

2024 年 8 月 23 日



養和杏林手記

《飲食易噏到 說話「漏氣」 及早治療聲帶癱瘓》

| 撰文：吳耀榮醫生



養和醫院耳鼻喉科專科醫生

文章刊於 2024 年 8 月 23 日《信報財經新聞》健康生活版《杏林手記》專欄

喝水或進食容易噏到、說話時聲音如「漏氣」般虛弱吃力，這可能是聲帶癱瘓的症狀。許多人以為聲帶癱瘓只是勞損所致，但其實它有機會是癌症或手術後遺症所引申的問題。

透過仔細的耳鼻喉科檢查，不但有助找出病因，更能讓病人及早接受治療，減低對日常進食和說話的影響。

聲帶是位於氣管入口的兩條肌肉組織，呼吸時聲帶呈 V 字形打開，在說話的時候它們會閉合並震動而產生聲音，這種開合功能十分重要：飲食時聲帶閉合能阻止飲料或食物誤入氣管（即「落錯格」）而導致吸入性肺炎。可想而知，如果聲帶因疾病或創傷而失去活動功能，吞嚥進食及說話發聲能力均會受損，令病人生活質素大受影響。

負責控制聲帶開合功能的是「喉返神經」，當此神經受損便會讓兩邊聲帶無法正常閉合，出現聲音沙啞無力、漏風、飲食時容易「濁親」等情況，醫學上稱之為聲帶癱瘓或聲帶麻痹。喉返神經分左右兩邊，一邊繞過鎖骨然後折返喉部；另一邊則由頭頸向下伸延至胸腔再返回喉嚨，途經多個器官，因此當附近出現腫瘤如腦腫瘤、頸部腫瘤（食道癌或甲狀腺癌）及胸腔腫瘤（肺癌）等擠壓到喉返神經，便有機會左右其訊息傳導，繼而影響聲帶活動功能。

頭頸手術後遺症

另一常見出現聲帶癱瘓的原因，是曾經接受頭頸或上胸區域（如甲狀腺、胸腔血管、胃食道等）手術時，拉扯或傷及喉返神經所致的後遺症。故此，若病人從未接受手術卻出現聲帶癱瘓症狀，醫生便需要仔細追查病因，考慮由顱底至胸腔可能呈現的問題，甚或患癌的可能性。臨床檢查包括觸診檢驗頸部的甲狀腺或淋巴有否腫脹，內窺鏡檢查則可進一步瞭解聲帶閉合情況及確認哪一

邊聲帶癱瘓。

若喉返神經只是受拉扯或壓迫而受損，一般數月內能夠自行復元，部分病人或需接受言語治療訓練，協助康復和減低出現吸入性肺炎風險。然而，如果症狀持續，有機會需要接受藥物注射或手術治療，例如把透明質酸注射至單側癱瘓的聲帶，將其盡量「加闊」使另一邊聲帶更容易貼近，以恢復聲帶閉合功能。惟透明質酸會被身體吸收，屬臨時性治療方案，一般療效可維持 4 至 6 個月，適用於一些經醫生評估後，認為較大機會能夠自行痊癒的個案，病人可透過注射透明質酸期間改善症狀，待喉返神經慢慢復元。

同步檢查及醫治

若情況久久未有改進，或喉返神經屬永久受損的個案（例如因甲狀腺腫瘤壓着喉返神經而需要切除等），則可考慮接受甲狀軟骨成形術，此為開放式手術，醫生會在病人頸部開出小洞塞入填充物料，將癱瘓的聲帶推至復位，此為永久性治療方案。

近年，醫學界開始採用喉嚨肌肉的肌電圖檢查（喉肌電圖），以達致同步評估及治療聲帶癱瘓之情況。做法是將有注射功能的幼針刺進病人聲帶附近肌肉，量度聲帶發出的訊號以判斷是否屬聲帶癱瘓，抑或其他原因導致聲帶未能閉合，評估病情嚴重程度和康復機率，可免卻病人接受內窺鏡檢查的不適。當喉肌電圖檢查確認為聲帶癱瘓後，醫生可同步進行治療，實時從幼針注射透明質酸。

曾有一位長者，她在接受腳趾骨手術後出現發聲困難和喝水容易噎到的情況，經內窺鏡檢查後，發現她的左邊聲帶未能活動。及後經喉肌電圖檢查確認屬聲帶癱瘓，估計在手術插喉時，呼吸機的球囊擠壓到神經線，導致她術後出現短暫聲帶癱瘓。在喉肌電圖檢查期間，醫生同步為她的聲帶注射透明質酸，改善病人進食及說話情況。約 3 個月後，病人聲帶逐漸恢復功能。

亦有另一種新療法「喉返神經接駁手術」，做法是把頸部肌肉的其他神經線訊號引入喉返神經，使其重新接收神經訊號，恢復聲帶閉合功能，預計這些嶄新治療方案，都是醫學界治聲帶癱瘓的新趨勢。

撰文：吳耀榮醫生

養和醫院耳鼻喉科專科醫生