

第 34 回日本消化器内視鏡技師研究会

講演要旨

平成 7 年 5 月 12 日 (金) 13:00~17:00

パシフィコ横浜 メインホール

一 般 演 題

1. 近畿における内視鏡技師の現状と展望

----定着率と国家認定に対するアンケート調査より----

近畿消化器内視鏡技師会府県担当役員

京都府	京都第二赤十字病院	○小林 成子
兵庫県	兵庫県立成人病センター	込山さわ子
大阪府	大阪医科大学付属病院	伊東百合子
大阪市	大阪鉄道病院	青田 妙子
滋賀県	大津赤十字病院	西本富美子
奈良県	大倭病院	柏木紀美子
和歌山県	国保那賀病院	西山由利子
技師会長	大阪府狭山保健所	隅田リヨ子

【はじめに】内視鏡治療の進歩に伴い内視鏡技師の役割も重要と言われている。近畿内視鏡技師会は技師会創立 10 周年を迎え、その節目として内視鏡技師制度をもう一度考えるべく、技師の現状と国家認定についてアンケート調査を実施した。

【対象と方法】近畿所在判明者の技師有資格者 510 名にアンケート用紙を郵送し、337 名の回答が得られ回収率は 66.1%であった。1 種 2 種による回答の違いも検討した。

【結果】内視鏡技師の 84.9%は看護職であり、取得した知識技術が生かされず勤務移動になったケースが 32.6%にみられた。仕事の内容、労働条件も従来通りで変化はみられなかった。このような現状の中でも、87.8%の人が、技師資格を取得して良かったと答えている。内視鏡技師は現在学会認定であるが、技師自身は内視鏡技師制度が必要と思っている。しかし、資格が十分に生かされていないと感じている。国家認定を得るには、業務内容の検討が必要と考えている。技師の教育は充実した講習会を希望している。種別による回答に大差はみられなかった。

【まとめ】今後、内視鏡技師制度を確立していく為には、医療の中での内視鏡技師の役割を考えつつ、将来を見据えた教育システムの充実をはかる事が必要と考える。

『連絡先：〒602 京都市上京区釜座丸太町上ル春帯町 355-5 TEL075-231-5171』

2. 即日胃内視鏡検査の有用性の検討 ---アンケート調査に基づいて---

山田赤十字病院 内視鏡室 内視鏡技師 ○中北 直子・谷川原由美

看護婦 辻本 公子

医師 福家 博史・佐藤 兵衛

〔目的〕当院では予約なしで行う上部消化管内視鏡検査（以下即日検査）を約15年前より行っている。現在、即日検査の占める割合は約25%になったが、医療側、患者側にとって真に有益かどうかを再検討する為、即日検査を受けた患者にアンケート調査を行いそのメリット・デメリットについて分析した。〔対象と方法〕平成6年11月から平成7年2月に上部消化管内視鏡検査を受けた2092名のうち即日検査を受けた433名に対し以下の項目でアンケート調査を行った。1 年齢 2 再検査への意志 3 受診理由 4 予約なしで受けられる事を知っていたか 5 検査に対する不安 6 即日検査を受けて良かった点 7 悪かった点。又、アンケート項目とは別に予約検査、即日検査での有所見率、疾患別比較も行った。〔結果及び考察〕受検年齢は40歳代～60歳代が全体の69.3%と最も多く、又この年齢層は病気に対して関心が高い為か再検査にも積極的であった。当院で即日検査を行っている事を知っていた人は41.7%と比較的よく知られていた。検査に対する不安で最も多い『結果が心配』を早期に解消し、働き盛りの年齢層や、遠方よりの患者の受診回数を少なくできる利点があった。予約検査と即日検査で発見された疾患を比較すると、即日検査では消化性潰瘍で開放性潰瘍が約2倍、他の疾患でも発見率が高く、診断・治療が迅速化できる事が再確認された。即日検査を受けて悪かった点が『特になし』の回答が61.4%と最も多かったが、『心の準備が出来ていない』『検査についての不安』をあげる人もあり、これにはより十分なオリエンテーションを行いその軽減、解消に努める事が必要と思われた。

『連絡先：〒516 三重県度会郡御園村高向 810 TEL0596-28-2171』

3. 上部消化管内視鏡検査デモンストレーションビデオの活用

----検査時の被検者の不安の軽減を目指して----

札幌北榆病院人工臓器・移植研究所

外来内視鏡室 看護婦 ○須藤めぐみ・山田 美環・福原みゆき

三国久美子・村上 貞子・栗坪 睦子

医師 齋藤 雅雄・大泉 弘子・鈴木 岳

現在、上部消化管内視鏡検査は日常的に行われているが、被検者にとっては不安が大きい検査である。そこで今回当院で昨年作製した検査デモンストレーションビデオに注目し、ビデオによる検査オリエンテーションの効果について胃内視鏡検査を受ける被検者を対象にアンケート調査を行った。また同時に問診票の使用を開始し、個々にあった検査の対応を試みた。

アンケート結果より、不安があると答えた方は初回の方が圧倒的に多く、ビデオが参考になった・不安がとれたと答えた人は6~8割に到った。また検査後“非常に苦しかった”と答えた人は、不安の強い初回の人でも3割弱にとどまった。しかし不安を抱いたまま検査を受けた人で、検査が“非常に苦しかった”と答えた人は5割を越えたのに対し、ビデオを観て不安が軽減できた人では、検査が予想よりも“苦痛が少なく楽だった”と答えた方が9割に到った。これらの結果は、ビデオの活用が被検者の不安軽減に有用であった事を示唆している。今回、同時に使用した問診票の使用により、リスクと考えられる情報の把握が容易となり、スタッフ全員が被検者各自の不安に応えた対応ができ、より一層安全な検査が可能となった。

以上の事より、ビデオの活用は胃内視鏡検査上有用であったと考えられる。

『連絡先：〒003 札幌市白石区東札幌6条6-5-1 TEL011-865-0111』

4. 大腸内視鏡検査オリエンテーションビデオの作成及び検討

聖路加国際病院 内視鏡室 技師 ○牧野 和広・岡田 修一・大塚 哲
医師 堀木 紀行・藤田 善幸・丸山 正隆

近年、大腸内視鏡検査が普及しポリープ切除も日常の外来検査の中で盛んに行われている。このため、その術前・術後において様々な問題が生じているが、被検者の大腸内視鏡検査及びポリペクトミーに対する十分な理解が大切である。

今回、被検者が大腸内視鏡検査を安心してスムーズに受けられるようオリエンテーションビデオを作成し、検査前にビデオを貸し出すことによって良好な結果が得られた。

当院では、外来でポリープ切除を行うことが多いため、このビデオでは特にポリープ切除に関わる注意の説明に重点をおいている。

ビデオを検査前に貸し出し、被検者の理解を得ることで、突然のポリペクトミーにも速やかに対処出来、検査においても被検者は不安を訴える事なくスムーズに行うことが出来た。また、有用性についてアンケートを調査を行った結果、内容の理解度は98%と高く、有用性については67%と意義が示された。

まだ試作の段階で内容にも工夫が必要だが、貸し出すことの問題、コストの問題などが今

後の課題である。

『連絡先：〒104 東京都中央区明石町 9-1 TEL03-3541-5151』

5. 食道のルゴール散布法検査後の症状緩和について

----アンケート調査を実施して----

日鋼記念病院 内視鏡室 看護婦 ○工藤 静子・高木 敦子・尾崎 香理

志村ユキエ

消化器科医師 藩 紀良・荒谷 英二

目的

食道内ルゴール散布後のチオ硫酸ナトリウム追加散布の症状緩和に対する有用性を検討するため、アンケート調査を実施した結果を報告する。

方法

対象は、食道癌ハイリスクグループのルゴール散布被験者 100 名で、内訳はチオ硫酸ナトリウム散布群 50 名、非散布群 50 名とした。対象の検査後の副作用症状につき、聞き取りまたは電話聴取によりアンケート調査し、症状を無症状・胸灼け・吐き気・不快感の 4 項に分類しつつ、検査直後・検査 1 時間後・7 時間後・翌日まで経過を追って実施し回答を得た。

結果

回答率は 100%、症状の複数回答がみられた。検査終了直後の症状出現率は、非散布群 84%に対し、散布群は 72%であった。検査 1 時間後では、非散布群 62%、散布群は 40%であった。7 時間後、翌日までの経過では両群ともに、症状の残存を認めたが、散布群の方が副作用症状緩和に対し有効であることが確認された。

まとめ

食道内ルゴール散布後のチオ硫酸ナトリウム追加散布の症状緩和の有効性が、アンケート調査により確認できた。現在、私たちは、今回のアンケート調査で得られた事を念頭におき、特に副作用が翌日までの経過でも完全に消失しないことを重視し、患者に対し、検査前・検査後に検査の必要性和副作用の出現についてさらに十分な説明を行っており、患者側の受け入れも良好である。

『連絡先：〒051 北海道室蘭市新富町 1-5-13 TEL0143-24-1331』

6. 内視鏡施行時の咽頭麻酔の自己申告制の導入についての検討

洛和会音羽病院 看護婦 ○加藤 廣子・後藤ひなこ

医師 兪 正根・坂口徹太郎・小林 昌樹

京都大学生体医療研究センター 医師 滝本 行延

咽頭麻酔の深さを他覚的所見によって判定することは困難で、多くの場合検査を施行する側の主観による判断基準で行われているのが現状です。そこで今回我々は患者側の判断で麻酔の深さを判定するため患者による咽頭麻酔の自己申告制を導入し、麻酔に要する時間を検討し、またその時間に患者の背景が及ぼす影響について検討したので報告する。

対象：当院における内視鏡検査被施行者から無作為に300人抽出した。

方法：予め麻酔の深度と自覚症状との関係を調査しこの調査結果にもとづいて、患者の背景とともにアンケートを作成した。

結果：咽頭反射に要する時間は最も長いもので12分、最も短いもので4分であり、平均6.8分であった。年齢別の評価で内視鏡の経験の有無を除いて、嗜好物の摂取の習慣や精神的な過敏性の要素は平均すると麻酔時間に大きな影響を与えなかった。

結語：患者自己申告制による麻酔時間の評価を行った結果、個々の患者に於ける麻酔に要する時間には明らかに個人差があり、最もよい条件下で内視鏡検査を行うために、麻酔の自己申告制は有効であると思われた。

『連絡先：〒607 京都市山科区音羽珍事町2 TEL075-593-4111』

7. 人間ドック上部消化管内視鏡における前処置の検討（第1報）

----咽頭麻酔について----

亀田総合病院附属幕張クリニック内視鏡室 ○鎌田 弘之・和気 紀子・岡田 実

医師 横内 敬二・光島 徹

目的：上部消化管内視鏡（以下UGIS）の前処置として咽頭麻酔によって、受診者はしばしば苦痛、不快感を訴える。我々はUGISの受容性を高めるためにさまざまな方法を試みているが、今回、咽頭麻酔について検討し、若干の知見を得たので報告する。

対象および方法：対象は1994年5月から7月までの3か月間に、我々の人間ドックにてUGISを選択した受診者のうち、キシロカインスプレー散布5～7回のみでの咽頭麻酔（以下スプレー法）を実施した男性498名、女性238名、計736名。これらに対して、検査終了後咽頭麻酔の受容性についてアンケート調査を行った。なお、前投薬としてUGISの直前にブスコパン1Aを筋注、ホリゾン2.5～5mgの静注を原則として全員に実施した。

結果：今回のスプレー法によるUGISが楽だったと答えた受診者は40.1%、やや楽だったのは19.2%であった。やや辛かったのは18.7%、辛かったのは5.5%であった。キシロカインビスカスを喉の奥に溜める麻酔法（以下ビスカス法）との比較では、スプレー法が良い77.3%、

ビスカス法が良い9.7%と明らかな差が認められた。

考察および結論：スプレー法は受診者の苦痛が大幅に軽減するにもかかわらず、ビスカス法に劣らぬ麻酔効果が得られる。しかも、検査の直前に5回程咽頭にスプレーするだけであるから、極めて簡便かつ誤飲の恐れも少ない安全な方法である。我々の施設では、咽頭麻酔をビスカス法からスプレー法に全面的に変更して、満足すべき結果を得ている。

(講演予報集再録) 『連絡先：〒261-01 千葉県千葉市美浜区中瀬 1-3 TEL043-296-2711』

8. 理想の前処置法を求めて ----無抗コリン剤前処置法の検討----

鈴木胃腸科医院 内視鏡技師 ○藤垣 優子・秋元 貞一・永井 敏子
黒川由美子・長崎 洋子・桜庭 俊子
医師 鈴木 誠治

当科では安全で効率の良い前処置法を確立するためにアンケート、心理テスト etc. を重ねてきた。1989年に初めて内視鏡を受ける人や緊張感に強い人に投与していた鎮静剤を中止したが、殆ど問題はなかった。そして、1993年からは短期間で頻回に検査を受けることになる潰瘍フォロー患者に対する最小限度の前投薬を目的とした無抗コリン剤による胃内視鏡検査を試みた。対象は当科において潰瘍の治療歴のある人、または検査歴が過去3回以上あり、かつ1年以内に検査を受けていた人。方法は十分な説明を行った上で無抗コリン剤胃内視鏡検査を行った。検査後、医師は蠕動による支障があるかを、介助者は患者の嘔吐反射や唾液分泌の度合いを、患者からは以前との苦痛感を比較していただき、以上の三者のチェックがすべて支障なしの場合に次回以降の検査は抗コリン剤必要なしとした。これまでの2年間の調査結果は 1 無抗コリン剤胃内視鏡検査の同意を得られた割合は対象者1340名中1140名の85%であった。 2 検査後の支障なし例で次回以降無抗コリン剤適応者は1140名中1026名で90%を占めた。 3 蠕動が強く検査に多少支障ありの割合は全体の6%で、40歳未満の割合が高かった。 4 最近是全検査数のほぼ半数を無抗コリン剤で行っており、医師の見解も「多少の蠕動例もあるが検査に特に支障はない」とのことだった。 5 患者の反応としては「検査時の苦痛感に殆ど変わりはなく目のちらつきや注射痛もなくて良い」との意見が多かった。以上、当科における無抗コリン剤前処置法について報告した。

『連絡先：〒017 秋田県大館市中道 2-1-46 TEL0186-43-3091』

9. 朝食摂取し、午後に胃内視鏡検査を試みて

千葉市立海浜病院 内視鏡技師 ○佐藤レイ子

内視鏡による検査や治療は、複雑多岐となってきた。検査の原則は、朝食を絶食とし午前中の実施である。しかし、仕事や趣味などで午前中来院できない。糖尿病などの疾患のため空腹時間が短時間がよいという声があった。そこで、スクリーニング目的とした胃内視鏡検査を午後に行った症例を報告する。

症例数は32である。対象は、80%が検診目的や検診で精査が必要といわれた症例である。検査の説明はパンフレットを使用し、特に食事を重点的に話した。朝食は、軽食（パン類・サラダ・コーヒー・紅茶など）とし8時、水分は9時まで摂取可能とし、午後2時以降の検査とした。検査時間は、食事摂取後6時間の経過が必要である。これは、「食物の胃内停留時間」を参考にさせていただいた。検査中は、胃・十二指腸内に残渣物が残っているかどうかを調べ、観察可能であるかをきめる。検査後、患者の感想を簡単に聞いた。94%の患者はパンやサンドイッチを摂取していた。朝食摂取から検査までの時間は、4時間で残渣有り観察不可能、5時間で白色混濁あり吸引で観察可能、6時間以上で残渣なく観察可能であった。患者の反応は、1「低血糖になりにくい」「朝の薬を服用できた」など検査まで心配せずに待てた。2検査開始まで空腹感を感じなかった。3午前中の時間を有意義に使えた。4朝食摂取に不安を感じた。このことから、食事摂取後6時間経過していれば検査は可能である。空腹感からのイライラ、仕事や時間的制限などの焦りから解放された。しかし、患者に不安感を与えないように適切なオリエンテーションが必要とされた。

空腹時間が長いと、空腹からくる心理的不安・肉体的苦痛など負担も多くなる。空腹時間を短縮し、苦痛をより軽減し検査を受けやすい環境をつくっていきたい。

『連絡先：〒261 千葉県千葉市美浜区磯辺 3-31-1TEL043-277-7711』

10. 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術の実際と看護

----Introducer 法と Push 法の比較----

医療法人社団 道都病院 内視鏡技師 ○小野 一紀・富永 禎子・若松 輝美
医師 兼重 裕・平山とよ子・畑 英司
矢花 剛

【はじめに】嚥下障害をもつ患者に対する長期栄養管理を目的に観血的胃瘻造設術が行われてきた。1980年より手技の簡便さと非侵襲性という利点を持つ内視鏡的胃瘻造設術が、Gauderer, Ponsky等によって始められた。欧米を中心に行われているこの手技が本邦でも近年導入されつつある。そこで当院でも脳血管障害患者及び神経変性疾患患者を対象に、Push法（以下P法）とIntroducer法（以下I法）による内視鏡的胃瘻造設術を行った。今回私達はP法とI法を比較検討したので報告する。また神経難病に罹患している患者と接

する貴重な経験により再認識させられた点についてもふれる。

【対象, 方法】対象は1992年から1994年間に内視鏡的胃瘻造設術を施行した7例で, 男性2例, 女性5例である。年齢は57歳から80歳まで平均70歳である。Sacks-vineカテーテルを口腔から腹壁へ用手的に押し込んで留置するP法にて2例, Introducerを刺入しその内側を通してバルーンカテーテルを挿入留置するI法にて5例を施行した。両方法の簡便性については所要時間を計測し, 安全性については合併症の有無を確認し, チューブ管理と耐久性についてはその繁雑さと交換状況について比較した。

【結果】所要時間はP法で約20分, I法で約10分を要した。合併症はP法で造設中1例に咽頭より僅かな出血を認めた。I法で造設後2例に気腹を認めた。チューブ管理と耐久性について, P法は使用後のブラッシングと年一回のチューブ交換で良かった。I法は使用後の生理食塩水や微温湯による加圧フラッシュと1~2ヶ月毎のチューブ交換を必要とした。

【考察】P法では二度の内視鏡挿入及び, 鉗子操作を行う点でI法に比べ多少簡便性に劣るが造設後のチューブ管理が容易である。1例でみられた咽頭からの出血の原因はガイドワイヤーを引き出す際の咽頭損傷によるものだった。これは僅かな注意でなくすることができる。I法ではP法に比べ手技的に簡便ではあるが, 造設後チューブの詰まりや, 固定水の漏出が多く見られる等のトラブルが多い。更に気腹を認めた2例は瘻孔完成前チューブの逸脱によるものが原因であった。これらよりチューブの改善が望まれる。

以上いくつかの問題点を挙げたがいずれも軽微なものと考えられ, P法I法共に手技が簡便で患者の侵襲も少なく優れた方法であった。しかし両方法共にチューブキットが高価で, 患者負担が大きいのは改善されるべきであろう。

次に看護において述べると今回, 対象患者すべてが神経難病に罹患している事で信頼関係を持つのが容易ではなかった。そこで病態生理の再確認やカンファレンスを行うことにより, 1. 医療従事者として豊富な知識を持ち備える事が必要であり, 2. 患者の言葉だけではなく表情やしぐさなどからも患者の心情を読み取る努力が大切であると再認識した。これらを業務に反映させることで私達と患者との信頼関係が自然に生まれてくると確信している。

《参考文献》

- 1) E. ウイーデンバック: コミュニケーション. 日本看護協会出版会. 1989年
- 2) 門田俊夫, 上野文昭: 経皮内視鏡的胃瘻造設術—簡易化された新手技に対する報告. 医学のあゆみ. 1984年
- 3) 嶋尾仁, 比企能樹: 胃瘻造設. 消化器病セミナー45へるす出版. 1991年
- 4) 世古口健他: 経皮内視鏡的胃瘻造設術の経験. Gastroenterological Endoscopy 34巻11号
- 5) 高橋和郎: 神経難病. クリニカルナーシングガイド7. メディカ出版. 1989年

『連絡先: 〒065 札幌市東区北17条東14丁目 TEL011-731-1155』

11. 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術の有用性 ----経鼻胃管法との比較検討----

平野総合病院 内視鏡技師 ○北村きみ子

看護婦 三浦 朋子・松原 薫・郷 順子

医師 松下 知路・田近 正洋・皆川 太郎

石黒 源之・高田 信幸・平野 高弘

森 甫

はじめに

当病院は高齢者収容の老人ホーム、リハビリテーション病院を有する約 600 床からなる総合病院である。脳血管障害、老人性痴呆等、寝たきりとなり経口摂取不能で長期強制栄養を必要とする患者が多い。これまで当院では、これらの患者に対し主に経鼻胃管法により栄養管理を行っていたが嚥下性肺炎等の合併症も多いため、H6.8より内視鏡的胃瘻造設術を試みた。

今回、我々は経鼻胃管法及び内視鏡的胃瘻造設術について、看護婦、介護補助者を対象に以下のアンケート調査を行った。

- 1) 管理上の問題
- 2) 患者及び家族の反応
- 3) 在宅での胃瘻造設術の受け入れ、等

アンケートの結果から病棟看護婦の内視鏡的胃瘻造設術に対する知識不足、消毒の問題、患者家族の理解など指摘された。

まとめ

当院において経皮内視鏡的胃瘻造設術は有用であると思われるが、看護婦サイドでの幾つかの課題が残されると思われる。

『連絡先：〒501-11 岐阜県岐阜市黒野 176 TEL058-239-2325』

12. 内視鏡止血器具アルトシューターの使用経験

医療法人 南ヶ丘病院 看護婦 ○小泉 照子・杉本 昭子・出口 光子

前田 茂美・縁筈ひろ子・高沢タマエ

内視鏡技師 佐藤美枝子・坂尻 操

技師 米沢 茂

医師 森 明弘・疋島 一徳・綱村 幸夫
川尻 文雄・宮崎 誠示

〔はじめに〕

緊急内視鏡やポリペクトミー生検後の局所止血法としてトロンビン末，純アルコール局注，クリップ等が使用されています。

今回，私達は新たに株式会社カイゲン社から販売されているアルトシューターを使って止血を試みました。その手技は鉗子口よりチューブを挿入し，アルギン酸ナトリウム粉末の入ったバイアルを装着，散布します。一連の操作が簡単かつスピーディであり，後片付けにも手間がかからない方法です。止血効果としては，動脈性の出血に対する効果はやや不安は残るが，漏出性出血にはほぼ完璧な止血ができることが分かり，有用であると思われたので報告します。

〔研究期間〕

平成6年9月13日～平成7年3月末日まで

〔結果〕

1. 事前に準備しなくても，必要時すぐに使用できる。
2. 散布チューブがディスポーザブルなので感染の恐れがない。
3. トロンビンに比べ安価である。
4. 保管管理が容易である。
5. 止血部位の確認ができる。
6. 液体と違い，視野が曇らない。
7. 一アンプル当たりのアルギン散末の量が0.5gとやや少ないように思われる。

〔対象症例〕	
潰瘍	7名
生検後出血	5名
デュラホイ潰瘍	2名
異物除去	2名
ポリペク	3名
マロリーワイス	1名
-----	-----
合計	20名

〔考察〕

エアーを送りながらチューブを挿入するために，圧により接続部が外れやすい。

チューブが細く，こしがないので挿入時に折れ曲がったりするので，スタイレット等があれば挿入しやすい。又，チューブ本体の強化が可能であれば，挿入時に屈曲する恐れが少なくなり，スピーディに操作ができると思います。また散布薬量が少ないように思われ，1～2g程度あればより確実な止血が可能となると思われれます。

〔まとめ〕

緊急内視鏡やポリペクトミー後の出血等，内視鏡的に行われる止血手技は日々新しい薬液・器具等が開発される中，変化しつつあると思われれます。その中で，内視鏡スタッフは連携を密にし，迅速かつ的確な対応を心掛けています。それには熟練した医療チームがそれぞれの役割の中で最大限の意欲を発揮し，自らの研究心を失わないよう今後努力してゆきたいと思われれます。

『連絡先：〒921 石川県金沢市馬替 2-125 TEL0762-98-3366』

13. X線被曝低減 KEY フィルターの使用経験

岩手県立中央病院 内視鏡室 内視鏡技師 ○平澤 智子・中村 良子
看護婦 浜田 直美
医師 石川 洋子・狩野 敦

増え続けるX線透視下での内視鏡検査・治療の中で、内視鏡技師はX線透視下に最も長くいることも多く、その被曝の影響を受けやすい環境にある。そこで透視下での検査・治療時の被曝を減量できないものかと考え、エックスレイプラス社製 KEY フィルターの使用を試みた。KEY フィルターはX線の中でも人体に有害とされている低エネルギー側を選択的にカットできるよう工夫されている。既に患者の被曝量は KEY フィルター各種の選択により1/3~1/5 減量できると報告されている。

今回は、CFを2man方式で行う場合の技師・医師の位置で、各々の頭部・腹部の高さで被曝線量を放射線部の協力下で測定した。

KEY フィルターは30Kv用と35Kv用、X線TV装置は東芝製DBA-300A、線量計はIONEX、プローブは600ccの電離箱、体厚20cmのマーゲンファントムを使用した。以上の条件下での測定結果は次の通りである。頭部の位置でフィルター非装着時に比較して技師の被曝線量は30Kv用KEYフィルター装着時33.0%、35Kv用KEYフィルター装着時では29.9%の減量となる。腹部に位置では同様に各々25.6%、18.1%の減量となる。さらに透視を10cm×10cmに絞った場合もKEYフィルター装着によりどちらの位置でも被曝線量は減量した。

放射線障害は被曝から数秒あるいは数十年後に発生する可能性がある。そのため、できる限り被曝しないよう努力する必要がある。

今回の測定から透視下における被曝線量は透視時間の短縮、絞りの利用、さらにX線低減KEYフィルターの利用により減量できると考える。

『連絡先：〒020 岩手県盛岡市上田1-4-1 TEL0196-53-1151 (内)2248』

14. 上部消化管内視鏡機器・前方視鏡の洗浄及び消毒法

----愛知県がんセンター手洗い方式の試み----

いわき市立総合磐城共立病院 中央外来 ○箱崎タミ子・愛川 征裕・遠藤 智恵
國井久美子・設楽 直子・森 康子
佐藤 敏子
同 内科医師 齊藤 行世

【はじめに】上部消化管内視鏡検査は、限られた時間内に同一の内視鏡機器を複数の被

検者に使用することが多く、その洗浄・消毒は各種感染症の点からも短時間で効果的な洗浄・消毒を行わなければならない。今回私達は愛知県がんセンターの洗浄・消毒法を当院のルーチン法として取り入れることが可能かどうか、追試を行いその検討成績について報告する。当初、原法通りに施行する予定であったが、工程の4点を変更し、愛知県がんセンター変法として検討した。【対象】Hbs 抗原・HCV 抗体・TPHA等の結果が陰性、又は、未検査者 80 名【方法】1 全工程の所要時間 2 検査直後と洗浄後の潜血定性反応による、鉗子孔内の洗浄状態の確認 3 当院のルーチン法と比較した実施後の利点と問題点について検討した。【結果】全工程時間は平均 3 分 52 秒であり、最短は 2 分 35 秒、最長 5 分であ

つた。潜血反応による、洗浄状態の確認では当院法が陽性率 25%であるのに対し、愛知県がんセンター変法では 3%と低く、満足すべき洗浄効果が得られた。《利点》1 臭気・汚物等の除去に優れている 2 鉗子口等、細部の洗浄がなされている 3 鉗子孔内の汚物除去が効果的であり、殺菌力も高いと思われる 4 グルタルアルデヒドは室温で使用できる。

《問題点》1 洗浄・消毒工程時間が長い 2 グルタルアルデヒドは刺激臭があり、またその製剤の扱い・管理に注意を要する 3 薬液・ガーゼ等の使用量が多く、コストがかかる等が挙げられた。【まとめ】洗浄・消毒工程時間の延長はみられたが、次に検査開始への影響はほとんどなかった。又、時間のみにとらわれず、細部にわたる十分な洗浄を行うことの重要性を再認識した。今後、更に追試を行い変法の導入について検討していきたい。

『連絡先：〒973 福島県いわき市内郷御厩町久世原 16 TEL0246-26-3151』

15. 当院における内視鏡のルーチン洗浄の現状（酵素洗浄剤による洗浄効果の検討）

服部胃腸科 内視鏡技師 ○木下 伸任・志垣 文浩・石田 君子
杉本 美樹

看護婦 山下 由美・鶴田 博美・大野 るみ
小堀けさみ・松野千代美

医師 服部 正裕・山岡 俊明・脇 澄夫
山口 明男

医師会検査センター 臨床検査技師 田代 透

内視鏡検査におけるファイバースコープや生検鉗子等を介しての感染の問題は、今や社会的問題にまで及んできている。感染予防のためには高度な消毒が必要で、そのためには十分な洗浄が不可欠である。そこで、今回十分な洗浄を目的とし酵素洗浄剤（以下サイデザイムと略す）を使用し又、生検鉗子・処置具に対してはオリンパス社製ウルトラソニック・クリーナーを併用し、ルーチン洗浄を行い良好な結果が得られたので洗浄の実際を洗

浄効果の検討を踏まえて報告する。従来は中性洗剤を使用していたが、これをサイデザイム（水1lに対して8mlの濃度）に変更し使用した。サイデザイムと中性洗剤の洗浄効果の検討の結果、特に差はみられなかったが、処置具に対してはウルトラソニック・クリーナーとの併用により、より一層の洗浄効果が引き出せ、ファイバースコープに対してはメンテナンスの低減と高度な消毒が可能になると考えられた。

『連絡先：〒860 熊本市新町 2-12-35 TEL096-325-2300』

16. 洗浄・消毒後の内視鏡の潜血反応

みさと健和病院 外来看護課 ○橋本百合子・西 成子・尾形 美起
中沢 順子・小野塚幸子・吉橋すみ子
鈴木 町子

【背景】洗浄・消毒後の内視鏡管腔洗浄液の潜血反応陽性は、生検後・出血を認めた時に限り認める。潜血反応陽性は前の検査の血液の残存を示し、消毒の不完全さと内視鏡を介する感染の危険性の一つの指標である。

【対象】 GIF-P20, P30, XQ200 の管腔、即ち鉗子管（鉗子栓から先端まで）吸引・鉗子管（吸引ボタン口から先端まで）及び吸引管（吸引ボタン口から吸引口金まで）を調べた。

【洗浄・消毒法】検査直後送気／送水・吸水をそれぞれ20秒間行う。生検・出血時には30mlの100%H₂O₂を2回に分けて管腔に吸引し、1分間放置する操作を追加する。続いて20秒間吸水洗浄、外側をスポンジ洗浄、3ヶ所の管腔をそれぞれ1回ずつブラッシング、吸引ボタン口から流水で水洗、0.2%テゴ-51を用い自動洗浄器の5分間モードで洗浄した。

【検体】生検時または出血を認めた際に、H₂O₂洗浄を加え洗浄・消毒。その3ヶ所の管腔をそれぞれ8mlの滅菌水で洗浄し検体とした。

【潜血測定】プレテスト試験紙（和光純薬）を測定し（±）以上を陽性と判定した。

【成績】生検または出血を認めた100例の検体のうち、それぞれの管腔で2または1検体が陽性であり、その陽性率は2または1%であった。

【潜血反応】HBs抗原陽性の1億倍希釈の血清1mlの静注でチンパンジーに肝炎が発生したという。この血清は血液に換算すると50万倍希釈の血液約0.01mlに相当する。一方プレテスト(+)は50万倍の希釈血液まで検出可能であり、従ってプレテスト(+)の管腔洗浄液

8mlは少なく見積もっても、血液換算で50万分の8mlに相当する。

【結論】100%H₂O₂30mlの洗浄を加えた洗浄・消毒法は血液の洗浄・排除に有効であった。

『連絡先：〒341 埼玉県三郷市鷹野 4-494-1 TEL0489-55-7171』

17. 内視鏡薬液消毒容器の工夫

医療法人 南ヶ丘病院 内視鏡技師 ○佐藤美枝子・坂尻 操
看護婦 小泉 照子・杉本 昭子・出口 光子
前田 茂美・縁筈ひろ子・高沢タマエ
技師 米沢 茂
医師 森 明弘・疋島 一徳・綱村 幸夫
川尻 文雄・宮崎 誠示

内視鏡器具による感染防止の為に薬液浸漬は、内視鏡の洗浄を必要とする本数が増えるに伴いその効率化が一つの課題となってきています。

当院においても上部消化管用6本、下部消化管用スコープ5本、フル回転で使用しています。患者の希望に応じて即日内視鏡検査も行っています。そのため薬液消毒浸漬の頻度が高まって来たので効率化が必要となり薬液専用容器を考案、自動洗浄機と併用する事で洗浄と消毒が同時に行えるよう工夫してきました。今まで試みた容器の紹介とともに一部改良を加えた多目的容器を6ヶ月間使用した経験を報告します。

最初はステンレス製では幅10cm、長さ1m、深さ7cmの専用容器を作製、使用してきましたが、蓋がないため刺激臭が強い、全体浸漬ができない、洗面台に置くので手狭になる等の問題を残した。

次にサイドックス丸型容器を使用しました。しかしスコープを小さくまとめないと収まりきれなく、手間がかかった。その上、蓋が完全にしまらないため刺激臭が漏れる、処置具の入れるスペースがない等の問題が生じた。そこで私達はプラスチック製で縦50cm、横40cm、深さ20cmの蓋付き容器を用い、蓋の裏側に発泡ポリウレタン製粘着テープを貼り、密閉することにより刺激臭が漏れないように工夫しました。赤い蓋が上部消化管用、黒い蓋が下部消化管用とし、専用容器として色分けしています。1.8ℓの容器2本に水を入れ、空いたスペースに入れることで水深を稼ぎ、薬液量を節約する工夫もしています。

〔結果〕

1. 開口部が広いので、スコープ・処置具等も無理なく入れられる。
2. 特別なセッティングの必要がないので、検査の合間のわずかな時間にも迅速に浸漬できる。
3. 許容範囲が広く、処置具の多様化にも充分対応できる。
4. 密閉型にした事で刺激臭が気にならなく、スタッフ等の苦情もなくなった。
5. 自動洗浄機と併用することで時間短縮ができた。

〔考察〕

6ヶ月間の使用経験の結果、種々改良して現在重宝しております。しかし内視鏡を取り扱う上において、どうしても両手がふさがることが多いため、フットスイッチで開閉できるような容器があれば作業の効率化になると考えます。

〔おわりに〕

限られた時間内で効率よく消毒し、感染の危険性をより少なくする方法と用具の開発に心掛けていきたいと思えます。

『連絡先：〒921 石川県金沢市馬替 2-125 TEL0762-98-3366』

18. 無床診療所における大腸内視鏡検査の有用性

此花診療所 検査室 内視鏡技師 ○辻 正治
医師 小堤 国広

私達の診療所のある大阪市此花区は、人口約 69,000 人その内、40 才以上は、32,000 人と 46.4%を占めている。92 年大阪市でも老健法に基づく大腸癌検診が実施され当法人（4 診療所）でも、92 年度 788 名、93 年度 1322 名と受診者の増加傾向があったが、94 年度は、先の阪神大震災によって法人内の一診療所が全壊し、それによる影響で 929 名の検診者にとどまった。93 年度の大腸癌検診結果は、便中 Hb 陽性者は 125 名 (9.5%) で、精検を受けた者は 78 名 (62.4%)、大腸癌と診断された者は 2 名 (0.15%) であった。

此花区内では 93 年度の大腸癌検診受診者が総計 2432 名あり、一般医療機関が実施したのは、そのうち 1892 名 (77.8%) で、その中で当法人が実施したのは約 7 割を占めている。

94 年 9 月私達は、大腸癌検診を受け入れるだけでなく、従来、大腸癌検診の精密検査として実施していた注腸検査に加えて、東芝製電子内視鏡を導入、実施に至った。

此花区内医療機関の現状は、5 病院、59 医院・診療所（92 年度区医師会名簿）があり、明らかに大腸内視鏡検査を実施していないと思われる 13 医療機関を除く 51 医療機関をみると、調べたかぎりでは、大腸内視鏡検査を実施しているのは、5 医療機関（4 病院、1 診療所）のみであった。

大腸癌検診要精検者の受診率は胃癌検診の精検に比して、かなり低いとも報告されており、大腸癌検診を実施している医療機関が、精検をも積極的に実施して行く事が、要精検者の受診率を高めるものと思われる。

我々、医療従事者としても、国民的重点課題でもある癌対策の地域での中心的担い手としての使命がある。 『連絡先：〒554 大阪市此花区春日出北 1-1-25 TEL06-463-2222』

19. クロウン病患者における検査, 指導時の問題点—内視鏡看護婦の関わりを考える—

札幌厚生病院 中央部門 看護婦 ○佐藤 直美・石川 久枝・馬場 昌子

加藤久美子・山崎八千代

医師 今村 哲理・八百坂 透・須賀 俊博

村島 義男

私たちは、クロウン病患者の大腸内視鏡検査時における、苦痛の軽減と、患者自身が病状把握できるような関わりが不十分であったと反省した。そこで、クロウン病患者に対し、内視鏡看護婦が関わるときの問題点を明確にし、検査介助時の注意点や指導の有り方について再確認したので報告する。

〈対象・方法〉1994年4月から1995年3月までの期間に大腸内視鏡検査を施行した50症例（男性39例、女性11例、平均年齢24.1歳）について聞き取り調査を行い、検査所見も検討した。

〈結果・考察〉1 疼痛の程度は、寛解期と活動期でみると、寛解期で、痛みなし18例、疼痛はあるが自制可4例、疼痛がありやっと我慢した3例、活動期は、痛みなし7例、疼痛はあるが自制可10例、疼痛がありやっと我慢した8例であった。痛みが強い患者は、活動期や手術既往のあるものが多かった。クロウン病患者は、検査時疼痛を伴うため、痛みの強いときの合図方法を打ち合わせ励まし、検査に臨めるよう援助することが必要である。

2 大腸内視鏡検査時の希望として、検査を楽に受けるために痛み止めを十分使って欲しい50例、モニターを見せて欲しい38例であった。患者がより楽に検査が受けられ、自らの症状を理解できるよう配慮する必要がある。

〈まとめ〉検査時において、疼痛緩和と患者が病気を正しくとらえられるよう配慮する。また、継続的な援助が行えるよう他の医療スタッフと連携を図ることは、内視鏡看護婦の重要な役割である。

『連絡先：〒060 札幌市中央区北3条東8-5 TEL011-261-5331』

20. 大腸内視鏡治療の偶発症と内視鏡技師のあり方

亀田総合病院消化器診断センター

内視鏡室 ○松本 雄三・富永 和宏・佐藤 京子

出口 治・神定 俊弘・富樫由美子

吉田 志美・久我 光子

医師 光島 徹・永谷 京平・河原 一雅

森山 剛栄

目的：いわゆる近代医療においては、医師と医師を助ける専門技術者でありコメディカル・スタッフ（以下技師）との、密接な協力があって初めて目的が達成される。近代医療の代表たる内視鏡においても、内視鏡技師は医師の指示の下にさまざまな医的侵襲行為を行っているが、なかでも重要なものにポリペクトミーなど内視鏡治療の介助があげられる。

今回、我々は大腸内視鏡治療によって発生した出血、穿孔など偶発症例について検討し、内視鏡治療において内視鏡技師がはたすべき役割について考察した。対象：1990年1月から1994年12月までの5年間に我々が経験した大腸内視鏡治療例は、2,176例（3,170病巣）であった。

結果：偶発症の発生率は5.1%（110例）で、内訳は出血107例（4.9%）、穿孔3例（0.1%）であった。

考察及び結論：大腸内視鏡治療の際技師が医師とともに行う処置は、用手圧迫、鉗子やスネア挿入時のスコープの固定、局注針による粘膜穿刺及び薬液注入、スネアによる絞扼、三脚鉗子による病巣の回収、出血時の止血処置など多岐にわたる。平坦・陥凹型病変、さらには従来不可能とされていた大きな病変などに大腸内視鏡治療の適応が拡大している現在、内視鏡技師は単なる医師の介助という段階を越え、より主体性に自らの技術を発揮して、安全かつ確実な内視鏡治療の実施に寄与することが期待されている。

『連絡先：〒296 千葉県鴨川市東町 929 TEL04709-2-2211』

21. 大腸内視鏡検査と癌の告知

出雲中央クリニック 内視鏡室 看護婦 ○西尾 伸子・星野 文子・川口美和子
内視鏡技師 大野 恵美・大野 美香
事務 浪花 寿子・北村 清美・鶴見まゆみ
医師 宮脇 哲丸

近年電子スコープが普及し被検者も病変を見る機会が、多くなってきました。我々は、大腸内視鏡検査の前、告知を望むか、望まないかを本人に尋ね、依頼書を提出してもらっています。1993年11月から1994年10月の一年間に検査を受けた877人を対象とし、聴き取り調査を行いました。質問内容：1. 告知を望んだ理由、もしくは望まなかった理由。2. 家族の反応。3. 再検査時、告知を望むか。4. 依頼書を渡された時の心境の四項目を聴きました。結果809人から回答を得ました。告知理由、有り群自分自身のため80%、無し群73%と自分を中心とした答えでした。家族の反応、有り群積極的合意47%無し群49%と、お互い話し合う場を持ち、被検者の考えを重視しています。再検査時、告知を望むか、有り群望む93%、無し群望む47%の回答で望む意見が、上回っています。依頼書を渡された時の心境有り群76%、無し群72%が、承知していると言う回答でした。所見、809人

中進行癌 11 人，早期癌 8 人が発見され，告知を受けた 17 人すべて，伝えてもらいよかったと言う回答が得られた。まとめ 1. 告知についての判断基準は，自分中心である。 2. 被検者と家族は，事前に話し合うことが必要である。 3. 被検者の多くが，癌の告知についてすでに知識をもっていると思われる。考察；患者に病名を告げるかどうかは，治療看護上，大きく影響します。信頼関係のもとに行うことが，肝要と思われます。検査前あらかじめ患者自身の意思を確認しておくことは，よりよい，インフォームドコンセントを追求するうえからも，意義のあることでは，ないかと思われます。

『連絡先：〒693 島根県出雲市塩冶町 2123 TEL0853-22-5552』

22. 消化管疾患と性格検査（第 4 報） ----下部消化器症状と YG 性格検査----

神戸大学附属病院

内視鏡看護婦（内視鏡技師）○中村 芙佐子

精神神経科技官 本田 雅子

中央検査部技官（内視鏡技師） 富田 明良

第二内科医師 田村 孝雄・宮本 正喜・青山 伸郎

患者の内容と自覚症状・他覚所見とは一致しない場合があり，個人の性格が影響を及ぼす可能性が示唆されるがその実体は明かでない。今回我々は大腸内視鏡検査施行者に 1) YG 性格検査 2) 自覚症状・他覚所見の強さのアンケート調査を施行し，内視鏡所見と比較検討した。

【対象及び方法】1995 年 5 月～9 月に神戸大学附属病院で第 2 内科施行の大腸内視鏡検査時に，個人の情報として公開しない旨明記した説明書とともに，1) YG 性格検査により性格を A B C D E の 5 型に分類 2) 下部消化器自覚症状 5 項目，他覚所見 5 項目を各々 0～3 点に数値化し合計した。計 114 例に配付し回答不備例，1 cm 以上の大腸腫瘍，炎症性腸疾患は除外し，76 例(男 38 例，女 38 例)を解析した。

【成績】A C D 型を安定型 (56 例)，B E 型を不安定型 (20 例) としてまとめると安定型では自覚症状 4.2 ± 1.1 ，他覚所見 2.4 ± 0.7 (計 6.6 ± 1.2)，不安定型では自覚症状 6.9 ± 1.4 ，他覚所見 3.5 ± 0.9 (計 10.4 ± 1.2) と不安定型で有意に高く，自覚症状／他覚所見の比は安定型 1.8，不安定型 2.0 と不安定型でより高値であった。さらに男女別で検討すると自他覚合計スコアは安定型では男 6.7 ± 1.4 ，女 6.5 ± 1.2 と差を認めなかったが不安定型では男 7.2 ± 1.2 ，女 13.2 ± 1.5 と女性で有意に高値をとった。過敏性腸症候群の定義は定まったものはないが，今回スコア値 2，スコア値 3 が各々 1 項目づつ以上有する例を抽出すると，9 例が該当した。20 歳代，60 歳代に多く，9 例中 4 例 (44%) が不安定型で，対照の 26% に比して高率であった。

【結語】 Y G 性格検査による不安定型では下部消化器症状，特に自覚症状が女性により強く出現していた。また過敏性腸症候群と考えられる例には不安定型の性格を有する場合が多かった。

『連絡先：〒650 神戸市中央区楠町 7-5-2 TEL078-341-7451』

23. 大腸内視鏡検査における腸管洗浄剤の分割法の検討

医療法人 横山胃腸科病院 内視鏡技師 ○成田 公子・相原 典子

看護婦 東條 浪江・右高つた子・青山 文江

宮原 篤恵・小嶋 智絵・馬場 園恵

中村美代枝

医師 宇野甲矢人・菊池 学・横山 功

横山 泰久

当院では経口的腸管洗浄剤MGV-5（ニフレックR）を外来患者の大腸内視鏡の前処置に在宅で行っているが前処置の苦痛軽減の為分割法を試みアンケート調査をしたので、報告致します。

〔対象〕1994年7月～10月迄の430例中200人平均年齢は53歳排便習慣においては排便あり（1日1回以上）は162名，便秘気味35名。

〔方法〕検査前日の食事は普通食とし夕食のみの軽食で素うどん程度とした。夕食は午後6時にすませ，2時間後ニフレック一袋を2000ccにとかして，そのうち1000ccをなるべく早く30分以内で飲用，検査当日その残り1000ccを家を出る3時間位前に飲用この時ガスコン錠3ヶもいっしょに飲んでいただく。おちついたら来院する。

〔結果〕前日の夕食については13名の方がとらなかった。前日の睡眠については，67%の方がよく眠れた。ニフレックの味については，1おいしかった。2% 2飲めたがまあまあの味であった。45.5% 3我慢してやっと飲んだ。28% 4まずかった。2.5%であった。

前日のニフレック1000ccの飲用所要時間については30分以内で飲めた人が最も多く68%当日は81%の人が30分以内で飲めた。排便回数については排便なしが20%，3～6回70.5%であった。当日も3～6回が最も多かった。

〔評価〕洗浄効果については200例中6名浣腸追加をしましたが良好支障なしを含め95%は，洗浄効果があったと考える。

〔まとめ〕1当日2|法に比べ分割1|法は患者さんの苦痛軽減 2前日の夕食は軽食が理想的 3患者さんへの説明が当日2|法にくらべ説明し易い 4ニフレックの前日1|当日1|の分割法ではほぼ満足できる結果を得た 5不良の症例については再施行の際薬剤の増量ないしは追加が必要と考える。

24. 在宅大腸内視鏡検査前処置における脱水についての検討

おおしま大腸クリニック 看護婦 ○脇本 昇子・奥田さとみ・加納 美紀

相宮千恵子・金沢 瑞恵・塩田ひとみ

院長 大島健二郎

武儀町診療所 改田 哲

和良村診療所 山田 誠史

（目的，対象および方法）当院では全大腸内視鏡検査の前処置として約 30%に PEG 液を使用している。一部の患者より脱水によるものと考えられる訴えがあったため PEG 液の内服方法による差の検討をした。対象は TCF を必要とした 109 名で年齢分布は当院の受診者全体の分布と大差なかった。方法はこれらの対象者を a 法前日 18 時に PEG 液 2000ml 服用を 34 名，b 法前日 18 時に 1000ml と当日朝 1000ml を分割して服用を 42 名，c 法当日朝，2000ml 服用を 33 名と 3 群に分けた。3 群について前処置中の排便回数，本人の自覚症状（他覚症状も含む），最終食事摂取時刻および下剤の内服終了時刻より検査開始までの時間を比較した。

（結果，考察およびまとめ）

排便回数は 3 群に明らかな差はみられなかった。自覚症状の有無としては a 法，b 法，c 法の順に多い傾向がみられいずれの群も口渇の訴えが最も多くみられた。最終傾向摂取より検査までの時間は，当院の原則的な検査開始時刻が a 法は午前中，b，c 法は午前 11 時以降のため，絶食時間は a 法が 24 時間以内で短い傾向であったため自覚症状との明らかな相関はなかった。下剤内服終了より検査までの時間は a 法では 12 時間以上経過しており他の 2 法より長時間となっている。この間に腸管残留液が濃縮し粘調となり検査のしやすさにおいて支障をきたすものと考えられた。

午前中の検査への対応として PEG 液の服用時間を変更した a 法であるが自覚症状が多い傾向があり検査の際に残留腸液による支障もあったため c 法に比べてやや検査しやすさにおいておとる傾向があり改善の必要があると考えられた。

『連絡先：〒500 岐阜市金園町 1-4 青木ビル 6F TEL058-264-6456』

25. 大腸内視鏡検査における前処置法の工夫

----lactulose を併用した PEG 投与量減量の試み----

下越病院 看護婦（内視鏡技師） ○齊藤 節子・持田由美子

看護婦 羽賀 泰子

医師 山川 良一・畠山 眞・伊東 浩志

〈はじめに〉大腸内視鏡検査の前処置には経口腸管洗浄法（以下PEGと略す）がひろく用いられているが内服量が多いという欠点が指摘されている。今回我々は肝不全治療薬として使われているラクツロース 50ml の併用を試みた。ラクツロースは重篤な副作用の報告がなく作用発現が早く当日朝飲用が可能である。また夜間不眠を避けられる利点もある。〈対象及び方法〉当院で大腸内視鏡検査を受けた107人を対象とした。当日PEG 1500ml を服用後水様便を認めなかった場合さらに 500ml を追加した単独群をA群、当日起床時ラクツロース 50ml を内服後にPEG1000ml を併用した群をB群とした。さらにB群はPEG服用後水様便を認めたB-1群と水様便を認めずPEG1000ml を追加したB-2群に分けた。全ての例に腸管洗浄度判定及び前処置に対する患者アンケートを実施した。

〈結果〉症例数A群40人、B群67人、うちB-1群43人、B-2群24人であった。（平均年齢61.1歳）PEG服用量は平均A群1750ml、B群1241mlで500mlの差が認められた。内視鏡的には残液量、残液色、残渣量のは差は認められなかった。B-2群でPEGを減量できなかったのは便秘や腹部手術の既往のある症例の比率が高い傾向にあった。患者アンケートにおいてラクツロース服用について味がよくない飲みにくい6%、嘔気4.5%という結果であった。〈考案〉ラクツロース併用によりPEG服用量を減量できる可能性が示唆された。今後、ラクツロースの指摘投与量について検討する余地があると考えられる。

『連絡先：〒956 新潟県新津市中沢町1-23 TEL0250-22-4711』

26. 『大腸内視鏡検査前処置法の検討』 ----シサプリドを併用して----

服部胃腸科 内視鏡技師 ○石田 君子 木下 伸任・志垣 文浩

杉本 美樹

看護婦 山下 由美・松野千代美・鶴田 博美

大野 るみ

医師 服部 正裕・山岡 俊明・脇 澄夫

山口 明男

大腸内視鏡検査（以下CFとする）においては、前処置（腸管内洗浄）の良否が、検査の精度に大きく影響する。特に陥凹型早期癌などは、残渣の残らない十分な前処置が不可欠である。CFの件数が増加しているため、より効果的で被検者に負担の少ない前処置が必要となる。そこで食道から大腸まで消化管運動を賦活調整するシサプリド（以下アセナリ

ンとする)を併用し腸内清浄化及びPEG減量が得られたので報告する。使用したアセナリンの副作用はほとんどなく従来法に比べ排便回数は変わりなく54.5分の時間短縮ができた。アセナリン服用からPEG飲用までの時間や男女別を比較しても大差はなかった。実際に腸管の清浄化も貯留している水分が多かったり粒が混じっていることも多少あったが、吸引することで良好な観察視野が得られた。深部大腸も同様であった。被検者からもPEG飲用量が減って楽だった。初回排便が早く排便回数も多かったという意見もきかれ、負担の軽減の一手段になったと思われる。アセナリンを使用することでPEG減量ができ従来と変わらない十分な排便があるということになり、効果は大きいと思われる。

『連絡先：〒860 熊本市新町 2-12-35 TEL096-325-2300』

27. ルーチン低濃度色素大腸内視鏡検査及び大腸ポリペクトミーフォローアップ例の検討

鈴木胃腸科医院 内視鏡技師 ○秋元 貞一・藤垣 優子・永井 敏子
黒川由美子・長崎 洋子・桜庭 俊子
医師 鈴木 誠治

当科では開院当初の1986年4月より全ての大腸内視鏡検査に0.02%メチレンブルー色素浣腸を施行し現在に至っている。低濃度色素浣腸法は極めて簡単でかつ安全な方法で現在までの施行例は5000件を超えている。この方法は微小病変及び表在性病変の発見に対し有効であり、この9年間で施行したポリペクトミーは1100例、切除したポリープ数は2300個である。大腸疾患が増加傾向にある現在では、特に小病変の発見におけるルーチン低濃度色素大腸内視鏡検査の果たす役割は大きいと思われる。低濃度色素浣腸を行う際の注意点は十分な染色効果を得るために浣腸液は約10分経過後に排液させ、浣腸から検査までの時間は1～2時間とする。また、患者さんに対し浣腸液が衣服に付かないようにすることと検査後2～3日、青色の尿が出るといった説明をすることである。次に、当科の大腸ポリペクトミー及びフォローアップの現状は1)当科の大腸内視鏡検査に対するポリペクトミーの割合は実人数で36%、さらにその中で早期癌の発見された割合は12%であった。2)全大腸内視鏡検査に対するポリペクトミー率の男女別検討では女性29%に対し男性の方が45%と割合が高く、また年代別検討では60代以上において約半数がポリペクトミーを施行していた。3)一度でもフォローアップ検査を受けていた人は全体の85%と高率であり、また3回以上の人はフォローアップ者の半数を占めた。4)フォローアップ回数が増えるに従い再切除者も増加し特に5回以上フォローアップした人ではその殆どが他部位での再切除が行われた。以上より、ルーチン低濃度色素大腸内視鏡検査の有用性と大腸ポリペクトミー後のフォローアップの重要性について報告した。

『連絡先：〒017 秋田県大館市中道 2-1-46 TEL0186-43-3091』