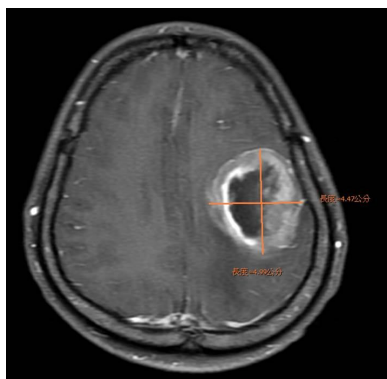


手麻無力當成骨刺治療 車禍就醫方知是腦癌 3T MRI 精準定位 切除腫瘤擺脫癱瘓威脅

42 歲的蔡姓病患 3 年前開始右手中指莫名發麻，因症狀類似一度當成骨刺、中風治療，右手仍日漸無力，甚至不由自主抽動，後因車禍經檢查才得知罹患多型性神經膠母細胞瘤，壓迫到左大腦神經，病患轉至臺北醫學大學附設醫院就醫時已神智遲鈍。醫療團隊透過 3T MRI(新型超高梯度 3T 磁振造影儀) 提高定位精準度，再結合手術中 3D 導航及術中電生理測試和監測，成功切除腫瘤，術後兩、三天病患即可操作遙控器、看電視，化解術後昏迷、癱瘓和生命危險的威脅。

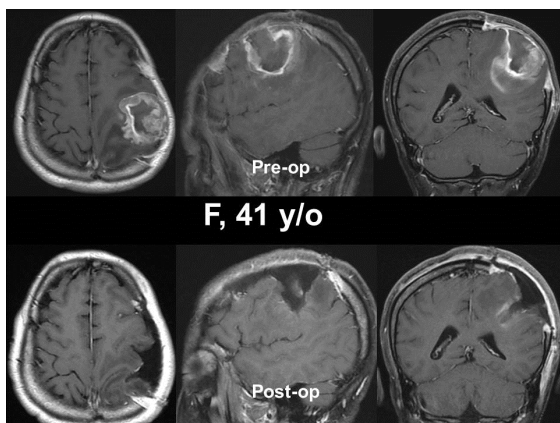
北醫附醫神經外科蔣永孝主任表示，多型性神經膠母細胞瘤為原發性腦癌的一種，據統計，全臺每年新增的原發性腦癌個案約 600 至 700 例，其中約 170 例為多型性神經膠母細胞瘤；腦癌病患會因腫瘤壓迫的大腦功能區不同，出現不同症狀。

蔡姓病患發病之初類似是長骨刺，接受針灸治療未見改善，今年初轉赴他院就醫，經診斷為中風，進而展開復健治療，但 3 個月後，發麻症狀蔓延至右上臂，且會持續、不自主地抽動。今年 7 月，病患發生車禍，送醫檢查才發現是腦瘤，除了右手的症狀，連右側臉部、眼瞼也開始不自主抽動，且講話不清楚，8 月轉至北醫附醫就醫。



蔣永孝主任指出，病患的腦瘤約 5 公分大小並壓迫到左大腦，由於左大腦掌管右側肢體運動、認知功能、語言功能、記憶力等，病患的右上肢才會陸續出現發麻、無力、抽動的症狀，且病患求診時已無法正常交談，語言功能明顯受到影響。

蔣永孝主任解釋，原發性腦癌的手術風險極高，主要是因為腦癌位置常發生在重要功能區，且癌細胞通常會夾宿在正常細胞中，難以準確安全分離，切除過程可能造成神經功能損傷，術後恐面臨無法說話、昏迷不醒甚至癱瘓等後遺症，且若未能切除 98% 以上的腫瘤，亦又會影響存活率時間長短。



北醫附醫由影像醫學部、神經外科、放射腫瘤科組成醫療團隊。影像醫學部謝立群醫師說明，高階 3T MRI 檢查除了有一般傳統影像檢查，更重要的是能提供功能性生理磁振影像，可定位出腦中 Corticospinal tract (皮質脊髓束，掌管全身運動功能) 的位置及腫瘤侵犯的範圍，兩種影像互相搭配，協助執刀醫師



精準掌握腫瘤位置並避開重要的腦部神經功能區，將開刀後神經損傷的風險降到最低。團隊目前並投入相當精力，研究腫瘤基因及影像和疾病治療效果之間的關聯性，期望能提供此類病友最尖端的治療。

蔣永孝主任表示，藉由北醫團隊合作，精密的手術前神經影像檢查和分析，術中的三度空間立體導航及術中電生

理精確的定位，病患得以腦瘤全切除術後恢復情形良好，神智清醒，術後第二、三天可以拿起遙控器看電視，也能下床走動，顯示手術過程沒有傷及大腦其他神經功能區，右手的頑固性癲癇發作也消失，目前已展開後續的放射治療與化學治療。