

腹腔鏡下手術を受けられる方へ

腹腔鏡下手術、および利点・欠点について

腹腔鏡下手術とは、臍下より、観察用の細いスコープを挿入し、ビデオテレビの画面を見ながら行う手術です。手術操作用に下腹部 2-4 ケ所に 5-15mm 位の小切開を置き、専用の器具を使用して観察、および手術を行います。

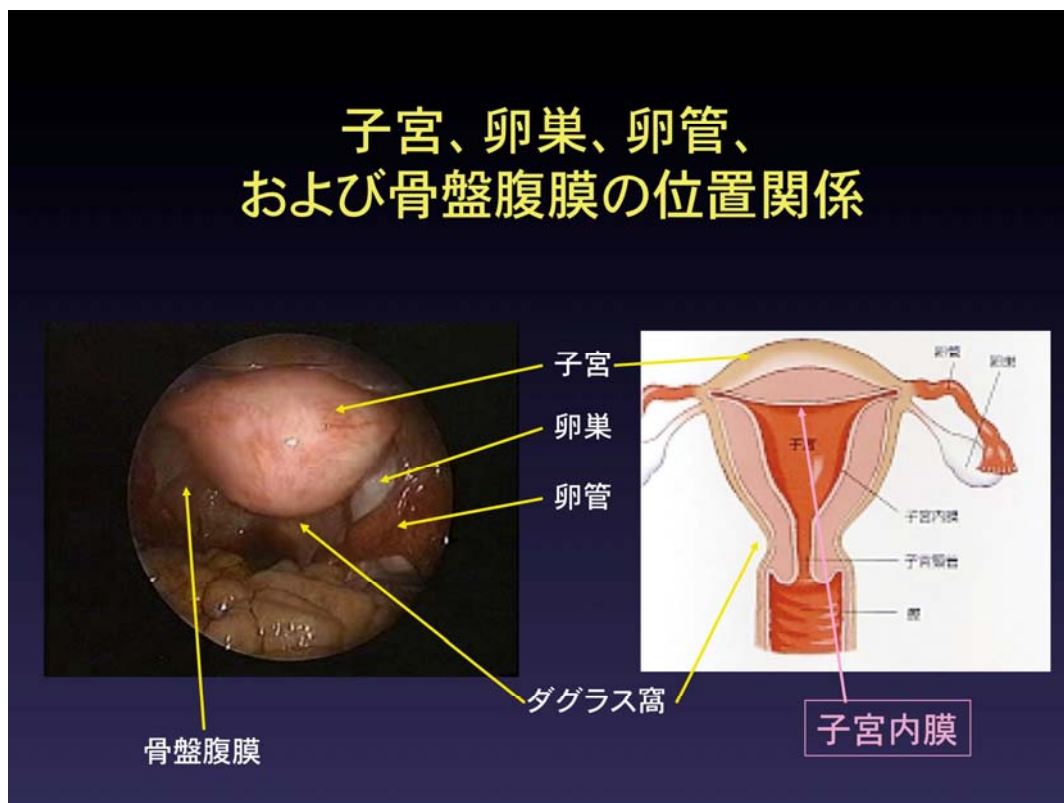
腹腔鏡下手術には、いくつかの利点があります。まず、手術創が小さいため、術後の疼痛が少ないこと、術後の回復が早いことがあげられます。もちろん、美容的にも優れています。また、開腹手術と比べて手術の後に新たに発生する癒着の頻度が低いとされています。そのため、妊孕性を温存する手術術式(たとえば卵巣腫瘍の核出術や子宮内膜症の保存手術など)では、特に有益であると考えられます。

欠点としては、開腹手術と比較すると麻酔・手術時間が長時間になることが多いこと、原則的には、目的とする臓器を手で直接触ることはできないことがあげられます。また、腹腔鏡下手術特有の偶発症・合併症が報告されています。

腹腔鏡下手術の特色

①麻酔、体位

麻酔は原則として全身麻酔で行い、硬膜外麻酔を併用することもあります。手術中の体位(姿勢)は一般的には骨盤高位(体が頭より高い位置となるような姿勢)としています。この姿勢では骨盤腔にある腸管が上方に圧排されるため、子宮、卵巣、卵管、ダグラス窩などの状態を観察できるように、手術操作がやりやすくなります。



②視野の確保

腹腔鏡下手術では、腹腔内にガスを注入しておなかを膨らませて手術を行います。肥満などでおなかが十分に膨らまない場合、最初の段階で腹腔鏡下手術を断念する場合があります。

偶発症・合併症、およびその対応

万一、偶発症・合併症発生に際しては可能な限り、患者さん、家族に説明の上対応させていただくつもりですが、重症の合併症の場合、処置を行うことを優先させていただくこともあります。ここでは代表的な合併症について述べます。

視野の確保にともなう偶発症・合併症

皮下気腫：皮下組織に通常範囲を超えて、ガスが入り込むことがあります。軽度の皮下気腫は経過観察で軽快します。大網穿通：腸管を覆うじゅうたんのよう組織を突き刺すことをいいます。腸管損傷、大血管損傷はきわめて稀な偶発症ですが、発生した場合には、迅速で適切な処置が必要となり、緊急開腹手術に移行する場合があります。

手術操作にともなう偶発症

a)臓器損傷

子宮は前方では膀胱と、後方では直腸と接しています。卵巣、卵管は通常では、子宮の左右に1つずつ位置しています。また、子宮の周りには尿管、血管、腸管があり、周囲の位置関係にも注意を払いながら手術を行います。癒着が広範囲に認められる場合、癒着の程度が強固な場合には特に、周囲の臓器を損傷しないように細心の注意が必要となります。

b)術中、および術後の出血

腹腔鏡下手術では開腹手術に比べて止血操作が難しいこともしばしばあります。術後止血状況を観察するために、ドレーン(体の中に一時的に管をいれておくこと)を挿入する場合があります。しかし、太い血管や、広範囲の出血に対しては腹腔鏡では対応できない場合もあり、開腹手術に移行することもあります。また、トロカール刺入部、および周囲に内出血を起こすこともあります。

c)術後感染症

手術は、腹腔鏡下手術では開腹手術と同様に無菌的に行われますが、予防的に少なくとも術後2-3日目までは抗生物質の投与を行います。

手術実績：重複あり

	平成24年 (総数297)	平成25年 (総数318)	平成26年 (総数299)	平成27年 (総数319)
①卵巣(腫瘍)摘出手術	148	147	135	139
②癒着剥離術	108	115	108	96
③子宮内膜症手術	102	94	84	109
④腹腔鏡下(腔式)子宮全摘術	59	65	57	84
⑤腹腔鏡下筋腫核出術	92	94	106	105
⑥子宮外妊娠手術	22	17	12	15
⑦ダグラス窩癒着剥離	12	7	7	8
⑧その他	12	18	13	17

その他：卵巣多孔術、卵管開口術、卵管采形成術、卵管鏡下卵管形成術などを含んでいます

平成22年から平成27年 開腹手術移行：8/1699例(0.5%)