

前立腺全摘出術後の尿失禁に対する尿失禁外来での関わりについて

中3階病棟 ○野中郁恵 橋爪朋子 水廣素子

キーワード：尿失禁外来 継続看護 ペプロウ クリティカルパス

はじめに

前立腺全摘出術後には高頻度に尿失禁が発生し、手術直後には30%以上の患者に高度の尿失禁が認められるといわれている。平成19年の4月から10月までに当院で前立腺全摘出術を受けた患者は14名であり、そのうち退院時まで100g/日以上尿失禁を認めた症例は4例であった。尿失禁外来では、前立腺全摘出術パスを使用し、予定者全員に対して手術の理解と受け入れを確認し、術後合併症である尿失禁とその対応方法の指導を行っている。また、尿失禁量が多く日常生活に不便を感じる患者には骨盤底筋訓練の再指導や干渉低周波治療を行っている。患者と関わる中で、尿失禁は社会生活を制限する要因となり、QOL低下に大きな影響を及ぼすことが分かった。しかし、入院中に尿失禁がおき、退院後の生活に不安を感じたときに、尿失禁外来として介入するシステムが無く早期に対応できていないことが問題だと感じた。今回、前立腺全摘出術パス使用患者で、術後の尿失禁量が多く自尊心が低下した一人の患者が、現状を受け入れ管理する意欲を持てるようになった経過を振り返り、尿失禁外来の援助のあり方について考えたい。

I 研究方法

- 1 研究デザイン 事例研究
- 2 データ収集期間
尿失禁外来 7月6日
入院期間 7月9日から7月31日
尿失禁外来 8月10日から11月30日
- 3 データの分析方法
ペプロウの治療的対人的プロセスを参考に分析

II 事例紹介

患者：A氏 75歳男性 元臨床検査技師で
現在も週に一回管理者として勤務中

病名：前立腺癌

現病歴：

- H.19年3月頻尿と排尿困難で受診
- 5月11日前立腺生検
- 5月18日結果説明
- 5月31日治療方針説明

7月6日尿失禁外来受診

7月9日入院

7月11日前立腺全摘術施行

7月17日尿留置カテーテル抜去後より
尿失禁あり

7月20日尿失禁外来での治療開始

家族：妻、娘、娘婿との四人暮らし

III 看護の実施

1 外来手術前

7月6日、妻と共に来院。妻と同席してもらい尿失禁外来の個室にて、疾患と手術についてどの様に聞いているかを尋ねた。「尿が近くて受診したら、癌で手術をしないといけないと分かりまさかと思った。でも自分のことだし、頑張ります」穏やかに話す。術後合併症についてどのように説明を受けているか尋ねると、「尿漏れがあると聞きましたが自分はきっと大丈夫でしょ」「そう考えるようにしている」という反応であった。術後尿失禁は、骨盤底筋の筋力低下による腹圧性の尿失禁である事をわかりやすく説明すると「仕事をしている時に漏れると困る」「どの程度の漏れがどのくらい続くのか」と質問があった。個人差はあるが術後三カ月頃から尿失禁の改善を自覚できるようになる人が多く、一年で約七割の人が尿取りパットなしで過ごせるようになると説明した。また、骨盤底筋訓練が治療につながるリハビリの効果がある事を伝え、術前に下腹部や殿部を緊張させずに選択的に骨盤底筋を収縮させる方法を身につけておくと、術後の感覚が鈍く筋力が衰えている状態での訓練がスムーズになることも説明した。また失禁用具に対する抵抗を軽減するために術前からパットやオムツ等の失禁用具を紹介し準備してもらうようにした。骨盤底筋訓練について指導行くと熱心に聞かれ、「自分でもできそう」と言われた。

2 術後尿留置カテーテル抜去後

術後6日目で尿留置抜去。主治医より、尿失禁の情報を得る。7月18日、ほとんど全尿失禁の状態であり「こんなに漏れるなんて予想以上だ」「これじゃ外出できない」と、かなりショックを受けた様子あり、プライマリ

一ナースと話し合いを行なった。骨盤底筋訓練は70～80回、小分けして行えていることなどを情報共有し、主治医と共に抗コリン剤の処方と失禁外来受診、干渉低周波治療計画を立案した。尿留置カテーテル抜去後三日目より尿失禁外来で術後の指導開始。「こんなに漏らして赤ん坊みたいで情けない」「管を抜いた日はひどかったけど今は少しがまんできる」と話される。自尿700ml 失禁量900g。骨盤底筋の収縮は確認できるが弱めで、持続収縮3秒程で弛んでくる。カテーテル抜去直後より失禁量減っていることで少し安心された様子。A氏の不安な思いを聞き、骨盤底筋訓練は正しく行っておりよくがんばっていることを評価し、効果が実感できるまでには時間がかかる為、焦らず続けていくように伝えた。

3 退院前から退院後

7月27日退院前には「家に帰ったらもっと動くから尿漏れがひどくなるのが心配です」という発言あり、プライマリーナースと退院前の看護について話し合いを行なった。尿失禁量600～800g/日。体動時に尿漏れの自覚あるため動作の前に骨盤底筋をしめてから動くよう指導する。骨盤底筋訓練は200回/日行われており5秒持続収縮できるようになっている。退院から2週間後の8月10日には、表情は暗く、失敗することが不安で外出に自信がないと話される。本人の思いを聞き、無理せず少しずつ活動範囲を広げ、時間を長くしていくよう伝える。また、外出時は膀胱充滿前に排尿し失禁量を減らしたり、あわてないようにあらかじめトイレの位置を把握しておいたり工夫するよう指導した。活動量増えてきているが、失禁は改善傾向。便秘のため抗コリン剤減量し下剤処方あり。ズボンをはく際にオムツがもたつくとのことで、薄型のもの紹介する。退院一ヶ月半後より「漏れることに慣れてきた」「一人でじっとしてよくよしても仕方ないしあちこち出掛けるようになった」と話されるようになる。パット5～7枚/日交換しており、抗コリン剤減量のためか活動量増えたためか、尿失禁量増えている。尿失禁も自分の生活の一部と受け止められるようになったのか表情明るい。手術したことへの後悔もないと話される。退院後二ヶ月後より尿失禁量が少なくなってきた事を実感でき、外出に自信が付いてきたと言わ

れる。次の目標を尋ねると、旅行に行くことと言われ計画をたてられる。退院後二ヶ月半後にはパットの交換が2～3枚に減っており、前回より更に失禁量が減ったことを実感している。オムツやパットが大量のゴミとなり、臭いもある為いつも家族に申し訳なく思っていたが、減ってよかったと言われる。旅行にも行けたことで自信がついた様子。術後、仕事も辞めると言われていたが、続けることにしたと明るく話される。

4 退院3～4ヶ月後

評価の為排尿日誌をつけてもらう。一回尿量50～370ml、排尿回数10回/日、パットに漏れる量0g～150gで50g以下の日が多い。スポーツジムで運動をしても失禁増加ない。「量ってみて漏れが減ったのがよくわかった」と話される。失禁量減ったため、自己判断で調節可となっていた抗コリン剤中止されるが、失禁増強しない。このまま失禁外来で、干渉低周波治療と骨盤底筋訓練指導していくこととなった。

IV 考察

1 外来手術前

疾患や手術に対する不安を抱えている時に、更に尿失禁という合併症について説明を受けて、混乱したり悲嘆にくれたりしてしまう方もいる。しかし、尿失禁について説明し対処方法を示しておく、予期的不安を軽減でき精神面の準備が整い、これから受ける治療に前向きに取り組む姿勢につなげる事ができる。ペプロウは、方向付けの段階では患者と看護師が信頼関係をつくる時期と述べている。出会いの場面で未知の人であるA氏の反応を、「失禁を自分の問題と捉えていない」と型にはめずに、まずA氏をありのままに受け止めることが重要である。そうすることで、A氏の心がこちら側を向き、共に歩み始める段階を踏むことができた。また、入院後の慌ただしい準備や説明の合間ではなく外来の個室で、羞恥心なく排泄についての悩みを打ち明けられるように、プライバシーに配慮し話せた点もその助けとなった。この、方向付けの段階を踏まえたA氏の状況を、いかに入院病棟の看護へつなぐ事が出来るかが課題である。現在、情報用紙の提供は行なっているが、入院時合同カンファレンスを行なうなど連携を深めたい。

2 術後尿留置カテーテル抜去後

前立腺全摘出術を受ける患者には、尿失禁とその対策を説明し理解を確認しているが、実際に尿が漏れた時には強いショックを受ける人が多い。しかしその時は、問題が明確になり動き始める、同一化の時期に当たると考えることができる。術前に説明し相談窓口を明らかにしていた事は、A氏が自分の辛い気持ちを伝え医療者に問題を解決する手助けを求める際に役立っている。患者から、不安に思う事を聞きそれについて話し合い、対処方法を説明することで、カウンセラーと情報提供者としての役割を果たせた。主治医や受け持ち看護師から情報をもらい、連携して早期に介入することができ、退院後の長期看護目標の立案を行なうことが出来た。また、失禁外来をアピールし周囲に働き掛けていく事の大切さを実感した。

3 退院前から退院後

ペプロウは、患者は情報を補い自分の状況を把握できると、次にニードを確認する時期になると述べている。患者は自分で今後の状況を予測して、情報が正しいか確かめたり、資源を活用したりするようになる。プライマリーナースが立案した看護計画に、専門的な知識を、尿失禁外来ナースとして提供した。さらに、本人と共にクリアしやすい小さな目標から設定していった事で、成功体験を積み重ね少しずつ自信をつけていった。また、退院後も継続して失禁外来でフォローしていき、問題を一人で抱え込まないようにできた。そして、患者とプライマリーナースと尿失禁外来ナースが協同して問題を解決していく事に繋がった。その後、徐々に本人が自分なりの目標を決め、それに向かい一つずつ乗り越えていけるようになっていった。

4 退院3～4ヶ月後

ペプロウは問題解決の場面を自立の過程としている。患者は排尿日誌から症状の改善を自覚でき、内服中止に繋げることができた。患者に任せるというプロセスは信頼関係に基づき、患者を成長と発展へと導くものである。今回の場合も、十分な情報を提供していき、患者が自分で利用していけるようにサポートすることで、自己管理へ繋がられた。今後は、症状の悪化や、自己解決できない問題の出現

に備えて、尿失禁外来で継続したフォローをしていく。

V まとめ

- 1 前立腺全摘出術を受ける患者の看護は、術前、術後、退院後を通し、尿失禁外来との連携を行い、時期に応じた効果的な介入が重要である。
- 2 前立腺全摘出術パスには、術前だけでなく、尿留置抜去後も尿失禁外来受診を組み込み、確実に連携できるようなシステムを作る必要がある。

VI おわりに

今回、前立腺全摘術後の尿失禁に対して術前から退院後まで、对人的治療のプロセスを用いて看護師役割をとり介入した事により、患者の自己管理につながられた。術後の尿失禁に対して、入院期間中からプライマリーナースと連携しながら尿失禁外来での治療を行ったのは今回が初めてであった。主治医や受け持ち看護師から情報をもらい、連携して早期に介入することができ、退院後の長期看護目標の立案を行なうことが出来た。前立腺全摘術予定の患者には、術前必ず尿失禁外来を受診してもらい、その時の関わりや患者の反応を医師や入院時の受け持ち看護師へ情報提供しているが、術後も引き続き連携を図り、それぞれの時期に起きる問題に協力して対応していく必要があることがわかった。この症例の後、病棟看護師より、尿失禁が多く日常生活に不安を感じている患者について情報をもらえ、早期に介入していけるようになった。今後、前立腺全摘術のクリティカルパスに術前後の尿失禁外来受診を組み込み、全症例に対して病棟スタッフと連携し介入できるようにしていく。DPCに向けた、入院期間の短縮が行なわれている中で、常に質の高い看護が提供できるように、専門外来との連携が重要である。

参考文献

- 1) ハワード・シンプソン著 高崎絹子他訳：ペプロウの発達モデル，医学書院，2005
- 2) 榎又博美他：慢性疾患患者における疾患の受容から自己管理確立までのかかわり，ハートナーシング，Vol 12 No 2，1999
- 3) 山崎章恵：前立腺がん患者の看護過程，クリニカルスタディ，10月号，2005

