

放射線科

当院における内視鏡室の歴史と現状

放射線科医長 堀江 靖洋
Horie Yasuhiro

当院における内視鏡室の歴史と現状をご紹介します。患者様をご紹介頂くときの参考になれば幸いです。

消化管の疾患は造影検査、内視鏡検査、CT検査で診断されます。二重造影法が開発された時代は、造影検査が消化管の疾患を診断する最も有力な方法でした。内視鏡検査は1950年に胃カメラ（スコープ先端にカメラが付いていた）が開発されてスタートしたわけですが、一般病院に普及するにはあまりに苦痛を伴う検査でした。1970年代にファイバースコープ（手元にカメラが付属）が発売されると共に、内視鏡検査は急速に普及していきました。1990年にはビデオスコープが開発され、フィルムを用いた記録から、デジタル画像記録へと変化しました。画像のデジタル化と共に、画像の高精細化や拡大観察、特殊光を用いた観察などが次々に開発され、病変の診断能が飛躍的に高まりました。内視鏡機器の進歩と共に、消化管の診断は造影検査の時代から内視鏡検査の時代へと移行し、内視鏡検査は急速に増加していきました。2016年には胃の検診は造影検査から内視鏡検査への移行が推奨されようとしています。

当院は2004年4月に新棟に移転しましたが、増加する検査に対応するために、旧病院では2室しかなかった検査室を移転と同時に4室に増やしました。2011年4月には増加した大腸検査に対処するために拡張工事を行い、処置室、観察室を広げました。2014年3月には、手狭になった手術室や救急外来の拡張工事と同時に、内視鏡室の拡張工事も行われました。こ

の工事に伴い、検査室は4室から6室へと増えました。内視鏡検査や治療を受けた患者さんの観察室や大腸検査のための前処置室もさらに拡張し、増加し続ける検査に対応可能な設備を整えました。



旧病院 内視鏡室

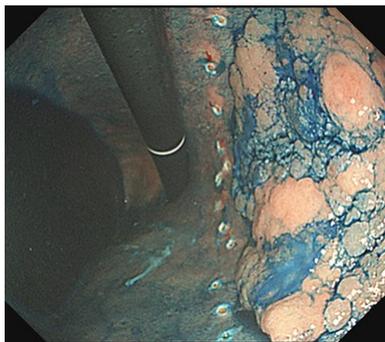


新病院 旧内視鏡室

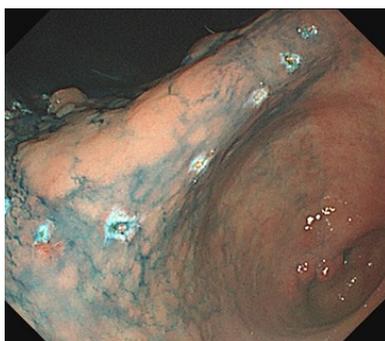


新病院 新内視鏡室

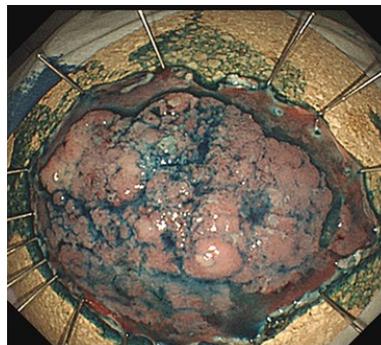
1990年にビデオスコープが発売された3年後には、当院でもファイバースコープからビデオスコープへの変更を行いました。高精細画像、拡大観察、特殊光による観察機能、超音波を用いた壁内病巣の観察なども発売と同時にいち早く取り入れ、スクリーニング検査から精密検査まで、最先端の内視鏡診断が可能な体制を作ってきました。内視鏡機器の性能向上と共に、内視鏡を用いた早期癌の治療技術も進歩しました。1960年代末に高周波電流を用いたポリープ切除が開始されましたが、この手技では茎のあるポリープだけが切除可能でした。1983年に粘膜下に生食を注入し、病変を浮き上がらせて病変を切除する粘膜切除術（EMR）が開発され、早期癌の内視鏡切除が増加していきました。1999年には、粘膜を切開した後に病変を剥ぎ取って切除する（粘膜切開剥離法、ESD）が開発され、EMRの時代には不可能だった大きな病変の治療が可能となりました。当院では2003年にESD法による1例目の早期胃癌の治療を行い、2006年には大腸癌、2010年には食道癌のESDによる内視鏡切除を開始しました。



胃体中部から胃角部にかけて早期胃癌（Ⅱa）



胃体中部から胃角部にかけて早期胃癌（Ⅱa）



ESDによる切除試料

ESDを始めて12年後に当たる2014年度には上・下部併せて、111例の早期癌に対するESDを行っています。ESDの手技では出血をコントロールしながら切除していく必要があります。この手技に習熟するにつれ、かつて止血に難渋していた潰瘍からの出血を止める事が容易になってきました。かつては血管塞栓術や手術に頼らざるを得なかった消化管出血の大部分が、内視鏡的に止血する事が可能になってきました。2014年度には213例の消化管出血に対して止血術（静脈瘤破裂に対する止血をのぞく）を行っています。

ESDという手技の習熟と共に、消化管出血の救急患者に対する治療可能性も一気に拡大してきました。当院では最先端の機器をそろえ、精密検査から治療まで、幅広い消化管疾患に対する内視鏡検査・治療を行っていきたいと考えています。