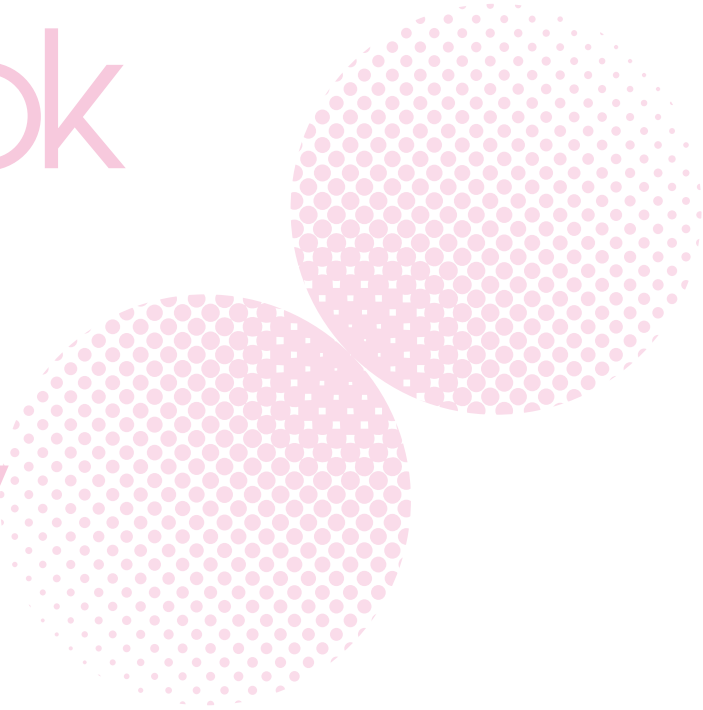


# Textbook of Surgery for Nursing



## ナーズの外科学

改訂8版

編著

岡住慎一

JCHO千葉病院院長/千葉大学臨床教授/東邦大学名誉教授

中外医学社

## 8 版の序

1994 年の初版から、30 年が経過し本書も第 8 版を出版する運びとなりました。

この 30 年は、外科診療にとってまさにパラダイムシフトの期間でありました。外科学の基本的課題である低侵襲性の追求は、内視鏡外科の発展からロボット手術へと展開し、今や多くの術式に応用されるようになりました。それとともに、クリニカルパスと術前からの **patient flow management** による治療効果促進と早期回復プログラムの方向性が定着し、新時代のスピード感が生じています。一方、複雑な病態に対しての集学的治療も多方面に進歩発展し、がん治療に関していえば、外科診療においても、放射線療法、化学療法、免疫療法の併施が通常となってきました。難治性の病態への取り組みによる成績向上や、緩和治療、支持療法の進歩による療養生活の向上も目覚ましい進歩を遂げています。これらの流れとともに、看護学も重層化・高度化の中にあり、基本的知識を押さえつつ新しく更新・追加していくことが望まれています。本書は、このような要望に応えることを第一の目的としました。また、外科学会では専門医制度として、一般外科、救急、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、内分泌外科を包括した研修体制を敷いており、すなわち、基本的かつ最新の全身管理に関する知識の修得を重要視しています。外科医師と同じ臨床の場に直面する看護師のために本書も同様の視点で計画され、細分化する外科分野の各方面にわたる最前線の専門家に執筆を依頼しました。本書が、臨床現場（救急、病棟、手術室）で必要な最新の知識を網羅的に習得し、日常の看護業務の理解を深め、さらに安全で効率的な業務環境を構築する手助けとなることを期待します。

2025 年 1 月

東邦大学名誉教授  
JCHO 千葉病院院長  
千葉大学臨床教授

岡 住 慎 一

# 9 腹壁・臍，腹膜・大網，後腹膜の疾患

## I 腹壁・臍

### A 解剖，生理

腹壁は、皮膚、皮下組織、筋、筋膜、腹膜、脊柱、腸骨からなり **図9-1**，腹腔内臓器を体外より保護するすべての壁を意味する。胸腔との境界は横隔膜である。臍は腹壁の一部を形成し、発生過程において、臍腸管および尿管と連続する。これらは、閉鎖退縮するが、**遺残があると炎症の原因**となる。

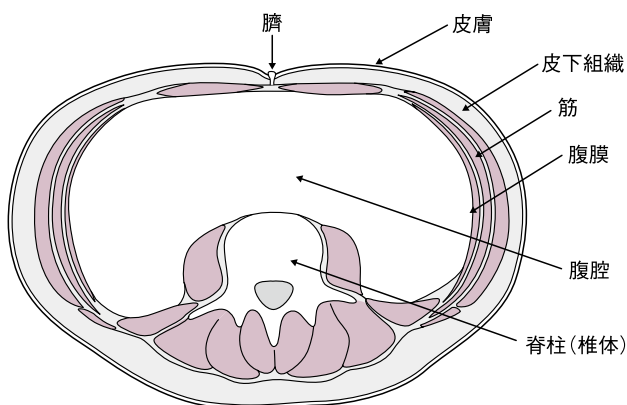


図9-1 腹壁の構造

### B 損傷

切傷，挫傷，打撲などの鋭的・鈍的外力による外傷が主たる原因である。

〈症状〉 疼痛，腫脹，出血などであるが，深部臓器に障害が及んでいる場合は，さらに臓器損傷症状が加わるので注意が必要である。

〈診断〉 腹部外傷では，腹壁のみの損傷なのか，臓器損傷を伴うのかの診断が重要である。そのためには，視診，触診のみならず，血液・尿検査，CTなどの断層画像検査による臓器損傷の有無と損傷の深達度診断が必要である。

〈治療〉 腹壁のみの外傷であれば，必要に応じた創傷処置（洗浄，縫合など）を施行する。感染

創に対しては、抗菌薬治療を付加する。臓器損傷を伴う場合は、保存的治療か手術治療かの適応評価を行い、活動性の出血や腹膜炎発症時は手術を選択する。

## C 炎症

感染性および非感染性の炎症がある。損傷に続発するものと、皮膚疾患などの進展によるもの、特殊疾患などがある **表9-1**。

〈症状〉 発赤，腫脹，疼痛である。

〈診断〉 血液検査にて炎症反応（WBC，CRP 上昇）を認める。深達度は，CT などの画像診断を用いて行う。臍炎では，炎症が腹膜と連続する場合があります特に注意が必要である。

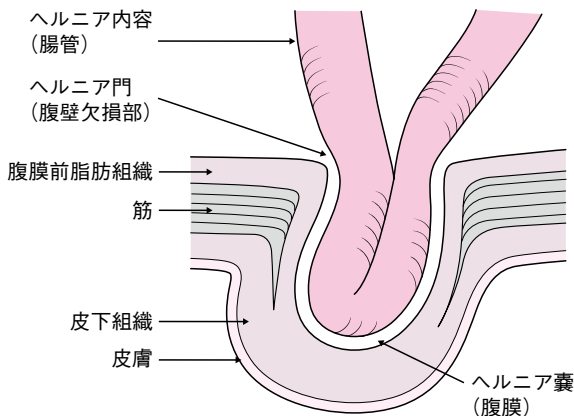
〈治療〉 抗炎症療法（消炎剤，抗菌薬）による保存的治療を基本とし，膿瘍を形成する場合は切開排膿する。特殊例については，感染菌を同定して薬剤を対応させる。臍炎の場合，臍腸管や尿管管遺残に起因する炎症である場合には，根治目的に開腹手術を施行し，遺残組織を切除することもある。

**表9-1** 腹壁の炎症

感染性	原因菌: プドウ球菌, 溶連菌, ガス壊疽菌, 結核, 放線菌など
非感染性	Weber-Christian 病: 特発性脂肪織炎 Mondor 病: 索状の硬結を示す血栓性静脈炎 Schloffer 腫瘍: 手術創の縫合糸などを核とした炎症性肉芽腫

## D ヘルニア

腹壁の脆弱部位から（ヘルニア門），腹腔内臓器（ヘルニア内容）が脱出，変位する疾患である。ヘルニア門とヘルニア内容およびヘルニア嚢（腹膜）をヘルニアの3要素という **図9-2**。



**図9-2** ヘルニアの構造



表9-2 腹壁のヘルニアの分類

	部位	名称	ヘルニア門	備考	
外ヘルニア	鼠径部	外鼠径ヘルニア	鼠径輪	下腹壁動脈の外側	
		内鼠径ヘルニア	内側鼠径窩	下腹壁動脈の内側	
	大腿部	大腿ヘルニア	大腿輪	高齢女性	易嵌頓
		正中	白線ヘルニア	上腹部正中線	稀
	下腹壁ヘルニア		下腹部正中線	稀	
	外側	半月状線ヘルニア	側腹部	稀	
	腰部	腰ヘルニア	腰三角	稀	
	臍部	臍ヘルニア		小児は自然治癒傾向	成人は手術適応
		臍帯ヘルニア		先天的腹壁欠損	手術適応
	骨盤部	閉鎖孔ヘルニア		高齢女性	易嵌頓、CTで診断
		坐骨ヘルニア		稀	
		会陰ヘルニア		稀	
手術創	腹壁癒痕ヘルニア		筋膜縫合部の離開		
内ヘルニア	横隔膜	食道裂孔ヘルニア		後天性、肥満・加齢に関係	
		先天性横隔膜ヘルニア	Bochdalek	左背側	
			Morgagni	胸骨右縁	
			Larrey	胸骨左縁	
	外傷性横隔膜ヘルニア				

体腔外に脱出するものを外ヘルニアとよぶ。好発部位には、鼠径部、大腿部、臍部、骨盤部があり、手術創にもしばしばみられる。稀な部位としては、前腹壁正中、外側腹壁、腰部がある。横隔膜脆弱部から、胸腔内に脱出する横隔膜ヘルニアは、内ヘルニアとよぶ **表9-2**。

〈症状〉 ヘルニア部位の膨隆、疼痛をきたす。ヘルニア内容が腹腔内に戻ることを還納といい、戻らなくなることを嵌頓という。腸管の嵌頓は腸閉塞をきたす。腸管の一部のみの陥入はリヒターヘルニア Richter hernia とよばれる。

〈診断〉 触診にてヘルニア門の径、内容の確認、還納の可否をみる。また、診断困難例や内容の腹腔内連続状態については、CTなどの断層画像診断が有用である。特に、骨盤底部に生じる閉鎖孔ヘルニアではCT診断が肝要である。嵌頓例における腸閉塞の有無は、X線診断にて確定する。

〈治療〉 嵌頓せず還納が容易であれば、相対手術適応であり、嵌頓例については緊急手術適応である。術式には、従来法である前方アプローチよって、ヘルニア門を縫合閉鎖する Bassini 法、McVay 法、や、メッシュ被覆材を用いて閉鎖する方法 (Kugel 法、PHS 法、mesh plug 法) がある。また、近年、導入が進む腹腔鏡によるアプローチによる TAPP (trans-abdominal pre-peritoneal repair) 法、TEP (totally extraperitoneal approach) 法がある。近年の成人に対する術式は、**tension free method であるメッシュ補強法が再発防止に優れ、主流である**。近年、腹腔鏡下での同法の応用が進んでいる。乳幼児の臍ヘルニアは、2~3歳までに治癒する場合が多く、まず経過観察でよいとされる。