

榮民總醫院

耳 鼻 喉 部

發行人：連江豐

執行編輯：廖文輝

合輯本

順風耳

發行人：張文武
總經理：郭喉耳鼻喉科
部內通訊：8712121~2384
創刊號
76年1月1日



發刊詞

張武

榮總是一個大熔爐，我們許多人在一生中最美好的一段
都受到此熔爐中磨練了一些時間，因此每人都揮發
着燃燒氣息，而榮總也不負所望，繼續成長茁壯。列為
我國巨大國家醫院之一，我們應當使這股燃燒氣息，持
續發揚光大。

林木總在民國 48 年草創初期，耳鼻喉科屬於外科一支，只有四位醫師，門診只有四張治療台、十六張病床。64 年成立獨立科，旋於 73 年升格為部，下令耳科、鼻頭頸科及喉科醫師約有卅人，治療台二十張，病房將有百張，世界上稀奇古怪的病，我們都會遇到，各種最新治療方法我們也都嘗試過，而且都有很好結果，我們非常願意把榮總耳鼻喉部各項成果分享給有敬業總氣息的人，希望各位如有特殊心得、疑難問題或對榮總有什麼期望，不吝告訴我們，再傳諸大家，因此才有順風耳誕生，預計每季一次。



恭賀新禧

請帶著一顆愉快的心
及空著的胃耳鼻喉部
企盼著您的光臨

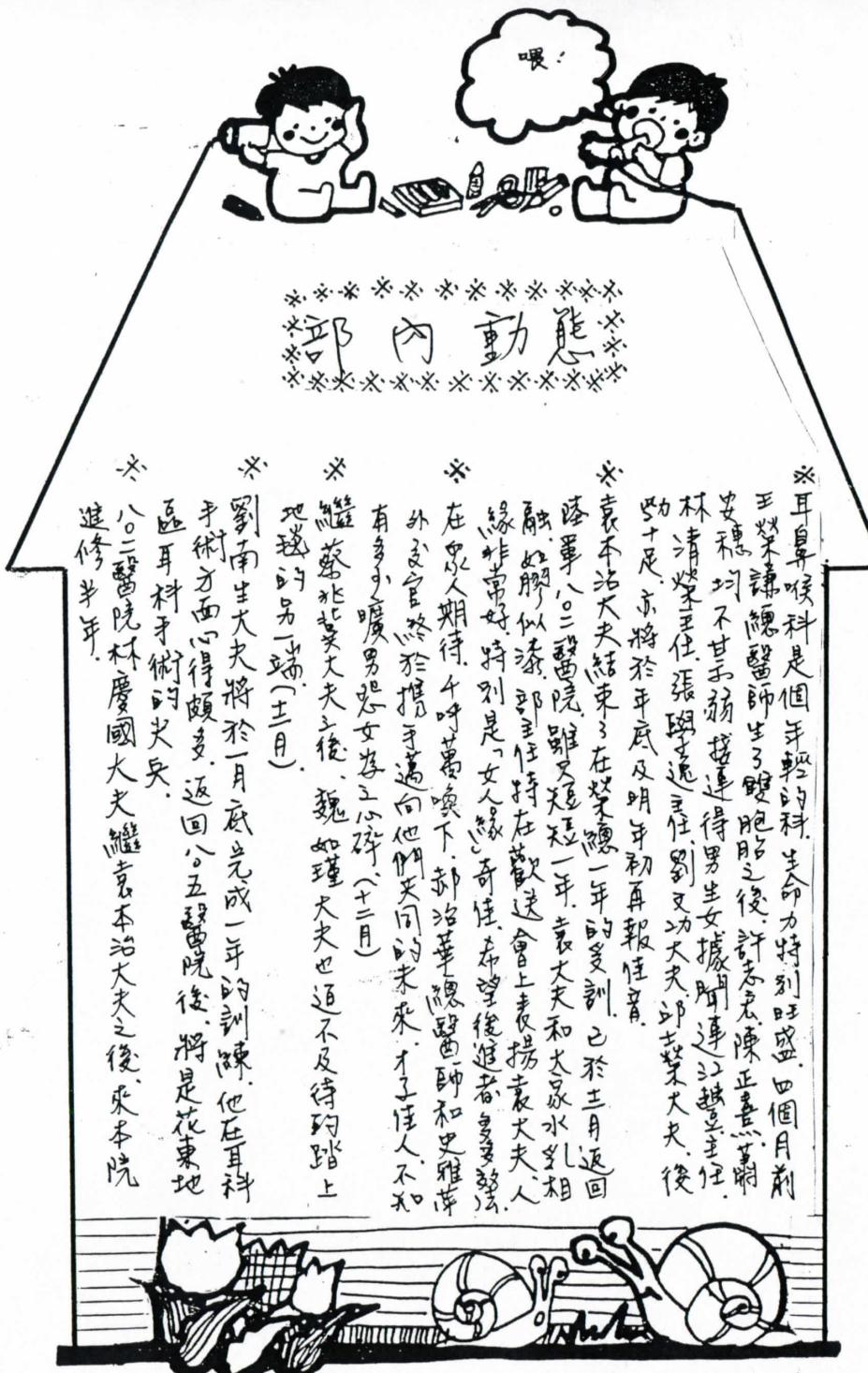
將在元月六日(星期日)下午六時在台北市松江路222號(民生東路松江口)富麗海鮮大酒店舉行。



編後記

王榮謙

在陳昭恩設計師的提議下，部主住的交付
下順風耳，終於如期呈現在大家面前。而前
感謝所有同仁的協助，和所有初生的嬰兒
兒一樣，總是那麼生嫩，需要大家不斷的
斷的批評建議和賜稿，而使順風耳
更加茁壯，達到「耳聽八方、名聞



劉南生大夫將於一月底完成一年的訓練。他在耳科手術方面心得頗多。返回八五醫院後，將是花東地區耳科手術的火神。

八五醫院林慶國大夫繼袁本治大夫之後，來本院進修半年。

袁本治大夫結束了在林總一年的受訓，已於三月返回墺頭，八二醫院雖只短短一年，袁大夫和太眾水乳相融，如膠似漆。部主任特地在歡送會上表揚袁大夫人緣非常好，特別是「女人緣」奇佳，希望後進者多多效法。

在眾人期待下，呼萬喚千，郭治華總醫師和史雅萍總護士恭送袁大夫之後，魏如瑾大夫也迫不及待踏上地鐵的第一站（土城）。

耳鼻喉科是個年輕的科，生命力特別旺盛。四個月前王燦榮講總醫師生了雙胞胎之後，許志忠、陳正臺、萬瑞均不無動搖，連得男生女據聞連江慈惠主任林清榮主任張鈞遠主任劉文功大夫都恭喜大夫，後勁十足，亦將於年底及明年初再報佳音。

經顳骨下窩切除顱底腫瘤

杯清榮

原來西亞華裔九歲小女孩梁佩君，年前因左頸部腫瘤，在吉隆坡中央醫院接受手術，腫瘤由咽旁到對側鼻咽一直蔓延到顱底，當時無法完全切除，只取下部分標本，病理診斷認為神經節瘤。西亞華僑公會發動募款，往海外諮詢求診，當時有美國、英國和我國三個地方可供選擇，眾人在商議之後，決定前來本院。此腫瘤雖為良性，但因蔓延部位過大，自咽旁、鼻咽、顱底顴骨下窩部位均有顴骨岩部之骨質破壞，內頸動脈也在吉隆坡因手術出血而被結扎了，病人因有側枝循環，幸無半身不遂，但仍冇舌全、聲音沙啞等症狀。

經多次討論結果，杯清榮主任、陳正臺及陳記得醫師，終於在75年12月17日經由顴骨下窩進入 (infra temporal fossa approach)，先分出面神經至顛幹及分支，做全腮腺切開，然後在中耳面神經管分出中耳部分之面神經，而將整個面神經完全分離出來，再移位到上面，以利以後手術之進行，然後分開上頸面部之肌肉，內頸靜脈、外頸動脈，九、十、十一對腦神經，並將垂乳突之乙狀殼也完全磨出做為活瓣，然後打開內頸靜脈，發現腫瘤在內頸靜脈前方，並往咽旁及顱底伸展，在很好的手術視野下，將腫瘤完全切除，大小為 $7 \times 6 \times 5\text{cm}$ 像一雞蛋大小，目前僅有面神經輕微麻痺，其他無任何神經受損後遺症，傷口在迅速復原中，情況良好，此次手術為耳鼻喉科經由顴骨下窩做 Ugo Fish type B 頭底手術再立下一個里程碑。



醫療通訊欄

這是一個屬於大家自由討論的空間，如果你在臨床上有任何心得或是碰到任何疑難雜症，請盡情來信。

我們將刊登於此，讓大家和你共同分享，來信請寄：

榮民總醫院耳鼻喉部“順風耳”收。

oto's scope

中耳炎的治療

連江豐



中耳炎是常見的疾病，隨著年齡而有變化與發展。國內目前仍有大量的中耳炎病人，須要許多醫師的治療。兒童時期的急性與擴散性中耳炎，一部份未能完全治療而造成以後的後遺症。如慢性中耳炎、鼓室硬化症、黑氣耳與凹陷袋、膽脂瘤、黏連性中耳炎等。這些後遺症也可在國小或國中時期就已發生。但大部份是在到成人後，症狀明顯才來就醫。目前許多醫院都在做鼓室成形術與膽脂瘤的手術。這些主要是在治療中耳炎在成人的後遺症。

要改善全國中耳炎的狀況，則必須同時加強治療小兒中耳炎，使成人的後遺症減少。因此中耳炎的整個防治工作包括：小兒急性中耳炎的治療與追蹤，要完全治療，及預防發生。小兒慢性中耳炎的診斷與追蹤，適當的鼓室通氣管，不能過度與不足。對小兒中耳炎，要充分利用抗生素、鼓膜切開、與通氣管。加上足夠的追蹤，給每一位病人最好的治療，預防產後後遺症。接著是早期後遺症的治療。上述各種後遺症如鼓室早期治療，便能有很好的結果。

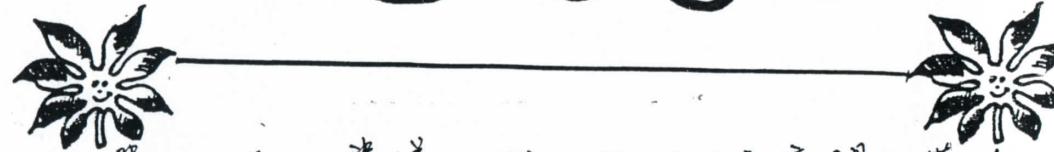
如慢性中耳炎、膽脂瘤、凹陷袋、黑氣耳、黏連性中耳炎與鼓室硬化症都可早期治療。各種早期手術方法也相繼被發展出來，不但簡單且效果良好，最後才是目前最多的手術，即成人或中晚期的後遺症手術治療。如按上述的治療方針，大約十年後，國內中耳炎病患一定大減，達到防治的目的。



榮總

人工耳蝸植入術近況

陳柏豪



自七十年十月開始，在張邵主任指示及院長大力支持下，並獲科內各同仁之協助，正式安裝施行人工耳蝸植入術。我們首次引進之人工耳蝸為納式單頻道耳蝸，先後施行了三例植入手術。期間曾邀請韓德納大學耳鼻喉科主任布理安教授來華作臨床指導。醫師陳柏豪、聽語專家陳美珠，及工程師曾祈福亦曾赴奧京維德納進行此術施行迄今已年餘，一切程序進展甚順利。尤以聽語復健方面，因本國語與外國語差異極大，本部同仁花費很大心力，初步設計出本國語之訓練及測驗材料。三位病患都有不錯之效果。除了可分辦環境聲音及輔助讀唇外，三位患者都有些語言分辨能力。靠人工耳蝸之電刺激約可辨識百分之十至三十三之語言。

除了使用單頻道之外，人工耳蝸外，本部亦準備使用多頻道式之人工耳蝸。一方面挑選適合的病人，另方面多可收集資料，並與衛生署協調，期許能服務更多的病患。





演講預告	主講者	題目	地點
*二月二十八日	榮總耳科 邊江鑾主任	Stapedectomy	榮總鄭亮第一會議室
*三月二十八日	三總鼻咽喉科 羅萬富主任	polysinusectomy	榮總東院第一會議室
*二月份 6日~12日	有 Seminars & Workshops Topic: ENG, BSER, Hearing aid fitting, Speech on stroke 等 費用: 200~250 U.S. dollar.		
	詳情請洽榮總聽語李秉伊小姐。		

歡迎參加第四屆耳鼻喉頭頸新知研討會 張學遠

第四屆耳鼻喉頭頸新知研討會將於76年7月12日在台北舉行。此次研討會與三總輪值主辦的中華醫學會「喉癌」專題合併舉行一天。本人奉大會會長張斌部主任與副會長蔣林文勇部副主任王立元付負責籌劃。此次大會我們將邀請日本及美國在咽喉科學方面最具有權威的教授前來發表兩篇專題演講，並在我們的大會中充分參與討論。

此外，本次大會也將針對國內外各種耳鼻喉頭頸科學的最新重要進展，完全以邀請的方式，邀請國內各方面的專家演講討論，因此也將有較充足的時間，故其精彩可期。

希望我們的安排能夠給開業費4元的大眾，在維持耳鼻喉頭頸科學的最新知識和觀念上有所助益。詳細的節目表將於四月間通知。如果大家對大會有任何意見，歡迎批評指教，謝謝！

聽神經瘤手術已不再是遙不可及的夢想了。向來國內耳鼻喉醫師對於聽神經瘤只能擔任一些諮詢的角色。手術治療幾乎全賴神經外科醫師之手。隨著耳科的發展及水準的提升，榮總耳科醫師已開始分擔起治療的責任。採用經由內耳迷路途徑的手術方法。

一年來，我們已治療了三個聽神經瘤的病例。希望在新的一年裡能有更進一步的發展。而早期診斷出聽神經瘤也就更形重要。對於單側感音性耳聾或耳鳴，病人均應提高警覺，加強使用“聽性腦幹反應聽篩”(ABR)來篩檢病人。

以下是我們對聽神經瘤篩檢的程序

陳正熹



Diagnostic Screening for Acoustic Neuromas: VGH, Taipei Model

History and Physical examination ...

Pure Tone Audiogram(PTA) & (Acoustic Reflex) ...

1) Asymmetrical or unilateral sensorineural hearing loss (SNHL):
ABR → CT scan (tumor expected > 2 cm) → Air-CT scan
(ENG + ENG if CT scan (+)) (tumor < 2 cm)
(plain X-ray of IAM)

2) Unilateral total hearing loss:

ENG → CT scan (tumor expected > 2 cm) → Air-CT scan
(plain X-ray of IAM) (tumor < 2 cm)

3) Normal hearing (normal pure tone and speech thresholds):

Unilateral symptoms → Tympanogram → Abnormal
Normal → ABR ...

Bilateral symptoms → Tympanogram + Acoustic reflex → Normal
Abnormal* → ABR ...
(* may not do ABR if tympanogram is abnormal)

4) Alternative approach in diagnosis of Cerebello-pontine angle (CPA) pathology:
(esp. in patients without economic consideration)

一、我們主辦的第四屆耳鼻喉頭頸外科新知及喉癌研討會於七月間與中華醫會同時舉行，參加的醫師達兩百名以上，是中華醫學會各科組中規模最大者。這其中除了我們工作人員的努力之外，更要感謝大家的參與支持，新知研討會每年將定期舉行，還請大家繼續支持。

二、由於門診原來的咽喉內視鏡室使用量多又過於狹小，最近，將遷入較寬敞的新居。如此，對病人、醫師和教學上都會有很大益處，使我們的內視鏡診療更容易發揮。

三、蕭安穗大夫在今年六月總醫師訓練完後，加入喉科陣容。同時新進的語言治療師官裕文小姐也在九月間開始工作。

四、十月間新加坡亞伯拉罕醫師自費專程前來觀摩喉科手術，同時也有其他醫院醫師前來手術室觀摩，張學逸主任說隨時歡迎有興趣的「順風耳人」到手術室來參觀討論。

祝
福
王榮謙大夫即將回台南開業，
我們預祝他鴻圖大展，馬到成功！

轉診

榮民總醫院耳鼻喉部 門診時間

部主任	門診時間				
	(星期)				
張斌	一、五	二、四	三、五	四、六	五、日
鼻、頭、頸科	林清榮	朱繡棟			
耳科	連江豐	陳柏豪			
	陳正熹				
喉科	張學逸	黃瑞麟			
	蕭安穗				

榮民總醫院
耳鼻喉部
發行人：張斌
第二期 76年11月

印度之旅

試



* 開會有益—參加第六屆亞太耳鼻喉科學會感想

開會有益，係指參加會議有好處，但需儘量吸收新東西。

四年一度亞太耳鼻喉科學會今年在印度召開，原擬九月下旬在孟買舉行，後又改在新德里，而且延到十一月中旬，把我國例行醫學會擴延到十二月份。

印度是一個古老國家，人口有七億，地方遼闊，其耳鼻喉科醫師有二千餘人，而且出席踴躍，佔了大會千餘會員之五分之四，使朝夕開會五個會場皆無冷場，他們的英文都不錯，可以增加會場熱鬧氣氛。雖然名為亞太醫學會，但參加者遍及世界各地，亞洲有十八國家代表，伊朗黎巴嫩亦有人參加，歐洲十一國，也有蘇聯代表，美洲有美加，非洲有埃及。國際知名學者有比國 Marquet、法國 Portmann、西德 Prester、日本 Hirano 及美國 Pulio 等人參與，更為大會生色不少。

只要你留意，即可由會議中獲得新知識，尤其在智識爆發時期，比書報、雜誌更為便捷，例如人工耳蝸另有新型，內感應線圈以手術套在外聽道，外感應圈塞入外聽道則可，亦屬多頻道型，效果不錯。扁桃腺切除，可治手足禰癬等。

在不同國家舉行會議，也可藉此洞察該國風俗民情，這次大會安排宴會在泰姬宮旅館後庭花園中舉行，而把印度民俗表演湊在一起，廣場中有盛裝大象，着莎里裙美女在門口灑紅花、香水，其中有傀儡戲、玩猴、狗熊、魔術、算命、技術及歌舞表演等，令參加者目不暇給，心曠神怡，然後享印度大餐，主人多用左手抓食，其味無窮。

榮總人醫學會聚餐

大小會議，都經過精心設計，

參加時擇優獲取，以壯自身，
下屆亞太耳鼻喉學會已決定四

年後在香港舉行，更易於參加。

您的光臨是我們的榮幸與期盼！

A PASSAGE TO INDIA

時間：76年12月12日（週六）下午六時三十分
地點：台北希爾頓飯店三樓明皇廳

ALUMNI GI MEETING

OTO's scope

BELL'S PALSY

- 1) unilateral peripheral, lower motor-neuron facial n. paralysis
- 2) acute, progressive course reaching maximum weakness within 3 wk or less.
- 3) diffuse involvement of all distal branches
- 4) no readily identifiable cause
- 5) viral inflammation, polyneuropathy; entrapment theory
- 6) some recovery of function within 6 mo

It is not Bell's palsy if:

- 1) loss sudden and complete, and electrical response lost in first 3-5 days
- 2) recurs on same side
- 3) slowly progressive after 3 wk
- 4) no recovery after 6 mo
- 5) twitching and weakness
- 6) mass in neck

• 顏面神經麻痺

VCN: ventral cochlear nucleus
DCN: dorsal cochlear nucleus
SO: superior olive complex
LL: lateral lemniscus
IC: inferior colliculus
MG: medial geniculate

陳正熹

Neural generators of human ABR

耳鼻喉科
院際聯合討論會

- | | | |
|---------|-----------|----------------|
| 77-1-30 | 榮總 陳柏豪 | 纖維蛋白膠劑在耳鼻喉科之應用 |
| 77-2-27 | 三總 柯世豐 | 聲音分析 |
| 77-3-26 | 榮總(特約)盧盈洲 | 鼻部功能性手術 |

演講預告

◆ 鼻部手術對嗅覺及空氣阻力影響之評估 ◆

嗅覺、空氣阻力及呼吸道的通暢均為鼻部的重要生理功能，因此，鼻部病變所引起之鼻塞及嗅覺異常，會嚴重影響病人鼻部功能及日常生活。以往，其嚴重程度只依據病人主觀主訴及鼻部理學檢查所見來判定，既不客觀且不準確，常造成判讀上的困擾。目前，利用鼻阻壓計及嗅覺檢查儀，不但可以客觀評量鼻部病變引起鼻塞及嗅覺異常的程度，更可以客觀準確地評估各種鼻部手術對鼻塞及嗅覺異常改善的成效，進而了解各種鼻部病變的病理生理變化。

本部從去年(75)引進鼻阻壓計及嗅覺檢查儀，應用在鼻部病變的診斷及手術治療效果的評估，一年來的經驗我們發現：

1. 鼻阻壓的正常值範圍：右鼻孔的空氣阻力(RrR)： $6.39 \pm 2.0 \text{ cmH}_2\text{O/L/S}$ ，左鼻孔(RrL)為 $6.38 \pm 1.76 \text{ cmH}_2\text{O/L/S}$ ，兩側鼻孔(Rrboth)是 $4.14 \pm 1.34 \text{ cmH}_2\text{O/L/S}$ 。其關係如下： $\frac{1}{Rrboth} = \frac{1}{RrR} + \frac{1}{RrL}$ 。無性別之差異，但受到鼻生理循環及姿勢等因素影響，左右側鼻孔的空氣阻力會有相互起伏變化；而兩側鼻孔的空氣阻力則較恒定。因此，我們以兩側鼻孔的空氣阻力來評估鼻塞程度。
2. 單純鼻中隔彎曲及慢性副鼻竇炎，其空氣阻力並未增加，因此術後亦未改善空氣阻力。但鼻中隔彎曲合併慢性肥厚性鼻炎及慢性副鼻竇炎合併鼻息肉，其空氣阻力則有明顯增加，必須做粘膜下鼻中隔切除術加上下鼻甲切除術及 Caldwell Luc's 手術加上鼻息肉切除術，術後才會有顯著的改善。
3. 使用 4% Cocaine，使鼻膜粘去鬱血，對於慢性副鼻竇炎合併鼻息肉患者的空氣阻力並無顯著改善；但是，對於其他鼻部病變的空氣阻力則有明顯改善。可見，4% Cocaine並無法使鼻息肉縮小。
4. 術後 1 至 3 個月的評估與術後 6 個月後的評估結果相近。可見，若無其他因素，如合併過敏性鼻炎或上呼吸道感染，則鼻塞改善的程度自手術後一直可以維持下去。
5. 嗅覺喪失的程度與空氣阻力高低呈正比關係，而且與鼻塞期間長短有關，尤其是慢性副鼻竇炎合併鼻息肉病患。所以儘早治療，且要切除鼻內贅生物，才有可能改善嗅覺異常病變。
6. 對於因鼻塞造成嗅覺喪失的病患，鼻部手術不但可以改善鼻塞，同時約有半數可以改善嗅覺功能。

因此，對於主訴有鼻塞及嗅覺異常的病患，進行各種鼻部手術前應做鼻阻壓力及嗅覺檢查。這些檢查，不但簡單、快速、無副作用，而且可以提供客觀及準確的資料。這些資料配合臨床理學檢查，可以讓醫師精確評估，也可以獲知手術成效及缺點，使耳鼻喉醫師能知所警惕，精益求精，以改善其治療方法。

77-4-30 榮總 吳和修

耳鼻喉科藥物之使用

77-5-28 榮總 陳正熹

航空醫學與動暈病

77-6-25 榮總 黃瑞麟

兔唇、腭裂與聲音復健



順風耳

榮民總醫院
耳鼻喉部
發行人：張斌
第三期 77年8月

隨

風

而

起

正
式

衆所週知，氣動成風，氣無色但可感知，風有動感及動象，而形成宇宙間形形色色，故先祖們對氣與風特別重視，人端賴一息呼吸之氣才能存活，想像中它在五臟六腑間，十二經絡中循行無阻，則身體康健，如有阻塞，疾病生矣。而風為外感致病重大原因之一，以往許多急病加一風字，迄今仍沿用者如傷風、痛風、中風及羊癲風等。

事實上，耳鼻喉科對氣的認識相當重要，鼻、咽喉為上呼吸道重要部分，其中充塞了呼吸之氣，如有發炎、生瘤或存異物而不通暢，僅在鼻部尚不致危及生命，而喉管不通，如不及時救治，性命堪虞。頭兩側中耳腔也需靠耳咽管時時送氣入內，才能維持正常聽力。上更利用呼出廢氣，顫動喉中聲帶發聲，再經構音各器官協調成為人類互相溝通利器——話語，奉告諸位，如能在耳鼻喉各部位使流通之氣暢行無阻，保證你一定是一位優秀的專科醫師。上翻一邊，我們小冊子祇求順風，人間許多事莫不隨風而起，豈其然乎。

濟上曾吹了一陣「大家樂」風，政治上崇尚民主風，上次學會理監事改選也為「求變風」吹

Diagnosis & Surgical Treatment of Acoustic Neuroma

陳正喜

美國愛荷華大學醫院耳鼻喉科副主任 Prof. Lee A Harker 於今年元月十四日光臨本部演講，內容包括三大重點：

(一) Diagnosis of Acoustic Neuroma:
Clinical suspicion: 強調 unilateral lesion 的重要性，例如單側或不對稱性 SNHL, tinnitus.
Acoustic reflex: 約有 80% 之病例呈異常結果，包括 1) Absent response 2) Elevated threshold 3) Abnormal decay 等，故頗具診斷價值。

ABR 仍為最精確的檢查，聽神經瘤對聽覺影響的機轉主要是由於 1) Pressure 2) Stretch 3) Infiltration & destruction 4) Vascular; ABR 異常的情況包括 1) V 波潛值延長 2) V 波消失 (可能由於聽力損失或是腫瘤本身) 3) 對側 III - V 波間潛值延長。

Middle latency response 並不具診斷價值。
Magnetic resonance imaging (MRI) 比 CT 更進步，效果更佳。

(二) Indication of surgical treatment:
除了極少數病例外 (例如 elderly, poor risk Pt)，surgical approach is the only treatment!

(三) Types of Surgical Treatment:
手術方法有 suboccipital, translabyrinthine, retrolabyrinthine & middle fossa approach 等。
一旦腫瘤大小超過 3 cm 均無法保留聽力。
Harker 教授約做了 50 例 Middle fossa approach 手術，其中一例 Mortality，原因可能是 Brain stem embolism，所有顏面神經功能均未受損，60% 之聽力得以保留。

“順風耳”

· 本部於年初添購顯微手術電視攝影機，對於耳科、喉科顯微手術的記錄、觀摩與教學有很大的助益，我們竭誠歡迎順風耳讀者前來指教。

· 荣總第四屆耳鼻喉科新知研討會定於八月 28 日 (週日)
下午於高雄醫學院舉行，敬請大家踴躍參加。

· 著名的耳科顱骨病理學家 Prof. Raul Hinojosa 應三總之邀，將於十月中再度來訪，屆時亦將蒞臨榮總指導，敬請密切注意。



Prof. Raul Hinojosa

1983.9.17
陳正喜畫



• 陳柏豪大夫自八月份起榮任永和耕莘醫院耳鼻喉科主任，晚間並在松山地區從事基層醫療工作，我們預祝陳主任鴻圖大展。

榮總人工耳蝸植入近況

陳 柏 豪

本部於七十四年十月開始實施耳蝸植入術，三年來施行了三例單頻道之維也納人工耳蝸（Vienna device），病人聽語復健訓練後皆可聽到聲音，對超音段成分之辨別力也不錯，而且皆有一些語言分辨能力，此結果相當令人滿意。

從最近之文獻及國際會議上各專家提出之資料顯示多頻道人工耳蝸之效果似乎較為優異，其中猶他型人工耳蝸（Utah device）評價甚高，本部遂積極籌劃並於去年獲衛生署正式核准引進多頻道式之猶他型人工耳蝸作人體試驗。在部主任領導及同仁鼎力幫忙下，半年來謹慎檢查選擇病患後，終於在七十七年五月廿五日於台北榮民總醫院完成亞洲第一例之多頻道式猶他型人工耳蝸植入手術。

病人為五十一歲男性，小時候曾發高燒後慢慢聽力減退至十八歲時兩耳成嚴重之感音性聽障，屬於語後失聰者（Postlingual deaf）說話相當清晰且讀唇能力頗佳。手術時間約四小時，過程順利，以後鼓室切開術（Posterior tympanotomy）把電極置於耳蝸之鼓室階內，再以電極分析儀測定電極之阻抗及確定電極之功能及位置。手術後病人情況良好，拆線後傷口癒合佳，已出院月餘，現正開始做聲音處理機之調整及聽語復健，待有進一步結果將再行提出報告。

“順風耳”短聞

• 呂季映大夫完成總醫師訓練後榮調嘉義榮民醫院服務。

• 孟珍怡大夫於嘉義榮民醫院服務2年屆滿，再度回到台

北加入我們的陣容。

• 本部新任總醫師：（五虎將）

王克仁、劉得聖、梁家豐、邱士榮、彭武朗

榮
總

人
工
耳
蝸
植
入

近
況

一種較理想的副鼻竇手術：鼻內視鏡手術法

盧盈洲醫師

副鼻竇炎常以上頷竇及額竇症狀來表現，X光檢查以額竇及上頷竇發現為主，篩竇病變常不易於例行X光檢查中清晰顯示出來，由於以往副鼻竇炎的手術多將焦點放於上頷竇，所以常使初學者誤以為C-W-Luc手術就代表副鼻竇手術。但由經驗累積及生理研究發現副鼻竇手術失敗的原因常在篩竇，因此現在常以多竇切除術一先做C-W-Luc手術再經由鼻內及上頷竇做篩竇或蝶竇手術，根除所有病灶。但有實施此手術經驗的同仁必有“醫師腰酸背痛，病人鼻青臉腫”的感覺，病人常做一側手術後就拒絕另一側手術且有不可避免的牙齦及面部麻木的後遺症。因此介紹一種較合乎生理行為及較舒適的手術—鼻內視鏡手術療法。

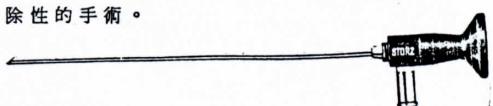
據Messerklinger等研究鼻內最狹窄處為中鼻道及前篩竇，因此最易致病，且易引起上頷竇及額竇病變。Stammberger、Kennedy等認為上頷竇黏膜再生性很強，所以在去除篩竇病灶後常可使臨牀上幾乎已不可逆的黏膜變好；“上頷竇的黏膜纖毛運動都指向上頷竇自然開口，縱然有下鼻道造口其黏膜纖毛運動還是指向自然開口”，因此發展出利用鼻內視鏡檢查及斷層攝影以診斷出篩竇病灶，並將其在鼻內視鏡下切除及擴大上頷竇開口，造成副鼻竇與中鼻道間引流通暢，以期副鼻竇恢復正常。因此是一種功能性的精細手術，但絕非是局限性或不完全的手術，若病灶擴展至後篩竇或蝶竇亦可將其廣泛切除。

本人於去年醫學會報告此手術初期成功率達80.3%，對於單側性、微菌感染或有頭痛症狀的副鼻竇炎效果尤佳。由於本地的經濟因素不可能廣泛實施斷層攝影，因此常在症狀與鼻內視鏡檢查不合或已做過手術者才做斷層攝影。本手術的併發症與鼻內篩竇手術相同，但只要有良好的鼻內視鏡操作經驗及具備副鼻竇相關的解剖知識，很少有嚴重併發症。

本手術主要將鼻內病灶除去，如前篩竇切除造成通暢的副鼻竇引流，使其他病態黏膜恢復正常，也就是因為如此，黏膜恢復正常的過程受到很多變數的影響，如副鼻竇炎的程度、手術技術、感染、全身狀況、過敏……等非單純手術本身所能控制，因此手術後之追蹤治療非常重要。

鼻內視鏡手術法可治療大部分的副鼻竇炎，就如同鼓室成型術可治療大部分的中耳炎，若此手術失敗可考慮使用根除性的手術。

Sinoscopy



望年會

徐世澤

調寄憶王孫



順風耳

榮民總醫院
耳鼻喉部
發行人：張斌
第四期78年3月

全家結伴草山上
耳鼻喉部聚一堂
友好今宵情義長
話家常
新歲應較舊歲強
當年榮總進修忙
看病診療費思量
今夜輕鬆中大獎
莫相忘

敬業樂群醫德彰

中華醫學會暨

耳鼻喉科新知研討會

眩暈症

演講者：楊蓮生院長、黃俊生主任
林炯堃醫師、楊怡祥醫師
朱世輝醫師、陳正熹醫師
水越鉄理教授（外賓）

時間：78年6月11日（週日）下午1:30

地點：台北榮總 會議中心第三會場

X X X X

喉科短聞

※一種新的聲門碟治療方法，經由本科的實驗研究及臨床應用證實，以自體組織粘膠的內視鏡粘膜移植法，將可成為一有價值的前聲門碟治療新法。這種內視鏡粘膜移植法，也同時可望應用於其他咽喉手術治療，此法的研究結果將在世界耳鼻喉科醫學會發表。

※下咽癌患者接受全咽喉切除治療後，其下環性缺損的重建，一直是醫學上的一大難題。

・本科發展使用部份管狀胸大肌肌皮瓣及前頸皮瓣的內面做重建手術，在動物實驗及臨床應用證實此種新方法之可行性後，此法已成為本科常規選擇使用的方法。此論文將於最近在美國 Laryngoscope 雜誌刊登。

※語言治療室最近添購了一批音聲及語言分析儀器，及整套 PC 裝置，做為診斷治療及研究發展的工具。

最新增購的儀器有 Visi-Pitch 及 Nasometer，可對音聲障礙及腭咽閉鎖功能不全之病患做客觀的評估與治療。將此儀器及現有的 Sona Graph 連接於 PC 上，可做快速完整的資料整理。

SPAIN

西班牙

之旅

本屆耳鼻喉科世界大會將於今年九月在西班牙舉行，我們打算組成 ENT 歐遊旅行團前往，竭誠歡迎大家攜眷、伴參加，有意者請速與張學逸主任連絡。

TEL : (02) 8314262 或 8712121 轉 3750
(9:30 ~ 11:30 PM)

TOUR IN Europe

A Fine Touch of Europe

張斌

請大家不要誤會，今年並非眩暈盛行，每人都暈的七葷八素，矇矓不清。而是今年有許多機會討論「眩暈」這一問題。

眩暈是很討厭的症狀，患者外感天旋地轉，內覺五臟翻騰，有世界末日來臨之感。早期先祖們對此恐怖感覺總認為腦中有病，直到一八六一年法國名醫梅尼爾描述一病人有眩暈、聽障及耳鳴，他獨排衆議認為眩暈起於內耳病變，且經解剖證實。之後由許多學者研究，身體平衡出了問題，就會有眩暈感。而維持身體平衡，則由內耳前庭、視覺及深埋在肌肉與關節中的本體感覺共同協調維護，由中樞分析研判三系統的情報所稱動靜位置，採取必要應變動作。但是各部情報如不一致，如本體感及視覺互異，或視覺同前庭不同，可能發生眩暈甚至嘔吐，一般所謂暈車、暈船之動暈病，則由此而起。前庭兩側功能突不平衡，更會引起急性眩暈。

萬物在世，需配合地心引力，以維持自體平衡，渾身著地最為平穩，四肢著地方便多多，人類進化成直立狀僅兩足著地，維持平衡比較困難，嬰兒到了九個月後才能慢慢站穩。因此致使眩暈的機會特別多，我想每個人都會有眩暈之經驗。

引起眩暈的原因錯綜複雜，一般醫師喜歡把這類病人推予耳鼻喉科醫師處理，我們應當把「眩暈」問題多加了解。今年三月四日台北市忠孝醫院率先舉辦前庭功能試驗之專題講演及儀器操作研習，由美國學者馬拉松指導。四月一日耳鼻喉科學會將在來來飯店舉辦「如何處理眩暈病人」研討會，由二位日本教授做專題講演，且由各大醫院專家分題講述。六月十一日，中華醫學會也將於榮總東區第三會議室舉辦眩暈研討會，屆時將邀請日本眩暈界泰斗水越鉄理教授蒞臨講演，並講述目前新推出動靜態姿勢平衡測試儀，既然進入耳鼻喉科這一行，請把握今年機會，將「眩暈」弄清楚。

鼻功能免疫實驗室簡介

林清榮

臨床檢查雖為診斷及治療疾病最基本之依據，然而藉助各種實驗室檢查及研究，可更精確了解及評估疾病的確實性，使結果與臨床檢查能相輔相成，使疾病的診斷更迅速，治療效果也更臻理想。因此本部最近乃擴充及更新原有之鼻功能室的設備與人力，成立鼻功能免疫實驗室，除加強原有之鼻功能檢查：包括了鼻阻壓檢查、嗅覺功能檢查、副鼻竇超音波檢查及副鼻竇直視鏡等，並將積極做下列檢查及研究：

- ① 鼻細胞學檢查。
- ② 免疫功能檢查。
- ③ E B 病毒抗體檢查。
- ④ 頭頸腫瘤之血清腫瘤標記研究。
- ⑤ 腫瘤細胞去氧核糖核酸分析。
- ⑥ 腫瘤細胞培養。

陳記得醫師赴美專攻免疫學已近一年半，預定於今年在本部同仁努力下，希望鼻功能免疫實驗室，在年中開張後，能在基礎醫學之研究及檢驗分析方面，獲致良好及突破性的成果，並將之應用於臨牀上，使病人能得到更高水準的醫療服務。



Forget me not!

榮總耳鼻喉部「聾幼童輔導中心」即將成立

自去年底耳科聽力檢查師管美玲小姐赴美進修「幼兒聽力學」學成歸國後，即積極進行「聾幼童輔導中心」的籌備工作，預定於今年年中成立。

由於國內的聽障特殊教育僅以三歲以後的兒童為對象，却忽略了三歲以前的所謂學習的關鍵期，使得聽障復健的效果打了折扣；而一般醫院在做完助聽器選配後，亦困擾於不知如何轉介這些聽障幼兒進行復健。設立「聾幼童輔導中心」可使檢查與復健一氣呵成，並以三歲以下的聾幼童及其父母為主要的輔導對象，工作的項目包括：

- ① 聽力評估
- ② 助聽器選配
- ③ 語言發展評估
- ④ 指導父母如何在家訓練聾幼童？
- ⑤ 定期追蹤評估

相信本中心的成立，能使相關的醫療、復健人員及聽障幼兒的家長們有正確的認識，並能提昇社會大眾對聽障幼兒的關心與了解，使得這群被忽略的幼童都有及早獲得矯正、復健的機會，屆時還請大家多加支持！



oto's scope

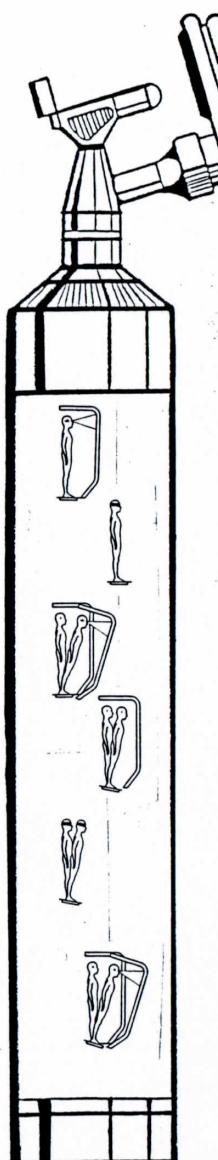
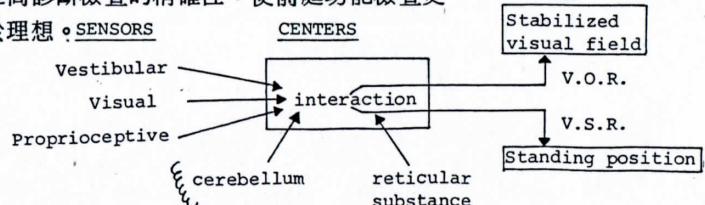
耳神經檢查將添新設備—— “動態姿勢平衡儀”

陳正熹

人體的前庭反射主要有二：一為上行的「前庭眼反射」，能固定視域，與半規管的關係較密切；另一為下行的「前庭脊髓反射」，可支配四肢肌肉，維持其張力，與耳石器官或垂直半規管的關係較密切。前庭眼反射異常時，因無法固定視域，可能會出現眼振 (nystagmus) 或動搖視 (oscillopsia)；前庭脊髓反射如受到影響，則會造成步履不穩 (ataxia) 現象。

對於頭暈或平衡失調的病人，傳統的「前庭功能檢查」多以眼振電圖 (ENG) 檢查來代表，即偏重於前庭眼反射功能的檢查，至於前庭脊髓反射的檢查，由於「閉目直立試驗」(Romberg test) 的精確性不高，一向都被忽略掉，以致臨牀上常遇頭暈病人却檢查不出所以然的窘境。

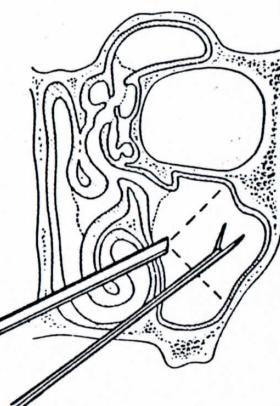
為了增進前庭功能檢查的精確性和實用性，我們一方面設法改進眼振電圖檢查，將改換封閉型溫差試驗灌注器 (closed-loop caloric irrigator)，另一方面將增加對前庭脊髓反射的檢查，計劃於今年中引進國內第一部的「活動平台姿勢平衡儀」(moving platform posturography*)。二者相互配合，屆時將可提高診斷檢查的精確性，使前庭功能檢查臻於理想。SENSORS



(* 目前國內於台中榮總、三總所擁有的均屬固定平台式的靜態平衡儀檢查)

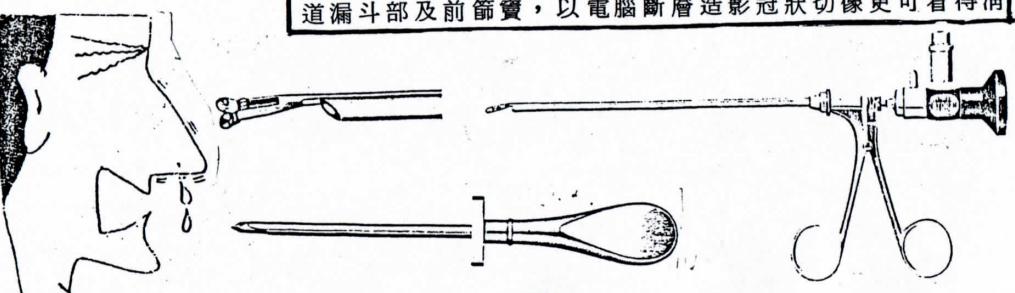
順風耳

榮民總醫院
耳鼻喉部
發行人：張斌
第五期 78年12月



Sinoscopic Surgery

and Treatment

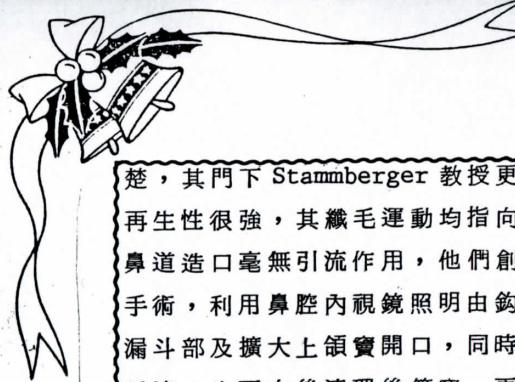


評 Stammberger 教授旋風 一兼論內視鏡下機能性鼻竇手術

張斌主任

鼻竇是鼻腔兩側與鼻腔相通的四對空腔，也有人稱為副鼻竇，源自 Paranasal Sinus，Para 原意為「旁」或「副」，稱為鼻旁竇較妥切，而誤譯為副鼻竇，事實上沒有正何來副，稱為「鼻竇」就明白了。鼻竇與鼻腔的通道一旦阻塞，再加細菌侵入感染，就形成鼻竇炎，尤以上頷竇自然開口相當高，引流不易，發炎機會多，治療急性發炎給予抗生素及消腫劑多可痊癒，如時久不癒，變成慢性，則需手術治療，過去觀念認為把其中膿液排除，造口引流，當可好轉。像最易發炎的上頷竇由那一個地方找條出路才好？經多人尋尋覓覓，公認由上唇內，犬齒窩處切開粘膜，打開竇前薄骨，視野清晰，祛除病灶，再由下鼻道造新引流口，稱 Caldwell Luc 手術。Caldwell 是美國人 Luc 是法國人，他們兩位於 1893-7 年先後發表此術，當時交通不便，郵電不發達，手術方法雷同，但絕無抄襲之嫌，遂把兩位名字名此手術，以資紀念，但歐人喜稱 Luc 手術，美人愛用 Caldwell 術名。以此術治療慢性鼻竇炎，雖然沿用了一個世紀，但術後暫時鼻青臉腫、傷口局部麻木尚可忍受，而且多半仍會鼻塞流涕，療效令人失望。

經奧地利 Graz 大學耳鼻喉科主任 Messerklinger 醫師多年內視鏡觀察研究，發現引起上頷竇阻塞地方為中鼻道漏斗部及前篩竇，以電腦斷層造影冠狀切像更可看得清楚



楚，其門下 Stammberger 教授更細心觀察認為上頷竇粘膜再生性很強，其纖毛運動均指向自然開口，以往所做的下鼻道造口毫無引流作用，他們創出合乎生理的機能性鼻竇手術，利用鼻腔內視鏡照明由鉤狀突處切開清除前篩竇、漏斗部及擴大上頷竇開口，同時也可清除額隱窩以利額竇引流，也可向後清理後篩竇，更可打開蝶竇，一切步驟都可在局部麻醉下施行，流血很少，術後不需塞鼻，當然術後不會有臉腫、發麻之後遺症，鼻塞流膿，都能改善。一經推出，風靡全球。

Stammberger 教授四十餘歲，英語流利，條理分明（Messerkligner 不諳英語），因此在世界各地出盡風頭，更有循循善誘、誨人不倦的精神，這次由學會出面，西河公司聘請於八月四、五日到榮總東院第一會議室做機能性鼻竇手術專題講習，兩天來有演講，有解說錄影放映，有實體手術示範，有解答問題等，其中只有鼻部電腦斷層造影由鄧木火主任講了一堂，其他都由他一人包辦，約有 130 位來參加人員莫不聽得津津有味，手術精簡，效果奇佳，難怪講習會後，此種手術器械，供不應求，起先只有曾到奧地利親向 Stammberger 學習的盧盈洲醫師開始做此手術，此次講習後許多人躍躍欲試跟進，希望大家在術前詳研鼻部電腦斷層造影，細心操作，使許多病人蒙受此惠。

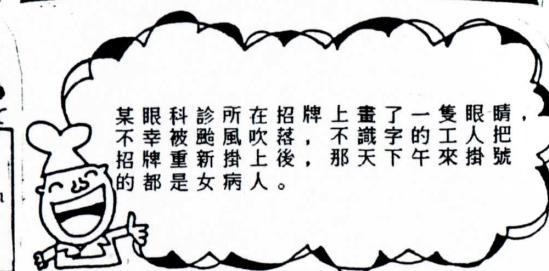
消遣時間



據說英國首相柴契爾夫人訪問中國大陸時，質問鄧小平：Do you have election? 年邁好色的老鄧回答說：Yes, every morning.

今年的新住院醫師：

侯友益 翁英哲 朱本元
范文和 吳泰成 黃明正



某眼科診所在招牌上畫了一隻眼睛，不幸被颱風吹落，不識字的工人來招牌重新掛上後，那天下午掛的都是女病人。

癌症免疫療法

陳記得

癌病一直是我們的一項嚴峻的挑戰。由於細胞免疫學與 DNA 合成技術的發展促進了癌病之免疫療法。

早期的腫瘤免疫學乃以主動免疫來治療。當時鑑於預防注射對於傳染病的控制非常理想，故促使研究人員考慮以此法治療病人。其理論根據乃是假設一個生長中的腫瘤不能導致病人的最大免疫反應，故以改變腫瘤抗原，或利用 immunomodulator 來加強宿主的腫瘤抗原的免疫力。這是種高度特異性，且較無毒性的療法；但經過熱烈的研究後，發現此法療效不彰而放棄。

現趨向用細胞移植，亦即被動免疫治療來處理病人。早期因不能大量製造這種細胞而發展受阻。現在因為能人工合成 lymphokine 如 interleukin-2 以選擇性地大量繁殖具有抗癌作用的淋巴球而達到治療目的。

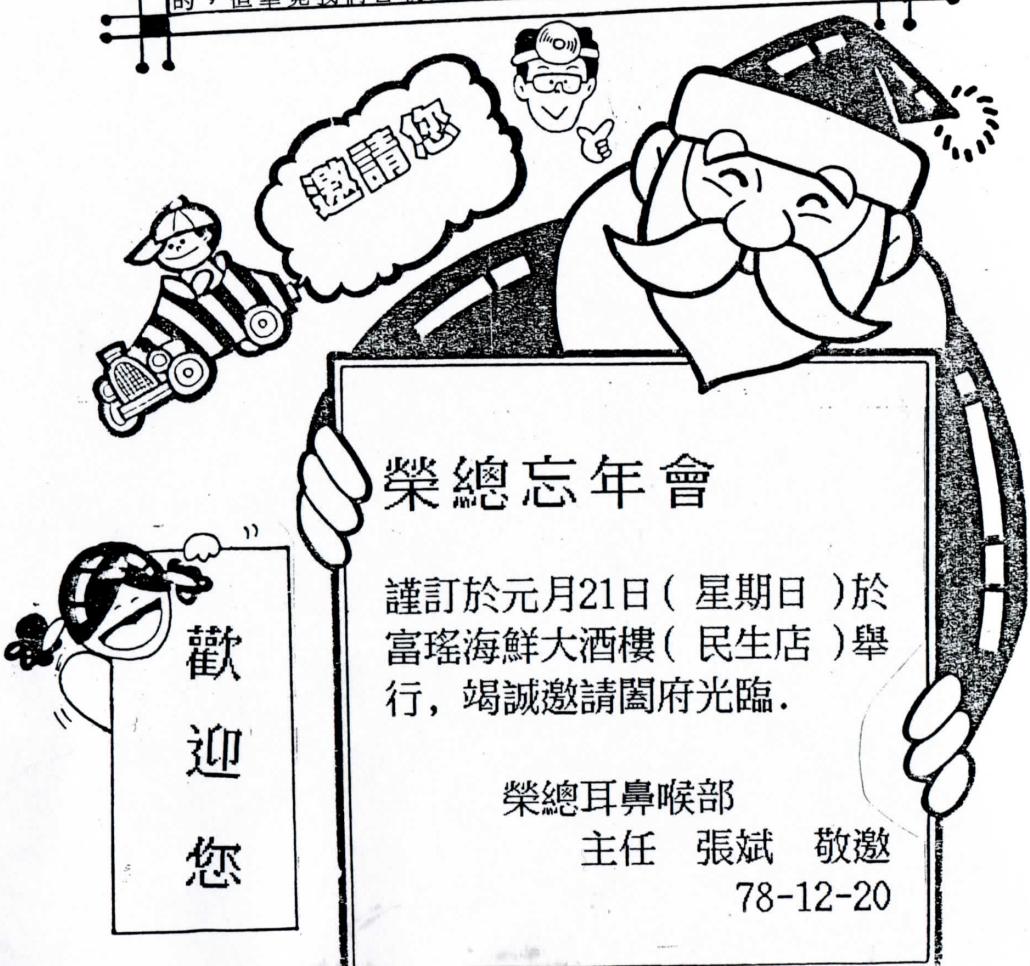
於 1980 年就有人將淋巴球與 IL-2 培養而產生 lymphokine-activated killing (LAK) cells。這種細胞能溶解腫瘤細胞而又不傷害正常細胞。LAK 與傳統的 cytolytic T lymphocytes 不同，並不受 MHC 限制，更能消滅殺手細胞無法對付的癌細胞。自五年前美國通過病人可接受 LAK 與 IL-2 治療後，已有不少晚期或轉移性癌症病人接受此種療法，其中不少顯示令人振奮的結果。

另外從腫瘤中可分離出 cytolytic T lymphocytes，稱為 tumor-infiltration lymphocytes (TIL)。這類細



胞每單位較 LAK 更有效 50 至 100 倍。未來趨勢是共用其他的 lymphokine 如 IL-4 來產生 LAK cells。干擾素亦可用於抑制癌細胞的生長。此外 tumor necrosis factor (TNF) 有直接抗癌能力。Colony-stimulating factors (CSFs) 如 G-CSF 與 GM-CSF 亦能刺激 neutrophil 與 macrophage 來直接溶解癌細胞；故合併單株抗體與 CSF 能有很好的治療效果。

上述乃是當今免疫學上對癌病治療的趨勢。本人奉張部主任指示赴美進修免疫學，於二年多終於完成碩士課程。於研究所中所學多偏重於基礎，現回到工作崗位致力於將所學發揮到前述的臨床治療。其中有很多需要努力突破的，但畢竟我們會朝此目標邁進。



參加西班牙第十四屆世界耳鼻喉科醫學會

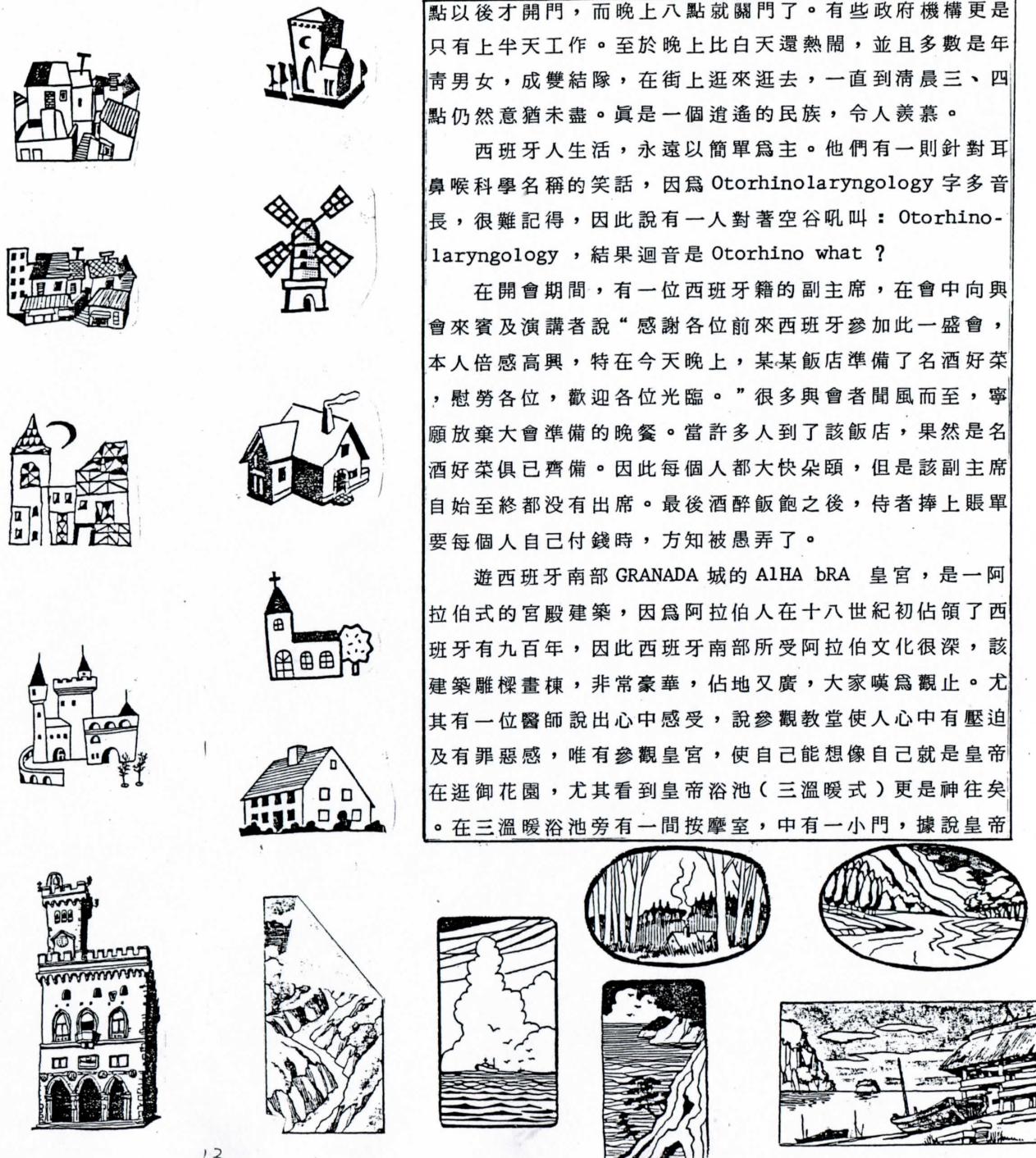
朱繡棟

今年九月十一日在西班牙首都馬德里舉行的世界耳鼻喉科醫學會，是每四年舉辦一次的耳鼻喉科大拜拜，因為西班牙位於遙遠的歐洲大陸，因此由台灣去參加人數並不算很踴躍。本部由林清榮主任領隊，其中成員包括張學逸主任、陳正熹大夫、梁家豐大夫、陳光超大夫及本人，算是陣容最龐大的一隊，這是多蒙張部主任極力支持及許多留守在科內工作同仁的幫助，才能使得我們這群人能到國外接受最新的資訊。

而在會中所得到的訊息，自回來後都已經在科內向許多同仁做過會報。除此以外，許多同仁及參加該會的眷屬都有參加西班牙南部及馬德里附近之旅，本人特在此將所碰到或聽到的趣事記錄下來，以供各位茶餘飯後之笑料。

西班牙是一個非常熱情浪漫的國度。但給我的第一感受就是辦事效率不高，在台灣時有些寄了錢去預先報名的，到了現場却發覺沒有他的資料，變成如要參加大會，必需再次交費，因此氣得那位醫師走了，至於現場報到更是一片混亂，約有十個人，而輪到我已足足等了一個小時方才完成報到。

在西班牙做什麼事情都不會準時，連開大會都慢了半個多小時才開始，但唯獨有一件事“鬥牛”，聽說是非常準時，一分一秒不差。至於生活也是非常寫意，普通商店上午 9 點鐘開門營業，到中午一點就休息，一直到下午四

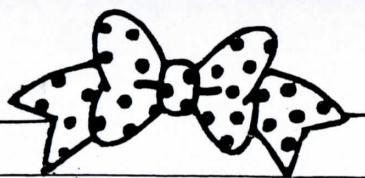


點以後才開門，而晚上八點就關門了。有些政府機構更是只有上半天工作。至於晚上比白天還熱鬧，並且多數是年青男女，成雙結隊，在街上逛來逛去，一直到清晨三、四點仍然意猶未盡。真是一個逍遙的民族，令人羨慕。

西班牙人生活，永遠以簡單為主。他們有一則針對耳鼻喉科學名稱的笑話，因為 Otorhinolaryngology 字多音長，很難記得，因此說有一人對著空谷吼叫：Otorhinolaryngology，結果迴音是 Otorhino what ?

在開會期間，有一位西班牙籍的副主席，在會中向與會來賓及演講者說“感謝各位前來西班牙參加此一盛會，本人倍感高興，特在今天晚上，某某飯店準備了名酒好菜，慰勞各位，歡迎各位光臨。”很多與會者聞風而至，寧願放棄大會準備的晚餐。當許多人到了該飯店，果然是名酒好菜俱已齊備。因此每個人都大快朵頤，但是該副主席自始至終都沒有出席。最後酒醉飯飽之後，侍者捧上賬單要每個人自己付錢時，方知被愚弄了。

遊西班牙南部 GRANADA 城的 ALHA BRA 皇宮，是一阿拉伯式的宮殿建築，因為阿拉伯人在十八世紀初佔領了西班牙有九百年，因此西班牙南部所受阿拉伯文化很深，該建築雕樑畫棟，非常豪華，佔地又廣，大家嘆為觀止。尤其有一位醫師說出心中感受，說參觀教堂使人心中有壓迫及有罪惡感，唯有參觀皇宮，使自己能想像自己就是皇帝在逛御花園，尤其看到皇帝浴池（三溫暖式）更是神往矣。在三溫暖浴池旁有一間按摩室，中有一小門，據說皇帝



看上那一位嬪妃，就經由小門投以蘋果，那嬪妃就有入選陪夜的權利。剛巧這小門旁有一棵蘋果樹，又瘦又小，我說大概是那皇帝採折得太多，使得該樹不勝負荷。果真如此，我笑那位“假皇帝”那有力氣逛御花園，很可能要靠宮娥、太監們幫忙抬走了。

另外有一件事使得我們這一團中，結婚過的男仕很感傷的是，同樣參加旅行，而已婚男仕沒有人理，而未婚男“生”很得“人緣”，不斷有小姐邀請，我與某男仕在房中只有聊天。害得這位已婚男仕大嘆有代溝，當然我心中酸溜溜自所難免，但不論如何這次是一次很值得去參加的醫學會及難忘的人生之旅。



祝 賀

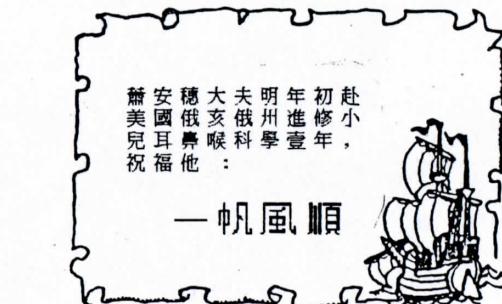
王克仁大夫及曾慶隆大夫分別
榮升省立朴子醫院及省立雲林
醫院耳鼻喉科主任



劉得聖大夫於十一月
法國進修一年，祝他
馬到成功

蕭安穗大夫明年初赴
美國俄亥俄州進修小兒
耳鼻喉科學一年，
祝福他：

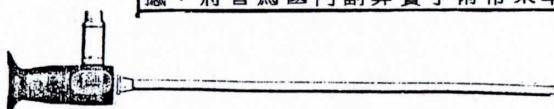
一帆風順



「內視鏡功能性副鼻竇手術」
(專題演講八月間在榮總舉行)

邱士榮

這次由中華民國耳鼻喉科醫學會主辦，由榮總耳鼻喉部及西河公司共同協辦之「內視鏡功能性副鼻竇手術」專題演講會，於八月四、五兩日在榮總醫研大樓一樓第一會議室舉行。會期壹天半，參加者近兩百人。主要由奧地利史坦柏格教授主講，內容共分七個講題及四段教學錄影帶，包括副鼻竇之解剖與生理、術前之診斷、手術之適應症及方法、術後之照顧及合併症等，內容非常精彩，其中最精彩的為第二天早上之屍體實際操作與示範。本地演講者則由榮總神經放射線科鄧木火主任擔任，講題為副鼻竇之放射學診斷。由於史坦柏格教授乃此種手術之先驅人物，其臨床經驗非常豐富。透過其豐富的演講內容及清晰流利之口才，使每位參與的會員都得到很大的收穫。相信這種尊重「人性」的手術，已帶給國內耳鼻喉科界相當大的震撼，將會為國內副鼻竇手術帶來革命性的突破。



Sinoscopy



耳鼻喉科院際聯合討論會

78-12-23 三軍總醫院耳鼻喉部
陳祥霖 大夫
部分喉切除對氣道阻
力之影響
79-01-20 榮民總醫院耳鼻喉部
梁家豐 大夫
中耳炎及頸內併發症



順風耳

高雄榮總的誕生

張斌

經過了五年的孕育，高雄榮總終於在七十九年十月卅一日呱呱墮地。台北榮總成立於四十八年十月卅一日，二十三年後，台中榮總於七十一年十月卅一日降生，八年後榮民節同一天，在南部高雄又出現的一個嶄新的榮總。她的誕生，係政府為了照顧南部地區社會大眾及榮民榮眷之重要醫療設施，開放作業後，除提高醫療品質外，同時將帶動並提昇南部地區醫學水準。

台北榮總之設立，開始以國防醫學院臨床教授為基礎，再融合其他各醫學院精英於一爐，在盧、鄭前院長慘淡經營和羅院長高瞻遠矚領導下，以及政府大力支持，才能逐步培育人才，修建大廈購置儀器，慢慢茁壯成長，由不起眼的小醫院而成爲全國醫學中心之一。目前這裡每天有看不完的病人，做不盡的各類手術，有最新的醫療器材，引用了最新的醫療技術，因此這裡是許多醫學畢業生嚮往的地方，如能到台北榮總接受訓練，前途事業，希望無窮。其他榮總，都有相同的功能。

高雄榮總位於左營區菜公段，距市中心只有十餘分車程，其設施以我國一級教學醫院為標準，充分開放後將有病床八二八張，門診每日二千位，主治醫師目前有六十八位，陣容相當堅強，以耳鼻喉科為例已有四位主治醫師各項專科皆有專人負責，尤以鼻、頭頸科更屬強棒。開幕這一天，南部政界、黨界、醫界頂尖人士，冠蓋雲集，他們對高雄榮總對南部醫療提昇都有很高的讚揚與期許。

台北、台中及高雄榮總本是一家，一脈相傳，希望以最好、最新醫療服務大眾，以提高全民福祉。

榮民總醫院高雄分院開幕記事

朱繡棟

行政院退輔會爲了照顧南部地區榮民及民衆，於七十四年正式將台北榮總高雄分院之籌建列為國家十四項重要建設設計子項之一，不僅使南部五十萬榮民（榮眷）可獲得較妥善之醫療照顧，並將為公、勞、農保及一般民衆提供良好之醫療，更可支援未來全民健保醫療網作業，進而提升南部地區醫療品質。

自籌建迄今，已超過五年，終於七十九年十月卅一日榮民節暨蔣公誕辰正式開幕，本院座落於左營區，位近民族路（省道）旁之院區，面積有一六·八七公頃，外表呈X形的醫療大樓外加相連的門診大樓，使得動線很流暢。在高速公路，遙遙望見十層宏偉之建築，在二、三年內第一、二高速公路都有交流道直到分院門口，那時交通更為便捷。

本人自籌劃之初，即奉張部主任之命，主持設計及規劃事宜，其中歷經多次變更，但大致來說得到各級長官之支持，尤其是鄭院長德齡及張部主任斌的大力支援，目前在耳鼻喉科設備儀器及人員上都足以擔當一級教學醫院的角色。有些醫療儀器可稱得上是全國最新穎，至於本科醫師之養成訓練絕大多數是在台北榮總養成，包括主治醫師邱士榮、劉得聖，總醫師魏如瑾及住院醫師王俊仁、侯友益等，並有二位兼任主治醫師陸軍八〇二主任袁本治及屏東空軍醫院主任顏丁賢參加，陣容更堅強，本科同仁，都抱著利用最新型的儀器，以專業素養及服務之熱誠為南部榮民及民衆們服務。

除此外本院也有許多創新之舉，首先全院使用電腦作業，包括門診檢驗及開藥，而門診用藥是利用條碼式（形狀如超級市場收銀機）方式，在門診一按下輸入鍵時藥房已收到開藥的資訊，已可為病患調劑取藥。至於查看檢驗報告，都可由電腦銀幕上看到，而計價動作則完全由電腦自動執行，各種身份、需付之款項、數目都會印在電腦單上，病患自行到收費處交付即可。可節省病患去計價麻煩，又可節省醫院計價人員數十名之多。其次交換車作業方式，也是本院創舉之一，即申請單位所需之補給品項及數量輸入電腦，而補給單位將所需之正常用量利用交換車直接輸送到該單位，因此每個單位都不必自行庫存許多醫療用品，可以節省空間及不浪費物資。至於臨時緊急需用之補給品可以經由緊急申請領取也很方便。在全院來說可節省補給時所需人力，及減少大量不必要的庫存量。當然其它許多創新如內視鏡集合在一個地方集中管理，成為內視鏡中心。全院門診手術集中於門診手術中心。病理部設在手術室旁等，都是針對台北榮總某些缺失或為減少浪費人力而設計的。

回顧在建院期中，全院內塵土飛揚，許多醫護人員都在那種情況下進住醫院內工作，督促趕工修補缺失，經常一天工作回家黑皮鞋變成灰鞋，甚至有時停電，需在摸黑下工作，在沒有空調情況下，自己動手搬器械及桌椅。有人戲稱院內灰塵是經由「人工」吸塵器（醫護人員的肺）所吸乾淨的，在所有醫護工程人員通力合作下榮民總醫院高雄分院終於開幕。由目前每天二千門診病患及住院一床難求情況，我們知道建院心血沒有白流，當然每一位同仁都會更戰戰兢兢站在自己的工作崗位上，為榮民及全體民衆服務。

「新新聞」

四

1. 本部專科醫師蕭安穗大夫赴美進修小兒耳鼻喉科學及喉科學，已於一月四日學成返國。
2. 本部服務員張嘉莉小姐於十二月十九日有弄璋之喜，母子均安，可喜可賀。
3. 陸軍八〇四醫院郝治華大夫於七十九年十二月底赴英國進修顏面部外傷及整型專科，預計一年後返國。
4. 陸健邦大夫於七十九年六月赴美國進修耳神經學，預計一年後返國。
5. 本部已於七十九年中引進 Posturography，對平衡障礙患者，提供最新最完善之診斷與治療。

榮總忘年會

謹訂於元月廿七日〔星期日〕於榮總中正樓西餐廳舉行
竭誠邀請

閻府光臨

榮總耳鼻喉部

主任 張斌 敬邀

八十年元月十五日



順風耳

豐收之歲

耳鼻喉科主任 張斌

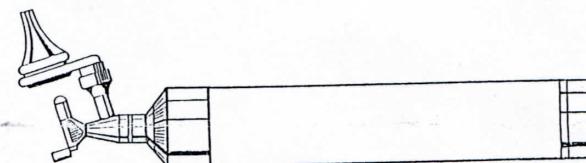
榮總成立於48年10月底，在草創初期，病床只有八百張，病人都住在大統艙之內，耳鼻喉科只有18張床，同眼科整形科共處一室內，當時來申請做住院醫師的很少，而且出外開業、出國工作非常方便，有幾位只做一年半載，或開業、或跳槽、或赴美，做總醫師很辛苦，可先由不成熟的住院醫師代理，屆滿還差，如沒人接棒，再由主治醫師兼任，人手不足，維持正常運作，尚捉襟見肘，惶論發展。後來榮總在盧致德、鄒濟勳院長慘淡經營下，逐漸茁壯成長，優秀主治醫師多有出國進修機會，他們吸收了外國最新知識，應用於自己病患，醫療成績卓著，病床相對增添，被列為國家醫學中心之一，蓋起來美奐美侖的醫療大樓，耳鼻喉科先由外科中分出，再提升為部，分成耳、鼻、喉三科，分頭發展，病床加為86張，住院醫師除了自己應有編制外，也負責代訓軍中及省市醫院住院醫師，四年訓練完成，專科醫師考試都可過關，今年更拔頭籌，榮總人也遍佈全國，頗受傷患愛戴，今年風雲際會，由榮總主辦了三次研習會，雖然有許多人勞累煩忙，但是感到能夠提供機會，促使我國醫療品質提升，也是十分欣慰的。

今年四月下旬，經由亞洲無喉者聯盟協助，我們先辦了一個「無喉者復聲研習會」，其對象主要是語言治療師及無喉患者，但是全喉切除後的重建言語，也是治療喉癌重要之一環，也有一位醫師參加。原只希望有50位學員就夠了，卻來了70餘位，其結果造就了不少指導學食道語的治療師，而且我們也能在偏遠東區花蓮，繼北、中、南區成立了無喉者復聲講習班，可以使全國無喉者皆有機會復聲，雖殘而不廢，而且我們將刊印專書介紹「無喉者的復聲」。

九月底我們擬在高雄榮總主辦「功能性內視鏡鼻竇手術研習會」，大家都感到慢性副鼻竇炎的治療，過去之方法不能令人滿意，二年前匈牙利Stammberger教授在台北主持同樣研習會，會後，許多人風起雲湧採用內視鏡鼻竇手術以治療鼻竇炎，因其效果不錯，已成了治療鼻竇炎之主流。國外情形也是一樣，近年來國際會議中，只要把內視鏡鼻竇手術排出來，聽著總是滿坑滿谷。因此我們這次在南部舉行以呼應北部，主講人都是國內對此術頗有經驗之人士，又請了一位在遠東區頗負盛名的東京聖路克國際醫院大西教授大師前來助陣，盛況預期，報名參加者相當踴躍。

十一月份的耳鼻喉科年會及學術討論會由林清榮主任輪值會長，也是首次在台北榮總舉行，為了使會議更隆重，在年初開會決定，試請丹麥耳科泰斗Tos大師前來講演，Tos教授譽滿寰宇，也沒人引荐，只好誠懇相邀，想不到Tos教授慨然應允，而且列出二十餘專題任憑我們選擇講授，最近陳正熹醫師赴丹麥參加「聽神經瘤診治訓練班」，Tos教授提出願將其專長傾囊相授，最好成立研習會，因此我們訂在Tos教授旅台期間再辦「中耳炎手術研習會」，更望大家熱烈參與，趁此機會，把所需要的學回去。

醫師工作的目的，就是能解除傷患痛苦，提昇生活品質，目前醫學不斷翻新，技術不斷進步，我們處此時代，應當不斷吸收新知，學習最新經驗，用最適宜方法，以謀取傷病者的幸福，祝大家繼續努力，奮發前進。



籌辦醫學大會之報告

鼻科主任 林清榮

自從一年前奉命籌辦八十年十一月第五十一屆耳鼻喉科學術演講大會及會員大會後，這一年來真是戰戰兢兢、度日如年，幸賴會員支持、榮總張部主任及全體同仁鼎力相助，才能克服萬難，逐步展開各項籌備工作，在這裡敬向各位報告各項籌備事宜及今年大會之特色。

大會定於十一月八、九、十日三天於台北榮總東院致德樓會議中心及介壽堂舉行，八日（星期五）下午為會前會，兩點到五點邀請外賓做特別演講。九日（星期六）上午康樂聯誼活動，下午為國內學者專題演講及一般演講。十日（星期日）上午八點起為一般演講，下午一點起於介壽堂舉行外賓演講及會員大會，並改選理監事。星期六晚上七點起於北區海霸王餐廳為大會聚餐，有理事候選人之介紹及外聘綜藝節目之表演，務期大家能齊聚一堂盡情歡樂。

本次大會有幾項特色，敬向各位報告：

1. 論文截稿時間提早一個月至八月十五日截止，以便籌備工作能盡早開始。
2. 教請國內學有專精且卓然有成之十六位專家學者，以耳、鼻、喉及頭頸外科四領域做專題演講，使大家瞭解各醫療院所臨床及研究之近況，醫療趨勢及國內耳鼻喉科學及技術水準之進步。一次力邀十六位專家做專題演講，恐怕是空前之創舉。

3. 國外學者方面共邀請了歐、美及日本等國四位世界級大師蒞會做特別演講。這些學者包括了耳科權威丹麥籍之Mirko Tos教授（張斌主任邀請）及日本東京帝大野村恭也教授（徐茂銘主任邀請）；頭頸外科權威及發展T-tube聞名之美籍William W. Montgomery教授（許振益主任邀請），頭頸外科泰斗美國匹茲堡大學耳鼻喉科主任Eugene N. Myers教授（我以前之指導教授）。這幾位國際級大師的蒞臨，相信會帶給我們國內耳鼻喉科界新的資

訊及進步的醫療經驗，這是我們深深企盼的，非常感謝徐理事長、張主任、許主任之聯絡邀請，才能一下子有這麼多國際大師蒞會，深深的感激他們。

4. 舉辦大會的會前會，因為邀請多位國際知名學者與會，只在大會發表一次演講似乎太可惜了，因此徵得理事長及張斌主任之同意，我們仿效了國際大會之模式，在十一月八日（星期五）下午於榮總第一會議室由學會主辦榮總協辦，由其中三位國外學者先舉辦一場專題演講，使他們更充分發揮所長，且有較充裕的時間與國內學者做深入之學術交流及討論。
5. 星期六上午我們也一如往例，舉辦了網球及高爾夫球賽，以增進會員間之康樂聯誼活動。
6. 最後一項雖說不上是特色，但以往並未有此先例，即有兩位中國大陸學者參與我們大會。這是會員林忠輔醫師先前赴大陸參加當地醫學會時接觸連繫，回國後由他及常務理事張斌教授共同推薦，經理事長核可。如手序合法順利，他們或許可趕上在大會發表學術演講。

將近四年時間，我們學會在徐理事長卓越領導，理監事先生們鼎力支持及所有會員先生一致努力下，會務蒸蒸日上。在全國十九個醫學會中，聲譽卓著。而最難能可貴的是整個學會皆能和諧、團結呈現一片蓬勃朝氣及祥和氣氛。今年雖為選舉年，我們希望選舉能在和平順利完成，而四年來辛苦建立之團結和諧基石也能維持下去，且更美滿。

離大會舉辦時間還剩一個多月，節目表已在打字排版中，其他各項籌備事宜也正緊鑼密鼓進行中，真的感謝大家的支持、鼓勵與協助，更感激台北榮總張部主任及全體同仁，沒有這一切，大會籌備工作不可能順利推展，祈盼大家在十一月大會時能踴躍出席、共襄盛舉，敬祝大家身體健康、萬事如意。

榮民總醫院

耳鼻喉部

發行人：張斌

執行編輯：李翔

劉彥煌

第七期：80年10月

新新聞

1. 本部已于80年9月28、29日假高雄榮總舉辦新知研討會暨功能性鼻內視鏡手術WORKSHOP，報名參加者十分踴躍，並圓滿閉幕，下強棒將於80年11月2、3日二天，邀請國際大師丹麥耳科泰斗Tos舉辦「中耳炎手術研習會」，希望榮總人熱烈參與。
2. 台北榮總八十年度醫師節晚會，將於80年11月8日假介壽堂舉行，今年輪到我們耳鼻喉部主辦，本部已全體動員，精心籌劃，節目精彩萬分，請拭目以待。
3. 本部同仁近來利用休假自費出國進修風氣極盛，計有主治醫師梁家慶大夫、臨床研究員莫振東大夫、住院醫師范文和大夫從美國受訓回來，替本部臨床醫療注入三劑強心針。
4. 本部今年度新近三位住院醫師，分別為吳家淦、張欣平、邱正宏，均為一時之選，俊男美女，均未婚，意者請洽……。
5. 本部十月份頭條新聞號外：重量級總住院醫師楊森大夫終於要結婚了！將於80年10月18日假圓明園舉行結婚典禮，請大家告訴大家，並踴躍參加。
6. 本部壘球隊成立以來，戰無不勝，攻无不克，實力堅強，歡迎不怕輸者組隊挑戰。號外：惟科張主任自創導向飛彈打擊法，目前打擊率100%。
7. 吉象為本屆耳鼻喉科醫學會及醫師節晚會之吉祥物，希望大家喜歡。



喉科制度化之近況

喉科主任 張學遠

合理化和制度化一直是我們重要的努力目標。近年來喉科的作業方式也因此有了相當大的改變。自去年底起，我們更擬定實施「喉科業務規範」。此規範之基本觀念是以每一主治醫師（包括科主任）為醫療服務教學與發展之基礎獨立單位，並公平充分的提供其自主發揮之基礎條件和空間。但是，每一主治醫師也必須達到隨時維持最先進之喉科知識，且至少在某相關臨床領域維持世界一流水準，並謀突破之基本要求。

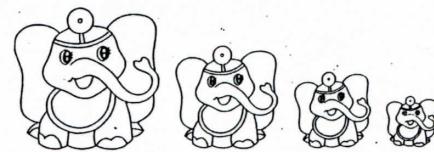
工作的細則，主要是提供每一主治醫師平均固定的住院床位、住院醫師、實習醫師、手術室使用時間以及預算經費的優先使用權等。每位主治醫師就像經營一小型醫院一樣，獨立自主的發揮。當然，也能隨時方便的得到科內其他支援或協助。每一主治醫師分組單位的工作狀況，除了在每週的查房及病例討論中得以顯現之外，每月提出討論的各主治醫師之該月手術內容，更能清楚地表現臨床工作的情形。由於這種制度化的結果，工作效率獲得顯著提

昇，目前遭遇到的難題是手術室使用時間、病房和人手的不足。每位主治醫師都很忙碌辛苦，但是醫療的能力也因而得到進步。另外，在器械儀器的管理方面，目前我們正對所有的器械儀器做照相建檔工作，此一工作完成之後，將在合理的分類整理、採購和使用效率追蹤以及教學研究等方面獲致重大改善。

在學術研究方面，規範中明訂主治醫師以上人員須恪遵學術道德，每年至少主持一具體研究計劃及發表原著論文一篇於國內外一流醫學雜誌。至於教學訓練方面，除了每週由主治醫師輪流負責主持專題報告和音頻特別門診之外，則採臨床個別和不分組的教學訓練。在考核方面特別明訂實施分層考核制度，主治醫師並可對所有相關工作人員做具體評鑑。但是住院醫師也在每年元月以無記名方式，對主治醫師以上人員之工作和教學作評量。此外，我們正在考慮訂出主治醫師最起碼之臨床工作量和必須於若干年後獲得副教授資格之規定。同時也希望將來能以民主的方式，由副教授以上的主治醫師輪流擔任科主任。當然，這些制度化的規定也都能夠隨時公開檢討改進。

有人常說是因為國人的自私心重，而使我們各方面落後先進國家，但是人性自私的弱點

，事實上，各國皆然，只是先進國家在合理化、制度化上做得較完整而已。合理的制度化雖然會影響某些權益關係，但卻是使專業工作者免除無謂的紛擾，而得以長久繼續發揮之唯一最佳途徑，這是所有無私開明者的共識。如果我們能夠在這國家一級教學醫院中，奠立明確合理的制度化環境和要求，使適合做這種工作的人充分發展，不適合的人也不敢誤解工作之性質，而蹉跎光陰，喪失其他發展之機。如此，方可吸引各方人才，永續我們的醫療水準和發展。最後，我們更要強調的是喉科乃屬於耳鼻喉部的一科，它的進步對耳鼻喉部的發展有其正面的意義，對由榮總出去的順風耳人來說，更是榮譽與共。因此大家更應該也有權利來共同支持和督促（因為榮總是屬於全體納稅民眾的公家醫院）我們的作業，使之永遠維持高水準的醫療和發展。



「聽神經瘤」 診治之最新發展

主治大夫 陳正熹

今年八月底，本人利用休假遠赴北歐丹麥哥本哈根參加第一屆聽神經瘤國際研討會議（Copenhagen Acoustic Neuroma Conference），大會主席為即將來訪的Mirko Tos教授，共有近四百位醫師參加，包括耳科醫師、神經外科醫師、放射線治療醫師等，幾乎網羅了當今世界各國有關聽神經瘤臨床治療或基礎研究之頂尖人物，大會之榮譽貴賓即為眾望所歸的William F House先生。會議一連進行四天，共發表了222篇論文及30捲錄影帶，內容充實而精彩，特提出一些心得報告。

回顧聽神經瘤手術之發展史，最早為Cushing時代（1900~1917），早期Cushing嘗試以「經迷路途徑」（translabyrinthine approach）手術，結果令人失望，Cushing甚至於1917年宣佈棄絕這種手術；接下來為Dandy時代（1917~1961），Dandy利用單側經小腦（枕骨下）途徑來切除聽神經瘤，大大降低了手術之死亡率，唯手術後幾乎所有的病例都完全喪失顏面神經功能；直到House時代（1961~）來臨，才真正邁進現代成功的醫療結果，William House首先提出顳微鏡手術之技巧，運用手術顳微鏡、牙科用電鑽及沖／吸等方法，先以「中腦窩途徑」方法來切除聽神經瘤，接著再度引用「經迷

路途徑」方法並發揚光大，使之成為切除聽神經瘤的常規方法，隨後才有神經外科醫師也開始使用手術顳微鏡以「枕骨下途徑」來手術。1961~1974年又可稱為顔面神經時代，手術後保留顔面神經之功能為當時力求達成的首要目標；1975年至今，則更上一層樓，屬聽神經時代，對治療品質的要求更高，除了要不傷到顔面神經以外，更希望手術後仍能保存聽力。

欲求保留聽力，由「中腦窩途徑」可用於切除仍局限於內耳道之小腦瘤途徑（intracanalicular tumor），但因早期診斷尚未能普及，適用的病例並不多。此外，唯有採「後腦窩途徑」手術方法，不論是從「乙狀竇後」（retrosigmoid）或是「穿過乙狀竇」（transsigmoid），或從「枕骨下途徑」等，小心磨去部份的內耳道後壁以切除腫瘤，可以有機會保住聽力。至於原屬耳科專利的「經迷路途徑」，聽力無可避免地終將被犧牲掉，故已不再是耳科醫師堅持的最愛，不少耳科醫師開始採用「後腦窩途徑」手術，同樣也有不少的神經外科醫師接受並學會了「經迷路途徑」的手術方法，兩方面漸有交流互通。

目前對於選擇手術方法之趨勢已有所轉變：
1. Middle fossa approach：局限於內耳道之腫瘤，且聽力值得保留者。
2. Translabyrinthine approach：小於2.5 cm 之腫瘤（屬中、小腫瘤），且聽力已不值得保留者。
3. Posterior fossa approach：超過2.5cm 之大腫瘤；或是聽力仍值得保留小於2.5cm 之

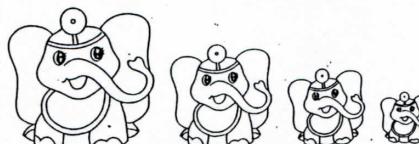
中、小型腫瘤。

(* 聽力保留的標準為50/50，即PTA優於50dB，SDS大於50%)

有關聽神經瘤大小的分類雖尚未統一，大家已漸具共識，認為需要一種共同的語言，大多數醫師採用以下的分類標準：

Acoustic Neuroma	
Intrameatal (intracanalicular) tumor	
Extrameatal tumor : (EXTRAMEATAL SIZE mm)	
small tumor	1~15
medium tumor	16~25
large tumor	>25

最後，談到聽神經瘤的診斷策略，現已進入「磁核共振」（MRI）的天下，國外的報告全是MRI，CT scan的地位已經動搖，其他的檢查（包括ABR）更是被打入冷宮；然而，不論硬體如何進步，或是醫師如何對之上癮（addicts），絕無法完全取代醫師本身正確的判斷力，對於單側或不對稱之感音性聽障或耳鳴病例保持高度之警覺心，才是診斷聽神經瘤最重要的關鍵！



赴美進修記

主治大夫 蕭安穗

個人奉准於民國七十九年元月赴美國辛辛那提兒童醫院、匹茲堡兒童醫院，以及克里夫蘭診所基金會進修小兒耳鼻喉科學，為期一年。

耳鼻喉科由於擴展其領域成為耳鼻喉及頭頸外科，目前在美國已成為相當熱門的科系，而小兒外科以耳鼻喉三科發展出來的一個新的醫學領域，在美國雖有約廿五年的歷史，但蓬勃發展乃是近三、五年的事，而國內仍屬萌芽階段，因此我前往辛辛那提兒童醫院修習有關小兒上呼吸道方面的疾病為期六個月，赴匹茲堡兒童醫院修習有關小兒中耳炎方面的疾病為期三個月，又由於個人之原專長為喉科學，因此特別前往克里夫蘭診所基金會，拜訪喉科名師Dr. Harvey M. Tucker研習有關聲音矯正手術，為期三個月。

美國對兒童的醫療照顧可以說相當週全，在較大的城市區，幾乎都有設備完善的兒童醫院，接受診所轉介而的各種疑難雜症以及需要手術的病童，反觀國內卻沒有一家真正的兒童醫院，對邁入已開發國家之林的我們，是否對照顧我們的下一代，欠缺了一份關愛？

(一) 辛辛那提兒童醫院為辛辛那提大學醫學中心的一環，為全美著名兒童醫院之一，各科的陣容都很堅強，並有專屬的研究機構，其小兒耳鼻喉科主任為Dr. Robin T. Cotton以善於處理小兒上呼吸道疾病聞名於小兒耳鼻喉科醫學界，特別對喉氣管狹窄重建手術最具有心得，一九七二年首先利用助骨軟骨增大呼吸道的管徑並用以為支柱來重建喉氣管狹窄，此種手術雖然困難度不高，但手術前氣管鏡之評估，術後之照顧與術後內視鏡之再檢查，其危險性相

當高，稍有不慎即導致呼吸道阻塞而死亡，因此需要熟練的小兒麻醉科醫師與專責護理人員相互配合才能克盡全功，該科擁有一支非常好的小兒氣管鏡與食道鏡設備，以及新穎的電視錄影設備，非常有利於學習，該科有四位專科醫師兩位研究員，兩位住院醫師，而住院病患約在二十至三十人之間，七間手術室，小兒耳鼻喉科佔了兩間半，醫師的使用人數相當精簡，主要由於有許多助理人員協助醫師處理文書、連絡、追蹤病患等事宜，醫師屬於高成本勞力，應專注於醫療事物，宜避免將時間用於書寫文書、打字、找尋資料等低成本勞力工作。

(二) 匹茲堡兒童醫院亦為匹茲堡大學醫學中心之一環，在美國醫學界享有盛名，特別是小兒耳鼻喉科，其為全美小兒中耳炎的研究中心，每年獲得政府補助大量的研究經費，（中耳炎是小兒感染性疾病當中最常見的疾病之一，美國全年用在抗生素的花費相當驚人），該科主任Dr. Charles D. Bluestone及資深教授Dr. Sylvan E. Stool

，二者同為小兒耳鼻喉科學界的泰斗，合著有小兒耳鼻喉科學，為小兒耳鼻喉科學經典之作，Dr. Bluestone 現為小兒耳鼻喉科學主席，而Dr. Stool原為小兒科醫師，後轉為耳鼻喉科醫師，是唯一同時接受完整小兒科與耳鼻喉科訓練的元老級教授，由於此地研究經費多，加上師資優良，因此吸引世界各地的醫師來此加入他們的研究陣容，到此進修有如置身聯合國一般，由於此地為中耳炎研究中心之故，大多數的研究題材都與中耳炎有關，從該病的發生率、致病機轉、微生物學以及各種抗生素的治療比較，將此單一疾病研究的非常透徹，對臨床醫師做臨床方面的研究是一個非常良好的典範。Dr. Bluestone 每週固定給所有的研究員上課一次，除教導

各種疾病的基本知識外，最重要的是告知大家何種研究前人已做過，有些什麼問題尚待解決，提供大家一個研究方向，對初涉研究的人而言助益甚大。另外值得一提的是每一個研究計劃的提出，除有詳盡的計劃報告書之外，計劃人需在本科口頭報告研究內容，接受所有醫師的質疑，以集思廣益，讓計劃的內容更臻完美。匹茲堡的兒童醫院是市民們相當引以為傲的醫院。

我在此進修時值歲末，也是美國人準備迎接聖誕節的時候，各百貨公司、購物場所以及重要街口都有許許多多的義工冒著寒風為兒童醫院勸募基金，形成一幅非常感人的畫面。

(三) 克里夫蘭診所基金會（Cleveland Clinic Foundation）是美國三大著名診所之一，此地的建築美侖美奐，設備也相當新穎。耳鼻喉科主任為專精喉科學的Dr. Tucker，最早將神經肌肉瓣植入喉內肌，使原以麻痺的聲帶重新恢復其功能，另外他尚專精於甲狀軟骨整型術（Laryngeal Framework Surgery）用以改善聲音，Dr. Tucker非常熱心教學，即使是他對第一年的住院醫師也不厭其煩的講解儀器之基本操作及其使用技巧，令人感動。耳鼻喉科的手術多屬腔洞內的手術，旁觀者多半難以窺其究竟，但此地的每種手術皆經由教學顎微鏡及內視鏡接於電視並加以錄影，對學習者助益甚大。

在美國，小兒耳鼻喉科大多附屬於兒童醫院內，近聞國內將成立國家兒童醫院，希望有助於小兒耳鼻喉科的發展，但最重要的還是健全的兒童醫療保險制度。



隨著社會經濟的進步，小兒中耳炎越來越受重視。去年醫學會我們請來丹麥的Tos教授，今年美國的Bluestone教授及日本的Lwao Honjo教授也來台，給我們非常重要的演講。三位都是當今中耳炎的重要人物。中耳炎是動態的，以前的人以為治療中耳炎就是鼓室成形術，現在的人以為加上中耳通氣管就夠了。事實上這中間還有許多知識的空間，許多等待與報導，可以使病人更瞭解、更好。

一般小兒慢性積液性中耳炎，在放置通氣管後，便有很好的結果。難治的積液性中耳炎則指到10歲以後仍未好。這些兒童有50%有難治的副鼻竇炎，也有50%有耳咽管的問題，可能是阻塞，可能是異常開放。難治的積液性中耳炎也有40%有鼓膜上的二度變化。

積極的治療這些難治的積液性中耳炎，除了治療副鼻竇炎，也要治療鼓膜二度變化。如何將變形的鼓膜，且中耳無積液的病例，治療成正常形狀的鼓膜，可說是越來越重要的中耳治療了。它可能包括鼻手術，鼓室成形術，通氣管，甚至軟骨填塞術。可能包括其中一、二種，也可能全部。早期發現變形的鼓膜，早期將它治好，是未來中耳炎的重要治療。我們最近將展開對高中生的中耳調查，看看有多少鼓膜變形的情形，並加以追蹤治療。總之，中耳炎是動態的，持續性的，且個性的，它的治療永遠是生動有趣，須要一例一例累積及記好經驗。

赴法國出席國際會議心得報告書

耳鼻喉部主治醫師：許志宏

一、前言

EB病毒與鼻咽癌、Burkitt's淋巴瘤等惡性腫瘤有密切關係，據信EB病毒為第一個被發現的人類致癌病毒，國內外均視EB病毒為重要研究項目，由於研究人員多，因此國際EB病毒及其相關疾病研究學會得以成立，並每兩年舉行一次會議，至今年為第五屆。由於鼻咽癌盛行於中國東南沿海，因此海峽兩岸均將此與EB病毒有關之重要癌症列為重要研究項目。第四屆會議於兩年前在台舉行，更造成國內研究鼻咽癌及EB病毒之熱潮，本人其時在張邵主任指導下，以調查台灣EB病毒之分型第一次會，目賡盛況，此次以ELISA檢驗EB病毒抗體診斷鼻咽癌之報告參與，國內各研究單位至少共十七位參加，本人為榮總唯一代表，因此本報告為本院唯一之第一手資料。

二、出國觀感

(一) EB病毒疫苗

1. 疫苗與英國為主，大陸並參與其中：會期間有兩屆時段討論EB病毒疫苗之展覽，目前以英德兩國為主，法國、澳洲亦有研究，德國還組與大陸合作，目前已有人體接種的一些初步報告。

2. 疫苗發展爭議仍多：目前認為應以預防EB病毒所造成的感染為主，然在鼻咽癌高發區的中國人，大部分於小時即感染EB病毒，至多有類似感冒的症狀，並不造成衛生問題。而疫苗的效力如何評估，並無良好的動物模式可資證明。

3. 疫苗用於鼻咽癌之預防上效果不確定且難以評估：大規模的接種，需數十年才可能得到結果，而EB病毒在鼻咽癌成因的角色仍未明，因此效果不確定。本人與國際知名的大陸學者曾毅醫師討論，其亦認為疫苗用於鼻咽癌的預防上仍有一段路要走，個人認為國內情況發展疫苗，經濟效益應很低，並不值得發展。

(二) EB病毒基因表現

1. EB病毒在淋巴球或淋巴瘤細胞內，以研究基因調控為主：這方面之研究幾全為歐美的天下，亦是了解EB病毒的最根本來源。

2. 多篇研究EB病毒在鼻咽癌內之表現，與本部過去所見的類似：由美國及大陸多位學者在英國、瑞典的研究中，已直接探討EB病毒的腫瘤切片內之基因表現BZLF1亦證實在部份腫瘤切片內可表現，這些種類與我們兩年前的一項國科會計劃用PCR來檢測鼻咽癌內BZLF1之表現相當類似，顯示我們的進度亦趕得上世界潮流。

(三) EB病毒的致變性及致癌性(transformation & oncogenesis)：

1. EB病毒與其他致癌基因的關係愈形重要：單獨靠EB病毒似無法達到致癌作用，過去研究顯示數種細胞基因如C-myc、Bcl-2、P53等與B細胞淋巴瘤之形成發展有關，而Bcl-2在鼻咽癌的成因上有重要角色，由英法共二組研究單分別報告。

2. p53抗癌基因在鼻咽癌中並無變化或僅少數樣本內有變化：共有美國、香港、台灣及大陸四組研究報告此類題目，前三組結果類似，認為P53抗癌基因與鼻咽癌形成無關。

3. LMP之作用：EB病毒之LMP能使上皮細胞變性，此次有數篇論文進一步探討LMP之細微作用，如LMP可誘發上皮細胞K6、TGF-B1之表現，淋巴球受EB病毒感染所造成的不死化(lmortalization)LMP為重要之因素，並可使CD45(淋巴球共同抗原)表現。來自鼻咽癌病人的EB病毒LMP與其他EB病毒者的致變力不同，長庚及大陸學者於瑞典所作的研究均有類似結果。

4. 建立對EB病毒有感受性之非腫瘤性上皮細胞株(cell line)均極不易建立，且在培養皿中之上皮細胞，才能順利感染上皮細胞，以探討EB病毒於其內之作用，目前有英國及台大完成這初步結果，其中英國方面的進度領先台大約兩年。

5. 香港發表初步證據顯示EB病毒並非鼻咽癌的成因之一：在其報告中發現鼻咽癌的原位癌部位(carcinoma in situ)並無EB病毒存在，在腫瘤較大已向下

基於多年的研究經驗，以及陽明醫學院生理科和醫工所及部內同仁的協助與支持，期盼已久的耳鼻喉科實驗室即將成立了。這個實驗室將具有包括二氧化矽噴射的各種動物手術、神經刺激、氣流和拉力之操作與記錄裝置，以及壓力、肌電波、音聲訊號、聲帶振動和內視鏡頻閃觀察的記錄和錄影系統。各種實驗產生的結果由上述各種裝置感應後，可同時將八種感應訊號和影像傳入訊號記錄器及錄影機內，並於掃描監視器上顯示及印表出來。此外，更有同時將訊號和影像做數位化電腦分析處理的系統等。而且整個實驗室的功能也將隨著研究計劃的執行而逐步增強。回想過去曾經為了要測知實驗結果，必須親自研究員開車載實驗狗到醫院檢查室的種種困境，實在希望將來大家能好好珍惜和利用我們的實驗室，也歡迎隨時來參觀指教。

談到研究發展的概念，個人認為身為臨床醫師就必須以臨床的問題和需要為出發點。因此，如何維持國際一流水準的臨床醫療品質仍是最基礎之目標，當然這種目標必須要有紮實先進的知識以及良好的臨床經驗判斷和努力才能達成。在這過程中，任何臨床細節之改進，雖然未必是最新，卻也都屬於必須和重要的研究發展。也唯有如此，進一步的研究才容易有好的方向和意義。這種研發的方式，自然會在某些階段或領域，發生須要使用動物實驗或借助於有關科學知識或與其他專家合作的情況。所以，研究設施和科際的合作也顯得非常重要，如此，才容易充分發揮每個人之所長，共同做出突破性的研究。除了上述的概念之外，個人建議，想投入此研發工作的年輕醫師，也務必要具備良好的電腦和英文使用能力。台灣發展到這樣的水準，國際化已是不可避免的趨勢，也唯有如此，我們的醫療水準以及國家的尊嚴和發展才能進一步提升。所以，未來對研發成就之評量，除了臨床水準之外，不僅要看有無論文發表在國際一流雜誌上，而且將更進一步要求此類論文的質與量。相信年輕的醫師若能有充分的意志和努力，並善用利用我們的知識經驗和判斷，則研究發展的進一步突破便不難達成。此外，我們也將山今年起，舉行每月一次的研究座談，詳細討論各種研究發展的問題，竟這方面的觀念和做法，要根據實際的事務，才容易清楚的表達，歡迎大家參加。

侵潤之處，才有EB病毒存在，故EB病毒乃鼻咽癌細胞形成後才進入的，個人認為這是第一個有實質證據顯示EB病毒於鼻咽癌僅扮演一個過客角色的報告。將來或許由EB病毒感染非腫瘤性上皮細胞株之結果，可提供一些答案。

(四) 鼻咽癌之血清抗體診斷方法，以ELISA為大勢所趨：取其簡單、客觀、成本低，本部與生技中心合作結果，亦頗有進展，將來若能以之取代目前使用之免疫螢光法，可大幅降低檢驗成本。

三、對主管業務興革建議

(一) 實驗室需配合研究室，整合實驗研究機能：鼻咽癌研究項目既多且廣，然競爭亦十分激烈，本部實驗室整修在即，配合實驗室之研究亦非常需要，如此整合有效率之實驗研究機能，方能與他人競爭。

(二) 慎選合作對象，擬定各人研究方針：本部研究鼻咽癌實驗方面器具基礎，然榮總與陽明尚缺乏鼻咽癌的基礎研究，也就是不易有自己的新發現，對於一個臨床工作者來說，需慎選真正作基礎研究者，方能相輔相成。

四、結論

EB病毒在鼻咽癌內之基因表現情形已相當清楚，對EB病毒有感受性之上皮細胞株亦已建立，可探討EB病對上皮細胞之作用。鼻咽癌其他可能致癌因子如致癌基因、抗致癌基因與EB病毒之相互關係亦已開始探討，將來勢必進一步探討各基因間相互調控作用的關係。今年亦初步有證據顯示EB病毒可能僅在鼻咽癌形成後才進入細胞。總之，EB病毒及其相關疾病國際封會，為研究EB病毒及鼻咽癌重要之國際會議，海峽兩岸均十分重視，歐美則以其基礎研究之優，使鼻咽癌之研究競爭非常激烈，唯有以更積極更有效率的態度進行研究，才不致落後。

部內動態

1. 耳科梁家豐大夫赴丹麥進修一年，杜宗陽大夫赴法進修一年。聽檢李宗伊小姐赴美攻讀聽力學ph.D，喉科盛華小姐赴威斯康辛攻讀語言學碩士。
2. 本部今年度新近住院醫師三人，分別為廖文輝、陳錚宇和徐念宗，皆一時俊彥，可惜皆有妻室，令不少淑女望而興歎。
3. 孟珍怡大夫開業了！地點在台北市士東路83-1號。吉時選在1992年12月15日，本部同仁多人前往祝賀，並致贈「耳科聖手」匾額一幅。祝福她開業成功。
4. 陳光超大夫於1992年9月結束單身生活。這位「神通廣大」的新娘也是眼科醫師。郎才女貌，真是天作之合。婚宴於凱悅飯店舉行，冠蓋雲集，熱鬧非凡。
5. 黃明正總醫師於10月之專科醫師考試，高中「探花」，此後黃專科講話可愈來愈大聲了。

累了，休息一下吧！

近年來，國內旅遊風氣愈來愈盛，一遇長假，不是全家出國渡假，就是大夥湧向風景名勝，造成交通擁塞，人車爭道，弄得精疲力竭，敗興而歸。

今年，您可有福了！報告各位「順風耳」一個好消息，新年假期不妨往卓蘭採橘去，橘子又大又甜，又多汁又美貌，去過、吃過的同仁無不誇讚，尤值一提的是，園主不是別人，正是本部林淑媚小姐。有興趣的大哥、大姊、小弟、小妹，請電(02)875-7337洽詢，千萬別錯失良機哦！

—陳美月

人物側寫

吳家淦醫師，一九六三年生於苗栗鄉下，該地終年因鶯鶯棲息翱翔於山谷溪澗，故名鶯澗。自幼與田野為伍，蟲鳥為伴，對大自然有一份親切愛好之情。高中時赴台北求學，一九八九年畢業於陽明醫學院，曾任榮民醫院外科住院醫師兩年，現任台北榮總耳鼻喉部第二年住院醫師。

學生時代常參與藝文活動，曾擔任陽明醫學院美術社書法組的指導老師，故同學常笑其主修醫學，副修藝術。平時揮毫練字，一字一格，正如每個人都有獨特的人格，於是喜怒哀樂之情，忠奸善惡之性躍然紙上。無論流暢優雅的蘭亭序，或樸拙剛毅的張猛龍碑都各有妙趣。音樂欣賞則是他的另一個嗜好，吳醫師擁有一套Hi-End級音響，器材分別購自德、英、法、日、荷、美等國，細心搭配後，在家裡就能聆聽維也納愛樂、聖馬丁等一流樂團的演奏，透過指揮的詮釋而與古作曲家偉大的心靈交會，契合。或歡樂、或痛苦；溫暖如老友的幾聲呼喚，或冰冷如嚴冬中凍結的河水，總叫人乘著音樂的旋律飛舞，旋轉，而手舞足蹈；甚至感動得熱淚盈眶。

經濟發展後，台灣已成了高級音響的銷售重鎮，然而一部分「发烧友」太沈溺於音響效果而少用「心」去體會音樂美的本質，甚是可惜。

最後，吳醫師歡迎同好們一起品茗、煮咖啡、聽音樂，並不吝賜教。



順風耳

新的一年

連江豐 部主任

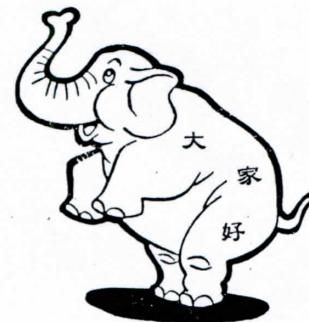
各位先進同仁大家好，八十二年又快結束，新的一年充滿挑戰與變數，包括全民健保實行及醫藥分業等等。由於社會進步與預防醫學普及，疾病數目將減少，唯一例外是老年人口及老年疾病將增加，或者外來人口所帶來的疾病增加。醫學檢查的高度進步及藥物的驚人效果，配合上述疾病減少及醫師數目的增加，可以確定醫師的價值將受很大的衝擊。如今加上全民健保，等於是所有病人聯合起來，當然醫師不會很好過的。

耳鼻喉科可以調適的，第一是儘量減少專科醫師的產生，既然考試多數會通過，就儘量少收住院醫師，特別指中小型醫院，許多事情請咬緊牙關自己做。不要訓練非耳鼻喉科的醫師。第二是多學自己的技能，耳鼻喉三科的百分之九十的疾病都會處理，會開刀。剩下百分之十的疾病，才給耳鼻喉三科的專家去處理。第三是除了學問外，一定要學習如何讓病人喜歡找你看病，包括小兒病人及老年人。

榮總耳鼻喉部自民國72年開始分為耳科、鼻頭頸科及喉頭頸科，十年來，在張斌教授及各科主任的領導及各科主治醫師的努力下，在耳鼻喉科領域的研究教學與臨牀上，可說是突飛猛進，有目共睹。我們努力的方向不會改變，從82年3月起，三科幾乎是獨立運作，進步的更快。不但在學術上進步，營業上也大為改進，改為病人第一的服務態度。由於學術的進步與服務的改進，本部成為最好的醫學中心的耳鼻喉科，歡迎各位順風耳人，多多利用本部的資源。轉介病人除了用轉診單的方法外，我們真心希望各位也可以打一通電話交辦就行了。電話是8757337，如果找不到醫師本人，最方便的方法是找各科的負責護士，她們等於是各科的秘書，可以為您安排床位，各種檢查，及安排病人與那一位醫師見面，或安排醫師回您電話等等，非常方便，尤其大家都是自己人，不要忘了要求榮總為您服務。她們是耳科陳美月小姐，鼻頭頸科黃秀媚小姐，喉頭頸科胡寶琴小姐與蔣素美小姐。

耳科陳正熹主任在本部服務快15年，表現優良，對耳神經學的貢獻很大，全國皆知。最近想改為開業醫師，改變一下生活。全體同仁曾經大力挽留，我也想盡辦法，卻仍留不住他，已決定於83年2月1日離職。我們非常感謝他這些年來為本部及大家所做的努力。尤其是他的認真教學，真可以排上全國第一。耳科主任的繼任人選，經過我與林清榮主任及張學逸主任的再三考量下，決定由專門小兒耳鼻喉科的蕭安穗大夫擔任。蕭大夫除了在小兒耳鼻喉科已是國內權威外，也將推廣耳科的手術範圍到頭頸及顱底領域。本部耳科原來就專精於各種中耳炎手術，如今再加上專門小兒中耳炎及相關問題的權威處理，相信耳科的發展空間會更大更專精。另外再加上耳科的梁家豐及杜宗陽大夫，兩人都學有專精，先後由丹麥、英國及法國學成回來，我深信耳科會繼續領先全國的。

本部各科的主治醫師及以上人員，多年來都祇專精於一個領域的研究，精神可嘉，治療上也有許多世界水準的突破，希望大家不要忘了利用自己擁有的榮總的最好醫療資源，很多疾病，現在都有很好的治療結果。以膽脂瘤為例，許多流膿的嚴重膽脂瘤，以軟骨填塞手術後，經過一年的追蹤檢查，看起來都像正常耳一樣。同樣在鼻頭頸科及喉頭頸科，也是有許多超過世界水準的治療結果。這些主要原因是因為我們分科很細，大家努力，而且已經分科超過十年，所以成果陸續出來。最後向大家先拜個早年！



恭賀新禧！
新春如意！

出席第十屆世界雷射醫學會觀感

蕭安穗

個人於十一月十一日至十九日赴泰國參加世界雷射醫學會，因此未能參加今年耳鼻喉科年會，此次世界雷射醫學會，為第十屆，每兩年辦一次，本屆由泰國主辦，地點在曼谷，開會場所與硬體設備與台北類似，會員的接待也相當週到，唯開會場所分兩處（約十分鐘路程），非常不方便，開會的節奏與準時性都不夠，主辦單位的組織能力有待加強，這也是我們若有機會主辦世界性會議需注意與改進的地方。

目前雷射應用在耳鼻喉科學方面，仍以二氧化碳雷射與Nd-YAG雷射為主二二氧化碳，雷射的切割效果較好，Nd-YAG雷射則以止血的效果較優，因此二二氧化碳雷射仍被廣泛應用在口腔及喉頭的顯微手術，目前較新的構想，是利用雷射來治療打鼾與呼吸中止症候群，在局部麻醉下，將軟顎做部分切除，Nd-YAG則被用來輔助內視手術，也有數篇報告以Nd-YAG雷射來治療氣道狹窄，但Nd-YAG對附近組織的熱效應較二二氧化碳雷射大，雖有成功的病例，但普遍性仍值得懷疑。另外香港中文大學以 photodynamic therapy (PDT) 來治療鼻咽癌的效果不錯，由於鼻咽癌是中國人最常見的癌症之一，值得注意其發展趨勢。

除了耳鼻喉科的應用外，在醫學雷射應用的發展上，有四項較熱門的研究領域，分別為：

(1) Photodynamic therapy (PDT) 用於治療腫瘤。

(2) Low power Laser (LPL) 利用低能量雷射用於診斷治療與復建。

(3) Tissue Welding 用雷射來接血管與腸道。

(4) Laser thermia 利用雷射的熱能來破壞腫瘤。



Urken 教授來訪

黃瑞麟

今年五月榮總舉辦「新知研習會」，參加者十分踴躍，可說是一次成功的研習會。值得一提的是，遠道而來的貴賓—Dr. Mark L. Urken，演講有關「頭頸部之重建」。Dr. Urken此次由榮總喉頭頸科張學逸主任邀請而來。是美國紐約西奈山醫學中心耳鼻喉科副教授，以頭頸部自由皮瓣移植重建手術 (HeadandNeck reconstruction with free graft) 聞名，發表過許多文章。我在去年曾到西奈山醫學中心進修，親眼看過 Dr. Urken 開過許多刀。他幾乎所有的自由皮瓣移植手術 (Free graft) 都做：Radial forearm flap, Rectus abdominis flap, Fibula flap, Latissimus dorsi flap... 等，全由自己來，不假整形的科醫師之手。頭頸部腫瘤的病人，在經開刀，大塊切除腫瘤，再以自由皮瓣移植手術重建後，令人不禁大呼鬼斧神工。

他的自由皮瓣移植手術，有幾個特點茲介紹如下：① 將Vascular pedicle放在 longitudinal 的部位，如此可防止血管受壓迫② anastomosis 處要保持 tension-free，血管也不能 redundant，否則容易受 distortion ③ 頸部最好的 recipient 血管是 transverse cervical a. 和 ext jugular v. ④ 同時接 nerve，使 free graft 有 sensation，如此可幫助吞嚥功能的恢復。榮總最近已開始 osteo myocutaneous free flap 的嘗試，以改善病人，使有更好的生活品質。

在紐約期間，我另外到紐約大學醫學中心 (NYU) 拜訪了整形外科的Dr. Cutting，他是紐約大學醫學中心，開顎裂及唇裂 (Cleft lip & palate) 手術最好的醫生，曾討論關於‘顎裂’手術的原則與技巧，使我獲益良多。各位先進如有此種 case 請不吝轉介或指教，最後祝大家新年愉快，一切順意！

談和我們有關的陽明近況

張學逸 主任

陽明醫學院對榮總來講，可以說是個重要的資源。弟自去年接陽明主任以來，覺得大家對此資源還相當生疏，有必要做些介紹，好讓大家充分應用。

在教學研究方面，為了擴大參與，五年級的上課陣容今年加了新的主治醫師及新光和彰基主任，每位教師均有講義綱要可供參考。在見實習方面，更有大的進步，經連部主任的關心策劃，分別由每一科的主治醫師全程帶領，學生的反映良好。為了進一步加強科內教學，喉（頭頸）科亦將於一月起，舉行七點半的晨讀會。此外，陽明最近也開始實施五、六年級的臨床導師制度，副教授以上的專兼任醫師均可參與，本人現帶七名學生，覺得不但可教學相長，也使自己保持年輕。而且將來個人的教學績效也會被納入教師資格的升等考量之內，歡迎大家多參與。至於研究方面，在臨床到達一流水準以後，不可避免的便須常涉及基礎醫學的問題。與陽明基礎醫學老師合作，不但有事半功倍的效果，研究計劃申請也較易通過。我們新近成立的生理研究室及目前的國科會計劃，都是應用此陽明最能充分提供的資源。

在陽明可提供給我們的教學經費方面，雖然數目不多，但對我們的營運成本也多少有所助益，上學年用此經費在部裏購置了電腦、傳真機、投影機、聾骨和一些研究室設施，本學年計劃更新我們會議室的視聽設備，補充門診檢查及研究室等設施。希望大家隨時提供教學有關的需要，以便逐年充實。不過，必須特別說明的是，陽明各科經費分配的多寡，是根據各科發表論文的質量而定。由於論文必須有掛陽明醫學院才算（因為教育部也依此標準給各校經費）我們順風耳人對陽明都有直接或間接的貢獻。因此，希望大家不要忘記在論文出處多加上「國立陽明醫學院」七個字，對任何人都應有益。

關於教師資格升等，要向大家報告的好消息是下學年起陽明將可自行審定教師資格，大家不必再擔心受到外界的惡意打壓。目前陽明升等評審會中，臨床人太少的問題，正尋求改進之中。此外，經由陽明臨床醫學或其他研究所，也是升等的一種途徑，但是不論如何，堅強的學識和臨床及研究實力，以及優秀的論文質量（論文出處必須有寫上陽明才算），都是必要的條件。希望大家多加利用，學校絕對不會辜負每個人的努力和成就。不過，對於故意不經陽明審核升等者，學校的政策是不予聘用。對於教學醫院的問題，陽明最近也特別重視，而由教務長、醫學系及內外科主任和本人組成院際合作推展小組。陽明的臨床主要靠榮總，現在我們耳鼻喉科對陽明的支持，可說是全院各部科中最好的。除了榮總之外，陽明有新光和振興兩所私立的建教合作醫院，其中振興不但和我們鄰近，而且與陽明有唯一的建教合作關係。去年我們爭取到陽明畢業生可到上述醫院完成義務服務的辦法，提供更寬的出路。希望將來能夠進一步讓所有的順風耳人透過此資源，使我們對各種病患的服務更具彈性、合理。

另外，順便介紹給大家的陽明資源是其後山的環境景緻。只要在學校門口留個証件，就可開車進去，在山上運動場面對四周永恒的山川原野，你會發現台灣的美麗和可愛。

臨床研究之個人展望

許志宏

感謝諸位前輩，師長及所有榮總人，對於鼻咽癌的臨床研究之支持與鼓勵，至今不敢須臾稍懈，而有負大家的愛護。回顧今年，算得上的進展，就是進入陽明臨床醫學研究所攻讀博士學位，也藉此與中央研究院、學校等研究單位有所接觸，目標則希望整合基礎與臨床研究，不僅擴展學術視野，亦提升對病人的醫療服務。

第一年需修高等生物統計、臨床研究法等學分，另外還要兼顧臨床工作，幸好在科裡協助安排下，門診只維持星期四下午及星期三上午之會診與約診，另外則致力鼻竇內視鏡手術及鼻咽癌復發之手術治療，因此臨床工作之兼顧尚不成問題，預計明年在醫學會能有成果向大家報告。最後再次感謝大家的愛護與鼓勵，並在此向大家拜個早年，祝闔家身體健康，萬事如意。

土耳其記遊

林清榮 主任

第十五屆世界耳鼻喉頭頸外科醫學會於民國八十二年六月二十日起在土耳其伊斯坦堡市共舉行六天，其會議項目包括全體學術會議，圓桌學術座談會及自由發表文章。除全體學術會議外，圓桌學術座談會國內受邀參加者有三人，台大徐茂銘教授（鼻咽癌），榮總張斌教授（助聽器），及筆者（耳鼻喉之微生物及熱帶疾病）。大家交換經驗，獲益良多。而自由發表文章共一千四百四十篇，包括國人提供的十四篇文章，包羅萬象，俱為精心傑作。

筆者於會後順道遊覽土耳其各地風光，今將其簡介如下：

土耳其位於亞洲大陸西端，橫跨歐亞二洲，為連接東西方之天然橋樑，且為東西方文化交流及各種宗教（基督教及回教）並存的國家，人文景觀各俱其趣，其中又以伊斯坦堡，布爾沙，艾菲索斯及白加孟等地較具代表性。

一、伊斯坦堡一是土耳其之門戶，為觀光及最大貿易港橫跨歐亞陸。一般而言，伊斯坦堡仍較落後、髒亂，街市小販林立，路邊偶見一、二人趕著熊，熱心的與觀光客合照，但須索價二十至六十美元。伊斯坦堡境內的喀帕爾市集為全世界最大的市集，佔地約3萬平方公里，小商店超過三千多家，各式寶石、毛毯、衣物等等琳瑯滿目，但同樣的東西差價甚大，須多參考，貨比三家不吃虧。

二、布爾沙一原為額圖曼大帝所建第一個首都，其中特色有偉大清真寺、綠清真寺及額圖曼大帝圓拱形陵寢及歷代帝王陵墓。

三、艾菲索斯一過去此地為最重要也是最大的城市，現在卻是一片廢墟，但仍可在遺址上看到大理石所建道路、三溫暖、妓院、古羅馬浴池、競技場等等。在另一郊外隱約可見世界七大古蹟之偉大建築—Artamis 神廟，但也只剩下幾個石柱了。

四、白加孟一是個面臨愛琴海的小都市，西元前二百年曾繁榮一時，目前以擁有希臘王國遺跡而聞名。Asklepion神殿為全世界第一所精神療養院，以音樂、理療、宗教來治療疾病，世界精神科醫學會在伊斯坦堡召開時，曾特至此瞻仰。

土耳其由於通貨膨脹厲害，匯率天天變動，造成經濟面不穩定，導致整體國力較為落後，但其豐富的文化歷史背景，溯自波斯大流士王出兵攻打希臘，或亞歷山大帝東征，或羅馬軍進出亞細亞都須經過此地，甚至今天蘇聯艦隊由黑海出地中海也須經此地，因而此地融匯成特殊的自然人文景觀，實在值得到此一遊。

巴黎進修記

杜宗陽

承蒙法國在台協會及國科會提供獎學金及協助，始能有此機會前往巴黎進修。主要工作在 TRAN BA HUY 教授於 Lariboisiere-St. Louis 及 Xavier-Bichat 醫學院的耳科研究室工作。這兩間醫學院均屬巴黎第七大學，歷史悠久。若遇 TRAN BA HUY 教授有特殊手術要作，則進手術室看刀，以中耳，內耳及顛底手術為主。

實驗室研究主題為「Effect of free radicals on ionic transport of middle ear epithelium」，研究材料採用蒙古沙鼠中耳黏膜初級培養細胞及一株經 SV-40 病毒感染而成的中耳黏膜細胞株。簡言之，在中耳產生細菌感染時，被吸引來的炎性細胞多聚集在中耳次黏膜。除釋放各種酵素外，還釋放包括 H_2O_2 ，Superoxide anion 及 hydroxyl radical 等自由基離子，造成黏膜生理反應改變及傷害。這些自由基離子可以經由刺激攝護腺素 E_2 合成，而增加胞內二次訊息者 c-AMP 含量。促進中耳黏膜對鈉離子及水分吸收量。進而使中耳黏膜上的黏液層厚度減少，阻礙纖毛運動，降低中耳黏膜的纖毛黏液廓清能力。這應是造成中耳積液的原因之一。此外細胞基底部的 Na^+-K^+ ATPase 活性在高濃度自由基離子刺激下會逐漸降低。這也是影響鈉離子，水分運輸的原因之一。

除以細胞培養及 Voltage/Current Clamp 方法研究上述專題外，TRAN BA HUY 教授實驗室其他計畫包括以 Patch Clamp 研究耳蝸毛細胞離子通道，以 Patch Clamp 研究維生素 C 對毛細胞代謝影響，前庭誘發反應，血管紋邊緣細胞的 c-AMP 調節機制，及血管紋邊緣細胞細胞株的建立等多項研究，均已獲得理想結果。

法國在基礎研究方面的確很捨得投下大筆經費支持。臨床教授多半擁有自己的實驗室，可以招收各醫院醫師攻讀博士或博士預備班學位。因此雖然法國經濟十分不景氣，但仍然有質量均佳的研究結果問世。加以醫院各臨床科部也有重視相關基礎研究趨勢，一流的教學醫院多要求新進醫師擁有或攻讀博士或博士預備班學位，故研究人力也不虞匱乏。



淺談過敏性鼻炎治療心得

何青吟

台灣地區過敏性鼻炎約佔總人口的百分之二十，而且有逐漸增加的趨勢。關於它的致病機轉及治療方法尚無很好的結論，鼻科自民國81年4月至82年10月利用貼膚試驗尋找過敏原，發現以家庭（尤其塵蟎）過敏者最常見；佔80%，其次為花粉，海鮮及黴菌，另外有16%的過敏性病人未發現過敏原。

因治療方法很多，表示沒有一種很好的方法，門診時利用鏡檢，皮膚試驗及嗜伊紅性白血球確定診斷為過敏性鼻炎後，給予衛教，使其能避免接觸過敏原，無法避免時再給予藥物治療，以一種傳統性抗組織胺加上H₁抗組織胺為第一線用藥，一般都能得到緩解，此時再加上肥大細胞穩定劑（Intal），若反應不佳時，利用固醇鼻噴劑（一天二、三次噴一個月，一天二次一個月，利用一天一次維持療效），以上治療均無效的情形下，使用口服低劑量類固醇，大部分都可得到戲劇性的好轉，然後再利用抗組織胺控制症狀。

類固醇的使用必須遵循下列原則：(1)傳統治療無效(2)以局部鼻噴劑為優先(3)口服以最低有效劑量，最短療程為原則。才能避免不必要的副作用。

對於能充分配合的病人，可考慮使用減過敏療法（hypersensitivity），一般而言，須於開始治療後六個月才可看見效果，之後須一個月打一次過敏原維持3至5年。依個人經驗對減過敏治療有反應者約有70~80%，因此事先須對病人說明此一療法所花費的時間很長，且並非百分之一百有效，以免造成以後的糾紛。



部內小記

☆梁家豐醫師：耳科主治醫師，五月由丹麥學成歸國。

☆杜宗陽醫師：耳科臨床研究員，十一月，甫由法國學成返國。

☆恭賀張欣平醫師新婚燕爾；其夫為台大眼科醫師，兩人真不愧郎才女貌，天造地設！

☆恭賀何青吟醫師昇為鼻科主治醫師；其更擅長會計及電腦，使本部帳目俱細靡遺，滴水不漏，績效蒸蒸日上！

☆恭賀許志宏醫師考取陽明醫學臨床博士班；本部將又增加一位許博士了！

◎劉彥煌醫師，已懸壺濟世了，恭賀開業有成！

院址：北市莊敬路462號 TEL:722-9173 (劉彥煌耳鼻喉專科)

◎范文和醫師，也懸壺濟世了，恭賀馬到成功！

院址：北市北安路569之1號 TEL:507-8589 (北安耳鼻喉專科)

◎陳正熹主任，雖經連部主任及本部同仁多次慰留，已決定開業了！祝賀陳主任 鴻圖大展，門庭若市！

院址：台北市文林路498號 TEL:831-6878 (診所附設耳東聽力室)

加 油 ！



部內動態

- △黃伯光醫師—新進R₁，陽明第九屆畢，未婚，屬白面書生型。擅長網球，號稱球王曾梓辰的接班人。
- △戴世光醫師—新進R₁，陽明十三屆畢，未婚，為人樂觀，個性略保守。以應屆第一名優異成績進入本部耳鼻喉部。
- △王介呈醫師—新進R₁，陽明十三屆畢，曾於公職醫師高考榜示第七名，亦以畢業第七名優異成績進入本部。雖有位漂亮、賢淑的女友，但仍風流倜儻，不安於室。
- △黃啓原醫師—新進R₂，原服務於北醫附設醫院；雖高考分發至中山女高任校醫半年，至今仍‘完璧如初’？！且未婚；為人忠厚、風趣；愛好游泳及健身房。
- △蔡文瑞醫師—台南新樓醫院來本部進修一年，嗜好慢跑已多年，為人老實，視病如親，多次得榮民伯伯們稱讚及表揚。
- △王建民醫師—省立台北醫院來本部進修一年，因仰慕張學教授學識及專長，要求固定於喉頭頸科一年，個性豪爽及幽默。其人‘御妻有法’，每天嫂夫人專車接送上下班，令僚輩羨慕不已！

猜燈謎：

1. 二小姐。（猜一字）
2. 選美比賽。（猜國名）
3. 值錢不值錢，全在這兩點。（猜一字）
4. 小姑獨處。（猜一字）
5. 一夜又一夜。（猜一字）
6. 把守第一關。（猜台灣地名）
7. 男女同眠。（猜一字）
8. 刀出鞘。（猜一字）

1. 婆
2. 以色列
3. 金
4. 嬌
5. 多
6. 頭城
7. 好
8. 力

狗年行大運！

