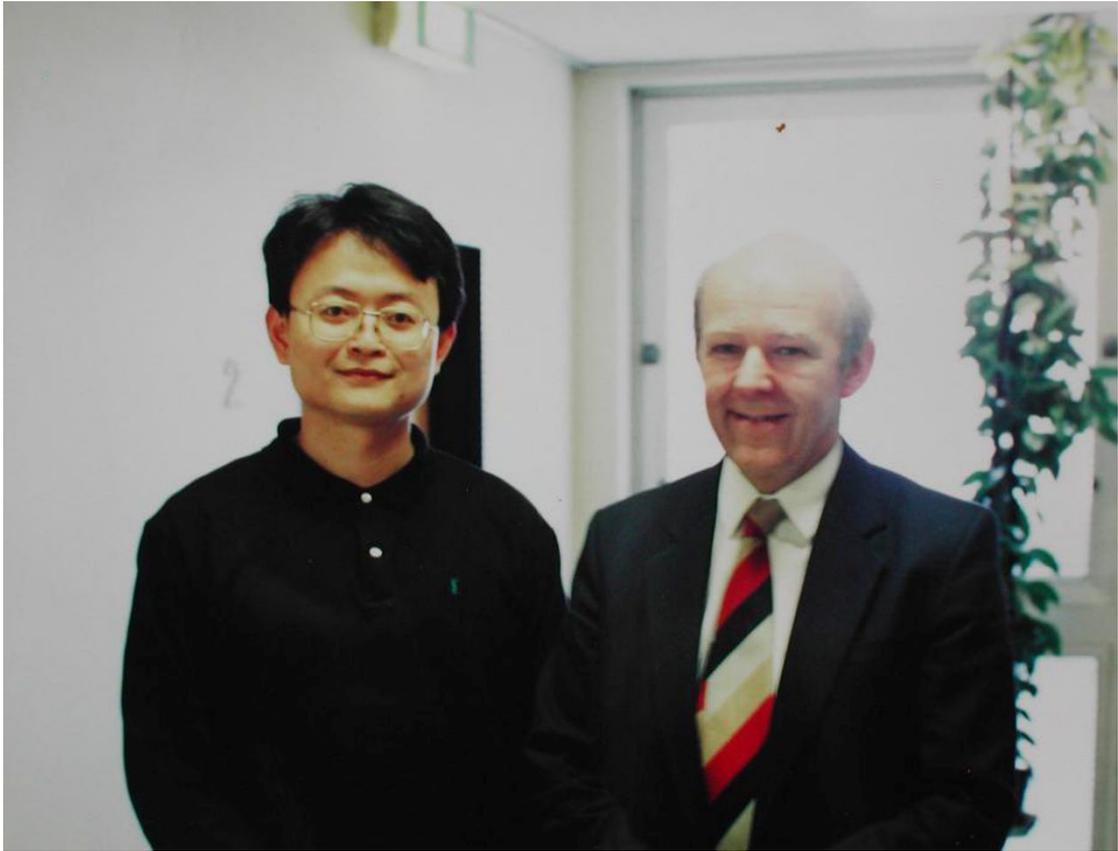


我和人工電子耳 21 年的戀戀風情



民國 84 年的中華民國耳鼻喉科醫學會，破天荒的辦了一次“人工電子耳”在職進修演講會。馬偕醫院的林鴻清醫師邀請我講述人工電子耳術後的效益評估與雙側人工電子耳手術。已經很久了，我不曾再以中文演講有關人工電子耳的種種。雖然 12 年來，每年至少都會有一次應邀在其他各國以英文演講人工電子耳的最新研究與改進現況，但是在台灣，我已不再滿身衝動或者說也沒有必要再四處奔波演說推廣人工電子耳，去爭取人工電子耳補助了。

民國 78 年我離開臺北長庚醫院，當時國內第一個執行單頻道人工電子耳的研究團隊瀕臨解散，主因是單頻道人工電子耳的術後聽能復健成效不甚理想。當

時的聽力師王克經也選擇離職赴美再進修深造。而我因緣巧合的來到台南奇美醫院，在 12 年前(民國 78 年)重新組織了台灣地區第一支多頻道人工電子耳臨床研究團隊，並獲得衛生署正式核准進行澳洲墨爾本大學推出的 Nu-22 紐式 22 人工電子耳人體試驗計劃。當時許多同儕醫師奉勸我，此路多崎曲險阻，研究耗時，阻力重重，何必淌這混水。的確，當時連如何手術、如何復健，甚至世界各國都沒有人工電子耳的復健教材，就連英文聽能語言檢測表都不足了，中文聽能語言檢測表更是完全空白。台灣第一套中文語言聽能檢查表，終於在民國 78 年底由奇美醫院〔當時的逢甲醫院〕研究完成。這套檢查及研究工具並經多年改進，成為目前的華語世界唯一完整的聽能檢測工具—即 CM Auditory test Battery，簡稱 CMAB 完整 12 種檢測工具，各四組。目前，中國大陸的醫學中心開始採用。

18 年來我選派了將近 12 位聽力師與語言治療師，3 位醫師分別多次反覆前往澳洲、德國、維也納進修研究，以求延續最新的技術與理論。早期所有送訓的經費多半來自奇美醫院，起先院方每贊助一各人員受訓，我個人又自掏腰包再贊助一位專業人員同行。然而在起初的八年裡台灣大多數醫學中心仍無心研究人工電子耳，奇美的團隊走的很辛苦，也很孤獨。我還得四處演講，向各地聽障團體，包括當時聲暉協會，啟聰學校師資，立法院，公保，勞保解釋及爭取補助。為了深入基層特殊教育師資扎根，我還特別在兩處師範大學特教系開辦的聽力學課程任教，以利推廣聽覺口語教育的觀念。在台北醫學大學醫學系兼課時，也

特別講述人工電子耳來推展將來一般醫師對聽障病人的治療復健標的之基本了解。其中參雜了許許多多不為人知的辛酸路程。有來自其他醫院的醫師的質疑，也有主張手語教學的特教老師，以及某些特定的保守懷疑的聽障家長們對我們團隊的誤會曲解，甚至誣謗都時有所聞。有趣的是，11年前許多經過仔細評估建議而決定接受奇美醫院人工電子耳手術與復健的家長們，都會接獲一位反對人工電子耳手術的家長電話極力勸阻。我們也不知如何向他解說。可喜的是，經過近10年的反對，這位家長的聽障小孩竟然在去年成為成大醫院第一例人工電子耳手術的病患。可見，我們多年的努力奔走並沒有白費。而台灣地區在6年多前，由台大、北醫、榮總、馬偕等醫院也陸續投入提供人工電子耳手術的服務陣容。而今這項手術也不復18年前研究初期時的盲點重重，目前手術技術已經標準化到教科書都有了圖譜和詳解步驟，今年至少有10所醫院可以提供這項手術服務。

民國84年全國醫學會在職進修演講中，醫師們熱烈討論的景像令人欣慰。而我的講題與內容卻一反過去不斷鼓勵和說服更多的醫師與醫院投入人工電子耳服務的角色，我一再重覆提醒大家，人工電子耳不是重度聽障的萬靈丹，除非必要，除非助聽器已經被醫師宣告無更好的復健療效可期待時，人工電子耳仍不宜輕易執行。簡單的說，戴上助聽器後，學齡孩童如果能在雙語詞聽辨檢查中得分45分以上，就應該以繼續使用助聽器復健為理智且經濟的選擇。詳細的評估，應該就近請教當地醫院最近的人工電子耳研究團隊，而兩歲以下的幼童，如果肯

定重聽且有證據預期助聽器將無進一步助益時，則應毫不猶豫地接受醫師建議，執行人工電子耳之術前評估與復健，甚至評估完成後儘快安排手術。18年前，我做多頻道人工電子耳的時候，台灣根本沒有代理商，日本、韓國等亞洲國家也都尚無經驗，不管是78年的澳洲Nu-22或84年的維也納的Med-el combi-40，引進台灣，我都像是接生的產科大夫一般，有一份特殊的情感。18年後「她們」都「長大成人」，受人喜愛信賴，像是女兒出閣，我是如此滿心愉悅和感激。