

牙醫師與您的對話

木棉

雜誌 第 **21** 期 / 1997 · 冬

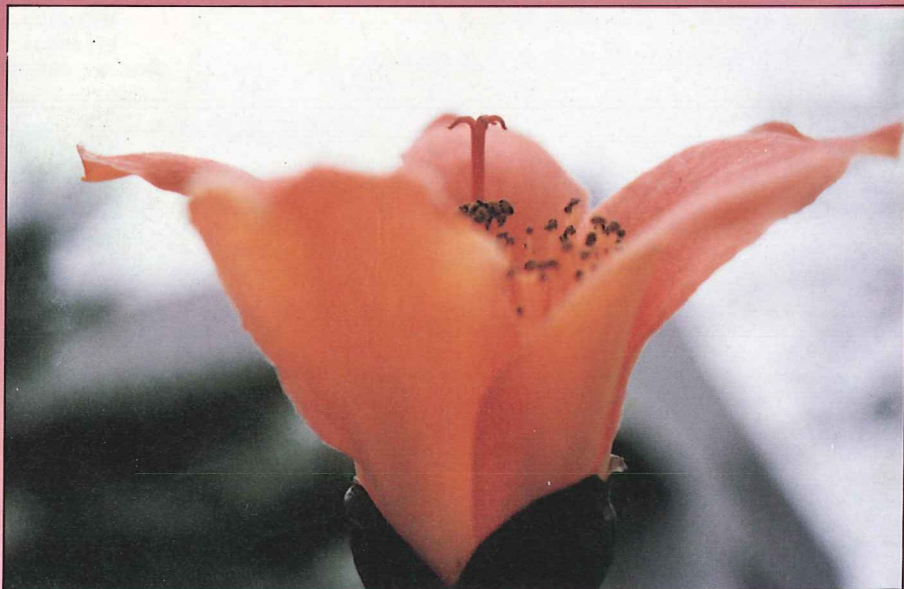
苦旅

成功心理學

平心靜氣論總額

增加病人引介的科學與藝術

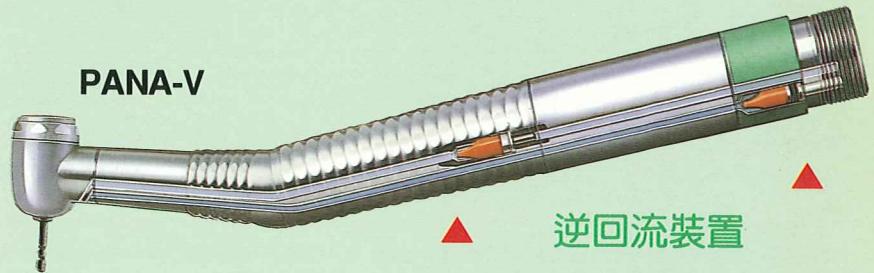
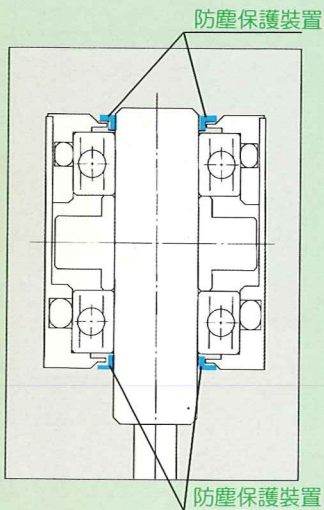
我的義工生活



PANA-V & PANA-QD

感染控制和品質保證一直是我們努力的目標

- **135°** 可承受 135 °C 的高壓消毒滅菌
- **逆回流裝置**：防止唾液或水回流到手機內
- **防塵保護裝置**：防止治療時產生的碎屑侵入或污染到渦輪軸心



PANA-V

逆回流裝置



PANA-QD



防塵保護裝置

新的防塵保護裝置可長期減低磨損並增加內部的無菌。這個效果完全是由專利設計保護渦輪軸心不受碎屑侵入和污染。

請認明原廠產品
謹防假冒

德國認證機構 Tuv Rheinland 認證

ISO 9001：品質保證國際規格

EN 46001：醫療儀器特殊嚴謹品質保證
歐洲規格

快速接頭：順暢旋轉並確實快速鎖緊，水孔處有回流閥，接頭尾部形狀有三型
2孔、3孔、4孔等等

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

電話：02-3141131

中區事業處 台中市港路二段 69 號 2 樓

電話：04-3270891

南區事業處 高雄市中山一路 178 號

電話：07-2512113

DENTSPLY CAVITRON

DENTSPLY
ASIA

DENTSPLY ASIA
23/F., Gee Chang Hong Centre
65 Wong Chuk Hong Road
Aberdeen, Hong Kong.
Telephone: 2870 0336
Fax: 2870 0620, 2870 0892
Telex: 74659 ADI HX

IMPORTANCE ANNOUNCEMENT

It has brought to our attention that a counterfeit P-10 insert (P-10 insert is to be used with Cavitron ultrasonic scaler) is being sold in Taiwan. This counterfeit insert is proven to be inferior in quality and can impair proper treatment of your patients. Legal action is being sought to sue the unscrupulous counterfeiter and sellers to protect the interests of our customers.

In the meantime, to help you differentiate a counterfeit P-10 insert, all genuine Dentsply inserts bear the following:

- A label with the name and contact telephone numbers of our Taiwan exclusive distributor. This is the specimen.

偉登興業有限公司
服務電話：(02)7885088
傳真：(02)7885093

- Each insert bears a letter "T" after the batch number on the metal stack.



Charles T. Keen
Vice President and General Manager
Dentsply Asia



25KP-10

選購原廠機頭，除了確保產品品質，我們更提供新品自拆封日起，享有三個月內的退、換貨保證（不保證：1.仿冒品2.非使用於Dentsply/Cavitron之機器）

由於最近市場出現大量仿冒品，恐消費者權益受損，特此鄭重聲明！為感謝您長期的支持，原廠特別提供現在最High的機頭：

凡購New P-10 ×10支，

即贈Slimline P-10S超細潔牙機頭
1支(價值NT\$3,200)

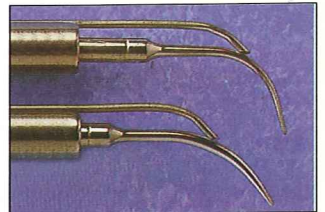
(數量有限，送完為止！)

SLIMLINE™

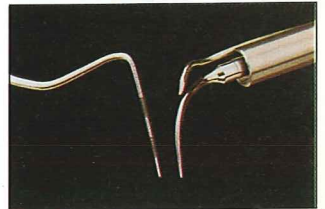
齒齦下潔牙向來是牙醫們較費時費力且又麻煩的治療項目，以往我們大多須要準備牙周探針及刮刀，先探知牙周囊袋深度及結石位置，再以手動刮除，而後牙區更是難以操作！

特色：

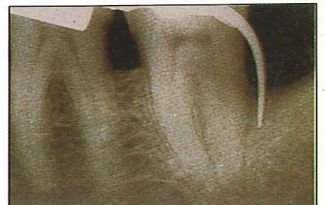
- * 超細圓滑設計，特別適合齒齦下潔牙
- * 可作探針使用，深入牙周囊袋7mm深處(圖一)
- * 根據使用者之經驗，其與牙根尖表面接觸感，與探針完全相同(圖二)
- * 圓滑尖端設計，使根部潔牙更安全
- * 左右彎形機頭，對後牙（尤其第二，三大白齒）遠心端齒齦上下之表面潔牙更方便(圖三)
- * 對齒齦上潔牙，觸感更佳，動作更柔和
- * 超細圓滑設計，且動作更柔和及加溫水流，患者更舒適



圖一: Slimline(上)與一般比較



圖二: Slimline與Probe觸感相同



圖三: 由x光片可見, Slimline可達遠心端

First in Dentistry™

DENTSPLY

WD

偉登興業有限公司

台北市南港區南港路三段130巷0號6樓

電話：(02)788-5088(十線) • 080251277

遷移新址擴大營業 50 週年感恩大特賣

產品全面 5 折起



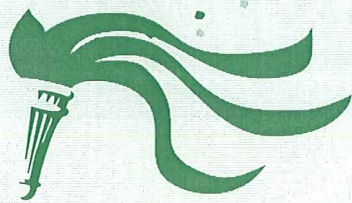
◆台北事業處 86 年 12 月 1 日遷至新址

鼎興貿易股份有限公司

台北事業處：台北市長安東路二段 30 號 (02) 2542-0968

台中事業處：台中市公益路 161 號 3 樓之 1 B4 (04) 329-3169

高雄事業處：高雄市中正二路 56 巷 33 弄 8 號 9 樓之 2 (07) 222-2312



中山醫學院

三十七週年 校慶

賀

校友

張溫鷹醫師

當選

台中市長

賀

彭志綱醫師 當選 中華民國牙周病學會 第六屆 理事長

呂國富醫師 當選 台北市牙科植體學會 第六屆 理事長

陳超然醫師 當選 中山校友會評議委員會 召集人

木棉之友、樂捐請郵政劃撥，帳號：19057191 戶名：王吉清



木棉

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：鄭俊國
學術編審：北市中山校友會學術委員會

雜誌

第二十一期

1997年12月15日出版

目錄

經營管理

- 8 苦旅 ●張家豪
- 11 平心靜氣論總額 ●王誠良
- 21 成功心理學 ●黃彥聖
- 24 增加病人引介的科學與藝術 ●黃彥聖

投資理財

- 26 凡事，放大格局，多空背賺唯貪不賺 ●鄭景仁

活動報導

- 29 賴辰雄教授回國演講節錄 ●賴辰雄
蔡守正
- 33 山中傳奇無人知、中山傳奇天下知(一) ●林忠光
- 35 中華民國口腔醫療及管理協會之成立



總編輯：蔡守正

社址：台北市中山北路二段 185 號 9FB 室

電話：(02) 5856575 · 5962232

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

藝文休閒

36 我的義工生活

●鄭俊國

38 口腔衛生從「小」做起

●蔡珍重

學術論文

41 Thera-Bite Wafer 在減輕疼痛上的探索

●黃經堯

44 以矯正強逼萌出合併牙周手術之牙冠增長術

●葉惠津

51 Pre-surgical orthodontic treatment (下)

●王維堅

鄭郁玲

蘇明圳

54 植體與自然牙連結製作假牙之探索 (下)

●盧貞祥

58 人工植牙面面觀—骨嵴擴張術

●黃斌洋

廣告索引

封面裡 西河國際股份有限公司

第 61 頁 丹美股份有限公司

第 3 頁 偉登興業有限公司

第 62 頁 台灣留蘭香股份有限公司

第 4 頁 鼎興牙科材料有限公司

封底裡 同鼎有限公司

封底 奇祿有限公司

苦旅

撰文／張家豪

身為台灣人很有多值得驕傲與炫耀的地方，前一陣子的「經濟起飛」使我們得以「很有錢」自豪過，也讓很多外國人羨慕不已，但是我國的國際社會地位如何呢？可以肯定是屬沒人疼、没人要的国际孤兒。想用真情交朋友難，想以經援換友情也難，想參加國際組織則免談。台灣的政府自滿於高外匯存底的經濟奇蹟中，幻夢裡還不知內有隱藏潛在的財經危機，外有中國政、經地位快速發展的壓力，其外匯存底在香港回歸後更是如虎添翼，其施加諸於我們的打壓真是空前強大，我國政府想在這地球村舒展一下抱負或一吐心中之不快已沒有太多空間了。

牙醫師這行現在看來似乎是個不錯的職業，自從全民健保開始之後收入的增加也間接讓很多不明究理的人們羨慕不已，但是再仔細地思考一下牙醫師的社會地位之後，我們是否會有如同當台灣人一樣的「無奈」與「鬱率」呢？說到我們的收入有增加了而竊竊自喜的大有人在，若是在扣除偏高的成本（包括人事、資財折舊、耗材、技工、房租、水電空調、清潔廢棄物處理等費用）之後，不管從投資報酬率或工作時間報酬率的角度來看，均無法與醫

師、中醫師的「純利」相比。所以奉勸我們不要膨風自傲於「多金」，免得健保局以此相應不理我們調整給付的呼籲，免得媒體大肆報導牙醫師暴利，更免得大家成為歹徒作案的對象。

再說牙醫師在「醫學社會」的地位又是如何？二十餘年前我很幸運地「擠」進了馬偕醫院，在領到第一份薪水時，我很茫然。同宿舍的R1怎麼我領的最少？差中了一千七百多元（約1/3個月薪）？疑惑中渡過了二年，終於在忍不住而到人事室尋找答案，當時的主管說了很多非常無法讓他自己和我能信服的理由。換了新主任我又再試一次，當然也是不知道原因，所以薪水照樣最少。最後鼓起勇氣直接請教代理院長「大人」，經過近半年辛勤地「尾追」，終於有了答案：1)醫院薪資規定如，此要不要接納隨你。2)你又不是醫師，怎麼跟醫師比薪水？3)若要相同的薪水，請重考吧！這就是當年牙醫師的在醫界裡的地位，絕對不是現在的你、我所能所接受的吧。（按：幸運的，二年後我們有了一位留美歸國的行政副院長黃佳經先生，他以開放的胸懷與正直的理念為牙醫師爭到了公平的待遇，真謝謝他。）

時至今日牙醫師仍然被排除於牙醫學之外大多數的醫學領域。牙醫師不能做麻醉科、病理科專科醫師，不能做衛生所、衛生局、省立市醫院或衛生署等機關主管。主管醫務事務的衛生署中獨缺牙醫政處，所有牙醫之政務均由醫政處總管。醫政處主管對牙醫學的了解程度絕對無法比你我還要多，說難聽一點就是政府看不起牙醫師，不相信牙醫師具有做牙醫以外的醫務、醫政業務的能力，所以我們不必期待牙醫政務的決定或牙醫政策的制定會合牙醫界的進步的程度與需求。難道這數十年間牙醫界都沒有聲音嗎？前一輩的牙醫師沒努力糾正過這種偏頗的「無奈」嗎？不，絕對盡過力了，如勞保由少數特約變成多數開放就是當年牙醫師在公會領導下走向街頭，「五四」的抗議遊行使勞保局內的「頑強份子」讓步了。但牙醫師畢竟只是人單勢微的弱勢團體，本身在團隊合作及共識的形成又是一盤散沙，加上無「為」的政府的故意，我們現在還是處於同樣的困境。以現行的健保給付標準的制定來說，牙醫師全聯會及各專科醫學會與健保籌備處代表開過近二年的討論、協商的會議，也曾有過很多的共識與結論，但是在開辦健保的數個月前，健保籌備處的李玉春教授卻突然告訴與會代表說「因已來不及修訂給付標準表，故他們決定暫時以勞保的給付標準為健保給付的標準。」當時我大怒說我們牙醫師陪您等公子「讀書」二年，您們不好好自修、準備，現在

才以「來不及」來搪塞。李玉春教授的回答是「各位，這決定暫時實施半年，之後必定會再修定的。」結果呢？健保已實施二年多了，給付標準表改了多少？絕大多數價格還是維持在民國 69 年的勞保的給付標準。反觀西醫、中醫的收費標準在他們公會的堅持與會員的合作下不斷的修訂、增長，所以他們的收入遠高於牙醫師。真是心事誰知道？因此有人建議「不必管醫療品質，不必顧醫學倫理，有做就給錢」來增入時，您認為如何？他們所持的理由：因為給付太低，所以健保局不可要求品質，病患不可抱怨太多。我以為若是給付制度再不修正，就可以邀集全國牙醫師休診一天再到健保局或衛生署抗議，面對全部牙醫師的請願，必定會有比較善意的回應吧。我認為秉持敬業的精神與平常心及維護牙醫師之職業尊嚴才是我們應有的堅持，社會大眾也會站在我們這邊聲援我們向健保局及政府當局爭取給付的合理化與公平化。若以降低醫療品質來因應不合理的制度與給付，則會失去民心，失去公信，已經沒有什麼地位的牙醫界將永遠沈淪，讓人更看不起。另外有些牙醫師為了增加收入而作假虛報、浮濫做非必要的治療，投機取巧，不當得利導致門診收入所得不均，「貧富」差距太大，這種非因於看診的勤惰所產生的差距實在不公平，也造成我們牙醫界的裂痕。有些公會幹部說這些高額申報者是牙醫界的功臣，您的看法呢？健保局葉總總經理說過說自

從健保開辦之後，牙醫師最受惠，但卻有三分之一牙醫師作弊，讓新聞界以為健保開始以後牙科的利潤相當高，每每在新聞上做出對牙科負面的報導，導致牙醫師被社會大眾誤解賺了大錢，使牙醫師成為患者討價還價、小混混勒索的對象。走在這種「失格」的路上，當牙醫師令人覺得很「苦」。我等牙醫師想要得到社會的肯定，和健保局以至未來的健保基金會的尊重，應先自我反省個人行醫時的理念與態度是否足以問心無愧？之後我們才有資格向不合理的給付制度與大家都不滿意的醫審制度挑戰。

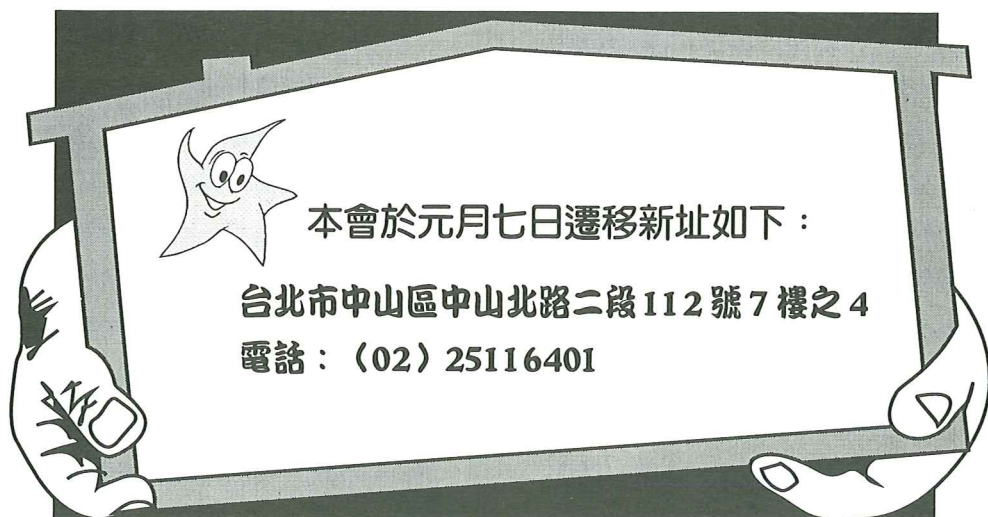
從入學高醫的牙醫學系之後一直到現在，我很幸運有機會在醫學中心的馬偕醫院學習、成長，同時又有機會到日本國立東京醫科齒科大學及美國加州大學舊金山醫學中心進修，應該是相當福氣的人，為何還說牙科的這條路是苦旅呢？就是因為

前述的種種因素使我覺得還有很多問題「革命尚未成功」，所以當牙醫師還不算是個「愉快」的角色。原本「本棉」要我寫牙醫師的人生規劃，但是我覺得要能先做個有尊嚴、有地位的牙醫師之後，才能再談往後的人生規劃。要做好牙醫師這個工作就必需先知道牙醫界的「苦」與「樂」是什麼，然後才能改善「苦」的一面，享受「樂」的好處。願我的感觸與想法獲得您的共鳴，更希望有您的力量加入，繼續為牙醫師打拼。願有一天台灣的牙醫師能像歐、美、日等國的同業一樣的「愉快」，屆時牙科的這條路就不再是苦旅了。共勉了！

〔作者簡介〕

張家豪

• 馬偕醫院牙醫師



平心靜氣論總額

撰文／王誠良

前言：

討論「全民健保牙醫總額支付制度」之前必備的先期認知。

- 一、全民健保是強制性醫療保險，是以有限的保費來對全民提供某些基本醫療。
- 二、在這有限的保費下，健保局必得以各種手段來執行預算範圍內的基本醫療支出。
- 三、醫療 ≠ 健康保險：健康保險 ≠ 醫療是必需深植心中。換句話說現制健保或總額健保都不可能把醫療界的所有問題一併解決。
- 四、牙醫總額支付制度是指牙醫團體（全聯會）在年度開始之前，以協商方式預先對牙醫醫療費用訂定年度預算，藉以控制醫療費用於該預算範圍內的一種制度。

※協商對象：付費者代表、各相關醫事團體、保險主管機關。以上可概歸為衛生署之費用協定委員會及健保小組。

五、政府及付費者同意試辦牙醫總額之誘因：

- 1、合理控制醫療費用的成長：以牙醫專業的立場提供付費者適宜的醫

療服務，並進而以專業的認知導正付費者不當的就醫認知與就醫習慣。

- 2、適當的提昇口腔醫療品質：透過團體內同儕制約的共識，改掉以量取勝的心態，轉而以提高服務品質的方式轉換成支付標準的合理調整，使在降低浪費性的醫療量數和提昇醫療品質的同時，牙醫醫療提供者的收入不會因此而減少。
- 3、透過以收入誘因，藉由動態平衡的效應，使醫療資源漸趨於平衡：漸進式的論納保人口數計算各分區配額之方式可以使醫療資源自動達成適當的平衡，簡言之就是「錢隨著投保人走，牙醫師隨著錢移動」。

六、牙醫界總額試辦推動小組願意去試著推動的考慮因素：

- 1、政治面的政策走向：公辦民營、多元化保險人、附加險……。
- 2、醫界的排擠效應：門、住診支付比例的可期性調降、西醫對非急迫性牙醫醫療性質的排擠壓力，憲法明文對傳統醫學（中醫）的特殊保

障、中醫住診的蠢蠢欲動……。

3、保費收入的趨緩性：納保人口已達九七%，健保局以薪資調整之走向預估八七、八八、八九、九〇年每年約成長六%，扣去門、住診費用攤分比之下降則每年中、西、牙醫之門診上漲額度不足六%。

4、費率調整之不可期：沒有一個政黨、政治人物敢冒著下台的大風險去向付費者（人民）要求增收多一點保費來給醫事服務提供者使用！

5、牙醫界可掌握到自主權：

(A)可隨機調整十幾年來無法調整的支付標準。

(B)專業審查的自主權：該不該給付或核減由牙醫大家來制訂、執行、考核、遴聘、解聘、牙醫師的尊嚴不用再受到公聘的近百位審查醫師中的少數來任意左右！且現今因稽核與查核未能依循透明化辦所帶來的白色恐怖將因此而揮別。

正題

接不接受「試辦總額」之評估準則。

〔準則一〕：

八%試辦上漲額度有無合理的「經濟誘因」？

直言之，就是試辦年內各區牙醫師的

收入是吃虧或佔便宜？（請見各表）

表一：成本上漲率中所謂三年來調一·八%是指健保開辦至今僅於八六年五月一日調整根管治療及門診診察費用，換算而來，平均每年約〇·六%，三·八九%是指八七年預設之上漲要求。牙醫師增加率預設之上漲幅度為三%，實際上八五—八六年依全聯會會籍資料則僅上漲上一·六八%，其他誘因為一·一一%均為八七年若以規制或總額八%上漲率透過試算來比對其點值，及各區牙醫師收入上漲率。

〔準則二〕：

偏遠地區之隱憂——衛生署公告之牙醫師缺乏鄉鎮暨山地、離島區。

直言之，就是各分區之現有牙醫師擔心該分區所屬之偏遠地區之牙醫師快速增加而致瓜分了該分區分配之額度費用的隱憂，此種隱憂可從表五之列表來解除。

A 欄是指前述各分區之偏遠地區均補上一位牙醫師時各分區所增加出來的牙醫數。

B 欄是指以全聯會會籍八六年統計數換算成八七年各區牙醫師增加數。

C 欄是指各分區八七年內只要不超過此一牙醫師增加數則各區牙醫師絕對不會發生現有收入被瓜分之現象，稱之為「安全增加數」。其中

所謂協商機制是指萬一有分區突破安全增加數時則可協商檢討各區之分配費用額度。

〔準則三〕：

城鄉差距－城鄉罹患率的現實考量。

(如表六)

〔準則四〕：

如何合理的執行各牙醫師健保分配，此一考量是以公平合理提昇醫療品質為前提。

其執行綱領如(表七)。其中證照管理是透過衛生署或健保局向入出境管理局取得資料來執行，而第七項之強制分配(高額折付)暫時不考慮，唯有各區仍以量取勝造成點值無法控制時才透過委員會協商執行之。

談完評估準則，我們再來看看如果接受總額則其組織架構是怎樣設定，如何與健保局分工？申報、審查、稽查與處分之流程。

(請參閱表八、表九、表十)

至於詳細內容則自八六年十二月十日起全聯會之籌備委員會正積極與健保局協商制訂中，全聯會將會在全國巡迴說明會時給每一位牙醫師一份完整而確定的內容。

在這裡要特別說明的是審查、申複、稽查的事務上全聯會是以兩種方式來執

行，那就是「垂直分工」與「水平分工」。茲分析於下：

審查、申複、稽查、查處

垂直分工：由全委會制訂各樣規則，再依分工合作，相輔相成的精神，擇項將之授權予區委會執行。

水平分工：又可稱之為功能分工、即全委員會或區委會依執行執掌之不同任務，所行之功能性分組。

總而言之，就是在體制內，基於互相制衡之架構，互相尊重之精神下，以分權行政，遂行政策性任務，以分工合作執行事務性任務；期望在中央與地方同心協力下總額預算支付制度之試辦能平順達成目標。

這篇文章已經把「全民健保牙醫總額支付制度」試辦的各種考量精要的提示給您，請您根據這些考量，花點時間與精神，好好去思索——在這大環境中，我們到底在費用協定委員會核定八十七年上漲率八%及自主權的取得下，要不要接受「牙醫總額支付制度」的試辦？

〔作者簡介〕

王誠良

• 台北市牙醫師公會理事長

附件一

費用協定委員會第七次會議結論

時間：86年10月3日

案由：有關牙醫總額支付制度試辦計劃第一年預算研擬，提請討論。

決議：由中央健康保險局與中華民國牙醫師公會全國聯合會協商數據後再提本會討論，協商以下列三點為原則：

- (一) 醫療費用成長率中，非協商因素為5.09%，如時間點改變則另予調整。
- (二) 協商重點放在醫療品質的改變與使用率的增加，並考慮付費者能力。
- (三) 有一些項目不包括在總額內，應屬外加，例如教學成本3%、山地離島加成比率、新的預防保健計畫等。

附件二

費用協定委員會第八次會議結論

時間：86年11月14日

案由：有關牙醫總額支付制度計畫第一年預算，提請討論。

決議：(一) 牙醫總額支付制度試辦計劃以前一年實付金額為基礎，第一年成長率為8%。

(二) 第二年費用依法須提費用協定委員會協商，惟成長率應以非協商因素為底限，以10%為上限。

(三) 依據全民健康保險法第五十四條規定，施行日期由中央健康保險局與中華民國牙醫師公會全國聯合會協商確定後，報請主管機關核定。費用協定委員會建議施行日期以下列三個時間點為佳：87年1月1日、87年3月1日、87年7月1日。

附帶決議：

- 一、牙醫總額試辦計畫籌備過程中應積極檢討相對支付點數的合理性，並考慮牙醫整體醫療體系之均衡發展。
- 二、為提高醫療服務品質並以民眾健康為考量，計畫中應加強推動預防保健工作。

表一

由供給面看牙醫總額 87 年 8% 之上漲率
—————→ 吃虧 V S · 佔便宜

8 %

$$\frac{\text{成本上漲率}}{3.90\%} + \frac{\text{牙醫師增加率}}{3\% \text{ (86 年 1.68\%)}} + \frac{\text{誘因}}{1.10\%}$$
 ↓
 ※三年來僅調約 1.8 % ，平均每年約 0.6 %

表二

各分區第一年預算分配 (一)

※ 90 % 依據各區保險對象在基期年實際發生之費用分配
 10 % 依各區校正後之保險對象人數分配

分區別	台北區	北區	中區	南區	高屏區	花東區
上漲率	6.93 %	8.99 %	7.37 %	10.02 %	8.97 %	11.30 %

※假設支付標準表上漲依前三年之經驗，(+ 0.6%) / 每年，只 要牙醫師增加率小於「各區上漲率 - 0.6 %」則該區之每位牙 醫師之收入，絕不少於「現制」。且每位牙醫師工作量與現制 一樣，則點值一定會大於 1。

表三

各分區第一年預算分配 (二)

※假設 87 年牙醫師增加率與 86 年相同，且各區每位牙醫師工作量不變，則 87 年每位牙醫師收入上漲率為：

(87 年各區總額上漲率 + 100%) ÷ (各區牙醫師增加率 + 100%)

分區別	台北區	北 區	中 區	南 區	高屏區	花東區
87 年總額上漲率	106.93%	108.99%	107.37%	110.02%	108.97%	111.30%
87 年牙醫師增加率	99.7%	104.39%	103.3%	103.27%	102.78%	98.44%
87 每位牙醫師收入上漲率	107.25%	104.41%	103.94%	106.54%	106.02%	113.06%

—————→ 皆較現制 0.6% 之上漲率為佳

表四

86年會員人數分佈情形 86.11.15
- 全國會員人數 (7743 人)

各公會會員 人數分佈情形	牙醫師 /萬人	牙醫師數 (單位:區)	牙醫師 的佔率	給付費用 的佔率	被保險 人 數	被保險 人數佔率	85-86年 醫 師 成長率	現今每位 牙醫師 之收入 (月平均)	87年每位 牙 醫 師 收入預估 (月平均) <small>(以 86年計算)</small>	預估各區 每位牙醫師收 入之成長率	87年各區 總 額 成長率
台北市 2048	6.54	3302	42.6%	40.4%	7303570	36%	-0.3%	177416	190278	7.25%	6.93%
台北縣 1038	2.81							242538	260122		
基隆市 125	3.01							241206	258693		
宜蘭縣 91	1.76							323369	346813		
桃園縣 458	2.80	785	10.1%	11.8%	2637283	13%	4.39%	195770	204403	4.41%	8.99%
新竹市 159	4.11							231047	241236		
新竹縣 70	1.69							320153	334271		
苗栗縣 98	2.05							267996	279814		
台中市 691	7.77	1563	20.9%	19.6%	3735044	18.4%	3.3%	196107	203833	3.94%	7.37%
台中縣 435	2.87							279892	290919		
彰化縣 319	2.27							273461	299166		
南投縣 118	2.07							272738	283483		
雲林縣 112	1.45	822	10.6%	12%	2927763	14.5%	3.27%	295261	314571	6.54%	10.02%
嘉義市 137	5.01							258046	274922		
嘉義縣 50	0.81							355539	378791		
台南市 335	4.44							219624	233987		
台南縣 188	1.53							294841	314123		
高雄市 739	4.45							1145	14.8%		
高雄縣 245	1.72	282455	299458								
屏東縣 142	1.39	292636	310252								
澎湖縣 19	1.54	504432	534798								
花蓮縣 88	2.40	126	1.6%	1.9%	495910	2.4%	-1.56%			284594	321761
台東縣 38	1.57							264379	298906		
總計 :									6.22%	8%	

製表單位：全聯會秘書處 86.11.30

表五

偏遠地區之隱憂
——→牙醫師快速增加

	分區別	台北區	北 區	中 區	南 區	高屏區	花東區
A	牙醫診所缺乏 鄉鎮數	21	14	13	26	30	20
B	正常增加數 (86)	-99	34	52	27	32	-2
C	安全增加數 (註)	198	66	106	77	96	13

※ A+B<C (除花東區外)

所以，除花東區外，應皆在安全範圍內

若...，則.... (協商機制)

註：所謂 [安全增加數] 指→各區牙醫師數×(各區費用成長率-0.6%)

表六

罹患率之差異

※若各區之點值下降5% (即點值下降成95%) 時，則協商檢討

註：此乃86年11月30日「牙醫總額支付制度保險委員會籌備會」會議結論

表七

各牙醫師健保分配

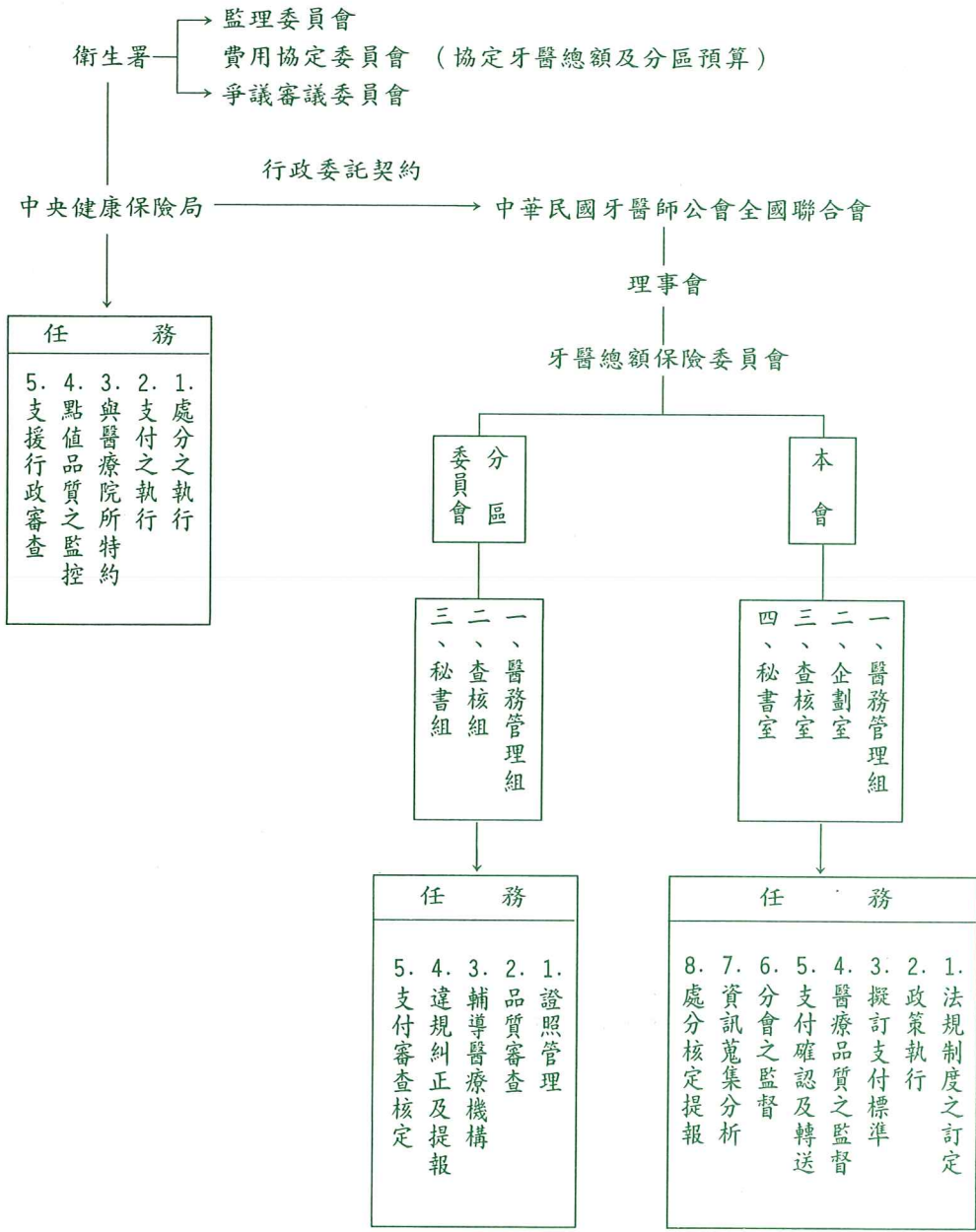
→以公平合理提昇醫療品質為前提

方式：

- 一、證照管理
- 二、支付標準→朝向相對合理化
- 三、審查→公平 (一) 檔案分析
(二) 病人檔
- 四、資料 (病歷) 正確性
- 五、牙科助理登記→合理、合法之工作範圍
- 六、稽查→謹慎處理、輕罰累記、透明公開
- 七、強制分配？

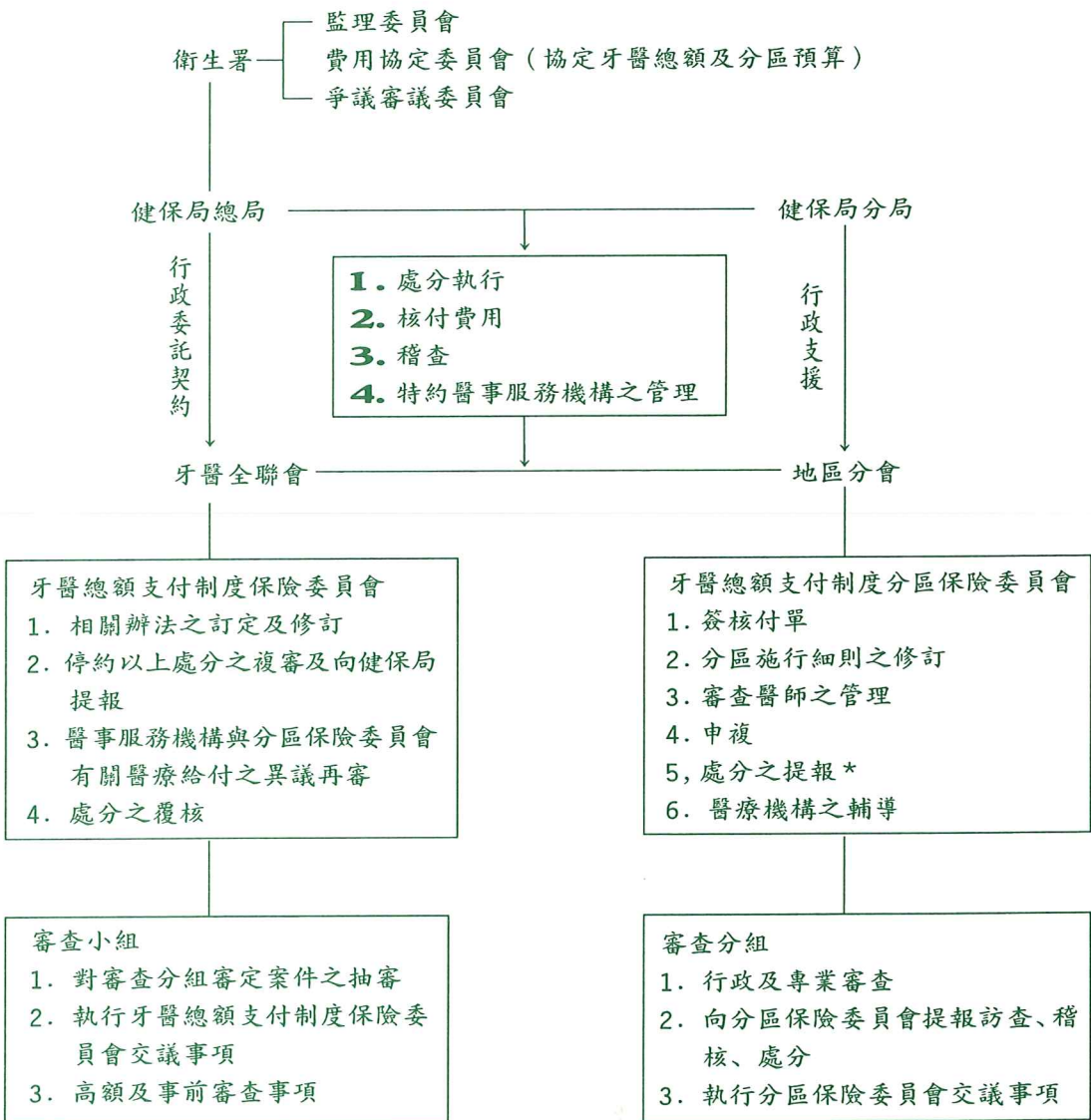
表八

組織架構 (草案)



表九

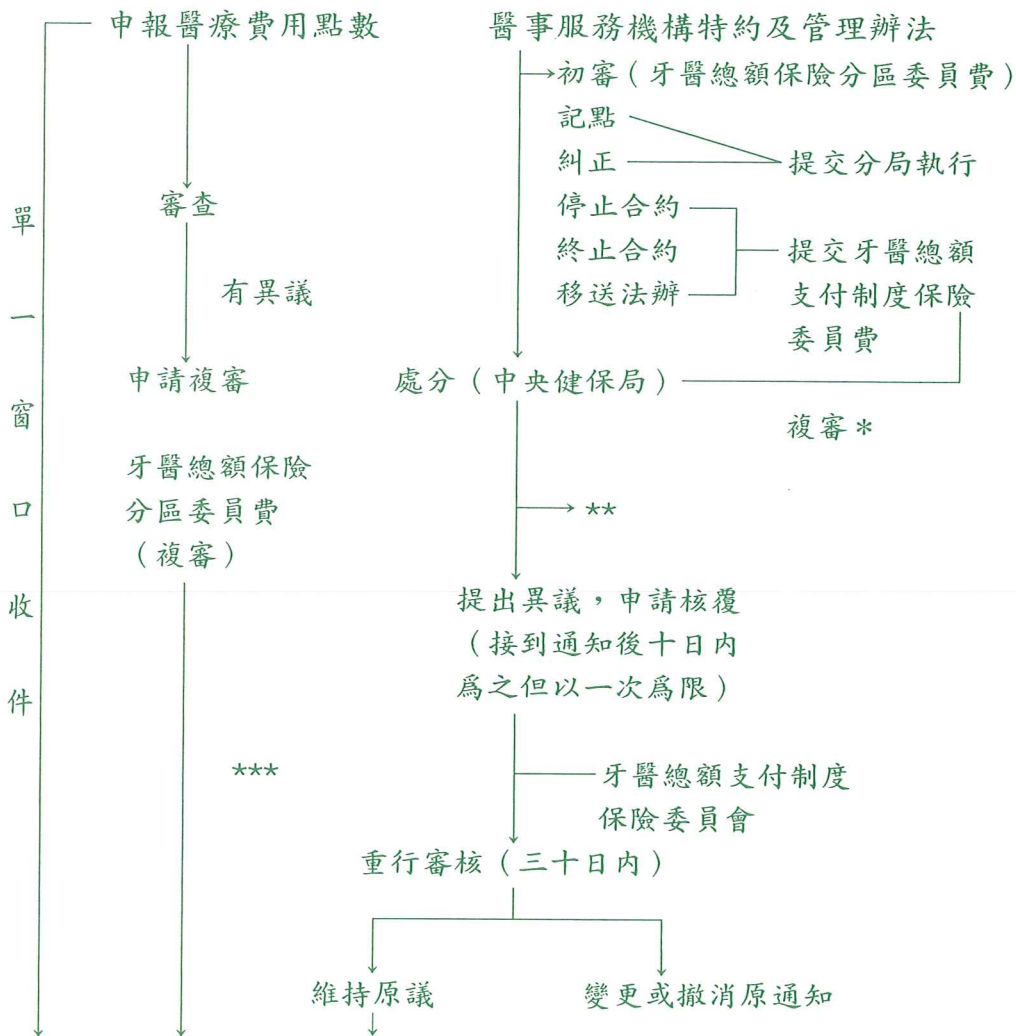
全民健保總額預算保險委員會執掌業務
(草案)



※糾正、罰鍰、稽查提報健保局；停約以上處分提報牙醫總額支付制度保險委員會

表十

醫療費用申報及處分流程
(草案)



申請異議———爭議審議委員會
(核定通知到達日起 60 日內提出申請，爭委會應於 3 個月內完成審議)

*：審查結果到達日起60天內提出申請，健保局應於收到申請文件之日起60日內核定。

**：“應”依醫事服務機構申報暫緩執行，但暫緩期間所發生之保險醫療費用得依相關規定暫緩給付。

***：負責醫師列席說明，行合議審查。

成功心理學

撰文／黃彥聖

在每一個成功的診所背後，是一群使診所成功的人。

如果一個診所能有效地運作，包括病人候診室令人覺得親切、專業；助理人員充滿信心地樂在工作；診所中的所有人員之間氣氛融洽；而醫師親切地與病人交談，那麼這會是一個成功的團隊。不只是醫師知道，助理知道，更重要的是病人也知道。

這種情況是否遙不可及？一點也不。成功的診所並非從天而降，而是經由規劃而來，應做些什麼，什麼時候做，而更重要的是，為什麼要做這些事。診所中的每一項政策、每一個工作流程，都應該有必須如此的原因。

每個成功的診所背後，都有一些共通的因素塑造其成功，亦即每個成功的診所均須透過辛勤的努力，以及對人性的了解，才能獲致成功。而人正是塑造成功的主要因素，其中包括兩類有關鍵性的人：員工以及病人。而也只有員工及病人對診所感到滿意，才能使診所在管理上，以及在財務上獲致成功。但如何使員工及病人時時刻刻，日復一日、年復一年的滿意的確不是件容易之事。但仍有途徑可循。

如何留住員工

員工的離職是診所常遇到的問題，但有些醫師似乎很幸運，不會碰到這種問題，另外有些醫師則常為員工離職而苦。很顯然的，如果你有位優秀的員工，你希望能留住他，但你必須不因為想留住優秀的員工，而在財務上或精神上帶來太大的負擔。

或許較能協助醫師了解如何留住員工的，是站在員工的立場上來看問題。為什麼有些診所讓員工覺得較其他診所為好？是醫師的個性？還是薪水？還是工作環境？工作時數？實際上診所不能提供較好的條件，或是有那些較特殊而能吸引員工的因素，遲早優秀的員工終將離你而去。而如果你失去的是極為優秀的員工，你將會在你的病人的反應，以及你銀行存款的多寡，感覺到差異。

每當員工離職以致你須重新招募訓練新員工時，你不只要花時間，尚須花金錢。因此，或許你應考慮提供給員工較好的、與眾不同的、或較別的診所更吸引人的誘因。例如：

- 提供員工全勤獎金，這是許多機構所採用激勵員工的方式。

- 提供員工一份書面工作說明書，詳述其工作職責，並列出員工可經由自願擔任某些額外工作而獲得一些額外點數。當點數到達一定數目後，員工可獲得一些獎勵，例如多休一天等，如此在從事額外工作時，才會覺得有激勵。
- 當員工表現良好時，予以誠懇的稱讚。
- 將診所的長程目標以書面載明，並讓員工瞭解，當員工了解診所未來的方向時，會更能努力朝向此目標。
- 將診所的相關規定公告於員工容易看到之處，包括有關休假、升遷、工作時數、病假、曠職等規定。
- 每年辦理聚餐，如可能的話，也邀員工眷屬參加。
- 考慮使用兼職員工，例如，鄰近學校的學生或許會樂於每星期兼職一兩個下午之工作。

讓病人滿意

如何讓現有病人滿意，並增加看診次數當然是診所應關注的。通常，病人更換醫師的理由，似乎都是一些小小的因素、然而不管這些因素重要與否，病人確會因這些原因更換診所。有時候，往往是一些小事，讓病人覺得受重視。以下是一些方式，提供參考。

- 考慮發行通訊信函，由一位員工負責，其最後文稿則須經你的同意。

通訊函中可包括牙醫現況、新的技術、不含糖的食譜等。目的在有趣且有可讀性，能提供知識與訊息，並有技巧的提醒病人注意口腔衛生的重要性。而員工可因擔任此工作，獲得額外的績效點數。

- 儘量的參與病人交談，並儘可能記得上一次病人就診時與你談過的事，如此病人會覺得格外的親切。要做到這點的方式之一是，設法將你們交談的重點以幾個字註記，以資提醒。例如：若病人提及女兒即將結婚，你只須在病歷附加的紙上註記即可，雖然這看似小事，卻能讓病人感受大不相同。
- 儘量讓你的收費具競爭力。
- 考慮針對特定病人族群，提供其方便就診的時段，使其方便看診。

候診區的佈置

候診區是病人對診所第一個印象之所在，當然候診區之佈置是否成功與其如何設計有關，但重點是必須讓病人感到溫馨，以下是一些小訣竅：

- 選擇適當的顏色：適當藍色、綠色色系較易讓病人感到安定。反之像紅色橘色則讓病人感到不安定。下次如你到餐廳去時，不妨多注意其色系及你覺得引起的感覺。
- 讓候診區成為診所焦點所在。主要的目的在於讓病人會談論到你的診所。而你所需便是一個引人注意的

佈置。例如，有些診所會有大的水族箱裡面有新奇的魚類，一幅引人議論的畫，一個讓小孩遊戲的空間，或由員工或病人提供之作品，或是個佈告欄公告有趣的事物你可運用你的想像力來塑造出你的風格。

- 考慮設置一個意見箱，來了解病人的觀點。
- 儘量讓您的構想明確且令人舒適。
- 提供與你的診所有關小手冊，讓病人能帶回家。

社區、學校之服務

醫師也可對社區、學校提供口腔衛教之服務。例如：每年可抽出幾個下午的時

間至社區、學校，經由演講口腔來提供社區服務，不只可加強與社區的關係，更可加強與社區的互動。

總之，良好的診所經營，是透過與員工及病人之良好互動，建立在認識員工及病人的「成功心理學」的基礎之上。而良好的形象則是讓你更能掌握住員工及病人這兩大成功因素，使你能在精神及財務上均有所獲。

〔作者簡介〕

黃彥聖

- 美國喬治亞理工大學企業管理博士
- 國立工業技術學院教授
- 本會經營管理委員會委員

忙與閒

李偉文

很喜歡菜根譚書裡的一段話：「君子閒時要有吃緊的心思，忙處要有悠閒的趣味。」

其實非常討厭自己很忙，雖然手邊應該做，值得做的事情一大堆，雖然每天都是在很不甘心的情況下才勉強上床睡覺，雖然做事分秒必爭注重效率；但是內心總有另一個聲音在提醒自己，有另一股力量要自己慢下步伐。

看著周邊幾乎所有人都在拼命的奔忙，是不是整個時代所有的人壓力都太大了？工作成了唯一的鴉片，大家麻醉中討生活，不敢靜下來，靜下來面對自己，面對自己誠實的聲音？

其實在講求效率的同時(奇怪，現代人真可憐，好像就是有做不完的事)，每個人只有把時間看得非常重要，幾乎沒有人願意為別人犧牲一點點時間的地步。想想我們自己，就算是好朋友，若沒有重要的事情，是不是也都難約集？

我瞭解「人在江湖，身不由己」，我瞭解大家，正如我知道我也深陷其中。只是希望，每天該給自己一些獨處的時間，傾聽自己內在的聲音。

增加病人引介的科學與藝術

撰文／黃彥聖

所有的牙醫診所都希望其病人、員工、及其他醫師，能多多地推薦病人。但有時醫師常因為疏忽了一些小細節，或因為未來能有系統處理引介之案例，因此儘管診所有能力提供良好的醫療服務，卻未能得到應得的引介病人。

爲了克服以上的問題，牙醫師應針對每一個引介的案例予以追縱管理。首先可以將每個引介的案例予以追縱建檔，其內容則包括病人之姓名、推介之來源，向推介者寄出感謝信函之日期等。然後每個月及每年均針對引介之案例予以追縱、分析。對於推介者感謝信函則可事先準備一些樣本，以利使用。

爲了增加引介之次數，牙醫師應邀請你的病人加入你的行銷陣容。倘若你並未積極的尋求病人的推介，你的病人可能會認爲你的業務太忙了，以致於不需要推介其他的病人。

你可以在寫給病人的信函中，告知他們你歡迎他們推介病人，包括他們朋友、同事、親戚、鄰居等。

口頭的邀約也應該成爲例行的活動。包括診所內的所有員工均應積極的參與此項活動。例如病人來就診時，診所的員工可歡迎其引介其親戚朋友，諸如：我們沒

有見過你的親戚朋友，假如他們沒有看過牙醫，歡迎到本診所來。

當然，我們並非要牙醫師去搶別的診所的病人，而是希望病人瞭解，其親戚朋友若到本診所來，可獲得良好的照顧。

而如何推動增加推介病人，也應有一套完整的行銷計劃。例如，要讓員工能推介病人，便應讓員工擁有診所與醫師的名片。這是一項小投資，卻能回收大利潤，你也可以在各種場合和介紹你的診所。包括你往來的銀行、小孩的學校、照相館、洗衣店、及你所參加的各種專業團體。

經由種種的介紹機會，你能介紹診所的優點，以便對方有機會接受你的治療，你可以遞給對方一張名片，然後邀請對方到診所接受口腔檢查，並告訴對方你會在診所將其介紹給相關的員工。

而要提高員工參與推介活動，不妨考慮予以適當的誘因，例如一定額度的獎金、休假、或再教育的機會。在促進與病人關係上，診所的員工往往扮演重要的角色。爲了強化診所與病人的人際關係，員工應努力瞭解病人的動態，諸如其生日、相關活動等，並適時予以關注。如果病人是來自其他醫師的推介，則應思考如何感謝其幫忙。除了致函感謝之外，尚可構思

其他方式來表達你的感謝。包括邀其參加相關的慶祝活動等。牙醫師可與其員工共同以腦力激盪的方式來推動所有的活動，以使推介之病人的活動能獲致成功。

〔作者簡介〕

黃彥聖

- 美國喬治亞理工大學企業管理博士
- 國立工業技術學院教授
- 中山校友會經營管理委員會委員

台北市中山醫學院牙醫系校友會 第一屆眷屬兒童繪畫比賽

主旨：藉由兒童彩繪的世界，提升大家對環境的重視及增加親子的感情。

活動主題：畫我家園

報名資格：中山醫學院台北市牙科校友會眷屬國小學童

活動項目：現場寫生繪畫比賽

參加寫生需自備畫具、畫紙由主辦單位

提供，繪畫表現方式不拘。

時間：八十七年二月二十二日

下午一點三十分至四點三十分

地點：國父紀念館北側廣場遇雨則移至西側迴廊

報名方式：和校友會秘書處報名或現場報名

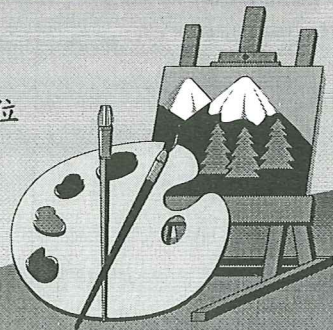
比賽評審：特邀專案美術老師擔任評審

獎勵：優選前三名：獎牌乙面獎品乙份

佳作前十名：獎狀乙面獎品乙份

頒獎日期：八十七年七月中山醫學院台北市牙科校友會會員大會頒獎

主辦單位：台北市中山醫學院牙醫系



凡事，放大格局，多空背賺唯貪不賺

《從東南亞金融危機看外匯投資贏的策略》

撰文／鄭景仁

「要是在未來；人能掌握房地產及金融將風雲水起」－辜振甫在一場演講會的開場白。這也說明了未來的趨勢。

* 房地產的迷思

就房地產而言，大家都曉得是一種不可進口的商品，所以多少富翁巨賈靠著它，才有今日的財富，而東南亞方面的國家也正陷入這種迷思當中。由於80、90年代東南亞國家藉外資的投入年經濟成長率10%以上，使得經濟成長過於迅速。在危機尚未發生前東南亞國家泰國多數的重大工程向外舉債（尤其是得自日本），錢潮滾滾而來掩飾了經濟疲態，政治人物與財務經理人毫無紀律而言，權威或暗盤主導了重大投資決策，其中許多對提升國家競爭力幾無用處。

銀行業者大方放貸，且認土地只會越來越少，易漲難跌，不可能重蹈日本的覆轍。然而，日本在1980年代末期和1990年代初期的泡沫經濟時期，也有同樣的想法，當時東京的土地地價比整個加州的總地價還貴，一但不獲投資人認同問題就來了。

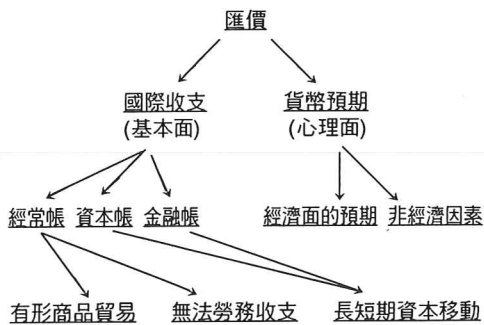
* 錯誤的政策及人民的不信任政府

投機客認為泰國貨幣泰銖和美元、日

圓聯動的政策無法持久，除非泰國能提高生產力、抑制工資、拘束銀行業者和肅貪。他們開始拋售泰銖，政府花費數億美元為國幣護盤，最後大壩還是潰決了，民衆不再信任央行，政府轉而求助IMF，解決類似1994年墨西哥的金融危機。和墨西哥的情形一樣，泰國不得不接受IMF施援的條件：減少赤字、停止舉債、整頓銀行業和公布財政實情。因此，到底是投機客製造問題或只是加重重題呢？

其實來講市場上所謂的投機客，也不過是一些全球性銀行，大型基金（總管理超過100億美金）而已，在上一期外匯的成交量資料是1996的資料，其最新的資料是在1997年9月3日，清算銀行(BIS)統計，國際匯市單日交易額已達4兆美元。另據美國投資公司協會(ICI)統計，全球共同基金與退休基金所管理的客戶資產總額高達廿三兆美元，其中又以投資各國股市的比例最高，各國政府企圖抵抗國際資金的流動，無異螳臂當車。反觀過來看台幣的日成交量了過是4.5十億美元而已，怎能敵擋的呢？所以這裏作者有另

一番詮釋；與其擋不住外資的衝擊及民衆預期性心理的貶值，倒不如讓其貨幣國際化、自由化，雖然短期內對中小企業有一番衝擊，但是這樣才可以使一些體質好的企業留下來，這樣市場才會更健康，縱觀三年前的日幣兌美元的匯價1:79.85創歷史性新高，日本企業爲了匯價而改變經營策略及改善體質，在同期日本本國企業及資金移往東南亞國家佔全國的62%，由這點可看出其實這次的東南亞金融危機，日本本國也難辭其咎。



* 全球匯市總體檢及贏的策略

要是股票市場是一國的經濟櫥窗的話，那麼匯市就是一國經濟的心臟。由於過去幾十年來，一些新興國家較不注重本國的匯率，以致匯率失調；原因如下列(1)一些國家只追求高經濟成長而忽略了(2)一些國家爲了穩定匯市，而過度依賴美元，而跟美元掛勾，等失去了這個保護傘的保護，情況就不這麼樂觀(3)本國匯市過於封閉，要是有一些風吹草動，就喊狼來了(投機客)，擾亂民心，其實更擾亂了市場。

美元這績優股，已經漲了兩年多了(對全球匯市，只有港元及英磅)，它是還會繼續的強勢嗎？

我們先就美元對馬克來看，對於美元的走勢，國際評論機構 NAT WEST 表示，預估今年底以前美元將跌破 1.70 馬克，1998年年底以前將跌破1.60馬克。J. P. MORGAN & Co. 表示，預估在 1998 年底以前，美元對馬克的匯率將跌到 1 美元兌 1.55馬克，以上是某些機構講的，我認爲原因不是這樣的。美元對歐貨幣貶值有助提升美國產品的競爭力，但美國的弱點是常依賴外國的資金來支援其龐大的經常赤字。之所以讓一些機構及投資人有這種預期的想法是爲了1999年1月1日歐盟的產生而有的預期性想法，其最大的主因是利率的問題。因歐洲各國情形不一樣(指的是經濟政治方面)，在大家都進入歐盟之前先要把利率向4.75%靠攏，這樣因大家的利率漸漸向這個目標前進，進而改變及改善歐洲國家經濟方面的體質，這樣進入歐盟國家與國家才能相契合，因這層的關係，進而對某歐幣有預期性的漲跌幅。

就日幣而言，也有季節性的需求，雖然這幾年日本經濟一直未有起色且金融機構不斷的倒閉及一直維持低利率，以致日幣長期的貶值，但因每年的三月底是日本的會計年度結算，日本企業爲了美化帳面，在這時日本企業都會將海外的盈餘兌換成日幣匯回日本，以致在這時間會發生日幣的需求因而助長日幣的漲勢。

部份資料參考紐約時報

更正啓示：

我已在文章中更正了1997年外匯的
日成交量4兆美元，在此再一次的說明。

〔作者簡介〕

鄭景仁

• 啓發投資顧問研究員 TEL：3895489-27

B.B.Call 0959-321090

中山牙醫系“投資理財”抽樣普查

姓名：_____

年齡：_____ 電話：_____

以下已經（或曾經）參與過的商品請打「√」

1. 期貨 已經（ ）

曾經（ ）為什麼沒有繼續請說明之？

A：_____

2. 外匯 已經（ ）

曾經（ ）為什麼沒有繼續請說明之？

A：_____

3. 共同基金 已經（ ）

曾經（ ）為什麼沒有繼續請說明之？

A：_____

4. 定存 已經（ ）

曾經（ ）為什麼沒有繼續請說明之？

A：_____

5. 不動產 已經（ ）

曾經（ ）為什麼沒有繼續請說明之？

A：_____

6. 其它 已經（ ）

曾經（ ）為什麼沒有繼續請說明之？

A：_____

為了明瞭特定族群他們的投資理財方向及項目，特以此表做為中山牙醫系之普查對象，希望大家踴躍參加，筆者因大家寫信的辛勞，備有小禮物贈送，且將在下一期季刊中發表。謝謝！

請寄至：台北市新生北路二段137巷59號3樓 鄭景仁先生收 即可。謝謝！

賴辰雄教授回國演講節錄

演講：賴辰雄

整理：蔡守正

各位牙醫師：

今天我的演講分為兩部份，早上部份是關於21世紀牙科的潮流，下午則為bacterial culture, sensitivity test 及antibiotic使用的原則及方法，要預測21世紀牙科的新潮流首先來回顧一下20世紀牙科內有什麼重大的發現，我歸納下列10點：

- (1) fluoridated water：使得 caries rate 大為降低，在美國80年代的 dental survey 內可看到 non - Hispanic 內的白人群中學童 caries - free 的比例高達 80%
- (2) High speed handpieces
- (3) air abrasion for cavity preparation & etching：能讓 cavity prep 只除去 soft dentin, caries dentin 而保留最多的 health dentin, G.V.Black 在百年前 cavity preparation 原則逐漸的被修改或廢棄
- (4) adhesive dentistry：enamel bond 和 dentine bond 的黏著力愈來愈好
- (5) Restorative material：amalgam

和 composite resin 的成份日趨成熟穩 toxicity 不復存在

(6) impression material：additional type silicon 對 hard tissue 有十足進步精確印製而 Impregum 對 soft tissue 的 impression 效果良好

(7) intraoral image system：對說服病人和病情解解有重大幫忙。

(8) computed dental x-ray imaging：tomographic x-ray 對了解顎骨的質地有重大助益，能充份了解 implant site 的情況(另外一種是 DIGORA system 能降低 X 光片的輻射量，亦能在 Chair side 的 monitor 直接播出十分方便)。

(9) dental implant：高成功率的 implant system 已成功的普及。

(10) Laser application：最近美國 FDA 已核準 Laser 運用到 hard tissue 牙齒上對 Tooth hypersensitivity 和 caries 的 disinfection 有很好的效果，對 soft tissue 的使用其效率和方便性則不亞於電刀

至於 21 世紀牙科領域上可能會出現的重大突破是由於基因工程的日漸進步，當可製造出 enamel, dentin cementum 和 periodontal ligament 直接去修補在 defeat 上，口腔上內存在著許多細菌爲了適應口腔內複雜多變的情況下細菌大多採取多項策略

- (1) attachment to host (包括 hard & soft tissue 上)
- (2) Rapid rate of cell division (六小時就會佈滿整個 tooth surface 上)
- (3) adaptability of environmental change
- (4) tissue invasion
- (5) malfunction of host defense (如破壞 PMN)

(6) bacterial interaction: plaque 內並無食物殘渣而純爲多種細菌的聚集體，早期的 plaque 主要爲 G (+) 的 aerobic rod & cocci 經過 1-2 星期的變化 G(-) anaerobic 的 cocci rod, motil rod, spirochete 的比例就逐漸增加

對於細菌的大舉入侵身體也有多項的抵抗措施：

- (1) epithelial lining
- (2) saliva 內含多種的 enzyme
- (3) Immunity: local 的 IGA 和 circulating antibodies IGg IGE
- (4) Inflammation (溫度增加，新陳代

謝率提高 PMN 出現)

(5) wound healing

一般而言 Gingivitis 存在每一個人的口腔中，當 bacterial virulent factor 大於 host defense mechanism 就有可能出現 periodontitis，對於 periodontitis 的多種臨床症狀如 Juvenile periodontitis, early onset periodontitis refractory periodontitis 和 adult periodontitis 會不會是 specific infection 或者是 host 本身就有 immunity 的 defeat 則一直沒有定論，可是當病情經 saling, root planing or periodontal surgery 而無法穩定下來或者病人求診時即呈現出 Juvenile periodontitis, early onset periodontitis or rapid progressive periodontitis 的強烈症狀，我們須要考慮使用 antibiotics 治療，爲了達到最大療效應能得知 pocket 內爲何種 dominant bacteria, 何種 antibiotic 有效，其 MIC (minimum inhibitory concentration 爲何，除了上述情況在做 Guided tissue regeneration, Qsseous graft & dental implant 和 refractory endodontic, infection 時應使用 antibiotics。

爲了使 antibiotic 的功效充份發揮，使用前應給病人 scaling root planing, 如有 abscess 須做 incision & drainage，並在療程結束後 3-4 個月後重新一次 culture 來了解成效爲何。

抗生素種類非常多，其 mechanisms, toxicity 各有不同可因作用而分為三類

(1) Bacteriocidal : Peniclline V, Amoxicillin, Augmentin, metronidazole ciproflaxacin

(2) Bacteriostatic : Clindamycin, Erythromycin Azithromycin clarithromycin, Tetracyclines, doxycycline, minocycline 能抑制細菌繁殖，其餘在靠 immune system 消滅。

十分重要的一點是 bacteriocidal 和 bacteriostatic 藥物不可同時服用，其作用會互相抵消，另外 erythromycin 因其 toxicity 太多，請不要使用，改用 azithromycin 或 clarithromycin

使用 antibiotics 來治療牙周病，其藥物除了要通過 G - I membrane 並須通過 periodontal membrane 其濃度和血液濃度不同，參考下表列：

antibiotics	serum	crevicolon fluid concentration	劑量
1. amoxicilline	8	3 - 4	500mg Tid
2. doxycycline	2 - 3	2 - 8	200mg(100mg bid)
3. minocycline	1 - 4	5.3	200mg(100mg bid)
4. tetracycline	3 - 4	5 - 12	250 - 500mg qid
5. metronidazole	6 - 12	8 - 10	200 - 500mg Tid
6. clindamycin	2 - 3	1 - 2	500 - 300mg qid
7. ciproflaxacin	19 - 29	ND	500 - 700mg

為了避免細菌對 antibiotics 產生抗藥性和減少藥物對身體的毒性，使用抗

生素應採取高劑量 short duration 並可同時用兩種不同以上的抗生素如下列表示：

antibiotics	Dosage	duration
1. Amoxicilline+ metronidazole	500mg Tid 500mg Tid	8 days
2. Augmentin+ metronidazole	250mg qid 250mg qid	8 days
3. metronidazole+ ciproflaxacin	250mg qid 500mg bid	8 days

第3項用在 bacterial culture 發現有 penicillinase (+) 或者是有 enteric rod or pseudomonas

如果是 Junvenile periodontitis 而 culture 顯示有 Aa 的 infection 建議採用：

1. Tetracycline	250mg qid	14-21 days
2. Amoxicilline+ metronidazole	500mg Tid 500mg Tid	8 days
3. ciproflaxacin	500mg bid	8-14 days

如病人有 bacterial endocarditis 的疑慮須服 antibiotic 來預防建議採用下列方式

(1) Amoxicilline : 2.0gm (adult) 50mg/kg(child) po 1hr before procedure

(2) Amoxicilline : 2.0gm (adult) 50mg/kg(child) IM or IV 1hr before procedure

如有對 penicilline 有 allergic reaction 則

(3) clindamycin : 600mg (adult) 20mg/kg(child)

po lhr before procedure

(4) AZithromycin or clarithromycin : 500mg(adult)

15mg/kg(child) po lhr before procedure

使用 antibiotics 來治療 periodontitis 而失敗可能下列幾點因素：

- (1) 使用 antibiotics 的劑量，duration 不當。
- (2) 病人未遵循醫囑按時服藥。
- (3) host defense mechanism 有 impairment。
- (4) 未能在服藥前先去感染源如 scaling, root planing, incision & drainage, endodontic or extraction (hopeless, teeth)
- (5) 使用的 antibiotic 不當如已有 resistance

最近 local deliver system 逐漸興起，如加入 tetracycline 的 fiber，因不可吸收性，須再行取出和放入困難，或者是 get-like substance 加入 doxycycline 只能維持 2-3 天，時間太短成效並不大，很多廠商已在研發可吸收的物質能維持 1-2 個月，內含 antibiotics 並可剪裁為 pocket 大小的材料，這些

local deliver system 最大優點是可以讓 periodontal pocket 內抗生素含量達到口服 IV IM 藥量的十倍以上，但最大的缺點則是容易產生抗藥性。

附註：

賴醫師在演講中對各種抗生素的 mechanisms 和 side effects, dosage 有詳加介紹如有醫師有興趣可向校友會徐小姐借錄影帶。

〔作者簡介〕

賴辰雄

- 中山牙醫學系畢業→1964
- 日本大阪齒學博士→1969
- 美國賓州大學 DMD→1977
- 美國賓州大學牙周病教授及口腔微生物科負責人
- 高雄醫學院客座教授

蔡守正

- 松青牙醫診所負責醫師
- 牙周病學會專科醫師

會員特訊

本會為了讓會員能降低診所經營管理成本，特別與“巨博郵購”研商約定，即日起凡是本會會員向“巨博郵購”訂購牙材皆可享受九五折優惠。（封面特價品除外）

山中傳奇無人知、中山傳奇天下知(一)

撰文／林忠光

中山高爾夫聯誼會已經邁向第十三春秋。能綿綿不斷、薪火相傳，顯示出中山人團結的一股熱情與向心力。其始作俑者是前任全國中山校友會總會會長賴海元醫師，理所當然為創始會長。自民國七十三年第一屆至今從無缺席，更難能可貴，其差點還保持12~14間，亦就是81桿~88桿之間。其開球距離在230~260碼。年輕的中山強人蔡大目（其名蔡榮泰）其距離亦在伯仲之間。賴海元醫師寶刀未老是不再話下。在五年前在眾中山大老之前（包括張信彥、張達材、李英祥、陳俊英、陳寬宏、魏泰弘、陳佈弘、詹康宏、紀南宏等醫師）誇下海口，任何球類，皆輸給林忠光醫師唯獨Golf，林忠光是我的手下敗將。如今事實證明，86年10月15日星期五，中山校友會評議委員會主委陳超然醫師主辦的老、中、青三代中山人Golf友誼賽（註解一）。再證明一次，賴醫師以81桿勇奪總桿冠軍。林忠光只擊出96桿。兩人相差15桿之多。但是筆者能擊出90~97桿。對自我要求是難能可貴！Why？許多校友還不知道，往日的「中山人全能運動員」「台東鐵人」之稱，如今筆者已是「殘障人士」之

一份子，待下回分解。

〔註解一〕

86年度。台北市中山校友會評議委員會改選及交接于86年9月27日在新生南路欣葉餐廳舉行。由上屆主委何宗英醫師在前任任主委賴海元醫師監交之下，由陳超然醫師接職（相片一）。



新上任主委陳超然為聯絡新生代的中山校友會會長及理監事們間之情誼。於是以球會友。舉辦Golf球賽。首次邀請之名單如下：（相片二）



老：賴海元(1屆)、林忠光(6屆)
中：陳超然(16屆)、陳怡宏(16屆)、江正文正(屆)、周建堂(16屆)、蔡榮泰(16屆)
青：徐信文(18屆)、鄭俊國(18屆)、曾育弘(23屆)、蔡珍重(25屆)、郭鋒銘(18屆)、朱健漳(18屆)、趙宏志(屆)。

86年10月17日於統帥球場，舉行首次邀請賽。賽後於二樓聚餐，由徐信文會長和鄭俊國副會長，作東並頒獎。在此特別感謝鄭俊國副會長準備早點飲料、參加獎、獎品及豐盛的午宴。亦感謝陳超然主委提供一打球作為獎品。

在享用美食及暢飲中，大家有了共識，產生了「中山人超級盃」高爾夫會——由評議委員會承辦。

中山人超級盃高爾夫聯誼會——章程

- 一、宗旨：為中山校友間促進彼此聯誼及增進身心健康。
- 二、組織：會長為主委擔任，由會長選出總幹一人。
- 三、會費：免年費。由評議委員樂捐2000元。即是曾出任中山校友會會長。
包含賴海元、李英祥、何宗英、林忠光、張達材、陳超然、江文正、蘇明圳。
- 四、比賽辦法及規則：
 1. 每年舉行四次比賽，依春夏秋冬四季賽。
 2. 比賽以18洞新新見利亞計算之。成績相同時以年長為先。
- 五、獎品：1. 淨桿冠軍可獲高級水晶獎盃。但連續兩次才可歸於自己所有。
2. 18洞，洞洞有獎。即是近洞、par-on獎及遠距獎。
- 六、資格：1. 評議委員為當然會員。
2. 接受邀請者之中山校友。
- 七、報名費：每季賽500元報名賽。含聚餐。

中華民國口腔醫療及管理協會之成立

本會的宗旨是促進醫療品質及推展經營管理之理念，提昇醫療院所之醫療與服務品質，增進全民口腔之健康福祉。本會任務是：

- 一、促進口腔療質及推展醫療院所經營管理之理念。
- 二、舉辦繼續教育活動，以促進及協助加入本會之牙醫醫療院所增進其技術與服務品質。
- 三、促進本協會會員與其他專科醫師群及學會密切聯繫，建立良好的轉診系統，以提供更好的技術與服務品質。
- 四、促進建立良好之醫療保險制度。

●本會會員申請資格如下：

- * 一般會員：牙醫醫療院所之牙醫師
- * 贊助會員：贊助本會之個人或團體

申請時應填具入會申請書，經理事會通過者，並繳納會費。

這一年來自三月起我們在全省舉辦活動

時間	地點	老師	題 目
3/22	台中	吳成才	如何開始學習植牙
3/22	高雄	郭信智	牙醫診所經營管理及節稅之道
3/27	台北	黃系倫	Esthetic in Prosthodontics
4/26	高雄	歐陽玲	在現行健保制度下如何治療牙周病
5/24	高雄	顏真謙	牙醫診所 Marketing in Management
86/5/31 87/7/19	台南	陳永展 陳宏安 黃啟洲	踏入植牙領域一系列
5/31	台北	王漢中	踏出植牙第一步
86/6/21 87/2/28	高雄	陳永展 陳宏安 黃啟洲	踏入植牙領域一系列
86/9/30 86/8/25	台北	杜家寧 王漢中 陳柏堅 蔣子仿 楊衍正	"Implant" 沛然莫之防禦的趨勢
10/5-19	台北	林鴻津	牙醫助理再教育課程

除了上述活動外，會員定會到會訊(New's Letter)每月一次，目前已發行五份，提供醫療技術與診所經營管理資訊給會員。同時我們也定期舉辦診所經營管理研討，透過有經驗的牙醫師和經專家研討出適用於台灣本土化的診所經營管理，將來會陸續辦演講刊在會訊上並希望將來編纂成冊，提供給牙醫界。

由於現代化牙醫診所必須助理和醫生為 Team work，助理應是牙醫診所內一個重要成員，協會特別將牙醫助理列為協會贊助會員，定期為她們舉辦再教育，協助她們解決工作上的難題，進而也幫助牙診所經營管理的制度更為有效的建立與執行，今年10月5日及19日舉辦「口腔衛教研習」，預定明年三月舉辦「助理之禮儀與電話應對」以提昇助理的專業技能與水準，使診所服務品質更好。

以上是本協會的介紹，有興趣的牙師歡迎來電詢問。

詢問電話：(02)731-3572 中華民國口腔醫療及管理協會秘書處

協會地址：台北市仁愛路四段411號3樓

我的義工生活

撰文／鄭俊國

說 真的，在內心世界，我不是遵守傳統的一個人，沒有所謂的束縛。一旦我決定去做的事，一定堅決、認真的做下去。就這樣，在立農國小當校醫當了14年了，在新店的仁愛之家也有9年，其他在蘭雅國小、桃源國小、啓智學校當了一二年校醫，這些年來這些所謂服務公益事業佔了我三分之一的時間。有許多人總是說：鄭醫師，你好熱心。我笑著回答：「我不是熱心，再熱的心也會冷的。」我只是把這些工作，當做我的生活，認真的去過，認真的去享受。當然當個校醫，我不是只作檢查，早期還沒有健

保時，我不喜歡利用學校場地替學生補牙齒，我喜歡的是到每一班上課，講解如何做口腔衛生的保健，有時也講故事，教他們作美勞，做做紙飛機，還有辦賞鳥、辦參觀台中科博館、辦桃園航博館、辦陽明山地形之旅、辦……等很多的活動，走出牙科診所，我仍活著，另一片天空還是很蔚藍、燦爛。

〔作者簡介〕

鄭俊國

• 木棉雜誌社社長



圖1 石門水庫知性之旅 射飛機比賽



圖2 立農國小



圖 3 每年提供二萬元體育獎學金已經 14 年



射飛機比賽



圖 4 石門水庫知性之旅
在揚昇高爾夫球場陶陶廳學生家長與老師們同樂

口腔衛生從「小」做起

撰文／蔡珍重

基於落實「預防勝于治療」之概念，提醒您嬰幼兒口腔衛生之重要。

通常懷孕的媽媽都不清楚大約從受孕的第六周起胎兒牙齒也像其他重要組織器官一樣，慢慢地逐漸成型，所以媽媽在懷孕期間的身體健康也就直接影響將來寶寶的身體與牙齒健康。寶寶在出生後，乳前牙三分之二的牙冠及乳白齒牙冠的咬合面和一部份側面，已悄悄地在齒槽骨內完成鈣化。當媽媽在懷孕期間，有營養不良之現象即可能造成牙齒鈣化不全，而使這些部位容易受到致齲菌的侵蝕而形成蛀牙，因此，要靠牙胚完全的鈣化才可增強抗蛀能力。

所以，鈣、磷、維他命和礦物質，尤其是維他命 A、C 和 D，都是胎兒生長發育的重要養分，對於日後牙齒的生長更是重要。懷孕的準媽媽應當均衡地攝取各種乳酪食品、肉、魚類、水果和各種蔬菜，如此不僅可確保自己身體的健康，同時也讓肚裏的小寶貝具有充足的養分，可健康地成長發育。

寶寶出生後，別以為尚未長牙齒，就不用擔心他（她）的口腔健康。其實，平時的口腔清潔，應早在嬰兒還沒有牙齒時，就該每天做了。而當嬰兒還無法為自

己做任何事情時，這就是父母親應該注意的責任了。

在寶寶嫩紅的牙齦下有著將要長出的新牙，需藉由每月的口腔清潔，才能有效地清除口內過多有害的細菌和食物殘留，如此一來，就可以降低口腔內細菌滋生的機會，進而減少口中酸的形成。

根據醫學研究，在嬰兒口腔內有著愈少的酸，則愈可減低寶寶長牙時的不適感，而愈少的細菌，更可使寶寶在第一年裡更加健康、愈少生病。有了完全乾淨的口腔，對於寶寶將長的牙齒，才會更有保障。

有許多父母親對於查看嬰兒的口腔，或多或少感到有些「害怕」，這可能是因為他們視嬰兒的口腔為身體「內」的一部份，而不敢去碰觸它。再者，當週遭大部份的朋友，不會為他們的寶寶做口腔清潔，就連當初自己的父母親也沒有這麼做時，這些非常重要而應該每天做的口腔清潔工作，就可能被忽視而省略掉了。

當您為寶寶清潔口腔時，可能會發現牙齦有一點點的出血，這並不表示因您施力過重而引起，而可能是因為牙齦有了一

點發炎現象，這種情況可不必擔心，只要持續地清潔口腔，不需幾天，牙齦即可好轉而完全恢復健康。

剛開始為寶寶做口腔清潔，您或許會發覺這並不像為寶寶洗澡時，那麼簡單和有趣，但只要您將這當成每日必做的一項工作，那麼，不需多久，您會做得很有效率，且寶寶也會更習慣而喜歡。

如何為小寶寶清潔口腔呢？建議您按照以下的步驟來做，您將會發覺寶寶和您又多了一件可共度歡樂有趣時光的事。

1. 讓寶寶平躺，頭靠在您的大腿上。
2. 開始清潔前，您可以用食指沿著臉頰經嘴角伸到最裡面，再輕壓下頷，幫寶寶張開口腔。
3. 用一塊微溼的小紗布（約5×5公分），捲在另一隻手的大拇指和食指間，輕輕地來間擦拭寶寶的牙肉。
4. 每天如此清潔寶寶的口腔二次，一次在早餐後，另一次則在晚上最後一餐之後，每次的清潔過程約需2分鐘。

談過嬰兒時期的口腔清潔，接著談談寶寶哺乳的方法。根據研究，不同的餵乳方式，會直接影響到顏面部肌肉的發育，甚至將來牙齒的位置和顎骨的發展，不正常的口腔部位動作，很可能會引起咬合不正之問題。

舉例來說，像喝母乳的嬰兒，必須靈活運用嘴巴四週的肌肉和舌頭，才可達成

喝奶的過程，這樣的肌肉協調運動需很好的技巧，而且喝母乳時，嬰兒通常會保持較直立的位置，這樣是比較自然的姿勢，可以幫助口腔部位正常發育。

如果是以奶瓶餵乳，瓶內的牛奶將會不斷地流出，而不需要嬰兒用到太多嘴部四周的肌肉，減少這些肌肉的運動，將不利正常發育。再者，如果是靠躺著喝奶，那麼寶寶就必須將舌頭放在較不自然的位置，頂著奶嘴以避免被一直流出的牛奶所噙到。

倘若必須使用奶瓶餵食時，請注意以下事項：

1. 讓嬰兒保持較直立之姿勢，而非躺著喝牛奶。
2. 選擇奶嘴孔較小的奶瓶，好讓嬰兒多運動頰部肌肉、舌頭和下頷。
3. 可能的話，儘早改用杯子喝飲料。
4. 不管是牛奶或母乳，需有時間區隔，避免每次持續太長。
5. 不管是晚上或白天，絕對避免抱著奶瓶掛在嘴上，除非瓶內只是白開水。
6. 最重要的是，每天最少兩次的清潔工作。

為確保寶寶口腔健康，除了以上所談應注意事項之外，還有很重要的是，父母親也應該好好照顧自己的口腔衛生。寶寶並不是一生出來就有致齲菌存在口腔；那麼，這些會造成蛀牙的細菌是從何而來的呢？

根據研究報告指出，這些細菌大部份是擁抱親吻或餵食時，經由含有細菌的唾液傳染給寶寶的。因此，為確保您寶貝的口腔衛生工作，確實做到每天使用牙線，早晚刷牙兩次，並且定期做好口腔健康檢查。如此一來，您才可成為將來長大後寶貝的口腔衛生模範。

〔作者簡介〕

蔡珍重

- 中山醫學院第25屆校友
- 大蘋果兒童青少年牙醫診所負責人
- 美國紐約大學兒童牙醫研究所畢業
- 中華民國兒童牙醫學會專科醫師



賀

台北市牙醫師公會 會員代表大會 成功

台北市牙科植體學會 會員大會 成功

中華民國牙周病學會 會員大會 成功

台大牙醫校友會 會員大會 成功

新竹縣牙醫師公會 會員大會 成功

台北縣牙醫師公會 會員大會 成功

高醫牙醫系校友總會 會員大會 成功

宜蘭縣牙醫師公會 會員大會 成功



Thera-Bite Wafer 在減輕疼痛上的探討

撰文／黃經堯

前言

在齒顎矯正的領域中，如何在不痛的情況下快速有效的移動牙齒，一直是大家努力的方向。過去並沒有太多的文獻探討 wafer 在臨床上的應用，本文以 KM Thera-Bite (approved by ADA/FDA) 來評估在矯正治療中對疼痛減輕的效果如何。

理論及文獻探討

由矯正裝置傳達到牙齒上的壓力會由牙周膜學上的神經感受到，輕的矯正力量 (light force) 會刺激細胞在壓力下有 frontal resorption，而不會壓迫到牙周膜的血管網。強的矯正力 (heavy force) 會刺激 undermining resorption 的形成，而堵塞血管網並因缺氧而破壞牙周膜的細胞結構。¹

施予矯正力的多寡與併隨而來的疼痛程度之間似乎有一些關聯性。² 疼痛的來源能是牙周膜中缺血區無菌性壞死造成的，矯正力量可以造成急性的發炎狀態進而伴隨著水腫之發生。³

在每次矯正裝置調整後，建議患者咀嚼一些較硬的食物可以鬆開牙周膜中神經和血管周圍緊繃的纖維，重建正常的血管、淋巴循環及避免或降低發炎和水腫的

發生。³ 亦有一些齒顎矯正醫師建議患者食用軟一些的食物，另有醫師建議以溫水漱口或服用 Aspirin 以緩和疼痛。

Dr. White 在他的患者中發現 63%，在嚼 Aspergum 之後疼痛情形有改善。⁴ Dr. Proffit 則建議在調整矯正裝置後數小時內嚼口香糖或使用 plastic wafer 能緩和疼痛，其理由是藉由暫時性的牙齒移位，使得血液能流入壓迫區而避免產生代謝物質的堆積因而刺激痛覺接受器。Musgrave 發展出 KM Thera-Bite (Fig.1) 是一種 polymer arch，適用於降低矯正病患的疼痛。

方法

取樣於紐約大學矯正科，82 個接受 partial preadjusted edgewise appliances 治療的患者。其理由是易於掌握力道的傳達並避免有 archwire loop 對軟組織的刺激。在這項統計中，每個患者均給予 Thera-Bite，並指導他們在矯正處置後或覺得有不舒服時於一小時內咬或是嚼 10-12 分鐘。

要求患者記錄每天使用的次數以及時數 (以分計)，並於問卷上做記錄。結果 82 位患者中 17 位沒有使用，其中包括 9 位

他們覺得一點都不需要。36位(55.4%)覺得在減輕疼痛上很有效。39位(44.6%)感覺無效。在36位使用有效的患者中，25位(69.4%)在矯正治療後一個小時內使用有效，31位(86.4%)在覺得需要時使用有效果。其中包括20位在二種條件下都有效。

在這36位中，問卷中對於wafer的有效程度分別是12位(33.3%)表示“很有效”，24位(66.7%)表示“或多或少有效”。4位表示在“morning”最有效，11位表示在“afternoon”，13位在“evening”，9位在“night”，另有3位則無法清楚指出何時最有效，所以可以說有66.7%的患者覺得在afternoon or evening最有效。

在29位使用Thera-Bite無效的患者中，有26位(89.6%)覺得使用後更加疼痛。在這二個groups中，對於使用的時間總數有很大的出入，那些使用後有效的患者平均每天使用41.4分鐘，而使用無效的患者平均每天只使用13.0分鐘。

結論

理論上，使用Thera-Bite wafer可以加速牙周內以及附近的血流量，進而減少因archwire調整後造成trauma引發的edema。當然對於疼痛和牙齒移動間的關係，需要更進一步的研究探討。

在本研究中，雖有大部份使用Thera-Bite的患者覺得有效，但亦有不少患者

發現使用後情形並無改善，反而更加疼痛。所以疼痛的減輕可能是安慰效應。

患者如果覺得使用了Thera-Bite wafer有效便可以盡量使用。所以為矯正醫師提供了另外一種方法來減輕患者在banding、bonding以及archwire更換後的疼痛。

REFERENCES

1. Gianelly, A A: force-induced changes in the vascularity of the periodontal ligament, *Am.J. Orthod* 55:5-11, 1969
2. Proffit, W.R.: *Contemporary Orthodontics* C.V. Mosby Co, St. Louis, 1986, pp. 241-242
3. Furstman, L.: Clinical considerations of the periodontium, *Am.J. Orthod.* 61:138-155, 1972
4. White, L.W.: Pain and cooperation in orthodontic treatment, *J. Clin Orthod.* 18:572-575, 1984
5. Hart, A.; Taft, L.; and Greenberg, S.N.: The effectiveness of differential moments in establishing and maintaining anchorage, *Am. J. Orthod.* 102:434-442, 1992
6. Nasiopoulos, A.T.: Taft, L.; and Greenberg, S.M.: A cephalometric study of Class I, Division 1 treatment using differential torque mechanics, *Am. J. Orthod.* 101: 276-280, 1992
7. Wilson, S. et al.: Time course of the discomfort in young patients undergoing orthodontic treatment, *Pediat. Dent.* 11: 107-110, 1989
8. Jones, M. and Chan, C.: The pain and discomfort experienced during orthodontic treatment: A randomized controlled clinical trial of two initial aligning arch wires, *Am.J. Orthod.* 102:373-381, 1992

9. Jones, M.L. and Richmond, S.: Initial tooth movement: Force application and pain-relationship? Am. J. Orthod. 88:111-116, 1985

10. Jones, M.L.: An investigation into the initial discomfort caused by placement of an arch wire, Eur. J. Orthod. 6:68-54, 1984

11. Dubner, R.: Neurophysiology of pain, Dent. Clin. N. Amer. 22, 1987

12. Walker, J.A. Jr. et al.: The enkephalin response in human tooth pulp to orthodontic force, Am. J. Orthod. 92:9-16, 1987

原文發表於 JCO\MAY1994

〔作者簡介〕

黃經堯

- 美國紐約大學齒顎矯正研究所畢
- 台南市汎美牙醫診所負責醫師
- 中山醫學院 71 級校友
- Member of American Association of Orthodontists (AAO)

生命的抉擇

李偉文

相信很多朋友在以前，對牙醫的概念大半是負面的，不是有些害怕，有些不屑，就是有些羨慕或者可憐。

最近很多新舊朋友，看到我一副「閒雲野鶴」般的日子，覺得這個行業似乎很好。可是前些天參加婚禮，聽到一些同學們的近況；有人看門診耽誤吃飯，胃酸泉湧，必須躲到後面嘔吐完才繼續看診，就這樣忙到一個晚上必需吐好幾次，一週中常常有好多天這樣。也有位同學，在一星期七天二十一個時段中（一天分為早上、中午、晚上三個時段），必須看診二十個時段。

同樣的行業，同樣的人生，其實是可以有很多選擇的。

記得學生時代，常常徬徨在「參加活動」或「讀書應付考試」兩者中掙扎。往往我是屈服於考試，但是留在家裡卻K不下書，不斷地懊悔早該去參加活動。

累積了過去許多次經驗，現在常常警惕自己要站在比較高觀點來觀照整個生命，「對已成的事實，不起追悔；對未來之事，積極耕種。」

因為人生是一種遭遇，這種邀請不復再有。

以矯正強逼萌出合併牙周手術之牙冠增長術

Lengthening Clinical Crown by Orthodontic Forced Eruption & Surgical procedures

撰文／葉惠津

一、前言：

牙冠增長術，通常指的是藉助牙周手術的方式，重新建立所謂生物性寬度(Biological Width)(圖一)，以確保腐復後牙周健康的維護。臨床上，舉凡齒齦下的齦齒、牙冠斷裂，或牙冠過短等等情形，均應先行之。

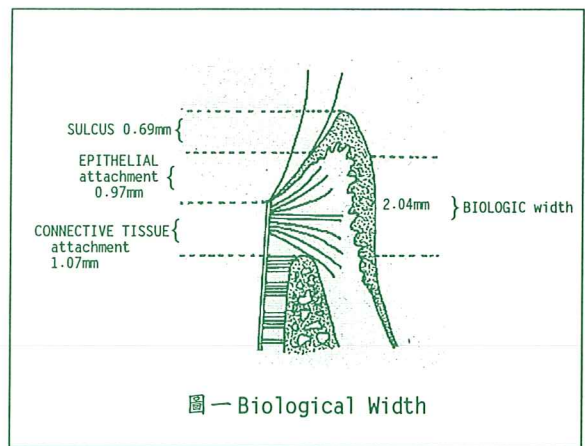
手術性牙冠增長後的牙齒，會有下列幾種狀況需先告知患者：

1. 齒齦線提高(gingival Margin)：若在前牙會造成美觀上的問題。
2. 齒齦乳突(gingival papilla)喪失；雖可經由齒槽骨修形的技巧予以部分改善，但是難以完全避免。
3. 鄰牙敏感(Hypersensitivity)：齒槽骨的修整必定涉及鄰牙，由於牙根暴露造成的暫時性敏感會隨時間而改善。

健康和功能雖是牙科治療的目的，在考量美觀的同時，手術性牙冠增長有其受限之處，配合矯正性牙冠增長則能提供不同的效果。

二、矯正性牙冠增長術：

矯正性牙冠增長術即所謂的 Forced



eruption，於短時間內(約四週)進行單顆牙齒Extrusion。由於齒槽骨脊與牙齒 Cementoenamel Junction 的關係是固定的，當該牙向牙冠方向移動時，四週的牙周組織及齒槽骨有時亦會隨著移動，此時，其周圍的齒槽骨或呈現傾斜狀(如圖三b)，Biological Width改變不多。如有上述情形，再藉由牙周手術做少部份齒槽骨修整及齒齦切除或 Apically Positioned，以達到增長牙冠及增進美觀的目的。並非每一矯正拉出之牙齒均需進行手術，而應視矯正後齒槽骨的高度來決定。

三、適應症及注意事項

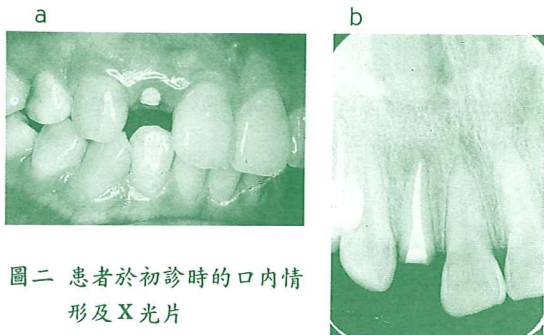
牙冠增長術通常因應磨復的需求而進行，其適應症同手術性牙冠增長一般，如牙冠過短缺乏retention、齒齦下齦齒、牙冠斷裂、牙根穿刺等等，唯在評估其手術後，若齒齦線過高足以影響美觀，或犧牲過多鄰牙齒槽骨時，應先施行矯正改變其相對位置。

當牙根過短或牙齒伴有根尖病變時，應考慮其術後之crown-to-root ratio。不良之牙根形狀（如彎曲）會限制矯正之進行。處理後牙時，牙根分叉的高度應列入考慮，以免術後分叉露出，造成日後牙周問題。若在前牙，拉出後的牙根直徑較

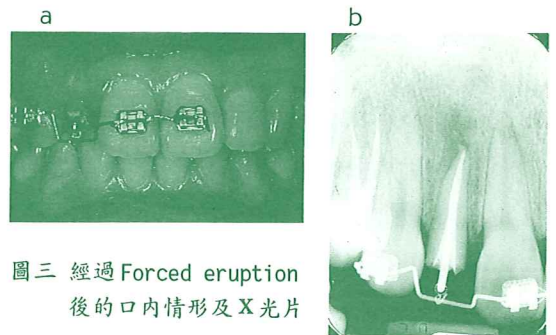
小，與對側牙根差距太大時，Emergence profile 不同將影響對稱性。

四、病例報告

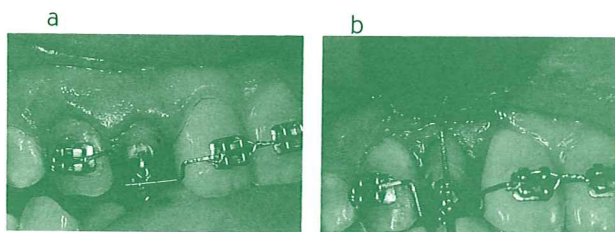
患者為一年輕女性，右上顎側門齒因為根尖病變，將舊有牙冠拆除進行根管治療。由於，齒質喪失極多（如圖二），為恢復其Biological width及符合磨復的需求，需移除約4mm的齒槽骨，這將使癒後側門齒之齒齦線高出相鄰正中門齒及犬齒2-3mm的高度，極不美觀，於是建議患者進行矯正Forced eruption。矯正治療後可見牙齒被拉出，但齒齦線亦跟著下降，而X光片可見部分齒槽骨亦隨著齒質移動（圖三），呈現傾斜狀（Oblique



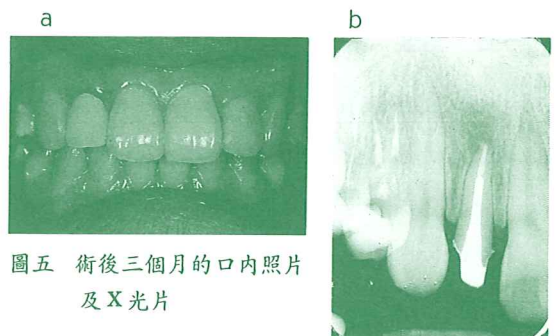
圖二 患者於初診時的口內情形及X光片



圖三 經過Forced eruption後的口內情形及X光片



圖四 牙周手術時(a)Submarginal incision至所期望的齒齦線高度(b)齒槽骨修整後齒緣至齒槽骨脊應有4-5mm的距離。



圖五 術後三個月的口內照片及X光片



圖六 此病例未經矯正Forced eruption 而直接進行手術牙冠增長後，其左上頰側門齒呈現較高的齒齦排列。

crest bone)。

隨後進行牙周手術，依期望之齒齦線做Submarginal incision，犬齒之齒齦線亦得以同時修形（圖四 a），翻瓣後修整齒槽骨使得齒緣與齒槽骨脊的距離在4-5mm之間，並維持其scallop shape，以盡量保留齒齦乳突（圖四 b），而後縫合翻瓣。

術後一至二週可製作暫時性牙冠，三至六個月後待其牙周組織癒合穩定可製作牙冠（圖五）。相對於沒有進行Forced eruption 而直接施行手術治療的情形（圖六），其癒後之齒齦線顯然較為美觀。

五、結論

配合矯正及牙周手術來增長臨床牙冠，是改善牙齒健康及美觀的良好方式。但因所需時間較長，費用較高，需謹慎做好治療計畫，並考量患者意願後施行。

六、參考文獻

1. Garguilo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions & relations of the dentogingival junction in humans. J. Periodontal 1961;32:261-267.
2. Starr CB. Management of periodontal tissues for restorative dentistry. J. Esthet Dent 1991;3:195-208.
3. Becker W, Becker BE, Ochsenbein, Kerry G, Caffesse R, Morrison EC. et al. A longitudinal study comparing scaling osseous surgery & Modified Widman procedures. J. periodontal 1973;44:742-756.
4. Pontoriero R, Celenza F, Ricci G, Carnevale G, Rapid extrusion with fiber resection: A combined orthodontic periodontic treatment modality. Int J Periodont Rest Dent. 1987;7(5):30-43.
5. Wang WG, Wang WN. Forced eruption: An alternative to extraction or periodontal surgery, J Clin orthod 1992;26:146-149.
6. Ivey DW, Calhoun RL, Kemp WB, et al; Orthodontic extrusion: Its use in restorative dentistry. J Prosthet Dent 43:401, 1980.

〔作者簡介〕

葉惠津

- 中山醫學院牙醫學士
- 美國西北大學牙周病學碩士及專科醫師
- 林口長庚醫院牙周病科主治醫師

Pre-surgical orthodontic treatment (下)

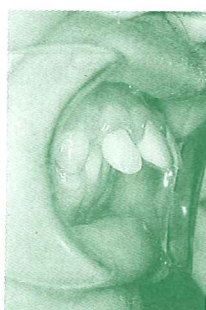
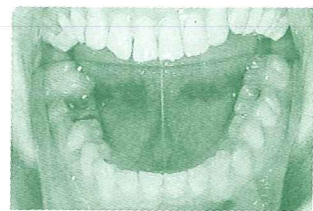
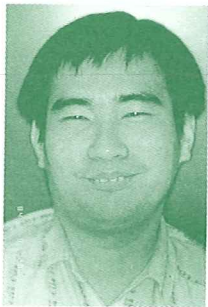
撰文／王維堅·鄭郁玲

指導／蘇明圳

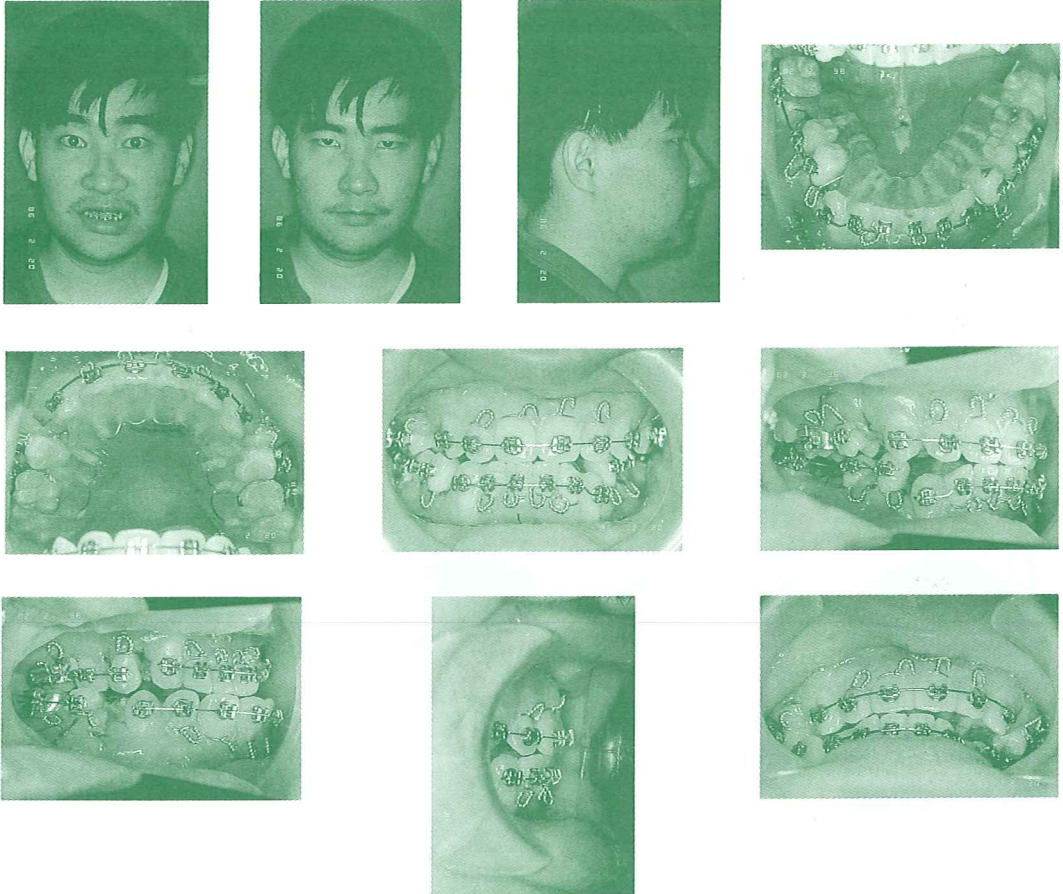
(2) Class II division 1 malocclusion
first visit 1995/8/28 date on o/
p1997/2/15 26 years old male
patient concerning about his

spacing and flaring out upper
incisors. Patient is willing to
combined orthodontic-orthognathic
surgery.

治療前紀錄 1995/8/28



治療後紀錄 1997/2/20

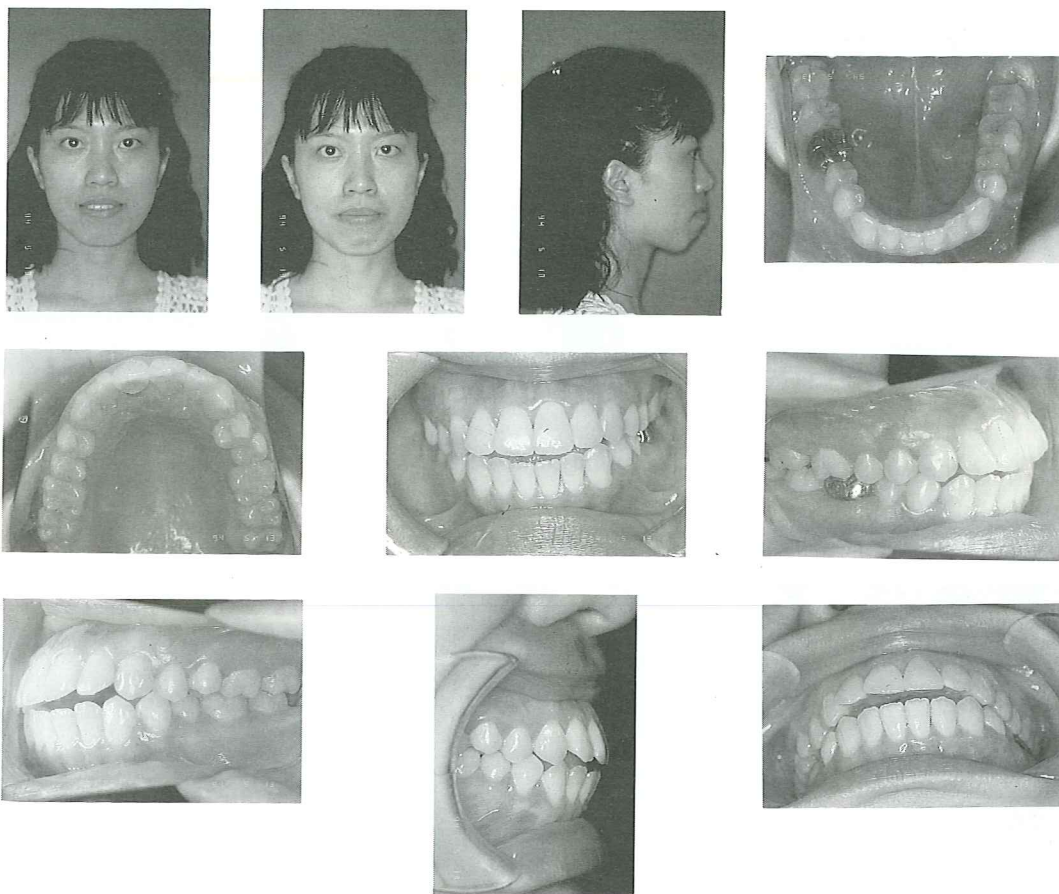


病人之左側第一大臼齒下之齒槽骨有囊袋產生，經轉診至口腔外科處理後，開始進行正頷手術前矯正治療。主要治療計劃，在上顎部份將 之間空隙關閉，空隙留在 之間，上下顎進行 Anterior segmental osteotomy 將上顎後推、下顎門牙區 intrusion。手術後犬齒與後牙之間的 step，利用術後矯正治

療來 alignment 和 leveling。

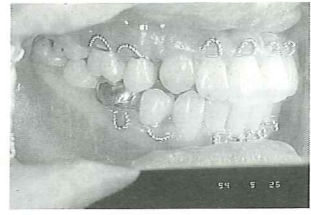
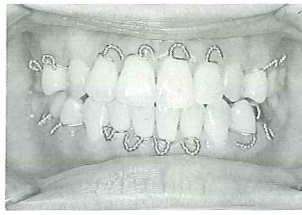
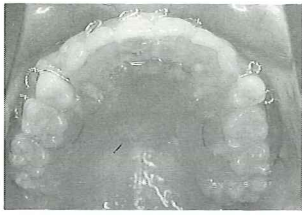
(3) Class I malocclusion, first visit 1993/11/12 date on o/p 1994/8/19 20 years old female patient concerning about her protrusive maxilla and mandible and everted lips.

治療前紀錄 1994/5/13

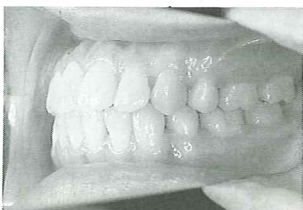
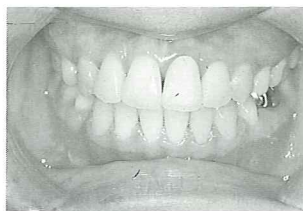
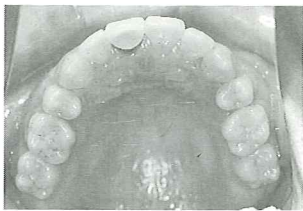
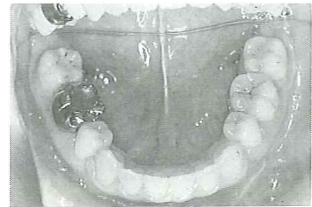


治療後紀錄 1994/9/26





手術後一年紀錄 1995/9/1



病人因時間因素無法接受傳統矯正治療，決定接受正頷手術。病人在 之間有開咬的情形，治療計劃為上顎：Anterior segmental osteotomy，拔牙後將前牙 Impact and set back，盡量維持 curve of Spee. 在下顎部份：Anterior segmental osteotomy，拔牙後將前牙 Extrusion 和 setback 手術

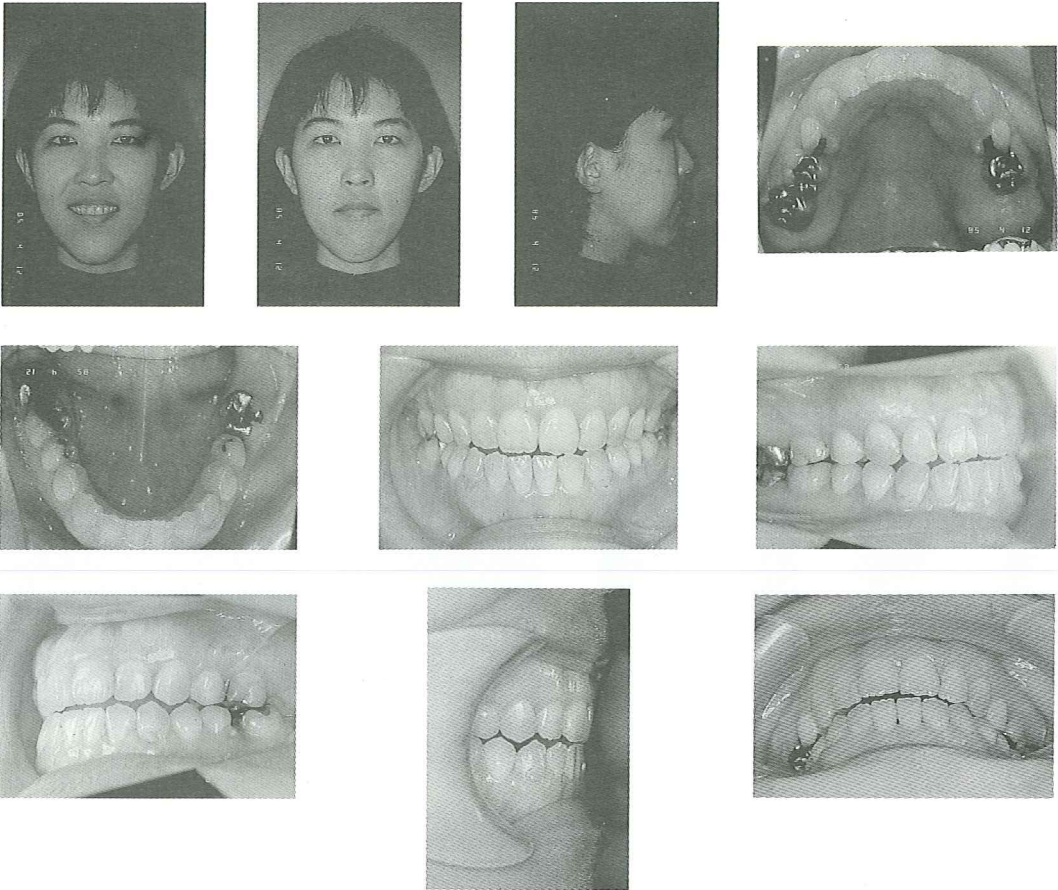
中將開咬情形一同解決。牙齒的移動可以在手術後進行矯正治療。

(4) open bite case - failure. first visit 1991/2/21 date on o/p 1992/7/18 20years old female patient concerning about her facial asymmetry and deviated mandible.

治療前紀錄 1991/4/27



手術後四年紀錄 1996/4/12



手術前矯正治療將牙齒排列整齊去除干擾定位的因素。手術前矯正治療後，進行上顎 Anterior segmental osteotomy，下顎 anterior segmental osteotomy 加上 bilateral vertical ramus osteotomy。開咬 relapse 的原因在於 leveling 的階段用 continuous wire，造成前面門牙的 extrusion，使得術後 relapse 回去，形成開咬。

五、結論：

手術前的矯正治療，重點在於將咬合干擾去除，牙齒排列在上下顎骨原來的位位置，以利於手術時之上下顎骨定位，並不是達成理想的咬合關係。Dr. Profitt 認為手術前矯正治療時間，應在六個月至一年時間內完成。

正顎手術需要外科醫師與矯正醫師充

份配合，在優良的技術外，更重要的是如何去安撫病人心中面對手術的壓力，給予病人信心和最好的照顧。

六、文獻參考資料

- (1) A textbook of orthodontics – WJB Houston , C D stephens W J Tulley
- (2) Jacobson A (1984) Psychological aspects of dental facial esthetics and orthognathic surgery. Angle Orthodontist, 54 , 18 – 35
- (3) Breece and Nieberg (1986)
- (4) Mckiernan et al. (1992)
- (5) Wictorin et al. (1969)
- (6) Kiyak et al. (1991)
- (7) Profitt, W. R Phillips C & Dann I.V.C (1990)Who seeks surgical – orthodontic treatment ?
- (8) James R Hayward Surgical correction of malocclusion DCNA 1969 13 : 607 – 19
- (9) William R. Proflit and Raymond P. White.Treatment of severe malocclusions by correlated orthodontic surgical

prcedures. Angle Orthod 1970 ; 40 : 1 – 10

- (10) Jacobs, Principles of orthodontic mechanics in orthognathic surgery cases AJO 1983 ; 84 : 399 – 407
- (11) K.K.K. Lew Orthodontic considerations in the treatment of bimaxillary protrusion with anterior subapical osteotomy-Adult Orthod Orthognathic surg 1991;6:113-22

〔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

悼

江薰正醫師 令尊 江瑞興老先生 仙逝

植體與自然牙連結製作假牙之探討 (下)

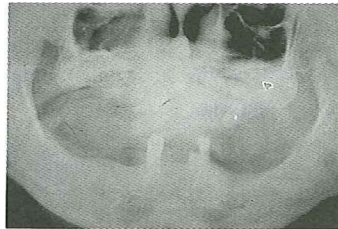
撰文／盧貞祥

(B) 活動假牙時：

可增加橋基數目，提升咬合承受力與假牙穩定度，如 case L、case M。

Case L

圖 L1



患者主訴下床活動假牙不穩固、疼痛、無咬合作用，已做過數次 Denture 都棄置不用。上頷 Denture 不痛，勉強可用。

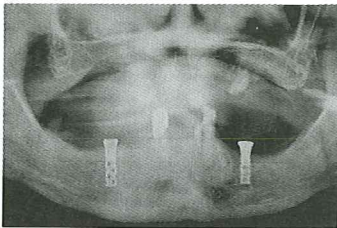


圖 L2 在 45 及 35 部位植入 ITI 109 及 312 各乙支。



圖 L3 術後口內照右側。

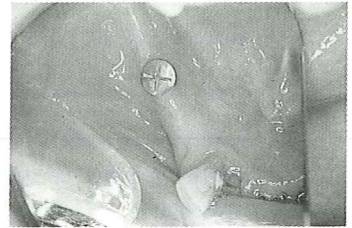


圖 L4 術後口內照左側。

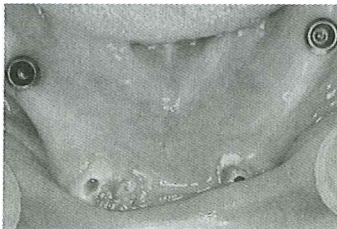


圖 L5 43 及 33 經根管治療完成。



圖 L6 四個橋基相連結加強固位作用。

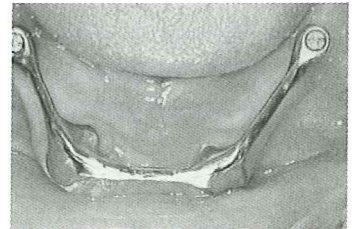


圖 L7 43、33 以暫粘 Cement 做 Setting，45、35 以螺絲固定。

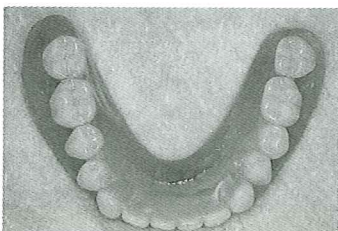


圖 L8 Denture 之咬合面與一般做法相同。

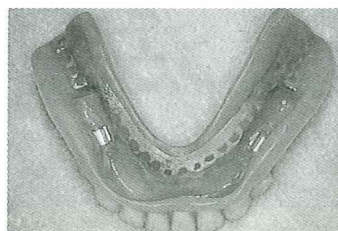


圖 L9 Denture 之粘膜面，Clip 已按裝完成。

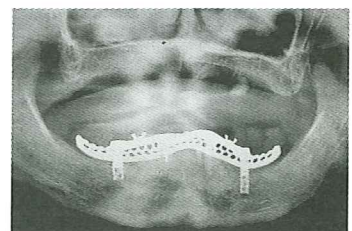


圖 L10 裝上 Lower denture 之環口 X 光片，45 測值 -5，35 測值 -6。

Case M

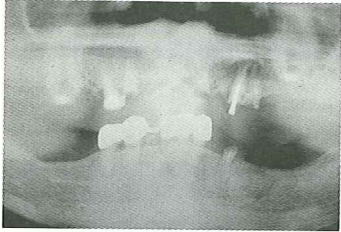


圖 M1 患者上頷老舊 Bridge 損壞、殘根，有需要大裝修。

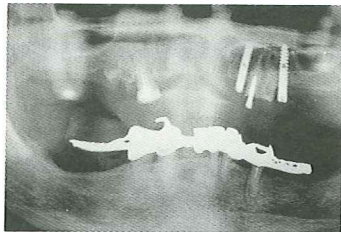


圖 M2 14、23、24 勉強可留，拔掉可惜，獨立支撐假牙則嫌不足，患者接受兩邊各植兩顆植體來做加強。

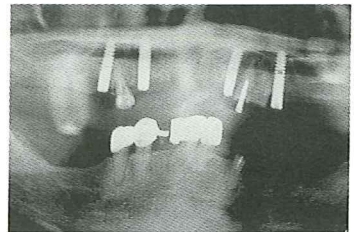


圖 M3 22、25 共植兩顆 pitty easy implant。

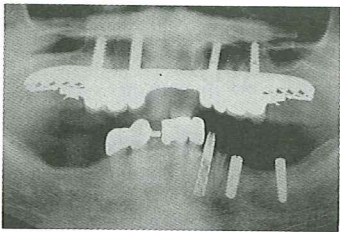


圖 M4 15、13 共植兩顆 pitty easy implant。

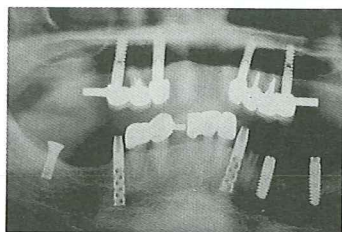


圖 M5 15、14、13 連結成 Bridge，22、23、24、25 連結成 Bridge，Denture 裝上時之全口 X 光片。



圖 M6 上圖 Denture 未戴時之全口 X 光片。

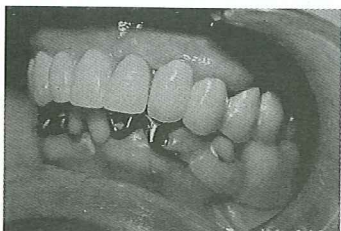


圖 M7 Denture 裝上之右、前側。

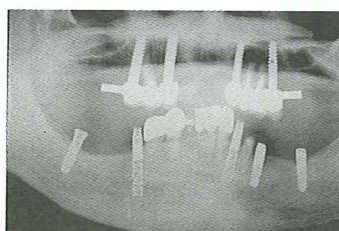


圖 M8 Denture 裝上之左、前側。



圖 M9 47 植體原為 107 因初期固定不良換植 243，此為上頷植牙術後一年之 X 光片。

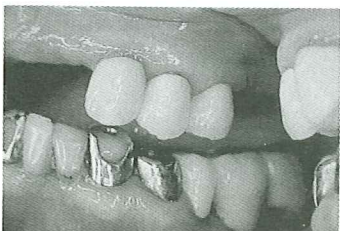


圖 M10 上頷未裝 Denture 之左側。

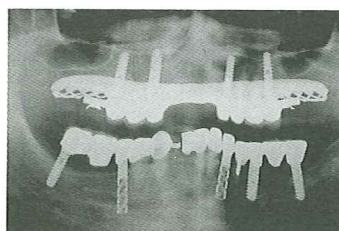
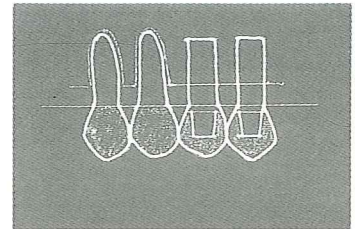
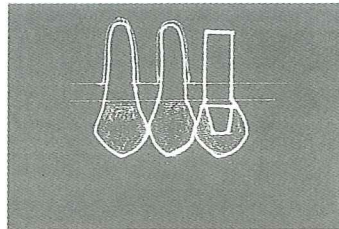


圖 M11 上頷未裝 Denture 之右側。

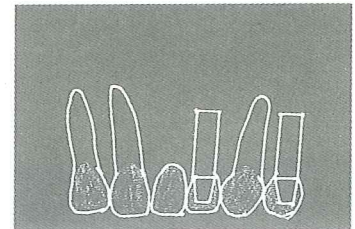
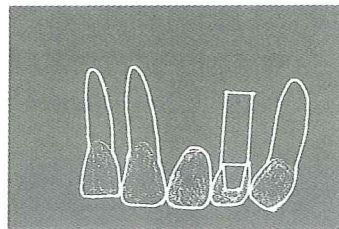
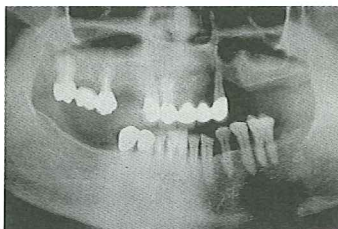
(四) 臨床經常碰到令人擔憂之 Bridge 或 Denture 狀況，如能植牙而且讓植體與自然牙連結的話，絕對能大大改善假牙膺復狀況。

茲舉數例說明：

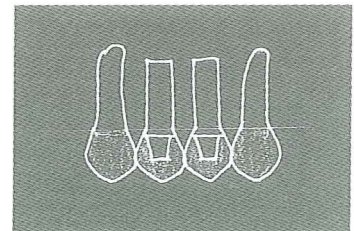
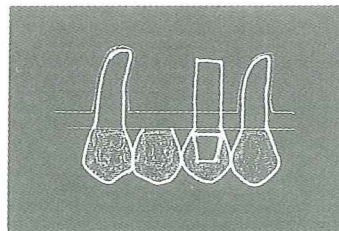
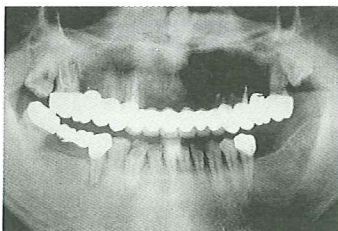
Case N：46、45、44 之牙橋，46 游離端缺牙如圖 N1，如能改善成圖 N2 或圖 N3 之模樣則優劣立明。



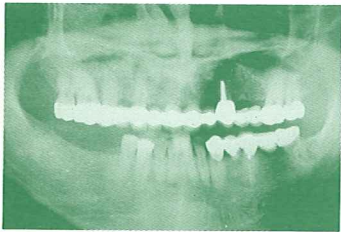
Case O：12、11、21、22、23 之牙橋，21、22 缺牙，24～27 也已喪失，故 23 之咬力負擔甚大造成齒槽骨之大量吸收如圖 O1，如能改善成圖 O2 或圖 O3 等等，則 23 之壽命將可延長 5～10 倍之多。



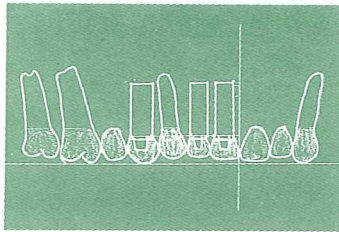
Case P：48、47、46、45 之牙橋，47、46 缺牙 45 已有負擔過重現象，如圖 P1 如能在 47、46 植牙後重新改善做一牙橋如圖 P2、P3 則可真正解決缺牙問題。



Case Q：17～27之牙橋，12至25之間只有23一顆牙如圖Q1，23承受咬力顯然太重，如能在六顆缺牙中植入1～6顆之植體，則23之耐久度絕對增加，如圖Q2。



Q1



Q2

(五) 討論：

1. 一個癒合成功的植體與自然牙連結，既能提升垂直之負重力，也會增加側方咬合的抵抗力，好處多於壞處。

2. 如Case N、O、P、Q之假牙已經使用一段時間，但經X光片測出即將出現問題，這些老舊的假牙，如能解釋說服患者花點時間花點費用，以植牙連結自然牙重新“裝璜”，患者可以用得更舒適耐久。

3. 五年之成功率在醫學上及社會上同具意義，植牙不論單獨贖復或與自然牙相連結，要達到五年之成功並不困難。

4. 少數患者固會要求植牙贖復絕對成功，不許任何瑕疵，且要永久不會壞等等過高過荷之條件。但多數之患者都還講理，他們認為：人體會老化，牙齒是人體的一部份用久會損壞並不認為意外。植牙後與自然牙相連，對原先的自然牙只有益處而無害處，除此之外目前為止沒有更好的改善方法。

(六) 結論：

除非有新的證據或理論證明植體與自然牙相連結有絕對之缺點、壞處或危險，否則對患者或牙醫師而言，硬是拒絕高科技的醫療幫忙，實在可惜。

* 註：此篇報告於民國86年5月17日中華民國口腔植體學會第二屆第一次大會學術研討會中曾做發表。

〔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

人工植牙面面觀—骨嵴擴張術

(REO Technique)

撰文／黃斌洋

一、前言

人工植牙自 1960 年代至今，已近四十年歷史。其中人工植牙一項吸引人的優點，便是由於它是植入骨內，因此比傳統假牙，更能重建原來自然牙的美觀及功用。但是，如果缺牙區骨嵴長度、寬度或密度不盡理想，使得利用鑽針 (drill) 的除骨術 (osteotomy) 無法給予人工植牙充分的起始固持 (initial stability)，通常牙醫師只有三種選擇：放棄在該處植牙，遷就剩骨嵴方向而犧牲植入植體角度或是進行附加補骨治療 (onlay graft)。結果造成了病人的困擾，手術複雜度提高，膺復及美觀重建的困難。

二、牙嵴擴張術 (Ridge Expansion Osteotomy, REO)

Dr. Summers 在 1994 年發表了 Osteotome 技術。其主要精髓是利用一系列圓柱狀器械及海綿骨質天生的彈性，以“擠出”人工植體植入骨頭內所需的空洞，來取代傳統利用鑽針“鑿除”骨頭的方法。這種方法可以保留有限的骨質，因此對骨質較疏鬆的上顎，尤其常用。在利

用 Summers Osteotome Kids 時，由於骨頭會被擠壓到器械周圍及根尖部位，因此間接提高了周圍骨質密度及高度。又由於器械本身頭細尾粗設計，所以在手術過程中，因為 Green stick fracture 造成整片頰側骨崩裂的機率，比 Wedge-shape 的 chisel 更來得低。

三、牙嵴擴張術適應症

1. 骨嵴過窄處植牙

當上顎無牙嵴頰舌徑過窄，或顏面側骨脊有凹陷 (concavity)，傳統鑽骨術有 dehescence 及 fenestration 之虞時，可考慮用 REO 技術來擴張骨嵴。由於 Osteotome 會將骨頭“推開”，因此較少發生 fenestration 及 dehescence。不過也就是因為骨頭具有還原力，Dr. Summers 特別指出在使用適當尺寸的 Osteotome 後，需在最短時間內植入人工牙根，以免骨頭彈回後洞口變小。

2. 骨嵴上方距上顎竇太近處植牙

結合 Osteotome 技術及骨粉 (Bone Graft)，可以成功提高上顎竇底部，達成增高骨嵴效果。它的原理是利用 Osteotome 擠推骨頭向上的壓力，造成上顎竇底部

Green-stick fracture 後，再利用 Osteotome 尖端的骨粉及靜水壓(hydraulic pressure) 來提高上顎竇內 schnider's membrane。然而，Osteotome 技術仍不能取代傳統在上顎竇側壁開窗的 Modified Cadwell-Luc 技術。Dr. Summers 演講時特別指出如果原本骨嵴高度過少 (<5mm)，就算用 Osteotome 技術，仍難以提供植牙所的起始固持(initial stability)。此時，便需要用傳統上顎竇增生術。

3. 骨質疏鬆區植牙

研究報告指出，Osteotome 將骨頭往兩側推擠結果，將提高未來植體周邊的骨質密度。Lekholm 及 Zarb 將骨頭作了 D1 (緻密骨) 到 D4 (疏鬆骨) 的分類。CE.Misch 指出上顎骨，尤其上顎後牙區，以 D3 及 D4 的疏鬆海棉骨為主。若是單純用鑽骨術，未來的人工植牙仍有缺乏起始固持的問題存在。而用 Osteotome

的 REO 技術，便可適當的解決這一個問題。

4. 上顎結節區植牙 (tuberosity implant)

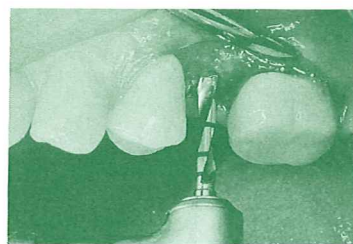
上顎單側無牙病例中，有時會見到缺牙區牙嵴與上顎竇底部距離太短，而病人又不願意作傳統上顎竇增生術。爲了避免過長的 Cantilever 設計，上顎結節區植牙是個可考慮的選擇。上顎結節區一般屬疏鬆骨質，且因結節後方有 pterygoid plexus，若用傳統鑽骨術，將有誤碰神經血管叢及無法取得起始固持之虞。此時 Osteotome 技術保守性的特色便可以發揮它的功效。筆者建議在 Osteotome 前，宜先測量病人最大張口量，而手術中要求病人下顎偏往另一側，也可利於 Osteotome kids 置入口中。

四、手術步驟

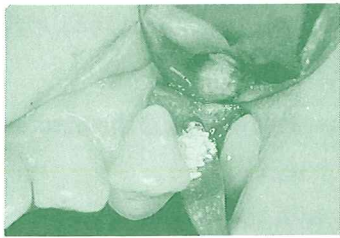
(圖 1~8)



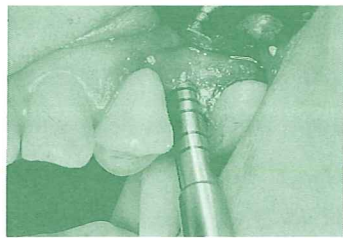
圖一、術前 X 光片。第二小白齒區骨嵴高度 7mm。



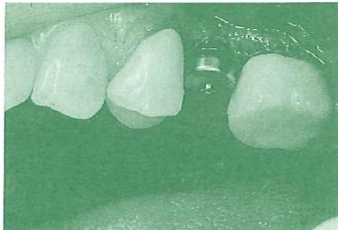
圖二、牙肉翻開，2mm Twist drill。



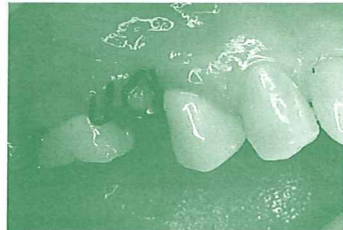
圖三、放置骨粉於洞口。



圖四、Osteotome Kids 依序號推擠入洞口至適當深度(如：上顎竇底部)



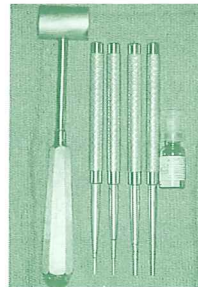
圖五、重覆圖三、圖四至適當寬度，置入ITI 4.1×10 Solid screw。



圖六、術後縫合。



圖七、術後X光片。第二小白齒區骨嵴高度變為13mm。



圖八、Osteotom 工具

五、結論

REO 技術使得人工植牙醫師可以用更簡單的方式，來解決許多以往頭痛的問題，諸如骨脊過窄，骨脊距上顎竇過近，及骨質疏鬆等問題。然而事前的正確評估及對技術本身的充分認識才是保證術後成功的不二法門。

〔作者簡介〕

黃斌洋

- 中山醫學院牙醫學系
- 美國紐約大學研究所人工植牙碩士
- 美國紐約大學醫學院人工植牙專科醫師
- 美國波士頓大學醫學院膺復專科醫師

預防蛀牙的 維他命 小哈氟錠



Zymafluor[®]
sodium fluoride

小哈氟[®] 氟錠

兒童 / 青少年牙齒保健專家



衛署藥輸字第 021010
及第 021012 號
瑞士原裝進口
安全有效...

小哈氟[®] 處方資料

- * 含氟化鈉成份的氟錠，具有全身性及局部性雙重氟化效果，長牙前紮根，長牙後補強。
- * 預防齲齒效果顯著，有效降低齲齒達 45 ~ 70%。
- * 安全包裝，單口取出，兒童不易誤食。
- * 易代謝，毒性小，不蓄積人體。
- * 溶解速度快，迅速達到唾液中最高有效含氟濃度。
- * 藥錠小，適用於嬰兒至成人及孕婦。

建議劑量

(參照美國兒童牙科醫學會 AAPD 之氟攝取建議量)

年 齡	每日劑量
6 個月 ~ 3 歲	0.25mg (= 小哈氟 [®] 1/4mg 一錠)
3 ~ 6 歲	0.5mg (= 小哈氟 [®] 1/4mg 二錠)
6 ~ 16 歲	1 mg (= 小哈氟 [®] 1mg 一錠)

* 每晚睡前含著即可。

- 訂貨附贈
- 精美教育手冊 (內附卡通貼紙)
 - 小哈氟海報
 - 小哈氟身高量尺
 - 兒童牙刷 (恐龍造型)

服務專線：丹美股份有限公司 (02) 720-4899

世界牙醫聯盟認定：

嚼無糖口香糖如 **Extra**®

有益於牙齒健康



美國銷量第一的
無糖口香糖

世界牙醫聯盟認定：

嚼無糖口香糖如 **Extra** 有益於牙齒健康。
這是因為吃完東西後咀嚼20分鐘，會刺激你的口腔
分泌有自然保護作用的唾液。
只要幾分鐘，便可幫助中和會引起蛀牙的牙斑酸。

Extra means less risk of cavities.

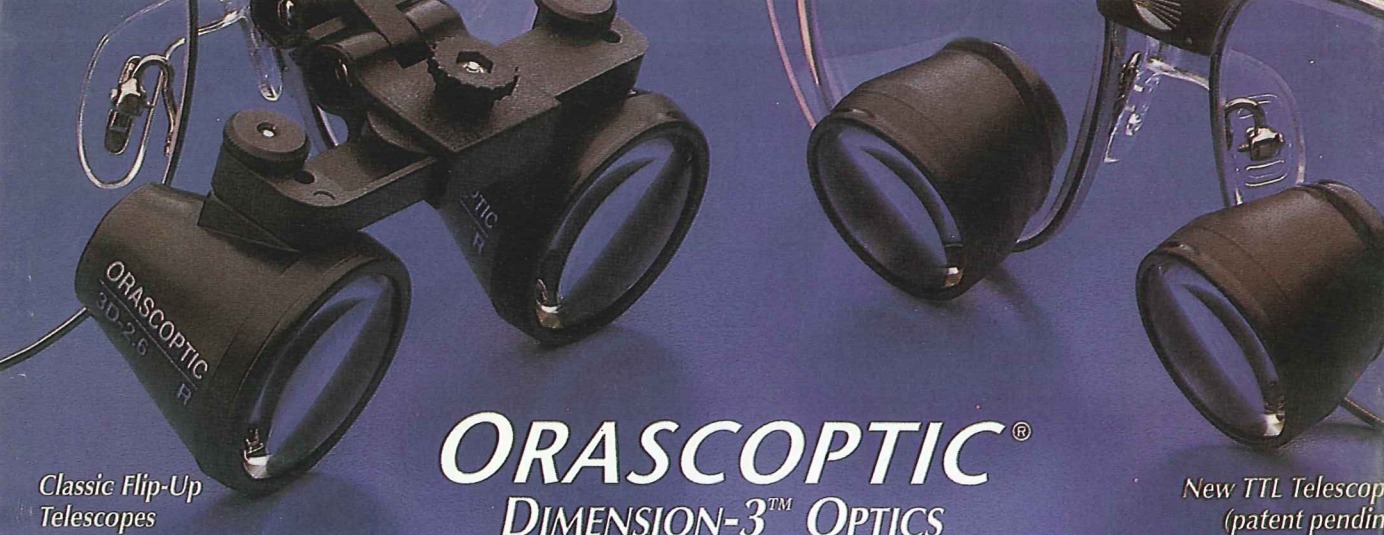
Recognized by



WORLD DENTAL FEDERATION

* 世界牙醫聯盟代表美國及全球超過100個牙醫組織

Different scopes for different folks



Classic Flip-Up
Telescopes

ORASCOPTIC®
DIMENSION-3™ OPTICS

New TTL Telescopes
(patent pending)

THE TOTAL PICTURE IN DENTAL MAGNIFICATION

Wide field magnification with superior depth-of-field.
Outstanding clarity, resolution and image brightness.
Comfortable, ergonomic optical design.



優點：

1. LOUPES 放大鏡能提供您在口腔治療或手術上，一個良好大清晰舒適的視野，可幫助您的視野直達根管內深TOOTH PREPERATION 及手術部位。

2. 利用頭部 LIGHT，在治療進行過程，您可以擁有明亮清晰且無陰影遮蔽的照明條件，避免因來自頭頂的照明被遮住，而必須不斷調整姿勢的問題。

3. 若能同時使用 LOUPES 放大鏡及 LIGHT 照明燈，由於它們提供清楚的視野故可使醫師自然的達到正確的坐姿，因此，可避免您的背部、頸部及肩膀因牽就不清晰的視野而產生的僵硬感。

“Zeon Illuminator 與 Dimension-3 telescopes 可各別單獨使用，但結合使用更可達到最佳的操作效果”。



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：286-1982 傳真：286-5035

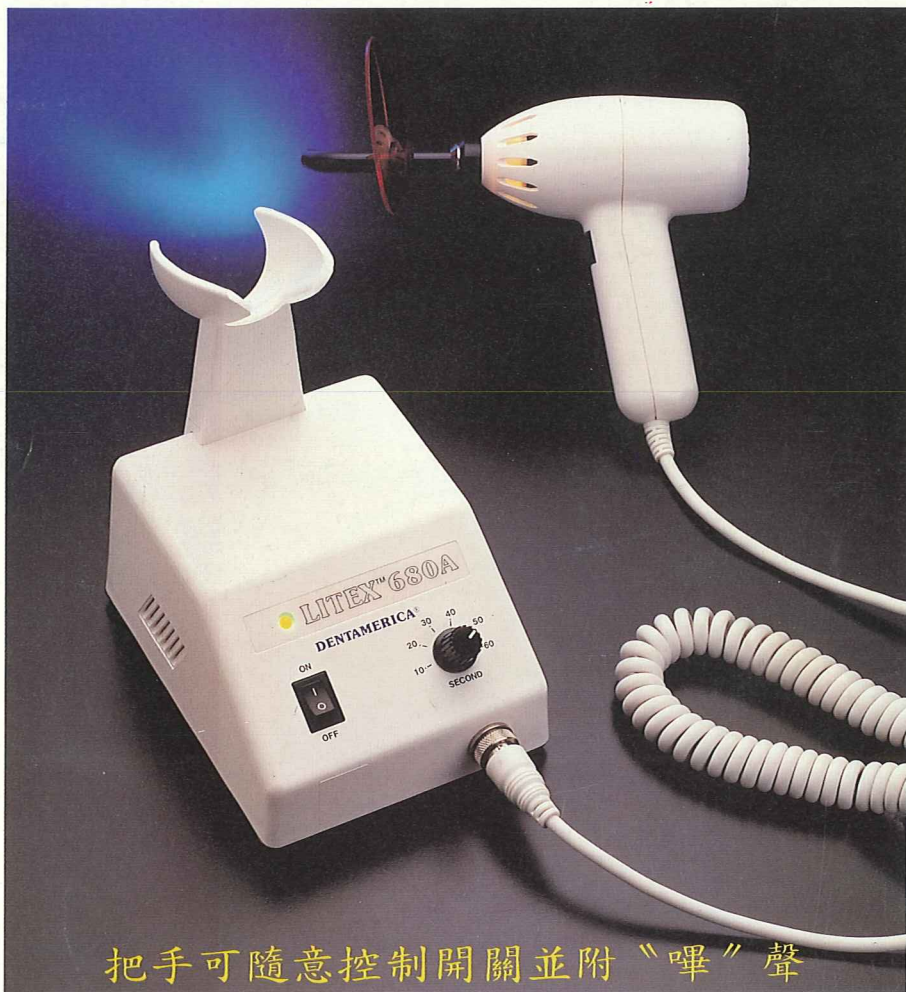
(台南) 明揚 電話：(06)2830487
(高雄) 王齒牙材 電話：(07)3212408

DENTAMERICA® LITEX 680A

世界最暢銷的鹵素燈

6990
舊換新特惠價

86年12月1日至87年1月底止，凡購買 LITEX 680A 鹵素燈一台(售價9990元)，可以任何廠牌鹵素燈不論新舊堪用扣抵3000元，每台限抵用一台，請直接洽詢當地牙材商訂購。



把手可隨意控制開關並附“嗶”聲

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®
亞洲分公司
登特美有限公司

服務專線：(02) 755-4445 (總機)

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
/ 英文成 (02) 3940996
中壢 / 大可 (03) 4527922
苗栗 / 大新 (03) 7669905
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 (05) 5961788
嘉義 / 全球 (05) 2855778
/ 恆信 (05) 2225970
/ 佳利行 (05) 2855971
/ 啓明 (05) 2237035
台南 / 建國 (06) 2224431
/ 國興行 (06) 5960431
高雄 / 奇祁 (07) 3471732
屏東 / 奇祁 (08) 7360638
羅東 / 楊錫惟 (039) 519551
花蓮 / 中興 (038) 350659