

36 注腸 X 線検査における前処置法の検討

さいたま市民医療センター

○渋谷 秀貴 今出 克利

【目的】

現在、注腸 X 線検査は減少傾向にあるが、当院では外科より術前精密検査として注腸 X 線検査がオーダーされ、年間約 60 件ほど行っている。

従来、前処置方法はブラウン変法が主流であったが、受診者の身体的負担も大きく、必ずしも満足のいく前処置とはなっていなかった。

2008 年に、等張性腸管洗浄剤が有用性の高い前処置であるとの報告があり、その後消化管蠕動運動促進薬の併用による前処置法が保険適用となったことで、当院でも院内の薬事委員会です承を得て採用となった。（当院はポリエチレングリコール電解質液（MGV - 5）にモサプリドクエン酸塩水和物（AS - 4370）を併用した前処置法（以下、等張液法）を採用している）

採用して 1 年が経過したところで、実際にブラウン変法と等張液法に違いがあるのか調べ、検討したので報告する。評価についてはバリウム付着、腸管内残渣、攣縮について比較検討した。

【対象】

- ・ブラウン変法 27 件
平均年齢 71.26 歳（男性 12 名・女性 15 名）
- ・等張液法 33 件
平均年齢 69.88 歳（男性 19 名・女性 14 名）

【使用方法、使用機器】

X 線透視装置

- SONIALVISION Safire17
- ULT - MAX80

バリウム

- ブラウン変法
エネマスター注腸散 (350g) : 100w/v%, 300ml
- 等張液法
エネマスター注腸散 (400g) : 120w/v%, 325ml

エニマユニット

- ・ Y チューブ、禁忌でない場合は、鎮痙剤（ブスコパンまたはグルカゴン）を使用
- モニター EIZO Radiforce GS220 : 2M
- 医療情報システム (PACS, HIS, RIS) : 富士通

【評価方法】

バリウムの付着について直腸～盲腸の各部位ごとに標準化の評価基準に基づき、5 段階で評価を行った。残渣について、上記と同様に各部位について 5 段階で評価を行った。

攣縮を S 状結腸、下行結腸、横行結腸、上行結腸について 3 段階で評価を行った。

評価者は消化管造影検査歴 10 年以上の技師 2 名で行い、検定方法はマン・ホイットニ検定（危険率 5%）で行った。

【考察】

バリウムの付着について等張液法およびブラウン変法に大きな有意差は見られなかった。

残渣については、等張液法ではブラウン変法に比べ固形残渣はほとんど見られなくなり良い結果が得られたが、弱点として水分残渣（特に深部結腸）を認める場合があり、バリウム濃度や量を変えることで対応したが、バリウム付着不良例が出てしまった。水分残渣の量を問診などで事前に把握することは難しく、薬剤飲用後約 3 時間で検査を開始していることから、今後は薬剤の服薬開始時間や注腸検査開始時間の検討も必要ではないかと思われる。

攣縮に関しては有意差を認められないが、等張液法の方がやや良好な結果となった。

等張液法では、脱水や電解質変動なく腸管を洗浄するので、大腸に与える影響が少ないため良好な腸管拡張が得られたのではないかと考える。

【結語】

等張液法とブラウン変法では、ほとんど有意差を認めない結果となった。この結果を踏まえ、当院では受診者のほとんどが高齢者で、術前精密検査が対象のため、等張液法の前処置は食事制限の簡便さや撮影時における固形残渣を認めない点、攣縮が少ない点は有用性の高い前処置であると言える。