

# AMCoR

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

名寄市立病院医誌 (2000.05) 8巻1号:23～25.

当科における経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)の現況

岡本 聡, 稲場 守, 横浜吏郎, 林 芳和, 谷 光憲

## 当科における経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) の現況

岡本 聡 稲場 守 横浜吏郎 林 芳和 谷 光憲

### はじめに

ここ数年、内視鏡治療は長足の進歩を遂げ、患者のQOLの向上のみならず、医療コストを抑える面でも重要視されつつある。経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下 PEG）もその一つであり、寝たきりの高齢者、末期癌患者などに対し、在宅あるいは入院中における経管栄養の管理のしやすさなどから、適応が広がりつつある。

当科では、1998年10月から当院はもとより、市内の各病院から依頼を受け、これまでに8例のPEGを施行した。その経験から、PEGの適応と合併症を含め、若干の文献的考察を加えて、報告する。

### 方 法

全例 Pull-type の Onestep button (Boston Scientific 社製) を用いた。すなわち、体表から胃内に挿入したメジャリングデバイスを通してガイドワイヤーを挿入、これを内視鏡下に把持して口腔外へ一旦抜去後、Onestep button をワイヤーと

連結し、体表から牽引して胃内に進め、内視鏡下に観察しながら Onestep button を体外に引き抜き胃瘻チューブを留置した。

8例の原疾患の内訳は、表1に示す。

### 結 果

全例3日間 CEZ 2 g/day D.I.V. 後4日目から経管栄養を開始した。創部の消毒は2週間続け、この間、癒着を防止するために毎回 Onestep button を回転させた。これまで、特に合併症は認めていない。しかし、いずれの症例も状態が悪かったり、高度の痴呆があったり、在宅管理できているものはいない。

### 考 察

PEG は、1980年に Gauderer らにより開発<sup>1)</sup>され、内視鏡下で低侵襲かつ簡便に施行可能であり、経鼻胃管に比べ肺炎などの合併症が少なく、長期の経管栄養に適しているといわれている。PEG の特徴を表2に示す。また、中心静脈栄養に比べても長期的な在宅管理に適しており、最近、経管栄養が必要な種々の疾患に対して適応が広がっている。PEG の適応としては、脳血管障害などで寝たきりとなった患者、嚥下障害、末期癌患者などがあげられ (表3)、さらに、高度の食道裂孔ヘルニア、胃切後の患者などは、その適応から除外される<sup>8)</sup>。一方、PEG の利点の一つとして、これまで、手技に伴う合併症が少ないことがあげられてきたが、普及に伴い、種々の合併症が報告されるようになってきた<sup>2-7)</sup>。我々は経験がないが、これまでの報告によると、腹膜炎、創部感染、腹膜炎、創部出血、肺炎などがあげられる。まれではあるが、重篤な合併症としては、Buried

**Key Words : 経皮内視鏡的胃瘻増設術、  
経管栄養、QOL**

Current Status of Percutaneous Endoscopic  
Gastrostomy in Our Hospital

Satoshi Okamoto, Mamoru Inaba, Shirou Yokohama,  
Yoshikazu Hayashi, Mitsunori tani

Department of Gastroenterology,  
Nayoro City Hospital

名寄市立総合病院 消化器内科

表 1 PEG 施行患者の原疾患の内訳

症例	年齢	性別	原疾患
1	74才	女性	パーキンソン病
2	79才	男性	脳梗塞
3	70才	女性	くも膜下出血
4	60才	男性	脳梗塞
5	83才	女性	脳梗塞
6	44才	男性	肺膿瘍術後、誤嚥性肺炎
7	59才	男性	脳梗塞
8	82才	女性	脳梗塞、誤嚥性肺炎

bumper syndrome、腸管誤穿孔などがあげられる。Buried bumper syndrome とは、胃瘻チューブ先端が腹壁に埋没するもので、これまでの報告<sup>6-7)</sup>では、ほとんどの症例で、術後3カ月以降に発症しており、長期的な経過観察が必要と思われる。

また、PEGの手技に伴う関連死は0.5%~1.9%と報告されている<sup>4,5)</sup>。これは、もともと適応となる患者が全身状態の不良な場合が多く、感染に対して抵抗力が弱いことも一因と考えられる。いずれにしても、留置直後及び長期留置に伴う合併症には十分注意し、全身管理することが必要である。

### まとめ

一般に、胃瘻は経鼻胃管に比べ違和感が少なく、自己抜去の危険が少ないため、患者に対して抑制処置が緩和され、ひいては、不穏状態の改善が見込まれるため、時として、経口摂取が可能となる場合がある。

1980年に初めてPEGが施行されて以来、日本でも1995年以降増加傾向にある。しかし、1998年の1年間に限って比較してみると、欧米では、405,000の施行例があるが、日本は77,000例にすぎない。今後、適応症例にたいして十分なインフォームドコンセントを行ったうえで、積極的にPEGを施行していきたい。

表 2 PEG の特徴

1. 高いADL/QOLの確保
  - ・入浴が可能
  - ・経口摂取併用可能 (=嚥下訓練可能)
  - ・リハビリがしやすい
  - ・褥瘡が改善、スポーツも可能
2. 低侵襲、交換も簡単
  - ・造設は5~10分
  - ・内視鏡と5~6mmの傷だけ
  - ・交換は外来でも往診でも可能
  - ・抜去が可能、創部も目立たない
3. 在宅での介護者の負担も少ない
  - ・摂取所要時間は自由
  - ・栄養剤の調整も簡単

表 3 PEG の適応

1. 脳血管障害や筋神経疾患により経口摂取不能
2. 誤嚥のため経口摂取不能
3. 頭部、顔面外傷により経口摂取不能
4. 咽喉頭、食道、胃噴門部狭窄
5. 食道穿孔
6. 長期に成分栄養を必要とする炎症性腸疾患
7. 癌末期患者の補助栄養
8. 減圧ドレナージ目的

### 参考文献

1. Gauderer MWL, et al : Gastrostomy without laparotomy ; A percutaneous endoscopic technique. J pediatr Surg 15 : 872 - 875, 1980.
2. Grant JP : Comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy with Stamm gastrostomy. Ann Surg 207 : 598 - 603, 1988.
3. Larson DE, et al : Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indication, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients. Gastroenterology 93 : 48 - 52, 1987.

4. Concetta F, et al : Percutaneous endoscopic gastrostomy : A long-term follow up. Nutrition13 : 502 - 503, 1997.

5. Grant JP : Percutaneous endoscopic gastrostomy : initial placement by single endoscopic technique and long-term follow up. Ann Surg 217 : 168 - 174, 1993.

6. 谷聡、ほか：経皮内視鏡的胃瘻造設術後早期にみられた buried bumper syndrome の1例. 消化器内視鏡学会誌 41(5) : 1107-1110, 1999.

7. 平井信二、ほか：消化器癌の終末医療 治療とQOL 経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) 有用性と合併症に関する検討. 茨城県消化器病談話会 つくばシンポジウム 13 : 51 - 58, 1998.

8. 上野文昭、ほか：診断の指針・治療の指針内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) とその適応・禁忌. 総合臨床 1999;48 (3) : 567 - 568, 1999.

平成12年度病院運営方針

◇患者さんから選ばれる病院を目指して◇

1. 医療の質の向上と医療情報公開体制の構築
  - ① 当院における医療情報のあり方の検討
  - ② 診療録のあり方の検討
  - ③ 診療録管理体制の充実整備
  - ④ クリティカル・パスの研究と実践
2. 医療の信頼の回復
  - ① 医療事故防止のためのリスクマネジメントの定着と推進
  - ② 接遇研修の推進
  - ③ 患者サービスの向上への各種事項の推進
3. 病院経営目標
  - ① 経営の原則「入るを量りて出ざるを制す」急性期特定病院を目指す
  - ② 診療材料等の調達、管理体制の充実 (SPDの拡大・購入価管理組織の充実強化)
  - ③ 経営健全化推進委員会各小委員会の諸課題の推進
4. 職員教育研修の推進
  - ① 各部署での年間計画の樹立と実践
5. 地域医療支援体制基盤の推進
  - ① 感染症病床 (4床) の整備と体制の確立
  - ② 救命・救急センターの整備
  - ③ リハビリセンター (介護支援) の整備
  - ④ 痴呆支援センターの整備

う今年総火相が十や四  
 今選、のそ動一介月平  
 年挙近病のき世護から十  
 度は、く気よ出紀保は二  
 。は、沖行退うしに険は十  
 。多縄わ陣なて向な地年  
 。難のサれ、なおりかど方度  
 。年ミる有かりっ、分が  
 。にッで珠、まて新権は  
 。なりトあ山小すのし一  
 。りなろの淵。政い括ま  
 。そどう噴首 策二

介恐地でなとをミし  
 護よ問方あり例ならに迎レも  
 はいず問題自りえなに行えて、西  
 あり医療で治まば、い動、アム  
 得言にありのが、介考、て新し  
 なくうり力、護え、い、念、  
 して、が、れ、保、て、か、い、  
 と、批問はのり、け、の、  
 考よ私判わ正こす、ま、れ、  
 えいはをれにとす。ばも年

平成十二年度  
 病院運営方針

病院長 久保田 宏

ごしと順し様能者床増着践テ載きな制質うれまのとをラ「援まてて  
 協今て皆調たに評機工築昨と、イ、具たののテるすの運次に思考「地「ま  
 力年お様に。は価構学、年推医カ管体的を向上マ院「を営に、つるえ、域、  
 を度りの経ど大「に科人度進療ル理的に中心備上、の患者「を表「が、初、  
 おもまお過れ変受よの工はな事・体にはえに、医診も目者「に、病、  
 願よす陰しをお審る創透、ど故バの、取療療と指さん、示、の、  
 いろ。とと「設析二で防の、の階ありの情にしん、の、  
 致しく心おり話ど病、の階ありの情にしん、の、  
 ますごからましな員医に床病ま策究、録、の、  
 支感すてりの療第、棟、す、の、  
 。援謝こもま皆機三臨の。定実リ記。い復体のいばり度