

社團法人台南市牙醫師公會第五屆第三次會員大會暨學術演講

論文貼示報告辦法

- 一、 主要目的：在於提供牙醫界學術交流之機會，並可將牙醫師之心得及成果作為牙醫界未來研究發展之參考方向。
- 二、 參賽資格：國內外牙醫師、口腔科學相關領域之臨床與研究相關人士及大學部相關系所師生。
- 三、 發表時間：115 年 3 月 7、8 日(星期六、日)；
地點：福爾摩沙遊艇酒店【國際宴會廳3樓海灣廳】台南市安平區安平路988號
- 四、 投稿辦法：
 1. 投稿者須將論文摘要依附件格式，**於 115.1.9 前**，E-mail 至〈台南市牙醫師公會〉信箱， E-mail: a2152140@dentalways.org.tw。
 2. 摘要內容需包含背景、研究目的、研究材料、研究辦法、結果等內容(詳範例)。
- 五、 審查辦法：由台南市牙醫師公會學術委員會審查委員進行摘要審查。
- 六、 論文貼示之口頭報告：
 1. 通過審查之發表者，將個別通知，115. 3. 7上午 10:00 於指定版面貼示完成，貼示時間為115. 3. 7上午10:00~115. 3. 8下午16:00，並於期間進行口頭報告。
 2. 通過審查之發表者於115. 3. 7下午13:00~13:30期間於貼式海報前進行口頭報告，現場將開放評審進行問答，並於115.3.8下午12:00公布評定成績。
- 七、 海報格式：150 公分長 x 75 公分寬
- 八、 獎勵辦法：論文摘要經審查通過錄取，經評定為優等者三名給予 3000 元獎金及獎狀乙紙，佳作者給予 2000 元獎金。

摘要製作要點

論文摘要應包含以下項目：

1. 中文標題(中文字體大小和字形如範例所示，並以居中排列)
2. 英文標題(英文除第一字母或專有名詞大寫外，字體大小和字形如範例所示，並以居中排列)。
3. 作者姓名(中文及英文姓名，中英文字體大小和字形如範例所示，並以居中排列，負責報告請以▲註明)。
4. 作者代表機構(請以縮寫代表之)。
5. 研究背景與目的。
6. 研究材料與方法或病例資料內容。
7. 結果。
8. 結論。

版面設定以 A4 直向，上下邊界 2.54cm，左右邊界 3.17cm；全部摘要字體級數請參考 Word

1. 中文標題：14P 標楷體加粗
2. 英文標題：14P Times New Roman，第一字母與專有名詞大寫
3. 中文作者姓名：12P 標楷體，負責報告者姓名右上請以▲註明
4. 英文作者姓名：12P Times New Roman，負責報告者姓名右上請以▲註明
5. 中文作者代表機構：12P
6. 英文作者代表機構：12P Times New Roman
7. 摘要內容：12P 標楷體，靠左對齊，摘要內文專有名詞，請以「中華牙醫學會辭彙」翻譯為準。

頸部淋巴廓清術中保留下頷唾液腺

Submandibular Gland-sparing Neck Dissection

施皓^{▲1} 王東堯¹ 黃振勳¹ 黃則達¹ 陳孟延¹ 陳畊仲¹

¹成功大學附設醫院口腔醫學部口腔顎面外科

Hao Shih^{▲1}, Tung-Yiu Wong¹, Jehn-Shyun Huang¹, Tze-Ta Huang¹

Meng-Yen Chen¹, Ken-Chung Chen¹

¹Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Stomatology

National Cheng Kung University Hospital

背景：唾液對於口腔健康十分重要，而下頷腺所分泌之唾液佔全天總量約70%。頸部淋巴廓清合併下頷腺移除手術於口腔癌治療中為傳統手術，然而術後唾液的減少所造成的乾口症，可大幅影響病患的生活品質。有鑒於手術病人存活率已達一定水平，我們試圖找出能改善病患生活品質的治療方式。根據文獻，大多數病理學報告顯示，下頷腺少有淋巴轉移的情形。我們嘗試於頸部淋巴廓清術中保留下頷腺，以期待能在不影響病患癒後情形下，改善病患術後口乾症的情形。

研究方法：於2004年至2016年，共58位術前診斷為無頸部淋巴轉移之病人，其中包含59個口腔癌與63側的頸部淋巴廓清術，施行下頷腺保留。並以核醫唾液腺造影，病人主觀，醫師客觀檢視評估乾口症與下頷腺功能。

結果：平均追蹤時間為33個月。其中7個下頷腺，4個因放射線治療，3個因頸部淋巴結復發被排除於研究。於56個下頷腺中，兩個於臨床觀察上無唾液分泌，三個呈現中度口乾症。24個核醫造影中，僅有4個案例呈現中度乾口症，且並無更嚴重者。

結論：根據本篇研究，下頷腺於頸部淋巴廓清術中保留，不僅能保留其功能，並且也未影響到病患癒後，且可進一步增進病患的生活品質。

論文發表者：_____

通訊處：_____

電話：_____ 傳真：_____

電子信箱：_____

收件 e-mail: a2152140@dentalways.org.tw 洽詢電話: (06)3122908; 3120106

審查意見：

審查結果： ☐通過 ☐不通過 ☐修改後再審 ☐其他

審查員簽章：

年 月 日