

図1 直腸手術におけるリンパ節郭清とストーマ血流との関連

*1 下腸間膜動脈を根部で結紮切離すると、中結腸動脈からの血流で肛門側腸管が栄養される
*2 低位前方切除術での結腸一時的ストーマは、原則的に右側結腸に造設する。これは、ストーマ閉鎖後の肛門側腸管の血流保持を確実にするためである



図2 ストーマ壊死（70歳代の男性）

A: 挙上された腸管全体が黒色となり血流が障害されている
B: 血流障害の範囲を確認することが重要である。写真では腸管と皮膚の縫合部を剥離して挙上腸管の腹壁内からは血流があることを確認した

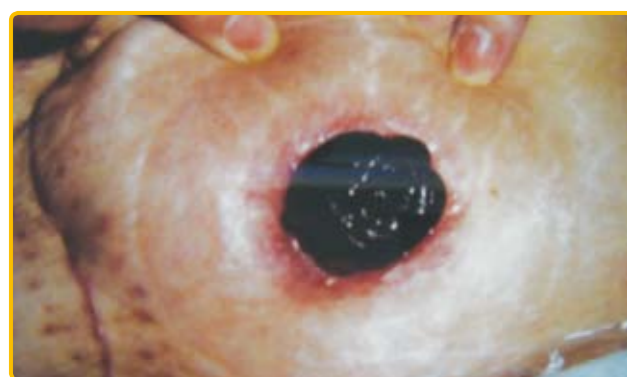


図3 結腸黒色症（60歳代の女性）
粘膜の表面は均一な色調で、壊死に陥った粘膜に比べて張りがあり、色調が異なるだけで、通常粘膜であることがわかる

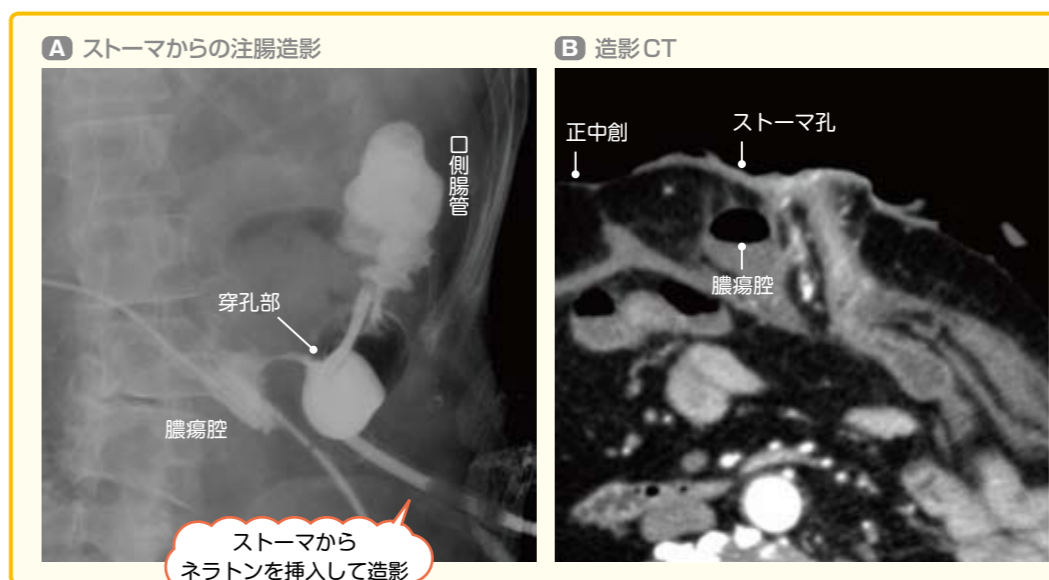


図4 ストーマ周囲膿瘍（70歳代の女性）
S状結腸単孔式ストーマ部腸管に存在した憩室からの膿瘍症例。穿孔部から皮下に便が漏出して膿瘍を形成している

ない状態であれば、ストーマを注意深く観察し、壊死部分をデブリードマンして経過観察することも1つの選択肢です。

ストーマ脱落

原因
背景因子として、ストーマ血流不全および壊死と腸間膜に緊張のあるストーマの状態に怒責などの急激な牽引力が加わることで起きます。基礎疾患として、肥満、糖尿病、動脈硬化などに加えて、気管支喘息などの慢性肺疾患が認められる場合には、注意が必要です。

発生時期
術直後から比較的早期に発生します。

観察
経時的に急速に状態が変化するため、厳重な観察が必要です。

治療法
完全に脱落して腹膜炎を呈する前に緊急手術を行い、ストーマを再造設する必要があります。

ストーマ周囲膿瘍・瘻孔

原因
①ストーマ造設時に腸管の損傷を起こしたり、壊死、不十分な腸管前処置による術中汚染、不適切な運針などの造設手技が原因となる場合と、
②ストーマを造設した腸管の状態の変化による場合に大別されます。

発生時期
術後早期・晩期ともに発生します。

観察
発赤・腫脹を伴い、腹壁の圧痛を認めます。面板を剥がして皮膚面の発赤の範囲、方向、さらにストーマ粘膜の異常の有無を観察します。また、ストーマからの造影検査や超音波検査・造影CT検査などで、膿瘍の深さや大きさを診断することが必要です（図4）。

治療法
可能であれば、面板貼付部の外側から膿瘍腔のドレナージを行います。腸管に原因がある場合には、原因疾患の治療が必要となります。