

## 胃瘻造設・管理の注意点

済生会松阪総合病院 内科・NST 清水 敦哉

胃瘻造設方法は Pull/Push 法、Introducer 法のほかに、最近では Seldinger 法・Direct 法が開発され、本邦では極めて多くの症例に PEG が施行されている。しかし、残念ながら患者・家族が十分満足できる状況とはいいがたい。このセッションでは造設の適応や急性期の合併症対策を中心に解説したい。

PEG の適応は生命予後 1 ヶ月以上あり、PEG に耐えられる全身状態と正常な消化管機能を有し、経腸栄養を行う期間が 4 週間以上とされている。PEG 症例の長期予後は文献によると 1 年生存率は約 60%程度で、30 日以内の早期死亡率は海外では 20%前後、本邦では平均 7%とされている。当院での検討では術前の血清アルブミン値が 2.5g/dl 未満の症例では早期死亡率が有意に高率であり、造設に関して慎重な対応が必要と思われた。瘻孔感染や播種の予防として、特に MRSA 陽性症例、頭頸部腫瘍症例、VP シャント造設後症例に対しては Introducer 法、感染防止キットや Seldinger 法・Direct 法の選択が必要である。腸管・肝誤穿刺の予防には造設時の Cushion sign、Illumination sign の確認、場合により透視の併用や CT での確認が重要である。早期バンパー埋没症候群の予防には胃壁固定を併用し、ストッパーの圧迫やシャフト長の選択に注意が必要である。また、外部バンパーの回転に余裕があるか確認が必要である。胃食道逆流・肺炎の予測には PEG 術後の造影所見が有用であり、その予防には栄養剤の半固形化の有用性が報告されつつある。また、PEG-J への変更も有用である。PEG スキンケアのポイントは瘻孔部の洗浄により清潔を保ち、よく乾燥させることである。“ティッシュこより”は有用である。

急性期においては PEG 造設の適応を十分検討し、合併症を最大限予防することが重要である。さらに PEG 患者の QOL を改善し、家族をバックアップできる長期ケア体制の構築が強く望まれる。