

### 3. P T C D施行直後の看護

#### 5階西病棟

上 村 徳 子      長 尾 愛 子      ○ 竹 内 万 智  
藤 村 洋 子      松 村 真 智 子      山 口 由 紀 子  
久 藤 二 美      森 沢 玉 井      他 スタッフ 一 同

#### I はじめに

現在、経皮的胆管ドレナージ（P T C D）は、経皮的胆管造影（P T C）としての診断能と、非開放的胆汁外瘻としての治療効果を持っている。このP T C Dの適応は、1) 高度閉塞性黄疸、2) 重症胆管炎、3) 切除不能胆道系進行癌などである。当病棟では、すでに外科的治療を逸した悪性疾患の末期的処置として行われることが殆んどである。こうした患者のこれまでの看護を通して、スタッフ各人が、一定水準の看護能力を持ち、看護を発展させていく必要性を痛感させられた。そこで、今回、3症例の看護を再考し、看護のチェックポイントを作成しようと考え、この研究に取り組んだ。

#### II 研究方法

1. 文献と今までの経験より、看護の要点を作成し、それに添って、術後3週間の3症例についての実態を比較する表を作成した。

#### （資料）

P T C - D術後の看護チェックポイント

（術後3W以内を対象とする。）

#### 1. バイタルサインと一般状態の観察

- 1) 24h以内は頻回のチェックを行う。
- 2) 1W以内はT・P・Rは4検、以後は37℃以上は4検とする。  
BPは1日1回、AM 10時に測定する。

- ① 胆道内感染や腹膜炎の為の熱発及び腹痛、嘔気、腹満に注意する。
- ② 腹痛、ショックなどによる徐脈・頻脈、電解質異常（低Na, K, Cl血症）よりくる不整脈に注意する。
- ③ 腹腔内出血や胆道減圧などによる低血圧に注意する。

#### 3) 全身状態のチェック

- ① 黄疸の程度（ビリルビン値）や、毎日観便し便の性状に注意する。
- ② 清拭時等に皮膚の状態を把握する。胆汁喪失による電解質異常の為起こる食欲不振、皮膚乾燥等に注意する。

## 2. ドレナージシステムの管理

- 1) PTC-DチューブにGボトルあるいはEDバックを接続し、閉鎖ドレナージシステムとする。Gボトル等は24 hトータル時に交換する。またGボトル等はバケツに $\frac{2}{3}$ 程氷を入れ冷却する。（チューブの牽引を防ぐ為、また経口及び研究の為）洗浄時は三方活栓をつける。
- 2) チューブに圧迫・屈曲・捻転のないことを訪室毎に確認する。
- 3) チューブをEDバックと接続する三方活栓操作時は空気を入れないように注意し、（感染の原因となる為）イソジン消毒後滅菌ガーゼで覆う。
- 4) 体動範囲の拡大に伴い、チューブの長さに余裕をもたせ、チューブをベッドに固定する。寝衣はドレーン挿入患者用とする。
- 5) チューブが抜けないように、体位変換・体動時は腹圧をかけないように注意し、右側臥位禁止など体動制限を理解できるよう患者指導を行う。
- 6) 週1回包交し、創部の状態・チューブが抜けかけていないか確認する。
- 7) 胆汁排泄状況を正確に把握し、流出へ向けて適切な処置をとる。
  - ① 各勤務終了時の水分出納チェックに加える。
  - ② 24 hトータル量を検温表の下欄にも記載し、200 ml以上差のある時は原因を究明する。
  - ③ 訪室時チューブ内の流出を確認する。流出のない時は、注射器で少し吸引してみる。それでも流出なき場合はDrに上申し、洗浄等の必要処置をとる。
  - ④ 検温時等に、挿入部のガーゼ汚染の有無をみる。
  - ⑤ 胆道感染による混濁・胆道出血による血性コアグラ等に注意する。
  - ⑥ 帰室後24 hはGボトルを使用し、3 h毎に胆汁量・性状をチェックし、48 h後まで6 h毎とする。以後は8 h毎。3 W目に入り流出が良好であり、8 hに300 ml以上の排泄があればEDバックを使用する。
  - ⑦ 洗浄時、引き具合、回収量、性状を観察する。

### 3. 安静への援助

- 1) 施行直後は、浅表性呼吸により挿入部痛が軽減される。
- 2) 仰臥位保持期間中はDrによる監視のもとに背部清拭を行う。
- 3) エアマット、バスタオル、安楽枕、円坐、フローテンションパットを用いて部分的体位変換を行い、局所の圧迫を避ける。
- 4) 坐位や右葉に挿入されている場合の左側臥位は、チューブの牽引や圧迫の危険がある為、安静度の範囲内で体位変換を定期的に計画して行う。
- 5) 可能な範囲で安全を考慮し、離床に向けて、リハビリテーションを行う。
- 6) 毎日のB.B.に加えて部分浴を週間計画として行う。適宜陰部洗浄、褥創予防のアルコールマッサージを行う。
- 7) ケアを通じて意志の疎通をはかり、治療に対する協力を得る。

### 4. 食事及び排泄

- 1) 食事開始時期について、Drの指示を得、食事摂取量を把握する。
- 2) 脂肪便のチェックをする。
- 3) この期間は尿量測定を行い、水分出納を把握する。

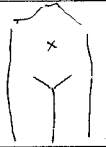
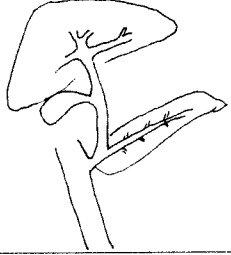
### 5. 内瘻化を試みている場合

- 1) クランプされた時間を記録し、腹痛・発熱など胆汁性腹膜刺激症状に注意する。
- 2) 脂肪便の排泄がないことを確認する。

### 6. 胆汁を経口・経管摂取している場合

- 1) 食直後に摂取する。
- 2) 血性・混濁のある胆汁は摂取を中止する。
- 3) 経口摂取は飲みやすい方法を患者と共に考える。
- 4) 経管摂取時はチューブが抜去されないよう固定を確実にし、EDバックを接続して落差をつけて摂取させる。

## PTC-D チェックリスト

氏名	病名	主治医
① 施行目的		③ 
② 挿入部位		
③ 看護上の注意事項	⑤ 安静度 ~ ~ ~	

### 胆汁排泄状態 (24 h内 3 hチェック 48 h内 6 hチェック)

月/日	時間	量 (ml)	性 状	月/日	時間	量 (ml)	性 状

備考

2. 以上のことから、問題点を出し、今後の看護をどう改善すべきか具体策をたてる。

### Ⅲ 本 論

当病棟では、PTCDチューブに三方活栓をつけ、EDバックを接続し、バケツに氷を入れ常時冷却している。三方活栓は毎日の洗浄時に利用し、冷却した胆汁は、摂取したり、医師の研究に利用している。又、この研究で対象を術後3週間としたのは、PTCD施行後、チューブの周囲に線維性隔壁を持つ瘻孔が形成されることが、剖検例の9割に認められたという報告に基づくものである。

#### 資料-1 参照

前記資料を検討した結果、以下のような問題点が提示された。

1. 一般状態及びドレナージの管理について
  - 1) EDバックを使用した為、目測で流出量を見ており、毎朝5時の24時間トータル時にしか正確な量が測定されていなかった。
  - 2) 三方活栓操作ミスにより、PTCDチューブをクランプしたまま放置し、発熱、腹痛を招いた。
  - 3) 毎日の胆汁量の比較が不十分であった。
  - 4) 内瘻化を試みている場合、クランプされた時間の記載が不十分であった。
  - 5) 蓄尿が確実に行われておらず、水分出納が正確でなかった。
  - 6) 便や胆汁の性状の記載が少なかった。

これらについて考察をする。まず観察面の問題に着眼すると、EDバックを使用したために、各勤務帯の正確な流出量が把握できていなかったことがあげられる。これは、EDバックがビニール製であり、袋の目盛りと実際の量との誤差が大きいためであった。また、これを使用し、正確な流出量を得ようとする、頻回にバックを開放することとなり感染の機会が多くなる。そこで私達は、Gボトルの使用を検討した。ボトルは、毎日24時間トータル時、滅菌したものと交換し、各勤務帯ではボトルの目盛りにて測定することにした。このボトルはプラスチック製であり、比較的正確な量が一目で解かるという利点がある。しかし、1日量1000ml～1500mlなどと、多量の流出がある場合は、

Gボルトでは 300 ml しかはいらず、何回も排棄しなければならない。従って 3 週目にはいり、流出が良好であり 8 時間トータル 300 ml 以上の流出があれば、EDバックを使用することとした。この EDバックは 1 週間使用するのではなく 1 日 1 回交換する。

次に三方活栓操作ミスがあげられる。三方活栓を使用する以上その操作ミスは、どの症例にも起こる危険性を持っている。そこで通常は三方活栓を除去し、洗浄時のみ設置することとした。

現在、当病棟では各勤務帯の水分出納量は経過記録に青枠で囲んで記入し、検温板の下には 24 時間胆汁量の欄を設けている。しかし、これだけでは毎日の胆汁量を一目で比較することが難しかった。そこでカードックスにはさめるような、PTCD術後チェックリストを作製した。内瘻化の試みなどはこの備考欄に記入する。このチェックリスト作製により、PTCDチューブの挿入部位・挿入目的等患者の状態を明確に把握することが、積極的な看護の展開へと結びつくのではないだろうか。また、胆汁の停滞、チューブ抜去の危険性等を再認識し、合併症への理解の必要性を感じこれまで安易に流出良好という一言で片づけられていた観察面についても反省している。

## 2. 安静への援助について

- 1) 必要以上に安静にしており、定期的な体位変換ができていなかった為、褥創が形成された。
- 2) 離床訓練が不十分であり、安静度に応じた援助の経過が記録に少なく、計画的に安静度の拡大がすすめられなかった。
- 3) 医師、看護婦、患者とのコミュニケーションが不十分であり患者に安静の必要性を十分に理解させることができなかった。

この点ではもう少し細かく、安静度の援助について原則をつくる必要性を感じ資料にあげてみた。この原則を実行することによって、スタッフ各人がそれぞれの経験のみに基づき、発展性のないケアを行うことは避けられるのではないかと考える。

また、医師との情報交換を密にし、チューブが抜去・屈曲・切断されること

のないよう注意しながら、毎日の全身清拭や週間予定としての部分浴、リハビリテーションなど、計画的に行いたいと考えている。悪性疾患の末期患者も多く、こうしたケアを通じ、生への希望を持たせ残り少ない人生が充実したものになるよう援助していきたい。

#### Ⅳ おわりに

この研究の目的であったPTCDチェックリストと、看護のチェックポイントを今後の看護に活用し、さらに内容を深めてゆきたい。また、この成果を土台とし、実行してゆくことによって、看護面でどういう発展を得られたか、あるいは、新たに出現した問題など、次回に発表の機会を持ちたいと思っている。

#### <参考文献>

- 「図解経皮的胆管ドレナージ」高田忠敬著
- 「総胆管結石患者の看護」新島とみ他著
- 「高齢の胆のう総胆管結石症患者の看護」金原敦子他著
- 「胆道の解剖機能と疾患の現状」後藤明彦他著
- 「胆道疾患の検査と施行前後の管理」有山 襄著
- 「胆道疾患の内科的治療と管理の要点」中沢三郎他著
- 「疾患別看護計画のための基礎ノート」安田千代子著
- 「消化器外科ベッドサイド処置 1981 アトラス」VOL 4, NO 6
- 「臨床看護」 1982 VOL 8, NO 1
- 「看護技術」 1977 3月号