

第 24 回多摩消化管研究会のアンケート質問

2012 年 6 月 26 日開催

(30 代男性)

Q1. 水平位でのローリングと台を起倒しながらのローリング、一長一短あるかと思えます。透視をポイント毎に見ながらでやっていますがどうでしょう。

A1. 基本は水平位で行うとなっておりますので、起倒することにより水平位でローリングする以上に流れないで、全体に Ba が付着できればしても良いと思えます。なぜ、基準撮影で水平にしないと記載しているかというと、台を立てた状態でローリングすると、胃の上部に Ba が付着しないからだと思えます。非常に回るのが遅い受診者の場合や、流れやすい異型の方の場合は透視を見ながら起倒しています。

基準撮影はあくまでも最低限この撮影でやりましょう、という方法なので、付着も良好で Ba の流出を抑えるテクニックがあれば、行ってよいと思えます。

Q2. 瀑状胃で枕をうまく使えません。

A2. 瀑状胃の方は柔らかい枕だと胃の形を矯正するのが難しいと思うので、固めの物を使っています。(私はバスタオルを固くグルグル巻いたもの。センターの職員に聞いたところ小さくて厚みのある枕を使う人もいました) 入れる前に台を立てますが、45 度よりもかなり立てて、一度深呼吸をしてもらい Ba の重みで胃を伸ばしてから枕を入れています。入れる前の充満象を透視で確認して、そのままの胃の形が保たれるような場所に枕を入れます。他の職員からの裏技情報として、瀑状胃でうまく撮影できない場合、台を起こした状態で枕を入れたらひざを曲げてお尻を突き出してもらってから台を倒すというのもありました。(枕がずれやすいのと、受診者の身体的に負担になるので注意してください)

Q3. 職場内(事務側)から時間内の撮影人数の増加などは言われないのでしょうか。

スピードと精度のバランスで困ることもあります。

当センターでは、基準撮影 1 を準拠して撮影するとしていますので、1 時間当たり 13 人を目安に受診者の数を設定しています。これ以上早く撮影できないとわかっているのでせかされる事はありません。

1 時間に 20 人を要求されている施設もあると聞きます。技師としてはきちんと撮りたいのに、時間をせかされてできない。これを解決するのは難しいと思えます。

撮影する側でできる事は、受診者をせかすのではなく、無駄を省いてできるだけスピーディーに撮影できるテクニックを身に着ける事だと思います。その中には、撮影補助の方との連携をうまく行うことも含まれると思えます。(スピーディーに行うことに関しては第 2 回か 3 回の時に話す予定をしています)

経営者を説得する手段として、基準撮影法 1 を遵守するためには、1 時間当たりの人数を

制限してほしいと訴えるしかないと思います。

(30代女性)

Q4. ルーチンで枕を入れていないので、枕を入れるポイント・位置などを教えていただきたいです。牛角胃・瀑状胃がやっぱり撮りにくいので次の講習も楽しみにしています。

(20代)

Q5. 胃の前壁撮影

(枕の位置、空気を十二指腸に流れないようにうまくバリウムを抜く方法)

A4. 5. 次回の講演でお話するつもりですが、NPO 日本消化器がん検診精度管理機構のトップページの「前壁撮影法の工夫 (ルーチン検査 精密検査)」で写真入りで詳しく載っていました。

<http://www.syoukaki-kensinseido.jp/subcontents/03.html>

私が普段行っている方法は、中原先生に近い方法で行っています。

(40代男性)

Q6. 胃全体に強い胃炎がある方の追加撮影に不安を感じる時があります。やや多めに撮影しても足りないような不安ありますが、所見がなければ基準撮影のみで検査終了しても良いのだろうか。

A6 強い胃炎というのが、萎縮が強い粘膜像の事を指しているのでしょうか？そうであれば高度萎縮性胃炎では胃がんのリスクが高いから不安ということですよ？たいてい萎縮が強い場合は粘液が少ないと思うので標的部位がきちんと撮影されていれば基準撮影のみで検査を終了して良いと思います。ただ、バリウムや胃形によりブラインドがある場合は、通常の胃粘膜の人よりその部分を追加撮影を行うと良いと思います。

強い胃炎が粘液が多くて、粘膜が見えないものを指すのであれば、ご自身が「あるのか？ないのか？わからない」と思えば粘液を洗って撮影すると良いと思います。