



易被误诊的脑肿瘤： 听觉神经瘤

听觉神经瘤 (Acoustic Neuroma) 又称为听神经许旺氏细胞瘤 (**Schwannoma**)，或前庭神经鞘瘤 (**Vestibular Schwannoma**)，是许旺氏细胞瘤沿第8条脑神经生长所致。听觉神经瘤占了所有颅内肿瘤 (**Brain Tumour**) 总数约8%。不过在区域性划分上，听觉神经瘤在小脑脑桥角 (**Cerebral-pontine Angle**) 是常见的肿瘤，大约占了所有小脑脑桥角区域肿瘤 (**Cerebral-pontine Angle Tumor**) 的80至90%。

人体的听觉神经和前庭神经是从内耳连接到脑干。听觉神经瘤是缓慢生长的良性肿瘤，平均年增长1至2毫米。一般来说，90%病人的肿瘤多为左侧或右侧单边，而左右边单侧的机会率是相等的。10%病人的肿瘤为左右边双侧，会同一时间，或以先后次序不同时间出现。提起听觉神经瘤，人们会觉得这种肿瘤长在脑子里一旦发病肯定很严重，其实不然。听觉神经瘤起病平和、缓慢，初期症状为耳鸣，但很容易误诊或漏诊。

肿瘤变大可致脸部肌肉麻痹无力

主要是因为肿瘤压迫到脑神经所造成的，可能被影响的有第5、7、8条的脑神经。

- 1 **听觉神经和前庭神经**：病人最常出现听力丧失、耳鸣的症状 (95%)，晕眩则较少见 (61%)。
- 2 **三叉神经**：17%的病人会有脸麻、脸部对感觉刺激特别敏感，或有疼痛的现象。
- 3 **颜面神经**：约只有6%的病人会有脸部肌肉麻痹无力，或味觉异常的情况。
- 4 **其他**：当肿瘤压到第9、10、11脑神经时，病人会有吞咽困难、发音问题。肿瘤如果

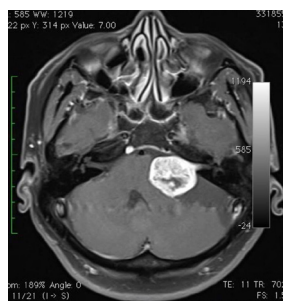
太大，压迫到小脑或脑干则会出现肢体肌肉无力、躯体姿势和平衡失调、步伐不稳定，如果情况更严重的话会有脑积水甚至死亡的风险。

磁力共振影像诊断

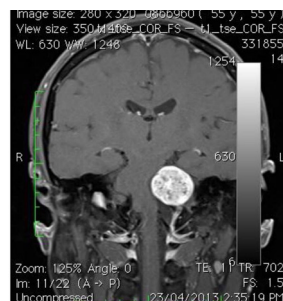
磁力共振医学影像检查，有助于明确诊断及鉴别小脑脑桥角区域的肿瘤，例如脑膜瘤、表皮样囊肿、三叉神经鞘瘤等的鉴别。

听觉神经瘤的磁力共振影像特点：

- 1 可见听觉神经瘤由内听道向内侧长出来，像蝌蚪的尾巴一样。



- 2 肿瘤对小脑、脑干的压力。

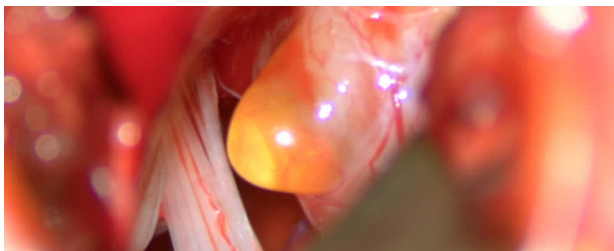


肿瘤较大或压迫重要神经 考虑微创显微镜手术切除

脑神经外科医生会从多方面考虑及评估，制订合适的治疗方案。若肿瘤体积较细小和没有症状时，病人可以用保守治疗方案定期覆诊及检查，如肿瘤体积较大又或压迫到重要神经，病人有症状及影响都较严重时，就要考虑接受微创显微镜手术切除。

保护听觉神经及面部神经的 微创显微镜手术

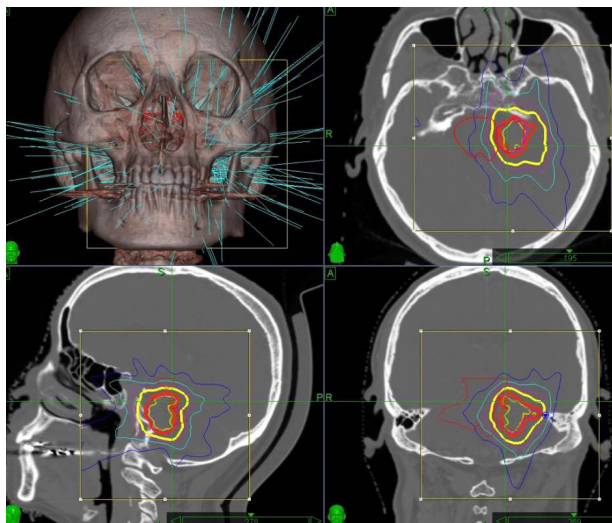
一般来说，微创显微镜手术切除是根治听觉神经瘤的方法，但由于肿瘤与神经线和脑干的紧密关系，手术过程有一定风险，尤其是听觉神经受损导致听力丧失，或是面肌神经受损以致面瘫的可能性较大。然而经验丰富的脑神经外科医生会在显微镜下，以熟练精巧的手术，并利用手术中持续神经监测系统（Continuous Intraoperative Neural Monitoring System IOM），大大提高听觉神经及面肌神经的功能保存。经验丰富的脑神经外科医生，肿瘤全切率达97至100%，面肌神经的功能保存率为51至98.2%，听力保存率为19至40%，肿瘤复发率为5至10%。



数码导航刀放射治疗

数码导航刀放射手术适用于3厘米以下的肿瘤或手术后残余的肿瘤，老年、体质差的病人也适用。数码导航刀放射治疗相对风险比较小、康复快、治疗时间短，一般3至7天便可。其治疗效果与射线照射剂量有一定相关性，但肿瘤有囊性变化、脑干受压明显者不建议此方法

治疗。其治疗的原理是通过高能射线照射杀死肿瘤细胞，或控制肿瘤细胞的生长。放射治疗后短期内，肿瘤会有水肿、扩大的可能，因此术后短期内可能需要脱水降颅压治疗。医学文献分析结果显示，数码导航刀治疗听觉神经瘤的肿瘤控制率为85至100%，听力保留率为60%，并发症发生率为5.6%。



结论

听觉神经瘤一旦确诊，如肿瘤体积较大又或压迫到重要神经，病人症状明显、影响也较严重时，应该在保护听觉神经及面部神经功能的原则前提下，尽早治疗予以彻底根治。对于老年体质较差、肿瘤较小、无脑干受压或术后残余的患者，可以用保守治疗方案定期覆诊及检查，或予以数码导航刀放射治疗来控制肿瘤生长。具体治疗方案的制定需要有经验的脑神经外科医生全面评估，再结合患者及家属的意愿后决定。

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。