

ドクターコールに生かす

## 急性腹症患者の見方とアセスメントのポイント

飯塚亮二

京都第二赤十字病院

救命救急センター 救急部 部長／医師

いづか りょうじ ●日本救急医学会救急科専門医・指導医、日本外科学会専門医・指導医、日本消化器病学会専門医・指導医、日本大腸肛門病学会専門医・指導医、京都大学医学部臨床教授、京都府立医科大学医学部臨床教授。



腹痛は救急診療でしばしば遭遇する疾患ですが、その中でも、早急に外科的処置が必要な緊急度の高い疾患を総称して「急性腹症（acute abdomen）」と言います。一般的には、急激な腹痛を主訴とし、その原因が腹部の諸臓器、組織の病的変化によると推測される上、急性の経過をとるため、緊急開腹手術の適応か否かの迅速な判断が要求される確定診断前の疾患群にとりあえず用いられる総称です。つまり大事なことは、手術適応患者を見落とさないことです。特に、急性腹症の診察に当たっては、バイタルサイン（血圧、脈拍、呼吸回数、体温など）に常に気を付けて、ショック状態の早期発見と対処をすることが大切です。このため、継続的な診察を行いながらバイタルサインの変化に注意しましょう。

### 腹痛の種類

同じ腹痛であっても、その痛みには内臓痛、体性痛、関連痛といった種類が存在します。内臓痛とは、管腔臓器の収縮拡張や実質臓器の被膜の伸展が刺激となり発生する鈍痛で、鈍い痛みと同時に悪心、嘔吐、冷汗などの自律神経反射症状を伴うことが多いです。

体性痛とは、壁側腹膜や腸間膜、横隔膜への物理的的刺激、あるいは炎症などの化学的刺激に

### Point

- 繰り返し診察をしましょう。
- 初めの診断を鵜呑みにしないよう注意します。
- 鎮痛剤を使用しても改善がない患者は要注意です。

よるもので、内臓痛と違って鋭く限局性の痛みが生じます。内臓の炎症が腹腔内へと拡大すると内臓痛が体性痛を伴うようになります。例えば、虫垂炎で炎症が高度になるなど、炎症が腹腔内に広がると腹膜刺激症状を呈するのは、このような理由です。

関連痛とは、内臓痛や体性痛を受けた臓器から隔たった体表に、限局的に感じる痛みを言います。

## 急性腹症の診断

### 問診

問診は、診断の大事なポイントです。腹痛の種類や部位を知るのに非常に重要で、既往歴や現病歴も診断に大きくかかわってきます。

例えば、開腹手術歴があればイレウスの可能性が高くなります。女性であれば月経異常を調べて妊娠の可能性なども考えなければいけません。

また、意外に大事なのが内服歴です。どのような薬を服用していたか、鎮痛剤などを服用していないかは、診察時に重要なポイントになります。例えば、鎮痛剤を使用していると、腹痛が軽減していて重大な疾患を見落とすことになる可能性があります。また、診察が終了し帰宅準備をしている時に痛みが再燃した場合は、再度新たな患者と考え診察し、医師に連絡してください。決して診察が終了した患者と思いつまなないでください。

問診では、既往歴として次の項目を確認しましょう。

◎各種疾患の既往（消化性潰瘍、胆石、尿管結

石など)

②腹部手術歴（癒着性イレウス）

③併存疾患の有無 動脈硬化症，高血圧症，糖尿病，心疾患など（臓器の虚血）

④鎮痛剤や副腎皮質ステロイドの内服の有無（急性胃粘膜病変，消化性潰瘍）

## 身体所見

急性腹症の診察時の留意点としては，常に全身状態の把握を優先し，ショック状態を見落とさないことです。バイタルサイン（脈拍，血圧，呼吸，意識レベル，体温）を測定し，ショック状態を見ます。痛みのある患者は血圧が低値とされないこともあるため，全身状態からショック状態を判断してください。大事なのは繰り返し診察することです。

高齢者，肥満者，脳梗塞後遺症患者などの異常所見が現れにくい患者は特に要注意です。入院中の患者が突然の腹痛や腹痛の増悪を訴えた場合や，判断に迷う場合は誰かに相談しましょう。夜でも医師に連絡することを躊躇しないようにしてください。

## ◎視診すべき項目と身体診察から疑われる疾患

- ・腹部の輪郭：腹部全体の膨隆→腹水，限局性の膨隆→腫瘍
- ・手術痕の有無，ヘルニアの有無→イレウス，腸管癒着（鼠径ヘルニア嵌頓は見落とされることが多い）
- ・胃，腸蠕動運動の亢進，蠕動不穏→幽門狭窄，単純イレウス，S状結腸捻転
- ・その他  
黄疸→肝胆道系疾患  
腹壁静脈の怒張→肝硬変，門脈血栓症  
皮疹→带状疱疹  
皮膚の出血班→Schonlein-Henoch紫斑病  
臍周囲の発赤斑：Cullen徴候→重症膵炎

側腹部皮膚の着色斑：Grey-Turner徴候

→重症膵炎

## ◎聴診で分かる症状から疑われる疾患

聴診では，腸蠕動音と血管雑音に注意しましょう。

- ・腸蠕動音消失→麻痺性イレウス，腹膜炎，腸間膜動脈血栓症
- ・腸蠕動音軽度亢進（運動亢進状態）→胃腸炎，下痢，大腸炎
- ・腸蠕動音高度亢進（metallic sound）→機械的イレウス
- ・血管雑音→腹部大動脈瘤，腎動脈狭窄（腹部大動脈瘤や腎動脈狭窄では，収縮期雑音が聴取される）

## ◎触診

触診は，痛みの部位より離れたところから始めます。腹膜刺激症状の有無，圧痛の部位，範囲，強さ，腹部腫瘤の有無などを診察しましょう。急性腹症を呈する疾患は多くありますが（表1），腹痛で受診した患者の中には急性心筋梗塞などの緊急度の高い腹部外の疾患を持つ患者もいることを見落とさないのも大事です。

## ここが重要!

## 医師への報告のポイント

- ・既往歴は適確に問診しましょう。
- ・バイタルサインは呼吸数も含めましょう。
- ・全身状態の把握を優先しショック状態を見落とさないようにしましょう。

## 症例別の診断・治療

### 急性虫垂炎

#### ◎臨床所見

典型的な自覚的症状として，食欲不振に続いて腹痛が出現し，その際，軽度の嘔気を伴うことが多いです。多くの場合，まず臍の周りやみ

表1 腹痛の主な原因

種類	主な原因
穿孔 (消化管破裂・穿孔)	胃・十二指腸穿孔 (潰瘍, がん), 大腸穿孔 (がん, 憩室炎, 特発性), 小腸穿孔 (腫瘍, 特発性)
炎症	急性虫垂炎, 急性胆嚢炎・胆管炎, 急性膵炎, 憩室炎 など
結石	尿路結石, 胆嚢・胆道結石
腸閉塞	癒着による腸閉塞, 絞扼性腸閉塞, 結腸軸捻転, 腸重積, 腫瘍, ヘルニア嵌頓 (大腿, 鼠径, 閉鎖孔)
血行障害	上腸間膜動脈閉塞症, 上腸間膜静脈血栓症, 非閉塞性腸管虚血 (nonocclusive mesenteric ischemia)
出血	出血性胃十二指腸潰瘍, 食道・胃静脈瘤破裂, マロリーワイズ症候群, 腹部大動脈破裂, 肝癌破裂
婦人科疾患	骨盤内腹膜炎, 卵巣腫瘍茎捻転, 付属器炎, 子宮外妊娠破裂
その他	肺梗塞, 肺炎, 胸膜炎, 気胸, 急性心筋梗塞, 心膜炎, Schon-lein-henoch紫斑病, 帯状疱疹, 急性鉛中毒, 急性ポルフィリン症

ぞおちの辺りが痛くなり、時間の経過と共に右下腹部に痛みが移動する例が多く、炎症が進んで周囲まで波及すると、下腹部全体が痛くなります (図1)。非典型例としては、腹部全体の疼痛を訴えるケース、稀に左下腹部痛を訴えるケースなどがあります。また、急激な右下腹部痛で始まるケースもあり、この典型例が糞石性虫垂炎です。これは、糞石が虫垂内腔に詰まることにより血流障害を起こして、急激な痛みを伴うためです。発熱は37～38℃程度が多く見られます。

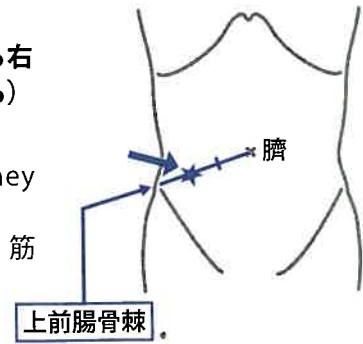
虫垂炎はすべての年齢層に起こりますが、10～20代に最も多いです。5歳以下の幼少児は少ないとされており、特に2歳以下に発症することは極めて稀です。また、高齢者も極めて少数です。ただ、実は幼少児と高齢者の両者には、重症例が多く見られます。男女比は15～25歳の

図1 虫垂炎の症状

●発熱

●腹痛 (心窩部から右下腹部に移動する)

●他覚的所見  
 圧痛点: McBurneyの圧痛点  
 Blumberg徴候, 筋性防御など



腹膜刺激症状があれば、汎発性腹膜炎を示す所見である

間では男2対女1で、その後の年齢では男女とも同程度とされています<sup>1)</sup>。

◎理学所見

典型的な症状としては、右下腹部を押さえた時に痛みを感じます。臍と右上前腸骨棘を結ぶ線の外3分の1 (McBurneyの圧痛点) に痛みの最強点を認めます (図1)。炎症が周囲の腹膜に及ぶと、腹膜刺激症状を認めるようになり、腹部を押さえてから素早く手を離すと痛みが生じる反跳痛と呼ばれる痛みを感じるようになります。これを、Blumberg徴候と言います。

そのほかの症状としては、次のようなものがあります。

**Rosenstein徴候**: 左側臥位で圧痛部を押すと、仰臥位の時よりも痛みが増強する。

**Rovsing徴候**: 左下腹部の圧迫により右下腹部痛を生じる。

**Heel-drop jarring test**: 爪先立ちの状態より急にかかとを落とした時に右下腹部に痛みを感じれば陽性。かかとを叩くことで代用することもできる。

**筋性防御**: 炎症が腹膜におよび腹壁が硬くなることを言い、左右を注意深く触診すると明らかな違いがある。

直腸診はダグラス窩膿瘍がある場合の診断に有効で、直腸前方に隆起、疼痛を認める場合は

程度の軽い限局性腹膜炎が内科的治療の適応

- 1) 24時間以内の発症
- 2) 重篤な合併症がなく全身状態が安定
- 3) 腹膜刺激症状が上腹部に限局
- 4) 腹水貯留が少量の場合など

ただし70歳を超える高齢者では外科的治療が優先される。外科治療のタイミングは、24時間を経過しても臨床所見や画像所見が改善しない場合

日本消化器病学会編：消化性潰瘍診療ガイドライン，南江堂，2009.

ダグラス窩膿瘍を疑います。

### ◎虫垂炎の病理学的分類と治療方針

#### ・カタル性虫垂炎 (Appendicitis catarrhalis)

虫垂に浮腫や充血を認めますが、炎症は軽く保存的治療が可能です。

#### ・蜂窩織炎性虫垂炎

##### (Appendicitis phlegmonosa)

虫垂壁の肥厚や膿を認め、炎症は中等度で、保存的治療または手術が行われます。

#### ・壊疽性虫垂炎 (Appendicitis gangraenosa)

炎症は虫垂壁全層におよび、粘膜融解や穿孔に至ることがあるため手術が必要となります。

注意を要する虫垂炎として、小児の虫垂炎が挙げられます。小児の場合、診断時には虫垂の炎症が進行していることが多い傾向にあります。これは、痛みの訴えが不確実で腹部所見が取りにくいこと、また大網が未発達で、汎発性腹膜炎になりやすいことに加え、虫垂壁が菲薄で穿孔しやすいためです。

### 消化管穿孔

消化管穿孔は腹痛、腹膜刺激症状に加え、全身状態で治療法が決まります。消化管穿孔は上部消化管穿孔と下部消化管穿孔に分けられますが、胃十二指腸穿孔は一定条件(表2)を満たせば保存的治療が可能です。一方、下部消化管穿孔は診断がつき次第緊急手術適応です。

### ◎上部消化管穿孔

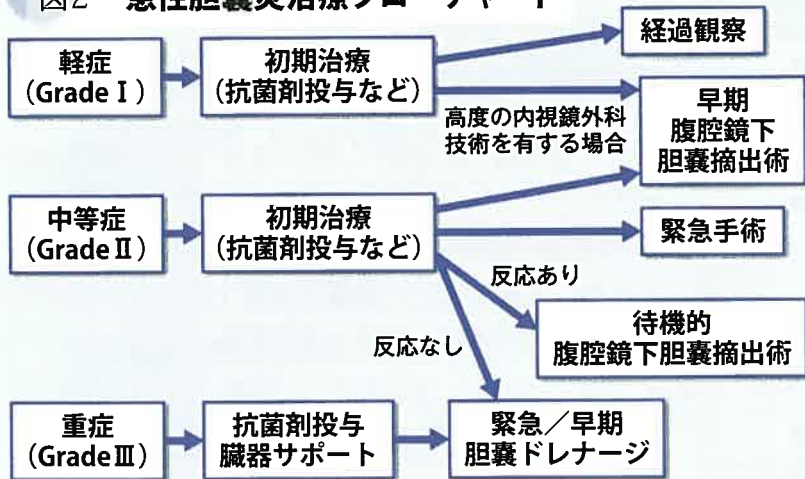
十二指腸潰瘍穿孔では、1～2週間前より先行する空腹時痛(hunger pain)、夜間痛(night pain)があることが多いです。その後、突然の急激な心窩部痛にて発症します。腹部は板状硬となり、X線写真にて遊離ガス像(free air)を認めますが、発症初期に来院した時にはまだ認められないこともあります。

胃潰瘍穿孔は比較的心窩部に疼痛が限局するのに対し、十二指腸潰瘍穿孔は心窩部から右上腹部→右下腹部へと痛みが移動するため、軽い場合には急性虫垂炎と間違えることもあります。胃穿孔の症例では、手術適応と判断された場合、術前に胃内視鏡を行い、胃内の他病変の有無と穿孔部位・程度の確認を必ず行う方がよいと言われていています。これは、胃穿孔においては胃がんによる穿孔である可能性が比較的高いためです。

### ◎下部消化管穿孔

下部消化管穿孔は、多くの場合緊急手術を要する疾患です。一般に、腹部CTによる遊離ガス像の検出率は、上部消化管穿孔では90%を超えますが、下部消化管穿孔では50～70%にとどまると言われています<sup>2)</sup>。このため、症状が見落とされることもあり、意識障害や呼吸不全、ショックといった敗血症の症状が前面に出て、これらを主訴に救急搬入されることも多くあります。このような場合には、問診により先行する腹痛が存在したか否かを本人や周囲の人から確認することが大事です。問診を怠ると、穿孔性腹膜炎が原因不明の意識障害・呼吸不全・ショックとして見過ごされるケースがあります。下部消化管穿孔が強く疑われる場合は緊急手術の適応で、生命の危機に瀕する重症であることを理解してください。

図2 急性胆嚢炎治療フローチャート



急性胆嚢炎，胆嚢炎診療ガイドライン改訂出版委員会編：急性胆嚢炎・胆嚢炎の診療ガイドライン2013，P.53，医学図書出版，2013.

## 急性胆嚢炎

急性胆道炎（急性胆嚢炎，急性胆管炎）は，診断・治療が遅れると重篤化し，敗血症や臓器不全で死亡率が高くなるため，臨床上重要な疾患とされています。

急性胆嚢炎の診断基準は次のとおりです。

### A) 局所所見

右季肋部痛，圧痛，筋性防御，Murphy sign（触診上，右季肋部下で肝縁の下に手を押し当てて圧迫することで，深い吸気時〈深呼吸時〉に痛みのために呼吸が止まる症状）

### B) 全身の炎症反応

発熱，CRP上昇，白血球数増加

### C) 急性胆嚢炎の特徴的画像所見の項目

診療ガイドラインでは，AのいずれかとBのいずれかを認めるものを疑診とし，確診は上記疑診に加えCを確認したものとされています。急性胆嚢炎は急性胆管炎，急性膵炎，骨盤内腹膜炎と同様に炎症早期には緊急手術になることは少ない疾患です。いずれも急性期には保存的治療が原則です。絶飲絶食のため，炎症による水分喪失を補うために輸液，鎮痛剤，抗生剤投与を行います。急性胆嚢炎の治療法は図2に示すとおりで，重症度によって変わります。

表3 腸閉塞の分類

## I. 機械的イレウス

- 1) 単純性イレウス…腸管血流障害（-）
  - ①腫瘍，癒痕，狭窄，先天的奇形など
  - ②腹膜癒着，腹腔内腫瘍など
  - ③異物による内腔閉塞
- 2) 複雑性イレウス…腸管血流障害（+）
  - ①絞扼性イレウス
  - ②腸軸捻転
  - ③腸重積
  - ④ヘルニア嵌頓

## II. 機能的イレウス

- 1) 麻痺性イレウス…感染（腹膜炎），薬剤
- 2) 痙攣性イレウス…鉛中毒，ヒステリー

## 腸閉塞（イレウス）

腸閉塞（イレウス）は腸管内容物の肛門側への輸送が何らかの原因により障害されることによって生ずる病態を言い，腸管内外の器質的病変の有無や腸管の血流障害の有無で分類されま

す（表3）。閉塞性（単純）イレウスなど腸管の血流障害を伴わない腸閉塞の治療は，絶飲絶食による補液療法とイレウス管（写真1）を挿入し，消化管内容を排除減圧することで保存的療法にて軽快することが可能です。これにより閉塞部の腸管壁の循環改善と浮腫軽減が期待できますが，こうした処置でも改善しない場合や繰り返す時は，外科的手術を要するとされています。特に，単純性腸閉塞として保存的加療開始後は，注意深く観察し，腹膜刺激症状出現時や腹水の増量時は手術適応になることがあります。

絞扼性イレウスは，腸管および腸間膜の絞扼により腸管壁の血行障害を起こす型のもので，発症は急激で激しい疼痛があり，ショック症状を呈し，全身状態は急速に悪化します。腸管は壊死に陥り，腹腔内には腸管壁により露出した血性滲出物が貯留し，緊急手術の適応となります。腸管壁の虚血が可逆的なうちに血行障害を解除すれば，腸切除が回避できます。最近では，

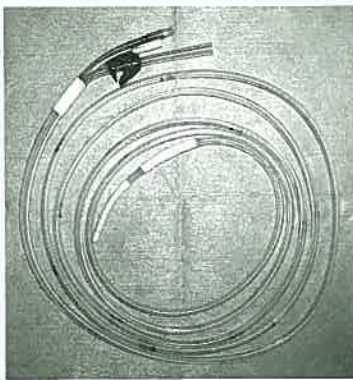


写真1  
イレウス管

経鼻的に小腸まで挿入し、腸管内に貯留した液体やガスを排出し減圧を行う。



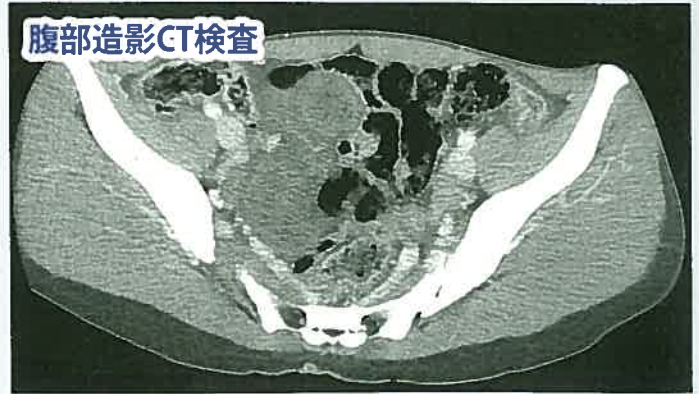
診断に難渋する時は腹腔鏡にて診断を兼ねた手術を選択することもあります（写真2）。

### ここが重要!

#### イレウス管が挿入されている患者における医師へ報告

- ・痛みが軽減しているか、腹膜刺激症状が出現していないか（癒着性イレウスと診断されているが絞扼性イレウスではないか？）。
- ・排便があるか（排便の量や、性状が変わっていないか）。
- ・尿量はどのくらいあるか（十分な補液が行われ脱水になっていないか）。  
※急に排便が出なくなった時→チューブが閉塞した、腸閉塞が改善した
- ・イレウス管が挿入されているのに嘔気、嘔吐がある（イレウス管が閉塞していないか）。

写真2 腸閉塞の診断



腸管壁が白い＝造影効果あり＝血流あり  
腸管壁が黒い＝造影効果なし＝血流なし→絞扼



診断が困難な時、全身麻酔下で診断と治療を兼ねて行う。

#### 非閉塞性腸管虚血 (NOMI)

非閉塞性腸管虚血 (nonocclusive mesenteric ischemia : NOMI) は、腸管膜の主幹動静脈に器質的な閉塞がないにもかかわらず、腸管の虚血ないし壊死を来す疾患とされています。本疾

患は、1958年のEndeの報告以来、欧米では予後不良な急性腸管虚血症の一つとして注目されてきました。欧米ではその頻度が急性腸管虚血症の15～50%に達するとされている疾患で、発症例は高齢者、重症患者に多く死亡率は60～70%と高率です。

心不全、ショック、Hypovolemiaなどの全身の低環流状態によりもたらされる腸管虚血症であり、糖尿病や動脈硬化と関連する心血管系の基礎疾患を有することが多いのが特徴とされ、またジギタリス剤、カテコラミンの投与が関与しているとも言われています。

### ◎診断基準

- ①腸管壊死の領域に相当する腸間膜動脈、あるいは静脈に閉塞が見られない。
- ②腸管の虚血および壊死が分節状で非連続的である。
- ③病理組織学的には出血性および壊死性変化で小静脈にフィブリン血栓を欠く。

### ◎特徴

腹痛はすぐに治療を要すると思わせるような激しい痛みだが、腹膜刺激症状・理学所見は乏しいことが多いようです。血液検査でも特異的なものはなく、腸管壊死が進行すれば、WBC上昇、CKやLDHやAMYの上昇、Lacの上昇、アシドーシスなどがあります。

### ——まとめ——

腹痛で来院した患者は、思い込みで診断せず、注意深く観察し診察することが大切です。特に問診は重大なポイントで、問診だけで診断できる場合もあります。また、ショック状態を見落とさないバイタルサインの経時的なチェックが必要とされます。心筋梗塞などの心疾患でも、腹部症状を主訴とする場合がありますので、腹部だけにとらわれず全身を観察する癖をつけましょう。

## ここが重要!

### 入院患者が腹痛を訴えた時の対応

急性腹症で入院している患者が腹痛を訴え、疼痛時指示で鎮静剤を使用する時は、注意深い観察が必要です。使用しても改善がない患者は要注意です。疼痛が改善しないからといって、何回も使うのは危険です。

#### 引用・参考文献

- 1) 小柳仁監修, 松野正紀他編: 標準外科学 第10版, 医学書院, 2004.
- 2) 杉本侃監修, 嶋津岳士編: 目でみる救命救急医療, P.112～117, 日本臨床社, 2014.
- 3) 日本消化器病学会編: 消化性潰瘍診療ガイドライン, 南江堂, 2009.
- 4) 急性胆管炎, 胆嚢炎診療ガイドライン改訂出版委員会編: 急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン2013, P.53, 医学図書出版, 2013.
- 5) 日本消化器病学会監修: 消化器病診療一良きインフォームド・コンセントに向けて, 医学書院, 2004.

執筆後記



急性腹症は日常よく遭遇する疾患の一つです。既成概念にとらわれず、注意深い観察をすることを心がけてください。本稿が日常の診療に役立てば幸いです。

## 《新企画》臨床知識、スムーズな介助、急変対応

### 心臓カテーテル看護の重要ポイント2日間学習

ビギナー編 & ステップアップ編

(商品番号 13897)

医療法人社団 総生会 麻生総合病院 看護師 中村康雄氏



東京 1日目 7/19(土) 2日目 7/20(日) フォーラムミカサエコ

[両日参加] 本誌購読者 25,500円 一般 28,500円(共に税込)

[いずれか1日のみ参加] 本誌購読者 15,500円 一般 18,500円(共に税込)



プログラム

#### 1日目 ビギナー編

1. カテ室で勤務するために必要な心構え
2. カテーテルによる検査や治療で何をやるの?
  - 1) かんたんに解剖をおさらい
  - 2) カテーテル治療が必要な疾患と病態
    - 「ACS」と「虚血性心疾患」の違いは? ほか
  - 3) カテーテル治療でできること
    - 実際のカテーテルとカテ室の機器について ほか
  - 4) 合併症について
    - 再灌流障害とは? ほか
  - 5) その他
    - スワンガンツカテーテルの目的と原理、ケアの注意点は? ほか

#### 2日目 ステップアップ編

1. 虚血性心疾患の治療薬
  - 昇圧剤と強心剤の違い ほか
2. 抗血栓薬(NOAC)の最新線
  - これだけ変わった新常識!
3. カテ室ナースの具体的な役割
  - オリエンテーションで注意することは? ほか
4. カテ室で起こる急変対応とコミュニケーション
  - 救急蘇生に関するガイドラインをおさらい ほか
5. カテ室の管理・教育
  - 人員配置、勤務体制 ほか
6. 看護記録の整備
  - クリニカルパスの見直し ほか