

鼻部及顱底腫瘤的內視鏡手術治療

◎林口長庚耳鼻喉部鼻科主治醫師 張伯宏

◎林口長庚腦腫瘤神經外科主治醫師 蔡宏杰 校閱

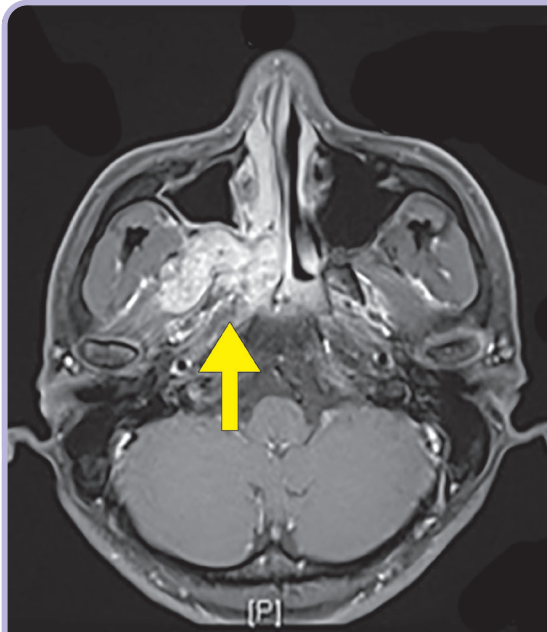


現職 | 林口長庚鼻科助理教授級主治醫師
專長 | 鼻內視鏡手術、鼻炎及鼻竇炎治療、鼻部及顱底腫瘤治療

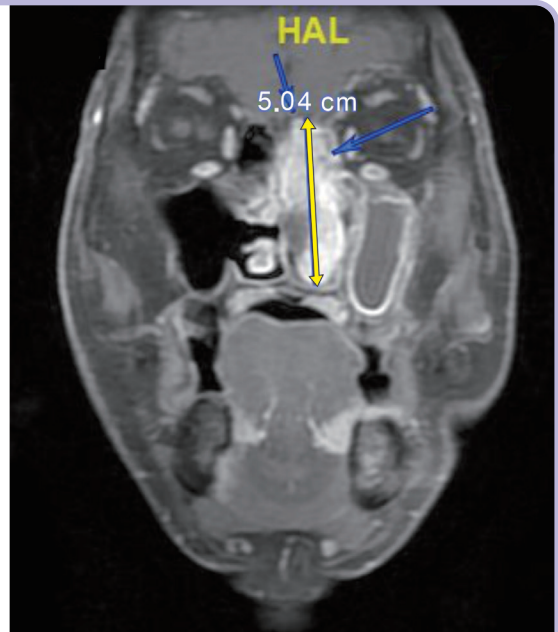
一位 17 歲男性，由於左側大量間歇性流鼻血被送到急診，經過耳鼻喉科醫師診治發現右側鼻部有一出血性腫塊，因不易止血，緊急做鼻部填塞並施行後鼻孔氣囊加壓。鼻竇電腦斷層及核磁共振檢查顯示在右上頷竇

後側延伸至後鼻腔有一高顯影性腫瘤（圖一），經術前動脈拴塞後施行導航內視鏡手術完整切除，術後病人得以逃離鼻部大出血的夢魘。病理報告確認為鼻咽血管纖維瘤。

另一位 60 歲男性，持續從左側鼻部出現帶血分泌物至門診就診，理學檢查發現左鼻內部有一暗紅色腫塊，觸碰易出血。影像檢查顯示左側鼻部及鼻竇之大範圍顯影腫塊（圖二），另外顱底篩板發現缺損及腫塊浸潤。後續之組織切片證實為嗅神經母細胞瘤 (olfactory neuroblastoma)，經詳細檢查後安排手術，病人接受耳鼻喉科及神經外科醫師共同合作的內視鏡經鼻顱底腫瘤切除及重建手術，因為腫瘤已侵犯顱



▲ 圖一：右側上頰竇後方高顯影性腫瘤



▲ 圖二：左側鼻腫瘤合併顱底侵犯

底，病人術後接受放射治療及化學治療，復原情況良好。

鼻部腫塊以發炎性病灶較普遍（如鼻息肉），但不能忽視鼻及鼻竇腫瘤的可能性。惡性鼻竇腫瘤較不常見，盛行率小於全身惡性腫瘤的百分之一。良性鼻及鼻竇腫瘤包括骨瘤、倒生性乳頭瘤、血管瘤及血管纖維瘤等，惡性腫瘤包括扁平細胞癌、腺癌、腺樣囊狀癌、嗅神經母細胞瘤、未分化癌、黑色素瘤及淋巴腫瘤等。惡性腫瘤由於有侵蝕擴展及轉移的特性，影響到周邊器官（如眼部及腦部）的機率要比良性腫瘤高的多。不同種類的腫瘤其

表現及治療方法也差異很大。

由於鼻及鼻竇位於臉部的深處部位，在內視鏡手術未普及前，手術可能需顏面切開造成大範圍切口，合併長住院天數、出血及併發症增加等缺點。近代隨著內視鏡手術長足進步，傳統上許多以前需要顏面外切的手術已經可以使用內視鏡妥善處理，並且擁有不遜色甚至更好的預後及較低的併發症。

以下細數近年鼻顱底手術的進步，包括有：

1. 解剖知識大突破：解剖知識為手術的根本，在世界專家的通力合作下，內視鏡解剖構造



▲ 圖三：耳鼻喉與神經外科醫師合作手術

及安全的手術路徑不斷的精進，也發展出各種重建方法（如鼻中隔黏膜瓣）以減少術後併發症。在微創鼻孔手術路徑基礎下的發展，近年也有經眼部路徑，或配合鎖匙孔手術（Keyhole surgery），較大的腫瘤也可合併內視鏡及開顱手術，提供病人全方位治療。

2. 器械及材料進步：持續發展的內視鏡及高分辨率的影像系

統讓醫師能做更精確的術式，導航系統的進步協助醫師確認重要構造，微創手術器械協助解剖病灶並減少出血（如氣化棒、微型吸紋器及內視鏡超音波探頭等），推陳出新的止血及重建材料讓手術過程更精緻及結果最佳化。

3. 跨領域團隊合作：一個成功的手術常需要多科團隊合作，耳鼻喉科醫師及神經外科醫師常是合作的伙伴（圖三），在影響範圍更廣泛的腫瘤，也可能需要眼科或整型外科醫師的合作，惡性腫瘤在術後也常需要放射腫瘤科及腫瘤內科醫師通力合作，以提供病人最佳的治療策略。

未來發展方面，除了手術器械、影像系統的持續進步，目前在許多領域已經大放異彩的機器人手臂（如達文西系統），隨著機器持續精巧化，也預期能在鼻及鼻竇顱底手術大放異彩；虛擬實境及擴增實境方面，將病灶在電腦影像可視化，在術前模擬、術中病灶 3D 影像生成、術後監測等，都能提供莫大的助益。🔗