日消外会誌　10（2）：212～217，1977年

特集 4*

人工肛門とその After Care

東京慈恵会医科大学第1外科
穴沢　貞夫　　鈴木　正彌　　立原　慶徳
五藤　　仁　　綿貫　　喆

AFTER CARE OF THE COLOSTOMY PATIENT

Sadao ANAZAWA, Masaya SUZUKI, Yoshinori TACHIHARA, Hitoshi GOTO and Tetsu WATANUKI
The First Department of Surgery, Jikei University, School of Medicine

索引用語　Irrigation, Natural Evacuation, Skin level and Protruding Colostomy, Location of colostomy, Colostomy Care,

緒　言

近年大腸疾患および骨盤内臓器腫瘍などにより人工肛門造設を余儀なくされる症例は増加の一途をたどっている．これら人工肛門患者に対する After Care は，今まで，とかくないがしろにされていた傾向が強く今後われわれ外科医に荷せられた大きな課題が1つである．今回われわれはこれら人工肛門患者の愁訴の実態調査にもとずいた After Care の問題点とその対策について報告する．

調査対象および調査方法

調査対象は教室のストーマクラブ「御成門会」会員61名，その他17名計78名である．全て colostoma であり，ileostoma はその After Care の特殊性などから一応今回の調査対象より除外した．調査方法は郵送によるアンケート調査によったが，このうち47名は外来にて直接面接しさらに詳しい調査を行った．

調査結果

1）人工肛門患者の愁訴の実態

表1は患者の愁訴を列挙したものである．全く不便を感じないものは2名にすぎず76名（97.4%）は人工肛門に伴う何らかの愁訴を有していた．このうちa）よりh）までは排便のコントロールとその処理に関するもので，生活，食事指導などを含む人工肛門の Management に関する問題で最も高い頻度を占める．g）以下は人工肛門の造設時の術式にかかわる問題で不用意な人工肛門造設が如何に患者を悩ませるかを示すものであろう．この中でk），l）は患者の大部分で行われた直腸切断術に附随するものである．m）その他としては，「入浴」に関するものが最も高い頻度を占めた．

表1　人工肛門患者の愁訴

全く不便を感じない	2（2.6%）
不便を感じる	76（97.4%）
a）便通不定	32（42.1%）
b）便の性状不定	15（19.7%）
c）臭　気	49（64.5%）
d）下　痢	51（67.1%）
e）夜中便	20（26.3%）
f）皮膚のただれ	29（38.2%）
g）痛　み	17（22.4%）
h）出　血	34（44.7%）
i）粘膜脱出	5（6.6%）
j）位置が悪い	20（26.3%）
k）性生活	10（13.2%）
l）排尿障害	7（9.2%）
m）その他	5（6.6%）

2）排便のコントロールとその処置

表2は患者の排便状態を示したものである．まずイ），ロ）の如く約半数が食事や薬剤により便の性状や便臭をコントロールする工夫している状況のもとでの，ハ）一日の排便回数は3回以上のものが61.5%，ニ）排便時間は65.4%が不定時排便で，ホ）便の性状は処置に不便な

* 第9回日消外総会シンポⅡ
人工肛門とその After Care.

表2　排便状態（78名）

イ）便の性状を変える工夫

薬で行っている	食餌で行っている
20 (25.6%)	31 (39.7%)

ロ）便臭を少くする工夫

行っている　37 (47.4%)

ハ）1日の排便回数

1回以下	1回	2回	3回	4回	5回	6回以上	不定	計
5 (6.4%)	5 (6.4%)	20 (25.6%)	15 (19.2%)	13 (16.7%)	4 (5.1%)	11 (14.1%)	5 (6.4%)	78

61.5%

ニ）排便時間

定時	不定時	計
27 (34.6%)	51 (65.4%)	78

ホ）便の性状

硬便	普通便	軟便	下痢便	水様便	不定便	計
23 (29.4%)	25 (32.1%)	20 (25.6%)	0	0	10 (12.8%)	78

ヘ）下痢の頻度

なし	1カ月1度以上	3カ月1度以上	6カ月1度以上	1年に1度以上	数年に1度以上	計
23 (29.5%)	25 (32.1%)	5 (6.4%)	3 (3.8%)	10 (12.9%)	12 (15.4%)	78

ト）排便感

有	無	計
59 (75.6%)	19 (24.4%)	78

チ）皮膚のただれ

常にある	時々ある	全くない	計
5 (6.4%)	48 (61.5%)	25 (32.1%)	78

53 (67.9%)

軟便と不定便があわせて38.4%に達した．ヘ）下痢の頻度は1カ月1度以上が32.1%もあり，ト）排便感は75.6%が有していたがほとんどは腸のぜん動感と人工肛門部の痛みとして自覚され，愁訴とはなっても排便のコントロールに役立ったものは少なかった．チ）皮膚のただれは67.9%が経験していたがこれらの多くは下痢便と不適正な装具によるものが大部分であった．以上のような排便状況は食事や薬剤による便や便臭のコントロールが半数以上に行われている状況下のものであり，自然排便法による排便のコントロールの困難性が痛感された．これら排便に伴う愁訴を解決する手段としてわれわれも浣腸療法の有効性を認め現在まで22名に指導を行い概して良好な結果を得ている．しかし種々の理由で中止し自然排便法にもどったものが30%近くもあり，このような者に対してはよりよい装具を与えるほかはない．装具の使用状況は**表3**のA）に示すごとく，現在最も広くゆきわたっていると思われる接着嚢は57.7%と半数以上が使用しており，その割合も年々増加している．しかし自家製装具を使用しているものがあわせて25.6%にも達し，このことはB）に示すごとく既存の装具に不満とのべたものが88.5%にも達したこととあわせて装具の改良開発が今後の大きな課題として検討されなければならない事をも

表3　人工肛門装具について

A）装具の使用状況（78例）
（1人で2種類以上の装具を使用しているものもいる）

I）ドライ用　全て自家製……14（17.9%）
II）ウェット用
1）永久用
a）三品結合型（バック＋リング＋ベルト）
市　販……24（30.8%）
自家製……4（5.1%）
b）二品結合型（バック＋リング）……2（2.6%）
c）二品結合ベルト型
バック・リング＋ベルト
バック＋リング・ベルト
……2（2.6%）
d）ユニット型……自家製……2（2.6%）
2）臨時用　接着嚢　45（57.7%）
（装具分類は阪大2外・進藤による）

B）装具に対する要望（78例）
既存の装具に満足……9（11.5%）
既存の装具に不満……69（88.5%）

C）1カ月当り装具にかかる費用（47例）

1000円以下	3000円マデ	5000円マデ	10000円マデ	10000円以上	計
12 (25.5%)	12 (25.5%)	14 (29.8%)	7 (14.9%)	2 (4.3%)	47

51.0%

のがたっている．さらにC）の装具に要する費用は1カ月3,000円以下のものが半数を占め かなりの患者において装具の選択がその性能の面からではなく経済性の面から行われていることがうかがわれた．また患者の装具やAfter Care に関する知識についての情報不足も深刻でこの様な情報の伝達手段としての「ストーマクラブ」の役割は大きい．**表4**は患者の術後の就労状況を示したものであるが，男性のみに限っていえば術前の仕事に完全に復帰できたものは39.6%にすぎず残り60%の完全復帰を妨げている理由は排便のコントロール不全によるものが大部分であり，排便のコントロールについては少くとも退院までにある程度の自信を得させるよう術後指導を行わなければならないと思われた．

表　4

術後就労状況（術前就労していた73名について）

	男　性	女　性	計
術後完全復帰	19（39.6%）	20（80%）	39（53.4%）
不完全復帰	25（52.1%）	5（20%）	30（41.1%）
就労不能	4（8.3%）	0	4（5.5%）
計	48	25	73

旅　行（78名）

行　く	できるだけ行かない（あるいは全く行かない）	計
23 (29.5%)	55 (70.5%)	78

3）性機能障害，排尿障害などの After Care

表5は性機能障害と排尿障害を示したものである．これらの頻度は**表1**に示したアンケート調査の結果にくら

表5　性生活および排尿障害

性生活（直接問診した47例について）

（男性）31　術前性生活　有25（80.6%）
術前性生活　無　6（19.4%）
勃　起　不　全13（52.0%）
射　精　不　全　8（32.0%）
オルガスムス消失　5（20.0%）

（女性）16　術前性生活　有10（62.5%）
術前性生活　無　6（37.5%）
術後性生活　有　7（70.0%）
術後性生活　無　3（30.0%）

排尿障害（47例）

排尿障害　有	排尿障害　無
29.0%	71.0%

表6　人工肛門の状態（47名）

イ）形

突　出	平　坦	陥　凹	計
36 (76.6%)	9 (19.1%)	2 (4.3%)	47

ロ）大きさ（直径）

2cmマデ	3cmマデ	4cmマデ	5cmマデ	5cm以上	計
2 (4.3%)	28 (55.3%)	15 (31.9%)	3 (6.4%)	1 (2.1%)	47

59.6%

ハ）肛門の内径

小指入らない	小指入る	示指入る	拇指入る	計
16 (34.0%)	9 (19.1%)	18 (38.3%)	4 (8.5%)	47

53.1%

ニ）皮膚のかぶれ

有	無	計
8 (17.0%)	39 (83.0%)	47

ホ）位置・便・不便

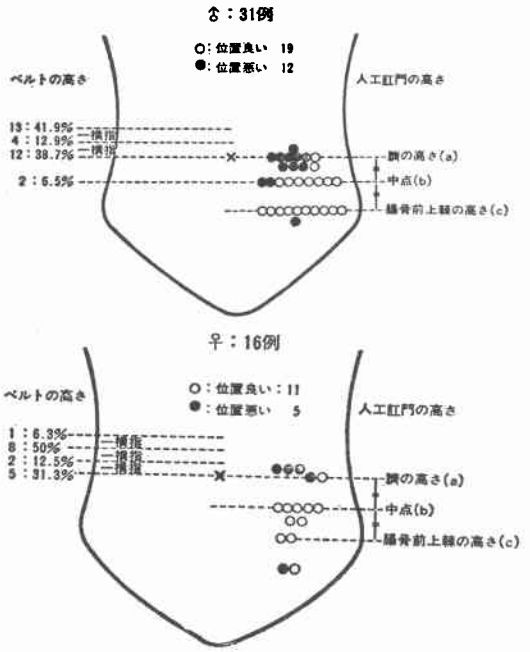
便	不　便	計
30 (63.8%)	17 (36.2%)	47

べ直問診するとはるかに高くなる．この両者は最もリハビリテーションの困難性の高いものとして今後に残された大きな問題の一つである．

4）人工肛門の術式からみた愁訴の検討

表6は外来で直接面接した47名の人工肛門の状態を示したものである．イ）形は突出型が多く（76.6%），ロ）直径は3cmまでが59.6%とかなりの頻度で萎縮を来している．ハ）人工肛門内径は小指以下のものが53.1%と狭窄の頻度が高い．この様な術後狭窄の反省に立ちわれわれは最近教室の標準術式としてEversion Methodを採用し良効な結果を得ている．次にニ）皮膚のかぶれは「有り」が17%であり，ある一時点の観察としてはかなりの高い頻度といわなければならない．ホ）人工肛門の位置は36.2%が不便と訴えていた．これを詳細に検討すると**図1**の如く，男女によりやや様相を異にするも，臍

図1　人工肛門の位置



の高さ（a）以上と腸骨前上棘の高さ（b）以下のものはベルトとの関係，装具の装着などの点により好ましくなく，結論としてb（aとcの中点）とcの間に選定するのが最も無難と思われた．また人工肛門を平坦型とするか突出型にするかについては，**表7**の如く，i）粘膜損傷という面からみても突出型41.7%，平坦型66.7%と平坦型がまさるという成績ではない．ii）ドライ用装具

表7　人工肛門の形と粘膜損傷

形状	症例数	出血例
突出	36 (76.6%)	15 (41.7%)
平坦	9 (19.1%)	6 (66.7%)
陥凹	2 (4.3%)	0 (0 %)
計	47	21 (45.2%)

が完全に使い切れる排便状況にあるものは少なく，そうであれば平坦型にする必要性は必ずしもない．iii）軟便ないし下痢便時には突出型の方が装具の選択性の幅が広い．などの理由でわれわれは0.5cm程度は突出させる様にこころがけている．

5）人工肛門造設の精神的心理的影響

表8は人工肛門造設が患者に与えた精神的心理的影響をみたものである．イ），ロ），ハ）に示すごとくこのような手術を受けざるを得なかった理解とあきらめによ

表8　人工肛門による影響

イ）現在の生活に満足しているか否か

満足	ほぼ満足	不満	計
35 (44.9%)	28 (35.9%)	15 (19.2%)	78

80.8%

ロ）人工肛門に対し不安感を持つか

不安ない	不安多少ある	不安ある	計
40 (51.3%)	13 (16.7%)	25 (32.1%)	78

48.8%

ハ）社会生活に対する自信の有無

有	無	計
58 (74.4%)	20 (25.6%)	78

ニ）社会復帰に対する自信を得るに要した時間

最初からあった	1カ月	3カ月	6カ月	1年	2年以上	計
17 (21.8%)	8 (10.3%) (32.1%)	8 (10.3%) (42.4%)	8 (10.3%) (52.7%)	22 (28.2%) (80.9%)	15 (19.2%) (100%)	78

57.7%

ホ）最も自信を失ったり，不安感が強かったとき

特になかった	入院中	退院直後	その他	計
30 (38.5%)	3 (3.8%)	35 (44.9%)	10 (12.8%)	78

ヘ）人工肛門をかくしているか否か

かくしている	強いてはいわない	かくさない	計
18 (23.1%)	30 (38.5%)	30 (38.5%)	78

61.6%

り，人工肛門を持つ現在の状態を受け入れ，多少の不安を持ちながらもある程度まで社会生活に自信を得ているというのが大部分の患者の姿であろう．ニ）のごとく約半数が社会復帰に対する自信を得るために半年以上を要し，ホ）のごとく44.9%と半数近くが退院直後に不安感をおぼえている．これは入院中の After Care が必ずしも十分でなかったことを示しているものと思われる．排便のコントロールに関しては入院から退院後へスムーズに移行させ社会復帰をはやめるという点で浣腸療法は有効な手段と思われた．最後のヘ）の人工肛門に対して，「かくしている」「強いては云わない」が合せて61.5%に達し，かなりの者が人工肛門を知られたくないという願望を持っているようである．このことは人工肛門に対する社会一般の理解度が患者にとってまだまだ十分でないことを示しているようである．

考　案

以上人工肛門患者の愁訴を中心に After Care の問題点につき検討した．よりよい After Care を行う前提としてわれわれ外科医は，management しやすく愁訴の少ない人工肛門造設の術式を選択施行しなければならない．われわれは前述の理由で

1) 「位置」は結腸左半の場合，臍と腸骨前上棘の高さの中点以下で，腸骨前上棘の高さ以上の間に作る．

2) 術式は簡便で術後狭窄が少ない Eversion Method とする．

3) 人工肛門の形は0.5cm 程度は突出させ，完全な skin level としない．の3点を原則としている．

次に After Care の中心となるべき排便のコントロールとその処置に関しては，自然排便法によるコントロールの困難性にかんかみ，高齢者や特殊な疾患（潰瘍性大腸炎やポリポージス）を除いて原則として全ての患者に浣腸療法を指導している．教室における経験では，洗滌時間，洗滌液の量，カテーテルや装具の工夫などにより全体の90%は浣腸療法による効果が期待できるという印象を得ている．しかし浣腸療法は見方によってはかなり乱暴な方法でいわば人工的な下痢を連日惹起させているようなものであり，長期的にみて連日の洗滌による刺激が腸粘膜に何らかの影響をおよぼすのではないかという事が懸念される．しかし1927年に Lockhart-Mummery が浣腸療法を提唱してからすでに約半世紀たっが，その間わずかに1945年に Gabriel が，1) 自然排便法で十分コントロール可能，2) 浣腸療法そのものが危険，3) 粘膜に対し害がある，との理由で反対論を述べている以外に目立った反対論は少く，長期間の浣腸療法の弊害を指摘したものはほとんどない．特に最近の欧米の文献では賛成論が圧倒的であり，さしたる懸念を持つほどのことはないのかもしれない．しかしいずれにしても便利さにかこつけ多量の洗滌液で頻回に洗滌することはさけるべきであろう．浣腸療法指導後にこれを継続するか否かは患者自身の判断にまかされるわけであるが，浣腸療法の効果がわかりつつ種々の理由でこれを中止し自然排便法にもどるものも少なからずいる．すなわち「時間がかかる」「めんどう」「適当な場所がない」「冬期には寒い」「家族がいやがる」などの理由であり，浣腸療法の継続には患者をとりかこむ家庭的社会的条件がそなわっていることが必要と思われる．一方自然排便法にたよらざるを得ないに者では従来のように食事や薬剤による排便のコントロールではおのずと限界があり，その生活の質と幅を広げるには装具によって補うほかはないと思われる．最近欧米製の性能の良い装具も比較的たやすく手に入るようになり，また国内の装具メーカーも製品の改良開発に進歩が著しい．しかし残念ながらすべての患者の要望に応え得るあらゆる種類の排便状態に適合できる装具は未だ開発されてない．装具に対する患者の関心は高く種々の要望がある．これらユーザー（患者）側の意見をメーカー側に伝える義務をはたすためにもわれわれ外科医はもっと装具の問題に関心を持つべきであろう．

以上排便のコントロールの After Care を中心に述べたが，当然のことながら排便の問題だけが After Care のすべてではない．このほか性機能障害，排尿障害などの問題は現在までほとんど手つかず放置されている．これらの解決は容易ではなく基本的にはそれぞれの専門医にまかすほかはないが，われわれがそれらの愁訴に無関心であってよかろうはずはない．外科医はその手術を行った責任上その患者の生涯において After Care を継続する義務があり，患者もまたそれを望んでいる．個々の愁訴についてそれぞれの事情に応じたきめのこまかい息の長い After Care を行うことにより患者の悩みに総合的に対処することが必要である．

文　献

1) Amdrup, E., et al.: Colostomy Care: Natural Evacuation or Irrigation?. Am. J. Dig. Dis., **12**: 747—748, 1967.
2) Benjamin, D.: The Triad of Colostomy Care. Am. J. Surg., **30**: 127—128, 1954.
3) Campbell, F.B.: The Colostomy Care, Its Reconstruction and Care. J.A.M.A., **146**:

93—96, 1951.
4) Green, E.W.: Colostomy and Their Complication. S.G.O., **127**: 1230—1232, 1966.
5) Katona, E.A.: Learning Colostomy Control. Am. J. Nurs., **67**: 534—541, 1967.
6) 小平　正：人工肛門の術式とその適応．外科治療，**24**：522—528，1971.
7) 牧野永城：人工肛門の手術と管理．臨床外科，**27**：503—508，1972.
8) Samp, R.T., et al.: The Result of a Questionnaire Survey of Colostomy Patient. S.G.O., **118**: 491—499, 1957.
9) 宍戸仙太郎：直腸肛門領域に関連した泌尿科的諸問題．日本大腸肛門会誌，**22**：11—21，1969.
10) 鈴木義雄 他：人工肛門患者の愁訴のリハビリテーション．外科，**34**：1277—1284，1972.
11) 進藤勝久：ストマリハビリテーション．メディカルフレンド社，東京，1974.