

出國報告（出國類別：進修）

研習「眩暈之診斷與治療」

服務機關：臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸部

姓名職稱：褚嘉慧醫師

派赴國家：美國

出國期間：2016/08/01-2017/07/05

報告日期：2017/08/15

摘要（含關鍵字）

頭暈或眩暈是臨床上相當常見的症狀，根據流行病學統計顯示，其盛行率可高達 10-15%，而年長者可能 90%以上都曾有過頭暈的經驗。簡單來說，頭暈或眩暈之病因可概分為兩大類：內耳性和中樞性，兩者預後差異很大，故鑑別診斷極為重要。然事實上要將兩者清楚地一切為二並不容易，尤其年長者，可能因本身慢性疾病外加多重藥物共同影響，造成頭暈或眩暈，臨床表徵相當複雜，也成為診斷與治療上的挑戰。本人自 2016 年 8 月起於美國加州大學洛杉磯分校(UCLA)醫學院 David Geffen School of Medicine 暨其教學醫院(Ronald Reagan medical center)耳鼻喉頭頸外科及神經內科研習頭暈、眩暈之診斷與治療，觀摩常見中樞及周邊前庭病變相關疾病之臨床診斷、藥物治療與手術治療。此次進修對於頭暈疾患之診察頗有幫助，未來可提供病患更好的醫療服務，並且將所學知識與經驗應用於臨床、教學與跨科合作研究。

關鍵字:：頭暈、眩暈、前庭

目次	頁數
摘要-----	1
目的-----	3
過程-----	3
心得-----	5
建議-----	6
附錄-----	7

一、目的

頭暈或眩暈是臨床上相當常見的症狀，根據流行病學統計顯示，其盛行率可高達 10-15%，而年長者可能 90% 以上都曾有過頭暈的經驗。人體維持姿態的穩定及平衡主要仰賴由視覺、前庭系統(包括前庭及三半規管)以及本體感覺系統輸入感覺資訊，在小腦進行整合。簡單來說，頭暈或眩暈之病因可概分為兩大類：內耳問題和中樞異常，前者多以真正旋轉型或移動型眩暈來表現、後者則可能以感覺不平衡或步態異常為表徵。頭暈或眩暈若伴有耳部症狀、或可藉由特定姿勢誘發，較可能是內耳前庭功能異常。若患者年紀較大、具抽菸、糖尿病、膽固醇等心血管疾病危險因子、或伴有其他中樞神經症狀，則偏向是中樞性眩暈，或也可能次發於某些內科疾病及其藥物所帶來之作用與副作用。另外，情緒障礙也可能引起頭暈，而且為數不少。

現實生活中，要十分清楚地將診斷一切為二並不容易，且許多患者可能因諸多因素造成頭暈或眩暈。年齡、多重藥物使用、心理和身理狀態交互作用，多種病因重疊，皆可能影響患者之臨床表現，也成為診斷與治療上的極大挑戰。此次進修目的在耳鼻喉科及神經內科研習頭暈與眩暈診斷治療，期望未來可以提供病患更好的醫療服務，並且將所學之知識及經驗傳承給年輕醫師。

二、過程

門診見習部分

本人自 2016 年 9 月起於美國加州大學洛杉磯分校醫學院(University of California- Los Angeles, David Geffen school of medicine)暨其教學醫院(Ronald Reagan medical center)跟隨神經內科 Dr. Baloh 教授和 Dr. Ishiyama 研習頭暈、眩暈之診斷與治療，修習常見中樞及周邊前庭相關疾病之臨床診斷、眼震電圖檢查、與眩暈藥物治療。

其中較特別的是以特殊設計之磁振造影(delayed intravenous-enhanced three-dimensional fluid attenuation inversion recovery DIVE-3D-FALIR

MRI)檢視內耳是否有疑似耳蝸水腫或圓囊、橢圓囊水腫等；有別於過去幾十年，診斷梅尼爾氏症(Meniere's disease)只能依照患者主觀症狀、輔以聽力檢查、觀察藥物治療後之反應來推論。此特殊設計之磁振造影可望做為未來診斷梅尼爾氏症(Meniere's disease)的客觀證據。另有進行中的隨機、雙盲臨床試驗，以偏頭痛藥物治療某些特殊前庭型頭痛患者之頭暈症狀。

手術觀摩部分

自 2016 年 9 月起於美國加州大學洛杉磯分校醫學院(University of California- Los Angeles, David Geffen school of medicine)暨其教學醫院 (Ronald Reagan medical center)手術中心，觀摩研習耳鼻喉科 Dr. Ishiyama 教授各式耳科及顱底手術。

中耳部分有常見的急慢性中耳炎、先天及後天膽脂瘤、乳突炎手術、外耳、中耳、顱底腫瘤手術等，大部分與台灣醫師治療之觀念類似但手術路徑不同。耳硬化症在亞洲相對較不常見，但在高加索人種居多的美國算是例行手術，幾乎每周都可以看到數例鐙骨足板切除併人工聽小骨置入。

梅尼爾氏症亦然，且病情嚴重、藥物無法控制之頑固型眩暈、中重度感音性聽力障礙患者明顯較多，故這一年當中亦很幸運地觀摩了數次迷路切除術同側併人工電子耳植入、選擇性前庭神經截斷手術等。

特殊病例討論會及顱骨研究

除門診及手術室觀摩之外，亦固定參加每周一次之特殊頭暈病例聯合討論會，由數名神經內科及耳科醫師提出少見病例、最近遇到之棘手病例、轉診病例或診斷不明病例，在聯合討論會中報告、討論並經驗分享。同時有負責顱骨研究室(Temporal bone laboratory)之專職研究團隊參與其中，以資深博士研究員為首，依討論會中提出的特殊病例為啟發，就過去顱骨組織病理學研究之發現，提供臨床醫師思考治療方向，並商討進一步臨床、基礎研究的可能性。

參加前庭課程

於 2017 年 4 月自費前往巴爾地摩約翰霍普金斯大學(Johns Hopkins Medicine)參加前庭課程(Vestibular Master Class)。內容包括急慢性頭暈與眩暈之理學檢查、診斷與尚在進行人體試驗之電子前庭植入治療。

三、心得

頭暈或眩暈之病因可概分為兩大類：內耳性和中樞性，兩者預後差異很大，故鑑別診斷極為重要。然事實上要將兩者清楚地一切為二並不容易，尤其本院醫療照護品質卓越，高齡者為數眾多，許多患者可能因諸多因素造成頭暈或眩暈，臨床表徵複雜，也成為診斷與治療上的挑戰。

這將近一年的進修生活，著實是非常非常好的充電機會，研習耳鼻喉科手術與神經內科門診、參與會議共 11 個多月的時間；外加自費前往約翰霍普金斯大學醫學院上課、亦自費參與美國頭頸外科年會以及史丹福醫學院舉辦之耳科新知研討會等，在醫療專業上的收穫頗豐，對於幾種常見的頭暈患疾例如良性陣發性姿勢變換性眩暈、前庭型偏頭痛(與偏頭痛相關之頭暈)、前庭神經炎後慢性代償失調、梅尼爾氏症、焦慮恐慌引起的頭暈與其他次發於內科疾病的頭暈等，都有了進一步了解。

萬分感激院方給予出國進修的機會，以及蕭部主任、耳科杜主任的指點與鼓勵，以及部內所有同仁的幫忙支援，才得以順利完成這趟充電旅程。

就這將近一年的研習與觀察，榮總的硬體設備比起國外，並無落後；對於疾病的認知與處理、藥物治療或手術方式固然有些許歧異，但總體觀念差異其實不大，且水準絕無落後。感覺較深刻的不同在於醫療資源之分配使用與軟硬體研究資源的可近性。在健保大環境框架之下，台灣專業醫療從業人員(包括醫師、護理師、技術人員等)耗費太多時間精力在處理各式行政工作、各種評鑑、湊各式各樣的時數或學分，壓縮了應用於適切處理重症、鑽研狀況複雜病患的時間及資源。研究環境更是艱鉅，缺乏經費亦無人力。期待未來的醫療保險制度能有些許變化，改善目前的窘境。

四、建議事項

1. 期待院方能廣增財源，充裕院內計畫研究經費，讓爭取不到科技部經費的醫師也有機會能運用少許經費踏出第一步。
2. 希望能鼓勵跨科部臨床或基礎研究合作。例如給予跨科部之研究計畫多一小部分人力或經費支援。讓研究能實際應用於實務，造福病人並提升醫院研究水平。
3. 為減少院內感染發生的機會，在不妨礙健保屬規定的前提下，建議縮短病人住院天數，並將部分床位改為單人病房，除可多少增加醫院收入外，亦可減輕護理負擔。

4. 建議在醫師出國進修返國發展 3-5 年之後可以有機會再次出國進修(短期)，第二次機會以補足自己多年前因沒有足夠經驗而沒想到或是沒學仔細的部分，或者更進一步有機會與國外頂尖大學、研究單位維持關係、進行交流與合作，對於臨床精進、醫療水準更提升，應有助益。

附錄

圖 1. 手術室手術實況



圖 2. 與 Dr. Baoh、Dr. Ishiyama 教授合影



圖 3. 醫院實景

