

# 口 頭 報 告

## R01 貼示報告

### 類天疱瘡性扁平苔癬：病例報告 Oral lichen planus pemphigoid: a case report

趙康吟<sup>1</sup> ▲ (Chao K Y) 蔣孟玲<sup>2</sup> (Chiang M L)

1 一般牙科 2 口腔病理暨診斷科

Lichen planus pemphigoides (LPP) is a rare autoimmune blistering mucocutaneous disease. Clinical features is development of vesiculobullous lesion on or next to the areas of lichen planus, mainly affects the skin, may combine oral manifestation like striae, erosions and ulcerations involving gingiva and buccal mucosa. But oral involvement alone is rare. A 52-year-old female was diagnosed as oral lichen planus according to Wickham striae over buccal mucosa with desquamative gingivitis (DG) in early stage. Extraoral examination was unremarkable. She received topical steroids over the DG area for 9 months. The white lesion

disappeared and DG became more severe. The histologic biopsy, direct and indirect immunofluorescence (IF) study were performed. The indirect IF study was unremarkable. The biopsy was read as bullous OLP. However, DIF revealed linear IgG and C3 staining of the basement membrane zone. Based on the features of these examinations, the final diagnosis was LPP. Her symptom was improved after medication with 3 months systemic steroid. It is mandatory to make diagnosis of desquamative gingivitis with histological biopsy with direct and indirect IF study.

## R02 貼示報告

### 肥胖與唾液腺腫瘤之關係 Obesity with its risk for salivary gland tumor

李宗益<sup>1,2</sup> ▲ (Li T I) 謝義興<sup>1,2</sup> (Shieh Y S)

1 國防醫學院牙醫學系 2 三軍總醫院牙科部

唾液腺腫瘤是一頭頸部罕見疾病，且其病因及風險尚不確定。肥胖已被證實會增加許多不同器官組織罹患腫瘤的風險。唾液腺腫瘤是否會被肥胖風險影響仍具爭議性，故本研究的目的在探討並確立肥胖是否會增加罹患唾液腺腫瘤的風險。本研究以病例對照研究方法探討 2005-2014 年在三軍總醫院就診且年齡在 35-65 歲之間的病人，總個案數共有 1845 人，包含 239 個經由病理診斷為唾液腺腫瘤之住院病人為病例組，以及 1606 個於同一醫院健檢中心作健康檢查的對象為對照組，並以危險對比值 (OR) 及 95% 信賴區間 (CI) 分析此資料中肥胖與罹患唾液腺腫瘤之相關性。

結果在排除有糖尿病病史的病人後，針對唾液腺腫瘤病例組病人及對照組病人間分析比較中，校正性別、年齡、抽菸、喝酒及嚼檳榔變項後，與正常體重 (BMI<25 kg/m<sup>2</sup>) 相比，肥胖 (BMI≥30kg/m<sup>2</sup>) 在女性唾液腺腫瘤病人 (OR=4.76, 95% CI:1.90- 11.92)、良性唾液腺腫瘤病人 (OR=2.15, 95% CI: 1.11- 4.18)、以及大唾液腺腫瘤病人 (OR=2.07, 95% CI:1.11- 3.85) 中發現肥胖之危險因子與罹患唾液腺腫瘤有顯著的正相關。本研究提出了肥胖危險因子可能與罹患唾液腺腫瘤有顯著的正相關證據，且此危險因子在女性，良性以及大唾液腺腫瘤病人中有統計之顯著意義。

## R03 貼示報告

### 1760 例黏液囊腫之回溯性研究 A Retrospective Study of 1760 mucocele

王文岑<sup>1,2,3</sup> ▲ (Wang WC) 陳靜怡<sup>2</sup> (Chen J Y) 陳玉昆<sup>1,2</sup> (Chen Y K) 林立民<sup>1,2</sup> (Lin L M)

1 高雄醫學大學牙醫學系 2 高醫附院口腔病理科

3 高雄市立大同醫院 (委託高醫附院經營) 牙科

黏液囊腫多被認為是年輕人及易受傷部位好發之疾病。本研究回溯分析南台灣某醫學中心口腔病理科內 1760 例黏液囊腫 (男性 984 例, 女性 776 例, 平均診斷年齡  $28.50 \pm 16.05$  歲) 之病理紀錄及臨床表現, 並與其他相關研究比較。結果顯示最常見發生之部位為下唇 (1181 例, 67.1%), 其次為口底 (247 例, 14.03%)、頰黏膜 (133 例, 7.57%)、舌 (97 例, 5.51%)、齒槽黏膜及前庭 (57 例, 3.24%)、腭垂及口咽 (13 例, 0.74%)、上唇與上顎竇各 12 例 (0.68%); 共 6 例發生於頷下或舌下

腺 (0.34%)。其中 170 件為切片 2 次以上者 (9.66%), 48 人共 99 件為復發病例, 32 人 71 例為多發病灶。發生於上唇的黏液囊腫平均年齡 63.42 歲 (9 男 3 女); 發生於腭垂及口咽的平均年齡為 53.62 歲 (10 男 3 女), 齒槽黏膜及前庭為 41.6 歲, 頰黏膜為 41.04 歲, 口底為 35.11 歲; 舌 (25.64 歲) 與下唇 (24.65 歲) 年齡最輕。此研究顯示不同部位之黏液囊腫確有其好發年齡及性別之差異, 不常見之部位尤其好發於老人及男性。

## R04 貼示報告

### 以人造骨研究不同植體長度對於植體穩定度參數之影響 Effects of implant length on implant stability parameters – An in vitro study

林倩如<sup>1,2</sup> ▲ (Lin C-J) 王東美<sup>1,2</sup> (Wang T-M) 楊宗傑<sup>1,2</sup> (Yang T-C) 林立德<sup>1,2</sup> (Lin L-D)

1 國立台灣大學 2 臺大醫院牙科部

本研究以不同密度人造骨塊研究植體長度對於植體穩定參數之影響, 並研究不同植體穩定參數間之關聯。實驗使用三種不同密度 (0.16、0.24、0.32g/cc) 之人造骨塊 (polyurethane cellular, Sawbone), 大小為 30x15x19 毫米。每一骨塊以廠商建議軟骨質位置的鑽孔規則植入直徑 4 毫米長度 10 或 13 毫米植體 (MKIII, Nobel Biocare) 各一支。在記錄體植入時的最大置入扭力 (IT)、植入後的共振頻率 (ISQ) 及牙周檢測值 (periosteal value, PTV) 後, 以線性可變差動變壓器 (LVDT) 記錄植體上癒合帽 5 毫米處受 10 牛頓水平力時, 植體上 1 毫米處的微移動值 (micromotion, MM)。

結果顯示, 在 10 或 13 毫米 MKIII 植體, 骨塊密度均統計上有意義的影響不同的植體穩定度參數, 隨著密度增加, IT、ISQ 值增加而 PTV、MM 值減少。相同密度下, 植體長度由 10 增加到 13 毫米時, 顯著的增加 ISQ 及減少 PTV、MM, 但 IT 僅有些微改變。因此, 骨質密度明顯影響常使用的三種臨床植體穩定度代表參數 (置入扭力、共振頻率、牙周檢測值) 及實驗室量測的植體微移動值; 增長植體長度可減少植體微移動、增加共振頻率、減少牙周檢測值, 置入扭力卻無明顯改變。

## R05 貼示報告

### 以醫學影像處理與重建來擬定二階段拔牙的治療計劃：臨床病例報告 Different Scenarios of Two-stage Third Molar Extraction

江佩璇<sup>1</sup> ▲ (Chiang P H) 黃則達<sup>1,2</sup> (Huang T T)

1 國立成功大學附設醫院口腔醫學部 2 國立成功大學口腔醫學研究所

智齒的存在常會造成許多口腔問題，如清潔不易而使第二大臼齒蛀蝕或周遭牙周破壞，也可能造成牙冠炎，嚴重時更會導致蜂窩性組織炎的產生。但是，智齒根部又常鄰近下齒槽神經管 (inferior alveolar nerve canal)，因此，拔除深部智齒一直是許多醫師的挑戰課題。第一位病患是一名 22 歲男性，因左下智齒發炎不適前來本院就醫，第二位 24 歲女性病患則是雙側皆有深部埋伏智齒，由診所轉診而來，經臨床與環口 X 光片檢查下，皆判定為困難拔除且具有較高風險會傷害下齒槽神經的案例。兩位病患經評估後同意接受錐狀射束電腦斷層掃描 (cone-beam computed tomography, CBCT) 檢查與合併矯正方式拔除

阻生智齒，在 3D 醫學影像處理與重建下，可清晰判定牙根與鄰近神經管的關係。第一位病患於臨床上第一階段先切開翻瓣後，磨除周遭骨頭且移除智齒牙冠部，穿孔綁上矯正鋼線，以矯正方式將智齒根部拉離神經，但牙根部移動幅度不大，於十週後進行第二階段手術拔除。第二位則是在臨床第一階段移除牙冠部後，於穿孔時牙根就自行脫落。術後兩位病人皆恢復良好，無臉部感覺麻木等後遺症。因此當臨床與影像學檢查上發現阻生智齒鄰近下齒槽神經管時，合併 3D 影像分析後進行二階段拔牙法，再依據病患因素擬定不同治療計劃，確實是可避免下齒槽神經創傷的可行方式。

## R06 貼示報告

### 病例報告：原發性口內小唾液腺淋巴上皮惡性腫瘤 A case report: Primary Lymphoepithelial Carcinoma of Intraoral Minor Salivary Gland

邱聖淳<sup>1</sup> ▲ (Chiu S C) 陳？仲<sup>1</sup> (Chen K C)

1 口腔醫學部

口內淋巴上皮惡性腫瘤是一種罕見的腫瘤，常見於大唾液腺。目前英語文獻從西元 1997 年僅有四例病例報告源自於小唾液腺。26 歲台灣籍男性病患於外院接受頸部惡性淋巴結切除及口底未分化惡性腫瘤切除。因個人因素轉至本院就診，因安全邊緣不足，再次進行手術，術後安排化學治療及放射線治療。「組織切片診斷為口內小唾液腺淋巴上皮惡性腫瘤」之後，我們進行多項檢查排除鼻咽癌轉移，確認無鼻咽及其它遠端轉移，故確診為原

發性口內小唾液腺淋巴上皮惡性腫瘤，術後一年尚未有任何復發及遠端轉移之情形。口內淋巴上皮惡性腫瘤與鼻咽癌細胞組織型態，種族關聯性及第四型疱疹病毒關聯性極為相似，一旦發現，需做鑑別診斷排除鼻咽癌轉移。對於原發性口內小唾液腺淋巴上皮惡性腫瘤，目前文獻並無治療之準則，多數文獻建議做全面切除；若懷疑有頸部淋巴結轉移，再加做頸部淋巴廓清術，若病理確診頸部淋巴轉移術後安排放射線治療。

## R07 貼示報告

### 合併使用類固醇造成根管狹窄牙齒的治療

#### Management of narrowed root canals in patients with steroid administration

李麗莞<sup>1,2</sup> ▲ (Lee L W) 李雅玲<sup>1</sup> (Lee Y L) 賴智信<sup>1,2</sup> (Lai C H)

吳秉翰<sup>1,3</sup> (Wu P H) 江俊斌<sup>4,5</sup> (Chiang C P)

1 臺北市立聯合醫院牙科 2 仁愛院區 3 忠孝院區牙科

4 國立臺灣大學口腔生物科學研究所 5 國立臺灣大學牙醫專業學院

Previous studies have demonstrated that patients taking long-term corticosteroid may result in reduction of the radiographic size of pulp chamber and root canal. In this study, managed of 10 teeth with narrowed and obstructed root canals in patients with concomitant taking corticosteroid for cancer treatment was presented. The 10 teeth included 2 central incisor, 3 lateral incisor, 1 canine, and 4 premolar. A 50-year-old female patient, who took corticosteroid concomitantly for three years for the treatment of breast carcinoma, received an incomplete endodontic therapy, swelling and tenderness after several months.

A 58-year-old male patient, who suffered from colon cancer treated with chemotherapy combined with cortico-steroid administration, had several teeth with narrowed or obstructed canals

that needed endodontic treatment. These teeth were accessed by high speed to find the root canal. Pecho reamer (#1 and #2) and ultrasonic minifile (ENAC Co. Tokyo, Japan) were used to enlarge narrowed root canals, working length was established, complete instrument and debridement were done by irrigation with 2.5% sodium hypochlorite at each filing, filling with Sealapex and gutter percha by La. condensation. The complete endodontic treatment for each tooth took about 6 visits. The symptom and sign were subsided after proper root canal treatment. We conclude that concomitant corticosteroid administration for cancer therapy may result in narrowing of the pulp chambers and root canals. When these teeth need root canal treatment, it usually needs more visits and careful management to complete the root canal treatment.

## R08 貼示報告

### 齒源性與非齒源性上顎竇炎：兩病例報告

#### Odontogenic and non-odontogenic maxillary sinusitis : two case reports

張皓智<sup>1</sup> ▲ (H.-C. Chang) 陳益貞<sup>1,2</sup> (YC, Chen) 楊淑芬<sup>1,2</sup> (SF, Yang)

1 臺北榮民總醫院口腔醫學部 2 陽明大學牙醫學院

根據文獻回顧，臨床上約有 10% 至 12% 的上顎竇炎 (Maxillary sinusitis) 其病因來自齒源性，然而齒源性及非齒源性之上顎竇炎，其治療方式並不相同，因此須由詳細臨床及放射檢查，並配合治療驗證以得到正確的診斷。本次報告提出兩個病例，第一位患者，53 歲女性，主訴右側上顎第二小白齒根管內有持續分泌物及右側上顎疼痛，於右側上顎第一第二大臼齒中央頰側有瘻管，經臨床與電腦斷層診斷治療後，排除齒源性感染造成上顎竇炎的可

能，會診耳鼻喉科，施行鼻竇功能性內視鏡手術後解除症狀；第二位患者，22 歲女性，在耳鼻喉科診斷為左側上顎竇炎，但給予藥物治療後不見改善，因此進一步會診牙科。臨床牙科放射與電腦斷層檢查發現左上第二大臼齒有固定牙套且牙根鄰近鼻竇，經診斷為齒源性上顎竇感染，治療後症狀改善。藉由本次報告，臨床上處理上顎後側區疼痛時，詳細檢查及小心的鑑別診斷是必要的。

## R09 貼示報告

### 斷離器械的移除 - 病例報告 Removal of separated instrument - A case report

蔡旺良<sup>1</sup> ▲ (Tsai W L) 黃致翔<sup>1</sup> (Huang C H) 蔡佳峰<sup>1</sup> (Tsai C F) 戴岑芳<sup>1</sup> (Tai T F) 黎永康<sup>1</sup> (Lai W H)  
<sup>1</sup> 台南市立醫院

目前根管治療由於鎳鈦旋轉器械的快速發展，在臨床上節省了許多工作時間，不但能提升治療的效率，也減少患者需多次就診帶來之不便。雖然旋轉器械不斷推陳出新，且強調操作時不易斷離，但根據文獻回顧，斷離器械的發生率在比較之下，鎳鈦器械 (1.3%-10%) 大於不鏽鋼器械 (0.25%-6%) (Madarati, 2013)。

本病例為一 54 歲女性，於民國 104 年 5 月由診所轉診至本院接受右下顎第二大臼齒根管治療，經臨床檢查後發現該牙齒為 C 型根管，且根管內有兩處斷離器械，在顯微鏡輔助下先使用 IRS (Instrument Removal System

) 取出遠心根管中斷械，之後再使用超音波器械搭配 ET20D 及 ET25 tips 將近心舌側根管內的斷械移除，後續完成根管治療。經過 8 個月的追蹤目前狀況良好。

本次報告藉由此病例討論根管治療斷械後的處理與移除方式，針對不同的狀況給予預後評估。目前在顯微鏡的輔助與超音波器械廣泛應用之下，移除斷械的成功率甚至有文獻報告約 95% (Fu, 2011)，只要了解移除斷械之原理、操作時可能遭遇之困境，仍可以讓醫師們面對平常不願發生的問題獲得一個好的解決方式，避免造成醫療糾紛。

## R10 貼示報告

### 不同表面處理及黏著劑對陶瓷修復之探討 Influence of different surface treatment and adhesive on porcelain repair

林俊國<sup>1,2</sup> ▲ (Lin C K) 陳克恭<sup>1,2</sup> (Chen K K) 吳如惠<sup>1,2</sup> (Wu Z H)  
丁群展<sup>1</sup> (Ting C C) 陳正慧<sup>1,2</sup> (Chen J H)

<sup>1</sup> 高雄醫學大學牙醫系 <sup>2</sup> 高雄醫學大學附設中和醫院

在臨床上遇到陶瓷斷裂情況，運用複合樹脂材料進行陶瓷補綴物外形的填補修復是臨床上可行方法之一。但隨著陶瓷表面的不同處理方式可能影響填補複合樹脂之存活率。本研究以不同表面處理方式、兩種不同市售黏著劑與矽烷偶合劑對陶瓷進行處理後，以複合樹脂填補。運用微拉力測試方法進行鍵結斷裂強度測定。並以測定結果分析陶瓷於不同表面處理，黏著劑與矽烷偶合劑的合併使用所造成之

鍵結力量差異性，探討複合樹脂對陶瓷的修復可行性。

結果顯示，陶瓷表面經過酸蝕處理與否可增加與複合樹脂的拉力強度。此外，矽烷偶合劑的併用亦可增加陶瓷與複合樹脂間的黏著強度。由以上結果可預測，陶瓷修復時表面處理受到酸蝕及黏著劑中的成分之影響，造成不同黏著強度的效果。

## R11 貼示報告

### 舌頭壓迫咬合裝置對於胃食道逆流之影響 - 案例報告

#### The Effect of Occlusal Device with Tongue-Pressure Structure on GERD - Case Report

王光傑<sup>1</sup> ▲ (Wang K C) 林彥璋<sup>1,2</sup> (Lin Y Z)

1 埔基財團法人埔里基督教醫院 2 自然牙醫診所

舌頭是口腔之重要器官，在進食與吞嚥等功能上扮演重要角色。若舌頭功能受損，如中風患者，其吞嚥功能便受影響而容易噎到，若在口腔內對舌頭施與加壓的訓練，則可改善神經系統受損患者之吞嚥功能。此外於中醫領域，舌頭是疾病診斷的依據，其上具穴位，可影響身體的氣血循環，也是筋膜系統的終端，一些研究指出，在舌頭上特定部位實施淺而短暫的針灸，可以改善自閉症患者的語言，認知與動作能力。另一方面，胃食道逆流(gastroesophageal reflux disease, GERD)是一種常見的上消化道動力功能障礙的疾病，在台灣的盛行率約 12-16%，與食道下括約肌 (LES)

收縮功能障礙有關，而 LES 的鬆弛與緊縮，又與吞嚥動作彼此協調。本報告舉出二個案例，在進行上顎軟性咬合版治療時，於咬合裝置上增加壓迫舌頭之結構，經一段時間佩戴後，發現具有改善胃食道逆流現象：如火燒心，胃食道逆流引起之夜咳，或藥物使用情形等（以 Chinese GERDQ 表評估之）。

討論：在疾病的診斷與治療上，舌頭所扮演的角色，中西醫觀點差異頗多，所能提供之研究資料也有限，但在牙科咬合裝置上設計舌部壓迫之結構，具有方便與穩定的特性，而舌頭壓迫訓練與胃食道逆流具何種關聯，則需進一步的研究與分析。

## R12 貼示報告

### 非症候群先天少齒症全人治療計畫：罕見病例報告

#### Multidisciplinary treatment Plan to Non-syndromic Oligodontia: rare case report

曾千芸<sup>1</sup> ▲ (Tseng, C Y) 王育美<sup>2</sup> (Wang Y M) 陳彥夫<sup>1</sup> (Chen Y F) 何國慶<sup>1</sup> (Ho, K H)

謝順築<sup>3</sup> (Hsieh S C) 王凱隆<sup>3</sup> (Wang, K L) 張恆銘<sup>3</sup> (Chang, H M)

1 台北榮總口腔醫學部 2 陽明大學牙醫學院 3 振興醫療財團法人振興醫院

Dental agenesis 包括缺齒畸形 (Hypodontia) 與先天少齒症 (Oligodontia)。缺齒畸形 (Hypodontia) 意指缺牙 5 顆以下；而先天少齒症 (Oligodontia) 定義為先天缺失 6 顆以上恆齒 (不包括智齒)。大多數 Oligodontia 伴隨著有其他症狀 (如外胚層發育不良)，而 non-syndromic oligodontia 則較為罕見。國外研究文獻報告認為 Oligodontia 與 PAX9、MSX1、AXIN2 基因突變相關。在這類先天少齒的患者全口重建前，齒顎矯正治療的介入是必要的。藉由齒顎矯正的處理可以幫助未來鑲復科醫師得到較好的空間分配及較少的缺牙區，並為患者建立更穩定的咬合關係。

(病例報告 1): 患者為 28 歲女性，來本院求診希望全口重新矯正治療並做假牙。於本院牙科門診拍攝 X 光片發現其缺失 13、23、33、32、31、41、43 共 7 顆恆齒，71、72、73、81、83 殘存乳齒，12、22 釘狀齒，安格氏二級 1 類異常咬合。矯正治療計劃及流程為：先拆除原有矯正器，全口重新上固定式矯正器，拔除 73、83，Camouflage (各象限以第一小白齒代犬齒)，減少 32 到 42 的空間。未來鑲復治療計畫為：11、12、22 陶瓷貼片，32X41 植體支撐式固定假牙。在家族史方面，患者及 2 個妹妹皆有不同程度先天性缺牙問題，建議家族

做進一步相關基因學檢驗。

(病例報告 2): 患者為 10 歲女童，於本院牙科門診拍攝全景式環口 X 光片發現其缺失 13、23、24、25、34、35、44、45 共 8 顆恆齒。因患者合併安格氏二級 1 類異常咬合，故會診矯正科。先製作舌側空間維持器 (lingual arch space maintainer)，預計恆牙齒列期開始矯正，將來建議以 14 取代 13，關閉 24、34、44 空間，而 23、75、85 的乳齒須盡量保存待其成年後再介入植牙鑲復治療。在混合齒列期間，須盡量保存剩餘的恆齒乳齒齒列，塗氟加強衛教，恆牙大白齒使用裂溝封填劑。製作 Kiddy denture 恢復咀嚼功能及維持空間。另因患者體型明顯較同齡兒童瘦小，故轉診至小兒科，基因篩檢結果並未發現 Pax9、Max1 基因上有致病突變，甲狀腺功能正常，但 Vit D 9.2 (deficiency)，IGF-1 偏低。目前仍持續定期追蹤其各方面生長狀況。

先天少齒症患者因缺牙造成咀嚼、外觀問題，必須擬定跨科整合治療計畫，除了牙科跨科整合以外，尚須與小兒科醫師、基因醫學科醫師跨領域合作，以及家長病患的長期配合，才能提供完善的全人醫療照護。期望未來基因醫學更進步，能解開先天缺牙之謎並解決缺牙難題。

