

## 認識聽神經瘤

外科部神經外科主治醫師 王國川

聽神經瘤 (Acoustic Neuroma)，醫學上正式名稱為「前庭神經鞘瘤」(Vestibular Schwannoma)，好發於 30 至 60 歲成人。雖為良性腫瘤，但持續生長可壓迫腦幹與周遭神經，造成不可逆損傷，因此早期發現與治療至關重要。

### 臨床症狀

- 單側聽力下降：最典型的首發症狀，約 90% 患者有此主訴，多為漸進性，少數出現突發性耳聾
- 耳鳴：持續性單側高頻耳鳴，即使在安靜環境中仍存在
- 眩暈與平衡障礙：輕度頭暈或走路不穩，嚴重旋轉性眩暈較少見，因大腦緩慢代償所致

- 顏面麻木：腫瘤壓迫三叉神經，導致患側臉部麻木或感覺異常
- 顏面神經麻痺：晚期壓迫第七對腦神經，出現嘴歪眼斜等顏面肌肉無力，為嚴重警示症狀
- 顱內壓升高：腫瘤較大時壓迫腦幹，造成水腦症，引起頭痛、嘔吐、視力模糊

提醒：若出現「單耳不明原因聽力下降」或「單側耳鳴持續超過三個月」，請儘速至耳鼻喉科或神經外科就診評估。

## 檢查方法

- 純音聽力檢查：評估雙耳聽力，患側常呈現高頻聽力下降
- 聽性腦幹反應（ABR）：評估聽神經傳導速度，為重要初步篩檢工具

- 磁振造影（MRI，含顯影劑）：為診斷黃金標準。注射顯影劑後腫瘤明顯強化，可精確測量大小及與周遭神經的關係

## 手術治療

手術切除是最根本的治療方式，適用於中大型腫瘤（直徑超過 3 公分）或症狀持續惡化者。依腫瘤大小、位置及患者殘存聽力，主要有三種入路：

- 乙狀竇後：最常用，適用各種大小腫瘤，從顱後窩進入，有機會保留聽力
- 中顱窩入路：適用小型腫瘤且仍有殘存聽力者，保留聽力機率最高，但技術難度較高
- 經迷路入路：提供最佳腫瘤暴露，適用於術前已無實用聽力的患者，術後聽力完全喪失

顏面神經麻痺是術後最常見的併發症，術中神經電

生理監測（顏面神經肌電圖及 ABR），可幫助偵測顏面位置，大幅降低術後永久性神經損傷風險。即使術中神經監測保護，部分患者術後仍可能出現不同程度的顏面肌肉無力。

## 電腦刀放射手術

電腦刀（CyberKnife）是一種非侵入性精準放射治療，透過多束高劑量放射線聚焦腫瘤，使其停止生長。適合對象為腫瘤直徑小於 3 公分、年長或身體狀況不適合手術、手術後腫瘤殘留或復發、或個人傾向非手術治療者。研究顯示腫瘤控制率達 90% 至 95%，顏面神經功能保留率高達 95% 以上。少數患者（約 5% 至 10%）腫瘤仍持續生長，則需重新評估是否手術。

## 顏面神經麻痺照護注意事項

- 眼部保護：眼瞼閉合不全可能數天內造成角膜損傷。需規律使用人工淚液、夜間配戴眼罩、戶外佩戴護目鏡，並定期眼科追蹤。症狀嚴重者可考慮手術協助眼瞼閉合
- 臉部肌肉復健：在治療師指導下進行鏡前表情練習、神經肌肉電刺激治療及顏面按摩，維持肌肉活性、防止萎縮攣縮
- 心理支持：顏面麻痺對社交與自我形象影響顯著，必要時尋求心理諮詢，以正向態度面對復健歷程
- 神經肌肉重建：通常在神經麻痺 6 到 12 個月後。此時若臉部功能仍未恢復，且神經電位檢查顯示神經肌肉已無恢復可能，則需進行重建

## 結語

聽神經瘤雖為良性腫瘤，若未及時診治仍可能造成嚴重神經損傷。隨著醫療技術進步，顯微手術、電腦刀放射治療及密切追蹤觀察，皆能為不同患者提供個人化的最佳選擇。若您或親友出現相關症狀，請儘早尋求專業醫師診斷，早期發現、積極治療，才能獲得最佳預後。