

112. 当院での縦隔鏡視下食道切除術のまとめ

From MY point of view

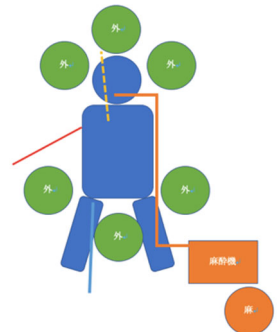
- 縦隔鏡視下食道切除術のメリットは非開胸
- 心臓圧排に伴う循環不全・不整脈
- 気縦隔+気腹 → 気胸・皮下気腫に伴う高二酸化炭素血症および緊張性気胸

- 縦隔鏡視下食道切除術
 - 片肺換気の回避および術後肺合併症の減少
 - 経胸アプローチと同等の縦隔リンパ節郭清および同等の 5 年生存率
 - 当院での 2 症例のまとめ

症例	肺手術歴	呼吸機能	麻酔方法	手術	in	out	昇圧薬
66y.o. M	左肺全摘	VC=57.4% FEV1.0=69.8%	AOS + remi +ED(Th6/7)	7:32	4050	310+30	NAd 0.03-0.07 γ
79y.o. M	左下葉切除	VC=70.6% FEV1.0=66.2%	AOS + remi +ED(Th5/6)	10:08	2880	140+95	NAd 0.03-0.13 γ

77y.o.M, COPD(VC=84.2%, FEV1.0=39.6%)症例を腹臥位胸腔鏡視下で 2 期的に行った症例もある(ほぼ中下葉ブロック)。

- 麻酔導入
 - ◇ EMGtube を用いた反回神経モニタリング(筋弛緩薬なし)。
 - ◇ ED。術者と麻酔科医の立ち位置的に術中は使いにくい(手術範囲的にも)。
 - ◇ 手術操作で循環が不安定になるため、A-line はなまらないもの。
 - ◇ CV は気胸を避けて大腿静脈に穿刺。東大 Hp は太い末梢路だけで行っている。
- 麻酔管理
 - ◇ Alb >3.0g/dL を目指して Alb 投与。東大 Hp はヒドロコルチゾン 100mg 投与することも。
 - ◇ 必要に応じてエラスポール。
 - ◇ 十分な麻酔を行い、NAd0.04-0.06 γ +volume 多め、必要時ネオシネジン。



- 心臓圧排に伴う循環不全・不整脈
 - 食道受動時に心臓全体を圧排し循環不全となる。→ volume + NAd + ネオシネジン + 術者にお願い。
 - 術野で左房を刺激して PAC や Af を誘発しやすい。
 - 食道抜去時に Vf を起こしたという報告もある。
- 気縦隔+気腹 → 気胸・皮下気腫に伴う高二酸化炭素血症および緊張性気胸
 - 術中、縦隔鏡と腹腔鏡を同時に使用する時間帯がある(各々101-12 mmHg)。
 - おそらく(特に)この時に皮下気腫や、開胸になっていれば気胸になりやすい。
 - 気道内圧が上がる。CO₂ がはけなくなる。循環動態が不安定になる。
 - 術者の「少し開胸になりました」や「気縦隔圧がかかりにくい・もれる」などは要注意。

[自験例]

気縦隔時気道内圧 20cmH₂O 程度→気腹開始直後に気道内圧 35-40cmH₂O
 →気縦隔中断後 27cmH₂O まで低下、PAC6 連発が頻発、PaCO₂-EtCO₂=3(導入後)→20
 →右胸腔にトロッカー挿入、大量の排気あり気道内圧 18cmH₂O に改善。
 →術後 Xp で右肺の拡張は良好。左前胸部を中心に大量の皮下気腫あり(頸部は軽度)。