

11 食道癌手術における腹腔鏡補助下胃管作成の工夫 - 低侵襲性の追求 -

牧野 成人・河内 保之・白井 賢司
田島 陽介・北見 智恵・川原聖佳子
西村 淳・新国 恵也

厚生連長岡中央総合病院
消化器病センター外科

【はじめに】食道癌手術において、当施設では腹臥位による胸腔鏡補助下食道切除、開腹による胃管再建、頸部手縫い吻合を基本としているが、症例を限定して腹部操作に腹腔鏡下手術を導入している。

【手技】腹臥位による胸部操作終了後、体位を仰臥位とする。胃癌手術に準じて5ポートとする。胃は極力把持せずに胃結腸間膜を切開し、1/2サイズのガーゼを背側に挿入。短胃動静脈は胃壁側で、左胃大網動静脈は可及的根部で切離。右胃大網動静脈を損傷しないように根部近くまで剥離する。右胃動静脈を可及的な根部で切離後、臍上縁を郭清。右季肋部に4cmの横切開を加え、体外にてLinear staplerを用いて幅4cm程度の胃管を作成する。吻合は左頸部で手縫いによる端々吻合とする。

【結果】当施設における定型化した開腹下胃管再建手技は、縫合不全率1.5%（128例中2例）と低い。腹腔鏡補助下胃管再建は現在までに4例に施行、縫合不全や吻合部狭窄はないが、胃管停滞症状を2例に認めた。

12 腹臥位胸腔鏡下食道切除術の実際

- 看護師の視点から -

佐藤 菜美・渡辺 健太・黒井 勇樹
高橋 陸・久住久美子・大久保涼子*
桑原 史郎**

新潟市民病院手術室
同 麻酔科*
同 消化器外科**

導入し、2008年からは腹臥位に変更し、これまでに左側臥位で76例、腹臥位で117例を施行した。腹臥位胸腔鏡下食道切除術では片肺換気とCO₂気胸を併用し、気管や心臓の圧排操作も加わり呼吸循環動態が不安定になる場合がある。さらに同一体位が長時間となるため、術後に褥瘡や神経損傷を引き起こす危険性もある。当院では、これまで腹臥位胸腔鏡下食道切除術の手術室看護を日々見直し、現在では定型化された手術室看護が確立されている。看護師の視点から腹臥位胸腔鏡下食道切除術の手術室の実際を報告する。

13 臨床工学技士の内視鏡手術器械出し業務

熊谷 一弘・高橋 学志・土田 龍
佐藤 桜子・瀧本 泰海・山田 理恵

新潟市民病院医療技術部
臨床工学科

【目的】病院の方針により臨床工学技士が器械出し業務を行うことになった。当院の器械出し業務は看護師の独占業務であったが、臨床工学技士も介入することになり、どのように業務を行ったか報告する。

【対象】臨床工学技士は腹腔鏡下手術の業務を行い内視鏡手術装置の操作・保守管理を行っているため、腹腔鏡下手術の器械出しを行うことになった。腹腔鏡下手術は各科多様なため、術式が変わらない消化器外科と小児外科の4つの手術を対象とした。また、消化器外科チームと小児外科チームに分けた。

【結果】器械出し業務開始から3か月間で技士全員対象手術の業務取得をすることができた。問題点も出たが、対策を立て支障が出ないよう工夫した。

【結語】医療機器の不具合による手術の中断の軽減をはかれるよう努めなければならない。

当院における胸腔鏡下食道切除術は2002年に