

# 本報

The Journal of CSMU Dental Alumni Association

July, 2005

# 49

社論  
選舉過後

自然饗宴  
從可可西里談全球化經濟下的生態危機  
——從電影談生態系列之2

專業觀點  
牙醫師的養成教育與再教育 Part VI：教學門診  
視野與使命——唐氏症齒科治療的省思——  
The Next Level Implant Surgical Technique  
——Flapless Implantation無翻瓣植牙手術  
連鎖牙醫發展趨勢與省思

國際新訊  
世界臨床雷射醫學會2005年亞太年會

發現 VIP  
經驗傳承與專業精進  
訪台灣大學臨床牙醫學研究所——藍萬烘所長  
專業、用心、人性  
專訪台北市牙醫師公會——黃建文理事長

經管藝術  
富有人士的財產規劃相當重要

開創知識的、生活的美學空間！



中山醫學大學牙醫學系校友總會 發行

中華郵政北台字第4520號執照登記為雜誌類交寄



國內  
郵資已付  
台北郵局許可證  
台北字第9307號  
登報法投遞時請退回  
雜誌類

# A Letter from Publisher

迴旋手札

煙籠迴旋梯 遙寄木棉心

## 服務別人即是訓練自己

今年木棉在各方的幫助下，又增長了一歲，尤其是總編楊晉杰醫師的努力下，終於出了四本，在這之後，我也將卸下木棉雜誌社社長一職，轉向另一個服務校友的舞台——台北市校友會會長。回首在校友會及公會服務了十多年，自身一直保持著服務別人是訓練自己的信念，在這些年來，嘗試著在牙科本業的領域上加強自己的努力外，也盡力在學習待人處事，分析判斷的能力，期望在服務大家的前提下，也能提昇自己，雖然忙碌，疲倦卻也能甘之如飴。最後，希望校友會能有新血輪的加入，使木棉雜誌在新社長的領導下更能蓬勃發展，服務更多的校友。

社長 **林輔誼**



## 社論/Viewpoint from Editor

選舉過後 主筆團 144

## 迴旋手札/A Letter from publisher

服務別人即是訓練自己 林輔誼 141

## 自然饗宴/Nature Feast

從可可西里談全球化經濟下的生態危機  
——從電影談生態系列之 2 李偉文 146

## 專業觀點/Professional Article

- 1)視野與使命——唐氏症齒科治療的省思 陳冠豪、鍾國楨、詹嘉一、李尚志 150
- 2)The Next Level Implant Surgical Technique  
——Flapless Implantation無翻瓣植牙手術 許榮庭 156
- 3)牙醫師的養成教育與再教育 Part VI：教學門診 許永宗 162
- 4)連鎖牙醫發展趨勢與省思 張剛豪 168

## 國際新訊

世界臨床雷射醫學會2005年亞太年會 雅仕提供 170

發行人 賴海元  
 創辦人 梁榮洲  
 榮譽社長 周汝川  
 總會會長 黃亦昇  
 會長 廖敏熒  
 社長 林輔誼  
 副社長 梁孟淵 徐勵生  
 總編輯 楊晉杰  
 副總編輯 龍霖 林威宏 蔡珍重  
 廣告委員 許文銘 徐信文 陳桔旺 王建中  
 財務主委 李曉蕙  
 主筆團團長 曾育弘  
 主筆團 尹漢章 王建中 江薰正 吳秉翰 吳建德 李光中 李偉文  
 李曉蕙 林吉祥 林孝熹 林希融 林明村 林孟禹 林威宏  
 林順華 林楷龍 林嘉賢 林燕明 林聰憲 徐信文 徐勵生

高宇鋒 許榮庭 陳永松 陳和錦 陳英禹 陳家慶 章旭  
 曾育弘 黃建文 黃斌洋 廖敏熒 劉三奇 蔡守正 蔡珍重  
 鄭榮川

編審顧問 王誠良 石鎮銘 江文正 江永言 江振宗 江紘宇 何宗英  
 吳國禎 吳澄洋 李俊德 李英祥 李榮泉 李碩夫 林忠光  
 林進添 林繁男 初昌榮 孫茂彬 徐信文 徐思恆 康昭男  
 張達材 張瑄富 梁榮洲 郭鋒銘 陳世文 陳世傑 陳季文  
 陳長泰 陳建治 陳超然 陳寬宏 陳慶鐘 陳敷元 曾育弘  
 黃亦昇 黃廷芳 黃建文 黃尊欽 黃維勳 楊家榮 董錦川  
 廖立民 廖富堂 劉明仁 劉俊言 潘渭祥 潘肇陽 蔡守正  
 蔡定享 鄭俊國 鄭紹銘 盧貞祥 穆天龍 蘇明圳  
 (以上順序皆依姓名筆劃排列)

## 發現 VIP / Discover VIP

### 1) 經驗傳承與專業精進

訪台灣大學臨床牙醫學研究所——藍萬烘所長

吳秋瓊 172

### 2) 專業、用心、人性

專訪台北市牙醫師公會——黃建文理事長

吳秋瓊 175

## 經管藝術 / Art of Management

富有人士的財產規劃相當重要

胡華英 178

## 生活櫥窗

創造趣味空間的故事

蔡珍重 180

## 中山飛鴻

爭

許永宗 188

## 木棉看板 / Bulletin Board

### 1) 校友會大會

校友會 184

### 2) 校友總會演講活動

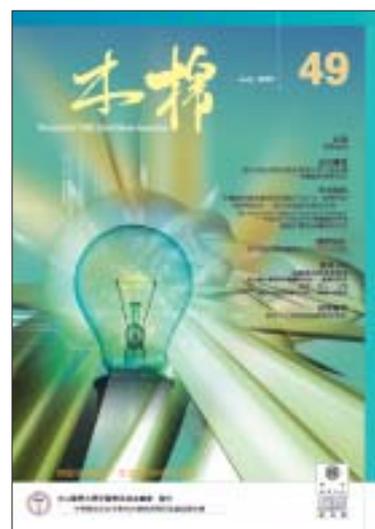
校友總會 186

### 3) 中華民國口腔植體學會年度大會

中華民國口腔植體學會 189

## 編後語

楊晉杰 190



主 編 中山醫學大學牙醫學系

台北市校友會

社 址 台北市中山北路七段220巷4號之1

電話：02-2871-9365

傳真：02-2871-9377

版面構成 青田設計工作室

承製企畫 沐蘭國際文化事業有限公司

經辦人／葉曉珍

電話：02-2242-0810

傳真：02-2247-8123

出版日期 2005年07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

## 廣告索引

封底 翎峰國際股份有限公司

封面裡 雅仕生物科技有限公司

封底裡 同鼎有限公司

129 陳明時植牙班

130-132 維瀚科技股份有限公司

133 金稻企業有限公司

134-135 聯雄健康事業股份有限公司

136-137 鼎興貿易股份有限公司

138 大益設計事業有限公司

139 明延貿易股份有限公司

140 翊達產業股份有限公司

# 選舉過後

主筆團

中華民國牙醫師公會全國聯合會第九屆理、監事選舉終於底定結束了。除了對當選者表示恭賀外，對於沒有當選者也慰問致意。綜觀此次選舉之所以異於以往，是因為某些地區參選人數大爆滿，其激烈慘況為歷屆之最。而整個選舉制度及圈選方式也作了空前變革。在各別分色的一張選票上有應選總人數理事三十五名或監事十一名之大框架設限，另有各地方選區應選人數的小框架設限名額，也就是大籬笆內有許多各地區的小籬笆。由於茲事體大，變異非比尋常，上屆理、監事會想必也開過好幾次會議不為過。步步為營，臨淵履薄，深恐所有大小事，掛萬漏一。雖然整個過程無法百分百地盡善，最後終也是功德圓滿落幕了。

然而旁觀者清楚，非權力邊際、核心者明正，這次的選舉仍有改善的空間，可以提供作為未來選舉的重要參考。

## 一、應提早和擴大相關議題討論的時間和空間：

一項史無前例的重大變革是在在需要集合眾人意志想法，由下而上所匯集多數成為重要且必要的過程。從會員代表選舉之前就必有所討論和建議，甚至，以後趨勢走向，從會員代表意見族群就可以一窺端倪了。一定要利用各種可能的通路或問卷或民調或說明會，讓廣大牙醫師群可以直接參與。

## 二、應確實作到公平、正義、公正、公開的過程，而且迴避利益、尋私、起疑：

有些事關或可能相關於自己現任理、監事的利益，應本於迴避的原則，換人來主持。可以敦請極負眾望而公正超然先賢明達非代表醫師主持一切選務，而理、監事僅是列席，可發言但不具最後裁定權。

## 三、建立適度的日出或日落條款：

有些決議不便或不適宜在現任即時地大幅度修正或改變，似可訂定日出或日落條款交由會員代表大會決議。

## 四、可考慮非常設階段性的公正選舉委員會的成立：

既然這次激烈的選舉過程都動用各個校友會聯合參與，無非是希望選舉之過程和結果非常流暢順利且有聯合背書的加持。可敬邀各個校友會中公正而非全聯合會員代表醫師參與整個選舉及開票過程且輪流擔任主席或召集人，負責沙盤推演，腦力激盪，謹慎小心並且公正廉明地以公平、公開方式來討論。其所陳述的意見或結論也必需賦予被認可的效力或遵依的共識。在選舉日的前半年，至晚不少於三個月，該委員會必須成立。

## 五、牙醫師應讓被賦予較高的道德標準和行為能力：

由於適用於人民團體法中選舉辦法，這次的選舉選票的有效、無效認定又採用了極為寬鬆之標準。但是，以智識能力甚高的牙醫師團體似乎無需大費周章地讓選票有效無效增加太多的空間。避免如何利用選票來記註標示成暗號後仍還是有效票，恐怕是杜絕循私的最重要前提條件。

## 六、競選的宣傳拉票活動應該確立停止的時間：

當大會宣佈開始投票時，就應該停止所有的競選拉票活動。這個共識應早就該被建立達成而且也應在大會上再被強調、陳述或告知的，所有參選醫師應確實遵守的。

## 七、投票區的數十公尺外，應該建立人員淨空緩衝區：

由於選舉實在激烈，有些被選舉人渾然不知不覺地就拉票至門口，並且也拉票到已在排隊等候查驗身份之代表醫師，這無可厚非，但似應避免。

## 八、在選票的空欄內，避免臨時填入的被選舉人：

理、監事會議或選舉事務單位應竭盡所能地透過有效而且直接的方式，讓有意參選者或有意被推舉者，在一定期限內完成被選舉人法定資格確認，然後列印在選票上。臨時的填入選票空白欄上，不但徒增有效無效票之認定困擾，也非公平對待這些被選舉人。

## 九、開票時，應有效隔離監票、唱票、記票區：

避免觀看開票緊張過程的越位，除了拉紅線隔離外，張貼或豎立有效標誌有其重要性，似可建立輔導或糾察員來幫忙。

## 十、參與晚宴之代表醫師應確實的事前估算，節省無謂的鋪張或開支：

一整天圓山的大會及晚宴下來所費不貲，恐花費龐大，但選舉結果總是幾家歡欣，幾家愁愴。歡欣的不一定到場參加晚宴，也可能不喜歡這種吵雜高分貝音響和大吃大喝的傷身環境，而愁愴失意者也八成不參加。經由精準確認的參與人數，可以杜絕奢華浪費。

## 十一、選舉委員會應整合各地方公會的選舉公報並且刊登被選舉人發表之政見：

來自全國各地方近一萬牙醫總會會員人口的代表們，最基本地，不但早要知到自己所屬地方公會的候選人及其政見。對於其他地方公會的眾多候選人則有待端詳政見、聽聞風評舉止。政見正可以表現候選人智識能力、人品操守，也是檢驗被開出支票之兌現。不管以前、現在或將來都將會是被檢視、評論、選擇的依據。

## 十二、更為普及直接的公平、公正、公開通訊投票應開始有被討論和建議的機會：

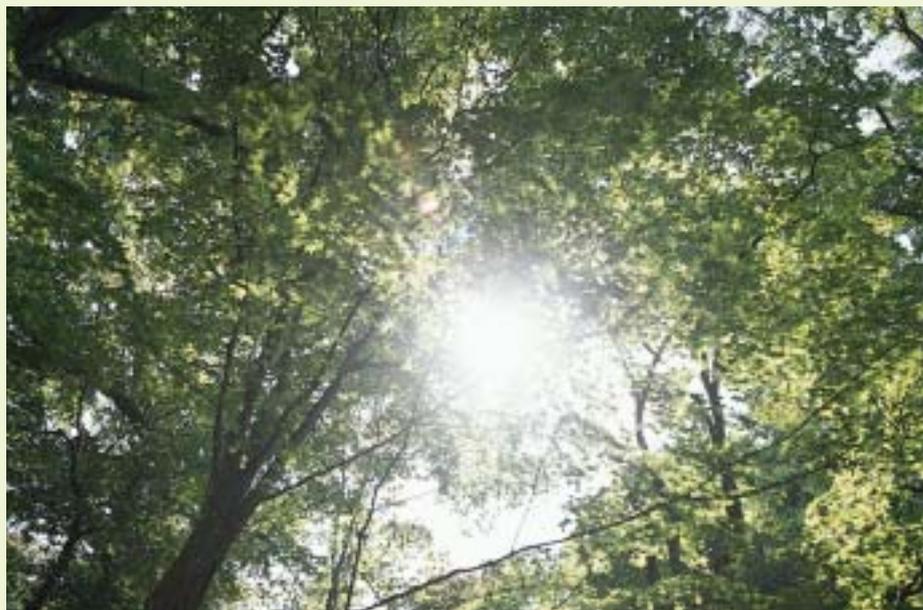
會員代表制或有其好處，但相對地也提供你爭我奪、暗中較勁的方便性。一次選舉勞民傷財，奔波往返，傷心也傷身。對立的火花，陣陣的漣漪更是在所難免，但最後總是要時間來抹平傷痛撫慰心靈。通訊投票只要在技術上、法律上執行上的有效管理，憑我等牙醫師精英聰明才智，通訊投票真的可以避免掉一大堆負面傷害。

實在是感謝這麼多檯面上牙醫師們多年的努力和辛勞，才能讓牙醫團體在這個社會上仍佔有重要地位，今天不管是在全聯會理、監事會上或者回到地方公會、校友會上，甚至自己最基本的牙醫工作上，不斷地熱心付出和奉獻一直是我們牙醫團體最重要的力量來源，也是我們最豐富的資產。選舉畢竟是一時的，總有結束結果的時刻，就讓大家先作一番療傷止痛、養精蓄銳後再抬頭亮眼認清方向，也讓我們各自重新站起來，調整好步伐，一起為牙醫的將來繼續齊步努力吧！

# 從可可西里談 全球化經濟下的生態危機

——從電影談生態系列之 2

作者／李偉文



李偉文

荒野保護協會理事長  
湯城牙醫診所主治醫師

在市場全球化之前，也就是說在地方經濟的時代裏，自然資源和當地使用者之間的回饋，感受十分直接，因此可以一直維持著動態平衡。但是一旦市場已超越當地，擴展到全國，乃至於全世界，形成大企業以全球觀點來控制生產與銷售時，維持一個小區域地方的生態平衡回饋機

制就喪失掉了……

## 一. 美麗少女般的可可西里

在中國大陸西邊，青海省格爾木附近有一片海拔四千八百公尺以上的高原，面積將近五萬平方公里，在這裏，你踩下的每一個腳印，有可能是自地球誕生以來人類

所留下的第一個腳印，因此，這被視為如美少女般漂亮與純淨的處女地，被命名為可可西里。〈蒙古語可可西里意思就是美麗的少女，另外因為發音不同，也有青色的山梁的意思〉。

這裏因為高寒缺氧，條件惡劣，又被稱為人類禁區，有世界第三極之稱。可可西里北端有崑崙山脈，南端是唐古拉山脈，像一對巨龍般守護者，高原上散布著冰川、湖泊與濕地，景色壯觀。

每年深秋時，全世界只分布在青藏高原上的特有種藏羚羊，懷胎的母羊會來到可可西里生產過冬。1985年以前，可可西里有超過一百萬隻藏羚羊，但是隨著歐美對於由藏羚羊絨所織成的莎圖什披肩的需求增加，價格暴漲，吸引了許多盜獵者，在短短幾年內，藏羚羊的數目只剩下不到二萬隻。

這些盜獵者開著車子，朝將臨盆的羊群橫衝直撞，據說藏羚羊有相當緊密的家族群體精神，只要有同伴受傷，就不會獨自逃生，因此往往是整個羊群數百隻一起被屠殺。

1992年青海省治多縣為保護可可西里的藏羚羊成立了西部工作委員會。1994年索南達杰隊長在捕獲盜獵分子押送途中，遭其餘盜獵徒襲擊身

亡，當搜尋小組找到他時，索南達杰依然保持半跪的射擊姿勢。

1995年札巴多杰重組西部工作委員會，並且成立了一支武裝反偷獵隊伍，命名為野犛牛隊，除了少數幹部多，隊員大部分是從社會上招募到的志願義工。

在與盜獵分子激戰的同時，札巴多杰一直為成立可可西里國家自然保護區而奔走。1997年底，中國國務院批准保護區的設置，同時成立保護區管理局。

在前後五年中，野犛牛隊與盜獵分子進行了無數次的浴血奮戰，1998年11月，札巴多杰也犧牲了，他被譽為「青藏高原野生動物保護神」。

## 二. 一部關於生命與信仰的電影。

這部由中國大陸年輕導演陸川所拍攝的電影「可可西里」，獲得了2004年金馬獎最佳影片及最佳攝影，東京電影節評審團大獎，柏林電影節……等等的獎項。

電影強調寫實，根據真實故事改編，透過劇中北京記者朵玉的眼睛記錄這一段殺戮者與守護者之間的故事。

由於這部電影構成元素包括了西方的環保意識與東方藏族人的天命

色彩〈也頗符合西方的想像與好奇的異國情調感〉，再加上藏羚羊慘遭血腥屠殺的議題在當年吸引媒體的關注也是空前的，所以導演這麼說：「我要讓這部電影完全真實，這樣將來會有價值，因它是一個報告，一個記錄。」

即便導演刻意採取一個客觀的角度，但是在看似冷冷流轉的鏡頭下，卻時時刻刻感受到生命的張力。

是什麼樣的力量，可以讓人為了守護大地而拋棄工作、遠離愛人、捨棄生命？

是什麼樣的堅持，讓他們到了生命最後一刻，依然無所懼、無怨無悔？

這種對萬物生命的珍愛，對信仰的堅持，是令人動容的，影片在不多的對白中卻能成功的呈現出藏人對生命的選擇與態度。

## 三. 誰是物種滅絕背後的黑手？

電影中，透過盜獵集團裏，專門剝羊皮的牧民馬台林的口中，我們似乎也隱隱發覺，那些匪徒好像也是無奈的？是不是原來的生產及謀生方式被「外力入侵」而破壞，當地老百姓失去了原本賴以為生的生存環境？



藏羚羊在短短幾年內，從百萬隻被屠殺到只剩一萬多隻，背後的黑手正是全球化市場的經濟運作。

我們回溯，在市場全球化之前，也就是說在地方經濟的時代裏，自然資源和當地使用者之間的回饋，感受十分直接，因此可以一直維持著動態平衡。但是一旦市場已超越當地，擴展到全國，乃至於全世界，形成大企業以全球觀點來控制生產與銷售時，維持一個小區域地方的生態平衡回饋機制就喪失掉了。藏羚羊只是數不盡的例子之一，其他產業如地方性伐木工人和漁民也都是令人觸目驚心的例子。

比如跨國伐木業者會在全世界找

最便宜的生產地，在選定砍伐地點時，短期內當然會創造當地大量的就業人口，較好的收入，可是一旦把當地全部的樹木砍光之後，跨國企業就轉移到下一個國家，下一個便宜的產地，原先當地的伐木工人當然就失業了，而且這一失業就是永久失業並且造成生存上的困難，因為當地的生態系與自然資源完全被「消耗殆盡」了，這就是成語裏講的「竭澤而漁」，地區的老百姓與產業就被當作「柴薪」燃料般使用，以支撐資本主義全球化形成的市場低價競爭。

資本主義最原始的理想是期望大眾的資金能夠經由股市募集，以大

資本強化企業推動及運用知識與科技的創新能力，以最有效率的方式造就更低廉品質更好的產品來改善人民的生活水準，以及分享經營的利潤。

理想很好，但是若加上自由化，關稅壁壘的喪失，必然形成全球化的競爭，初期或許是百家爭鳴，市場一片蓬勃，但是很快的，企業會以大吞小的方式，形成壟斷性的產業，喪失了生物〈或產業〉的多樣性。而且由於低價的競爭也會帶來資源浪費，一方面是地球上有限的資源是否能夠承受得了競爭所帶來的消耗，另一方面由於競爭及科技，形成產能過剩，供過於求，並且因為過度競爭，企業利潤消失基層員工遭殃，形成貧富不均，廣大民眾反而更苦。

再加上大企業是由眾多投資者持股，只在乎企業賺不賺錢，只關心短期股價的漲跌，因此不太可能顧到社會正義，或地區性的永續發展。

甚至我們會發覺，在市場經濟全球化之下，幾乎已經沒有可以自給自足的地區，全世界各地區之間已經沒有緩衝區，在自由競爭市場機制之下，已喪失了多樣性。我們知道，在自然界中，單一化是最不穩定的。

## 四. 我們的敵人在那裏？

我們必須誠實地說：沒有簡單的答案。

全球化的趨勢也是一條不歸路，不可能再走回以前所謂「部落文化」般的關稅壁壘。

或許我們可以重新思考，那些東西適合全球化，那些最好能夠保護地方的完整性。比如說，自由經濟的全球化勢必要接受一些管制與規範，不能以弱肉強食的叢林法則來壟斷市場。

因為若沒有規範，經濟力量一定會愈來愈集中在少數大企業手中，使他們儼然成為「私人政府」，對真正的政府有很大的影響力。那麼原本為平衡政府獨斷力量而發展的自

由市場經濟制度，反過來和政府聯手，形成了新的獨裁力量，和真正的民主真諦背道而馳，儘管它打的名號是自由開放與民主。

## 問題沒有簡單的答案。

我們的敵人或許就是我們自己，或許問題的癥結就是我們習以為常的生活方式，在經過整整十年，每天至少都固定花幾個小時當義工之後，我深深體會到，環境運動的真正敵人是我們自己，是我們自己內心的貪婪，為了物質享受捨不得改變生活方式；是我們的懶惰，只想抄捷徑搶短線，找最容易的路走；是我們偏狹的心，無法彎下腰傾聽大地的心，傾聽別人

的心，不願更寬容更柔軟地看待所有不同的意見。

我常以佛洛姆在「人類新希望」一書中的一段話來警惕自己：「我們不是變得更強就是更弱，不是更聰明就是更愚蠢，不是更勇敢就是更懦弱。每一秒鐘都是做決定的時刻……每一個愛的行為，認知的行為和同情的行為，都是一種復活。每一個懶惰，貪婪和自私的行為，都是死亡。每一刻生存的時間都將復活與死亡置於我們面前，要我們選擇，而我們每一刻都給了答案。這個答案並不在於我們說的和想的是什麼，而在於我們怎麼生活，怎麼行為，怎麼行動。」



賀

張溫鷹醫師榮任內政部政務次長  
陳時中醫師榮任衛生署政務副署長

# 視野與使命

## ——唐氏症齒科治療的省思

作者／陳冠豪、鍾國楨、詹嘉一、李尚志

### 一 前言

『在充滿不確定性的經濟體系中，唯一能確定的是--持續確保競爭優勢的根源在知識。』這是日本先端科學技術大學院大學(Japan Advanced Institute of Science and Technology)知識科學研究所所長野中郁次郎(Ikujiro Nonaka)教授的名言。他更指出『知識創造』(Knowledge - Creating)一將知識融入新技術與新產品中是產業永續經營與掌握客戶的不二法則。但現實層面卻是產業團隊往往因教育與訓練背景的雷同，難以經由『認知差異』(Cognitive difference)而相互腦力激盪來引燃『創意火花』(Creative spark)。此種受限的思維模式必將導致『安逸群落症候群』(Comfortable clone syndrome)也就是活在自我偏執並反向拒絕變革只圖維持安逸現狀的怠惰局面。

古云：『故步自封』即足以一語蔽之。惟產業團隊的自我醒悟則全有賴於開拓寬廣『視野』(Vision)與

提振傳承『使命』(Mission)，因視野改變價值觀而使使命強化責任感正是激發知識槓桿效應的不二法則。

台灣的口腔醫學產業亦處相同困境，在面對景氣低迷、人力過剩、健保給付不足，甚至只保大病不保小病制度轉變的日益逼近之際並無有效因應之道。至於重大傷病患者的口腔醫療提供則是力有未逮且事故不斷，多年難見改善，更惶論效率提昇、結構整合、再創新局。

故本文謹藉由唐氏症幼兒於全身麻醉下的齒科門診病例作為建構高品質全方位醫療模式的探討，並希望能喚醒後學新生代『追求卓越』的自我期許。

### 二 認識唐氏症

胚胎在母體孕育過程中因細胞分裂所產生的染色體異常可分為數目異常與結構異常，而唐氏症(Down's syndrome)是為染色體數目異常。最常見的原因有三：(1)95%是生殖細胞行減數分裂(Meiosis)時染色體不

#### 陳冠豪

日本國立滋賀醫科大學口腔顎顏面外科醫學講座博士班研究生  
西螺慈愛綜合醫院口腔顎顏面外科兼任主治醫師

#### 鍾國楨

台灣兒童牙科醫學會理事  
台中童齡兒童牙醫診所副院長

#### 詹嘉一

日本九州齒科大學小兒齒學博士  
教育部審定兒童牙科學與身心障礙者牙科醫學副教授  
台灣兒童牙科醫學會理事長  
台中童齡兒童牙醫診所院長

#### 李尚志

日本國立滋賀醫科大學醫學博士  
教育部審定口腔顎顏面外科學與麻醉學副教授  
西螺慈愛綜合醫院口腔顎顏面外科主任

# PROFESSIONAL ARTICLES

分離在第21對體染色體多出一條(典型三染色體21症；Trisomy 21；47,XY,+21或47,XX,+21)且多出一條95%來自於母親。(2)4%為染色體轉位型的異常，為第13至15號染色體D群或第21及22號染色體G群產生羅伯遜尼恩轉位(Robertsonian translocation)聯結成為新而異常的染色體。(3)其餘1%為拼湊型(又稱鑲嵌型；Mosaicism)，為患者體內同時並存兩種或兩種以上染色體(如46,XX/47,XX,+21)。它的發生率約為1：700(美國統計)而台灣約為1：800且隨產婦生育年齡的增加而有較高的發生率(20歲(1/1550，30歲(1/1200，40歲(1/70，45歲(1/25)，目前台灣地區每年約出生300例唐氏症新生兒。

唐氏症之臨床表徵(表一)有：智力障礙-智商約20-80間，80%受犯者智商介於25-50間，然而這些受犯者卻有較溫和與害羞的性格特質且隨年紀增長而可逐漸配合指示。但仍有五項要點值得注意，(1)若是鑲嵌型唐氏症通常會有正常或接近正常的智力；(2)40%受犯者會罹患先天性心臟病(Congenital heart disease)，主要為心內膜墊缺損，如原口(Ostium primum)、心房或心室中膈缺損(Atrial or Ventricular septal defect；ASD or VSD)、房室瓣畸形(Atrioventricular valve malformation)(表二)等，這些亦是導致患者早夭的主因；(3)這些受犯者得到急性白血病的機率較正常兒增加10至20倍；(4)若受犯者的年齡大於40歲時幾乎都會發

表一 常見三染色體的臨床症狀

	Trisomy 13	Trisomy 18	Trisomy 21
一般症狀	生長與發育遲緩；腎功能異常；中性球異常；約只有5%存活超過6個月	生長與發育遲緩；早產；羊水阻塞；腹部或腹股溝疝氣；約只有5%存活超過1歲	生長與發育遲緩；身高較正常年齡群矮小；氣管食道狹窄或閉鎖；十二指腸閉鎖或蜘蛛網狀發育；胰管環狀發育；先天無神經節性巨腸症(Hirschsprung disease)；嬰兒期皮膚柔軟且蓬鬆；青少年期皮膚粗糙且乾裂；罹患白血病的機率較正常者高8-10倍；大腦皮質退化(似阿茲海默症)；甲狀腺功能低下
顏面症狀	頭顱真皮層發育不良；角膜發育異常；唇顎裂；小頭症；前額傾斜；耳聾；前腦畸形(無嗅腦畸形)；末端微血管瘤	顏面發育不良；高張力眼瞼裂；鼻道狹窄與鼻翼發育不全；額部發育狹窄；枕部發育顯著；小顎症；唇顎裂	扁頭畸形；囟門關閉遲緩；中顏面發育狹小；額竇發育不全；視力障礙(近視)；小耳或短耳症
胸腔症狀	先天性心臟病；肋骨發育缺失	先天性心臟病；胸骨過短；乳頭發育不良	先天性心臟病
四肢症狀	指／趾發育重疊彎曲；指甲再生不良與過度凸起	髖關節外旋活動受限；指發育重疊彎曲；搖擺椅狀足(Rocker-bottom feet)；指甲再生不良	肌肉張力低下；關節鬆弛(如altanto-axial articulation)；四肢短而扁平；單一手掌多皺摺；第一腳趾與第二腳趾間間隙過大

From Nelson Essentials of Pediatrics

表二 唐氏症患者之心血管障礙

心血管障礙	百分比
心內膜墊缺損	40
心室中膈缺損	27
開放性動脈導管	12
法洛氏四合症	8
心房中膈缺損/肺高壓/其他	13

From Clinical Pediatric Anesthesia

生大腦皮質的退化性病變-類似阿茲海默症(Alzheimer's disease)；(5)受犯者容易受到感染。但因醫療照顧的進步，仍有超過80%的患者可活到30歲以上。

另值得注意且須予以鑑別診斷的是除唐氏症外，易發生三染色體異常者尚有染色體8、9、13、18、22，但絕大多數會胎死腹中。故臨床僅以三染色體13(帕陀症候群；Patau's syndrome)與18(愛德華症候群；Edwards' syndrome)較為常見。帕陀症候群(表一)主要導因為減數分裂與轉位異常，台灣新生兒發生機率約1：20000(美

國約1：15000)，主要臨床表徵為出生體重不足或生長發育不良、先天性前腦發育不足(Holoprosencephaly)與顏面畸形、受犯者易合併有先天性心臟病與腎臟異常、男性易有隱睪症與陰囊發育不良，因這些受犯者的先天缺陷嚴重，平均壽命約只有130天且多於三歲前死亡。愛德華症候群(表一)主要源於90%減數分裂異常與10%鑲嵌型異常，新生兒發生機率在美國約1：8000而台灣約1：6000，女性受犯者多於男性(女：男=3：1)，大多數新生兒會早期夭折而倖存者均有嚴重的智能障礙，受犯者除智能障礙外亦有體重過輕、肌肉張力會由低張逐漸變成高張、顏面畸形等症狀，骨骼生長異常與先天性心臟病等。

### 三 門診全身麻醉應注意事項

唐氏症患者在接受全身麻醉下齒科治療時年齡多已超過二歲，若併有先天性心臟疾病或肺臟發育不全(Pulmonary hypoplasia)有可能已曾接受手術矯治或心肺功能逐能代償，但臨床上仍應以美國心臟學會(American

表三 American Heart Association(AHA)之心臟機能評估分類

級數	患者症狀
第1級	此類型之心臟疾病患者在一般活動下不會產生不適或苦痛徵狀，亦即在一般身體活動下，患者不會產生疲勞、心速過快、呼吸過快、或胸痛等徵狀。
第2級	此類型之心臟疾病患者在一般身體活動下所產生之不適症狀因活動程度不同而分為a與b兩階段。 a) 身體活動只有稍微受到限制。在一般活動下鮮會產生之疲勞感、心速過快、呼吸急促、或胸痛等徵狀，患者產生心律不整或感染的機率很低。 b) 身體活動受到高度限制。在一般稍微活動下，患者便會有疲勞、心速過快、呼吸急促、及胸痛等徵狀，且患者易有心律不整、心絞痛、及受感染之併發症，大部分此類患者至少伴隨一種以上上述之臨床症狀。
第3級	此類型之心臟疾病患者，於日常非活動即有心律不整的現象，稍微身體活動便會使患者產生不適。患者有明顯心律不整、心絞痛或者急性心血管感染症狀。



圖一~圖六 幼兒麻醉困難度高，尤其還得配合齒科治療的鼻插管與術後即返家等特殊需求，故應由專業之口腔顎顏面麻醉團隊負責以策安全。

Heart Association；AHA）之心臟評估分類而予以謹慎判斷心肺之代償機能與界定麻醉之風險性（表三）。另外更須注意的是易導致麻醉誘導及鼻插管困難的先天頭頸部發育異常；如扁平顏面、巨舌併發口呼吸、上顎骨發育不良併生第三級咬合、扁桃腺腫大或聲門下狹窄（Subglottic stenosis）。短頸（Short neck）與肌肉張力不足（hypotonia）則易導致插管時atlando-occipital關節脫臼。術後即返家是門診全身麻醉的基本要求，故必須精確給藥，除配合手術療程更應考量藥物的代謝速率。麻醉結束拔管後則須注意患者呼吸速率與型態，因患者氣道結構異常而易於平躺時產生呼吸道阻塞，必要時需放置口腔或鼻腔氣道（Oral or nasal airways）以待其完全恢復清醒（圖一~圖六）。

## 四 齒科治療應注意事項

有別於一般幼兒；就一向長期缺乏口腔照護導致嚴重齲齒和咬合變形之身心障礙幼兒來說（圖七），待其接受治療時往往已須全口重建，此對醫療團隊而言是極大挑戰且預後難測，故依臨床經驗建議在患者乳齒列（2~4歲）、混合齒列初期（6~8歲）及恆齒列第二大臼齒萌出後（12~14歲）即應定期接受完整的評估與治療。

基於短期內的重覆麻醉恐誘發患者潛在性疾病或器官的致命性病變，故全身麻醉下齒科治療的最大特點在於所有的保存與復形程序須一次完成（All in one go）且亦須療效持久。單就乳齒列的治療原則有五要項：1.所有齲齒均應須力求復形保存（圖八），而後牙區兩面至三面上齲齒則以不銹鋼牙套（Stainless steel crown；



圖七 長期嚴重齲齒導致咬合變形。



圖八 所有齲齒均須力求復形保存。



圖九 後牙區的多面齲齒應以不銹鋼牙套復形。



圖十 後牙區任何可能或已發生齲齒的部位皆應填補復形或施予預防措施。

SSC)復形(圖九)。2.後牙區任何可能發生齲齒的部位皆應填補或施予預防措施，如 PRR(Preventive resin restoration) (圖十)。3.可能侵犯牙髓的齲齒建議積極牙髓治療(Pulpotomy or pulpectomy)並復形，絕不可做 Direct pulp capping，後牙區則須套上不銹鋼牙套。4.根尖有病灶，並懷疑牙髓治療後仍有高失敗率則建議拔除，並以空間維持器(Space maintainer)維持既有空間(圖十一)。5.為確保高品質，所有治療均須於 Rubber dam下實施(圖十二)。

混合期齒列治療則另有兩項要點：

1.首重第一大白齒的保護，對於剛萌出之第一大白齒即應以小窩裂溝封閉劑(Pit and fissure sealant)保護。2.考慮咬合，有 crowding或乳齒提早喪失造成後白齒向近心移動導致空間喪失，須做空間分析才能考慮是否要做系列性拔牙(Serial extraction)(圖十三)。

## 五 結語

醫學教育偏差和臨床訓練粗糙一直是台灣社會大眾四十五年來對口腔醫學產業未曾改變的印象。不諱言『管中窺豹』的認知倒錯衍生『坐井觀天』的價值扭曲正是影響後學子弟的視野與使命而導致難以追求卓越的主因。

其實台灣的口腔醫學產業是大有可為，因人才濟濟並非『不能』、國外制度

# PROFESSIONAL ARTICLES



圖十一 無法治療之牙齒應拔除並以空間維持器維持既有空間。



圖十二 為確保品質，所有治療均須於Rubber dam下實施。



圖十三 應做空間分析後再拔除擁擠牙，阻生牙。

研習通暢也非『不准』、唯一的理念就是理念欠缺的『不願』罷了。正如哲學家盧梭所云：『人的價值是由自己決定』不是嗎？

## 六 致謝

感謝學長鍾國楨醫師的指導與提拔，更感激嚴師詹嘉一、李尚志兩位教授多年來的培育之恩。謹此致最高敬意。

## 七 參考文獻

- 1.杜拉克等著,張文玉譯:知識管理.天下文化;哈佛商業評論精選.2000.
- 2.Robert M. Kliegman: Nelson Essentials of Pediatrics. third edition.1998.
- 3.Ramzi S. Cotran, Vinay Kumar, Tucker Collins: Robbins Pathologic Basis of Disease. sixth edition.2005.
- 4.黃富源等:臨床兒科學.第六版.2004.
- 5.G. Edward Morgan, Jr. Maged S. Mikhail: Clinical Anesthesiology. second edition. 2000.
- 6.J. Michael Badgwell: Clinical Pediatric Anesthesia.1997.
- 7.Richard J. Mathewson, Robert E. Primosch: Fundamentals of Pediatric Dentistry. third edition.1995.



# The Next Level Implant Surgical Technique -

## Flapless Implantation無翻瓣植牙手術

作者／許榮庭

### 前言

無翻瓣手術，又有人稱作微創手術，對許多牙醫師來說，這個名詞並不太陌生，但在實際做法上卻有那麼一點遙遠。有些醫師以此拿來對病人大做文章，神乎奇技般地秀給廣大的患者群，不須翻肉，不須縫合，說穿了不過是謹慎的Case Selection。然而這對許多植牙醫師想跟進卻又有些擔心，甚至與病人間也產生一些不必要的磨擦。這篇短文將數個案例作報告，簡易地描繪出無翻瓣手術的治療計劃與手術過程，期待對各位有興趣做無翻瓣手術的醫師，有些許的幫助。

植牙手術，已漸漸普遍地被一般民眾所接受的牙科治療方式，其解決了以往許多不便的牙科治療方式與結果，大大地提高病人的滿意度，縱使在文獻上植牙的成功率高達98%以上，病人所擔心的，還是

在植牙治療過程中的第一階段植體置入的手術過程，手術中會不會疼，回家會不會痛，有沒有什麼副作用。其實對有經驗的植牙醫師來說，植牙的術後疼痛往往比拔智齒來得小。但如何真的作到減少術後疼痛，除了術前給藥，手術中的感染控制，病人的口腔衛生外，減少手術的外傷性破壞，也是一大考量。

植牙區組織本身，包括軟組織（牙齦）與硬組織（齒槽骨）。手術過程中任何對這兩者的過度傷害，不僅易造成術後水腫，也易形成患者臉部瘀青與術後疼痛。減少對組織的破壞，在植牙區良好的條件下，無翻瓣手術即是一種快速且安全又有效的另類植牙術式。所謂無翻瓣植牙手術，包含了拔牙後立即無翻瓣植牙（Flapless immediate placement）；或利用3D斷層掃描所製作的高精密度手術參考模板（例如Nobel Guide），進行無翻瓣

#### 許榮庭 醫師

台北市中山校友會學術主委  
台北市牙科植體學會學術副主委  
美國紐約大學NYU人工植牙中心  
專科訓練  
美國骨整合學會(AO)與牙周病專  
科醫學會(AAP)會員  
台北伊通 極品牙醫診所 負責醫師

# PROFESSIONAL ARTICLES



圖1 於study cast上正確的wax-up



圖2 翻製手術參考模板



圖3 頰側可見明顯的Buccal coveavity



圖4 患者口中實際情況上顎小白齒missing



圖5 使用High Speed配合Small round bur



圖6 植牙區中心點mark



圖7 定位植體最終角度



圖8 插入Guide pin確認最終植體位置



圖9 利用Guide pin引導Tissue trephine於軟組織上打孔



圖10 Tissue trephine內徑與Guide pin外徑完全吻合



圖12 利用小型牙周手術器械將切下的軟組織移除



圖13 移除軟組織之後的ulusal view



圖11 Tissue trephine可精確套入



圖14 取下的軟組織如同一甜甜圈外形

圖15 依各家植體系統的Drill sequence作osteotomy



圖16 術中拍X光確定植體與鄰近牙根相關位置



圖17 利用手術參考模板確認植體中心點位置



圖18 利用植體手術專用探針檢查bony wall的完整性



圖19 無翻瓣手術需確定植體週遭骨壁的完整



圖20 將植體以垂直度植入



圖21 確定植體置於我們所要的垂直高度



圖22 鎖上Healing abutment只能做one stage approach



圖23 術後X光確認



圖24 患者右下第一大臼齒缺牙植牙區條件良好



圖25 無翻瓣術式須將軟組織厚度加入考量



圖26 以無翻瓣術式將適當大小植體植入



圖27 以不同尺寸的Tissue trephine



圖28 患者右下缺牙區植牙條件佳



圖29 以Tissue trephine打孔



圖30 將軟組織移除



圖31 移除的類甜甜圈軟組織



圖32 以無翻瓣術式將植體植入適當位置術後無縫合無流血



圖33 術後X光檢查（不同品牌之植體）



圖34 患者上顎局不缺牙



圖35 以手術參考模板確定模板確定植體中心位置

植牙術式；或是使用新式IGI (Image Guide Implantation) 技術來進行無翻瓣植入；迷你植體 (Transitional implant) 或矯正用骨釘 (Mini bone screw) 之無翻瓣直接植入；或是本章節主要討論的拔牙癒合區無翻瓣植牙手術 (Flapless implantation)。

植牙病人的正確診斷評估，是手術前第一步也是最重要的步驟。若患者的植牙區條件好，而所謂條件好，是指於crest ridge上有至少6~8mm的角化牙齦上皮，至少有8~10mm的前庭深度，齒槽骨脊有當然的適當高度，與至少6~8mm的齒槽骨脊寬度，足夠的inter arch space能

給予適當的假牙外形。在這些良好的植牙區局部因素考量後，接著在study cast上須作適當的雕蠟 (wax up)，並翻製成手術用的參考模板。手術參考模板在無翻瓣植牙術式上是相當重要的，因為它提供了植牙手術時重要的參考依據。尤其在無翻瓣植牙手術時，手術模板會是最重要的植



圖36 使用Tissue trephine取下植牙手術區軟組織



圖37 將2支植體以無翻瓣術式植入術後無須咬紗布止血

牙最終位置的參考根據。

將手術模板的咬合面中心點挖一個3~4mm直徑的圓孔，以利植體中心點的定位，接下來在植牙手術區給予局部麻醉。我們可使用高速手機與圓形牙科鑽頭（Small round bur），依據手術參考模板中心點位置，在角化牙齦上打個小洞，接著可使用無翻瓣手術植牙器械組，依照欲植入植體直徑的大小，如圖示將牙齦組織依照植體的圓周外徑切下，並隨各家植體品牌手術鑽頭順序（drilling sequence）完成鑽骨。當植入植體時，須特別小心勿讓牙齦軟組織接觸到植體的粗糙表面，盡量以垂直的角度置入。當放入植體於適當的垂直深度後，至少須達到35 Ncm以上的扭力，以期達到良好的植體初期穩定度。達到植體的初期穩定度是必須的，因無翻瓣手術已將上層的角化牙齦組織切除，如同單行道只能作One stage手術。

當在使用骨鑽（Drill）時，須

特別注意其角度與深度，因為無翻瓣術式植體須確實置入骨頭中，且位置須不偏不倚。無翻瓣視野極小，看不見齒槽骨真正的位置，手術過程中全靠醫師的觸感，如稍有偏差易造成Fenestration或是Dehiscence，嚴重者會導致植體骨整合失敗，甚至引起嚴重的齒槽脊被吸收，把原本良好條件植牙區破壞殆盡。手術過程中還需將周圍軟組織的厚度一併考慮，鑽骨時的深度須加入此一軟組織高度，每一釐米（mm）皆需仔細計算，因在無翻瓣手術能接受的手術誤差極小。

若無法達成植體初期穩定度，或是osteotomy時bony wall造成嚴重骨壁開窗或穿孔（可利用植牙探針探測），則建議放棄植體植入，將此視為一新的拔牙傷口（Fresh socket），待組織重新長回。建議至少等待1~2個月以上，再重新將植體植入在正確的位置。當然手術中正確的X光診斷也是必要的。

無翻瓣手術雖然大大地減少病患的恐懼與疼痛，卻也大大地提高醫師對植牙手術技巧與詳細嚴謹的治療計劃。但此一術式在植牙區條件較佳的患者上，不會太過於夢幻，只要有仔細的術前評估，清楚地了解植體系統的特色，手術時膽大心細，一般牙醫師也不難來完成無翻瓣手術的術式。惟在一些條件不是很好的植體手術區，想一律皆使用此一術式，無異是自找麻煩。一些有經驗的植牙專科醫師，或許還能處理複雜的無翻瓣植牙手術，無論是手術過程中或手術後complications。筆者在此不建議植牙初學者，隨便輕易嘗試無翻瓣手術應用在植牙區條件不佳的患者身上。

大體來說，無翻瓣手術的優點就正如它的缺點——無翻瓣（Flapless）。早期被人們稱為盲人的手術（Blind surgery），因手術區只有一個小孔，什麼都看不見，醫師的手術臨床經驗與觸感便相當重

# PROFESSIONAL ARTICLES

要。複雜的前牙案例甚至須要牙科斷層掃描的幫助，才能達到完全的術前診斷評估。筆者將此一術式與傳統的翻瓣手術做一簡單的優缺點比較，如下表：

## Flapless

優點	傷口極小 術後腫脹、疼痛極少 不須縫線 手術時間可縮短 病人較易接受
缺點	手術視野受限，手術過程中不易查覺有 Bony defect 非所有植牙案例皆可做，須條件佳狀況 只可作One stage，不易同時做GBR 植體的角度與深度不易掌控 會破壞重要的牙齦角化上皮

## 傳統術式

優點	清楚看見手術區齒槽骨位置 植牙手術的術式可輕易變化(one stage or two stage approach) 可同時作GBR與植牙手術 所有簡單、複雜植牙案例皆可使用 可保留珍貴的牙齦角化上皮，甚至輔以 Soft tissue graft
缺點	傷口較大 須術後縫合與拆線 術後可能會腫脹與疼痛 手術時間可能較長，流血可能較多 病人可能較不願易接受

## 後記

過度膨脹無翻瓣術式的結果，將易導致醫師與患者的不必要誤解。一個良好的術式，應是可以廣泛地推廣給大多數的牙醫師並造福更多的病患。受制於本篇短文篇幅有限，期將來若有機會，能從目前少數幾篇文獻上作出發，配合更多的臨床案例，應用不同系統的植牙特色，能與更多有經驗與有興趣的醫師，做更廣泛的討論與分享。



# 牙醫師的養成教育與再教育

## Part VI 教學門診

作者／許永宗

**並**不是所有在所謂的教學醫院的門診都夠資格稱為教學門診，一個以賺錢為目的的門診，不配稱為教學門診。唯有以學生或住院醫師的教學為首要目標的門診，才配稱為教學門診，否則，硬冠上教學兩字，無疑是對教學的侮辱。

### 教學門診的目的

教學門診的目的是將課堂上所提的診斷原則與治療操作步驟，在真實的患者口中讓學生重複演練一次，也就是說，這個步驟，不是一個陌生的事情，在學理上，該學生應已有概念；在操作上，已有模型訓練的基礎，所以教學門診是課堂的延伸，所有的學生，應該在自己的醫院實習，教授（泛指所有的老師）就所有臨床科目，再給一次課。教課的老師必須與臨床醫師有所溝通，否則，課堂講一回事，臨床又是另一回事，學生會造成學習

上的混淆。門診治療的步驟，應該與課堂上的一致，譬如課堂提到一位患者的診斷，必須要有X-光片，門診擬訂治療計劃時便應該有X-光片在場，教學不應受保險給付與否所左右。

### 教學門診的做法

#### 分級收費

學校的門診採分級制，區分為學生、住院醫師、與教授門診。當患者進入學校時，有權選擇給學生或教授治療，這中間最大的差別是費用，學生門診收費是教授門診的一半以下，住院醫師門診則介於兩者之間。選擇進入教學門診（包括學生與住院醫師）的患者，再根據複雜程度，分配給學生或住院醫師，所以，一所以教學為主的醫院，最複雜的患者應該是在住院醫師門診。教授門診與學生或住院醫師門診的所在地必須分開，教授看患者

許永宗

中山醫學大學牙醫系畢業  
現為美國伯明罕阿拉巴馬大學  
牙醫學院膺復科助理教授

時不應有學生在旁邊，這是對患者隱私權的保障，教授門診應另外聘請助理，用學生當助理是不符合醫學倫理的行為。患者經過初診檢查後，記錄大致需要的治療項目，若有需要緊急處理的項目，先做處理，然後將資料轉到一個專門負責的教授，再根據學生所需患者的種類，予以分配。所以，初診看患者的學生，未必是該患者將來的主治學生。如此做法，可儘可能地平均學生患者的種類與量，缺點是患者得經歷兩次相當於初診的治療，如果在初診時便將一些基本的資料收集齊全，X-光片照好，患者通常不會覺得白跑一趟。

## 標準做法

所有的治療步驟，遵循教科書的標準，即使是一個最簡單的問題，也依照基本學理，這將是患者選擇到教學門診接受治療的最大原因，教學醫院是患者信心所在，只要按部就班，就是最好的教學。門診的做法，得配合課堂所教，如果上課講做邊緣塑形(Bordermolding)需要放在一個恆溫水浴(Waterbath)中，門診就必須有這個恆溫水浴的器械，而不是只用一個橡皮碗裝些溫水。一個畢業生沒見過恆溫水浴的器械，教贖復的教授們是否該檢討呢？教學醫院必須堅守標準做法的這一道良心防線，不管一般開業醫

師的做法有多分歧，教育學生必須遵守學理，能做到這樣，患者的利益便可獲得保障。

## 學生分組

將學生分成若干組，每一組分配一位教授及一位秘書，教授負責輔導該組學生，確定患者都有適當的治療，並定期檢查病例的記載是否完全，秘書則負責病例管理、保險申報，與約診事宜。平均分配患者，避免過度集中於某一位學生。患者知道診治者是學生，學生不必遮遮掩掩，在還沒取得醫師資格前，學生不應被稱為醫師，否則對患者便是一種欺騙行為。治療計劃由該學生擬訂，經教授認可後，患者便由該學生完全照顧，包括所有的治療。學生看的是一個“人”，不再只是一顆牙或一個洞，若是超過學生的能力，則該部分的治療由住院醫師執行。分項的治療，可能在不同科執行，可是還是由該名學生負責，患者跟著學生在科與科之間的接受治療，學生採水平排班，一位患者由初診到全部治療完成，也許要數周或數月的時間，患者與學生間的互動，便是教學的一部份。

## 水平排班

教學門診很重要的一個精神是治療以人為單位，不是以一個步驟或一個牙洞為

單位，分配給學生的是一個“人”，而不是一顆牙或一個洞，學生就是患者的主治醫師，學生負責患者的所有問題，欲達此目的，學生排班必須採取水平方式，各專科要求的時間之外，都歸復形及贖復治療。譬如一位學生，以傳統的方法去排班，須要在牙周病科待兩個月，以周來計算，總共是八周，每一周再分為上午及下午兩個半周，於是，該學生須要16個半周才符合牙周病科的要求。傳統垂直排班，這些時間是集中在兩個月，輪值完畢便不會再進此科；水平排班則將這16個半周分配在一年十二個月中，所以，一個學生，可能在六月第一周的上午以及第三周的下午，加上七月、八月一直到隔年五月等等的早上或下午，還是有牙周的實習，所以該學生有機會看到自己治療的成果。各專科規定的時間外，全歸復形及贖復治療，

因為這些治



療得在牙周問題控制好之後才可進行，而且步驟較為繁複，學生所需的時間較長。

### 基本要求

學生被賦予基本要求，譬如十個牙套。如果沒有在要求的實間內完成，則須重修一年，所有要求，重新來過。因為這樣的結果，表示學生處理患者與歸劃時間的能力有問題。量的訂定，必須合理，也就是說得參酌該醫院願意給學生治療的患者數量，加上學生看病的速度，以及熟悉該步驟的合理數目，訂定之後，便得確實執行。在學期中間，必須要召開教授會議，討論學生進度，對於落後的學生加以輔導，不能不聞不問，最後才把學生當掉。設立基本要求常有的缺點是，一旦學生達成目標後，便不再想做這方面的治療，所以數量的訂定是一門學問，需要多年經驗的累積；此外，以“人”為單位分配給學生，學生需要的可能是一個活動假牙，可是在做到活動假牙之前，必須將牙周、蛀牙、根管等問題解決，如此可減少因提早達成基本要求而產生的惰性。

### 各科輪診時間

基於本位主義，各科都會覺得自己最重要，於是，搶著要學生。每一科究竟應待多久，有時是一種妥

協，最好的方法是由基本要求的量來反推所須的時間，如此才可避免學生有的科無所是事，有的科又嫌時間不夠。

### 教授角色

為了確保學生治療的品質，教學門診的教授是不允許看自己的患者，教授在這段時間內，是屬於第二線的醫師，也就是說唯有當學生有問題，或是教授認為某步驟得特別說明的情況下，教授才動手示範給學生看。可能的話，教授是在旁邊幫忙，每一個關鍵步驟完成之後，都得由教授簽字，才可以進行下一步驟，教授表面上是被動，但事實上卻是相對主動。教授應該對門診中有多少學生，有多少步驟正在進行有一大概的了解，主動對一些可能有問題的步驟伸出援手，教授幫忙的程度會隨學生的能力成熟度而變，也就是說，一位學生，七月所需的幫忙與二月應有所不同。教授在患者面前應多稱讚學生，建立學生的信心，也建立患者對學生的信心，有功勞，學生享，有麻煩，教授承當。當教授退居第二線後，教授會有比較多的時間看到課堂教學的成果或是缺點，對教授本身教學的自我成長會有很大的幫助。

### 再次上課

實習階段，接觸患者，很多東西

豁然開朗。這個黃金時間，再給一次課，學生的學習效果必然加倍，各科教授可在早上及下午各再給一次完整的課，而不是叫學生報一些自己都不懂的東西。因為要再給一次課，所有的學生必須留在自己的醫院實習，某些有多所醫院的學校，必須保障學生聽課的權益，也就是說，在校本部上完課，再搭車到另一個醫院去實習，或是請教授在不同的院區講兩次課，別忘了，學生的權利是上課，開分院，說穿了是為了增加收入，當然不應犧牲學生聽課的權利，所有的學生最好在同一地點上課。留下所有的學生還有另一層目的：同儕學習。將好的學生外放，對學校而言，不僅少掉最優秀的學生，更重要的是其他學生失去學習的榜樣；這些前段的學生，留下來對學校也是一種壓力，因為人家辛苦五年，當然有權力要求最好的實習環境，學校必須滿足這群人，當學校不得不改善時，後段的學生也會受益。

### 收費與業績

教學門診的收費應遠低於一般開業診所，這是一個誘因，也是感謝患者的最直接方法。健保有給付的項目，就從掛號或部份負擔費用上予以優待。健保事實上對教學門診有加額給付，在總額預算的制度

下，意味著其他診所的收入會減少，所以應該大家一起來監督，這些所謂的教學醫院，是否真正在教學。降低收費，有助於吸引患者，教學門診成功的要素之一就是有足夠的患者分配給學生。

對患者的教育是實施教學門診初期重要的一環。尊重患者的選擇，但也說明教學門診的重要性，讓患者了解，治療的結果，學生與教授是相當的，只是學生門診所花的時間會稍微長一點，但費用卻只有一半或更低，相信會有很多付不起高額費用的患者會選擇給學生治療。

對學校附近的開業醫師應做好溝通，讓他們相信，降低收費的目的不是要和他們競爭，而是為了教育，為了提高社會大眾對牙醫教育的認同，希望開業醫師不要降價競爭。相反地，對一些負擔不起治療費用的患者，可以轉到學校，讓學生治療也遠比讓這群患者跑到密醫手中要好。

健保給付的項目，在教授門診應採自費，甚至加倍收費。大家不是在抱怨健保給付太低嗎？教授治療的品質應遠超過健保給付的數目，採自費，可以以價制量，避免患者一味地要求教授看。所以，教授門診看的未必是最複雜的病患，但卻是願意自掏腰包的患者。

教學門診的收入歸學校，學校可

將教授花費的時間與考績依比例給予獎金，學生所看患者的收入，絕對不可以直接成為教授的收入，間接可以。但直接的話，會影響教授的教學心態，譬如希望學生加快速度，以增加患者的量，如此便會直接影響教學的品質。而且若是直接抽成，學生與教授間便成為利益相關的雇傭關係，如此便會嚴重影響醫學倫理，不可不慎。

因為收費降低，影響整個醫院的收入，這一部份的差額，可以考慮以取消實習醫師的薪水來彌補，並另收實習費或提高學費。台灣的低學費政策造成低品質的牙醫教育，學生斤斤計較學費，可是卻花大把銀子到國外降格為見習，每個周末不到便到處遊山玩水，很難想像這群人會反對高學費。事實上，學生就是學生，沒有必要在第六年給予薪水，目前給薪的現象，可能是對學生被當成助理的一種罪惡感的彌補吧！將這一部份的錢省下來，補貼收費上的差額，我相信，學生，以及學生的家長都會支持，學生看的是“自己”的患者，因此，許多技工的步驟都可以要求由學生來完成，一方面是一種學習，二方面可節省一些技工費用。此外，學校可以要求廠商，提供特惠價格，因為一旦學生習慣某種材料，日後繼續使用該材料的機會相對增加，基於

這種原因，學校應該有機會獲得很好的優待以降低成本。

牙醫教育是一項高成本的投資，這應讓社會大眾及學生家長了解，讓數據說話，讓大眾看到教學門診的成本，反對的聲音便會減少；許多的器械須要學生自己購買，學校應該出面替學生議價。器械的數目要足夠應付臨床實習患者的數目，建立消毒與成本觀念，消耗性或大器械由學校準備，學校可以對第六年的學生加收實習費。

學生門診與住院醫師門診不應有業績的考量，學生可能一個早上只看一位患者，這是很可以接受的事，別忘了，學生的每一步驟都得經教授確認，又得自己將器械收拾好並送去消毒，而且是生手，我們能期待他們有多快的速度？

一位在教學醫院任職的教授，本來就該心理有所準備，收入會低於一般開業醫師，甚至於比一位剛畢業的學生低。如果一位教授的收入，高於開業醫，那只說明一件事：這位教授將學校當做開業診所經營。要求速度，犧牲教學。教授事實上可以提高教授門診的收費，因為教授門診有專門的助理，效率會比較好，而且教授專心診治，不必再擔心有學生來打擾，治療的成果應會更好，彌補收入差距主要來自三方面：一，教學上的成

就感：看到一群學生，一群家族裡面的希望日益卓壯，身為老師的成就感是無法以金錢去衡量的；此外，教學相長，對專業知識的增長，更是一種收穫。二，生活品質：因為不必第一線去處理患者，可以減少對自己身體的磨耗，讓自己有多餘的時間可以陪伴家人；不必擔心健保，或是一些人事問題，生活品質的提高，是一般開業醫師所羨慕的事。三，退休的保障：學校應該聯合其他學校，與政府及保險或投資公司合作，建立一個基金，保障教授們在服務滿一定的年資後，得以有退休金的保障，這退休金，是該教授退休前薪資的某個合理成數，以確保生活品質不會有太大的改變，有了這層保障，教授便不必急著撈錢，可以專心於學術與教學。

整個醫院的業績可能會由於費用的降低與治療速度減緩而下降，但我相信還是會有盈餘，只是可能沒有以往的高，以往的高，是建築在不合理的結構，是靠將學生當助理，是犧牲教學品質與醫學倫理而得，是不敢見人的高。而現在的底，卻是光明磊落，是教育的榜樣，學校的聲譽，不是用業績或大樓去衡量，而是看這所學校，有沒有誠意在教學，誠意的判斷很簡易，只要看收費表就可以一目了然。

然。一所處處以教學為優先的學校，必定受同業與社會大眾的尊重，果真財務吃緊，相信廣大的校友們會伸出援手，學校或教學醫院設立的宗旨，有誰會提到賺錢這兩個字？但實際上，有多少學校有誠意或有勇氣去面對這最基本的問題呢？社會大眾開始對醫學教育中的醫學倫理存疑時，學校應對的方法是多開一些課，醫學倫理不是用口頭去講的，而是用眼睛去看，用心去想。如果教學門診的精神可以落實，我相信，醫學倫理可以向前邁進一大步。至少，誠實面對患者，讓他們知道，我不是醫師，我只是個學生，我很感謝這位患者願意讓我治療，我很感謝，由於這位患者，讓我的醫療技術不斷進步，醫病之間，從金錢改成感恩，有什麼課可以有此效果呢？

### 教學門診的實施

一開始，來自學生及教授的反彈可能會很大。學生方面，可能會認為薪水被取消是件很嚴重的事。教授方面，喪失免費助理，而且門診教學的收入不直接進入自己的腰包是件很不習慣的事。因此，初期一兩年，考慮患者的量可能不足以應付所有的學生，所以在學生方面可採志願方式，願意進入教學門診者放棄薪資，否則進入傳統的排班，

繼續保有薪資，學校有責任提供足夠的患者給學生。對於冷眼旁觀或是潑冷水、扯後腿的教授，給予道德勸說，建立一個教授與學生的共識：教學門診是教學醫院，尤其是牙醫學院所必須走的路。隨時檢討，注意患者的感受，也注意學生治療的進度，至於學校整體的業績，反正每一位在上位的領導者不都是強調教育的使命嗎？所以，業績當然不會是問題，只要學生真正學到該學的東西，患者真正獲得該有的治療，學校的名聲，在同業及校友間獲得肯定，透過媒體，讓社會大眾明白，牙醫教育的獨特性，那麼，一時收入的減少是有代價的。

### 結論

教學門診有幾個特色：

1. 治療以人為單位，學生擬訂治療計劃，執行治療，對一位患者的所有問題全權負責。
2. 分級收費，誠實面對患者，鼓勵患者給學生治療。
3. 標準做法，書上或課堂上怎麼說，臨床便這樣做。
4. 教授在教學門診時間不看自己的患者，全心指導學生。
5. 水平排班，訂定各科最低要求。
6. 學生全部在自己的學校實習，各臨床科目，再給一次課，課

堂與臨床教學一貫。

7. 取消學生薪資，增收實習費或學雜費以彌補虧損。

我們目前的牙醫教育，只是用人頭來做preclinic dentistry(PCD)<sup>1,2</sup>的訓練，垂直排班的結果，只知道補洞，卻沒有完整的治療計劃，也看不到自己治療的成果；對患者而言，每一次的門診，都不知道會落到誰手中，自然會有所怨言。於是，我們便說：患者不願意給學生看，卻沒有去想為什麼。我所講的，都不是新的東西，是人家已實行幾十年的制度。我們的牙醫臨床教學，只是一個超級大診所，學生置身其中，偶爾補補一個洞，磨磨一個牙，大部份的時間是供人差遣，學生被稱為醫師，教授只有在想接收該患者時才出面說明學生身份，學生的治療，稱為“放給”學生，也就是說，患者是屬於教授的，所有的治療收入是歸教授口袋，健保給付做不完的部份，才給學生。即使是一個彎曲根管或水平埋伏智齒，都可以給學生做，只要是自費，即使只是一個牙套，都歸教授。整個門診，名義上是教學，事實上要的是業績，教授的藉口是學生程度太差，卻沒想再差，也是自己教的。上層的中華牙醫學會，看畢業生的品質太差，於是把希望建築在住院醫師的訓練上，卻從未

思考，一個不知如何訓練學生的牙醫教育體系，怎麼會知道如何訓練住院醫師呢？年輕的畢業生，受限於兩年條款，不能直接開業，上層的人，認為爭取到衛生署額外住院醫師而沾沾自喜，列為功德一件！卻從未思考，為何一個畢業生，能力如此脆弱！許多醫院都面臨招不到住院醫師的困境，畢業生多半投入開業市場，於是責怪年輕人短視，為何不站在年輕人的立場想一想，是不是現有的住院醫師訓練有問題而被年輕人所瞧不起？為何不站在患者的立場想一想，給這些剛踏出校門的人看病，安全嗎？肝臟權威，宋瑞樓教授，從事醫學教育五十年，心得是他應該要切腹以謝罪<sup>3</sup>，因為他是醫學教育領導的一份子，整個教育變成這樣，他覺得難辭其咎。牙醫教育呢？搞成這樣，中華牙醫學會、全聯會、各校友會，大家問心無愧嗎？牙醫教育不是有評鑑嗎？這些當過評鑑委員的教授們，您看到牙醫教育的問題了嗎？幾十年下來，我們的教育還是一樣，只是多增加幾個院區，多了幾個博士，多了幾篇文章發表，多了幾位所謂的部定教授，可是臨床的教育還是停留在從前。不管我嘶喊多努力，我們的牙醫教育領導者還是老神在在，以不

變應萬變，是我錯了嗎？還是壓力不夠大，這些牙醫領導者還不知覺醒？

## 參考資料

- 1.許永宗．牙醫師的養成教育與再教育---Part II:住院醫師教育．木棉2004;April(44):45-9.
- 2.許永宗．牙醫師的養成教育與再教育---Part IV:U A B的？復教育．木棉2004;October(46):25-9.
- 3.廖雪芳醫者之路：台灣肝炎鼻祖—宋瑞樓傳天下雜誌台北2002.p.259.

對本文有意見者可連絡ythsu@uab.edu



# 連鎖牙醫發展趨勢與省思



作者／張剛豪（Dr.Wells 國維牙醫連鎖 營運發展部經理·維瀚牙醫在教育中心 經管課程講師·Career 就業情報網 聘任企業講師·H2O City 水都多媒體 行銷顧問）

## 趨勢

當所謂All in one的全方位連鎖牙醫診所群，開始因地制宜，環設在區域樞紐間，像徵傳統牙醫生態將萌生新一波的感應質變！All in one應用於牙醫診所的功能顯現，非僅是設施設備的優異充稟，突顯的是：『佐以浪漫的人文，伴隨人性的科技，穿越品質的藩籬；帶著熟客的溫馨，與新朋友的驚喜！』感性與人性兼具的服務彰顯，描繪出新一代患者族群，不再只是因應解除病痛需要；而是全方位品質服務需求。

## 新生代連鎖總部的功能差異

### 企業識別：

連鎖總部規劃CIS（Corporate Identity System）企業識別應用系統，關心的是深植企業文化於有形的識別設計，將經營理念簡潔地表達於服務感受。企業教化全體員工以經營理念為工作最高指導方針，員工以愛惜品牌形象為最高榮譽指標。有別於一般聯盟，只著重於企業掛招識別與應用識別設計，疏忽了理念與文化傳

承的重要性。

### 080多功客服中心的服務效能：

080客服專線結合多功客服中心服務，令新舊顧客在空中的服務感受一致化，傳統社區牙醫所依恃的顧客關係維繫，將不敵結合高科技資訊與通訊的CRMS（Customer Relationship Management System）全方位顧客關係管理系統。

想像，當新舊患者透過080客服專線來電，可多元選擇需求服務：

- \* IVR（Interactive Voice Response）利用互動語音廣播系統，聽取服務說明。
- \* FOD（Fax On Demand）利用傳真回覆系統，索取資料表單。
- \* CTI（Computer Telephone Integration）利用電話與電腦結合系統，轉接服務人員時，電腦將同步於電話接之際，顯示該患者資料畫面與應對話術；以便因應不同服務人員做到一致服務品質。

上述的客服系統應用，首先，可以解決大部分諮詢服務需求，建立良好的服務印象；並且可以降低櫃檯人員

電話漏接與訓練成本。其次，可以監測客服錄音，藉以稽核服務品質與察覺糾紛；同時可以日報、週報紀錄，分析服務導向以利日後策略訂定。

一般牙醫聯盟或連鎖沒有上列服務規劃，不外成本考量或know how受限，以致於無法在前、中、後端客服產生連結效能與分析參考。

### ISO標準作業流程：

舉凡規模企業或連鎖事業，皆會考量標準傳承與效能，建置具國際性組織化標準作業流程。藉此，作為單位營運管理指南，日後流程調整修正的基石。ISO雖能提升營運綜效，成敗攸關對員工事前、中、後之教育、管理、評核，尤以評估與稽核，更是一般診所容易疏忽與不科學的進行！是故，如果說ISO是提升效率的利器，科學務實的評核應是效能提升的最佳驗證。

### 專職分工：

傳統牙醫診所，就櫃檯與牙助工作，為節省管銷與專業諮詢考量，通常兼任或綜合訓練養成。雖可調節人資運作，卻常造成因作業流程忙亂，

導致服務標準不一，顧客感受品質不佳！

醫師亦扮演多重腳色服務，既要做好醫療品質，又要顧好患者感受，詳加說明醫療計畫；甚且還要與患者就診療費討價還價，效率不免打折扣。新生代連鎖，標榜職能分工、效能倍增的專職服務。

櫃檯主導前、後端客服與資料管理流程，牙助銜接診療事前、中、後備置與支援，醫師則專心診療與患者反應；為協調及提升整體營效，創新設立門診主任職務有三：

- 一、責任診所內外部顧客關係管理。
- 二、協助醫師說明與行銷診療計畫。
- 三、診所立地行銷計畫執行。

新生代連鎖組織強調團隊營效，對內部顧客協調統合，對外部顧客服務一致。

#### 公關行銷：

新生代連鎖組織，對外公關強調策略計畫主導媒體；多媒通路同步運作執行。

綜含：新院所開幕記者會、定期主題活動發表、相關書籍出版、置入性節目製播等，結合年度行銷計畫預期短、中、長程之品牌形象提升。

連鎖總部藉由CI (Corporate Identity) 企業識別應用，規劃區域整合活動參與，充分發揮診所群鏈動營運成效。

連鎖診所行銷，主打品牌策略。

力行貫徹企業經營理念，營造連鎖企業一致性文化；小至診所內部文化走廊的設計規劃、診所櫥窗的定期陳列設計，乃至於顧客關係行銷計畫的擬定執行與稽核分析，在在顯示新生代連鎖組織運作的差異化。

對外整合行銷，強調共建資源平台、利益分享策略。藉由連鎖總部行銷規劃，統合上中下游企業，利用共建資源平台群策群力，肇建最大經濟規模事業體系。

傳統牙醫聯盟的網站建構，較少互動服務機能的設計，造成顧客瀏覽率偏低而無效益貢獻。

新生代連鎖組織網站，規劃類似產業多功入口網站，功能設計以雙向互動流程為導向，以牙醫為首、上中下游企業為輔、共建資源平台，聚客力強、產值延伸佳。

參加多功入口網站對個別經營診所，可謂助益良多：

1. 網站流量大，瀏覽率高。
2. 廣告效益高，知名度提升。
3. 資源平台共享，降低營運成本。
4. 資訊、經驗分享，技術與服務知識確保領先。
5. 網站維護管理容易，大幅降低人力成本。

#### 後勤支援：

感受新生代連鎖總部最大支援力，來自人力資源庫，源源不不斷的人力代謝遞補與教育訓練。選擇優秀

醫師與護理人員，施以專業講師訓練，備員種子教官人力資源庫；藉以全面提升企業員工素質與專業競爭力。

因應市場對品質人力的需求，人力派遣將是新生代連鎖組織展葉新契機。其次是材料設備統購與進銷存系統管理，結合診所使用之客服掛號系統，藉由網路運作管理，大幅降低成本與耗損。

#### 營運策略：

攸關聯盟或連鎖體系成敗的因素，決定於誰能在有限的盈餘空間，衍生勞務外的營收利基！有遠見的新生代連鎖企業，會把辛勤耕耘的牙醫師產值，漸次的調整為總營運產值的部份，相對的將非醫師勞務的機能產值，運用通路整合行銷大幅提升唯有如此，才能在這高勞務消耗的產業取得營運平衡，進而行有餘力的增列上述各項預算；提升總體競爭力與創新營運。

## 成功之鑰

姑且不論，是密集市場發展趨勢？抑或是消費意識影響所致？考量導入連鎖體系之前，必須深入了解權利義務的界定，建立正確的經營認知與期待。俗謂，羅馬非一日造成。藉由不斷的教育重塑、調整與認知，方能迎向文化、共識與指標性的成長。

## 國際新訊



台灣雷射牙醫精英團 揚威海外



台灣雷射牙醫考取院士受證典禮



台灣團雷射牙助院士受證典禮



會後慶祝餐敘 皆大歡喜

## 2010年的牙科雷射新世界

前台北市牙醫師公會理事長  
王宏仁院長 (WCLI院士)

從參加今年元月WCLI (世界臨床雷射醫學會) 聖地牙哥世界年會到今年五月澳洲凱恩斯的亞太年會, 我們已深深感覺到牙科雷射時代即將來臨, 雷射已走入牙科大多數治療, 雷射不僅可使用在軟組織的切割, 包括蛀牙窩洞、牙冠、Veneer、Endo, 所有硬組織均能快速準確切割, 甚至Implant第一階段軟硬組織都能準確切割。更神奇的是, Implant第二階段軟硬組織切割時, 不用麻醉也不會痛。未來雷射將達到使用在牙科任何部分, 包括軟、硬組織, 同時達到「快速、準確、不痛」的境界, 預估 5-10年之內 Dental Laser Center即將出現, 而且每個中心擁有3-5台雷射機器。

雷射將是牙醫院所最賺錢的生財工具。這一次亞太年會已有報告: 雷射機器每部每個月可以為院所帶來約一萬美金的收入。

20年前Implant剛從國外引進, 由開業醫慢慢推展。目前, 不管教學醫院、開業醫, 不管哪一科, PERI、OS、ORTHO、PROTHO、G.P都得走入Implant, 醫學院牙醫學系課程也正式納入Implant, Implant成為牙科重要收入之一。從牙科發展史數百年前的皮帶、轉輪, 到High Speed, 緊接著雷射時代, 我們期待更多教學中心、學術單位, 從事雷射研究與評估, 然後, 將雷

射儘早帶入教學而到臨床, 健保對醫科衝擊, 而讓醫師們紛紛走上街頭, 牙科應儘速開發自費另一塊大餅, 美容牙醫、Implant與雷射將扮演更重要的角色。

在星際大戰中, 雷射是很可怕的武器, 牙科雷射也是一種, 操作不當, 將造成嚴重的傷害, 不僅牙醫師需要嚴格訓練, 就連助理人員同樣必須接受嚴格訓練, 這也是我們醫院有三個助理人員到澳洲講習, 嚴格訓練, 再經由口試、筆試, 正式取得「口腔雷射安全衛生士」認證的原因。

WCLI世界臨床雷射醫學會, 在中華牙醫學會理事長 藍萬烘教授領導之下, 將於2005年九月成立台灣分會, 我們期望中華民國口腔雷射學會與WCLI台灣分會共同研究發展, 對國內牙科雷射專科醫師如何養成, 如何訓練, 訂定一套完整的制度。同時對於「口腔雷射安全衛生士」養成規範, 也須訂定完整的制度。

我們除了加入WCLI與國際接軌外, 同時為了提昇國際地位, 我們需要國內學術單位、教學中心的參與, 更多學術報導在中華牙醫學會中報告, 更需走向國際年會報告。

這次澳洲凱恩斯亞太年會三天的課程、兩天的旅遊, 辦得很成功, 給我們很大的想像空間, 任何行業都必須一直創意、創新、突破傳統, 牙醫界也必須跟著世界趨勢潮流, 開創新格局。

## 台灣雷射牙醫菁英團 會後報告(一)

### 台灣菁英團 團長 中華民國口腔雷射醫學會 理事長 陳佑禎 醫師 (WCLI 最高院士)

這一次除了associate fellow、fellowship exam 以外還加上hygienist fellowship exam，好不熱鬧。當然，台灣團輸人不輸陣，沒有一個漏掉的，全數通過考試。讓帶團的我也沾了不少光，恭喜所有參加考試的學員！又是一次漂亮的出擊-----全壘打！！

### 木棉雜誌 前總編輯 徐勵生醫師 (WCLI 院士)

古人云：「行千里路勝讀萬卷書行千里路」，在現代來說可以解釋成出外與別人的互動交流和觀摩，尤其近年各學術團體與國際社會互動頻繁，讓牙醫師有更多的機會出國吸收現代第一手資訊。

站上國際學術的舞台，這次的第一位speaker就提醒各位牙醫師，現在身處南半球回去浴缸看看水流旋渦是逆時針旋轉，光是聽到這句話，每次洗澡時都不忘在洗手槽內觀察一下。

本次主題之一，即是利用水雷射來做crown preparation，其finishing line可以修飾的非常清晰清楚。不同的speaker皆提到使用雷射必須有Imagination outside the box，跳脫傳統思考的模式水雷射還有更多研究空間，又如牙醫師必須與患者多互動，“no talks, no jobs!”，向患者推銷自己的治療優勢，讓患者有所選擇等等，都是回來之後可再細細的回味再三。

### 台灣礦工醫院牙科 曾獻仲醫師 (WCLI 院士)

在一次無意當中得到了一些雷射治療牙齒的訊息。為了更深入了解這個新技術，便決定參加在澳洲凱恩斯所舉辦的世界臨床雷射醫學會(WCLI)的亞洲年會。在這個年會當中，英、美、韓、日、澳洲等國的醫師們都分別發表了他們的心得，使我大開眼界。

在這次的旅程當中有辛苦也有快樂，辛苦的是除了上課以外還有考試的壓力，而快樂的一面是在上課以外的時間，我個人方面得到一個意外的收穫，我女兒玟玟和同團許志宏醫師的小孩，還有一位韓國醫師的女兒成為好朋友。看著天真的小孩用不同的語言比手劃腳來溝通，在相互道別當中還交換了e-mail，使我覺得人類是不分種族，國家是不分界限，這是人類光明的一面。

### 潔明牙醫診所 吳啓明 院長 (WCLI 院士)

對一個WaterLase的初學者來說，此趟WCLI亞太年會凱恩斯之旅，真是個難逢的機會。讓每個有志於Laser Dentistry的醫師，對Laser safety、mechanism及clinical technique，都有更進一步的了解。

剛使用Waterlase時，雖被其卓越的性能感到驚訝!但僅靠演講的微薄記憶及Biolase提供的一紙Setting Mode，開始了自己的Laser生涯。雖說結果還令人滿意，但始終處在懵懵懂懂的情況。此趟WCLI凱恩斯之行，真是打通了任督二脈。對Waterlase有了較完整性的了解。不再需要死記Setting Mode，而優遊在power、distance、spot size、water到air的錯綜的關係之間。期待的無麻醉無痛的治療境界，大概只欠缺熟練的clinical technique而已。

此行有忙碌也有快樂，WCLI的每一位醫師，可說是戰戰兢兢的面對考驗，從飛機起時時手不離卷，到了考試的前一天晚上更是通宵達旦去準備。不知有多久未曾如此的上進。雖然大家心理都有點壓力，但在同行柯博士、王院長及陳理事長的鼓勵的協助下，順利通過fellowship的認證，包括fellowship筆試，口試，以及Case report，接著就是快樂的一面了。

完成認證的當天晚上Maggie特別精心安排出海提泥蟹，並在船上享用泥蟹大餐。帶著輕鬆愉快的心情，藉著徐徐的涼風，在酒精的催化下，看船上的每一個人，都解除武裝，放鬆忘我狂歡。同行的夫妻更在大家的促擁下當場擁抱熱吻，羨煞在一旁的單身漢。連韓國學者Dr. Suh、美國講師豪瓦倫斯基，都依依不捨，回到Hotel已日凌晨二點了。

六天的行程非常緊湊用心的安排，充實又快樂，除了在學術上的，也充分的休閒的餘興節目，更是有全新的人生體驗。在CASINO 的Fortune Wheel前贏下大把的籌碼，置身其中讓人有嫌行程太短的感覺。其中的甘苦相信同行的醫師都是個難忘的回憶。感謝柯博士用心安排及Maggie的無微不至的照料，讓凱恩斯成為人生一個美好的回憶。

### 四維牙醫診所 許志宏院長 (WCLI 院士)

六天四夜澳洲凱恩斯之旅，在精闢的課程當中，讓我對水雷射有了更進一步的了解也會在將來的臨床治療上更具信心。在大家認真的準備下，通過了口試筆試與case present的重重考驗，順利的獲得院士及副院士的資格真是可喜可賀。課程之餘，前往當地遊覽及浮潛也充份的享受了當地的美食。這一趟求知之旅真是一舉數得。



### 受訪者小傳

藍萬烘，國立台灣大學牙醫學系學士，日本國立東京醫科齒科大學齒內治療學博士，國立台灣大學牙醫學系主任，國立台灣大學臨床牙醫學研究所所長，國立台灣大學牙醫學系教授，現任台大醫院牙科部主任，台大醫院牙髓病科主治醫師，中華民國牙髓病專科醫師，中華民國牙髓病學會第一、二屆理事長，中華民國醫用雷射學會理事，國際牙科雷射醫學會國家代表。  
現任中華牙醫學會理事長

## 經驗傳承與專業精進

### 訪台灣大學臨床牙醫學研究所——藍萬烘所長

採訪／吳秋瓊 攝影／陳泰維

#### 前言

提起台灣大學藍萬烘教授，可說是牙界赫赫有名的「大老級人物」，一向以幕僚人員自許，藍教授原本低調的行事風格，卻因為牙科臨床研究所裡來了總統千金陳幸予這個學生，讓身為所長的藍教授時常被媒體追著發言，笑說自己真的不愛出風頭，從擔任牙科部副主任時期開始，藍教授就非常樂於當「副手」，老二哲學在他看來是最好的教學生涯寫照，專心於教學研究而不必管行政事務，可說最符合藍教授的人格特質。

#### 教學與研究

即使期望專心當副手，藍教授在牙醫部副主任任期，卻常有想法無法執行的困惑，加上開始有人勸他一旦選上主任，就可以把想法落實，這也是藍教授從老二成為老大的主要原因，在其位方能行其政，這樣的轉變也讓藍教授體會到箇中三昧。

藍教授在系主任時期也兼任附設醫院牙科部主任，對於提昇門診業績也有相當助益，其中最大的改變是，把台大醫院牙科部每個月約500萬的業績提昇現在約2200萬，主要是在以往的健保門診增加自費門診項目，破除掉教學醫院不看自費門診的迷思；藍教授表示：「自費門診可以呈現教學醫院的研究技術成果，不至於因為健保給付限制而不做。病人有需要，醫院沒有道理把資源藏起來不用。」此外為了讓牙科生提早接觸臨床，藍教授並且推動「整體牙科照護」計劃，當時在醫院也出現許多反對的聲浪，但是改革需要勇氣及堅持，藍教授自認是一個好溝通的主管，一旦確立改革目標，過程也會全力配合下屬的需求，而住院醫師經過這樣完整的訓練之後，對於照顧患者也有更深刻的體會，不僅在技術面更為成熟，與患者的互動也更為親切，這也是藍教授強調的「整體照護」的

精神。

笑說台大牙科生技術一流，但是缺少與病患溝通的能力，藍教授透過「整體照護」計劃的推行，也讓牙科生從中學習到身、心照護的重要性；台大牙科向來有一個傳統，那就是畢業生在離開學校之前必須完成定額門診，藍教授上任之後，則要求大五的學生必須要完成一定的臨床案例，大一到大三時必須利用服務課去接觸臨床。研究成果要發表，也是藍教授一上任就要求的事，這對學生和學校來說，都是非常正面的影響，現今台大牙醫學系的發表論文，不論是質和量的提昇都足以讓學術界刮目相看，這也是藍教授任內感到自豪之處。

藍教授表示：「成立社團推動牙醫義診，並非要居功而是彰顯醫療功能，由於口腔醫療服務可以讓學生提早接觸病人，從中學習與病人的互動，這是訓練醫病關係的第一步，臨床經驗熟能生巧也是牙醫師必要的訓練，因為一個CASE成功是百分之百成功，但是一百個CASE就很難百分之百成功，也就可以從中看到失敗的原因。」

## 終生教學終生服務

1966年藍萬烘畢業於台灣大學牙醫學系，當他還是實習醫師時，住院醫師就因牙疾要求他治療，這

讓他受到相當的鼓舞，對自己的「手藝」充滿信心，實習期間還因為態度親切，常讓病人誤以為是醫科生，當時同儕之間感情很好，也保持著良性競爭，藍萬烘因為根管治療功力很好，也開始被定位於此。當時因為沒有論文就不能升等，但是忙於看診根本沒時間寫，反而被指導老師追著跑，也因為這樣的督促，使得藍萬烘順利升等，此後也留在台大醫院，這一留就是四十年。

為了在專業上更為精進，藍萬烘赴日留學，進入東京醫科齒科大學，在根管治療專業技術習得完整的訓練，並在鈴木賢策與砂田今男教授的指導之下取得博士學位，也順利在台灣大學升等為副教授，可說是將根管治療的標準流程引進到台灣的第一人。在台大擔任副教授期間，曾也被高醫延聘專任教授，對高醫牙科的影響也不遺餘力。

在日本留學期間，因為獎學金少沒有娛樂只好認真讀書，藍萬烘為了想兼差賺生活費，甚至還考取了日本國家考試拿到牙醫師執照，此舉看在鈴木賢策教授眼裡，不禁提出勸告，希望藍萬烘回台擔任教育種子，把更好的牙科專業帶回台灣。鈴木賢策看中藍萬烘的認真態度，表示願意送二手機器給台大醫院使用，藍萬烘為了表達謝意，每

年都回東大去參與會議，表持兩校的友善交流。

為了攻讀博士學位，1980年又赴東大，藍萬烘回憶當時的動物試驗可真是把自己給難住了，當時已是副教授的身份還是得做實驗，但是必須兩人一組，同伴常常趁機外出去溜達，藍萬烘為了等動物甦醒，常常一等就是一個晚上，這種精神也感動了同組的日本人。當時為了順利取得學位，論文一定要發表，藍萬烘趕論文的精神也讓教授很感動，並發動其他同學一起來「護航」，這些人可說都是藍萬烘人生中的貴人。以前東京醫科齒科大學要考德文，那一年指導教授特別改變規則，只考英，日，中文，這也讓藍萬烘省了許多力氣。攻讀博士學位期間，認識了松本光啟教





授，此人凡事要求完美，標本製作精準優美，並且用同樣的標準來要求藍萬烘，而這樣的「交手過程」，也訂下藍萬烘與雷射醫學的緣份。

1988年國際雷射醫學會在台舉行，松本光啟也到台灣來參加，這也促成了台灣成立雷射醫學會的機緣，當時國內儀器很少，藍萬烘必須在手術室有空閒的時候才能做實驗，後來因為松本光啟的引見參加日本國際雷射醫學大會，被推舉為ICLD的國家代表，從1992年開始至今。

## 理事長的職志

一生與台灣大學結下不解之緣，也為台灣牙科醫療立下汗馬功勞，藍萬烘教授不僅畢業於台大，1975年獲森田獎學金赴日本東京醫科齒科大學進修，並受教於世界根管治療權威鈴木賢策教授，從事根管治療的臨床與研究工作，這也使得藍萬烘教授成為台灣根管治療先驅；1980年藍教授榮獲鹽野義獎學金再度赴日本進修，在砂田今男教授指導之下取得博士學位，回台之後在台大醫院牙科部貢獻所學，並建立台大牙髓病學的專科醫療研究系統，為推動國內牙髓病醫療，更帶領台大專科醫師成立中華民國牙髓病學會，致力於牙髓病醫療的提升，並出任第一屆理事長。此外，藍萬烘教授更著手建立牙科雷射醫療技術，對於牙科無痛手術與牙根部去敏感等多方面牙科雷射治療，有獨到的見解和技術，1992年被推舉為ICLD的國家代表，更顯見其臨床治療與學術研究領域的領先地位。

藍教授表示：「擔任雷射醫學會理事長，並不是自己愛出名，而是希望把有經驗的一群人集合起來，讓經驗傳承下來，雷射醫療是很專業的工作，很多經驗可以幫助後進

使用，這也是各類團體理事長應該要做的事。」

團體組織固然有經驗傳承與交流的功能，但自身的功能定位與團體之間的和諧互助，也是非常重要的課題。藍教授舉例表示：「以中華牙醫學會來說，其定位應該站在教育學術方面，著重在研究發展，論文出版等都是學會的重點工作，全聯會與牙醫學會各自定位清楚，分工合作功能自然可以倍增，台灣牙醫的形象一定得以提昇。相較於日本的醫師公會有預算，醫學會有研究背景，兩者密切合作每四年舉辦大型學術研討會的作法，台灣醫療團體也要多多學習。」

一向認為強將之下無弱兵，藍教授受日本教授的影響，對於學生既不藏私也不居功，把學生的研究報告公諸於世，主要是希望學生可以獲得成就感及榮譽，即使出國參加會議也喜歡帶著學生出去「見世面」，同時也製造機會讓外界看見學生們優秀的表現，這就是藍萬烘教授的提攜後進的「護航」。



## 受訪者小傳

黃建文，1960年生、嘉義縣梅山鄉人，中山醫學大學牙醫系畢業。曾任第十屆中山醫學院牙醫系台北市校友會會長、台北市牙醫師公會理事、台北市大松山青商會會長、中華民國牙醫師公會全國聯合會理事，並曾獲國際植牙學會ICOI專科醫師、美國紐約大學植牙進修認證、中華民國植牙學會專科醫師、中華民國家庭牙醫學會專科醫師；現任台北市牙醫師公會理事長、東群牙醫聯盟總院長。

## 專業、用心、人性

### 專訪台北市牙醫師公會——黃建文理事長

採訪／吳秋瓊 攝影／陳泰維

#### 不認輸才有進步機會

自謙資歷仍淺、成就尚不足以成為雜誌受訪者，東群牙醫診所黃建文院長表示：「木棉雜誌在成立當時，我正好擔任中山醫學院牙醫系台北市校友會秘書長，因此對這本雜誌格外有著深厚的感情，但儘管有著這樣的淵源，相較於其他業界前輩，我只是一個兢兢業業的開業牙醫，仍需在自我專業上做更精進的學習和努力，對於受訪一事，只能以個人執業心得與同業分享，藉以表達身為中山人的榮耀。」

出生於嘉義縣梅山鄉下，黃建文從小喜歡畫畫，小學時還得過兩次世界兒童繪畫佳作獎。由於父親擔任公職，一路從民意代表到鄉長，黃建文的童年早以習慣看到鄉民在家裡進進出出，時常亦不乏有人送水果來表達謝意，從父親與鄉民的高度互動中深刻感受到父親的服務

熱忱，這樣的身教對於黃建文影響甚深，可說是其日後為社團貢獻心力的啟蒙。

雖然身為鄉長之子，但在母親嚴格的品德教育下，黃建文不只沒有特權，相反地更要表現得比同齡的孩子穩重乖巧，母親的諄諄教誨更是黃建文「奉行遵守、不敢違逆」的法則，此外母親亦非常重視孩子的知識教育，她認為多讀書增廣自己的眼界不僅可以照顧自己、更可以幫助別人。

小學畢業之後，黃建文離開梅山鄉到嘉義市輔仁中學就讀，這也是他第一次離家寄宿在校，對一個鄉下孩子而言，不論在生活或心理適應上都是很大的挑戰。原本在小學名列前茅，沒想到進入輔仁中學後英文成績卻遠遠落後其他同學，究其原因市區的同學早就預先補習過了，而黃建文為了趕上功課，不

但在校外租屋獨居，更「尾隨」同學去找老師補習，然而沒想到老師竟不肯收成績差的學生，在不肯輕易放棄的堅持之下，黃建文最後只好懇求老師：「就是因為成績差才需要補習啊！」老師一聽有理，被這個十四歲大孩子的決心感動了！

黃建文的求學冒險還不只這一樁，國中畢業之後上台北來借住出嫁的大姐家，在參加聯考時沒來由地竟只填了建中、附中、成功三個志願，後來聽說板中有女生，才又填了板中，沒想到成績果然落到板中，這件事深深警惕了黃建文內心驕傲的不當心理，那樣從小到大都是班代表的風光歲月，似乎並不能保證接下來的求學之路同樣順利，這也算是其人生中第一個重大挫敗經驗。

考大學則又是另一個人生的轉折，對於生命科學充滿興趣的黃建文，到了第二年重考才進入中山牙醫系，多年爭戰的求學之路這也才終於找到穩定的歸屬。從小在成長的過程裡，黃建文永遠記得母親的一句話：「輸人不輸陣」，也就是說，在團體裡不見得要當第一，但無論如何不能落在後頭免得形成團體的負擔，不管在哪一個團體裡，只要把自己定位在中間份子從正面去影響團體就可以了。黃建文笑說，母親從小就要求孩子把自己的

位子定在前半段而非事事爭第一，這很像現在企業管理書籍所探討的第十名現象，由此看來母親顯然頗有遠見。

### 永遠的老二哲學

AB型雙子座的黃建文，處世哲學深受家庭影響，父親熱心公益、為著鄉民奉獻己身不遺餘力，至於家中大小事則由母親來掌管。母親雖是家庭主婦，卻是「姿態很低影響力很高的人」，母親在家中堅守位份扮演的角色，從小深深影響著黃建文的處事態度，身為鄉長之子，母親也時時提醒著凡事當更低調更自律，這也養成了黃建文不喜出風頭的性格。

在中山牙醫系求學期間，黃建文與其他大學生無異，唯一比較特別的是和同學一起成立「口腔衛生推廣服務隊」，而此服務隊亦曾和世界展望會一起至偏遠鄉間做口腔義診，幸運的是，多年下來服務團隊目前仍維持正常運作，這讓黃建文和當年共同胼手胝足創立的醫師們心中甚感安慰，也期許後輩們當繼續稟持「義務服務」的精神並推廣之。除此之外，大學時期擔任家教的經驗也是很深刻，亦即有一個學生家長是收入不高的基層勞工卻對孩子的教育相當重視，黃建文不忍拒絕亦不管鐘點費是否合理，固執

地每周從台中開車到沙鹿去教課，坐在圓板凳和餐桌邊教了兩年課，這也讓他體會到父母對孩子殷勤盼望的愛與高度期許的心，並反思自己求學過程的幸運。

1986年退伍後，黃建文赴美準備攻讀碩士，但礙於當時母親身體不適，深恐發生子欲養而親不待的遺憾，於是毅然選擇回台開業。1989年東群牙醫診所開業之時，牙科勞保尚未開放一切只能靠自費才有收入，但當時黃建文畢竟年紀尚輕病人不免質疑其臨床經驗，因此自費經營頗為不易，就這樣足足熬了三年，終於勞保全面開放，自此診所才逐漸步入穩定狀態。那三年自費期間的經驗，讓黃建文清楚地認知到專業知識及技術精進的重要性，並從中學習到如何與患者建立良好互賴的醫病關係，黃建文表示：如此以「用心」出發的人道醫療，經過多年經歷而今再度反芻，所有的理論與驗證仍不脫這基本的原則。

高中時期在台北求學，黃建文寄住在大姐和姐夫家中，而姐夫亦是其生命中極重要的貴人之一，東群牙醫診所開業至今的所在地點就是姐夫的房子，若今日有稍許成就真是來自當年姐夫的高度支持。另在開業之時最後決定座落在城市裡，主要是希望自己可以在專業上更為

精進並開創出另一片天地，而非回鄉受家族原生的大能蔽蔭。此外為了讓自己可以更獲得病人的信任，黃建文除了在醫療專業上持續操練外，他也參加了不少社團活動，青商會的加入可說是黃醫師社會歷練的第一課。黃建文表示：「一進入青商會才發現，相較於其他業種，牙醫師的養成過程可說是非常單純並且容易產生自負心態，由於牙醫師的工作偏向獨立操作，過度投入醫術的結果往往也失去許多與他人學習互動的重要機會。」1996年黃建文當選青商會會長，正是俗諺所言的「英雄出少年」。

黃建文表示：在青商會學習到許多人際關係的應對方式，尤其是「溫柔的態度、堅定地拒絕」這一門藝術，在經營管理上可以避免不必要的風險，可說受益良多。社團訓練除了學習在不同時間及場合裡扮演好自己的角色外，當然也包括如何當一個稱職的牙醫師。黃建文認為「專業的充實與多元化的服務」，是一個優異牙醫師終生的必修課程，現代的醫師不僅要面臨的是層出不窮的醫療糾紛問題，稅務、經營、領導等等也都是很重要的課題。東群牙醫聯盟目前除了本院外，91、92年並與院內醫師合開東陽和東豐兩家分院，黃建文表示，新增診所的最大目的是在於提供醫

師及助理表現與晉升的舞台，把醫師變成合夥伙伴、把員工視為家人，這不僅讓醫師與助理在生涯規劃中找到安定感，更是「分享」觀念的實現。

## 擁有健康口腔、享有美麗人生

2000年東群牙醫診所獲得ISO9001國際品質認證，黃建文以「專業、用心、人性」為經營理念，可說把患者當成朋友一般看待，有些病人一看就是十幾年了，黃建文表示：專業可以建立病人對醫師的信賴感、降低許多醫療糾紛；用心，是指排除病人的壓力，其一是對感染控制的恐懼感，其二是費用上的壓力。醫師的天職是服務病人，不能因為收費不同而有不同的「態度」標準，而自費項目的分類是尊重不同患者能在預算內做適合自己的選擇，這不相衝突的平衡也是經營時很重要的觀念。只要以「尊重人性」為出發，大部分患者都是可以達到良好溝通的，因此不論任何社會層級，醫師都當做到盡善精美的服務。

「做事要細節完美、做人要大方熱情」，黃建文鼓勵後進們，只有具有向上提昇的精神，開業醫師要擁有自己的天地並不會太難。被公認參與公會的最大收穫是抱得美人

歸，黃建文在擔任牙醫師公會全國聯合會理事期間，在一次全聯會舉辦的「我愛紅娘」活動中認識了當時仍在高醫就讀牙醫研究所的李若菁小姐，李醫師日後亦成了黃建文的賢內助，這個例子在同業一直頗被傳為佳話。

一向自許為永遠的老二的黃建文笑說：擔任各種公會職務以來，理事長一職從來不在自己的人生規劃目標裡，一切都只能說是幸運，但儘管如此說起對自己的期許，黃建文憨厚地表示個人成功的祕訣，那就是「二十到三十歲是靠體力、靠學習及熱情，三十到四十歲是靠經驗與付出，四十歲到五十歲是智慧與用心，五十歲到六十歲是靠人脈和回饋」。其中特別強調人必須學習從一己付出中，才可能得到快樂與成就。黃建文身為現任台北市牙醫師公會理事長，將這個職務視為是一個可以學習及貢獻力量的平台，而推動會務、凝聚會員向心力、強化組織功能、讓各委員會的能力得以發揮、經驗得以傳承、公會運作更具影響力，這才是理事長的真正功能。奮進之路才剛開始、成功之路仍是遙遠，但我們不畏任何艱難與險阻，只因堅強的信心來自所有醫師們的支持與參與，殷盼大家一起共同努力、共同朝向更美好的醫界未來繼續邁進。

## 富有人士的財產規劃相當重要

財產規劃師 胡華英



**英**業達副董事長溫世仁生前成就不凡，猝然逝世，所留下的財產有關賦稅問題，也成為後續話題。稅務官員表示，富有人士的財產規劃相當重要，以高達三十億元的遺產為例，若沒有事先做好租稅規劃，可能會被課以十多億元的遺產稅，不可不慎。

### 一億元要課五十%的遺產稅

根據遺產及贈與稅法第十三條規定：「遺產稅按被繼承人死亡時，依本法規定計算之遺產總額，減除第十七條規定之各項扣除額及第十八條規定之免稅額後之課稅遺產淨額，依左列規定稅率課徵之：…。十、超過一億元者，就其超過額課徵百分之五十。」遺產淨額達一億元以上者，遺產稅適用到最高稅率五十%，但是扣除累進差額後〈稅率五十%的累進差額為一四五〇.七萬元〉，一般的有效稅率是三五%，也就是，遺產淨額一億元，遺產稅約為三千五百萬元。

溫世仁先生為英業達的創始元老之一，持有十四萬七千四百六十一

張的英業達股票，持股比例為七·二八%，在所有股東中僅次於董事長葉國一的七·六七%，為英業達的第二大股東，副董事長溫世仁於十二月七日猝逝，依照遺產及贈與稅法施行細則第二十八條規定：「凡已在證券交易所上市（以下稱上市）或證券商營業處所買賣（以下稱上櫃）之有價證券，依繼承開始日或贈與日該項證券之收盤價估定之。但當日無買賣價格者，依繼承開始日或贈與日前最後一日收盤價估定之，其價格有劇烈變動者，則依其繼承開始日或贈與日前一個月內各日收盤價格之平均價格估定之。有價證券初次上市或上櫃者，於其契約經證券主管機關核准後，至掛牌買賣前，應依繼承開始日或贈與日該項證券之承銷價格或推薦證券商認購之價格估定之。」股票的價值是以死亡日當天的收盤價計算，由於十二月七日星期日股市休市，故以十二月五日星期五之收盤價二十元計算，市值將近三十億元。

依據遺產及贈與稅法規定，個人免稅額七百萬元、配偶扣除額四百

萬元、子女扣除額每位四十萬元、母親扣除額一百萬元、喪葬費扣除額一百萬元，共計可以扣除一千三百八十萬元的基本額度，如果沒有其他財產或負債，其繼承人要面臨的遺產稅約十四億七千萬。

沉重的稅負壓力，是生前科技人驚人的成就，也是死後繼承人惶恐的負擔。依照遺產及贈與稅法第八條規定，沒有繳遺產稅前，不准辦理贈與遺產登記，也就是被繼承人死亡時的股票和銀行存款等遺產，都會被凍結，繼承人生活如有困難、資金需要週轉都無法動用，直到繳清遺產稅為止。

## 案例背景

牙醫師黃先生五十歲，夫人四九歲，兒子十八歲，女兒十六歲。黃醫師擁有資產約五千萬元以上，大多為股票及基金。由於自己的資產頗為豐富，再加上多年勞累的工作，身體狀況大不如前，見到英業達副董事長溫世仁驟逝的消息，頓時擔心起如果自己發生類似的事情，財富的分配、遺產稅等等問題該如何處理？

### 人性下的逃稅行徑

現金藏匿國外，是擁有繳多資金部位者經常運用的管道，不但可以享受境外所得免稅的優惠，還能規避遺產稅的查緝。根據遺產及贈與稅法第一條規定：「凡經常居住中華民國境內之中華民國國民死亡時遺有財

產者，應就其在中華民國境內境外全部遺產，依本法規定課徵遺產稅。」我國遺產稅核課是屬人主義，所以只要屬於經常居住於境內的國民，財產不論在境內、外，都要課徵遺產稅。近年來匯出國外結匯款的資料，已列為國稅局經常蒐集查核的範圍，小心補稅加罰得不償失。

利用人頭分散，將自己的財產隱匿在親友的名下，一可分散所得稅、二可規避遺產稅，一舉兩得。財產分散與人頭，不但屬於逃漏所得稅及遺產稅、牽涉偽造文書等刑責、萬一人頭侵佔或死亡，反而讓財產的問題更加複雜。

### 正確合法的規劃萬無一失

針對黃醫師的情況，五十億的身價、子女年紀尚輕，退休生活安排等等，都是需要審慎處理的，規劃目的如下：

- ◇ 以最小的成本達到資產轉移的目的。
- ◇ 讓黃醫師的財產能夠完整地照顧自己與夫人、子女一輩子。
- ◇ 無論如何皆能擁有財產的掌控權，將財富永續傳承。

### 規劃建議

#### ◇ 購買保險：

首先設計能滿足夫妻倆退休生活的經濟收入，在黃醫師六十歲退休後，能有一筆穩定的、永久的固定收入。另外，在人生的最後一天，需要一筆龐大的現金，因應公司、後事或

稅負的處理，創造這免稅的資金，在時間上的掌控性與變現性，是其他任何一種規劃，均不能與之比擬的。

#### ◇ 夫妻財產平均化：

依黃醫師的資產狀況，平均夫妻財產，雖無省稅的空間，但可分散資產持有風險，讓一半的稅賦具有延緩繳納的功效。

#### ◇ 分年贈與信託：

妥善運用政府每年每人一百萬元的贈與免稅額，將資產陸續轉移轉給子女，其中設計金錢型保險金信託，除了具有節稅的功能外；還讓財富可以確定地、安全地、完整地照顧子女一輩子，跳脫繼承、債權人、剩餘財產請求、甚至國稅局的困擾。

#### ◇ 設立遺囑信託：

避免兄弟鬩牆、子孫爭產，資產分配符合心願。以黃醫師的能力，甚至可以放諸大愛，為慈善公益盡一份心意。經過努力的打拼，財富豐富的累積，但是由於許多家庭的資產結構不良、流動性不佳，造成稅賦無法完納、財產無法處分利用，或是完納後沒有現金，家中頓時陷入許多不必要的紛擾。這些問題其實都可以透過事先的規劃得到許多不必要的解決。所以富有人士的財產規劃相當重要，盡早處理，以達成省稅、財產分配、管理、掌控、親情以及心願的實現。

社團法人中華民國個人財產規劃人員協會提供



撰文 / 大蘋果牙醫診所 蔡玲重醫師 · 圖片 / 大益設計提供

回首十二年前的大蘋果牙醫診所，在當時的醫療空間設計上曾創造了一個話題。十二年後的今天，我們想用更舒適更人性化的空間來款待一直支持、照顧大蘋果的大、小朋友們。

大蘋果的設計主題是與設計師在很輕鬆氣氛的聊天討論下找到靈感的。應該是從旅行經驗談起的吧。之前與家人們到西班牙旅行，看

到安東尼高第在巴塞隆納的很多創作，真是令人讚歎不已。他運用了很多彩色磁磚的素材，拼貼出視覺上獨特的美感，因為我與內人對馬塞克表現出的質感與色彩情有獨鍾，於是便向設計師提出此構想並討論其可行性，於是我的設計師親手一塊塊拼貼出櫃檯桌面及主牆面，而成為診所的一大特色。



這一二節的主牆面是業主喜歡的情懷馬賽克

在空間的配置上，我們需要三個獨立的診間及以下幾項需求：

1. 專屬的
2. 具備隔音功能
3. 穿透性
4. 主題性

起初的想法是希望以叢林、陽光、沙灘、海洋為主題，在經過一番討論思考之後，確定以色彩的方式來表現各主題。設計師在兼顧私密、隔音、穿透的功能下，創造了三個高低不一的玻璃圓洞，並以水平貫穿的方式連結了三個診間，從一端診間向內看，可直視到另一端診間牆面的圓鏡，透過鏡子的反射，感覺到玻

璃圓洞的遊走，增加了不少趣味性，也吸引了更多小朋友的目光。在設備的配置上，有很多的功課是必須要做的。我們把所有設備列出清單，請設計師做了丈量，並在平面圖上做配置及討論，這樣才能設計出最符合自己需求的完美實用空間。

在裝修之前，我們已配合內政部的法令，提出室內裝修申請及建築師的簽證，結構的安全無虞之下，才請有證照的室內設計公司施工並使用符合防火的材料施作，最後並取得「台北市工務局」核發之「建築物室內裝修合格證書」以確保空間環境之安全。





當初我們曾擔心架高了地板，會壓縮了空間，覺得天花板與樑的距離會太低，在施工中幾度懷疑設計師的處理手法，結果他使用弧線來帶動整個空間，再加上間接照明的輔助，大膽的露樑手法十足展現了設計師不俗的功力，不僅增加了天花板的層次，更讓空間感受相對的拉高。窗邊的天花板更是驚艷之處，我們使用大膽鮮豔的漸層色吊板，透過燈光來凸顯三樓的大面落地窗，強烈吸引對街行人的目光，達到非常好的廣告效果。在X光室的天花板上，我們使用螢光星空彩繪，讓一個小小封閉的空間變成一個宇宙宏觀的無限穹蒼。

在先進的國家，洗手間是個相當重要的空間，它代表一個空間主人對來訪者（病人）的尊重，尤其在醫療院所，廁所的清潔衛生更顯重要，我們特別使用感應式自動開啟垃圾桶，讓病人更能感受我們重視衛生的用心。此外，防霉抗菌的洗手槽與大小便器也讓到大蘋果的大小朋友們，更方便！

等候區的主題為全球觀。因為我們已累積來自三十三個國家的小病人，我希望以世界地圖作為等候區的主牆。設計師把背牆貼上鐵板，還特別精心製作了各國小國旗的磁鐵，讓我們的小病人自己找自己的國家並貼上國旗。設計師在世界地圖四週留白，讓小朋友可以寫下或畫下給大蘋果叔叔的話，增添了我們與小病人之間的感情與互動。

目前醫療空間已走向優質、舒適的趨勢，如飯店、餐廳留給客人不同的感覺及回憶。我想創造的空間是給病人們專業、潔淨、親切、活潑及全球觀，由於跟設計師良好的互動，他將我們內心抽象的感覺和理念，化為具象的空間。我在小朋友開心自在的表情與家長的讚美聲中，受到肯定的回報，也深深享受到打造一間優質診所的成就感，以上的一些經驗願與大家分享。



# 台北市中山牙醫校友會 94年度會員大會 暨2天學術盛宴

植牙與矯正的世紀婚禮 究極美學 全口重建之探討

想要一窺美國當今最新矯正植體之主流學派

想要了解全瓷齶復物與美學植體之臨床應用

絕不能錯過 7/30, 31 兩天的學術盛宴

7月30, 31日是本會的大日子 除了改選新任理, 監事 新舊會長交接 會員大會 大會晚宴 更準備了2天的精采學術盛宴 邀您一同參加 並分享與我們一起成長的喜悅

台北市中山牙醫校友會 第23屆會長 廖敏熒 醫師

第24屆會長 林輔誼 醫師 聯合敬邀

暨全體理 監事

## 報名費用

舉凡 主辦 協辦單位會員 一律優待 NT 5000元

非會員NT6000元

並贈送價值 NT500元之現場大會牙材現金抵用卷

與維瀚提供之NT5000元課程現金抵用券

(限用於台北植牙K或L班)

現場報名者 恕無抵用優惠券

歡迎所有中山校友  
歡喜回娘家

## 台北市中山校友 最好康

舉凡全國中山校友 一律優待 NT5000 元 並贈送牙材抵用卷 NT500 元

台北市本會校友會員 繳交當年度會費 NT2000 元者

贈送精美禮品 並歡迎參加大會晚宴聚餐 與豐富的抽獎活動

## 台北市中山校友會 會員

報到時間	7/31	8:00 am ~ 3:00 pm	9F大會報到處
投票時間		8:30 am ~ 3:00 pm	9F大會投票區
開票時間		3:00 pm ~ 4:00 pm	9F會議準備室
會員大會		4:00 pm ~ 5:00 pm	9F國際會議廳
大會晚宴		6:00 pm ~ 9:30 pm	B1宴會廳

## 打通牙科白費的任督一脈 矯正與植牙

2天的課程 2種不同的講題 2位來自美國東岸的大師  
讓您學的更多 整合的更EASY

台北市中山校友會第25屆會員大會暨學術演講活動  
“植牙與矯正的世紀婚禮 究極美學全口重建之探討”

**演講時間：** 2005/07/30 (六) 9:00~17:00  
2005/07/31 (日) 8:30~15:00

**地點：**

國立台灣科學教育館9樓國際會議廳  
(台北市士林區士商路189號9樓)

**學分：** 學分認證 12學分  
紐約大學修業學分證書 (須簽到與簽退)

**劃撥帳號：**

19917312 戶名/游姣姣

**演講主題：**

Dr.Christian Stappert



Esthetic Challenges of Implant-Supported Restorations.

“ All Ceramic Combined with Hard and Soft Tissue Augmentation”

- ◎ 植體美學必修之學分 放諸四海皆準之準則
- ◎ 立即植牙與立即承載 快速有效的植牙必修課程
- ◎ 軟硬通吃的植牙手術區 一次搞定還是分次處理
- ◎ 全瓷覆體與軟組織的完美結合 究極牙科植體美學之探討

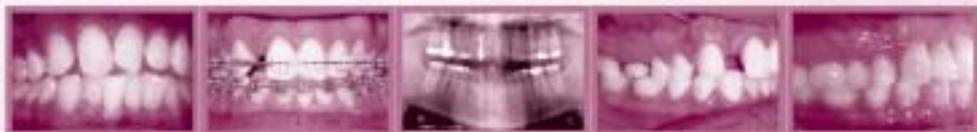


Dr.Martin Epstein



Current Concepts in American Dentistry-Orthodontics for the 21st Century

- ◎ 全口重建之必要考量 先矯正後植牙 亦或先植牙後矯正
- ◎ 成年人高難度全口 局部矯正治療 美國東岸學派之精華
- ◎ 矯正調整咬合不正 同時一併達到牙齒與臉型的美觀 高難度必修
- ◎ 年輕病人於NYU矯正中心的臨床考量 精準的診斷與正確的治療方式



**主辦單位：** 台北市中山校友會、維瀚牙醫再教育中心

**協辦單位：** 中華民國口腔植體學會、台灣牙醫植體學會、台北市牙科植體學會

**聯絡方式：** 中山校友會  
TEL: (02) 28719365 游姣姣  
FAX: (02) 28719377

# 四十年修持功力 將回國灌頂開示

林明志教授於1964年自中山醫學大學牙醫系畢業後，在1966至1969年間赴日深造，專攻口腔外科，拿到口腔外科專科醫師訓練資歷，隨後又遠渡重洋至美國奧克拉荷馬大學醫學中心於1972年取得病理學博士學位並以優異的表現獲聘於路易西安那州大學擔任教職，1976年在紐澤西醫學大學順利完成牙醫學博士學位，同年進入康乃狄克大學醫學中心牙髓病科鑽研根管治療，1980年任教於紐澤西醫學大學牙醫學院，並擔任牙髓病學研究所所長，之後林教授在美國牙髓病學界裡享譽盛名，2000年加州大學洛杉磯分校（UCLA）更邀請林教授擔任牙髓病科主任，2002年紐約大學力聘林教授擔任臨床牙髓病科主任，從事住院醫師訓練及臨床教育工作迄今；林教授執學術界之牛耳的地位有目共睹，其上百篇的論文著作，與世界各地無數次的演講，足以證明他倍受肯定的雄厚實力。

1990年我在美國出席AAE年會時，第一次聽到林明志教授的講演，精闢而獨到的見解獲得滿堂喝采，令我印象深刻。一個台灣人在美國能有如此的成就，也讓大家為他感到驕傲，堪稱台灣之光，因此我立刻邀請林教授回到台灣為中華民國牙髓病學會演講，熱情的林教授不但馬上答應，甚至還將旅費全數捐出作為牙髓病學會草創初期基金，其恢弘的氣度令人感動，演講中深入淺出的內容更讓大家獲益良多；此次有幸再度邀請林教授回國演講，是我們牙醫界的光榮，更是牙醫界的福音，藉此機會能夠再次分享到林教授在牙髓病學廣泛而深入的研究以及根管治療多年的臨床經驗和最新的技術與觀念，大家必能再次收穫豐富、滿載而歸；懷著感謝與期待的心情，讓我們一起企盼這位牙醫界菁英帶給我們完全與眾不同的全新感受。

台灣大學牙科部主任  
中華牙醫學會理事長 **藍萬洪** 教授

林明志醫師是本校第一屆校友，曾擔任過New Jersey Dental School 和 UCLA大學根管科教授，現任紐約大學牙髓病研究所所長，長期已來發表過上百篇的學術論文，主持過多項研究計劃，已是美國牙髓病學界的一大師，林醫師曾於民國82年返台演講，演講中精湛的解說、風度翩翩的神彩，至今尚深烙於我的腦海中，當年也獲得本校傑出校友的尊榮。

此次回台，林醫師更是絲毫不藏私的拿出長期鑽研的主題，endodontically apical lesion 的治療與處理方式，牙齒有apical lesion是临床上預後最難掌控的狀況，也是最令開業牙醫師困擾的地方，周詳完整的治療模式是確保成功的重要關鍵，課堂上林醫師將把多年研究的心得與經驗轉變為輕鬆易懂的操作步驟，讓學員們有條康莊大道來追尋。美國紐約大學牙髓病研究所自林醫師接掌兩年後已成為國際上最熱門且是最難申請的研究所，請各位校友把握此次難得與根管大師及學長學習親近的機會，以提升自我功力。

鄭重推薦

中山醫學大學附設醫院 根管科主任 **黃翠賢**

Dr. Louis M. Lin早年畢業於中山醫學院牙醫系，於日本東京大學取得口腔外科專科醫師資格，後轉赴美國取得口腔病理博士學位及口腔病理專科醫師資格，以及牙髓病專科醫師資格，是當今美國牙髓病學界中少見兼具口腔病理及口腔外科專長者。Dr. Lin歷任美國紐澤西醫科牙科大學牙髓病科及美國加州大學洛杉磯分校牙髓病科主任，現為美國紐約大學牙髓病學研究所主任，論資歷及聲望可說是旅美華人牙髓病學者中之佼佼者。

Dr. Lin 為人和藹親切，教學認真，頗受學生愛戴推崇。本人於紐約大學進修期間承蒙其教導，深覺受益良多。Dr. Lin學識淵博，尤其專長於牙髓及根尖病變的病理機轉，根管治療失敗原因之探討，根尖病灶治療方式之研究等方面，在美國境內及國際間常應邀發表演講。此次受邀來台的演講題目為一具根尖病灶之牙齒進行根管治療時的考量，內容包含根尖病灶之成因，病理機轉，預後，臨床治療之重點，根管重新治療的決定及治療方式等，聆聽此次的演講，相信無論是對一般開業醫師或是牙髓病專科醫師而言，都是一次最有助益的充電機會。

台北榮總牙髓病科主治醫師  
中華民國牙髓病學會專科醫師 **白勝方**

地點：中山醫學大學杏一教室（哈佛廳）台中市南區建國北路一段110號 TEL：04-2473-0022

講師：林明志醫師

演講主題：Treatment Considerations of Endodontically Involved Teeth with Periradicular Lesions

費用：牙醫師 \$ 3500

中山校友或中華民國牙髓病學會會員或8月1日前劃撥報名者 \$ 3000【郵戳為憑】

郵撥帳號/19894069 戶名/李曉蕙

主辦單位：中山醫學大學牙醫學系校友總會（106台北市大安區和平東路三段51號1樓）

木棉雜誌社（111台北市士林區中山北路七段220巷4-1號7樓）

協辦單位：中華民國牙髓病學會

## 林醫師來信：

親愛的校友：附上演講的內容與大綱，出國多年我無法以中文來書寫，正在努力回想和復習母語，讓演講時能以中文多和校友溝通

## Synopsis of the lecture

Topic: Treatment Considerations of Endodontically Involved Teeth with Periradicular Lesions

Endodontic or inflammatory periradicular disease is primarily the sequela of pulpal infection in the root canal. Numerous studies have showed that endodontically involved teeth with periradicular lesions have a poorer prognosis than teeth without periradicular lesions following root canal therapy. This is most likely due to severity of root canal infection. Therefore, special considerations are required in treating endodontically involved teeth with periradicular lesions. In infected teeth, bacteria colonize not only in the root canal system, such as isthmus, dentinal tubules, lateral canal and resorptive lacunae but also in rare occasion in the periradicular tissues. Mechanical instrumentation and irrigation with antiseptic solutions of the root canal system are not able to completely eliminate intracanal bacteria. Consequently, intracanal medication is commonly used to inhibit or to kill residual bacteria remaining in the root canal after chemo-mechanical debridement between treatment visits. Because endodontically involved teeth with periradicular lesions harbor more numbers and species of bacteria in the root canal, more extensive chemo-mechanical instrumentation and antiseptic irrigation as well as intra-canal medication of the root canal are needed to reduce bacterial count to sub-threshold level so that the host defenses can operate effectively. Good coronal restoration also plays a very important role in preventing coronal bacterial micro-leakage and reinfection of the filled root canal. Regardless of endodontically involved teeth with or without periradicular lesions, the key to success of root canal therapy is to eliminate intra-canal bacteria and their substrate and create a bacteria-tight seal of the root canal system. This presentation will base on sound literature to give a comprehensive treatment strategies of endodontically involved teeth with periradicular lesions.

1. Cause of pulp-periradicular disease - Bacterial infection
2. Prognosis of endodontically involved teeth with periradicular lesions after nonsurgical root canal therapy.
3. Unique features of endodontic periradicular disease.
4. Bacterial colonization in the root canal system, and periradicular tissues.
5. Pathology of endodontic periradicular disease
6. Treatment of endodontic periradicular disease
  - A. Working length control.
  - B. Bacteriological control of the root canal system
  - C. Hybridization technique of crown-down and step-back root canal preparation.
  - D. Apical reaming/filing.
  - E. Minimal apical canal enlargement.
  - F. Irrigants.
  - G. Smear layer removal and dentinal tubule disinfection.
  - H. Intracanal medication.
  - I. Apical terminus of root canal filling.
7. Exacerbation - Swelling and pain
8. Draining Sinus tract.
9. Therapy-resistant periradicular lesions.
10. Antimicrobial therapy and pain control.
11. Single- vs multiple-visit endodontic therapy.
12. Treatment of therapy-resistant periradicular lesions.
13. Retreatment of endodontically treated teeth - Decision making
14. Coronal restorations and bacterial micro-leakage
15. Conclusion



林明志 醫師

美國紐約大學牙體病研究所所長  
美國牙體病學會專科醫師  
曾任 New Jersey Dental School 和  
UCLA 大學根管科教授



94年8月14日



中山醫學大學牙醫學系校友總會（木棉雜誌社）

111台北市士林區中山北路七段220巷4-1號7樓

Tel:(02)2871-9365 Fax:(02)2871-9377

## 課程表

9:00~ 9:30	Registration
9:30~ 10:20	Cause, prognosis and features of endodontics periradicular disease
10:30~ 11:20	Preparation of root canal system 1
11:30~ 12:20	Preparation of root canal system 2
12:20~ 2:00	Lunch break
2:00~ 2:50	Antimicrobial therapy and pain control
3:00~ 3:50	Treatment of therapy-resistant periradicular lesions
4:00~ 4:50	Retreatment of endodontics failures
5:00~ 5:30	Panel discussion

## 爭

爭，是最近熱門的話題。王馬爭國民黨主席、大學爭五年五百億、五個城市爭2012年奧運主辦權；在牙醫界也不甘寂寞，上演一場全聯會選舉的爭奪戰。有爭，就應該有比較，而較公平評斷結果的方法就是投票，問題是，這些擁有投票權的人，是否對候選人有所了解，或僅僅再一次驗證那句老話：民主，只是一群會投票的驢？

太政治的，我們不懂，或者說，我們沒時間去關心，可是，對攸關牙醫行政的全聯會選舉，我們便不得不去思考一些事情。首先，我們到底把票投給誰？為什麼投給這些人？這歸到最簡單的一個問題：這些人的政見，您看過嗎？公會、全聯會、或是學會的選舉，常常受各院校校友會所左右，於是，學長或學弟間的拜託，便左右我手中這一票的歸向，可是，您知道他是誰嗎？至少，您見過他的政見嗎？政見這東西，可以寫的天花亂墜，但終究是白紙黑字，而且可以從中去判斷這個人的抱負與個性，牙醫的雜誌這麼多，就是沒看過有那一位候選人或是準候選人發表對角逐職務的抱負與理想，反而只是一些所謂的專訪，把這些人包裝得很好，可是，我們還是看不出來，究竟為什麼，這個人想角逐這個職位？名片上長長的一堆頭銜，還是看不出這個人的專長或抱負。牙醫師是社會的知識階級，如果我們的選舉與一般社會的選舉沒兩樣：黑函與台面下的運作滿天飛，原本很好的朋友關係，扯到選舉就被撕裂，值得嗎？我實在看不出來，有那一個職位是非某人不可。有人說：協調人選，可免去紛爭。我們質疑的是：在協調的過程中，我們聽到政見了嗎？協調本身是否就是一種利益交換？今天我能坐上這個職位，是來自大眾的委託，還是少數一些人的協調？這關係到未來我的發言，是為少數這些幫我抬轎的人，或是多數投我一票的人？民主本身，便是一種委託，這個委託來自於雙方的需要，被委託的人應該告訴委託的人，我能或我想為您做什麼，這就是政見，我們現在的狀況，是給這些人一張空白支票，隨他怎麼做都可以，一個這樣的團體，我們能期待什麼呢？在各級牙醫團體的選舉中，您曾經看過候選人的政見嗎？

其次，牙醫師要爭什麼呢？如果您是候選人，您的政見會是什麼？健保？總額？這些東西不是不重要，可是這是我們牙醫師該關心的全部嗎？把總額的餅做大，是我們做的到的事嗎？這是不是得靠很大的政治力才行？那是不是又給有心人動支社運基金的好藉口？有沒有其他可以提升牙醫競爭力的主張呢？如果我是候選人，我的政見很簡單，只有兩條：

第一，牙醫助理在經過訓練與考核之後，可以在牙醫師的監督下，合法地為患者照X-光片。

第二，牙醫助理在經過訓練與考核之後，在牙醫師的監督下，可以為患者執行牙齦上牙結石刮除的步驟，但完成後，必須經牙醫師複檢。

如果我是候選人，您會投我一票嗎？

### 許永宗

中山醫學大學牙醫系畢業  
美國阿拉巴馬大學牙醫學院  
膺復科助理教授

# 中華民國口腔植體學會 Current Trend in Oral Implantology

Treatment Planning, Aesthetic, Surgical and Restorative  
Considerations  
Risk Factors & Complication Management

當代口腔植體的全方位考量的**年度大會**

中華民國口腔植體學會特別為您邀請

兩位國際大師級的植體學者：

**Prof. Daniel Buser 與 Prof. Urs C. Belser**，

同台為您演出，講授口腔植體最新的觀念及技術，保證  
精彩可期！

## 注意事項

- 1.時間：94年8月26日~28日（星期五、六、日）
- 2.地點：國家科學教育館（士林士商路189號）
- 3.主辦單位：中華民國口腔植體學會
- 4.協辦單位：中華民國贖復學會      中華民國牙周病醫學會      中華民國審美學會  
                  台北市牙科植體學學會      台北市中山校友會
- 4.費用：8/10前(含) 會員9,000元      非會員11,000元  
                  8/11後(含) 會員10,000元      非會員12,000元
- 5.劃撥帳號：18668017  
                  戶名／中華民國口腔植體學會  
                  會址／台北市常德街1號  
                  電話及傳真／(02)2382-6356  
                  聯絡人／陳小姐
- 6.注意事項：報名後未出席恕不退費。
- 7.年會會期三天，同時有集合國內所有植牙廠商於一堂之大規模牙材展。
- 8.本會會員繳清今年年費者，可獲贈2000元牙材抵用券（限牙材展現場使用）。

# 編後語

上期木棉雜誌48期漏刊了旅美中山傑出校友許永宗醫師大作「牙醫師的養成教育與再教育Part VI-教學內診」一篇文章深感遺憾歉疚。對於許多等待要知道美國是如何教導一個牙醫學生成為牙科醫師的廣大醫師讀者，看完這篇文章鐵定會有很多省思、回想、甚至時空比較。

另外，一群頗需愛心憐憫心的醫師朋友們，以現代的高科技醫療設備照護蒙古症患者，他們（陳冠豪、鍾國楨、詹嘉一、李尚志醫師）提出一些心得及相關資料，頗值得深入了解。

時下最high、最hot，最發燒滾燙的植牙相關學術活動或話題，一直是方興未艾。許榮庭醫師對於無翻瓣植牙手術的過程及相關注意事項，有詳細的介紹闡述，也提供一些比較表。

素有牙科經營之神美譽的曾育弘醫師，在本期也有一篇專論，探討牙科另外一種經營的模式，建構一個他所屬意的王國。

本期人物專訪二位VIP醫師，一個是學術界中的大哥大—藍萬烘教授，身居產官學之泰斗，另外一位是現任台北市牙醫師公會理事長黃建文醫師，從基層出發，一步一腳印地為了理想努力，是年輕的後起之秀。

當然，這一期一定不能沒有李偉文醫師的專欄文章。長期以來，透過了這些文章，我們深切了解荒野保護的重要，原來我們生活環境與大自然是如此地密不可分。

一年就這樣子過了，本社の社長就要轉任會長，而新的社長也呼之欲出，展望新的一屆能有更好的作為，不管在木棉雜誌社、校友會上都有更好的未來。

總編輯 楊晉杰

2005.07.17

# 木棉

The Journal of CSMU Dental Alumni Association

# 49

開創知識的、生活的美學空間

### 郵政劃撥儲金存款單

帳號 19894069 金額 仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元

通訊欄 (限與本次存款有關事項)

李曉蕙

寄款人

姓名

□□□□-□□□□

通訊處

電話

經辦局收款戳

虛線內備供機器印錄用請勿填寫

寄款人請注意背面說明

本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

收款帳號戶名

存款金額

電腦記錄

經辦局收款戳

## 郵政劃撥存款收據

### 注意事項

- 一、本收據請詳加核對並妥為保管，以便日後查考。
- 二、如欲查詢存款入帳詳情時，請檢附本收據及已填妥之查詢函向各連線郵局辦理。
- 三、本收據各項金額、數字係機器印製，如非機器列印或經塗改或無收款郵局收訖章者無效。

### 請寄款人注意

- 一、帳號、戶名及寄款人姓名通訊處各欄請詳細填明，以免誤寄；抵附票據之存款，務請於交換前一天存入。
- 二、每筆存款至少須在新台幣十五元以上，且限填至元位為止。
- 三、倘金額塗改時請更換存款單重新填寫。
- 四、本存款單不得黏貼或附寄任何文件。
- 五、本存款金額業經電腦登帳後，不得申請撤回。
- 六、本存款單備供電腦影像處理，請以正楷工整書寫並請勿摺疊。帳戶如需自印存款單，各欄文字及規格必須與本單完全相符；如有不符，各局應婉請寄款人更換郵局印製之存款單填寫，以利處理。
- 七、本存款單帳號與金額欄請以阿拉伯數字書寫。
- 八、帳戶本人在「付款局」所在直轄市或縣（市）以外之行政區域存款，需由帳戶內扣收手續費。

交易代號：0501、0502 現金存款 0503 票據存款 2212劃撥票據託收

