

腹臥位胸腔鏡下食道切除術における術中体位のPERIOとしての取り組み

○野澤 康明¹⁾ 築山 尚司¹⁾ 福田 智美¹⁾ 萩山 明和¹⁾ 岩井 賢司¹⁾
大塚 貴久¹⁾ 佐藤 真千子²⁾ 藤澤 小雪²⁾ 足羽 孝子³⁾ 白川 靖博⁴⁾

- 1)岡山大学病院 総合リハビリテーション部
- 2)岡山大学病院 看護部 手術部
- 3)岡山大学病院 看護部 周術期管理センター
- 4)岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器外科

【はじめに】

当院では2008年8月より周術期管理センター（PERIO）が発足した。多職種との連携を続けていく中で、術後に右肩関節の疼痛や関節可動域制限を生じることが共通の認識としてあった。今回は、術中体位に関して、麻酔科医、外科医、看護師、理学療法士が連携をとり、検討した取り組みについて報告する。

【実施内容】

麻酔科医、外科医、看護師、理学療法士が術中体位について実際に理学療法士が手術台に乗り、解決策がないかを話し合った。当院で行われていた腹臥位胸腔鏡下食道切除術の術中体位（以下、旧体位）は、術野の確保を目的に大きく右肩関節屈曲、外転、内旋する体位となっていた。長時間同一体位を保つことから術後に右肩関節に疼痛を訴える患者が認められた。新しい術中体位（以下、新体位）は、ベッドを水平～頭部軽度高位に設定した。体幹軽度左側屈、頸部右回旋、右肩関節外転、内旋位、右肘関節屈曲とした。このとき上腕が肩甲骨より下がっていることを確認した（図1、2）。新体位は医師より術野の確保は可能であるとのことであった。手術当日は、理学療法士が手術室を訪れ、新体位の設定を行った。また、手術中の合間に同一体位による機械的ストレスの軽減を目的に肩複合体を上下に動かすように看護師に指導し、実施された。

【結果】

新体位導入後は、導入前と比較し、術後に右肩関節の疼痛、可動域制限を認める患者は減少傾向であった。

【考察】

新体位導入前は、右肩関節の可動範囲が大きいことや上腕が肩甲骨より高い位置にあり、体幹の重みが右肩関節に荷重されたことで機械的ストレスが生じ、疼痛が出現したと推察した。新体位はその負担が軽減した結果、術後に疼痛の軽減や関節可動域が維持されたと推察する。新体位では、医師は術野の確保が可能であり、理学療法士は術後の右肩関節の疼痛軽減により離床や呼吸理学療法を中心としたアプローチが可能となるなどの利点があった。また、患者にとっての利点は、不眠や疼痛による苦痛の軽減、鎮痛剤の投与量の軽減が期待できると推察する。



图 1 旧体位



图 2 新体位