



緊急ストーマ造設“前後”の ストーマケア



帯刀 朋代 先生

皮膚・排泄ケア認定看護師 病棟主任

整形外科・形成外科・救命医学科・臨床検査科混合病棟 勤務

ご略歴 2000年 ――― 愛国高等学校 衛生看護専攻科卒業
2008年 ――― 皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得
2011年4月 ― 米国MD Anderson Cancer Centerへ留学
（～2011年5月）
2018年 ――― 法政大学キャリアデザイン学部学士課程
（キャリアデザイン学学士取得）
2022年 ――― 神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科
修士課程（公衆衛生学修士取得）

1. はじめに

本稿では、緊急ストーマ造設の術前から術直後のストーマに関するケアについて紹介します。患者がある程度回復し、セルフケアが開始される時期のケアについては紙面の都合があることから他に譲ります。

緊急手術で造設されたストーマは身体的な準備不足と良好とはいえない全身状態から合併症を発症する場合も少なくなく、臨床現場の看護師にとっては難渋するケアの一つと言えます。本稿が皆さんの臨床に少しでも役立つ何かを提供できればうれしいです。

2. 緊急ストーマ造設を要する疾患

緊急ストーマ造設を要する状態としては、穿孔・腸管の閉塞/虚血/壊死・腸重積・結腸軸捻転・膿瘍・出血などがあります。その原因疾患には、がん（結腸・小腸・肛門管・子宮・卵巣・前立腺・膀胱など）・クローン病・潰瘍性大腸炎・腸間膜動脈閉塞症・非閉塞性腸管虚血などがあります。

緊急腹部手術の合併症は、在院死に至るものが14%と高く、外科的合併症としても手術部位感染（surgical site infection；SSI）、吻合部漏出、ストーマ合併症、筋膜裂開などがあります。これらの合併症のいずれかまたはいくつかが発症していた患者は33%に上るとされています。また別の報告では大腸がんで穿孔を起こした患者は在院死で15.8%（3/19名）となり、40%（8/19名）に合併症が発生、そのうち7名にSSIが発生していたとの報告があります。こうした高い在院死率に至る重篤な状態の患者の多くはクリティカルケアユニットでの治療が必要不可欠であります、クリティカルケア看護師はストーマケアを行う機会が少ないため、ストーマケアはより一層難渋します。

■参考資料 Aicher BO, Betancourt-Ramirez A, Grossman MD, et al. Validation of the American Association for the Surgery of Trauma Emergency General : Surgery Grading System for Colorectal Resection: An EAST Multicenter Study. The American Surgeon. 2022;88(5):953-958. doi:10.1177/0003134820960022
成井一隆, 池秀之, 窪田徹, 山田六平, 林勉, 木村万里子, ... & 佐藤渉. (2010). 穿孔により汎発性腹膜炎を起こした大腸癌の検討. 日本腹部救急医学会雑誌, 30(6), 793-797。

3. 緊急ストーマ造設術の術前のケア

緊急ストーマ造設の術前のケアとしては、ストーマサイトマーキングの実施が念頭に上がります。しかし、急激に発症した病は強い腹痛をはじめとする腹部症状を伴っている場合が多く、ベッドサイドに初めて訪問し「初めまして、ではさっそく人工肛門をどこに作るというかマークをつけていきます」というわけにはいきません。自部署の患者さんに介入する場合も他部署であるクリティカルケアユニットの患者に介入する場合においても、一番初めに行うことは、患者さんの置かれている状況を患者さん自身がどのようにとらえているかを可能な限り把握することです。今からすぐに手術を受けなくてはならない、がんなどの未知だった病気に罹患している可能性がある、経験したことがないほどの痛みがあるなど多量の危機に迫られている患者さんに、私たちストーマケアを担う看護師が新たな危機をもたらす存在とならないことが重要です。そのためには、会話が可能なか、こちらの説明を聞く余裕があるか、体を指示の通りに動かすことが可能なかといった身体的・精神的状況をアセスメントしてケアを行います。

危機に置かれていることを自覚し、口にすることができているのであれば、あなたに危機が迫っている状況なのですね、とありのまま受け止め、何かできることはあるかと尋ねます。たったそれだけのことしかできないことも少なくないでしょう。緊急性によっては即時手術室への入室を行う場合もあり、術前のケアが提供できる時間は患者ごとに異なるからです。ストーマサイトマーキングが行えない場合もあります。したがってこの時間で行う重要なことは、術者と情報共有を行うことに尽きます。

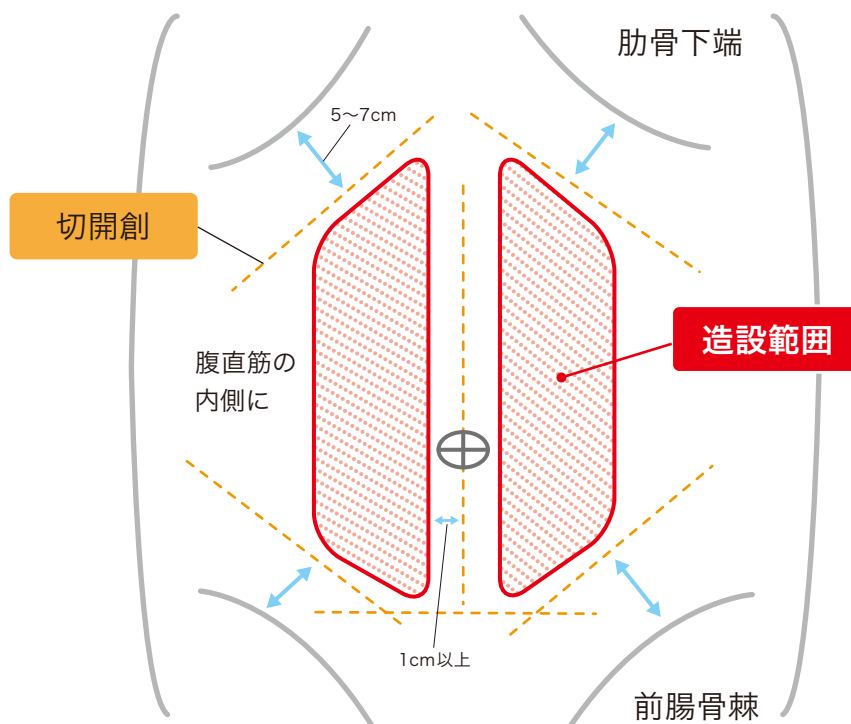
私自身が術者に伝えていることは、下記の3つのポイントです。

ストーマの
造設位置は

- ①肋骨弓と前腸骨棘の位置から5～7cm（3横指程度）離してもらう
- ②手術創とドレーン創から1cm以上は離してもらう
- ③腹直筋の内側に

筆者の経験では1cmの距離があれば、創部感染などで浸出液が増加していない限り24時間装具の貼付をもたせられる可能性が高まります。①～③を満たす範囲について図を参照ください。病変部が開腹するまでわからず、どの腸管にストーマを造設できるかも不明確なまま手術が開始される場合が少なくないからこそ、術者に術後の管理のしやすさとしてのストーマ造設位置の重要性について術前に共有しておきます。

■【図1】緊急時のストーマサイトマーキング



4. 緊急ストーマ造設術の術直後のケア

ストーマ造設術の帰室直後に確認したいことは、装具が密着しているかということです。必ずしも平日の日中に行われない緊急手術では、手術室看護師もストーマ造設に立ち会った経験が豊富とは限りません。また、術者も極度の緊張感の中で行った手術の最後に貼付する装具をきっちり貼るということが困難と推察される状況があり、貼付した面板にしわが寄っている、ストーマに面板が覆いかぶさっているなど装具が密着していない場合もしばしば経験します。術直後から排泄物が排出されないと予測される場合は、それでも翌日まで経過を見ることはできますが、排泄物による周囲の創部の汚染を避けるためには、術直後に貼付した面板が密着していない場合には可及的速やかに装具交換を実施します。

次に、ストーマ造設術直後の時期はストーマの成熟を促す時期です。合併症の早期発見に努めるとともに、癒合を促進します。そのためにストーマ装具に求める条件としては、緩衝能の有した皮膚保護材を使用した面板であること、ストーマ粘膜皮膚接合部に過度のテンションをかけることなく密着できること、透明のストーマ袋が挙げられます。二品系を選択する場合は、浮動型装具を選択します。近年は軟

性凸面が相次いでリリースされていますが、筆者は緊急手術では腹壁の形状変化や腸管の浮腫などが一刻一刻と変化するため、薄くて柔らかい平面装具を選択しています。

ホリスター社ではモデルマフレックスSF ロックンロールかモデルマフレックスSF ロックンロールオーバルが候補となります。ダンサック社ではノバライフ1 TRE™、ノバライフ1 TRE™ マキシ、ノバライフ1、ノバライフ1 マキシ、ノバ1 フォールドアップ、ノバ1 マキシ フォールドアップが選択肢となります。いずれの装具も薄くて追従性が高いため、術後に腹壁が緊満して張っていても貼付しやすいという特徴があります。写真①のように、ストーマ近傍に設けられた創部と凹凸に対しても密着度を強化することができます(写真②は貼付翌日に剥がした装具の面板)。また、いずれの装具も7cmを超えるストーマでも使用することができ、浮腫によるストーマサイズの変化が大きい時期に選択しやすいです。加えて、ノバライフ1は初孔が面板の上方にあいています。そのため、ストーマケアに不慣れなスタッフも創部に面板がかからないように貼付するといった小技が使いやすくなっています。



発生が想定されるストーマ合併症としては、感染・壊死・粘膜皮膚離開・閉塞・出血・脱出・狭窄・傍ストーマヘルニア・陥凹・瘻孔で待機手術に比べると重症度も高くなるという報告(表)があります。術直後で特に注意するのは、出血、壊死、感染、粘膜皮膚離開、瘻孔が想定されます。出血の判断は誰にも難しくありませんが、色調変化を伴う壊死や炎症反応が先行する感染などは、その前兆を見逃さずに医師や皮膚・排泄ケア認定看護師に相談することが期待されます。また、緊急手術では手術創感染もしばしば発生することから、感染創からの多量の浸出液が、ストーマ装具の安定した貼付を外的に損なうこともあります。ストーマだけではなく、腹壁全体を捉えることが重要であると同時に、全体の状況を加味して装具の交換間隔の見直しを行います。排泄物が漏れることで、他の創部の感染を誘発する危険性があるため、漏れることなく管理を継続するためには24時間の安定した貼付が最低限のラインです。24時間未満で交換を要する場合は、コスト負担が倍増するだけでなく、人的配置が少なくなる夜勤帯で装具交換に対応しなければならないため、現場の負担が増大します。また、夜勤帯の焦った気持ちで貼付する装具は短時間で漏れることが多いと感じます。経験上、近接部1cmをきっちり貼付できれば24時間もたせられると考えており、いかにこの1cmを作るかが腕の見せ所であると同時に、皆さんも頻回な漏れを起こすような難渋するケースでは、この“1cmをきっちり貼付する”をキーワードに貼付方法を検討していただきたいです。このような場合ストーマ粘膜皮膚接合に問題がなければ、積極的に軟性凸面の使用を検討することもお勧めです。

【図2】CTCAE version 4.0におけるストーマ合併症の用語の定義とグレート分類

	定義	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
各グレードの原則		軽症： 症状がない、または軽度の症状がある：臨床所見または検査所見のみ：治療を要さない。	中等症： 最小限、局所的、非侵襲的治療を要する：年齢相応の身の回り以外の日常生活動作の制限。	重症または医学的に重大であるが、ただちに生命を脅かすものではない：入院または入院期間の延長を要する：活動不能、動作不能：身の回りの日常生活動作の制限。	生命を脅かす：緊急処置を要する。	死亡
ストーマ部感染 Stoma site infection	ストーマの感染	限局性、局所的処置を要する。	内服治療を要する。（例：抗菌薬／抗真菌薬／抗ウイルス薬）	抗菌薬、抗真菌薬、抗ウイルス薬の静脈投与による治療を要する。IVRによる処置または外科的処置を要する。	生命を脅かす：緊急処置を要する。	死亡
消化管ストーマ壊死 Gastrointestinal stoma necrosis	消化管ストーマに生じる壊死。		表層的な壊死：治療を要さない。	入院または待機的外科的処置を要する。	生命を脅かす：緊急処置を要する。	死亡
腸管ストーマ部漏出 Intestinal stoma leak	腸管ストーマからの内容物のリーク。	症状がない検査所見のみ：治療を要さない。	症状がある：内科的治療を要する。	高度の症状がある：IVRによる処置：内視鏡的処置：待機的外科的処置を要する	生命を脅かす：緊急の外科的処置を要する。	死亡
腸管ストーマ閉塞 Intestinal stoma obstruction	腸管ストーマからの正常な流出の途絶。		自然に軽快する：治療を要さない。	高度の症状がある：静脈内輸液、経管栄養、 ≥ 24 時間のTPNを要する：待機的外科的処置を要する。	生命を脅かす：緊急の外科的処置を要する。	死亡
腸管ストーマ部出血 Intestinal stoma site bleeding	腸管ストーマからの出血。	臨床所見で見られる軽度な出血：治療を要さない。	中等度の出血：内科的治療を要する。	高度の出血：輸血を要する：IVRによる処置：内視鏡的処置を要する。	生命を脅かす：緊急処置を要する。	死亡
腸管ストーマ脱出 Prolapse of intestinal stoma	腸管ストーマ腹壁表面からの突出。	症状がない：整復可能。	用手整復後の再発：局所の刺激感や排便リーク：ストーマ用品がフィットしにくい：身の回り以外の日常生活動作の制限。	高度の症状がある：待機的な外科的処置を要する：身の回りの日常生活動作の制限。	生命を脅かす：緊急の外科的処置を要する。	死亡
消化管ストーマ狭窄 Stenosis of gastrointestinal stoma	消化管ストーマの狭窄。		症状がある： < 24 時間の静脈内輸液を要する：ベッドサイドでの用手的拡張。	消化管機能に高度の変化：経管栄養またはTPN、入院を要する：待機的外科的処置を要する。	生命を脅かす：緊急の外科的処置を要する。	死亡

■参考資料 高橋賢一、舟山裕士、西條文人、徳村弘実、福島浩平、小川仁、... & 佐々木巖. (2011).

文献12)より改変引用.

III. 消化管ストーマ造設術後の合併症の分類と問題点. 日本大腸肛門病学会雑誌, 64(10), 853-859.

術直後のストーマケアを行うための最後のティップスは、特に重症患者でクリティカルケアユニットに入床している患者を想定していますが、治療方針を常に把握しておくということです。写真①の事例は、敗血症から急性呼吸窮迫症候群を引き起こし、腹臥位療法が開始されました。治療方法の追加や変更を把握できると、排泄口をどの方向にしておくか、排泄物が回収しやすいか、便性をやわらかくしてキャップ式でドレナージをかけた方がよいのかといった検討が腹臥位になる前に可能になります。これらの検討を行うまでの間は下敷きになった装具に手が届かず、現場が管理に難渋していました。ストーマケアを専門とする看護師は、クリティカルケアユニットで行われるあらゆる想定外の治療にストーマ管理が難渋することがないように、治療方針の把握はこまめに行いたいと改めて学んだ一例でした。

まとめ

緊急ストーマ造設前後のストーマケアについて、術前では術者とのコミュニケーションを行うこと、術直後でも刻々と変化していく治療方針の把握をこまめに行うことについて述べました。具体的な観察項目などの羅列は省略しましたが、緊急ストーマ造設の周術期管理では医師とのコミュニケーションが肝となる点について強調し、まとめとします。

※掲載内容は発行時点における情報です。

※この事例は特定の施設における取り組みを紹介するもので、すべての施設において同様の成果が得られることを示したものではありません。



発行元 **株式会社 ホリスター**

〒140-0002 東京都品川区東品川2-2-8 スフィアタワー天王洲21階

株式会社 ホリスター

フリーダイヤル **0120-032-950**

URL : www.hollister.co.jp

ダンサック

フリーダイヤル **0120-977-138**

URL : www.dansac.jp