

輸卵管距子宮 1 公分處採行電氣凝結法，並截除 10 立方公分之一小段輸卵管；發現到：充分之凝結對輸卵管之截除時出血之抑制與防止瘻管之發生極為重要。全部手術時間自 9 分~25 分鐘，平均為 11 分鐘。術後兩個月，所有病例均施行子宮輸卵管攝影，發現全部閉塞完全。我們做了一年半，沒有發現失敗的病例，也沒有任何合併症發生。

合併症的討論

腹腔鏡和一般其他手術不同，因為它在電燒的過程中往往只有操作的一個人瞭解，旁人無法看到，所以在教學上相當困難。目前有教學用的纖維玻璃管，不但操作者可以看到，而且另外的人也可由此纖維管看到其操作的過程，但價錢相當昂貴，一付約為台幣 12 萬元。其他也有電視電影之傳真教學設施，可惜均極貴。至於合併症往往是經驗不足所致，現談一下主要的合併症。

一、腹膜外積氣：

此為常見的現象，當我們將氣腹針插入病人腹內如果碰到很胖的病人以致於祇到達皮下組織、筋膜內，而造成皮下氣腫；有時空氣可上到胸部下到會陰。反之如果太瘦而到後腹膜不小心入大動脈而有氣栓症之危險；要避免這些，方法很多，我們常用灌氣的壓力機測定腹內壓力，如果太高例如超過 20mm 水銀柱高，就要重插，如此便可避免。

二、穿刺的損傷：

將氣腹針插入時，因其小故傷害到腹壁較微；若插入套管針因較大，易將腹肌損害或穿破子宮體，胃腸之

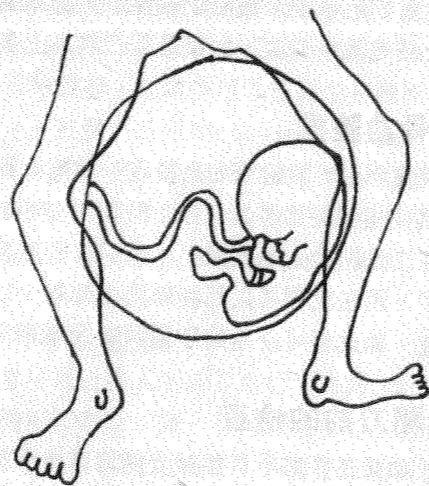
穿破也有人報告。因此做此手術有人強調外科設備要充足，其次在穿刺第二個切口之時，對右上腹壁血管要小心，所以用照明找無血管的部位穿刺較安全。

三、操作上的損傷：

如果為了做切片，往往有時碰到小動脈要馬上止血，但有時會形成出血或血腫塊現象；有時在結紮電燒或在分離粘連後之電燒與腸子有粘連因而傷及腸子，也有人這麼報告。所以在電燒過程中，解剖上的部位要很清楚的看到，如此才可免去不必要的麻煩。

四、其他則為開刀後肩痛，這只要排氣乾淨即可避免。

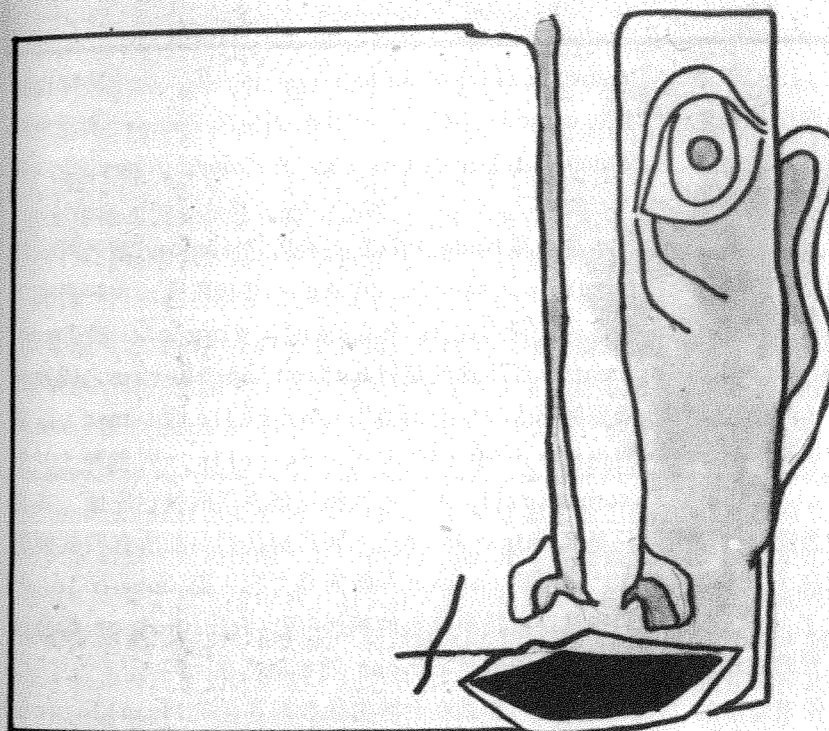
有因子宮方向、操作器使用不當而穿破，然而我們現所用新的儀器則不會有這種缺點。皮膚發炎、燒灼之短路或瘀斑均有人報告。



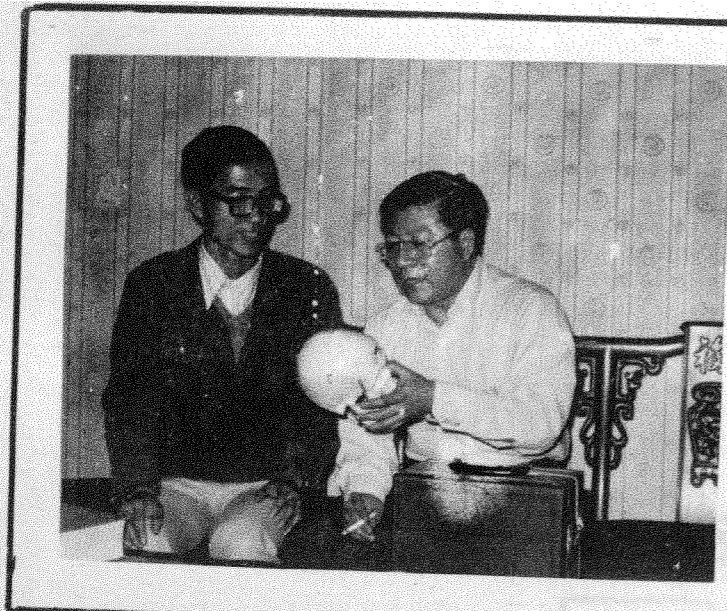
談 ENT

訪台大 ENT 副教授

徐茂銘先生



台灣處於亞熱帶，由於海島型氣候，濕度相當高，竟產生了一些特殊的現象：“專治過敏性鼻炎”、“祖傳鼻炎秘方”，甚至“鼻癌專家”。這些廣告五花八門，層出不窮，大有不由得你不信的氣勢，其中“鼻咽喉癌”恐怕更是寶島的專利，名聞國際，亦可見 ENT 在台灣的地位將比其它國家更高，因此我們在台大副教授徐茂銘先生的慨允下前往台北，當面請教徐教授有關 ENT 的問題。



徐教授是台大新起的一代，算是少壯派；1960年畢業。當服役於海軍時，徐教授就表現了積極的作風，艦艇停靠基隆時，上省立基隆醫院幫忙，停靠高雄則上蔡外科，甚至省立澎湖醫院也沒有錯過，這樣徐教授就學到了許多實際經驗。

1961-1964年回台大接受ENT專科訓練，1964年遠征利比亞當ENT顧問，時利比亞全境只有四個ENT醫師。停留在利比亞四年間開了許多Maxillectomy, Pharyngectomy, 及Laryngectomy, 手術經過情形均相當好，徐教授偷偷告訴我們：其實這種手術，在台大時只做過一二次而已。

留在利比亞期間，因地理上的便利，徐教授會到法國、英國、德國參加許多短期的畢業後再訓練，1968年返國。'72-'73年赴美進修，'74-'76年又各去了一次，每次各學一件東西，徐教授沒有放過每一個學習的機會，這種精神正值得我們深思與學習。我們的學習環境不如許多先進國家是無可否認的事實，因此我們更當珍惜每一個學習的機會，積極地充實自己。徐教授特別指示我們，“保持學習的精神比擁有完善的學習環境更為可貴、畢業後更不可忽視繼續的進修”，醫道之艱辛是需要崇高理想為其精神依歸的。假如僅以短淺的社會價值觀而踏入醫門，終將因無法滿足其慾望而失望，此無異於出賣人生的代價，是否過於鉅大呢？

然後我們的談話進入了正題，在徐教授所從事的許多研究工作中，其中有一篇相信是你我均熟悉的NPC immunology 方面的研究。其整個實驗可簡述如下：

美國有一種Nude mice，天生缺乏Thymus，所以對各種外來組織不發生排斥作用，故若將NPC上之

tumor cell種於Nude mice上，經六個月後可以觀察到cancer之成長，而此新成長之Tumor與原來的Tumor，不論在pathology或immunology上均完全一致。

從此種Nude mice上長出之tumor，我們可以抽出tumor associated Ag，然後作進一步的研究；也許可以利用此Ag來做Early diagnosis或Treatment，或依此判定對Radiation therapy之成效。舉個例吧！如果有 10^8 個Tumor cells的tumor，以放射療法殺死99.99%的tumor cells，則餘剩 10^5 個tumor cells，一般人都可能誤信病情已痊癒，其實只是Remission而已，因為以我們目前所有的技術對 10^5 以下的cancer是無能為力的，而immunology的方法可以找出很小的病灶。所以immunology的發展是目前我們對抗cancer的希望所在。

其次，論到在台灣由徐教授首創的Maxillofacial surgery。目前台灣有140萬的機車，60萬的汽車，每年約有一萬多次的車禍事故，死亡人數為2,700人，受傷人數為15,000人，死亡約佔受傷者之 $\frac{1}{5}$ ，而美國則僅約 $\frac{1}{36}$ ；此些數字足以暗示我們在醫療設施及交通系統等有關方面有待進一步的改善與發展。

然而在傷者中80%為頭頸部外傷，一般大眾都較關心腦震盪方面的有關問題，而常忽略了其它種種面部問題，但事實的統計資料上看來，腦震盪並不如常人以為的那麼衆多。所以凡是較積極的醫師們對於maxillofacial injury都花更多的精神處理之。

Maxillofacial surgery在美國是1963年開始普及的，日本方面則於1968年，台灣隨之跟進，但至

今仍未遍及大眾，而一般的ENT醫師也不做此方面的手術。但隨著偉大的十大經濟建設之發展，尤其是當南北高速公路完工後，所有車子都富有安全帶的設施，此安全帶雖可避免身體飛拋出車外之危險，但相對無可避免的頭部碰擊方向盤、及擋風玻璃等等之機會卻增加了。因此對maxillofacial surgery知識的認知實有實際應時之必要。至於面部外傷在fresh case處理則較簡單，費用也便宜，效果呢？則又令人滿意；而old case，等fibrosis發生後才接受治療，則為時已晚，在精神、物質、治療效果方面均得不償失；如鼻骨折，fresh case只需局部麻醉，再加上簡易儀器之矯正即可完成治療，免於住院，全部費用約500元，至於過了2WKS後才接受治療者，則須接受全身麻醉，住院約一星期，費用約10,000元，而效果又比fresh case差。真是所謂“差以毫釐，失之千里”了。

如有對這方面頗感興趣的同學，請自行參閱徐教授著於當代醫學——第一卷第1期“頰部外傷的處理”或即將出版之醫學文摘（66年元月號）

至於ENT醫師的訓練，徐教授說：國外制度，英國是一般外科一年後再接受3年的專科訓練，美國則4或5年，台大為3年。

三年中除了以解剖課使用過的頭部當練習教材外，每位住院醫師至少須會做七種手術：鼻子2種，頸部1種，耳朵2種，trauma 1種，咽喉1種；在R.時必須向教授表明立場，想開業者多做常見手術，打算留於大醫院的則做幾個cancer的手術。

訓練過程中，對於Basic knowledge嚴格地要求其觀念之清晰，至於參考過多的References倒不是頂

迫切必須的。事實上，只要Basic knowledge清晰，即可融會貫通應付種種問題。因此如遇到手術中基本觀念之迷惑者，立即禁止其開刀手術權利。打個比方吧！開刀之際，刀切的方向應與nerve & B. V. 平行，如果是垂直劃下，縱然未切及nerve & B. V.，已表其觀念之含混，將立刻禁止其手術之權利。如此嚴格標準要求下訓練成的醫師，無疑的其醫術足以信賴。至今，以此方法鍛煉成之優良醫師，足跡遍佈全省各地省立醫院。

對於門診最多的Allergic Rhinitis，徐教授認為Allergic Rhinitis並非全然正確的說法，因為一般所謂的“Allergic Rhinitis.”絕大多數非allergen引起，只有約30%是因對灰塵、花粉、fungus過敏而起的，我們稱之為Extrinsic allergic rhinitis。而其餘70%則是因調節血管的神經功能不良而起，稱之為Intrinsic vasomotor rhinitis，而此型大多是由physical factor造成，比如濕度、冷熱度變化等等，所以有些病患在離開台灣後，symptoms隨之消失，此原因乃是離開高濕度的台灣後，allergen已不存在了。

話聊到此，夜幕已低垂。拜謝了徐教授步入台北街頭。以豐碩的充實感迎著陣陣刺骨的寒風，仰望灰濛濛的天際，夾雜著絲絲的細雨，不禁莞爾——此非allergic rhinitis的溫床？

——戴達英·陳志鑫記。