●よくある疾患について
ここでは、小児外科で多く扱う病気についてご説明します。

外鼠径（そけい）ヘルニア
　いわゆる「脱腸」と言われる疾患です。赤ちゃんは誰でもお母さんのお腹の中にいるときに、腹膜が鼠径部から陰嚢に向かって（男の子の場合）袋状に飛び出しています。これを腹膜鞘状突起といい、ふつうは生まれてくる前には閉じてしまっていますが、これが閉じずに残ってしまい、袋の中にお腹の中の腸や卵巣などが脱出して鼠径部が膨れる病気がこの外鼠径ヘルニアです。腫れているだけではすぐに処置は不要ですが、脱出した臓器が戻らなくなると「嵌頓（かんとん）」といって脱出した臓器が傷んでしまうことがあるため緊急手術が必要となることがあります。また、女の子が成長して妊娠した時に問題となることがあります。手術は二通りあり、体格、症状によって選択されます。
　一つ目は「LPEC（エルペック）」という腹腔鏡（ふくくうきょう）を使った手術です。臍に 3 ㎜の太さのカメラを、左腹部に 3 ㎜の太さの鉗子（かんし）と言われる手先の代わりとなるものを、ヘルニアのある方の鼠径部（下腹部）に専用の特殊な針を使用して腹の中から腹膜鞘状突起の根元を糸でしばります。この手術の利点は両方のヘルニアの有無を観察できるため、症状がない側もヘルニアが認められれば同時に手術することができます。
　二つ目は以前からやられている手術です。鼠径部に 1.5 ㎝程度の皮膚切開を加えて上記と同じ腹膜鞘状突起の根元を糸でしばります。こちらも優れた方法ですが、LPEC のように反対のヘルニアの有無の観察はできません。
　どちらの方法でも手術時間は片方 20 分程度、両側 30～40 分程度です。原則として手術を受けた日だけ病院で泊まっていただいています。

臍ヘルニア
　いわゆる「でべそ」と言われる疾患です。赤ちゃんの腹壁はおへそのところが最後に閉じます。この時、皮膚は閉じたがその下の筋肉（筋膜）が完全に閉じないで小さな穴が残ると、この穴からお腹の中の腹膜が飛び出して袋を作ります。上の外鼠径ヘルニアと比べると嵌頓することはほとんどありません。
　治療は、乳児期ではまず「綿球圧迫療法」という綿球とテープを用いて臍を圧迫することにより臍ヘルニアの改善を目指します。この方法で治らない場合でも圧迫することで、でべその程度が軽くなり、後述する臍の手術の出来映えがより良い形になることが期待されます。
　手術的治療は 1 歳を過ぎてから行います。手術はでべそ（ヘルニア）をなおす事が第一ですが、いかに「いい格好の臍」を作るかも重要です。当科のオリジナルである「凹みを作る術式」で行っております。原則として手術を受けた日だけ病院で泊まっていただいています。

停留精巣

男児で陰嚢（いんのう）の中に精巣が認められない場合には停留精巣の可能性があります。もともと、お母さんのお腹の中で初期には赤ちゃんのお腹にあった精巣は陰嚢まで降りて固定されます。これが最後まで降りなかったり、途中で違う場所に固定されたときには精巣が陰嚢内に認められなくなります。停留精巣はそのまま放置しておくと、精巣捻転（せいそうねんてん：ねじれることで強い痛みが生じて精巣の血の巡りが悪くなります）や男性不妊になりやすくなるほか、将来的に癌化した時に発見が遅れる可能性が高くなります。出生後もしばらく様子を見ている間に陰嚢まで降りてくることもありますが、おおむね生後 10 か月を過ぎても精巣が挙がっている場合には手術の適応となります。手術は下腹部と陰嚢に小さな切開を加えて、精巣を陰嚢に固定します。原則として手術を受けた日だけ病院で泊まっていただいています。

●脳性まひなどに伴う病態

当院は、脳性まひやその他の疾患に伴う障がい児・者に対する医療に重点を置いています。

障がい児・者に対する外科治療の対応は大きく分けると下記の二つに分けられます。

1. 病気そのものは一般的なものであるが、障がいのために市中病院では対応ができないレントゲン検査や内視鏡検査等をすること
2. 病気そのものが障がい児・者の呼吸や消化機能に悪影響を及ぼし外科治療が必要なこと

この中で前者については各患者さんの状態に合わせて、当院で対応可能な検査については必要に応じ全身麻酔などを使用して対応しています。後者について特徴的な病気について下記に説明します。

嚥下障害や喉頭機能不全

中枢神経に障がいを持つ患者さんはしばしば、嚥下（えんげ：ものを飲み込むこと）や喉頭機能（空気と飲食物を区別する機能）に徐々に障害をきたし、結果として息を吸うのが非常に苦しくなったり、食事が摂れなくなったり、唾液や食物を気管の中に誤って吸い込んだり（誤嚥：ごえん）して肺炎を繰り返すようなことがあります。

残念ながら外科手術によってこれらの機能をもとに戻すことはできませんが、息が吸いにくい患者さんには気管切開という手術や、ものが十分に食べられない患者さんには胃瘻（いろう）という胃に直接チューブを入れて栄養を注入可能にする手術を行うことで、かなり症状を安定させることができます。

それでも誤嚥が目立つ場合には、誤嚥を防ぐ喉頭気管分離術という手術を行っています。

GERD（胃食道逆流症）、食道裂孔ヘルニア

嘔吐や胃内容の食道への逆流のコントロールが困難で外科的介入が必要な状態を説明します。

先天的に胃と食道の間の逆流を防止する働き（噴門機能）が弱いために生じるものもありますが、障害のある患者さんでは年齢を重ねるごとに種々の要因によって発症の頻度が高くなります。これらは食道と胃の間に本来備わっているべき逆流防止機能の破綻によって生じる現象であり、強酸である胃酸が食道に逆流することで逆流性食道炎という病態を引き起こします。これを放置すれば、出血による貧血や食道潰瘍ひいては食道狭窄を引き起こしたり、口元まで上がってきた胃内容を肺に吸い込み重い肺炎（誤嚥性肺炎）を起こしたりします。この病気の発症の仕方や診断法、手術法については、当科では以前から関心が高く検討を重ねてきました。ご相談を受けた結果、この疾患に対して、当院は全国でも治療例が多い施設の一つと思います。逆流防止機能というのは非常に複雑なメカニズムですから、複数の検査（バリウムの検査、食道内のｐＨ測定あるいはインピーダンス測定・食道内視鏡検査）を行って手術か否かを決定します。逆流防止手術は主に腹腔鏡手術で行っており、手術侵襲が低いため術後の回復が早く、治癒率も高くなっております。

神経因性膀胱

特に脊髄髄膜瘤の患者さんなどでは排尿及び排便機能に障害があって普段の生活で支障をきたす場合が多く認められます。特に排尿にかかわる神経の障害によって正常な排尿ができない状態を神経因性膀胱といって、脳神経外科や整形外科と協力して診させていただいております。

神経因性膀胱には障害の部位や程度によってさまざまなパターンがありますがなかでも排泄管理が最も困難であるのは膀胱容量が小さく、尿道括約筋の締まり具合が弱いために常時オムツが必要となるケースです。また、神経因性膀胱の他の合併症として膀胱内で感染を繰り返したり、膀胱から尿管（腎臓と膀胱をつなぐ尿の通り道の管）へ尿が逆流を起こすようになったり（膀胱尿管逆流症)、放置すれば腎不全につながることもあります。

このような患者さんには膀胱機能の検査をしたうえで、腸管などを用いて膀胱を大きくする手術（膀胱拡大術）や、膀胱の出口のモレをなくして自分で定期的に導尿(チューブを入れて排尿)して管理できるようにすることを積極的に行って患者さんの生活の質（QOL：Quality of Life）の向上につなげています。