

目 錄

<u>邀請函</u>	105 年忘年會邀請函	2
<u>發行人的話</u>	春去秋來	蕭安穗 4
<u>最新消息</u>	各科最新消息	6
<u>耳科</u>		
	參加 2015 年全美耳鼻喉頭頸外科醫學會	蕭安穗 9
	內視鏡及顯微鏡雙系統經耳道微創性中耳手術	杜宗陽 13
	設計突發性耳聾的聽力評量系統	廖文輝 15
	請看著他的臉，其實妳可以再靠近一點	黃啟原 17
	實現分配正義，從調高營業稅、調降綜合所得稅開始	王懋哲 19
	耳科的諾貝爾獎 Róbert Bárány	褚嘉慧 20
<u>鼻頭頸科</u>		
	專科醫師訓練計畫	許志宏 22
	犧牲奉獻再創健保奇蹟	陳記得 23
	神經外科耳鼻喉科經鼻內視鏡顱底手術操作研習營 心得	何青吟 25
	亞洲人術後短鼻的修正性鼻整形手術分析	藍敏瑛 26
	睡眠對健康的重要性	江秉穎 27
<u>喉頭頸科</u>		
	下咽癌二三事	朱本元 28
	淺談頭頸機器手臂手術	戴世光 30
	機器人手臂輔助之手術於喉頭頸科的運用	李宗倫 31
	改善銀髮族發聲功能的嗓音訓練治療	王怡芬 32
	認識聲帶(喉部)顫動	許彥彬 33
	唾液腺內視鏡手術心得分享	張嘉帆 34
	病人? "病"? "人"?	葉建甫 36

邀請函

臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 105 年忘年會

敬愛的同仁們您好：

105 年的春節是 2 月 7 日，我們將忘年會訂於元月 10 日星期日假永春彭園會館舉行。

耳鼻喉頭頸醫學部成立至今已 57 個年頭，共訓練出 242 個耳鼻喉科學的菁英。在各位的努力下，為臺灣耳鼻喉科醫學界貢獻良多，也是青年醫師們樂於追求與工作的領域。

大家平日工作繁忙，各自努力一方。希望利用忘年會的聚會，凝聚大家的向心力，在我們耳鼻喉科學界形成一股鋼鐵般的力量，進而能為醫學界發聲與發光。

今年忘年會為讓您有參與感，請惠賜生活照一楨並附上執業處，我們將於晚會上播放，請於 11 月 30 日前以 E-mail: ent@vghtpe.gov.tw 寄交部總醫師辦理，謝謝您的合作。

另外，今年連江豐副院長也獲得學會醫療奉獻獎，實為我們榮總人之光。

誠摯請您預留時間並期待您的參與。

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

105 年忘年會資訊

時間：105 年元月 10 日(星期日)下午六點(準時)

地點：臺北彭園會館永春館 ATT 結婚廣場(五樓典雅浪漫廳)

地址：台北市忠孝東路五段 297 號 5 樓

搭車資訊：捷運板南線永春站(市政府下一站)1 號出口(右轉步行 1 分鐘)

✦ 發行人的話

部主任 蕭安穗

日子過得好快，不像是一天一天過，每週定時門診，定時開刀，像一週一週地在過。元宵剛過端午就到，才吃完柚子月餅，聖誕節就快要鈴鈴鈴了。

今年在學術活動方面，我們照例舉辦了顛骨解剖及鼻內視鏡手術研習營，六月中華醫學會，由喉頭頸科主辦以唾液腺內視鏡手術為主題。隔週六晨會，都有固定的住院醫師教學，內容以去年從美國全美耳鼻喉科醫學會買回來的 Instruction course 為主，若自己去聽一小時得花美金 70 元。部務會議也有些調整，以往每月營運成本分析，改在各科舉行。今年開始部務會議前半小時邀請院外人士為同仁們做人文方面的演講，主題包括西遊記、簡上仁老師的本土音樂、皮雕製作、同仁旅遊經驗分享與台灣野鳥欣賞等。上課的老師滔滔不絕經常延誤正式部會，但同仁都聽得津津有味，明年可能將人文演講提前至五點開始。

今年醫師節我問年輕住院醫師「醫師節的由來？」，竟然連續四位答不出來，讓我有些吃驚。醫師的學習養成不能僅侷限於醫學相關領域或網路新聞。另外每月第二個週三下午的住院醫師研發報告時段之前半小時，將邀請相關科別的主治醫師來演講，包括影像判讀、新抗生素的使用、化療藥物最新進展，以增加同仁醫療知識的廣度。

在人事方面，閻愷正醫師在今年五月底離開了我們的團隊，回到他原來的服務單位 UC Davis，就近照顧家庭，約二年在本部的服務，其美式的作風，也是值得住院醫師學習參考。許弘義、趙勻廷、洪莉婷三位醫師留下來當 Fellow 都能把握機會出國做短期進修，對個人與國家都是一種投資。此外，在耳科科主任的努力爭取下，將多一位聽力師加入我們的團隊。八月底李宗倫醫師自美國密西根大學醫院進修返國，主修頭頸腫瘤與睡眠醫學，王懋哲醫師將於今年底去義

大利，受教於 Sanna 教授，學習側顱底手術，使本部成為全國處理聽神經瘤與小腦角腫瘤的唯一重鎮。

去年開始，我們就爭取診間的更新工程，總工程費約 1300 萬，但因新門診大樓將於 106 年完工啟用，屆時二門診之空間將重分配，眼科部將移至新大樓，我們部門將多分得半層樓的空間，門診空間將變成一整層樓，故原定七月份開始的整修計劃臨時喊卡，避免浪費公帑。沒有爭取移至新門診大樓，主要是可給予之空間不敷門診所需。診間更換了新窗簾讓診間更溫馨明亮，定期更換大廳燈箱，病人一出電梯可減少一些醫院冰冷的感覺。最近在王顯昭醫師的奔走安排下，將會有小小的畫展，多一分藝文氣息。

日前剛招完明年四位新進住院醫師，二男二女，都非常優秀，希望能將這些新秀打造成未來國之棟樑。

秋去冬來歲末將至，祝福順風耳同仁事事順心如意，也歡迎您有空回來坐坐，精品咖啡高山香茗任君品嚐，忘年會見！

✦ 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. 耳科於 104 年 4 月 18 日在陽明大學解剖實驗室舉辦『臺北榮總第七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：蕭安穗醫師、杜宗陽醫師、廖文輝醫師、王懋哲醫師。可為本院耳鼻喉頭頸部的住院醫師提供豐富的耳科手術訓練。
2. 耳科於 104 年 3 月榮總人月刊『醫療大百科』專欄發表醫療衛教：「怎麼愛你的耳朵」。包括蕭安穗主任、杜宗陽科主任、廖文輝醫師、王懋哲醫師、黃啟原醫師、褚嘉慧醫師，內有豐富的耳科醫療新知介紹。
3. 杜宗陽主任獲邀於 104 年 3 月 20 日，第 13 屆亞太耳鼻喉醫學會發表「Microscopic transcanal middle ear surgery，顯微鏡經耳道中耳手術」。
4. 王懋哲醫師於 104 年 12 月赴義大利進修。許弘義醫師於 10 月赴美參加耳內視鏡手術研習。
5. 耳科致力發展耳內視鏡輔助中耳顯微手術，目前初步已有良好成果。
6. 褚嘉慧醫師喜獲麟兒。
7. 104 年「臺北榮總自費助聽器販售專櫃場地出租招商」由建聲公司及科林公司得標。星期一、三、五科林公司，星期二、四及星期六上午建聲公司；地點在二門診地下一樓。
8. 退輔會 104 年度榮民助聽器招標由建聲公司得標。『榮民助聽器服務處』地點設於臺北榮總二門診大樓五樓--耳鼻喉辦公區，提供就診榮民便利貼心服務。客服電話：0800-588-979。
9. 耳科於 104 年 11 月更新一組前庭功能評估設備，升級影像記錄系統及解析度，評估品質可望獲得提升，並服務更多有此需要的病患。
10. 蕭安穗部主任榮獲 104 年度台北榮總臨床教學績優教師，於 104 年 11 月 6 日接受頒獎表揚。
11. 104.04.25 舉辦 "2015 兩岸鼻科高峰論壇"，許志宏主任受邀擔任座長。

12. 104.04.20~26 美國鼻科醫學會 American Rhinologic society 藍敏瑛醫師受邀演講。
13. 持續發展睡眠醫學相關研究及技術，並有研究成果已為國際一流期刊接受刊登(Biomarkers in Obstructive Sleep Apnea; *Sleep Medicine Reviews*; SCIF 8.5)。
14. 104.06.05~11 美國睡眠醫學會及 JCSM editorial meeting 江秉穎醫師出席會議。
15. 104.06.17~18 中國科學院院士高峰論壇江秉穎醫師受邀演講。
16. 104.07.27~29 舉辦第三屆國立陽明大學-臺北榮民總醫院【神經外科耳鼻喉科經鼻內視鏡顱底手術操作研習營】，課程內容豐富，廣受好評。
17. 鼻頭頸科特約醫師郭錦龍醫師榮獲日本國際耳鼻喉科推廣協會國際學者獎學金，將於 12 月 3 日在東京舉辦的「臺日聯合耳鼻喉科醫學會」授獎。
18. 鼻頭頸科何青吟醫師榮獲 104 年度輔導會優良醫師，於 104 年 11 月 10 日接受頒獎表揚。
19. 喉頭頸科朱本元主任於 3 月份，應亞太耳鼻喉科醫學會邀請，發表演講並擔任主持人。
20. 喉頭頸科張嘉帆醫師於 3 月 21-22 日，前往美國路易斯安那州立大學進修唾液腺內視鏡手術，持續發展微創之唾液腺內視鏡手術，嘉惠病患。
21. 喉頭頸科朱本元主任於 6 月 13 日，主辦中華醫學會耳鼻喉科專題研討會-『甲狀腺手術前後相關之耳鼻喉科議題』，探討耳鼻喉頭頸外科醫師及語言治療師在甲狀腺手術治療所扮演的角色及術後可提供之復健治療，會中戴世光醫師、許彥彬醫師及王麗美語言治療師並發表演講，內容深入頗受好評。
22. 喉頭頸科張嘉帆醫師於 7 月 18-19 日，應秀傳紀念醫院舉行『微創唾液腺手術訓練課程』邀請，於秀傳亞洲遠距微創手術中心，發表手術成果及分享手術經驗，與會成員皆予熱烈回應。
23. 喉頭頸科戴世光醫師於 7 月份，應臺大醫院舉行『達文西機械手臂手術研討會』邀請，進行手術經驗分享，與會人員佳評如潮。
24. 喉頭頸科戴世光醫師於 8 月份，應臺灣頭頸腫瘤醫學會邀請專題演講，演講內容精湛，大獲好評。
25. 賀！喉頭頸科高雅娟語言治療師，榮獲 104 年臺灣口腔癌防治協會舉辦之

『第三屆口中無癌心中有愛』攝影比賽第一名，8 月 12 日於新光醫院接受頒獎。

26. 喉頭頸科李宗倫醫師於 9 月 1 日，從美國密西根大學附設醫院進修一年歸國，李醫師將拓展頭頸部微創手術(達文西機械手臂微創手術)及頸部超音波。
27. 喉頭頸科許彥彬醫師於 9 月 8 日，邀請國際耳鼻喉科專家 Dr. C. Kwang Sung, M. D. 至本部演講，主題新穎、內容豐富，深入淺出的演說，讓全體同仁獲益良多。
28. 喉頭頸科朱本元主任於 9 月份，應大陸吉林大學邀請，進行學術交流及發表演講，內容精闢入理，獲得熱烈回響。
29. 許彥彬醫師及王麗美語言治療師於 10 月 25 日，應臺灣音聲醫學研究會邀請，於秋季演講會『嗓音從基礎、治療到復健』發表專題演講，演講內容精闢，聽眾受益良多。
30. 喉頭頸科朱本元主任，榮獲 104 年輔導會優良醫師獎，11 月 10 日於臺中榮民總醫院接受隆重表揚。
31. 喉頭頸科李宗倫及洪莉婷醫師，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。
32. 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。
33. 喉頭頸科朱本元主任將於 12 月份，應台日耳鼻喉科醫學會邀請，發表專題演講，進行學術交流。

參加 2015 年全美耳鼻喉頭頸外科醫學會

部主任 蕭安穩

今年大會從九月廿七日到卅日在德州 Dallas 舉行，已連續四年參加全美年會，分別在華盛頓 DC、溫哥華、奧蘭多以及今年的 Dallas 舉行，每年都差不多有七八千人參加，今天據主辦單位約略估計有八千多人參加。依報到的擁擠度，應較往年略多。上課的教室幅員廣闊，包括會議中心三層樓兼隔壁的 Omni Hotel 上下兩層共約 42 間教室，也就是同一時段約 42 有個 Topic 在同時進行。

參加會議前一定要先做功課，想聽的課程先註記以避免同一時段衝堂，前一晚要再確認一次。因為上下兩堂課程教室有時距離很遠，需預先調配，今年大會有些變革，以往上午都是 mini seminar 或 Special lecture。下午都是 Instruction course，一小時的課程收費七十美元。往年報名費約 600 美元，今年漲到九百美元但 Instruction course 不另外收費，只是要事前預約。今年藍敏瑛醫師也有參加，經她提醒去選課，但大部份都額滿，這實在有些多此一舉，有些登記課滿的課程一大堆空位，若無上課票、遇到黑人女性守門，會讓你簽名後入座；若是白人女性守門則非要你去註冊處申請不可，即使裡面有空位也不讓你進。往好處想做事一板一眼，往壞處想還真是腦筋有問題，早就 Booking 光了要到哪兒去拿票？總覺得有些種族歧視，有些人 Booking 了一大堆但不來上課（同一時段不得重複 Booking），後面的人就沒機會了，不知是否與講者的費用有關。

到 Dallas 最常在 LA 轉機，飛行約三小時；現有直飛休士頓，長榮航空會派遊覽車把你送到達拉斯，但也要三小時車程；另外可經由東京轉機，避開經由不太友善的 LA 入關，LA 的移民關，走到查驗處至少要排一小時，不知機動調配，

查驗員有的態度不往，一副大老心態，很不是味道。若要在此轉機。沒有三四小時的空檔很容易出問題。

Dallas 是個鳥不生蛋的地方，個人住在 downtown 的 Sheraton，扯的是 Sheraton 在市區有很多家，連當地人都搞不清楚，我出發前上網查過，一家叫 Sheraton Dallas，一家叫 Sheraton Dallas Hotel，徧徧美國學會網站寫的是 Hotel Sheraton Dallas!到了機場沒有 Shuttle bus，叫計程車選擇前者，不幸的是錯誤的 50%，再轉往 Downtown 的另一家 Sheraton，光計程車費就花了台幣二仟四。Dallas Downtown 整個城市都是辦公建築與大樓。入住後不想在飯店吃東西，出門走了幾條街，竟然看不到一家店，包括 7-11 與麥當勞! 城裡不安寧也不敢走遠，只好乖乖回飯店吃了一份”德州 44 大漢堡”當晚餐，要價六百台幣。上課第二天下午空檔決定到市區走走，那麼遠來總該藉機認識認識這個城市。辦公大樓一棟接一棟，走了八九個 blocks，不誇張居然沒有一家可以 Shopping 的店家與門市，簡直冷到不行。據說要買東西得開車到附近城市的 Shopping mall。在路上遇到雙和剛做完 CR 的林醫師，參加完鼻科會議打算留下來玩二天，他說要去博物館看看。我繞了一大圈又碰到他，敢情這個城市也太小了。

第一個晚上，成大吳俊良主任夫人的哥哥定居 Dallas，請我們去一家約卅分鐘車程的餐廳 Spring Creek Barbeque，有點像 Friday，主人推荐 Premium rib，於是放棄了德州牛肉，選擇味道濃郁的豬排，據說假日一位難求。閻愷正醫師也來參加年會，上帝的安排讓他重新回到了 UC Davis，可以就近照顧家庭而且受到老闆的照顧，沒多久就加了薪。第二晚由他做東，請我與台大蕭自佑主任吃飯，一家蠻高級的餐廳大概是年會的關係，幾乎滿坐，我們都點了牛排，來德州不吃牛排似乎有入寶山空手回的感覺。單一塊牛排 14 盎司就要 50 美金，附菜另外點，愷正熱愛紅酒，蕭自佑主任也不遑多讓，點了一瓶加州的 Cabernet Sauvignon，

吃下來加上 25% 的小費每個人一百美金跑不掉，讓愷正破費了。至於味道與烹調技術在美國應屬上乘，但在台灣許多好餐廳都能做出類似的水準。

第三晚是年會主席主持的 International Members Reception Meeting。今年有五個享有特別優待的國家，包括 Czech Republic、Panama、Slovakia、Tanzania 以及我們 Taiwan。參加成員優減報名費 100 美金。Reception Meeting 以酒會方式舉行，台灣由蕭理事長領軍有十多個人參加，身上都別有中美國旗徽章是個非常捧場與顯著的團體，為國爭光！

在學術的活動部分，由於最近對暈眩的病人很有興趣，共計上了六堂有關暈眩的課、演講者用不同的角度來說明常見的疾病包括 BPPV、Vestibular neuritis、Migraine related vertigo 以及 Meniere's disease。例如以姿勢、好發時間的頻率來做鑑別診斷，其實這四種常見的病診斷標準都很明確。難的是許多病情不是典型的症狀，或者與其他全身性的疾病混在一起，讓病情複雜化，需慢慢抽絲剝繭才能釐清是一種病，還是多種病。也去聽了幾堂中耳內視鏡手術的演講，耳內視鏡手術在國內似乎掀起一股熱潮，個人的看法的是，內視鏡手術是一種方法，對簡單的耳膜成型術有其方便性，但以同樣資深的醫師同時處理複雜的手術，其花費的時間一定較長；內視鏡也有其優點，對中耳的構造可以看得更清晰，避開顯微鏡的死角，若要手術做的更精緻，合併使用顯微鏡與內視鏡應是一種趨勢，畢竟兩手開車要比單手開車來的安全。

Oto Expo 也是醫學會的重點項目，今年較特別的是很多家廠商在推廣唾液腺內視鏡，機械手臂手術也是目前熱門的領域。由於過住手臂太粗不利口腔咽喉手術，現已發展出耳鼻喉頭頸外科的專用的機械手臂。

今年的全美耳鼻喉頭頸外科大會較大的改變，是不必每小時交 70 美元一堂課的 Instruction course，但需多交 300 美元的報名費，果真是一個資本主義

死要錢的國家! 有些課程每年一樣了無新意，但可以學習的新課程仍然很多，任君挑選。大拜拜總是有神明保佑。總歸一句話，還是值得參加的!

另外提醒大家，今年忘年會定將在 105 年 1 月 10 日星期日晚上舉行，地點在捷運永春站附近的彭園會館，歡迎順風耳人回娘家～～

內視鏡及顯微鏡雙系統經耳道微創性中耳手術

耳科 主任 杜宗陽

約 20 年前，我開始嘗試經耳道微創中耳炎手術，當時遇到的主要問題是有些病患耳道彎曲，或耳道及中耳腔空間狹小不利於器械操作，所幸隨著手術經驗增加，這些問題都一一迎刃而解。目前我大部分中耳炎手術均經由耳道進行微創手術，也都有很好結果。聽力及鼓膜癒合比例與傳統耳內或耳後切開手術不相上下，但經耳道微創手術有傷口小及恢復快等優點，很受病患歡迎，手術病患有極高比例是經由病友介紹而來。

耳內視鏡應用於門診檢查或治療已有相當歷史。約十多年前，蕭部主任已購置耳內視鏡門診檢查及影像紀錄系統，並發表耳內視鏡對小兒積液性中耳炎之診斷率優於傳統耳鏡及鼓室圖等檢查的重要論文。這方面榮總耳科在蕭部主任領導下，應屬相關領域研究先驅。

雖然 20 年前已有學者發表利用耳內視鏡進行中耳手術的報告，但直到 1997 年才由 Tarabichi 醫師將耳內視鏡廣泛應用於各類中耳手術。之後國外耳科專家也陸續發表以耳內視鏡進行中耳手術成果，並舉辦各類研習營。一時風起雲湧，蔚為風潮。耳內視鏡及顯微鏡手術確實各有其優缺點，在國外耳科學術會議也常引起慣用顯微鏡專家及內視鏡派學者熱烈討論。近兩三年來也有國內各醫院醫師於學會提出耳內視鏡手術經驗及成果報告。範圍則包括中耳炎、膽脂瘤、耳硬化症及其他各類中耳手術，結果都很理想，也令人印象深刻。

幾年前我也參考國外報告，開始嘗試以耳內視鏡加入經耳道微創性中耳炎顯微手術。當時遇到一些問題，如使用耳內視鏡只能單手操作器械，常因此延長手術時間。而且本科也尚未購置耳內視鏡專用手術器械，常面臨看得到但構不著也摸不到的窘境，所以那時除了一些特殊狀況，並未例行使用耳內視鏡於中耳手

術。這些初步經驗確實讓我體認到耳內視鏡的優點及將來可能發展的潛力，如耳內視鏡可深入中耳腔檢查一些顯微鏡視野死角如鼓室竇等區域。部分病患耳膜缺損位於耳膜下方，無法以顯微鏡直視檢查聽小骨，而且中耳黏膜狀態良好，不需翻開耳道耳膜皮瓣進入中耳腔時，利用耳內視鏡可以清楚確認聽小骨狀態。簡單中耳炎手術如聽小骨鏈無問題且中耳無其他病灶之病患，我仍習慣以顯微鏡進行經耳道手術加上耳內視鏡輔助。這幾年來隨著器械熟練度增加，廠商也提供耳內視鏡專用手術器械及學習新的內視鏡手術技巧也讓我們更加熟練耳內視鏡的應用。

目前我們手術團隊均在顯微鏡及耳內視鏡雙系統支援下，進行大部分中耳手術。顯微鏡有其傳統優點如雙手可獨立使用手術器械，有較佳的立體視覺及容易進行各項操作。我們同時也擷取耳內視鏡長處，如可深入中耳進行檢視，以確認聽小骨及其他中耳構造狀態，大部分病患也不需要翻開耳膜耳道皮瓣來確認各構造，有效簡化手術過程及縮短手術時間。部分單純病患也可直接使用耳內視鏡完成手術。

我們以經耳道微創性中耳顯微手術治療中耳炎病患已有近 20 年經驗，也已累積近 2000 例病例。最初以顯微鏡手術為主，近來也大量使用耳內視鏡。結合兩項手術工具，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。聽力結果與手術鼓膜癒合率與傳統耳內或耳後切開相同。中耳手術是北榮耳科引以為傲的強項，隨著時代進步及手術工具發展，研發最好及最適當的手術方式治療病患，提供最優質的服務是北榮耳科的神聖使命。這一年多來，順風耳前輩介紹轉診到耳科手術及治療的病患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，除了藉順風耳簡介我們手術最新發展外，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。

設計突發性耳聾的聽力評量系統

耳科 主治醫師 廖文輝

突發性耳聾的治療，尤其是極重度聽損患者，當突發性耳聾的治療時，患者治療前的聽損程度，往往與預後會有明顯相關性；所以面對極重度聽損者於初次或再次住院的患者們，我常思考該如何來改善其治療效果？因為依據 2012 年 AAO-HNS 臨床治療指引，聽力評量準則(Siegel)並沒特別區分出極重度與重度聽損患者的差異。常常無法反映出治療前患者聽損狀況與治療後真實的療效分析；期望能像心臟科般，有一套標準的評量系統(例如心臟功能分類)，以利於治療前後的療效評估。

從設計聽力評量系統為開始起步，我建議採用世界衛生組織(WHO)於 2008 年對於聽損量化的觀念；0 為正常(25 分貝以內)，1 為輕度聽損(26 到 40 分貝)，2 為中度聽損(41 到 60 分貝)，3 為重度聽損(61 到 80 分貝)，4 為極重度聽損(81 分貝以上)；修改 Clark 於 1981 年對於聽力喪失的定義範圍，建立新式的聽力評量系統(Clark)，依據患者治療前與後的平均聽閾值，量化成 0-5 的量值，0 為正常(25 分貝以內)，1 為輕度聽損(26 到 40 分貝)，2 為中度聽損(41 到 55 分貝)，3 為中重度聽損(56 到 70 分貝)，4 為重度聽損(71 到 90 分貝)，5 為極重度聽損(91 分貝以上)；如此這種聽力評量系統，包含所有聽損患者治療前後的聽力範圍與量化值，易於比較與評量各治療組別於治療前與後的差異，對於各種治療方法的比較與分析將較為明確。而目前大部分文獻採用 Siegel 所訂定的準則，以患者治療後的平均聽閾值分成四種：完全復原(CR)，治療後平均聽閾值 \leq 25 分貝；部分復原(PR)，平均聽閾值介於 25 到 45 之間，至少 15 分貝增益量；稍微進步(SI)，平均聽閾值介於 45 至 75 分貝，至少 15 分貝增益量；沒有改善(NI)，平均聽閾值大於 75 分貝，小於 15 分貝增益量；雖然取代部分文獻採治療前後增益量多寡來評估療效，常忽略患者最後的聽力，以功能性的聽力程度來評估療效

較為客觀；但是對於無區分出極重度與重度聽損患者的療效評估，為其主要缺點。例如面對極重度聽損（115 分貝）與重度聽損（75 分貝）患者，經過治療後，使用新式聽力評量系統將可以看出會有 2x6 種不同變化的類型，較能真實反映出其療效差異為何？以利於將來檢討與分析其治療策略。

當然，初期這套聽力評量系統，並無法直接看出其優點，但是若經由這聽力評量系統陸續再建立突發性耳聾患者治療資料庫，將來的統計分析就可逐漸顯現其效果；依據初步治療資料庫（18 月期間）的統計分析結果，針對提高極重度聽損患者的治療策略，早期發覺早期治療仍為主要的關鍵因素，2 週內入院治療者仍有復原機率，2 週以上入院治療者復原機率變小，當然 7 日內入院治療者明顯可以提高復原機率，同時發現再次入院積極治療者仍有復原的機率。

請看著他的臉，其實妳可以再靠近一點

耳科 主治醫師 黃啟原

門診的時候，患者的太太急切地陳述她先生重聽的問題，以及溝通上的困難。但患者卻安然自若，一派輕鬆的模樣，讓我困惑到底誰才是病人……

太太說：「黃醫師，我先生的聽力到底如何？每次跟他講話都不理不睬，如果稍微大聲一點就說我在罵他。吼！實在很累人，所以說他是不是很嚴重了？」

我做完理學檢查、詳細看了聽力報告，並且明瞭病人長期開大貨車的噪音工作後，結論是：「....雙耳中重度感音神經性聽損，特別是高頻音域，也就是3000~8000 赫茲的聽力損失，跟年紀稍長與長期噪音接觸有關，不過就日常語音的接收理解力而言，應該不算太差...」。 「可是我講的話他說一句都聽不懂，這樣怎會叫不算太差？」太太一邊反問我，一邊在她先生眼前比劃著，原來若無其事的先生見狀，也突發莫名地跟者點起頭來，但仍是一臉疑惑的表情。

我試著用另一種方式來解釋，一方面用手勢示意先生注意我這邊，一方面摘下口罩，放慢速度以自然的音量說明。起初先生只是不耐地搖頭閉眼直說聽不清楚我的話語，但經過我調整對話的角度與距離，並且請他注意我的表情及口型時，他就幾乎完全能理解對話的內容了。太太在一旁也覺得神奇：「為什麼我用一般的音量，先生就都能聽懂？而她常喊破喉嚨也沒用？」

其實，聽損者除了應選配適當的助聽輔具之外，交談時的技巧也是改善溝通不良很重要的訣竅。首先，一定要正面對著聽損者說話，而且保持適當的近距離（一般不要超過一公尺，家人間交談可更近一些），千萬別以為戴了助聽器就能在另外的房間互相呼喊對話，因為超過一定的收音距離，助聽器的擴音功能與清晰度就會下降，導致聽者覺得聲音混雜難辨，不知所云。另外，請儘量用簡單明瞭的語句，自然地說話。稍微放慢說話速度比提高音量更有效。如果對方一時難

以理解你所說的某一個詞或短語，請換另一種方式來說，不要一遍又一遍重覆原詞或是不由自主地提高嗓門吼叫，結果只會適得其反。(只是讓對方感覺你又在謾罵，索性不想聽下去了….)

除了注意交談時的距離(一公尺)、角度(正面面對)與速度(放慢但自然)外，我還特別交代他太太，他們溝通時儘量得保持背景安靜，如降低電視音量、關起門窗或找個較安靜的角落。因為在太吵雜的環境下，聽損患者的語音理解力會更差，常會把語句聽成含糊一片，混淆不清；即使部分的助聽器有所謂的方向性收音(麥克風)的功能，可以提升發話音源的清晰程度，但在人多嘴雜時，我們說話者只要稍微靠近並面對著聽損者，即使小聲說話，都比隔著距離大吼來的有效果喔！

最後我稍微修改一句常聽過的廣告詞句來提醒這位太太，如何用一般的音量，讓他先生就都能聽懂：「講話的時候請看著他的臉，也讓他看著妳的臉…其實妳可以再靠近他一點」。

實現分配正義，從調高營業稅、調降綜合所得稅開始

耳科 主治醫師 王懋哲

近年來台灣貧富差距日益加大，國家稅收的重擔長期都落在薪資所得者，尤其是中產階級身上。無論是綜合所得稅、健保費、公保費、勞保費、甚至是快要上路的長照保費，都是依據薪資所得來課徵。這種稅制的設計，可以明顯看出當政者的偷懶與不用心，只會找原本就課的到稅的人加稅，而不願意思考如何擴大稅基，讓原本課不到稅的有錢人多繳稅。今年的綜合所得稅最高級距的稅率雖然提高到百分之四十五，表面上好像是高所得者多繳稅，實際上只是加重了高薪資所得的專業人士之負擔，對於從事地下經濟的高所得者，或是運用各種方式逃漏稅或是避稅的有錢人仍然是沒有任何作用，再次可以看出這個政府的偷懶與不用心。

我認為要課到有錢人的稅，以現在的綜合所得稅、營所稅都課不到的稅最簡單的方式就是提高營業稅，也就是所謂的消費稅。現行我國的營業稅是百分之五，也就是說每開出一百元的發票其有五元要繳稅。提高營業稅反對者會認為如此會造成物價上漲，因為每調高百分之一的營業稅，物價就會上漲百分之一。但是如果每調高營業百分之五，一般人吃一個一百元的便當，只需要多繳五元的稅金，有錢人吃一萬元的高級套餐，就要多付一百元的稅金。同理，一般人買一輛七十萬元的國民車，只需要多繳三千五百元的稅金，有錢人買一千萬元的超跑，就要多付五十萬元的稅金。如此就是讓有錢人多繳稅，如果調高百分之五的營業稅，則效果會倍增。

和先進國家比較起來，現行我國的營業稅百分之五實在偏低。日本約為百分之十，美國紐約及加州等有錢人多的地區稅率也高達百分之八至九，可見我國對於消費力強的有錢人實在是太友善。提高營業稅所增加的稅收，可以用來降低綜合所得稅的稅率，如此就可以增加受薪階級的實質購買力，所謂提高營業稅會帶來的物價上漲就不會是問題。因此我認為要實現分配正義，就要從調高營業稅、調降綜合所得稅開始。

耳科的諾貝爾獎 Robert Bárány

耳科 主治醫師 褚嘉慧

歷史上曾經得過諾貝爾獎殊榮的耳科醫師有兩位，Róbert Bárány (1876-1936)以及 Georg von Békésy (1899-1972)。Dr. Bárány 於 1914 年得獎，主題為” Physiology and pathology of the vestibular apparatus”。Dr. Békésy 是 1961 年的得主，主要研究” The physical mechanism of stimulation within the cochlea”。兩位醫師都有匈牙利血統。今年 2015 剛好是 Dr. Bárány 得獎 101 周年慶，身為耳鼻喉科醫師，就這個機會稍微認識一下比較資深的這位大師吧！

Robert Bárány，1876 年出生於維也納（在那個年代，維也納屬於 Austro-Hungarian Empire 奧匈帝國，直至 1918 年第一次世界大戰結束為止），他的爸爸是銀行房地產經理，外公是科學家。

1900 年取得 MD degree，之後前往德國進修內科、精神科與神經科，1903 回到維也納之後主要業務是耳科醫師，在 Adam Politzer（耳科學的祖師爺）旗下工作。Bárány 在幫耳朵感染的病人進行外耳沖洗治療的時候，發現很多病人會抱怨頭暈不適，尤其是水溫比較冷時，病人感覺更不舒服，還伴隨有眼球不自主運動；如果把水略微加溫後，可以觀察到往另一個方向的眼睛振動。這些有趣的經驗於是開啟了他一連串關於內耳前庭的研究，Bárány 推測內淋巴液因溫度變化，流動方向改變而提供了前庭器官不同的信號，使得眼球產生相對應的運動，即所謂 Nystagmus。這些研究就是目前臨床上廣為運用且歷久彌堅的 Caloric test。除此之外，Bárány 在小腦的研究也是成果非凡，他提出小腦 Vermis 負責中軸 (Trunk) 的協調、兩小腦半球掌管四肢 (Extremities)、Flocculus 則與眼球運動有關之論述。

1914 年第一次世界大戰爆發，Bárány 加入在奧地利軍隊擔任外科醫師，獲

頒諾貝爾獎的時候，他人正被關在西伯利亞的戰俘集中營裡面。1916 年瑞典 Carl 王子協同紅十字會與俄羅斯進行外交談判，Bárány 被釋放，才終於有機會去斯德哥爾摩從瑞典國王手中親自領取這個獎。然而功成名就之後，他的昔日同事認為 Bárány 沒有好好感謝實驗室團隊其他研究者在這個領域的付出，於是排擠他回到維也納工作。Bárány 黯然離開，長居瑞典，在 Uppsala 大學的 Otological institute 繼續他的研究。Bárány 與太太育有兩子一女，長子後來也從事相關領域工作，是一位藥理學教授。1936 年他 60 歲生日前夕，逝世於瑞典。

1960 年，Dr. C. S. Hallpike 與 Dr. C. O. Nylén 共同創立 Bárány Society，宗旨在發展平衡相關研究。直到今天，Bárány Society 仍每兩年於世界各地舉辦學術性會議。

走筆至此，覺得 Dr. Bárány 真的很厲害，獲頒 Nobel prize 時才 38 歲而已。以現在的眼光看來簡直是不可思議~~閉起眼睛給自己一分鐘安靜想想，38 歲的我們在做甚麼？忙進忙出為著幾斗米折腰，在上班的時候假裝有耐心有愛心視病猶親符合醫院評鑑之規範然後把憤怒不滿惡劣情緒打包帶回家吧。是嗎？

專科醫師訓練計畫

鼻頭頸科 主任 許志宏

經過了三年的籌畫、講習及試評，今年耳鼻喉科開始實施專科醫師訓練計畫。這計畫是衛福部自國外引進的，公佈的評分表，項目內容抽象，不適用於國內生態，衛福部將評分表的評分細節，交由各學會將內容具體化、量化，最終評分表評分標準是各醫院協商的產物，難有差異性，尤其各醫院皆有教學訓練經驗，稍微加強一下，想不及格也難。此計畫需到各醫院實地訪察，及審查各醫院的評分表，互相觀摩各醫院住院醫師教學，想是唯一好處。

雖說專科醫師訓練計畫是評定醫院訓練住院醫師的成績，但教學亦是醫院評鑑的重點，所以其實是把醫院評鑑的要求，拿過來作為評量住院醫師訓練，專科醫師訓練計畫的要求，也納入醫院評鑑中，因此所有醫院，尤其醫學中心，莫不使出渾身解數，火力全開，每項要求皆以滿分為目標。專科醫師訓練計畫的文書作業，由部門資深祕書撰寫最為適合，彰基完整列出科部祕書的工作內容，包括參與醫院評鑑工作，其訓練計畫評分表寫得很完整，個人在臺中榮總的經驗亦如此，部祕書來處理評鑑事務最為恰當。其次訓練計畫要求住院醫師研究獎勵，以中山醫學院最完整，住院醫師參加各種會議，發表論文的獎勵項目辦法，密密麻麻寫了一整頁，因此有確實辦法可依據施行。個人認為獎勵辦法的完整性，可做為審查的標準，若無具體的獎勵辦法，應視為不合格。

訓練計畫評分表評分後再給予排序，我們名列前茅，不過明年度住院醫師容額，最終還是取決於師資數目。北榮過去人事穩定，今年則有退休、外調回任、離職等問題，再加上今年收四位住院醫師的師資數，由 17 位改為 18 位，故一時捉襟見肘，差一點師資不足，幸好在蕭主任調度下，終於維持四名住院醫師容額。

現今住院醫師的角色和以往大大不同，必須以教育訓練為觀點來看待住院醫師，不過訓練住院醫師伴隨而來的臨床助益，對於醫院部科的經營有非常大的幫助，每年學會討論住院醫師訓練容額分配時，總是特別熱烈，在其他軟硬體條件差不多之下，師資數目為最重要條件，今後申報師資員額時，需將所有師資都申報。

最後祝福順風耳之友，身體健康，萬事如意！

犧牲奉獻再創健保奇蹟

鼻頭頸科 主治醫師 陳記得

八仙塵爆 5.9 億的醫療費用的健保支付已確定不能向商人索取，由健保支付。表面說得好聽由全民買單，實際上是由健保體系下的醫護人員支付。醫療點值被稀釋，根本沒有向全民多徵一毛保費，全民無任何影響。據說馬偕醫師當初取老婆的皮補在病人身上，這次好像沒醫師這樣做，有點欠馬偕精神！

這次颱風天政府已宣佈放颱風假一大早還被抓去看所謂颱風門診，也沒看到幾個病人，沒幫醫院創造多少利潤，覺得非常慚愧。當然也沒有同仁敢厚顏要加班費。看新聞才知道我們的病人都擠在大賣場、電影院與 KTV，無暇到醫院慰勞我們，祝福他們假日愉快。正在看診時護理師緊急聯絡所有醫護人員，下午全面看診。這樣的速度這樣的效率應該比特種部隊應付緊急狀況還厲害，這是我輩的光榮。血汗醫療絕非浪得虛名！好在當天路況尚佳，沒同仁在趕赴醫院路上死亡，少了進忠烈祠的機會。

一次會議上，上層又放出空氣要求主治醫師假日查房，這個提議當然好，同仁無不拍手讚好！但是為德不卒，應該請院長帶行政高層與主治醫師聯合查房，這樣同時才能發現與馬上改進病房設備、消防措施與安全等問題。最好請警衛人員一起來，畢竟現在醫院暴力與扒手太多。這些問題都不是一個卑微的小醫師能解決的。試想假日的早上院長帶領文武百官雙手向住院病人奉上早餐，病人不含淚微笑我不相信，那還有啥醫療糾紛。此刻我的腦海突然浮出金正日出巡時百姓抱著他又哭又叫的情景，台灣為何沒有？值得深深思考！

大約兩星期前法國政府處罰幾家麵包店，理由是他們天天營業，推測員工可能有過勞的情況。澳洲政府也不喜歡中國移民，因為中國人日夜工作，違反人性。西方人太懶了，怪不得國力衰退，應派員來台灣醫院瞧瞧！累一點才健康嘛！媒

體上偶見護士吊點滴上班，從來沒看見有主治醫師掛點滴開刀或看急診的，反而常看到一些醫師腦滿腸肥，應該是操不夠。所以醫院看夜診不夠，應該再加開午夜診，服務八大行業。超商可，為何醫院不可！

台北市府這樣嚴肅的地方都可請女優波多野代言，醫院為何不可！波多野被市府打槍，我們醫療院所雪中送炭請她代言，感動之餘，費用必定打折。雖有假衛道嘴巴叫叫，但印有她玉照的掛號證必供不應求。當然衣服不能像捷運卡那樣多，有違她健康純真的角色。掛號 10 次，再送一張進階版。50 次送張動畫版。醫院保證病號狂增，至少耳鼻喉科流鼻血的病人會多些。其實醫院大廳的藝文表演除了印傭推著中風病人在滑手機，好像沒人在看。若請我們代言人偶然來表演下，保證萬人空巷。我們的積效絕非颱風天的幾個病人能比的。當然要保留些公關版給同仁衝業績。

神經外科耳鼻喉科經鼻內視鏡顱底手術操作研習營 心得

鼻頭頸科 主治醫師 何青吟

內視鏡的操作技巧持續進步，對於鼻腔及顱底解剖結構的瞭解更透徹，使得原本不能碰的”聖地—顱底”有了另外一番的故事。以往鼻竇癌需經由 external approach 才能將腫瘤清除，但是目前大部分皆可藉由內視鏡手術完成；更進一步，若侵犯顱底或是顱內，內視鏡手術蓬勃發展，腫瘤大小 T4a 或 T4b 也可以經內視鏡手術處理。相較於 external approach 內視鏡手術有相當多的優勢，如視野清楚，病人外觀影響度小，住院時間短等等。

進行內視鏡顱底手術的第一要件是” anatomy, anatomy and anatomy”。唯有對鼻竇、顱底及顱內的解剖有充分的了解才能避免 complications 的發生，因此參加研習營是非常重要的環。藉由內視鏡顱底手術操作研習營實際操作，才能對解剖結構有”真實”的了解，今年參加第三次研習營，所有的課皆由兩位大師：Prof. Synderman and Prof. Gardner 主講，Cadaver dissection and live surgery 每一個步驟皆講解得非常清楚。

每一年皆有新的收穫，得到新的知識，及手術技巧的進步。雖然價錢很高，但是絕對是個值得參加的研習營。希望明年有志於內視鏡手術的同好共襄盛舉。

亞洲人術後短鼻的修正性鼻整形手術分析

鼻頭頸科 主治醫師 藍敏瑛

去年 7 月至 10 月在韓國 Asan 醫學中心跟隨世界知名 Jang Yong Ju 教授學習鼻整形手術技巧，並同時進行鼻整形的臨床研究。其中一項研究是亞洲人術後短鼻的修正性鼻整形手術分析。

短鼻，尤其是亞洲人的術後短鼻，對做鼻整形的醫生而言，仍然是一個具有挑戰性的議題。我們進行這項研究，以確定亞洲人術後短鼻的修正性鼻整形手術效果。此研究為回顧性分析，在韓國 Asan 醫學中心於 2006 年至 2014 年因術後短鼻接受修正性鼻整形手術的案例。我們共收集 41 個案例進行分析，分析病人的基本資料，接受的手術技術，植入物的使用情況，手術前後的臉部量測，手術後併發症和美學效果評估。

41 例患者平均年齡為 36.5 ± 12.6 歲。男性 16 例，女性 25 例。在 41 例患者中，前次鼻整形手術最常使用的鼻背植入物是矽膠，其次是筋膜伴有或沒有軟骨。92.7% 的患者伴有鼻孔不對稱的美觀畸形。各種手術技術被應用，其中包括鼻中膈重建，軟骨瓣技術，鼻尖的手術，鼻下外側部分的校正和隆鼻。鼻中膈重建是修正性鼻整形手術中相當重要的一部分。藉由重建一個強壯堅固的鼻中膈，當蓋回皮膚軟組織時，才能得到理想的鼻外形。重建的方法視鼻中膈軟骨的缺損或支撐度，利用 extended spreader graft, caudal septal extension graft 等來重建，或更嚴重者需使用 extracorporeal septoplasty。自體肋軟骨是最常用的鼻中膈重建材料，其次為異體肋軟骨。鼻尖的手術技巧包括 shield graft, onlay graft, multilayer tip graft, 及 columella strut。鼻下外側部分的校正包括 composite conchal cartilage graft, lateral crural strut graft 及 lateral crural onlay graft。

有 11 個案例 (26.8%) 術後發生併發症，包括：傷口感染，鼻孔不對稱，和 Polly 喙畸形。修正性鼻整形手術術後的臉部量測，於鼻長度，鼻尖突起，鼻額角，鼻唇角，和 columellarlobular 角，均有統計學上顯著的改善 (P 值皆 < 0.05)。超過 90% 的患者具有良好的術後美學效果。

結論：亞洲人術後短鼻的修正性鼻整形手術需要複雜的手術技巧，通常需要一種以上的手術技術。術後併發症並不少見，術前應向患者充分告知可能的併發症。

睡眠對健康的重要性

鼻頭頸科 主治醫師 江秉穎

睡眠的好壞決定人的健康和生活品質。不光是現代醫學，其實在傳統中醫裡也有些篇章描述關於睡眠的重要性—適度的睡眠才可達到養生的調和境界。那到底睡眠對人體來說功效是甚麼？為什麼這麼重要？

1972 年時筆者在史丹佛大學的指導教授 Christian Guilleminault, (他也是第一位描述阻塞性睡眠呼吸中止症, OSAS 的全球睡眠醫學界靈魂人物之一), 認為睡眠是身體內部需要的反應, 在睡眠期間所有感官活動及身體的物理運動會停止。到了現代對於睡眠的認知雖然是一種身體出於休息所具備的主動功能, 但是之中的重點『休息』卻一直都是一樣的看法。在充足睡眠的時間內, 身體卻是依然活動旺盛—神經系統以及蛋白質會修補清醒時候受損的神經和細胞、恢復體力、儲存明日所需要的能量……等。

那相對來說, 若睡眠不足則可能對健康產生以下的損害: 判斷力低下、使慢性疾病發生機率提高、情緒無法控制、容易產生憂鬱傾向、加速老化(如頭髮提早變白)、記憶能力降低(甚至可能有提前導致失智症的風險)。因此充足的睡眠對生活來說是非常重要的一件事, 甚至國際精神衛生和神經科學基金訂定了 3 月 21 日為「世界睡眠日」。希望能重新喚醒以及讓人們了解睡眠對於健康及生活的重要性。鑑於大眾教育的重要, 個人應邀擔任世界睡眠醫學會(WASM)「世界睡眠日委員會」委員, 也是目前唯一來自亞洲的委員。國際睡眠科學與科技協會(ISSTA, www.issta-sleep.org) 台灣分會於 2015 年 6 月 27 日正式成立之後, 個人榮任首任理事長, 同時續任德國總會秘書長。並在最近於 ISSTA 總會正在建構「疲勞駕駛」白皮書。鑑於此議題影響層面廣大, 10 月 13 日由交通部主辦, ISSTA 台灣分會協辦「睡眠障礙與駕車安全」的專家會議, 會中邀集中華航空、長榮航空、立榮航空、華信航空、復興航空、遠東航空、台灣高鐵、台北捷運、高雄捷運等交通運輸公司的高層, 以及民航局、路政司、飛安委員會、道安委員會…等單位參加, 讓更多交通業者, 保險業者與相關單位作意見交流, 並討論如何建立整個疲勞駕駛的監測及預防系統。

另外, 2015 年 11 月世界睡眠醫學會(WASM)年會與 ISSTA 年會將在土耳其舉辦, 主題即為“Sleep Health” & “Sleep eHealth”, 邀集全球睡眠專家, 研究者, 產業界, 齊聚一堂, 為“睡眠健康”的定義集思廣義, 貢獻智慧, 以期達到降低心血管疾病等慢性病風險, 提升生產力, 減少工作時因疲勞產生的風險, 並提升整體的生活品質。

養生, 從睡眠開始!

下咽癌二三事

喉頭頸科 主任 朱本元

下咽癌在台灣雖不是最常見（頭頸癌第四位，每年有 1000 多位新增病例），但對順風耳人來說，應該都有難以抹滅的深刻記憶。

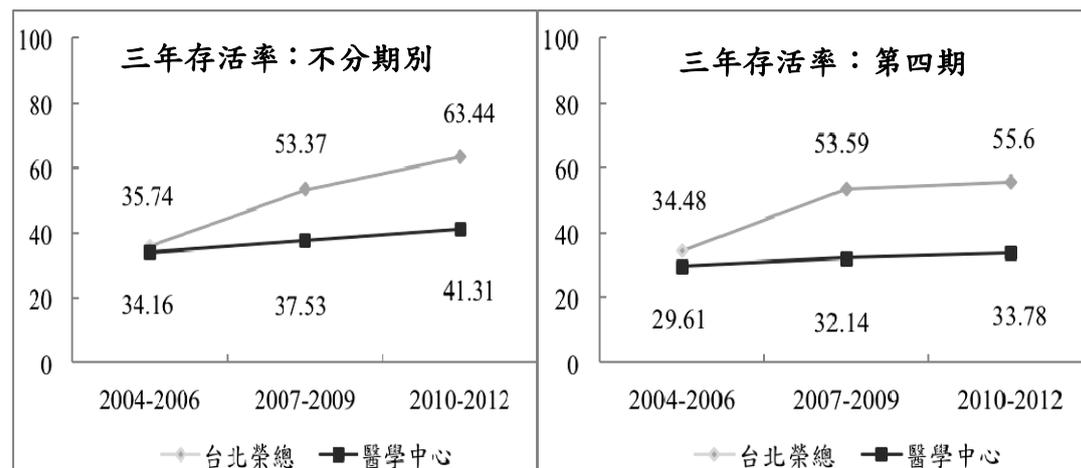
住院醫師時期，對於下咽癌這個診斷總是又敬又畏，只要看到它就代表手術時會在開刀房待上一整天，total laryngectomy, partial pharyngectomy, radical neck dissection, PMMCF 是基本配備，有時還要加上 gastric pull-up；手術當天不到三更半夜是出不來的，吃兩個便當更是習以為常。最令人擔心的還是術後傷口感染和 PC fistula 併發症，除了照三餐換藥外，有時還要擔心 carotid artery rupture 的慘劇。同梯戰友曾經告訴我，他在一個值班的晚上碰到三個大出血的病人，一天夜之間看到了一萬多 c.c. 的血，多麼慘烈的狀況！

雖然如此，我們尊敬的張學逸教授卻樂在其中，除了繁重的臨床工作外，還常帶著大家在實驗室做動物實驗，不時想出新的下咽重建方法，諸如 PMMCF partial tubing (1989)、laryngotracheal flap (1999) 等，這些方法都發表在耳鼻喉科一流期刊 (Laryngoscope)，的確是相當不容易的事。特別值得一提的是，在 laryngotracheal flap 重建方法發展出來後，大大的減少許多複雜皮瓣的使用，不但手術時間大為縮短（可以準時回家吃晚餐），術後的併發症也減少許多，至此下咽癌的手術大為簡化。一些討論下咽重建的 review 文章也常提到此方法，可見其臨床的重要性與價值。

近年來，器官保存的觀念在頭頸癌的治療開始盛行，2001 年個人至美國紐約 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 進修時，特別對於合併化學放射治療 (Concurrent chemoradiation therapy, CCRT) 這部分進行深入了解，回

國之後開始和腫瘤科合作進行相關治療。開始合作初期，由於部分病患的選擇並不適當，加上化療藥物組合反應不佳（PF regimen），因此治療失敗的病例時有所聞；在經過一番檢討與改善，選擇適當的病患與新的化療藥物組合（TPF regimen），目前已大大提高了腫瘤控制率與器官保存率。此外，2006 年底個人也遠赴德國 Gottingen University 與當代鐳射顯微手術大師 Steiner 教授學習手術技術（Transoral laser microsurgery, TLM）。由於過去張教授已對鐳射手術奠定了良好的基礎，在 Steiner 教授處短期進修後，很快就對中、晚期的喉癌和下咽癌上手，如今本部已是國內少數有能力進行此項手術的醫學中心，病人也有更多的選擇機會。

經過前輩醫師與現今同仁的共同努力，北榮頭頸癌治療團隊治療下咽癌的結果，已經得到重大的成效：在今年國民健康署公告全台診療下咽癌存活分析數據中顯示，本院三年存活率已超過國內醫學中心平均的 20% 以上（圖一、二）。這是相當不容易達到的成就，也要在此向各位順風耳的前輩和曾經共同奮鬥的戰友報告此好消息，感謝大家過去的付出與努力。最後也要祝福各位身體健康、順心如意。



淺談頭頸機器手臂手術

喉頭頸科 主治醫師 戴世光

在腹腔鏡和泌尿外科手術使用機器手臂之後，耳鼻咽喉科手術也推出機器手臂之運用。經口機器手臂手術 (Transoral robotic surgery, TORS) 在過去 10 年來正逐漸推廣應用。在美國口咽癌治療的幾項大規模臨床試驗中，也包含 TORS 與放射化學治療統合運用的研究，由此可見其未來的重要性與可能的角色。

在發展 TORS 手術之前，有幾項條件須克服，包括：機器手臂硬體與耗材、機器手臂操縱技術、手術學習曲線、護理人員的培訓等。各種 TORS 的講座和研討會都是學習和經驗分享的良好來源，使用模擬器練習可做為手術技術訓練的基本方法，此外就是各種培訓課程及現場手術觀察來進一步建立能力和信心。對於一個成熟的頭頸外科醫師，進行機器手臂手術的學習過程，特別是 TORS，應該是很快就可以上手的。

TORS 所需使用的機器手臂手術器械，是所有頭頸機器手臂手術最為精簡的。我們所新購置的 LARS (Larynx advanced retractor system) 張口器，可以用於執行口腔到口咽下咽部的 TORS 手術。進行 TORS 時使用兩個多關節機械工作手臂，通常是電燒及 Maryland dissector，另一個影像手臂則提供 0 度或 30 度的 3-D 清晰立體影像，此影像手臂克服了其他經口手術直線視野或視角陰影的限制，清晰的放大視野增加手術的應用範圍與速度。當然，助手於病人端的及時協助，也是順利進行 TORS 的另一個必備條件。

喉頭頸科自年初開始，積極嘗試頭頸腫瘤機器手臂手術的應用，TORS 應用於口腔深部舌癌切除手術，以及口咽部早期扁桃腺癌及舌根癌的切除，免除了下頷骨切開、皮瓣重建，以及氣管切開的必要，病人術後都迅速恢復吞嚥機能，並降低術後放射線治療的必要性或劑量，希望能改善長期的生活品質。在我們的經驗中，TORS 可達到腫瘤完整整塊切除的目標。目前也進一步開始執行機器手臂頸部腫塊切除手術的應用，將手術傷口隱藏於髮際線之外，病人可以獲得前頸部無傷口的最佳外觀。有了這些經驗，希望未來更擴大機器手臂之應用，對於能夠負擔此類花費的病患，提供更廣泛的選擇。

機器人手臂輔助之手術於喉頭頸科的運用

喉頭頸科 主治醫師 李宗倫

今天九月剛從美國安娜堡密西根大學醫學中心進修回來，在臨床上收穫豐富，尤其在現在最熱門的機器人手臂輔助手術方面，也增加了不少經驗。

在**頭頸腫瘤**方面，目前最多仍是運用在口咽部的病灶，因為機器人手臂輔助的手術有較佳、較高倍率且立體的視野，可以清晰準確地進行手術與判斷；此外，仿真手腕的手術器械設計，可以完全達到人手的靈活度和準確度，並消除不必要的顫抖，進入人手不能觸及的狹小空間而進行精細手術動作。因此對於原發性腫瘤較小的口咽癌病患，有較高的機會將惡性腫瘤完全切除，對於中晚期的患者，亦有可能能降低放射治療的劑量，提高治療後的生活品質。

此外，此項手術亦能運用於不明原發頸部轉移性惡性腫瘤的評估上。在這類的病患，找到原發腫瘤的位置非常重要，因為如果沒有找到，治療時所用的放射治療之涵蓋範圍，需涵由顱底至縱膈腔，因為照射的範圍很廣，所以治療後產生的副作用或併發症也較多；此外，因為知道原發腫瘤的位置，對於治療後腫瘤的追蹤也較容易；醫師可以侷限較小的範圍檢查，不需漫無目標地搜尋是否有局部復發的可能。儘管今日醫療科技十分進步，在尋找原發腫瘤位置的過程中，即便有全身性正子掃描的協助，根據文獻顯示，只有 21-52%的病患能成功找到，而密西根大學醫學中心，是全世界第一個提出利用達文西機器手臂輔助，來將容易躲藏惡性腫瘤的舌根組織及扁桃腺全部切下，再將整片組織送病理組織切片檢查，以此方法，有超過七成五的機會能夠尋找到原發腫瘤的位置，甚至於在手術的同時，即能將較小之原發腫瘤一併切除。在**睡眠醫學**上面，機器人手臂輔助手術亦能運用在阻塞性睡眠呼吸中止上的治療。目前我們已經與麻醉科聯繫，希望其能協助我們在藥物作用下，模擬病患睡眠的狀態，再以內視鏡(drug-induced sleep endoscopy)觀察，找出導致患者睡眠阻塞真正的禍首。現在利用機器人手臂輔助手術，對於以往的手術較無法處理的舌根及上聲門的部位，能夠切除多餘的組織，達到減積的效果。如果能夠選擇適合的病患，並在不同的手術搭配及合作下，有七成左右的病患能達到治療成功的成果。

機器人手臂輔助手術並非萬能，但不論是對於頭頸部腫瘤的病人，或是阻塞性睡眠呼吸中止症的病患，如果在充分的評估下，選擇出適當的個案，確實能達到較佳的療效，同時也可能有較理想的治療後生活品質。

改善銀髮族發聲功能的嗓音訓練治療

喉頭頸科 主治醫師 王怡芬

根據近年來各國的醫學文獻統計：約有 20- 58% 的老年族群有音聲方面的症狀，然而大多數人卻常忽略進一步的檢查和治療。這些音聲症狀約 60% 屬慢性進展，而部分可能與生理上的變化有關。一般而言，中年女性的音域在約五十歲後便會逐漸降低，而男性音調則約六十歲後會逐漸升高，同時聲音的不穩定度參數也隨年齡增長而上揚。因此，這段時期若未能良好適應發聲生理方面的變化或用聲不當，就容易造成聲帶受傷及病變，影響生活品質。

最近一項前瞻性的研究報告顯示：將六十歲以上有發聲功能不良症狀的患者隨機分成三組，第一組患者接受改善發聲機制的嗓音訓練 (VFT, vocal function exercises)，第二組患者接受調整呼吸機制的嗓音訓練治療(PhoRTE, phonation resistance training exercise therapy)，第三組患者則僅安排音聲諮詢及衛教 (CTL, no-treatment control group)；經語言治療師四星期（一周 1-2 次）的指導後，第一組及第二組接受嗓音訓練的患者，相較第三組僅安排音聲諮詢及衛教的患者，在發聲費力檢查值 (PPE task; a perceived phonation effort task) 及音聲相關的生活品質 (V-RQOL, Voice-Related Quality of Life) 方面，都達到統計上顯著的進步，而顯示嗓音訓練治療的有效性。

歐美等已開發國家的大規模研究統計指出：約 60% 的老年族群有音聲方面的不適症狀，而轉診至耳鼻喉科專科醫師的音聲患者有 30- 37% 年齡大於 65 歲，這個比例在近十年來快速上升，顯示銀髮族群的音聲品質在現代日常生活中愈來愈重要及受到重視。然而，銀髮族群的音聲不適症狀並非全是聲帶老化現象，大於 75% 的患者被診斷出是早期的咽喉頭頸部腫瘤、神經病變或其他聲音障礙病因所引發。因此，建議老年族群的咽喉或音聲不適症狀，即使是慢性長期的，也必須接受完整而詳細的咽喉頻閃內視鏡及音聲功能檢查，才能正確診斷出病因，進而妥善的早期治療。

此外，一部分聲帶功能退化的患者也和用聲頻繁的職業有密切的關係，如老師、記者、行銷人員、職業表演者、軍人、導遊等，這些用聲頻繁的專業人員，因為長期過度或不當使用聲帶，也容易導致聲帶提早老化。

隨時代進步，臺灣已經進入了先進國家的老年社會。現代生活中人與人的溝通愈來愈頻繁，因此銀髮族群音聲品質的改善也愈來愈重要。我們建議老年族群應規劃定期的音聲健康檢查和保健，才能讓長者的生活更健康而多采多姿。

認識聲帶(喉部)顫動

喉科 主治醫師 許彥彬

前一陣子在門診，有幾位病人主訴本來聲音很不錯，卻在數年或數月前開始有發聲困難，本來有美妙歌聲的唱不出歌，情況較嚴重的，甚至連話都說不太出來了。他們的頻閃攝影檢查都發現一個共通性，發聲時喉部肌肉有節律性的明顯收縮，導致聲音抖抖的，無法好好地說話。其實，他們都是聲帶顫動的患者。

顫動(Tremor)指的是身體的一部分有非自主性的震動，通常與神經疾病相關。喉部顫動(Laryngeal Tremor) 或聲帶顫動(Vocal Tremor)則是非自主性的震動發生在喉部或語言、發聲相關的肌肉上，造成音調和音量有節律性的波動。根據文獻記載顯示，超過九成的病例為女性，好發在 60 歲上下，且三分之一的病患有家族病史。雖然聲帶顫動可能單獨出現(essential vocal tremor)，但也常常合併或與其他神經疾病相關，如 Parkinson' s disease、essential tremor、spasmodic dysphonia 和 ataxic dysarthria 等。所以門診看到此類病患，宜建議病患至神經內科作完整的檢查，排除其他疾病的可能性。

就如同很多的神經疾病，聲帶顫動與控制肌肉的中樞或椎體外路徑有關，一般認為是中樞與周邊肌肉反射迴路的交互影響造成。最簡單的檢查方式就是請病患發母音(如 Y 或一)，並持續一段時間，就可以聽到聲音在顫抖。若同時以頻閃內視鏡觀察，可以看到與聲音抖動頻率相同的喉部肌肉顫動。但假使發的音太短，小於喉部肌肉顫動的頻率，則無法聽出聲音的異常，也看不到喉部的問題。

治療方面，需要考慮病患是否有其他相關的神經疾病，來調整治療的方式。如 Parkinson' s disease，可以語言治療和行為療法改善發聲；若病患合併有 spasmodic dysphonia，則以肉毒桿菌毒素的注射為主要療法。對於僅有聲帶顫動(essential vocal tremor)的病患，仍有約三分之二的病例可以肉毒桿菌毒素注射聲帶肌肉來改善顫動的症狀。

聲帶顫動因不常見，導致病患常常未被診斷出，而輾轉於各醫院之中。將來大家遇到發聲障礙的病患，可將此病症放入鑑別診斷中，幫助這類的病患。

唾液腺內視鏡手術心得分享

喉科 主治醫師 張嘉帆

自參加過了瑞士日內瓦唾液腺內視鏡中心及美國路易斯安那州立大學舉辦之唾液腺內視鏡課程，對唾液腺內視鏡手術已有一些體驗及小小的心得，在此和各位先進分享。

近年微創手術之盛行，就如機械手臂手術、經口二氧化碳雷射咽喉顯微手術及經鼻內視鏡顱底手術等，藉由微創之方式，將大範圍之腫瘤切除，並避免周邊組織之傷害，達到器官保留之目的，同樣的唾液腺內視鏡也是以微創之方式，經由約 0.5 公厘之口內開口，逐步擴張後，以直徑 0.75 至 1.3 公厘之半硬式內視鏡，進入唾液腺管徑，檢視可能之阻塞病灶，再將阻塞之病灶移除，最後恢復原有唾液腺分泌之功能，雖然用描述的是如此流暢，但實際上操作起來，偶爾會踢到鐵板，遇到看得到夾不到或撐不開的窘境。

手術之適應症只要有反覆性唾液腺腫脹，即可安排內視鏡檢視，同時可以治療，而手術前之影像診斷，歐洲仍是以超音波為主，操刀之醫師可以在術前或術中操作，而現在國內耳鼻喉科醫師，也開始學習操作超音波，畢竟手術醫師自己操作，會比較了解病患目前之病灶，今年七月在彰濱秀傳，也舉辦了台灣唾液腺內視鏡手術課程，承蒙主任之推薦，應邀擔任講師，會中和國內醫師相互交流，並和德國 Koch 教授學習一些小技巧，雖然已施行一百例手術，但和德國教授幾千例相比，仍是諸多不足。

對三個手術課程來說，瑞士日內瓦唾液腺內視鏡中心是全世界最具盛名及創始元老之一，主辦人 Marchal 教授今年三月曾應邀來台灣示範並演講，當然去瑞士課程費用不斐，但仍值得推薦；而美國紐奧良之課程，主辦人 Rohan 教授，是教科書 Bailey，唾液腺章節主筆者之一，課程用 fresh cadaver 操作，更貼近

實際模擬，另外美國醫師和產業結合相當緊密，開發出不少新器械或耗材，就直接用自己之名字命名及販售，美國人的企圖心更是不可小看，課程中印象最深的是，其中一位教授提出了，雖然晚了歐洲發展十多年，現在要思考如何迎頭趕上，成為世界領先者的問題，也難怪歷屆學長姐出國進修大部分都是到美國，幾乎各領域美國都已是世界第一；這次在台灣邀請的 Koch 教授，每年在德國也固定會舉唾液腺手術課程，有幸可以和教授當面請教，不用千里迢迢飛去德國，真的是非常值得。

臺北榮總現在已施行一百例，手術成功率以結石來說，症狀完全改善有八成五，和國外文獻七成至九成相符，當然隨著經驗之累積，也比較知道要如何選擇適當之病患，包含結石大小、位置和周邊管徑的沾黏等相關因素，來決定手術治療之方式，不過唾液腺內視鏡之缺點，仍是內視鏡管徑太細，很容易斷裂，施行至今已送修四次，教科書上也說了，約使用五十次，內視鏡中的纖維會有損傷斷裂之情形，會影響到影像清晰，因此就建議更新，手術成本明顯偏高，健保也無此項給付，只能走向自費之方式，手術前後都會再向病患及家屬說明手術相關情形，及自費之原因，希望能避免因收費問題引起糾紛，但手術成功率也不是百分之百，曾被問到失敗會不會退費之問題，畢竟自費最終仍是希望能申請到健保給付此項手術。

病人？ "病"？ "人"？

部總醫師 葉建甫

自民國 84 年全民健康保險開辦以來，低廉的醫療費用已大大增加了民眾就醫的方便性。有人說這是以醫護人員的辛勞來換取全體民眾的福祉，但在現今政策的主導下，此制度勢必還會維持好一段時間。

三、四十年前，就醫費用高昂，來看病的幾乎都是有其嚴重性。但現今因就醫費用低廉，導致一種亂象產生，即"小病逛醫院，沒病也順便逛逛醫院"。筆者看到愈來愈多其實根本不需要來醫院就醫的民眾。在以往醫學院或畢業後住院醫師的訓練過程，往往針對疾病有深入的了解、適切的治療，比如說急性扁桃腺炎如何診斷、該不該用抗生素、用藥需要多久，這些我們都了然於胸。但是，要是病人其實沒有病，或沒有嚴重到可下一個診斷呢？對於輕症或是無症訪客，有些醫師會勸病人不必太緊張，"你這其實還好，沒大問題"。有些病人聽到這些話會寬心許多，但卻也有些病人聽了並不買帳，不以為然。他們心想"我會來醫院就是有病，你這兩光醫師居然說我沒病。"殊不知他們的病並不在"病"，而是在"心"。此時，筆者認為，要幫他們診療，不可只侷限在看"病"上面，因為鐵定找不出適切且讓人滿意的診斷與治療方法。而應該把格局擴大到看"人"，針對他們的心理因素加以分析，看他們需要我們幫他解決甚麼問題。

以前筆者在診間遇到一位中年女士，抱怨喉嚨痛很多年治不好，理學檢查整個頭頸部看起來其實並無異狀。此時我知道絕不能跟他講沒有病，我抓了後咽壁上的一個小紅點(其實正常人也有)，下了一個疑似慢性咽炎的診斷。另外，旁敲側擊下，得知她因家庭關係不睦而導致壓力很大。我也請她找個時間與家人懇談，並且跟她講她的疾病光吃藥是好不起來的，必須同時要緩解壓力因素才有治癒可能。當然我也開了止痛藥給她，讓她覺得我相信她是有病而不是無病呻吟。兩週後她回診，我第一件事情就是問她家庭關係處理得怎樣，她說已改善很多。同時，喉嚨痛也改善很多，不須再吃止痛藥了。看她心情愉悅的離開，我知道，我不只醫好了她的"病"，也醫好了她的"人"。

懸壺濟世，為我們醫師的至高理想。在行醫過程中，我們應該注意，不要只看"病"，而要看"人"。