

腦部內視鏡手術

腦腫瘤神經外科

在微創手術的今天，外科已經不再是"大醫師、大傷口"(Big Surgeon、Big Wound)的時代。由於顯微鏡，內視鏡的超強放大效果，使手術的精細度已非靠肉眼方式可以比擬。尤其內視鏡手術，一根直徑不到 1 公分的管子，內有光纖攝影機，以及 3 到 4 個器械操作孔徑。在僅有幾釐米的傷口下進入腦組織深部，完成診斷、組織切片或根除治療。

近 3 年來，在林口長庚醫院腦內視鏡手術已呈現穩定的成果，器械的逐年更新使治療效果更令人滿意。根據我們的成果統計，在腦部疾病的應用大致可以分以下幾類：

(一) 腦下垂體腫瘤手術

在美國、德國、義大利等國發展內視鏡腦下垂體切除手術至今不到 10 年，世界各地也積極參與。腦下垂體是我們身體內分泌的控制中心。它的位置在兩眼中間約一指深度的大腦內，包含有不同的分泌腺體功能。正常狀況下腺體分泌出來的激素有調控身體恆定的功能。例如泌乳素在懷孕期會上升，生長激素必需維持在一定範圍內，協調身體成長發育。可體松激素維持身體活力，由於腺體的不正常增生，而產生了各式各樣的徵候。這些維持正常身體機能的激素如果因為腺瘤的增生而過度分泌，往往會有體態及功能的障礙。例如泌乳素瘤會造成乳漏，月經不規則、不孕或是男性不舉。生長激素過量則會有肢端肥大或巨人症，而可體松激素過多則會出現類似過量使用固醇類藥物的症狀，肥胖、月亮臉、水牛肩、高血糖、骨質疏鬆、心血管疾病等等。

另一種以非過量分泌方式表現症狀的腫瘤，主要是以腫瘤體積大，造成臨近的視神經壓迫，而有視野變窄視力變差的情況發生。更大的腫瘤或是侵入旁邊靜脈竇時，甚至會影響眼球活動及包圍腦內大血管。

此外尚有一急症就是腫瘤本身也會有血管阻塞或出血的意外發生，造成急性的視力喪失或意識不清，甚至昏迷。這種意外可以稱之為"腦瘤中風"。這是神經外科的急症，常常需要緊急進行視神經減壓手術。如果時機沒有拖延，治療效果相當好。這種急症比例不低，大約近一成左右的腦下垂體腫瘤病人會發生。

在藥物及放射治療相當進步的今天，從我們累積的經驗看來，除了一些功能性的小腫瘤以內分泌失調表現，可以嚐試以藥物來治療。大部份的腫瘤需借助手術切除為佳。這樣對疾病會有較好的控制成果。

依目前國內外手術治療方法大致分 1、開顱手術，2、經鼻中隔剝離方式顯微手術 3、經鼻孔(不需黏膜剝離)內視鏡手術三種。八成以上的腫瘤可以用經鼻手術完成，而開顱手術切除腫瘤則只有兩成。

經鼻手術與開顱手術各有其適應症，腫瘤的形狀及延伸範圍，鼻竇的大小都是考量因素。採行開顱方式，風險較高且切除率未必較高，所以目前越來越保守使用。而經鼻中隔剝離方式，需要鼻孔內填塞止血三到五天，相當不舒服。

最新的經鼻孔內視鏡手術，不需黏膜剝離，組織切口只有一公分平方大小，術後不必鼻孔填塞。2 到 3 天即可出院。切除率因為多角度的內視鏡輔助提高許多，病人滿意度及接受度很高。

(二) 水腦症手術

對於阻塞性水腦，以往需置放腦室腹腔引流管。現在有內視鏡技術，可以進行第 3 腦室造口術，使積水能跨過阻塞部位，達到分流效果。甚至有些腦室內黏黏的病人往往需要很多條引流管置入，如果有內視鏡將黏膜打通，就能減少管子的數目(減少異物置入體內的潛在危險)。此種手術依本院以往的成功率有八成已上，手術時間只要 30 分鐘左右，截至目前並無手術併發症發生。

(三) 腦室內(旁)腫瘤手術

腦室位置處在腦部深處，如果有腫瘤發生，光是切片檢查就相當麻煩(需開顱手術將腦組織切開進入)。而立體定位方式，因為位置的關係，風險太高(易出血)，所以不可行。

內視鏡手術可以提供微創方式，進行切片，甚至切除腫瘤。本院目前有近 20 例之經驗。病患在切片或腫瘤切除後，能夠儘速輔以放射線治療或化學治療。

腦內視鏡手術，在近 3-5 年受到重視，且因為科技的進步，使療效能穩定成長。內視鏡影像清晰度提高，以及內視鏡多角度的選擇，提供病患更安全的治療方式。