

Percutaneous Gastrostomy and Gastrojejunostomy

고려대학교 의과대학 영상의학과학교실

조 성 범

입을 통하여 음식물을 섭취할 수 없는 환자는 장기간의 영양공급을 위하여 장관영양(enteral feeding)을 필요로 하며 이때 nasogastric tube보다는 gastrostomy나 gastrojejunostomy tube를 설치하는 것이 장점이 많다. Gastrostomy는 개복 하에 시행하는 수술적 방법과 내시경 또는 방사선투시 하에 시행하는 경피적 방법이 있다. 수술적 방법은 1876년 Verneuil에 의해 처음으로 성공하였으나 1979년 Gauderer와 Ponsky가 내시경을 이용한 시술에 성공하고 1981년 Pre-shaw가 처음으로 방사선투시 하에 gastrostomy를 성공적으로 시행함으로써 현재는 경피적 방법이 전신 마취의 위험성과 morbidity, mortality rate가 높은 수술적 방법대신 우선적으로 시행하는 시술법이 되었다. 내시경적 gastrostomy는 튜브가 구강으로 들어가 식도를 따라 내려와 복벽을 통해 당겨지는 pull technique을 주로 사용하고 영상의학적 gastrostomy는 트랙 확장 후 튜브를 복벽을 통해 직접 위 안으로 삽입하는 push technique을 주로 사용한다. 내시경적 gastrostomy는 이미 널리 행해지는 방법이며 bedside procedure로 시행할 수 있으며 내시경을 통한 부가적인 검사 소견을 얻을 수 있으나 내시경 자체의 위험성이 있고 튜브가

구인두를 통과하기 때문에 감염 및 tumor seeding의 가능성이 높으며 특히 내시경이 통과할 수 없는 두경부암, 식도암 환자에서는 시술 자체가 불가능하다는 단점이 있다. 영상의학적 gastrostomy는 내시경적 방법에 비해 시술이 비교적 간단하고 morbidity, mortality rate, major complication rate가 낮으며 투시뿐만 아니라 초음파, CT 등 여러 영상의학 유도장비를 사용하여 두경부암, 식도암 환자에서도 시술할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 주로 사용하여 왔던 튜브가 내시경적 방법에 비해 직경이 작아 잘 막힐 가능성이 있다 (특히 잘 분쇄되지 못한 경구용 약). 이러한 단점을 극복하기 위해 다양한 크기의 튜브가 나와 있으며 또한 현재는 내시경용 튜브를 사용한 영상의학적 gastrostomy도 많이 시행하고 있다. 위식도역류로 인한 흡인이 발생했던 환자는 처음부터 gastrojejunostomy를 시행하는 것이 좋으며 gastrostomy후 흡인에 의한 후유증이 발생한 환자도 gastrojejunostomy로 전환하는 것이 좋다.

gastrostomy를 한 후에는 정기적으로 튜브를 교환하고 관찰하는 것이 뜻하지 않게 gastrostomy 튜브가 빠지거나, 위액의 누출로 인한 피부 손상, 감염 등의 부작용을 줄일 수 있다.