柴崎　ベビー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2011.5.26

　生後2日。多呼吸あり、ＮＧチューブのコイルアップをみとめ、食道閉鎖を疑われて当院へ搬送された。食道造影上はkissingタイプのＧｒｏｓｓ　Ｃ型食道閉鎖症と診断した。

1. 全身麻酔下に挿管し、気管支鏡で瘻孔を確認してFogaty catheter 3Frを瘻孔に挿入留置した。瘻孔の位置は気管分岐部より少し口側の膜様部上であった。
2. 左側臥位として12肋骨から数えて第4肋間を開胸する予定でマーキングをしておく。この際、ピオクタニンを骨膜に注入した（実際には皮下に入ったか）。右手は挙上した状態で固定。
3. 腋窩の皮膚割線にそって**2㎝**程度の皮膚切開とし、筋肉は切開せずスプリットして肋間筋レベルにいたる。先のピオクタニンは骨膜にはマークされず、皮下組織と筋肉に散布されていたが、一つの肋骨上に限定していたのでこれを第4肋骨と考え第4肋間で肋間筋を切離し、胸膜を胸壁から剥離しながら後縦隔へと視野を拡大してゆく。Azygos veinが露出され、これを結紮切離した。経口的に挿入した24Frネラトンを麻酔科に押してもらうことでAzygos veinのすぐ頭側の食道盲端が確認できた。
4. Azygos vein切離後、その位置で線維組織を剥離してゆくと下部食道の白い壁が確認できた。当初の予想ほどkissingではなかったが、十分に吻合は可能と判断された。
5. 食道下部・ＴＥＦ部を十分に剥離し、ボーゲンを用いてＴＥＦにテーピングした。この中にFogatyが入っていることを確認（バルーンがわかりにくく、カテーテルを前後に動かしてもらった）。確認した後にFogatyを抜いてもらい、3-0ethibondで気管食道瘻を結紮した。
6. 上部盲端はネラトンで押すと十分尾側へ伸びたのでほとんど剥離せずに盲端部に7ｍｍ程度の切開をし、前壁に5－0 vicrylをかけておいた。ＴＥＦの結紮部位で下部食道を半周切開し、左右端に5-0vicrylを外-内でかけ、食道上部に内-外でかけておく。下部食道前壁にも吊糸として1針かけておく。そして下部食道を完全に離断した。まず後壁の吻合からおこなった。左右端の間に3針追加し、すべてかけ終わってから慎重に上下食道を引き寄せて結紮した。
7. 後壁の吻合終了後、前壁にも糸をかけてから8Fr ＮＧチューブを吻合部を通して胃まで進めて留置した。その上で前壁の吻合を行った。前壁は4針で吻合した。
8. 吻合部にはボルヒールを噴霧して吻合部の保護をおこなった。リークテストでリークなきことを確認。8Frのアスピレーションドレーンを第3肋間から吻合部付近に留置して閉胸した。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東間未来