



ご利用にあたって

- 「安全情報」は医療・福祉関係の方に向けて発信したものです。一般の方に向けた内容ではございませんのでご注意ください。
- 内容は、いずれも発行日時点のものです。常に最新の情報をご確認ください。



安全なPEG実施にあたっての留意点

この間、PEGに関するトラブル、特に自己抜去や「入れ換え」にともなう腹腔内へのチューブ迷入事故が、少なくない院所から寄せられています。安全なPEGの実施・管理について、あらためて各院所で検討する必要があると思われ、経験数の多い院所や医師の意見を伺いながら「医療の安全モニター委員会」として以下のような「留意点」を提案します。各院所で、基準の見直しや点検が行われることを期待します。

PEG実施にあたっては、患者の状態・適応と方法を良く吟味し、十分な検討を経て偶発症などの十分な説明を行なった後、きちんと同意を得て施行することが必要です。その際のポイントは、

- A) 経鼻チューブに換わることの利点（苦痛から解放、肺炎・食道炎の改善可能性、それらの面でのQOL改善）を説明すること。
- B) PEGに関連したトラブルや長期予後についても情報提示すること。
- C) PEGによる栄養を実施しない場合についての説明と、実施しない選択権を患者サイドに呈示すること、などが基本です。

ある病院では、さらに次のような考え方を明確にしてPEGを実行しています。

「あくまでも患者サイドの自由意思による同意が前提で、患者と家族そして主治医と看護師の面談で最終決定しています。経口摂取が低下した症例は全て適応症例であり、実施するかどうかは現行では患者サイドの決断があった時としています。」

【参考】NPO法人「PEGドクターズネットワーク」(<http://www.peg.ne.jp>)の冊子では、大船中央病院上野文昭氏が「常に患者側に立った適応決定を」と呼びかけ「医療側としては、PEGを行なうことが最終的に患者さんや家族の満足に繋がるかどうかを十分に検討する必要があります」としています。

「一般的な適応」[1. 経腸栄養のアクセスとしての胃瘻増設(6項目)、2. 誤嚥性肺炎を繰り返す例(2項目)、3. 減圧ドレナージ目的(2項目)、4. その他の特殊治療]と「合併症」[軽症:出血、瘻孔周囲炎、不良肉芽、チューブ閉塞、びらん・潰瘍、バンパー埋没症候群、瘻孔の開大/重症:大量出血、心停止、呼吸停止、腹膜炎、誤嚥、穿孔、大腸誤穿刺、瘻孔部への癌の生着]を掲げ、「患者さんの全身状態を注意深く観察し、簡便であっても手術にかわりないという認識、経験を積んだ術者の確かな技術、感染対策を考慮した術中・術後管理が整わなければ、表2のような合併症を引き起こす危険性があることを常に考えておかなければなりません」と警鐘を鳴らしています。さらに、「最低1ヶ月くらいは使わないと、その恩恵に浴したとは言えないとして「状態が不安定な患者さんで予後の見極めができない場合も、安易にPEGを行なうべきでは」ないとしています。

この辺の 患者側の自己決定権、そのためにも、十分なリスク情報を提供すること(さらに 医療者側がそのリスクを認識していること)が重要です。

安全性を最優先し、基本的には全例に胃壁・腹壁固定を行なうことを推奨します。

胃壁・腹壁固定を行なうことが有用な症例は、

A) 何らかの事故 (accident) 抜去の可能性がある場合 (痴呆のある場合・譫妄症状が予測される場合・その他) 、

B) 腹水を有する症例、

C) イントロデューサー法での施行となっています。

P E G の対象となる患者様は、ほとんど何らかの痴呆症状を有しており、全例に胃壁・腹壁固定を推奨します。その際、鰐田式キットによる固定を推奨します。また、2点固定を推奨します。腹水を有する患者様には、さらに慎重に固定が必要です。

胃壁・腹壁固定を行なう場所については、内視鏡室・手術室など院所の実情に応じてご検討ください。

* P E G 実施の際には病状変化に対応できる設備体制で臨むことが必要です。（救急ドクターの設備、吸引と酸素の配管、術中の患者モニター、など）

特に、鎮静剤の投与については、患者の体力が低下していることを鑑み、慎重に決定し注意深い状態観察を行なうことが求められます。

P E G 施行後、2週間は瘻孔完成前の急性期の管理が必要です。身体拘束（抑制）を可能な限り避け、全例に腹帯を使用しましょう。その上で、事故（含自己）抜去の可能性が高い場合は急性期に限っては家族（時に本人も）同意の上で色々な工夫を検討することが必要です。

この時期のポイントは、

A) 創の状況を観察することと、異常の早期発見、

B) 事故（含自己）抜去の防止

です。

早期事故（含自己）抜去例は必ずしも痴呆症例には限りません。また、看護動作（体交）によって引っ張られて抜けた経験もあります。

この時期に事故抜去があった場合は、胃壁固定がなされていれば速やかに内視鏡下で確認して再挿入（または再造設）することで対応可能です。

この時期、突然の熱発や、創からの浸出液、腹痛、嘔吐、下痢などの異常の際には、一旦経腸栄養を中止し原因と対応策を考えることが大切です。

* 瘻孔形成までの期間は2週間と一般にはされていますが、実際には、「4週間」を目処として初回入れ換えを行なっている院所もありますし、それでも迷入例があり「6週間」を基準としている院所もあります。それぞれの院所で十分な検討をお願いします。

胃瘻は在宅医療のための大切なツールです。そのことを前提に安全な「胃瘻カテーテルの入れ換え」について以下のように提案します。

原則として病院で実施し、バンパー型の場合は内視鏡下での交換をおこなうことを推奨します。バルーン型は、看護師による交換も可とします。

以下の（＊）の視点は、「胃瘻は在宅医療のための大切なツール」という観点からいただ

いたご意見です。職員間で十分な議論をおこなってください。そして病院毎にコンセンサスを得て、胃瘻実施マニュアル、胃瘻管理マニュアルを作成していただきたいと思います。

*先端形状がバルーンかバンパーかによって、入れ換えの時期も侵襲も異なります。特にバルーン型は頻回の入れ換えが必要なので在宅で全く行えないとなると現実的に胃瘻による在宅管理は不可能になります。

入れ換え時の瘻孔損傷に気付かず流入を実施してしまい腹膜炎から重篤な状態に陥るケースに遭遇することも稀ではありません。

また、看護師の挿入の可否についても結論がでていません。

全介助の患者様を毎月病院に搬送するとなると家族の方の身体的・経済的・時間的負担は大変に大きくなってしまいます。これではせっかくの在宅医療のための胃瘻が生かされません。きちんとした確認さえできれば、自宅での交換は患者と家族の切なる願いです。手技に精通した医師の往診による交換(バンパー型)と、完全に瘻孔形成された時期での看護師によるバルーン型胃瘻の入れ換えは在宅医療を継続する上で地域によっては不可欠である場合もあります。