

916

鼻外全洞根治手術法^{*})

竹澤 徳敬 太田 民昌

余等は、從來の上顎洞、篩骨洞、前頭洞、蝶形洞等の副鼻腔を、各獨立のものとして、一側全體を“顔面骨蜂窠”といふ一單位と見做し度い。従つて全副鼻腔炎の手術的治療も、恰も側頭骨蜂窠に於けるが如く、可能な範圍に於て、一側一度に徹底的根治手術を實施し度く考へた。しかるに從來の全洞根治手術は¹⁾ 1) 齒齦粘膜經由法、2) 鼻内法、3) キリヤン氏法等を併用し、しかも餘りにも顔面の皮切を忌避し、主力が1) 2) 法に注がれたため、これが實施には圓熟せる技術と長時間を要し、また屢々生命の危険さへ伴つた。従つて、全洞根治手術が全副鼻腔炎に對する治療法として期待され乍らも、經驗少き者には効果的には實踐し得なかつた。この缺點を補ふため陸軍々醫學校(齋藤教官)に於ては、夙に、キリヤン氏皮切より、前頭洞のみならず篩骨洞、蝶形洞を同時に開放し、他方リュック氏法に依つて上顎洞を手術することを以つて、全洞根治手術を施行し來つたのである。また、支那事變以來同校に於ける顔面戰傷整形術の驚異的進歩は²⁾、手術に依る顔面皮切の如きは、何等恐るべからざることを明示した。こゝに於て、余等は從來の全洞根治手術法と反對に、顔面皮切を最高度に利用して、キリヤン氏皮切を僅に延長し、前頭洞、篩骨洞、蝶形洞のみならず上顎洞手術をも、總べてこの顔面皮切より施行することを試みた。この顔面よりの上顎洞根治手術は、余等の方法に依れば、さして困難ではなく、また忌むべき副現象も經驗しない。即ち、この方法に依れば、全術野を明視し得るから、比較的短時間に、しかも危険なく、一個の皮切より、口腔と無關係に、一側全洞を同時に手術し得る利點がある。從來、かゝる手術法の報告は殆ど無く、興味ある試みと考へられるのでこゝに報告する。

^{*}) 竹澤、太田：本論文の要旨は昭和18年8月30日奉天〇〇研究會にて發表した。

1) 西端：副鼻腔炎の手術的療法。金原。東京。昭17。

2) 齋藤：大日耳鼻。47(12)：1556, 昭16。

準備消毒並びに麻酔。

- 1) 前日及び術前に、トロンボゲン 10 cc づつ皮下に注射す。眉毛は剃毛せず。
- 2) 顔面皮膚酒精清拭後、2% マーキュロ酒精塗布消毒をなす。3) 弱ナルスコ 0.7-0.8 cc を 2 回に分ち皮下注射す。局所麻酔には 0.5% ノボカイン液約 15 cc を皮下あるひは骨膜下に適用す。なほ、鼻粘膜にコカイン、ボスミン液塗布後、中甲介周辺及び下鼻道に、10% コカイン水ガーゼを挿入す。4) 後鼻孔にガーゼを挿入し、血液の咽頭に流下するを防ぐ。

手術方法



第 I 型 第 II 型
圖 1 鼻外皮膚切開

- 1) 手術は仰臥位にて行ふ。
- 2) 皮切は圖 1 に示せる如く、前頭洞の擴りに應じ、ヤンゼン氏皮切あるひはキムヤン氏皮切を延長せる如く、弧形を描きて眼鏡縁狀に實施す。

3) 止血、結紮後皮膚骨膜を剝離す。骨膜は眼窩縁殊に上眼窩截痕部及び後涙骨櫛部に於て緊密に癒着せる故、慎重に剝離す。同時に眼窩内容に傷害を與へざるやう注意す。下方部に於ては、可及的、眼輪匝筋、上唇方形筋等の筋纖維の走向に従つて剝離す。

4) まづ、上顎骨前頭突起部の上端に於て骨鑿開を始め、前部蜂窠の擴りに應じて、圖 2 の A (第 I 型) あるひは A. B. (第 II 型) の如く、上顎骨及び前頭骨々壁、眼窩内壁(紙狀板)等を鑿除す。大多數の症例は第 I 型に依つて、手術し得る。

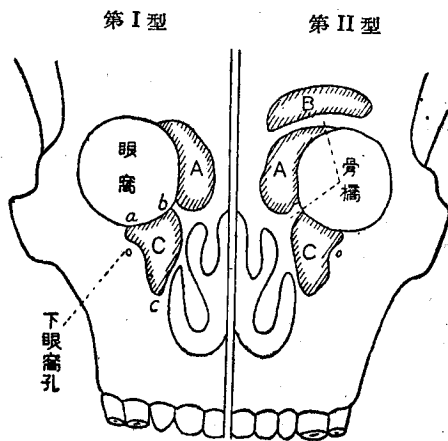


圖 2

- 5) 前頭洞及び前部篩骨洞を開き粘膜を剝離除去す。ついで、臥位にて垂直に後部篩骨洞に進み、蜂窠群を除去す、腦底を露出し、骨壁を圓滑にならしめる。この際、前篩骨神経並びに同名血管に注意し、下方は中鼻道に沿ひ、甲介を損傷しないため、中鼻道粘膜を残して蜂窠を除去し、遂に蝶形洞に達しその粘膜を剝離す。
- 6) 鼻内より中鼻道の中下甲介附着部に沿ひ尖刀にて切線を入れ、中鼻道粘膜を窓形に除去し、鼻埜部骨質を鑿開し、鼻腔と廣く交通せしめる。

7) つぎに、上顎骨顔面壁の下眼窩孔の内側に骨鑿開を初め、洞内を消息しつゝ圖2Cの如く骨壁を除去す。この際abの部分には十分眼窩縁まで除去し、またbcの部分にはできる丈、鼻腔外側壁まで鑿除することが重要である。この操作を実施することに依り、術者は洞内の視野を拡大し得るのみならず、著しく容易に上顎洞粘膜の剝離をなし得る。上顎洞粘膜は成るべく囊狀に剝離す。

8) 上顎洞の内上側より眼窩壁に沿ひ、篩骨洞との間に大なる交通路を作る。さらにまた、自然孔より鼻腔への交通路を擴大す。

9) 下鼻道外側壁に對孔を設置す(甚容易)。

10) 狹鼻にして、下甲介肥大し、また鼻中隔彎曲症等合併し、中鼻道の粘膜窓形切除のみでは、篩骨のと鼻腔との交通不十分と考へられる場合は、中甲介の一部乃至全體の切除をなす。

11) アドレナリンガーゼ、オキシフルガーゼにて、止血清拭後、2% マーキュロクロム塗布消毒をす。術後ガーゼは挿入せざるを原則とす。

12) 顔面皮切は馬毛を以つて、一次的に丁寧に縫合す。

13) 顔面手術側の壓迫繃帯をなす。氷嚢不用。

後療法

1) 後療法は鼻内創面を清拭し、コカイン、プロタルゴール劑を塗布するに止め、洗滌は原則として行はない。

2) 顔面縫合創の抜糸は、手術翌日より第3日までに實施す。

以上の如き方法にて、余等は既に多數例を手術したが³⁾、他の全洞根治手術法に比し、顔面皮切癢痕を遺す以外、何等遜色を認めない。即ち、本術式に依れば、從來鼻内あるひは口腔側より暗中摸索的に搔把してゐた蜂窠をも、總て鼻外より明視下に、大なる安全率を以つて徹底的に短時間(2時間以内)に施行し得られ、かつ、副鼻腔を一連の腔洞として觀察し得る。しかも、口唇粘膜を切斷することなく、また齒齦部に近き骨壁を鑿除すること少きを以つて、口腔粘膜の麻痺は起らず、齒牙障碍も最小限度に止め得る。なほ、術後頬部腫脹起らず、後治療の簡単な利點もある。

御指導御校閲を賜りたる齋藤閣下、並びに御校閲を賜りたる恩師山川教授に深謝す。

(受附:昭和19年4月18日)

3) 太田、竹澤: 全洞根治手術百症例に就て。(演)、故松井教授追弔地方會。(於滿洲醫大) 昭和19年2月27日(同時に患者を供覽した)。