

## 目 錄

<u>邀請函</u>	113 年忘年會邀請函		2
<u>發行人的話</u>	世代交替	朱本元	3
<u>最新消息</u>			4
<u>耳科</u>			
	突發性耳聾 最新診斷策略與治療突破	廖文輝	7
	耳內視鏡在膽脂瘤手術的應用	杜宗陽	8
	問題都是在低生育率	王懋哲	9
	2023 美國耳鼻喉頭頸外科年會	丁冠中	10
	參加 2023 TRI 世界耳鳴研究學會年會心得	薛健佑	12
<u>鼻頭頸科</u>			
	人類嗅覺的周期變化	趙勻廷	13
	台北榮總經鼻內視鏡顱底手術團隊	藍敏瑛	14
	國外進修雜記	葉建甫	15
	參加美國耳鼻喉科醫學會(AAO-HNSF)心得	洪莉婷	16
	腦脊液鼻漏 (Cerebrospinal fluid rhinorrhoea, CSF rhinorrhea)	黃毓雯	17
<u>喉頭頸科</u>			
	口腔癌手術下頷骨的處置	戴世光	19
	後疫情期間的新型冠狀病毒感染者音聲咽喉後遺症	王怡芬	20
	喉科的萬用診斷：淺談咽喉逆流的臨床問題	許彥彬	21
	評估預先頸部淋巴廓清手術(upfront neck dissection)接以化學放射治療能否加強具頸部淋巴轉移之 p16 陰性口咽癌的區域控制	李宗倫	22
	唾液腺結石及治療趨勢	張嘉帆	23
	放化療後的口腔黏膜炎	簡珮如	24
	紐約行	劉璟璇	25
<u>門診排班表</u>	耳鼻喉頭頸部門診排班表(112.11 月更新)		26

親愛的順風耳之友您好：

在過去的一年中，耳鼻喉科發揮了關鍵的作用，守護國人的健康。現在，我們也將迎接充滿希望新的一年，感謝各位對我們部門的持續支持與關愛。

我們誠摯邀請您參加今年的忘年會，將於 113 年 1 月 27 日（週六）下午六點在大直典華舉辦。屆時，我們將為您呈現一系列精彩的節目，並提供美味佳餚，輕鬆的氛圍，讓您洗去過去一年的辛苦，並與久違的老朋友們共同歡聚。期待您的參加，與我們一同歡度這個特別的時刻。

敬祝 醫安

臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部  
部主任 朱本元 敬邀

### 113 年忘年會資訊

時間：民國 113 年元月 27 日（星期六）

晚上 18：00 晚宴開始

地點：大直典華 繁華廳（台北市中山區植福路 8 號 5 樓）

交通方式：捷運文湖線 劍南路站 2 號出口（步行約 2 分鐘）

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醫學部

電話：02-28757337 轉 103 或 109

E-mail：[ent@vghtpe.gov.tw](mailto:ent@vghtpe.gov.tw)

## 發行人的話

---

### 世代交替

部主任 朱本元

2023 年是本部變動最大的一年，配合著退輔會部主管任期制的實施，各科主任的任期陸續屆滿。首先，耳科主任黃啟原醫師於今年七月初因個人生涯規劃而提出退休申請。接著，王懋哲醫師因其卓越的醫院管理能力，被台北市政府延攬，擔任台北市聯合醫院的副總院長。廖文輝醫師因長期投入研究聽力量值 APP 和突發性耳聾治療，多次獲得國家新創獎的殊榮，因此受到院方高層的賞識，升任為耳科主任。

另外，鼻科藍敏瑛主任的任期於今年八月底結束，在她的領導下，對於鼻科主治醫師在研究和專業領域上都有長遠規劃，特別是在內視鏡顱底手術方面領先國內。鼻科主任一職的繼任人選是趙勻廷醫師，他曾於德國德勒斯登的嗅味覺中心進修歸國，相信在他的領導下，鼻科將持續領先於相關領域。喉科戴世光主任的任期也將於年底屆滿，繼任人選是許彥彬醫師，專攻嗓音疾病的診斷與治療，他的專業將也有助於喉科的持續發展。

本部在歷任部主任的領導下，對於年輕主治醫師未來發展規劃不遺餘力，目前本部仍有三位醫師正在國外進修。丁冠中醫師和洪莉婷醫師分別在史丹佛大學耳科和鼻科深造，劉璟璇醫師則在紐約 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 進修頭頸癌相關知識，加上葉建甫醫師最近剛從韓國和義大利進修內視鏡顱底手術歸國，這些年輕的主治醫師將為本部繼續發展帶來新的動力。

此外，隨著醫院多項重大工程陸續完工啟用，包括腫瘤醫學大樓、重粒子治療中心和手術室翼樓，本部的醫療業務也有大幅成長，甚至超過了 2019 年疫情前的最高峰。特別是在新手術室啟用後，本部每天的手術室優先分配使用時間增加到四間，讓年輕的主治醫師都能分配到優先的手術使用時間，能夠充分地發展自己的特色醫療項目，在國內相關的領域保持領先。

最後，今年本部忘年會的時間將改在周六晚上舉行，以讓參加的順風耳之友和本部同仁不必擔心隔日工作，能夠盡情歡聚。忘年會預計於元月二十七日晚上六時在台北市中山區大直典華舉辦，希望大家預留時間參加，延續我們的友誼和情感。

## 順風耳最新消息

---

### 耳科

1. 112 年 7 月 8 日獲得精準醫療系統再進化 CIC 整合服務及創新數位科技研討會暨成果發表會銀獎：突發性耳聾最新診斷及治療突破。廖文輝醫師利用穿戴式遠紅外線裝置，為治療帶來新突破。
2. 112 年 10 月 14 日獲頒 行政院國家科學及技術委員會 2023 年未來科技獎：創新智能聽力檢測系統：提早發現潛藏性聽損，助於早期治療。廖文輝主任開發智能聽力檢測系統，用於早期察覺潛藏性聽損病患。
3. 112 年 10 月 23 日通知獲獎第 20 屆國家新創獎：突發性耳聾最新診斷策略與治療突破！廖文輝主任優化聽力量值進階版，研發人工智慧耳膜辨識應用程式，利用穿戴式遠紅外線裝置，直接促進內耳的血液微循環，改善病患聽力和耳鳴症狀。
4. 杜宗陽主任首創內視鏡、顯微鏡雙系統中耳微創手術，治療慢性肉芽性鼓膜炎、中耳炎、膽脂瘤。這種手術方式結合了內視鏡和顯微鏡兩種手術工具之優點，大幅提高了治療效果、縮小手術傷口、減短手術與病人術後住院時間，同時降低全身麻醉的需求。
5. 黃啟原主任於 112 年 7 月榮退，由廖文輝醫師接任耳科主任。
6. 王懋哲醫師接任台北市立聯合醫院副總院長。王醫師為國內側顱底腫瘤切除手術之專家，同時擅長於各項中耳手術。王醫師目前轉為本院特約醫師，持續於每週一上午門診與週五上午手術造福北榮的病患。
7. 耳科於 112 年 04 月 08 日在陽明交通大學解剖實驗室舉辦『臺北榮總第十二屆顱骨解剖及進階手術研習課程』。師資：黃啟原主任、杜宗陽主任、廖文輝主任、王懋哲醫師、丁冠中醫師、薛健佑醫師。提供本院耳鼻喉頭頸醫學部及外院住院醫師最完整的耳科手術訓練。
8. 耳科於 112 年 7 月 8 日中華醫學會舉辦研討會，主題為『創新醫療在耳科學的應用 Application of Innovative Medicine in Otology』，邀請 Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health 的 Dr. Frank Lin 發表專題演講。本院鄭彥甫醫師、王懋哲醫師、丁冠中醫師、薛健佑醫師及廖文輝主任也受邀發表各領域研究在耳科學的應用。
9. 鄭彥甫醫師及薛健佑醫師於六月份參與 2023 年 TRI 世界耳鳴研究學會年會，發表最新耳鳴相關研究成果。

## 鼻頭頸科

1. 洪莉婷醫師於 111/12~112/2 至美國史丹佛大學醫院進修鼻科及顱底手術。
2. 藍敏瑛主任於 112 年 2 月 24~26 日受邀於彰濱秀傳微創手術中心舉辦的國際鼻竇解剖研習營擔任手術示範醫師。
3. 藍敏瑛主任於 112 年 3 月 11 日受邀至韓國大邱的韓國鼻科醫學會年會演講。
4. 台灣顏面整形重建外科醫學會 112 年 3 月 18 日至 3 月 19 日於國立陽明交通大學與台北榮總鼻科共同主辦台顏微整、埋線、眼整形及臉部拉皮大體手術研習營、鼻整形、鼻重建及削骨大體手術研習營。藍敏瑛主任擔任座長及大體解剖示範老師，黃毓雯醫師擔任總幹事並演講「Surgical Anatomy of Rhinoplasty」，葉建甫醫師主講「Incision & Approach, Harvesting septal & auricular cartilage」，趙勻廷醫師主講「Surgical Techniques in Rhinoplasty」。
5. 藍敏瑛主任偕同本院神經外科王緯歆醫師，與趙勻廷醫師(總幹事)、葉建甫醫師及黃毓雯醫師於 112/03/25~112/03/26 舉辦「2023 年臺北榮總經鼻內視鏡鼻竇及顱底手術解剖研習營」，邀請日本慈惠醫科大學 Kazuhiro Omura 教授擔任桌邊指導教師及解剖示範講師。此次會議線上邀請世界知名澳洲耳鼻喉科醫師 Richard Harvey 教授，分享他於經鼻內視鏡額竇手術上的寶貴經驗。
6. 藍敏瑛主任偕同本院神經外科王緯歆醫師於 112 年 05 月 20 至 21 日，在國立陽明交通大學解剖所舉辦匹茲堡大學-台北榮總顱底手術實作研習營。邀請世界第一經鼻內視鏡顱底手術團隊匹茲堡大學 Paul Garner 教授及 Eric Wang 教授親自授課和頭顱解剖示範。並邀請美國爾灣加州大學 Edward Kuan 教授及南韓首爾大學 Tae Bin Won 教授擔任講師。
7. 趙勻廷醫師於 112 年 06 月於陽明交通大學腦科所取得博士學位，並於 112 年 08 月榮升助理教授。
8. 112 年 07 月許志宏副院長榮退。
9. 葉建甫醫師於 112 年 07 月至南韓首爾大學跟隨 Tae Bin Won 教授進修鼻整形手術，112 年 09 月至義大利瓦雷澤 Studi Dell'Insubria 大學醫院，跟隨 Paolo Castelnovo 教授進修顱底手術。
10. 藍敏瑛主任與趙勻廷醫師於 112 年 9 月 28 日受邀至日本津市舉辦的日本鼻科醫學會年會演講。
11. 趙勻廷醫師研究計畫「嗅覺功能性網路於女性月經週期的變化」，發現女性在排卵期較月經期有較強的嗅覺功能。可解釋人類以嗅覺功能選擇配偶的演化意義，論文今年 10 月於國際期刊(Rhinology, IF=7.2, ENT 領域排名第二)發表。
12. 112 年 10 月 14 日至 15 日藍敏瑛理事長與黃毓雯秘書長統籌主辦第 35 屆台灣顏面整型重建外科醫學會。
13. 藍敏瑛理事長代表台灣顏面整型重建外科醫學會於 112 年 10 月 15 日與韓國顏面整型重建外科醫學會簽署雙邊合作備忘錄。
14. 趙勻廷醫師於 112 年 10 月 16 日榮升鼻頭頸科主任。

## 喉頭頸科

1. 與腫瘤醫學部合作，以前導性化學治療應用於中、晚期口腔咽喉癌的器官治療，依腫瘤對於前導性化學治療之反應，訂定個人化主治療策略，改善整體治療存活率、器官保留及生活品質。自 112 年 1 月至 112 年 6 月底已累計 51 例病患接受前導性化學治療及預計後續的個人化主治療。
2. 推廣超音波導引介入性治療，包括酒精注射、射頻消融術應用於頭頸部病灶、甲狀腺結節、甲狀腺囊腫等，並與新陳代謝科合作，提供患者不需住院開刀、無疤痕的微創治療新選擇。此外，亦新增肉毒桿菌素注射於唾液腺之應用，可治療慢性唾液性炎、舌下腺囊腫等疾病。
3. 語言治療為音聲醫學重要的一環，應用範圍廣泛，本科為單側聲帶麻痺患者，將製作語言治療的錄影教學影片，應用於病患的臨床語言治療，評估其療效，以及作為將來遠距醫療之基礎，目前排版錄製語言治療影片中。
4. 喉科朱本元主任 112 年 3 月 23 日至 26 日受邀至印度高知參加亞太甲狀腺協會(APTS)並擔任座長。
5. 喉科朱本元主任及戴世光主任 112 年 4 月 16 日受邀至台中榮總參加尖端醫療國際研討會(ENT Robotic surgery Symposium and live Demonstration)。朱本元主任受邀擔任座長，戴世光主任受邀演講。
6. 喉科張嘉帆醫師 112 年 4 月 23 日至 4 月 25 日受邀至南韓參加耳鼻喉頭頸外科國際會議(Korean International Congress of ORL-HNS)，受邀演講。
7. 台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會暨國際學術研討會於 112 年 5 月 6 日至 5 月 7 日於亞東紀念醫院舉行。戴世光主任及許彥彬醫師受邀擔任座長，朱本元主任及李宗倫醫師受邀演講。
8. 喉科朱本元主任、戴世光主任及李宗倫醫師於 112 年 6 月 10 日至 6 月 11 日受邀至中國醫藥大學附設醫院參加台灣頭頸部腫瘤醫學會第十六屆年會暨國際學術研討會。朱本元主任、戴世光主任及李宗倫醫師受邀擔任座長。
9. 喉科朱本元主任、戴世光主任、許彥彬醫師及張嘉帆醫師於 112 年 9 月 2 日至 9 月 3 日受邀至林口長庚醫院參加台灣喉科醫學會年會暨國際學術研討會(Taiwan Autumn Laryngology Conference)。朱本元主任、戴世光主任及許彥彬醫師受邀擔任座長，張嘉帆醫師受邀演講。
10. 112/9/9~112/9/10 於彰濱秀傳亞洲微創手術中心舉辦 2023 年彰濱秀傳頭頸外科手術研習營,由朱本元理事長帶領擔任團長，李宗倫醫師擔任指導老師。
11. 喉科戴世光主任於 11 月 1 日至 11 月 4 日受邀至南韓仁川參加第九屆國際口腔腫瘤醫學會(International Academy of Oral Oncology)，發表演講。
12. 劉璟璇醫師於 112 年 6 月高分通過專科醫師考試，並於 112 年 8 月起加入本科擔任研究醫師，於 112 年 10 月開始前往 Memorial Sloan Kettering Cancer Center 進行短期進修，期待他為喉科帶來新氣象。
13. 自 112 年 9 月起林宮后小姐擔任代理喉科技術員。

## 突發性耳聾 最新診斷策略與治療突破

---

耳科 主任 廖文輝

首先，我要由衷地感謝黃啟原主任，他在耳科領域多年不懈的努力和貢獻；他的專業知識和奉獻精神為耳科提供了堅實的基礎，使我能夠無所畏懼地於今年 8 月 10 日接任耳科主任的職位。這一次的接任，對我來說是一個充滿挑戰的機會，也是一個充滿期待的開始，我非常榮幸能夠領導這個優秀的團隊，並謹記我們的使命，為患者提供最優質的醫療服務。

數年來我一直致力於突發性耳聾的臨床研究，突發性耳聾是一個嚴重的聽覺健康問題，它不僅影響患者的聽力，還對他們的生活品質造成極大的影響。為了應對這個疾病，我們團隊不斷努力，進行研究，分析數據，嘗試新的診斷策略和治療方法。目前已經有令人鼓舞的進展，最近我們擬定出 2 個診斷策略及 1 個治療突破；**診斷策略 1**：2020 年開發出聽力量值 APP 4K 進階版 (Ear Scale APP 4K)，此應用程式乃針對突發性耳聾患者所設計的，透過比較患者雙耳的聽力量值，可以快速判斷是否單側突發性耳聾，幫助醫師們進行準確的診斷，此系統在 2023 年獲得中華民國發明第 I800058 號專利權。**診斷策略 2**：2021 年開發出人工智慧耳膜辨識應用程式 (Ear Drum APP)，運用人工智慧深度學習技術，能夠區分常見的 10 種耳膜疾病，協助臨床醫師辨識傳導性聽損疾患，此程式 2023 年獲得中華民國新型第 M642213 號專利權。**治療突破**：2021 年到 2023 年間，臺北榮民總醫院與元培醫事科技大學合作開發穿戴式遠紅外線裝置(Wearable Far-Infrared Device)，使用非侵入性耳道探頭，透過耳膜直接加熱內耳部位，可改善內耳的微循環血液，增加抗氧化功能，直接促進人體小腔體內(內耳)的微循環，不同於現今治療方式，需透過血液到達耳部或經由表面皮膚的間接治療。本裝置結合專業降噪技術耳機裝置，使患者能夠在治療過程中，高度隔離外界干擾，提供更佳療效，此技術 2022 年獲得中華民國發明第 I753218 號專利權。

我們的努力也得到許多方面的肯定：耳科聽能團隊於 7 月 8 日，獲得精準醫療系統再進化 CIC 整合服務及創新數位科技研討會暨成果發表會的銀獎；於 10 月 14 日，獲得 2023 年度行政院國家科學及技術委員會所頒發的未來科技獎；於 12 月 27 日，也將獲頒生技醫療科技政策研究中心第 20 屆國家新創獎。這是對我們團隊這些年來，不斷探索和創新研發的極大鼓勵，也是未來努力的動力，我們將繼續致力於這個領域的研究，以提供更專業的護理和治療選擇。再次感謝，我期待與大家一起，共同為患者的聽能健康努力奮鬥！

## 耳內視鏡在膽脂瘤手術的應用

耳科 主治醫師 杜宗陽

耳內視鏡發展已有十數年歷史，國內外耳科專家也逐漸熟悉內視鏡在中耳手術使用。嚴格來說，膽脂瘤手術通常包括乳突切除術、耳道或耳道口成型術、鼓室成型術(包括鼓膜成型術及聽小骨鏈成型術)、乳突開放腔軟骨填塞術。傳統的顯微鏡鏡下膽脂瘤手術為了能更徹底清除黏著於乳突腔各處膽脂瘤上皮，尤其是在背對顯微鏡的乳突腔背側及頂部，常須將耳道口及耳道磨得十分寬大，避免留下上皮造成復發，也就會形成術後寬大的耳道口。雖然有助於術後醫師局部治療，但仍會造成病患少許不便。若不做軟骨填塞術，常常又會造成開放腔感染，需要局部治療清潔。

我這幾年來，嘗試利用顯微鏡及內視鏡雙系統來改良各種膽脂瘤手術，尤其是顱底侵犯及先天性膽脂瘤等特別難處理的病例。結果發現在雙系統配合下，已經可以用耳道內切口，不必採取傳統的耳前或耳後切口，加上各角度內視(尤其是 70 度內視鏡)配合，可以清楚看到中耳、耳咽管及乳突背側各處膽脂瘤上皮，特別是顯微鏡難以檢視的上鼓室前側及乳突腔背側，加上最新發展的各式內視鏡專用器械協助，發現以前只用顯微鏡難以直視的膽脂瘤上皮，可以清楚看見，也能更清楚觀察鼓室竇、耳咽管內側，清除可能殘留的上皮。用內視鏡也可近距離檢視聽小骨內側及顱底侵犯骨質缺口，也改善了這些顯微鏡不易察覺而忽略處，可以更精確地剝除附著於聽小骨及顱底骨質缺損處上皮，大幅降低復發可能性。由於採用耳道內切開，外觀並無傷口，加上內視鏡精準處理膽脂瘤上皮。傷口小而且組織破壞也較耳前、耳後切開少，也不必使用傳統的乳突彈性繃帶包紮。幾乎所有的手術病患在術後第二天早上，醫師觀察過傷口，指導在家換藥方法後，即可出院回家。不僅減少病患及家屬不便，也節省住院的費用，很受病患歡迎。本院耳科專精於各式膽脂瘤治療手術，也有世界級的成果。不論復發率、聽力改善都居領先地位，本科也以膽脂瘤治療為題，榮獲國家醫療品質獎 SNQ 銅獎，這是耳科醫學界的殊榮及肯定。本科將持續朝向更微創、更低復發率及聽力改善努力。

年關又至，新的一年又降臨，年輕人成熟了些，中老年人也滄桑了些，但智慧及經驗卻也更上一層樓，謹祝各位順風耳之友新春愉快。



## 問題都是在低生育率

---

耳科 主治醫師 王懋哲

今年 7 月起，借調至台北市立聯合醫院擔任醫療副總院長，業管護理部也開始煩惱頭痛護理人力不足的問題。目前台灣醫界，從醫學中心到地區醫院，護理人力不夠以至於關病房，縮減開刀時數等作為是常態。中央政府的解方竟然是提高待遇和增加護理系的招生人數！如果台大提高待遇 20000 元，榮總、馬偕及北市聯醫也跟進，搶的還是同一群人。在健保總額不大幅提高的狀態下，醫院也沒辦法加薪，這是無效的解方。增加護理系更是無效和可笑，現在的父母送小孩去念護理系很多只是讓子女去「唸大學」，而不是「當辛苦的護士」，增加護理系招生人數還是解不了護理師執業率低的問題

台灣在 1970 年代至 1980 年代，每年出生超過 40 萬人，最近二十年卻低於 20 萬人，今年可能還不到 13 萬人，二十年後的勞動人口要照顧 2 到 3 倍的老年人口，護理人力不足只會更嚴重，而且是無法解決的問題。

今年國家將義務役延長到一年，其實是很簡單的數學問題，如果一年只生出 14 萬個小孩，7 萬名男生去服兵役，加上其中有一小部分會服志願役，我們也只能勉強維持一支 10 萬人規模的軍隊，若少子化沒有改善並更加嚴重的話，義務役可能要恢復到兩年才行。

上述兩個問題都在低生育率，政府再不想辦法解決低生育率的問題，百工百業都會缺人，以後的年輕人很多將只能在家照顧父母及祖父母，甚至是叔叔、伯伯、姑姑和舅舅、阿姨，一個人照顧一群老人，沒辦法出去上班，到時候社會上種種的問題都是來自現在的低生育率啊！

## 2023 美國耳鼻喉頭頸外科年會

耳科 主治醫師 丁冠中

2023 年美國耳鼻喉頭頸外科年會會議(AAO-HNSF 2023 Annual Meeting & OTO Experience)在田納西州的納許維爾(Nashville, Tennessee)舉辦，這裡是美國的音樂聖地，也是鄉村音樂中心。會議中心很大，每個時段都有不同類型主題同時進行，為期五天的會議包括耳、鼻、喉、頭頸等各領域的演講和報告。

此次聆聽的主題著重在耳科學，包括眩暈、中耳手術(耳硬化症、膽脂瘤、中耳炎)、人工電子耳手術、耳內視鏡手術、耳咽管手術、顛骨惡性腫瘤、聽神經瘤、小兒聽損與小兒眩暈等相關主題，本文就眩暈部分進行分享。

### 1. 診斷梅尼爾氏症(Meniere's Disease) 與前庭性偏頭痛(Vestibular Migraine)的挑戰。

這兩種疾病都屬臨床診斷，並有各自的診斷標準(Diagnostic Criteria)，然而，文獻與臨床經驗顯示，這兩個疾病可能表現出相似的症狀，包括耳悶、聽力下降、耳鳴、頭暈、頭痛、不平衡等。因此臨床上要立刻鑑別診斷病人為哪一種，有時就會遇到挑戰，這也是近年大家討論的焦點。

多數研究已顯示前庭性偏頭痛病人相較健康對照組，很高機會有梅尼爾氏症，反之亦然。前庭偏頭痛的病人，少數亦可能出現波動性聽損、耳鳴、耳悶。梅尼爾氏症在發作期間，少數亦可能頭痛等症狀，也有疾病早期只出現前庭症狀，這些都是症狀剛發生時，鑑別診斷所遇到的挑戰。

儘管如此，我們在診斷這兩種疾病時仍然應該遵循現有的診斷標準，因為這些標準是無數專家和學者的共識。在各自的診斷標準基礎上，我們需要綜觀患者的年齡、性別、每次發作的特徵，並長期追蹤症狀的變化，以獲得足夠的證據來進行正確的診斷。另外，若要同時給予兩個診斷，臨床上需有過兩次不同型態的發作，一次符合前庭性偏頭痛，另一次符合梅尼爾氏症。

一些特徵可能有助於我們在鑑別診斷時提供幫助：

- 前庭性偏頭痛的盛行率高於梅尼爾氏症。
- 梅尼爾氏症在性別上沒有特定傾向，但前庭性偏頭痛在女性中較常見。
- 相較於梅尼爾氏症波動性與進展性的聽損，前庭性偏頭痛若有聽損，通常不會進展到嚴重聽力障礙。
- 相較於梅尼爾氏症的單側不對稱聽損，前庭性偏頭痛若有聽損，通常是雙側變化。

### 2. Persistent Postural Perceptual Dizziness (PPPD) 的大幅度討論。

PPPD 是近幾年提出的新診斷，根據 2017 年 Bárány Society 的共識(J Vestib Res. 2017;27(4):191-208)，我將診斷 PPPD 的診斷標準簡化整理如下：

- 
- A. 大多數日子裡，有頭暈、不穩或非天旋地轉眩暈的症狀，且持續 3 個月以上。
  - B. 持續的症狀發生時並沒有特定的誘發因素，但可因站立、移動、視覺刺激加劇。
  - C. 疾病的發作通常由引起眩暈、不穩、頭暈或平衡問題的情況觸發，包括內耳前庭、神經學或內科疾病，或心理壓力等因素。
  - D. 症狀明顯影響了患者的生理與心理狀態。
  - E. 症狀不能被另一種疾病來解釋。
- 

符合以上 A-E 五個條件即可診斷 PPPD，特別的是此共識是由耳鼻喉科、神經科、精神科等領域的專家共同討論後提出。在此共識之前，不同的名稱，包括 Visual vertigo, phobic postural vertigo, space motion discomfort, chronic subjective dizziness, motion intolerance syndrome 都被提出過。

這類病人長期的頭暈不舒服導致生理與心理受到影響，進而影響生活。因此治療最主要在給予病人衛教與支持，包括心理支持與衛教 (Psychoeducation)，前庭復健(Vestibular rehabilitation)等，藥物治療則有抗憂鬱藥物 SSRI 等。

根據頭暈發生的時間點與特性，參考表格(Neurol Clin. 2015 Aug;33(3):577-99)，加入 PPPD，整理出以下表格。

	<b>Spontaneous</b>	<b>Triggered</b>
<b>Episodic</b>	VM, MD, TIA, VBI, Panic, Arrhythmia	BPPV, SSCD, Orthostatic hypotension
<b>Acute, continuous</b>	VN, Labyrinthitis, Stroke (posterior fossa)	Post-exposure vertigo (Gentamicin ablation)
<b>Chronic, persistent</b>	PPPD, Cerebellar degeneration	PPPD, Uncompensated UVH

註：VM: Vestibular Migraine; MD: Meniere's Disease; TIA: Transient Ischemic Attack; VBI: Vertebrobasilar Insufficiency; VN: Vestibular Neuritis; BPPV: Benign Paroxysmal Positional Vertigo; SSCD: Superior Semicircular Canal Dehiscence; UVH: Unilateral Vestibular Hypofunction.

## 參加 2023 TRI 世界耳鳴研究學會年會心得

耳科 主治醫師 薛健佑

世界耳鳴研究學會(Tinnitus Research Initiative-TRI) 自 2006 年以來每年舉辦一次，2019 年由台灣主辦，但接下來幾年因為疫情的關係，停辦多時，2023 年終於順利於愛爾蘭最大的城市也是首都為都柏林舉辦。愛爾蘭主要的語言為英語以及愛爾蘭語，愛爾蘭與英國的歷史淵源豐富，到歐洲各內陸國也很方便，天氣偏濕冷，一年四季幾乎都是下雨天，所幸大會這幾天，天氣都相當適中無下雨。

本次會議為期四天，第一天歡迎大會很特殊，選在著名且為愛爾蘭最古老大學：都柏林三一學院的圖書館(The old library of Trinity College Dublin)舉行，該圖書館收藏著眾多的古老書籍，並且有一本西元 800 年所流傳下來的手繪本聖經『The book of Kell's』，因此每年吸引大批遊客參訪。歡迎酒會地點就讓與會者可以省下門票直接近距離觀賞美麗的古老圖書館。

會議主題為結合科技產業與耳鳴診斷與治療，包含最新的耳鳴研究成果以及治療成效發表。會議期程總共 4 天，根據耳鳴的機轉、診斷、治療以及新科技的運用等不同範疇分類，初步把耳鳴相關的主題分成：神經調節

(Neuromodulation)、認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy)、神經影像學(Neuroimaging)、認知功能/生活型態(Cognition Lifestyle)、耳鳴治療與其機轉(Mechanism of Action)、數位健康(Digital Health)、治療以及介入計畫 (UNITI project)、聲音刺激治療(Sound Stimulation)、周邊或中樞病灶相關耳鳴(Tinnitus as a peripheral & central problem)、公眾及病患參與(Public and patient involvement)、孩童耳鳴(Child tinnitus)、體感耳鳴(Somatic tinnitus)等多元主題。邀請不僅限於歐洲的團隊來分享目前最新的研究成果，教育性質演講或是大師級的 keynote speech 演講也都是邀請該領域的大師來做縱向的統整，場場都非場精彩，有如行走的有聲書一般。

此次與會共有來自 30 多國近兩百位的耳科學、聽力學及聽覺生理學的專家參與。其中台灣由台灣耳鳴醫學會組團參與，人數包含醫師及聽力師也有十幾位。大會有邀請包含數據分析、人工智慧專家學者展示如何利用網路、遠距等方式診斷或是治療耳鳴的成果。另外熱門的經顱電(磁)刺激技術也被熱烈討論，各國團隊都躍躍欲試。大會也特別邀請美國分子生物學專家提出神經發炎的相關研究來建立耳鳴的假說，也許日後耳鳴的藥物治療也可有所突破。

本次也在會議上發表自身的研究內容，利用腦影像分析找出耳鳴患者的差異腦區，希望可以供後續耳鳴治療如經顱電(磁)刺激部位選擇建立基準。本次出國發表並參與會議的經驗，十分寶貴，除了將自身研究之成果發表，也從大師演講中累積知識以及獲得啟發，期待回國後，從事相關研究時，可以帶來更多新的想法以及更嚴謹的研究設計，提升自己也為耳鳴治療盡一份心力。

## 人類嗅覺的周期變化

鼻頭頸科 主任 趙勻廷

今年 10 月，耳鼻喉領域排名第二的期刊-鼻科學(Rhinology)，刊登兩篇有關人類嗅覺生理的有趣文章。其一是在說人類的嗅覺有晝夜節律變化(circadian rhythm)<sup>1</sup>，詳細的說，晚上(20:00~22:00)的嗅覺靈敏度(嗅閾值)比早上(8:00~10:00)要好。可能因為早上鼻腔阻力比較大，但文章提到鼻阻力的差距和嗅覺閾值的差距沒有正相關。另外在演化上，晚上光線較暗，需要敏銳的嗅覺功能來輔助其他感覺官能；晚餐一般來說是整天最重要的一餐，需要更好的嗅覺功能來提升食慾、藉以有效地補充營養；另外，晚上也通常是許多物種繁衍後代的時間，較佳的嗅覺功能可以提供更好條件來擇偶，甚至引發性慾。但這樣的晝夜節律變化極為細微，小到一般人不易察覺，才不會造成感覺中樞過度的負擔。第二篇是筆者投稿的文章，以腦功能性磁振造影看月經周期造成女性嗅覺的周期變化<sup>2</sup>。女性的嗅覺優於同年齡層的男性，所以我們很好奇這樣的優勢從何而來及為何如此。一般來說，女性的社會角色傳統上主要負責準備食物，也較在意外在美貌與散發的氣味，因此有較好的嗅覺功能。當然以上論點為性別刻板印象，仍有其爭議點。一項來自歐洲的調查顯示，女性擇偶會較仰賴嗅覺，相較於男性仰賴視覺與聽覺。而另外研究發現，女性在濾泡期或排卵期會較偏好具雄性特徵的臉、低沉磁性的嗓音、甚至具有對稱外觀或強勢行為的男性的體味，而在黃體期或月經期則偏好完全相反的特徵。在在顯示嗅覺功能為演化上賦予女性的特殊能力，以在排卵期找到適當的伴侶來孕育下一代。我們這篇研究就以腦科學的角度，發現女性在排卵期有較佳的嗅覺功能(嗅閾值+嗅分辨+嗅辨識分數, TDI)，並有較強的嗅覺網路功能性連結。並發現排卵期的黃體素水平，和部分嗅覺網路連結成正相關。因此，女性嗅覺功能隨著月經周期波動，似乎被腦嗅覺網路與性賀爾蒙所調控。此外，過去心理基因學的研究發現，女性也偏好和自身 MHC (major histocompatibility complex) 免疫基因「不相似」的男性體味，目地可能為以嗅覺尋找合適的伴侶，以孕育出免疫基因更為多樣化的寶寶，使其免疫力增強更能對抗感染。我們大膽地說，排卵期提升的嗅覺能力，冥冥之中可以嗅出基因，進而選到能跟自己結合成最強組合的「真命天子」。試想，未來科幻世界中的香水工業，是否就可以根據採集的女性毛髮，驗出其中的基因，客製化產出該女性偏好的男性味道，男性追求者便可在女生排卵期時灑在自己身上，成為神不知鬼不覺的「愛情靈藥」呢？言歸正傳，了解人類嗅覺的周期變化，可提供我們在臨床上評估嗅覺功能時，需要額外考慮的因素。

參考文獻：

1. Mai Y, Rosbach MC, Hummel T. Variations of olfactory function with circadian timing and chronotype. *Rhinology*. 2023;61(5):456-469.
2. Chao YT, Hong TY, Hsieh JC. Menstrual cycle-modulated intrinsic connectivity enhances olfactory performance during periovulatory period. *Rhinology*. 2023;61(5):441-448.

## 台北榮總經鼻內視鏡顱底手術團隊

鼻頭頸科 主治醫師 藍敏瑛

經鼻內視鏡顱底手術發展至今已經廣泛應用於治療腦下垂體腫瘤、顱底腫瘤、鼻竇及鼻咽惡性腫瘤。若腫瘤侵犯至海綿竇、內頸動脈、眼眶內壁或腦膜內部等困難部位也都有機會以手術安全移除。台北榮總鼻頭頸科所有主治醫師與神經外科王緯欽醫師共同成立的經鼻內視鏡顱底手術團隊，除了手術由兩科醫師全程合作執行之外，病患的術前評估及術後照護也由兩科一同評估照護。腫瘤移除後若因顱底缺損而發生腦脊髓液滲漏，也能立即取用脂肪組織、鼻中膈黏膜瓣或大腿筋膜等做顱底缺損的修補。此外，由鼻科醫師在手術中全程對鼻腔黏膜及鼻內結構的詳盡檢視與保護，可避免術後發生鼻黏膜沾黏導致的鼻塞或鼻竇炎，專業鼻科醫師取鼻中膈黏膜瓣也避免可能產生的鼻中膈破損所造成鼻塌陷，且保存病患的嗅覺功能。

教育訓練方面，承襲何青吟主任自 2007 年舉辦研習營，本團隊每年舉辦經鼻內視鏡鼻竇和顱底手術研習營，持續投入住院醫師在鼻部解剖由鼻內至鼻外並至顱底構造的全面教學。自 2013 年起與神經外科一同舉辦經鼻內視鏡鼻竇和顱底大體手術研習營，每年(除疫情期間)邀請世界第一的美國匹茲堡醫學中心經鼻顱底手術團隊，Prof. Snyderman 及 Prof. Garden 親自前來授課與大體解剖手術示範。本團隊致力於推動我國顱底手術教育及鼻科醫師與神經外科醫師的團隊合作模式，吸引各大醫學中心醫師前來學習，提昇我國經鼻內視鏡鼻竇及顱底手術水準。研習營也吸引許多國外醫師來參加，包括日本、菲律賓與香港的醫師，學員給予高度的肯定與評價。

在研究方面，除了持續在生醫材料及生醫檢測開發及鼻咽癌的轉譯醫學相關研究外，也積極投入鼻竇癌精準醫學研究及嗅覺相關的研究與治療。本團隊持續努力不懈，近十年共發表鼻及顱底相關研究論文 71 篇。本團隊近十年擔任鼻及顱底相關研究計畫主持人之研究計畫共 41 項，其中包括科技部計畫 14 項、臺北榮總院內計畫 21 項、其他大學院校計畫 6 項。另外本團隊也積極參與國內外實體及線上研討會，近十年受邀於國際經鼻內視鏡鼻竇和顱底大體手術研習營手術示範及國際醫學會議發表鼻及顱底相關演講或擔任座長共 75 場，發揚國際。

在團隊努力下，自 2015 年迄今已手術治療近 800 例各式顱底疾病，許多皆是各大醫院轉診的困難案例。腦下垂體腫瘤全切除及近全切除率達 95%，術後腦脊髓液滲漏率是世界最低。我們的多專科團隊接手許多鼻竇及鼻咽癌外院治療復發案例，致力於為每一位病人的存活率同時兼顧生活品質盡最大的努力。台北榮總經鼻內視鏡顱底手術團隊將持續在臨床、教學與研究各方面繼續努力，朝世界頂尖醫學中心之國際級水準邁進！

## 國外進修雜記

---

鼻頭頸科 主治醫師 葉建甫

感謝科部的支持，讓我得以用 3 個月的時間赴南韓及義大利進修手術技巧。首站來到了南韓首爾，跟隨 Tae bin Won 教授學習鼻整型及顱底手術。南韓向來為其精湛整型技術名聞國際，我來到首爾的第一個週一，即瞠目結舌地看著教授只用了 1 小時就完成了一台鼻整型手術。教授說他還是為了展示給我看各個步驟而稍微放慢速度。教授同時也專精於顱底手術，各式各樣的顱底腫瘤在他眼中似乎不存在任何難度。

首爾大學附設醫院硬體設備實屬一流，人員進出均需以條碼感應，手術室內具有數量龐大的顯示設備，方便國際學員觀摩。在手術室內並附設餐廳，讓疲累的手術人員得以享用熱騰騰的美食。

第二站來到了義大利的瓦雷澤(Varese)，瓦雷澤是位於義大利大城米蘭附近的一個城市，我在這邊跟隨 Paolo Castelnuovo 教授團隊學習其鼻竇及顱底手術技術。這裡的體系相當完整，從基本的內視鏡鼻竇手術到進階的眼眶轉位及顱底鑽磨等等在教學及實際執行上都有人各司其職。我到的時候適逢教授即將退休，他們連續一個月舉辦數場解剖課程，這也讓我們國際學員大飽眼福，對於複雜的顱底解剖構造能夠有更深入地認識。

然而，外地人到義大利務須提高警覺，宵小在義大利是出了名的猖獗。同事提及他們搭火車的時候，外面正下著傾盆大雨，在列車到站之際，他們居然被持刀歹徒威脅交出“雨傘”！並非錢財而只是雨傘，但這也印證了當地的治安遠不及台灣。

義大利是歐洲的美食之都，在工作及學習之餘，自然也不忘要在假日來體驗當地美食。除了隨處可見的義大利麵及披薩外，海鮮拼盤、米蘭牛膝番紅花燉飯等等均令人垂涎三尺。

在南韓及義大利的醫院內，常可見非當地的國際學者觀摩，國際化應是未來趨勢。學成歸國之後，也希望能善用所學，並加以推廣，造福病患。

## 參加美國耳鼻喉科醫學會(AAO-HNSF)心得

鼻頭頸科 主治醫師 洪莉婷

住院醫師時期，曾在部務會議上聽到懋哲學長神采奕奕的分享從美國耳鼻喉科醫學會(AAO-HNSF)開會回來的心得報告，印象最深刻的就是“身為耳鼻喉科醫師，一生一定要去一次這種大拜拜”。從此就在心中留下一顆種子，覺得有機會一定要去看看，剛好利用今年在美國進修的時間來朝聖。報名的時候其實還看不到行程表，就很直覺的想說先全部都報再說，但到會議接近時，跟其他鼻科的訪問學者聊起我要去 AAO，大家的反應都是“AAO 的主題太 general，其實不太需要全部都去”，所以在要出發之前心情不免有些忐忑。但後來覺得這真是不必要的擔心，因為會議內容十分豐富，在同一個時段會有大約 10-15 場講題同時進行，而且光是鼻科就同時會有 4-5 個主題同時進行，決定隔天要聽什麼講題基本上就可耗費一小時看完一整天的 schedule。

這次的會議是在 Nashville---鄉村音樂之都舉辦，第一天的 welcome party 還特地辦在 musician museum，有接駁車讓大家去參加，吃小點、聊天、聽鄉村音樂，足見主辦單位的重視與用心。課程方面，很特別的是他們有許多 simulation 課程，如: frontal sinus surgery (圖一)、oral appliance 製作、實作如何 bending reconstruction plate、filler injection in larynx 等等，而且都是免費參加、不用事先報名。除了驚嘆於各種課程的多樣性外，也得到啟發，在一些比較困難或罕見的手術，可以用 3D printing 輔助訓練及教學。

除了實作方面的課程讓人印象深刻外，講題的豐富程度也值得一提。台灣的前輩們有在 AAO 舉辦台灣頭頸癌 symposium(圖二)及 odontogenic sinusitis symposium(圖三)，含金量十足，吸引不少外國醫師前來聆聽。除了一般學會常見的專科學術題目外，還會有關於生涯規劃、醫療糾紛的講題，或是探討手術 decision making，如:在老人的頭頸癌該不該開刀，會分享自己的案例並與其他大師交流看法，最後再揭曉病人的預後，同時思考如何改進、如何用臨床實證數據和病人做有效的溝通。也有講題在探討哺乳的婦女可安全使用的藥物，藉由講者的整理可節省時間在這種重要但較少遇到的議題，更有趣的是同場的第二個講題還分享自己在醫院要如何如何在有限的時間和空間內擠母乳，有很多性別的議題都在 AAO 上面作探討，像是還成立了 women in otolaryngology 的協會，探討在生涯中性別是如何影響女性的 career。

在實際與會 AAO 後，感想也是有機會的話一定要來參加一次，議程內容非常豐富，不管是 general ENT 或是專科的題目，在同一個時段內任君選擇，在此分享給各位先進同好們。



## **腦脊液鼻漏 (Cerebrospinal fluid rhinorrhoea, CSF rhinorrhea)**

鼻頭頸科 主治醫師 黃毓雯

大腦本該不是一個密閉、無菌的空間嗎？腦脊液怎麼會從鼻腔滲漏？

### **腦脊液鼻漏的分類**

腦脊液鼻漏可簡單分為兩種：創傷性及非創傷性。創傷性腦脊液鼻漏中，又分為因腦部或是鼻部手術造成，簡稱「醫源性腦脊液鼻漏」，另外則是頭部受重物撞擊或車禍引起的。非創傷性的自發性腦脊液鼻漏，又可分為「高腦壓性」(high pressure CSF rhinorrhea) 或是「正常腦壓性的腦脊液鼻漏」(normal pressure spontaneous CSF rhinorrhea)。創傷性的大腦與鼻部之間的顱底骨板產生缺損似乎比較容易想像，非創傷性的自發性腦脊液滲漏，常合併高腦壓的情況，好發於中年女性，及肥胖體性；高腦壓是腦脊液滲漏修補的重要控制因素，因此當找不到病因，懷疑是自發性腦脊液滲漏的情況時，需特別注意腦壓是否正常。根據最新的文獻統計，醫源性腦脊液鼻漏佔整體約 46%，其次為非創傷性的自發性鼻漏 (spontaneous CSF leak)，約 40%。其餘的情況佔少數。

### **腦脊液鼻漏的診斷**

臨床表現上，病患會以單側鼻漏為主訴，從鼻腔流出來的分泌物是透明如水，嚐起來鹹鹹的。鼻漏可能合併頭痛，躺平的時候較能得到緩解。除了詳細的病史詢問 (是否有腦部或鼻竇手術的病史、頭部受創的病史) 外，經鼻內視鏡的檢查也是必要，可以初步在內視鏡檢查下，確定是否有明顯鼻漏；實驗室檢測是以腦脊液中的  $\beta 2$  transferrin 為黃金準則，然而此項檢測並非每個醫療機構都能提供，影像的檢查 (電腦斷層及核磁共振) 則可以進一步確認顱底裂損的可能部位，以及及時偵測可能的相關併發症。

### **腦脊液鼻漏的治療**

以創傷性腦脊液鼻漏而言，多數 (50~90%) 可以藉由臥床或是必要時候臥床並接受腰椎腦脊髓液引流(lumbar drainage)而復原，少部分病患需要接受顱底修復的手術。

### **經鼻內視鏡顱底手術修補腦脊液鼻漏**

相較於傳統的開顱手術，經鼻內視鏡顱底手術對於處理具挑戰性的腦脊液鼻漏提供一個新的解決方案。這種手術技術利用內視鏡通過鼻腔進行，根據缺損的大小、位置、及病因，選擇重建顱底缺損的素材，期待達到最小化創傷並提供更好的手術結果。修補缺損的素材包含：脂肪、游離性鼻腔黏膜瓣、各種的帶血管蒂的黏膜皮瓣、大腿筋膜、顱骨膜瓣、顱筋肌瓣等，採多層次的修補原則 (multilayer

reconstruction)。對於顱底的大缺損而言,最佳修復方式是多層複合式技術。面對選擇修復的材料以及方式時,需特別考量術中腦脊液漏的發生與嚴重程度及顱底缺損的位置與大小以評估術後腦脊液漏的風險。專家建議,若有相關的高風險因子,包含:術中有高流量腦脊液漏、病理型態為顱咽管瘤、腦膜瘤、腫瘤位置涉及後顱窩、或硬腦膜缺損大於等於  $1\text{ cm}^2$ , 使用帶血管蒂組織瓣(鼻中隔黏膜瓣)多層複合重建,可以顯著降低術後腦脊液滲漏率。而術中若無腦脊液滲漏或僅有低流量腦脊液滲漏的顱底小缺損,可以選擇游離組織瓣或是帶血管蒂組織瓣行重建。透過手術技巧的改進以及術後內視鏡協助下積極的鼻腔照顧,可以確保修補的成功,並同時最大限度地減輕病人的併發症程度。

## 口腔癌手術下頷骨的處置

喉頭頸科 主任 戴世光

口腔癌的治療以手術為主，當腫瘤較大或位於口腔後方時下頷骨的處置是手術需面對的課題。下頷骨及其相關的神經肌肉組織，除了容貌上口腔顏面的美觀之外，對於咀嚼、言語及吞嚥都負責重要的功能角色，因此口腔癌手術需依腫瘤徹底切除所需的手術視野及切除範圍來決定是否一併進行下頷骨的處置，包括下頷骨切開、切除及後續下頷骨重建，以維持外觀及基本功能。

下頷骨切開手術主要應用於較大或位於口腔後方，經口切除困難而且沒有骨侵犯的口腔癌，經由下頷骨切開可獲得良好的手術視野，但是必要的代價是：1. 口底相關神經肌肉組織於手術時需與下頷骨一併切開，術後對功能仍會有不等程度的影響；2. 下頷骨的切開及固定復位增加手術時間；3. 可能需要的下巴顏面皮膚切口影響外觀。近年來隨著內視鏡的使用，可改善手術光線並克服手術視野的遮蔽阻擋，另一方面再加上能量器械的使用降低手術切割時出血的發生，如此一來部份原先需下頷骨切開的口腔癌手術可以改為經口切除，手術範圍的減少可大大縮短手術時間，同時也使病患術後功能恢復更加迅速。

對於鄰近、附著或侵犯下頷骨的晚期口腔癌，一併施行下頷骨切除來徹底切除腫瘤是必須的。下頷骨切除手術依腫瘤的位置範圍而決定，可分為邊緣切除及整段切除。下頷骨邊緣切除後仍維持原本下頷骨之弧度結構，因此不需要進行下頷骨重建，而下頷骨整段切除後則應進行下頷骨重建手術以維持外觀及功能，最常使用的是小腿腓骨游離皮瓣或肌皮瓣。隨著影像虛擬實境及 3D 列印技術的成熟發展，可應用術前電腦輔助手術設計，模擬下頷骨切除及小腿腓骨游離瓣最佳的切割方位，病與重建骨相互吻合，再經由電腦輔助 3D 列印預先製作手術切割導板於手術時使用，經由本科與整形外科的合作的經驗，此類技術的應用可簡化冗長的晚期口腔癌手術，提升下頷骨重建接合精準度，縮短手術時間及降低手術 on table 工作負荷，對病患及手術醫師都大有助益。但是其缺點是下頷骨及小腿腓骨切割導板為互相配合之設計，導板製作後手術時不能更改下頷骨切割位置，否則整套設計及 3D 列印導板都無法使用，因此這類科技技術的應用，在術前規劃時對於徹底切除腫瘤所需移除的下頷骨範圍，需透過仔細的影像評估及判斷來確實掌握。

## 後疫情期間的新型冠狀病毒感染患者音聲咽喉後遺症

喉頭頸科 主治醫師 王怡芬

根據 2023 年美國耶魯大學醫學中心發表的新型冠狀病毒感染(Coronavirus 2019) 患者統計數據顯示：新型冠狀病毒感染大規模流行後，即使是感染期間不需住院的復原者也會發生相關咽喉部的後遺症，其中約 60%為音聲症狀，包括音質變化、聲帶病灶、聲帶閉合不良、肌肉緊張型發音不良等；另外約 33%患者會吞嚥不順，及約 36%患者診斷為喉部敏感症候群 (COVID-19 laryngeal hypersensitivity)，嚴重影響新型冠狀病毒感染患者復原後生活品質和社交溝通的能力。

文獻中提出的數據顯示：新型冠狀病毒感染患者自確診後至咽喉症狀呈現再到喉科門診的期間平均為(256 ± 150)天，推測可能是國外就醫和接受相關檢查流程的不便利性所導致病程延長。因此，我們在此期間調整了診療流程，並規劃線上的深度衛教及醫療追蹤記錄，以配合患者時間來討論及安排進階計畫，希望能在復原的黃金時間協助患者儘早得到最有效率的診治。

由這幾年累積的臨床經驗，很多患者在病毒檢測陰性後，仍斷續有咳嗽或黏稠痰分泌物等症狀，雖經醫師依已出版的共識指引流程檢查及治療後，仍找不到病因且未能明顯改善；這類患者也常同時伴隨咽喉不適，並有明顯的「咽喉異物感」症狀，由於咽喉部的構造及神經功能會影響到呼吸吞嚥反射的機制，這些染疫者的後遺症很可能和病毒感染後引發的咽喉部敏感症候群 (irritable larynx syndrome) 相關。

歐美醫學中心診治「新型冠狀病毒呼吸症候群」患者後遺症的主要成員包括：胸腔科醫師、耳鼻喉科醫師及語言治療師組成，這些專業團隊會安排所有症狀的一系列檢查，包括氣喘、胃食道咽喉逆流、上呼吸道咳嗽症候群等。而這些發現有聲帶咽喉病灶的患者，經接受音聲咽喉吞嚥評估、呼吸消化道檢查、和適當衛教治療後，其困擾的症狀大多數能在約一個月的治療後得到顯著改善。

## 聲帶類固醇注射的臨床應用

喉頭頸科 主治醫師 許彥彬

咽喉逆流(laryngopharyngeal reflux: LPR)可能是醫院的喉科門診中，除一般感冒外，最常用的診斷了。不論是初看診或經他院轉診，不管是咳嗽、喉嚨痛、聲音沙啞、還是喉嚨卡卡及異物感，都常常被歸到胃酸的影響。但.....真有那麼多的胃酸問題嗎？臨床上，咽喉逆流確實存在，這些病患多有如上所述的慢性上呼吸道症狀，卻不一定有典型胃酸逆流或火燒心的情形，因而這些症狀與咽喉逆流間的相關性常被人們所忽略。

在醫學診斷中，咽喉逆流存有一些模糊地帶，儘管有較嚴謹的診斷方式，例如多通道腔內阻抗技術(Multichannel intraluminal impedance)偵測食道的逆流次數、咽喉內視鏡 Reflux Finding Score (RFS)評估總分 7 分以上，或是逆流症狀指數 (Reflux Symptom Index, RSI) 得分 13 分以上，都是文獻中常採用的咽喉逆流診斷方式。不過，在台灣臨床醫師的門診人數眾多，分配給每位患者的時間不足，真利用上述方式診斷 LPR 者，不敢說絕無僅有，但說是鳳毛麟角應該不為過。大多數的耳鼻喉科醫師，是以病患的臨床症狀輔以反射鏡或內視鏡檢查咽喉，如發現聲帶水腫或紅腫、喉部後方聯合處(posterior commissure)軟組織增厚、瀰漫性咽喉水腫和假性聲帶溝等，來判斷病患是否有咽喉逆流的情形；但咽喉逆流的症狀包山包海，與部分嚴重疾病初始表現重疊，為避免延誤診斷與醫療糾紛，初次看診時最好能在確定沒有其他咽喉疾病後，再下 LPR 診斷。

至於咽喉逆流的治療，臨床上除建議病患改變生活型態外，多以抑制胃酸為主。過去“部分的”文獻顯示(\*注一)，質子幫浦抑制劑 (proton pump inhibitor, PPI) 治療對咽喉逆流的患者有效，但建議劑量為每日服用兩次，大於治療 GERD 每日一次的慣用劑量。然而，目前健保規範 PPI 的給付條件中不包含咽喉逆流，更遑論給予較高劑量的口服藥了。所以，耳鼻喉科醫師僅能以其他胃藥代替，如制酸劑與 H<sub>2</sub>-blocker 等，給予病患服用，不過這些藥物的療效證據薄弱，效果不一，有必要時還是要請患者考慮自費購買 PPI 服用。

不過，部分患者在服用 PPI 後卻不見改善，若咽喉逆流與胃酸有關，那又是甚麼原因呢？事實上，胃部內容物逆流至咽喉，除了胃酸外，胃蛋白酶(pepsin)對咽喉黏膜也有影響，會造成細胞損傷，這類非酸性的逆流在 LPR 的致病機轉中，佔有一定角色。但胃蛋白酶並非 PPI 或其他制酸劑所能抑制、排除，所以須從減少逆流著手。可考慮讓病患服用海藻酸鹽 (alginates)，在胃內容物上形成一保護層，作為屏障，防止逆流。

整體而言，咽喉逆流是喉科的常見疾病，相關的表現多樣且症狀反覆，影響患者的生活品質。LPR 可能與病患的壓力、作息、飲食、生理結構有關，針對一些對藥物反應不佳的病患，我輩應該多方考慮，從各種角度思考、著手。但同時也要想想是否有所遺漏，防止錯過潛在的其他疾病及避免可能的糾紛。

\*注一：部分研究顯示 PPI 對 LPR 確有療效，但亦有多篇文獻顯示 PPI 與安慰劑在治療 LPR 的成效上沒有差異。

## 評估預先頸部淋巴廓清手術(upfront neck dissection)接以化學放射治

### 療能否加強具頸部淋巴轉移之 p16 陰性口咽癌的區域控制

喉頭頸科 主治醫師 李宗倫

放射治療及化療是口咽癌重要的治療方式之一，其中，p16 和頸部淋巴結轉移皆是口咽癌預後的重要預測因子。相較於 p16 陽性的口咽癌，p16 陰性的口咽癌對放射治療及化療的反應通常較差，這可能是腫瘤治療預後不佳的原因之一。

此外，較嚴重的頸部淋巴分期（N stage）對放射治療的反應也較差，這可能是由於較大的淋巴轉移或有中心性壞死(central necrosis)的缺氧環境的淋巴結轉移對放射治療反應較低，導致治療後容易有殘存的淋巴結，或是有很高的機率發生淋巴結復發。

為了改善治療預後，過去有一段時間，在化學放射治療後會例行進行計劃性頸部廓清手術。然而，這種做法並沒有對於“影像上沒有殘存淋巴轉移”的個案帶來幫助，反而增加了手術的困難度。

目前對於臨床上“有頸部淋巴轉移的 p16 陰性口咽癌”，如果在化學放射治療前先進行預先頸部淋巴廓清手術的潛在益處及影響尚未廣泛探討。因此，我們最近進行了一項回顧性研究，分析了 76 名“有頸部淋巴轉移的 p16 陰性口咽癌”患者。研究將患者分為兩組：一組接受同步化學放射治療（CCRT 組），另一組在預先頸部淋巴廓清手術後加上化學放射治療（UFND 組）。主要探討內容包括兩組無頸部淋巴復發生存率、疾病特異性生存率和總生存率，並分析兩組死亡的原因。此外，通過單變量和多變量分析，評估與生存相關的臨床及病理因素。

我們的分析結果顯示，與 CCRT 組相比，UFND 組有更好的 5 年無頸部淋巴復發生存率（94.1% vs. 61.0%， $p = 0.011$ ）。單變量分析顯示，UFND 是與頸部淋巴控制相關的唯一因素（HR = 0.110; 95% CI, 0.014-0.879;  $p = 0.037$ ）。此外，研究還發現 CCRT 組接受了更高劑量的放射治療（ $p < 0.001$ ），並且承受較高死於肺炎的風險（ $p = 0.049$ ）。

總結來說，本研究闡明預先頸部淋巴廓清手術可以降低臨床上有頸部淋巴轉移的 p16 陰性口咽癌患者治療後頸部淋巴復發的機率，這種治療方式是該類患者可以考慮的治療選擇之一。此外，研究還指出接受此手術的病患會接受較低劑量的放射治療，並且比較不會發生致命性的肺炎。這些結果可能有助於臨床治療決策，並改善口咽癌患者的治療結果。

## 微生物相和唾液腺結石

喉頭頸科 主治醫師 張嘉帆

慢性阻塞性唾液腺炎為唾液腺常見疾病之一，而唾液腺結石約占成因六至七成，每年有症狀發生比例約萬分之零點三至萬分之一，大多數病患會有反覆性腫脹及疼痛在上頸部或耳前的位置，特別是吃東西時或之後，因結石會阻塞唾液腺分泌，嚴重的則會造成急性化膿性唾液腺炎，但也有少部分之病患，平常並無不適；結石構成主要包含有機及非有機物質，有機物質則有葡萄糖蛋白、黏多醣和細胞殘餘物，非有機物質則以碳酸鈣及磷酸鈣為主要成分，而會形成結石之機轉目前仍不明，可能和唾液分泌減少，非有機物質沉積在腺體或管徑中有關，或是口腔細菌逆行性的進入管徑，造成唾液淤積。

結石最常見的位置，以下頷腺居多，約佔所有結石八成，腮腺占近兩成，舌下腺及小唾液腺發生機會不到百分之一，若發生在小唾液腺中，則以上嘴唇及口腔頰膜居多，而下頷腺最常發生結石之原因，可能與腺體分泌偏鹼及具高濃度的黏液、鈣及磷酸、分泌管徑較長和地心引力相反之分泌方向等相關，最多發生在下頷腺之腺門處(hilum)，腮腺則最常發生在分泌管之位置，約四分之三的結石是只有單一顆在單一腺體，約四分之一會有兩顆以上結石在同一腺體，約百分之三之病患會有兩個腺體同時發現結石，目前最好發在中年男性，痛風是目前所知和結石有相關性的疾病，也有文獻報告和慢性牙周疾病、腎結石及膽結石亦有相關。

隨著微創手術之盛行，唾液腺內視鏡手術也逐漸成為主要治療結石之方式，須將唾液腺移除治療結石手術所佔之比例，也從百分之四十至五十，降到小於百分之五，德國 Koch 教授等團隊，在 2009 年發表治療流程及建議，根據結石位置、大小及可動性區分出不同之治療路徑，2022 年又發表新版治療流程，和舊版不同之處在於管徑內碎石器械使用，歐洲目前已有管徑內氣動碎石之器械，且已使用於腎或輸尿管結石，現合併唾液腺內視鏡使用，可以提升手術移除結石之成功率，台灣目前尚未引進，管徑內碎石多用鈦雷射，和氣動碎石相比，雷射機器價格較貴，雷射能量較高，可能會有熱傷害之風險，但兩者碎石成功率並沒有差異，此次新版流程也強調可以合併口內切口，幫助提高手術成功率。

歐洲施行體外唾液腺碎石已有十多年，但隨著管徑內碎石器械發展，降低了體外碎石之角色，目前流程建議可以應用在腺門或腺體內之結石，唾液腺內視鏡無法評估時，體外碎石後可以再合併唾液腺內視鏡，檢視管徑內狀況，有必要可再合併管徑內碎石，進而移除殘餘之結石；即便如此仍可能會有百分之五至十五之結石，用上述方法仍無法移除，此次新增了肉毒桿菌毒素注射的選項，藉此改善病患症狀，若症狀持續，才考慮將唾液腺移除。最後要感謝曾轉診至敝科之先進，讓後輩有機會服務需要協助之病患，為病患謀求最佳之治療方式。

## 放化療後的口腔黏膜炎

喉頭頸科 主治醫師 簡珮如

口腔黏膜炎是頭頸癌患者在接受放化療過程中常見的副作用，起因於口腔黏膜上皮細胞的生長和分化在放化療的過程中受到影響，造成細胞凋亡、壞死，進而黏膜破損、形成潰瘍；再加上口腔黏膜屏障受到破壞，容易出現感染、發炎，而使症狀加劇。臨床上常見患者抱怨口腔疼痛、口乾、吞嚥困難、吞嚥疼痛、味覺改變、張口困難等症狀，進而影響食慾、進食量下降、體重減輕、營養狀況不佳、生活品質大大受到影響，嚴重時甚至會導致治療中斷。

根據 Oral Care Study Group of Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology 臨床指引指出，口腔黏膜炎的照護包括以下幾個重點：

**預防繼發性感染：**不建議使用預防性抗生素。著重於口腔衛生和口腔護理，如進食後應清潔口腔、使用細小柔軟的牙刷及溫和的漱口水。

**疼痛控制：**局部性治療或全身性治療。局部性治療包含 topical lidocaine (2% 漱口)、topical morphine sulfate (0.2% 漱口)、topical doxepin (0.5% 漱口)、topical benzydamine。全身性治療包含 oral morphine、fentanyl patch、IV PCA (自控式止痛)。

**維持口腔功能和營養的攝取：**建議選擇軟質、容易咀嚼和吞嚥的食物，並避免太燙、辛辣、酸性和過於堅硬的食物，以減少刺激。若病患因嚴重的口腔黏膜炎，無法由口進食，應放置鼻胃管或以胃造瘻灌食，以期維持足夠的營養和理想的體重。

**處理口腔併發症：**口乾常與唾液分泌降低有關。臨床上病人常抱怨口乾舌燥、口腔有灼熱感、刺激感或疼痛感，嘴唇乾裂等。可建議病患多喝水、亦可使用口腔保濕劑(口腔噴霧、口腔凝膠、特殊牙膏或漱口水)或人工唾液，以維持口腔黏膜的濕潤。藥物方面則可使用 pilocarpine (Salagen)或 cevimeline(Evoxac)以增加唾液的分泌，惟須注意副作用的產生。

**改善生活品質。**

此外，topical steroid、oral steroid、L-Glutamine、topical honey、oral honey 對口腔黏膜炎皆有幫助；而 capsaicin、sucralfate、celecoxib、gabapentin 等目前並無足夠的證據證明其效用。



## 紐約行

---

喉頭頸科 研究醫師 劉璟璇

今年十月，我有幸至位於紐約曼哈頓的 Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) 參訪一個月。MSKCC 是全美、甚至全世界頂尖的癌症中心，能在此學習，非常難得。而更難得的是在紐約生活的機會。

我來的這一個月很剛好的目睹紐約從一片翠綠轉變成一片金黃，搭配著從樹葉間灑落一地的陽光。路上有很多花店、店家會把花花草草放到人行道上，路邊也有到處可見的蔬果攤位。整個曼哈頓，在金黃色的基調上點綴著繽紛的顏色。秋天果然是紐約最美的季節。

MSKCC 位在上東城，中央公園自然而然成為我去最多次的地方了。天氣好的時候（紐約大部分時候天氣都不錯），很多人在散步、跑步、騎腳踏車，草坪上也有許多人慵懶的或坐或躺。在樹木繁茂的公園裡，伴隨著街頭樂團的現場演出，一切都是那樣的輕鬆自在。而當你猛一抬頭，卻又看見緊緊圍繞著公園的高樓大廈。那種感覺很奇幻。即是我去了中央公園好多次，那種奇幻的感覺依然很強烈。

紐約確實是一個民族、文化的大熔爐。走在路上可以看到各色人種、聽到各種語言、看到各國餐廳。只要不開口，沒人知道你是不是本地人；就算開口講了任何一種語言，也沒人會覺得怪、更沒有人會多看你一眼。我很快的藉著這樣的保護色，學習如何成為一名真正的紐約客：即便不知道目的地的正確位置，還是要堅定的朝著一個方向、走路走的飛快；過馬路時千萬不要理會交通號誌，行人是至高無上的；當耳朵充斥汽車駕駛此起彼落或突然刺破天際的喇叭聲，要保持泰然自若的神態、泰山崩於前而色不改。到了最後一週，我被一位路人問路，也被另一位路人問每個路口平常都放著的垃圾桶怎麼全都不見了。看來對於模仿成為一名真正的紐約客，我很快就上手了！但歸根結底，還是得感謝這座城市的強大包容力。

耳鼻喉頭頸部門診排班表(112.11 更新)

上	科 別	星 期 一	星 期 二	星 期 三	星 期 四	星 期 五
午 8:30   12:00	耳 科	2601 王懋哲 2602 薛健佑	2601 杜宗陽	2601 耳科總醫師 2602 薛健佑	2602 廖文輝	2601 杜宗陽 2602 廖文輝
	鼻頭頸科	2603 趙勻廷 2605 葉建甫	2603 藍敏瑛	2603 藍敏瑛 2605 黃毓雯	2603 趙勻廷	2603 藍敏瑛 2605 陳記得
	喉頭頸科	2606 李宗倫 2607 戴世光	2606 許彥彬 2607 朱本元	2606 許彥彬 2607 王怡芬	2606 張嘉帆 2607 戴世光	2606 簡珮如 2607 朱本元
下 午 13:30   17:00	耳 科	2601 蕭安穗 1I3-0001 鄭彥甫	2602 廖文輝	2601 杜宗陽	2601 薛健佑 2602 連江豐	2602 鄭彥甫
	鼻頭頸科	2603 趙勻廷(教學) 2605 陳記得	2603 趙勻廷 2605 葉建甫	2603 黃毓雯	2603 葉建甫 2605 許志宏	2605 黃毓雯
	喉頭頸科	2606 李宗倫 2607 王怡芬	2606 張嘉帆 2607 簡珮如	2606 許彥彬 2607 王怡芬	2606 張嘉帆 2607 戴世光	2606 簡珮如 2607 李宗倫