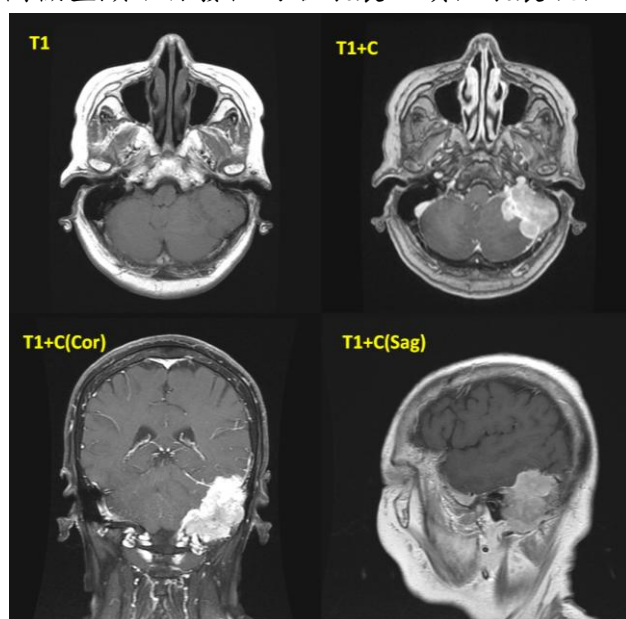


以眩暈表現之非典型腦膜瘤

一位七十二歲女性，過去是家庭主婦，因為眩暈三個月至本院耳科門診就診。門診問診得知，近三個月來，病人多次經歷嚴重眩暈，發作時每次症狀持續約十來分鐘，時常伴隨噁心、嘔吐，姿勢改變會使症狀加劇，最近發作頻繁且強度不減，讓病人相當困擾。家屬補述，病人近來走路有些不穩，嚴重眩暈未發作時亦然，且左側手腳比起右側略顯無力。此外，病人約一年前開始有左側耳鳴，並注意到這一年中左側聽力逐漸減退，但無耳痛、耳漏、耳脹感之症狀。相關的過去病史為左側慢性中耳炎多年，無高血壓、糖尿病、心臟病等慢性疾病，平時也沒有服用藥物。

門診耳鏡看到左側耳膜有曾經破裂之疤痕、左側中耳積水，右側耳膜完整無異狀。神經學檢查發現無自發性眼震、無注視誘發性眼震，Finger-nose-finger test 正常，Romberg test 閉眼後身體搖晃無法站好。純音聽力檢查發現左側混合性聽力障礙，氣骨導差約四十分貝，左側鼓室圖 type B。我們在門診執行左側鼓室抽吸（Tympanic aspiration），中耳積水為淡黃色流動性高之液體。由於無法排除中樞性眩暈，同日安排病人住院接受進一步檢查。

當日下午的腦部電腦斷層發現左側枕骨外側至左側乳突有約四公分的腦腫瘤，合併骨組織破壞，壓迫左側小腦且產生局部小腦水腫。隔日上午的影像眼振圖檢查顯示自發性向右眼震，頭位眼震臥位、右側及左側臥位時均呈現向右眼



震，眼球平滑追瞄移動（Smooth pursuit）異常——有 Saccadic pursuit。隔日下午則接受腦部磁共振造影，檢查顯示病人的腦腫瘤約五公分，T1 下被顯影劑加強，位在左側顳骨後外側、左小腦半球外側、及左側橫竇（Transverse sinus），造成左側顳骨、枕骨及乳突之骨組織破壞（影像如左圖）。可能的鑑別診斷包括腦部轉移性腫瘤、硬骨或軟骨原發腫瘤、血管外皮細胞瘤及非典型腦膜瘤。

病人接受胸部 X 光、腹部超音波、全身骨骼掃描、胃鏡及大腸鏡檢查，並抽血檢驗腫瘤指標，均未發現可能之腫瘤樣病灶，因此認為左側顳骨岩部之腫瘤應是原發性腫瘤。高解析度顳骨電腦斷層發現左側顏面神經亦受腫瘤侵蝕。與病人討論後，我們聯合神經外科醫師為病人進行經迷路後方式（Retrolabyrinthine approach）腫瘤切除手術，病理報告為非典型腦膜瘤。術後第二日之腦部磁共振造影顯示無殘餘腫瘤，病人之眩暈亦獲得緩解。

Discussion

中樞型眩暈與周邊型眩暈的鑑別診斷

當有以下特徵時，要懷疑中樞型眩暈：

1. 伴隨神經學症狀，例如吞嚥困難、語言障礙、肢體無力、共濟失調 (Ataxia)、意識改變
2. 方向變換性眼震
3. 當眼睛注視某一點時，眼震無法被抑制
4. 反撥性眼振 (Rebound nystagmus)
5. 眼球運動檢查 (Oculomotor tests) 異常
6. 非典型頭位變換眼振 (Atypical positioning nystagmus)，特徵包括無延遲 (Latency)、持續一分鐘以上、無疲勞 (Fatigue)
7. Postheadshake nystagmus test 產生 cross-coupling nystagmus
8. 肢體不協調 (Limb incoordination)、辨距不良 (Dysmetria)、輪替運動障礙 (Dysdiadochokinesia)
9. 步態異常，例如寬底式步態 (wide-based gait)、小碎步 (shuffling gait)、共濟失調步態 (ataxic gait)
10. 無法雙腳合併站立 (Romberg stance)

References

1. Johnson JT, Rosen CA(eds). *Bailey's head and neck surgery-otolaryngology, 5th edition*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
2. Furman JM, Barton JJ. Evaluation of the patient with vertigo. In: UpToDate, Post TW (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA. (Accessed on September 25, 2016.)

編碼：EDAHJHEJ

文/整理 林天韻醫師 指導 王懋哲醫師