

他科の先生に  
知って欲しい

## 豆知識・・・外科編③

## 胃切除後障害

医療法人 天声会 おおもと病院理事長・院長 磯崎博司



胃内視鏡検診の導入やピロリ除菌の普及などにより、胃内視鏡による治療可能な早期胃がんが増加しています。一方、早期胃がんでも、粘膜下層に深く浸潤している場合には、リンパ節転移の可能性があるため、リンパ節郭清を伴う胃切除が推奨されています。

胃切除障害とは、胃の病気（胃癌など）を治す目的で胃の切除や迷走神経の切除を行うことにより発生する医原性病態の総称です。

胃切除障害は、器質的障害（吻合部狭窄、輸入脚症候群、胆石など）、機能的障害（食道逆流、腹痛、食事関連愁訴、消化不良、下痢、便秘、早期および後期ダンピング症候群など）、栄養代謝障害（貧血、骨粗鬆症など）に分類されます。

早期ダンピング症候群は、食後30分以内に生じるもので、原因としては胃貯留能の低下により高浸透圧の摂取食物が小腸内に急速に落下すること、上部小腸の拡張や循環血漿量の減少、急速な糖質の吸収などが挙げられています。全身症状としては眠気、冷汗、全身脱力感、顔面蒼白など、腹部症状としては腹痛、下痢、嘔気などが生じます。

後期ダンピング症候群は、食後1.5～3時間で発症するもので、原因は腸管から急速に吸収された糖質が高血糖を引き起こし、インシュリンが過剰に分泌された結果、反応性に低血糖状態となることとされます。症状としては冷汗、めまい、全身脱力感などが生じます。

広範囲の胃切除後には、体重減少や小胃症状（すぐ満腹になる）、ダンピング症状（食後にめまい、冷や汗、腹痛、下痢）や、逆流症状（胸やけ）などが頻繁にあり患者さんを悩ませています。

手術術式と胃切除後障害の多寡を検討するには、胃切除後障害の程度を客観的に評価する必要があります。その方法として、近年、胃切除後の生活の質（QOL）を評価する質問表ペガサス（PGSAS-45）が開発されました。

一般に、胃切除後障害の大きさは、胃全摘でもっとも大きく、局所胃切除ではもっとも少なくなり、概ね切除範囲が広いほど胃切除後障害が大きくなります。なお、胃の入り口（噴門）と出口（幽門）は、もし温存ができればより胃切除後障害が少なくなります。その程度には差があります。たとえば、噴門を切除する噴門側切除では、幽門を切除する幽門側切除より胃切除後障害がより大きく、その程度は胃全摘に近くなる場合も生じます。

なお、近年、腹腔鏡手術が広く普及し胃切除も腹腔鏡（ロボット手術も含む）で行われていますが、胃切除後障害の程度は術式により規定されるものなので、開腹手術と腹腔鏡手術による胃切除後障害の程度に差はありません。

おおもと病院では、2005年頃からセンチネルリンパ節理論に基づき、根治性を保ちながら、できるだけ胃切除範囲を少なくし、迷走神経を温存する縮小手術を行っています。そして、そのセンチネルノードナビゲーション縮小手術の術後のQOL（生活の質）は定型手術（広範囲幽門側胃切除）より大差で有意に良好であることが、胃切除後のQOLの質問表ペガサス（PGSAS-45）により証明されました。

胃切除後障害は、食事指導などにより軽減できますが、もっとも大きな影響を受けるのは術式です。好きなもの、十分に食べ、通常の暮らしを送ることは、胃切除を受けた患者さんの大きな喜びです。胃切除後の患者さんを診たら、胃切除障害はないか？に目を向けていただければ幸いです。