



Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2017.9) 平成28年度:9.

前立腺強度変調放射線治療をうける患者の排便・排ガスコントロールの現状

齊藤 容加, 平 千亜紀, 堰八 麻由子, 佐藤 純子, 平塚 志保

前立腺強度変調放射線治療をうける患者の排便・排ガスコントロールの現状

旭川医科大学病院 光学医療診療部・放射線部ナースステーション

○斉藤容加 平千亜紀 堰八麻由子 佐藤純子 平塚志保

【目的】A病院では2013年に放射線治療機器が更新され、前立腺強度変調放射線治療（以下前立腺IMRT）でのconebeam断層撮影（以下CBCT）を用いた画像誘導放射線治療（IGRT）が可能となり、より高精度の放射線治療が可能となった。前立腺IMRTでは前立腺の位置再現のため排便・排ガスを内服コントロールしているが、照射前のCBCTで前立腺の位置に影響する直腸内の便・ガスの貯留が確認された場合、トイレでの排泄を促している。しかしCBCTはセットアップ後に撮影するため、排泄が必要なときは一旦治療台から降りてトイレへ行くことになる。排泄後は再度CBCTによる位置確認を要するため、被曝の増加や治療時間の延長、以降の患者の予約時間が保障されない、治療をスムーズに受けられないことでストレスが生じるといったデメリットがある。そこでCBCTの撮り直しが必要となった患者の現状を明らかにすることで、今後の患者支援を検討することを目的とする。

【方法】2013年2月～2014年10月までにA病院で前立腺IMRTを受けた患者19名の診療録と放射線治療部門システムのCT画像及び記録から調査し検討する。

【倫理的配慮】A病院の倫理委員会の承認を得て本研究を行った。（倫理委員会承認番号：

【結果】平均年齢69.5歳（59-81歳）、ADLは自立しており、自宅より通院12名、自宅が遠方のため連携施設へ入院し通院が7名であった。照射プロトコルは70Gy/35fr:1名（入院）、72Gy/36fr:11名（自宅7名・入院4名）、74Gy/37fr:7名（自宅5名・入院2名）であった。CBCTの再撮影を要した患者は12名（63.1%）であり、再撮影回数の内訳は、再撮影なし:7名（自宅6名・入院1名）、1回:5名（自宅4名・入院1名）、3回:2名（自宅1名・入院1名）、4回:1名（入院）、6回:2名（自宅1名、入院1名）、7回:1名（入院）、10回:1名（入院）であった。また排泄・再撮影は実施しなかったが、医師や技師の判断を要する便・ガスの貯留があった患者は14名（73.6%）（自宅9名・入院5名）であった。また

治療計画時に少量のガス貯留があったため、便・ガスがないとマッチングしない1例（自宅）があった。

治療中の排便回数は各1-4回/日、便・ガス貯留の自覚あり:0名、照射前より便秘あり:2名（自宅1名・入院1名）、治療中に下剤追加処方:7名（自宅3名・入院4名）であった。

腹部の手術歴あり:5名（自宅3名・入院2名）、糖尿病:1名（入院）、ホルモン療法併用:8名（自宅6名・入院2名）であった。4回以上再撮影した患者のうち3名（入院）よりストレスの表出があった。

【考察】高精度放射線治療では治療計画から治療終了まで照射野の再現性の担保が重要である。前立腺IMRTではCBCTにより照射前に前立腺位置の再現性が確認でき、より正確に放射線治療が行えるようになった。しかし処方薬のみでは排便・排ガスコントロールが十分得られず、CBCTの再撮影が必要となる場合があることが明らかとなった。さらに技師や医師の判断が必要となるような便・ガスの貯留もあり、安全安楽に前立腺IMRTをうけるためには、排便・排ガスコントロールへの積極的な介入が必要であると言える。

また自宅より通院する患者に比べ、連携施設へ入院し通院する患者に便・ガスの貯留が多い傾向があり、入院患者への対策も合わせて検討する必要があると考える。

【結論】

- ①高精度放射線治療での前立腺IMRTでは排便・排ガスコントロールが重要である。
- ②内服薬のみでは十分なコントロールが得られない。
- ③排便・排ガスコントロールのための看護援助が必要である。
- ④入院病院との連携を検討する必要がある。