気管切開基準2008.09.

1) 全麻下、仰臥位、経鼻チューブ、肩下枕、頸部は可及的伸展位。

2）触診にて甲状軟骨を確認。それより下方の深い皺に沿って2cmの皮切．

（気切部は第２、３気管軟骨中心であり、それに近い皮切だが、頸の形、あごの当たり具合など、ＱＯＬを考えて切開部を選択。）

3）皮下より電気メスにて切開、広頚筋は横切開、それより奥は縦切開、ヘルニア鉤にてsplitさせ気管前面を露出。

甲状軟骨の位置を確認して、そこから気管前面を下に剥離していく。気管前面がわかる範囲で甲状腺峡部を剥離する場合がある。

（甲状腺下部からアプローチする方法もあるが、視野が深くなり、何番目の気管かもわかりにくい。）

4) 気管切開チューブが術野にあることを確認。ベンチレーターとのコネクタを清潔に受け取り、ドレープに穴を開けて麻酔科に渡しておく。第２、３気管軟骨の両外側に4-0黒nylonを緊急牽引用目的に1針ずつ固定した．そしてこの糸の間を3.0mmほど縦切開し、内腔の挿管チューブを直視下にて確認．

5) 挿管チューブを引き抜きつつ、カニューレ(メラソフィット)を挿入．

術野に用意したアンビューセットを接続し換気を確認。術野から気管内吸引し、スムーズに入り吸引できることを確認。

カニュレ両脇の皮切部を4-0黒nylonにて縫合．カニューレギリギリまで縫合すると皮下気腫を生じることがあり、やや余裕を持たせる。

ナイロン支持糸は左右のマークを付けて、術後１週間、前胸壁に固定。事故抜去に備える。カニュレの内筒、または新しいカニュレを事故抜去に備え、ベットサイドに置いておく。初回交換は１０－１４日後。