

2025

118th

Annual Congress of the Taiwan Society of
Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery

台灣耳鼻喉 頭頸外科醫學會

第118屆學術演講會 TSOHNS

大會手冊





目 錄

籌備團隊	2
理事長的話	5
會長的話	6
大會訊息	7
平面圖	12
晚宴位置圖	14
議 程.....	15
健康晨跑	25
Keynote Speech	26
Symposium.....	32
午餐演講	40
口頭論文題序	43
口頭論文注意事項	44
壁報論文題序	111
贊助商	155



籌備團隊

榮譽會長：林凱南教授

榮譽顧問：劉嘉銘教授、廖俊厚院長、葉炳強院長、黃瑞仁院長、龔家騏副院長

大會會長：鄒繼群院長

大會副會長：陳正文副院長

大會執行長：林世倉主任

大會副執行長：胡皓淳主任

總幹事：卓筱茜總醫師

籌備委員：張淳翔主任、王守仁主任、蘇家弘醫師、陳一嘉醫師、余瑞彬醫師、
李嘉欣醫師、卓筱芸醫師、方麗娟醫師、黃志強醫師、巫清隆醫師、
張邦彥醫師、林秀茵聽力師、劉必筠聽力師、施婉婷聽力師、
林佳蓁聽力師、曾郁閔聽力師

執行委員：陳佩欣醫師、紀華瑋醫師、陳孟陽醫師、劉士豪醫師、賴冠佑醫師

行政助理：范淑惠護理師們、王秋蘋小姐、羅婉寧小姐、詹婉詩小姐



台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會籌備團隊

理 事 長：婁培人

副 理 事 長：朱本元、莫振東

常 務 理 事：李達人、康柏皇、陳培榕、黃健郎、黃啟嘉、楊宜璋、鄭熙騰、戴志展

理 事：力博宏、王仲祺、王瀛標、江俊逸、吳哲維、沈高輝、辛宗翰、周賢章、
林政佑、徐正明、徐愷儀、許巍鐘、陳信傑、黃國欽、楊宗翰、趙品植、
鄭元凱、鄭博文、戴世光、簡志彥、蘇育儀、蘇金泉

監 事 長：趙善楷

常 務 監 事：連哲震、黃啟原

監 事：沈炳宏、阮嵩翔、林旺枝、袁建漢、康仲然、張永芳、陳贈成、彭伊中

秘 書 長：李志宏

副 秘 書 長：廖立人、劉時安、莊蕙青、王俊傑、黃家昌、謝易倫

學術會議工作小組

召 集 人：楊宗霖

委 員：李日清、高全祥、蔡青劭、王瀛標、徐正明、黃國欽

教育學術及法律倫理委員會

召 集 人：戴世光

副 召 集 人：劉時安、吳振吉

委 員：朱永祥、林哲玄、林新景、徐正明、黃正池、藍敏瑛、蘇晉輝、辛宗翰、
花俊宏、陳贈成、楊宗翰、戴志峰、顏廷廷、蘇性豪

Intent™

真正。懂你的助聽器

全球首款

搭載 4D 感測器

4D感測技術

動作感測器檢測頭部和身體運動，搭配聲學感測器同時監控聲音變化、信噪比及對話活動，實現4D感應技術。

擴展的頻寬

80Hz-10KHz，擴展低頻帶頻寬，提供更佳完整聲音線索及音質體驗。

DNN 2.0

豐富的聲音樣本訓練晶片，分析頻道高達256個提供更加清晰、精準的聲音表現。

支援全新智能 miniFit

支援智能喇叭進行自我校正，體驗精準增益。



理事長的話



各位台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會先進們平安

第 117 屆學術演講會去年在高雄圓滿成功落幕後，第 118 屆台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會學術演講會來到了新北。本次大會由天主教耕莘醫院、輔仁大學醫學院及輔大附設醫院共同籌辦，今年適逢輔仁大學創校 100 週年，也是我們學會成立 60 週年，在這個特殊的時間點，讓我們一起到輔大共襄盛舉。

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會成立已經 60 年了，在這一甲子的歲月中，前輩師長們筆路藍縷，以啟山林，學會會員也已經從草創時 102 人成長到現在 3065 人了。除了在耳鼻喉頭頸外科學術上持續精進發展之外，我們的會員在疫情期間也擔負起照護國人健康的第一道防線。在公共事務的參與方面，全國醫師公會中有 7 位是我們自家的兄弟，全聯會理事長、幹部，以及各大醫學中心、區域醫院也有多位院長、副院長是我們的夥伴！耳鼻喉頭頸外科已經不再是初成立時的“五官科”“小科”了，現在的耳鼻喉頭頸外科已經是“喊水會堅凍”的重要大科了！為了歡慶學會成立一甲子的盛事，學會安排了從南到北一系列的慶祝活動，本屆的學術演講會中，將由幾位尊敬的前輩師長分享學會草創至今的許多精彩回顧，讓我們年輕的一代能夠親炙過去前輩們成長的歷史與瞻仰他們的風範。除此之外，大會一如往常地邀請到多位國內外大師，安排了許多非常精彩的學術演講，相信各位會員們必定會收穫滿滿！

值此春暖花開之際，謹祝福此次春季會大會圓滿成功，台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會所有會員，身體健健康康，業務蒸蒸日上。

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會 理事長
臺大醫院 副院長
婁培人 謹識



會長的話



致與海天一色的美麗城市，參加由天主教耕莘醫院、輔仁大學醫學院及輔大附設醫院共同籌辦的第 118 屆台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會學術演講會。

學會自民國 54 年成立以來，今年正式邁入第 60 週年。在歷屆理事長及全體理監事的領導下，我們共同走過一甲子的歲月，承先啟後，攜手度過疫情的挑戰，迎向嶄新的未來。今年適逢輔仁大學創校 100 週年，能在這所百年學府舉辦本次盛會，更顯意義非凡。

為慶祝學會 60 週年，本屆學術演講會以「回顧歷史里程碑，推動創新未來」為主軸，精心規劃了一系列精彩節目。開幕論壇將邀請學會前輩展示珍貴史料照片，帶領大家回顧學會的發展歷程；同時，我們很榮幸邀請到史丹佛大學耳鼻喉科主任，分享矽谷科技在人工智慧領域的最新突破，以及這些創新技術如何應用於耳鼻喉頭頸外科。此外，國內榮獲國家新創獎及國家醫療品質獎的傑出代表們，也將在論壇中分享經驗，傳承專業智慧。值得一提的是，本屆大會首次與新北市聽力師公會合作，共同推動學術交流，相信這場知識饗宴必能為所有與會者帶來豐碩的收穫。

在此，我謹代表大會誠摯邀請各位先進與同道，於 2025 年 5 月 24 日至 25 日蒞臨新北市新莊區輔仁大學醫學院國璽樓，共襄盛舉，參與第 118 屆台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會學術演講會！

天主教耕莘醫院醫療財團法人耕莘醫院 院長
第 118 屆台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會學術演講會大會 會長
鄒繼群 敬邀



大會訊息

一、主辦單位

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院耳鼻喉頭頸外科

二、協辦單位

天主教輔仁大學附設醫院耳鼻喉科

天主教輔仁大學醫學院

三、健康晨跑

2025 年 5 月 24 日

報到時間：06:30–06:50

開跑時間：06:50–07:50

- 路跑總長度（兩圈）約 3 公里

四、會議時間

2025 年 5 月 24–25 日（星期六、日）

5 月 24 日報到時間 09:30–16:30（天主教輔仁大學 國壘樓 1 樓）

5 月 25 日報到時間 08:00–16:00（天主教輔仁大學 國壘樓 1 樓）

五、會議地點

天主教輔仁大學 國壘樓（242 新北市新莊區中正路 510 號）

交通：

◎高鐵 / 台鐵→捷運：搭乘高鐵 / 台鐵至台北車站

轉成捷運淡水信義線（紅線），在台北車站（R5）上車往淡水方向。

於民權西路站轉乘中和新蘆線（橘線），往迴龍方向。

於輔大站（O19）下車，從 2 號出口步行穿越全聯至校內，搭校內巡迴接駁車前往
輔仁大學醫學院國壘樓



大會訊息

◎自行開車：

1. 從【國道1號】（中山高速公路）前往輔仁大學：

下五股交流道（五股－新莊方向）接新五路往新莊方向前進，遇思源路左轉，往新莊方向，沿思源路直行，過中正路路口，在輔大捷運站 / 中正路 510 號 路口右轉，即可抵達輔仁大學校門。

2. 從【國道3號】（福爾摩沙高速公路）前往輔仁大學：

下土城交流道，往新莊方向（可接台65快速道路），進入台65快速道路往新莊方向，從新莊二交流道（中正路出口）下交流道，接中正路（右轉）往輔仁大學方向，沿中正路直行，靠近捷運輔大站，即可見到輔仁大學校門。





大會訊息

六、大會接駁資訊

- 上車地點：輔仁大學校門口右側
- 下車地點：中美堂

5/24	
以下時段為 - 校門口接送到國璽樓為主	
09:20-10:20	尖峰時段 (10 分鐘來回)
10:20-12:00	離峰時段 (20 分鐘來回)
12:00-13:00	休息
13:00-14:00	尖峰時段 (10 分鐘來回)
14:00-15:00	離峰時段 (20 分鐘來回)
以下時段為 - 國璽樓接送到校門口為主	
15:00-16:20	離峰時段 (20 分鐘來回)
16:20-17:20	尖峰時段 (10 分鐘來回)

5/25	
以下時段為 - 校門口接送到國璽樓為主	
08:10-09:10	尖峰時段 (10 分鐘來回)
09:10-11:30	離峰時段 (20 分鐘來回)
11:30-12:30	休息
12:30-13:30	尖峰時段 (10 分鐘來回)
13:30-15:10	離峰時段 (20 分鐘來回)
以下時段為 - 國璽樓接送到校門口為主	
15:10-15:50	離峰時段 (20 分鐘來回)
15:50-16:40	尖峰時段 (10 分鐘來回)

七、會場配置

海報論文展示：二樓大廳

廠商展覽區：一樓及二樓大廳

試片室：一樓 104 會議室 (請參考平面圖)

秘書處：二樓 203 會議室旁 (請參考平面圖)



大會訊息

八、即時訊息將於活動官網更新，請掃描下方 QR code



九、午餐演講

5月24日~5月25日敬備午餐演講，請至各午餐演講會議廳聆聽演講並領取便當（憑券領取）

領取及用餐地：

5/24

1F 102、103

2F 204

領取時間：12:30-13:30

5/25

1F 102、103

2F 204、205

領取時間：12:00-13:00

十、大會晚宴

晚宴時間：5月24日 18:00（憑券入場）

晚宴地點：新板希爾頓飯店 1F 吉祥廳（請走凱撒大飯店及誠品新版店中間廊道進入）

晚宴地址：新北市板橋區縣民大道二段 10 號

晚宴費用：500 元 / 人（憑券入場）

因場地容納有限，晚宴人數設有上限，請會員提早報名，額滿為止。

自行開車：可停至新板希爾頓飯店附近停車場

搭乘捷運：搭乘板南線於板橋站下車往 2 號出口



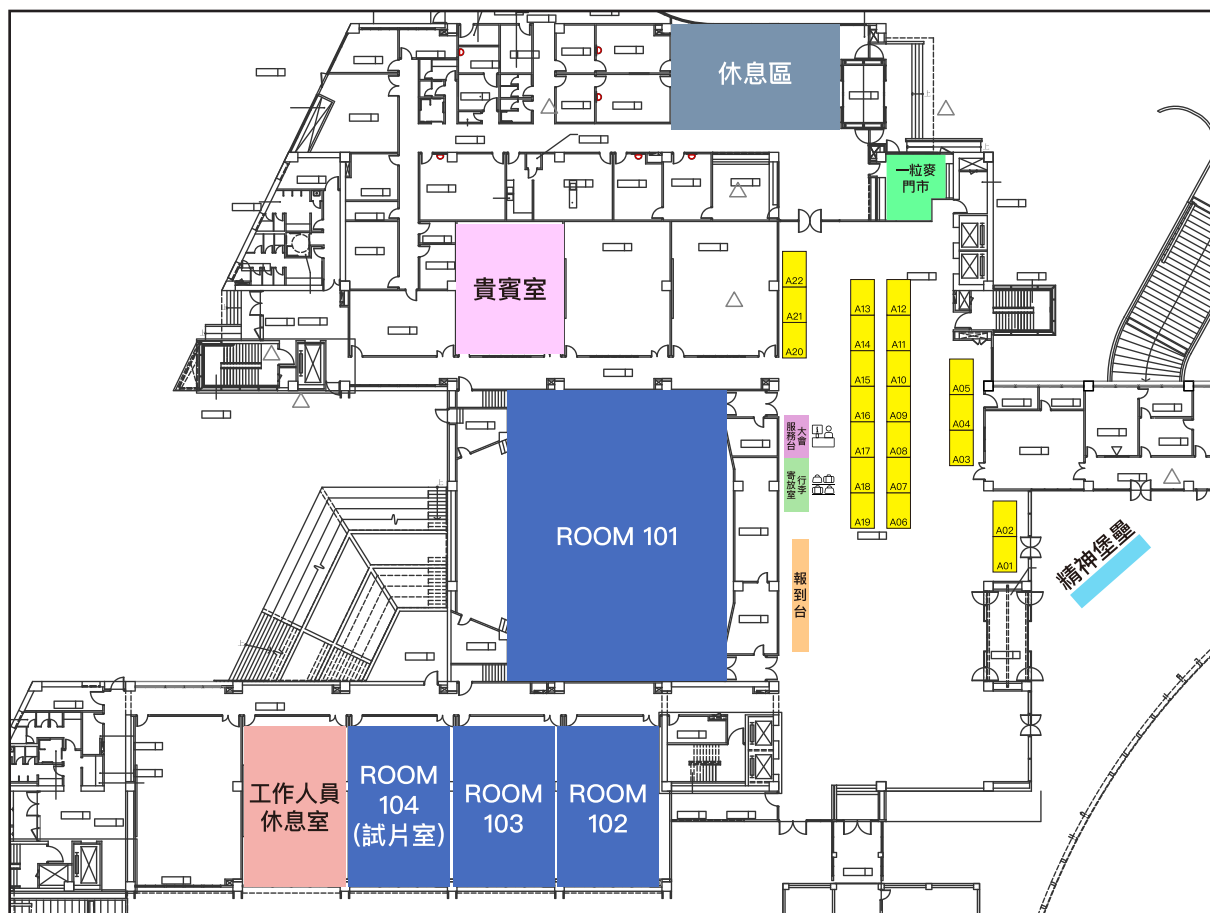
大會訊息

十一、輔仁大學校園及輔大國璽樓鄰近停車場資訊

地點	收費	車位	地址
輔大校園 (需從中正路校門進入)	一般訪客 1. 停放 30 分鐘 (含) 不收費。 2. 逾 30 分鐘至 1 小時內收費 40 元。 逾 1 小時，每小時 (未滿 1 小時，以 1 小時計) 收費 40 元。 3. 遺失或未抽取票卡者，除應繳交每日實際停車時數所計算之停車費用外，並應繳交按日累計至離場為止之清潔維護費 (每日以 320 元計)。 4. 經查違反本辦法屬實者除應按本辦法繳納停車費外，並不得再次進入校園。	約 100-150 (校園內外車位數量有限)	242 新北市新莊區 中正路 510 號
	輔大門診地下室停車場 (驛林交通股份有限公司輔大醫療大樓站停車場)	135	242 新北市新莊區 北 72 鄉道 66 號
輔仁大學附設醫院	30 元 / 小時	約 300 (週六上午開診車位有限)	24352 新北市泰山區 貴子路 69 號
泰山塹仔圳商一	20 元 / 一小時。 12 小時最高 100 元。	150	242 新北市泰山區 貴子路 198-3 號
新莊文中三停車場	30 元 / 小時	約 270 (配合輔大醫院週六上午車位有限)	242 新北市新莊區 三泰路 56 號



平面圖 1F



A01 裕賓汽車股份有限公司

A02 新北市聽力師公會

A03-A04 惠興股份有限公司

A05 美玳耳股份有限公司

A06-A09 科林儀器股份有限公司

A10 福泰儀器股份有限公司

A11 海鷹科技有限公司

A12 博宣寧股份有限公司

A13 博士助聽器

A14 臺灣骨庫股份有限公司

A15 愛派司生技股份有限公司

A16 博陽科技有限公司

A17 巴德股份有限公司

A18-A19 荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司

A20-A21 康成生醫科技股份有限公司

A22 虹韻國際貿易股份有限公司



大會服務台



行李寄放處



平面圖 2F



B02 ASUS(米飛生醫)

B03 中華電信股份有限公司
企業客戶分公司

B04 宇明有限公司

B05 嘉旺股份有限公司

B06 力源國際股份有限公司

B07 和康生物科技股份有限公司

B08 百達醫療產品股份有限公司

B09-B10 美樂迪股份有限公司

B11 衡奕精密工業股份有限公司

B12 大會贈品兌換處

B13 元佑實業股份有限公司

B14 環德國際醫管顧問有限公司

B15 恩納德生技有限公司

B16 台灣塩野義製藥股份有限公司

B17 建聲聽覺

B18 醫百科技股份有限公司

B19 美敦力醫療產品股份有限公司

B20 安美得生醫股份有限公司

B21 宇康生科股份有限公司

B22 台灣癌症資訊全人關懷協會

B23 華陞興業有限公司

B12 贈品兌換處

電子海報區



晚宴位置圖





5 / 2 4 議 程

Day 1, May 24, 2025				
Place Time	Convention Hall 101	Room 102	Room 103	
09:30-16:30	Shuttle Service to Venue (MRT O19 Station Fu Jen University) / Registration 接駁服務（捷運中和新蘆線輔大站至輔大醫學院國璽樓）/ 報到			
10:00-10:30	Opening Ceremony 開幕典禮（Convention Hall 101）			
10:30-11:30	KN1 (Keynote 1) 回顧與前瞻專題演講 TSO-HNS's 60 Years' Historical Milestone 講題：台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會的歷史里程碑 座長：婁培人 鄒繼群 周慶明 朱本元 莫振東 講者：張學逸 林凱南 蘇仁亮 楊怡和			
11:30-12:30	KN2 (Keynote 2) 回顧與前瞻專題演講 講題：台灣全民健保的未來展望 (Future Prospects of National Health Insurance in Taiwan) 座長：婁培人 鄒繼群 周慶明 朱本元 莫振東 講者：健保署署長 石崇良	NO1 (Rhinology Original Research Oral Presentation) 口頭原著論文（鼻科） 座長：黃建嘉 黃同村		
12:30-13:30	Luncheon Symposium: 1F ROOM102 One airway one disease: Eosinophilic inflammation in severe asthma and CRSwNP（由 荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司 贊助） 1F ROOM103 Reduction of postoperative bleeding after functional endoscopic sinus surgery（由 巴德股份有限公司 贊助） 2F ROOM204 Optimizing treatment sequence in R/M SCCHN from a TIME-wise（由 美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司 贊助）			
13:30-14:30	KN5 (Keynote 5) 頭頸外科專題演講 講題：Breakthrough Moments in HN Cancer 座長：楊宗霖 張嘉帆 講者：Patrick Ha (Chief, UCSF)	E01 (Otolaryngology Original Research Oral Presentation) 口頭原著論文（耳科） 座長：楊庭華 林哲玄		
14:30-15:30	KN6 (Keynote 6) 鼻科專題演講 講題：Exploring the Endotypes of Chronic Rhinosinusitis 座長：戴志展 林志峰 講者：Kevin C. Welch (President, American Rhinologic Society)	NO2 (Rhinology Original Research Oral Presentation) 口頭原著論文（鼻科） 座長：戴志峰 趙品植	HC1 (Head & Neck Surgery Case Report Oral Presentation) 口頭病例報告（頭頸外科） 座長：林世倉 蘇金泉	
15:30-16:00	Coffee Break			
16:00-17:00	KN8 (Keynote 8) 教學研究專題演講 講題：Scientific Writing: Pearls, Pitfalls and the Potential use of Artificial Intelligence 座長：林新景 陳正文 講者：Cecelia E. Schmalbach (Editor in Chief, Otolaryngology-Head and Neck Surgery)	HO1 (Head & Neck Surgery Original Research Oral Presentation) 口頭原著論文（頭頸外科） 座長：花俊宏 黃正池	EC1 (Otolaryngology Case Report Oral Presentation) 口頭病例報告（耳科） 座長：卓筱芸 王勁傑	
17:30	Shuttle Service to Hilton Taipei Sinban 接駁服務（輔大醫學院國璽樓至台北新板希爾頓酒店 發車時間 17:30）			
18:00-21:00	Banquet at Hilton Taipei Sinban 大會晚宴：台北新板希爾頓酒店			



Day 1, May 24, 2025				
Place Time	Symposium Hall 201	Room 202	Room 203	Room 206
09:30-16:30	Shuttle Service to Venue (MRT O19 Station Fu Jen University) / Registration 接駁服務 (捷運中和新蘆線輔大站至輔大醫學院國璽樓) / 報到			
10:00-10:30	Opening Ceremony 開幕典禮 (Convention Hall 101)			
10:30-11:30				
11:30-12:30	KN3 (Keynote 3) 頭頸外科專題演講 講題：頭頸外科超音波 1.The History and Future of Head and Neck Ultrasound in Japan 2.Useful Potential of Head and Neck Ultrasound 座長：陳俊男 林哲儀 講者：Madoka Furukawa (Chief, HNS Department, Kanagawa Cancer Center, Japan)	KN4 (Keynote 4) 喉氣管專題演講 講題：Surgery for acquired tracheal stenosis and tracheal tumors 座長：李國森 許麗鐘 講者：林曜祥	KN5 (Keynote 5) 耳科專題演講 講題：Otolgic Migraine (Vestibular Migraine): How does migraine affect the ear 座長：劉殿楨 賴仁宗 講者：黃彰暉 黃俊豪 張滋園 (台中慈濟神經內科醫師)	
12:30-13:30	Luncheon Symposium: 1F ROOM102 One airway one disease: Eosinophilic inflammation in severe asthma and CRSwNP (由 荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司 贊助) 1F ROOM103 Reduction of postoperative bleeding after functional endoscopic sinus surgery (由 巴德股份有限公司 贊助) 2F ROOM204 Optimizing treatment sequence in R/M SCCHN from a TIME-wise (由 美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司 贊助)			
13:30-14:30	SYM2 (Symposium 2) 音聲專題論壇 講題：雷射及能量手術在音聲手術的應用 (Application of Lasers in Phonosurgery) 座長：蕭自佑 朱本元 講者：盧怡安 曾文萱 鄒永恩 賴盈達	SYM3 (Symposium 3) 鼻科專題論壇 講題：Happening Now! 生物製劑之華山論劍 座長：方深毅 葉德輝 講者：王凌峰 施亮均 林怡岑 傅嘉祥	SYM4 (Symposium 4) 醫學教育專題論壇 臨床能力評估委員會執行經驗分享 (Implementation of clinical competency committee) 座長：蔡森田 王拔群 講者：許麗鐘 林嘉德 黃耀璋 陳正文	SYM5 (Symposium 5) 臺灣小兒耳鼻喉科醫學年會 (Symposium 5) 小兒耳鼻喉專題論壇 講題：Management of Pediatric Neck Masses 臺灣小兒耳鼻喉科醫學會 TwSPO 會員大會 理事長：許麗鐘 座長：葉瑞銘 謝麗君 講者： 1.Kevin Damien Pereira (Branchial anomalies) 2. 陳俊男 (Thyroid tumor) 3. 李翊豪 (Hemangioma) 4. 張嘉宇 (馬偕小兒外科主任) (Lymphangioma) 5. 蘇晉輝 (Pediatric parotitis) 6. 林哲儀 (Head & Neck sonography)
14:30-15:30	KN7 (Keynote 7) 頭頸外科專題演講 講題：The Role of Clinician-Led Technology Commercialization in Korea's Research-Driven Hospitals: Present Status and Prospective Developments 座長：張凱評 戴世光 講者：Chul-Ho Kim (Ajou University, South Korea)	SYM6 (Symposium 6) 耳科專題論壇 講題：Pitfalls in otologic surgery 耳科手術上的難題：我的經驗談 座長：林凱南 蕭安穗 講者：林凱南 蕭安穗 詹凱傑 林嘉德	SYM7 (Symposium 7) 嗓音專題論壇 講題：Difficult Cases in Voice Disorders 座長：王彥彬 王榮德 講者：王榮德 張庭碩 許彥彬 林峯全	
15:30-16:00	Coffee Break			
16:00-17:00	KN9 (Keynote 9) 頭頸外科專題演講 講題：HN Cancer Registry of Japan 座長：陳穆寬 簡志彥 講者：吉本世一 Seiichi Yoshimoto (Professor, HN Oncology, National Cancer Center, Japan)	SYM8 (Symposium 8) 眩暈專題論壇 講題：神經耳科學邁向 2030 (Neurotology toward 2030) 座長：鄭博文 張淳翔 講者：楊庭華 林奎佑 張智銘 楊怡和	SYM9 (Symposium 9) 鼻科專題論壇 講題：Bridging the Gap: skull base surgery Up-to-Date 座長：藍敏瑛 王瀛標 講者：杜永光 (雙和醫院台北神經醫學中心 榮譽院長, 神經外科教授) 侯勝博 Kevin C.Welch (President, American Rhinologic Society)	KN10 (Keynote 10) 耳鼻喉專題論壇 講題： 1.Regulation of Medical Practice: Complaints against Physicians 2.Challenges for Physicians Post-Pandemic: Misinformation, Social Media, Parental Anxiety, and Beyond ? 座長：許麗鐘 尹丹桂 講者：Kevin Damien Pereira, Julie Wei
17:30	Shuttle Service to Hilton Taipei Sinban 接駁服務 (輔大醫學院國璽樓至台北新板希爾頓酒店 發車時間 17:30)			
18:00-21:00	Banquet at Hilton Taipei Sinban 大會晚宴：台北新板希爾頓酒店			



5 / 25 議 程

Day 2, May 25, 2025				
Time	Place	Convention Hall 101	Room 102	Room 103
08:00-16:00		Shuttle Service to Venue (MRT O19 Station Fu Jen University) / Registration 接駁服務 (捷運中和新蘆線輔大站至輔大醫學院國璽樓) / 報到		
08:30-09:30		KN11 (Keynote 11) 耳科專題演講 講題: Advances in Inner Ear Regeneration and Gene Therapy 座長: 劉殿楨 黃仲鋒 講者: Konstantina M. Stankovic (Chief, Stanford) 鄭彥甫 吳振吉		
09:30-10:30		KN13 (Keynote 13) 回顧與前瞻專題演講 講題: Exploring the Future of OHNS in the Generative AI Era 座長: 婁培人 王智弘 講者: Konstantina M. Stankovic (Chief, Stanford)	HO2 (Head & Neck Surgery Original Research Oral Presentation) 口頭原著論文 (頭頸外科) 座長: 王景平 陳贈成	NC1 (Rhinology Case Report Oral Presentation) 口頭病例報告 (鼻科) 座長: 林志峰 花曼瑋
10:30-11:00		Coffee Break		
11:00-12:00		KN14 (Keynote 14) 頭頸外科專題演講 講題: The Changing Face of Advanced Head & Neck Cutaneous Squamous Cell & Basal Cell Carcinoma 座長: 婁培人 蔡森田 講者: Cecelia E. Schmalbach (Editor in Chief, Otolaryngology-Head and Neck Surgery)	LSO1 (Laryngology Swallowing Original Research Oral Presentation) 口頭原著論文 (喉科吞嚥) 座長: 賴啟智 胡皓淳	HC2 (Head & Neck Surgery Case Report Oral Presentation) 口頭病例報告 (頭頸外科) 座長: 康柏皇 吳哲維
12:00-13:00		Luncheon Symposium: 1F ROOM102 Why Clinical Remission is an Ambitious but Achievable: Why High Dose Tregleay Can Help (由美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司贊助) 1F ROOM103 Posterior nasal nerve neurolysis surgery under local anesthesia with advanced Hemostatic patch (由百特醫療產品股份有限公司贊助) 2F ROOM204 雲端 HIS 必修課 - 基層診所數位轉型全攻略、中華電信 視訊看診 (由資拓宏宇國際(股)公司贊助) 2F ROOM205 美元霸權終結? AI 時代下的避險地圖 (由進軒資產管理顧問有限公司贊助)		
13:00-14:00		KN16 (Keynote 16) 顏面整形專題演講 講題: The Future of Rhinoplasty: Continuum of the Past 座長: 羅盛典 劉紹正 講者: Kun-Hee Lee (President, KAFPRS) 韓國顏面整形學會理事長	NC2 (Rhinology Case Report Oral Presentation) 口頭病例報告 (鼻科) 座長: 葉建甫 施凱翔	HC3 (Head & Neck Surgery Case Report Oral Presentation) 口頭病例報告 (頭頸外科) 座長: 蘇晉輝 陳俊男
14:00-15:00		SYM21 (Symposium 21) 顏面整形手術影片觀摩 座長: 羅盛典 張哲銘 講者: Kun-Hee Lee (President, KAFPRS) 韓國顏面整形學會理事長 劉紹正 季照芸	HC4 (Head & Neck Surgery Case Report Oral Presentation) 口頭病例報告 (頭頸外科) 座長: 曾良鵬 陳贈成	
15:00-16:00		KN17 (Keynote 17) 頭頸外科專題演講 講題: Surgery for NPC, Past, Present, and Future 座長: 柯政裕 陳培榕 講者: 曾敬賢 Raymond Tsang (Associate Professor, HNS Department, National University of Singapore)		
16:00-16:30		Adjourn 賦歸		



Day 2, May 25, 2025

Place Time	Symposium Hall 201	Room 202	Room 203	Room 206
08:00-16:00	Shuttle Service to Venue (MRT O19 Station Fu Jen University) / Registration 接駁服務 (捷運中和新蘆線輔大站至輔大醫學院國璽樓) / 報到			
08:30-09:30	KN12 (Keynote 12) 頭頸外科專題演講 The Oral Microbiome in HN Squamous Cell Carcinoma 座長：黃祥富 劉時安 講者：Jason Chan	SYM10 (Symposium 10) 鼻科手術影片觀摩 (含競賽) 座長：沈炳宏 蔡易錚 講者：劉璟農 黃毓雯 黃聖凱 林家興 薛翔安	SYM11 (Symposium 11) 耳鼻喉頭頸外科 國家新創獎專題論壇 座長：李學禹 陳正文 講者：耳科：陳錦國 鼻科：傅嘉祥 睡眠：李學禹 內視鏡：陳光超 (陳冠華)	
09:30-10:30	SYM12 (Symposium 12) 喉科吞嚥專題論壇 講題：喉部功能與吞嚥障礙的評估與 治療 Evaluation and Management of Laryngeal Function and Dysphagia 座長：方端仁 朱永祥 講者：廖立人 蘇性豪 謝麗君 曾敬賢 (Raymond Tsang)	SYM13 (Symposium 13) 聽力耳鳴專題論壇 講題：Management of tinnitus and hyperacusis: an update 台灣耳鳴學會「台灣耳鳴學會耳鳴治療 指引第二次共識會議」 座長：力博宏 林嘉德 講者：賴仁淙 龔彥穎 (台北榮總傳統 醫學部) 林嘉德	SYM14 (Symposium 14) 睡眠外科專題論壇 講題：OSA Management in Preventive Medicine 座長：李學禹 李立昂 講者：預防 MACE 林以志 預防失智 蔡明劭 預防過動 康煜泰 預防眩暈 中山明峰 (Meiho Nakayama) 預防子癲前症 李宜潔	SYM15 (Symposium 15) International Symposium (Basic Science & Translational Medicine) 座長：蕭振仁 李清池 講者： 1. Patrick Ha: recent breakthroughs in head and neck cancer (research) 2. Chul-Ho Kim: Single-cell and Spatial Transcriptome Profiling of the Stepwise Progression of Head and Neck Cancer: Insight into Tumor Heterogeneity & Microenvironment 3. Jason Chan: Extracellular vesicles in HNSCC
10:30-11:00	Coffee Break			
11:00-12:00	KN15 (Keynote 15) 基層醫療專題論壇 講題：Surviving as a Unique Private Practitioner in the Future ENT 座長：江俊逸 李立昂 講者：中山明峰 (Meiho Nakayama)	台灣耳鳴醫學會會員大會 [10:45 開始] 理事長：力博宏	SYM16 (Symposium 16) 耳鼻喉頭頸外科 國家醫療品質獎專題論壇 座長：江榮山 徐正明 講者：耳科：力博宏 鼻科：江榮山 喉科：王仲祺 (Q&A 花曼瑋) 頭頸：康仲然	SYM17 (Symposium 17) International Symposium (advanced technology) 座長：呂宜興 莊蕙青 講者： 1. Seiichi Yoshimoto: BNCT (Boron Neutron Capture Therapy) 2. Patrick Ha: adenoid cystic carcinoma: using science to inform treatment 3. Jason Chan: Development of endoluminal surgical platform from bench to bedside
12:00-13:00	Luncheon Symposium: 1F ROOM102 Why Clinical Remission is an Ambitious but Achievable: Why High Dose Treglecy Can Help (由美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司贊助) 1F ROOM103 Posterior nasal nerve neurolysis surgery under local anesthesia with advanced Hemostatic patch (由百特醫療產品股份有限公司贊助) 2F ROOM204 雲端 HIS 必修課 - 基層診所數位轉型全攻略、中華電信 視訊看診 (由資拓宏宇國際(股)公司贊助) 2F ROOM205 美元霸權終結? AI 時代下的避險地圖 (由進軒資產管理顧問有限公司贊助)			
13:00-14:00	SYM18 (Symposium 18) 達文西睡眠外科手術專題論壇 講題：達文西睡眠外科手術準則與手 術影片觀摩 座長：林新景 陳一嘉 講者：手術準則 蔡明劭 咽部手術 李立昂 舌根手術 鄒永恩	SYM19 (Symposium 19) 前庭檢測復健專題論壇 講題：Office-based vestibular testing and vestibular rehabilitations 座長：褚嘉慧 楊昭輝 講者：范君揚 葉大偉 李信賢		SYM20 (Symposium 20) 基層專題論壇 講題：基層開業術及自費醫療專題 座長：吳家淦 王智弘 講者：1. 徐正明：診所自費新市場： 基層也能執行的喉科手術 2. 張益豪：醫療溝通術
14:00-15:00	SYM22 (Symposium 22) 達文西腫瘤手術影片觀摩 講題：Transoral Robotic Assisted Resection of HN Tumors 座長：楊宗霖 呂宜興 講者：蔡青劭 徐正明 曾敬賢 (Raymond Tsang)	SYM23 (Symposium 23) 性別平等教育專題 講題：從身邊的小故事談 性別平等 座長：方麗娟 余瑞彬 講者：郭玲惠 (國立台北大學法律 學系教授)	SYM24 (Symposium 24) 耳科內視鏡手術影片觀摩 講題：Endoscopic Middle Ear Surgery: A Video Presentation 座長：陳錦國 簡禎佑 講者：許慶輝 黃彰暉 黃子晉 趙偉傑	
15:00-16:00	SYM25 (Symposium 25) 基層專題論壇 講題：耳鼻喉科醫師如何參與基層長 照新藍海經驗分享 座長：林旺枝 莫振東 講者：洪德仁 黃啟嘉	SYM26 (Symposium 26) 感染管制專題 講題：抗藥性細菌與真菌 感染在耳鼻喉頭頸外科的 防治新策略 座長：黃威雄 李立昂 講者：陳應盛 (天主教耕莘醫院感染 科主任)	SYM27 (Symposium 27) 鼻科專題論壇 講題：Innovations in Rhinology 座長：辛宗翰 張伯宏 講者：趙勻廷 盧彥廷 梁凱莉 陳韋至	
16:00-16:30	Adjourn 賦歸			

HORIEN 海昌

膠原蛋白基質粉

縮短 病患術後回診清創週期
大幅提升術後、恢復期舒適度

- ✓ 有效促進傷口癒合
- ✓ 有效輔助術中&術後止血效果
- ✓ 自動形成薄膜，長時間保護傷口
- ✓ 台灣產銷履歷天然豬隻
- ✓ 安全可被人體吸收



產品特色

本產品萃取自台灣豬體的高純度膠原蛋白，具有良好的生物相容性，適用於各種傷口照護，有別於其他止血材料，不僅提升止血效果，更有促進組織生長及幫助癒合的特性。

適用範圍



耳鼻喉科手術



外科手術

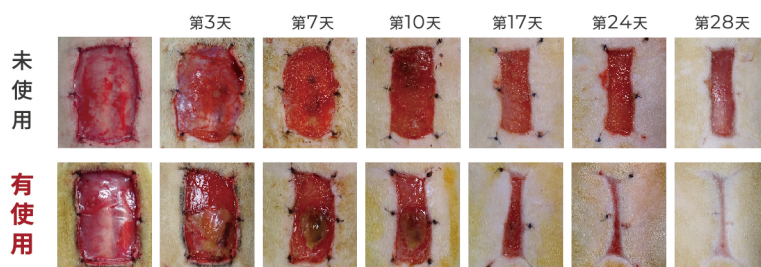


內視鏡手術

	海昌 膠原蛋白基質粉	其他止血材料
促進傷口癒合	優良	無效果
止血效果	較佳	普通 - 佳
減少組織相黏	可形成薄膜 以隔開組織	極少部份可以 (部份材料更可能導致沾黏， 如微纖維膠原)
併發症	有效降低	無影響
生物相容性	高	低
膨脹	不太會	大部份會

實際試用 明顯差異

海昌膠原蛋白基質於實驗用大鼠進行傷口癒合動物功能性試驗，在傷口癒合程度的效率上，可看出與對照組的明顯差異，並於28天後幾乎完整癒合。





MELODY

美樂迪助聽器

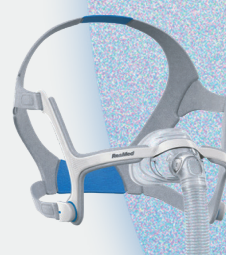
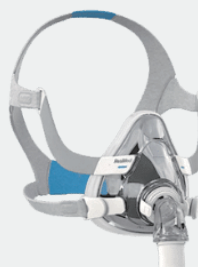


NUEAR NXG^{AI}



Resmed

Authorized
Reseller



免費服務專線：0800-618666

官網：www.melodyco.com.tw

杜避炎®注射劑

Dupixent (杜避炎)

可作為患有慢性鼻竇炎合併鼻息肉(CRSwNP)之成人病人在鼻內皮質類固醇治療下仍控制不佳的附加維持治療 (add-on maintenance therapy)



針對全身性類固醇或是手術無法控制的成人病患提供一個不同的選擇

第24週時，DUPIXENT治療組相對於安慰劑組的嗅覺喪失LS平均值差異於試驗SINUS-24為-1.12 (95% CI: -1.31, -0.93)，於試驗SINUS-52為-0.98 (95% CI: -1.15, -0.81)。第52週時，DUPIXENT治療組相對於安慰劑組的嗅覺喪失LS平均值差異為-1.10 (95% CI: -1.31, -0.89)。這兩項試驗早在第4週第一次評估時，就已觀察到每日嗅覺喪失嚴重度有顯著改善。

DUPIXENT 治療相對於安慰劑能顯著減少全身性皮質類固醇的使用及鼻竇手術之需求 (風險比[HR]為 0.24 ; 95% CI: 0.17, 0.35)。需要使用全身性皮質類固醇的受試者比例減少了74% (HR為0.26 ; 95% CI: 0.18, 0.38)。

第24週時，DUPIXENT治療組相對於安慰劑組的SNOT-22之LS平均值差異於試驗SINUS-24為-21.12 (95% CI: -25.17, -17.06)，於試驗SINUS-52為-17.36 (95% CI: -20.87, -13.85)。第52週時，DUPIXENT治療組相對於安慰劑組的SNOT-22之LS平均值差異為-20.96 (95% CI -25.03, -16.89)。

禁忌

DUPIXENT 禁用於已知對 dupilumab 或其任何賦形劑過敏的病人

北市衛藥廣字 第113080167號
MAT-TW-2400908-1.0-08/2024

賽諾菲股份有限公司
台北市信義區 11010 松仁路 3 號 7 樓
電話：(02)2176-5588 傳真：(02)2176-5581

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^{1,6}



Trelegy 184/55/22 mcg

Pediatric Patients^{2,3*}



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

*Seretide Evohaler 50適用於4歲以上兒童、
12歲以上青少年及成人
*Seretide Evohaler 125, Seretide Evohaler
250適用於12歲以上青少年及成人

ASTHMA
PORTFOLIO



Trelegy
92/55/22 mcg



Relvar
184/22 mcg



Relvar 92/22 mcg

Moderate to Severe
Asthma Adult Patients^{1,4,5}

Moderate Asthma
Adult Patients^{1,4}

References: 1. GINA 2024; 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：作為重症性氣喘(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。警告及注意事項：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β2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β2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，對患有痙攣性痙攣或甲狀腺毒症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，靜脈注射相關的β2腎上腺素受體作用劑albuterol會使既有的糖尿病及胃酸中毒更加惡化；低血鉀與高血糖；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，並禁用於作為重症性氣喘(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。警告及注意事項：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β2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P450 3A4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視網膜病變的報告；尿滯留惡化；患有痙攣性痙攣或甲狀腺毒症的病人或對擬交感神經異常敏感的病人；低血鉀與高血糖；生長速度減慢。

Relvar 禁忌症：作為重症性氣喘(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。警告及注意事項：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 禁止使用於對本品任何一種成分有過敏史之病人。警告及注意事項：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、類庫欣氏症候群、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視網膜病變。使用全身性與外用皮質類固醇劑可能會發生視力障礙，因為可能造成腎上腺反應的損害，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



Seretide
Evohaler 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.

"貝靈"止血纖維蛋白膠 纖維蛋白止血組

Human fibrinogen, human thrombin, human coagulation factor XIII, aprotinin, calcium chloride

標準手術技術不足的支持治療：改善止血

藥效學特性

藥理治療分類：局部止血劑

纖維蛋白的粘附系統能引發生理性血液凝結的最後階段。纖維蛋白原 (fibrinogen) 轉化為纖維蛋白 (fibrin) 是藉由將纖維蛋白原 (fibrinogen) 分解為纖維蛋白單體 fibrin monomers 血纖維蛋白胜 fibrinopeptides 而發生的。纖維蛋白單體 fibrin monomers 聚集並形成纖維蛋白凝塊。活化態的第十三凝血因子通過凝血酶 (thrombin) 從第十三凝血因子活化，它能使纖維蛋白交錯連結。纖維蛋白原的轉化和纖維蛋白的交錯連結都需要鈣離子。傷口癒合的過程中，纖維蛋白溶酶 (plasmin) 會促使纖維蛋白溶解活化物 (fibrinolytic activity) 增加，並引發纖維蛋白分解為纖維蛋白降解產物。

藥物動力學特性

Beriplast 僅用於傷口表面。不可於血管內給藥。因此，並沒有在人體中進行血管內給藥的藥物動力學研究。纖維蛋白封閉劑/止血劑的代謝方式與內源性纖維蛋白一樣，是通過纖維蛋白溶解 fibrinolysis 和吞噬作用 phagocytosis 進行的。

適應症

標準手術技術不足的支持治療：

改善止血 (包括出血性胃、十二指腸潰瘍的
內視鏡進一步治療)

使用方法

於病灶表面使用。



CSL Behring

Biotherapies for Life™

傑特貝林有限公司

台北市信義區基隆路一段333號16樓
1612室 (02)2757-6970

GEFA
PHARMA

全國醫療通路總經銷

吉發企業股份有限公司

台北市中正區愛國西路9號2樓之9
TEL: 0800-231-956

VOYANT[®]
INTELLIGENT ENERGY SYSTEM

THE NEXT STEP FORWARD IN VESSEL SEALING.



Voyant electrosurgical generator

Our current devices provide:

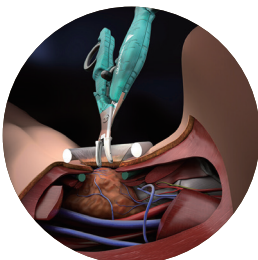
- Faster seal times
- Less adherence
- Decreased lateral thermal spread
- Reduced smoke plume



Fine Fusion Device



Open Fusion Device



Maryland Fusion Device
5mm Fusion



輔大校園健康晨跑

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會於新莊天主教輔仁大學舉辦的「第118屆台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會學術演講會」，本屆主辦單位——耕莘醫療財團法人耕莘醫院耳鼻喉頭頸外科，特別設計一場充滿朝氣的「健康晨跑」活動，邀請各位會員暫時放下診間與會議，在清新的早晨裡為身心注入活力。

這次晨跑不僅是一場運動，更是一個重新連結健康與活力的起點。誠摯歡迎您攜手平日鮮少活動的同仁們，一起踏上輔大校園的晨光跑道，跑出好心情、跑出新能量！

- 活動時間：5/24 (六)
- 活動流程：06:30-06:50 輔大國璽樓前路跑大會中心集合
06:50 鳴槍開跑
06:50-07:50 輔大校園健康晨跑
- 活動資訊：
 - 路跑總長度(兩圈)約3公里
 - 此活動無需額外費用，歡迎攜伴闔家參加
 - 活動當天於補給站提供水、運動飲料及小點心供參加者使用
 - 完賽者可於當天在大會中心領取完賽禮
 - 前3名(限會員)完賽跑者將於晚宴進行頒獎





Keynote Speech

議程



Keynote Speech

5 月 24 日	地點
Keynote 1 回顧與前瞻專題演講 TSO-HNS's 60 Years' Historical Milestone 講題：台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會的歷史里程碑 座長：婁培人 鄒繼群 周慶明 朱本元 莫振東 10:30-11:30 講者：張學逸 林凱南 蘇仁亮 楊怡和	Convention Hall 101
Keynote 2 回顧與前瞻專題演講 講題：台灣全民健保的未來展望 (Future Prospects of National Health Insurance in Taiwan) 座長：婁培人 鄒繼群 周慶明 朱本元 莫振東 11:30-12:30 講者：健保署署長 石崇良	
Keynote 5 頭頸外科專題演講 講題：Breakthrough Moments in HN Cancer 座長：楊宗霖 張嘉帆 13:30-14:30 講者：Patrick Ha (Chief, UCSF)	
Keynote 6 鼻科專題演講 講題：Exploring the Endotypes of Chronic Rhinosinusitis 座長：戴志展 林志峰 14:30-15:30 講者：Kevin C. Welch (President, American Rhinologic Society)	
Keynote 8 教學研究專題演講 講題：Scientific Writing: Pearls, Pitfalls and the Potential use of Artificial Intelligence 座長：林新景 陳正文 16:00-17:00 講者：Cecelia E. Schmalbach (Editor in Chief, Otolaryngology-Head and Neck Surgery)	



Keynote Speech

5 月 24 日	地點
Keynote 3 頭頸外科專題演講 講題：頭頸外科超音波 1.The History and Future of Head and Neck Ultrasound in Japan 2.Useful Potential of Head and Neck Ultrasound 座長：陳俊男 林哲儀	Symposium Hall 201
11:30–12:30 講者：Madoka Furukawa (Chief, HNS Department, Kanagawa Cancer Center, Japan)	
Keynote 7 頭頸外科專題演講 講題：The Role of Clinician–Led Technology Commercialization in Korea's Research–Driven Hospitals: Present Status and Prospective Developments 座長：張凱評 戴世光	
14:30–15:30 講者：Chul–Ho Kim (Ajou University, South Korea)	
Keynote 9 頭頸外科專題演講 講題：HN Cancer Registry of Japan 座長：陳穆寬 簡志彥	
16:00–17:00 講者：吉本世一 Seiichi Yoshimoto (Professor, HN Oncology, National Cancer Center, Japan)	



Keynote Speech

5 月 24 日	地點
Keynote 4 喉氣管專題演講 講題： Surgery for acquired tracheal stenosis and tracheal tumors 座長： 李國森 許巍鐘 11:30–12:30 講者：林曜祥	Room 203
Keynote 10 耳鼻喉專題論壇 講題： 1.Regulation of Medical Practice: Complaints against Physicians 2.Challenges for Physicians Post–Pandemic: Misinformation, Social Media, Parental Anxiety, and Beyond ? 座長： 許巍鐘 尹丹桂 16:00–17:00 講者：Kevin Damien Pereira, Julie Wei	Room 206



Keynote Speech

5 月 25 日	地點
Keynote 11 耳科專題演講 講題：Advances in Inner Ear Regeneration and Gene Therapy 座長：劉殿楨 黃仲鋒	Convention Hall 101
08:30–09:30 講者：Konstantina M. Stankovic (Chief, Stanford) 鄭彥甫 吳振吉	
Keynote 13 回顧與前瞻專題演講 講題：Exploring the Future of OHNS in the Generative AI Era 座長：婁培人 王智弘	
09:30–10:30 講者：Konstantina M. Stankovic (Chief, Stanford)	
Keynote 14 頭頸外科專題演講 講題：The Changing Face of Advanced Head & Neck Cutaneous Squamous Cell & Basal Cell Carcinoma 座長：婁培人 蔡森田	
11:00–12:00 講者：Cecelia E. Schmalbach (Editor in Chief, Otolaryngology–Head and Neck Surgery)	
Keynote 16 顏面整形專題演講 講題：The Future of Rhinoplasty: Continuum of the Past 座長：羅盛典 劉紹正	
13:00–14:00 講者：Kun-Hee Lee (President, KAFPRS) 韓國顏面整形學會理事長	
Keynote 17 頭頸外科專題演講 講題：Surgery for NPC, Past, Present, and Future 座長：柯政郁 陳培榕	
15:00–16:00 講者：曾敬賢 Raymond Tsang (Associate Professor, HNS Department, National University of Singapore)	



Keynote Speech

5 月 25 日	地點
Keynote 12 頭頸外科專題演講 講題：The Oral Microbiome in HN Squamous Cell Carcinoma 座長：黃祥富 劉時安	Symposium Hall 201
08:30–09:30 講者：Jason Chan	
Keynote 15 基層醫療專題論壇 講題：Surviving as a Unique Private Practitioner in the Future ENT 座長：江俊逸 李立昂	
11:00–12:00 講者：中山明峰 (Meiho Nakayama)	



Symposium

議程



Symposium

5 月 24 日	地點
Symposium 2 音聲專題論壇 講題：雷射及能量手術在音聲手術的應用 (Application of Lasers in Phonosurgery) 座長：蕭自佑 朱本元	Symposium Hall 201
13:30-14:30 講者：盧怡安 曾文萱 鄒永恩 賴盈達	
Symposium 3 鼻科專題論壇 講題：Happening Now! 生物製劑之華山論劍 座長：方深毅 葉德輝	Room 202
13:30-14:30 講者：王凌峰 施亮均 林怡岑 傅嘉祥	
Symposium 6 耳科專題論壇 講題：Pitfalls in otologic surgery 耳科手術上的難題：我的經驗談 座長：林凱南 蕭安穗	
14:30-15:30 講者：林凱南 蕭安穗 詹凱傑 林嘉德	
Symposium 8 眩暈專題論壇 講題：神經耳科學邁向 2030 (Neurotology toward 2030) 座長：鄭博文 張淳翔	
16:00-17:00 講者：楊庭華 林奎佑 張智銘 楊怡和	

Symposium

5 月 24 日		地點
Symposium 4 醫學教育專題論壇 講題：臨床能力評估委員會執行經驗分享 (Implementation of clinical competency committee) 座長：蔡森田 王拔群		Room 203
13:30-14:30 講者：許巍鐘 林嘉德 黃耀璋 陳正文		
Symposium 7 嗓音專題論壇 講題：Difficult Cases in Voice Disorders 嗓音疾病的急重難罕 座長：許彥彬 王榮德		
14:30-15:30 講者：王榮德 張庭碩 許彥彬 林峯全		
Symposium 9 鼻科專題論壇 講題：Bridging the Gap: skull base surgery up-to-date 座長：藍敏瑛 王瀛標		
16:00-17:00 講者：杜永光 (雙和醫院台北神經醫學中心榮譽院長， 神經外科教授) 侯勝博 Kevin C. Welch (President, American Rhinologic Society)		



Symposium

5 月 24 日	地點
Symposium 1 耳科專題論壇 講題：Otologic Migraine (Vestibular Migraine): How does migraine affect the ear 座長：劉殿楨 賴仁淙 11:30-12:30 講者：黃彰暉 黃俊豪 張滋圃 (台中慈濟神經內科醫師)	Room 206
Symposium 5 小兒耳鼻喉專題論壇 講題：Management of Pediatric Neck Masses 座長：葉瑞銘 謝麗君 13:30-15:30 講者： 1. Kevin Damien Pereira (Branchial anomalies) 2. 陳俊男 (Thyroid tumor) 3. 李翊豪 (Hemangioma) 4. 張嘉宇 (馬偕小兒外科主任) (Lymphangioma) 5. 蘇晉輝 (Pediatric parotitis) 6. 林哲儀 (Head & Neck sonography) 臺灣小兒耳鼻喉科醫學會 TwSPO 會員大會 理事長：許巍鐘	



Symposium

5 月 25 日	地點
Symposium 21 顏面整形手術影片觀摩 座長：羅盛典 張哲銘 14:00–15:00 講者：講者：Kun-Hee Lee (President, KAFPRS) 韓國顏面整形學會理事長 劉紹正 季照芸	Convention Hall 101
Symposium 12 喉科吞嚥專題論壇 講題：喉部功能與吞嚥障礙的評估與治療 Evaluation and Management of Laryngeal Function and Dysphagia 座長：方端仁 朱永祥 09:30–10:30 講者：廖立人 蘇性豪 謝麗君 曾敬賢 (Raymond Tsang)	Symposium Hall 201
Symposium 18 達文西睡眠外科手術專題論壇 講題：達文西睡眠外科手術準則與手術影片觀摩 座長：林新景 陳一嘉 13:00–14:00 講者：手術準則 蔡明劭 咽部手術 李立昂 舌根手術 鄒永恩	
Symposium 22 達文西腫瘤手術影片觀摩 講題：Transoral Robotic Assisted Resection of HN tumors 座長：楊宗霖 呂宜興 14:00–15:00 講者：蔡青劭 徐正明 曾敬賢 (Raymond Tsang)	
Symposium 25 基層專題論壇 講題：耳鼻喉科醫師如何參與基層長照新藍海經驗分享 座長：林旺枝 莫振東 15:00–16:00 講者：洪德仁 黃啟嘉	



Symposium

5 月 25 日	地點
Symposium 10 鼻科手術影片觀摩 (含競賽) 座長：沈炳宏 蔡易錚 08:30-09:30 講者：劉璟農 黃毓雯 黃聖凱 林家興 薛翔安	Room 202
Symposium 13 聽力耳鳴專題論壇 講題：Management of tinnitus and hyperacusis: an update 台灣耳鳴學會「台灣耳鳴學會耳鳴治療指引第二次共識會議」 座長：力博宏 林嘉德 09:30-10:30 講者：賴仁淙 龔彥穎 (台北榮總傳統醫學部) 林嘉德	
Symposium 19 前庭檢測復健專題論壇 講題：Office-based vestibular testing and vestibular rehabilitations 座長：褚嘉慧 楊昭輝 13:00-14:00 講者：范君揚 葉大偉 李信賢	
Symposium 23 性別平等教育專題 講題：從身邊的小故事談性別平等 座長：方麗娟 余瑞彬 14:00-15:00 講者：郭玲惠 (國立台北大學法律學系教授)	
Symposium 26 感染管制專題 講題：抗藥性細菌與真菌感染在耳鼻喉頭頸外科的防治新策略 座長：黃威雄 李立昂 15:00-16:00 講者：陳應盛 (天主教耕莘醫院感染科主任)	



Symposium

5 月 25 日	地點
Symposium 11 耳鼻喉頭頸外科 國家新創獎專題論壇 座長：李學禹 陳正文	Room 203
08:30-09:30 講者：耳科：陳錦國 鼻科：傅嘉祥 睡眠：李學禹 內視鏡：陳光超（陳冠華）	
Symposium 14 睡眠外科專題論壇 講題：OSA Management in Preventive Medicine 座長：李學禹 李立昂	
09:30-10:30 講者：預防 MACE 林以志 預防失智 蔡明劭 預防過動 康焜泰 預防眩暈 中山明峰 (Meiho Nakayama) 預防子癲前症 李宜潔	
Symposium 16 耳鼻喉頭頸外科 國家醫療品質獎專題論壇 座長：江榮山 徐正明	
11:00-12:00 講者：耳科：力博宏 鼻科：江榮山 喉科：王仲祺 (Q&A 花曼瑋) 頭頸：康仲然	
Symposium 24 耳科內視鏡手術影片觀摩 講題：Endoscopic middle ear surgery: a video presentation 座長：陳錦國 簡禎佑	
14:00-15:00 講者：許慶輝 黃彰晞 黃子晉 趙偉傑	
Symposium 27 鼻科專題論壇 講題：Innovations in Rhinology 座長：辛宗翰 張伯宏	Room 203
15:00-16:00 講者：趙勻廷 盧彥廷 梁凱莉 陳韋至	



Symposium

5 月 25 日	地點
Symposium 15 International Symposium (Basic Science & translational medicine) 座長：蕭振仁 李清池 09:30–10:30 講者： 1. Patrick Ha: Recent breakthroughs in head and neck cancer (research) 2. Chul-Ho Kim: Single-cell and Spatial Transcriptome Profiling of the Stepwise Progression of Head and Neck Cancer: Insight into Tumor Heterogeneity & Microenvironment 3. Jason Chan: Extracellular vesicles in HNSCC	Room 206
Symposium 17 International Symposium (advanced technology) 座長：呂宜興 莊蕙青 11:00–12:00 講者： 1. Seiichi Yoshimoto: BNCT (Boron Neutron Capture Therapy) 2. Patrick Ha: Adenoid cystic carcinoma: using science to inform treatment 3. Jason Chan: Development of endoluminal surgical platform from bench to bedside	
Symposium 20 基層專題論壇 講題：基層開業術及自費醫療專題 座長：吳家淦 王智弘 13:00–15:00 講者： 1. 徐正明：診所自費新市場：基層也能執行的喉科手術 2. 張益豪：醫療溝通術	



午餐演講 議程



午餐演講

5 月 24 日	地點
Luncheon Symposium(荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司贊助) NUCALA 12:30–13:10 One airway one disease: Eosinophilic inflammation in severe asthma and CRSwNP 13:10–13:30 Q&A Discussion 座長：葉德輝 醫師 新竹臺大醫院 講者：林怡岑 醫師 臺大醫院	一樓 102
Luncheon Symposium(巴德股份有限公司贊助) 12:30–13:30 Reduction of postoperative bleeding after functional endoscopic sinus surgery 座長：胡皓淳 主任 輔大醫院 講者：張邦彥 醫師 輔大醫院	一樓 103
Luncheon Symposium(美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司贊助) 12:30–12:40 Dr. 林進清 彰化基督教醫院 Opening Remarks 12:40–13:15 Dr. 楊慕華 台北榮民總醫院 Optimizing treatment sequence in R/M SCCHN from a TIME-wise 13:15–13:30 Q&A	二樓 204



午餐演講

5 月 25 日	地點
Luncheon Symposium(荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司贊助) Asthma 12:00–12:10 Opening 12:10–12:45 Why Clinical Remission is an Ambitious but Achievable: Why High Dose Trelegy Can Help 12:45–13:00 Q&A 座長：藍胃進 醫師 台北慈濟 講者：吳玟叡 醫師 台北馬偕醫院	一樓 102
Luncheon Symposium(百特醫療產品股份有限公司贊助) Innovation in Surgical Solution 12:00–13:00 Posterior nasal nerve neurolysis surgery under local anesthesia with advanced hemostatic patch 座長：薛智仁主任 振興醫院耳鼻喉部喉頭頸外科 講者：黃健祐主任 嘉義基督教醫院耳鼻喉科	一樓 103
[基層診所數位轉型] 午餐座談 資拓宏宇國際 (股) 公司贊助 座長：蘇育儀 醫師 中華民國醫師公會全國聯合會 副秘書長 12:10–12:30 題目 1：雲端 HIS 必修課 – 基層診所數位轉型全攻略 講師：陳鵬文 健康科技事業處 資拓宏宇國際 (股) 公司 12:30–12:50 題目 2：中華電信 視訊看診 講師：王偉 股長 中華電信企業客戶分公司 12:50–13:00 Q & A	二樓 204
Luncheon Symposium(進軒資產管理顧問有限公司贊助) 12:00–12:45 美元霸權終結？AI 時代下的避險地圖 12:45–13:00 Q&A 講者：潘炫瑜 副總經理 進軒資產管理顧問公司	二樓 205



口頭論文題序



口頭論文注意事項

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。

一、講員須知

1. 請於表定時間開始前 1 小時將簡報檔案提交至試片室（國璽樓 104 教室，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. 本次會議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，請自行備妥備案。
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。



102 會議室

5 月 24 日 (星期六)

時間	題序	題目 / 主持人	演講者
黃同村 (台北慈濟) / 黃建嘉 (林口長庚)			
11 : 30 12 : 30	NO1 01	從持續性嗅覺障礙到永久性失嗅：探討後天與先天失嗅患者的生活品質	李文雅
	NO1 02	鼻腔鼻竇嗜酸性細胞乳突瘤的臨床特徵、手術和預後：單一醫學中心研究	陳彥安
	NO1 03	無線射頻燒灼後鼻神經下鼻甲內段與藥物治療慢性鼻炎的比較	黃健祐
	NO1 04	游離中鼻甲黏膜植皮用於經鼻內視鏡顱底手術取鼻中膈皮瓣處理蝶鞍部及蝶鞍部旁病灶之鼻中膈供皮瓣處的重建分析	林綵珊
	NO1 05	成人接受外科輔助上頷擴張術後的嗅覺功能變化	趙勻廷
	NO1 06	功能性內視鏡鼻竇手術對慢性鼻竇炎患者耳咽管功能之影響	江榮山
	NO1 07	第 2 型慢性鼻竇炎合併鼻息肉的篩竇與上頷竇比率預測價值	黃建嘉
楊庭華 (台大) / 林哲玄 (北醫附醫)			
13 : 30 14 : 30	EO1 01	外耳道鱗狀上皮細胞癌手術治療及預後因子分析：單一醫學中心回溯性研究	丁冠中
	EO1 02	住院醫師的耳科手術訓練模型：鋸骨置換手術與通氣管置放術	王貞智
	EO1 03	探究耳蝸性偏頭痛患者之耳鳴障礙指數及血漿中降血鈣素基因相關肽	陳建志
	EO1 04	可攜帶式電子眼振圖儀	曾智傑
	EO1 05	信賴障礙：全國性分析影響耳鼻喉科住院醫師低信賴度的因素	陳孟陽
	EO1 06	微型法布里－珀羅光纖光學麥克風	王堯青
戴志峰 (高醫附醫) / 趙品植 (雙和)			
14 : 30 15 : 30	NO2 01	鼻腔及組織中一氧化氮在原發性慢性鼻竇炎中的表現－初步報告	游子平
	NO2 02	老年人合併及不合併鼻息肉慢性鼻竇炎之細菌學	林孟鈞
	NO2 03	術前內視鏡分數預測原發性非第二型慢性鼻竇炎術後疾病控制狀態	王子康
	NO2 04	慢性鼻竇炎患者合併過敏性鼻炎接受鼻竇內視鏡手術治療後症狀及生活品質之探討	郭宇鈞
	NO2 05	第二型慢性鼻竇炎併鼻息肉病患手術後持續發炎之危險因子探討	吳佩雯
	NO2 06	鼻咽癌頸動脈侵犯的臨床意義	連景峯
	NO2 07	人工智慧之內視鏡顱底手術影片分析：初期報告	李東霖
花俊宏 (中醫附醫) / 黃正池 (成大)			
16 : 00 17 : 00	HO1 01	於晚期口腔癌以量身定制 (Tailor-made) 的輔助性治療策略提升晚期口腔癌患者預後	李清池
	HO1 02	探討嚼食檳榔和頭頸癌發生風險之相關性	黃正池
	HO1 03	以免疫組織化學染色市售癌組織分析丙酮酸激酶 M2 (PKM2) 之表現與頭頸癌臨床病理分期之相關性	孫萬烜
	HO1 04	喉癌與下咽癌手術後發生咽皮瘻管的處理策略	楊顯謙
	HO1 05	頭頸部 IgG4 相關性疾病之系列－病例報告	劉恩權



102 會議室

5 月 25 日 (星期日)

時間	題序	題目 / 主持人	演講者
09 : 30 10 : 30		王景平 (台中榮總) / 陳贈成 (台大)	
	HO2 01	靛氰綠螢光在雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 機器人甲狀腺切除術中對副甲狀腺辨識與功能預測的應用	王誌群
	HO2 02	KTP 雷射聲帶囊腫切除術於門診手術的應用	王庭
	HO2 03	口咽癌病患使用達文西機械手臂手術與傳統治療之臨床成效比較	蘇堯勝
	HO2 04	囊外剝離術與淺葉腮腺切除術之比較：成本效益的系統性回顧與統合分析	李宜展
	HO2 05	晚期喉癌及下咽癌合併呼吸道阻塞以前導化學治療合併內視鏡雷射顯微手術治療之經驗	李美儒
11 : 00 12 : 00		賴啟智 (高雄長庚) / 胡皓淳 (輔大)	
	LSO 01	喉肌電圖肌電位自發活動於單側聲帶麻痺預後預測之應用	蔡宜真
	LSO 02	比較高流量鼻導管給氧與傳統插管在自體脂肪注射聲帶手術的差異	黃健維
	LSO 03	達文西經口機器人手術治療阻塞性睡眠呼吸中止症之療效與安全性：100 例回顧性分析	蔡明劭
	LSO 04	探索兒童飲食行為和睡眠呼吸障礙症狀的關聯性：一個橫斷面研究	李立昂
	LSO 05	人工智慧精準評估藥物誘導睡眠內視鏡檢查會厭阻塞動態變化	蘇性豪
13 : 00 14 : 00		葉建甫 (台北榮總) / 施凱翔 (台中榮總)	
	NC2 01	耳悶不單純—局部型耳咽管隆突類澱粉沉積症	詹大慶
	NC2 02	鼻咽癌放化療後的鼻咽腫瘤：復發還是非復發？	洪瑋鍾
	NC2 03	鼻中膈息肉一個案報告	蘇聖維
	NC2 04	鼻軟骨間質錯構瘤	張軒輔
	NC2 05	侵襲性黴菌鼻竇炎在義大之個案之診斷，治療，及手術效益探討	黃孝宇
	NC2 06	篩竇 NUT 癌：罕見病例報告，強調其侵襲性特徵與治療挑戰	林伯庭
14 : 00 15 : 00		曾良鵬 (高醫附醫) / 陳贈成 (台大)	
	HC4 01	細胞學初判為 Warthin's tumor 的腮腺瘤細胞瘤 (Oncocytoma) —病例報告	王緯丞
	HC4 02	腮腺卡斯爾曼氏症一個案報告	紀華鎧
	HC4 03	小兒腮腺結節性筋膜炎—案例報告	張皓祥
	HC4 04	診斷挑戰：局限於耳周區域的移植後淋巴增殖性疾病偽裝為惡性外耳道炎 —罕見病例報告	李宜霏
	HC4 05	頰下腺孤立性纖維瘤—病例報告	周君穎
	HC4 06	以頸部腫塊為表現的感染性頸動脈瘤炎—病例報告	郭冠吾
	HC4 07	近全喉切除術後病人，氣管造口保持器內緣遺留在氣管內一個案報告	林宏勳
	HC4 08	SMARCA4 缺乏型未分化癌的臨床表現：雙側鎖骨上淋巴結腫大一耳鼻喉科領域中的罕見診斷挑戰	楊嫻而



103 會議室

5 月 24 日 (星期六)

時間	題序	題目 / 主持人	演講者
14 : 30 15 : 30		林世倉 (耕莘) / 蘇金泉 (彰基)	
	HC1 01	類天皰瘡引起之喉部潰瘍—病例報告	陳冠廷
	HC1 02	以舌根腫瘤來表現之 Eagle 氏症候群—病例報告	廖偉成
	HC1 03	復發性蝶竇後鼻孔息肉—病例報告	謝珈瑄
	HC1 04	上臼齒根管穿孔後引發的咽後間隙與頸面氣腫—病例報告	廖英捷
	HC1 05	深頸部感染併椎旁空間膿瘍—病例報告	石皓全
	HC1 06	前縱膈鱗狀細胞癌以深頸部感染表現—病例報告	陳政良
	HC1 07	反覆臉部復發性膿瘍—病例報告	黃鈺庭
	HC1 08	喉結核 (Laryngeal tuberculosis) —病例報告	林宸如
16 : 00 17 : 00		卓筱芸 (輔大) / 王勁傑 (台中榮總)	
	EC 01	持續負壓抽吸裝置作為新生兒耳廓巨大假性囊腫的微創治療—病例報告	陳煒翔
	EC 02	中耳神經內分泌腫瘤—罕見病例報告與文獻回顧	鄭博軒
	EC 03	鼻咽癌患者罹患非結核分枝桿菌耳乳突炎—病例報告	陳關宇
	EC 04	Dupilumab 在嗜酸性中耳炎上的角色—病例報告與文獻回顧	紀建鋒
	EC 05	結核桿菌造成的顱骨感染及廣泛性頭頸部侵犯—病例報告	高子淇
	EC 06	遠紅外線裝置治療雙側突發性耳聾之臨床經驗—病例報告	賴郁婷
	EC 07	尾狀核出血表現為雙側突發性感音神經性聽力喪失—病例報告	黃文龍



103 會議室

5 月 25 日 (星期日)

時間	題序	題目 / 主持人	演講者
09 : 30 10 : 30		林志峰 (台大) / 花曼璋 (員山榮民)	
	NC1 01	非典型鼻腔血管纖維瘤—病例報告	林妍緹
	NC1 02	伴隨神經學症狀之鼻竇畸胎瘤肉瘤—病例報告	翁啓豪
	NC1 03	鼻腔及顱底血管外皮細胞瘤—病例報告	易宛鈴
	NC1 04	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	許智凱
	NC1 05	粘膜皮瓣修補鼻中隔破損—中部單一區域醫院經驗	翁明謙
11 : 00 12 : 00		康柏皇 (高雄榮總) / 吳哲維 (高醫附醫)	
	HC2 01	以射頻消融治療舌根異位甲狀腺併結節增生作為手術之替代療法—病例報告	林晉詣
	HC2 02	上齒齦小細胞神經內分泌癌—病例報告	江品鎔
	HC2 03	口腔穴狀癌—病例報告及文獻回顧	廖中翊
	HC2 04	鼻竇及扁桃腺之局部性類澱粉沉積症—病例報告	吳茵庭
	HC2 05	分階段腮腺切除手術治療侵襲性咽旁間隙多形性腺瘤—病例報告	王廷豪
	HC2 06	喉部轉移之腎細胞癌—病例報告	邱俊樺
	HC2 07	下咽惡性脂肪瘤—病例報告	陳雅慧
13 : 00 14 : 00		蘇晉輝 (台北馬偕) / 陳俊男 (台大)	
	HC3 01	雙側腋窩乳暈入路 (BABA) 與甲狀舌管囊腫：可行性與考量—案例分析	陳建和
	HC3 02	IgG4 相關之頸部淋巴腺腫大—病例報告	柯博允
	HC3 03	肺腺癌之口腔轉移—病例報告	鄭宇泰
	HC3 04	經口機器人手術治療大型側咽旁間隙神經鞘瘤—病例報告	賴明翊
	HC3 05	經口達文西機器手臂手術切除咽旁間隙腫瘤—病例報告	吳諭萱
	HC3 06	意外發現縱膈腔副甲狀腺增生—個案報告	楊子賢
	HC3 07	兩例口咽瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤—病例報告	張皓昀



NO1 01 11:30 — 11:36

從持續性嗅覺障礙到永久性失嗅：探討後天與先天失嗅患者的生活品質

From Persistent Olfactory Dysfunction to Permanent Loss: Investigating Quality of Life in Acquired and Congenital Anosmia

李文雅¹ 趙勻廷^{1,2}

¹臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 ²國立陽明交通大學

目的：COVID-19疫情後，因長新冠(long COVID)導致持續性嗅覺障礙的患者日益增加，不僅可能進一步發展為永久性嗅覺喪失，更對日常生活造成深遠影響。目前已知嗅覺障礙會顯著影響生活品質，但病程長短對生活品質的影響程度仍不明確。因此，本研究欲探討嗅覺障礙持續時間對生活品質的影響。

方法：受試者依病程長短分為三組：持續性後天失嗅(PerA, persistent acquired anosmia, 病程6個月至2年)、長久性後天失嗅(ProA, prolonged acquired anosmia, 病程10年以上)、先天失嗅(isolated congenital anosmia, ICA)。本研究採用嗅覺障礙問卷(QOD, Questionnaire of Olfactory Disorders)評估嗅覺相關的生活品質，包含負面表述(QOD-NS, negative statements)、正面表述(QOD-PS, positive statements)及主觀困擾程度(QOD-VAS, visual analogue scale)。

結果：PerA與ProA患者的QOD-NS與QOD-VAS分數均高於ICA，顯示後天失嗅患者對嗅覺喪失的衝擊較為顯著。而ProA患者的QOD-PS分數顯著高於PerA，顯示其隨著時間發展出較佳的應對能力。此外，ProA的QOD-PS分數與ICA相近，顯示長期嗅覺喪失可能會隨時間發展出適應機制。

結論：相較於後天失嗅患者，先天失嗅者的生活品質受影響較小。長久性後天失嗅的患者隨時間發展出較佳的應對能力。因此，對於持續性嗅覺障礙患者，應提供更多心理與社會支持，以促進適應並提升生活品質。



NO1 02 11:36 – 11:42

鼻腔鼻竇嗜酸性細胞乳突瘤的臨床特徵、手術和預後：單一醫學中心研究

Sinonasal Oncocytic Papilloma : Clinical Characteristics, Surgical Management, and Outcomes from a Single Center Case Series

陳彥安¹ 郭盈汝^{2,4} 趙勻廷^{1,4} 葉建甫^{1,4} 洪莉婷^{1,4} 黃毓雯^{1,4} 王緯歆^{3,4} 藍敏瑛^{1,4}

¹臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 鼻頭頸科 ²臺北榮民總醫院病理部 ³臺北榮民總醫院神經醫學中心 神經外科 ⁴陽明交通大學醫學院醫學系

目的：鼻腔鼻竇嗜酸性細胞乳突瘤(Sinonasal Oncocytic Papilloma)，不同於倒生性乳突瘤(Inverted Papilloma)，是鼻腔鼻竇乳突瘤的一種少見變異型，在醫學文獻中報導較少。本回溯性研究單一醫學中心鼻腔鼻竇嗜酸性細胞乳突瘤的臨床特徵、手術方式及預後，旨在加深對此的認識與理解。

方法：本回溯性研究回顧分析2018年至2024年間，於臺北榮民總醫院確診並接受手術治療之鼻腔鼻竇嗜酸性細胞乳突瘤病例。研究綜合分析患者特徵、臨床表現、手術方式、影像學發現及治療結果，以深入探討此病之臨床特性。

結果：本研究共納入19例患者，其中男性12例，女性7例，患者年齡分布為27至81歲，平均年齡為59歲。最常見之臨床症狀為鼻塞。13例腫瘤位於單側上頤竇，3例位於篩竇，3例位於蝶竇。所有病患接受經鼻內視鏡手術移除腫瘤，其中11例接受內側上頤竇部分切除手術。術後追蹤沒有病例發生復發或惡性轉變，顯示此腫瘤的治療效果良好，且預後較為理想。

結論：鼻腔鼻竇嗜酸性細胞乳突瘤為一種少見且獨特的鼻腔鼻竇乳突瘤亞型。本研究為首個相對較多數量的病例回溯性研究，且無復發或惡性轉變病例。我們認為完整切除腫瘤可有效降低鼻腔鼻竇嗜酸性細胞乳突瘤的復發風險。



NO1 03 11:42 – 11:48

無線射頻燒灼後鼻神經下鼻甲內段與藥物治療慢性鼻炎的比較

Radiofrequency Ablation of Intraturbinate Posterior Nasal Nerve Comparing to Medical Treatment for Chronic Rhinitis

黃健祐^{1,2} 廖峻毅¹

¹嘉義基督教醫院耳鼻喉科 ²國立陽明交通大學智慧科學暨綠能學院

目的：本研究旨在評估無線射頻燒灼後鼻神經下鼻甲內段(RAPN)與使用鼻用類固醇噴霧(INCS)加口服抗組織胺藥治療慢性鼻炎的效果。

方法：本研究為回顧性研究，於2023年2月至2024年7月期間進行，對象為因對藥物治療無效而接受INCS或RAPN的慢性鼻炎成人患者。納入標準為反映性鼻症狀總分(rTNSS)≥4及流鼻水分數≥1的患者。排除標準包括有過去鼻部手術、鼻中隔尾端彎曲及急性或慢性鼻竇炎的患者。RAPN手術採局部麻醉門診手術。主要評估方式為術前rTNSS、NOSE分數及併發症的變化。

結果：共納入64名患者，其中44名接受RAPN，20名接受INCS。RAPN組和INCS組的術前rTNSS分別為 7.3 ± 2.1 和 6.9 ± 2.3 ，無統計學顯著差異($p=0.497$)。1、3和6個月追蹤兩組治療的rTNSS及NOSE分數均顯著改善($p < 0.001$)。在1至3個月的追蹤中，RAPN組的rTNSS和NOSE分數改善顯著優於INCS組($p=0.001$)。於TNSS子項目分析發現，兩組治療比較中僅1和3個月的流鼻水及1個月的打噴嚏在兩組之間並無顯著差異，其餘皆以RAPN優於INCS。於NOSE子項目分析發現，僅因鼻塞導致入睡困難在兩組之間並無顯著差異，其餘皆以RAPN優於INCS。併發症統計RAPN組有1例前鼻出血，經止血後無後遺症。

結論：INCS和RAPN均顯示出對慢性鼻炎控制的顯著改善。除了流鼻水症狀控制外，RAPN的療效優於INCS，顯示此手術介入在治療慢性鼻炎提供額外的療效。



NO1 04 11:48 — 11:54

游離中鼻甲黏膜植皮用於經鼻內視鏡顱底手術取鼻中隔皮瓣處理蝶鞍部及蝶鞍部旁病灶之鼻中隔供皮瓣處的重建分析

Utilizing Free Middle Turbinate Mucosal Grafts to Reconstruct the Septal Donor Site Following Nasoseptal Flap Harvesting in Endoscopic Endonasal Approach for Sellar and Parasellar Lesions

林綵珊¹ 劉璟璇¹ 黃毓雯¹ 葉建甫¹ 洪莉婷¹ 藍敏瑛¹ 王緯歆²

¹臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 ²臺北榮民總醫院神經中心神經外科

目的：在經鼻內視鏡顱底手術(endoscopic endonasal approach)治療蝶鞍(sellar)及蝶鞍旁(parasellar)病變時，取鼻中隔皮瓣(nasoseptal flap harvesting)後裸露的鼻中隔軟骨及硬骨可能併發持續結痂、鼻內沾黏、嗅覺受損、鼻中隔穿孔及馬鞍鼻等。因此，本研究探討採用游離中鼻甲黏膜植皮(free middle turbinate mucosal graft)重建於鼻中隔供皮瓣區(septal donor site)，對於減少術後鼻部併發症的影響。

方法：針對2015年至2023年間接受經鼻內視鏡顱底手術併取鼻中隔皮瓣的104名患者進行回顧性分析，將患者分為兩組：一組使用游離中鼻甲黏膜植皮重建於鼻中隔供皮瓣處，另一組則未接受植皮重建。手術中，在完成取鼻中隔皮瓣及部分中鼻甲切除後，取下的中鼻甲黏膜在顱底重建開始前會先浸泡在生理鹽水中。之後，此中鼻甲黏膜植皮會以可吸收縫線固定並重建於鼻中隔取皮瓣處。病人於術後的第1, 2, 4, 8, 12週回診，以硬式鼻內視鏡記錄鼻中隔並存取於影像存檔與通訊系統(PACS)中，影像由三位醫師以盲法回溯性檢視，評估鼻中隔供皮瓣處的黏膜化情形及結痂的嚴重程度。我們使用的統計分析軟體為SPSS，並採用無母數統計法之曼-惠特尼U檢定(Mann-Whitney U test)及費雪爾精確檢定(Fisher's exact test)比較兩組之間達到黏膜化的時間及結痂的嚴重程度。

結果：這104名接受經鼻內視鏡顱底手術的患者，鼻中隔皮瓣主要用於修復術中的腦脊液滲漏處，或用於覆蓋術中暴露的頸內動脈、海綿竇或視神經管等構造。99名患者(95%)有使用中鼻甲黏膜植皮重建於鼻中隔供皮瓣區，而其餘5名患者(5%)則未使用，原因包含曾接受過鼻竇手術導致無中鼻甲黏膜可作為植皮使用、大片的硬腦膜缺損需要鼻中隔皮瓣加上中鼻甲黏膜植皮覆蓋以及本單位早期的經鼻內視鏡顱底手術尚未採用游離中鼻甲黏膜植皮重建的術式。在術後三個月內的回診追蹤發現，有接受中鼻甲黏膜植皮重建的患者，其黏膜化的時間顯著短於未接受重建的患者(38.7天 vs. 59.6天， $p < 0.0001$)，而結痂嚴重程度在兩組病人之間則無顯著差異。其中有1位病人(1.35%)出現黏膜化不完全的情形，而併發小範圍的鼻中隔穿孔。

結論：在經鼻內視鏡顱底手術中，將游離中鼻甲黏膜植皮重建於鼻中隔供皮瓣處，能夠顯著加速鼻中隔的黏膜化，減少鼻部術後併發症的發生。



NO1 05 11:54 – 12:00

成人接受外科輔助上頤擴張術後的嗅覺功能變化

Olfactory Function Changes in Adults after Surgically Assisted Maxillary Expansion

趙勻廷^{1,2,3} Thomas Hummel³

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

目的：外科輔助上頤快速擴張術(SARME)是一種用於治療成人上頤橫向發育不足的手術，能改善齒列不正與咬合異常，同時改變鼻腔結構，進而影響氣流分佈與嗅覺感知。本研究旨在探討SARME對成年患者嗅覺功能的影響，並分析鼻部結構改變與嗅覺變化之關聯。

方法：本前瞻性研究，納入28名接受SARME的成年患者(平均年齡 26.6 ± 9.4 歲)，排除具有急性或慢性鼻炎、副鼻竇炎、過敏性鼻炎或其他影響嗅覺功能的鼻部疾病患者。所有受試者於術前及術後6個月進行Sniffin' Sticks測試，評估其嗅覺閾值(threshold, T)、氣味分辨(discrimination, D)、氣味識別(identification, I)及總分(TDI)。此外，根據上頤骨擴張幅度的中位數(6 mm)將患者分為侷限擴張組(≤ 6 mm, n=14)與廣泛擴張組(> 6 mm, n=14)，並比較兩組的嗅覺變化。術前與術後6個月的嗅覺測試結果透過重複量數變異數分析(rmANOVA)進行統計分析，並使用Pearson相關分析法探討擴張幅度與嗅覺參數變化之間的關聯性。

結果：術後6個月，患者的D、I與TDI分數顯著提升($p = 0.023$ 、 0.024 、 0.005)，但T值則無顯著變化($p = 0.087$)。各項嗅覺指標變化與擴張幅度無統計相關性。然而，侷限擴張組的T值改善幅度顯著高於廣泛擴張組($p = 0.048$)，顯示過度擴張可能限制嗅覺閾值的提升。

結論：SARME可改善成人嗅覺功能，可能與鼻腔結構改變及氣流動力學改善有關。然而，過度擴張可能影響嗅覺閾值的改善，顯示手術應在提升鼻通氣與維持氣流穩定性之間取得平衡，以獲得最佳的嗅覺效益。



NO1 06 12:00 — 12:06

功能性內視鏡鼻竇手術對慢性鼻竇炎患者耳咽管功能之影響

Effect of Functional Endoscopic Sinus Surgery on the Eustachian Tube Function in Patients with Chronic Rhinosinusitis

江榮山^{1,2} 林莞茜³ 王勁傑²

¹童綜合醫院耳鼻喉部 ²台中榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 ³台中榮民總醫院教學部

目的：慢性鼻竇炎是鼻竇的一種發炎疾病，本研究旨在透過主觀問卷與客觀評估，探討功能性內視鏡鼻竇手術對於慢性鼻竇炎患者耳咽管功能之影響。

方法：我們收錄了66位因慢性鼻竇炎而接受功能性內視鏡鼻竇手術的成人患者，透過ETDQ-7分數將其分為「耳咽管功能良好」以及「耳咽管功能不佳」兩組，並收集術前的電腦斷層、SNOT-22問卷、鼻內視鏡檢查、acoustic rhinometry、嗅覺檢查、saccharine transit test，以及術後1個月與術後3個月各項檢查的結果進行分析。這些病患同時在術前及術後3個月也接受九步驟充氣/放氣鼓室壓力測試來檢查耳咽管功能。

結果：在「耳咽管功能不佳」的組別，術前的SNOT-22、ETDQ-7以及九步驟充氣/放氣鼓室壓力測試的結果顯著較差，經過功能性內視鏡鼻竇手術後，兩組的SNOT-22及鼻內視鏡分數皆有所改善，其中「耳咽管功能不佳」組別進步幅度更為明顯，然而嗅覺與黏液纖毛清除功能的改善僅出現於「耳咽管功能良好」的組別。此外，功能性內視鏡鼻竇手術可顯著降低「耳咽管功能不佳」組別病人ETDQ-7的分數，且SNOT-22與ETDQ-7分數的改善幅度呈現中度相關。

結論：本研究顯示功能性內視鏡鼻竇手術可協助緩解慢性鼻竇炎患者耳咽管功能障礙相關症狀，並暗示慢性鼻竇炎與耳咽管功能障礙可能在病生理機制中存在一定的共通性。



NO1 07 12:06 – 12:12

第2型慢性鼻竇炎合併鼻息肉的篩竇與上顎竇比率預測價值

Predictive Value of Computed Tomographic Ethmoid-to-Maxillary Ratio in the Type 2 CRSwNP

黃建嘉^{1,2} 吳佩雯^{1,2} 張伯宏¹ 黃啟哲^{1,2}

¹林口長庚紀念醫院 耳鼻喉部 鼻科 ²長庚大學醫學系

目的：先前研究提出將篩竇優勢作為第二型慢性鼻竇炎合併鼻息肉(CRSwNP)的電腦斷層掃描(CT)影像的指標。本研究進一步評估基於不同電腦斷層掃描評分系統在第2型慢性鼻竇炎合併鼻息肉中的篩竇與上顎竇(E/M)比率的預測價值。

方法：本研究前瞻性招募接受鼻竇手術的雙側慢性鼻竇炎合併鼻息肉成年患者。使用Lund-Mackay (L-M)和Zinreich評分系統評估CT影像。透過組織病理學分析確定組織嗜酸性粒細胞計數(TEC)。使用real-time PCR測量鼻息肉中包括IL-5、IL-13和嗜酸性粒細胞陽離子蛋白(ECP)等第2型發炎因子的表現量。

結果：試驗期間共招募174位參與者。根據L-M CT評分，其中80名參與者的E/M 比率>1，49名參與者的E/M比率=1，45名參與者的E/M比率<1。49位患者L-M評分中E/M比值=1的參與者中，經Zinreich評分系統重新評估後，有20位(40.8%)患者E/M比值變成>1。L-M和Zinreich評分系統的E/M比率均與第2型發炎的組織標記(包括TEC、IL-5、IL-13和ECP表現量)呈顯著相關性。Zinreich E/M比率顯示出更高的相關係數。

結論：L-M和Zinreich評分系統的E/M比率與第2型發炎的組織標記相關。應使用更詳細的評分系統進一步分析L-M系統中E/M比率為1的個案，以確定是否有篩竇為主的病灶。

Discussion 12:12 – 12:30



EO 01 13:30 – 13:36

外耳道鱗狀上皮細胞癌手術治療及預後因子分析：單一醫學中心回溯性研究

Analysis of Surgical Treatment and Prognostic Factors in External Auditory Canal Squamous Cell Carcinoma: A Single-Center Retrospective Study

丁冠中 王懋哲

臺北榮總耳鼻喉頭頸醫學部耳科

目的：外耳道癌為一少見的頭頸部惡性腫瘤，因而關於其預後因子的研究相對有限。對於T1期腫瘤，手術方式有袖狀切除手術(Sleeving Surgery) 與顳骨側切除手術(Lateral Temporal Bone Resection) 兩種選擇。本研究將探討不同病理因子對臨床預後的影響，並比較兩種手術方式在T1期腫瘤治療的效果。

方法：2010年至2023年間於臺北榮總診斷為外耳道鱗狀上皮細胞癌並接受手術治療的病例，回溯分析其臨床病史、影像學檢查及病理報告。評估腫瘤分期(T stage)、神經旁侵犯(Perineural Invasion)、腫瘤侵犯深度(Depth of Invasion)、組織邊界(Margin)等因子，與局部復發率與5年疾病存活率(Disease Specific Survival Rate)之關聯性。並比較分別使用袖狀切除手術與顳骨側切除手術的T1外耳道鱗狀上皮細胞癌的局部復發率與5年疾病存活率。

結果：本研究發現，組織邊界陽性是導致局部復發及降低存活率的最主要預後因子；此外，神經旁侵犯及晚期T分期(T3/T4)亦與較高的復發率及較低的疾病存活率顯著相關。在T1病例中，採用顳骨側切除手術相比袖狀切除手術，可顯著降低局部復發率並提高5年疾病特定存活率。

結論：在治療外耳道鱗狀上皮細胞癌時，確保安全的手術組織邊界是降低局部復發並提升5年疾病存活率的關鍵因素。對於T1期患者，建議優先採用顳骨側切除手術。



EO 02 13：36 — 13：42

住院醫師的耳科手術訓練模型：鐙骨置換手術與通氣管置放術

Otologic Training Model for Residents: Piston Surgery and Ventilation Tube Insertion

王貞智 蕭安穗

振興醫院財團法人振興醫院耳鼻喉部

目的：本研究旨在評估一款自設計的耳科手術訓練模型，對於提升住院醫師在兩種特定手術——鐙骨置換手術(piston surgery)與通氣管置放術(ventilation tube insertion, VTI)——之技術熟練度與自信心的效果。本研究透過手術時間、技術準確度及模型損壞率來評估住院醫師的手術表現，並透過術前與術後問卷調查，了解受訓醫師對臨床實踐的自信提升程度。

方法：本研究設計了兩種專門的手術訓練模型：一款模擬砧骨長突，用於訓練鐙骨置換手術；另一款仿真鼓膜，用於訓練通氣管置放術。住院醫師參與結構化訓練計畫，包括理論課程、實作訓練及評估階段。手術表現的評估指標涵蓋手術時間、準確度及模型損壞率等量化數據，並輔以問卷調查之質性回饋。本訓練課程強調重複練習、標準化指導及在可控、無風險的環境下進行技能精進。

結果：本研究結果顯示，受訓住院醫師的技術能力與自信均有顯著提升。在鐙骨置換手術中，參與者在將活塞懸掛於砧骨長突上的準確度提高，手術時間縮短，模型損壞率降低。在通氣管置放術中，住院醫師在鼓膜切開術(myringotomy)與通氣管植入的準確度均有所提升，並透過訓練模型獲得更真實的觸覺回饋。此外，問卷調查結果顯示，受訓醫師的臨床信心顯著增強，凸顯該模型在理論知識與實際操作之間的重要橋樑作用。

結論：本研究設計的耳科手術訓練模型證明其為一種有效的教育工具，能夠提升住院醫師在耳科手術中的技術表現與自信心。該模型具有成本效益高、可重複使用及標準化等優勢，尤其適用於鐙骨置換手術與通氣管置放術的培訓。由於此模型能夠提供安全且貼近實際的反覆練習機會，因此具備更廣泛應用於耳科手術訓練計畫的潛力，最終有助於提升手術安全性與標準化水平。



EO 03 13:42 – 13:48

探究耳蝸性偏頭痛患者之耳鳴障礙指數及血漿中降血鈣素基因相關胜肽

Studying the Tinnitus Handicap Index and Plasma Calcitonin Gene-related Peptide in Cochlear Migraine Sufferers

陳建志

元景耳鼻喉科神經科診所

目的：由於在偏頭痛發作時，三叉神經系統會釋放出大量的降血鈣素基因相關胜肽(Calcitonin gene-related peptide, CGRP)，半衰期為6.9分鐘，雖不能通過血腦脊髓障蔽，不能進入中樞神經系統，但會快速地循環全身，足可影響全身其它器官，包括內耳、胃腸道或心血管，可說是評估偏頭痛發作程度的重要指標。既然耳蝸性偏頭痛患者之耳科症狀，源自於偏頭痛的發作，如此，耳科症狀的嚴重程度，理應跟偏頭痛的發作有關。本院運用耳鳴障礙指數(tinnitus handicap index, THI)及CGRP檢驗，於耳蝸性偏頭痛患者，確認這類患者的耳鳴症狀，真的跟偏頭痛發作有關。

方法：2023年9月至2024年9月1，共計98名耳蝸性偏頭痛患者就診於本院，均會出現浮動性的耳鳴及/或聽障，均具偏頭痛(無預兆偏頭痛)之個人病史。回顧這些患者，剔除資料填寫不完整，排除不同意接受抽血檢驗者後，挑選出71名(男43，女28)，年齡 56.1 ± 14.6 (平均值 $\pm$ 標準差)(範圍15~89)歲，去除可辨識之姓名，改成編號後，收案入本研究。比較CGRP、THI及年齡之間之相關係數時，使用F檢定，比較迴歸係數時，使用t檢定。以上檢定之 α 值均為0.05。

結果：CGRP濃度為 91.1 ± 149 (範圍0~993.93) pg/mL，THI為 45.2 ± 29.4 (範圍0~98)分，兩者之間，無明顯的相關($r = 0.0762$ ， $F = 2.7346$ ， $p = 0.5246$)，亦無明顯的迴歸($b = 0.015$ ， $t = 0.00423$ ， $p = 0.9942$)。另外，年齡與CGRP間，不具明顯的相關($r = 0.02197$ ， $F = 0.2259$ ， $p = 0.8547$)，亦無明顯的迴歸($b = 0.2237$ ， $t = 0.0252$ ， $p = 0.9800$)；年齡與THI間，不具明顯的相關($r = 0.0013$ ， $F = 0.00078$ ， $p = 0.9914$)，亦無明顯的迴歸($b = 0.0026$ ， $t = 0.00098$ ， $p = 0.9992$)。

結論：耳蝸性偏頭痛患者，血漿中CGRP或THI指數均跟年齡無關，可見，年齡並不會影響偏頭痛發作或耳鳴嚴重度。不僅如此，血漿中CGRP濃度亦跟THI高低無關，可見，偏頭痛發作，並不會影響耳鳴的嚴重程度。換句話說，經由降低CGRP著手，例如使用單株疫苗或受體拮抗劑，雖有可能控制耳蝸性偏頭痛患者之偏頭痛，卻不見得能控制他們的耳鳴症狀，這已經顛覆大家原先的想法。本文研究法，難以用偏頭痛發作，來詮釋耳蝸性偏頭痛患者之耳鳴發作，也難以承諾患者「好好地控制偏頭痛，就能減輕耳鳴」。期待能有人提供方法，供本院參考與修正，擬定正確方向，證實這類患者的耳鳴，就是起自於偏頭痛。



EO 04 13:48 – 13:54

可攜帶式電子眼振圖儀

Portable Electronystagmography(ENG) Device

曾智傑

臺北博仁醫院耳鼻喉科

目的：傳統眼振圖儀器體積龐大、無法隨身攜帶、價格昂貴且操作不便，因此多在醫療院所及專業醫療人員操作下使用。因此，本研究目的在設計一樣款可應用在各種場景的可攜帶式ENG儀器，以提供快速、準確的檢測內耳疾病。

方法：此裝置包含硬體部分和軟體部分。硬體部分包括眼振圖裝置外觀、感應器、系統晶片組、藍牙模組、電池模組。軟體部分包括韌體程式設計、行動裝置應用程式設計。通過感應器，此裝置可量測眼球肌肉的電位活動，將眼球電位訊號輸出至功率放大器進行加強，再經由電子濾波器清除雜訊，最終通過類比數位轉換器以得到數位化信號。系統晶片組可寫入韌體電腦程式，此程式可以將眼球電位訊號做進一步的處理。處理方式包括利用數位濾波器再濾除雜訊。使用者的肌肉電位訊號，在經過數位訊號處理後，再經由藍牙通訊晶片組，傳輸至行動裝置，如手機或平板電腦顯示。也可將診斷資料上傳至雲端系統儲存。另外也開發一款手機APP，可以引導眼球的移動，完成注視、追蹤和跳視的動作。

結果：該儀器可正確測量眼球移動及眼振電位訊號。可用於dix-hallpike maneuver、eye movement test: gaze, pursuit、saccade和caloric test。

結論：本ENG儀器攜帶方便，可以使用於診間、病房和急診室，可以及時診斷內耳疾病，分辨中樞型和周邊型眼振。未來可進一步展AI模型，可以自動化輔助醫療診斷。



EO 05 13:54 – 14:00

信賴障礙：全國性分析影響耳鼻喉科住院醫師低信賴度的因素

Barriers to Entrustment: A Nationwide Analysis of Factors Contributing to Low Entrustability Among Otolaryngology Residents

陳孟陽^{1,2} 陳正文^{1,2}

¹Cardinal Tien Hospital ²National Taiwan University Hospital

目的：以勝任力為基礎的醫學教育(CBME)已經改變了專科醫師的培訓模式，強調以工作場所為基礎的評估。2020年，台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會制定了一套包含11項可被託付的專業活動(EPA)的框架，並於2022年透過EMYWAY平台實施。本研究評估EPA為基礎的評估在全國耳鼻喉科住院醫師訓練中的推行情況，並探討影響住院醫師達成預期託付水準的因素。

方法：本研究為橫斷面分析，使用EMYWAY平台2022年8月至2023年7月的數據，共包含來自34個培訓計畫的274名住院醫師，進行的9,345次EPA評估，並由362名指導醫師進行評分。託付-監督程度以五級量表評定，並根據住院醫師的年資(PGY)設有預期標準。研究透過多變數回歸分析影響達成這些標準的相關因素。

結果：整體而言，68.2%的評估達到預期的託付水準。與較低達成率相關的因素包括：在都市醫院受訓(OR=0.50, 95% CI 0.43–0.60)、處理複雜病患(OR=0.44, 95% CI 0.40–0.49)、以及在手術室內執行操作(OR=0.40, 95% CI 0.34–0.46)。相較之下，在急診環境中進行評估時，達成率較高(OR=4.83, 95% CI 3.70–6.31)。此外，高年資住院醫師達成預期託付水準的可能性較低(R4: OR=0.29, 95% CI 0.24–0.35; R5: OR=0.11, 95% CI 0.09–0.13)。

結論：本研究強調了CBME在耳鼻喉科訓練中的成功整合，同時揭示了關鍵挑戰。在都市醫院、處理複雜病患以及手術環境中的較低託付度，顯示這些領域需要額外的支持與指導；而在急診環境中的高達成率則凸顯了高強度臨床經驗對訓練的助益。結構化的EPA框架有助於住院醫師的勝任力發展，但仍需進一步優化，以提升學習進程，特別是針對高年資住院醫師的訓練需求。



EO 06 14:00 – 14:06

微型法布里-珀羅光纖光學麥克風

Miniaturized Fabry-Perot Fiber-Optic Microphone

王堯青¹ 劉承揚² 力博宏^{1,3}

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

目的：傳統麥克風雖然已廣泛應用於聲學領域，但仍然會受到電磁干擾、靈敏度受限及背景噪聲影響等限制。而光纖光學麥克風因不含金屬材料，具備訊號穩定、高靈敏度及抗電磁干擾等優點，適用於助聽器與電子耳，並且在光聲成像及醫學臨床領域具有極高的應用潛力。

方法：本研究設計了一款微米級法布里-珀羅(Fabry-Perot)光纖光學麥克風，主要由單模光纖、毛細管和水凝膠薄膜組成。麥克風的製作流程包含四個步驟：光纖熔接、切割毛細管、浸塗水凝膠以及紫外線固化。最終麥克風尺寸僅約125微米寬和170微米長，尺寸如同一根頭髮。本實驗採用1550波長的雷射光源，並透過干涉測量技術進行聲學響應測試，包括頻率範圍、靈敏度、線性度及最小可檢測壓力等參數。本研究也探討不同濃度的聚乙二醇二丙烯酸酯(polyethylene glycol diacrylate, PEGDA)水凝膠薄膜對於麥克風靈敏度、頻率響應及最小可檢測壓力的影響。

結果：實驗結果顯示光纖光學麥克風在100 Hz至10 kHz的頻率範圍內具有極佳的穩定性和高線性關係(接近1)，而不同濃度的PEGDA水凝膠薄膜則有不同的聲學性能，其中40% PEGDA水凝膠薄膜的最高靈敏度為122 mV/Pa，而80%濃度的水凝膠振膜則提升至410 mV/Pa，顯示高濃度PEGDA水凝膠薄膜在提高靈敏度方面具有明顯優勢。此外，40%和80%水凝膠薄膜的最小可檢測壓力分別為400 Hz下66.69 $\mu\text{Pa}/\text{Hz}^{(1/2)}$ 以及44.37 $\mu\text{Pa}/\text{Hz}^{(1/2)}$ ，說明較高濃度的PEGDA水凝膠薄膜可提供更優異的微弱聲壓偵測能力。由於不同濃度的PEGDA水凝膠薄膜的機械特性，可根據應用需求進行最佳化設計，以適應不同聲學偵測場景。

結論：本研究透過簡單且低成本的製造流程製造出一款微米級、高靈敏度的法布里-珀羅光纖光學麥克風，具備微型化(直徑125 μm 、長度170 μm)、高靈敏度、低噪音及良好的抗電磁干擾能力，使其在助聽器、電子耳與醫學臨床領域展現出極高的應用潛力。未來可進一步優化水凝膠材料，以提高麥克風的靈敏度與頻率響應範圍，進一步應用於助聽器與電子耳等穿戴裝置與醫學臨床領域。

Discussion 14:06 – 14:30



NO2 01 14:30 – 14:36

鼻腔及組織中一氧化氮在原發性慢性鼻竇炎中的表現-初步報告

Presentation of Nasal and Tissue Nitric Oxide in Bilateral Primary Chronic Rhinosinusitis- Preliminary Report

游子平¹ 傅嘉祥^{1,2}

¹林口長庚耳鼻喉部 ²長庚大學臨床醫學研究所

目的：EPOS 2020將慢性鼻竇炎由生物標記分類為第二型及非第二型，藉以選擇適當的治療。過去研究顯示呼氣一氧化氮(exhaled nitric oxide, eNO)濃度與第二型氣喘及其嚴重度相關，已被當作為第二型發炎的指標。我們過去的研究證實鼻腔一氧化氮(nasal NO, nNO)在鼻竇具保護的效果，慢性鼻竇炎病患在術後3~6個月會回升到穩定值，與鼻竇內的健康狀況相關。然而，組織中的一氧化氮(tissue NO, tNO)在慢性鼻竇炎的角色則尚未知，其無法直接測量，一般經由測量其代謝物硝酸鹽(nitrate)及亞硝酸鹽(nitrite)的總和來代替。目前文獻中亦缺乏eNO、nNO或tNO代謝物與慢性鼻竇炎分型或預後之相關性研究。

方法：此研究收集因雙側原發性慢性鼻竇炎、藥物治療無效而接受手術治療的患者，依內因型分為第二型及非第二型。病患於術前一周內完成術前各項檢查，包括常規血液檢查、過敏檢查、內視鏡及斷層掃描分數、eNO及nNO的測量、SNOT-22分數。術中取下鼻部檢體測量tNO代謝物濃度以及一氧化氮合成酶(inducible NO synthase, iNOS)的表現。進一步比較各組eNO、nNO濃度，以及組織中iNOS及tNO代謝物表現，以及其與各背景資料的關聯性。

結果：目前收集30位原發性慢性鼻竇炎患者，包括18位第二型及12位非第二型慢性鼻竇炎。兩組病患於術前內視鏡分數、斷層掃描分數、SNOT-22分數及nNO值無太大差異。但在第二型慢性鼻竇炎組，其eNO值、tNO代謝物濃度、iNOS的表現皆有表現較高的傾向。

結論：鼻腔一氧化氮(nasal NO, nNO)的測量簡單快速，但因干擾因素太多，且於治療前的鼻腔一氧化氮的偵測並非其真正的表現量，用來當作內因型的指標可能不適當。而呼氣一氧化氮及組織中一氧化氮代謝物或許可以當作內因型分類的參考指標，仍需收集更多的資料做進一步的討論與分析。



NO2 01 14:30 – 14:36

鼻腔及組織中一氧化氮在原發性慢性鼻竇炎中的表現-初步報告

Presentation of Nasal and Tissue Nitric Oxide in Bilateral Primary Chronic Rhinosinusitis- Preliminary Report

游子平¹ 傅嘉祥^{1,2}

¹林口長庚耳鼻喉部 ²長庚大學臨床醫學研究所

目的：EPOS 2020將慢性鼻竇炎由生物標記分類為第二型及非第二型，藉以選擇適當的治療。過去研究顯示呼氣一氧化氮(exhaled nitric oxide, eNO)濃度與第二型氣喘及其嚴重度相關，已被當作為第二型發炎的指標。我們過去的研究證實鼻腔一氧化氮(nasal NO, nNO)在鼻竇具保護的效果，慢性鼻竇炎病患在術後3~6個月會回升到穩定值，與鼻竇內的健康狀況相關。然而，組織中的一氧化氮(tissue NO, tNO)在慢性鼻竇炎的角色則尚未知，其無法直接測量，一般經由測量其代謝物硝酸鹽(nitrate)及亞硝酸鹽(nitrite)的總和來代替。目前文獻中亦缺乏eNO、nNO或tNO代謝物與慢性鼻竇炎分型或預後之相關性研究。

方法：此研究收集因雙側原發性慢性鼻竇炎、藥物治療無效而接受手術治療的患者，依內因型分為第二型及非第二型。病患於術前一周內完成術前各項檢查，包括常規血液檢查、過敏檢查、內視鏡及斷層掃描分數、eNO及nNO的測量、SNOT-22分數。術中取下鼻部檢體測量tNO代謝物濃度以及一氧化氮合成酶(inducible NO synthase, iNOS)的表現。進一步比較各組eNO、nNO濃度，以及組織中iNOS及tNO代謝物表現，以及其與各背景資料的關聯性。

結果：目前收集30位原發性慢性鼻竇炎患者，包括18位第二型及12位非第二型慢性鼻竇炎。兩組病患於術前內視鏡分數、斷層掃描分數、SNOT-22分數及nNO值無太大差異。但在第二型慢性鼻竇炎組，其eNO值、tNO代謝物濃度、iNOS的表現皆有表現較高的傾向。

結論：鼻腔一氧化氮(nasal NO, nNO)的測量簡單快速，但因干擾因素太多，且於治療前的鼻腔一氧化氮的偵測並非其真正的表現量，用來當作內因型的指標可能不適當。而呼氣一氧化氮及組織中一氧化氮代謝物或許可以當作內因型分類的參考指標，仍需收集更多的資料做進一步的討論與分析。



NO2 02 14:36 — 14:42

老年人合併及不合併鼻息肉慢性鼻竇炎之細菌學

Bacteriology of Geriatric Rhinosinusitis with and without Nasal Polyps

林孟鈞¹ 江榮山^{1,2}

¹童綜合醫院耳鼻喉部 ²台中榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

目的：細菌被認為在慢性鼻竇炎的發病機制中扮演重要作用。老年人鼻竇炎的細菌學研究很少。在本研究中，我們嘗試比較合併和不合併鼻息肉的老年人慢性鼻竇炎患者和合併和不合併鼻息肉的成年人慢性鼻竇炎患者的鼻腔細菌學情況。

方法：納入接受初次雙側功能性內視鏡鼻竇手術的慢性鼻竇炎患者。手術前，以內視鏡檢查和電腦斷層檢查評估每位患者的鼻竇炎嚴重程度。並使用棉花棒從中鼻道採集樣本進行細菌培養。比較了老年人患者與成年人患者的鼻內視鏡評分、電腦斷層評分和細菌培養率，以及老年人與成年人中合併有和不合併有鼻息肉的鼻竇炎的鼻內視鏡評分、電腦斷層評分和細菌培養率。

結果：本研究從2005年9月至2022年12月共納入693例慢性鼻竇炎患者。其中老年人患者(年齡>65歲)60例，成年人患者(年齡範圍為20至64歲)633例。60例老年人慢性鼻竇炎患者中55側鼻腔有鼻息肉，65側鼻腔無鼻息肉。633例成年人慢性鼻竇炎患者中，456側鼻腔有鼻息肉，810側鼻腔無鼻息肉。在老年人患者中，有鼻息肉的一側鼻腔與無鼻息肉的一側鼻腔的細菌培養率沒有差異，但在成年人患者中，有鼻息肉的一側鼻腔的細菌培養率明顯高於無鼻息肉的一側鼻腔。另一方面，老年人患者鼻息肉側的與成年人患者並無差異，但老年患者無鼻息肉側面的細菌培養率明顯高於成年人患者。

結論：本研究顯示老年患者的細菌培養率高於成年人患者，尤其是在沒有鼻息肉的鼻腔側。這顯示細菌在老年人慢性鼻竇炎的發病機制中比成年人慢性鼻竇炎發揮更重要的角色。



NO2 03 14:42 – 14:48

術前內視鏡分數預測原發性非第二型慢性鼻竇炎術後疾病控制狀態

Preoperative Endoscopic Score as a Predictor of Postoperative Disease Control Status in Non-Type 2 Primary Chronic Rhinosinusitis

王子康¹ 傅嘉祥^{1,2}

¹林口長庚醫院耳鼻喉部 ²長庚大學臨床醫學研究所

目的：慢性鼻竇炎(CRS)近來常以內因型做分類，可分為第二型(Type 2, T2)與非第二型(non-T2)兩大內因型。T2 CRS因較高的治療抗性與疾病復發率而受到較多關注。相較於歐美國家，亞洲地區non-T2 CRS的比例相對較高，近年來non-T2 CRS的臨床預後及其相關預測因子的研究也逐漸受到重視。在臨床上，術後疾病控制狀態是治療成功與否的重要指標，本研究旨在探討台灣non-T2 CRS患者的術後疾病控制狀態，並評估是否有可行的臨床參數可用於術前預測術後疾病控制情形。

方法：本研究收集因藥物治療無效而需接受手術的雙側原發性non-T2 CRS患者，記錄其基本資料、臨床症狀分數、內視鏡(modified Lund-Kennedy, mLK)分數、電腦斷層(Lund-Mackay)分數及血液指標，並追蹤術後1年的疾病控制狀態。記錄術後控制不佳(uncontrolled)的案例，並分析各預測因子的關聯性。

結果：本研究共納入60名符合條件的non-T2 CRS患者，平均年齡50.0歲，其中男性30例，女性30例。患者中66.7%為CRS伴鼻息肉型(CRSwNP)，33.3%為CRS無鼻息肉型(CRSsNP)。各案例術後追蹤1年後，5名患者(8.3%)處於控制不佳狀態(uncontrolled)。進一步分析顯示，術前mLK分數在不受控組顯著高於控制組($p = 0.031$)，以ROC曲線分析，術前mLK評分在8.5分以上的患者，其術後發生uncontrolled CRS的機率顯著增加(odds ratio=9.75)。

結論：術前mLK內視鏡分數可作為預測non-T2 CRS患者術後疾病控制狀態的重要指標，此結果有助於臨床醫師在術前進行風險評估與提供患者諮詢，提供更精確的預後資訊。



NO2 04 14:48 – 14:54

慢性鼻竇炎患者合併過敏性鼻炎接受鼻竇內視鏡手術治療後症狀及生活品質之探討

Quality-of-life Improvement in Patients with Rhinosinusitis and Coexisting Allergic Rhinitis Following FESS Treatment

郭宇鈞^{2,3} 鍾秉翰¹ 李育庭² 黃得韻^{2,3} 林嘉德^{2,3} 戴志展^{2,3} 施亮均^{2,3}

¹中國醫藥大學附設醫院教學部 ²中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉部 ³中國醫藥大學醫學系 ⁴中國醫藥大學生物醫學研究所

目的：台灣鼻竇炎盛行率約為3–6.4%，治療包含抗生素、外用類固醇及單株抗體等。對於藥物治療不佳的患者，鼻竇內視鏡手術(FESS, Endoscopic Sinus Surgery)是目前最有效的方式。鼻竇炎與過敏性鼻炎常呈現共病關係，臨床表現更為複雜。本研究根據是否合併AR將患者分組，探討鼻竇內視鏡手術後，兩組症狀改善及生活品質差異。

方法：回溯2008年至2024年期間於本院接受鼻竇內視鏡手術治療之患者，以過敏性鼻炎之有無做區分，於手術前及手術後(2周、1個月、3個月)以SNOT-22問卷作調查，分析研究在接受手術前後之症狀及SNOT-22各領域有無改善。

結果：本研究收集1,058位病人，333位有AR組(31.47%)，725位無AR組(68.53%)。接受手術治療前，SNOT-22平均分數有AR組39.0315及無AR組30.6918，手術後兩周(p值0.0036)、1個月(p值0.0012)、3個月(p值0.0055)改善程度皆達顯著差異。SNOT-22各領域比較結果，鼻部症狀於術前與術後2週、1個月、3個月皆有顯著差異(p值<0.05)；鼻部外症狀於術後2週(p值0.043)顯著差異，術前、術後1個月及3個月未達顯著差異；耳部/臉部症狀術前及術後各時點皆無差異(p>0.05)；睡眠障礙於術前(p值0.033)、術後2週(p值0.047)、3個月(p值0.023)顯著差異，唯術後1個月p=0.068未達統計意義；心理功能障礙在術前及術後各時點皆顯著差異(p<0.05)。

結論：本研究發現患有鼻竇炎之患者，經過手術治療前後以SNOT-22作為客觀症狀及生活品質之調查，發現在合併有過敏性鼻炎之病人族群，經手術治療後有較顯著改善，且以鼻部症狀、睡眠障礙及心理功能改善更為明顯。



NO2 05 14:54 – 15:00

第二型慢性鼻竇炎併鼻息肉病患手術後持續發炎之危險因子探討

Risk Factors of Postoperative Residual Sinus Inflammation in Patients with Eosinophilic Chronic Rhinosinusitis and Nasal Polyps

吳佩雯^{1,2} 吳佳臻¹ 黃建嘉^{1,2} 張伯宏¹ 黃啟哲¹

¹林口長庚紀念醫院 耳鼻喉部 鼻科 ²長庚大學醫學系

目的：近年來，隨著分子生物學的演進，以第二型發炎反應為主的慢性鼻竇炎併鼻息肉被認定為是臨床上治療最具挑戰性的，病患術後最容易復發！本研究乃聚焦在評估第二型慢性鼻竇炎併鼻息肉病患，在接受內視鏡鼻竇手術3個月後，黏膜癒合不佳、持續發炎的危險因子探討。

方法：本篇研究前瞻性地網羅因雙側鼻竇炎併鼻息肉而接受雙側鼻竇內視鏡手術的成年病患，分析其臨床指標及息肉中嗜酸性白血球浸潤程度，與預後不佳(定義為術後3個月的內視鏡modified Lund-Kennedy (MLK)分數 ≥ 5)的關聯性。

結果：我們招募入本研究的143位病患，依照EPOS指引中的標準(組織中嗜酸性白血球浸潤 $> 10/HPF$)，屬於第二型發炎反應的共有93位(65%)，其中有26位(28%)術後3個月的內視鏡(MLK)分數 ≥ 5 ，這些病患有較高的機率合併氣喘，其術前鼻息肉分數、電腦斷層Lund-Mackay (L-M)分數及ethmoid/maxillary比例、嗅裂區混濁化(opacification)程度、血液中嗜伊紅性白血球陽離子蛋白(ECP)及息肉中嗜酸性白血球浸潤程度均較高；由此，我們計算出列線圖(nomogram)，用以預測術後預後不佳的病人。

結論：第二型慢性鼻竇炎的病患若合併氣喘，術前電腦斷層L-M分數、ethmoid/maxillary比例、嗅裂區混濁化程度較高，病患在術後3個月可能仍持續有嚴重的鼻竇黏膜發炎，臨床醫師需盡早評估附加治療(如：生物製劑或短期口服類固醇)，早期提供相對應、個人化的治療方案。



NO2 06 15:00 – 15:06

鼻咽癌頸動脈侵犯的臨床意義

Clinical Significance of Carotid Artery Invasion in Patients with Nasopharyngeal Cancer

連景峯^{1,2} 黃澤人^{1,2} 王誌群^{1,2} 楊顯謙^{1,2} 江豐裕^{1,2}

¹義大醫院耳鼻喉暨頭頸部 ²義守大學醫學院

目的：鼻咽癌頸動脈侵犯一般會造成較差的存活率，但目前AJCC TNM分期只分類到咽旁區域的侵犯。鑒於許多研究已確認鼻咽癌內頸動脈侵犯也會造成較高出血風險。本研究欲探討鼻咽癌內頸動脈侵犯對存活率的影響。

方法：以回溯性方式連續收集2015年11月到2022年12月間，在義大醫院接受首次治療的鼻咽癌病例，排除不完全治療和存活追蹤不滿3個月者。頸動脈侵犯定義為影像上總頸動脈或內頸動脈環狀包圍大於等於180度，且此節段不見脂肪存在。由一位資深放射診斷科醫師，在完全不知病人臨床情況下，依以上準則從影像特徵做頸動脈侵犯分類。

結果：共納入分析的有201病例，包括男性151例和女性50例，平均年齡為 54 ± 11 歲(29歲到84歲)。其中第三、四期約佔80%，而第一、二期約佔20%。所有病例都接受放射治療和同步化學治療，其中接受前導性化療者有16%，且有66例(32.8%)判定有頸動脈侵犯。經過56個月的中位數追蹤時間(3月到104月)，發現58例(28.9%)已經死亡。鼻咽癌頸動脈腫瘤侵犯對比於未侵犯的5年整體存活率分別是39.5%和79.1% ($P < 0.001$)，而5年疾病特異性存活率分別是42.7%和82.8% ($P < 0.001$)。多變異分析結果發現M分期($P < 0.001$)、放射治療劑量($P < 0.001$)和頸動脈侵犯($P < 0.001$)是有意義的獨立整體和疾病特異性存活率預測因子。

結論：由本研究發現，鼻咽癌頸動脈腫瘤侵犯比未侵犯者有較差的存活率，且由多變異分析也發現頸動脈侵犯會獨立且顯著地降低整體和疾病特異性存活率。



NO2 07 15:06 — 15:15

AI人工智慧之內視鏡顱底手術影片分析：初期報告

AI-Driven Surgical Video Analysis in Endoscopic Skull Base Surgery: A Preliminary Report

李東霖^{1,2} 林怡岑^{2,3} 林志峰² 李亭逸¹ 葉德輝^{2,3,4} 廖俊綱¹

¹國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院耳鼻喉部 ²國立臺灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉部 ³國立臺灣大學醫學院耳鼻喉部 ⁴國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院

目的：外科手術影片在醫學教育和手術訓練中扮演重要角色，雖然數量豐富，但未能有系統性的分析來展現其潛在應用價值。人工智慧(AI)能擷取影像中隱含的資訊，並將其歸納為可量化的數據，進而協助改良手術技術、改善病人預後。本研究運用AI模型，在內視鏡顱底手術影片中分析手術器械的使用規律。

方法：本研究運用經過訓練的AI模型分析一段完整的內視鏡顱底手術影片，標註影像中出現的手術器械影像，進而將手術劃分為不同階段。統整出的結果由經驗豐富的耳鼻喉頭頸外科醫師驗證其準確性。

結果：本模型成功辨識六種器械或醫材的影像：帶線吸血棉(cotton patty)、刮匙(curette)、組織夾鉗(grasper)、咬骨鉗(rongeur)、抽吸管(suction)，和Surgicel止血敷料，並記錄術中使用時間、覆蓋範圍和平均運動速度等指標。例如：抽吸管為使用最頻繁的器械，且集中出現於視野左下區。劃分手術階段方面：本模型歸納影像資訊，將手術過程分為鼻腔期(nasal phase)、蝶竇期(sphenoid phase)和鞍區期(sellar phase)。結果，能準確判斷蝶竇期的開始，但在鞍區期的判斷上出現誤差。

結論：本初期報告顯示：AI能在內視鏡顱底手術影片中準確標註器械或醫材的影像，並有潛力利用資訊將手術分為不同階段。未來研究方向包括擷取更多元的影像資訊，改善AI演算法等。期望此技術成熟後能實質改善手術流程及醫學教育與訓練。

Discussion 15:15 — 15:30



HO1 01 16:00 – 16:06

於晚期口腔癌以量身定制(Tailor-made)的輔助性治療策略提升晚期口腔癌患者預後

Enhancing the Prognosis of Patients with Advanced Oral Cancer through Tailor-Made Adjuvant Therapy Strategies

李清池¹ 康柏皇¹ 林曜祥¹ 張國平¹ 蘇性豪¹ 張庭碩¹ 張耿銘¹ 江柏翰²

¹高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 ²高雄榮民總醫院

目的：為提升晚期口腔癌患者預後，本院自2022年起採用風險評分系統進行病患分級，提供個人化治療策略。本研究探討該分級對晚期口腔癌預後的影響，期望優化治療決策，提升存活率與生活品質。

方法：本研究採用回顧性分析方法，納入2018至2023年於本院接受手術之晚期口腔癌患者，分析其分期、腫瘤部位、治療方式及危險因子。自2022年起，本院導入量身定制的風險模式，依據風險程度將患者分為最高風險、高風險、中度風險及低風險四類，以決定適當的術後輔助治療策略。本研究比較了依據新風險模式治療(Tailor-made模式，年代2022-2023年)與傳統NCCN指引治療方式(年代2018-2021年)的整體存活率差異，並進行多變數Cox迴歸分析。P值<0.05代表統計上具有顯著意義。

結果：本研究收集本院耳鼻喉頭頸部2018-2023年癌症資料庫口腔癌病理分期第三、四期病人治療就診資料，共393人為研究對象。診斷年齡平均值±標準差為57.56±9.63歲；男性有371人(94.4%)；病理分期第四期有300人(76.3%)；原發部位舌部有126人(32.1%)、頰部有124人(31.6%)；治療方式為放化療有153人(38.9%)、僅放療有160人(40.7%)、非放化療有80人(20.4%)。經KM存活分析後，Tailor-made模式24個月存活率為76.3%，NCCN模式24個月存活率為68.9%(P=0.257)。經subgroup analysis顯示舌癌第四期Tailor-made模式24個月存活率為82.4%，NCCN模式24個月存活率為50.0%(P=0.034)，經校正年齡後，aHR=0.39(95% CI=0.15~0.99)。

結論：本研究證實，量身定制的風險模式能顯著提升晚期口腔癌患者的預後，尤其在舌癌患者中效果更為顯著。建議未來輔助性治療策略除遵循NCCN指引外，應納入更細緻的病人風險因子，統一考量，以優化治療決策並提升臨床成效。



HO1 02 16:06 – 16:12

探討嚼食檳榔和頭頸癌發生風險之相關性

Investigation the Tobacco-Free Betel Quid Chewing and Risk of Head and Neck Cancer in Taiwan

黃正池 蕭振仁

國立成功大學醫學院附設醫院耳鼻喉部

目的：嚼食檳榔已被證實和頭頸癌的產生有高度相關性，然而針對嚼食檳榔的劑量、檳榔的種類、頭頸癌產生的位置及戒除檳榔後對頭頸癌的影響，至目前為止並沒有一致的結論，因此，本研究主要探討嚼食檳榔和頭頸癌發生風險之相關性。

方法：從2010年9月至2014年06月，分析487例男性頭頸癌病人及617例男性對照組個案，收集其年紀、性別、教育程度、抽菸、喝酒及嚼檳榔等基本資料。藉由unconditional logistic regression分析及控制相關變因後，了解嚼食檳榔和頭頸癌發生風險的相關性。

結果：無論嚼食任何種類的檳榔，檳榔皆會增加頭頸癌的罹患風險，而目前習慣嚼食檳榔者較不曾嚼食檳榔者其罹患頭頸癌風險會增加6.09倍，而曾經嚼食者較不曾嚼食檳榔者其罹患頭頸癌風險會增加4.2倍。口腔癌發生風險為所有頭頸癌中和檳榔的相關性最高，其中又和頰癌及牙齦癌更具關聯性，檳榔嚼食量和頭頸癌發生風險會成非線性關聯性，在嚼食5個pack-years及200,000分鐘以前，頭頸癌發生風險會陡然上升，之後就會處於平原期。而每戒除檳榔1年，會降低2.9%頭頸癌罹患風險，但是就算戒除檳榔20年後，其罹患頭頸癌風險也不會和未曾嚼食檳榔的人一樣。而嚼食檳榔再加上抽菸及喝酒，較完全不接觸的人，頭頸癌的罹患風險會增加14.35倍。

結論：本研究顯示，嚼食檳榔和頭頸癌的產生有高度正相關，就算戒除檳榔後，罹患頭頸癌的風險依然不可忽視，在台灣，檳榔取得管道方便，如何控管檳榔販售和及早介入阻斷國人嚼食檳榔，將會是目前衛生管理單位非常重要的公共議題。



HO1 03 16:12 – 16:18

以免疫組織化學染色市售癌組織分析丙酮酸激酶M2 (PKM2)之表現與頭頸癌臨床病理分期之相關性

The Association of Pyruvate Kinase M2 (PKM2) Expression with Clinical Features of Head and Neck Cancer by Immunohistochemistry Staining

孫萬烜¹ 方雪柔² 孫光蕙^{2,3}

¹國防醫學院三軍總醫院耳鼻喉學科 ²陽明交通大學醫技系 ³臺北市立聯合醫院教學研究部

目的：目前頭頸癌仍有超過半數的病患於治療過後會產生復發及轉移。Pyruvate kinase isoenzyme M2 (PKM2)在癌症幹細胞改變代謝過程(包括糖解和線粒體代謝)促進癌症生長扮演重要角色。當抑制PKM2表現會使細胞移動和侵襲能力下降，且PKM2轉位進細胞核促進癌幹細胞形成及幹性相關基因表現。然而，PKM2與腫瘤生長之間的關聯性仍在爭論中。因此，本研究以免疫組織化學染色市售頭頸癌腫瘤組織微陣列，分析丙酮酸激酶PKM2之表現，探討PKM2與頭頸癌惡化之相關性。

方法：在這項研究中，針對PKM2的抗體來自Cell Signaling Technology (Danvers, Massachusetts, USA)。使用標準的免疫組織化學染色程序，包括脫蠟、抗原修復和使用雙重內源性酶封閉液 (Danvers, Massachusetts, USA)進行封閉處理。

結果：儘管PKM2的表達水平與性別、年齡、T期、淋巴結受累(N)或轉移(M)沒有顯著關聯，但PKM2低表達的比例在晚期(31/41, 75.6%)和分化較差(10/10, 100%)的頭頸癌患者中顯著相關。在頭頸癌中，PKM2在1級(Grade 1)反而比3級(Grade 3)表現顯著較高。

結論：在晚期及分化較差的組織中，PKM2表現顯著較低。結果顯示，PKM2表現與頭頸癌的進展呈負相關。



HO104 16:18 – 16:24

喉癌與下咽癌手術後發生咽皮瘻管的處理策略

Treatment Strategy for Pharyngocutaneous Fistula After Laryngeal Cancer and Hypopharyngeal Cancer Surgery

楊顯謙 王誌群 葉泰亨 施佑綦 王建忠 連景峰 黃澤人

義大醫院耳鼻喉部

目的：咽皮瘻管是咽喉癌手術治療後嚴重的併發症，可能造成病人的延後經口進食，多次修補手術，延誤癌症術後輔助治療，瘻管感染惡化併發敗血症甚至發生頸動脈破裂而危及性命，由於咽喉癌病人的組成複雜，先前可能接受過其他型態的治療，手術的重建方式多元，因此目前仍未建立廣泛被接受的治療標準方案。

方法：義大醫院收集2020至2024期間所有喉癌及下咽癌患者發生咽皮瘻管的個案進行回顧性分析並提出治療時機及方案之最佳選項。

結果：在2020至2024期間，義大醫院共收治了109名喉癌患者，26名接受經口雷射腫瘤切除，4名接受部分喉切除手術，23名接受全喉切除手術，其他接受非手術治療。267名下咽癌患者，31名接受經口雷射腫瘤切除，55名接受部分咽喉切除手術，39名接受全喉併咽部切除手術，其他接受非手術治療。共23名病患發生咽皮瘻管，3名為喉癌病患，均為全喉切除術後發生，占比為13.0%，經保守治療後均復原。20名為下咽癌，其中7位為部分咽喉切除術後發生，占比為12.7%，13名為全喉併咽部切除手術後發生，占比為33.3%。咽喉切除手術後發生咽皮瘻管的機率與手術前有無接受放射治療沒有明顯相關，但與咽喉部缺損的重建方式有明顯的相關。全喉切除手術若合併咽部明顯缺損或曾接受放射治療的病患應考慮使用區域皮瓣做為重建方式，除了可以降低咽皮瘻管發生的機率，由本院的治療經驗顯示即使發生咽皮瘻管時採用保守治療或清創手術後能夠使得瘻管癒合。本回顧性研究顯示病患在咽喉癌手術後若發生咽皮瘻管應在發生1週內未見改善時考慮清創縫合，若仍未見改善或瘻管發生時間超過1個月時即應考慮皮瓣重建手術介入治療，重建方式應避免外部植皮或局部皮瓣，因失敗率較高。因為此類病人通常為咽喉癌晚期，手術後6星期內需輔以放射治療或同步放射併化學治療，採保守治療時程過長可能影響腫瘤治療結果。

結論：咽喉切除手術後發生咽皮瘻管的機率與手術前有無接受放射治療沒有明顯相關，但與術時重建的方式有明顯的相關。本回顧性研究顯示病患在咽喉癌手術後發生咽皮瘻管時若1週內未見改善時考慮清創縫合，若仍未見改善或瘻管發生時間超過1個月時即應考慮手術介入，我們建議使用游離皮瓣修補高位較深較大的咽皮瘻管，使用肩胸皮瓣修補低位表淺及鄰近氣切造口的咽皮瘻管。



HO1 05 16:24 — 16:30

頭頸部IgG4相關性疾病之系列一病例報告

IgG4-Related Disease In Head And Neck—A Case Series

劉恩權¹ 楊顯謙^{1,2} 黃澤人^{1,2} 王誌群^{1,2}

¹義大醫療財團法人義大醫院耳鼻喉部 ²義守大學醫學院

目的：IgG4相關性疾病為近幾年才獲得重視與了解的新興疾病。因IgG4相關性疾病在頭頸部的表現，有可能與淋巴瘤或是頸部淋巴轉移有所混淆。因此希望藉由這系列病例報告的回顧，能及早診斷出頭頸部IgG4相關性疾病，讓病人及早接受治療，及避免做出過度的切片或切除手術治療。

方法：義大醫院自2018~2025年共診斷出7例IgG4相關性疾病。我們從這7例IgG4血清指數皆有升高的病例中，去回顧這7例的臨床症狀、影像及病理報告，綜合評估後診斷出IgG4相關性疾病。

結果：義大醫院自2018~2025年共診斷出7例 IgG4相關性疾病。男性為5例，女性為2例。這7位患者診斷出IgG4相關性疾病時的平均年齡為53.7歲。1例為口腔癌術後患者在後續門診追蹤時，以頸部腫塊呈現；1例在第一次發現有頭頸部腫瘤做完切片切除手術及確認診斷間隔了10年；1例侵犯淚腺及鼻竇；1例侵犯單側扁桃腺；1例為接受肺結核藥物治療無效後，接著做局部頸部廓清手術後診斷出Rosai-Dorfman氏病合併IgG4血清指數升高之患者。這7例的病理切片並無全數伴隨IgG4陽性漿細胞、緻密淋巴漿細胞浸潤、席紋狀纖維化或閉塞性靜脈炎，但皆檢驗出較高的IgG4血清指數。其中測得高於正常值的最低IgG4血清指數為233，最高的IgG4血清指數為2990。

結論：當臨床症狀懷疑淋巴瘤且欲安排切片或其他手術時，應可同時高度懷疑病人有IgG4相關性疾病的可能性，並可於手術前後檢測IgG4血清濃度，讓病理科醫師可做IgG4相關的染色，以盡早診斷出IgG4相關性疾病讓病人及早接受正確的治療。

Discussion 16:30 — 17:00



HO2 01 09:30 — 09:36

靛氰綠螢光在雙側腋窩乳暈入路(BABA)機器人甲狀腺切除術中對副甲狀腺辨識與功能預測的應用 Indocyanine Green Fluorescence for Parathyroid Gland Identification and Function Prediction in BABA (Bilateral Axillo-Breast Approach) Robotic Thyroidectomy

王誌群^{1,2} 施佑蓁¹ 黃澤人^{1,2} 江豐裕^{1,2}

¹義大醫療財團法人義大醫院耳鼻喉部 ²義守大學醫學院

目的：遠端入路的甲狀腺切除術，包括雙側腋窩乳暈入路(Bilateral Axillo-Breast Approach, BABA)，可避免頸部切口，提供無疤痕的手術效果。然而，全甲狀腺切除術的主要併發症之一為副甲狀腺功能低下(hypoparathyroidism)，可能導致低血鈣，進而嚴重影響患者的生活品質。因此，保留副甲狀腺(PGs)原位是維持副甲狀腺功能並預防其功能低下的主要策略。

方法：我們應用靛氰綠(ICG)血管造影來定位副甲狀腺(PGs)，並在手術過程中評估其血流供應。此外，我們進行術中副甲狀腺穿刺測試以判斷其存活狀態。手術中使用23G × 70 mm長針(TOP SPINAL NEEDLE)進行經皮穿刺檢測副甲狀腺血流狀況。若多次穿刺後無新鮮血液滲出，則判定該副甲狀腺為非存活狀態，並進行自體移植至肌肉內。若穿刺後可見新鮮血液滲出，則判定副甲狀腺存活良好，予以原位保留。本研究為回溯性分析，收集2023年4月至2025年2月於義大醫院耳鼻喉部接受BABA機器人甲狀腺切除術的患者臨床資料，分析變項包括：性別、年齡、ICG使用情況、術後完整副甲狀腺素(iPTH)與自由鈣(free Ca^{2+})、是否服用鈣片、是否接受前頸部淋巴廓清，以及病理診斷(良性或惡性)。

結果：自2023年3月至2025年2月，共40名患者接受BABA機器人甲狀腺切除術。其中26例為惡性腫瘤，1例為甲狀舌管囊腫，13例為良性甲狀腺疾病。在這40名患者中，28名接受全甲狀腺切除術，其中19名合併前頸部淋巴廓清。術後第一天，3名患者的iPTH < 4 pg/mL。截至目前追蹤：1名患者iPTH < 4 pg/mL，1名患者iPTH < 15 pg/mL，需服用鈣片來緩解低血鈣症狀。在BABA機器人全甲狀腺切除患者中，18名患者接受ICG血管造影與副甲狀腺穿刺測試以評估副甲狀腺的血流供應，其術後副甲狀腺功能低下發生率為0%。相較之下，在最初未使用ICG與穿刺測試的10名患者中，雖與遠端入路甲狀腺術的經驗學習曲線有關，但其副甲狀腺功能低下的發生率為7.1%。

結論：應用ICG影像技術與術中副甲狀腺穿刺測試來辨識副甲狀腺並預測術後功能，對於接受BABA機器人甲狀腺切除術的患者而言，具有重要的臨床價值，有助於提高副甲狀腺功能的保留率。



HO2 02 09:36 — 09:42

KTP雷射聲帶囊腫切除術於門診手術的應用

The Office-Based Use of KTP Laser Polypectomy for Vocal Fold Polyp: Voice Outcomes and Videostroboscopic Characteristics

王庭 曾文萱 邱香綾 楊宗霖

國立臺灣大學醫學院附設醫院耳鼻喉部

目的：當病人遇到聲帶囊腫問題並且初步藥物治療無效時，醫師將會考慮以手術方式進行聲帶囊腫的治療。一般選擇為全身麻醉下利用喉直達鏡顯微手術進行聲帶囊腫切除，但是全身麻醉根據病人的年紀、慢性疾病而具有不同程度的風險，因此本次研究利用局部麻醉下於門診進行KTP雷射聲帶囊腫切除，希望藉此避免全身麻醉風險並減少病人住院所需要的時間與金錢支出。

方法：病人於接受手術前後都須經過語言治療師進行客觀音聲分析指數(Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain scale)紀錄、嗓音障礙量表(Voice Handicap Index-10)評估。術前術後也須由醫師進行喉頻閃光源內視鏡檢查並以Voice-Vibratory Assessment With Laryngeal Imaging (VALI)進行記錄評估。

結果：此研究收錄2019至2023共19位病人，於門診接受KTP雷射聲帶囊腫切除手術，並於術後持續門診追蹤。其中2位病人於追蹤期間在同一位置發現囊腫復發。術後於客觀音聲分析指數中的Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia, Strain均有下降，其中Grade, Roughness, Breathiness, Asthenia術後改善達到統計顯著。嗓音障礙量表(VHI-10)也獲得顯著下降。而在Voice-Vibratory Assessment With Laryngeal Imaging (VALI)評估中病變側振幅和病變側波形在術後也有顯著改善。

結論：於門診進行KTP雷射聲帶囊腫切除術不管是術後客觀音聲分析、嗓音障礙量表或是聲帶狀態評估皆有顯著改善。因此KTP雷射聲帶囊腫切除術於門診手術是一項安全並有效的治療方式。



HO2 03 09:42 — 09:48

口咽癌病患使用達文西機械手臂手術與傳統治療之臨床成效比較

Comparison of Outcomes Between Transoral Robotic Surgery and Traditional Treatment in Oropharyngeal Cancer Patients

蘇堯勝 徐正明

嘉義長庚醫院耳鼻喉頭頸外科

目的：隨著醫療技術的進步，達文西機械手臂手術(Da Vinci Robotic Surgery, TORS)已逐漸應用於頭頸癌治療，為病患提供更精準且微創的手術選擇。根據目前口咽癌治療準則，對於p16陽性病患，建議以根治性同步放射線合併化學治療(CCRT)為主。因此，口咽癌病患往往需在傳統手術、機械手臂手術(TORS)及CCRT之間進行選擇。本研究希望在提供相關臨床證據，以比較不同治療方式之間的差異。

方法：本研究收案期間為2015年1月至2024年12月，納入接受TORS、化學治療、放射線治療及同步放化學治療的口咽癌病患。研究針對不同治療組別的存活率、局部復發、遠端轉移及p16陽性狀態與放射線劑量進行比較分析。

結果：本研究共納入88名 接受傳統手術或根治性放化學治療(CCRT)之口咽癌病患，以及54名接受TORS手術並合併輔助治療的病患。研究結果顯示，TORS組與傳統手術/CCRT組的5年存活率(Overall survival)與無病生存(Disease free survival)無顯著差異而TORS組別在放射線劑量有顯著降低。

結論：本研究顯示，達文西機械手臂手術(TORS)對於p16陽性口咽癌病患的治療效果不亞於傳統手術及根治性同步放化療(CCRT)，且TORS組病患在術後接受的放射線劑量顯著降低。這一結果可作為未來訂定口咽癌治療準則的重要參考。



HO2 04 09:48 — 09:54

囊外剝離術與淺葉腮腺切除術之比較：成本效益的系統性回顧與統合分析

Extracapsular Dissection versus Superficial Parotidectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cost-Effectiveness

李宜展

基隆長庚醫院耳鼻喉科

目的：囊外剝離術(Extracapsular Dissection, ECD)與淺葉腮腺切除術(Superficial Parotidectomy, SP)是治療良性腮腺腫瘤的兩種常見手術方式。過去的研究主要比較了腫瘤學與功能性結果，但針對成本效益(cost-effectiveness)的研究仍然有限。本研究進行系統性回顧與統合分析(systematic review and meta-analysis)，以比較ECD與SP在手術效率及經濟影響方面的差異。

方法：本研究檢索了PubMed、Embase和Cochrane Library，篩選出符合條件的研究。納入條件為直接比較ECD與SP用於治療良性腮腺腫瘤，並報告與成本相關的參數。統合分析採用隨機效應模型(random-effects model)進行統計。

結果：共納入17項研究，涵蓋2,350名患者。統合分析顯示，與SP相比，ECD具有顯著較短的：手術時間(平均差異[MD]: -48.95分鐘，95%信賴區間[CI]: -66.40至 -31.50)；麻醉時間(MD: -73.17分鐘，95% CI: -81.61至-64.73)；引流管放置時間(MD: -2.10天，95% CI: -3.82至-0.38)；住院天數(MD: -0.91天，95% CI: -1.34至-0.48)。此外，兩種手術方式在腫瘤大小方面無顯著差異(MD: -0.33，95% CI: -0.14至0.05)。

結論：與SP相比，ECD可能是一種更具成本效益的手術方式。外科醫師可考慮將ECD應用於適合的患者群體。



HO2 05 09:54 – 10:00

晚期喉癌及下咽癌合併呼吸道阻塞以前導化學治療合併內視鏡雷射顯微手術治療之經驗

Clinical Experience of Advanced Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer with Airway Obstruction Treated with Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Transoral Laser Microsurgery

李美儒 朱本元

臺北榮總耳鼻喉頭頸醫學部 喉頭頸科

目的：傳統上，晚期喉癌和下咽癌合併呼吸道阻塞大多會以全喉切除手術治療，但手術會導致咽喉功能喪失，進而影響病患的生活品質。因此許多病人卻步，轉為選擇進行氣切手術暫時維持呼吸功能之後再接受同步化學放射治療，但此一選擇成效不佳，最後仍然無法有效控制腫瘤也無法保留喉部機能。2016年起，我們開始使用前導化療，先以化療縮小腫瘤體積，後續配合內視鏡雷射顯微手術(transoral laser microsurgery, TLM)，過去許多晚期喉癌和下咽癌無法保存喉部器官的病患，可受益於這種方法而順利保留喉部。本研究將進一步分析合併呼吸道阻塞的晚期咽喉癌病患，以上述前導化療合併後續顯微雷射手術之臨床經驗和結果。

方法：自2016至2024年，共16位咽喉癌病患以呼吸道阻塞為主要症狀至本院求診，其中有13例下咽癌，3例喉癌，平均年齡為61歲；就診時有3例病患已在外院接受氣切手術。影像學檢查顯示15例(94%)為T4，1例(7%)為T3，有11例(69%)合併頸部淋巴結轉移；TNM stage包括 15例(94%)為stage IV，1例(6%)為stage III。前導化療藥物方案包括3例TPF (Docetaxel, Cisplatin, and 5-Fluorouracil)，13例DCU (Docetaxel, Cisplatin, and Ufur)，94%病患接受兩輪前導化療。所有病患均接受TLM，88%病患同時接受單側或雙側頸部淋巴廓清手術。

結果：接受前導化療後，發生grade 3+4 neutropenia的嚴重併發症之比例為19%；臨床原發腫瘤反應(clinical Complete Response(CR) + Partial Response(PR))為93%，頸部腫瘤反應為100%。手術後病理切片原發腫瘤反應為CR 38%，PR 56%；頸部腫瘤反應為CR 47%，PR 53%。手術後所有病患皆成功移除氣切管和鼻胃管，有10例(63%)接受術後同步化學放射治療，6例(37%)僅接受手術治療。在平均追蹤的21.6個月中，3例(19%)有腫瘤復發，包括局部復發2例，遠端轉移1例。最終喉保留率為88%(14/16)。

結論：整體而言，前導化學治療合併二氧化碳雷射顯微手術可有效治療晚期喉癌和下咽癌合併呼吸道阻塞的問題，不僅可保存病患喉部器官及功能，同時也不會降低腫瘤的控制率，是一個值得推薦的方法。

Discussion 10:00 – 10:30



LSO 01 11:00 – 11:06

喉肌電圖肌電位自發活動於單側聲帶麻痺預後預測之應用

Spontaneous Activity in Laryngeal Electromyography for Prognosis Prediction for Unilateral Vocal Fold Paralysis

蔡宜真¹ 盧怡安^{1,2} 方端仁^{1,2}

¹林口長庚醫院耳鼻喉部 ²長庚大學醫學系

目的：本研究探討喉肌電圖檢測肌電位自發活動(Spontaneous Activity)在單側聲帶麻痺中的預後價值，驗證其是否可作為獨立的預測指標。我們假設麻痺早期喉肌電圖檢測到肌電位自發性活動的患者，可能具有較差的聲帶運動恢復與語音功能結果，並評估自發性活動在臨床決策中的應用潛力。

方法：本研究為大型前瞻分析，納入124名單側聲帶麻痺患者。根據初次喉肌電圖是否檢測到自發活動，分為SA+ (87人)與SA- (37人)兩組。所有患者接受定量喉肌電圖(QLEMG)、喉內視鏡、聲學語音分析及生活品質評估(VOS、SF-36)。統計比較SA+組與SA-組在電生理與臨床結果的差異，確立自發性活動的預測效能。

結果：首次喉肌電圖評估平均於單側聲帶麻痺發生後 3.4 ± 1.5 個月進行，SA+組顯示更嚴重的去神經化，運動單位招募(recruitment)減少比例較高(97.7% vs. 75.7%， $P < 0.05$)，病變側峰值轉折頻率與轉折比顯著較低($P < 0.001$)，語音功能亦較差(最大發聲時間較短， $P < 0.05$)。但聲門間隙、聲學語音參數及生活品質無顯著差異($P > 0.05$)。- 後續追蹤發現SA+組仍表現出較高比例的招募減少(90% vs. 73%， $P = 0.02$)，但早期顯著降低的峰值轉折頻率與轉折比在後續追蹤時無顯著差異，顯示自發性活動影響主要集中在早期神經損傷評估，其量化預測價值可能隨時間減弱。

結論：本研究證實，自發性活動在單側聲帶麻痺初期可作為獨立的預測因子，與更嚴重的運動單位招募減少及去神經化相關，並能準確預測喉肌電圖長期質性結果(如持續的招募減少)。此外，自發性活動在靜息狀態即可觀察，無需患者主動發聲，相較於招募分析，更適用於無法積極配合喉肌電圖檢查的患者，提升臨床實用性。因此，自發性活動不僅是去神經化的重要指標，也應被納入單側聲帶麻痺預後評估，輔助醫師進行早期介入決策，提升患者的治療效果與恢復機會。本研究的高樣本數、精確的定量喉肌電圖分析及最小的選擇偏倚，進一步強化了自發性活動在臨床應用上的價值。



LSO 02 11:06 – 11:12

比較高流量鼻導管給氧與傳統插管在自體脂肪注射聲帶手術的差異

Comparison Between High-Flow Nasal Oxygenation and Traditional Intubation in Fat Injection Laryngoplasty

黃健維 張庭碩

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

目的：自體脂肪注射聲帶手術是改善聲帶萎縮或聲帶麻痺的一種常用手術治療方法，本研究旨在探討手術中麻醉時使用高流量鼻導管給氧(high-flow nasal oxygenation)和傳統插管(traditional intubation)，對於手術操作過程與手術後聲音表現方面的差異。

方法：本研究選取了進行自體脂肪注射聲帶手術的患者共33人，其中10人為傳統插管組，另外23人則為高流量鼻導管給氧組，所有患者在術前和術後均進行了音聲聲學分析(acoustic analysis)和氣體動力學分析(aerodynamic analysis)，以及VHI-10問卷評估，術後的聲音評估在術後2至3個月進行，根據兩組結果進行統計分析比較。

結果：在術後2至3個月的音聲評估當中，兩組患者在音聲分析和氣體動力學分析結果皆達到顯著差異，其中包含jitter、shimmer、聲門下壓、MPT以及VHI-10，兩種不同的麻醉方法均能達到良好的聲音改善預後，且未插管組有較短的手術時間及麻醉時間。

結論：高流量鼻導管給氧與傳統插管在自體脂肪注射聲帶手術中均能有效地達到術後的聲音改善，因此可以根據患者的具體情況選擇適合的麻醉方式。與傳統插管相比，使用高流量鼻導管給氧對上呼吸道的損傷風險明顯較低，減少麻醉及手術時間，因此高流量鼻導管給氧進行自體脂肪注射聲帶手術是個有效且安全的方法。



LSO 03 11:12 – 11:18

達文西經口機器人手術治療阻塞性睡眠呼吸中止症之療效與安全性：100例回顧性分析

Efficacy and Safety of Transoral Robotic Surgery for Obstructive Sleep Apnea: A Retrospective Analysis of 100 Cases

蔡明劭¹ 許芯瑜¹ 王韻婷¹ 李立昂² 李學禹²

¹嘉義長庚醫院 ²林口長庚醫院

目的：經口機器人手術(Transoral Robotic Surgery, TORS)近年來成為治療無法耐受持續正壓呼吸器(CPAP)之阻塞性睡眠呼吸中止症(OSA)患者的重要手術選擇。然而，臨床實際應用中的療效與安全性數據仍然有限。本研究旨在評估TORS治療OSA的臨床效果及圍手術期併發症。

方法：本研究為回顧性分析，納入100例在嘉義長庚醫院接受TORS治療OSA的患者，手術時間範圍為2022年1月至2024年12月。分析術前與術後之多導睡眠監測(PSG)數據，包括呼吸中止-低通氣指數(AHI)。手術成功定義為AHI降低 $\geq 50\%$ ，且術後AHI < 20 (Sher標準)。此外，記錄並分析圍手術期的併發症，並依嚴重程度分為輕微與嚴重，輕微併發症包括輕度出血、短暫吞嚥困難、短暫顎咽閉鎖不全，可自行緩解無需手術或住院。嚴重併發症涵蓋嚴重出血、呼吸道阻塞需重新插管、持續性吞嚥困難、持續性顎咽閉鎖不全、傷口狹窄、死亡，可能影響生命或長期健康，需額外手術或長期照護。

結果：受試者術前AHI平均為52.7次/小時，術後顯著下降至15.2次/小時($p < 0.05$)。手術成功率為83%。術後併發症發生率為9%，其中輕微併發症率7% (輕度出血舌根6%，扁桃腺傷口1%、短暫吞嚥困難0%、短暫顎咽閉鎖不全0%)，嚴重併發症率佔2% (嚴重出血0%、呼吸道阻塞需重新插管1%、持續性吞嚥困難0%、持續性顎咽閉鎖不全0%、傷口狹窄0%、死亡1%)。

結論：本研究顯示，經口機器人手術(TORS)在治療無法耐受CPAP的阻塞性睡眠呼吸中止症(OSA)患者方面，具備良好的療效，術後AHI顯著下降，手術成功率達83%。此外，併發症發生率為9%，其中大部分為輕微併發症，能自行緩解。然而，仍有2%的患者出現嚴重併發症，包括呼吸道阻塞需重新插管(1%)及術後死亡(1%)，雖然術後嚴重出血未見於本研究，但臨床上仍應審慎管理術中及術後的出血風險，以降低相關併發症。



LSO 04 11:18 – 11:24

探索兒童飲食行為和睡眠呼吸障礙症狀的關聯性：一個橫斷面研究

Exploring the Interplay of Dietary Behavior and Sleep-disordered Breathing Symptoms in Children: A Cross-Sectional Study

胡睿珊^{1,2} 莊海華^{3,4} 盧怡安^{1,2} 郭怡君^{1,2} 辛立仁^{1,2} 林婉妮^{1,2} 方端仁^{1,2} 李學禹^{1,2} 李立昂^{1,2,3}

¹林口長庚醫院耳鼻喉部 ²長庚大學醫學系 ³清華大學學士後醫學系 ⁴台北國泰醫院社區醫學部

目的：本研究旨在探討飲食行為與兒童睡眠呼吸障礙症狀嚴重度之間的關聯性，並建立可以用以兒童睡眠呼吸障礙之飲食預測模型。

方法：本回溯性研究分析374位兒童的資料，包括性別、年齡、18項阻塞性睡眠呼吸中止症問卷(OSA-18 questionnaire)、及25項簡短飲食頻率問卷(25-item Short Food Frequency Questionnaire)。以OSA-18問卷總分 ≥ 60 分作為兒童睡眠呼吸障礙的判斷標準。我們使用卡方檢定和獨立樣本t檢定來比較有無兒童睡眠呼吸障礙的性別、年齡及特定飲食頻率之差異，並以向前篩選多項式二元邏輯式回歸分析法找出兒童睡眠呼吸障礙的獨立預測因子，並依此建立兒童睡眠呼吸障礙的預測模型，最後以ROC曲線法來分析此模型用以篩選兒童呼吸障礙的準確性。以雙尾P值小於0.05定義為統計顯著性。

結果：研究對象包括210名(56.1%)男童與164名(43.9%)女童，平均年齡為8.0歲，平均OSA-18問卷總分為43.6分；其中，70位(18.7%)具有顯著睡眠呼吸障礙症狀，另304位(81.3%)無明顯睡眠呼吸障礙。其中，睡眠呼吸障礙兒童有顯著較高的男性比例、較常飲用含糖水果飲料和較常食用甜點、巧克力、和白飯及較少食用漢堡/熱狗/烤肉串。將P值小於0.20之變數納入多項式二元邏輯式回歸分析法，我們發現男性、較常食用甜點、巧克力、可口點心、和白飯是兒童睡眠呼吸障礙的獨立預測因子，可解釋22.4%的變異係數。據此五項獨立變數建立預測模型，其ROC曲線下面積為0.78，P值 < 0.001 ；當臨界值定為0.20時，篩選兒童睡眠呼吸障礙的敏感性為65.7%及專一性為75.3%。

結論：本研究指出性別和特定飲食行為與兒童睡眠呼吸障礙症狀嚴重度之間的關聯性。此外，男童若較常食用甜點、巧克力、可口點心、和白飯會增加其睡眠呼吸障礙的風險。而改變這些飲食行為是否能對兒童睡眠呼吸障礙症狀的影響仍需進一步的研究。



LSO 05 11:24 – 11:30

人工智慧精準評估藥物誘導睡眠內視鏡檢查會厭阻塞動態變化

AI-Powered Precision in Evaluating Epiglottic Obstruction During DISE

蘇性豪

高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

目的：藥物誘導睡眠內視鏡檢查(DISE)為上呼吸道動態阻塞(尤其是會厭軟骨層次的阻塞)提供了寶貴的資訊。DISE透過模擬患者於睡眠狀態下的氣道狀況，使臨床醫師能夠直接觀察阻塞的型態、位置及其變化過程。然而，現有的VOTE分類系統雖然廣泛應用於評估上呼吸道阻塞，但其分類方式過於簡化——無阻塞(<50%)、部分阻塞(50-75%)和完全阻塞(>75%)——這種分類標準可能缺乏足夠的精確度，以滿足臨床決策所需的精細判斷。例如，在臨界範圍內的阻塞程度(如45-55%或70-80%)可能因微小變化而導致顯著的臨床影響，進而影響治療策略。本研究聚焦於會厭區域，利用人工智慧(AI)來提高DISE期間阻塞評估的準確性，並探討氣道塌陷的動態變化機制。

方法：透過結合人工智慧驅動的影像分析技術，我們能夠將阻塞程度的測量精度提升至0.1%。這種高解析度的評估方法不僅能夠細緻追蹤氣道動態變化，還能即時偵測微小但臨床重要的結構性變化。我們利用機器學習演算法分析大量DISE影像數據，並建立一個能夠持續監測阻塞程度變化的模型。此外，研究團隊透過標註不同嚴重程度的會厭塌陷影像來訓練AI系統，以提高辨識的準確性，確保臨床應用的可靠性。

結果：我們的分析發現，當會厭阻塞超過某個臨界閾值(例如60%)時，阻塞進程會顯著加速，並迅速發展至100%完全塌陷。這種行為顯示出氣道在結構及機械力學上的變化，使其更容易發生突發性的完全閉合。相較於傳統視覺評估，人工智慧分析能夠更精確地捕捉這種非線性變化，並提供即時的數據回饋。我們進一步發現，在某些患者中，即使初始阻塞程度僅達50-55%，其發展至完全塌陷的速率依然較快，顯示個別患者的氣道結構特性可能影響塌陷動力學。

結論：透過AI導入DISE影像分析，我們能夠提供前所未有的精確度來評估會厭塌陷，進一步提升臨床醫師對於患者氣道動態變化的理解。這種精細的量化評估方式不僅能為阻塞性睡眠呼吸中止症(OSA)或其他上呼吸道疾病患者提供更準確的診斷，也能幫助臨床醫師制定更符合個人化需求的手術與治療計畫。特別是在決定是否進行會厭部分切除術或其他手術干預時，這些數據驅動的見解可作為重要的決策依據。透過未來的進一步研究，我們希望能夠持續優化AI模型，提高DISE在臨床應用中的廣泛性，並最終改善患者的治療成效與生活品質。

Discussion 11:30 – 12:00



NC2 01 13:00 — 13:04

耳悶不單純—局部型耳咽管隆突類澱粉沉積症

Uncommon Cause of Ear Fullness—Isolated Torus Tubaris Amyloidosis

詹大慶 沈炳宏 賴仁淙

光田綜合醫院耳鼻喉頭頸部

類澱粉性沉積症為一少見又棘手的疾病。根據侵犯的範圍，可分為全身型及局部型。局部型較常見於膀胱、氣管、皮膚，頭頸部相對少見，其中喉部為局部型頭頸部類澱粉沉積症最常好發的位置。然而，在耳鼻喉科領域中，耳咽管隆突類澱粉沉積症更為罕見，文獻報導亦極為有限。此案例為41歲男性，過去3年多反覆出現雙側耳悶、耳漏，曾因滲出性中耳炎接受通氣管置放，但症狀仍無改善。此外，病患亦抱怨聽力下降、鼻塞、打鼾等症狀。耳鏡檢查發現雙側鼓膜內縮，鼻鏡檢查顯示鼻甲肥大、鼻中隔彎曲，鼻咽內視鏡則發現雙側耳咽管隆突腫大，伴有黃白色斑塊。聽力檢測顯示雙側混合型聽力損失，氣骨導差約20 dB，皆為type B圖。基於上述臨床表現，為病患安排鼻中隔矯正術及下鼻甲部分切除術、雙側耳咽管隆突切片、以及通氣管置放。病理結果顯示雙側耳咽管隆突皆為類澱粉沉積病變。術後病患的鼻塞與耳悶症狀明顯改善，聽力亦有所回復。由於局部型耳咽管隆突類澱粉沉積症在臨床上極為罕見，特別提出此案例分享討論，以提升臨床醫師對此疾病的認識與警覺性。

NC2 02 13:04 — 13:08

鼻咽癌放化療後的鼻咽腫瘤：復發還是非復發？

Nasopharyngeal Tumor in Post CCRT NPC Case, Recurrence or Not?

洪瑋鍾¹ 張燕良^{1,2}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉頭頸外科 ²輔仁大學醫學系

咽鼓管圓枕腫瘤(torus tubarius tumor)常被歸類在鼻咽腫瘤，單純咽鼓管圓枕腫瘤很罕見，之前報告過的個案為多形性腺瘤(pleomorphic adenoma)，也有極少數惡性腫瘤。此腫瘤也必須與鼻咽癌做區分，因鼻咽癌也可能在咽鼓管圓枕處出現。文獻回顧後，並無因鼻咽癌放化療後，導致咽鼓管圓枕腫瘤個案報告。咽鼓管圓枕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60歲男性，過去病史為左側鼻咽癌，並接受完整放化療，定期追蹤，無復發情形。這次症狀為右側鼻水伴隨出血以及右側耳漏。內視鏡檢查在咽鼓管圓枕有一表面糜爛狀腫瘤。依據此個案過去病史，在評估上會考慮是否為復發，所以隨後安排手術切除，病理報告為一良性血管瘤。本文分享此案例並做相關文獻回顧與整理。



NC2 03 13 : 08 — 13 : 12

鼻中膈息肉—個案報告

Nasal Septum Polyp—Case Report

蘇聖維¹ 張燕良^{1,2}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉科 ²天主教輔仁大學醫學院醫學系

鼻息肉是一鼻腔內的軟組織增生，通常是由鼻黏膜所衍生出的非癌性腫大組織，常見的症狀為鼻塞、鼻涕倒流、黃鼻涕、頭部悶痛等鼻竇炎相關症狀。鼻息肉常由鼻竇開口處生長，可從鼻孔突出或往鼻咽生長。在此分享一位國泰綜合醫院的病例。1名34歲的女性因健康檢查EB病毒抗體高而求診。病人無流鼻血、頸部腫塊、耳悶的症狀，亦無鼻咽癌病史。內視鏡檢查發現鼻咽部黏膜平順，但檢查到右側後鼻孔至鼻咽處有一疑似垂下來的腫塊，再次詢問病人無鼻塞等相關鼻竇炎症狀。後續為病人安排鼻竇電腦斷層了解侵犯範圍並安排了腫瘤切除及鼻咽切片手術。腫瘤的病理報告為息肉。病人術後有持續於門診追蹤，內視鏡顯示無復發。在此分享此案例並討論鼻中膈息肉。

NC2 04 13 : 12 — 13 : 16

鼻軟骨間質錯構瘤

Nasal Chondromesenchymal Hamartoma

張軒輔¹ 張瑄芳² 林嘉德^{1,2} 戴志展^{1,2} 施亮均^{1,2,3}

¹中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉部 ²中國醫藥大學醫學系 ³亞洲大學附設醫院

NCMH為鼻腔及鼻竇區域的罕見良性腫瘤。大多數NCMH病例報告發生於兒童及1歲以下的嬰兒。臨床表現與鼻腔或副鼻竇內的位置相關，除鼻塞，亦可造成視力受損、面部或牙齒疼痛。本病例報告為1名2歲4個月的女性患者無明顯病史，持續2-3個月的鼻塞、流鼻涕及慢性咳嗽，並伴隨打噴嚏及鼻部搔癢。鼻咽內視鏡檢查顯示大量黏液性鼻涕，雙側下鼻甲蒼白肥大。Water's view顯示左側上頷竇有混濁的陰影。患者接受6個月的鼻噴劑及抗組織胺治療後症狀仍持續；頭頸部電腦斷層掃描顯示左側鼻腔內一膨脹性骨化腫塊，伴內部鈣化。患者接受內視鏡鼻竇手術，手術過程中發現左側鼻腔內有一個邊界清楚、含骨組織的腫瘤，大小約4 × 4公分，附著於左側下鼻甲及上頷骨內側壁。病理報告確診為NCMH。新生兒及嬰幼兒的鼻塞可能由腫瘤或類腫瘤畸形所引起。雖然間葉性錯構瘤為良性，但由於其臨床表現較具侵襲性，且影像學特徵可能與惡性腫瘤相似，因此容易誤診，確診須依賴組織病理學檢查。手術切除仍是首選治療方式，且復發率低。



NC2 05 13：16 — 13：20

侵襲性黴菌鼻竇炎在義大之個案之診斷，治療，及手術效益探討

Invasive Fungal Sinusitis—A Case Report in EDA Hospital

黃孝宇 黃澤人 王誌群 楊顯謙 王建忠 黃耀璋 葉泰亨 蕭養鳳 江豐裕 連景峯

義大醫療財團法人義大醫院

這是一個60歲的男性，本身有糖尿病、高血壓、冠狀動脈硬化、心肌梗塞等病史，在2024年8月曾經因為右側腮腺膿瘍接受切開引流手術。後又在同年9月復發，轉診到其他醫院接受再次切開引流手術。9月份回診追蹤時，病人有右臉疼痛、黃鼻涕、右側眼瞼下垂等症狀已經持續1個月，病人又有右側視力模糊、複視約兩周。理學檢查鼻咽內視鏡發現，右側中鼻道有一些黑綠色的結塊及壞死組織及黃色黏液，後安排鼻竇電腦斷層檢查發現在右側上頷竇、上顎骨、眼眶骨都有骨折的情形，且有鈣化形成之鼻竇炎。病人於11月接受鼻竇內視鏡手術併Caldwell-Luc手術清除眼睛所能見之壞死組織及骨頭。病人又於2025年1月接受第二次鼻竇內視鏡手術清除壞死組織及黴菌球，病理發現在壞死組織及骨頭中有帶狀菌絲形成。目前病人右眼失明、有鼻塞、黃鼻涕持續在門診追蹤。根據研究，侵襲性黴菌鼻竇炎臨床上非常棘手且死亡率很高的疾病，往例通常1個月內就會死亡。治療方式包括高劑量抗黴菌藥物或手術清除肉眼所見之壞死組織，但對於預後卻沒幫助。此經驗個案報告目前診斷約半年，持續追蹤，且不排除繼續手術。診斷以及手術的選擇及其必要性需更多研究佐證。

NC2 06 13：20 — 13：24

篩竇NUT癌：罕見病例報告，強調其侵襲性特徵與治療挑戰

NUT Carcinoma of the Ethmoid Sinus: A Rare Case Report Highlighting Aggressive Behavior and Management Challenges

林伯庭 許恆睿

成大醫院耳鼻喉部暨成大醫學院耳鼻喉學科

NUT癌是一種罕見且極具侵襲性的惡性腫瘤，其特徵為涉及NUTM1基因的染色體重組(Biomed Res Int. 2019)。此篇報告1例源自於篩竇與合併有廣泛性頸部轉移的NUT癌。患者接受了左側改良型頸部淋巴廓清手術及內視鏡鼻腔腫瘤切除手術，術後進行同步化學放射治療。病理結果證實為NUT癌，並發現左側頸部72顆淋巴結中有41顆發現轉移癌細胞，且伴有轉移淋巴結外擴散。患者於術後第3週接受纖維內視鏡檢查，發現鼻腔腫瘤早期復發，持續接受輔助性治療。本案例突顯了NUT癌的早期診斷和鑑別診斷的重要性。由於此類腫瘤進展迅速，早期診斷並採取積極治療對於改善患者預後至關重要。針對不明原因的鼻竇腫瘤，應將NUT癌納入鑑別診斷，以期優化治療效果並提升患者存活率。

Discussion 13：24 — 14：00



HC4 01 14:00 — 14:04

細胞學初判為Warthin's tumor的腮腺瘤細胞瘤(Oncocytoma)——病例報告

A Case Report of Parotid Oncocytoma Which Initially Diagnosed as Warthins Tumor by Fine Needle Aspiration Cytology

王緯丞¹ 蔡蕙宇¹ 楊采旋¹ 楊啟順² 王景平¹

¹台中榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 ²台中榮民總醫院病理部

據統計腮腺腫瘤的發生率約為0.006%，多為良性腫瘤，主要以無痛性緩慢長大腫塊表現。除理學檢查、內視鏡、影像檢查外，超音波導引下細胞學檢查也是初步診斷腮腺腫瘤的工具。1位71歲女性於2023年3月因甲狀腺腫大求診，執行頸部超音波檢查發現右腮腺另有一1.6 cm腫塊，與病人溝通後實施右腮腺腫塊Sono-guided FNA，細胞學診斷為華生氏瘤。與病人SDM後決定門診追蹤。半年後重複檢查，報告亦為華生氏瘤。再半年後病人表示腫塊變大，超音波顯示為4 cm hypoechoic lesion。再行FNA，細胞學為R/O oncocytic neoplasm，故建議病人手術。術中發現腫瘤下部包住顏面神經並侵犯到深葉，故將腫瘤與顏面神經分離後完整取出。最終病理報告為Parotid oncocytoma。病人於門診追蹤至今超音波檢查無復發，顏面表情對稱。瘤細胞瘤為一種少見的唾液腺腫瘤，治療以手術完整切除為主，因瘤細胞廣泛增生的特性，故與鄰近組織較為沾黏，手術時須謹慎完整切除腫瘤並避免傷到顏面神經。

HC4 02 14:04 — 14:08

腮腺卡斯爾曼氏症一個案報告

Castleman Disease of the Parotid Gland—A Case Report

紀華鎧¹ 盧仕鈞¹ 岳漢忠¹ 林哲玄^{1,2}

¹台北醫學大學附設醫院耳鼻喉頭頸外科 ²台北醫學大學耳鼻喉頭頸學科

1名35歲的男性因左耳下腫塊增大3個月就診於耳鼻喉科門診。該患者2年前曾進行左腮腺腫瘤切除手術，病理檢查為淋巴組織增生。身體檢查發現左耳下有2 cm無痛性腫塊。因此安排了頭頸部核磁共振影像檢查，並發現了左腮腺尾部腫瘤或淋巴結。進行了左側淺表腮腺切除術，病理報告顯示淋巴組織增生伴隨透明血管變性，與卡斯爾曼氏症相符。復診後，安排了進一步的診斷檢查，包括從胸部到骨盆的電腦斷層影像檢查以及發炎標誌、肝臟酵素、人類免疫缺乏病毒、B型及C型肝炎的抽血檢查。以上所有發現均在正常範圍內，且影像上未發現其他處之淋巴結腫大。此病例的最終診斷為左腮腺局灶性卡斯爾曼氏病，經手術完全切除。患者預定在6個月後進行追蹤。



HC4 03 14:08 — 14:12

小兒腮腺結節性筋膜炎—案例報告

Pediatric Nodular Fasciitis of the Parotid Gland—A Case Report

張皓祥 李威霆

成大醫院耳鼻喉部

結節性筋膜炎是良性增生的纖維母細胞腫瘤，最常見於上臂，若影響唾液腺則主要發生於腮腺。此病最常見於20至50歲，病因通常不明，臨床表現為無痛的腫瘤，且不合併出現體重減輕、夜間盜汗或吞嚥困難等症狀。結節性筋膜炎可能被誤診為多形性腺瘤，因為單靠超音波無法區分這兩種病變，且二者皆具有梭形細胞或漿細胞樣的特徵，而多形性腺瘤是唾液腺最常見的良性腫瘤。本院經歷一6歲男性主訴右頸腫塊約1年，皮膚有皺褶狀突起，且腫塊逐漸變大，此外並無其他症狀。電腦斷層顯示右側腮腺有一顯影的分葉狀腫塊，且包含皮膚。病患先接受超音波檢查及細針抽吸，但結果顯示細胞量不足，細菌培養結果也為陰性，因此安排右側腮腺切除手術。術中發現纖維化的組織但無明顯的包膜，在切除過程中並未影響顏面神經，術後病理報告結果為結節性筋膜炎。結節性筋膜炎通常不會復發且可能自行消退，因此不一定需手術切除，若超音波抽吸顯示為結節性筋膜炎，可採取觀察等待策略，但若抽吸結果無法排除多形性腺瘤，則應進行手術切除，以防止潛在的惡性轉變。

HC4 04 14:12 — 14:16

診斷挑戰：局限於耳周區域的移植後淋巴增殖性疾病偽裝為惡性外耳道炎—罕見病例報告

Diagnostic Challenge: Posttransplant Lymphoproliferative Disorder Localized to the Periauricular Region Mimicking Malignant Otitis Externa—A Rare Case Report

李宜霈¹ 洪上祐¹ 郭亮寬^{1,2}

¹國立成功大學醫學院附設醫院 ²郭綜合醫院

30歲男性4年前接受腎臟移植，主訴左側耳漏已持續8個月，局部表現為外耳道腫脹併後下壁皮膚腐爛及部分骨頭外露，因局部藥物治療無效，此個案接受了清創手術，病理報告為necrotic tissue、細菌培養結果為oxacillin-resistant Staphylococcus aureus，初步診斷為疑似惡性外耳道炎。採用clindamycin合併局部濕敷換藥後其症狀漸有緩解，然因腎功能異常而暫停抗生素使用，爾後個案產生漸進性耳周腫脹，耳道糜爛加劇，因此再行清創手術，此次病理結果顯示為惡性B細胞型態移植後淋巴增殖性疾病(PTLD)，EBV呈陽性。PET-CT顯示腫瘤於左側腮腺延伸至左側耳道。病患隨後接受Rituximab、Cyclophosphamide及放射線治療。PTLD是一種罕見且可能致命的惡性腫瘤，常見的頭頸部PTLD位置為Waldenstrom's環的淋巴組織或頸部淋巴結，然腮腺乃至於耳道前所未聞。其臨床表現初期易與感染症狀混淆，使其鑑別診斷充滿挑戰。此病例顯示在長期免疫抑制患者中，治療無效之耳部感染時應考慮PTLD的可能性。



HC4 05 14:16 – 14:20

頷下腺孤立性纖維瘤—病例報告

Solitary Fibrous Tumor of the Submandibular Gland—A Case Report

周君穎 許裴淵

馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸部

孤立性纖維瘤(Solitary Fibrous Tumor, SFT)是一種源自間葉細胞的罕見腫瘤，常見於肋膜，亦可見於軟組織、頭頸部及其他器官。然而，發生於頷下腺更屬少見。本文討論1名無既往病史的年輕女性，因右側頷下腺腫大就醫。臨床檢查發現口底可觸及之右側頷下腺腫塊、無明顯壓痛，頸部超音波顯示右側頷下腺有一低回音腫瘤，邊界平滑，大小約 2.55×1.65 cm。細針穿刺結果為「不確定惡性潛能之唾液腺腫瘤(SUMP，分類IVB，惡性機率35%)」。電腦斷層顯示右側頷下腺內約3 cm顯影病灶，具囊性變化。患者隨後接受右側頷下腺腫瘤切除合併舌骨上淋巴結廓清術(Level III)，術中冰凍切片顯示癌症(carcinoma)，淋巴結均未見轉移。術後進一步安排胸部電腦斷層，也未發現肺部病灶。本病例報告強調手術切除與病理診斷對於確診此疾病的重要性。此外，針對此罕見腫瘤，我們該如何確診、處置、評估預後與復發風險，是具挑戰性卻相當重要的議題。

HC4 06 14:20 – 14:24

以頸部腫塊為表現的感染性頸動脈瘤炎—病例報告

Right Mycotic Carotid Artery Aneurysm Presenting as a Neck Mass—A Case Report

郭冠吾 張世倫

奇美醫院耳鼻喉頭頸部

臨床上頸動脈瘤並不常見，之中感染性頸動脈瘤更為罕見。感染性頸動脈瘤通常由細菌感染動脈壁引起，導致血管壁損傷，形成假性動脈瘤，並伴隨很高的栓塞或致命性出血風險。臨床表現為脈動性頸部腫塊，可能隨時間逐漸增大，伴隨局部疼痛、吞嚥困難及全身性感染。診斷主要依賴於電腦斷層血管攝影。外科手術是主要治療方式，血管內支架置入則可作為高風險患者的替代選擇。本報告呈現1名62歲男性患者，最初因漸漸變大的右側頸部腫脹進展及吞嚥疼痛就醫。影像學檢查後確認其為右側內頸動脈假性動脈瘤，隨後進行動脈瘤切除術及旁路移植手術治療。本案例旨在強調早期診斷與積極治療對於預防致命性併發症的重要性。



HC4 07 14:24 — 14:28

近全喉切除術後病人，氣管造口保持器內緣遺留在氣管內一個案報告

A Patient Status Post Near-total Laryngectomy Presented with an Inner Flange of Tracheal Stoma Retainer Left in Trachea—Case Report

林宏勳 張學逸 魏嘉甫

振興醫療財團法人振興醫院耳鼻喉部

這位83歲男性，有過喉癌病史，於2011年接受近全喉切除手術，並於2012年進行喉部重建手術。病人主訴在氣管造口固定器斷裂後，喉嚨有異物感。考慮到有碎片可能留在其氣管內，因此前來急診求助。病人無吞嚥困難、無呼吸急促、無發燒、無寒顫。最初，纖維內視鏡檢查未見氣管造口上方或下方有明顯異物。電腦斷層檢查顯示，在氣管造口上方疑似有異物。由於此異物無法於門診移除，於是於全身麻醉下，使用硬式內視鏡和Kuhn-Bolger鉗夾出異物。該異物為氣管造口固定器的內緣。氣管造口保持器和氣切管都是與氣管造口管理相關的醫療設備，但用途不同。氣管造口固定器的主要目的是保持氣管造口開放，防止在氣管造口在手術後閉合。當未置入氣切管或氣切管暫時移除時，以氣管造口保持器作為維持氣管造口通暢性的支撐物。

HC4 08 14:28 — 14:32

SMARCA4缺乏型未分化癌的臨床表現：雙側鎖骨上淋巴結腫大—耳鼻喉科領域中的罕見診斷挑戰

SMARCA4—Deficient Undifferentiated Carcinoma Presenting with Bilateral Supraclavicular Lymphadenopathy—A Rare Diagnostic Challenge in the ENT Field

楊燦而¹ 蘇性豪¹ 許淳翔²

¹高雄榮民總醫院耳鼻喉頭頸部 ²高雄榮民總醫院一般內科

41歲男性因左頸腫脹與疼痛就醫，初疑蜂窩性組織炎合併淋巴病變，抗生素治療無效後惡化。電腦斷層顯示雙側頸部與縱膈多發性淋巴結腫大及右上肺腫塊。細針抽吸(FNAC)未確診，超音波引導粗針穿刺(CNB)確診為SMARCA4缺陷的轉移性未分化癌，肺部腫塊切片結果相符。全身評估無遠端轉移，診斷為肺IVB期SMARCA4缺陷未分化癌。患者接受Carboplatin + Alimta化療及Pembrolizumab免疫治療，PD-L1、EGFR、ALK突變檢測待定。本例突顯頸部腫脹的診斷挑戰，特別是具吸菸史且雙側鎖骨上淋巴結腫大者應警覺轉移癌可能。FNAC為初步工具，但CNB更能提供確診。影像學評估在非典型病例中至關重要，SMARCA4缺陷肺癌具高度侵襲性，強調早期辨識與轉介腫瘤科的重要性。



HC1 01 14:30 — 14:34

類天皰瘡引起之喉部潰瘍—病例報告

Laryngeal ulcerations in patient with Bullous Pemphigoid—A Case Report

陳冠廷¹ 陳明勗¹ 王拔群^{1,2,3}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉頭頸外科部 ²輔仁大學醫學系講座教授 ³國立中央大學生醫理工學院跨領域轉譯醫學研究所教授

這篇個案報告描述了1位75歲男性患者的病例，他有高血壓、第二型糖尿病和中風的病史，因口腔灼熱感和咽喉痛被，經過詳細檢查和診斷，最終確診為類天皰瘡(Bullous Pemphigoid, BP)。BP是一種最常見的自體免疫性皮下水疱疾病，主要影響老年人。雖然BP主要影響皮膚，但少數患者仍可能出現喉部症狀，如聲音嘶啞、吞嚥困難或呼吸困難等症狀。本病例中，患者的主要表現為嚴重的咽喉痛及多處喉部潰瘍，患者最初接受了抗生素治療，但症狀未見改善，並且在治療後出現新的咽喉病變。進一步的皮膚切片顯示為皮下水疱，免疫螢光檢查顯示在真皮與表皮交界處有IgG的線性沉積，最終確診為BP，經過兩週的類固醇治療後，喉鏡檢查確認潰瘍已經消退。藉由本病例，提醒醫師在遇到喉部潰瘍伴有皮膚水泡病灶時，應考慮BP作為鑑別診斷之一，並結合臨床表現與免疫學檢查以確定診斷。

HC1 02 14:34 — 14:38

以舌根腫瘤來表現之Eagle氏症候群—病例報告

Eagle's Syndrome Manifesting as Base of Tongue Tumor—Case Report

廖偉成¹ 辛宗翰^{1,2}

¹中山醫學大學附設醫院耳鼻喉部 ²中山醫學大學醫學系

Watt Eagle於1937年提出首例莖突過長的案例，典型症狀包括：單側喉嚨痛、異物感、吞嚥疼痛、顏面、耳部或頸部疼痛。若是莖突過長更加嚴重壓迫到鄰近血管構造，如內頸動脈，則可能因血管壓迫或剝離而導致腦部缺血甚至中風。本案例為一71歲男性，過去8個月出現左側喉嚨疼痛及異物感的症狀，病人並無顏面、頸部或耳部疼痛。口腔檢查，包括雙側扁桃腺處，並無異狀，內視鏡檢查則發現在舌根左側有一邊界明顯的腫塊，因此安排電腦斷層，結果顯示除了在舌根處有約1 cm的圓形腫塊外，左側莖突亦有明顯增長，約為8 cm，且從咽旁間隙的內外頸動脈之間進入口咽直接插入舌根左側。因此在Eagle's Syndrome的診斷下，安排經口舌根腫塊切除及左側莖突切除手術，病人術後情況穩定後出院，不過術後5天因傷口出血就醫，經上咽動脈結紮手術後順利止血出院，病人傷口復原後左側吞嚥疼痛及異物感得到顯著改善。本案例雖有單側喉嚨疼痛的典型症狀，但因舌根腫塊明顯而延遲Eagle's Syndrome的診斷，臨床上較為罕見，因此提出報告供臨床醫師參考。



HC1 03 14:38 — 14:42

復發性蝶竇後鼻孔息肉—病例報告

Recurrent Sphenchoanal Polyp—A Case Report

謝珈瑄¹ 張燕良^{1,2}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉科 ²天主教輔仁大學醫學系

蝶竇後鼻孔息肉(Sphenchoanal polyp)，起源於蝶竇，且息肉延伸至之後鼻孔，屬較罕見的疾病，目前致病機轉未明。診斷是藉由臨床鼻內視鏡檢查及鼻竇電腦斷層掃描確立。發生於各年齡層但常發生於青少年及年輕成人，多於30至40歲間時被診斷出來，且男女發生率相當。治療上以鼻竇內視鏡切除手術為主。本病例報告為17歲男性，2022年12月於泰國診斷出右側蝶竇後鼻孔鼻肉並接受手術治療，於2024年開始出現右側漸行性鼻塞症狀，直至11月於本院就醫，鼻竇電腦斷層顯示一息肉從右側蝶竇延伸至右側後鼻孔，於是採右側功能性鼻竇內視鏡手術將息肉於其根源部完全切除，術後病理報告確定病灶為發炎性息肉，追蹤半年沒有復發的跡象。由於大部分後鼻孔息肉起源多為上頷竇，而本案例後鼻孔息肉起源位置為蝶竇屬較罕見，謹提出個案報告並做相關文獻回顧與整理。

HC1 04 14:42 — 14:46

上臼齒根管穿孔後引發的咽後間隙與頸面氣腫—病例報告

Retropharyngeal Emphysema and Cervicofacial Emphysema Following Upper Molar Root Canal Perforation—Case Report

廖英捷

台北市立聯合醫院和平院區耳鼻喉科

本報告描述1名28歲女性，在接受上第二臼齒根管治療後隔日，因發燒、劇烈牙痛、喉嚨痛、吞嚥困難及耳鳴等症狀前來急診就診。理學檢查顯示，上第二臼齒部位的創口完好，並伴有左側口咽及軟顎腫脹。進一步鼻咽鏡檢查顯示，左側後咽壁和軟顎輕度腫脹，未見其他氣道併發症。患者隨後住院並接受保守治療，包括止痛藥和靜脈抗生素。頸部電腦斷層顯示有左側顏面及左側頸部的瀰漫性皮下氣腫延伸至後咽壁，並發現牙根穿孔，馬來膠(gutta-percha)延伸至左側鼻腔底部的皮下空間，但未穿透皮膚。經治牙醫會診後指出，患者的牙根部位有約7毫米的馬來膠(gutta-percha)過度充填，並有游離空氣圍繞左側上第二臼齒(#28)。3天後進行的頸部側位X光顯示後咽氣腫完全消失。經過保守治療後，患者出院並開立口服抗生素，未發現進一步併發症。



HC1 05 14:46 — 14:50

深頸部感染併椎旁空間膿瘍—病例報告

Deep Neck Infection with Perivertebral Space Abscess—A Case Report

石皓全^{1,2} 鄭立享^{1,2} 朱永祥^{1,2}

¹三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部 ²國防醫學院耳鼻喉學科

本病例為53歲男性，無慢性病史，初始症狀為左側肩膀疼痛，患者認為可能為關節炎，自行服用止痛藥約1個多月，然而症狀持續，急診前數日出現間歇發燒及頸部腫脹，急診當日因呼吸困難至本院求診。檢查顯示白血球升高(25000)，CRP上升(30)，電腦斷層發現椎前空間膿瘍(prevertebral space abscess)，並壓迫呼吸道，左側後頸區椎旁空間(perivertebral space)亦有膿瘍合併氣泡產生。病人立即接受經頸切開引流與氣管切開術，術中發現膿瘍位於甲狀/環狀軟骨之後，頸椎之前，但是位於prevertebral fascia之後，屬於椎前空間，而非較常見的咽後空間膿瘍，術後給予廣效性抗生素治療。1週後因兩側椎旁空間膿瘍持續存在，再度實行雙側後頸區膿瘍切開引流術。入院期間患者接受連續傷口換藥及清創，輔以高壓氧治療，促進傷口癒合，感染逐步受控，住院5週後，無後遺症出院。因為椎旁空間感染較為罕見，且可導致頸椎嚴重併發症，特此報告本例，敬請先進不吝指正。

HC1 06 14:50 — 14:54

前縱膈鱗狀細胞癌以深頸部感染表現—病例報告

Anterior Mediastinal Squamous Cell Carcinoma Presenting as a Deep Neck Infection—Case Report

陳政良¹ 盧怡安^{1,2}

¹林口長庚醫院耳鼻喉部 ²長庚大學醫學系

1位63歲男性，因為持續1週的喉嚨痛、吞嚥痛、吞嚥困難、頸部腫脹，輕微發燒，全身倦怠感和輕度呼吸困難至急診求診。理學檢查發現患者發燒、心跳過速。血氧飽和度97%，觀察頸部前方，特別是在左側下頷及頸動脈之間，有觸診壓痛、紅及腫脹。經由纖維內視鏡檢查發現左側咽側壁腫脹。由於臨床表現懷疑深頸部感染，我們安排頭頸部電腦斷層掃描，結果顯示左側咽後間隙、左側咽旁間隙及動脈鞘內發現多個膿腫(loculated abscesses)。此外，影像學意外發現前縱膈腔有一個71.4毫米，形狀不規則的腫塊。因此，病患立即進行了深頸部切開引流手術。此外心血管外科團隊進行前縱膈切開術(anterior mediastinotomy)與切片，最終病理報告為分化不良的鱗狀細胞癌。患者後續開始接受同步放化療，治療方案包括ADOC化療以及放射治療(66 Gy/30個分次)。此病例其深頸部感染位置與縱膈腔腫瘤並無相通，不能證明兩者有直接關聯。我們討論縱膈腔惡性腫瘤是否間接影響病患加重深頸部感染的情況，可能的機轉有免疫抑制與上腔靜脈症候群(SVC syndrome)。



HC1 07 14:54 – 14:58

反覆臉部復發性膿瘍—病例報告

Recurrent Facial Abscess Formation—One Case Report

黃鉦庭 劉耿僚

光田綜合醫院耳鼻喉暨頭頸部

這是一個50歲的女性，主訴為右側臉部有一個結節狀腫塊且擠壓後會持續冒出膿狀分泌物，經口服抗生素與局部治療後仍反覆發作。於是此病人接受右側臉部膿瘍切開引流手術(I&D)，經門診追蹤數月後同樣症狀再次出現。經再次診視病人後安排進一步核磁共振檢查，影像上呈現為一端來自齒齦另一端穿出臉頰皮膚的瘻管構造。懷疑此為齒源性的顏面齒齦瘻管(Facial Gingival Fistula)。後續安排病人接受經外表皮的完整瘻管切除手術(right cheek deep fistula excision)以及移除牙根手術(#16 dental root extraction, Caldwell Luc)，目前追蹤無復發之跡象。基於此患者以臉部反覆膿瘍為主要症狀，且較少預期為牙根瘻管而來，故搜尋相關文獻資料以及分享敝科之診斷、治療、手術及追蹤後續之相關經驗。

HC1 08 14:58 – 15:02

喉結核(Laryngeal tuberculosis)—病例報告

Laryngeal Tuberculosis—A Case Report

林宸如¹ 張燕良^{1,2}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉科 ²天主教輔仁大學醫學系

喉結核是引起喉部肉芽腫病變最常見的疾病之一，且通常作為肺結核的併發症出現。自從抗結核藥物治療普及後，結核病的發生率已大幅下降。然而喉結核的發生率持續上升，這與 HIV 感染增加、免疫抑制性疾病或治療、老年患者存活率提高以及抗藥性結核桿菌及非典型分枝桿菌的出現有關。喉結核的臨床表現主要為聲音嘶啞與吞嚥痛，而全身症狀像發燒、體重減輕、夜間盜汗及疲倦等則較為罕見。由於疼痛性吞嚥困難在喉癌中屬罕見症狀，故此表現有助於區分喉結核與喉癌。本病例報告為74歲男性，主訴聲音沙啞兩個月，無吞嚥困難或呼吸困難。於門診喉鏡檢查發現右側聲帶紅腫並覆蓋白色物質，初步懷疑右側聲帶炎，並無明顯腫瘤發現，住院進行手術的病理組織切片及結核菌培養，顯示結核分枝桿菌感染。謹提出個案報告並做相關文獻回顧與整理，探討了喉結核的流行病學、診斷方法和治療，提醒臨床醫生將喉結核納入鑑別診斷，以便早期診斷及治療，也降低傳染風險。

Discussion 15:02 – 15:30



EC 01 16:00 – 16:04

持續負壓抽吸裝置作為新生兒耳廓巨大假性囊腫的微創治療—病例報告

Negative Pressure Aspiration as a Minimally-Invasive Treatment for Extensive Auricular Pseudocyst in An Infant Girl—A Case Report

陳煒翔¹ 王奇芯¹ 詹凱傑²

¹林口長庚紀念醫院耳鼻喉部 ²長庚大學臨床醫學研究所

耳廓假性囊腫主要是由於耳廓軟骨內組織漿液積聚所致，常見於年輕男性，發病的平均年齡介於30至40歲之間。目前病因仍不明確，主要假說包括反覆創傷導致軟骨退化形成囊狀空腔，以及胚胎發育缺陷導致軟骨內有囊狀空腔。現行主流治療方法是手術去除軟骨組織後加壓治療。本病例是1名2個月大新生兒，自出生後反覆發生巨大耳廓血腫，在外院接受多次抽吸及抗生素治療後仍復發，轉至本院耳鼻喉科。考量其手術及麻醉風險，入院後使用持續負壓抽吸裝置合併抗生素治療。經治療後囊腫部位消失，耳廓形狀恢復，外觀並無明顯畸形，後續將繼續在門診追蹤是否復發。因目前新生兒耳廓假性囊腫的診斷與治療文獻有限，台灣尚無相關病例報告，故提出持續負壓抽吸作為微創治療選項，以供臨床參考。

EC 02 16:04 – 16:08

中耳神經內分泌腫瘤—罕見病例報告與文獻回顧

Neuroendocrine Tumor of the Middle Ear—A Rare Case Report and Literature Review

鄭博軒 施政坪

三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部

25歲女性，來診主訴左耳耳鳴、耳悶感及聽力減退，且近2個月出現眩暈和頭痛，症狀持續加重，患者曾有左耳膽脂瘤於4年前開刀之手術史。聽力檢查顯示左耳傳導性聽力損失，顱骨高解析電腦斷層顯示左側Prussak space內軟組織腫瘤，無骨質侵犯。手術切除後，病理報告為神經內分泌腫瘤，免疫組織化學染色可見CK點狀陽性、Synaptophysin及 Chromogranin A局部陽性，Ki-67小於3%。患者後續持續於門診追蹤8年未復發。中耳神經內分泌腫瘤極為罕見，且症狀多不具特異性，如耳鳴、聽力喪失及頭痛等，易被診斷為膽脂瘤或中耳炎。本案例手術切除後才確定診斷為神經內分泌腫瘤。此類腫瘤大多為良性，低惡性度，但由於其具局部侵犯性，需密切追蹤及長期觀察。神經內分泌腫瘤的病因尚不明確，可能與中耳黏膜神經內分泌細胞增生相關。少部分病例報告會侵犯顏面神經及遠端轉移。影像學上，電腦斷層常顯示中耳軟組織腫瘤，但無骨質侵犯，需與膽脂瘤、副神經節瘤等做鑑別。確定診斷需仰賴病理及免疫組織化學染色，包括CK、Chromogranin A、Synaptophysin等。治療以手術完整切除為主，通常預後佳。



EC 03 16:08 – 16:12

鼻咽癌患者罹患非結核分枝桿菌耳乳突炎一病例報告

Non Tuberculosis Mycobacterium Otomastoiditis in a Patient with Nasopharyngeal Cancer—Case Report

陳關宇¹ 林德宇² 施政坪¹

¹三軍總醫院耳鼻喉頭頸外科部 ²三軍總醫院感染科

1名50歲女性於2017年罹患鼻咽癌於他院接受同步放化療並按時追蹤無復發，此外因雙側慢性中耳積液接受雙側鼓膜切開併通氣管置放手術。2023年底至本院求診前3個月出現左耳漏併疼痛、聽力衰退及間歇性發燒，耳內視鏡顯示右側耳膜穿孔合併分泌物及左側耳道嚴重腫脹合併分泌物，當時診斷為雙側慢性中耳炎合併左側急性乳突炎，給予耳滴劑抗生素及口服抗生素治療成效不佳，左耳漏及左耳後持續腫痛、發燒，顱骨電腦斷層顯示雙側中耳腔及乳突區opacification，初步臆斷為左側慢性耳乳突炎併骨膜下膿瘍生成，因此患者接受左側乳突切除術、鼓膜切開術及左側顱骨骨膜下膿瘍引流。後續組織培養非結核膿瘍分枝桿菌。手術後接受多種抗生素治療，病患症狀皆已緩解，目前病人持續抗生素治療中。經文獻搜尋案例少見，故特提出報告討論。

EC 04 16:12 – 16:16

Dupilumab在嗜酸性中耳炎上的角色—病例報告與文獻回顧

Dupilumab in EOM—A Case Report and Literature Review

紀建鋒¹ 陳伯岳^{1,2}

¹臺北市立萬芳醫院耳鼻喉科 ²臺北醫學大學醫學系耳鼻喉學科

1名29歲女性，具有哮喘病史，主訴為長期雙側耳悶感。曾於5年前接受雙側鼻竇手術及雙側鼓膜切開併耳通氣管置放手術。雖然她的症狀在治療後立即改善，但不久後又出現持續性的耳悶感。兩年前她再次至本院門診就診，當時發現中耳積液。此外，抽血報告顯示嗜酸性球數目升高。根據上述發現，病人符合嗜酸性中耳炎的診斷。每兩週使用一次Dupilumab後。患者的嗜酸性球數目顯著下降，症狀亦獲得明顯改善。本病例強調在具有持續耳科症狀的患者中，特別是合併哮喘病史者，應考慮嗜酸性中耳炎的可能性，並經由文獻回顧深入討論Dupilumab對於此類病人的治療效果。



EC 05 16:16 – 16:20

結核桿菌造成的顱骨感染及廣泛性頭頸部侵犯—病例報告

Temporal Bone Infection with Extensive Head and Neck Involvement Caused by Mycobacterium Tuberculosis—Case Report

高子淇¹ 陳彥安¹ 杜宗陽^{1,2}

¹台北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 ²國立陽明交通大學

在慢性中耳炎中，結核桿菌感染占比不到1%，而結核桿菌造成顱底骨髓炎為其中可能出現的嚴重併發症。在此我們報告1位55歲男性，因左側耳漏五個月來求診，初步診斷左側慢性中耳炎。經抗生素治療後無明顯改善，且出現外耳道腫脹與膿樣分泌物。顱骨電腦斷層發現顱側軟組織病灶、左側外耳道軟組織病變以及左側顱底軟組織增生伴隨周邊骨質破壞。核磁共振評估左側顱底呈浸潤性增強，影響低位枕骨及髁突，以及左側顱外側乳突骨及鄰近軟組織，並伴有骨質破壞及局灶性膿瘍形成。病人後續入院詳檢及抗生素治療，經骨髓炎造影檢查懷疑左側顱骨及顱底骨髓炎，安排手術進行外耳道軟組織病灶的移除以及乳突及顱底的清創。病理報告顯示慢性肉芽腫性發炎，進一步PCR顯示結核桿菌感染，診斷為結核桿菌相關之左側顱骨骨髓炎，侵犯左側顱底、低位枕骨及髁突。經轉介感染科開始接受結合桿菌治療，狀況穩定改善。本文分享此罕見病例，並對相關文獻進行回顧。

EC 06 16:20 – 16:24

遠紅外線裝置治療雙側突發性耳聾之臨床經驗—病例報告

Clinical Experience of Far-Infrared Device for Bilateral Sudden Sensorineural Hearing Loss Patients—Case Report

賴郁婷¹ 廖文輝^{1,2} 曾夏葦¹

¹臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 ²國立陽明交通大學耳鼻喉科

雙側突發性耳聾相當罕見，回顧2024年1月至10月間，分享3例接受遠紅外線輔助治療並成功恢復聽力的病例(最終平均氣導閾值 ≤ 25 dB)。患者皆於黃金治療期內就診，住院期間接受鼓室內及靜脈類固醇注射，合併遠紅外線裝置輔助治療，無使用高壓氧或針灸。個案1為9歲女孩，2024年1月初診斷雙側突發性感音性聽損，右耳氣導閾值95 dB、左耳50 dB，經住院治療後雙耳皆為7 dB，兩週後約為5 dB。個案2為19歲女性，2024年5月初診為雙側突發性感音性聽損，雙耳氣導閾值約為105-107 dB，經住院治療後雙耳恢復至55-60 dB，1個月後約為20 dB，3個月後恢復至5 dB。個案3為66歲男性，2024年10月初診為雙側突發性感音性聽損，氣導閾值右耳約40 dB、左耳約60 dB，經住院治療後右耳約為30 dB、左耳約為55 dB，1個月後雙耳約25 dB。3位個案均於黃金治療期間就診並住院積極治療，合併使用非侵入性遠紅外線裝置，具射束聚焦加強效果，促進內耳耳蝸微血循環，最終達成聽力完全恢復。



EC 07 16:24 – 16:28

尾狀核出血表現為雙側突發性感音神經性聽力喪失—病例報告

Putamen Hemorrhage Presenting as Simultaneous Bilateral Sudden Sensorineural Hearing Loss—A Case Report

黃文龍 王清源 林嘉德 陳厚匡

中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉部

雙側突發性聽損雖屬罕見，經常與潛在全身性疾病有關，相對於單側突發性聽損表現出較差的治療效果與聽力預後。1名53歲男性病患，過去病史包括高血壓、末期腎病需常規血液透析、腦中風及主動脈剝離。主訴雙側突發性同時發生聽力喪失1天，無單側肌肉無力、言語不清等症狀。耳鏡檢查顯示雙側外耳道及鼓膜完整無異常。純音聽力測試顯示雙側重度聽力喪失(右側98 dB，左側>105 dB)。因考量同時發生雙側突發性聽損與潛在心血管或全身性疾病有關，遂緊急進行腦部電腦斷層及磁振造影檢查，顯示右側尾狀核出血性中風，收治於神經外科。住院期間控制血壓並予類固醇治療。聽性誘發電位及變頻耳聲傳射檢查結果顯示雙側無顯著峰間延遲及完整外毛細胞反應。純音聽力檢查於出院後3個月後顯示右側部份恢復(31 dB)、左側完全恢復(16 dB)。經此病例，可知雙側突發性聽力喪失可能與嚴重系統性疾病相關，詳細的病史詢問和檢查對於診斷和及時治療至關重要。

Discussion 16:28 – 17:00



NC1 01 09:30 — 09:34

非典型鼻腔血管纖維瘤—病例報告

Atypical Sinonasal Tract Angiofibroma—A Case Report

林妍緹¹ 黃柏凱¹ 丁靖恆²

¹馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸部 ²馬偕紀念醫院病理科

鼻腔血管纖維瘤僅佔頭頸部腫瘤約0.5%，常見於14至25歲之男性，多源自於蝶腭孔附近，以鼻塞、鼻出血為常見症狀。若腫塊自鼻中隔、鼻甲、鼻竇、口咽部等非典型位置長出，或腫塊並非常見富含血管之表現，或病人非屬青少年男性族群，則為非典型之鼻腔血管纖維瘤。本病例報告1位21歲男性，主訴鼻塞多年，鼻竇內視鏡檢查發現左側鼻腔息肉樣腫瘤，門診切片病理診斷初判為後鼻孔息肉。進一步安排鼻竇電腦斷層檢查，病灶自左側鼻腔延伸至鼻咽、左側下頰竇、右後側鼻腔與口咽部，伴有局部骨質破壞，但無明顯之顯影。病人接受鼻竇內視鏡腫瘤切除手術，術中發現腫瘤源自左側下鼻甲，手術過程中僅輕微出血，最後病理診斷為鼻腔血管纖維瘤。本病例屬非典型之腫瘤外觀與位置，歷經門診切片、影像與手術，直至最終病理報告才確認診斷。

NC1 02 09:34 — 09:38

伴隨神經學症狀之鼻竇畸胎癌肉瘤—病例報告

Rare Case of Teratocarcinoma with Neurological Sign

翁啓豪¹ 葉建甫^{1,2}

¹台北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 ²國立陽明交通大學

鼻竇畸胎癌肉瘤(Sinonasal Teratocarcinoma, SNTCS)是一種極為罕見且高度侵襲性的惡性腫瘤，至今文獻報導病例數約150例。其具有上皮、間葉及神經上皮多向分化特性，生長快速且易侵犯鄰近結構。由於組織病理學異質性，診斷常遭延誤，治療上以手術切除為主，輔以放射及化學治療，但尚無標準治療共識。本案例為66歲男性，病史包括高血壓及糖尿病，因急性雙下肢無力、解便及尿失禁，伴有記憶力減退就診。腦部影像顯示右額葉腫瘤伴腦壓效應，初步診斷為膠質瘤，遂接受顱骨切開術以緩解神經症狀。術後病理顯示為惡性小藍圓細胞腫瘤，推測原發於鼻竇。經多專科團隊評估，安排經內視鏡鼻內手術(endoscopic endonasal approach, EEA)進行完整腫瘤切除及顱底重建，最終確診為SNTCS。術後PET/MRI無殘存腫瘤，患者後續接受術後同步化學放射治療。本病例突顯SNTCS可能以神經學症狀為初發表現。由於SNTCS極為罕見，未來仍需更多研究以確立最佳治療模式。



NC1 03 09:38 — 09:42

鼻腔及顱底血管外皮細胞瘤—病例報告

Sinonasal and Skull Base Glomangiopericytoma—Case Report

易宛鈴¹ 王貞棋¹ 李育庭¹ 黃得韻^{1,2} 林嘉德^{1,2} 戴志展^{1,2} 施亮均^{1,2}

¹中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉部 ²中國醫藥大學醫學系

鼻腔及顱底血管外皮細胞瘤(Sinonasal and skull base glomangiopericytoma, GPC)屬一罕見富含血管的間質腫瘤，此由微血管周圍的周細胞生長而來，佔所有鼻竇腫瘤不到0.5%，歸類為低惡性度腫瘤，且可能出現局部組織侵襲性及轉移風險。通常表現為因腫塊效應引起的鼻塞、流鼻血和鼻竇炎等症狀。在組織學上，GPC的特徵是均勻的紡錘狀細胞擴散性增生，並伴隨有獨特的血管網絡。本病例報告為67歲成年女性主訴持續半年左側鼻塞合併鼻出血，經檢查發現左側鼻腔有息肉狀、具豐富血管的腫塊佔據。電腦斷層檢查結果顯示左側鼻腔有增大的腫塊，並且佔據左側篩竇、上頤竇、蝶竇、翼腭窩及顱底，伴隨骨質重塑及液體滯留，懷疑為鼻竇及顱底腫瘤。隨後安排了腫瘤切片檢查，病理報告顯示為血管平滑肌瘤。因此採用鼻竇內視鏡進行鼻竇及顱底腫瘤切除手術，目前追蹤1年，穩定無復發跡象。

NC1 04 09:42 — 09:46

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 Uncommon Initial Presentation of Orbital and Perinasal Facial Fullness—A Case Report

許智凱 鄭博文 廖立人

亞東紀念醫院耳鼻喉部

頸動脈海綿竇瘻管(carotid-cavernous sinus fistula, CCF)為頸動脈系統與海綿竇間的異常動靜脈交通，可分為自發性與外傷性兩類。本文報告1例45歲女性，既往病史包括鼻過敏、高血壓及高血脂。患者主訴右側頭痛，並伴隨右側鼻旁顏面區脹痛及眼眶痛，症狀持續約10日。初診時因臨床表現合併鼻部不適及分泌物，初步懷疑為鼻竇炎，轉診耳鼻喉科後予藥物治療並繼續追蹤。隨後病患回診時，頭痛加劇並伴隨複視，理學檢查發現眼瞼下垂，遂進一步進行腦部磁振血管造影(MRA)與血管攝影，最終確診為右側間接型頸動脈海綿竇瘻管，經血管栓塞治療後臨床症狀顯著改善。CCF典型臨床表現為搏動性眼球突出、結膜水腫充血及眼部紊流雜音，合稱Dandy's三聯症。本病例初期以頭痛及鼻旁顏面部脹痛為主，與典型表現有所不同，屬較為罕見的臨床表現。由此可見，當患者出現頭痛並合併眼部及鼻部症狀時，應考慮CCF為可能診斷，並與其他常見疾病進行鑑別。



NC1 05 09：46 — 09：50

粘膜皮瓣修補鼻中隔破損—中部單一區域醫院經驗

Mucosal Flap Reconstruction for Septal Perforation—Single Regional Hospital Experience

翁明謙 黃聖凱 陳佳儀 沈炳宏 賴仁淙

光田綜合醫院耳鼻喉頭頸部

鼻中隔破損症狀如鼻塞、鼻出血、鼻乾燥及雜音，嚴重影響患者生活品質。成功的鼻中隔修補手術能有效改善患者生活品質。本院近兩年，有3例鼻中隔破損修補手術經驗，3位患者中有1位經診斷為遺傳性出血性血管擴張症；成因兩例為醫源性，1例為外傷；修補方式，兩例以前篩動脈莖狀 (anterior ethmoidal artery, AEA, pedicle) 皮瓣進行修補，1例採用鼻中隔破損處鄰近的局部黏膜皮瓣翻轉修補。術後追蹤顯示，3位患者鼻中隔破損及皮瓣來源處皆恢復良好，且無顯著併發症。結果顯示，前篩動脈莖狀皮瓣及局部皮瓣皆可有效的修補鼻中隔破損，適當選擇術式可提升治療效果。鼻中隔破損為鼻手術本報告提供臨床參考，期待進一步研究並優化修補技術及預後。

Discussion 09：50 — 10：30



HC2 01 11:00 — 11:04

以射頻消融治療舌根異位甲狀腺併結節增生作為手術之替代療法—病例報告

Radiofrequency Ablation for Lingual Ectopic Thyroid with Nodular Goiter as a Alternative Treatment for Surgery—Case Report

林晉諳 黃純惟 施亮均

中國醫藥大學附設醫院耳鼻喉暨頭頸外科部

異位甲狀腺為一罕見之胚胎發育異常，其中以舌根為最好發處。本病例報告分享一56歲女性因舌根異位甲狀腺併結節增生造成明顯發音、吞嚥功能障礙並合併強烈喉部異物感症狀，經檢查發現該患者頸部並無正常甲狀腺組織。詳細解釋手術適應症及風險後，病患拒絕以手術作為治療，經討論後嘗試使用射頻消融治療舌根異位甲狀腺以改善症狀。治療後追蹤影像學檢查包含超音波、電腦斷層及纖維內視鏡皆顯示舌根異位甲狀腺併結節增生之體積明顯減小，同時進行吞嚥功能及喉部發聲機能檢查亦發現吞嚥及發音功能顯著改善，故射頻消融或為治療舌根異位甲狀腺併結節增生之一替代選擇。

HC2 02 11:04 — 11:08

上齒齦小細胞神經內分泌癌—病例報告

Upper Gingival Small Cell Neuroendocrine Carcinoma—Case Report

江品鎔¹ 呂宜興¹ 蘇迺文²

¹台北馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸部 ²台北馬偕紀念醫院血液腫瘤科

小細胞神經內分泌癌(SNEC)是一種侵襲性強的癌症，主要發生在肺部。肺外小細胞神經內分泌癌佔所有小細胞神經內分泌癌的2.5%至5%，頭頸部小細胞神經內分泌癌則佔10%至15%。口腔小細胞神經內分泌癌非常少見，是一種分化差、高惡性度且非常具有侵襲性的腫瘤，預後較差。我們分享1位63歲的女性吸菸者因左側上齒齦區出現潰瘍壞死性內生性病變而就醫。病理切片的組織學和免疫組織化學檢查結果符合口腔原發性SNEC的診斷。由於腫瘤局部且可切除，患者接受了廣泛切除手術，術後頭頸部MRI顯示左側頰部和咀嚼肌區、咽旁區有病變。肺部電腦斷層以及腹部超音波確認無肺部或是其餘腹腔轉移。病人於術後接受順鉑/依托泊苷聯合化療，目前仍追蹤治療中。本案例的特點在於口腔SNEC的罕見性、診斷困難性及其治療管理的複雜性，其治療方法尚未經大規模臨床試驗驗證。對於本例，患者呈現局部晚期腫瘤，經過廣泛切除手術和輔助化療後治療。由於患者的隨訪時間過短，尚無法評估此治療對整體生存期的真實益處。由於個案罕見，因此提出報告。



HC2 03 11:08 — 11:12

口腔穴狀癌—病例報告及文獻回顧

Oral Carcinoma Cuniculatum—A Case Report and Literature Review

廖中翊 楊志雍

新竹馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸外科

穴狀癌(Carcinoma cuniculatum)是一種罕見且具局部侵襲性的高分化鱗狀細胞癌變異型。"Cuniculus"一詞意指地下相互連通的管道網絡，象徵此類癌症的典型侵犯模式。由於穴狀癌的臨床表現容易與骨髓炎，牙科疾病及其他口腔病變混淆，因此經常被誤診。本篇報告將討論1例48歲男性患者，於2022年12月確診左側舌頭鱗狀上皮細胞癌(第III期，T3N1M0)。後續接受3次誘導化療及左側舌部廣泛切除及左側頸部淋巴廓清術，術後病理檢查顯示淋巴結外擴散，病理分期上調至第IVA期(ypT2N2aMb)。之後患者持續接受輔助性化學治療及放射治療，並持續追蹤。2024年9月，患者於第44號與46號牙齒之間(45號缺失)發現白色斑塊，經口腔外科醫師切除後，病理報告為疣狀增生(Verrucous hyperplasia)。因後續追蹤發現切除的傷口癒合不良且持續疼痛，於2025年2月接受廣泛切除術及部分下顎切除。術後病理報告確診為穴狀癌。在年度追蹤的電腦斷層檢查中，發現患者肺部出現多處轉移病灶。本報告將詳細分析此病例，並結合文獻回顧，以探討穴狀癌的特徵、臨床表現及診斷上的挑戰。

HC2 04 11:12 — 11:16

鼻竇及扁桃腺之局部性類澱粉沉積症—病例報告

Localized Sinonasal and Tonsillar Amyloidosis—Case Report

吳茵庭 方深毅 許恆睿

成大醫院耳鼻喉部

類澱粉沉積症(Amyloidosis)是一種由異常蛋白質積聚所引起的疾病，這些異常蛋白質被稱為澱粉樣蛋白，並會在身體的各個器官和組織中沉積，進而影響其正常的功能。根據蛋白質沉積的範圍和位置，類澱粉沉積症可分為全身性和局部性兩大類。局部性類澱粉沉積(Localized Amyloidosis)通常會影響皮膚、鼻竇、扁桃體或腸道等區域，患者可能會出現特定部位的腫脹或不適，如鼻塞或喉嚨腫脹。本報告介紹了兩例局部性類澱粉沉積的病例，1位患者臨床表現為右側扁桃腺的類澱粉沉積，另1位則為雙側鼻竇的類澱粉沉積。兩位患者均接受了手術治療(鼻竇內視鏡手術及右側扁桃腺切除手術)，並經過穩定追蹤至今未見復發。本報告著重探討局部性類澱粉沉積症於耳鼻喉科領域的臨床表現、診斷、治療及後續追蹤。



HC2 05 11:16 — 11:20

分階段腮腺切除手術治療侵襲性咽旁間隙多形性腺瘤—病例報告

Staged Parotidectomy for Invasive Parapharyngeal Space Pleomorphic Adenoma—Case Report

王廷豪 呂宜興

馬偕紀念醫院耳鼻喉頭頸部

多形性腺瘤是最常見的唾液腺腫瘤，同時也是腮腺中最常表現的腫瘤。由於其具有侵襲性的組織病理特性，單純摘除手術容易導致腫瘤復發，特別是在腮腺深葉處。腮腺深葉位於咽旁間隙的前莖突區，其手術方式取決於腫瘤的類型、位置及與周圍神經血管結構的關係。本文討論1名中年女性患者的病例，其右側腮腺患有約5 × 5 cm大的多形性腺瘤，且位置侵犯到深處的咽旁間隙區域。在與患者討論過後，考量其對外觀美觀的需求，採取了分階段手術的方式進行兩次不同的手術內容(經口及經腮腺)以切除腫瘤。然而，由於多形性腺瘤具有侵襲性的組織病理特性，如何在滿足患者外觀需求的同時達成完整的腫瘤切除，仍然是一項需要進一步探討與考量的挑戰。

HC2 06 11:20 — 11:24

喉部轉移之腎細胞癌—病例報告

Renal Cell Carcinoma with Laryngeal Metastasis—A Case Report

邱俊樺^{1,4} 袁建漢^{1,2,3}

¹國軍高雄總醫院耳鼻喉科 ²國立中山大學醫學科技研究所 ³國防醫學院耳鼻喉學科 ⁴國防醫學院三軍總醫院松山分院耳鼻喉科

腎細胞癌佔成人癌症的2至3%，其中有40%至50%的病人隨著時間可能發展成為遠端轉移之癌症，其中約14%至16%之病人會發展成鎖骨以上之轉移，而喉部轉移之腎細胞癌十分罕見。腎細胞癌常見的症狀包含腰痛、血尿或明顯的腹部腫塊，而本院於2024年10月診斷1例因吞嚥異物感及喉嚨痛發現之喉部腫瘤，於手術後確診為腎細胞癌併遠端喉部轉移。腎細胞癌佔喉部轉移性之惡性腫瘤之非常小的部分，故臨床診斷上較為容易混淆，並且在腎細胞癌的治療上，切除轉移性病灶對於病人的長期存活率是有益處的，雖然在面對喉部腫瘤時腎細胞癌非常少見，但此病例提醒我們依舊需要考慮到此診斷，並在未來臨床上之處置可以更加留意。



HC2 07 11:24 — 11:28

下咽惡性脂肪瘤—病例報告

Hypopharyngeal Liposarcoma—Case Report

陳雅慧¹ 孫玥蓁² 林恒羽¹ 劉璟璇^{1,3} 戴世光^{1,3}

¹台北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 ²臺北榮民總醫院教學部 ³國立陽明交通大學醫學系

惡性脂肪肉瘤是成人最常見的軟組織肉瘤，約占所有惡性間質腫瘤的20%，典型侵犯後腹腔、軀幹及四肢，而長在下咽部的惡性脂肪肉瘤極為罕見，過去病例報導不到50例。本文報告了1例60歲男性病患，因持續1年隨頭部姿勢改變而顯著增加的喉部異物感及吞嚥困難而至本院求診。鼻咽內視鏡檢查發現右側下咽部有表面平滑的病灶隨著吞嚥上下移動，後續安排的影像檢查證實右側梨狀竇黏膜下有一不均勻顯影之腫塊。隨後，患者接受了經口咽喉內視鏡雷射手術，病理確認為分化良好之惡性脂肪肉瘤，特徵為MDM2與CDK4致癌基因的重複。兩個月後，患者接受二次手術確保切下的病灶邊緣乾淨無腫瘤細胞侵犯，且於1年後追蹤無復發跡象。由於該腫瘤具有局部復發的風險，雖然轉移可能性低，長期追蹤仍為必要。本病例增補了以往有限的下咽部惡性脂肪肉瘤文獻，並首次提及一項特殊症狀—隨頭部姿勢改變而加重的喉部異物感。此外，本文亦強調治療上需確保手術切除範圍乾淨，以降低復發機率。

Discussion 11:28 — 12:00



HC3 01 13:00 – 13:04

雙側腋窩乳暈入路(BABA)與甲狀舌管囊腫：可行性與考量—案例分析

The Bilateral Axillo-Breast Approach(BABA) and Thyroglossal Duct Cyst: Feasibility and Consideration—Case Report

陳建和¹ 邱冠霖^{1,2} 王建忠^{1,2} 黃澤人^{1,2} 王誌群^{1,2}

¹義大醫療財團法人義大醫院耳鼻喉部 ²義守大學醫學院

雙側腋窩乳暈入路(BABA)是一種遠端內視鏡及機器手臂輔助手術，主要應用於甲狀腺切除術，以達到頸部無疤痕的效果。然而，BABA在甲狀舌管囊腫(Thyroglossal Duct Cyst, TGDC)治療中的應用尚未被廣泛報導。傳統上，甲狀舌管囊腫(TGDC)的標準治療方法是Sistrunk手術，即切除囊腫、部分舌骨及甲狀舌管，以降低復發率。義大醫院經歷一44歲女性患者，主訴前頸部腫塊半年並伴有喉部異物感，電腦斷層影像符合TGDC。為避免頸部疤痕，手術採用da Vinci Xi機器手臂，透過雙側腋窩乳暈入路(BABA)進行手術，手術完整切除囊腫，並保留舌骨。手術後病患除頸部緊繃感外無其它併發症，追蹤6個月無復發。運用BABA機器手臂切除TGDC的優勢為在內視鏡放大10至15倍的視野下手術視野更清晰且提高手術精準度外並達到頸部無疤痕的美觀效果。惟其手術時間較長，且手術空間剝離範圍較廣，因無移除部分舌骨且案例數不多、追蹤時間不長，是否容易復發仍需更多案例分析。

HC3 02 13:04 – 13:08

IgG4相關之頸部淋巴腺腫大一病例報告

IgG4-Related Cervical Lymphadenopathy—Case Report

柯博允 鄭靜雯

台北慈濟醫院耳鼻喉科

常見的後天頸部淋巴結病變在臨床上需要小心謹慎的排除惡性腫瘤的可能性，並找尋可能的原發處。雙側多顆淋巴結病變也須排除淋巴瘤的可能。此個案為1位58歲男性主訴左頸部腫塊超過1個月，回顧其過去疾病史，患者曾於3年前接受左側頸部下頷腺區域手術，理學檢查於左側下頷腺區域發現一個4-5 cm堅實腫塊。軟式纖維內視鏡顯示鼻咽至下咽及喉部無明顯之黏膜病灶，頸部電腦斷層顯示雙側level I, II, III多顆淋巴結，最大一顆位於左側下頷腺區域約3.5 cm且與下頷腺緊貼。病患入院接受左側下頷腺合併部分淋巴結切除手術、雙側扁桃腺切除手術、舌根及鼻咽切片，術中淋巴結之冷凍切片顯示淋巴腺濾泡性增生或是淋巴瘤。後續正式病理報告顯示下頷腺為慢性發炎，而左側頸部level Ia及Ib報告為淋巴濾泡性增生外，懷疑為IgG4相關之病變，其餘切片皆為良性淋巴腺增生，病人後續轉介至風濕免疫科做評估診斷，血清IgG4高達979 mg/dL，為正常值的4.8倍多，暫無其他重要器官受影響，後續接受口服類固醇及免疫調節劑治療，追蹤頸部淋巴結逐漸縮小體積。



HC3 03 13:08 — 13:12

肺腺癌之口腔轉移—病例報告

Metastasis of Lung Adenocarcinoma to the Gingiva—A Rare Case Report

鄭宇泰¹ 張燕良^{1,2}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉科 ²天主教輔仁大學醫學系

根據衛福部國健署2022年統計，肺癌為台灣發生率及癌症死亡率的第1位。肺癌常見遠端轉移位置為肝臟、腎上腺、骨頭及腦部等等，轉移至口腔的病例較為罕見。本文報告1位72歲男性患者，因為右上牙齦及頸部出現腫塊，來本院門診求診，理學檢查發現腫塊表面光滑且黏膜完整，切片後病理報告顯示為鱗狀上皮細胞癌，後續安排電腦斷層掃描檢查，發現右上牙齦4 cm腫瘤併侵犯右側上頷骨，且意外發現右上肺葉腫瘤合併肺門淋巴結轉移，肺部腫瘤切片後證實為肺腺癌。病人後續接受右上牙齦腫瘤廣泛切除手術，然而術後病理報告顯示右上牙齦腫瘤為肺腺癌之轉移，後續病人接受肺癌標靶治療及化療，目前仍於血液腫瘤科追蹤。由於肺腺癌轉移至口腔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，期能做為臨床醫師的經驗參考。

HC3 04 13:12 — 13:16

經口機器人手術治療大型側咽旁間隙神經鞘瘤—病例報告

Transoral Robotic Surgery for Large Schwannoma of the Lateral Oropharyngeal Space—Case Report

賴明翊¹ 曹傑漢^{1,2} 辛宗翰^{1,2}

¹中山醫學大學附設醫院耳鼻喉部 ²中山醫學大學醫學系

口咽部的神經鞘瘤是一種罕見的良性神經鞘腫瘤，可能表現為吞嚥困難、喉嚨異物感及輕微嗆咳等症狀。本報告描述1例54歲女性患者，因持續性咽部異物感及偶發性嗆咳長達6個月而就診。影像學檢查(包括MRI和CT)顯示，患者側咽壁鄰近內頸動脈處存在一個邊界清晰的 $4.5 \times 3.0 \times 1.0 \text{ cm}^3$ 腫瘤。經口機器人手術(TORS)成功切除該病灶，病理檢查確認為神經鞘瘤，推測腫瘤來源為迷走神經起源。患者術後恢復順利，無霍納氏綜合症(如上眼瞼下垂、瞳孔縮小、無汗症等症狀)等併發症發生。本案例顯示機器人輔助手術的技術提供了更增強的視野且能更精確地完成腫瘤剝離，特別適用於解剖空間受限的區域，能減少鄰近重要結構的手術如口咽部產生神經功能缺損、吞嚥障礙等等的併發症。



HC3 05 13 : 16 — 13 : 20

經口達文西機器手臂手術切除咽旁間隙腫瘤—病例報告

Transoral Robotic Approach for Excision of A Parapharyngeal Space Tumor—Case Report

吳諭萱¹ 李宗倫^{1,2}

¹臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部 ²國立陽明交通大學耳鼻喉學科

咽旁間隙位於顱底下方及咽喉外側，可細分為前莖突區與後莖突區。該間隙位置較深，內含多種重要解剖結構，這使得手術的難度增加並伴隨較高的風險。咽旁間隙腫瘤佔頭頸部腫瘤不到1%，其中70%至80%為良性，多數腫瘤源於唾液腺或神經組織。常見的手術方式包括經下頷切開、經腮腺途徑、經頸部切開及經口切除。本案例為1名65歲男性，因右側頭痛及顳顎關節腫脹前來就醫。磁共振影顯示右側咽旁間隙腫瘤有一邊界清晰、T1及T2加權影像均顯示高訊號的病灶，大小約為5×3 cm，其推擠內、外翼肌及內頸動脈，並與腮腺深葉相連。經過評估及與病患討論後，採用經口達文西機械手臂進行完整腫瘤切除。手術過程中確認病灶源自腮腺深葉，病理結果為非典型多形性腺瘤。術後患者恢復良好，順利進食冷流質食物，頭痛症狀亦有所改善。本報告提出1例位於咽旁間隙的腮腺深葉腫瘤，該患者接受經口達文西手臂手術進行腫瘤切除。此手術方式不僅能提供較佳的視野，還能避免患者外觀上的傷口，術後病程亦順利，為咽旁間隙腫瘤可行的手術方式。在此提出，冀各位先進提出指導與建議。

HC3 06 13 : 20 — 13 : 24

意外發現縱膈腔副甲狀腺增生—個案報告

Incidentally Discovered Mediastinal Parathyroid Hyperplasia—Case Report

楊子賢¹ 王文弘^{1,2,3,4}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉科 ²汐止國泰醫院耳鼻喉科 ³國立清華大學醫學系 ⁴天主教輔仁大學醫學院醫學系

末期腎病常導致次發性副甲狀腺機能亢進，若手術後仍有持續性副甲狀腺機能亢進，則要考慮手術未完全切除副甲狀腺或異位性副甲狀腺腫瘤。本研究報告1名27歲末期腎病男性患者，其在接受副甲狀腺射頻消融術後，仍持續出現高血鈣。由於術後副甲狀腺機能亢進未獲改善，因此進一步安排胸部電腦斷層掃描及單光子發射電腦斷層掃描副甲狀腺顯像，意外發現兩處異位副甲狀腺組織，分別位於上縱膈與前縱膈。隨後，患者轉介至胸腔外科，並接受達文西輔助手術切除異位副甲狀腺體。術後，患者的血清鈣濃度恢復正常及副甲狀腺素濃度顯著下降，在術後追蹤也沒有發現高血鈣之情形。謹提出個案報告併回顧文獻整理縱膈腔副甲狀腺腫瘤的治療方式。



HC3 07 13：24 — 13：28

兩例口咽瀰漫性大型B細胞淋巴瘤—病例報告

Oropharynx Diffuse Large B Cell Lymphoma—2 Cases Report

張皓昀¹ 張燕良^{1,2}

¹國泰綜合醫院耳鼻喉科 ²天主教輔仁大學醫學系

淋巴瘤可以長在身體淋巴結或是淋巴結外的組織，頭頸部淋巴瘤生長在淋巴結外組織最常出現的是在魏氏環上。口咽部淋巴瘤最常見的位置在扁桃腺及舌根，這兩個也屬於魏氏環上的一部份，而出現在軟腭上的淋巴瘤則比較少見，最常見的組織型態是瀰漫性大型B細胞淋巴瘤。本文分享兩例案例以喉嚨痛及吞嚥困難來表現的口咽腫瘤，理學檢查即可見膨出的軟腭以及因擠壓而產生偏移的懸雍垂，電腦斷層上也顯示為口咽部的腫瘤，經手術切除後，病理報告證實為瀰漫性大型B細胞淋巴瘤，後續將病人轉至血液腫瘤科做化學治療及追蹤。淋巴瘤是一個有機會可以治癒的疾病，主要是診斷時的期別會顯著的影響疾病的預後，口咽淋巴瘤的症狀多以喉嚨痛及吞嚥困難來表現，嚴重的甚至會造成呼吸道阻塞狹窄，但是通常不容易早期發現，腫瘤通常要大於4 cm才會產生明顯的症狀，本文探討2例口咽淋巴瘤的案例，並做文獻回顧，旨在能夠幫助早期診斷該疾病，讓病人能夠及早治療以達到理想的治療效果。

Discussion 13：28 — 14：00



壁報論文題序



壁報論文題序

編號	題目 / 作者
1	以耳膜破洞比例預測傳導性聽力障礙 劉得懿 羅孟宗
2	鉑類藥物之耳毒性探討－斑馬魚動物模式 李冠慧 楊建洲 簡禎佑
3	潛水活動引發內耳傷害伴隨突發性耳聾之預後分析 陳信傑 易鼎淳
4	單側聲帶麻痺患者聲帶長度比例變化的研究 陳嘉歡 王興萬 趙品植
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 黃國璋 黃湘文 辛宗翰 盧彥廷
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 蔡書維 胡凱翔 李宜霏 洪上祐 蘇慧真 謝幸灼 陳怡仁 陳怡仁 蕭振仁
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 洪上祐 賴景泓 譚丞傑 蔡書維
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 吳祐瑄 余筠瑩
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 吳森森 紀建鋒 余宗哲 洪士涵 陳伯岳
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 林宗緯 林新景
11	深頸部感染患者長期住院相關因素的評估 陳仕龍 詹凱傑 王毓謙 胡志宇
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 羅武嘉 廖立人
13	回溯性分析 AJCC 第九版鼻咽癌診斷分期的存活率 陳俊天 郭印心 趙品植 陳聰明
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 蔡明憲
15	復發性頭頸癌標靶治療精準預測模式 張耿銘 李清池
16	口腔微生物菌相在扁平苔癬與口乾者的評估 呂承軒 黃冠珽 黃裕峰 盧彥廷 辛宗翰
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 曹祐寧 羅正民
18	耳廓管狀頂漿腺瘤一病例報告 曾馨儀 王俞鈞 張聖宗
19	鼓膜切開術意外發現高位頸靜脈球一病例報告 劉家韋 溫明勳
20	耳咽管氣球擴張手術導致耳膜穿孔一病例報告 葉芃 鄭博文
21	顳骨纖維發育不全致外耳道狹窄併聽力損失一病例報告 張証揚 鄭博文 廖立人



壁報論文題序

編號	題目 / 作者
22	急性雙側後半規管功能異常引發之垂直眼震—病例報告 洪慈徽 范君揚
23	鼻腔水蛭寄生擬態息肉並導致反覆性鼻出血—病例報告 蔡万曠 張耿銘
24	鼻部肌周細胞瘤造成之鼻出血—病例報告 陳泳瑄 趙俊淵
25	鼻腔鼻竇鱗狀上皮癌 (sinonasal squamous carcinoma) —病例報告 陳妍妏 張聖宗 張世倫
26	單純性皰疹病毒於鼻部以潰瘍性壞死皮膚變化表現—病例報告 蘇品宸 王凌峰
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 梁靜荔 林虞軒
28	上頰竇球狀血管外皮細胞瘤—病例報告 葉秋志 張世倫
29	鼻手術拔管後的負壓性肺水腫的案例—病例報告 林姝彤 袁建漢
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 劉禹宏 黃子晏
31	甲氨蝶呤誘發扁桃腺炎—病例報告 林挺申 駱啓文 謝采伶 溫子誼 蔡青劭
32	雙側聲帶突肉芽腫—病例報告 蔡瑞軒
33	使用 Bevacizumab 治療復發性上呼吸道乳突狀病毒瘤—病例報告 張庭璋 趙品植
34	氣管皮膚瘻管以局部皮瓣修補—病例報告 劉欣昊 趙品植 李飛鵬 王興萬
35	甲狀腺神經鞘瘤伴氣管侵犯—病例報告 羅笙維 張耕閤 葉瑞銘
36	舌根部異位甲狀腺—病例報告 何俊賢
37	甲狀腺多結節性腫大伴氣道壓迫—病例報告 吳仲升 廖立人
38	喉結核症—病例報告 孫宜緯 莊承勳
39	甲狀腺膿瘍併發深頸部感染之個案報告 洪睿甫
40	沙門氏桿菌引起之深頸部感染—病例報告 王笠丞 郭又瑄
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 呂紹安 林奎佑
42	鼻咽癌合併肺肉瘤之臨床案例分析 陳竑璋 溫明勳



壁報論文題序

編號	題目 / 作者
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 鄭詠聰 林虞軒 張庭碩
44	以內頸靜脈孔綜合症為首發表現的鼻咽癌—病例報告 林韓杰
45	罕見左外耳道副神經節瘤—病例報告 詹健陽
46	左側舌根唾液腺透明細胞癌—病例報告 洪爾謙 鄭博文 廖立人
47	罕見喉部肌上皮腫瘤—個案報告 張亦愷 王榮德
48	以頑固性中耳炎表現之肺癌—病例報告與文獻回顧 陳婉妤
49	口腔癌頸部軟組織轉移之雙葉皮瓣重建—病例報告 吳俊逸 廖立人 鄭博文 羅武嘉
50	源自腮裂囊腫的原位型扁平細胞癌—病例報告 游進益 徐惠珍
51	典型何杰金氏淋巴瘤—病例報告 徐惠珍 游進益
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 紀華瑋 林世倉
53	罕見的外頸靜脈血管內乳頭狀內皮增生—病例報告 張家恆 吳幸美
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 黃唯嘉 曾良鵬
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 陳子昂 羅武嘉 鄭博文 廖立人
56	睪丸核蛋白中線癌—病例報告 劉昱賢 薛智仁 陳書昱
57	罕見病例報告—上段氣管惡性球狀瘤 施淳瀚 張庭碩
58	罕見 P16 陽性之軟顎腺樣囊性癌—病例報告及文獻回顧 陳力瑀 張世倫
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 賴政宏 李日清 朱永祥
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 劉士豪 張淳翔 林世倉 陳正文
61	以頸部腫瘤表現的直腸腺癌—病例報告 魏維廷 張聰舜 黃正一
62	飯後不尋常的喘鳴聲—病例報告 何潔 陳美茜



(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 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)、嗆入-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，Pyriiform 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的吞嚥功能。在主觀評估方面，FOIS分數顯著提升。就客觀吞嚥參數而言，NRRS_Pyriiform 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臺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 $\geq$ 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 $\geq$ 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 黃冠琰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顫底手術十分重要。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)

顱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，而發生在顱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，影像顯示為右側顱骨乳突部病變，部分遮蔽乳突氣室並輕度膨脹，部分包圍外耳道。經診斷為右側顱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—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

陳妍玟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光檢查可見右側上頤竇有白濁現象，電腦斷層可見右側上頤竇有一4.7 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)

上頤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頤竇炎，且右側上頤竇內有一個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、上頤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—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—病例報告

Primary Thyroid Schwannoma with Tracheal Invasion—Case Report

羅笙維 張耕閭 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²¹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

陳竑璋

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一病例報告

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一病例報告

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一個案報告

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一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。顯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一病例報告

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特頓伯格(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—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一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一病例報告

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。



贊助商

金級贊助
科林儀器股份有限公司
銀級贊助
荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司
康成生醫科技股份有限公司
美樂迪股份有限公司
一般贊助
ASUS(米飛生醫)
方舟醫療器材股份有限公司
台灣塩野義製藥股份有限公司
台灣癌症資訊全人關懷協會 TCI
吉發企業股份有限公司
宇明有限公司
宇康生科股份有限公司
安美得生醫股份有限公司
百特醫療產品股份有限公司
百達醫療產品股份有限公司
和康生物科技股份有限公司
建聲實業有限公司
美玳耳股份有限公司
美商史賽克(遠東) 有限公司台灣分公司
美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司
美敦力醫療產品股份有限公司

一般贊助
虹韻國際貿易股份有限公司
恩納德生技有限公司
海鷹科技有限公司
博士助聽器
博宣寧股份有限公司
博陽科技有限公司
惠興股份有限公司
華陞興業有限公司
進軒資產管理顧問有限公司
愛派司生技股份有限公司
新北市聽力師公會
裕賓汽車股份有限公司
資拓宏宇
達勝有限公司
嘉旺
福泰儀器股份有限公司
臺灣骨庫股份有限公司
衡奕精密工業股份有限公司
環德國際醫管顧問有限公司
賽諾菲股份有限公司
薩摩亞裔美律富聆股份有限公司
醫百科技股份有限公司

(按筆畫順序)