



易被誤診的腦腫瘤： 聽覺神經瘤

聽覺神經瘤 (Acoustic Neuroma) 又稱為聽神經許旺氏細胞瘤 (Schwannoma)，或前庭神經鞘瘤 (Vestibular Schwannoma)，是許旺氏細胞瘤沿第8條腦神經線生長所致。聽覺神經瘤佔了所有顱內腫瘤 (Brain Tumour) 總數約8%。不過在區域性劃分上，聽覺神經瘤在小腦腦橋角 (Cerebral - pontine Angle) 是常見的腫瘤，大約佔了所有小腦腦橋角區域腫瘤 (Cerebral-pontine Angle Tumor) 的80至90%。

人體的聽覺神經和前庭神經線是從內耳連接到腦幹。聽覺神經瘤是緩慢生長的良性腫瘤，平均1年增長1至2毫米。一般來說，90%病人的腫瘤多為左側或右側單邊，而左右邊單側的機會率是相等的。10%病人的腫瘤為左右邊雙側，會同一時間，或以先後次序不同時間出現。提起聽覺神經瘤，人們會覺得這種腫瘤長在腦子裏一旦發病肯定很嚴重，其實不然。聽覺神經瘤起病平和、緩慢，初期症狀為耳鳴，但很容易誤診或漏診。

腫瘤變大可致臉部肌肉麻痺無力

主要是因為腫瘤壓迫到腦神經所造成的，可能被影響的有第5、7、8條的腦神經。

- 1 **聽覺神經和前庭神經**：病人最常出現聽力喪失、耳鳴的症狀 (95%)，暈眩則較少見 (61%)。
- 2 **三叉神經**：17%的病人會有臉麻、臉部對感覺刺激特別敏感，或有疼痛的現象。
- 3 **顏面神經**：約只有6%的病人會有臉部肌肉麻痺無力，或味覺異常的情況。
- 4 **其他**：當腫瘤壓到第9、10、11腦神經時，病人會有吞嚥困難、發音問題。腫瘤如果

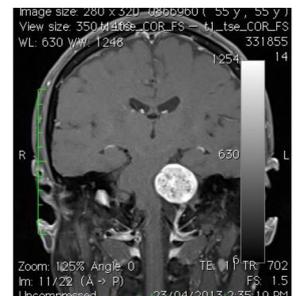
太大，壓迫到小腦或腦幹則會出現肢體肌肉無力、軀體姿勢和平衡失調、步伐不穩定，如果情況更嚴重的話會有腦積水甚至死亡的風險。

磁力共振影像診斷

磁力共振醫學影像檢查，有助於明確診斷及鑑別小腦腦橋角區域的腫瘤，例如腦膜瘤、表皮樣囊腫、三叉神經鞘瘤等的鑑別。

聽覺神經瘤的磁力共振影像特點：

- 1 可見聽覺神經瘤由內聽道向內側長出來，像蝌蚪的尾巴一樣。
- 2 腫瘤對小腦、腦幹的壓力。



腫瘤較大或壓迫重要神經 考慮微創顯微鏡手術切除

腦神經外科醫生會從多方面考慮及評估，制訂合適的治療方案。若腫瘤體積較細小和沒有症狀時，病人可以用保守治療方案定期覆診及檢查，如腫瘤體積較大又或壓迫到重要神經，病人有症狀及影響都較嚴重時，就要考慮接受微創顯微鏡手術切除。

保護聽覺神經及面部神經的 微創顯微鏡手術

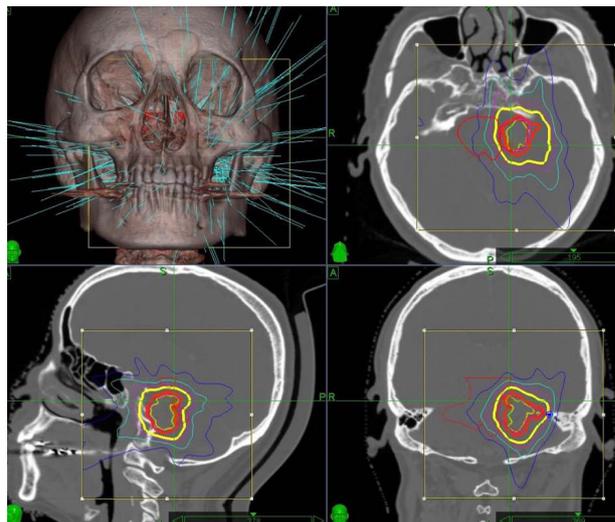
一般來說，微創顯微鏡手術切除是根治聽覺神經瘤的方法，但由於腫瘤與神經線和腦幹的緊密關係，手術過程有一定風險，尤其是聽覺神經受損導致聽力喪失，或是面肌神經受損以致面癱的可能性較大。然而經驗豐富的腦神經外科醫生會在顯微鏡下，以熟練精巧的手術，並利用手術中持續神經監測系統（Continuous Intraoperative Neural Monitoring System IOM），大大提高聽覺神經及面肌神經的功能保存。經驗豐富的腦神經外科醫生，腫瘤全切率達97至100%，面肌神經的功能保存率為51至98.2%，聽力保存率為19至40%，腫瘤復發率為5至10%。



數碼導航刀放射治療

數碼導航刀放射手術適用於3厘米以下的腫瘤或手術後殘餘的腫瘤，老年、體質差的病人也適用。數碼導航刀放射治療相對風險比較小、康復快、治療時間短，一般3至7天便可。其治療效果與射線照射劑量有一定相關性，但腫瘤有囊性變化、腦幹受壓明顯者不建議此方法

治療。其治療的原理是通過高能量射線照射殺死腫瘤細胞，或控制腫瘤細胞的生長。放射治療後短期內，腫瘤會有水腫、擴大的可能，因此術後短期內可能需要脫水降顱壓治療。醫學文獻分析結果顯示，數碼導航刀治療聽覺神經瘤的腫瘤控制率為85至100%，聽力保留率為60%，併發症發生率為5.6%。



結論

聽覺神經瘤一旦確診，如腫瘤體積較大又或壓迫到重要神經，病人症狀明顯、影響也較嚴重時，應該在保護聽覺神經及面部神經功能的原則前提下，儘早治療予以徹底根治。對於老年體質較差、腫瘤較小、無腦幹受壓或術後殘餘的患者，可以用保守治療方案定期覆診及檢查，或予以數碼導航刀放射治療來控制腫瘤生長。具體治療方案的制定需要有經驗的腦神經外科醫生全面評估，再結合患者及家屬的意願後決定。

患有耳鳴和聽力下降症狀的中年人千萬不要忽視，一些看似不嚴重的症狀很可能就是聽覺神經瘤的先兆，應該儘早做進一步檢查。聽覺神經瘤如果是早期發現、早期診斷，將大大提高治療效果，聽覺神經及面部神經的功能保留率亦可大大提升。