

牙醫師與您的對話

木棉

雜誌

第 19 期 / 1997 · 夏

現行法制下的「另類牙醫師」？

談夜間磨牙

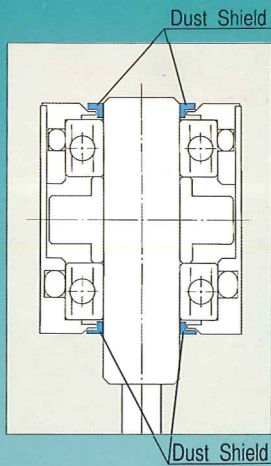
植體與自然牙連結製作假牙之探討（上）？

生命的沈思 & 水的聯想

永恆的天堂淨土

躍進的中山醫學院





防塵保護裝置

新的防塵裝置可長期減低磨損並增加內部的無菌。這效果完全由此專利的設計保護渦輪軸心不受碎屑侵入和污染。

PANA-QD

PANA-V

回流屏障

感染控制不再是遙不可及的名詞



NSK的Push Button Bur Lock系統(PAT.)



膠囊式渦輪在外科使用中更換容易



多種QD-J Coupling可搭配不同的手機tubing使用。

請認明原廠產品
謹防假冒

- **135°** 可高壓消毒滅菌
- 免保養的囊管式把手設計
- 改良式彎曲設計利於切割效率
- 具無菌配備—逆回流裝置
- 防塵保護裝置

快速接頭：順暢旋環並確實快速鎖緊，水孔處有回流閥，接頭尾部形狀有三型
BORDEN·MORITA·MIDWEST

NSK NAKANISHI INC.

HEAD OFFICE & FACTORY : 340 Kamihinata, Kanuma-shi, Tochigi-ken 322, Japan Tel:0289-64-3380 Fax:0289-62-5636

TOKYO OFFICE : 3F Sakai Bldg., 19-4 Ueno 3-Chome, Taito-ku, Tokyo 110, Japan Tel:03-3835-2892 Fax:03-3835-2856



台灣總代理

西河國際股份有限公司

北區事業處 台北市博愛路12號2樓

中區事業處 台中市港路二段59號2樓

南區事業處 高雄市中山一路178號

電話：02-3141131

電話：04-3270891

電話：07-2512113

AD7 完全自動 高溫 高壓 消毒鍋

10,000元，輕鬆擁有!?

自動開門 = 絕對乾燥

讓您的療程更安全、放心又方便!



AD7 AUTOHOUSE

ONLY ONE TOUCH!!

一次完成 → 全部程序

自動加水 + 消毒 + 開門 + 乾燥

省時 + 省力 = 完美滿意

超音波潔牙機
SELECTOR-SC



光固化燈
SELECTOR-L



——分期付款，實施中——

- 請向本公司直接訂貨或洽詢各地牙材商。

產品附有保證書，品質保固一年!



雅登企業有限公司

台北縣泰山鄉中山路二段963號7樓

電話: (02)9032774 • 9010620

傳真: (02)9033874 • 9034464



出版者：中山醫學院牙醫學系校友會
發行人：賴海元
創辦人：梁榮洲
創刊時間：81年9月10日
榮譽社長：周汝川
總會會長：葉天華
社長：江文正
副社長：徐信文
學術編審：北市中山校友會學術委員會

雜誌

●第十九期●1997年6月15日出版

目錄



牙科天地

醫療法規

6 現行法制下的「另類牙醫師」？ / 黃天昭

齒顎矯正

27 下顎大白齒缺失空間開關及縮減病例報告 / 曾振文

41 Pre-Surgical Orthodontic Treatment (上) / 王維堅

鄭郁玲

蘇明圳

顎關節

33 談夜間磨牙 / 楊日昇

周孫隆

牙科植體

36 植體與自然牙連結製作假牙之探討 (上) / 盧貞祥



總編輯：蔡守正

社址：台北市中山北路二段185號9FB室

電話：(02) 5962232 · 5856575

傳真：(02) 5993079

企劃製作：三友圖書有限公司

承印：皇甫印刷公司

電腦排版：顯浩電腦排版有限公司

編輯顧問：王誠良、何宗英、林繁男、林達仁、林忠光、李英祥、
連日德、陳季文、陳超然、陳俊英、陳寬宏、曾應魁、
黃維勳、梁榮洲、楊明德、趙鴻濱、潘渭祥、蔡友松、
賴海元、蘇明圳（依姓名筆劃序）

法律顧問：陳培豪

醫政顧問：呂喬洋

法政顧問：顏錦福

財開顧問：魏耀乾

●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

人文生活

我思我在

19 生命的沈思&水的聯想

/ 曾毓芬

還諸大地

47 永恆的天堂淨土

/ 林芝蕙

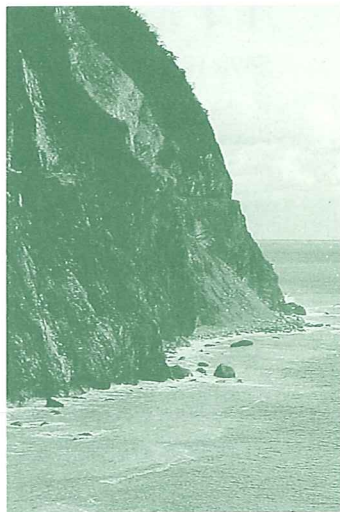
產品與活動

校友會活動

50 躍進的中山醫學院

/ 中山醫學院校友室

56 台北市中山校友會大會現場報導



廣告索引

- | | |
|------|-------------|
| 封面裡 | 西河國際股份有限公司 |
| 第3頁 | 雅登企業有限公司 |
| 第29頁 | 鼎興牙科材料有限公司 |
| 第30頁 | 偉登興業有限公司 |
| 第31頁 | 台灣留蘭香股份有限公司 |
| 第32頁 | 利達有限公司 |
| 第55頁 | 鼎昕裝潢工程有限公司 |
| 第58頁 | 麥肯(嬌生)有限公司 |
| 封底裡 | 同鼎有限公司 |
| 封底 | 奇祁有限公司 |

現行法制下的「另類牙醫師」？

撰文／黃天昭

行政院於民國八十五年七月十日作成一個判決，原告為某鑲牙生於八十四年向中央健保局申請為全民健康保險特約診所，經被告〔中央健保局〕拒絕，原告不服，經提起訴願、再訴願，均遭駁回，遂提起行政訴訟，結果亦遭駁回。近來，個人亦曾為齒模技術員可否直接為病患印取模型及試戴假牙，與人有所爭執。這是是非非，在牙體技術師與牙醫師助理人員證照化的時期，更形突兀，對方為爭取自己的利益〔儘管與醫師法相違背〕而爭，固可理解；而牙醫師基於對特定人而感情用事則難以苟同。牙醫師常犯一個錯誤，先是基於自己工作上的方便，不當地將自己該做的事委之於人，然後為了保護自己而為對方辯護，有許多違反醫師法的個案多是如此。此種思考更擴而散之，進而在牙體技術師與牙醫助理人員證照化時顯現出來，其結果可能會重演「另類牙醫師」的夢魘，牙醫師自我的認識不清，其危險恐怕要大於對方的壓力，一個猶疑的牙醫師不但會具體的為對方辯護，更嚴重的是，會使對方受到鼓勵並增強對方主張的正當性。因此本文想藉回顧過去牙醫師與非牙醫師在工作領域的爭執，以及衛生主管機關的態度，來探討一個不是問題的問題：「牙醫醫療業務非牙醫師不

得為之。」

中華民國六十四年九月九日行政衛生署以醫字第七八四八六號令訂定發布之「齒模製造技術員管理辦法」〔法規命令〕，共十一條，其中涉及工作範圍者有三條：第三條規定：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙之人員。」第九條規定：「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」第十條規定：「齒模技術員違反前條之規定者，依醫師法第二十八條之規定處罰，並撤銷其登記。」值得注意的是，第九條執業範圍所採取的定義方式，係反面定義方式，即扣除第九條所列之業務外，其餘均屬齒模技術員之工作範圍。第三條之規定則為正面定義方式，換言之，只有齒模製造以及助理鑲牙兩項，而後者必須以牙醫師或鑲牙生指示為前提，方得從事。但是其中許多不確定的法律概念，諸如：「口腔內科」、「治療牙病」、「與口腔衛生有關之醫療業務」、「助理鑲牙」等。均須經過解釋才能將上述工作範圍加以確定。對於第九條採取擴張解釋則齒模技術員的工作範圍小；對於第三條採取擴張解釋則其工作範圍大。而主管機關對於此類不確定法律概念的擴張

或限縮解釋，則可以看出主管機關對政策所採取的態度。但筆者以為，牙科醫療業務即使屈就於環境現實，而不得不須允許齒模技術員觸及病患，亦屬極小範圍的例外。依「原則從寬，例外從嚴」姑不論行政立法之當否，解釋時應使齒模技術員觸及病人之範圍減至最小才是。否則又如何稱之為「齒模製造技術員管理辦法」？本文試從回顧行政院衛生署相關的解釋及法院實務見解，並及於立法之當否予以評述，希望能拋磚引玉，促請牙醫界及主管機關各自檢視過去，並為將來的互動提供方向，使廣大的牙醫病患在更完善的法制規範下，受到更好的照顧。

法條規範的矛盾

「齒模製造技術員管理辦法」第九條規定：「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」

首先就「醫療業務」而言，所稱之「醫療業務」係指「以醫療行為為職業者而言，不問是主要業務或附屬業務，凡業務上予以機會，為非特定多數人之醫療行為均屬之」。其中所稱「醫療行為」係「凡治療矯正或預防人體疾病、傷害殘缺或保健為直接目的，所為的診察、診斷及治療，或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方或用藥等行為的全部或一部的總稱。」¹準此，依據第九條規定，齒模技術員所得從事之工作為何？甚難理解，何者為「口腔內外科以外的牙科醫療

業務」或可得而知，何者為「治療牙病以外的牙科醫療業務」？即難瞭解。或許主管機關認為「鑲牙」不屬於「治療牙病」的醫療行為。即或如此，那麼，甚麼是「與口腔衛生無關之醫療業務」呢？大概是非牙科醫療業務吧！也就是說，依照「齒模製造技術員管理辦法」第九條規定：「齒模技術員得從西醫醫療業務、中醫醫療業務……」？當然不是的。原來關鍵並不在於「口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有無關係」，而是在於「醫療業務」！第九條的真意應解為：「齒模技術員不得施行牙科醫療業務。」如此費解的條文不知如何產生的？難怪衛生署關於第九條的解釋很少，相對的，卻常常以第三條來解決有問題的個案。第九條置之不用的結果是第三條失去外部界限。

「齒模製造技術員管理辦法」第三條規定：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙之人員。」

依條文可知齒模技術員所得從事者有二：

1. 從事齒模製造。
2. 依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙。

即或二者均屬妥當，也應以從事「齒模製造」為原則，以從事「助理鑲牙」為例外，否則又何稱之為「齒模製造技術員管理辦法」？牙科醫療業務即使屈就於環境現實，而不得不須允許齒模技術員觸

及病患，亦屬極小範圍的例外，前已述及，因此對於「助理鑲牙」〔例外中的例外〕解釋更應限縮才是。

再細觀第九條規定，「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」並未區別有無「依牙醫師或鑲牙生指示」。換言之，即使依牙醫師或鑲牙生指示，亦不得從事第九條所列的醫療業務，否則依第十條規定，應「依醫師法第二十八條之規定處罰」〔此為贅文，蓋即使無此規定亦應依醫師法處罰，並無不同〕，並「撤銷其登記」。為何第三條卻規定「依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙」？到底「助理鑲牙」不屬於治療牙病呢？或與口腔衛生無關呢？還是不屬於醫療行為？就常識所能瞭解，鑲牙乃在缺牙或牙冠遭嚴重破壞，為恢復其咬合功能所為的膺復治療，既是治療牙病又與口腔衛生有關，當然是醫療行為，亦屬醫療業務。衛生署解釋亦肯認之²。除非「助理鑲牙」不屬於「鑲牙」，否則第三條即與第九條相違背。

何謂「助理鑲牙」？恐怕是此一辦法所獨創，個人以為「助理」二字乃對應「指示」而來，指示者為之謂之「鑲牙」；被指示者為之謂之「助理鑲牙」。對病患而言，其行為內容初無二致，不因行為者不同而異，同屬醫療行為。第三條與第九條相違背，應可肯定！然而衛生署見解並非如此。³

所謂「指示」

再看看何謂「指示」？所稱「指示」為：

1. 「由牙醫師視工作情況自行斟酌指示方式」⁴
2. 「可由牙醫師自行斟酌指示方式，不單限於臨床指示一項」⁵
3. 「指示係雙方協議行為不具法定強制性質」⁶
4. 「可由牙醫師視工作情況自行斟酌指示方式，不單限於臨床指示，齒模製造技術員承製假牙時，不須牙醫在場，但不得為患者裝置假牙。」⁷

有關「指示」的解釋本應逐案為具體的指示才是，然而衛生署卻一再擴張解釋，不但由具體的指示擴張為概括的指示，簡直將「指示」解為「授權」。無怪乎齒模技術員工會聘請牙醫師為顧問，無論認識與否，統一發給授權書讓齒模技術員自行承製假牙⁸。更可議者，所謂「指示係雙方協議行為不具法定強制性質」，更根本改變了「指示」係單方決定意思內容的性質，而強認為「指示係雙方協議行為不具法定強制性質」，協議須雙方意思合致才能成立，與指示迥異，如此解釋已超出指示的概念。更甚於此者，所謂「齒模製造技術員承製假牙時，不須牙醫師在場」不知其依據為何？齒模技術員必須依牙醫師或鑲牙生之指示，始得從事助理鑲牙，如何得「承製」假牙？即使有牙醫師或鑲牙生之指示，「承製」行為亦斷然非

屬於「助理鑲牙」行爲，此其一。「承製」時牙醫師既未在场，即未經牙醫師的診斷、擬定治療計劃、假牙設計等判斷，齒模技術員如何承製假牙？此其二。「齒模製造技術員管理辦法」亦無明文規定齒模技術員得承製假牙，此其三。上一解釋完全脫離解釋的範圍！

再整理一下，第九條規定：「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」可簡化為：「齒模技術員不得施行牙科醫療業務。」〔雖不中亦不遠矣！〕第三條規定：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲牙生指示得從事『助理鑲牙』之人員。」據前所述，其實會解釋成：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲牙生指示得從事『鑲牙』之人員。」其中「並依牙醫師或鑲牙生指示」因衛生署對「指示」的浮爛擴張而成俱文，所剩者：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造及鑲牙之人員。」由於第九條不易解釋因而甚少引用，單獨適用第三條的結果：齒模技術員之業務變成爲「從事齒模製造及鑲牙」。以上乃筆者就法條解釋推出的結果，但實際上，衛生署並未忘記還有較齒模技術員高一級的鑲牙生存在，必竟鑲牙生尚可「指示」齒模技術員。因此「鑲牙」二字仍有些許的限縮解釋，必竟第三條明文爲「助理鑲牙」呢！但是爲了擴大鑲牙生與齒模技術員的差異，卻又將鑲牙生的

業務範圍擴大解釋。

鑲牙生管理規則第七條規定：「鑲牙生不得施行口腔外科及治療牙病。」又是反面定義方式！其關鍵又是「治療牙病」！但別忽略了鑲牙生並未排除爲醫療行爲！讓我們省省抽象的推理，直接看一則訴願的決定：

「依鑲牙生管理規則，鑲牙生之業務範圍以鑲牙補齒爲限，其爲達鑲牙補齒之目的，執行鑲牙補齒過程中所必須包括的醫療行爲，如口腔及牙齒診斷、橋基牙〔支台齒〕之復健、牙齒的切削成形〔常須清除齒垢及上局部麻醉〕、印取模型測量設計〔設計基於診斷〕、牙冠牙橋或假牙的製作、試戴〔咬合調整〕、裝戴使用等，除此以外之行爲，應受鑲牙生管理規則第七條所定「鑲牙生不得施行口腔外科及治療牙病」之約束」⁹。此一訴願決定可議者有：

1. 口腔及牙齒診斷、橋基牙〔支台齒〕之復健、牙齒的切削成形〔常須清除齒垢及上局部麻醉〕、印取模型測量設計〔設計基於診斷〕、牙冠牙橋或假牙的製作、試戴〔咬合調整〕、裝戴使用等醫療行爲未必均屬於「執行鑲牙補齒過程中所必須包括的醫療行爲」。雞毛變爲令箭！爲達目的不擇手段？

2. 別忘了「鑲牙生不得治療牙病」！口腔及牙齒診斷、橋基牙〔支台齒〕之復健、牙齒的切削成形〔常須清除齒垢及上局部麻醉〕、印取模型測量設計〔設計基

於診斷)、牙冠牙橋或假牙的製作、試戴〔咬合調整〕、裝戴使用等，豈非均不屬於治療牙病！

就衛生署的解釋觀之似乎僅為「鑲牙生不得施行口腔外科」〔卻得上局部麻醉〕而已¹⁰。附帶一言者，倘將來牙體技術師法規定牙醫師不得從事牙體技術師工作範圍的工作，除口腔外科部分外，豈非牙醫師不如鑲牙生嗎！¹¹

再回到齒模技術員的業務範圍，看看衛生署的相關解與前述推論結果：「從事齒模製造及鑲牙」有無不同。

牙醫醫療業務大致可分為牙體復形〔補牙〕、齒內治療、牙周病治療、口腔外科、齒顎矯正、膺復及兒童牙科等諸大項。就兒童牙科而言，其治療係因病患為兒童而區別，醫療行為內容與其它各專科頗有雷同，不另述。以下就各專科分別對衛生署的釋示並及於司法實務見解做一回顧：

拔牙

「齒模製造技術員管理辦法」第九條規定：「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」鑲牙生管理規則第七條規定：「鑲牙生不得施行口腔外科及治療牙病。」明文禁止鑲牙生或齒模技術員為病人拔牙。

齒顎矯正面：方面：

「單純鑲牙補牙，依法固屬鑲牙生業

務範疇，惟醫師法第二十八條之一所指醫療廣告，並不以對人體有構成危害之虞之廣告，亦即利用化學方法或機械方法所為診察治療人體疾病行為之廣告，諸如對於人體某種疾病之打針施藥之廣告為限，即利用適當之矯正力之齒列矯正之醫療行為，亦在禁止之列。本件原告未取得合法醫師資格，竟利用其取得鑲牙生資格，並奉准遷移新址之便，擅自散發單純載有：「牙科」及「齒列矯正」等涉及能癒人身生理機能的病變或缺陷之消除之醫療廣告事項，於七十三年一月二十三日經台灣省牙醫師公會查覺之事實，有該廣告傳單影本及該公會函影本，附於原處分卷可稽。被告機關因以原告有違反醫師法第二十八條之一規定為由，科處原告罰鍰一萬元（折合新台幣三萬元），按諸首開說明，原處分並無違誤¹²。鑲牙生不得為齒顎矯正之醫療行為，應為當然之解釋，舉重明輕，齒模技術員更不得為之。

牙周病治療：

「按『齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。』及『齒模技術員違反前條之規定者，依醫師法第二十八條之規定處罰，並撤銷其登記。』齒模製造技術員管理辦法第九條及第十條訂定甚明。本件原告係齒模製造技術員，未取得合法醫師資格，於七十六年十一月十一日，在台中縣豐原市○○○路四十五號蔡○○所開設之○○牙

科診所為陳○○以超音波洗牙機去除牙結石，經台中縣衛生局派員查獲，移送台灣台中地方法院檢察處檢察官偵查起訴，並經台灣高等法院台中分院判決，處原告有期徒刑一年，減為有期徒刑六月，如易科罰金以三十日折算一日確定，有台灣高等法院台中分院七十七年度上易字第一〇〇四號刑事判決影本在原處分卷內可稽。至被告機關65.09.23衛署醫字第一二六七八六號函謂齒模製造技術員為人整修假牙及清除齒垢不屬於醫療行為，係以不使用藥品或醫療器材為前提，本件原告以超音波洗牙機為人清除牙結石，與上開函之情形不同，業經被告機關的答辯書內詳為說明，台灣高等法院台中分院刑事判決亦係持同一見解為原告有罪之判決，原告之訴即無可採，從而本件被告機關以77.07.29衛署醫字第七四六一四一號函所為之處分，揆諸首開規定及說明，並無違誤，訴願、再訴願遞予決定維持，均無不合。」¹³可注意者係法院引用衛生署65.09.23衛署醫字第一二六七八六號函，認為本件齒模技術員因使用超音波洗牙機去除牙結石，而與該解釋「清除齒垢，不可使用醫療器材及藥品，不可與牙肉組織直接接觸」¹⁴不合。其重點在「使用超音波洗牙機」而不是「去除牙結石」，至於衛生署解釋所稱之「清除齒垢」所指為何則未論及。衛生署在醫師法相關解釋均使用「洗牙」一詞，如「『洗牙』乃醫療行為，屬牙醫師業務範圍，應由牙醫師親自執

行。」¹⁵；「洗牙應屬醫師法第二十八條第一項所稱之醫療行為。」¹⁶但在「齒模製造技術員管理辦法」相關解釋則對「清除齒垢」的方法與界限具體的解釋。或許有齒模技術員涉及洗牙行為但以其係單純「清除齒垢」為辯，此際衛生署應以是否涉及洗牙或醫療行為予以解釋，不應解釋「清除齒垢」，否則無異間接承認有所謂「清除齒垢」的行為且屬於「助理鑲牙」行為。否則違法者一再以新名詞抗辯，衛生署豈非忙於定義？再看有關鑲牙生之解釋：「鑲牙生在鑲牙過程中，若為達鑲牙目的，其為牙周病患洗牙，應無不可，否則仍應受『鑲牙生管理規則』第七條所定『鑲牙生不得施行口腔外科及治療牙病』之約束。」¹⁷承認鑲牙生得洗牙。但其後衛生署解釋醫師法時，上開兩個解釋以已明文指出洗牙係「醫療行為」應由牙醫師親自執行，先前之解釋應不再援用，故鑲牙生應不得為病患洗牙。

牙體復形（補牙）：

就鑲牙生而言，衛生署的解釋儘管不見得對，卻相當一致，即「其為達鑲牙補齒之目的」除口腔外科外均得為之，補牙當然可以！67.4.26衛署醫字第一八九九一號解釋：「補牙為醫療行為，須有醫師（牙醫師）資格者充當；但依『醫師法施行細則』二十一條〔按：現為二十二條〕及『鑲牙生管理規則』規定，鑲牙生亦得執業補牙。非醫師或非鑲牙生，為補牙行為應依醫師法處罰；鑲牙生為補牙行

為既為法令所允許，宜應依鑲牙生管理規則處辦。」

『醫師法施行細則』二十二條規定：「在本法施行前，經鑲牙生考試及格鑲牙生管理規則執業之鑲牙生，得繼續執業。但自本法施行之日起，停止發給鑲牙生證書。」鑲牙生管理規則第七條規定：「鑲牙生不得施行口腔外科及治療牙病。」其中並無所稱「鑲牙生亦得執業補牙」的規定。相反的，有明文規定「鑲牙生不得治療牙病」，除非補牙非屬「治療牙病」否則此一解釋為違法，然而補牙是否為「治療牙病」呢？這是常識！當解釋法令違背常識，又有何規範功能呢？

就齒模技術員而言，衛生署的解釋亦相當一致，齒模技術員不得補牙。可見衛生署在做解釋時，心中仍有一把尺，將鑲牙生與齒模技術員區別開來。

高等法院刑事判決：「... 令據證人即牙醫師○○○於原審所證稱『其係齒模工會顧問，他們工會〔會員〕有一百多個，我也不太認識□□□，該授權證書係工會統一印給會員的』等語以觀。足見上訴人□□□右揭時地係屬獨立作業，並無接受牙醫師之指定，而其向法院提出授權書只是其齒模工會為其會員一般委任牙醫師，並非其有具體受該牙醫師授權彰顯明甚，委無疑義。又依齒模製造技術員管理辦法第三條末段規定「依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙」，雖該指示可由牙醫師或鑲牙生視工作情況自行斟酌指示方

式，不限親自在場指示，然其指示之範圍應以助理鑲牙為限，殊無得指示口腔外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務，此並經行政院衛生署八十二年六月十一日衛署醫字第八二三一九二五號函示甚明。本件上訴人□□□既已自承為顧客鑲牙及補牙非虛，亦顯已超出前述可由牙醫師指示之範圍。灼然有徵，委無疑義。.....」¹⁸

此一判決可堪贊同，且有幾點值得注意：

1. 依前所述及，衛生署對「指示」的解釋一再擴張，竟成「授權」，甚至「協議」，其結果是齒模工會聘請顧問牙醫師，無論是否認識，統一印給會員授權證書。

2. 儘管衛生署對「指示」的解釋一再擴張，高等法院法官並未受其影想響。其謂「授權書只是其齒模工會為其會員一般委任牙醫師，並非其有具體受該牙醫師授權」。

3. 高等法院法官同時引用「齒模製造技術員管理辦法」第三條：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙之人員。」及第九條「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」而認為：「依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙，雖該指示可由牙醫師或鑲牙生視工作情況自行斟酌指示方式，不限親自在場指示，然其指示之

範圍應以助理鑲牙為限，殊無得指示口腔外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務」，可見第九條為第三條的外部界限。

4. 具體認為即使在所有謂「授權書」的「指示」下，齒模技術員從事鑲牙及補牙，仍應依醫師法第二十八條第一項前段之非法執行醫療業務罪處斷。

膺復

膺復工作實為齒模技術員對於牙醫師醫療業務的「好犯地區」。眾所周知，膺復乃咬合之重建，對一個缺牙或牙冠缺損的病患，牙醫師應經過診斷、設計、支台齒治療修復、支台齒切削成形、印取模型、倒石膏製作齒模、製作臘型、鑄造、研磨打光、試戴義齒〔假牙〕、咬合調整、乃至裝置完成等步驟才能完成膺復治療。齒模技術員工作乃經牙醫師印取模型後交予齒模技術員，倒石膏製作齒模、製作臘型、鑄造、研磨打光、完成義齒製作，再交予牙醫師試戴義齒〔假牙〕、咬合調整並裝置義齒完成膺復治療。此為牙醫膺復治療的常態，即使因為個案具體情形偶有逾越，亦屬例外。乃衛生署所定「齒模製造技術員管理辦法」第三條規定：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙之人員。」將「助理鑲牙」納入齒模技術員之工作範圍，並將其限制的前提要件〔指示〕不當擴張解釋，齒模技

術員接受「指示」後，有不主張其係「助理」鑲牙者殊難想像！前已述及此不贅。如此一來豈非齒模技術員與鑲牙生在鑲牙方面的工作範圍一致？依衛生署的解釋觀之，並非如此。衛生署心中仍有一把尺加以區別。先看一則有關「支台齒切削成形」的法務部法律問題座談會研究意見：

問題：甲係齒模製作技術員，未取得合法醫師資格，又非依牙醫師或鑲牙生指示，擅自為乙製造齒模，並以牙醫師所用之診療機為乙磨平牙齒後，為之鑲牙齒三顆，此行為是否為醫療行為。〔本例經函衛生署解釋是否屬於口腔衛生有關之醫療業務。覆函僅稱請逕依事實認定。〕

討論意見：

甲說：齒模製造技術員管理辦法第三條規定「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲牙生指示得從事助理鑲牙之人員」。同辦法第九條：「齒模技術員不得施行……及與口腔衛生有關之醫療業務。」甲係齒模製作技術員，雖得製造齒模。但僅得在牙醫師或鑲牙生指示下助理鑲牙。今違反此規定，擅自為乙磨平牙齒鑲牙，自屬係施行口腔衛生有關之醫療業務。

乙說：甲雖違反齒模製造技術員管理辦法第三條規定，擅自為乙鑲牙，但該辦法係行政命令，且鑲牙既未開刀

或打針，性質上並非醫療業務。

審查意見：

〔一〕依衛生署六十六年三月二十三日衛署醫字第一四二六九八號函覆高院：

1. 整修假牙在口腔外為之，不受醫師法第二十八條之限制。
2. 清除牙垢不可使用醫療器材藥品，不可與牙肉組織直接接觸。

〔二〕擬採甲說。

研究研果：照審查意見通過。

法務部檢察司研究意見：同意研究結果。¹⁹

由上述結論可知支台齒切削成形，無論有無牙醫師之指示，齒模技術員均不得為之，舉輕明重，診斷、設計、支台齒治療修復亦非齒模技術員所得為。其依據為齒模技術員管理辦法第九條。

66.3.23衛署醫字第一四二六九八號解釋：「整修假牙係以假牙二字為主，在口腔外整修假牙不受醫師法第二十八條之限制」若以反面解釋，在口腔內整修假牙即應受醫師法第二十八條之限制，蓋是否受醫師法第二十八條之限制，只有是與否兩種情形，衛生署為衛生主管機關且為「齒模製造技術員管理辦法」的訂定者，無法諉為不知也。

67.8.12衛署醫字第二〇一九四三號解釋：「無牙醫師資格而為人裝修假牙係屬醫療行為，但具有齒模製造技術員在牙醫師或鑲牙生指示下為人裝修假牙，則不在此限。」此一解釋實不合邏輯：「無牙

醫師資格而為人裝修假牙係屬醫療行為」，難道具備牙醫師資格而為人裝修假牙不屬醫療行為嗎？是否為醫療行為應以行為內容而定，而非因行為人之資格而有不同，此其一；「但具齒模製造技術員資格者在牙醫師或鑲牙生之指示為人裝修假牙，則不在此限」，所謂「不在此限」就上文觀之係「不屬醫療行為」之意，同一行為人之行為內容，為何會因牙醫師或鑲牙生的指示由醫療行為而變為非醫療行為？此其二。不過負負得正，其結論仍符合衛生署的真意。認為裝修假牙係屬醫療行為，但具有齒模製造技術員資格者在牙醫師或鑲牙生指示下為人裝修假牙，則可以為之。此一解釋除了上述語意上的邏輯誤繆外，法律上亦是不通。裝修假牙既然是醫療行為，當然與口腔衛生有關，第九條規定：「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」足見67.8.12衛署醫字第二〇一九四三號解釋與「齒模製造技術員管理辦法」第九條規定相違背。

73.6.15 衛署醫字第四八五〇〇二號：「鑲牙應由牙醫師或鑲牙生為之，齒模製造技術員依牙醫師或鑲牙生指示，得從事助理鑲牙；鑲牙應屬醫療行為，未具一定資格，為人鑲牙，應屬違反醫師法第二十八條刑責範圍。」此一解釋可做如下分析：

1. 鑲牙應屬醫療行為，鑲牙應由牙醫師或鑲牙生為之。不問有無牙醫師

或鑲牙生之指示，齒模技術人員不得為之。

2. 齒模製造技術員依牙醫師或鑲牙生指示，得從事助理鑲牙。
3. 「鑲牙」或「助理鑲牙」均與口腔衛生有關。
4. 第九條規定：「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」
5. 「鑲牙」與口腔衛生有關且屬醫療行為，依第九條齒模技術員不得為之。
6. 「助理鑲牙」與口腔衛生有關，但衛生署認為齒模技術員得為之。
7. 在第九條的限制下，「助理鑲牙」勢必要為「非醫療行為」才行，否則第三條會與第九條相違背。

結論：是否屬醫療行為乃以行為的內容為斷，殊不因行為人具有的資格或有無受人指示而有不同。「助理鑲牙」行為不可能因「牙醫師或鑲牙生指示」而變為非醫療行為，73.6.15衛署醫字第四八五〇〇二號解釋與「齒模製造技術員管理辦法」第九條規定相違背。

74.9.5 衛署醫字第五五三三九一號：「齒模製造技術員管理辦法第三條所稱之「指示」可由牙醫師視工作情況自行斟酌指示方式，不單限於臨床指示，齒模製造技術員承製假牙時，不須牙醫師在場，但不得為患者裝置假牙。」此一解釋說明兩點，其一為「指示」，前已述及。

其二為明確指出齒模技術員不得為患者「裝置」假牙。此點推翻67.8.12衛署醫字第二〇一九四三號解釋所肯認的：齒模技術員得為患者「裝修」假牙，其結果可說是回到66.3.23衛署醫字第一四二六九八號解釋：「『整修』假牙係以假牙二字為主，在口腔外整修假牙不受醫師法第二十八條之限制」。

74.11.6 衛署醫字第五六〇二三一號：「有關齒模技術員從業問題，本署曾於民國六十六年三月十二日邀請有關單位代表會商獲至四項結論〔註：見66.3.23衛署醫字第一四二六九八號〕，至本署六十五年三月四日衛署醫字第八七六七九號函指齒模技術員在牙醫師指示下可以直接印模或試裝一節，因印模或試裝假牙皆屬製作假牙過程之一，自應受上述會議結論之限制。」此一解釋明示「六十五年三月四日衛署醫字第八七六七九號解釋」〔齒模製造技術員在牙醫師指示下可以直接印模或試裝〕，因66.3.23衛署醫字第一四二六九八號解釋〔整修假牙係以假牙二字為主，在口腔外整修假牙不受醫師法第二十八條之限制〕之作成而受限制。其實應「不再援用」才是，因行政機關對同一事項之解釋前後有不同者適後解釋。再參照81.2.26 衛署醫字第九八八一八二號：「按牙架、牙冠製造，須配合牙醫師治療病患之需要，由牙醫師或齒模製造人員依照牙醫師取自病患之「齒模」為之……」就上所述，印模應非齒模製造技術員所得

爲之。

75.1.27 衛署醫字第五七六四三二號：「按齒模製造技術人員爲人整修假牙，應係就假牙本身部分，在口腔外爲整修工作，始不受醫師法第二十八條之限制，早本經本署六十六年三月二十三日衛署醫字第一四二六九八函規定在案，是以齒模製造計技術員，擅自爲患者裝置假牙，應認屬醫師法第二十八條所稱之擅自執行醫療業務。」再度強調66.3.23 衛署醫字第一四二六九八號解釋。

所謂「裝置」、「整修」與「試裝」之疑義

衛生署之解釋中曾先後出現所謂「裝置」、「整修」與「試裝」假牙，前二者在75.7.27衛署醫字第五七六四三二號解釋中已予以具體明確的解釋，即「齒模製造技術人員爲人整修假牙，應係就假牙本身部分，在口腔外爲整修工作」；「齒模製造技術員，擅自爲患者裝置假牙，應屬醫師法第二十八條所稱之擅自行醫療業務。」但對於何謂「試裝」假牙則未見明確解釋，74.11.6衛署醫字第五六〇二三一號解釋僅言明應受66.3.23衛署醫字第一四二六九八號解釋〔整修假牙係以假牙二字爲主，在口腔外整修假牙不受醫師法第二十八條之限制〕之限制。似指〔試裝〕假牙一如「整修」假牙係以假牙二字爲主，且限在口腔外爲之。其解釋仍不夠具體明確，乃至今日仍有自稱其係「試裝」假牙，而非「裝置」假牙者。按假牙於口

腔外製作完成，牙醫師將之置入病患口中後，須診斷牙齒的咬合是否正常，若咬合正常，則膺復治療即已完成；若咬合不正常，則牙醫師應依據診斷實施咬合調整，直到咬合正常膺復治療才算完成。因此「試裝」假牙實質上係診斷、咬合調整交互實施直至完成膺復治療的一系列不可分割的醫療行爲，「裝置」假牙則爲其結束動作。二者在概念上不可分離，並無「試裝」假牙與「裝置」假牙之區別。總而言之，74.9.5 衛署醫字第五五三三九一號及75.1.27衛署醫字第五七六四三二號解釋中所稱之〔裝置〕假牙應包括〔試裝〕假牙，齒模技術員不得爲之。

綜上所述，齒模技術人員之工作範圍，乃在牙醫師取模後之倒石膏製作齒模、製作臘型、鑄造、研磨打光僅此而已，至於「試裝」或「裝置」假牙在無須咬合調整的情況下係同一動作，而是否須咬合調整又必須試裝後才知道，二者不易區別，齒模技術人員應不得爲之。齒模技術人員不像牙醫助理人員，一般情況下根本無須與病患接觸，法律只規定原則，即使有例外，亦應從嚴解釋。斷無一再擴張解釋，本末倒置，使例外變爲原則之理。經本文之回顧，似可以下一結論：齒模製造技術員管理辦法第九條：「齒模技術員不得施行口腔內外科或治療牙病，以及與口腔衛生有關之醫療業務。」才是其業務範圍；第三條：「本辦法所稱齒模技術員，係指從事齒模製造、並依牙醫師或鑲

牙生指示得從事助理鑲牙之人員。」其後段與第九條相違背。且經由不當的擴張解釋，使例外轉為原則。使齒模技術員變為「另類鑲牙生」。鑲牙生管理規則第七條規定：「鑲牙生不得施行口腔外科及治療牙病。」經由將「鑲牙」擴張解釋成「為達鑲牙補齒之目的，執行鑲牙補齒過程中所必須包括的醫療行」而使鑲牙生轉變成「另類牙醫師」。

就常識而言，一個齒模技術員根本接觸不到病患，僅因大環境因素，政府為解決鑲牙生的工作問題，行政權過份擴張，在違反醫師的情況下，以行政命令〔「醫師法施行細則」、「鑲牙生管理規則」及「齒模製造技術員管理辦法」〕給予鑲牙生工作空間，連帶的將齒模技術員〔「另類鑲牙生」？〕也一併納入。依醫師法，無論鑲牙生或齒模技術員均不得為醫療行為，卻由於政策上的反向思考，導致時至今日，仍有鑲牙生為申請為全民健康保險特約診所，而與中央健保局〔隸屬於行政院衛生署〕對簿公堂²⁰，衛生署以違法的行政命令延續了鑲牙生的工作空間，用擴張解釋擴大了鑲牙生工作範圍，十幾年來犧牲牙醫師的工作權及廣大人民的健康〔生存權〕所得到的是吃上官司，真是養虎貽患！終究還得賴行政法院來主持正義。勝訴之餘，不知衛生署是否注意判決書所示之見解？試摘錄一段：「原告謂其為鑲牙生，依醫師法第二十八條規定，得執行治療牙痛，口腔外科等醫療業務云

云，容屬誤會。至醫師法施行細則第二十二條規定，在醫師法施行前已經鑲牙生考試及格而執業之鑲牙生得繼續執業，係容許其執行鑲牙生業務，非許其執行醫療業務，否則即與母法第二十八條規定相違背，原告謂其依該細則規定，得執行醫療業務云云，委非可採。」²¹ 堪可贊同！

鑲牙生的世紀已近尾聲，相當於齒模技術員的牙體技術師〔士〕立法已發動一陣子，「牙體技術師執行醫療業務依醫師法第二十八條處罰，但受牙醫師委託者不在此限」，諸如此類的但書希望不要再見到！牙醫師們在考量臨床工作方便時，也不要忘了體制的重要性，立法是遲早要做的，立法之際所要考量的是體制，而不是那一位與牙醫師合作愉快的齒模技術員或助理，必竟人是容易變的，體制是不容易變的。

參考文獻

- 1 六五、四、六衛署醫字第一〇七八八〇號函。
- 2 鑲牙應由牙醫師或鑲牙生為之，齒模製造技術員依牙醫師或鑲牙生指示，得從事助理鑲牙；鑲牙應屬醫療行為，未具一定資格，為人鑲牙，應屬違反醫師法第二十八條刑責範圍。73.6.15 衛署醫字第四八五〇〇二號。
- 3 無牙醫師資格而為人裝修假牙係屬醫療行為，但具有齒模製造技術資格者在牙醫師或鑲牙生之指示下為人裝修假牙，則不在此限。67.8.12 衛署醫字第二一

- 九四三號。
- 4 64.11.8 衛署醫字第八〇五〇一號參照。
- 5 66.4.7 衛署醫字第一四五三五三參照。
- 6 67.11.15 衛署醫字第二一二一〇八號參照。
- 7 74.9.5 衛署字第五五三三九一號。
- 8 臺灣高等法院刑事判決，八十二年度上易字第五二七二號參照。
- 9 台八十訴字第一八〇五六號。按：括號內文字為原文，非筆者所加註。
- 10 鑲牙生於執業期間，為患者拔除下牙床小白齒，並交付患者消炎藥劑服用，應屬執行醫師法。第二十八條第一項之醫療業務。73.12.17衛署醫字第五〇八六七九號。鑲牙生執行業務擅自為人治療牙痛、拔除小白齒等，其行政罰部分，應依鑲牙生管理規則第八條規定予以撤銷開、執業執照，至其期間定為一年以上，三年以下。
- 73.3.14 衛署醫字第五一七九〇一號。
- 11 參閱拙文「也談牙科助理人員及牙科技術人員的證照化」
- 12 74 判字第 102 號。
- 13 78 判字第 2109 號。
- 14 相同解釋另有 63.3.23 衛署醫字第一四二六九八號。
- 15 75.11.8 衛署醫字第六二六〇六二號。
- 16 81.8.22 衛署醫字第八一五九〇八一號。
- 17 75.1.29 衛署醫字第五七五六〇五號。
- 18 同註 8。
- 19 73.3.2873 檢字第三四三〇號
- 20 以後有機會將另撰文說明。
- 21 八十五年度判字第一五五三號，行政法院判決。

賀

- ◆ 王炯勝醫師 當選 台南區中山校友會 第十七屆 會長
- ◆ 吳子宏醫師 當選 中國醫學院牙醫系校友會 第五屆 會長
- ◆ 鄭俊國醫師 當選 本會 第十七屆 會長
- ◆ 林祥建醫師 當選 臨床口腔矯正醫學會 第一屆 會長
- ◆ 曾育弘醫師 當選 本會 第十六屆 秘書長 及
臨床口腔矯正醫學會 理事

生命的沈思&水的聯想

撰文／曾毓芬

生命，是一個永遠都探討不完的課題。哲學家們思考生命存在的意義，宗教家們追尋生命永恆的依歸，畫家們記下生命的視覺符號，而音樂家則唱出生命的情感！

的確，音樂所講述的不外乎是人世間各樣的情感：悲愁、喜悅、絕望、掙扎……，藉著聲音在時間中各樣的進行，音樂把情感的本質赤裸裸地傳達出來，不需要任何文字的贅述，它讓我們哭泣，讓我們會心而笑！音樂是人間最奧妙的語言，古今中外的音樂家們，以音符記載下心中的情感，將之化為永恆的聲音。

十九世紀以前，西歐的音樂大多是不具標題的，音樂家運用特定的形式來承載著情感的內涵，就某個角度來講，這樣的音樂（美學家稱之為「絕對音樂」）表達出了既抽象卻又直接的情感本質。巴哈、貝多芬、布拉姆斯，他們所創作的正是這一類型的音樂。用心聆聽，我們會從音樂中感受到他們在人生某個階段中的情感狀態與生命的情境。這場演奏會的上半場曲目，我選擇了貝多芬、布拉姆斯的晚年音樂，而巴哈升C小調前奏曲與賦格就本質上而言是一首「受難曲」，描述耶穌基督為世人贖罪，被釘上十字架的情景。非常巧合的，這幾首音樂，都是在面對人生的

盡頭時，慨然發出的生命謳歌！經歷過人世的磨難與痛苦的熬鍊之後，這樣的歌聲尤其顯得深刻動人。

這些音樂另有一個共通點：它們都包含了對位風格的樂段。布拉姆斯第二首間奏曲的中段，是運用模仿對位手法作成、一段哀婉動人的二重唱，而巴哈升C小調賦格與貝多芬降A大調奏鳴曲的第四樂章都是長大的賦格曲。“賦格”可能是所有樂曲形式中最複雜的一種了，其錯綜交纏的音樂線條造成相當壯觀的聽覺效果，有如仰觀歌德式教堂交錯的穹頂一般；而從內涵的角度來看，賦格曲中主題的呈示、發展與結束，就好比人生的消長一般：孤伶伶的來到世間（單旋律主題的呈示），而後生活不斷地豐富了起來（主題與對位線條陸續於不同聲部中加入，彼此對談著），在經歷迂迴曲折的人生歷程後，生命發展至巔峰（音樂在發展部進入高潮），之後漸趨凋零而走向盡頭……。

十九世紀是浪漫主義狂飆的時代。這個起源自文學的人文思潮襲捲了整個歐洲藝術界，對音樂創作也造成相當大的震撼，而最強烈的影響莫過於詩、樂的大融和——標題音樂和藝術歌曲的產生。自此，音樂與外在的事物結合，除了闡述各

樣的情感(Virtual feeling)，它也被用來描繪繽紛的外在現象——大自然的美，及詩的意境。李斯特的《泉水傍》即是此類音樂。這首樂曲的靈感來自席勒的詩：“在冷冽的泉水呢喃聲中，年輕的大自然開始嬉戲……。”作曲家在音樂中不但描繪了冷泉的呢喃、水面躍動的光線，更將浪漫時期藝術家們對大自然的嚮往之情表露無遺。此外，《黃河》鋼琴協奏曲，這首曲子雖然完成於二十世紀中葉、中國的文化大革命時期，它的音樂風格卻是相當後期浪漫的，只是在描繪黃河波濤洶湧的視覺震撼之際，它更著墨於民族情感的激勵（此曲脫胎自抗戰時期完成的《黃河大合唱》）。這次演奏會中，我特別邀請了甫於四月二十五、二十六日與高雄市實驗交響樂團協奏演出《黃河》的鋼琴家郭以道共襄盛舉，我們將以雙鋼琴的表現方式將《黃河》呈現給觀眾。

浪漫主義在十九世紀末進入尾聲，此時有許多新的藝術流派產生，包括印象派的畫和象徵主義的詩。印象派畫家，以莫內為首，用他們特有的技法描繪出大自然光影的變化及瞬間的印象，而瑪拉美、維爾萊等詩人則開創了法文詩純粹音樂化的效果，強調流動性與暗示性。在眾多藝術家朋友的環繞下，德布西的音樂很自然地呈現出那個時代的美學特質。在《水的反光》一曲中，我們感受到印象派畫作中雲霧迷漫的氣氛、稍縱即逝的情緒，以及象徵派詩歌特有的神秘性，這些特色加上

德布西敏銳的感受性及毫不隨俗的作曲手法，在音樂史留下了清新脫俗的絕美印象。

這次演奏會的曲目囊括各個不同的時代，從巴洛克、古典、浪漫、印象，以至於二十世紀的中國，風格的掌握成為很重要的課題，同時，如何再現音樂的生命，以傳達出作曲家最原始的心靈悸動，更是深具挑戰性的使命。身為一個演奏者，在追求完美的前題下，心情是戰兢的，只盼望經由不懈的努力，能將音樂最真、最美的面貌呈現出來。

曾毓芬寫於演奏前 1997.6

樂曲解說

■ 布拉姆斯：《鋼琴作品》，作品一一八，第一號&第二號

Brahms: Klavierstücke, Op. 118, No.1 & No.2

這二首沈鬱而熱情的鋼琴小品完成於布拉姆斯創作生涯的晚期(1892年，去世的前五年)，此時期他完成了一連串形式精鍊、具強烈精神凝聚力及抒情性的鋼琴曲，他稱這些作品為「我的苦惱的搖籃曲」。在經歷了愛情的苦惱、人世的浮沈、及摯愛親友們一一辭世的悲痛後，布拉姆斯此時的音樂呈現出深刻的內省性以及個人化的真實情感，我們彷彿可以看見布拉姆斯獨坐於壁爐前的安樂椅，靜靜地抽著雪茄，回憶起前塵往事，既甜蜜及傷感，無限的唏噓、無盡的嘆息。

No.1 間奏曲 A小調 從容的快板，但非常熱情

如同作曲家的形容 "molto appassionato"，一股熱情的力量，如同洶湧的波濤股貫穿全曲，在陰暗的悲劇色彩中，暗潮洶湧的音樂，象徵著人類強韌的精神力量，在險惡的人生道路，以及對永恆無止境的追尋裏，前仆後繼地前進，直至生命的終極處。

全曲高昂的戲劇張力，以非常簡鍊的手法達成：三度下行的動機，夾著強拍上的不協和經過和弦，造成如海潮拍岸的效果（譜例一）。此動機以不同形態或快或慢地進行著，再加上，Hemiola（交錯節奏）的運用，使音樂猶如風暴中的海洋般、瞬息萬變。另外，音域如地震般地高低起伏，調性的不穩定（以C大調開始，結束於A小調），也加添了音樂的緊張度。最後，主題在奮力地一擊之後（36小節），漸趨平靜而歸於死寂。此時，明亮的大調色彩像是肯定的回應。

（譜例一）



No.2 間奏曲 A大調 溫柔的行板

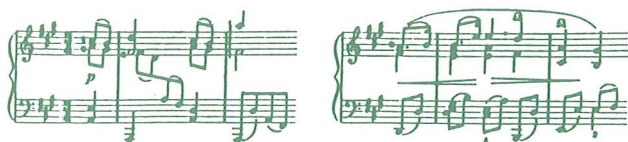
此曲是對過往愛情的回憶，交織著柔情的嘆息、與痛苦的悲泣，間或出現莊嚴的聖歌，帶來安慰的訊息。

曲式的安排是工整的A - B - A三段體。A段的主題充滿著嘆息的音型，分

為二部份，有“問一答”的效果（譜例二）。問句在上行的七度音程上打住，而答句則使用(Hemiola)交錯節奏的手法。相當富於變化。十七小節處，Hemiola節奏再次出現，引入了一段新的音樂，此處內聲部的半音線條，使單調的旋律豐富了起來。

中段出現了對位式、互相呼應的二重唱，在分解和弦的襯托下，唱出痛苦而糾結的情緒，並夾雜著啜泣聲（50~52小時），這時傳來一段莊嚴的聖詠曲（piu lento 一段），緩解了緊繃的情緒，帶來短暫的安慰，但隨後二重唱又繼續進行，並結束對於一個不協和和弦上，憑添了惆悵、渴想之情。

（譜例二）



■ 巴赫：升C小調前奏曲與賦格，作品八四九，選自《平均律鍵盤曲集》，第一冊

Bach: Prelude and Fugue in C-sharp minor, BWV849, from *The Well-Tempered Clavier* book 1

平均律鍵盤曲集，完成於一七二二年，巴赫的“柯登時期”，他根據當時流行的平均律法中二十四個不同的大小調而

創作此一曲集。升C小調前奏曲與賦格乃其中之第四首。

此曲展現出受難曲 (passion music) 般的嚴肅情緒，揭示出人類歷史上最偉大的愛情——上蒼對人類的眷顧與救贖大愛。

前奏曲

宣敘調般此起彼落的樂句，有如來自靈魂最深處，憂傷而懇切的祈禱。音樂的情境好似耶穌受難前，在客西馬尼園的禱告——“耶穌極其傷痛，禱告更加懇切，汗珠如大血點滴在地上”（路加福音），“我心裡甚是憂傷，幾乎要死……，我父啊，倘若可行，求你叫這杯離開我，然而不要照我的意思，只要照你的意思”（馬太福音）。

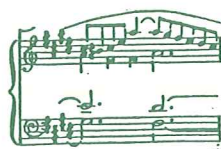
全曲有兩個主要的主題，分別出現於第一、二小節及五、六小節（譜例三、四），這兩個主題各自以模彷彿對位的手法，或交替、或同時出現於曲中，形成非常精彩的對位線條。

調性的安排相當簡鍊：全曲以升C音為中心，加入多種調式色彩的變化，但是沒有真正的轉調，如此簡約的手法，卻表達出最深刻的內涵，大師之功力可見於此。

（譜例三）



（譜例四）



賦格曲

這首樂曲在形式及內涵上均展現出驚人的氣魄。它是平均律曲集（共二冊）四十八首賦格曲中最長的一首，也是僅有二首五聲部賦格曲之一；另外，其主題內容之豐富和多樣性（一個主題，兩個對題），對位線條之精細繁複，皆屬前所未有的規模，聆聽之際，讓人彷彿置身於浪漫的歌德式教堂中，仰望高聳交錯的穹頂、眩目的彩繪玻璃、與精細的浮雕，震撼於其壯偉的氣勢。

此賦格曲強烈戲劇特質及情感濃度也使得它獨樹一幟。充滿半音色彩的主題暗示出受難曲般的悲劇性格（譜例五），之後主題在不同聲部以模彷彿對位的手法進入，開展了音響的空間，同時升高了戲劇的張力。凝神靜聽中，聽者往往陷入另一個古老時空的沈思——哀傷、困頓的耶穌，背著沈重的十字架，舉步維艱地走上各各它山崗，在他心中，對人類無私捨己的大愛與肉體的軟弱恐懼在交戰著，然而，不發一言，他承受著這個命定的苦難。

音樂進入發展部時（第35小節），第一對題出現了（譜例六）：溫柔、撫慰的性格，像來自上天的溫暖回應。然而到

了第四十九小節，具壓迫感的第二對題（譜例七）卻以強勢的姿態破壞了原有的安詳！自此，三個不同性格的音樂素材交織發展著，將音樂推至戲劇性的頂峰（第94小節，至此第一對題隱退不再出現），藉著主題加緊腳步地重疊出現（stretto，緊急段），帶出耶穌痛苦地喊叫：「我的神，我的神，為什麼離棄我？」接著，日頭變黑、磐石崩裂（第100小節），耶穌漸漸失去力氣，最後他喊著：「父啊！我將我的靈魂交在你手裏。」（第107小節，主題最後一次主現於主調），便斷氣了。

尾聲（第110小節起）結束於主音持續音（tonic pedal）之上，其色彩轉為明朗在大調和弦（picardie cadence），此時主題悠悠地於下屬調（升F小調）上唱出，在大調和弦的襯托下，展露出朝陽般的光輝。

（譜例五）



（譜例六）



（譜例七）



■ 貝多芬：降A大調鋼琴奏鳴曲，作品一一〇

Beethoven: Piano Sonata in A-flat Major, Op.110

此曲創作於一八二〇～二二年間，屆於貝多芬創作的最後階段（1816～1827）。貝多芬此時期的音樂風格，已不再具有壯年時期作品中的英雄氣概與煽動性（第二階段，1800～1816），這位不向命運屈服的鬥士，在進入晚年後成為沈思、內省的哲學家，作品中蘊含著深刻的人生領悟，以及赤裸裸的情感告白，一幕幕不斷上演的內心戲，流露出強烈的情感濃度，誠如羅曼羅蘭所說“烙印著各種精神的形式”。

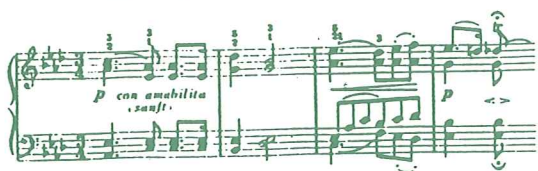
在這首奏鳴曲中，貝多芬將內心最私密的情感世界傾訴了出來：對愛情無止境的濡慕之情（第一樂章）；跟命運的對決（第二樂章）；心靈的苦惱、嘆息、悲泣，苦難中對神的祈求，以及穿過死蔭幽谷之後，復活般的生命謳歌（第三樂章）。

第一樂章 奏鳴曲式 降A大調

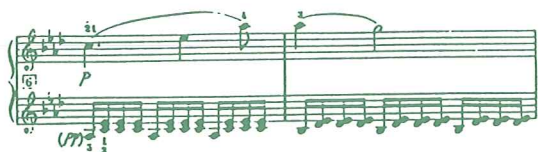
曲首四小節的旋律（譜例八），是構成整首奏鳴曲的主要動機（在第三樂章甚至經過變形成為賦格的主題），此主題洋溢著幸福之情，猶如淋浴於愛情的喜悅光輝之中。第五小節起展開一段優美的愛之歌（譜例九）而其後的過渡樂句，則讓人彷彿置身於星光褶褶的夜空下，璀璨而美麗。第二主題的進入（譜例十），為全曲

加添了無限溫柔與綺思。發展部只有短短的十六小節，由數個問答式的樂句所構成，如此精簡的結構，充份與展現了貝多芬後期作品的清瘦風格。再現部幾乎依照著呈示部的輪廓作成，但調性一作了變化。最後，一段璨爛的尾聲結束全曲，也對美麗的爱情作了最後一次的回顧。

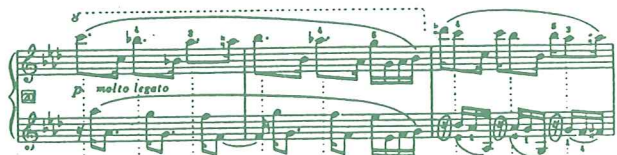
(譜例八)



(譜例九)



(譜例十)



第二樂章 談諧曲風的快板 F小調

在此一樂章中，貝多芬暴躁、頑固的性格又出現了，談諧曲風格樂段充滿著力量，這位毫不妥協的鬥士以音樂向命運提出挑戰。

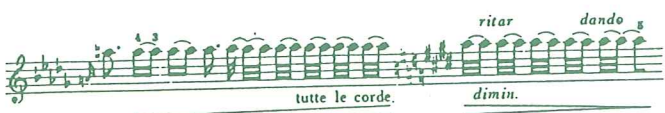
第三樂章 混合二段式 降A小調—降A大調

A段 從容的慢格—悲嘆之歌—賦格曲

B段 小抒情調—賦格—尾聲

此樂章可說是貝多芬所寫出、最深刻的一齣內心戲了。宣敘調風格的慢板是對神的泣訴；第五小節處，右手一輕一重的重複音，表現出痛哭及憤怒的質疑(譜例十一)；隨後進入悲嘆之歌(Klagender Gesang)，此處凝聚了最悲痛的情思，無言的哭泣，與第一樂章中對爱情的甜美回憶相較，有如掉入無邊的黑暗中.....。就在一切即將歸於沈寂之時，賦格曲悄悄地登場：由四度上行模進所構成的主題(脫胎自第一樂章中柔美的第一主題)(譜例十二)，有如教堂中莊嚴的管風琴聲響，是對生命的肯定，然而，在緊急段(stretto)將音樂帶入高潮之際，沈鬱的小抒情調又再度出現，這一次步履更加蹣跚.....，如貝多芬本人提出的“Ermattet, Klagend”(疲憊地，悲嘆著)，音樂喪失了生氣，旋律不斷被休止符打斷，好似斷斷續續的抽噎聲，而調性也比“悲嘆之歌”降低了半音(降A小調→G小調)，這一切都預示著死亡的到來，燈火將殘.....，就在這時，一股新生的力量冉冉升起，最後一段賦格曲翩然降臨：四度下行的主題(第一段賦格主題之倒影)恍若天降甘霖，在經過死蔭的幽谷後，靈魂漸漸甦醒，重獲新生。曲終，長大的尾聲展現出激昂澎湃的生命力，爆發出得勝的讚歌。

(譜例十一)



(譜例十二)



■德布西：《水的反光》，選自《映象》
第一集

Debussy：《Reflets dans l'Eau》，
From《Image》1

如同許多印象派畫家和象徵派詩人一般，德布西醉心於捕捉大自然瞬息萬變的片刻，並描繪出剎那間心靈的震盪。雖然他本人並不喜歡被冠上“印象主義者”之名，但其音樂確實常常呈現出與印象派繪畫異曲同工之妙（尤其是莫內的繪畫）。印象主義畫家們發展出各種技法，來呈現光線和色彩在大氣中微妙的變化，並從水波的反射現象中得到許多的靈感；而德布西則宣稱，音樂比繪畫更能生動地表現出印象派繪畫的美學觀，因為音樂能表達流動的光影變化，而繪畫卻只能捕捉住它的某一刻。於是，他以獨創的音響（引用了五聲音階、全音音階、平行和弦等奇特的音樂色彩及細膩的踏板用法），富於流動感的節奏，營造出神祕而朦朧的“大氣中的聲響”，掌握了大自然的脈動。

《水的反光》完成於1905年，此時德步西的作曲風格已臻圓熟，不再具早期水景音樂的外向性格（如《快樂島》），而呈現出冥想的特質。在此曲中，音樂家久久凝視著水面的反光，聆聽令人昏昏欲睡的水流聲，視線漸漸模糊了起來，心神彷彿陷入了另一個想像的時空中……。

全曲由二個主題的交替出現而構成 ABABA Coda 的形式。在曲式的經營上，德步西完全不受傳統的束縛，段落之間的銜接流暢而不著痕跡，而每一次主題的變奏都承載著作曲家對於一向鐘愛的主題——“水”的豐富聯想。第一主題（譜例十三）彷彿一顆鵝卵石落入平靜水面般，發出“撲通”的聲響，隨後在過渡樂句中，微風翻動水面激起了陣陣漣漪，此動態漸漸擴大，形成了翻滾的波浪，此時充滿動態感的第二主題出現了（譜例十四）……，就在這一靜一動的兩個主題發展之下，水的動態、水的詩情，被淋漓盡緻地呈現出來。

(譜例十三)



(譜例十四)



■李斯特：《泉水傍》，選自《巡禮之年》第一冊

Liszt : 《Au bord d'une source》, from
《Annees de Pelerinage》Book 1

像個流浪者般，飄泊於蒼茫的大地，無止境地追尋靈魂的終極依歸，這是浪漫時期藝術作品中不斷出現的中心思想，而年輕的李斯特，正是在這樣的憧憬之下，懷著朝聖般的心情遊歷他鄉。他用音樂記錄下各樣的心靈悸動，這些樂曲的組合就是著名的《巡禮之年》。

工業革命後的歐洲，物質文明和都市的規模不斷地擴張，然而人與人、人與自然卻更加疏離，焦慮與不安存在於每個都市人的心中，於是人們渴望重回大自然的懷抱。大自然不只是心靈的避難所，她更是靈感、力量、與啓示的泉源。這首名為《泉水傍》的樂曲，正為這個時代現象下了最好的註解。

這首曲子是李斯特對於瑞士迷人的山泉景緻所作的描繪。在樂譜的開頭，他引用了一句席勒的詩以標示出此曲的意境——

“在冷冽的泉水呢喃聲中，年輕的大自然開始嬉戲。”

作曲家選用變奏曲式，來表現湧躍活潑而富於變化的泉水。主題與四段變奏分別描繪著泉水不同的動態，曲中不斷出現不協和的二度音程，製造出一種聽覺上的幻象，彷彿親眼見到了激盪波光一般，可謂傳神至極。

■ 《黃河》鋼琴協奏曲 殷承宗等人之集體創作

《Yellow River》 Piano concerto
Cheng-Tzung Yin etc.

《黃河》是1939年在中華民族處於危難之中所創作的作品，其感人肺腑的旋律、慷慨激昂的歌聲和偉大的氣魄，喚起了聽者強烈的民族意識。而協奏曲版本則是文革時期，出自一群音樂家之手的「集體創作」，這在藝術創作中算極為罕見的例子。一般而言，樂曲的構思與創意都是極為個人化，無法共同創作的，然而在文革時期特殊的政治氣氛之下，音樂家們為了求生存，勉力完成了此一曲目。同時這也是大陸文革時期除了八個樣板戲之外，唯一准許公開演出的器樂曲目。

黃河鋼琴協奏曲的曲調通俗易懂，情感上是非常中國的。首樂章《黃河船夫曲》，以豪邁堅毅的音調、粗獷的號子，表現出在驚濤駭浪中，黃河船夫與巨浪搏鬥不屈不撓的精神。第二樂章《黃河頌》，展現出一種寬廣的境界，在對黃河油然而生的崇敬之情中，歌頌中華民族的悠長歷史與堅毅精神。第三樂章《黃河憤》極具戲劇性，在悲沈的苦情中迸出激憤的力量，終樂章《保衛黃河》，將前三樂章醞釀的種種情緒推向高潮，帶出高昂激越的情感。

〔作者簡介〕

曾毓芬

- 東吳大學音樂系
- 紐約大學鋼琴演奏碩士
- 任教於嘉南農專、台南家專

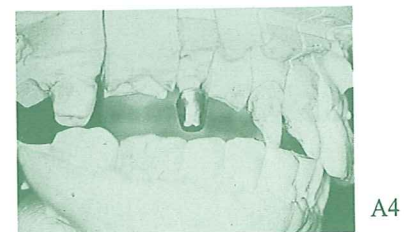
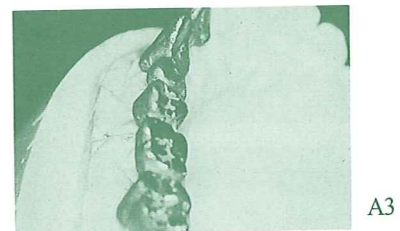
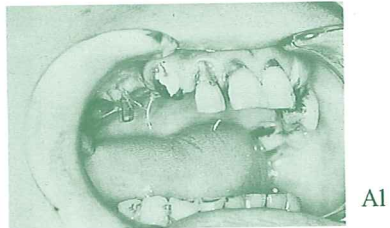
下顎大白齒缺失空間開關及縮減病例報告

撰文／曾振文

1. PI :

- (1) 上顎牙弓及牙齒大致正常，無缺失。
 - (2) 下顎缺右第一大臼齒及第二小臼齒。
 - (3) 下顎左側缺第一大臼齒。
- 見 A 系列 slides 。

A 系列



2. 治療過程 :

- (1) 上下顎全口上 Fixed appliance ; banding 下顎至所有之第三大臼齒。
- (2) Leveling 之後以角線置於上下顎牙齒。
- (3) class II elastics 置於左右兩側。
- (4) 以 sliding mechanics 使下顎後牙往前滑動，直到左側 2nd molar 取代 1st molar 位置；並達到 class II 關係位置。

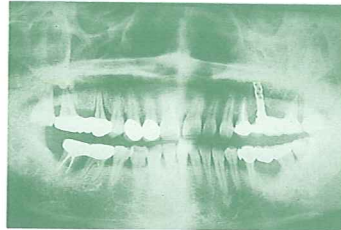
3. 完成 :

- (1) 保持 cuspid 兩側於 class I 。
 - (2) 後牙對成正常咬合，免除左下假牙製作。右下後牙預留出已減小之空間以作 implant 或牙橋。
- 見 B 系列 slides，並參考 C 系列 pano 。

B 系列



B1



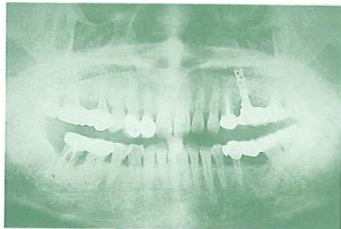
B2



B3



B4

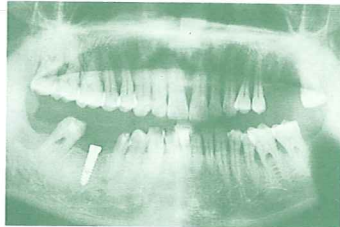


B5

C 系列



C1



C2



C3



C4



C5

4. 討論：

- (1) 由於長期使用 class II elastics，上顎牙弓易因 elastics 之拉力，使上顎前牙下降；故於上顎應加上 curve of spee 於 arch wire 上。
- (2) 下顎後牙位往前滑動，可考慮以電

解使後段 molar 位置之方絲減小體積之利滑動。

〔作者簡介〕

曾振文

· 美加牙科診所負責人

97" VIVADENT 最新發表 超快速.超簡便的最新齒質黏著劑



SPRINT 操作簡便,30秒一次完成

- 用Email Preparator GS酸蝕牙齒黏著表面15秒後，用水沖洗後吹乾。
- 只需將Sprint用毛刷塗一層於牙齒黏著表面10秒後用Air吹均勻，再將樹脂填補後一起光照Curing。

SPRINT 使用簡單

- Priming和Bonding單劑一次完成。
- 省除傳統黏著過程中費時步驟和光照時間。



鼎興貿易股份有限公司

台北事業處：(02) 578-4456

台中事業處：(04) 321-4401

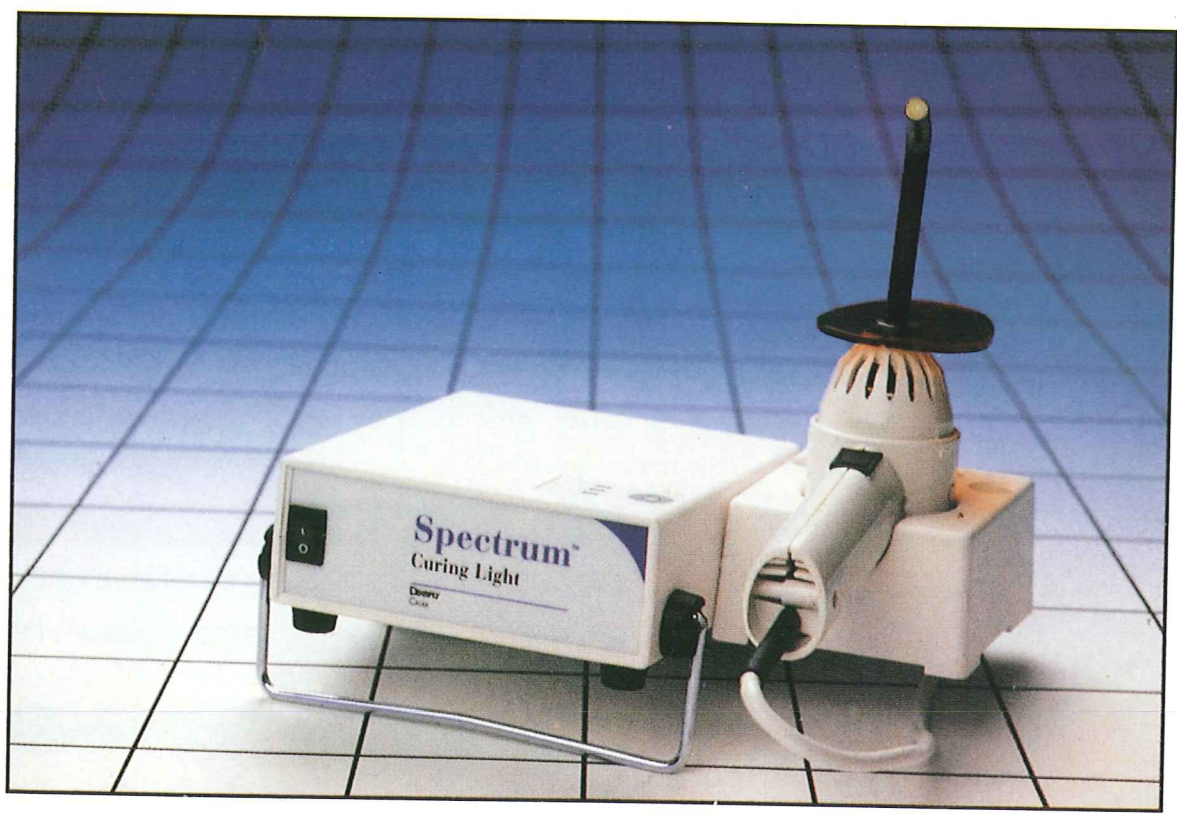
高雄事業處：(07) 222-2312

March, 1996
強力推薦

- ▼ 高輸出強度
- ▼ Tip 多種選擇
- ▼ 操作簡便
- ▼ 價格合理

SPECTRUM™

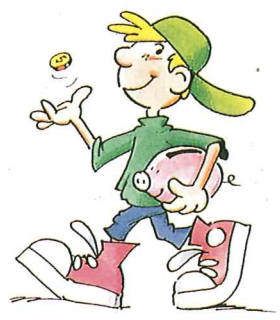
Curing Lite



Q: 您是否注意到：鹵素燈剛買時是“感覺很強”的藍光，但是使用一段時間後，光弱如小手電筒；或出現黃色的光；病患抱怨補完樹脂後會酸；剛補完不久的樹脂變色了……

如何確保每一次光照能有足夠的強度&深度？

A: **NEW** SPECTRUM™ CURING LITE 內附“測光儀”
 每台原價 NT \$ 25,000 元，上市特惠價？



First in Dentistry™

DENSPLY

“一分錢，二分貨” 馬上來電，立即享有！！

THE NEW
Spectrum



3換3優惠活動

截止日：86年7月31日止



偉登興業有限公司
 台北市南港區南港路三段130巷10號6樓
 電話：(02)788-5088(十線) · 080251277

Extra® 卓越的信譽

Extra帶給消費大眾的利益



經世界牙醫學會認可



WORLD DENTAL FEDERATION

世界牙醫學會認定： 嚼無糖口香糖如Extra有益於牙齒健康

一些世界卓越的牙科專業人士，現已正式認定咀嚼無糖口香糖，可以降低蛀牙的風險，有助於牙齒的健康。

原因是：吃完飯或點心後，牙菌斑所產生的酸性會侵害牙齒，造成蛀牙。吃完東西後，嚼Extra無糖口香糖20分鐘，會刺激唾液，形成口腔內自然的保護，有助於中和這些因牙菌斑所產生的有害的酸性，而能強化牙齒，使牙齒更健康。



更好的消息是您的牙病患者，咀嚼Extra無糖口香糖愈久，效果會愈好。而且因Extra有特別持久的香味，牙病患者願意咀嚼

久一點。無糖口香糖中，Extra無糖口香糖是最受消費大眾喜愛，所以當您向牙病患者推薦較佳的口腔衛生保健，而提到美國箭牌公司 Wm. WRIGLEY Jr. Company 的Extra無糖口香糖時，您將可預期到他們熱切的反應。

* 世界牙醫學會代表美國及全球超過100個牙醫組織

References: JENSEN, M.E.; WEFEL, J.S., (1989): Human Plaque pH Responses to Meals and the Effects of Chewing Gum, Br. Dent. Jour. 167 (6):204-208. MAIWALD, H.J.; BEU, M., (1990): The Caries-Prevention Action of Sugar-Containing and Sugarless Chewing Gum, Ernährungsforschung (35): 2-7. LEACH, S.A.; LEE, G. F. R.; EDGAR, W. M., (1989): Remineralization of Artificial Caries-like Lesions in Human Enamel in situ by Chewing Sorbitol Gum, J. Dent. Res. 68(6):1064-1068. MANNING, R.H.; EDGAR, W. M., pH Changes in Plaque After Eating Snacks and Meals, and their Modification by Chewing Sugared or Sugarfree Gum, Br. Dent. Jour. (1993), 174:241. DAWES, C.; MACPHERSON, L.M.D., (1992): Effects of Nine Different Chewing Gums and Lozenges on Salivary Flow Rate and pH, Caries Res. (26):176-182. COUNCIL ON DENTAL THERAPEUTICS, (1988): Consensus: Oral Health Effects of Products that Increase Salivary Flow Rate, JADA. 116:757-759. S.L. CREANOR et al. (1992): The Effect of Chewing Gum Use on in situ Enamel Lesion Remineralization, J. Dent. Res. 71(12):1895-1900. FROLICH, S.; MAIWALD, H.J.; FLOWERDEW, G., (1992): Effect of Gum Chewing on the pH of Dental Plaque, J. Clin. Dent. Vol. III (3):75-78. MANNING, R.H.; EDGAR, W.M.; AGALAMANY, E.A., Effects of Chewing Gums Sweetened with Sorbitol or a Sorbitol/Xylitol Mixture on the Remineralization of Human Enamel Lesion in situ, Caries Res. (1992), 26: 104-109.

大容量！大特賣！

特價 \$ 25,000 元/組 (含配件)

加贈洗淨消毒之超值好禮：

- Control III 消毒水 2 加侖
- Pre-Cleaner 預洗劑 1 公升
- Cement-Remover 黏著類
去除劑 1 公斤

即日起至 86 年 8 月底截止！

Ultrasonic Steri-cleaner

U.S.- A4680 U.S.- A4500

超音波洗淨\消毒機

NEW U.S.- A4680
新機種



任何廠牌中型機 (150W)

舊換新每台再折扣 \$ 2,000 元

敬請把握勿失良「機」！

器械在滅菌前的清洗是不可豁免的步驟，甚至和滅菌

消毒同等重要。倘若未仔細執行

附在器械表面的血液等有機殘渣會阻礙滅菌作用之完成

並減低滅菌的效力

一般可以機械方式或以超音波洗淨器清洗

近來研究證明指出

超音波清洗是去除污染在器械上之血液

唾液等殘渣最有效之方法。所以在滅菌消毒前的清洗

儘可能以超音波清洗代替刷子洗滌器械

避免因刷器械傷及雙手，而感染疾病

不過較硬的殘渣如填補物，石膏等必需用刷子除去

雖然超音波洗淨器有助於器械的滅菌和消毒

但千萬不可用來代替滅菌和消毒

以下附列數項超音波洗淨器使用規則供參考

一、經濟能力許可下，儘可能購買大的超音波洗淨器

若超音波洗淨器太小

無法容納大治療盤及大量器械勢必影響感染控制的效率

二、必須使用特定化學化合物的清洗液：

消毒液、洗碗精等非化學化合物的液體

無法取代最具清洗效能的化學化合物清洗液

(摘錄自鄭信忠醫師主編之「牙科感染控制」一書)



LEADERAL

利達事業股份有限公司
LEADERAL ENTERPRISE CORPORATION

服務專線：(02)219-5961 910-1468 免費電話：080-201046 FAX：(02)219-5490

談夜間磨牙

撰文／楊日昇·周孫隆

磨牙(Bruxism)是牙醫師在面對病人時常發現的問題之一，因此希望藉由本文的介紹，對磨牙此一問題能有更深入的了解。

(一) 簡介

(1) 定義

所謂磨牙是指口腔在行使如咀嚼、吞嚥等正常功能以外的時間，上下牙齒仍非功能性地接觸。發生的時間有白天及夜晚之分，而其動作為潛意識的上下牙齒研磨(grinding)或緊咬(clenching)^{1,2}。長期下來，可能造成一些臨床症狀的出現。

(2) 時間

咬牙的時間，各種研究數據間差異性大，且個體間也不盡相同，大約在5~40分/晚不等^{3,4,5}，無論如何，Christensen^{19,20,21}曾提出上下牙齒緊咬(clenching)只需40~60秒，咀嚼肌便會出現疼痛現象。

(3) 咬壓

咬壓可達57600lb-sec/day，遠大於咀嚼功能時所用的力量(17200lb-sec/day)。

(4) 發生率

發生率約佔成人人口96%，兒童人口的15%，但因為磨牙屬於下意識的行為，所以大約只有5-20%的患者，自知有磨牙的問題⁶。

(5) 原因

原因至今仍未確定^{2,6}，一般認為遺傳、咬合干擾、內分泌、過敏體質、情緒緊張或沮喪、藥物等均可能誘發磨牙的產生^{2,6,7}。這些仍有待進一步地研究証實，以上可能誘發磨牙的原因中，以情緒壓力與磨牙的關係較為密切，更有學者將磨牙視為一種腦神經系統疾病，其腦中的神經傳導物質(如GABA、dopamine)有失調的情形出現⁸。

(二) 睡眠與磨牙的關係

(1) 睡眠期

一般說來，睡眠可分為stage1~4及rapid eye movement(REM)五期，其中stage3,4則屬深睡期，REM期以眼球快速轉動及多夢為其特質，以上各期形成一個循環，每循環約40-90分^{1,9,10}。至於磨牙發生在那一睡眠期，各種研究結果均有，但大多以stage2及REM期居多^{1,10,11,12}。其中又以發生在REM期

的磨牙，較易出現明顯的臨床症狀¹³，嚴格說來，夜間磨牙可算是一種睡眠障礙²⁴。

(2) 睡眠姿勢

有學者¹⁴認為雖然情緒壓力仍是磨牙的主因，但不當的睡姿，將使得磨牙的機率提高，其建議應採仰睡，若習慣側睡，則應使用枕頭墊在肩與手臂之下，以保持肩與手臂等高。

(3) 睡眠呼吸中止症

曾有學者指出，磨牙患者有較高的比例合併有睡眠呼吸中止(sleep apnea)的情形^{15,16}，側睡有助於減少apnea，但此與上述側睡對磨牙不利的說法相反，仍有待進一步研究。

(三) 磨牙對咀嚼系統的影響

夜間磨牙已被視為造成TMJ及顏面肌肉疼痛的主因^{7,18}，其對咀嚼系統的影響可就以下三方面來探討²：

(1) 牙齒方面—

將造成齒質磨損、敏感、牙齒動搖或斷裂等現象。

(2) 肌肉方面—

將導致肌肉疼痛、肥大、痙攣、肌膜炎^{7,17,22}。

(3) 顫顎關節方面—

磨牙使得關節的負荷及磨擦力增加，造成關節組織退化性病變及關節韌帶的拉扯⁷，當患者的磨牙屬於

前牙緊咬時，更被認為是顫顎關節盤前方移位的主要原因。²³

(四) 結論：

夜間磨牙如今已被認為是TMJ及myofascial pain的主因^{7,18}，就磨牙的動作來看，磨牙的確扮演著激發(initiating factor)的角色，而就磨牙為一種睡眠障礙來說，磨牙則可算是持續因素(perpetuating factor)¹⁰，而使得TMD在處理上較為困難，療效也較不顯著。

參考文獻

1. Jeffrey P. Okeson. Management of temporomandibular disorders and occlusion ed3. Mosby-TearBook, 1993.
2. Iven Klineberg. Occlusion: principles and assessment. Wright, 1991.
3. Kydd WL, Daly C. Duration of nocturnal tooth contacts during bruxing. J Prosthet Dent 1985;53:717.
4. Reding GR, et al. Nocturnal tooth-grinding: All night psychophysiological studies. J Dent Res 1968;47:786.
5. Trenouth J. The relationship between bruxism and temporomandibular joint dysfunction as shown by computer analysis of nocturnal tooth contact patterns. J Oral Rehabil 1979;6:81.
6. Benjamin A. Thompson, B Wayne Blount, Thomas S, Kurmholz. Treatment approaches to bruxism. American Family Physician 1994;49:1617.
7. Bernard G Sarnat, Daniel M Laskin. TMJ: A biological basis for clinical practice ed4, 1992.

8. Nishioka G. L and Montgomery M.T. Masticatory muscle hyperactivity in temporomandibular disorder: Is it an extrapyramidally expressed disorder? J. Am. Dent. Assoc 1988;116:514
9. J. R. Stradling Handbook of sleep-related breathing disorders. Oxford University Press, 1993.
10. Richard A. Pertes, Sheldon G. Gross. Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain Quintessence.
11. Marc K. Wruble, Mark A. Lumley, F. Dudley McGlynn. Sleep-related bruxism and sleep variables: A critical review. J of Craniomandibular disorder: facial & oral pain 1989;3:152.
12. D. M. Dettmar, R. M. Shaw, A. J. Tilley. Tooth wear and bruxism: a sleep laboratory investigation, Australian Dental J. 1987;32(6):421.
13. J. Catesby Ware and John D. Rugh. Destructive bruxism: Sleep stage relationship. Sleep 1988;11(02):172.
14. Tom Colquitt. The sleep-ware syndrome. J. Prosthet Dent 1987;57(1):33.
15. Barbara A. Phillips, Jeffrey Okeson, Daniel Paesani, Robin Gilmore, Effect of sleep position on sleep apnea and parafunctional activity, Chest 1986;90(3):424.
16. Kobayashi Y, Takeda Y, Stohler CS. The effect of an anterior bite plane on sleep apnea in a bruxism. IADR abstracts 1984;1367.
17. Travell J. G. and Simons D. G. Myofascial pain and dysfunction: Trigger point manual. Williams & Wilkins, Baltimore, 1983.
18. Andrew S. Kaplan, Ioon A. Assael. Temporomandibular disorders: diagnosis and treatment. W. B. Saunders, 1992.
19. Christensen L V. Facial pain and internal pressure of masseter muscle in experimental bruxism in man, Arch Oral Biol 1971;16:1021.
20. Christensen L V. Mohaimmed SE. Contractile activity of the masseter muscle in experimental denching and grinding of the teeth in man, J Oral Rehabil 1984;11:191.
21. Christensen LV. Some subjective experimental parameters in experimental tooth clenching in man J, Oral Rehabil 1979;6:116.
22. Rugh J. D. and Orbach R. Occlusal parafunction. In A textbook of occlusion. N. Mohn G. Z arb, G Cahsson and J. Rugh (eds). Quintessence, 1988.
23. Wilkinson T. M. The relationship between the disk and the lateral pterygoid muscle in human temporomandibular joint. J. Prosthet. Dent. 1988;60:715.
24. Glaros A. G. and Rao S. M. Bruxism: A critical review. Psychol. Bull. 1997;84: 767.

〔作者簡介〕

周孫隆

· 台北醫學院口腔復健醫學研究所所長

楊日昇

· 台北醫學院口腔復健醫學研究所研究生

悼

● 台北縣中山校友 黃培元醫師 遽逝

● 前台北縣牙醫師公會理事長許獻忠醫師夫人 袁曉芝女士 遽逝

植體與自然牙連結製作假牙之探討

(上)

撰文／盧貞祥

(一) 前言：

□ 腔內有缺牙時利用自然牙彼此之間互相連結成爲牙橋的做法已有數百年歷史，牙醫師可以絲毫不用考慮地將鄰接自然牙，利用種種方法互相連結製作贗復體。

由於implant栽植於骨內後無法產生PDL的自然狀況，在承受壓力時植體與骨之關係截然不同於自然牙與骨之界面關係，因此有一部份學者不贊同植體與自然牙連結來製作假牙。

另有一部份的牙醫師則持不同看法，他們的看法剛好相反，認爲植體不論以任何方式與骨結合，包括fibrointergration or Osseointegration只要達到下列條件便可以互相連結製作假牙。

1. 植體癒合情況良好，能營運咬合功能。
2. 各方面綜合判斷植體能維持在骨內一段夠長時間（五年以上、十年以上，或更久）。
3. 植體經periostest及咬合力測值儀器測試，強度穩定度均大於鄰接牙齒。
4. 連結後之假牙平均咬力大於鄰近自然牙或對側之自然牙。

不同意連結者之論調好似扣分法，只要有一點點缺點便扣分，無法達到100分就是不完美，就必須禁止。同意連結者之理論好似得分法，只要60分就是及格，70~80分可以算優良，90分以上簡直太難得了。

除了前述之理論思考，患者之需求與滿意度亦常爲牙醫師考慮之因素，因爲植體與自然牙連結，經常是考量經濟問題之後所做的妥協性的決定。這種連結方式優點很多又較經濟，頗受牙醫師與患者之歡迎。

(二) 自然牙根膜與implant之牙周探討對牙醫師之影響：

自然牙齒具有牙周膜，厚度約在200 μ ~300 μ 之間，如果承受咬力則約下沉100 μ 。而植體與骨之界面，正常狀態並無纖維韌帶，承受咬力時僅沉下約10 μ ，兩者之量有很大不同。此爲醫師反對兩者相連所持之最大理由。

然贊成兩者可以連結的醫師覺得這並非值得憂慮之因素，因爲：

1. 正常牙並非每顆的牙周膜厚度均一致，咬合時下沉量也非每一顆牙一致。
2. 並非每顆自然牙均爲健康狀況，很多自然牙多少都有動搖度，彼

此差異也很懸殊。

3. 有些牙周病患牙，經醫師治療後，特意連結成Bridge來牢固牙齒，延長牙齒壽命。

4. Ankylosis的牙齒與鄰牙連結成爲牙橋亦非禁忌。

上述四種狀況的自然牙，仍然經常被互相連結，所以問題不在連結不連結、有無牙周膜、牙周膜厚度及咬合下沈變化，而是連結對患者是否有益、對整個口腔狀況是否有益。所以牙醫師植牙之成果如何，連結後對Bridge或自然牙是否有益才是思考的方向。

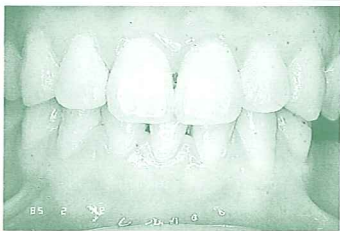
(三) 會產生植體與自然牙連結之可能狀況：

缺牙之鄰接牙有必要做Crown保護時，患者大多傾向植牙後與鄰接自然牙連結做假牙。另外爲了少植植體時(害怕手術或經濟考量)患者也經常主動提出植牙與健康、鄰接自然牙連結之設計，一般不脫下列模式。

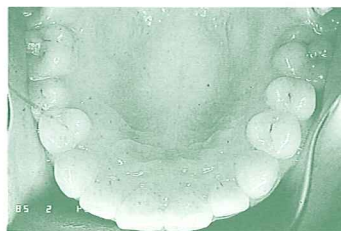
(A) 固定假牙時：

中間支撐——過長之缺損做Bridge有必要加強，如case A、case B。爲了保護鄰接弱牙，如case C、case D。

Case A



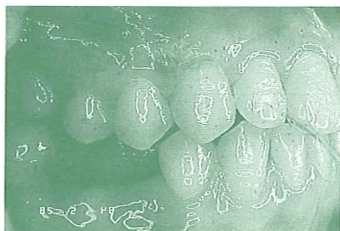
圖A1 86年6月 15位置植入 Ceramic 植體手術完成後口內照。



圖A2 86年9月 15做內冠，13、12做core的情形。



圖A3 金屬網架Try in。



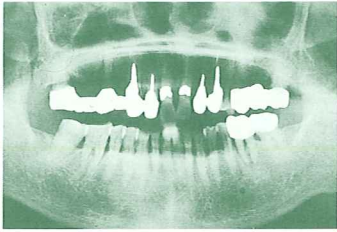
圖A4 15內冠以求平行。



圖A5 88年3月 環口X光片。



圖A6 90年10月 環口X光片。



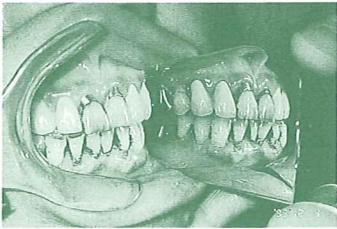
圖A7 93年6月 環口X光片。



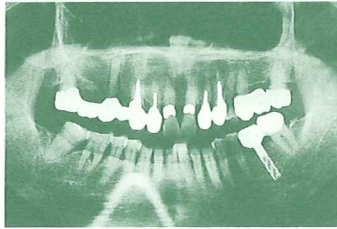
圖A8 93年12月 36的部位
植入ITI 124乙支。



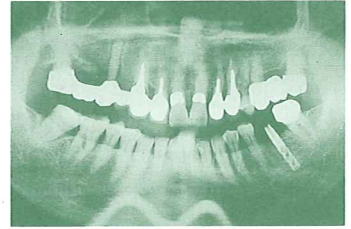
圖A9 93年12月 右側頰側口
內照。



圖A10 93年12月 左側頰側
口內照，36、Istage
突出。



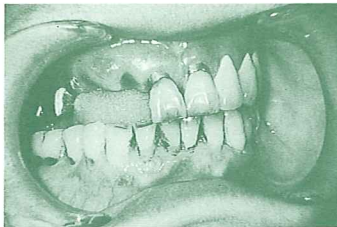
圖A11 94年3月 36 Crown
Setting後環口X光片。



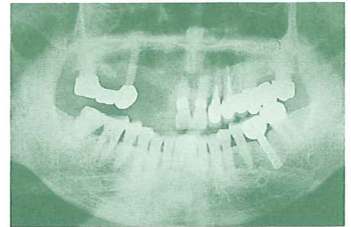
圖A12 95年8月 13、12 core
與root之間鬆脫，牙根
損壞拔除。



圖A13 拔之後口內照。

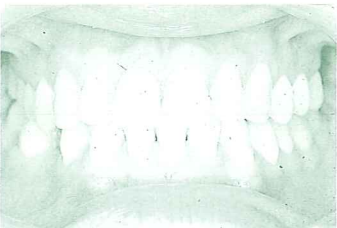


圖A14 拔之後口內照。

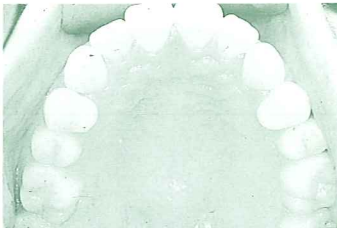


圖A15 96年4月 環口X光片，
14、13、12尚未屢復。

Case B



圖B1 92年2月 26、26、36
牙周病，24、27動搖及
骨吸收狀況，有敏感疼
痛現象。



圖B2 25、26、36拔牙手術，
24、27根管治療、25植
入ITI 133乙支。



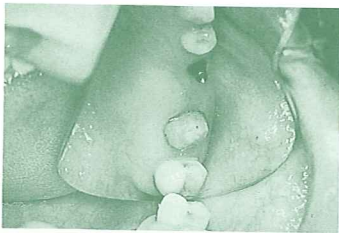
圖B3 24、25、26、27相連
結，35、36、37相連
結。



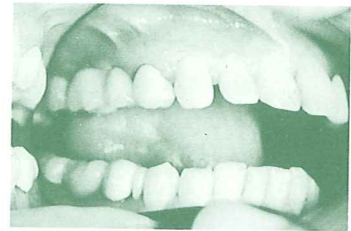
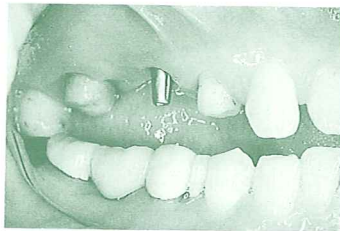
圖B4 93年5月(術後一年)環口Å K光片。



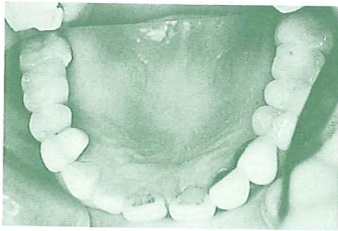
圖B5 96年元月檢查時環口X光片。



圖B6、B7 97年4月24、25、26、27之Bridge脫落，圖6為咬合面，圖7為頰側面，經periotest測得值-2。



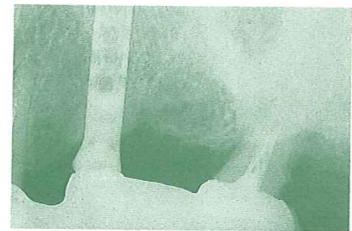
圖B8 重粘後之口內照。



圖B9 重粘後之口內照。



圖B10 重粘後之口內照。



圖B11 為97年4月植體根尖X光片。

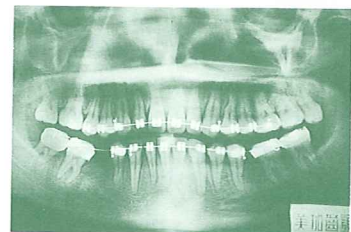
Case C



圖C1 48口腔衛生不良有蛀牙及牙周病，動搖及疼痛，47、46、45為一多年老舊Bridge，47受48之破壞影響，45亦遭波及。



圖C2 48拔除，Bridge拆掉後，47、45做根管治療。為解決47、45之動搖(1度)在46處植入pitty Easy乙支做為Bridge之加強。



圖C3 完成後之全口X光片。

Case D

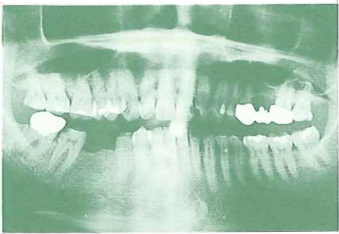


圖 D1 47、46、45之Bridge
使用十年，咬合面磨穿
對溫度敏感，圖示舊牙
橋已經脫落。

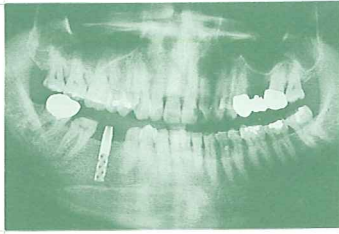


圖 D2 患者頗能接受“如果中
間多一個支柱，牙橋更
自然真牙更牢固”的建
議，圖示46植入ITI
124乙支。



圖 D3 術後口內頰側觀。

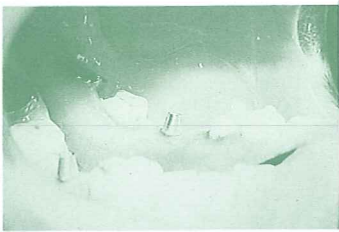


圖 D4 術後口內舌側觀。

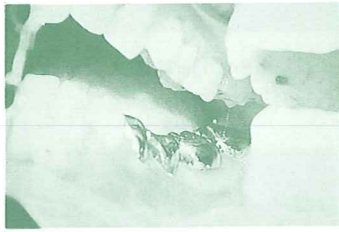


圖 D5 質復後口內頰側觀。



圖 D6 質復後口內舌側觀。

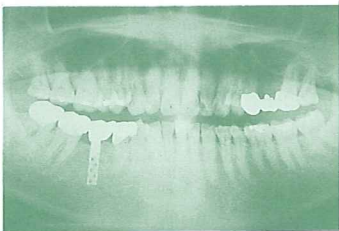


圖 D7 質復後環口X光片。

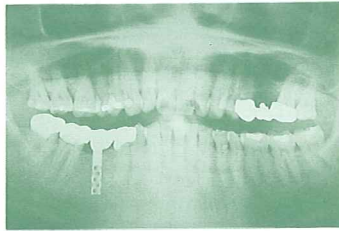


圖 D8 96年11月(術後一年)
檢查所照。

〔作者簡介〕

盧貞祥

- 台北縣中山校友會第一屆理事長
- 台北縣牙醫師公會第十五屆理事長
- 台北市牙科植體學會第一屆理事長
- 湖北醫科大學牙科植體客座教授

(下期待續)

Pre-surgical orthodontic treatment (上)

撰文／王維堅·鄭郁玲

指導／蘇明圳

一、前言：

從 1950年代起，由於正頷手術日新月異的發展，如今我們已經能夠有效迅速的治療上下顎alveolar bone 和 basal bone discrepancy。傳統矯正方法在處理顎骨嚴重不正的成人病患時有其極限，只靠牙齒的移動有時無法達成治療的目的。因為成人病患已沒有生長，所以治療上無法利用 growth modification 來改正其 skeletal discrepancy，而且 treatment time, oral hygiene, physiological response 及 social activities 等問題增加了矯正治療的困難性，往往使得傳統矯正治療無法得到理想的治療結果，並且使得治療時間延長，治療效果不佳，牙根吸收機率大為增加。這個時候結合正頷手術就有其必要性。

並不是每一位病人皆能直接接受手術，先藉助術前矯正治療，將影響 skeleton 定位的咬合干擾去除，如此外科醫師才能更精確有效地完成手術。根據 Jacobs (1983) 指出，術前矯正治療的目標在於：

- (1) Dental de-compensation
- (2) De-crowding

(3) De-rotation

(4) Established good and stable interarch relationships

二、病人之動機：

不是每位病人皆能完整地將動機呈現出來，如何去了解病人，知道病人真正的內在需求對以後治療期間病人的合作程度有所影響。一般來說，病人尋找治療的動機可分 aesthetic 與 mastication 兩方面。

接受矯正治療的病人，其動機如下：

(1) 希望獲得 straight teeth, dental appearance, dental health, facial appearance 的改善。

(2) 在 facial appearance 方面，認為重要的佔 38.4%，非常重要的佔 44.8%。

— Breece and Nieberg (1986)

(a) Improving dental appearance 佔 47.4%

(b) Improving Facial appearance 佔 31.6%

接受手術治療的病人，其動機如

下：

(1) Desired an improved ability to chew 佔 76%

(2) desired for change in appearance 佔 60%

- Wictorin et al. (1969)

(a) Primary reason : aesthetics (56%) , difficulty in chewing (32%)

(b) Second reason : aesthetics (33%) , speech difficulty (33%) , family pressure (25%) , difficulty in chewing (8%)

- Laufer et al. (1976)

(1) Aesthetic improvement (46%)

(2) Improving Health of gums and teeth (26%)

(3) Improving chewing ability (20%)

- Jacobson (1984)

比較接受矯正治療與正頷手術治療的病人，前者較者重牙齒排列整齊、獲得美觀的外形。後者希望能夠改善咀嚼能力、獲得外觀上的改善。因為接受手術治療的病人，其 skeleton 方面的問題較 dentition 方面嚴重及顯者，而使其動機者重在 facial appearance 上。

Dr.Proffit (1990) 在 " Who seeks surgical orthodontic treatment ? " 中指出：

(1) Women were twice as likely as men to seek evaluation and were

more likely to receive surgical treatment once evaluated.

(2) Individuals with a long face or skeletal class III problem appeared more likely to seek evaluation than did those with mandibular deficiency and normal or short facial height.

(3) However the decision to accept or reject a recommendation for surgery did not seem to be related to morphologic features , although facial asymmetry was found in 25% of the patients.

綜合以上一些文獻報告，病人的動機需要完整的確立出來。若是病人對 profile improvement 抱持很大的期望，幻想手術後成為人人欽羨的美人，則該漸進地教導病人，手術後的 profile 是一個正常的臉型，而不是美貌的外型。

三、手術前矯正

少於一半比例的病人需要接受 pre-surgical orthodontic treatment-Profitt & White(1970)。若 dentition 會干擾手術進行時上下顎骨定位，影響頷骨移動的量時，pre-surgical orthodontic treatment 是必需的。

Pre-surgical orthodontic treatment 之治療目標。

(1) Dental decompensation.

(2) De-crowding , De-rotation.

- (3) Interarch objectives.
 - (4) Anteroposterior objectives.
 - (5) Transverse objectives.
 - (6) Vertical objectives
- Jacobs (1983)

A. Class III malocclusion

Class III 病人病因在於 mandible prognathism, maxillary deficiency 或者是 combined maxilla and mandible。通常具有 flaring out upper incisors 和 retroclined lower incisors。上顎正常或有 crowding 存在，下顎排列良好，上顎牙弓相對於下顎牙弓較窄小。當上下門牙之 dental compensation 嚴重時，若不 de-compensation, 則將會影響 mandible set back 的量 (Fig 1), 且 chin 的發育正常時，造成術後外形不理想, chin 太突出—(Lines and Steinhouer 1974)。此時 dental decompensation 是需要的 (Jacobs 1983 space Profitt 1970)。

在 De-compensation 時，能用到 class II Elastics 來將 lower incisors proclined, 在 de-compensation 的階段, reverse overjet 將會增加, 需事先提醒病人。Dental decompensation 的量會影響 mandible set back 的量; 不足時, mandible set back 量會減少, 過度時 mandible over set back, 造成

外形不理想。

在上顎, 要改善門牙角度, 且擁擠存在時, 則上顎須拔牙, 通常是 4|4, 下顎若需配合拔牙時, 則拔 5|5, 避免下顎門牙過度後縮, 及改善臼齒的咬合關係。

當建立起門牙角度、牙齒排列完成後, 需決定病人咬合關係: 將模型建立在 canine class I relationship, 看是否咬合干擾存在, 通常需將上顎牙弓擴張, 改善後牙 crossbite。

注意第三大白齒的問題。class III 的病人上顎 3rd molars 通常無咬合接觸或 elongation, 此時若擅自拔除, 則 mandible set back 後下顎之第二大臼齒無對咬牙, 應慎重為之。下顎第三大白齒若妨礙 mandible 術後固定, 則可事先拔除。

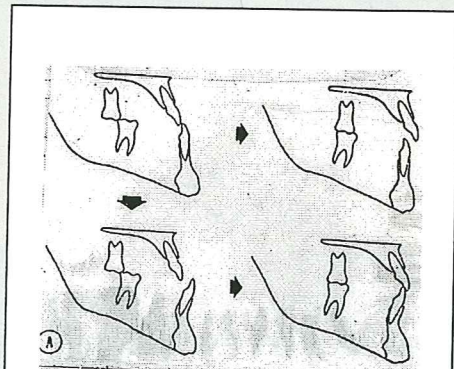


Fig 1: 手術進行時, 將建立門牙 class I 關係, Dental decompensation 會影響 mandible set back 的量。

B. Class II malocclusion

Class II division 1 malocclusion:

此型病人通常上顎門牙角度正常或前傾，下顎門牙前傾角度大。Overjet 的大小隨著上下顎之 skeletal discrepancy 加大而呈現不同的差距。下顎牙弓具有 accentuated Curve of Spee，通常有深咬的現象。

在 pre-surgical orthodontic treatment 時，dental decompensation 是必要的。

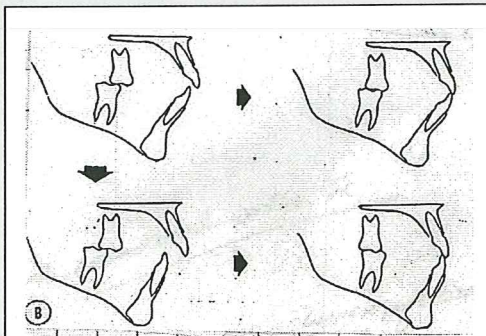


Fig 2: 上下門牙的角度會影響下顎前伸和上頷後縮的量。

有時利用 class III elastic mechanism 將下顎門牙 uprighting Accentuated curve of Spee 不需要 Leveling, Dr. Proffit 認為, 此點在術後 initial healing 完利用術後矯正治療可免於術前治療時 leveling 所需之 heavy force, 且治療時間可縮短。

深咬可藉由手術將下顎門牙 intrude, 不要輕易在術前利用矯正方法 intrude 門牙, 若需要可用 segmental approach。在上顎的考量方面, 若上顎骨前突, 利用手術將上顎 Setback, 上顎門牙前傾的角度可在此時改正過來, 但門牙角度的改變有其極限 Fig3, Fig4, 此極限在 10 度左右(Lew)。

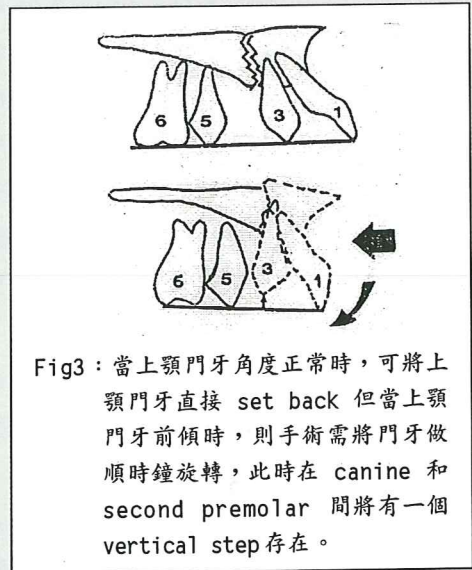


Fig3: 當上顎門牙角度正常時, 可將上顎門牙直接 set back 但當上顎門牙前傾時, 則手術需將門牙做順時鐘旋轉, 此時在 canine 和 second premolar 間將有一個 vertical step 存在。

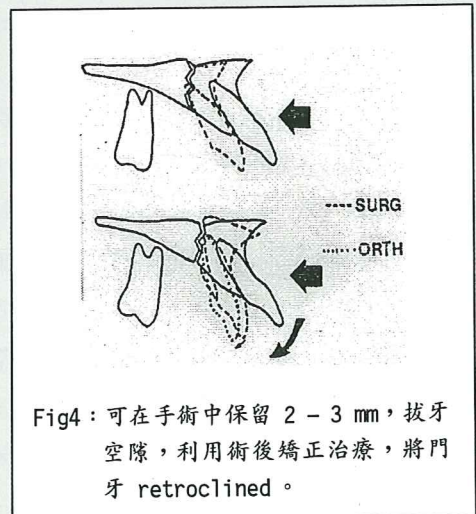


Fig4: 可在手術中保留 2 - 3 mm, 拔牙空隙, 利用術後矯正治療, 將門牙 retroclined。

在上下顎對咬考量，將模型對在 incisors, canine class I 位置時，看是否有 crossbite 產生。若 crossbite 是由 dental compensation 引起，則在術前 decompensation 將 crossbite 改正。若是 skeletal crossbite，則須利用手術改正。

軟組織亦需列入考量。下顎後縮的病人，若 chin 不佳時，當下顎前伸後，外形不佳，則需配合 augmentation genioplasty (fig5)。上顎突出的病人，當上顎後縮後，避免形成 obtused nasal-labial angle。

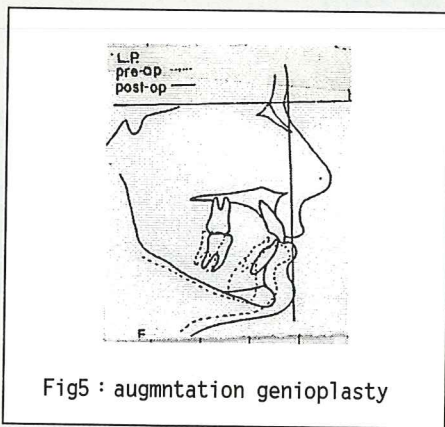


Fig5: augmntation genioplasty

Class II division 2 malocclusion :

Class II division 2 的病人，具有正常或較直立角度的上顎門牙，下顎門牙角度前傾。深咬和 accentuated curve of Spee 的嚴重程度隨上下顎 skeletal discrepdacy 而有不同程度的差異。和 Class II division 1 的病人比較起來，Class II division 2 的病人具有 short

lower facial height 和 strong chin，外形輪廓不錯。

在 pre-surgical orthodontic treatment 時，dental decompensation 是必要的，將直立角度的上顎門牙外翻，下顎門牙後縮。Accentuated curve of Spee 可在術後治療調整，將 molars extrusion 或手術中將門牙 intrusion。

C. Class I malocclusion

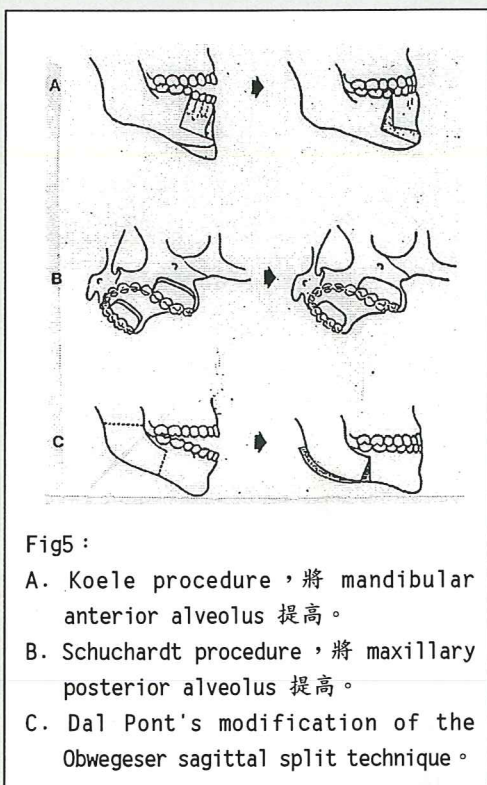
Bimaxillary protrusion 是 class I malocclusion 常見的病人，尤其在亞洲人種。

若病人牙齒排列良好，門牙角度正確，可以先進行正頷手術治療，術後矯正治療僅須小幅度的牙齒調整。若病人之門牙角度外翻時，手術中可將前牙部份旋轉調整，通常須留下 2 - 3 mm 的拔牙空隙在手術後利用矯正治療將門牙角度改正過來 — Fig3 Fig4。

D. Open-bite

面對開咬的病人，首先需判別 dental 或 skeletal 的問題。骨性 open bite 的病人，單純用 vertical elastic 來將咬合閉合將造成治療後 relapse 的發生。

pre-surgical orthodontic treatment 方面，只須將牙齒 alignment 和 leveling，去除咬合干擾。若病人是 mild open bite dued to dental problem，則可用 continous wire 來



alignment 和 Leveling, 若病人之 open bite due to skeletal problem, 則需利用 segmental approach 以免門牙 extrusion, 造成術後之 relapse。

(待續)

〔作者簡介〕

王維堅

- 第31屆校友
- 蘇明圳齒顎矯正診所住院醫師

鄭郁玲

- 第27屆校友
- 蘇明圳齒顎矯正診所主治醫師

蘇明圳

- 蘇明圳齒顎矯正診所院長

賀

台灣省牙醫師公會會員代表

大會成功

台中縣牙醫師公會

大會成功

中華民國牙醫師公會聯合會 第六屆第二次會員代表大會

暨七院校牙醫系校友會會員

大會成功

賀

中華民國臨床口腔矯正醫學會 成立

永恆的天堂淨土

撰文／林芝蕙

我生平接到的第一張訃文，對象竟
是小我一屆的學弟——黃醫師。

身為佛教徒，沒料到再度走入教會
是爲了參加追思禮拜。

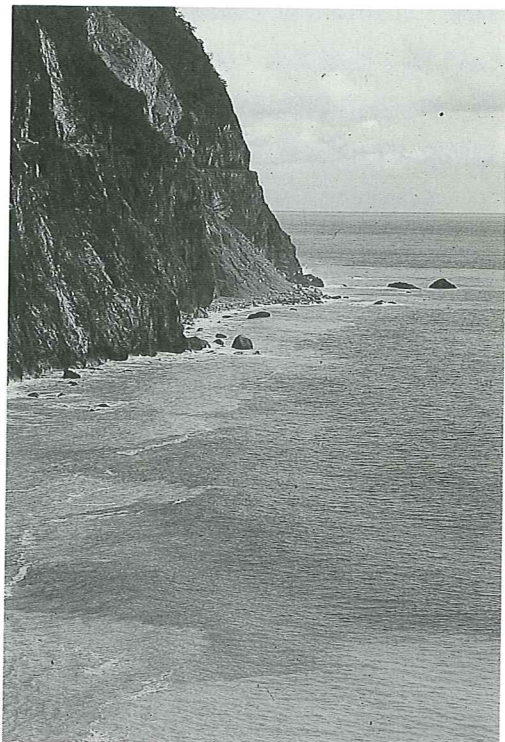
學弟的遺照在一片淺白色的天堂鳥
與淡黃雛菊交織花海中安然矗立。牆上架
著散發光亮斗大的十字架，正吸收每位與
會者全數的感傷；所有的哀嚎與悲泣，匯
流融入句句莊嚴的聖詩中，直扣莫名的天
際，反覆地迴響著問號。

在希爾頓飯店十二樓屋頂縱身落
下，就此結束了一生。沒有留下隻字片語
撫慰已是白髮年邁的母親，只是徒讓關愛
他的友人與親屬紅腫了淚眼。

牙醫師，令人稱羨的職業，而三十
三歲，亦該是散發青春與熱力的年紀，怎
會走上自殺這條不歸途。「聽說他下個月
本準備要訂婚了！」「好可惜，唉！」，
此起彼落的疑惑和遺憾混雜在數不清的問
號中，感傷暫且劃下了句點。

黃醫師遺留下的日記上寫著「爲何
我總是如此寂寞？彷彿我的世界裏只存在
上帝與我」。

或許他認命地以爲生命原體本該寂
寞；所以即使擁有親密女友，還有圍繞在
他身旁熱心關懷的教友，都無法走入他緊
閉的心靈深處。



河流匯聚成海，又分脈成河流；
亦如人生是無始流轉。

天真的他以爲結束生命後，也同時
解脫人間的苦難，直奔永恆的天堂，投入
上帝的懷抱？！

世界上最偉大的精神傳統，當然包
括基督教在內，都清楚地告訴我們；死亡
並非人生的終點，自殺無法解除煩惱，問
題依舊。看似灑脫地離去，臨行卻殘酷地
在母親孱弱的心上重重地踩下，滴滴淚血
灑向背負世人重罪的十字架。

又是一齣悲劇落幕。

二個星期過後的正午，我已準備臥身休息時，電話鈴聲卻急促連響，台北縣牙醫師公會祕書廖小姐抖顫的聲音，「林醫師，您知道許獻忠醫師的大哥大或BB Call嗎？他家著火，夫人因濃煙嚴重嗆傷，目前躺在醫院已無生命現象……」電話筒在手指間瞬然應聲滑落。

似乎命運在恍惚間便作了宣判；死亡，不可逆性，冷酷毫不留情。起火原因只因吹風機插座故障。

我躺在床上，身體僵硬地難以動彈，麻木的神經難以抵控淚水肆意犯濫；眼皮沉重地想闔眼入睡，而後醒來告訴自己這一切只是場虛驚的幻夢。

許醫師是縣公會前任理事長，為人謙誠和善；而夫人平日操持家務，相夫教子，一家五口和樂融洽。

一次旅遊途中與她結識；當時我與母親和妹妹並未駕車，許醫師熱心招呼我

們共乘他的座車。她將寬敞的後座讓給我們，而自己卻攬著六歲的稚子共擠前位。車程將近二小時，一路柏油車道顛簸凹凸，身體緊隨車身上下晃動，卻難以震落滿懷的感激與愧疚。

強作鎮靜，來到她的靈堂前捻香。屋內梵音繚繞，許醫師神情憔悴地提起妻子生前親近佛法，卻無緣皈依，家人在她臨終後立即為她舉行皈依儀式。

我解下纏於觀音菩薩上的珠鍊。那是法師多年前贈予的結緣品，心中不斷誦唸著「南無大悲觀世音菩薩」願連綿細密的佛號，能伴隨她到佛國淨土。

「好人為什麼會短命？」「蒼天怎會如此不公平！」感嘆與埋怨都無法喚回那逝去的魂魄。

生命是如此脆弱，來不及交代遺囑，毫無預警地連聲再見也沒說，就此無聲無息中消失。

頓時我對死亡產生莫名的恐懼；魑

魅張牙舞爪向我迎面攻擊，眼看就要直捏我的頸項，不禁大聲哀叫「我不想死」；而後掩面嚎啕哭了起來。

死亡不是人人必經的道路？那又何必畏懼憂傷呢？

有回春節過後一次讀書聚會中。大夥互道恭喜後熱烈討論著假期旅遊，有人冷不勝防地提出疑問，「當



宇宙隨時空不斷變化；死亡是形體的轉化，並非人生的終站。



永恆的天堂淨土，存在你我心中。

臨終的須臾時光，閃過腦際的念頭為何？」頓時現場鴉雀無聲，彼此面面相覷，心中直納悶著，「這小子恐怕頭殼秀逗吧！？怎會想到此類忌諱話題」。

無論天堂或極樂世界，死亡對於當時現場平均不到四十歲的壯年的確感到遙遠、陌生且猶似言之太早；不過，大家卻忽略了人類雖有平均生存年齡，卻未附有壽命期限保證書。

一般人常將寶貴的青春與光陰迷戀追逐於金錢、性與權勢，認為那才能獲取滿足與快樂。希望快樂的本質當然沒有錯，但是忽略解讀生命的意義與真諦，卻容易混淆快樂與虛榮的差別。在潮流漩渦中隨波迴轉；在盲目趨求目標裏汲汲營營；在反覆攀緣與失落中迷失自我。當生命旅程必需靠站，才猛然警覺，尚有許多應盡的責任與未了的心願還遺留在人生的

車廂內。如果死亡並非人生的終點，那每回生命過程便成又一次痛苦輪迴。

與其帶著遺憾離開人間，何不在現世生命裏把握當下，盡個人與社會職責；在實際生活中努力修行，自度助人，藉此提昇自我生命價值。

常聽有人抱怨居處環境髒亂，而自己卻任意丟棄垃圾；痛責治安敗壞，卻不肯遵守紀律，開快車，闖紅燈，心想了不起罰單一張；感嘆世風日下，人心不古，卻常對他人心存猜忌與瞋恨；懼怕人生無常，卻不珍惜生命數十寒暑。

人性的弱點是，在顛倒矛盾裏度日卻不自覺；在夢幻迷霧中自我催眠，而不願認清事實。

這世界本該是美麗淨土，卻為人的私慾與無知氾濫成災。如果我們總心存善念，友愛人群，能以慈悲和智慧心看待這娑婆世界，那麼人間不再只是紅塵滾滾；它將是座瑰麗天堂，是凡間淨土。

永恆的天堂淨土，或許在天上，存在浩瀚的宇宙中；也應在紅塵俗世間。
(轉載於北縣牙醫)

〔作者簡介〕

林芝蕙

- 翔齡牙醫診所負責人
- 台北縣中山牙科校友會秘書長
- 台北縣牙醫師公會監事

躍進的中山醫學院

撰文／中山醫學院校友室

很久沒有回到中山來的人常會說的一句話，就是中山變了，這份體認除了來自校園四周環境的改變外，校園內人事物的變化更是令人印象深刻。就讓我們以簡短的文字來說說中山近年來的變化。

從「大慶」到「建國」

要說到中山的改變，首先映入眼簾的就是校園四週圍地理環境的改變。原本校門口羊腸小徑的大慶街已經擴寬成為三十米的大道並更名為「建國北路」，當然兒學校的門牌號也就從「大慶街」變成了「建國北路」，更值得一提的是將來建國北路與台中火車站前建國路打通，校友們就可以從火車站一路散步回學校。此外，台中的交通大動脈文心南路亦穿越校區的西邊，如果從中港交流道下左轉文心路，約十五分鐘就可以看到懷念的母校。

中山躍動的心臟

學校近年來大興土木，各種建設工程，更是讓人感到中山的革新與改變。首先介紹已完工正式啓用的「教學研究大樓」，這棟被中山人喻為「中山新地標」與「中山躍動的心臟」的新大樓，樓高十二層，是一座具有中央空調與電梯的現代化大樓。其中一至三樓主要為大型階梯教室

供學生上課使用，以及公共衛生學系辦公室及研究室，五樓為醫學系館、研究所聯合辦公室與研究生教室與圖書室。六樓有細胞遺傳學研究室、分子生物研究室與暗房。七樓為輻射防護室及口腔醫學研究所，其中口腔醫學所中分設有細胞培養室、口腔病理研究室、口腔病理實驗室以及口腔材料科學研究室各一間。八樓是生化研究所設有兩間癌症生化研究室、生物技術研究實驗室及一間環境毒理研究室，並擁有一間可做蛋白化學的零下4度C的冷房。九樓為營養科學研究所共有四間研究室，十樓有貴重儀器中心與各大小間的研究室供教授與醫師們使用。十一至十二樓為無菌實驗動物飼育中心，是全國數一數二擁有合乎國際水準的中心，內部構造是由日本YAMATO公司規劃建立的SPF級，有著全面自動控制空氣品質、溫度、溼度及光照度設計，所有進出人員及器材都需經繁複仔細的滅菌過程才能進出，因此想看到可愛的小白老鼠是要經過層層把關的。

研究風氣躍進與提昇

研究是醫學院之所賴以持續生機的血和肉，近年來由於研究大樓的啓用以及學校以獎勵方式推動校內教師提出研究計

劃，以及全體師生的努力，使得本校研究風氣大為提昇，就以評量研究水準的國科會研究計畫的指標來說，本校今年通過的研究計畫共 32 件，較去年增加 39%，尤其在今年國科會全國平均通過率減少 8% 的情況下，而學校卻能大幅成長，令人感到十分的驕傲與欣慰。

網路世界的絮情小站

提到絮情小站，如果你是網路上的常客又十分關心學校的發展，就應該不陌生，它是目前中山在網路上所架設的一個 BBS 站，全校所有的師生都可以透過網路中表達自己的意見與理想。當然可以從中獲得許多的訊息與資料。例如台中那家牛肉麵好吃，或者那個社團今天有活動，都可以從中獲得。目前學校各單位及學生宿舍均架有線路可隨時上網。除了絮情小站(網址：bbs.csmc.edu.tw)外，母並架設有網際網路www站，裏面有目前學校最新動態報導圖文並茂(網址：<http://www.csmc.edu.tw>)，當你遨遊於網路世界時不妨到中山站看一看。

眾志成城 改制大學

在大學紛立的環境中如何提昇中山的競爭能力，已成為所有中山人的最重要的課題，目前學校正積極規劃改制成為醫科大學的目標前進，因此正積極擴建與充實各項軟硬體設備，在校園空間上目前正在興建醫學中心大樓，牙醫系館暨學生宿舍大樓與新運動場並預定今、明兩年完工，屆時可提供學生更多更好的學習環境。特別介紹牙醫系館暨學生宿舍大樓，其地下三樓地上十二樓，佔地約六百餘坪，現規劃地下二、三樓為地下停車場，地下一樓為牙醫系館教室，地上一至五樓為牙醫中心作為教學研究醫療之用，六至十二樓為學生宿舍，預定明年六月完工。未來並將規劃興建圖書館及行政大樓、醫學系大樓。相信在這些硬體設備完工後，中山將展現出一番新風貌、新氣象、新活力。並為改制大學的路程邁進一大步。

如果您想看看近年學校的成長，看看多年未見的老師，不妨就在今年十一月二日的校慶校友日，回學校看一看吧！相信你會有異想不到的收穫。

賀

杜家寧醫師	當選	中華民國口腔顎面外科學會	第六屆	理事長
張明遠醫師	當選	台中市牙醫師公會	第二十一屆	理事長
陳長泰醫師	當選	彰化縣牙醫師公會	第十七屆	理事長
林立德醫師	當選	中華民國口腔植體學會	第二屆	理事長

會員會費

001	鄭維明	002	郭憲璋	003	林義雄	004	蔡展光	005	王燕翔	006	鄭俊國	007	王嘉仁
008	傅秀文	009	郭湘南	010	鄭道鴻	011	劉文明	012	黃瑞濱	013	李雅玲	014	曾振文
015	楊忠勳	016	黃世勳	017	潘渭祥	018	林明村	019	楊晉杰	020	陳登隆	021	陳順義
022	蔡長泰	023	林坤生	024	邱明智	025	吳治南	026	江薰正	027	張達材	028	張水勝
029	張智信	030	張純義	031	林永弘	032	蔡俊德	033	沈建杉	034	周武雄	035	黃建文
036	劉徵平	037	彭衍民	038	陳永松	039	黃維勳	040	盧百文	041	鄭俊良	042	陳文輝
043	蕭永蒼	044	楊薰瑤	045	藍碩亨	046	蘇東瑞	047	楊屏生	048	陳永棟	049	葉長康
050	陳勝盛	051	鄭博仁	052	楊明德	053	柯明峰	054	葉作杰	055	白錫玠	056	呂信治
057	林文飛	058	王吉清	059	周三雄	060	林瀛海	061	楊正安	062	朱健漳	063	許明銓
064	蔡守正	065	林峻峰	066	何蔓琦	067	馮祥炎	068	劉嘉正	069	蕭海浙	070	呂旭珍
071	陸定岡	072	廖友正	073	沈民偉	074	呂學儀	075	劉大照	076	王誠良	077	周建堂
078	陳勇吉	079	林希融	080	陳英禹	081	林登雄	082	楊正隆	083	江國卿	084	蕭嘉聲
085	林茂雄	086	李存義	087	王秀俊	088	陳武岩	089	王茂生	090	林令堪	091	林明勇
092	吳秀全	093	林廷祿	094	鄭榮川	095	林忠光	096	鄭雅玲	097	官振國	098	林輔誼
099	林秀娟	100	陳憲彰	101	王忠川	102	梁孟淵	103	王正雄	104	李光治	105	韓繼芳
106	蔡珍重	107	林孟禹	108	何宗英	109	蔡介士	110	周全明	111	陳怡宏	112	林聰憲
113	廖順友	114	張友馨	115	陳俊瑛	116	吳立成	117	林繁男	118	楊欽榮	119	廖順浩
120	游建光	121	彭淑貞	122	林燕明	123	黃佩君	124	陳奕呈	125	陳意嫩	126	趙思瑯
127	施並文	128	申善雄	129	侯勝炯	130	鄭志芳	131	楊 晃	132	陳柏芬		

註：尚未繳會費（1500元）者，請以本會劃撥帳號1905719-1 王吉清繳納。

樂捐校友會名單

徐信文	100000
中山校友總會	10000
陳光琛	5000
陳長泰	5000
周景璜	2000
翁建中	1000

鄭俊國	45000
李英祥	10000
曾育弘	5000
劉大照	5000
許獻忠	1000
彰化縣中山校友會	1000

何宗英	10000
蘇明圳	10000
高屏區中山校友會	5000
賴清松	3000
戴溪炎	3000

樂捐木棉雜誌社名單

徐信文	20000
陳光琛	5000
陳季文	2000
陳信甫	2000
許獻忠	1000

鄭俊國	5000
台南區中山校友會	5000
趙鴻濱	2000
馬隆祥	2000

曾育弘	5000
劉大照	5000
王茂生	2000
簡肇欽	1000

感謝下列友會饋贈花籃、賀儀

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 1. 中山醫學院校長蔡嘉哲、牙醫系主任周明勇 | 9. 宜蘭縣牙醫師公會 |
| 2. 中山醫學院校友總會會長何黎星 | 10. 基隆市牙醫師公會 |
| 3. 中山醫學院校友服務室主任廖克剛 | 11. 新竹縣牙醫師公會 |
| 4. 桃園縣中山校友會 | 12. 台中市牙醫師公會 |
| 5. 彰化縣中山校友會 | 13. 彰化縣牙醫師公會 |
| 6. 高屏區中山校友會 | 14. 台北市牙科植體學會 |
| 7. 台南區中山校友會 | 15. 中國醫藥學院牙科校友會 |
| 8. 台北市牙醫師公會 | |

感謝 卉鼎貿易有限公司、鄭陳功企業有限公司 提供牙刷、牙膏作為本會大會報到贈品

本會為確實將各項資訊及木棉雜誌能更準確迅速寄達至您手中，敬請詳細填寫下列表格，逕寄本會：台北市中山北路2段185號9樓B室或傳真至：(02) 5993079 秘書徐小姐收，謝謝。



姓名	性別 男 女		牙醫證號：
	出生 年 月 日		全聯編號：
服務機關	電話 ()		畢業學校：
	傳真 ()		中山醫學院牙醫系第 屆畢業
地址區號 □ □ □	縣 市	區 鎮 鄉	路 街 段 巷 弄 號 樓 室
備 註			

第十二屆中山高爾夫聯誼會活動記要

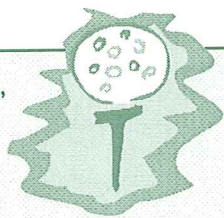
本屆在會長陳克功醫師領導及財務長蔡榮泰醫師襄助之下，使會務得以順利進行。其中更有多位前輩學長的不吝指教，使本屆會務改進不少。本屆自去年(85年)7月1日交接迄今已舉辦例賽八次，茲將各次例賽地點及得獎名單報告如下：

例賽場次 日期	第一次 (85.8.9)	第二次 (85.9.11)	第三次 (85.10.11)	第四次 (85.11.13)
例賽地點	八里國際球場	林口長庚球場	石門北海球場	統帥球場
總桿冠軍	蔡榮泰	林令堪	賴海元	陳超然
淨桿冠軍	詹康宏	曾振文	李存義	許佳文
淨桿亞軍	賴達雄	賴達雄	黃明仁	陳佈弘
淨桿季軍	郭力行	陳禮盛	連進興	郭力行
淨桿殿軍	林清鴻	賴碩彥	陳禮盛	林清鴻

例賽場次 日期	第五次 (85.12.13)	第六次 (86.1.8)	第七次 (86.3.14)	第八次 (86.4.9)
例賽地點	林口第一球場	楊梅第一球場	關西立益球場	幸福球場
總桿冠軍	林忠光	李存義	莊永龍	蘇明圳
淨桿冠軍	賴達雄	陳永棟	蘇明圳	周建堂
淨桿亞軍	郭力行	陳超然	黃作淦	賴海元
淨桿季軍	陳超然	李志文	林令堪	賴碩彥
淨桿殿軍	賴海元	郭力行	賴海元	蔡榮泰

為加強會員、校友間球技之切磋，本屆特增設配對比賽，按各會友之差點配對比賽，使本屆會友之成績進步不少，其中更有第17屆校友蘇博士明圳醫師，於關西立益球場勇抓老鷹乙支，使他當天在賣店破財不少。配對賽進行已將近尾聲，近期(陳超然醫師與曾振文醫師)將與(蔡榮泰醫師與郭力行醫師)將在大屯球場展開龍虎之爭(冠亞軍賽)不知鹿死誰手，屆時請大家拭目以待。

本屆聯誼會為擴大校友參與，現正歡迎有興趣於高球活動的校友，報名參加，洽詢電話：(02)9755612 陳克功醫師
(02)9010645 蔡榮泰醫師
(02)5956554 許佳文醫師



第十二屆中山高爾夫聯誼會幹事長 許佳文

木棉雜誌 (季刊) 廣告收費辦法

1. 規格16開
2. 頁數約100頁
3. 每期發行9000本



封面內頁	封面前內頁	封底內頁	封底前內頁
30,000元	25,000元	25,000元	25,000元
封底 議價	內插頁	雜誌封套： 議價	第一、二特頁
	20,000元		25,000元

黑白頁廣告收費標準：

全頁	1/2 頁	1/3 頁	1/4 頁
10,000元	6,000元	4,000元	3,000元

夾頁 (可分區派送) 價格另議

1. 長期刊載全年四期可優待
2. 代理完稿另加收1500元
3. 代理設計完稿另加收3000元
4. 廣告業務請與校友會徐小姐 聯絡

TEL : (02) 5856575 FAX : (02) 5993079

歡迎
刊登廣告

塑造一個高雅的醫療環境

為了服務諸先進及新開業醫師，
所以本公司特別增設工廠，
為大家提供眾多款式牙科醫院
專用材料櫃、器械櫃、吊櫃、
活動櫃、屏風、病歷櫃、坐椅、
掛號櫃、活動 X 光室組合……等，
可供靈活運用，且組合、施工
快速經濟又方便，可為「大家」
節省很多時間跟金錢，
並免費為大家規劃及設計，
讓大家無後顧之憂。

牙科·耳鼻喉科專業醫療空間設計

七大特色

- 專業設計
- 經驗豐富
- 高貴不貴
- X光室組合
- 施工迅速
- 完善服務
- 親自施工
- 專業施工

服務項目

醫院·診所·店面·住家·土木·油漆·壁紙
室內木工·水電·整修改造·增建等……

牙科診所工程實績：例舉如下：

(北市) 鑫辰牙科 (永和) 惠忠牙科 (桃園) 大雅牙科 (北市) 翁耳鼻喉科
(北市) 亞太牙科 (板橋) 惠群牙科 (中壢) 上揚牙科 (永和) 蕭正川牙科
(北市) 強弘牙科 (石牌) 惠生牙科 (中壢) 慈惠牙科 (平鎮) 法蒂瑪牙科
(天母) 洪皮膚科 (樹林) 中華牙科 (台中) 學仕牙科 (新埔) 邱牙科
(永和) 丁牙科

負責人/許錦漢

鼎昕裝潢工程有限公司

住址/三重市中正北路145巷4弄3號5樓
服務專線/02-9803735·9854291

行動電話/090232450
呼叫器/070269638
傳真/02-9854291

台北市中山醫學院校友大會

現場報導



江會長頒發熱心會務獎予各理、監事，由秘書長廖敏榮醫師代表受獎。



江會長頒發特殊貢獻獎予李元瑞醫師。



江會長頒發特殊貢獻獎予鄭俊良醫師。



江會長頒發特殊貢獻獎予本會顧問何宗英醫師。



各會會員報到盛況。



牙材展示會場盛況。



大松山青商會頒獎予本會贊助口腔義診活動，由江文正會長代表受獎。



江會長頒發感謝獎予奇祿有限公司。



江會長頒發感謝獎予同鼎有限公司。



江會長頒發感謝獎予西河股份有限公司。



江會長頒發感謝獎予偉登興業有限公司。



江會長頒發感謝獎予鼎興貿易股份有限公司。



江會長頒發感謝獎予日本NSK公司由西河公司林副會長代表受獎。



總會會長葉天華醫師致詞。



中山醫學院校友總會會長何黎星醫師致詞。



校友服務室廖克剛主任致詞。

舒酸定[®]

能有效解除敏感性牙齒疼痛
值得您認定與推薦！



舒酸定牙膏 主要成分為氯化鋇 (Strontium Chloride 10%)。氯化鋇形成的晶狀體結構，能堵塞曝露在外的象牙質的微細管海綿組織，使外界刺激波動無法傳遞至牙神經，消除敏感性牙齒疼痛。

舒酸定-F牙膏 主要成分為硝酸鉀 (Potassium Nitrate 5%) 及磷酸氟化鈉 (Sodium Monofluorophosphate 0.7%)。硝酸鉀成分釋出鉀離子 (K⁺)，與波動負電子中和，能降低牙神經的敏感程度，使疼痛感覺消失。含氟配方 (1000PPM)，除能解除敏感性牙齒所引起的輕微疼痛，同時有效預防蛀牙。

製造商：STAFFORD-MILLER Ltd., Australia 總代理：嬌生[®]公司



●如需詳細產品資料，請與下列經銷商聯絡，將有專人做詳盡解說

全省經銷商：台北地區 美牙 (02) 506-7545 / 桃竹苗地區 井原 (03) 465-8811
台中地區 中和 (080) 441-886 天仁 (04) 321-8284 / 嘉義地區 商隆 (05) 285-5778
台南地區 建國 (06) 225-7332 / 高雄地區 王齒科 (07) 321-6166

EASY PNEUMATIC

CROWN & BRIDGE REMOVER

真的真的讓您很 *E...EASY* 的拆牙冠

EASY 安裝 ➤ 不需另加慢速馬達，可直接接到 UNIT 管線上。

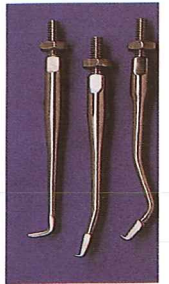
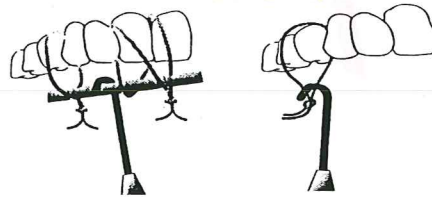


EASY 保養 ➤ 不需保養，可直接放入 AUTO-CLAVE 消毒。

EASY 操作 ➤ 手機有 FINGER TIP PUSH-BUTTON 控制鈕，每按一次就敲一次，連續按連續敲讓您自由選擇。



EASY 配件 ➤ 三種形狀 TIP 和一捲 3 米鋼絲，讓醫師在各種情況都能方便操作使用。



EASY 原理 ➤ EASY PNEUMATIC 手機是氣動式而非機械式推動，所以調整 POWER 的方位很廣，可讓醫師選擇最適當的 POWER 來操作。



贈品



台灣總代理

 同鼎有限公司

地址：三重市溪尾街108巷73號2樓之2
電話：2861982(代表號)
高雄：王齒材(07)3212408
台南：明揚(06)2830487



MADE
IN THE
U.S.A.

21世紀的高科技結晶

LITEX 690 攜帶型無線鹵素光機

- 無線型，使用方便不受空間限制
- 超高光度快速充電
- 風扇自動散熱，可長時間使用
- 高解析光纖管可 360° 旋轉，及高溫高壓消毒
- 把手開關可隨意控制並附嗶聲
- 流線造型輕鬆掌握

自86年2月1日起至7月31日止，凡購買LITEX 690雙機型無線鹵素光機，可以任何廠牌鹵素光機，不論新舊堪用均可抵扣5000元(每台限抵用一台)。請向當地牙材商訂購或洽詢本公司



本公司機器自銷售日起一年內免費維修(光纖管及燈泡等消耗性零件除外)

DENTAMERICA®
台灣總代理

奇祜有限公司

台北市敦化南路二段128號7F-1

電話：(02)755-4445轉牙材部

傳真：(02)755-4919

請洽右列經銷商：

基隆 / 欣達 (02) 4272568
台北 / 泓品 (02) 6326918
/ 吳文成 (02) 3940996
中壢 / 大可 (03) 4527922
新竹 / 日興 (035) 229678
/ 全球 (035) 322823
台中 / 金昌 (04) 2378813
/ 天仁 (04) 3218284
/ 新茂 (04) 3726695

彰化 / 南星 (048) 329593
斗南 / 福源 (055) 961788
嘉義 / 全球 (05) 2855778
/ 恆信 (05) 2225970
/ 佳利行 (05) 2855971
台南 / 建國 (06) 2224431
/ 國興行 (06) 5960431
高雄 / 奇祜 (07) 3471732
屏東 / 奇祜 (087) 360638
羅東 / 楊錫惟 (039) 519551