

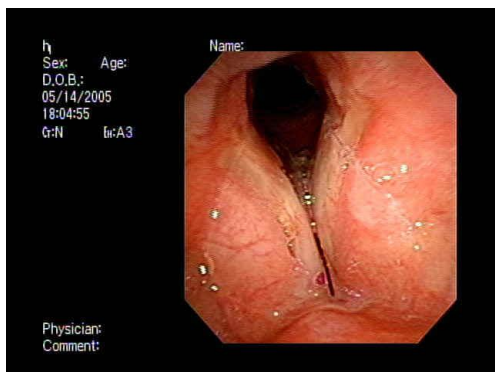
# 聲門狹窄合併前側聲門蹼

## 病例報告

一位 49 歲女性過去曾經患有咽喉乳突瘤在外院做過手術數次，這次主訴過去三個月只要一動就喘合併聲音沙啞，於就診前一週持續惡化，在病程中並無其他心肺問題，也沒有吞嚥困難或是吞嚥疼痛。因此來到本院門診。門診內視鏡檢查發現雙側聲帶乳頭狀瘤狀病變、聲門狹窄合併前側聲門蹼，由於病人主訴影響到呼吸狀況以及發音困難，在與病人解釋手術的風險以及術後沾黏可能影響到發聲甚至是呼吸，病人仍然希望能接受手術。於是病人接受了咽喉重建術(KEEL 墊片)以及顯微咽喉手術 CO2 雷射切除術，術後病理報告顯示(Squamous papilloma with atypia)鱗狀乳突瘤合併異生性變化。病人於下一次住院手術移除 KEEL 墊片。



【圖一】手術前聲門蹼



【圖二】手術後回復正常型態功能

## 案例討論

聲門狹窄是由包括聲門蹼、纖維化與節痂造成，最常見的原因是插管時間過久，另外發炎、感染、創傷、先天性異常與醫源性也是其中幾個原因，最常影響到病人的呼吸與發聲而使病人來就診，在所有病例的術前評估包括咽喉鏡及喉顯微直達鏡。

分類根據 Cohen' s classification 分成四型

**第一型**、最輕微且影響聲門的 35%以下，且厚度一致並且沒有延伸到聲門下，真聲帶可透過蹼清晰可見，病人有足夠的呼吸道而且對聲音的影響分成細微

**第二型**、蹼影響到 35-50%的聲門，通常真聲帶可透過蹼清晰可見，可能有延伸到喉下，通常沒有呼吸道阻塞或是呼吸道的症狀

**第三型**、蹼影響到 50-75%的聲門，真聲帶或許可透過蹼見到且通常一定有延伸到喉下，通常有中重度的呼吸道阻塞與發音障礙

**第四型**、這是最嚴重的一型，蹼影響到 75-90%的聲門，真聲帶無法透過蹼看到病人通常完全無法發聲，嚴重的呼吸道阻塞且需要緊急氣切

本案例應屬於第二型但是還是有合併部分呼吸道症狀以及發音障礙

### 治療

目前的主流是內視鏡手術分離(利用 CO2 laser、微剪刀、microdebrider)以及接續的 KEEL 墊片置放，其他傳統手術包括 anterior laryngofissure 或是 thyrotomy with grafting 或是 KEEL 墊片置放或是支架置放

案例編號 DFEIICHE

文/整理 邱浩睿 指導 許彥彬 醫師