



THREE A CO., LTD

一組可共用的鼻竇骨敲穿器

及窄骨脊擴張器

容易操作使用 可自由選配

更多商品請上網瀏覽
<http://www.threea.com.tw>
E-mail:threea.coltd@msa.hinet.net

- 搜尋 ● 三業有限公司
● Tel:03-220-9722
● Tel:02-2980-3517



OR1770000

| Bone-Spreading | Description | Measure | Depth | Grading |
|----------------|-------------|---------------|-------|--------------|
| | Thorn | Φ1.65mm,sharp | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | Thorn | Φ1.65mm,blunt | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | Spreader | 3.3×2mm | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | Spreader | 3.8×2mm | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | Spreader | 4.3×2mm | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | Chisel | 3.2mm Wide | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | Chisel | 4.2mm Wide | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | Chisel | 5.2mm Wide | 20mm | 3/9/11/13/16 |

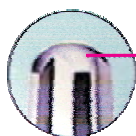
| Convex | Concave | Measure | Depth | Grading |
|--------|-----------|------------------------------|-------|--------------|
| | OR4796220 | Φ2.0mm (for2.0) | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | OR4796228 | Φ2.0-2.8mm (for2.8) | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | OR4796233 | Φ2.8-3.3mm (for3.3/3.8) | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | OR4796238 | Φ3.4-3.8mm (for4.3) | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | OR4796243 | Φ3.9-4.3mm (for5.0/6.0) | 20mm | 3/9/11/13/16 |
| | | Φ5.0mm Aufweiter,(for5.0) | 20mm | |
| | | Φ6.0mm Aufweiter,(for6.0) | 20mm | |

衛署認證合格

矯正樹脂去除器



ORDER NO... RA-C2212 Φ1.2 L:22mm
RA-C2216 Φ1.6 L:22mm



Glatte Kuppe GK
Smooth rounded tip



Sicherheitsfase
Safety chamfer section

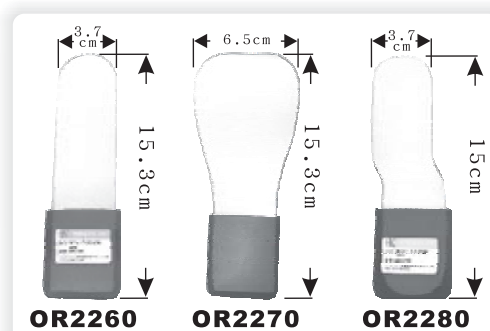
衛署認證合格

專科口內反射鏡



反射率
達95%以上
超薄不傷頰側

ORDER NO... OR2260 厚度:3mm
OR2270 厚度:3mm
OR2280 厚度:2mm



OR2260

OR2270

OR2280

衛署認證合格

FL-BOND II

The 2nd Generation Giomer
Fluoride-Releasing Bonding System



PRG
Giomer
Technology

釋氟黏著劑 第二代



Primer 5ml
bonding 5ml

- 操作容易, 省時
- 理想的黏稠度及可信賴的黏著力
- 放射線不透性可正確治療
- 抗菌效果增加防護力
- 耐久穩定的黏著力

衛署醫器輸字第013805號

買二送一
3000元/組

樹脂的強力黏著及耐久性+玻璃離子的釋氟能力=超完美黏著劑

HY-BOND RESIGLASS

溫和不刺激 沒有刺鼻酸味 操作容易 可縮短診療時間
粉末和液體容易混合 流動性佳且不滴落

硬化後能整塊清除 衛署醫器輸壹字第013835號



粉15g
專用液8.6ml

買一送一 2300元/組

♥ 特惠日期至10/31日止



鼎興貿易股份有限公司
台北市長安東路二段30號
(02) 2542-0968

Belmont Basic Operation System 完美極致的氣控式牙科治療椅

更易於清理及更多安全裝置的全新設計 延長使用壽命與降低維修成本的保證



IO 5000
型手術燈

LEON



【全新】觸控式面板



全口X光看片燈



內建式SATELEC
洗牙機



17"液晶螢幕掛架組



 **TS Belmont**



鼎興貿易股份有限公司
台北市長安東路二段30號
(02) 2542-0968

手術簡單 · 設計精良 · 安全穩定 = 長期可信賴

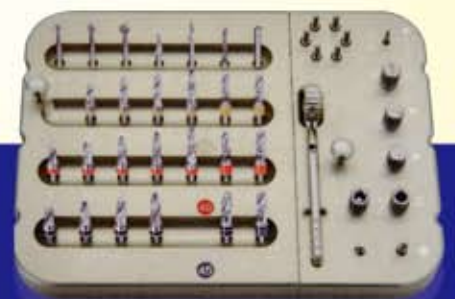
SKY
IMPLANT SYSTEM



來自德國

舒凱星狀植體系列

TORX[®] 專利



衛署醫器輸字第017068號

台灣總代理 **登泰醫療器材有限公司**

TEL: (02) 2562-9904 FAX: (02) 2567-1717 台北市林森北路112號3樓

展會快訊

※ 本公司於98年11月27-29日中華牙醫學會大展，
位於高雄 蓮潭國際會館，本公司攤位-1F中庭#10.11.12

UltraSeal 窩溝封閉劑

幫您的「寶貝」
提升防蛀的「戰鬥力」



使用前 使用後 使用前 使用後



美國歐卓登特公司產品 **UltraSeal (窩溝封閉劑)**
已連續10年獲得美國評比★★★★★的最高榮譽

因應八八水災賑災，本公司提供(窩溝封閉劑)義賣，並將當日義賣所得捐出，同鼎感謝下列醫師的共襄盛舉：

- 陳丕修醫師 購買2組
- 蔡恆惠醫師 購買1組
- 林秀聰醫師 購買1組
- 施文字醫師 購買1組

台灣總代理
同鼎有限公司
www.tttc.com.tw

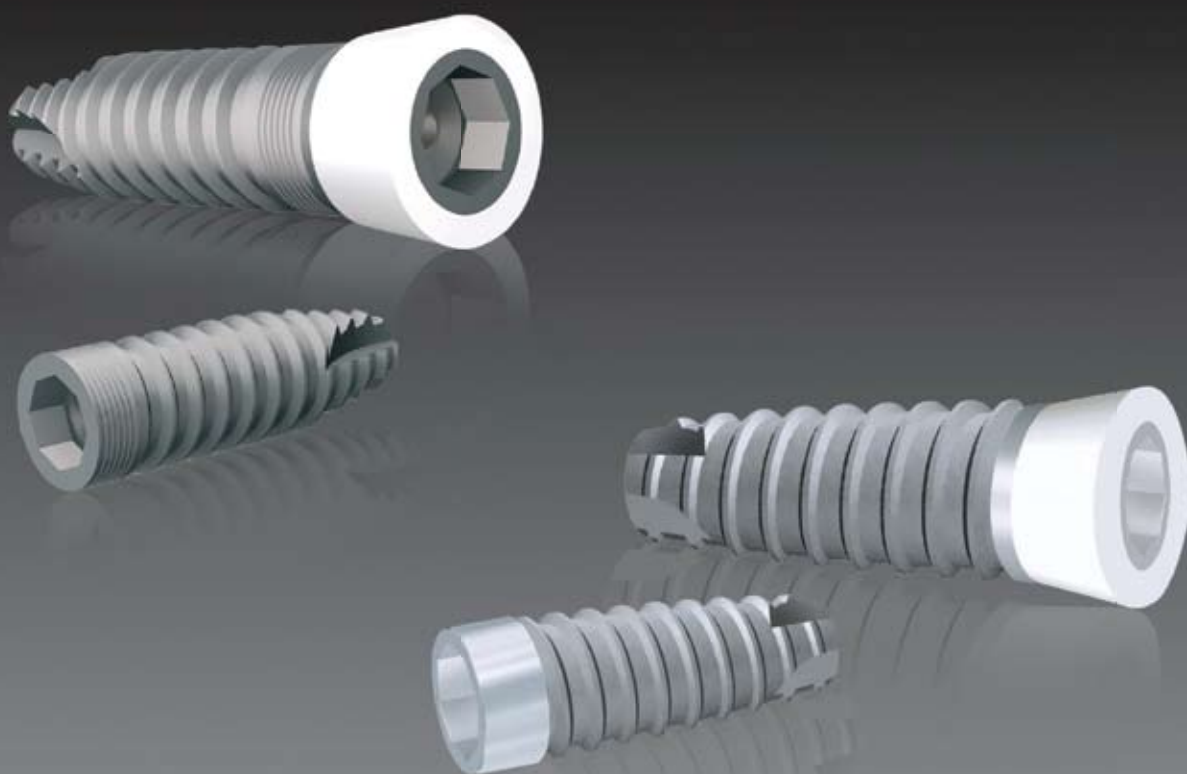
諮詢專線:02-8981-9180

財團法人中華民國佛教慈濟慈善事業基金會
 專字第0049954號 708294-72926-100
 茲收到 同鼎有限公司 大德
 八八水災大地、東慈惠您寫福緣 活動期間:2009-08-12至2009-09-11
 捐助新會費 貳萬元整 統一文號:內政部內授中社字第0980703702號
 2009年8月20日



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

NSK

ENDO-MATE TC2

新一代根管擴大機
全新液晶螢幕設計
簡單五鍵操作控制
適用各大廠牌99%以上Ni-Ti File



Prophy-Mate neo



新一代噴砂美白機 具有現代設計感的外觀
新上市的60度與80度噴嘴設計，
使潔牙時間縮短與清洗效果更加完美



FLASH pearl FLASH 珍珠

可生物分解，不結塊可用於其他廠牌的氣動潔牙系統
潔牙效果加倍，不傷琺瑯質



明延貿易股份有限公司
台北市南京東路五段188號11F-10
TEL: 02-2769-7700 FAX: 02-3765-1959
<http://www.changming.com.tw>

衛署醫器輸壹 字第001757號
衛署醫器輸壹 字第003538號

請洽全省各大經銷商

牙醫醫療團隊輔助人員法制化

主筆團

為 隨著科學進步，提昇牙醫醫療品質成為精緻醫療，造福民眾是牙醫師追求的目標，要達成此目標，必須在治療的過程中，引進輔助人員：牙醫護理、牙醫助理等，形成牙醫醫療團隊；將牙醫醫療團隊輔助人員法制化，會對牙醫醫療生態帶來重大，而且不可逆的影響，所以我們要加以重視。

首先看一看目前的輔助人員的養成系統：一、公會系統自行訓練，經全聯會認證的牙醫助理有5749人。二、學校系統教育養成的有：（一）臺北醫學大學二年制每年招生41人，已有七屆畢業生。（二）高雄醫學大學大學部每年招生34人，已經有三屆畢業生；二年制每年招生20人，已經有三屆畢業生。（三）中國醫藥大學大學部招生28人，已經有三屆畢業生。

為了使助理人員工作合法化，二個養成系統各推出法制化的版本，牙醫的醫療生態因為切割出來的工作項目不同，而造成不同改變，所以在此僅列最核心的助理人員的工作項目如下，當然二個版本各有所本，但是這是我們所需要的助理人員的工作項目嗎？請牙醫師同仁檢視。

一、全聯會推牙醫助理人員證照化草案，第十五條其工作範圍如下：

1. 在牙醫師指示下進行口腔健康教育。
2. 依牙醫師指示做必要之檢查的紀錄。
3. 照相。
4. 拍攝和進一步處理轉製牙科X光片。
5. 手術區之清潔與準備。
6. 各類裝置前後之清潔
7. 針對病人的牙齒與口腔狀況進行印製取模（牙齒模型）。
8. PROPHYLAXIS及PREVENTION之準備。
9. 幫助患者進行牙科治療的前、中、後期能夠感到舒適。
10. 提供牙科患者完整的口腔護理注意事項。
11. 教導患者如何達到與維持口腔清潔。
12. 執行一般辦公室管理之工作。
13. 在牙醫師指示下提供牙科患者暫時性假牙之修補。
14. 在牙醫師指示下提供牙科患者發育溝封填。

二、三個學校推的口腔衛生法中輔助人員的工作範圍如下：

- A. 牙科助理口腔以外的牙科服務，其工作範圍包括：
1. 醫師跟診
 2. 掛號、健保申報等電腦文書作業
 3. 牙科器械維護及保養
 4. 消毒與感染控制
 5. 牙科X光維護及準備
 6. 環境清潔及衛生

7. 患者之溝通及說明
8. 協助牙周病醫師charting時之紀錄
9. 牙科填補質復材料之準備
10. 口腔及牙周病等手術器材之準備

B. 口腔衛生師：除牙助之工作之外，在牙醫師指示之下，從事口腔醫療輔助工作。

1. 口衛師不接觸醫療行為。
2. 從事口腔衛生教育，預防保健。
 - (1) 口腔衛教及督導(包括口腔衛生指導、營養、咀嚼吞嚥障礙之檢查及資訊)
 - (2) 口腔檢查及篩檢。
 - (3) 口衛調查。
3. 醫療輔助工作。
 - (1) 身心障礙及長期照護須求之非侵入性，預防性潔牙及口腔照顧。
 - (2) 病房或I.C.U.病患(包括口腔外科癌症、放射線及化學治療、血友病、白血症等系統性疾病)之口腔照顧。
 - (3) 協助兒童病患之行為誘導及橡皮堤使用。
 - (4) 齒顎矯正黏支架前之準備，換線及取模。
 - (5) 質復治療時，排齦線之使用，取模及臨時牙冠之製作。
 - (6) 口腔外科植牙及牙周等手術時之牙科醫療輔助工作。
 - (7) 牙科X光維護及準備(須接受原子能委員會舉辦的牙科X光防護課程訓練才可使用該機)。
4. 醫務管理
 - (1) 牙醫師、口衛師及牙助之訓練及再教育規劃。
 - (2) 牙醫聯合診所之規劃、經營及管理。
 - (3) 診所之設計及規劃。
 - (4) 診所之人事行政及物料管理。
 - (5) 診所之財務規劃及管理。
 - (6) 技工室管理。

當一個新制度的建立從無到有，除了在參考外國的制度時，要以能否在本土生根為重要的出發點，因此首先要考慮那個制度是在那樣的文化背景，和周邊的制度的支持，才能運作無礙，若沒有那種環境硬著頭皮移植那個制度，大家要適應新制度時，會非常的辛苦；牙醫師當然選擇經過修改後，能適合本土背景文化和周邊的制度，大家較容易適應。

聰明的牙醫師同仁，不要漠視、沉默，請站出來，讓我們就助理人員制度，思辨、對話及修正，謀求共識，協助二個養成系統，推出我們需要的，適合本土背景文化，和周邊的制度支持的助理人員制度，達成精緻醫療，造福民眾的目標，而且對牙醫醫療生態衝擊最少的制度。

木棉雜誌社之未來發展及變化

木棉雜誌是中山的精神象徵，對於中山人聯絡情感和互通心得是重要而且必要的。自從1992年創建至今，已出刊64期，接近18年了。對一個成長18年的年輕小夥子，滿18歲就是完全行為能力者了。木棉雜誌社接下來的目標，仍有待繼續及創新的：

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. 提供參與木棉雜誌的編輯平台及聯絡管道。
3. 發掘更多能寫、能說、能表達文章或學術才子彥士。
4. 尋找分擔木棉雜誌之文稿邀約及編輯重任的方法。
5. 積極創造分進合成的邀約廣告贊助商家的方法。
6. 友會間彼此橫向聯繫機制平台的建立。
7. 加強木棉雜誌成為中山人凝聚人氣重心。

但是，無可否認的，現實的環境、氣氛和時間的因素，也在在衝擊著木棉雜誌社之贊助資金的獲得，尤其是下列四點因素：

1. 藥事法及其施行細則之執行鬆緊的困擾及解讀標準的紊亂。
2. 大環境經濟進展侷限，有待時機及條件之振興及崛起。
3. 經濟繁榮不佳，景氣改善不振，造成牙科材料器物廠商獲益不佳。
4. 其他人為或不為因素。

致使牙科材料廠商贊助各個牙醫雜誌刊物之出版，裹足不前且意願低落，這是急待而且迫切要趕快解決或突破的問題，這更是牙醫雜誌可否永續出刊最直接也最關鍵的共同因素。

擁有許多歷屆木棉雜誌社社長及歷屆會長，甚至從開始木棉雜誌發行人之台北市中山牙醫校友會評議會的共識意見及建議協調是相當重要的，這是木棉雜誌社之最是穩定、最佳支柱及最好援助的來源，他們每年於會員大會之捐獻以及部分理、監事和其他校友之熱心捐款，甚至令人為之動容、振奮、感謝之「木棉之友」永久會員的臨時加持捐獻，更影響著木棉雜誌社之未來變化甚至經營管理型態的改變。對於這些誠心、熱心、愛心、真心於木棉雜誌的支持者，未來變化共識的論述基礎和經營管理型態改變的決定依據，社長及總編輯、編輯群除要敬以最大的感謝及感恩外，更要充分予以尊敬及重視。

台北市中山牙醫校友會之木棉雜誌社與總會之木棉雜誌社之關係應該在發行、出刊、編輯，財務、經費、經營、管理甚至分工上有所規劃及釐清。透過協商協調或議約方式，從下列方向來作思維：

1. 重新認定木棉雜誌之隸屬發行及屬性根向問題。
2. 木棉雜誌之出刊及編輯分離或結合問題。
3. 木棉雜誌社之財務及經管分離或結合問題。
4. 總會主管發行、財務、經費、經營及管理的問題，但委託台北市編輯及出刊。
5. 請重新再一次認真思考晉杰拙著「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」（木棉62期p262-266）。
6. 請重新認真思考及執行並交付北市校友會籍之總會代表及總會理監事，在牙醫校友總會理監事會上之提案「木棉雜誌社向內政部登記全國性社會團體暨籌備會成立」之討論案及決議案並予以協助通過。
7. 木棉雜誌社公司化之轉型、轉轄及監管問題。（當上述5及6均失敗或不可行之後）

木棉雜誌始發於總會成立之初，但很快地就由台北市牙醫校友會接手於後至今，後來的幾屆總會及新修訂之總會章程完全不被述及及重視；這麼久以來，也不曾聽聞及考據有總會之委託台北市之經營、管理、編輯、出刊之委託書狀；就連台北市之章程或其施行細則及辦法也未曾對其有所論述和組織化，但卻是每個要成為台北市牙醫校友會會長都得先當木棉雜誌社社長一年，編輯四期木棉雜誌，並邀集專業文章及招募廣告贊助，而且長久以來，就是參選台北市會長之最重大障礙及最重要門檻。在長久耗盡台北市之人力、物力及捐款之下，一年四期約200萬經費資金壓力，而總會每年的捐款只能說小補，雖如杯水車薪卻意義深重，這無非憑藉著一股勇氣、幹勁、責任、理想及堅持，否則難以為成的。

台北市和總會如何取得協調協商機制平台、如何取得權責平衡和分配分擔以及如何讓木棉雜誌永續經營，在需要許多的大心、大智、大仁、大勇的面對、承擔、負責及解決。還是讓晉杰再盡拋磚引玉之呼籲並喚起共心共鳴之盼望，再次強調「木棉」和「中山」都是所有中山大家的，而且「木棉」等同「中山」，都應被共有、公用、分享、同榮的。雜誌取名「木棉」由來及意義在於「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。

風雨生信心

莫拉克颱風重創南台灣，透過各種媒體的不斷播送，讓身在北部的筆者不禁流下兩行熱淚，想到多年前的納莉風災，筆者家中遭受水淹之苦，沒水沒電超過一個禮拜，幸好最後還是熬過來了，因此這次特別感同身受，希望身為牙醫師的我們，有錢出錢有力出力，幫助受災戶重建家園，讓大家一起為他們鼓勵及加油，更為美麗的台灣祈福。

雖然近來天災人禍不斷，日子總是要過，過好了生活中的每一天，你便擁有一生的美麗。明天的希望，讓我們忘了今天的痛苦，發光並非太陽的專利，您也可以發光，掌握當下，懷抱希望，生命將更美好。要銘記在心：每天都是一生中最美好的日子，一個今天勝過兩個明天。九二一大地震我們走過來了，這次我們一定會更快走出陰霾，大家一起加油。

本期專訪母校牙醫系廖主任，欣聞母校近年來在廖主任的帶領下有卓越的進步，讓筆者燃起一股回校參訪的衝動，不可否認，在過去有好長一段時間，中山校友對學校的向心力是不夠的，相信大家讀完專訪文章後，當可改變過去對中山的刻板印象。社論探討牙科助理人員的一些相關問題，值得讓大家深思，究竟他們的工作範圍及定位為何？本期文章內容五花八門，還待各位讀者們細細品味，會有意想不到的收穫喔！

日子過得飛快，本期出刊後筆者就要卸任總編一職了，感謝社長的經驗傳承，感謝姣姣、美清，感謝所有投稿者，感謝死忠廠商的支持贊助，感謝各期執編及編輯伙伴，尤其感謝智嘉，每期都幫忙邀了不少稿件，最感謝的還是各位讀者，您的支持讓木棉花開得更加美麗，讓我們一同期待下一次的木棉花開。

木棉雜誌社總編輯 吳秉翰

廣告索引

| | |
|-----|-----------------------|
| 封底 | 杏昌生科技股份有限公司 |
| 封面裡 | 炬嘉生物科技有限公司 |
| 封底裡 | 荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司 台灣分公司 |
| 1 | 三業有限公司 |
| 2-3 | 鼎興貿易股份有限公司 |
| 4 | 登泰醫療器材有限公司 |
| 5 | 同鼎有限公司 |
| 6 | 傑生牙科材料股份有限公司 |
| 7 | 明延貿易股份有限公司 |
| 63 | 國維聯合科技股份有限公司 |
| 64 | 品木堂家飾 |

感謝以上廠商的贊助與支持，並感謝醫師為木棉雜誌招攬廣告廠商。

社論／Viewpoint from Editor

| | | |
|---------------|-----|---|
| 牙醫醫療團隊輔助人員法制化 | 主筆團 | 8 |
|---------------|-----|---|

迴旋手札／A Letter from publisher

| | | |
|---------------|--------|----|
| 木棉雜誌社之未來發展及變化 | 社長／楊晉杰 | 10 |
|---------------|--------|----|

編輯人語

| | | |
|-------|--------|----|
| 風雨生信心 | 總編／吳秉翰 | 11 |
|-------|--------|----|

專業觀點／Professional Article

| | | |
|--------------------|------|----|
| 漫談COMPLETE DENTURE | 本鄉英彰 | 15 |
|--------------------|------|----|

| | | |
|--------------|---------|----|
| 角質化牙齦對植體的重要性 | 顏志忠、牟淑惠 | 21 |
|--------------|---------|----|

| | | |
|---|--|--|
| Financing Dental Care : Trends in Public and Private Expenditures for Dental Services 美國牙科醫療的財政趨勢-探討醫療支出的經費來源 由國家或私人支付？其影響為何？ | | |
|---|--|--|

| | |
|---|----|
| 作者：Howard Bailit, Tryfon Beazoglou 翻譯整理：林玥玟、王家源 | 26 |
|---|----|

| | | |
|---------|-----|----|
| 根管穿孔的修補 | 楊昆達 | 32 |
|---------|-----|----|

| | | |
|-------------------|-----|----|
| 前牙美觀治療的綜合性考量-病例報告 | 吳朋儒 | 34 |
|-------------------|-----|----|

| | | |
|--------------------------|-------------|----|
| 降低嬰幼兒齲齒的一種嘗試-鼓勵滿週歲時第一次看牙 | 劉禹利、林伯彥、陳和錦 | 38 |
|--------------------------|-------------|----|

| | | |
|------------------|-----|----|
| 自體齒移植與再植之簡介及臨床應用 | 梁光源 | 40 |
|------------------|-----|----|

| | | |
|-----|-----|----|
| 牙敏感 | 蔡佳芸 | 44 |
|-----|-----|----|

人物專訪／Interviewing

| | | |
|--------------------------|------------|----|
| 引領中山破繭而出的掌舵手 專訪廖保鑫 醫師 | 採訪：楊晉杰、吳秉翰 | 46 |
|--------------------------|------------|----|

國際新訊／International Update

| | | |
|-----------|-----|----|
| 植牙與高爾夫球之旅 | 陳志賢 | 49 |
|-----------|-----|----|

| | | |
|------|-----|----|
| 金色澳門 | 趙書群 | 52 |
|------|-----|----|

心靈左岸／Inside of Soul

| | | |
|-------|-----|----|
| 與杜鵑共舞 | 朱觀宇 | 57 |
|-------|-----|----|

| | | |
|------------|-----|----|
| 新渡假勝地-新社莊園 | 陳怡彤 | 59 |
|------------|-----|----|



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

各地方校友分會長：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9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





中山醫學大學牙醫學系台北市校友會 第二十八屆會員大會暨學術演講

百萬口腔臨床實戰論壇 中美日韓首度名師大會串

98年9月19~20日

35學分



有一次和一群醫師好友聊天，了解他們從出道執業到現在，每次聆聽學術演講，雖然講師的內容精彩、見解獨到，但很可惜，想聽的只有某些真正需要的重點部分，其他內容就顯得較為無趣，總覺得這麼長的演講時間，真正的收穫好像少了點.....

這樣的心聲，我們聽到了，今年度最受人矚目的演講，最豪華的講師陣容，匯集了中美日韓四國強棒，從固定式假牙、人工植牙、活動假牙以及牙科的相關難題，經由方敏智醫師、Dr. Park, Jun Hong、本鄉英彰醫師、深水 皓三醫師和田中 秀文醫師，為您講授如何巧妙而成功地解決每位患者這些各式各樣的疑難雜症。

四國聯軍，成就一場最符合開業醫師的需求，空前絕後的演講。每個段落都精彩，每位講師直接切入重點，絕無冷場，這樣超值的演講哪裡找？悄悄的告訴您，趕快找台北市中山校友會報名就對了！

中山醫學大學牙醫學系台北市校友會 第27屆會長 **梁孟淵** 醫師

2009.9.19 (六) 課程內容

| 時間 | 講題 | 講師 |
|-------------|---|--------------------|
| 09:00-10:10 | Achieving Biocompatibility in Daily Crowns & Bridges I | 方敏智 醫師 |
| 10:10-10:30 | Coffee Break | |
| 10:30-12:30 | Achieving Biocompatibility in Daily Crowns & Bridges II | 方敏智 醫師 |
| 12:30-13:30 | Lunch | |
| 13:30-15:00 | Easier and Faster implant treatment for Maxillary Posterior Area I 上顎後牙區更簡單更快速的植牙方法 | Dr. Park, Jun Hong |
| 15:00-15:20 | Coffee Break | |
| 15:20-17:20 | Easier and Faster implant treatment for Maxillary Posterior Area II 上顎後牙區更簡單更快速的植牙方法 | Dr. Park, Jun Hong |

2009.9.20 (日) 課程內容

| 時間 | 講題 | 講師 |
|-------------|---|----------|
| 09:00-10:10 | Neuroscientific Consideration of Chewing Brain Related to Treatment Denture | 田中 秀文 醫師 |
| 10:10-10:30 | Coffee Break | |
| 10:30-12:30 | 如何做一副合於解剖學、生理學上要求的全口假牙 | 本鄉英彰 醫師 |
| 12:30-13:30 | Lunch | |
| 13:30-15:00 | 全口假牙的治療 咬合與復健的生理學 Rehabilitation for Edentulous Patients Physiology of Occlusion and Rehabilitation | 深水皓三 醫師 |
| 15:00-15:20 | Coffee Break | |
| 15:20-17:20 | 全口義齒的究極奧義 實戰篇 | 本鄉英彰 醫師 |

主辦單位：中山醫學大學牙醫學系台北市校友會

時間：98年9月19~20日 9:00~17:20

地點：國立台灣科學教育館-九樓國際會議廳（台北市士林區士商路189號）

報名辦法：一、報名費：
1. 報名費**3500**元
2. 8月20日以後及現場報名一律7000元
3. 本會會員同時繳交第28屆會費2000元者，報名費僅收**2000**元
4. 報名費繳交後不克出席者，恕不退費。
二、繳費方式：郵政劃撥帳號19985218 戶名：鄭一鳴
三、報名專線：02-28719365 游小姐 傳真專線：02-28719377
四、學分：**35**學分 / 認證序號：(98)全教字第75號

漫談COMPLETE DENTURE

作者：本鄉英彰 醫師

Profile



本鄉英彰 醫師

- ◆ 1972年 日本齒科大學補綴學柳田教室入局
- ◆ 1972年 11月北海道大學醫部第一解剖學入局
- ◆ 1974年 厚生省齒科國家試驗認定試驗合格
- ◆ 1975年 北海道大學齒學部附屬病院臨床實地修練終了
- ◆ 1975年 日本齒科醫師醫籍登錄
- ◆ 1976年 白老町立萩野齒科診療所所長赴任就職
- ◆ 1979年 在同住所獨立開業
- ◆ 1986年 阿部 晴彦先生的全口義齒研修
- ◆ 1987年 保母 須彌野先生的I.D.A研修、畢業時續優獲I.D.A銀牌獎和功勞獎
- ◆ 1998年 第一屆厚生省介護支援專門員國家考試合格
- ◆ 1999年 同厚生省介護支援專門員國家考試實務研修終了
- ◆ 2000年 介護支援專門員 (Care Manager)
- ◆ 2001年 北海道白老町介護委員會委員
- ◆ 2005年 1月開始在日本“醫齒藥出版社”“齒科技工”雜誌上連載、已登載10次、現繼續執筆中。
- ◆ 2006年 日本京都“松風株式會社”顧問

1 1976年David M. Watt和A.R. MacGregor在 *Designing Complete Dentures*的書上指出：想做出一副成功的全口假牙是須將已喪失的組織，正確地修復 (Replace) 起來不可。亦即說，一副成功的全口假牙須將牙齒在喪失以前的自然齒和它的支持組織 (Supporting Tissue) 所占有的Space，即無齒顎病人口腔內的所謂的Denture Space，正確且完整的復元後再將全口假牙“完全地佔滿”這個Space才可。

兩位教授一直朝著如何去找尋出一更正確的、完整的、理想的Denture Space的印製方法來研究。因為他們同時也發現到如果將全口假牙製作成佔滿著Denture space的話，全口假牙將不僅能得到充分的Supporting和適當的Retention以外，而且可使全口假牙更能得到與口腔的周圍組織保持著調和的關係。

今天我們已發現到了，如何去印製或找尋出一個幾近於完整的、美好的、理想的Denture Space的採取方法了。

這方法就是利用治療假牙 (Treatment denture) 首先使用Tissue Conditioner來做所謂的Tissue conditioning來使起因於Adaptation (或者是Mal-adaptation) 而造成的denture space變得狹窄的部位，加以治療後，再以復健 (Rehabilitation) 的手法將已變成狹窄的Denture Space回復到原來的形態後，才可得到幾近於完整的Denture Space。

但是，這方法是須消耗一比較長的治療時間的。

想替病人作出一副令病人滿足的Complete denture不僅是須要將Dentures fill the denture space以外，也須取得到精確的咬合關係。

機能與形態、咬合面與黏膜面和義齒的外形都須相互保持著一定的平衡才可。



初診來院時所裝著的下顎 Complete denture



用初診時所裝戴的下顎 Complete denture 來加以修改和 Tissue conditioning 後所製作成的下顎 Complete denture，但是左側下顎 Retro-molar pad 的遠心部附近的床緣回復仍不充分



經過一段時間的 Tissue conditioning 後的下顎顎堤的黏膜面呈現著正常的狀態



再用 07 年 10 月 3 日完成的下顎 Complete denture 再來加以修改、復元、同時施以 Tissue conditioning 後所製作成的下顎 Complete denture，可以發現到左側床緣已大概的被回復過來了



從三個不同時期所製作出的下顎 Complete denture 我們可以發現到 Denture Space 是否被完全的回復過來、或者說 Dentures 是否 Fill the denture space，是會影響著 Complete denture 的外形的，同時 Dentures 的 Supporting、Retention 和口腔內周圍組織的調和性也會受影響的

Case Presentation



圖 1 初診 (09 年 2 月 17 日) 來院時，所使用上下的 denture 下顎尚殘存有二顆牙齒



圖 2 下顎殘存齒，拔牙後的口腔內所見。下顎顎堤的吸收程度比較大，特別是下顎的臼齒部更為明顯。上顎的顎堤的狀態尚屬正常



圖3 經過一次的治療，床緣的形態有明顯的改善



圖4 大約經過2週的治療，請注意上顎和下顎床緣的變化

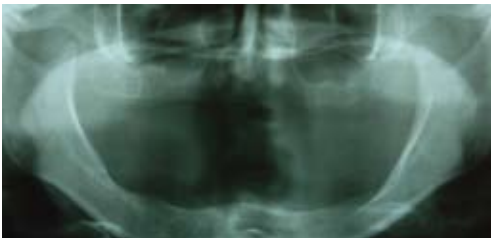


圖5 下顎臼齒部齒槽骨堤的吸收已進行到下顎管（mandibular canal）部了



圖6 從舊的Denture採取到的Treatment denture 用的作業模型

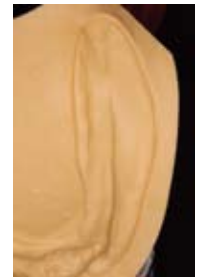
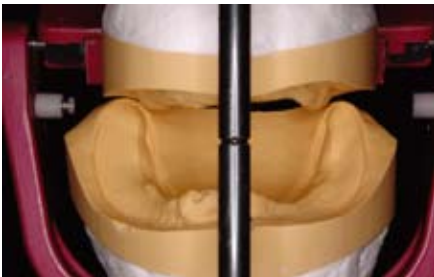


圖7 從咬合器上觀察、上下顎的對咬關係還保持着很正常的關係。下顎印象面除了床緣顯得不足外，大概可作為Treatment denture的作業模型用了



圖8 Treatment denture的下顎臼齒部咬合面設計成Flat occlusal table



圖9 Denture space還沒完全復元的Treatment denture的正面觀與後方面觀，Denture的外形和對咬關係呈現著不正常的形態



圖10 側面觀也不正常



圖11 經過治療後，Denture space也漸漸地復元起來。從後方面觀察Denture時，Denture的外形呈現著左右對稱



圖12 隨著Denture space被復元後，Denture的外形也隨著起了變化，漸漸地有Fill the denture space的傾向



圖13 接近於完整的狀態時，Denture的外形會呈現出特有的形態來

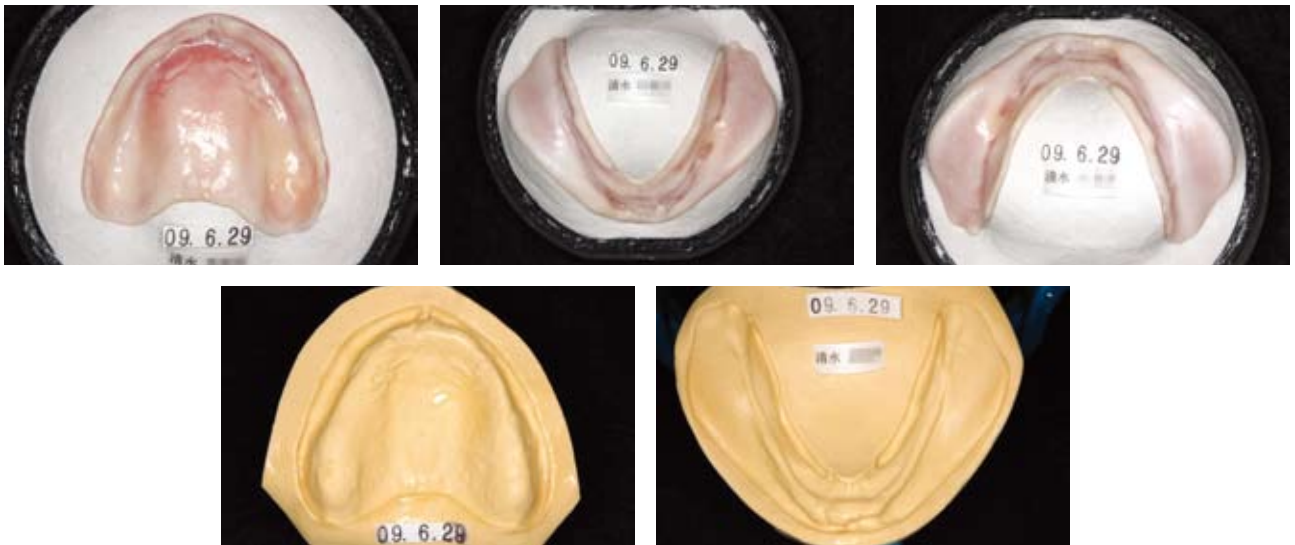


圖14 在製作Finishing denture的作業模型的24小時前，通常應將Tissue conditioner施以全面交換



圖15 Denture space被完全地復元後Denture的印象面和床緣會顯得生動，而且具有動態的（Dynamic）形象



圖16 根據Treatment denture時所獲得確實的咬合記錄，咬合器的上下顎對咬關係是不會生差誤或有任何意外的錯誤發生的



圖17 在製作Denture的最後作業過程，須靠熟練的Dental technician來將原本精準的Treatment denture的資料做最精確的復元工作，否則將功虧一簣



圖18 對裝置於口腔內的Denture施予比日常生活中營使的各種Functional movement時，施加使Denture脫離的力量，再施以更大的外力，但Denture還是繼續地保持著穩定而無脫落或浮上的現象。Denture的Stability是預期的



圖19 無異物感，舒適的Complete denture會使病人從心底，生起愉快的表情，心身健康是病家最期待的事，也是吾人替病患，治療製作Complete denture的最終目的和目標

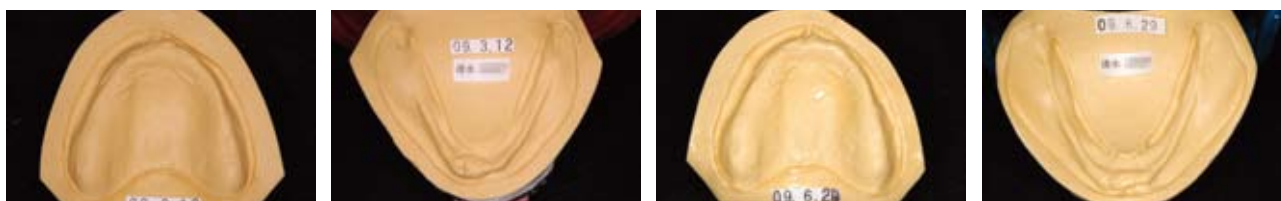


圖20 從Treatment denture到Finishing denture的作業模型的印象面、床緣的差異，可了解到復元Denture space的重要性。而將DENTURE fill the DENTURE SPACE的觀念將成為今後製作Complete denture的一種不可或缺の治療理念和方法了

角質化牙齦對植體的重要性

作者：顏志忠 醫師、牟淑惠 醫師

Profile

顏志忠 醫師

- ◆ 台大醫學院臨牙所牙周病學碩士
- ◆ 台灣牙周病醫學會專科醫師
- ◆ 中華民國口腔植體學會專科醫師
- ◆ 台大醫院牙周病科兼任主治醫師
- ◆ 台大北護分院牙周病主治醫師

牟淑惠 醫師

- ◆ 台大醫學院臨牙所補綴學碩士
- ◆ 台大醫院補綴科及植牙專科訓練
- ◆ 中華民國口腔植體學會研究員醫師

（一）角質化牙齦守護牙齦健康

角質化牙齦對自然牙重要性

角質化牙齦與自然牙關係很早便被研究。Stetler學者在1980年發表角質化牙齦與牙齦健康關係（以牙齦指數gingival index來區分），發現當有牙齦下修補物（subgingival restoration）時，有較寬的角質化牙齦會比較小或沒有角質化牙齦，其牙齦發炎指數會來得較小，其差別具有統計學上的差異（ $p < 0.05$ ），但對非牙齦下修補物是沒有統計上的差別。Ericsson和Lindhe等學者發現同一病人口腔內，有些牙齒的牙齦有明顯較其他顆牙齒牙齦萎縮，由前面學者結論推測牙齦萎縮和角化牙齦可能也有關係，在1984年發表用動物作組織切片實驗，發現牙齦下修補物易有牙菌斑堆積在牙齦下，引起牙齦發炎，對較窄或沒有角質化牙齦，其發炎細胞會浸潤到大部分牙齦結締組織，但在有較寬角質化牙齦組織，其發炎細胞浸潤卻只會被侷限在靠牙齒側結締組織內。其後（1985年），Kenndey等學者發表一篇6年觀測追蹤角化牙齦對牙周病病人的重要性，收集32位病人兩邊對側有角化牙齦不足問題，以隨機分配方式一邊做角化牙齦移植重建（實驗組）另一邊不做（控制組），所有病人都有先經過牙周基本治療，口腔衛教並達到良好牙齒清潔，之後每3~6個月定期回診做牙周病維護治療，經六年追蹤，控制組牙齒牙齦萎縮未再增加，也無再繼續牙周附連喪失；實驗組牙齒則牙齦萎縮量變少，且牙周附連增加；另外有趣他們也發

現未定期回診做牙周病維護的病人，沒有角質化牙齦牙齒，其牙齦又再發炎，且牙齦萎縮量增加；而有做角化牙齦移植的牙齒，牙齦沒有明顯發炎，牙齦萎縮也未再增加。由以上重要文獻回顧，可知角化牙齦對自然牙的牙齦發炎（之後可能會導致牙齦萎縮）扮演一重要對抗角色，而植牙周圍牙齦發炎機制和自然牙很相似。

角質化牙齦植牙重要性

Warrer等學者（1995）用5隻年輕猴子，把下顎兩側後牙拔除，待傷口癒合好後種植人工植體，並以隨機取樣的方式一側摘除其角質化黏膜，另一側則予以保留，等骨整合好植牙外接，所有植牙在外面綁線，誘導產生植體周圍炎，（peri-implantitis），結果發現沒有角質化黏膜保護的植體較有角質化黏膜植體有1.較多量牙周附連喪失（牙周囊袋深度較深）2.較多量牙齦萎縮3.植體和骨頭整合（osseointegration）量較少，他們的結論認為植體周圍有一圈角質化黏膜可提供較好軟組織sealing，避免外來致病菌侵入至底下骨頭，扮演保護植體的角色。Sato（2000）書中介紹沒有角質化黏膜部位做完GBR補骨或植牙手術，易有GBR傷口開窗（dehiscence），骨粉和再生膜暴露感染，或人工牙根上頭螺蓋外露，影響骨整合效果。Sclar（2003）書中敘述植牙手術完所戴臨時活動假牙（interim RPD）無法壓在沒有角質化黏膜上。另外其他學者認為角化牙齦可抵抗物理性磨擦，可幫助病患刷牙，降低植牙周圍牙菌斑堆

積，減少牙齦發炎。如圖1-a和圖1-b的#46和#47植牙頰側和舌側缺少角質化牙齦，但病患不願做角化牙齦重建手術；圖1-c和圖1-d是剛做臨時牙套及永久牙套所照平行法根尖X光，可發現植體周圍並無骨頭喪失，病人完成假牙後不願定期回診，經屢call終於在一年後回診，X光如圖1-e，此處清潔不佳，X光可見有些微骨流失，向患者說明X光骨頭流失需做角化牙齦重建（病患仍不願意）及此處口腔衛教需加強；至假牙完成第二年X光如圖1-f可見#47 D側已有明顯骨頭喪失（植體周圍炎peri-implantitis），且臨床有牙周探針探測出血情形（Bleeding on Probing）。圖2-a左上第一大臼齒頰側非角質化黏膜增生，造成頰側前庭變淺（平）且完全沒有角質化組織，患者主訴此處牙齦常會發炎腫腫的，臨床檢查在頰側和遠心側有5~7mm深

囊袋深度，且有探測出血情形。圖2-b是圖2-a的平行法根尖片，假牙完成受力二年，在遠心側有4~5個螺紋垂直性骨頭流失。圖2-c是做根尖位移翻瓣（Apically positioned flap）及縫合固定。圖2-d和圖2-e取strip方式而不用傳統取大塊FGG，好處是取皮處傷口寬度變小，癒合較快（圖2-h），效果一樣（圖2-i）。

病患每三個月回診一次做植牙和牙周病維護，X光每半年照一次，在補皮完二年回診X光（圖2-j）可見原本#26遠心側喪失4個螺紋骨頭自己重新長回來3個螺紋；在補皮完三年回診X光（圖2-k），可見#26遠心側喪失4個螺紋骨頭全都自己長回來，由此病例可印証植體周圍角化牙齦的重要性。



圖1-a #46和#47植牙頰側缺少角質化牙齦



圖1-b #46和#47植牙舌側缺少角質化牙齦



圖1-c #46和#47植牙剛做臨時牙套，無明顯骨頭破壞



圖1-d #46和#47植牙剛做永久牙套，無明顯骨頭破壞



圖1-e 一年後回診X光，#47可見有些微骨破壞



圖1-f 假牙完成第二年X光，#47 D側已有明顯骨頭喪失



圖2-a #26頰側非角質化黏膜增生，前庭變淺（平），頰側和遠心側有5~7 mm深囊袋深度



圖2-b 假牙完成受力二年，在遠心側有4~5個螺紋垂直性骨頭流失



圖2-c #26頰側做根尖位移翻瓣及縫合固定



圖 2 - d 從 # 26 顎側角化黏膜取一 3×32mm² strip 分成兩塊



圖2-e 在 donor site 置放止血紗布



圖2-f 兩塊strips分別縫合在 # 26 頰側



圖2-g # 26 頰側補皮術後18天



圖2-h # 26 顎側取皮術後18天，傷口幾乎已完全表皮化



圖2-i # 26 頰側補皮完兩年，牙周健康良好

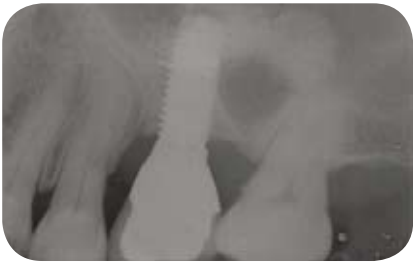


圖2-j # 26 補皮完二年，在遠心側有骨頭長回來



圖2-k # 26 補皮完三年，在遠心側有骨頭長回來，量比第二年（圖2-j）更多

（二）植體角化牙齦重建

依據筆者多年臨床經驗，植體角化牙齦重建方式整理如表一。由表一可把植體角化組織重建方式分成兩大類：（一）不需移植組織由現存角化組織去移轉獲得，（二）需移植別處軟組織來補，可分

自體、同種異體（allograft，如AlloDerm等等）、人工合成（alloplast，如Terudermis等等）。

第一類舉常用Incisional technique做代表：圖3-a#33和#34角質化黏膜寬度只有5mm且頰側角質化黏膜明顯不足，故依表一採用此方式。圖3-b和

| 角化組織寬度 (mm) | 術式 | 備註 |
|-----------------|--|--------------------------------|
| ≥ 9 mm | Excisional technique | 用刀片、tissue punch、或電刀方式修掉植牙上頭牙肉 |
| 5~8 mm | Incisional technique | 保留所有角化組織 |
| 3~4 mm | Partial-thickness' apically positioned flap surgery | 保留所有角化組織 |
| 0~2 mm | Epithelialized palatal graft (EPG) 或 connective tissue graft | EPG即strip或FGG術式 |
| 美觀區 (需角化組織+豐隆度) | Papillary regeneration technique或 Connective tissue graft或Roll technique | 不能用EPG類graft，美觀不佳 |

表一 依植體周圍現存角化組織量決定在植牙二階手術所使用術式

圖3-c描述#33-36植牙過程記錄。此技術重點在把現有角化黏膜保留並對分至頰舌兩側（下顎），若是在上顎則更簡單，直接把顎側角化黏膜旋轉至頰側固定（如圖3-f）；另一重點是在兩兩植牙或植牙和自然牙間內外翻瓣做vertical bevel incisions，注意需個別縫合，如圖3-d和圖3-e。

第二類舉大家很熟悉及常用傳統FGG（free gingival autograft）technique做代表，並介紹Dr. Han發明strip（FGG）technique（目前已被收錄在牙周病很有名教科書最新版（tenth edition）裏：CARRANZA'S CLINICAL PERIODONTOLOGY chapter 69）；這邊舉同一位病患兩側下顎後牙分別做植牙周圍角質化黏膜重建，列出來做比較：兩側皆用#15C做Recipient-site preparation，所有切線（水平和垂直releasing）都採butt joint margins下刀，準備Recipient bed需比要補graft大至少1~2mm，且上面結締組織、表皮、肌肉等附連組織需摘除，只留下骨膜，頰側翻瓣用APF和5-0 chromic gut sutures固定，如圖4-b和圖5-b。取上顎顎側傳統大塊FGG適合範圍是在第一小白齒至第一大白齒，不得已不夠可至第二大白齒，但千萬不要至第三大白齒，但若取strip FGG則不在此限，因夠小（3mm寬）並不會傷到great palatal a.。初學者可用錫箔紙或

包縫線紙片剪裁合適大小和外形，當模板（tinfoil template）放到取皮處取一樣形狀graft。兩側取下graft如圖4-c和圖5-c，顎側取皮處傷口處理如圖4-d和圖5-d。移植傳統大塊FGG和兩塊strip FGG都可以吸收線縫在骨膜上如圖4-e和圖5-e。如圖4-f和圖5-f比較傳統大塊FGG和兩塊strip FGG在術後10天及術後3個月（如圖4-g和圖5-g），兩邊移植FGG生長差不多，但strip FGG有較小萎縮量。圖4-h、圖4-i和圖5-h、圖5-i比較傳統大塊FGG和兩塊strip FGG被取皮處傷口癒合，strip FGG被取皮處傷口癒合時間至少少一半。

（三）結語

在我們臨床回診追蹤病例中及別人臨床研究報告，都有發現若植體周圍沒有角質化黏膜，加上病患口腔清潔不佳，可能會在假牙完成受力2~3年後發生明顯骨頭破壞，產生植體周圍炎（periimplantitis）；若病患本來已患有嚴重牙周病未治療，則植體產生植體周圍炎會更快。植體角化牙齦重建並非很困難，若能在手術不隨便切掉角質化黏膜，善用植體附近現存角質化黏膜，或是採用簡單移植FGG技術strip technique，大大降低病患術後流血及不適感，創造雙贏局面。



圖3-a #33和#34頰側角質化黏膜不足，前庭變淺（平），舌側仍有部分角質化黏膜



圖3-b 翻瓣水平切線，採偏舌側設計，把原有角質化黏膜分內外兩半對分



圖3-c 植體剛放入bone，#33頰側有做過bone block移植較鬆軟，故採submerged方式



圖3-d 其它#34和#36因骨頭條件良好，故採non-submerged方式



圖3-e 兩植牙或植牙和自然牙間內外翻瓣做vertical bevel incisions及個別縫合



圖3-f 左邊上下植牙假牙完成3年，頰側皆有明顯角質化黏膜，牙周健康良好



圖4-a #36和#37頰側缺少角質化黏膜，前庭變淺（平），舌側仍有部分角質化黏膜



圖5-a #47頰側缺少角質化黏膜，前庭變淺



圖4-b # 36和 # 37頰側翻瓣在水平和垂直切線，皆採butt joint設計，做APF及固定

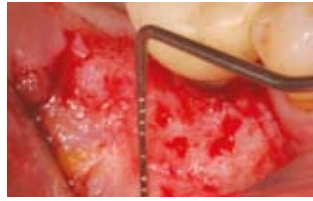


圖5-b # 47頰側翻瓣設計同圖4-b，移除所有軟組織，保留骨膜並做出10mm寬



圖4-c 從同側（左）上顎頰側取傳統大塊FGG，大小是6×24mm²



圖5-c 從同側（右）上顎頰側取兩小塊 strip，大小分別是3×22mm²，3×23mm²

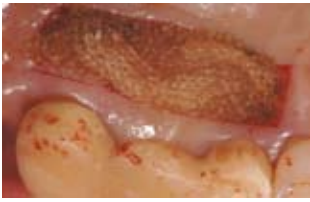


圖4-d 左上顎頰側被取下傳統大塊FGG，傷口用Surgicel 覆蓋，最後整個區域用牙周敷料包住保護

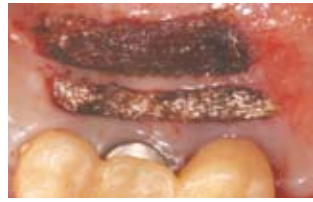


圖5-d 右上顎頰側被取皮傷口處理保護同圖4-d



圖4-e 移植傳統大塊FGG縫在#36和#37頰側



圖5-e 兩塊strip FGG分別縫在# 46頰側



圖4-f 移植傳統大塊FGG術後10天，移植FGG生長良好



圖5-f 移植strip FGG術後10天，移植FGG生長良好，和圖4-f差不多一樣快



圖4-g 移植傳統大塊FGG術後3個月，移植皮萎縮1mm寬，剩下5mm寬



圖5-g 移植strip FGG術後3月，移植皮沒有萎縮，仍有原先3+3=6mm寬，效果比傳統大塊FGG好



圖4-h 移植傳統大塊FGG術後10天，被取皮傷口還未表皮化，易出血



圖5-h 移植strip FGG術後10天，被取皮傷口已有表皮化，較不易出血



圖4-i 移植傳統大塊FGG術後1月，被取皮傷口還有一半以上仍未表皮化，仍易出血



圖5-i 移植strip FGG術後1月，被取皮傷口已完全表皮化，不會出血

Financing Dental Care : Trends in Public and Private Expenditures for Dental Services

美國牙科醫療的財政趨勢— 探討醫療支出的經費來源， 由國家或私人支付？其影響為何？

作者：Howard Bailit, Tryfon Beazoglou

翻譯整理：林玥姣 醫師、王家源 醫師

Profile

Howard Bailit, Tryfon Beazoglou

◆ 美國康乃迪克(Connecticut)大學牙醫學院

林玥姣 醫師

◆ 新店天主教耕莘醫院

王家源 醫師

◆ 新店天主教耕莘醫院

我們將本篇新文章--發表於2008年專論Dental Public Health的DCNA期刊，加以整理翻譯，呈現美國牙科醫療財政的現況數據，讓諸位國內醫師及相關制度影響者做為參考及利用。

原文譯

所謂牙科醫療的經費，是用來給付給牙科治療的提供者，在美國絕大部分是給付給個人的醫療服務者-牙醫師，而不是社區公共健康的計畫。這筆經費的來源與數量，是很值得我們加以探討的。

因為花費在牙科醫療的金額數量是一項重要指標，它代表了民眾接受牙科治療的可近性（access to dental service）以及民眾口腔健康的程度。美國比大部分先進國家花費更多在牙科經費上，因此民眾口腔健康也較佳，但是美國國內也普遍存在著因貧富差距使得接受治療的機會不平等的問題。

牙科醫療經費的來源是政府、雇主以及病患個

人三者。以牙科私人保險來說，經費提供者主要是雇主，由雇主和保險業者立訂合約，決定提供多少保險費用於牙科治療、用在哪些治療項目以及與員工分攤保費的方式。較大型的公司會提供較佳的牙科保險，使得他們的員工較能尋求治療。

在此，我們將針對牙科醫療的成長趨勢、影響因素、經費來源，其他醫療專科比較並加以討論。

整體牙科醫療經費Total expenditure

- 觀察美國全國牙科醫療費用的成長趨勢（圖1），2005年的支出金額為美金868億，成長到1980年的五倍。雖然牙科的支出只佔全國醫療支出的4.4%，但是這個金額已經相當可觀，已經相當於治療心血管疾病（836億，2007年）及癌症（740億，2005年）的費用，且受惠牙科治療的民眾比受癌症及心血管治療的民眾數多很多。

- 個別看各項醫療的每年支出成長率（表1），我們看到過去25年來，牙科支出費用的平均成長率為7.2%，是一般物價成長率（3.2%）的兩倍。根據國家醫療福利機構（Center for Medicare and Medicaid Services）的研究，未來六年牙科的年成長率大約會趨緩成6.6%，到2013年時會比現在增加40億美元的支出。但是我們也可以看見其他醫療專業（如一般內科、藥劑使用）的成長率節節提高，比牙科更快速，因此牙科醫療的資金和成長會受到影響。
- 雖然美國醫界推行managed care政策以調節醫療支出的成長，但是成效僅維持幾年，在2003年及2006年醫界的醫療支出成長仍然高於物價成長三倍。而牙科方面，因為有私人牙科保險的人數較少，且保險費是由雇主受雇者一同分擔支出，加上加入此制度的牙醫師不多，因此牙科醫療的支出情形不太受managed care的影響。
- 目前美國國家財政有高達20%用於醫療方面，但醫療費用迅速成長高於物價成長，昂貴的費用得使小於65歲的美國人當中有15%的人無法受到醫療保險的保護。由於醫療支出與日俱增，迫使資金的供給者（包括政府、公司、及個人）必須減少其他方面(如教育研究、基礎建設、休閒娛樂等)的支出來填補這個增加的費用，因此長久以後，必定會出現反制的情形。
- 這已經是一個爆發性的政治議題，未來十年控制醫療費用會是美國政府一個很重要的民生問題，假設政府的作為是由政府規劃及控管醫療預算，那麼牙科醫療是否會包含在計畫之內？我們知道有些國家健康保險是包含牙科在內，有些國家則否。在美國，未來很可能將兒童牙科放進國家健康保險計畫內，但不包含成人牙科在內。

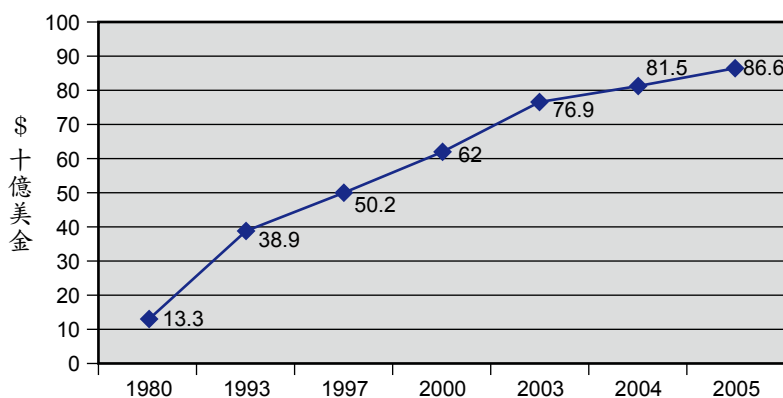


圖1 美國國內個人牙科治療之全國總支出，自1980年至2005年。

| Spending category | Average annual percent growth from prior year | | | | | | Average, 1980-2005 (%) |
|-------------------|---|------|------|------|------|------|------------------------|
| | 1980 | 1993 | 1997 | 2000 | 2003 | 2005 | |
| 牙醫師 | 11.1 | 8.6 | 6.6 | 7.3 | 7.4 | 6.3 | 7.2 |
| 內科醫師 | 12.9 | 11.8 | 4.6 | 6.2 | 8.3 | 7.0 | 9.2 |
| 醫院 | 13.9 | 9.2 | 3.6 | 4.6 | 8.0 | 7.9 | 7.5 |
| 處方藥物 | 8.2 | 11.7 | 11.1 | 15.9 | 13.1 | 5.8 | 11.9 |
| 護理之家 | 16.8 | 10.0 | 6.6 | 4.1 | 5.1 | 6.0 | 7.7 |
| 總計 | 13.1 | 10.3 | 5.5 | 5.9 | 8.3 | 7.1 | 8.6 |

表1 國家各醫療項目的支出，每年成長率及歷年平均成長率，自1985年至2005年。

牙科治療繳納費用的經費來源Payment source

- 從各種醫療支出的經費來源比較表可以得知：（表2）
 1. 牙科醫療費用的來源，大部分來自私人保險（43億，53%）及個人支出（38億，44%），由政府支出的比例相當的少（5億，6%）。而其他一般醫科、住院醫療、藥劑、護理等項目，來自政府的支出卻佔了很大的部份。可見政府把牙科治療放在相對不重要的位置。
 2. 政府支出牙科經費的部分，Medicaid保險是僅針對全美三千萬名低收入者的照顧，而Medicare則是對老年人提供的保障，但對牙科而言，只給付牽涉入全身疾病治療的牙科治療才有給付。
 3. 所有的牙科醫療支出裡面，有44.2%的費用是來自民眾看診時自付；一般內科治療只有10.1%費用是民眾自付；住院時民眾只需自付3%的費用，其他由政府及私人保險給付。所以在美國接受牙科治療才會令人覺得十分昂貴，因為大部分的費用需要由病人自付。

- 事實上，美國人自行支付牙科治療費用的金額是更高的，因為擁有私人牙科保險的民眾（僅佔全國1/3人口），他們平均而言分攤了70%的保險費用，雇主只負擔了30%。雇主方面，可將支付的保險費用用於稅金抵免，但就受雇者來說，所付出的保險費往往比實際牙科看診所花費用高。因此很多人選擇性的去除牙科這項保險，而有選擇的人則是會傾向大量使用牙科醫療。這種情形長久下去，將可能導致保費又提高，日後選擇保險的人數又降低。
- 有加入牙科私人保險的人數比例關係著牙醫師的收入，由（圖2）所示，1999-2006年之間私人營業公司裡加入私人牙科保險的人數比例是穩定的（32%→36%），並沒有減少。原因是大型的公司並沒有將對其有利的牙科保險去除，但是他們會將保險分擔的比率轉給受雇者來承擔。

| Category | Expenditures in billions of US dollars | | | | | | |
|----------|--|--------|--------|----------------------------------|-------|-------|-------|
| | 全部總額 | 病人現金自付 | 私人保險給付 | 政府保險（Medicare + Medicaid + 其他）給付 | | | |
| 牙醫師 | 81.4 | 38.3 | 43.1 | 5.2 | 0.1 | 4.5 | 0.6 |
| 內科醫師 | 272.7 | 42.5 | 203.3 | 148.5 | 89.3 | 30.3 | 28.9 |
| 醫院 | 264.5 | 20.1 | 217.0 | 347.1 | 180.3 | 106.3 | 60.5 |
| 處方藥物 | 146.1 | 50.9 | 95.2 | 54.6 | 4.0 | 37.6 | 13.0 |
| 護理之家 | 57.9 | 37.4 | 9.1 | 75.9 | 19.2 | 53.5 | 3.3 |
| 總計 | 914.5 | 249.4 | 596.7 | 746.9 | 331.4 | 302.2 | 113.3 |

表2 各種醫療專業的全年支出金額及資金來源，2005年。

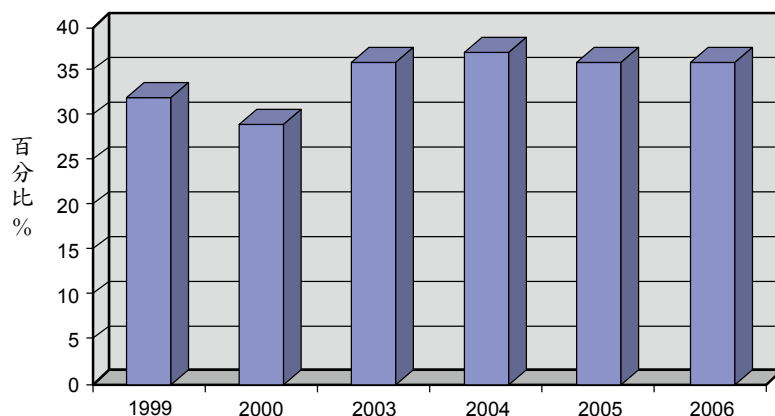


圖2 私人公司裡員工參與私人牙科保險之人數比例，自1999年至2006年。

低收入家庭 Low income family 的就醫問題

● 針對家庭收入、看診比率與看診費用來源的統計研究，可以得知：（表3）

1. 低收入家庭較少人能接受牙科治療（低收入23%，中收入36%，高收入56%）
2. 低收入家庭的牙科治療花費短少於中收入及高收入家庭
3. 低收入家庭以現金自付45%的治療費用，比例與其他家庭差不多。這是因為雖然國家Medicaid保險理應照顧到低收入家庭，但實際上僅有很少數的最低收入家庭才能被保險補助，即使有補助，相較於其他醫療項目，Medicaid願意補助的牙科費用也太少，甚至只有補助兒童。

● 現今政策失當的事實：

1. 政府對低收入家庭的牙科保險補助對象跟金額都不足。只有很少數的最低收入者能獲得國家Medicaid保險補助，牙科補助的金額自1970年來幾乎沒有合理成長，而醫院醫科補助卻自1990年飛快成長。（圖3）
2. 這樣的結果使得只有26%的牙醫師看過Medicaid保險的民眾，且導致醫療資源嚴重分配不均，因牙科醫療會往有能力付費的地區聚集，使很多區域的牙醫師人數不足。

3. 如果能改善不合理的Medicaid牙科金額給付，那麼低收入者能負擔牙科治療費用，就醫機會就可以變得平等，牙醫醫療分佈不均的問題也可能有所改善，讓更多牙醫師願意往較貧窮的區域服務，也較願意治療Medicaid保險的病人。

● 現今政策失當的原因：

1. 現今政策計畫者未見真相：他們以為問題出在牙醫師人數與全國人口比例失衡，所以認為應該增加牙醫畢業人數，提高牙醫職場的競爭人數，以降低治療的高費用。但此作法其實只能讓中高收入的人受惠，低收入者仍然沒有經濟能力去接受牙科治療。
2. 社會觀感下牙科治療重要性比不上其他醫療，政策制訂者也是抱持此一觀感。
3. 醫界使用龐大組織及大量經費對州議會進行遊說，而牙醫界組織效力比不上醫界醫院組織。想要爭取合理的Medicaid牙科給付，後面兩項原因都是不容易解決的障礙。

資料來源（百分比）

| 家庭收入 | 占所有人比例 | 每次平均花費 (美元) | 現金 | 私人保險 | 低收入戶 國家福利制度 | 其他 |
|------|--------|----------------|------|------|----------------|-----|
| 低 | 22.9 | 395 | 45.6 | 24.0 | 22.8 | 7.4 |
| 中 | 36.5 | 467 | 51.6 | 40.0 | 3.1 | 5.3 |
| 高 | 56.5 | 529 | 47.9 | 48.3 | 0.3 | 3.5 |

表3 2000年，按照家庭收入高低，每人每次花費之平均支出及資金來源的比例。

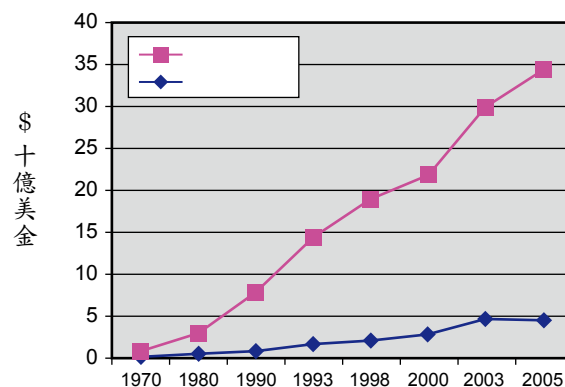


圖3 Medicaid醫療保險計畫對牙科及內科支付之費用，自1970至2005年。

總結 Summary

根據現有的證據，美國國內未幾年來牙科醫療的發展，將會有以下的發展趨勢：

一. 貧富差距的不同階層間，接受牙科醫療的機會仍然差距很大。

政府的政策方面，因其他醫療項目機關團體的強力運作，牙醫界無法與他們抗衡，因此政府的Medicaid保險很難增加牙科給付。相對於中高收入家庭可以持續得到牙科醫療，低收入家庭將一直無法得到充足的政府補助而不易獲得應有的牙科治療。

二. 牙科醫療的整體支出經費，至少在七年內，每年將維持現今的成長率。

1980-2005年間，牙科醫療整體支出每年成長7.2%，高於物價成長兩倍。其原因乃是大眾對於牙科治療的需求量（人口增加+看診利用率增加）提高，以及診療收費的提高所造成。（表4）

(1)大眾對於牙科治療的需求量與日增加：過去25年美國人口增加了6,700萬人，因此有更多人具有牙科治療方面的需求。以前較少去接受牙科治療的老年人及五歲以下幼兒，近來越來越常至牙醫就診，即使是口腔狀況良好的人也願意花金錢在維持口腔健康，使得就診率也提高。相對於私人其他醫療保險的人數下降，有私人牙科保險的人並沒有減少。

(2)診療費用的提高：因為新的牙科診斷、材料和技巧的發展，使得治療越趨多元化及昂貴。牙科看診費用指數（dental price index）每年增加5.5%，而消費者物價指數每年成長3.2%，所以牙科的收費還是淨漲了2.3%。（圖4）。使得25年來，每人每次平均牙科看診花費從73美元提高到90美元。（圖5）

| 因素 | 百分比 |
|-------------|------------------|
| 人口增加 | 1.0 |
| 牙科治療索價增加 | 5.5 ^a |
| 看診率增加 | 0.7 |
| 整體牙科醫療支出成長率 | 7.2 |

表4 自1980至2005年，造成牙科醫療支出費用增的因素加所占之百分比

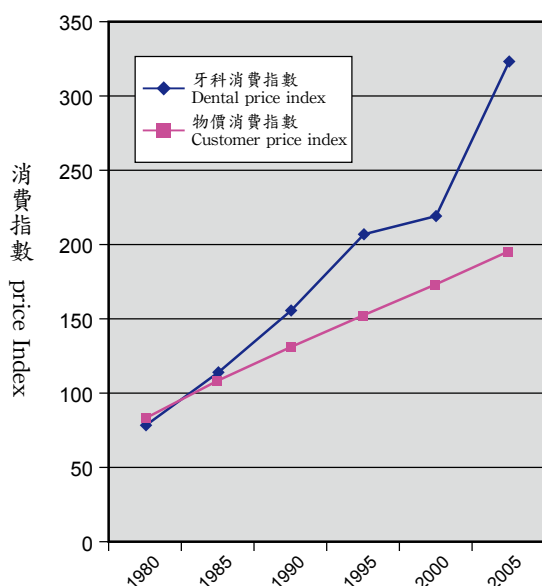


圖4 牙科消費指數與物價消費指數的比較，自1980至2005年。

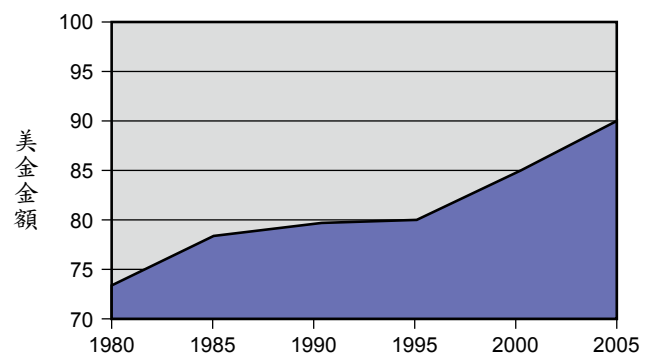


圖5 每次牙科治療花費費用（去除物價指數變化的影響），自1980年至2005年。

現今美國一般牙科醫師 (general dentist) 的年平均收入平均比一般內科醫師 (general medical practitioner) 高，牙科醫師的收入在過去十五年快速成長，2005年一般牙醫師的年收入約23萬美元，而專科牙醫師的收入高達35萬美元。(圖6)

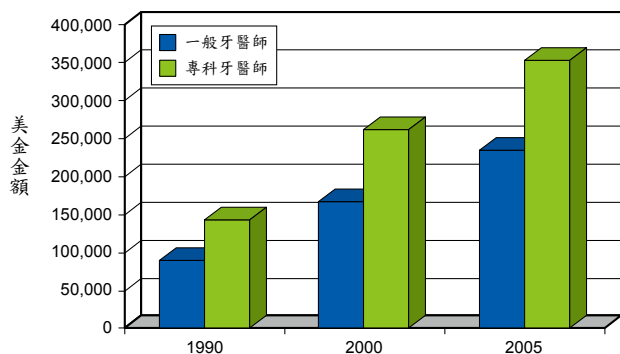


圖6 全職的一般牙醫師及專科牙醫師的年收入比較。

三. 牙科醫療服務的提供也將增加。

過去15年來，牙醫師人數與全國人口的比率下降，乃是與在1975-1985年間七間牙科學院的關閉以及其他牙醫學校減收學生有關。現今的政策目標是提高牙醫治療的供應量 (supply of service)，以改善因牙醫師人數比例低導致的索價高昂的問題。因此未來十年將提供更多加入服務：

- (1) 未來幾年至少有五間新的牙醫學院成立，這些私立學校會採取大班高學費制來培養牙醫師。
- (2) 目前成立的牙醫學院，提供兩年的課程給國際牙醫系學生加入就讀。預期以上兩項這些作法

可以增加10-20%牙醫師人數，每年增加500-1000位牙醫師加入職場服務。

- (3) 設立訓練“牙科治療師” (dental therapist) 的課程，這些牙科治療師未來將在州立機構提供醫療服務，在牙醫師的間接指導下可以為病患進行restorative care。(目前華盛頓大學有此課程，且在紐西蘭澳洲以及加拿大也有此項制度)。
- (4) 培養能提升牙科治療品質的人員，如助理人員 (assistant)、專業管理者 (administrative staff)、口腔衛教師 (hygienist) 等，充分利用各種專職人員，使得牙醫師的治療工作可以更為有效率。

未來，牙科治療的提供量與牙科治療的需求量，兩者之間的成長程度，關係著美國牙科整體支出的成長，也會影響到美國牙醫師的收入。將來實際的消長情況為何，目前無是無法做出確定的預估的。但未來牙科的經濟政策，對全國人民的口腔健康以及牙醫師的收入影響會是重大的，因此牙醫界的各組織團體以及牙醫師個人都必須對可能實施的政策多加關心，並且應積極的扮演影響者的角色。

參考文獻

The Dental Clinics of North America, 2008, 52(2): 281-295

木棉64期捐款名單

許仁信 \$5,000 北醫 王人豪 \$1,000 北醫

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

根管穿孔的修補

作者：楊昆達 醫師

Profile

楊昆達 醫師

- ◆ 中華民國牙髓病學會專科醫師
- ◆ 秀傳紀念醫院牙髓病科主治醫師

前言

根管穿孔發生原因可分為三大因素：齶齒，吸收作用與醫源性因素，雖然齶齒與吸收作用皆會造成穿孔，但大部分的穿孔還是醫源性因素造成，多倫多一個研究指出，根管再治療的成功與否只有兩個因素會有顯著影響，一是治療前牙根尖病變，其二則是根管穿孔，本篇文章將針對醫源性因素所造成之穿孔作討論。

穿孔的診斷

越早診斷出穿孔的存在，牙齒癒後愈好，診斷一般是以X光片與臨床的評估來決定，X光片可用多個角度，或是咬翼片來幫助診斷其穿孔位置，通常可以在X光片上發現根管充填的物質或是柱心超出了牙齒根管的範圍，另外牙周組織的檢查也是很重要的，根管系統與牙周組織是否相通對於牙齒癒後是有影響的。如果檢查結果並沒有post-treatment disease的出現，病人也無症狀，那不需立即處理，但是如果牙根周圍炎的現象，那就要考慮進行穿孔修復治療。

臨床評估時，Apex locator這個平常用來測量根管長度的工具，在某些臨床難以確認是否存在穿孔時亦有很好的功效，尤其在髓腔開擴（access opening）尋找根管開口時，是一個很有效的輔助工具，它可以提前預警穿孔的存在，避免穿孔的擴大以及沖洗液對牙周組織的傷害。

位置

穿孔位置可以分成三部份：coronal, crestal, apical，一般而言，穿孔越靠近根尖愈後越好，然而穿孔修補的難度卻剛好相反，越靠近根尖，越不好修補。

一般而言若是條件允許的話，非手術性的修補有較多的優點，它比較不會造成傷害性，對牙周組織比較不會造成傷害，並且能夠將感染控制的較好，但若是牙齒先前所做的根管治療與補綴物良好，且有巨大緻密牙柱心存在時，亦可考慮手術性方式修補之。

穿孔時間/範圍

除非穿孔存在已久，懷疑穿孔位置清創不足，會造成日後感染的可能，否則立即修補將比延遲修補有許多好處，若是穿孔造成發炎太久對牙周組織將會造成難以修復的傷害。

如果穿孔範圍不大，使用次氯酸鈉沖洗，若是穿孔範圍較大時，可以使用生理食鹽水做為沖洗液，以避免牙周組織的傷害，此時若是要使用次氯酸鈉時，必須非常小心。

修復的材料

有許多材料曾被用來作為穿孔修復，包括Super EBA cement, composite materials, 以及最近常被提到的MTA。MTA較其他填補材料有許多優點，他的seal能力較好，即使在血液存在的狀況下，也能夠硬化，它的生物相容性佳，很少會造成牙周組織的

問題，MTA具有誘導牙骨質生成的能力，而且臨床上長時間的觀察發現效果良好、癒後能力佳，然而需要較長時間聚合硬化則是它主要的缺點。

在修補穿孔之前，先將穿孔部位清潔，清創完成後，可能會有出血不止的情況，此時可以考慮止血劑的使用，例如Cola-Cote, calcium sulfate,或是 calcium hydroxide，然而避免使用ferric sulfate，因為它所產生的一些物質可能會影響癒合。

● 臨床病例(一)

病人王女士43歲，因左下牙齒疼痛至本院求診，口內治療時發現近心根及遠心根皆有穿孔，以MTA修補之後，再進行充填，術後一年回診觀察，狀況良好，持續觀察中。(圖1~圖4)

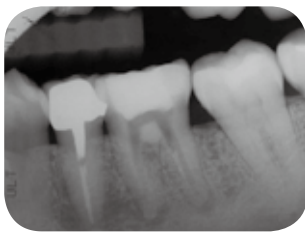


圖 1 治療前

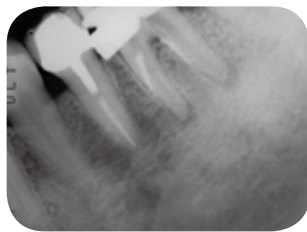


圖 2 穿孔修補

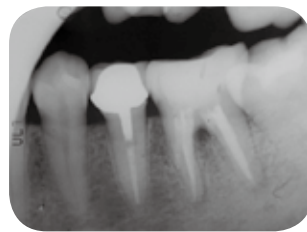


圖 3 根管充填



圖 4 術後一年回診



圖 5 治療前

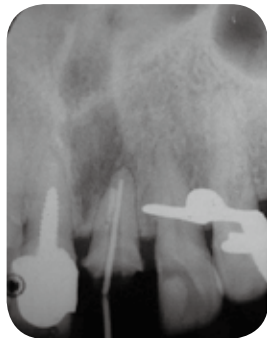


圖 6 穿孔修補



圖 7 根管充填

● 臨床病例(二)

病人張女士因左上正中門牙牙套脫落至診所處理，柱心修型之後病人持續疼痛及腫脹，因而轉診至本院處理，臨床治療發現根尖處有穿孔存在，清創之後置放輕氧化鈣觀察之，待病人症狀消失之後，使用顯微鏡以MTA修補之，待其硬化之後再將根管充填。(圖5~圖7)

參考文獻

1. Repair of root perforations using mineral trioxide aggregate: a long-term study JOE 21: 80-83,2004
2. Surgical Repair of Root and Tooth Perforations
3. Endodontic topics, 11, 152-178,2005
4. Pathways of the Pulp, ed 9, St Louis, 2007, Mosby

前牙美觀治療的綜合性考量-病例報告

作者：吳朋儒 醫師



Profile

吳朋儒 醫師

- ◆ 中華民國家庭牙醫學會專科醫師
- ◆ 中山醫學大學牙醫學士
- ◆ 前台北馬偕紀念醫院牙科總醫師
- ◆ 現任市立聯合醫院中興院區牙科專任主治醫師
- ◆ 中華民國牙體復形學會一般會員

前言

一個美麗的笑容是另人稱羨的。在人與人接觸時，笑容不僅可展現外觀的吸引力，也可展現出個人人格特色。心理學家曾經統計研究過，有吸引力的人往往會表現的更成功，更聰明且更友善。而笑容則佔吸引力中相當重要的一部份。當患者求診時，亦或是我們在為病人設計牙齒時，對牙齒美觀及笑容的基本概念一定要時時記在心裡，並利用所學的科學及藝術來為患者設計笑容。^{1,2}

如何打造美麗的笑容？在評估上可由外到內，臉部，唇部，牙齦組織到牙齒，不論是外型，色澤及排列皆須考量，因此不是只有牙齒（dental）的部份，牙齒-臉部（dental-facial）的配合組成才是笑容設計的重點。

從美觀來評估，臉部與牙齒的關係包括咬合平面與瞳孔線的平行，正中門齒的中線延伸於鼻子中央並且對稱於臉部中央，犬齒軸線延伸位於鼻翼兩側…等。唇部與牙齒的關係，包括前牙的切端連線，令人喜愛的是一個上揚的弧線，且與上唇的唇線弧度相似，形成一條笑線，在微笑時露出上排牙齒會顯得較為年輕…等。在牙齦組織與牙齒的關係，除了應為粉色的色澤及避免發炎腫脹外，過度的露出牙齦如：gummy smile，則是較不理想的情況。在齒齦線的高低除了要對稱外，從正中門齒至犬齒應呈現高、低、高的位置。牙齒方面，除了需對稱及較淺及亮的色澤外，牙齒的軸向、外型、長寬比、牙齒間隙、切端高低、透明度…等都需要在評估內。³

在臉部及唇部上，須靠整形外科的美容手術或口腔外科正顎手術的幫忙，才有辦法做較大量的改變。而在其他部份通盤的考量下，牙科醫師可以幫助病患所做的可從軟組織及硬組織兩方面來著手。從軟組織方面可經由牙齦切除術、牙冠增長術、繫帶切除術…等作調整；硬組織的話包括各式固定、活動假牙的製作，陶瓷貼片、牙齒美白、矯正、人工植牙及各式牙體復型物…等。在這些治療中，陶瓷貼片及美白都可讓患者牙齒在較小的傷害下達到一定程度美觀的改善，相對於其他治療是較保守安全的。⁴

病例報告

患者為31歲年輕女性，主述為右側正中門齒牙齦有膿包及牙齒顏色、外型不美觀。經檢查評估（圖1、圖2），臉型尚對稱，#11牙齦有膿竇瘻管（fistula）。經X光片檢查，#11,#21金屬鑲嵌陶瓷牙冠及粗大的根管鑄釘，#11根尖有X光透射的根尖牙周炎（圖3）。前牙排列不整，咬合關係是深咬，牙冠軸向不一致，齒齦線高度不對稱，中線朝左側傾斜，牙齒色澤較深為VITA C 4（圖4）。健康上否認有任何全身病史，牙科病史則有拔牙，根管治療，牙冠及牙體復型。

整理後初步診斷為：

1. #11有膿竇慢性根尖牙周炎。
2. #11,#21不美觀鑄造牙冠。
3. 前牙排列不整。
4. 全口牙齒深色VITA C 4。



圖1



圖2



圖3



圖4



圖5-1



圖5-2



圖6

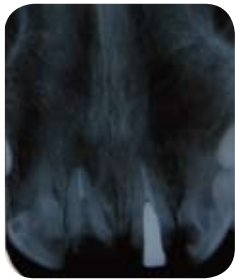


圖7



圖8



圖9

治療方案選擇：針對#11有膿竇慢性根尖牙周炎，可考慮拆除鑄造牙冠及鑄造牙釘後根管重新治療，亦或是考量到鑄釘太大可採取根尖切除手術，#11#21牙冠重新製作。排列不整的部份可以用矯正或利用陶瓷貼片或陶瓷牙冠做調整。其牙齒顏色深色的部份，則可利用牙齒漂白或是做貼片、牙冠改善。

在與病人討論並分析其各項優缺點後，治療計畫如下：由於病人覺得矯正所花費的時間太久，且對根尖手術的害怕，因而選擇移除#11的牙冠牙釘，以傳統的根管治療重新治療，#11#21牙冠則重新以頰側陶瓷邊緣金屬鑲陶瓷牙冠製造（facial side porcelain margin PFM crown），這是因為考量#21是金屬鑄造牙釘，#11之後也將以金屬鑄造牙釘製作，因而不選用全瓷牙冠，改以陶瓷邊緣的金屬鑲陶瓷牙冠製造來遮蔽牙釘的金屬色澤。其餘#14,#13,#12,#22,#23,#24,稍不整齊的排列則以貼片去同時改變外型及顏色。患者本身牙齒外型本來就較小顆，若全部要改成牙冠，可能都需要將牙齒都做根管治療，對牙齒的傷害相對較大。由於病患是深咬的咬合關係，下排前牙相對來說較不明顯，

因此先選擇居家美白的方式讓牙齒的亮度提高，不與上排牙齒差異太大即可，若之後病患若還是不滿意，再來考慮將下排前牙換成陶瓷貼片。而不等高的牙齦線，經由牙周囊袋探測後，可以用牙齦切除術即可改善，不需牙齦翻瓣修整骨頭。

治療過程：96年9月~10月經印模型評估治療計畫，以及利用面弓轉移再利用雕蠟模擬（face-bow transfer & wax up & mock up）（圖5-1、圖5-2），先讓病患預先觀看可能的結果，再利用真空透明導板至口中置入觀看其位於口內的關係（clinical mock up）（圖6）。

其真空透明導板也可用作之後牙齒修型的參考導板。96年10月~12月移除#11#21牙冠，並製作臨時牙冠。小心移除#11的鑄造牙釘，以傳統的根管治療重新治療（圖7、圖8、圖9）。將不對稱的齒齦線以電刀作修整對齊，並且製作黏合#11的金屬鑄造牙釘。97年1月作#14,#13,#12,#22,#23,#24,陶瓷貼片修型及印模，利用之前雕蠟模擬的模型做一些矽膠參考指引（index）和真空透明導板（圖10、圖11、圖12）來評估所修的量是否足夠，因為要同時改變牙齒的外型和走向，所以修的量並不

是每顆牙齒都一樣，甚至近心及遠心面都會因所需改變量不同而必須以參考指引來作修型。接著以排齦線排齦和加成式矽膠印模材取模（圖13）。切端的位置可以用壓舌板加矽膠及綠色複合物（green compound），取出一個與瞳孔平行和咬合切端平面平行的參考指引（圖14）。在陶瓷貼片的顏色選擇上，與病患討論後，患者希望越白越好，但是為了能夠白且較為自然，討論後選擇以A2為其目標的顏色。與技師討論後，利用雕蠟預留#11,#21的牙冠外型位置，參考之前的wax-up位置外型燒製出陶瓷貼片（圖15、圖16）。在小心的口內試戴調整密貼度後，將陶瓷貼片以氫氟酸（HF）酸蝕，矽烷（silane）處理後，牙齒則以磷酸酸蝕，再以樹脂

性黏合劑黏結，去除多餘的樹脂性黏合劑，再調整咬合、微調外型及磨光拋光完成（圖17）。

97年2月印模製作頰側陶瓷邊緣金屬鑲陶瓷牙冠（facial side porcelain margin PFM crown），由於貼片良好的遮蔽了底下C4的齒色使其完成的最後顏色為A2，因而選擇A2為鑄造牙冠的顏色來燒製（圖18），試戴確認齒齦邊緣無問題後黏合。97年3月施行下顎前牙#35~#45居家美白，其漂白的術前術後顏色由C4進階至C2（圖19-1、圖19-2）。最後完成時的外觀（圖20-1、圖20-2光源不同），顏面部和整體外觀（圖21-1、圖21-2），將患者的術前術後照片作比較（圖22-1、圖22-2），改善了患者牙齒的色澤、外形、排列軸向，還有齒齦線的高



圖10



圖11



圖12



圖13



圖14



圖15



圖16



圖17



圖18



圖19-1



圖19-2



圖20-1



圖20-2



圖21-1



圖21-2



圖22-1



圖22-2

低對稱性。

討論

在Fundamentals of Operative Dentistry有提到，當陶瓷貼片與鑄造牙冠同時製作時，應先黏著牙冠，再黏著鑄造牙冠，因為陶瓷貼片可以靠樹脂性黏合劑的顏色去作些微的改變，比將牙冠再進爐染色簡單。⁵但是在此次案例中，我們是先黏著陶瓷貼片再黏著牙冠，雖然步驟較為麻煩，但是主要的考量是因為陶瓷貼片的顏色與牙齒相加後的顏色較難十分準確預估，樹脂性黏合劑聚合前與聚合後顏色會稍有不同，貼片不透明層（opaque layer）的燒附量和厚度對最後的呈色也有所影響，並且陶瓷貼片較難再進爐染色，其邊緣易因高溫變形。相對來說，鑄造牙冠的最後顏色較易控制，且再進爐染色較不影響尺寸穩定性，因此我們是黏完陶瓷貼片後再經由技師幫忙比色來決定鑄造牙冠要燒的最後顏色，因此其製作出的色澤（color shade）及表面特性（surface texture）相似性是一致的。

2008年Griffiths學者研究提出在對付深色染色牙齒的處理上，有效的選擇有單純漂白，單純的貼片，或在貼片前漂白然後再貼上貼片，其實驗將口外牙分成三組（輕度染色、中度染色及重度染色）來分析對牙齒色澤改善的程度。結果顯示都有明顯的改變，而其中貼片前漂白然後再貼上貼片，對顏色的改善最明顯。此篇研究特別提出在重度染色組中貼片前漂白再貼上貼片與單純的貼片最後的差異並不明顯。貼片前漂白要注意漂白劑的過氧化氫會影響樹脂性黏合劑的鍵結，因此必須在漂白完後超過一週才可黏結貼片，不然樹脂的聚合鍵結會受到

影響。另外，漂白都會有迴色的問題，若貼片前漂白，其迴色後，整體牙齒的顏色也會變暗，除非是非活性的漂白（Non-vital bleaching），可以經由舌側再重新置入漂白藥劑漂白。⁶因此，貼片前漂白然後再貼上貼片雖然可得到更理想的成果，但是其迴色還有影響鍵結的問題都需要考慮進去，這樣才可給病患可靠持久的成果。

結論

人人都希望有美麗的笑容，在治療患者時應牢記達到美觀笑容的各項元素，以及我們本身所能提供給予病患改善的部份，同時也要了解自己所能提供的極限在哪？在各項治療選擇中，陶瓷貼片及牙齒漂白在提供病患美麗的笑容時，是一個傷害性較小且安全的治療，但其技術的敏感性，及術前的評估是難度較高的。熟知各種選擇的優缺點，並且將其搭配使用及用心的治療，才能得到病患滿意的笑容。

參考文獻

1. Anne E. Beall, PhD. Can a New Smile Make You Look More Intelligent and Successful? Dent Clin N Am 51(2007)289-297
2. Eagly AH, Ashmore RD What is beautiful is good, a metaanalytic review of the research on the physical attractiveness stereotype. Psychol Bull 1991;110:109-28
3. Nicholas C. Davis, DDS, MAGD. Smile Design. Dent Clin N Am 51(2007) 299-318
4. Galip Gurel, MSc. Porcelain Laminate Veneers: Minimal Tooth Preparation by Design. Dent Clin N Am 51(2007) 419-431
5. James B. Summitt, J. William Robbins, Thomas J. Hilton, Richard S. Schwartz. Fundamentals of Operative Dentistry. third edition, 2006 Ch.16
6. C.E. Griffiths, J.R. Bailey. An investigation into most effective method of treating stained teeth: An in vitro study. Journal of Dentistry (2008) 54-62

降低嬰幼兒齲齒的一種嘗試— 鼓勵滿週歲時第一次看牙

作者：劉禹利 醫師、林伯彥 醫師、陳和錦 醫師

Profile

劉禹利 醫師

◆ 財團法人基督復臨安息日會臺安醫院牙科

林伯彥 醫師

◆ 財團法人基督復臨安息日會臺安醫院牙科

陳和錦 醫師

◆ 財團法人基督復臨安息日會臺安醫院牙科

諸位牙醫師，您是否會害怕看小孩？您是否一聽到小孩子的哭鬧聲就不由自主地煩躁？您是否對小病患避之唯恐不及，或是一看到小朋友就立刻轉診？其實，要解決這個難題，靠的不是兒童牙科專科醫師，而是整個社會大眾「口腔預防」觀念。要知道，現代的口腔保健觀念，早已不是治療牙齒及解除疼痛而已，我們必須要做到完整的檢查、正確的診斷與諮商，做好預防的工作，建立父母及孩童正確的口腔衛生觀念，有效降低國人居高不下的嬰幼兒齲齒率，這才是真正的治本方案。讓小朋友不怕牙醫師，以及熟悉牙科的環境，這是每一位牙醫師的夢想。

兒童牙科從治療型態轉移到著重檢查及預防的觀念在西方國家推行可說是相當成功，尤其是自1980年以來，在美國有越來越多的學齡前及學齡

兒童到牙科作例行檢查工作，使得齲齒率大幅的降低。當然，齲齒率的降低不單單是因為作例行檢查，也跟含氟產品的使用，以及預防觀念的推廣都有關聯，此外還有一點更是重要的，就是AAPD（American Academy of Pediatric Dentistry）在1994年即推行的「鼓勵滿週歲時第一次看牙」（AAPD, Guideline on Infant Oral Health Care）。

為何要鼓勵滿週歲時第一次看牙，我們覺得除了預防早發性齲齒之外，更重要的是要讓小朋友早期接觸與熟悉牙科環境，給小朋友留下好印象，不要等牙齒痛才來看牙醫。或許，對於約一歲的小孩要做完整的口腔檢查是不太可能，但若只是查看牙齒上有無牙菌斑應該不是太困難。我們可以藉由牙菌斑的堆積，父母的口腔狀況，飲食習慣來評估小孩是否容易罹患齲齒。若評估為高風險或有初期的



圖1 讓父母抱著小孩。



圖2 牙醫師與父母「膝對膝」相對而坐。





圖3 父母牽著小朋友的手，讓小朋友慢慢躺下。



圖4 小朋友可以雙眼注視著父母，父母也以微笑來鼓勵小朋友，可減低嬰幼兒的恐懼感。



圖5 牙醫師檢查嬰幼兒的口腔

齲齒，我們就必須提供正確的口衛觀念，來阻斷齲齒的進行及惡化。我們的目標是開啟牙醫師與孩子間的良好互動來達成：

- 傳達正確的嬰幼兒口腔照護知識，改善嬰幼兒口腔衛生
- 評估顱顏和牙齒的生長發育
- 讓父母瞭解不良口腔習慣（如長期吸吮奶嘴、咬手指）可能造成咬合不正的知識
- 正確飲食習慣的引導
- 傳達如何減少意外傷害的相關知識
- 必要時，提供其他專科醫師的轉介

至於要如何完成第一次看牙醫，我們建議第一次的牙科門診可以規劃為「play-meeting」，必要時可以讓一群媽媽和小孩一起參加聚會，在心理上讓媽媽與小孩可以互相依賴，比較有安全感。在檢查時，採用「膝對膝（knee-to-knee technique）」的方式來完成（圖1～圖3），不僅比較安全也可減低父母與嬰幼兒的焦慮與恐懼感，讓嬰幼兒可以雙眼注視著父母親，然後父母親用微笑來褒獎小朋友（圖4），進而達到口腔檢查的初步目標（圖5）。

我們最終目標是教育和鼓勵家長使用各種方法促進口腔健康和預防早期齲齒。事實上，在美國只有少於1/5的家庭牙醫師願意看一歲的小孩，主要是牙醫師本身也害怕這種門診，但當我們明瞭門診的內容與意義後，應該要勇敢的跨出這一步。希望大家一起來推動鼓勵滿週歲時第一次看牙的活動，徹底降低嬰幼兒齲齒率，讓小朋友自小就有正確的口腔衛生觀念，養成良好習慣，這是對我們的孩子最莫大的幫助。

每一個孩子都是父母的心肝寶貝，沒有一個父母願意讓自己的小孩有個牙痛記憶的童年。在日常生活多注意小朋友的飲食習慣，確實執行口腔清潔的工作，雖然大部份的人都不喜歡看牙，與其讓小朋友忍受牙痛之苦，不如在毫無症狀時，就讓他們在無壓力下接受牙醫師的檢查。對於新生的一代，我們可以給他們一個全新的開始，在父母的引導下與牙醫師配合，讓小朋友與牙醫師直接接觸，建立認同感與信賴感，使他們享受一段快樂的看牙時光。因此當寶寶滿週歲時，就可以與兒童牙科醫師聯絡，做第一次接觸，以後每半年定期檢查，使「預防重於治療」的工作更加落實。



自體齒移植與再植之簡介及臨床應用

作者：梁光源 醫師
國軍岡山醫院牙科

Profile

梁光源 醫師

- ◆ 國防醫學院牙醫系
- ◆ 國防醫學院牙研所碩士
- ◆ 三軍總醫院口腔外科醫師
- ◆ 國防醫學院臨床講師
- ◆ 家庭牙醫學科專科醫師
- ◆ 口腔顎面外科專科醫師
- ◆ 國軍岡山醫院牙科主任

前言

前一陣子在台北演講植牙，順帶介紹了幾個有趣的自體齒移植病例，楊社長覺得做法、觀念和預後，似乎和他印象中的不大一樣，於是便不嫌棄的邀稿，只好野人獻曝，把自己這幾年的一點心得提出和大家分享。

歷史簡介

牙齒的功能如咀嚼、發音、美觀等，其重要性不言可喻。因此自古代以來，人們失去牙齒後便想找出各種可能的替代物如樹枝、石頭、玉…等，而他人的牙齒則在階級分別的時代成為一種選擇。在古埃及時代，即記載將奴隸的牙齒拔下，移植到法老王的齒槽，而直到18世紀後半，牙齒的移植仍限於異體移植，如拔下貧童的牙移植給貴族，但因排斥及梅毒感染等問題，牙齒的異體移植技術逐漸乏人問津。1950年Apfel及Miller首先發表自體牙齒移植的論文，可惜牙根發生吸收，效果不佳。直至1980年代，Andreasen教授，連續發表數十篇關於牙周韌帶創傷治療的論文，加以日本學者的研究及臨床報告，使得自體牙齒移植的技術成為一個存活率及成功率都令人滿意的技術。

術式意義

牙齒移植或稱自體齒移植（autotransplantation of teeth），為將口內無用之牙齒，如智齒、異位牙或矯正須拔除之牙齒等，拔除後再移植至經適當處理之缺牙區或剛拔除之齒槽窩，如病例一。另外二種相關應用之術式：外傷再植（replantation）或蓄意再植（intentional replantation）為牙齒因外傷脫落，經治療置回原齒槽窩，如病例二。或無法以傳統的根管治療方式處理的牙齒，以手術方式予以拔出並加以治療根尖之病變，再置回原位。手術重定位（surgical reposition）為將牙齒以手術方式拔出再調整至理想之角度位置或頂出使牙齒移至較理想之軸向，如病例三。

自體齒移植成功的要訣

傳統的觀念及做法，大都採用將移植齒拔出後，即刻根管治療的處理方式，優點為一次完成，缺點則是延長了口外操作的時間，而且幾乎不可避免的在操作過程中造成牙根表面較多的損傷，因此預後普遍較差，且結果變得較不可預期。

根據下野正基的研究，拔出的移植牙平均有55%的牙周韌帶細胞殘留在牙根表面，而其具有6倍的增殖能力；且近牙根尖1/3處，其細胞能密度高，增殖能力強，能促進後續的牙周組織癒合。因此，妥善的保護及保存移植牙的牙根表面上之牙周韌帶細胞之活性，是手術成功的最大關鍵。

Andreasen於1981年的論文中提出，牙周韌帶在乾燥或潮濕狀態下的生存率。在乾燥的狀態下18分鐘後，牙周韌帶有約70%的生存率，而30分鐘後只剩28%，超過2個小時則細胞幾乎死光。而在生理食鹽水裡經過2個小時還有60%的生存率。因此應在最短的時間內將移植牙放到定位，且操作期間應將牙根全程保存在濕潤的狀態。

基本觀念及操作原則

較理想的牙齒移植手術（若能具備以下條件，較易操作及成功）

1. 移植齒之牙根型態為不彎曲之單根或較內收之多根
2. 移植齒之牙周韌帶健康且未受牙周病破壞
3. 受移植之齒槽窩比移植齒的牙根略大
4. 被移植的牙齒與對咬牙之間應有足夠之空間
5. 移植齒與受移植的齒槽窩皆無急性發炎之現象

依照操作順序，個人有幾項手術操作的建議：

一、首先，移植區（Donor site）的拔牙應小心施力，儘量做到atraumatic，重點在避免頰側齒槽骨斷裂或失去，並保持牙齦皮瓣完整性。

二、接著，依據口內牙齒狀況及X光片評估，事先做好受植區的修型（preparation），包括長度、寬度及深度，可以使用鑽針或夾骨鉗移除齒槽（septum）並修型頰舌或近遠心側的齒槽骨，再用鑽針修磨骨頭到一定的深度，來減少移植牙 try in的次數，以降低牙根表面的損傷。

三、移植牙的拔除一定要儘量atraumatic，關鍵在於勿將拔牙器械深入CEJ以下，僅能在牙冠上施力，或靠鄰牙借力使力，以拔牙鉗頂鬆牙齒後，再以拔牙鉗順勢拉出移植牙。註：一般書上建議使用拔牙鉗，但易往下夾至CEJ以下，傷害牙周細胞。

四、拔出移植牙後，檢視牙齒表面，將牙結石去除，減少局部發炎機會，並加以生理食鹽水紗布包覆來保濕。

五、不要做立即根管治療，要做的話三、四周後，等移植牙初步穩定了再做。註：早期皆routine做根管，但可能發生牙齒操作時飛出去，或是按壓牙根過度、高速手機之不等張之沖洗液及延長口外時間等傷害牙周細胞的狀況。

六、儘快將移植牙放入受植區，做slight try-in，千萬不要硬擠硬壓，視情形再次修整寬度或深度至移植牙可放至適當深度（移植牙CEJ以下和齒槽骨接觸）。

七、固定前應先做咬合調整至無咬合干擾，約1mm空間。（圖A）

八、接著便加以適當固定，通常八字型縫合固定已足夠，注意要將牙齦緊貼移植牙（圖B），有時可加GI cement將縫線和牙齒固定，另外也可採用牙周敷料加強固定，如上顎牙之移植牙，若穩定度極差者如無鄰牙之移植牙，可考慮以鋼絲連接固定。通常固定1-2週即可，太久或太rigid的固定容易引起後續ankylosis發生。



圖A No occlusal interference



圖B Figure-eight suture splinting

九、移植的初期，移植齒的穩定是很重要的。上皮的癒合約一周完成，接著進行結締組織癒合，最後是齒槽骨初步癒合約二個月。

十、若要做根管治療，可在三、四周後，等移植牙初步穩定了再做，因根管治療之過程中可能造成移植齒的鬆動甚至脫落。另外也可以密切追蹤，若觀察二個月之後仍無症狀，則不需做，但若有症狀如膿包產生或牙根吸收則須立即進行根管治療。

十一、術後八週，牙周組織初步癒合完成，此時可視情況予以樹脂填補或固定牙套予以恢復咬合。

綜合說來，操作時器械造成的損傷，乾燥的環境，手術時間過長或口外做根管治療，固定方法不

良或固定太久，以及初期的咬合干擾等，諸多因素都是手術操作時要特別注意及避免的。

臨床應用

病例一、上顎之智齒移植：標準範例

病患右下第二大臼齒因斷裂較深而建議拔除，如圖1-a、1-b。因右上有一智齒且牙根呈理想的錐形，先將右下第二大臼齒拔除後，再將右上智齒移植過來，施以初步根管治療後以縫線固定，如圖2-a、2-b，一週後拆除縫線，第四週進行後續根管治療，完成後加以牙冠復形，二年的追蹤，可見牙周健康、咬合功能良好，且牙根周圍可見類似牙周韌帶形成，如圖3-a、3-b。



圖1 除下唇穿通撕裂傷外，口內四顆門牙喪失



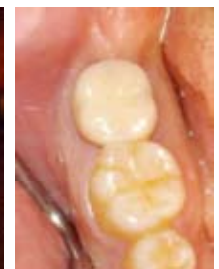
圖2 檢回之三顆牙



術前 圖1-a、1-b



術中 圖2-a、2-b



術後 圖3-a、3-b



圖4 植回三顆牙，加以鋼絲固定



圖5 缺一顆牙，以單顆植牙重建



圖6 術後五個月，完成美觀及功能重建



圖7-1 術後一年半追蹤，口內狀況穩定

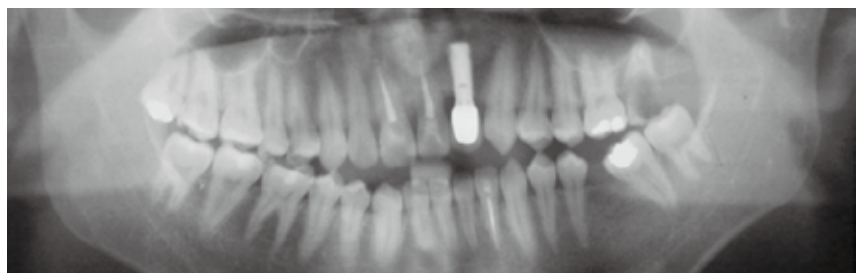


圖7-2 術後一年半追蹤，齒槽骨高度穩定

病例二、外傷再植 (traumatic replantation)

病患因車禍外傷，四顆門牙脫落 (圖1)。經請家人尋找後，檢回三顆 (圖2)。雖已經過近四個小時，但經仔細清創後 (圖3)，仍植回齒槽窩，並固定之 (圖4)。僅剩一缺牙區於外傷後二週半，以單顆植牙合併補骨重建 (圖5)，五個半月後完成重建 (圖6)。術後一年半的追蹤，牙周狀況穩定 (圖7-1及圖7-2)。

- 牙齒再植，使病患之脫落牙得以重生再使用，並大大減少病人後續假牙重建時，所需之時間、金錢耗費及避免多次手術之痛苦。

病例三、手術重置位治療阻生之下顎第二大臼齒

病患為十五歲男童，因牙齒排列不整及右下牙齒萌發不良而求診。經口內及放射線檢查發現：右下第二大臼齒水平阻生，如圖1-a、1-b。評估後，施予右下智齒拔除及第二大臼齒重置位手術，如圖2-a、2-b，後續加以全口矯正，再將此大臼齒調整至理想咬合位置。術後的追蹤，可見根尖周圍骨癒合良好且牙周狀況穩定，如圖3-a、3-b。



術前 圖1-a、1-b 術中 圖2-a、2-b 術後 圖3-a、3-b

討論

一、自體齒移植之優缺點：

自體齒移植可將自己無用的牙齒進行廢物利用，且絕無排斥的問題。而其具有人工植牙的優點如不需修磨鄰牙且可保持骨頭寬度，更有自然牙的優勢如牙根具有牙周細胞，提供咬合彈性及本體感覺及可隨齒槽骨一起生長。在手術部分通常一次

完成且療程所需時間較少，而花費通常也較經濟實惠。

自體齒移植之最大缺點則是可遇不可求，須有適當移植牙方可進行。而其適應症有限，若受植區空間不足以容納移植牙也無法施行。另外手術部分，其手術技術性要求較高，操作不慎易造成牙根吸收、粘黏或失敗發生，使治療結果似乎較無法預期。

二、自體齒移植之存活率

根據Dr. Andreasen的報告，從1973-1985年共370顆的自體齒移植手術，移植5年後的生存率，牙根未完成齒為95%，牙根完成齒為98%，十年存活率約87-95%。可知遵循適當之手術原則，自體齒移植手術是值得信任，且其成功是可預期的。

三、自體齒移植與人工植牙之比較

針對自體齒移植及人工植牙，Dr. Andreasen曾做過一些比較：齒移植只需一次手術，人工植牙通常需二次手術且治療時間較久。齒移植無成本問題故費用較人工植牙便宜許多。人工植牙幾乎可以運用在所有缺牙區，但齒移植因提供牙 (donor tooth) 的有無及其牙根型態變異限制較多。而在成長中的青少年或兒童，因骨骼發育問題，不適用人工植牙，而移植牙齒則通常能隨齒槽骨的發育而成長獲得較好的結果。

結論

以個人約二百例的經驗，成功率粗估可達九成以上，但醫師個人的觀念與技術、病人的條件難度與配合度都會使治療的預後不確定性增加，因此慎選適當病例、並遵守手術原則，應當可以減少失敗的機會，使病患多一樣治療的選擇，醫師多一樣治療的利器。

自體齒移植手術，提供了快速又經濟的方式來恢復缺牙區的美觀及功能。

臨床上若能多一些留意 (如智齒、矯正拔牙或無用之異位牙)，術前仔細的評估，術中小心的操作，手術後耐心的長期追蹤，應該能夠獲得良好的結果。最後，引用月星光博醫師的勉語一transplant before implant !! 和各位分享!!!

牙敏感

作者：蔡佳芸 醫師

Profile

蔡佳芸 醫師

- ◆ 高醫第一門診主治醫師牙周專科醫師
- ◆ 現任屏東寶建醫院牙科部主治醫師

臨床上，總是會遇到患者抱怨牙齒會酸、會敏感的問題。通常的說法都是在喝到冰冷的東西時，會感到酸軟。根據研究指出，有高於30%的成年人在一生當中的某個時間會有牙齒敏感的情況發生¹。這種發生的頻率不可謂不高。而牙齒敏感通常發生在20-30歲時，然後在50歲時又會再度的發生^{1,2}。最常發生的位置是犬齒與小白齒的頰側面¹。另外，牙周病患者在經過牙周病的治療之後，因為牙齦萎縮或是喪失掉牙骨質的保護之後，也會發生牙齒敏感的情形^{3,4}。至於是什麼原因會造成牙齒敏感酸痛呢？

目前最被接受的是「流體動力學理論」⁵。

牙本質本身就是敏感的，因為它是與牙髓相鄰的構造且與牙髓有功能性的關連。但是這固有的敏感性一般並不會造成困擾，因為通常會有其他的構造覆蓋其上，例如牙釉質、牙本質、牙齦⁶。

牙本質是由許多牙本質小管所組成，因此當牙本質小管暴露在口腔環境中，牙本質小管中的液體遭到溫度改變、蒸發、碰觸或是滲透壓改變等刺激而產生流動時，就會對神經接受器產生刺激，因而導致我們臨床上覺得酸痛敏感的症狀⁷。

因此，想要解決牙齒酸痛敏感的問題，就需要將牙本質小管對外的開口封起來、阻塞起來，讓牙本質小管中的液體不會產生流動或是阻斷疼痛接受器。

診斷

首先，我們要先確定造成牙齒酸痛敏感的原因不是牙齒有裂痕缺損、顎齦溝、蛀牙、牙齦發炎、蛀牙填補物裂掉、填補物邊緣封閉性不夠或是補蛀牙之後的術後敏感甚至是牙髓炎。此外，牙齒漂白也可能會產生牙齒敏感的症狀⁸。而日常生活中，喜歡吃酸性物質的人也比較容易會有牙齒敏感的情況發生，因此應該要盡量避免柳橙汁、蘋果汁、汽水或酒類等食物^{1,5,9}，在食用完這些食物之後的2-3小時內應避免刷牙⁷。另外，牙齦萎縮、刷牙過於用力而使得牙本質暴露也是造成牙齒敏感的原因。

治療方法

治療牙齒敏感的困難在於每個患者對於疼痛的感受度是不同的，相同程度的刺激，但感受疼痛的程度卻會因人而異。如果造成牙本質暴露的原因是患者的習慣問題的話，更會造成治療上的困難，因為要改變人的習慣並不是件容易的事情。

治療程序如下：

確定牙齒敏感的造成原因

→消除可能會造成牙齒敏感的因子+去敏感牙膏或漱口水的使用；若仍感到酸痛。

→局部塗敷表面去敏感劑+預防造成敏感之因子+去敏感牙膏；若仍感到酸痛。

→使用黏著填補材料或手術+預防造成敏感之因子¹⁰。

將治療分為侵入性及非侵入性。

侵入性治療包括：牙齦手術，以樹脂填補或甚至



斷髓治療。此外，也有人以雷射來治療牙齒敏感¹¹，這些屬於最後階段的治療。

非侵入性治療包括：局部塗敷去敏感劑及包含去敏感成分的牙膏。這些對大部分的病人來說是最簡單、最有成本效益而且也是最有效的一線治療¹²。根據文獻報告資料，最常見的去敏感牙膏成分是硝酸鉀⁷。

鉀離子被認為可以阻斷神經細胞之間的突觸，以減少神經刺激造成的疼痛。其它具有相似機制的成分是氯化鉀。

另外一種治療方式是封閉或硬化牙本質小管以減少小管裡的液體流動。這些成分包括氟化亞錫、六水合鋁氯、草酸鹽、磷酸鈣和氟化物^{13,14}。

另外，曾被證明對去敏感有效果的活性劑還有牙本質封劑（樹脂類）、檸檬酸鈉和單氟磷酸鈉¹³。

結論

牙齒敏感對很多患者來說，是很困擾的事情。在進行治療時，應該要告知患者可能的病因，並請患者配合改變生活習慣，若不改變習慣，儘管進行治療或使用去敏感劑，其症狀仍會持續而無法獲得改善。

參考文獻：

1. Addy M. Etiology and clinical implications of dentine hypersensitivity. *Dent Clin No Amer* 1990;34:503-14.
2. Curro F. Tooth hypersensitivity in the spectrum of pain. *Dent Clin No Amer* 1990;34:429-37.
3. Uchida A et al. Controlled clinical evaluation of a 10% strontium chloride dentifrice in treatment of dentin hypersensitivity following periodontal surgery. *J Periodontol* 1980;51:578-81.
4. Nishida M et al. Hypersensitivity of the exposed root surfaces after surgical periodontal treatment. *J Osaka Univ Dent Soc* 1976;16:73-77.
5. Brannstrom M, Astrom A. The hydrodynamics of the dentine; its possible relationship to dentinal pain. *Int Dent J* 1972;22:219-27.
6. Orchardson R et al. An update on the physiology of the dentine-pulp complex. *Dent Update* 2001;28:200-9.
7. Canadian Advisory Board on Dentin Hypersensitivity: Consensus-based recommendations for the diagnosis and management of dentin hypersensitivity. *J Can Dent Assoc* 2003;69(4):221-6.
8. Haywood VB. Dentine hypersensitivity: bleaching and restorative considerations for successful management. *Int Dent J* 2002;52(suppl 5):376-84.

9. Addy M. Clinical aspects of dentine hypersensitivity. *Proc Finn Dent Soc* 1992;88(suppl 1):407-12.
10. World Health Organization; WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. Cancer pain relief and palliative technical report series; 804. Geneva: World Health Organization; 1990:1-75.
11. Kimura Y et al. Lasers in endodontics: a review. *Int Endodont J* 2000;33:173-85.
12. Jacobsen PL et al. Clinical dentin hypersensitivity: understanding the causes and prescribing a treatment. *J Contemporary Dent Practice* 2001;2(1):1-8.
13. Patricia AW. Dentinal hypersensitivity: a review. *J Contemporary Dent Practice* 2005;6(2):107-17.
14. Cherg AM et al. Reduction in dentin permeability using mildly supersaturated calcium phosphate solutions. *Arch Oral Biol* 2004;49(2):91-8.



引領中山破繭而出的掌舵手

專訪廖保鑫醫師

採訪／木棉雜誌社社長 楊晉杰 醫師、總編輯 吳秉翰 醫師

整理／Estela

人物攝影／Maggie



Profile

- 學歷：
- ◆ 中山醫學大學牙醫學士 1972-1977
 - ◆ 中國醫藥大學醫務管理碩士 1987-1989
 - ◆ 中山醫學大學醫學博士 2000-2005
- 研修：
- ◆ 日本齒科大學保存學教室進修 1986
 - ◆ 美國哈佛大學牙醫學院交換學者 1994-1995
- 經歷：
- ◆ 中山醫學大學助教、講師
 - ◆ 中山醫學大學附設醫院住院醫師、總住院醫師、主治醫師
- 現任：
- ◆ 中山醫學大學副教授兼任牙醫系系主任
 - ◆ 中山醫學大學附設醫院中港院區主任
- 學、協會：
- ◆ 中華民國牙體復形學會理事、常務理事
 - ◆ 中華牙醫學會理事、常務理事
 - ◆ 中華民國醫院牙科學會理事、監事
- 專科醫師：
- ◆ 中華民國牙體復形專科醫師 ~2011.6.30.
- 獎勵：
- ◆ 中山醫學大學優良教師 88學年度
 - ◆ 台中市政府優良牙醫師獎
 - ◆ 台中市政府八十九年醫療特殊貢獻獎 89.12.22
 - ◆ 創世基金會實叻計畫貢獻獎
 - ◆ 台中市牙醫師公會學術推動獎 90.4.15
 - ◆ 商業週刊優良牙醫師獎 98.6
- 社團：
- ◆ 國際牙醫學院院士 1998
 - ◆ 台中西南國際扶輪社 2006

「我在學校很少人叫我主任，也很少人叫我廖醫師，都叫我廖爸爸。」在溫暖的笑容下，蘊藏著正面的力量；與學生感性的互動，理性的管理，精采的兩面，都是廖保鑫。

廖保鑫牙醫師，中山醫學大學醫學博士畢業；學術專長為牙體復形學、牙體形態學、固定補綴學、口腔生物學。現任中山醫學大學副教授兼任口腔醫學院牙醫系系主任，同時也是附設醫院中港院區主任。擔任系主任，今年正邁入第十個年頭。身為中山的掌舵者，他替自己創造價值的因子，是對工作的態度--一種堅持要做到最好的執著。

多重的人生面向 一貫的熱情執著

回顧他的求學過程，台中一中，中山醫學大學牙醫學士，中國醫藥大學醫務管理碩士，到醫學博士，廖醫師以全方位的領域發展，完整探索醫學路。自我期許十分嚴格的廖醫師，求學經歷從學士到博士，一點都不放棄能夠使自己成長、茁壯的機會，學習觸角也由國內延伸至國外。

1986年，他至日本齒科大學保存學教室進修；1994~1995年，更獲得學校全額補助，遠赴美國哈佛大學牙醫學院當交換學者。廖醫師不在舒適圈裡尋求安全感，而是以穩紮穩打的每一足跡，謙遜、不斷向學的姿態，

將自己調整到最佳狀態，在重要時刻，做關鍵的事，促成自己的贏家學。

在繁忙的工作之餘，廖醫師也積極參與學、協會，及社團活動。包括擔任中華民國牙醫復形學會理事、常務理事；中華牙醫學會理事、常務理事；中華民國醫院牙科學會理事、監事。也透過每週一次的扶輪社演講聚會，從中汲取各行業菁英的經驗分享，獲得專業之外的生活養分。

當生活可以獨立面對高低不同的包容性時，讓過度扭轉的舞步、瞬間的投足都可以在體內流竄，那是一種重新對話的生命歷程。

中山 蛻變

美國心理學家卡爾·羅傑斯(Carl Rogers)曾說：「當人們敞開心胸歡迎各種經驗時，他的行為就會有創意。我相信，這種知覺的開放，對建設性的創意是很重要的。」

談到近幾年中山的蛻變，令人耳目一新，中山「改變」的背後，是由熱情來堆砌。家族裡從哥哥、弟弟、嫂嫂都是中山人，橫跨兩個世代，走過中山40年的分享與關注，廖醫師在不斷將自己歸零的過程中，創造更豐富的生活經驗給懷抱夢想的學生。服務於自己喜愛且擅長的工作領域，雖然辛苦，卻甘之如飴。

當他對著我們細數中山的每一部份，從環境到師資，從設備到教學態度，眼中盡是顯露出掩蓋不住的熱忱與驕傲，那是完全對中山付出的執著。循著落實全人類教育理念；建立學生口腔醫療團隊之觀念；培育教學、研究、醫療之專業人才；基礎研究與臨床牙醫學之相輔相成；提昇國內口腔醫療品質；與回饋社會照顧殘障弱勢團體，在大膽創新中，中山堅持走出自己的路。

豐富的學習環境

中山擁有悠久的歷史傳承，以牙科起家。牙醫系所是校內成立時間最早，發展也最健全的科系，畢業校友遍佈國內臨床及學術界。口腔醫學研究中心大樓及學生宿舍大樓，於八十七學年度完工啟用。樓高十二層，地下三層。地上一到五樓，規劃作為口腔醫學門診部及牙醫學系館，提供牙醫系所學生及研究生一個全新的學習環境。

口腔醫學研究中心配置有126座治療台，為中南部地區，設備最新穎、最先進、最乾淨、最專業化之牙科醫院。另設有115人座的專用演講廳，舒適的座椅、高品質的聲光可提供多功能使用。

中山牙醫系每一年級學生均有一間專屬教室，皆編配專用之教學器具如單槍投影機、幻燈機、麥克風、高畫質電動螢幕、雷射指示筆等等教學用具。此外，更設專屬磕牙BBS小站以促進與學生間之溝通與交流。

完善的教學設備

中山牙醫系學生有專屬的教室及實驗室共十間，包含兩套最新的牙科技工桌，八十八台KAVO技工桌，八十七台KAVO模擬病人技工桌，可同時容納四個年級學生實習，並有一系列最新、最精確的牙科高速、慢速馬達、烤箱、鑄造機、聚合機等，不論量和質皆達到歐美先進國家牙醫學院的水準。

除此之外，亦在牙醫學系碩、博士班及口腔生物暨材料科學研究所之支援下，致力於牙科分子生物學、牙科材料學、口腔免疫暨組織學及植牙材料的開發與

研究，成立了細胞生物研究室、分子生物研究室、顱顏面生長研究室、口腔材料研究室、口腔免疫暨組織研究室、分子醫學研究室、流行病學研究室以及輻射防護中心…等。

此外，中山多元的專業師資，除了本科系的專業課目，更禮聘基礎生物、理工及牙科臨床專業師資，以不同領域的教師，整合各種專業，為教學活動注入新的活力。



引進DentSim

讓學生模擬情境 測臨場應對能力

為了能讓未來在第一線服務的牙醫師，在接觸正式臨床操作之前，都能獲得最佳的訓練與啟發，中山特別引進能完善模擬病人技工桌、及實驗設備「DentSim」，這個要價300萬的全方位模擬學習設備，中山牙醫備有6台，目前已佔國內牙醫學系之



冠，之後更將擴建至12台。

廖醫師表示，在學生施作時，車牙齒只要距離差0.3mm，電腦即可偵測到；而蛀牙點也會在前方電腦顯示。過程中，兩台攝影機將全程攝錄，若姿勢有誤遮住鏡頭，電腦會立即叫你停止，直到回復至正確的位置。

與國際接軌

除了擁有充沛的教學資源，中山也以宏觀的國際視野，積極推展國際交流。中山透過締結姐妹校，在進行各項臨床與學術之交流間，拓展師生之視野；不同的文化、認知、教育與制度等多元素的相互衝擊下，在學醫路上激盪出美麗的浪花。中山締結之姊妹大學包含日本齒科大學、昭日齒科大學；美國哈佛大學、阿拉巴馬大學伯明罕分校(UAB)、賓州大學口腔醫學院、南加大州立大學；大陸武漢大學、北京大學口腔醫學院；和蒙古醫科大學口腔醫學院及匈牙利納布勒森大學。

近年中山也積極與國外校際合作從事學術研究，如遴選教師或技職人員至國外學術研究單位從事論文及學術研究等，均獲得充實亮麗的結果。牙醫學系每年遴選優秀學生前往各姊妹校見實習。此外，更接受國外各姊妹校推派來院進行臨床及學術參訪、見實習之人員。

廖醫師面露驕傲的說：「貧困地區的外國學生我們準備把他留在台灣受訓8年，我們協助減免學費和請國際學術交流協會提供生活費。另目前也有來自伊拉克、英國、馬來西亞等地的優秀人才；而我們本地的學生每年則有高達40~50%的比例，可以得到出國實習的機會。」

與人搏感情的培育力

「我從2000年開始擔任系主任，總是戰戰兢兢，或許無法喊出每位學生，但幾乎認得每位學生；我也是中港院區的主任，又為了服務老病患，不忍他們奔波的辛勞，即使累，也不能刪減在復健醫院的診次。」廖醫師微笑說著。

他一貫以來的努力，讓他在88學年度，以全校老師共同遴選出來的優良教師第一名，獲得中山醫學大學優良教師的肯定。89年，取得醫療特殊貢獻獎的殊榮，「由於當時的市長是張溫鷹，他本身是牙醫師，特別在乎口腔清潔的重要，於是，我們與台中市政府合作，帶著牙三學生，進駐所有台中市國小與校護配合，在學生吃完午飯、刷牙後，做含氟漱口活動。」整整兩年的含氟漱口活動，讓廖醫師帶著中山的學生，以知識力加行動力，盡到回饋社會的責任，在服務中成長。

經友人提醒，廖醫師才知道他的名字躍上商業週刊，獲得2009年優良牙醫師推薦，他不改謙虛的說，「我很意外，但在我們醫院的牙科部就有8位醫生受推薦，我們很高興，因為同仁大家都很努力」。廖醫師追求一百分的工作態度，帶領教學技能與科技創新，同時期許教師與學生能共同成長。

「身為學校牙醫系的系主任，就好像帶隊打仗的指揮官，除非卸下系主任職務，否則不能停下來。」在光芒之下，廖醫師不以前輩的姿態領導，而是將蘊含對中山的感情、囊括前瞻性與熱情，由堅持到底的做事態度，釋放出更具價值的影響力。



植牙與高爾夫球之旅

作者：陳志賢 醫師



Profile

陳志賢 醫師

- ◆ 第21屆中山醫學大學牙醫學系
- ◆ 高屏澎中山校友會副會長(現任)
- ◆ 屏東平安牙醫診所院長



98年2月26日早上五點大部分的團員起個大早，準備前往小港機場搭乘澳門航空，直飛澳門展開四天三夜早去晚回的精采之旅。

第一天我們打萬盛高爾夫球場，萬盛球場為一條龍設計，所有的來賓只能從第一洞開始打起，所以一開始就大塞車，不過也因為如此可以欣賞其他球員擊球的美技與英姿，雖然只有十八洞的設計，但球場沿水庫而建，一路風景明亮處處絕景，球員都讚嘆不已，打高爾夫球就是享受大自然巧妙鬼斧神工的美景，尤其在著名的第六洞，由上往下俯瞰，造景出奇的美麗水庫就在眼前，美景一覽無遺，在這一洞大家都戰戰兢兢希望開球能夠擊的又遠又直，這一洞堪稱是萬盛代表作，後九洞依著山腳而建，四周園林茂盛、風光如畫，久違的群山翠嶺、微波盪漾，風光如畫盡收眼底，萬盛高爾夫球俱樂部除了打高爾夫球以外，也有其他休閒設施，例如：飛鏢射擊、野外守獵，同時可以選擇泛舟湖面、垂釣岸邊，或者可與親朋好友在此俱樂部內燒烤，可惜我們行程滿滿，除了打球外享受大自然賦予的無限樂趣外，無法在此久留必須趕快進飯店休息準備體力打第二天的球賽。

第二天我們來到號稱「中國十個最優之一」的金灣高爾夫球，金灣是歐洲、英國名設計師科林蒙哥馬利所設計的27洞球場，金灣球場使用的沙子，是與蘇格蘭的沙子極為相似（高爾夫球的發源地位於蘇格蘭的海灣），金灣球場的設計是「沙丘高爾

夫球場的設計，沙丘高爾夫場的特點，包含了寬廣的球道，與多風環境中，空曠開闊地果嶺前，讓人充分熱身，遍布果嶺周圍的劈球區讓人充分體驗沙丘高爾夫球的短打，我們在這個球場舉辦小型比賽，由法國BIOTECH植體公司提供十一支植體作為獎品，分別為總桿冠軍、淨桿冠軍各得兩支植體，淨桿第二名與第三名各得一支植體，另外四個近洞獎與B.B獎各一支植體，比賽相當競爭兼顧到高低差點的球友，雖然無法人人得獎，獎項沒有集中在少數人手中，堪稱是公平的比賽！得獎的狀況為總桿冠軍劉信宏醫師在路竹開業，淨桿冠軍為鄭鵬飛醫師、淨桿季軍為謝明豐醫師、陳重文醫師；B.B獎為施偉明醫師；淨桿第七名為何森榮醫師；遠距離獎為鄭裕耀醫師與謝明豐醫師；二桿近洞獎為劉信宏醫師；三近洞獎也由同一人陳重文醫師獲得；其中總桿冠軍劉信宏醫師所獲得，他是現任牙友隊



萬盛高爾夫球場第六洞

隊長。淨桿冠軍鄭鵬飛醫師也隨後加入牙友隊(註¹)牙友隊在這次比賽英雄出少年，囊括大部分的獎項，如劉信宏醫師、鄭鵬飛醫師、謝明豐醫師、李政賓醫師、陳志賢醫師、鄭裕耀醫師等。

我們是採白梯開球新新貝里亞制，雖然距離不是很長，但金灣球場的設計可以挑戰世界最好的球員也考慮到一般水準的球員，雖然在近中午的時間開球，由於海風徐吹，不覺得非常炎熱，沿途景色秀麗有幾洞甚至可以看到羊群魚貫而過的球場！結束了BIOTECH植體公司所贊助的比賽，晚上導遊除了帶團享用大餐也帶我們去逛街、洗腳、按摩，雖然時間倉促在珠海的兩個晚上，也稍稍體會到珠海夜生活是多麼五光十色、繽紛絢麗，很難想像珠海在短短的三十年中由一個小漁村遽變成一個海邊的大都市。

第三天，早上晨起打七點的早球，由旅館到翠湖球場不到半個小時的車程，由於是第三天打球且又是早球，五點半就要起床，所以許多人都精神不振，還好今天沒有比賽就當作休閒打球，翠湖球場有兩個十八洞的球場，分別為山嶺球場與湖泊球場，我們只能打其中一個球場，翠湖球場的設計是在翠湖380英畝的土地上，雕塑兩個絕佳的球場，營造出趣味與挑戰性兼具的特質。

這次來到珠海的三座球場，各有特色風景堪稱一流令人讚嘆不已，大家都非常滿意球場的狀況，希望有機會還能來挑戰珠海的球場，中午擊完球我們就驅車往威尼斯人酒店，參加BIOTECH植體研習會，下午由法國DR.ZERAH(註²)介紹法國BIOTECH植體系統，台灣的兩位講師也輪流上場，講述植牙的過程，晚上在威尼斯人飯店內享用威尼斯人飯店的美食佳餚，BIOTECH植體公司也準備了許多的獎品，植體與EeePC電腦等許多豐富的獎項，讓在場



與法國講師合影

三十多位醫師，除了享用大餐外，也可以摸彩得大獎，雖然不是每個人可以得大獎，但也通通有獎。

會議所在地位於澳門威尼斯人飯店，威尼斯人酒店是目前亞洲最夯的酒店之一，太陽劇團結合雜耍、舞台表演、音樂、燈光效果及化妝藝術，展現人類體能的高空特技，以及結合聲光的華麗演出，整個演出活動包括演出製作及興建劇場，太陽劇團一共投資1.5億美金，一幕幕由燈光效果及巨型螢幕投射而成的不同佈景，更有三千顆光纖星星構成的夜空，以及浪漫的滿天紛雪的場景，舞台上的三個大型伸降台；觀眾席上空直徑25呎且能用於投影的活動球體，配合演員大膽有趣的演出，在一個半小時內為觀眾營造一幕幕的奇幻效果令人震撼難忘，所以來澳門一定要來看的一場精彩表演，才不至於遺憾，除了欣賞太陽劇團外，威尼斯人酒店本身就是一座渡假勝地，酒店規劃除了旅客住宿房間、會議、賭場另外有街頭表演，酒店安排嘉年華人物的演員如踩高蹺表演者、歌唱家、音樂家、視覺藝術家和真人雕塑，帶來無限驚喜！另外在三樓的貢多拉河之旅，乘坐手工精巧別具威尼斯人特色的撐船泛舟於聖路卡運河、馬可學羅運河或大運



晚宴摸彩抽中植體



威尼斯人飯店實作研習



植牙實習hand-on，右為法國講師

河上，伴隨優雅美妙的歌聲，此起彼落的喀嚓照相機聲，使貢多拉船成為大家注目的焦點！

購物中心名為大運河購物中心，匯集了三百五十間國際知名品牌名店，提供頂級時裝、珠寶、飾物、服務、餐廳及運動用品，可說是琳瑯滿目，可以逛到雙腳不聽使喚、還好威尼斯人酒店有超過三十家餐飲店，提供西式、中式、日式等環宇美食，在逛街累了可以休息享用，欣賞聆聽藝人在大廳中現場演唱歌曲吸引不少遊客駐足觀賞，至於兒童們也提供不少遊樂設施、歷險O立方就是提供兒童需要的遊樂；佔地九千坪方英尺的歷險O立方，主要有高達六米的複合攀爬設施，附設一座溜滑梯、兩座小型滑梯、一座V字型繩橋，跨越及攀爬障礙物，Z字型攀爬網等等，遊樂場設計最主要是讓兒童體驗遊戲的樂趣，另外這裡也有電腦遊戲、網路連線服務、以及桌球檯供青少年玩樂。至於來到威尼斯人免不了要進賭場看一看，裡面有眾多的賭博遊戲，大家其實只是在看別人下注，因為導遊說他曾經一個晚上輸掉四、五萬港幣，真不知道真的假的，賭場管制還算嚴格未成年人大都會被擋在門外，在不景氣中威尼斯人酒店人潮多少有影響，人數應該有減少的趨勢，許多人提到澳門大部分都只有賭城的印象，其實澳門有許多美麗的建築物，有中式也有西式，還有第一座燈塔、亞洲第一所西式學院聖保祿學院，天主教遠東的第一個傳教點等等，澳門其實不大，坐公車便可以玩遍全澳門的旅遊景點。

第四天早上與下午都在上二氧化銦前牙區美觀應用與PRF課程，感受西歐法國在植體美學應用上，生物學應用在GBR上的使用，我們回會利用下課空檔去酒店內到處逛逛，上完課去欣賞太陽劇的表演，內容如前所述，我們買了許多伴手禮，澳門著名的杏仁餅與葡式蛋塔，都在我們選購名單中！最後懷著依依不捨的心情前往澳門機場搭機返回高雄，結束這一趟小而美的高爾夫球植牙研習會之旅！

末記：感謝謝明豐醫師與印憶恒醫師為高爾夫球行程建議。

註¹：牙友隊為高屏牙醫師所組成的球隊歷史超過二十年。

註²：ZERAH為BIOTECH植體系統特約醫師在法國巴黎開業之口腔外科醫師！



澳門大三巴牌坊



澳門威尼斯人飯店商店街



威尼斯人飯店藝人表演



威尼斯人飯店真人雕像

金色澳門

作者：趙書群 醫師

Profile

趙書群 醫師

◆ 台北市立聯合醫院和平院區牙科醫師

旅行是需要一股衝動！六月下旬，好友突然提議一起到澳門遊玩，好友難得可以在繁忙的工作中請到休假，就這樣依約成行。澳門是個價格便宜，極度適合兩到三天的自助旅遊地點，不需簽證說走就走，且與我們都是同個老祖宗，說國語就可以通。促成我們這次火速成行的關鍵！

如果問大家對於澳門的印象，我想最常回答的應該是「賭場」吧！但此次前進澳門，除了金色賭場，同時也感受到它那濃濃的歷史建築風情。澳門是由澳門半島、氹（𨮒）仔和路環兩個離島組成，總面積29.2平方公里，大約是台北市的九分之一。在這彈丸之地，卻是世界歷史文化遺產與國際頂尖賭博娛樂飯店相互交錯充滿驚奇的地方！

澳門可說是華人最早接觸外國人的地區，東西文化一直在此地相互交融，不但留下多元文化的色彩，也遺留豐富歷史古蹟，使澳門成為一個獨特的城市，2005年七月澳門歷史建築群，也正式被列入世界文化遺產。而2002年博奕經營的鬆綁，國際大型賭場飯店投資則帶起飯店業的蓬勃發展，如永利、美高梅MGM、威尼斯人、Crown、金沙、sofitel及四季飯店等，澳門飯店業的新頁就此展開。迄今，澳門仍不斷有新飯店持續完工及開幕，不得不說：新飯店真的是澳門目前最夯的新玩意兒！因此，這次的澳門之旅，我們是以放鬆的心情，來參觀這些厲害的飯店，同時感受歷史文化古蹟以及享受異國美食，感受不同風貌的澳門。



威尼斯人酒店全景



威尼斯酒店金色渾天儀



威尼斯酒店中央走廊



威尼斯酒店大運河



美高梅酒店天幕廣場



永利新舊葡京夜景



威尼斯酒店聖經故事



大天幕

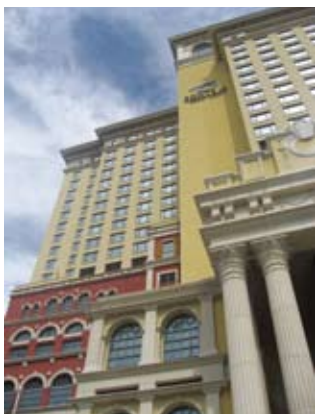
入境澳門機場後，在機場入境大廳外就有免費的威尼斯人豪華接駁巴士，直接接送至威尼斯人酒店。在此，不得不讚美這個接駁車，即使不住飯店也可以免費搭乘，且光靠接駁車就幾乎可以遊覽整個澳門。

威尼斯人酒店是行程規劃的首站，威尼斯人酒店其建築設計是依照美國拉斯維加斯的威尼斯人度假村酒店。酒店以義大利威尼斯水鄉為主題及著名雕像為建築特色，酒店範圍內充滿威尼斯特色拱橋、小運河及石板路。

一走進大廳，金碧輝煌的內觀設計讓人眼睛為之一亮，巨大的金色渾天儀模型矗立眼前，金光閃閃，讓我們直發出哇…哇…哇…的讚嘆聲，而天花板上則是一幅幅聖經故事的彩繪壁畫，挑高的彩繪天花板在燈光照射下更顯氣派。另一側的中央走廊天花板佈滿文藝復興時期的畫作，走在此彷彿置身美術館中，整個大廳是以黃金色為主調，讓人驚呼連連，不管三七二十一拿起相機就是一陣猛拍，完全就是一副觀光客的樣子。

一樓為博奕大廳是不給拍照，因本人也不嗜賭，便直接略過，直奔往二樓的“大運河購物中心”。這可是韓劇流星花園的拍攝地點喔！整個購物中心是被一個大天幕所覆蓋，天幕配合燈光效果，營造出晨昏日出日落以及不同雲彩及天色。室內大運河以及貢多拉船更是其中的特色，而運河周圍充滿威尼斯特色建築群及拱橋，讓你猶如置身浪漫的威尼斯，在購物之餘還能享受異國風情。其實，整個威尼斯人酒店，從裡到外，從頂至底，都有讓人驚豔及浪漫的細節，而且更厲害的是太陽劇團ZaiA的長期進駐表演，讓你隨時都能享受熱呼呼的表演。整個飯店之大，讓我們逛到腿都鐵了！來到澳門有機會一定要到威尼斯人來看看，體驗所謂的“大”飯店。

參觀完整個威尼斯人都已經是傍晚時分，我與好友拉著行李再度搭乘接駁車前往本次的住宿飯店十六浦索菲特Sofitel，之所以選擇Sofitel，是因為此飯店座落於澳門的歷史舊城區，許多經典景點如大三巴牌坊、玫瑰堂、大砲台等皆聚集區，方便我們可以隨時體驗這些景點。



十六浦索菲特Sofitel



十六浦索菲特Sofitel夜景



十六浦索菲特Sofitel水晶球

Sofitel位在舊城區的十六浦地區，這一區周圍都是老舊低矮的舊房舍，而飯店是以碼頭為中心向兩旁延伸建築，由飯店鳥瞰對面為珠海市（但是這一面海景個人並不覺得漂亮），另一面則為市景，可以深刻體驗澳門融合摩登現代與傳統古老的那股韻味，特別在夜晚所有華燈點上，這種對比的感受更是明顯！十六浦的建築風格洋溢葡萄牙以及南歐風情，且揉合傳統東方元素，充分反映澳門中西文化薈萃的特色。米色建築在白天有著低調淡淡幽雅，夜晚時分藍色LED燈均勻灑在外牆上，整個建築由內而外透著暖黃色的溫暖。一樓廣場是四根仿羅馬柱矗立於玄關，挑高的大堂上方卻懸著一顆多彩艷麗的水晶球，以整個建築景觀來看展現一種突兀，因為澳門的飯店都是與賭場互相結合，據說這個水晶球是要來鎮住賭客讓賭客從其下經過便無法贏錢，真是一門建築的玄學。不過，夜晚時分，水晶球則以不同顏色呈現伴隨建築物反而表現出另一種迷人的美。而且飯店所使用的床鋪是強調柔軟舒適的床「My Bed」，衛浴用品則是使用歐舒丹喔！從check in到進房休憩都讓我驚喜連連，符合想到澳門好好放鬆一下的我們。Sofitel讓我擁有很開心的住房經驗！

飯店大門前就是新馬路，晚上的新馬路稍嫌昏暗，但周圍老舊的葡式房屋卻在昏黃的街燈襯托下別具一番特色，步行約10分鐘即到達歷史城區！夜晚的議事亭前地真是迷人，整個廣場以黃色街燈照映，頗有異國風情；這樣的澳門散發出一種歐式浪漫氣息，讓人只能停下腳步感受這份浪漫的美好；在往前漫步即可看見玫瑰堂以及大三巴牌坊，這些古蹟在傍晚時分的氣氛是相當特別，有機會一定要去感受一番。

來看看白天的歷史城區，有著不同於夜晚的柔和氣氛。在前往議事亭前地的新馬路可看到兩旁的老舊房舍，有著殖民時代葡萄牙建築多彩的風格，卻因東方文字的點綴而夾雜典雅的東方味，往周圍的小巷弄漫步，則可感受老澳門樸質的人文風情。到了議事亭前地卻有著百年歐式建築的繽紛浪漫，要不是周圍黑髮的東方人，還真會以為這是歐洲某廣場。議事亭前地自古就是澳門最繁華的地帶，中央是個噴水池，噴水池中央是個「天球儀」是葡萄牙航海遠征的象徵。這次旅遊適逢澳門的荷花節，噴水池都種滿了荷花，十分有春天的感覺。



議事亭前地



噴水池天球儀



議事亭前地夜景



仁慈堂



郵政總局

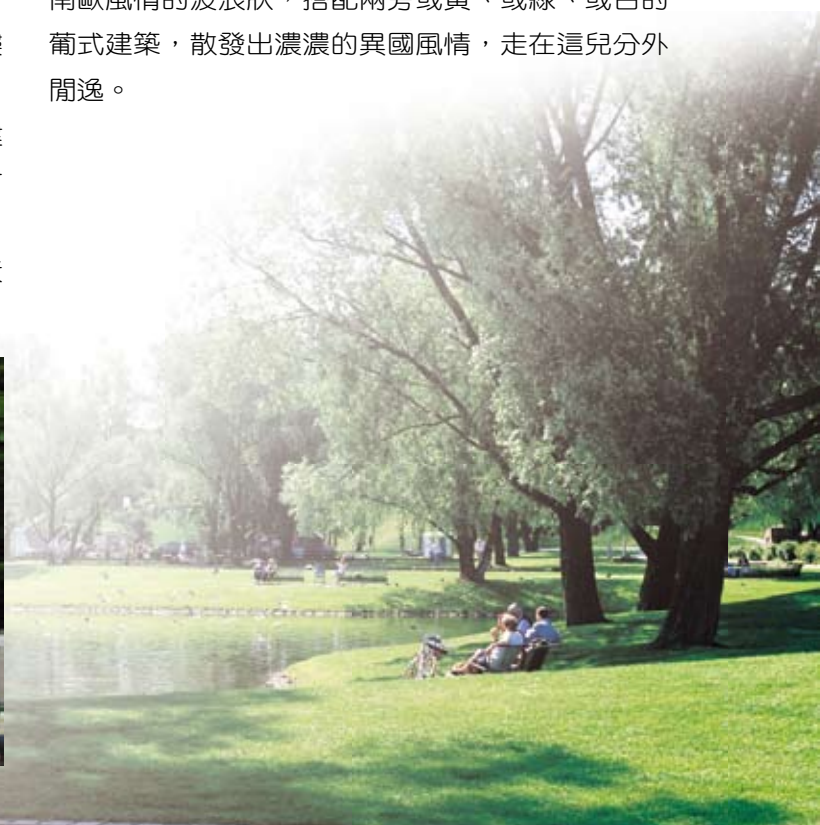
在議事亭前地對面的大樓是「民政總署大樓」，白色的牆壁配上墨綠色門窗，內部牆壁腰身所用的藍白色磁磚，則是典型的葡式裝飾，具有明顯的南歐建築特色。

議事亭前地右側有一間外觀較為乳白色的大樓是「仁慈堂」，整體為白色建築，線條簡潔幽雅，以雕花壁柱和鏤空窗台且帶有走廊組合而成為其建築特色，是議事亭前地最美的建築物之一，具新古典主義建築風格，仁慈堂是澳門第一所慈善組織，負責慈善救濟工作今日則改為博物館。另一棟灰黃

色建築物別具年代感則是「郵政總局」，頂端還有個浪漫鐘樓，每隔半小時鐘樓便會發出鐘聲，更增添了愉悅的氣氛。此處的地板是以黑白色碎石鋪成南歐風情的波浪狀，搭配兩旁或黃、或綠、或白的葡式建築，散發出濃濃的異國風情，走在這兒分外閒逸。



民政總署大樓



再往前步行便到了板樟堂前地，這兒有一間美麗的教堂，連名字都很美叫做「玫瑰堂」，玫瑰堂有著鵝黃色的外牆和墨綠色的門窗搭配著白色的浮雕，散發著迷人的氣息。此教堂最早是由道明會於1587年所蓋的木板教堂，因此也被稱為「板樟堂」，1874年葡萄牙人重建，並改奉玫瑰聖母，因而又稱為「玫瑰堂」。

繼續往前行走，會經過手信街，這兒專賣澳門的名產像是蛋捲肉乾之類的東西，讓遊客到澳門遊玩之後還可帶著伴手禮回家喔。更往前行走，將將……，著名的大三巴牌坊就在眼前啦！現在，大三巴牌坊已經成為澳門的象徵之一，也是遊客澳門之行的必到之地。所以，來到澳門一定要與大三巴照個相代表澳門一遊喔！「大三巴牌坊」為聖保羅教堂的遺跡，聖保羅教堂建於1637年，整座教堂表現了歐洲文藝復興時期建築風格與東方建築特色的結合，是當時東方最大的天主教堂。1835年被一場大火燒毀，僅殘存了現在的前壁、部分地基以及教堂前的石階。當地人因教堂前壁形似中國傳統牌坊，所以取名為“大三巴牌坊”。大三巴牌坊的建

築由花崗石建成，整個牆壁是巴洛克式，但一些設計或雕刻，卻具有明顯的東方色彩，如中文或象徵日本傳統的菊花圓形等圖案，這座中西合璧的石壁在全世界的天主教堂中是獨一無二的。

接著前往新口岸區，參觀象徵澳門博奕事業歷史的新舊葡京飯店，在這區新舊飯店聚集，形成一種很特殊的景觀。新葡京飯店是澳門目前最高的飯店，飯店整體以蓮花形式設計，比起舊葡京那種鳥籠造型真是好太多！而且在新葡京飯店內收藏許多賭王何鴻燊個人的收藏品也是讓人嘆為觀止。在此區欣賞飯店有大開眼界的驚奇，特別是永利酒店的吉祥樹以及巨龍的表演，讓我開了眼界，晚上的永利更有聲光水舞秀。夜晚在閃爍的霓虹燈光下，更能感受賭城紙醉金迷的奢糜氣息。

出發前，大家都說澳門很小，三天二夜行就足夠了～可是我還有許多景點都還沒有走到呢！這個有“喜慶之城”之稱的澳門，很適合來放鬆旅遊。澳門的精采真的是值得去體會一番，下次還要再去一次。



玫瑰堂



大三巴牌坊

與杜鵑共舞

作者：朱觀宇 醫師

Profile

朱觀宇 醫師

- ◆ 中山醫學大學牙醫學士
- ◆ 國立陽明大學醫務管理研究所碩士
- ◆ 國立陽明大學公共衛生研究所博士候選人
- ◆ 臺北縣立醫院牙科主治醫師

那年冬天，結束十多年的開業生涯，獨自來到位於花東縱谷的小鎮，展開一段與杜鵑共舞的日子。其實，這裡沒有杜鵑，只有紅瓦白牆的建築物以及不遠處的金針花。

由於花蓮以南的鐵路尚未電氣化，自強號仍以柴油車頭推動，即使天未亮就整裝出發，卻要接近中午才能到達目的地。沒有麥當勞，居民不到三萬人的小鎮，兩家醫院竟收容了超過五千名精神病友，其間蘊藏著異於平常的包容力量。

當時全台近萬名牙醫師，僅台北縣市就佔了四成左右，而小鎮上只有五位牙醫師登記執業；反觀醫院裡兩千多名住院患者，卻無全職牙醫提供口腔保健服務；全民健保的普及顯然並未使這裡的住院病人的口腔照護受惠。

「當小螺絲不如做大台柱！」醫院主管一再勸進。被需要的感覺總是令人嚮往，於是有機會與精神科住院患者結緣，近距離觀察他們的口腔健康狀況。

從北花蓮到南花蓮共五個院區，但只有院本部一台老舊的治療椅能作動。初到醫院時，耗費不少時間在維修、採購與建立新的牙科門診部，尤其是適應東部較慢的生活步調上。

接近八成的住院病人其主診斷是精神分裂症。在台灣，千人中約有二人罹患，^{1,3} 此症影響思考、知覺，行動與情感，使人的認知與現實脫離，進而降低處理日常生活作息的能力，當然包括維持口腔清潔的工作。^{4,6} 精神分裂症患者誇大、亢奮或混亂的行為等正向症狀較為人所知，然而影響口腔健康較劇的反而是負向症狀，比如像冷漠、不喜言語、



精神分裂症女性病友的預後較佳，病人以中年男性居多。

生活退縮與無意志力等。^{5,7} 為了控制病情，病友常需長期服藥，而典型抗精神藥物會產生許多副作用，與牙科比較有關的包括不自主運動、巴金森症狀與唾液分泌減少；前二者會增加維護口腔清潔與牙醫師看牙的困難，最後者則易造成蛀牙及牙周疾患。^{8,9} 花了一段時間，才慢慢了解精神病友口腔健康狀況的特別之處，在校所學，顯然不足。

現今進步的藥物、心理與復健治療雖然有效，但大部分的精神分裂患者仍無法恢復正常生活。長期罹病，慢性化的結果，病友們顯得了無生氣。醫師與家屬的鼓勵對他們而言，或許是更好的藥方。而來自中下階層的機會很高，許是基於財務的考量，許是社會污名化的問題，家人來探望的情況並不多見。

病友們因身分的不同，所能得到的補助略有差異，但食、衣、住尚不至於匱乏。與西部醫院不同處，這裡像是一個社區。醫院有屬於自己的農場，「農場的範圍有多大？」我好奇地問，農場主任答：「從這頭到那頭，你能看到的都是！」病友們自己種稻，自己養豬、種菜。我們平常在醫院餐廳吃的米飯，就是來自他們的辛勤收穫。醫院的清潔工作，大部分由病友們完成。他們也會在協助下開店、做生意，供應我們早餐及珍珠奶茶等飲料。有位羽球球伴也是病友，他唯一的一招--對角底線長球，便足以讓你難以招架。另一方面，全民健保的醫療費用支付制度、以財務績效為導向的醫師薪酬給付方式以及公務機關的官僚體制則與西部醫院無異。

精神病友們由不到二十位精神科專科醫師負責照護。除了精神疾患，病友們難免也會有糖尿病、高血壓或惡性腫瘤等疾病，醫院亦設有一般科病房。而從每個月的死亡病例討論會中，常得知認識的病友在醫院結束與精神疾病共處的後半生。牙科病人中，從二十歲到一百零一歲，從剛入院到已經住了三十多年的都有，他們在此生活、工作到老死，對許多病友而言，這裡是他們生命的最終處所。一個「人」長住在醫院確實是某種行動的限制，但相對於社會異樣的眼光以及家庭承受的壓力，強化長期照護機構的照護品質或許是「最小限制選擇」的折衷方案。¹⁰

精神病友常予人暴力、不合作的刻板印象，其實他們是憨直、有禮且尊重醫師的一群。到牙科就診的住院病人當中，國中以下教育程度者最多，大部分是身材略胖的中年男性，平均在醫院已經住了八、九年了，中低收入者占絕大多數；約九成領有身心障礙手冊，其中大部份是重度以上。與一般族群相同，蛀牙非常普遍；平均而言，牙科患者每人口中約有半數牙齒曾齲蛀或缺失，但只有兩顆經適當復形或鑲復，其他尚待進一步治療處置。牙周狀況部分，一半左右的就診者需要牙結石清除，而口腔中有牙周囊袋深度大於4釐米的患者則超過三分之一。整體而言，拔牙是最常見的牙科治療需求，



筆者為精神病友檢查口腔健康狀況的情形。

但在牙醫師人力與患者的經濟狀況的雙重匱乏之下使得缺牙成為患者口腔健康面臨的最大問題。

宏觀來說，牙醫師的學校與繼續教育、精神科住院患者的全人醫療照護、長期照護機構的組織再造，乃至於精神病友的獨立生活議題都需要社會與決策者更多關注。^{11, 12} 感謝社長的邀稿，讓我得以再反省這段印象深刻卻不願回想的日子。當想起老師的一句話：「一本初衷，堅持到底！」心中慚愧之情，不禁油然而生。只能說，「不以物喜，不以己悲」仍是自己做不到的修為。2009年6月15日

參考文獻：

1. Chien IC, Chou YJ, Lin CH, Bih SH, Chou P, Chang HJ, et al. Prevalence and incidence of schizophrenia among national health insurance enrollees in Taiwan, 1996-2001. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2004;58(6):611-8.
2. Department of Health EY, R.O.C. (TAIWAN). Statistics on Number of Mental Disorder Outpatients and Inpatients, 2006. *Health Statistics in Taiwan*, 2006; 2007.
3. Department of Statistics Mol, Executive Yuan, R.O.C. (TAIWAN). Population by Age End of 1974-2007, *Population, Year Book*; 2008.
4. Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 2002;133(5):603-10.
5. Arthur H. Friedlander RPL. Oral health care for the patient with schizophrenia. *Special Care in Dentistry* 1991;11(5):179-83.
6. Alex Thomas EL, Charis Karouzos, Costas Kontis,. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Special Care in Dentistry* 1996;16(2):84-86.
7. R. G. McCreadie HS, J. Henderson, D. Hall, R. McCaul, R. Filik, G. Young, G. Sutch, G. Kanagaratnam, S. Perrington, J. McKendrick, D. Stephenson, T. Burns,. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110(4):306-10.
8. Baldessarini R, Frankenburg F. Clozapine. A novel antipsychotic agent. *N Engl J Med* 1991;324(11):746-54.
9. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353(12):1209-23.
10. Atkinson JM, Garner HC. Least restrictive alternative -- advance statements and the new mental health legislation. *Psychiatr Bull* 2002;26(7):246-47.
11. A. A. Pinkney GJG, H. G. Lafave,. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;83(2):86-91.
12. Miettunen JA CT, Hayhurst H, Jones PB. Social deprivation, ethnicity and incidence of schizophrenia in Nottingham 1997-1999. *Schizophrenia Research* 2004;67(supplement 1):45.

新渡假勝地—新社莊園

作者：陳怡玟

網路上一直流傳著關於歐洲花園古堡的美麗傳說。事實上，南歐花園式建築的古老城堡，就藏匿於中台灣—新社。倘若沒有走入園區，很難發覺在香菇山城的環繞中，有著這樣一個充滿異國情調的地方，走進園內看得到城堡、湖泊、拱橋…有著讓人置身南歐美麗的錯覺…。台灣不常見到以歐式古堡為造型的景點，新社鄉周圍環繞著翠綠的山巒，佔地面積相當廣大，多數莊園依著地勢起伏規劃造景，植物園藝與歐式古堡的搭配，讓人有置身於歐洲的錯覺，徜徉於園區間，令人身心放鬆。說到台中新社鄉大家首先一定是想到著名的新社花海季，其實新社鄉還有另一處同樣為人所知的景致，那就是一般被稱為新社花園城堡的『新社莊園』。新社莊園是以歐洲式為主題所打造的古堡花園，海拔高度在五百至八百六十公尺之間，周圍群峰環繞，四季氣候舒適，古歐式建築溶入樹林、花卉與湖泊的風景之中，有古歐式建築的壯麗卻沒有古堡陰森森的陰霾，古堡前面有個湖泊，湖邊花草繽紛，整個庭園充滿豔麗的花卉，讓你置身於浪漫的花香氣氛之中，整個庭園彷彿是一幅圖畫，有著「台中之肺」的美稱，是適合夏季避暑遊憩的美麗花園。



雖然是一處人工雕琢的花園，但是風景美麗，綠水藍天就是令人忍不住想拍照留念。（歐洲風城堡）



「新社莊園」於921地震之後開始規畫建造，配合自然生態以及山勢起伏而設計，保留了大部分自然景觀的面貌，同時亦兼顧造景與水土保持二大目標，依恃不同的地貌，亦採用不同的技法施工，成功地重整了這一塊原本平凡的土地。

新社莊園設計：《周志榮》以自然建築主義創作設計模擬西班牙風格、以唯美優雅的建築空間感動來此欣賞的心靈、以建築花園秘境細心打造出西班牙風的優雅風采，園內典雅的列柱拱廊與精巧細膩的灰泥雕刻，以華麗炫目色彩和古典雅緻令人驚嘆不已！運用花與樹、山與水的自然熱情律動，變成蘊含神秘意境的花園庭院，其繽紛的奇花異卉飄散異國風情與香氣，潺潺不絕的流水、噴泉，潭水、瀑布滿溢於花園的綠池中，形成倒影讓生命色彩的冥想意境和空靈感。



壯觀的人造瀑布，每約10分鐘就加強噴霧的效果，美得如履仙境。（迷霧瀑布）

佔地14甲的花園腹地，為了讓古堡的樣貌在台灣重現，工作團隊特地四處找尋廢棄窯場的磚塊，堆砌出夢想中的歐洲城堡建築，城堡和莊園的屋頂，全是從西班牙進口的建材，牆壁和地上的一磚一瓦更有來頭，園區所有建築完全比照南歐酒莊風格和建築工法打造。有著座仿歐洲古城堡興建的湖畔花園古堡和一座酒莊，莊園裡由於種植多種季節的樹木，可以見到不同的四季景色；在這裡可以放鬆心情欣賞大自然的美景和黃昏時的夕陽。吹著徐徐微風，走在石砌的小徑上，就像是走在中古世紀的城堡裡。進入廣闊的莊園，古堡、花園、酒莊、湖景、石橋、運河…等，彷彿置身中古世紀歐洲。

莊園迷人的所在就是那一棟又一棟的歐洲古堡建築，在建築物方面，新社莊園中石砌的道路和城堡形成歐洲莊園般的景色，皆經過精心的規劃，依循等高線開展而下；使用不經雕琢的原石磚瓦以及大量的百年老木及舊有原料，將天然和舊有的材料物盡其用，呈現帶有歷史感的中古世紀風情。此外，亦使用木頭和茅草搭建的酒莊可讓遊客感受以往歐洲貴族的優閒情懷。每個季節的變換都讓新社古堡花園景觀擁有不

同的風情，橋梁和流水的景緻讓人身歷其境，漫步在新社古堡花園裡面，觀賞落座在山水之中的庭園景色，為了更添詩情畫意還有迷霧瀑布、虹橋、特色六角餐廳和南洋風味餐廳等等景點，讓遊客為之嚮往。

園區目前有3座城堡、3家餐廳，入場券每人收費兩百五十元，歐陸料理和南洋風味餐飲價位偏高。據了解，其中一座尚未開放的城堡裡的餐價位將會更高，但提供更精緻的餐飲料理，以服務不同層次的客人，預計將有30桌的宴會場所，很適合舉辦婚宴。大部份遊客入園拍照景點包括哥德風古堡、莊園主題堡、迷霧瀑布等。迷霧瀑布是一個噴水設計造景，隨著階梯狀的地形緩緩流下，噴出的霧氣圍繞景點周圍，透過夕陽的反射，十分美麗。

在莊園中，將能真正擁抱自然，享受群山環繞，流水潺潺的原野風味，在綠意盎然中，挹滿無盡的蒼翠，盡享山林的悠閒與樂趣。也能一倚湖畔青柳，舒緩平日的匆忙；更能走入古堡中，一品中古歐風，等待一秋楓紅，引頸千樹梅綻。步入莊園，將會不經意地融入其中，留連忘返。



古色古香的六角亭餐廳。

古堡前一片美麗乾淨的草皮，由此可知，建築美術與環境美化方面都很重視。



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 50082766 | | 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 | |
| 木棉專用劃撥單 | | 新台幣 (小寫) | |
| 請勾選 | | 蘇明弘 | |
| <input type="checkbox"/> 樂捐木棉雜誌 | <input type="checkbox"/> 加入木棉之友 | 戶名 | |
| <input type="checkbox"/> 永久會員15000元 | <input type="checkbox"/> 參加學術活動 | 寄款人 | |
| <input type="checkbox"/> 其他 | 年 月 日 | 姓名 | |
| 校別 _____ 屆次 _____ | | 通訊處 | |
| 刊登木棉廣告 _____ 期， | | 電話 | |
| 共 _____ 元 | | 經辦局收款戳 | |
| 虛線內備供機器印錄用請勿填寫 | | | |

| | | | |
|--------|------|------|--------|
| 收帳帳號戶名 | 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

本報

The Journal of CSMU Dental Alumni Association

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。

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





植牙基礎班

■植牙必備Know-how七大堂
■植牙行銷學一大堂
■新骨操作Hands-on六小時

台北基礎週二班 10/20起開班
台中基礎週二班 09/15起開班
高雄基礎週日班 08/23起開班

| 堂數 | 課程內容 | 堂數 | 課程內容 | 堂數 | 課程內容 |
|----|--|----|---|----|--|
| 一 | 植牙入門-教您跨出成功的第一步 1. 植牙入門應有的態度及準備 2. 如何向病人解釋植牙 3. 應徵常見的Q & A 及反饋建議 | 四 | 植牙醫療基礎科學 1. 植牙醫療的圍口境界科學 2. 植牙醫療臨床適應與學術背景 | 七 | 植牙之磨復咬合學 1. 固定磨復之咬合 2. 活動磨復之咬合 3. 早期夾牙與磨復之咬合 4. Immediate Loading 之咬合 |
| 二 | 診斷與治療計畫 1. 如何評估治療正確的磨骨 2. 異體骨質導向之診斷 3. 醫療意向之治療計畫釐定 4. 選擇植牙植體 (如何求獲成功) | 五 | 植牙醫療基礎科學 1. 骨質密度與 2. 骨質傷口癒合之原理 3. 植牙再生骨三角 4. 牙骨保存術 | 八 | 植牙之磨復 1. 植牙磨復印模技巧 2. 印模製作原理 3. Abutment之選擇與應用 4. 植牙二期手術之技巧與訣竅 |
| 三 | 植牙醫療基礎科學 1. 植牙相關事件命名分類與史實 2. 植牙與齒槽骨質癒合 3. 植體-齒槽骨之介面特性 4. 植體-軟組織之介面特性 5. 植體材料 | 六 | 植牙手術第一階段 1. 植牙手術植體設計 2. 牙槽骨植體癒合原理 3. 骨癒合之手術原則 4. 克服O4 Bone | 九 | 植牙植體設計 磨復植體操作 手術原理 (咬合骨癒合及癒合原理) |
| | | | | 十 | |

植牙進階課程

- 無痛次數免費拔牙 ●資深醫師免費tutor帶刀
- 免費回診追蹤及複診 ●NYU植牙專科研究證書及證書

課程規劃包括手術植牙必備知識技巧 / 手術模擬(羊骨hands-on) / Live Surgery

課程包括: 植牙術前診斷與治療計畫、Hard Tissue and Soft Tissue Management、Implant Surgery Complications Timing of Implant placement and different prosthodontic designs、Other Applications

- * 植牙術前X-ray判讀、治療計畫、Implant
- * Implant in narrow ridge/GBR (block surgery)
- * A strategy for accelerating wound repair and regeneration
- * Soft tissue management in Implant Dentistry
- * Make the complex simple in Implant dentistry—Bioortical
- * Accelerated dental Implant
- * Immediate Implantation and Immediate loading
- * Advance Implant prosthodontic restoration
- * Clinical applications of Implants in orthodontics
- * The Application of Growth Factors in Guided Bone Regeneration
- * To the ultimate using dental implants& miniscrews for full mouth rehabilitation cases

- * Microsurgery for Implant
- * Over Denture 於植體之應用
- * Implant Surgery Complications
- * Orthodontic Role in Implant Dentistry
- * Sinus elevation
- * Implant selection
- * 常用植體系統評點
- * GBR
- * Esthetic Implantology

植牙基礎班開班時間:

台北週二班-2009/10/20起, 每週二上午9:00-12:00
台中週二班-2009/09/15起, 每週二上午9:30-12:30
台北週日班/高雄週日班已開班

■課程費用:10大堂堂, 堂費 4R,000 元/三人團體, 一人4R,000元

●以下課程未滿10人不開班, 如未開班, 全額退還

●牙醫自備之設備, 因時間配合與否而定, 每位老師的會費材料皆自理上齊。

●若因不可預見之因素, 無法如期參加者, 請向主辦單位及諮詢人員之查詢

植牙進階班開班時間:

台北週日班-2009/10/18起, 隔週日全天9:00-16:00
台中週二班-2009/12/15起, 每週二上午9:30-12:30
高雄週日班-2009/11/22起, 隔週日全天9:30-16:30

■課程費用:21大堂堂, 堂費140,000元/三人團體, 一人140,000元

維瀚年度好禮大回饋

- 回饋專案一:機票大方送
- 回饋專案二:植體加贈者更多

凡報名維瀚植牙進階班及維瀚舉辦國外植牙證書課程者即可適用以下回饋專案

專案一:報名"植牙進階班+NYU紐約大學植牙專科研究證書班"或"植牙進階班+Harvard哈佛大學植牙進階學分班"

★方案a:台北-紐約 來回機票機票 加價贈10,000元 ★方案c:台北-韓國首爾 來回機票(17天票) 免費送
★方案b:台北-波士頓 來回機票機票 加價贈20,000元 ★方案d:台北-泰國曼谷 來回機票(14天票) 免費送

專案二:報名"植牙進階班+NYU紐約大學植牙專科研究證書班+Harvard哈佛大學植牙進階學分班"

★方案a:台北-波士頓 團體機票 免費送

★方案b:台北-關島 來回機票 免費送

★方案c:台北-日本東京 來回機票(14天票) 免費送

<機票相關使用規定及植體加贈方案請洽維瀚>





WOODEN FURNITURE WORKSHOP.

品木堂家飾工作室

235 台北縣中和市民富街64巷7號

Tel : (02)2223-3307 · 2226-1376

Fax : (02)2223-3726

E-mail : cmc58@ms12.hinet.net

