

軟口蓋過長症

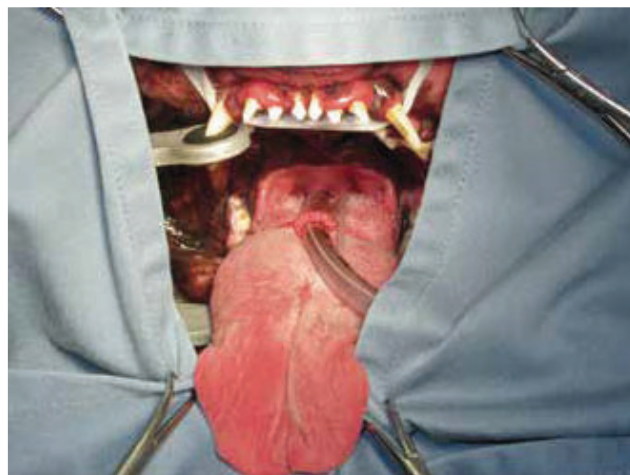
症例解説と治療の流れ

重度の軟口蓋過長症の症例であり、軟口蓋の下垂により麻酔時でも時々気管の奥が見える程度状況であった。当院での軟口蓋の切るレベルは口蓋粘膜の色が黒とピンクの境界部分と扁桃腺の内側の隠れている部分を半円につなげている。手術はまず喉奥から組織をバブコックで挟んで引っ張り出し、軟口蓋中央部をRFナイフで約30%の深さまで切開し、その後左右の扁桃尾側部分までを切開する。ラインを作ったのちにそれに沿ってバイポーラシザーズで切断した。その後は口蓋粘膜を連続縫合する。

当院では今まで再手術が必要になることはほとんどない。

今まではRFナイフ以外にも電気メス、半導体レーザー、超音波メス等すべて試したが、最も侵襲が少ないのはRFナイフであった。以前は超音波メスをメインで使用していたが今はRFナイフをメインで使用している。ただし、血管が太い所は出血してしまい、そこがRFナイフのデメリットでもある。出血した場合は、バイポーラで止血操作をする。

今回はエルマン社で新しく発売予定のバイポーラシザーズを使用してみた。バイポーラシザーズは組織が蛋白変性したのを確認してから切り進めるためほとんど出血することなく切除することが可能であった。バイポーラシザーズの使用上の注意としては、通電部が太いため周囲の組織に接触性の熱傷を与えてしまう。それを防ぐために軟口蓋の下は濡れたガーゼでカバーをして出来るだけ通電部に触れないようにしている。縫合のコツは真ん中をまず縫って、右利きなら右から、左利きなら左から縫い進める。真ん中を先に縫うのが左右バランスよく手術をするコツである。通常、術後すぐから呼吸はスムーズでいびきを制限できている。



バイポーラシザーズ

(エルマン社製)

BS-01



刃先の長径：16mm/短径：3mm

出力モードと出力値

BIPOLAR 10