

## 広汎性子宮全摘術後の排便コントロールへの援助

—過去3年間のデータを分析して—

1 病棟 4 階西

○秋重喜久恵

西村京子

岡村美穂

三村かよ子

内田美智子

### 1. はじめに

浸潤子宮頸癌及び体癌の一部に行なわれている広汎性子宮全摘術（以下「ラジカル」と略す）は、術中子宮靱帯の処理の際、やむなく骨盤神経を損傷する事が多い。このため排便障害はこれらの殆どの症例において起こり、患者は術前の排泄パターンを失い、心身共に苦痛を強いられる。

このため術後は下剤の使用によるコントロールが必要となるが、その初回投与時期・方法は個々の受け持ち看護婦の判断に任されておりまちまちであった。実際患者からも、「○○さんは術後○日目から下剤をもらっていたのに私はもらっていない」等の不安の声も聞かれている。又、下剤や浣腸の不適切な使用は下痢・便秘の繰り返しを起し、患者に苦痛を与える事も知られている。

このような大きな問題を抱えていながら、それに対する報告はあまりされていないのが現状である。

排便に関しては患者個々の個別性があるとはいえ、看護婦の適切な介入方法の確立が必要と考えた。

そこで今回、まず患者の排便状態の実態を把握する為に過去3年間のラジカル術後の排便状態を術前から術後初回排便までに焦点を当てて調査し、看護介入の時期・方法を考察したのでここに報告する。

### 2. 研究方法

- 1). 調査期間：平成10年12月～平成11年8月
- 2). 対象：当院において平成8年1月11日～平成10年12月24日に子宮癌でラジカルを受けた患者45名
- 3). 方法：カルテ・看護記録より術前～術後初回排便までの期間に焦点を当てて、排便に影響を及ぼすと判断される因子7項目（①術前の排便状態・②食事・飲水の種類と量③運動・④排便環境と動作・⑤便の性状・⑥排便誘導処置・⑦自己概念の変化について調査した。

### 3. 結果

#### 1). 術前の排便状態との関連（順調・便秘群の比較）

術前の排便状態から対象を順調群（38名）・便秘群（7名）に分類して比較した（表1参照）。術後排ガスまでの平均日数は、順調群が $2.18 \pm 0.69$ 日で、便秘群は $1.57 \pm 0.79$ 日であった。（表2参照）。又、初回排便までの平均日数は順調群が $6.79 \pm 1.88$ 日で、便秘群は、 $6.14 \pm 2.91$ 日であった（表3参照）。t検定の結果排ガスまでの日数と排便までの日数では

両群間に有意差はなかった。

## 2). 食事・飲水の種類・摂取状況との関連

ラジカル術後食は通常2日目から流動食が開始され、6日目には常食となる（表4参照）。食事は大きな因子であるが今回の記録では記載が不十分で、排便との関連性は不明であった。

## 3) 運動量（体位変換）との関連

一般的に術後腸蠕動促進の一方法として体位変換が挙げられるが、データ不足もあり関連性は不明である。床上での自力体位変換に対し「管がたくさん付いていて動くのが怖い、独力では動けない」との訴えた患者は12名(26.7%)であった。

## 4) 排便環境・排便動作との関連

ラジカル術後はドレーン管理の為離床は術後7日目である。床上排便に対し「ベッドに寝たままだうやって便を出したらいいの?」「病室では人目が気になって便が出せない」等を訴えた患者は11名(24.4%)であった。患者の中には自ら食事制限をしたり便意があっても我慢する等の行動を示す者もあった。

## 5) 便の性状との関連

初回排便時硬便によるトラブルを訴えた患者は7名(15.5%)であった。

## 6) 排便誘導処置との関連

術後初回排便時、何らかの処置を要した患者は29名(64.4%)で、処置せずに排便を認めた患者は16名(35.6%)であった。

初回排便に処置を要した患者が排便処置を希望した日は、術後6～8日目に23名(79.3%)12名であった（表5参照）。又、排便処置を施行した日は術後6～8日目に24名(82.8%)であった。（表6参照）

## 7) 自己概念の変化

術後の排便パターンの変調に対し「便秘なんてなった事も無いのに自分で便が出なくなってしまった」と不安・困惑を示した患者は10名(22.2%)であった。

## 4. 考察

- 1). 術前の排便状態（順調群・便秘群）の比較に於いて有意差がなかった事は、術前の排便状態にかかわらずラジカル術後は排便障害を来す事を示唆していると言える。この事を術前オリエンテーションに組み込む事で、排便パターンの変調に対する過度の不安や混乱を軽減出来るのではないかと考える。
- 2). 今回データとしては不足しているが、食事・水分摂取は排便における大きな因子である。今後は患者の食事・水分摂取の種類・量を十分にチェックし、適切な摂取方法を指導していく事が重要である。又、パンフレットによる食事指導等も検討していく必要がある。
- 3). ラジカル術後はカテーテル類が4～5本挿入されており、患者の自力体位変換への不安が強い。この事が術後の床上での体動制限を来していると考えられる。体位変換を促すのみでなく、安全かつ患者にとって安心出来るよう術前にデモンストレーションを行い、術後も積極的に看護婦が体位変換していく事が重要である。
- 4) 床上排便への不安は術前の情報不足によるものもあると考えられる。術前オリエンテーシ

ョンに床上排便の方法（紙オムツ・便器の使用等）を加え、患者へ情報提供をする必要がある。排便環境を考慮すれば早期歩行開始が最も望ましいが、ドレーン類の管理の為ラジカルは術後7日目が歩行開始となっている。術後経過が順調であれば、場合によってはポータブルトイレの使用等を検討し、より自然に近い排便動作で排便できるような方向付けも必要である。5)術後は創部痛等により十分な怒責が困難である。創を保護し少ない怒責によって排便する為には、便の性状を排出しやすいものにする事が重要である。又、ラジカル術後の排便障害の原因は骨盤神経の損傷による直腸障害である為、便の排出をスムーズにするには下剤等の処置が必要となってくる。

今回のデータで患者からの排便処置希望が術後6・7日目に集中している。これは、歩行開始が術後7日目であり、トイレ歩行が可能となる日を患者が意識している為と、ラジカル術後食は6日目には常食となり、食事量・内容の変化に伴い便意感も出現してくる為と考える。又、「便はトイレでしたい」という患者の気持ちを尊重しながら看護介入を進めていく事も重要である。これらの事から術後5～6日目頃より緩下剤の内服を開始することで、離床日を目安に便の性状を排出しやすいものにコントロール出来るのではないかと考える。

初回排便時は術後の精神的にも不安定な時期と重なっており、初回排便がスムーズに行なわれる事は患者の安楽・安心にも繋がる大きな要素である事が判明した。その為には看護婦の適切な看護介入が必要である。

介入の時期・方法として、

#### ①術前オリエンテーションの充実

- ・術後排便障害を来す可能性があることを説明。
- ・体位変換のデモンストレーション。
- ・排便をスムーズにする為の水分摂取・食事についての注意事項の説明。
- ・床上排便の方法・使用物品の説明。

#### ②術後のベッドサイドでの看護介入の充実

- ・食事・水分の摂取状況・内容の把握をする為の記録類の検討（食事・排便チャート等）
- ・体位変換を促すのみでなく、看護婦側から積極的に行っていき、安全な体位変換方法の実施・指導をする。
- ・術後の経過に応じてポータブルトイレ等の使用を考慮する。

#### ③適切な緩下剤の投与

- ・術後7日目の離床日を目安に、術後5～6日目頃より緩下剤内服開始を検討する。

以上の3点が挙げられる。

## 5. まとめ

1). ラジカル術後の排便コントロールへの看護介入確立の為、術前から術後初回排便までの期間に焦点を当てて、排便に影響を及ぼすと思われる因子について、過去3年間のデータの検討を行なった。

2). 検討の結果は以下であった。

- ①術前順調群・便秘群による術後排ガスまでの日数と、初回排便までの日数には有意差はなかった。

- ②食事・飲水・体位変換に関しては、データ不足で関連性は不明であった。
  - ③床上自力体位変換への不安を訴えた患者は12名(26.7%)であった。
  - ④床上排便への不安を訴えた患者は11名(24.4%)であった。
  - ⑤初回排便時硬便を来した患者は7名(15.5%)であった。
  - ⑥初回排便時29名(64.4%)の患者が排便処置を要し、処置施行日は術後6～8日目が24名(82.8%)であった。
  - ⑦術後の排便パターンの変調に対し、不安を訴えた患者は10名(22.2%)であった。
- 3). 以上の事から、看護介入の指針として、
- ①術前オリエンテーションの充実
    - ・術後排便障害を来す可能性があることや排便をスムーズにするための注意事項の説明。
    - ・体位変換のデモンストレーションと床上排便の方法の説明。
  - ②術後ベッドサイドでの看護介入の充実
    - ・食事摂取・排便状況の把握と安全な体位変換方法の実施・指導。
    - ・経過に応じてポータブルトイレ等の使用。
  - ③術後5～6日目頃より緩下剤内服開始を検討。
- の、3点を導き出した。

## 6. 参考文献

- 1). 竹谷英子他：便秘，臨床看護，23(10)：P1551～1556，1997.
- 2). 吉武恵美子他：子宮がん術後患者の看護のポイント－広汎子宮全摘術後の看護－：看護技術，37(4)，P15～19，1991.
- 3). 稲月摂：排泄とピットフォール，臨床看護，22(14)，P2118～2122，1996.
- 4). 大島弓子・滝島紀子：ナースの視点・看護の実践、スムーズな排尿・排便－排泄の援助講談社，1995.

表 1 : 術前の排便状態による順調・便秘群の分類

排便状態	排便回数	本人の自覚している排便パターン	排便調節	便の性状
順調群 (38名)	1回/1~2日	順調~ほぼ順調	なし~殆ど下剤等は服用しない	普通便
便秘群 (7名)	1回/3~7日	便秘	下剤・浣腸使用	硬便

表 2 : 術後初回排ガスまでの日数

Op後日数	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	平均日数	P=0.092
順調群 (38名)	0	5	22	10	1	2.18±0.69	
便秘群 (7名)	1	1	5	0	0	1.57±0.79	
計	1	6	27	10	1		

表 3 : 術後初回排便までの日数

Op後日数	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	平均日数	P=0.615
順調群(38)	0	0	1	2	1	5	6	9	8	4	2	6.74±1.88	
便秘群(7)	0	1	0	1	0	0	0	1	4	0	0	6.14±2.91	
計	0	1	1	3	1	5	6	10	12	4	2		

表 4 : ラジカル術後食

	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
朝食	欠食	欠食	欠食	3分粥	5分粥	全粥	常食
昼食		水分可	流動食	3分粥	7分粥	全粥	
夕食			流動食	5分粥	7分粥	全粥	

表 5 : 術後初回排便に処置を要した患者の排便処置希望日

処置希望日	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	計
人数	3		3	5	12	6	29名

表 6 : 術後初回排便時の処置 (処置施行日と処置内容)

処置 施行日 処置内容	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	計
カマグのみ			1		1		2
プルセニドのみ				1	1		2
カマグ+プルセニド				1		3	4
レシカルボン坐薬	1						1
GE60ml				2	2	1	5
カマグ+GE60ml					1	2	3
プルセニド+GE60ml				1	3		4
プルセニド+GE120ml		1			1		2
レシカルボン+GE6ml			1				1
GE60ml+ 摘便						1	1
GE120ml+摘便					1		1
レシカルボン+プルセ+GE 120ml	1						1
プルセ+カマグ+GE120ml					1		1
計十	2	1	2	5	11	7	28

\*GE=グリセリン浣腸

\*上記以外6日目に排気の処置1名あり