

簡介殘障兒童牙科

(Dentistry for handicapped children)

黃麗例

總論

筆者從去年4月開始服務於橫濱市內的神奈川縣立兒童醫療中心以後，每天所接觸的全是殘障兒童，不是身體上有先天性疾病就是智能發育遲緩或精神上有各種疾病。在日本，對這些病童的專門用語是「心身障害児」，英語一般是以「Handicapped children」來表示。

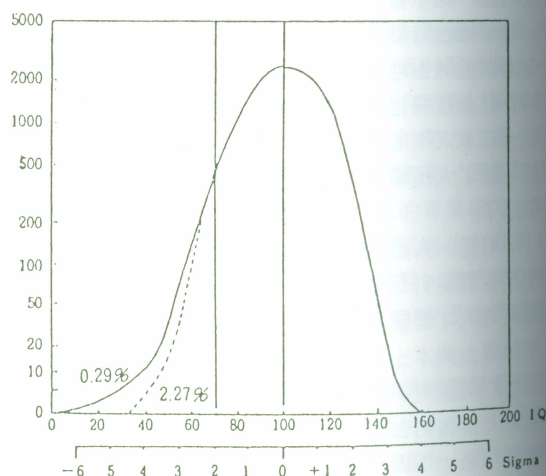
所謂身體上有機能障害 (impairment) 者大約可簡單分類如下：

1. 四肢、身體運動的障害。
2. 視覺、聽覺和平衡機能的障害。
3. 音覺、語言及咀嚼機能的障害。
4. 特定的內臟、器官等的機能障害。

上述病患約占全人口的1.5%。

所謂精神上有障害者，普通是指IQ (智能指數) 在70以下 (一般人平均IQ100, 70為-2S.D以下)，可分為生理型和病理型。生理型為智能的發育遲緩原因不明，身體上也沒有別的缺陷，只是智能比平常人低下，此型約占全人口的2.27% (美國 Penrose

圖一 智能指數分布 (10~14歲, Penrose)



的報告) (圖一)。病理型是指由某些疾病而造成的智能發育遲緩 (例如 Down's syndrome, 染色體的異常而造成智能發育遲緩)，約占全人口的0.29%。一般言之，精神上有障害者多屬於生理型，智能發育不足的程度也較輕，病理型的智能發育遲緩較重度。在美國，身體上或精神上有障害者約占總人口的4~5%，日本的調查也大約如此。若以此比率來推算，我國的殘障智障者總數應有近百萬。

筆者專攻兒童牙科，因此就限於殘障兒童的牙科治療作簡單介紹。殘障兒童的成因最多是先天性疾患或畸形，約占70%。因為先天性的缺陷所以比正常

作者／台北醫學院牙醫學士 (第十四屆)／東京齒科大學小兒齒科博士／日本小兒齒科學會認定醫／神奈川縣立兒童醫療中心牙科專科醫師

兒童多見複雜的口腔疾病，而且在實際上要做牙科治療時，在病童的完全合作下進行可說幾乎不可能，因此一般所做的預防或治療也難有令人滿足的結果。另一方面，病童的家長常是在對自己兒女的患病事實能平心靜氣地接受後才開始注意到口腔內的異常或齲齒，因此重症齲齒常常可見，日本也是在近十多年左右才對此一環問題有所關心。至 1981 年的國際殘障者年時才引起社會的普遍反響。筆者所服務的醫療中心已有 17 年歷史，由於醫長池田正一博士的努力，在日本殘障病童的牙科治療中占有一席之地，居領導地位亦不為過。

在我們的門診所看的病童全是開業醫或其他醫院轉診來的，大約可分類如表一。

表一 牙科所見的殘障分類

I	中樞神經的障害 神經、肌肉系統疾患	精神發達遲緩、腦性麻痺、癲癇、進行肌肉萎縮症、多發性硬化症、腦炎後遺症等
II	情緒障害	所謂小兒自閉症
III	感覺器官的障害	視覺、聽覺障害
IV	言語障害	口蓋裂、唇裂 I、II、III 有關連的疾患 其他
V	心臟疾患	先天性心臟病、後天性心臟病
VI	血液疾患	血友病、白血病、紫斑病等
VII	全身疾患或慢性疾患	Juvenile rheumatoid arthritis 糖尿病、氣喘 Nephrotic syndrome 等

總括最近幾年的病童數。

I. 中樞神經系疾患	50%。
II. 情緒障害	2%。
III. 感覺器官障害	1%。
IV. 唇顎口蓋裂	22%。
V. 心臟疾患	4%。
VI. 血液疾患	6%。
VII. 慢性疾患	4%。
VIII. 其他	11%。

這些兒童對於牙科治療所具有的恐懼心或不安比正常兒童為強，所以原則上，若沒有急性炎症時，初診時最好不要馬上進行治療。又家長對病童的全身狀態和反應是最熟知的，牙醫師必須從家長處探知各種情報，所以門診治療時最好讓家長伴隨在病童的身邊。對這些病童，如果各方面條件俱備的話，幾乎和正常兒童一樣可進行門診治療，由於我們只看轉診來的病人，因此大多數病童有嚴重或多數的齲齒，在此情況下，我們多施行全身麻醉來集中治療，治療完後做定期檢查，並且訓練病人，讓他們的不安感和恐懼心隨著 Recall 的次數而減少，並熟悉牙科的器械、環境，最後達到和正常人一樣可在門診進行治療；是否施行全身麻醉，依病童、術者、設備、環境等而有所應變，一般基準表示如表二。

表二 全身麻醉下牙科治療的適應症

1. 一次總括治療
2. 身體的條件（主要運動機能）有困難時
 - (1) 一定時間的姿勢保持，靜止、開口有困難的病患，例如：腦性麻痺、Tic
 - (2) 因牙科治療易受有害影響，有合併症的病患，例如：先天性心疾患、氣喘，Epilapsy，甲狀腺機能亢進症。
3. 對牙科治療無法合作時：
 - (1) 沒有理解力：低齡兒童、精神發達遲滯
 - (2) 情緒障害：自閉症
 - (3) 無法溝通：盲、聾、啞、外國人
 - (4) 特殊的心理狀態：例如以前強制治療所殘留的恐怖不安。
4. 病童住家遙遠，通院治療有困難。

我們一年之間在全身麻醉下治療的病童約有 300 例（圖二），平均一星期 6 例，其中 4 例是齲齒多數治療時間須 2 小時以上的症例，或是有各種合併症的病童，治療後須住院一天觀察，其他 2 例是病童本身大體健康，齲齒的治療在 1 個小時內就可完成，治療後經過適當的觀察，飲水後也沒有嘔吐現象，當天即可回家。在全身麻醉下進行牙科治療時，病人家屬的要求也很高。因此術者本身不僅治療的速度要快，而



圖二、
HBs 抗原(+) 病童的門診牙科治療。

且要確實，因為預後不良時，病童可能得再次全身麻醉才能進行治療之故。由於治療得在 2~3 小時內完成，有些治療方法就受到限制，例如根管治療方面以 pulpotomy，pulp extirpation 為多，有 fistula 或 apical lesion 時則積極的做 apicoectomy。由於消毒滅菌做得很徹底，根管治療方面的預後不良症例很少，根據筆者去年在第 4 回日本障害者齒科學會總會及學術大會上發表的全身麻醉下牙科治療的 4—6 年預後成績施行根管治療後乳牙的不良例約占 10%，永久牙齒只占 7.7%。又以平均治療時間為 110 分，處置 11.5 齒。

對於患有白血病、血友病、心臟病及糖尿病等病童的牙科治療，其注意事項因限於篇幅在此不一一說明，最重要的是須與他們的主治醫師取得密切聯繫，在他們身體情況最佳時進行治療，對於接受過輸血和經常使用血液製劑的病童進行牙科治療時，B 型肝炎和愛滋病的感染可能性必須注意。（圖三）

在此服務一年多，有機會和眾多身心殘障的病童和其家長相處，使我在人與人之間的社會學方面有很

大的收穫。醫師本身除須正確掌握病童的病情外，只要具同情心，並時時以誠心對待病童，他們對醫師的信賴往往比平常健康兒童更強，進行治療也較能得到他們的協力。

在我們牙科門診通常只有三位牙醫師及三位牙科護士（即 Oral hyginist）而牙科護士得忙於器具的消毒，病人的詢問和預約等，因此理想的「Four handed Dentistry」治療常常不可能，更不可能有更多的人手來做強制治療。很多來本院參觀或研修者驚訝於我們門診部的明亮又安靜的氣氛，常問是如何「調教」那些殘障兒童。我們的回答只是「尊重病童」。縱使他們無法用言語來做實際的溝通，但他們會感覺，一旦被關心，被尊重的感覺生了根，那根便永遠健在。強制治療對醫師和病人兩方面都是很大的負擔，而往往只得到負的結果（病人永遠無法適應牙科治療，牙醫師本身也無法做到合於要求的治療水準），因此我們絕不強迫病人，真正無法治療時就會診麻醉科醫師施行全身麻醉。最重要的是讓病童不要有「看牙醫＝痛」的經驗。



圖三、無法門診治療的病童，即施行全身麻醉來進行治療。

在歐美所見的殘障者多很明朗，因為社會也視他們為平常人，幫助他們但也保有他們的人性尊嚴，讓他們真正感受到「生」的意趣，在日本，大部份殘障者還屬於過保護狀態，不是關在家裏就是進入特殊的機構。政府對於他們在金錢上雖有充分的補助，但沒有完整的教育和福祉制度。雖然近年來一般人的看法大有改進，但仍無法開放心胸去接受他們，視他們也是一個完整的「人」。

不知我國的殘障者牙科治療的現況如何？有沒有專門的醫院為他們服務？若是您在治療途中，病人突然癲癇發作時如何處理？自閉症的兒童在您診所裏大

聲呼叫，拒絕接受治療時如何處理？……

歐美的牙科教育在科學上有 Handicapped dentistry 的講義，臨床真正的實習則是住院醫師在有 2~3 年實際經驗後才施行。日本在學科上約有過半數的大學有列入正式課程，但 Intern 只能見習，因為沒有熟練的技術對病人反是負擔。筆者在學中並無此講義，來此後又看、又做、又翻書才摸出一點頭緒。筆者建議兒童牙科講義中可列入若干小時的課程，讓大家對各病型的患兒能有個粗略的概念。萬一開業時碰到這類病患，較易做決定是否需要轉診。（未完待續）