

LCBDE 胆管切開

名古屋第二赤十字病院外科

長谷川 洋

(症例) 83歳、女性。(主訴) 肝機能異常(画像診断) MRCP,DIC-CTでは胆石と総胆管内に18×12mmの大きな結石(ビ石)を認めた。ERCPは傍乳頭憩室のため不能であった。以上より、胆管原発の結石と診断し、胆管切開の方針とした。(ポートの配置) LCと同様で4portで行っている。(術式) まず胆嚢床より胆嚢の切除を行う。胆嚢管は切離せず行うので若干の慣れが必要である。胆管原発結石の場合にはこの操作は容易である。胆嚢の摘除が終了したら、助手の鉗子で、胆嚢頸部をしっかりと把持し右頭側に拳上する。総胆管の走行を確認し、漿膜を切離し胆管壁を十分に露出する。胆管の左側縁を鉗子で確認し、胆管の幅を十分認識しておく。特に胆管径が狭い場合にはこの操作は重要である。切開部位は、通常は意識よりやや左側で切開すると良い。切開は

電気メスで行っている。大半は 5mm の胆道鏡が入る位で十分であるが、本例のような大きな結石の場合には最初から十分な切開をしておくことが望ましい。また、切開の前にはガーゼ、回収バッグを予め Morison 窩に準備しておくこと、汚染の防止に有効である。切石は大多数は胆道鏡下にバスケット鉗子を用いて行っているが、本例のような大きなビリルビン結石では、鉗子で把持したり、鉗子操作で押し出すといった手技が必要となり、切石に苦勞することが多い。本例は胆管切開部まで結石を移動した後、鉗子操作で押し出した。切石後は、胆道鏡にて遺残のないことを十分確認し、縫合閉鎖に移る。我々は 4-0 Vicryl のスキー針を用いている。縫合は基本的には結節縫合で行っている。縫い代が細かくなりやすいので注意する。通常は 4-5 針で十分である。この後、漿膜の閉鎖を数針行っている。胆管閉鎖後は十分に洗浄を行い、右横隔膜窩ないし

Winslow 孔に closed type のドレーンを挿入する。減圧

チューブは原則として挿入しない。