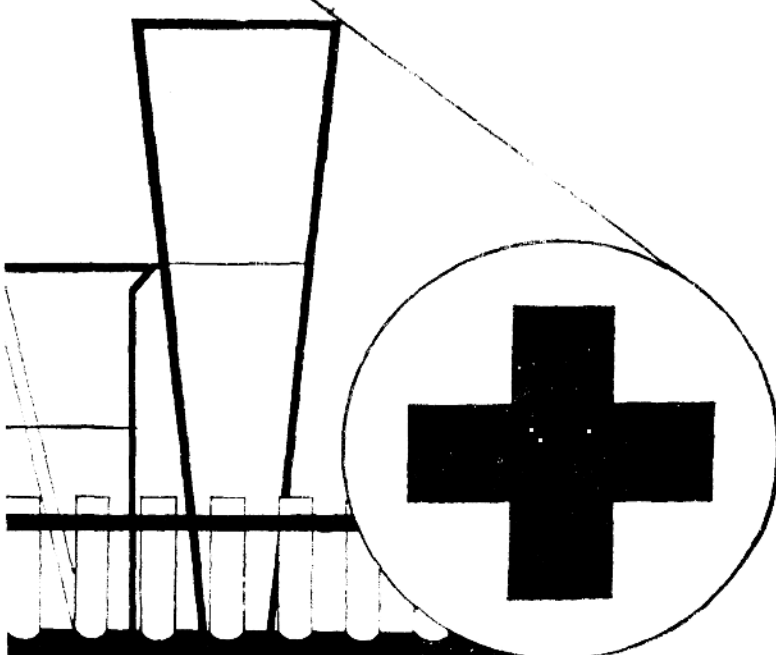


卫生药刊



1956

第 11 辑

书目文献出版社

出版说明

由于我国“四化”建设和祖国统一事业的发展,广大科学研究人员,文化、教育工作者以及党、政有关领导机关,需要更多地了解台湾省、港澳地区的现状和学术动态。为此,本中心编辑《台港及海外中文报刊资料专辑》,委托书目文献出版社出版。

本专辑所收的资料,系按专题选编,照原报刊版面影印。对原报刊文章的内容和词句,一般不作改动(如有改动,当予注明),仅于每期编有目次,俾读者开卷即可明了本期所收的文章,以资查阅;必要时附“编后记”,对有关问题作必要的说明。

选材以是否具有学术研究和资料情报价值为标准。对于某些出于反动政治宣传目的,蓄意捏造、歪曲或进行人身攻击性的文章,以及渲染淫秽行为的文艺作品,概不收录。但由于社会制度和意识形态不同,有些作者所持的立场、观点、见解不免与我们迥异,甚至对立,或者出现某些带有诬蔑性的词句等等,对此,我们不急于置评,相信读者会予注意,能够鉴别。至于一些文中所言一九四九年以后之“我国”、“中华民国”、“中央”之类的文字,一望可知是指台湾省、国民党中央而言,不再一一注明,敬希读者阅读时注意。

为了统一装订规格,本专辑一律采取竖排版形式装订,对横排版亦按此形式处理,即封面倒装。

本专辑的编印,旨在为研究工作提供参考,限于内部发行。请各订阅单位和个人妥善管理,慎勿丢失。

北京图书馆文献信息服务中心

目 次

耳鼻喉科疾病

慢性中耳炎之内科疗法	郝治华等	1
小儿过敏性鼻炎	陈国星 迟景上	5
鼻咽癌近年来诊断之改进	陈记得 张 斌	11
倒生性乳突瘤	陈昭恩 张 斌	14
音声手术的最新进展	颜丁宝 张学逸	18
喉气管外伤及狭窄	王荣谦等	21
食道与气道之异物	肃安穗等	26
扁桃腺切除是否会影响免疫系统?	刘嘉铭	31

眼科疾病

视网膜剥离手术之最近发展	刘荣宏	35
视网膜色素变性症		
——显性遗传之家族例报告	李凤利 林嘉理	41
早产儿视网膜症	蔡显扬	45
糖尿病性视网膜病变		
——203位糖尿病患者视网膜之调查	赵有诚等	48

(下转封三)

视网膜母细胞瘤遗传学之探讨	范姜群正等	53
眼前房分裂症候群	吴振光 陈昌文	57
后天免疫不全症候群之眼睛病变	林嘉理	62
两眼视机能检查	刘培元	66
同视镜之基本原理仪器设备及临床操作	刘培元	73
眼窝细针穿刺切片	许纹铭 刘礼修	83
近视成因之探讨	李世煌	85
皮肤科疾病		
红 癬	吕耀卿	89
黑 癬	吕耀卿	93
弹性过剩皮肤	吕耀卿	97
脂漏及石棉状癬	吕耀卿	101
轮回头皮及蒙古人症	吕耀卿	105
掌蹼脓疱症	吕耀卿	109
补 白		
母乳杀菌能力之研究	阮正雄 王正怡	13
β -内酰胺酶作为抗生素抗药性之生化指标	林仁混 侯天姿	17
第四脑室之黄肉芽肿：1 病例报告	王宝玉等	30
腮腺炎和并发症	李 为	34
减轻精神压力方法	李 为	40
咽炎。切勿轻视	李 为	65
颅内神经胶质瘤病人由肿瘤关连抗原所引 发之抑制性淋巴球活性	林瑞明 洪庆章	82
非甲状腺性疾患之低游离和总甲状腺素	辛锡章等	88

医 药 卫 生 (11)

——台港及海外中文报刊资料专辑 (1986)

北京图书馆文献信息服务中心剪辑

书目文献出版社出版

(北京市文津街七号)

北京百善印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

787×1092毫米 1/16开本 7 印张 179 千字

1987年3月北京第1版 1987年3月北京第1次印刷

印数 1—2,000册

统一书号：14201·2 定价：1.80元

[内部发行]

慢性中耳炎之內科療法

• 郝治華 • 連江豐 • 張 斌

I、前言

活動性慢性中耳炎，是相當常見的疾病，在英國佔成人人口的0.5%¹。至於因手術後之空腔，而造成分泌耳之盛行率則不詳。在醫院的醫療服務中，往往花費相當多的時間，致力於活動性慢性中耳炎及分泌的乳突囊之處理上。

在抗生素及顯微手術發明之前，有各種不同的方法被用來治療慢性中耳炎。自從近代顯微器械操作技巧的進步，正確的放射線診斷，及保存聽力的手術理論要求等，已幾乎將手術治療慢性中耳炎推展成爲常規療法²。但此種熱潮却因持續的10%到20%的移植片失敗率，和無法創造乾燥且無問題的中耳及乳突腔所困擾。³固然手術方法的選擇及個人的技巧會影響治療的結果⁴，但許多報告亦發現術前耳膜破損程度、中耳黏膜狀況、手術時有無流膿、術後感染、中耳腔及耳咽管之功能等因素，對手術的成敗確有密切的關係^{5,6}。況且慢性中耳炎包括膽脂瘤，於接受手術後仍有10%左右持續耳漏的情形^{4,5}及部分患者因各種因素而無法接受手術治療，是以內科治療對慢性中耳炎之患者不論當作根本治療或術前的輔助治療所佔之重要性，自有其重新評估的價值存在。

II、慢性中耳炎之自然史

- 榮恩耳鼻喉部住院醫師
- 榮恩耳鼻喉部科主任
- 榮恩耳鼻喉部主任

慢性中耳炎 (chronic otitis media) 這個名詞包涵了許多不同的疾病過程，其中有慢性中耳炎併積水 (chronic otitis media with effusion)，即分泌性中耳炎 (secretory otitis media) 和慢性中耳炎合併膽脂瘤 (chronic otitis media with cholesteatoma)，以及現今主要討論的慢性黏膜性中耳炎 (chronic mucosal otitis media)。它可說是一種時間學 (chronology) 和組織學 (histology) 的診斷名詞。

在時間學來說，慢性中耳炎是對於中耳和乳突囊的持續或重複感染，而以黏膜 (mucopurulent) 的分泌物表現出來的疾病。雖然通常是無菌性的，但可能會伴有特別是在外耳道的某種程度不適或癢感。此情形可能追究到某次中耳炎的發作，或可能根本不知何時發生，亦可能緣自中耳或乳突的外科手術後^{7,8}。

在組織學來說，它是以同時含有可逆與不可逆的炎性變化複合體爲特徵的疾病⁹。中耳乳突腔的正常扁平或立方表皮黏膜已被癢柱狀、高纖毛柱狀或角化鱗狀扁平上皮細胞所取代。在膽脂瘤的病例中，此空腔內更含有不同程度的上皮脫落物。表皮細胞上可能覆蓋有濃的黏液或膿性殘餘物，表皮下層可厚達4到5倍，亦可能被急性和慢性發炎細胞所浸潤。肉眼看起來，表皮下層常是水腫，且可能被疏鬆或密實的結締組織所取代。在疾病早期，黏膜下層的血管常有明顯的擴張現象。若在晚期，此血管在數目上便會減少，甚至被密緻而平行

的嗜伊紅性纖維束所代替，亦有可能為次發性鈣化、或異位性骨化所浸潤的點狀透明退化疤痕所取代。結締組織下的骨質部分，可能是完好的，亦可能為凹凸不平、厚薄不均的表面局部破壞現象。骨質吸收可因骨表面酶的作用或慢性炎症細胞和骨蝕細胞的作用等因素而產生。

總之，造成大部分慢性中耳炎病患病理變化的原因是慢性發炎。至於引發慢性中耳炎疾病之病因為何？大部分人以為是細菌性感染所致，尤其是厭氧菌，但亦有證據反對此說^{9,10,11}。也有學者以為中耳炎本身並非是一種細菌性疾病，而是因過敏或自體免疫病之影響，在原本不正常的黏膜上，造成次發性細菌感染。但到目前為止，除了單獨的案例外，引發慢性中耳炎疾病之原因，尚無定論。

III、內科治療的時機及指標

什麼是內科治療的指標呢？通常病人的主訴為鼻的耳道分泌物、聽力不良、或是兩者均有。一個耳科醫師值得記住的指標，便是減少這些主訴及防止顱內感染（雖然其比率僅佔1/3500）¹²之發生。

基於這個指標，除了慢性中耳炎造成的併發症或是膽脂瘤外，吾人可採用合理而持續的內科治療，嘗試治愈所有慢性中耳炎的病患。在膽脂瘤合併有化膿發炎的病例中，於手術前，亦須給予短期的內科治療，以增加手術的成功率。故內科治療當使用於下列病例：(1)、反覆中耳發炎，準備做手術治療的病人。(2)、以前曾經接受手術根治但失敗的病人。(3)、因任何理由而不可能實行手術治療的病人。是以對大部分不合併膽脂瘤的慢性中耳炎的病例，當用內科療法來根除所有感染的黏膜及病骨、停止耳漏、去除所有前面所提之症狀後，疾病的治愈是必然的。有許多病例的病史如俱有(1)、短期幾個月的慢性中耳炎，(2)、有短暫安靜期而非持續耳漏，和(3)、以前沒有接受過手術治療，等特性時，均暗示著最終會有好的預後。至於手術後之病人，因手術所造成之疤痕組織，會更進一步造成中耳的去血管化，進而干擾

感染的緩解故不易治療。除此之外，若病人呈現漸進性變化的症狀，或是沒有接受重複手術，但中耳卻存有厚達2~3 mm的肉芽組織時，通常表示有不可逆骨炎反應的病骨存在。上述情形無法以內科治療而達痊癒，故需接受更進一步的手術治療。

隨著病史的詢問，每一個慢性中耳炎的患者均須接受乳突竇的放射線檢查。若是有放射線透明區域存在於中耳隱窩（attic）或乳突竇（antrum）處，或是以往從未接受乳突手術之患者，其乳突皮質（cortex）處有喪失已常骨之解析（resolution）的情形出現時，均為不良預後的特性，因為這些現象均暗示著有一個巨大的膽脂瘤，或是伴有骨質吸收的骨炎存在。

內科治療的成功要訣乃仔細而重複的清除術（debridement），和根據細菌培養及敏感試驗所採用的局部抗生素治療與輔助的全身性抗生素治療。為了要確保成功，吾人應對病人強調持續3到6週的治療是必須的。此類病人通常均有幾年的病史，因為過去偶爾間斷治療或是不成功的手術，使其喪失了信心及勇氣。所以當起初幾次治療後，若症狀沒有立刻明顯改善時，他們的疑慮可能會再度燃起。故醫生與病家之間的信心與默契，亦是內科治療的一部分。

IV、治療前的評估

在初次門診檢查時，吾人先用針筒將耳道沖洗乾淨，用棉棒擦乾或抽吸清理後，用肉眼、耳鏡觀察，及顯微鏡來做周全的評估。藉以找尋以下幾個特色：分泌物的外觀、量、及氣味；耳膜穿孔的位置和大小（伴有大量分泌物的針孔樣穿孔通常不適宜施以局部治療）；中耳黏膜的外觀；是否有肉芽組織存在及其位置；是否有角質層的碎屑；中耳分泌物是來自中耳隱窩（attic）或是中耳腔；及以往手術的狀況及範圍。在替患者抽吸任何中耳液體之前，先要他自我中耳鼓氣。若有氣泡存在時，便表示耳咽管的功能良好。當吾人在顯微鏡下檢查耳

染時，若用上一個 Jako 中耳鏡 (Jako middle ear mirror)，可給予莫大的幫助。特別是在鼓膜前面有大的穿孔，或是鼓室頂部在直視下被擋住時，此中耳鏡可超過高的面神經管以直接窺視開放性乳突腔。

接下來便是取一枝棉花棒來做噴氣及厭氣的細菌培養，並將耳道清理乾淨。在開始檢視慢性中耳炎的病人時，做細菌培養是非常重要的，因為細菌培養的結果，將主導其後使用全身性抗生素的治療結果。但當局部治療已開始時，此種局部細菌培養的結果便毫無價值可言。

當以上所述各點被逐一完成時，疾病的型式應已可以確定，於詢問患者的意願後，吾人便可擬定最後的治療計劃。

V、治療

當所有看得見的黏膜表面均已檢視後，便應用金屬吸管將耳深抽吸乾淨。但要特別注意不可將金屬吸管放在位於面神經管、卵圓窗隆凸、或是圓窗上的肉芽組織上。若是有一個高的面神經管存在時，可用嬰兒的胃管加於金屬吸管的尖端，去抽吸隱蔽乳突腔之碎屑。胃管可在直視下，越過面神經管而將乳突腔的深部抽吸乾淨。若在抽吸過程中，患者感到暈眩，通常並非表示有瘻管存在，而僅是一種冷空氣的前庭反應而已。若在初次的病歷及理學檢查中，並無 Tulli 現象 (Tulli phenomenon) 和暈眩的問題，漏管試驗也無不正常時，便可向病人保證此暫時的暈眩僅與抽吸有關。

當大部份的膿液被清除以後，吾人可用大量的 1:2 的 Lukewarm 醋和生理食鹽水的混合液來沖洗耳朵。此輕柔的沖洗可持續數分鐘，直到流出物如水晶般的清淨為止。這樣的沖洗可達到以下數種目的：(1)可將無法看到的膿液稀釋。(2)可稀釋中耳細菌的濃度。(3)亦可對綠膿桿菌 (pseudomonas)¹² 產生滅菌 (bactericidal) 的效果。在家中亦可以白醋和 37℃ 的溫水稀釋成 1:2 的混合液，耳內穿入一個一盎司的塑膠耳注射器來沖洗。但此溶液可能刺激皮膚和黏膜，而造成一種燒灼的感

覺。將生理食鹽水換成每夸特水含一湯匙的鹽，可避免此燒灼感。於每日二次之局部抗生素治療前，均施以此法，持續一到二週，當大量的膿液分泌物停止時，便可停止沖洗。為了使將要接受局部治療的黏膜表面清新，應盡最大的努力去清除已感染的表面。至於小的耳膜穿孔，因表面張力的作用將影響到中耳沖洗液的流動，故病人應躺著將患耳置於最高處，先將沖洗液灌入耳道內，再在耳珠處加壓，或用氣耳鏡按摩。

對大部份病人而言，抗生素耳藥水是最有效用的，利用各種藥粉製劑噴灑在所有黏膜表面，亦可得到良好之結果。雖然藥粉之穿透力並不良好，但對表淺部的感染却是十分有效的，尤其是在乾的黏膜分泌物上或在術後創腔尚未完全表皮化之時特別有效。我們可調配出許多種不同藥粉製劑的組合，其中大部份均含有 boric acid 藥粉。若是有大量之化膿性分泌物，或是中耳腔為受感染之肉芽組織所覆蓋時，在初期即使用粉狀的 sulfanilamide 是極有效的，除此之外，若能在噴粉器上加一個長而細之金屬管，在直視下將其放到耳膜穿孔之邊緣，利用其使藥粉完全覆蓋黏膜表面，當屬更佳。至於耳內受到大量感染時，噴入 boric acid 後，病人可能會主訴有些不適，但假以時日，不適之情形自然會消失。必須注意的是，患耳應保持開放，並提醒病人勿將棉花或任何耳塞物放入耳內，除了在洗澡時為維持乾燥，方可暫時將耳道塞住，於第一次治療後，令患者於三日後再來複診，複診時應再重複上述之局部治療法。

複診之時，先以生理食鹽水沖洗患部，目的是將前次門診所留下之粉末除去，以使黏膜表面清新，防止產生如 chloramphenicol 所造成之異物發炎反應¹⁷ (foreign body inflammatory response)；病人於每次門診時，均須問明有無任何不適之情形及分泌物多寡之改變，並仔細觀察耳朵外觀之變化。

在慢性中耳炎的治療上，全身性抗生素之使用，雖僅佔次要之角色，但却非常重要；長

期的病患，因表皮下疤痕組織及去血管化情形之產生，將使全身性抗生素在局部黏膜之濃度降低。此種局部抗生素穿透力減少之現象，就如同前列腺炎等其他慢性發炎所造成之情形相似，故說明了單獨使用全身性抗生素之治療法，無法完全消除局部感染。然而，若能加以正確之細菌培養，且實施有計劃積極之局部治療，則全身性之抗生素治療便形成一種有用的補助療法。尤其當有大量之肉芽組織存在，亦即有潛在骨炎時，全身性之抗生素治療，效果更佳。

VI、結論

對於慢性中耳炎治療失敗之可能原因之一，即是無法將炎性產物自乳突竇及中耳腔中引流出來，但若依照上述之處置方法，包括三至六週之連續複診，對於大部份無併發症之慢性中耳炎患者，均可治療成功；但對於因前次乳突手術後，所遺留之島狀黏膜而產生的黏液耳漏，仍無法預防，另則，因面神經脊留的太高，造成脫屑在乳突竇中堆積，亦無法防止。

在準備對慢性中耳炎從事手術治療前，上述之內科治療法仍為適當之術前準備工作；若是計劃做鼓室成型手術，則應先加以一般時間之內科治療程序，觀察耳咽管是否通暢，藉以正確的判斷耳咽管所受之傷害程度及範圍，為能得到較好之手術成果，在接受鼓室成型手術前，亦應使用內科治療法，保持患耳之乾燥達二、三個月之久。

構成內科治療成功之三大要素為：

①完整而重複之局部清除術。

②局部乾燥及抗生素之治療。

③正確的全身性抗生素輔助治療。

僅僅採用不正確的間歇性短期耳藥水來治療患耳，是絕對無法達到預期之效果的。

藉著有目的且積極的內科治療法，通常能

夠成功的治療慢性中耳炎，以利進一步的手術治療或配帶助聽器，增加聽力。反覆且仔細的清除術，加上局部治療及全身性抗生素輔助治療，不論是作為患耳之根治性處理方法，或是作為手術前之準備工作，均是正確且必需的。

參考資料

1. Browning G.G. & Davis A.C.: "Clinical Characterization of the Hearing of the Adult British Population.", *Adv. Oto-Rhino-Laryngol*, 1983; 31: 217-223.
2. Smyth G.D.L.: "In Chronic Ear Disease.", Churchill Livingstone, London, 1980; 140-141.
3. Van Baarle P.W.L., Huggen P.L.M. & Brinkman "Findings in Surgery for Chronic Otitis Media - A Retrospective Data-Analysis of 2225 Cases Followed for Two Years.", *Clin Otolaryngol*, 1983; 8: 151-158.
4. Pallingra O.: "Long Term Results of Open Cavity and Tympanomastoid Surgery of the Chronic Ear.", *Acta Otolaryngol*, 1979; 88: 343-349.
5. Sade J. and Halany A.: "The Nature History of Chronic Otitis Media.", *J. Laryngol, Otol*, 1976; 90: 743-751.
6. John A.F. and Farkashidy J.: "Newer Perspectives on the Pathology of Chronic Otitis Media.", *J. Laryngol, Otol*, 1980; 9: 131-142.
7. Jokipii A.M.M., Karma P., Ojala J. & Jokipii L.: "Anaerobic Bacteria in Chronic Otitis Media.", *Arch Otolaryngol*, 1977; 103: 278-280.
8. Browning G.G., Picozzi G.L., Sweeney G. & Calderi T.: "Role of Anaerobes in Chronic Otitis Media.", *Clin Otolaryngol*, 1983; 8: 47-51.
9. Browning G.G., Picozzi G.L., Sweeney G. & Calderi T.: "Bacteriology of Different Activity States of Chronic Otitis Media.", *Clin Otolaryngol*, 1982; 8: 137.
10. Senior B.W. & Sweeney G.: "The Association of Particular Types of Proteus with Chronic Suppurative Otitis Media.", *J. Med. Microbiol*, 1984; 17: 295-302.
11. Browning G.G.: "The Usefulness of Safe Ears", *Laryngol, Otol*, 1984; 98: 23-26.
12. Jones E.H.: *External Otitis-Diagnosis and Treatment* Springfield, Illinois, Charles C Thomas Publishing Co. 1965.
13. Jahn A.F. and Hawke M.: "Foreign Body Granulomas of the Ear" *J. Otolaryngol*, 1976; Vol. 5: 221-226.
14. 楊光榮、黃俊生：鼓室成形術。中耳醫誌。15：88-93(1980)。
15. 林凱南：鼓膜重建手術：上層法與下層法之比較。中耳醫誌。1984；19：120-125。
16. 彭純華、陳永堅：鼓室成形術第一型。中華醫學雜誌。1984；33：251-254。
17. 連江豐、鼓膜成形術與中耳充氣法。中耳醫誌。1983；18：111-118。

(原載：臨床醫學月刊[台] 1985年16卷1期45—48頁)

小兒過敏性鼻炎

·陳國星· 遲景上

前言

上呼吸道症狀在一般兒科門診中約佔一半以上，而且常常見到家長抱怨感冒治不好或一年到頭都在感冒。其實這些久治不愈的“感冒”，有一部份乃因過敏引起的症狀表現。所謂過敏是指對正常人原無傷害之因子（agent）起過度反應而造成症狀或傷害；而這些因子就叫過敏原。當一個人暴露於過敏原之後而敏感化，以後再接觸同樣過敏原時由抗原與抗體的相互作用導致鼻子及其附近器官之傷害性病理反應就叫過敏性鼻炎。雖然過敏性的臨床表現以免疫機轉為主，但有時也包含非免疫機轉的遺傳傾向因素在內，即副交感神經活力增高。因此對一些非特異性刺激也能引起過度反應而造成症狀。在小兒慢性鼻炎中，過敏性鼻炎約佔三分之一，而且與過敏性哮喘同列為小兒過敏症最常見的呼吸道過敏。造成過敏症狀之主要因素即為過敏原，而過敏原又與環境有相當密切的關係，因此個人的過敏症自有不同於外顯的特徵。根據蘭的報告，國內小兒過敏性鼻炎與外顯不同的地方是：①很少單獨存在，大都和氣喘併存。②很少季節性，大都是全年性。③致病過敏原中，花粉的份量很少。

遺傳與流行率

過敏性鼻炎約 35-65% 在家族史也會有同樣的病。李等¹、李等²，若父母親任何一方罹

患過敏症，則其子女患過敏症的機會為一般人的三倍，但所患過敏病並不一定與父母親相同。不論父母親患那一種呼吸道過敏病，其子女日後所患的呼吸道過敏皆以過敏性鼻炎為主。換句話說，過敏病患者遺傳給子女的是過敏體質而不是疾病本身。另一方面，呼吸道過敏與其他過敏（皮膚、藥物、食物等）的發生呈獨立狀態，亦即其他過敏病患者對於呼吸道過敏的感受性與一般人一樣而罹患一種呼吸道過敏再患另一種呼吸道過敏的機會為一般人的二倍，但又應其他過敏病的機會却與一般人相似。根據文獻上的數據，過敏性鼻炎的流行率約在 10% 左右，好發年齡通常在五歲以後，而且以青春前期後為常見。小兒過敏性鼻炎以男性為多，約為女性的二倍，但到成人則女性多於男性。

臨床表徵

正常鼻道的基本功能有三：即是嗅覺、空氣調節（潮濕及溫暖）及過濾（靠黏膜上的纖毛系統）。當這些機能因發炎而喪失時即可能導致①感染增加如鼻膜炎、鼻竇炎②咽喉炎的刺激及發炎（由於過濾不良的粒子引起）③後咽部的分泌增加。因此臨床上除了鼻塞、鼻水、鼻竇、打噴嚏等鼻炎症狀之外，還可能因嗅覺喪失而食慾減退，較小小孩則可能因鼻後滴液（postnasal drip）而引起夜間陣發性咳嗽、嘔吐及輕度喘咳，晚間睡覺不得安眠、發熱，而清晨則會喉痛、反覆頭痛、疲勞及流鼻血等。如果因鼻塞而持久的閉嘴呼吸時也會造

• 榮民總醫院台中分院小兒科醫師

• 榮民總醫院台中分院小兒科主任

成牙齦肥厚及後咽淋巴組織增生而進一步惡化呼吸道阻塞。另一方面，在解剖學上由於鼻道附近有副鼻竇及歐氏管的開口，因此當鼻甲由於發炎而腫脹、扭曲、破裂時則會閉塞這些副鼻竇或歐氏管的開口而導致繼發性鼻竇症狀及中耳炎併發積水、感染或聽力喪失。所有過敏性鼻炎患者中約有 $\frac{1}{2}$ ~ $\frac{1}{3}$ 會由於長期鼻塞而合併中耳炎或鼻竇炎。

理學檢查方面，過敏性鼻炎之鼻黏膜特徵是蒼白而微帶青色、潮濕、光亮而且相當腫脹，但是很少有息肉的發生。由於腫脹的鼻黏膜或鼻竇黏膜壓迫到附近回流的靜脈而引起血液滯留，因此有時可見兩眼下有所謂過敏性青腫黑眼圈（allergic shiner）。再則由於常用手向上擦拭鼻子以解除鼻癢（此動作叫過敏性致敬 allergic salute），因此沿著鼻子下三分之一處有時可看到橫向溝痕或皺摺。如果因為長期用嘴呼吸使得舌頭掉到下顎而無法保持正常的向上壓力，則有時會導致中臉（mid face）的發育異常，如硬腭過高（high arched palate）、或齒齙障礙等。

致病機轉

過敏性鼻炎如同其他過敏症的發生一樣，是屬於一第型無防禦性過敏反應，也就是過敏原與 IgE 抗體作用之後使肥大細胞或嗜鹼性白血球釋放媒介物如組織胺、ECF-A, SRS-A, serotonin 等導致血管充血而滲漏性增加、黏膜腫脹及黏液分泌增加。過敏病人發生過敏反應的假說是：①黏膜和皮膚隔絕機能缺陷（barrier defect）及壓抑性“T”淋巴球機能低下，因此體內產生過多之 IgE 抗體。②病人的肥大細胞及嗜鹼性白血球對 IgE 有較常人更強的親和力。另一方面，由於標的器官 target organ 之乙型交感神經受體（beta-adrenergic receptor）功能低下及標的器官對副交感神經刺激之反應亢進，因此容易受到非特异性因素之刺激而發生症狀，例如冷空氣、異常味道、刺激物、情緒改變或頭部姿勢改變，如斜臥等都會增加副交感神經活力而惡

化症狀。每位過敏性鼻炎患者對過敏原的反應閾值都不相同，亦即有的只須少量過敏原即會引起症狀，而有的則須較大劑量，而且如果連續暴露於某種過敏原之後，則引起鼻黏膜症狀所須的過敏原劑量會逐漸減少，這就是所謂啟動作用（priming effect）。

診 斷

如同其他過敏症一樣，過敏性鼻炎之診斷首重詳細之病歷詢問及身體檢查，再加上實驗室檢查。如鼻黏液抹片、血中嗜酸性白血球數目、血清 IgE 值或特异性 IgE 抗體（RAST）等。正常鼻分泌物含嗜酸性白血球約 3% 以下，如果超過 10% 以上則強烈暗示過敏性鼻炎，但如果鼻黏液抹片中沒有發現嗜酸性白血球並不能排除過敏性鼻炎的診斷，因為可能最近沒有暴露於過敏原之故。然而服用抗組織胺，並不影響鼻液嗜酸性白血球之判斷。另一方面，鼻液嗜酸性白血球增高也不一定是過敏性鼻炎（如後所述）。由於嗜酸性白血球含有許多組織胺酶及其他分解媒介物之酵素，因此當過敏反應發生時，嗜酸性白血球的作用就是吞噬抗原抗體複合物及抑制組織胺等媒介物的活性。除了趨化作用引起局部嗜酸性白血球增高之外，血中嗜酸性白血球的總數也會增高，如果超過 $400/\text{mm}^3$ 以上則暗示過敏性鼻炎的存在，而超過 $700/\text{mm}^3$ 的話則幾乎可以確定診斷。但要注意的是過度且持續的嗜酸性白血球增高也可以出現在寄生蟲感染，慢性肢端皮膚炎、天疱瘡以及 Wiscott-Aldrich 症候群等，另一方面，使用類固醇治療時也會使嗜酸性白血球減少。

IgE 因不能通過胎盤，因此胎帶血中含量甚微，出生後與外界抗原接觸後始能自行製造，到了 2~4 歲時即可接近正常成人值而在 14~16 歲達最高峰，然後再慢慢下降到成人值。李等²報告過敏鼻炎有 63.6% 超過 $400\text{IU}/\text{ml}$ ，而有 45.5% 超過 $1000\text{IU}/\text{ml}$ ，正常健康國人血清 IgE 含量比已開發地區為高甚多，兒童平均值約為 $427\text{IU}/\text{ml}$ ，中間值約為 290

IU/ml，而國人過敏性鼻炎病兒之 IgE 含量平均增高 2.39 倍，中間值增高 3.24 倍。要注意的是：①營養不良兒童之 IgE 值可能偏高，大概與壓抑性“T”淋巴球功能不全有關。②正常 IgE 值也不能排除過敏症，此時須靠皮膚試驗鑑別。③終年性鼻炎雖無明顯過敏，但仍然可以有血中 IgE 增高的現象。

特殊過敏原皮膚試驗可分為單純塗敷法，抓刺法及皮內注射法。概言之，抓刺法雖較具特異性，但以皮內注射法最為靈敏且臨床上最廣為使用。到目前為止仍然不失為證實過敏症之最有力的實驗室檢查。其方法是用 26 號針頭將 1:400 到 1:1000W/V 濃度的過敏原打入皮內約 0.01 到 0.02 西西，然後於 15 分鐘後看結果，如果與對照者比較，有 3~5 毫米以上的腫塊即可能具臨床意義，但仍須參照病史判讀。皮膚試驗應注意的是：①出現偽陰性的情況包括過敏原儲藏過久而活性喪失，注射的技巧不對，如打的量太少或注射的部位太深、藥物的影響，如試驗前數天服用抗組織胺會影響試驗結果，但一般而言，口服 aminophyllin, salbutamol, ephedrine, steroid 及吸入 Intal 等不會影響皮膚試驗而注射 aminophyllin, epinephrine, isuprel 則會抑制過敏原的皮膚反應，其次在全身性過敏發作之後 2 到 4 週內也會由於不反應期而出現偽陰性。②偽陰性的情況包括過敏原製造不良，如摻雜含有釋放組織胺的因子或濃度太濃，技巧不對，如打的量太多或將空氣打入皮內及機械傷害太大等。一般而言，過敏原的陽性皮膚反應可能比臨床症狀更早出現及更晚消失。雖然皮膚試驗陰性者可以嗜試將過敏原塗敷在鼻黏膜上做激誘試驗，但此法只停於實驗階段而無法在臨床上廣泛使用。另外在全身性皮膚疾患或因藥物影響而無法正確做皮膚試驗時，還可以抽血測血漿中特異性 IgE 抗體 (radioall-ergosorbent test, RAST)。雖然 RAST 之特異性很高，但靈敏度仍遜遜於皮膚試驗，而且還有其他缺點，如費用太高，無法立即得知結果，以及可資測定的抗原種類有限等，因此

只能在無法做皮膚試驗時代替却不能取代皮膚試驗。

過敏性鼻炎的檢查除了上述以外，當合併中耳炎或鼻竇炎時則詳細的理學檢查包括耳鏡檢、咽喉檢及鼻竇或乳突的放射線檢查，聽力檢查等也是不可或缺的。

分類與鑑別診斷

過敏性鼻炎可概分為季節性過敏性鼻炎與全年性過敏性鼻炎。季節性者以花粉為主要過敏原，而且以不開花的植物為主，因為一般開花的植物如玫瑰及水果花，由於常藉蜜蜂進行交配，且太重而無法藉空氣散播，因此很少會引起過敏。引起過敏的花粉通常隨季節而異，早春以樹花為主，春末夏初則以草花為主，到了夏末秋初則又是禾花了。季節性過敏性鼻炎比全年性者預後較好即較易自然緩解。但季節性者雖然可以找到典型的吸入物過敏原卻有時也會在特定季節之外表現出一年到頭非過敏性鼻炎的症狀，這可能與副交感神經活性的刺激有關。五歲以前的小孩對花粉過敏是非常罕見的而以全年性鼻炎為主要表現。因台灣地區屬溫帶，季節性較不明顯，有時草花季節會延伸許多月份，而與黴菌過敏原重疊表現出全年性鼻炎的症狀。因此國人小兒過敏性鼻炎以全年性為主，而且以塵蟎、黴菌、動物毛皮等為主要過敏原。至於食物過敏原則除在小小孩，否則也是很少引起過敏性鼻炎的症狀。過敏性鼻炎的症狀雖然都在清晨及黃昏最為明顯，但季節性者以鼻塞、鼻水及打噴嚏為主，而全年性者則較易以鼻塞為主要表現。

非感染性鼻炎中須與過敏性鼻炎做鑑別診斷者包括偽過敏性鼻炎及血管舒縮性鼻炎（見表一），所謂偽過敏性鼻炎又叫全年性嗜伊紅性非過敏性鼻炎 (perennial eosinophilic non-allergic rhinitis)，佔小兒非感染性鼻炎中，不到 5%，其發病年齡通常在青春期以後而且很少有家族遺傳傾向。真正病因目前還不清楚，症狀以鼻塞為主而較少有噴嚏、鼻癢等。臨床上常出現所謂水楊酸三徵（鼻

表一、小兒非感染性鼻炎之鑑別診斷

	過敏性鼻炎	偽過敏性鼻炎	血管舒縮性鼻炎
發病年齡	幼兒到成人	青春期到成人	幼兒到成人
過敏病史	常見	常見	常見
症狀			
充血	中度	明顯	中度
打噴嚏	時常	偶而	罕見
癢感(鼻、眼睛)	明顯	罕見	罕見
鼻溢	薄到黏液樣	黏液樣到黏膜膿性	薄
鼻後滴液	中度	明顯	明顯
阿斯匹林過敏	罕見	常見	罕見
理學檢查			
鼻甲	輕微到明顯腫脹	腫脹	輕微腫脹
黏膜顏色	灰白到紅	蒼白到紅	紅, 偶而蒼白
息肉	罕見	常見(33%)	罕見
實驗室檢查			
IgE	正常到增高	正常	正常
陽性皮膚試驗	常見	罕見	罕見
鼻液細胞	嗜酸性球	許多嗜酸性球	少數中性球
鼻竇疾患	±	±	±
治療反應			
抗組織胺	良好	不良	不良
口服消腫劑	中度	中度	良好
局部消腫劑	輕微	中度	良好
Cromolyn	中度	不良	不良
類固醇	良好	良好	不良
減敏療法	良好	不良	不良

息肉、哮喘、阿斯匹靈過敏)。雖然偽過敏性鼻炎也會有鼻液嗜酸性白血球增高, 但 IgE 值通常為正常且很少有陽性皮膚試驗, 治療上抗組織胺效果不良而以鼻內局部使用類固醇較為有效。血管舒縮性鼻炎較少發生在小孩且無遺傳傾向。其致病機轉乃由於自主神經的不穩定或副交感神經活性過高而引起血管充血及黏膜腫脹。此症的 IgE 值及嗜酸性白血球不會增高, 而且很少有陽性皮膚試驗。症狀以間歇性鼻塞、鼻後滴液等為主, 目前對血管舒縮性鼻炎並無有效的治療, 但有人建議規則的運動有助於交感神經活性而改善症狀, 另外用鼻內生理鹽水沖洗也可能有所助益。

治 療

過敏性鼻炎之治療可概分為下列四法：

1 環境控制或避免療法 (avoidance therapy): 舉凡與症狀有關的過敏原或誘發因素都應避免。例如對家庭過敏者應注意室內的清除打掃特別是病人的臥房及書房最少須每週二次以上, 而且打掃時病人必須迴避然後徹底清掃, 如果不能迴避則應戴口罩。另外用吸塵器、溫度調節器、除濕機等有效改善熱氣及潮濕可以減少家庭的生長。對花粉過敏者應儘量避免在花粉季節外出郊遊或接觸。對過敏的人則應避免潮濕發霉之處, 對於易生黴的床具應改用達克龍或多醣類, 而且定期洗淨及乾燥, 同時做好室內空氣的調節。另外對於含黴量高的食物如酒、瓜、薑及乳酪等也應避免食用。其他如對動物皮毛、木棉、草蓆過敏者則應遠

離寢食，少用羽毛用具及以人造纖維代替棉織物。

2 生理調節：適當的運動計劃特別是在清晨起床之後或晚上就寢之前可以增加交感神經活性而改善症狀。其次用生理鹽水沖洗鼻道也可以增加黏膜纖毛的流動而使黏液稀薄，對於併發鼻竇炎、咽炎等甚有助益。

3 藥物對症療法：

(a) 抗組織胺：用於治療鼻炎者主要為H₁抗組織胺，根據結構式的不同，可將抗組織胺分為六類（見表二、三）。其作用乃與組織胺

競爭受體部位，因此效果以預防為主，本藥口服之吸收很快，約1~2小時作用最高而且主要經肝臟代謝，因此肝病患者應減量。當合併感染或息肉以及連續使用同一類抗組織胺數月或數年之後效果會減低，此時應將劑量增加到臨床改善或出現無可忍受的副作用時再考慮換另一類的抗組織胺。但同時使用兩類以上的抗組織胺並無好處。一般而言，過敏性鼻炎使用抗組織胺約有70-95%可以獲得症狀改善而且其效果以對治療鼻塞、噴嚏、鼻水等過敏症狀為佳，對於鼻塞的效果則較差。由於 dimetane

表二、常見的H₁抗組織胺。

類	商名	學名
Ethylenediamine	allercur	clemizole hydrochloride
Ethanolamine	benadryl dramamine	diphenhydramine hydrochloride dimenhydrinate
Alkylamine	dimetane chlor-trimeton thephorin perlaetin	brompheniramine chlorpheniramine phenindamine cyprobaptadine
Piperazine	longifene bonamide trihistan atarax	bucliczine meclizine chlorcyclizine hydroxyzine
Phenothiazine	pyrethia	promethazine

表三、H₁抗組織胺副作用之比較。

	H ₁ Blockade	Sedative Effects	Anticholinergic Effects	GI Effects
Ethylenediamines	+++	++	+	+++
Ethanolamines	+++	+++	+++	+
Alkylamines	+++	+	+	+
Piperazines	+++	++	+	+
Piperadines	+++	++	+	+
Phenothiazines	+++	+++	+++	+

及 piperazine 類特別是 hydroxyzine，會有嗜胎作用，因此懷孕婦女應禁用。

(b) 擬交感神經劑：常用者有 pseudoephedrine 及 phenylpropanolamine。擬交感神經劑用口服比局部使用較少有反彈現象，而且與抗組織胺合用時可以減少後者的鎮靜作用。由於常常使用局部血管收縮劑時會減少纖毛活力，使得黏液的轉送受到影響而且常易有反彈現象 rhinitis medicamentosa 因此臨床上除非絕對必要如準備開刀或作為控制中耳炎，鼻竇炎之輔助治療否則儘量不用，而且使用時應短期（不超過五天，且每天不超過二次），且用短效如 neosynephrine（phenylephrine）。

(c) 鼻內噴霧藥：cromolyn sodium 主要用於預防。beclomethasone dipropionate 在臨床上已證實有效性及安全性，但通常用於大小孩，且每次療程不超過三週，則不會有腎上腺抑制的副作用，季節性鼻炎對鼻內類固醇的反應較快且較佳，全年性鼻炎則反應稍差且須連續二週以上始能改善症狀。如果局部類固醇沒有反應者才考慮使用短期全身性類固醇以減少黏膜之發炎。短期之全身性類固醇也可以幫助藥物性鼻炎患者脫離局部血管收縮劑的使用。其方法是使用 prednisolone 1-2mg/kg/天，約 5-7 天，然後再接著使用局部 beclomethasone 維持或逐漸減量。

過敏性鼻炎藥物治療的未來發展包括：①鼻內局部使用 fenoterol，這是較專一性且較長效的乙型交感神經劑，可以有力的抑制肥大細胞釋放媒介物。②類似 ketotifen 之化合物局部吸入使用，可以比 cromolyn 更具預防效果。③副交感神經阻斷劑如 ipratropium 之局部使用可以避免全身性副作用，但效果如何還須進一步研究。

4 減敏療法：對於應避免而無法徹底避免

的過敏原特別是吸入物可以逐漸的注射抗原以增加血清內的抗體，這樣可以免去過敏的發作。一般而言，減敏治療的效果約在 75% 以上，而且以花粉的減敏效果最佳，其次是家塵及黴菌，通常在治療後 3 到 6 個月可看出效果，但有的則須 1 年後始有明顯改善，如果連續兩年的治療仍然無效的話，則須重新評估或停止。有效的話通常須連續 3 到 5 年可望獲得痊癒，由於血管舒縮性鼻炎不適於減敏治療，因此預後就遠不如過敏性鼻炎了。

參考資料

1. 謝貴雄：台灣小兒過敏病：當代醫學 1979；6：130-7.
2. 李錦發、韓紹華：台灣地區過敏病的流行率及其遺傳因素；中華兒誌 1979；1：125-33.
3. 黃立四、謝貴雄、陳瑞喜：從出生到成人之正常中國人血清 IgE 和家塵特異性 IgE 抗體之發育及其在小兒哮喘病診斷治療上之應用價值之研究；中華兒誌 1982；15：23-9.
4. 蔡來誠、韓紹華：血清 IgE 測定對過敏病的診斷價值；中華兒誌 1979；1：134-42.
5. 林萬哲：過敏性鼻炎；當代醫學 1976；3：695-5.
6. Siegel SC: Recurrent and chronic upper respiratory inspiratory infections and chronic otitis media. In: Pearlman DS & Bierman CW, ed. Allergic diseases of infancy, childhood and adolescence. Philadelphia: Saunders WB. 1980: 715-24.
7. Meltzer EO, Zeiger RS, Schatz M, et al: Chronic rhinitis in infants and children: Etiologic diagnostic and therapeutic consideration. Pediatr Clin North Am 1983;30: 847-71. a. In: Pearlman DS & Bierman CW, ed. Allergic diseases of infancy, childhood and adolescence. Philadelphia: Saunders WB. 1980: 715-24.
8. Cohen L: Rhinitis. In: Korenblat PE & Wednes HJ, ed. Allergy theory and practice. Orlando: Grune & Stratton Inc. 1984:71-81.
9. Bierman CW, Pierson WE, Donaldson JA. Diseases of the nose. In: Pearlman DS, Bierman CW, ed. Allergic diseases of infancy, childhood, and adolescence. Philadelphia: Saunders WB. 1980:511-25.
10. Fireman P: Allergic rhinitis. In: Bluestone CD & Stool SE, ed. Pediatric otolaryngology. Philadelphia: Saunders WB. 1983:849-61.
11. Kravis LP: Skin tests in the diagnosis of allergic. Pediatr Rev. 1981;2: 327-32.

（原載：臨床醫學月刊〔台〕1985 年 16 卷 1 期 52 — 57 頁）

鼻咽癌近年來診斷之改進

陳記得 張 斌

一、前言

鼻咽癌是中國人最常罹患的癌病之一。因鼻咽位於頭顱中央，不易直接觀察，且是一空腔，腫瘤早期時少有症狀。而此處接近顱底，淋巴供應密佈，常侵犯腦神經與局部淋巴結轉移。病人從症狀出現至診斷確定平均需十個月¹，此時大多數病例已是晚期，治療率自然較低，所幸近年來在血清學、細胞學與放射線學方面的進步，使該病能在早期就診斷出來，提高了存活率。Epstein-Barr 病毒與鼻咽關係密切。目前該病毒的血清抗體不僅可用於大眾篩檢，達到早期診斷的目的；還可以導引我們診斷的方向。治療後尚可利用它來監視病人是否有復發或轉移的可能性。細胞學亦可用於常規檢查，不僅操作容易，對病人的傷害亦很小。診斷率不遜於病理切片，是個值得重新評估的老方法。電腦斷層攝影使鼻咽癌還僅是黏膜下的小腫瘤時，就早期偵測出來，這點是傳統的放射線檢查所難以做到的。

二、血清學

Epstein-Barr 病毒與鼻咽癌的關係密切。自1966年研究 Burkitt's lymphoma 時就發現鼻咽癌患者的EBV 抗體會升高。有鑑於此，目前全世界都對鼻咽癌與EBV的關係展開運動的研究。現今實驗中的EBV 抗體多達十種，其中VCA與EA已廣為臨床上所

採用。尤以VCA-IgA 最為普及。鼻咽癌依世界衛生組織的分類可分為三型：第一型為鱗狀角質化細胞癌；第二型為非角質化癌；第三型為未分化型癌。VCA-IgA 在用於診斷分化較差的第二型與第三型，其陽性率高達85%以上^{2,3}；但對第一型的偵測率低，僅達16%至19%^{4,5}。所幸絕大部分的鼻咽癌都是第二或第三型。於不同的對照組中，有10%到15%的偽陽性。這類人得鼻咽癌的危險性也較高或者有其種程度的免疫缺陷，祇是尚未發現罷了，應該繼續追蹤。

EA-IgA 抗體的敏感性較低，但更具特异性。將檢驗方法改善更能提高它的陽性率。例如以免疫自動放射照像術 (immunoautoradiography)⁶ 的方法來檢查鼻咽癌病人的是項抗體，其陽性率更可高達95%。另以雙盲試驗⁷，檢查VCA-IgA，VCA-IgG，EA-IgA與EA-IgG四種抗體，發現鼻咽癌病人中其血清學與病理的相關性 (correlation) 達到88%，偽陽性是7.3%。EBV 抗體目前可應用於：

①大衆調查 (mass survey) 早期診斷：在大陸梧州做的一項大衆調查⁸，檢查12932例年齡40至59歲的民衆。抽驗他們血中VCA-IgA與EA-IgA，因此找出13例鼻咽癌病人。其中9例(70%)是第一期，4例(30%)是第二期。因此可知利用血清學可以在早期就偵測出鼻咽癌患者，及早治療，而減少死亡率。

②診斷指針：鼻咽癌有黏膜下浸潤的特性

* 榮民總醫院耳鼻喉部住院醫師

* 榮民總醫院耳鼻喉部主任

，所以早期時小的黏膜下腫瘤不易發現。所幸EBV 抗體可能會先升高，這時血清學就提供一個診斷方向。尤其是無原發病竈的頸部淋巴轉移患者，若發現陽性抗體力價時，更要注意鼻咽的檢查，特別是活體切片與電腦斷層攝影，最終亦能證實出不少潛伏性的鼻咽癌，而避免了淋巴腺的摘除切片，因放射線治療前的淋巴腺切片會減少存活率，如此可使預後較佳。

③分期（staging）：有一個趨勢是癌病愈高期，其EBV 抗體力價愈高；這點與淋巴蔓延程度的關係更明顯。一般而言無論以何種分期系統，都可見第三期病人其抗體的幾何平均力價都比第一期高。但第一期與第二期或第三期與第四期之間的抗體力價則無明顯的差別。可是最末期的病人其抗體力價之幾何平均值反較第三期低，可能是末期病人其免疫能力已瀕臨崩潰狀態。

④治療與預後的標記（marker）：抗體亦可作為治療與預後上的一個標記。抗體力價高的病人無論對放射線治療或化學療法都較敏感。若腫瘤經過有效的治療，其抗體力價在半年或一年內應該下降。腫瘤對於治療產生抵抗時，其抗體力價絕不會下降。治療後每3個月應追蹤抗體一次。若發現抗體力價再度升高時，即使臨床上看不到腫瘤，也要高度警惕是否有復發或轉移的可能性。

三、細胞學檢查

利用一條特殊設計的彎曲金屬管^{*}，其近側接負壓小於30 mm.Hg的吸引唧筒，遠側接一個有15至16個小孔的金屬蓋，該金屬頭可旋轉取下，其內面襯以一層薄絲質布。金屬頭經口腔伸入受檢者鼻咽以接觸可疑的病竈，再轉向鼻咽腔的其餘各部位以吸引剝落細胞，如此可檢查附著於布上的細胞。Dong以此法檢查574例鼻咽癌，發現第一次就能以細胞學證實的有508例（88.5%）；第一次能以病理切片證實的有531例（92.5%），二者數字非常接近。而且細胞學的細胞病理特徵也與病理上的組織病理型吻合。這種方法非常可靠，

對於黏膜傷害很小，方便、操作容易，而且可以搜集大量數目的細胞。這種方法不僅可用於常規檢查，亦可用於大案篩檢。

在發生率高的廣東收集1081例鼻咽swab，結果在細胞學上可分成四型。第一型正常細胞佔450例（41.62%），第二型為發炎細胞佔586例（54.21%），第三型為癌前期細胞佔35例（3.22%），第四型為癌細胞佔7例（0.65%）。可知於鼻咽癌發生率高的地區其慢性鼻咽炎的病例比率很高，甚至多於正常者。值得注意的是慢性發炎可能是個造癌因子（precarcinomatogenotrophic factor）。難以斷定這3.22%的癌前細胞是否由發炎細胞轉變而來，但以細胞學觀點而言任何細胞變態（cytomorphosis）都是不正常的，所以任何有懷疑的抹片都不可忽視。

四、免疫細胞化學研究

（immunocytochemical study）

原發與轉移鼻咽癌的差別診斷困難。未分化型鼻咽癌與淋巴瘤的區別也不易。雖然電子顯微鏡有幫助，但在活體切片時，常沒有同時預備適合電子顯微鏡所需的組織，這時就可利用此法了。原先是為病理準備已為福馬林或石蠟固定的組織，仍可以免疫細胞化學法來檢查。祇要是表皮性的癌，無論是原發型或轉移未分化型，都可對角質產生抗體（anti-keratin antibodies）。Custerson¹⁹利用免疫細胞化學染色法檢查14例鼻咽癌病人的石蠟包埋標本，以偵測抗角質抗體，結果14例皆呈陽性染色。做為對照組的7例何杰氏病與24例非何杰氏淋巴瘤全部呈現陰性反應。可知抗角質抗體已經成為鑑定鼻咽癌與排除淋巴瘤的一種非常可靠的細胞標記。此外鼻咽癌標本中尚有表皮膜抗原（epithelial membrane antigen）與carcinoembryonic antigen（CEA）兩種表皮細胞標記可以此染色法找出，但陽性率不高。

五、電腦斷層攝影

鼻咽癌早期常出現的特徵是黏膜下浸潤，

這點是傳統的放射線檢查所無法偵測的，俟黏膜潰瘍或 fungation 時已是較晚的發現了。電腦斷層攝影不僅能早期偵測鼻咽病變，更能顯示各種晚期的表徵。鼻咽癌在電腦斷層攝影上所出現的變化可歸納為五點¹¹：

①黏膜下浸潤與吞嚥肌，尤其是提腭肌的擴大，侵犯 parapharyngeal space 或 parapharyngeal air column。

②耳咽管開口的浸潤或阻塞導致漿液性中耳炎，與軟腭的浸潤。

③ superficial parapharyngeal space 的浸潤，侵犯三叉神經的下頷枝，造成下頷痛與知覺喪失。罕有情況下，會侵犯三叉神經的運動枝，造成其支配的咀嚼肌的萎縮。若是因以前放射線治療所造成的肌肉萎縮則是較廣泛性的，此為鑑別診斷上的一特點。

④任何頸部淋巴結的變大，無論是表淺的耳前淋巴結或深部的椎前淋巴結，皆應提高警覺。

⑤由顱底經過破裂孔 (foramen lacerum) 伸展到旁蝶鞍部 (parasellar region)，亦非罕見。有時亦可進入眼眶。

由於上述血清學，細胞學，與放射線學等的進步，使耳鼻喉醫師能較早期診斷鼻咽癌病人。如何能更早偵測與防範，仍是今後急待努

力的課題。

參考資料

1. Hsu MM, Tu SM. Nasopharyngeal carcinoma in Taiwan. Cancer 1983; 52: 362-368.
2. Tamada A, Makimoto K, Yamabe H et al. Titers of Epstein-Barr virus-related antibodies in nasopharyngeal carcinoma in Japan. Cancer 1984; 53: 430-440.
3. Bryan H, Pearson GR, Weiland LH et al. Otolaryngol Head Neck Surg 1983; 91: 255-261.
4. Pearson G, Weiland LH, Noel HB. Application of Epstein-Barr virus (EBV) serology to the diagnosis of North American nasopharyngeal carcinoma. Cancer 1983; 51: 260-268.
5. Zeng J, Gong CH, Jan MG et al. Detection of Epstein-Barr virus IgA-EA antibody for diagnosis of nasopharyngeal carcinoma by immunofluorescence. Int. J. Cancer 1983; 31: 599-601.
6. Cai WM, Li YW, Wu W, Liu YY, Hu YH, Gu X. Serological diagnosis of nasopharyngeal carcinoma. Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys 1983; 9: 1763-1768.
7. Zeng Y, Zhang LG, Li HY. Serological mass survey for early detection of nasopharyngeal carcinoma in Wuzhou city, China. Int. J. Cancer 1982; 29: 139-141.
8. Hanji D, Shujing S, Shuwei H, Gohao L. The cytological diagnosis of nasopharyngeal carcinoma from exfoliated cells collected by suction method. The journal of Laryngology and Otolaryngology 1983; 97: 727-734.
9. Chen HS. Significance of desquamated cells of nasopharyngeal mucosa based on 1081 cases. Acta Otolaryngol 1982; 94: 181-183.
10. Gusterson B, Mitchell DP, Warburton MJ, Carter RL. Epithelial markers in the diagnosis of nasopharyngeal carcinoma: an immunocytochemical study. J Clin Pathol 1983; 36: 628-631.
11. Silver AJ, Maward ME, Hilal SK, Sane P, Gentil SR. Computed tomography of the nasopharynx and related spaces. Radiology 1983; 147: 733-738.

(原載：臨床醫學月刊[台]1985年16卷1期14—16頁)



母乳殺菌能力之研究

臺北市立婦幼綜合醫院 婦產科及病理科
臺北醫學院微生物學科

阮正雄 王正怡

以母乳哺育嬰兒的方式日漸減少，特別在未開發地區嬰兒較不易由其他途徑方式獲取充分營養，疾病的防治工作欠缺，如不以母乳哺育嬰兒，則嬰兒易發生營養缺乏，同時罹患疾病的機會也增加，無論從營養學或免疫學觀點看，以母乳哺育嬰兒實為最好方法，有鑑於此，衛生當局及醫生均重視此問題及呼籲，強調以母乳哺育嬰兒的優點。

本實驗乃在探討母乳之殺菌作用，收集了111個產後3~7天間之母乳，分別測定其對大腸桿菌、傷寒桿菌、綠膿桿菌及金黃葡萄球菌之殺菌作用。所有111個受檢之母乳至少對母乳之殺菌作用感受性較高，枯草氏陰性細菌中又以傷寒桿菌、大腸桿菌之感受性為高。本實驗結果提供公共衛生醫護工作人員，作為宣導，推行以母乳哺育嬰兒之資料。

(原載：中華民國婦產科醫學會會刊[台]1985年24卷4期197頁)

倒生性乳突瘤

·陳昭恩^{*}張 斌

一、前言

倒生性乳突瘤，是鼻腔及鼻竇的一種少見的腫瘤。由於它在病理組織學上是一種良性腫瘤，但是在臨床表現卻有(一)對周圍組織有侵犯破壞現象，(二)術後復發率高，(三)伴隨惡性變化比率高等特性，因此，對於這種疾病的處理，以往一直有很多爭議。

二、發生學及病理學

Ward及Billroth在1850年代即提出復發性鼻腔乳突瘤病例報告。Ringertz於1938年首先描述有些鼻腫瘤的上皮細胞增生有往下侵犯結締組織間質的傾向；而這些正是倒生性乳突瘤的特徵。從以往文獻上提及倒生性乳突瘤這疾病的命名至少有25種，這些名詞多多少少地指出這種腫瘤的特性，例如：“papillary sinusitis”，“transitional cell papilloma”，“nasal epithelial papilloma”，“villiform cancer”，“inverted Schneiderian papilloma”，“inverting papilloma”等等。一直到1971年Hyams發表對於315例鼻與鼻竇乳突瘤的研究報告，方才確立倒生性乳突瘤“inverted papilloma”這名詞，並確知它是一種上皮腫瘤而非發炎或組織肥厚，有復發及伴隨惡性變化的傾向。

由胚胎發生學的觀點來看，倒生性乳突瘤

是從鼻黏膜呼吸上皮發生。這種上皮由胚胎外胚層的鼻板(nasal placodes)往內凹陷形成鼻腔及鼻竇黏膜。這呼吸上皮與其他部位例如喉、氣管等的呼吸上皮係由內胚層發育而來是不一樣的。

從大體上看，倒生性乳突瘤的外觀呈堅實息肉狀，外表血管豐富，往往充塞整個鼻腔，可能由鼻前庭甚至外鼻孔往後至鼻咽腔；其外表有時不易與鼻息肉區別。絕大多數的倒生性乳突瘤為單側性，這與一般常見鼻息肉為兩側性，在臨床上可供區別。

從組織病理學上看，倒生性乳突瘤如同名稱所示，其實生上皮細胞往底下間質增生而不同於其他腫瘤往外增長，這些增生的上皮可能為鱗狀上皮、呼吸上皮或轉移性上皮(transitional epithelium)(如圖一、圖二)。Hyams在他的研究報告中，絕大多數為鱗狀上皮；而Suh研究57例中有26例為鱗狀上皮，12例為呼吸上皮，而另外19例為各種上皮混合。這些上皮細胞分化相當完整，異型與細胞分裂很少見，有完整的基底膜將這些倒生入間質的上皮細胞與下面的結締組織分開。間質本身可能呈密實或粘液瘤狀(myxomatous)，通常伴有發炎細胞浸潤。腫瘤可能內陷或內凹陷至底下的骨組織，但除非惡性變化，很少直接侵犯骨組織。

以往有人認為倒生性乳突瘤的發生可能與鼻過敏或病毒感染有關。但通常過敏性鼻炎、鼻息肉多為兩側性，而倒生性乳突瘤多為單側性，且文獻上統計及我們自己的經驗，大多數

* 榮民總醫院耳鼻喉科醫師

** 榮民總醫院耳鼻喉科主任