

PillCam® PHYSICIAN'S VOICE



VOL. 1
MAY 2016

小腸カプセル内視鏡の適正使用のための問診票 ～CE問診票～



監修

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

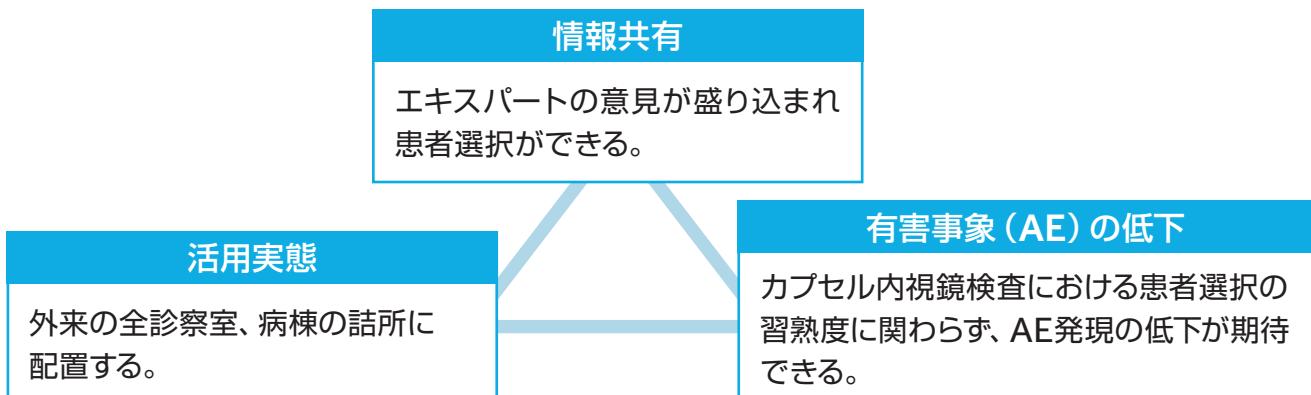
中村 正直 先生(写真)、佐藤 淳一 先生、後藤 秀実 教授

Medtronic
Further, Together

PillCam® Physician's Voice Vol.1では、名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学様で作成された小腸カプセル内視鏡(パテンシーカプセル含む)の適正使用の問診票をレポートいたします。

サマリー

臨床診療で消化管開通性を評価する小腸カプセル内視鏡 (PillCam® SB 3カプセル: SBCE) の使用にはチーム医療の側面もある中で、SBCEを使用することが望ましい患者さんを各先生方が適切に見定めることが重要です。そこで名古屋大学様では、SBCEの適正使用推進の問診票 (CE問診票、PillCam® パテンシーカプセル: PPCを含む) を作成の上、全医局員で共有する一方で外来・入院で利用できるようにされています。また、本票はSBCEの適応と注意点を確認する参考資料にもなり、運用することによって適正使用推進だけでなく有害事象 (AE) の低下も期待することができるとも伺っています。なお、本票はあくまで一例であり、これを参考の上で類似の問診票を作成される場合、各ご施設様の責任で作成と運用をお願いいたします。



問診票の質問の解説（「はい」に該当の場合）

- 1 電気医療機器の体内埋込み 添付文書の禁忌・禁止に該当する
- 2 腹部手術歴 吻合部狭窄リスク上昇
- 3 継続的な痛み止めの内服 NSAID膜様狭窄リスク上昇
- 4 腹部放射線治療歴 狹窄リスク上昇
- 5 クローン病の罹患 狹窄リスク上昇
- 6 腸閉塞既往歴 狹窄リスク上昇
- 7 腸狭窄の指摘経験 狹窄リスク上昇
- 8 普段からの腹部症状 狹窄リスク上昇
- 9 バリウムに対するアレルギー PPCの使用不可
- 10 過敏性腸症候群の指摘経験 早期排出あるいは排出遅延の予測
- 11 糖尿病の罹患 胃からの排出遅延リスク上昇
- 12 膜原病の指摘経験 NSAID膜様狭窄リスク上昇
 - 身長および体重 高度肥満への使用注意
 - 喫煙歴 痰学研究のため
 - 飲酒頻度 痰学研究のため
 - 飲酒量 痰学研究のため
 - 普段の排便回数 IBDにおける重症度の予測や便秘症の把握
 - 現在の内服薬 患者さんからの未報告疾患の発見

SBCEおよびPPCの禁忌例

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | SBカプセルが滞留すると考えられる狭窄が既知の患者 |
| 2 | 心臓ペースメーカー又は他の電気医療機器が埋め込まれている患者 |
| 3 | 閉塞・瘻孔が既知又は疑われる患者 |
| 4 | 嚥下障害がある患者 |
| 5 | 硫酸バリウムに対する過敏症の既往歴のある患者 (PPCのみ) |

中村正直先生からのアドバイスとコメント

ペースメーカーや他の電気医療機器が体の中にあるかどうかのチェックは禁忌・禁止例をまず除外することができる。PPCは原則消化管開通性の評価をする検査であり、もしくはそれに準じる事象、疾患である場合に用いるべき検査である。後者については、1) 腹部手術既往 (吻合部狭窄および腹部瘻着)、2) 長期NSAIDユーザー (NSAID膜様狭窄)、3) 腹部放射線治療歴、4) クローン病、5) 腸閉塞、6) 画像検査による小腸狭窄例、7) 腹部狭窄症状、8) バリウムおよび乳糖 (ラクトース) アレルギーが挙げられ、以上がある場合はPPCを事前に検討する必要がある。

特に吻合部狭窄、NSAID膜様狭窄は非常に短い狭窄であること、クローン病は骨盤内で狭窄をきたすため他画像診断では狭窄を同定できないことがあるので注意しなくてはならない。また、前述の1)～8)の項目に「はい」が該当した場合には必ずPPCをしなければならないわけではなく、最終的には患者との相談、臨床判断が必要になる。なお、PPCを使うことにより2段階の検査になることで時間的な問題、高齢者が理解できるかの問題があるので注意されたい。

カプセル内視鏡問診票

氏名: _____



以下の質問事項で該当するものに☑印をご記入ください。

該当する場合は追加の質問にもお答えください。

	☑印をつけてください		質問事項
1	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	ペースメーカーや他の電気医療機器が体の中にある。
2	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	お腹の手術をしたことがある（盲腸の手術や大腸癌の手術など）。 あれば何の手術ですか？（ ）
3	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	今までに痛み止めを継続して内服したことがある。 おおよそ（ ）（ヶ月/年）、 お薬の名前（ ）
4	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	腹部に放射線の治療を受けたことがある。 病気の名前（ ）
5	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	クローン病と指摘されたことがある。
6	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	腸閉塞を起こしたことがある。
7	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	今まで画像検査（CTなど）で腸が狭くなっていると指摘されたことがある。
8	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	普段からお腹の症状がある。 あれば以下の項目に○を付けてください。 (繰り返す腹痛、頻回の恶心・嘔吐、腹部膨満感、排便停止)
9	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	バリウムもしくは乳糖（ラクトース）に対するアレルギーを指摘されたことがある。
10	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	過敏性腸症候群と指摘されたことがある。
11	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	糖尿病を指摘されたことがある。
12	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	膠原病（強皮症、SLE、関節リウマチ等）を指摘されたことがある。 病気の名前（ ）

身長、体重	() cm、() kg
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり：1日あたり（ ）本×（ ）年間
飲酒頻度	<input type="checkbox"/> 毎日、 <input type="checkbox"/> 時々、 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）
飲酒量	<input type="checkbox"/> 1合未満、 <input type="checkbox"/> 1-2合未満、 <input type="checkbox"/> 2-3合未満、 <input type="checkbox"/> 3合以上 わからなければ具体的に記載してください。 (例：酎ハイ2本、ビール500mL 3本など)：()
普段の排便回数	() 日に() 回程度
現在服用中の薬を記載してください	

ご回答ありがとうございました。

名古屋大学 消化器内科

1:カプセル内視鏡検査が可能かどうかについての質問です。

2-9:開通性確認用カプセル検査が必要かどうかの質問です。

10-12:カプセル内視鏡検査の進行上の確認事項です。

Medtronic

【発行】
コヴィディエン ジャパン株式会社
TEL:0120-998-971

【協力】
富士フィルム メディカル株式会社

medtronic.co.jp

ct-ce-pv
160427.e(sho)