

対策型検診のための

胃内視鏡検診 マニュアル

[編集]

日本消化器がん検診学会

対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル作成委員会



南江堂

日本消化器がん検診学会

対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル作成委員会

委員長	深尾 彰	日本消化器がん検診学会理事長
委員	一瀬 雅夫	帝京大学医学部附属病院新宿クリニック・がん検診センター長
	斎藤 博	国立がん研究センター社会と健康研究センター部長
	渋谷 大助	宮城県対がん協会がん検診センター所長
	成澤林太郎	新潟県立がんセンター新潟病院臨床部長
	濱島ちさと	国立がん研究センター社会と健康研究センター室長
	細川 治	横浜栄共済病院院長
	芳野 純治	藤田保健衛生大学名誉教授
編集協力者	幸田 隆彦	幸田クリニック院長
	田村 聡	田村医院院長
	羽柴 厚	羽柴クリニック院長
	平川 克哉	福岡赤十字病院消化器科部長



関西館

I種

W



目次

第1部 対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル	1
I. 目的	深尾 彰 2
II. 胃内視鏡検診の科学的根拠	濱島ちさと 4
1. 胃がん検診ガイドライン	4
2. 胃がん死亡率減少効果	6
3. 感度・特異度	8
4. 生存率	9
III. 胃内視鏡検診の不利益	10
1. 偽陰性	濱島ちさと 10
2. 偽陽性	濱島ちさと 10
3. 過剰診断	濱島ちさと 11
4. 感染	濱島ちさと 12
5. 偶発症	渋谷大助 13
IV. 実施方法	濱島ちさと 17
1. 対象年齢	17
2. 検診間隔	19
3. 対策型検診の対象年齢・検診間隔	19
V. 精度管理の考え方	斎藤 博 20
1. 精度管理総論	20
2. 胃内視鏡検診のための精度管理	23
VI. 胃内視鏡検診実施の条件	24
1. 胃内視鏡検診の処理能	濱島ちさと 24
2. 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）	濱島ちさと 27
3. 検診受診対象	成澤林太郎 28
4. 検査医・メディカルスタッフ	渋谷大助 29
5. 検査関連機器	細川 治 31
6. 読影体制	成澤林太郎, 細川 治, 濱島ちさと 32
7. 結果判定	濱島ちさと 35
8. 検診データベース	濱島ちさと 37
9. 精度管理指標の算出	濱島ちさと 40
10. 研修カリキュラム	濱島ちさと 42
VII. 検査手順	43
1. 検査の準備	成澤林太郎 43
2. インフォームド・コンセント	芳野純治 45

3. 前処置	成澤林太郎	47
4. 胃内視鏡検査手順	細川 治	49
5. 機器管理	細川 治	57
6. 結果報告	濱島ちさと	59
VII. 不利益への対策		61
1. 偽陽性	濱島ちさと	61
2. 過剰診断	濱島ちさと	62
3. 感染	濱島ちさと	62
4. 偶発症	渋谷大助, 濱島ちさと	63
IX. まとめ	濱島ちさと	68
X. 今後の課題		70
1. リスク層別化	一瀬雅夫	70
2. 胃内視鏡によるヘリコバクター・ピロリ感染診断	一瀬雅夫	78
3. ヘリコバクター・ピロリ除菌	濱島ちさと	85
Q & A	濱島ちさと	86
【市区町村編】		86
【医療機関編】		89
第2部 既導入地域の事例紹介		91
横浜市における対策型胃内視鏡検診	細川 治, 田村 聡	92
金沢市における対策型胃内視鏡検診	羽柴 厚	97
浜松市における対策型胃内視鏡検診	幸田隆彦	103
福岡市における対策型胃内視鏡検診	平川克哉	108
用語解説	濱島ちさと	113
索引		114

3. 前処置

1) 消泡薬ならびに粘液除去薬の内服

ジメチコンシロップ(ガスコン®ドロップ)5mLを10~20倍希釈し、50~100mL服用させる。さらに、プロナーゼ(プロナーゼ®MS、ガスチーム®)2万単位と重曹1gを用いると胃内の粘液除去が容易となる。

また、最近では、粘液の粘度をさらに低下させ、胃内およびレンズ面の洗浄効果を上げる目的で、経鼻内視鏡施行時には、ガスコン水(ジメチコンシロップ40mLを水1,000mLに溶かしたもの)を150mL使用する方法も推奨されている¹⁾。

2) 鎮痙薬など

心疾患、緑内障、前立腺肥大症、甲状腺機能亢進症などの疾患のない場合は、消化管の蠕動や唾液の分泌を抑制するための、鎮痙薬(ブスコパン®など)の使用は差し支えない。

心疾患、緑内障、前立腺肥大症の受診者には、グルカゴンを使用することができる。ただし、褐色細胞腫の患者には禁忌である。本剤は検査終了後(通常投与後90分以降)にリバウンドによる低血糖をきたすことがあるので、使用には十分注意を要する。また、l-メントール製剤(ミンクリア®)も使用可能である。内用散布液(0.8%)20mLを内視鏡鉗子口より胃幽門前庭部全体に散布して用いる。

3) 鎮痛薬・鎮静薬

胃内視鏡検査では、保険診療以上に安全に行う必要があるため、原則として鎮痛薬(オピオイド系など)・鎮静薬(ベンゾジアゼピン系など)は使用しない。胃内視鏡検査では、生検の有無にかかわらず、通常は10~15分程度で検査は終了し、鎮痛薬・鎮静薬なしに観察は可能である。

日本消化器内視鏡学会による全国調査では、胃内視鏡検査に伴う偶発症に関する死亡例の多くが前処置に用いる鎮痛薬・鎮静薬などに起因していた²⁾。日本消化器がん検診学会の偶発症報告でも、内視鏡検査の際の鎮静薬使用による呼吸抑制が毎年報告されている(p.15参照)。

日本消化器内視鏡学会「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」³⁾では、内視鏡検査時の鎮静について保険適用の承認を得ている薬剤はないことが明記されている。また、鎮静薬の使用には医師の誘導があってはならず、インフォームド・コンセントが必要としている。同様に、日本麻酔科学会の「日帰り麻酔の安全のための基準」⁴⁾では、日帰りの麻酔であっても事前に麻酔科医による診察やインフォームド・コンセントを行い、また看護、設備などの体制整備を求めている。さらに、安全管理のため、「安全な麻酔のためのモニター指針」⁵⁾に従い、麻酔中は現場に麻酔を担当する医師が絶え間なく看視し、酸素化、換気、循環、体温、筋弛緩、脳波のチェックをすることを必要とされている。したがって、「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」および「日帰り麻酔の安全のための基準」を遵守できる環境でなければ、鎮痛薬・鎮静薬の使用は望ましくない。

4) 経口内視鏡の麻酔

通常、咽頭麻酔はキシロカイン®ビスカスで行う。咽頭に保つ方法と飲用する方法(2回程度ゆっくり飲み込む)があるが、各検診機関で通常行っている方法で行う。それ以外に、キシロカイン®スプレーを用いる方法があるが、スプレーは濃度が高いうえに、吸収が良いため、アレルギー性ショックや中毒に十分注意する必要がある。また、ビスカスやスプレーなどを併用する場合であっても、キシロカイン®の総量の上限は200mgとする。

5) 経鼻内視鏡の麻酔

(1) 挿入鼻腔の決定

麻酔をする前に挿入するルートを決める必要がある。鼻腔の広さには個人差、左右差があるため、内視鏡検査医は受診者に最も適した挿入ルートを知る必要がある。挿入ルートを誤ると、使用する麻酔薬の増加や受診

者の負担にもつながる。

ルートを決める具体的な方法としては、両側鼻翼を交互に指で押さえて息を吐いてもらい通過の良いほうを選ぶ方法、鼻鏡(和辻式など)を用いて両側鼻腔を観察する方法、内視鏡で観察する方法などがある⁶⁾。

また、鼻腔麻酔時にキシロカイン[®]を塗布した綿棒やスティックで直接鼻腔を確認し、適切な挿入ルートを決定してもよい。この場合、内視鏡検査医は実際の鼻腔の広さを感じることができるため、それに応じた内視鏡や麻酔方法を選ぶことも可能である。慎重に鼻腔を診察しないと、受診者の負担となるので注意が必要である。

実際の挿入のルート、内視鏡通過時の鼻痛などの情報は記録に残しておき、次の検査に役立てることが大切である。

(2) 局所血管収縮薬

経鼻内視鏡では、0.005%ナファゾリン硝酸塩などの局所血管収縮薬を両側の鼻腔内に点鼻(2~3滴)しておく。その際の体位は薬剤の耳管への逆流を防ぐために座位で行う。この際、鼻鏡を用いて外鼻孔を拡張して行うほうが望ましい。点鼻スプレーやJackson式噴霧器を用いると、確実に適量の薬液が鼻腔内に注入される。最近では、ディスプレイのシリンジ付きノズルも販売されている。なお、局所血管収縮薬投与後、十分な効果が発現するまでに、約15分を要する。

局所血管収縮薬は、鼻腔粘膜の血管収縮作用により、内視鏡挿入時の鼻出血を予防するばかりでなく、麻酔薬の作用時間の延長と局所麻酔中毒の防止に役立つ。さらに、鼻甲介の収縮によって鼻腔が拡張し、内視鏡の挿入も容易となる。

(3) 鼻腔麻酔

鼻腔麻酔には、スティック法、スプレー法、スティック法・スプレー併用法、注入法などの方法があるが、どの方法であれ、時間をかけて丁寧に実施することが大切である。経口内視鏡の場合と同様に、キシロカイン[®]の総量の上限は200mgとする。

(4) 咽頭麻酔

通常、経鼻内視鏡では咽頭麻酔は必要としないが、検査医が必要と判断した場合は、鼻腔麻酔と併せてキシロカイン[®]総量が200mg以内であれば、咽頭麻酔を行ってもよい。

文献

- 1) 川田和昭, 広川雅彦, 吾川弘之. ガスコン水150mlを用いた経鼻内視鏡検査—レンズ面の洗浄力を補うための工夫. Gastroenterol Endosc 2009; 51: 1586-1587.
- 2) 芳野純治, 五十嵐良典, 大原弘隆, ほか. 消化器内視鏡関連の偶発症に関する第5回全国調査報告—2003年より2007年までの5年間. Gastroenterol Endosc 2010; 52: 95-103.
- 3) 小原勝敏, 春間 賢, 入澤篤志, ほか. 内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン. Gastroenterol Endosc 2013; 55: 3822-3847.
- 4) 日本麻酔科学会. 日帰り麻酔の安全のための基準(2009年2月改訂), 2009.
<http://www.anesth.or.jp/guide/pdf/higaerimasui.pdf> [2017.2.8]
- 5) 日本麻酔科学会. 安全な麻酔のためのモニター指針(2014年7月改訂), 2014.
<http://www.anesth.or.jp/guide/pdf/monitor3.pdf> [2017.2.8]
- 6) 日本消化器がん検診学会胃細径内視鏡検診研究会(編). 経鼻内視鏡による胃がん検診マニュアル, 医学書院, 東京, 2014.

対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル

2017年3月1日 発行

編集者 日本消化器がん検診学会
対策型検診のための胃内視鏡
検診マニュアル作成委員会

発行者 小立経彦

発行所 株式会社 南江堂

〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42番6号

☎(出版)03-3811-7236 (営業)03-3811-7239

ホームページ <http://www.nankodo.co.jp/>

印刷・製本 日経印刷

表丁 BSL

Quality Assurance Manual of Endoscopic Screening for Gastric Cancer in Japanese Communities
© The Japanese Society of Gastrointestinal Cancer Screening, 2017

定価は表紙に表示してあります。

Printed and Bound in Japan

落丁・乱丁の場合はお取り替えます。

ISBN978-4-524-25528-3

ご意見・お問い合わせはホームページまでお寄せください。

本書の無断複写を禁じます。

JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社) 出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

本書をスキャン、デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外 (「私的使用のための複製」など) を除き禁じられています。大学、病院、企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法です。