

ます。また、S状結腸憩室穿孔などにより緊急手術でハルトマン手術を行うことが予想され、外来や病棟でストーマサイトマーキングを行えなかった場合は、手術台の上で両足を挙上し、腹部のしわの位置を確認してマーキングを行うことが望まれます (図2)。

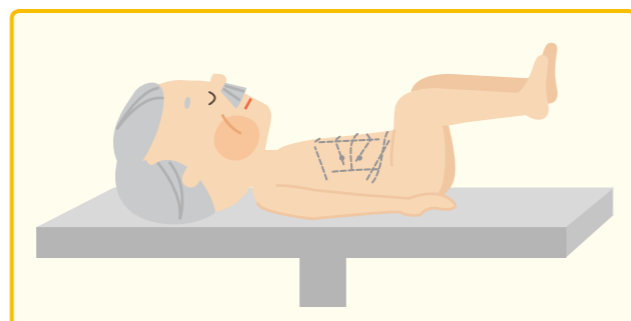


図2 術前にマーキングができなかった場合の手術室でのマーキング

単孔式ストーマの作り方

結腸の単孔式ストーマ (図3 A) は、直腸切断術やハルトマン手術に伴って造設されます。

造設経路

下行結腸またはS状結腸ストーマの場合、経路として①腹膜外経路と②腹腔内経路があります (図4)。腹膜外経路は左側腹部の腹膜下にト

ンネルを作成し、腹直筋を經由して腹壁外に腸管を引き出して作成します (図4A)。一方、腹腔内経路では直接腸管を腹壁に引き出して造設します (図4B)。

石田³⁾は、腸脱出および傍ストーマヘルニアは腹膜内法 (腹腔内経路) に比べて腹膜外トンネル法で発生率が低く、造設位置に関しては腹直筋内

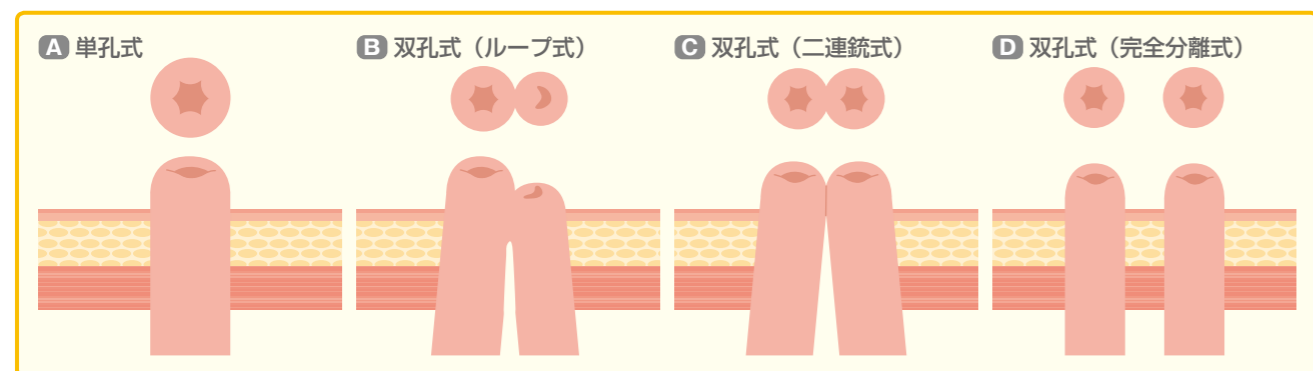


図3 単孔式ストーマと双孔式ストーマ

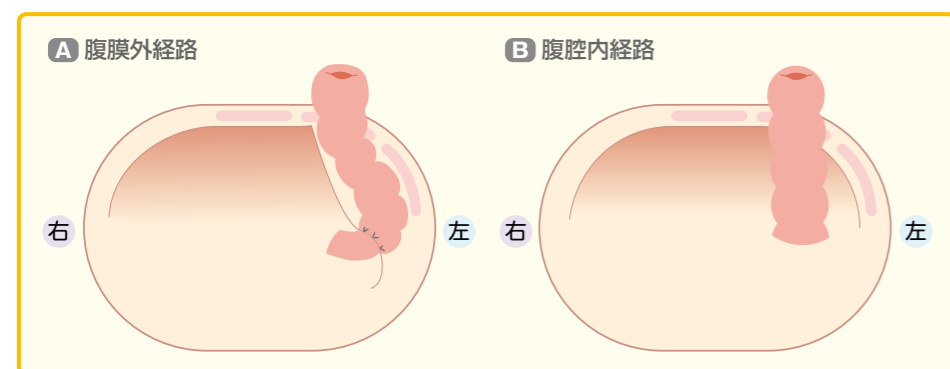


図4 腹膜外経路と腹腔内経路

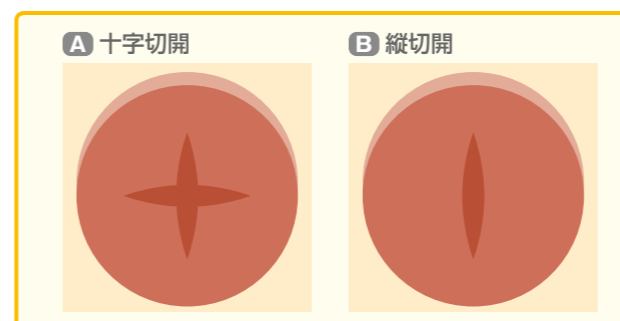


図5 腹直筋前鞘の十字切開と縦切開

(経腹直筋的) 造設でその発生率が著しく低かったと述べています。しかし、最近では造設の容易さ、腹腔鏡手術の普及により、腹腔内経路により造設される症例が増加していると思われます。

皮膚切開

皮膚切開の大きさは、腸管の口径、腸間膜の脂肪の厚さ、腹壁皮下脂肪の厚さなどを勘案して決定します。通常は2.5～3.0 cmほどの、縦方向にやや長い楕円形の皮膚切開をおきます。円形の皮膚切開では出来上がりが横に長い楕円形のストーマとなる傾向があります⁴⁾。やせ形で腸間膜脂肪の少ない症例では皮下脂肪を切除する必要はありませんが、肥満で腸間膜脂肪の多い症例では筋膜までの脂肪を円筒形に切除します。

筋膜切開は、①十字切開をおく場合と②縦方向の切開のみおく場合があります (図5)。筆者は出口部狭窄の防止のため十字切開をおいています。腹直筋は鈍的に筋束を分けます。下腹壁動静脈、横走するその分枝を損傷しないように留意します。

腹膜外経路の場合は腹腔内左側の腹膜切開部より腹膜下トンネルを用手的に作成し、筋膜切開をおいた直下で開通させます。腹腔内経路の場合は筋膜切開をおいた部位の腹膜を切開して開通させます。

ストーマを造設する腸管の観察

ストーマを造設する腸管の動脈血流および静脈

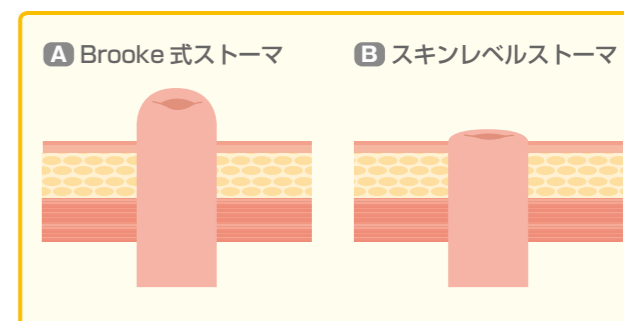


図6 Brooke式ストーマとスキンレベルストーマ

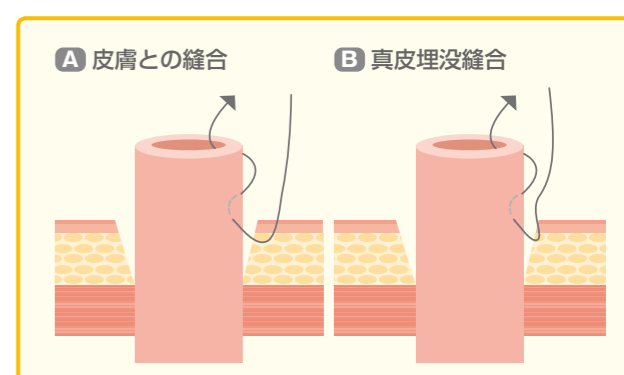


図7 ストーマ皮膚固定における運針 (Brooke式)

還流が良好なことを、腸管の辺縁部で確認します。血行障害は壊死、脱落、陥没、狭窄などにつながるため、腸管壁の色調が不良な場合や、動脈の拍動が認められないと判断される場合、そして静脈が怒張しているような場合は、その部位でのストーマ作成を断念して、血流が良好と判断される部位が腹壁外に誘導できるまで腸管を授動します。

皮膚固定

ストーマの高さ

ストーマの高さによる分類として、① Brooke式と②スキンレベルがあります (図6)。ストーマの高さは管理のうえで重要で、ストーマ周囲皮膚炎を防止するために1.0～1.5 cmほどの高さがあることが望まれます。

高さを得るために、Brookeが提唱したように腸管を皮膚と外翻固定しますが (図7)、ストーマ