

編輯手記

繼口腔顎面外科醫學會成為行政院衛生署第十九個官方認可之專科醫師學會後，國內各牙科次專科學會，莫不躍躍欲試，積極推動牙科專科醫師制度。回顧過去，衛生署開始針對醫科實施專科醫師之際，牙科及中醫科就被認為是一「專科」，並無專科醫師制之考量；但是隨著牙醫學分科日益精細，國內各牙科次專科學會紛紛成立，其所扮演推動學術發展，提升醫療品質之角色與任務，愈加重大，且成效卓著；因此重新申請官方認可之聲音與動作油然而展開，而口腔顎面外科學會終於在牙醫界多方的努力下，正式通過衛生署第十九個專科醫師，給予牙科各專科學會莫大之鼓舞與激勵；不過當時衛生署通過口腔顎面外科專科醫師，乃基於該專科醫師之業務範圍大部分需要在醫院開刀房執行手術，與一般牙科之執業內容有顯著區隔，利害衝突較低，而且因大部分在醫院工作，有必要有正式名份，以方便管理及保障其工作權益。

最近，是否成立牙科專科醫師之問題似乎又被炒熱，在行政院衛生署牙醫諮詢委員會中唇槍舌戰，在在反應牙醫各界對牙科專科醫師的成立，存在種種的疑慮與不安，更有待進一步的溝通與再溝通。平心而論，為了牙醫學之進步與發展，長期而言，絕對有必要讓專科醫師之制度落實；但在台灣的生態中，超過85%的牙醫師為開業醫，擁有目前各專科學會之專科醫師人數恐不及全體牙醫師的20%，而這些人大部分又在醫院服務，因此以開業牙醫師為主流的「非專科醫師」，當然擔心所謂專科醫師的成立會有「排他性」的潛在危機，與「比高低」的名份情結，說的更明白，就是利益的分割與工作權的限制；換言之，專科醫師制度的本質完全是業務工作範疇的重訂定抑是專業榮譽名份的再肯定，有時亦有一番爭辯與辯解。

談牙科專科醫師



就推動牙科專科醫師之過程而言，吾等認為有必要讓各專科學會之間取得共識，畢竟許多次專科中，「疊床架屋」同質性高的專科學會不少，在各自「擁兵自重」自認為自己最需要且最有資格通過專科醫師的同時，我們並不贊成全面性通過各牙科專科醫師（按：目前醫科各分科中只有20個專科醫師制度，還有許多醫學會沒通過專科醫師），而應是有條件依實際狀況而定。在公會體系方面，應作廣泛性的溝通與解釋，尤其「學會」與「公會」間更應建立在互信與合作的基礎上，彼此求取最大公約數，化解彼此疑慮，博得雙方信任，將共識送交衛生署，為牙醫科學的發展與醫療品質的提升，謀求最大之利益。

本期系所科要聞之編輯期間，恰逢「921集集大地震」，北醫校本部及兩家附屬醫院（附設醫院及萬芳醫院）隨即加入賑災行列，且捐出全體員工一日所得，近400萬捐款，希望對災區有所助益，在此也對受難同胞致哀悼與祈福！

主編

北醫附設醫院牙科部主任

鄭信忠 88.10.9

牙科急診室 12



心臟血管疾病 (二)

高血壓患者之牙科治療

彭伯宇

在上一次牙科急診室討論過有關風溼性心臟疾病之牙科治療後，我們這次牙科急診室就針對高血壓患者之牙科治療來作探討，我們都知道由於社會進步富裕後，心臟血管疾病的患者以十分快速地增加，根據衛生署的統計，國人十大死因心臟血管疾病一直是佔據第二位，僅次於癌症。而心臟血管疾病其中又以高血壓的患者佔大多數，約佔有兩成之數。我們牙醫師對於高血壓病人的牙科治療要注意以下幾點：對於有高血壓病史者或是懷疑罹患有高血壓之患者（如肥胖者、年老者），在診療前一定要先量血壓；在施打麻藥時，盡量不要使用含有腎上腺素（epinephrine）之麻藥；另外在診療時，使用 anxiety relief protocol，盡量以不造成病人情緒緊張為原則；再者血壓極度不穩定之患者，我們必須停止一切治療並與患者之內科醫師取得聯繫，待病人內科治療後血壓穩定後再行治療。

Q1 : 可否簡單地加以區分高血壓之嚴重與否？

A1 :

分類	血壓值 (mm Hg)
正常	120/80
藥物控制在輕度高血壓	140/90
輕度高血壓	140-160/90-105
中度高血壓	160-170/105-115
重度高血壓	170-190/115-125

Q2 : 對於上述高血壓病人，牙科治療之適當時機呢？

A2 :

輕度高血壓：口腔檢查、口腔攝影、牙體復形、洗牙、牙根刨平等。

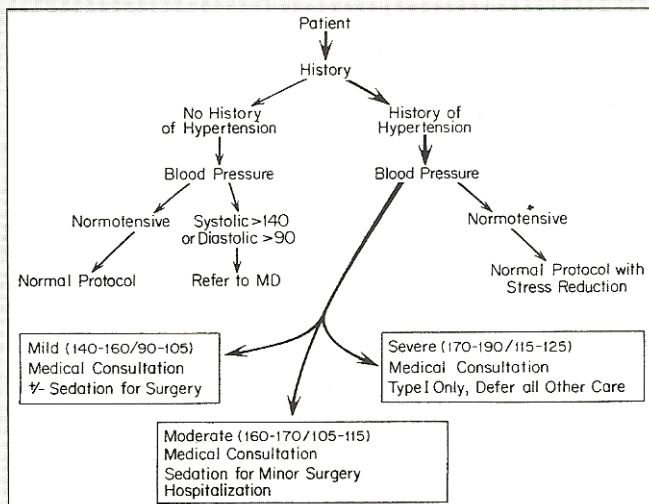
中度高血壓：口腔檢查、口腔攝影、牙體復形、洗牙。

重度高血壓：口腔檢查、口腔攝影。

其他的手術或是侵犯性治療則必須在病人血壓獲得控制後，或是以住院藥物控制時，始可為之。

Q2 : 可否簡單地加以介紹高血壓病人的牙科治療，我們要注意什麼呢？

A2 : 高血壓病人的牙科治療流程，可以見圖一：





轉診專欄 16

頰部鱗狀細胞上皮癌
之轉診：

圖一

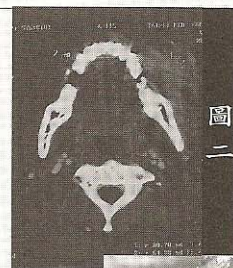
患者甲先生 37 歲，由本院的放射腫瘤科轉診到本科，是因為患者在左側頰黏膜有一潰爛性腫瘤約五到六公分大小，並已經穿透皮膚（skin perforation，見圖一），是一頰黏膜鱗狀細胞上皮癌，電腦斷層檢查則呈現一巨大腫瘤並已經侵犯至上顎後方隆突（maxillary tuberosity）以及下顎上升枝（ascending ramus）等處（見圖二）。回溯患者病史，病人原來是在左側頰黏膜有一個約兩公分大小的潰瘍且一直不會癒合，病人不以為意，並未做任何處置。但後來由於該潰瘍持續變大且造成皮膚穿通，於是後來病人在南部某醫院切片證實為鱗狀細胞上皮癌。病人輾轉求診至本院放射腫瘤科接受治療。放射腫瘤科並會診本科訂定治療計劃，治療計劃是先將原發部位予以標示位置及大小，接著施以化學藥物治療一到兩個療程，視腫瘤對藥

物治療之反應來決定何時接受手術治療。經過一個療程的化學藥物治療後，治療效果不錯，腫瘤有縮小的現象，約僅剩三公分左右且皮膚之穿通處也開始癒合。在放射腫瘤科醫師與本科商討下，並且在詳細檢查病人及討論後，決定接著以手術方式來治療。於是我們便計劃施以頰部之廣泛性切除及頸部淋巴清除（neck dissection），合併以胸大肌肌皮島瓣及臍動脈游離島瓣（radial forearm flap）等雙島瓣（double flap）做重建。取得病人同意後，我們即安排手術。

手術由頸部淋巴清除開始，進行徹底地頸部淋巴清除（radical neck dissection 見圖三），頸部手術做完後進入口內，配合原先定位頰黏膜暨臉頰皮膚病灶取2公分之安全範圍做廣泛性切除（見圖四），並切除上顎隆突及部分上升枝（見圖五）最後再加上胸大肌肌皮島瓣（pectoris major myocutaneous flap）以及臍動脈游離島瓣來作重建（見圖六）。術後傷口癒合良好，病人目前出院在門診接受術後放射線治療。

台北醫學院附設醫院牙科部口腔顎面外科主任

彭伯宇



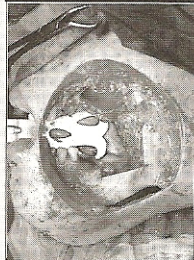
圖二



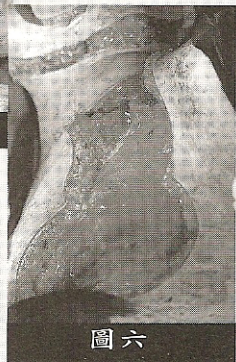
圖三



圖四



圖五



圖六

顫顎障礙 與

前世今生 / 生命輪迴



周孫隆

1. 北醫牙醫學士 (11 屆)
2. 美國密西根大學咬合碩士
3. 北醫牙醫系副教授
4. 第八屆亞洲顫顎障礙學會會長

前世今生 / 生命輪迴是近年來極為暢銷的二本書，已被譯成十一國語言。Brian L. Weiss 一個美國的精神科醫師，在精神藥物研究有成的醫學中心主任、教授，竟然敢冒大諱，暢言前世今生 / 生命輪迴。

陳勝英，一位台大出身，留美多年的精神科醫師，也以中文發表了兩本治療報告—利用催眠引導病人回到童年是一種常用的方法，不料有些人竟超越今生回到前世，“看見”今世令他痛苦的人竟是前世被自己虐待的人，從此化解心結。這種因果輪迴的觀念對燒香拜佛的國人並不陌生，但並不深刻，並不信以為真，不料近年來這些精神科醫師的催眠台灣報告，令人不得不正視這種早在二千多年前佛陀時代就有的觀念；更令人詫異的是，這種作法竟能解決許多所謂“精神壓力”所帶來的身體病痛，現有的藥物手術都無解的問題—包括某一種類型的顫顎障礙，精神壓力增加咬牙切齒的機率，減少疼痛的耐受力，導致病人頭頸肌肉嚴重疼痛，口腔機能嚴重失能，這種病人常可找到壓力來源—婚姻問題、婆媳問題、債務問題，必有其一，也難怪咬合板無效、止痛藥無效，甚至肌肉放鬆訓練、生理回饋，心裡諮商也無效。

我為了解決各種病人問題，從咬合開始，經常感到不足，因此一路向牙科以外學習，使我能有較多的能力和信心，但對於上述三種壓力相關的人實在束手無策，一度我勸他們去算命，在人生的十字路口不知何去何從，找個人指引方向或許可以暫時解決問題。最近我開始介紹病人去做“前世療法”，令人驚奇的是，一次的治療竟改善了七、八成的疼痛，第一次來診時病人眼淚如決堤，再來時滿臉笑容，不斷稱謝。

這個病人十七、八年來每晚失眠，必須等到爛醉如泥的先生回來才能睡著，原來前世她曾不理故鄉的男孩，跟異鄉的公子走了，十七、八年後回家發現男孩已奄奄一息，據說痴痴等了她十七、八年，這個男孩就是今生的丈夫。

我下一個學習的課題就是“前世療法”。

