

# 食道バイパス術後患者のスキンケアを考える

—胃ろう及び小腸ろう周囲の皮膚の保護について—

## 4階東病棟

○長崎 御幸・池田 美穂・筒井 敏子  
中村 美保・野々村美智・浜渦 和  
森下 由貴・横山 好美・吉川加奈子  
柴岡 三枝・岡林 安代

### I はじめに

当科では、平成2年1月より従来の胃管による食道バイパス術に加え、残された食道に胃又は小腸を使用して、胃瘻、小腸瘻を造設し、内照射を行う治療、Remoto After Loading System（以下RALSという）が行われるようになった。瘻孔が造設されると、そこから消化液を含んだ排液があり、そのために瘻孔周囲の皮膚の発赤、びらんなどの皮膚障害がみられた。さらに瘻孔からは、常に排液があるため頻回なガーゼ交換が必要となり患者の負担が大きくなった。

今回私達は、この様な患者に対して、瘻孔周囲の皮膚の障害を最小限にし、患者がスキンケアを負担なく行えるような方法を工夫し援助できたので報告する。

### II 研究期間

平成2年1月～平成3年8月

### III 研究対象

食道癌術後、RALSチューブ挿入患者のスキンケアを8名の患者に施行した。

### IV 経過及び観察（図1参照）

A氏とB氏は胃瘻、C氏以下6名は小腸瘻が造設された。A～D氏は術式が違い、胃瘻、小腸瘻からの排液の性状が異なっているため、それぞれに対して瘻孔周囲の皮膚保護について工夫を行った。

A氏は、術直後より胃瘻から1日約100ml、pH1.0～2.0と酸性の排液がみられた。この時

期は、瘻孔部にガーゼを貼用し最低4時間毎にガーゼ交換を行った。しかし、術後10日目より食事が開始されると排液量が1日300mlと増量し、術後2週間目には瘻孔周囲の皮膚がびらんし潰瘍が形成され、それに伴う疼痛もみられた。そのため潰瘍部にはソルコセリル軟膏を使用し、その他の瘻孔周囲にはチンク油を塗布しガーゼを貼用した。1日7～8回の処置を行ったが、潰瘍と疼痛が改善しないため術後21日目に、RALSチューブを抜去した。その後胃酸を中和させるため瘻孔に膀胱用バルーンカテーテルを留置し、そこからマーロックス1回30mlと、重炭酸ナトリウム1回1gを1日3回注入した。瘻孔周囲には前記の処置を続けた。術後3カ月目には潰瘍も改善し疼痛も消失した。

患者の処置に対する受け入れはよく、退院時には膀胱カテーテルの留置の方法、マーロックスの注入方法、チンク油及びカラヤパウダーを塗布したガーゼ交換の方法を指導し自己管理できるようになった。尚この頃のガーゼ交換は1日5回程度となっていた。

B氏も胃瘻造設術が行われたが、それに加え排液量をおさえる目的で、迷走神経遮断術が行われた。それにより胃液の分泌は少なく、胃瘻からの1日の排液量は30～50mlとA氏よりは少なかった。瘻孔周囲にはチンク油を塗布しガーゼを貼用するケアを1日6～7回行った。そのため周囲の皮膚は、術後14日目には軽度の発赤がみられるのみであった。その後皮膚障害を予防するため、排液をはじく作用のあるチンク油を塗布しガーゼを貼用するケアを続行した。RALSチューブ抜去後は、パウチの使用を試みた。パウチによる皮膚障害はなく管理もできていたが、退院後パウチの購入は自己負担となるため、経済的理由により患者がガーゼ交換を希望しそのまま退院となった。

最初は患者自身、瘻孔に対する受け入れができなかったためガーゼ交換も看護婦が行っていた。しかし、医師より退院後も瘻孔が残るという説明を受け、又看護婦がガーゼ交換の処置指導を行うことにより退院時は受け入れもでき、自分で行えるようになった。

C氏の場合は、新たな術式として小腸瘻造設術が行われた。術直後の排液量は1日40～50mlであったが、術後14日目より食事が開始されると排液量は1日200mlとなった。瘻孔周囲は術直後よりチンク油とガーゼによるケアを1日6～7回行ったが、術後1カ月頃より瘻孔周囲の皮膚に色素沈着及び潰瘍がみられるようになった。潰瘍部にはソルコセリル軟膏、その周囲にはチンク油を塗布し、ガーゼ交換を1日7～8回行った。術後2カ月頃には潰瘍が治癒したため、ポスバックBを使用し3日に1回交換したが皮膚障害はみられなかった。その後RALSが終了しRALSチューブを抜去してから、逆流防止弁があり自分で排液がしやすいという点からバイオユーリンBを使用し現在に至っている。

A～C氏の場合は、RALSが終了しても瘻孔は永久的に残る術式がとられた。瘻孔を閉鎖

しなければ当然患者は瘻孔部のケアを続けなければならない、患者の負担は大きなものとなる。そこでD氏以下5名は、瘻孔閉鎖術が容易にできる術式がとられた。

D氏も小腸瘻造設術が行われた。D氏は術直後より排液が皮膚に触れないようにとRALSチューブにウロガードを接続したが、チューブと瘻孔のすき間から排液のもれのほうが多く、皮膚の発赤が出現したためポスバックBに変更した。しかし食事を開始していないにもかかわらず、排液が1日300mlと多くパウチは2日目ではがれた。排液量が多いためパウチの使用を続けたが、術後1週間目には皮膚の発赤・びらんが出現した。そこでチンク油を塗布し、リント布を使用したガーゼ交換に変更し、1日8～9回程行った。術後1カ月目頃には発赤・びらんが改善したため、再びパウチを使用しRALS終了後は瘻孔閉鎖術が行われ退院した。

以上の経験をふまえてD氏以下5名は、術式が同様であるためケアの基準を決め援助を行った。まず腹部全抜糸が終了した段階で、ポスバックBを使用した。交換時(貼用後3日目)皮膚の状態により、ポスバックBを続行するかガーゼを使用するかを決定した。ポスバックB交換を3日目としたのはこれまでの経過により、排液でポスバックBの保護剤がとける時期と考えられるためである。

ポスバックB交換後に皮膚の発赤がみられない患者は使用を続行した。発赤がみられた場合には、瘻孔周囲にチンク油を塗布し、リント布を使用、その上にガーゼを貼した。そして発赤が消失した時点で、再びポスバックBの使用を試みた。患者及び家族には、腹部全抜糸が終了した頃にガーゼ・ポスバックB使用によるケアの方法を指導した。化学療法、放射線療法(外照射、RALS)による食欲低下、倦怠感が出現したときは、看護婦がケアをし、毎日皮膚の状態や排液の性状・量を観察すると共に、その時の皮膚の状態によりケアの方法を指導し少しずつ自己管理できるよう援助していった。その結果全員発赤はみられたが、潰瘍化までには至らなかった。現在のところパウチ使用が1名、ガーゼ交換が2名(これはいずれも経済的理由による)瘻孔閉鎖術施行者が2名である。

尚8名の瘻孔からの排液の量・性状を調べた結果、食事開始後排液量は3～5倍と増加し、phは6.0～7.0であり、食後はph7.0→5.0へと酸性化がみられた。

## V 考 察

当初私達は、瘻孔周囲の皮膚のケアを人工肛門造設術後ケアを参考にして、看護及び処置を行った。A～C氏については、症例ごとに術式が異なり瘻孔からの排液の性状や量の変化はある程度しか予測がつかず、瘻孔周囲の皮膚の発赤・びらんなどの症状が出現した時点で処置

を行っていくのみにとどまってしまった。しかし3名のケアを行ってみて、人工肛門とは違い、1.瘻孔にシリコンチューブが約30～40cm挿入されている。2.排液は消化液を含んでおり、皮膚がかぶれやすい。3.排液は水溶性であり常時流出し食後は排液量が多くなる。又それによりパウチがはがれやすい。4.異臭(酸臭, 便臭)が強い。このため皮膚障害がおりやすく、一度皮膚障害をおこすと治癒しにくいということが考えられた。

以上のことよりD氏以下5名については、ケアの基準を決め援助を行った(資料1参照)。

指導開始時は、瘻孔を見る恐怖感や高齢な患者が多いため自分で処置を行うということに対してのとまどいが見られた。しかし家族の協力と看護婦のアプローチにより、しだいに患者自身受け入れができ、現時点ではパウチの管理、又はガーゼ交換が行えている。

しかしガーゼ交換の方法をとる場合は、夜間の睡眠が妨げられることや、放射線治療による食欲低下・倦怠感が出現する時期にはガーゼが汚染していても患者自身がなかなか交換できなったり、看護婦が行おうとしてもガーゼ交換を拒否する患者もあり、皮膚障害をおこしやすくなるなどの問題がでてきた。

そのためスムーズにガーゼ交換を行ってゆくには、夜間睡眠が妨げられる場合ガーゼの上に油紙を使用したり、ガーゼを厚めにあてる方法を取り夜間のガーゼ交換を減らすようにした。

化学療法・放射線治療が終了するまでには、その副作用として白血球減少などによる免疫低下がみられ、瘻孔周囲の皮膚びらんからの感染の恐れもあるため皮膚障害は早期に治癒させる必要がある。そこで、種々の薬剤(ZWO, ソルコセリル軟膏, フォイパン軟膏, チンク油など)の使用を試み改善に努めた。その結果現在のところチンク油を塗布し、リント布を使用する方法が最も効果的である。その理由としてチンク油は油性であり、排液をはじく性質がある。リント布は皮膚刺激が少なく、チンク油を皮膚に密着させる効果があると考えられる。

食欲低下や倦怠感が強い場合は、看護婦がガーゼ交換を行い、患者の負担を軽減するように努め特に食直後に排液量が増えるので、食後はガーゼ交換を習慣づけるよう指導し排液による皮膚汚染を短時間にとどめるようにした。又食事は患者の嗜好を考慮しながら、不足するエネルギーや栄養についてはIVHによる管理を行っている。

田村氏は、「皮膚障害を最小限にすることができればオストメイト(ストーマ造設術を受けた患者)のアフターケアはほぼ成功したと言っても過言ではない」と述べている。

ガーゼ交換又はパウチを使用している場合とも、看護婦が毎日皮膚の状態・排液の性状を

観察し、皮膚状態に合わせてパウチや軟膏の種類を選択し援助していかなければならない。

基準にそって指導した6名中、発赤・びらん形成6名であった。6名とも術後10～14日目頃には、ガーゼ交換又はパウチ交換が自分で管理できるようになった。尚退院した3名は、その後強い皮膚障害をおこすことなく経過している。

今後は患者が瘻孔のスキンケアの受け入れができ、自己管理ができるようにするために、術前オリエンテーション時に瘻孔造設によりスキンケアが必要であることを説明し、理解を得ることが大切である。又瘻孔の位置も、人工肛門造設術と同じく患者が自分で見やすく、処置しやすい位置にマーキングを施行するように医師に働きかけるようにしている。

## Ⅶ お わ り に

今回私達は、胃瘻・小腸瘻を造設した患者の瘻孔周囲の皮膚障害を最小限にとどめ、スキンケアが負担なく行えるようケアの方法を工夫した。その結果、患者の病態と瘻孔よりの排液量や性状などにより、きめ細かく皮膚の状態をみながらケアをすすめていく必要があることを学んだ。今後もこの基準をもとに患者にあったよりよいケアを考えていきたい。

## 引用・参考文献

- 1) 田村恭三：人口肛門管理におけるスキンケアー，大腸肛門会誌，p. 33, p. 566, 1980.
- 2) 品田ひとみ：ストーマ周囲の皮膚障害，臨床看護，Vol. 14, No. 4, 1988.
- 3) 磯野可一：食道癌，臨床看護，Vol. 13, No. 2, 1987.
- 4) 三富利夫他：胸部食道癌，臨床看護，Vol. 11, No. 14, 1985.