

牙科植體贖復的臨床考慮系列之一

牙科植體贖復的發展歷史和最新趨勢

施錫良

前言

筆者民國 68 年畢業於牙科，今年正值畢業 10 週年。回想在學校求學（62 年～68 年）時，各種資訊普遍不足，這成為那一時期學習上最大的障礙。而十年後的今天，牙科的學術和臨床資訊由當時的冬眠期轉為甦醒活躍，亦毫不遜色的融入了這稱為知識爆炸的時代脈動裏。隨著時代轉型所帶來的衝擊亦不同於往昔，以前我們沒有足夠資訊的來源，現在卻是百家爭鳴，各有不同的一番見解。以前我們不惑是因為無知，而現代的困擾卻是不知何所以知之。

在牙科知識的領域裏，這十幾年來（1973～1989）也是面臨著許多概念上的衝擊和整頓，這其中最明顯的例如 Gnathology 學者們對口顎機能的解釋和定位與相信 Physiological occlusion 的學者在理念上的激盪，各種矯正生物性機械設計（Bio-mechanics）系統的發展和整合等。衝擊與激盪之後所披露的往往是更明確的事實，這在牙科植體學（Dental implantology）上亦呈現出一類似的歷史軌跡。

68 年畢業時，我們那一代的學子們對 Dental implant 的了解大多僅止於骨膜下植體（Subperiosteal implant），根管內植體（Endodontic implant）以及那時期較為先進的葉狀植體（blade-root implant）等系統。

對臨床上，當時我們所能得到的資訊是“任何植體必需正確的加以選擇，具備有正確的形態設計，以及必需以正確的方法植入病人的口腔中*”，“然而，植體的選擇和植入只是一個完整過程的開始，它最終必需歸結到植體上方的贖復處理過程和結果，如此，植體在一個健康的組織環境中支撐著贖復體，提供贖復體所需要的支持和穩定，藉此病人得以恢復其舒適的咀嚼功能*。”“儘管臨床上如何注意每一細節，然而在牙科植體贖復的領域中永遠存著一項無法克服的問題，那就是這種技術的不可預期性（unpredictability）。也因為如此，植體贖復的使用只能當作臨床上病人生理及心理上最後的治療手段。缺乏可預期性的主要原因是植體技術明顯的牽涉到兩個不同的組織環境系統——即植體本身所處的封閉型環境系統（closed system）和植體支台齒部位由組織內透出口腔部位的開放型環境系統（open system）*”“與其他傳統式牙科治療方法相比較之下，牙科植體不能被視為是具備與傳統型治療有相同可接受度的替代療法（equally acceptable alternatives）。相反的，只有在其他治療方法無法充分的贖復起病人口腔健康和舒適的咀嚼功能的情況下，才可以考慮到使用植體贖復的治療方法*。”因此那個時代中，書本或文獻等資料所給我們的結論是：成功率不高，無法預期，這不是一般開業醫所能掌握的治療技術。大部份的前輩們和前後數期的同行們便因此把植體打入冷宮，很少去留意它的變化。

民國 71 年筆者留學西雅圖華盛頓大學主修固定贖復，對遠心端 6、7 無牙的病例如何加以贖復頗傷腦筋。1983 年、1984 年（72 年、73 年）十月左右分別參加兩場由 Dr. Niznick 主講的牙科再教育課程，內容是骨整合性牙科植體——孔紋式植體系統（Osseointegrated Dental Implant——Core-vent Dental

作者／台北醫學院牙醫學士／牙醫師高考及格／教育部公費留學考試錄取／美國西雅圖華盛頓大學牙醫碩士／台北醫學院牙醫學系兼任講師