

黃瓊芳

1.北醫牙醫學士(16屆)

2.北醫附設醫院牙科部專任主治醫師

口腔潰瘍俗稱「嘴破」，是牙科常遇見的疾病，其發生率在牙科疾病中，僅次於齦齦和牙周病，佔第三位。

大部分的口腔潰瘍是良性的，其中以「復發性口腔潰瘍」最常見，顧名思義，潰瘍經常不定期的復發，但這些病灶通常在發生後10到14天內會自然痊癒。此外有部份潰瘍是具有感染性的，如梅毒；有些則為惡性疾病，如鱗狀上皮細胞癌。這些惡性的潰瘍，常常一開始沒有症狀，病人自己也常疏忽，而潰瘍本身也不會痊癒，因此在口腔潰瘍的處理上有一個重要的通則——**任何在兩個星期內無法痊癒的口腔潰瘍，都要做活體組織切片檢查**——換言之，如果你口中有超過二個星期以上的潰瘍，那馬上請牙醫師做進一步的檢查是絕對必須的。

下面我們簡述幾種口腔潰瘍：

(1) 外傷性潰瘍：

須有外力(刺激)來源，有明顯的症狀，會自己痊癒，治療上以除去刺激為根本之道。

(2) 復發性口腔潰瘍：

最常見，復發是臨床上最大特徵也是診斷之主要依據，發生率在10%~40%，有家族傾向，常犯非角化上皮，因為常再發，且極為不適，常造成病人說話、飲食之不便，使病人常困擾。

(3) 病毒性口炎：

與(2)類似，但易犯角化上皮，併有全身症狀，在口腔中常見的為第一型單純疱疹病毒。

(4) 口腔癌：

口腔癌最常見的症狀之一，就是一個無痛、不斷生長、不痊癒的潰瘍。潰瘍的深度不定，周圍堅實。

(5) 梅毒：

梅毒的原發病灶是下疳，通常自感染後三週發生，在口腔周圍，唇上或嘴角上的一個無痛潰瘍，具感染力，約一個月，會自動癒合。

此外，尚有許多疾病會造成口腔潰瘍，不同狀況的潰瘍，有不同的治療方式，尋求牙醫的檢查(尤其是對於超過二星期的潰瘍)，及治療常常是必須的。



● 口腔癌



● 單純疱疹



● 糜爛型扁平苔瘡



兒童牙科行為管理上的 警報（認知的改變）



趙文火

1. 中華民國兒童牙科醫學會常務理事
2. 台北醫學院牙科校友總會理事
3. 台北醫學院牙醫學系兼任講師
4. 北醫附醫、萬芳兼任主治醫師

案例一 一個孩子躺在治療台上，準備接受補牙，醫師已經上了麻藥，孩子不停的舉手，表示疼痛，用探針碰觸琺瑯質，病人也表示疼痛，醫師感到奇怪，束手無策。

案例二 另一個孩子，躺在治療台上，接受牙髓炎治療，一切良好，但是十分鐘後，在沒有任何預警下，孩子哭了出來，一發不可收拾，以致治療必須草草結束或中斷。

案例三 另一個孩子有殘根需要拔除，麻藥在頰側面、舌側面都上了，一用 Elevator，孩子便哇哇大叫，表示疼痛，治療無法繼續。

在兒童牙科進行治療時，可能會遇到上面的情況。這就是本篇文章所要討論的主題——在兒童牙科行為管理上作者所稱的假警報。大家都從教科書學會了一些行為管理的技巧，如 TSD、Voice Control、Reinforcement、HOM、Modeling 等，而這些技巧的原則是什麼呢？可能大家還不是十分了解。作者認為，行為管理的原則，就是疼痛及焦慮的雙重控制（Pain & Anxiety Control）。疼痛控制，可從簡單的吃止痛藥，到基本的浸潤麻醉，乃至於笑氣和鎮靜麻醉的使用。至於焦慮控制，這裡的「焦慮」一詞，被定義為：孩子對未知的害怕或經驗引起的害怕，所呈現的任何形式之行為表現。疼痛控制應優先於

焦慮控制，即無法控制疼痛，則焦慮控制無法完成。在能控制疼痛後，則焦慮控制可以輕易完成。一般傳統的（非藥物性）兒童牙科的行為管理，正式焦慮控制技巧的展現，其技巧就是吳英寬博士常常提到的行為改變技術。其原理是安排一系列的正向、負向增強，來塑造一個我們所希望的孩子的新行為出現（Shaping）。

兒童牙科行為管理的方法很多，我們依循教科書的教導，對於孩子從 TSD 到手覆口（HOM）等不同程度的行為管理，來控制焦慮，然後上了麻藥，控制疼痛。一切都依標準步驟進行，但為何仍有上述案例的情況發生呢？關鍵就在於假警報的形成，假警報的形成，其實就在於牙醫師沒有觀察到孩子的行為。

心理學上認為行為的產生是因為刺激引起的（S→R）。牙醫師的任何動作對孩子來說都是一種刺激，孩子受到這刺激就會有一種反應產生，這種反應對醫師來說也是一種刺激，有這種刺激，醫師就會有適當的反應產生，而醫師的這種反應，對孩子來說又是一種刺激，這刺激自然也會引起孩子的下一個反應。如果醫師的動作對孩子的來說，可以產生一個我們所需要的小孩的行為反應，則我們認為醫師所做的動作，是一種成功的行為管理技術。行為管理技術的定義，就是

牙科醫師所做的動作，能對孩子形成刺激，進而使孩子展現一種牙科醫師所期望的反應。

從上面的討論來看，最重要的一件事就是，牙醫師能觀察到孩子行為的產生。因為孩子行為本身就是一種刺激，使牙醫師有適當的行為反應產生，如果沒有觀察到孩子行為的產生，醫師則自然不會有相對應的行為產生，而牙醫師所做的舉動，就無法改變孩子的行為，也無法朝向醫師所希望的目標前進。再強調一遍，假警報的形成，就在於牙醫師沒有觀察到孩子的行為。

有了上述的說明，我們再回來看看前面幾個案例。

在案例一中，不停表示疼痛的孩子，他的行為是什麼呢？他用舉手來表示疼痛（R），導致這個反應的刺激是什麼呢？是快速磨牙手機及探針（S）。我們知道使用探針碰觸琺瑯質並不會引起疼痛；快速磨牙手機是會引起疼痛，但是這個孩子已接受了麻藥，按照道理來說，應該已經控制了疼痛，所以判斷這個孩子應該是以假疼痛，企圖逃避治療。不停舉手來表示疼痛的行為即是假警報。孩子應有不良牙齒治療經驗，他發現舉手表示疼痛（S），醫師就會暫停治療（R），如此就可以拖延治療，病人為了控制其焦慮，就不停舉手。這時只要控制其焦慮（怕治療），就可以去除假警報，治療就可以進行了。

在案例二中是個需要麻藥治療牙髓炎的孩子。這個孩子表現的行為有兩個，第一是前十分鐘的良好表現（R1），第二個是接著突然爆發的哭聲（R2）。根據前面的討論，孩子的行為必須被觀察到，醫師才能做出反應。這孩子的第一個被觀察到的行為，是外在而明顯的良好表現（R1），然而是否有另一個內在的行為沒有被觀察到？其實這個內在的、沒有被觀察到的行為就是病人一直在忍受疼痛或焦慮（R'1），這個反應可能來自以前的不良看診經驗。R1的行為是孩子發出的假警報，來掩飾刻意壓抑的內在的疼痛或焦慮，使醫師疏忽，以為表現良好。有經驗

的醫師，可能會觀察病人細微的行為變化，（這細微的行為變化即是R'1的外顯行為），如眼角的淚光。此時有經驗的醫師會回去檢查麻藥是否作用了，控制了疼痛，便可提早防範爆發的哭聲（R2）。如果沒有觀察到內在的行為（R'1），或內在的行為（R'1）沒有細微的外顯行為可以被觀察到，將無可避免R2的發生。這時需先回去檢查麻藥是否作用了，控制了疼痛，再來控制焦慮，再繼續進行治療。

案例三，經過前兩個案例的討論，處理這個案例就輕鬆多了。孩子哇哇大叫的反應（R），是跟著使用 Elevator（S）而來，這個刺激（Elevator）代表了兩種意義：一、代表疼痛，二、代表壓力。孩子可能為恐懼 Elevator 的壓力所引起不舒服的感覺，或者以前不良的經驗告訴



他，疼痛會伴隨這個刺激而來，於是發出哇哇大叫的假警報，以逃避治療。牙醫師應先確定麻藥是否作用了，如果證實沒有作用，應先控制疼痛再繼續治療。如果麻藥有效，就是孩子恐懼 Elevator 所引起的壓力，這時控制其焦慮（怕 Elevator 所引起的壓力）之後，治療則可以完成。

結論：牙醫師需要仔細地觀察孩子的行為，以預防假警報的產生。

淺談牙科衛生士的發展過程

黃世英（廣內世英）

1. 北醫牙醫學士（13屆）
2. 日本東京醫科齒科大學齒學博士
3. 日本學校法人平和學院學務部長兼任副校長
4. 日本醫療法人社團英芳會理事長

一、前言

20世紀短短的100年之中，世紀變幻無常，從兩次的世界大戰，到東西的冷戰結束，從石油危機到泡沫經濟的破滅，誰也沒想到強大的蘇俄聯邦會解體，柏林圍牆會倒塌，東歐共產會崩潰。中國也由清朝轉變為軍閥割據，中華民國、中華人民共和國；台灣也由荷蘭統治轉為鄭成功、清朝、日據時代、中華民國、台灣體制…。邁進21世紀，在這未來的100年會有什麼情況發生，大家也無法預測。

牙科衛生士這制度始創於美國，在亞洲是發展於日本，也將近有一世紀的歷史，只是很可惜的是經濟大國台灣一直未受到重視，在2000年代，牙科衛生士或者口腔衛生士的名稱是否能在台灣社會中被定位，成一固定名詞，只有拭目以待了。

筆者涉獵牙科衛生士教育近20年，沒有什麼成就可言，但也稍微有點心得，現藉此報告一下牙科衛生士的發展過程，也希望能因此而使得牙科醫療的分工能更精緻些，而達事半功倍之效。



●筆者在做四手（六手）操作治療的示範

二、牙科衛生士的沿革

了解歷史，檢討過去、面對現況，可以啟發我們對未來的計畫。

< A > 於美國

- 1898年費城的Dr. Smith寫了一本「關於牙科醫療的預防處置」，導入於牙科醫療中預防處置之重要性的觀念。
- 康乃狄克州的Dr. Fones把上述的想法實際實現於臨床醫療上。他先對在父親的診所工作的Newman夫人做牙科預防處置及牙科保健指導的訓練，然後讓她在診所裡對病人做此類的工作；並且在自己擔任校醫的學校裡，讓她做推廣牙齒保健預防的工作。
- 1913年，Dr. Fones於自己的診療所一角，開始設立有組織的訓練課程，這算是有系統的學校教育的前身。每星期一、三、五的晚上，修學2小時的講習，於半年之間修完生理解剖、細菌、消毒、頭頸部的解剖、牙體形態、炎症





論、牙科病理、放射線診斷及操作方法，牙科診療及預防處置、營養化學、小兒科學、衛生學等學科，由 16 名的講師指導，剛開始的受訓成員大多是學校的老師、護士及在牙科診所上班的助手。

當時響應此種活動的愈來愈多，哥倫比亞大學及波士頓的兒童牙科醫院也相繼成立牙科衛生士的養成施設。

- 康乃狄克州的牙醫師法中，首先正式承認牙科衛生士的資格，且規定牙科衛生士於牙醫師的監督之下，可以擔當牙齒的露出面及游離牙齦緣下的附著結石及牙垢的去除工作，但是對牙齒及口腔組織疾患不能做治療的工作。
- 1914 年，有 8 名牙科衛生士正式於學校之間做巡迴的牙齒保健工作。
- 1922 年，共有 19 州設定牙科衛生士的法律。

< B > 於日本

- 1910 年代以前，牙科的助理工作由「齒科書生」擔當。（齒科書生即是將來有志成為牙醫師而在牙醫診所學習技術的學徒的美稱）。
- 1920 年，東京齒科醫學專門學校的同窗會討論制定「齒科衛生婦」的規則，規則內提案收高中女校畢業以上，修業 1 年，於牙科診所及小學校牙科診療室工作，在牙醫師指導之下做牙齒、口腔的檢查及清掃和緊急處置等工作。
- 1920 年慶應義塾大學醫學部成立時，計畫在護理部門設定「口腔衛生手」的業務。九州地區也計畫成立「齒科護士」的養成所。
- 1921 年新瀉縣牙醫師公會採擇了「齒科衛生手」的規定。

- 1922 年東京 LION 兒童牙科醫院正式開始訓練「口腔衛生婦」。
- 1948 年 6 月 22 日齒科衛生士法在國會提出，7 月 30 日眾、參兩院通過。
- 1949 年 7 月正式開始實施齒科衛生士學校教育，收高中畢業以上，修業 1 年以上。此年共有 6 所學校成立，學生大半以上是公費生。
- 1955 年 8 月，齒科衛生士法一部份更正，原來護士業務範圍的診療補助中的齒科診療補助由齒科衛生士擔當。
- 1983 年，齒科衛生士學校養成所指定規則改正入學資格為高中畢業以上，修業年限正式規定為 2 年（1965 小時以上）。
- 1989 年，齒科衛生士法一部份更正，執照由厚生大臣頒發（在這之前是由各都道府縣知事頒發），且規定正式統一「齒科衛生士」名稱，業務範圍著重於預防處置、保健指導、診療補助三大項工作。

三、後言

此回只是簡單介紹一下美國及日本的沿革，希望能供各界參考，在這科學進步，日新月異的時代，醫學的轉變也是相當的驚人。以往 Paramedical Staff 的名稱已轉化成 Co-Medical Staff 的時代，Team Work 是現代醫學的基本，缺了一角，即無法達到完滿的境界。

日本已於 1999 年齒科衛生士法再度改正，齒科衛生士教育於 21 世紀初期改為修業年限 3 年，寄望台灣牙醫界也能在符合國情的範圍內，順應潮流，趕上時代的先端。

