

陰部ベージェット病患者の手術前後の排便調節について考える

南4階病棟：発表者 山崎 優子
島田真理子・桑沢由紀子

I はじめに

ベージェット病は、皮膚の前癌性病変で、しばしば下床に腺癌が見られる。統計的な報告はないが、当科では、年間に1～2例程のまれな疾患であり、乳房を主とし、腋窩部や、外陰、肛門部にも生じる。

治療として、広範囲の切除が必要とされるため、特に陰部ベージェット病では、手術後、便により、創が汚染されることが多い。

今回、私たちは、続けて3例の陰部ベージェット病患者の看護を通して、術前・術後の排便コントロールの必要性を感じ、そのうち2例について検討したので、ここに報告する。

II 研究期間

昭和63年2月1日～昭和63年8月3日

III 研究方法

1. 症例1を検討し問題点を挙げる。
2. [1.]をもとに、症例2につき看護を展開する。
3. 肛門周囲が創となる手術患者の排便コントロールについての看護基準を作成する。

IV 結果

1. 症例1

患者：K氏 72歳 女性 左外陰唇～左鼠径部のベージェット病

<入院期間> 昭和63. 1. 8～4. 26

<既往歴> 22歳頃より精神分裂病。47歳よりS病院精神科に入院していた。知能指数が低く難聴があり、カナによる筆談しかできないため、コミュニケーションがとりにくい。

<現病経過> S 62. 12. 9 外陰部に搔痒感出現し、同部位に12×8cmの紅斑を伴う糜爛が出現し、当科受診する。 12. 18 皮膚生検の結果ベージェット病と診断され、S 63. 1. 8 手術目的のため当科転院となる。通常は1日に1～3回の自然排便があった。食事は手術前日まで常食を摂取していた。

手術2日前、術野が直腸にまで及ぶため、医師の指示により前処置として夕方高圧浣腸施行したが、浣腸について理解不十分であり力が入ってしまい100mlしか入らず、反応便は少量であった。

前日、夕方高圧浣腸施行。注入と同時に浣腸液が排泄されてしまい反応便は少量であった。21時マグコロール250ml、プルセニド2錠内服。

2. 5 手術当日、朝高圧浣腸施行。粘液便が少量であった。

術式：悪性腫瘍摘出術（15×15cm），直腸粘膜合併切除，肛門形成術，右大腿より採皮（10×10cm）中間層植皮。

手術後2日目昼より低残渣食を開始するとともに，タンナルビン内服を開始した。3日目に便意あり。排便時ラップにて創の保護を試みたが，術操作により肛門の位置がはっきりせず，十分保護ができなかった。そのため軟便により創が汚染され，タイオーバーの上からガーゼ交換を行なった。その後も，粘液便が頻回に続き，その都度ガーゼ交換を行なった。

1週間後，タイオーバーを除去した。この時植皮部は良好にいったと思われたが，軟便による創汚染でガーゼ交換を頻回に続けているうちに，植皮部に糜爛が出現した。生食による洗浄や，インターチュールの使用による創処置を行ない，下痢をとめるためリン酸コデインの内服も試みたが，軟便は続き効果は見られなかった。

2週間後，軟便も少しずつ落ちつき，バルンカテーテルも抜去され，排泄の都度，消毒と軟膏の貼布を行なうのみとなった。

2ヶ月後によく糜爛消失し，退院となった。

症例1より手術後植皮部が生着する前に便による汚染がみられたという問題点があがった。

(1) 手術前の腸管処理が不十分であった。

- 浣腸が不十分であった。
- 低残渣食，大腸検査食の摂取が必要であった。

(2) 手術後下痢便が続いた。

- 止痢剤の与薬が不十分であった。

2. 症例2

患者：H氏 64歳 女性 下腹部～外陰部のベージェット病

<入院期間> 昭和63. 2. 29～5. 2

<既往歴> 55歳，先天性股関節脱臼により両股関節置換術施行したため，跛行がみられる。

<現病経過> S52年頃，下腹部に紅斑状の皮疹が出現し徐々に増大していったが放置していた。

S62年近医受診し，外用剤使用していたが軽快せず更に増大したため，S63年皮膚生検施行しその結果ベージェット病と診断され，S63. 2. 29 手術目的のため当科入院となった。

3. 25 手術。

術式：腫瘍摘出術（病変部より3cm離して切除する。尿道口，膣口部への浸潤はなかった。）

両臀部～両大腿後面より採皮，中間層植皮，両鼠径部リンパ節郭清。

手術後7日目，タイオーバー除去された。植皮部の生着は良好で17日目，全抜糸を行ない安静度も拡大されていった。24日目よりフトラフルの坐薬，内服による化学療法を開始したが，嘔気，嘔吐の副作用が出現したため，2週間で中止となった。その後免疫賦活剤を開始し，5. 20 退院となった。

<計画・実施・評価>

H氏はK氏と異なり術野が直腸まで及ばないため，手術前日夕，当日朝の高圧浣腸のみ施

行し、低残渣食は施行しなかった。H氏は理解力もよく浣腸も十分にでき、手術後1週間排便がみられなかった。

H氏は止痢剤を全く必要としなかった。1週間後腹満訴えたため、汚染が最小限となるよう浣腸や下剤の内服をさけ、坐薬の挿入、摘便により排便を促した。

股関節屈曲可能な場合は、ゴム便器を使用する計画を立てたが、創安静のため許可がおりず紙オムツを使用した。しかし、まわりのガーゼに便が広がり汚染してしまったため、その後は医師の許可を得てゴム便器を使用することによりガーゼ汚染が防げた。

また、ガーゼに便が広がってしまった時のことを考え、手術室から植皮部のガーゼにオブサイトなどによる保護が必要と思い、医師に依頼したが今回の手術では施行されず評価できなかった。

バルンカテーテルの留置により、尿による創汚染は防げた。

3. 排便コントロールについての看護基準

<手術決定後>

(1) 術前オリエンテーション

- 1) 手術前後の低残渣食の必要性
- 2) 手術前の排便調節（高圧浣腸・下剤の内服），手術後の止痢剤の内服
- 3) 床上排泄訓練（ゴム便器使用）
- 4) 手術後の安静度（バルン留置など含めて）

以上について十分説明する。

<手術3日前>

- (1) 低残渣食を開始し、腸内残渣を少なくする。
- (2) 便秘気味の方は下剤の内服により、排便調節をはかる。

<手術前日>

- (1) 朝食より大腸検査食とする。
- (2) 夕、高圧浣腸 500 ml 施行。20時マグコロール 250 ml 内服。21時プルセニド 2 錠内服。以後絶飲食とする。

<手術当日>

- (1) 朝、高圧浣腸 500 ml 施行。
- (2) 創ガーゼは手術室にてオブサイド等で保護する。

<手術後>

- (1) 翌日、昼または夕より低残渣食を開始する。（タイオーバーが除去される手術後1週間まで）
- (2) 1週間は腹部症状に注意しながら止痢剤の内服により排便を抑える。
- (3) 患者の訴えに応じ、自然排便・摘便・坐薬の挿入により排泄させ、創の汚染を防ぐよう特に注意する。
- (4) 植皮部は4日程で生着するため、それまで創の安静保持と汚染を防ぐよう特に注意する。
- (5) 全抜糸までを目安とし、バルンカテーテルを留置する。

V 考 察

症例1の陰部ベージェット病患者の看護にあたって、排便による汚染により創治癒が遅れたことが、患者にとって大きな負担となったことから、術前から排便をコントロールし、術後排便・排尿による創汚染を防ぐことが必要だと痛感した。

そこで私達は、排便コントロールに着眼し、症例1よりあげられた問題点から、創汚染を防ぎ、皮膚の生着をはかるよう検討し、症例2に取り組んだ。

患者の理解力、手術範囲、患者の排便状態の違いもあり、両者の比較検討はできなかったが、2例から、手術前より患者に十分なオリエンテーションが行なえ、また排便コントロールに必要な食事・浣腸・下剤、止痢剤の服用などの処置が確実に行なえるよう、統一したものが必要と考え看護基準を作成した。

今後これを活用していくにあたり、個々の患者により処置が変化するため、その都度スタッフ間でカンファレンスを持ち、患者に合わせた処置方法を検討すると共に、患者に苦痛とならないよう配慮していくことも必要である。

VI おわりに

今回は2つの症例から看護基準を作成したが、今後は陰部ベージェット病を初めとする陰部疾患の症例をもとに検討をくり返し、より実践にいかせる基準としていきたい。

最後に、この研究に御協力くださった皆様に深く感謝致します。

参考文献

- 1) 福代 良一：皮膚科診断治療大系，クリニカルデルマトロジー6，第1版，講談社，1985，P62～65。
- 2) 石川 浩一：手術前後の新しい管理，第6版，南山堂，1980，P601～602，P665。
- 3) 福田 保：外科手術の前処置と後療法，第8版，南江堂，1962，P3～4。
- 4) 難波 雄哉：形成外科手術手技シリーズ，熱傷の治療，第1版，古誠堂，1982，P94。

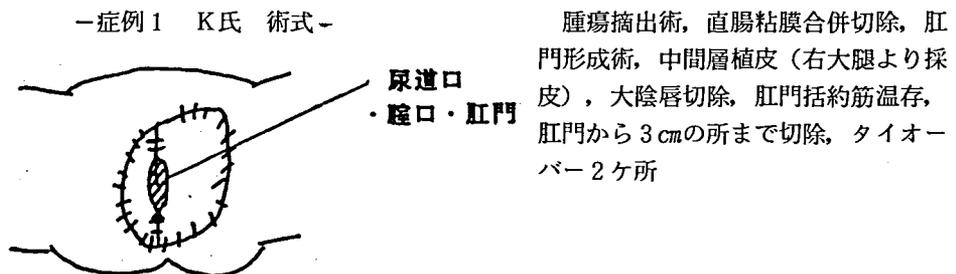


図-1

— 症例 2 H氏 術式 —

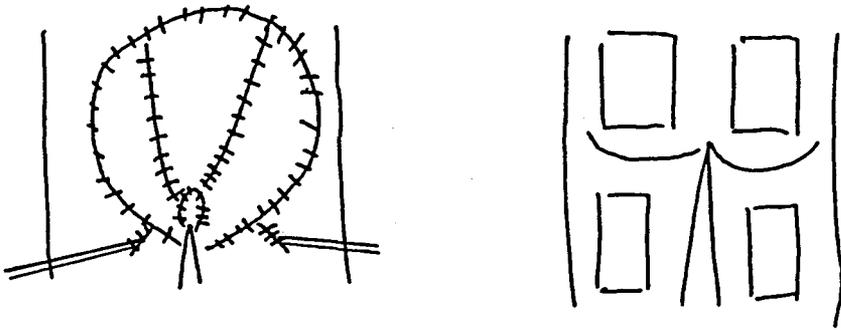


図 - 2

(前面) タイオーバー 3ヶ所
ウンドサクシヨソ左右各1本

(後面) 採皮部4ヶ所 アロアスクD
~インターチュール保護

腫瘍摘出術, 中間層植皮 (両臀部, 両大腿後面より採皮), 両側鼠径部リンパ節郭清