28. 残胃の撮影法 (第1報)——現状検査の問題点——

X-Ray Examination of Gastric Remnant—Problems of the gastric remnant examination

田 中 外 科 病 院 ○小川利政
(Toshimasa Ogawa)
みどり健康管理センター 板谷充子
(Michiko Itatani)
湯 川 胃 腸 病 院 柏木秀樹
(Hideki Kashiwagi)

(目的) 消化管検査技術の向上とともに、早期胃癌の発見、手術例が増加している。それに伴い残胃のX線検査も増加傾向にある。残胃のX線検査法は各施設、各人により著しい相違があるが、満足すべきX線検査が施行されていないのが現状である。見逃がしの少ない、残胃のルーチンX線検査法を確立するため、現状の残胃X線撮影法の問題点を追求する。

(方法) 大阪消化管撮影技術研究会会員の消化器専門病院とドック検診施設における'86～'88年の3年間における残胃X線検査の頻度を調査(表1)。10施設における残胃撮影法を比較し、残胃各区域の描出能とバリウム付着状態を評価検討(表2)。さらに消化器専門病院2施設における'84～'88年の5年間のX線写真で検討可能な残胃の癌13例について、癌の占拠部位、撮影による描出能を技師3名により評価検討した(表3、表4)。また残胃癌描出不良例10例について、その原因を追求した。

表1 胃X線検査による残胃検査の頻度

	'86	'87	'88
消化器病院	19.2%	18.2%	16.2%
検診施設	1.6%	1.6%	1.6%

表2 残胃各区域描出能とバリウム付着評価

	良 好	普 通	不 良
描 出 能	4	—	6
付 着 評 価	3	4	3

(数字は施設数を示す)

表3 残胃癌の占拠部位 ('84～'88)

	症 例 数	頻度(%)
小 彎 縫 合 部	1	7.7
吻 合 部	3	23.1
噴 門 部	2	15.4
残 胃 前 壁 側	3	23.1
残 胃 後 壁 側	2	15.4
残 胃 大 彎 側	0	0
残 胃 全 体	1	7.7
そ の 他	1	7.7
	13	100(%)

表4 残胃癌のチェックと描出能 (13例)

	○	△	×
立 位 充 盈 像	1(9.1)	0	10(90.9)
腹 臥 位 充 盈 像	1(9.1)	1(9.1)	9(81.8)
病変のチェック	10(76.9)	3(23.1)	0
病 変 の 描 出	3(23.1)	7(53.8)	3(23.1)

() は %

○：チェック十分に可能、病変の全貌が描出されている。

△：チェック可能、病変は部分的に描出。

×：チェック不可能、病変は描出されず。

(結果)

1. 残胃のX線検査件数は、消化器病院では全検査件数の20%近くを占め頻度が高い。年齢別頻度では50才台5.4%、60才台5.9%、70才台3.8%と60才台にピークがある。ドック検診施設では各年代とも1%未満の頻度で、男女比は消化器病院2:1、検診施設が10.6:1であった。
2. 残胃各区域の描出能は、全区域が描出されていると評価された施設は10施設中4施設、バリウム付着良好と評価された施設は3施設のみであった。
3. 残胃癌の占拠部位では好発部位はみられなかった。
4. 残胃癌のチェックは撮影全フィルムを通しての病変のチェックは全例可能であったが、病変の全貌の描出、病変の性状診断ができるのは3例のみであった。充盈像における病変のチェック可能症例は、吻合部の狭小化のある1例のみであった。
5. 残胃癌描出不良の原因としては、バリウムの付着不良～75%、空気量の不足～66.7%、バリウムが抜けていない～41.7%、撮影法に問題～33.3%などがあげられる。

(結論) 残胃のX線検査は再建術式により撮影法を変えなければならない。各術式に共通する撮影法としては、造影剤の飲用法に工夫を要し、空気は多量、バリウムの流れの観察が重要で、流し撮りを重点的に行なう。立位圧迫は困難で腹臥位圧迫を原則とする。充盈像とくに腹臥位像は病変の描出能が悪く、殆ど意味がない。