

本報

開創知識的、生活的美學空間！

Jan. 2002

冬季號 36

社論——選舉年談選舉

發現VIP——訪鼎興何宗英先生

國際新訊——來去大陸——北京大學口腔醫學院留學經歷

經管藝術

- 1) 逆向行銷！提高患者接受治療計畫的意願
- 2) 在小朋友張口之前
- 3) 牙醫診所連鎖化經營之可行性探討

專業觀點

- 1) 改善檳榔族口腔黏膜下纖維化及白斑症之症狀療效
- 2) 完美的矯正治療
- 3) Clinical case report of Anterior all ceramic
- 4) 合乎美觀的牙根覆蓋手術——皮下結締組織移植

牙醫大不同

換下醫師袍——李昕的舞動人生

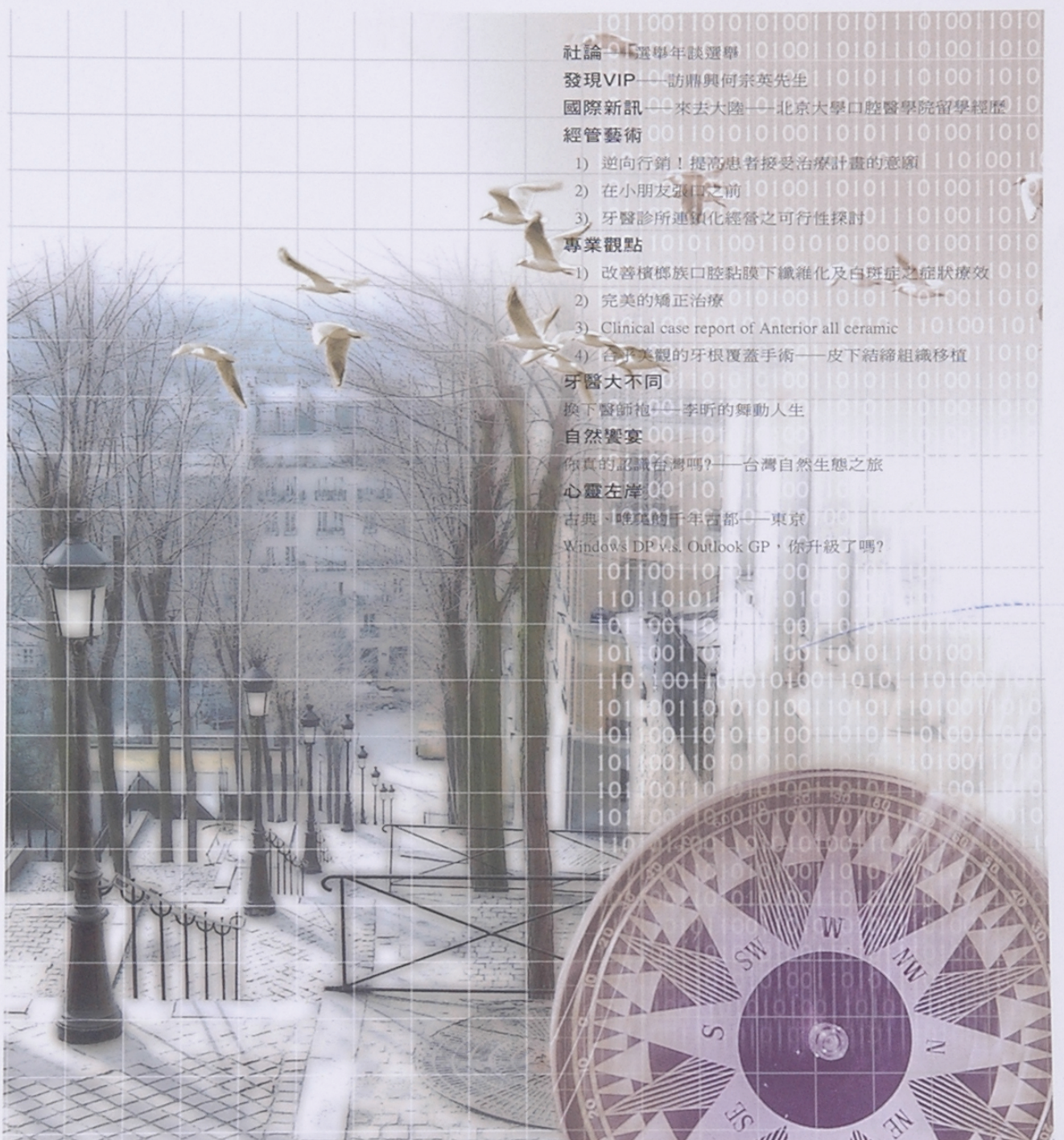
自然饗宴

你真的認識台灣嗎？——台灣自然生態之旅

心靈左岸

古典、唯美、千年古都——東京

Windows DP v.s. Outlook GP，你升級了嗎？





迴旋手札／A Letter from Publisher

歲末的感恩與關懷——給中山人的第三封情書 曾育弘 14

社論／Viewpoint from Editor

選舉年談選舉 主筆團 16

發現VIP／Discover VIP

知識與策略是成功的要素——訪鼎興何宗英先生 吳秋瓊 18

國際新訊／International Update

來去大陸-北京大學口腔醫學院留學經歷 戴國維 21

經管藝術／Art of Management

1) 逆向行銷！提高患者接受治療計畫的意願 張致彰 24

2) 在小朋友張口之前 邱宏仁 26

3) 牙醫診所連鎖化經營之可行性探討 陳建宏、謝尚廷 30

專業觀點／Professional Articles

1) 改善檳榔族口腔黏膜下纖維化及白斑症之症狀療效 戴悅生 36

2) 完美的矯正治療 吳碧祜 42

目錄／Contents

發行人 賴海元

創辦人 梁榮洲

榮譽社長 周汝川

總會會長 盧貞祥

會長 蔡守正

社長 曾育弘

副社長 陳家慶 劉柯昌

總編輯 徐勵生

副總編輯 李光中 林楷龍 蔡珍重

廣告主委 江文正

財務主委 江薰正

廣告委員 林希融 廖敏燮 劉大照

主筆團團長 黃建文

主筆團 江文正 江薰正 李光中

吳建德 林希融 林楷龍

徐信文 徐勵生 陳家慶

陳英禹 曾育弘 廖敏燮

劉柯昌 蔡守正 蔡珍重

編審顧問 王誠良 石鎮銘 江永言

江紘宇 吳國禎 李俊德

李榮泉 李碩夫 汪振宗

林進添 初昌榮 孫茂彬

徐思恆 康昭男 張瑄富

郭鋒銘 陳世文 陳世傑

陳季文 陳長泰 陳建治

陳慶鐘 陳敷元 黃亦昇

黃廷芳 黃建文 黃尊欽

楊家榮 董錦川 廖立民

廖富堂 劉明仁 潘渭祥

潘肇陽 蔡定亨 鄭俊國

鄭紹銘 盧貞祥 穆天龍

(以上順序皆依姓名筆劃排列)

主編 中山醫學大學牙醫學系

台北市校友會

社址 台北市忠誠路一段90號3樓

電話：02-2835-1938

傳真：02-2835-6703

版面構成 青田設計工作室

承製企畫 元瀆企業有限公司

電話：02-8866-5615

傳真：02-8866-5648

出版日期 2002年1月

新聞局局版台誌字第9942號

中華郵政北台字第4520號

登記為雜誌類交寄

3)Clinical case report of Anterior all ceramic	蔣邦正	50
4)合乎美觀的牙根覆蓋手術——皮下結締組織移植	鄭淑敏	54
自然饗宴／Nature Feast		
你真的認識台灣嗎?——台灣自然生態之旅	李偉文	62
牙醫大不同／Different Aspects on Dentists		
換下醫師袍——李昕的舞動人生	宋憶嬌	66
心靈左岸／Inside of Soul		
1)古典、唯美的千年古都——東京	楊舒斐	70
2) Windows DP v.s. Outlook GP,你升級了嗎?	高宇鋒	74
中山飛鴻／News from Chung-Shan Campus		
中山醫學大學校慶化妝遊行		41
木棉看板／Bulletin Board		
1)希望您也可以成為木棉之友		49
2)中華民國口腔雷射醫學會		61
3)美國南加大植牙研習班		76
4)N YU 植牙進修班第四期招生		78

廣告索引

封底 達渠實業有限公司
封面裡 國維牙醫聯盟
封底裡 瑠億企業有限公司

一特 國維牙醫聯盟	P29	偉登興業有限公司
P 2 聯雄健康事業股份有限公司	P80	茵康國際會議顧問股份有限公司
P 3 鼎興貿易股份有限公司	P81	茵康國際會議顧問股份有限公司
P 4 暘中設計工程研究室	P82	梵谷科技股份有限公司
P 5 同鼎有限公司	P83	平和齒科技工坊
P 6 牙寶有限公司	P84	傑基興業有限公司
P 7 國華牙材股份有限公司	P85	醫橋科技股份有限公司
P 8 法博國際有限公司	P86	華昕國際有限公司
P 9 黑格魯牙材貿易有限公司	P87	信東化學工業股份有限公司
P10 濬銘事業股份有限公司	P88	三臨企業有限公司
P11 辰邦工程有限公司		



封面意涵

人生旅程一如階梯，順境時即是衝勁拾級而上，逆境時戒慎恐懼扶階而下。黑夜中的燈火指引迷途的人找到回家的路，大海中的船隻則靠著羅盤讓船員們能夠辨明方向，不會迷航；當你徘徊在叉路時，誰總是適時出現，為你指引迷津呢？在歲暮感恩之際，用行動表達你的感謝吧！

歲末的感恩與關懷——

給中山人的第三封情書

曾育弘

當合歡山上銀絮紛飛，臘梅在枝頭綻放笑意，年的腳步也近了！先向各位讀者拜個早年，也許素昧平生，但我知道您在某個角落支持著我們就夠了。

上期木棉甫一出刊，即受到廣大的迴響，有人告訴我說他從頭到尾逐字逐句的讀過一遍，非常的感動，沒想到牙醫界竟然能出現這樣一本刊物；有人則以捐款的實質行動表達對木棉的讚美與肯定，在此僅借本文一隅，感謝來自四面八方的鼓勵，這一路上有各位相隨，相信在秉持「堅持品質」的信念下，我們做得有價值，也不會寂寞，真的謝謝你們！

度過一個社會經濟局勢開低走高的的一年，隨著政黨立委選舉的落幕，為今年的社會亂象劃下一個雖不滿意，但仍可接受的句點。國家選舉暫時告一段落，台北市牙醫公會即將在二月改選，而全聯會也將在七月全面改選，因此，整個牙醫界的選情是沸沸揚揚，大有一副「山雨欲來」的態勢。希望校友們能凝聚共識，透過協調，讓最合適的人選出線，除了發揮其個人才能為公會奉獻外，也在牙醫生涯外多了一項自我完成。選舉是一種權力的重組，在位者切勿恃權驕矜，濫用公器，應抱持犧牲奉獻的精神，摒棄院校門戶成見，牙醫團體方能獲致和諧團結，才能受到應有的尊重。

本期邀稿內容十分豐富，專業觀點部分有中華審美牙醫學會蔣邦正醫師的「Clinical case report of Anterior all ceramic」，吳碧祜醫師講解有關矯正治療的實例說明，戴悅生醫師提出「改善檳榔族口腔黏膜下纖維化及白斑症之症狀療效」，以及鄭淑敏醫師的「皮下結締組織移植」，在在提出醫師前輩們的真知灼見，為牙醫界打開知識的另一扇窗。而經管藝術單元，則有邱宏仁醫師針對小朋友就診情況提出詳細而具體的實例研究，另外由陳建宏先生和謝尚廷醫師提出「牙醫診所連鎖化經營之可行性探討」，不僅有資料數據輔以佐證，兼有理論做為依據，為牙醫現代化經營最佳參考白皮書。

本期人物介紹的部份是相當具有傳奇色彩的二位。擁有德國化工博士學位的何宗英先生，為了家裡的事業，從學術界的教授搖身一變而為商場上長袖善舞的仕紳，其間心態上的調適和認

知，耐人玩味。而北醫畢業的李昕，在執業十五年後，勇敢地棄醫習舞，毅然成為台灣極少數的佛朗明哥專業舞者，也舞出自己不一樣的人生。是如何的一番體悟讓她放棄了收入十分優渥的牙醫身分，縱身躍入時而優雅時而狂放的塞維雅那舞曲呢？且讓採訪編輯為您娓娓說來。

這一次的「國際新訊」是由中山醫學大學校友戴國維醫師自述其到北京大學口腔醫學院的留學經歷，是相當難得的一種體驗，和所有的木棉讀者一起分享，又「心靈左岸」單元，這次是由在台中長安建設任職，負責築生講堂一連串文化薪傳工作的楊舒斐小姐為我們介紹東京——這一個古典、唯美的千年古都，筆下重見古都風光，請各位細心品嚐！！

曾在牙醫界的廣告上看到一則形容牙醫師生活的詼諧短文，相信大家看了也不禁莞爾，但也頗為無奈，文字附錄於後：

(一) 生活單調，非黑即白

透早出門，踏著星光回家，倒頭呼呼大睡，一覺到天明

(二) 醫術超凡，內在平凡

平日夜總會，假日讀書會，除了牙醫學，什麼都不會

(三) 活躍一族，心靈荒蕪

中午理事會，晚上校友會，宵夜協調會，還有早覺會

(四) 診所得意，家庭失意

三天二頭吵，老婆真煩惱，小孩管不好，只因時間少

(五) 坐困「倦」城，身陷迷障

牙醫雖然好，不能不服老，如果搞不好，老命也不保牙醫師如何紓解工作上的壓力？說實在的，想法決定做法，如果，你只把自己當成印鈔機，平日不懂得上油保養，萬一那天零件故障了，怎麼辦呢？生活有許多目標值得追求，隨著年齡增長，目標的先後順序也要有改變，如果賺錢永遠擺第一，其他的會甘願被你擺在後面嗎？終有一天要捨你而去的。

社會上的腥羶色事件，一波未平，一波又起，除了作為警惕外，千萬不要因此而懷疑人性中美好的一面；人生如寄，在短暫的旅程中，常受到朋友或長輩的關愛，在你有能力的時候，也該釋出你的關懷，找時間和久未謀面的朋友或家人聚聚吧，願意付出的人總是獲得更多。

行船時因為有羅盤，因此船員們能夠辨明方向，不會迷失，人生旅途中，誰總是適時出現，為你指引迷津呢？在歲暮感恩之際，用行動表達你的感謝吧！

2001年12月22日冬至之夜

新舊輪替迎接新世代—— 寫在全聯會改選之前

主筆團

隨著社會的進步與開放，及全民健保的開辦，國人對自身的就醫權益及醫療品質的要求已大幅提高。醫療政策的推動改變了醫生大部分的收入方式，甚至也制約了醫生的醫療行為模式。因此，我們不能再埋首於象牙塔內而應積極關切並參與制定攸關民眾醫療及牙醫師權益的公共政策，透過公會理監事的改選，發揮自己的影響力，對牙醫界的未來有所規劃。

為牙醫界舉才，為自身權益把關

政府在制定與牙醫界有關的醫療政策時，溝通的對口單位是全聯會及各級公會團體的幹部。今年適逢牙醫界各級公會改選，藉著各公會代表的新陳代謝，以我們的聲音，表達出牙醫界最新的民意，並指引出牙醫界未來發展的新方向，這是我們每位牙醫師責無貸的義務責任。

團體協商式選舉，代表人選各校輪替

透過團體協商以推出人選是各種公會團體最普遍的選舉方式，以台北市公會為例，在台北市有一個非正式的團體協商機制稱為「七院校牙醫系校友聯誼會」，簡稱「七院校聯誼會」，成員由各校友會三個代表來參與。在過去幾年中每有重大爭議或突發事故時，「七院校聯誼會」都能提供最迅速的危機處理及協調溝通的機制。同時藉由協商的模式，歷屆公會理事長及理監事也都能在最有共識的默契下產生，展現出北市牙醫界團隊精神的意志。

民主選舉vs.協商默契

相對於台北市公會，代表牙醫師最高民意機構為——「牙醫師公會全國聯合會」，簡稱「全聯會」，其理監事及理事長人選的產生，則無全國有效的協商默契可循。取而代之的是由各方人士出馬競選，各憑本事訴諸每位牙醫師全聯會代表（目前每40位牙醫師設置一位全聯會代表，由代表以間接選舉方式投票選出全聯會理監事）以票選方式得到最後結果。

在非團體協商的方式下，要得到選民的「青睞」，候選人不是要在公共議題上有突出的表現，要不就以鴨子划水的方式，以時間和精力來經營人脈，培養實力。因而多少都能擴大牙醫界內部參與公共事務的深度與廣度。同時來自偏遠角落的基層意見也有機會充分的表達出來，受到重視。

就像生物學的觀點：「物種變異正是進化的動力」一樣，開放無障礙的參與空間永遠是一個團體進步的原動力。

不過選舉恩怨、派系糾葛，有時在所難免，而且花上數倍的精力和時間做人脈經營，公私應酬，跑紅白帖.....等，以牙醫師這個專業團體代表的產生，這個代價是否值得，也得考慮一下。

民主精神 民主的風度

越是競爭激烈的比賽，越是需要公平競爭的遊戲規則。過程中要謹守民主精神，對於比賽結果當表現出民主風度，和諧收場。所以無論是以團體協商默契或是自由參選的產生方式，不要忘了其最終目的是要為牙醫界推舉出最適當的代表人選，對外參與公共事務，尤其統籌監督牙科總額每年高達280億的預算大餅的執行；同時對內更應為牙醫師創造一個公平、開放、無障礙的參與空間，以營造出最有團隊精神的團體，不但造福群眾也為牙醫師的形象加分，這才不負我們對所有參選人殷切之期盼。

知識與策略是成功的要素

訪鼎興貿易股份有限公司董事長何宗英先生

採訪／吳秋瓊 攝影／陳泰維



受訪者小傳

何宗英先生，齒科材料學博士，鼎興貿易股份有限公司董事長，是國內牙醫科背景投入齒科醫療器材經營的第一人。自1975年參與父親何棟樑先生的鼎興公司以來，陸續代理歐美各大知名廠牌器材，及引進國外專業技術。並成立直銷事業處，首創台灣代理直接第一線客戶的服務。對於國內牙科醫療環境的改善與品質提昇，一向不遺餘力。

因緣巧合進了牙科

自 父親何棟樑先生那一代起，創立於1949年的鼎興公司，由於戰後物資非常缺乏，初期進口各種民生用品如原子筆、眼鏡

等，直到1951年才開始從事日本、歐美各廠牌牙材專業引進，批發給國內牙材同業，對於牙醫科技的提昇，可說是邁開了第一步。當時的『鼎興』就設在住家一樓，何宗英自小耳濡目染，對於牙材並不陌生，若說是因而成為日後齒科材料學博士的啟蒙，何博士說：「那倒也不盡然！」雖說家中事業做得有聲有色，何宗英笑稱自己是那種不愛死讀書的小孩，初中考上了師大附中，附中崇尚自由健康的教育理念，使得六年的中學生活，成為開啟何宗英人生視野的第一把鑰匙，也讓他從靦腆青澀轉而成為允文允武的全才。

說起和中山醫學院的淵源，何博士笑說：「全是因緣巧合」。高中畢業時，學業成績原可保送東海大學工業工程系，沒想到父親閒言一句，卻讓他從此進了醫療這一行。原來當時中山醫專的創始人周汝川董事長，和從事牙材批發生意的何棟樑先生相熟，知道何家長公子要上大學了，遂建議來就讀中山醫專，何宗英遵從父命將志願填上中山醫專，果真不負眾望考取了中山醫專。

大學畢業之後，服完兵役，因為父親和日

本牙材廠商的關係，父親做主替何宗英申請到日本大阪齒科大學去就讀。原本要修習假牙技術，卻因為教授調職而進入材料學科系，這樣的轉變也決定了何宗英從原來設定的醫療臨床路線，變成學術研究及教學，也是接續父親牙材生意的契機。

取得博士學位之後，何宗英回到母校中山醫專教書，在當時的台灣醫學界，以材料學博士的專科背景進入教育體系而言，可說是鳳毛麟角十分少見。回想在日本的五年期間，何宗英認為自己非常幸運，因為擔任指導教授的助教一職，從第二年開始，便從單純的研究生兼任助教，對於日後教學有很大的幫助。

家教甚嚴服從權威

雖然家中從事牙材生意，何宗英坦言在成長過程中，卻從未感受到父親期望其成為牙醫的壓力，日後接手鼎興公司的業務，也非父親有意培植。從小領受母親嚴格的家庭教育，何宗英書讀得不錯，運動卻不在行，原本個性溫和內斂，好在附中六年的自由風氣，讓他多少也受了一些薰陶，逐漸激發出內在活躍的潛能。教書之餘，何宗英也逐漸參與鼎興公司的營運，1976年更成立直銷事業處，首創台灣總代理區直接對第一線客戶的服務，1981年成立台中分公司，1985年代理法國知名藥廠Septodont，同年成立高雄分公司，1986年代理日本Takara Belmont廠牌，1995年並與Belmont株式會社合資，在台中設立鼎興貝蒙股份有限公司，製造生產牙科治療椅。除此，1997年成



何宗英醫師與母親、太太及三位子女全家福

立的植牙事業部，代理植牙第一品牌Branemark，將最先進的技術引進台灣，1999年代理高科技全瓷產品 PROCERA，更引領牙科進入二十一世紀的科技潮流。從參與至今的二十幾年間，鼎興公司在何宗英博士的領導之下，不僅將父親於1971年間與日商第一家人造牙齒製造商〈京都株式會社松風〉，在關渡工業區合資創辦的〈台灣松風股份有限公司〉，繼續擴大人造牙齒等牙材的專業製造規模，除提昇國內牙醫界醫療材料之外，也大多數回銷日本由日本轉銷到世界各國，並於1986年榮獲日本厚生省頒發JIS（日本工業規格）國外第三號指定工廠，並奠定我國牙科材料發展的國際地位。為使國內牙科醫療品質更上一層樓，1986年更設立器材租賃部門，提供開業醫師更充份的資源運用。

來自家庭的能量

自父親手中接下『鼎興』以來，從一個牙

發現VIP *Discover VIP*



材進口貿易公司，發展到現今鼎興事業集團的規模，何宗英博士的專業背景，可說是居功厥偉；若要歸納何宗英博士的成功因素，則要歸功於來自家庭的能量，從母親的嚴格教育養成的傳統價值觀，使得何宗英博士日後，不論處世態度或生意來往，都秉持著『君子重然諾』的誠信態度。而這樣的價值觀，從婚姻大事的完成過程來看，正說明了其『一以貫之』的精神。

說起何博士的相親結婚，大概要讓許多人大呼意外，雖說是師大附中出身，學得一身『能文能舞』的好本事，何宗英在感情路上卻一點也派不上用場，原因是母親時常耳提面命，要『以結婚為前題』的態度慎選情感對象，這使得何宗英戰戰兢兢，完全不敢輕舉妄動。後來還是母親看長子年過三十，全無婚配對象，主動提起相親，當時遠在日本留學的何宗英，只得利用回台短短數日來進行，而行程之密集，何博士笑說：「陪著相親的父親，喝咖啡喝到胃都壞了！」所幸最後抱得佳人歸，

不負父母的一番苦心，賢淑溫婉的妻子，在家庭中全然的付出，也讓何宗英在教書和事業得以兼顧而無後顧之憂。

天生的生意長才

台灣俗諺說：「生意子不易生！」，指的是雖有生意資金未必具備生意長才，若以「財、力」的兩個基本條件來看，何宗英顯然是得天獨厚。當年父親的鼎興公司是台灣從事進口牙材的三大之一，排行第二名，何宗英接手之後迎頭趕上，穩坐第一寶座。其中最大的改革是推翻傳統的行銷方式，不再透過傳統經銷途徑銷售產品，而是設立直銷事業部，引進國外最新醫療技術，更不惜重資禮聘國內外學者直接向牙醫師介紹產品，這一來不僅使得公司及產品知名度大大提高，也讓材料商轉而回過頭來向鼎興購買產品，化被動銷售為主動出擊，可說是一個經營策略的成功運用。

隨著鼎興事業集團的蓬勃發展，何宗英博士也逐漸淡出教學，回到自己的事業體來，從學者之路走向企業經營，這其中的準備功課，何博士透過大量閱讀來取得，從別人企業經營得成功經驗中去鞭策自己，這樣的精神正是學習的本質，如果說何宗英是天生的『生意子』，這個孕育成長給予養分的環境因素，正是功不可沒的母體，三分天定，七分努力，何博士成功應用知識與策略的經營方針，可說是國內齒科醫療同業的最佳典範。

來去大陸

——北京大學口腔醫學院留學經歷

撰文／戴國維

一、留學的心路歷程

自 中山畢業至今已經十年了，記得在校四、五年級時就想出國留學，那時的想法不單是為了進一步學習醫學上的知識，同時也懷抱著一種想出去闖一闖的心情；但是那時不知道自己主要想學什麼。直到進入附設醫院實習後才發現自己對口腔顎面外科 (oral and maxillofacial surgery; OS) 有著濃厚的興趣。口外對我而言就像是在探索未知的領域一般，充滿了趣味性與挑戰性；那種強大的吸引力使得當時的我一心只想往這條路上前進。一般來說，牙醫系學生在通過國考後大致會有幾種發展方向：有的直接投入就業市場，也就是進入診所服務；有的先進入大醫院作住院醫師或是進入研究所就讀；有的則是會出國深造。以我的經驗來說，首先考慮的留學目標是美國；美國的口腔顎面外科一般是四年的臨床訓練，並可取得碩士學位。頭兩年在急診，一般外科；第三第四年才進入口腔外科。美國的口腔顎面外科訓練時間長，而且學的紮實，包括複雜的正顎外科 (orthognathic surgery)、顛顎關節手術等都能學習到；但問題在於不容易申請，粥



北京大學口腔醫學院 (2001年)。

少僧多。不過，美國的口腔外科醫師的治療範圍與歐洲或日本相比是比較侷限的。

基於上述理由與一些私人因素，後來轉而考慮到日本去；當時很順利的申請到日本橫濱市立大學醫學部口腔外科教室進修博士學位；不過進入後發現：由於日本限制外國人考醫師執照，在臨床上教授較不會讓我們有操作的機會，同時日本較偏重基礎研究，有一大半的時間要花在實驗室；原本臨床訓練就已經很不足了，又限制了學習機會，因此當時對於在學期間能學到多少東西實在是憂心忡忡。

在日本有一個好處，對外的資訊很多，關於大陸的資料也不少；另一方面，也認識了一些大陸留學生，和他們討論的時候發現：大陸

全國的口腔教育水準可能正在起步階段，但在一些重點大學，尤其是口腔顎面外科方面，他們做得相當好。根據大陸出版的口腔醫學雜誌內容發現：橫濱市立大學口腔外科一年病人的就診數量，大約只有大陸北京醫科大學口腔醫學院一個半月的病人量。當時看到這份報告，直覺的認為就診病人數量越多，越能見到不同種類的疾病，同時臨床學習的機會也會比較多。對我們這一代來說，由於種種原因，要學到臨床技術比拿學位困難多了；所以就直接寫信聯絡大陸口腔顎面外科最著名的兩間學校，一間是北京醫科大學，另一間是上海第二醫科大學。去上海，當時考慮到有言語溝通上的問題，所以最後決定去北京。我先去了一個星期，大致瞭解一下那邊的環境；回日本後，直接去找我的指導教授商量能不能去北京學個一兩年技術再回來繼續學業？他認為不太可行，必須要先完成博士論文。當時內心實在非常矛盾，要放棄可以順利取得的博士學位真是有點不捨，不過為了想學臨床技術，只好先放棄日本的研究。年齡是一個大問題，在台灣如果能從牙醫系順利畢業的話，已經二十五、六歲了；當完兵，再花個四、五年的時間拿個博士學位，三十多歲的人，手都鈍了，怎麼去學東西？就因為這樣的考慮，所以就把拿學位的事放一邊，先把臨床技術學好再說。最後我選擇了北京醫科大學口腔醫學院進修。

二、中國大陸口腔醫學教育現況

大陸的口腔醫學教育起步很早，目前主要



博士學位論文答辯會。

有幾間學校較為著名：包括北京醫科大學、華西醫科大學、上海第二醫科大學及第四軍醫大學。北京醫科大學以前稱為北京醫學院，是從北京大學裡分出來的學校，但是在去年五月份（2000年）又再度與北京大學合併，目前已改稱為北京大學醫學部。上海第二醫科大學是從震旦大學裡分出來的學校。為什麼叫做第二呢？因為已經有一個上海醫科大學了。第四軍醫大學在西安，是屬於軍醫系統的一個學校。華西醫科大學，原名華西協和醫科大學，為抗戰時期諸多大學遷校於成都時，由各醫學院合力成立的學校，目前也已經與四川大學合併。所以大陸以口腔醫學教育來講的話，有上述幾所較好的重點學校，但仍以北京醫科大學和上海第二醫科大學較為有名。而這幾所學校各有其專長，例如北京醫科大學口腔醫學院在口腔顎面外科、矯正科（當地稱為正畸科）、口腔病理科等方面較為著名；以口腔顎面外科來說，北京醫科大學口腔醫學院擁有約110張病床，5間手術室；同時依據不同領域分為正顎外科治療中心、顛顎關節治療中心、唇顎裂治療中心與種植牙中心；另外在口腔腫瘤的治療與顎顏面外傷的處理上也有很好的治療水準。

目前大陸的學制為小學六年、中學六年、一般大學四年，醫學院和口腔醫學院包括實習課程一共唸五年；至於碩士與博士課程一般分別約為三年。

以我的經驗來講，大陸這幾年的進步是有目共睹的，由於經濟的發展，使得他們的硬體設施不斷更新，而歸國學人的增加更加速引進了具有世界水準的醫療方法；稱呼他們是跳躍式的進步也不為過，不過這只是針對少數地區而言，整體口腔醫療水準仍有待提昇。關於大陸的醫療制度是這樣的情況：有點像台灣的醫療保險，不過保險的負責單位即為個人的任職機構，因此會視任職單位營利狀況來考量部分負擔的比例；若任職單位較賺錢，個人的部分負擔就較輕，因為單位會幫你負責大部分的費用。

我在北京醫科大學口腔醫學院接受口腔顎面外科的臨床訓練，大部分時間都是在口腔外科的病房；其他包括麻醉、病理、解剖等相關學科也都有涉獵。他們的病人數量極多，能動手的機會也多，根據我的筆記，我自己獨力負責care的病人就有一百餘人，最多的時候手上一共有十位病人；如果包括其他住院醫師照顧的病人或一起作手術的病人更是不計其數。當時學習的壓力相當大，幾乎沒有節假日，不過辛苦總是有代價的，學到的東西同樣也讓我受用無窮。之後回到母校念口腔醫學研究所碩士班，畢業後在恩師周明勇教授的鼓勵下，繼續攻讀北京醫科大學口腔醫學院博士課程；終於皇天不負苦心人，在今年順利取得北京大學口

腔顎面外科科學博士學位。

三、展望未來

大陸是一個各方面都在進步的地方，建議大家有機會不妨親眼去看看；唯有親身體驗才知道大陸進步的幅度是如此的巨大，不要被一些道聽塗說或誇張不實的謠言所欺瞞。另一方面，如果考慮留學的地點，大陸倒不失為一個可以參考的地方；不過如果要去的話，最好能先知道該校的詳細情況，目前有許多的管道可以取得詳細的資料，審慎評估之後，再下決定；畢竟對我們來說，那是一個陌生的地方。在台灣牙醫就業市場已經逐漸飽和的今天，再加上健保的大餅已被瓜分的所剩無幾，去大陸行醫或許是下一批牙科畢業同學必須考慮的地方；畢竟已經有十餘萬台灣人在彼岸定居（商業週刊的資料），而這個數字正在逐日增加，再加上日益富裕的大陸同胞，這個醫療服務市場真是非常的巨大。根據上個月報載的消息：大陸的醫師執照考試即將對台灣人士開放，只是初期還有一些限制。總之，目前大陸的情況已經比七、八年前我剛去的時候改變了許多；希望這些體驗能給有志者提供一點參考。

戴國維

北京大學口腔顎面外科學博士

北京大學口腔醫學院口腔顎面外科專科訓練

中山醫學大學口腔醫學院助理教授

中山醫學大學附設醫院口腔顎面外科主治醫師

逆向行銷！ 提高患者接受治療計畫的意願

作者／張致彰 醫師

患者都是無知的，傳統的牙醫師在基礎治療完後，要更進一步作更高階層的治療時，都會面臨到必須對患者做推銷的工作。如：Vaneer、crown、post等。這種由牙醫師起始的單向的溝通，常常使牙醫的工作淪為「推銷員」。不但醫師形象受挫，也使得患者無形之中抗拒這種「推銷」的行為，使的「成交率」大幅下滑。

假使我們能讓患者主動要求我們做Vaneer, crown, implant，那不是很美妙嗎？

這種行銷模式稱為「逆向行銷」，也就是

說，你先營造出一個充滿『無聲對話的環境』，不斷的隱喻、暗示患者，你提供的醫療服務是很有價值，很棒的。讓患者在看到你之前便了解他需要你提供的治療，激發他接受治療計畫的意願。在這個模式下，一個讓患者接受治療的「行銷」由患者主動提出，而非由醫師單方面單向溝通。如此一來成交率當然大大提升。

以下便以推銷美容牙科為例，一步一步教大家何為「逆向行銷」：

首先，先營造出「美的環境」：

- 1 適當的裝潢，而不是PUB，五星級飯店。擺放地毯、沙發、營造出溫馨而美的感覺。
- 2 牆壁掛上很漂亮的風景畫或照片。
- 3 書報架擺放流行時尚的雜誌
- 4 美麗的插花
- 5 美麗的水草造景魚缸

這些所有的美事務，會不斷的激發患者想追求美好事務的同理心，放鬆心情，甚至也可以幫助患者暫時忘卻某些不悅的牙科治療。



第二步，營造出『專業』的環境：

- 1 候診區掛上一幅超大型的『摩特兒的微笑』海報，不但可以給患者知道治療後的Vision，而且也有『mission statement』的意義。
- 2 治療區貼滿『治療前』、『治療後』的圖片，讓患者知道牙醫師有能力為他做什麼治療。
- 3 撥放口腔衛教與最新治療技術的VCR，無聲的反覆撥放。不斷的告訴患者，我們在乎他的口腔健康，而且有能力治療他牙齒並讓他擁有美麗且迷人的微笑。

所有這些無聲的對話，不斷的告訴患者：

- 1 我們對我們的專業感到驕傲。
- 2 您牙齒的健康與美觀是我們最關心的事。
- 3 看看所有您可以選擇的治療，不但是恢復您牙齒的健康，而且可以完全美化你的外貌。
- 4 我們的助理有能力而且願意回答您任何的問題。

5 我們竭誠歡迎你進入牙科世界的新紀元。

如此一來，診所本身以一種很專業的方式告訴剛踏入門的患者，我們可以幫助他們什麼？而不再只是一個看牙齒的場所而已。那些對自己的微笑不甚滿意的患者，如今突然明白，他有機會變得更好。

另外，助理小姐是另一法寶，尤其是本身也接受過同樣美容牙科治療的小姐，他們的說服力驚人。因為他們能更給患者看得到、摸得到的證據。

當患者的好奇心被引起後，再接觸醫師時，患者對美容牙科會有心理準備，甚至會主動提出問題。這時牙醫師不再是『Salesman』而是『educator』，可以理直氣壯的向患者『push』他的產品了。

張致彰

維美牙醫診所主治醫師

美國紐約大學人工植牙專科醫師



在小朋友張口之前...

撰文／邱宏仁 醫師

在台灣兒童牙科的領域，我是較資淺的後進，一路走來感謝許多兒牙、矯正前輩的提攜指導，平時有機會也很喜歡聽聽前輩醫師、國外教授的演講，或參閱他們所發表在國內刊物的文章，經過經驗的沈澱粹鍊再行之於中文表達，使人更容易吸收而受益匪淺。一位演講者將畢生或長期經驗的累積，在短短的一場講演或文章中，尤如“灌頂”般地傳遞給我們，當然領悟的層次就看個人的造詣。覺得當代的醫師真是幸福，比起十年二十年前的學習環境，在多媒體的運用及演講內容的深廣度上，都有跳躍式的進步。只要您有心投入參與，就有相當程度的收穫。所以我相當建議大家多參加進修課程--如果您認為這也是一種人生投資的話。

目前我在台南市開業，走兒童／青少年牙醫專科診所型態，包括初診在內，均採約診方式，因為我認為初診對兒童牙科來講非常非常重要！若有家長及成人患者要求治療，櫃台助理就會禮貌地說明診所型態並做轉診服務，時間一久，也少有成人患者進來求診。另外在台南成大醫院兒童牙科有一個諮詢門診，擔任會

診及臨床指導。一路走來，個人有一些小小的感觸和想法，藉木棉一角與大家分享，大家可用輕鬆的心情來看看。

基本上我很歡迎與每一位有志學習兒牙的醫師共同研討、交換心得經驗，但是，不主動鼓勵大家全職投入（當然嘍，您若已立志成為一位兒牙專科醫師，除了歡迎加入我們行列之外，若有能幫忙之處，必盡個人棉薄之力），因為一位快樂稱職的兒牙醫師，本身要有一些人格特質及價值觀，例如：喜歡與小孩相處、能夠肯定自己工作的意義與重要性等等，臨床的工作可靠專業的訓練培養而做得不錯，但若非本性使然，則很難讓人長期樂在其中，尤其又沒有比其他同行優渥的收入來增加動機的話。就客觀的執業環境而言，從事植牙的



看診區

進修增加假牙經濟效益，設立牙齒漂白及電腦鑲瓷門診項目，均有助於診所形象提升和門診收益。這現實層面的問題，需要在您決定全職投入兒牙或選擇走全方位牙醫前，仔細問自己要的是什麼？所以經常與有心從事兒牙專科工作或進修的醫師互勉“歡喜做，甘願受”，選其所愛、愛其所選，才能一路走來無怨無悔，踏實愉快。

這些年來的兒牙臨床工作，使我深深感覺到，治療前要先與家長建立良好的溝通與互動，使家長與醫師間對治療的內容及過程在認知上沒有落差，在了解小朋友的病史、身心成熟度、認知能力、生活習慣及先前的看診經驗後，再以熟悉且安全的行為處理技術為小孩有效率的完成牙科治療，最後以讚美及獎勵做為診療的結束，這整個過程環環相扣，缺一不可。在我門診初診時，一定會先完成上述的治療前準備工作，了解家長帶小孩來的主訴需求，並拍必要的x光片幫忙診斷，然後告訴家長我的行為處理觀念及作法，口腔的治療計畫和保健方法，約診次數，再為小朋友做環境介紹，器械及橡皮障的Tell-Show-Do，若家長可以接受我們的治療理念，則請助理安排後續的約診時間。若需要鎮靜麻醉、全身麻醉才能進行治療的小患者，則會詳細說明其必要性、安全考量問題、治療過程和所需花費，解除家長心中的疑慮和不安，再為家長開立轉診單，轉診到適當的醫療院所，接受完善的治療。”溝通”在兒牙佔非常重要的一個地位，包括對家長及對小朋友皆然。乍看之下，看似花費時

間，其實可讓日後大多數的診療工作一路順暢到底，並建立良好的醫病關係，整體評估下來，反而省時、省力、少糾紛。少了良好的溝通與互動，縱使醫師有能力做最好的治療，卻得不到應有的肯定和尊重。大多數的家長皆不是專業醫護人員，並不能太深入了解您行為處理之精湛及醫療品質之層次，尤其遇到過度保護又怕痛又愛哭的小孩，切莫因為溝通不足，而使自己”做到流汗”卻被家長”嫌到流涎”（台語）。溝通的重點在以小孩為第一優先考量，家長、醫師其次，這是言語技巧及人性的基本原則，如此醫師所提的建議及治療計畫，也較容易被家長接受。

有關治療計畫，要先了解主訴及真正問題所在，家長常會根據小孩的陳述轉告醫師，但小孩的陳述會因年紀小而又籠統不確定。正確的診斷乃醫師之責任，隨診斷而來的是治療計畫。當家長對全口完整的治療計畫無法全盤採





納時，解決主訴，去除疼痛和感染，建立良好的口腔衛生和健康為首要的治療目標；咬合引導及美觀功能的重建，即為第二順位的治療目標。因此在擬定治療計畫時，醫師應引導家長正確的認知和配合度，視小孩個體成長發育之差異及人格特質，為每一位小孩量身定做一個“最合適”的治療計畫。花費最小的代價（不論有形或無形）得到最大的好處，製造小孩、家長、醫師三贏的結果。

有關臨床兒牙的行為處理，已有許多前輩醫師做了很詳盡精闢的闡述，個人深覺受益匪淺，故特別列出幾篇延伸閱讀，供同好醫師分享，不看太可惜了！

“終身學習”是個人一個小小的生活理念，不論在牙科本行或生活周遭許多的人事物，都有值得再看看多了解的價值，身為一位臨床兒牙醫師，在每一位小孩患者張口之前，總希望自己每天有多一點點的進步來面對他們的問題，並幫助他們解決，就像幫助自己的小孩一樣。

延伸閱讀：

1. 吳英寬，行為改變技術的威力。鼎友：第七卷，第四期13-17頁1997年九月

2. 張家豪，行為誘導在兒童牙科的應用。鼎友：第七卷，第四期18-21頁1997年九月
3. 黃純德，HCM之後的安撫。鼎友：第七卷，第四期22-25頁1997年九月
4. 葉宜展，什麼情形下可採用HCM？鼎友：第七卷，第四期63頁1997年九月
5. 趙文煊，嘔吐反射處理篇。鼎友：第七卷，第四期67-70頁1997年九月
6. 施文字，如何替3歲以下的小孩看牙？鼎友：第七卷，第四期71-73頁1997年九月
7. 趙文煊，兒童牙科醫師為什麼喋喋不休？中華牙醫學會訊：第148期28-30頁，2000年二月
8. 趙文煊，「兇巴巴」的牙醫師。中華牙醫學會訊：第152期42-44頁，2000年七月
9. 趙文煊，我不是教您「兇巴巴」。中華牙醫學會訊：第156期42-43頁，2000年十一月
10. 趙文煊，正向強化、負向強化、懲罰、消弱。中華牙醫學會訊：第159期37-39頁，2001年二月
11. 趙文煊，別怕兒童牙科「行為管理」！！中華牙醫學會訊：第160期39-42頁，2001年五月
12. 趙文煊，塑造一個「合作」的孩子。中華牙醫學會訊：第161期43-44頁，2001年六月；第162期46-47頁，2001年七月
13. 趙文煊，行為管理成功的要件——正向強化。中華牙醫學會訊：第163期49-51頁，2001年八月
14. 趙文煊，如何選擇胡蘿蔔與棍棒（強化物的選擇）。中華牙醫學會訊：第164期24~26頁，2001年十月
15. 林慧娟，兒童牙科看診理念——專訪楊淑吟醫師。牙橋：第十四卷，第九、十期合訂本38-41頁，2001年十月
16. 趙文煊，如何維持孩子合作的良好行為（間歇強化）。中華牙醫學會訊：第165期26-27頁，2001年十一月

邱宏仁

中山醫學大學牙醫學系26屆

中華民國兒童牙科醫學會專科醫師

小博士兒童／青少年牙醫專科診所主治醫師

國立成大醫院兒童牙科兼任主治醫師

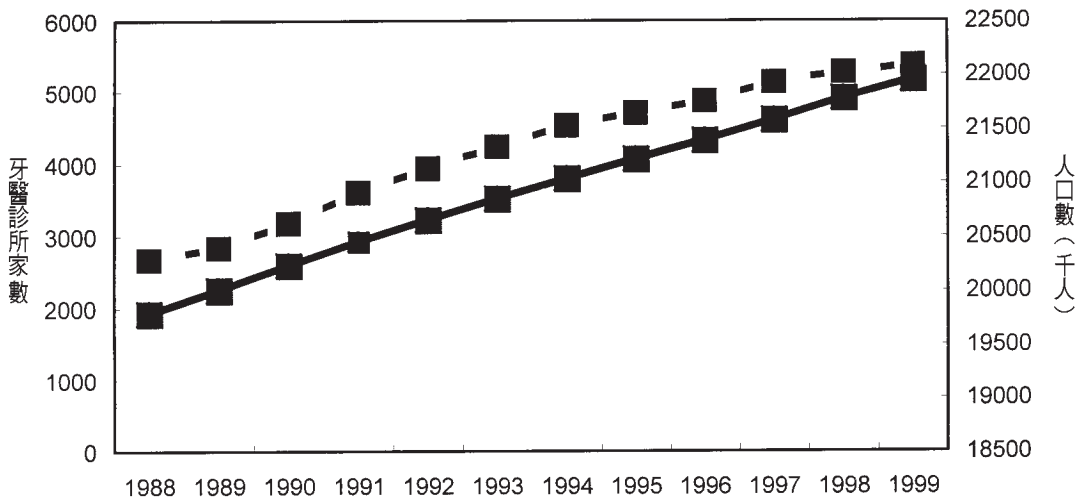
牙醫診所連鎖化經營之可行性探討

撰文／陳建宏 先生 謝尚廷 醫師

前言

自 從全民健康保險於1995年實施以來，牙醫診所在經營上有了相當大的變化。由於保險對象自公勞保時代的特定身份擴大到全民，使民眾的就醫意願大幅提昇；再加以民眾教育、生活水準的提高，民眾對口腔健康的重視程度也從過去功能性的需求（痛才找牙醫）

進步到美觀性的需求（如水晶瓷牙或齒列矯正等）。在這樣的趨勢下，開業牙醫師的收入有長足的成長，也有愈來愈多的牙醫師選擇開業（如圖一）。日益競爭的環境下，許多有關牙醫診所經營管理的議題也不斷的被提出且受到重視，諸如：牙科醫療服務滿意度因素之研究（李若菁，2000年）¹；自費型牙醫診所患者就醫選擇因素之探討（黃榮田，1996年）²；醫



圖一：台灣地區牙醫診所數與人口數之關係

（資料來源：行政院主計處國家統計局網站<http://www.stat.gov.tw>；行政院衛生署網站<http://www.doh.gov.tw>, 2001/1）

療行銷對病患滿意度研究（劉偉文，2000年）³等。

本文主要針對近年來連鎖事業在台灣蓬勃發展，在各種行業別中，不斷有連鎖化的事業產生（據台灣聯所與加盟協會統計：目前該協會有185家會員企業，涵蓋60個業種、19724家店舖數）⁴，進而探討牙醫診所進行連鎖性的可行性。

牙醫診所連鎖化經營的問題點

雖然連鎖化經營是目前商業經營上的主流，而一個成功的連鎖企業可以發揮的優勢也是目前牙醫診所經營者所希望達成的，但事實上，牙醫診所的經營特性與一般的服務業又有相當大的差異，在推動連鎖化經營時，可能遭遇以下的問題：

一、整合不易

牙醫師在社會中屬於高級知識份子，其獨立自主性也高於一般社會大眾。因為知識水準高，牙醫師的獨立思考能力也較強，在這樣的情形下，整合相當不容易，特別是傳統牙醫診所的經營是以牙醫師為品牌的主軸（殊不見目前市面上仍有相當多以牙醫師個人姓名為診所名稱的現象），牙醫師對診所內事務也有充份的決定權，這一點與連鎖經營係以統一品牌為主及一致的經營策略有相當的落差。如何整合個別牙醫診所經營者或牙醫師的理念以朝向連鎖所規劃的方向是未來牙醫診所推動連鎖化經營時所面臨的第一個問題。

二、技術差異性大

由於醫療行為是一種相當複雜的過程，醫師需要根據患者的症狀以本身的經驗與學識進行診斷與治療的判斷，而這一部份的個別差異性相當大。站在消費者的立場，今天在台北東區麥當勞所購買的麥禾堡的口味可能與在墾丁麥當勞所購買的一樣（因有標準化流程）。因為每一次的品質的差異性不大，消費者心中很容易對麥當勞這一個連鎖企業的品牌產生一致性的形象。但由於醫療的特性，患者很難期待在不同診所給不同的醫師治療會得到相同的品質及結果。如此一來，患者對該連鎖品牌的認知程度上，會有相當大的差異，進而造成品牌形象塑造不易。同時，也難以要求一致性的服務品質。

三、人力資源調動不易

連鎖企業經營上有一個與單點經營相當大的利基點即是連鎖企業的人力資源運用可達效率最大化。意即，連鎖企業可以根據各別單點的日常營運狀況，進行人力調動。這一點在牙醫診所連鎖化經營的過程中卻難以達成，其主要原因有二。第一點當然是個別牙醫師自主性的因素，要調動一位牙醫師必須事先取得他的同意，但大部份的牙醫師由於患者基礎及考慮收入等因素並不希望任意被調動。第二點為患者的因素，由於醫療行為有其延續性及一貫性，今天患者接受這一位醫師治療就是希望整個療程都在他的服務之下完成，甚至，患者會希望都能持續給相同的牙醫師療治（因為比較



經管藝術 *Art of Management*

了解他個人的病史)，如此一來，基於效率最大化的人力資源調動即有相當的困難度，相關法令規定醫師在不同醫療單位執業必須先行向主管機關報備，因此導致牙醫師很難在短時間內游走於不同的牙醫診所（大多只在兩家不同診所看診）。如此一來，人力資源的效率極大化很難以達成。

四、法規限制

法規限制對牙醫診所連鎖經營上有兩方面的影響：第一即是醫師調動的限制，在非登記執業地點從事醫療行為必須事先申請報備。第二是醫療廣告上的限制，醫療機構不得於大眾媒體上進行商業的廣告。這一點在形象推廣上會受限，無法像其他的連鎖事業一般在媒體上以比較商業性手法進行廣告，必需透過比較技術性的方法（如新聞報導或公益活動）為之。

五、經營獲利有限

由於目前牙醫師仍屬於「供不應求」的狀態，因此醫師的成本相當高。這也造成了扣除醫師成本及其他管銷費用後，牙醫診所的經營者真正來自於「經營管理」上的獲利相當有限；站在連鎖總部的觀點，個別加盟診所每個月能提撥多少比例的經費來從事維持一個連鎖體系運作實在是必須費用考慮的一件事。如果自各加盟診所所提撥的加盟費用過高，勢必造成加盟意願的降低，但如果提撥的比率過低，又無法維持運作以協助各加盟診所產生競爭優

勢而造成連鎖化營運的失敗。

六、醫療糾紛上的問題

由於牙醫治療項目中有部份屬自費項目（如矯正、植牙等），往往因為在治療前未與患者取得一定的共識而產生醫療糾紛。在消費意識抬頭的現代，醫療糾紛的發生常常廣為媒體所報導，在過去單點經營的時代，一家診所產生糾紛只是屬於某家診所的單一事件。在連鎖後，由於大家使用同一個品牌，很可能造成一家診所產生醫療糾紛，其他連鎖成員受累的現象。

以上的幾個問題，是牙醫診所在發展連鎖化的過程之中，所必須加以突破的。這也是大部份的牙醫診所經營者大抵都了解連鎖營運的好處，卻遲遲難以有相當多成功的連鎖體系在牙醫界或醫界出現的原因。

牙醫診所連鎖化經營的利基

雖然牙醫診所在連鎖化經營的過程之中會產生上述的問題點，但一旦克服後，則可在經營上產生利基，以下就牙醫診所連鎖化後所可能產生的利基提出說明：

一、成本優勢

成本優勢是牙醫診所連鎖經營的第一個利基。首先，進貨成本是成本優勢的第一要項。在團結力量大的前提下，結合各診所採購量，運用以量制價的議價方式，不僅可以取得較低的進貨成本，且在談判過程中，還可爭取降價

以外的贊助。如樣品贊助、維修、及至陳列架提供等非降價的補貼。其次，獨特商品（如專有的販賣牙材）、儀器或材料之提供也是進貨成本優勢的另一重點。連鎖本身會產生通路的力量，有了通路，就會產生利基。

再者，營運成本的下降則是成本優勢的第二要項。經由模式管理與數據管理的交替運用，營業成本可相形降低。電腦化的數據管理，可提供經營者實際狀況分析，而不是瞎子摸象，憑感覺做決策。而透過模式管理可以在比較各項經營數字中，求出最合理的經營方式是什麼？在模式管理與數據管理的兩相對照下，經營者一方面可由模式管理剷除掉出軌的枝葉，另一方面合理的經營模式可控制資源的分配。例如，從所有連鎖診所的營運報表中可以分析出一些經營上相當有意義的數字，如新患者率、健保收入與自費收入比率、人事費用率、材料費用率等，以提供經營者本身做為經營時的參考，並做為連鎖總部進行輔導時的改善方向。

二、品牌優勢

品牌優勢是第二個利基。每一個連鎖企業的品牌對消費者而言，是一種信譽與信任感的表徵。尤其隨著店數擴增、促銷、公關等多種策略組合累積效益下，連鎖企業本身就是一個優良品牌。也就是說，良好企業形象就是連鎖企業品牌優勢。

品牌優勢對患者在選擇就醫診所的過程中佔有相當大的影響力，就如同我們今天購買一

項從未購買的產品時，我們往往選擇較知名的品牌購買（如統一），同樣的，當患者在選擇牙醫診所時，具一定知名度的品牌會較有被選擇的機會，對新患者的來源相當有幫助。

三、規模經濟

第三個利基是規模經濟。一般而言，費用成長與營業額會成正比。然而當營業額達一定水準後，費用成長不會隨營業額成長而成長，反而呈現下降趨勢，此乃規模經濟。而放諸於連鎖企業，隨著版圖的擴大，到一定規模時，即可呈現規模經濟的優勢。如廣告費投資，雖然總體廣告金額可能增加，但於店數擴展，各單店所分攤之費用可能降低。也就是說，達一定規模的連鎖企業只要投資一塊錢，其所獲得的效益可能達到兩塊錢，甚至更多。因此，在規模經濟的助力下，連鎖企業的競爭優勢可達乘數效果，無形中將更形穩固。

四、品質

品質是第四個利基。品質來自於無形的服務與有形商品及作業控制。人是企業成長最大的動力，但也是顛覆企業的無形殺手，特別是在醫療服務業，對人力的依賴更甚於其他產業，而人力品質的良莠與否，會深深的影響到醫療服務品質，進而影響到患者再次就醫的意願。因此，如何建立良好的人員服務品質，並要求每一單點的人員均是齊一的水準是品質成功的關鍵因素。透過訓練、會議之溝通，可讓第一線人員在關鍵時刻，能掌握顧客的情緒，

避免因第一線個人因素而趕走客人。

過去單一診所個別經營時，很難對診所內的醫護人員進行系統化的教育訓練，而在連鎖化經營後，透過連鎖總部的統一安排，可以進行統一的教育訓練，更甚者，未來連鎖診所中的有新進的醫師或助理報到時，可以由總部統一來安排職前訓練，訓練完畢後再派遣回任職診所。如此做法除了可以確保服務品質外，對單店的教育訓練成本投資而言，也十分的經濟。

五、公共關係

目前牙科的給付採總額預算制，政策的方向與發展往往深深的影響到牙醫診所的收益。在單點經營時，經營者很難去參與或了解健保給付政策的制定過程，而在形成連鎖化經營後，可以由總部推派較熱心的牙醫師參與各類牙醫師的組織，一方面除了對外建立良好的公共關係外，另一方面也可以較深入的了解政策制定的過程。

而對於經營者較頭痛的醫療糾紛方面，連鎖總部可以提供專業的團隊（談判協調專才及法律專才）前來協助連鎖診的經營者處理，以避免遭受不必要的精神、金錢及名譽上的損失。

結語

連鎖化經營，在國外或其他行業早已盛行多年，這其中不乏成功的案例，卻也有不少失敗者。在台灣經濟景氣不佳，醫療環境日益惡

化的此時，連鎖化的經營管理模式，似乎是一個可以協助牙醫診所突破的方式。

但一個連鎖要成功，要能真正發揮連鎖優勢，是有其主客觀條件的配合，就如同大多數的管理原則一般：「聽起來很容易，做起來不簡單」。而牙醫診所連鎖化經營的成功要件首在於現有經營者理念的整合，經營者是否能拋棄繼有的觀念接受新的經營模式，否則在各自為政的情況下連而不鎖，自然無法產生連鎖經營的優勢。

而以目前台灣的牙醫經營環境而言，直營連鎖（Regular Chain）的方式需要大量的財力與人力（牙醫師），要塑造一個成功的連鎖相當不容易。較可行的方式是現有一定規模的診所先行整合，形成一套可行的know-how及總部後，再以特許加盟（Franchise Chain）的方式拓展連鎖體系。而由現有牙醫診所集合起來以自願加盟（Voluntary Chain）的方式形成連鎖，則是另一條較快速連鎖化經營的方式。（各種連鎖的形態比較請參見表1）

參考文獻

- 1 李若菁，牙醫醫療服務業滿意度因素之研究，高雄醫學大學口腔衛生學研究所碩士論文，2000。
- 2 黃榮田，自費型牙醫診所患者就醫選擇因素之探討，高雄醫學院口腔衛生學研究所碩士論文，1996。
- 3 劉偉文，醫療行銷對病患滿意度之實證研究，國立中正大學企業管理研究所碩士論文，2000。
- 4 台灣連鎖暨加盟協會網站，[Http://www.tcfa.org.tw](http://www.tcfa.org.tw)，2001。

表二：台灣地區連鎖經營型態比較分析

項 目	直營連鎖	特許加盟	自願加盟
英文名稱	Regular Chain	Franchise Chain	Voluntary Chain
成立目的	共有及控制零售店，製造商自行發展銷售通路	透過特許契約使零售商得以使用製造商或服務公司所發展出來的特定產品或服務營運方式、商標專利權等	批發商為協助所屬零售商對抗大型連鎖店而發起
商品的歸屬	總部	總部	加盟店
總部與加盟店之契約	全依總部規定	嚴密	鬆弛
利潤之歸屬	總部	總部與加盟店分配	加盟店
加盟店的自主性	無	少	多
總部的支援	完全支援	多	以指導的立場
教育訓練	完全訓練	大部份的訓練	自由利用
加盟店對總部的出資	無（屬同一企業）	一部份	全由加盟店出資
加盟店的人事權	屬總部	屬加盟店	屬加盟店
優勢	控制力強	效率佳	風險小
劣勢	效率差	風險大	控制力弱
總公司約束力	最大	次之	最小
實例	寶島眼鏡、全國電子	博登藥局、麥當勞	統一麵包、福客多
牙醫診所實例	ABC牙醫聯盟		快樂108連鎖

資料來源：經濟部商業司，連鎖店經營管理實務，中國生產力中心，1996。

陳建宏

太章企管顧問有限公司顧問師
 高雄市ABC牙醫聯盟暨多家企業之管理顧問
 英國Leicester University企管碩士
 中國生產力中心合格經營管理顧問師
 勞委會委託文化大學主辦專業經理人養成班兼任講師

謝尚廷

ABC牙醫聯盟聯盟院長
 美國紐約大學（NYU）Postgraduate Diploma
 高雄醫學大學口腔衛生研究所
 高雄醫學大學牙醫學系兼任講師
 中華民國牙醫師全聯會副秘書長
 高雄醫學大學牙醫學系南區校友會會長

改善檳榔族口腔黏膜下纖維化及白斑症之症狀療效

撰文／戴悅生 醫師 （江俊斌、關學婉 教授指正）

檳榔是一種熱帶植物，它的果實廣被生活在這區域的許多人喜愛，從印度、馬來西亞、巴基斯坦、孟加拉、烏干達、肯亞、馬拉威、泰國、越南、台灣、中國大陸(1)等皆有許多人喜愛嚼食，尤其在台灣似乎形成一種特殊文化與生活習慣，無法加以禁止或戒除。根據行政院衛生署之調查統計(2)，目前台灣有嚼食檳榔習慣，佔全人口數9.5%，約有200萬人，絕大數為男性，而又與教育程度、職業有某種程度關連。

這些檳榔愛好者的口腔黏膜，由於長期與檳榔嚼塊的接觸，受到它的長期機械性刺激及檳榔本身成分及其添加物的化學刺激，會引起口腔黏膜病變，這些病變有多種，最主要的為口腔黏膜纖維化，及口腔癌前病變，如白斑症、紅斑症、上皮變異等。

對於口腔黏膜纖維化的病例文獻報告，最早於1952年由Dr. Schwartz報告五位印裔東非婦女出現此種症狀(4)，1953年由Dr. LAL (5)與JosHi (6)提出印度的最初報告，台灣則由Dr. Su (7)於1954年提出，爾後世界各處皆有此類病例提出。口腔黏膜下纖維化的症狀出現時，

患者常會抱怨口腔灼熱，難以進食刺激性食物，口腔乾燥或疼痛或味覺障礙，進而舌頭移動受限，張口進食困難。臨床診斷，可見黏膜變成混濁蒼白，部份僵硬似皮革，亦有患者呈現黏膜潰瘍糜爛，口唇周圍有環狀纖維緊鎖，甚而出現明顯白斑與疣狀上皮增生(8)，組織切片可見在Lamina propria及深層結締組織區有漸進性纖維化及炎性反應(9)。定性為Juxtaepithelial fibrosis伴隨著上皮細胞的萎縮或增生，Keratinizing metaplasia及Basement membrane下hyalinized collagen之聚集與逐漸失去血管，此外並有炎性細胞侵入lamina propria下。

目前對於這類病患者的治療，除了嚴重張口困難患者，採用外科手術或用類固醇針劑局部治療，一般皆以觀察方法，尚無其他良方治療。

由於筆者在植牙病患，輔以免疫奶粉食療，發現有位吃檳榔的植牙患者，張口程度在服用二星期即有改善，因此繼續鼓勵患者服用，成效良好；而陸續在一年內於八位口腔黏膜下纖維化患者採用相同方式，故提出此項發現的初步臨床報告。

材料與方法：

我們採用的免疫奶粉，是經由熱處理之20多種細菌抗原製成之疫苗，於乳牛產乳前五星期開始予以注射，產生免疫反應後而採集之牛奶予以煉製而成，其中含有高量之IgA、IgG及某些抗炎因子等，每包的重量為45g/包sachet。其成份組成如右表：

八位患者，男性皆有服食檳榔多年經歷，而患有不同程度之張口困難口腔黏膜下纖維化症，每人每日服用一包，連續服用二個月，記錄最初張口程度及改變狀況，並觀察口腔黏膜之變化及最後張口程度。

每一份量	45公克/包
本包裝含	14份
每份	
熱量..... 160大卡	碳水化合物..22公克
蛋白質..... 17公克	鈉..... 220毫克
脂肪..... 0.4公克	
保健功效之成分含量	
特定免疫球蛋白G	180微克以上
總免疫球蛋白G	135毫克以上
成分：脫脂奶粉	

結果：

患者1：男性，年齡五十一歲，嚼食檳榔二十多年，初診張口程度23mm（Fig、左側頰內側有白斑Fig），飲用免疫奶粉二個星期後，張口程度即增至28mm，一個月後增至30mm，二個月後增至31mm，三個月時增至33mm，至四個月時仍保持33mm。

口內白斑之變化，在飲用免疫奶粉二個月後明顯改善，逐步縮小，至三個月時已縮小成原來1/4，且患者自覺口腔頰部軟化，至四個月時更為縮小，患者一個月後回診，張口程度保持在33mm左右，而左頰內側白斑幾乎已完全消失。



患者服用前的張口記錄，約23mm。



服用五個星期後的張口記錄，約30mm。



服用十個星期後的張口記錄，約33mm。



口內白斑的改變，服用五星期時的記錄。



服用八個星期時，白斑變小。



一年後患者回診，白斑變小甚多僅餘十分之一。

患者 2：男性，年齡六十七歲，嚼食檳榔四十年之久，初診時張口程度17mm，口腔右側白斑曾於某教學醫院用雷射切除，服用二個星期後張口增至20mm，一個月後張口為21mm，患者自覺頰側肌肉鬆弛，而白斑軟化呈絨毛狀一點一點自動剝離。二個月時，患者張口程度為23mm，白斑呈現局部脫落位移並軟化，比較容易進食咀嚼。

患者 3：男性，年齡二十一歲，嚼食檳榔僅四~五年，初診時張口程度僅為19mm，飲用免疫奶粉二個星期後，張口程度即增為24mm，四個星期後增至25mm，二個月後增至27mm。



患者初診時的張口記錄，約19mm。



服用兩個星期後，即迅速增至24mm。



服用七個星期後，再增至27mm。

患者 4：男性，年齡五十三歲，嚼食檳榔三十多年，初診時口腔黏膜呈現糜爛式潰瘍，無法進食辛辣食物，張口程度16mm，口角兩側皆潰爛、燒灼感，張口有明顯纖維帶環，服用免疫奶粉二個星期後，張口增至18mm，口角潰爛明顯改善，一個月後張口增至20mm，口內黏膜潰瘍改善，比較可進食辛辣食物，並自覺口腔黏膜有層層白屑脫落。此時患者停服免疫奶粉，並繼續進食檳榔，第六個星期回診，張口程度減至18mm，此後改正繼續服用免疫奶粉並停止檳榔，第八個星期回診，增至20mm，三個月後張口程度為21mm，四個月時亦維持21mm，未見繼續改善。

患者 5：男性，年齡三十歲，嚼食檳榔十年，初診時，張口程度為20mm，並告知舌頭潰爛，無法進食辛辣食物，飲用免疫奶粉二個星期後，張口程度21mm，自覺舌頭潰爛減輕，較易進食辛辣食物，一個月後張口程度增為22mm。二個月時回診，張口程度為23mm，對辛辣食物不再排斥。



患者初診時的張口記錄，約20mm。



患者服用後反應不佳，至八個星期時張口程度為22mm，僅有些微改善。

患者 6：男性，年齡四十八歲，嚼食檳榔二十多年，初診時張口程度20mm，而左側舌緣有白斑，飲用免疫奶粉二個星期後，張口程度為22mm，但舌部白斑顏色局部變紅潤，四個星期後張口程度維持22mm，白斑逐漸減少，二個月時張口程度仍維持22mm，白斑未再改善。

患者 7：男性，年齡四十五歲，嚼食檳榔二十年，初診時，患者全口無牙，嘴角潰爛，右頰內

側有白斑，張口程度25mm，無法取模製作假牙，飲用免疫奶粉二個星期後，張口程度增為28mm，口角潰瘍明顯改善，一個月後張口程度為30mm，自覺雙頰鬆軟，口內白斑局部變小、變紅，二個月時張口程度為30mm，但口腔內黏膜皆明顯呈現紅潤顏色，此時白斑變軟，可用pincep剝離，患者此時已可印製牙模，並完成活動假牙製作。七個月後患者張口程度增至35mm。

患者8：男性，年齡五十七歲，初診時張口程度25mm，口角潰爛，口腔黏膜呈現多處白斑，無法進食辛辣食物，飲用免疫奶粉二個星期後，張口程度28mm，口角潰爛改善，一個月時，張口程度增至30mm，口角潰爛完全正常，口腔黏膜亦呈顯上皮剝離，而新生現象，並對辛辣食物改善，二個月後張口程度30mm，但自覺雙頰鬆弛甚多。



患者初診時，可見明顯的口角炎。



服用兩個星期後，口角潰瘍即可見明顯的改善。



一個半月後，口角潰瘍幾乎完全痊癒。

討論

造成口腔纖維化的致病機轉，依據Dr. 謝等多位醫師的研究，認為檳榔成分中的檳榔鹼（arecoline）及arecaidine對黏膜下的造纖維母細胞進行細胞選殖，使得其中強繁殖力的次群被選殖出，並產生一系列和膠原蛋白異常堆積的反應。包括 1. 造纖維母細胞的快速繁殖，合成更多的膠原蛋白。2. 在轉錄階段，基因調控的mRNA量增加，使Lysyl Oxidase增加，反使膠原蛋白酵素不易分解膠原蛋白。3. 細胞對膠原蛋白的吞嚥作用減少。4. TGF- β 之影響，刺激纖維母細胞對膠原蛋白之合成並抑制膠原蛋白酵素，反使膠原蛋白堆積。

由實驗結果得知，需經長期飲用免疫奶粉2~4個月，方有一定療效，而張嘴的程度亦因

人而異。客觀上皆有2~10mm左右的重新張開的效果。

有位患者僅增加2mm，而多數患者則在一定治療期後，有較佳之療效，皆可多張4~10mm。而患者主觀上自覺症狀的舒緩，服用二星期後有雙頰鬆弛感，對辛辣食物較能接受，口角炎症狀明顯改善，口腔黏膜潰爛減輕，上皮細胞逐漸脫落重新長出較健康的組織。治療一個月時，臨床觸診可感覺患者雙頰黏膜區較為鬆軟。

免疫奶粉的發展，大致上可分為三個時期，首先由德國科學家Paul Ehrlich提到在哺乳期間，母體能經由乳汁把自身的抗體移轉到初生嬰兒身上，使嬰兒因此獲得間接免疫功能。Paul Ehrlich最先使用“免疫牛奶”這名

詞形容牛奶對某些疾病有抵抗的能力。其後，Dr. Peterson (1950~1958) 提出免疫牛奶的實驗報告，指出某種細菌疫苗注射到乳牛身上後，這些乳牛產生的牛奶會含有對這些細菌有抵抗力的抗體，並發表免疫牛奶改善關節炎及過敏性疾病的臨床研究（花粉熱），飲用免疫牛奶的病人，關節疼痛現象減輕，功能亦逐漸恢復，而對花粉熱過敏的人，病況也大為減輕。最後由Dr. Lee Beck等研究出聯合疫苗，可同時將多種疫苗接種到乳牛身上，使乳牛產生多元化的抗體，如此量產的奶粉，除了含有現代人所需的營養成分，並含有人類常感染疾病的26種抗體（IgG），此外尚含有調節生理機能之消炎因子、巨噬細胞活化因子及抗動脈硬化因子。飲用免疫奶粉後，到底是何種因素能使口腔黏膜下纖維化的患者產生治療效果？是其中所含的IgG？或消炎因子（Hyper-Immunization Milk Factor）？還是巨噬細胞活化因子（Macrophage Activation Factor）？是其中那些因素造成細胞對膠原蛋白的吞噬作用增加呢？還是活化膠原蛋白酵素，增加對膠原蛋白的分解。是什麼原因能讓角質化的白斑能軟化縮小進而讓角質化上皮脫落？這些都需要更多的研究才可解謎。

結論

這是一篇對改善檳榔族口腔黏膜下纖維化及白斑症之症狀療效的另項發現之最初報告，對於服用免疫奶粉造成身體全身免疫的改變，尚需要更多的研究與資料，及更多患者的治療

成效方足以證明。

由於每位患者服用後進行改善的速率很慢及改善的程度無法有短期內即達痊癒的定義，又因目前免疫奶粉定位於機能性食品，因此對無耐性的患者，較難予以信服，因此它的變化或改變使用的方法，如口含片等，是否能增加療效，皆足有待研究的方向。

至於作用的機轉，則需更多更深入的基礎研究，以便了解它的過程。

感謝

本文經由台大江俊斌教授、關學婉教授指正，並由江俊斌教授整理台大醫研究報告，改寫英文已發表於J. Oral Path, Med.2001.30.618-25 並感謝吳哲輝醫師、呂國勳醫師、黃建文醫師、符和傑醫師、高光承醫師轉診患者，並感謝連法公司提供 STOLLE免疫奶粉完成這項初步研究。

Reference

- Lai. P.R. 賴德榮
Clinical and pathological diagnosis of oral submucous fibrosis.
Chinese Dental Journal. Vol.17. Apr.10-12 1998. P.27
- Shien T.V. 謝天渝
Oral Submucous fibrosis
Chinese Dental J. Vol. 17. Apr.10-12 1998. P.28-29
- Chiang C P 江俊斌
Oral mucosal lesion in betel nut cheers
Chinese Dental J. Vol. 17. Apr. 10-12 1998. P.31

戴悅生

台大牙醫學系64級畢業
天津牙醫診所負責人
耕莘醫院植牙專科醫師
台大醫院牙科部臨床指導醫師

中山醫學大學校慶化妝遊行壓軸

中山醫學大學第四十一屆校慶暨升格大學慶祝活動移師戶外，社區關懷園遊會和化妝遊行，11月11日在科博館廣場熱鬧登場，吸引為數眾多的民眾前往參觀，為假日的科博館帶來熱鬧氣氛。

本校為突顯今年校慶的意義和特色，特別挖空心思，設計許多不同以往的活動，同時為了使整個慶祝活動主題化，在經過所有學生代表的討論後，決定以「性福醫世代，堅持成熟愛」做為活動的主題精神，除了強調醫學大學的特色，也充分表現本校對社區的普遍性關懷。活動在熱鬧中進行，首先由學生社團表演拉開活動序幕，關懷社區園遊會也接著開始，其中還穿插了殘障福利協會啦啦隊表演和消費者文教基金會環保服裝秀，贏得不少掌聲。

園遊會以公益宣導、醫療服務和益智遊戲三種不同性質的內容設攤，公益宣導特別邀請國內知名的公益團體，包括創世基金會、伊甸基金會和消基會前來共襄盛舉，結合該校公益性社團，提供相關諮詢服務。

醫療服務在園遊會最具代表性，也普遍受到民眾的青睞，中山醫大這次動員龐大的醫療人員和器材，提供多項與一般民眾息息相關的醫療服務，包括：癌症篩檢、血壓和體脂肪測量、口腔和視力檢查、以及骨質密度測量等服務。本校也特別邀請附設醫院的營養師為民眾做營養指導和諮詢，物理治療師做減痛服務，專科醫師做癌症篩檢等服務。這些醫療服務不但專業，而且完整，因此民眾反應良好。從川流不息的人潮中除了可以看出現代人對養生保健的重視，同時更肯定了中山醫大籌辦這項活動的正面意義。

慶祝活動的壓軸好戲是學生隊伍的化妝遊行，這個以強調兩性平權，和宣導正確的兩「性」關係為設計理念的活動，是中山醫大的一大嘗試。學生突破禁忌，肆意展現巧思和創意，不但達到宣傳主題的目的，同時提供一個另類而豐富的視覺享受，而從各參賽隊伍的作品中更可看出中山醫大學生活潑熱情的一面。

遊行隊伍沿著科博館外圍走秀，沿途引來不少民眾的駐足觀賞和歡呼，把整個慶祝活動氣氛飆到最高點，為活動現場帶來不少歡笑。

中山醫學大學全體師生以愉快的心情歡度學校四十一歲生日，我們把這個喜悅化為服務的熱忱，讓更多人同感喜樂。

完美的矯正治療

撰文／吳碧初 醫師

在牙齒矯正治療當中或完工之前，常要檢查矯正治療的工作是否符合“美感”的要求；如果牙齒矯正得很完美，常常會關係著他們會不會再介紹患者給你，或他們的親友會不會被他們的“美齒”所吸引而來找你。牙齒是五官之一，對於“美貌”有絕對的貢獻，“美齒”當然需具備一些條件才會“吸引”人們的目光，那是否“整齊”便具有吸引人的條件了呢？未必！當然牙齒整齊是最基本的“美齒”要件，凌亂的牙齒一定不美，暴牙、戽斗更不會吸引人。患者為了牙齒整齊來求助於我們，但是除了整齊之外，還有那些條件會使牙齒更具吸引力呢？在矯正完工之前值得一再檢查、調整，使之符合“美齒”的條件！累積

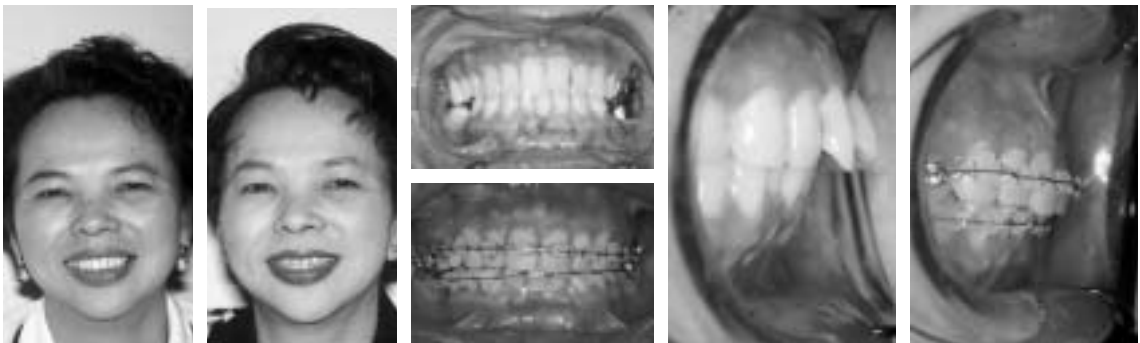
了不少經驗，我將構成美齒的要件之分述如下：

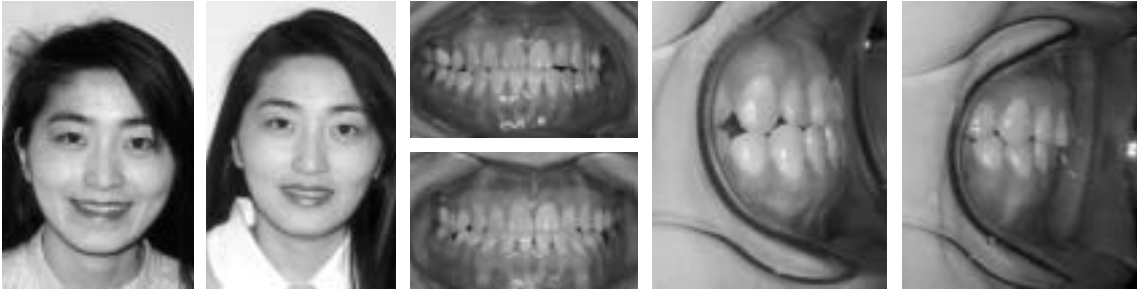
第一 Teeth and Facial harmony :

最重要soft and hard tissue需調和，在矯正治療當中，要隨時注意牙齒位置的變動，有沒有影響到facial harmony，如果臉形愈來愈難看，大概治療方針需要調整，是否拔牙與否的矯正計劃決定有誤？要隨時做必要的調整，以使矯正治療可以漸入佳境。

Case 1為Class II div.1下顎第一大臼齒缺損，治療方針為拔除上顎兩顆第一小白齒，當前面門牙拉進來之後，她的臉形就改善許多，

Case 1





Case 2

表示我們對她的治療方針是對的。

Case 2是 Class III end to end incisor relationship 的關係，矯正治療方針是拔掉下顎第一小白齒，當矯正治療改善她的Crossbite之後，臉上的肌肉便柔和很多，不再顯得僵硬！

■ 第二 Show teeth :

當我們說話微笑時必須看到牙齒，(Case 3) 尤其上排牙齒

必須露出，為何要露出上排牙齒呢？因為露上排牙齒會顯得較年輕一點，一般來說隨著年齡的增加，臉部的肌肉會往下墜，而牙齒是不會跟著往為下墜的，因此我們可以看到年紀越大的人，上排牙齒遮蓋的越多，而下排牙齒也會露出來越多，看不到牙齒的微笑是不吸引人的，宛如“無齒之徒”想想老人家沒齒的模樣！是不怎麼吸引人？

有的人先天上唇便較長 (Case 4)，會覆蓋較多的齒面，因此在做矯正



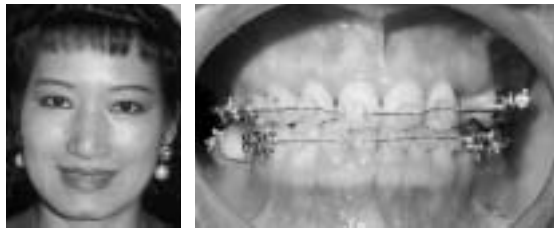
Case 3



Case 4

時，便要特別注意讓上排牙齒多露出一些尤其 Deep bite的case，當我們要改善Deepbite時，需要做下排牙齒的intrusion，而非把上排門牙往上推！

Case 5矯正治療當中抱怨上排牙齒逐漸往上縮，微笑時看不見上排牙齒，她轉來我診所尋求幫助，我把上排門牙作extrusion，下排門



Case 5

牙作Intrusion，很快就恢復她的迷人笑容！

■ 第三 Gingival line :

笑的時候牙齦露太多也不雅觀 (Case 6)，

Case 6



這可以利用 High pull headgear 或 reverse curve wire 來 intrusion 上排牙齒或簡單的牙齦切除手術，Case 7 除了矯正治療把上排牙齒往上



Case 7

intrusion 之外，還加上牙齦切除術，完工之後，當她微笑時，牙齦就不會露出太多！



Case 8



Case 9

Case 8 Bimaxillary protrusion 利用矯正治療加上正顎手術以改善暴牙及牙齦過長情形。

Case 9 Deepbite 治療方針是矯正治療加上

正顎手術來改善她的Deepbite及過長的牙齦！

上排六顆前齒牙齦線的高低也應有一定的高度比例，最吸引人的高度應是兩個正中門齒牙齦線約等高，而側門齒牙齦線略短，犬齒齒頸線與正中門齒的齒頸線也大約等高。

Case 9 正中門牙一長一短利用矯正把左上門牙往上intrusion再換掉假牙把長度作成與右門牙一樣長，側門齒太短牙齦線太低做個牙周手術提高其牙齦線，讓整體牙齦線看來較協調！



Case 10



Case 11

■ 第四 Smile line :

Case 10 & 11 微笑時上排牙齒的弧形線與下唇微笑時的弧形線不一致，不但看不到上排牙齒，甚至門齒區還往上縮這會是較不具吸引力的笑容！

如果上排牙齒齒列弓的弧線不是很理想，在矯正治療完工前，很容易利用矯正的方法讓



Case 12

他具有較動人牙弓弧形線，例如Case 12 原來牙弓的弧度較平，經過矯正治療把弧度整成與下唇弧線

一致，可以看到她的笑容是相當迷人的！

Case 13 牙弓弧度較方，bicuspid 區太凹陷看來似乎有陰影笑起來就較不吸引人，矯正治療把牙弓弧度弄圓笑起來bicuspid區與犬齒及



Case 13

門牙連成一氣，在微笑時牙齒自然美麗動人。

■ 第五 Incisal edge 牙齒的下緣 (切端線) :



Case 14

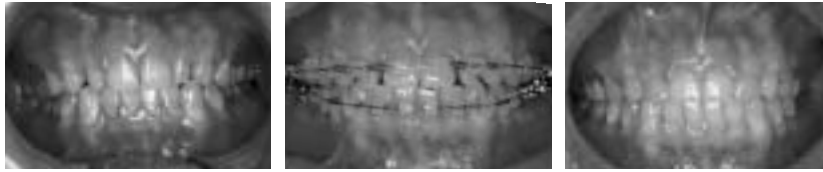
應為兩正中門齒與兩犬齒約等長，而側門齒略短，大約短1-1.5mm (case 14) 且左右應對稱中線不要歪到一邊，在視覺上會較具美感。下排四顆門齒則均等高，不要參差不齊。

■ 第六 Size of upper six anterior teeth :



Case 15

上排六顆前齒的大小比例 (Case 15) 也要適中，大概是兩正中門齒的寬度與兩犬齒的寬度約相同，而側門齒略窄其黃金比例為5:4，如果門齒，側門齒比例不對，利用矯正很容易



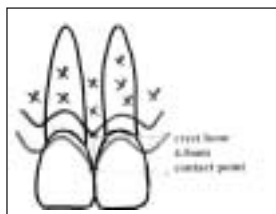
Case 16

把門齒側牙齒空隙調成5:4的黃金比例，再利用磨復把牙齒修復 (Case 16)。

Case 16 有peg lateral incisor，矯正治療把peg lateral incisor位置拉開再利磨復把牙齒修復成5:4的黃金比例！

■ 第七 牙齒與牙齒之間無黑洞 (Black triangle) :

Black triangle的產生與crest bone 的位置有關，如果兩牙齒的contact point離crest bone在4.5mm以上，則

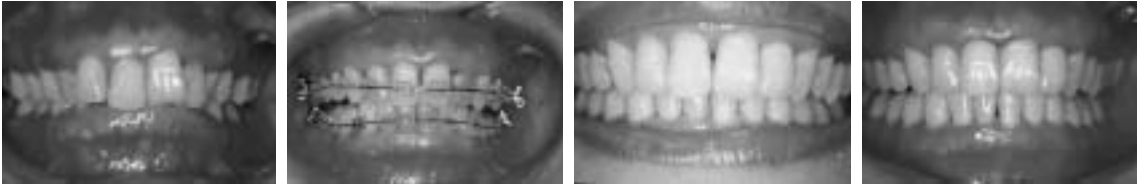


一定產生 black triangle，如果在4.5mm之內，則papilla會自動fill-in 兩齒之間就不會產生black triangle。

Crest bone的位置常因重疊牙之故而較低，當我們打開了重疊牙，crest bone 距兩齒的contact point常在4.5mm以上，因此牙齒排平了卻產生了black triangle，為了要使crest bone離contact point在4.5mm之內，可以strip牙齒的proximal side再close space其contact point離crest bone在4.5mm之內pappila自然fill in便可消除black triangle的問題 (Case 17)，Stripping 牙齒所需的工具，最細 fine diamond bur，3M的softflex Polishing disc是不可或缺的必備品！

Case 17





Case 18

但如果牙齒本身很窄不適合stripping可利用filling的方法把Black triangle修飾一下，也可使black triangle自然消除 (Case 18)。

■ 第八 牙齒的顏色：

齒白唇紅的微笑是最吸引人的，整齊的牙

還要潔白才夠吸引人，因此牙齒顏色不好可以漂白，有很多漂白方式可在家漂白 (Case 19)。

現在流行雷射漂白 (case 20) 可以縮短漂白時間，效果與居家漂白效果類似，但時間只需1小時，對於忙碌並講求效率的現代人而言是相當理想的漂白輔助工具。

Case 19



雷射漂白 (case 20)



case 21



如果牙齒漂白效果不理想，也可以用 veneer 來修復如 Case 21。

當患者有了潔白的牙齒若再加上紅唇—“齒白唇紅”—其笑容必定相當吸引人，如果是女性患



者運氣更好，可以請她塗口紅，但口紅的顏色必須與牙齒的顏色成反比，才會使牙齒顯得更白！

以上幾點如果能在矯正完工前反覆檢查，相信你的矯正工作一定會令你的患者滿意。而當他



吳碧初

碧初牙醫診所院長

台安醫院矯正專科醫師

中山醫學院兼任講師

時光飛逝，轉眼之間，一年又即將結束，現在年關將近，可能是各位醫師疾首於工作之中做年終業績最後的衝刺，希望今年各位醫師都有豐碩的成果。

在各位醫師行醫的生涯中，木棉忠實的記錄著這段期間牙醫界最新熱門的話題，探索牙醫師面臨的各種問題，希望它能成為我們牙醫師值得保存並成為這一段時期的共同記錄，一直伴隨著每位牙醫師。

我們希望在您行醫的生涯中，能有一次贊助木棉的機會，在分享木棉之餘，能對木棉雜誌友情贊助NT2,000元，在您工作的一生中，贊助三次洗牙的費用給木棉，讓我們能有機會擴充內容，更加充實這一份專屬於牙醫師的刊物，期待您的批評與指教，並希望您能表達意見給我們

E-mail: gwdc@ms8.hinet.net

預祝各位牙醫師新的一年

身體健康 事業如意 期待下一期再見

Clinical case report of Anterior All Ceramic

撰文／蔣邦正 醫師

前言

本專題是經由一個實際臨床case治療全程報告，來反省牙科美學追求的困境。患者是位要求很高的年輕女性，尋訪很多牙醫師，甚而透過技工的管道，了解牙醫師的能力。

所謂Esthetic，美的追求，是一件相當主觀的認知，大體上，它要合乎基本的架構，就是形體，色感，比例的對稱與協調，之外，最終要加進個人的特質表現，這也是最引起認知差異的地方；美與醜的看法，在不同文化情感之下，會有極大的差異。如何滿足患者的期望，常常會有意想不到的困難，以下是本專題的幻燈記錄報告：



▲ 圖1



▲ 圖2

- Problem list :
1. cervical black line
 2. 顯現opaque，青黃色
 3. shape 不對

※ Esthetic Analysis :



◀ 圖3

1. gingival line 沒有與 lip-line協調 (尤其 2|)
2. Tooth size, proportion不對
3. 2|2 protrusion 尤其 |2



圖4 ▶



◀ 圖5 initial x-ray finding ◯

圖5

▶ 圖6 拆除舊牙冠舊釘子，11 牙根齒質變色。



圖6



圖7

◀ 圖7 治療前的 111 門牙。

▶ 圖8 拆除舊牙套，當場用手捏出的二顆temporary crown在形態、色澤上仍有一段差距待努力，尤其 11 顯現內層的暗灰色。



圖8



圖9

◀ 圖9 11 根管治療完成之後作 3Fiberpost+composite resin ◯

▶ 圖10 Provisional crown 已顯現較一致的色感。



圖10



圖11

◀ 圖11、12 Full ceramic crown preparation,採用Empress-II設計。



圖12



圖13

◀ 圖13、14 進入final imp.階段 finishing line subgingival 0.5mm 排齦狀態。



圖14



圖15



圖16

◀ 圖15、16 Biscuit try : shape似乎太圓、太大，不太配合這高挑的患者臉形，有待修形。顏色上，value 亮了半格，且少了隔鄰牙齒 32|23 的琥珀色感，但可明顯的看見 1|暗灰（尤其齒頸部）的現象已大有改善。基本上，當初擔心的困難，已見解決。



圖17



圖18 由圓胖·修形成較修長

◀ 圖17、18 類似以上由圖17→圖18，好多次形態上的修琢，皆是在診所治療椅上，或明亮舒適的窗戶旁，觀賞雕琢出來；好比自己是位藝術家；其實雕琢之後，立即放回患者顏面上的感覺，是很實在的感受。



▲ 圖19



▲ 圖20正



▲ 圖21右看



▲ 圖22左看



▲ 圖23



▲ 圖25



▲ 圖24

圖23、24 全瓷冠最後準備permanent cementation,冠內經氫氟酸處理，用variolink resin cement粘。
圖25 於口內的表現。

回顧比較

Before



▲ 圖26

After



▲ 圖27

Before



▲ 圖28

圖28→29：pt由 00.12.6至01.9.10 共九個月的治療，處理二顆門牙，追求完美逼真的用心用力，著實讓醫生與患者，技工師等學習到很多；過程可謂喜怒哀樂，悲歡離合，起起落落。最後，若要衡量利潤，早已不敷成本。我們還是感謝有這樣的因緣促成的學習。

After



▲ 圖29

Esthetic的追求，在牙科領域中，醫療品質的基本要求，科技材料的進步，最多僅能接近一件複製品；若沒有加進人文藝術的雕琢，應該是看不到生命力。

Final Result



▲ 圖30



▲ 圖31

結語：

門牙美學的完成，牙醫師、患者、技工師，三者是密不可分的團隊，各有應負的工作角色，默契了解要達到會心的程度，這應該是一件愉悅的事。此case並非令我及患者滿意的結果，應該還有時間與空間改進。省思近二十年來心得：瓷牙的完成，雖然是由技工師一手燒成交件。但牙醫師應負作品鑑賞者的角色，品味但看個人，但絕不可坐井觀天，來者不拒，感嘆台灣牙科界的技工水平，落後日、韓一段距離；縱觀，我們台灣絕大多數的牙科技工師，不常有機會，甚至終其一生，沒有機會看到自己的case展現在患者顏面上的感覺，所以在他的瓷牙燒成歷練裡，幾乎沒有獲得學習改進的心象訊息。盼望醫

蔣邦正

前中華審美牙醫學會理事長
蔣邦正牙科診所負責人

合乎美觀的牙根覆蓋手術

——皮下結締組織移植

Esthetic root coverage using subepithelial connective graft.

前言：

牙齦退縮Gingival Recession是指牙齦邊緣的位置降到CEJ以下，造成牙根暴露的問題。牙根暴露潛在的問題包括：美觀，牙根蛀牙、牙根過敏、失去角質化或附著組織、口腔衛生無法保持（圖1）、贖復上的困難等。但是牙根暴露的問題一向不被重視，甚至多數人認為是正常現象或只是老化的問題之一。21世紀的今天，患者會要求更多美觀方面的照顧。在過去牙根覆蓋手術常不能有很高的預期性predictability，然而，現在由於手術方式不斷的改良，我們的方法可以達到100%的牙根覆蓋。

1985年P.D. Miller將牙齦退縮Gingival



圖1 牙齦退縮造成牙菌斑易堆積在牙齦邊緣不易保持清潔

Recession分為四類，這個分類方法可以用來預測Root Coverage成功的機會：Class I和Class II沒有interdental bone loss，Class I未超過Mucogingival junction，Class II，recession有超過Mucogingival junction，Class I及Class II可以有100% Root coverage。Class III有interdental bone loss，recession有超過Mucogingival junction，只能達到部分的牙根覆蓋Partial root coverage；Class IV有嚴重的interdental bone loss，而且recession超過Mucogingival junction，沒有Root coverage的機會。（圖2）

以往Root coverage的術式可分為蒂狀移植pedicle graft 及游離牙齦移植gingival graft。蒂狀移植pedicle graft是利用鄰接的牙齦組織當Donor site來覆蓋暴露的牙根。

1956年Grupe & Warren提出“Lateral Sliding Flap”來做root coverage，但有incomplete root coverage及donor site有recession的問題，這種術式受限於donor site需要有足夠的keratinized tissue。

1968年Cohen & Ross則發表“Double papilla graft”的術式，是將recessive defect的近心及遠

圖2

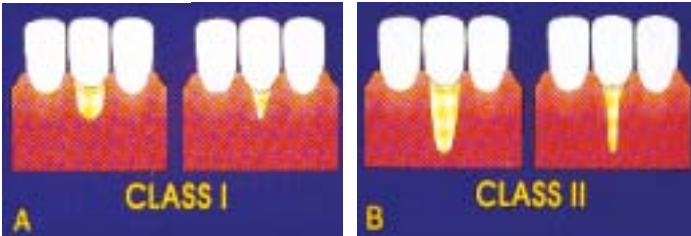


圖2-A Miller class I Recession，沒有interdental bone loss，未超過Mucogingival junction，可以有100% Root coverage。

圖2-B Miller Class II Recession，沒有interdental bone loss，超過Mucogingival Junction，可以有100% Root coverage。

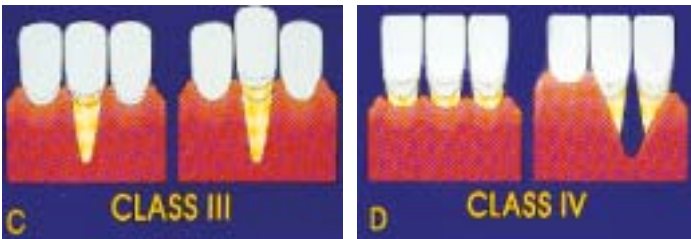


圖2-C Miller Class III Recession，有interdental bone loss，超過Mucogingival junction，只能達到部分的牙根覆蓋 Partial root coverage。

圖2-D Miller Class IV Recession，有嚴重的interdental bone loss，而且recession超過Mucogingival junction，沒有Root coverage的機會。



圖3-1 游離牙齦移植手術前，有唇繫帶之牽扯。



圖3-2 游離牙齦移植手術後，產生“Keloid-like”牙齦，和周圍的組織顏色不一致，不是很美觀。

心側的papilla縫合在一起來做牙根覆蓋。

1975年又有Berlimoulin提出一種兩步驟的方法，先做游離牙齦移植Free Gingival Graft，再將Flap做coronally positioned。

1986年Tar now更發展一種針對shallow recession的簡易治療方法，他採用先在mucogingival junction處做Semilunar incision再coronally reposition flap。以上是各種不同的pedicle grafts方法。

在80年代游離牙齦移植Free Gingival Graft是最常用到，被認為是predictable的黏膜牙齦手

術，是將一塊游離牙齦移植體放在mucogingival junction下方，用來增加attached gingiva的寬度。

1968年Sullivan & Atkin發表有關Free Gingival Graft (FGG) 的原理，Wound healing及technique的介紹。1983年P.D.Miller採用FGG加上citric acid root conditioning, 得到很好的結果。FGG只是增加角質化牙齦的寬度，並防止牙齦再退縮；對深又寬Deep and wide的牙齦退縮的術後結果一直是無法完全預期。因為移植體需要血液供應來存活，在無血管的牙根表面常無法存活；或者是能存活，常常是看起來很厚，和周圍的組



圖4 FGG的另一個主要的缺點是Palate的 Donor site是一種secondary intention wound healing，患者的疼痛會達到10天之久。

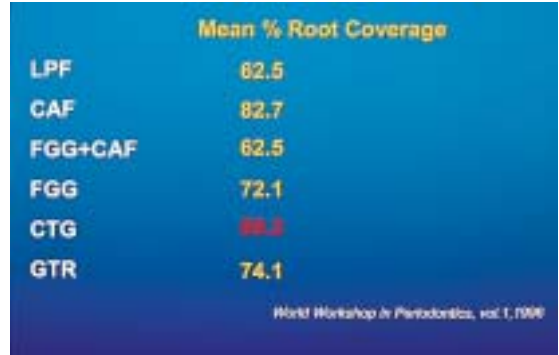


圖5 1996年美國牙周病學會，收集各種牙根覆蓋術式的結果，統計分析後顯示以皮下結締組織移植術式的mean coverage最成功。

織顏色不一致，不是很美觀。〔圖3〕。FGG的另一個主要的缺點是Palate的Donor site是一種secondary intention wound healing，患者的疼痛會達到10天之久。〔圖4〕。1985年Langer & Langer延伸一種原先用來改善牙脊缺陷的皮下結締組織移植的方法來做root coverage。他們的方法是取一塊厚1~2mm的皮下結締組織移植體，含有1mm寬之表皮，放入partial thickness flap之下。其後陸續發表一些結締組織移植的技術，方法上大致大同小異。1985年Raetzke發明“Envelope Technique”乃針對Localized recession，先dissect defect周圍的牙齦，再將移植體放入其中。1992年Harris氏更發展一“Harris Technique”主要是一種double pedicle flap的設計。在Recipient site連接鄰接牙的CEJ作一butt joint incision，Buccal Flap以partial thickness方法翻瓣。Harris並設計一把double-blade knife來取上顎皮下結締組織移植體來覆蓋defect。以上是牙齦

移植技術的演變。

1996年美國牙周病學會，收集各種牙根覆蓋術式的結果，統計分析後顯示以皮下結締組織移植 Subepithelial Connective Tissue Graft (SCTG) 術式的mean coverage最成功。可說是目前最predictable的root coverage procedure。〔圖5〕

■ 病例報告：

病例 1—

手術的方法 The Technique：

患者右上犬齒有7mm recession，超過 mucogingival junction，為Miller Class II。先作 scaling and root planing，並以Tetracycline HCl 做 root conditioning。以Intrasulcular incision延伸到相鄰兩旁之鄰接牙，再做Horizontal incision連接CEJ。Buccal Flap用partial thickness翻瓣並向周圍dissect，將interdental papilla做deephithelization。由



圖6-1 患者有7mm recession，超過mucogingival junction，為Miller Class II。



圖6-2a 先作scaling and root planning，並以Tetracycline HC1做root conditioning。



圖6-2b



圖6-3a 以Intrasulcular incision 延伸到相鄰兩旁之鄰接牙，再做Horizontal incision 連接CEJ。



圖6-3b

palate取一塊皮下結締組織移植體，大小約7×10mm。先將Donor site縫合，儘快將移植體放入Recipient site。移植體先用5-0 Chromic gut做Sling Suture，固定到牙齒上。Buccal Flap用6-0 Ethibond做Sling Suture 固定。Donor site 及 recipient site 以 Surgical 及 Isodent 做 Dressing。術後2個月癒合的情



圖6-4a Buccal Flap用 partial thickness 翻瓣並向周圍dissect，將interdental papilla 做deepithelization。



圖6-4b



圖6-5a 由palate取一塊皮下結締組織移植體。



圖6-5b



圖6-6a 大小約7X10mm



圖6-6b



圖6-7a 先將Donor site縫合

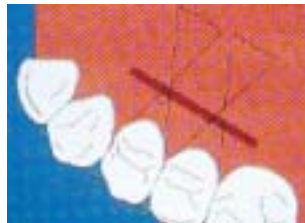


圖6-7b



圖6-8a Recipient site。

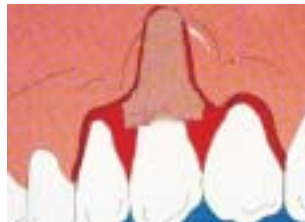


圖6-8b



圖6-9a 移植體先用5-0 Chromic gut 做 Sling Suture，固定到牙齒上。Buccal Flap 用6-0 Ethibond 做 Sling Suture 固定。Donor site 及 recipient site 以 Surgical 及 Isodent 做 Dressing。

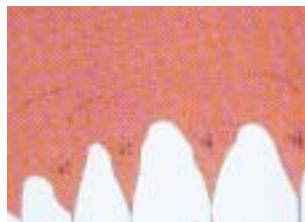


圖6-9b

形。(圖6)

病例 2—

手術前患者左上犬齒有 3mm recession，第一小白齒有 2mm recession，沒有超過 mucogingival junction，為 Miller Class I。手術後7個月仍然有 100% root coverage。(圖7)

病例 3—

手術前患者右上犬齒有 2mm recession，第一小白齒有 1mm recession，沒有超過 mucogingival junction，為 Miller Class I。手術後6個月仍然有



圖6-10 術後2個月癒合的情形。

100% root coverage。〔圖8〕

病例4—

手術前患者左下第二大臼齒向近心傾斜有5mm recession，左下第二小白齒有4mm recession，為Miller Class III。手術後2個月，第二大臼齒仍有1mm recession，左下第二小白齒有100% root coverage。〔圖9〕

病例5—

手術前患者右下第一大臼齒缺牙，有做一組3-unit bridge。右下第二大臼齒有4mm recession，右下第二小白齒有3mm recession，為Miller Class III。手術後5個月，兩顆牙都仍有100% root coverage。

〔圖10〕



■ 討論：

當患者有牙齦退縮，缺乏角質化牙齦或由於牙本質暴露造成牙根敏感，治療方法以往多是以游離牙齦移植Free Gingival Graft或以複合樹脂填補。其他手術，如：Sliding pedicle grafts，Cronally positioned flaps或Semilunar



圖7-1 手術前患者左上犬齒有3mm recession，第一小白齒有2mm recession，沒有超過mucogingival junction，為Miller Class I。



圖7-2 手術後7個月仍然有100% root coverage。



圖8-1 手術前患者右上犬齒有2mm recession，第一小白齒有1mm recession，沒有超過mucogingival junction，為Miller Class I。



圖8-2 手術後6個月仍然有100% root coverage。



圖9-1 手術前患者左下第二大臼齒向近心傾斜有5mm recession，左下第二小白齒有4mm recession，為Miller Class III。



圖9-2 手術後2個月，第二大臼齒仍有1mm recession，左下第二小白齒有100% root coverage。



圖10-1 手術前患者右下第一大臼齒缺牙，有做一組3-unit bridge。右下第二大臼齒有4mm recession，右下第二小白齒有3mm recession，為Miller Class III。



圖10-2 手術後5個月，兩顆牙都仍有100% root coverage。

coronally repositioned flaps對牙根覆蓋並不是可預測的。

現在，雖然患者並不會因為牙根暴露而失去牙齒，今天的整型手術及組織再生可在條件適合的情形下，完全回復牙齦的組織型態與功能。例如將牙齦回復到CEJ的高度，如此牙冠的邊緣可置於CEJ，所製作的牙冠能有正常的大小及長度。皮下結締組織移植及一些變化的術式便可達到這個目標。經由治療完成牙根覆蓋，我們可得到角質化組織，免除對溫度及碰觸的敏感，進而改進口腔衛生。牙根覆蓋也可減少牙根齲齒的可能性。需要時能將牙齦回復到CEJ的高度，有利於補牙或牙冠的製作。更重要的，也能合乎美觀的要求。

在做皮下結締組織移植術〔SCTG〕時，必須提醒患者抽煙的負面影響，抽煙會使血管收縮而影響血液循環，降低能到移植體的血流量及氧氣量，會造成組織sloughing。如果患者能在手術前戒菸，手術後戒菸3週，也可以得到令人滿意的牙根覆蓋。

手術操作得當，SCTG可得到可預期的牙根覆蓋。做SCTG時最大的影響手術成功的因素便是“Blood Supply”。為了維持SCTG最大blood supply應注意：

1. Atraumatic incision：盡量避免做vertical releasing incision。
2. Overlying Flap盡量覆蓋移植體。
3. Atraumatic partial thickness flap reflection：盡量不要造成perforation。

4. Atraumatic suturing：使用atraumatic needle，5-0 chromic gut for graft，6-0 Ethibond for flap 來做suturing。

參考文獻：

1. Pick, R.M., Root coverage grafting: the aesthetic subepithelial connective tissue graft, Part 1. Dent Today, 1998. 17(8): p. 80-7.
2. Pick, R.M., Root coverage grafting: the aesthetic subepithelial connective tissue graft, Part 2. Dent Today, 1998. 17(9): p. 90-3.
3. Sullivan, H.C. and J.H. Atkins, Free autogenous gingival grafts. 1. Principles of successful grafting. Periodontics, 1968. 6(1): p. 5-13.
4. Langer, B. and L. Langer, Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol, 1985. 56(12): p. 715-20.
5. Raetzke, P.B., Covering localized areas of root exposure employing the “envelope” technique. J Periodontol, 1985. 56(7): p. 397-402.
6. Harris, R.J., The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. J Periodontol, 1992. 63(5): p. 477-86.
7. Miller, P.D., Jr., Root coverage with the free gingival graft. Factors associated with incomplete coverage. J Periodontol, 1987. 58(10): p. 674-81.
8. Bouchard, P., et al., Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. J Periodontol, 1994. 65(10): p. 929-36.
9. Harris, R.J., Successful root coverage: a human histologic evaluation of a case. Int J Periodontics Restorative Dent, 1999. 19(5): p. 439-47.
10. Jahnke, P.V., et al., Thick free gingival and connective tissue autografts for root coverage. J Periodontol, 1993. 64(4): p. 315-22.
11. Studer, S.P., et al., The thickness of masticatory mucosa in the human hard palate and tuberosity as potential donor sites for ridge augmentation procedures. J Periodontol, 1997. 68(2): p. 145-51.

鄭淑敏

臺大牙醫系21屆
大翔牙科牙周病專科醫師

林口長庚牙周病科兼任主治醫師

臺大醫院牙周病科兼任主治醫師

二十一世紀牙醫最耀眼的一道光芒——雷射 學術研討會及研習會

二十一世紀稱職的牙醫師絕對不能缺席的饗宴

當健保的夕陽已日漸西沈時，二十一世紀牙醫最耀眼的一道光芒——雷射，已悄然為全國牙醫師綻放出另一道光明的前程，中華民國口腔雷射醫學會特舉辦一系列學術研討會及研習會介紹雷射於牙醫的臨床應用，讓全國牙醫師開創另一片新的治療領域，提供牙科患者更優良、更高品質的醫療照顧。二十一世紀稱職且不願落伍的牙醫師絕不能不知道牙醫雷射！！

親愛的您！！當全國牙醫師起程，為增進患者福祉，提升醫療品質，開擴門診視野時，您還在默默苦守健保寒窯，嗷嗷待哺嗎？中華民國口腔雷射醫學會提供您嶄新的機會，藉著同業彼此的口腔雷射技術之經驗，進行學術交流，這樣難得的聚會，期盼您的參與，讓口腔雷射的治療展現新的契機，讓我們交流互惠，攜手並進，一同讓二十一世紀之光——雷射大放光芒吧！

研討會流程

時間	主持人	主講人	演講主題
9:00~10:00	呂國富	周建堂	CO ₂ 雷射在口腔軟組織的臨床運用
10:00~10:30	休息時間		
10:30~11:30	劉興成	曾育弘	雷射在牙周病醫療的臨床運用
11:30~12:00	休息時間		
12:00~13:00	午飯時間		
13:00~14:00	錢佑	胡忠仁	CO ₂ 雷射及低能量雷射於植牙頰側黏膜移植： 前庭造型術百人臨床實例報告
14:00~14:30	休息時間		
14:30~15:30	鄭信忠	王宏仁	雷射美白
15:30~16:00	休息時間		
16:00~16:30			

主辦單位：中華民國口腔雷射醫學會、台北醫學大學附設醫院牙科部

時間：民國九十一年三月二十四日（星期日）AM8:30報到

地點：台北醫學大學 杏春樓禮堂

費用：91年3月17日以前報名：一律1000元

91年3月17日以後報名：中華民國口腔雷射醫學會會員1200元；非會員1500元

郵局帳號：19536718 戶名：中華民國口腔雷射醫學會

洽詢電話：02-2797-5555 尤欣怡小姐

★ 需學分証書者酌收工本費100元

★ 以上課程費用經繳費後，未能出席時歉難退費，敬請見諒！



你真的認識台灣嗎？

——台灣自然生態之旅

自然學家的天堂

台灣雖然只是一個面積僅僅三萬六千平方公里的小島，但是因為複雜的地形，豐富的生物種類，向來被國際的自然學家視為研究大自然的寶庫。

台灣超過三千公尺的高山有兩百多座，一百多條大小河川，許許多多大大小小的湖泊濕地...這種複雜的地形地質、海拔高度以及氣候因子，產生了相當不同的植被，也成就了台灣

極富特色又多變的風景，往往相隔不過幾公里之距，但彼此的風景截然不同，常讓那些來到台灣的外國人覺得柳暗花明、目不暇給。

複雜的地形成就了台灣地形景觀的多變與美麗。像海洋地形、河流地形、平原地形、盆地、泥火山、火炎山等等，都非常可觀。

台灣的地理位置雖然接近熱帶，但是境內的高山地區提供了北方溫帶及寒帶植物的生育地；因此，在台灣複雜的氣候、地形、地質、土壤條件下，植物演化成許許多多的台灣特有

北迴歸線經過的臺灣也有終年積雪如北極圈生態的高山。



種及特有亞種（全世界只有台灣才有的，叫做特有種或特有亞種），但是由於台灣土地無計劃的開發，森林的濫伐、珍稀植物的濫採，以致瀕臨絕種的植物與日俱增，至今已有一百三十多種面臨滅絕的危險。

世界上實在找不到一個地方，你可以上午還在終年冰天雪地如北極圈般的氣候景觀，晚上就可以回到擁擠、污濁，整日塞車的城市。常出國旅遊的朋友也會經驗到，往往開車好幾天，車窗外的景緻始終一樣，走不完的平原或草原，不像台灣沒十公里就有一種不同的景觀，同時也因為台灣的地形景觀複雜又細緻，所以非常容易被破壞，而且破壞之後也幾乎是無法再復原的，因此台灣更需要我們刻不容緩的去珍惜保護。

台灣的河流與森林

台灣是一個山多平地少的島嶼，面積雖然狹小，境內卻高山林立，台灣許多河川從三千多公尺的高山發源，到出海口往往只有幾十公里甚至十來公里的距離，落差如此巨大，使得降在山區的雨水，會因為地勢的關係而迅速匯聚並衝下平原。

台灣的雨季又多集中在五～八月，這種驚人的大雨或颱風雨，往往在一天或一夜之間，降下一百公釐或數百公釐，這種大雨再加上落差大的地形，如果沒有廣大茂密的森林來吸附雨水、涵養雨水、延緩雨水的匯聚，往往山區

一場大雨，就會在平地造成水災。

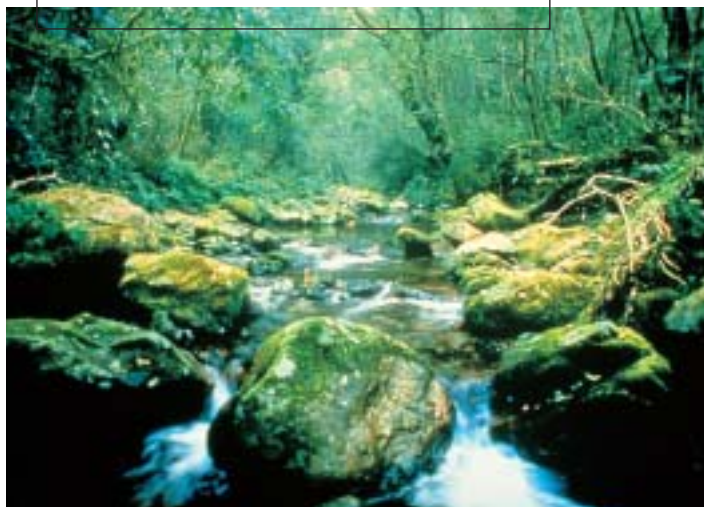
同時，如果沒有森林將雨水留在山區，那麼雨水會因地勢落差太大而迅速流入海洋，這樣水源也就枯竭，造成了旱災。

在台灣過去歷史上，重大的水旱災並不多見，就是台灣的原始森林多而茂密，這種天然的森林水庫為台灣帶來無限好處，因此我們可以說，森林就是水源，是水的故鄉。

但是台灣山林在這三、四十年過度開發已造成極大的問題，這些年稍一不下雨就缺水，下雨集中一點就水災，就是導因於台灣山林的失守形成河川的死亡。

森林的砍伐，山坡地的濫墾、公路的修築，造成水土的流失、河川淤積、河道上升、河道改變，再加上農藥、養豬廢水、工廠排放等等污染，使河川死亡。而且水庫的建造引起

臺灣一百條美麗的溪流，正逐漸變成水泥化的水溝。





自然饗宴 *Natural Feast*

河川生態改變，濫採砂石破壞河道及改變流速……森林、河川受到破壞的後遺症，將在往後的歲月中，不斷成為台灣居民的夢魘。

這些年，我們花了數以千億的經費建了許多人工水庫，但是水災、旱災仍然交替發生；由此，我們可以知道，森林對台灣是多麼的重要。

美麗繁榮背後的隱憂

人類享用的所有一切都取於大自然，在工業革命以前，人類因為從自然獲取資源的能力有限，所以人的破壞與自然資源的再生，還可

以保持在一個可以平衡的狀態，但是在工業革命後，人類利用科技的力量，可以很輕易地大量的過度掠奪地球的資源，以滿足人類物質無止盡的需求。

幾十億年所形成礦產、石油在短短一、二百年間可被挖取盡空，工廠大量生產、人們大量消費，於是森林日益減少、垃圾急遽增多。能源形成的廢氣回頭來毒害人類，氣溫升高造成氣候轉變，沙漠擴大、臭氧層破洞日增，許多原本局部的傳染病在生態失衡後，突然變成可怕的致命性傳染病……。

我們可以了解，地球上任何一種生物的消失或些微自然生態失衡，都不知道會產生什麼

留給孩子自然的環境，讓孩子有機會
與自然生命互動，是我們的責任。



後果，而大自然反撲也是可怕而又長久。往往這一代的災禍，會延續到下一代，這也是我們要保護大自然深感急迫的原因，因為保護大自然真正的目的與結果，最終還是保護人類自己，以及綿延的後代子孫，台灣的大自然保護也正在興起，許多人已警覺到台灣的島嶼生態是如此的豐富、複雜、細膩又如此脆弱。

許多保護大自然的民間組織陸續成立，年輕一代也積極的投入，以及各種媒體也開始做正面而積極的報導，政府透過法律的訂定來加強自然的保護。

這些努力在近年已有些初步的成果，例如獵捕紅尾伯勞的現象逐年減少，國家公園的取締盜獵，也功不可沒。但在另一方面，仍然有一些財迷心竅的人與財團，只顧追求眼前一時的利益，做出損害大眾的行為；例如中高海拔地區的山林濫墾濫伐，所帶來的水、旱頻仍，

水產養殖業者超抽地下水，造成台西地區大片地層下陷，都令人怵目心驚，工業區不斷的蔓延，社會將為它付出不成比例的可觀代價。

暴發戶的心態，也正傷害著台灣大地——高爾夫球場的大量興建，南部快速橫貫公路的蠢蠢欲動。台南七股居民與黑面琵鷺的爭地，雲林鰲鼓地區居民惡形惡狀的驅鳥，也都讓人痛心.....。

我們需要更有遠見的經濟政策，也需要更適合台灣天然條件的能源政策，否則建再多的核電廠也不夠用，何況這些核電廠的爛攤子需要讓下一代來承擔與收拾。我們一方面盡一切力量來寵愛孩子，但另一方面卻又不斷破壞環境，禍延子孫，不但使他們身心受害，長大了還要承受我們這不智、貪婪的一代所遺留下來的可怕後遺症。所以，真正愛孩子的人，一定是保護大自然生態的人.....。



李偉文

荒野保護協會理事長
湯城牙醫診所主治醫師

臺灣有一千多公里包括各類型的海岸，卻被水泥消波塊給圍起來，變成臺灣『堡島』。


換下醫師袍

——李昕的舞動人生

採訪／宋憶嬌

人像攝影／陳泰維

演出攝影／林聲



喜歡畫油畫、跳佛朗明哥舞，留著一頭及肩長髮的李昕，外表看來柔順，喜歡的事物卻都予人強烈的感受，甚至連吃東西也偏好辛辣的料理，原來在柔弱外表下，內心深處其實隱藏了強韌的生命力及巨大的熱情，所以才會在年近四十做出棄醫從舞的決定，而這些如火般的強烈情感，現在全都義無反顧地投注給了佛朗明哥的舞蹈世界。

沒跳舞之前，李昕依循著父母的期待，按部就班的唸書，考上台北醫學院，畢業後在市立公家醫院當牙醫，擁有人人欣羨的工作及收入，因為向來能夠達到社會的要求，個性中那份叛逆的因子一直隱藏在內心沒有發作，但是當追求的目標逐一實現，結婚生女、擁有好工作，收入累積快速，物質慾望很容易滿



足，這一切都達成之後，李昕卻覺得空虛，生命裡彷彿少了什麼，這時候她才從一路順遂的人生停下來思索，要做什麼來彌補那種不滿足的感覺。

雖然知道自己不快樂，但一時間也不知道到底少了什麼，有行動力的個性讓她不只是發愁，而是多方嚐試，尋找其他的可能性，於是她去學攝影、學捏陶，直到拾起畫筆，心情才真正平靜下來，就像重新找回兒時那種純淨的感覺，清楚知道這是自己真正想要的東西。

一九九四年李昕舉行第一次畫展，林耕來看她的展覽，也將佛朗明哥舞帶進她的生命。至今她還記得林耕形容她畫裡的人物都像在跳舞，這句話打中了她的心坎，因為向來循規蹈矩的她，其實一直覺得自己內心深處有一個狂舞的人。

之後和林耕一起習舞，逐漸地在工作之餘跳舞已經不能滿足她，只是單純想跳得更好的信念，讓她在三十八歲時辭去當了十五年的牙醫，當時心裡也著實經過一番掙扎，覺得辜負了父母的期待，而去不務正業的跳舞，擔心經濟壓力、不知道自己還能跳多久、也不知道到底自己能跳到什麼程度，在中年轉業，而且選擇投入一個需要身體工作的領域，的確很冒險，有些人因為年齡的壓力什麼也不做，有些人卻會選擇做很瘋狂的事，而她顯然屬於後者，毅然地辭掉工作，全心投入迷人的佛朗明哥世界。

開始學舞時李昕已經三十五歲，相較於學舞十年、吸收能力快的林耕，完全沒有基礎、加上把工作辭掉那種孤注一擲的感覺，讓她一直很有壓力，始終懷疑自己的天份，老覺得自己很笨，猶豫是否還要再跳下去，不像畫畫時理所當然的靈感，唸書的一帆風順，李昕說：

牙醫大不同 *Different Aspects on D*

「跳舞是我做過最困難的事。」也不諱言期間許多次都很想放棄，但是一次次地說服自己再堅持下去，每每看到一點進步就獲得莫大的動力，過一陣子覺得自己跳得不好又覺得沮喪，情緒始終在快樂與不快樂之間反覆擺盪。

她提起去年去西班牙學舞的慘痛經驗，當時和一位男老師上個別課，因為她頻頻跳錯，老師不斷地搖頭、跺腳頓地，激動到要去撞牆，讓她幾乎要崩潰了，回旅館後哭了兩天，覺得自己糟透了，信心崩潰到幾乎不想再跳，之後換了一位老師，雖然情緒漸漸平復，但是那樣深重的挫折感依然記憶猶新，直到學舞將近十年的今年，她才醒悟到從最初完全不會累積到今天的成績，其實已經很不容易，累積這麼久的經驗，她最大的心得是「跳舞沒有別的技巧，就是勤練而已」。

談到成立舞團「迷火」的起源，李昕說很多事都是機緣，並不是在萬事具備的狀況下決定成立舞團，剛開始他們只會跳入門的塞維亞舞曲 Sevillanas，有一次看到彈佛朗明哥吉他的詹哲雄老師及已經跳了十幾年美國舞者 Terisa 演出，於是希望和 Terisa 學舞、和詹老師合作表演，也應開 pub 的朋友邀請到店裡表演，幾次下來反應不錯，之後固定的表演及練習，開始有了舞團的形式，逐漸有一些學生，舞團也因此建立起雛型。

「迷火」成立五年，教過的學生已有一、

兩千人，在演出之外，李昕覺得教學也是很有意義的工作，即使一再重複教同樣的舞碼，但是每次看到學生從最初完全不會跳、到能夠協調地手舞足蹈，跳出一支完整的舞，是很有成就感的過程，看著學生享受舞蹈的樂趣，整個教室沉浸在一片愉悅歡欣的氣氛中，她也深深為之感動，彼此能量互相傳遞分享，讓她更有動力向前。



名為「迷火佛朗明哥中心」，李昕想做的不只是舞蹈，還希望成為傳播文化藝術的據點，所以「迷火」除了目前的舞蹈教室、舞團訓練、辦party，未來還希望開設人文課程，李昕興致勃勃地談到已經租下旁邊的房子，準備將地下室作為舞蹈教室，樓上作為人文講堂，開設美術史、繪畫、旅遊課程、辦音樂講座，也打算搬到教室附近住，讓她可以同時兼顧舞蹈事業、疼愛的女兒及九隻貓。

雖然李昕謙虛地表示至今表示還沒有一場夠水準的演出，但是每次在不同場合的演出經驗都讓她覺得很有趣，她認為不見得要達到藝術的高標準才有絕對的價值，自娛娛人也是一種原動力，因此每一場大大小小的演出都有當下獨特的意義，無論是在莫文蔚演唱會上的演出經驗，令人深刻的豪華佈景及樂隊；或者chevas酒主題party上，把晶華酒店三樓宴會廳佈置成塞維亞城的氛圍……，相對於她以前當牙醫的背景，這些經驗都非常特別，也讓她始終樂此不疲。

「人需要過有創造性的生活，否則不知道為什麼而活，」李昕這麼說，也親身驗證了這句話。換下醫師袍、穿上舞衣的李昕，舞出了全然不同的人生。



李昕

佛朗明哥舞者、畫家、作家，原是牙醫，於1997辭掉工作了十五年的公家醫院牙醫職位，全心投入藝術創作。

1994年於美國文化中心舉辦第一次畫展「不明區域」，傳達的是內在生命潛意識活動的深層世界。

1996年於台北彩田藝術空間、台中文化中心及高雄文化中心舉辦巡迴個展「我看見、我跳舞」，呈現女性生命火燄般的熱情及狂放；同年被推薦參加台北市立美術館1996雙年展「台灣藝術主題性」其中的「情慾與權力」部分。李昕從事寫作，散文見於各報及雜誌，著有「人生踢踏踩」及「這個媽媽很霹靂」，書寫女性生活及思考。

古典、唯美的千年古都——京都

文、圖／楊舒斐

在 一本有關日本的旅遊書裏（註1），其作者提到京都時講了一個故事。

這位作者曾和一位京都的老婦人談論古董，「我們家有過一棟漂亮的大房子，裏面擺滿了精緻的古董，可是全在戰爭時燒燬了。」她沉思道。這位作者遲疑地說：「可是我以為第二次世界大戰時，京都並沒有遭到空襲。」「當然沒有。」她頓了一下：「我指的是應仁之亂。」應仁之亂發生於西元1467年！大約是中國明朝中葉。

在變動紛擾的時代裏，能夠找到一種不變的文化價值與場景，這是京都的經典地位。西元794年~1868年間做為日本的首都，京都當然累積了最豐富的文化遺產，但最可貴的是，經由後代子孫的努力，她亦被完整地保留下來，今日遊人如織的寺廟、街道上，若大家亦全穿上傳統和服，恐怕與數個世紀前的繁華情景是所差無幾的；若遇上迎面而來穿著和服的姑娘，適情適景，輕易地就會讓人想起文學家川端康成「古都」書中的婉約少女。

京都的迷人之處大概就是因為她的古老、她的豐富，以及她的美似乎活在時間長流裏，永不凋零！

不過這樣一個熱愛傳統、竭盡心力保留歷



京都人深以傳統自傲，即使尋常人家，仍保有對歷史建物深深的尊敬，極力維護。

史的民族，卻愛上了在春天盛開，但花期僅短短十來天的櫻花，整個民族為了花開燦爛而癡迷、花落凋零而心碎的程度，早已轉化成其文化美學與人生哲學的最終精神；所以如果要拜訪京都，一定要選一個櫻花盛開的春天，才能細細地觀察這個民族最內心的情感秘密！

文人騷客的「哲學之道」

到京都賞櫻花，自然是得走一趟「哲學之道」，這指的是沿著白川疏水道至銀閣寺橋兩旁的砂石小徑。名稱的由來，原本是因為曾任教於京都大學的西田幾多郎等哲學家，偏好在此地散步思考而來；而遍植兩旁五百株的紅、白櫻花，則是日本畫壇鬼才橋本關雪的夫人所

種植，因此也被稱為關雪櫻；當然今日來散步的已都是遊人而非須要靜思的哲學家了。這條流水潺潺、長約兩公里的散步道，在櫻花盛開之時，宛若搭了一個嫩粉色的天蓬，滿天皆是美得叫人屏息的豔麗，微風一來，輕柔的花瓣像跳舞般在空中旋轉一陣後，溫柔地飄落在樹梢、髮梢和碎石路上。其實，只要靜靜地站在樹下三分鐘，細細地體會櫻花這樣一年一次瞬間爆發的生命力，彷彿活著僅為用盡力氣開一次花，然後在最盛開的時候落地死亡，大概就不難體會日本人為何會有那種切腹自殺、絕決的生命態度了。

來到哲學之道附近，當然得品嚐一下著名的湯豆腐，然後再到始建於西元1264年的南禪寺，體會一下古剎的春天。這禪寺原本是天皇的離宮，後來因天皇出家而改為寺院，是日本禪宗地位最高的寺院，而且經過豐臣秀吉、德川家康的重整擴建，才有今日的規模；尤其高達22公尺的三門，是一雄偉莊嚴的木構造國寶級文化遺產，的確讓人在其下顯得渺小謙卑。禪寺中典型的日本庭院在櫻花盛開之際，或楓紅之時，色彩鮮麗的景緻，配合著古樸、典雅的禪寺建築，大約都是此寺極美之景。而南禪寺方丈南邊有一長達93公尺的西洋式紅色磚造拱橋-水路閣，是京都重要的水利建設「琵琶湖疏水道」的一部份，這是讓日本現代化、轉變成強國的明治時代所興建的，如今雖成供觀賞用的遺跡，然彷彿還是能看到背後一個英明、有遠見的君主為一個國家所帶來的輝煌盛世。



滿天盛開的櫻花，讓哲學之道宛若覆蓋在粉嫩的春光中。

哲學之道的另外一頭則是銀閣寺的入口，當然若要在此看到一座璀璨銀光的寺廟，恐怕是要讓人大失所望，因為銀閣寺壓根兒就是一座黑沉沉的寺廟，充滿了寂靜肅穆之氣，若要說跟銀色扯得上一點關係，恐怕就是其庭園中的枯山水「銀沙灘」，其原本的設計是要反射如銀的月光，只是恐怕遊客只能在白天看到白花花日光反射。如此的隱逸風格與風雅，自然和光彩奪目的「金閣寺」截然不同，當然，也是三島由紀夫的世界文學名作「金閣寺」，才讓世人對金閣寺更趨之若鶩。



南禪寺的古樸與春櫻的豔麗，是一種永恆與瞬間之美的交會。

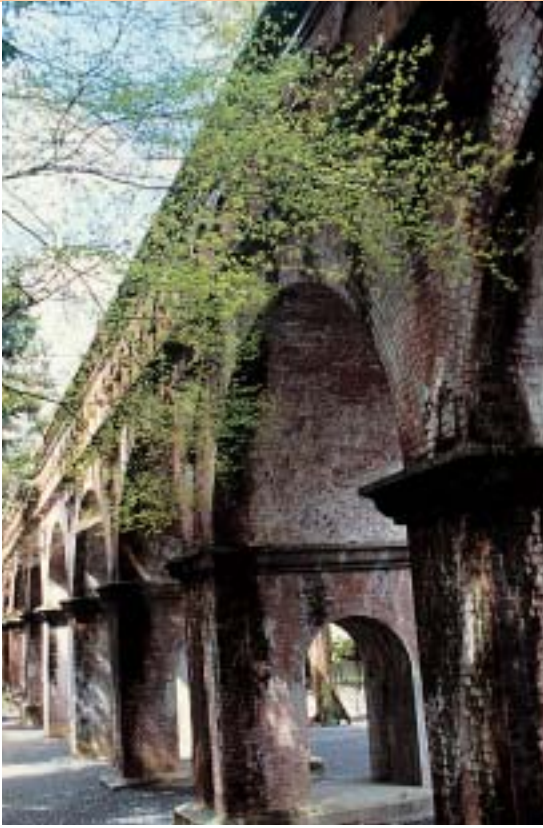
永恆的美——金閣寺

列屬於世界文化遺產的「金閣寺」，不管在文化建築遺產、文學作品及日本美學的表現上，皆是經典。貼滿金箔的二、三樓，閃耀著華貴的氣質、倒影在碧綠的鏡湖池中，如夢似幻，美得叫人窒息；閣頂的金鳳凰亦宛如不死鳥，「永遠飛行於『時間之中』」（三島書中之語）。其實這並非金閣寺的原始本尊，在西元1397年完成的金閣寺本是幕府大將足利義滿退休安養之地，因此整個庭園的設計就是對往生極樂世界的幻想與模擬，之前提及西元1467年的「應仁之亂」，京都全境只有金閣寺倖免於難，可見其尊貴自古即是。只是這樣一種美到不似人間物的至高地位，終於也觸動了日本人毀滅性美學的開關，在1950年被一位金閣寺的和尚放火燒了，三島由紀夫也就是藉此事件寫成了小說「金閣寺」一書，日本人則順水推舟將此小說當成此事件的合理解釋。

對建築而言，這是一件慘烈的損失，但對

哲學與文學的價值而言，卻簡直將「金閣寺」的美推向登峰造極的境界。三島由紀夫曾在書中不斷地提到金閣寺不安定的設計本源，其實這是為了書中患有口吃的小和尚溝口放火燒寺所埋下的伏筆，真正的不安定莫不是來自人心中對美、青春的稍縱即逝與無法掌握的恐懼，這也就是為何櫻花盛開時，大家要到樹下飲酒作樂，盡情享受短暫的春光。小和尚第一次見到金閣寺是「金閣的美直逼得我手足發顫，冷汗直流。第一次看見金閣寺，只覺得它的細部與整體架構充滿了音樂般的協調流暢。」這樣的美，美到如虛幻般的不真實。因此書中小和尚在二次大戰間曾夢想空襲可以炸掉金閣寺，因為只有如此，金閣寺就不再是高不可攀、而是與人可以同生同滅、真實與幻想可以相結合。

然絲毫未損的金閣寺在戰後卻成了永恆的象徵，「我與金閣寺並存於世的夢想如今也破滅了，我心中的至美屹立在那兒，莊嚴神聖，令人不敢仰視。」小和尚與金閣寺的命運自此糾纏不清，金閣寺成為他徘徊在現實與夢想之間難以企及的境界。在他心中，這一棟威嚴又憂鬱的精巧建築，看來似近又遠，似親又遙不可及，「美的永恆性存在，真切地阻擾著我們的人生、荼毒著我們的生存，就是在這個時刻，生命中所乍現的瞬間之美，在這種荼毒面前顯得毫無招架之力。」於是，他放火燒了金閣寺，原本想以身殉葬，然因無法進入火場作罷。書末的最後兩段話，三島由紀夫是這麼寫



夜晚的鴨川河岸旁，年輕的藝術家們盡情地將這個古老的舞台，轉變成其20世紀藝術創作的背景。

著的：「在另一個口袋中，我掏出香煙將它點燃，在煙霧裊裊中，我突然有如一位藝術家完成大作的心情。我想，還是活下去吧！」

這本小說絕對是愛好金閣寺及了解日本美學精神的必讀之書，雖則我們無需藉此穿鑿附會事件本身，但其深藏日本美學精神的思辯與演繹、高度文學性的文字，及書中對金閣寺的描寫皆屬上乘之作。

今日的金閣寺是在1955年復原完成，1987年才重新貼上金箔，見來華麗如昔，只是曾發生過的歷史、文學家寫過的作品，都更加提高金閣寺在人們心中的地位。三十一歲發表「金閣

寺」一書的三島由紀夫，在四十五歲時，為了護衛自己的思想主張，在眾人面前切腹自殺，這樣追求絕決之美的日本民族文化，在京都、在櫻花樹下，在金閣寺前，或許都可體會。

歷史自有風華

夜晚的京都也是美的，尤其如果到歌舞伎町的發源地祇園附近走走，運氣好或許有機會見到粧扮濃豔的藝妓，婀娜多姿地穿梭在小巷道中；附近鴨川兩岸的柳樹櫻花，讓沿岸充滿著嫵媚多情之氣氛，據說自古祇園的女孩子心情不好，就會到此對花飲泣。現在在這兒，沿岸滿佈商店，名建築師安藤忠雄的作品-「Time's」商業精品店也在其支流高野川旁；河畔飲泣的少女不見了，倒是搞藝術的學生與藝術家將岸邊平台當成了舞台，也不管有無觀眾就演將了起來。

文化畢竟是時間的產物，千年古都有數不盡的繁華在昔日，而今京都成了最足以代表日本文化的都市，氣質與東京是截然不同的。不管是三島由紀夫筆下愛恨強烈的金閣寺之美，或是川端康成筆下細膩獨特的京都女子，這些都將寫入京都悠久歷史中的一頁，名垂千古。

註1.見台灣英文雜誌社出版之知性之旅系列／日本

楊舒斐

東海大學中文系畢
長安建設研發室經理
築生講堂負責人

Windows DP v.s. Outlook GP，你升級了嗎？

撰文／高宇鋒 醫師

Millennium 前99天，我開始成為MS (Mouth Soft) Windows GP (General practice) 的user。使用兩年之後，因為功能只符合入門者，我發現自己需要購買Office GP，於是我有了自己的office。Office中，我最喜歡用的便是Outlook GP，因為從Outlook GP我可以向外瀏覽Inlay/Onlay，Veneer，Bleaching等網站。排解工作單調的生活。

幾個月後我發現如果我要連上Implant，Ortho，Perio等網站，我必須升級到Windows DP (Dental Profession)，在猶豫了數個月之後，受不了老是瀏覽OD，Endo的我，花了大筆銀子升級成Windows DP。



懷抱著興奮的心情升級後，我發現DP跑起來的速度有點慢，於是我便請教技術支援部門 (Technique Support)。TS先生表示，因為我之

前的CPU (Central Production Unit) 是史塔牌 (Star) 出廠的，必須更換成艾迪克 (adec) 或西門市 (Siemens) 的才跑的動，而且Office也要跟著升級才可以，新版的Office DP需要新



的註冊碼及使用許可。

因為西門市和史塔的CPU的價差實在太大 (最普通的西門市就和高階的史塔牌就有6倍的差別)，我決定忍耐速度慢的執行效率。可是我還是又花了一把銀子把Office升級。而且花了一年半取得使用許可及註冊碼。第一次打開Outlook DP時，我實在太興奮了，Outlook DP不但可以看Implant，又可以瀏覽Ortho，我整天泡在其中，可以在小小的天地間探索如此廣大的虛擬世界，實在是令人興奮的難以自己。

有一天台電意外停電，無法用Outlook DP向外看的時間實在難熬，於是勉為其難的向外



雲門 行草



後龍 火祭



台北 京華
走走.....



大溪 老街

在無外框風景中，我驚覺原來不使用 Mouth-Soft Window的日子也可以這麼美好。

當我們使用Outlook向外看的同時，我們或許忘了自己其實是在Widnows下執行，偶爾換個作業系統，跳脫Mouth Soft Windows，或許



高宇鋒

- 國維牙醫聯盟醫師
- 瑞星牙醫診所負責人
- 台北市牙科植體學學會常務理事
- 資訊委員會主委
- 陽明大學牙醫學士
- 紐約大學植牙進修