

## 12 胃癌に対する Reduce Port Surgery の経験

桑原 史郎・登内 晶子・真部 祥一  
 須藤 翔・堅田 朋大・石野信一郎  
 岩谷 昭・横山 直行・山崎 俊幸  
 大谷 哲也・片柳 憲雄

新潟市民病院消化器外科

【はじめに】胆嚢、大腸をはじめとして、単孔式手術が導入され始めている。一方、切除・郭清・再建を要する胃癌に対する単孔式手術はきわめて難易度が高い。当科ではこれまでに胃癌に対して4例のReduce Port LDGを施行した。その概要を提示し批判をいただきたい。

【適応】ESDの適応とならない小さな粘膜癌。

【手技】2孔が標準となる。臍切開にてEZアクセスを装着し5mm3本のポートを挿入。右上腹部に5mmポートを入れる。1例は左側腹部に3mmの細経鉗子を追加した。

カメラは臍5mm、術者は患者右側に立ち左手で右上腹部5mm、右手で臍5mmポートを操作する。助手は左手で臍5mm（もしくは左側腹部3mm）を使用する。

【手術手順】通常のLDGに準じるが、郭清は現時点ではD1である。再建時には臍部のポートの1つを12mmに変更しB1でデルタ吻合を施行し臍から標本を摘出する。

【成績】手術時間は171～231分（平均187分）、出血量は少量、郭清リンパ節個数は13～38個（平均26個）、術後在院日数は7日であり特に合併症を認めなかった。

【手技の特徴】カメラと操作軸が同一となるためカメラワークが重要である。Solo surgeryに近い手術となる。吻合は特に問題ない。細経鉗子の使用（Needle surgery）で臍上縁郭清も可能である。

## 13 腹腔鏡下胃切除における器械出し看護師の指導—動画マニュアルを用いて—

黒井 勇樹・小野 文子・栗山麻梨絵  
 高岡八重子・久住久美子・桑原 史郎\*

新潟市民病院手術室  
 同 消化器外科\*

近年、腹腔鏡下手術は増加傾向にあり、当院消化器外科では年間1200件の手術のうち約400件が腹腔鏡下手術である。従来、当院の手術看護師教育は紙ベースでの手術器械出しマニュアルを作成し、それを読んで学習し手術を担当するという体制であった。今回、新人への指導や、手術の知識・技術をより確実・迅速に定着させるため、動画を用いた腹腔鏡下胃切除の器械出しマニュアルを医師とともに作成した。動画を利用することで従来の文書マニュアルに比べ、リアルな学習が可能であり、知識・技術の共有や改善が容易になると考えられる。当院での腹腔鏡下胃切除の教育、動画マニュアルを提示する。

14 当院における腹腔鏡下手術の導入  
～初期成績と今後の展望～

小川 洋・角田 和彦・佐藤 攻

信楽園病院外科

当院では2011年7月より腹腔鏡下大腸手術(LAC)を導入した。導入にあたり特に留意した点は、病棟やOP室スタッフに対して腹腔鏡手術への理解を得ることであった。当初は早期大腸癌症例のみを適応としていたが、現在はイレウスや腫瘍径6cm以上の症例および直腸Rb進行癌などを除いた大腸癌全例へ適応を拡げている。続いて早期胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除(LDG)、胃全摘術(LTG)を導入。胆嚢摘出術に関しては約8割の症例に対して腹腔鏡下手術(LC)を選択している。単孔式腹腔鏡手術については胆摘症例と一部の良性疾患に対して施行しており、悪性腫瘍例は癌の根治性重視などの観点から現在のところ適応とはしていない。