

労災病院 最近の治療

経鼻内視鏡検査



消化器内科

兎島辰也

昭和52年 和歌山県立医科大学 卒

- 日本消化器病学会専門医、指導医
- 日本消化器内視鏡学会専門医、指導医
- 日本内科学会認定医、指導医
- 日本医師会認定産業医

本邦における胃癌死亡率は近年減少傾向にありますが、標準人口に当てはめた年齢別調整死亡率で見ますと、男性では肺癌に次いで、女性でも大腸癌に次いでともに第2位とまだまだ高頻度です。胃癌の症状としては、上腹部痛、嘔気、嘔吐、上腹部膨満感等がありますが、いずれも胃癌に特異的とは言えません。また早期の胃癌ではしばしば自覚症状が見られません。高血圧や糖尿病などで長年通

院している患者さんは、全身を診てもらっていると思われて安心していることが多いようですが、実際には症状がないために1度も内視鏡検査が行われておらず、症状が出現した時には既に手術不能の進行胃癌になっていたということも決して少なくありません。胃癌は早期に発見できれば治癒可能な疾患です。さらに、最近では内視鏡的粘膜切除術（EMR）や内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）等の低侵

襲の内視鏡的治療も盛んに行われるようになり良好な治療成績が得られています。40～50歳以上で胃癌のリスクファクター（家族歴、喫煙、飲酒、高塩食品、ピロリ菌等）がある方は、積極的に検査を受けるべきなのですが、胃検査の受診率は全国平均で8%とかなり低率なのが実情です。

胃癌の診断のための検査としては、胃透視と内視鏡検査がありますが、胃透視で早期癌を発見する事はなかなか困難です。早期胃癌の発見のためには内視鏡検査での検診率を向上させる事が必要不可

欠と考えられます。しかしながら、リスクが高いと考えられる患者さんに内視鏡検査を勧めても、検査の必要性についてはご理解いただけるものの、検査に苦痛を伴うことを理由に承諾が得られない場合が大半です。実際内視鏡検査と聞くだけで、「もうこりごり」という人が多く、『内視鏡検査=苦しい』というイメージが定着しているようです。内視鏡検査に伴う苦痛を軽減するために鎮静剤を用いることがあります。呼吸・循環動態の変動やショック等の副作用が発生する危険性が高くなります。このため検査中・検査後のモニタリングがかかせず、また覚

図1. 経口内視鏡と経鼻内視鏡の違い

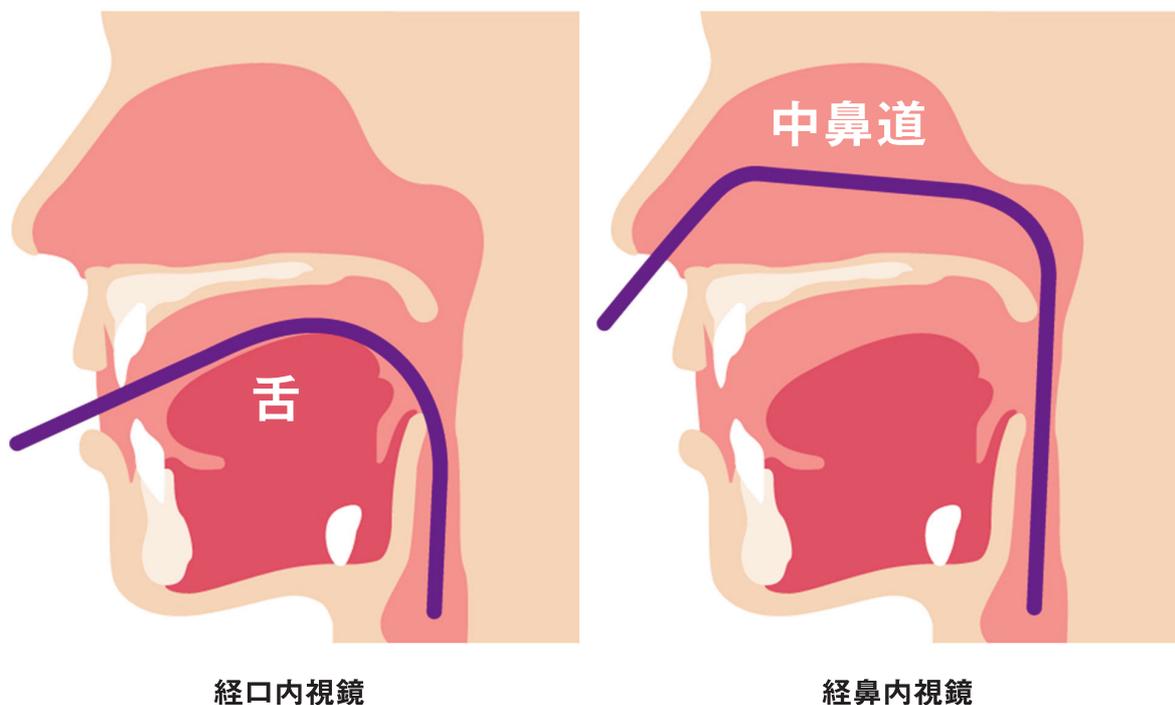


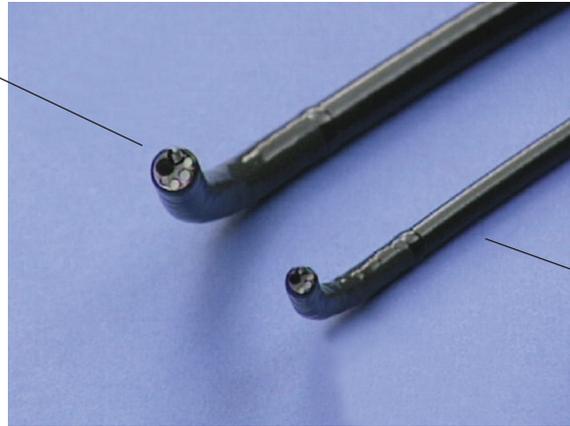
図2. 経口内視鏡と経鼻内視鏡の違い

【経口内視鏡】

EG-450HR

視野角 120°

外径 9.4mm



【経鼻内視鏡】

EG-470N

視野角 120°

外径 5.9mm

醒するまで1時間位回復室で安静を保つ必要があります。限られたスタッフやスペースを考えると、すべての患者さんの要求に応えることはとても困難と言わざるを得ません。こういった問題を一気に解決してくれそうなのが経鼻内視鏡検査です。

ところで、従来の口から入れる内視鏡は何故『苦しい』のでしょうか？これは、内視鏡が舌根部を圧迫することによって咽頭反射が誘発されることが最大の理由です。さらに経口内視鏡の先端部の直径が9.4mmと太いことも理由の一つです。これに対して経鼻内視鏡は舌根部に触れることなく食道に挿入できますので、嘔吐反射なしに楽に検査が受けられます。

加えて、内視鏡先端部の直径も5.9mmと細径です（図1、図2）。経口内視鏡検査では、名人と言われるような経験豊富な医師でも多少の咽頭反射は避けられませんが、経鼻の場合は比較的経験の少ない医師が行っても咽頭反射は起きづらいのです。経口内視鏡検査では患者さんの苦痛が大きいためできるだけ早く終わらせなければというプレッシャーがかかりますので余裕を持った検査がしにくく、病変の見逃しにもつながりかねません。一方、経鼻内視鏡検査では時間をかけて丁寧な観察ができます。また、経口内視鏡検査では胃の蠕動や唾液の分泌を抑制するために検査前に抗コリン剤の投与を行う必要がありますが、経鼻内視鏡検査では不要です。したがって、抗コリン剤

による副作用の懸念もなくなります。

経鼻内視鏡検査のもう一つの利点は検査中に会話ができることです。経口内視鏡検査ではマウスピースを用いるため患者さんは自由に話すことができませんが、経鼻ではマウスピースが不要のため検査中も医師との会話が可能です。患者さんはモニター画面を見ながら「これはなんですか?」というような質問ができますので、安心感が得られます。また、「大丈夫ですか?」という医師の問いかけにもはっきりと答えることができるため、医師のほうも安心して検査に集中することができます。

最近当院でも経鼻内視鏡検査を行う機会がありました。鼻から内視鏡を挿入するというと、ほとんどの患者さんはびっくりして顔をしかめますが、検査後感想を聞いてみると、以前に経口内視鏡検査を受けた方のほとんどは、経鼻のほうがかなり楽だったとおっしゃっていました。初めての方も思ったよりずいぶん楽だったとの評価でした。

経鼻内視鏡の前処置は経口内視鏡と同様に、まずガスコンドロップ®を内服します。次いで鼻腔内に血管収縮剤のプリビ

ナ®を噴霧した後キシロカインビスマス®を注入します。さらに外径4mmのネラトンカテーテルにキシロカインビスマス®を塗布した後にキシロカインスプレー®を噴霧して鼻腔内に挿入します。1分後カテーテルを抜去し、同様の処理をした6mmのカテーテルを挿入します。検査直前にカテーテルを抜去し、内視鏡を挿入します。経鼻内視鏡では時に検査後鼻出血が起こる事がありますが、通常はごく少量であり圧迫などによりすぐに止血されます。

これまで経鼻内視鏡は経口内視鏡に比べて画質と光量がやや劣るとされてきましたが、スーパー電荷結合素子 (CCD) ハニカムが採用された事によりハイビジョン並みの鮮明で解像度の高い画質が得られるようになりました (図3)。また、上下左右の4方向アングル操作ができますので、十二指腸下行脚までスムーズな挿入が可能であり、生検も的確に行うことができます。鉗子口が2mmと細いので現時点では内視鏡的処置は困難ですが、観察は通常の経口内視鏡と遜色なく、さらに生検もできるため胃病変の診断にはなんら問題はありません。

経鼻内視鏡の登場により『内視鏡検査

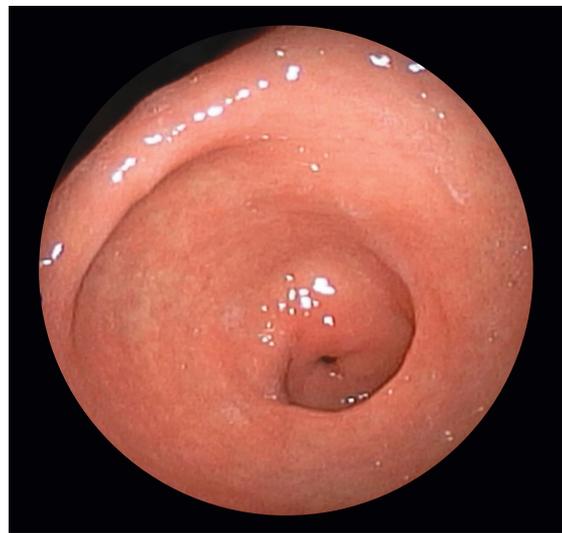
『= 苦しい』というイメージが払拭される可能性が出てきました。今後スクリーニングの内視鏡検査は経鼻が主体となることはまず間違いのないと思われます。当院におきましても本年8月下旬より経鼻内視鏡検査を実施すべく現在準備を急いで

います。先生方には是非経鼻内視鏡検査のご指示を頂きますようお願い申し上げます。なお、電話での検査予約も受け付けておりますので、医療連携センター（☎ 3742 - 7341、ダイヤルイン）までご連絡下さい。

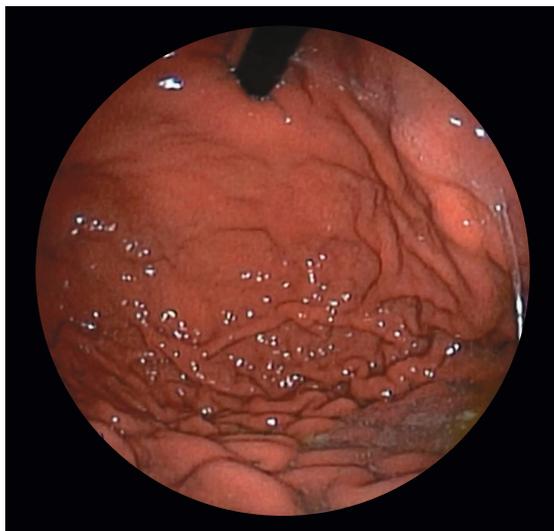
図3. 内視鏡像



食道



前庭部



穹窿部

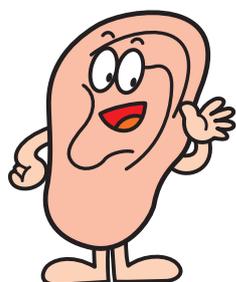


十二指腸球部

耳鼻咽喉科

◆ 業務体制

現在（2006.8月）渡利昭彦（副部長）後藤享也、の2名が診療に当たっています。2名とも日本耳鼻咽喉科学会認定耳鼻咽喉科専門医資格を取得しており、耳鼻咽喉科一般の診療を毎日行っています。その他、特殊外来とし



て火曜日に睡眠時無呼吸外来、水曜日に補聴器外来を開設しております。補聴器適合判定医の資格も取得しております。

◆ 特色

耳鼻咽喉科と一言に言いましても臨床上扱う範囲は鎖骨より上方の広範囲に渡り、脳外科、神経内科、眼科、呼吸器内科等関連各診療科と密に連携をとり診療に当たらせて頂いております。

手術は、口蓋扁桃摘出術、内視鏡下鼻副鼻腔手術、喉頭微細手術ほか鼓膜形成術、頭頸部腫瘍（主に唾液腺）摘出術などを主に月曜日に行っています。

近年のストレス社会において発症頻度の高いめまいに関しては、ENG（電気眼振計）を用いた診断を行っております。

睡眠時無呼吸症候群に関しては、1泊2日のPSG検査入院の上、適応症例にはCPAP導入、また手術適応の方には積極的に咽頭形成術を施行しております。

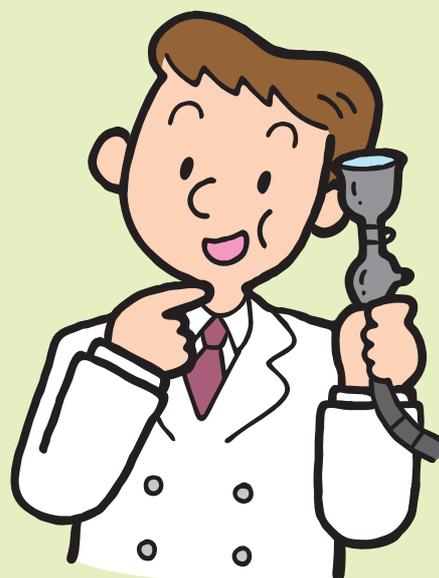
◆ 外来で施行できる主な検査

岩元規奈子臨床検査技師が耳鼻咽喉科専属となって7年目となります。労災認定、障害認定において必要な感覚器検査も行っております。

- ① 標準純音聴力検査、ティンパノグラム、アブミ骨筋反射検査
- ② 標準語音聴力検査、不快域値検査、耳鳴検査（ピッチマッチ）
- ③ 電気眼振図、OKN 視運動眼振検査、ETT 視標追跡検査
- ④ 温度眼振検査（カロリックテスト）
- ⑤ 基準嗅覚検査（T & T オルファクトグラム、アリナミンテスト）
- ⑥ 味覚検査（ディスク法）
- ⑦ 小唾液腺生検リップバイオプシー
- ⑧ その他

◆ 関連施設

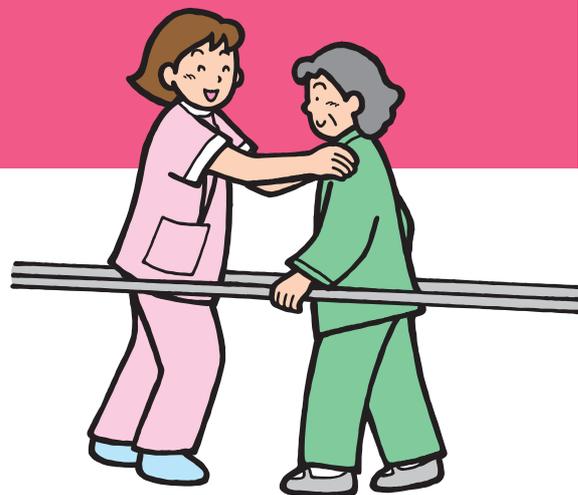
順天堂大学耳鼻咽喉科、国際医療福祉大学附属三田病院頭頸部腫瘍センターなどへの患者様の紹介も適宜行っております。



—— 大田区脳血管障害研究会 ——

リハビリテーション実技講座 のお知らせ

東京労災病院では、区南部地域リハビリテーションセンターの活動の一環として、リハビリテーション実技講座を開催いたします。多数のご参加をお待ちしております。



日 時) 10月23日(月) 19:30~20:30 (19:00開場)

場 所) 東京労災病院 高層棟2階 リハビリテーション室

参加費) 無料

駐車場) 有 正面玄関駐車場

※3時間以上の駐車の場合リハスタッフにお申し出ください。

お問い合わせ

TEL 03-3742-7301 (内線3216) / 作業療法士: 今関

「要多介助患者さまに対する基本動作指導・介助方法」

- ① 体の大きい患者さまについて
- ② プッシャー現象・半側無視のある患者さまについて
- ③ 多関節拘縮のある患者さまについて

本講座は、地域で在宅介護に関っている方を対象とし、実技を中心に行ないます。