

邀請函

順風耳同仁您好

又到了要舉行望年會的時候，在過去的一年裡，我們由衷地感謝您的付出與支持。謹訂於民國 106 年元月 8 日(星期日)下午六時，假臺北國賓大飯店舉辦溫馨尾牙宴，期盼學長姐、學弟妹得以共聚一堂，敘舊同樂，敬邀您撥冗參加。

敬祝 醫安

臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部
部主任 蕭安穗 敬邀

地點：臺北國賓大飯店，臺北市中山北路二段 63 號

時間：民國 106 年元月 8 日(星期日)晚上 18:00

交通：捷運淡水信義線 雙連站 1 號出口 往中山北路方向 敬請回覆參加與否。

可來電或 Email 告知。謝謝！

參加 攜伴

不克前來

臺北榮總耳鼻喉頭頸部

電話：02-28757337 轉 103 傳真：02-28757338

E-mail: ent@vghtpe.gov.tw

目 錄

<u>發行人的話</u> 展望	蕭安穗 2
<u>最新消息</u>	4
<u>耳科</u>	
耳科增設眩暈聯合門診的緣起	杜宗陽 7
聽力量值 APP 的驚魂與夢想	廖文輝 8
臨床耳鳴的新觀念與假說	黃啟原 10
健保給付包山包海是圖利誰?	王懋哲 12
聖地牙哥 2016 純開會無玩樂心得分享	褚嘉慧 13
<u>鼻頭頸科</u>	
一體兩面	許志宏 15
最近時事有感	陳記得 16
榮總三十年酸甜苦辣	何青吟 17
經鼻內視鏡顱底手術	藍敏瑛 18
國外進修雜感	趙勻廷 19
<u>喉頭頸科</u>	
北京大學演講心得	朱本元 20
疼痛與口腔癌的神經旁侵犯	戴世光 21
聲門閉合不良患者的多元音聲改善治療	王怡芬 22
單側聲帶麻痺的治療時機	許彥彬 23
阻塞性睡眠呼吸中止症之軟組織手術治療—由懸壅垂	李宗倫 25
顎咽成型手術到舌根手術	
頭頸部超音波在耳鼻喉科之應用—個人經驗分享	張嘉帆 27

✦ 發行人的話

部主任 蕭安穩

展望

從民國 72 年進入耳鼻喉科轉眼也卅三個年頭了，當初是榮寶峰當主任，張斌當副主任。耳鼻喉科自民國六十四年脫離外科部成獨立科後，有副主任這個編制，七十三年升格為部，由張斌當部主任，下分耳鼻喉三科，副主任的這個職缺因此走入歷史。

剛進耳鼻喉科，上一屆有二位住院醫師黃瑞麟及陸健邦，我這一屆還有顏丁寶、郝治華和王榮謙共四人，之後幾屆人就比較多，主要是來自各醫院的代訓生，當初衛生署並無總量管制。

那時是四年制含總醫師有十四人，主治醫師約七人，上午手術，只有下午開二診。主治醫師只負責看初診，涼的很，住院醫師負責看複診，若下午掛 100 號，兩個住院醫師看複診，每人就負責 50 人，看完為止。剛開始壓力很大，久而久之就駕輕就熟了。大約下午五點不到，門診就已結束，大夥把乒乓球桌架起來，開始打起乒乓球，頗有些 Easy No Tension 的味道。已故的張斌部主任，喜歡運動熱愛爬山，曾任榮總登山社社長，也鼓勵同仁們多運動，曾聯合牙科和眼科共同舉辦「七竅盃」運動大賽，比賽包括籃球、足球、田徑接力賽、游泳以及拔河不一而足，科與科之間也會為了拔河可不可以戴手套吵的面紅耳赤。比完賽拼個酒，其樂也融融。

曾幾何時這種輕鬆的畫面已是過往雲煙，現在主治醫師增為十七位，住院醫師每年約四位，沒啥增加，住院醫師的負擔相對增加許多，上下午耳鼻喉各開二診共六診，忙碌的程度自是不可同日而語。以往最多的手術就是扁桃腺切除。鼻中隔矯正，與鼻竇炎 Caldwell-Luc operation。我最不喜歡上 Caldwell-Luc 手術，開刀時從頭到尾血淋淋的，術後拿鼻填塞物還是會血淋淋的，有時還得再塞回去。常會覺得怎麼有這麼不人道的手術，這大概是我沒有選擇鼻科做為職志的原因之一。所幸內視鏡手術的發展減少了病人許多痛苦。

102 年 11 月北榮立法通過組織再造正式命名為耳鼻喉頭頸部；下分耳科、鼻頭頸科與喉頭頸科。

耳鼻喉頭頸部在張斌主任奠基，經連江豐副院長及張學逸主任的辛勤灌溉下。目前正是兵強馬壯的時期。

耳科在慢性中耳炎、膽脂瘤手術、聽小骨硬化症等疾患之處理，於國內皆居於領先的地位。王懋哲醫師師承 Stanford 的 Robert Jackler 教授，並經意大利名師 Prof. Sanna 加持後，現與神外醫師密切合作，能處理各式側顱底的大小腫瘤，其他醫學中心難望其項背。目前褚嘉慧醫師在 UCLA 修習內耳相關疾病，杜宗陽主任與神內林永煬主任共同開關眩暈聯合門診，這是醫學中心的創舉，讓北榮成為治療眩暈的重鎮之一。唯一不足的是人工電子耳手術，雖然我們有數十

例的經驗，效果都不錯，小時候接受手術的患者已經唸大學了，且一般語言溝通無礙。由於欠缺基金會的支持，手術數量一直無法擴大。人工電子耳手術經二、三十年的發展，已成為常規的耳科手術並無特別困難之處，慎選合適的病患，在患者花費巨額的經費之後，能得到應有的聽力回饋才是一種挑戰。所幸全民健保即將給付人工電子耳的醫材費用，本部也希望能為更多雙耳重度聽障的病患服務。

鼻頭頸科多年在鼻竇手術的鑽研與精進有目共睹，每年舉辦鼻竇內視鏡手術研習營，輔以立體電腦定位儀，能解決各種鼻竇炎及腫瘤方面的疑難雜症。藍敏瑛醫師近期自國外修習顱底與顏面功能性整型手術，目前與神外王緯歆醫師合作完成多例困難度極高的顱底腫瘤手術，顏面整型則是我們仍需努力開拓的領域。最近鼻科又加入了一位年輕的生力軍趙勻廷醫師，希望他將許主任在嗅覺領域的研究發揚光大之外，也能與藍醫師一同負起顱底手術的重責大任，讓北榮成為顱底手術的領頭羊。

喉頭頸科目前在頭頸癌的治療成果斐然。根據國民健康局的統計顯示，北榮治療口咽頭頸癌的預後，在所有醫學中心當中排名第一！許彥彬醫師在嗓音疾病之治療方面有傑出的表現，新當選音聲學會理事，已有張學逸主任傳人之姿。近來頗熱門的唾液內視鏡手術，由新生代的張嘉帆醫師負責掌理，出國參加多次workshop，技術已臻成熟，明年將出國深造，將更提升手術的精緻度。李宗倫醫師去年出國進修，主修口腔癌，副修 sleep apnea。個人認為仍應培養一位全職專精此一領域的主治醫師才能與其他各國的專家論長短。另外口腔癌之治療應以耳鼻喉科醫師為之，現牙科設有口腔外科，直接施行口腔癌的手術，與本部醫師所做的一個樣，牙醫師是否違憲一直是心中的疑惑，如何能讓民眾瞭解口腔癌及連帶之頸部疾病之治療醫師應是喉頭頸科的專長，很需要大家廣為宣傳。

台北榮總耳鼻喉頭頸部訓練一流的住院醫師，培養一流的主治醫師，造福一流的台灣人民。

又值歲末，祝福榮總人平安健康，順心如意。

明年望年會訂在元月八日晚於國賓飯店舉行，希望學長、學弟妹們熱鬧回娘家。

2016 丙申猴年

✦ 順風耳最新消息

耳科彭康政、鼻頭頸科傅秀雲、喉頭頸科王麗美整理

1. 蕭安穗部主任榮獲本部優良醫師，耳科黃啟原醫師榮獲本部教學優良醫師，於醫師節獲輔導會公開表揚。
2. 本屆臺灣耳鼻喉科醫學會理監事選舉，朱本元主任及許志宏主任當選理事，杜宗陽主任當選監事。
3. 為加強服務眩暈病患，本院耳科杜宗陽主任及神經內科腦血管科林永煬主任首創眩暈聯合門診，每周三下午於二門診五樓耳科門診，評估眩暈病患耳科或中樞性腦疾病之可能性及後續檢查治療。病患只要掛一次診，即可由兩位資深耳科及腦血管科專家看診，十分方便。
4. 蕭安穗部主任致力於發展聽小骨硬化症之鐙骨微創手術，相較於傳統手術，不但聽力氣骨導差距同樣縮小，術後發生眩暈的比例更大幅降低。為一安全且可改善術後眩暈的好方法。
5. 耳科杜宗陽主任致力於發展內視鏡顯微鏡雙系統經耳道中耳顯微手術，結合內視鏡與顯微鏡兩項手術工具，各取其優點。可達成最理想、最微創、最短手術時間及減少全身麻醉比例目的。
6. 耳科邀請美國史丹福大學 John S. Oghalai 教授於 2016 年 11 月 7 日至本部演講，題目為 Sensorineural Hearing Loss: Basic Science to Medical Management to Surgical Treatment. 從基礎醫學，藥物治療，到手術介入，深入淺出，令在場醫師印象深刻。
7. 耳科研究醫師葉建甫醫師，杜宗陽主任，蕭安穗主任於 Clinical infectious disease 發表 Emergence of Refractory Otomastoiditis Due to Nontuberculous Mycobacteria: Institutional Experience and Review of the Literature, 為本院耳鼻喉部有史以來 SCI 期刊 Impact factor(9) 最高的文章。葉醫師於 2016 年 11 月轉往臺北榮總桃園分院任職。
8. 耳科於 2016 年 7 月 9 日在陽明大學解剖實驗室舉辦『臺北榮總第一屆內視鏡中耳手術研習營』。由臺北榮總耳科研究醫師許弘義醫師向參與的醫師簡介耳內視鏡的淵源以及近日發展，再將他近年來參加包括新加坡、日本、美國哈佛醫學院等多次耳內視鏡研習營、解剖實作營的經驗與學員們分享，最後再用精簡且深入淺出的方式點出實作時應注意的解剖位置以及流程，讓在場參與的醫師收穫良多。許醫師於 2016 年 8 月轉往新北市立聯合醫院任職。
9. 耳科於 2016 年 4 月 23 日在陽明大學解剖實驗室舉辦『臺北榮總第八屆顛骨解剖研習及進階中耳手術研習營』。課程包括全頭顱 Fresh Frozen Cadaver 解剖、人工聽小骨植入、人工電子耳電極植入模型練習。師資：蕭安穗主任、杜宗陽主任、廖文輝醫師、黃啟原醫師、王懋哲醫師、褚嘉慧醫師。可為本部住院醫師提供最完整的耳科手術訓練並可讓外院的醫師有進修的機會。

10. 耳科於 2015 年 12 月 17 日獲頒 104 年度台北市新生兒聽力篩檢「確診績優獎」，由台北市政府衛生局局長黃世傑頒發。
11. 耳科王懋哲醫師，於 2015 年 12 月至 2016 年 3 月至義大利 Gruppo Otologico 進修側顱底手術，師承 Prof. Sanna，所學之技術將應用於國內側顱底腫瘤手術，並為國內少數可執行此類手術之醫院，將持續與神經外科共同發展側顱底手術，回國於院務會議報告進修心得，廣獲各級長官好評。
12. 耳科褚嘉慧醫師，於 2016 年 7 月份至美國加州大學洛杉磯分校進修一年，期待褚醫師學成歸國，拓展眩暈病患之檢查與治療。
13. 耳科聽力師團隊於本年度首次參加教學醫院聽力師評鑑，計畫主持人陳美珠聽力師、李宗伊聽力師、教師鄭秀蓮聽力師和彭康政聽力師努力收集各類教案及本科聽力師優秀教學成效結果，頗獲委員好評，順利通過評鑑。
14. 耳科新聘第七位沈玉倫聽力師，有效解除耳科聽力及前庭功能檢查的壅塞情形，並增加耳科聽力檢查及前庭功能檢查的績效及收入。
15. 耳科更新門診之耳內視鏡影像儲存及影像上傳系統，將更提升影像儲存品質以及耳科影像資料庫的應用。
16. 耳科設置第二眩暈檢查室，服務門診日益增多的眩暈病患。
17. 台北市醫師公會 2016 年 6 月 26 日舉辦 105 年游泳友誼賽，耳科王懋哲醫師獲得公開組蛙式冠軍，廖文輝醫師獲得壯年組蛙式季軍。
18. 105 年 2 月 26 日~2 月 29 日許志宏主任、何青吟醫師前往長春出席「第三屆海峽兩岸鼻科高峰論壇」，促進兩岸學術及醫療技術的交流。
19. 105 年 3 月 20 日~4 月 8 日趙勻廷醫師前往美國哈佛醫學院麻州眼耳醫院鼻竇中心見習，並參加 4 月 4 日~4 月 6 日鼻竇、耳咽管及中耳內視鏡手術實作課程訓練。
20. 105 年 4 月 9 日~4 月 10 日趙勻廷醫師前往美國賓州大學參加鼻整形手術實作課程訓練。
21. 藍敏瑛醫師參加 2016 華夏垂體疾病多學科高峰論壇暨 2016 醫學前沿論壇 2016 年 5 月 13 ~15 日，Oral presentation: Free Middle Turbinate Mucosal Grafts for Reconstruction of Septal Donor Site After Harvesting Nasoseptal Flap in Endoscopic Endonasal Pituitary Surgery。
22. 藍敏瑛醫師參加第 26 屆歐洲鼻科醫學會會議(Congress of the European Rhinologic Society) 2016/07/02-2016/07/10 Poster: The Potential Role of Podoplanin in Nasopharyngeal Carcinoma。
23. 105 年 6 月 25 日在陽明大學舉辦 2016 內視鏡鼻竇及顱底手術研討會，內容精彩，報名踴躍。
24. 105 年 6 月 26 日在陽明大學舉辦 2016 鼻整形手術研討會，講師陣容堅強，學員反應熱烈。
25. 105 年 7 月 21~7 月 23 日在陽明大學舉辦第 4 屆神經外科-耳鼻喉科經鼻內視鏡顱底手術操作研習營，內容豐富學員報名踴躍獲得廣大迴響。

26. 105 年 7 月 30 日在中正樓大廳舉辦認識鼻竇炎健康講座，共有近 200 名民眾參加，現場討論熱烈，廣受好評。
27. 江秉穎醫師因個人生涯規劃於 105 年 9 月 1 日離職。
28. 趙勻廷醫師晉升為約聘主治醫師，於 105 年 9 月 1 日起加入鼻科的陣容。
29. 鼻頭頸科藍敏瑛醫師目前正積極與神經外科跨領域合作，發展影像導航內視鏡顱底手術，期望未來提供病人更優質精緻的醫療品質。
30. 喉頭頸科許彥彬主治醫師於 1 月份，召開有關門診聲帶注射術記者會，引起民眾廣大回響，嘉惠眾多病患。
31. 喉頭頸科戴世光醫師，4 月份受邀於 The 2016 International Symposium for the Robotic Surgery on Otolaryngology-Head & Neck and Thyroid Glands 演講 Robotic surgery for advanced oropharyngeal cancer.
32. 賀！喉頭頸科李宗倫醫師 5 月份喜得千金！
33. 賀！喉頭頸科語言治療，於 5 月份通過醫策會補助計畫評鑑。
34. 賀！喉頭頸科高雅娟語言治療師 6 月份喜獲麟兒，9 月起請育嬰假，職務由彭敬軒語言治療師暫代一年。
35. 喉頭頸科朱本元主任於 3 月份，應日本熊本舉行的第十屆東亞音聲醫學會邀請，在會議中擔任座長。
36. 喉頭頸科朱本元主任於 4 月份，受邀於 2016 International Conference on advanced Endoscopy in Otorhinolaryngology-Head & Neck Surgery，演講 Management of hypoharyngeal cancer。
37. 喉頭頸科朱本元主任於 8 月份，應天津市第一中心醫院及北京大學第一醫院邀請進行講學，分享臺北榮民總醫院治療頭頸癌之經驗及進行內視鏡激光手術示範，促進兩岸學術交流並獲得相當好評。
38. 賀！喉頭頸科朱本元主任，當選臺灣音聲醫學研究會常務理事；王麗美語言治療師，當選理事；許彥彬醫師，當選常務監事。
39. 喉頭頸科戴世光醫師，10 月份受邀於 The 2016 Annual Meeting & International Conference of Taiwan Head and Neck Society 演講 Energy devices in head and neck surgery.
40. 喉頭頸科戴世光醫師，10 月份受邀於 The 2016 International Thyroid Surgery Symposium: Endoscopic and Robotic Approach 演講 The utilization of energy devices in head and neck surgery.
41. 洪莉婷醫師於 10 月份應聘回喉頭頸科擔任特約醫師，協助手術及門診教學。
42. 喉頭頸科王麗美及蔡岳如語言治療師與 B078 病房護理師，於 11 月份入圍「提升頭頸癌病人鼻胃管移除率」品管圈競賽。
43. 喉頭頸科李宗倫及張嘉帆醫師，著手頭頸部超音波檢查及超音波導引細胞穿刺與組織切片，致力發展喉頭頸部超音波。
44. 喉頭頸科繼續發展經口達文西機械手臂微創手術，能縮小手術傷口、減輕疼痛，降低感染及併發症，有效縮短住院時間。

耳科增設眩暈聯合門診的緣起

耳科 主任 杜宗陽

眩暈病患常因內耳或中樞性腦疾病引起，耳科專長治療內耳性眩暈，而神經內科則專長於中樞性疾病如腦血管疾病引起之頭暈。臨床症狀類似，病患常難以區分，非有經驗之醫師也常難以診斷治療，所以頭暈病患常需奔波於耳科及神經內科就診，醫師間也常需轉診或會診，增加本已不舒服病患之困擾。本院耳科門診可提供眩暈病患各類聽力及平衡功能檢查，以評估其內耳功能並加以診斷治療，而神經內科則專長於各類中樞性眩暈如腦血管疾病。

之前耳科週三下午僅我開設耳科普通門診一診，有天我忽然靈機一動，腦中浮現眩暈聯合門診的構想。經與神經醫學中心腦血管科林永煬主任研議，將耳科臨近空診由我與林主任同一時段聯合開診，以評估眩暈病患耳科或中樞性腦疾病之可能性，及安排後續診斷治療，此診名稱為眩暈聯合門診。眩暈聯合門診提供中樞性及內耳性眩暈之診斷治療，看診醫師也是有數十年經驗之耳科及腦血管科專家，醫師也方便隨時討論，提供適當之鑑別診斷，避免病人來回奔波不便，同時也加強本院對眩暈病患之服務。此眩暈聯合門診為國內首創，希望可提供眩暈病患完整之診斷及治療。

本科的耳神經學於二十幾年前由陳正熹主任開始規劃創設，已有完整的前庭功能檢查室，可進行眩暈病患耳神經檢查及從事相關研究，當時也有質量均佳的論文發表。可惜自陳主任離職後，本科耳神經學並未能如其他領域般蓬勃發展，目前是本科最應投注人力及資源加強的領域。增設眩暈聯合門診除了服務病患外，期待能再帶動本科對眩暈的相關臨床及基礎研究。

眩暈病患人數非常多，而且因為各類壓力及生活型態改變，有頭暈困擾的病患也不斷增加中。相信眩暈聯合門診也可以積極爭取新病人。這方面我也期待年輕醫師，不限主治醫師，也歡迎有興趣、有想法的部內住院醫師、fellow及聽力師投入，我必盡力提供指導及各種資源協助，相信蕭部主任也一定支持這個想法。希望本科主治醫師除了在本職專長潛心研究創新外，還要能夠適當發揮創意，提供病患新的服務。同時也要透過各種可能管道及媒體，尤其是網路，向民眾介紹。眩暈聯合門診是北榮耳科除了中耳手術外，將是另一個引以為傲的強項。

這幾年來，耳科佔床率及營運績效皆有長足進步，除了要感謝蕭部主任督導有方、科內各級醫師、聽力師及護理同仁認真工作服務病患外，也要向各位順風耳前輩獻上最大謝意，因為前輩轉來檢查或手術的病患佔極大比例。轉診病患也都十分肯定前輩的地區服務及北榮耳科的先進治療成效。前輩的支持與鼓勵是耳科進步發展的最大動力，除了藉順風耳簡介耳科各項最新發展外，也祝福大家身體健康及工作愉快。有空的話，多來部內串串門子。

聽力量值 APP 的驚魂與夢想

耳科 主治醫師 廖文輝

又到要向各位順風耳的前輩與好友們問候的時候，先祝福各位身體健康，心想事成。至於我，由於科技部已經連續兩年都拒絕我申請的研究計畫案，因此開發聽力量值法 APP 的夢想，就一直擱置下來無法完成，雖然也有利用空閒時間，不斷地研讀 IOS 程式設計的相關資料，耳科裡的創新研發進度也按時填報，事實上這只是畫餅充飢而已。至於聽力量值 APP 考量使用於 Apple IOS-based 裝置為首要選擇，等其熟練後才能再進入其他 OS 作業系統；首先將選擇特定的手機平台，配合選擇特定的耳機，這一組須做一次音量的校準工作，校準資料會留在手機上，讓聽力檢測的 APP 使用。IOS 作業系統 iPhone、iPad 程式設計較難，但不用常常修改，且硬體固定較好進行校準，更新及控制檢測音量的品管較為簡單，但是最近庫克執行長為 iPhone 超大量的擴展機型變化，從 iPhone6、iPhone6 plus、iPhone6s、iPhone6s plus 等等，讓我先前設計的 iPhone4 模組，一下子就要變成 iPhone7 真是太恐怖了；然而 Android 作業系統的使用者仍為多數，但是為控制檢測音量的問題？因其機型變化較多，必須為 Samsung、HTC 等各大廠旗下各個手機，一一去修改其個別對應的程式，將會曠費時日，當然 Google 與 Windows 作業系統暫且不考慮。

分享一段今年中發生關於我個人心裡的驚魂記，於 5 月 10 日收到科技部寄來一封需要補件的通知，當下我著實欣喜一陣子，因為我已經兩年都直接被拒絕計畫案，這次卻收到需要補件通知，表示有進步了，應該會有通過的機會吧！補件：當然就是指人類研究倫理審查之證明文件(IRB)與進行人體實驗/人體檢體之同意文件，以前我以為申請 IRB 需要先繳一筆費用，心想等計畫案有通過再申請就好，以免白花錢；於是我就開始日夜加班來填寫 IRB 文件，終於在 5 月 23 日完成上網與取得 IRB 送件證明，心裡很高興，終於熬過這些苦難被刁難的日子，快速的寄出 PDF 檔並且靜待佳音。但是過幾天卻收到另一封信：文件需為正式通過文件，科技部將再次開放補件，麻煩您拿到確認的證書後再行上傳即可。我當下心就碎了，再次趕到 IRB 委員會詢問，但是 IRB 上網申請的文件，必須要初審回覆、再審回覆、才能最後通過，一般要收到確認的 IRB 證書，大約要一個月期間，心裡想等我拿到 IRB 正式通過文件，早就超過科技部最後審核時間！從那時候，我每天又開始忙於 IRB 委員會、IRB 委員會助理、IRB 委員會主任、科技部、科技部專員，天啊！終於第一次得到傳說中的胃食道逆流症(GERD)，加上連續幾天的夜半驚魂，再經過近三周的斡旋與奮鬥，也取得委員會葛主任與科技部專員的協助，終於完成正式通過文件的上傳(經展延一周的截止日)。現在回憶起這段胃食道逆流與等待科技部通知函的日子，真的非個人筆墨所能形容！感謝上天！幸好是有通過研究計畫案，否則真的不知道該怎麼辦？切腹自殺？(聽說：真的有

人也完成補件工作，但最後還是沒有通過計畫案)

本研究團隊初步已建構的聽力量值 APP 命名為 Ear Scale(聽力量值)，包含以下功能:環境噪音檢測，常見音叉測試，500、1K、2K、4KHz，各種不同音量聽覺體驗，聽力量值法：有學童版 S1-S10(1 分貝-46 分貝)等。而聽力量值法，可以快速檢測聽力的程度，已經取得中華民國發明專利，於先前醫療器材跨部會發展方案計畫中，已試量產成功，為達成微型化聽檢裝置，特別開發聽力量值 APP，承如杜主任所說，再不加速努力技轉，此項新專利將成舊產品，所以目前已接受榮總的技轉組協助，將參加 2016 產學創新研發成果媒合會，於 11 月 9 日台北文創大樓 6 樓，發表此項研發的成果，期望能遇到有眼光的企業家，能注意到此聽力量值 APP 的優點，進而達成技轉，以協助聽力量值 APP 將來應用於公共衛生學範圍與預防醫學的研究。

臨床耳鳴的新觀念與假說

耳科 主治醫師 黃啟原

早期對耳鳴的認識，認為耳鳴是從耳朵而來，與聽力退化劃上等號，因而演出以活化內耳毛細胞以及聲音遮蔽的治療方式，但效果卻十分有限。到了 1990 左右，有神經生理學模式(Neurophysiological model)的理論出現，認為耳鳴之不適反應會透過大腦的睡眠系統、情緒邊緣系統以及自律神經系統的交互影響，併發惡性循環，產生臨床上的諸多症狀。所以耳鳴減敏療法(Tinnitus retraining therapy -TRT)於此時期應運而生，是採用直接諮詢與聲音治療來處理耳鳴使患者達到適應耳鳴來減緩症狀。到了 90 年代後期，精神科醫師和心理師以認知行為療法 (Cognitive behavior therapy- CBT) —即純粹以心理諮詢的方式來處理耳鳴病症，其成效也不錯，因此發展出一對於病人以正面的，良善的解釋來去除其對於耳鳴的恐懼，以抑制中樞對於耳鳴的過度代償的耳鳴治療概念！

近年來透過對於許多中樞神經系統的研究，特別是耳鳴與慢性疼痛兩者之比較，藉由腦部功能性磁振造影(MRI) 及以立體像素為基礎的顯像技術 (Voxel-based morphometry-VBM)的應用，研究學者們發現耳鳴患者腦部位於胼胝體下方的腹內側前額葉皮層(ventromedial prefrontal cortex-vmPFC)有出現灰質顯像減低的情形，而且鄰近的伏隔核(nucleus accumbens-NAc)會針對耳鳴頻率區的聲音刺激產生過度活性反應(hyperactivity)，同時在丘腦後側 (posterior thalamus)卻有灰質顯像增加。故以既有之神經生理學模式為基礎，加上許多的研究實驗結果的推測，發展出耳鳴的額葉紋狀體迴路閘門 (frontostriatal gating)假說，這個額葉紋狀體迴路由包含 vmPFC 、thalamus 與顳葉內側的 amygdala 與海馬體(hippocampus)等的邊緣系統以及掌管獎賞、快樂、成癮、厭惡、恐懼，以及安慰劑效果的伏隔核(NAc) 所組成，此迴路主要的作用是整合許多感覺訊息用以執行功能。而伏隔核正擔任迴路閘門的腳色，可看成是一位於中腦的耳鳴管控開關(見附圖)，作為守門員(gatekeeper)的功能，將某不必要的訊息或刺激淡化或是消除，達到管控(耳鳴或疼痛)的效果。

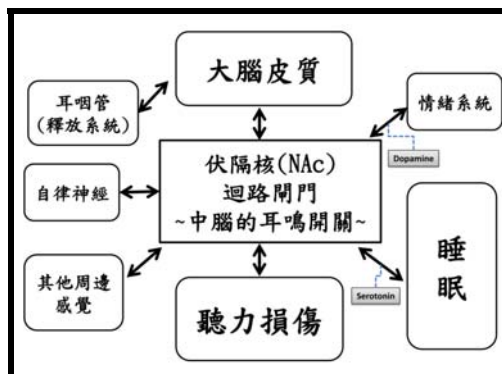


圖 伏隔核迴路閘門假說—中腦耳鳴開關

另外，豐富的臨床經驗也發現很多慢性耳鳴患者存有許多未被察覺的生理性障礙，例如耳咽管功能異常，潛在性的鼻竇炎，胃食道逆流，更年期症候群，睡眠呼吸中止症候群，藥物成癮，憂鬱症，失眠等等，都可能造成耳鳴管控系統失調。因此新的耳鳴治療思維中，除正確向病患解釋外，身為第一線的耳鼻喉科醫師更應積極尋找可能潛藏的其他病因，矯治可以改變的致病因素，以期恢復耳鳴的管控平衡狀態，這就是耳鳴治療的更新概念。

(有關額葉紋狀體迴路閉門及耳鳴治療新分類之詳細內容請參考:

耳鳴臨床診療的新觀念與分類 台耳醫誌 2016;51:69-74)

健保給付包山包海是圖利誰？

耳科 主治醫師 王懋哲

最近一年多來參加了幾次健保署討論將目前某些自費的醫材藥品納入健保給付的會議，多是高價的新產品。和我們耳科有關的是鈦金屬的 TORP, PORP, 和新式的 Piston。上述我們耳科的人工聽小骨目前病人需自費約一萬五千元左右，健保署願意以約一萬點給付，或是讓病患補差額的方式處理。人工聽小骨的使用量不大，健保花費不多，又可以減輕病人負擔，我們醫生也不用多費唇舌向病患解釋新式人工聽小骨的好處，好像是一個皆大歡喜的結果。但是仔細想想得利最大的真的只有病人嗎？相信各位同道一定有注意到目前都會區中產階級的病人大多有買實支實付的醫療保險，根本不在乎自費耗材要花多少錢。如果新式人工聽小骨納入健保給付，廠商的利潤最多數千元，而國泰人壽、富邦人壽等保險公司則多賺了一萬五千元。總加健保新增給付的各類自費醫材藥品給各金控保險公司因減少理賠而增加的利潤是相當可觀的。

另外健保醫院特約管理辦法規定公立醫院健保病床要佔 75% 以上，私立醫院健保病床要佔 60% 以上，以免病患因為無健保病床而要付差額費用。表面上這規定好像立意良善，十分合理，是為了保障病患權益防止醫院故意多賺差額病床的錢。但是實務上各位同道一定比較常接到患者請託找單人床更多於找健保病床。單人床差額病床反而是一床難求。病患找不到差額病床，各金控保險公司就不用理賠賺差額病床的費用，這部分各金控保險公司的獲利更是可觀。

綜觀上述兩項健保規定，我們每個人繳交的健保費因包山包海的給付變成各金控保險公司的獲利，醫院少收差額病床的費用也變成各金控保險公司的獲利。全體醫護人員及醫療院所長期因健保政策犧牲奉獻，各金控保險公司卻神不知鬼不覺享受巨額獲利每年可能高達數十億以上。政府政策是有意還是無意造成此現象值得我們深思。

聖地牙哥 2016 純開會無玩樂心得分享

耳科 主治醫師 褚嘉慧

說來汗顏，考過專科醫師數年，這竟是生命中第一回參加 AAO 年會!! 過去總是聽老師前輩們描述年會規模多驚人、展覽多豐富、旅遊多快樂、龍蝦牛排多好吃 (啊 No, 是 Lecture 多精采), 內心好生羨慕。這回既然繳了超過一千美金的註冊費和將近一千美金的住宿費用, 自然是抱著強迫要聽很多演講之「撈本」心情與會。

AAO (American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery) 顧名思義是美國最大的耳鼻喉頭頸科醫師(及相關成員)組織。根據歷史記載, AAO 的雛型創始於 1896 年, 由 Missouri 州一位耳鼻喉科醫師 Dr. Foster 發起。最初與眼科一家, 名為 AAOO (American Academy of Otolaryngology & Ophthalmology), 經歷多年愛恨糾葛, 於 1979 年正式自立門戶為今天大家所熟知的 AAO。學會辦公室設在維吉妮亞州, 目前約有 12000 名會員, 固定每年九月於全美大城市舉辦年會。按此計算, 今年正是第 120 周年的年會!!

今年大會選在度假勝地聖地牙哥舉行。聖地牙哥會議中心位於市中心, 是目前北美洲排名前十大會議中心, 大大小小的會議室或宴會廳共有 72 間、室內展覽區超過 2500 坪。由加拿大建築師 Arthur Erickson 設計, 利用大量玻璃纖維建構而成的風帆外型, 豔陽下閃閃發光, 遠遠看就像是停靠在港灣邊的一艘大船, 象徵著這個城市的航海歷史。會議中心的正面對著聖地牙哥較古老但非常熱鬧的煤氣燈區 (Gaslamp district), 背面與美麗的海灣對望。議程第一天結束的傍晚, 大會提供免費簡單的輕食 Bar, 就在會議中心露臺, 迎著斜照的夕陽、吹涼涼海風, 不時有膽子很大的海鳥跑來啄食, 享受美食 (其實幾乎都是冷食越吃越冷) 與無敵海景的同時, 混雜著驚險閃避盤中食物被叨走, 相當難忘。

簡單說來, 議程大致分為十個主題: Endocrine surgery、Facial plastic & reconstructive surgery、General otolaryngology、Head & neck surgery、Laryngology/Broncho-Esophagology、Otology/Neurotology、Pediatric otolaryngology、Pediatric otology、Rhinology/Allergy 以及 Sleep medicine。另外也數個比較實際的主題如 Business of medicine 和 Patient safety & quality improvement 等。一個時段最多有 28 個會議室同時進行不同主題, 規模驚人自然不在話下, 多樣主題滿足各式聽眾, 相當多元。這也帶來不小的困擾, 同時段有兩三場想聽的演講難以抉擇……前晚想破頭好不容易決定就這樣吧, 聽張三演講好了!! 隔天在走廊對著李四看板, 不斷陷入天人交戰到底該放棄哪一個, 彷彿人生的縮影——「沒有全拿的」。當然, 遺珠之憾可以在會後花錢買實況錄影大補帖 (www.academyu.org), 每堂課 55 鎊, 整套購買 699。附帶一

2016 年 11 月 發行

提，有別於往年每個 Instruction lecture 賣 70 鎊必須事前報名繳費，今年註冊費 1015 大洋已包含所有演講費，一張識別證走遍天下。

展覽 EXPO 部分是另外一個重點!!佔地上千坪的會場滿是大大小小攤位。除了一般醫學會議常見的藥品、儀器、設備、手術器械耗材、書商以及 Hands on 之外，還有生涯規劃、就業諮詢、Medical Art 等。令我印象深刻的是現場表演的醫美產品，大波浪捲髮電眼美女問看官您要不要立刻坐下來，十分鐘撫平皺紋淡化斑點；還有拍大頭照服務、素描肖像等等，簡直大開眼界!!

這趟每天三杯咖啡當學生專心聽演講，以及認真逛展場收穫頗豐，可惜沒分身魔法，只聽了耳科部分專題，僅以個人立場難免以偏概全的小小心得與大家分享：

1. 目前耳鼻喉科幾個主題特別夯，也許可以說是顯學、或尚有許多未知值得探索：睡眠呼吸中止症(廣義地說是睡眠醫學)之非侵入性治療方式；胃食道逆流與其他疾病的因果牽連和治療；過敏患疾怎樣預防如何處理；Robotic surgery 及內視鏡手術帶來的視角與視野值得關注；Facial plastic surgery 的前景與錢景絕對不可小覷。
2. 開會幾天密集充電感覺醍醐灌頂，不過回家之後更要逼迫自己好好整理筆記才能消化吸收打通任督二脈。否則靜脈注射銀杏也是枉然，全部忘光光。
3. 有錢不是萬能，但沒錢萬萬不能……為台灣醫療之未來掬一把無奈同情的眼淚。

下一屆 AAO 年會 2017 年 9 月 10-13 日將在芝加哥舉行，九月時節的芝加哥可能相當冷了，與今年無敵海景溫暖氣候的聖地牙哥勢必不同。很期待還有機會參加，能抱著單純的心情學習、增廣見聞提升視野。

一體兩面

鼻頭頸科 主任 許志宏

某日餐敘中，一位事業有成的朋友提到澎湖博弈公投不通過的結果，且認為此乃可喜之事。本人雖然曾經去過賭城拉斯維加斯，但見識其繁華炫麗的一面，亦聽聞澳門、新加坡的賭場更是極盡奢華之能事，年近花甲的我對於賭博之事仍一竅不通。據該好友提及，曾有賭客因賭輸而傾家蕩產，甚至當場跳樓、跳海的實例，賭場實際情節往往不像電影所呈現那般光鮮亮麗，他同時也提出房地產和博弈同屬罪惡財富這發人深省的見解。

我想以往電腦遊戲被我們視為雕蟲小技，經韓國人發展成資訊產業，並舉辦各項比賽，至今台灣也相繼投入，公司規模龐大甚至上市、上櫃，演變為現代尖端科技產業，並創造許多就業機會，形象大翻轉。這使我不禁聯想到房地產這行業，我一向都很敬重建業者對社會的貢獻，也是當今社會經濟的火車頭。一般百姓將手上的現金投資買房並出租，讓出外人有家，屋主除了找房客之外還要負責房子的維護、修繕，付出勞力服務房客，說來也算服務業。可是一旦房地產淪入炒作，房價過高導致普遍年輕人買不起房子，沒有奮鬥的動力和目標，我們這一代想要依靠年輕人，晚景堪慮。

博弈及房地產事業本身並無罪，美國新科總統川普靠經營房地產致富，拉斯維加斯更是全家老少皆宜的度假地點，何以在台灣將其變為噩夢，我想是管理的問題。美國房屋課稅率約為房價的 1.2%，一般自住房屋的屋主，每年收到稅單時總是心驚肉跳，因為附近的房子買賣成交價上升時，自住房屋稅金也跟著升高。溫哥華為華人移民的熱門地點，當地房地產被炒得漲幅極大，原來的當地居民縱使房子是自己的，對於漲幅極大的房屋稅亦感負擔沉重，只好賣掉房子搬家，當地白人並不認同華人炒作房地產的行為。若稅制公平，有良好管理，博弈及房地產事業當然值得發展，將其發展為產業，增加工作機會，促進經濟活絡增加整個社會的財富，大家同蒙其利。可惜房地合一、實價登錄在臺灣才剛開始推行，能否落實房地產漲價歸公，還有待觀察。

凡事都為一體兩面，有好有壞，有優點也有缺點，博弈及房地產如此，發展醫療手術也如此，新的手術總是風險較高、併發症多，在消費意識抬頭的時代也使我們顧慮較多，幸好顱底手術與神經外科合作，分擔風險，現已站穩腳步，鼻整型則發展至功能性鼻整形手術，強調功能性兼顧鼻形調整，至於美容性之顏面鼻整型術，則還有待發展。

轉眼一年又將過，自己也快邁入花甲之年，不久的未來，搭捷運時就會被讓座了，現在要好好珍惜時間，也祝福諸位順風耳之友，來年諸事順遂、身體健康。

最近時事有感

鼻頭頸科 主治醫師 陳記得

報載臺大醫院深夜排掛號，搶看名醫門診已有多多年歷史。衍生黃牛代排商機，收費千元起跳。敝院不會出現這種光景，就像超商看到顧客大喊「歡迎光臨」一樣，我們看到病人也會大喊我們的院訓「視病猶親」，怎麼可能讓親戚半夜排隊！前些時有位病人從南部上來開刀，因是小手術準備讓住院醫師開就好，但病人強調慕名而來。我就從頭到尾小心伺候，因這病例是包裹給付，到星期六傷口復原好依健保規定須出院。病人聲稱住得遠要求多住一天比較有安全感，雖不符合健保規定，但仍「以客為尊」同意了。幾天後收到客服部門通知，病人暗中投訴我星期天沒親自去看他，要退一天主治醫師費。我拜託客服加計利息直接從我薪水扣，別再煩我就好。主治醫師費一天多少？400 元！台大門診黃牛排隊費用多少？1000 起跳！這位「親戚」是否…

今年同志遊行聲勢浩大，有八萬多人，好友路過被攔在隊伍中，被記者拍到，急忙向各親友澄清他是路過，他只愛女人、女人、女人！見他這麼焦急，我建議他趕快去嫖妓，以他開業名醫的知名度，被逮後報章必大肆報導，效果好過他一一澄清。老婆方面買個名牌包謝罪了事。原來同志這麼多，先後總統又贊成同志婚姻，台灣很可能是第一個亞洲同志婚姻合法國家。鑑於敝院營運困難，應該趕快卸下大門的國旗，大量升上同志彩虹旗，應可增加不少業績。

我們船員被海盜擄走，民進黨員的輪機長求救無門，最後被他們準備要罷免的反對黨立委與「萬惡的共匪」救出來。外交部也宣稱不計代價要搶救他們，但是不願意幫它們付 3 萬元機票。可是不知為何可以免費把國際詐騙集團接回來。最難堪的是對岸竟然免費讓輪機長坐頭等艙。不知這不計代價的上限是多少？300 元還是 3000 元？最近海龍蛙兵的操演是在室內的游泳池表演給總統與國防部長看，蛙人不是應該在海上表演嗎？可能是顧慮到弟兄的安全吧！游泳池死不了人。可是為什麼發佈強颱，全國都放假醫院卻強迫我們這些死老百姓的醫師回醫院看診！是醫師對強颱的抵抗力比蛙人還強嗎！當然醫院對我們不薄，醫院評鑑過關後敲鑼打鼓地告訴我們每人發 500 元獎金。幾個月應付評鑑的辛勞終於有代價。500 元真是皇恩浩大，感激涕臨！畢竟醫院一再告訴我們營運很困難，今年前面 9 個月只賺 5 億而已。繼續共體時艱！

榮總三十年酸甜苦辣

鼻頭頸科 主治醫師 何青吟

1987年實習醫師結束後，一頭栽進台北榮民總醫院耳鼻喉部這一個“大坑”中，一待就是三十年。在這個大家庭中獲得許多的關懷及照顧，但也有很多的無奈及無力感。

住院醫師第一二年的扎實訓練，每天早上六點上班，深夜才回到宿舍，值班幾乎“住在”急診，沒有請過一天休假，這是現代住院醫師不能想像的。但也從其中得到很多，急診氣切 20 台以上，病房緊急氣切，內頸動脈大出血~~~~每種狀況皆經歷過。住院醫師第三年才第一次休假七天，超興奮，第一次出國旅遊。也是因為經歷過這樣“沒天沒夜”艱苦過程，所以當我接教學主任時，極力主張住院醫師休假制度，經過多年的努力及調整才慢慢定型。

1988 年開始鼻竇內視鏡手術，當時並沒有影像系統，主治醫師或總醫師開刀時住院醫師只有擦血的份，完全看不到”霧煞煞”，更絕的是主刀醫師說:這是 maxillary orifice”將內視鏡轉到住院醫師眼前，告訴大家只看到”血呼呼”，這樣的學習實在是 00XX，感謝有影像系統的引進，鼻竇內視鏡手術的學習才真的踏實。為了更落實鼻竇內視鏡手術的訓練，開始寫教育訓練計畫找錢與神經外科合作，讓第四年住院醫師能參加內視鏡顱底手術訓練營，並進行住院醫師第四年陽明解剖學科大體老師的鼻竇解剖訓練，希望為住院醫師進入總醫師前做最好的準備，盼望這樣的訓練以後能持續進行。

榮總讓我體驗了太多的第一次:台灣第一本鼻炎指引,台灣第一次的 cadaver dissection hand on course，大型榮總醫師節晚會，林清榮主任榮退晚會席開 30 桌，當時雖然很忙但是無後顧之憂，沒有缺錢的煩惱，因為有林主任在背後撐著，做事即可，缺的東西只要告訴主任，主任總是笑笑地說”沒問題”。覺得當時的自己好幸福。

感謝榮總 30 年的栽培!!!!!!!

經鼻內視鏡顱底手術

鼻頭頸科 主治醫師 藍敏瑛

103 年在美國史丹佛大學進修期間，抽空前往匹茲堡大學醫學中心參加顱底解剖的課程，收穫良多，並與當時在匹茲堡醫學中心顱底中心進修的本院神經外科王緯歆醫師初步規劃了未來的合作模式。自王醫師於去年七月回國後，我們共同成立了顱底手術團隊，開始兩科於各類顱底疾病的經鼻內視鏡手術。此外，我們也成立了每週五下午的聯合門診，從術前的檢查諮詢到術後的傷口照顧，提供病人全方位的完整照顧。

自 104 年 8 月至今，我們共同完成 65 例經鼻內視鏡顱底手術，包括各類腦下垂體病變，前、中、後顱窩顱底腫瘤，腦脊髓液修補，鼻竇腫瘤併顱底侵犯，及鼻咽癌傳統電療化療後顱底復發的案例。經鼻內視鏡顱底手術的優點，較傳統開顱手術減少病患因開顱手術可能產生的術後顱內相關併發症，且沒有頭皮上的傷口及減少病患住院天數。在顱底缺損的修補上，我們採用了多層式重建 (multilayer reconstruction) 技術。此外，於手術中有取鼻中隔黏膜瓣做顱底重建者，我們也使用了中鼻甲黏膜移植於鼻中隔供區的黏膜缺損。

鼻中隔黏膜瓣是經鼻內視鏡顱底手術後重建顱底缺損常用的黏膜瓣。然而，文獻上提及裸露的鼻中隔軟骨和骨供區通常需要一段很長的時間來癒合，這往往會導致嚴重的鼻腔結痂，嗅覺減退，以及可能的鞍鼻畸形 (saddle nose deformity)。因此，我們使用了中鼻甲黏膜移植於鼻中隔供區的黏膜缺損。為了評估這種方法是否可以降低術後鼻腔的發病率，我們回顧性分析 2015 年 8 月至 2016 年 8 月 11 例因腦下垂體病變接受經鼻內視鏡腦下垂體手術並於術中有取鼻中隔黏膜瓣重建顱底缺損的案例。

這 11 個案例都使用了中鼻甲黏膜移植於鼻中隔供區的黏膜缺損。我們分析患者術前術後的嗅覺試驗，以鼻內視鏡評估術後鼻中隔黏膜完全癒合的時間及結痂的情形，並追蹤鼻外觀有無鞍鼻畸形。11 位患者平均年齡為 54 歲，包括 2 位男性及 9 位女性。其中 7 例為腦下垂體腫瘤，4 例為 Rathke's cleft 囊腫。所有患者於術後皆無腦脊髓液漏。術後鼻中隔黏膜完全癒合的時間平均為 38 天 (較文獻上平均 89 天短)，鼻中隔癒合後大多無結痂情形或僅輕微結痂。嗅覺試驗在術後 3 個月時幾乎恢復至術前情形。沒有患者有術後鞍鼻畸形。由此研究可得到初步結論，經鼻內視鏡腦下垂體手術取鼻中隔黏膜瓣後，以中鼻甲黏膜移植於鼻中隔供區，有助於鼻中隔供區黏膜的癒合，減少結痂情形，並避免嗅覺喪失及鞍鼻畸形。

期許在不久的未來，我們兩科合作的經鼻內視鏡顱底手術，在技術上能精進達到國際大師們的層次，為國內病患提供最優質的照顧。

國外進修雜感

鼻頭頸科 主治醫師 趙勻廷

首先感謝蕭主任、許主任、以及部裡所有老師的提拔，讓晚輩有幸於今年升任鼻頭頸科的主治醫師。從 R1 開始每到歲末手裡就拿著順風耳部刊，不時翻閱老師們分享行醫及生活上的感想，解解平日復一日臨床工作的苦悶。想不到六年後，我也肩負起這個敲鍵盤的任務，打開筆電，構思要分享些甚麼。

晚輩才疏學淺，經驗尚不如諸位順風耳先進，容晚輩野人獻曝，回顧分享過去一年到國外短期進修的心得。去年拿到專科後，於 10 月到德國德勒斯登大學參加嗅味覺研習營，主辦人是在學界享譽盛名的 Thomas Hummel 教授。這個研討會辦到第七屆已經有相當的規模，主要是由歐洲專精嗅味覺的專家輪番介紹最新的研究進展，內容由淺入深，適合初學者參加，同時也體驗到德國不同的學術文化，不光紙上談兵，更翻轉教室，讓參與者進實驗室直接接觸實際操作的情形，令人印象深刻。緊接著 11 月到美國匹茲大學接受內視鏡顱底手術的訓練，見識到美國人在臨床與手術時的嚴謹、設計課程的認真、實驗室及手術室設備的精良與高端，跟在大師 Snyderman 教授身旁更是如沐春風。今年三月到波士頓麻州眼耳醫院鼻竇中心參訪，其耳鼻喉科在全國評比第一的地方，優勢在於其制度的完整性、對病人隱私與安全的注重、以及非常強大的臨床與基礎研究規模。感慨或許是國情文化也好、保險制度也罷，門診看診的品質我們仍然是望其項背。四月直接拉車到費城參加賓州大學的鼻整形課程，發現台灣近年也常舉辦類似的大體解剖課程，早已急起直追，其品質和國外難分軒輊，往後若有同好欲精進相關的實力，再也不用花大錢到國外繳學費，反而本土的教學沒有語言隔閡，學習更無障礙。

流水帳似的寫到這裡，記錄這一年來的見聞及學習心得，到了七月批上長袍後，肩上的擔子就再也不只是執行醫囑、刀房助手、門診助理或臨床學生而已了，而要扛下行醫、教學、研究等重要任務。尤其面對臨床業務更加誠惶誠恐，希望自己可以讓病人全盤了解自己的狀況，介入治療的利弊得失，同時追求完美的照顧品質。穩定了基本要求，再來就是醫療的創新及研發了。我想，以上是晚輩對自己的期許，與各位前輩共勉之。最後在此預祝大家新的一年，身體健康、萬事順心。

北京大學演講心得

喉頭頸科 主任 朱本元

今年八月底有個機會應邀到北京大學進行講學，能登上這中國最高的學術殿堂，自然相當珍惜這難得的機會。能夠成行也是一個偶然的機緣，今年年初耳鼻喉科學長帶著在北大當住院醫師的小孩來辦公室，希望在返台服替代役期間能利用休期到本科學習，相談之下對於這位陽光大男孩印象頗佳，於是就欣然答應。期間他定期向北大醫院肖水芳主任報告心得，特別是對我們以二氧化碳鐳射治療中晚期的喉癌和下咽癌治療成效感到興趣，於是便邀請在北大每年舉辦的講習班進行教學。

此次講習班的主題為「頭頸腫瘤診治新進展與內視鏡外科技術學習」，原先邀請的講題為「下咽癌的激光(鐳射)微創治療」，但在臨行前兩周又詢問是否可多講一個主題——口腔咽癌的治療策略，由於這個主題也是個人研究的專長，於是就欣然答應。講習班原先是安排在北京紫禁城旁的金台飯店，但在會議前一周突然被中共人大會議徵收，於是又轉往北京近郊的中共人大順義訓練基地進行，有機會一虧共產黨的訓練基地，也是難得的經驗。

講習班總共有兩天的課程，共有兩百多人參加，演講者大多是大陸國內知名的學者，有機會和這些大師級的學者一起同台自然也感到與有榮焉。會議進行之初，慣例是要拍個大合照，照相時我的位置被安排在大會主席旁邊，對於講究輩份倫理的共產黨而言，是相當受到禮遇的。演講的過程中，可以感受到大陸醫師對於新知熱烈追求的程度，口腔癌原本就是台灣的強項，從手術切除的途徑、頸部淋巴結的清除、到重建方式的選擇，與會的醫師都有相當熱烈的討論；在口咽癌方面，也將我們從過去以手術治療到以化放療為主的轉變，特別是 HPV 陽性病患治療的經驗，以及多專科治療團隊的運作，也都相當感到興趣。至於下咽癌的激光微創治療更是這次演講的重點，與會學員對於我們能夠在內視鏡下將中晚期的下咽癌腫瘤切除，都覺得難以置信又充滿興趣，特別是在提出國民健康署統計的存活分析資料明顯的超越國內醫學中心的平均值，更深深地撼動了他們的心，會中對於此議題的討論幾乎是欲罷不能，會後在場外亦有相當多的討論。

雖然僅僅在北京四天的停留，但是卻充分的感受到大陸醫師的熱情，以及年輕醫師的求才若渴，感覺很幸運又很興奮，有機會能在北京大學這全中國最好的學府進行講學，雖然兩岸關係目前處於一個停滯的階段，但是政治歸政治，學術上的交流卻沒有受到絲毫的影響。

疼痛與口腔癌的神經旁侵犯

喉頭頸科 主治醫師 戴世光

神經旁侵犯(perineural invasion, PNI)是口腔鱗狀上皮癌的重要不良預後因子，與頸部轉移、頸部復發以及較低的存活率有關。我們先前的研究顯示積極頸部淋巴廓清手術能提高具 PNI 早期口腔癌病患的存活率，但有無 PNI 需由手術後病理檢查才能確定。因此我們進行前瞻性分析，研究治療前臨床指標能否預測是否有 PNI 的存在。

在 2011 至 2012 年間，由喉頭頸科與口腔外科共收集 102 例口腔癌病患，於手術前所有病患手術前都接受詳細問卷調查，包括歐洲癌症研究與治療組織頭頸癌生活品質問卷(EORTC QLQ-H&N35)以及疼痛視覺類比量表(visual analogue scale, VAS)。手術後依病理報告將病患分為有無 PNI 兩組，進行兩組間治療分析比較。

其中 40 例(39.2%)病理檢查顯示有 PNI 現象，另 62 例(60.8%)無 PNI。以單變項分析發現，治療前腫瘤分期、止痛藥使用、社交飲食障礙、社交接觸障礙、原發腫瘤疼痛 VAS score、轉移性疼痛 VAS score，都與 PNI 的存在相關。多變項分析顯示，原發腫瘤疼痛 VAS score 上升($P = 0.001$, OR 2.014)以及 T3-4 腫瘤分期($P = 0.014$, OR 6.422)，能獨立預測 PNI 存在。

因此我們研究發現，口腔癌的 PNI 可以由較高的治療前原發腫瘤疼痛 VAS score 及 T classification 來預測，因此治療前疼痛評估有其重要角色，特別是當疼痛導致社交飲食、社交接觸障礙之時，應考慮 PNI 存在的可能性而給予積極的頸部處置。

聲門閉合不良患者的多元音聲改善治療

喉頭頸科 主治醫師 王怡芬

改善因聲帶疤痕、聲帶溝或老化導致聲門閉合不良患者的音聲困擾的治療，一直被認為是音聲外科醫師臨床治療及手術技巧上的挑戰，目前仍無單一的標準療法即可明顯改善大多數此類患者的發聲功能；因此，也是音聲醫學研究的重點之一。

根據美國威斯康辛州大學醫學院發表的一篇關於手術治療聲帶疤痕和聲帶溝致聲門閉合不良患者的前瞻性研究結果顯示：三組患者分別接受三類音聲改善手術，包括內移型（第一型）喉支架成型術 (laryngeal framework surgery)、注射式喉成型術 (injection laryngoplasty；注射劑成分為玻尿酸 Restylan[®]、微晶瓷 Radiesse[®] 或人類異體膠原蛋白 Cymetra[®]) 和顯微聲帶填補手術 (graft implantation；植入物為 temporalis fascia 或去細胞之真皮組織 AlloDerm[®])，術後追蹤至少 18 個月的音聲功能評估。接受喉支架成型術和顯微聲帶填補手術治療的二組患者主觀上自覺音聲功能顯著改善，接受喉支架成型術組患者 100% 於術後 1 個月最快達到最佳的發聲壓力閾值 (phonation threshold pressure)，接受顯微聲帶填補手術組患者則觀察至術後 18 個月才最慢達到最大的改善。而接受注射式喉成型術組患者則術後的各項音聲功能評估指標並未達到顯著改善。因此，當注射式喉成型術治療效果不理想或須重複注射時，可考慮接受局部麻醉下即可進行的喉支架成型術。

筆者於哈佛大學醫學院和紐約西奈山醫院接受音聲醫學進修期間，曾參與各音聲中心及麻省理工學院生物材料實驗室進行聲帶植入各種生醫物質、脂肪幹細胞及喉支架成型術的研究及臨床工作，這些成果應是治療聲帶疤痕、聲帶溝或老化致聲門閉合不良患者的展望。

由於每位聲門閉合不良患者患者的狀況都不同，治療前必須謹慎評估，我們會先建議嗓音訓練，學習正確發聲技巧，並提供各類音聲改善治療的療效及優缺點諮詢，與患者共同選擇最適合的治療方式。我們期盼：提供多元的音聲改善治療策略更能幫助患者獲得較理想而有效率的發聲功能。

單側聲帶麻痺的治療時機

喉頭頸科 主治醫師 許彥彬

單側聲帶麻痺是喉科門診的常見疾病，臨床表現因人而異，從完全沒有任何不適到嚴重的嗆咳、必須以鼻胃管進食都有。一般而言，大部分的病患初始時，會有發聲微弱或僅能發出氣音，以及喝水容易嗆到等症狀。除了少數的病患可以藉由健側聲帶的代償回復接近正常的生活，多數人須要接受進一步的治療。目前門診有很多的這類的病患接受聲帶注射與後續的追蹤治療，在此也提出自己的一些心得與看法。

從學校的大堂課開始到進入醫院學習，大部分人對神經受損的印象不外乎：神經的再生速度很緩慢，有的經過一段時間後可以回復部分或全部的功能，有的則沒辦法。喉返神經的受損也是一樣，不過文獻中記載的回復時間則十分的分歧，從三個月、六個月、九個月、一年到兩年都有。目前大部分喉科醫師的共識是六個月，若超過這個時間，並非完全沒有回復的可能，只是機會很低(1-2%)，可遇而不可求。因此，過去的教科書都會建議，單側聲帶麻痺的病患除非有特殊狀況，在前六個月不要進行永久性的矯正手術，以免後來病患聲帶功能回復，反而因為手術的植入物，導致聲音異常。所以，過去喉科醫師的另一個共識是，這類病患應該先觀察六個月，若聲帶功能沒有回復，才考慮手術治療。

然而，單側聲帶麻痺的症狀對多數病患來說，會造成生活上的不便，甚至影響工作以及社交。很多人沒辦法忍受六個月的觀察期，希望能儘早回復正常的生活。所以近十幾年來，有許多暫時性的填充物質，如膠原蛋白、玻尿酸等，被用來注射、治療聲帶麻痺。這類物質大約可在體內維持四到八個月的時間，剛好可填補觀察、等待聲帶功能回復的空窗期。待六個月後，這些注射物被人體吸收，若聲帶功能回復，患者不會因為先前的治療有殘留的後遺症；反之，若聲帶麻痺仍持續，則可進一步注射長效型的植入物或接受永久性的聲帶矯正手術。

近五年來，陸陸續續有研究指出，這些接受了早期聲帶注射的病患，經過六個月的觀察期後，雖然聲帶麻痺沒有回復，注射物質也被吸收了，但仍有二分之一到三分之二的病患，可以長期維持良好的喉部功能，不需要再接受永久性的手術治療或聲帶注射。推論是因為這些植入物將聲帶推往中央後，雖然喉返神經的功能沒有回復，但喉部神經仍有再生，並被推往中間的聲帶固定在中線，因此在植入物吸收後，仍可與對側的聲帶密合，維持功能。也因為這項發現，越來越多的喉科醫師鼓勵病患早期接受治療，一方面可以改善生活品質，另一方面也有機會避免將來的矯正手術。

因此，目前對診斷出聲帶麻痺的病患，若症狀出現時間不長，我一般會建議施打玻尿酸，減少日常生活的不適；而對發生時間接近或已經超過六個月的患者，則會建議施打脂肪，來回復喉部的功能。以上是我的一點心得，提供各位參考，希望能有所幫助。

阻塞性睡眠呼吸中止症之軟組織手術治療-由懸壅垂顎咽成型手術到舌根手術

喉頭頸科 主治醫師 李宗倫

根據以往的統計數據，阻塞性睡眠呼吸中止症在中年男性的盛行率為 4%，而在中年女性為 2%，但這些年來隨著肥胖人數的比率攀升，近年西方文獻報導於 30 至 49 歲發生此疾病的比率，男性高達 36.1%，女性亦有 11.4%，於台灣的盛行率目前雖沒有準確的數據，但相信也是越來越高。

阻塞性睡眠呼吸中止症對於個人的影響，已證實會增加腦中風及其後續死亡的機率，同時亦是高血壓、心肌梗塞、糖尿病、動脈硬化及認知功能障礙等等的危險因子之一，對社會而言，除了上述相關疾病造成的醫療支出增加外，因阻塞性睡眠呼吸中止症造成之症狀，如嗜睡、注意力不集中及工作效率不佳等，引起之工作失能、產能不彰，甚至危及公共安全，都會增加社會成本。

阻塞性睡眠呼吸中止症之軟組織手術治療，以往以懸壅垂顎咽成型手術為主要的方式，對於適合的病患，其的確有不錯的治療效果，但約有一半的病患，在手術後幾年，可能有復發的機會。探究其原因，部分是因為病患術後體重無法控制，另一部分是因為造成阻塞性呼吸中止的結構，並非只局限於一處，造成手術效果不理想。根據文獻統計，有 75% 的此類病患起因於多部位多層次的阻塞，因此這些年來軟組織手術漸漸擴展到舌頭及舌根，希望藉由此手術能夠治療此疾病，改善病患健康及生活品質。

阻塞性睡眠呼吸中止症的舌根手術主要分為舌根軟組織減積手術及舌骨懸吊手術。

對於舌根組織肥厚的病患，可以考慮軟組織減積手術，其執行的方式很多，目前本部可執行的方式包括(1)射頻舌根軟組織減積手術，其優點為低侵襲性，於門診即可執行，但需要 3-5 次的療程，且僅適用於輕度至中度的病患；(2)冷觸氣化儀舌根軟組織減積手術，可將舌神經及血管內側及深度 1.5 公分以內之軟組織移除；(3)舌根扁桃腺切除手術。如果以纖維內視鏡檢查，病患呼吸阻塞起因於舌根扁桃腺增生，可使用冷觸氣化儀或機器手臂輔助手術，切除舌根之扁桃腺。

對於舌根後倒之病患，可考慮舌骨懸吊手術，不論是將舌骨肌切開並舌骨及甲狀軟骨對縫，或利用裝置將舌骨懸吊至前方之下頷骨，皆可使舌骨及舌根前移，進而增加舌頭後方及下咽部之呼吸空間。此類手術不困難且不耗時，但通常會與其他手術合併運用，依照現今文獻報導，合併懸壅垂顎咽成型手術，可使成功率增加到將近七成左右。

現今阻塞性睡眠呼吸中止症是以多部位多階層且低侵襲性為大方向，舌根手術因為手術視野較差較易發生術後併發症，以往是醫師較不想碰觸的部位，但隨

著內視鏡畫質及放大倍率的改善，使我們能夠看得更清楚，加上手術器械或裝置的進步，使手術中的出血較易控制，病患術後的疼痛也較能忍受，讓我們擴展了此疾病手術的範圍，但適合的手術方式，仍端賴醫師詳細的術前檢查及評估，盡可能找到對病患可能有助益的選擇。

頭頸部超音波在耳鼻喉科之應用——個人經驗分享

喉頭頸科 主治醫師 張嘉帆

近年來耳鼻喉科醫師開始學習操作超音波，從歐洲至美國，再盛行到臺灣，頭頸部超音波主要應用範圍：包含最常應用的甲狀腺、頸部腫塊及頸部各區的淋巴結、主唾液腺檢查；另還可應用在鼻竇、副甲狀腺、喉部聲帶、舌根、部分下咽部、氣管、頸段食道及睡眠呼吸道檢查等；檢查中可同時針對懷疑之病灶，施行超音波導引細胞抽吸或組織切片檢查，可提供日後治療之方向。和唾液腺內視鏡手術學習上有些類似，都需要經驗之累積，從做中學，診斷的正確率才會逐步提高。

筆者最初接觸超音波是在總醫師之時，參加臺大醫院舉辦之課程，不過當時部內沒有機器也無法操作，直到 2014 年有幸參加瑞士日內瓦唾液腺內視鏡手術及頭頸部超音波研習，除上課內容豐富具體，也實際指導學員，一步一步在正常人及病人身上操作，自此對於超音波在頭頸部的操作，有了更深的認識，扣除路程遙遠及物價太高(學費也不便宜)之因素，對於唾液腺內視鏡手術及頭頸部超音波有興趣的年輕醫師也蠻推薦的，因為瑞士日內瓦屬於法語區，除壯麗的湖光山色之外，吃的用的東西屬於法(瑞)式，可以體驗不一樣的民俗風情；另在 2015 年參加美國路易斯安那州立大學所舉辦唾液腺內視鏡研習，課堂中對於頭頸部超音波的應用著墨不多，會場也有擺放超音波供自行操作，相較而言，美國在主唾液腺的檢查雖多用電腦斷層，但也越來越多耳鼻喉科醫師開始操作超音波，應用也越來越廣泛。

喉科開始施行頭頸部超音波檢查，是在閻愷正醫師於本院服務期間，雖然他現在回到美國 UC Davis 服務，但必須感謝他承先啟後，建立現有之檢查流程，目前是在本院放射線部，借用機器操作(2005 年購入)，筆者分配到每週一個時段，每月約只施行 30-40 例左右，預期明年本部購入超音波儀器後，即可回到部內操作，操作數量及影像品質應會大幅提升，雖然起步慢，但是超音波檢查在頭頸部的確有其價值，研究也顯示有接受過頭頸部訓練，施行頭頸部超音波，更能提供臨床上之診斷資訊，而且我們是第一線接觸病人之醫師，也較了解病人的病況，可以和病人討論後續之治療，另外對於幼兒及兒童這類對放射線易感受族群，頭頸部超音波無疑是頸部腫塊檢查之首選，在瑞士日內瓦研習時，課堂中也不時提到對於 12 歲以下兒童，盡量不安排電腦斷層，X 光等具放射性之檢查，在臺大醫院超音波中心見習時，也看到不少幼兒或兒童的頸部腫塊，並且接受超音波導引細胞抽吸檢查之案例。

雖然頭頸部超音波、超音波導引穿刺或切片的點值皆不高，無法為科內提升績效(目前尚須和放射科分攤點值)，但其優點在於立即性(同時檢查及穿刺或切片)、無放射性，隨著經驗之增加，對於頭頸部手術解剖構造越來越熟悉，超音波就如外科醫師之眼睛，手術前可以評估病灶及周邊組織，藉此繪製出心中之手

術藍圖。筆者也加入超音波醫學會，超音波幾近在所有科別中皆佔有一席之地，每年臺大醫院皆有開課給耳鼻喉科醫師參加，在此也要感謝臺大老師們超音波之教導，現在有越來越多醫學中心，將超音波操作放入住院醫師訓練之一環，因此筆者仍然推薦年輕醫師多學一項此實用的技術，提供更全面性的服務。