

依頼稿

私の行なっている腹式子宮単純全別術

長崎大学教授

三 谷 靖

腹式の子宮単純全別術は適応の多い婦人科手術で、附属器を残す場合と、剔除する場合がある。

本術式は腔上部切断術に比べて色々な点で優っているにも拘らず、まだ実施が比較的少ないのは主に尿管損傷と出血を恐れるためである。これには色々な方法があり、特に Aldridge 術式が考案されているが、私は特殊な例を除いて近来は以下述べるような方法を用いているので、これに就いて述べる。

前処置、麻酔

一般開腹手術の場合に準ずる。ただ腔を開くので、外陰消毒後、腔壁を逆性石鹼その他で充分洗滌した後、2%マーキュロクロム液を塗り、滅菌ガーゼ1片を腔内に入れる。

術 式

1) 腹壁切開

縦切開でも Pfannenstiel 横切開（子宮の余り大きくない時）でもよい。

2) 腹腔の展開および子宮固定

内性器および周辺の状態を精査し、癒着があれば剝離し、腸管を食塩水を浸したガーゼで上腹部に駆逐し、例えば筋腫であれば子宮体に Myom-bohrer をかけ、子宮体を腹腔外に牽出する。或いは両側子宮角で卵管、子宮円索（円靱帯）固有卵巢靱帯を一括してそれぞれ1本の長直コッヘル鉗子で固定し、子宮を出来るだけ腹腔外に牽出する（図1）。

3) 右子宮円索（円靱帯）の切断

子宮を固定牽引して左上方にひき、右の円靱帯を緊張させてピンセットでその遊離部を握み挙げて子宮附着部より2～3cm離れたところで針と糸をかけ7号絹糸で結紮する。この糸は切らずにおきその先端を止血鉗子で挟み腹壁におき、結紮部

より子宮側約1.5cm位のところにコッヘル鉗子をかけ、中間で切断する（図2）。切創を子宮広間膜前葉に延長し、内子宮口の高さ位まで斜め内側へ向けて切開する。

4) 右卵巢提索（骨盤漏斗靱帯）の切断

これは附属器を子宮と共に剔除する場合に行なうので、右円靱帯切断後子宮を反対側へひき右卵巢の骨盤側で術者の左拇指、示指で軽く挟み固定して骨盤側壁と卵管との中間で結紮しこの結紮糸も切断せずにその余端に止血鉗子をつけ腹腔外におく、子宮側に止血鉗子をかけてその中間を切断する（図3）。円靱帯を先に切断するのは、この際附属器や周辺にいか癒着があつても円靱帯の切断層より子宮広間膜を開き、内精系血管を直接内方から見て尿管をさけて、内精系血管叢のみを結紮出来、確実に尿管損傷を避け得るからである。

4') 附属器、固有卵巢靱帯の切断

子宮附着部より約1.5～2.0cm離れたところで、固有卵巢靱帯および卵管峡部と1部子宮広間膜を一括纏絡、結紮する。結紮糸は7号(JIS)を用い滑脱しないように結紮糸の一部は組織の一部を浅く通るようにする（図4）。次いでその固有卵巢靱帯、卵管に子宮に接して1本の止血鉗子をおき、その中間を切断する（附属器を残す時）。

5) 他側の処理

他側にも同様の処理を行なう。

6) 膀胱の剝離

子宮体を上方へひき、有鉤ピンセットで膀胱子宮窩腹膜を握み挙げて曲剪力で横切し、その切開創を左右へ延長して、先の子宮広間膜前葉の切開創と連絡させ、膀胱圧抵板で膀胱を下方へ圧しつつ、子宮を上方へ牽引しつつ、ガーゼまたは剪刀で膀胱を剝離して下方へ進む。その剝離は頸部を

図1 Myombohrer を子宮体にかけて子宮を固定牽出する

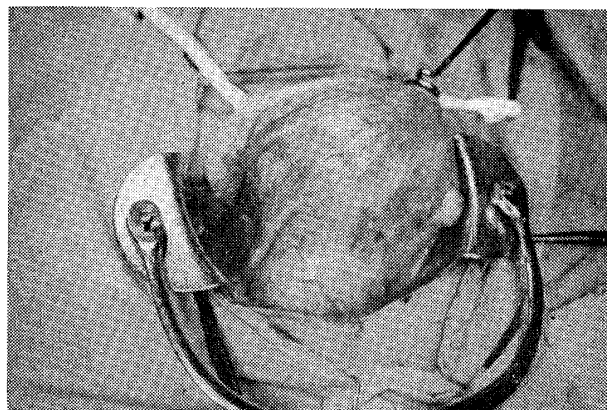


図4 左付属器、卵巣固有靱帯の子宮附着部より1.5cm位離れたところで纏絡結紮せんとする

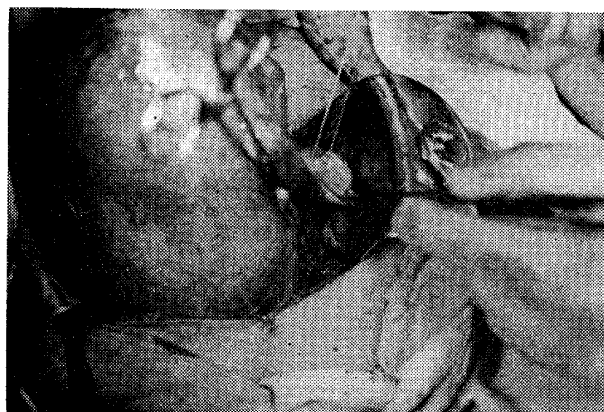


図2 右円靱帯を結紮切断せんとする

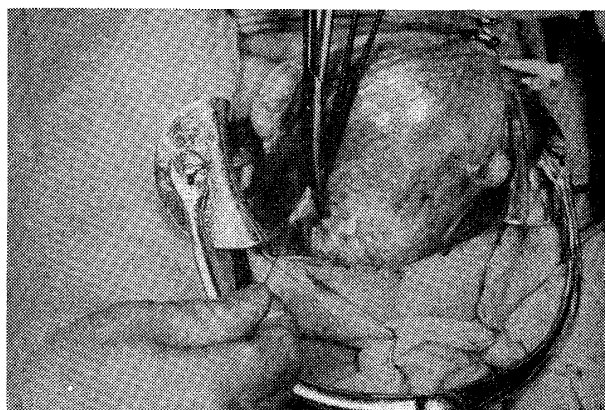


図5 膀胱剥離，本例では子宮体下部前面右方に偏して筋腫結節がある

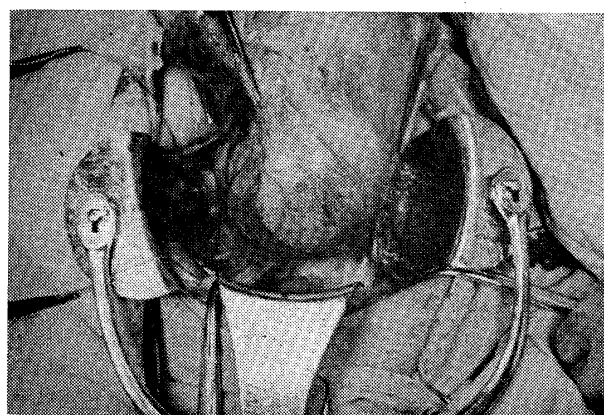


図3 右卵巢提索（骨盤漏斗靱帯）を結紮切断せんとする



図6 右旁結合織背外側より内方へかけて深部持針器で針を通し旁結合織を一括結紮せんとする脛壁右方，旁結合織内側に針の先端が見えている



昭和42年 7 月 1 日

三 谷

679—51

図 7 旁結合組織を切断せんとする

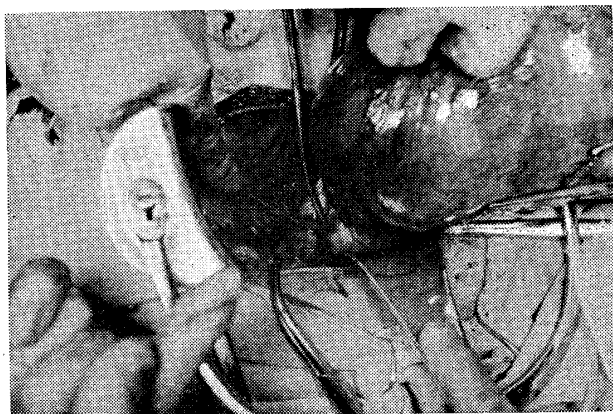


図10 腔前壁を切開せんとするところ

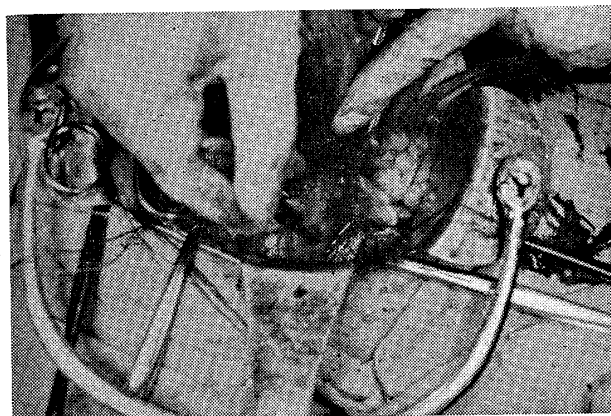


図 8 旁結合組織を結紮し終つたところ

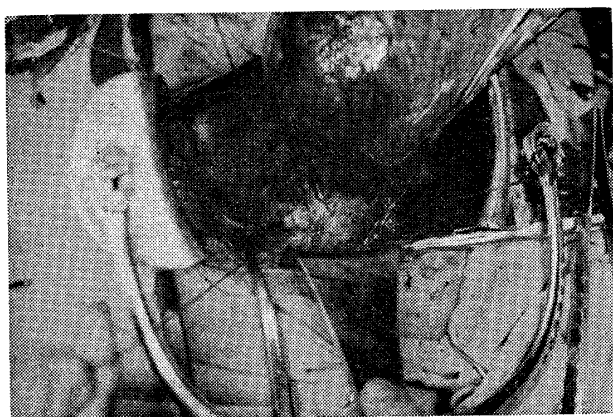


図11 腔壁切断，後壁はまだ残っている

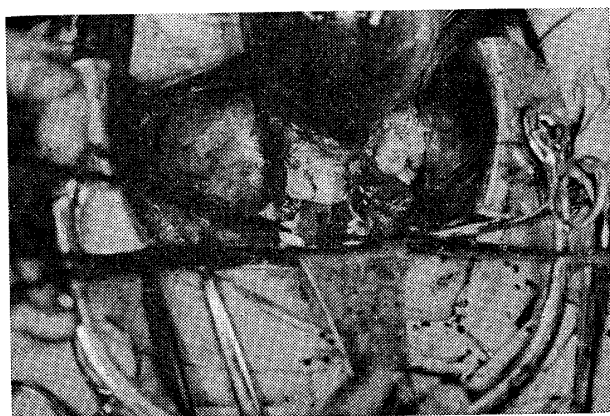


図 9 旁結合組織の結紮を追加するところ

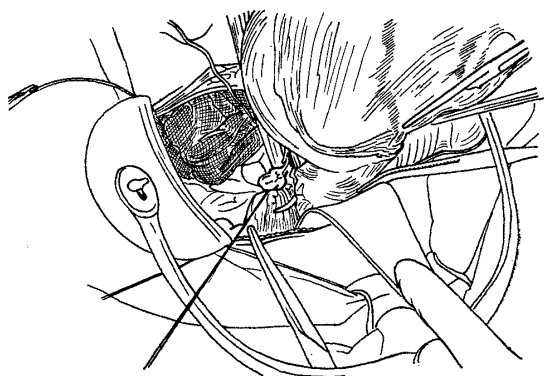


図12 腔切断終了

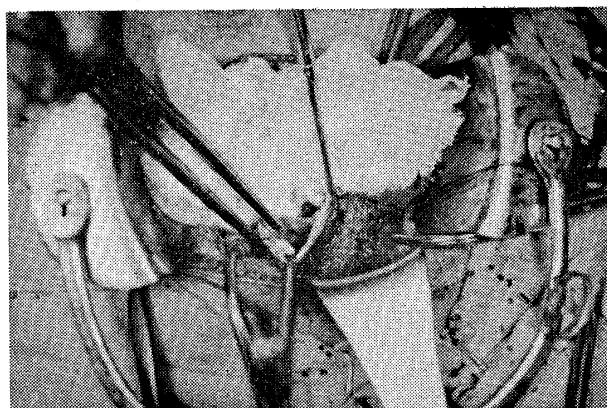


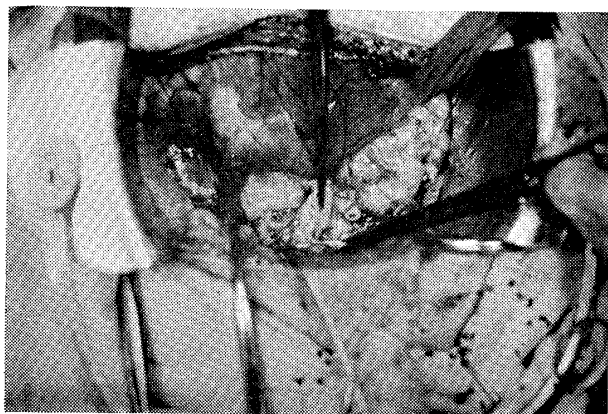
図13 腔左右 $\frac{1}{3}$ はそれぞれ閉鎖され中央 $\frac{1}{3}$ が開放

図14 骨盤腹膜の縫合。左付属器は温存されている

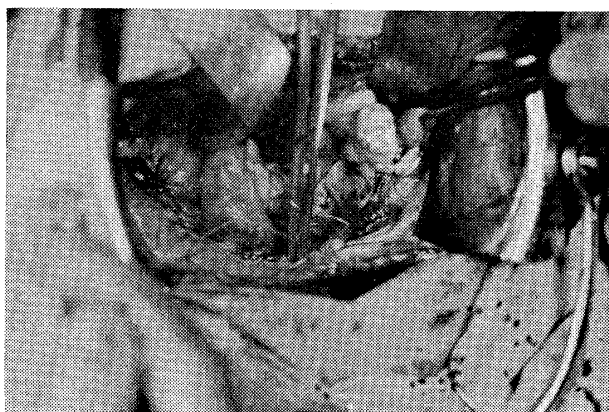
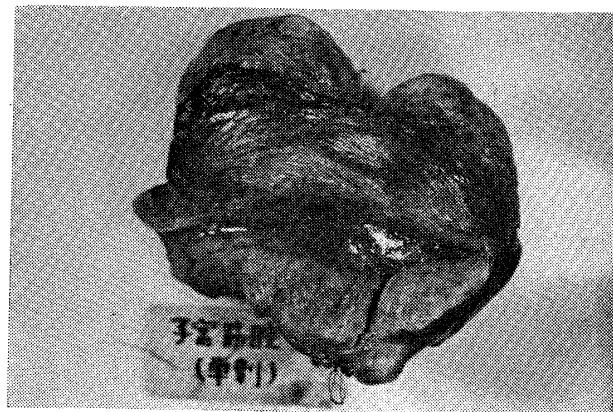


図15 剔出された下小児頭大の筋腫（右が子宮底）



越えて陰門蓋下方へ到る（図5）。この際は中央部のみで剝離を行ない、側方では静脈叢を損傷し、出血する恐れがあるから、余り側方へは行かないようにする。この側方の処理は後に述べる。

7) 子宮広間膜後葉の切開

子宮広間膜後葉をピンセットで軽くひきつつ、後葉を仙骨子宮靱帯の子宮附着部まで尿管に注意しつつ切開する。これを両側で行なう。

8) 子宮動脈および基靱帯の切断

子宮動脈や尿管を露出しないで集束結紮で行なう方法である。

尿管は露出しないが、その走行は確認出来るので確認しておく。そして8号絹糸を通した針を尿管より、やや高い所で旁子宮組織の背外側へ刺し、これを腔前壁側方の旁子宮組織の内側へ出し（図6）、この糸を1回締め、結節しないでおき、これより内側子宮に接してコッヘル止血鉗子をおき、結紮糸と止血鉗子間の組織を切断した後（図7）、さきの糸を更に強く締めて結紮する（図8）。これで旁子宮組織は大部分切断されるが、更に同様な方法で心持ち下方で第2の結紮をおき、確実性を増す（図9）。この場合も勿論尿管の走行に注意して行なう。余り下方に及ぶと尿管損傷の恐れがあるから注意する。結紮後の糸の余端は短剪しておく。このようにすると尿管の損傷は避け得られ、また組織切断後の滑脱による出血を避け得られる。この操作を左右に行なう。状況によって左右いずれを先にしてもよい。

この8)の操作が重要なポイントである。

9) 両仙骨子宮靱帯間の腹膜切開

横切開して腹膜を両仙骨子宮靱帯のところまで連絡する。もつともこれをやらずとも腔を切断すれば自然に切開されることになる。

直腸剝離の必要はない。しかし直腸と子宮との癒着があれば、予め剝離しておく。

10) 腔の切断

腔腔内へ挿入したガーゼを除去させた後ダグラス窩にガーゼをおき、汚染防止後剝離された上部腔の前壁にメスで横切開を加え（図10）、ヨーチン

昭和42年7月1日

三 谷

681—53

で腔の上部を消毒した後、曲剪刀で横切開を左右および後方へ延長し（図11）、子宮腔部に近接して腔壁を輪状に切断して子宮を剔除し、同時に助手をして数箇の長直コッヘル鉗子で腔断端を切断するに従って挟み保持させ腔内容を骨盤腔に洩らさぬようにする（図12）。

11) 腔断端の処理

腔断端より出血箇所があれば結紮止血させ腔の左右 $\frac{1}{8}$ 部をZ縫合で閉鎖させ（図13）、中央 $\frac{1}{8}$ を開放し腔断端よりガーゼ1片を断端より腔内にかけておき（これは翌日除去）、または対応する腔前後壁を結紮し腔腔を完全に閉じる。

12) 骨盤腹膜縫合

子宮円索、卵巢提索等の結紮糸の余端は切り棄てて止血の完全を検した後、1側の卵巢提索または附属器断端より初めて相対する前後を縫合し、膀胱腹膜はダグラス窩腹膜に縫合するようにして他側に至り、縫合を終える（図14）。

腸線の連続縫合を用いることが多い。

この際、これら靱帯の断端または附属器の断端は腹膜外にあるようにする。

13) 腹壁縫合

本例は下小児頭大の筋腫で2つの主筋腫結節がある。附図は総て上方が脐側、下方が恥骨側。