

## 植牙：技術成功或全面成功？

李士元

我們為患者訂定治療計劃時，通常是取決於過去學校所教授的知識和個人累積的臨床經驗，或是由繼續教育及參加討論會，抑或閱讀書籍、期刊中所獲得的意見。卻時常忽略了評估患者真正的需求和感受。尤其是在採用牙科種植體的治療計劃中，牙醫師所擔心的是能不能成功地植牙，種了會不會牢固，及如何設計假牙等等，卻甚少關心患者的咀嚼功能是否改善，患者心理的調適是否理想。

牙科種植體是目前熱門且價格昂貴的產品。固然它有特定的適應症，但是昂貴的治療計劃並不等於就是最適合於患者的計劃。因此，在作決策時，更應小心謹慎。目前有些人把種植體當成萬靈丹，不放過任何使用時機。而有關種植體的文章也占了牙科文獻中很大的比率，且到處都是 Implant 的課程和討論會。這種一窩蜂的景象不禁使人想起了八十年代盛行的牙周贖復體 (periodontal prosthesis)，當時許多人覺得惟有從事複雜而昂貴的設計，才是頂尖的牙醫師。然而在後來的研究中發現，這些費時又昂貴的治療，並不比其他處理的療效好。又如七十年代是咬合的大熱門時期，幾乎任何病因不明確的疾病都可以

和咬合扯上關係。當時曾有此一說：為了維護良好的咬合，上下顎應該剛好是 28 顆牙。

當時第三大白齒被視為多餘且有害的牙，好似口內一顆不定時的炸彈，隨時有可能製造問題。若是牙齒總數少於 28 顆牙，則宿命地以為患者的咬合必將逐漸損毀而終至咬合紊亂。這種症狀有人戲稱為“28-tooth syndrome”。以目前的知識來判斷，上述兩點的疑惑，自是很容易釐清。但反觀我們目前的處境，視 Implant 為萬靈丹，也極有可能陷自己於將來的歷史笑話，不可不慎。

近代牙科種植體的發展，可以 1997 年 Branemark 的 10 年追蹤報告為分水嶺，此後 1982 年的多倫多的會議更奠定了根狀牙科種植體的骨整合理論。自此以後牙科種植體的發展有如雨後春筍般蓬勃發展。歐美有許多公司不斷推出形狀材質不同的種植體配合上骨再生系統與不同的手術方法，期能滿足臨床上不同患者骨整合的需要。另一方面植體上的贖復設計更是千變萬化令人目不暇及。有些產品甚至還未被人們所熟悉，就已經消失於市場，競爭之激烈，可見一斑。其實以 Branemark 系統前年所發表的 30 年回顧文獻中發現，植體贖復的 ⇒ 續

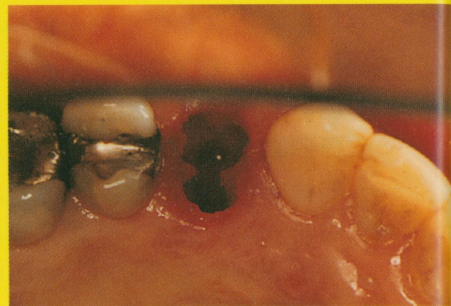
## 立即植牙

使用年限並不比傳統的固定假牙差。然而牙醫師們希望的是植體贖復不應只限用於全口缺牙的患者，也應可用於局部缺牙和單顆缺牙的情形。而且最好是成本低且操作方便，例如黏著式植體贖復的發展，減少了以往螺絲固定式贖復物和植體間密合不良的困難。目前牙醫界正努力的課題是如何縮短骨整合癒合的時間和將種植體融入傳統式的固定贖復治療中，以提供更多樣化的治療計劃為患者服務。

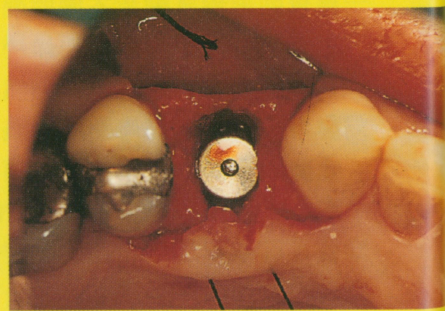
另一方面，若以患者的立場而言，根據研究顯示，患者接受贖復治療的主要訴求並非全是恢復咀嚼功能，而是在乎美觀、舒適、方便等心理上的考量。

誠如先前所言，牙科種植學近日來的發展，是有目共睹但卻仍然存在許多問題有待解決。不論您是否從事這方面的治療，多少會感受到牙科種植體對日常牙科的治療工作造成了不少的衝擊。提供這方面的治療的牙醫師，想必急於攝取更多的相關資訊，並打通諮詢管道。至於目前並未從事這方面治療者也想知道是否牙科種植體的發展，會影響治療計畫的訂定。希望這個牙科種植體的園地，能引起大家的共鳴，一起來關心這個問題。不論是提供個人經驗和寶貴心得，抑或提出疑問和評論，都是我們所期待的。

牙齒拔除後，可立刻植入種植體並合併使用骨再生技術。等骨癒合後即可從事贖復工作（圖一～圖五）



圖一、右側第一小白齒，因牙齒斷裂而拔除。



圖二、齒槽清創後，立刻植入種植體並以移植骨充填植體與齒槽之隙。