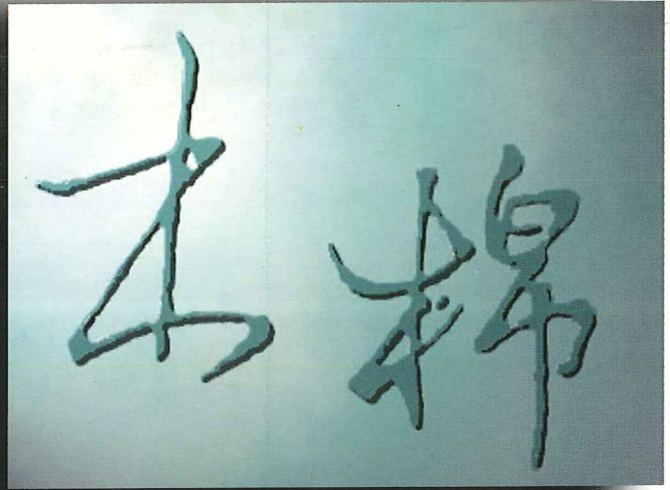


1998 · 夏

季刊 · 23期

中山醫學院牙醫學系校友會

牙醫師與您的對話



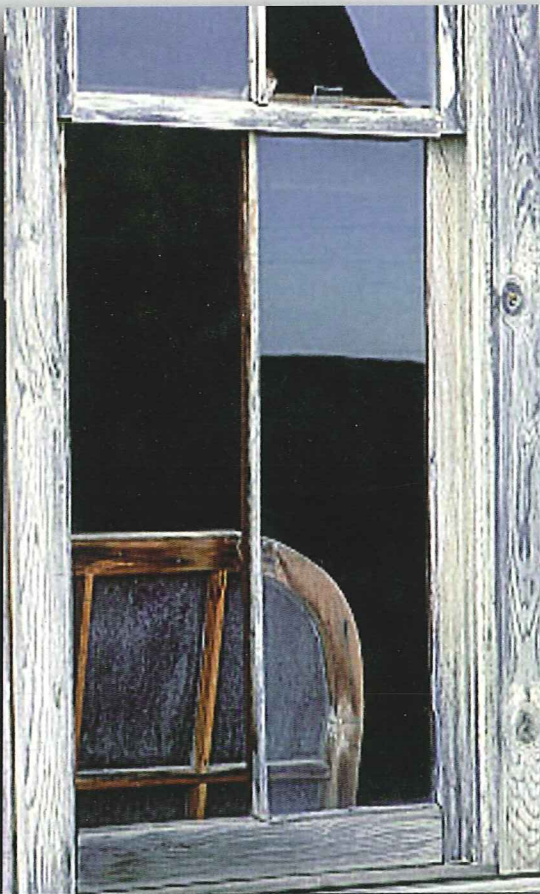
臨床矯正病例報告 (D6003)

成功的前牙根尖手術之剖析 (上)

《殘智障自閉兒專輯》

有關自閉症兒的牙科治療與介

牙科攝影入門



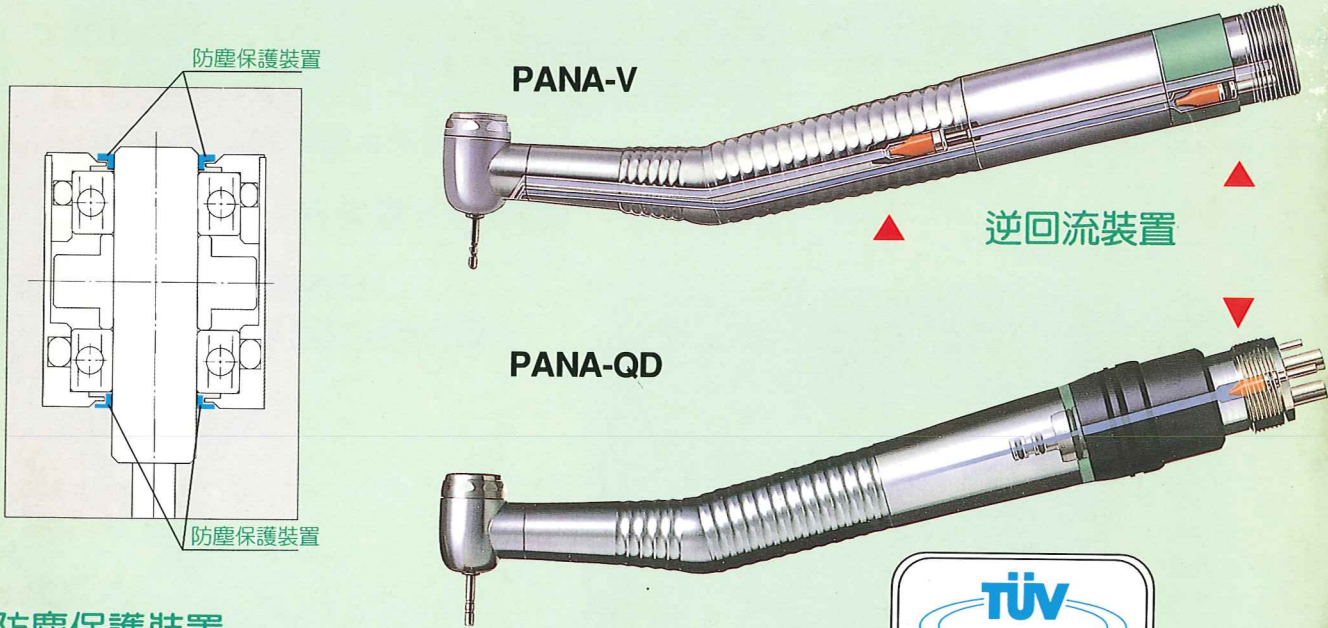
DE DEN

DENTIST DENTIST DENTIST
DENTIST DENTIST DENTIST
DENTIST DENTIST DENTIST
DENTIST DENTIST DENTIST
DENTIST DENTIST DENTIST

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



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

快速接頭：順暢旋轉並確實快速鎖緊，水孔處有不回流閥，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 台中市中港路二段 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

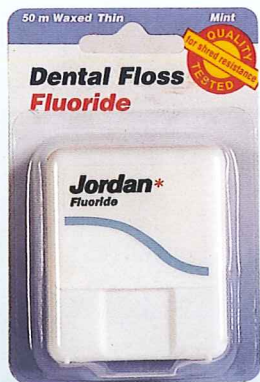
Jordan* 清潔 · 健康 · 歡樂

潔登牙刷 歐洲第一品牌

最多歐洲牙醫師推薦

Jordan* 潔登含氟細牙線

- 特殊之含氟細牙線，減少蛀牙發生。
- 較細之牙線，容易進入牙縫。
- 通過抗裂試驗，方便攜帶又衛生。



Jordan* ActiveTip

潔登全方位牙刷 (抗過敏)

- 較小圓珠型刷頭及匙型刷頭，更容易刷到後臼齒區。
- 前端獨有之前衛刷毛，更容易清潔牙縫之污垢。
- 超軟圓頭處理之刷毛，不傷牙齦。
- 最多歐洲牙醫師推薦
- 本牙刷最適合牙齒敏感患者使用。

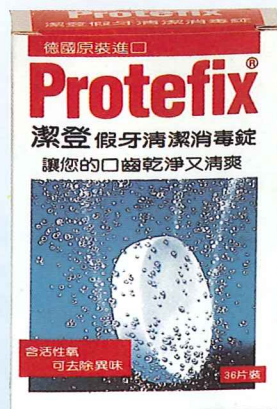
Jordan*

潔登幼兒牙刷 (0-5歲)

- 超小之圓珠型刷頭，最適合幼兒之口腔。
- 較長之刷頭與握柄，方便父母親幫小孩刷牙。
- 超軟毛之刷毛，刷得更舒服。
- 最多歐洲牙醫師推薦

潔登假牙清潔錠

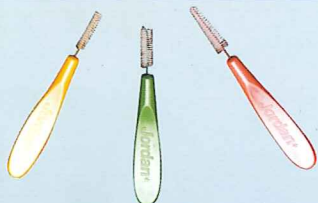
- 含活性氧，可去除假牙上之異味。
- 清潔效果佳，作用快。
- 藥性溫和，不傷假牙。



清潔

健康

歡樂



Jordan* 牙縫牙刷

- 軟毛刷毛，不傷牙齦。
- 每支均附有握柄，更方便，更經濟。
- 多重設計，適合各種大小之牙縫。
- 絕不掉毛。



Jordan* Amigo

潔登好朋友牙刷 (5-12歲)

- 較小圓珠型刷頭，更適合兒童較小之口腔。
- 較長之匙型刷頭，使小朋友刷得更輕鬆。
- 軟性圓頭處理之刷毛，不傷牙齦。
- 多重玩具造型之握柄，吸引小朋友，使小朋友養成刷牙之習慣。
- 最多歐洲牙醫師推薦

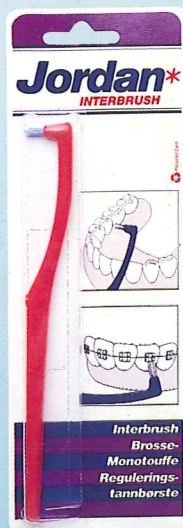


潔登假牙黏著膏

- 新的配方，有超強之黏著力。
- 黏著效能持久，可達12小時以上。
- 對於新裝假牙，可減少病人之不適應。
- 對於老舊之假牙，可減少鬆動。

Jordan* 潔登矯正牙刷

- 單束刷毛設計，更能有效的清潔牙縫及矯正之牙刷，是一支最理想之矯正專用牙刷。



Jordan* 潔登牙刷

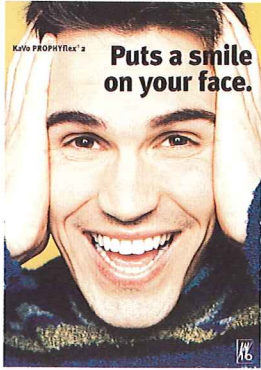
潔登實業有限公司 台北市復興北路168號3樓 消費者專線: 080-211183

楊錫惟牙科材料行
宜蘭縣羅東鎮建國街23號 TEL: (039)519551
楊錫惟 行動: 090008843 B.B.C.: 060159232

佳利牙科行
嘉義市民生南路510巷91號
訂購專線: (05)2855971.2861148 FAX: (05)2850238

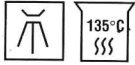
瑞慶牙科器材有限公司
高雄市三民區義德路74號
TEL: (07)3926179 FAX: (07)3926276 吳錫昭

新上市*優惠中



KaVo

空氣拋光機 2012



135°C
SSS

拆卸容易：便於清潔與滅菌處理

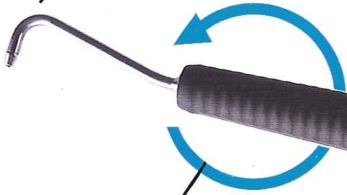


135°C
SSS

安全，零污染：
可整支清洗與滅菌處理



柑橘味：
口氣芳香 p't 樂於嘗試



隨心所欲：
360° 旋轉，
愛噴那兒，就噴那兒！

透明容器，
定量裝置：
易於清潔
及檢視容量

供氣方便：
使用空壓機之供
氣，無額外費用

裝置容易：
任何 KAVO 快速接頭，
只要“咔搭”即可
接裝



不安定的年代，除了靠健保“微薄”給付外
如何在穩定中，求取更高利潤呢？

KAVO 第二代噴砂機 The Propyflex 2

幫助您 - 增加額外收入！



給所有堅持高品質的牙醫師



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) 2788-5088(十線) · 080251277

感謝下列各單位餽贈花籃，倍增本會大會光彩

苗栗縣牙醫師公會、
台北市牙醫師公會、
中華民國齒顎矯正學會、
台中縣牙醫師公會、
台北市牙科植體學學會、
中山醫學院校友總會、
彰化縣中山校友會、
中山醫學院董事長周汝川先生、校長蔡嘉哲教授

新竹縣牙醫師公會、
宜蘭縣牙醫師公會、
台中市牙醫師公會、
雲林縣牙醫師公會、
南投縣牙醫師公會、
第三屆亞太牙醫矯正學大會、
中華民國臨床口腔矯正醫學會、

賀

黃建文 醫師 **當選** 本會第十八屆 會長

周建堂 醫師 **當選** 本會第十七屆 常務監事

賀

后秉仁 醫師 **當選** 高醫北區校友會
第十一屆 會長

齒顎矯正牙科診所

徵 住院醫師、合作醫師

高雄市 (07) 225-6632

本 報



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

● 第二十三期 ● 1998年6月15日出版

目 錄



投資理財

8 稅稅平安

● 李若文

經營管理

14 得到病患認同的方法

● 黃彥聖 摘譯

16 診所醫師人員之引導

● 黃彥聖 摘譯

社會人文

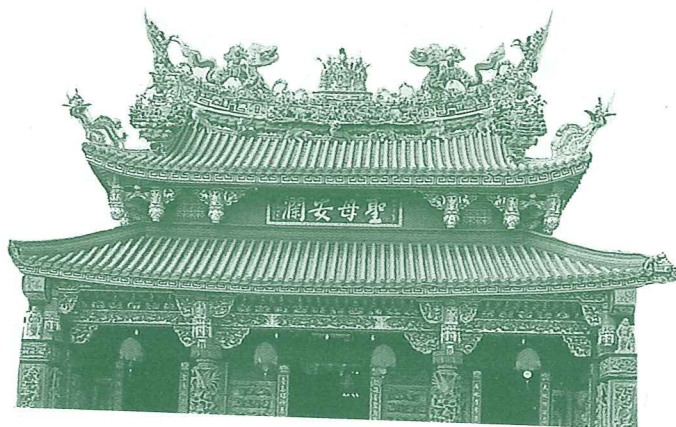
19 建廟作醮的社會——宗教性

● 李豐楙

牙科天地

54 牙科攝影入門

● 江 庸



總編輯：蔡守正

社址：台北市北投區義理街49巷6號

電話：(02) 2822-9056

傳真：(02) 2823-4596

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

財關顧問：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

學術論文

- | | |
|---|--------------|
| 23 臨床矯正病例報告 (D6003) | ● 陳季文 |
| 33 連續波擠壓法 (Continuous Wave of Condensation Technique) | ● 康永明 |
| 37 成功的前牙根尖手術之剖析 (上) | ● 白勝方 |
| 41 乳前牙外傷的處理 | ● 謝婷芳
陳和錦 |
| 45 直接充填復合樹脂復形 | ● 廖保鑫 |
| 50 《殘智障自閉兒專輯》——
有關自閉症兒的牙科治療與簡介 | ● 黃瑞昆 |
| 53 身心不自由者，殘智障牙科的推動 | ● 黃瑞昆 |

廣告索引

- | | | | |
|------|------------|------|-------------|
| 封面裡 | 西河國際股份有限公司 | 第32頁 | 林傳智興業有限公司 |
| 第3頁 | 潔登企業有限公司 | 第57頁 | 新島貿易有限公司 |
| 第4頁 | 偉登興業有限公司 | 第58頁 | 台灣留蘭香股份有限公司 |
| 第29頁 | 鼎興牙科材料有限公司 | 封底裡 | 同鼎有限公司 |
| 第30頁 | 大元牙科儀器有限公司 | 封底 | 奇祿有限公司 |
| 第31頁 | 長佰企業有限公司 | | |

稅 稅 平 安

撰文／李若文

一、前言：

稅是伴隨人類文明不斷演進發展，最古老的制度之一，尤其愈先進的國家，稅制就愈完整及複雜，因此在歐美地區，報稅經常需要專業人員的協助，以免申報錯誤，甚至因不明瞭法令，誤觸法令，不但補稅之外更被罰款，損失慘重，根據國稅局的統計，連續幾年綜合所得稅的申報錯誤率年年高居不下即是明証，另外近年來許多領取公設地征收補償費的地主，因不明瞭法令或不相信國稅局的查稅能力，而在短期內將鉅額（數千萬或上億）的補償費未經規劃就轉入子女的名下且未申報贈與稅，而被國稅局事後查獲，不但須補繳鉅額漏稅金額（最高 50%）之下，更被處以漏稅金額 1～2 倍的罰款，當初所領的鉅額補償費又全數歸為國有，情何以堪；因此有人說：『法律是保護懂法律的人』，所以最好能對相關的法令有所瞭解，或透過專業人員的協助來進行規劃是較為安全的作法。

繳稅是國民應盡的義務，節稅則是國民應享的權利』，隨著台灣國民所得的大幅提昇，投資理財的多樣化，如何在我們創造財富的同時，透過良好的租稅規劃，讓我們在稅後仍能保有最大的投資報酬，甚至順利的將辛苦創造的財富順利的移轉

給下一代，就成為現代人很重要的一個課題！在我們努力節省稅額的同時，政府為了持續不斷改善全體人民的生活品質，如各項重大公共建設，社會福利，老人津貼等，立委及政府要員也爭相開出各種福利支票，財政支出大幅增加，而在選票的壓力之下，沒有人願意主張加稅，在這樣矛盾的壓力下，導致一個必然的結果，就是在現有基礎下『擴大稅基，加強查核』，重擔就落在國稅局的身上，因此現在許多企業或個人慢慢發現，現在國稅局對課稅原則更加堅持，以前可以現在不行，過去不課稅現在要課稅；更重要的一件事，就是拜台灣資訊業的發達，國稅局人員如今可以透過『課稅資訊網路通報系統』，搜集到過去很難完整取得的查稅資料，舉例來說，國稅局的網路中有財產總歸戶資料、戶籍資料、所得稅申報資料、金融機構資料、公設地征收補償清冊資料、族群管制資料、外匯管制資料、地政機關（查不動產過戶）、地方稅捐稽征機關（查土地增值稅）。分離扣繳資料、未上市證券交易稅繳款書資料、稽征所股權異動調查資料、上市公司股份異動資料、證管會公開發行現金增資資料（含上市上櫃），因此現在財產不論如何安排流動時，一定要考慮到合法性及節稅規劃，不然不慎被國稅局列為逃稅，將損失鉅額之稅額及罰款，殊為可

惜！

在此再舉法個例子供大家參考：有一個私立醫院院長，以員工及護士的名義，每個人各定存數百萬元（正好每人都不過 27 萬元利息免稅額），後來被國稅局查獲，要求員工及護士提出存款來源證明，但他們都無法提供，因此該名院長最後以未申報所得稅被罰款一仟兩佰萬元。另外，台北市國稅局曾查獲一宗父親為子女置產二千萬元的案件，因為廿幾歲的剛成年子女，所得能力有限，又無法提出贈屋資金來源，因為被視為父親對子女的贈與，不但被補稅，還被加處罰款。另外最近國稅局更查獲一件，因使用信用卡而被補稅及罰款近千萬元，其起因為當事人每年刷卡 5、6 百萬，但經國稅局查核後，過去在個人綜合所得稅及營利事業所得稅之申報記錄完全不符合其刷卡消費能力，又舉不出其他財力證明，因此被課以漏報所得稅再加罰款。

由上述案例顯示，在現在的租稅環境下，做好個人的租稅規劃是必須的，以下將分兩階段做介紹，首先說明有關各稅項的稅率及有關事項，接下來簡介節稅規劃的原則及案例。

二、各項有關個人租稅規劃之稅率：

（一）個人綜合所得稅：最高 40%

綜合所得淨額×稅率-累進差額=全年應納稅額

370,000 以下	× 6%	- 0	=全年應納稅額
370,000 ~ 990,000	× 13%	- 25,900	=全年應納稅額
990,000 ~ 1,980,000	× 21%	- 105,100	=全年應納稅額
1,980,000 ~ 3,720,000	× 30%	- 283,300	=全年應納稅額
3,720,000 以上	× 40%	- 655,300	=全年應納稅額

（以上為 86 年度之標準）

一般人常用到的節稅方式為善用免稅額（增加受扶養親屬人數）；列舉扣除額（捐贈、保險費（限本人、配偶和申報受扶養的直系親屬的人身保險，每人每年 2.4 萬，未來勞健保費將不再算入 2.4 萬內時，節稅空間更大）、醫藥及生育費（收據切記平時要妥善保管）、自用住宅購屋借款利息（每年最多 10 萬元，且需先減除儲蓄特別扣除額後之餘額再申報，舉例來說，雖然每年購屋利息有 20 萬元，但銀行定存利息有 30 萬，則自用住宅購屋利息就不能列報了）；特別扣除額（其中的儲蓄投資特別扣除額，最多以 27 萬為限，但在實施兩稅合一之後，公司公開發行並上市之記名股票之股利，不再列入儲蓄特別扣除額中，因此一般利息所得的節稅空間增加，假設原來利息所得為 15 萬，股票股利所得為 12 萬，合計為 27 萬正好可扣除，但兩稅合一之後，利息所得部份加由 15 萬增加到 27 萬可全數扣除不課稅，如果稅率是 40% 之人，利息部份可省下 $(27-15) \times 40\% = 4.8$ 萬之稅額；另外兩稅合一之後，股東投資上市公司之所得，也不再重複課稅，將有可抵扣稅額，設個人投資上市公司獲利 40 萬，繳了 25% 之營利事業所得稅，即 $(40 \text{ 萬} \times 25\%)$ ，10 萬元的營所稅，將來申報個人綜合所得稅時，如果個人綜所稅的稅率為 13% 時，則獲利的 40 萬元入這部份實際只需繳 $(40 \text{ 萬} \times 13\%)$ ，5.2 萬的綜所稅時，原先已上市公司代繳的 10 萬元可拿來抵繳，因此還可退稅 4.8 萬元，因此將來個人股東要估算未來個人綜所稅之適用稅率來判斷並決定是否要參加公司之除權或

事先出售賺取價差事後再買回。

另外稅率超過 21% 的人，亦可考慮購買票券，適用 20% 之分離課稅。

現行稅法規定，中華民國境外所得免稅，因此海外基金亦是創造免稅所得的一種方法。

另外保險給付也免納所得稅，因此如果利息所得高的人，也可考慮將部份資金安排到養老保險，除利息所得完全免稅之外，有保證利率；繳費期間擁有保障、有需要時也可保單貸款利息低手續簡便，具洞庭湖調節長江水量之功能。

(二) 土地增值稅 (最高為 60%)

土地漲價總數額超過原規定地價或前次移轉時

未達100% 者，就其漲價總數額徵收土增稅40%，
增值100%~200%者，超過100%部份徵收土增稅50%，
增值200% 以上者，超過200%部份徵收土增稅60%。

舉例來說，土地公告現值600萬，前次移轉地價100萬，增值500萬，此時賣出土地，應繳多少土地增值稅？

100萬為成本故免稅，

增值100% 以內者，繳40%×100萬=40萬

增值100%~200%者，繳50%×100萬=50萬

增值300% 以上者，繳60%×300萬=180萬

共應繳270萬

由此可見土地持有成本也很高，持有愈久則土地增值稅就愈高，出售成本就愈高，如果價格不理想，獲利就不如想像中好，或是長輩擔心將來遺產稅過高或為表達對子女的愛心，想早日將名下不動產移轉給子孫，而繳交了鉅額的土增稅，其實土增稅也有其節稅空間，如果不在生前移轉不動產給子孫，將來留待繼承，只需繳

遺產稅而不需繳土地增值稅，如果被繼承人的遺產淨額不高，（有配偶者最少在1200萬以內是課不到遺產稅的），不如留待繼承，說不定經過計算後，根本不用繳稅，前不久報紙上確實有一位老太太誤判，冤枉繳了許多土地增值稅，得不償失。但這也並不表示持有時間長的不動產就不適合移轉，而是要考慮整體稅負最低為原則。

另外，一個人一生有一次權利可以用10%的土地增值稅出售自用住宅，但也有其條件（都市土地面積未超過三公畝部份或非都市計劃土地面積未超過七公畝部份，而且出售前一年，不得供營業使用或出租者）。

還有一項很重要的條例，即兩年內重購自用住宅土地可申請退稅：

1. 出售前後兩年重購均可辦理
2. 重購地價 > (出售地價 - 土增稅額)
3. 可退金額不得大於不繳土增稅額
4. 以上個例子說明，設重購地價為 550 萬
 $550 萬 - (600 萬 - 270 萬) = 220 萬$
 $220 萬 < 270 萬$ (土增稅)

故可申報退稅220萬，一生之中也未限制次數，但要注意，新購自用住宅五年內不得出售，否則將追繳已退回之土增稅。

(三) 遺產贈與稅：(最高都是50%)

遺產贈與稅現在可以說已經成為國稅局的最愛，因為近年稽徵成果都以超高水準完成查稅目標，連監察院都派員調查稽徵績效太好是否有低估目標之疏忽，後來發現北中南區國稅局都同時在第一季已完成並超過年度目標。才體會到國人確實因

國民所得提高財富快速增加之外，國稅局的查稅能力也得到肯定，接下來介紹其稅率：

稅目	項 目	額 度
遺產稅	被繼承人免稅額	700 萬
	配偶扣除額	400 萬
	父母扣除額	100 萬/人
	直系血親卑親屬及受扶養之 兄弟姐妹、祖父母	40 萬/人
	前項未成年者加扣	每年加扣 40 萬
	殘障特別扣除額	500 萬
	喪葬費用	100 萬
	被繼承人日常生活必需的器具 及用具	72 萬
	被繼承人職業上工具	40 萬
贈與稅	每人每年免稅額	100 萬
	配偶互相贈與財產	不計入贈與 總額，無金 額限制
	父母在子女婚嫁時贈與之財物	100 萬

遺產稅速算公式

遺產淨額	稅率	累進差額
600,000 以下	2%	0
600,000 ~ 1,500,000	4%	12,000
1,500,000 ~ 3,000,000	7%	57,000
3,000,000 ~ 4,400,000	11%	177,000
4,500,000 ~ 6,000,000	15%	357,000
6,000,000 ~ 10,000,000	20%	657,000
10,000,000 ~ 15,000,000	26%	1,257,000
15,000,000 ~ 40,000,000	33%	2,307,000
40,000,000 ~ 100,000,000	41%	5,507,000
100,000,000 以上	50%	14,507,000

註：遺產淨額 × 稅率 % - 累進差額 = 應納遺產稅額

贈與稅速算公式

贈 與 淨 額	稅 率
600,000 以下	4%
600,000 ~ 1,700,000	6%
1,700,000 ~ 2,800,000	9%
2,800,000 ~ 3,900,000	12%
3,900,000 ~ 5,000,000	16%
5,000,000 ~ 7,200,000	21%
7,200,000 ~ 14,000,000	27%
14,000,000 ~ 29,000,000	34%
29,000,000 ~ 45,000,000	42%
45,000,000 以上	50%

註：贈與淨額 × 稅率 % - 累進差額 = 應納遺產稅

在做遺產贈與稅之規劃時，能先瞭解下列幾個重點，將更容易著手

- (一) 瞭解各項免稅額及扣除額(如上表所述)
- (二) 瞭解民法親屬篇中之遺產之繼承規定
- (三) 瞭解不計入遺產總額之財產
- (四) 瞭解財產價值之計算基準
- (五) 瞭解以贈與論之財產有那些規定

由於有關之條文很多，以下列舉幾個例子加以說明

A. 遺產之繼承，除配偶外，依下列順序定之：

- 1. 直系血親卑親屬
- 2. 父母
- 3. 兄弟姐妹
- 4. 祖父母

案例：當有繼承事實發生時，其配偶為避免繼承高額遺產，未來還要再課一次遺產稅，因而拋棄財產之繼承，上述之考量點是正確的，但卻因此喪失遺產稅中之400萬之配偶扣除額，如果稅率適用50%時，則已多繳200萬之稅額，其實配偶可以採遺產分割之方式只需繼承1元的遺產，

但卻仍能享有400萬元之扣除額，節省200萬元之遺產稅，因此有效運法令可節省許多稅額。

B. 依遺贈稅法第十六條第九款及保險法第一一二條規定：指定受益人之人壽保險金額及互助金，當被繼承人死亡時，不計入遺產總額，因此近年來大額保單已成為富人節稅新寵，因此吳伯雄每年交500萬元，買了一張一億元的租稅保險，為的是讓兒子能完全繼承遺產，不用煩惱遺產稅金如何籌措，因為遺贈稅法第八條規定，遺產稅未繳清前，不得分割遺產、交付遺贈或移轉登記。因此萬一財產大部份是以不動產為主，稅金之籌措將是繼承人的一大困擾，雖然現在經修法後可以實物抵繳，但不動產被分割後繳稅，也是一大問題，如果是以家族事業之股票抵繳，家族事業成了國營事業，也是被繼承人當初所不願看到的。因此保險額度就是稅額，透過保險可以創造繳稅金額，並爭取財產轉移的時間，而且繳出去的保費立刻就不算個人資產，所以一來一回之間，其節稅之空間就更大了！

C. 遺贈稅中之財產價值以時價為立，其中土地以公告現值或評定標準價格為準。房屋以評定標準價格為準。這點非常重要，由於土地公告現值及房屋評定價格依地區不同，只佔市價的3~9成不等，因此萬一拿去抵繳，則損失差價的部份遠大於稅額，甚至會衍生產權糾紛，以預售屋為例，萬一地主在完工交屋前身故，繼承人又無力繳遺產稅時，土地拿去抵繳稅額，土地變成產權不清，國稅局、預售屋承購戶、建商、繼承人同時成為受害者，

而如果建商願意協助處理先代繳稅額以換取繼承人剩餘的財產，相信價格買賣的價格必定會讓繼承人心中滴血。

另外在降低財產總額方面，這點也有很大功用，設總統贈屋給孫女而非贈現金為例，假設以5000萬現金給孫女則適用50%稅率再減累進差額，共需繳1711.5萬元的贈與稅，但付5000萬給建商，再將名字登記為孫女名字，在遺贈稅法上稱之以贈與論，當時之土地公告現值低，連房屋也許才值1000萬，則適用稅率為27%再減累進差額171.5萬，兩者相差1540萬之贈與稅額。

D. 還有高齡者持有土地多，一旦發生繼承事實時50%財產歸於國家，不慎漏報會被處以一倍罰款，全部財產付諸一炬，但此時轉移土地，則前述介紹土地增值稅最高60%，難以負荷，此時便可創造負債，再將資金做合理之安排，以快速降低資產總額度，節省大量稅額，但在這一定要強調合法。舉例以大批土地抵押貸款5000萬元再購買等價鬧區大樓之一樓金店面，由於是大樓，故店面之土地持分相對減少，故公告現值低，達到降低財產金額之目的，再加先前舉債的5000萬從財產總額中扣除，則資產總額可大幅降低。

E. 還有一條不可不知的民法1030條之1規定，『夫妻剩餘財產請求權』，當夫妻聯合財產關係消滅時，財產較少之配偶可以依此條款請求平均分配雙方剩餘財產之差額，依此條款，由生存之配偶提出請求，可有效降低被繼承人之遺產淨額減少稅額，現在已有許多成功使用案例。另外，離婚也是聯合財產關係消滅之原因之

一，因此不但財產要用心管理，婚姻一樣要用心經營，不然婚姻關係消滅時，可能就會賠了夫人又折兵了。

舉例來說，先生有6000萬之財產，而太太名有1000萬之財產，則婚姻關係消滅時，太太可向先生請求 $(6000-1000) \div 2 = 2500$ 萬的財產，可有效降低先生的遺產總額。

基本上，節稅計劃是依個案而設計，每一個人都不一樣，狀況更是複雜，但是仍有一些基本原則，介紹如後。

三、租稅規劃原則：

租稅規劃共有五大原則，條列如下：

- (一) 降低
- (二) 移轉
- (三) 分散
- (四) 免稅工具之運用
 1. 保險
 2. 法律
 3. 稅務
 4. 會計
 5. 信託
- (五) 資金流向之合理安排

由於租稅規劃牽涉之範圍極為廣泛，除了前述稅法之運用之外，各種理財工具

也會運用上，甚至有雙重國籍者，還需考慮移民地區之稅法，經營公司者尚要考量營利事業所得稅及租稅天堂之運用等，最重要的是完整的規劃必須根據個人需求而特別設計，因此最好能透過值得信賴的專業理財顧問，如會計師、專業的壽險顧問等，與其共同探討，則因此能節省鉅額稅額或創造高額財富，也不致誤觸法規而遭受損失。

四、結論

開源節流，繳稅是國民應盡義務，節稅是國民應有權利，希望透過這篇文章拋磚引玉，能對大家有所助益，讓我們認真工作創造財富的同時，也不要忽略了自己應有的權益，因為積一生累計的財富，能順利的移轉給第二代是大家所關心的，如果日後有任何問題，也歡迎提出來共同探討，找尋解決方案，敬祝事業成功，萬事如意！

〔作者簡介〕

李若文

• 南山人壽保險股份有限公司

悼

本會顧問 黃維勳 醫師
 本會會員 洪俊六 醫師
 本會顧問 何宗英 醫師

令高堂黃老太太 仙逝
 先翁何老先生 仙逝

得到病患認同的方法

撰文／黃彥聖教授摘譯

『假如我的牙齒出現同樣問題，我也會用建議給你的方式治療』，這是美國羅德島的一位醫師對病人所提出的建議。這位牙醫師相信能設身處地為病人著想是建立病人信心及使其願意接受治療計劃的最佳方式。

『假如我的牙齒出現同樣問題，我也會用建議給你的方式治療』

這位醫師相信要使病人對於治療計劃有正面回應，須靠有效的溝通，才能得到病人的支持。假如你和病人能建立一致的觀點將有助於病人決定應進行何種程度之治療。在溝通當中，醫師應該要讓病人明瞭，你的想法，你的計劃如何診療，以及治療的成本花費。

根據一位牙醫師的觀察，能關懷病人對診療計劃的感受，是贏得病人對診療計劃能接受的重要原因。有時候病人會擔心他們問了太多問題，會造成醫師的困擾。這時，醫生不妨鼓勵他們，對於任何問題儘量提，如此一來，病人就會覺得較安心，也覺得醫師很親切，也因而減輕他們對治療牙齒的恐懼。

要得到病人信任的第一步，是從第一次與病人接觸開始，醫師如能於開始時就與病

人建立良好的關係，這樣病人接受治療計劃的機率就大大提高，另外，診所裏的員工，也扮演相當重要的角色，病患對診所全體的印象，也有很大的影響力。病患在接受治療時，感受到診所全體人員，包括醫師、員工、護士等都非常關心他，這樣他會對醫師更加信任。

牙醫師們通常都同意，在替病人解說診療計劃時，如果能以明瞭的語言加解說，較能使病人接受診療計劃，及覺得治療計劃是值得並且需要的。有位醫師對他的病人說明：假如我們現在正在建一棟房子，我們首先須要建築的藍圖，建房子不是由上往下建，而是先把基礎打好，再逐層往上建，這也是為什麼最適當的治療方式，是先要對牙齒照X光來了解牙齒的狀況，並且做模型，然後才決定下一步驟的治療，像這樣病人接受的程度就會提高。

在替病人解說診療計劃時，如果能以明瞭的語言加解說較能使病人接受診療計劃

等到下次的約診時，牙醫師可以花大約一小時的時間，根據X光片，說明病患的病情給他聽，給他看模型或X光片，解釋診療的建議是如何，有那些牙齒產生變化，醫生

的責任，病患的責任，必需花費多少，有那些器材、藥品必須使用，必須注意的事項等。

對於專科的牙醫師來說，能得到病患的信任，則又是另一門課題。對一般的牙醫師來說，與病患相處的次數及時間較多，因此較易建立彼此的信任。而對專科醫師來說，通常與病人祇是較短暫的相處時期。因此要和病患建立良好的關係則就較困難。

有一位根管治療醫生就提到：大約有90%的病患，在他們來到我的診所時，心裏都會害怕，因為它們聽過朋友們說，根管治療是件可怕的事，結果，他們因為太緊張，對於我所說的話，他們大部份都會沒有記住。

榮譽、認同、地位可說是激勵專業人員的有效的方法。

1. 榮譽感能提高專業人員的績效---

傳統有薪資、年金、獎金、紅利、假期....等對專業人員來說，並沒有實質的意義，但對專業人員的工作績效來說，或許榮譽感是激勵其士氣順位的第一位，十萬塊錢

的獎金，往往比不上一紙專業人員學會所發績優專業人員獎狀。

建立專業人員的榮譽感，應該是激勵專業人員的士氣，提高其工作績效的良方。

2. 認同能激起專業人員工作的火花---

認同能增加專業人員的榮譽感和工作熱忱，如何使專業人員對他們所處的單位認同，及單位對他們所做的工作認同，這是激勵專業人員的一種非常有效的方法，因此組織必須強調，專業人員的工作是一個整體，而非片斷，組織應當安排適當的時間，讓專業人員參與一些整體的溝通，和協調會議，使每一位專業人員都能有一種參與感，和知道自己在此工作中所扮演的自己。

3. 對專業人員地位的確認---

激勵專業人員的方法中最簡單而且明快者，就是承認他們的專業地位：高級主管要以尊重之心來尊重專業知識，且各主管方面，還要時時避免給予專業人員不必要的壓力。



賀

曾育弘 醫師 弄璋之喜



賀

鄭一鳴 醫師 新婚誌喜



診所醫師人員之引導

撰文／黃彥聖教授摘譯

醫生、律師和會計師是傳統所謂的專業人員。但目前逐漸增多的卻是“牙醫師”，工程師和“管理顧問”等專業人員，他們以專精的技能提供服務來解決許多組織上的難題，同時從組織換取他們應得之利益。

對於這樣的專業人員，組織應用專業人員方式引導他們。專業人員對組織而言，可說是頗具價值的資產，一方面企業須要新的思想來配合社會的潮流，以發展新產品或創新服務，專業人員是提供這些構思的主要來源。

所謂專業性人員，一般具有下列特色：

1. 專業人員花費許多時間，精力與金錢，從事於其所專精之知識範圍，並且克服了許多學習上的障礙，才獲得專業人員的地位與頭銜。

2. 當專業人員認為無法適應組織的型態與制度時一往往會試著去從事改革，甚至離開組織以獨創事業。

3. 專業人員對其所投入之專業知識，有很多的忠誠感及歸屬感。這種對專業知識的忠誠感常常會對其服務之組織的忠誠感衝突。

4. 專業人員有強烈的被認可的需要，同

時對自我成就的需求亦很重視。

應如何來引導這些專業人員才能使其獲得滿足感而發揮工作效率呢？

(1) 慎選主管：

專業性人員之主管對於所屬人員之專業知識應該有所瞭解，否則不但會產生之溝通上專業用語的障礙，同時亦無法瞭解部屬之工作狀況，這是牙醫界或醫學界及學術界內最明顯的現象。

(2) 加強決策權：

即是增加專業人員於參與較高層次之職權，專業人員擁有專業性的技能與知識，他們樂於為組織提供意見，更欣然見到組織接納其意見，當然高階層管理者，也由於不精專業性問題的探討與解決，有依賴專業人員提供意見的必要。

(3) 配合其偏好：

專業人員多喜歡具有挑戰性，及能提供成就感的工作，同時希望被組織及同僚們所認同，對於任何事情多有自己之判斷標準。

1. 專業性人員對工作環境亦多有要求，如要擁有私人之辦公室、要有具水準之研究設施。
2. 不喜歡定時上下班，要找自由工作不受打擾。

3. 若欲善用這些人才，組織必須在重視其偏好、能力與興趣之前提下來分配工作，使與組織目標配合。

(4) 特殊之獎勵：

傳統之昇遷制度對專業人員而言，並不造成激勵的作用，因為專業人員非常熱衷於自己的事務，對於頭銜地位之高低，沒有很大的興趣。同時地位提昇，也往往增加他們投入行政管理的時間，對於所專精之學科，往往有所疏忽，最佳激勵方法，如優厚之福利鼓勵專業人員出席專業性之會議，滿足其成就感，或獎勵其專業研究之論文發表等，都是良好的激勵方法。

這位醫生說：讓病人放輕鬆的方式，是儘量將治療的好處對病人解釋，這種方式是他從學習催眠課程中學來的。這位醫師也相信，對病人誠實解說，是獲取病人信任的最好方法，譬如他並不會說：『根管治療並不會痛。』他覺得較適當的說法是：這種治療是屬於較舒適的治療。

讓病人放輕鬆的方式，是儘量將治療的好處對病人解釋

除了上述口頭上的解釋外，這位牙醫師還給每位病患一本有關根管治療的小冊子，讓病患可以回家仔細閱讀，等到病患不次再來時，他們已經有所心理準備了。

除了採取正面的方式鼓勵你的病患，良好的溝通，也較符合法律的規範。對病患做部份充份的告知。教育也是醫師的責任，不

只應讓病人充份了解治療計劃，也應讓其明瞭那些可能發生差錯。對採用圖片解說的方式，較容易讓病患了解有關治療上的一些問題。例如一些在治療前和治療後的圖片，或者是接受治療後的圖片，像這些就是非常有力說服方式。病患的印象也會特別深刻。

曾有位醫生，他就是利用圖表或繪圖說明來替病患解說。而病患本身的反應並不錯，並且也提高了就診率，同時病患本身也得到相當的了解。他在用圖解說明時，以最容易能讓病患了解方式解釋說明給病患聽。他不僅畫出牙齒來，而且連周圍組織之狀況也分析給病患聽而這位醫生他認為這是最好的一對一解釋方式。另有位醫生則利用影帶來說明給病患聽，讓病患能更深切了解，另外更有位醫生則利用錄影帶租借方式，給需要的病患，讓他們能更方便，更深入了解一些有關牙齒方面的知識，同時他也特別放給那些新的病患看。幫助他們了他們的病情，而他也認同一點，那就是利用一對一的討論是讓病患能充份了解及接受治療的最好方式。

所有的牙醫師都認同說，能得到病患的肯定是最基本，也是最重要的。但同時也要認清楚什麼是對病患最重要的。是否牙醫師所診療的結果，就是他們所要的結果，曾有位醫生就提到過。『醫生所瞭解，所看到的和病患所需要的是不相同的，而病患所感受到的，和他們所需要的也並不相同。』

有位牙醫師就建議病患多了解牙科方面的知識，他告訴病患，這是一項投資，而且

是一項高報酬的投資，牙齒的健康和身體的健康是無價的，他還另外補充說，像牙醫的工作是永久不斷地工作，祇要有人的地方就需要牙醫師來維護人們的健康，所以牙醫工作同樣也是很重。有時候，像這樣的宣導，病人會接受，而決定治療他們的牙齒。

醫生所瞭解，所看到的和病患所需要的是不相同的，而病患所感受到的和他們所需要的也並不相同

根據這些醫生之建議及見解，要得到病患之認同，需滿足三樣基本要求：

一、病患對牙醫師之診療判斷和技術需具備信心。

二、病患重視牙醫師所帶來的貢獻，以及他本身的健康。

三、病患多少了解醫生所提議之診療方式，以及假如不接受治療或遲延治療所產生之成本，痛苦時間之浪費和一些病情變化狀況以及最後之結果等。

假如你並不滿意你目前病患接受你治療的比例，建議多花一些時間去瞭解你的病患，同時也讓病患多了解你一些。

加

台灣省牙醫師公會

台南區中山校友會

台中縣牙醫師公會

中華民國口腔植體學會

中華民國社區牙醫學會

會員大會成功

建廟作醮的社會——宗教性

撰文／李豐楙



在臺灣無論是城市都會抑是山村小鎮，聚落的形成與寺廟的興建都具有密切的關係，因此聚落寺廟與建醮所形成的廟會文化，勢需從各個地方發展史加以解讀。雖則時至今日由於市鎮至村里的行政區劃，其實已歷經不同階段、不同行政體系的調整重劃，不過在民間日常的口傳中，對於地名的運用、寺廟及所崇祀神明的相關神蹟，以至環繞著寺廟的祭祀、信仰區域，卻一直仍舊繫著較早期的傳統。所以寺廟、廟神作為神聖性的中心點，並非只是實際所見的地理或幾何圖上的圓心，而是一個大區域內象徵性、儀式性的中心。從建廟到建醮，它所涵蓋的空間——即中國語言的「境」，其實是一種回顧地方移民開發史、寺廟神的信仰區域擴張史的象徵空間。而這一抽象而又具體的空間，在建廟、建醮的組織範圍內濃縮而具體地表現出來。

慶成醮在廟會文化中所具有的獨特意義，在於它的非定期性，也可說是寺廟更新的大週期性，是每一座寺廟祭祀區、信

仰區域內至為重大的事件。因此如果每所寺廟都在醮事功圓之後，都能較完備地記錄為醮誌等一類文獻，也就等於回顧了地方開發史，它是族群週期性凝聚、整合的大關鍵，也是信仰區域內共同信仰中心（聖地）的破壞與重建。在當前日趨複雜的地方性活動中，無論就人力動員之大、參與區域之廣，確實仍不易有其他活動可以完全取代。這是因為建廟與建醮是人神所共鑒的，為了重新創造一個宇宙中心點，俗世的生民需要藉此良機再次集結於神聖的任務下，在中介階段中經由不斷的衝突與協調、分離與結合的錯綜複雜關係，再度經由與幽明的感召、溝通，共同完成了族群再團結再聚合的新關係。所以在當前愈來愈世俗化的臺灣「社會」，蓋廟建醮至今仍是「社」內以賽社、祭社來「會」聚民眾的重要方式，它是同時兼具有神事與人事的群眾性活動，這也正是中國「社會」的宗教—社會性格的具體表徵。

廟宇的興建與醮事的舉行，在民間社會並非屬經常性的事務，由於它是公眾性的，是超越家族其或地域的群體性力量的運作，尤以近十餘年來它更是臺灣民間活力的具體表現。基於寺廟性質的差異，從角頭到公廟、或是分靈分香眾多的大廟，也就形成大小不同的組織運作形式。不過

其中有一點是相當一致的，就是公眾性廟宇之建立於聚落的中心點，其性質是與深山寺院的清修性寺廟有所差異的。它是融合古之社、祠廟與移民的鄉土神崇拜所形成的，這類中國式、臺灣式的宗教聖地，神聖與世俗交疊，呈現庶民所喜聞樂見的通俗形式、民族形式，所以有關建廟、建醮的諸般神聖性事務，也就成為聚落內民眾的大事。從其中的組織運作可以理解當地社會的影縮，也可窺知中國社會的組織發展型態。

社會學家所理解的中國社會，在社會組織及分層中發現其內部秩序，是金字塔式的結構。在堅厚的底層由一群農人、工人及小本商人等所構成，而中間扮演著中等角色的則是地方豪族、仕紳等，這些頭面人物盤根錯結地組成地方上的領導階層，負責幫助較上層的行政官僚體系，有力地推動地方公共事務，而寺廟的維修、運作正是其重要的任務之一，同時它也決定了寺廟發展的主要方向，所以自古以來地方祠廟也就是民眾與頭面人物共同關心的所在。臺灣在歷經政經轉型之後，由於日漸民主、開放的社會促使社會較有力地流動也較以往快速，使得不同階層間的升降逐漸加快，因而在原本由地方部分大族姓所領導的傳統局面也有所鬆動。不過由於整個社會變遷仍只在逐漸地改變中，加以多數的廟宇因各自具有其歷史傳統，所以主導其大方向的內部組織至今也仍舊具有較重要的影響力量，因而類似建廟、建醮的公共事務，也仍是由這群意見領袖領導地方民眾來推動。

臺灣民間社會中的自發性組織，歷經兩、三百年的發展自然已有變化，目前寺廟內部所形成的組織結構，在經歷日據及國民政府等所制定的管理政策，促使寺廟大多因應內政部的要求，也順應時代民主的需要，訂定較合法的管理委員制，經由信徒委員會或其他管理委員選出各種理、監事及常務理、監事，其中主要的成員仍多是由高齡的退休者所組成，他們大多受的是傳統教育及日本式教育，其實這批社會經驗豐富且在地方事務擁有決定權的，也就是傳統地方階層中的有頭有臉者。近二、三十年來中壯一代由於觀念改變，因而也愈來愈重視廟宇的組織與地方政權的密切關係，不再只將它視為老人退老服務的地方，因而較積極地投入其權力核心。不過這一新舊組合的再分層後的新領導群，在面對寺廟更新的活動時仍舊會遭遇同一個問題—即如何凝聚社內的力量共同來完成神聖的任務？

地方人士為了便於推動諸如建廟、建醮的大事，大多由經常性的管理委員會另行調整、擴增為特別的「重建委員會」及「建醮委員會」，多由一群有行政能力、專業能力、社會號召力及財力較雄厚者所組成。由於他們熟悉地方事務，經由豐富的人脈來積聚建經費及人力，擬聘改建工程的相關事宜。基於寺廟建築需要具有較諸居民高敞、華麗的原則，並具備崇神明、致敬行儀的空間設計，因此從硬體的完成到細部的裝飾，對於地方上的財力物力一直都是龐大的負擔。廟宇既然是一個公共而開放的空間，因

而如何吸納十方來的財力、人力？也就成爲考驗委員會的能力，與聚落居民的凝聚力，並及於廟中神明的香火興旺度等，凡此都具體表現在建廟的速度、效率；廟貌的巍峨壯觀以及交陪往來的社會網絡中。因爲近二、三十年來臺灣各地的交通改善，聚落間的來往關係較爲密切，一些較大型的廟宇也由地域性而逐漸轉變爲全省性，所以興建一座寺廟早已成爲信仰圈內的共同事務，這也是判定廟格大小、廟神位階的標準之一。

廟宇落成後通常又要間隔一段時日的休養生息後才能建醮，一般信仰上的理由是因爲廟宇的坐向、年分的陰陽等需要等待「大利年」—也就是不宜犯年歲、方位的「好年頭」。不過另一個重要的理由，則是在建廟完成已耗費無數的人力、財力之後，需要休息來積另一筆較豐厚的財力物力，以等待另一個建醮的重大活動。這時通常是由管理委員會再次會商後，重新組成「建醮委員會」，按照實際需要進行繁複的分組，除了主任委員是統籌一切事務的領導，副主任委員爲襄贊主委輔佐事務之進行外，主要事務的實際推動大都區分爲財（有會計、出納、樂捐等）掌管經濟、企劃部（採購、飲膳、聯絡等）負責內外聯繫、宮務部（祭典、醮務、遊行）職司祭典事務、文宣部（宣傳、公關、交通）負擔對外的關係。類似的組織名稱與職務分配，除了與醮典、祭典有關者外，幾乎已大多模仿一般的社會團體來組織分類，它較諸出家性質的宮觀、寺院以常住的道眾、僧眾來主持籌辦的醮事、法會，都

可見其較屬於臨時性的組織，其成員也較富於庶民性之處。

基本上興建一座寺廟並籌辦一次醮事，從籌備之初直到功德圓滿，在祭祀區及信仰區內整個基本成員都要經歷過一次大重整，所投入的人力龐大、所花費的財力更是可觀。在以往社會資源較不富裕、物力較爲艱難的情況下，基於寺廟乃公家事的觀念，需要讓聚落內的家家戶戶都有參與的機會，因而採取丁口制或股分制等方式，務必讓大家都具有平等的自由的參與感，而其中財力較雄厚的自然也需要負擔較多。在現代建材出現以前，由於傳統木結構及磚瓦構築方式本就有一定的更新期，加以臺灣的海島型氣候、地震的頻仍以及戰爭的次數或火災諸人禍，所以每間廟宇的週期性更新，也就等於是定期、週期性地激發居民對於神聖性事務的奉獻心，一方面讓各家各戶依其福分捐輸該付出的數額，這是「平等」均攤、機會均等的；但另一方面卻又讓不同階層在再分層的情況下，分別展現其財力及對地方事務的奉獻、服務精神，而出現不同時期的新社會分層，它標幟性地記錄於石碑銘誌或廟誌、醮誌等文獻中，深刻的具有中國人所認知的「社會」的本土化意義。

近年來臺灣的經濟發展相當有成就，這些長期累積的社會力自然就顯現在開臺以來較大的一次寺廟更新的風潮中。基於傳統的文化習俗，家屋對於中國人的實質與象徵意義，使得國人在一有錢之後就一定會先改建房屋，在同一種心理下，每一地區在既富裕

之後也緣於諸理由，一定會對「神所住的房子」也興起蓋新蓋大的需求，這就是為何一些被列為古蹟級的古廟，雖然在以古為榮的情況下仍不免時興改建的一種社會心理。尤其國人一向具有愛面子、不輸陣的面子心理，在近十餘年來社會較為開放的氣氛中，常會相互競賽，紛紛改建，朝著愈蓋愈大的方向不斷改建、增建及擴建，因而使廟宇一再向四圍的空間擴張。在這些世俗性的行為與心理之後，其根源處仍是在榮耀自己的神明與聖地也是榮耀自己的心理作用。

當前臺灣社會對於慶成建醮的規模也是一樣地日漸盛大，它可說是一種被擴大的廟會活動，由於是間隔較久的非定期的「大鬧熱」。在以往經濟情況較不佳的情況，能夠舉行三朝醮，熱鬧三天已是難得之事，有許多老道士就坦承：一生學習道教醮儀而能實際參與大醮事的次數並不多，在二、三十年前要是能主持一場三朝醮已是畢生的光榮。但近十餘年來不僅三朝醮增多，就是五朝醮也漸成建醮的風尚。根據各地在舉行大醮典後所作的結算情況，不但收支大多能夠平衡，而且常有盈餘，只有一小部份是略不足的。醮典收入較以前豐厚的主因，在於其中基本的費用即是各家戶按丁口或按股分為（即自由認購醮燈、醮彩或醮旗之類）所分派的大多能踴躍參加；而參與的能力及意願較高的則有眾多的燈首等名分，一般有四大柱”主會、主醮、主壇、主普（加上主燈即為五大柱），又擴大為副斗、參斗，以及其他各種燈首後，常使得內壇的斗燈多達百千

數。而在客家村莊則稱此為「調金」，調數越多則收入越豐，為一項主要的經濟來源。此外還有監醮神所繳的費用，及題緣金等多項收入。所有參與捐輸的善信，除秉持「平等」的原則，讓各家戶的丁口共享功德外；也按自由及運氣（有時競爭首分較激烈時即需擲筊）原則，讓能力高福分厚的奉獻較多，這也是完全符合社會分層的正常現象。

從傳統到現代，臺灣社會雖則歷經變遷，目前已顯現出世俗化科技化的傾向。但在建廟作醮這一神人共鑑的信仰習俗上，不僅未見衰落，反而呈現公共事務人人得而參與之的開放現象。凡此都表現在廟務的積極爭取名分上，也在公開的醮典中按其能力爭取出頭，其中自有社會競爭的心理作用，但從宗教意義言，寺廟作為聖域中心點的神聖性，凡能夠爭取較高的首分也象徵能獲得較多的福分，可說這是神聖與世俗交疊的任務。在慶成醮的活動中，參與者從平常的身分、地位經由儀式行為而進入非常的時空中，經由神聖化的儀式再肯定自己，而整個社區也經由神聖事務的普遍參與，獲致一次較大凝聚、整合，成為一個新的命運共同體，這是寺廟醮典的儀式行為中所蘊含社會、宗教意義。

〔作者簡介〕

李豐楙

- 中央研究所中國文哲研究所研究員
- 中華道教學院副院長
- 政治大學中國文學研究所兼任教授
- 輔仁大學宗教學研究所兼任教授

臨床矯正病例報告 (D6003)

撰文／陳季文

前言

很久沒在國內牙科雜誌投稿，尤其是有關臨床病例報告，更讓我視如畏途，身為中山校友，總覺得這樣的行為愧對木棉雜誌及熱心編輯的學弟們，甚至有些罪惡感，這當中確實有幾項本來自認理直氣壯的理由來婉謝投稿，其一乃江山代有人才，而雜誌篇幅有限，應該把機會留給更有才華和新知技術者好好發揮；其二乃開業醫師的病例千變萬化，診斷恆定，但治療的方針和方法，常隨病人或家屬的心理狀況及需求而修正。也就是說治療原則可循，但治療方式無跡，端看時空人物的條件來設定治療內容；其三寥寥無幾的病例，容易讓大家以偏蓋全，認定此類病例多是如此治療模式，反而失去報告的本意了。以下所提病例有趣的重點，在於它本質上屬於 Class III crowding，但卻應用 Class I mechanism 給予治療。臨床上大多屬於診斷和治療，方向一致的診斷取向 (Diagnosis orientation)，然而仍有一些是屬於治療取向 (Treatment orientation)，本實例即為後者之一。

十四歲九個月男性患者，經由友人介紹來院，希望矯正治療之主訴，為上顎高位犬齒 (High canine) 及前牙擁擠 (Anterior crowding)，患者對矯正治療的期望，從小

學六年級開始就非常強烈，但卻囿於矯正資訊，而使父母遲遲不敢就醫，臨床檢查發現患者全身健康狀態良好，心理素質正常，沒有對牙科治療疼痛連想的恐懼感。

顏面及口腔檢查

正面觀：圖1

上中下顏面比例正常，但口唇線呈下弧狀，閉合時頤肌 (Mentalism.) 緊張。

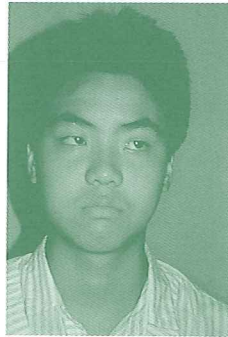


圖1

側面觀：圖2

下唇比上唇稍稍前突，下顎發育良好，呈前方開放臉型 (Anterior divergent profile)



圖2

口內觀：圖3-8

上顎雙側及下顎右犬齒頰側異位(High canine)，右側切齒呈舌側異位(Lingual version)，切端咬合(Edge-to-edge)，且左右側切齒錯咬(Cross bite)，Class I molar relationship。上顎空間不足15mm，下顎不足7mm。



圖3



圖4



圖5

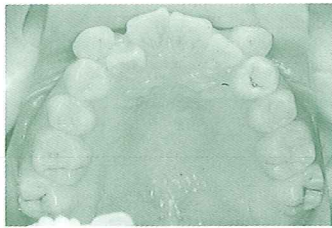


圖6

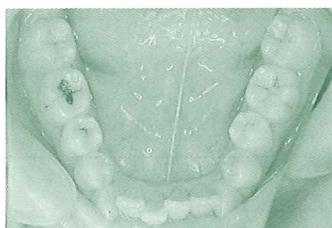


圖7

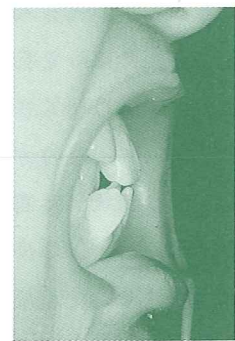


圖8

全口X-光檢查：圖9

智齒存在齒數正常無其它異常狀況。

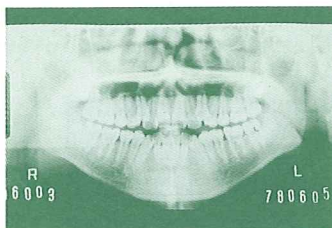


圖9

3. 上唇-E line=0mm，下唇-E line=+5mm，雖然第一大臼齒為Class I級咬合，但 1-3 項資料顯示此病例應歸屬於 Class III Malocclusion 的分類。

及附表

1. 側貌軟組織曲線呈 Anterior divergent
2. SNA=77°，SNB=81°，ANB=-4°，NAP=-4.5°，

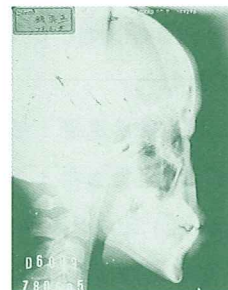


圖10

Cephalometric analysis 附表一

Skeletal analysis	治療前 78-06-05	治療後 79-09-04
SNA (82 ± 3.5) degree	77	76
SNB (78 ± 3.2) degree	81	80
ANB (4 ± 1.8) degree	-4	-4
NAP (5 ± 3.8) degree	4.5	3.5
SN-MP (33 ± 3.8) degree	5	6
Dental analysis		
U1-SN (108 ± 5.4) degree	120	115
U1-L1 (120 ± 8.5) degree	110	126
L1-MP (97 ± 6.4) degree	93	80
L1-NB (4.7 ± 1.5) mm	10	6
Soft tissue analysis		
Is-E line (-2) mm	0	0
li-E line (0) mm	+5	+3
Nasolabial angle (92 ± 4.5)	98	96

治療計劃(Treatment planning)：

接近15歲的男性，縱然下顎仍存有生長發育的殘餘量，但其臉型既然為輕微 Anteriordivergent，故預估將來的容貌外觀不會有不好的變化。基於此點，可以把這個 Class III的病例，當做 Class I Malocclusion的模式來治療。

1. 下唇距離 E line 審美線 +5mm，表示下唇過於前突，影響外觀
2. U1-SN=120°，L1-MP=93°，下門牙切緣到NB連線之垂直距離=+10mm均表示上下門牙唇側傾斜。
3. 模型分析上顎空間不足15mm，下顎不足7mm，前牙過分擁擠。

根據上面3項資料，選擇拔除上下四顆第一小白齒，配合最大錨錠(Maximum anchorage)治療。

治療過程：

78-06-05初診，採取矯正病例資料(含 Panogram, Cephalogram, Study cast, Oral & facial slides)

78-06-14分析，診斷並詳細說明治療計劃(包括拔牙部位、療程所需時間、治療期間應注意刷牙及生活飲食上要配合的事項，還有治療費用、繳款方式等)，已近學期末，所以安排期末考試後才開始拔牙。

78-07-14治療開始，16, 26裝上Bands, 13, 23黏著Brackets, 0.017" × 0.025" TMAT-loop sectional wire作犬齒後方牽引。

78-10-08除上右側切齒外 15, 11, 21, 22, 25均黏上裝置, 0.0175" Respond wire for leveling。圖11-13

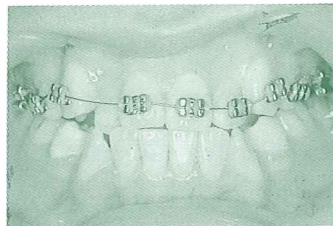


圖11

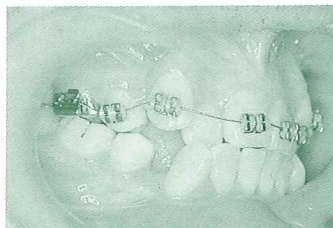


圖12

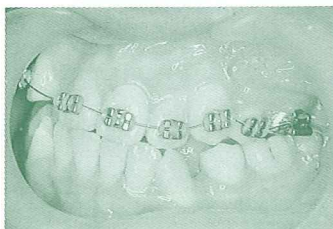


圖13

79-01-16 12的排列空間已足夠，而於此時才黏上Bracket, 0.016" green Elgiloy彎折double vertical loop 使12唇側移動並排列整齊，經過半年，下顎犬齒自然往拔牙空隙方向位移，疏解前牙區的擁擠，不需任何裝置，前牙就會整齊，減輕治療的負擔，因此下顎的左右犬齒，第二小白齒與第一大白齒在這個階段才上裝。0.016" green Elgiloy sectional wire for leveling。圖14-18

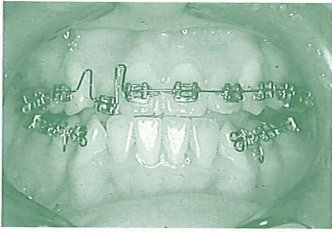


圖14

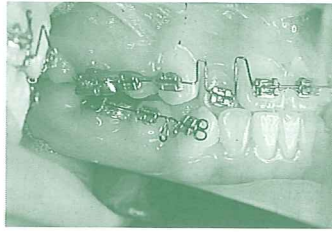


圖15



圖16

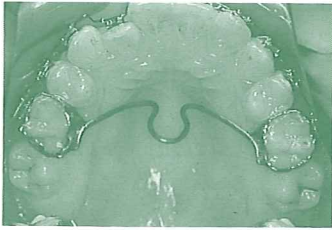


圖17

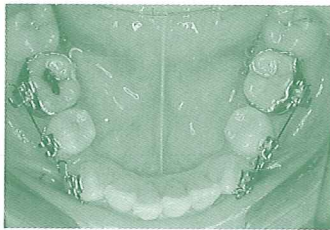


圖18

79-04-11上下顎均用0.016" green Elgiloy，配合1/4" Class III elastics 打算增加OB, OJ (全天使用)。圖19-20

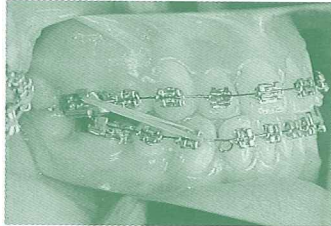


圖19

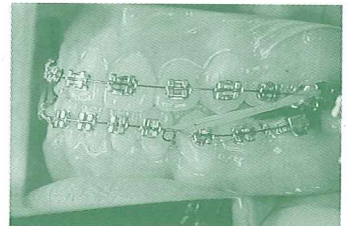


圖20

79-06-22左右均用1/4" Triangular elastics讓咬合更加緊密 (夜間使用即可)。圖21-23。

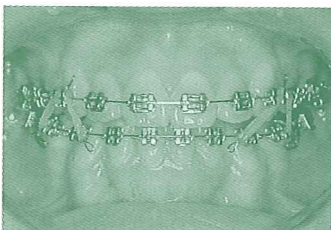


圖21



圖22

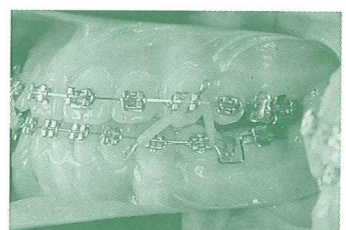


圖23

79-09-04 治療完成，拆除裝置，下顎因治療前牙齒排列不差，判斷較不會發生Relapse，故僅上顎給予Hawley retainer，取治療後全套矯正資料。圖24-31

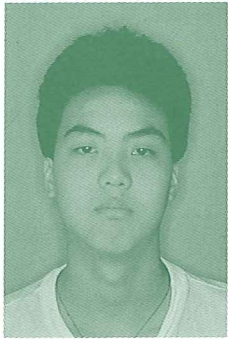


圖24

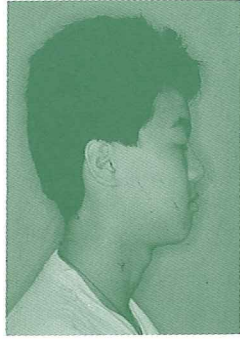


圖25

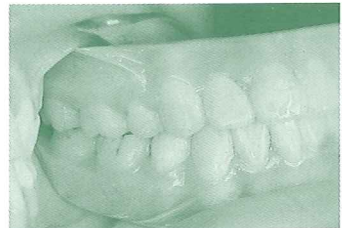


圖26

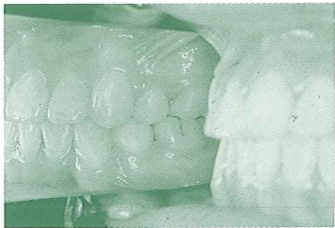


圖27

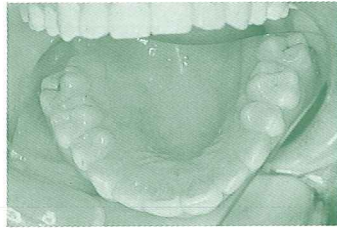


圖28

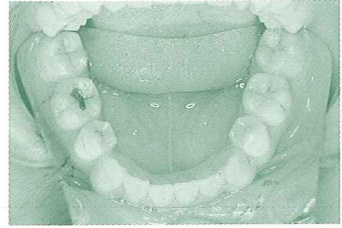


圖29

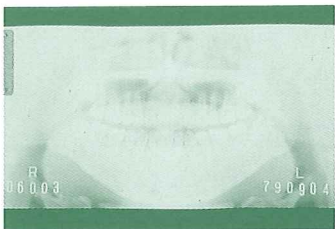


圖30

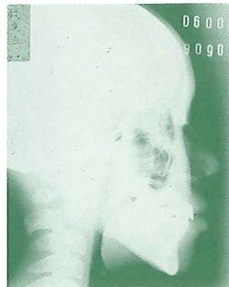


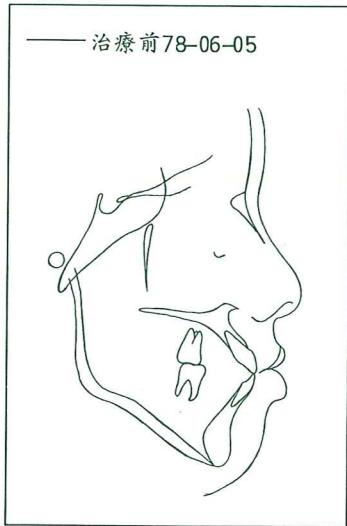
圖31

討論：

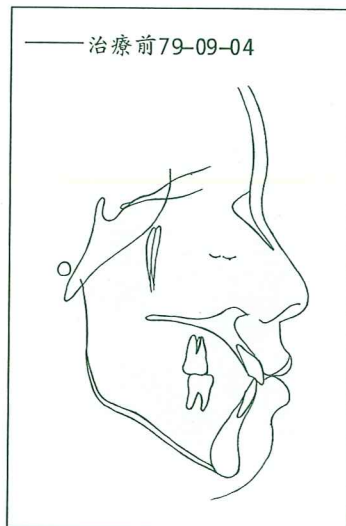
1. 本病例雖有Class I molar relationship，但其soft tissue profile呈現Anterior divergent； $ANB=-4^\circ$ $NAP=-4.5^\circ$ ，再加上 $li-Eline=+5mm$ 等資料，故診斷為Class III Malocclusion。

2. 臉型上下左右的比例正常，並無特異點，而且年齡已近 15 歲，縱然下顎尚有一些生長發育殘餘量，研判臉型應不會有太怪異的變化。

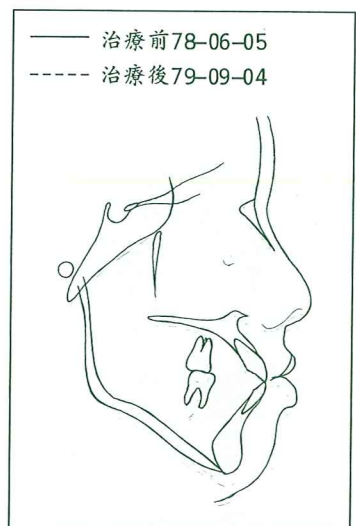
3. 上門牙角度偏大(120°)，但第一小白齒拔除的空隙只夠犬齒的排列，因此上唇



圖B1



圖B2



圖B3

預計無法有多大改善。

4. 下門牙前傾(93°)，且為切端咬合，拔除下顎第一小白齒是必要的手段，下唇稍嫌突出，如能讓下唇內縮，會讓外觀變得比較好看。
5. 治療前後的比較可發現主要的變化集中在牙齒的移動。U1-SN, L1-MP 角度均變小，L1-NB 距離由+10mm 減小到+6mm 造成 li-E line (下嘴唇到審美線距離) 由+5mm 減小為+3mm。(圖B1-3, 附表)
6. 使用Class I mechanism 的模式，治療Class III 的病例，在臨床上並非少見。
7. 如果患者年齡低於12歲，具有 Anterior divergent facial profile (或 Concave profile) 及 edge-to-edge 的特徵，建議暫緩治療，應安排定期回診，觀察顏面和咬合是否隨增齡而出現

true Class III malocclusion 特有的變化。

〔作者簡介〕

陳季文 (Chen, Chi-Wen)

- 中山醫學院牙醫系第12屆畢業(1975)
- 日本國立長崎大學齒學部齒科矯正學研究生 (1979/6-1984/4)
- 日本國立鹿兒島大學齒學部齒科矯正學研究生 (1985/3-現今)
- 台北市萬仲齒顎矯正診所主治醫師
- 現任中華民國齒顎矯正學會理事

作者獻言：溫柔處世，善解人意
溫情謙虛待人，柔和耐心接物。
應該常存善念境界，解讀他人言語心意不及之處。

松風跨世紀新瓷粉

自然顏色的再生



VINTAGE HALO 系統

- 穩定的熱膨脹係數
- 抗銀變效果
- 安全的螢色光
- 完整色系
- 自然的美觀顏色
- 操作容易

SHADE EYE 系統

- 完全不受比色環境影響
- 避免視覺誤判
- 電腦正確比色
- 分析出技工瓷粉配合資料



鼎興貿易股份有限公司

台北事業處 (02) 2542-0968
台中事業處 (04) 329-3169
高雄事業處 (07) 222-2312



CLEAN BOX mini

迷你排水淨化器



預防排水管阻塞！

敬請比較！保證業界最低價格。

產品特長說明：

- 可去除石膏、臘、灰塵、印模材及惡臭。
- 本體為半透明，故可由外看出污垢情形。
- 安裝、拆卸、清掃皆為簡單及優良之設計。
- 橡皮水管收集於設備之單側面，故容積設計甚為精巧輕便。



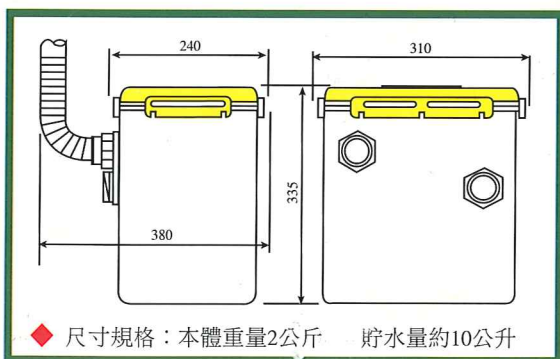
青山綠水
需要你我
共同付出

品質榮獲日本肯定

★產品材質使用聚丙烯(pp)特製

專利証號 131528 號

建議售價 \$ 4000



大元牙科儀器有限公司出品

經銷商：請洽全省牙材商

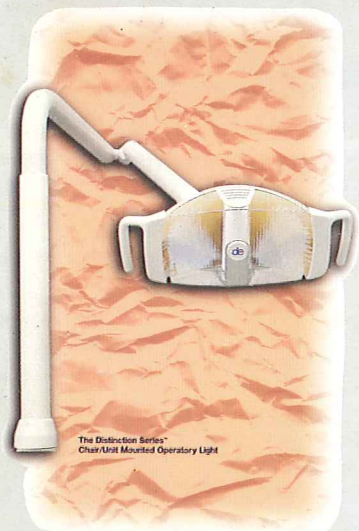
DIY 郵購專線：
02-25816643
25816703

美國原裝進口

完美典範治療椅

de™

DEN-TAL-EZ, INC.



夢寐以求 絕代雙嬌


Proma

藝術典範治療椅

感謝 中山醫學院牙醫學系校友總會
盧會長貞祥醫師採用本公司之
Proma牙科治療椅並祝會務昌隆



台灣總代理

長佰實業有限公司

MACRORICH ENTERPRISE CO. LTD.

台北市伊通街19巷32號1樓 FAX:(02)25065853

TEL:(02)25172035 • 25073060



法國高科技飛魚飛彈舉世聞名

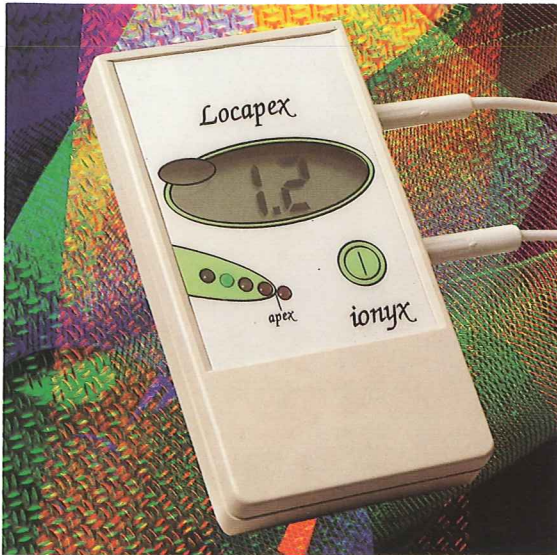
跨世紀乾濕兩用 LOCAPEX 3000 根管長測量亦不同凡響

『有一位對您充滿信心的病人走入貴診所』

(採用 LOCAPEX 3000)

第一次約診：輕鬆愉快享用本機處理根管，準確測量 Apex。病人快快樂樂期待下次約診。

第二次約診：配合登士派 Mailefer 超彈性 File，做根管處理，自己越看越滿意。最後再以年度最新的 R. C. F 材料“CANALS-N”完成全部治療。馬上即可磨牙，病人戴上暫時牙套，付了訂金，臉上裝滿以牙換牙的喜悅……



(未採用 LOCAPEX 3000)

第一次約診：雖然照了N次X光，但根尖只在雲深不知處？病人一團霧，霧煞煞回去。

第二次約診：雖然用了百年老店的 Mailefer 一 File 但是 Apex 沒抓到。病人痛的眼淚都快哭出來。醫師只好再打麻藥，繼續治療下去，病人雖然約了診，但是對看牙開始有了戒心。

第三次約診：醫師開口問病人還痛嗎？病人馬上回答：我老公去某家診所二次就OK，聽那醫師講一向諾貝爾買了LOCAPEX3000根管長測量機。輕輕鬆鬆兩下子做好根管治療。



別猶豫了，讓我們一齊享用來自法國高科技
“LOCAPEX 3000 根管長測量機”

歡迎洽詢



總經銷：

諾貝爾興業有限公司

台北縣三重市重新路三段105號之1 五樓

TEL:(02)2986-1630 FAX:(02)2980-5826 或洽全省各大材料商

連續波擠壓法

Continuous Wave of Condensation Technique

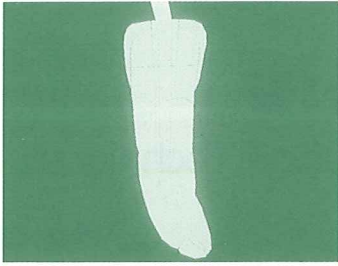
撰文／康永明

馬來膠針加熱垂直擠壓充填法 (Vertical Compaction of Warm Gutta-Percha Technique) 自Dr.Herbert Schilder發展推廣三十餘年來，在技術與設備上，經過了許多變更和改良。其中以馬來膠針的加熱源(Heat Source)歷經由傳統的酒精燈火焰加熱，本生燈火焰加熱，瓦斯噴槍火焰加熱，到新進的電子型觸動加熱器(Touch and Heat)，改變最為多元化。

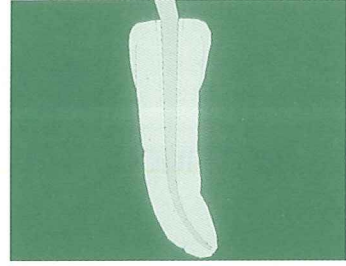
在西元1990年代初期，Dr. Steve Buchanan 根據馬來膠針加熱垂直擠壓充填法，研發出一套新的根管治療充填技術。它將傳統的擠壓 (Plugger) 與新穎的電子型觸動加熱器(Touch and Heat)結合而成一新加熱器，稱為 B 系統(System B)。電子型觸動加熱器先提供一穩加熱溫度，將熱量藉由擠壓器傳導至馬來膠針，並同時完成垂直擠壓充填。他將此一新的馬來膠針加熱垂直擠壓充填法稱之一連續波擠壓法(Continuous Wave of Condensation Technique)。

連續波擠壓法基本上是由馬來膠針加熱垂直擠壓充填法改革衍生而來，在熟練與正確地作下，可以達到與馬來膠針加熱垂直擠壓充填法相同的結果，並可以縮短根管充填所需的時間。但是連續波擠壓法依然得遵循馬來膠針加熱垂直擠壓充填法在根管清滌與朔形 (Cleaning and Shaping)的原則：1. 創造出一個連續漸進的圓筒錐形 (Continuous Tapering Conical Form)根管 2. 根管橫切面面積須由牙冠至牙尖逐次遞減 3. 根管立體流向 (Flow)的維持 4. 根管開口須維持在原位 5. 根尖開口在臨床許可範圍下，維持愈小愈好，約在ISO規格25號上下。尤其須符合根管傾斜度(Tapering)與根尖開口(Apical Foraman)大小控制的要求，才能發揮垂直擠壓充填法的優點。

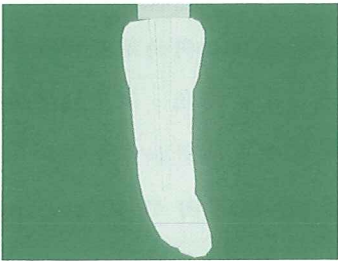
以下僅就此連續波擠壓法，以圖示精簡介紹：



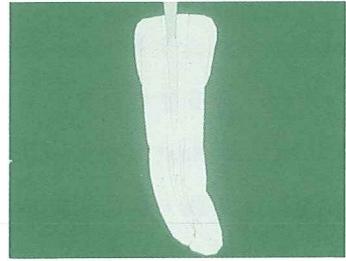
根管經清滌與朔形(Cleaning and Shaping)後，以紙針(Paper Point)將殘餘沖洗液悉數吸乾。



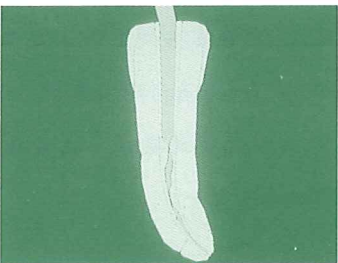
將管壁及馬來膠針均勻地塗抹上一層薄薄的封閉材(Sealer)。



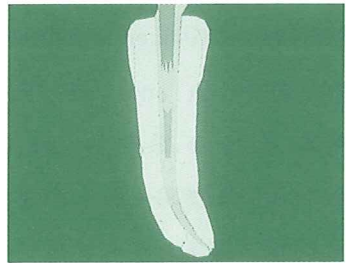
將消毒過的馬來膠針(Non-standard Gutta-Percha Cone)尖端剪去若干公釐，使膠針尾端略短於根尖開口0.5-1公釐，並有確實的回拉(Tugback)。



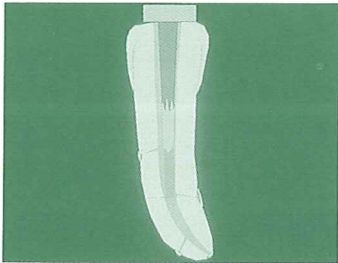
將馬來膠針輕輕慢慢地放入根管内，並確認其工作長度(Working Length)及回拉(Tugback)。



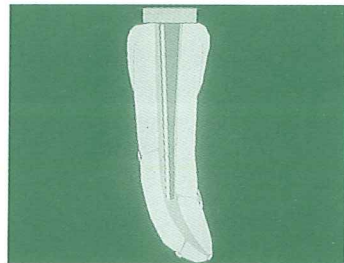
選擇適當大小的充填加熱器(System B Plugger)，略短於根尖開口 5 - 7 公釐，並確定充填加熱器未碰到管壁。



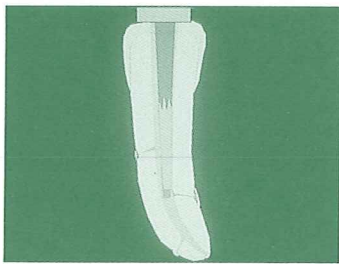
開啓 B 系統(System B)，將溫度設定在攝氏 200度，強度10。以食指觸摸加熱彈簧，在慢慢地將加熱的充填器壓擠入根管内。充填加熱器緩慢地前進，在距離接觸區(Binding Point)3 - 4 公釐處，食指鬆開加熱彈簧停止加熱。



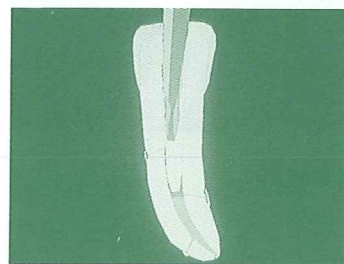
利用殘存在馬來膠針的餘溫，將充填加熱器繼續往根尖輕緩地壓擠，直到充填加熱器到達距離根尖 5 - 7 公釐，即接觸區(Binding Point)之前處停止。在壓擠過程中，充填加熱器絕對不可碰觸到管壁。



食指鬆離加熱彈簧，使充填加熱器溫度稍微冷卻，以利被截斷的馬來膠針與充填加熱器沾粘。此時，再將充填加熱器連同殘餘的馬來膠針一併移出根管。



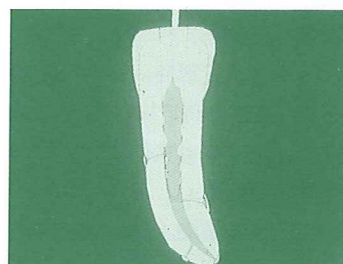
充填加熱器在停止加熱狀態下，持續輕輕地壓擠約10秒鐘，以使馬來膠針充填更為緻密扎實。



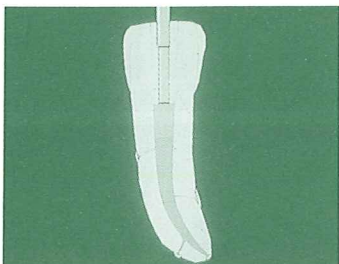
如果此根管須要放置釘柱(Post)，則毋需後填(Back Fill)。如果是非釘柱根管，可使用馬來膠針充填槍(Obtura II)，將充填槍針頭放置入根管接觸區，扣住扳機，讓加熱軟化的馬來膠直接注入根管。



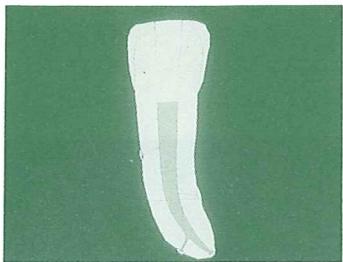
以食指觸摸加熱彈簧，再度啓動充填加熱器的熱源，利用瞬間加熱，切斷接觸區附近的馬來膠針。



待擠入之馬來膠充滿根管時，馬來膠針充填槍的針頭會被填入的馬來膠慢慢推出根管。



再將充滿馬來膠的根管以充填器輕輕地壓擠緻密。



大功告成。

〔作者簡介〕

康永明

- 中國醫藥學院牙醫學系牙醫學士
- 美國波士頓大學牙髓病學牙醫科學博士
- 美國波士頓大學牙髓病學專科醫師
- 中國醫藥學院牙醫學系兼任副教授

福氣的標準

撰文／李偉文

市面上有許多有關「成功學」的書，似乎也本本暢銷，可見追求成功是很多人的渴望，但是我卻相當懷疑所謂「成功」的本質，在這個無限長的時間與無限大的空間中，渺小的人類、微渺的個人，談成功實在太狂妄了，何況成功是來自與眾人競爭、是來自與他人比較，這樣就算獲得所謂成功，大概只是換得不快樂或空虛的快樂罷了！

我倒是羨慕有福氣的人，因為成功是與別人爭來的，福氣是自己享受的。幽夢影裡提到幾項福氣的標準：「有功夫讀書，謂之福；有時間著述，謂之福；無是非到耳，謂之福；有多聞直諒之友，謂之福。」

當然，張潮這些福氣的認定完全站在文人的立場來說，每個不同領域、不同生活背景的人，應當也有自己不同的福氣標準。

坎伯在「生活美學」這本書裡，也一再提醒大家要超越事物的象徵本身，去感受實質的豐富意涵，因為有太多渾渾噩噩的人：「就像上餐廳吃飯卻只吃菜單，而不吃菜單所描述的正餐一樣。」

這個比喻真好，我們要吃菜單所列的菜，而不是去吃那個菜單，因為在生活中，我的確在週遭看到太多朋友只顧著吃菜單。

我們努力工作、努力賺錢，無非要過有品質的生活，可是等到工作佔滿全部時，生活何復品質可言？

成功的前牙根尖手術之剖析（上）

撰文／白勝方

前言——

在牙髓病治療的領域中，根尖手術一直是成功率最低且預後最不確定的治療方式。一項長達20年的回溯性調查發現：根尖手術的成功率竟然不到50%；相較於傳統性根管治療80%至90%的成功率而言，確實令人望而卻步。在開業醫師眼中，根尖手術是一項困難而需轉診的項目，尤其是後牙的根尖手術。身為一位牙髓病治療的專科醫師，我贊同上述說法，一方面由於手術部位的狹小倍增手術能見度的不便；一方面由於多牙根且解剖位置的複雜更增加手術的難度，後牙根尖手術是需要專科處理的項目，絕大多數人均會同意。

對前牙根尖手術而言，開業醫師的認知差異就大多了：部份醫師仍是當成極其困難的治療，一味轉診甚至採取更進一步的治療方式例如拔牙以避免困擾；部份醫師則視為一般的簡單手術甚至有濫做之虞。正由於前牙根尖手術不若後牙般困難，常為單牙根且手術視野良好，又沒有特別的解剖構造，因此個人認為若能慎選病例，事前仔細評估，手術過程中把握要領，前牙根尖手術仍是開業牙醫師可以做且可以做得很好的治療方式。但是前牙根尖手術並不能因此就像拔牙般如常規式處理，一旦根管治療無效即採用

甚至直接做根尖手術而不做好根管治療，如此的處理將導致更多的失敗且引發更大的問題。

本文綜合筆者多年的臨床經驗，配合臨床病例及文獻回顧，對前牙根尖手術的成功關鍵作詳細的剖析，希望對開業醫師能有所幫助，日後面對適合的病例處理上可以勝任，對於困難的病例也可以適當的轉診。

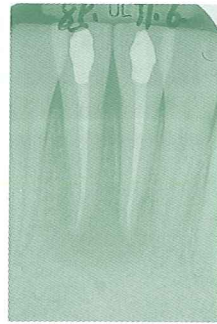
《成功關鍵一》——正確的診斷失敗原因

目前多數的研究結果均認為根尖區的發炎現象及骨質破壞，乃是由根管中持續的細菌感染所造成。只要做好徹底的根管清創，根尖區發炎現象就會消失，骨質缺損也會自然癒合。然而根管系統並非單純「一條通」，由於有側根管及複雜的旁支交通存在，若根管未經徹底清創及緻密充填，單靠根尖手術時於根尖處作填補，並無法阻止根管中的發炎產物經由前述管道滲透至牙周組織從而導致根尖區病變持續存在。換句話說，對於根管治療品質不佳的case，根尖手術無法雪中送炭；唯有根管經過徹底清創及緻密充填後的case，根尖手術方能發揮錦上添花的功效。所以面對一個失敗的根管治療病例，第一步是找出失敗的原因，並嘗試根管再治療，唯有當根管再治療仍然無效或者無法進行根管再治療時，方才考慮進行根尖

手術。

病例一：11歲患者因下顎兩顆正門牙疼痛合併下巴腫大達五天之久而求診，原轉診醫師於三個月前即因相同症狀對此兩牙齒進根管治療，並於症狀緩解後進行根管充填及銀粉填補；此次患者症狀又再度出現，遂轉診要求進根尖手術。由X光片檢查發現31及41牙根尖區有一約8×6mm放射線透視區（圖一），經偏移照射角度後，發現原來的GP充填側邊，出現space（圖二）。由於下顎門牙雙根管機率國外統計高達30%至40%，中國人比率雖未如此大，但不常見，故懷疑為有另一個未尋獲之根管，故決定重新治療，果然在31及41均發現有一個舌側根管存在（圖三），經過傳統性根管治療後，症狀消失並予根管封填（圖四），半年回診，根尖區骨頭缺損處完全癒合（圖五）。結論：前牙中最常出現雙根管的下顎門牙，若有根管治療失敗時，應先試著找出有否存在另一根管的可能，只有根管再治療失敗時，才能進行根尖手術。前述病例若貿然作根尖手術，根據上一段的理論，整個根管系統未作清創而只在根尖處填補，失敗是可以預期的。

病例二：45歲患者因上顎右側門牙唇側黏膜處有膿液流出且持續十餘年而求診，原轉診醫師於一年前即做過根管治療，但症狀仍然持續，故再重新治療後以氫氧化鈣封填達一年之久，由於病狀仍無緩解，遂轉診要求進行根尖手術。由臨床



圖一



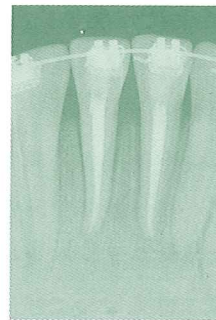
圖二



圖三



圖四



圖五

上檢查發現12在遠心側齒頸部一條側牙齦溝且往根尖處延伸（圖六），牙周囊袋探測在遠心頰側及遠心側分為4mm及5mm，X光片顯示根尖處有一放射線透視區且在近心側沿著牙根往齒頸部延伸（圖七），

初步診斷此為顎側牙齦溝引發牙菌斑堆積所造成的根尖病變合併牙周組織病變，並非單純牙髓病因，乃會診牙周病科共同治療，但預後不佳。結論：上顎側門牙是前牙中變異最大的牙齒，尤其若具有較深且較長之顎側牙齦溝時，常因不易清潔導致牙周牙髓合併之病變產生，且預後不佳。若未找出原因即逕施予手術，必然導致失敗。

由前述二例可知，正確找出根管治療失敗的原因，以排除諸如牙周病變，牙根斷裂或是屢復體不良造成的牙冠微滲漏等非根管方面的病因；並將根管清創及充填不良或是遺漏根管未處理等情形嘗試以非手術性根管再治療。一旦再治療無效或是無法進行再治療時，才考慮採用根尖手術，若能遵循此項診斷流程，手術的成功率將可提高。

《成功關鍵二》—— 適當的選擇手術病例

前牙根尖手術雖不若後牙根尖手術除了考慮牙根因素外尚需注意根尖與某些解剖構造如上顎竇(Maxillary Sinus)或是顎孔(Mental Foramen)的關係，但是並非每個病例都適合開業醫師處理。某些狀況，最好轉診為宜。

病例三：31歲女性患者因上顎前牙唇側腫脹求診，臨床檢查發現12至22共有4顆瓷金融合冠牙橋，且在11至22唇側有膿腫產生，X光檢查發現11為不完全根管治療合併有6×7mm放線透視區，21為充填長度不足之根管治療，22為不完全根管治療



圖六



圖七

且均有根釘柱存在根管中，22合併有根尖區病變產生(圖八、九)。根據診斷，理想上希望患者拆掉牙橋及根釘柱，將11、21及22三顆重新治療。但實際上若患者不希望拆掉牙橋且要求手術處理時，讀者諸君此時採取的治療方式為何？是直接作根尖手術且一次作3顆牙？或是11先由牙冠處直接髓腔開擴重新根管治療，而21及22作根尖手術？其實治療計劃是因人而異的，但若最後決定作根尖手術，不管是作一顆、兩顆或三顆牙，這個case絕對要轉診，理由如下，不管是因為患者意願或是礙於客觀的因素(如：根釘柱太長或太粗



圖八



圖九

大以致無法取出或取出時易牙根斷裂....) 使得清創不完全的根管無法接受非手術性再治療而需施予手術性治療時,單純的根尖切除或是根尖逆充填並無法徹底解決病因,尚需使用根管逆向清創及充填,方能徹底清除原根管中之發炎產物。這種方法屬於難度較大且需有特殊器械,不適合開業醫師操作。況且同時進行兩顆牙齒以上的根尖切除術,極易因疲勞而導致根尖切除或逆充填時產生疏漏,以致於無法全部成功。再者若需進行根尖手術尚有一道難題:由於根尖骨質完整,很可能翻開皮瓣時,頰側皮質骨仍然完整,此時要確實根尖的位置實是難上加難,須更費一番功夫。

結論,凡是根管未經清創充填的病例或是需要一次進行兩顆牙以上的病例或是手術牙之根尖區在X光片上無放射線透射區病變之病例,若需進行根尖手術均屬於費時費力的高難度case,建議開業醫師轉診為宜。也就是說:根管清創充填品質良好、單顆牙且根尖區有明顯骨質缺損之病例,乃是適合開業醫師進行前牙根尖手術的最適合病例。(待續)

〔作者簡介〕

白勝方

- 陽明醫學院牙醫學系畢業
- 台北榮總牙科部牙髓病科主治醫師
- 中華民國牙髓病學會理事及專科醫師

樂捐木棉雜誌名單

黃斌洋	2,000.-	蔡俊德	2,000.-	陳時中	3,000.-	林忠光	3,000.-
陳一清	2,000.-	楊耀芳	1,000.-	顏東傑	3,000.-	段茂琦	5,000.-
朱健漳	2,000.-	廖順浩	3,000.-	陳世文	3,000.-	盧貞祥	10,000.-
蘇明圳	10,000.-	曾應魁	10,000.-	吳傳頌	3,000.-	陳世傑	2,000.-
白英仁	3,000.-	林德明	3,000.-	林峻峰	3,000.-	許獻忠	1,000.-
官振國	8,000.-	蔡守正	10,000.-	潘渭祥	30,000.-	王誠良	3,000.-
陳季文	3,000.-	梁榮洲	10,000.-	陳超然	30,000.-	陳光琛	10,000.-
廖敏熒	30,000.-	蘇文生	2,000.-	林協興	20,000.-	黃建文	30,000.-
曾育弘	30,000.-	蔣家興	1,000.-	黃學燦	1,000.-	謝慶達	1,000.-
曾錦皇	1,000.-	徐勵生	1,000.-	陳文苑	2,000.-	徐慕文	1,000.-
賴耀禮	1,000.-	丁建仁	2,000.-	林廷英	2,000.-	戴悅生	1,200.-

樂捐木棉雜誌帳號： 16281871 廖敏熒

乳前牙外傷的處理

撰文／謝婷芳
陳和錦

一、前言

乳前牙的意外傷害是常見的牙科問題，細心的診斷治療及追蹤，目的都是為了保護恆牙齒列的安全為前題。而我們面對的不只是小朋友牙齒外傷的問題，小孩受創的幼小心靈，加上疼痛與恐懼，使行為處理更加棘手，另外常常也須應對父母焦慮不安的態度，因此，讓父母親信賴及了解可能的併發症，是極重要的。

二、詢問病史

這一點常被忽略，卻是非常重要的。

Medical History :

必須清楚詢問是否有全身性疾病或正在服用藥物的資訊，該注意的事項應先了然於胸。

History of accident:

When? 意外發生到診察的時間，會影響治療的處理及預後。

Where? 如果發生在戶外，可能需要給予破傷風疫苗注射或其他藥物。

How? 提供有關的資訊是否有其他部位傷害的可能。

三、臨床檢查

Neurologic evaluation:

評估是否有頭部傷害是非常重要的，藉由 12 對腦神經檢查，詢問父母是否小朋友有任何的癥候，如嘔吐、失去記憶、頭痛或耳鼻有不正常的流血或液體，若是的話，應先交給其他部門處理。

Extraoral evaluation:

包括挫傷、撕裂或擦傷、流血、顏面骨骼的檢查，同時下顎的活動（評估 TMJ）是否有不正常的偏移或疼痛。

Intraoral evaluation:

包括 1. 口腔軟組織及喉嚨—如果懷疑吸入肺部或插入軟組織中，可以 X 光片輔助診斷，必須優先處理。2. 齒列的檢查—外傷可能影響包括牙齒、牙周組織和齒槽骨，於後分述之。

四、乳前牙外傷類型及治療方法

1. Concussion:

通常這類牙齒並沒有癥候，除了可能有小的軟組織傷害，或是牙齒覺得敏感，對這類牙齒不須治療，有人建議可以修去咬點避免過度咬合。

2. Subluxation:

指牙齒搖動(mobility)但無移位(displacement)，它的治療方式與Concussion相同，通常一、二週後搖動和觸痛的現象會消失，若搖動的程度較大，則可能須要固定或拔牙。固定(splint)在實際的情況下，並不常被使用，因為年紀小的小朋友合作度不好，6~7歲小朋友又即將換牙，故有其困難處。

3. Displacement:

1. 若是palatal displacement，沒有干擾到咬合，通常牙周癒合時，舌頭的力量會使它復位。

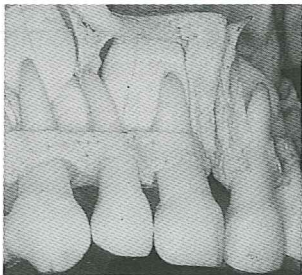


圖1

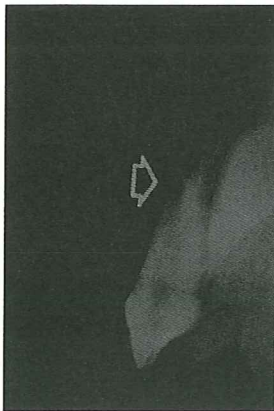


圖2

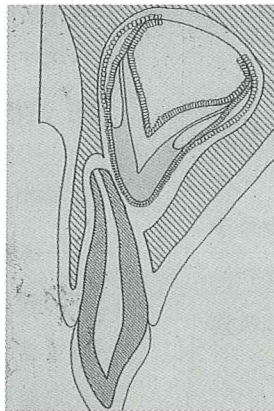


圖3

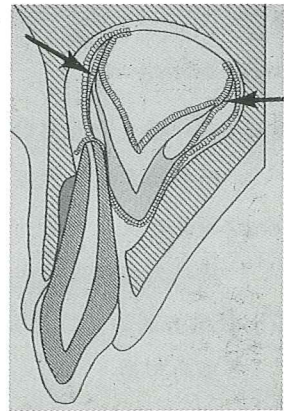


圖4

2. 當乳牙buccal displacement，可能會傷害到位於顎側的恆牙牙胚，可以藉由lateral X-ray來診斷，若是的話，那麼就須拔牙了。(圖1、2、3、4)

3. 牙齒移位後，常造成牙髓失去活性，當牙齒發生變色，就須要pulp therapy了。

4. Intrusion:

這類牙齒並不會引起嚴重的疼痛，因為牙髓可能失活，且較無mobility，所以治療原則是“wait & see”，大多數在1-3個月會再萌發出來，但是需要配合extraoral lateral X-ray，劑量為乳前牙PA film的2倍，確定沒有傷害到底下的恆牙，否則仍要拔除。

5. Extrusion:

如果只有少量extruded，可以考慮復位及固定(圖5)，若extruded幾乎是

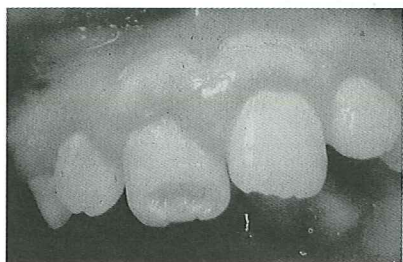


圖5

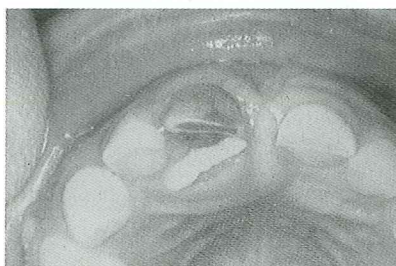


圖6

avulsion 或是 exfoliation 的情形，那麼拔牙通常是治療選擇了。

6. Avulsion:

乳牙鬆脫，絕對不種回，因為種回可能再一次的造成恆牙牙胚的傷害。

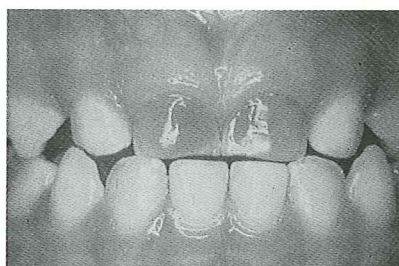


圖7

7. Tooth fracture (A modification of the Ellis classification)

class I: 牙冠斷裂在牙釉質

→ 不須治療or修圓滑些or樹脂鑲復，一般可在回診後再填補。

class II: 牙冠斷裂包括牙釉質和牙本質

→ 樹脂鑲復or拔牙

class III: 牙髓曝露

→ 根管治療和SSC或樹脂鑲復or拔牙

class IV: 牙根斷裂

→ 拔牙

8. 齒槽骨的診斷：

沿著顏面側與舌側觸診，評估是否有不正常的 bony contour，例如牙根穿出 cortical plate 或 alveolar fracture。

五、追蹤觀察

後續的追蹤檢查，目的都是為了確定意外傷害沒有對發育中的恆牙造成傷害。另乳牙在受外傷後，數日後可能會有牙齒變色情形，有些變色會在數周後漸漸回復，有些則否，無論變色情形如何，除非有臨床症狀，如牙痛或膿腫，否則變色的牙齒無須治療。(圖6、7) 恆牙牙胚若受傷則可能會有牙冠黃褐色斑點或牙根彎曲(圖8)，可以等恆牙長出後再行治療即可。在回診的檢查應該要評估牙齒的搖動程度、癥候、變色、敲痛及感染的可能，做出正確的診斷，正確的治療。

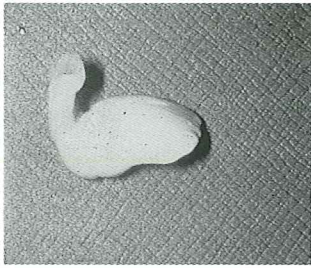


圖8

〔作者簡介〕

謝婷芳

●台安醫院牙科住院醫師

陳和錦

●台安醫院兒童科主治醫師

八十七年度繳交會費名單

1 陳怡宏	19 蔡俊德	37 黃建文	55 吳學儀	73 楊晉杰
2 徐信文	20 林永弘	38 王燕翔	56 戴正雄	74 楊正安
3 丁 瑞	21 黃斌洋	39 陳憲彰	57 彭郁惠	75 何宗英
4 鄭俊國	22 潘渭祥	40 林文飛	58 鄭維明	76 林峻峰
5 曾育弘	23 陳仙邁	41 陳文輝	59 王錫淵	77 林芳迪
6 段茂琦	24 王吉清	42 何達人	60 潘義隆	78 王秀俊
7 鄭一鳴	25 蔡展光	43 林希融	61 曾應魁	79 陳季文
8 朱健漳	26 張木瀧	44 高鈺倉	62 陳超然	80 廖順友
9 白錫玠	27 郭憲璋	45 周建堂	63 蔡珍重	81 陳弘
10 蔡守正	28 葉作杰	46 劉嘉正	64 陳蒼誠	82 林孟禹
11 廖順浩	29 林瀛海	47 江薰正	65 韓繼芳	83 游建光
12 林燕明	30 葉長康	48 郭鋒銘	66 林天豐	84 陳勇吉
13 林明村	31 梁榮洲	49 陳大慶	67 孫弘哲	85 呂主萬
14 廖敏熒	32 林忠光	50 林伯勳	68 鄭俊良	86 傅秀文
15 官振國	33 黃維勳	51 林登雄	69 林聰輝	87 陳和錦
16 林輔誼	34 王誠良	52 王茂生	70 吳傳頌	
17 林秀娟	35 蘇明圳	53 陳武岩	71 林吉祥	
18 王建中	36 陳桔旺	54 黃大偉	72 林偉山	

直接充填複合樹脂復形

撰文／廖保鑫

一、前言：

牙齒有了缺損，無論是齧齒、外傷或發育上的疾病都須要復形，以恢復其形態、美觀和咀嚼的功能。多年來牙齒缺損的復形原則是：作好窩洞修形、保護牙髓、使用黏著劑(bonding agent)，然後前牙注重美觀，以齒色填補材料(tooth-colored filling materials)填補，後牙注重咬合功能，以汞齊來填補。但近年來患者對美觀的要求日漸提高，汞齊又有污染問題，同時填補材料的改進等因素，造成普遍使用齒色材料來填補前後牙的情形。一般來說使用齒色材料的優點為：須移除的齒質是較少的、病患接受治療的時間較短、治療過程少有不適的感覺、病患負擔的費用比起瓷鑲面牙冠少。而最常見到的齒色填補材料包括：矽酸鹽粘合劑(Silicate Cement)、熔合過陶瓷(Fused porcelain)、丙烯酸樹脂(Acrylic resin)、玻璃離子體黏合劑 Glass ionomer cement)及複合樹脂(Composite resin)、臨床最常被用的應是複合樹脂，本文即對直接充填式複合樹脂提出總體性討論。

二、複合樹脂的種類

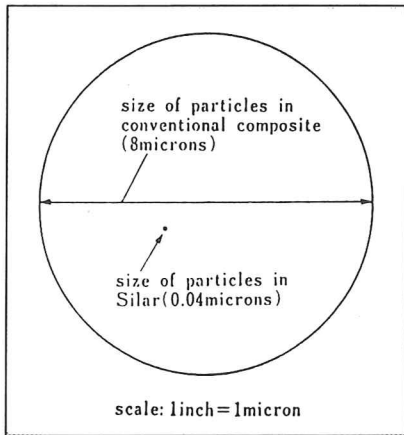
§ 複合樹脂若根據粒子大小、數量及無機填料(filler)的成份，可分為下列三種：

(一) 傳統式複合樹脂(Conventional Composite resin)，其特點為無機填料占70至80重量百分比，粒子大小在80年代約為8 μ m，現代的商品粒子大小從1至10 μ m平均3 μ m，由於粒子大且填料硬，所以表面呈粗糙狀，樹脂基質(resin matrix)的磨損比填料快，造成表面凹凸不平，復形物易變色。

(二) 微粒式複合樹脂(Microfill Composite resin)，其特點為無機填料占35至60重量百分比，平均粒子大小從0.02至0.04 μ m，粒子小表面光滑，牙菌斑不易附著，也不易變色。填料少於傳統式複合樹脂，所以其物理性質及機械性質較差。低的彈性模數(modulus of elasticity)使其適宜第五類齒頸部缺損的填補。

(三) 混合式複合樹脂(Hybrid Composite resin)，這包括：1.在樹脂基質中，同時加入巨粒充填劑(Macrofiller)和微粒充填劑。2.將已事先聚合的微粒充填式複合樹脂磨碎，作為有機充填劑，然後加入已散佈有微粒充填劑的樹脂基當中。其特點為無機填料佔70至80重量百分比，粒子大小介於傳統式複合樹脂及微粒式複合樹脂之間，其物理性及機械性和傳統式複合樹脂

相似，而且有微粒式複合樹脂之光滑表面。圖一顯示早年複合樹脂粒子平均大小8um及現微粒式複合樹脂約為0.04um大小的相對比例，即可說明其上述的特性。



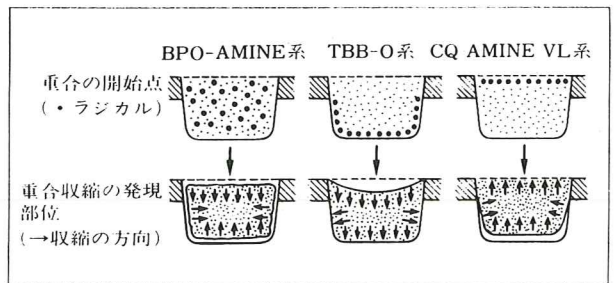
圖一

§ 若複合樹脂由其聚合 (polymerization) 方式的不同，則可分為自聚式複合樹脂及光聚式複合樹脂。(Self-cured composites resin) and (Light-cured composites)。

- (一) 自聚式複合樹脂：通常為兩個糊劑系統，第一部份包括含苯甲醯基過氧化物 (benzoylperoxide) 作為引發劑 (initiation)，另一部份包括含三級胺 (tertiary amine) (即N-Ndimethyl-P-to-luidine) 作引發劑，當兩種引發劑作用形成自由基 (freeradicals) 於是聚合作用便發生了。
- (二) 光聚式複合樹脂：最先的光聚式系統是使用紫外線來引發自由基，但因為

其穿透能力太小，所以不能有合適的聚合作用產生，所以可見聚合系統被發展出來，通常為單管系統內同時含光引發分子 (photoinitiation) 和胺活化劑 (amine activator) 未接觸光線它們並不作用，當暴露於400~500nm波長的藍光時，便會產生聚合作用。

不同類型聚合引發劑之聚合收縮會有不同的結果如圖二。



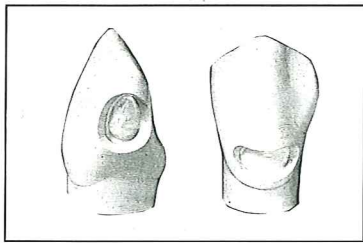
圖二

三、窩洞修形的設計

複合樹脂充填的窩洞設計基本上有三類型 (一) 傳統式窩洞修形 (Conventional Cavity Preparation) (二) 具斜面傳統式窩洞修形 (Beveled Conventional Cavity Preparation) (三) 修改過的窩洞修形 (Modified Cavity Preparation)。

- (一) 傳統式窩洞修形：在所有傳統式窩洞修形都具有邊緣成方形接合 (butt joint) 即和牙齒外形成直角，及固著溝 (retention grooves) 和固著彎

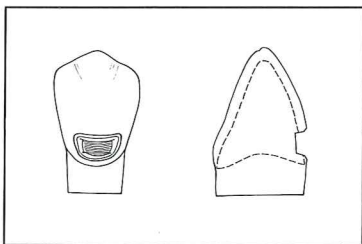
(cove) 的特徵。通常使用碳鋼磨針及手式器械來完成窩洞修形。在複合樹脂充填的牙齒中使用傳統式窩洞修形的主要應症即在窩洞的邊緣落在牙根的表面時。如圖三。



圖三

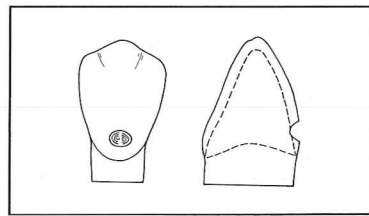
另外矽酸鹽粘合劑、汞齊、陶瓷等材料其邊緣強度(edge strength)受限制，窩洞修形也應為傳統式窩洞修形。

(二) 具斜面傳統式窩洞修形：其窩洞修形和傳統式窩洞修形相似，但其特點為具斜面之牙釉質邊緣。其最典型使用的時機是：使用複合樹脂來再次填補本來已經使用傳統式窩洞修形之填補窩洞，通常使用鑽石磨針來作斜面。而牙釉質作了斜面的優點是：釉柱桿(enamel rod)的尖端會較有效率的被酸蝕。如圖四。



圖四

(三) 修改過的窩洞修形：沒有特別的窩洞壁形態，沒有特別的深度及牙釉質邊緣。其目的祇有儘量的保守性移除病變的齒質，依賴經酸蝕後的牙釉質來把填補物固著在牙齒上。圓形磨針或鑽石磨針來完成此型窩洞修形，其具有斜面的窩洞修形形態而不必修太多的齒質。修改過的窩洞修形，主要用於新的、小的、齲齒窩洞，而此窩洞限於牙釉質內，改善窩洞缺陷之初次填補！然而亦能成功的使用於大的窩洞填補。如圖五。



圖五

四、牙髓保護、酸蝕現象、及牙釉質／牙本質粘著系統，

在窩洞修形期間及防止填補材料刺激作用之牙髓保護是維持牙齒活性最主要的目的。但在窩洞深度淺的或正常的病例、老年人牙髓小的病例’以及舊的填補物換新沒有全拿掉舊的填補物之病例、底襯及基底(Liner and base)是可以不做的。最好的牙髓保護劑應為氫氧化鈣(calcium hydroxide)，最須注意的是要填補複合樹脂時底襯／基底不能是古柏塗漆(Copal Varnish)及氧化鋅丁香油粘合劑(Zinc

Oxide eugenol cement)，因為兩者都會干擾到複合樹脂的聚合作用。

酸蝕現象(Acid etch Phenomenon)：在牙齒窩洞修形時，由於磨針切削，在窩洞底產生殘渣，阻住後來複合樹脂的固著，所以必須使用30%至50%的磷酸(phosphoric acid)，30-60秒來去除牙釉質塗抹層(Smear layer)同時獲得微細機械性固著處。

牙釉質 / 牙本質黏著系統 (Enamel/dentin bonding Systems)：粘著劑是一種低稠度的樹脂，用以粘著在牙釉質和/或牙本質上的。大多數牙本質粘著劑被稱為底劑(Primer)，用來促進粘著作用。通常臨床使用為在經酸蝕後的牙齒擦上底劑後再使用粘著劑(bonding agent)，牙本質粘著系統也可粘著於酸蝕後的牙釉質。現有不少廠商提供全方位粘著系統，把酸蝕、底劑、粘著等作用合併，牙醫師在操作時方便不少，節省不少時間，同時也得到不錯的效果。如LinerBond 2, Prime& Bond 2.1, Single Bond, Bond-IT 及 Imperra Bond ……等。

五、臨床步驟及注意事項

經診斷、計劃後選定須修復的牙齒部位的準備，清除牙菌斑、牙結石及染色，做色調選擇，使用防溼障來作操作部位的隔離、窩洞的修形、牙髓保護、酸蝕、底劑準備、粘著劑使用後複合樹脂充填，再做填補的完成及磨光。以下提出臨床操作時，應特別注意之事項。

(一) 顏色的選擇：選擇牙齒時，不能讓牙齒太乾燥，脫水的牙齒顏色會變得淡

點。大多廠商會提供比色板，不同材料供應不同比色板不能混用。最近傾向使用 VITA Shade Guide 來做比色標準。比色時以快速瞥過為佳，因為直視30秒後就不易分別顏色，此時應休息一會兒再做比色的工作。

(二) 第三類窩洞的複形，窩洞修形時是從唇側接近(facial approach)或舌側接近呢？

其優缺點如何呢？何時可由唇側接近呢？總歸大略為：

1. 窩洞靠近唇側，由唇側接近保守性的療法。
2. 牙齒排列不好，不能由舌側接近。
3. 擴散性的蛀牙已延伸到唇側。
4. 先前填補時已由唇側接近修形。

傳統的第三類窩洞修形固著力不夠時，可加用舌面鴿尾形(lingual dovetail)。

(三) 若使用成型帶(Matrix)或木楔(Wedge)時須使用透明物質，以防影響聚合作用。

(四) 鹵素光燈照射時，應儘量靠近複合樹脂，但應防止燈頭碰觸複合樹脂造成污染，影響照射效果，照射時間應由廠商建議。

(五) 牙本質釘(pin)在複合樹脂填補中並不太被鼓勵使用，原因是：

1. 打釘可能傷害牙髓或打出牙外。
2. 釘子並不會加強複合樹脂的強度。
3. 有些釘子會生鏽而變色。

除此外，若牙齒結構缺損大時，打釘是有幫助固著的。

(六) 在同一約診時段內，兩顆兩鄰牙齒的填補操作原則為：先作大的窩洞修形，再作小的窩洞修形，如此可得保守的操作方式，填補時則小的窩洞先填補，再填補大的窩洞。

(七) 若齒質經酸蝕後，不小心沾到唾液，則須再酸蝕 10 秒鐘即可。

六、結論：

1959 年學者 Skinner 曾說：填補物美觀性的質，就和病人心理健康一樣，而填補物的生物性及技術性的質就好像他的身體及牙齒健康一樣。所以一顆牙齒須作復形工作時，就要把其美觀性、生物性及技術性都考慮在內。

複合樹脂填補物失敗的原因如外傷、不正確的窩洞修形、材料不良、或材料使用不正確等的原因。本文介紹複合樹脂的種類、窩洞修形的設計、牙髓的保護、酸蝕技術、牙釉質／牙本質粘著系統，同時把臨床注意事項重點提示，希望牙醫師在從事複合樹脂填補時，能成功完成。

〔作者簡介〕

廖保鑫

- 中山醫學院牙醫系講師
- 中山醫學院附設醫院保存科主任
- 中華民國牙體復形學會理事

讀萬卷書與行萬里路

撰文／李偉文

有一位幽默作家曾寫過「所謂世界名著就是每個人都聽過那本書的名字，但是卻沒有一人看過的書。」這個比喻講的非常有道理，不然做個問卷：「飄」、「亂世佳人」有誰看完？基督山恩仇記誰看過沒有注音的原著？

不談世界名著，談中國名著：紅樓夢看完的舉手？西遊記原本小說有讀完的想必也沒有？

世間事的確如此，太熟悉的事反而喪失想去瞭解動機；太理所當然的事也忘了探究背後的真相。

因此，有人說：寫一篇城市介紹，在當地待二、三個月最適合，世居當地的人反倒寫不出什麼好的觀點與看法。

想到這裏不禁有點害怕，我們生活中有多少習常的事（幾乎從睡醒到就寢，所有事都以慣性、直覺、效率在應付），當我們對所有事物都視作平常時，是否會失去仔細審視每件事的真實意義。

想起弘一大師仔細咀嚼白米飯與蘿蔔的景像，每一口、每一口都仔細的品嚐與回味。

我也回想一些國外的旅遊經驗，曾經有許多「豐富緊湊」的旅遊行程，可是現在一點也記不起來了，倒是在京都寺廟的午睡、比利時鄉小城無目的漫步閒逛，這些充滿空白的片斷才是記憶難以磨滅的景像。

因此，對於現代人每天做那麼多事，碰見那麼多人，有點悵然。

〔作者簡介〕 • 湯城牙醫診所負責人

《殘智障自閉兒專輯》

有關自閉症兒的牙科治療與簡介

撰文／黃瑞昆

在過去二十年來，對於殘障兒童的牙科處理，一直有明顯的改善與努力。在保護性的治療

與預防措施上也有所介紹，且對於照顧殘智障者的教育，已成為不可缺少的教育訓練，照顧殘智障者（如父母親）的繼續教育，也大大的增加，因為父母親與專業人士認為這些殘智障患者，也與正常病患一樣具有相同受牙科照顧的權利。而由於自閉兒佔殘智障患者比例並不限高，而且要求很獨特。

一、背景

「自閉症」一詞最早是由美國堪納醫師在 1943 年發表的一篇論文中提到的，列舉了十一個個案相當特殊的行為特徵。之後，有許多醫生、學者不斷研究，但仍很難一窺全貌。對於「自閉症」的定義，至今尚存爭議，簡言之，自閉症是指幼兒心智和情緒發展上一種很嚴重的障礙。自閉症的盛行率，因各研究診斷標準及地域的不同而有所不同，大約是萬分之四至萬分之十五不等，男比女多三倍以上。

自閉症的原因，迄今尚無任何一種說法

能為這種病因提出強力的證明。最早的研究大多以「心因性」的說法為主，以為自閉兒的父母較冷漠、疏遠、固執、不關心疼愛子女、排斥拒絕孩子而造成孩子的自閉症，但後來學者做進一步的研究比較自閉症孩子的父母和一般孩子的父母，發現兩者在父母人格、親子互動關係上並沒什麼不同，倒是自閉兒常在剛出生時已有問題，而這種不理人的特性也曾造成父母對這些孩子較冷漠。也有人認為是後天環境因素，如缺少和人接觸的機會，壓力太大，太緊張或飲食不均衡造成的，目前已確知無法由後天的社會、心理環境造成自閉症。先天生理上的異常是現在較為人接受的原因。部份學者發現自閉兒較一般正常孩子有更多的中樞神經系統構造上、生理上及生活上的異常。如腦室擴大、腦波異常、血清素偏高。此外自閉症患者的兄弟姐妹得到自閉症的機會較一般民眾高，雙胞胎的研究也認為有基因的因素存在，但整體而言，到底是什麼原因造成自閉症，仍不是很清楚，也可能是多重因素造成的。

二、自閉症的主要症狀有：

1. 「人際關係上的障礙：不理人、不看

人、不黏人、自己玩自己的、不和別人玩、不怕生、無親疏遠近之分、不喜歡被擁抱或身體的接觸，缺乏和親人的情感交流，跟著父母到外面，常常自己走自己的，不會回頭找父母而易走失，即便長大了還是對人不感興趣。

2.語言方面的障礙：自閉兒有嚴重的語言和溝通障礙，百分之六十的自閉兒毫無任何語言或說些大家都聽不懂的話，有如外國人在說話一般。會說話的自閉兒所說的話，常顯支離破碎，異常的腔調、咬音、雖有語言，但仍不會和人溝通，整天自言自語，也常有仿說而不知其意或代名詞反轉，分不清「你」、「我」、「他」的現象。

3.知覺障礙：對外界刺激的反應不當，常有聽而不聞，視而不見，如聾子、瞎子般的過份遲鈍反應，或對痛、冷、熱沒有反應，但對某些聲音（如電視廣告）或某些特殊的知覺刺激卻特別敏感，有些自閉兒愛看會轉會亮的東西，或什麼東西都要摸摸看、聞聞看、咬咬看、舔舔看看造成不少困擾。

4.特殊的遊戲法：不和別人玩，自己玩自己的，對於玩具有自己獨特而固定的玩法，喜歡玩會轉的東西，常把車子倒過來玩輪子，或把車子排成一排，也喜歡撕紙、快速的翻書，不會玩扮家家酒這類想像的遊戲；喜歡看閃亮的東西，也喜歡自己轉圈子，墊腳尖走路。

5.一成不呈的固定玩法：抗拒環境的變遷；並極力想維持原狀，如玩具固定的玩法、吃固定的食物，睡固定的地方，棉被、

枕頭、用固定的碗筷，看固定的節目，走固定的路線，手上固定拿著某種東西，排斥學習新的事物，熟悉的事物若稍有變動，也會引起極大的不安。

6.行為問題：自閉兒可能表現出活動量過高，也可能活動量太低或有其他搖擺、撞頭、旋轉、重覆動作，等特殊行為。

7.異常的智慧功能及技巧：有些自閉兒在記憶力、音樂、美術、拼圖方面有特殊「智慧的火花」。

在治療方面，除了部份怪異的行為，非常不穩定的情緒，或伴有癲病可以藥物來幫忙之外，最重要的是採用學習的原理針對自閉兒的這些人際關係障礙。語言溝通障礙的缺陷行為及知覺，行動方面的過份行為，固定僵化行為的缺陷一項項的矯治。

在教養方面有些原則須注意：

1.認清自閉兒的行為特徵—自閉兒雖有很多共同的特性，但彼此間仍有很大的差異，須針對每個自閉兒的行為特徵與需要訂下教育方針。

2.擬定學習目標—具體的描述該自閉兒該增進與該減少的行為，一方面有助於家人的理解、溝通，大家一起來教他，一方面也可具體地看出是否有進步，學習目標是否需要修正。

3.實用的原則—自閉兒的抽象思考能力有缺陷，不懂得舉一反三，在學習過程，儘量透過實物幫助他們理解與獲得有用的知識，如實際帶小孩搭公車，認識十字路口的紅綠燈。

4.循序漸進的原則—兒童的發展是依循一定的順序，會站了才會走，在教時要依個別能力的差異，循序漸進的教。

5.避免一成不變的學習過程—自閉兒本來就有固定行爲的特性，因此在教導時儘量多變化，不分特定地方、機會教育，否則只在特定地方才知道某個東西，離開該處就不知道了。

6.運用行為治療的原理—找到小孩喜歡的增強物（如玩具、零食或誇獎）做爲獎勵，當他表現的行爲太嚴重，可能會傷害自己或別人時可給予處罰、靈活運用獎罰的原則在適當時時機施行常可收到不錯的效果。

三、結論

自閉兒不同於智障兒或單純的語言障礙，是很特殊的一群，病因雖不是很清楚，

但若能早期發現，早期診治，在醫療、教育的配合下，因材施教，使自閉症患者能接受適當的教育矯治及必須的醫療服務，有耕耘就會有所收穫。期盼社會大眾能給自閉症患者及家人最大的支持與協助，發揮人道精神及泱泱大中國的風範，如此自閉症患者的未來將更有發展。

〔作者簡介〕

黃瑞昆

- 高屏區中山醫學院
- 中華民國社區牙醫專科醫師

樂捐校友會名單

江文正	10,000.-	蔡俊德	3,000.-	盧貞祥	14,000.-	蘇明圳	10,000.-
何成軒	2,000.-	曾應魁	5,000.-	吳子宏	3,000.-	后秉仁	2,000.-
陳長泰	5,000.-	白英仁	6,000.-	李幸南	3,000.-	汪振宗	10,000.-
賴清松	2,000.-	蘇鴻輝	2,000.-	詹勳政	3,000.-	范光周	1,000.-
陽明牙醫校友會			3,000.-	官振國	2,000.-	黃湧澧	3,000.-
鄭俊國	120,000.-	徐信文	50,000.-	何宗英	10000.-	陳光琛	10000.-
陳季文	3000.-	郭鋒銘	10,000.-	黃建文	20,000.-	潘渭祥	10,000.-
王誠良	10,000.-	蔣家興	1,000.-	徐勵生	1,000.-	陳文苑	1,000.-

樂捐校友會帳號： 19057191 王吉清

身心不自由者 殘智障牙科的推動

撰文／黃瑞昆

所謂殘智障者(handicapped)通常指無法順利的進行基本的日常生活及社會生活者。

一般廣義地說就是肢體不自由、視覺障礙、聽覺障礙、平衡機能障礙、智力缺陷之總稱。

WHO 及FDI在1981年定為國際殘障年，希望各國來展開對殘智障者的口腔保健和牙科醫療，並訂於12月3日為殘障者的關懷日，是以“完全的參加與平等”為主題，對幫助殘智障者主題可略分為五項，分述如下：

1. 幫助殘障者使在身體、精神及社會上都能克服障礙。
2. 經由適當的援助、訓練、醫療及指導使殘智障者能充分的參加適當的工作及社會的生活。
3. 鼓勵能多瞭解殘智障者的問題，能實際多參與社會生活，能更容易的利用公共建築物及交通工具和相關的調查研究活動計劃。
4. 讓一般國民深刻瞭解殘智障者具有參加經濟性、社會及政治性活動的權利。
5. 推動產生殘智障原因的預防對策及發生後復建對策。

以上的活動綱領在15年前即已在國際上

獲得共識與首肯，美國在1953年、日本在1973年已成立殘智障者牙科學會，而國內在以往雖有若干關懷以及口腔保健照護的活動，但並不多見。近年來由於牙醫師團體中有識之士已開始注意到殘智障者牙科醫療及保健工作是牙醫師責無旁貸的責任，更體會到台灣若要邁入21世紀的國際社會或先進國家的行列中對於弱勢團體的殘智障者更必須負起充分照顧以及協助使其能自立自足地工作。

目前，對於殘智障醫療方面在台大有韓良俊醫師、蘇宣銘醫師，在榮總有賈孝範醫師，在長庚有蔡宗平醫師，在台中有我們母校校友羅界山醫師及中國醫藥學院詹嘉一醫師，在高醫有黃純德醫師及蕭思郁醫師，如有殘智障的患者可尋求他們幫忙。

我們期望中山校友們也能盡己之力去幫助他們踴躍參予殘智障牙科的治療領域，當我們在門診服務正常的人群時，我們也希望校友們能共同來幫助殘智障牙科的推動與發展。

〔作者簡介〕

黃瑞昆

• 高屏區中山醫學院

• 中華民國社區牙醫專科醫師

牙科攝影入門

撰文／江 庸

牙科攝影，是記錄牙科病例最真實的方法之一。本文是針對照像設備的選擇，以及攝影基本原理來做介紹，使初學者在一起步就能買到比較適合的裝備，也少花些冤枉錢。

像機機體 (Body)

必須使用單眼像機，不能使用雙眼像機。單眼像機在觀景窗中所看到的影像就是底片上的影像，幾乎沒有誤差，而雙眼像機則因為觀景窗是分離的，在照近物時會有相當大的誤差，也就是觀景窗中所看到的範圍和底片上所投影成像的範圍不一致。什麼是單眼像機？就是鏡頭拆下來就看不到影像的機種是也。

近代像機都有自動曝光的設計，有自動曝光的機種當然也可以改用手動調整來設定光圈大小及快門速度，而自動曝光的機種最好選擇有「在底片面上測光」的機種 (TTL, Through the lens)，曝光才準確，尤其是照口內近照，以測光表量取光度再以手動設定光圈及快門常常會曝光不準確。

最好選擇「光圈優先」的自動曝光機種，所謂光圈優先就是由使用者設定光圈大

小〔如F22、16、11、8〕，讓照像機依光度自動決定快門速度〔如 1/125、1/30、1/15〕等，如此可以讓攝影者決定光圈大小，也就是說攝影者可以控制景深的範圍。自動曝光的相機，當您設定好光圈時，按下快門鈕一半時，相機會顯示快門速度，例如1/30，1/60，1/125等，如果快門速度慢於1/15秒，攝影者最好將光圈調大，加快快門速度，以免因為手會晃動造成影像模糊，景深的重要性，請繼續。

鏡頭

如果您只有幾個標準鏡頭以及人像鏡頭，有許多方法可以讓普通的鏡頭變成可以照近物的鏡頭，例如在鏡頭前加放大凸鏡，或在鏡頭及機身中間加延長管(Extension tube)或蛇腹(Bellow)，或是直接選擇有Macro功能的鏡頭。以上幾種選擇還是以使用Macro的專業鏡頭最為方便，也較專業，其他方式的組合都太笨重或是因為放大倍率固定或不容易調整，在使用上並不方便，攝影者可以購買放大率1:2的鏡頭就夠用了，



1:1的更好，至於鏡頭的焦距（例如鏡頭框上可以看到38mm,50mm,55mm,60mm,90mm等標示）對牙科攝影有何差別呢？請繼續。

鏡頭焦距

簡單區分廣角與望遠鏡頭的定義分別在於鏡頭的焦距不同，Macro鏡頭在市場上也有不同焦距的選擇。簡單的說，使用50mm的鏡頭與使用100mm的鏡頭要攝取得到底片面上同樣放大率（主題的影像一樣大）的物體影像時，使用50mm的鏡頭必須比用100mm的鏡頭還要更貼近物體。在牙科攝影時，使用50mm的鏡頭得貼得很近，被攝影者會有壓迫感，而且影像會有輕微的魚眼效應，較不真實，所以最好選擇焦距100mm以上的鏡頭，至於用望遠鏡頭必須更穩定的托持像機，這一缺點可以利用增加照明閃光燈光度，加快速度，或加大光圈的方法來補償。

如果Macro鏡頭的放大率不夠大，可以再加一顆2X鏡頭（Teleconverter）使焦距加倍，放大率也加倍。（例如90mm的鏡頭可以變成180mm，鏡頭則由原先的放大率1:2，變為1:1，但是光線也會少了一半）。日前已有廠商推出可變焦的Macro鏡頭，放大率達到1:1，焦距有兩類，約由28mm到70mm以及約由70mm到135mm的選擇，平時可以在診所使用，假日外出又可以拿來當做一般鏡頭使用，路邊有小野花或小昆蟲也可派上用場，綽綽有餘。

閃光燈

使用環形閃光燈(Ring flash)以避免不必要的陰影。購買時要確定你的Macro鏡頭口徑大小有合適的Adapter來裝環形閃光燈，以及不同廠牌之間的閃光燈連接座，最簡單的方法就是付錢之前先試試，看有沒有合適的連接環。

反射鏡

屬於取景技巧，下期再討論。

拉嘴器

屬於取景技巧，下期再討論。

攝影時如何對焦

由單眼像機觀景窗所看到的影像，是物體反射光線，經由鏡頭、反射鏡，投影在一片磨玻璃上的影像，而肉眼要看到的影像，還需要經過照像機內幾塊菱鏡的反射後才會到達我們的眼睛。攝影者在「取景」與「對焦」兩個步驟後，原則上只要看得清楚物體就可以按下快門了，並不需要特別注意去調整 Split image 或 Dot image，如果能將像機內的投影毛玻璃換成全素面的，沒有一塊圓圈 image 在中央，則在近物攝影時更能輕鬆的看清楚主題來調整焦距，因為 Split image 或 Dot image 在照近物時較不容易對焦，而素面投影玻璃反而能讓攝影者好好看清楚要照的主題物，不會被中央的對焦圈(Split image及Dot image)擋住而看不到主題目標物。現代像機應該都可以輕易更換此一附件。

光圈、快門與景深

像機在攝影者對焦取景時，光圈都會自動開在最大的位置，讓攝影者可以有充足的光線看得清楚，而在按下快門的同時，光圈才會自動縮到我們所調整的大小，快門速度則依像機感光器的感光結果配合光圈大小自動調整。所以攝影者在調整焦距時，在觀景窗所能看到的清晰的範圍非常淺，或說非常窄，譬如將焦點對在正面照的大齒上，則可以發現門牙以及後白齒區都會模糊，這是因為光圈是開在最大的關係。可是底片沖洗出來後，卻發現前後牙區都相當的清楚，這就是光圈縮小的功勞，讓清晰的範圍變深。

光圈、快門與景深之間的關係在攝影學上非常重要，在牙科攝影中尤其重要，必須好好研究之間的關係。

以最笨的方法來瞭解三者之間的關係，在像機鏡頭基部，大多可以發現一個按鈕，將此鈕按下時，光圈會由最大縮小到我們設定的大小，我們可以在觀景窗中觀察光圈縮小時，景物的清晰度有何差別，影像的亮度有何不同，嘗試用不同的光圈大小設定來重覆此一讓光圈縮小的步驟，再看看影像的清晰範圍有何不同，參試幾次，自然會體會其中的原理。

攝影主題

口內攝影的主題大致可分為以下幾類：

- 一、單一小範圍主題照
- 二、咬合正面照。
- 三、上下牙弓咬合面照

四、咬合頰側面照。

口內照的攝影原則：

- 一、主題放在照片中央，不要超出框框。
- 二、主題物要對焦清晰，照片亮度適中。
- 三、主題連貫之系列照，大小及角度要一致。

結論

第一次始用新相機或新鏡頭，應該建立詳細的攝影記錄，包括主題、光圈大小、鏡頭種類、自動或手動等資料，還有在攝影時焦點是對在何處？例如調焦點時將最清晰的點調在門牙區還是犬齒區，還是後牙區，都必須記錄清楚，等到底片或正片洗出來之後，我們可以一張一張對照記錄檢討失敗的地方。同時我們也可以知道這一台相機在某一光圈設定時景深的範圍在那裏，對焦時必須將清晰點調在何處才可以得到最佳的景深範圍。

攝影作品的優劣評斷是一項很主觀的看法，在牙科的口內攝影成果，只需要讓讀者看得清楚，看得懂，看得舒服就好了。如何拍得清楚，除了靠攝影者穩定的手來握持相機之外，就靠攝影者搞清楚光圈，快門，光線與景深之間的關係。多多嘗試，多做記錄，多檢討，自然可以歸納出自己的一套攝影公式來運用。

〔作者簡介〕

江 庸

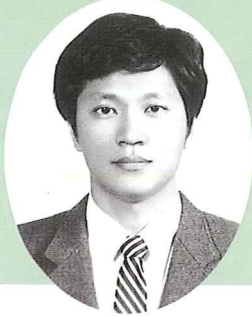
●童安牙醫負責人

●中華民國兒童牙科學會專科醫師

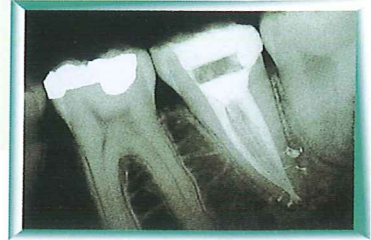
得人牙醫診所

康永明醫師

美國波士頓大學牙髓病牙醫科學博士



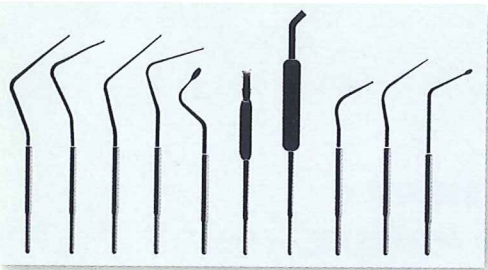
“根管治療時我採用馬來牙膠針加熱垂直充填 (Vertical Compaction of Warm Gutta Percha Technique). 因它可將整個根管系統 (包括側根管或 C 型根管) 很緻密地充填。
Thuch'n Heat 取代了傳統的火焰加熱，它除了能提供精準控制的加熱點，並可以使整個充填過程更加快速、安全與方便”



Touch'n Heat



- 無論您是使用 VERTICAL 或 LATERAL Condensation Technique，或者 Removing-percha from canal 都適用本機器。
- 可以將整個根管系統緻密的充填，X 光片上將呈現前所未見的完美造形。
- 操作方便、安全、迅速。



選購品



Tips stander



選購品

- 直接使用 Buchanan 填壓器，操作更方便，更迅速。
- 溫度數據顯示，定溫操作，完全符合您個人的操作習慣。

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

SPECTRA CAM

操作.....EASY

攜帶.....EASY

價錢也很.....EASY哦！

感謝

中央健保局採購
本公司口內攝影系統



台灣總代理：

想見它嗎？.....EASY...來電(02)2286-1982

同鼎有限公司

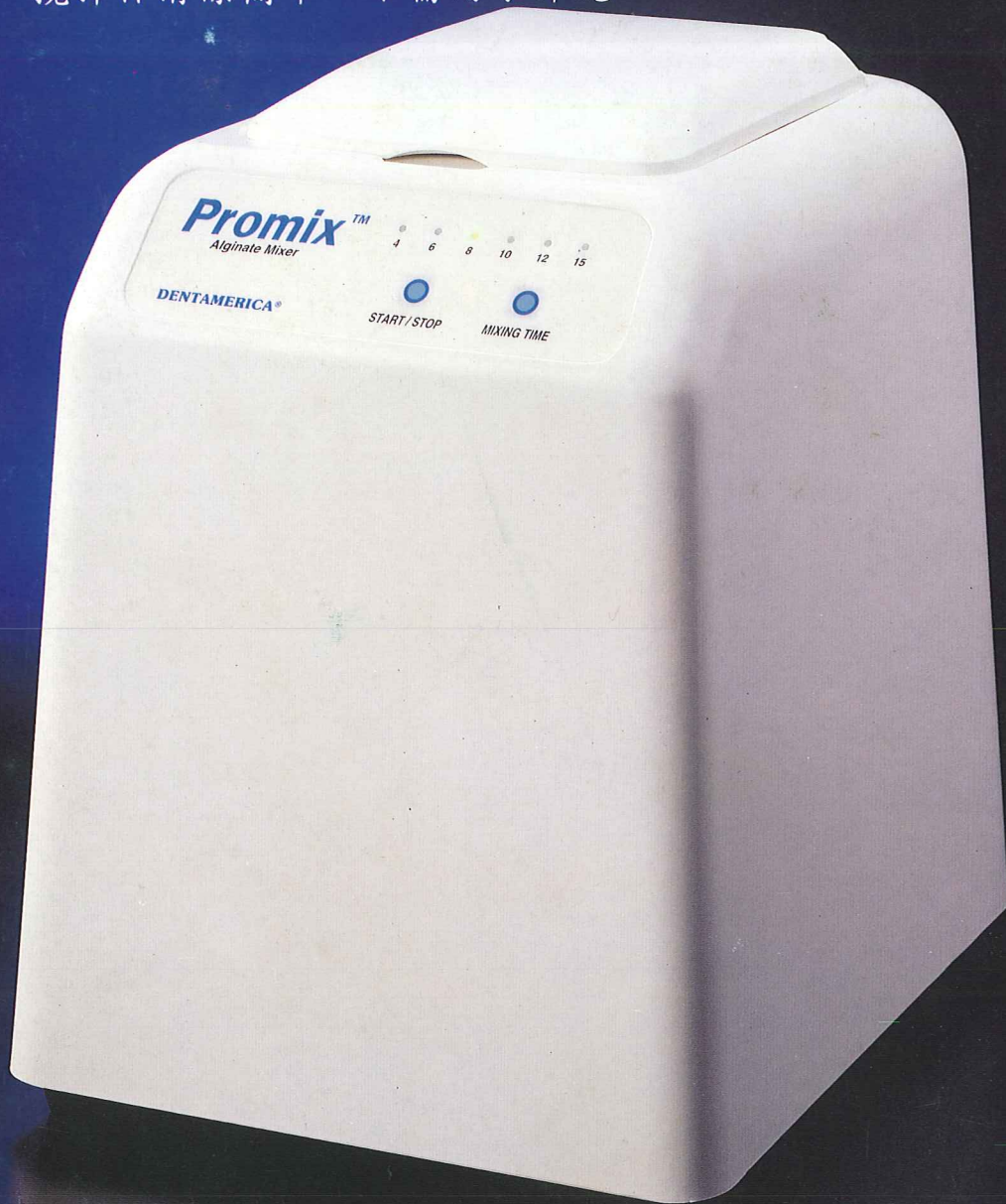
(中華牙醫學會攤位# 208 ~ 209)



地址：三重市溪尾街108巷73號2樓之2

Alginate 自動攪拌機

- 快速攪拌，6秒鐘即可完全均勻混合
- 印模精確，完全沒有氣泡的顧慮
- 有安全開關裝置，可確保使用中的安全
- 攪拌杯清潔簡單，不需要用水沖洗



DENTAMERICA®

亞洲分公司

登特美有限公司

服務專線：(02)2755-4445(總機)

轉牙材部

傳真：(02)2755-4919

請洽右列經銷商：

基隆 / 欣達 (02)24272568
 台北 / 泓品 (02)26326918
 / 吳文成 (02)23940996
 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 / 楊錫雅 (039)519551
 花蓮 / 中興 (038)350659