

## 観察の準備

### 事前説明

中・下咽頭を観察することを、事前に被験者に説明しておく。この際、観察時には発声してもらうことを説明し、深吸気後に息こらえをして頬部を膨らませて口腔咽喉頭に空気を充満させるバルサルバ法を実施する時は、事前に練習をしておく。

### 前処置

中・下咽頭には、唾液等の粘液が付着していることがある。咽頭麻酔をする前にコップ1杯の水を飲んでもらうことにより、粘液を除去できることがある。咽頭麻酔は、キシロカインビスカスやキシロカインスプレーを用いる。嘔吐反射が十分に抑制できない場合は、舌根に向かってキシロカインスプレーを追加で散布すると有効なことがある。

### 前投薬

鎮静により嘔吐反射を軽減できる可能性はあるが、発声やバルサルバ法などの指示に従えなくなることや、舌根沈下によって観察視野が狭くなるため、反射が強い被験者は鎮静しないほうがよい。反射が強く鎮静を要する場合であっても、意識はあったほうが観察しやすいため、まずは浅い鎮静を検討する。

## 観察範囲の決定

頭頸部の解剖学的特徴を考慮して、観察範囲を決定する(図1)。中・下咽頭を観察する際、経口挿入では死角や観察しにくい部位がある。舌根は、接線方向になるため死角になる。口蓋垂の裏面は、反転操作ができないため死角になる。下咽頭後壁と輪状後部は正中付近で接しており、発声による喉頭挙上を利用しても一部は死角になる。経鼻内視鏡により、口蓋垂の裏面と舌根の観察は可能になり、口を閉じてバルサルバ法を実施することにより、喉頭が挙上して下咽頭後壁と輪状後部の全体を

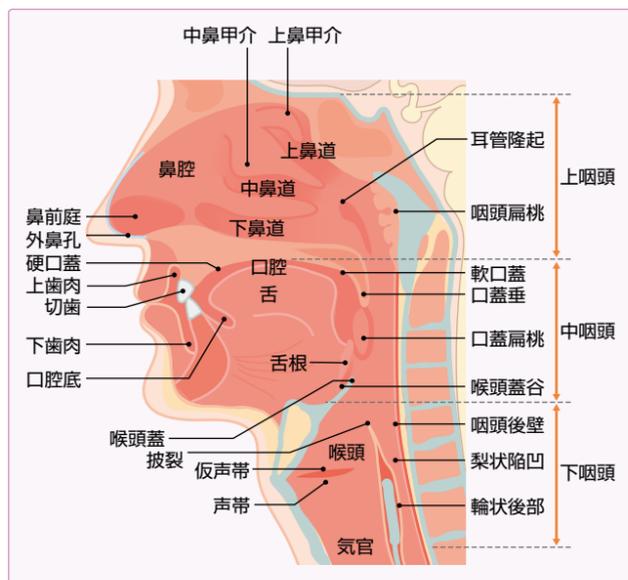


図1 頭頸部の解剖

観察できることがある。経口挿入であっても、下咽頭後壁と輪状後部の全体の観察には、バルサルバ法用のマウスピース(バルサマウス®)を用いたバルサルバ法が有効なことがある。

## 観察の手順

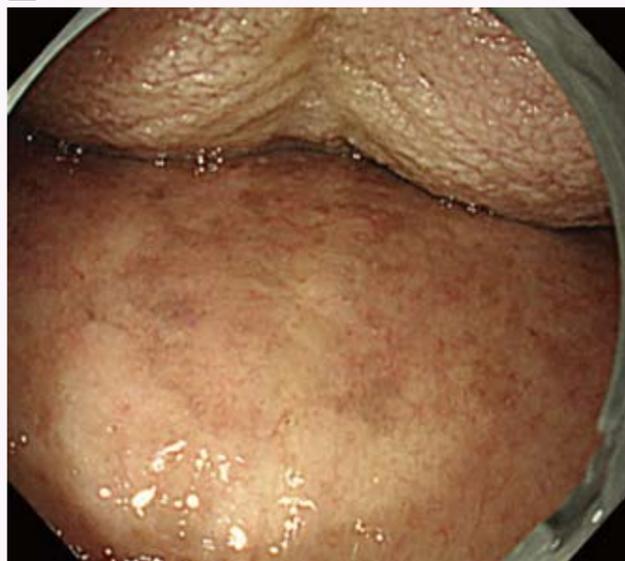
### 中・下咽頭観察のタイミング

中・下咽頭を観察する際は、咽頭麻酔が十分効いていて、唾液の貯留が少ない挿入時に観察するほうがよい。検査開始時の不安が嘔吐反射を促進している場合は、食道・胃・十二指腸観察後のほうが中・下咽頭を観察しやすいことがあるが、抜去時は咽頭麻酔が減弱し、唾液も貯留していることから、十分な観察ができないことが多い。

### NBI観察のタイミング

中・下咽頭観察においては、表在癌を見つけることに最も臨床的意義があることから、表在癌の検出率が白色光よりも優れている点を考慮すれば、観察条件のよい挿入時に、まずはNBIで観察することが望ましい<sup>9)</sup>。メラノーシスはNBIでは視認しにくいことがあるため、メ

A 白色光



B NBI

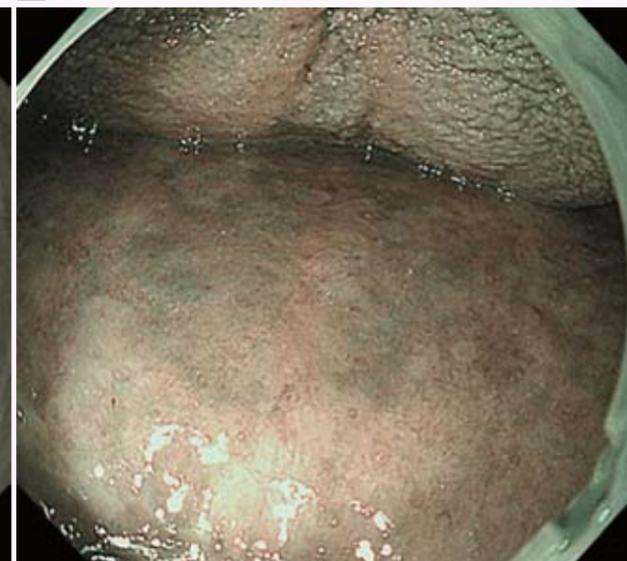
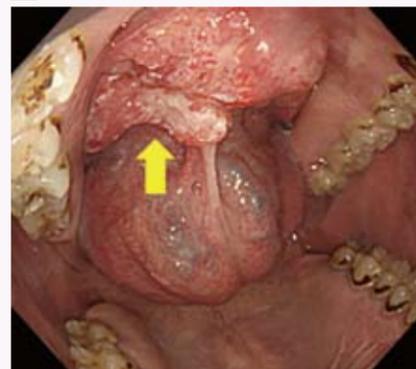
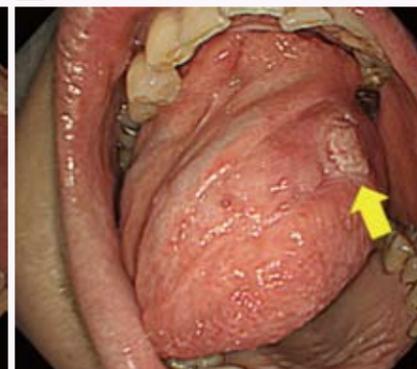


図2 NBIで視認しにくい軟口蓋のメラノーシス

A 口腔底癌



B 舌癌



C 舌癌

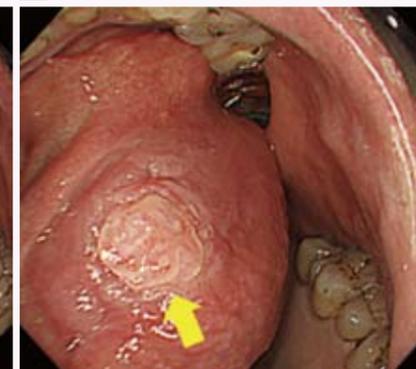


図3 口腔の観察

ラノーシスが見られることが多い軟口蓋周辺においては、白色光で観察することを考慮する<sup>3)</sup>(図2)。放射線照射の既往がある粘膜は、炎症性の発赤が散見されることが多いが、NBI拡大観察は炎症と癌の鑑別診断に有用である<sup>4)</sup>。

### 口腔の観察

被験者が高危険群の場合は、マウスピースを装着する前に、口腔も観察したほうがよい。マウスピースを装着する前であれば、硬口蓋や頬粘膜の観察が可能となる。

また、舌を上下左右に動かしてもらうことにより、舌縁、舌腹、口腔底の観察も可能となる<sup>10)</sup>(図3)。

### 中・下咽頭の観察

中・下咽頭を観察する際は、嘔吐反射や咳嗽を誘発しやすい舌根部や喉頭の粘膜に接触しないように、スコープ先端を後壁側に沿って挿入する。唾液等の粘液が多い場合は、スコープ先端を粘膜に近接し、送水ボタンで水を流して、その水と一緒に粘液を吸引すると除去できることがある。