喉 頭 ポ リ ー プ 手 術 の コ ッ

ほん じょう
本 庄

いわお
巖*

咽喉ポリープ手術は決して難しい手術ではないが、手術結果が音声の即時変化として現れるので、適確な切除が要求される。手術操作上のポイントは、喉頭内腔の視野を十分に得る事、副損傷なくポリープのみを鉗除する事などであろう。

以下に筆者が日常診療で行っている局麻下ポリポトミーの手順を報告し、あわせて近時広く行われるようになった全麻下手術の要点を附記する。

1. 局麻下ポリポトミーについて：

手術操作に先行する表面麻酔の重要性は衆知の通りで、この麻酔が的確であれば手術は半ば成功したといえる。4%キシロカイン噴霧により、咽頭、下咽頭、梨状陥凹、喉頭内腔へと順次麻酔を進めて行き、更に喉頭捲綿子を用いて梨状陥凹および喉頭内腔の麻酔を追加し、絞扼反射、咳嗽反射の完全消失を確かめる。この際、喉頭鉗子が触れ易い喉頭蓋内面の麻酔も忘れてはならない。咽喉頭反射の強い患者にはトランキライザー投与、TFあるいは麻薬の注射が効果的である。

鉗子を出し入れを繰り返すと、分泌物が増え、患者も不安感を抱く様になって、手術操作は次第に難しくなるので、初回の鉗子操作で手術を完了する事が望ましい。所が喉頭ポリープは普通、間接喉頭鏡でみるよりも意外と喉頭の前（術者にとっては手前）にあるので、鉗子をポリープに到達させる迄にもたつく事がある。これを避ける為、先の喉頭捲綿子使用に際

して、これを喉頭鉗子の彎曲度と同じに曲げておき、喉頭内腔の麻酔を兼ね、ポリープに到達する鉗子の角度を会得しておく、以後の鉗子操作が円滑に行く様である。

普通、前連合部を鉗子操作により傷つけぬ様、鉗子の刃の開閉部は声門後方に向けておくが、更に鉗子の刃の開閉軸を患側声帯の走行に一致する様調節しておく、ポリープの取り残しや、正常な声帯粘膜をつかむ恐れも少なく、また広基性ポリープの場合でも、声帯縁にそって鉗子をしめて行けば比較的容易にポリープのみをはさみ取る事ができる。従って鉗子操作の前に、鉗子の刃の開閉部を術者の前方（患者側）に向け、次いで患側声帯の方向へやや回転してセットする。この際、間接喉頭鏡所見は前後が逆であるので、患側声帯の実際の走行を再確認する意味で、筆者は左手の母指と示指を患者に向けてつき出し、患者の声門を再現した上で、鉗子の刃の角度を調整している。

喉頭内腔へと鉗子を入れて行く際、その刃は閉じておくべきで、開いたままでは視野を妨げると同時に、激しい絞扼反射に見舞われた際、無意識のうちに鉗子をしめ、健常粘膜をつかむ恐れがある。鉗子先端部がポリープに到達したならば、鉗子の刃を開きポリープを明視下にとらえつつこれを基部よりつかみ取る。摘出後は喉頭を再検し、取り残しがないかを確認する。

2. 全麻下ポリポトミーについて：

気管内チューブはできるだけ細いもの（30号以下）の方が、声門部に広い視野が得られ手術

Surgical Removal of Vocal Cord Polyp.

Iwao Honjow

*関西医科大学耳鼻咽喉科教室

操作が容易である。ポリープが見えにくい場合、甲状軟骨を外部より圧迫してやると、意外に良い視野を得る事ができる。

挿管操作によりポリープは声帯粘膜と共に声門下腔に向ってややまくれ込んでいるのが普通で間接喉頭鏡所見よりもポリープは小さく見える。そこで先ず、声帯粘膜のチューブへのくい込みを鉗子先端でゆるやかにはずした後ポリ

ープ切除を行なう。また、この是正が困難な場合には、ポリープ切除を声門下へ向けてやや広範囲に行なっておく方が、術後の取り残しを後悔しないで済む様である。

（原稿到着：昭和48年3月8日
別刷請求先：本庄 巖
〒570 大阪府守口市文園町
関西医科大学耳鼻咽喉科）