

P-133

前立腺癌密封小線源永久挿入療法に関わる医療チームの現状

熊本赤十字病院 看護部

高橋由可利、奥村 恵理、等 愛

前立腺癌密封小線源永久挿入療法（ブラキセラピー）は、限局性前立腺癌に対し、短期間でも治療可能な治療法で、当院でも2006年度より導入した。現在まで、約200症例を経験し、限局性前立腺癌治療の一選択肢として定着している。しかし、当院でブラキセラピーを受ける患者の外照射併用症例の割合は、2007年12%から2010年69%と増加傾向にある。ブラキセラピー単独治療期間の3泊4日入院に比べると、外照射併用はブラキセラピーの約1ヶ月後より5週間にわたる通院又は、入院による治療期間が必要となり、患者を取り巻く医療チームの協体制と共により質の高いケアが求められる。私達は、患者の治療方針決定からプランニング、治療まで、画像診断治療センター、泌尿器外来、病棟、手術室などの看護師、医師、放射線技師をはじめとした多職種が役割分担をしながら患者に関わっているが、各部署間の連携が十分にできているのだろうかという疑問をもった。彌榮らは、「ブラキセラピーを受けた患者は疾患に対する理解度が深いことが特徴である」と言っており、医療スタッフは、治療に対する十分な知識や詳しい説明を患者に提供しなければならないため、多職種がチームとして連携し、治療を進めていくことが重要となる。今回、約200症例の経験を通しブラキセラピーに関わる医療チームの連携の実態を振り返る為にアンケート調査を行った。調査結果として、各部署間の情報共有や意見交換するシステム不足があり、今後の課題及び医療チームの方向性について考察した。

P-135

急性虫垂炎により引き起こされた水腎症の一例

石巻赤十字病院 泌尿器科

神山 佳展、當麻 武信、小野久仁夫、高橋 一臣、高橋 徹

【目的】急性虫垂炎は急性腹痛として頻度の高い疾患であるが、虫垂穿孔に伴う腹腔膿瘍の合併症として水腎症を認めることは比較的稀である。今回我々はこのような症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】66歳、女性。5日前から腹痛出現していたため、整腸剤内服で経過観察したが、腹痛が改善しないため、当院救急外来に救急搬送された。造影CT施行し、腹腔内膿瘍を認めたため、外科入院となり、緊急手術の方針となった。身体所見は右下腹部に著明な圧痛を認めたが、反跳痛は認めなかった。同日緊急に腹腔ドレナージ術施行した。腫瘍は後腹膜と一塊となり、可動性を認めなかったことから、肉眼的には盲腸癌の後腹膜浸潤を疑われた。術後補助化学療法を行う方針となったため、腎機能温存目的に右水腎症に対して経皮的右腎瘻造設術を施行した。その後施行した大腸ファイバーでは盲腸癌は否定的、病理組織検査では虫垂炎および周囲膿瘍であった。術後経過は良好で、右腎瘻造設では狭窄部は消失しており、通過良好であったため、腎瘻カテーテルをクランプして、発熱・疼痛などの症状が出現しないことを確認した後に、腎瘻カテーテルを抜去した。尿管狭窄症は虫垂炎の合併症の一つとして認識すべきであると思われる。

【まとめ】急性虫垂炎は水腎症の原因疾患の一つとして念頭におく必要がある。

P-134

回腸導管造設術を受けた高齢患者とその家族へのストマケア指導

福井赤十字病院 看護科

清水 洋輔

【はじめに】回腸導管造設術を受けたA氏は本人、妻ともに80歳代と高齢で、ストマケア習得に困難が予想された。そこで、妻以外の家族にも協力を依頼しながらDVDと写真資料を用いた指導を行った。その経過を振り返り、何がストマケア習得に有効であったのかを考察する。尚、本研究は倫理委員会の承認を得て実施した。

【事例紹介】A氏、80歳代の男性。膀胱癌のため、膀胱全摘・回腸導管造設術を受けた。既往に脳梗塞。妻と二人暮らし。長男、長女、次女とは別居。

【看護の実際】1.指導初回：A氏はケアを自分でしようとせず、全て妻任せのような言動があり、妻は不安を訴えた。2.サポート体制の整備：妻以外の家族への協力依頼を行い了承された。MSWとケアマネージャーを交えてカンファレンスを行い、訪問看護やショートステイの利用を決めた。3.DVD作成と指導：A氏に合わせたケアの実際を説明するDVDを作成し、本人、妻、長男、長女、次女に指導。熱心に視聴され、意欲的に手技を習得していった。4.理解度調査と写真資料の作成：パウチの装着方法や準備物、漏れ予防方法がわからないという反応があったため、高齢者でも利用しやすい写真資料を作成。文字や写真を工夫し、わかりやすい、ショートステイにも持参できると好評であった。術後4週間後、A氏、妻、家族はストマケア手技を習得し退院となった。

【考察】今回、DVDと写真という2種類の視覚資料を用いて指導を行い、患者と家族のストマケア習得に有効であった。DVDは手技のイメージ化がしやすく、写真は簡便でどこでも利用できるという長所がある。対象が高齢者である場合、こうした長所を生かして指導に生かすこと、早期から家族への協力や社会資源の利用などサポート体制を整えていくことが必要である。

P-136

外傷により発症した動脈流入過剰型持続勃起症の1例

京都第二赤十字病院 泌尿器科

石田 博万、矢野 公大、山田 恭弘、平原 直樹、伊藤 吉三

59歳、男性。スキー中に会陰部を打撲。その後、尿道からの出血を認めたため前医を受診した。尿道損傷の診断で膀胱瘻が造設され、加療継続のため当院紹介受診となった。腰椎麻酔下に尿道鏡を施行したところ、尿道部分断裂を認め、尿道バルンカテーテルを留置した。受傷5日目、半勃起状態が持続。会陰部ドブラ超音波断層法にて陰茎海綿体内に血液の乱流を認め、動脈流入過剰型持続勃起症と診断した。内陰部動脈造影にて両側内陰部動脈の分枝から陰茎海綿体へのシャント血流を認め、自己凝血塊を用いて塞栓術を施行した。持続勃起症は一時的に改善したが再発したため、再度、血管造影を施行した。右内陰部動脈の分枝からのシャント血流が再疎通しているのが認められ、ゼラチンスポンジにて塞栓術を施行した。その後は持続勃起症の再発を認めておらず、勃起能も術後1ヶ月程度で回復した。持続勃起症は性的な欲求・刺激を伴わない勃起が4時間以上持続する状態と定義され、動脈流入過剰型と静脈流出不良型に分類される。緊急性、治療方針などが異なるため発症時の鑑別診断が重要である。動脈流入過剰型持続勃起症は主に外傷による会陰部打撲を契機として発症する。静脈流出不良型との鑑別には会陰部ドブラ超音波断層法の他に陰茎海綿体血ガス分析が有用とされる。治療は一般的に内陰部動脈造影を行い、陰茎海綿体へのシャント血流に対する塞栓術が施行される。治療が遅れたことにより勃起能が低下した症例の報告がある一方、塞栓術により勃起能が低下する可能性もあり、治療に際しては十分な説明と同意が必要であると考えられる。