



# 台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會 第116屆學術演講會

The 116<sup>th</sup> Annual Congress of the Taiwan Society  
of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery



台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會  
Taiwan Society of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院  
National Taiwan University Hospital  
Yunlin Branch

2024  
5/04-05

國立虎尾科技大學  
National Formosa University



摘要手冊

幫助氣喘病患預防錯過人生重要時刻！

# 氣喘精準照護 就是這麼簡單

Severe Asthma  
Adult Patients<sup>1,6</sup>



Trelegy 184/55/22 mcg

Pediatric Patients<sup>2,3\*</sup>



Seretide Evohaler 50 mcg  
Seretide Evohaler 125 mcg  
Seretide Evohaler 250 mcg

\*Only Seretide Evohaler 50mcg dose is indicated for children 4 to 11 years old.

ASTHMA  
PORTFOLIO



Trelegy 92/55/22 mcg    Relvar 184/22 mcg



Relvar 92/22 mcg

Moderate to Severe  
Asthma Adult Patients<sup>1,4,5</sup>

Trelegy 92/55/22 氣喘維持治療  
適用於併用吸入性長效型β<sub>2</sub>-腎上腺受體作用劑和吸入性皮質類固醇治療氣喘仍控制不佳的成年病人

Moderate Asthma  
Adult Patients<sup>1,4</sup>

References: 1. GINA 2023; 2. Seretide evohaler 50 Taiwan PI; 3. Seretide evohaler 125/250 Taiwan PI; 4. Relvar Taiwan Full PI, TW04; 5. Trelegy 92/55/22 mcg Taiwan Full PI, TW07; 6. Trelegy 184/55/22 mcg Taiwan Full PI, TW04

**Trelegy 92/55/22 mcg 禁忌症:** 作為重積性氣喘(status asthmaticus)或其他急性COPD或氣喘發作且必須採取強效治療措施的第一線療法; 有嚴重乳蛋白過敏問題, 或已證實對fluticasone furoate-umeclidinium-vilanterol或任何賦形劑過敏。警語及注意事項: 嚴重氣喘相關事件-住院、插管、死亡; 病情惡化與急性發作-對病情正在快速惡化或發生可能危及生命之發作事件的COPD或氣喘病人, 不可開始使用TRELEGY ELLIPTA; 避免過度使用TRELEGY ELLIPTA及避免與其他長效型β<sub>2</sub>作用劑併用; 口咽念珠菌病; 肺炎; 免疫抑制與感染風險 - 正在使用皮質類固醇的兒童或成人如果感染水痘和麻疹, 其病程可能會更為嚴重甚至致命; 對從全身性皮質類固醇轉換成ICS的病人必須特別小心, 因為在從全身性皮質類固醇轉換成全身吸收量較低之ICS的病人中, 曾有於轉換期間及轉換之後因腎上腺功能不全而死亡的病例; 腎上腺皮質功能亢進與腎上腺抑制-超過建議劑量或與強效的細胞色素P450 3A4 (CYP3A4)抑制劑併用, 可能會導致HPA功能障礙、藥物交互作用; 反常性支氣管痙攣; 過敏反應, 包括全身性過敏; 心血管影響 - 和其他的β<sub>2</sub>作用劑一樣, vilanterol對某些病人可能會產生具臨床意義的心血管影響; 骨質密度降低; 曾有COPD或氣喘病人在長期使用ICS或併用吸入性抗膽鹼性藥物之後發生青光眼、眼內壓升高、白內障及中心性漿液性脈絡膜視網膜病變的報告; 尿滯留惡化; 和所有含有擬交感神經成分的療法一樣, 對患有痙攣性疾病或甲狀腺毒性的病人或對擬交感神經異常敏感的病人, 使用TRELEGY ELLIPTA時應謹慎。曾有報告指出, 靜脈投予相關的β<sub>2</sub>腎上腺素受體作用劑albuterol會使既有的糖尿病及酮酸中毒更加惡化; 低血鉀與高血鉀; 對兒童與青少年投予經口吸入性皮質類固醇可能會導致生長速度減慢

**Trelegy 184/55/22 mcg 禁忌症:** TRELEGY ELLIPTA 並不適用於緩解急性支氣管痙攣, 並禁用於作為重積性氣喘 (status asthmaticus) 或其他氣喘急性發作且必須採取強效治療措施的第一級療法; 有嚴重乳蛋白過敏問題, 或已證實對fluticasone furoate-umeclidinium-vilanterol或任何賦形劑過敏。警語及注意事項: 嚴重氣喘相關事件-住院、插管、死亡; 病情惡化與急性發作; 過度使用TRELEGY ELLIPTA及與其他長效型β<sub>2</sub>作用劑併用; 口咽念珠菌病; 肺炎; 免疫抑制與感染風險; 從全身性皮質類固醇轉換治療的病人; 腎上腺皮質功能亢進與腎上腺抑制; 與強效細胞色素P4503A4抑制劑的藥物交互作用; 反常性支氣管痙攣; 過敏反應, 包括全身性過敏; 心血管影響; 骨質密度降低; 曾有氣喘病人在長期使用ICS或併用吸入性抗膽鹼性藥物之後發生青光眼、眼內壓升高、白內障及中心性漿液性脈絡膜視網膜病變的報告; 尿滯留惡化; 患有痙攣性疾病或甲狀腺毒性的病人或對擬交感神經異常敏感的病人; 低血鉀與高血鉀; 生長速度減慢

**Relvar 禁忌症:** 作為重積性氣喘(status asthmaticus)或其他急性COPD或氣喘發作且必須採取強效治療措施的第一線療法; 有嚴重乳蛋白過敏問題, 或已證實對fluticasone furoate-vilanterol或本品之任何賦形劑過敏。警語及注意事項: 使用LABA做為氣喘的單一治療藥物(未併用ICS)會導致發生氣喘相關死亡的風險升高。從對照性臨床試驗中獲得的資料也顯示, 在兒童與青少年患者中, 使用LABA做為單一治療藥物會升高氣喘相關住院的風險。這些發現被視為是LABA單一療法的類別作用。大型臨床試驗的資料顯示, 合併使用固定劑量的LABA與ICS時, 和單獨使用ICS相比, 並未明顯增加發生嚴重氣喘相關事件(住院、插管、死亡)的風險

**Seretide Evohaler 禁忌症:** SERETIDE 禁止使用於對本劑任何一種成分有過敏史之病人。警語及注意事項: 任何吸入性類固醇均可能發生全身性作用, 特別是長期高劑量的處方, 這些作用的發生遠比口服類固醇來得低; 可能的全身性作用包括庫欣氏症候群、類庫欣氏症徵、腎上腺抑制、兒童及青少年生長遲緩、骨質密度降低、白內障、青光眼和中心性漿液性脈絡膜視網膜病變。使用全身性與外用皮質類固醇製劑可能會發生視覺障礙; 因為可能導致腎上腺反應的損害, 病人由口服類固醇的治療轉為吸入性fluticasone propionate時, 應特別小心, 並定期監測腎上腺皮質功能。上市後的使用期間, 對於同時使用fluticasone propionate及ritonavir的病人, 臨床上有顯著的藥物交互作用, 導致全身性類固醇作用產生, 包括庫欣氏症候群和腎上腺抑制。和其他的吸入性治療藥物一樣, 投藥後可能會發生反常性支氣管痙攣, 並伴有喘鳴突然加劇的現象。此時應立即使用作用快速的短效型吸入性支氣管擴張劑治療



Trelegy Ellipta 100



Trelegy Ellipta 200



Relvar Ellipta



Seretide Evohaler 50



Seretide Evohaler 125, 250

Scanning the QR code will lead to a third-party website not owned or controlled by GSK. GSK is not responsible for third party website.

Intended for Taiwan Healthcare Professionals only  
PM-TW-FFV-ADVR-240001 | Date of Preparation: 2024.01  
© 2024 GSK group of companies or its licensor.

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies  
Relvar Ellipta was developed in collaboration with INNOVIVA.

葛蘭素史克藥廠不良事件通報程序: (02)2312-6836 / oax40892@gsk.com  
葛蘭素史克藥廠地址: 100台北市忠孝東路一段66號23樓



北市衛藥廣字第113030077號



From Eye to Insight

**Leica**  
MICROSYSTEMS



## PROvido Surgical Microscope

See more, simply.

**PROvido**  
Surgical Microscope with FusionOptics

PROvido provides you with a bright, fully-focused view deeper into narrow cavities. With exclusive Fusion Optics technology no need to search for vital details or constantly refocus. Work smoothly and confidently throughout your procedure with the PROvido multidisciplinary microscope that allows you to see more, simply.

### MAKE THE M320 PART OF YOUR DAILY ROUTINE WITH INTEGRATED 4K CAMERA

- > Focus on what matters
- > Share your expertise in 4K resolution
- > Enhance your comfort

Increase your insights:  
See what you need to see



**CHC** 久和醫療

總公司地址 114067 台北市內湖區行愛路88號  
總公司電話 TEL 02 6608 1999 FAX 02 6619 0707  
台中分公司 TEL 04 2259 1966 FAX 04 2251 0595  
高雄分公司 TEL 07 310 6627 FAX 07 310 6625

WWW.CHIUHOMED.COM

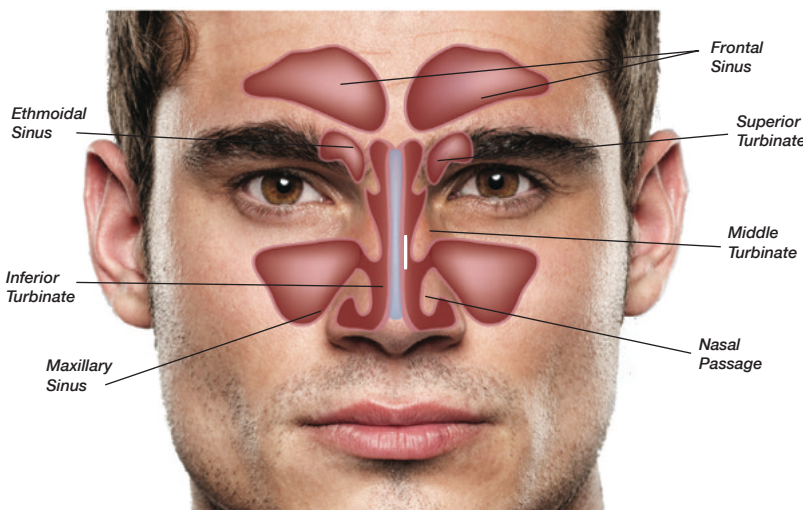


- Biocompatible—made of all natural Chitosan-based polymers
- Minimizes bleeding and edema after surgery
- Easily conforms to nasal anatomy
- Offers easier placement with a superior field of view
- No special storage conditions required

### PRODUCT DESCRIPTION:

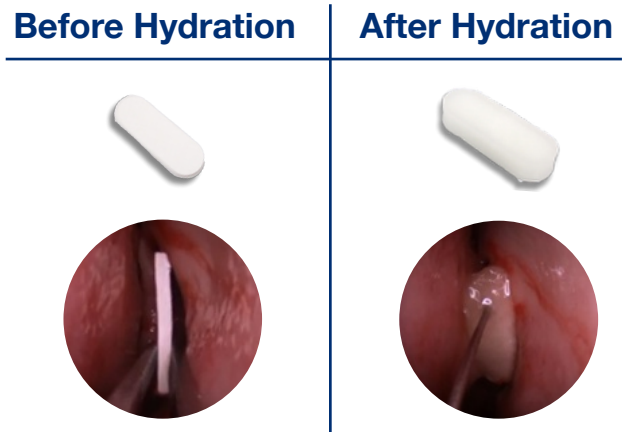
**PosiSep® X** is a hemostatic intranasal splint designed to minimize bleeding and edema and to prevent adhesions between the septum and the nasal cavity. **PosiSep® X** is placed in the nasal cavity after surgery or trauma. The **PosiSep®** line is constructed of a patient-comfortable sponge which is manufactured from naturally occurring Chitosan polymers. Subsequent irrigation will cause the product to fragment, thus optimizing patient tolerance and comfort.

- Fragments by way of gentle irrigation and aspiration
- Easy to apply—no mixing or additional prep time necessary
- Widely studied and published anti-adhesion properties of N,O-carboxymethyl chitosan (NOCC)



*\*diagram not to scale\**

A small, smooth PosiSep® X sponge is inserted into the nasal cavity where it begins to quickly expand after irrigation. PosiSep® X can be cut into smaller sections for optimal placement.



When PosiSep X is hydrated, it expands to fill the space preventing post-op adhesions.

### What is Chitosan?

Chitosan (ky-toe-san) comes from a substance known as chitin, an amino-polysaccharide removed from the powdered shells of crustaceans.



**For more information on PosiSep® products please contact your distributor**

### ORDERING INFORMATION PosiSep® X is available in four sizes. See ordering information below.

9212036	PosiSep® X Hemostat Dressing/Intranasal Splint 1.5cm x 5.1 cm/8pk (TW)
9212046	PosiSep® X Hemostat Dressing/Intranasal Splint 1.3 cm x 3.8 cm/8pk (TW)
9212106	PosiSep® X Hemostat Dressing/Intranasal Splint 1.8cm x 8.0 cm/8pk (TW)
9212101	PosiSep® X Hemostat Dressing/Intranasal Splint 1.8 cm x 8.0 cm/1pk (TW)

### How Supplied:

PosiSep® X is packed either one (1) or eight (8) sterile, single use units per cartons. One (1) sterile unit contains one (1) Hemostat Dressing/Intranasal Splint. PosiSep® is terminally sterilized by gamma irradiation.

# QA4™ Mobile Surgery System



**JIANAN** Medical Instrument  
嘉南儀器



Removable remote handset

250 kg

PATIENT WEIGHT CAPACITY

Patient platform height raise and lower



Trendelenburg 20° / Reverse Trendelenburg 12°



Head-end / Foot-end Traversing platform



Lateral tilt + - 12°



SPECIFICATIONS		Code: 21300	
Minimum height	*605mm	Mattress width	600mm
Maximum height	*1005mm	Mattress depth	75mm
Overall length	2100mm	Trendelenburg	20°
Overall width	800mm	Reverse Trendelenburg	12°
Castor diameter	150mm	Lateral tilt	±12°
Weight	160kg	Backrest articulation	0 to 65°
Mattress length	2040mm	Headrest articulation	+25 / -30°

\*NOTE: Measurement from floor to platform top excluding mattress.



Effortless positioning at the touch of a button

## POWERED FEATURES

Top of the range, the QA4 Powered Mobile Surgery System is ideal for many surgical procedures.

With five remotely-activated powered functions – raise and lower, back rest, traversing top, lateral tilt and Trendelenburg – the trolley offers full 'C' arm coverage and superior surgical access. It also offers exceptional stability with a patient weight capacity of 250kg.



## QA4 MOBILE SURGERY SYSTEM

Whether for Day / Ambulatory Surgery or Mainstream Theatre, the QA4 is the perfect combination of transport trolley and operating table.

**TRANSPORT** // // // // **TREATMENT** // // // // **RECOVERY**



### Moving and Handling

Zero transfers mean risk is minimized for patient and practitioner alike: from the ward, through anaesthetics, to the surgical procedure, and finally to first and second recovery.

### Infection Control

A single platform for the entire patient journey, combined with easy-to-clean materials with a range of antibacterial and microbial properties, reduces the chance of cross infection.



Combining industry knowledge with innovative technology



Designed and produced at our UK manufacturing facility using the latest engineering techniques



Manufacturer, designer and supplier of high quality medical equipment around the world



Unique manufacturer-backed Lifetime Warranty Scheme

# WOLF

SURGICAL LASER

# C-LAS

ARTICULATED ARM

# A.R.C.

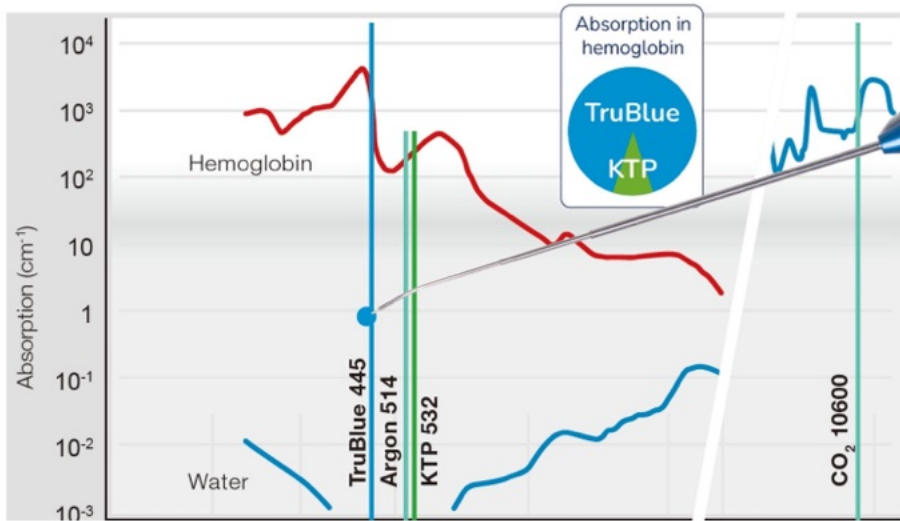
## LASER

MADE IN GERMANY

**TruBlue**  
445nm

**C-LAS**  
10600nm

**Diode**  
980nm



**PHOTOANGIOLYTIC**

**NON-CONTACT CUTTING**

**FIBER GUIDED LASER**



永康氏生技有限公司

台南市永康區中華路58巷56號2F-2

TEL : 06-3133558

FAX : 06-3132493





TSHNS

## 目錄 contents

- 2 理事長的話
- 3 會長的話
- 4 籌備委員
- 5 大會資訊
- 8 會場接駁資訊
- 10 口頭論文發表注意事項
- 11 會場平面圖
- 12 攤位展覽
- 14 總議程
- 17 贊助廠商名單
- 18 Keynote Speeches
- 20 Symposiums
- 29 耳科醫學會春季學術研討會
- 30 Lunch Symposiums
- 31 口頭論文 Free paper-oral
- 38 壁報論文 Free paper-posters

## 摘要 Abstracts

- I-1 Keynote
- I-8 Symposium
- II-1 口頭論文
- III-1 壁報論文



## 理事長的話



理事長 婁培人

各位耳鼻喉科的先進、同儕大家好

我很榮幸能夠代表台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會，歡迎各位蒞臨這次在雲林舉辦的第 116 屆學術演講會！這是我們學會首次在雲林舉辦學術演講會，對於這個重要的里程碑，我深深覺得具有重大的歷史意義。

感謝台大醫院雲林分院的主辦，以及所有參與籌備工作的工作人員，您們的辛勤付出讓這次學術盛會得以順利舉行。這次的議程包含了耳科、鼻科、喉科、頭頸、睡眠、小兒耳鼻喉、醫學教育、生醫與人工智慧、法律、感控、基層醫療等多個領域，這將為我們提供豐富而多元的學術交流和學習機會。在這次學術演講會上，我們將有機會與來自不同地區和不同專業背景的專家學者共同交流和分享最新的研究成果、臨床經驗以及對於未來發展的展望。透過這種跨領域的交流與合作，我們將能夠更好地促進學科的發展和進步，提升我們的專業水準，為患者提供更加優質的醫療服務。

我們期待著在這次學術演講會上建立新的合作夥伴關係、拓展專業網絡，並共同探索解決當前面臨的挑戰和問題的有效途徑。最後，我衷心感謝所有參與這次學術演講會的講者、參展商、贊助商，以及所有為活動付出辛勤努力的工作人員。有了您們的參與和支持，我們的學術演講會才能夠如此成功。期待著與各位共同度過這個充滿學術交流和合作的盛會！

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

理事長 婁培人 謹識

## 會長的話



會長 李亭逸

首先十分榮幸有機會能主辦這次台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會第 116 屆學術演講會，有農業之都稱號的雲林，可能是許多會員從來沒有造訪過的地方，除了有豐富的農產品與獨特的湖光山色外，五月的雲林桐花與百合盛開，夜晚山林間也適逢螢火蟲活躍的季節。僅代表台大醫院雲林分院耳鼻喉部，誠摯地歡迎全國各地的耳鼻喉頭頸外科的前輩同道們，來雲林參加這個耳鼻喉頭頸外科的年度盛會！

本次的會議在學會與各次專科學會師長們大力協助下，精心規劃了一系列涵蓋耳、鼻、喉、頭頸、小兒、音聲、顏面、睡眠等各領域精彩豐富的 symposium；同時也邀請了包含來自美國、澳洲、日本、韓國等不同領域的耳鼻喉科學者，在 Keynote speech 分享他們個人寶貴的經驗與研究；第二天下午安排的法律、感控、醫學教育、生醫與人工智慧課程，則提供會員們在專業領域之外的新知學習。希望能在短短一天半的會議中，讓遠到而來的會員們能夠互相切磋交流，滿載而歸！

除了專業會議課程外，此次大會亦規劃了網球競賽活動與具特色的雲林在地小旅行，提供會員們額外的聯繫感情與舒壓管道；當然晚宴精心策劃的表演節目與豐盛餐食，更是會員們不可錯過的另一重點！

再次感謝理事長與學會師長們的肯定與支持，讓我們台大雲林分院耳鼻喉部，可以承辦這次台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會第 116 屆學術演講會，希望這次每位與會的會員與貴賓，都能盡興而歸、收穫滿滿！期望本次大會圓滿成功！

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會  
第 116 屆學術演講會 會長  
李亭逸 Ting-Yi Lee 謹識

# 籌備委員

---

## 榮譽會長

馬惠明 臺大醫院雲林分院 院長

## 榮譽顧問

婁培人

臺大醫院 副院長

劉殿楨

臺大醫院耳鼻喉部 主任

---

## 大會籌備委員

江文莒 臺大醫院雲林分院 副院長

徐明光 臺大醫院雲林分院 副院長

許巍鐘 臺大醫院 教授

吳振吉 臺大醫院 教授

陳贈成 臺大醫院 副教授

林志峰 臺大醫院 醫師

---

## 大會會長

李亭逸 臺大醫院雲林分院耳鼻喉部 主任

---

## 大會執行委員

林其懋 臺大醫院雲林分院 醫師

周承翰 臺大醫院雲林分院 醫師

許碩彥 臺大醫院雲林分院 醫師

鄞毓葵 臺大醫院雲林分院 醫師

廖俊綱 臺大醫院雲林分院 醫師

---

# 大會資訊

## 一、主辦單位

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會  
臺大醫院雲林分院耳鼻喉頭頸外科部

## 二、會議時間

日期：2024年5月4-5日(六-日)

報到時間：

2024年5月4日(六) 13:00 - 16:30 文理暨管理大樓1樓

2024年5月5日(日) 08:00 - 15:00 文理暨管理大樓1樓

## 三、會議地點

國立虎尾科技大學第三校區 (雲林縣虎尾鎮民主路63號)



Wi-Fi

SSID: 116TOS

密碼：05040505



## 交通方式

### ➤ 搭乘高鐵

搭乘台灣高鐵於【雲林站】下車後，請至【3號出口】等待以下公車至虎尾科大。

公車路線	上車站	下車站
7102、7120	高鐵雲林站	虎尾科技大學
7101、7103、7104、7112、 7118、7122	高鐵雲林站	虎尾站(麥當勞)，需再步行 15 分鐘至會議場地

### ➤ 搭乘火車

搭乘台灣鐵路至【斗南站】下車後，出火車站(前站)轉搭台西客運至虎科大站(天橋下)。

### ➤ 搭乘客運

台中客運與台西客運聯營	統聯客運	日統客運
【台中 - 北港線】	【台北 - 北港 - 下崙線】	【台北-北港線(經三重、林口)】
中途經斗南交流道至虎科大站 (天橋下)下車。	中途經斗南交流道至虎尾統聯 總站，虎科大天橋旁。	經斗南交流道至虎科大站天橋 下車。

### ➤ 自行開車

#### 國道一號

**北上：**行駛至【雲林系統交流道】後，銜接【78線東西向快速道路】往 虎尾/土庫方向 行駛，駛出【虎尾交流道】後透過林森路二段(或中正路)轉至文化路，即可抵達虎科大校門口。  
**南下：**行駛至【斗南交流道】後往虎尾出口，行駛大業路至光復路左轉直行至虎尾市區，通過圓環後左轉林森路二段(或中正路)後再於文化路左轉，即可抵達虎科大。

#### 國道三號

**北上/南下：**透過【78線東西向快速道路】台西古坑線(古坑系統交流道)往 虎尾/土庫方向，下虎尾交流道後行駛林森路二段(或中正路)，右轉文化路即可抵達虎科大校門口。

#### 停車資訊

- 請掃描右方 Qrcode 申請車輛通行
- 停車場入口位於民主路上，可停放約200輛汽車
- 請務必於04/29前提供車牌資訊以利校方放行車輛，未提供者恕無法進入校園停車場



## 四、文理暨管理大樓會場配置

報到處	1 樓	入口處
試片室	1 樓	MA 0102
會議室	1 樓	主會議室
		第一會議室 MA 0104
		第二會議室 MA B106
		第三會議室 MA B105
	B1	第四會議室 MA B107
<b>E-POSTER</b>	B1	展覽區
<b>展場&amp; COFFEE BREAK</b>	1 樓、B1	
午餐 (憑餐券領取)	領餐地點：1 樓、B1 / 用餐地點：1、2 樓教室 (依照現場指示)	
午餐研討會	1 樓、B1	第一會議室 MA 0104
		第二會議室 MA B106
		第三會議室 MA B105
		第四會議室 MA B107
		第五會議室 MA B102

## 五、午餐演講

5月5日 12:30-13:30 敬備午餐，請至各會議室聆聽午餐演講並領取便當(憑餐券)

1F 第一會議室	B1 第二會議室	B1 第三會議室	B1 第四會議室	B1 第五會議室
Lunch Symposium 美商默沙東藥廠	Lunch Symposium 賽諾菲	Lunch Symposium 醫百	Lunch Symposium 荷商葛蘭素史克藥廠	Lunch Symposium 台灣東洋

## 六、大會晚宴

晚宴時間：5月4日(六) 晚上 18:00 (18:30開席)

晚宴地點：三好國際酒店 (雲林縣斗六市斗六五路35號)

晚宴費用：800元/人 (憑券入場)

晚宴人數：因場地容納量有限，晚宴人數設有上限，請會員提早報名，額滿為止。

# 會場接駁資訊

雲林高鐵站 ⇄ 虎尾科技大學 接駁車 (單趟車程約 20-25 分)

5月4日		5月5日	
雲林高鐵站 ↓ 虎尾科技大學	虎尾科技大學 ↓ 雲林高鐵站	雲林高鐵站 ↓ 虎尾科技大學	虎尾科技大學 ↓ 雲林高鐵站
候車地點：高鐵站出口3 集合	候車地點：虎尾科技大學第三校區校門外 (7-11 對面)	候車地點：高鐵站出口3 集合	候車地點：虎尾科技大學第三校區校門外 (7-11 對面)
11:00	15:30	08:20	11:50
11:30	16:00	09:00	12:50
12:00	16:30	09:30	13:50
12:30	17:00	10:00	14:50
13:00	17:30	10:30	15:50
13:40	17:50	11:00	
14:00		11:30	
14:40		11:40	
15:00		12:00	
15:30		12:30	
16:00			
16:30			

雲林高鐵站平面圖



虎尾科技大學 ⇄ 三好國際酒店 接駁車 (單趟車程約 40 分)

5月4日			5月5日
虎尾科技大學 ↓ 三好國際酒店	三好國際酒店 ↓ 雲林高鐵站	三好國際酒店 ↓ 斗六火車站	三好國際酒店 ↓ 虎尾科技大學
候車地點：虎尾科技大學第 三校區校門外 (7-11 對面)	候車地點：飯店 1 樓大廳	候車地點：飯店 1 樓大廳	候車地點：飯店 1 樓大廳
17:30	21:15	21:15	07:40 07:50 08:00



# 口頭論文發表注意事項

## 論文發表時間及需知

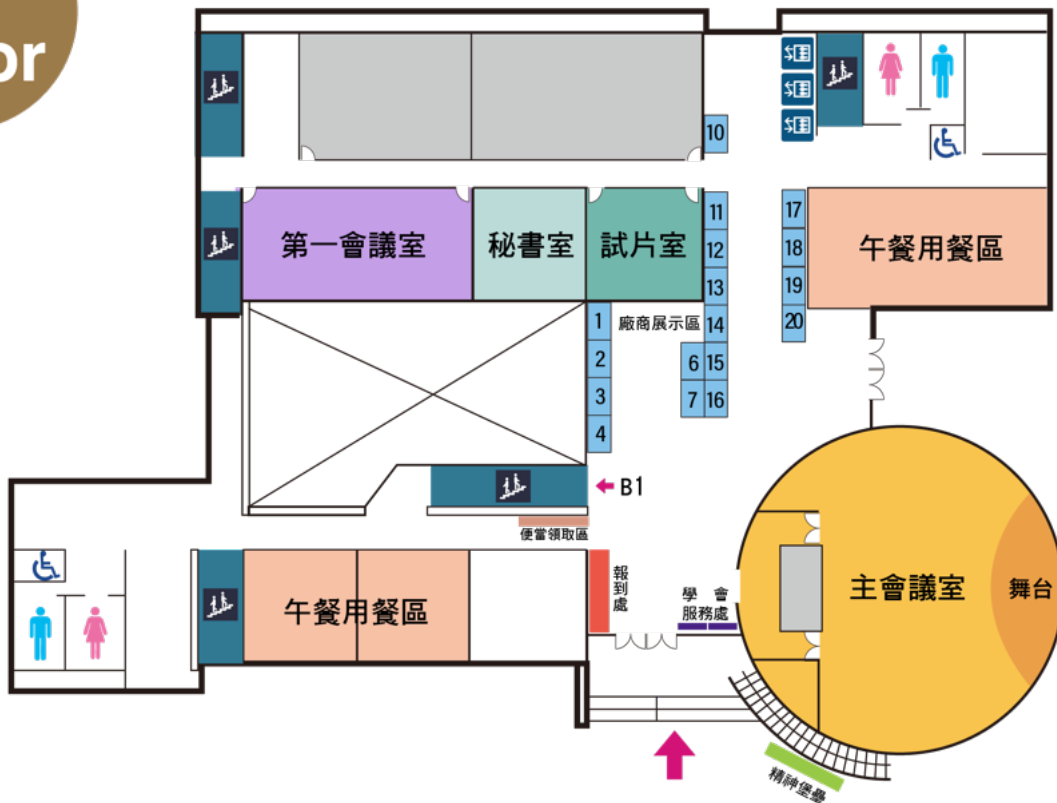
1. 每題發表時間：原著報告 6 分鐘，討論 2 分鐘。  
病例報告 4 分鐘，討論 2 分鐘。
2. 在限定時間 1 分鐘前鳴鈴，如尚未講完請宣讀結論。
3. 時間到即停止放映並開燈。

## 講員需知

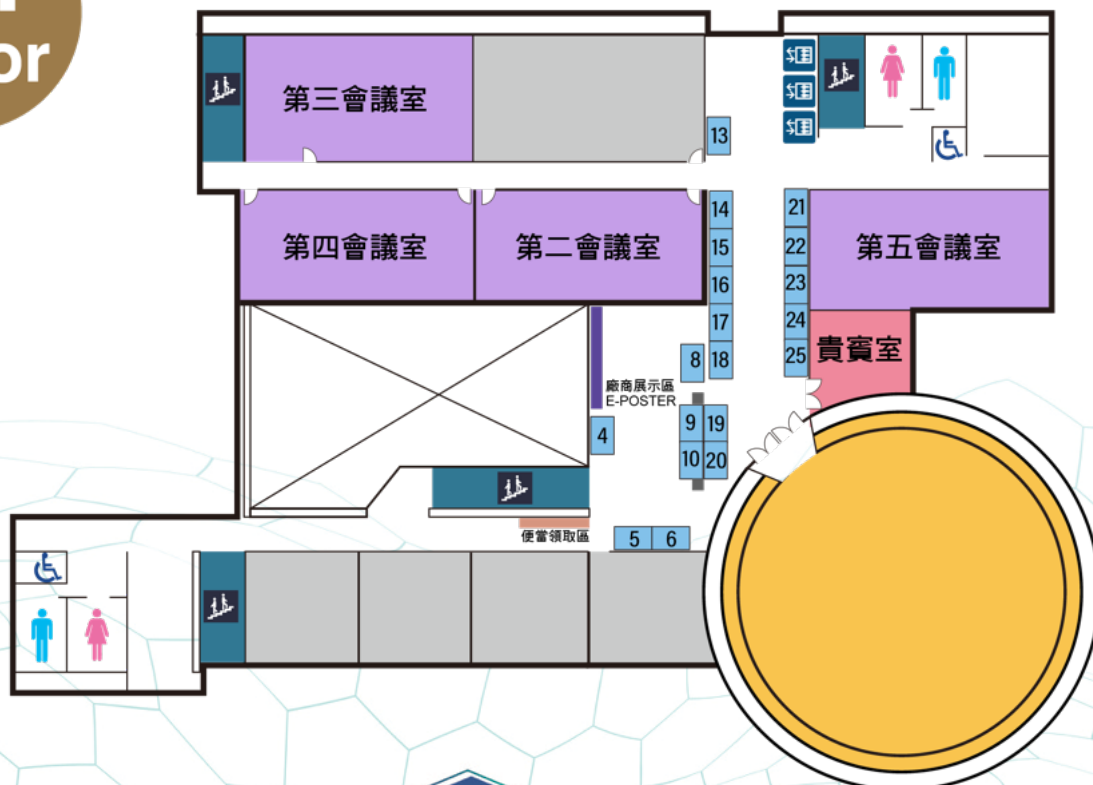
1. 請於表定時間開始前 1 小時將簡報檔案提交至試片室(文理大樓 1 樓 C-MA0102，詳見場地平面圖) 工作人員，以利轉載至大會電腦。
2. 建議以 Microsoft 系統 office 之 PowerPoint 製作簡報檔案，會場恕不提供非 Microsoft 系統之程式或相關設備。
3. 會議室內設有大會專屬電腦(Microsoft 系統)及簡報筆，簡報檔案一律由試片室上傳至各會議室。
4. 本次春季會採區域型網路沒有對外連網，簡報檔案請儘量內嵌影片，避免因網路連線不佳而影響報告。
5. 會場投影機不一定能支援所有影片動畫播放，請講員斟酌使用影片動畫放映，必須使用影片動畫播放者，請利用會議空檔(早晨會議開始前或中午休息時段)於各演講堂實地試映，若無法順利播放，請自行備妥腹案
6. 檔案若需使用聲音播放，敬請於繳交檔案時告知試片室工作人員
7. 現場放映僅提供單槍投影機、單螢幕播放
8. 現場備有計時器，請務必協助控制時間，另外，工作人員也會於會場內舉牌告知。如已超時，請儘速結束報告

## 會場平面圖

### 1F Floor

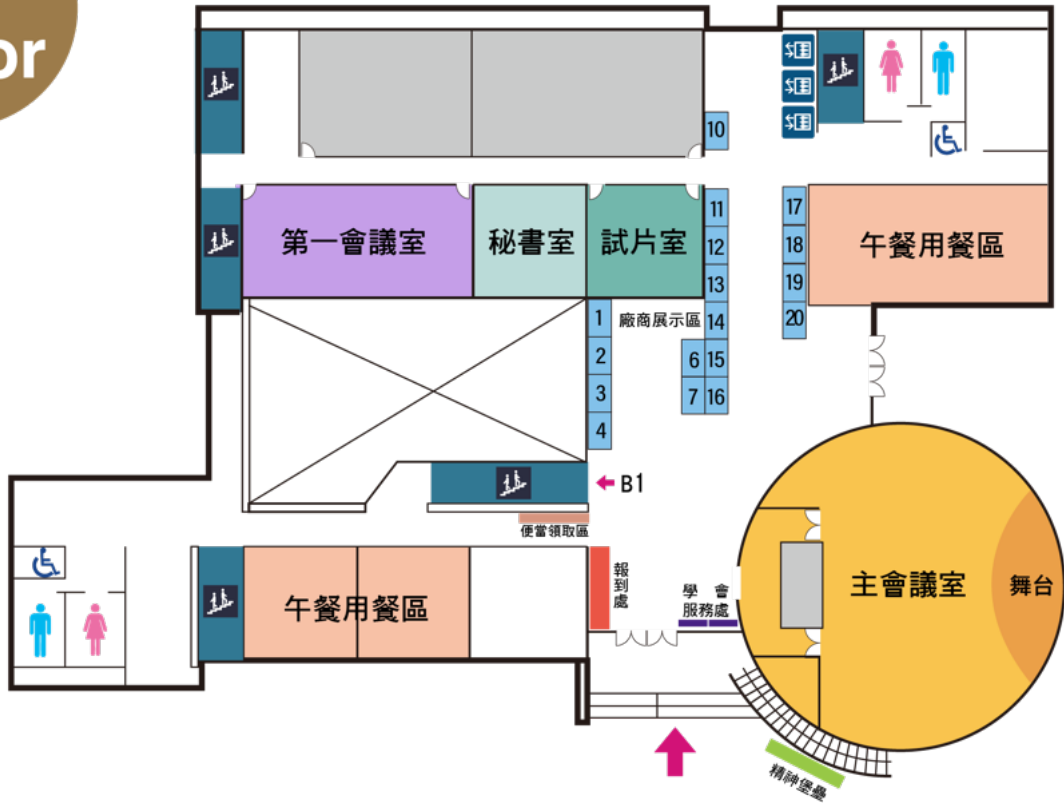


### B1 Floor



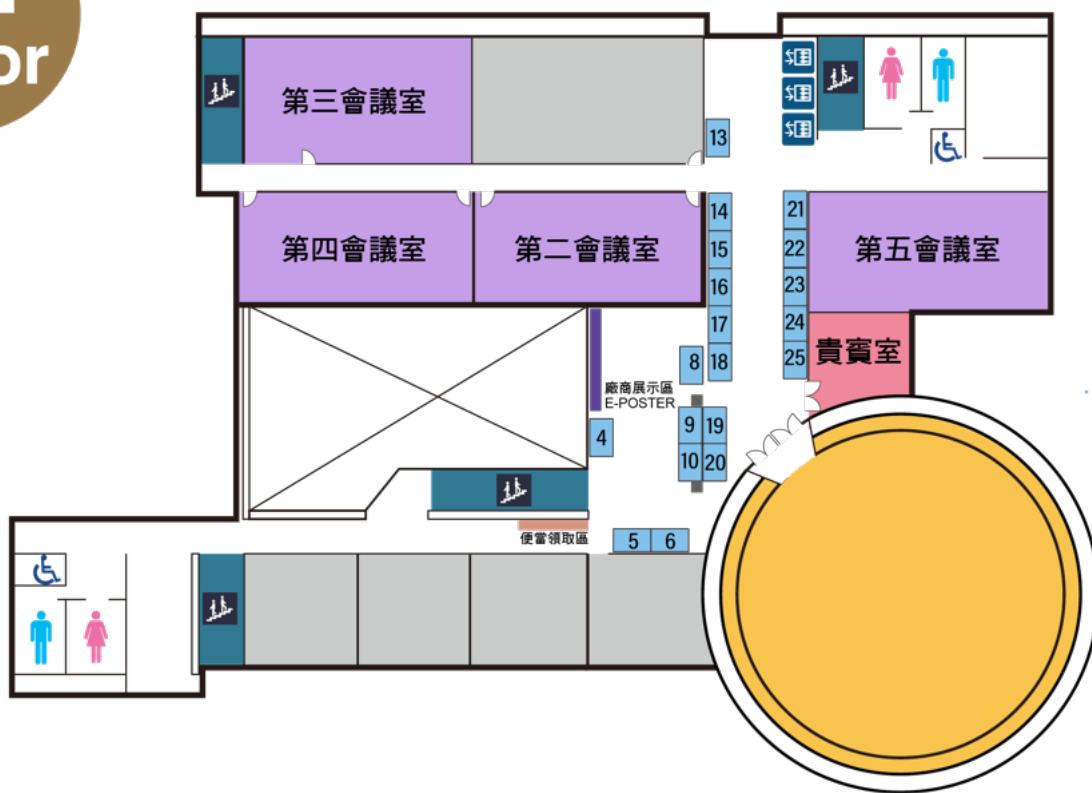
# 攤位展覽

**1F**  
Floor



編號	廠商名稱
1-1	久和醫療儀器股份有限公司
1-2	衡奕精密工業股份有限公司
1-3	博陽科技有限公司
1-4	博宣寧股份有限公司
1-6	俊勇國際開發股份有限公司
1-7	華德醫材有限公司
1-10	元佑實業股份有限公司
1-11	Mega Medical Co., Ltd.
1-12	美商史賽克(遠東)有限公司台灣分公司
1-13	美敦力醫療產品股份有限公司
1-14	
1-15	康成生醫科技股份有限公司
1-16	
1-17	惠興股份有限公司
1-18	
1-19	
1-20	

## B1 Floor



編號	廠商名稱
B1-4	虹韻國際貿易股份有限公司
B1-5	力豪國際股份有限公司
B1-6	宇明有限公司
B1-8	福泰儀器股份有限公司
B1-9	建聲實業有限公司
B1-10	
B1-13	醫百科技股份有限公司
B1-14	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司
B1-15	
B1-16	
B1-17	美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司
B1-18	德益科技股份有限公司
B1-19	台灣塩野義製藥股份有限公司
B1-20	聿信醫療器材股份有限公司
B1-21	賽諾菲股份有限公司
B1-22	
B1-23	
B1-24	科林儀器股份有限公司
B1-25	

# 總議程

2024年5月4日					
	主會議室	第二會議室	第三會議室	第四會議室	第一會議室
13:00-16:00			報到		
13:30-13:50			開幕式		
14:00-14:50	<b>Keynote 耳科 (K1)</b> Diagnosis and Treatment Strategies of Pulsatile Tinnitus: The State of the Art 講者：Song Jae Jin 座長：力博宏	<b>Symposium 鼻科 (S1)</b> Updates in olfaction 講者：趙勻廷、沈炳宏、梁凱莉 座長：江榮山、藍敏瑛	<b>Symposium 小兒 (S2)</b> Pediatric OSAS 講者：Ron B. Mitchell、薛婉儀、林哲儀、康焜泰 座長：許蕪鐘、郭怡君	<b>FREE PAPER 1</b> 口腔癌、甲狀腺、睡眠學 (OTOSO 1~5) 座長：陳聰明、林新景	<b>FREE PAPER 2</b> 頭頸 (HNC1 1~7) 座長：戴世光、劉時安
15:00-15:30			Coffee break		
15:30-16:20	<b>Keynote 鼻科 (K2)</b> Translational research in olfactory medicine 講者：Kenji Kondo 座長：戴志展、葉德輝	<b>Symposium 耳科 (S3)</b> Progress in otology 講者：吳振吉、楊怡和 座長：鄭博文、楊庭華	<b>Symposium 小兒 (S4)</b> General Pediatric ENT 講者：Gene Chunhao Liu、盧彥廷、陳嫻妤、李家萱 座長：葉瑞銘、尹丹桂	<b>FREE PAPER 3</b> 頭頸 (HNO 1~5) 座長：花俊宏、黃正池	<b>FREE PAPER 4</b> 喉科 (LTC1 1~7) 座長：徐正明、余筠瑩
16:30-17:20	<b>Keynote 頭頸 (K3)</b> Nasopharyngeal Carcinoma: from Bedside to Bench 講者：廖立人 座長：鄭博文、楊宗霖	<b>Symposium 耳科 (S5)</b> Congenital Middle Ear Anomaly 講者：Tsukasa Ito、林珮璇、詹凱傑 座長：黃仲鋒、杜宗陽	<b>Symposium 鼻科 (S6)</b> Frontiers in Rhinology 講者：施亮均、吳佩雯、林怡岑 座長：李達人、辛宗翰	<b>FREE PAPER 5</b> 鼻科 (NO 1~5) 座長：戴志峰、林志峰	<b>FREE PAPER 6</b> 耳科 (EO1~6) 座長：吳振吉、顏廷廷
18:00-21:00					

大會晚宴 地點：三好國際酒店

## 2024年5月5日

	主會議室	第二會議室	第三會議室	第四會議室	第一會議室
08:00-15:00					
08:00-08:30			Morning Break 報到		
08:30-09:20	<b>Keynote 小兒 (K4)</b> Pediatric In-Office Procedures in a General ENT Office 講者: Gene Chunhao Liu 座長: 李國森	<b>Symposium 頭頸 (S7)</b> Progress in Head & Neck surgery 講者: 謝明婷、黃子晏、徐正明 座長: 李日清、康柏皇	<b>Symposium 顏面 (S8)</b> 我如何展開我的鼻整旅程 講者: 高蕙婷、廖佩洵、張家豪 座長: 藍敏瑛、陳韋至	<b>FREE PAPER 7</b> 鼻科 (NO2 1~5) 座長: 王凌峰、林右才	<b>耳科醫學會 Keynote Lecture</b> Personalized cholesteatoma surgery with a combination of endoscopic and exoscopic procedures 講者: Tsukasa Ito 座長: 林嘉德、楊昭輝
09:20-10:10	<b>Keynote 小兒睡眠 (K5)</b> Pediatric OSA: An Update 講者: Ron B. Mitchell 座長: 許巍巍	<b>Symposium 頭頸 (S9)</b> Neck mass evaluation and management 講者: 鄭聖耀、李宗倫、王誌群 座長: 朱本元、朱永祥	<b>Symposium 顏面 (S10)</b> IFFPSS 後記 講者: 林家興、樂智偉、張哲銘 座長: 涂智文、葉建甫	<b>FREE PAPER 8</b> 鼻科 (NC1 1~7) 座長: 王瀛標、盧彥廷	<b>耳科醫學會 Symposium 1</b> Central auditory pathway 講者: Jae-Jin Song、賴仁琮 座長: 劉殿楨
10:10-10:40			Coffee break		
10:40-11:30	<b>Keynote 鼻科 (K6)</b> Integrating anti-IL5 therapy into the surgical management of CRSwNP 講者: Richard Harvey 座長: 戴志展、辛宗翰	<b>Symposium 喉科 (S11)</b> 咽喉手術的新進展 講者: 賴啟智、王榮德、劉紹正 座長: 方端仁、朱永祥	<b>Symposium 睡眠 (S12)</b> 睡眠呼吸中止症的治療方式與考量 I 講者: 林以志、蔡明劭、林鴻哲、李立昂 座長: 康焜泰、陳正文、鄒永恩、曹傑漢	<b>FREE PAPER 9</b> 頭頸 (HNC2 1~7) 座長: 康柏皇、陳贈成	<b>耳科醫學會 Symposium 2</b> How I learn and perform surgery of EAC cancer and lateral skull base 講者: 顏廷廷、吳靖農、李威靈、薛健佑 座長: 王懋哲、詹凱傑
11:30-12:20	<b>Keynote 頭頸 (K7)</b> Screening and prevention of oral cavity cancers 講者: Anil K. Chaturvedi 座長: 婁培人、廖立人	<b>Symposium 喉科 (S13)</b> 如何預防與治療職業性失聲 講者: 盧怡安、鄒永恩、林玟君 座長: 王仲祺、許彥彬	<b>Symposium 睡眠 (S14)</b> 睡眠呼吸中止症的治療方式與考量 II & Panel discussion 講者: 林政佑、徐英碩、Panelists 座長: 許巍巍、蘇性豪、李學禹	<b>FREE PAPER 10</b> 鼻科 (NC2 1~6) 座長: 蘇晉輝、傅嘉祥	耳科醫學會理監事會議

2024年5月5日

	主會議室	第二會議室	第三會議室	第四會議室	第一會議室	第五會議室
12:30-13:30		<p><b>Lunch Symposium</b> 賽諾菲股份有限公司 From literature to clinical practice: Real world experience in treating CRSwNP with biologics 講者：林怡岑 座長：江榮山</p>	<p><b>Lunch Symposium</b> 醫百科技股份有限公司 Budget Navigation! 中小型醫院導航手術的解決方案 講者：林志峰 座長：沈炳宏</p>	<p><b>Lunch Symposium</b> 荷商葛蘭素史克藥廠 氣喘處置觀念:PRD 的重要性 講者：陳佑易 座長：周建宏</p>	<p><b>Lunch Symposium</b> 美商默沙東藥廠 Clinical practice of R/M HNSCC patients and experience sharing 講者：呂長賢 座長：陳若白</p>	<p><b>Lunch Symposium</b> 台灣東洋藥品工業(股)公司 1. Importance and value of adjuvanted influenza vaccine in the care of adults 65+ 2. Treatment of globus pharyngeus: Except PPI 講師：王仲祺、黃純惟 座長：徐正明</p>
13:30-14:20	<p><b>Symposium</b> 醫學教育 (S15) 耳鼻喉頭頸外科 CBME 最新進展 講者：吳政誠、林世倉、陳正文 座長：許毓鐘、林嘉德</p>	<p><b>Symposium</b> 法律 (S16) 以緩和醫病關係看台美道歉法與強制調解之發展—聚焦於新通過的醫預法 講者：徐應松 座長：許碩彥</p>	<p><b>Symposium</b> 基層醫療 (S17) 雲端 HIS 診所端的因應策略 講者：張志傑 座長：趙善楷</p>	<p><b>FREE PAPER 11</b> 耳科 (EC 1~6) 座長：楊宗翰、林哲玄</p>		
14:30-15:20	<p><b>Symposium</b> 跨領域 (S18) 生醫科技、人工智慧與耳鼻喉科 講者：葉怡玲、薛雅馨、邱彥霖、張耿銘 座長：林家樺、李亭逸、楊豐榮</p>	<p><b>Symposium</b> 感控 (S19) 流行性感冒 講者：林綺英 座長：王士豪、廖俊綱</p>	<p><b>Symposium</b> 基層醫療 (S20) 數位醫療發展政策與大家醫計畫 講者：龐一鳴 副署長 座長：莫振東 副理事長</p>			

## 贊助廠商名單



元佑實業股份有限公司

輝瑞大藥廠股份有限公司

久和醫療儀器股份有限公司

台灣塩野義製藥股份有限公司

博宣寧股份有限公司

俊勇國際開發股份有限公司

博陽科技有限公司

台灣默克股份有限公司

上聆助聽科技有限公司

雲林縣土庫鎮農會

德益科技股份有限公司

嘉南儀器有限公司

福泰儀器股份有限公司

永康氏生技有限公司

虹韻國際貿易股份有限公司

裕利股份有限公司

衡奕精密工業股份有限公司

海鷹科技有限公司

美商史賽克(遠東)有限公司台灣分公司

啟大企業有限公司

台灣東洋藥品工業(股)公司

唯鼎生醫股份有限公司

Mega Medical Co. Ltd.

力豪國際股份有限公司

聿信醫療器材科技股份有限公司

華德醫材有限公司





# KEYNOTE SPEECHES

1F 主會議室

## Keynote 耳科 (K1)

日期：5月4日

座長：力博宏/振興醫院

14:00-14:50

Diagnosis and Treatment Strategies of Pulsatile Tinnitus: The State of the Art

**Jae Jin Song / Seoul National University Bundang Hospital, Korea**

1F 主會議室

## Keynote 鼻科 (K2)

日期：5月4日

座長：戴志展/中國醫藥大學附設醫院、葉德輝/臺大醫院

15:30-16:20

Translational Research in Olfactory Medicine : molecular analysis of the human olfactory mucus/mucosa

**Kenji Kondo/ The University of Tokyo, Japan**

1F 主會議室

## Keynote 頭頸 (K3)

日期：5月4日

座長：鄭博文/亞東紀念醫院、楊宗霖/臺大醫院

16:30-17:20

Nasopharyngeal Carcinoma: from Bedside to Bench

**廖立人/亞東紀念醫院**

## KEYNOTE SPEECHES

1F 主會議室

### Keynote 小兒 (K4)

日期：5月5日

座長：李國森/馬偕紀念醫院

08:30-09:20

Pediatric In-Office Procedures in a General ENT Office

**Gene Chunhao Liu/ Surgery Cedars-Sinai Medical Center, USA**

1F 主會議室

### Keynote 小兒睡眠 (K5)

日期：5月5日

座長：許巍鐘/臺大醫院

09:20-10:10

Pediatric OSA: An Update

**Ron B. Mitchell/ UT Southwestern Medical Center, USA**

1F 主會議室

### Keynote 鼻科 (K6)

日期：5月5日

座長：戴志展/中國醫藥大學附設醫院、辛宗翰/中山醫學大附設醫院

10:40-11:30

Integrating anti-IL5 therapy into the surgical management of CRSwNP

**Richard Harvey/ St Vincent's Hospital, AU**

1F 主會議室

### Keynote 頭頸 (K7)

日期：5月5日

座長：婁培人/臺大醫院、廖立人/亞東紀念醫院

11:30-12:20

Screening and prevention of oral cavity cancers

**Anil K. Chaturvedi/ National Institutes of Health, USA**

# SYMPOSIUMS

## B1 第二會議室

## Symposium 鼻科 (S1)

日期：5月4日 14:00-14:50

座長：江榮山/臺中榮民總醫院、藍敏瑛/臺北榮民總醫院

### Updates in olfaction

- 14:00-14:15 The basics of human olfactory function and advances in assessment techniques  
趙勻廷/臺北榮民總醫院
- 14:15-14:30 The design and application of Taiwan smell identification test  
沈炳宏/光田綜合醫院
- 14:30-14:45 Real world experience of the utility of olfaction tests in clinical practice  
梁凱莉/臺中榮民總醫院
- 14:45-14:50 Discussion

## B1 第三會議室

## Symposium 小兒 (S2)

日期：5月4日 14:00-14:50

座長：許巍鐘/臺大醫院、郭怡君/林口長庚紀念醫院

### Pediatric OSAS

- 14:00-14:10 Persistent OSA after Tonsillectomy: An update Including the role of the hypoglossal nerve stimulator  
**Ron B. Mitchell/ UT Southwestern Medical Center, USA**
- 14:10-14:20 Lingual frenulum and obstructive sleep apnea  
薛婉儀/新竹國泰綜合醫院
- 14:20-14:30 Pediatric OSAS--before the surgical decision  
林哲儀/臺大醫院
- 14:30-14:40 Three-dimensional imaging in children with obstructive sleep apnea  
兒童睡眠呼吸中止症的 3D 影像檢查  
康焜泰/衛生福利部臺北醫院
- 14:40-14:50 Discussion

# SYMPOSIUMS

B1 第二會議室

## Symposium 耳科 (S3)

日期：5月4日 15:30-16:20

座長：鄭博文/亞東紀念醫院、楊庭華/臺大醫院

### 耳科學最新進步

- 15:30-15:52 神經耳科學的昨日今日與明日  
楊怡和/亞東紀念醫院
- 15:52-16:14 基因治療與聽覺植入：魚與熊掌不可兼得乎？  
Gene therapy and auditory implantation: Can they be compatible?  
吳振吉/臺大醫院
- 16:14-16:20 Discussion

B1 第三會議室

## Symposium 小兒 (S4)

日期：5月4日 15:30-16:20

座長：葉瑞銘/嘉義長庚紀念醫院、尹丹桂/國泰綜合醫院

### General Pediatric ENT

- 15:30-15:40 Single-Pass Ear Tube Delivery Systems  
Gene Chunhao Liu/ Surgery Cedars-Sinai Medical Center, USA
- 15:40-15:50 Pediatric chronic rhinosinusitis  
盧彥廷/聖馬爾定醫院
- 15:50-16:00 新生兒聽力篩檢關鍵解析  
陳姵妤/馬偕紀念醫院
- 16:00-16:10 Deep neck space infection in children  
李家萱/衛生福利部臺北醫院
- 16:10-16:20 Discussion

# SYMPOSIUMS

## B1 第二會議室

## Symposium 耳科 (S5)

日期：5月4日 16:30-17:20

座長：黃仲鋒/高雄長庚紀念醫院、杜宗陽/臺北榮民總醫院

### **Congenital Middle Ear Anomaly**

- 16:30-16:45 Transcanal endoscopic ear surgery for congenital middle ear anomalies  
**Tsukasa Ito / Yamagata University, Japan**
- 16:45-17:00 Surgery for congenital middle ear anomalies -- our experience  
林珮璇/臺大醫院
- 17:00-17:15 My Surgical Experience with Congenital Middle Ear Anomalies  
詹凱傑/林口長庚紀念醫院
- 17:15-17:20 Discussion

## B1 第三會議室

## Symposium 鼻科 (S6)

日期：5月4日 16:30-17:20

座長：李達人/林口長庚紀念醫院、辛宗翰/中山醫學大學附設醫院

### **Frontiers in Rhinology**

- 16:30-16:45 Frontier treatment of chronic rhinitis  
施亮均/中國醫藥大學附設醫院
- 16:45-17:00 Frontier treatment of chronic rhinosinusitis  
吳佩雯/林口長庚紀念醫院
- 17:00-17:15 AI in Rhinology  
林怡岑/臺大醫院
- 17:15-17:20 Discussion

# SYMPOSIUMS

B1 第二會議室

## Symposium 頭頸 (S7)

日期：5月5日 08:30-09:20

座長：康柏皇/高雄榮民總醫院、李日清/三軍總醫院

### Progress in Head & Neck surgery

- 08:30-08:45 唾液腺腫瘤的診斷與治療  
謝明妤/彰化基督教醫院
- 08:45-09:00 Innovations and Challenges in Thyroid Surgery - 2024 Update  
黃子晏/高雄醫學大學附設醫院
- 09:00-09:15 達文西機器手臂在頭頸部的運用  
徐正明/嘉義長庚紀念醫院
- 09:15-09:20 Discussion

B1 第三會議室

## Symposium 顏面 (S8)

日期：5月5日 08:30-09:20

座長：藍敏瑛/臺北榮民總醫院、陳韋至/高雄長庚紀念醫院

### 我如何展開我的鼻整旅程

- 08:30-08:45 走向鼻整形之路與案例分享  
高蕙婷/中山醫學大學附設醫院
- 08:45-09:00 成為鼻整形醫師之後，我想與你分享的新手指南  
廖佩洵/高雄榮民總醫院
- 09:00-09:15 年輕醫師的鼻整形之路  
張家豪/羅東博愛醫院
- 09:15-09:20 Discussion

# SYMPOSIUMS

## B1 第二會議室

### Symposium 頭頸 (S9)

日期：5月5日

09:20-10:10

座長：朱本元/臺北榮民總醫院、朱永祥/三軍總醫院

#### Neck mass evaluation and management

09:20-09:35

Neck mass evaluation and management

鄭聖耀/三軍總醫院耳鼻喉部

09:35-09:50

The investigation and management of head and neck cancer of unknown primary

李宗倫/臺北榮民總醫院

09:50-10:05

How to perform precise neck dissection?

王誌群/義大醫院

10:05-10:10

Discussion

## B1 第三會議室

### Symposium 顏面 (S10)

日期：5月5日

09:20-10:10

座長：涂智文/彰化基督教醫院、葉建甫/臺北榮民總醫院

#### IFFPSS 後記

09:20-09:35

世界顏面整形重建外科大會會後心得及反思

林家興/馬偕紀念醫院

09:35-09:50

世界顏面整形外科醫學會參加心得與分享

樂智偉/衛生福利部樂生醫院

09:50-10:05

參加 2024 世界顏面整形大會(IFFPSS)有感

張哲銘/高雄市立聯合醫院

10:05-10:10

Discussion

# SYMPOSIUMS

B1 第二會議室

## Symposium 喉科 (S11)

日期：5月5日 10:40-11:30

座長：方端仁/林口長庚紀念醫院、朱永祥/三軍總醫院

### 咽喉手術的新進展

- 10:40-10:55 咽喉手術的新進展：CO2 雷射及 coblator 的應用  
賴啟智/高雄長庚醫院
- 10:55-11:10 多模態 AI 模型用於篩檢聲門喉癌  
王榮德/亞東紀念醫院
- 11:10-11:25 Bilateral vocal palsy and suture lateralization laryngoplasty  
劉紹正/三軍總醫院
- 11:25-11:30 Discussion

B1 第三會議室

## Symposium 睡眠 (S12)

日期：5月5日 10:40-11:30

座長：康焜泰/衛生福利部臺北醫院、陳正文/耕莘醫院、

鄒永恩/中國醫藥大學附設醫院、曹傑漢/中山醫學大學附設醫院

### 睡眠呼吸中止症的治療方式與考量 I

- 10:40-10:51 CPAP 治療阻塞型睡眠呼吸中止症--必須知道的事  
林以志/衛生福利部雙和醫院
- 10:51-11:02 咽內手術治療阻塞性睡眠呼吸中止症  
Intrapharyngeal surgery for obstructive sleep apnea  
蔡明劭/嘉義長庚紀念醫院
- 11:02-11:13 咽外手術治療睡眠呼吸中止症  
林鴻哲/三軍總醫院
- 11:13-11:24 阻塞性睡眠呼吸中止症的睡姿療法  
李立昂/林口長庚紀念醫院
- 11:24-11:30 Discussion



# SYMPOSIUMS

## B1 第二會議室

## Symposium 喉科 (S13)

日期：5月5日

11:30-12:20

座長：王仲祺/臺中榮民總醫院、許彥彬/臺北榮民總醫院

### 如何預防與治療職業性失聲

11:30-11:45

How can technology assist in preventing and treating occupational voice disorders?

盧怡安/林口長庚紀念醫院

11:45-12:00

職業性失聲的評估與復健

林玟君/臺中榮民總醫院

12:00-12:15

職業性失聲的手術治療

鄒永恩/中國醫藥大學附設醫院

12:15-12:20

Discussion

## B1 第三會議室

## Symposium 睡眠 (S14)

日期：5月5日

11:30-12:20

座長：許巍鐘/臺大醫院、蘇性豪/高雄榮民總醫院、李學禹/林口長庚紀念醫院

### 睡眠呼吸中止症的治療方式與考量 II & Panel Discussion

11:30-11:40

肌肉功能訓練對已接受陽壓呼吸器治療的阻塞性睡眠呼吸中止症成人患者之影響：初步成果報告

Effect of myofunctional therapy in adult patients with obstructive sleep apnea treated with continuous positive airway pressure: A preliminary report

林政佑/成功大學附設醫院

11:40-11:50

睡眠呼吸中止症病患減重的時機與方法

徐英碩/新光醫院耳鼻喉科

11:50-12:20

Panel Discussion

**Panelists:** 邱逢翔、藍敏菁、林哲儀、張展旗、蔡書維、郭彥君、吳丕雄、林婉妮、辛立仁、黃健祐、方麗娟、李宜展、沈廣軒、盧怡安、呂俊廷

## SYMPOSIUMS

1F 主會議室

### Symposium 醫學教育 (S15)

日期：5月5日 13:30-14:20

座長：許巍鐘/臺大醫院、林嘉德/中國醫藥大學附設醫院

#### 耳鼻喉頭頸外科 CBME 最新進展

- 13:30-13:45 臨床能力委員會的理論與實務經驗分享  
吳政誠/臺北醫學大學附設醫院
- 13:45-14:00 耳鼻喉科臨床能力委員會執行經驗分享  
林世倉/耕莘醫院
- 14:00-14:15 耳鼻喉頭頸外科里程碑 2.0 與 EMYWAY 評鑑成果分享  
陳正文/耕莘醫院
- 14:15-14:20 Discussion

B1 第二會議室

### Symposium 法律 (S16)

日期：5月5日 13:30-14:20

座長：許碩彥/臺大醫院雲林分院

- 13:30-14:15 以緩和醫病關係看台美道歉法與強制調解之發展—聚焦於新通過的醫預法  
徐應松/雲科大科技法研所
- 14:15-14:20 Discussion

B1 第三會議室

### Symposium 基層醫療 (S17)

日期：5月5日 13:30-14:20

座長：趙善楷 監事長/台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

- 13:30-13:45 雲端 HIS 診所端的因應策略  
張志傑醫師/現代眼科診所
- 14:15-14:20 Discussion

# SYMPOSIUMS

## 1F 主會議室

### Symposium 跨領域 (S18)

日期：5月5日

14:30-15:20

座長：林家樺/虎科生科系、李亭逸/臺大醫院雲林分院、楊豐榮/台大雲林分院腎臟科  
生醫科技、人工智慧與耳鼻喉科

14:30-14:41

EZ Flow 生醫檢測裝置應用

葉怡玲/國立虎尾科技大學生物科技系

14:41-14:52

虛擬實境於暈眩之前庭復健應用

薛雅馨/國立雲林科技大學 智慧數據科學研究所

14:52-15:03

A novel EBV-specific T cell therapy for NPC

邱彥霖/臺灣大學臨醫所

15:03-15:14

人工智慧用於持續性頭頸癌治療的品質監測

張耿銘/高雄榮民總醫院

15:14-15:20

Discussion

## B1 第二會議室

### Symposium 感控 (S19)

日期：5月5日

14:30-15:20

座長：王士豪/嘉義聖馬爾定醫院、廖俊綱/臺大醫院雲林分院

14:30-15:15

流行性感冒

林綺英/臺大醫院雲林分院感染科

15:15-15:20

Discussion

## B1 第三會議室

### Symposium 基層醫療 (S20)

日期：5月5日

14:30-15:20

座長：莫振東副理事長/台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

14:30-15:15

數位醫療發展政策與大家醫計畫

龐一鳴副署長/衛生福利部中央健保署

15:15-15:20

Discussion

1F 第一會議室		5月5日
08:30-08:35	黃仲鋒理事長致詞	
<b>Keynote Lecture</b>		
座長：Chia-Der Lin 林嘉德/中國醫藥大學附設醫院、 Chao-Hui Yang 楊昭輝/高雄長庚紀念醫院		
08:35-09:20	Personalized cholesteatoma surgery with a combination of endoscopic and exoscopic procedures <b>Tsukasa ITO / Yamagata University, Japan</b>	
<b>Symposium 1</b> <b>Central auditory pathway and tinnitus (in conjunction with Taiwan Tinnitus Association )</b>		
座長：Tien-Chen Liu 劉殿楨/台大醫院		
08:20-09:45	The triple network theory explaining the pathogenesis of tinnitus and musical hallucination evidenced by EEG studies <b>Jae-Jin Song /Seoul National University Bundang Hospital, Korea</b>	
09:45-10:10	Cochlear Migraine: A new concept to treat tinnitus Jen-Tsung Lai 賴仁淙/光田綜合醫院	
<b>Symposium 2</b> <b>How I learn and perform surgery of EAC cancer and lateral skull base</b>		
座長：Mao-Che Wang 王懋哲/台北市立聯合醫院、Kai-Chieh Chan 詹凱傑/林口長庚紀念醫院		
10:40-10:52	Preoperative evaluation and treatment of EAC cancer 外耳道腫瘤的術前評估與治療計畫 <b>Ting-Ting Yen 顏廷廷/台中榮民總醫院</b>	
10:52-11:04	Advanced external auditory cancer management: experience from Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital <b>Ching-Nung Wu 吳靖農/高雄長庚紀念醫院</b>	
11:04-11:16	How I Learn and Perform Surgery of EAC Cancer and Lateral Skull Base from National Cheng Kung University Hospital <b>李威靈/成功大學附設醫院</b>	
11:16-11:28	How I Learn and Perform Surgery of EAC Cancer and Lateral Skull Base 耳道和側顱底腫瘤外科手術的學習經驗分享 <b>Chien-Yu Hsueh 薛健佑/台北榮民總醫院</b>	
11:30-12:20	耳科醫學會理監事會議(第一會議室 105)	

## LUNCH SYMPOSIUMS

5月5日 12:30-13:30	地點
<p>Lunch Symposium 1 (由美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司贊助)</p> <p>座長：陳若白主任/臺大醫院雲林分院</p> <p>講題：Clinical practice of R/M HNSCC patients and experience sharing</p> <p>講師：呂長賢主任 /嘉義長庚紀念醫院</p>	1F 第一會議室
<p>Lunch Symposium 2 (由賽諾菲股份有限公司贊助)</p> <p>座長：江榮山教授/ 臺中榮民總醫院</p> <p>講題：From literature to clinical practice: Real world experience in treating CRSwNP with biologics</p> <p>講師：林怡岑醫師/ 臺大醫院</p>	B1 第二會議室
<p>Lunch Symposium 3 (由醫百科技股份有限公司贊助)</p> <p>座長：沈炳宏醫師/光田醫院</p> <p>講題：Budget Navigation ! 中小型醫院導航手術的解決方案</p> <p>講師：林志峰醫師/臺大醫院</p>	B1 第三會議室
<p>Lunch Symposium 4 (由荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司贊助)</p> <p>座長：周建宏醫師/臺大醫院雲林分院</p> <p>講題：氣喘處置觀念:PRD 的重要性</p> <p>講師：陳佑易醫師/臺大醫院雲林分院</p>	B1 第四會議室
<p>Lunch Symposium 5 (由台灣東洋藥品工業(股)公司贊助)</p> <p>座長：徐正明醫師/嘉義長庚紀念醫院</p> <p>講題：Importance and value of adjuvanted influenza vaccine in the care of adults 65+</p> <p>講師：王仲祺醫師/台中榮民總醫院</p> <p>講題：Treatment of globus pharyngeus: Except PPI</p> <p>講師：黃純惟醫師/中國醫藥大學附設醫院</p>	B1 第五會議室

FREE **口頭報告**  
PAPER-ORAL



# FREE PAPER-ORAL

## 2024/5/4 (六)

### 頭頸腫瘤-HNC 1-1~7

地點：1F 第一會議室

座長：戴世光(台北榮總)/劉時安(台中榮總)

時間	題序	演講題目	演講者
14:00~14:04	HNC 1-1	經導管動脈栓塞術治療甲狀腺腫大-個案報告	楊子賢
14:04~14:08	HNC 1-2	頸動脈支架長期頸部暴露的臨床經驗-病例報告	張千奕
14:08~14:12	HNC 1-3	新型冠狀病毒感染後嗜酸性血球增生症以及多重淋巴結腫大之類木村氏症	謝珈瑄
14:12~14:16	HNC 1-4	肌增生性炎症以不明頸部惡性腫塊為初始表現 - 病例報告	王志耕
14:16~14:20	HNC 1-5	唾液腺管道癌	蘇聖維
14:20~14:24	HNC 1-6	雙側深葉腮腺腺泡細胞癌-一個罕見的個案報告	薛智仁
14:24~14:28	HNC 1-7	喉癌遲發性頸動脈破裂--病例報告	鄭凱榮
14:28~14:50	Discussion		

### 喉基礎、咽喉、甲狀腺-LTC 1~7

地點：1F 第一會議室

座長：徐正明(嘉義長庚)/余筠瑩(高雄榮總)

時間	題序	演講題目	演講者
15:30~15:34	LTC 1	第四型黏多醣症患者經軟式支氣管鏡呼吸道處置之個案報告	張雨霖
15:34~15:38	LTC 2	復發性多軟骨炎病患之呼吸道處置	董書好
15:38~15:42	LTC 3	咽喉部之血管肌肉脂肪瘤造成之呼吸道壓迫	張庭瑋
15:42~15:46	LTC 4	深頸部切割傷合併頸動脈斷裂-病例報告	賴政宏
15:46~15:50	LTC 5	CCDC6::RET 基因融合之甲狀腺乳突癌—病例報告	王允翬
15:50~15:54	LTC 6	甲狀腺射頻消融術後結節破裂: 個案報告	葉亭佑
15:54~15:58	LTC 7	Hurthle 細胞癌與乳突甲狀腺癌同時發生於不同甲狀腺葉-病例報告	曾馨儀
15:58~16:20	Discussion		

2024/5/4 (六)

耳-EO 1~7

地點：1F 第一會議室

座長：吳振吉(台大)/顏廷廷(台中榮總)

時間	題序	演講題目	演講者
16:30~16:36	EO 1	耳蝸性偏頭痛之血漿中降血鈣素基因相關胜肽研究	陳建志
16:36~16:42	EO 2	成年人聽力損失增加受傷風險：基於全人口之世代研究	紀華瑋
16:42~16:48	EO 3	以深度學習驅動之聲源分離技術優化人工電子耳使用者的音樂聆賞	劉昱賢
16:48~16:54	EO 4	耳硬化症術前術後聽力分析 Hearing assessment of pre- and post otosclerosis surgery	潘彥蓉
16:54~17:00	EO 5	耳蝸型偏頭痛個案之臨床特徵及治療分析	陳冠儒
17:00~17:06	EO 6	外傷性腦損傷後美尼爾氏病風險及外傷處置層級與治療方式的影響：全民健保資料庫世代研究	陳孟陽
17:06~17:20	Discussion		

口腔癌、甲狀腺、睡眠學-OTSO 1~7

地點：B1 第四會議室

座長：陳聰明(雙和)/林新景(高雄長庚)

時間	題序	演講題目	演講者
14:00-14:06	OTSO 1	口腔癌手術早期死亡率的預測因素探討	李清池
14:06-14:12	OTSO 2	下頷皮瓣重建口腔頰膜癌手術後全頰缺損	陳珈合
14:12-14:18	OTSO 3	頸部無痕雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除手術—義大醫院初步經驗分享	王誌群
14:18-14:24	OTSO 4	甲狀腺結節超音影像診斷分層系統的效能比較	吳俊逸
14:24-14:30	OTSO 5	體重狀態與睡眠自律神經功能在兒童阻塞性睡眠呼吸中止症疾病嚴重度與血壓關係中的中介調節作用	趙元
14:30-14:50	Discussion		



# FREE PAPER-ORAL

## 2024/5/4 (六)

### 頭頸腫瘤-HNO 1-1~5

地點：B1 第四會議室

座長：花俊宏(中醫大附醫)/黃正池(成大)

時間	題序	演講題目	演講者
15:30~15:36	HNO 1-1	探討規則運動和頭頸癌發生風險之相關性	黃正池
15:36~15:42	HNO 1-2	回顧性研究：全身免疫炎症指數動態變化與口咽癌患者預後	張亦愷
15:42~15:48	HNO 1-3	聲門癌經改良式第三型聲帶切除手術後的復發：前置因子及治療	劉璟璇
15:48~15:54	HNO 1-4	肺炎對於接受化療加放療的頭頸部鱗狀細胞癌的患者預後	方科鈞
15:54~16:00	HNO 1-5	經治療喉癌及下咽癌患者之存活加權生活品質評估	沈之浩
16:00~16:20	Discussion		

### 鼻-NO 1-1~5

地點：B1 第四會議室

座長：戴志峰(高醫附設)/林志峰(台大)

時間	題序	演講題目	演講者
16:30~16:36	NO 1-1	高家庭收入對鼻咽癌患者長期生活品質的影響：是直接影響還是受其他因素中介？	姜驊
16:36~16:42	NO 1-2	頭頸部孤立性骨髓外漿細胞瘤治療結果分析研究	莊博文
16:42~16:48	NO 1-3	鼻咽癌治療後之頸部轉移，施行頸部淋巴廓清術作為搶救治療	洪莉婷
16:48~16:54	NO 1-4	高敏度 C-反應蛋白在空鼻症與睡眠障礙的角色	薛翔安
16:54~17:00	NO 1-5	沉浸式嗅覺訓練	趙勻廷
17:00~17:20	Discussion		

2024/5/5 (日)

### 鼻-NO 2-1~5

地點：B1 第四會議室

座長：王凌峰(高醫附設)/林右才(高雄長庚)

時間	題序	演講題目	演講者
08:30~08:36	NO 2-1	後鼻神經燒灼術合併雙側下鼻甲無線射頻手術治療嚴重慢性鼻炎與鼻塞患者：初步成果	黃健祐
08:36~08:42	NO 2-2	鼻竇內視鏡手術對慢性鼻竇炎患者併耳咽管功能障礙的影響 – 系統性文獻回顧與統合分析	楊凱珊
08:42~08:48	NO 2-3	海綿竇症候群與直接性眼侵襲症兩類嚴重鼻竇炎併發症之風險因子與預後研究探討	張軒輔
08:48~08:54	NO 2-4	Dupilumab 在慢性鼻竇炎併鼻息肉病人接受鼻竇內視鏡手術後之效果分析	劉璟農
08:54~09:00	NO 2-5	生物製劑 dupilumab 在慢性鼻竇炎後改善感覺神經嗅覺功能障礙	葉建甫
09:00~09:20	Discussion		

### 鼻-NC 1-1~7

地點：B1 第四會議室

座長：王瀛標(台北馬偕)/盧彥廷(中山附醫)

時間	題序	演講題目	演講者
09:20~09:24	NC 1-1	鼻咽癌病人經放射線治療後產生放射線骨壞死的治療處置	林伯庭
09:24~09:28	NC 1-2	鼻腔呼吸道上皮腺瘤樣錯構瘤和孤立性纖維瘤-病例報告	呂承軒
09:28~09:32	NC 1-3	巨大篩竇骨瘤合併乳突瘤	鄭宇泰
09:32~09:36	NC 1-4	使用加馬刀治療顱底與眼窩侵犯之復發性副鼻竇鱗狀上皮細胞瘤：個案報告	汪玟君
09:36~09:40	NC 1-5	鼻竇球狀血管外皮細胞瘤—案例報告	張皓祥
09:40~09:44	NC 1-6	雙側翼腭窩 IgG4 相關性疾病-病例報告	甘王勝
09:44~09:48	NC 1-7	上頰竇膽固醇肉芽腫之個案報告	張皓昀
09:48~10:10	Discussion		

# FREE PAPER-ORAL

2024/5/5 (日)

## 頭頸-HNC 2-1~7

地點：B1 第四會議室

座長：康柏皇(高雄榮總)/陳贈成(台大)

時間	題序	演講題目	演講者
10:40~10:44	HNC 2-1	探索罕見的頸部骨脂肪瘤：一例個案報告	林孟鈞
10:44~10:48	HNC 2-2	腮腺畸胎瘤——病例報告	林妍緹
10:48~10:52	HNC 2-3	腸炎沙門氏菌引發之深頸部感染	吳茵庭
10:52~10:56	HNC 2-4	聲帶放線菌病併食道癌偽裝為喉惡性腫瘤—病例報告	林大樟
10:56~11:00	HNC 2-5	口腔穴狀癌(Carcinoma cuniculatum of oral cavity)之臨床病例報告	林建甫
11:00~11:04	HNC 2-6	原發性口腔 Epstein-Barr 病毒陽性瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤-病例報告	施偉聰
11:04~11:08	HNC 2-7	下頷腺海綿狀血管瘤 - 個案病例報告	翁明謙
11:08~11:30	Discussion		

## 鼻-NC 2-1~6

地點：B1 第四會議室

座長：蘇晉輝(台北馬偕)/傅嘉祥(林口長庚)

時間	題序	演講題目	演講者
11:30~11:34	NC 2-1	孤立性先天嗅覺全失	林志恩
11:34~11:38	NC 2-2	經內視鏡手術修補異物穿刺導致之顱底骨折	黃奕婷
11:38~11:42	NC 2-3	功能性內視鏡鼻竇手術術後顱內併發症之探討：個案報告	戴崧安
11:42~11:46	NC 2-4	以孤立性動眼神經麻痺為表現之鼻竇炎	詹大慶
11:46~11:50	NC 2-5	原發性鼻竇結核菌合併左眼瞼板前膿瘍感染	黃國璋
11:50~11:54	NC 2-6	超音波在診斷及處置唾液腺結石中的角色：病例報告及文獻回顧	盧仕鈞
11:54~12:20	Discussion		

2024/5/5 (日)

## 耳-EC 1~7

地點：B1 第四會議室

座長：楊宗翰(北市聯)/林哲玄(北醫附設)

時間	題序	演講題目	演講者
13:30~13:34	EC 1	80 歲女性之右側外耳道罕見腫塊--乳突狀汗管囊腺瘤: 案例報告	林佳逢
13:34~13:38	EC 2	外耳道之乳突樣汗囊狀腺瘤 - 病例報告	洪瑋鍾
13:38~13:42	EC 3	中耳膽脂瘤手術大乳突腔之處理-以明膠海綿及軟骨填塞: 個案報告	林宏勳
13:42~13:46	EC 4	兒童雙側突發性感音性聽力障礙—案例報告	林恒羽
13:46~13:50	EC 5	以反覆腦膜炎表現之內耳畸形併先天性鐙骨足板瘻管之個案報告	詹凱傑
13:50~13:54	EC 6	一名病人出現單側內淋巴水腫合併對側突發性聽障 - 病例報告	吳秉哲
13:54~14:20	Discussion		

FREE **壁報論文**  
PAPER-POSTERS



壁報編號 No.	題目 Title / 作者群 Authors
P1	以多模態語音轉換架構優化人工電子耳使用者之語音清晰度 力博宏 林祐毅 劉承揚 賴穎暉
P2	雙側感音神經性聽力損失(sensorineural hearing loss)患者的人工耳蝸植入器(cochlear implant)對抑鬱、焦慮和失眠的影響：對 17928 名患者的兩年回顧性世代研究 郭冠吾 劉亭慧 劉俊榮
P3	軍人急性音響性聽損的特徵與預後 洪挺立 陳信傑
P4	電刺激前庭誘發肌性電位預測前庭神經炎預後之臨床應用。 張智銘 羅武嘉 楊怡和 廖立人 鄭評嘉 鄭博文
P5	全球額竇解剖構造盛行率之文獻探討 王興萬 張庭璋
P6	以單一醫院評估甲狀腺結節治療成效 徐惠珍 游進益
P7	中度至嚴重阻塞性睡眠呼吸中止的患者在經皮冠狀動脈介入治療手術後更容易出現支架內再狹窄：單一中心研究 紀建鋒 余宗哲 黃鼎傑 洪士涵 陳伯岳
P8	阻塞型睡眠呼吸中止症與心衰竭復發住院的關聯-單一中心研究 余宗哲 紀建鋒 黃鼎傑 洪士涵 陳伯岳
P9	深頸部感染與食道穿孔的危險因子探討 陳仕龍 秦嗣騏
P10	分析第四期鼻咽癌的危險因子及利用 Nomogram 預測治療預後 葉芃 廖立人 羅武嘉
P11	使用聯合模型分析長期預後營養指數用以預測鼻咽癌患者治療後的整體存活率 蕭博文 陳章至 吳靖農 羅盛典
P12	透明質酸/RHAMM /CD44 複合受體訊號傳遞對鼻咽癌細胞發展之影響 林右才
P13	鼻咽癌患者放射治療中非計畫性急診就醫之危險因子 陳葦珊 羅盛典
P14	台灣口腔鱗狀上皮細胞癌之臨床及病理因子與預後探討 廖立人 鄭玉屏
P15	口腔癌中尼古丁乙醯膽鹼受體次單元之表現及其對局部免疫細胞和預後的影響力 林其懋 林隆偉 陳贈成 葉怡玲 江伯倫
P16	頸部淋巴結係數對口咽癌病人預後的影響 游進益 徐惠珍
P17	以 Hemoglobin–albumin–lymphocyte–platelet 分數作為頭頸部鱗狀上皮癌存活率預測的指標 查志宏 蔡明憲

壁報編號 No.	題目 Title / 作者群 Authors
P18	術前周邊血液全身發炎反應指數為年輕頭頸癌病患預後的危險因子 蔡明憲
P19	基於深度學習在腮腺腫瘤的超音波影像之鑑別診斷 張展旗 黃正池 李威靈 歐俊巖 許恆睿 洪上祐 蔡書維 林政佑 蕭振仁 王士豪
P20	台灣耳鼻喉頭頸外科學習里程碑 2.0 「次核心能力」專家效度研究 陳正文 許巍鐘 王拔群
P21	頭部外傷後非顱骨骨折之聽損-病例報告 何俊賢
P22	外耳道良性皮脂腺瘤—病例報告 簡禎佑 林智鴻
P23	單側聽力缺損併內耳畸形:病例報告 呂紹安 林奎佑
P24	人工電子耳植入之成人個案於耳蝸頂端出現電阻過高 - 個案報告及文獻回顧 王俞鈞 陳巧靜
P25	梅尼爾症患者內淋巴囊手術後的核磁共振造影 顏宏宇 楊怡和
P26	梅尼爾氏症患者，水腫核磁共振影像與顱骨組織病理學的關聯 - 個案報告 洪浚揚 楊怡和
P27	核磁共振造影顯示受犯耳出現有症狀內淋巴水腫併非受犯耳出現無症狀內淋巴水腫 - 病例報告 林高宗 楊怡和
P28	少見以眼窩及鼻旁顏面部脹痛為初始表現之頸動脈 海綿竇瘻管 張証揚 鄭博文 鄭評嘉
P29	Onodi cell 黏液囊腫相關之滑車神經麻痺- 罕見病例報告 王詩璋 王凌峰
P30	鼻前庭鱗狀細胞癌：案例報告 洪爾謙 鄭博文 廖立人
P31	泡狀鼻甲繼發化膿性黏液囊腫合併慢性鼻竇炎之案例報告 卓筱茜 林世倉
P32	鼻中膈多形性腺瘤-罕見病例報告 施驊璋 吳幸美
P33	以鼻腔腫瘤表現的髓外漿細胞瘤 李鈞量 陳世偉 黎瓊柱 朱繡棟 陳忠雄
P34	鼻腔韋格納氏肉芽腫—個案報告 施懿倫 陳韋至
P35	蝶竇嗅神經母細胞瘤併眼窩頂、海綿竇及翼顎窩侵犯之治療 陳關宇 朱永祥 施政坪
P36	稀少案例報告-HPV 相關多表現型鼻腔鼻竇癌 鄭詠聰 張耿銘
P37	單次手術同步治療腦脊髓液鼻漏與鼻嗜酸細胞瘤：病例報告 周彥文 薛智仁

壁報編號 No.	題目 Title / 作者群 Authors
P38	以自體肋骨鼻整形手術治療巨大鼻中隔穿孔導致之鞍鼻鼻塞 - 個案報告 孫宜緯 林漢琛
P39	案例報告 - 蝶竇黴菌球 陳易儂 葉德輝
P40	EGPA 以頑固性鼻息肉型鼻竇炎表現：案例報告 張劭 辛宗翰 盧彥廷
P41	左側額竇黴菌性鼻竇炎併眼部併發症：案例報告 陳俊天 趙品植 李飛鵬 陳聰明
P42	複視：鼻竇炎之合併症：案例報告 許智凱 廖立人 鄭博文
P43	急性鼻竇炎伴右側眼眶蜂窩性組織炎的病例報告 陳子昂 鄭博文 廖立人
P44	案例報告：左側「齒」源性鼻竇炎 巫承融 何潔
P45	前鼻中隔黴菌膿瘍併上頷竇黴菌球鼻竇炎 楊士維 羅正民 鄭子謙
P46	喉軟化症於 10 歲孩童的案例報告 劉家韋 鄭評嘉
P47	下咽異位性副甲狀腺-病例報告 陳泳瑄 陳韋至
P48	誘導性標靶治療：嚴重甲狀腺癌治療的新選擇一個案報告 薛懿 余筠瑩
P49	沉默的甲狀腺：甲狀腺囊腫引起的聲帶麻痺逆轉案例報告 鄭博軒 李日清
P50	傳統電燒和無線超音波刀應用至睡眠中止病患之懸雍垂切除在門診手術之優劣分析-病例報告 郭隸德 郭柏佑 林奴董
P51	病例報告：76 歲女性頸椎神經源性腫瘤，伴隨左側頸部腫塊及上肢症狀 詹健暘 李自祥
P52	以上齒齦及臉頰部腫塊為表現的 IgG4 Related Disease 胡志宇
P53	腮腺原發性淋巴瘤 蘇聖博 陳明勛
P54	鼻翼底部帶狀皰疹-病例報告 蔡瑞軒
P55	自費健康檢查意外發現之聽神經瘤 - 病例報告及文獻回顧 陳力瑀 蘇偉翔
P56	罕見之頸部淋巴管瘤 (lymphangioma) - 病例報告 陳妍彤 朱彰堯 張世倫
P57	腮腺轉移性多形性腺瘤 - 病例報告 蔡万曠 康柏皇



壁報編號 No.	題目 Title / 作者群 Authors
P58	小唾液腺軟顎混合瘤：不尋常的表現 岳漢忠 盧仕鈞 陳資穎
P59	以廣泛性囊性變化表現之腮腺多形性腺瘤 - 病例報告 吳祐瑄 洪尊仁
P60	同時發生之鼻咽癌及甲狀腺賀氏細胞癌 - 個案報告 陳佩欣 林世倉
P61	氣切術後無症狀聲門下狹窄形似雙重聲帶之罕見病例 黃典茹 李日清
P62	舌腺癌 - 病例報告 吳明軒
P63	以鼻唇腫塊為表現之遠端轉移肺癌-病例報告 楊家和 劉昱希 廖峻毅 陳秋帆
P64	以侵襲性黴菌性鼻竇炎及臉部蜂窩性組織炎呈現之鼻型結節外 NK/T 細胞淋巴瘤 - 病例報告 楊沛真 黃俊棋 蔣敬文
P65	原發不明之頸部下頷區轉移性惡性黑色素細胞瘤: 案例報告 呂恆安 趙俊淵
P66	喉部化膿性肉芽腫經口達文西手術切除—病例報告 周冠好 曹傑漢
P67	以口腔及上聲門腫瘤為最初表現的 IgG4 相關性疾病 - 病例報告 黃健維 張國平
P68	個案報告-腮腺分泌性癌 劉欣昊 王興萬
P69	頸部血管球瘤 - 病例報告 陳泓華 姜博騰
P70	罕見之腮腺皮脂腺癌---病例報告 劉家麟 蘇彥燁 李沛航
P71	頸部鈍傷造成漸進性單側喉部血腫—案例報告 莊凱期 張聰舜 袁建漢

# Conquering Allergy for Better Quality of Life



# Xyzal

## Xyzal

Levocetirizine dihydrochloride

### 驅異樂 Xyzal

膜衣錠5毫克

Xyzal film-coated tablets 5mg

## Levocetirizine dihydrochloride

治療成人及六歲以上孩童因過敏性鼻炎、慢性蕁麻疹等所引起的各種過敏徵狀。

### Safety Information

北市衛藥廣字第112070189號  
衛署藥輸字第023792號

【警語及注意事項】併用酒類時須特別小心；有尿液滯留、痙攣加劇的風險；患有癲癇和有抽搐風險的病人必須謹慎使用本藥；戒斷症狀：當停止治療時可能會發生瘙癢。詳細處方資訊請見完整仿單。

【適應症或用途】治療成人及六歲以上孩童因過敏性鼻炎、慢性蕁麻疹等所引起的各種過敏徵狀。說明：包括持續性過敏性鼻炎所引起的各種過敏徵狀。

【劑量與用法】本藥須由醫師處方使用。服用時以水伴服吞入，飯前或飯後均可。建議每日單次服用，詳細處方資訊請見完整仿單。

【禁忌症】對levocetirizine、cetirizine、hydroxyzine、piperazine衍生物過敏，或對本藥中任何成分過敏者。嚴重腎功能障礙病人(creatinine clearance<10 ml/min)。

【(藥物)交互作用】erythromycin、azithromycin、glipizide 及 diazepam引起交互作用，詳細處方資訊請見完整仿單。

【懷孕與授乳】生殖：無相關資料。懷孕：目前並無或有限。

【不良反應】常見：頭痛、嗜睡、疲勞、口乾。少見：腹痛、無力感。



Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies  
©2023 GSK group of companies or its licensor  
不良事件通報程序：若有不良事件可通報至葛蘭素史克藥廠  
通報電話：(02)23126836；通報網址：oax40892@gsk.com  
公司名稱：荷商葛蘭素史克藥廠(股)台灣分公司  
公司地址：台北市忠孝西路一段66號23樓  
(聲明)詳細處方資訊備索。  
參考仿單版本編號NCDS 07  
PM-TW-LVC-ADVT-230001 版本日期：Apr. 2023

僅供醫護專業人員使用



## 黑蒜禮盒

黑蒜是用新鮮的生蒜，以最新的醱酵熟成技術乾燥後所製成之產品，「黑蒜」在經過醱酵熟成後，能讓大蒜本身的蛋白質轉化成為人體每日所必須要的18種「胺基酸」，可被人體迅速吸收，吃起來酸酸、甜甜口感似蜜餞，沒有「大蒜」的辛辣，在現今食補同源的觀念下實為一個養生良品。



## 州上米

土庫原是台南州的商業古鎮，週邊富產花生、水稻、蒜頭，過往是台灣的油都，街道上熙來攘往；當時的土庫又成為台南州之碾米中心，產品配銷遠及日本，因此土庫的好米被稱為「州上米」。



## 養生黑蒜

黑蒜是用新鮮的生蒜，以最新的醱酵熟成技術乾燥後所製成之產品，「黑蒜」在經過醱酵熟成後，能讓大蒜本身的蛋白質轉化成為人體每日所必須要的18種「胺基酸」，可被人體迅速吸收，吃起來酸酸、甜甜口感似蜜餞，沒有「大蒜」的辛辣，在現今食補同源的觀念下實為一個養生良品。



## 豬肉鬆

豬肉鬆是嚴選新鮮豬後腿肉，遵循傳統製法，使用純釀造醬油佐以手工焙炒製成，將肉烘炒的非常細緻，富有蓬鬆香酥的層次感，無添加防腐劑、味精，堅持品質嚴格把關，是目前全台唯一一貫化生產從屠宰→烘炒→包裝成品都在自己廠內完成。



## 落花生

嚴選粒粒飽滿的落花生，經烘烤後散發出最自然、最溫暖的土豆香，配上一口茶，人生滿足無所求。



## 花生糖

花生糖香甜酥脆，是廣大消費者極其喜愛的休閒食品，其營養價值非常高，含有豐富的蛋白質、脂肪、各種人類必須的氨基酸、維生素BPP、A、D、E、C、鈣、鐵等礦物質。



## 手工脆皮爆米花

本行手工脆皮爆米花特色

- 採用美國進口非基因改造magic玉米原料
- 添加天然海藻糖，口味更清甜，熱量更低
- 通過SGS產品檢測，食安衛生
- 投保富邦1000萬產品責任險，安全有保障
- 特殊工法處理玉米皮屑稀少，吃得順口



雲林縣土庫鎮農會 監製

地址：雲林縣土庫鎮建國路37之1號

消費者服務專線：05-6623111

保險部 供銷部 推廣部 會計部 信用部 會務部

電話：6623111-5  
傳真：6622420

忠正辦事處：6629111  
馬光辦事處：6654611-3  
新庄辦事處：6654133  
後埔辦事處：6657758  
蔬菜共同運銷：6622564  
新庄集貨場：6653076  
馬光分倉：6650627

日期：5月4日

座長：力博宏/振興醫院

14:00-14:50

**Diagnosis and Treatment Strategies of Pulsatile Tinnitus: The State of the Art**

Jae Jin Song / Seoul National University Bundang Hospital, Korea

Pulsatile tinnitus (PT) is characterized by an auditory perception of pulse-synchronous sound. An alteration in the vascular hemodynamics causing turbulent flow, a vibration of a dehiscent vascular wall, or third window lesions are potential mechanisms of PT. Vascular PT can be subdivided into arterial, arteriovenous, and venous lesions. When the patient complains of psychoacoustic characteristics of PT, detailed physical examination and audiologic evaluation complemented by etiology-targeted laboratory tests can give diagnostic clues. Also, radiological evaluations such as brain MRI with angiography, temporal bone high-resolution CT, Doppler ultrasonography, and classical transfemoral cerebral angiography are recommended. Of various pathologies causing PT, dehiscence or diverticulum of the sigmoid sinus or jugular bulb are the most common causes that can be cured by surgical or interventional treatments. Also, benign intracranial hypertension is a common cause of PT. Although 15 – 50% of patients present with no definite diagnosis even after meticulous diagnostic work-up, the identification of the causal vascular pathology is vital for the optimal treatment of PT because successful surgical or interventional management are available in many cases. In this talk, state-of-the-art diagnostic and therapeutic approaches to subjects with PT will be discussed

日期：5月4日

座長：戴志展/中國醫藥大學附設醫院、葉德輝/臺大醫院

15:30-16:20

**Translational Research in Olfactory Medicine : molecular analysis of the human olfactory mucus/mucosa**

Kenji Kondo/ The University of Tokyo, Japan

Our recent research focuses on the molecular mechanisms of human olfactory physiology and the pathophysiology of olfactory disorders, with the goal of establishing clinical assays to evaluate the olfactory mucosal status, as well as of developing drug therapies. We are particularly interested in using olfactory mucus samples; olfactory mucus is a mucus that covers the olfactory epithelium and potentially have a variety of functions, including dissolution and transport of odorants, degradation of used odorants, and protection against infection of the olfactory mucosa and central nervous system. In contrast to mucosal tissue, olfactory mucus can be obtained non-invasively from human subjects. In this talk, I will present the following research results.

1. We found that human olfactory and respiratory mucus have metabolic functions such as methylation of thiol, reduction of aldehyde, and hydrolysis of ester. Using real-time mass spectrometry we confirmed that these reactions occur in vivo in a very short time and affect odor perception. The metabolic function was significantly higher in olfactory mucus than in respiratory mucus, while the metabolic capacity was lower in patients with idiopathic olfactory dysfunction than in those with normal olfaction.

2. A comprehensive protein analysis of the olfactory mucus revealed that human olfactory mucus contains large amounts of lipocalin 15, a member of the lipocalin family of proteins that is thought to be involved in the transport of hydrophobic molecules. Immunostaining of the olfactory cleft mucosa of surgical specimens with anti-LCN15 antibodies demonstrated that LCN15 is produced in Bowman's glands, which are specific secretory glands of the olfactory mucosa. A positive correlation was observed between the distribution of olfactory neurons and LCN15 in the olfactory cleft mucosa.

3. In vivo visualization of the olfactory mucosa is being attempted in order to directly evaluate the state of the olfactory mucosa. We selected CYP2A6 and GGT7, enzymes specifically expressed in the human olfactory mucosa, by comprehensive gene analysis. The olfactory mucosa could be visualized separately from the respiratory mucosa by using probes that emit fluorescence when metabolized by these enzymes. We also confirmed that the fluorescent probes can detect changes associated with experimental injury and regeneration of the olfactory mucosa.

(These works were done in collaboration with Chioli Ijichi, Institute of Food Science and Technologies, Ajinomoto Co., Inc.; Kazushige Touhara, Graduate School of Agricultural and Life Sciences, University of Tokyo; Masayoshi Kobayashi, Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Graduate School of Medicine, Mie University; Eric Holbrook, Department of Otolaryngology, Harvard University; and James Schwob, Department of Developmental and Molecular Biochemistry, Tufts University School of Medicine.)

日期：5月4日

座長：鄭博文/亞東紀念醫院、楊宗霖/臺大醫院

16:30-17:20

### **Nasopharyngeal Carcinoma: from Bedside to Bench**

廖立人/亞東紀念醫院

Nasopharyngeal carcinoma (NPC) is rare in most parts of the world but endemic in southern Asia. Here, we describe the molecular abnormalities in NPC and point out potential molecular mechanisms for future therapy. This talk provides a brief up-to-date review focusing on the epidemiology and immune and molecular pathways of NPC, which may improve our knowledge of this disease, and we also highlight some issues for further research. In brief, some heritable genes are related to NPC; therefore, people with a family history of NPC have an increased risk of this disease. Carcinogenic substances and Epstein–Barr virus (EBV) exposure both contribute to tumorigenesis through the accumulation of multiple genomic changes. In recent years, salted fish intake has decreased the impact on NPC, which implies that changing exposure to carcinogens can modify the risk of NPC. Eradication of cancer-associated viruses potentially eradicates cancer, and EBV vaccines might also prevent this disease in the future. Screening patients by using an EBV antibody is feasible in the high-risk group; plasma EBV DNA measurement could also be conducted for screening, prognosis and monitoring of this disease. Understanding the molecular mechanisms of NPC can further provide novel information for health promotion, disease screening and precision cancer treatment. Besides, EBV-specific T cell frequency as well as response magnitude were not enhanced in NPC when compared to other tissue types. The lack of an enhanced EBV-specific T cell response magnitude in NPC tissue confirms the concept that enhancement of EBV-specific immunity by adoptive T cell therapy may improve the outcome of NPC.

1F 主會議室

**Keynote 小兒 (K4)**

日期：5月5日

座長：李國森/馬偕紀念醫院

08:30-09:20

**Pediatric In-Office Procedures in a General ENT Office**

Gene Chunhao Liu/ Surgery Cedars-Sinai Medical Center, USA

Explore clinical and business factors to consider regarding in-office procedures in the pediatric population. Learn which pediatric procedures are being performed in an all-ages office. Discuss patient and parent selection, as well as technical tips and tricks, for success

日期：5月5日

座長：許巍鐘/臺大醫院

09:20-10:10

**Pediatric OSA: An Update**

Ron B. Mitchell/ UT Southwestern Medical Center, USA

Objectives: To discuss the diagnosis and management of pediatric obstructive sleep apnea (OSA).

Methods: A review of the literature on Pediatric OSA including recent RCTs and published consensus statements by the American Academy of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery (AAOHNS).

Results: The majority of T&As are performed without pre-op PSG; AAOHNS Clinical Practice Guideline (2019) recommends T&A for OSA; > 500,000 T&A procedures performed in the USA mostly for adenotonsillar hypertrophy/ SDB. This presentation will include the personal experience and the consensus of experts in the field of pediatric OSA.

Conclusions: Healthy children with mild SDB (AHI less than 3) that have poor behavior, high symptom burden, and/or poor QOL benefit from T&A. Routine PSG is unnecessary in children with mild SDB. A multidisciplinary approach is needed for management of persistent OSA



日期：5月5日

座長：戴志展/中國醫藥大學附設醫院、辛宗翰/中山醫學大附設醫院

10:40-11:30

**Integrating anti-IL5 therapy into the surgical management of CRSwNP**

Richard Harvey/ St Vincent's Hospital, AU

Patients diagnosed with chronic rhinosinusitis (CRS) usually undergo drug treatment. If the disease persists, surgery may be considered. However, the appropriate treatment for CRS can vary among patients. While some patients may respond well to drug treatment alone, others may require a combination of surgery and medication. Unfortunately, despite trying various treatment options, some patients may not achieve satisfactory results. In severe cases of CRSwNP, sinus surgery may be necessary to remove the nasal polyp tissue and diseased nasal mucosa. However, surgery can lead to complications such as bleeding, orbital injury, and cerebrospinal fluid leak. CRSwNP is generally associated with eosinophilic tissue infiltration linked to type 2 inflammation and characterized by elevated levels of interleukin (IL)-5 and other type 2 inflammatory mediators. When evaluating treatment options, it is important to consider several factors. Significant predictors of revision surgery include eosinophilic disease, comorbid allergic sensitization, and elevated IL-5 in the nasal mucosa. In this lecture, Professor Richard Harvey will cover the topic of integrating anti-IL5 therapy into the surgical management of CRSwNP. He will show how Mepolizumab can reduce the need for and incidence of sinus surgeries in adult patients who have recurrent severe CRSwNP.

日期：5月5日

座長：婁培人/臺大醫院、廖立人/亞東紀念醫院

11:30-12:20

**Screening and prevention of oral cavity cancers**

Anil K. Chaturvedi/ National Institutes of Health, USA

This talk will cover the state of the science on screening and prevention of oral cavity cancers: 1) evidence of the benefits of screening for reduction in morbidity and mortality; 2) performance characteristics of currently available screening modalities; 3) high-risk populations most optimal for inclusion in screening; 4) natural history of oral precancer and prospects for secondary prevention; and 5) clinical management of screen-positive individuals for secondary prevention and/or early detection. The talk will focus on the current evidence base, research gaps, and ongoing research to address such gaps.

日期：5月4日

14:00-14:50

座長：江榮山/臺中榮民總醫院、藍敏瑛/臺北榮民總醫院

**Updates in olfaction**

14:00-14:15

**The basics of human olfactory function and advances in assessment techniques**

趙勻廷/臺北榮民總醫院

The sense of smell, known as olfaction, is a fundamental sensory modality enabling humans to perceive and interpret chemical cues from their environment. Human olfaction plays crucial roles in various functions, including the detection of food, formation of memories, regulation of emotions, and social communication. Additionally, it influences eating behaviors and enhances awareness of environmental threats such as spoiled food, microbial risks, hazardous gases, and fires. The olfactory system comprises a complex network of specialized cells and neural pathways that facilitate the detection and processing of odorants. Smell perception involves peripheral organs, including the olfactory neuroepithelium, olfactory bulbs, and olfactory tract, as well as central circuits in the brain. Therefore, an ideal assessment tool for olfactory function should encompass both peripheral and central mechanisms. The Sniffin' Sticks test, consisting of three subtests—threshold, discrimination, and identification—evaluates multiple dimensions of olfactory function. Additionally, simple, self-administered, and home-based devices have been developed, particularly relevant in the COVID era. Retronasal olfaction and intranasal trigeminal function can also be taken into consideration to achieve a more comprehensive evaluation.

14:15-14:30

**The design and application of Taiwan smell identification test**

沈炳宏/光田綜合醫院

嗅覺是人類重要的感覺之一。除了可以享受食物的美味之外，嗅覺還能趨吉避凶。例如聞到瓦斯味或燒焦味會產生警覺。臨床上許多疾病會導致嗅覺喪失，例如感冒後、頭部外傷後、鼻竇炎、鼻息肉的患者是比較常見的嗅覺喪失的族群之外，甚至神經退化性疾病（如巴金森氏症、阿茲海默症等）的早期都有可能發生嗅覺喪失。因此客觀的、量化的嗅覺測試在臨床上是重要的。目前國際普遍使用的賓州嗅覺測試劑（University of Pennsylvania Smell Identification Test, UPSIT）當中有許多氣味台灣民眾並不熟悉；因此筆者於2013年起心動念，著手研發台灣人專屬的嗅覺辨別測試劑。2015年有了具體的成果並發表後，成功的產學合作，於2019年取得衛署許可，上市了牛耳嗅覺測試劑（Top International Biotech Smell Identification Test, TIBSIT）。

本演講的內容，除了概要敘述此嗅覺測試劑的研發過程之外，主要跟同好們分享如何應用TIBSIT於臨床，也同時報告近年來國內使用TIBSIT的成果與發表，以及未來可能的發展方向。祈願大家一起為國人嗅覺健康盡一份力。

14:30-14:45

**Real world experience of the utility of olfaction tests in clinical practice**

梁凱莉/臺中榮民總醫院

The issue of olfactory dysfunction is gradually gaining attention, and many olfactory assessment tools are frequently utilized in the fields of otolaryngology, neurology, and geriatrics. Proper utilization of olfactory assessment tools can assist in diagnosis and evaluating treatment outcomes. Furthermore, they serve as important evidence in medical records and legal aspects of healthcare.

When using olfactory assessment tools, it is important to understand their reliability and validity. Additionally, considering cultural differences is essential when employing internationally recognized assessment methods. Moreover, age and gender are factors to consider when interpreting olfactory function assessment results.

Taichung Veterans General Hospital began developing olfactory examinations in the 1990s, gradually establishing local expertise in various olfactory tests, including olfactory threshold tests and the Traditional Chinese version of the University of Pennsylvania Smell Identification Test. Local norms have also been established. In this presentation, we will share our experiences in utilizing various olfactory tests in the diagnosis and treatment of clinical diseases, including olfactory loss caused by various etiologies, surgical interventions, pharmacological treatments, and olfactory training commonly used in the assessment and treatment of olfactory loss.

日期：5月4日 14:00-14:50

座長：許巍鐘/臺大醫院、郭怡君/林口長庚紀念醫院

### Pediatric OSAS

14:00-14:10

#### **Persistent OSA after Tonsillectomy: An update Including the role of the hypoglossal nerve stimulator**

Ron B. Mitchell/ UT Southwestern Medical Center, USA

Objectives: To discuss the diagnosis and management of mild pediatric obstructive sleep apnea (OSA).

Methods: A review of the effects of mild OSA on behavior, quality-of-life (QOL) and sleep in children

Results: Most T&As in children are performed for oSDB/ Mild OSA. The main indication is QOL; OSA is associated with behavioral problems and is known to significantly affect QOL. Healthy children with mild OSA that have poor behavior, high symptom burden, and/or poor QOL benefit from T&A.

Conclusions: OSA is under-diagnosed and treated in children and is associated with behavioral problems and reduced QOL in children. T&A is associated with improvements in behavior, QOL, healthcare utilization as well as sleep in children. The decision to perform T&A for mild OSA should be based on symptoms and QOL and not AHI.

14:10-14:20

#### **Lingual frenulum and obstructive sleep apnea**

薛婉儀/新竹國泰綜合醫院

Impacts of short tongue tie is an issue concerned by parents and pediatrician. A child with short tongue tie also visits ENT clinic commonly. Short lingual frenulum has been associated with difficulties in sucking, swallowing and speech. Association with breastfeeding difficulties has been widely investigated.

Pediatric OSA is related to various comorbidities and disorders, including respiratory complications, obesity, adenotonsillar hypertrophy, and craniofacial and behavioral syndromes. The correlation between OSA in children and short lingual frenulum was established in recent decades. Oral-facial dysmorphism caused by short lingual frenulum is the main pathophysiology leading to OSA. In a 2024 systematic review and meta-analysis study, it revealed a significant correlation between a short lingual frenulum and a high-arched palate, and obstructive sleep apnea in children. In this talk, assessment of short lingual frenulum, correlation between OSA and ankyloglossia, treatment strategy of short lingual frenulum related OSA will be discussed.

14:20-14:30

#### **Pediatric OSAS--before the surgical decision**

林哲儀/臺大醫院

兒童阻塞性睡眠呼吸中止症(OSAS)會影響兒童生長期間的身心發展，以至於患有 OSAS 的兒童通常需要醫療的介入與處置。而腺樣體與扁桃腺切除術(AT)對兒童 OSAS 的療效已被廣泛報導，並經常性地被作為是第一線治療方法。相較之下，許多病患的父母對手術的決定往往猶豫不決，因此為了讓照顧者對手術的安全性與必要性有完整的認識，在與照顧者共同決定手術前，針對病患之個體差異、嚴重度等做出完整的評估與內科治療是有其必要的。

14:30-14:40

#### **Three-dimensional imaging in children with obstructive sleep apnea**

##### **兒童睡眠呼吸中止症的 3D 影像檢查**

康焜泰/衛生福利部臺北醫院

Structural narrowing of the upper airway is the major cause of obstructive sleep apnea in children. Upper airway imaging identifies sites of obstruction in children with OSA, and thus facilitate the treatment planning and outcome measures. In recent years, three-dimensional (3-D) imaging have been proposed to demonstrate structural alterations in children with obstructive sleep apnea. This section highlights the recent advancement in three-dimensional imaging study and 3-D image-based computational fluid dynamics techniques in childhood obstructive sleep apnea.

日期：5月4日 15:30-16:20

座長：鄭博文/亞東紀念醫院、楊庭華/臺大醫院

### 耳科學最新進步

15:30-15:52

#### 神經耳科學的昨日今日與明日

楊怡和/亞東紀念醫院

(I) 在半規管的研究方面，Robert Barany 在 1906 年所發表的溫差測驗(caloric test)，歷經百年屹立不搖，令他因此榮獲諾貝爾獎的殊榮。五〇年代，美國 Elvin Marg 發明眼球電圖(electrooculograph)，可精確地記錄眼球運動，成為後來眼振電圖(electronystagmography, ENG)的先驅。1964 年，日本東京大學留學生鈴木淳一，赴美國紐約西奈山醫院，師事當代兩位神經科的大師 Bender 及 Cohen，利用電流刺激貓的半規管神經，誘發多彩多姿的眼振，遂開啟神經耳科學的紀元。八〇年代，結合電腦科技的 computerized ENG 問市，更使神經耳科學邁向數位化時代。九〇年代再發明 videonystagmography (VNG)，2001 年發明 video head impulse test，遂令每條半規管的功能得以檢測。

(II) 在姿勢測驗方面，八〇年代靜態重心動搖檢查(static posturography)的發明，取代了傳統的神經學檢查如 Romberg test、stepping test。1989 年 Shepard 發明動態重心動搖檢查(dynamic posturography)，使得前庭覺、視覺、及本體感覺，可分別檢測。然此法需昂貴儀器，龐大空間，約束病患，因此 2002 年後，被簡單的泡綿重心動搖檢查(foam posturography)取而代之，且沿用至今。

(III) 在耳石器官的研究方面，1994 年澳洲新南威爾斯大學的 Colebatch 教授首度發表 cervical vestibular evoked myogenic potential (cVEMP)，啟動了研究球囊的濫觴。1998 年 Watson 與 Colebatch 再發表 galvanic VEMP，用來檢測 vestibular afferents。2005 年 Rosengren 發表 ocular VEMP (oVEMP)，更解開了世紀之謎—橢圓囊的神祕。2010 年後，全套的內耳功能檢查，包括聽力檢查、cVEMP 檢查、oVEMP 檢查、及溫差測驗，終使內耳病變的範圍得以決定，遂成為目前門診眩暈病患的常規檢查。

(IV) 在影像學診斷方面，隨著 CT 與 MRI 的相繼問世，MRI 儼然成為診斷前庭神經鞘瘤的黃金準則。至於第一篇內淋巴水腫的核磁共振造影論文，則遲至 2007 年才由日本名古屋大學耳鼻喉科，中島務教授首度發表。唯最初的方法是經鼓膜內注射顯影劑，此法具侵襲性，且單耳檢測，是其弱點。2013 年，名古屋大學放射科的長繩慎二教授，改由靜脈注射顯影劑，可同時檢測雙耳。復經電腦重組處理影像，終使高清畫像的內淋巴水腫顯現，與病理切片相符，遂開啟了神經耳科學的未來十年。

反觀台灣在這一波神經耳科發展的洪流中，歷經多位前輩筚路藍縷以啟山林，終使台灣神經耳科學在過去與現在的表現，不遑多讓於歐、美、日先進諸國。未來期望更多年輕的醫師，加入我們的行列，繼續為台灣神經耳科學在國際上發光發熱。

15:52-16:14

#### 基因治療與聽覺植入：魚與熊掌不可兼得乎？

#### Gene therapy and auditory implantation: Can they be compatible?

吳振吉/臺大醫院

Cochlear implantation is currently the treatment of choice for children with severe to profound sensorineural hearing impairment (SNHI). Although most patients with SNHI have good speech perception after cochlear implantation, they do not regain "natural hearing" and cannot enjoy music satisfactorily. Cochlear implants convert external sounds into electrical signals and function only as a mechanical prosthesis. Cochlear implants cannot provide full recovery of hearing sensitivity and/or restoration of the native inner ear sensory epithelium. Furthermore, the benefits of cochlear implants may be limited due to the involvement of retrocochlear pathologies. Therefore, new biological therapeutic approaches based on gene transfer and gene editing tools are being developed to address these unmet clinical needs.

It can be envisioned that gene therapy for SNHI will start from certain scenarios: (1) OTOF-related SNHI, as recent animal studies have demonstrated the potential of gene therapy to reverse cochlear pathologies caused by OTOF mutations; (2) syndromic hearing loss, such as Usher syndrome, as there are already FDA-approved gene therapies for ocular or neurological diseases; (3) SLC26A4-related SNHI, as there may be a therapeutic window for gene therapy due to the progressive/fluctuating nature of SNHI; and (4) genetic etiologies associated with poor CI outcomes, such as retrocochlear pathologies caused by PJKV mutations. In this talk, I will discuss these scenarios and present our recent data in humans and experimental models.

日期：5月4日

15:30-16:20

座長：葉瑞銘/嘉義長庚紀念醫院、尹丹桂/國泰綜合醫院

**General Pediatric ENT**

15:30-15:40

**Single-Pass Ear Tube Delivery Systems**

Gene Chunhao Liu/ Surgery Cedars-Sinai Medical Center, USA

Learn about the FDA approved "single-pass" ear tube delivery systems from a skeptical early adopter and now high-volume user. Discuss the pros and cons and review the literature for each device from one of the first surgeons to use both devices.

15:40-15:50

**Pediatric chronic rhinosinusitis**

盧彥廷/聖馬爾定醫院

Pediatric chronic rhinosinusitis (CRS) is a widely recognized clinical condition that significantly detracts from the quality of life of affected individuals. This condition arises from a constellation of factors including recurrent viral infections, anatomical anomalies, immune deficiencies, biofilm presence, adenoidal hypertrophy, allergies, compromised mucociliary function, and, occasionally, gastroesophageal reflux. The therapeutic strategy for managing pediatric CRS encompasses both medical and surgical interventions, specifically the use of antibiotics and steroids, and procedures like Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) and adenoidectomy, respectively. Today we aims to dissect the pathophysiological mechanisms behind pediatric CRS and critically analyze the evidence supporting medical and surgical treatment modalities to formulate comprehensive management.

15:50-16:00

**新生兒聽力篩檢關鍵解析**

陳姵妤/馬偕紀念醫院

聽力障礙在新生兒的盛行率約為千分之三到四，聽損阻礙了兒童的語言能力發展，連帶對學業表現及社會心理發展帶來負面影響。新生兒聽力篩檢顯著提早了聽力障礙的診斷時間，使介入治療的時間得以提早，讓病患可以即時接觸到適合的教育資源。本次演講將整理新生兒聽力篩檢的流程及解讀探討篩檢方法，並提供有關如何解讀篩檢結果的實用建議。

16:00-16:10

**Deep neck space infection in children**

李家萱/衛生福利部臺北醫院

日期：5月4日 16:30-17:20

座長：李達人/林口長庚紀念醫院、辛宗翰/中山醫學大學附設醫院

### Frontiers in Rhinology

16:30-16:45

#### Frontier treatment of chronic rhinitis

施亮均/中國醫藥大學附設醫院

Rhinitis is a condition characterized by inflammation of the nasal mucosa, resulting in symptoms such as nasal congestion, runny nose, sneezing, and itching.

Classification: Rhinitis can be classified into several types based on its etiology and duration:

1. Allergic Rhinitis: Caused by an immune response to allergens such as pollen, dust mites, pet dander, or mold.
2. Non-Allergic Rhinitis: Can be triggered by factors other than allergens, including irritants (e.g., smoke, strong odors), changes in temperature or humidity, hormonal fluctuations, or certain medications.
3. Infectious Rhinitis: Caused by viral or bacterial infections, commonly referred to as the common cold or sinusitis.
4. Occupational Rhinitis: Triggered by exposure to irritants or allergens in the workplace.
5. Drug-Induced Rhinitis: Caused by medications such as nasal decongestant sprays, certain blood pressure medications, or nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).

Diagnosis: Diagnosis of rhinitis involves a comprehensive medical history, physical examination, and sometimes allergy testing or nasal endoscopy. Allergy testing may include skin prick tests or blood tests to identify specific allergens.

Management:

1. Allergic Rhinitis: Management strategies for allergic rhinitis include allergen avoidance, pharmacotherapy (e.g., antihistamines, intranasal corticosteroids, decongestants), allergen immunotherapy (allergy shots or sublingual tablets), and education about triggers and environmental control measures.
2. Non-Allergic Rhinitis: Treatment options for non-allergic rhinitis include intranasal corticosteroids, antihistamines, nasal saline irrigation, decongestants, and avoidance of triggers.
3. Infectious Rhinitis: Treatment typically involves supportive care, such as rest, hydration, nasal saline irrigation, and over-the-counter medications for symptom relief. Antibiotics may be necessary for bacterial sinusitis.
4. Occupational Rhinitis: Management includes identifying and avoiding workplace triggers, using personal protective equipment, and, if necessary, changing job duties or environments.
5. Drug-Induced Rhinitis: Discontinuing the offending medication is the primary treatment. Alternative medications may be prescribed if feasible.
6. Emerging Therapies: Emerging treatments for rhinitis include biologic therapies targeting specific inflammatory pathways, such as monoclonal antibodies against immunoglobulin E (IgE) or interleukin-5 (IL-5), which have shown efficacy in allergic rhinitis and eosinophilic non-allergic rhinitis.

16:45-17:00

#### Frontier treatment of chronic rhinosinusitis

吳佩雯/林口長庚紀念醫院

In the recent decade, endotype-driven treatment has been introduced in the management of chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP). Patients with CRSwNP having a type 2 pattern of inflammation was identified as the most challenging cases in clinical practice. The mechanisms that lead to chronic type 2 inflammation are still being explored but the advancements in the past several years have been dramatic with the approval of the first biologic treatment for CRSwNP, dupilumab, in 2019. Although several studies support the benefits of adding dupilumab to daily standard of care for patients with severe CRSwNP who otherwise have few therapeutic options, the cost-effectiveness remains an issue worth discussing. Clinical trial regarding the benefit of a short course of biologics following endoscopic sinus surgery is in progress. It is hoped the adjuvant use of dupilumab will “re-program” the healing epithelial/immune cell environment and induce durable remission of the type 2 inflammation.

17:00-17:15

#### AI in Rhinology

林怡岑/臺大醫院

日期：5月5日

08:30-09:20

座長：康柏皇/高雄榮民總醫院、李日清/三軍總醫院

**Progress in Head & Neck surgery**

08:30-08:45

**唾液腺腫瘤的診斷與治療**

謝明杼/彰化基督教醫院

唾液腺腫瘤的診斷除了詳細病史詢問和頭頸部檢查、觸診有無腫塊，

影像學檢查如 CT、MRI、超音波等，來評估腫瘤的位置、大小和周圍組織侵犯情況。彰基在頭頸部超音波豐富的經驗，讓唾液腺腫瘤在手術前，經由細針抽吸或穿次切片就能夠診斷出 8 成唾液腺腫瘤，並且制定明確的治療計畫。

手術切除是主要的治療方式，良性腫瘤一般行局部切除術，惡性腫瘤則需要根治性切

加上淋巴結廓清手術。彰基已發展唾液腺腫瘤內視鏡切除的微創手術十多年，在合適的個案選擇唾液腺內視鏡切除，不僅傷口小、術後恢復也快，能夠縮短住院時間，減少術後併發症，跟達文西手術相比病人也不需要花費高昂的費用。

08:45-09:00

**Innovations and Challenges in Thyroid Surgery - 2024 Update**

黃子晏/高雄醫學大學附設醫院

隨著甲狀腺結節發生率的增加，甲狀腺手術數量預計將持續上升。多年來，已開發出許多新技術，例如遠端甲狀腺手術或甲狀腺消融治療，以作為傳統的開放甲狀腺手術的替代治療方式。然而，術者需了解治療的局限性，例如更長的操作時間及更高的手術費用等。

基於甲狀腺癌良好的預後，衡量治療帶來的好處與手術併發症的對比下，手術的安全性及生活品質的保留的需求比以往更高。儘管有更多挑戰，開放式甲狀腺手術仍然是治療大多數甲狀腺疾病的黃金標準，此技術仍不斷有新發展，朝向更安全、更有效率、對病人及術者更友善的方向更新。術中神經監測程序的標準化以及神經刺激和記錄的創新方法提高了甲狀腺手術的安全性和有效性，為現代甲狀腺手術開闢了新的可能性。疾病類型、患者因素和設施考慮因素使甲狀腺手術更加個人化。此外，安全使用基於能量的設備在甲狀腺手術中至關重要，外科醫生需要了解其優點、局限性和使用安全參數。術後纖維化和聲音問題也是現代甲狀腺手術的重要考慮因素，人們越來越重視神經保留手術，以減少創傷並提高生活品質。運用近紅外光自體螢光技術辨識副甲狀腺預期將改變未來甲狀腺手術的標準步驟，甲狀腺手術醫師應持續關注此技術的發展。

甲狀腺手術在 2024 年面臨創新與挑戰，在手術需求與新技術發展的推進，病人對生活品質的重視，值得耳鼻喉頭頸外科醫師的重視與投入。

09:00-09:15

**達文西機器手臂在頭頸部的運用**

徐正明/嘉義長庚紀念醫院

台灣在 2022 年 6 月將頭頸手術列入於達文西手術的適應症裡，讓民眾更為熟知達文西手臂在此領域的優勢。尤其台灣利用達文西在頭頸腫瘤的比例高於世界七倍之多，也可見台灣在這方面的優勢。

本院的頭頸腫瘤手術，舉凡口咽癌及下咽癌或是上喉癌，甚至復發型的喉癌下咽癌，都可以使用。並且針對張嘴不易的病患利用咀嚼肌切開，來提高病患使用達文西的比率。

此外唾液腺甲狀腺手術為了避免術後疤痕，也是達文西手術的常見使用項目。但是不是每個病患都適合達文西手術，當然也不一定。不適合跟適合的差別，就需要看病情與病患的需求，但我們相信未來會有更多頭頸腫瘤的病患會使用達文西手術。



B1 第三會議室

## Symposium 顏面 (S8)

日期：5月5日 08:30-09:20

座長：藍敏瑛/臺北榮民總醫院、陳韋至/高雄長庚紀念醫院

### 我如何展開我的鼻整旅程

08:30-08:45

#### 走向鼻整形之路與案例分享

高蕙婷/中山醫學大學附設醫院

Part 1: 分享兩個鼻整形初期案例

Patient 1: Unilateral cleft palate history, 主訴鼻塞, 用自體肋骨進行 rhinoplasty。

Patient 2: 無特殊病史, 主訴鼻塞, 想在同次手術同時改善鼻部外觀, 後續接受 septorhinoplasty

Part 2: 分享學習鼻整形的動機跟心路歷程

08:45-09:00

#### 成為鼻整形醫師之後, 我想與你分享的新手指南

廖佩洵/高雄榮民總醫院

經歷了完整的住院醫師訓練後, 緊接著面臨了另一個重要關卡: 次專科的選擇。

「顏面整形」這個領域很吸引人, 但對許多住院醫師而言是一個全新的世界; 你需要踏出舒適圈, 重新開始訓練新的技能。在進入全新階段的過程中, 你難免會遭遇困難與挫折, 甚至不確定該怎麼開始而想放棄。

" 要有什麼不可或缺的能力? 什麼個案適合新手做? 沒有個案敢給我做鼻整形 那我怎麼開始呢? 有什麼比較不出錯的手術技巧? "

在顏面整形領域中剛啟程的你, 也許心中時常有許多困惑與疑問。藉著這次的演講, 我希望能將過去五年的心得和經驗與各位分享, 一起進步與成長。

09:00-09:15

#### 年輕醫師的鼻整形之路

張家豪/羅東博愛醫院

耳鼻喉科住院醫師訓練期間, 對於鼻整形的訓練相對缺乏 ( 訓練醫院中從事鼻整形的醫師少, 以及病人量亦不多 ), 更遑論有主刀的機會。此演講主要分享鼻整形醫師需要具備四項能力, 分別是知識、技術、美感、以及心理素質, 並如何從住院醫師階段就開始準備這四項能力。接著如何挑選適合建立信心的「第一台」鼻整形的病患。最後會分享首爾峨山醫學中心的進修經驗, 還有鼻整形早期案例分享。

日期：5月5日 09:20-10:10

座長：朱本元/臺北榮民總醫院、朱永祥/三軍總醫院

**Neck mass evaluation and management**

09:20-09:35

**Neck mass evaluation and management**

鄭聖耀/三軍總醫院耳鼻喉部

Neck mass is one of the common diseases seen in otolaryngology outpatient clinics. According to our hospital statistics, they account for approximately 10% of outpatient visits. The common causes of the neck mass can be classified into following categories: Congenital anomaly, venolymphatic malformation, infection, benign neoplasm, malignant neoplasm, and systemic disease. We will also share the diagnostic process and treatment experience of common neck masses seen in clinical practice.

09:35-09:50

**The investigation and management of head and neck cancer of unknown primary**

李宗倫/臺北榮民總醫院

The presence of neck masses is a significant concern frequently encountered in clinical practice, necessitating a comprehensive evaluation and management approach to ensure accurate diagnosis and appropriate treatment. Various techniques, such as assessing patient age and symptoms, diagnostic imaging, and ultrasound-guided biopsies, play a crucial role in achieving an accurate diagnosis.

In this presentation, I will outline the essential components of a thorough evaluation and management approach for neck masses, specifically focusing on "head and neck cancers of unknown primary," representing 1%–5% of all head and neck cancers. Identifying the primary site is paramount, as it can help prevent the entire mucosa from being exposed to radiation, thereby reducing the risk of serious side effects. Current diagnostic imaging methods may not consistently detect small hidden cancers, making primary site detection rates inconsistent.

Efforts to diagnose these cases have centered on bilateral palatine tonsillectomy, with guided biopsies at other oropharyngeal, nasopharyngeal, and hypopharyngeal sites. However, the detection rate of small tumors originating in the base of the tongue may vary due to the limitations of current focused biopsy practices. Recently, tongue base mucosectomy—a diagnostic procedure involving transoral robotic surgery (TORS) to remove the tongue base—has emerged as a potential diagnostic and therapeutic alternative.

09:50-10:05

**How to perform precise neck dissection?**

王誌群/義大醫院

Neck metastasis common occurs in head and neck malignancies, especially in advanced stage, poorly differentiated, and mucosal-related malignancies. Controlling neck disease effectively improves treatment outcomes. Nowadays, neck dissection is the standard treatment for head and neck cancer patients with metastatic neck nodes.

Since George Crile's initial description of radical neck dissection nearly a century ago, various modifications of the procedure have been developed. Understanding the biological progression of metastatic disease from primary head and neck sites to cervical lymph nodes has led to the evolution of several modifications of the classic radical neck dissection to reduce morbidity and maintain therapeutic efficacy.

Neck management is crucial in treating head and neck cancer, and lacking knowledge of relevant surgical anatomy can lead to unintended harm during surgeries, posing disastrous consequences for both patient and surgeon. Due to the complexity of the head and neck area, anatomical knowledge, procedural insights, and familiarity with landmarks are essential during neck dissection.

Managing neck metastasis is challenging due to the wide area of the neck with numerous critical neurovascular structures. Variation in neck node locations across level I-VI requires precise decisions on dissection level, considering tumor characteristics, patient factors, and clinician expertise.

A thorough understanding of the intricate network of vital neck structures is essential for safe and effective neck dissection. Herein, we demonstrate illustrative video clips and clinical images as accessible resources for head and neck surgeons.

日期：5月5日

09:20-10:10

座長：涂智文/彰化基督教醫院、葉建甫/臺北榮民總醫院

## IFFPSS 後記

09:20-09:35 世界顏面整形重建外科大會會後心得及反思

林家興/馬偕紀念醫院

四年一次的世界大會，口頭報告被接受的那刻，心裡惴惴不安。再加上從未踏上的南美大陸，那個緊張真的...。24張投影片在大會兩個月前誕生，這兩個月已在鏡子前，腦海裡，反覆出現過無數次。在三十個小時飛往哥倫比亞的航程裡，這24張投影片仿佛沒有時差，還精神奕奕的出現在我快短路的海馬迴。

短短十分鐘報告，用飛快的速度掩飾我的緊張，正慶幸報告結束，回到座位，旁邊美國的講者：I like your presentation，那個懸浮兩個月的心好像才正式降落在南美。

第一天報告結束後，終於有心思，好好看大會三天的議程，四個廳有兩間專門討論鼻整，一間是臉部年輕化，最後一個則是大雜燴，應有盡有。鼻整形的演講裡，鼻中隔延長軟骨的應用及 preservation rhinoplasty 佔了相當大的部分。動力器械，鼻背的處理，鼻翼的設計，內開鼻整，都有專門獨自出來的議程。

令人驚豔，Dean Toriumi 跟 José Carlos Neves 的臨床個案討論時間，真的只能用精益求精來形容他們。更加確定自己有好多可以進步的空間！要回來繼續努力了！

09:35-09:50 世界顏面整形外科醫學會參加心得與分享

樂智偉/衛生福利部樂生醫院

台灣顏面整形外科在創會理事長王興萬教授及許多前輩醫師的努力下於民國94年成立，在歷屆理事長的積極推動下日漸成長茁壯並積極拓展台灣顏面整形外科的國際化，於2020年疫情下仍成功籌辦首次在亞洲舉辦的顏面整形外科世界大會(台北)，讓全世界看見台灣的美與好！經過四年，2024年的世界顏面整形外科醫學會在2月底於哥倫比亞舉辦，在台灣顏面整形外科醫學會前理事長涂智文理事長的號召下，台灣本來有8位顏面整形外科的同好將代表台灣前往哥倫比亞做學術演講，可惜在簽證辦理重重困難下剩下5位，我很榮幸能夠代表台灣顏面整形外科醫學會演講，我的題目是 The Complication Rate of Irradiated Homologous Costal Cartilage in Rhinoplasty: The Real World Evidence。介紹我自己發表在 JPRAS 的論文且同時發表一些我自己的 case 跟其他學者討論，會後我也順道在哥倫比亞的猶太基跟麥德林旅遊。

09:50-10:05 參加 2024 世界顏面整形大會(IFFPSS)有感

張哲銘/高雄市立聯合醫院

每四年一度的世界顏面整形大會 ( International Federation of Facial Plastic Surgery Society ) 今年在哥倫比亞的渡假聖地卡塔赫納 ( Cartagena ) 舉辦。這個世界級的盛會聚集了來自全球各地頂尖的顏面整形專家齊聚一堂，分享他們在顏面整形領域的最新成果、技術和經驗，其中包括美國鼻整形大師 Dean Toriumi、Neil A. Gordon，曾應學會之邀到訪台灣的 Brian Wong、Peter Adamson、Ira Papel，來自歐洲顏面整形大師 José Carlos Neves、Fazil Apaydin、Gilbert Nolst Trenite 及美國的面部拉皮大師 Andrew Jacono 等。會中對於近年來最熱門的 topics 如 dorsal preservation rhinoplasty，傳統的 structure rhinoplasty，septal extension graft 的不同應用等都有非常深入的探討；在面部回春方面，從表面的填充物注射到深層的 deep plane facelift，facial reconstruction、periorbital rejuvenation 到 otoplasty 的處理都有相當廣泛且不同層次的見解；當今國際社會不同人種文化緊密相連，ethnic rhinoplasty 為這次會議的壓軸，不同種族間的鼻型解剖結構及文化差異性再次被提出並重視。台灣的醫師在大會理事長 Roxana Cobo 的邀請及台顏的前理事長涂智文的號召之下，共有5位醫師參與這次的大會並發表口號演講。

參加世界顏面整形大會是一個與不同國家的專家交流和學習的難得的經驗，藉由各種跨越洲際文化學術的交流，不僅拓展個人視野，獲得寶貴的專業知識，這些難得的經驗累積都有可能成為未來的臨床實踐中重要的參考依據。當然，在繁忙的醫療工作中能夠暫時拋開一切，浸淫在加勒比海的美麗海灘、漫步在歷史悠久的老城巷弄並享受豐富的美食和多元的文化表演，也是此行的一個重要目的。

日期：5月5日 10:40-11:30

座長：方端仁/林口長庚紀念醫院、朱永祥/三軍總醫院

### 咽喉手術的新進展

10:40-10:55

#### 咽喉手術的新進展：CO<sub>2</sub>雷射及 coblator 的應用

賴啟智/高雄長庚醫院

二氧化碳(CO<sub>2</sub>)雷射使用於耳鼻喉頭頸外科手術已發展多年，其中二氧化碳雷射顯微手術 (transoral laser microsurgery, TLM) 就是在手術顯微鏡的幫助下使用二氧化碳雷射進行咽、喉等部位的病灶及良惡性腫瘤切除手術。在顯微鏡的輔助下，可隨時放大或縮小視野內所見的影像並鎖定手術部位，並配合精細的顯微器械或雷射精準的切割及蒸發特性來進行喉顯微手術。而冷觸汽化棒手術(Coblation)運用無線射頻(Radiofrequency)產生離子震盪，藉由鈉離子傳遞能量到接觸的組織將分子之間的鏈結打破而移除組織，其作用的溫度只有攝氏 40-70 度，因並不直接接觸組織，不會有傳統電燒刀的熱傷害缺點，可減少術後傷口的疼痛。除了用於組織切割外還可同時進行止血的動作，因此可以縮短開刀的時間與出血量。

此次報告主要是討論 CO<sub>2</sub> 雷射及 Coblator 應用於咽喉部病灶及良惡性腫瘤手術的使用情況及優缺點分析，並進一步探討可能的未來新發展。

10:55-11:10

#### 多模態 AI 模型用於篩檢聲門喉癌

王榮德/亞東紀念醫院

喉癌為頭頸癌中第二常見的種類，佔所有頭頸部惡性腫瘤的 2 成，其中聲門腫瘤占比超過一半。有鑑於聲門腫瘤絕大多數均以聲音沙啞為最初期的表現徵候，我們的研究團隊運用深度學習技術，整合音訊、人口學、與病史之多模態演算法，成功開發出一套 AI 模型，以亞東醫院高達 2000 筆之嗓音障礙資料庫為基礎，準確性達 0.8~0.9 (AUC value)，進一步以德國公開資料庫之外部資料作為驗證，正確性亦可接近 8 成。

11:10-11:25

#### Bilateral vocal palsy and suture lateralization laryngoplasty

劉紹正/三軍總醫院

##### Objective:

Our goal was to clarify the benefits of suture lateralization (SL) laryngoplasty in management of bilateral vocal palsy.

##### Method :

A total of 45 patients underwent suture lateralization laryngoplasty between January 2005 and Dec 2023 in the Tri-Service General Hospital and Taipei Tzu Chi Hospital. Since the period from the onset of the disorder to the patient's presentation was less than one year, reversible glottic correction with lateralization procedure was used rather than an irreversible glottal enlargement with tissue resection, such as transoral laser arytenoidectomy.

##### Results:

Our result revealed that 41 of the 45 patients (91.1%) undergoing mere SL obtained respiratory comfort or decannulation. Four undecannulations or recurrent respiratory discomfort were due to one infection, one elder and two unawareness of CAJF respectively. An intelligible voice without significant change of understandability was achieved in 36 patients. Regarding the deglutition, all (41 patients) of the them can tolerate regular diet without choking. One recurrence occurred 20 months after the prior surgery and underwent another lateralization laryngoplasty.

##### Conclusion:

The SL procedure keeping intact laryngeal mucosa usually offered permanent glottis enlarging effect or decannulation with single episode of procedure. In the setting of cricoarytenoid joint fixation, arytenoid release is required to achieve further significant progress in the final surgical outcome of ventilation and phonation in terms of reduction of revision surgery.

日期：5月5日

10:40-11:30

座長：康焜泰/衛生福利部臺北醫院、陳正文/耕莘醫院、

鄒永恩/中國醫藥大學附設醫院、曹傑漢/中山醫學大學附設醫院

**睡眠呼吸中止症的治療方式與考量 I**

10:40-10:51

**CPAP 治療阻塞型睡眠呼吸中止症--必須知道的事**

林以志/衛生福利部雙和醫院

CPAP 治療是阻塞型睡眠呼吸中止症的主要治療方法之一。在演講中，我們將探討 CPAP 治療在睡眠呼吸中止症管理中的重要地位，以及以下重要內容：

1. CPAP 在目前的臨床指引中的地位是否有改變？
2. CPAP 的治療效果是否存在誤解？
3. 使用 CPAP 可能產生的副作用有哪些？
4. CPAP 治療對患者親密關係的影響如何？
5. 患者對 CPAP 治療的接受度和依從性如何？
6. 哪些患者可能不適合接受 CPAP 治療？是否有替代治療方案？
7. 真實世界中 CPAP 的使用率如何？

透過以上內容，我們將全面探討 CPAP 治療在睡眠呼吸中止症管理中的關鍵問題，以期提供更深入的了解和指導。

10:51-11:02

**咽內手術治療阻塞性睡眠呼吸中止症 Intraplaryngeal surgery for obstructive sleep apnea**

蔡明劭/嘉義長庚紀念醫院

咽內手術是治療阻塞性睡眠呼吸中止症 (OSA) 的一種有效方法，能夠針對不同的阻塞位置提供治療，其術式包括扁桃體切除、軟顎成形手術或舌根減積手術等。咽內手術能有效減少甚至消除呼吸中止事件，提升病患健康及預防相關併發症。本次演講，蔡明劭醫師將分享咽內手術在治療 OSA 的優勢、限制，與必須留意之處。透過演講與分享，我們期望能夠進一步提升對阻塞性睡眠呼吸中止症手術治療的認識，提高手術的安全性和有效性。

日期：5月5日

10:40-11:30

座長：康焜泰/衛生福利部臺北醫院、陳正文/耕莘醫院、

鄒永恩/中國醫藥大學附設醫院、曹傑漢/中山醫學大學附設醫院

**睡眠呼吸中止症的治療方式與考量 I**

11:02-11:13

**咽外手術治療睡眠呼吸中止症**

林鴻哲/三軍總醫院

舌下神經刺激器植入手術是一種創新的治療睡眠呼吸中止症的方法，適用於對傳統治療方法，如正壓呼吸器（Continuous Positive Airway Pressure, CPAP）無法忍受的患者。此方式於頸部與胸部植入小型裝置，可在睡眠時開啟刺激舌下神經，進而使舌頭前移，保持呼吸道的通暢，改善睡眠呼吸中止症。除了舌下神經刺激器之外，骨架手術，如上下頷骨前移術（Maxillomandibular advancement surgery, MMA）等術式，也是治療睡眠呼吸中止症的有效咽外手術。MMA手術通過將上下顎骨向前移動，從而增加咽喉呼吸道的空間，有效改善氣道阻塞，此法亦可以提供病患的治療選項。總而言之，舌下神經刺激器和 MMA 等咽外手術為睡眠呼吸中止症患者提供了更多的選擇，這些治療方法各有特點和適用範圍。患者在考慮選擇治療方案時，應與專業的耳鼻喉科醫師或睡眠醫學專家進行詳細討論，期能選擇最適合自己的治療方法。

11:13-11:24

**阻塞性睡眠呼吸中止症的睡姿療法**

李立昂/林口長庚紀念醫院

姿勢依賴性強調了身體姿勢對睡眠期間上呼吸道通暢的影響：在許多阻塞性睡眠呼吸中止症（obstructive sleep apnea，簡稱 OSA）患者中，仰睡期睡眠呼吸障礙事件的發生率明顯高於側睡時的發生率。特別是仰臥時，上呼吸道功能更容易受到損害，導致塌陷的傾向和頻率增加和氣道開放壓力更高，因此呼吸事件持續時間更長及血氧飽和度降低更嚴重。姿勢依賴性 OSA 定義為仰臥呼吸中止指數（apnea-hypopnea index，簡稱 AHI）至少是非仰臥 AHI 的兩倍，且非仰臥 AHI < 15 事件/時。而促進側睡的睡姿療法對姿勢依賴性 OSA 的治療佔有一定重要性，其順從度是相當關鍵的問題。在考慮長期治療時，必須考慮睡姿療法的身體限制（如肩膀或背部的不適或疼痛）。但由於目前實證品質極低，睡姿療法的實際療效仍需要更多的研究。

日期：5月5日 11:30-12:20

座長：王仲祺/臺中榮民總醫院、許彥彬/臺北榮民總醫院

**如何預防與治療職業性失聲**

11:30-11:45

**How can technology assist in preventing and treating occupational voice disorders?**

盧怡安/林口長庚紀念醫院

Occupational voice users such as teachers, fitness instructors, call center operators, radio hosts, and others often face the risk of developing voice disorders due to high vocal demand and prolonged vocal loading, making it difficult for them to perform their jobs. Possible reasons include a lack of training (e.g., warm-up), poor vocal hygiene, prolonged periods of voice use, noisy environments, and insufficient awareness of the vocal demands of their professions. The type of technology (hardware/software/mobile app), name and manufacturer of technology, whether it is available in the market, and cost. However, the majority of methods and technologies for preventing voice disorders and supporting vocal health are still in the laboratory testing stage, with some only available for assistance during voice therapy or clinical processes. Therefore, we will review emerging evidence on how technology can assist in preventing and treating occupational voice disorders.

11:45-12:00

**職業性失聲的評估與復健**

林玟君/臺中榮民總醫院

簡介聲帶構造·常用嗓音評估方式·常見職業性聲帶疾病及治療方式包括手術及語音復健。

12:00-12:15

**職業性失聲的手術治療**

鄒永恩/中國醫藥大學附設醫院

職業性失聲是一種常見且嚴重的職業健康問題，尤其是對於那些需要長時間使用聲帶的職業人士，例如教師、演員、歌手等。傳統上，職業性失聲的治療主要集中在行為和環境的改變，以及聲帶的康復和保護。然而，對於某些患者來說，這些方法可能無法提供足夠的改善或是不適用。

在這樣的情況下，手術治療成為一種可行的選擇。職業性失聲手術治療主要分為兩類：聲帶手術和聲帶周圍組織的手術。聲帶手術通常包括聲帶息肉的切除、聲帶囊腫的處理以及聲帶結節的移除等，這些手術旨在恢復聲帶的結構和功能。而聲帶周圍組織的手術則主要針對聲帶周圍的組織和肌肉進行修復和改善，例如聲帶周圍的肌肉移植或植入人工材料以增強聲帶的功能。

儘管職業性失聲手術治療提供了一種新的治療選擇，但它並非適用於所有患者，且存在一定的風險和不確定性。因此，在考慮手術治療時，患者和醫生需要仔細評估患者的病情和手術風險，並充分討論治療的利弊。此外，手術後的康復和治療也至關重要，包括定期的追蹤檢查、聲帶功能的訓練和保護，以確保手術的效果能夠持久且最大化。總的來說，職業性失聲手術治療為某些患者提供了一種新的治療選擇，可以有效地改善聲帶功能和減輕失聲症狀。然而，患者和醫生需要在治療方案的選擇和實施過程中保持謹慎和全面的評估，並重視手術後的康復和治療工作。

日期：5月5日

11:30-12:20

座長：許巍鐘/臺大醫院、蘇性豪/高雄榮民總醫院、李學禹/林口長庚紀念醫院

**睡眠呼吸中止症的治療方式與考量 II & Panel Discussion**

11:30-11:40

**肌肉功能訓練對已接受陽壓呼吸器治療的阻塞性睡眠呼吸中止症成人患者之影響：初步成果報告****Effect of myofunctional therapy in adult patients with obstructive sleep apnea treated with continuous positive airway pressure: A preliminary report**

林政佑/成功大學附設醫院

阻塞性睡眠呼吸中止症(OSA)的病患在睡眠時會反覆發生部分或完全之上呼吸道塌陷阻塞。陽壓呼吸器(CPAP)治療是中重度 OSA 病患的治療首選，但是有研究發現使用 CPAP 治療四年後，僅有 1/3 病患願意繼續使用。可能主因包括不適應整晚佩戴面罩、無法接受長期使用 CPAP 治療模式。

近幾年不少研究探討以非侵入性的肌肉功能訓練(myofunctional therapy, MFT)治療輕中度 OSA 病患，結果顯示它可以減低呼吸中止或低下指數(Apnea-Hyponea Index, AHI)、鼾聲與睡眠品質等等。

自 2013 年起，成大醫院睡眠醫學中心與成大醫學院物理治療系洪菁霞教授團隊合作，建置多元化 MFT 課程內容，並研究 MFT 治療模式介入輕、中、重度 OSA 患者之成效。本次演講將探討利用 MFT 治療有無可能改善 OSA 成年病患的每晚 CPAP 使用指標，並分享初步研究成果。

11:40-11:50

**睡眠呼吸中止症病患減重的時機與方法**

徐英碩/新光醫院耳鼻喉科

睡眠呼吸中止症 (OSA) 是一種常見的睡眠障礙，與肥胖密切相關。研究顯示，減重可以顯著改善 OSA 患者的症狀和疾病嚴重程度。本演講探討了減重對 OSA 患者的時機與方法，包括飲食控制、運動和行為改變等方面的策略。通過合理的減重計劃，可以幫助 OSA 患者改善睡眠質量，減少呼吸事件的發生，並提高睡眠呼吸中止症手術的成功率以及維持時間，避免復發。



日期：5月5日 13:30-14:20

座長：許巍鐘/臺大醫院、林嘉德/中國醫藥大學附設醫院

## 耳鼻喉頭頸外科 CBME 最新進展

13:30-13:45

## 臨床能力委員會的理論與實務經驗分享

吳政誠/臺北醫學大學附設醫院

隨著臨床訓練內容轉趨多元複雜以及訓練時間受限的雙重壓力下，傳統以時間為導向(time-based)的訓練模式已無法因應當前臨床訓練所面臨的挑戰，勝任能力導向醫學教育(Competency-Based Medical Education, CBME)已成為全球醫學教育發展的新趨勢，國內各醫療專科訓練也已經將 CBME 作為新世代醫療專業人才培訓的發展方向。在 CBME 的核心框架中，臨床能力委員會(Clinical Competency Committee, CCC)即是擔負系統性與計畫性評量的整合與回饋之樞紐角色，運用群體決策的智慧，來提供學員量身打造的學習計畫，藉此審視訓練計劃的執行成效，據此作為改善的依據，同時實踐訓練機構所擔負之社會責任

13:45-14:00

## 耳鼻喉科臨床能力委員會執行經驗分享

林世倉/耕莘醫院

14:00-14:15

## 耳鼻喉頭頸外科里程碑 2.0 與 EMYWAY 評鑑成果分享

陳正文/耕莘醫院

本次演講將分享台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會在能力導向醫學教育(Competency-Based Medical Education, CBME)的最新進展，包括學習里程碑 2.0 的建置修訂過程，以及醫策會 EMYWAY 平台中各訓練醫院在評鑑標準的達成率與評鑑得分，最後會分享在 CBME 研究上的最新進展，與未來的發展方向。

日期：5月5日 13:30-14:20

座長：許碩彥/臺大醫院雲林分院

13:30-14:15

**以緩和醫病關係看台美道歉法與強制調解之發展—聚焦於新通過的醫預法**

徐應松/雲科大科技法研所

本研究旨在分析醫病關係緩和之重要手段—道歉法制度與強制調解機制，並結合台灣於 2022 年 5 月 30 日通過的《醫療事故預防及爭議處理法》進行探討。著眼於美國長期實施的道歉法及調解相關規範，以及其在醫療爭議解決中的成效，進一步探討了道歉行為的法律保護與功能。隨著台灣將道歉法納入法律體系並引入強制調解機制，預示著對醫療爭議處理將帶來重大影響，開啟全新里程碑。

日期：5月5日

13:30-14:20

座長：趙善楷 監事長/台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

13:30-13:45

**雲端 HIS 診所端的因應策略**

張志傑醫師/現代眼科診所

隨著醫療科技的發展,雲端 HIS 系統為診所帶來多項優勢,包括提高效率、加強安全性以及降低成本等。因此,診所應制定完整的數位化轉型策略,透過系統整合和員工培訓,逐步實現雲端 HIS 的應用,提升診療體驗

日期：5月5日

14:30-15:20

 座長：林家樺/虎科生科系、李亭逸/臺大醫院雲林分院、楊豐榮/台大雲林分院腎臟科  
**生醫科技、人工智慧與耳鼻喉科**
**14:30-14:41 EZ Flow 生醫檢測裝置應用**

葉怡玲/國立虎尾科技大學生物科技系

定點照護檢驗 POCT (point-of-care testing) 模式近幾年因新冠肺炎疫情肆虐及精準醫療即時檢測需求而蓬勃發展；而特定免疫細胞的比例及活性的量化數據也為臨床醫師追蹤病況及治療評估診斷的重要指標。臨床診斷及治療時常需要了解當時病人免疫系統的即時狀態，但礙於醫療體系的檢驗作業流程及檢驗量能成本考量，常無法提供即時的檢測結果。若外送檢體至其他檢驗中心進行分析，運送檢體及資料往返等作業程序也會耗費相當多的風險。如何依各科別臨床診斷需求，提供關鍵免疫細胞活性數量的即時資訊為本計畫的研發目的。

「精準健康」團隊，英文為 Center of Precision Health and LOHAS Innovation，簡稱 CPHLI, NFU 為 2022 年成立的虎科大跨領域研發團隊，此計畫整合包含跨科系細胞免疫學、微流體系統設計、微機電整合、光學光路設計、AI 影像辨識及雲端決策系統的專業實驗室整合，將各種技術需求概念進行整合重組，未來可提供一可替換各種客製化檢驗項目之快速檢測裝置。本研發團隊利用 a. 客製化螢光染劑設計 b. 微流道及微幫浦機構 c. 光機電整合倒立螢光顯微鏡自製裝置 d. 雲端顯微鏡操控 e. 影像分析處理回饋等技術，使得 EZ Flow 裝置能提供全面自動化及客製化分析血液樣品中的特定細胞比例。此裝置將持續朝血漿中蛋白成分分析研發前進，未來該裝置除了可在門診診間提供分析報告，也能支援偏鄉地區之特定檢測項目之蒐集目的，藉由雲端傳輸獲得即時的報告。

**14:41-14:52 虛擬實境於暈眩之前庭復健應用**

薛雅馨/國立雲林科技大學 智慧數據科學研究所

前庭功能障礙的病人，除藥物治療外，也會進行前庭復健。傳統的前庭復健，是以眼睛、頭頸、手的動作去進行訓練。本系統將傳統的前庭復健項目，以虛擬實境技術開發為一個具記錄功能的前庭復健訓練系統，可選擇訓練項目，並進行各種參數設定，復健過程中的資料也會紀錄下來。不僅可以讓醫師可以設定患者復健過程中的參數，並且可以從記錄資料，進一步分析與了解患者訓練狀況。

**14:52-15:03 A novel EBV-specific T cell therapy for NPC**

邱彥霖/臺灣大學臨醫所

Advanced nasopharyngeal carcinoma (NPC) remains a treatment challenge. Most NPC in southeast Asia express high levels of Epstein-Barr virus (EBV). Historically, NPC has been successfully treated with EBV-specific T cells in clinical trials. We are currently conducting a clinical trial using the first autologous, non-genetically modified, EBV-specific T cell product engineered in Taiwan to treat NPC patients. In this presentation, I will briefly introduce you to the background, design, and perspective of this innovative cell therapy.

**15:03-15:14 人工智慧用於持續性頭頸癌治療的品質監測**

張耿銘/高雄榮民總醫院

由於菸酒檳榔在台灣的盛行，頭頸癌占有癌症病患的一大部分，特別是在南台灣的比例更高，其治療主要為手術、放射線治療及各種系統性藥物治療(如化療、標靶、免疫藥物)等等，在從診斷、治療到後續追蹤的過程中有許多細節都會影響到病人的治療成效及相關併發症，因此我們與資訊室同仁制定了自動化品質監測的模組，針對我們在頭頸癌治療中病患 SDM 參與度、放射線治療前牙科會診百分比、治療前營養狀態評估百分比、治療前語言及吞嚥功能評估百分比、頸部淋巴廓清手術淋巴結總數、手術陰性邊界百分比(4mm)、手術後 6 周內接受輔助性放射線治療百分比、接受放射線治療後 90 天內死亡率、主要手術後 30 天內死亡率等項目，每個月都會自動產出數據供頭頸癌團隊追蹤檢討。

B1 第二會議室

**Symposium 感控 (S19)**

日期：5月5日

14:30-15:20

座長：王士豪/嘉義聖馬爾定醫院、廖俊綱/臺大醫院雲林分院

14:30-15:15

**流行性感冒**

林綺英/臺大醫院雲林分院感染科

流感病毒感染介紹、目前流行病學狀況、實驗室檢查診斷、衛生福利部疾病管制署法定傳染病通報定義介紹、流感病毒感染常見症狀病程及併發症、傳播方式及隔離建議、流感抗病毒藥物治療介紹，包括感染症醫學會治療建議。

日期：5月5日

14:30-15:20

座長：莫振東副理事長/台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

14:30-15:15

**數位醫療發展政策與大家醫計畫**

龐一鳴副署長/衛生福利部中央健保署

演講摘要:為克服台灣現今面臨的多項數位醫療挑戰,本署規劃透過健保數位升級,如推動基層診所 HIS 系統雲端化,以強化基層診所資訊使用效能、持續研議擴大遠距/視訊診療給付區域及模式、規劃高互通性健保資料介接與交換模式,以提升整體醫療服務效率與品質。同時本署規劃以家醫制度為基礎提供全人全程初級醫療照護,逐步擴大家醫服務涵蓋範圍,並透過家醫大平台彙整個人健康資料、導入數位化追蹤管理,賦能民眾及回饋醫師個人化資訊,提升健康管理效率。

# FREE

口頭報告摘要

# PAPER-ORAL



**HNC 1-1 14:00–14:04**

經導管動脈栓塞術治療甲狀腺腫大—個案報告

Transcatheter arterial embolization of large diffuse thyroid goiter – case report

楊子賢<sup>1</sup> 王文弘<sup>1,2,3,4</sup><sup>1</sup>國泰綜合醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>汐止國泰醫院耳鼻喉科 <sup>3</sup>國立清華大學醫學系 <sup>4</sup>天主教輔仁大學醫學系

**內文：**53歲男性，無任何系統性疾病。因甲狀腺腫大曾於十幾年前接受右側甲狀腺部分切除手術，來本院主訴頸部腫脹、聲音沙啞大概持續半年，且容易發生呼吸短促的問題，鼻咽內視鏡檢查無任何異常，雙側聲帶活動正常。隨於2020/09/07和2022/01/10分別接受左側及雙側甲狀腺結節射頻消融手術。後續追蹤影像發現無明顯體積縮小。而後於2023/08/15施行經股動脈導管甲狀腺動脈栓塞手術，術後除有短暫性血液甲亢外復原情況良好，三個月後左側甲狀腺腫從10 cm x 5.2 cm 縮小至 7.1 cm x 3.8 cm。對於不想開刀或拒絕手術的病患來說，小的甲狀腺結節可以消融手術治療，但在體積大於30毫升的甲狀腺結節來說效果可能不顯著且非常耗時，而放射性碘治療又有破壞太多正常甲狀腺組織造成永久性甲低的問題，有別於以上治療方法，文獻報告經導管動脈栓塞術在治療甲狀腺腫大也有不錯的預後和低的併發症，謹提出個案報告並做相關文獻回顧與整理。

**HNC 1-2 14:04–14:08**

頸動脈支架長期頸部暴露的臨床經驗—病例報告

Clinical experience of chronic cervical carotid stent exposure – a case report

張千奕<sup>1</sup> 戴世光<sup>1</sup> 張豐基<sup>2</sup><sup>1</sup>臺北榮民總醫院 耳鼻喉頭頸醫學部 喉頭頸科 <sup>2</sup>臺北榮民總醫院放射線部 神經放射線科

**內文：**頸動脈支架暴露是頸動脈爆裂症候群接受支架置放後少見的併發症。病患為左側下咽癌cT4aN2bM0，於2016年接受左側頸淋巴結清除手術、前置輔助性化學治療及同步放射化學治療。9個月後於門診內視鏡發現左側下咽組織壞死，5個月內逐漸進展為左頸傷口合併咽皮瘻管威脅頸動脈接受了頸動脈支架置放，因傷口瘻管持續且咽喉功能喪失於3個月後接受全喉切除手術證實仍有殘留下咽癌，術中頸動脈支架暴露以皮瓣覆蓋。病患門診追蹤2年後左頸再次出現進行性腫脹、慢性傷口及肉芽組織，經過多次病理切片顯示為良性。於3年半後動脈支架可見於頸部傷口，並逐漸完全暴露外移。支架暴露14個月後因病患要求且確認支架栓塞後，將暴露動脈支架片段切除，後續上端支架3個月後自然脫出，下端支架9個月後病患自行挑除，其後左頸傷口方完全癒合。頸動脈支架長期頸部暴露的處置目前仍無廣泛接受的處理原則，因此提出此臨床經驗供各位先進參考。



**HNC 1-3 14:08–14:12**

新型冠狀病毒感染後嗜酸性血球增生症以及多重淋巴結腫大之類木村氏症

Post-COVID-19 : Eosinophilia and Multiple Lymphadenopathy, like Kimura Disease

謝珈瑄<sup>1</sup> 張燕良<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>國泰綜合醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>天主教輔仁大學醫學系

**內文：**新型冠狀病毒感染，其臨床常以發燒、呼吸道症狀等表現。本病例報告為57歲男性，於2021年確診新型冠狀病毒後，因陸續出現的雙側頭頸部腫塊而至門診求助。理學檢查觸診出一顆位於左側下頷腺下方的堅硬腫塊。頸部超音波的報告為大小約2\*3 cm、同質性、低迴音特性的橢圓形病灶。細針穿刺細胞學檢查結果出現淋巴細胞。後續亦出現多處雙邊頸部淋巴腫塊。我們安排多次頭頸部腫塊切除手術，病理報告皆顯示為淋巴增生組織。特別的是，血液學檢查報告指出在確診後，嗜酸性血球及肌酸酐指數有明顯上升現象，而隨著感染好轉，其指數皆有回歸正常之趨勢。本案例於確診後的臨床症狀屬較罕見，有類木村氏症之表現。謹提出個案報告並做相關文獻回顧與整理，也提供臨床醫師在面對新型冠狀病毒感染時，可將此類臨床表現納入考量。

**HNC 1-4 14:12–14:16**

肌增生性炎症以不明頸部惡性腫塊為初始表現 — 病例報告

Proliferative Myositis Initially Presented as Unknown Primary Malignancy in a Neck Mass — A Case Report

王志耕<sup>1</sup> 王景平<sup>1</sup>

<sup>1</sup>台中榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

**內文：**本病例報告追蹤了一位72歲的女性，過去並無顯著的全身性疾病。患者因為右側頸部腫塊持續兩週並且迅速增大前來耳鼻喉科門診就診，最初透過超音波導引細針穿刺診斷為惡性腫瘤。後續我們安排進一步的檢查，包括鼻咽鏡、食道內視鏡、以及核磁共振和正子發射斷層掃描，但是均未能找到懷疑的原發性惡性腫瘤。後來進行改良式頸部淋巴結清除手術，術中冰凍切片初步診斷為惡性腫瘤，傾向於間質起源，因此未進行腫瘤製圖（tumor mapping）。然而，最終病理學檢查卻顯示為增生性肌炎（proliferative myositis）。肌增生性炎是一種罕見的肌肉疾病，其特點是肌肉中的異常細胞增生。這種疾病通常表現為局部肌肉的腫塊或腫脹，可出現在身體的不同部位，如頸部、肩膀或大腿。儘管肌增生性炎不是惡性腫瘤，但其在臨床和影像學上的表現可能與惡性疾病相似，使其成為一種具有挑戰性的診斷。

**HNC 1-5 14:16–14:20**

唾液腺管道癌

Buccal salivary duct carcinoma

蘇聖維<sup>1</sup> 洪敬賢<sup>2,3</sup><sup>1</sup>國泰綜合醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>汐止國泰綜合醫院耳鼻喉科 <sup>3</sup>天主教輔仁大學醫學院醫學系

**內文：**唾液腺管癌為一罕見之唾液腺管的高度惡性腫瘤，並具侵犯性且預後很差。治療方案通常包括手術切除腫瘤、放射治療以及化學治療等綜合治療方式。及早發現、早期干預和綜合治療是提高患者生存率和治癒率的關鍵。在此分享一位國泰綜合醫院的病例，一名52歲的男性因發現口腔腫塊數個月至門診求助。病人無頸部腫塊、吞嚥困難、呼吸喘或聲音沙啞的症狀。內視鏡檢查並無發現腫塊其他可能的原發處。頸部電腦斷層並於影像中發現於右側頰部有黏膜增生。後續為病人安排切除手術，腫塊的病理報告顯示為唾液腺管道癌且免疫染色雄激素受體為陽性。本文分享此案例並討論唾液腺管道癌。

**HNC 1-6 14:20–14:24**

雙側深葉腮腺腺泡細胞癌-一個罕見的個案報告

Bilateral acinic cell carcinoma of deep lobe of parotid gland - A Rare Care Report

薛智仁<sup>1</sup> 王貞智<sup>1</sup><sup>1</sup>振興醫院財團法人振興醫院耳鼻喉部

**內文：**腺泡細胞癌（ACC）是一種罕見而惡性的唾液腺腫瘤，大約80%到90%的病例發生在腮腺，佔所有腫瘤的1%到3%。女性患者通常比男性更容易被診斷出患有腺泡細胞癌。透過此病例報告，我們旨在描述一名69歲成年女性，罹患雙側腮腺腺泡細胞癌，在臨床上極罕見。半年前，她注意到右側腮腺區域出現腫塊，並感到輕微的疼痛。理學檢查顯示右側腮腺區域約2公分大小的腫塊，伴隨輕微的觸痛感。面部和頸部的電腦斷層掃描顯示雙側腮腺均有約2.4公分大小的軟組織腫塊，呈現輕度顯影增強。雖然右側腮腺的細針穿刺切片未發現惡性病灶，病人仍選擇手術切除，手術後病理報告確診為深葉腮腺腺泡細胞癌。隨後，建議對左側腮腺進行細針穿刺切片檢查，結果顯示分化不明非典型細胞，經病理科討論後建議進行切除性切片。她成功接受手術切除，最終病理報告確認認為深葉腮腺腺泡細胞癌。在此病例中，放射療法被視為必要的治療方式。腺泡細胞癌具有明顯的復發趨勢，可能轉移至頸部淋巴結和肺部。因此，在治療後需要長期進行密切的追蹤。

**HNC 1-7 14:24—14:28**

喉癌遲發性頸動脈破裂--病例報告

Late carotid blowout after longterm survival of laryngeal cancer

鄭凱榮<sup>1</sup> 周昱甫<sup>1</sup><sup>1</sup>佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院耳鼻喉科

**內文：**頸動脈破裂症候群是頭頸癌病患最難以處理、且需緊急處置的併發症之一。多數頸動脈破裂發生於腫瘤復發、局部組織感染、或是放射線治療後的嚴重組織損傷，時間多在手術或放療數個月內；然而，本案例在喉癌手術16年後，發生遲發性頸動脈破裂，且頸部無上述情況：案例為78歲男性，於2006/5診斷為喉癌第三期，2006年接受放化療，復發後於2007/2/8日接受全喉切除手術，術後傷口良好，多年追蹤腫瘤無復發。2023/11/6病人因左頸急性腫脹至本院門診，電腦斷層顯示左總頸動脈破裂合併血腫，緊急安排血管攝影並置放頸動脈支架，病人全程生命徵象穩定且無併發症。頸動脈破裂症候群可能發生於治療穩定數年以後，因此長期的追蹤與評估有其必要性，且須仰賴多團隊合作妥善處理。

**Discussion 14:28—14:50**

**LTC 1 15:30–15:34**

第四型黏多醣症患者經軟式支氣管鏡呼吸道處置之個案報告

Airway management via fiberoptic bronchoscope in a patient with mucopolysaccharidosis type IVA : A clinical case and review of literature

張雨霖<sup>1</sup> 李國森<sup>12</sup> 李翊豪<sup>134</sup>

<sup>1</sup>馬偕紀念醫院台北院區耳鼻喉頭頸外科 <sup>2</sup>馬偕醫學院醫學系 <sup>3</sup>新竹馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸外科 <sup>4</sup>新竹市立馬偕兒童醫院兒童耳鼻喉頭頸外科

**內文：**黏多醣症（MPS）是一種代謝遺傳性疾病，起源於溶小體酵素缺乏，導致醃胺聚醃的累積。這些疾病影響身體各系統，如肌肉骨骼系統、心血管系統，特別是呼吸道。造成麻醉和呼吸道手術的困難。在此我們介紹一個第四型黏多醣症之病例，該病例接受了多次氣道維持手術。儘管有感染和氣管肉芽腫形成的風險，使用T型管作為氣管支架可以改善語音和吞嚥功能，改善病患之生活品質。帶有工作管道的軟式支氣管鏡在這類病例的治療中是一種有價值的工具，能同時提供了診斷和治療的益處。

**LTC 2 15:34–15:38**

復發性多軟骨炎病患之呼吸道處置

Airway management in relapsing polychondritis patients : A case report

董書好<sup>1</sup> 李國森<sup>12</sup> 李翊豪<sup>1234</sup>

<sup>1</sup>馬偕紀念醫院 耳鼻喉頭頸外科部 <sup>2</sup>馬偕兒童醫院 <sup>3</sup>新竹馬偕紀念醫院 耳鼻喉頭頸外科 <sup>4</sup>新竹市立馬偕兒童醫院 耳鼻喉頭頸外科

**內文：**復發性多軟骨炎為一罕見的自體免疫疾病，軟骨組織受免疫系統攻擊反覆發炎，導致變形、失去正常功能。最容易危及生命的，是呼吸道的軟骨因發炎而變形軟化，失去支撐能力，進而造成呼吸道狹窄甚至堵塞。本文要討論的是一名患有復發性多軟骨炎的30歲女性。她除了典型的鼻、耳變形及感音性聽損之外，也在聲帶及聲門下區發生狹窄塌陷，長期仰賴氣切。我們曾嘗試使用氣球擴張、T型管支撐、喉氣管重建等手術，但呼吸道狀況仍不理想，病患多次出現肺炎，因而需反覆接受氣道維持手術。如何維持復發性多軟骨炎病患呼吸道的正常功能，是我們與病人目前仍持續面對的挑戰。

**LTC 3 15:38–15:42**

咽喉部之血管肌肉脂肪瘤造成之呼吸道壓迫

Right arytenoid angiomylipoma causing airway compromise

張庭瑋<sup>1</sup> 陳聰明<sup>1</sup>

<sup>1</sup>衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

**內文：**血管肌肉脂肪瘤是一罕見的良性腫瘤，主要發生在下肢，頭頸部的發生率為13.1%，咽喉部的發生率更低，截至目前為止的文獻中只有24例個案。本文報告一位84歲女性，在仰躺時感到呼吸困難並出現喘鳴聲，側躺症狀會緩解，此症狀持續十年以上。2021年1月29日她初次到本院門診就診，發現患者右側杓狀軟骨有一腫塊，考慮到患者高齡和心臟疾病，與家屬討論後，決定先密切觀察。然而2023年3月10日，患者症狀惡化，側躺時也會呼吸困難及喘鳴聲，內視鏡檢查發現右側杓狀軟骨腫塊且導致呼吸道壓迫，因腫塊太大，左側聲帶的可動性困難評估，與家屬討論後，決定執行經口雷射顯微手術切除腫塊。術前會診心臟內科，得知患者30日內發生心臟驟停的風險為15%，並告知插管失敗可能導致氣切的風險。最終手術順利完成，病理報告為右側杓狀軟骨的血管肌肉脂肪瘤。血管肌肉脂肪瘤起源於血管平滑肌的良性腫瘤，主要發生在40至60歲之間，最常見的症狀是疼痛。如果於咽喉部，常見的症狀為聲音沙啞、喘息、吞嚥困難、異物感和咳血痰。治療主要是手術切除，復發率低。

**LTC 4 15:42–15:46**

深頸部切割傷合併頸動脈斷裂—病例報告

Left neck cutting injury complicated with severance of left common carotid artery.

賴政宏<sup>1</sup> 朱永祥<sup>2</sup>

<sup>1</sup>國防醫學院三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部

**內文：**1名24歲男性在2023年使用美工刀自戕插入左頸部，造成左頸切割傷及大量出血及意識狀態不清，被救護車送至本院急診就診，電腦斷層檢查為左側頸椎第4節高度之深層頸部切割傷，造成軟組織傷害合併皮下氣腫，電腦斷層血管造影顯示左側總頸動脈斷裂，經急診輸血後意識正常，無神經功能障礙，當天接受耳鼻喉科頸部探查手術，發現無傷及呼吸道及上消化道，另於術中心臟血管外科發現左側總頸動脈全斷，上下兩端並有血栓形成，實施頸動脈取栓及血管接合術。後由於皮下氣腫擔心咽喉氣管穿刺傷收療耳鼻喉科住院，術後喉內視鏡顯示無咽喉傷口及無聲帶麻痹情形，後於穩定情況下出院，術後六個月門診追蹤無後遺症。此案例相當少見，特提出報告討論。

**LTC 5 15:46—15:50**

CCDC6::RET基因融合之甲狀腺乳突癌——病例報告

Papillary Thyroid Cancer with CCDC6 : : RET Gene Fusion——A Case Report

王允翬<sup>1</sup> 杭仁鈞<sup>2</sup> 戴世光<sup>13</sup>

<sup>1</sup>臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部喉頭頸科 <sup>2</sup>臺北榮民總醫院病理檢驗部 <sup>3</sup>國立陽明交通大學耳鼻喉科

**內文：**RET基因變異之癌症與其標靶藥物近年漸受重視，而甲狀腺乳突癌(papillary thyroid cancer, PTC)約1.5-9.8%具有RET基因融合(fusion)。患者為51歲男性，因雙側III-IV區頸部腫塊就診，影像顯示同時有雙側鎖骨上區及縱膈腔淋巴結腫大，及甲狀腺瀰漫異質性腫塊合併鈣化，細胞學檢查為PTC。患者接受甲狀腺全切除及雙側頸部淋巴廓清手術，病理為diffuse sclerosing 型態之PTC合併雙側III-IV及VI區頸部轉移，BRAF V600E免疫染色為陰性，最終分期為pT3aN1bM1；後續安排基因檢測顯示CCDC6(exon1)::RET(exon12)基因融合(RET/PTC1)陽性。PTC之RET基因變異多為基因融合，2020年標靶藥物selpercatinib與pralsetinib已獲FDA核准使用於RET基因融合陽性且放射碘治療無效之晚期或轉移性成人甲狀腺癌，分子檢測與標靶藥物在此類少見之PTC中的角色將日益重要。此病患將於放射碘治療後繼續接受標靶藥物治療。

**LTC 6 15:50—15:54**

甲狀腺射頻消融術後結節破裂: 個案報告

Capsule Rupture of Thyroid Nodule after Radiofrequency Ablation: A Case Report

葉亭佑<sup>1</sup> 蔡明蓉<sup>12</sup> 王文弘<sup>1234</sup>

<sup>1</sup>台北國泰醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>汐止國泰醫院耳鼻喉科 <sup>3</sup>國立清華大學醫學系 <sup>4</sup>輔仁大學醫學系

**內文：**一位38歲女性求診主訴曾於2022年因雙側甲狀腺結節在外院接受雙側甲狀腺射頻消融手術。又於2023年7月在該院再次接受雙側甲狀腺射頻消融手術，此次術後數日逐漸發生左側前頸部腫痛並伴隨吞嚥困難，經該院藥物治療後仍無明顯改善甚至惡化，遂前來本院急診求診。電腦斷層檢查顯示：左側甲狀腺結節破裂並發現3.4公分的膿瘍腫。鼻咽喉鏡檢查顯示無明顯上呼吸道壓迫。抽血檢查符合急性發炎。安排住院經靜脈注射抗生素與類固醇治療，症狀明顯好轉。2週後電腦斷層追蹤膿瘍明顯縮小至2.4公分。持續經一個月的藥物治療，頸部超音波追蹤病灶縮小至1.4公分。五個月後電腦斷層與頸部超音波檢查均顯示病灶明顯縮小至0.7公分。文獻報告甲狀腺結節破裂是射頻消融手術後少見但嚴重併發症。多數病患可採取保守治療，平均用藥兩週可恢復。若是破裂結節初始大於4.5公分，通常需採取積極侵入性治療。

**LTC 7 15:54–15:58**

Hurthle細胞癌與乳突甲狀腺癌同時發生於不同甲狀腺葉-病例報告

Simultaneous occurrence of hurthle cell and papillary thyroid carcinoma in the different thyroid lobe - A Case Report

曾馨儀<sup>1</sup> 張世倫<sup>1</sup> 李文瑛<sup>2</sup>

<sup>1</sup>奇美醫療財團法人奇美醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>奇美醫療財團法人奇美醫院病理部

內文：一位七十六歲女性，在幾個月前發現左側頸部有一無痛性腫塊，超音波檢查發現在左側甲狀腺有數顆TR-3的腫塊，細針抽吸發現是Hurthle細胞瘤，因此安排左側甲狀腺全切除手術。然而術後病理報告顯示為Hurthle細胞癌，因此便在一個月後安排右側的全甲狀腺切除及雙側中央頸部淋巴結廓清術，而右側甲狀腺術後病理診斷為乳突細胞癌。兩種不同的組織型態出現在同一器官，為極罕見的型態，其中較多病例報導為甲狀腺癌，術後因兩種病理組織型態對應的治療不同，同時存在的病例數也不多，因此尚未有統一的治療準則，特此提出報告。

**Discussion 15:58–16:20**

**EO 1 16:30–16:36**

耳蝸性偏頭痛之血漿中降血鈣素基因相關胜肽研究

Plasma Calcitonin Gene-Related Peptide in Cochlear Migraine

陳建志

<sup>1</sup>元景耳鼻喉科神經科診所

**目的：**與沒有偏頭痛病史者相比，具偏頭痛病史者會有較高的機會罹患發生急慢性耳鳴，可能是偏頭痛發作時，影響到周邊或中樞聽覺系統，造成聽障或耳鳴，卻不見得會有頭痛發作。

本文首次運用降血鈣素基因相關胜肽 (Calcitonin gene-related peptide, CGRP) 檢驗於耳蝸性偏頭痛病患，企圖確認耳部病症出現時，同時也有偏頭痛的發作，從而證實「耳蝸性偏頭痛」

**方法：**於2023年9月至2024年2月間，共計14名患者符合耳蝸性偏頭痛之診斷，年齡 $53.9 \pm 14.0$  (平均值 $\pm$ 標準差) 歲，作為實驗組；臨床病症包括聽力變差 (21.4%，n=3)、耳鳴 (聽覺敏感) (71.4%，n=10)、耳悶 (35.7%，n=5)。100% (n=14) 具有偏頭痛病史，28.6% (n=4) 具有家族性偏頭痛病史。另21名持續性耳鳴或聽障者，年齡 $59.6 \pm 13.0$ 歲，均無偏頭痛病史或家族史，也無怕光、怕吵、活動不耐或氣壓敏感等症狀，作為對照組。收集周邊靜脈血，使用酵素免疫分析法，測量血漿中CGRP濃度。比較差異時，使用t檢定， $\alpha$ 值為0.01。

**結果：**實驗組血漿中CGRP濃度為 $50.16 \pm 13.40$  pg/mL，範圍23.65~78.85 pg/mL。對照組血漿中CGRP濃度為 $63.4 \pm 16.7$  pg/mL，範圍29.28~98.84 pg/mL。兩組之間年齡分布無差異 ( $p=0.256$ )，血漿中CGRP濃度無差異 ( $p=0.018$ )。

**結論：**耳蝸性偏頭痛患者之耳部症狀，跟偏頭痛發作很可能無關。或者，耳蝸性偏頭痛的發作機轉中，主要神經激素並非CGRP，而是其它。



**EO 2 16:36–16:42**

成年人聽力損失增加受傷風險：基於全人口之世代研究

Increased Risk of Injury in Adults With Hearing Loss: A Population-Based Cohort Study

紀華璋<sup>1</sup> 林鴻哲<sup>3</sup> 施婉婷<sup>4</sup> 陳正文<sup>1,2,5,6</sup>

<sup>1</sup>天主教耕莘醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>台灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉科 <sup>3</sup>國軍三軍總醫院耳鼻喉科 <sup>4</sup>天主教耕莘醫院聽力室 <sup>5</sup>天主教耕莘醫院副院長室 <sup>6</sup>輔仁大學醫學系

**目的：**最近的研究顯示聽力損失與跌倒之間存在獨立相關性。然而，聽力損失對於不同年齡層跌倒或發生其他意外傷害的風險增加之影響，仍沒有基於人群的明確證據。因此，本研究以健保資料庫進行基於全人口之世代研究，評估不同年齡組病人之聽力損失與各種傷害原因風險增加之間的關聯性。

**方法：**這項全國回顧性世代研究使用台灣健保資料庫 2000 年至 2017 年的數據。共納入 19,480 名聽力損失(hearing loss, HL)的病人和 77,920名以1:4 propensity score配對之無聽力損失的對照組。從收案日期開始對參與者進行追蹤，直至發生傷害、退出健保或追蹤結束。

**結果：**本研究共納入97,400名聽損與無聽損病人，其中男性57,655 名( 50.19%)，平均年齡59.95 (SD 16.62) 歲。 在平均9.08年的追蹤過程中，共18.30%的病人曾遭遇傷害事件。與對照組相比，HL組的受傷率要高得多( 24.04% vs.16.86%， $P < 0.001$ )，調整後風險比 (aHR) 為 2.35 (95% CI, 2.22-2.49)。Kaplan-Meier分析顯示HL組與對照組，在無受傷存活率存在顯著差異 (log-rank test,  $P < 0.001$ )。 在不同年齡組 (18 -64 歲和 65 歲及以上) 中，HL組與對照組間的累積受傷風險皆表現出顯著差異 (log-rank test,  $P < 0.001$ )，HL組受到意外傷害的風險顯著升高 (aHR, 2.62; 95% CI, 2.45-2.80)，包括跌倒 (aHR, 2.83; 95% CI, 2.52-3.17) 和交通相關傷害 (aHR, 2.38; 95% CI, 2.07-2.74)。

**結論：**這項研究提供了基於全人口世代研究分析的證據，我們發現，聽力損失與受傷風險增加之間存在獨立關聯。醫療人員應優先為聽力損失的病人提供諮詢，作為減少未來受傷可能性的預防策略。

**EO 3 16:42–16:48**

以深度學習驅動之聲源分離技術優化人工電子耳使用者的音樂聆賞

Enhancing music recognition using deep learning-powered source separation technology for cochlear implant users

劉昱賢<sup>1</sup> 張育哲<sup>2</sup> 賴穎暉<sup>2</sup> 力博宏<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>振興醫療財團法人振興醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>國立陽明交通大學生物醫學工程學系 <sup>3</sup>國立陽明交通大學醫學系/腦科學研究所

**目的：**人工電子耳為現今輔助聽損者之聽覺，並增進其聲音聆賞力之重要科技設備。然而，由於電子耳之電極數目有限，導致其對於音樂細節特徵之鑑別無法更為精準。因此，目前電子耳使用者的音樂聆賞經驗，未臻理想。本研究應用具使用者自行調節功能(self-adjustment function)的聲源分離技術(source separation technology)，希冀能進一步優化電子耳使用者的音樂聆賞經驗。

**方法：**我們所提出的聲源分離模型(source separation model)，係基於Demucs模型，再加上自行調節功能，讓使用者可以依個人喜好，調整各音軌(人聲、韻律、鼓擊伴奏、低音伴奏，以及背景噪音)的音量大小。我們從MUSDB18及DSD100兩個資料庫中，選擇歌曲作為訓練與測試素材，並邀請15位聽力正常的受試者參與研究。測試方式係以聲音編碼器(vocoder)模擬電子耳使用者的音樂聆賞經驗，請聽力正常的受試者進行評量。客觀測試係觀察我們所提出的聲源分離模型，其音源失真比(source-to-distortion ratio；SDR)、音源干擾比(source-to-interference ratio；SIR)，以及音源假影比(source-to-artifact ratio；SAR)，與原始Demucs模型之間的差異。主觀測試則採用MUSHRA (multi-stimulus test with hidden reference and anchor)作為評量方法，比較我們所提出的聲源分離模型[自行調節(personal)]，與原始Demucs模型[人聲與器樂比6 dB (Vocal to instrument ratio 6 dB；VIR6)，以及人聲與器樂比0 dB (Vocal to instrument ratio 0 dB；VIR0)]之間的差異。

**結果：**研究結果顯示，我們所提出的聲源分離模型，在客觀測試方面，其音源失真比、音源干擾比，以及音源假影比分別為4.88、5.92和15.28 dB，明顯優於原始Demucs模型。在主觀測試方面，其MUSHRA之數值，亦明顯優於原始Demucs模型(VIR6)。

**結論：**實驗數據證明，我們所提出的聲源分離模型，可望協助電子耳使用者於現場音樂會中，鑑賞各種類型的樂音，且我們所提出的聲源分離模型中的自行調節功能(personal)，其表現亦優於原始Demucs模型中之VIR6以及VIR0。我們所提出的聲源分離模型，有潛力優化電子耳使用者的音樂聆賞經驗。

**EO 4 16:48—16:54**

耳硬化症術前術後聽力分析

Hearing assessment of pre- and post otosclerosis surgery

潘彥蓉<sup>1</sup> 黃美睿<sup>1,2</sup> 陳冠儒<sup>2</sup> 林芝菁<sup>2</sup> 陳冠華<sup>1</sup> 陳光超<sup>1,2</sup><sup>1</sup>中國醫藥大學附設醫院 台北分院耳鼻喉科 <sup>2</sup>中國醫藥大學附設醫院 全方位聽覺健康中心

**目的：**混合性聽力損失是一種複雜的聽覺疾病，其特點是傳導性和感音神經性兩個組分的結合。由於其多因素的特性，治療方面存在著獨特的挑戰。傳統的管理策略通常涉及使用助聽器或手術干預，分別針對傳導性或感音神經性成分。然而，近年來醫學技術的進步引入人工聽小骨手術作為一種新的解決方案，本研究將回溯探討於本中心進行人工聽小骨手術之術前術後聽力表現。

**方法：**本研究蒐集於2020~2024年間，至中國醫藥大學附設醫院台中總院全方位聽覺健康中心，或至中國醫藥大學附設醫院台北分院就診之個案，年齡介於7-65歲，平均年齡45.38歲，性別及手術耳為隨機選擇。所有個案皆進行術前純音聽力檢查（包含氣導及骨導測試）、中耳鼓室圖檢查及多頻率及多成份鼓室圖檢查。符合上述條件者共17筆資料，11名個案，其中6位雙耳皆進行手術。取個案術前、術後一個月、術後三個月及術後一年之聽力測驗結果進行分析。

**結果：**個案之術前純音聽力檢查氣導閾值平均為59.4分貝，骨導閾值平均為30.17分貝，氣骨導差平均為29.23分貝；術後一個月之純音聽力檢查氣導閾值平均為42分貝，骨導閾值平均為28.57分貝，氣骨導差平均為13.43分貝；術後三個月之純音聽力檢查氣導閾值平均為43.33分貝，骨導閾值平均為26.67分貝，氣骨導差平均為16.67分貝。

**結論：**本研究對於人工聽小骨手術治療混合性聽力損失的效果進行了初步的探討，發現手術後聽力有所改善，表現在氣導閾值、骨導閾值以及氣骨導差的變化。具體而言，術後一個月及術後三個月的氣導閾值有所降低，骨導閾值也呈現下降趨勢，這導致氣骨導差的縮小。這些結果顯示，人工聽小骨手術可能是一種有效的治療方法，能夠改善混合性聽力損失患者的聽力功能。然而，由於樣本數量較少且研究時間跨度較短，本研究的結果仍需進一步的大樣本研究來驗證。

**EO 5 16:54–17:00**

耳蝸型偏頭痛個案之臨床特徵及治療分析

Analysis of clinical characteristics and treatment of patients with cochlear migraine

陳冠儒<sup>1</sup> 潘彥蓉<sup>1,2</sup> 黃美睿<sup>1,2</sup> 陳冠華<sup>1,2</sup> 陳光超<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>中國醫藥大學附設醫院全方位聽覺健康中心 <sup>2</sup>中國醫藥大學附設醫院台北分院耳鼻喉科

**目的：**耳蝸型偏頭痛(Cochlear Migraine)為一與偏頭痛及聽力損失相關之疾病。因常伴隨著聽力下降之情況，經常被誤認為是突發性聽力損失或梅尼爾氏症(Meniere Disease)，並給予類固醇作為治療。此外，根據文獻，耳蝸型偏頭痛與作息、壓力及飲食有極高的相關性，過度的壓力、情緒調節不佳、特定食物之攝取亦會加劇相關臨床症狀。本研究旨在探討本團隊於耳蝸型偏頭痛個案之經驗，對其臨床症狀結果進行分析，並觀察耳蝸型偏頭痛能否單獨藉由改善作息、壓力或飲食且於未服藥之情況下使症狀有所改善，以作為日後治療及介入之參考依據。

**方法：**收集於本中心診斷耳蝸型偏頭痛患者，自2022年12月至2024年3月，年齡16歲至73歲，平均年齡為43.1歲。分別記錄個案診斷為耳蝸型偏頭痛之個案。在未給予個案類固醇等藥物之情況下，請個案家中休息並於一周後請個案回診，觀察並比較回診前後其症狀及聽力狀況等相關變化。

**結果：**大部分耳蝸型偏頭痛之個案到診時皆有耳悶、聽力下降、偏頭痛、耳鳴等症狀。其中，大多個案(91.2%)於單耳250Hz及500Hz等低頻處聽力下降。此外，多數個案皆存在生活作息異常或是生活壓力過大等潛在情況。而在未服用類固醇經過一周休養後，個案皆有回復聽力及耳鳴響度減少等之趨勢。

**結論：**依照文獻，耳蝸型偏頭痛建議以服用類固醇使個案於聽力損失之情況得到改善。若個案具有生活作息異常或是生活壓力過大等情況，建議個案以有效之休息為優先，適度睡眠配合情緒調整過後，症狀能有改善之趨勢。未來有望能使耳蝸型偏頭痛之個案免除服用藥物及擔心藥物所帶來之副作用並能夠痊癒回歸聽力狀況。但後續可以持續追蹤個案後續的聽覺表現並擴大收案數量，再進行分析。

**EO 6 17:00—17:06**

外傷性腦損傷後美尼爾氏病風險及外傷處置層級與治療方式的影響：全民健保資料庫世代研究

**Risk of Meniere's Disease after Traumatic Brain Injury and Effects of Injury Management Levels and Treatment Modalities: Nationwide Cohort Study**

陳孟陽<sup>1</sup> 陳正文<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院耳鼻喉頭頸外科部 <sup>2</sup>國立台灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉頭頸外科部 <sup>3</sup>輔仁大學醫學系

**目的：**創傷性腦損傷 (traumatic brain injury, TBI) 是由頭部創傷所引起，會干擾正常的腦部功能，而梅尼爾氏病 (Meniere's Disease, MD) 則以內耳中過多的內淋巴液積聚為特徵。腦損傷可能會造成內淋巴液製造和再吸收的平衡失常，因而被認為和梅尼爾氏病有相似的致病機轉。因此，本研究旨在探討創傷性腦損傷與隨後發展成梅尼爾氏病之間的潛在風險。

**方法：**這項研究為一項回顧性世代研究，利用台灣健保資料庫。共有71,591名創傷性腦損傷病人與286,364名非創傷性腦損傷病人以1:4的propensity score比例匹配。該研究旨在評估創傷性腦損傷病人罹患梅尼爾氏病的風險，並評估創傷性腦損傷嚴重程度與治療模式對於後續發生梅尼爾氏病的影響。

**結果：**研究結束時，創傷性腦損傷組中有541位 (0.76%) 病人和非創傷性腦損傷組中的1167位 (0.41%) 被診斷為梅尼爾氏病。與非創傷性腦損傷組相比，創傷性腦損傷組罹患梅尼爾氏病的風險增加了1.39倍。重度創傷 (Injury Severity Score, ISS  $\geq$  16) 與輕度創傷 (ISS  $<$  16) 相比，有更高罹患梅尼爾氏病的風險 (adjusted HR: 1.39, P  $<$  .001)。住院的創傷性腦損傷病人罹患梅尼爾氏病的風險，比只有在門診追蹤的創傷性腦損傷病人高1.60倍 (adjusted HR: 1.60, P  $<$  .001)。然而，創傷性腦損傷病人接受手術或職能/物理治療後，罹患梅尼爾氏病的風險並無顯著下降。

**結論：**本研究闡述了創傷性腦損傷病人相較於非創傷性腦損傷病人，增加了1.39倍罹患梅尼爾氏病的風險。此外，創傷性腦損傷病人中，住院和重度創傷的病人相較於非住院和輕度創傷的病人，分別增加了1.60倍和1.35倍罹患梅尼爾氏病的風險。然而，創傷性腦損傷病人接受的治療方式，對於罹患梅尼爾氏病的風險並無顯著影響。這些發現強調了創傷性腦損傷後長期追蹤的重要性，而創傷性腦損傷與梅尼爾氏病之間病生理機轉的關聯性，未來仍需要更多相關研究的深入探討。

**Discussion 17:06~17:20**

**OTSO 1 14:00–14:06**

口腔癌手術早期死亡率的預測因素探討

**Predictors for early mortality in oral cancer surgery**

李清池<sup>1,2</sup> 康柏皇<sup>1</sup> 林曜祥<sup>1</sup> 張國平<sup>1</sup> 蘇性豪<sup>1</sup> 張庭碩<sup>1</sup>

<sup>1</sup>高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 <sup>2</sup>國立陽明交通大學 醫務管理研究所

**目的：**口腔癌是最常見的癌症之一，已成為全球關注的問題。患者很可能治療後失去勞動能力及失去主要收入來源的角色而給家人和照護者帶來照護及經濟負擔。此外，在晚期個案中觀察到生命年顯著縮短，男性患者最多 18 年，女性患者最多 13 年。本研究預探討口腔癌手術患者早期死亡的預後因素，並確定改善患者預後的有價值的策略。

**方法：**回顧性分析 2017 年至 2021 年期間接受原發腫瘤切除術和頸部清掃術的 397 例患者。除傳統之病患因素（年齡，性別，教育程度，共病，菸酒檳榔生活習慣），腫瘤分期（T N M stage），病理特徵(LVI, PNI及 margin等)，術後治療方式外，亦納入手術教科書成果 (Textbook outcome [TO])及癌症資源中心使用等因素。以單因子與多因子Cox迴歸分析探討上述因素與早期死亡（12個月內）的關係。

**結果：**平均年齡為 57.2 歲 (SD, 9.8)，92.9% 的患者為男性。整體早期死亡率為12.6%。pN2-3 患者的早期死亡率為35.6%，腫瘤大小 > 3 cm 的患者的早期死亡率為22.3%，淋巴血管侵犯的患者的早期死亡率為36.2%。非教科書成果 (TO)、pN2-3、腫瘤大小 > 3 cm 和淋巴血管滲透是早期死亡率的獨立預測因子。在 pN2-3 或腫瘤大小 > 3 cm 族群中，非 TO、癌症資源中心就診、神經周圍侵犯和淋巴血管滲透是早期死亡的獨立預後因素

**結論：**除了傳統的臨床病理特徵外，非 TO 和 癌症資源中心 就診可以作為口腔癌早期死亡的預後因素。未來針對TO 和需要資源支持的患者方面的品質改進可以改善 OCC 的生存結果。

**OTSO 2 14:06—14:12**

下頷皮瓣重建口腔頰膜癌手術後全頰缺損

Using submental flap reconstruction of through and through defect after buccal cancer ablation

陳珈合<sup>1</sup> 劉紹正<sup>1,2</sup> 朱永祥<sup>1,2</sup> 李日清<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部 <sup>2</sup>國防醫學院耳鼻喉學科

**目的：**口腔頰膜癌在腫瘤切除後，部分的患者需要全層（黏膜以及皮膚）的重建，目前最常用的方法是大腿前外側皮瓣。游離皮瓣除了手術時間長，術後可能因皮瓣和臉部膚色差異過大而產生明顯顏面醜形，在特定案例中，如果可以選用下頷皮瓣重建，則可以克服前述缺點，且無明顯預後差異。

**方法：**本研究蒐集過去十年內，於本院診斷為口腔頰黏膜癌，且接受手術治療的患者。採回溯性分析，腫瘤切除術中併有全層頰部缺損，並以下頷皮瓣進行重建的所有案例。針對個案的期別、缺損範圍、皮瓣大小、術後併發症、病患基本資料及疾病狀況等現況進行統計與分析。

**結果：**總共有8位患者，平均年齡為52歲（40-80歲），均為男性，術後病理腫瘤分期 stage II 有一例，stage III 有一例，其餘6例為stage IV，臉頰皮膚缺損從4×3公分到8×6公分，皮瓣大小從9×5公分到13×7公分，均未出現皮瓣壞死或部分缺損的現象。術後併發症者有二例，一例為傷口癒合不良而產生開裂，病患後續需要接受皮瓣再成型手術，另一例僅有輕微口水滲漏，經換藥後自行癒合。

**結論：**根據近年來的手術成功案例經驗，針對特定的口腔癌個案的重建方案，下頷皮瓣可作為游離皮瓣的替代選擇，除了可縮短手術時間及住院天數外，更可減少術後因皮瓣及原膚色差異而產生的顏面醜形。

**OTSO 3 14:12–14:18**

頸部無痕雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除手術—義大醫院初步經驗分享

Neck scarless thyroidectomy with BABA approach : E— Da hospital experience

王誌群<sup>1,2</sup> 楊顯謙<sup>1,2</sup> 施佑綦<sup>1,2</sup> 江豐裕<sup>1,2</sup> 黃澤人<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>義大醫療財團法人義大醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>義守大學醫學院

**目的：**雙側腋窩乳暈入路(Bilateral Axillo-Breast Approach, BABA)機器人甲狀腺切除手術為遠距入路甲狀腺切除手術 (remote access thyroidectomy) 之一，透過雙側腋下及雙側乳暈的內視鏡小傷口將機械手臂伸入至頸部創造空間，進行甲狀腺切除手術。由於頸部無傷口，故此項手術亦可稱之為頸部無痕甲狀腺切除手術 ( neck scarless thyroidectomy )。

**方法：**採回溯性分析，蒐集2023.03~2024.02年在義大醫院耳鼻喉部接受雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除患者，並分析其臨床資料，包括：性別、年齡、手術切除範圍、腫瘤大小、腫瘤病理型態、手術時間及術後相關併發症。

**結果：**以往，義大醫院較常運用達文西機器手臂手術在睡眠障礙、咽喉疾病及唾液腺疾病等患者。為因應病患對於頸部傷口及之後疤痕形成的顧慮，義大醫院耳鼻喉部於2023年開始採用雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除手術。從2023/03~2024/02總共收治15位雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除患者。14位女性，1位男性，年齡分佈為18歲至62歲，平均年齡44歲。平均住院5天。其中10位接受甲狀腺全切除手術患者，有6位為甲狀腺乳突癌且均為第一期。2位接受甲狀腺全切除手術患者產生低血鈣併發症，1位接受甲狀腺全切除手術患者有暫時性聲帶麻痺情形。因為累積的病例數不多，因此手術時間較長、亦無明顯縮短住院天數，但並無個案術後頸部血腫或術中出血需更換為傳統手術等情形。雖然產生低血鈣的情形比率稍高及一病例暫時性聲帶麻痺，其可歸因於超音波刀(harmonic scalpel)的操作不熟稔及雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除手術技巧及經驗累積不足。

**結論：**雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除手術，可提供耳鼻喉頭頸外科醫師在傳統甲狀腺手術中另一項頸部無疤痕甲狀腺切除手術的另一選擇。



**OTSO 4 14:18–14:24**

甲狀腺結節超音影像診斷分層系統的效能比較

Compare the Diagnostic Performance of Ultrasound Risk Stratification Systems for Thyroid Nodules

吳俊逸<sup>1</sup> 鄭評嘉<sup>1</sup> 溫明勳<sup>1</sup> 張智銘<sup>1</sup> 羅武嘉<sup>1</sup> 鄭博文<sup>1</sup> 廖立人<sup>1</sup>

<sup>1</sup>亞東紀念醫院耳鼻喉部

**目的：**甲狀腺結節是很常見的疾病，有很高的發生率，基於超音波影像（US）的風險分層系統已越來越多被用於甲狀腺結節診斷。包括美國甲狀腺協會(ATA)系統、美國放射學會甲狀腺成像報告系統（ACR-TIRADS）、韓國甲狀腺放射學會系統（K-TIRADS）和歐洲甲狀腺協會系統(EU-TIRADS)等等。我們單位也發表過即時的評分系統(FEMH Score)，本研究目的在總結、比較來自不同單位的不同超音波風險分層系統在甲狀腺結節檢測中的效能。

**方法：**當病患有甲狀腺結節進行超音波檢查與超音波導引細針穿刺時，邀請病患同意進行此研究。若後續病患有進行甲狀腺切除手術，確定診斷者納入最終分析。超音影像診斷分層系統則分別採用 ATA、ACR-TIRAD、K-TIRAD、EU-TIRAD 以及本院開發之FEMH Score。細針穿刺細胞學檢查依甲狀腺細胞學Bethesda分類報告系統，分類為I到VI類。比較ATA、ACR-TIRAD、K-TIRAD、EU-TIRAD 以及FEMH Score與現代細胞學分類系統第V, VI類之敏感度(Sensitivity)、特異度(Specificity)、陽性預測值(Positive predictive value)、陰性預測值(Negative predictive value) 和準確率(Overall accuracy)。

**結果：**從2020年6月到2023年12月約3年期間亞東醫院耳鼻喉科超音波檢查室共有476名患者因甲狀腺結節接受超音波導引之下細針穿刺細胞學檢查，簽署同意書，後續有42名患者接受甲狀腺切除手術才收案納入分析。對於美國甲狀腺協會(ATA)系統、美國放射學會甲狀腺成像報告(ACR-TIRAD)系統、韓國甲狀腺放射學會(K-TIRAD)系統、及歐洲甲狀腺協會(EU-TIRAD)系統，以4類或5類診斷惡性甲狀腺腫瘤之敏感度、特異性、陽性預測值、陰性預測值及準確率皆為 95.6%、78.9%、84.6%、93.7%及88.1%。而以本院發表過的評分系統（超過3.3分）及細胞學報告（Bethesda分類V或VI類）診斷惡性甲狀腺腫瘤的敏感度、特異性、陽性預測值、陰性預測值及準確率皆為 73.9%、100%、100%、76%及85.7%。

**結論：**不論是美國(ATA、ACR-TIRAD)、韓國(K-TIRAD)、歐洲(EU-TIRAD)及本院開發FEMH Score系統，各種甲狀腺結節超音影像診斷分層系統的效力相當，都可以有效預估甲狀腺結節的良惡性，配合超音波導引之下細針穿刺細胞學檢查更可以有效地協助醫師擬定後續的治療方式。

**OTSO 5 14:24–14:30**

體重狀態與睡眠自律神經功能在兒童阻塞性睡眠呼吸中止症疾病嚴重度與血壓關係中的中介調節作用

Interplay of Weight Status and Sleep Autonomic Function in Mediating and Moderating the Link Between Disease Severity and Blood Pressure in Pediatric Obstructive Sleep Apnea

趙元<sup>12</sup> 莊海華<sup>145</sup> 林婉妮<sup>14</sup> 辛立仁<sup>14</sup> 方端仁<sup>14</sup> 李學禹<sup>14</sup> 李立昂<sup>145</sup>

<sup>1</sup>林口長庚醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>臺北醫學大學醫學系 <sup>3</sup>林口長庚醫院家庭醫學部 <sup>4</sup>長庚大學醫學系 <sup>5</sup>清華大學學士後醫學系

**目的：**本研究旨在探討兒童阻塞性睡眠呼吸中止症患者中體重狀態、自律神經調節功能、疾病嚴重度以及血壓之間的交互關係。

**方法：**本回溯性研究分析76位兒童阻塞性睡眠呼吸中止症患者的資料。該研究包含收集和評估身體質量指數、睡眠心率變異性指數、睡眠多項生理檢查參數和夜間血壓測量。我們使用了皮爾森相關係數檢定以及中介調節分析來探討這些變數之間的關係。

**結果：**研究對象為59名男孩與17名女孩，平均年齡7.2歲，平均身體質量指數為19.09 kg/m<sup>2</sup>，平均呼吸中止指數為13.07次/小時。身體質量指數、呼吸中止指數以及收縮壓之間有顯著相關性（所有P值均小於0.05）。而心率變異性指數的低/高頻功率比與收縮壓之間有正相關趨勢（P = 0.06）。吾人更進一步發現身體質量指數中介睡眠呼吸中止指數與收縮壓之間的關係（P < 0.05），而低/高頻功率比是該關係的調節因子（P < 0.001）。此外，與64位單獨罹患阻塞性睡眠呼吸中止症的兒童相比，12位同時罹患阻塞性睡眠呼吸中止症和注意力不足過動症的兒童表現出更高的低/高頻功率比值（P = 0.048）。

**結論：**本研究發現突顯了監測並管理阻塞性睡眠呼吸中止症兒童的體重狀況和自律神經功能在血壓控制上的重要性。此外，兒童阻塞性睡眠呼吸中止症和注意力不足過動症是否可能造成成年後高血壓則尚需進一步的研究。

**Discussion 14:30 – 14:50**

**HNO 1-1 15:30—15:36**

探討規則運動和頭頸癌發生風險之相關性

**Regular Recreational Physical Activity and Risk of Head and Neck Cancer**

黃正池<sup>1</sup> 蕭振仁<sup>1</sup>

<sup>1</sup>國立成功大學醫學院附設醫院耳鼻喉部

**目的：**研究顯示，規則運動會降低20-30%大腸癌、乳癌及子宮內膜癌的發生機率。然而頭頸癌發生機率和運動的關聯性，至目前為止並沒有一致結論，因此，本研究主要探討規則運動和頭頸癌發生風險的相關性。

**方法：**從2011年3月至2015年10月，我們分析623例頭頸癌病人及731例對照組個案，收集其年紀、性別、教育程度、抽菸、喝酒、嚼檳榔、蔬菜及水果攝取等基本資料，而每星期運動次數大於3天有規則運動個案，則會更進一步收集其運動類型、每星期運動天數及每天運動時間等數據。藉由unconditional logistic regression分析及控制相關變因後，了解規則運動和頭頸癌發生風險的相關性。

**結果：**兩組間年紀約略相當，而對照組則有較多的女性納入研究，頭頸癌個案較對照組，其教育程度較低，也使用了更多的菸、酒及檳榔，也較少吃蔬果。兩組中有規則運動個案，會較少攝取菸、酒及檳榔，也會多吃蔬果。在控制了年紀、性別及教育程度後，規則運動明顯降低了頭頸癌的發生風險(OR =0.65, 95% CI = 0.51-0.82)。更進一步調整了菸、酒及檳榔等變因後發現，規則運動和頭頸癌的發生風險趨近於不相關(OR =0.83, 95%: 0.64-1.09)。最後調整了蔬菜及水果攝取情況，其結果顯示，規則運動和頭頸癌的發生風險則會更趨近於不相關(OR =0.97, 95% CI: 0.73-1.28)。而規則運動的有或無、運動頻率、運動強度及運動的持續年份和不同部位頭頸癌的發生風險並沒有關聯性。

**結論：**本研究顯示，規則運動並不會明顯降低頭頸癌的發生風險，而頭頸癌發生風險的相關危險因子，應該更著重於減少煙、酒及檳榔的接觸和攝取更大量的蔬菜及水果。

**HNO 1-2 15:36–15:42**

回顧性研究：全身免疫炎症指數動態變化與口咽癌患者預後

**Dynamic Changes in the Systemic Immune-Inflammation Index and the Prognosis of Oropharyngeal Cancer Patients: A Retrospective Study**

張亦愷<sup>1</sup> 羅武嘉<sup>1</sup> 鄭博文<sup>1</sup> 廖立人<sup>1</sup>

<sup>1</sup>亞東醫院耳鼻喉部

**目的：**頭頸部癌症是全球最常見的癌症之一。其中超過90%的腫瘤是鱗狀細胞癌，而大多數腫瘤位於口腔、鼻咽、口咽、下咽或喉部。在台灣，頭頸部癌症的發病率已經趨於穩定，在近年逐漸下降。然而，口咽鱗狀細胞癌（oropharyngeal squamous cell carcinoma, OPSCC）的發病率卻持續增加。血液學參數是癌症的簡單預後指標。本研究的目標是評估治療前系統性免疫-發炎指數（systemic immune-inflammation index, SII, platelet count × neutrophil count/lymphocyte count）以及治療後SII動態變化在口咽鱗狀細胞癌（OPSCC）患者群體中的預後意義。

**方法：**我們整理了亞東醫院2008到2020年，200名口咽癌患者在根治性治療（包括腫瘤切除、放射治療和同步放化療）前後的血液學參數。我們使用Kaplan-Meier圖比較了這些標記的存活預後，並使用log-rank測試進行了檢驗。我們使用單變量和多變量Cox回歸模型研究了臨床變量對整體生存率（overall survival, OS）和疾病特異性生存率（disease specific survival, DSS）的潛在影響。

**結果：**在200名OPSCC患者中，男性患者186人（佔93%），女性患者14人（佔7%）。臨床分期I、II、III和IV期患者的5年整體生存率分別為82.0%、68.7%、59.4%和33.0%。我們整理了患者診斷後三個月內和治療結束後三個月內的血液炎症和免疫標記以及這些標記的變化。我們發現SII大於1825與較差的整體生存率(OS)和疾病特異生存率(DSS)有關。我們還發現治療後SII ( $\Delta$ SII $\geq$ 1911) 與較差的整體生存率(OS)和疾病特異生存率(DSS)有關。我們發現性別為男性、臨床分期越晚期、NLR(neutrophil-to-lymphocyte ratio)越高、PLR(platelet-to-lymphocyte ratio)越高、LMR(lymphocyte-to-monocyte ratio)越高和增加的 $\Delta$ SII有較差的整體生存率。在多變量Cox回歸分析中，我們發現治療前SII和治療後SII( $\Delta$ SII)的組合，是預測OS很好的指標。對於DSS也有類似的趨勢。

**結論：**治療前的SII和SII的動態變化對口咽部鱗狀細胞癌的預後相當重要，而治療前SII和治療後SII( $\Delta$ SII)的組合則是OPSCC的更好的預後預測指標。

**HNO 1-3 15:42 – 15:48**

聲門癌經改良式第三型聲帶切除手術後的復發：前置因子及治療

Recurrence after Modified Type III Cordectomy for Glottic Cancer : Predisposing Factors and Management

劉璟璇<sup>1</sup> 朱本元<sup>1</sup>

<sup>1</sup>台北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部

**目的：**對於早期聲門癌的治療，經口雷射顯微手術(transoral laser microsurgery, TLM)為一廣泛使用的治療方式。我們在2006年提出的改良式第三型聲帶切除手術(modified type III cordectomy)，經過長期追蹤顯示，是安全、且有良好嗓音結果的。本篇研究針對接受改良式第三型聲帶切除手術後復發的個案，分析可能的前置因子、並探討復發後的治療。

**方法：**於2006至2023年間，共58位患者於本院接受改良式第三型聲帶切除手術。此手術方式切除聲帶的上半部分，並保存聲帶肌(vocalis muscle)的下半部分。留存下來的部分作為肉芽組織生成的支撐，增進聲門的閉合。病患的年齡、以及腫瘤的分期、病理、型態、位置等等因子皆進行與疾病復發關聯性的分析。復發個案的治療方式也另外進行分析。所有患者追蹤的中位數(median)為65個月。

**結果：**58位患者中，有25位T1 (43%)，31位T2 (53%)，2位T3 (3%)。13位(22%)有局部復發。在所有被分析的因子中，僅內生長型腫瘤(endophytic tumor，與外生長性腫瘤(exophytic tumor)相比)以及梭狀細胞癌(spindle cell squamous cell carcinoma，與鱗狀細胞癌(squamous cell carcinoma)相比)與腫瘤復發有顯著的關聯性。復發個案中，有11位(85%)在接受經口雷射顯微手術(6位)或經口雷射顯微手術併放射線治療(5位)後，追蹤至今未復發且成功保留咽喉。五年整體存活率(overall survival)、無病存活率(disease-specific survival)、及喉保存率(laryngeal preservation rate)分別為93%、97%、96%。

**結論：**接受改良式第三型聲帶切除手術的患者，若腫瘤為內生長型或為梭狀細胞癌，術後的追蹤需要特別注意。若確實有腫瘤復發，絕大多數此類患者可再次接受經口雷射顯微手術(或合併放射線治療)，並成功治療復發。

**HNO 1-4 15:48–15:54**

肺炎對於接受化療加放療的頭頸部鱗狀細胞癌的患者的預後

**Prognosis of Pneumonia in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Patients received Concurrent Chemoradiotherapy**

方科鈞<sup>1</sup> 陳韋至<sup>1</sup> 吳靖農<sup>1</sup> 羅盛典<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>高雄長庚醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>長庚大學臨床醫學研究所 <sup>3</sup>長庚大學中醫系 <sup>4</sup>中山大學學士後醫學系

**目的：**化療加放療（CCRT）是對於局部晚期頭頸部鱗狀細胞癌（HNSCC）的患者提供標準的治療方案。接受CCRT治療的患者，肺炎是嚴重的併發症，發生率受到複雜因素的影響。我們研究的目的是大規模調查HNSCC患者接受CCRT治療中，肺炎的風險因素和生存狀況。

**方法：**利用長庚研究數據資料庫（CGRD），我們回顧性地審查從2007年1月至2019年12月之間接受CCRT治療的HNSCC患者的生存數據，其中包括有和沒有肺炎的情況。對比肺炎組和非肺炎組，預估了在接受CCRT治療的HNSCC患者中，患有肺炎的風險因素和整體生存率。

**結果：**在6959名HNSCC患者接受CCRT治療後，有1625例（23.2%）患者患有肺炎，其中位整體生存率較非肺炎組更差（1.2年 vs. 4.9年，調整後的相對危險值1.900，95%信賴區間1.770至2.040，Log-rank p值 < 0.001）。在肺炎組中，HNSCC患者的年齡較大，腫瘤分期較晚，患有糖尿病（DM）較多，接受侵襲性處置較多，化療和放療的持續時間較長，與非肺炎組相比的話，營養狀況也較差。非肺炎組和肺炎組的2年、5年和10年累積整體生存率分別為68.2% vs. 36.1%，49.5% vs. 23.2%，以及32.4% vs. 14.2%。接受CCRT治療的HNSCC患者，其預後因素包括年齡、男性、肺炎、飲酒、檳榔、淋巴結轉移、第三期及第四期病人、DM病史、胃造口、鼻胃管（NG）、化療或放療的持續時間較長以及喉癌。經過多變量分析後，HNSCC患者接受CCRT治療中發生肺炎的獨立危險因子包括過量飲酒、糖尿病（DM）、胃造口術後、有鼻胃管（NG）、化療時間較長以及延遲放療的治療2周。

**結論：**肺炎影響了HNSCC患者接受CCRT治療的整體生存率。對於更加了解肺炎風險因子有助於早期採取積極預防與處置，以預防嚴重併發症。

**HNO 1-5 15:54–16:00**

經治療喉癌及下咽癌患者之存活加權生活品質評估

Survival-weighted quality of life profiles in patients treated for laryngeal and hypopharyngeal cancers.

沈之浩<sup>1</sup> 蔡耀德<sup>1,2</sup> 賴家玄<sup>3</sup>

<sup>1</sup>嘉義長庚醫院耳鼻喉系 <sup>2</sup>長庚大學醫學系 <sup>3</sup>嘉義長庚醫院放射腫瘤科

**目的：**本研究希望透過估計預期壽命(LE)、存活加權心理計量分數(SWPS)和生活品質調整後的預期壽命(QALE) 來評估接受喉癌/下咽癌(LHC)治療後病人的長期功能性結果和生活品質(QoL)

**方法：**我們回溯性的檢驗了自2010年一月至2018年十二月共1576名接受頭頸癌治療的病患資料，並對其進行追蹤至2020年十二月或患者死亡。透過EORTC QLQ-C30、QLQ-H&N35的臺灣中文版問卷，以及 EQ-5D 的問卷，我們還收集了2013年10月至2022年11月期間232 名患者的生活品質和功能數據，運用線性外推法獲得患者的存活函數，在整合存活函數及生活品質數據計算存活加權心理計量分數(SWPS)和生活品質調整後的預期壽命(QALE)。

**結果：**本臨床研究顯示符合條件的喉癌/下咽癌的病患，追蹤期間平均存活時間為 7.8 年，推估的預期壽命為 7.0 年，損失預期壽命經由評估五個功能性領域: 認知 (4.9 年)、身體 (4.2 年)、情緒 (3.4 年)、社交 (3.4 年)與角色 (2.7 年) 功能，和一般人相比約損失 16.5 年預期壽命。整合評估病患的吞嚥困難、語言障礙與牙齒相關問題，推估損失預期壽命時間分別為 6.2 年、5.6 年和4.8 年，預期病患將依賴管灌飲食為1.2 年

**結論：**喉癌/下咽癌病患的預期壽命和和生活品質調整後的預期壽命(QALE)均顯著降低，以生活品質數據計算存活加權心理計量分數(SWPS)可能是獲取喉癌/下咽癌如何多面向影響病患主觀的生活品質結果的有效工具。

**Discussion 16:00–16:20**

**NO 1-1 16:30–16:36**

高家庭收入對鼻咽癌患者長期生活品質的影響：是直接影響還是受其他因素中介？

Impact of Higher Household Income on the Long-Term Quality of Life in Nasopharyngeal Carcinoma Patients: Direct Influence or Mediated by Other Factors?

姜驊<sup>1</sup> 陳韋至<sup>1</sup> 羅盛典<sup>1,2,3</sup> 吳靖農<sup>1</sup>

<sup>1</sup>高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>長庚大學 <sup>3</sup>正修科技大學

**目的：**鼻咽癌治療成功的病人經常在成功治療後受到長期的生活品質降低的困擾。本研究探討了鼻咽癌康復者生活品質的影響因素，重點主要為治療後的時間演變和社會經濟及臨床因素的影響。

**方法：**在這項橫斷面研究中，納入了近十年來接受過治療並於2021年至2023年在我院進行追蹤的鼻咽癌患者。他們填寫了健康生活品質測量問卷、簡明版世界衛生組織生活品質問卷、鼻及鼻竇炎評估量表、耳咽管功能障礙問卷7項和吞嚥能力評估工具10項。採用局部加權線性迴歸方法描繪生活品質分數的趨勢，使用線性混合模型評估家庭收入和其他預測因素對生活品質的未調整以及經調整的影響。

**結果：**共有248名參與者，進行了 355 項生活品質評估。局部加權線性迴歸趨勢顯示，在治療後的大部分時間內，較高的家庭收入與較高的生活品質得分相關。儘管初步分析顯示高家庭收入和身體功能狀態分數都預測了更好的一般和特定狀況的生活品質，但在多變量分析中，收入的影響在調整身體功能狀態後有所減弱。中介分析顯示收入與生活品質之間的關聯性在一定程度上是隨著患者的日常體能狀態調整的。

**結論：**日常體能狀態是鼻咽癌倖存者社會經濟地位和生活品質結果之間相互作用的關鍵中介因素。這些見解強調了有必要進行前瞻性研究以確認這些關係。



**NO 1-2 16:36–16:42**

頭頸部孤立性骨髓外漿細胞瘤治療結果分析研究

**Outcome Analysis of Solitary Extramedullary Plasmacytoma in the Head and Neck Region : A Clinical Perspective**莊博文<sup>1</sup> 傅嘉祥<sup>1,2</sup> 李達人<sup>1</sup> 莊文郁<sup>3</sup><sup>1</sup>林口長庚紀念醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>長庚大學臨床醫學研究所 <sup>3</sup>林口長庚紀念醫院解剖病理科

**目的：**頭頸部孤立性骨髓外漿細胞瘤（solitary extramedullary plasmacytoma, SEP）佔所有頭頸部腫瘤不到1%。因其罕見性和多樣化的發生位置，而帶來臨床診斷上的挑戰性。治療方式為手術切除、局部放射線治療、或合併兩者治療。此篇回顧性研究主要目的為提供此類腫瘤的臨床特徵，並分析病患臨床表現、腫瘤部位以及多模式治療後的治療結果。

**方法：**本研究針對診斷為頭頸部SEP的患者進行了一項回顧性病例研究。收集了有關病患基本資料、臨床表現、治療方法和生存結果的數據。同時進行文獻回顧。

**結果：**此研究共收錄了十三名患者。中位年齡為63.4歲（範圍從45至82歲），其中八名（61.5%）為男性。其中五例（38.5%）位於鼻竇及鼻腔、所佔比例最高，三例位於喉部，三例位於口腔，一例位於鼻咽部和一例位於眼眶區域。其中一名患者拒絕治療並失去了追蹤，六名患者接受了放射治療，另外五名患者接受了手術切除併放射治療。另外一名僅接受手術治療。平均追蹤時間為60.4個月。十一名接受放射治療或手術併放射治療的患者，有良好的短期治療成果；然而，其中四名患者（36.4%）在治療結束的兩年內出現了局部復發或轉變為多發性骨髓瘤的現象。回歸分析也發現腫瘤大小對放射治療後的預後產生了影響。根據先前西方的研究統計，接受放射治療的頭頸部SEP患者中，有10-30%的病例會發展成多發性骨髓瘤。其局部復發率小於10%。本研究結果顯示，轉變為多發性骨髓瘤的比例為16.7%，而局部復發率則為16.7%，且均發生在治療後的前兩年內。另外，研究指出，年齡較大的患者預後較差，但在我們的研究中並未觀察到顯著差異。

**結論：**孤立性骨髓外漿細胞瘤（SEP）為罕見頭頸部腫瘤；雖然放射線治療能為頭頸部SEP帶來良好的短期治療成效，但部分頭頸部SEP患者仍可能於治療結束後的兩年內發展成多發性骨髓瘤。較大的SEP腫瘤也可能會導致較差的預後，需要採取更積極的治療和追蹤。

**NO 1-3 16:42–16:48**

鼻咽癌治療後之頸部轉移，施行頸部淋巴廓清術作為搶救治療

Neck dissection as a salvage procedure for persistent or recurrent neck disease after treatment in patients with nasopharyngeal cancer

洪莉婷<sup>1</sup> 葉建甫<sup>1,2</sup> 李宗倫<sup>1,2</sup> 何青吟<sup>3</sup> 趙勻廷<sup>1,2</sup> 藍敏瑛<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>臺北榮民總醫院 耳鼻喉頭頸醫學部 <sup>2</sup>陽明交通大學醫學系 <sup>3</sup>振興醫院耳鼻喉部

**目的：**鼻咽癌以其高淋巴結轉移率而聞名，多達 70% 的患者在鼻咽癌診斷時便有頸部淋巴結腫大。在接受放射療法或放射療法合併化學療法的標準治療後，大多數鼻咽癌患者的疾病得以治癒。然而，治療後持續性或復發的淋巴結腫大並不少見，此研究想探討用頸部淋巴廓清術治療此類病人之預後，及根除性頸部淋巴廓清術與否對於預後是否有影響。

**方法：**在臺北榮民總醫院診斷之鼻咽癌病患，所有病患皆有接受放射治療或放射治療合併化學治療的標準治療，並於治療完成後定期用磁振造影或電腦斷層評估腫瘤治療成效。本研究回溯性分析自2006年1月至2021年9月，在懷疑持續性或復發性頸部轉移後，接受頸部淋巴廓清術治療頸部疾病之病人。這些病患皆在術前例行性接受全身掃描檢查，排除遠處轉移後才接受手術。

**結果：**共收集13例接受頸部淋巴廓清術之病患，其中11例男性，2例女性，年齡分佈為29至61歲，平均年齡為51.6歲，追蹤時間平均24.9個月。在排除兩例手術後確定為無淋巴轉移(N0)的病例後，根除性頸部淋巴廓清術平均存活中位數為32個月，選擇性頸部淋巴廓清術平均存活中位數為22個月。

**結論：**共收集13例接受頸部淋巴廓清術之病患，其中11例男性，2例女性，年齡分佈為29至61歲，平均年齡為51.6歲，追蹤時間平均24.9個月。在排除兩例手術後確定為無淋巴轉移(N0)的病例後，根除性頸部淋巴廓清術平均存活中位數為32個月，選擇性頸部淋巴廓清術平均存活中位數為22個月。

**NO 1-4 16:48–16:54**

高敏度C-反應蛋白在空鼻症與睡眠障礙的角色

**Serum High-Sensitivity C-Reactive Protein as a Marker for Sleep Dysfunction in Patients with Empty Nose Syndrome**

薛翔安<sup>1</sup> 傅嘉祥<sup>1,2</sup> 李達人<sup>1</sup> 黃啟哲<sup>1,2</sup> 張伯宏<sup>1,2</sup> 莊立邦<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>林口長庚紀念醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>長庚大學臨床醫學研究所 <sup>3</sup>長庚紀念醫院睡眠中心

**目的：**空鼻症候群（empty nose syndrome）是一種接受鼻甲手術或治療後而導致的醫源性症狀，典型表現為即使病患的鼻腔通暢，卻依舊感受到鼻塞以及各樣不適的症狀。睡眠呼吸中止症（obstructive sleep apnea）為在睡眠期間反覆發生呼吸道阻塞，造成呼吸短暫中止，產生睡眠反覆中斷的現象。本文旨在研究空鼻症候群與睡眠呼吸中止症之間的相關性，以及生物標記在中的應用。

**方法：**本篇前瞻性研究納入接受過鼻腔重建手術的空鼻症患者。所有病人在重建手術前及術後均接受整夜睡眠多項生理功能檢查。所有病患也都進行術前的問卷調查來評估其生體和心理的狀況，包含Sino-Nasal Outcome Test-25，Empty Nose Syndrome 6-item Questionnaire，以及Epworth Sleepiness Scale（EpSS）。所有的病患皆在手術前一天抽血分析血清中高敏度C-反應蛋白（hs-CRP）的濃度。病患於術後六個月再次接受整夜睡眠多項生理功能檢查以及抽血分析血清中hs-CRP的濃度。

**結果：**最終共有41位病人完成術後追蹤並納入研究。結果顯示在本篇研究的空鼻症病人中有80.5%在重建手術前證實睡眠呼吸中止症。接受鼻腔重建手術後，病人的白天嗜睡分數（EpSS）以及打鼾指數（snore index）皆有顯著改善（ $p < 0.001$ 及  $p = 0.041$ ）。進一步分析術後打鼾或是白天嗜睡沒有改善的病人，發現其血清中hs-CRP於術後有顯著的上升（ $p = 0.023$ ）。而術前血清中hs-CRP較高的病人接受手術後有較高的比例會改善打呼以及白天嗜睡的狀況。ROC曲線顯示術前血清濃度0.685 pg/mL可能可以作為空鼻症病患接受鼻腔重建手術後打呼以及白天嗜睡改善結果的預測因子，其敏感度為82.4%，特異性為80.0%。

**結論：**鼻腔重建手術可以改善空鼻症患者的打鼾和白天嗜睡感，術前血清中hs-CRP或許可以作為術後打鼾及白天嗜睡預後的預測因子。而術後血清中hs-CRP的上升可能與打鼾及白天嗜睡情況預後不佳有關。

**NO 1-5 16:54–17:00**

## 沉浸式嗅覺訓練

## Immersive Olfactory Training

趙勻廷<sup>1,2,3</sup> Thomas Hummel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 <sup>2</sup>國立陽明交通大學醫學系耳鼻喉科 <sup>3</sup>德國德勒斯登大學耳鼻喉科嗅味覺中心

**目的：**嗅覺訓練儼然成為處理嗅覺喪失的首選治療之一。傳統的嗅覺訓練為早晚嗅聞四種氣味持續3-4個月；沉浸式嗅覺訓練為讓患者全身暴露在充滿整個訓練空間的特定氣味，並不斷變換之。過去研究顯示該方法也能有效的回復部分患者的嗅覺。本研究欲比較沉浸式嗅覺訓練、傳統嗅覺訓練及觀察追蹤三組嗅覺喪失病患的療效。

**方法：**沉浸式嗅覺訓練於德國舉辦的氣味劇場活動中進行，患者每周六天、每天一次進入該訓練空間進行12分鐘共計64種不同的氣味暴露；傳統嗅覺訓練為患者自行早晚各聞一輪玫瑰、檸檬、丁香、尤加利四種味道，每次每種氣味嗅聞20-30秒。對照組沒有接受任何治療。數據收集後，分析三組間性別、年齡等基本特性的統計差異，並以重複測量變異數分析比較三組間主客觀嗅覺能力的改變。

**結果：**總共有60位主訴嗅覺障礙的患者納入本研究並分派至沉浸組(n=25)、傳統組(n=17)及對照組(n=18)。沉浸組(MD=2.5±1.1, p=0.030)與傳統組(MD=4.2±1.3, p=0.002)在整體嗅覺功能(TDI分數)皆有提升，但傳統組有41%達顯著提升( $\Delta$ TDI  $\geq$  5.5)，較對照組多(p=0.018)；而沉浸組只有20%達顯著提升，和對照組無差異(p=0.375)。

**結論：**雖然沉浸組並沒有達到像傳統組類似的嗅覺提升效果，但沉浸式嗅覺訓練還是很有潛力能夠成為嗅覺訓練的一種特殊形式。

**Discussion 17:00–17:20**

**NO 2-1 08:30—08:36**

後鼻神經燒灼術合併雙側下鼻甲無線射頻手術治療嚴重慢性鼻炎與鼻塞患者：初步成果

The effect of additional laser posterior nasal nerve neurolysis to radiofrequency ablation of inferior turbinates in severe nasal obstruction and rhinitis patients : A Preliminary Study.

黃健祐<sup>1,2</sup> 林曜祥<sup>3</sup> 康柏皇<sup>3</sup> 廖峻毅<sup>1</sup>

<sup>1</sup>嘉義基督教醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>國立陽明交通大學智慧科學暨綠能學院 <sup>3</sup>高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

**目的：**美國耳鼻喉科醫學會於2023年發表聲明認可後鼻神經消融術(Posterior nasal nerve neurolysis)作為藥物治療無效慢性鼻炎之一標準治療手術。文獻已有使用冷凍、無線射頻或雷射之不同途徑執行此術式達到有效治療之報告。我們提出假說對於嚴重鼻塞與鼻炎患者，合併使用二氧化碳雷射與無線射頻進行後鼻神經自後中鼻道至下鼻甲內之路徑進行後鼻神經燒灼手術較單做無線射頻雙側下鼻甲消融可達到更好治療效果。

**方法：**回溯自2023/2至2023/12經門診檢查慢性鼻炎超過6個月以上患者，經類固醇鼻噴劑或口服藥物控制一個月反應不佳，問卷評估總鼻部症狀測驗(reflective total nasal symptom score, rTNSS)為7分以上，鼻水症狀為2分以上，鼻塞症狀評估量表(NOSE)分數為65分以上，排除顯著鼻中膈彎曲、過去曾接受過鼻中膈下鼻道手術患者，進行雙側下鼻甲無線射頻與雷射後鼻神經燒灼手術或單做無線射頻手術患者之治療成果。手術均採局部麻醉門診手術，術後以薄敷料覆蓋下鼻甲，保持鼻腔通暢未加壓。

**結果：**共收錄31位患者，男性21位(67.74%)，其中24位接受合併手術，7位僅接受無線射頻手術，接受手術前rTNSS平均分數為9.83與9.43分，於術後一個月降為2.46與4.57分(改善75%與51.51%)，於三個月降為2.25與3.86分(改善77.12%與59.1%)。鼻塞症狀評估量表(NOSE)分數術前平均為77.5與71.2分，術後一個月降為10.4與29.3分(改善86.56%與59%)，術後三個月降為5.4與10.7分(改善93.01%與85%)，經檢定合併手術於術後一個月、三個月成效均優於單做無線射頻手術，統計均達顯著差異( $p < 0.05$ )。術後併發症於合併手術組2例術後出血(8.3%)。

**結論：**合併雙側下鼻甲無線射頻與雷射後鼻神經燒灼手術於嚴重鼻過敏與嚴重鼻塞患者短期治療成效優於單執行無線射頻手術達統計顯著差異。

**NO 2-2 08:36—08:42**

鼻竇內視鏡手術對慢性鼻竇炎患者併耳咽管功能障礙的影響 – 系統性文獻回顧與統合分析  
Endoscopic Sinus Surgery Effectively Improves Eustachian Tube Dysfunction in Patients with  
Chronic Rhinosinusitis: A Systematic Review and Meta-Analysis

楊凱珊<sup>1</sup> 陳韋至<sup>1</sup> 吳靖農<sup>1</sup> 羅盛典

<sup>1</sup>高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>長庚大學臨床醫學研究所 <sup>3</sup>長庚大學中醫系 <sup>4</sup>中山大學學士後醫學系

**目的：**耳咽管功能障礙是慢性鼻竇炎常見的臨床表現，對於鼻竇內視鏡手術是否可改善鼻竇炎患者的耳咽管功能目前還未有足夠證據證實。此系統性文獻回顧及統合分析評估成人慢性鼻竇炎合併術前耳咽管功能不全的患者，在經過鼻竇內視鏡手術後耳咽管功能的變化。

**方法：**依據PRISMA指南，此研究自PubMed，Cochrane，Embase及MEDLINE等電子資料庫進行系統性搜索。選取探討慢性鼻竇炎患者同時合併耳咽管功能不全的患者在經過鼻竇內視鏡手術後耳咽管功能變化的研究。耳咽管功能障礙相關症狀的嚴重程度以7-item Eustachian Tube Dysfunction Questionnaire (ETDQ-7)來評估。

**結果：**此文獻回顧納入了6篇觀察性研究共411例慢性鼻竇炎併術前耳咽管功能不全的患者。慢性鼻竇炎患者在接受鼻竇內視鏡手術前有合併耳咽管功能障礙的盛行率佔62%。在術後三個月的追蹤發現ETDQ-7評分達到統計學上顯著的降低 (Hedges'  $g = -1.232$ ; 95% CI = -1.622 to -0.841,  $p < 0.00001$ )，此結果也得到進一步敏感性分析的證實。

**結論：**根據本研究結果，因慢性鼻竇炎導致耳咽管功能不全的患者，鼻竇內視鏡手術為一有效改善耳咽管功能的介入性治療。未來可進行更多前瞻性研究以探索鼻竇內視鏡術後其他潛在使耳咽管功能改善程度更高的前置因子。

**NO 2-3 08:42—08:48**

海綿竇症候群與直接性眼侵襲症兩類嚴重鼻竇炎併發症之風險因子與預後研究探討

The comparison of severe rhinosinusitis complicated with cavernous sinus syndrome or direct orbital involvement

張軒輔<sup>1</sup> 劉建麟<sup>1</sup> 林晉詣<sup>1</sup> 李育庭<sup>1</sup> 鄒永恩<sup>1,2,3</sup> 林嘉德<sup>1,2</sup> 戴志展<sup>1,2</sup> 施亮均<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>中國醫藥大學醫學系 <sup>3</sup>亞洲大學附設醫院耳鼻喉部

**目的：**嚴重鼻竇炎併發眼部神經學症狀與海綿竇症候群(Cavernous sinus syndrome, CSS)或直接性眼侵襲症(Direct orbital involvement, DOI)兩類疾病有關。本研究欲比較海綿竇症候群與直接性眼侵襲症兩種疾病的臨床症狀及預後，讓臨床決策者能早期作出鑑別診斷，並治療相關併發症。

**方法：**回溯性研究分析CSS、DOI兩個疾病在人口族群、共病症、臨床症狀、影像學檢查、細菌學培養檢查及治療成效間的差異。

**結果：**本研究收集21位嚴重鼻竇炎併發眼部神經學症狀的病例，將其分類為CSS(n=9)及DOI(n=12)兩組。與DOI相較之下，CSS組的病人除了年紀較大以外 (67.89 vs. 45.92; p=0.012)，該群體有較高的高血壓(66.67% vs. 16.67%; p=0.032)及糖尿病(88.89% vs. 16.67%; p=0.002)發生率，並常併發嚴重的黴菌感染(62.5% vs. 8.33%; p=0.046)。在最常見的症狀統計中，CSS組有較高的機率表現視力模糊(55.56%)及複視(55.56%)症狀；DOI組則較常表現眼瞼水腫(58.33%)的情形。兩疾病第一線治療皆為鼻竇內視鏡手術(endoscopic sinus surgery)合併抗生素(amoxicillin/clavulanic acid)治療。在術後一年追蹤中，DOI組表現有較高的完全治癒比率(91.67% vs. 44.44%; p=0.046)。

**結論：**和DOI組相比，CSS組的預後明顯較差並且有更高的顱內感染風險。高齡、高血壓、糖尿病及黴菌感染可作為預測CSS的風險因子。儘早使用抗黴菌藥物及手術介入，對CSS的治療相當重要。

**NO 2-4 08:48—08:54**

Dupilumab 在慢性鼻竇炎併鼻息肉病人接受鼻竇內視鏡手術後之效果分析

Adjunctive dupilumab for patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps after endoscopic sinus surgery

劉璟農<sup>1</sup> 林怡岑<sup>1</sup> 林志峰<sup>1</sup> 葉德輝<sup>1</sup>

<sup>1</sup>國立台灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉部

**目的：**第二型發炎反應之慢性鼻竇炎併鼻息肉患者，在鼻竇內視鏡手術後有較高的復發比率。近期研究發現針對IL-4R $\alpha$  的抗體dupilumab 在慢性鼻竇炎併鼻息肉病人可以使症狀顯著改善。然而，於鼻竇內視鏡手術後附加使用dupilumab的效果目前沒有相關研究資料。因此此研究想要評估手術後使用dupilumab 之療效。

**方法：**此研究為一回溯性研究，分析慢性鼻竇炎併鼻息肉之病患，控制組為鼻竇內視鏡手術後接受標準治療之病患，對照組為手術後接受dupilumab治療之病患。兩組病患在手術後回診以內視鏡影像評估手術後Lund-Kennedy endoscopic score (LKES) 和nasal polyp score，並利用混合線性模型檢視用藥組與對照組在術前至術後（術後第2週、術後第6週、術後3個月以及術後6個月）的分數改變是否具有差異。

**結果：**此研究總共收錄49位病患，其中22位接受手術後dupilumab 治療。控制組手術後的LKES相較於dupilumab組有顯著的上升 (regression coefficient [B] = -0.61, 95% confidence interval [CI]: -0.90 to -0.31),  $p < 0.001$ ), 控制組的手術後nasal polyp score 相較於dupilumab 組也有顯著上升 (B = -0.14, 95% CI: -0.26 to -0.02),  $p=0.025$ )。而針對dupilumab組別分析，發現有同時進行鼻中隔矯正手術的病患其手術後的nasal polyp score 有顯著較低 (B = -0.37, 95% CI: -0.71 to -0.03,  $p=0.036$ )。

**結論：**本研究結果顯示針對慢性鼻竇炎併鼻息肉之病患使用dupilumab 可於手術後獲得較佳的LKES 和 nasal polyp score。未來dupilumab 可以針對此類病患手術後使用提供更好的治療品質。



**NO 2-5 08:54—09:00**

生物製劑dupilumab在慢性鼻竇炎後改善感覺神經嗅覺功能障礙

Biologic agent dupilumab improves sensorineural olfactory dysfunction following chronic rhinosinusitis

葉建甫<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 <sup>2</sup>國立陽明交通大學耳鼻喉科

**目的：**慢性鼻竇炎目前可分為以第二型發炎反應為主的慢性鼻竇炎及非第二型發炎反應為主的慢性鼻竇炎，生物製劑dupilumab已在主要由第二型發炎反應為主的慢性鼻竇炎合併鼻息肉中顯示出有效性。目前的證據表明，dupilumab對嗅覺功能障礙的改善速度超過了鼻息肉減少速度，然而其潛在機制尚未明朗。

**方法：**將約五週大之雄性BALB/c小鼠以每週三次連續十二週之頻率施以鼻內注射卵白蛋白(ovalbumin, OVA) 及麴菌蛋白酶(Aspergillus protease, AP) 誘發慢性鼻竇炎合併鼻息肉，在鼻內注射OVA/AP後八週採用皮下注射dupilumab治療，治療組的dupilumab注射分為每週一次及每兩週一次。以dupilumab皮下注射治療四週後將小鼠施行深度麻醉及斷頭犧牲後，取鼻腔組織石蠟切片進行組織學檢查及免疫組織化學染色。另安排嗅覺功能測試以評估嗅覺失常改善程度。並利用定量反轉錄聚合酶連鎖反應偵測嗅球相關基因表現量。

**結果：**在生物製劑dupilumab治療後，小鼠鼻腔鼻竇呈現鼻息肉數量減少及黏膜厚度降低，並在組織中發現嗜中性球和嗜酸性球浸潤，以及嗅覺感覺神經元損傷的減少。行為學測試亦可觀察到以dupilumab治療後小鼠嗅覺功能改善。此外，在嗅球中與微神經膠細胞活化和神經發炎相關的mRNA表現也呈現顯著之下調情形。

**結論：**生物製劑dupilumab改善了感覺神經性的嗅覺失常，可能解釋了為什麼在患有慢性鼻竇炎合併鼻息肉的患者中，dupilumab治療後嗅覺改善比息肉減少更快。

**Discussion 09:00—09:20**

**NC 1-1 09:20—09:24**

鼻咽癌病人經放射線治療後產生放射線骨壞死的治療處置

Management of Osteoradionecrosis(ORN) after radiotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma (NPC) patient

林伯庭<sup>1</sup> 許恆睿<sup>1</sup>

<sup>1</sup>成大醫院耳鼻喉科部

**內文：**鼻咽癌好發於中國南地區與東南亞地區。治療原則以放射治療為主，後期可能產生的副作用為放射線骨壞死。進行保守性或介入性治療是相當重要的。個案一是56歲男性，鼻咽癌(rcT3N2M0)，做過內視鏡鼻咽切除手術及鼻中膈皮瓣重建手術，於2019/09/24至12/02期間做過同步化學放射治療。因持續性頭痛於2023/11/17住院治療，磁振造影顯示PPF, clivus的訊號強度增加，懷疑有clivus放射線骨壞死與骨髓炎，進行鼻咽部清創手術，抗生素治療與高壓氧治療，頭痛明顯改善。個案二是69歲女性，鼻咽癌(rcT1N0M0)於2021/01/04至02/25期間做過同步化學放射治療。因頸部僵硬疼痛於2023/10/11入院治療，磁振造影顯示符合C1-C2及clivus骨髓炎表現，於抗生素治療後，頸部疼痛明顯改善。本研究著重整理病例之臨床進程、疾病診斷、治療處置並合併過去文獻分析、討論ORN的臨床進程及治療處置。

**NC 1-2 09:24—09:28**

鼻腔呼吸道上皮腺瘤樣錯構瘤和孤立性纖維瘤-病例報告

Concomitant Respiratory Epithelial Adenomatoid Hamartoma and Solitary Fibrous Tumor of the Nasal Cavity Presenting with Recurrent Unilateral Epistaxis : A Rare Case Report

呂承軒 盧彥廷

<sup>1</sup>中山醫學大學附設醫院耳鼻喉部

**內文：**錯構瘤可以定義為異常分化的局部畸形，這些病變是通常是良性的且缺乏持續生長的能力，可發生在身體的任何部位，主要起源於皮膚或皮下組織、腎臟、肺臟、肝臟、脾臟和胃腸道，但涉及頭頸部的情況極為罕見。呼吸道上皮腺瘤樣錯構瘤，臨床表現為單側或雙側鼻息肉，常被誤診為發炎性息肉或惡性腫瘤，治療通常為手術切除。孤立性纖維瘤(solitary fibrous tumor) 是一種罕見的軟組織腫瘤，此腫瘤大部分為良性且位於胸腔內，若位於胸腔以外部位則以鼻腔與上呼吸道較常見。本患者為28歲女性。主訴為單側鼻塞長達半年。近期也合併反覆單側流鼻血症狀，因而至本門診就診。內視鏡檢查發現患者右側鼻腔腫塊。電腦斷層發現疑似右側鼻腔腫瘤。經過鼻腔腫塊切片檢查，發現無惡性傾向。患者接受手術治療切除，患者術後恢復良好。最終病理報告顯示呼吸道上皮腺瘤樣錯構瘤合併孤立性纖維瘤。術後，患者鼻塞及鼻出血症狀得到改善，並且於門診追蹤無復發的情況。

**NC 1-3 09:28—09:32**

巨大篩竇骨瘤合併乳突瘤

Synchronous huge sinonasal osteoma and papilloma

鄭宇泰<sup>1</sup> 劉致顯<sup>1</sup><sup>1</sup>國泰綜合醫院耳鼻喉頭頸外科

**內文：**骨瘤為鼻部及鼻竇常見良性腫瘤，其中以額竇為最常見好發的位置。大多數小的鼻腔內骨瘤不會有症狀，除非因太大壓迫其他部位產生併發症才容易被發現。在此分享一位本院的病例，一名62歲男性有糖尿病史因鼻塞及嗅覺低下，曾在十多年前至其他醫學中心求診，診斷為雙側鼻竇炎並接受雙側鼻竇內視鏡手術，然而術後鼻塞症狀並未好轉，且於最近出現鼻涕加劇的情形，因此至門診求助。內視鏡檢查發現兩側鼻腔鼻息肉增生。電腦斷層於右側鼻腔篩竇發現3.7公分巨大骨瘤，且侵犯右側眼眶內側壁及鼻中膈延伸至左側鼻腔篩竇。我們安排右側鼻竇功能性內視鏡手術，由於此巨大骨瘤無法直接從前鼻孔取出，我們使用骨鑽將骨瘤在鼻腔內鑽成兩半後取出。病理報告顯示除骨瘤外合併乳突瘤。由於巨大鼻腔內骨瘤合併乳突瘤的報告案例相對罕見，因此提出個案報告並做相關的文獻回顧整理，也可以當作其他臨床醫師處理此類案例方式的參考。

**NC 1-4 09:32—09:36**

使用加馬刀治療顱底與眼窩侵犯之復發性副鼻竇鱗狀上皮細胞瘤：個案報告

Gamma knife radiosurgery for recurrent paranasal sinus squamous cell carcinoma with skull base and orbital invasion： case report

汪玟君<sup>1</sup> 蕭士軒<sup>1</sup> 陳培榕<sup>1</sup><sup>1</sup>花蓮慈濟醫院耳鼻喉科

**內文：**鼻竇鱗狀上皮細胞癌為一少見之鼻腔鼻竇惡性腫瘤，目前最佳的治療方式為手術切除加術後放射治療。然鼻腔結構鄰近顱底與眼窩，故手術有其極限。且最主要的難題是容易局部復發，若復發則無好的治療方法。若再次放射線治療則累積劑量會太大，而且通常復發案例對放射線有抗性，效果不佳。我們報告了一名74歲男性診斷為右副鼻竇惡性腫瘤併右側顱底與眼窩侵犯。首次治療採手術併術後化放療。半年後復發，採鼻竇內視鏡手術減積併加馬刀。目前追蹤四年，狀況良好無復發。加馬刀傳統上在耳鼻喉科主要用於治療腦轉移之癌症或聽神經瘤。本科用來嘗試治療復發之鼻竇腫瘤，舊武器新應用，觀察病人無明顯副作用，可給過去無法治療之病人新希望。

**NC 1-5 09:36—09:40**

## 鼻竇球狀血管外皮細胞瘤—案例報告

## Sinonasal glomangiopericytoma - A case report

張皓祥<sup>1</sup> 李威霆<sup>1</sup><sup>1</sup>成大醫院耳鼻喉部

**內文：**球狀血管外皮細胞瘤是由微血管的周細胞(pericyte)生長而來，最早於1942年被發現，為一富含血管的間質腫瘤，具有血管增生、血管周圍玻璃樣變(perivascular hyalinization)等表現，起初稱為血管周圍細胞瘤(hemangiopericytoma)，直至2005年世界衛生組織將其重新分類。此疾病相當罕見，僅占所有鼻部腫瘤不到0.5%，致病機轉不明，常見的臨床表現包含反覆流鼻血、鼻塞和頭痛，影像上表現為軟組織腫瘤，難以與鼻息肉區分，需要切片檢體才能確定診斷。此疾病是低度惡性的腫瘤，治療首選是完整局部切除，5年存活率高達88%，復發率為17%，可能與手術切除範圍不夠充分有關，病患術後應定期接受內視鏡追蹤。本院經歷一67歲男性，有糖尿病、心律不整和心衰竭等慢性病，除輕微嗅覺障礙外並未表現其他鼻部症狀，此次因爬樓梯摔傷接受頭部電腦斷層檢查，意外發現右側鼻部有一軟組織腫塊，內視鏡顯示在該腫瘤表面光滑、血流豐富，經鼻內視鏡手術切除，術後病理報告證實為鼻竇球狀血管外皮細胞瘤，於門診追蹤預後良好無復發，特此提出討論。

**NC 1-6 09:40—09:44**

## 雙側翼腭窩IgG4相關性疾病-病例報告

## Bilateral pterygopalatine fossae IgG4 related disease-case report

甘王勝<sup>1</sup> 王庭<sup>2</sup> 李瑞恩<sup>2</sup> 林志峰<sup>2</sup><sup>1</sup>台大醫院教學部 <sup>2</sup>台大醫院耳鼻喉部

**內文：**IgG4相關性疾病在頭頸部的案例常見，但在雙側翼腭窩的侵犯則實屬罕見。一位46歲的男性，主訴症狀左眼腫脹及視力下降持續一年，後續發展為部分視野缺損合併陽性相對性瞳孔傳入障礙(relative afferent pupillary defect; RAPD positive)，經外院的眼科和耳鼻喉科門診就診並進行鼻咽組織切片未有明確診斷故轉診至本院。入院血液檢查呈現白血球與分類之嗜酸性球增高，會診免疫風濕科檢查顯示IgG及IgG4過多，外院頭頸部核磁共振顯示雙側翼腭窩、鼻咽部、視神經管和左側海綿竇的軟組織訊號增強。後續在全身麻醉下進行翼腭窩腫瘤切片，病理報告顯示淋巴漿細胞浸潤 (lymphoplasmacytic infiltration)及席紋樣纖維化(storiform fibrosis)，IgG4漿細胞過多及IgG4/IgG比例大於40%等典型病理特徵。病人後續於門診進行口服類固醇與免疫抑制治療。IgG4相關性疾病 在頭頸部常以淚腺及唾液腺腫大，或慢性硬化性唾液腺炎 (sclerosing sialadenitis)來表現，惟極少數案例仍可發生視力及視野缺損等神經學症狀，吾人須留意並致力於此疾病之儘早診斷及治療，以避免病人後續產生多重器官損壞、纖維化及其併發症。

**NC 1-7 09:44—09:48**

上頰竇膽固醇肉芽腫之個案報告

Cholesterol granuloma of maxillary sinus - case report

張皓昀<sup>1</sup> 徐愨儀<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>國泰綜合醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>輔仁大學醫學系 <sup>3</sup>清華大學學士後醫學系

**內文：**膽固醇肉芽腫為罕見之良性腫瘤，可發生在頭頸部任何位置，其中最常發生在中耳、乳突、顛骨岩尖部，發生在鼻竇的案例尤為罕見。病理組織上可見肉芽腫內含膽固醇裂隙、多核巨大細胞、紅血球及紅血球分解之產物，組織間有血鐵質色素沉澱，目前詳細致病機轉不明，推測可能與骨髓侵犯導致出血、人體腔室通氣不良及引流不佳有關，膽脂瘤肉芽腫可由病史、電腦斷層掃描、核磁共振之檢查做術前鑑別診斷，治療方式以手術清除病灶，依據病理報告確立診斷。本文報告為一例43歲男性，因持續左側臉頰脹痛三個月且伴隨左側齒齦部痠痛而求診，理學檢查可見鼻咽部黃膿鼻涕倒流，電腦斷層報告指出左側上頰竇鼻竇炎併有部分鼻竇及眼眶骨的骨頭侵犯。病人接受左側功能性鼻竇內視鏡手術，術後病理報告為膽固醇肉芽腫。本文分享此罕見案例並作文獻回顧整理，讓醫師在面對此疾病能夠更精確診斷及治療。

**Discussion 09:48—10:10**

**HNC 2-1 10:40–10:44**

探索罕見的頸部骨脂肪瘤：一例個案報告

Rare Case of Cervical Osteolipoma : A Case Report

林孟鈞<sup>1</sup> 陳忠雄<sup>1</sup>

<sup>1</sup>童綜合醫療社團法人童綜合醫院耳鼻喉部

**內文：**這是一位44歲男性，過去由於鼻中膈彎曲以及慢性肥厚性鼻炎做過手術之外沒有系統性疾病。病人表示左邊頸部腫塊疼痛約一到兩週時間，首次注意到頸部有腫塊是一年前。在身體檢查中，注意到左邊頸部level II-level III的地方有不可移動的腫塊。後續的頭頸部電腦斷層顯示，在左斜角肌束的前側和外側邊界，出現了一個棘狀病變，直徑約22-23毫米，伴有多處密集的萎縮性鈣化。其外觀類似於嵌入的外來物或鈣化淋巴結引起的顆粒狀病變。後續入院接受腫瘤切除。2023年12月19日入院接受左邊頸部腫塊切除手術並於22日出院。手術標本為1.5 x 1.1 x 0.8 公分的軟組織伴有脂肪組織和骨碎片，病理報告顯示為Osteolipoma。術後兩天後傷口復原良好出院，後續門診追蹤過一次。

**HNC 2-2 10:44–10:48**

腮腺畸胎瘤——病例報告

Mature Cystic Teratoma of the Parotid Gland——Case Report

林妍緹<sup>1</sup> 呂宜興<sup>1</sup> 丁靖恆<sup>2</sup>

<sup>1</sup>馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸外科系 <sup>2</sup>馬偕紀念醫院病理科

**內文：**畸胎瘤是一種生殖細胞腫瘤，常見於生殖腺如卵巢、睪丸，或於生殖腺外如薦尾椎、後腹腔、縱膈腔、中樞神經系統等，較少見於頭頸部，發生於腮腺之畸胎瘤更為罕見。本病例報告一位18歲女性，主訴右側腮腺無症狀腫塊持續約十年並緩慢變大，理學檢查發現一個近圓形、可移動並具彈性的腫塊，腫塊表面無紅腫熱痛、顏面表情對稱無損，進一步安排頭頸部核磁共振檢查，病灶位於右側腮腺後側，約為2.8 x 2.2 x 3.0cm，於T1及T2均呈高密度信號，並無明顯之顯影。病人接受右側腮腺腫塊併腮腺淺葉切除手術，術中發現腫瘤位於腮腺淺葉，與周圍組織界線清楚並完整分離，術後無出血、感染、神經麻痺等併發症。病理報告顯示為一含有表皮組織、皮脂腺、汗腺、毛囊與軟骨組織之囊腫，周圍並有脂肪組織與發炎細胞，診斷為腮腺成熟畸胎瘤。回顧文獻發現僅有零星個案發表，故報告本病例，期望各位師長前輩指教。

**HNC 2-3 10:48–10:52**

腸炎沙門氏菌引發之深頸部感染

Deep neck infection caused by *Salmonella enteritidis*吳茵庭<sup>1</sup> 林政佑<sup>1</sup><sup>1</sup>成大醫院耳鼻喉部

**內文：***Salmonella enteritidis*屬於革蘭氏陰性桿菌，通常與食物中的污染有關，是引起人類腸胃炎的重要病原體。腸炎沙門氏菌引發之深頸部感染在現有文獻中僅有少數病例報告，通常發生於免疫低下的患者如罹患癌症、糖尿病或長期使用免疫抑制藥物等等。此病例為一57歲女性，二十年前曾患有乳癌但已治療完全且追蹤至今未有復發跡象。此次因右側頸部腫脹合併反覆發燒持續兩週，至本院急診就醫。經電腦斷層檢查發現右側頸部有一包界線分明之膿瘍，從頸部第二區延伸至第四區，直徑超過5.5公分。病人隨即接受緊急切開引流手術，術中引流出許多膿，並於後續檢驗中培養出腸炎沙門氏菌。住院中的抽血檢查發現病人患有嚴重的糖尿病(糖化血色素15.0%)，且長期未接受治療，推測為造成其免疫低下的原因。雖然即時接受清創手術，病人於術後傷口癒合仍不佳且併發皮膚潰爛，甚至需要照會整形外科評估是否進行植皮手術，所幸於抗生素治療下感染逐漸得到控制最終順利出院。本研究著重整理此病例之疾病進程，並合併過去文獻討論由腸炎沙門氏菌引發之深頸部感染有哪些特殊的風險因子、臨床症狀、影像學發現及預後狀況。

**HNC 2-4 10:52–10:56**

聲帶放線菌病併食道癌偽裝為喉惡性腫瘤-病例報告

Vocal cord actinomycosis with esophageal cancer masquerading as laryngeal malignancy

林大樟<sup>1</sup> 張聰舜<sup>1</sup> 黃正一<sup>2</sup> 袁建漢<sup>1,3,4,5</sup><sup>1</sup>國軍高雄總醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>國軍高雄總醫院病理部 <sup>3</sup>國軍高雄總醫院社區醫學部 <sup>4</sup>國立中山大學醫學科技研究所 <sup>5</sup>國防醫學院耳鼻喉學科

**內文：**放線菌病常發生於頸顏面部、肺部及骨盆，在喉部的感染較罕見，較常發生於頭頸癌患者、接受過放射線治療者或免疫不全者，其在內視鏡上常以喉部腫塊為表現，較難以與喉惡性腫瘤或乳突瘤區別，因此需要切片來診斷。本案例為一位68歲男性，本身有口腔癌病史，曾於五年前接受過口腔惡性腫瘤切除併雙側頸部淋巴結廓清手術，術後並接受放射線治療，後於2023年11月因聲音沙啞而求診，鼻咽內視鏡檢查發現右側聲帶腫瘤併聲帶麻痺，在懷疑為惡性腫瘤的情況下安排切片手術，病理報告為發炎及放線菌病，因此使用抗生素治療，術後一個月未發現腫瘤復發，然而聲帶麻痺情形未改善，且出現吞嚥困難的表現，因此安排上消化道內視鏡檢查，發現食道病灶，後續切片診斷為食道癌。本案例是以右側聲帶腫瘤併聲帶麻痺為表現之喉部放線菌症併食道癌，在初始表現上難以與喉癌做區分，因此提出分享。

**HNC 2-5 10:56—11:00**

口腔穴狀癌(Carcinoma cuniculatum of oral cavity)之臨床病例報告

Carcinoma cuniculatum of oral cavity : a case report

林建甫<sup>1</sup> 黃柏融<sup>2</sup> 何念萱<sup>1</sup> 丁靖恆<sup>3</sup>

<sup>1</sup>馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸部 <sup>2</sup>馬偕紀念醫院醫學教育部 <sup>3</sup>馬偕紀念醫院病理科

**內文：**66歲抽煙男性無系統性病史，因左下頷部腫脹疼痛三個月來求診。理學檢查於左側頰粘膜和頰齦交界處發現腫塊，已明顯侵犯臉部皮膚。初次切片結果僅顯示良性乳突疣狀病變(benign papillary verrucous lesion)。病人因藥物治療後疼痛緩解而拒絕手術。兩個月後因症狀加劇而再次就診。MRI發現左內頰4公分之腫瘤合併下頷骨和臉部皮膚侵犯。後續多次嘗試對內頰和皮膚侵犯部位切片皆無取得惡性證據。仍依其臨床表現及影像發現，建議病人接受腫瘤廣泛性切除、下頷骨整段切除和同側頸部淋巴廓清，並以游離皮瓣重建。病理報告顯示分化良好鱗狀細胞癌，深入下頷骨骨髓與結締組織，形成充滿角質的分枝狀隱窩，型態宛如“兔子洞”，診斷為穴狀癌。手術邊緣皆大於5mm，未見頸部淋巴轉移與神經血管侵犯。團隊會議建議術後密集追蹤，不需化放療。術後至今半年功能恢復良好，未見腫瘤復發。穴狀癌是鱗狀上皮細胞癌的罕見分型，好發於下肢及生殖器，頭頸部則非常罕見。其緩慢的病程與分化良好的病理特徵容易被誤診或延後診斷。期望藉由分享此案例提高疾病的臨床警覺性。

**HNC 2-6 11:00—11:04**

原發性口腔Epstein-Barr病毒陽性瀰漫性大型B細胞淋巴瘤-病例報告

Primary Epstein-Barr Virus-Positive Diffuse Large B Cell Lymphoma in oral cavity-case report

施偉聰<sup>1</sup> 林嘉德<sup>1</sup> 蔡銘修<sup>1</sup> 許修三<sup>1</sup>

<sup>1</sup>中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉暨頭頸部

**內文：**在口腔惡性腫瘤中，最常見為鱗狀上皮癌與唾液腺相關癌症，原發性口腔淋巴瘤則較為罕見，其中最常見為瀰漫性大型B 細胞淋巴瘤。本案例為64歲男性，在右下齒齦出現急速進展的疼痛腫塊，伴隨食慾不佳、咳嗽與體重減輕。理學檢查為右下齒齦約4\*4公分外觀似肉芽的腫塊，雙側頸部無明顯摸的到的腫塊。影像學檢查顯示右側下齒齦腫塊約5.8\*5.6公分，並破壞顎骨與雙側頸部level I及level II有多處淋巴病灶。右下牙齦腫塊切片報告為EBV-positive diffuse large B-cell lymphoma。由於口腔原發淋巴瘤相對罕見，疾病病程與表現也與常見口腔鱗狀上皮癌有所不同，故提出此案例報告討論。



**HNC 2-7 11:04–11:08**

下頷腺海綿狀血管瘤 - 個案病例報告

Submandibular Gland Cavernous Hemangioma - Case Report

翁明謙<sup>1</sup> 劉耿僚<sup>1</sup> 賴仁淙<sup>1</sup><sup>1</sup>光田醫院耳鼻喉頭頸外科部

**內文：**29歲越南籍女性，無過往疾病史，因單側頸部腫塊求診，門診細針抽吸結果為紅血球及顆粒球，電腦斷層影像為顯影較暗且均值，有些許鈣化點之腫瘤，手術後病理診斷為海綿狀血管瘤。唾液腺血管瘤為較少見之唾液腺腫瘤，其中又以腮腺佔大多數，下頷腺海綿狀血管瘤為下頷腺腫瘤中較為罕見之診斷。其臨床症狀與常見的唾液腺結石與慢性唾液腺炎相近，影像輔助診斷。經回溯性搜集本院近10年接受下頷腺切除之個案，共123位個案，排除深頸部感染、頭頸部惡性腫瘤頸部廓清及病理診斷非唾液腺後，共有105位，105顆下頷腺，有3位血管瘤，其中2位為海綿狀血管瘤，與部分文獻資料（2.2%）相近。本篇病例報告針對本院之三個血管瘤個案，參考過往文獻，討論術前影像診斷、病理組織特性、可能之處置方式及預後。

**Discussion 11:08–11:30**

**NC 2-1 11:30–11:34**

孤立性先天嗅覺全失

Isolated congenital anosmia and PROKR2 mutation — A case report

林志恩<sup>1</sup> 何念萱<sup>1</sup> 林建甫<sup>1</sup><sup>1</sup>馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸外科部

**內文：**孤立性先天性嗅覺缺失（ICA）指的是從出生已經沒有嗅覺，並且沒有任何其他已知的症候群或後天性嗅覺缺失原因。這是一種罕見的疾病，其基因或病理學的了解很少。在此，我們介紹一位30歲的女性，她從出生開始就有嗅覺缺失。嗅覺測試顯示她的嗅覺缺失。在內視鏡檢查下，鼻竇結構正常。另外，她也有正常的第二性徵和發育。同時，MRI顯示雙側嗅球缺失及非常淺的嗅溝，但在腦實質中未發現其他異常。基於上述發現，病人確診為ICA。全外顯子測序進一步確定了Prokinetic receptor 2 (PROKR2) (c.533G>C; p.W178S) 雜合錯義突變。據我們所知，這是台灣首例被識別出具有PROKR2突變的ICA案例。這進一步證實了PROKR2突變與ICA的關聯。關於發現的少數基因型，本文旨在回顧ICA的診斷方法和遺傳基礎。總結而言，ICA是一種罕見的疾病，我們對其了解甚少，並且只發現了少數相關基因。其遺傳方式或病理生理學尚未確定。因此，ICA需要進一步的研究，其最終目標是開發可能的治療方法。

**NC 2-2 11:34–11:38**

經內視鏡手術修補異物穿刺導致之顱底骨折

Endoscopic repair for traumatic penetrating injuries of skull base

黃奕婷<sup>1</sup> 許恆睿<sup>1</sup><sup>1</sup>國立成功大學醫學院附設醫院耳鼻喉部

**內文：**病人為一位七十歲男性。主訴於家中跌倒時，地上的路由器天線插進右鼻孔內，病人當下自行移除異物，出現右眼視力喪失以及流鼻血的症狀。頭部電腦斷層顯示氣腦(pneumocephalus)及疑似右側蝶竇壁骨折，視力檢查顯示右眼無光感(light sense)，疑似創傷性視神經病變(traumatic optic neuropathy)。病人入院接受抗生素治療，因持續腦脊髓液鼻漏及出血，合併發燒、腦脊髓液白血球增多，於創傷後一週接受導航內視鏡手術進行顱底骨折修補。術中發現右側蝶竇頂部圓形狀缺損，該處有明顯出血以及腦脊髓液滲漏，手術採用多層修補(multi-layer reconstruction)，第一層使用人工移植物(Biodesign)、第二層用腹部脂肪、第三層用闊筋膜張肌(fascia lata)，最後第四層使用鼻中隔皮瓣(nasoseptal flap)。術後病人鼻漏的量雖大幅減少但仍持續。因此一週後進行二次手術，發現於前次修補之缺損處的外側有一小裂縫，將裂縫使用腹部脂肪修補之後，再利用腹部脂肪、止血紗(Surgicel)及止血凝膠(Tisseel)將蝶竇完全填滿。第二次術後病人的鼻漏症狀完全改善，病人也逐漸退燒，狀況穩定出院。

**NC 2-3 11:38–11:42**

功能性內視鏡鼻竇手術術後顱內併發症之探討: 個案報告

Intracranial Complications Following Functional Endoscopic Sinus Surgery : A Case Report

戴崧安<sup>1</sup> 江榮山<sup>1</sup> 施凱翔<sup>1</sup>

<sup>1</sup>台中榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

**內文：**顱內併發症是功能性鼻竇內視鏡手術（FESS）後罕見但潛在嚴重性的事件。我們報告了一個51歲女性的病例，她在接受雙側功能性鼻竇內視鏡手術後出現了顱內併發症。患者手術後一周持續頭痛和發燒，同時出現視力模糊和輕微命名困難等症狀。檢查時，她沒有表現出局部神經性症狀。經初步電腦斷層(CT)檢查顯示疑似左側顱底缺陷。儘管鼻咽內視鏡檢查中未發現腦脊液漏(CSF leakage)，隨後的CT檢查顯示腦積水(hydrocephalus)和輕度蛛網膜下腔出血（SAH）。我們實施腰椎穿刺引流，其中腦脊液分析顯示紅血球與淋巴球優勢的白血球升高，懷疑是非細菌性腦膜炎之可能。我們根據臨床症狀調整了經驗性抗生素治療與腰椎穿刺引流量，然而症狀的惡化使得我們需要進行鼻竇內視鏡手術進行修復，並結合外部腦室引流（EVD）放置進行顱內壓管理。手術中，修復了左側後篩竇頂(posterior ethmoidal roof)顱底缺陷，隨後症狀得到了解決。該病例突出了密集監控內視鏡鼻竇手術患者出現顱內併發症跡象以及及時手術處置得以有效解決此類併發症的重要性。

**NC 2-4 11:42–11:46**

以孤立性動眼神經麻痺為表現之鼻竇炎

Isolated oculomotor nerve palsy secondary to sinusitis

詹大慶<sup>1</sup> 沈炳宏<sup>1</sup>

<sup>1</sup>光田醫院耳鼻喉頭頸部

**內文：**鼻竇炎是一常見的病症，但很少單獨伴隨著動眼神經麻痺。動眼神經麻痺最常見的原因包括微血管疾病、創傷、腫瘤壓迫、手術後併發症和動脈瘤；然而，近四分之一的案例其原因仍然不明。動眼神經麻痺是一個重要的臨床徵象，雖然罕見，但可能存在威脅生命的動脈瘤或其他嚴重的潛在病因，需仔細鑑別診斷。由於解剖位置相近，動眼神經麻痺和鼻竇炎之間似乎存在一種因果關係。此案例為68歲女性，有甲狀腺癌、糖尿病及乾燥症病史，過去曾接受過鼻中隔鼻道成型手術和鼻竇手術。因複視一週，至本院耳鼻喉科門診。理學檢查顯示右側眼瞼下垂伴隨瞳孔散大；鼻咽內視鏡檢查發現右鼻腔有廣泛的結痂。無顯影劑之腦部核磁共振未顯示任何顱內血管異常或急性病灶；然而，含顯影劑下鼻竇電腦斷層顯示右篩竇混濁，疑似鼻竇炎或黏液囊腫。病人接受了功能性鼻竇內視鏡手術，最終病理報告顯示右篩竇黴菌球及慢性發炎。術後右側眼瞼下垂逐漸好轉。由於其罕見性，我們報告了這種由鼻竇炎引起的孤立性動眼神經麻痺，以提高對動眼神經麻痺的鑑別診斷和鼻竇炎併發症的意識。

**NC 2-5 11:46–11:50**

原發性鼻竇結核菌合併左眼瞼板前膿瘍感染

Primary sinonasal tuberculosis complicated with left eye preseptal abscess

黃國璋<sup>1</sup> 吳振宇<sup>1</sup>

<sup>1</sup>中山醫學大學附設醫院耳鼻喉部

**內文：**原發性鼻竇結核菌合併左眼瞼板前膿瘍感染（Primary sinonasal tuberculosis complicated with left eye preseptal abscess）是一種少見的臨床疾病。鼻竇結核菌感染大都是合併肺部結核感染，原發性的病例較為少見。常見於免疫功能受損的病人，如愛滋病、器官移植及長期使用免疫抑制劑的患者。其臨床表現通常是非特異性的，易與其他常見的鼻部疾病混淆，如鼻竇炎或鼻息肉等。我們的患者為47歲男性，主訴為過去一年有鼻塞、鼻涕倒流、嗅覺下降、黃色穢稠鼻涕等症狀，最近一週因為左側額頭及眼眶周圍腫脹來到急診，本身無免疫疾病。鼻腔內視鏡發現雙側中鼻道白色化膿性分泌物，經鼻竇電腦斷層可看到雙側鼻竇炎及左側中鼻甲下緣和水平部骨性侵犯。我們進一步安排經雙側功能性內視鏡鼻竇手術及膿瘍切開引流。術後病理報告顯示為結核菌感染。經住院抗結核桿菌藥物治療後，目前狀況穩定，於門診接受抗結核藥物治療及定期追蹤。

**NC 2-6 11:50–11:54**

超音波在診斷及處置唾液腺結石中的角色：病例報告及文獻回顧

The Role of Ultrasonography in Diagnosing and Managing Sialolithiasis: A Case Report and Literature Review

盧仕鈞<sup>1</sup> 陳彥均<sup>1</sup> 林哲玄<sup>1</sup> 岳漢忠<sup>1</sup>

<sup>1</sup>台北醫學大學附設醫院耳鼻喉科

**內文：**一位24歲女性因右上頸疼痛持續10天來到門診。她提到在地區診所接受了1週的抗生素治療後疼痛部分緩解，但出現了口乾症狀。體檢顯示右下頷腺明顯腫脹，且觸診下右側Wharton氏管口有膿樣唾液分泌。診斷為右側下頷腺急性唾液腺炎，進行超音波檢查後發現相對腫大的右下頷腺，並發現0.6公分之高回音性病灶。電腦斷層顯示腺體輕度腫脹但無周圍脂肪組織密度變化且發現右側下頷腺前方有一個0.6公分之鈣化結節。確認為右側下頷腺結石伴急性唾液腺炎。進行了鐳:鈹鋁石榴石激光輔助碎石術，成功碎裂結石並移除。手術後恢復順利，1.5個月後無併發症。

**Discussion 11:54–12:20**

**EC 1 13:30—13:34**

80歲女性之右側外耳道罕見腫塊--乳突狀汗管囊腺瘤: 案例報告

Rare tumor in the right external auditory canal of an 80-year-old female-- syringocystadenoma papilliferum: A case report

林佳逢<sup>1</sup> 黃彰暉<sup>1</sup>

<sup>1</sup>光田綜合醫院耳鼻喉科頭頸部

**內文：**患者為一80歲婦人，於113年2月20號至本院耳鼻喉門診就診，主訴為右側外耳道腫塊一段時間了，似乎有漸漸變大，除了異物感外無疼痛或其他不適，理學檢查發現一約0.8~1公分呈粉紅色的丘疹結節以及疣狀的外觀。鑑別診斷為蟹足腫組織或者乳凸瘤，於是安排當天接受門診手術將腫瘤切除化驗。一周後病例報告顯示該腫塊為乳突狀汗管囊腺瘤 (syringocystadenoma papilliferum)。耳道內該腫瘤發生率極低，可能發生於頸部、頭皮或者生殖器周圍，其為罕見的良性腫瘤，且通常好發於年輕成年女性，該病患的年紀及腫瘤本身的特殊性皆為少見狀況，因此提出此個案來討論。

**EC 2 13:34—13:38**

外耳道之乳突樣汗囊狀腺瘤－病例報告

Syringocystadenoma Papilliferum of the External Auditory Canal - case report

洪瑋鍾<sup>1</sup> 徐愷儀<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>國泰綜合醫院耳鼻喉頭頸外科 <sup>2</sup>輔仁大學醫學系 <sup>3</sup>清華大學學士後醫學系

**內文：**乳突樣汗囊狀腺瘤為一生長緩慢、少見良性腫瘤，占外耳道腫瘤大約5%，此腫瘤大多出現在頭皮或臉，其餘包含胸、背、頸部、臀、四肢，外耳道實屬少見，於1913年首次被提出，起源自汗腺中的外分泌腺eccrine sweat gland或泌離分泌腺 apocrine gland，病理切片可見囊狀腺瘤內陷入真皮 (cystic invagination to dermis)，此囊狀內陷組織具雙層細胞(立方、柱狀)乳突狀結構。另外，間質細胞中含有無數的漿細胞 plasma cell。大小多小於4公分，多半出生時即已存在，男女性發生率一致，有文獻指出可能會變成惡性腫瘤。治療為手術切除病灶，依據病理報告確立診斷。本文報告為1例68歲女性，症狀為右側耳癢2個月，有掏挖耳朵習慣。理學檢查發現在外耳道有一大小0.5公分乘以0.5公分腫瘤。隨後安排手術切除，將其完整切除，病理報告為罕見之外耳道乳突樣汗囊狀腺瘤。本文分享此案例並討論各種常見外耳道腫瘤

**EC 3 13:38—13:42**

中耳膽脂瘤手術大乳突腔之處理-以明膠海綿及軟骨填塞: 個案報告

Management of Big Open Cavity during Surgery for Chronic Otitis Media with Cholesteatoma using Gelfoam and Cartilage Obliteration: Case Report

林宏勳<sup>1</sup> 蕭安穗<sup>1</sup>

<sup>1</sup>振興醫療財團法人振興醫院耳鼻喉部

**內文：**中耳膽脂瘤為耳科常見疾病，治療方式主要以手術為主。過去的手術方式主要分為開放式乳突鑿開術（Canal wall down）及封閉式乳突鑿開術（Canal wall up）兩種。開放式乳突鑿開術的優點為不易復發，但因乳突腔（Open mastoid cavity）必須頻繁回門診追蹤治療，病患的生活品質大受影響。一位75歲女性病患，過去無耳科相關疾病及手術史，主訴右耳分泌物數日，經理學檢查及電腦斷層檢查，診斷疑似中耳膽脂瘤。我們改良了乳突腔填塞之手術方式，手術中移除膽脂瘤後，膽脂瘤造成的大乳突腔無法僅以軟骨完全填塞，於是我們先以明膠海綿填塞大部份的腔壁，最外層再以軟骨覆蓋，以此方法減少軟骨之用量。病患術後兩個月於門診追蹤，病情穩定、傷口恢復良好，無其它併發症。中耳膽脂瘤手術的種類及細節繁多，從過去的經驗，我們提出改良式手術方法，有助於提升病患之生活品質。

**EC 4 13:42—13:46**

兒童雙側突發性感音性聽力障礙—案例報告

Pediatric bilateral sudden sensorineural hearing loss—a case report

林恒羽<sup>1</sup> 廖文輝<sup>1</sup>

<sup>1</sup>台北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 耳科

**內文：**兒童族群僅占突發性聽力障礙病患中的3-10%，其中雙側聽損的個案更為罕見。本案是一位無任何先天疾病或相關家族史的9歲女童，在一次上呼吸道感染後於兩日內雙耳先後突發聽損及嚴重耳鳴耳悶，因而至本院門診就診；耳鏡檢查顯示雙側耳道正常且耳膜完整，並未有中耳積液或中耳炎/外耳炎等情形；純音聽力檢查則顯示雙側感音性聽損，其中右耳純音聽力平均閾值約90分貝，左耳則為40分貝。由於據過去文獻報導雙側突發性聽損相較單側有較差的預後，病患隨即住院接受進一步檢查及積極治療，包含靜脈輸注及耳內注射類固醇治療與新型耳內遠紅外線照射治療。病患於住院期間症狀明顯進步，於治療開始後第四天接受純音聽力檢查追蹤，其結果顯示雙側純音聽力閾值皆已恢復至正常範圍；住院期間亦為病患安排血液及影像檢查以排除其他突發性聽力障礙的可能肇因，結果均未發現明顯異常。本例原因不明之雙側突發性感音性聽力障礙於兒童病患一般而言較為少見，病患更接受創新之耳內遠紅外線照射治療且獲得良好的治療結果，因此提出報告供各位先進參考。

**EC 5 13:46—13:50**

以反覆腦膜炎表現之內耳畸形併先天性鐙骨足板瘻管之個案報告

Inner Ear Anomaly with Congenital Stapes Footplate Fistula Presenting with Recurrent Meningitis—Case Report

詹凱傑<sup>1</sup> 范予熙<sup>1</sup>

<sup>1</sup>林口長庚醫院長庚大學 耳鼻喉部 耳科

**內文：**內耳畸形併先天性鐙骨足板瘻管(Congenital stapes footplate fistula)為造成持續性耳漏及反覆性腦膜炎為罕見原因之一。我們經歷一位10歲男童病例，患者因枕部頭痛併嘔吐及持續左耳耳漏至本院急診就醫，並經抽血及腦脊髓液穿刺診斷為急性腦膜炎。病患於近半年間曾多次因左耳急性中耳炎及急性腦膜炎於外院接受治療，並接受左側中耳通氣管置放。根據術前CT及MRI顯示患者存在慢性乳突炎、左側內耳畸形-不完全分隔I型(common cavity anomaly-incompletely partition type I, IP 1)及疑似鐙骨足板瘻管。於感染得到控制後，患者接受中耳手術探查及治療。術中確認患者鐙骨足板瘻管之存在，而在移除鐙骨上部結構(stapes superstructure)後，即出現腦脊液井噴(cerebrospinal fluid gusher)現象。通過使用顳肌皮瓣及組織膠(Tisseel)，成功地關閉足板瘻管並阻止腦脊髓液的漏出。患者於術中/後接受了腰椎腦脊髓液引流，並使用甘露醇(Mannitol)控制腦壓。術後患者無出現耳漏或感染症狀，且於術後第三日出院。至今半年的追蹤中，患者未出現任何相關的復發或併發症。

**EC 6 13:50—13:54**

一名病人出現單側內淋巴水腫合併對側突發性聽障 - 病例報告

Concurrent unilateral endolymphatic hydrops and contralateral sudden sensorineural hearing loss in a patient- case report

吳秉哲<sup>1</sup> 林高宗<sup>1</sup> 楊怡和<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>國立臺灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>亞東醫院耳鼻喉部

**內文：**一名56歲女性，於2017年開始出現梅尼爾氏症的典型症狀諸如陣發性眩暈、右耳耳鳴、聽損與耳悶感，於其他醫院診斷併接受治療。六年後因上述症狀復發，病人於2023年2月至本院求診。聽力檢查顯示雙耳呈現感音性聽損，純音平均聽力閾值為右耳90分貝、左耳52分貝。水腫性核磁共振造影顯示，右耳有II級耳蝸內淋巴水腫，及III級球囊與橢圓囊內淋巴水腫，但左耳則無內淋巴水腫。不幸的是，病人於2024年1月24日確診COVID-19新冠肺炎，接著出現雙耳突發性感音性聽損。於是病人再回到本院求診。追蹤其純音平均聽力閾值，右耳為87分貝，與去年相似。但左耳聽力則下降到83分貝，臆斷為突發性聽損？或內淋巴水腫？未決。因此再度安排水腫性核磁共振造影。

**Discussion 13:54—14:20**

FREE **壁報論文摘要**  
PAPER-POSTERS





(1)

以多模態語音轉換架構優化人工電子耳使用者之語音清晰度

### **A Structure of Multimodal Language Conversion Model to Optimize the Speech Intelligence for Cochlear Implant Users**

力博宏<sup>1,2</sup> 林祐毅<sup>3</sup> 劉承揚<sup>3</sup> 賴穎暉<sup>3</sup>

<sup>1</sup>振興醫療財團法人振興醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>國立陽明交通大學醫學系/腦科學研究所 <sup>3</sup>國立陽明交通大學生物醫學工程學系

**目的：**聽覺是人類語言發展的重要基礎，但對於習語前失聰的聽損患者來說，由於輔具改變輸出語音特性，導致聽損患者的語音品質與正常人不同。有鑑於此，本研究透過複合式聲音感測器結合深度學習技術，提出一個語音轉換系統，希望有助於提升人工電子耳使用者的語音清晰度。

**方法：**總計27位重度至極重度聽損的人工電子耳使用者參與研究，此計畫執行研究重點主要包括：「acoustic and language (AL) model training」、「conversion model training」及「conversion stage」。首先，進行AL model訓練，獲得使用者語音的phonetic posteriorgrams (PPGs)特徵。接著，利用conversion model學習語音映射關係。最後，在conversion stage進行語音特徵轉換，並透過WaveGlow語音合成單元獲得時域語音訊號。

**結果：**本實驗所提出的方法能強化人工電子耳使用者發音不清晰的子音，並顯著提升語音品質。此外，我們進一步透過Google語音辨識系統量化提出系統效益，結果證明我們提出的方法能將人工電子耳使用者說出的語音由原先的71%辨識率提升至97.4%。

**結論：**我們的研究結果顯示，團隊透過此次計畫，提出了一套語音轉換系統，來提升人工電子耳使用者的語音清晰度，幫助患者重拾「說」的自信心。

(2)

雙側感音神經性聽力損失(sensorineural hearing loss)患者的人工耳蝸植入器(cochlear implant)對抑鬱、焦慮和失眠的影響：對17928名患者的兩年回顧性世代研究

### **Effects of Cochlear Implantation on Depression, Anxiety and Insomnia in Patients with Bilateral Sensorineural Hearing Loss: A Two-Year Retrospective Cohort Analysis of 17928 Patients**

郭冠吾<sup>1</sup> 劉亭慧<sup>2</sup> 劉俊榮<sup>3</sup>

<sup>1</sup>奇美醫院耳鼻喉頭頸部 <sup>2</sup>奇美醫院精神醫學部 <sup>3</sup>臺南大學特殊教育學系

**目的：**聽力喪失常與各種心理健康問題，包括抑鬱、焦慮和失眠有關。而人工耳蝸植入器對於一部分聽力喪失的患者具有療效。本研究調查了人工耳蝸植入器對於雙側感音神經性聽力損失患者的心理健康是否有影響。

**方法：**本研究使用 TriNetX 全球健康研究網絡平台，收入年齡介於 18 至 64 歲之間，且在至少三年前被診斷出患有雙側感音神經性聽力損失的患者。利用傾向性分數匹配(Propensity score matching)，我們建立了兩個可比較的群體：一組接受了人工耳蝸植入器的患者，另一組則沒有。兩組受測者根據一系列因素進行分配，包括年齡、種族、性別、社會經濟狀況和共病症。主要觀察指標為人工耳蝸植入器組的患者在植入後一至三年內出現抑鬱症、焦慮和失眠的發生率，對照組患者聽力喪失診斷後一至三年內進行觀察。

**結果：**經過傾向性分數匹配後，兩組各有8,964名患者。在人工耳蝸植入器組中，抑鬱症有317例，發生率顯著降低於非植入組的412例(風險比為0.730，95% CI：0.631-0.845)。失眠的情況也類似，植入組有116例，而非植入組有220例(風險比為0.500，95% CI：0.400-0.627)。焦慮在植入組中也較少見，有334例，而非植入組有554例(風險比為0.569，95% CI：0.497-0.652)。總的來說，人工耳蝸植入器可能會降低抑鬱症、失眠和焦慮的發生率，暗示著它們在更廣泛的心理健康益處方面的潛力。

**結論：**這項研究顯示，相較於沒有人工耳蝸植入器的患者，接受過人工耳蝸植入器的患者在抑鬱症、焦慮和失眠的發生率上有顯著降低。研究結果表明，對於聽力喪失患者，人工耳蝸植入器可能對心理健康有益。

(3)

軍人急性音響性聽損的特徵與預後

### **The Characteristics and Prognosis of Acute Acoustic Trauma in Military Personnel**

洪挺立 陳信傑

三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部

**目的：**軍人是聽力損失的高危險族群之一，其中音響性外傷是常見的原因。音響性外傷的定義為：在脈衝或爆炸波噪音之後立即出現持續性聽力損失的臨床狀態。在軍中常見的原因為射擊訓練或是炸彈爆炸等突發性的高分貝聲響。除了音響性外傷導致的急性聽力受損，各式各樣的突發性聽力損失也會在軍人中發生。我們研究因為聽力損失至本院求診的軍人族群，分析其特徵，並與同族群的不明原因突發性聽損互相比較，以找出影響預後的決定性因子，並比較不同的聽損原因(急性音響性聽損與不明原因突發性聽損)是否會影響其預後。

**方法：**我們研究2009至2021年之間遭受急性聽力損失的軍人共111人，收案標準是在連續兩個頻率超過30分貝聽力閾值根據病史區分個案:急性音響性聽損53人，不明原因突發性聽損58人，分析其特徵，包括聽損發生至求醫的時間、伴隨症狀、聽損時及治療後的聽力閾值，並與不明原因突發性聽損互相比較，以找出影響預後的決定性因子。

**結果：**在53名急性音響性損傷的病人中，有三分之二的病人是左耳受損。相較於突發性聽損，急性音響性損傷的個案在受傷的當下100%有耳鳴的症狀，而暈眩症狀則相對較少。在受傷當下的純音聽力圖，可看見急性音響性損傷導致的聽損主要在高頻區，相較於不明原因突發性聽損的其聽力損失在所有頻率之間。根據研究結果，不管是急性音響性聽損或是不明原因突發性聽損，經治療後在各個頻率上都呈現有意義的進步。比較兩組的聽力恢復程度，發現整體上急性音響性聽損聽力恢復的預後較不明原因突發性聽損差，而進一步分析其他變數，發現其差異是取決於聽損當下的嚴重程度，而非造成聽損的原因。

**結論：**當在臨床上遇到急性音響性損傷時，其治療策略與不明原因突發性聽損的相當，治療的預後大致上相同，且取決於聽力損失當下的聽損嚴重程度，此結果可做為日後治療的參考。

(4)

電刺激前庭誘發肌性電位預測前庭神經炎預後之臨床應用

### **Clinical Application of Galvanic Vestibular-Evoked Myogenic Potentials in Predicting Prognosis of Vestibular Neuritis**

張智銘<sup>1,2</sup> 羅武嘉<sup>1,3</sup> 楊怡和<sup>1</sup> 廖立人<sup>1</sup> 鄭評嘉<sup>1</sup> 鄭博文<sup>1</sup>

<sup>1</sup>亞東紀念醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>陽明交通大學生物醫學工程學系 <sup>3</sup>元智大學醫學研究所

**目的：**為瞭解各項內耳檢查參數，是否可應用於評估前庭神經炎患者之預後，我們採取一系列的內耳檢查，包含純音聽力檢查(pure tone audiometry)、三種刺激法(音聲傳導air-conducted sound, ACS；骨導振動bone-conducted vibration, BCV；前庭電刺激galvanic vestibular stimulation, GVS)所得之前庭誘發頸肌電位(cervical vestibular-evoked myogenic potential, cVEMP)和前庭誘發眼肌電位(ocular vestibular-evoked myogenic potential, oVEMP)，以及溫差試驗(caloric tests)，進一步評估各項參數是否有分析疾病預後的價值。

**方法：**60位單側前庭神經炎患者納入本研究，所有患者均接受純音聽力檢查、音聲傳導前庭誘發頸肌電位、電刺激前庭誘發頸肌電位、骨導振動前庭誘發眼肌電位、電刺激前庭誘發眼肌電位、及溫差試驗。進一步分析各參數特徵，及其與眩暈病程之關連性。

**結果：**28位男性(46.7%)及32位女性(53.3%)納入本研究，年齡分布於16到79歲之間(平均52歲)。患側音聲傳導前庭誘發頸肌電位異常率為65%，顯著高於健側21.7%；患側電刺激前庭誘發頸肌電位異常率為51.7%，顯著高於健側10%。患側骨導振動前庭誘發眼肌電位異常率為45%，顯著高於健側16.7%；患側電刺激前庭誘發眼肌電位異常率為38.3%，顯著高於健側15%。46位患者(76.7%)的眩暈少於三個月(短眩暈組)，而14位患者(23.3%)的眩暈持續三個月以上(長眩暈組)。11位患者(18.3%)有電刺激前庭誘發頸肌電位及電刺激前庭誘發眼肌電位同時異常，相較於其餘49位患者，有顯著較高的比例，眩暈症狀持續三個月以上。

**結論：**單側前庭神經炎患者，若電刺激前庭誘發頸肌電位及電刺激前庭誘發眼肌電位同時異常，其眩暈症狀持續三個月以上的機會顯著增加。

(5)

全球額竇解剖構造盛行率之文獻探討

### **The Global Prevalence of Frontal Sinus Anatomy Variants : A Literature Review**

王興萬 張庭璋

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

**目的：**額隱窩(frontal recess)以及額竇的解剖構造對於功能性鼻竇內視鏡手術(Functional Endoscopic Sinus Surgery)來說非常重要，國際額竇解剖學分類(The International Frontal Sinus Anatomy Classification, IFAC)為複雜的額竇構造提供分類依據。本文依據此分類分析不同國家之間的額竇解剖構造盛行率。

**方法：**本文從Pubmed搜尋相關文獻，使用關鍵字The International Frontal Sinus Anatomy Classification，並限制為英文論文，搜尋到23篇論文，審題並閱讀各篇論文摘要後，篩選出十篇根據IFAC統計各額竇細胞盛行率之論文。再加上先前統計的台灣人口額竇細胞盛行率資料，共11筆資料做統計分析。

**結果：**統計過後，共有十篇論文及一筆資料，共有2715組影像，8個國家。額竇細胞的盛行率統整如下，Agger nasi cells(ANCs)占92.5%；Supra agger cells(SACs)占36.8%；Supra agger frontal cells (SAFCs)占23.2%；Suprabulla cells (SBCs)占61.5%；Supra bulla frontal cells (SBFCs)占24.1%；Supraorbital ethmoid cells (SOECs)占16.8%；Frontal septal cells(FSCs)占19.4%。所有資料皆顯示盛行率最高的額竇細胞皆為Agger nasi cells(ANCs)。

**結論：**不同地區的額竇細胞占比不同，就算是同一國家統計出來的數據也會有差異，此差異有可能是地區、人種、性別等因素導致，不過鼻竇構造本身的變異性就極大，就算是同一位病人的左右側都有可能發育的不一樣，因次透過國際額竇解剖學分類，將額竇細胞做統括性的歸納整理，有助於日後相關的發展與研究。

(6)

以單一醫院評估甲狀腺結節治療成效

### The Evaluation of Thyroid Nodule Treatment in A Single Hospital institute

徐惠珍<sup>1</sup> 游進益<sup>2</sup>

<sup>1</sup>光田醫療社團法人光田綜合醫院耳鼻喉頭頸部 <sup>2</sup>奇美醫療財團法人柳營奇美醫院耳鼻喉科

**目的：**甲狀腺結節是一種常見的頭頸部腫瘤，其盛行率在最近30年來有增加的趨勢。主要原因是因其它疾病的例行性檢查而增加其發生率。根據衛福部110年統計，甲狀腺惡性腫瘤發生率，女性為第4位；男性為第13位。近年來，微創手術如內視鏡及達文西機器手臂在甲狀腺手術已廣泛被使用，但傳統開放式手術仍是各種術式的基石。本研究以單一醫院開放式手術，來評估甲狀腺結節治療的成效。

**方法：**自2018年6月至2023年6月，奇美醫療財團法人柳營奇美醫院耳鼻喉科回顧性研究209位甲狀腺結節病人，其中包括146位良性及63位惡性。良性腫瘤中，女性有106位，男性有40位，平均年齡為55歲；惡性腫瘤中，女性有51位；男性有12位，平均年齡為6.8歲。所有病人經詳細檢查包含軟式纖維鏡檢查、甲狀腺功能檢查、頸部超音波或加細針抽取細胞學或電腦斷層檢查。安排病人住院接受單側或雙側甲狀腺手術或加上頸淋巴結清除手術，大部分病人都接受間斷性的手術中神經監測。

**結果：**惡性腫瘤中以乳頭狀惡性腫瘤最多，有57位；佔90.5%。女性有47位，男性有10位，其中女性第I期有35位，第II期有8位，第III期有1位，第IV期有3位；男性第I期有6位，第II期有4位。而濾泡狀惡性腫瘤，男女各1位，都為第II期。分化不良惡性腫瘤，男女各1位，都為第IV期。轉移性黑色素瘤女性1位，為第IV期。手術後造成的併發症有喉返神經暫時性麻痺，良性腫瘤中有3位，惡性腫瘤中有2位；而永久性麻痺，良性腫瘤中有2位，惡性腫瘤中有1位。造成副甲狀腺素暫時性低下者，良性腫瘤中有6位，惡性腫瘤中有6位；而永久性低下者，良性腫瘤中有2位，惡性腫瘤中有2位。造成血腫形成者有2位，而因晚期腫瘤死亡有5位。

**結論：**甲狀腺結節的盛行率近年來有增加的趨勢，而甲狀腺手術的方式也不再侷限於傳統開放式手術，由內視鏡到機器手臂手術，都有蓬勃的發展，但是傳統開放式手術仍是一切手術的基礎。它不但可以提供直接真實的手術視野、節省手術時間、即時處理手術中和手術後併發症和提高頸淋巴結清除率，而在慎選病人下也不會留下明顯的頸部疤痕，更重要的是可以節省可觀的醫療費用。

(7)

中度至嚴重阻塞性睡眠呼吸中止的患者在經皮冠狀動脈介入治療手術後更容易出現支架內再狹窄：單一中心研究

**Patients with Moderate-Severe Obstructive Sleep Apnea are at A Higher Risk for In-Stent Restenosis After Percutaneous Coronary Intervention: A Single-Center Study**

紀建鋒<sup>1</sup> 余宗哲<sup>1</sup> 黃鼎傑<sup>1</sup> 洪士涵<sup>1,2</sup> 陳伯岳<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>臺北市立萬芳醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>台北醫學大學醫學院醫學系耳鼻喉學科

**目的：**研究中度至嚴重阻塞性睡眠呼吸中止(Obstructive Sleep Apnea)是否經皮冠狀動脈介入治療手術(Percutaneous Coronary Intervention)後支架內再狹窄(In-Stent Restenosis)的風險因素。

**方法：**這項前瞻性研究包括從2022年7月至2023年11月在萬芳醫院接受PCI治療的82位急性心肌梗塞住院患者，並進行3個月以上的追蹤。通過使用Level 4的家庭睡眠測試(Nonin® WristOx2® 3150)確定中度至嚴重OSA (Oxygen Desaturation Index %  $\geq$  20)的患者。透過病歷回顧，將病例分為ISR組及非ISR組(ISR定義為PCI後管腔直徑縮小50%或以上)後進行風險因素分析。

**結果：**有8位患者出現ISR，總發生率為9.8%。風險因素分析顯示，中度至嚴重OSA是PCI後ISR的獨立風險因素( $P < 0.05$ )。在調整年齡、性別、肥胖、吸煙狀態和高血壓後，中度至嚴重OSA的參與者在支架植入後發生ISR的風險增加了5.3倍(95% CI : 1.06–26.41)。

**結論：**OSA是PCI後ISR的獨立風險因素。這些結果需要進一步確認，建議在冠心病接受支架植入後應進行更高等級的睡眠檢查如polysomnography。

(8)

阻塞型睡眠呼吸中止症與心衰竭復發住院的關聯-單一中心研究

### **Obstructive Sleep Apnea and Recurrent Heart Failure Hospitalizations: A Single Center Study**

余宗哲 紀建鋒 黃鼎傑 洪士涵 陳伯岳<sup>1</sup>

臺北市立萬芳醫院耳鼻喉科

**目的：**阻塞性睡眠呼吸中止症(obstructive sleep apnea, OSA)，是指在睡眠時，因固定及呼吸道擴張肌鬆弛下來，造成上呼吸道狹窄甚至完全阻塞，使得氣流不順或甚至中止，其定義為在睡眠中因上呼吸道的阻塞，導致間歇性呼吸停止，符合每小時有5次以上的呼吸暫停(Apnea)，即完全停止呼吸，或呼吸不足(Hypopnea)；即呼吸的潮氣容積比基本潮氣容積減少30%以上，並且發生的時間大於10秒以上，嚴重時會伴隨明顯的血氧濃度下降。阻塞型睡眠呼吸中止症在心衰竭的病人族群中盛行率高。本研究分析心衰竭的病人中，有無阻塞型睡眠呼吸中止與再入院的關係。透過研究心臟內科病房中心衰竭的病患，來達成研究目的。

**方法：**從2022年7月到2023年12月，總共收案64位心衰竭病人，做睡眠手表檢測(使用Nonin WristOx2 3150機型)，並追蹤到2024年2月。共30位病患有收錄足夠的睡眠時間(4-9小時)，其中包含20位診斷為阻塞型睡眠呼吸中止症( $ODI4\% > 10$ )。本研究以睡眠參數來分析心衰竭病人再入院與阻塞型睡眠呼吸中止症的關係。

**結果：**平均追蹤九個月期間，心衰竭病患再入院人數為5位。因心衰竭再住院的比例在有阻塞性睡眠呼吸中止症的族群及沒有阻塞性睡眠呼吸中止症的族群分別為20和10%， $P$ 值=0.505。但二元迴歸分析顯示CT90%的確與心衰竭再入院有關(調整後勝算比為1.269，95%信賴區間為1.007-1.598， $p$ 值=0.043)。

**結論：**睡眠導致的低血氧與心衰竭再入院相關，並具有顯著差異；但阻塞性睡眠呼吸中止症的診斷有無，與心衰竭再入院的病患的關係並沒有達到顯著差異。本研究結果收案病人數量少，需要針對心臟內科病房中心衰竭的病人做更詳盡、更全面的睡眠檢查來驗證本研究結果。



(9)

深頸部感染與食道穿孔的危險因子探討

### Perforation of the Esophagus in Patients with Deep Neck Infection

陳仕龍<sup>1,2</sup> 秦嗣騏<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>林口長庚耳鼻喉部 <sup>2</sup>長庚大學醫學系 <sup>3</sup>林口長庚影像診療部

**目的：**深頸部感染是一種嚴重的疾病，可導致嚴重的併發症，包括食道穿孔和死亡。然而，先前沒有研究探討與深頸部感染患者食道穿孔相關的危險因子。本研究研究了這些深頸部感染的因素。

**方法：**2015年9月至2021年9月期間，對521名深頸部感染患者進行了研究。為了研究食道穿孔的危險因子，我們收集了以下患者相關資料：性別、年齡、主訴時間、住院時間、C反應蛋白(CRP)、血糖、糖尿病、切開引流手術、超音波引流、受深頸部感染影響的空間數量以及縱膈炎。評估深頸部感染病患的相關臨床變數。

**結果：**在單變量分析裡，CRP (OR1.003, 95% CI 1.000–1.006,  $p = 0.031$ )、3個以上的深頸部空間感染、retropharyngeal空間(OR9.984, 95% CI 4.025–24.76,  $p < 0.001$ )。縱膈炎(OR141.3, 95% CI 48.75–409.4,  $p < 0.001$ )。在多變量分析中，retropharyngeal 空間(OR= 5.449, 95% CI 1.603–18.51,  $p = 0.006$ )和縱膈炎的存在(OR=218.8, 95% CI 55.98–855.3,  $p < 0.001$ )是相關的獨立危險因子深頸部感染的病患可能造成食道穿孔。32名食道穿孔患者和489名未食道穿孔患者的致病菌(pathogen)沒有差異(均  $p > 0.05$ )。

**結論：**Retropharyngeal空間的感染和縱膈炎是深頸部感染患者造成食道穿孔的獨立危險因子。深頸部感染中食道穿孔組和非食道穿孔組的致病菌沒有差異。

(10)

分析第四期鼻咽癌的危險因子及利用Nomogram預測治療預後

### **A Predictive Survival Model for Patients with Stage IV Nasopharyngeal Squamous Cell Carcinoma**

葉芃 廖立人 羅武嘉

亞東紀念醫院耳鼻喉部

**目的：**評估第四期鼻咽癌接受單純放射線治療或合併化學治療後在第一、三、五年存活率相關之治療前以及治療後的臨床因子。

**方法：**本研究收錄了單一醫學中心2008年至2020年間第四期鼻咽癌接受過單純放射線治療或合併化學治療的患者。本研究收錄了61位患者。我們回溯性分析了每位患者的治療前及治療後之營養狀態和發炎指標,從中尋找與存活率相關之臨床因子。我們利用這群病患的資料建立nomogram模型預測治療預後。

**結果：**本院第四期鼻咽癌患者治療後五年存活率為54.10%。這群第四期鼻咽癌患者第一、三、五年疾病死亡率(disease-specific survival)分別為93%,73%及58%。第一、三、五年無病存活率(disease-free survival)分別為51%,44%及41%。多變量統計發現治療後身高體重指數以及治療前systemic inflammation response index與第四期鼻咽癌患者疾病死亡率有關,而治療後身高體重指數,身高體重指數變量以及治療前systemic inflammation response index與無病存活率有關。我們以治療後身高體重指數以及治療前systemic inflammation response index建立疾病死亡率的nomogram來預測治療預後。

**結論：**治療後身高體重指數,身高體重指數變量以及治療前systemic inflammation response index與第四期鼻咽癌存活率有關。本研究所建立之nomogram可幫助醫師及患者預測治療預後。

(11)

使用聯合模型分析長期預後營養指數用以預測鼻咽癌患者治療後的整體存活率

### **A Joint Model Based on Post-Treatment Longitudinal Prognostic Nutritional Index to Predict Survival in Nasopharyngeal Carcinoma**

蕭博文<sup>1</sup> 陳韋至<sup>1</sup> 吳靖農<sup>1</sup> 羅盛典<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>高雄長庚醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>長庚大學臨床醫學研究所 <sup>3</sup>長庚大學中醫系 <sup>4</sup>中山大學學士後醫學系

**目的：**本研究旨在利用聯合模型分析(Joint model)於長期臨床追縱過程中獲取的預後營養指數(Prognostic Nutritional Index, PNI)數據，來協助預測鼻咽癌患者接受治療後的整體生存率。

**方法：**此回顧性研究使用長庚研究數據庫(Chang Gung Research Database, CGRD)，分析在2007-2019年這區間接受根治性治療的鼻咽癌患者。利用聯合模型分析治療後PNI的縱向數據與整體生存率之相關性。同時我們收集患者死亡90天前、或者最後已知存活的醫療紀錄90天前的PNI數值，利用ROC分析尋找最適切的預後營養指數(PNI)的分界值(cut-off value)。

**結果：**共有2,332名鼻咽癌患者納入分析。傳統COX比例風險模型分析顯示，治療後長期預後營養指數(PNI)是降低死亡風險的獨立指標(調整後風險比(adjusted HR) 為0.813；95%CI，0.805~0.821)。在利用聯合模型分析排除COX比例風險模型的偏誤後，仍舊支持此發現(調整後風險比(adjusted HR)為0.864；95% CI，0.850~0.879)，意即每提升一單位的PNI，死亡風險則降為0.864倍。ROC分析則顯示若PNI低於38.1會顯著增加90天內死亡的風險，敏感性為90.0%，特異性為89.6%。

**結論：**本研究發現，治療後的長期預後營養指數(PNI)為NPC患者整體生存率之獨立預測因子，同時能顯著地預測患者接下來90天內之生存結果。故我們建議對所有鼻咽癌患者在治療後，於回診期間進行常規的PNI檢驗。

(12)

透明質酸 / RHAMM / CD44複合受體訊號傳遞對鼻咽癌細胞發展之影響

### **Effects of Hyaluronic Acid/RHAMM/CD44 Complex Receptor Signaling on the Cancer Progression in Nasopharyngeal Carcinoma**

林右才

高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

**目的：**鼻咽癌(nasopharyngeal carcinoma; NPC)是一種特殊的頭頸癌，分佈於台灣、中國東南沿岸地區、南亞和北非的發病率最高。CD44及其亞型是透明質酸(hyaluronan; HA)/RHAMM相關受體的主要成員，在腫瘤生成和細胞發炎上扮演重要角色。報導指出，上皮-間質轉化蛋白質(epithelial-mesenchymal transition; EMT)與誘發腫瘤發展有關，例如侵犯與轉移，從而控制癌症進展。然而，HA經由RHAMM/CD44及其亞型之信號路徑與其阻斷劑對鼻咽癌EMT 相關蛋白質表現的影響仍不清楚。因此，本研究調查了 1) HA通過RHAMM/CD44及其亞型對EMT表現的影響，2) HAS抑制劑在體外和體內模式對EMT表現的影響。

**方法：**本研究建立了體外和體內試驗，包括鼻咽癌細胞與異種移植小鼠模型，以探討HA處理後的鼻咽癌細胞遷移、CD44 亞型表現和EMT相關蛋白的影響。並以傷口癒合試驗測定細胞遷移以及西方點墨法分析CD44亞型和EMT相關蛋白表現。

**結果：**在NPC細胞中，HA可誘導細胞遷移和CD44及其亞型(-v6 和 -v10)表現上調。HA可促進細胞和異種移植小鼠EMT相關標誌物(N-cadherin and Snail)表現，而在4-MU (HA合成抑制劑)處理後則顯示相反的表現。

**結論：**這些數據可能證實 HA可通過 RHAMM/CD44 軸誘導細胞遷移，支持其阻滯劑對抗NPC的效用。

(13)

鼻咽癌患者放射治療中非計畫性急診就醫之危險因子

### **Risk Factors for Unplanned ER Visit in Patients with Nasopharyngeal Carcinoma During Radiotherapy Treatment**

陳葦珊 羅盛典

高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

**目的：**放射治療及同步放射化學治療是鼻咽癌患者的第一線治療策略。然而，非計畫性急診就醫經常造成治療中斷，並增加醫療支出。本研究旨在識別非計畫性急診就醫之高風險因子，並探究其對疾病預後的影響。

**方法：**本本研究收錄長庚研究資料庫中，2001年至2019年間新診斷鼻咽惡性腫瘤並接受治療性放射或同步化學放射治療之病人。由放射治療開始至治療結束三個月內，病人於此期間依有無非計畫性急診就醫，分為兩組比較。我們使用Kaplan-Meier test 分析存活率，並用logistic regression 識別相關風險因子。

**結果：**本文共收錄2,111名新診斷鼻咽惡性腫瘤患者。573 (27.2%)名患者曾經有非計畫性急診就醫。約13%之病人曾至急診就醫三次(含)以上。曾有非計畫性急診就醫之病患較容易是高齡、合併有共病症、臨床晚期癌症之病患。經logistic regression分析，顯著風險因子包括：高齡病患(>65歲)、接受同步systemic therapy、臨床T3、N2、N3、及M1 stage。若有非計畫性急診就醫則有顯著較差之整體存活率(overall survival,  $p < 0.001$ )。

**結論：**本研究發現鼻咽癌患者在治療性放射或同步化學放射治療中，較高機會有非計畫性急診就醫之相關危險因子，包括高齡、需接受同步systemic therapy、臨床T3、N2、N3、及M1 stage。針對高風險病患，需要更多相關預防措施以增進病患疾病預後。

(14)

台灣口腔鱗狀上皮細胞癌之臨床及病理因子與預後探討

### Clinical and Histopathologic Parameters in Survival Analysis of Taiwan Oral Squamous Cell Carcinoma

廖立人<sup>1</sup> 鄭玉屏<sup>2</sup> 徐婉倫<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>亞東紀念醫院 耳鼻喉部 <sup>2</sup>輔仁大學 醫療暨健康產業大數據碩士學位學程 <sup>3</sup>輔仁大學 數據科學中心

**目的：**癌症為國人的十大死因之首，嚴重影響著國人的健康狀況與生命的長短。行政院衛生署委託『癌症登記中心』建立高品質的癌症資料庫，讓癌症患者能夠因臨床醫學與學術的合作成果，提升對於疾病的預防與診療。近年來對於影響口腔癌症死亡的相關因子包括臨床分期、組織型態、分化、腫瘤大小、治療方式、是否復發等，近年來越來越多的研究報告神經侵犯、淋巴管或血管侵犯、區域淋巴結侵犯數目、原發手術切緣距離、腫瘤深度與淋巴結外侵犯等都可能影響存活。由於過去許多研究僅收錄單獨醫院的資料或僅探討其中幾個病理因子，本研究以台灣全國癌症資料庫，完整收集相關臨床及病理因子來探討台灣口腔鱗狀上皮細胞癌(OSCC)患者的預後影響因子。

**方法：**收集診斷年為2018-2020台灣癌症登記資料庫(TCRD)中的「長表」，包含病理診斷、臨床治療以及病患個人之活動力等資料，納入新診斷OSCC，追蹤時間到2021年12月31日。口腔癌部位以國際疾病ICD-O-3分類。病理期別為AJCC第八版分期。排除日期格式錯誤、無原發部位手術者、無病理期別者、年齡小於20歲以及大於100歲者。最終存活與追蹤時間則連結國家死亡檔案，以Cox regression 分析臨床、病理因子與整體存活(OS)及因疾病死亡(DSS)之影響。

**結果：**共有7,228人納入資料分析，平均年齡 $56.82 \pm 10.79$ 歲，男性6,530人(90.34%)、女性698人(9.66%)，癌症部位最多的是頰黏膜癌2717人(37.59%)，其次是舌癌2647人(36.62%)、齒齦癌1109人(15.34%)、唇癌323人(4.47%)、舌底癌309人(4.28%)及硬顎癌123人(1.7%)等。OS分析中，多變項Cox regression分析發現年齡(HR: 1.292, P=0.009)、病理分期(HR: 2.430, P<0.001)、BMI $\geq 24$ (HR: 0.648, P=0.013)、神經侵犯(HR: 1.454, P<0.001)、淋巴結侵犯密度(HR: 1.684, P<0.001)、手術切緣距離(HR: 0.839, P=0.043)都是獨立影響OS的因子。DSS分析中，多變項Cox regression分析發現，病理分期(HR: 2.569, P<0.001)、BMI $\geq 24$ (HR: 0.666, P=0.048)、神經侵犯(HR: 1.485, P<0.001)、淋巴結侵犯密度 $\geq 0.05$ (HR: 1.831, P<0.001)以及手術加化療(HR: 0.544, P<0.001)是會影響DSS的獨立因子。

**結論：**除了口腔癌症病理之AJCC分期外，BMI，以及病理因子之神經侵犯、淋巴結侵犯密度、手術切緣距離都與口腔癌之預後有關要納入考量。

(15)

口腔癌中尼古丁乙醯膽鹼受體次單元之表現及其對局部免疫細胞和預後的影響力

### **The Expression of Nicotinic Acetylcholine Receptor Subunits and Their Associations on Local Immune Cells and Prognosis in Oral Squamous Cell Carcinoma**

林其懋<sup>1,2</sup> 林隆偉<sup>3</sup> 陳贈成<sup>4</sup> 葉怡玲<sup>5</sup> 江伯倫<sup>2</sup>

<sup>1</sup>臺大醫院雲林分院耳鼻喉部 <sup>2</sup>臺大臨床醫學研究所 <sup>3</sup>臺大醫院雲林分院病理部 <sup>4</sup>臺大醫院耳鼻喉部 <sup>5</sup>虎尾科技大學生物科技系

**目的：**尼古丁乙醯膽鹼受器(nAChRs)是一種配體管制型離子通道，可能跟癌細胞的增殖、上皮間質轉化和免疫調節有關。然而，不同nAChR次單元對於口腔癌腫瘤微環境的影響，我們知之甚少。

**方法：**藉由免疫組織化學染色，我們回顧性檢視了75例口腔癌患者的病理樣本。此外，還分析了癌症基因組圖譜(TCGA)中的307名口腔癌患者。

**結果：**次單元  $\alpha 1$  只會專一性地表現在口腔癌周圍的骨骼肌上。次單元  $\alpha 1$  表現量的升高與CD44 (癌症幹細胞)、CD3/8 (T細胞)、CD56/16 (自然殺傷細胞)的表現量增加、較低的T分期、以及較高的N分期有關。次單元  $\alpha 3$  表現量的升高與CD56/16的表現量增加相關。次單元  $\alpha 5$  表現量的升高與CD3/8/56的表現量降低、較低的T分期、較高的N分期、較差的存活率、以及較少的癌細胞上皮特徵有關。次單元  $\alpha 7$  表現量的升高與CD3/8/56/16的表現量增加、較少的免疫細胞腫瘤浸潤、以及較多的癌細胞上皮特徵有關。腫瘤微環境中局部免疫細胞的增加與較佳的口腔癌預後相關。 $\alpha 5$  是唯一與局部免疫細胞的減少和較差的存活率相關的次單元，而  $\alpha 1$ 、 $\alpha 3$  和  $\alpha 7$  則與口腔癌中局部免疫細胞的增加有關。 $\alpha 5$  和  $\alpha 7$  與不同的口腔癌上皮間質轉化狀態相關，一個較偏間質化，另一個較偏上皮化。

**結論：**nAChR次單元的蛋白質表達數據可以跟基因表達數據相輔相成，為口腔癌上皮間質轉化、免疫反應與預後提供有意義的資訊。

(16)

頸部淋巴結係數對口咽癌病人預後的影響

### The Impact of Neck Lymph Node Profile on the Prognosis in the Oropharyngeal Carcinoma Patients

游進益<sup>1</sup> 徐惠珍<sup>2</sup>

<sup>1</sup>奇美醫療財團法人柳營奇美醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>光田醫療社團法人光田綜合醫院耳鼻喉頭頸部

**目的：**口咽惡性腫瘤病人在幾十年來快速的增加，也成為全球關注的健康議題。在治療上，有無人類乳突病毒感染相關性，也是一個重要且有意義的預後指標。其他如腫瘤分期、手術野是否足夠、有無淋巴結外侵犯、頸部淋巴結數及頸部淋巴結比等都會影響病人的存活率。本研究將探討口咽癌病人其頸部淋巴結係數對病人預後的影響。

**方法：**2018年1月至2022年12月，奇美醫療財團法人柳營奇美醫院耳鼻喉科收集未經任何治療的75名口咽癌病人，登錄病人個人資料，包括性別、年齡、身高、體重、習慣史、腫瘤位置、腫瘤大小、依據病人臨床、影像依照TNM來作臨床分期。所有病人依照分期接受腫瘤手術切除和/或頸淋巴清除手術，手術後依照病理分期和危險因子，加上輔助性化學及放射線治療。再依手術後有無人類乳突病毒感染和頸部淋巴結比來作分析。

**結果：**75名口咽癌病人中，男性有72名，女性3名，平均年齡58.9歲。包含34名扁桃癌，其中第I期有7名，第II期有2名，第III期有5名，第IV期有20名；27名舌根癌，其中第I期有3名，第II期有4名，第III期有3名，第IV期有17名；及14名軟顎癌，其中第I期有3名，第II期有4名，第III期有2名，第IV期有5名。有乳突病毒感染有6名，佔8%。扁桃癌病人中，有乳突病毒感染者，其頸部淋巴結比為0.021，頸部淋巴結數目為18；無者，其頸部淋巴結比為0.110，頸部淋巴結數目為23；舌根癌病人中，有乳突病毒感染者，其頸部淋巴結比為0.091，頸部淋巴結數目為21；無者，其頸部淋巴結比為0.116，頸部淋巴結數目為43。軟顎癌病人中，無突病毒感染者，其頸部淋巴結比為0.075，頸部淋巴結數目為31。在有乳突病毒感染者，其頸部淋巴結比低於無突病毒感染者；但兩組在淋巴結數目並無統計學上顯著的差異。

**結論：**口咽癌病人因人類乳突病毒感染率的上升，而年年在增加。有乳突病毒感染者，其頸部淋巴結比，比無突病毒感染者來得低，但兩組在淋巴結數目並無統計學上顯著的差異。顯示低頸部淋巴結比與有乳突病毒感染，都是預後良好的指標。對於影響口咽癌治療的預後因子與乳突病毒的相關性，也需有進一步的探討與研究。



(17)

以Hemoglobin–albumin–lymphocyte–platelet分數作為頭頸部鱗狀上皮癌存活率預測的指標

### **Hemoglobin–albumin–lymphocyte–platelet Score as A Predictive Marker of Survival in Patients With Head and Neck Squamous Cell Carcinoma**

查志宏 蔡明憲

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

**目的：**血紅素、血小板、淋巴球及血中白蛋白濃度已被證實，可作為許多癌症的預後預測因子，Hemoglobin–albumin–lymphocyte–platelet (HALP)分數是免疫功能及營養狀態的指標，HALP分數高意味著術後傷口的復原較佳、或體能狀態更能承受完整的化療療程。目前較少有文獻提及HALP分數在頭頸癌的應用。本研究分析頭頸部鱗狀上皮癌的患者，在接受癌症手術前抽血的HALP分數，是否能作為預測患者預後的工具。

**方法：**研究收錄在2008至2017年間，於本院接受頭頸腫瘤廣泛性切除的患者。收錄共657名頭頸部鱗狀上皮癌的患者，所有病患皆有手術前一周內的抽血。HALP分數計算公式如下： $\text{hemoglobin (g/L)} \times \text{albumin (g/L)} \times \text{lymphocytes (/L)} / \text{platelets (/L)}$ 。資料使用Cox比例風險模型(Cox proportional hazards model)分析存活率。

**結果：**以46作為HALP分數的分界。若 HALP分數大於或等於46，五年整體存活率優較優(81.9% vs. 67%,  $p < 0.001$ )，癌症專一存活率亦優於HALP分數小於46的患者(90.1% vs. 80.8%,  $p < 0.001$ )。多變相Cox模型中顯示，較低的HALP分數是預後的獨立危險因子，患者有較差的整體存活率(HR 1.724, 95% CI: 1.281–2.319,  $p < 0.001$ )及癌症專一存活率(HR 1.834, 95% CI: 1.176–2.86,  $p = 0.007$ )。

**結論：**HALP分數僅需要全血球計數和白蛋白即可計算，此為癌症患者常規的術前抽血檢查，可推估頭頸癌患者開刀的預後。若術前HALP較低，術前給予醫療介入矯正，或許能改善患者之預後，期望未來有相關之前瞻性研究。

(18)

術前周邊血液全身發炎反應指數為年輕頭頸癌病患預後的危險因子

### **Impact of Preoperative Systemic Inflammation Response Index in Young Patients with Head and Neck Cancer – A Matched-Pair Analysis**

蔡明憲

高雄長庚紀念醫院耳鼻喉頭頸外科

**目的：**台灣的頭頸癌患者基本上的成因與菸酒檳榔三者息息相關，許多病患發現並診斷時已經是中後期，雖然可以藉由手術切除及術後的輔助性治療，但預後仍不甚理想。頭頸癌主要好發於40-65歲左右之壯年男性，年輕病患若是罹患頭頸癌許多時候除了與菸酒檳榔相關外，也常與基因相關，而年輕族群罹患頭頸癌預後與年長族群罹患頭頸癌預後之比較，尚未有定論。另外，周邊血液之全身發炎反應指數也被證實與許多癌症預後相關，但對於年輕頭頸癌患者的預後角色仍不清楚。我們在此研究中，試圖分析比較年輕族群及年長族群罹患頭頸癌患者的治療預後及進一步分析全身發炎反應指數此數值及其他可能術前因子對於年輕頭頸癌患者的治療預後。

**方法：**從2007年1月至2017年2月，我們先收集於高雄長庚醫院接受手術治療之195位年輕頭頸癌患者(≤ 40歲)及301位年長頭頸癌患者(> 65歲)，經1：1配對後共175組頭頸癌患者進行最後分析，除了比較年輕族群及年長族群罹患頭頸癌患者的治療預後，並分析可能影響年輕頭頸癌患者預後之因子，包含全身發炎反應指數。

**結果：**在這175組接受手術切除之頭頸癌患者中，年輕族群雖比年長族群有較佳的五年存活率(77.8% vs. 64.2%,  $p = 0.001$ )，但年輕族群與年長族群之五年疾病死亡率並沒有統計上之顯著差異(84.2% vs. 82.6%,  $p = 0.821$ )。而在年輕頭頸癌患者中，術前周邊血液全身發炎反應指數較高( $\geq 0.87$ )會比對照組有較差的預後。迴歸分析後發現，術前周邊血液全身發炎反應指數仍為影響這群病患預後的獨立危險因子。(Overall survival: Hazard ratio [HR]: 1.999, 95% CI [1.024 –3.9],  $p = 0.042$ ) and disease specific survival (HR 5.092, 95% CI [1.504 –17.246],  $p = 0.009$ )。

**結論：**在接受手術切除之頭頸癌患者中，年輕族群相比年長族群並沒有較差的疾病死亡率；而年輕頭頸癌患者術前周邊血液全身發炎反應指數較高時，其預後均較對照組差。

(19)

基於深度學習在腮腺腫瘤的超音波影像之鑑別診斷

### Deep Learning Based Ultrasound Images for the Differentiating of Parotid Gland Neoplasm

張展旗<sup>1,2</sup> 黃正池<sup>1,2</sup> 李威霆<sup>1,2</sup> 歐俊巖<sup>1</sup> 許恆睿<sup>1</sup> 洪上祐<sup>1</sup> 蔡書維<sup>1</sup> 林政佑<sup>1,2</sup> 蕭振仁<sup>1,2</sup> 王士豪<sup>3</sup>

<sup>1</sup>國立成功大學醫學院附設醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>國立成功大學醫學院醫學系耳鼻喉學科 <sup>3</sup>國立成功大學電機資訊學院資訊工程學系

**目的：**腮腺腫瘤大約20%為惡性，手術切除為主要的治療，但是卻有顏面神經損傷的風險。然而，目前臨床對於腮腺腫瘤的診斷方法，是採用醫學影像搭配超音波導引細胞學抽吸報告來診斷腫瘤類別。因此，本研究是針對腮腺腫瘤建立超音波腫瘤影像的AI辨識系統，以作為臨床診斷的即時參考。

**方法：**資料來源是來自成大醫院耳鼻喉部5年內，因腮腺腫瘤而接受手術的病患之去個人化資訊腮腺超音波影像。使用深度學習演算法來自動化分割超音波影像中腮腺腫瘤位置，接著從分割出的腫瘤影像獲取腫瘤在超音波影像上的形狀特徵、紋理特徵以及病患的年齡、性別等去個人化資訊。上述獲取的特徵會透過機器學習演算法進行分類，將影像分類成Pleomorphic adenoma(PA)、Warthin's tumor、以及malignancy三種類別。

**結果：**我們使用成大醫院131名患有腮腺腫瘤的病患共344張超音波影像進行分析。首先對影像進行了濾波和對比度增強的前處理。然後使用U-Net、U-Net++、BCDU-Net從原始超音波影像中分割出腮腺腫瘤，並通過形態學和紋理分析提取特徵。同時將患者的個人資料作為特徵之一，利用這些特徵訓練Random Forest、SVM、Multinomial Logistic Regression、LightGBM模型以實現腫瘤的自動分類，同時對Warthin's、Pleomorphic adenomas、Malignant類別間的數值差異進行統計分析。研究結果顯示，通過影像前處理、分割和分類腮腺腫瘤，U-Net++的分割準確度達到80.8%，SVM的分類準確度達到85.3%。統計分析結果表明，三種腮腺腫瘤類別在形態學和紋理特徵上存在顯著差異。Warthin's腫瘤內部的紋理複雜且異質性高，輪廓呈橢圓形，在男性中表現出明顯的優勢；Malignant腫瘤呈現均勻的紋理和圓形輪廓；而PA則同時具有部分均勻且部分複雜的紋理分佈和圓形輪廓，可能與其自身可能轉化為低度惡性腫瘤有關。

**結論：**研究結果證實，以人工智慧的深度學習，超音波影像結合腫瘤分割和分類可作為臨床輔助診斷腮腺腫瘤的有用工具。

(20)

台灣耳鼻喉頭頸外科學習里程碑2.0「次核心能力」專家效度研究

### **An Expert Validity Study for Core Competencies in Taiwan Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery Milestone 2.0**

陳正文<sup>1,2,3</sup> 許巍鐘<sup>4</sup> 王拔群<sup>5</sup>

<sup>1</sup>天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>副院長室 <sup>3</sup>輔仁大學醫學系 <sup>4</sup>臺灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉科 <sup>5</sup>國泰醫院耳鼻喉科

**目的：**台灣耳鼻喉頭頸外科學習里程碑1.0於2017年完成並發表，於2020年應用於學會「能力導向醫學教育核心小組」所發展之「整合式可信賴專業活動訓練模式」中，與11項可信賴專業活動(entrustable professional activities, EPAs)進行配對，完成專科教學訓練藍圖。美國ACGME於2022年7月開始實施改版後之里程碑2.0，本研究希望以改版後的ACGME里程碑2.0為基礎，建構本土化的學習里程碑2.0「次核心能力」主題。

**方法：**收集美國ACGME改版後之里程碑2.0，經翻譯成繁體中文版草案後，邀請專家進行專家效度研究，參與專家針對23項次核心能力主題的「重要性」，依Likert Scale 1-5分給分，1分代表「非常不重要，該題項應刪除」，5分代表「非常重要，該題項有重要價值」，並給予質性意見。

**結果：**共11位專家參與研究，第一輪評分後，在23項次核心能力中，僅「PC2-顏面創傷」及「PC-8顏面整形及重建手術」兩項主題平均分數低於4分，質性意見中有8位專家建議增加「異物處置」(foreign body management)次核心能力，共三項主題進入第二輪投票。第二輪投票中，各主題同意/不同意列入比例分別為：「PC2-顏面創傷」2:9，「PC-8顏面整形及重建手術」8:3，「異物處置」11:0，最後決定以「異物處置」取代「PC2-顏面創傷」成為23項次核心能力主題之一。

**結論：**本研究經過兩輪專家投票，決定23項本土化里程碑2.0的次核心能力主題。未來將以此為基礎，進一步針對個別次核心能力的里程碑敘述，進行「清晰度」及「內容適切性」的第三輪專家效度研究，並與本學會的11項可信賴專業活動完成配對，更新專科教學訓練藍圖。

(21)

頭部外傷後非顱骨骨折之聽損—病例報告

## Hearing Loss After Traumatic Brain Injury Without Temporal Bone Fracture—Case Report

何俊賢

高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

本病例報告為一位中年女性，經交通事故後造成之頭部外傷併鎖骨骨折。病患於事故發生後住院接受鎖骨骨折手術治療，住院中抱怨單側聽力損傷，經耳鏡檢查，鼓膜完整且無中耳積血或中耳積液之情形，聽力檢查顯示單側中度聽損。病患在出院後於門診追蹤，聽損情形無顯著改善，經討論後病患接受4次經鼓膜耳內注射治療，經4次注射後，聽損情形部分改善，病患亦表示主觀聽力情形有改善。在過去的研究中，有許多研究針對頭部外傷後無顱骨骨折之停損進行分析，研究顯示此類頭部外傷可能造成聽力損傷、眩暈等情形。Ishai等人的研究指出，在頭部外傷的病人組別，螺旋神經節細胞數量明顯比對照組少，另外還有發現毛細胞減少、血管紋萎縮、耳蝸水腫等情形，後續更待更多的研究來研究此疾病。

(22)

外耳道良性皮脂腺瘤—病例報告

## External Ear Canal Sebaceous Adenoma—Case Report

簡禎佑<sup>1,2,3</sup> 林智鴻<sup>4</sup>

<sup>1</sup>高雄醫學大學附設醫院 耳鼻喉部 <sup>2</sup>高雄醫學大學 醫學院 醫學系 耳鼻喉學科 <sup>3</sup>高雄市立小港醫院 耳鼻喉科 <sup>4</sup>高雄市立小港醫院 病理科

外耳道良性皮脂腺瘤是很少見的，1名65歲女性病患，主訴發現左耳外耳道有一顆腫瘤6個多月，病人沒有糖尿病和高血壓，沒有抽煙喝酒吃檳榔。經理學檢查發現左耳外耳道有一顆腫瘤，頸部沒有淋巴結，電腦斷層顯示左耳外耳道腫瘤。在麻醉下，將左耳外耳道腫瘤施行切除手術，病理檢查診斷為外耳道良性皮脂腺(External ear canal sebaceous adenoma)。門診追蹤傷口復原良好。病人有外耳道腫瘤的症狀時，鑑別診斷需要包含外耳道良性皮脂腺瘤。因為外耳道良性皮脂腺瘤臨床上很少見，因此提出來報告，希望各位先進不吝指教。

(23)

單側聽力缺損併內耳畸形—病例報告

**Unilateral Hearing Loss With Inner Ear Malformation—Case Report**呂紹安<sup>1</sup> 林奎佑<sup>1,2</sup><sup>1</sup>新光醫院耳鼻喉頭頸外科 <sup>2</sup>輔仁大學醫學系

此個案為27歲男性，本身無過去病史，日常生活功能正常，也無其他家族病史。但約兩年前，該個案發現右側聽力變差，且隨著時間有越來越聽不清的趨勢，因此來到本院耳鼻喉科門診尋求診治。這段時間，此個案唯有右側聽力變差，而無其他過去耳鳴、耳悶、頭暈、頭痛等症狀。經過聽力檢查，右耳為重度聽力損失(平均閾值為110分貝)，左耳聽力正常(平均閾值為17.5分貝)。由於擔心有後顱窩腫瘤，給予安排了頭部磁振攝影，意外發現右側前庭和三個半規管皆有畸形的情况，但對側都正常。該個案非先天聽力缺損且亦無過去內耳症狀，但卻伴隨單側內耳結構異常的情形，屬於較罕見的個案，所以想探討其可能的病因。

(24)

人工電子耳植入之成人個案於耳蝸頂端出現電阻過高—個案報告及文獻回顧

**Adult Case With Cochlear Implantation Showed Abnormal High Impedance at the Apical Electrode—  
A Case Report and Literature Review**

王俞鈞 陳巧靜

奇美醫療財團法人奇美醫院耳鼻喉暨頭頸外科部

人工電子耳植入手術於術後調機過程，會透過測量電極電阻客觀地監測植入體功能，而此電極電阻為鼓階之微環境以及電極與周遭軟組織之相對關係皆會影響測得的數值。普遍認為，造成電阻數值增加的原因，可能為耳蝸內有創傷、發炎反應、肉芽組織增生、纖維化、異物排斥反應或骨化產生，此外電極故障也會導致電阻過高的情况。此個案報告為1名86歲男性，有雙側漸進性感音神經型聽損，於74歲時右耳全聾，於80歲時左耳全聾，在2019年4月首次植入左側人工電子耳，出現電極多個頻道呈現電阻過高，判斷為植入體故障並於2022年2月人工電子耳再植入手術。然而調頻過程中，術後1年發現位於耳蝸頂端的前三個電極陸續出現電阻過高的情况。回溯其電腦斷層影像，在耳蝸內頂端位置有毛玻璃樣病灶，疑為肉芽組織。由於人工電子耳植入術後只單純出現在耳蝸頂端出現電阻過高的情况較為少見，特此提出報告及回顧相關文獻。

(25)

梅尼爾症患者內淋巴囊手術後的核磁共振造影—病例報告

### Hydrops MRI in a Meniere's Disease patient After Sac Operation—Case Report

顏宏宇<sup>1</sup> 楊怡和<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>臺大醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>亞東紀念醫院耳鼻喉科

1926年，法國波爾多的Georges Portmann醫師首創內淋巴囊減壓手術，用來治療梅尼爾氏症患者。隨後復經 Naito、House、Morrison、Paparella、Arenberg等人修改手術方法，最終將內淋巴囊減壓手術與分流手術合而為一。1981年，丹麥Thompson醫師對梅尼爾氏症患者進行了一項雙盲研究，結果發現，內淋巴囊減壓和分流手術實乃安慰劑效應。因此外科醫師遂分兩派。一派學者贊成內淋巴囊減壓手術、另一派學者則反。孰優孰劣？則有待最新發展的核磁共振造影來辨別。在此，我們報告1名65歲女性病患，33年前曾在他院接受左耳內淋巴囊減壓手術。由於眩暈再發，遂前來本院求診。聽力檢查顯示，左耳呈中度感音性聽損(純音聽力閾值為55分貝)，右耳聽力則正常。水腫性核磁共振造影發現，左耳的耳蝸有第II 級的水腫，而球囊及橢圓囊則有第III 級的水腫。至於右耳，則正常，無水腫出現。

(26)

梅尼爾氏症患者，水腫核磁共振影像與顛骨組織病理學的關聯—病例報告

### Correlating Hydrops MRI With Temporal Bone Histopathology in a Meniere's Disease Patient—Case Report

洪浚揚<sup>1</sup> 楊怡和<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>國立臺灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>亞東紀念醫院耳鼻喉科

在顛骨組織病理學中，梅尼爾氏症的典型特徵是內淋巴水腫。由於梅尼爾氏症是一種良性疾病，顛骨樣本取得困難，除非患者往生。因此，過去診斷梅尼爾氏症端賴美國耳鼻喉頭頸外科學會和Barany學會所提出的指南，唯偶會出現診斷上的困難。近年來突飛猛進的水腫核磁共振影像檢查，讓醫師在活體上也可檢視內淋巴水腫。至於其所呈現的水腫核磁共振影像，是否疑似組織病理學所見，則是一項有趣的課題。本報告發表1名53歲男性，罹患梅尼爾氏症10年以上。純音聽力閾值右耳為76分貝，左耳為27分貝。水腫核磁共振卻顯示兩耳均有球囊和橢圓囊水腫，且左耳水腫延伸入半規管，與梅尼爾氏症的組織病理切片相仿，意味著水腫核磁共振影像可取代病理切片，在活體上確認梅尼爾氏症。

(27)

核磁共振造影顯示受犯耳出現有症狀內淋巴水腫并非受犯耳出現無症狀內淋巴水腫—病例報告

## **Hydrops MRI demonstrates Symptomatic Endolymphatic Hydrops on Affected Ear Along With Asymptomatic EH on Unaffected Ear—Case Report**

林高宗<sup>1</sup> 楊怡和<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>臺大醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>亞東紀念醫院耳鼻喉科

內淋巴水腫可分兩型，有症狀與無症狀。後者，過去僅賴顛骨組織病理學來意外發現，而其臨床意義則未明。近年來新發展的水腫核磁共振造影，可高清呈像內淋巴水腫，提供了臨床上嶄新的診斷利器。在此，我們報告1名36歲女性，在最近幾個月內出現了梅尼爾氏症的典型症狀，即陣發性眩暈、聽損、耳鳴和耳悶感。上述症狀只發生在左耳(受犯耳)，而右耳(非受犯耳)則無任一症狀。聽力檢查顯示左耳呈現低頻性聽損，純音平均聽力閾值為32分貝，至於右耳，則聽力正常(6分貝)。水腫性核磁共振造影顯示，左耳有II級耳蝸內淋巴水腫，及III級球囊與卵圓囊內淋巴水腫。令人驚訝的是，非受犯的右耳亦出現內淋巴水腫，分佈在耳蝸、球囊、卵圓囊，甚至延伸至外側半規管。

(28)

少見以眼窩及鼻旁顏面部脹痛為初始表現之頸動脈海綿竇瘻管—病例報告

## **Carotid-Cavernous Sinus Fistula with Initial Presentation as Periorbital, Paranasal and Maxillary Pain and Pressure—Case Report**

張証揚 鄭博文 鄭評嘉

亞東紀念醫院耳鼻喉部

本篇報告為一45歲女性有鼻過敏、高血壓及高血脂病史。病人起初以右側頭痛、右鼻部周圍(上頷竇顏面區)脹痛及右側眼窩疼痛約10天。其先至眼科診所後至本院家醫科及神經內科求診，因鼻部周圍脹痛合併鼻分泌物(鼻竇症狀)，懷疑鼻竇炎被轉至耳鼻喉科，但經內視鏡檢及影像學檢查結果並非鼻竇炎所引起，先給予藥物症狀治療並持續追蹤。病人於回診時主述頭痛症狀加劇及複視的情況發生，理學檢查發現新發生之眼皮下垂，進一步安排腦部磁振血管造影與血管攝影檢查，最後診斷為右側間接型頸動脈海綿竇瘻管(right indirect carotidocavernous fistula)，經血管內介入處置(栓塞治療)後情況改善。由於過往的經驗，頸動脈海綿竇瘻管常見症狀為搏動性眼球突出、結膜水腫充血、眼部紊流聲，又稱頸動脈海綿竇瘻管典型表徵(Dandy's triad)。此案例初始症狀表現為頭痛及鼻旁顏面部周圍脹痛相對少見。最後，臨床上頭痛合併眼鼻部症狀，需將頸動脈海綿竇瘻管列入鑑別診斷之中。



(29)

Onodi Cell黏液囊腫相關之滑車神經麻痺—罕見病例報告

### Onodi Cell Mucocele Associated Trochlear Nerve Palsy—A Rare Case Report

王詩瑋 王凌峰

高雄醫學大學附設綜合紀念醫院耳鼻喉頭頸外科部

1名77歲女性來急診，主訴3天前開始有視力模糊和複視的症狀。病人曾經於50年前接受鼻竇手術。雙眼視力皆為1.0，眼壓正常，但左眼上斜肌移動受限。核磁共振顯示左眼眶區有Onodi cell黏液囊腫同時周圍有擴張性骨質重塑。根據臨床和影像學的發現，診斷為孤立性黏液囊腫引起的滑車神經麻痺，因此安排內視鏡鼻竇手術做減壓。術中引流及移除增厚的囊袋。病理為慢性發炎組織。術後，患者眼睛移動狀況馬上恢復。黏液囊腫可能是因先前的鼻竇手術、外傷、發炎或腫瘤而產生。額竇是最常受牽連的(65%)，其次是蝶竇(25%)和上頷竇(10%)。與Onodi cell相關的黏液囊腫十分罕見，而視神經受壓迫並伴隨視力下降可能為其初始症狀。通常根據電腦斷層掃描或核磁共振診斷，但仍需於手術過程中確定。治療包括內視鏡手術減壓，靜脈輸注類固醇和抗生素使用。

(30)

鼻前庭鱗狀細胞癌—病例報告

### Nasal Vestibule Squamous Cell Carcinoma—Case Report

洪爾謙 鄭博文 廖立人

亞東紀念醫院耳鼻喉頭頸外科部

鼻前庭癌是一種罕見但具有挑戰性的頭頸部腫瘤，其中又以鱗狀細胞癌佔大多數，發病率與盛行率相當低，僅占全部頭頸部癌症的1%，並且有著不良的預後影響。臨床症狀包含有鼻塞、流鼻血、局部疼痛、鼻腫瘤、分泌物等等。鼻前庭鱗狀細胞癌由病理切片診斷，治療包含手術切除、放射治療、合併手術切除與放射治療，並且因為解剖構造的關係，常常在手術後需要針對缺陷部位做皮瓣重建，根據文獻得到的資料顯示，五年的特定疾病存活率為74%，且五年的整體存活率為50%左右，主要的疾病預後與分期高度相關。我們在此提出一個罕見的案例，53歲女性在過去沒有被診斷有其他慢性疾病，臨床症狀為右側鼻前庭腫塊合併有分泌物的情況，在接受切片手術後，病理報告診斷為鱗狀細胞癌，後續安排廣泛性切除手術以及鼻唇皮瓣重建手術，手術後傷口乾淨，於門診定期追蹤觀察，至今追蹤17個月都尚未有局部復發或是遠端轉移的情況發生。

(31)

泡狀鼻甲繼發化膿性黏液囊腫合併慢性鼻竇炎—病例報告

**Concha Bullosa Mucopyocele with Chronic Paranasal Sinusitis—Case Report**卓筱茜<sup>1,2</sup> 林世倉<sup>1,2</sup><sup>1</sup>新北市新店區天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院耳鼻喉頭頸外科 <sup>2</sup>台北市台灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉頭頸外科

泡狀鼻甲(Concha bullosa)是一種很常見的鼻與鼻竇構造變異，通常無症狀，但是若開口堵塞造成鼻甲內黏液蓄積，甚至出現續發性感染蓄膿，會產生頭痛、鼻塞等症狀，更嚴重有可能侵蝕眼眶紙狀板造成眼睛的症狀。此種案例很少見。利用電腦斷層診斷之後，手術切除或是做造袋術來治療，大部分文獻術後恢復良好並無任何併發症。我們在此報告一個左側泡狀鼻甲在經過至少六年後，體積擴大造成症狀並合併感染化膿及慢性鼻竇炎的罕見案例。此案在門診求治時因懷疑為惡性腫瘤即在當下接受了局部切片手術，在切片的當下便有大量化膿的分泌物釋出，細菌培養為葡萄球菌。隨後也在一個月後接受鼻竇內視鏡手術，術後恢復良好。因案例罕見，故在此提出跟各位先進前輩分享。

(32)

鼻中膈多形性腺瘤—罕見病例報告

**Pleomorphic Adenoma of Nasa Septum—A Rare Case Report**施驊璋<sup>1</sup> 吳幸美<sup>1,2</sup><sup>1</sup>新光吳火獅紀念醫院耳鼻喉頭頸外科部 <sup>2</sup>輔仁大學醫學系

本案例為27歲女性，沒有特殊的過去病史，在一年前於其他醫院接受內視鏡檢查時意外發現右側鼻中膈腫瘤，後續自行觀察的一年中，腫瘤大小沒有明顯變化，後來到本院耳鼻喉科評估，鼻中膈腫瘤表面光滑、沒有分泌物，病人有輕微鼻塞症狀，但沒有感到疼痛、沒有發燒。電腦斷層檢查顯示病灶為局部在右側鼻中膈上，未有明顯骨頭或周圍組織侵犯的現象。病人接受腫瘤切除手術，病理檢體診斷為多形性腺瘤(pleomorphic adenoma)，術後傷口復原佳，手術切除後於門診追蹤至今9個月沒有復發的跡象。多形性腺瘤(pleomorphic adenoma)是良性唾液腺腫瘤中最常見的病理分型，但臨床上出現在鼻中膈的案例卻相當少見。本文分享此罕見病例的臨床表現及影像學，並整理相關的文獻資料。

(33)

以鼻腔腫瘤表現的髓外漿細胞瘤—病例報告

### **Extramedullary Plasmacytoma Presented as a Nasal Cavity Mass—Case Report**

李鈞量 陳世偉 黎瓊柱 朱繡棟 陳忠雄

童綜合醫院耳鼻喉暨頭頸部

56歲男性因右鼻大量流血至急診就醫，經鼻咽內視鏡檢查鼻腔發現右側鼻腔腫塊，經止血處置後，電腦斷層檢查發現右鼻腔結節的顯影病灶，週邊無明顯骨侵蝕變型，血液檢查分析並未發現異常，進一步安排鼻腔腫塊切除，病理報告結果為漿細胞瘤。鼻腔髓外漿細胞瘤是一種罕見的漿細胞腫瘤，發生在鼻腔軟組織中，其影像學特徵尚未被研究清楚。鼻腔髓外漿細胞瘤影像表現為軟組織腫塊，密度或訊號具有一致性，在添加顯影劑情況下會強烈的顯影，具有高表現的擴散權重影像(DWI)，低訊號的擴散係數(ADC)。影像中看不出擴張特徵、不具有周邊組織浸潤和存在顯著顯影劑下成像，可能是它的相對特異的影像學表現。它的臨床診斷和治療極具有挑戰性。鼻腔髓外漿細胞瘤預後良好，復發、轉移和轉變為多發性骨髓瘤的情況相當少見。手術切除合併放射治療是較有效的治療方法。

(34)

鼻腔韋格納氏肉芽腫—病例報告

### **Wegener's Granulomatosis in Nasal Cavity—Case Report**

施懿倫 陳韋至

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

韋格納氏肉芽腫(Wegener's granulomatosis)，又稱為肉芽腫性多血管炎 (granulomatosis with polyangiitis)，為一自體免疫性疾病，主要侵犯上呼吸道(鼻腔鼻竇)、下呼吸道(肺部)及腎臟(腎絲球)。約有80%的患者會有鼻腔或鼻竇之侵犯，症狀包含鼻塞、鼻分泌物及鼻出血。診斷主要依據血液中的自體免疫抗體C-ANCA。治療方式以類固醇及免疫抑制劑為主。本院於111年01月有1位69歲男性就診，先前曾因雙側慢性鼻竇炎接受過鼻竇內視鏡手術，也曾被診斷過C-ANCA相關之血管炎導致之肺出血及腎絲球腎炎。此次主訴反覆性雙側鼻出血3個月，內視鏡檢查發現右側鼻黏膜有疑似肉芽組織病灶。由於病人先前曾有自體免疫疾病，遂安排抽血檢驗，發現有異常升高之C-ANCA，診斷為韋格納氏肉芽腫病。病人在接受口服類固醇、免疫抑制劑(Cyclophosphamide)及生物製劑(Rituximab)治療後，再無鼻出血之情形。臨床上，鼻出血是相當常見的主訴，詳細的病史詢問及適當的抽血檢驗可以給予病人正確診斷，避免無效治療。在處置相關個案時，要有此一鑑別診斷，故提出此案例進行討論。

(35)

蝶竇嗅神經母細胞瘤併眼窩頂、海綿竇及翼顎窩侵犯之治療—病例報告

### **Treatment of Olfactory Neuroblastoma of Sphenoid Sinus with the Invasion of Orbital Apex, Cavernous Sinus and Pterygopalatine Fossa—Case Report**

陳關宇 朱永祥 施政坪

三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部

1名31歲女性主訴右側臉頰腫脹麻木疼痛以及鼻出血3個月之久，曾接受藥物治療但無效，於診斷前1個月開始出現右眼視力急速減退故至本院求診，腦部電腦斷層顯示右蝶竇腫瘤併顱底及眼窩侵犯，經由鼻竇內視鏡切片確立病理診斷並接受一系列檢查，最後診斷為Kadish stage C蝶竇嗅神經母細胞瘤併眼窩頂、海綿竇及翼顎窩侵犯及多重顱神經病變(CN II, III, IV, V, VI)。病患先接受同步放化療(CCRT)，療程結束後檢查顯示蝶竇及翼顎窩仍有殘存腫瘤，於是安排經上頷竇及內視鏡翼顎窩及蝶竇腫瘤切除手術，術後病患恢復良好且無手術併發症，目前病人持續追蹤。由於此案例相當少見，故特提出報告討論。

(36)

HPV相關多表現型鼻腔鼻竇癌—病例報告

### **Report - HPV-Associated Multiphenotypic Sinonasal Carcinoma—Case Report**

鄭詠聰<sup>1</sup> 張耿銘<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 <sup>2</sup>屏東榮民總醫院耳鼻喉科

HPV相關多表現型鼻腔鼻竇癌(HMSC)是一種罕見的鼻竇新生物，以唾液腺樣外觀為特徵，具有肌上皮和管狀細胞，組織學上表現多樣性，與高危HPV類型(尤其是33型)相關。儘管HMSC在近一半的病例中呈現高腫瘤期，具有高等組織學外觀，但出奇地表現出相對溫和的行為，常見局部復發，但罕見轉移且未報告與腫瘤有關的死亡。因此，正確診斷HMSC並向治療醫生傳達這一診斷的重要性是很重要的。本病例為一48歲女性，首次就診時右側鼻腔內出血不止，經手術切除發現為HMSC，病理分期第一期。儘管HMSC組織學上呈現高度異質性，但其相對溫和的行為和罕見的轉移，強調了對準確診斷的重要性。隨後的檢查未見遠端轉移，並根據治療指引持續門診追蹤。因上述病例，HPV相關多表現型鼻腔鼻竇癌，實屬罕見，特此提出報告。

(37)

單次手術同步治療腦脊髓液鼻漏與鼻嗜酸細胞瘤—病例報告

**Simultaneous Treatment of CSF Rhinorrhea and Nasal Oncocytoma in a Single Surgery—Case Report**

周彥文 薛智仁

振興醫療財團法人振興醫院耳鼻喉部

嗜酸細胞瘤是一種腺體腫瘤，通常與唾液腺和腎臟相關，在鼻腔中極為罕見。腦脊髓液鼻漏和嗜酸細胞瘤的同時存在更是少見。本研究描述1位67歲女性長期持續性的左側鼻漏。內視鏡檢查顯示左上鼻道流出清澈液體分泌物，同時右鼻中隔頂部有明顯腫塊。電腦斷層掃描顯示左側篩骨板缺損和空蝶鞍症候群。病患接受導航輔助鼻內視鏡手術，用右下鼻甲黏膜修補篩骨板缺損，並移除腫塊。術後，病患的鼻漏症狀得到明顯緩解，並在追蹤期間未觀察到復發或其他病變的跡象。本病例系列旨在探討腦脊髓液鼻漏與鼻嗜酸細胞瘤的診斷和治療挑戰，並強調其在臨床、外科和病理學上的獨特重要性。

(38)

以自體肋骨鼻整形手術治療巨大鼻中隔穿孔導致之鞍鼻鼻塞—病例報告

**Autogenous Rib Cartilage Rhinoplasty for the Treatment of Severe Nasal Septal Perforation Resulting in Saddle Nose and Nasal Congestion—Case Report**孫宜緯<sup>1</sup> 林漢琛<sup>1,2</sup><sup>1</sup>高雄醫學大學附設中和醫院耳鼻喉頭頸外科部 <sup>2</sup>高雄市立大同醫院耳鼻喉頭頸外科部

1位42歲的女性患者前來我們的耳鼻喉門診，主訴慢性鼻塞。儘管20年前接受了中隔鼻孔成形手術，患者仍然持續出現症狀。她曾接受多次鼻線拉提和鼻部填充治療。然而，她否認出現任何相關症狀，如流感、鼻後滴、打噴嚏、鼻部疼痛、嗅覺減退、惡臭或面部疼痛。在耳鼻喉學檢查中，發現患者存在鞍形變形，伴有鼻瓣崩潰。此外，透過纖維鏡檢查發現一個4 x 5厘米的顯著鼻中隔穿孔，伴有鼻腔結痂。因此，患者接受了外部中隔鼻整形手術，並利用右側肋軟骨進行鼻部重建。手術後的第三天，患者以穩定的傷口狀態出院。在1個月的隨訪中，觀察到鼻部傷口已經很好地愈合，鼻塞症狀明顯改善。患者未出現任何手術後併發症。

(39)

蝶竇黴菌球—病例報告

**Sphenoid Sinus Fungal Ball—Case Report**陳易儂<sup>1,2</sup> 葉德輝<sup>2</sup><sup>1</sup>羅東博愛醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>臺灣大學附設醫院耳鼻喉部

這份案例報告呈現1位65歲男性患有蝶竇黴菌球，這位病患有急性骨髓性白血病、乾燥症候群、全身性硬化症、B型肝炎、乙型地中海型貧血帶因者、肺結核以及黴菌性肺炎之病史，此次因為帶有血絲的鼻涕倒流持續約1至2年而到國立臺灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉部門診求醫，病患自述無其他伴隨症狀，軟式鼻咽喉內視鏡檢查無明顯異常，電腦斷層檢查發現雙側上頰竇黏膜增厚以及左側蝶竇病灶內有局部高密度物質，此病患入院接受雙側功能性內視鏡鼻竇手術，手術過程當中發現左側蝶竇有黴菌球，病患手術後恢復情形良好，後續門診追蹤沒有再發生鼻涕倒流。黴菌球最常發現在單側上頰竇(約佔62%)，其次是單側蝶竇(約佔25%)。鼻竇黴菌球最常發生在年長的女性，平均年齡為63歲，70至83%為女性。最常見的臨床症狀為頭痛。軟式鼻咽喉內視鏡檢查可能看見蝶篩隱窩或蝶竇開口有黏液性膿、帶血絲分泌物或部分黴菌球。蝶竇黴菌球於電腦斷層可能表現出單一蝶竇病灶、病灶內有高密度物質、不規則病灶表面、骨缺損、外側壁增厚。核磁共振檢查通常安排於懷疑有腦部或眼部侵犯的案例。早期手術治療的成功率非常高約為93%。

(40)

EGPA以頑固性鼻息肉型鼻竇炎表現—病例報告

**Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis Presenting as Recalcitrant Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps—Case Report**張劭<sup>1</sup> 辛宗翰<sup>1,2</sup> 盧彥廷<sup>1,3</sup><sup>1</sup>中山醫學大學附屬醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>中山醫學大學醫學系 <sup>3</sup>天主教聖馬爾定醫院耳鼻喉科

頑固性鼻炎需考慮許多因素，特需考慮是否有type 2 inflammation related,患者常以嗅覺喪失來表現，臨床可見鼻息肉，而AERD又是亞洲人少見但是特別嚴重的一種；AERD代表阿斯匹靈過敏性哮喘，又稱Samter三聯症(asthma, aspirin sensitivity, sinusitis)，AERD的特徵是成年後的氣喘，鼻息肉鼻竇炎。EGPA則是一種少見自體免疫性疾病，特徵是體內小至中型血管的炎症。這兩種疾病共通點為鼻竇炎有關，但兩種不同的疾病與機制所致診斷不易。64女性有氣喘(late onset asthma), penicillin and aspirin 過敏病史，因多次鼻竇炎手術(bilateral FESS for 5 times)，鼻竇炎先以表現後發現氣喘，轉往胸腔科共同照護，於2023/5/23進行過免疫治療，除了鼻竇息肉減少外，也使氣喘發作的次數大量降低。患者也於10/5因low dose CT 中發現於右中肺葉腫塊，但並無特有咳血症狀；接受右側肺部分切除手術，病理組織報告為EGPA。現持續使用生物製劑治療。

(41)

左側額竇黴菌性鼻竇炎併眼部併發症—病例報告

**Left Frontal Fungal Sinusitis with Orbital Complication—Case Report**

陳俊天 趙品植 李飛鵬 陳聰明

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

額竇黴菌性鼻竇炎相當罕見，僅占所有黴菌性鼻竇炎的百分之一到二。這次討論1位84歲女性，過去有腦膜瘤病史，因左眼突出及左臉麻痛約兩個月至神經內科及眼科求診。經核磁共振檢查發現左側額竇內有軟組織，並壓迫至眼眶內側造成紙狀板邊界消失。經轉診至耳鼻喉科，在內視鏡下發現中鼻道有息肉狀增生，鼻竇切片證實為息肉。考慮其眼部症狀，行左側功能性鼻竇內視鏡手術，發現為左側額竇巨大黴菌球佔據整個額竇，伴隨額竇開口擴大，邊界緊鄰腦膜及眼部組織。術後恢復良好，視力及動眼功能均正常，也無頭痛或腦脊髓液滲漏，突眼及臉麻也獲得改善。在此回顧近年額竇黴菌球的文獻，一同討論黴菌球伴隨併發症的處理流程與治療方式。

(42)

複視：鼻竇炎之合併症—病例報告

**Diplopia: Complications of Sinusitis—Case Report**

許智凱 廖立人 鄭博文

亞東醫院耳鼻喉部

鼻竇炎通常由細菌、病毒或真菌等病原體引起，是上呼吸道感染中常見的一種。其容易導致鼻竇黏膜腫脹和感染。在某些情況下，這些病原體可能擴散到眼眶，引發眼眶併發症，並可能對視力及眼睛運動構成威脅，因此需要及時識別和治療。與鼻竇炎相關的眼眶併發症可能包括眼瞼板前蜂窩組織炎、眼眶蜂窩性組織炎、骨膜下膿腫、眼眶膿腫和海綿竇血栓形成。眼眶併發症是由鼻竇炎引起的嚴重併發症之一，需要特別關注和治療。在這裡我們呈現1位57歲，有高血壓的男性病患，主訴右側臉部腫脹五天，並伴隨有複視，膿性鼻水、及鼻涕倒流。病患在兩個月內都有持續在做牙科根管治療。臉部電腦斷層顯示右側鼻竇炎並伴隨面部蜂窩組織炎。由於右側急性鼻竇炎及其眼眶併發症，病患被收入病房進一步進行手術及抗生素治療。住院後，右側功能性鼻竇內視鏡手術、右側黏膜下鼻甲切除手術，及右側下鼻道造口術順利進行。手術後病程無異常，未觀察到眼周瘀斑。術後眼球運動無受限制，且複視問題漸漸改善。病況穩定後患者出院，並於門診持續追蹤。

(43)

急性鼻竇炎伴右側眼眶蜂窩性組織炎—病例報告

### **Acute Pansinusitis with Right Orbital Cellulitis—Case Report**

陳子昂 鄭博文 廖立人

亞東紀念醫院耳鼻喉部

鼻竇炎在美國非常普遍，年發病率為13.0–16.0%。其最常見的併發症為眼眶感染，當病原體從感染的上頷竇、篩竇、額竇或蝶竇進入眼眶時，可能是直接通過神經血管孔或先天性或後天性骨裂隙，或是通過竇和眼眶的無瓣靜脈間接傳播。我們報告了1例68歲糖尿病病史男性急性泛鼻竇炎伴右側眼眶蜂窩性組織炎的病例，需要住院接受雙側鼻竇內視鏡手術及右側眼眶減壓手術。鼻竇炎的眼眶併發症傾向於發生在兒童和老年人身上，且糖尿病使患者更易發展成更嚴重的疾病。建議眼科醫生、耳鼻喉科醫生和神經科醫生之間進行合作。進行CT或MRI以界定疾病範圍，根據培養結果調整靜脈內抗生素治療，並及時進行手術引流，對於預後至關重要。

(44)

左側「齒」源性鼻竇炎—病例報告

### **Left Odontogenic Sinusitis—Case Report**

巫承融 何潔

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

鼻竇炎是一種常見的耳鼻喉科疾病。其中，齒源性鼻竇炎占有慢性上顎鼻竇炎的20-40%，但由於診斷上需要不同次專科共同診斷，往往容易被忽視。這次我們報告一位26歲的男性患者，左側中鼻道出現了間歇性的黃色膿性鼻涕和鼻塞症狀。他曾於接受過拔牙手術。鼻竇電腦斷層檢查進一步發現患者左側上頷竇內有高密度顯影的物體，並伴有鼻竇內黏膜增厚的情況。經過討論後，我們安排了功能性鼻竇內視鏡手術(FESS)，並成功地從患者的左上頷竇中取出了一顆牙齒及許多膿。此案例報告凸顯了齒源性鼻竇炎診斷的重要性，特別是當患者的症狀與牙齒手術有關時。及早識別並治療這種疾病可以防止其進展，從而改善患者的生活品質。在這篇個案報告中，我們將進一步回顧有關齒源性鼻竇炎的論文，並深入了解該疾病的診斷、治療方法以及常見的病因。期望能提高對這一疾病的認識，並為患者提供更有效的治療方案。



(45)

前鼻中隔黴菌膿瘍併上頰竇黴菌球鼻竇炎—病例報告

### **Anterior Nasal Septum Fungal Abscess Concomitant with Fungal Ball Rhinosinusitis Caused by *Aspergillus Flavus*—Case Report**

楊士維<sup>1,2</sup> 羅正民<sup>1,2</sup> 鄭子謙<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>基隆長庚紀念醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>長庚大學醫學院醫學系 <sup>3</sup>基隆長庚紀念醫院病理科

前鼻中隔膿瘍臨床上並不少見。就致病菌種而言，細菌仍為主要的致病菌種，黴菌則較為少見。1位57歲男性因鼻塞3周到本院就診。電腦斷層檢查顯示鼻中隔前端有膿瘍且左側有明顯鼻竇炎併鈣化點。安排手術切開引流鼻中隔膿瘍以及鼻竇內視鏡手術後，細菌培養及分枝桿菌PCR及培養為陰性，黴菌培養為陽性，菌種為*Aspergillus flavus*，左側鼻竇炎之病理組織配合PAS (Periodic acid-Schiff)及GMS (Grocott methenamine silver)特殊染色之結果顯示為*Aspergillus*感染。術後持續給予抗生素一週以及抗黴菌藥物voriconazole (200mg/tab，日服二次)1個月之療程。術後恢復良好無復發情況。前鼻中隔黴菌膿瘍臨床上甚為少見，常發生在免疫力不佳的病患身上，診斷主要是根據膿液之黴菌培養以及病理組織之檢查。臨床醫師對於此少見疾病應常記於心，適時地執行黴菌培養，才能在這類免疫功能低下的病患族群中快速的正確診斷並給予合適之藥物及外科治療。

(46)

喉軟化症於10歲孩童—病例報告

### **Laryngomalacia in a 10-Year-Old Child—Case Report**

劉家韋 鄭評嘉

亞東紀念醫院耳鼻喉部

喉頭軟化症是嬰兒最常見的先天喉部構造異常疾病(大約佔60%)，也是造成喘鳴最常見原因之一。因喉部的軟骨在呼吸時因氣流造成塌陷，阻塞呼吸道而並產生喘鳴的雜音，有時還可能出現進食困難。造成喉頭軟化症的原因可能來自於以下因素(1)喉部軟骨發育尚未成熟，以致支撐力較差，(2)聲門上有累贅的軟組織或脫垂的會厭軟骨，(3)神經肌肉系統疾病，(4)嚴重的胃食道逆流導致聲門上軟組織水腫。在臨床上，喉頭軟化症可分成三種型態，通常根據喉鏡檢查的表現進行分類。診斷主要是臨床上進行，可使用鼻咽內視鏡檢查進行確認和評估氣道阻塞程度。這次我們提出的案例報告是1名患有嬰兒腦性麻痺和癲癇的10歲女孩，在使用氧氣面罩給與下，仍出現持續性的呼吸喘和喘鳴聲。經鼻咽內視鏡檢查顯示其杓狀軟骨軟組織過多，導致吸氣時內陷塌陷阻塞呼吸道，與第一型喉軟骨軟化症相符。我們給予保守性治療，包括質子泵抑制劑、胸部照護及鼻胃管餵食。最後，病患順利出院。

(47)

下咽異位性副甲狀腺—病例報告

### **Ectopic Parathyroid Gland in the Hypopharynx—Case Report**

陳泳瑄 陳韋至

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

造成喉部異物感的成因眾多，其中一個常見的原因是良性或惡性腫瘤，本次案例為一47歲女性，本身有高血壓、缺血性心臟病，以及因腎病症候群導致的腎衰竭，長期接受血液透析。因近三個月喉部異物感來求診，鼻咽內視鏡發現右側梨狀竇有一腫瘤，進一步安排喉直達鏡顯微手術做切除，病理報告顯示為異位性副甲狀腺。回顧病人病史，長期有副甲狀腺功能亢進的問題，在接受手術後，PTH數值也有明顯的下降。造成原發性副甲狀腺功能亢進的原因中，異位性副甲狀腺約佔10-22%，好發於胸腺或食道後區，罕見於咽喉部。診斷上，頸部超音波及核醫灌注掃描(MIBI scan)為第一線選擇，配合電腦斷層或核磁共振能進一步提升敏感度及特異性。治療方面則以手術切除為主，術後PTH數值應降至術前的一半以下，才能確認已切除乾淨。即便病患本身有腎臟疾病，也會造成副甲狀腺功能亢進，但仍要小心其他如異位性副甲狀腺的可能病因，故提出此病例分享。

(48)

誘導性標靶治療：嚴重甲狀腺癌治療的新選擇—病例報告

### **Neoadjuvant Targeted Therapy, A New Modality in the Treatment of Advanced Thyroid Cancer—Case Report**

薛懿 余筠瑩

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科部

甲狀腺癌是最常見的內分泌惡性腫瘤，且大多數對於手術、放射碘及賀爾蒙治療成效極佳。儘管如此，仍有部份病人會因癌症細胞分型侵襲性強或重要器官侵犯，進展成難治型癌症，需要大範圍手術並可能產生嚴重的併發症。然而隨著近年來基因定序和標靶治療的進展和普及，使此類甲狀腺癌的治療有更多選擇，使病患有機會同時保有功能與健康。本案例為一71歲女性，其發現頸部腫塊三十年且於五年前證實為甲狀腺乳突瘤，卻未接受治療。其腫瘤最大徑超過11公分，併有氣管壓迫、食道喉返神經侵犯及頸動脈包覆，臨床分期為第四期。因手術破壞範圍極大，依基因檢測結果與病患討論後決定先行使用標靶藥物誘導治療。該病患經標靶治療後腫瘤顯著縮小，使手術變得可行且犧牲範圍減少，也使病患能接續放射碘治療以根除疾病。因成功的誘導性標靶治療，該病患得以保留聲音及吞嚥功能，在治療疾病同時亦保留其生活品質。因上述個案使用標靶藥物成功誘導治療，特此提出報告經驗分享。

(49)

沉默的甲狀腺：甲狀腺囊腫引起的聲帶麻痺逆轉—病例報告

**The Muted Thyroid : A Thyroid Cyst's Impact on Voice and the Path to Recovery—Case Report**

鄭博軒 李日清

三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部

33歲男性，無過去病史，因持續聲音沙啞一週，最初到診所就診未獲得緩解而至本院門診就診。理學檢查發現右側頸部腫塊，疑似甲狀腺腫瘤。喉鏡檢查發現右側聲帶麻痺。頸部電腦斷層掃描顯示右側甲狀腺延伸至前縱膈腔大約3.9x3.5公分的大型囊腫。因此病人入院進行全面評估。在住院期間，病人接受了超音波導引細針穿刺檢查(FNA)。病人在完成檢查後隔天出院。一週後的門診追蹤病人表示聲音有所改善，僅有稍微沙啞。重複FNA結果為非診斷性抹片，顯示為囊液病灶。1個月後的門診追蹤沙啞更加改善且內視鏡檢查時未發現聲帶麻痺。再次FNA結果仍然為非診斷性抹片。病人於兩個月後接受了右側甲狀腺切除術。病理報告為良性囊腫。手術後，病人在聲音上有顯著改善。聲帶麻痺通常與晚期之甲狀腺惡性腫瘤有關，良性甲狀腺疾病造成的聲帶麻痺在過去文獻顯示發生機會僅0.3~0.7%，且聲帶功能在手術後能恢復之案例並不常見，故提此案例報告。

(50)

傳統電燒和無線超音波刀應用至睡眠中止病患之懸雍垂切除在門診手術之優劣分析—病例報告

**Analysis of the Pros and Cons of Traditional Electrocautery and Cordless Ultrasonic Dissector in Outpatient uvulectomy for Patients with Sleep Apnea—Case Report**

郭隸德<sup>1</sup> 郭柏佑<sup>2</sup> 林姝葦<sup>3</sup>

<sup>1</sup>台中榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 <sup>2</sup>國立雲林科技大學電子工程系 <sup>3</sup>臺中市立臺中女子高級中等學校  
本案例42歲王先生為打呼及中度睡眠中止病患，睡眠檢查AHI：18.1次/小時，故接受門診軟顎射頻及懸雍垂超音波刀(Cordless Ultrasonic Dissector)切除手術，手術當中，此方式幾乎不產生煙霧，因為是局部麻醉，大幅提升醫生手術品質及病患舒適，學理上相對傳統電燒組織的熱傷害較少，術後病人也在一個禮拜內恢復良好，病患睡眠中止及打呼也明顯改善。由醫療器械和生物組織作用理論可推知，傳統電燒利用電流傳導，因為有電的迴流，對周邊組織的傷害較大、局部組織碳化及大量煙霧，而超音波刀具有高頻震盪切割特性，只作用在局部組織不影響外圍組織且幾乎不會產生煙霧及碳化組織。

(51)

76歲女性頸椎神經源性腫瘤，伴隨左側頸部腫塊及上肢症狀—病例報告

### **Neurogenic Tumor in the Cervical Spine of a 76 Year Old Female with Left Neck Mass and Upper Limb Symptoms—Case Report**

詹健暘<sup>1</sup> 李自祥<sup>2</sup>

<sup>1</sup>東元醫療社團法人東元綜合醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院耳鼻喉部

本病例報告描述了1名76歲女性，她患有頸椎神經源性腫瘤。患者除高血壓外，無糖尿病、吸煙、飲酒或檳榔的使用習慣，但左側頸部腫塊持續一個月，伴隨左上肢麻痛。身體檢查顯示左側頸部level Va可觸及腫塊。後續檢查，包括超音波和顯影劑CT，顯示一個從C6脊髓管延伸至左側頸部的神經源性腫瘤，大小為2.1\*1.4公分。儘管細針穿刺結果為陰性，患者被轉介至神經外科進行進一步評估。討論集中於診斷頸部神經源性腫瘤的挑戰，強調免疫組織化學檢查和影像學的重要性。考慮患者的臨床表現，探討了包括神經鞘瘤和神經節腫瘤在內的鑑別診斷。治療選擇，如腫瘤切除和囊內挖除，得到探討，強調了保存神經功能的重要性。由於失去隨訪，我們無法全面了解腫瘤的進展和患者的持續護理。這個案例突顯了管理神經源性腫瘤的複雜性，強調了密切隨訪以最大程度優化患者結果的必要性。

(52)

以上齒齦及臉部腫塊為表現的IgG4 Related Disease—病例報告

### **IgG4 Related Disease Presenting as Upper Gingival and Facial Mass—Case Report**

胡志宇<sup>1</sup>

林口長庚紀念醫院耳鼻喉暨頭頸外科部

1位48歲男性因左臉及上齒齦腫脹2-3週至本院就診，從一週前開始有張口困難的情況，無發燒現象，抽血檢查發現白血球高(14400/uL)，Seg= 76.3%，CRP= 202mg/L，因懷疑是深頸部感染故幫病患安排電腦斷層檢查，在影像上並無發現膿瘍但在左上牙齦及上頷竇前壁有一侵犯性之組織，且雙側有淋巴結腫，而病患口腔內可見上齒齦黏膜不規則腫脹，遂安排切片檢查，病理報告結果僅顯示有發炎及肉芽組織，開立抗生素治療，但之後數週病患開始有腹痛及茶色尿，腸胃科追蹤發現並無膽道問題，僅有腸壁及腹膜發炎現象，因病患左臉持續腫脹故再次安排電腦斷層檢查，發現原本左上齒齦及臉部之腫塊由4.2公分變到6.1公分，再次幫病患由口腔內切片，切片結果僅有肉芽組織。因病患齒齦及臉部腫塊無惡性病灶，且有多重器官侵犯，抽血發現IgG= 2710mg/dL，IgG4= 584mg/dL，口腔左上齒齦組織作IHC染色發現在high power field有50個IgG4(+) cells，IgG4(+)/IgG(+) cells比率超過40%，故診斷為IgG4 related disease。病患經高劑量類固醇治療後，臉部腫脹有明顯改善且可經口進食，目前於門診持續追蹤。

(53)

腮腺原發性淋巴瘤—病例報告

### Primary Lymphoma of the Parotid Gland—Case Report

蘇聖博 陳明勗

國泰綜合醫院耳鼻喉頭頸外科

黏膜相關淋巴組織淋巴瘤(MALT lymphoma)是低惡性度及淋巴結外的B細胞淋巴瘤，可能發生的部位包括全身，最常發生的部位是在胃部，頭頸部區域主要發生於甲狀腺、唾液腺及淚腺。在此分享一位國泰醫院的病例，1名79歲女性因於四個月前在右側腮腺處發現腫塊，至門診求助。病人不具有發燒，體重下降的症狀。腫塊並沒有紅腫熱痛的症狀，且在這四個月間並沒有明顯的增大。理學檢查可觸摸到右側腮腺約1公分大的腫塊。頭頸部超音波顯示於右側腮腺表淺處一個1.4\*1.0公分大、低回音性、邊緣不規則的腫塊。電腦斷層報告顯示右側腮腺處有1.3公分的結節樣腫塊。我們隨即安排右側腮腺切除手術，將腫塊摘除。病理報告為黏膜相關淋巴組織淋巴瘤。發生在唾液腺的原發性淋巴瘤非常罕見，佔唾液腺瘤的約2-5%。確定診斷的方式包刮免疫細胞化學染色法、骨髓穿刺檢查排除其他轉移，治療方式包刮手術切除、放射線治療、化學及合併治療。出現於腮腺的淋巴瘤相對罕見，因此提出個案報告並做相關的文獻回顧整理，也增加臨床醫師面對腮腺腫瘤時，多一個臨床上的鑑別診斷的想法。

(54)

鼻翼底部帶狀疱疹—病例報告

### Herpes Zoster on the Nasal Alar Base—Case Report

蔡瑞軒

霧峰澄清醫院耳鼻喉科

鼻翼出現帶狀疱疹是由水痘-帶狀疱疹病毒(varicella zoster virus, VZV)復發感染所致，病毒潛伏於三叉神經節中。當機體細胞免疫功能下降或在其他外界刺激誘導下，病毒即被啟動、繁殖而發病。1位60歲男性長期有不良習慣，如大量抽菸、酗酒、嚼食檳榔，左側鼻翼底部接近鼻孔處紅斑，局部壓痛、腫脹併有水疱、蜂窩性組織炎，診斷為疱疹感染。VZV對三叉神經第一支極易侵犯，角膜炎的發生多在皮疹出現以後發生，尤其是鼻尖或鼻翼出現帶狀疱疹，為鼻睫狀支神經受侵犯的徵兆，隨後容易發生角膜炎與虹膜炎，需要注意眼部併發症，不可不慎！

(55)

自費健康檢查意外發現之聽神經瘤—病例報告及文獻回顧

### **An Acoustic Neuroma Accidentally Found During a Self-Paid Health Examination—Case Report and Literature Review**

陳力瑀 蘇偉翔

奇美醫療財團法人奇美醫院耳鼻喉暨頭頸外科部

聽覺神經瘤(Acoustic Neuroma)，又稱為前庭神經鞘瘤(Vestibular Schwannoma)，是一種非常罕見的良性腫瘤，起源於前庭神經及聽神經之神經髓鞘的許旺細胞，約佔小腦橋腦角腫瘤(cerebellopontine angle tumors)的80-90%。雖然它是良性的，但腫瘤的增長可能對周圍結構造成壓迫，引起一系列症狀和併發症。本病例報告闡述了一位51歲男性患者的臨床病程，該患者有高血壓、第III期慢性腎病(CKD)及冠狀動脈疾病(CAD)的病史，並長期受左側耳鳴困擾，但無聽力損失、耳漏、耳痛、耳悶、耳流膿或頭暈的症狀。患者近期自費進行健康檢查，腦部MRI顯示左側橋腦小腦角有一 1.7 x 1.1 cm 腫瘤，懷疑為聽覺神經瘤，故被轉診至本院耳鼻喉科門診進一步診治。經聽力檢查，純音平均聽閾(PTA)分別在左側和右側為15 dB與13 dB。因懷疑為聽覺神經瘤(Acoustic Neuroma)，故後續轉介給神經外科，並建議進行Cyberknife治療。本病例報告回顧了聽神經瘤的症狀、診斷方法、治療選項及預後。

(56)

罕見之頸部淋巴管瘤(lymphangioma)—病例報告

### **A Rare Case of Cavernous Lymphangioma—Case Report**

陳妍彤<sup>1</sup> 朱彰堯<sup>2</sup> 張世倫<sup>1</sup>

<sup>1</sup>奇美醫療財團法人奇美醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>奇美醫療財團法人奇美醫院 病理部

淋巴管瘤是先天、良性腫塊，由淋巴系統異常發育導致。大多發生於兒童，少見於成人。淋巴管瘤約有75%發生於頸部，20%發生於下頷部，患者大多無症狀，腫瘤較大才會因壓迫導致吞嚥或喘...等症狀。淋巴管瘤又可分為capillary lymphangioma(毛細淋巴管瘤)，cystic lymphangioma(水囊狀淋巴管瘤)，cavernous lymphangioma(海綿狀淋巴管瘤)，通常病理切片確診。回顧過往文獻，淋巴管瘤發生在大於2歲的患者相當罕見，治療方式分為硬化劑注射治療(sclerotherapy)或是手術切除，前者不易治療完全易復發，後者復發率較低。此病例報告為1名10歲女性，一開始的表現為無痛、柔軟的頸部腫塊，頸部超音波及電腦斷層顯示在左下頷區域有囊狀腫塊，後續接受手術進行腫塊切除，病理化驗結果為海綿狀淋巴管瘤。術後病患復原良好，無顯著復發。由於淋巴管瘤發生在大於2歲的患者相當罕見，故特提出此病例報告並回顧相關文獻，以期強調臨床上診斷此類疾病以及治療方式選擇上之重要性。

(57)

腮腺轉移性多形性腺瘤—病例報告

### Metastasizing Pleomorphic Adenoma of Parotid Gland—Case Report

蔡万曠 康柏皇

高雄榮總耳鼻喉頭頸部

75歲女性有全身性疾病史包含高血壓、糖尿病及肺結核病史，於11年前(2012年)曾接受左側腮腺腫瘤剷除術(enucleation)，當時病理結果為多形性腺瘤(pleomorphic adenoma)。本次就醫主訴左耳下腫塊發現已達6個月，於本院門診接受頸部超音波，顯示左側腮腺腫瘤及懷疑左側頸部淋巴結轉移，細針穿刺細胞學病理顯示腮腺腫瘤惡性度不明(salivary gland neoplasm of uncertain malignant potential)。病人於2023/09接受左側腮腺全切除術及左側頸部淋巴結廓清術，病理結果為復發及轉移性的多形性腺瘤。轉移性多形性腺瘤在組織學上顯示為良性腺瘤，卻有淋巴、遠端轉移的惡性表現，其發生的風險因子包含局部復發、不完整切除、手術中腫瘤內容物漏出，因此多形性腺瘤手術應完整切除伴有適當手術組織邊緣，避免單純腫瘤剷除術；而從首次多形性腺瘤手術切除到診斷轉移性多形性腺瘤平均時間為14.9年，文獻指出轉移性多形性腺瘤的病人其首次多形性腺瘤診斷多發生在10-40歲，又以十幾歲最為常見，因此較小的首次多形性腺瘤診斷年齡可能也是轉移性多形性腺瘤的風險因子。

(58)

小唾液腺軟顎混合瘤：不尋常的表現—病例報告

### Mixed Tumor of the Soft Palate of a Minor Salivary Gland: An Unusual Presentation—Case Report

岳漢忠 盧仕鈞 陳資穎

臺北醫學大學附設醫院耳鼻喉科

1名 56 歲男性患者因數月內右側軟顎腫塊逐漸增大而就診於耳鼻喉科。臨床檢查發現軟顎上有非潰瘍的、圓頂狀的顎部腫脹。此腫塊尺寸約 2x2 厘米，光滑、單結節、堅硬、無壓痛且無波動，未涉及鄰牙。沒有觀察到上面的潰瘍或變色。電腦斷層掃描顯示邊界清楚的實質病變(2.3 x 1.9 x 1.7 公分)，沒有證據顯示浸潤到週邊軟組織結構、翼顎窩或顎神經孔(圖 A，箭頭)。透過經口入路成功切除病變，輕鬆與周圍組織分離，並保留上覆黏膜(圖 B)。病理分析證實多形性腺瘤的診斷。患者恢復良好，後續門診追蹤未發現腫瘤復發跡象。多形性腺瘤是大唾液腺最常見的腫瘤，也是最常見的腫瘤，約佔70%，其中84%發生在腮腺，8%發生在下顎腺，4-6%發生在小唾液腺。與小腺體相對應，少數腫瘤也位於顎、唇、口腔/鼻腔和頸部區域。

(59)

以廣泛性囊性變化表現之腮腺多形性腺瘤—病例報告

### **Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland with Extensive Cystic Degeneration—Case Report**

吳祐瑄 洪尊仁

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科部

多形性腺瘤(Pleomorphic adenoma)又稱為良性混合瘤，是唾液腺最常見的腫瘤。好發於40歲以下女性，臨床上的表現常是耳下緩慢增生的無痛性腫塊。在組織病理學上，多形性腺瘤偶爾可見局部或部分囊性變化，但廣泛的囊性變性很少見，而多形性腺瘤的囊性變化會導致診斷困難，因難以藉由細針穿刺取得足夠的細胞檢體，且其需要與黏液表皮樣癌、黏液囊腫、多形性腺瘤以及鱗狀細胞癌做鑑別診斷。本報告案例為1名58歲男性，主訴右側耳前無痛性腫塊長達三年而至本院就醫，理學檢查發現為1.5公分可動性腫塊，頸部超音波顯示為右側腮腺有一顆1.20x1.11x1.37公分圓形合併後側回音增強腫塊，執行細針穿刺後此腮腺腫塊於抽吸後隨即縮小至幾乎消失，細針穿刺細胞學檢查報告為散在的圓形核上皮樣細胞，疑似涎腺變生，病患於一個禮拜後回診，腮腺腫塊再度生成，反覆細針穿刺皆無確定診斷，因無法排除惡性之可能，於本院接受右側腮腺淺葉切除手術，術後病理報告為腮腺多形性腺瘤伴隨廣泛性囊性變化，因上述病例罕見且難以於術前診斷，特此提出報告。

(60)

同時發生之鼻咽癌及甲狀腺賀氏細胞癌—病例報告

### **Synchronous Nasopharyngeal Carcinoma and Thyroid Hürthle Cell Carcinoma—Case Report**

陳佩欣<sup>1,2</sup> 林世倉<sup>1</sup>

<sup>1</sup>天主教新店耕莘醫院耳鼻喉頭頸外科 <sup>2</sup>臺灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉頭頸外科

病人為64歲男性，右側頸部無痛腫塊達兩年，同時有右側耳部悶塞、耳鳴、鼻塞及體重減輕等症狀，鼻咽內視鏡檢查發現右側鼻咽部腫塊，經切片診斷鼻咽癌。核磁共振除發現右側頸部第II-及III區、左側第II區有淋巴轉移外，右側甲狀腺有一約3.5公分之腫瘤。經右側甲狀腺切除手術後，病理顯示為甲狀腺賀氏細胞癌。後續個案接受左側甲狀腺切除及右側頸部淋巴廓清術及碘-131治療，於鼻咽癌部分接受同步化學放射治療。此個案追蹤目前無復發。頸部腫塊為鼻咽癌最常見的症狀之一，約七成的病人診斷鼻咽癌時已有頸部淋巴轉移，其標準治療為同步化學放射治療，頸部淋巴廓清手術並不是首要考慮。甲狀腺賀氏細胞癌僅占甲狀腺惡性腫瘤之百分之五，但其惡性度高且常有淋巴及遠端轉移，對放射碘之反應普遍不佳，完全的甲狀腺手術切除為標準治療。我們在此報告一鼻咽癌併甲狀腺賀氏細胞癌之案例，提供臨床醫師未來評估頸部腫塊病人時之參考。



(61)

氣切術後無症狀聲門下狹窄形似雙重聲帶—病例報告

**Asymptomatic Subglottic Stenosis Mimicking Double Vocal Cords After Temporary Tracheostomy—  
Case Report**

黃典茹 李日清

三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部

54歲男性，於三年前接受廣泛性舌癌切除、頸部淋巴廓清、下頷皮瓣重建及暫時性氣切手術。術後回診複查，喉鏡檢查意外發現聲門下狹窄，增生組織形似雙重聲帶。由於無臨床症狀，病患無意願接受支氣管鏡等相關檢查。追蹤至今3年，內視鏡檢查病灶穩定且無症狀。聲門下狹窄可由多種良性或惡性狀況引起。有時患者可能不會有任何症狀表現，中或重度狹窄則可能有呼吸或吞嚥困難、喘鳴、咳痰或咳血、聲音沙啞等症狀。對於懷疑聲門下狹窄的患者，通常需通過電腦斷層掃描、肺功能測試、喉鏡及支氣管鏡檢查等方法診斷；並結合病史、影像學檢查、組織切片及培養等評估可能病因。對於大部分無症狀患者，採取保守觀察的策略。本病例透過喉鏡檢查發現無症狀的聲門下狹窄，且其外觀形似雙重聲帶，為臨床醫生帶來診斷上的挑戰；凸顯對頭頸癌術後患者定期追蹤的重要性，以便及時發現並處理可能的併發情況，從而確保患者獲得更好的醫療服務。

(62)

舌腺癌—病例報告

**Tongue Adenocarcinoma—Case Report**

吳明軒<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>高雄市立小港醫院耳鼻喉科 <sup>2</sup>高雄醫學大學附設中和紀念醫院耳鼻喉頭頸外科部 <sup>3</sup>高雄醫學大學  
舌癌為口腔癌的一種，約90%為鱗狀細胞癌，其中原發性的腺癌(adenocarcinoma)相當少見。病人為1位71歲女性，無抽菸吃檳榔及慢性病史，主述近期發現舌背腫瘤，無其他症狀，理學檢查為舌背中央腫瘤，頸部無明顯腫塊，鼻咽喉內視鏡無發現其他病灶，經切片為疑似腺癌，安排電腦斷層結果為舌背囊性腫瘤，無淋巴轉移。病人進一步接受舌部惡性腫瘤廣泛性切除手術，病理結果確認為腺癌，安排大腸鏡鏡檢無發現明顯腫瘤，正子造影檢查無發現其他原發部位，骨骼掃描及腹部超音波無發現明顯遠端轉移，病人術後恢復良好，持續於門診追蹤。

(63)

以鼻唇腫塊為表現之遠端轉移肺癌一病例報告

### Metastatic Lung Cancer Presenting as a Nasolabial Mass—Case Report

楊家和<sup>1</sup> 劉昱希<sup>1,2</sup> 廖峻毅<sup>1,3</sup> 陳秋帆<sup>4</sup>

<sup>1</sup>高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 <sup>2</sup>國立中山大學生物醫學研究所 <sup>3</sup>嘉義基督教醫院 <sup>4</sup>高雄榮民總醫院胸腔內科

鼻唇腫塊包含了許多鑑別診斷，如鼻唇囊腫、鼻腭管囊腫、牙根尖周圍膿腫、齒源性囊腫、鼻前庭炎、鼻前庭腫瘤等。其中，鼻前庭惡性腫瘤約占頭頸癌的1%，而轉移至鼻前庭的癌症個案更是罕見。在此，我們呈現一例病例個案，病患為71歲男性，過去有左上肺部鱗狀上皮細胞癌合併腦部轉移，臨床第四期，接受化學藥物治療、加馬刀立體定位放射手術及同步放射化學治療，治療後評估達部分反應，然近1個月出現左側鼻孔腫塊伴隨紅腫及疼痛，給予抗生素治療1周症狀並未改善，進一步安排電腦斷層顯示左側鼻唇區域有3X2cm 軟組織腫塊，經切片證實為轉移性肺部鱗狀上皮細胞癌，病患後續接受化學治療、標靶藥物治療和局部放射線治療，治療後一個月追蹤其鼻前庭腫瘤明顯縮小。總結: 1.此為第1例在醫學文獻中肺癌轉移至鼻前庭的個案報導。2.過去有癌症病史的患者，若出現了新的鼻腔腫塊，仍需懷疑有遠端轉移的可能性。

(64)

以侵襲性黴菌性鼻竇炎及臉部蜂窩性組織炎呈現之鼻型結節外NK/T細胞淋巴瘤一病例報告

### Extranodal Natural Killer/T-Cell Lymphoma, Nasal Type: An invasive Fungal Sinusitis and Facial Cellulitis Mimic—Case Report

楊沛真 黃俊棋 蔣敬文

羅東博愛醫院耳鼻喉科

鼻型結節外NK/T細胞淋巴瘤約佔了非何杰金氏淋巴瘤的5-10%，發生年齡中位數為52歲，男女比約為2:1，五年死亡率介於10-45%，常見臨床表現為鼻塞、鼻血、鼻部腫塊，少數個案病徵會模仿感染症狀，延遲診斷時機，增加疾病診斷的困難度。這個案例為12歲女性，因左臉腫脹疼痛10日來診，抽血報告呈現白血球低下，電腦斷層影像顯示左側鼻竇炎、左側臉部蜂窩性組織炎及左側頸部淋巴結腫大，病人接受靜脈注射抗生素治療後症狀持續惡化，鼻腔內有疑似焦痂型態的壞死組織，因懷疑為侵入性黴菌性鼻竇炎，病人接受功能性鼻竇內視鏡手術並開始抗黴菌治療，但鼻內組織免疫染色後呈現懷疑惡性之診斷，安排核磁共振造影顯示在左側頰部有4公分邊界不明的腫塊，最終該處組織病理報告為NK/T細胞淋巴瘤，後續安排正子造影檢查顯示淋巴瘤在左側鼻腔、頰部及頸部淋巴結皆有侵犯。

(65)

原發不明之頸部下頷區轉移性惡性黑色素細胞瘤—病例報告

### **Submandibular Lymph Node Metastasis from Melanoma with an Unknown Primary Site—Case Report**

呂恆安 趙俊淵

高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

黑色素瘤是起源於黑色素細胞(Melanocyte)的惡性腫瘤，原發腫瘤雖最常見於皮膚，但黑色素細胞也存在於其他地方如呼吸道、消化道、眼睛等，故黑色素瘤其實可發現於身體中的許多部位。在所有黑色素瘤患者中約有3%屬於原發不明(Melanoma of unknown primary, MUP)。本次病例報告為一41歲無過去病史之男性病人，主訴近三個月來在左下頷處出現一緩慢增大腫塊。理學檢查及頭頸部電腦斷層顯示左下頷處有一大小約4乘3公分均質性腫瘤，經手術切除後證實為黑色素瘤轉移之淋巴結。後續經完整的全身理學檢查，並安排正子攝影及消化道內視鏡檢查仍無發現明確之原發病灶，故最後診斷為原發不明之頸部下頷區轉移性惡性黑色素細胞瘤(Submandibular metastatic melanoma of unknown primary)。因病例罕見，特此報告。

(66)

喉部化膿性肉芽腫經口達文西手術切除—病例報告

### **Transoral Robotic Excision of Laryngeal Pyogenic Granuloma—Case Report**

周冠好<sup>1</sup> 曹傑漢<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>國立中山醫學大學附設醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>國立中山醫學大學醫學系

化膿性肉芽腫是皮膚和黏膜表面的良性血管腫瘤。它出現在所有年齡組中。儘管該病症的確切病因仍不清楚，有一些研究指出觸發因素包括輕微的重複性創傷、病毒或真菌感染或荷爾蒙影響。它在育齡成年女性中比男性更常見，通常發生在懷孕期間。它可出現在口腔內或口腔外，其中最常見的部位是牙齦黏膜。其他口腔內部位包括嘴唇、舌頭、上顎和頰黏膜，而喉部則為較罕見位置。化膿性肉芽腫的治療選擇包括觀察、燒灼和手術切除。本個案為1位31歲女性患者，有蠶豆症、蕁麻疹病史，一個月前在其他醫院接受插管行剖腹產手術，沒有吸煙史。病患主訴喉部有異物感、吞嚥困難、容易噎到及聲音沙啞約4至6個月，但否認呼吸困難或體重減輕。故至本院耳鼻喉科求診，行喉鏡檢查診斷喉部腫瘤。與病患討論後，進行達文西手術切除喉部腫瘤，經口機器人手術提供了三維放大視圖以及更大的器械移動性，可以完全安全地去除喉部腫塊，從而實現快速癒合和恢復。術後病理報告顯示為化膿性肉芽腫。病人於6個月後門診追蹤，發現喉部腫瘤復發，我們建議持續喉鏡追蹤併藥物治療。

(67)

以口腔及上聲門腫瘤為最初表現的IgG4相關性疾病—病例報告

### **IgG4-related Disease With Oral Cavity And Supraglottic Tumors As The Initial Manifestations—Case Report**

黃健維 張國平

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

IgG4相關性疾病是一種多發性、纖維硬化性及發炎性的疾患，頭頸部是繼胰臟之後第二常見表現的部位，而頭頸部中又以頷下腺及腮腺為最常見，且患者中又以年輕女性及亞洲人居多。我們報告了1位68歲男性患者，主訴為喉嚨痛以及左臉頰疼痛長達兩個月，伴隨著吞嚥困難、吞嚥疼痛及聲音沙啞，其並沒有呼吸困難的症狀，理學檢查發現左側臉頰有明顯的腫脹及按壓痛，在左側的上頰齦有明顯突出的腫塊，喉內視鏡發現左側上聲門腫塊，伴隨著左側聲帶運動功能不佳，電腦斷層顯示左側上齒齦腫塊侵犯至上頷竇伴有骨質破壞、左側上聲門腫塊及左側頸部淋巴結腫大，依臨床判定高度懷疑為惡性腫瘤，因此後續安排病患住院接受經喉直達鏡切片手術，左上齒齦及上聲門腫塊病理切片報告確定診斷為IgG4相關性疾病，後續轉介至風濕免疫科接受治療。我們提供此罕見案例作為提醒臨床醫師在面對頭頸部腫塊時要有此鑑別診斷。

(68)

腮腺分泌性癌—病例報告

### **Secretory Carcinoma in Parotid—Case Report**

劉欣昊 王興萬

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

唾液腺Secretory carcinoma(SC)通常是一種低分化的唾液腺腫瘤，其形態學上與乳腺類分泌性癌(Mammary Analog Secretory Carcinoma, MASC)相似，大概占所有唾液腺腫瘤的比例不到0.3%，通常出現在40-60歲的患者中，男性稍微佔多數。最常見的症狀是一個生長緩慢、無痛的結節。70%的SC腫瘤發生在大唾液腺(主要是腮腺)，其他則來自次要的唾液腺。在過去，SC最常被錯誤判定為ACC。這種腫瘤的典型特徵是t(12;15)(p13;q25)易位，導致ETV6-NTRK3基因融合。此特徵可用於與其他唾液腺腫瘤進行鑑別診斷。目前對於SC的治療方式並沒有一個標準的治療準則。多數的個案治療方式與其他唾液腺癌症的標準治療相似。對於低級別的SC，考慮進行手術切除；對於較大的腫瘤或無法徹底切除的腫瘤，有周圍神經侵犯的情況，可以考慮局部放射治療。在遠端轉移的情況下，可能會使用全身化療。這篇個案報告中我們報告了一個27歲男性因右側腮腺巨大腫塊來就診，接受手術治療後，後續病理報告證實為唾液腺Secretory carcinoma。病人並在術後接受輔助性電療。

(69)

頸部血管球瘤—病例報告

**Neck Glomangioma—Case Report**

陳泓華 姜博騰

高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

血管球瘤是少見的良性軟組織腫瘤，由血管球體(glomus body)增生所形成，其細胞是負責調節體內溫度的特殊平滑肌細胞。血管球瘤常見於30歲到40歲之間的成年人，通常出現在四肢末端的皮下組織，其典型症狀是局部壓痛、偶發劇烈疼痛和對寒冷的過度敏感，且通常為小的單發性腫瘤。而頭頸部的血管球瘤則相當罕見，自1924年此診斷被提出以來皆為單一病例報告。本院於民國112年9月經歷一56歲男性個案，病患主訴於左側頸部後側有一壓痛性腫塊合併溫度敏感及偶有劇烈酸麻、疼痛已有10年，理學檢查顯示其左側頸部第五區有約1公分皮下腫塊合併壓痛，頭頸部電腦斷層掃描顯示左側頸部第五區皮下有一0.8 x0.7公分均質性結節，經手術切除後病理報告顯示為血管球瘤，於門診追蹤其原先之症狀皆完全改善。檢視此個案可知，病患若有頸部腫塊合併非典型之劇烈壓痛、疼痛或溫度敏感，需考慮血管球瘤之診斷，並進一步安排切片或手術切除以排除惡性血管球瘤之可能性，此為少見案例故特此提出報告。

(70)

罕見之腮腺皮脂腺癌—病例報告

**Sebaceous Adenocarcinoma of the Parotid Gland—Case Report**劉家麟<sup>1</sup> 蘇彥燁<sup>1</sup> 李沛航<sup>2</sup><sup>1</sup>高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部 <sup>2</sup>高雄長庚紀念醫院解剖病理部

皮脂腺癌常見部位是在眼周，特別是眼皮處，發生在腮腺的案例很少。經資料庫搜尋只有約40例個案被報導。目前證據指出皮脂腺癌可能源自pluripotential duct cells，pluripotential duct cells可分化為sebaceous，ductal，and mucous cells，可在正常的腮腺組織中見到，但是卻有癌化的可能。本院於2023年12月收治1名82歲男性，因左側腮腺腫瘤前來就診，無顏面神經麻痺症狀，因腫瘤質地堅韌，並有侵犯周邊腮腺組織之傾向，疑為惡性病灶，故術前安排超音波導引穿刺切片檢查，病理報告為clear cell neoplasm，suspect clear cell carcinoma，經左側腮腺全葉切除手術，術後診斷為Sebaceous adenocarcinoma,pT2。因為這類癌症的稀缺性，標準治療準則尚未完全確立，目前共識是在low-grade和low-stage的腫瘤做廣泛性切除，如是higher stage，higher grade或positive margin，則術後做放射線加強治療，在有明顯的cytologic atypia 和侵犯顏面神經的腫瘤加做頸部淋巴廓清。此癌症的五年overall survival約62%，相較其他部位的皮脂腺癌為低。我們報導這個罕見的個案經腫瘤廣泛性切除，希望能幫忙建立此腫瘤最佳治療方式。

(71)

頸部鈍傷造成漸進性單側喉部血腫—病例報告

**Progressive Unilateral Laryngeal Hematoma After Neck Blunt Trauma—Case Report**

莊凱期 張聰舜 袁建漢

國軍高雄總醫院耳鼻喉科

單純頸部鈍傷佔創傷案例中相對較少，症狀可從較輕微的疼痛、沙啞、吞嚥困難等，乃至有生命危險之呼吸道阻塞、大出血等，需要仔細檢查評估，避免延誤處置。本案例為1名61歲女性，因跌倒造成頸部撞擊洗手台，至急診求診主訴頸部疼痛及發聲困難，到院時無呼吸困難情形，身體檢查頭頸部無明顯傷口或紅腫，影像檢查頸部無明顯骨折或脫位情形，鼻咽喉內視鏡發現有左側聲帶血腫，其餘咽喉部分當時無明顯傷口或血腫，雙側聲帶活動無異常，因此先予以保守治療。然兩天後追蹤內視鏡時發現，血腫部分擴散至左側聲門旁、杓狀軟骨及側咽壁等處，經口服類固醇及密集追蹤觀察後，喉部血腫於約兩周後完全消退。頸部鈍傷若無立即明顯併發症，醫師常以保守治療為主，且易輕忽其病程變化。但由本案例發現，喉部血腫範圍可在創傷後數日逐漸擴大，因此初期的密切追蹤相當重要，若有呼吸道疑慮，則應及早介入處置。



## TWO CHANNEL CLINICAL AUDIOMETER



## RELIABLE CLINICAL TYMPANOMETER



## AUDIOMETRY TYMPANOMETRY COMBINED



## HANDHELD SCREENING TYMPANOMETER



## AMTAS 自動聽力篩檢儀



## DPOAE TEOAE DEVICE



總代理：啟大企業有限公司  
Formosa Medical Instruments Co., Ltd.  
(02)25792299

# Well Derm

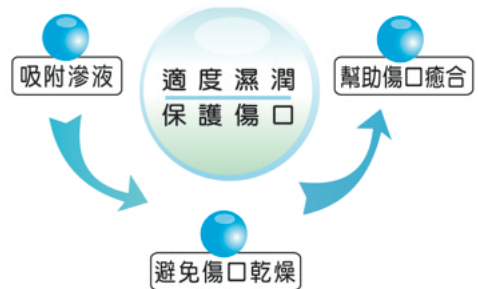
Hydrogel Wound Dressing

## 《水凝膠敷料優點》

1. 透明可觀察傷口
2. 吸收傷口組織液
3. 不易沾黏傷口，保護傷口
4. 避免再度刺激傷口
5. 隔離外界細菌
6. 提供傷口良好癒合環境



## 濕潤傷口 《照護新概念》



### ★ 適用範圍：

一般非感染之手術傷口、婦產科剖腹產傷口、刀傷、擦傷、醫學整形及可自行癒合之二度燒燙傷傷口等。

#### 尺寸

3.6cm×3.6cm / 腹腔鏡傷口使用

3cm×8cm / 一般手術傷口使用

3cm×17cm / 一般手術傷口使用



## 維凝敷 矽膠疤痕貼片

# Well Derm

WellDerm Silicone Scar-care Dressing (Non-sterile)



#### 尺寸

3.2cm×3.2cm / 腹腔鏡傷口使用

3cm×16cm / 一般手術傷口使用

拋棄式

低敏

輕薄、透氣

柔軟服貼



面對疤痕，您可有更好的選擇



**OLYMPUS**



**高畫質鼻咽腔內視鏡影像系統  
RHINO-LARYNGO Videoscope and Accessories**



**無限射頻治療針  
Bipolar Applicator CelonProSleep plus**



