

参考ビデオクリップ 要点解説

肝臓手術 グリソン鞘の処理

- 1、胆嚢壁に沿った胆嚢摘出を行う。肝十二指腸間膜には極力切り込まない。切り込み挫滅すると、グリソン鞘剥離が困難となる。
- 2、Calot 三角背側の結合織処理を行う。前区域グリソン鞘の腹側面が明瞭に見えてきて、肝実質内に進入する形態が確認できる。
- 3、グリソン鞘を線維性索状物として意識し鈍的剥離を行う。レネック被膜は確認できなくても意識することで確実な層に入ることが可能になる。
- 4、グリソン鞘一次分枝から直接肝内に侵入する細いグリソン鞘を数本認める。切離により肝門部の緊張が取れ視野が展開し、二次分枝の剥離が容易となる。
- 5、術野展開：第二助手は肝円索を垂直に引き上げる。第一助手は肝十二指腸間膜を左手第二指と第三指で挟むか、または Pringle 鉗子を臍臓側に牽引する。肝被膜とグリソン鞘の境界に適度な緊張が加わり剥離層の確認が容易になる。右手に吸引器を持ち、剥離した肝とグリソン鞘の狭い空間からの出血を随時吸引して視野を確保する。
- 6、グリソン鞘背側の剥離は確実な目視下で行う。テーピングには 6 号ネラトンチューブを用いる。
- 7、後区域グリソン鞘の確保には 2 種類の方法がある。
直達法：Rouviere 溝を確認する。すでに後区域グリソン鞘腹側面が確認でき直接的に剥離が可能となる。尾状葉突起のグリソン鞘枝を確認し温存する。後区域グリソン鞘は肝門部二分岐支配が多く、直達法で後区域グリソン鞘を剥離把持したつもりでも S6 の 3 次分枝グリソン鞘のみの場合がある。必ずテストクランプをしてグリソン鞘の支配領域を確認する。テーピングした脈管が S6 の 3 次分枝のみの場合は、このグリソン鞘を結紮切離し、その裏にある頭背側へ向う結合織が S7 グリソン鞘である。
引き算法：右一次分枝から前区域枝を差し引いて後区域枝をテーピングする。
- 8、テーピングしたネラトンチューブを臍側に十分に牽引し、さらに肝内に向かってグリソン鞘を剥離、露出し頸を長くする。グリソン鞘の結紮は、できるだけ肝側で 1 号糸の単純結紮と針付 2 号糸の刺通結紮を行う。器械吻合器を使用してもいい。
- 9、グリソン鞘切離は肝実質切除を先行し肝門部が展開された後に行った方が頸を長く取れるためやりやすい。切離前に肝内に向かいグリソン鞘をさらに剥離すると縫い代分が十分に確保でき、糸の脱落が防げる。