

腹 痛

Abdominal Pain

[要 旨] 腹痛は、外来診療で最も遭遇する機会の多い症候のひとつであり、その原因となる疾患も多岐にわたる。腹痛の診断では、まず、重症度を判断した上で、症状の現れ方や部位などを聴取し、その後に身体所見を詳細にとる。検査は、診察から疑われた疾患を鑑別するために進める。その際、急性腹症であるかどうか、さらにバイタルサイン、ショック状態、腹膜刺激症状などの有無を判定し、検査所見とあわせて、緊急処置、入院、手術が必要である疾患か否かを判断する。必要あれば積極的に消化器専門医、外科、産婦人科などにコンサルテーションする。腹部臓器以外の疾患で腹痛を来たす場合も念頭において、検査を進めることも必要である。高齢者では、重篤な状態でも身体所見や検査所見の異常がそれほど顕著でない場合もあり注意を要する。

[キーワード] 急性腹症、腹膜刺激症状、バイタルサイン

=====

外来での腹痛患者診断の進め方

腹痛は外来や救急診療の中で、最も遭遇することの多い症候のうちのひとつであり、その原因となる疾患も軽症から重症の緊急性の高いものまで多岐にわたる。消化器専門医のみならず、一般内科医、救急医にとっても最低限の疾患の鑑別や、重症度の判定が必要不可欠である。

A．臨床症状

腹痛はその発生メカニズムから内臓痛、体性痛、関連痛に分類される。

内臓痛は管腔臓器の伸展、牽引、攣縮などにより生ずる痛みであり、差し込むような鈍痛が間欠的に起こる。疼痛の局在ははっきりせず、腎と尿管を除く腹部臓器が両側性の神経支配を受けているため、腹部の正中に対称性に感じる。内臓痛は歩行や体動により軽快することも多い。

これに対し、体性痛は壁側腹膜の刺激による突き刺すような鋭い痛みであり、内臓痛より強く、持続性(30分以上)である。疼痛部位は、病変のある臓器の付近に限局し、非対称性である。体動、咳嗽で体性痛は増悪する。

関連痛は内臓痛を生じた部位と同一レベルの脊髄後根における体性知覚神経への刺激により、そ

の神経が支配する領域に表在性の疼痛を感じるものである。綿球や指先の爪で皮膚をなでることによって過敏な皮膚の領域が描ける(Headの過敏帯)。関連痛は、病変臓器より離れた腹部以外の領域にも感じることもある。

B．医療面接のポイント

腹痛患者の症状の聴取では、部位、種類、起こり方、持続時間などが重要である。腹痛が出現してより短時日で受診した患者は、急性腹症を疑う。消化管穿孔であれば、発症後10～20分で腹痛は最強レベルに達する。急性胆嚢炎、胆管炎では、腹痛が最強になるまでに2～3時間かかり持続する。過去に同様のやや軽い発作を経験している場合も多い。膵炎の疼痛は通常数日以上持続する。小腸または大腸の炎症あるいは閉塞に起因する痛みは、間欠性で数分あるいは数十分毎に強い痛みがウェーブのように襲ってくる。間欠的ではあるが冷や汗を流し、けいれん性の激痛を生じる場合を疝痛と言い、典型的なものは尿管結石でみられる。尿管結石の疝痛持続時間は20～60分である。

3ヵ月以上前から続く内臓痛であり、体重減少、貧血、発熱、便潜血陽性などがなければ、機能的胃腸症や過敏性腸症候群のような消化管機能異常症が疑われる。但し膵癌、胆嚢癌などの癌性疼痛

表1 腹腔外の臓器由来の腹痛を生ずる疾患

<p>心疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性心筋梗塞・狭心症 ・心筋炎 ・心内膜炎 ・うっ血性心不全 <p>肺疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎 ・胸膜炎 ・肺梗塞 ・気胸 ・膿胸 <p>神経疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・神経根炎 ・腹部てんかん ・脊髄癆 <p>代謝性疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿毒症 ・糖尿病性ケトアシドーシス ・急性間欠性ポルフィリア ・急性副腎不全 ・副甲状腺機能亢進症 	<p>血液疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ・鎌状赤血球症 ・溶血性貧血 ・Henoch-Schönlein紫斑病 ・白血病 <p>感染症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・带状疱疹 ・骨髄炎 <p>中毒</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性鉛中毒 ・過敏性反応(虫刺症, 蛇毒) <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血管炎 ・肋軟骨炎, 肋骨骨折 ・腹壁の挫傷, 血腫, 腫瘍 ・麻薬の離脱症状 ・精神科疾患 ・熱射病
---	---

もこれと類似した腹痛の経過を示すことがある。

増悪因子, 緩和因子, 随伴症状について聴くことも重要である。食事中あるいは食直後に腹痛が出現する場合は, 摂食による腸管神経叢の刺激で胃腸管蠕動運動が亢進し, 疼痛をひきおこすものであり, 過敏性腸症候群, 腸管の狭窄などが疑われる。血管炎や動脈狭窄などによる慢性腸間膜循環不全でも食後1時間以内に臍周囲の疼痛が出現する(intestinal angina)。胆嚢炎や慢性膵炎では摂食1~2時間後に腹痛が出現する。反対に消化性潰瘍, 特に十二指腸潰瘍では空腹時に腹痛が出現し, 摂食により腹痛が軽快することも多い。腹痛が増強後に嘔吐するのは腹膜炎の進行を示唆し, 嘔吐をしても腹痛は緩和されず悪化する。反対に消化管の閉塞では嘔吐により一時的に腹痛が軽減する。排便や放屁は下部腸管の閉塞による腹痛を緩和する。大量飲酒1~3日後に出現する場合は膵炎によるものを示唆する。骨盤腹膜炎では月経, 性交を契機に下腹部痛が出現する。

腹痛以外の症状についても, 発熱, 体重減少,

嘔気嘔吐, 便秘や下痢を聴取する。女性では, 不正出血の有無や妊娠の可能性, 最終月経なども確認する。また, 以前に同様の症状があったか否か, 既往歴や内服薬の有無の聴取は必須である。

C. 身体所見

病歴の聴取を念頭に診察を始めるが, まずバイタルサインを確認し, その後視診, 聴診, 打診, 触診とすすめる。収縮期血圧80mmHg以下で, 苦悶様顔貌, 蒼白, チアノーゼ, 発汗, 意識混濁などを認めればショック状態である可能性がある。聴診は腸閉塞や血管病変において重要で, グル音の低下や消失は麻痺性イレウスや絞扼性イレウスを, 金属音は癒着性イレウスを疑う。

触診は痛みの少ない部分から, 浅い触診, 深い触診の順に行う。体性痛では疼痛の位置する付近の臓器に原因があるので, 圧痛の部位によって鑑別疾患を絞り込むことができる(図1)。腹膜炎が存在する場合には, 深い触診は患者に苦痛を与える上, 腹壁の緊張を招き, その後の診察にも影響するので注意する。その他叩打痛, ヘルニアの有

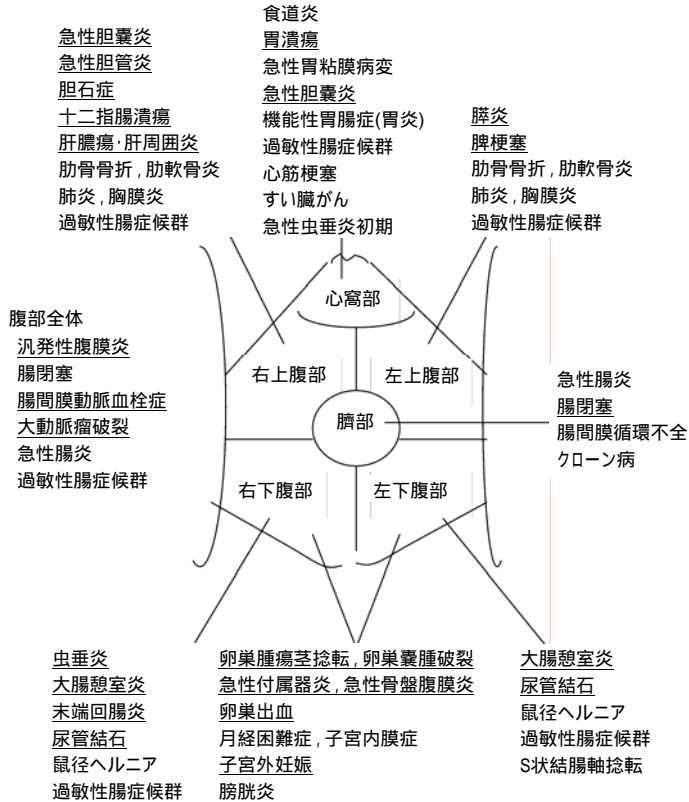


図1 腹痛の部位による鑑別診断(主として内臓痛の特徴が優位な疾患)
下線は急性腹症となりうる疾患
 腹部臓器以外の疾患でおきる腹痛の部位

無, 直腸診も省略してはならない。

また, 腹部臓器以外の疾患で腹痛をきたす場合もあり注意する。狭心症, 心筋梗塞が, 胆嚢炎, 胆管炎の腹痛と間違われることがある。肋骨骨折や肋軟骨炎も体性痛と同様に, 体動や咳嗽で疼痛が増悪し, 右肋骨弓の叩打痛が陽性であるので胆嚢炎と間違われる。若年女性ではクラミジア感染による骨盤感染症の 10% に肝周囲炎(Fitz-Hugh-Curtis syndrome)を合併し, 胆嚢炎に類似した右上腹部痛を示す。帯状疱疹では表在性の刺すような痛みが, 発疹の出現に先だつ。

鑑別診断のための基本的検査

病歴, 身体所見から状態や疾患を推定し, それを検査で確認するという姿勢が重要である。病歴

や診察所見からの鑑別診断を考えずに検査を優先し, 検査所見から診断をする手法は, ことに急性腹症では誤診をきたしやすい。前述のごとく, 腹痛の部位(図1)によりある程度の鑑別診断を絞ることが可能であり, それを検査にてさらに診断を進める。表2には鑑別に必要な検査とそれによる疾患を挙げた。

バイタルサインが安定しており, 急性腸炎のように自然寛解が期待される疾患が疑われる場合は, 血液検査や X 線検査は不要な場合も多い。ベッドサイドで行える検査を活用することにより, 短時間で診断に直結できる。CVA tenderness 陽性で尿沈渣に赤血球が多数認められれば, 尿管結石の診断は容易であろう。直腸診における圧痛が虫垂炎の診断に役立つ場合がある。経鼻胃管を挿入

表2 鑑別に必要な検査項目と検査により鑑別可能な疾患

バイタルサイン	意識, 体温, 血圧, 脈拍, 呼吸
ベッドサイドの検査	
直腸診	<u>ダグラス窩の圧痛, 血便, 宿便, 腫瘍</u>
検尿	沈渣, 糖, 妊娠反応, ポルフィリン
血液検査	末梢血, CRP, 肝機能, アミラーゼ, 腎機能, 電解質, 血糖
腹腔穿刺	<u>血性腹水, 滲出液, 乳糜腹水</u>
経鼻胃管	<u>胃液貯溜, 出血</u>
心電図	<u>心筋虚血・梗塞</u>
画像検査	
単純X線	腹部(立位・臥位正面, 左下側臥位), 胸部(立位正面)
US	<u>胆嚢炎, 虫垂炎, 婦人科疾患</u>
CT	<u>大動脈瘤, 大動脈解離, 腸間膜循環不全, 臓器損傷, 膵炎, 虫垂炎, 消化管穿孔, 絞扼性イレウス(ガスレスイレウス)</u>
MRCP	<u>総胆管結石</u>
内視鏡	<u>急性胃粘膜病変, 消化性潰瘍, 胃癌, 上部消化管出血, 下部消化管出血</u>

すれば上部消化管出血の診断が可能である。強く疑われれば上部内視鏡検査を緊急で行う。

腹水が明らかであれば、試験穿刺を行うことは重要である。血性腹水であれば鑑別診断の範囲が絞られるなど、緊急処置が必要なことが分かる。腹痛や胸やけを主訴とする際に、心筋梗塞にも留意することが必要であり、中高年以上の心窩部、上腹部痛で、確定診断がつかなければ必ず心電図検査を行う。

単純X線検査は消化管の穿孔、閉塞の診断に有用である。消化管穿孔では単純X線上 free air が認められるのは50%程度であり、CTのほうが検出感度は高い。腸閉塞では腹部立位X線上 niveau(鏡面形成像)が認められるのは50~60%である。消化管内液体貯溜が増加した重症例では反対にniveauは消失し、gasless ileusの像を呈す。腹痛、嘔吐、腹部膨満、便秘など腸閉塞を疑わせる症状があるにも関わらず、X線でniveauがみられないときは、CTを行う。

超音波検査(US)は非侵襲的でベッドサイドで行え、胆石胆嚢炎や虫垂炎、泌尿器・婦人科疾患の診断に有用である。CTはUSに比べて、検査精度が検者によって左右されることがなく、消化管ガスの影響を受けにくい。急性腹症患者では消化管ガスのためUSでの病変の描出が困難な場合

も多く、そのような場合には施行を検討する。CTは腹部大動脈の解離、動脈瘤の診断にはきわめて有用であり、虫垂炎の正診率も90~98%でUSの正診率83~98%に匹敵する。USとCTは総胆管病変の描出能が低い点があり、総胆管や膵管の病変が疑われる場合にはMRCPを行う。

入院適応の判断

前述の鑑別方法に従って疾患を鑑別した上で入院の適応を判断するが、その根拠となるのは急性腹症か否かの判断である。急性腹症は24~48時間以内に手術・ドレナージなどの緊急処置を要することが予想される腹部疾患群であり入院が必要である。高齢者、糖尿病患者、ステロイド長期服用者、免疫不全の患者では症状がマスクされ、典型的な急性腹症の経過をとらない場合があり注意を要する。急性腹症であっても、末梢血や炎症反応の異常は著明でなく、発熱のないことも多い。このような症例では、嘔吐、腹部膨満、発熱、虚脱といった主訴が、腹膜炎、麻痺性イレウス、敗血症、体液喪失の症候であり、初診時に既に汎発性腹膜炎になっていることがありうるので、画像検査を積極的に取り入れる。膵炎など後腹膜の炎症が主体となる疾患や骨盤腔の疾患では、患者が訴える腹痛の程度に比して腹膜刺激症状が乏しく、

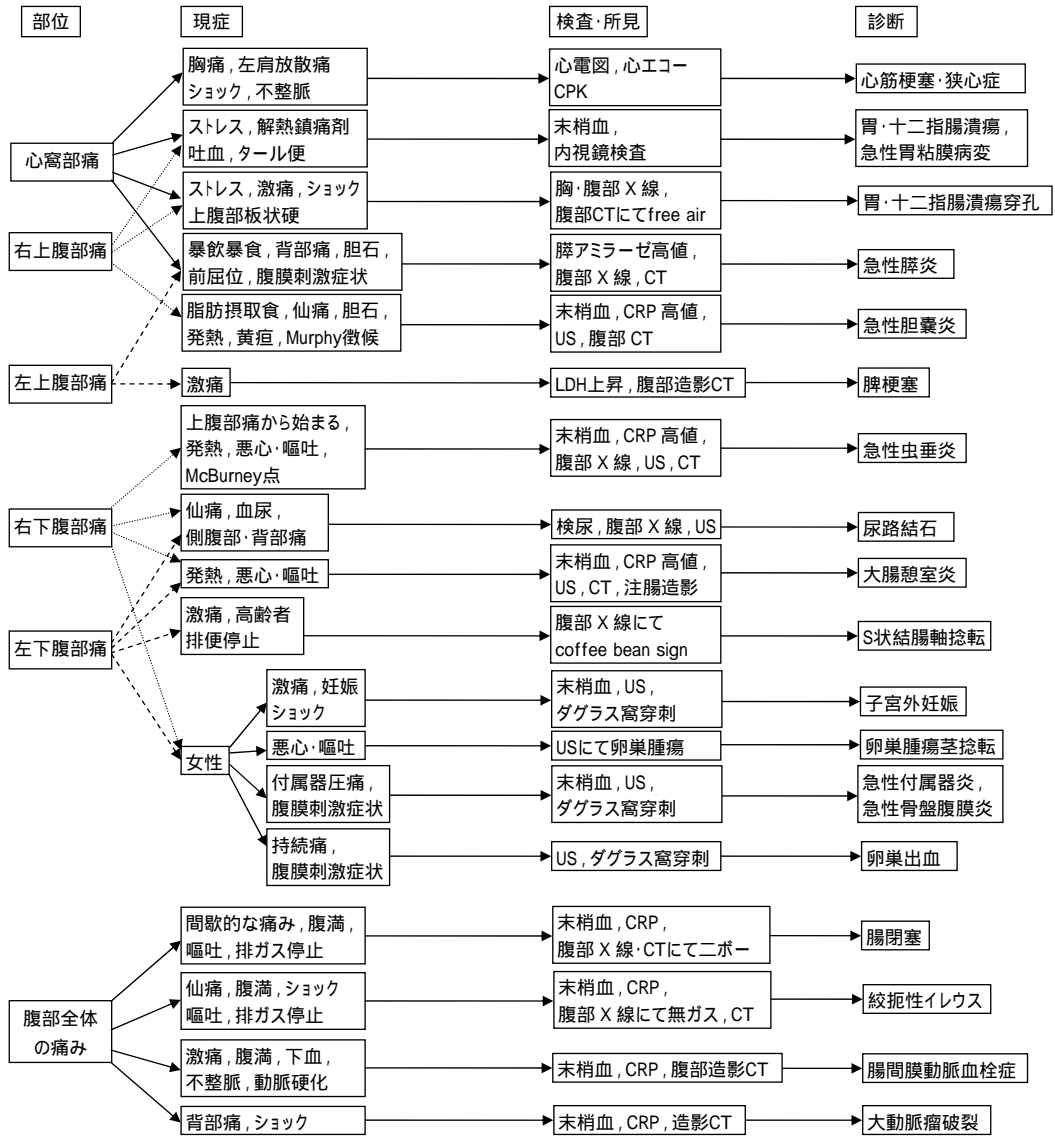


図2 緊急処置, 入院加療が必要となる腹痛鑑別診断のフローチャート

軽症と見誤ることがあり注意する。

専門医にコンサルテーションするポイント

腹膜刺激症状が存在する場合は、緊急手術を要する可能性があるため、早急に外科医にコンサルトする。急性虫垂炎、腸閉塞のほか外科的疾患が疑われる場合は、早めに外科医にコンサルトする。診察時は軽症であっても、腹部所見の経時的変化

をみることにより手術のタイミングが遅れるのを防ぐことができる。胆嚢炎、胆管炎が疑われる場合にはインターベンションのできる専門医に依頼する。

腹部臓器以外で、心筋梗塞、解離性大動脈瘤などの場合には、速やかで適切な処置を施さなければ死に至る場合もあり、これらを見逃さないためには、心電図、心エコーや循環器医へのコンサル

トが必要となる場合がある。

女性の場合は婦人科へのコンサルトも重要になる。特に妊娠中の場合、腹部臓器が子宮により偏位しており、診察が困難である上、診断の遅れが胎児の生命を脅かす場合も多く、必ず産婦人科医にコンサルトする。

腹痛の確定診断，経過観察に必要な検査

図2に上腹部痛，下腹部痛について検査から確定診断に至る過程のフローチャートを示した。経過観察，入院加療，緊急処置，手術など適切な判断，治療を行う。

参考文献

- 1) Balthazar EJ, et al : Acute appendicitis: CT and ultrasound correlation in the on hundred patients. Radiology 190 : 31, 1994
- 2) 小林健二 : 内科コモンプロブレム - 腹痛 - . Medicina 41 : 657 ~ 664, 2004
- 3) Mindelzun RE, et al : What radiographic views constitute acute abdominal series? Am J Roenterol 166 : 716, 1996
- 4) 山口晃弘, 他・編 : 研修医マニュアル 救急診断ガイド(下巻). 東京 : 現代医療社. 1999.