

壁報論文摘要

(1)

以耳膜破洞比例預測傳導性聽力障礙

Prediction of Conductive Hearing Loss Based on Tympanic Membrane Perforation Ratio

劉得懿^{1,2} 羅孟宗²

¹新竹國泰醫院耳鼻喉科 ²國立中央大學生醫科學與工程學系跨領域轉譯醫學博士班

目的：耳膜破洞的大小被認為與傳導性聽力損失相關。本研究旨在透過理論推導建立耳膜破洞比例與氣骨導差之間的預測公式，並透過臨床數據進行驗證。

方法：本研究分析184例耳膜破洞的病灶圖，並排除影響聽力的其他因素，包括小耳症、耳垢阻塞、外耳炎、外耳道腫瘤、真菌性外耳炎、耳硬化症、膽脂瘤、上半規管裂、活動性中耳感染，以及面積小於耳膜總面積1%的微小穿孔(針孔大小)和鼓膜炎。聽力檢查採用純音聽力測試，分析500 Hz、1 kHz、2 kHz、4 kHz四個頻率的平均氣骨導差。根據聲學理論，耳膜的有效振動區域約占其總面積的62.5%，而有效振動耳膜與卵圓窗之間的面積比可將聲壓放大約17：1。透過聲壓傳遞公式推導耳膜破洞對氣骨導差的影響，以建立預測模型。

$HL (dB) = 20 \log (17 \times \text{破洞面積} / (0.625 \times \text{耳膜面積}) + 1)$

結果：耳膜破洞面積比例與氣骨導差之間的關係顯示，決定係數(R^2)為0.647，均方根誤差(Root Mean Squared Error, RMSE)為9.12。

結論：本研究推導的理論公式具有一定的解釋力，其決定係數顯示耳膜破洞比例對氣骨導差的影響可被部分預測。然而，均方根誤差反映仍有部分氣骨導差無法僅依據耳膜破洞比例來解釋。在臨床應用上，若氣骨導差的實測值與理論預測值相差較大(本研究定義為超過10 dB)，應考慮耳膜破損以外的其他可能影響因素。

(2)

鉑類藥物之耳毒性探討-斑馬魚動物模式

Ototoxicity of Cisplatin, Carboplatin, and Oxaliplatin in Zebrafish Model

李冠慧^{1,2,3} 楊建洲⁴ 簡禎佑³

¹高雄醫學大學附設岡山醫院 ²高雄醫學大學臨床醫學研究所 ³高雄醫學大學附設中和醫院 ⁴中山醫學大學生物醫學科學學系

目的：本研究探討不同鉑類抗癌藥物(Cisplatin/Carboplatin/Oxaliplatin)對聽覺毛細胞的耳毒性，假設這些藥物具有不同的耳毒性濃度、時間效應及毒性機轉。

方法：本研究使用斑馬魚模型(pvalb3b: TagGFP)評估幼魚的毛細胞存活情況。分別以Cisplatin/Carboplatin/Oxaliplatin進行實驗，濃度為100/200/400 μM ，並在給藥1/2/3小時後評估耳毒性。由於Carboplatin和Oxaliplatin的耳毒性較低，因此額外測試了更高濃度(1600 μM)和更長時間(6小時)的影響。以Fm4-64染色標記活細胞的細胞膜，以評估毛細胞存活情況。以TUNEL測試檢測細胞凋亡，以確定藥物對細胞的影響。並分析抗氧化基因表達是否上升，以評估細胞受到的氧化壓力。

結果：Cisplatin (100 μM) 作用1小時即可導致超過50%毛細胞受損，且隨著劑量增加和時間延長，耳毒性進一步加劇。相較之下，Carboplatin和Oxaliplatin的耳毒性較低，即使在1600 μM 高劑量和6小時長時間的作用下，也未出現明顯的毛細胞損傷。並且，僅Cisplatin造成毛細胞膜受損，並誘導明顯的細胞凋亡及抗氧化基因表達上升。

結論：Cisplatin對聽覺毛細胞具有顯著的耳毒性，並且呈現劑量與時間依賴性。而Carboplatin和Oxaliplatin的耳毒性較低，可能與其不同的耳毒性機制有關。本研究有助於理解不同鉑類藥物的耳毒性特性，為降低治療相關耳毒性提供參考。

(3)

潛水活動引發內耳傷害伴隨突發性耳聾之預後分析

The Prognostic Analysis of Sudden Deafness Associated With Inner Ear Trauma After Diving Activities

陳信傑^{1,2,3} 易鼎淳¹

¹三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部 ²三軍總醫院醫學研究部 ³國防醫學院耳鼻喉學科

目的：潛水對聽覺系統可能導致的傷害包含外耳至內耳，其中內耳損傷包含內耳氣壓傷(Inner ear barotrauma, IEB)及內耳減壓症(Inner ear decompression sickness, IEDCS)兩種，常伴隨聽覺症狀如聽損、眩暈及耳鳴。依據文獻，IEB較常合併中耳症狀如中耳積血、耳膜破裂及耳漏等，IEDCS則較常合併肌肉及關節痠痛、心肺及神經性症狀。本研究目的為探討潛水後突發性耳聾患者在潛水方式、臨床症狀及其治療預後表現。

方法：以病例回溯方式蒐集2010年至2023年間於潛水後突發性耳聾的患者納入分析。將患者基本資料、臨床症狀、潛水方式、發病過程及各項檢查及治療結果進行記錄分析。

結果：7位患者中男性5位，女性2位，平均年齡26.3歲，多數症狀為耳悶(3位)、耳鳴(4位)及眩暈(5位)，少數有耳痛、耳漏、頭痛、肌無力、關節疼痛及心肺症狀(各1位)。7位皆為水肺潛水，平均潛水深度29.8公尺，突發性耳聾右側3位，左側4位，平均聽損閾值68.4 dB，開始接受治療平均天數5天，除了基本藥物治療，2位同時接受高壓氧及耳內類固醇注射，3位只接受高壓氧，2位只接受耳內注射，平均聽力回復21.9 dB，2位完全回復，1位部分回復，4位無回復。本研究中合併DCS症狀的患者聽力及前庭功能預後皆不佳，但在高壓氧治療後DCS症狀皆改善。聽力有恢復的患者中，皆觀察到中耳症狀如耳悶及耳漏，症狀表現與IEB相似，推測IEB合併突發性耳聾的預後可能優於IEDCS。過去研究認為在24小時內重複下潛者，出現持續性前庭症狀的可能性較高，但在本研究中並未發現這樣的趨勢。

結論：本研究發現整體聽力回復僅42.8% (3/7)，與潛水深度、開始治療的天數、24小時內下潛次數、治療方式及是否為IEDCS與預後有相關。故此類案例需積極及接受全方位的治療。高壓氧治療有助於聽力回復，60% (3/5)患者聽力部分或完全回復，且能改善DCS症狀等。而潛水深度高於30公尺者為內耳永久性創傷高危險群。目前樣本數有限，需進一步收集案例來釐清潛水後突發性耳聾在治療及預後的差異。

(4)

單側聲帶麻痺患者聲帶長度比例變化的研究

Comparative Analysis of Vocal Cord Length Ratios in Unilateral Vocal Cord Palsy : A Retrospective Study

陳嘉歡 王興萬 趙品植

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

目的：單側聲帶麻痺(Unilateral Vocal Cord Palsy, UVCP)會導致聲帶運動的不對稱，進而影響發聲功能。然而，目前對於左側或右側聲帶麻痺在聲帶長度變化上的差異仍缺乏量化研究。本研究旨在比較左側或右側聲帶麻痺時，麻痺側與正常側聲帶的長度比例變化，探討是否存在側別差異。

方法：本研究為回溯性分析，分析衛生福利部雙和醫院中單側聲帶麻痺患者($n = 122$)，透過喉內視鏡影像測量聲帶長度變化。由於無法直接測量聲帶長度，本研究使用麻痺側聲帶長度除以正常側聲帶長度的比例作為指標，並比較左側與右側聲帶麻痺患者之間的差異。統計分析採用Mann-Whitney U 檢定，以 $p < 0.05$ 為統計顯著標準。

結果：左側與右側單側聲帶麻痺患者的聲帶長度比例存在顯著差異(左側0.9090 vs. 右側0.8688， $p = 0.01059$)。其中，右側麻痺的長度比例較小。

結論：本研究發現聲帶長度變化在單側聲帶麻痺患者中可能具有側別特異性，可能與左側與右側喉返神經的解剖與功能差異有關。此外，這種長度變化可能影響聲帶閉合模式與發聲功能，進而影響患者的語音品質與治療選擇。未來可進一步透過動態影像分析與聲學參數評估，以驗證本研究結果並探討其臨床意義，並評估不同治療方法對聲帶長度變化的潛在影響。

(5)

手術切除扁桃腺或腺樣體是否能降低未來急性上呼吸道感染的風險？20年回溯性世代研究

Does Surgical Removal of the Tonsils or Adenoids Reduce the Risk of Future Acute Upper Respiratory Infections? A 20-Year Retrospective Cohort Study

黃國璋² 黃湘文¹ 辛宗翰^{1,2} 盧彥廷^{1,2,3,4}

¹中山醫學大學醫學系 ²中山醫學大學附設醫院耳鼻喉科 ³聖馬爾定醫院耳鼻喉科 ⁴中山醫學大學醫學研究所

目的：扁桃腺與腺樣體在免疫系統中為抵禦呼吸道入口的第一道防線。由於在免疫功能中扮演至關重要的角色，扁桃腺切除術及腺樣體切除術被認為可能導致的後續免疫能力降低及引發未來的感染性疾病。然而，現有的研究結果仍存在爭議。因此，本研究旨在評估扁桃腺或腺樣體的手術切除是否會影響未來呼吸道感染的風險。

方法：本研究使用U.S. Collaborative Network of the TriNetX Research Network數據進行回溯性世代研究。研究納入從2000年1月1日至2023年12月31日期間，年齡在20歲及以下、罹患慢性腺樣體或扁桃腺疾病的患者。受試者分為手術組(接受扁桃腺或腺樣體切除術)及非手術組。追蹤時間為20年。主要研究結果為新診斷之急性呼吸道感染。

結果：本研究共納入858,676名患者，經傾向分數校正後，手術組與非手術組各包含274,420名患者。與非手術組相比，手術組罹患急性上呼吸道感染之發生率顯著降低，其中包括發燒(OR: 0.811、95% CI: 0.796~0.826)、急性上呼吸道感染(OR: 0.649、95% CI: 0.637~0.661)、鼻竇炎(OR: 0.734、95% CI: 0.717~0.75)。

結論：本研究為首個發現在經過20年的追蹤期，罹患慢性扁桃腺及腺樣體疾病的年輕患者中，外科介入能降低急性上呼吸道感染長期風險的研究。本研究結果提供臨床醫師在評估扁桃腺及腺樣體切除術對改善長期呼吸道健康的潛在益處時重要的科學依據。

(6)

環咽肌肉毒桿菌毒素注射於鼻咽癌患者的吞嚥困難之治療評估

Effectiveness of Botulinum Toxin Injection for Cricopharyngeal Dysfunction—Related Dysphagia in Nasopharyngeal Carcinoma Patients

蔡書維¹ 胡凱翔¹ 李宜霈¹ 洪上祐¹ 蘇慧真^{2,3} 謝幸灼⁴ 陳怡仁¹ 蕭振仁¹

¹國立成功大學醫學院附設醫院耳鼻喉部 ²國立成功大學醫學院附設醫院咀嚼吞嚥中心 ³國立成功大學醫學院附設醫院神經部 ⁴國立成功大學醫學院臨床藥學與藥物科技研究所

目的：環咽肌功能障礙(Cricopharyngeal Muscle Dysfunction, CPMD)是鼻咽癌(Nasopharyngeal carcinoma, NPC)患者在接受放射治療(Radiotherapy, RT)後導致吞嚥困難的常見原因。先前的研究顯示，肉毒桿菌毒素(Botulinum Toxin, BTX)注射能夠促進環咽肌(Cricopharyngeal Muscle, CPM)的放鬆並改善吞嚥功能。雖然BTX注射已神經性吞嚥困難的治療指引中，但針對NPC患者的療效證據仍然有限。本研究旨在探討BTX注射對NPC患者的療效。

方法：本研究納入已完成RT治療的NPC患者、被診斷為CPMD，且對吞嚥治療反應不佳的患者。受試者在內視鏡引導下接受20-40單位的Botox®注射至CPM。螢光透視吞嚥攝影檢查(Videofluoroscopic swallow study, VFSS)分別於術前及術後進行，並使用5毫升的液體進行測試。吞嚥功能評估指標包括功能性口服攝食量表(Functional Oral Intake Scale, FOIS)、滲入-吸入量表(Penetration-Aspiration Scale, PAS)、食團殘留量表(Bolus Clearance Ratio, BRS)及吞嚥障礙嚴重度評估(DIGEST)。生物力學評估指標包含喉部抬升、會厭反折、咽部收縮比(Pharyngeal Contraction Ratio, PCR)、食團清除比(Bolus Contraction Ratio, BCR)及標準化殘留比率量表(Normalized Residue Ratio Scale, NRRS)。時間特徵評估指標包括口腔/咽部運輸時間(Oral/Pharyngeal Transit time, OTT/PTT)、咽部延遲時間(Pharyngeal Delay Time, PDT)、咽部反應時間(Pharyngeal Response Time, PRT)及喉部抬升延遲時間(Laryngeal Elevation Delay Time, LEDT)。統計分析採用Wilcoxon符號檢定。

結果：本研究共納入15名患者，平均年齡為61.07歲。FOIS顯著提升(4.00 ± 1.31 vs. 5.00 ± 1.46 ; $p = 0.0002$)。在生物力學特徵方面，Pyriform sinus之NRRS數值顯著下降(0.83 ± 0.91 vs. 0.50 ± 0.65 ; $p = 0.0067$)。此外，時間特徵分析顯示OTT顯著縮短(0.28 ± 0.18 vs. 0.20 ± 0.15 ; $p = 0.0156$)，PRT顯著減少(1.15 ± 0.81 vs. 0.75 ± 0.46 ; $p = 0.0303$)，PTT亦呈現顯著下降(1.58 ± 1.16 vs. 1.12 ± 0.80 ; $p = 0.0284$)。然而，其他參數未達統計顯著性。

結論：本研究顯示，肉毒桿菌毒素注射可顯著改善鼻咽癌經放射線治療後，產生吞嚥困難的病人之吞嚥功能。在主觀評估方面，FOIS分數顯著提升。就客觀吞嚥參數而言，NRRS_Pyriform sinus、OTT、PRT及PTT均呈現顯著改善。

(7)

舌頭疲勞對語言產出之影響：健康華語母語之英語學習者的句子持續時間不變，但音段持續時間和頻譜特徵不同

The Impact of Tongue Fatigue on Speech Production: Sentence Duration Does Not Change But Segmental Duration and Moment Differ in Healthy Mandarin Learners of English

洪上祐¹ 賴景泓² 譚丞傑³ 蔡書維¹

¹國立成功大學附設醫院耳鼻喉部 ²國立成功大學附設醫院教學中心 ³國立成功大學醫學系

目的：語言產出有賴於精確的舌頭協調，而持續的用力可能會導致肌肉疲勞，從而影響發音的準確性和清晰度。過去的研究主要關注於神經肌肉疾病患者，而本研究則旨在探討舌頭疲勞對健康說話者的影響。

方法：本研究招募了8名參與者，並使用愛荷華口腔功能評估器(Iowa Oral Performance Instrument, IOPI)進行舌頭疲勞測試。為了評估疲勞影響，我們在參與者執行疲勞任務前後錄製了語音樣本，內容包括慢速音節重複(SSR)、快速音節重複(FSR)、輪替動作測試(diadochokinesis)，以及英語與中文的句子朗讀。

結果：對語音數據的時序分析顯示，舌頭疲勞導致特定語音片段的持續時間發生顯著變化。具體而言，/t/ 的閉塞時間與 /sh/ 的摩擦音持續時間減少，而 /t/ 的語音起始時間(voicing onset time)及 /s/ 的摩擦音持續時間則增加，但中英文句子的整體發音時間長度不變。這些發現表明，舌頭疲勞會改變某些語音的發音時間。此外，頻譜分析顯示，在慢速音節重複(SSR)中，/s/ 和 /sh/ 的發音發生了顯著變化，而在快速音節重複(FSR)中，/t/ 的發音特徵也出現變化。這些頻譜特性的瞬時變化進一步凸顯了舌頭疲勞對發音細節的影響。

結論：總體而言，本研究結果表明，舌頭疲勞會選擇性地影響語音的清晰度，特別是在語音片段的持續時間及頻譜特性方面產生影響，但並不顯著影響整體語流的流暢性。這些發現有助於加深對言語產生機制的理解，並為語言學研究及臨床語言治療提供有價值的參考資訊。

(8)

非侵襲性濾泡型甲狀腺腫瘤與濾泡型腫瘤的超音波特徵及細胞學相關性：2022至2024年回溯性分析

Ultrasound Features and Cytological Correlation of NIFTP and Follicular Neoplasm: A Retrospective Analysis from 2022 to 2024

吳祐瑄 余筠瑩

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科部

目的：此次研究想比較非侵襲性濾泡型甲狀腺腫瘤與濾泡型腫瘤在超音波影像上的異同，特別是質地、邊界、鈣化特徵及超音波回音特性，並同步分析其細胞學檢查結果，探討其影像學表現與細胞學診斷的關聯性，期望提升術前診斷的準確性，進而優化臨床決策，降低全甲狀腺切除手術之不必要性。

方法：本研究回溯分析2022至2024年間單一醫學中心經病理確診為NIFTP或FN之病例，統計並分析其超音波影像與細胞學檢查結果。由單一甲狀腺超音波專家評估影像特徵，包括質地、鈣化、邊界規則性及回聲特性，並與細胞學結果比較。

結果：本研究回溯分析2022至2024年間單一醫學中心經病理確診之FN 99例及NIFTP 68例，共167例，排除無超音波影像20例，最終納入147例進行分析。FN組超音波特徵：質地：Homogeneous 75例，Heterogeneous 9例，Focal cystic 31例，Mix type 5例。邊界：清晰87例，不清晰4例。鈣化：Microcalcification 13例，Macrocalcification 20例，No calcification 56例。回聲：Hypoechoic 45例，Isoechoic 42例，Hyperechoic 1例。NIFTP組超音波特徵：質地：Homogeneous 38例，Heterogeneous 5例，Focal cystic 18例。邊界：規則41例，不規則4例。鈣化：Microcalcification 12例，Macrocalcification 23例，No calcification 9例。回聲：Hypoechoic 35例，Isoechoic 例。

結論：本研究結果顯示，NIFTP與FN在超音波影像上具有顯著不同的特徵，特別是在鈣化、邊界規則性及回聲表現方面。此外，雖然細胞學診斷上兩者均容易被歸類為Bethesda III或IV，但結合超音波特徵可進一步提高術前診斷的準確性，減少不必要的手術治療。未來可進一步結合分子診斷，優化甲狀腺腫瘤的診斷與治療策略。

(9)

導致阻塞性睡眠呼吸中止症患者接受懸雍垂腭咽成形手術失敗的預測因素

Predictors of Surgical Failure of Uvulopalatopharyngoplasty for Obstructive Sleep Apnea Syndrome

吳森森¹ 紀建鋒¹ 余宗哲¹ 洪士涵¹ 陳伯岳¹

¹臺北市立萬芳醫院-委託臺北醫學大學辦理 耳鼻喉科 ²台北醫學大學醫學院醫學系耳鼻喉學科

目的：阻塞性睡眠呼吸中止症(Obstructive Sleep Apnea, OSA)是一種常見的睡眠相關呼吸疾病，嚴重影響患者的生活品質與健康風險。懸雍垂腭咽成形術(Uvulopalatopharyngoplasty, UPPP)為常見的手術治療方式之一，本研究探討單一醫院執行UPPP的治療成效與影響因素。

方法：本研究連續性回顧因OSA接受UPPP治療的64例患者(有術前術後接受睡眠檢查者)，並比較不同術前條件(年紀、BMI、血氧飽和度、Friedman分期等)對手術成功率的影響。

結果：UPPP治療效果為平均AHI降低36% (術前50.7，術後32)。成功率(有反應組為AHI下降 $\geq 50\%$ 且術後AHI < 20)有42%，而達到完全緩解(AHI < 5)有19%。結論為較年輕的患者對手術的反應較好($P = 0.027$)，且Friedman分期影響手術成效(Stage I&II成功率76%，Stage III成功率22%。 $P < 0.001$)。術前血氧低於90%的時間比率(CT90%)越高者的成功率越低。其中竟有20%的患者術後AHI反而增加，與術前血氧指數(CT90%) $\geq 6.5\%$ 相關(Sensitivity: 69, Specificity: 71, AUC: 0.744)。

結論：UPPP可有效降低部分OSA患者的AHI，但成功率受Friedman分期及術前血氧狀況影響。術前血氧低於90%的時間(CT90%)可作為預測術後效果的重要指標。如果術前CT90% $\geq 6.5\%$ ，術後AHI變差的機率較高。

(10)

多層次睡眠呼吸中止症手術對於心肺功能不佳患者之影響：前瞻性前導試驗

Effects of Multilevel OSA Surgery on Patients With Poor Cardiopulmonary Performance: A Prospective Pilot Study

林宗緯¹ 林新景^{1, 2, 3, 4}

¹高雄長庚醫院耳鼻喉部 ²高雄長庚醫院睡眠中心 ³高雄長庚醫院達文西手術中心 ⁴高雄市立大同醫院耳鼻喉科

目的：阻塞性睡眠呼吸中止症是臨床上相當常見的疾病。多層次睡眠手術作為保守治療以外的另一治療選擇，對於該族群患者有一定程度的益處。臨床上，多層次睡眠手術對於心肺功能不佳患者之睡眠及心肺功能影響，仍尚未有足夠文獻進行探討。我們透過此一前瞻性前導試驗檢測阻塞性睡眠呼吸中止症患者於手術前後心肺功能的改變狀況，進一步驗證睡眠上呼吸道手術的臨床效益。

方法：本研究收集27位經全夜性多重睡眠生理檢查診斷為阻塞性睡眠呼吸中止症，且經6分鐘走路測試評定為心肺功能不佳之患者。所有患者皆拒絕接受連續性正壓呼吸器或經保守內科治療方式失敗，進而接受睡眠上呼吸道手術治療。手術前、後至少6個月，需進行睡眠檢查及6分鐘走路測試以進行睡眠及心肺功能參數變化的評估，並進一步分析睡眠手術對於參數改變的關聯性。

結果：經分析患者接受多層次睡眠手術後，部分睡眠參數及心肺功能指數(正常行走距離下限、亞極限運動心跳)相比術前有顯著改善。關聯性分析進一步顯示日間嗜睡指數改變與行走距離($\rho = -0.414$, $p = 0.032$)、“行走距離/目標距離”之百分比($\rho = -0.435$, $p = 0.023$)有數據上的顯著負相關。此外，最大吐氣壓力是與(快速動眼期)睡眠呼吸中止指數唯一且最重要的臨床因素。

結論：多層次睡眠手術可改善術前心肺功能不佳之阻塞性睡眠呼吸中止症患者之睡眠品質，且對於其心肺功能有一定程度的正面影響。

(11)

深頸部感染患者長期住院相關因素的評估

Assessment for Long-Term Hospitalization in Patients With Deep Neck Infection

陳仕龍¹ 詹凱傑^{1,2} 王毓謙^{1,2} 胡志宇^{1,2}

¹林口長庚耳鼻喉頭頸腫瘤部 ²長庚大學醫學系

目的：深頸部感染會導致致命的併發症，是一種嚴重的頸部感染性疾病。長期住院是指患者因某種疾病住院的時間超過了最初預期的時間。目前少有研究評估深頸部感染患者長期住院相關的風險因子。本研究旨在探討導致深頸部感染患者長期住院的因素。

方法：本研究長期住院的定義為住院時間超過28天(> 4週)。從2017年10月至2022年11月期間，總共招募了362名深頸部感染的受試者。這些患者中有20人經過長期住院治療。本研究評估與分析患者相關的臨床因素。

結果：在單變量分析中，CRP (OR = 1.003, 95% CI: 1.000–1.007, $p = 0.044$)，感染 ≥ 3 個深頸部空間(OR = 2.836, 95% CI: 1.140–7.050, $p = 0.024$)，以及縱膈炎(OR = 8.102, 95% CI: 3.041–21.58, $p < 0.001$)是深頸部感染患者長期住院的顯著危險因子。在多變量分析中，縱膈炎(OR = 6.018, 95% CI: 2.058–17.59, $p = 0.001$)是深頸部感染患者長期住院的重要獨立危險因子。長期住院患者與未長期住院患者的致病菌無統計學差異(所有 $p > 0.05$)。長期住院患者的氣管切開率高於未長期住院的患者($p < 0.001$)。然而，長期住院和未長期住院患者之間的手術切開引流率並未達到統計學意義($p = 0.069$)。

結論：深頸部感染是一種危及生命的危重疾病，可能導致長期住院。單因子分析顯示，較高的CRP和感染 ≥ 3 個深頸部空間是顯著的危險因素，而併發縱膈炎是與長期住院相關的獨立危險因子。我們建議對併發縱膈炎的深頸部感染患者進行重症監護並及時進行呼吸道保護。

(12)

針對經過放化療治療後的第四期鼻咽癌患者建立一個存活預測模型

Prediction of Survival in Stage IV Nasopharyngeal Carcinoma Patients Treated with Chemoradiation

羅武嘉¹ 廖立人^{2,3}

¹亞東紀念醫院耳鼻喉部 ²元智大學醫學研究所 ³元智大學電機工程學系

目的：針對本研究，我們旨在評估接受同步化學放射治療的第四期鼻咽癌患者，其治療前與治療後的臨床因子與1年、3年及5年存活率之關聯性。

方法：本回溯性世代研究納入西元2008年至2022年期間於單一三級轉診中心接受治療的61名第四期鼻咽癌患者。我們回溯性評估該患者群的治療前與治療後的營養狀態及發炎指標。

結果：所有患者的5年整體存活率(OS)為54.10%。1年、3年和5年的整體存活率分別為93%、70%和57%，而疾病特異性存活率(DSS)分別為93%、73%和58%，無疾病存活率(DFS)則為51%、44%和41%。在多變數分析中，治療後體重指數(BMI) < 21.6 kg/m²為整體存活率降低的獨立指標(風險比[HR] 2.717，95%信賴區間[CI] 1.248–5.917，p = 0.012)。此外，治療後BMI < 21.6 kg/m² (HR 3.003，95% CI 1.340–6.757，p = 0.008)及治療前全身性炎症反應指數(SIRI) ≥ 125 (HR 2.841，95% CI 1.256–6.429，p = 0.012)均為疾病特異性存活率降低的獨立指標。在無疾病存活率(DFS)方面，治療後BMI < 21.6 kg/m² (HR 3.650，95% CI 1.757–7.576，p = 0.001)、BMI 變化 < -1.93 kg/m² (HR 3.731，95% CI 1.642–8.475，p = 0.002)，以及治療前SIRI ≥ 125 (HR 3.541，95% CI 1.717–7.304，p = 0.001)均為無疾病存活率降低的獨立指標。最後，我們基於治療後BMI和治療前SIRI建立了一個預測DSS的列線圖(nomogram)。

結論：治療後BMI、BMI變化及治療前SIRI與第四期鼻咽癌患者的存活率相關。所建立的列線圖(nomogram)可作為醫師與患者預測存活率的輔助工具。

(13)

回溯性分析AJCC第九版鼻咽癌診斷分期的存活率

The Outcome of Survival Rate of AJCC 9th Diagnostic Criteria for Nasopharyngeal Carcinoma

陳俊天¹ 郭印心² 趙品植¹ 陳聰明¹

¹衛生福利部雙和醫院耳鼻喉科 ²衛生福利部雙和醫院一般醫學科

目的：AJCC (American Joint Committee on Cancer)針對鼻咽癌於2025年迎來第9次的改版，相較於2017年公布的第8版，整體在分期上有降階的趨勢。由於鼻咽癌的治療狀況良好，根據統計AJCC第八版的5年存活率第一期約為97%，到第IVA期也仍有82%，有遠端轉移的IVB分期也仍有53%。由於前三期的存活率相近，第四期的5年存活率相差較大，因此需要重新評估分期的方法與界定。

方法：透過回溯性的資料分析，收集從2008年到2023年雙和醫院的癌症登記資料庫中的鼻咽癌個案。包含個案的年紀，性別，組織型態，EBV感染狀況，診斷分期，後續治療方式(包含放射線治療，化學治療及標靶藥物治療，緩和安寧)，存活時間，復發狀況和遠端轉移情形。AJCC於2017年更新第八版，對分期影響主要將IVA及IVB合併為IVA，去除IVC分期並將遠端轉移定義為IVB分期。2025年更新的第九版，對分期影響將第I/II分期合併為第I期，第III期和IVA分期分別降階為第II期和第III期。將原本的第IVB分期根據遠端轉移是否大於三個病灶重新劃分為IVA或IVB分期。透過統計轉換及重新檢閱原始影像資料，將所有病人重新根據AJCC第九版分期。統計5年存活率的變化和利用Kaplan-Meier存活分析比較兩者間的差異。

結果：總共有257名鼻咽癌個案納入統計，其中男性為202位，女性為55位。平均診斷年齡為52.1歲，其中男性平均51.6歲，女性平均為53.7歲，兩者間並無統計差異。根據AJCC第八版分期，5年觀察存活率第I期為81.8% (n = 11)，第II期為78.8% (n = 33)，第III期為77.8% (n = 54)，第IV期為55.6% (n = 81)。轉換為AJCC第九版分期後，5年觀察存活率第I期為79.5% (n = 44)，第II期為77.8% (n = 54)，第III期為68.2% (n = 66)，第IV期為0% (n = 15)。

結論：AJCC第九版分期將前三期病人的整體數量分布變得更為平均，且整體存活率上沒有顯著差異。然而第四期重新定義為遠端轉移後可見到存活率顯著下降，回溯後發現多數為AJCC第七版時診斷的病人，近期可能因早期診斷及國人意識改變導致後期診斷發生率變小可能有所關係。對於遠端轉移病人的治療方式及延長存活時間仍有進一步探討空間。

(14)

探討術前控制營養狀況評分是否為頭頸癌病患預後的危險因子

Prognostic Utility of Controlling Nutritional Status Score in Head and Neck Cancer

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。術前血清白蛋白已被證實於許多癌症預後有相關性，我們之前的研究也證實術前血清白蛋白會影響頭頸癌患者接受手術切除併皮瓣重建之預後。另外，血液中膽固醇及淋巴球數目也被證實與許多癌症預後相關，控制營養狀況評分(Controlling nutritional status score, CONUT score)為合併血清白蛋白、血液中膽固醇及淋巴球數目之指標，於近年來也有研究報導與肺癌、乳癌、胃癌及胰臟癌預後相關，但對於頭頸癌患者的預後仍不清楚。我們在此研究中，試圖分析此數值及其他可能術前因子對於頭頸癌患者的治療預後。

方法：從2008年1月至2017年2月，我們收集636位於高雄長庚醫院接受手術治療之頭頸癌的成年患者，分析可能影響預後之因子，包含控制營養狀況評分。

結果：在636名接受手術切除的頭頸癌患者中，研究依照3：1的比例將患者分為訓練組(N = 477) 與驗證組(N = 159)。結果顯示，在兩個組別中，術前控制營養狀況評分較高(≥ 2)的患者均會比對照組有較差的預後。進一步的迴歸分析確認，術前控制營養狀況評分仍為影響預後的獨立危險因子。在訓練組中，高控制營養狀況評分與較差的overall survival (HR: 2.313, 95% CI: 1.605–3.335, $p < 0.001$)及cancer specific survival (HR: 2.407, 95% CI: 1.411–4.106, $p = 0.001$) 顯著相關。在驗證組中，這一趨勢同樣成立，高控制營養狀況評分與較差的overall survival (HR: 2.716, 95% CI: 1.371–5.379, $p = 0.004$)及cancer specific survival (HR: 3.452, 95% CI: 1.372–8.684, $p = 0.008$)呈現顯著關聯。

結論：在接受手術切除之頭頸癌患者中，術前周邊血液控制營養狀況評分較高時，其預後均較對照組差。

(15)

復發性頭頸癌標靶治療精準預測模式

Development of Prognostic Prediction Model for Target Therapy in R/M Head and Neck Cancer

張耿銘^{1,2} 李清池¹

¹高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 ²屏東榮民總醫院耳鼻喉科

目的：由於復發或轉移的頭頸癌預後極差，在使用標靶治療或標靶加化學治療的情況下，兩年的存活率約為兩成。然而國內頭頸癌PD-L1數據，對於復發或轉移的頭頸癌患者符合健保給付免疫治療條件(期數3-4期，CPS ≥ 20)的機會約為50%。換言之，大約有50%的患者無法接受免疫治療，這些患者只能選擇標靶治療或化療。因此為探討cetuximab預後不佳與EGFR或KRAS基因變異之相關性，希望建立正確、精準的預測模式，將患者分為適合接受標靶治療與不適合接受標靶治療的組別，促進精準治療與替代療法應用。

方法：針對2013-2023年於高雄榮總治療有使用cetuximab之頭頸癌復發病人，共收錄了62位病人，藉由EGFR 免疫染色分析，由1位病理科醫師對所有載玻片進行了審查和評分。H score = 膜EGFR染色的腫瘤細胞百分 x 染色強度評分(1+：弱；2+：中；3+：強)(範圍為0到300)。H-score ≥ 200 被認為是EGFR高表現。除了分析其EGFR表現之外，也與工研院合作，利用FFPE核酸萃取，進行EGFR/KRAS突變分子檢測分析。

結果：從2013~2023年之間，我們分析了62位在高雄榮總接受標靶藥物治療的復發或轉移頭頸癌病患，復發年紀的中位數為55.7歲，多數為男性病患(只有2位女性)，口腔癌的病患占了約8成(有49人)，單純接受手術而未接受過放射治療的病患5人，其餘57位病患均有接受手術及放射線治療，平均存活中位數為11個月。我們將口腔癌的49位病患拉出來進行分組分析，依照EGFR突變表現50%及接受標靶藥物療程19次作為分組依據。結果顯示標靶藥物治療小於19次的病患，共有34人，平均存活中位數為8個月；標靶藥物治療大於等於19次且EGFR突變表現小於50%的病患6人，平均存活中位數為12個月；標靶藥物治療大於等於19次且EGFR突變表現大於等於50%的病患則有9人，平均存活中位數為19個月。

結論：Cetuximab為一種人鼠混和基因重組的單株抗體，可以特定與腫瘤細胞的上皮細胞生長因子接受體(EGFR)結合，競爭性地抑制EGF和腫瘤生長因子與EGFR的結合，也阻斷了EGFR-associated kinases的磷酸化和活化，進而抑制腫瘤細胞生長，誘發細胞凋亡。因此針對EGFR過度表現的腫瘤，在適當時機使用標靶藥物治療應有不錯之療效。基因定序的部分結果仍尚未完全出來，未來也會作為後續探討那些病患適合標靶藥物治療的參考。

(16)

口腔微生物菌相在扁平苔癬與口乾者的評估

An Evaluation of Oral Microbiota in Patients with Lichen Planus and Xerostomia

呂承軒¹ 黃冠珽² 黃裕峰^{3,4} 盧彥廷¹ 辛宗翰^{1,5}

¹中山醫學大學附設醫院耳鼻喉部 ²國立陽明交通大學醫學系 ³中山醫學大學附設醫院口腔醫學部

⁴中山醫學大學口腔醫學院牙醫學系 ⁵中山醫學大學醫學院醫學系

目的：口腔微生物菌相是由數百種微生物組成的一個動態環境，其對於維持口腔及全身健康至關重要，並受到宿主免疫系統的調控。當不同的疾病發生時，這種動態平衡會遭到衝擊而呈現出不同的微生物菌相。口腔扁平苔癬(oral lichen planus)是一種慢性發炎的皮膚黏膜疾病，其特徵為T4/T8比例的變化。口乾(Xerostomia)則是一種唾液分泌減少的狀態，唾液的喪失可能導致口腔免疫防禦機制減弱，使得發生感染與發炎性疾病的風險增加。我們假設，這些疾病的免疫環境變化，將形塑具疾病特異性的口腔微生物菌相結構。

方法：收集來自8名口腔扁平苔癬患者、19名口乾患者、以及10名健康對照組的牙菌斑，利用16SrRNA sequencing來分析口腔微生物菌相。

結果：相較於健康對照組，扁平苔癬患者的菌群在「菌門」層級(phylum)的組成比例上存在顯著差異：放線菌門(Actinobacteria, 13.08% vs. 27.73%, $p=0.005$)、彎曲菌門(Campilobacterota, 4.39% vs. 1.32%, $p=0.021$)、梭菌門(Fusobacteria, 22.41% vs. 15.04%, $p=0.019$)以及變形菌門(Proteobacteria, 9.99% vs. 18.33%, $p=0.04$)。另一方面，口乾患者與健康對照組相比，厚壁菌門(Firmicutes)的占比亦存在顯著差異(20.41% vs. 10.67%, $p=0.037$)。

結論：本研究發現口腔扁平苔癬患者及口乾患者的口腔微生物菌相與健康對照組在特定的「菌門」的數量有顯著差異，同時也顯示不同的疾病可以有各自特殊的口腔菌相。未來如果能納入更大規模的樣本數與更多類型的疾病，加深特定疾病與口腔微生物菌相相對應關係之理解，期待將可以有意義的分析到「菌屬」、甚至「菌種」層級，並且發展成可以做為疾病診斷的生物標記與病程追蹤的指標。

(17)

四種AI聊天機器人在歷年耳鼻喉科專科醫師甄試題目之表現

Performance of Four AI Chatbots on Past Years' Otorhinolaryngology Specialist Certification Exam Questions

曹祐寧 羅正民

基隆長庚醫院耳鼻喉科

目的：本研究評估四種AI聊天機器人(ChatGPT、Claude、Perplexity、Gemini)在台灣耳鼻喉科專科醫師甄試題目上的答題表現，分析其在不同題型的準確率，並探討其在專業醫學領域的應用潛力。隨著AI技術的進步，其在醫學教育與專業考試中的角色值得進一步研究，以提供未來發展與應用的參考依據。

方法：收集2013至2023年台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會甄試選擇題，分類為五種題型，並輸入四種AI機器人進行測試。統計各AI的答題正確率，並使用單因子變異數分析(ANOVA)比較不同AI的平均表現，再以Tukey HSD事後檢定進行組間比較。針對不同題型的答題準確率進行進一步分析，以評估各AI在不同類型醫學專業題目的表現差異。

結果：ChatGPT平均得分72.7，顯著高於Claude (59.5)、Perplexity (53.6)及Gemini (53.5) ($p < 0.001$)。在五種題型中，ChatGPT在前三類題型的正確率均顯著高於其他AI，特別是在單選題型中表現較佳。而在多重選項題(題型四)及含圖片題(題型五)中，所有AI的答題準確率皆低於60%，其中圖片題的整體正確率最低，ChatGPT僅達50%。統計分析顯示，前三類題型的AI表現差異具統計顯著性，而第四、五類題型則無顯著差異($p > 0.5$)。

結論：ChatGPT在耳鼻喉科專科醫師甄試題目上的表現顯著優於Claude、Perplexity和Gemini，特別是在單選類型的題目中較具優勢。然而，所有AI在多重選項題及含圖片題的表現皆不佳，顯示目前免費版AI在專業醫學考試應用上仍有局限。由於AI的回答受限於其訓練數據、語言理解能力以及圖像辨識能力，未來若能結合專業醫學資料庫與強化影像辨識技術，可能進一步提升其準確性，使其在醫學教育與專業考試中的應用更具可行性。

(18)

耳廓管狀頂漿腺瘤—病例報告

Apocrine Tubular Adenoma on the Pinna—A Case Report

曾馨儀¹ 王俞鈞¹ 張聖宗²

¹奇美醫療財團法人奇美醫院耳鼻喉部 ²奇美醫療財團法人奇美醫院病理部系

1位56歲女性，在兩個月前因左耳廓疼痛，經診所治療無效後來到門診。在門診理學檢查發現左耳廓有一紅腫腫塊，伴隨壓痛以及血水分泌物。起初給予口服抗生素以及耳滴液。待感染控制後，仍可見一腫塊，隨之安排切除手術。病理診斷為管狀頂漿腺瘤，後續門診追蹤傷口復原狀況良好。此次的病理診斷是罕見的皮膚附屬器腫瘤，屬於頂漿腺腫瘤的一種，為良性但較罕見的皮膚附屬器腫瘤，主要起源於頂漿汗腺。最常見發生部位是頭皮，其特徵為緩慢生長的皮內或皮下結節，通常無明顯症狀。病理上，該腫瘤由管狀或小囊狀結構組成，內襯立方或柱狀上皮細胞，並可見分泌活性。此類腫瘤好發於頭皮與軀幹，而發生於耳廓的病例極為罕見，診斷上須與其他皮膚腫瘤如汗管瘤、皮脂腺腺瘤及其他頂漿腺腫瘤鑑別。本病例藉由臨床表現、病理組織學特徵及手術切除治療，確立診斷並獲得良好預後。

(19)

鼓膜切開術意外發現高位頸靜脈球—病例報告

Encountering A High-Riding Jugular Bulb During Myringotomy—A Case Report

劉家韋 溫明勳

亞東紀念醫院耳鼻喉部

脈動性耳鳴、耳部脹滿感、眩暈、聽力障礙及前庭功能障礙與高位頸靜脈球有關。此區域的解剖變異也會影響手術計劃和操作方式。因此，了解高位頸靜脈球的詳細解剖結構對於中耳及顱底手術十分重要。在耳科手術中，遇到頸靜脈球異常屬罕見情形，約有10%–15%的人群存在高位頸靜脈球，其中0.5%–1.7%的情況伴隨頸靜脈球缺損，這解剖變異也會影響手術的計劃。我們提出一個相關案例，是1位71歲的女性在進行左側鼓膜切開術時偶然發現了高位頸靜脈球，並且在手術過程中發生了持續性出血，隨後病患接受導尿管後鼻腔填塞止血處置，並且經過住院保守性治療後症狀緩解。臨床上遇到高位頸靜脈球雖不常見，但其可能引發劇烈出血。然而，臨床通常表現為無症狀。如果懷疑存在此情況，建議進行術前電腦斷層血管造影檢查。

(20)

耳咽管氣球擴張手術導致耳膜穿孔—病例報告

Iatrogenic Perforation of the Tympanic Membrane Caused by a Eustachian Tube Balloon Dilation Device—A Case Report

葉芃 鄭博文

亞東紀念醫院耳鼻喉部

耳咽管氣球擴張是一種治療耳咽管閉鎖的新興微創手術。耳咽管氣球擴張主要針對耳咽管軟骨做擴張。成人耳咽管長度介於31至44 mm，而軟骨部分平均長度為26 mm。耳咽管氣球擴張儀器均設計符合耳咽管軟骨部的長度，避免擴張硬骨部位並傷及主動脈。術前執行電腦斷層可幫助執刀醫師評估耳咽管長度，但是針對現今耳咽管氣球擴張手術術前安排電腦斷層並沒有達成共識。1位38歲男性因右耳悶塞、聽力下降、間歇性耳痛來到本院耳鼻喉科門診就診。耳鼻喉全面檢查後發現右耳膜呈現grade 3塌陷。鼻咽內視鏡則觀察到患者鼻咽部及耳咽管開口周圍grade 3黏膜發炎水腫。患者純音聽力檢查發現右耳傳導性聽力損失，而右中耳鼓室圖測驗呈現B型鼓室圖。患者經診斷為右耳咽管閉鎖，故安排右耳咽管氣球擴張手術。術中講耳咽管氣球擴張導管常規放置後意外發現耳咽管氣球擴張導管戳穿耳膜，為醫源性耳膜穿孔。

(21)

顳骨纖維發育不全致外耳道狹窄併聽力損失—病例報告

Fibrous Dysplasia of the Temporal Bone Leads to External Auditory Canal Stenosis Associated With Hearing Loss—Case Report

張証揚 鄭博文 廖立人

亞東紀念醫院耳鼻喉部

纖維發育不全是一種良性、進程緩慢且原因不明的骨質病變，而發生在顳骨的纖維發育不全相對少見。常見的臨床症狀包括外耳道狹窄、單側漸進性傳導性聽力喪失。診斷主要依賴影像檢查，而治療則以手術為主。此案例分享1位14歲男性患者，主訴右耳聽力逐漸下降約4年。局部檢查發現外耳道極度狹窄並有骨性增生，影像顯示為右側顳骨乳突部病變，部分遮蔽乳突氣室並輕度膨脹，部分包圍外耳道。經診斷為右側顳骨纖維發育不全合併外耳道狹窄。患者接受了右側第一型鼓室成形手術與耳道成型手術，病理報告為纖維發育不全，術後於門診追蹤，右外耳道恢復完整，聽力亦改善。

(22)

急性雙側後半規管功能異常引發之垂直眼震—病例報告

Spontaneous Downbeat Nystagmus Due to Acute Bilateral Posterior Canal Dysfunction—A Case Report

洪慈徽^{1,2} 范君揚^{1,3}

¹彰化基督教醫院耳鼻喉暨頭頸部 ²國立中興大學臨床醫學研究所 ³國立中興大學學士後醫學系

1名62歲女性主訴自發性眩暈持續1週，症狀在移動時加重，並伴有輕微的右側耳鳴。患者並無劇烈頭痛、頸部僵硬或聽力喪失症狀。患者有有腦膜瘤及水腦症腦室分流術的手術史，術後無神經學後遺症並且無復發腫瘤。臨床症狀出現步態不穩，以及在明室下即出現自發性向下注視眼震。純音聽力測試顯示無聽力損失。左側眼性前庭誘發肌電位(oVEMP)波型再現性不佳，以及右側頸性前庭誘發肌電位(cVEMP)無反應，而caloric test顯示無異常結果。六半規管頭部脈衝(vHIT)顯示雙側下半規管功能異常。腦部MRI檢查並無顱內腫瘤、急性顱內血腫、腦積水，或內耳淋巴水腫現象。患者在1個月後再次回診，其眩暈症狀已緩解。眼震的型態及方向是急性眩暈患者相當具指標性的臨床表現。在出現自發性垂直眼震或是HINTS plus檢查結果異常時，則應該高度懷疑患者是否為中樞型眩暈，並進一步安排檢查確認是否有顱內出血、中風、或後顱窩腫瘤等疾病。這是一個垂直眼震可出現於急性雙側後半規管功能異常的少見病例。

(23)

鼻腔水蛭寄生擬態息肉並導致反覆性鼻出血—病例報告

Nasal Leech Infestation Mimicking a Polyp and Causing Recurrent Epistaxis—Case Report

蔡万曠¹ 張耿銘^{1,2}

¹高雄榮總耳鼻喉頭頸部 ²屏東榮總耳鼻喉頭頸科

83歲男性患者過去病史包括攝護腺癌，因反覆性右側鼻出血約1週，至屏東醫院耳鼻喉科門診就診。在此之前，曾至地方診所就醫，當時診斷為鼻息肉及過敏性鼻炎，並接受相關治療，惟效果不佳，故至屏東門診進一步評估。於門診做內視鏡檢查發現，於右側中鼻道有一暗灰色、帶有微血管的腫塊，初步外觀類似鼻息肉。然而，仔細觀察後發現該腫塊具有移動現象，懷疑可能為寄生蟲感染，因此安排局部麻醉手術取出該病灶。手術時，初步嘗試以抽吸頭吸出該生物，但因其牢固附著於中鼻道，無法順利移除；接著改以鉗子成功夾取該生物，後續病理檢驗確診為水蛭(leech)。鼻腔內異物是常見的鼻出血原因之一，然而鼻腔水蛭寄生導致單側持續性鼻出血的情況極為罕見。在發展中國家，若患者具有較低的社會經濟地位，或居住於農村地區，且有飲用受污染水源或於積水池、泥濘水坑中沐浴的病史，應考慮水蛭寄生作為鼻出血的可能原因，因而寄生位置隱蔽且無明顯疼痛，經常導致診斷與治療延遲，因此詳細的病史詢問與完整的身體檢查，對於評估反覆性鼻出血至關重要。

(24)

鼻部肌周細胞瘤造成之鼻出血一病例報告

Epistaxis Caused by a Sinonasal Myopericytoma—A Case Report

陳泳瑄 趙俊淵

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

造成鼻出血的成因眾多，除常見的鼻中隔血管叢粘膜破損、外傷、鼻竇炎等，鼻部腫瘤也是需要被排除的。本次案例為一45歲男性，本身患有糖尿病但控制良好，並無抽菸或特殊家族病史，近兩個月因反覆右側鼻出血而前來求診，鼻咽內視鏡發現右側鼻中隔有一高血管性腫瘤，進一步安排電腦斷層，顯示為一非均質性顯影之腫瘤，並無侵犯骨性結構。隨後患者接受內視鏡腫瘤切除手術，最終病理報告顯示為肌周細胞瘤。患者術後恢復良好，無再發生鼻出血。肌周細胞瘤為一罕見的良性腫瘤，組織型態近似肌纖維瘤，但另有血管周皮細胞之分化，因而呈現如血管瘤般高血管性表面。多數患者為無症狀，雖極少惡性變化之可能，但在手術切除後，約有10%的復發風險。對於鼻部肌周細胞瘤，術前影像學評估、術中完整切除以降低復發可能、以及術後長期追蹤均同等重要，故提出此病例分享。

(25)

鼻腔鼻竇鱗狀上皮癌(sinonasal squamous carcinoma)—病例報告

A Case of Sinonasal Squamous Cell Carcinoma—Case Report

陳妍鈺¹ 張聖宗² 張世倫¹

¹奇美醫療財團法人奇美醫院 耳鼻喉部 ²奇美醫療財團法人奇美醫院 病理部

鼻腔鼻竇癌約占頭頸癌的百分之五，以鱗狀上皮細胞癌(squamous cell carcinoma, SCC)最為常見。初始症狀常見鼻塞、流鼻血及膿鼻涕、鼻涕倒流、嗅覺低下等，其他症狀也包括臉麻、溢淚、複視等。治療方式以手術完全切除為主，再輔以放射線或加上化學藥物治療。近來經鼻內視鏡手術逐漸取代傳統的開放式手術。由於內視鏡手術難像開放式手術般將腫瘤完整切除，但仍有顯著減少併發症及手術出血量等優點，術後需搭配放療及輔助性化療以提高存活率。此病例報告為1名48歲女性，一開始的症狀表現為右側鼻塞及嗅覺喪失，內視鏡檢查可見右側中鼻道有明顯膿鼻涕，鼻竇X光檢查可見右側上頷竇有白濁現象，電腦斷層可見右側上頷竇有一4.7 cm腫塊延伸至右側篩竇、蝶竇以及鼻腔，並侵犯右側眼眶及翼腭窩(petrigopalatine fossa)，為病患進行鼻竇內視鏡手術切除腫瘤，病理結果為鱗狀上皮細胞癌。術後為病人進行腫瘤分期檢查，診斷期別為T4bN2bM0, stage IVB。術後為病人安排放射線治療及輔助性化療。由於鼻腔鼻竇鱗狀上皮癌相當罕見，故特提出此病例報告並回顧相關文獻，以期強調臨床上正確診斷此類疾病以及治療上之重要性。

(26)

單純性疱疹病毒於鼻部以潰瘍性壞死皮膚變化表現—病例報告

Herpes Simplex Infection in Nose with Presentation of Cutaneous Necrotic Ulcerative Change—Case Report

蘇品宸 王凌峰

高雄醫學大學附設中和紀念醫院耳鼻喉部

1位66歲女性患者，因鼻小柱至左側前方鼻中隔腫脹持續1週而來診。患者否認有鼻部外傷、手術、植入物或免疫缺陷病史，亦無鼻腔分泌物、出血、臉部腫脹或發燒。耳鼻喉檢查中發現鼻小柱處之皮膚呈現黑色壞死性潰瘍及鼻頭處紅腫，並未發現面部或唇部出現其他水泡或皮疹。因懷疑細菌性感染合併膿瘍，嘗試抽吸無分泌物。初步使用抗生素治療，但於1週後追蹤效果不佳。後續進行病理切片，報告顯示細胞廣泛壞死性發炎，局部可見部分殘餘表皮細胞，在進行HSV1+2免疫染色後，無法排除單純疱疹病毒感染的可能性。依據病理報告結果，患者後續接受口服及局部抗病毒藥物(Acyclovir)治療2週。於1個月後回診追蹤時，病灶處已明顯改善且癒合良好。

(27)

鼻竇內視鏡手術的角色：腎細胞癌與肝細胞癌引起的轉移性鼻竇腫瘤—病例報告

Endoscopic Management of Metastatic Sinonasal Tumors from Renal Cell Carcinoma and Hepatocellular Carcinoma—Case Report

梁靜荔 林虞軒

高雄榮民總院耳鼻喉科頭頸部

來自遠處原發腫瘤的鼻竇惡性腫瘤相對罕見，約佔所有鼻竇惡性腫瘤的3%。由於其臨床表現與組織病理學特徵與原發性鼻竇腫瘤相似，加上原發病灶至轉移的時間差異大，臨床上早期診斷與處理往往面臨顯著挑戰。本研究報告兩例皆以頑固性鼻出血為初始臨床表現的患者。第一位為67歲患有早期腎細胞癌且已接受腎切除的男性患者，腫瘤位置位於左側ethmoid sinus與frontal recess，且緊貼眼窩。第二位患者病灶則累及左側篩竇、上頤竇、前顱底並侵犯淚器。兩位患者皆以內視鏡鼻內手術(endoscopic endonasal approach)切除並達到乾淨的切除邊緣。第一位患者在術後獲得穩定的局部控制；第二位患者則在術後病理檢查時發現已出現多處轉移而接受進一步治療。儘管最終病程有明顯差異，兩位患者術後皆獲得顯著的症狀改善，顯示及時且積極的手術介入不僅能有效改善症狀，並可在特定情況下達成治癒的目標。

(28)

上頷竇球狀血管外皮細胞瘤—病例報告

Glomangiopericytoma of Maxillary Sinus—Case Report

葉秋志 張世倫

台南奇美醫院耳鼻喉部

1名42歲女性患者，因持續6個月反覆發作的右側化膿性鼻水和鼻塞就診。內視鏡檢查顯示左側鼻中隔偏曲及右側鼻息肉。電腦斷層(CT)發現右側副鼻竇息肉合併上頷竇炎，且右側上頷竇內有一個2.0 × 2.0 cm的病灶，但未見骨質破壞或侵犯。患者接受了右側鼻竇內視鏡手術。手術中發現前、後篩竇、上頷竇及鼻竇口道綜合體均有息肉。顯微鏡檢查發現病理組織有慢性發炎，伴隨基質水腫、血管增生及混合性發炎細胞浸潤。鼻竇黏膜組織可見血管周圍有鈍圓形至橢圓形細胞增生，並伴有出血。免疫組織學化驗顯示平滑肌肌動蛋白(SMA)呈陽性，證實具有血管周圍分化特徵，而AE1/AE3、STAT6、S100、HMB45及Melan A均為陰性。根據病理組織結果，診斷為鼻竇血管平滑周細胞瘤(Sinonasal Glomangiopericytoma)。經6個月的術後門診追蹤，未觀察到腫瘤復發或殘留。

(29)

鼻手術拔管後的負壓性肺水腫的案例分析—病例報告

Negative-Pressure Pulmonary Edema After Septomeatoplasty—Case Report

林姝彤 袁建漢

國軍高雄總醫院耳鼻喉科

負壓性肺水腫(NPPE)是一種罕見但致命的手術後併發症。NPPE是一種急性呼吸衰竭，發生在當患者在上呼吸道受阻時用力吸氣，而產生極大的胸腔內負壓，進而引發肺水腫。在我們的病例中，1位56歲的女性接受鼻中隔成形術，在手術完成拔管後出現紫紺、血氧飽和度下降和喘息音。患者被診斷為肺水腫，胸腔X光發現batwing distribution。病人被重新插管並接受利尿劑和全身類固醇治療。病人於1個小時後順利拔管，並持續使用氧氣面罩，3天後病人不需使用氧氣面罩，追蹤的X光顯示進步。病人在5天後康復出院，且並未出現殘留的呼吸問題。鼻手術的患者經常在術後需將鼻子塞起，進而引起上呼吸道阻塞的問題，因此儘早識別和治療NPPE是件至關重要的事。

(30)

基於MXene的3D列印乾式電極應用於吞嚥深度學習監測—病例報告

3D Printed MXene-Based Dry Electrode for Swallowing Deep Learning Monitoring—Case Report

劉禹宏¹ 黃子晏^{1,2}

¹高雄醫學大學附設中和紀念醫院耳鼻喉部 ²高雄醫學大學附設高醫岡山醫院耳鼻喉科

吞嚥障礙具有複雜的疾病機制，在臨床診斷上具有一定的挑戰性。吞嚥障礙可由多種因素所引起，可能造成病人長期營養問題、加重併發症風險，並造成疾病之不良預後。傳統的診斷方式包含螢光吞嚥攝影檢查(VFSS)及吞嚥內視鏡檢查(FEES)，然而這些診斷方式存在諸多限制，尤其受限於設備與有限人力。新型非侵入性表面肌電圖(sEMG)已運用於許多疾病的生物感測，其中，創新的基於MXene的3D列印乾式電極，相較傳統感測工具提高了電極的導電性、生物相容性及可重複使用性。並由於其結構顯著增加了表面積，從而提升訊號採集的穩定性，也降低了長期監測過程中的訊號衰減問題，提升了臨床應用的便利性與成本效益。為了應對吞嚥障礙診斷上的挑戰，本研究探討非侵入性表面肌電圖技術在吞嚥監測上的應用，並結合深度學習技術，以智慧化評估系統協助醫師進行吞嚥功能之定量分析，以精確、客觀評估病人術後吞嚥功能的變化，從而提供非侵入性生物感測技術吞嚥監測的創新方法。

(31)

甲氨蝶呤誘發扁桃腺炎—病例報告

Methotrexate for Rheumatoid Arthritis Might Developed Tonsillitis—Case Report

林挺申¹ 駱啓文² 謝采伶² 溫子誼³ 蔡青劭^{1,4,5}

¹童綜合醫院耳鼻喉部 ²童綜合醫院醫研部 ³童綜合醫院護理部 ⁴童綜合醫院院長室 ⁵中興大學生命科學院

報告1例與醫源性免疫缺陷相關的EB病毒(Epstein-Barr病毒)陽性淋巴增生性疾病，表現為多形性霍奇金樣型(Hodgkin-like)的扁桃腺炎，該患者因類風濕性關節炎接受甲氨蝶呤(Methotrexate)治療。該患者為1名69歲女性，因喉嚨疼痛數日就診於我院門診。她的臨床表現為雙側腭扁桃腺紅腫伴隨膿膜(Pus)覆蓋。進一步的病理切片檢查顯示潰瘍、壞死、肉芽組織、鱗狀上皮過度增生及局部低度異型增生。電腦斷層掃描(CT)顯示雙側腭扁桃腺不對稱性壞死，並伴隨有頸部、上縱隔腔及雙側腋窩區域多處壞死性淋巴結腫大。患者隨後接受了扁桃腺切除手術，雙側扁桃腺病理結果顯示為醫源性免疫缺陷相關EBV陽性淋巴增生性疾病，表現為多形性霍奇金樣型並伴膿性肉芽腫性炎症。上述結果顯示，該病患之雙側扁桃腺炎可能與長期使用甲氨蝶呤相關。

(32)

雙側聲帶突肉芽腫—病例報告

Bilateral Vocal Process Granuloma—Case Report

蔡瑞軒

霧峰澄清醫院耳鼻喉科

聲帶突肉芽腫是發炎組織的良性生長，通常出現在聲帶後部，該處有軟骨且保護性軟組織較少。聲帶突肉芽腫可能由於咽喉逆流刺激、插管相關創傷或長期清嗓、長期咳嗽或大喊/高強度說話形成。1位33歲女性病患，3個月曾接受全身麻醉插管手術，主訴喉嚨有異物感、聲音沙啞並伴隨略為呼吸困難，影響日常生活甚鉅。喉鏡檢查發現雙側聲帶突肉芽腫與杓狀軟骨區紅腫併水腫。病患接受內科藥物保守治療效果不佳，欲積極接受治療。經醫病充分討論後，接受喉直達顯微鏡手術雷射切除手術，病灶並無復發情形。選擇適當治療方式相當重要，在手術治療前，臨床處置上可考慮先進行非手術治療並治療潛在刺激因素(如於咽喉逆流、咳嗽和清喉嚨來緩解，必要時才考慮手術治療。

(33)

使用Bevacizumab治療復發性上呼吸道乳突狀病毒瘤—病例報告

Bevacizumab to Treat Recurrent Laryngeal Papillomatosis—Case Report

張庭瑋 趙品植

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

復發性上呼吸道乳突狀病毒瘤(recurrent laryngeal papillomatosis, RRP)是一種由人類乳突病毒(Human Papillomavirus, HPV)引起的罕見良性疾病。RRP的病程在不同病患身上差異極大，聲音嘶啞為主要症狀，嚴重的患者可能出現喘鳴，部分病例甚至會擴散至下呼吸道，增加併發症與惡性轉化的風險。1名63歲女性，診斷為RRP並且在外院接受KTP雷射切除手術，因為再次復發，故前往本院就診，內視鏡檢查發現右側聲帶腫瘤懷疑為RRP，與病患討論後決定先接受二氧化碳雷射切除術，術後恢復良好，然而兩個月後RRP再次復發，因此除了二氧化碳雷射切除術，病人同時接受右側聲帶病灶Bevacizumab注射術。術後半年的追蹤，都沒有再次復發的跡象。RRP的標準第一線治療為手術切除，治療重點在於維持聲帶功能並預防氣道阻塞，而非徹底根治。當患者每年需要接受四次以上的手術，或病灶廣泛且影響氣道功能時，可以考慮輔助性藥物治療，以降低復發風險。包括干擾素 α (IFN- α)、cidofovir，或是與本次個案相同的bevacizumab。隨著技術不斷進步RRP的治療也趨向精準化及個人化。

(34)

氣管皮膚瘻管以局部皮瓣修補一病例報告

Tracheocutaneous Fistula Repair Using Local Flap Reconstruction—Case Report

劉欣昊 趙品植 李飛鵬 王興萬

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科

氣管皮膚瘻管(Tracheocutaneous Fistula, TCF)是氣管切開術後常見的併發症，通常與氣管切開口的持續鱗狀上皮化有關。這種情況可能導致外觀不佳、反覆皮膚刺激、咳嗽無力和氣道保護功能下降等問題。隨著氣管切開適應症的變化，尤其是長期氣管切開患者的增加，持續性氣管皮膚瘻管的發生率逐漸上升。治療方法分為保守治療和外科手術，其中外科手術對大多數患者更為有效。本報告介紹了1位74歲女性患者，長期接受透析治療，並因呼吸衰竭進行氣管切開術。術後數月，傷口未完全癒合，最終導致氣管皮膚瘻管的形成。患者出現氣道分泌物外漏，並伴隨呼吸不適及局部感染風險。經過臨床評估後，患者選擇接受手術治療，並進行局部皮膚瓣修補。手術中，外科醫師對瘻管進行橢圓形切開，將瘻管與周圍軟組織分離，並建立局部皮瓣。隨後，瘻管被內翻並用縫線關閉，最終用局部皮瓣修補傷口。術後，患者經過監測，傷口逐步癒合，氣道通暢，且未再發氣管皮膚瘻管。此病例強調氣管皮膚瘻管作為氣管切開術後常見的併發症，並指出及手術處置的方式。

(35)

甲狀腺神經鞘瘤伴氣管侵犯一病例報告

Primary Thyroid Schwannoma with Tracheal Invasion—Case Report

羅笙維 張耕閔 葉瑞銘

嘉義長庚紀念醫院耳鼻喉系

1名72歲男性因活動時出現呼吸困難持續兩個月後就醫。理學檢查未發現頸部明顯腫塊。纖維喉鏡檢查顯示聲帶下方有腫塊，但未見聲帶麻痺。頸部超音波與電腦斷層掃描顯示，左側甲狀腺葉內存在一個邊界清晰的異質性腫塊，且疑似侵犯氣管。由於懷疑惡性腫瘤，病人接受全甲狀腺切除合併氣管部分切除及氣管造口手術。由於腫瘤占據70~80%的聲門下腔空間，且甲狀腺組織易出血。因此手術時選用通氣支氣管鏡搭配吸引消融器進行局部腫瘤減積，成功擴大氣道後，順利更換為小號氣管內管。在完整移除聲門下腫瘤後，改以正常口徑氣管內管，並順利完成甲狀腺全切除手術。組織病理學檢查結果顯示腫瘤具完整包膜，屬梭形細胞腫瘤。免疫組織化學染色顯示S-100蛋白陽性，而甲狀腺標記陰性，確診為神經鞘瘤。神經鞘瘤，又稱神經纖維膜瘤，源自周圍神經系統，發生於甲狀腺的病例極為罕見，且侵犯氣管的情形更為少見。手術完整切除為主要治療方式，若合併氣管侵犯，需術前詳細規劃，以確保麻醉及手術順利進行。

(36)

舌根部異位甲狀腺—病例報告

Tongue Base Ectopic Thyroid—Case Report

何俊賢

高雄長庚紀念醫院耳鼻喉部

異位甲狀腺為臨床上罕見的疾病，發生率在一般人約為1/100000-300000，而在甲狀腺疾病的人上則為1/4000-8000。此病例報告為1位49歲女性，無其他過去慢性病史，因喉嚨異物感約6個月，於外院治療症狀仍持續，因此到本院門診就診。於本院耳鼻喉科門診時，經鼻咽內視鏡發現舌根部表面平滑的大腫塊，電腦斷層檢查顯示為舌根部腫塊並且發現在頸部無甲狀腺組織，懷疑為舌根部異位甲狀腺。病人隨後接受切片檢查，結果顯示為異位甲狀腺組織，並無發現惡性細胞。抽血檢驗顯示甲狀腺低下。因病人呼吸及吞嚥沒有受影響，因此定期門診追蹤，並於新陳代謝科門診控制甲狀腺功能。舌根部為異位甲狀腺最常見的部位，其他如頸部、喉部、縱隔腔...等皆有可能發現。通常沒有造成症狀的話觀察即可，甲狀腺功能若有異常則用內科治療控制。若有造成吞嚥困難、呼吸困難...等併發症，可以考慮手術的方式切除或減積。

(37)

甲狀腺多結節性腫大伴氣道壓迫—病例報告

Huge Thyroid Multinodular Goiter with Airway Compression—Case Report

吳仲升 廖立人

亞東紀念醫院耳鼻喉部

1名40歲女性因有甲狀腺多結節性腫大和氣喘病史，患者因嚴重呼吸困難、血氧飽和度下降至29%緊急至急診就醫，急診先行給予類固醇、支氣管擴張劑及雙相呼吸道正壓呼吸器治療，初步穩定生命徵象。頸部電腦斷層顯示巨大甲狀腺腫壓迫氣道。經評估後，患者同意接受緊急雙側全甲狀腺切除術，照護團隊也會診了心臟外科及胸腔外科待命以防插管失敗時需要葉克膜或氣管塌陷需要氣管內支架維持呼吸道。手術房中麻醉科順利完成插管及手術，術後轉入外科加護病房治療1天後轉回普通病房，並於術後第4天出院。後續回診追蹤頸部傷口癒合良好，無聲帶麻痺併發症。結論：巨大甲狀腺多結節性腫大導致的氣道壓迫可造成致命風險。雖然大多數甲狀腺腫大病程緩慢，但部分可迅速增大，導致急性呼吸衰竭。本例因嚴重氣道阻塞與低氧血症，需緊急手術。術前的多團隊介入(包含麻醉科、心臟外科、胸腔外科)也是此次治療的重點。

(38)

喉結核症—病例報告

Laryngeal Tuberculosis—Case Report

孫宜緯¹ 莊承勳²

¹高雄醫學大學附設中和紀念醫院耳鼻喉頭頸外科部 ²高雄醫學大學附設高醫岡山醫院耳鼻喉科

喉結核是一種罕見、慢性傳染性的疾病，常見於肺結核患者或免疫低下人群，佔所有結核病病例不足1%。臨床上表現常為聲音沙啞、咽喉疼痛和吞嚥困難等症狀，最常見的部位為喉部後部、聲帶。其他常見症狀包括咳嗽、發燒和夜間盜汗。文獻資料上此疾病的預後取決於早期診斷和治療，目前治療方式主要以抗結核藥物為主，輔以局部治療措施。1名71歲男性因長期沙啞6個月至診間就診，內視鏡檢查發現右側聲帶有一潰瘍性腫瘤，頸部電腦斷層顯示右側聲門腫瘤；血液檢驗鱗狀上皮癌抗原並無異常，同時胸部X光顯示右肺有一不透明陰影，胸部電腦斷層顯示右上肺有一實質腫瘤(2.4 cm)。病人於2024年5月安排喉顯微手術切片，並同時蒐集連續3日痰液作化驗。病理報告為鱗狀上皮增生，然而痰液抗酸染色呈現陽性，經GeneXpert確認為結核分枝桿菌陽性。病人開始結核菌藥物治療(2HRZE/4HR)。經過治療後2個月，病人臨床症狀已穩定，再次安排內視鏡檢查右側聲帶潰瘍已痊癒，痰液抗酸染色呈現陰性。喉結核菌常需要與喉惡性腫瘤做鑑別診斷，於臨床上為一挑戰，故特此提出報告。

(39)

甲狀腺膿瘍併發深頸部感染之個案報告

A Case Report of Thyroid Abscess Complicating Deep Neck Infection

洪睿甫

義長庚紀念醫院耳鼻喉科系

甲狀腺膿瘍是一種罕見但可能危及生命的疾病，通常與細菌感染相關，可能進展為深頸部感染，進而引發嚴重併發症，如縱隔感染或敗血症。本報告描述1例67歲女性因右側甲狀腺膿瘍合併深頸部感染而入院治療的病例，並探討其診斷與治療經驗。患者為67歲女性，主訴右側頸部腫脹疼痛5天，並且吞嚥困難，未伴有明顯發燒或呼吸短促等症狀。體檢發現右側頸部腫脹、觸痛明顯，但無明顯皮膚發紅。內視鏡檢查發現右側側咽壁腫脹，但上呼吸道尚通暢，抽血顯示白血球上升，C-反應蛋白(CRP)增高。頭頸部電腦斷層顯示右側甲狀腺腫大並伴有低密度膿腫，且延伸至深頸部間隙，診斷為甲狀腺膿瘍合併深頸部感染。患者接受廣效性抗生素治療並進行頸部膿瘍引流及預防性氣切手術。經持續填塞排膿及傷口沖洗約1週後，患者症狀明顯改善，發炎指數及白血球下降，順利進行後續頸部傷口清瘡及縫合手術及氣切造口縫合手術。後續門診追蹤未見復發。

(40)

沙門氏桿菌引起之深頸部感染—病例報告

A Case of Deep Neck Infection Caused by Salmonella

王笠丞 郭又瑄

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院耳鼻喉科

案例為60歲男性，除控制不良之糖尿病外無其他慢性病史。病人因持續數天的左側頸部腫脹及疼痛前來就診，理學檢查可以見左側下頷部位約6*5 cm之腫塊，表面可見皮膚缺損並有黃膿滲出液。實驗室檢查顯示WBC: 29900 ul, CRP: 15.93 mg/dL, glucose: 293 mg/dL, HbA1C: 12%。電腦斷層掃描結果顯示左側下頷部位非均質性腫塊合併深頸部感染病灶。病人住院後接受抗生素治療以及左頸部切開引流手術。術中膿瘍之細菌培養顯示為Salmonella Group D1，然病人並無主訴之腸胃道症狀，且血液及尿糞細菌培養皆為陰性。病人後續因原腫塊處皮膚壞死區域較大，後來再次接受傷口清創以及整形外科執行補皮手術，並順利於感染控制後出院。文獻顯示沙門氏菌腸道外之感染，在免疫功能低下如糖尿病患者中較為常見，可能原因包含傷口直接感染或是腹腔內感染後經由血液或淋巴引發的腸外感染。沙門氏菌是頸部膿瘍罕見之病原菌，故提出此案例報告。

(41)

老年患者第四對鰓裂瘻管合併深頸部感染的罕見表現—病例報告

A Rare Case of Fourth Branchial Cleft Fistula Complicated with Deep Neck Infection in Elderly

呂紹安¹ 林奎佑^{1,2}

¹新光醫院耳鼻喉頭頸外科 ²輔仁大學醫學系

此個案為82歲女性，患有高血壓和糖尿病，但無菸酒檳榔和近期牙科病史。病患在上呼吸道感染過後不到一個禮拜，逐漸產生左頸腫痛、吞嚥困難嗆咳，及呼吸短促的臨床表現。經過基層醫療院所治療後因症狀持續加劇，故轉送本院急診治療。初步評估除左頸明顯紅熱腫痛外，纖維內視鏡檢查亦觀察到會厭及左側下咽側壁腫脹；同時，血液檢查則明確指出病患處在嚴重發炎狀況。進一步安排電腦斷層，影像顯示頸部於左側及甲狀腺週圍呈現低密度病灶。研判診斷為深頸部感染故安排緊急插管和膿瘍切開引流手術。術後因頸部傷口持續有滲液，故安排吞嚥攝影。結果發現有瘻管延伸至左側甲狀腺外側，因而確診認為左側第四鰓裂囊腫合併深頸部感染。由於此種病症於老年發病實屬較罕見，故特此報告。

(42)

鼻咽癌合併肺肉瘤之臨床案例分析

Clinical Analysis of a Patient with Nasopharyngeal Carcinoma and Pulmonary Sarcoma

陳竝瑋

亞東紀念醫院耳鼻喉暨頭頸部

58歲女性患者主訴間歇性血痰2–3個月，無其他明顯症狀。否認嚼食檳榔、吸菸或飲酒史，亦無家族惡性腫瘤病史。初步理學檢查未觸及頸部或口腔腫塊。鼻咽內視鏡檢查發現鼻咽中央腫塊，無下咽或喉部病灶。活檢組織病理學確診為非角化型鱗狀細胞癌，主要為未分化亞型。病人30年前曾接受甲狀腺切除術，並有左側胸壁肉瘤病史，已手術切除。神經學檢查無異常，無顏面神經麻痺、聽力受損、吞嚥困難或其他腦神經功能異常。腹部超音波無異常，骨掃描未見遠端成骨性轉移，然胸部X光顯示左肺有一大病灶。進一步胸部CT及穿刺活檢發現梭形細胞病變，疑為肉瘤轉移。此外，右乳房腫瘤穿刺活檢顯示梭形細胞增生，符合肉瘤樣惡性腫瘤。PET-CT檢查提示左腎上腺、右上臂、右前腹壁、左下背及雙側大腿可能轉移。患者因個人考量攜帶病歷尋求第二意見。

(43)

經鼻內視鏡手術治療鼻咽癌患者顱底放射性骨壞死—病例報告

Endoscopic Endonasal Approach For Catastrophic Skull Base Osteoradionecrosis In A Nasopharyngeal Cancer Patient—Case Report and Literature Review

鄭詠聰 林虞軒 張庭碩

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

顱底骨壞死是頭頸部腫瘤放射治療後罕見但嚴重的併發症，可能導致顱神經麻痺、腦脊髓液滲漏、鼻出血及顱內感染。ORN通常發生於放射治療後平均77個月，平均放射劑量為76.2 Gy。研究顯示，內視鏡清創合併局部皮瓣修復的成功率為63.8%。1名51歲男性，6年前因鼻咽癌接受化學放射治療，4年前因局部復發行內視鏡岩骨切除術合併鼻中隔皮瓣重建。2年前，腫瘤於翼突基底部復發，經接受內視鏡上頷骨切除術及輔助性化學放射治療後，他主訴惡臭、持續性頭痛，鼻咽內視鏡顯示鼻咽頂部有厚痂堆積。頭頸部電腦斷層及磁共振影顯示右側鼻咽區及顱底中央有異常增強的軟組織，並侵犯右側內頸動脈。基於第III級顱底骨壞死診斷，他接受內視鏡死骨切除術，並以腹部脂肪進行重建。術後，頭痛立即改善，鼻咽內視鏡顯示脂肪良好覆蓋於鼻咽頂部。根據研究，顱底骨髓炎的感染無法控制率為38.5%，死亡率為23.1%。本病例經長期抗生素、清創手術及高壓氧治療後改善。

(44)

以內頸靜脈孔綜合症為首發表現的鼻咽癌—病例報告

Jugular Foramen Syndrome as the Primary Presentation of Nasopharyngeal Carcinoma—Case Report

林韓杰

大里仁愛醫院耳鼻喉暨頭頸部

1名63歲男性過去病史包含冠狀心臟病穩定於門診追蹤治療，因過去3個月反覆出現頭暈與暈厥而至急診就醫，但否認有眩暈、局部肌肉無力、冷汗、發冷、耳鳴或聽力喪失。血液檢查顯示troponin-T (134.0 ng/L)較先前測量值略增。為排除顱內病變，安排腦部CT，意外發現鼻咽口咽大型腫瘤，並侵犯頸靜脈孔及頸動脈管。耳鼻喉科接受會診，理學檢查發現患者右側聲帶麻痺，咽部無力(軟顎抬升無力)，右側梨狀窩唾液滯留，肩膀下垂。鼻咽內視鏡檢查發現鼻咽表面光滑無潰瘍或腫塊，但有明顯的黏膜下腫大，導致兩側耳咽管阻塞。此外右頸第二區有一顆2.5 cm、固定堅硬腫塊。採鼻咽及頸部淋巴結core biopsy，確診為未分化型非角化鱗狀細胞癌並頸部轉移。最終診斷為NPC合併頸靜脈孔症候群(jugular foramen syndrome)。JFS是一種罕見NPC相關晚期表現，當腫瘤侵犯顱底頸靜脈孔時，會影響其中的CN 9/10/11對，導致功能異缺損。患者反覆暈厥也認為是腫瘤包覆頸動脈壓迫所致。因此若發現患者有喉部或頸部的局部神經缺陷，應警覺可能存在顱底源病變，並接受耳鼻喉科評估。

(45)

罕見左外耳道副神經節瘤—病例報告

A Rare Case of Paraganglioma in the Left External Auditory Canal—Case Report

詹健揚

東元醫療社團法人東元綜合醫院

這篇病例報告描述了1位56歲女性，因左耳反覆出血就診，檢查發現左側外耳道腫瘤。經病理和免疫組織化學分析確診為副神經節瘤(paraganglioma)，這是一種罕見的神經內分泌腫瘤，通常發生於副腎以外的神經節，耳部發病率極低。患者接受部分切除手術，但由於切除邊緣不乾淨，建議進一步影像學檢查並考慮完全切除手術。副神經節瘤的臨床表現多樣，耳部病例常表現為聽力下降、耳鳴、耳悶或耳部出血等，這些症狀常與慢性中耳炎或膽脂瘤相似，因此診斷具挑戰性。影像學檢查顯示腫瘤存在，最終確診依賴免疫組織化學染色，結果顯示典型的副神經節瘤特徵。副神經節瘤的標準治療為完全切除，並且若切除邊緣乾淨，可顯著減少復發風險。對於無法完全切除的情況，放射治療可作為輔助治療。儘管該病例的Ki-67增殖指數較低，仍需密切追蹤。基因檢測有助於識別高風險突變基因，對預後評估具有重要意義。總結來說，副神經節瘤在耳部的罕見性使其診斷具有挑戰性，影像學檢查與病理分析對確診至關重要。患者需定期追蹤，及時處理腫瘤進展。

(46)

左側舌根唾液腺透明細胞癌—病例報告

Hyalinizing Clear Cell Carcinoma of the Left Tongue Base—A Case Report

洪爾謙 鄭博文 廖立人

亞東紀念醫院耳鼻喉部

唾液腺透明細胞癌是一種罕見的唾液腺惡性腫瘤，通常發生於硬顎、軟顎或舌根等小唾液腺部位。儘管其惡性程度較低，但仍需密切監測以防止局部復發或轉移。本研究報告1名53歲女性患者，主訴左側舌部腫塊已持續3個月。經理學檢查與鼻咽纖維內視鏡檢查，發現左側舌根腫塊，並且延伸至左側顎舌弓，經過切片手術後，病理報告顯示為唾液腺腫瘤，疑似診斷為唾液腺透明細胞癌、黏液類上皮細胞癌。隨後患者接受左側舌根至左側口咽的腫瘤切除手術，病理結果確認為透明細胞癌，腫瘤尺寸 $2.8 \times 2.0 \times 1.6$ cm，切緣深側和左側緣被腫瘤侵犯，術後接受放化療，每週一次順鉑，計劃放射劑量6600 cGy，分33次照射。於後續門診追蹤局部理學檢查與鼻咽纖維內視鏡並未發現病灶，但是於核磁共振發現仍有左側舌根的腫瘤病灶。回顧文獻，雖然唾液腺透明細胞癌表現為緩慢增長、無痛腫塊，預後良好，局部復發率低，然而，仍需密切監測以防止復發或轉移。

(47)

罕見喉部肌上皮腫瘤—個案報告

Myoepithelioma of the Larynx—A Case Report

張亦愷 王榮德

亞東紀念醫院耳鼻喉部

個案為47歲女性，本身自述無慢性疾病史。患者主訴漸進性聲音沙啞持續3年，伴隨異物感及口乾感。患者否認吸菸、飲酒、外傷及手術病史。鼻咽喉內視鏡檢查發現左側假聲帶腫塊，雙側聲帶活動及閉合狀況良好。安排頸部電腦斷層，顯示左側假聲帶內1.6 cm低密度腫瘤，邊界清晰。後續安排做喉直達顯微手術做探查及切片。首次病理學分析顯示，標本內含黏液外滲及局部纖維化之黏膜下層漿液黏液性小唾液腺，無惡性病變。與患者討論後，安排做完整的切除手術。病理報告呈現黏膜下層分葉狀腫瘤。免疫組織化學染色顯示S100為瀰漫性陽性，CK7無導管成分表現，Ki-67標記指數<5%。腫瘤無明顯細胞異型性、增生性核分裂或腫瘤性壞死。診斷為肌上皮腫瘤。術後追蹤患者症狀有明顯改善。

(48)

以頑固性中耳炎表現之肺癌—病例報告與文獻回顧

Refractory Otitis Media as Initial Presentation of Lung Cancer

陳姵妤^{1,2}

¹馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸部 ²馬偕醫學院聽力暨語言治療學系

1名62歲男性因近兩月左側聽力逐漸減退併有逐漸加劇的鈍性頭痛而就診，耳鏡檢查顯示左側漿液性中耳積液，鼻咽部及乳突部皆無病變。電腦斷層發現軟組織佔據左側中耳及乳突並有蝕骨性病灶由乳突尖向外膨出，但無聽小骨或上鼓室外側壁侵蝕；磁共振影顯示病灶中央壞死且侵犯硬腦膜。患者於抗生素治療後症狀曾短暫改善，但隨後出現耳後壓痛及耳道後壁腫脹。初診一個半月後，患者突發左側顏面神經麻痺，故接受乳突切除術，術中發現乳突腔內充滿肉芽組織，病理檢查確認為鱗狀細胞癌；左上肺野病灶穿刺證實為兼具鱗狀細胞與肺腺癌特徵之非小細胞癌，最終分期為cT2aN1M1c，IVB。患者接受骨轉移病灶放射治療及免疫治療，但仍於診斷後6個月因肺炎逝世。顱骨轉移極少作為惡性腫瘤的初始表現，常見臨床表現為亞急性聽力喪失、顏面神經麻痺、耳痛及耳後腫脹，約三分之一患者無症狀，多數患者於診斷同時已有全身性轉移，診斷後的存活中位時間僅3個月，預後極差。臨床醫師面對表現頑固亞急性耳科症狀之患者，應積極評估其潛在惡性腫瘤之可能。

(49)

口腔癌頸部軟組織轉移之雙葉皮瓣重建—病例報告

Bilobed Flap Repair for Neck Soft Tissue Defect Due to Metastasis in a Patient with Oral Cancer—Case Report

吳俊逸 廖立人 鄭博文 羅武嘉

亞東紀念醫院耳鼻喉部

頭頸部的軟組織缺損是常見的情況，通常由創傷或惡性腫瘤的手術治療所引起。皮瓣重建在這些缺損的修復中扮演著至關重要的角色，旨在減少併發症並改善外觀結果。雖然在頭頸部重建中常使用各種皮瓣技術，但據我們所知，雙葉皮瓣在這一頸部區域尚未被報告過。本文報告了1例具有複雜基礎病情的患者，其病情使得長時間麻醉的風險升高。在這些考量下，我們選擇使用雙葉皮瓣，成功地用於重建右側下顎區域的中等大小軟組織缺損，該缺損是在切除復發性口腔癌後形成的。經歷多次手術和同步化學放療後，這位65歲男性患者出現了明顯的頸部僵硬，導致無法直接縫合缺陷，且傳統的局部皮瓣技術無法有效處理傷口。因此我們採用雙葉皮瓣方式進行重建，第一葉位於右側下顎缺損的相鄰區域，第二葉則緊接在第一葉旁，採用了雙重轉位設計。皮瓣成功癒合，且患者康復良好。這例病例報告強調了雙葉皮瓣在重建中等大小軟組織缺損中的有效性，特別是在經歷過頸部廓清手術和同步化學放療的復發性頸部轉移性口腔癌患者中。

(50)

源自腮裂囊腫的原位型扁平細胞癌—病例報告

Squamous Cell Carcinoma in Situ Arising from Branchial Cleft Cyst—Case Report

游進益¹ 徐惠珍²

¹佑民醫療社團法人佑民醫院耳鼻喉科 ²光田醫療社團法人光田綜合醫院耳鼻喉頭頸部

腮裂囊腫是20至40歲較常見的先天性頸部囊腫，而源自腮裂囊腫的原位型扁平細胞癌則非常罕見。腮裂囊腫扁平細胞癌於1882年由Volkman首先提出，引起很多爭議。後來Martin 1950年對此癌症做了嚴格定義。以手術切除後病理檢查為診斷依據，治療上除外科手術切除外，或合併放射線治療。佑民醫療社團法人佑民醫院耳鼻喉科2024年10月經歷1位67歲男性主訴右側上頸部有一囊腫，理學檢查顯示在右頸胸鎖乳突肌前第二區，有一3 cm囊性腫瘤，住院經電腦斷層檢查後，病人接受外科手術切除，病理檢查顯示在囊腫壁扁平細胞上有原位惡性腫瘤細胞增生，診斷為腮裂囊腫扁平細胞癌。病人手術後合併放射線治療。源自腮裂囊腫的原位型扁平細胞癌相當罕見，診斷上以手術切除後惡性腫瘤細胞源自囊腫壁扁平細胞為依據，臨床上需與人類乳頭瘤病毒相關的口咽癌，所造成的囊狀淋巴結轉移做鑑別診斷。治療後病人需接受長期追蹤檢查，以早期發現復發或5年內在上呼吸消化道出現第二個癌症的可能性。因病例極為少見，特提出報告。

(51)

典型何杰金氏淋巴瘤—病例報告

Classic Hodgkin Lymphoma—Case Report

徐惠珍¹ 游進益²

¹光田醫療社團法人光田綜合醫院耳鼻喉頭頸部 ²佑民醫療社團法人佑民醫院耳鼻喉科

典型何杰金氏淋巴瘤佔所有約佔所有癌症的0.5%和所有淋巴瘤的10%。臨床上分為四個亞型，其好發的年紀為15至35歲之間，有些亞型甚至在70至80歲間。男女性發生率相當，但有些亞型以男性較多。臨床典型症狀主要為無痛性淋巴腫大，分佈在頸部、縱膈腔或腋下等。40%的病人會出現B症狀，包括發燒、夜間盜汗和體重減輕。病理組織發現何杰金李特斯頓伯格(Hodgkin/Reed -Sternberg)細胞是診斷依據。細胞抗原免疫分型CD30表現100%。治療上以腫瘤分期為準，主要是化學合併放射線治療。佑民醫療社團法人佑民醫院耳鼻喉科於2024年10月經歷1位40歲男性病人，主訴兩側頸部有多發性淋巴結腫大，經切片病理診斷為典型何杰金氏淋巴瘤，屬於混和細胞亞型。於是病人接受化學合併放射線治療。典型何杰金氏淋巴瘤是一種不常見的癌症，臨床上常以無症狀淋巴結腫大來表現，需與其他頭頸部腫瘤做鑑別診斷。因病例較為少見，特提出報告。

(52)

以口腔及口咽腫瘤表現之免疫球蛋白G4相關疾病—病例報告

Oral and Oropharyngeal Tumors Associated with Immunoglobulin G4-Related Disease—Case Report

紀華瑋 林世倉

天主教耕莘財團法人耕莘醫院耳鼻喉頭頸外科

個案為57歲男性，有潰瘍性大腸炎病史，持續於台大醫院風濕免疫科追蹤治療。個案於2023年8月至本院就診，主述為左舌有個疑似腫瘤之潰瘍性病灶，已持續約2個月未能癒合。經耳鼻喉科完整理學及內視鏡檢查後，除左舌外並無發現其他可疑病灶，為排除癌症可能，於當下進行切片。病理報告僅顯示為慢性發炎，故後續於門診持續追蹤，在追蹤期間，左舌病灶逐漸縮小，至12月時已完全消失。然而2024年3月，於右側扁桃腺及軟顎新發肉芽樣病灶，結合個案本身自體免疫病史及先前左舌病灶變化，懷疑是IgG-4相關性疾病或等免疫相關疾病，後於2024年3月18日接受右側扁桃腺腫瘤切片，病理免疫染色顯示IgG-4強烈陽性，確診為IgG-4相關性疾病。因個案持續於台大醫院治療潰瘍性大腸炎，故後續轉回原風濕免疫科醫師繼續治療。在接受口服類固醇(10 mg/day)、秋水仙素、及單株抗體Adalimumab治療約2個月後，2024年5月於本院耳鼻喉科追蹤，原右側扁桃腺及軟顎病灶已大幅縮小，且無其他明顯症狀或藥物副作用，後續持續於風濕免疫科治療評估及定期耳鼻喉科追蹤。

(53)

罕見的外頸靜脈血管內乳頭狀內皮增生—病例報告

External Jugular Vein Masson's Tumor—A Rare Case Report

張家恆¹ 吳幸美^{1,2}

¹新光醫院耳鼻喉科 ²輔仁大學醫學系

這是1位40歲的亞洲男性，無特殊病史，左側頸部出現一個無痛、緩慢生長的腫塊已超過6個月。患者否認曾有外傷、惡性腫瘤、導管置入或高凝狀態病史。在超音波檢查，我們發現一個低回音結節與外頸靜脈相連，內部疑似有血管結構。鑑別診斷包括外頸靜脈血栓、反應性淋巴結病變、血腫或鰓裂囊腫。對比增強電腦斷層掃描確認了病灶與外頸靜脈的關聯性，與超音波結果一致，但放射科醫師因病灶邊緣增強而懷疑膿瘍形成。後續細針穿刺檢查未發現惡性細胞。隨後進行腫塊切除。於術中我們觀察到一暗紫色腫塊，位於胸鎖乳突肌上，與靜脈結構相連。病理檢查顯示，該病灶邊界清楚之外，內部有乳頭狀內皮細胞增生及血管腔道，中央則有未組織化的血栓，符合「血管內乳頭狀內皮增生」。術後傷口復原良好，我們並未給予額外藥物治療。建議每年追蹤回診。

(54)

舌根部唾液腺透明細胞癌之臨床表現、影像表現及治療—病例報告

Presentation, Imaging Finding, and Treatment of Hyalinizing Clear Cell Carcinoma of Base of Tongue—Case Report

黃唯嘉 曾良鵬

高雄醫學大學附設中和紀念醫院耳鼻喉部

簡介：唾液腺透明細胞癌(Hyalinizing clear cell carcinoma, HCCC)在臨床上相當少見，所有唾液腺惡性腫瘤中約占百分之一，而發生在口咽部更極為罕見。故透過此病例能顯現出口咽唾液腺透明細胞癌之臨床表現、特徵及治療方式。案例：此為23歲女性患者，無菸酒檳榔史及其他系統性慢性病史。自2024年5月起發現右側舌根部腫塊，並感到異物感。患者無咽喉痛、吞嚥困難、口腔出血、體重減輕等症狀。該腫塊逐漸增大，並未引起明顯的疼痛或其他不適。於2024年6月至本院門診就醫，鼻咽喉內視鏡顯示右側舌根部約3 cm之表面平滑腫塊。於2024年7月入院接受舌根腫瘤切片報告為唾液腺透明細胞癌，並後續於同年8月接受經口舌根腫瘤廣泛性切除及右側頸部廓清手術。術後之病理報告顯示唾液腺透明細胞癌(pT3N0)，腫瘤邊緣無侵犯，但有神經周圍浸潤及淋巴血管浸潤。並接受術後輔助性放射線治療，於2024年11月療程完結。目前規律於本科門診追蹤並顯示穩定且無復發。

(55)

以急性扁桃腺炎合併扁桃周圍膿瘍及頸部淋巴結炎表現之惡性淋巴瘤—病例報告

Malignant Lymphoma Presenting As Acute Tonsillitis With Peritonsillar Abscess And Cervical Lymphadenitis—Case Report

陳子昂 羅武嘉 鄭博文 廖立人

亞東紀念醫院耳鼻喉部

1名50歲男性患者 因 急性扁桃體炎合併扁桃周圍膿腫及頸部淋巴腺炎就診。經經驗性抗生素治療，急性感染症狀於1週內顯著緩解。然而，在後續追蹤時，發現左側腭扁桃體持續性不對稱腫大，並伴隨同側頸部淋巴腺腫大。由於此種持續且不對稱的病灶，臨床醫師對潛在的惡性病變產生高度懷疑。為釐清診斷，對腫大的頸部淋巴結進行切除，病理組織學檢查顯示符合惡性淋巴瘤的特徵。隨後進行免疫組織化學染色及分子分析，最終確診為惡性淋巴瘤。本病例強調了區分惡性淋巴瘤與非典型表現的急性感染過程所面臨的診斷挑戰，特別是在患者已接受適當抗微生物治療後，仍表現出持續性或不對稱的扁桃體與頸部淋巴結病變的情況下，應提高臨床警覺，及時進行組織病理學評估，以確保適當的診斷與後續治療。

(56)

睪丸核蛋白中線癌一病例報告

Nuclear Protein of the Testis Midline Carcinoma—Case Report

劉昱賢 薛智仁 陳書昱

振興財團法人振興醫院耳鼻喉部

此案例為1位37歲男性，無特殊相關病史及慢性疾病，因喉嚨異物感近3個月至本科就醫。經鼻咽鏡檢查發現，不規則腫塊從左側扁桃腺延伸至舌底及後咽壁，並部分阻塞呼吸道。其後安排喉顯微鏡手術進行切片及減積手術。病理結果顯示為睪丸核蛋白中線癌。切片後進行同步放射化學治療。睪丸核蛋白中線癌為NUTM1基因變異所導致，流行病學上，睪丸核蛋白中線癌多發生於上呼吸道，上消化道及縱隔腔，治療方式以手術切除為第一線治療方式。此病患因無法手術，先進行化學治療。治療後追蹤的正子掃描顯示為疾病、完全緩解。因良好的非手術治療效果，故提出報告並做相關討論。

(57)

罕見案例報告—上段氣管惡性球狀瘤

Rare Case Report—Tracheal Malignant Glomus Tumor Over U/3 Trachea

施淳瀚 張庭碩

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科

本案例為1名52歲男性，具高血壓病史。據患者描述，他因逐漸呼吸困難前往醫院就診。無咳血及胸痛，但呼吸有喘鳴聲。支氣管鏡顯示氣管上三分之一處有一顆1.5 cm突出的腫瘤，造成約80%的阻塞，伴有自發性滲血。病理報告未見惡性細胞。PET掃描顯示無其他病灶。由於組織樣本不足確診，故安排手術切除病灶。在2024/08/29進行了ECMO、直接喉鏡腫瘤減積手術、支氣管鏡檢查。病理醫師初步懷疑該病灶為具良性特徵的球狀瘤(glomus tumor)。門診追蹤期間，於2024/09/12進行電腦斷層掃描，報告顯示術後氣管球狀瘤仍殘留於氣管後壁，造成50%上呼吸道阻塞。內視鏡檢查發現腫瘤輕微進展，故於2024/11/07進行氣管部分切除合併腫瘤切除及端對端吻合術。最終病理診斷為惡性球狀瘤(malignant glomus tumor)。儘管腫瘤未呈現典型細胞異型性或高分裂活性，但因其深層位置、較大尺寸、血管及軟骨侵犯，病理醫師判定為惡性球狀瘤。術後追蹤期間，未見腫瘤復發。

(58)

罕見p16陽性之軟顎腺樣囊性癌—病例報告及文獻回顧

A Rare Case of p16-Positive Adenoid Cystic Carcinoma of the Soft Palate—A Case Report and Literature Review

陳力瑀 張世倫

奇美醫療財團法人奇美醫院

腺樣囊性癌(Adenoid Cystic Carcinoma, AdCC)是一種罕見的唾液腺惡性腫瘤，好發於口腔、鼻腔、副鼻竇、氣管及唾液腺，其中口腔內以軟顎最常見。生長緩慢但具高度侵襲性，常發生神經侵犯。對傳統化學治療反應較差，因此手術為主要治療方式，術後建議輔助放射治療以降低局部復發風險。本研究報告1名41歲男性，因左側喉嚨異物感持續3個月就診。檢查發現左側軟顎有1.5 cm之腫塊，頸部電腦斷層顯示左側軟顎內1.8 cm不均質腫瘤，遂進行廣泛切除手術。病理結果確診為Adenoid cystic carcinoma, intermediate grade (<30% solid component)，腫瘤最大徑2.7 cm，無血管、淋巴或神經周圍侵犯，免疫組織化學染色顯示p16陽性，病理分期為T2N0M0, stage II。p16陽性在AdCC中較為罕見。p16過度表達多與人類乳突病毒(HPV)相關腫瘤(如頭頸部鱗狀細胞癌)有關，但在AdCC主要與MYB-NFIB融合基因或NOTCH1突變相關，與HPV之關聯性較低。目前尚無證據顯示p16陽性的AdCC在臨床預後或治療反應上有顯著影響。本病例報告回顧了腺樣囊性癌的臨床表現、診斷方式、治療選擇及預後，並特別探討p16陽性在AdCC中的罕見性及其可能臨床意義。

(59)

以鎖骨上皮瓣重建口腔癌侵犯硬顎及上頷骨患者—病例報告

Utilization of Supraclavicular Flap for Hard Palate and Maxillary Defect Reconstruction in Oral Cancer—Case Report

賴政宏^{1,2,3} 李日清¹ 朱永祥¹

¹三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部 ²國軍台中總醫院 ³國防醫學院

本案例討論1名66歲男性患者，先前因診斷為右側白後三角區鱗狀上皮細胞癌第四期，接受複合性切除術、部分下頷骨切除術及左側前外側大腿游離皮瓣重建手術，並於術後接受化學及放射治療。近期因疑似局部復發，影像檢查顯示雙側上齒齦及硬顎區腫瘤併侵犯上頷骨，經病理切片證實為鱗狀上皮細胞癌復發。考量腫瘤影響硬顎區，經評估後選擇右側鎖骨上皮瓣進行重建，以填補腫瘤切除後的顎部缺損。鎖骨上皮瓣因具備血液供應穩定、組織適應性良好且可提供足夠覆蓋面積等優勢，在顎部重建上展現出良好的適應性與功能性恢復潛力。術後追蹤顯示皮瓣恢復良好，缺損區域修復順利，證實鎖骨上皮瓣為顎部缺損修復的可靠選擇，並具有重要的臨床應用價值。

(60)

Epstein-Barr病毒相關B細胞型多形性淋巴增生性疾病—病例報告

Epstein-Barr Virus-Associated B-Cell Polymorphic Lymphoproliferative Disorder—Case Report

劉士豪 張淳翔 林世倉 陳正文

天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院耳鼻喉暨頭頸外科部

本文病例為1名64歲女性，主訴左側頸部腫塊持續1個月。患者近期有上呼吸道感染併血絲痰，但無咽痛或吞嚥困難。理學檢查顯示雙側頸部一至三區多發性、無壓痛之腫塊。鼻咽內視鏡顯示鼻咽中央區域腫塊，首次鼻咽切片病理顯示慢性發炎。頸部超音波顯示雙側頸部多發性淋巴結腫大，其中左側三區進行細針抽吸，結果顯示炎性反應。實驗室檢驗EB病毒VCA IgA水平為1.1 EU/mL，EA+NA1-IgA水平為2.59 EU/mL。隨後鼻咽再次切片病理仍為發炎伴異型增生，為進一步確診患者接受腺樣體切除，術後病理為EB病毒相關的B細胞型多形性淋巴增生性疾病。EB病毒相關淋巴增生性疾病可根據細胞來源分為B及T/NK細胞型，具一定癌化傾向。其常見於免疫低下患者，例如器官移植後、HIV/AIDS等。臨床表現從自限性淋巴增生至侵襲性淋巴瘤不等，主要症狀包括頸部或全身淋巴結腫大、肝脾腫大等等。診斷需透過病理切片輔以EBER原位雜交及免疫組化。臨床上對於鼻咽腫塊合併頸部淋巴結腫大且切片未能明確診斷者，應考慮淋巴增生性疾病作為可能病因，並建議病理科進行特殊免疫組化染色以確認細胞型態，以達成早期診斷與治療目標。

(61)

以頸部腫瘤表現的直腸腺癌—病例報告

Cecum Adenocarcinoma Presented with Neck Mass—Case Report

魏維廷¹ 張聰舜¹ 黃正一²

¹國軍高雄總醫院耳鼻喉科 ²國軍高雄總醫院病理科

直腸腺癌是消化道常見的惡性腫瘤，通常以便血和便秘為主要表現症狀，常見的轉移部位包括骨頭、肺臟及腹膜，然而轉移至頸部淋巴結較為罕見。本研究報告1名82歲男性，主訴半年來左頸部腫塊逐漸增大並伴有疼痛且無其他明顯症狀。經頸部超音波檢查發現左側頸部第四區有約4 cm的淋巴結腫大，隨後進行超音波導引切片檢查，病理切片結果顯示為直腸腺癌。之後病患接受了進一步的大腸鏡檢查以及腹部電腦斷層掃描確認診斷，最後顯示該患者為直腸腺癌並合併頸部淋巴結轉移。本案例強調了在面對頸部淋巴腫大的病例時，除了考慮頭頸部癌症外，亦應納入消化道癌症或是其他不常見於頸部轉移的惡性腫瘤之可能性，為臨床診斷提供重要提示。

(62)

飯後不尋常的喘鳴聲—病例報告

An Uncommon Cause of Adult Stridor—Case Report

何潔 陳美茜

衛生福利部雙和醫院耳鼻喉頭頸外科部

在目前急診環境中，耳鼻喉科醫師被會診的常見原因之一是患者呼吸時出現喘鳴聲，急診醫師需要我們快速評估病人是否需要立即建立呼吸道。根據過去的文獻及課本所學，喘鳴聲通常表示氣道因某種原因造成狹窄，並且壓迫至正常直徑的50%以下。常見的病因包括上呼吸道阻塞或是任何原因造成的聲帶麻痺。這次的病例是一位沒有系統性疾病的53歲男性，因晚餐吃完雞肉後出現呼吸困難且胸悶而前來急診就診。在急診時，患者仍能講話，但由於呼吸困難和胸悶會斷斷續續得講，並且在聽診時發現明顯的雙相喘鳴音(biphasic stridor)。當下第一個想法是先排除呼吸道異物的鑑別診斷，因此緊急安排了胸部X光和胸部/心臟的電腦斷層檢查。令人震驚的是，胸部X光片並未顯示異物影像，反而顯示在心臟後方和縱隔有大量氣體及液體。隨後的胸部電腦斷層顯示食道出現嚴重擴張，疑似食道失弛緩不能症。最可能造成此次的喘鳴原因是因食道嚴重擴張而壓迫氣管。進一步的食道攝影證實了診斷，顯示食道下三分之一段的蠕動功能差，且整個食道擴張並呈現迂曲走行。