多人還保有當年的羞澀，講話還會顫抖，不明就裡的人，還以為垂直高度太高，害人家一講話牙齒就撞在一起。中年發福，是大家共同的象徵，自然，身體健康，變成彼此最普遍的祝賀之詞。<sup>3</sup>勸大家趁還走得動，多做一點想做的事，<sup>4</sup>或是過年過節，多出去走一走，刺激經濟。<sup>5</sup>經濟的不景氣，有人許願要退休，<sup>6</sup>只是不知道國稅局或特偵組會不會約談。當然，講到退休，誰不想？只是小孩還小，<sup>7</sup>退下來整天在家打小孩也不是辦法。有人已經開始在積功德，加入一些慈善團體，希望普渡眾生，還有人，努力增產，希望減輕學校招不到學生的壓力。同時，也有人承認，還在尋覓真命天子或是白雪公主，最令人高興的是有人還陶醉在新婚喜悅中。<sup>8</sup>為了安慰大家，讓大家重回新婚那段無知的日子，有人表演對另一半20年不變的愛，在其頰肌靠近咀嚼肌附近親上一下，道地的濕吻，不過，這位同學也承認：當一個男人對妳特別好的時候，要小心！非奸即盜。<sup>9</sup>當然，有人高唱：其實一個人的生活也不算太壞，<sup>10,11</sup>有人抱怨105後面的通道被封了起來，這個門是區分前段班與後段班最重要的依據，替學弟妹們擔心，少了後門，少了樂趣。<sup>12</sup>

回憶當年相聚時光是一件最甜蜜的事。有人承認，當年從來沒有像今天，坐在教室這麼久。<sup>13</sup>也有人報告，今天是20年來第一次回來。<sup>14</sup>講到當年，最驕傲的便屬那第17號同學，<sup>15</sup>因為前後都是善良甜美的女性同學，實驗不管怎樣分組，總會跟女孩在一起，那個年代，實驗分組裡面有位女性，是品質的保證，看到年輕時代的相片，有人覺得應該衝衝衝；<sup>16</sup>許多人視力變差了，直說同學都沒變，<sup>17</sup>這些人crown的margin一定fit得特別好。有人感嘆，當年什麼裝備都不用，就可以直接殺上合歡山，今天帶了好幾罐氧氣筒，還是掛了。<sup>18</sup>說到體力，最臭屁的當屬那位穿短袖的同學，<sup>18</sup>不只短袖，還小了好多號，就像魔術胸



罩，把身上的肌肉，硬擠出來，讓多數沒辦法自己綁鞋帶的人眼紅。如果要證明身材沒變，最好的方法便是把當年的班服拿出來穿一下，<sup>19</sup>至於拉鍊能不能拉上來，就不會有人去管了。

很多人沒辦法相信，居然有這麼多當時的相片被保留了下來。<sup>20</sup>當然，最有價值的就屬那張七美圖，而圖中美女，居然和今日所見一模一樣，我指的是那些沒有出席的，因為記憶還停格在二十年前，當然一樣。這張相片，相傳是某人電腦送修，不慎流出。最令人感動的是奕先，居然還有當年畢業紀念冊的原稿，怪不得房子太小，必須打通隔壁。看到紀念冊上的照片，有人感觸最深，<sup>21</sup>當然，指的不是頭髮。

這20年來大家多半在各個大街小巷開業，不過還是有人膽小，一直窩在醫院裡。<sup>22</sup>談到人生，同學們在各個角落修行，體會的東西不大一樣。一般都很滿意，感恩天地。<sup>23</sup>有人的房子在921半倒，重建後體會家庭的溫馨。<sup>24</sup>有人坦白，0.03分決定一生的命運。<sup>6</sup>人生多變化，一切美好，希望大家善待家人。<sup>25</sup>勸勵大家，做自己有興趣的事，才會快樂。<sup>26</sup>小孩比較大的，就提醒大家，多花一點時間，和小孩一起成長。<sup>9</sup>當然，能看到大家便是一種喜悅，<sup>27</sup>邀請大家，有閒來坐。<sup>28-30</sup>

這一班，獻身公共服務得特別多。這得從學生時代談起，當年蠅坤外傳的主角，站在他競選海報前，講述他與夫人相遇的點滴，<sup>31</sup>怪不得，牙醫師得去上兩性關係的再教育。有人以同學的成就為榮，<sup>32</sup>至於當公會理事長的同學們，講話就是不一樣，有的就從外婆的澎湖灣講起，建議下一次跨海主辦。<sup>15</sup>有人後悔沒多念一點書，於是就加入小孩子的學校家長會，希望能多少學一點東西。<sup>33</sup>至於大家目光的焦點，當然集中在那位身材變寬，準備更上一層樓，還有一星期任期的理事長，<sup>34</sup>他提到全省跑透透的經驗，有的同學名字記不起來，但一講到土狗，他馬上知道是誰。班上唯一一位走公職路線的代表，<sup>35</sup>勸勵大家，有機會多多考慮這條選項，不過她還是很誠實地感謝，家用的部分，都由她偉大的同學老公負責，<sup>36</sup>她才可以在公家機關混，

能把大家湊在一起，絕對是功德一件。群超講述過去的一些小聚會，<sup>37</sup>奕先也提到相片的蒐集，<sup>38</sup>許多同學的下落，還得透過牙材商才能找到。段毛提到，她翻箱倒櫃，找出相片，再一張一張掃瞄的心情故事。全班同學，感激涕零，差一點跪地謝恩。而更感人的是，奕先不愧是班代表，他代表同學，向另一半致意，感謝她們，相夫教子，是大家在健保壓力下還能成功的最重要因素。

超過午餐時間，不管感情再怎麼好，肚子還是要顧。美味的食物，早已擺在教室旁，同學與家屬們這時開始八卦，談一些兒女私事，或互相罵一下健保，或交換一下申報的技巧，家屬們也交換一下學測的心得，或是逛街血拼的經驗，住得近的，還可相約下次見面的機會。二十年的同學會，當然不會就這樣結束，只是礙於篇幅，吃肉圓的部分，就暗扛起來，讓那些沒跟上的，再等20年！

忙碌的生活，一定得找一些藉口，讓自己輕鬆一下。放慢腳步，回憶一下曾經有過的年輕。過去，總是有許多甜蜜有趣的經歷，趁著可能，告訴下一代，這是我們走過的痕跡。每一次同學的聚會，來的其實就是那些人，對於很久不見的同學，我們相信你一定有很重要的事才會缺席這場等待了20年的聚會，這篇文章就當作是上課的講義，有來上課的人，一看就懂；蹺課的人，建議你打個電話給班代表，畫一下重點，好好讀一讀，下回人生期中考的答案，就在裡面。

## 附錄一：中山71級（第24屆）2008/12/28畢業20周年同學會與會名錄：

- |        |             |         |             |
|--------|-------------|---------|-------------|
| 1. 蘇明弘 | 台北市信義區哲里宏牙醫 | 6. 段茂玲  | 台北市松山區主人翁牙醫 |
| 2. 許永宗 | 美國伯明罕阿拉巴馬大學 | 7. 王昌瑜  | 南投縣埔里鎮聖惠牙醫  |
| 3. 張志勇 | 台中縣大雅鄉群豐牙醫  | 8. 蘇裕雄  | 台中市北區盛誠牙醫   |
| 4. 蔣祖武 | 台北市內湖區明湖牙醫  | 9. 鄭偉琛  | 彰化縣彰化市頂好牙醫  |
| 5. 林家昇 | 台南縣歸仁鄉麒麟牙醫  | 10. 陳靜媚 | 台北市大安區華嚴牙醫  |

- |         |             |         |              |
|---------|-------------|---------|--------------|
| 11. 許勝雄 | 台北縣三重市慶長牙醫  | 25. 陳福財 | 台北縣中和市福雅牙醫   |
| 12. 廖永楷 | 桃園縣中壢市廖永楷牙醫 | 26. 蔡澤寰 | 台中市北區聖佑牙醫    |
| 13. 許靜雄 | 台北縣新莊市昇佑牙醫  | 27. 陳慧貞 | 新竹市陳慧貞牙醫     |
| 14. 陳俊富 | 台北縣三重市龍門牙醫  | 28. 羅高立 | 台中市南屯區惠文牙醫   |
| 15. 阮議賢 | 澎湖縣馬公市全美牙醫  | 29. 顏石原 | 屏東縣枋寮鄉顏牙醫    |
| 16. 卓資虔 | 台北縣樹林鎮上好牙醫  | 30. 黃經堯 | 台南市東區泛美牙醫    |
| 17. 張正興 | 台中市南屯區張正興牙醫 | 31. 吳盈坤 | 台南縣新市鄉潔美牙醫   |
| 18. 張純義 | 台北市景美區西安牙醫  | 32. 廖振隆 | 台中縣清水鎮華安牙醫   |
| 19. 楊晉杰 | 台北市松山區揚登牙醫  | 33. 張士澤 | 苗栗縣苗栗市張世澤牙醫  |
| 20. 林文源 | 台北市中山區品傑牙醫  | 34. 劉俊言 | 台北縣土城市嘉銳牙醫   |
| 21. 范昌啟 | 基隆市中山牙醫     | 35. 陳少卿 | 台北市大同區健康服務中心 |
| 22. 詹坤澤 | 台中縣梧棲鎮董綜合醫院 | 36. 羅志平 | 台北縣永和市秀和牙醫   |
| 23. 賴福彬 | 台北縣中和市自立牙醫  | 37. 黃群超 | 澎湖縣馬公市育超牙醫   |
| 24. 林明忠 | 南投縣埔里鎮市仁仲牙醫 | 38. 楊奕先 | 彰化縣和美鎮信德牙醫   |

## 附錄二：中山71級同學（第24屆）特殊分項統計表（註）

特殊分項統計	數	
本島基層診所開業或執業	100	北部：50人；中部：33人；南部：17人
外島基層診所開業或執業	2	澎湖縣馬公市：阮議賢、黃群超
公職服務	1	陳少卿
地區或教學醫院服務	6	陳信銘 林宏政 陳怡禎 詹坤澤 黃彥彰 黃學明
國外	3	許永宗（U of AB） 關淑文（Canada） 高永信（L.A.）
失去聯絡者	3	宋建平 林明賢 陳尚佑
曾、現、（半年內）將任校友會會長者	7	基隆市：范昌啟；台北市：林輔誼、楊晉杰； 台北縣：劉俊言、謝偉明； 桃園縣：陳奕永；高屏澎：楊政晃
曾、現、（半年內）將任縣市公會理事長者	3	台北縣：劉俊言；澎湖縣：阮議賢；苗栗縣：張世澤

註：本表部分特殊分項統計內容由楊晉杰同學協助完成。若有內容需要更正或更新，甚至增項的，請直接連繫及建議。

Ps：現任木棉雜誌社長的楊晉杰鼓勵同學將畢業二十年的心情點滴、心得感想以及參加這次同學會的溫馨感動，除了當時現場傾訴分享之外也抒發為文寫記下來，留下歷史永恆紀錄及回憶。以後的每五年十載再辦同學會的累積下來，將來可能還有機會出「我們這一班－中山醫大71級牙醫系（第24屆）」專輯。另外，期待段茂玲趕快將「我們這一班－中山醫大71級牙醫系（第24屆）」的部落格（blog）建置成立，透過網誌的撰文、撰寫、記載、保存及閱覽，讓上述之回憶、分享、感動得以延續、普及及長遠，也讓「我們這一班－中山醫大71級牙醫系（第24屆）」的同窗情誼更加緊密聯繫在一起。

對本文有意見者可連絡許永宗 ythsu@uab.edu

有意見者可連絡楊晉杰：jinnjye@kbronet.com.tw

## 一塊土地 開啟一個希望 — 就是要信託

作者：孫秀如

### Profile

孫秀如

◆ 台灣環境資訊協會環境信託中心主任

「如果我有錢，我就要把這塊地買下來，不讓她再遭受這樣的破壞！」這個念頭經常縈繞在從事環境運動人士的腦袋裡。

### 以環境公益信託做為集資的管道

環境信託並非一個「新」的概念或作法，在信託的發源地—英國，已有百年以上的發展歷史，英國國民信託組織所擁有的土地量已為英國第二大，僅次於英國皇室。甚至在我們的鄰國—日本，也已有40年的操作經驗，其中最著名的案例即為日本動畫導演宮崎駿所發起成立的龍貓國民信託基金，其透過國民信託的方式向日本大眾募款，陸續買下六座森林，成功地留下了日本孩童對於龍貓森林的想像。

環境公益信託的操作是彈性且多樣的，除了民間共同集資買下土地之外，也可以宣言信託的方式，宣告組織所欲進行的任務與達成的願景，來向社會大眾募集資源，一切都以透明公開的方式，取得社會的信任。例如，英國的保育志工信託是以推動志工協助棲地保育工作為任務，組織本身並不擁有土地而是在英國各社區或是國有土地，甚至有此需求的私人土地上進行。此外，在美國也有以支持在地小農與生態保育的社區土地信託案例。

### 台灣公益信託的現狀

台灣也在1996年正式公告信託法，依據第一條條文所下的定義，「稱信託者，謂委託人將財產權移轉或為其他處分，使受託人依信託本旨，為受益人之利益或為特定之目的，管理或處分信託財產

之關係。」但是信託又分為以私人利益為主的私益信託，以及以公共利益為主的公益信託，在信託法的第八章裡，即專章規範「公益信託」，其定義為：「稱公益信託者，謂以慈善、文化、學術、技藝、宗教、祭祀或其他以公共利益為目的之信託。」

簡單的說，環境信託就是公益信託的一種，只是以「環境保護」為主題，「某人」（可以是一個人，也可以是一群人，更可以是政府）將「環境、土地、資金、股票」等資產（委託物）交付給「可相信的人」（個人或團體）去依照其「環境保護、棲地保育」的理念（信託本旨）而進行環境的經營與管理（資產管理），因為環境保護而產生的環境利益是由全民所共享。信託強調的即是一個「信賴」關係的建立，而這個「信賴」關係是受法律所保障，以使這項「善業」得以確實執行。

### 信託土地做保育

在2006年年底，一位對生態保育充滿熱忱與理想的朋友，決定將他在台東三仙台旁的海岸山脈上，棄置已久的果園捐出來從事環境教育的推廣活動。捐地者的想法很單純，只是想把他與自然界互動過程中所獲得的感動與收穫，分享給更多人，甚至教育、傳遞給逐漸與自然環境脫節的下一代。捐地不難、辦教育活動也不難，但是怎麼讓捐地者的理念可以藉由某種社會機制而傳承下去，就是一門課題。「環境信託」是這機制的選項之一，也是可以讓全民共同參與並共享利益的作法。

台東成功環境信託體驗園區發展計畫為以保育

為目的，將土地（使用權）信託給民間公益團體之計畫。2007年啟動至今已進入第三年，計畫由研究、保育、教育及休閒四個面向思考出發，第一年專注於釐清並完成信託業務，拓展與地方社區交流，建立信賴關係；第二年協同在地社群進行園區實體規劃，並嘗試發展園區自然體驗經營模式；第三年開始將管理技術轉移，投入地方培力與長期志工培訓，建立在地經營團隊，並發展社區自然產業，確保園區營運財源。

棲地復育與環境信託的實踐中，如何擴大在地參與，是維護生態環境永續經營管理重要的一環；因此，「社區」在計畫的實踐中是不可或缺的關鍵角色。我們認為棲地經營的推廣，是必須讓民眾重新認識土地的價值，進而親身參與保育工作；認知土地的功用並非僅於經濟生產，還包含了文化、教育及保育等功能。因此在今年的行動計畫中，除長期自然資源調查外，也辦理保育推廣活動、棲地經營工作坊。同時，也持續推廣環境信託理念，讓更多人能夠瞭解環境信託的意涵。

### 環境公共財的恆久蓄積

「公益信託」是一個管道，主要在集合民間資金與資源的方式，而其終極目的，是環境保護與生態保育，在棲地被妥善照顧與維護之下，每塊土地獲得發揮的空間與時間，依此而生的動植物就能依著自然的法則，生活於這塊土地之上。

我們思索以及面臨的重要課題是：如何運用民眾的集體力量，共同參與維護環境生態？如何集結公益信託推動團體的經驗與智慧，與公部門、專家學者們合作，共同面對環境信託在法制面、稅制面、土地政策面、棲地經營管理面上的缺失與不足，就如同「國民信託」的精神－「十萬人一元的力量大於一人十萬元的力量」。

For ever for everyone，相信透過環境信託的管道來集結民眾的力量，將可存下台灣的青山綠水，恆久蓄積環境公共財。

### 集結愛心 籌措生態復育及教育推廣基金

自然與文化是不可分割的，本會希望透過棲地復育，保育台東信託園區的生物多樣性，同時並且提供環境教育資源給社區居民和小朋友，讓部落孩子重新認識自然的美好，進而發揮其部落舊有的生態智慧，保存部落文化，結合環境藝術的呈現，透過有趣與實用的學習方式，減少偏遠地區的教育落差並充份發揮在地的專長與特色。

為籌措台東成功生態體驗園區的生態復育及教育推廣經費，本會發起勸募活動，希望募集愛心，提升台灣地區民眾對生態教育及偏遠地區部落文化保存的支持與認同。自即日起，大家都可以透過直接捐款給本會或是藉由Yahoo!奇摩公益網的勸募管道，貢獻一己之力，集合民間的力量共同參與生態復育工作。

#### 捐款方式：

1. 銀行匯款：台灣中小企業銀行萬華分行 060-12-24916-9  
戶名：社團法人台灣環境資訊協會
2. yahoo!奇摩公益網<http://tw.charity.yahoo.com/>：  
「築一塊夢田在台東」勸募專案  
有關更多捐款訊息，請見本會網站<http://teia.e-info.org.tw/node/27>  
或與我們聯繫：電話：02-23021122  
email:service@e-info.org.tw



## 2008環境新聞回顧 新聞誰最囧 蘇花高蟬聯奪冠

作者：易俊宏

### Profile

易俊宏

◆ 台灣環境資訊協會採訪編輯

到底什麼是「囧」？環境又怎麼「囧」？票選囧新聞、得獎的是哪些新聞？台灣環境資訊協會年底時，都會進行新聞回顧，而我們的環境在去年中發生了什麼事？

中文的造字原則中有「象形」的方法，亦即擬物成字，例如山、鳥等字；而這幾年的網路文化中，則出現了「顏文字」，則是以符號拼裝，來表現情緒，例如^^、T.T等。其中，「囧」原本是漫畫人物為了表現「無言以對」、「哭笑不得」的表情，也在這一波網路文化中，使用頻率出奇的高，甚至出現「囧男孩」、「歡喜囧冤家」等電影名稱。

台灣環境資訊協會身為網路的獨立媒體，自2001年開始，每年年底進行年度環境新聞回顧。2008年以「扭轉囧環境、搶救囧經濟」為標語，除了取其新意之外，亦將古意——光輝、明亮——相對並陳，邀請網友上網票選他們心目中的「囧新聞」。經過一個月後，票選結果出爐，道路開發、物種保育與公害污染等3個項目，是網友們最關心的項目，而倍受爭議的蘇花高更以「開路先瘋」之姿，繼去年獲得的最高票，繼續蟬聯今年的囧新聞冠軍。

第二囧的新聞是漁業署開放珊瑚96艘漁船捕撈珊瑚；在入圍新聞中，跟海洋生態保育相關的還有杉原海岸開發、中華白海豚保育受國際重視、海洋擱淺事件等新聞，顯示海洋資源已漸受民眾關注。

此外，為了拼經濟而帶來的環境衝擊，也是令人發「囧」，2008年王永慶辭世，媒體報導多歌功頌德，但是台塑企業所遺留給後代的環境債和污染，卻是擢髮難數；而霄裡溪毒水記則是另一個科



頒發給得獎囧新聞的小囧人獎盃；圖片來源：台灣環境資訊協會。

技產業污染的囧新聞。

主辦單位特別製作了「小囧人獎盃」，要頒發給前三名的「囧新聞」，並以行動劇以及線上轉播來提高社會關注。對於拔得頭籌的蘇花高速公路建設爭議，得獎理由是「有創意」，因為相繼出現「替代道路」（蘇花替）、跟「山區路段改善計畫」等說法（蘇花改）來安撫民眾與爭議。但實際上，根據交通部於2008年底提出的預算書中，「蘇花高」預算一直都在；而「蘇花改」僅有規劃費3,000萬，沒有建設經費；「蘇花替」則是不見任何蹤影。

推動開放珊瑚捕撈政策而獲獎的漁業署，得獎的囧理由則是「為了短期利益而犧牲永續的海洋資源」。根據聯合國世界糧農組織（FAO）的統計，台灣寶石珊瑚平均年產量高居世界前5名，漁業署也曾公開表示，台灣是寶石珊瑚的主要加工出口國。奇怪的是，漁業署的漁業年報卻無任何統計資料，對於所宣稱的「積極管理、採量逐年遞減」也



以行動劇「表揚」得獎的囧新聞；圖片來源：台灣環境資訊協會。

不見任何期程規劃。

另外，對於台塑集團犧牲民眾健康、破壞公共環境與社會正義等作為，許多網友也投票表示「真的很囧」；因為台塑集團不但使用相當便宜的水電價格，稅賦負擔卻相對低廉，而帶來的汙染卻由台灣環境承擔，利潤全進了台塑口袋。

在2008年度環境囧新聞當中，第4名是杉原海岸BOT案：台東縣府以增加收入為由，將東海岸6公頃的沙灘，賤租給美麗灣財團50年，但環評尚未通過，就已動工蓋旅館，還將營建廢棄物任意埋在沙灘。第5名是連續兩起海岸的貨輪擱淺事件，雖然相較以往的油污應變，已有相當大的進展，但造成難以挽回的生態災害，期待政府在制度上更注重海洋保育。

入選為第6名的環境囧新聞是「擴建燃煤電廠，違背減碳潮流」，肇因於新政府強力宣導節能減碳，卻無法阻擋台電欲擴張火力發電廠的企圖，深澳、林口、彰濱、大林，到處都有擴建計畫。第7名囧新聞則是針對整體政策的規劃，包括愛台十二建設、擴大內需、發放消費券…等，顯示民眾認為經濟和環境同樣重要，拼經濟之餘，不要忘了也要顧環境。

第8名是關於霄裡溪的汙染事件，這條貫穿桃園、新竹的甲級水體河川，自華映與友達光電設廠後，僅僅8年，溪中除了藻類與昆蟲外，再無任何魚蝦。環境囧新聞的第9名，是針對中華白海豚的保育，國際自然保育聯盟（IUCN）已將之列入保育紅皮書中的極危等級，需要即刻搶救。最後一則入選的囧新聞是阿里山三合一BOT案，因為高山鐵道搶修工程動彈不得，名聞遐邇的小火車岌岌可危。可見BOT認為財團經營較有效率的想法，需要重新



民眾反對貿然興建蘇花高，在環保署前開唱抗議歌曲；圖片來源：台灣環境資訊協會。



台塑的六輕王國；攝影：台灣生態學會陳秉亨。

評量。

在2008年的十大囧新聞中，主要都與政府決策相關，其中包括環境影響評估、BOT案、生態保育等等。在往年的票選結果中，有出現正面新聞，例如2007年為保護紫斑蝶，封閉國道外側的新聞，就獲得相當高的得票數，但是今年的投票結果顯示，環境現況普遍不理想。可見民眾的思維在進步，相對也希望政策上對環境有更多關注。雖然環境這麼囧，但在各界共同努力下，未來仍有可為；例如台灣環境資訊協會在票選過後，辦理了「環境前瞻論壇」，經由各方專家的談話，從抗暖化、生態保育、公民社會等角度，探討兼顧扭轉囧經濟、搶救囧環境的「雙重解藥」；詳情歡迎民眾可上網追蹤。

想要觀看囧新聞頒獎典禮？環境囧新聞完整報導、還有更多環境新聞，就在台灣環境資訊中心(<http://e-info.org.tw/>)；搜尋引擎鍵入「環境資訊」，華人最大環境電子報、等你/妳來訂閱！

新聞聯絡人：

台灣環境資訊協會採訪編輯

易俊宏 0963-317-829 dicot0306@gmail.com

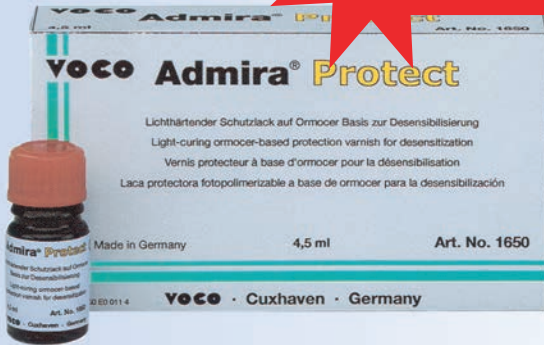
## VOCO Admira Protect

有機陶瓷過敏保護劑



3,000元

一次保護  
兩年有效



售價：4.5 ml/盒.....3,800元

每瓶可用225次

建議您使用在敏感度最高的患者身上，是最能表現Admira Protect是真正有效的產品。

您可能買過很多種的去敏感材料，但是治療效果不佳，永遠都是浪費且價格昂貴。

## VOCO Ionoseal

光固化玻璃離子墊底材



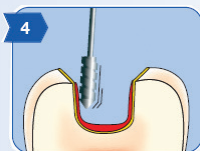
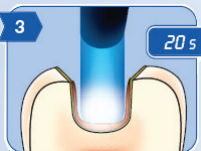
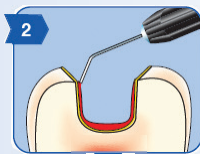
3,200元

超過15年臨床證明，安全可靠賴的產品。

特點：

- 各種填充材的窩洞墊底
- 適用裂溝封閉
- 精準的施量控制
- 光照固化
- 210MPa高抗壓強度
- 極高生物相容

售價：2 x 2 ml/盒.....3,800元



# 您是魚還是水？ 魚幫水 水幫魚

木棉是一本優質的牙醫界雜誌，需要您的支持、關懷與支援。給木棉長期辛苦耕耘的園丁們，多點鼓勵與肯定，對編輯有興趣或專長的牙醫師，竭誠歡迎您加入木棉編輯行列，校別不拘。

木棉雜誌發行全國，每期郵寄郵資約8~9萬元，印刷費約三十多萬，再加上其他行政費用，一期開支約四十多萬，長期靠廣告收入及牙醫師的熱心贊助來支撐花費。

衷心誠懇請大家樂捐，金額不拘，多多益善，您也可以介紹廠商刊登廣告或提起筆來投稿木棉，上述對您來說都有困難的話，那麼就請您多愛用多買，刊登廣告廠商的商品，就當作他們長期支持木棉的小回饋。諸位敬愛的牙醫先進和帥哥美女們，當您的診所開業或重新裝潢，更新和買牙科高貴的儀器材料時，別忘記請廠商刊登木棉廣告，八期四期不嫌多，一期也是非常感恩的。

您的贊助，每一筆我們都刊登在下一期的木棉雜誌公開徵信，讓台灣的牙醫師都知道您的善行，並開立收據郵寄給您，木棉雜誌感謝您！

木棉財務長 **蘇明弘**



## 刊登廣告或捐款

請洽木棉雜誌社秘書：游姣姣小姐  
TEL: 02-2871-9365  
FAX: 02-2871-9377  
E-mail: cs.c03485@msa.hinet.net

# 木棉

The Journal of CSMU Dental Alumni Association



帳號 <b>50082766</b>		郵政劃撥儲金存款單	
通訊欄 (限與本次存款有關事項)		金額 仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元 (小寫)	
<b>木棉專用劃撥單</b>		<b>蘇明弘</b>	
請勾選		寄 款 人	
<input type="checkbox"/> 樂捐木棉雜誌	<input type="checkbox"/> 加入木棉之友	戶名	姓名
<input type="checkbox"/> 永久會員15000元	<input type="checkbox"/> 參加學術活動		通訊處
<input type="checkbox"/> 其他	年 月 日		電話
校別 _____ 屆次 _____			
<input type="checkbox"/> _____ 公司			
刊登木棉廣告 _____ 期，			
共 _____ 元			經辦局收款戳

收款帳號戶名	存款金額	電腦記錄	經辦局收款戳

◎寄款人請注意背面說明  
◎本收據由電腦印錄請勿填寫  
**郵政劃撥儲金存款收據**

虛線內備供機器印錄用請勿填寫



# 木棉

The Journal of CSMU Dental Alumni Association



## 請寄款人注意

- 一、帳號、戶名及寄款人姓名通訊處各欄請詳細填明，以免誤寄；抵附票據之存款，務請於交換前一天存入。
- 二、每筆存款至少須在新台幣十五元以上，且限填至元位為止。
- 三、倘金額塗改時請更換存款單重新填寫。
- 四、本存款單不得黏貼或附寄任何文件。
- 五、本存款金額業經電腦登帳後，不得申請撤回。
- 六、本存款單備供電腦影像處理，請以正楷工整書寫並請勿摺疊。帳戶如需自印存款單，各欄文字及規格必須與本單完全相符；如有不符，各局應婉請寄款人更換郵局印製之存款單填寫，以利處理。
- 七、本存款單帳號與金額欄請以阿拉伯數字書寫。
- 八、帳戶本人在「付款局」所在直轄市或縣（市）以外之行政區域存款，需由帳戶內扣收手續費。

交易代號：0501、0502 現金存款 0503 票據存款 2212 劃撥票據託收

## 郵政劃撥存款收據

### 注意事項

- 一、本收據請詳加核對並妥為保管，以便日後查考。
- 二、如欲查詢存款入帳詳情時，請檢附本收據及已填妥之查詢函向各連線郵局辦理。
- 三、本收據各項金額、數字係機器印製，如非機器列印或經塗改或無收款郵局收訖章者無效。

## 木棉61期捐款名單

梁孟淵 \$15000 收據編號：000554

## 木棉62期捐款名單

范昌啟 \$3000 收據編號：000589

徐信文 \$5000 收據編號：000590

郭憲璋 \$3000 收據編號：000669

徐信文 \$3000 收據編號：000674

郭鋒銘 \$3000 收據編號：000678

林輔誼 \$3000 收據編號：000688

許庭禎 \$1000 收據編號：000690

## 木棉捐款感謝函

感謝您對木棉雜誌社的支持及贊助，晉杰謹代表致以十二萬分謝意。我們會珍惜這些情感及金援，努力灌溉「木棉」成長茁壯，更要讓「木棉心、中山情」繼續發揮以不負長期的厚望及愛戴。

木棉雜誌社社長 楊晉杰 敬謝

2008.07



Dr. Brian CHADROFF

Diplomate, American Board of Periodontology; Clinical Associate Professor of Postgraduate Periodontics and Implant Dentistry at New York University Dental School...



Dr. Gregg LITUCHY

Visiting Lecturer, Continuing Dental Education Programs at New York University College of Dentistry...



Dr. Abd El Salem EL ASKARY

Lecturer, Ashrafi Department of Periodontology and Implant Dentistry, New York University College of Dentistry...

印刷品 | 郵差先生辛苦了, 如無投遞請勿退回。謝謝。

RECOMMEND

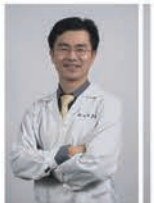


開幕之際能邀請這三位重量級的講師來台共同討論牙醫美學成功之道, 真是機會難得...

台灣牙醫美容醫學會 理事長 吳映德醫師

NYU 一當代植牙重鎮的代名詞

每次參與NYU大學的演講總是滿載而歸, 這次應請到的講師, Dr.Gregg Lituchy在醫學上有極高的表現...



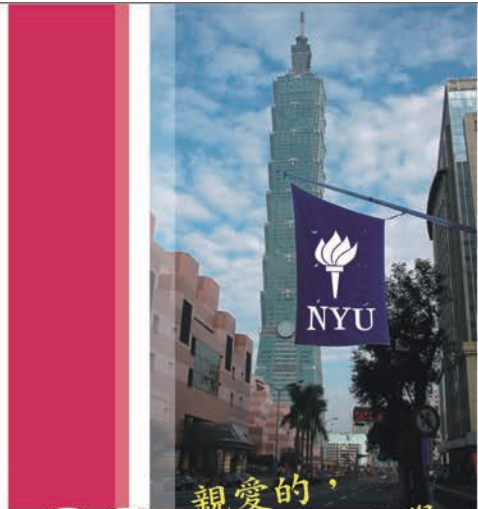
台灣牙醫美容醫學會 學術主委 謝順得醫師

課程時間: 2009年3月7日(六)・3月8日(日) 8:30-17:30

學分數: 32學分 | 並發予NYUCD餐券14 Class Hours學分證書

上課地點: 國立臺灣科學教育館九樓會議廳 (台北市士林區士南路189號)

- 協辦單位: 台灣牙醫美容醫學會 Taiwan Academy of Cosmetic Dentistry, 中華民國口腔植體學會, 台灣牙醫植體醫學會, 中山醫學大學牙醫系台北市校友會, 維維齒牙醫再教育中心



32 學分

親愛的, 我把紐約大學搬到台北來了。

3/7~8

2009 國際學術交流研討會系列 紐約大學重量級講師來台

Dr. Dr. Brian CHADROFF | Dr. Gregg LITUCHY | Dr. Elsalam ELASKARY

Show you the way to Success

植牙 & 美學的終極成功之道 "A Multidisciplinary Approach to Modern Implant and Aesthetic Success"

Clinical cases | Literature review | A comprehensive clinical based course

2009 國際學術交流研討會系列

2009 國際學術交流研討會系列

2009 國際學術交流研討會系列

課程內容:

- Solving potential clinical difficulties of treatment. A contemporary protocol for aesthetic cases beginning with pre-surgical planning, going through to case completion. Overview of possible treatment complications of dental implants in the aesthetic zone and offers treatment possibilities.

PROGRAM

2009/03/07(六) DR. GREGG LITUCHY/ Dr. Brian CHADROFF

- Examine all the variables a clinician should consider when deciding whether to restore a smile with crowns, veneers, bonding, bleaching or a "mixed media" selection of multiple techniques. Review multiple lifestyle clinical determinants and patient expectations to help choose the correct treatment plan. From simple to complex cosmetic cases, an interdisciplinary approach to malocclusions and gingival tissues will be discussed.

Registration schedule table for 2009/03/07 with times and topics like 'Diagnosis, Case Selection and Treatment Sequencing'.

2009/03/08(日) DR. ELSALAM ELASKARY

- A step-by-step extensive clinical approach that guides to achieving an esthetic implant-supported restoration that replicates natural teeth in appearance and solving the possible clinical difficulties that arise during the course of the treatment. A comprehensive clinical based course is offered to provide a contemporary protocol for aesthetic cases starting from pre-surgical planning until case completion. Overviews possible treatment complications of dental implants in the aesthetic zone, and provides possible treatment.

Registration schedule table for 2009/03/08 with times and topics like 'Introduction to Surgical Planning'.

報名表

2009年3月7日(六)・3月8日(日) 報名諮詢專線: 02-28360666 #10 #11 #13 報名方式: 郵政劃撥後傳真方式...

Registration form with fields for name, ID, address, phone, and email.

報名費用: (含二天午餐費用, 素食者請註明) 2009/03/05以後報名(含現場)者NT\$5,000元 2009/03/05前報名者NT\$3,500元...

合計匯款金額: \$ 匯款日期: