

新井胃腸科診療所 だより

新井胃腸科診療所 広報誌

平成25年 7月号

発行者 岸川一郎

前橋市昭和町1-16-10

TEL 027-231-2083

診療所の基本方針

- 1 私たちは、患者さんが納得のいく医療サービスを提供するため、努力します。
- 2 私たちは、全力のチームプレイで、正確な医療業務を遂行します。
- 3 私たちは、適法・適正な保険診療の実践を、厳守します。



ヒマワリ

胃バリウム検査と胃カメラ検査の違いは？

診療所長 岸川 一郎

「せっかくやけん、イッパイ書いとるばい！」

当診療所は、「胃腸科」がメインですから、胃バリウム検査(胃透視検査)と胃カメラ検査(上部消化管内視鏡検査)は、当然、いずれも保険診療で実施中です。 しながら、「前橋市胃がん検診」においては、「X線(バリウム)」のみを受託し、「内視鏡」は受託していません。この理由についても、お答えすべく、「胃バリウム検査と胃カメラ検査の違い」について、詳しく説明します。

今を遡ること約90年前、患者さんに造影剤(バリウム)を飲んでもらい、真っ暗な部屋の中で、患者さんの背後からX線をあてて、患者さんの前面に特殊な感光板(患者さんの体を、背部から腹部へと透過してきたX線に反応して、蛍の光よりかすかな蛍光を発する板)に映る画像を、同じ部屋の中で医師が直接肉眼で観察したのが、この検査の始まりです。私も、医学生の際に、放射線医学の実習で、体験させていただきました。あまりにもわずかの蛍光なので、事前に15分以上真っ暗な部屋の中にいて、目を慣れさせてからでないと、見えませんでした。その後の、医学の進歩で、現在の「胃透視検査」の装置が出来上がりました。また、その撮影方法も進歩し、今から約50年前、千葉大学医学部や千葉県立がんセンターなどで活躍された、白壁彦夫先生や市川平三郎先生らによって、「二重造影法」[発泡剤とバリウムを利用して、胃の壁のレリーフ像(彫塑のような画像)を映し出す方法]が、開発・確立され、「胃透視検査」の診断能力が飛躍的に改善されました。以上の歴史的経過により、「胃透視検査」は、今でも、「MDL」(Magen düruh Leuchtung ;ドイツ語の略で、胃の蛍光透視というような意味)という言葉で表される場合が多いです。

それでは、「胃カメラ」はどうかというと、中世より「剣を飲み込んで見せる大道芸人」がいたこともあり、まっすぐな鉄製の筒を、患者さんの口から胃の中まで挿入して、中を観察するという、「硬性胃内視鏡」が50年前くらいまでは、臨床の現場で使用されていました。このころに日本で、京都大学医学部の医師たちと光学機器メーカーが共同で、くによく曲がる現在の「胃内視鏡」の原型となる「胃カメラ」を開発しました。当診療所の前院長 新井有治先生は、この開発と臨床応用に携わった医師の一人です。「胃カメラ」の進歩が、日本の技術と医療水準の高さを、全世界に示すものの一つに挙げられているのは、ご存じのとおりです。現在では、「胃カメラ検査」は、正確には「上部消化管内視鏡検査」と呼ばれています。

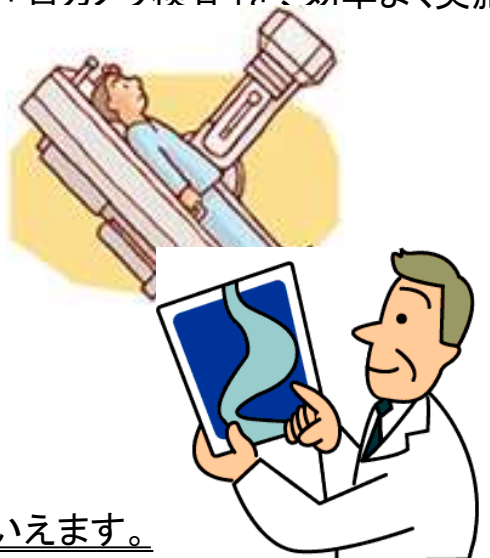
それぞれの検査の歴史は、このへんにしておき、「胃バリウム検査(胃透視検査)」と「胃カメラ検査(上部消化管内視鏡検査)」の、臨床の観点からの差異について、ご説明します。

まず、一番大事なことは、これら二つの検査では、見つけ出す病気の種類や、治療に際しての必要情報の内容が、かなり違うということです。 また、検査の特徴を端的に述べれば、「胃バリウム検査」は、間接的な「影絵」を描き出す検査であり、「胃カメラ検査」は、直接消化管の中を覗く検査である、ということになります。

そこで、幾多の胃の病気の中で、「胃がん」に焦点を絞って、述べてみます。無症状の人から、胃がんの進展のかなり早い段階で、胃がんを発見するのに、「胃カメラ検査」と「胃のバリウム検査」は、共に威力を発揮しています。しかしながら、どちらかの検査一つだけで突き進むことにすると、思いもせぬ落とし穴が生じてしまうことは、あまり知られていません。実は、日本人の胃がんのうち、5%くらいを占める「スキルス胃がん(胃硬がん・LP型胃がん)」は、「胃カメラ検査」で発見できる可能性が、ほとんどゼロに近いのです。ほぼすべてが、「胃バリウム検査」でしか、発見できません。つまり、胃がんを見つけようとする場合でも、二つの検査それぞれに、得手・不得手があるわけです。さておき、症状を訴えて、胃腸科の医療機関を受診する患者さんのうち、胃がんと診断される患者さんは、せいぜい1%未満です。 大多数は、胃がん以外の病気です。「胃カメラ検査」で異常所見がなければ、その症状は「気のせい」でしょうか？ さらに、「胃カメラ検査」で、胃がんが発見されて、どういう治療方法(手術方法)がベストかを、判断するには、「胃バリウム検査」で得られる情報が、非常に重要になってきます。

次に、胃腸の病気の特徴を論じる必要があります。胃腸の病気には、形の異常(器質的異常)に起因する病気(たとえばがん・ポリープ・潰瘍など)は少なく、働きの異常(機能的異常)に起因する病気(たとえば胃停滞症・胃食道逆流症など)が多い、という最大の特徴があります。すなわち、機能的異常が原因の大半である、「食道のほうに逆流する。」とか「胃がもたれる。」とか「胃がわしづかみにされたように痛い。」とかは、「胃カメラ検査」だけでは、明瞭にその原因の証明や説明ができません。「胃バリウム検査」を行うことによって、これらが証明・説明できることになります。さらに、「胃カメラ検査」を、時間無制限で、延々と行うわけにはいきません。できるだけ、速やかに終了させるべきです。そのためには、見逃しては絶対にならない部位を、「胃バリウム検査」で事前にリスト・アップしておくことが、「胃カメラ検査」を、効率よく実施できるポイントにつながります。

そこで、結論めいたことを言えば、症状があつて初めて胃の検査を受ける方は、現状の医学レベルでは、「胃バリウム検査」と「胃カメラ検査」を、両方受けるのが、ベストの選択だと考えられます。 また、「胃バリウム検査」と「胃カメラ検査」を比較すると、侵襲(検査を受ける人に与える身体的影響)が大きいのは、「胃カメラ検査」のほうです。診断を確定するまでの過程においては、原則、「胃バリウム検査」の後に「胃カメラ検査」という順番が、ほとんどの場合、合理的で効率的な順番といえます。



ここで最後に、「胃がん検診」について述べます。「内視鏡による胃がん検診」では、検診中何らかの病変があって生じる、追加検査や処置・治療(生検[組織を一部つまみとって検査すること]を除く)は、「検診」と同時にはできないいきまりになっています。後日改めて、保険診療で「胃カメラ検査」となってしまう、検診を受ける人からすると、「二度手間」になってしまいます。また、「がん検診」すべてに共通することですが、「がん検診」を行うことによって、がんを早期に発見し、適切な治療の機会を失することなく、国も個人も、その経済的損失をできるだけ減らし、ひいては国民の平均余命を延長させる効果がなければなりません。多額の公費を投じて行われる「検診」の、コスト・パフォーマンス(対費用効果)は、胃がん検診の場合、「X線によるもの」が優位にあることが、すでに立証されています。さらに、検診によって予期せず引き起こされる事故発生の頻度や、検診の利便性の観点も考慮に入れて、当診療所では、「胃内視鏡による胃がん検診」は受託しておらず、「X線(バリウム)による胃がん検診」のみを受託しているのです。「X線(バリウム)にしろ、内視鏡にしろ、胃がん検診で要精密検査になったら、結局は内視鏡検査になるので、最初から内視鏡検査では、ダメなんですか？」という、よく聞かれる質問の答えも、ここまでの説明でお解りになったかと思えます。

付け足しになりますが、最近、従来の「胃がん検診」に替えて、「ABC検診」を導入しようという動きがあります。「ABC検診」とは、一回の採血だけで、1)ペプシノーゲンという血液中の物質を測定して、胃粘膜の萎縮の程度を推測し、さらに、2)ヘリコバクター・ピロリ感染の有無を血液で判定する というものです。何が判るかという、あくまでも、胃の「健康度」の大まかな評価ができて、将来胃がんになるリスク(危険度)が推定でき、大ざっぱな胃がん発生のリスク(危険度)の階層分けを行うことができます。直接、胃がんを見つけ出す「検診」ではありません。したがって、「ABC検診」は、本来の「胃がん検診」に取って代わるものには、到底なり得ません。「ABC検診」は、表向き、検診を受ける側の簡便性を売りにしていますが、その検診コスト(費用)を、従来の「胃がん検診」より、かなり低く抑えられる為、検診費用の大半を負担する側、すなわち、国・地方自治体や健康保険組合などにとって、好都合なだけのものです。



以上