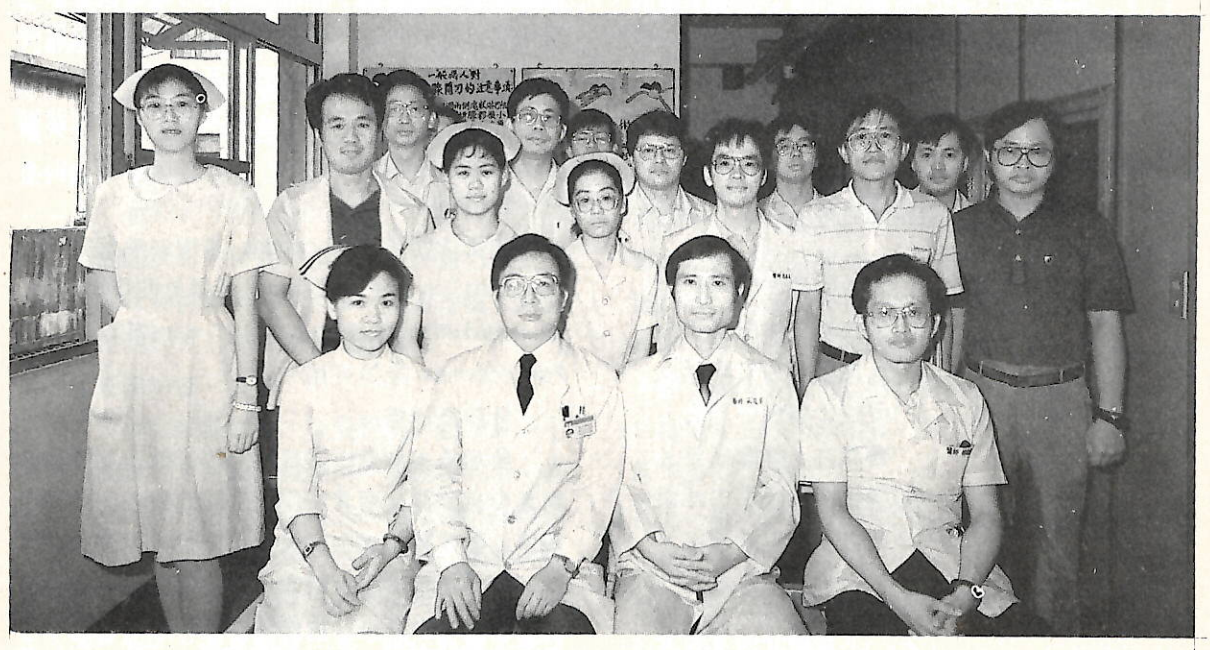
第七卷二期　　中華民國七十九年十月出版

中山醫訊

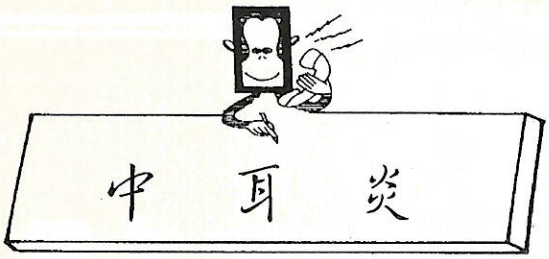
周汝川



耳鼻喉科全體同仁合影

目　錄

1 中耳炎…… 2
2 聽力障礙、耳鳴及眩暈…… 4
3 惱人的鼻塞…… 6
4 打鼾與睡眠絕息症候群…… 8
5 漫談喉嚨痛、異物感……10
6 深頸部感染……12
7「啞音」小集……13
8 頭頸部腫瘤－－你認識有多少？……15
9 顏面神經麻痺……16
10 鼻出血之處理……17
11 常見的耳鼻喉科急診……18
12 耳鼻喉科外傷急症……20
13 食道氣道異物……21
14 食道灼傷……22
15 主編的話……23
1679－8月份人事動態……24
17 預告醫刊編緝科室……24



中耳炎

耳鼻喉科

撰文　韓建中　總醫師

校閱　蘇茂昌　主　任

中耳炎是耳科疾病中常見的一種病症。無論在成人或小孩均是造成聽力減退及耳漏的一大主因。尤其疾病的千變萬化及併發症的嚴重使我們更應對其作番深入了解。

中耳炎包括了多種病症，習慣上我們可將之分類如下：

㈠急性中耳炎。又分 (a)急性病毒性中耳炎。
(b)急性細菌性中耳炎。
(c)急性壞死性中耳炎。

㈡慢性中耳炎。又分 (a)慢性化膿性中耳炎，含息肉，膽脂瘤等。
(b)慢性非化膿性中耳炎，此含(Ⅰ)中耳積水，(Ⅱ)中耳無氣狀態(Ⅲ)中耳黏連(Ⅳ)鼓室硬化等。

以下我們將分類予以說明。

㈠急性中耳炎

急性中耳炎是一個相當常見於小孩的疾病，大人較少患之。據統計有75～86%的幼兒曾罹患過。而此病常在6歲以下的小孩，尖峰在2歲左右。其發生率隨年紀的增加反而減少，同時愈年輕患者也愈容易復發。其好發季節在於12月至3月間，少在夏季發作，並且可能和人種、營養、經濟狀況有關連。

－－發病因－－

常因病菌由鼻咽部經耳咽管逆向侵入中耳腔而引發。因小孩子的耳咽管較平、寬、短，故比大人較易患病。我們考量致病因素發覺歐氏管功能不良、過敏、纖毛細胞運動失調、先天性構造不良如腭裂、顱骨頻面畸型、黏膜下腭裂、高腭弓者、哺乳時讓小孩平躺，使乳汁由鼻咽部流入中耳腔，均可能是此病的致病因子。

－－症　狀－－

典型的疾病是一個患上呼吸道感染的小孩，如流行性感冒、鼻炎、鼻咽炎，在幾天後突然發生耳痛、發燒、聽力變差的現象；往往小孩有躁動不安、倦怠、嘔吐、腹瀉合併之。在小一點的幼兒耳痛也許只是頻頻用手去扯耳朵而已。這種耳痛常常在半夜一、二點時加劇，使小孩哭鬧不睡而父母急於求診。當中耳炎嚴重至某一種度時，耳膜會穿孔而致耳漏，至此耳痛會減輕，但卻易使外耳道感染或濕疹化。而其他少見的症狀則有眩暈感、耳鳴等。

－－致病菌－－

肺炎球菌(Pneumococcus)和嗜血性感冒桿菌(Hemophilus influenzae)是最常見的細菌，而β-hemolytic streptoccus virdans甚至Pseudomonas.亦是可見。

－－診斷及治療－－

典型的中耳炎依其耳膜上的表徵及症狀來診斷甚少有困擾。而其治療上則需針對各個誘因來治療。通常細菌性中耳炎需給抗生素十至十四天，而過早停藥的結果只會導致疾病的易復發。所以治療急性中耳炎必需俟聽力及耳膜均已正常時才可中止。另外此病易因上呼吸道感染所合併，所以對於鼻咽腔的局部治療更是此病快速痊癒的重要法門。而當中耳積膿、鼓膜紅腫膨漲、病人厲害耳痛、高燒、此時立刻做鼓膜切開引流，病人的情況則會改善良多，而這一個耳膜切口，將在一、二週內自動癒合的。

急性壞死性中耳炎

易在小孩發生，往往是麻疹、流行性感冒、猩紅熱的併發症，會造成耳膜的大穿孔、中耳腔內黏膜壞死、聽小骨的嚴重敗壞，因而有惡臭化膿性耳漏發生。此病往往遺留下極大的聽力受損，故在內科療法後，需要借助手術來恢復聽力。

慢性非化膿性中耳炎

此類的疾病因不造成耳漏或耳痛故往往爲病人忽略，尤其是小孩子一邊的病灶更不易讓父母

親察覺。但如果忽略了它，卻可能造成聽力及健康的很大傷害！

－－發病因－－

在急性中耳炎未完全消散時，常常遺留一段時期的中耳積水現象。據研究在一次中耳炎後一個月仍有40%的小孩有中耳積水的可能。甚至在急性中耳炎後 2 － 3 個月後也仍有10%殘存中耳積水。除此外，諸如鼻竇炎、增殖體肥大、鼻咽炎、鼻咽癌、過敏、腭裂、鼻中隔彎曲、全身性疾病等引起歐氏管功能不良，造成歐氏管的通氣(Ventilation)及廓清(Clearance)功能不調和，中耳腔呈負壓狀能以致持續分泌黏液，造成中耳積水。一般人誤以爲是洗澡進水或游泳進水等全是錯誤觀念。

－－症　狀－－

由於症狀的不顯著，病人只覺得聽力較差、耳悶感、耳朵彷彿隔著一層膜，常有耳鳴，除此外均不易使病人自覺耳部有問題。

－－診斷及治療－－

用耳鏡來觀察耳膜，可見它有內陷現象，光反射可能喪失，耳膜失去光澤。變成琥珀色、甚至灰青色或乳白色；有時可見到氣泡在中耳腔中、或是有髮線 (hair line)－中耳腔內氣體與液體的交界面。聽力喪失往往屬於低頻性、而且不超過30－40db。鼓室圖呈 B型，聽反射圖呈無反射現象。在確切診斷上，可用中耳抽液來証明之。

治療上，針對中耳積水，我們可用上述中耳抽液或耳膜切開來引流積水，但這只是一時的改善，病人很快的會復發的。我們應針對鼻竇炎、鼻咽癌、增殖體肥大、過敏等各別致病原因給予適當的治療；若經過三個月積水未退，可置放中耳通氣管來改善積水情況。中耳積水會造成聽力不良，若常久不予治療，會造成中耳腔的病理變化，使聽小骨壞死，中耳黏膜異常，鼓膜開始萎縮化、部份附在砧骨上或中耳黏膜上，此是中耳無氣狀態。當疾病進一步發展時，整個耳膜均附在中耳內壁造成所謂的黏連性中耳炎(Adhesive otitis media)。另外中耳黏膜在持久的發炎過程中會有不定形的膠質物(amorphous hyaline plaques)沈積在黏膜下，更久後，鈣鹽亦會附上變得的更堅硬形成鼓室硬化(Tympanosclerosis)，如此導致聽小骨系統的融合及固著，使聽力會得更差。往往在治療時需借重手術來重健耳膜及聽小骨系統。更厲害會變成Cholesterol graual oma或膽脂瘤。

慢性化膿性中耳炎

慢性中耳炎大多是因急性中耳炎後耳膜穿孔未癒合，使得中耳腔處在反覆發病的病況下。往往病人會因反覆的耳漏而心情不佳的頻頻求診。但也有病人是在偶然體檢時才由醫師告知自己耳膜有穿孔現象。

－－發病因－－

這可以是急性中耳炎後遺留的病灶，或在中耳積水，中耳無氣狀態持久後所造成的中耳炎再惡化所致，以目前而言對慢性中耳炎的眞正致病因(Pathogenesis)也許並未完全清楚，但其與歐氏管－中耳腔－乳突細胞系統的關連則是確定的。以下數個情況可說明此病形成的複雜性：

1.慢性歐氏管功能不良。
2.耳膜持久穿孔。
3.中耳腔內鱗狀上皮化生及其它不可逆的病理變化。
4.中耳腔及乳突腔的含氣化受阻塞。
5.乳突室的骨髓炎。
6.體質上如過敏、羸弱、免疫機能改變。

－－症狀－－

本病的症狀共是反覆性耳漏、聽力喪失，少有耳痛的現象。若無併發症其它症狀鮮少出現的。

－－致病菌－－

往往是多種細菌混生著，常見的有金黃色葡萄球菌 (Staphylococcus. aureus)，綠膿桿菌(Psendomonas aeruginosa)，Protus, E-coli, Klebsiella，甚至厭氧性菌亦不少。

－－診斷－－

此病在診斷上宜小心的觀察整個中耳腔及乳突系統。小心的觀察才能得知此病所侵犯中耳內微小構造的程度，這些可作爲將來治療的依據。

當中耳黏膜有息肉發生，則其耳漏會不斷，

有時息肉會長出耳膜穿孔而填滿了整個外耳道，使得進一步觀察耳膜受阻礙。

若聽小骨受傷害，最可能的是砧骨長突，這造成聽小骨鏈斷離，聽力會喪失40－50分貝。

如果耳膜穿孔在邊緣或大穿孔、耳膜鬆弛部、或因中耳積水無氣而致耳膜內凹，則可能形成所謂的膽脂瘤。膽脂瘤並非一種癌症，而是鱗狀上皮細胞不斷的增生沈積角質所致。臨床上，又可分爲三種1.先天性膽脂瘤－因胚胎發育的誤失而使上皮落在顳骨中滋生所致。2.原發性後天膽脂瘤－因耳膜鬆弛部穿孔所致，較不易有聽力大障礙。3.繼發性後天膽脂瘤－好發於耳膜後上象限，多因中耳積水無氣所致，常有砧骨長突破壞，又稱中耳膽脂瘤。

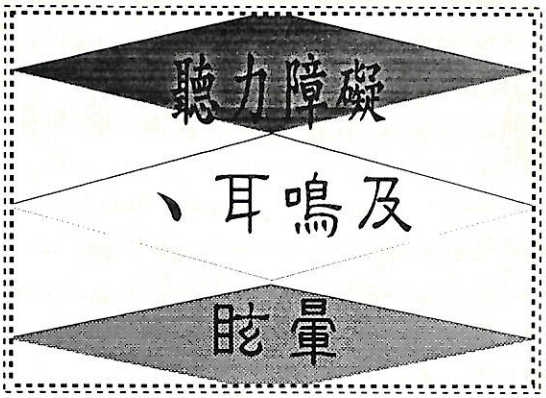
－－治療－－

慢性中耳炎的治療，若只用保守內科療法，也只能使耳漏緩解而已，並不能期待耳膜穿孔因此癒合或聽小骨斷離恢復，所以對聽力的改善是沒有幫助的。目前慢性中耳炎的治療均作中耳顯微手術。我們可以作鼓室成形術(Tympanoplasty)，耳膜成形術(Myngoplasty)，乳突切除術(Mastoiclectomy)，聽小骨重健術(ossiculoplasty)等。在本院的經驗裡，耳膜修補成功率已近九成半，而聽力的改善更應用人工聽小骨的材料來補助聽小骨的缺失，所以聽力的改善是可以預期的。

一般而言，成人的中耳炎若沒有膽脂瘤是少有併發症的，但在小孩子因骨質較鬆；及對有膽脂瘤病灶的病例中會有一些併發症可見，我們將之區分爲顱內及顱外二種分述如下：

一、顱外併發症：骨膜下膿瘍（Snbperiosteal ableSS)，如顴骨下膿瘍(Zygomaticabscess)乳突下膿腸(Bezold's abscess),迷路炎，顳骨岩部炎(Petrositis)、顏面神經麻痺等，這些較無生命危險。

二、顱內併發症：此種併發症更爲嚴重，病人往往在極短時間內(數日內)病況加劇。有腦膜炎、硬腦外膿瘍、硬腦下膿瘍、腦內膿瘍、腦神經麻痺、乙狀靜脈血栓靜脈炎、頸靜脉血栓炎、耳性水腦症等。這些併發症是會致命的。中耳炎因其疾病程度及種類之不同其治療方式也是完全迥異，其治療原則是以去除疾病、預防併發症的發生和重建聽力爲主。



耳鼻喉科 撰文 董盛洋 總醫師
校閱 蔡茂昌 主任

因聽力障礙、耳鳴、或眩暈爲主訴的病人相當多。這三種大病徵可單獨存在，亦可兩種或三種病徵同時存在。這些病徵可爲耳疾的早期或晚期症狀。因引發這些症狀的疾病包羅萬象，且治療的方法與預後皆有很大差異，故分述如下：

§**聽力障礙：分傳導性及感覺神經性聽力障礙。**

(A).傳導性聽力障礙：原因是中耳及外耳有問題，致使聲音無法有效地傳到耳蝸，常見的病因有耳垢、黴菌感染、外耳炎、中耳炎、鼓膜及中耳損傷、耳硬化(otospongiosis)、腫瘤… 等等外耳或中耳疾病。

(B).感覺神經型聽力障礙：發生於耳蝸或第八對腦神經受損，此損傷可發生出生前、生產中缺氧或出生後。常見的有遺傳性耳聾、先天性耳聾、外傷性聽覺喪失、藥物引起的聽力障礙、老年性失聰。另外尚有甲狀腺機能減退、噪音引起的聽力障礙、梅尼爾氏病…等等。

檢查方法：

純音聽力檢查(Pure tone audiometry)、或聽阻聽力檢查(Impedance Audiometry)是最常見的檢查方法。但PTA的檢查雖最普遍但也較主觀，且不適合五歲以下之兒童。另有ABR(腦幹聽性反射聽力檢查），最具客觀性，且在任何年齡均可受檢，甚至在懷孕二十九週以上之胎兒亦可檢查，是當前聽力檢查的利器。此外，若沒有足夠的

設備，簡單的音叉試驗亦可分辨出感覺神經性或傳導性聽力障礙。

治療：

外耳或中耳的病變多可用藥物或行手術治療。例如我們清理外耳道耳垢、用藥物控制中耳炎，用鼓室形成術治療慢性中耳炎，放置中耳通氣管治療積液性中耳炎。至於聽小骨缺損時可用人工聽小骨置換，外耳道閉鎖可行整形手術再造外耳道。

至於感覺神經性聽力障礙，若發現是因藥物引起的聽力障礙應立即停藥；用藥物控制梅尼爾氏病；噪音引起的聽力障礙要病人避免吵雜的環境或戴耳塞；若有聽神經瘤的患者可以開刀去除病灶；若是神經退化如老年性失聰，我們通常建議病人配戴助聽器，改善聽力；如有兩側聽力喪失在100 分貝以上者，可考慮行人工耳蝸植入（Cochlear Implant)。

新生兒若因核黃疸、缺氧、遺傳疾病、早產或子宮內感染，如德國麻疹、巨大細胞病毒等感染，需即早注意聽力問題，可用ABR 做客觀檢查，若雙耳聽力障礙需做早期治療，儘早接受語言訓練，以防聾啞。

§ 耳鳴(Tinnitus)

耳鳴：可定義耳內有噪音及鳴響，區分爲自覺性及他覺性耳鳴。

(A).自覺性耳鳴：僅病人自己可以聽到。可因外耳道，中耳、聽小骨、耳蝸、第八對腦神經、腦幹或腦皮質異常所致。常見的有耳垢，鼓膜穿孔、中耳炎發作伴發搏動性的耳鳴、耳硬化症、老年性失聰、聽器外傷、藥物如癌症化學治療藥物、鏈黴素、新黴素、Gentamycin, Vancomycin, Amikin及一些化學結構類似之產物均可誘發耳鳴及聽力障礙。此外，中樞神經血管病變、聽神經瘤、小腦橋腦脚腫瘤、梅尼爾氏病、貧血、高血壓…等等皆可誘發耳鳴。

(B).他覺的耳鳴：除了病人本身聽得到以外，檢查醫生亦可以聽到或可用聽診器察知的聲響。常見的疾病有不正常開放的耳咽管。軟腭、咽部、耳咽部的肌肉抽搐。頭頸部或腦部有動靜脈血管瘤或瘻管。

檢查方法：

詳細的問診，耳鼻喉的局部檢查、血色素、血壓、梅毒血清反應、PTA、Impedance、ABR、頭頸部及乳突、鼻竇之X-光檢查、血管造影術檢查。若懷疑中樞神經病變或腫瘤，電腦斷層攝影及核磁共振也常應用。

治療：

源於外耳及中耳病變而導致之耳鳴通常可用局部治療及手術治療。如鼓室形成術、中耳通氣管的放置等等。伴發於急性或亞急性中耳炎之耳鳴在發炎痊癒後會自然消失。伴發於耳硬化症之耳鳴除了外科矯正其聽力喪失外若手術成功則耳鳴消失，反之則耳鳴將繼續存在。

因耳蝸，第八對腦神經及中樞神經系統異常而導致之耳鳴，是較難治療的，除非他伴有一已知疾病，在控制此疾病後耳鳴可能會消失。他覺性耳鳴，找出原因後，可用藥物或開刀治療。當藥物爲耳鳴原因時停藥將可減少或停止耳鳴，若已發生耳蝸損壞，則耳鳴將持續存在。最重要的是，耳鳴必須排除聽神經及腦部腫瘤的可能性。

§ 眩暈(Vertigo)

眩暈是形容外界環境以病人爲中心而發生旋轉的感覺，且病人本身也會感覺到在空間旋轉一般。引發眩暈的原因很多，我們依其發生的部位分成末梢型及中樞型。

(A).末梢型：其發作常由數分鐘至數日不等，常伴隨眼振、噁心、嘔吐、冒冷汗。發作常是典型的眩暈且其程度也較嚴重，但發作時病人神智多是清醒的。常見的有：

①外耳的耳垢或異物。

②中耳的鼓膜內陷，中耳炎併發滲出液，中耳炎併發膽脂瘤或中耳有出血的傷害。

③內耳急性迷路炎、血管病變、顳骨骨折、過敏、迷路積水(梅尼氏病),Motion sickness、良性發作性姿勢性眩暈…等等。

④第八對腦神經發炎，或因顳骨底骨折引起的腦神經外傷或聽神經瘤皆會引起眩暈。

(B).中樞型：其發作沒有很明顯的起始和終結，常持續數週，多不伴隨眼振，且眩暈的症狀較不典型且程度也較輕微。常見的病因有：

①急性腦膜炎，結核性腦膜炎，梅毒性腦膜炎，腦外傷，腦腫瘤，腦膿腫。

②腦幹外傷、出血、發炎，基底動脈循環不良。

③小腦外傷，腫瘤，後下小腦動脈血栓。

④多發性硬變(Multiple Sulerosis)…等等。

由於造成眩暈的病因相當多，所以我們在診斷此類病人時，皆由簡入繁，仔細地去找出病因及潛在的疾病。

檢查步驟：

①詳細的病史。

②理學檢查，包括耳鼻喉科檢查及腦神經內科檢查。

③血液檢查，血壓檢查。

④生化檢查，甲狀腺機能檢查。

⑤梅毒血清檢查。

⑥心電圖檢查。

⑦X-光檢查，包括乳突X-光，胸部X-光。

⑧純音聽力檢查。

⑨聽阻聽力檢查。

⑩腦幹聽性反應聽力檢查。

11前庭功能檢查。

12電腦斷層檢查。

13核磁共振攝影。

14血管造影檢查。

治療：

如果在各項檢查中可以找到眩暈的潛在病因，我們必先針對這些疾病給予適當治療，若這些病因消除，則眩暈就會消失。

若眩暈起於末梢型者，我們可以投予抗組織胺、安神劑，血管擴張劑及維他命來做症狀治療，嚴重者亦可行手術切斷前庭神經或迷路破壞。若是起於中樞者，則端賴致病原因和症狀治療，如果是腫瘤，可以手術切除。

聽力障礙，耳鳴及眩暈是很多疾病的徵兆。當病人有這些主訴時，千萬不可掉以輕心，應立即找耳鼻喉科醫師做詳細檢查，針對診斷的結果做適當的治療，則病症多可緩解或得到相當程度的改善。

最後，我們仍不厭其類的提醒各位三件事情：

①新生兒若有核黃疸、早產、出生時缺氣、遺傳疾病、子宮內感染之病史者，宜及早接受ABR檢查,若聽力確有障礙，應及時治療和做語言治療，以免聾啞。

②不論是聽力障礙、耳鳴、眩暈的患者、皆應排除聽神經瘤，腦腫瘤的可能性，以免延誤病情。

③噪音或藥物引起的聽力障礙、耳鳴及眩暈均應及早預防(離開噪音場所或戴耳塞)或及時停藥，以收早期預防及治療之功。

惱人的鼻塞

耳鼻喉科主治醫師　楊元勳

鼻塞是各種鼻疾病中最常出現最惱人的症狀，造成鼻塞的因素也是最多、最複雜。

鼻子由鼻中隔分隔爲左右兩鼻腔，前端爲前鼻孔，後端爲後鼻孔而通往鼻咽腔。鼻腔最前部爲鼻前庭長有鼻毛，是皮膚和黏膜交界之處，鼻腔外側壁有上、中、下三個鼻甲，把鼻腔側壁隔成上、中、下鼻道及嗅裂，和鼻中隔之間形成總鼻道，這樣可增加鼻黏膜接觸面積，有利於鼻腔對吸入空氣的加溫(37℃),加濕(85～90%濕度)、濾塵等生理機能作用。鼻黏膜爲血管豐富的海綿寶狀勃起組織，極具伸縮性，尤其是下鼻甲。爲了防止空氣流速過快，鼻腔內有三個阻力區(1)

鼻前庭，佔⅓阻力(2)鼻閾瓣(Nasal Valve),爲最狹窄的地方，佔⅔阻力(3)鼻甲區，只有些微阻力。

鼻塞的因素

A.機械性阻塞(Mechanical obstruction)

鼻腔內的構造，過於彎曲、狹窄、肥厚、萎縮或有異物存在，這些因素會造成鼻腔內空氣亂流、渦流、刺激鼻黏膜而造成鼻塞。機械性阻塞是鼻塞最主要的原因，鼻中隔彎曲和鼻甲的肥大更是造成鼻塞的禍首。

1.鼻中隔彎曲：鼻中隔軟骨比硬骨生長速度快及軟骨間發育不平均，重疊扭曲變形，彎曲的現象隨著頭骨發育而進行，因此小孩的鼻中隔大多是筆直的，而成人則多多少少有些彎曲，單純輕度的彎曲如無症狀，不能認爲是不正常的，只有長期鼻塞經藥物治療無效時，才需作鼻中隔整形手術。20%以上鼻中隔彎曲側鼻塞，但另一側的鼻甲因代償性肥厚也常引起鼻塞，此時需合併作鼻甲手術。在鼻閾瓣區輕度的鼻中隔彎曲，會造成厲害的鼻塞,用寇特氏試驗(Cottle's test)以手指將臉頰皮膚往外上方推，則可改善鼻塞而證實在鼻閾瓣區有鼻中隔彎曲。

2.鼻甲肥厚：慢性鼻炎中，由於一再的炎症反應，血管及結締組織增殖，中、下鼻甲呈乳頭狀或息肉樣肥厚，而造成雙側性鼻塞，可以電燒灼或鼻甲整形術，來減少鼻甲容積或改變其位置，以改善鼻塞。

3.鼻息肉：主要由感染或過敏引起，篩竇細胞黏膜水腫突出到鼻腔，以手術摘除之。

4.腺樣增殖體肥大：因過於肥大堵住後鼻孔，而造成鼻塞，常見於小孩，睡覺時容易打鼾。

5.腫瘤：鼻或鼻咽腔良性或惡性腫瘤，常引起成人的單側性鼻塞。

6.鼻前庭炎：長期膿鼻涕或常挖鼻孔，引起鼻前庭潰爛發炎，大量痂皮附著鼻前庭而鼻塞，小孩較常見。

7.鼻異物：從鼻孔將豆子、小珠、扭扣、橡皮擦等小東西塞入鼻腔，大都卡在總鼻道。小孩有單側性鼻塞並帶有血跡的膿鼻涕，應懷疑是否有鼻異物。

8.外傷性鼻中隔骨折：常和鼻骨折併存，不但外表鼻樑扭曲，鼻中隔也折彎了，也常有中隔血腫發生。

9.萎縮性鼻炎：鼻黏膜萎縮，鼻腔雖然寬闊，但因無正常的氣流，同時又有大量的痂皮，病人會感覺鼻塞。

10.先天性後鼻孔閉鎖症：一般小於2個月大的嬰兒，不會用口呼吸，口呼吸是2～6個月後才慢慢學會的。一旦發現新生兒一出生無哭聲，呼吸困難，本症可能性極高，需要緊急處理，一般使用剪去前端的奶嘴塞入嘴內，新生兒就可經口呼吸。以冰涼的不銹鋼壓舌片，放置鼻孔下，若無霧氣凝聚的一側就表示有阻塞。

11.鼻翼塌下：吸氣時因側下軟骨缺乏彈性或臉部肌肉缺乏張力使鼻翼塌下，而產生吸氣性鼻塞，老年人可能發生，或戴太重的眼鏡把側上或側下軟骨壓扁，也會產生鼻塞。

B.自主神經失調(Autonomic imbalance)

自主神經經由三叉神經及顏面神經分佈於鼻甲及中隔黏膜。交感神經末梢釋出正腎上腺素(Noradrenaline),有血管收縮作用。副交感神經末梢釋出乙醯膽鹼(Acetylcholine) 有血管擴張及增加鼻水分泌作用。在找不到病因的鼻塞可歸於此類，爲血管運動性反應的鼻塞。

1.情緒性鼻塞：Eccles和 Lee提出，長期在緊張有壓力的環境下，會引起下視丘對交感神經支配控制失靈，自主神經失調而引起鼻塞。癔病型(Hysterical type)的病人感覺有鼻塞,但一切檢查正常，這是一種想像性的鼻塞感，而不是眞正的鼻塞。有人研究發現，害怕恐懼時血管收縮，而遭遇挫折、羞愧、焦慮時，鼻黏膜充血腫張鼻塞。

2.交替性鼻塞：由自律神經系統控制，對於血液循環系統影響最大，往往是單側交替性鼻塞，其實這是一種生理正常現象稱爲鼻循環週期(Nasal cycle),每一週期大約2～3小時左右。鼻塞爲一種很主觀性自覺症狀，有些心理和情緒因素存在，每個人對鼻塞的容忍度差異很大，一些比較緊張或敏感的人在

正常的情況下也會感覺鼻塞，但不一定有病態存生。早期輕微的鼻病，也常有此症狀。整天坐在辦公室的人因缺乏運動，其全身血液循環陷於一個停滯狀態，鼻循環不良，更會造成鼻腔鬱血，尤其是整天呆在冷氣房的人則更嚴重，這是一種文明病，多運動可改善鼻塞之症狀。可恢復性或交替性兩側鼻塞等短暫的鼻塞是正常的生理現象而非病態。

C.賀爾蒙和鼻塞的關係：孕婦常在懷孕首三個月末期開始出現鼻塞，有33～85%之孕婦鼻黏膜充血腫脹，尤其是在懷孕最後三個月中，這無須特別治療，分娩後一段時間內鼻塞自然緩解。在青春期、經期中、服用避孕丸或接受女性賀爾蒙（Estrogen）治療，都會發生此種強烈的血管運動反應，此因過高的女性賀爾蒙濃度，會減少Acetylcholinesterase量，Acetylcholine被破壞的速度變慢，血管擴張的作用延長，因而出現鼻塞。

D.醫源性鼻塞(Iatrogenic obstruction)：也就是使用藥物後引起的鼻塞。

1.藥物性鼻炎(Rhinitis medicamentosa)：長期濫用含充血解除劑(Decongestants) 點鼻藥所造成的併發症。因血管強烈收縮造成局部缺氧，隨後反彈性的血管擴張充血來彌補上回的缺氧，如此重覆的作用，產生惡性循環，血管擴張愈來愈厲害，充血腫脹更嚴重。一般此種藥物只能用於急性的鼻塞，不可連續使用超過一星期。有鼻塞時才使用，每隔4～6小時以上才可再使用，絕不可養成習慣性。

2.會引起鼻塞的全身性藥物(a) 降血壓劑：Reserpine, Methyldopa, Guanethidine, Bretylium等(b)支氣管擴張劑:Isoprenaline(c)末梢血管擴張劑：治療偏頭痛的Ergot alkaloid (d)膽素酯酶抑制劑（Anticholinesterases)：治療重症肌無力症的Neostigmine。含女性賀爾蒙之藥劑。

E.感冒、急性上呼吸道感染、鼻過敏發作引起短時間的鼻黏膜腫脹、鼻分泌物增加等急性的鼻塞，以口服抗組織胺和去充血劑治療。

惱人的鼻塞續發症狀

慢性長期的鼻塞之所以惱人是因其續發症狀的關係。長期用口呼吸，口水減少引起口臭、口乾舌燥、口腔衛生不易保持，慢性刺激引起咽喉炎。空氣吸入量減少、缺氧而頭昏腦漲，注意力不集中。睡覺時鼾聲如雷，嚴重時變成睡眠絕息症候群(Sleep apnea syndrome)，進而影響心肺功能。兩側嚴重鼻塞，吞嚥時壓力無法由鼻腔消散，會由耳咽管傳至中耳，而有耳悶塞感、耳痛，自己說話聲在頭骨內迴繞，好像話講不出去的樣子。下鼻道阻塞鼻淚管無法通暢，而有溢淚的現象。鼻塞時共鳴作用減少，會出現混濁不清的鼻音，而影響到社交活動。因此鼻塞是鼻病最先要治療的目標。

最後要提醒大家抽煙對鼻子的傷害性很大，因香煙內的尼古丁會抑制黏膜上皮細胞的纖毛運動，甚至破壞纖毛，尼古丁確實有血管收縮的作用，可以暫時使鼻子通暢，然而長期的刺激，也會發生血管反彈性擴張，使鼻黏膜更加腫脹充血，鼻塞更嚴重，最後造成不可逆的鼻甲肥厚。

結論：氣溫變化、血液循環、情緒變化、藥物、荷爾蒙、生活規律性等都和鼻塞有關，對鼻子一些不可逆的病變才需要手術，術後的治療及各種造成鼻塞的因素之排除都要列入治療範圍。充分的睡眠、適當的運動、規律的生活起居、戒煙等都是保養鼻子的最好方法。有長期鼻塞的人應找耳鼻喉科醫師做正確的診斷，盡早接受正確的治療。



打鼾與睡眠絕息症候群

(Snoring and Sleep Apnea Syndrome)

耳鼻喉科 撰文 林鎮南 主治醫師
校閱 蘇茂昌 主任



話說也許你還不知道打鼾是怎麼一回事，也許你已爲了打鼾而困擾不已。生活經驗中或電視劇內，常以爲打鼾是呼吸入睡的標誌，甚實打鼾並不是件舒服的事情。雖然同室者的睡眠受其干

擾而難以入眠，而打鼾者本身事實上在其熟睡時也深深地在生理上受害了。另外，生活經驗上也顯示肥胖者呼吸聲較高，因此不少人順理成章地認爲鼾聲是孔武大漢的商標。但是如果你必須與鼾夫或鼾婦同室，恐怕一點都不覺得打鼾有任何英雄氣息，難免氣得牙癢癢的。

§睡眠絕息症候羣的定義與分類：

1.絕息：經口或鼻的氣流停止十秒以上。

2.中樞性絕息：氣流和呼吸動作同時終止。此乃因呼吸中樞病變而喪失呼吸作用。

3.阻塞性絕息：雖有呼吸動作卻無氣流流動。主要是因爲呼吸道不暢通而形成。

4.混合型絕息：以上兩種合併發生。

5.睡眠絕息症候群：連續七小時睡眠中發生在30次以上，或每小時5次以上的絕息，並有打鼾、嗜睡。

6.睡眠絕息指數：每小時睡眠中發生絕息的次數。

§發生率有多少？

睡眠絕息症候群的確實發生率不知。但其主要特徵之一的打鼾有人做過統計，一般認爲五十歲左右的白種男性較多。中樞型最少見，混合型次之，阻塞型最爲常見。成人以混合型多，孩童則以阻塞型爲多。至於打鼾，義大利人魯佳略西在1983年報告，六千人中男性40%，女性28%會打鼾。已成習慣者男性24%，女性14%。卅歲後比例會增加，六十歲時60%男性和40%的女性都會打鼾。肥胖者較易習慣性打鼾。另外芬蘭的一群研究者針對打鼾病人發生高血壓、狹心症的比例做了系列的分析。根據他們的研究發現，打鼾者發生高血壓的機會確是比正常人爲多，分別爲男性1.94倍，女性打鼾者則無顯著差異。

§病因：

只要從中樞到呼吸器官之路程中有任何病變均可致之：

一、上呼吸道阻塞：

小孩子以腺樣體及扁桃腺腫大最多，大人則以扁桃腺腫大，口咽部組織肥厚及懸雍垂肥大最多。肥胖的病人，頸部脂肪多，加上頸部顯得較短，越發使打鼾厲害。此外小頷症、巨舌症、舌囊腫、鼻中隔彎曲、鼻內息肉、喉囊腫、聲帶蹼、聲帶麻痺、痴肥、肢端肥大症、黏液水腫、頸部淋巴瘤、唐氏症候群、下頷骨變型、聲門水腫…等均會造成打鼾。

二、神經性因素：

雙側頸脊髓切開術、脊髓性脊髓灰白質炎、腦幹梗塞、腦炎、Guillain-Barre症候群、Cheyne-stoke症候群等。

§臨床表現：

最明顯的特徵是打鼾，在睡眠中常發生猝醒、低血氧及血中碳酸過高，睡得很不安寧。由於晚上睡得不好，白天看起來就是昏昏沉沉，一付想睡覺的樣子。有些患者在工作、聊天、開會時就會睡覺。（筆者以前有位同事，每當開會的時候，不知不覺的就自個兒在位子上睡著了）。前一陣子我們有位小病人，他的症狀更厲害，吃飯的時候，均是邊吃邊睡的，才國小五年級的年齡，就已六十幾公斤了。另外有些病人，甚至在駕駛時也會入睡，這些人應避免在高速公路上開車，(尤其是夜晚)否則前後車的人可要倒大霉了。

起床後的劇烈頭痛，常需在一、二小時才會減輕，有時並伴有噁心與昏沉感覺。長此以往，情緒大受影響，會變得性格怪異、注意力不集中、記憶力減退，對學童而言自然造成學習不認眞、功課退步的現象。另外在睡眠中會有異常肌肉抽筋等，並有惡夢、尿床、性慾減低、陽萎，甚至家庭失和與離異。

最嚴重的問題乃在長期通氣不足而對心肺產生不良的影響。例如：竇性心跳加速、竇性心跳停止、陣發性心房加速、心房震顫、房室阻斷和心室性心跳加速等。

§診斷：

最重要的依據是病史，主要包括晚上打鼾和白天嗜睡兩項。此外一般的檢查包括：扁桃腺、增殖體及側咽壁黏膜有否肥大，腭咽部有否鬆塌現象，頭頸部有否腫瘤或先天性畸型，鼻內有否鼻中隔彎曲、鼻息肉等等。更進一步的檢查則須藉助一些儀器，其中最重要的診斷儀器爲多項睡眠生理記錄(Polysomnogram)，包

括腦波圖、心電圖、肌電圖、睡眠時動眼的記錄、胸腹部呼吸的運動、經鼻口的氣流量、血中氧氣含量等。

此外，光纖維內視鏡、電視螢光透視、肺功能檢查、電腦斷層攝影、誘發腦幹反射圖等，也都有助。

§治療：

1.預防：避免飲酒和服用中樞神經抑制劑。

2.手術治療，矯正潛在病因：

小孩子以扁桃腺和增殖體的腫大爲最常見，因此須手術割除之。

大人方面則以軟腭、懸壅垂肥大及側咽壁組織多、鬆弛爲較常見，須作懸壅垂咽腭整型術（uvelopalato pharyngoplasty, 簡稱 U.P.P.P）。其適應症爲：①血氧濃度小於80%②絕息指數大於20次③英雄式打鼾④睡眠時明顯的心律不整⑤白天過多的嗜睡。手術方法包括割除懸壅垂、軟腭、扁桃腺、扁桃腺後柱及部分的咽部組織。

此外，若是因鼻中隔彎曲、鼻內息肉、巨舌症、舌內囊腫、下顎畸形…等，可手術者，亦須矯正之。

3.內科治療：藉助藥物的幫助以加强咽部肌肉的收縮。但效果並不樂觀。也可使用呼吸器或插管等。

結語：

打鼾與睡眠絕息症候群是古老的毛病，對於病人應早期作診斷，並進一步做檢查找出病因所在，才能選擇最有效治療，並避免引起不必要的合併症。





耳鼻喉科　撰文　吳文豹　醫師
校閱　蘇茂昌　主任

喉嚨痛是一種常見的症狀，也是耳鼻喉科醫師和病人時常遭遇的問題。在美國，每年有四千萬以上的成年人因爲喉嚨痛而求醫，因而損失了上億個工作天。

臨床上引起急性喉嚨痛的疾病，如急性咽炎，急性扁桃腺炎，咽峽炎，增殖體炎，乃是由感染而來，甚或伴隨之併發症，如扁桃周圍炎，扁桃周圍膿腫，咽後膿腫，會厭軟骨炎等。此外，某些咽部惡性腫瘤，常吸入刺激物抽煙吸入污染的空氣，鼻塞而用嘴呼吸，則會呈現慢性喉嚨痛。

急性感染可分爲兩類：一爲無法以抗生素治療的，如病毒感染，另一則爲可用抗生素治療的，如細菌，其中最重要的是鏈球菌屬之Group-A-β Hemolytic streptococcus的治療，其目的除了縮短而有效地治療疾病的過程，更重要且的是防止誘發成感染病巢，因而引起心臟病，關節炎，腎病等重大合併症。

病毒引起的喉嚨痛，常見的有：

1.腺病毒：臨床上除了咽炎外，常伴隨感冒的症狀及結膜炎。常發生於週歲左右的幼兒，學齡前兒童次之。

2.鼻病毒：呈現尋常感冒症狀，鼻部爲主，咽部無分泌物。

3.疱疹病毒：以齒齦口內炎爲主，也常伴隨咽炎。

4.E－B病毒：主要病徵爲咽炎，高燒及頸部淋巴結腫大，表現出傳染性單核白血球增多症之症狀，此病毒與鼻咽癌可能有關。

5.柯沙奇病毒：會引起手、口、足病，產生口咽部潰瘍，手、脚掌的水疱性紅疹。

6.疱疹性咽峽炎：病人突然發燒、咽喉痛、咽部有孤立性水疱。

以上所述的病毒感染，無法以抗生素治療，而以症狀治療，減輕病人症狀爲主。

而細菌性引起的喉嚨病，常見的有：

1.鏈球菌：最重要爲可引起風濕性心臟病及腎炎之Group-A-βHemolytic streptococcus 其典型症狀爲發燒、喉嚨痛、有滲出物、吞嚥困難，前頸部有壓痛性淋巴結腫大，有的兒童有腥紅熱樣皮疹。臨床上之診斷常須作咽喉拭物培養，但卻不能完全依賴之。因爲有些病人具有咽喉症狀，但卻培養不出細菌。可是血清檢查卻有鏈球菌抗體上升情形，故此僅可作爲輔助診斷。治療上以口服青黴素爲主：250mg 每日三～四次，服用10日至兩個星期。或使用其他有效之抗生素。

2.白喉：過去爲一重要疾病，近因公共衛生進步，疫菌接種普及，現已少見，主要爲白喉桿菌分泌毒素，造成呼吸上皮壞死，滲出物形成一淡灰白色彈性僞膜附于氣道壁上。導致病人呼吸困難，甚或窒息死亡。萬一罹患，可注射白喉毒素血清，輔以青黴素及紅黴素。緊急時，可作緊急氣管切開，以保持呼吸道的暢通。

3.淋菌性咽炎：病人多有不正常性接觸方式，治療以青黴素及四環素爲主。

4.類桿菌：復發性扁桃腺炎與某種類桿菌有關，可給予Cleocin®治療。

5.黴漿體，6披衣菌，其症狀較爲輕微，可給予紅黴素治療。

此外，接受免疫藥物，化學藥物或放射線治療的病人產生的咽炎，要注意念珠菌感染，病患口中會形成白色黏著斑點，治療可用抑黴菌劑或龍膽紫塗抹，保持口腔衛生勤加漱口爲主。

至於異物感乃指喉嚨部位有梗塊或異物存在的感覺，耳鼻喉科常遇到主訴一大堆咽喉部症狀，但卻找不到原因的病人，由于對這些病人的治療常常效果不彰，亦一直找不到器質性病因而解釋其症狀，只得將這些病人歸類爲「神經質」。但事實上，在更詳細的檢查下，常常可發現還有神經質以外之病因存在。

有異物感主訴的病人約佔耳鼻喉科門診病人的1～3%，其症狀是喉嚨部位的繃緊感，甚至有梗住的感覺，病人爲緩解此種感覺，常會做出乾吞的動作。因此口水無法較長留在口腔來滋潤黏膜而加重症狀。但在飲食時，此種感覺則不常出現，其他的表現如，不易形容的不適感，不安感、燒灼感、，甚至有小蟲在喉嚨蠕動的感覺。但最重要的先決條件爲病人不會有眞正的吞嚥困難及體重減輕出現才可診斷此病。

而診斷此病是靠其它疾病之排除，如癌症，咽憩室炎、甲狀腺腫、急慢性咽炎、扁桃腺炎、鼻炎、胃食道回流、食道異常運動、舌扁桃體肥大、項椎骨刺、環咽机功能異常、鼻竇炎等。

其中以急、慢性咽炎、扁桃腺炎、鼻炎佔了絕大多數，其次常見的則爲食道異常運動與胃食道迴流，可能原因係前腸上段之神經纖維分佈甚密，包括來自舌咽、迷走、交感及其他神經之分古。其中又以咽及頸部食道敏感性最高，愈遠端側敏感性愈低。故異物感可由胃食道迴流及食道異常運動經由關連感覺形成喉嚨梗塞感來說明，其治療可給予制酸劑4～8週，即可好轉。

但異物感也並非與精神官能症無關，布雷德曾對99位經耳鼻喉檢查及食道鋇劑造影均無發現之病患做人格量表，發現憂鬱(depression)及慮病(Hypochondriasis) 之傾向呈有意義之偏高，而認爲其係一種心身症。

故異物感的患者大都可找到病因，最多爲急，慢性炎症，其次爲食道功能異常。但精神因素也應予以考慮，其治療最主要是病人要能了解及相信醫師檢查後的說明，而醫師可給予鎮靜劑，制酸劑等予以治療之。但也有不少人不需藥物治療亦可自然好轉。

深頸部感染(Deep Neck Infection)

耳鼻喉科 撰文 洪宿桓 醫師
校閱 蘇茂昌 主任

前言：

深頸部感染是耳鼻喉方面的重症，能對生命構成很大的威脅。至於它是如何形成，有什麼症狀，如何處理，怎麼預防，以下我們將爲您做個簡單的介紹。

我們的頭頸部包含了許多的筋膜(fascia)而筋膜與筋膜之間便形成了筋膜間隙(fascia space)，其分類如下：

(A).面部間隙
- 1.犬齒間隙
- 2.頰部間隙
- 3.頰部間隙

(B).全頸部間隙
- 1.表淺間隙
- 2.深部間隙
  - (a).咽後間隙
  - (b).椎前間隙
  - (c).臟腑血管間隙

(C).舌骨上間隙
- 1.咽頷間隙
- 2.頷下間隙
  - (a).舌下間隙
  - (b).頷下間隙
- 3.下頷骨間隙
- 4.咀嚼間隙
- 5.顳部間隙
- 6.腮腺間隙
- 7.扁桃周圍間隙

(D).舌骨下間隙
- 1.前臟腑間隙

如果筋膜間隙受到了經由血行、淋巴行、或直接的感染、便形成了深頸部感染。常見的有：下頷下間隙所形成的口腔底蜂窩性組織炎、扁桃周圍間隙所形成的扁桃周圍膿腫、咽後間隙所形成的咽後膿腫，側咽部份的間隙所形成的側咽膿腫。其主要的造成因素有：

(a).上呼吸道感染(約佔30%，如扁桃腺炎，咽炎，慢性鼻竇炎)

(b).齒源性感染(約佔30%)或唾液腺感染。

(c).慢性中耳炎、乳突炎、顳骨岩部炎。

(d).頸椎結核。

(e).腫瘤

(f).外來異物或醫源性儀器所造成。

各間隙所造成深頸部感染的症狀有：吞嚥困難，扁桃向對側膨出，單側扁桃周圍紅腫，牙關緊閉，呼吸困難，頸部淋巴腺腫大，發高燒，頸部僵直，斜頸，缺乏波動性，聲意嘶啞，失音，壓痛，白血球增多，下頷角後方有硬結等。

深頸部感染主要是由於炎症侷限在頸部內，因重力的因素而伸展到縱隔。壓力的因素造成窒息及吞嚥困難，若不及時使用有效的抗生素最後會造成菌血症，敗血症甚至死亡，所以治療方面首重：

(a).建立呼吸道。

(b).靜脈輸液。

(c).强力抗生素。

(d).切開引流。

一般而言，頭頸部感染之處理在於適當的膿腫切開引流及抗生素治療。如果是蜂窩性組織炎，不須作引流，僅抗生素給予即可，但是一旦醞釀出膿腫(一般約4～5天)，則必須用切開引流，而抗生素之給予必須根據細菌培養及其藥物敏感測驗的結果來使用。

深頸部感染由於抗生素及其他藥物製劑的使用而降低了其感染率及嚴重性。但其診斷也因藥物的濫用而倍增困擾，於是因爲診斷延誤而導致病情加劇甚至死亡，所以深頸部感染絕不容等閒視之，平時即應注意口腔衛生，一旦有上呼吸道感染或頭頸部感染的症狀發生應立即就醫求治。尤其患有全身性疾病如糖尿病、結核病、腎炎、營養不良及免疫不全等更應注意發生深頸部感染的可能，以期早期診斷、早期治療。



小集

耳鼻喉科　撰文　洪振民　醫師
校閱　蘇茂昌　主任

隨著社會的繁榮、生活的富庶，人們對於聲音是否悅耳動人，越來越重視。因爲聲音沙啞、倒嗓子或其他聲音異常，而來耳鼻喉科求診的病人，也就日益增加。然而聲音沙啞，不只是如何保養的問題，更有可能是種種疾病的早期症狀，因此不可輕易忽視。以下，簡單地介紹幾個引起聲音沙啞常見的疾病，供大家參考。

一、機能性音聲障礙(Functional Voice Disorder)：由於發聲器官的錯誤使用或濫用，所造成的疾病－－

※過動性發聲障礙(Hyperkinetic Dysphonia)：其病因乃說話過多、過久以及音調過高、音量過大，造成聲帶以及與發聲有關的肌肉，過度緊張或協調不良所致。例如，許多人早晨時聲音正常良好，但經過長時間談話後，則出現喉嚨乾痛、緊繃，以及聲音沙啞等症狀。待休息一段較長的時間後，聲音可再好轉或恢復正常。

※聲帶結節(Vocal Nodule)：此症常見於女性、歌者、推銷員、老師及愛喊叫的小孩…等。由於過度使用聲帶，以及發聲習慣不良，使得聲帶因長時間的摩擦變厚，漸漸產生不可逆的變化，而造成如長繭般的結節。

※聲帶息肉（Vocal Polyp)：此症常見於男性，與說話習慣較無關係。由於聲帶一時的創傷，如喝酒與感冒時，此部位容易充血。這時候如果再大聲高喊，則易使脆弱、擴張的微血管破裂，造成聲帶粘膜下出血。血腫吸收後，此處會水腫、變質，最後形成息肉。

※接觸性潰瘍(Contact Ulcer)：此症常見於起音過重的病人。發聲時，兩側聲帶突猝然撞在一起，粘膜容易受傷而引起潰瘍。許多病人同時有胃潰瘍的病史，所以情緒緊張、胃酸反流，可能是致病的因素。另外，食物過敏也可能與此病有關。症狀除了聲音沙啞外，還會有異物感及疼痛的現象。

二、心因性音聲障礙(Psychogenic Voice Disorder)：由於重大的情緒變化或心理問題；如夫妻吵架、喪親與意外事故等，或是精神上的問題，而造成發聲的障礙－－

※轉換性音聲異常(Conversion Dysphonia)：由於情緒、心理因素，如過度悲傷時，喉部肌肉發生暫時性協調不良所致。

三、器質性音聲障礙(Organic Voice Disorder)：由於聲帶或發聲器官本身有組織構造上的病變所造成－－

※先天性喉部異常(Congenital Anomaly)：

①喉頭不對稱（Asymmetry)：發育時喉頭兩側出現差異，使得聲門不對稱、聲帶長短不一，而造成聲音沙啞。

②聲帶溝(Vocal Sulcus)：聲帶接近邊緣處有先天性縱溝，因而產生聲音沙啞的現象。

③聲門蹼（Laryngeal Web)：聲帶前端長有膜狀肉蹼，影響其震動，使聲音沙啞。膜狀蹼過大時，甚至會影響呼吸。

※創傷(Trauma)：常因氣管插管或喉部外傷，造成聲音沙啞。有時聲帶前端兩側粘膜受傷後，沾粘在一起，亦會形成蹼狀膜。

※發炎(Inflammation)：病毒性喉頭發炎，如上呼吸道感染所引起；細菌性喉頭發炎，如鼻竇炎及化膿性扁桃腺炎等病之膿性分泌物所造成，甚至酒精、香煙或辛辣的食物等刺激，亦會引起聲帶發炎而沙啞。

※聲帶麻痺(Vocal Cord Paralysis)：以單側性麻痺較多，常見於甲狀腺手術後。亦有可能於上呼吸道感染後發生，或其他不明原因所致。雙側性麻痺亦常見於甲狀腺切除後，有時因呼吸困難而需要做氣管切開術。

※腫瘤(Tumor)：喉部良性腫瘤，如乳頭瘤、囊腫、血管瘤及肉芽腫瘤等，均有可能引起聲音

沙啞與喉頭異物感。惡性腫瘤(喉癌)除了這些症狀以外，可能還有頸部轉移、聲帶運動障礙等現象。

※老年性音聲障礙 (Senile Voice Disorder)：因年紀大，聲帶老化萎縮，喉頭關節僵硬、喉肌衰弱，而造成發聲變異及說話漏氣等障礙。

※荷爾蒙性音聲異常(Hormonal Voice Disorder)：因服用男性荷爾蒙、甲狀腺機能底下，或腫瘤引起內分泌異常，均可能引起沙啞。

此外，痙攣性音聲異常(Spastic Dysphonia)，以前以爲是心因性障礙所引起，有人則認爲是喉返神經的問題，造成聲帶在發聲時產生不協調的痙攣性靠攏所致。假聲帶發聲(Ventricular Dysphonia)，少數是由機能性所引起，大多數則是眞聲帶萎縮或出現病變，而引起代償作用，聲音比較粗糙低沈。

所以對於一個聲音沙啞的病人，醫師會詳細詢問其病史。包括發生多久，在什麼情況下所造成，以及是否有其他合併症狀等。接著做理學檢查，間接喉頭鏡檢，X光檢查,甚至做直接喉頭鏡檢，電腦斷層攝影或是切片檢查，來鑑別診斷。

在治療方面，必須針對其病因來加以治療。機能性音聲障礙，乃因聲音的誤用或濫用造成，所以治療此症最好的方法是「沈默療法」。若再加上語言治療，則效果更佳。聲帶結節早期治療效果還好，若結節纖維化後，則需考慮以喉部顯微手術使用雷射切除。至於小孩子的聲帶結節，在青春期左右會自動消失，不須手術。聲帶息肉不會消失，故亦須以喉部顯微手術治療。

心因性音聲異常除語言治療外，還須加上心理治療，並多鼓勵病人。

器質性音聲異常中，喉頭發炎除了治療發炎的肇因外，還須使聲帶充分休息。聲帶溝、單側性聲帶麻痺、老年性音聲障礙，可注入Teflon、Silicon、Gelform或Collagen，來加以改善。肉芽腫、乳頭瘤、囊腫及血管瘤等良性腫瘤，都可用喉鏡顯微二氧化碳鐳射手術，將其切除，效果甚佳。

單側性聲帶麻痺，還可用聲帶內移，環杓關節固定術或甲狀軟骨成型術來治療。惟此症85%可能會在六個月內恢復，所以可在門診觀察追踪，再決定是否手術。雙側性麻痺則可用聲帶外移、杓狀軟骨切除術，來改善發聲及呼吸等問題。神經移植，如舌下襻－喉反神經吻合術，神經－肌肉瓣移植，亦可治療聲帶麻痺。

聲門蹼可以手術切開，再置入Stent 以避免兩側重新癒合，喉頭不對稱可將軟骨植入聲帶外側面，使向中線移。

喉癌則須加以檢查、小心評估後，再選擇使用部分喉切除或全喉切除，以及是否加上頸部淋巴根除術，甚至合併放射線治療。

預防勝於治療，我們平時便要愛護、保養自己的嗓子，並避免對聲音有害的生活習慣（尤其是靠嗓子吃飯的人，更要注意）。那麼，保養之道呢？以下列舉幾點要項做爲參考。

1.不要濫用聲音：不要過度使用聲音，不要勉强使用過大、過高或過低的聲音。平時應以最輕鬆、舒服的音調發聲。眞有不舒服時，更要將音量放小，以一對一交談、距離在一臂以內爲原則，並謹記「沈默是金」！

2.不要熬夜，睡眠需充足，生活要規律：聲帶在早晨還呈睡眠狀態，至少比生理睡眠要多睡二到三個小時。所以一般剛睡醒，都不會有太好的聲音，不要勉强使用聲音。

3.使用聲帶前,要先「熱身」(Warm Up)：早上有演講或演唱的人，需早睡早起，調調嗓子、多練習幾次，才能將聲帶調到最佳狀態。

4.勿踫煙、酒及二手煙：煙酒是喉頭最大的敵人，兩者一起來更是火上澆油，不可收拾。

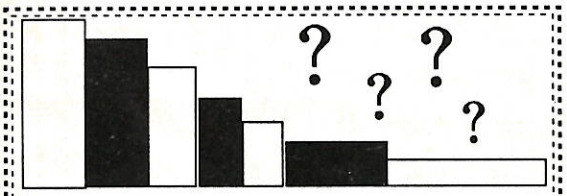
5.避免油炸、辛辣、乾澀或太熱、太冰等，易刺激聲帶的飲食，並避免空氣汚染的場所。

6.避免處於噪音下的環境：在吵雜的場所，會使人不自主提高音調、放大聲量。

7.休息是爲了走更遠的路：說話30分鐘，最好休息幾分鐘，並喝點開水或果汁濕潤喉嚨。

此外，女性在月經來時及懷孕末期，因體內荷爾蒙的影響，也會造成聲音低啞，形成聲帶的負擔，須注意保養。

在做好完善的保養以及一切的維護以後，若還有聲音沙啞的症狀，並且持續達二週以上，則絕對要到醫院接受檢查！



頭頸部腫瘤——您認識有多少？

耳鼻喉科　撰文　陳宗琨　總醫師
校閱　蘇茂昌　主　任

頭頸部不僅包函了人類的中樞神經，也是爲人體中樞神經和身體各重要器官的聯絡橋樑，其組織內所含的淋巴結甚爲豐富，約佔了人體所有淋巴結的½强。因此頭頸部組織受到惡性腫瘤的侵犯後常轉移到頸部淋巴結。

通常頸部腫瘤，可歸類成下列三因素：

(1)炎症性腫瘤——多因各種病毒或細菌等感染後，引起的淋巴結腫大，或因結核菌引起之結核性淋巴結炎。

(2)先天性囊腫或良性腫瘤——這一類頭頸部腫瘤，多因胚胎時期所殘存的胚胎組織異常所致；如甲狀舌管囊腫、皮樣囊腫、鰓裂囊腫、胸腺瘤…等等。上述二種疾病在治療上較簡單少有後遺症，只要給予適當的藥物或手術切除腫瘤，效果都相當令人滿意。

(3)惡性腫瘤——這一類腫瘤可分爲原發性及轉移性兩大因素。通常惡性腫瘤在診斷上較困難，統計上大約20%爲原發性，爲原發性，約80%爲轉移性。在80%轉移性腫瘤中，其中80%原發部位在頭頸部器官，如鼻咽部，口腔、喉、咽、耳、扁桃腺…等。

頸部的惡性原發性腫瘤，常見的有甲狀腺癌、唾液腺癌，惡性淋巴腫癌，較爲罕見的有鰓裂原性癌及良性腫瘤之惡性化（如頸動脈體瘤及甲狀舌管遺殘部惡性化等）。

頸部轉移癌常是頭頸部惡性腫瘤的初發症狀，因此在診斷上要多下功夫，以期早期發現早期治療。

欲找尋出原發病巢的方法，可以下列幾個方何尋求。

(1)由病人的症狀推想其原發病巢：

譬如說：鼻咽癌病人須詳細問有無耳朵症狀，鼻出血、咳痰有血等。喉癌病人則會有聲音沙啞。咽癌或口腔癌病人則有吞嚥困難或吞嚥疼痛。鼻癌或鼻竇癌的病人則有流鼻血、鼻塞…等等。

(2)由頸部腫瘤位置推想其原發病巢：

各器官淋巴輸送的淋巴結是一定的，反之由頸部淋巴結的位置可以追溯其所由來的器官。

(3)檢查最有可能性的原發病巢：

每一位醫師要以病人病史、理學檢查來找尋可能原發病巢，避免漏掉診斷。甚至用現代醫療器材，協助檢查與診斷，如內視鏡，電腦斷層攝影，核磁共振攝影。

(4)頭頸部以外之原發病巢：

在頭頸部找不到原發病巢，則身體其他內臟器官如氣管，肺部、乳腺、胃腸道、生殖器、泌尿道等需詳細檢查。尤其當腫瘤在鎖骨上窩時，更需注意是田鎖骨以上器官轉移而來。

(5)由病理切片組織找原發病巢：

有頭頸部轉移性腫瘤時，最忌諱是馬上做頸部淋巴結或頸部腫瘤切片檢查。所以必須在經過一切檢查後，找不到原發病巢時，不得已由頸部做組織切片檢查，再由病理組織檢查結果來推想其原發病巢。

頸部轉移癌中在東南沿海(包括台灣)的中國人以鼻咽癌轉移高居首位，佔所頭頸部腫瘤60%以上，並佔所有癌症的13%－20%左右，可以說是中國人「專利品」。鼻咽癌患者年年增加，而且好發於壯年期。到目前爲止尚未查出其病因，有些學者曾提出報告認爲與E－B病毒有關連。鼻咽癌最常見的早期症狀有頸部腫瘤，鼻涕或痰中帶血絲。或耳朵的症狀，如耳朵有閉塞感、耳鳴、重聽。鼻塞，不明原因的頭痛；或有腦神經症狀，如臉部麻木感，眼球外轉障礙，此乃由於癌細胞直接侵犯顱底，而壓迫到第五或第六對腦神經所致。

鼻咽癌之確實診斷，當然要靠從鼻咽部做病

理切片檢查，經病理學家證實爲惡性腫瘤後，才能做放射線治療或合併化學療法。其遠處轉移以骨骼爲最常見，其次爲肺肝等內臟器官。

頭頸部的惡性腫瘤，不論是轉移性或原發性，除鼻咽癌、淋巴癌或不可開刀治療之惡性腫瘤－這些癌症以放射線治療爲主，或合併使用化學療法外；其他可開刀的病人皆以手術治療爲主，再輔以放射線治療或化學治療。如果早期發現早期治療預後相當好。最遺憾的是有的病人逃避不治療而延誤時機。

頸部有腫瘤，絕對不要輕易做頸部切片，應先找耳鼻喉科醫師做詳細檢查。以期找出病因，再依病因做治療，以免延誤病性或給予不適當的治療。

顏面神經麻痺

耳鼻喉科　蘇茂昌　主任

顏面神經(又稱第七腦神經)，它最主要的功能是控制臉部表情肌肉的運動，如閉眼睛，吹口哨、笑、蹺嘴巴，…等跟喜怒哀樂有關的臉部動作。另外有分枝到淚腺，控制眼淚的分泌。分枝到中耳的磴骨肌，保護耳朵以免受太大聲音的傷害。分枝至舌頭前三分三部位，管舌頭的味覺。至顎下腺及舌下腺控制這兩大唾液腺的分泌。另外有一些臨床上較不重要的小分枝。所以如果顏面神經麻痺時，最主要的症狀是無法緊閉眼睛，笑或吹口哨時，嘴巴會歪一邊，額頭形成縐紋的力量受限制。另外有眼睛乾燥，耳朵怕大聲，唾液分泌減少，和舌頭前三分之二部位的味覺喪失。

引起顏面神經麻痺的原因非常多，從腦部、小腦橋腦脚、內聽道、顏面神經管、中耳腔、乳突腔、耳下腺，臉部等各部位的疾病。都可能引起顏面神經麻痺。這些疾病包括：感染、頭部外傷、腫瘤、代謝性疾病、血管疾病、不明原因…等等。簡單介紹一些常見引起顏面神經麻痺的疾病。

Ⅰ、貝氏麻痺(Bell's palsy)

爲最常見的顏面神經麻痺。病人突然發生不明原因的單側麻痺，不能閉眼、嘴巴歪一邊…等等。此病需要排出其他疾病的可能後，才可診斷此病。因爲大約10%的病人後來被發現是其他疾病所引起的麻痺，如腫瘤，帶狀疱疹感染，外傷…等等。此病的治療以類固醇和神經復活劑爲主。

Ⅱ、帶狀疱疹感染(Herpes Zoster Cephalicus)

突發性單側顏面神經麻痺，在耳廓可發現水泡，有時在頸部、臉部、口腔、亦可發現水泡。耳痛比貝氏麻痺厲害。有時會有聽力障礙或眩暈。此病可以用抗病毒藥物，如Zovirax治療,亦合併類固醇或神經復活劑。

Ⅲ、外傷(Trauma)

包括頭部外傷合併顳骨骨折、刀傷、槍傷、或手術傷害。如果神經斷離，可以作接合。在顳骨骨折，作顏面神經刺激試驗 (Facial Nerue Excitability test)如果兩邊差大於3.5mA，或作電氣神經圖(electroneuronography或evoked electromyography) 如果病變側有90%以上的變性。則可以做經中腦窩和乳突的全顏面神經減壓術。本科經歷四倒，效果良好。外傷引起的麻痺，亦可併用類固醇和神經復活劑。

Ⅳ、腫瘤(Tumor)

常見的腮腺惡性腫瘤、顏面神經瘤，小腦橋腦脚的腫瘤等等。以手術主爲主要治療方法。

Ⅴ、感染(Infection)

很多的感染，如感冒，小兒麻痺，梅毒，破傷風，中耳炎…等等都可能引起顏面神經麻痺。如果是急性中耳炎引起的，以抗生素合併類固醇

或神經復活劑治療大都可以得到很好的效果。如果是慢性中耳炎，尤其有膽脂瘤時，則需做中耳顯微手術來去除病灶。如果是其他感染引起，則需對症治療。

VI、其他

一些少見的疾病，如Guillain-Barre Syndrome, Melkerson-Rosenthal Syndrome，…等等多種疾病，亦會引起顏面神經麻痺，需待查出原因後，對症治療。

我們診斷一個神經麻痺的病人，最重要是病史和理學檢查。可以做流淚試驗(Schirmer test)，證骨肌反射(Stapes reflex)，味覺試驗（Taste test）來判定顏面神經受傷的部位。可以做電氣試驗（electrical test）如電氣神經圖(electroneuronography或Evoked electromyography)和顏面神經刺激試驗(Facial nerve excitability test）來估計神經受損的程度，做爲手術與否的參考。如果找不到明確的原因，可以做其他血液、尿液、抗體、生化…等等檢查。如懷疑腫瘤時，可用電腦斷層射影(C-T Scan)或核磁共振造影(M.R.I.)來幫助診斷。

最後，必須要强調的是，顏面神經麻痺是一種疾病的表徵(Sign)，必須努力去找尋其病因，以期對症治療。大部份的顏面神經麻痺，可以用藥物治療，如類固醇、神經復活劑、抗病毒藥物、抗生素等，並合併復健治療。一些病人需接受開刀。更少的病人需查出其原因，就個別病因做對症治療。當然，無論什麼原因引起的麻痺，因爲眼睛關閉不好，爲免眼球暴露過久，引起視力的問題，必須妥善保護眼睛。如用人工淚液、眼藥膏、遮蔽眼睛…等等。至於過久的顏面神經麻痺，其治療方法以後再討論。



鼻出血之處理



耳鼻喉科　撰文　蘇明忠　醫師
　　閱校　蘇茂昌　主任

一、前言：雖然鼻出血經常是平凡且無傷害性，但也可能是致命的且難以處理的疾病。所以鼻出血絕不能以平常心視之，須就醫小心處理、診斷與治療。

二、原因：發生鼻出血之原因極多，但大致可分爲㈠局部性鼻出血與㈡次發性鼻出血。

㈠局部性鼻出血：

1.發生於小孩或青春期之年輕人的不明原因的反復性輕微鼻出血。

2.鼻粘膜的化學物質或熱傷害所造成之鼻出血，此時鼻子會有乾熱感。

3.環境因素如空氣乾燥或高山上氣壓低等。

4.意外傷害如挖鼻孔、頭部外傷所造成之鼻骨骨折、鼻中隔變曲或穿孔顏面骨折等。

5.異物所引起之鼻出血，往往是單側性的。

6.腫瘤亦會引起鼻出血。

㈡次發性鼻出血：

1.感染，特別是急性感染，如流行性感冒、麻疹、傷寒或卡他性感染等。

2.心臟血管疾病所引起之鼻出血，如血管硬化，高血壓等，常發生在年齡群較大之患者。

3.血液疾病或全身性疾病所造成如凝血功能不良。

4.肝臟疾病亦會造成鼻出血。

5.內分泌失調和月經週期或懷孕時亦會引發鼻出血。

6.先天性鼻粘膜或鼻血管異常。

三、鼻出血之初步處理，在病患未送到醫院前可先作以下之處理：

㈠儘量使病人保持安靜與輕鬆之心情。

㈡儘可能使病人採坐姿，稍前傾且將口打開使血塊能吐出以防止吞入。如此可知流血量和避免胃刺激引起嘔吐。

㈢在頸部背面及鼻背部冷或冰敷。

㈣輕壓兩側鼻翼數分鐘亦可止血。

㈤儘快後送醫院止血及進一步之檢查。

四、病患送到醫院後之處理與檢查：

㈠迅速止血：

1.無法安靜可用藥物控制。

2.密切注意病人血壓之變化，呼吸情況。

3.如須要應補充體液及血液，甚至氣管插管。

4.利用止血藥物塗抹出血部位。

5.壓迫或填塞法止血。局部亦可用燒灼。

6.若是大量出血而無法止血可做血管結紮手術或栓塞。

㈡止血後仍須找出出血原因，正確診斷並作正確處理：

1.詳細詢問病史。

2.根據出血部位可約略判斷出血原因。

3.對於血壓及心臟血管疾病之評估。

4.血液學之分析。生化學之檢查。

5.其他原因之尋找如外傷、發炎、腫瘤等。

五、結論：雖然鼻出血是非常普遍，且大多爲不具傷害性的疾病，但由於其可能致死且有很多潛在性之疾病，如鼻咽癌鼻腔腫瘤，白血病或其他全身性疾病等會因鼻出血就醫而被發現。因此對於潛在性疾病若能早期發現早期治療，對存活率的提高與疾病的預後都有很好的結果。所以對於鼻出血應抱持謹慎小心的觀念，早日就醫詳細檢查診斷與治療，絕不可掉以輕心，很多疾病就是因此而延誤治療。

常見的耳鼻喉科急診

耳鼻喉科　撰文　蘇祐嘉　醫師

校閱　蘇茂昌　主任

屬於耳鼻喉科急診的範圍裏，有些是眞正地在短時間裏會危害到病人的生命安全。有些雖不致於影響到病人的生命安全，卻足以造成極度的不適與煩惱。底下是一些常見而需要短時間內處理的耳鼻喉科急診：

一、氣道阻塞：當一個人呼吸停止三分鐘，就可能引起腦細胞有5％因爲缺氧而成爲不可逆的壞死，如果5分鐘沒有呼吸，那麼腦細胞的不可逆性病變會高達15到20％。雖只差兩分鐘，卻嚴重到足以形成植物人。所以氣道阻塞是一項與時間競賽的急診，不單是醫護人員要熟練急救的技術，一般的民眾也都應該具備急救的常識。因爲在發生意外時，極難將病人在三、五分鐘內送到醫師手上，唯有先行急救，爭取時效，才能挽回寶貴的生命。目前被公認最有效的急救方法是「口對口人工呼吸法」或「口對鼻人工呼吸法」。要强調的一件事是，除了溺水的患者，必須先拍出肺內的水，再做口對口人工呼吸外。其他任何種類的呼吸道發生問題，在這緊急時刻，絕不考慮要先除去氣道堵塞物，應即時做口對口人工呼吸。因爲盡管有異物在氣道，只要把異物用力吹進下氣道，雖異物梗在一側的肺部，卻也保留了另一側的肺可以暫時呼吸。此時再送醫院耳鼻喉科急診，做硬式氣管鏡將異物摘除，已不是什麼技術上的難題了。另外在口對口人工呼吸的同時，也要注意到心跳是否正常。一但心跳變慢或停止，則同時要做心臟按摩急救，大約每秒按壓一下。心臟按摩事實上所做的是胸外壓迫，增加胸腔內壓而間接壓迫心臟，而非心臟本體直接壓迫。其方法是在胸骨上直接做胸外壓迫，其力量必須夠强到頸部觸覺到有博動才是有效的。對於一個心跳呼吸都停止的人，則必須每心臟按摩4到5次，做一次口對口人工呼吸。上述「心肺人工復

甦法」是非常重要而有效的急救方法。

二、頭頸部出血：頭頸部任何部位的意外出血，其最簡單的止血原則就是出血點的壓迫止血，一般的小出血大都會止住。軟常見的「流鼻血」其多因鼻中隔前部的微血管叢出血，所以未送醫就診前，可先以沾溼的棉花塞住出血鼻孔，以食指、拇指按壓鼻翼兩側，頭部微仰，病人採坐姿，口內有血要吐出，一方面可知病人流血量，一方面可避免嘔吐，然後再送醫院處理。一般來講局部按壓5至10分鐘，大都可自行止血。至於頭頸部的大出血，常見的是頸大動脈出血，多因嚴重的器械傷害如刀傷、鎗傷所致。從頸大動脈分支出來有內頸動脈，其負責腦部的血液循環，因此發生大出血時，腦部即會缺氧，其後果與呼吸停止、缺氧一樣。所以急救時效也是三到五分鐘而已，必須即時壓迫止血，送往醫院急救。前面提到頭頸部出血最簡單的止血原則是出血點的壓迫，但是有一例外：就是外傷性的耳部出血，這時千萬不要加以填充敷料止血，而相反地是要做引流，因爲耳部外傷出血時，有顳骨裂傷的可能性，或其他頭骨複雜的骨折合併顱內出血時，耳部出血是最好的引流道，如果加以堵塞止血，可能適得其反，演變成顱內血腫形成，壓迫腦組織，平常對於外傷性耳部出血者，我們一般都只在外耳道放置消毒過的小紗布輕塞，出口置放一個消毒過的棉花。其目的不是在止血，而是要吸出耳道內的血液，另方面可以防止外界細菌的逆行性感染，以避免導致腦膜炎等合併症。

三、耳鼻咽喉異物：耳部及鼻部的異物常見於小孩子把小珠子、小扣子塞進耳道或鼻腔內。發生當時，及時發現、及時送醫處理當沒問題。但有些小孩卻不敢或不會告訴父母，導致異物停留在鼻孔內過久，引起局部感染發炎，以單側流惡臭膿鼻涕表現，讓父母誤以爲是一般的感冒、上呼吸道感染，而卻一直治療不好，偶然在耳鼻喉科門診當中，才得以發現鼻道異物的存在。所以在小兒門診中，碰到主訴單側流惡臭膿鼻涕時，應該懷疑到鼻部異物的可能。至於成人耳朵常見的異物，則是昆蟲之類。處理方法，以油類溶液滴入耳道內，將昆蟲悶死，再找耳鼻喉科醫師取出。咽部異物則屬魚刺最多了，大多卡在扁桃腺或是舌底等處，一般在食道入口部位以上的異物，大部可在耳鼻喉科門診取出。至於卡在食道的異物，則須做食道鏡才能予以取出。較爲圓滑的食道異物如硬幣、鈕扣之類，若是掉進胃部，除非病人胃腸道有異常，否則絕大部份部能隨著大便排出，故絕不可開肚取異物。至於氣道異物，也是以小孩子爲多，異物多屬花生乾果之類。由於三歲以下小孩臼齒大多尚未發育完全，無法將花生磨碎，滿口的花生呈分散狀，談笑嬉戲間易將食物嗆進氣道中。或是感冒咳嗽的病人在咳嗽之前會有吸氣的動作，此時也容易將嘴巴裏的食物吸入。在造成氣道異物的當時，病人通常都會有劇烈的咳嗽，此乃一種反射的本能，欲將異物咳出。若無法咳出，造成氣道阻塞，會有呼吸困難及發紺的現象，此時宜行口對口人工呼吸，然後速送醫院急救。(食道和氣道異物另有專文討論)。

四、耳鼻喉的急性炎症：急性炎症的特徵就是紅、腫、熱、痛。發燒及疼痛往往是急診中最常見的主訴。常見的疾病有：急性外耳炎、急性中耳炎、急性扁桃腺炎、及嚴重的併發耳後膿瘍、扁桃周圍膿瘍等。急性中耳炎多爲感冒、上呼吸道炎症的續發，常發生於5歲以下的小孩。發燒、耳痛、耳漏及重聽等爲常見的症狀。治療上給予抗生素治療十天，另外給予止痛藥及抗組織胺輔助藥物。更重要的是腫脹的鼓膜適時予以切開排膿，以利緩解病程。急性中耳炎若未能適時徹底治療，常易併發耳後乳突炎，造成耳後膿瘍，外觀可見耳翼突出，乳突部發紅膨脹，此時也應立即給予切開排膿，以免併發更厲害的骨膜下膿瘍、腦膜炎等危險併發症。至於急性扁桃腺炎也是一種常見的急症，病人多主訴發高燒、咽喉痛、吞嚥疼痛、四肢關節痛及頭痛等，主因扁桃隱窩內的常在細菌所引起。若見有牙關緊閉、下頷角後方腫脹時，則通常不是簡單的急性扁桃腺炎，而是更厲害的扁桃周圍膿腫或側咽膿腫。治療上予以切開排膿及强力抗生素治療是必須的。綜合以上所述可知當有「紅、腫、熱、痛」等急性炎症的特徵時，應當要及時就醫，及時治療，切莫，一再拖延，及至病情嚴重受不了時，才要在半夜看急診，徒增困擾。

以上是一些常見的耳鼻喉科急診，另外尚有食道化學性灼傷、顎顏面外傷氣管食道異物眩暈以及流鼻血等另有專文討論，不再贅述。

耳鼻喉科外傷

急症

耳鼻喉科　撰文　吳允仁　醫師
校閱　蘇茂昌　主任

自從台灣進入工業社會，交通工具的發達及工業機械化，帶來外傷的比例也相對增加。而台灣地區機車之多，和騎士不注意安全帽的穿載，駕駛、乘座汽車不繫安全帶。也使顏面外傷的病患急劇增加。

一般而言，與耳鼻喉科有關的外傷可簡單區分爲：

(1)顏面外傷　(2)耳部外傷　(3)喉部、氣管外傷

以上乃就這三種外傷做一概括性介紹。

㈠顏面外傷：

可分爲軟部組織外傷和顏面骨折

①軟骨組織外傷包括臉部淤血、挫傷、鈍傷，撕裂傷等。另外頭部面部有四個重要結構：顏面神經，淚管，耳下腺管和眼瞼韌帶也要注意是否受損。

②軟部組織的處理，完全取決於初期完全處置。而傷口縫合的黃金時間在24小時內，因面部血液循環很好，故盡量少作擴創術並盡可能作第一次縫合。另外在縫合傷口以前，我們仍要仔細檢查上述四個部份。在確定沒有斷裂後，才可進行縫合。

③顏面骨折可分爲a)鼻骨骨折b)顴骨，弓骨折c)上頷骨折d)下頷骨折e)眼眶底部爆裂性骨折f)鼻骨、篩骨接合處骨折g)額骨、額竇骨折。

顏面外傷最常見的原因爲：

a)車禍：如汽車駕駛不繫安全帶，機車騎士不帶安全帽，路人被汽，機車撞傷等。

b)家庭意外傷害。c)意願性外傷：如自殺、打架等。d)運動傷害：如拳擊、空手道、跆拳道。e)工作傷害如被工作機器砸傷。f)槍傷、刀傷、動物(人)咬傷。

顏面外傷一般症狀如下：

a)鼻骨骨折：流鼻血、鼻根部腫脹、淤血、鼻樑蹋陷，鼻塞或鼻中膈彎曲。

b)顴骨、顴骨弓骨折：頰部平坦，眼眶周圍淤血，疼痛，眼眶下緣有階梯狀觸摸感，複視等。

c)下頷骨折：牙齒咬合不正、外觀變形、骨折處有鬆動感，齒弓蹋陷、牙齦裂傷、腫脹、淤血。

d)上頷骨折：咬合不正、臉部中段拉長，眼眶周圍淤血，上頷骨有浮動感，厲害者有腦脊髓液鼻漏。臉部麻木，眼球運動不良。

e)眼眶底部爆裂性骨折：眼眶淤血、複視、眼球內縮、流鼻向、眼球運動受限制。

f)額骨，額竇骨折：額骨塌陷、疼痛、腦脊髓液鼻漏。

㈡耳部外傷：

(1)耳廓血腫：可能由輕微的擦傷或碰傷引起。

(2)耳輪撕裂傷：將耳朵截斷的部位擠出血液後，置入冰的食鹽水中，極可能愈早接回原來的耳朵上，可得較佳的預後。

(3)耳膜破裂：如車禍、工業傷害、潛水運動、爆炸、氣壓性外傷、打傷、吻傷、意外掏耳朵等。

(4)顳骨骨折：最常見爲車禍引起的。症狀爲耳下或耳後淤血、鼓室積血、耳部出血、腦脊髓流耳漏、重聽、耳鳴、嘔吐、眩暈、顏面神經麻痺等。

㈢喉、氣管外傷：

最常見是車禍，其次如打架，運動傷害等症狀有聲音沙啞、吞嚥痛、皮下氣腫、局部疼痛血腫、呼吸困難等。

處理原則：

外傷病人在送到醫院時，首先需要察看有無局部外傷，及可能發生的致命傷害，如頭部、胸部、腹部內臟等嚴重損害。把這些嚴重致命傷害

排除後，始可把治療焦點移到局部外傷。通常我們必需詳細檢查到①呼吸是否暢通？②是否有內部出血？③意識狀況，有否休克現象④頸椎有否受傷等。當這些致命的緊急情況控制住，或排除這些情況後，始可進一步的診斷治療。

診斷：

主要是藉助①病史的詢問②局部理學檢查③X-光學檢查。

治療原則：

顏面外傷，耳部外傷、喉、氣管外傷治療主要是以保守療法及手術爲主。而美觀上、功能方面的恢復是我們治療的目標。亦即是要使外傷後所引起的鼻塞、視覺不良、骨折、咬合不正、聽力障礙、聲音沙啞、呼吸困難、顏面神經麻痺等功能障礙和臉上的外觀回復到正常。

預防：

外傷性疾病最常見的原因是車禍，意外（家庭性）、運動傷害、打架、工作傷害等。有些人常逞一時之快、或貪一時之便，而忽略了潛在危險因素，以致造成難以挽回的傷害。俗語說：「預防勝於治療」。多一分預防，少一分傷害。因此平常我們就必需注意家庭與環境的安全。另外，日常生活中；騎機車帶安全帽，開車繫安全帶喝酒不騎機車，不駕車。勿靠近爆炸處（如放鞭炮），勿打小孩耳光。勿對情人耳朵親熱，運動或工作時的意外防護，勿打架等，都可保不必要的傷害減到最低。所以，有了上述的認識才能使我們的傷害減至最低。

食道氣道異物

耳鼻喉科　撰文　鐘大振　醫師
校閱　蘇茂昌　主任

食道氣道異物是耳鼻喉科常見的急診，早期診斷及治療以免引起不必要的併發症是必需的。現將食道和氣道異物分開來討論。

甲、食道異物：

一、病因：在小孩方面，常是因爲大人的疏忽及小孩子的無知，小孩常因狼吞虎嚥的壞習慣而吞入異物。在大人方面則多半於不經心吃嚼之際意外吞入。年長者或帶假牙者因口內感覺遲純而誤吞。職業關係常含東西於口中不慎吞入或自殺。食道異物的種類：小自針頭、魚鈎、硬幣，大致骨頭、假牙、牙刷…等等都有發現過。

二、症狀：吞嚥疼痛、吞嚥時持續異物感、吞嚥困難、頸部疼痛或痛至胸部與肩膀；在嬰兒則有下列症狀：無清楚病史、每次吞嚥即哭叫、流口水、甚至食物迴流或嘔吐。

三、診斷：除病史、症狀方面、還可作如下之檢查：㈠放射線檢查：可照頸部及胸部之正面或側面 X光、吞鋇劑或其它顯影劑後照 X光攝影。㈡硬式食道鏡檢查：食道鏡爲檢查及治療之工具，在所有已知或懷疑有食道異物之病患，皆應使用硬式食道鏡檢查。

四、處理：因異物嵌塞食道中的部位及程度而有不同。㈠絕大多數皆可用硬式食道鏡摘除異物。㈡頸部食道切開術。㈢經胸部食道切開術。後二種方法非常非常少用，除非病人頸部彎曲或駝背不能用硬式食道鏡取出時，才以開刀方法取出。如果異物自然通過食道，除非病人有胃腸道異常，不然，一定可以自然在 2 至 3 天後從肛門排出。

五、併發症：食道異物所產生的結果：㈠安全自然地通過食道。㈡通過食道，但留下傷害的痕跡。㈢發生食道嵌塞及可能有死亡的危險。㈣食道嵌塞後，異物侵蝕食道及附近氣管、主動脈等組織、造成食道狹窄及瘻管。㈤食道發生穿孔，發炎、化膿而有致命的危險。

乙、氣道異物

一、病因：最常見的是花生米、瓜子等，常見於三歲以下的小孩子。喉及氣管是空氣進入肺葉必經之道，除空氣之外，對於其它異物，氣道皆會予以嚴厲的拒絕，因此有咳嗽的反射。若有異物掉入氣道，喉部會關閉阻止其進入。但當人們大哭、大笑、說話、跌倒或用力吸氣時，口中的食

物就很容易混著空氣，在聲帶關閉不及的情況下被吸進氣道，而形成氣道異物。

二、症狀：嗆到、咳嗽、發甜、喘鳴、呼吸困難及聲音異常等症狀。

三、診斷：除了病史、症狀外，尚可作如下之檢查：㈠放射線檢查：胸部之正面或側面 X光片可看出不透性異物(如金屬…)；但若 X光正常，常不能完全排除有氣道異物之可能性（可透性異物，如瓜子…），只是未發生支氣管反應或阻塞而已。㈡硬式支氣管鏡檢查：不但可作檢查，且爲治療之工具。

四、處理，3％之氣道異物能自然咳出，但大部份需求醫處理，一旦發現或懷疑氣道中有異物時，應儘早作硬式氣管鏡檢查以便摘除。而其治療則有：㈠硬式支氣管鏡摘除術：99％以上之吸入性異物可以支氣管鏡摘除。㈡開胸手術非常少見：有下列情況時考慮：1.異物嵌塞厲害。2.異物位於周邊支氣管或肺實質內。3.異物爲針狀物，有穿破肺部或氣管之可能時。

五、併發症：依氣道異物之位置而不同：㈠喉部：此處之異物會阻塞呼吸道，迅速造成喉部浮腫，甚或死亡。㈡氣管：此處異物若較大，亦爲造成呼吸道阻塞、呼吸困難。㈢主支氣管：因異物只阻塞一側主支氣管，病人仍可以用另一側之肺呼吸，較不緊急。但患側可能引發阻塞性肺氣腫、縱膈腔移位，自發性氣胸、肺膨脹不全、肺炎、肺膿瘍等併發症。

古人有云：「如硬在喉，去之而後快。」可知食道和氣道異物是很痛苦的。預防勝於治療，平常我們應注意如下一些細節：㈠食物中最好不要有小骨頭。㈡吃飯時要細嚼慢嚥。㈢不滿三歲的小孩子不要讓它吃花生或其它含有核仁的糖果。㈣把一些小東西如小鈕扣、種子、大頭針等收拾好放在小孩子拿不到的地方。㈤不要讓小孩子把一些小東西如硬幣含在嘴裏。㈥避免含著東西跑跳或說話。㈦定期看牙科醫師，把假牙調整好。㈧睡覺或躺著時，口中不要含著食物。㈨口內有東西時，不要讓小孩子笑鬧或玩耍。

誤吞異物時也不要太緊張，絕對不要大口吞飯或喝醋等企圖讓異物吞下。吸入異物若有咳嗽、喘鳴、呼吸困難等症狀時，都應趕快找耳鼻喉科醫師，用最迅速、最簡便的方法拿出異物，使患者的痛苦和併發症減至最低的程度。



耳鼻喉科　撰文　蕭元章　醫師
校閱　蘇茂昌　主任

造成食道灼傷的原因很多，有電擊傷、燙傷、化學性灼傷等等，但是，化學性腐蝕藥劑所引起的食道狹窄症則佔百分之九十以上。日常生活中常用的化學性腐蝕劑有：食用酸鹼類包括黑鹼(K_2CO_3)、白鹼(Na_2CO_3)、冰醋酸；農藥用的硝酸、王水等。若不幸誤，食則會造成會道灼傷。

食道灼傷的受傷型態，以食道壁受損的深淺來做分級。强鹼所引起的是組織液化性的壞死（Liquefactive Necrosis)，一般常會造成較深層組織的損傷，導致全食道壁的灼傷，對重症而言有易於引起早期穿孔之慮。而强酸則引起凝固性壞死(Coagulative Necrosis)，所造成的則是後期於胃，十二指腸部的狹窄或穿孔。

我們對於急性腐蝕性食道灼傷的處置，有六重點，包括：(1)保持氣道之通暢，必要時宜採氣管切開術；(2)留置鼻胃管，可抽出殘留的化學藥劑成確知誤服藥劑的化學性質，灌以中和藥劑，否則皆灌以蛋白及濃牛奶。(3)調整體內的酸鹼度及電解質及營食補給。嚴重急症患者可能發生休克或腎衰竭等合併症，因此需這方面的內科專家來治療。(4)常規做胸部及腹部的一般 X光片檢查，以俾早期發現有無合併症；至於食道造影術對於急診者沒有用處，反而會刺激黏膜或對穿孔症者導致顯影劑置留。而食道鏡檢在急性期的目的是在於診斷灼傷之有無；因此必須在意外發生後四十八小時以內，於全身麻醉下施檢，一旦見到病灶就得取出。(5)抗生素治療：因爲口腔及食道

粘膜皆有潰爛，很容易發生感染，投予抗生素以預防感染。(6)類固醇治療：一般使用Prednisolone，每天20mg，持續服用三週，於第四週開始減少乃至停服。

有關食道擴張術的施用，無論是急腐蝕性食道灼傷或慢性狹窄症，目前皆採用相同的方法：(1)先置入鼻胃管7天，抗予抗生素及類固醇；(2)第8天開始做經口食道擴張術。逐日不斷地做食道擴長術以Hurst Bougie或Maloney Bougie水銀橡皮擴張器，由Fr.16號開始，由管徑小至大直到男性成人Fr.40號；婦女擴張到Fr.36號；小孩子則依年齡而不同，一般到Fr.26號即可。開始逐日擴張至最大管徑，接著每隔一天一次，持續一週，以後每週兩次，以此類推，兩週一次，三週一次，每個月一次。全部擴張治療過程約需四個月。病情穩定者，可教家屬訓練患者在家做擴張術。(3)我們可以採用食道鏡下用Jackson Bougie的擴張，如果經口擴張術無法達到預期效果：亦可採用 Tucker Bougie(梭形擴張器)來做逆行性的食道擴張，施用於在懷疑多處狹窄食道或者是不合作幼兒患者。

外科治療法的適應症如下：(1)對於急診病例，要將已廣泛灼傷的食道切除是不太可能。(2)慢性狹窄患者，若擴張失敗，有穿孔可能者，或食道本身已喪失其功能。(3)對於合併症的治療往往需靠外科手術來完成，如有穿孔時則需引流或縫合，爲了進食做胃造瘻、迴腸造瘻或氣道食道瘻管之縫合，幽門狹窄之手術、等等。

俗話說：「預防勝於治療」對於食道灼傷的防範，應從腐蝕性藥物的立法管制，安全包裝，顯目的標籤；加强衛生教育；防止小孩誤食以及成人以此爲自殺手段。而治療化學性食道灼傷應需要團隊的合作，包括耳鼻喉科，內科、外科、小兒科及精神科醫師們通力合作。



這次的中山醫刊輪到耳鼻喉科、眼科、開刀房和急診室四科合編。由於其他科醫師比較忙，所以大部份稿件皆由耳鼻喉科醫師撰文。

韓建中總醫師介紹耳科常見的中耳炎，讓我們對中耳炎有更深一層的認知。尤其現在中耳顯微手術的進步，更使我們對中耳炎的治療效果具有無比的信心。

董盛洋總醫師的聽力障、耳鳴、眩暈提醒我們，很多的此類疾病都可以用藥物或開刀治療。而詳細的檢查以便找出病因是絕對必要的。更重要的是，新生兒有聽力不好時，必須早期查出，早期治療，以免變成"聾""啞"。而且很多噪音或藥物引起的聽力障礙，都是可以事先預防的。

楊元勳主治醫師詳述了腦人的鼻塞，便我們知道，鼻塞是可治之症。

林鎮南主治醫師爲我們敘述了一種困擾病人和醫師的疾病－呼吸絕息症候群。使我們對打鼾的人不再認爲是一種必然的症狀，而是很多潛在疾病的表徵。必須儘快治療，否則會引起心肺功能不好，頭昏腦脹…等一大堆併發症。

吳文豹醫師描述常見的喉嚨疾病，喉嚨痛和異物感必需先找出病因，才能正確治療。

洪宿桓醫師所寫的深頸部感染，是一種較嚴重的感染疾病，以現在醫療技術是絕對可以治癒的。除非病人自己掉以輕心，不尋求治療。

洪振民醫師爲我們講解了難纏的"啞音"問題。提醒我們預防勝於治療和早期治療是必須的。除了藥物之外喉頭顯微手術合併 CO_2雷射的使用，使得很多此類疾病可以得到非常好的治療效果

陳宗琨總醫師介紹了頭頸部腫瘤，再次提醒我們頸部有腫瘤，一定要先找耳鼻喉科醫師做詳細檢查及接受正規治療。而且，除非不得已，否則，絕對避免做頸部切片檢查。

本人簡單說明顏面神經麻痺的常見病因和治療方法。尤其對於全顏面神經減壓術，本科已完成四例，效果良好，使我們對於處理此類病人，有著無限的自信。

蘇明忠醫師告訴我們，流鼻血是一種症狀，必須找出其病因對症治療。而小孩子流鼻血時，父母也可以在家裡先行止血，再帶到醫院治療，不必惶恐驚慌。

蘇祐嘉醫師，吳允仁醫師，鐘大振醫師和蕭元章醫師，他們介紹了大部份的耳鼻喉科急診。最重要的，讓我們瞭解，預防勝於治療。萬一不幸得病，一定要循正途治療，切莫胡亂投醫，引起不必要的合併症。

非常謝謝這麼多醫師的投稿和各位編輯的辛苦，使得本期得以如期出刊。更謝謝那些在幕後支持我們的各位同仁。我們也要感謝那些發時間看完這些文章的女士先生們，由於他們的不嫌棄，才是我們努力的原動力。

私立中山醫學院附設醫院　民國七十九年八月份

到離職員工名單

(A)到職員工共計22名

㈠醫事部－(1)醫　師：8名－羅高立、張國立
姜秀怡、王昌瑜
張維眞、洪建銘
呂宗學、應宗和

(2)病理科：1名－李億如

(3)護理科：9名－陳翠蘭、林綉琴
李美君、鮑幼華
張白燕、劉樹琪
賴玉津、楊鈞圭
蕭小美

㈡管理部－(1)職　員：3名－廖素玲、黃印禪
林淑芬

(2)工讀生：1名－楊淑珍

(B)離職員工共計18名

㈠護理科：9名－黃貝琴、許瓊姿、李麗紅
林蕙娟、張雅琳、陳春惠
蘇燕梅、何秋詩、楊淑惠

㈡醫學部：6名－(1)內　科：1名－黃效忠

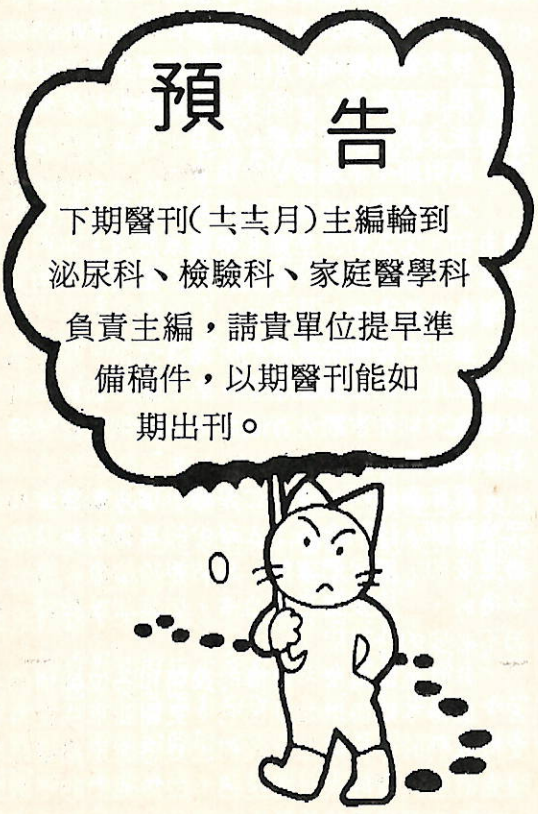
(2)眼　科：2名－黃雍穆
陳旭志

(3)家醫科：2名－孫雪誠
程翼林

(4)婦產科：1名－易文仁

㈢管理部：(1)職員：2名－張純純、黃印禪

(2)工讀生：1名－黃蓮珠



中山醫刊　第七卷第二期　編號：No.037
Chung Shan Medical News
董事長：周汝川
發行人：周明智
編輯委員會：
主任委員：周明智
主　　編：蘇茂昌
執行編輯：陳文貴
編　　輯：周嘉琍、賴津美
美術編輯：周嘉琍
發行業務：周明仁、陳文貴、周嘉琍、賴津美
中華民國七十九年十月二十日出版
院　址：台中市中港路一段23號
行政院新聞局發記證局版台誌第4483號
印刷廠：穎弘文具印刷有限公司
廠　址：台中市建成路670號