

北醫牙醫學 系所科要聞

—胡俊弘 主編

第 19 期

1999.11.25



爲教學醫院牙科 評鑑制度催生.....



凡在教學醫院服務的同仁，最近想必又要開始忙碌起來，行政院衛生署定期之教學醫院評鑑工作即將於年底展開，這個攸關整個國內各教學醫院之醫療及教學品質的總體檢，甚至牽涉到保險給付、醫院形象等重大利害關聯，相信每個醫院都卯盡全力，準備受評。

牙科是教學醫院的一份子，當然免不了也要納入評鑑，只是所佔的比例微乎其微，因為整個評鑑的架構是以醫科為主，因此讓人會有如此的聯想：所謂的醫學中心的教學醫院，其牙科真的也是醫學中心的水準？其標準何在？而區域醫院的牙科差異性更大，有些或許連坊間之開業診所規模還不如，有些則可與所謂醫學中心之牙科部門相比擬，這種差距性十足無法從現行教學醫院評鑑等級中顯現出來，所以在教學醫院又屆評鑑之前，吾等再次呼籲牙醫界的同仁，應正視教學醫院牙科評鑑需獨立於醫院評鑑系統，另定一套適合牙科體制，有助於牙科的發展與管理。如衆所周知，過去在大醫科主義思維下，牙科亦只是一個次專科，即使有再大規模的醫院，牙科總是幾張治療椅，位處廁所旁或樓梯間的不顯眼地段，縱使衛生署的教學醫院等級評鑑有助於醫院設備教學的提升，但就是沒有規定

牙科之相關設施條件，醫院對牙科的投資與重視相對也降低與漠視，目前所看到的醫學中心或區域醫院的字眼只是醫院的劃分，絕對不等於教學醫院牙科的身份級數。

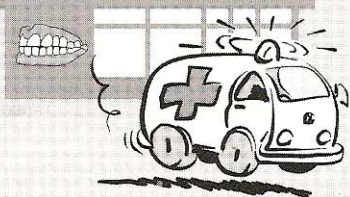
前一陣子，健保局對教學醫院牙科健保給付中之3%的教學成本，擬打破過去齊頭式的平等，改以教學醫院牙科部門中的人頭比率核算，筆者就曾指出，倘若能訂定一套教學醫院牙科評鑑制度與辦法，並與「全民健保給付」、「教學醫院教育制度成本支付」、「轉診制度」、「專科醫師制度」等結合，會讓教學分配更落實，各醫院對牙科發展亦會更重視，整體牙醫界的進步與醫療品質的提升必有正面性的助益。雖然幾年前，中華牙醫學會因故中斷曾規劃類似之評鑑制度，這種牙科部門等級的劃分，條件的規定，生態的改變又要涉及利益的重分配，常有多重顧慮，但時空背景的不同與時機的成熟下，吾等再次呼籲，中華牙醫學會再接再勵，大家集思廣益，一起為合理公平的教學醫院牙科評鑑制度催生！！

主編

北醫附設醫院牙科部主任

鄭信忠 88.11.9

牙科急診室 13



牙科急診室連續討論過有關兩次心臟疾病之牙科治療後，我們這次牙科急診室就針對心絞痛患者之牙科治療來作探討，由於台灣近年來飲食西化，再加上進入已開發國家，社會腳步變快，造成心臟血管疾病的患者快速地增加，而心臟缺血性疾病（ischemic heart disease）：如冠狀動脈疾病也疾速地攀升，心絞痛即是因為冠狀動脈阻塞造成心臟缺血所引發的胸痛症狀，主要是發生在胸骨區附近，其中該胸痛症狀之疼痛約略小於心肌梗塞所造成之疼痛，會輻射痛至肩膀、手臂、以及下顎骨區，持續約三到五分鐘。診斷時以運動心電圖（treadmill test）以及冠狀動脈血管攝影為主，一般可以將心絞痛患者分成輕微、中度、重度、以及不穩定等四類。輕微者可能由於情緒緊張或是激烈運動即可誘

心臟血管疾病（三）

心絞痛
患者之牙科治療

台北醫學院附設醫院牙科部口腔顎面外科主任

彭伯宇

發心絞痛且不常發病，中度者發病頻率較高，且可能只是進食大餐或是從事性行為即可能發病。至於重度者發病頻率高且可能缺乏誘導因素，牙醫師在治療上述患者時儘量以不造成病人情緒緊張為原則；再者治療時病人因緊張情緒極度不穩定或是已經呈現心絞痛症狀之患者，我們必須停止一切治療並與患者之內科醫師取得聯繫，待病人內科治療後再行治療。

Q1: 可否簡單地加以分類心絞痛之嚴重程度與否？**A1:** 心絞痛之嚴重程度與藥物治療見（表一）。**Q2:** 對於上述心絞痛之病人，牙科治療之適當時機呢？**A2:** 心絞痛之病人，牙科治療之適當時機以及輔助治療可見（表二）、（表三）。**Q3:** 可否簡單地流程化介紹心絞痛之病人在牙科治療時發病，我們要如何處置？**A3:** 一、讓病人由平躺坐起45度。

二、nitroglycerin 0.3mg 舌下服用。

三、給予氧氣面罩4-6 l/min。

四、若無緩解，可於五分鐘後再投以 nitroglycerin 0.3mg 舌下服用。

五、量取病人血壓。

六、十分鐘後若無緩解，即緊急以救護車轉送醫院。

Dental Classification of the Patient with Angina Pectoris

	MILD ANGINA	MODERATE ANGINA	SEVERE ANGINA
<i>Frequency of Attacks</i>	Up to 1/mo	Up to 1/wk	Daily episodes
<i>Stability</i>	Stable	Stable	Unstable
<i>Changing Frequency</i>	None	Slight increase over previous year or more distant past	Change in last 6 months
<i>Onset</i>	Following severe exertion or emotion	Following moderate exertion or emotion or (infrequently) meals	Following rest, decreasing or mild emotion or exertion, and meals (frequently)
<i>Medications</i>	Nitroglycerin (symptomatically)	Nitroglycerin; long-acting nitrates; beta blockers; calcium channel blockers	Nitroglycerin; long-acting nitrates; beta blockers; calcium channel blockers
<i>Medical Consultation</i>			Left ventricular compromise (clinical congestive heart failure, radiographic cardiac enlargement), ECG abnormalities (premature ventricular contractions, arrhythmias)

表一

Dental Procedure Categories

A Nonsurgical procedures

1. **Type I**—Examination/radiographs, oral hygiene instruction, study model impressions.
2. **Type II**—Simple operative dentistry, prophylaxis (supragingival), orthodontics.
3. **Type III**—Advanced operative dentistry, scaling and root planing (subgingival), endodontics.

B Surgical procedures

1. **Type IV**—Simple extractions, curettage/gingivoplasty.
2. **Type V**—Multiple extractions, flap surgery or gingivectomy, extraction of single bony impaction, apicoectomy, single implant placement.
3. **Type VI**—Full-arch/full-mouth extractions or flap surgery, extraction of multiple bony impactions, orthognathic surgery, multiple implant placement.

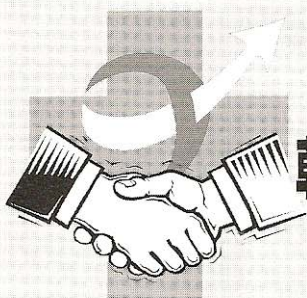
表二

Dental Management for the Patient with Angina Pectoris

RISK CATEGORY	PROCEDURES	PROTOCOL
Mild risk	I, II, (III, IV) (III, IV), V, VI	Normal protocol ±* sedation techniques
Moderate risk	I, (II) (II), III, IV V, VI	Normal protocol + medical consultation Prophylactic nitroglycerin ± sedation techniques Prophylactic nitroglycerin; sedation techniques, ± hospitalization
Severe risk	I II III, IV V, VI	Normal protocol + medical consultation Prophylactic nitroglycerin ± sedation techniques Prophylactic nitroglycerin ± sedation techniques ± hospitalization Hospitalization; less complex dental treatment plans recommended

*±, with or without.

表三



轉診專欄 17

全顏面骨折病患之轉診：

台北醫學院附設醫院牙科部口腔顎面外科主任

彭伯宇



圖一

患者甲先生 21 歲，由本院的神經外科轉診到本科，是因為患者在兩週前因車禍造成額骨（frontal bone）骨折合併有顱內出血，由急診送至本院，神經外科醫師施行急診手術清除顱內出血，病患於術後恢復良好，意識（conscious）恢復正常，約在急診手術後一周，神經外科醫師即會診本科進行評估。看到病人時，外觀呈現中上面部塌陷（upper and midface depression，見圖一、二），眼框周圍明顯皮下淤青（racoon sign，periorbital fracture），檢查病人則發現病人整個上顎骨浮動，下顎骨則於下顎骨聯合處（parasymphysis）有斷裂現象；另外可於雙側之眼框上下暨外側摸到不連續之骨折線。經安排一系列之頭頸部放射線檢查以及電腦斷層檢查則發現兩側眼框骨折合併有顴骨額骨聯合處

骨折及顴骨上顎骨骨折，鼻骨複合骨折（nasal complex fracture）：合併有鼻骨、篩骨、鋤骨骨折，上下顎骨骨折（nasal bone、ethmoid bone、vomer bone fracture 見圖三、四），在與病人解釋病情與討論後，決定接著以手術方式來治療。取得病人同意後，我們即安排手術。

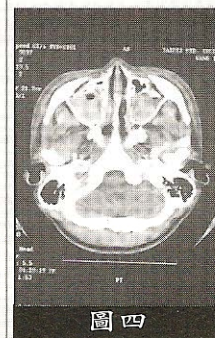
因為病人上下顎骨必須復位，又加上鼻骨複合骨折也需復位，故無法以傳統之鼻管或口管來置放氣管內插管，故我們先以口管方式進行麻醉，手術由氣管切開術（tracheostomy）開始，再將氣管內插管更換到氣切處。接著我們先由口內先進行上下顎骨骨折處之復位及內固定（internal fixation），待下面部之骨折處固定後，我們逐次建立上面部之骨折，我們以下眼瞼切線（subciliary incision）及眉毛側方切線（lateral eyebrow incision）進行眼框處骨折之復位暨固定（見圖五、六）。鼻骨複合骨折則在復位後以特殊之鼻條紗布（ivalon）做內固定。術後傷口癒合良好，病人目前出院在門診追蹤。



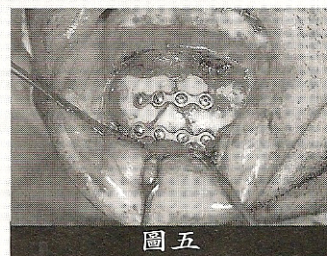
圖三



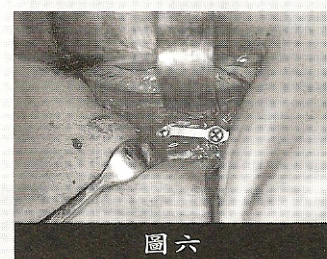
圖三



圖四



圖五



圖六

21 世紀根管治療新趨勢——

林嘉賢醫師演講後記



▲林嘉賢醫師暢談 21 世紀治療新趨勢，精彩風趣

謝松志

1. 台北醫學院牙醫學士
2. 美國波士頓大學牙髓病學博士暨專科醫師
3. 台北醫學院牙醫系助理教授
4. 萬芳醫院根管治療科主治醫師

記得去年春天在美國紐約根管治療專科醫師學會上與林嘉賢醫師有一面之緣，雙方相談甚歡；學成回國服務轉眼已一年餘，很高興能再見到林醫師以哈佛大學 Predoctoral Program Director 和北醫校友女婿的身分蒞臨本校演講，林醫師精彩幽默的介紹 21 世紀根管治療學，更是讓與會人士獲益良多，以下是我個人的一點小小心得，願與各位醫師分享：

大家都知道根管治療成功的最主要二個要件是將根管系統清潔乾淨和正確的塑形，然後再將其緻密的封填起來，二、三十年來，牙醫師一直在尋找一種快捷、安全、有效率的方法來清潔和塑形根管系統，各種擴大塑形根管技術如 Filing、Reaming Circumferential filing、Turn and Pull、Balance force 等等以及 Crown down、Step back、anticurvature 等觀念上的改進，讓牙醫師們在清潔擴大根管上的確有所進步，但是無論如何就時效和勞力上的花費，根管治療的進步實在是無法與其它醫學領域的科技相比擬，甚至在牙醫學上，五、六年前的根管治療學遠遠落後矯正、牙周病和膺復學，「它」仍處於「新」石器時代，所有的清潔擴大根管大體上而言仍是以不鏽鋼的手器械為主，直至牙醫師發現鎳鈦合金高彈性的特性再配合慢速手機的操作，一下子將根管治療學拉入「工業時代」，各式各樣的鎳鈦合金銼針讓牙醫師們目不暇給、無所適從，至目前為止呈現 Profile、Quantec、Lingth Speed 三足鼎立的態勢，它們各有各的優缺點和市場，然而是不是我們因此就可以拋棄舊有的不鏽鋼手器械呢？林醫師與筆者皆持否定的答案，在某些根管形態上，旋轉式的鎳鈦合金是不適宜使用的，例如寬大的根管在根尖部份突然縮小加上急彎（在上顎側門齒或是下顎臼齒遠心端根管常可發現），二合一的根管、S 型根管都可能造成鎳鈦合金器械的斷裂。另外，狹窄鈣化或是大部分再治療的牙齒，也不可能完全以鎳鈦合金旋轉銼針取代，因此筆者建議以彎曲不鏽鋼手銼針尖端部份（precurved



▲林醫師蒞北醫演講盛況階梯教室坐無虛席

file) 去探索根管形態和其方向，再決定以何種方式來擴大塑形管。若是遇到狹窄的根管，部份專科醫師的建議是先以手器械，使用Dr. Herbert Schilder所採用的 cleaning and shaping 的方法（即 Envelope of Motion：Precurved reamer以旋轉方式擴大）讓至少 15 號的 file 能到達工作長度，再配合鎳鈦合金機動旋轉銼針，如此操作將使鎳鈦合金器械的壽命增長和斷裂的機會減少到最小。

在根管充填方面，因時間的關係，林醫師著墨不多，但可以從其在密西根大學專科醫師訓練所學的 cold lateral condensation 轉變成 thermoplastic technique 來充填根管系統看出 thermoplastic technique 應該是未來 21 世紀根管充填的新趨勢。Dr. Herbert Schilder 的 Vertical Compaction of Warm Gutta-Percha Technique，Dr. Steve Buchanan 的 Continuons Wave of Condensation Technique 以及 Ben Johnson 的 Thermofil Technique，然而新的技術須經過正確的指導和操作，才能將其發揮至極致，例如 Continuous Wave of Condensation Technique 需要有相當正確錐狀根管塑形才能將根管系統緻密的充填，而 Themofil Technique 在根管充填的緻密度上，就如林醫師所述仍是個問號。

在 20 世紀和 21 世紀即將交替的時段裡，很高興根管治療學有了許許多多的新知、新技術和發明，然而並不是所有新的就是好的，如何了解操作它們，選擇好的治療方式，提高醫療的品質，才是我們的目標。明年春天又將與林嘉賢醫師在夏威夷的美國根管治療專科醫師年會相會，相信又會有新的觀念和技術發表，希望能再將根管治療學由工業時代邁入太空科技時代，且讓我們拭目以待！



▲主持人口研所李所長（左）頒贈感謝狀及致酬金



▲北醫萬芳醫院牙科施主任（左）頒贈感謝狀