



態度決定地位

論台灣口腔顎顏面外科之未來

“人才不會消失，只會被不良的制度埋沒”

醫學博士 李尚志



「態度決定地位」是源發於飛行術語「姿勢決定高度」(Attitude decides altitude)。藉由其意飛行姿勢的改變將影響飛行的高度，進而衍伸為面對環境挑戰的認知態度差異將導致在競爭環節中優勢地位的取得與否。例如在1950年代王永慶先生即已看出石化輕解工業必為台灣產業主流，故全力投入而發展出當今石化企業王國。同樣地，張榮發先生有感於貨櫃運輸是為世界海運趨勢，故早在1970年代即開始建造大型貨櫃輪而掌握商機成為海運霸主。在在都是態度決定地位的最佳寫照。但遺憾的是絕大部分的主其事者對於環境的演變，卻是後知後覺，甚至不知不覺。就以美國口腔顎顏面外科醫學雜誌(Journal of Oral and Maxillofacial Surgery)總編輯也是牙醫界大老級的Laskin教授(Prof. Daniel M. Laskin)為例，於1989年在雜誌的社論「對雙學位的第二種看法」(A second look at the double degree)一文中強勢指出：牙醫出身的口腔顎顏面外科專科醫師大可不必要求具有雙學位(DDS・MD)，其所持之理由有五。第一、可擴展的唇顎裂、顱顏異常、口咽部惡性腫瘤及美容外科手術等四大領域並不能帶來更多的病患，拔牙及齒科門診麻醉仍是執業的主體。第

蘇南彰 / 中國醫藥學院北港附設醫院外科暨口腔顎顏面外科第六年總住院醫師
中華民國高級心臟救命術聯合委員會認定編號第0211號

李俊鋒 / 中國醫藥學院醫學研究所碩士班研究生
中國醫藥學院北港附設醫院口腔顎顏面外科第一年住院醫師

李尚志 / 日本國立滋賀醫科大學口腔顎顏面外科醫學博士
中國醫藥學院口腔顎顏面外科學副教授
中華民國麻醉醫學會會員
中國醫藥學院北港附設醫院口腔顎顏面外科主任兼麻醉科主治醫師

二、光有MD學位而未有與醫科競爭對手相同的臨床訓練，只會帶來更多的挫折感。第三、為與醫科對手具備相等的競爭能力，將導致耗費更多的臨床訓練時間。第四、雙學位制將致使口腔顎顏面外科醫師成為醫科為本、牙科為輔的局面而遭矮化為醫科外科體系的次專科。第五、當初Dr. Walter Guralnick在1973年提倡雙學位制，是基於當時的訓練模式無法提供良好的內外科臨床教育，但現今已無此問題。雖然他並不否認有MD學位可增加臨床領域，減少醫療上的紛爭，增加保險給付，醫科同業轉診和自我專業的自信等等。但以上似是而非的理由讓人感覺到Laskin教授有點擔心雙學位制會對美國口腔顎顏面外科既有利益生態造成衝擊與領導人地位的重新洗牌。

經過八年，於1997年Laskin教授在另一篇“MD學位是一帖萬靈藥或是另一道難題?”(The MD Degree: A panacea or a problem?)一文中指出儘管雙學位可擴展臨床領域，增加醫學知識與競爭力，但雙學位制的推行也造成只具牙醫學位的口腔顎顏面外科醫師受到種種不便與重重限制，如自1983起美國醫院資格認證聯合會(The joint com-



Number of Oral and Maxillofacial Surgery Training Programs and Their Respective Length(January 1, 1997) USA	
Length of training	Number of OMFS Program
4 Years	67
5 Years	3
5/6 Years	3
6 Years	26
4-6 Years	6
6-7 Years	1
Total	106

(表1)

HARVARD OMFS RESIDENCY TRAINING PROGRAM	
Six years program	Year
Oral and Maxillofacial Surgery	1
Harvard Medical School	2
Harvard Medical School	3
Oral and Maxillofacial Surgery/	
General Surgery	4
General Surgery	5
Oral and Maxillofacial Surgery	6

(表2)

The sequence of the OMFS/MD program in the UCSF (University California San Francisco)
PGY I -- OMFS internship
PGY II & III --Medical School
PGY IV -- Medical School where applicable MD degree awarded
PGY V -- General surgery resident
PGY VI -- OMFS senior resident
PGY VII -- OMFS chief resident
The total OMFS time during this program is 36 months including research time
★ PGY: postgraduate year

(表3)

mission on accreditation of hospital)即規定病史記載(history taking)和身體檢查(physical examination)只能由具MD學位醫師執行。為配合1987年國際口腔顎顏面外科醫學會(International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, IAOMS)提出之

共通準則，要求會員國逐步實施雙學位制，而導致現今(1997)在美國這類新制的訓練機構已昇佔38%，而接受訓練的專科醫師也達43%之多(表1)。但相對地接受訓練時間也由過去的四年延長為六至七年(表2、表3)，造成受訓醫師更多的時間與金錢的耗損。保險公司更習以雙學位者為簽約對象，單學位者則漸失發展空間。故文中Laskin教授隱約地透露出一股不滿，最震撼的是竟認為外科醫療全賴臨床訓練而與學位無關，既能處理照顧顏面外傷患者當然也能醫治口咽惡性腫瘤或顱顏異常之病患，並舉例日本口腔外科只具單一牙醫學位，還不是樣樣都做。更暗示放任單一與雙學位併行的兩種制度是為不利且將造成學會的分裂。但僅隔數月另一篇社論「雙學位會員與其對美國口腔顎顏面外科醫學會的重要性」(Double degree members and their importance to AAOMS)，Laskin教授卻在此文中懇求具雙學位的會員不要出走而另外參與美國顎顏面外科醫學會(American Society of Maxillofacial Surgeons, ASMS)，他認為美國口腔顎顏面外科醫學會是包容各方歧見且提供平等機會的團體，曾經接受OMS/MD而取得雙學位的口腔顎顏面外科專科醫師應對其出身的牙醫界有忠誠心，更指明已往ASMS雖開放給具MD的DDS或只具單一MD學位者但並非OMS/MD所以並無口腔顎顏面外科專業的特色，今招募OMS/MD就是想借力使力擴展正顎手術、顏面重建整形手術、門診麻醉、顱顏植體補綴罷了。故Laskin教授也一反常態大力推崇具雙學位的口腔顎顏面外科專科醫師對於學會的貢獻與重要性且認為ASMS的成員既然有志於參與口腔顎顏面外科領域大可直接參加AAOMS。

縱觀在這八年期間的一系列文章，正充分反應Laskin教授的心路歷程，由當初抗拒環境與拒絕成長的強勢到牢騷不滿及最後無奈妥協，豈不是印證了對環境挑戰的認知態度錯誤將導致優勢



1996年4月24日及1996年5月10日日本國厚生省主辦「齒科・口腔外科之診療領域與醫科相互協力關係之檢討會」結論：

- 1 根據WHO與UICC對口腔之定義，齒科・口腔外科之診療領域包括口唇、頰黏膜、上下齒槽、硬口蓋、舌前三分之二、口腔底、軟口蓋、顎骨(包括顳顎關節)、唾液腺(不包括耳下腺)等部位。
- 2 齒科・口腔外科應以口腔及齒科疾病為對象，如涉及其他部位如惡性腫瘤或全身管理之必要時，應要求醫科醫師協力處理。

(表4)

地位的喪失。美國如此，台灣呢？困於臨床訓練環境的不良，工作領域侷限及醫療法規牽制，台灣的口腔顎顏面外科專科醫師無力發揮且礙於現實生活只能紛紛轉業，多年來已造成大量人才折損。不可諱言，短視無為的醫學會顯然是難辭其咎。又借鏡Laskin教授引以為例的日本口腔外科，雖然普遍在各醫科大學設立口腔外科講座而實施雙向訓練(Medical & Dental Double Training)且經修得學分頒發醫學博士學位(Doctor of Medical Science)的情況下，在1996年尚且難逃厚生省對其臨床醫療領域的嚴格限制而造成巨大衝擊(表4)。另外國際口腔顎顏面外科醫學會(IAOMS)於1997年在日本京都舉辦的第十三屆世界年會時，曾於各理事會員國會議中提出嚴厲要求各會員國遵守專科醫師訓練準則中的雙學位制，其中歐洲系統已由德國領軍將於西元2000年完成一體化；美國普及率也達到五成；亞洲以日本為首要改革對象而要求配合，否則將遭剔除參與會員資格。

反觀至此，台灣的口腔顎顏面外科恐也難置身事外。學制的改革將是唯一的解藥，當應比照美國制度，牙醫系學生已修完基礎醫學學分且通過醫科PART I國考者，於口腔顎顏面外科專科醫師

養成教育中，可申請醫學系修讀兩年至三年通過考試而取得MD學位。相信唯有如此才能跳脫種種不公平限制，分享醫學教育資源並接受完整訓練而取得優勢地位。至於牙科改造工程中要求改名為口腔醫學系或口腔醫學院等換湯不換藥的作法，根本無濟於事，藉由中醫系師生拼死維護雙學位制即可看出其利害關係。儘管拒絕成長的自私心態是為理念重建的巨大挑戰，而抗拒環境的自限格局更是為教育改造的一大難題，但「人才不會消失，只會被不良制度埋沒」不該是後學子弟永遠揮之不去的悲情，態度決定地位就是一個關鍵，其實講穿了台灣的口腔顎顏面外科醫學界所欠缺的不也就是有如王永慶先生般犀利、果斷及張榮發先生般宏觀、睿智的領導人嗎？

後記

本文是根據恩師李尚志博士多次演講「口腔顎顏面外科專科醫師在台灣外科舞台上的角色扮演」之內容摘要而成。同時感謝日本國立滋賀醫科大學口腔顎顏面外科講座講師山本學博士的資料提供。

參考資料

- 1 Daniel M. Laskin: A second look at the double degree. J Oral Maxillofac Surg 47: 553, 1989
- 2 Daniel M. Laskin: The MD Degree: A panacea or a problem? J Oral Maxillofac Surg 55: 209, 1997
- 3 Daniel M. Laskin: Double degree members and their importance to AAOMS. J Oral Maxillofac Surg 55: 911, 1997
- 4 蘇南彰 李俊鋒 李尚志「要爭氣不要生氣-論缺乏生命科學素養的牙醫學教育」中華牙醫學會會訊: 12-13 November 1998
- 5 蘇南彰 李俊鋒 李尚志「失落的麻醉受教權-論台灣齒科醫學教育的迷失」中華牙醫學會會訊 July 1999 預定刊載

製作上顎全口義齒 之祕訣 (I)

前言

醫學是科學，牙科膺復學也是科學的一門。但全口義齒的製作過程仍還停滯於所謂術者的個人經驗與個人感覺的階段，尚缺乏科學性的手法。

日本的諾貝爾獎得獎人湯川秀樹博士曾說“科學要以直觀來探求，同時須以知性來處理”全口義齒的製作也應以知性來處理。人體解剖學已經被吾人以科學的方法加以解明了，全口義齒的製作如能以解剖學為基礎來處理的話，將會使整個調製過程更趨科學性，而且也會更有系統的去克服一些難解的製作過程。



圖 1-1

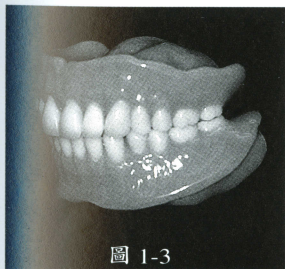


圖 1-3

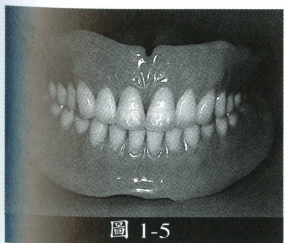


圖 1-5

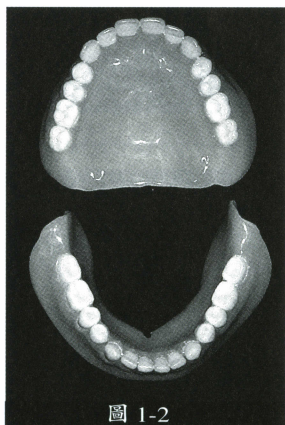


圖 1-2

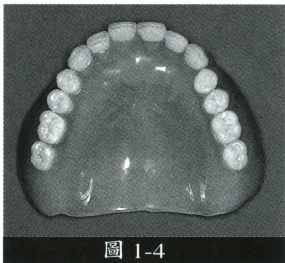


圖 1-4

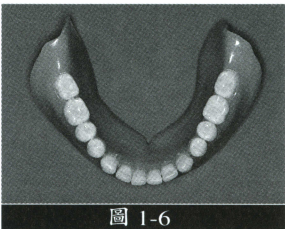


圖 1-6

吳英昭

1. 中山醫學院牙醫學士 (4 屆)
2. 日本北海道荻野齒科診療所院長
3. 本鄉總義齒研究所主掌

從許多已被科學化的解剖學上的指標，我們可得到很多正確的而且有效的基準點、基準線和基準面，這些點、線和面是很具體地可被利用於臨床上的。

在日常的臨床上，我們經驗到，根據上述的解剖學上的指標去製作全口義齒的話，對所謂的理想的全口義齒予以詳細的觀察時會發現這些理想的全口義齒都具備著共同的形態，這是理想的全口義齒的一般性和普遍性。這種共通的形態並擁有主觀性和客觀性的審美形態。因為這種全口義齒能滿足解剖學上和生理學上嚴密的要求，這類義齒彷彿具有生命般的人工臟器。(圖 1-1 ~ 1-9)

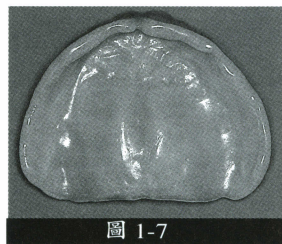


圖 1-7

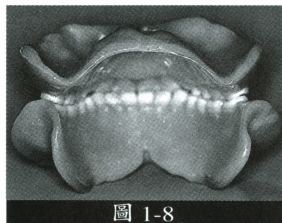


圖 1-8

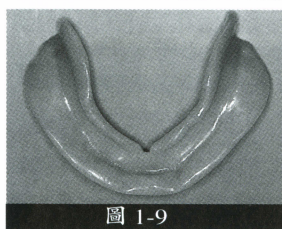


圖 1-9

圖 1, 1-9

理想的完成義齒是具備著如左圖所呈現的形態。從咬合面、黏膜面、研磨面或是義齒的床緣的各面觀察，它都能滿足解剖學和生理學上的要求。義齒裝上後，顏面的表情會顯得很自然，甚至，有時病人自己會忘記，自己是全口義齒的病人。換言之，對裝著後的義齒沒有違和或者不舒服的感覺。它成了身體的一部份，能讓病人過著如有齒顎的人一樣的健康舒適的日常生活。



在一般的成書中常述到，義齒是由義齒的黏膜面、研磨面和咬合面等三要素構成的，筆者認為除了上述三面以外，Border（義齒的床緣）也是一個很重要的因素的。理想的床緣是呈Kolbenähnlich的，全口義齒的床緣的形態，除了後緣以外的邊緣都須呈厚形的，它的斷面與警棍的外型很相似（圖2）。這種形態能使義齒的床緣把可動黏膜包住，進而產生邊緣封鎖的作用，如此不僅有閉鎖閘的作用，以防止外氣的侵入以外更可防止義齒的沈下而傷及前庭黏膜的效用。

義齒床緣的長度與厚度也是一個很重要的問題。尤其在前齒部它牽涉到Lip Support的問題，這是與審美很有關連的，必須慎重的予以處理。同時不確實的床緣也會造成義齒維持不良的後果。

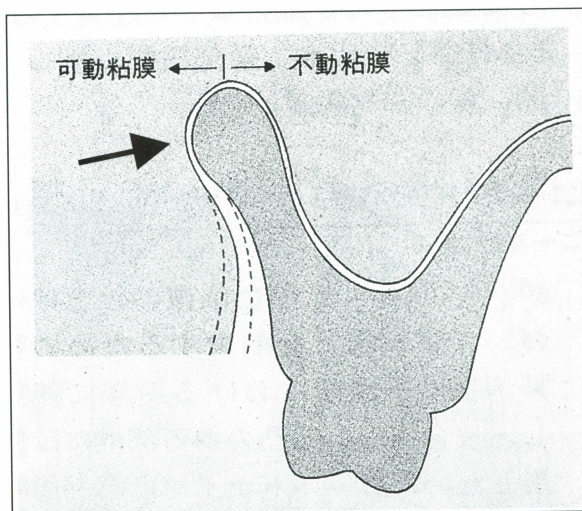


圖2 如箭頭所示的，義齒的床緣、形態，必須呈kolben狀，kolben是德文，英譯為club，mace，flask等，通常被使用於表現全口義齒床緣斷面的形態的用語，因為義齒床緣的斷面是呈警棍、球棍或實驗管先端的形態的。

上顎印模與解剖關連的指標

上顎全口義齒印象時必須包含著如（圖3-1和圖3-2）中所示的解剖學的指標。這些指標在製作理想全口義齒的過程中是具有重大意義的。



圖 3-1

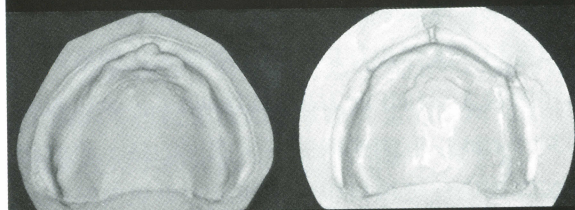


圖 3-2

▲ 上顎全口義齒的印象，必須包含著各種解剖學的指標或部位，如圖3-1。而且印象後的作業石膏模型必須要重現印象面，否則就失去了印象的目的。

印模時的解剖學上的根據

(1) 上唇小帶 (labial frenum)

上唇小帶是位於機能正中線上黏膜的繫帶，它通常被做為機能正中線的一個指標一般小帶是一條的，且由於不含有筋纖維，所以小帶自身不會動，只能隨著上唇的運動而改變其形態；也不能產生左右運動，因此印模時只要把上唇往前下方拉動取模即可，而義齒notch的形態也如（圖4）所示是線狀V字型的。

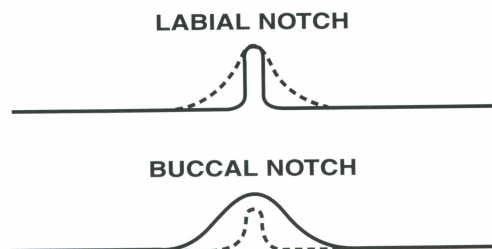


圖4. LABIAL NOTCH與BUCCAL NOTCH的一般形態是實線的形態，而不是點線的形態。



(2)切齒乳頭與切齒孔 (incisive papilla, incisive foramen)

切齒乳頭在有齒顎時是位於顎縫線的前方的，亦即位於兩中切齒中心點的舌側部，長約6mm，寬約5mm 橢圓形的黏膜隆起，切齒管的開口部在其正下方，與切齒孔位同一位置上。在齒牙喪失後，齒槽骨自唇側發生骨吸收的現象，而切齒乳頭也隨著往唇側移動，最後位於齒槽頂的附近上。它也是決定和刻劃機能正中線時的一個重要的參考基準點。不過在有齒顎時，因 crowding 或其他原因而轉位時切齒乳頭也會隨著變位，在這種情況時，機能正中線的基準點須以口蓋後方的正中顎縫線 (median palatine raphe) 來做基準點。在正常的狀況下，如從正前方來觀察上顎的作業模型時，切齒乳頭的形狀和它的位置，我們可以預測出上、下顎的咬合關係是屬 Angle 分類的那一類 (圖 5-1)。如此在製作 Bite Rim (咬堤) 和人工齒排列時能事先有個概念，使工作能順利進行。

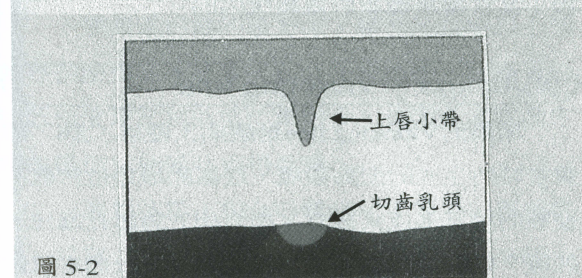
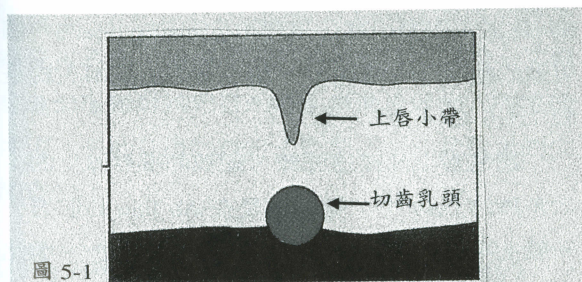


圖 5-1, 5-2

如圖 5-1，上顎的模型自正前方觀察時，切齒乳頭呈滿月形或呈圓形時，上、下顎的咬合關係是屬 class I 或 class III 的，而如圖 5-2 的半月形或稱半圓形時，上、下顎的咬合關係是屬 class II。

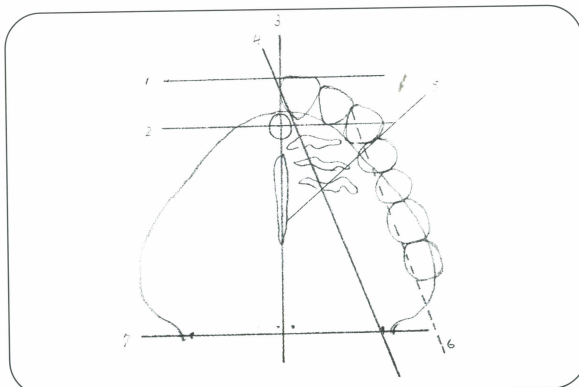


圖 6

- 1) 中切齒切端基準線
此線是上顎前齒 lip support 的基礎參考線，也是人工齒排列時的基準線，在通常的情況下，此線位於切齒乳頭中心點與機能正中線上 8-10mm 的前方。
- 2) 側切齒齒頸部及犬齒尖頭基準線
切齒乳頭中心點和機能正中線垂直交線上，向左右延長時線會經過切齒的齒頸部和大齒的尖頭。
- 3) 機能正中線
全口義齒製作時是力學上的中心點，也是所有基準線的基礎線。
- 4) 白齒排列基準線
中切齒切緣與機能正中線的交叉點和 Hamular notch 與義齒床外形線的交點的連線。
- 5) 犬齒遠心部基準線
切齒乳頭的前緣到左右兩 Hamular notch 的連線的垂直中間點上，劃 49° 的線時，此線剛好通過犬齒的遠心部。
- 6) 白齒排列基準線的平行線
此線是排列白齒部人工齒時，實際上使用的線，它是參考白齒的拔牙後的殘遺舌側齒肉緣 (Remnant of lingual gingival margin) 的位置再劃一與白齒排列基準線平行的線。亦即白齒部的舌側部是位於基準線上的。
- 7) 左右 Hamular notch 連線
此線是上顎義齒後緣的基準線，通常上顎的後緣是設定於此線上，但有時，軟、硬顎的形態會有變化。在決定上顎後緣時須先了解上顎口蓋的形態。

不過切齒乳頭有時會因不良義齒長期間受過度的壓迫而有後天性的變形或變位。通常在人工齒排列時切齒乳頭是中切齒和犬齒排列時很重要的指標的。中切齒的切緣是位於切齒乳頭中心點的前方 8 ~ 10mm 的地方。同時經過切齒乳頭中心點的線 (即與機能正中線垂直的線) 會通過犬齒的尖頭 (圖 6)。

(3)頰小帶 (buccal frenum)

一般具有 1 ~ 2 條的黏膜繫帶，存在於上顎小白齒附近，頰小帶與上唇小帶一樣本身是不會



作動的，但由於口輪筋的作用能使它向前方運動，由口角舉筋使它向上運動，又因頰筋的作用使它向後運動。而且頰小帶在運動時受頰筋的作用大於口輪筋和口角舉筋，因此buccal notch是朝向遠心部的。印象時命病人將頰黏膜吸引，口角往下方、內方移動，口唇突出，口角向後方牽引。術者則可將頰向外、內、前、後方牽引。

頰小帶，有時也會因附著的位置或形態的異常而影響義齒的安定，義齒床緣應盡量避開小帶；如果不能完善解決時，常須藉助外科的處置。

(4)唇側前庭 (labial vestibule)

上顎左右的頰小帶之間的前庭部是唇側前庭，它又被上唇小帶分為左右兩側。印模時，初學者常有over extension的傾向；其實，只要把手指輕輕地把上唇捏提後將能見到的前庭部印記起來即可，不能印記過深。上唇支持 (lip support) 的厚度和深度必須與前齒部的審美取得協調。

(5)頰側前庭部 (buccal vestibule)

頰側前庭部是介於上顎頰小帶與Hamular notch之間的，此部直接受到頰筋 (buccinator m.) 和modiolus的影響，且遠心部 (亦即上顎齒槽結節的外側部) 是受coronoid process的影響而且下顎側方運動時此部更形狹緊。

a) 頰側前庭部的前部印模法是在閉口的狀態，作下顎的左右運動。

b) 頰側前庭部的遠心部印象法是術者的拇指置於下顎tray與下顎齒槽堤上後命病人舉起下顎 (咬緊的動作)。或做下顎的前方運動也是有效的。

(6)Hamular notch (pterygomaxillary seal)

蝶形骨翼狀突起內側板的翼突鉤與上顎結節的後面所形成的切痕 (notch)。

上顎義齒床的後緣側方部是由此 notch 來設

定的，而且Hamular notch的後壁是pterygo-mandibular raphe；這縫線在開口時是呈緊張狀態的，而閉口時則成弛緩狀態。如在閉口時將義齒Border設定而製作義齒時，則義齒裝著後，在開口狀態下，義齒可能會失去維持力或傷害了該處的軟組織，甚而病人將訴苦伸痛。因此，Border molding時應在閉閉口的狀態下進行操作，以採取pterygo mandibular raphe的運動的緊張狀態。從左右兩側的Hamular notch的連線可描畫出機能正中線的 (Hamular notch連線的垂線即是機能中心線，通過正中點的) 又，Hamular notch與incisive papilla的中心點的連線是Hip plane，這平面線與咬合平面近於平行，因此，常被利用為咬合平面的參考基準線。

(7)顎小窩 (palatine fovea)

軟、硬顎的境界部附近顎縫線的兩側左右對稱的顎腺排出管的開口，在解剖學上並無多大意義，然而在上顎全口義齒的後緣設定時是一個指標。其實，上顎義齒床後緣的決定應以vibrating line為主。而顎小窩卻是尋求vibrating line的一個有效的線索。在臨床上，顎小窩的出現率大約是52.7%左右。

通常顎小窩是位於軟、硬顎的境界線上的；大多數的case中，顎小窩是在Ah line的前方，一般上顎的義齒床的後緣是設於Ah line上，因此顎小窩常是被覆蓋於義齒床內的。

(8)Ah line, Vibrating line

所謂的Vibrating line是讓病人發以“Ah”的聲音時所生成的振動領域，這振動域是位於軟、硬顎的境界部或其後方。如令病人將鼻孔塞住，然後，緩靜地將氣息從鼻孔吹出時，我們可以確認這振動域的。這振動域通常是在Ah line的前方。一般Ah line是在左右兩邊的Hamular notch的連線上的，有時也位於軟、硬顎境界線上的，也有時在軟、硬顎境界線的後方數mm的軟顎上。

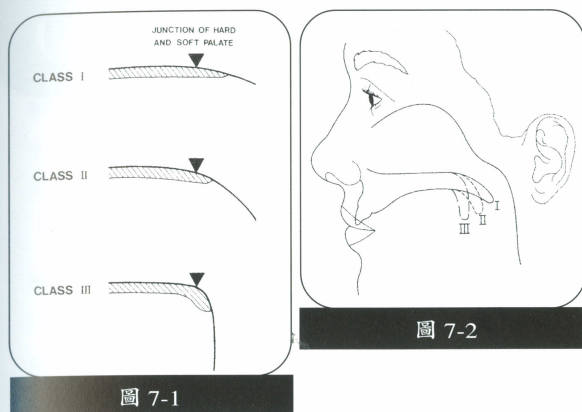


圖 7-1

圖 7-2

(9)軟、硬兩顎的境界

一般上顎全口義齒的後緣是設置於軟、硬顎境界的稍後方的，而由於軟、硬顎的形態有差異，後緣的設定也隨其形態而不同。根據 House 的顎咽喉形態的分類可類分成 I、II、III 級（圖 7-1，7-2）。其中 I 級在施行義齒後緣的封鎖（post dam）是最理想的 case，在這種情形下，後緣往往可延長至軟、硬顎境界部後方 5mm 的地方，而且可施以厚度約 1-2mm 的薄薄的後緣即可達到 post dam 的目的。而 III 級的 case 則很難將後緣延長很多（大約是 1mm 以內），如一時疏忽而將後緣延長的話，將造成上顎義齒脫落的原因。又如想達到後緣封鎖的目的時必須使用厚度大的後緣才可。至於 II 級的設定法則是在 I 級和 III 級的中間型的。

(10)上顎結節（maxillary tuberosity）

上顎最後臼齒的後方部，嚴密地說應以上顎齒槽結節為名才適當。在齒牙喪失後，齒槽骨的吸收程度是比其他部位來得少，也因此部在齒牙喪失後仍呈結節狀而得此名。

一般都認為上顎全口義齒比下顎全口義齒容易，其實上顎齒槽堤吸收程度很嚴重的 case 時，上顎的全口義齒也相當棘手的。這種情況下義齒的 Retention 能求得的部位不多，這部位是極重要的。此部與頰側前庭部的遠心部所形成的 Buccal Space 的長度和厚度必須完全在機能狀態下採取決定，否則就不能使義齒獲得到理想的維持和安

定。但相反地，有時此結節在頰側會顯出很大的 undercut，這種 case 通常得求助於外科的處置。

(11)正中顎縫線（median palatine raphe）

此縫線位於顎骨上，它很少受後天因素的影響，因此能完全復型於作業模型上。在設定或劃取機能正中線時，它是一個很可信賴的基準線。

(12)橫顎皺摺（rugae）

從切齒乳頭至小白齒附近之間，以正中顎縫線為中心，左右各 4 條且橫行於硬顎上的繫帶。第一橫顎皺摺通常自正中中部向犬齒齒頸部附近延伸，在^{32|23}人工齒排列時，是一個很良好的目標。

切齒乳頭與橫顎皺摺常會因齒槽骨的吸收而向唇側移動，在此種情形下必須將其位置加以修正，而修正的基準應以後天的影響較小的口腔前庭或正中顎縫線為基準加以補正。

Rugae 在齒牙喪失後會漸形不清晰，且此部位形態複雜，在義齒床下易呈銳緣狀，又是脂肪組織帶，黏膜也較軟弱，通常會先在此部施以緩壓處置以防此部黏膜的過度受壓而有義齒褥瘡之慮。

結論

此次，只在上顎全口義齒的莫大範圍中作一淺薄的解說，內容是網羅日、美、英的成書和雜誌加以編寫成的。

牙科醫學是隨著人類的本能的要求而進步的。形態、機能與審美是全口義齒日夜必須追求的重要課題。如何製作出能為病人滿足的人工臟器般的義齒是我們共通的使命。

次回，將在下顎全口義齒上請教諸賢。

後記：本稿承蒙林明杰博士的全力指正，在此謹致謝意，也感謝王敦正教授在精神上的鼓舞，還有台北牙科俱樂部（T.D.C.）的新銳醫師們的激勵使我有寫此稿的念頭。