

腸管処理法の改善

南6階病棟 発表者 萩原 紀美子

堀内 淳子・藤原 みつる・宮崎 清子・小幡 礼子
 藤岡 和子・久保田 千恵子・穂谷 尚美・長谷部 恵
 赤羽 経子・生駒 和子・吉田 美恵子・西沢 尊子
 給食係 小口 敏子

I はじめに

当病棟では、主として膀胱腫瘍患者における回腸導管造設術や神経因性膀胱に対して行われる膀胱拡大術など、消化管を利用する手術が行われている。これらの手術に対して、手術時の腸内容物を最小限にし、術野の汚染・縫合不全を防止するため残渣の少ない回腸導管食としている。この食事については、4日間の特別流動食であったものを¹昭和57年に改善し、固形物を献立の中に取り入れ現在は3日間のさらに残渣の少ない食事とした。それでも尚「食べれない」という声がかかれたので、再度食事を含めた腸管処理について見直してみた。

II 従来の腸管処理法とその症例

1. 従来の腸管処理法(表1)

<表1 改善前の腸管処理法>

	3 日 前	2 日 前	1 日 前	当 日
食 事	低残渣食 1550 kcal 蛋白 60g 脂質 30g	低残渣食 1180 kcal 35g 20g	流動食 860 kcal 20g 10g	絶 食
下 剤	プルセニド 2 Tab	プルセニド 2 Tab	マグコロール 250 ml プルセニド 2 Tab	
浣 腸			NE 500 ml	NE 500 ml
抗 生 剤		カナマイシン 4g フラジール 1g	カナマイシン 4g フラジール 1g	

食事については、手術3日前は低残渣食で熱量1550 kcal、蛋白60g、脂質30g、2日前は低残渣食で熱量1180 kcal、蛋白35g、脂質20g、前日は流動食で熱量860 kcal、蛋白20g、脂質10gである。下剤は3日前よりプルセニド2錠、前日はマグコロール250 mlとプルセニド2錠を与薬する。また浣腸は、前夜と当日朝生食500 mlの高圧浣腸を施行する。抗生剤としては2日前より

カナマイシン4g, フラジール1gの与薬を行うという方法である。

2. 症 例

症例① I氏 74歳, 男性, 病名 膀胱腫瘍, 術式 膀胱全摘, 回腸導管造設術

経過 I氏は, 不調の時でも食事は少しでも多く摂らなければという意欲のある患者であった。

回腸導管食の1日目は何とか摂取したが, 2日目, 3日目は「ににおいが気になる」と嗜好的に硬めのものを好むことから, 「やわらかくて食べれない」とあまり摂取しなかった。

排便は下痢となったが特に訴えはなかった。腸内残渣は確認されなかった。

症例② H氏 70歳, 男性, 病名 C5-6 頸髄損傷, 神経因性膀胱, 術式 回腸導管造設術

経過 H氏は回腸導管食は全量摂取できた。普段より下剤を使用していたが排便困難であり,

術前処置期間中も排便がなく手術時腸内に多量の便が残っていた。

このように1) 3日目の流動食が食べられない, 2) 直腸障害のある神経因性膀胱の患者では従来の腸管処理法では不十分なことがあるという2点の問題があったので, 以下のように改善した。

Ⅲ 改善した腸管処理法 (表2)

<表2 改善後の腸管処理法>

	3 日 前	2 日 前	1 日 前	当 日
食 事	常 食 2200 kcal 蛋白 80 g 脂質 53 g	低 残 渣 食 1550 kcal 60 g 30 g	低 残 渣 食 1180 kcal 35 g 20 g	絶 食
下 剤	プルセニド 2 Tab	プルセニド 2 Tab	マグコロール 250 ml プルセニド 2 Tab	
浣 腸			NE 500 ml	NE 500 ml
抗 生 剤		カナマイシン 4 g フラジール 1 g	カナマイシン 4 g フラジール 1 g	

食事については前日の流動食をやめて手術3日前までは普通食で, 熱量 2200 kcal, 蛋白 80 g, 脂質 53 g, 2日前は低残渣食で熱量 1550 kcal, 蛋白 60 g, 脂質 30 g, 前日は低残渣食で熱量 1180 kcal, 蛋白 35 g, 脂質 20 g とした。下剤は直腸障害のない患者は, 従来通り3日前より, 直腸障害のある患者はそれより数日早く与薬し1日1回の排便を促すようにした。

Ⅳ 結 果

改善した腸管処理法で, 昭和61年11月から昭和62年3月までの期間, 膀胱腫瘍7例, 神経因性膀

胱2例、膀胱S状結腸瘻1例、前立腺癌1例の11症例に実施した。(表3)

<表3 腸管処理改善後の症例>

	氏名	年齢	性別	病名	食事摂取量	下剤	排便	腸内残渣
1	M I	74	男	膀胱腫瘍	全量	3日前	有	(-)
2	S K	78	男	膀胱腫瘍	全量	3日前	有	(-)
3	D K	70	男	膀胱腫瘍	全量	3日前	有	(-)
4	T M	62	男	膀胱腫瘍	全量	3日前	有	(-)
5	M O	83	女	膀胱腫瘍	クリニール1袋/1日	3日前	有	(-)
6	O A	77	男	膀胱腫瘍	全量	3日前	有	(+)
7	T N	60	男	膀胱腫瘍	全量	3日前	有	(-)
8	T M	14	男	神経因性膀胱	全量	4日前	有(泥)	(-)
9	T H	17	男	神経因性膀胱	全量	5日前	有(泥)	(-)
10	K K	65	男	膀胱S状結腸瘻	全量	3日前	有	(-)
11	T Y	73	男	前立腺癌	全量	3日前	有	(-)

食事摂取量は10例が全量摂取できた。症例5は83歳の女性で膀胱腫瘍の患者であるが、この食事が摂取できずクリニールを1日1袋飲用していた。

排便は全例にみられた。下剤は神経因性膀胱の症例8には4日前から、症例9には5日前から与薬したことで確実に排便がみられた。

腸内残渣については、11例中10例が認められなかった。症例6の77歳男性で膀胱腫瘍の患者は、排便があってもかかわらず腸内残渣がみられた。しかし、いずれの症例も手術に支障はなかった。

回腸導管食の食べやすさについて調べてみた。(図1) 従来の食事を経験した45名にアンケート

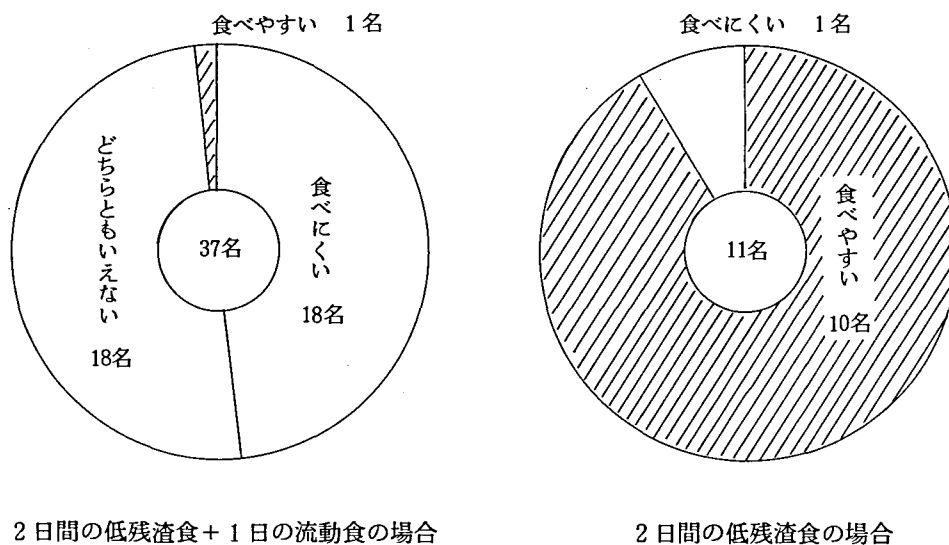


図1 低残渣食の食べやすさの比較

調査を実施した。37名の回答が得られ、「食べにくい」が18名、「食べやすい」が1名、「どちらともいえない」が18名であった。流動食をなくした2日間の食事にした11症例では「食べやすい」と10名が答えており、「食べにくい」と1名が答えた。「食べにくい」と答えた1名については逆流性食道炎で長期間の経管栄養を施行しており経口摂取を開始した直後であったためまだ十分に食事が摂れる状態ではなかった。

V 考 察

食事の食べやすさについては流動食をなくし、低残渣食を2日間にしたことでほぼ全員が「食べやすい」と答えている。流動食は満足感がない、歯ごたえがない、流動食特有のにおいが気になる、水分が多いなどの理由で食べにくいと考え、これをやめたことがよかったと考えられる。

次に同じ手術をしている55施設の術前処置と比較してみた。(図2) 術前食の開始時期は、7日前

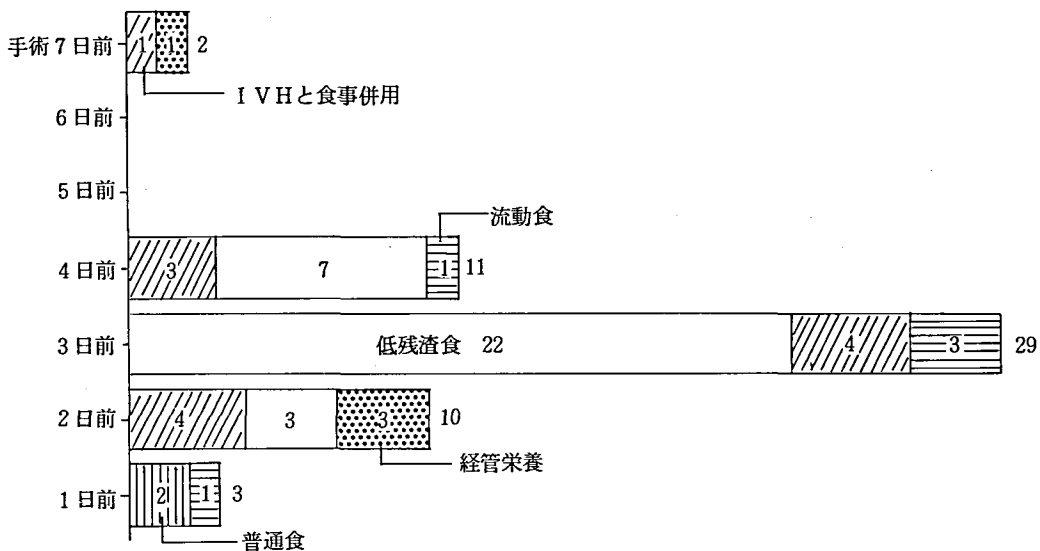


図2 食事開始時期とその内容(55施設)

から前日までと幅があり、3日前より開始するところが55施設のうち29施設と一番多かった。食事内容をみると、IVHと食事併用・低残渣食・流動食・経管栄養・普通食とさまざまである。前日も普通食としている施設が2ヶ所あった。その内1ヶ所は昼より絶食にして輸液を行う。もう1ヶ所は夕だけ摂取量を半分位とする方法であった。総合的にみると3日前より低残渣食で行っている施設が最も多く、昭和57年に改善した当病棟の方法もここに属していた。

手術時に残渣がないかの問いには、どの施設も特に支障がないと答えている。しかし、腸内残渣の考え方については、ある程度の残渣はあたりまえとらえるか、完全に残渣のないことを目標とするかで異なってくると思われるので、どの程度かはっきりしない。見解の相違が術前の食事にもたせている一因であることも考えられる。

当病棟において回腸導管造設術を開始した昭和55年は、4日間の特別流動食であったが、¹ 昭和

57年に2日間の低残渣食+1日の流動食に改善した。これは残渣の少ない食品の中からより少ないと思われるものを選んで献立の中に固形物を取り入れたものである。この食事は術者にとっては残渣がなく手術しやすい完璧に近い食事であった。さらに今回は、術前2日間の低残渣食にしたが以前と比べても腸内残渣に差はないと術者からの返答を得たので今後もこの型ですすめていけると考える。普通食だけで手術に臨んでいる施設もあることよりまだ工夫していける余地があると考え。今後もさらに「食べること」の制限を最小限にしていきたい。

排泄については、腸管麻痺があり蠕動が低下している患者は便が一定のところにとどまりやすく浣腸の効果が得られにくいと考えられるので、普段から蠕動を促す援助をすることが大切である。今回は、二分脊椎による神経因性膀胱の2症例に早めに下剤を与薬したところ腸内残渣はなくよかった。しかし、泥状便となり頻回のオムツ交換に苦勞し患者の負担が大きかったように思われる。また症例6のように麻痺もなく術前処置期間中に排便があったにもかかわらず、術前残渣の認められるものもあった。ふり返ってみるとこの患者は入院時より便秘傾向であることがわかった。

下剤の与薬方法については、もっと幅を広げて考え、個々に合った方法を工夫していく必要がある。

VI まとめ

術前2日間の低残渣食は食べやすく、手術にも支障のないことがわかった。ただし、下剤、浣腸は症例に応じて増減し確実に排便を促す必要がある。

参考文献

1. 橋本知子他：回腸導管造設術術前食の改善，院内看護研究集録，昭和57年度