



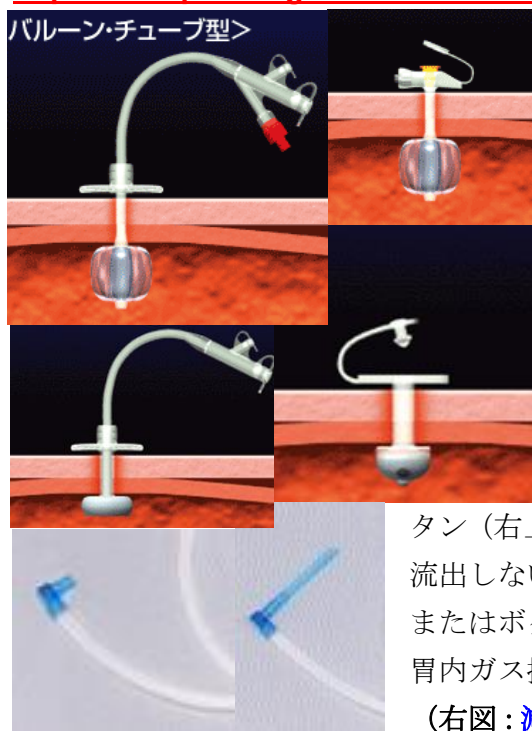
胃 瘻

<https://l-hospitalier.github.io>

2017. 12

感染対策の基礎知識

#118

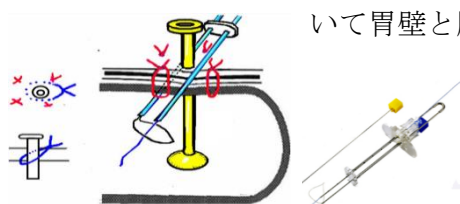


【胃瘻】は胃内のストッパがバルーン、バンパーと体外のコネクタ（接続）がチューブ、ボタンの4種類がある。病棟でよく見るのは①バルーン・チューブ（左上）で、自力で立ち上がれない方に適応。バンパー型は交換が半年ごとで起坐位をとる方が多く、邪魔にならないボタン（コネクタ）。②バンパー・ボタン（右下）が多い。③バンパー・チューブ（左下）と④バルーン・ボ

タン（右上）は少ない。ボタン型は起坐位で胃内容が流出しないように逆流防止弁を先端（オリンパス）、またはボタンの中（ボストン）に持つ。先端型は胃内ガス排気時に逆流防止弁を開く長いコネクタ（右図：減圧用）が必要。【バンパー埋没症候群】

古典的なポンスキー型（右上図）では起きにくい。交換を容易にするため傘構造の改良型（下図）は胃内壁の接触面積が十字形で小さいため埋没しやすい。バンパー埋没を防ぐには毎経管食事時に押し込んで回転させ、胃壁のバンパーが当たる場所

を変える。回転に力が必要、あるいは手を放すと元の角度に戻るときはバンパー胃壁内埋没の疑いがあるので内視鏡やCTで確認。バルーン型はこの問題がないが固定水チェックや交換が頻回。【造設時合併症】胃瘻造設は局麻で開腹して行えば、腹膜炎合併や腸の貫通、腸の縫い込み事故が少ない、作成当日から胃瘻の使用が可能など優れた点が多いが手術設備が必要。内視鏡による方法は腹膜と胃壁が完全に癒着して癒着性トンネルが完成するまで、胃瘻にスペーサーを通して



いて胃壁と腹膜が密着して動かないようにする。圧力をかけすぎによる血流障害で癒着形成を阻害しないように調節する（スペーサーの枚数を調節、クリチカルパスを作成）。胃瘻による圧力だけで胃壁－腹膜間を



シールするので、胃壁と腹膜の癒着の完成までは腹腔内感染により腹膜炎を起こすと予後が悪い。このため鮎田式^{*1}やボストン・サイエンティフィックのイージータイ等の腹壁－胃壁固定法が開発された。これらは約2週後瘻孔癒着完成時点で抜去。これで腹膜炎合併は減少。日本では食道からのPTEG^{*2}もあるが自験例では

トラブル多い。腸瘻は腸液がアルカリ性で皮膚腐食がありストマ管理が必要。

^{*1} 左図の上は鮎田式。針を2本通してその中にナイロン糸を通し。ループに通した糸を引き上げて結紮。出来上がりが左図（上正面、下側面）。イージータイは胃瘻周辺を2-4か所刺すと胃内で針の先端が回転してストッパとなる。癒着による瘻孔が完成後（数週間）糸を切り落とすと、針先は胃内に脱落、排泄される（左図の下2枚）。^{*2} PTEG（経皮経食道胃管挿入術 Percutaneous Trans-Esophageal Gastro-tubing）1994。



感染経路

