

1-1

痔核の手術適応

痔核の手術適応は、一般に「Goliger 分類のⅢ度以上」とされているが、実際には「Ⅲ度以上」の痔核でも手術する気のない人がたくさんいる。

手術を受ける気のない人に「Ⅲ度以上」の痔核だからと手術予約を入れても、手術をキャンセルされて予約に要した手間が無駄になったり、あとで苦情がきたりとりくまなことがない。

また一方で、Ⅱ度の痔核でも手術を受けるつもりできた人もいる。

だから痔核の脱出が主訴できた人に対しては、進行度に関係なく 3 種類の選択肢（手術・ALTA・保存的治療）を示して、

「手術が一番成績が良いこと」

「ALTA は切らずに済むが一定割合で再発すること」

などを説明した上で、患者本人に治療方針を選択させている。

医師が決めたひとつの治療方針を押し付けるのではなく、患者本人にすべての情報を与えて、受けたい治療を決めてもらうわけである。

これなら本当に手術を受ける気のある人だけが手術を希望するのでキャンセルされるリスクはほとんどないし、あとで苦情がくることもない。

表 1 痔核結紮切除術で生じるトラブルと対処法

<p>再発（ポイントを押さえればほぼ 0 にできる）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 根部結紮部位より口側に痔核が残ることで再発する。 痔核上極まで剥離して結紮切除する必要がある。
<p>強い痛み（技術に加えて患者の敏感さも関係してくる）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 創縁につっぱりが生じないようにする。 ● 取りすぎ、縫いすぎ、焼きすぎを避ける。
<p>出血（熟練者でも 1%程度の出血は起こりうる）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 歯状線より口側に切り込まなければ、大量出血はまず起こらない。 歯状線より口側に切り込まずに済むのであれば、なるべくそうする。 ● 切除幅を広くせず、縫合部位にテンションがかからないようにする。 ● 根部を二重に結紮する。 ● semiclose する。
<p>瘢痕（ポイントを押さえればほとんど回避できる）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● cushion を温存する層で剥離する。
<p>難治創・狭窄（ポイントを押さえればほとんど回避できる）</p> <p>①ドレナージ不良 ② tonus が高い ③ anoderm（肛門上皮）の過剰切除 ④前方後方正中の創という 4 つの発生要因がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 切除幅を広くしすぎない。 ● 十分なドレナージを作成する。 ● 狭い場合や tonus が高い場合、ストレッチや内括約筋切開を付加。
<p>膿瘍・痔瘻（ポイントを押さえればほぼ 0 にできる）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 根部近くの縫合部位に隙間をつくらない。 そのために切除が富士山型に幅広くならないようにする。 ● 創縁にドレナージスペースを確保する。 ● 難治創ができないようにする。
<p>腫れ（誰がやっても多少の腫れは起こりうるが、腫れの出現頻度と重症度には技量差があらわれる）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 尻テープを外して創をチェックし、腫れそうな部分を切除しておく。 ● 電気メスで焼きすぎないようにする。 ● 術後に腫れやすいタイプの痔核では、それに応じた対処を行う。 特に「連続した痔核」、「前方幅広痔核」が問題となる。

1-2

痔核結紮切除術： 手術手順およびトラブル対策

▶手術手順

- ① 視野の確保
- ② 攻略法の決定
- ③ 剥離
- ④ 結紮・縫合
- ⑤ 最終チェック

▶特に注意すべきトラブルとその対策

難治創および狭窄
腫れ
膿瘍および痔瘻

手術手順① 視野の確保

図 1



良好な視野のもとで手術を行う。

腰椎麻酔下、ジャックナイフ体位で施行する（図 1）。

臀裂の深い症例では、腰の下に枕を留置した方が良好な視野を得やすい。

臀部をガムテープで左右に牽引する。

以上の処置は痔核結紮切除術に限らず、大半の肛門手術に共通して行われる。

▶ 肛門鏡の選択 (図 2) (経験の浅いうちは両方を併用した方がやりやすい)

筒型肛門鏡 (辻仲式肛門鏡など)

剥離時に counter traction がかけづらく、慣れないと切離幅が広めになりやすいという短所があるが、自然な肛門の形での痔核全体像が把握しやすいという長所があるため、切除開始時のデザイン決定や切除終了時の創の確認に適している。

ブレード型肛門鏡 (宇井式肛門鏡など)

自然な形での全体像が把握しづらいという短所があるが、counter traction をかけやすいため剥離層が同定しやすく、切離幅が広くなりすぎるリスクも低いため、剥離操作時にはこちらを用いている。



図 2 筒型肛門鏡 (辻仲式) : 左
ブレード型肛門鏡 (宇井式) : 右

▶ 具体的な使い分け方

まず筒型肛門鏡で痔核の全体像を把握して「デザイン決定」を行う。
ブレード型肛門鏡で counter traction をかけつつ「剥離→根部結紮→semiclose」という一連の操作を行う。

最後に再び筒型肛門鏡で「創の確認と drainage 作成」を行う。
以上の手順を、それぞれの痔核切除操作で繰り返すことになる。

手術手順② 攻略法の決定

痔核には内外痔核、外痔核、内痔核の3タイプがあり、それぞれ攻略法が異なる。

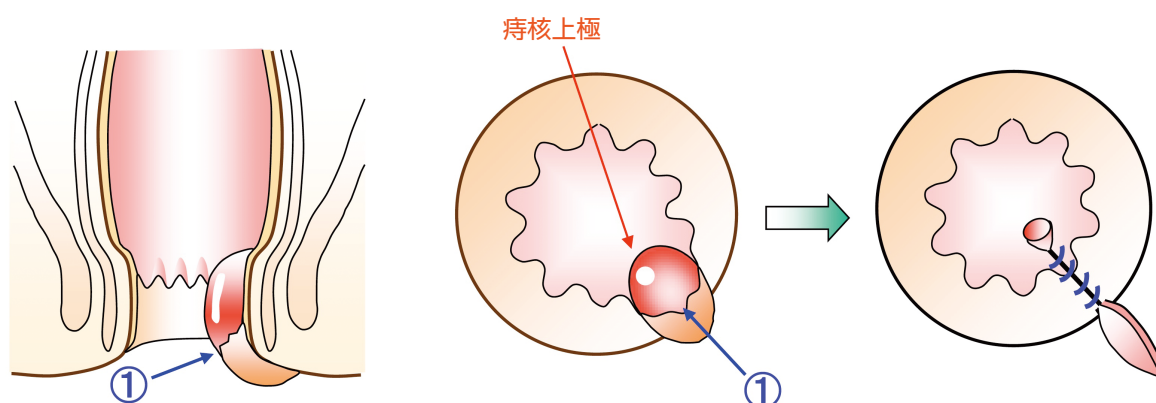
すべてのタイプの痔核に画一的な結紮切除術を行うと、侵襲が過剰になってしまう（切らなくていいところは切らない！）。

まず歯状線の状態を確認し、それぞれの痔核に適した攻略法を決定する。

歯状線が痔核と一緒に浮いて脱出してくる：内外痔核

歯状線が正常の位置に固定されている：外痔核、内痔核

1 内外痔核



大半の内外痔核では、歯状線 (①) が浮いて痔核と一緒に肛門から脱出してくる。

この場合歯状線を越えて痔核上極まで剥離して結紮切除術を行い、内痔核と外痔核を一塊で切除する必要がある。