□ 原 著 □

吻合用膵臓鉗子

大同 禮次郎*

Our New Pancreas-forceps for Anastomosis

Reijiro Daido

Lecturer, Kyoto Prefectural University of Medicine and head surgeon,
Maizuru National Hospital

はじめに

近時急速に発達した麻酔、輸血、輸液等により長時間の大手術もも早や何ら危惧することなく行なえるようになり、それにつれて外科的侵襲もますます過大になりつつある現状である。

1900年、Mayo-Robson が Billroth, Halstedt 等の膵切除を報じ、また 1907 年 Coffey が犬ではじめて膵、腸吻合術を発表して以来 Sweet, Simon, Dragstad, Whipple, Orr, Child, 等多数の実験的ならびに臨床的研究がなされ、膵臓外科も長足の進歩をした。

さて、膵尾側切除は単純結紮のまま放置するも膵液の漏出さえなければ何ら支障はきたさない。しかしながら膵頭部切除術に関しては、術者それぞれ独自の方法により腸管と吻合しているが、かかる場合膵実質を挫滅するような鉗子は使用し得ず、出血および膵液の流出のまま吻合を行なっているようである。私もしばしば切断端をそのままにして、あるいはまた腸鉗子にて軽く把持して膵腸吻合を試みたが、手術野の汚染、出血に妨げられて時間の損失が大きく、かつまた吻合が不確実となる危険性をどうしても一掃することができない。膵頭部十二指腸全切除術は大手術であり、長時間を要するので少しでもこれを Cover せんとして以下の如き膵臓鉗子を考案した。

鉗子の構造

図 1

図1のように極めて弾力性を有するステンレス製の全長 22.0 cm, 巾 0.3 cm, 厚さ 0.1 cm の縦溝を有するもので、また膵組織を挫滅することなくかつ強く把持するように先端に長径 2.5 cm, 短径 1.2 cm の楕円形を作り、また深部操作に便なるよう全体的にも少し屈曲している。

使用法

尾側切除術には敢て使用せずとも前述のように強い圧挫鉗子で膵実質の挫滅を行ない、鉗子を徐々にはずして太い絹糸で集束結紮を行なえば十分であるが、頭

図 2

図 3

側切除を施行する場合は脾腸吻合を絶対必要とするので以下その使用法を記載すると

図2,3のように十分周囲より脾臓を剝離して鉗子の

図 4

凸部を前方にしてかける。脾血行状態より考え、上下脾、十二指腸動脈および脾動脈より無数の細枝が出ているので十分剝離を進めても残存脾の血行は極めて良好である。

このようにして鉗子より約0.5 cm 残して図4の如く鋭的に切断する。脾切断端はやっと出血と脾液の漏出が止まる程度に軟く把握されているので、鉗子を少し弛めると直ちに血液と脾液の流出を見るので全く理想的脾把持といえる。この状態で吻合を行えば、図5,6のように手術野の出血汚染は全くなく、十分熟視して意のままにゆっくりと確実に吻合し得る。

図 5

図 6

この図5,6は私の行なっている方法で、脾管を少しく剝離分離して周囲脾実質と腸管とを縫着固定し、さらに漿膜筋層縫合にて脾を腸管内に少しく嵌入せしめるもので、縫合不全は絶無でありかつ手術操作は簡単である。

おわりに

脾腸吻合術施行時使用する特殊なる鉗子を考案作製したが、これの使用は全く便利であり、かつ十分その目的を達し得る。なお手術野を出血と脾液の汚染より妨ぎ、脾損傷をも来たさず、手術操作が極めて円滑になり全く便利である。

本論文の要旨は第15回国立病院療養所医学総会に発表した。

(編集部注) 著者によれば本鉗子は京都市中京区東洞院二条上ル増田医科器械店で製作している。