

クローン病により発生した腸管皮膚瘻の管理に難渋した2事例の報告

JCHO 四日市羽津医療センター 看護部

櫻井亜沙子

JCHO 四日市羽津医療センター 消化器外科

下山貴寛、岩永孝雄、梅枝覚、山本隆行

【はじめに】

クローン病の腸管合併症には、狭窄、瘻孔、穿孔、膿瘍などがある。瘻孔は、腸管同士が繋がる内瘻と腸管と皮膚が繋がる外瘻（腸管皮膚瘻）がある。腸管皮膚瘻の治療は、内科的治療と相対的適応として外科的治療がある。内科的治療で効果が得られず、外科的治療を検討する場合では、再燃を繰り返すこともあり、手術の時期や適応、患者のQOLを見極めることが重要である。一方で再燃を繰り返し、治療への奏功性が乏しい難治例が存在する。腸管皮膚瘻は、あらかじめケアしやすい位置に造設するストーマとは異なり、管理に難渋することが多く、皮膚障害を伴いやすい。

今回、様々な理由から腸管皮膚瘻根治術の適応とはならず、回腸人工肛門と腸管皮膚瘻の管理を余儀なくされたクローン病患者の2事例に介入した。2事例とも腸管皮膚瘻からの排液が多く、周囲皮膚は炎症を伴い、安定した装具装着ができなかった。そのため退院後の生活に不安があり、患者のQOLは著しく低下していた。患者と相談しながらストーマ装具とケア方法を検討し、自己管理できるようになったため報告する。

I. 倫理的配慮

個人が特定できないように配慮し、患者本人に口頭で同意を得た。

II-1. 事例紹介

患者：50歳代男性

現病歴：クローン病発症の19年後、大腸型クローン病に伴う大腸閉塞と大腸穿孔で当院へ紹介とな

った。敗血症を伴うDIC（播種性血管内血液凝固症候群）を認めた。同日、結腸切除+回腸人工肛門造設術を施行した。術後皮膚正中創下に腸管皮膚瘻が発生し、腹腔ドレナージ+腹壁再縫合術を施行するが、瘻孔部は閉鎖せず唇状瘻となった。入院期間9カ月。

III-1. 腸管皮膚瘻の状態

腸管皮膚瘻は心窓部に位置し、右下腹部に回腸人工肛門がある。（図1）腹壁は柔らかく、腸管皮膚瘻に接する皺が左右にあり、周囲に炎症伴う皮膚障害が生じている。排液は水様性腸液であり、多い日は3000mlの排出がある。

IV-1. ケアの実際

- ①腸管皮膚瘻の周囲に板状皮膚保護材を貼付（図2）
- ②その上に用手成形皮膚保護材を皮膚の陥凹に合わせて貼付（図3）
- ③凸面のリング状の皮膚保護材を貼付（図4）
- ④装具の面板側に用手成形皮膚保護材をリング状に貼付（図5）
- ⑤腹壁に装具を貼付（図6）

V-1. 結果

患者が自己管理し、排液の漏れなく3日間の安定した貼付が可能となった。皮膚障害も改善した。（図7）

II-2. 事例紹介

患者：60歳代、男性

現病歴：52歳でクローン病発症。同年、右半結腸切除術を施行した。8年後には下行結腸に腸管皮

膚瘻の発生を認め、瘻孔切除+回腸人工肛門造設+結腸粘液瘻造設術を施行した。翌年、回腸人工肛門閉鎖術を施行したが、入院中に多発腸管皮膚瘻を合併し、再度回腸人工肛門造設術+小腸切除を施行した。術後、皮膚正中創下に腸管皮膚瘻が発生したが、排液量は少なく、自己管理ができていたため退院した。退院後、排液量の増加に伴い、腸管皮膚瘻周囲の皮膚障害の悪化や脱水などで入院を繰り返した。

III-2. 腸管皮膚瘻の状態

腸管皮膚瘻は、臍より少し頭側に位置し回腸人工肛門は右下腹部にある。(図8) 繰り返す炎症により皮膚は偽上皮腫性肥厚(PEH)と糜爛が生じている。退院時はストーマ外来でフォローしていたが、排液が多くなり漏れることで、装具を貼付せずガーゼを重ねるなどの自己判断で管理しており、皮膚障害が悪化した。

IV-2. ケアの実際

提案①モザイク貼り(図9)

用手成形皮膚保護材の片面のフィルムを剥がさず細かく貼付し、隙間に粉状皮膚保護剤を散布

提案②パウチング(図10)

窓付きの装具を貼付し、中にガーゼを入れ、頻回に交換

提案③軟膏

亜鉛華軟膏を塗布し、ガーゼを細目に交換する

最も皮膚障害の改善が見られたのはモザイク貼りであったが、退院後の自己管理は困難と判断した。パウチングは、患者が拒否され軟膏塗布での管理を希望したが、亜鉛華軟膏では効果が不十分であったため再検討した。

①粉状皮膚保護剤を散布し、ステロイド軟膏0.05%5g10本と白色ワセリン100gを混合した軟膏を塗布(図11)

②ガーゼをあて、回腸人工肛門の装具に装着したストーマベルトで固定(図12)

③パットをあて、ヘルニア補助ベルトで固定(図13)

V-2. 結果

患者の意向である軟膏塗布での管理を見直したケア方法は、頻回にガーゼ交換をし軟膏の重ね塗りも必要であった。しかし、患者の理解と同意が得られ、自宅での継続ケアが可能となった。皮膚障害は周囲からの上皮化が進み、改善を認めた。

(図14)

VI. 考察

ストーマ周囲の皮膚障害は、排泄物の付着に起因することが多い。便には消化酵素が含まれており、皮膚への化学的刺激となる。そのため、排泄物の接触を最小限とし、pHを緩衝して化学的刺激を低減することがストーマ周囲の皮膚障害の予防に繋がるとされている。¹⁾ 2事例は腸管皮膚瘻が発生した位置から空腸と皮膚の瘻孔があり、回腸人口肛門よりもアルカリ度を増した排液であった。さらに瘻孔は皮膚レベルであり、排液量が多く管理が不十分であった。そのため皮膚が浸軟し化学的刺激を受けやすい状況であり皮膚障害が悪化したと考える。

腸管皮膚瘻の管理では一般的なストーマケアとは異なり、予期せず発生し瘻孔部の粘膜はスキンレベルであることが多い。そのためストーマ装具が安定して装着できず、皮膚障害が発生する。皮膚障害も管理も含めたケア方法はどの施設も創意工夫がなされ、シリコンジェルシートや撥水性のクリームや創傷被覆材を使用するケースもある。この2事例でも試行錯誤しながら個別のケア方法を提案した。退院後に患者が自己管理できることを目指し何度も試案をした。1事例目は、退院後仕事復帰するためコストがかかっても漏れないケアを望まれた。2事例目は、退職後であり自己負担額をできるだけ少なくしたい、簡単な方法でないとできないと意向があった。それぞれの意向を確認しながら、皮膚障害を改善できるケアの提案をしたことで、退院後も自己管理ができるようになったと考える。

ストーマセルフケア状況が状況や性や年齢、皮膚障害の経験の有無に関わらず、退院後のストーマ保有者のQOLや不安に関与している。入院中

は、「基本的ストーマケア」、「社会に行ける行動」を重視した指導を行い、退院後も継続した支援・サポートを行うことにより、退院後のストーマ保有者の不安を軽減し、QOLを保つことができる可能性がある。²⁾ストーマ管理方法は、患者それぞれの生活から重要視することが異なるが漏れずに生活できること基本であり、それがなければ患者のQOLは維持できない。2事例では、皮膚障害の発生・悪化の経緯を辿ってしまったが退院までにストーマセルフケア確立したこと、不安の軽減には繋がったと考える。

【おわりに】

ストーマの周囲皮膚障害を予防するためには、早期の介入が重要である。ストーマの形状や周囲が装具を貼付できる範囲の平面が確保できるかを見極める。そして患者へ皮膚障害を発生させない管理方法や発生した場合の対応も指導することがストーマケアに関わる看護師の役割である。

管理では、入院中に看護師が実践するケアが適切であったとしても、退院後に継続できなければ有効なケアとは言えない。腸管皮膚瘻に限らず、ストーマケアは退院後の患者の生活や意向を聞き取り、患者と共に実践できるケア方法を考えることが重要である。また、クローラン病という難治性疾患を持つ患者にとって、腸管皮膚瘻などの合併症はいつ発症するか分からず、不安を抱えている。特に閉鎖が難しい腸管皮膚瘻では、瘻孔管理が患者の精神的・社会的・経済的負担となる。皮膚・排泄ケア特定認定看護師としてできることは、患者に寄り添い確かな知識と技術を提供することである。

【引用文献】

- 1) 日本社団法人日本創傷・オストミー・真剣管理学会編：スタンダードケア・シリーズ ストーマケア ガイドブック、照林社、p 206, 2024
- 2) 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌：第33巻、第3号、p 79、2017

【参考文献】

- 3) ストーマリハビリテーション講習会実行委員会編：ストーマリハビリテーション実践と倫理－第1版、金原出版、p 238～242, 2006
- 4) Calum C Lyon, Amanda J Smith 共著：ストーマとストーマ周囲皮膚炎 診断・治療アトラス、dansac, 2003, p 50～67
- 5) 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌：第19巻、第2号、p 85～88、2013

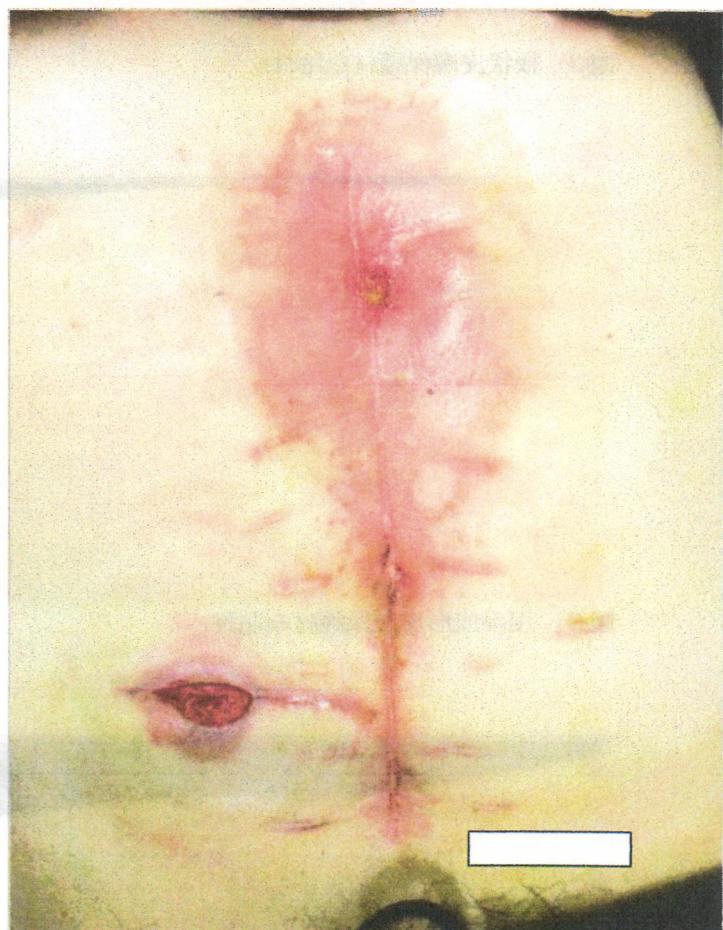


図1 連日の漏れで皮膚障害発生

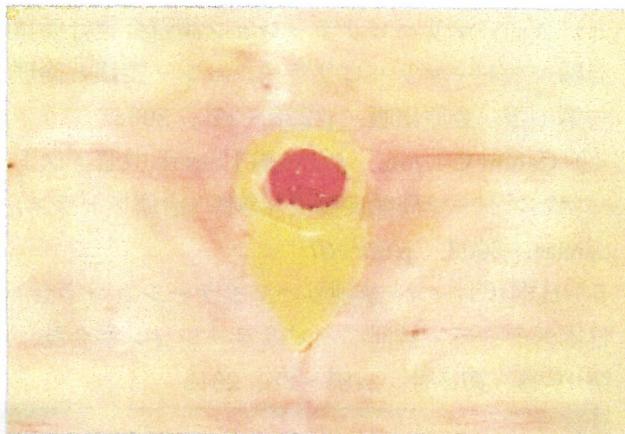


図2 板状皮膚保護材を貼付

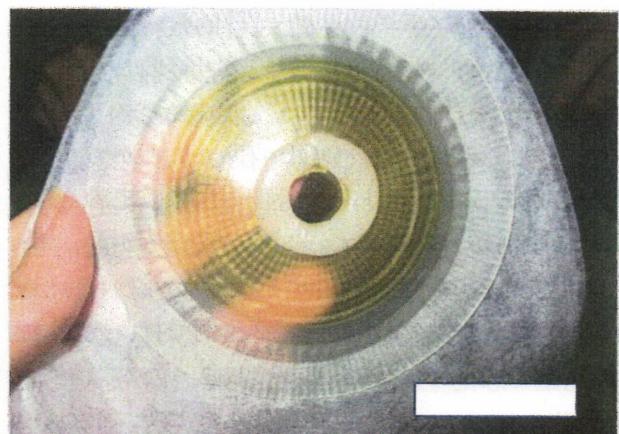


図5 面板に用手成形皮膚保護材を貼付

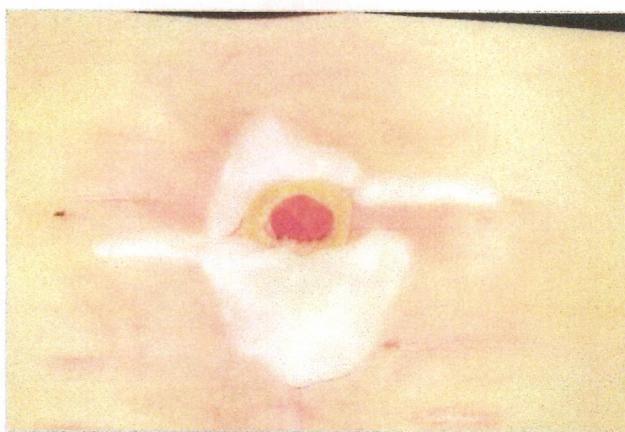


図3 用手成形皮膚保護材を貼付

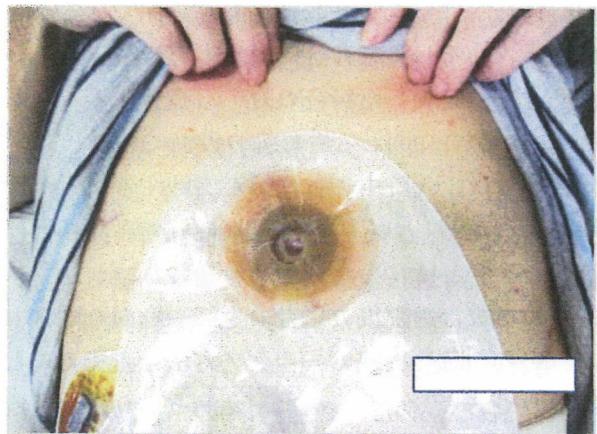


図6 腹壁に装具を貼付



図4 リング状板状皮膚保護材を貼付

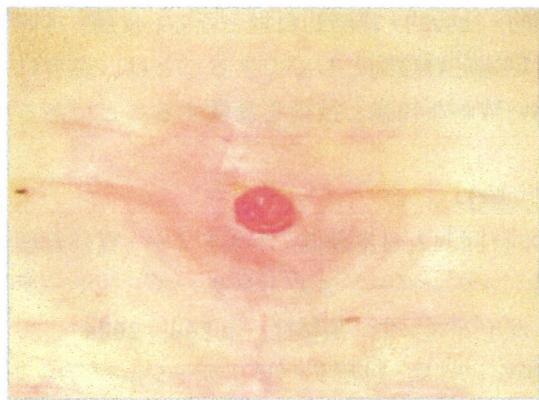


図7 皮膚障害改善

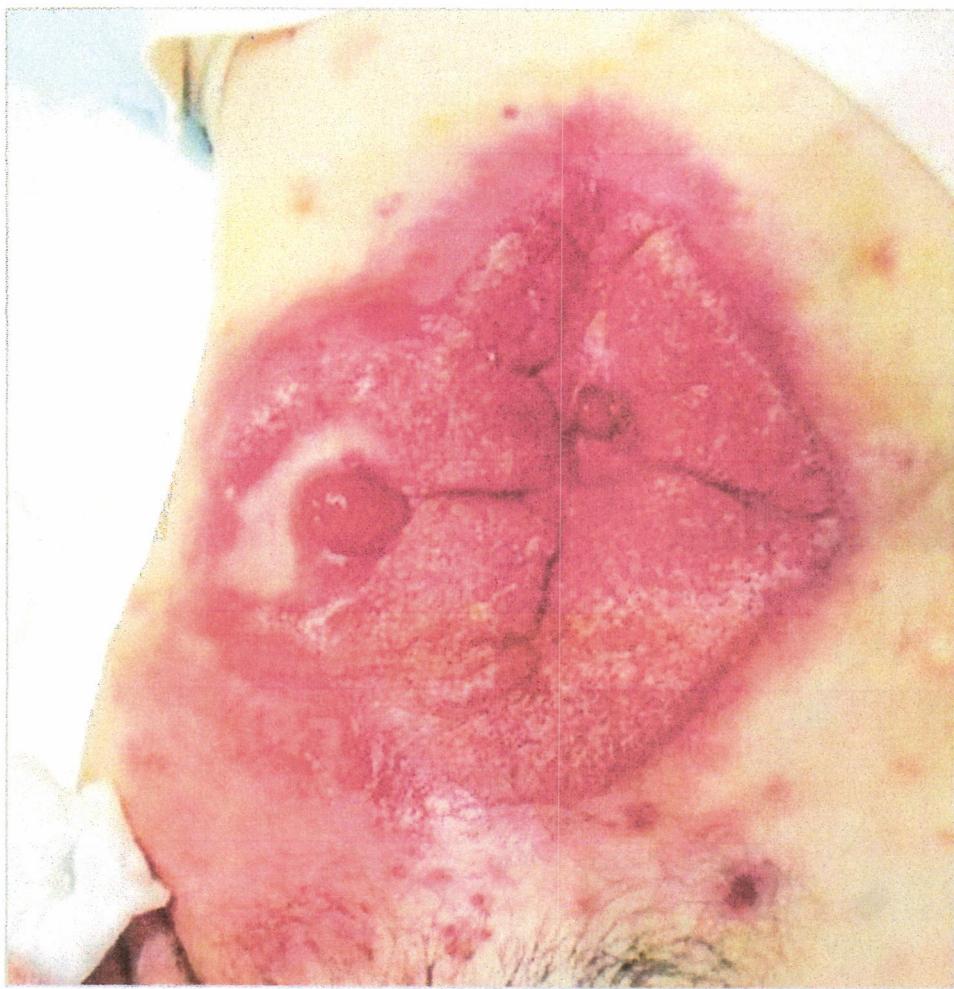


図8 皮膚の肥厚・膨隆・糜爛



図9 モザイク貼り



図10 パウチング



図 11 粉状皮膚保護材 + 軟膏



図 12 ストーマベルトでガーゼ固定



図 13 ヘルニア補助ベルトでパット固定



図 14 皮膚障害改善

9. "Two cases of challenging management of enterocutaneous fistula resulting from Crohn's disease"

Asako Sakurai

JCHO Yokkaichi Hazu Medical Center, nursing department

Takahiro Simomaya, Takao Iwanaga, Satoru Umegae, Takayuki Yamamoto

JCHO Yokkaichi Hazu Medical Center, Gastroenterological Surgery

Enterocutaneous fistula (ECF) resulting from a lesion is often difficult to manage. Here we report on two such cases for information-sharing purposes.

[Ethical considerations]

In making this report, we provided an explanation to the patients and obtained their consent.

[Case 1] Case 1 was a male in his 50s with Crohn's disease (onset in 20XX). Nineteen years after onset, an ECF formed near the jejunum after subtotal colectomy and ileostomy for large bowel obstruction. The fistula was located in the epigastric region and discharged 2000 ml of intestinal juice per day. At first numerous leakages occurred throughout the day even when using a pouch. However, the attachment was stabilized through efforts to improve the appliance, allowing for self-management by the patient.

[Case 2] Case 2 was a male in his 60s with Crohn's disease (onset in 20XX). In the year of onset, he underwent right hemicolectomy. Eight years later, an ECF formed in the descending colon. He underwent fistulectomy, ileostomy, and colostomy with mucous fistula, but the ECF recurred near the jejunum. Use of a pouch was attempted, but the attachment was unstable. Through repeated rounds of worsening and improvement of skin disorders, the patient was able to self-manage using gauze and ointments.

Key words : crohns disease, enterocutaneous fistula, skin disorders

