4 実際の穿刺手順(例)

1 ポート周囲を広範囲にポビドンヨード液で消毒します。

2 手術用手袋を装着後、穴あきガーゼをかけて清潔野を確保します。

3 清潔野で翼状針を受け取り、準備した点滴セットと接続します※1。

※1 コアレスニードルは、20Gより細い径のヒューバー針(※2)をご使用ください。
※2 22Gより直径の大きいヒューバー針を使用すると、セプタムの穿刺可能回数が少なくなる場合があります。

4 ニードル先端からスムーズに生食が流出することを確認します。

5 触診でポートの位置を確認します(腹部の皮下脂肪が多い場合は非常に分かりにくい場合があります)。

6 翼状針をポート奥にコツンと当たるまでしっかり刺入します。

7 翼状針の翼の部分と穿刺部を、四つ折りガーゼもしくは防水テープで覆い、テープで固定します。

8 生食10mLをテスト注入し、抵抗無く注入できることを確認してください。

- 多少の抵抗があった場合は、フィブリンなどの析出物がカテーテル周囲に付着していることが考えられます。この場合は引き続き腹腔内注入を継続できます。
- 強い抵抗があった場合には完全閉塞が考えられますので、静注投与に変更してください。

⚠警告　すべての無菌操作は院内プロトコルに従って実施してください。

販売名／ソファポート　承認番号／21000BZY00120000
製造販売元／株式会社TKB

注意：本品は、医家向け製品ですので、医師の指導なしには、ご使用できません。
添付文書及び取扱説明書に従った正しい使い方をしてください。
改良のため予告なく仕様を変更することがありますのでご了承ください。
本書の内容を無断転載することはできません。
この資料は、2026年4月現在のものです。

2604-2

ALWAYS AT THE PATIENT'S SIDE
いつも患者さんのそばに

【販売元】
TOKIBO CO., LTD. 株式会社 東機貿
http://www.tokibo.co.jp

特約店さまによる**製品のご注文、在庫のご確認、納期・発送**に関するお問い合わせ先　受注センター　tel.0120-956-629（fax.648）

ご注文以外のお問い合わせ先（使用方法、修理・メンテナンス…etc.）

【東京エリア】本社営業部　tel.03-5762-7312(fax.7313)
〒140-0002
東京都品川区東品川2-3-14 東京フロントテラス 3階

【各拠点】札幌営業所　tel.011-789-6350(fax.6351)
仙台営業所　tel.022-782-3216(fax.3226)
名古屋営業所 tel.052-800-0073(fax.0079)
大阪営業所　tel.078-854-6027(fax.6028)
福岡営業所　tel.092-271-4695(fax.4669)

SOPHYSA 皮下埋込式アクセスポート

ソファポート 留置・抜去手技書

1 術前の位置決め

1 ポート留置部位手順

通常は右鎖骨中線上の肋骨弓直下(右上腹部)の筋膜上に、十分な皮下トンネルの長さ(10cm以上)を確保した上で腹腔内に挿入してください。

ポイント

皮下トンネルの長さが不十分な場合、腹水が逆流しポート付近に貯留したり、腹腔内投与した薬剤が皮下に逆流し、皮下脂肪壊死の原因になることがあります。また、ポート付近に感染を起こした際、容易に腹膜炎を起こす原因となるため、皮下トンネルの長さの確保は非常に重要です。
極度の肥満女性の場合は第11～12肋骨上の筋膜にポートを固定してください。また、肥満患者には皮下脂肪が多いため、長めのチューブが必要になる場合があります。
皮下脂肪の少ない患者では肋骨上に留置すると疼痛や違和感を生じることがあるので右上腹部への設置が望ましいです。また、痩せた患者では皮下脂肪が少ない場合がありますが、皮下脂肪をつけた状態で皮膚を剥離しないと、皮膚壊死のリスクがあるため注意してください。

ポート留置部位(例)

通常	右鎖骨中線上の肋骨弓直下(右上腹部)の筋膜上
極度の肥満女性	第11～12肋骨上の筋膜
皮下脂肪の少ない患者	右上腹部

2 カテーテル先端位置

カテーテルは先端を左傍結腸窩の左腎臓下縁付近に置いてください。骨盤内に先端があると、カテーテル先端の癒着が頻発すること、腔断端からのカテーテル脱出の原因となることなどトラブルが多いため、カテーテル先端位置には十分な注意を払ってください。

ポイント

臓器や腹膜切除などの侵襲的な操作を行った部位を避けて先端位置を決めてください。

TOKIBO CO., LTD.

本書は簡易取扱説明書です。
ご使用の前には、必ず添付文書及び取扱説明書をお読みください。

2 実際の留置手順(例)

ソファポートの留置は腹腔内操作終了後、閉腹直前に行ってください。実際の手順を示します。
ソファポートの挿入は腹腔鏡下でも実施可能です。

【開腹手技の場合】

1 ポート留置部位を決定(前ページ参照)し、約4～5cmの皮膚横切開を行います。

2 皮下脂肪層と筋膜の間にポート設置用のポケットを作成します。
ポケットは皮膚切開部の下方にポートのサイズよりやや大きめのものを作成します。

3 鞍状鉤で腹壁を挙上し、ポケット下端から腹腔内に向けてケリー鉗子を挿入します。
腹腔内に到達したケリー鉗子の先端で2-0絹糸(75cm)の中央を把持し、腹壁側に引き抜きます。

> **ポイント**
> 腹膜を穿破する際に電気メスなどで腹膜を切開せず、鉗子で鈍的に行う方が望ましいです。

4 ソファポートのカテーテル先端を2-0絹糸のループに通して腹腔内側に絹糸を引き抜くと、それにつれてチューブが腹腔内に挿入されます。

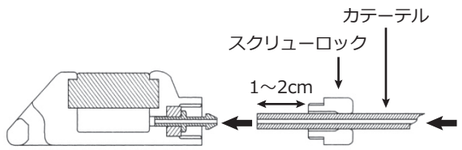
5 上記③、④の手技は、腹腔側からケリー鉗子を挿入し、カテーテルを腹腔内に誘導するなど、施設独自の方法を用いて構いませんが、腹膜の損傷を最小限にとどめる注意が必要です。腹膜の損傷が大きい場合には、腹膜の縫合をしておくことが望ましいです。

> **ポイント**
> 腹膜損傷が大きいと、腹水、薬剤逆流の原因になりやすくなります。

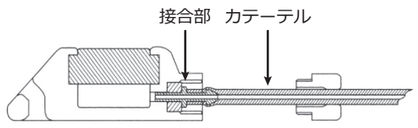
6 カテーテルは先端を左傍結腸窩の左腎臓下縁付近に置きます。
その際、カテーテルが折れ曲がらないように注意することが重要です。

7 ポートとカテーテルを接続します。

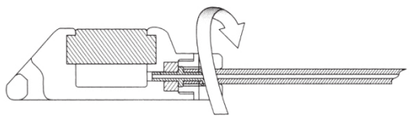
カテーテルの近位側先端を適切な長さにカットし、カテーテルの近位側先端の上にスクリューロックをスライドさせます。カテーテルを1～2cm突き出しておきます。



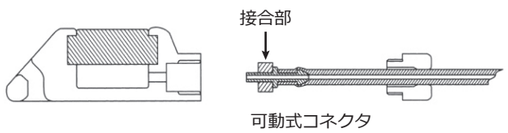
カテーテルをコネクタの接合部まで進めます。



ポート本体にスクリューロックをねじ込んで固定します。
※ポート本体を回転させることで　カテーテルのねじれが起きにくくなります。



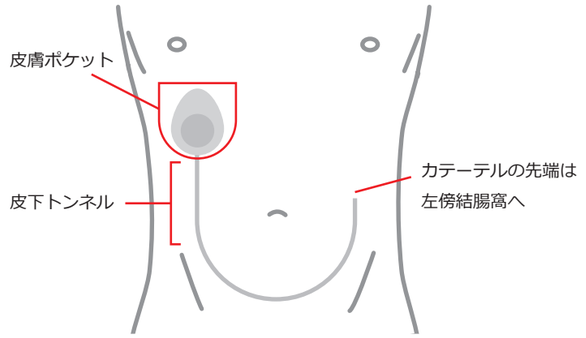
コネクタは可動式で、基部をスクリューロックで固定します。スクリューロックで固定する前あるいは取り外しが必要な場合は、カテーテルごとコネクタを引っ張り、基部から外します。再度接続する場合、コネクタを基部に正しく設置し直します。コネクタから接合部を絶対に外さないでください。



8 ポートに3針2-0絹糸をかけ固定します。
ポートの回転を防止するため、2針ではなく3針以上かけてください。また、吸収糸を用いると数ヵ月後に固定が外れることがありますので、非吸収糸を用いてください。

9 テスト穿刺としてヘパリン生食100単位をポートから注入し、カテーテルに閉塞がないことを確認してください。
ソファポートは設置直後から使用可能です。

【留置例】



【腹腔鏡手術の場合】

腹腔鏡手術が終了した時点で次の手順を行ってください。

1 ポート用の皮下ポケットを作成します。その位置に合う長さで、カテーテルの長さを調節しておいて、ポートと装着しておきます。

2 右側の操作鉗子用の5mmのトロッカーを抜去し、そのトロッカー傷口を若干(数mm)広げます。

3 長いケリー鉗子をその傷から、皮下に挿入し、ポケットに向かって鈍的に進めます。

4 ポケットからケリー鉗子の先端が出てきたら、カテーテルの先端をつまみ、ケリー鉗子を一旦引き抜きます。

5 ケリー鉗子でカテーテルの向きを反対に掴み直して、トロッカー抜去後の穴に挿入します。

6 腹腔鏡で観察しながら、カテーテルが腹腔内に到達したら、それを、左側の操作鉗子で引っ張り、左傍結腸窩付近に先端を誘導します

7 ポートを皮下に糸針で固定します。

8 再度、腹腔鏡で観察しながら、テスト穿刺を行い生食がカテーテル先端から出てくることを確認します。

3 抜去

原則は予定のプロトコル治療が終了したらソファポートを抜去します。そのまま留置する場合もあります。
ポート感染が疑われる場合や、カテーテル先端による腸管穿孔が疑われる場合は、迅速に抜去してください。
ソファポートの抜去は局所麻酔下の小切開でも可能ですが、腹腔内の癒着などでスムーズに抜去できないこともありますので、全身麻酔下に移行する場合があることを十分説明して行うことが望ましいです。