

出國報告（出國類別：開會演講）

# 第 10 屆國際珍珠瘤暨耳科手術大會 出席演講返國報告書

服務機關：國軍桃園總醫院

姓名職稱：郭錦龍 少校軍醫官

派赴國家：英國

出國期間：105 年 06 月 05 日至 06 月 08 日

報告日期：105 年 07 月 07

## 摘要：

「第 10 屆國際珍珠瘤暨耳科手術大會(Chole 2016)」於今年 6 月 5 日至 8 日在英國蘇格蘭愛丁堡舉辦，這是 4 年才舉辦一次的世界大會，也是耳鼻喉科界歷史最悠久的國際會議之一。

在各國耳鼻喉科極力爭取以國家名義於大會中主辦研討會的情況下，台灣當然也不能缺席。台灣由台北榮總王懋哲醫師、臺北市立聯合醫院吳傳頌醫師、台北榮總神經醫學中心腦血管科 Nancy Chang 研究員及職共四人組成代表團，我們主辦的研討會主題是「以族群為基礎之耳科流行病學研究(Population-based studies in otologic epidemiology)」。

這次代表團原本是由台北榮總耳鼻喉部主任蕭安穗教授領團帶隊，由於臨時有要事而無法前行。

此外，本次會議之議程安排有多元化且內容豐富的議程，對於耳鼻喉科醫師而言是非常難得的學習機會。此外，本次會議除了發表口頭專題醫學論文，同時與他國學者進行學術交流，充分吸取醫學新知，對本職學能之精進獲益甚大。

# 目 次

壹、出席目的.....	2
參、會議過程.....	4
肆、會議心得.....	9
伍、建議事項.....	10

## 壹、出席目的

職與台北榮總耳鼻喉部部主任蕭安穗教授很榮幸受到「第 10 屆國際珍珠瘤暨耳科手術大會(Chole 2016)」大會會長 Matthew Yung 教授的邀請(右圖)，成為國際科學委員會(International Scientific Committee )成員之一。這個會議是每 4 年才舉辦一次的世界耳科大會，可說是國際上最高等級的耳科世界大會，受到各國耳鼻喉科醫師的高度重視。此次會議於今年 6 月 5 日至 8 日在英國蘇格蘭愛丁堡舉辦。

愛丁堡(Edinburgh)是英國蘇格蘭首府，在英國也是僅次於倫敦的第二大金融中心及第二大旅遊城市，全市人口近 50 萬人。愛丁堡被公認為全歐洲最美的城市之一，它有著悠久的歷史，許多歷史建築亦完好保存下來。此外，這裡有一間非常特別的咖啡廳叫作「大象的房屋(The Elephant House)」，英國作家 J.K 羅琳就是在這間咖啡廳完成哈利波特的第一本小說。現在這間咖啡廳已然成為「哈迷」必訪的重要景點。

應大會會長的邀請，我特別向北榮蕭安穗主任、台灣耳鼻喉科理事長蕭自佑教授提案，以台灣的名義在大會中主辦一場研討會(theme symposium)。我提議的主題是以台灣健保資料庫來探討耳科領域的重要議題，獲得兩位教授的支持及大會會長的高度肯定，因為健保資料庫是台灣在世界上一項珍貴的研究資產。

台灣代表團由蕭安穗教授擔任團長，台灣的研討會場次在 2016 年 6 月 8 日上午 8 點至 9 點舉行。主題是「以族群為基礎之耳科流行病學研究

(Population-based studies in otologic epidemiology)」。共有 3 位醫師一位研究員與會報告。在各國醫學會極力爭取以國家名義於大會中主辦一場研討會的情況下，這場以台灣為名義的研討會能夠被 4 年舉辦一次的世界大會接受實屬不易，對於台灣學術地位及曝光度有相當程度的提升。可惜的是，這次代表團原本是由台北榮總耳鼻喉部部主任蕭安穗教授領團帶隊，由於臨時有要事而無法前行。

台灣由北榮神經醫學中心 Nancy Chang 研究員(左一)、北榮王懋哲醫師(左二)、臺北市立聯合醫院吳傳頌醫師(右一)、及本人(右三)組成代表團。左三為會議主席 Kelly 教授。特別感謝林口長庚醫院耳科陳錦國主任(右二)特別到場為大家鼓舞打氣，還全程提供攝影支援，為力拼這場戰役的每位團員留下最美好的回憶。

身為台灣醫師的一分子，期盼有興趣的醫師共襄盛舉！在這場世界大會中，可以看到世界各國耳科專家目前正在專研的熱門主題，亦可以從中學習耳科最新的知識與新發展的手術技巧。在忙碌的臨床工作上，參加國際會議絕對是臨床醫師出國放鬆、釋放臨床壓力的大好機會，何況還是全歐洲最美的城市。

## 貳、會議過程

本次大會安排的內容十分豐富，包括教育演講課程、討論型會議(如：Lectures、Panel Discussion 及 Symposium 等)及研究論文(Free paper)。本次大會講者均是目前相關醫學領域的菁英學者。職很榮幸受邀口頭論文發表，並全程參與議程，對本職學能之精進獲益甚大。此外，職所發表之論文內容於會中受

到熱烈的討論，並受到與會學者的肯定，足見台灣耳鼻喉科醫學品質已經提昇至國際級水準。

原本我希望所有講者都一起坐在台上，就像圓桌會議(Round Table)的模式，增加每位講者的曝光度，但是 Kelly 教授希望只要主席和主持人兩人在台上就好。其實這兩種模式都可以，端看主席和主持人如何協調會議進行模式。

在每位講者的努力下，這場以台灣為名義的研討會獲得在場觀眾的肯定與讚賞，會議中各國學者爭相提問討教，會議結束後仍有諸多學者向台灣講者請益，甚至討論後續的國際學術合作。這次台灣代表團的完美表現，讓大會會長 Matthew Yung 教授特地寫了一封感謝函給我，讚揚每位學者為大會帶來珍貴的研究新知，並轉達諸多在場觀眾對台灣代表團的肯定。在此特別感謝團隊中每位講者的努力、為國爭光，大家的表現對於提升台灣學術地位及國際形象有相當程度的幫助！

在這場 4 年才舉辦一次的國際會議，大會相當用心準備每個場次的演講主題，各國學者更是輸人不輸陣，卯足了勁拿出自己的壓箱寶。也因此，三天的會議有相當多精彩的演講時段重疊，讓人舉棋不定，每場都想聽，無奈只能選擇與自己研究最相關的演講，其他的場次只能忍痛割捨。這次參加大會的還有三總耳鼻喉部王智弘教授、長庚耳科陳錦國主任、光田綜合醫院黃彰暉醫師。

除了自己的受邀演講以外，我特別有興趣的主題是耳鳴。總結本次大會所有耳鳴相關的演講，我的心得整理如次。

## 一、何謂耳鳴?

沒有外在聲源的情況下，所產生的一種主觀聽覺感受稱之為「耳鳴」或「腦鳴」。如果病患可以明確指出聲音出現在哪一側耳，稱為「耳鳴」，如果自覺聲音從大腦深部或遙遠的地方發出，則稱之為「腦鳴」，兩者本質上是相同的。耳鳴可以是間斷性或持續性，聲音種類可以是嗡嗡聲、嘶嘶聲、鈴鐺聲、吹哨聲等各式各樣的聲響，可以是單音或複合音，音量可能會變大聲或變小聲，聲音頻率可以是低頻或高頻(在 500~12000 赫茲之間)。耳鳴必須和幻聽(Auditory Hallucination)作區別，相對於耳鳴「單純的聲音」，幻聽是一種幻覺，患者會認為他們聽到有人在「說話」，但其實話語聲並不存在。幻聽是精神病的信號，例如：精神分裂症或躁鬱症。

## 二、鳴有多常見?

嚴格來說，耳鳴不是一種病，而是一種生理現象，有時候它更是疾病的警訊。成年人罹患耳鳴的盛行率大約 10%至 15%，以此估計，台灣約有 300 萬人有耳鳴的困擾。根據經驗，耳鼻喉科門診約有 10-30%患者是因耳鳴而就醫。男性較易出現耳鳴，抽菸的人似乎也比較容易罹患耳鳴。臨床的觀察發現約有 2 至 3 成的病人會被耳鳴所困擾而就醫，這種情形稱為困擾性耳鳴(bothersome tinnitus)。總體而言，約有 25%的耳鳴患者自覺耳鳴嚴重程度會逐年增加。

### 三、原發性耳鳴(或稱腦鳴)

傳統上，將耳鳴分類為他覺性耳鳴及自覺性耳鳴兩類，但就治療而言，這種分類幫助不大，以發生原因來分類比較有意義。就發生原因而言，耳鳴可以分為原發性耳鳴和次發性耳鳴兩種。原發性耳鳴是由於聽覺系統或聽覺路徑受損造成的，聽覺系統受損的原因可能和年紀增加所導致的神經退化有關，也可能是不明原因所導致的突發性而聾，絕大多數病人聽覺路徑受損的部位在內耳的耳蝸或耳蝸神經；如同高血壓、糖尿病這類慢性病一樣，這類的耳鳴臨床上雖然不見得能夠完全根治，但經過適當的治療或聽覺復健，症狀是可以控制、改善甚至消失的。治療策略以緩解耳鳴對病人生活上的負面影響，包括疲倦、壓力、焦慮、易怒、注意力無法集中、記憶變差、憂鬱、恐懼及失眠等。想對地，次發性耳鳴則往往有特定病因，只要將病因移除，耳鳴是絕對有機會完全根治的。造成原發性耳鳴的理論有很多，主要可以分為「生理性耳鳴(physiological tinnitus)」、「初級聽皮層頻率拓撲圖結構(tonotopic map)重組」、「神經可塑性(Neuroplasticity)」及「耳鳴開關器(gatekeeper)」損害理論等四大理論。

### 四、次發性耳鳴

#### (1)耳源性耳鳴

次發性耳鳴是因為特定病因造成的，只要移除致病因素，耳鳴是有機會完全根治的。次發性耳鳴可以分為耳源性及非耳源性。耳源性包括：耳垢、外耳異物、耳膜破裂、慢性中耳炎、珍珠瘤、聽小骨斷裂、耳咽管異常、耳硬化症、美尼爾



氏症、聽神經瘤等。有些病患聽到的耳鳴聲音其實只是耳垢阻塞，耳垢的碎屑在耳膜上滾動，導致耳鳴的聲響，只要移除耳垢，或以藥水溶解耳膜上的碎屑，耳鳴即可消除。耳膜破裂、慢性中耳炎、珍珠瘤和聽小骨斷裂都是中耳的病灶，經過手術都有機會改善耳鳴的情形。

## (2)非耳源性耳鳴

非耳源性包括：顱內腫瘤、鼻咽腫瘤、動脈瘤、動靜脈瘻管、動脈硬化、貧血、甲狀腺功能異常、高血糖、高血脂、高血壓、胃食道逆流或咽喉逆流、顱顎關節症候群、頸椎關節病變、過敏性鼻炎及神經方面疾病等。鼻咽部的腫瘤壓迫到耳咽管可以引發耳鳴，所以耳鳴病患一定要接受鼻咽部的檢查，尤其單側的耳鳴。高血壓的病人可能會聽到靜脈哼鳴聲(venous hums)，它是一種慢速的、低頻的聲響，這種靜脈哼鳴聲的特色是隨著頭部的轉動或身體的活動聲響會暫時變小或甚至消失。靜脈哼鳴聲也可能出現在頸靜脈竇高位(high jugular bulb)的病人。頸靜脈竇是正常結構，它是上頸靜脈的擴張部分，如果頸動脈竇過度延伸到中耳內，高於內聽道底部或鼓膜環(tympanic annulus)，則稱之為「頸靜脈竇高位」。在耳鏡上可以看到高位的頸靜脈竇是平滑，凸起，帶藍色的腫塊，不同於血管瘤的脈動性紅色腫塊。

中耳相關疾病或神經學疾病也會引起不規則、快速脈動性耳鳴。例如：多發性硬化可能導致由第 5 對腦神經支配的鼓膜張肌(tensor tympani)和第 7 對腦神經支配的鐮骨肌(stapedius muscle)出現肌陣攣(myoclonus)而引起耳鳴，患者

也可能因為這些肌肉痙攣自覺聽力損失或或耳悶。耳鏡檢查可能偶爾看見律動性的耳膜，聽阻聽力檢查(Impedance Audiometry)是有效的診斷工具，手術切斷鐮骨肌和鼓膜張肌是有效的治療方法。此外，多發性硬化、腦幹血管疾病或代謝方面的神經學疾病也可能導致附著在耳咽管開口的腭肌(palatal muscles)的肌陣攣(myoclonus)引起不規則、快速的震動或點擊聲響(Vibration or clicking noise)，檢查時應查明是否有這些相關的疾病。

研究發現大腦聽覺皮層中富含血清素(serotonin)和 $\gamma$ -氨基丁酸( $\gamma$ -aminobutyric acid, 簡稱 GABA)受體，血液中這些神經傳導物質過低也可能導致耳鳴的發生。研究發現血液中多巴胺(dopamine)過多也和耳鳴的形成有關。血清素(serotonin)神經傳導物質過低也容易導致憂鬱症的發生，這或許可以部份解釋為什麼許多耳鳴病人最後會出現憂鬱症或焦慮症的情形，也可以解釋有些人聽力正常或短暫聽力受損恢復後，耳鳴仍然持續的原因。

耳鳴不盡然是一種疾病，它可能是大腦神經過度活躍的生理現象，更可能是某種疾病的警訊，提醒病患有所警覺。耳鳴預後不差，只有約二成病患需要治療，超過一半的病人可自動緩解甚至消失。次發性耳鳴的病患，去除致病因有機會完全消除耳鳴。專業人員對病人正向的、堅定的解說及心靈上的支持所達成的療效，甚過何藥物的治療。

## 參、會議心得

本次會議行程相當緊湊，豐富的會議內容，讓人留下許多心得與感想，茲整理節錄如下：

- 一、 本次醫學會完美成功地舉辦完成，與會的各國醫師與學者，對主辦單位的用心安排均深表敬佩，亦對會議所在之愛丁堡留下非常美好且深刻的印象。大會的用心，值得我們學習。
- 二、 本次大會組織委員會計劃提供多元化的耳鼻咽喉頭頸外科的廣泛問題之科學解決方案。從全球的專家以及專題演講和專題討論會，職學習到很多新的知識，並瞭解到全球耳鼻喉科目前最新的研究發展。在一般性會議，職可以和許多醫師及著名學者，分享經驗和知識，並藉此加深彼此的友誼。
- 三、 本次會議成功的經驗，讓我們了解，積極舉辦會議帶來許多正面效益，不僅推廣學術交流，也可大力擴展國軍醫院正面的形象，值得參考。
- 四、 感謝台北榮總王懋哲醫師、臺北市立聯合醫院吳傳頌醫師、台北榮總神經醫學中心腦血管科 Nancy Chang 研究員百忙之中接受錦龍的懇託，一起組成這次的代表團，沒有他們的鼎力支持，這次的會議便無法順利舉辦。也要感謝台灣耳鼻喉科醫學會理事長蕭自佑教授的支持，賦予錦龍這次組團的機會。更要感謝北榮耳鼻喉部部主任蕭安穗教授的全力支持，讓這次的團隊能夠無後顧之憂的全力為國爭光。

五、 感謝軍醫局補助來回機票費用，減輕職參加醫學會的費用負擔。

## 肆、建議事項

職此次參與國際會議，吸收到許多醫學新知，也深深感受全球耳鼻喉科學的進步，也對台灣醫學水準得以齊等而感欣慰。此外對於臨床上的醫療困惑也得到解答，因此建議積極鼓勵醫師終生學習，加強臨床實務之外，亦需從事論文的寫作與研究，並多參加國際會議以吸取新知拓展視野。

## 附錄(一)

**Objective:** Cholesteatoma is a locally invasive condition; however, a comorbidity of depression could be a risk factor of systemic morbidity and mortality. A relationship between cholesteatoma and depression has been observed in clinical practice; however this link has not been firmly established in the literature. This study sought to estimate the risk of developing depressive disorder (DD) following diagnosis with cholesteatoma.

**Methods:** In the study, we analyzed data from the Longitudinal Health Insurance Database of Taiwan. A total of 1820 patients newly diagnosed with cholesteatoma between 1997 and 2007 were included with a comparison cohort of 9100 matched non-cholesteatoma enrollees. Each patient was followed for 3 years to identify the subsequent development of DD. Cox proportional hazard regression analysis was performed to compute adjusted 3-year hazard ratios.

**Results:** Of the 10,920 patients in the sample, 53 individuals (2.9%) from the cholesteatoma cohort, and 149 (1.6%) from the comparison cohort were subsequently diagnosed with DD during the 3-year follow-up. The incidence of DD per thousand person-years was approximately twice as high among

patients with cholesteatoma (9.86) as among those without cholesteatoma (5.50). After adjusting for potential confounders, patients with cholesteatoma were 1.69 times (95% CI = 1.21-2.36,  $P=0.002$ ) more likely to suffer from DD within 3 years compared to those without cholesteatoma.

**Conclusions:** This is the first study to demonstrate a prospective link between cholesteatoma and subsequent DD within a three-year followup. Routine psychiatric screening among cholesteatoma patients is essential for the early detection and timely treatment of depression.

## 附錄(二)



