日消外会誌　10（2）：207～211，1977年

特集 3*

人工肛門患者の愁訴とその対策

愛知県がんセンター　外科
加藤　王千　　森本　剛史　　加藤　知行
中里　博昭　　山田　栄吉

MANAGEMENT OF PERMANENT COLOSTOMY

Kimiyuki KATO, Takeshi MORIMOTO, Tomoyuki KATO, Hiroaki NAKAZATO and Eikichi YAMADA
Department of Surgery III, Aichi Cancer Center Hospital, Nagoya

索引用語　人工肛門，直腸癌，愁訴，浣腸

I.　はじめに

最近，私どもの施設では直腸癌患者を以前より多く取扱うようになって来ている．また，厚生省の人口動態統計で直腸癌による死亡者数を見ると，死亡実数も，全死亡あるいは全悪性腫瘍死亡中の割合も，少しずつではあるが年々増加の一路を辿っており，今後，この直腸癌患者は益々増加するのではないかと思われる（**表1**）．

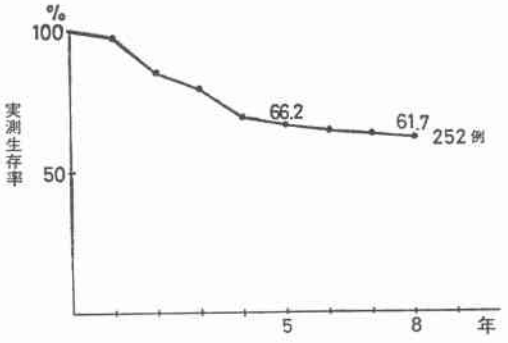
表1　直腸癌死亡の年次推移（人口動態統計より）

	昭和 40	41	42	43	44	45	46	47	48 年
直腸癌死亡 人	3,796	3,840	4,124	4,394	4,582	4,717	4,966	5,066	5,506
直腸癌死亡／悪性腫瘍死亡 %	3.39	3.33	3.50	3.63	3.68	3.75	3.86	3.81	4.02
直腸癌死亡／全死亡 %	0.50	0.57	0.61	0.64	0.66	0.66	0.73	0.74	0.78

ここで，私どもの施設での直腸癌根治術後の生存率を見ると，他病死症例を除外した実測生存率で，術後8年61.7%であった（**図1**）．すなわち根治切除を受けた患者の約6割は再発することなく天寿を全うするのである．

これらの直腸癌患者に対して行われた手術内容を見ると，根治切除274例中233例（85%）が永久的人工肛門造設を伴う Miles 手術であった．悪性腫瘍に対する外科手術は，安全でしかも術後再発がないように行われることが一番必要なことではあるが，さらに患者が術後快適な身体状況で社会生活を営んで，始めて満足されるべきものであると言えよう．

図1　直腸癌根治切除，術後生存率
～昭49（除他病死）



今後増加すると思われる直腸癌患者の過半数が人工肛門を持つようになること[6]，および現今の再発防止に対する努力により将来は術後生存率がさらに向上するであろうことを思う時，人工肛門の管理の重要性は今後一層大きくなると考えられる．そこで，まずこの人工肛門保持者の状況を把握することにより，今後の人工肛門の管理の良い手段・方法を求める手掛りを得んとした．

II.　対象および調査方法

調査対象は名古屋地方の健心友の会と大阪地方の友起会と呼ばれる2つの人工肛門患者の会の協力を得，その

* 第9回日消外総会シンポII
人工肛門とその After Care

会員を対象とした．郵送による記入方式のアンケート調査を昭和50年5月に行った．このような患者組織を通してのアンケート調査は対象が偏ると云う短所もあろうが，医師が直接行うより，よりありのまま返答が得られるかとも思われる．

質問事項は，人工肛門に対する愁訴，排便状況を中心としたもので，151名の回答が得られた．未記入の部分もかなりあったが，患者の術後状況の一端を知り得るものと考え，その一部をありのまま述べ，人工肛門のAfter Care について考えて見た．

III. 調査結果

(1) 回答者内訳（**表2**）

表2　回答者内訳

・術後経過期間

1年～	18
2年～	57
4年～	51
8年～	21
16年～	2

・年令・性

	男	女
～39	10	3
40～	19	8
50～	21	22
60～	28	14
70～	18	8
	96	55

表3　人工肛門に対する現在の感想

放屁臭・便臭に困惑	78
装具に対する不満	75
排便回数の調節を望む	72
便の性状の調節を望む	46
人前に出た時恥しい	46
美容上の苦痛	30
人工肛門周囲のただれ	20
不便なし	8
風呂で恥しい	5

アンケート回答者の術後年数は最短1年より最長23年に及んでおり，年齢構成も老若男女と多岐にわたっていることが判った．

(2) 人工肛門に対する現在の感想（**表3**）

人工肛門に対して現在如何なる苦痛を持っているかと問うと，放屁臭・便臭の困惑，装具に対する不満，排便回数の調節を望むの3つの訴えを回答者の半数が持っていた．その他に便の性状の調節，人工肛門周囲のただれなど訴えはかなり多岐にわたっている．人前に出るのが恥しいと云う訴えがかなりあるが，これは恐らく上位三愁訴によってもたらされるものと思われる．

表4　排便状況

1日の排便回数	
1回未満	10
1～2回	45
3～5回	49
5回～	29
通常時の便の性状	
硬　便	20
普通便	110
泥状便	16
水様便	1
下痢の頻度（1カ月間に）	
全くなし	63
1～2回	44
3～5回	12
6～10回	2
11日以上	3

(3) 排便状況（**表4**）

訴えの多い排便回数について見ると，1日1回未満：10，1～2回：45，3～5回：49で，回答のあったものの半数以上が1日3回以上あり，この排便の度毎の便の始末，排便に伴う便臭は確かに大きな問題である．この便臭を気づかう余り，人前に出ることを嫌い，さらには社会生活に適合できなくなる患者も存在する[1]．

便の性状の調節を望むと言う声がかなりあるが（**表3**）平常時の便の性状は，上部結腸の人工肛門を持つ例外的な者を除けば，通常のS字結腸による人工肛門ではそれ程問題にならぬように思われる．しかしながら，全くの Incontinence の為に，偶々起こる下痢はその始末が大変であることは誰しも想像できる．

この下痢の頻度は，1カ月に全くなし：63，1～2日：44，3～5日：12，6～10日：2，11日以上：3で，必ずしもそれほど頻回なものではない．しかし半数以上の患者において1カ月に1日以上の下痢の日が見られ，この時々起こる下痢が，便の性状の調節を望む声になると思われる．一方，硬便の場合も自然肛門と異なり腹圧のみでは排出し難く，便秘に陥り，下剤を服用して今度は下痢をすると云った厄介なこともあるのである．

(4) 排便の回数および性状の調節（**表5**）

排便回数，便の性状，排ガスなどの調節の為には，まず食事療法が考えられる．私どもは今迄，画一的な食事指導は行わず，ただ「排便の様子を見ながら，自分でど

表5　便の回数・性状の調節

食事について		
余り考えていない	81	
摂取量を調節	48	
食事時間を調節	20	
食品の質に留意	39	
野菜・線維質を多く		18
乳製品の量を調節		5
水分を少く		4
油類を少く		3
肉を少く		2
薬の服用		
全く服用せず	63	
時々服用	40	
常用している	32	
薬の種類		
消化剤	37	
乳酸菌製剤	22	
漢方薬	20	
下　剤	15	
止痢剤	12	
その他	10	

んなものを，どんな風に食べるのが調子が良いかとよく注意し，自分に合った食生活を見つけるよう努力するように」と指導してきた．しかし実際に患者がどのような食生活をしているかを見ると，半数以上の81名は無頓着に食事をしている．一方食事の量や食事時間を工夫したり，食品の質に留意しているものもかなりある．野菜を多く摂ったり，乳製品の量を調節したり色々な努力がされており，相当の効果が挙げられている．

薬品による調節も過半数の患者で行われている．消化剤・乳酸菌製剤・漢方薬が主なものであるが，時々起こる便秘あるいは下痢に対しての薬の服用は通常人に比しどうしても多くなる．

(5)　人工肛門部の状況（**表6**）

人工肛門周囲皮膚のただれは月に1～3回迄のものが多く，大体1～2日で治る．このただれは便の性状よりむしろ装具と関係があるようで，暑い時や運動後の発汗時に多く見られている．

愁訴としては，それ程数の上で大きなものではないが，人工肛門そのものの状態について調べて見ると，出血がしばしば見られている．しかしこの腸粘膜あるいは粘膜と皮膚の境からの出血は量・期間ともに大したものではなく，初めは患者も心配するが，そのうちに気にしなくなる．

問題になるのは人工肛門の狭窄と粘膜の脱出であろう．その程度が術後次第に著しくなり少数ではあるが，

表6　人工肛門部の状況

人工肛門周囲皮膚のただれ		
ない：70		
ある：63		
年に　1～6回：		25
7～12回：		3
月に　1～3回：		20
4回以上：		11
1～2日間続く		
下痢とは関係ないものが多い		
装具とは関係あるものが多い		
夏期や運動後に多い		
人工肛門の状態		
出　血		
全くない	54	
ある	82	
腸粘膜から		31
粘膜と皮膚の境から		30
両　方		25
出血頻度		
年に1～6回		28
〃　7～12回		15
月に1～3回		31
〃　4回～		15
1～2日間続く		
便の性状とは関係ないものが多い		
人工肛門の形態		
術後の大きさの変化		
不　変		105
変化した		35
現在の大きさ		
小指が入らぬ		3
小指が入る		14
示指が入る		34
示指が楽に入る		37
拇指が楽に入る		2
粘膜の脱出		
腹圧により腸がとび出る		14
〃　周囲の皮膚が出る		20
〃　不変		85

再手術を行ったものもある．今回のアンケート調査は他施設の手術症例がかなり含まれており，人工肛門造設の術式との関係はわからないが，この人工肛門の狭窄・腸管の脱出は多分に人工肛門造設の術式との関連を思わせる[2]．

(6)　装具の使用状況（**表7**）

初項で述べた三大愁訴の1つである人工肛門の装具の使用状態について調べると，常時装用者：62，昼間のみ：28，一定時間のみ：12，布または紙のみ使用し装具を使用しないもの：42であった．

表7　人工肛門装具

装具の使用状況（普通便のとき）	
昼夜とも使用	62
昼間のみ	28
一定時間のみ	12
通常使用せず（布，紙のみ）	42
装具の改良について	
現状のままで良い	39
常に新しい情報を求めている	78
自分で改良，試作している	23

このように回答者の過半数が装具を常時用いていないのは，排便の調節が，食事・薬剤あるいは浣腸により適切になっている場合もあろうが，1つにはその人の社会生活に好都合な装具がなかったりあるいはあっても知らなかったり，入手できなかったりする為もある．事実，装具の改良については，78名が常に装具に関する情報を求めており，装具を自分で種々改良している者も23名にのぼっている．

（7）人工肛門よりの浣腸

前述の各種の苦痛の中で，排便の調節・放屁臭・便臭の調節の一手段として浣腸が挙げられている[3]．私どもも昭和45年以来，一部患者に人工肛門より浣腸の指導をして来た．

器具には，指導開始当時，何処でも入手しやすい100 cc ガラス製浣腸器，膿盆，指嚢を用意する．坐位にてまず指嚢により自分で腸管の走行を確認後，浣腸器で微温湯100cc～300cc を静かに注入し，注入後5～10分間人工肛門を圧迫し浣腸液の漏出を防ぐ．その後，楽な姿勢で膿盆を受け便の排泄を待つ．30分前後の時間を要するものである．実際の指導は看護婦によってなされ，退院迄に患者が独りでできるように指導している．

この方法による浣腸の指導は，アンケート回答者中57名に行われており，連用しているもの：20，適宜行っているもの：7，やっていないもの：30であった．日本の住宅とくに便所の構造など，浣腸を連日行うに当っての障害がかなりあると思われるが，連用している者では相当の効果が認められている．止めた理由では面倒だからと云う者が過半数であるが，中には，1日1回の排便習慣になったからと云う者も少数ながらある．一方この方法では排便の調節ができないものがあり，これは，今後浣腸の方法を改良しなければならないことを示すものかと考える（**表8**）．

表8　浣腸実施状況（浣腸指導を受けた者のみ）

毎日現在もやっている	20	
排便のない時のみ	7	
止めた	30	
1日1回の排便習慣になった		6
面　倒		15
効果がない		5
下剤で用が足る		2

IV. 考　案

患者の人工肛門がある為の愁訴の大きなものは，前述の如く，放屁臭・便臭・装具の不満，排便回数が主要なものである．この愁訴を取り除く手段としては，① 食事療法，② 浣腸の指導，③ 良い装具の開発・普及が考えられる．以下この3つの手段について考えて見る．

（1）食事療法

食事の内容・量などを注意することにより，人工肛門による苦痛が取り除くことができれば，これは容易に誰もが実施し得て，しかも自然でもあり一番望ましいことである[4]．実際の方法については，理屈で考えるより，むしろ人工肛門を持っている患者の体験より形作るのが，より実際的であろう．この為には，生活環境・年齢などの幅広い，できるだけ数多くの，人工肛門患者の体験を集積する必要がある．というのは，排便状況にはかなりの個人差があり，それらの食事による影響のされ方にも個人差があるからである．例えばある患者は牛乳を常用することにより良い排便状況を得ており，一方ある患者では牛乳を摂ると全く排便状況が不都合になることがあり，このようなことには豆類，肉類においても見られている．故に，もっと沢山の患者の体験より，普遍性のあるもの，ないものを区別して抽出し，今後の食事指導の手掛りを得たいものだと思われる．

（2）浣腸の指導

現今迄，私どもの指導して来たガラス製浣腸器による浣腸の効果に就ては，昭和49年8月に愛知県がんセンター看護科が行ったアンケート調査によると[5]浣腸を実施している患者では排便回数が1日3回以上の者は4/24，実施していない者では17/32であり，簡易な用具を使用しても排便の回数調節の効果は認められている（**表9**）．しかし中には毎日浣腸を行っても排便回数が日に3回以上で，その効果のない者があることを考え，最近はいわゆる Colostomy Irrigation の器具も市販され，容易に入手できるようになって来たので，この器具による．液量を多くした Colostomy Irrigation に変更しつつある．

しかし，この人工肛門よりの浣腸の適応は，人工肛門患

表9　浣腸と排便回数
愛知県がんセンター看護科

	1～2回/日	3回以上/日
浣腸　実施	20	4
中止	3	19
不実施	2	8

の全員とは到底考えられない．即ち毎日1時間近くの時間をさいて行うのは患者にとっては大きな負担であり，それ相応の Merit のある者に限られるべきである[7]．壮年の社会の第一線で活躍している者，とくに人前にでる機会の多い者では随分有用であろうが，家庭外へでることの少ない者にあっては，毎日浣腸を行うことはそれ程の利益をもたらさないと思われる．しかし，平常は家庭内にある者でも，偶々の外出の場合にこの浣腸法が自分でできれば役立つ場合もままあるであろう．このような考えから，人工肛門よりの浣腸は，理解力があり，自分一人で行うことのできる患者にはすべて一応指導をし，退院後実際に行うか否かは患者に選ばせると言う方針が妥当であろう．

人工肛門の自己浣腸は危険も存在する．私どもは，退院後自宅で自分で浣腸を行い，腸穿孔を起こし死亡した62歳女性の1例を経験している．使用した器具の構造上，器具そのものによる損傷とは考えられず原因は判らなかったが，この患者は結腸憩室症を有していたので，あるいはこの憩室が偶々炎症を起こしていてこのような事故を惹起したものかとも考え，現在憩室症を有する患者には浣腸指導は行っていない．Gabriel[8] も浣腸器のカテーテルによる腸穿孔の死亡例を8例報告している．このように人工肛門の浣腸は危険を伴うものであるので，指導は充分懇切に慎重に行うべきもので，特に理解力の乏しい高齢者は避けるべきであろう．

(3)　人工肛門装具の改善

人工肛門の装具は現在国内で容易に入手できるもだけでも70種類を超える．これらの中には，人工肛門患者の立場に立ち，かなり巧妙に作られた良質のものもあるが，明らかな短所を有し改善の余地を残しているものも多くあり，また小規模な生産の為か，かなり高価格になっているものも見受けられる．現在，人工肛門装具改善委員会においては，種々の観点より見て理想的な装具を開発する努力が続けられており，その成果が待たれる．

本来，人工肛門の装具は，それを使用する人の体形，生活環境により，あるいは同一人でも使用する場によりそれぞれ異った形態・性能を要求されるものであろう．この故に理想的な装具は数種類が必要で，その中から適宜選択して使用できるようにすべきである．

今1つ大切なことは，前述の装具についてのアンケートの回答にもあったごとく，新しい情報が人工肛門を持つ者へ常に達して，必要とする装具が容易に入手できるような体勢が要求されるのである．この為にも現在各地にある人工肛門患者の組織を一層発展させるべく努力が望まれるが，一方医療機関においても，人工肛門の After Care を担当する部門や医療従事者を用意すべき時はすでに来ているのである．

V. まとめ

(1)　人工肛門の After Care は今後その必要性が大きくなると思われる．

(2)　151名のアンテート調査によれば，人工肛門患者の愁訴は，放屁臭・便臭，排便回数の調節，装具に対する不満，便の性状の調節，さらにはこれらの苦痛の総合された，人前に出る時恥しい，と言ったものが主要なものであった．

(3)　解決策としては

①　食事療法を具体的に確立する．

②　浣腸を指導し，排便・排ガスの調節をする．但し，腸穿孔の危険があるので充分慎重に行う必要がある．

③　理想的装具の開発をし，その情報を患者に行きわたらせる．

稿を終るにあたり，ご高閲を賜った今永一総長，ならびにご協力を得た看護科諸姉，健心友の会・友起会の諸氏に深謝する．

なお本研究の一部は厚生省がん研究助成金によった．

文　献

1) 笠川恒夫：人工肛門の術後愁訴．外科治療，**24**：529—537，1971.
2) 吉雄敏文 ほか：人工肛門の機能とアフターケア．外科，**37**：353—359，1975.
3) Mazier, W.P. et al.: Effective Colostomy S.G.O. **142**: 905—909, 1976.
4) 鈴木義雄ほか：人工肛門の諸問題—人工肛門患者の愁訴とリハビリテーション—．外科，**34**：1277—1284，1972.
5) 仲野房子ほか：人工肛門造設患者退院後の実態調査—浣腸に関して，愛知県がんセンター看護研究集録，**3**：68—72，1976.
6) 中川原儀三：直腸癌の術後愁訴について，とくに人工肛門患者の愁訴．手術，**29**：269—272，1975.
7) MacLeod, J.H.: Colostomy Irrigation—A Transatlantic Controversy. Dis. Colon & Rect. **15**: 357—360, 1972.
8) Gabriel, W.B.: Discussion of the management of permanent colostomy. Proc. R. Soc. Med. **38**: 692—694, 1945.