

第VI章 急性腹症の病歴聴取

CQ16

腹痛を訴える患者で問診すべきことは？

腹痛の位置、性状、随伴症状(痛みの部位や移動、急激に生じたか、痛みが増強しているか、吐血・血便あるいは嘔吐や下痢・便秘を伴っているか)を問診し、早急に手術が必要な疾患の可能性を検討する(レベル2, 推奨度 A)。

他にアレルギー、薬物服用歴、既往歴(手術歴)、直前の食事内容や女性では妊娠の可能性を問診すべきである(レベル2, 推奨度 A)。

激しい腹痛やバイタルサインが不安定な場合は丁寧に問診する時間がなく、最小限必要な病歴を聴取して緊急処置が必要な疾患(表VI-1)の可能性を検討しなければならない¹⁾(レベル4)。最小限かつ有用な情報を得るために“SAMPLE”が以前より提唱されている(CQ18参照)²⁾(レベル4)。

また、病歴を漏れなく系統的に聴取する項目として“OPQRST”[O(onset:発症様式), P(palliative/provocative:増悪・寛解因子), Q(quality/quantity:症状の性質・ひどさ), R(region/radiation:場所・放散の有無), S(associated symptom:随伴症状), T(time course:時間経過)]が推奨されている(CQ30参照)³⁾(レベル4)。

1,333例の急性腹症を問診したフィンランドの研究において、非特異的腹痛(NSAP)と臨床症状で関連する項目はなかったが、腹部中心の痛みでは痛みの増強がなく嘔吐がみられない軽度から中等度の痛みはNSAPである傾向がみられた⁴⁾(レベル2)。

痛みの部位は鑑別診断に有用である。例として胆嚢炎や肝炎では右上腹部に痛みを生じる。急性虫垂炎では痛みが上腹部から右下腹部へ移動する。憩室炎では通常下腹部中央か右や左の下腹部に痛みを生じる。食道炎や消化性潰瘍では上腹部に不快感をもたらす。痛みの放散も重要であり、膵炎では通常背部に痛みが広がり、腎疝痛では性器の方へ放散する⁵⁾(レベル4)。

痛みの発生が急激かどうか、間欠的かどうか、持続時間などは重要な情報である。膵炎の典型的な痛みは徐々に増強し持続する。一方、穿孔による腹膜炎では痛みは突然起こり、最初から強い⁵⁾(レベル4)。

痛みの性状も鑑別に役立つ。典型的な逆流性食道炎では焼けるような痛みがあり、胃腸炎や腸閉塞の痛みは疝痛的である⁵⁾(レベル4)。

痛みの強さは一般的に疾患の重症度に比例し、特に急性発症の疾患で顕著である。例えば、胆石や腎結石の疝痛、腸間膜動脈閉塞では非常に痛みは強いが、胃腸炎の痛みは激しくない。ただし、痛みの感じ方は主観的で、性格の違いや痛み経験の有無により異なることもあるため、しばしば鑑別は困難である。さらに、患者の年齢や普段の健康状態は痛みの訴えに影響を及ぼす。ステロイド服用中の患者では痛みはマスクされやすく、高齢者では痛みの訴えが軽い。過去に経験した痛みとの比較は有用である⁵⁾(レベル4)。

痛みを増悪させたり、軽減したりする要素の聴取も重要である。消化性潰瘍ではいったん食事にて痛みが軽減し、食後数時間で再び痛みが出現する。典型的な膵炎の痛みは座位で軽減し、臥位で悪化する⁵⁾(レベル4)。

腹痛に伴う他の症状は重要である。腹痛とともに嘔吐または下痢を生じている場合、ノロウイルスなどのウ

表VI-1 緊急処置が必要な疾患

- | | |
|-----------|----------|
| ● 腹部動脈瘤破裂 | ● 異所性妊娠 |
| ● 大動脈解離 | ● 腸閉塞 |
| ● 腸管虚血 | ● 急性膵炎 |
| ● 消化管穿孔 | ● 急性心筋梗塞 |
| ● 肝がん破裂 | ● 肺動脈塞栓症 |
| ● 重症急性胆管炎 | |

イルス性腸炎, カンピロバクターなどの細菌性腸炎, アニサキスなどによる急性胃粘膜病変の可能性を考える。体重減少は悪性腫瘍でしばしばみられ, 持続する悪心・嘔吐は腸閉塞が疑われる。また, 便通の変化は大腸疾患を疑わせる⁵⁾(レベル4)。

妊娠可能女性での妊娠は必ず除外すべきことであり, 最終月経や期間, 月経周期, 不正出血の有無, 避妊薬使用の有無, 不妊治療歴などを聴取しなければならない⁵⁾(レベル4)。

薬剤ではNSAIDsによる消化性潰瘍, 抗菌薬による偽膜性腸炎などが重要である。手術歴がある場合は癒着性や絞扼性の腸閉塞の原因となるため可能な限り詳細に聴取すべきである⁵⁾(レベル4)。

尿管結石, 胆嚢結石, 胃・十二指腸潰瘍では再発例が多く, 既往歴は有用な情報である⁵⁾(レベル4)。

□ 引用文献 □

- 1) 井 清司. 2 腹痛に対する病歴聴取. 別冊 ER マガジン 2008 ; 5 : 615-23. (レベル 4)
- 2) Ed Dickinson, Dan Limmer, O'Keefe, et al. Emergency Care, 11th ed, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 2008 ; 242. (レベル 4)
- 3) Thomas SA. Spinal stenosis: history and physical examination. Phys Med Rehabil Clin N Am 2003 ; 14 : 29-39. PM 12622480(レベル 4)
- 4) Eskelinen M, Lipponen P. Usefulness of history-taking in non-specific abdominal pain: a prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain in Finland. In Vivo 2012 ; 26 : 335-9. PM 22351680(レベル 2)
- 5) Fishman MB, Aronson MD, History and physical examination in adults with abdominal pain. UpToDate, this topic last up, 2014. (レベル 4) (2014 年 12 月 20 日閲覧)

CQ17

腹痛を訴える患者で聴取すべき既往歴, 手術歴は?

腹痛を訴える患者ではすべての既往歴を必ず聴取すべきである(レベル 5, 推奨度 A)。

尿管結石, 胆嚢結石, 胃・十二指腸潰瘍の既往がある場合は再発する例が多く, 既往歴がなくとも同様の痛みが過去になかったかどうかについても確認すべきである(レベル 3, 推奨度 A)。

また, 小さな開腹手術であっても癒着性や絞扼性の腸閉塞, 腹壁癒着ヘルニアの原因となりうるため, 手術歴は必ず聴取する(レベル 5, 推奨度 A)。

Trinchieri らは 300 例の尿管結石患者への電話インタビューにおいて, 過去 10 年間に最初の尿管結石発作を認めた 195 例中, 平均 7.5 年間に 52 例(27%)が結石再発を認めたことを報告した。ただし, 再発症状のなかった 36 例中, 10 例(28%)に腹部超音波検査で結石再発が認められた¹⁾(レベル 3)。

Casey らのレビューによると, 米国で男性の 6.5%, 女性の 10.5% に胆嚢結石が認められ, うち年率 1-4% が有症状を呈すると報告している²⁾(レベル 4)。

胃・十二指腸潰瘍はピロリ菌の除菌が普及するにつれて再発例は減少しているが, 未除菌で放置した場合は酸分泌治療を継続しても 23.7% が再発する³⁾(レベル 1)。

虫垂切除後の癒着による腸閉塞は 2.8%⁴⁾(レベル 3)に発生したと報告されている。また, 正中での開腹術では 70-100% に腸管癒着を生じる⁵⁾(レベル 3), ⁶⁾(レベル 4)。英国で 1986 年に開腹術を受けた 29,790 例中, 34.5% が術後 10 年以内に癒着が原因で再入院したと報告⁷⁾(レベル 2)されており, 手術歴は必ず確認する必要がある。

□ 引用文献 □

- 1) Trinchieri A, Ostini F, Nespoli R, et al. A Prospective study of recurrence rate and risk factors for recurrence after a first renal stone. J Urol 1999 ; 62 : 27-30. PM 10379732(レベル 3)
- 2) Casey BD, Taylor SR. Evidence-based current surgical practice: Calculous gallbladder disease. J Gastrointest Surg 2012 ; 16 : 2011-25. PM 3496004(レベル 2)

- 3) Gisbert JP, Khorrani S, Carballo F, et al. Meta-analysis: Helicobacter pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. Aliment Pharmacol Ther 2004 ; 19 : 617-29. Review. PM 15023164(レベル 1)
- 4) Leung TT, Dixon E, Gill M, et al. Bowel obstruction following appendectomy: what is the true incidence? Ann Surg 2009 ; 250 : 51-3. PM 19561482(レベル 3)
- 5) Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions-how big is the problem? Ann R Coll Surg Engl 1990 ; 72 : 60-3. PM 2499092(レベル 3)
- 6) Nunobe S, Hiki N, Fukunaga T, et al. Previous laparotomy is not a contraindication to laparoscopy-assisted gastrectomy for early gastric cancer. World J Surg 2008 ; 32 : 1466-72. PM 18340481(レベル 4)
- 7) Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, et al. Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. Lancet 1999 ; 353 : 1476-80. PM 10232313(レベル 2)

CQ18

SAMPLE に基づいた病歴聴取は治療方針決定に寄与するか？

SAMPLE*に基づいた病歴聴取が治療方針決定に寄与するという明らかなエビデンスは存在しない。ただし、多くの国では救急医療における病歴聴取のゴールドスタンダードとなっており、時間が制約された中で病歴聴取を行うのに適している(レベル 3, 推奨度 B)。

* : S(signs and symptoms : 徴候…痛みの部位など), A(allergies : アレルギー…アレルギー疾患の既往, 薬物や食物のアレルギー有無), M(medications : 薬物治療…現在服用中の薬), P(past medical history, injuries, illness : 過去の病歴…疾患だけでなく, 外傷や手術歴, 妊娠を含む), L(last meal / intake : 最も直近の食事や飲み物), E(events leading up to the injury and/or illness : イベント…どのような状況下に痛みが始まったか)

激しい腹痛やバイタルサインが不安定な状況では、短時間に問診を行わなければならない。この状況で鑑別診断に有用となる情報を得るためのチェックリストとして SAMPLE は知られており、救急救命士の教育にも用いられている^{1,2)}(レベル 4)。また、バイタルサインと OPQRST (CQ30 参照) と組み合わせても用いられる。

SAMPLE から S(徴候)を除き、問診の病歴に重点を置いた AMPLE も用いられる³⁾(レベル 4)。

□ 引用文献 □

- 1) Dickinson D, Limmer D, Michael F, et al. Emergency Care, 11th ed, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 2008 ; 242. (レベル 4)
- 2) Campbell, Creighton J. Basic trauma life support for paramedics and other advanced providers. Upper Saddle River, NJ, Brady / Prentice Hall Health, 2000 ; 354. (レベル 4)
- 3) Marx J. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice, 7th ed, Philadelphia, Mosby/Elsevier, 2010 ; 267. (レベル 4)

CQ19

「生来健康な患者が 6 時間以上続く激しい腹痛を訴えた場合、外科的病態である」という法則に根拠があるか？

上記法則の 6 時間が根拠となるエビデンスはない。

ただし、高齢者の腹痛において持続痛が緊急手術の予測因子であったと報告されており、腹痛の持続時間を聴取することは有用である(レベル 4, 推奨度 B)。

文献 1) では、早期診断の項の中で「これまで健康だった患者が激しい腹痛を起こし、しかもそれが 6 時間以上続いている場合、多くは外科的病態によるものだという一般的な法則がある。この法則には例外もあるが、早期診断の必要性に対する注意を惹起するには役立つ。潰瘍穿孔や虫垂炎、腸閉塞など多くの腹部疾患では外科的介入(手術)が通常は必要で、外科医の対応が早ければ早いほど結果が良好であることは、周知の事実で

ある」と記載されている¹⁾(レベル5)。

岡田らは腹痛が主訴で救急外来を受診した65歳以上の183例を後ろ向きに調査し、16例の緊急手術群と手術を要しなかった80例を比較したところ、自発痛が持続的であった例では有意に緊急手術群に多く、ロジスティック回帰分析でのオッズ比21に達したと報告している²⁾(レベル4)。

したがって6時間という時間的根拠は乏しいが、持続する腹痛は通常重篤な腹部疾患であり、腹部CTなどにより早期に診断・治療を行わなければ予後不良となる可能性が高いことを示している。

□ 引用文献 □

- 1) Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen, 22nd ed, Oxford University Press, New York, 2010 ; 3. (レベル5)
- 2) 岡田見布江, 佐藤守仁, 木村昭夫, 他. 救急外来における高齢者腹痛の診断. 日救急医学会誌 2006 ; 17 : 45-52. IC 2006136457 (レベル4)

CQ20

腹痛を訴える患者の服用歴で注意すべきことは？

腹痛を訴える患者では、投与されているすべての薬剤について問診すべきである(レベル2, 推奨度A)。特にNSAIDsは消化管の潰瘍や穿孔のリスクが高く(レベル1)、また、ステロイド薬投与中の患者では症状がマスクされることがあり(レベル3)、詳細に服用歴を確認する。

どのような薬剤であっても急性腹症への影響は否定できないため、患者の使用薬物はすべて明らかにする必要がある(レベル4)¹⁾。このうち、投与頻度から特にNSAIDsとステロイド薬は具体的な種類と量を把握すべきである。

1990年代の18研究をまとめたメタアナリシスでは、NSAIDs服用により上部消化管の出血/穿孔リスクは3.8倍に上昇し、さらに高齢者男性でよりリスクが増加していた²⁾(レベル1)。

ニューヨークで1986年に行われた後ろ向きな検討では、腸管穿孔を起こした患者のうちステロイド薬投与群では有意に腹膜刺激症状の出現頻度が低かった³⁾(レベル3)。また米国ミネソタ州での別の研究では、プレドニゾン20mg/day以上投与されているグループでは、腸管穿孔時の発熱や筋性防御・筋硬直の症状が少なかった⁴⁾(レベル3)。したがって、ステロイド薬服用患者では症状が顕著に表れないことを常に念頭におくべきである。

□ 引用文献 □

- 1) Fishman MB, Aronson MD. History and physical examination in adults with abdominal pain. UpToDate, this topic last updated. 2013 ; 6 : 24. (レベル4) (2014年12月20日閲覧)
- 2) Hernández-Díaz S, Rodríguez LA. Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. Arch Int Med 2000 ; 160 : 2093-99. PM 10904451 (レベル1)
- 3) Fadul CE, Lemann W, Thaler HT, et al. Perforation of the gastrointestinal tract in patients receiving steroids for neurologic disease. Neurology 1988 ; 38 : 348-52. PM 3258062 (レベル3)
- 4) Marshall LF, King J, Langfitt TW. The complications of high-dose corticosteroid therapy in neurosurgical patients: a prospective study. Ann Neurol 1977 ; 1 : 201-3. PM 889307 (レベル3)

CQ21

月経歴(月経周期や月経困難症含む)の聴取に診断的意義はあるか？

卵巣出血, 子宮内膜症, 機能的月経痛などの婦人科関連急性腹症, 異所性妊娠, 流産などの妊娠関連急性腹症の鑑別には意義があり, 月経歴を聴取する(レベル 4, 推奨度 B)。

最終月経開始日と月経周期によって, おおよその排卵日が予想できる。これにより女性はその時点で月経期, 卵胞期, 黄体期のいずれの時期かが推定可能となる。さらに女性が妊娠している場合には, 最終月経起算より正確な妊娠週数の推定が期待される。

月経中の腹痛には, 機能的および器質性月経困難症がある。月経困難症は月経期間中に月経に随伴して起こる病的症状で, 下腹痛以外に腰痛, 腹部膨満感, 悪心, 頭痛, 疲労・脱力感, 食欲不振, いらいら, 下痢および憂うつ¹⁾の順に多くみられる¹⁾(レベル 4)。機能的月経困難症は初経後 2-3 年より始まり, 思春期女子によくみられるが, 妊娠・出産を契機に軽快することが多い。月経の初日および 2 日目頃の出血が多い時に強い¹⁾。器質性月経困難症には子宮内膜症, 子宮腺筋症が含まれる。骨盤痛のある思春期女性に腹腔鏡を行って観察すると, 子宮内膜症の合併する割合は 19-73% に認められる^{2, 3)}(レベル 4)。婦人科関連疾患の中では, 月経痛は機能的月経困難症と子宮内膜症を疑うが, 進行性の月経痛は子宮内膜症を示唆する⁴⁾(レベル 3)。

卵巣出血は排卵日, 黄体期での発症が多く(CQ3 参照), 黄体期は一般に月経前の 12-14 日間であることから, 月経周期が長い女性では次回の月経開始予定日より遡ることにより, 卵胞期か黄体期かを推定する。医療面接時に「次の生理予定はいつ?」と尋ねるのもよい。

また排卵後 14 日以降に妊娠反応が陽性となり, 妊娠 6 週頃より異所性妊娠(子宮外妊娠)などの妊娠関連急性腹症が発症する(CQ88 参照)。妊娠週数は月経周期が 28 日型の女性で, 最終月経開始日からの週数が計算される。35 日周期ならば排卵が 1 週間遅くなるため, 妊娠週数は 1 週少ない可能性が高い。さらに妊娠が否定的な回答(予定通り最終月経が来て妊娠はしていないと考えている)であっても妊娠例が存在するので, 問診だけでは妊娠の可能性を除外すべきではない⁵⁾(レベル 3)。

□ 引用文献 □

- 1) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会 編集・監修. 産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編 2014, 日本産科婦人科学会, 2014. (レベル 4)
- 2) ACOG Committee Opinion. Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. *Obstet Gynecol* 2005 ; 105 : 921-7. PM 15802438(レベル 4)
- 3) Goldstein DP, De Chohnoky C, Emans SJ. Adolescent endometriosis. *J Adolesc Health Care* 1980 ; 1 : 37-41. PM 6458589(レベル 4)
- 4) Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002 ; 78 : 719-26. PM 12372446(レベル 3)
- 5) Ramoska EA, Sacchetti AD, Nepp M. Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy. *Ann Emerg Med* 1989 ; 18 : 48-50. PM 2462800(レベル 3)

CQ22

妊娠の有無を明らかにするのに有用な問診法は？

1. 月経周期の遅れがないか
2. 妊娠嘔吐(つわり)など何らかの妊娠症状がないか
3. 避妊法を用いているか
4. 患者自身が妊娠する機会がないか
5. 不妊治療を行っているか

上記を確認するのは妊娠の有無を明らかにするために重要な問診法である(レベル 1, 推奨度 A)。ただし、これらが陰性であっても妊娠が見逃される可能性があるため、妊娠を完全に診断する必要がある場合は、尿中または血清 hCG を測定すべきである。

何らかの理由で救急外来を受診した妊娠可能女性(n=191)を対象とした研究では、疑われていないが妊娠していた頻度は6.3%であり、一方、腹痛あるいは骨盤の愁訴があった場合は13%とされている¹⁾(レベル2)。したがって、適切な問診により妊娠を除外、あるいは可能性をさらに低下させなければならない。

文献6)では、1966年から2004年に発表された妊娠の問診に関する文献を検索し、尿中または血清 hCG 検査をゴールドスタンダード、かつ分割表を構成するための十分なデータを有する5つの研究が検討された⁶⁾(レベル1)。

妊娠早期の一般的な症状は、無月経、妊娠嘔吐(つわり)、および乳房の圧痛やうずきである。また、避妊しているかどうか、妊娠する機会があるかどうかが重要である。

① 月経の遅れ

月経周期の遅れと妊娠について検討した4つの研究では、月経が遅れた女性に関する妊娠の尤度比(LR)は1.0-2.1で、規則的月経と申告する女性では0.25-0.99であった¹⁻⁴⁾(レベル2)。規則的な月経周期の女性で月経が急に止まった場合は常に妊娠が疑われる。しかし、月経周期が不規則な女性では評価が困難となるため、月経の有無のみで妊娠を除外できない。また、妊娠女性の約8%に妊娠40日目あるいはその前に少量の出血をみることがあるとされている(表VI-2)。

② 妊娠嘔吐や他の何らかの妊娠症状

妊娠嘔吐や他の何らかの妊娠症状と妊娠について検討した2つの研究では、妊娠嘔吐を訴える女性に関する妊娠のLRは2.7、妊娠嘔吐なしでは0.71であり、何らかの妊娠徴候のある女性における妊娠嘔吐のLRは2.4、

表VI-2 妊娠に対する「月経周期の遅れと規則的な月経」の尤度比

研究	発表年	レベル	特徴	妊娠		尤度比(95%CI)
				あり	なし	
Robinson ら ²⁾	1997	2	月経遅れ	618	248	1.60(1.4-1.7)
			規則的な月経	361	365	0.62(0.56-0.69)
Ramoska ら ³⁾	1989	2	月経遅れ	58	58	2.10(1.6-2.6)
			規則的な月経	10	82	0.25(0.14-0.45)
Stengel ら ¹⁾	1994	2	月経遅れ	3	43	1.00(0.39-2.9)
			規則的な月経	9	136	0.99(0.70-1.4)
Zabin ら ⁴⁾	1996	2	月経遅れ	703	1,078	1.10(1.0-2.9)
			規則的な月経	331	707	0.81(0.68-0.76)

表Ⅵ-3 妊娠に対する「つわりなど妊娠症状を訴えた場合」の尤度比

研究	発表年	レベル	特徴	妊娠		尤度比(95%CI)
				あり	なし	
Robinson ら ²⁾	1997	2	つわりあり	360	88	2.70(2.2-3.3)
			なし	599	525	0.71(0.67-0.76)
Bachman ⁵⁾	1984	2	何らかの妊娠症状あり	59	34	2.40(1.7-3.4)
			症状なし	59	131	0.63(0.52-0.77)

表Ⅵ-4 妊娠に対する「避妊法の有無」の尤度比

研究	発表年	レベル	特徴	妊娠		尤度比(95%CI)
				あり	なし	
Ramoska ら ³⁾	1989	2	なし	61	96	1.30(1.1-1.5)
			避妊あり	7	44	0.33(0.16-0.69)
Stengel ら ¹⁾	1994	2	なし	9	88	1.50(1.1-2.2)
			避妊あり	3	91	0.49(0.18-1.3)
プール化データ			なし	70	184	1.50(1.3-1.7)
			避妊あり	10	135	0.29(0.16-0.53)

表Ⅵ-5 妊娠に対する「妊娠の機会の有無」の尤度比

研究	発表年	レベル	自分は妊娠と	妊娠		尤度比(95%CI)
				あり	なし	
Bachman ⁵⁾	1984	2	考えている	109	95	1.60(1.4-1.8)
			いない	9	70	0.18(0.09-0.34)
Ramoska ら ³⁾	1989	2	考えている	58	63	1.90(1.5-2.3)
			いない	10	77	0.27(0.15-0.48)
Stengel ら ¹⁾	1994	2	考えている	11	52	3.20(2.4-4.2)
			いない	1	127	0.12(0.02-0.77)
Zabin ら ⁴⁾	1996	2	考えている	789	640	2.10(2.0-2.3)
			いない	254	1,148	0.38(0.34-0.42)
プール化データ			考えている	967	850	2.10(2.0-2.2)
			いない	270	1,422	0.35(0.31-0.39)

徴候なしでは0.63であった(レベル2)。妊娠嘔吐は約50%の女性において、妊娠6-12週にみられる症状である。しかし、50%の妊娠女性では妊娠嘔吐がなく、妊娠嘔吐がないからといって妊娠を除外できない(表Ⅵ-3)。

③ 避妊法の有無

避妊法の有無と妊娠について検討した2つの研究をプール化した結果(n=399)では、避妊法なしの女性に関する妊娠のLRは1.5、避妊ありのLRは0.29であった(レベル2)。当然、避妊法を用いた場合は妊娠の可能性は低下するが、除外するには十分でない(表Ⅵ-4)。

④ 妊娠の機会の有無

妊娠の機会があると考えた女性では、妊娠のLR2.1で、自分が妊娠していないと考える女性でのLRは0.35である(レベル2)。妊娠を否定するために重要な問診と考えられるが、信頼性に乏しいことを過去の研究では示している(表Ⅵ-5)。

上記4つの問診は妊娠の可能性を考えるためのものであり、本来、否定することで妊娠を除外するものではない。しかし、臨床で遭遇するX線やCTを行ってもよいか、催奇形性のある薬剤を投与してもよいか、の判断に対しては十分役立つものと考えられる。

□ 引用文献 □

- 1) Stengel CL, Seaberg DC, MacLeod BA. Pregnancy in the emergency department: risk factors and prevalence among all women. *Ann Emerg Med* 1994 ; 24 : 697-700. PM 8092596(レベル2)
- 2) Robinson ET, Barber JH. Early diagnosis of pregnancy in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1977 ; 27 : 335-8. PM 894633(レベル2)
- 3) Ramoska EA, Sacchetti AD, Nepp M. Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy. *Ann Emerg Med* 1989 ; 18 : 48-50. PM 2462800(レベル2)
- 4) Zabin LS, Emerson MR, Ringers PA, et al. Adolescents with negative pregnancy test results. An accessible at-risk group. *JAMA* 1996 ; 275 : 113-7. PM 8531305(レベル2)
- 5) Bachman GA. Myth or fact: Can women self-diagnose pregnancy? *J Med Soc N J* 1984 ; 81 : 857-8. PM 6594525(レベル2)
- 6) Simel DL, Rennie D 編, 竹本 毅 訳. 第42章 この患者は妊娠しているか? JAMA 版 論理的診察の技術 エビデンスの基づく診断のノウハウ, 日経BP社, 東京, 2011 ; 5 : 555-64. (レベル1)

CQ23

嘔吐の合併に診断的意義はあるか?

急性腹症で嘔吐を伴う場合は

1. 腹膜または腸間膜の神経に対する過剰な刺激(胃潰瘍穿孔, 急性膀胱炎, 虫垂炎穿孔, 卵巣茎捻転など)
 2. 不随意筋からなる管腔臓器の閉塞(胆管, 尿管, 子宮頸管, 腸管, 虫垂)
- などでみられるため重要な徴候であり, 必ず嘔吐の有無や性状を聴取する(レベル5, 推奨度A)。

消化性潰瘍穿孔では急激な痛みとともに嘔吐がみられるが, 長時間持続することはまれである。急性膀胱炎では腹腔神経叢への反射刺激が極めて大きく, 嘔吐反射は重篤で持続する。絞扼性腸閉塞や卵巣茎捻転では突然の激しい嘔吐を繰り返す。

胆管, 尿管, 子宮頸管など管腔臓器が閉塞すると蠕動収縮運動が誘発され, 痙攣発作を生じるとともに嘔吐が誘発される。通常, 嘔吐は疼痛の最も強い時期に一致してみられる。腸閉塞では痛みが出現してから嘔吐が起こるまでの時間が閉塞部位の推測に役立つ。胆石による十二指腸の閉塞では腹痛とほぼ同時に嘔吐が出現するが, 回腸末端の閉塞では4時間以上嘔吐が出現しないこともある。大腸閉塞では嘔吐がまったくみられないこともある。

嘔吐の性状にも注意する必要がある。小腸閉塞では, 最初は胃内容物であるが, 次第に胆汁が混ざるようになり, 最終的に糞便臭の液体を嘔吐するようになる¹⁾(レベル5)。急性腹症で, 消化管閉塞による嘔吐と臓器障害から嘔吐を伴いやすい疾患を表VI-6に示す²⁾(レベル4)。

ドイツの病院で1,254例の急性腹症を対象とし, 病歴と身体所見の関連を検討した前向き研究では, 腸閉塞診断において感度が高い項目として腹部膨隆, 腸雑音亢進, 便秘の既往, 腹部手術の既往, 50歳以上, 嘔吐の6項目が明らかにされた。嘔吐のみでは感度75%, 特異度65.3%で, 陽性的中率は7.9%に過ぎなかったが, 腹部膨隆, 腸雑音亢進, 嘔吐の3項目を満たすと感度は23%に低下するものの, 特異度100%, 陽性適中率64%であった³⁾(レベル3)。

また, 右側憩室炎13例と虫垂炎78例を前向きに比較した韓国の検討では, 虫垂炎では悪心・嘔吐が72%にみられたが憩室炎では8%と有意に少なく鑑別に有用であった⁴⁾(レベル3)。さらに, PIDとの比較した研究でも悪心・嘔吐は虫垂炎72%, PID21%と, 有意にPIDでは少なかった⁵⁾(レベル4)。

表VI-6 消化管閉塞による嘔吐と臓器障害から嘔吐を伴いやすい疾患

消化管閉塞に伴うもの		臓器障害による	
● 腸管癒着症	● 幽門狭窄	● 急性虫垂炎	● 急性膵炎
● 腸重積	● 腸捻転	● 急性胆嚢炎, 胆管炎	● 腹膜炎
● 消化管悪性腫瘍		● 炎症性腸疾患	● 尿管結石
		● 腸間膜動脈, 静脈疾患による腸管虚血	● 卵巣茎捻転

(Scorza K, Williams A, Phillips JD, et al. Evaluation of nausea and vomiting. Am Fam Physician 2007 ; 76 : 76-84 より改変)

□ 引用文献 □

- 1) Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen, 22nd ed, Oxford University Press, New York, 2010 ; 15-6. (レベル 5)
- 2) Scorza K, Williams A, Phillips JD, et al. Evaluation of nausea and vomiting. Am Fam Physician 2007 ; 76 : 76-84. PM 17668843(レベル 4)
- 3) Böhner H, Yang Q, Franke C, et al. Simple data from history and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. Eur J Surg 1998 ; 164 : 777-84. PM 9840308(レベル 3)
- 4) Lee IK, Jung SE, Gorden DL, et al. The diagnostic criteria for right colonic diverticulitis: prospective evaluation of 100 patients. Int J Colorectal Dis 2008 ; 23 : 1151-7. PM 18704462(レベル 3)
- 5) Morishita K, Gushimiyagi M, Hashiguchi M. Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. Am J Emerg Med 2007 ; 25 : 152-7. PM 17276803(レベル 4)

CQ24

嘔吐物の性状は閉塞部位特定に役立つか？

小腸閉塞では、最初は胃内容物であるが次第に胆汁が混ざりようになり、最終的に糞便臭の液体を嘔吐するようになる。嘔吐物の性状は閉塞部位の特定に役立つこともある(レベル 5)。

腸閉塞では痛みが出現してから嘔吐が起こるまでの時間が閉塞部位の推測に役立つとされ、胆石による十二指腸の閉塞では腹痛とほぼ同時に嘔吐が出現するが、回腸末端の閉塞では4時間以上嘔吐が出現しないこともあり、大腸閉塞では嘔吐がまったくみられないこともある¹⁾(レベル 5)。

嘔吐の性状に関しても、小腸閉塞では、最初は胃内容物であるが、次第に胆汁が混ざりようになり、最終的に糞便臭の液体を嘔吐するようになる¹⁾(レベル 5)。また、食物残渣様嘔吐は、吐き気や痛みに起因するものか、出口での閉塞を疑う。水溶性嘔吐の場合には腸閉塞が疑われ、通常の小腸閉塞では黄茶褐色の腸液様液体(便汁様)を嘔吐する。閉塞部位が十二指腸に近いほど緑色が強くなるので、嘔吐の性状により、ある程度閉塞部位を推定できると記載されている²⁾(レベル 5)。

しかしながら、これらに関する質の高い研究は検索し得た範囲では得られなかった。

□ 引用文献 □

- 1) Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen, 22nd ed, Oxford University Press, New York, 2010 ; 15-6. (レベル 5)
- 2) 窪田忠夫. ブラッシュアップ急性腹症, 中外医学社, 東京, 2014 ; 7. (レベル 5)

CQ25

食欲不振の合併に診断的意義はあるか？

食欲不振は多くの疾患で見られる非特異的症状であるが、急性虫垂炎が疑われる病態ではその有無を確認する(レベル3, 推奨度C1)。

急性腹症,あるいは急性虫垂炎疑いを対象とし,病歴や臨床診察法の有用性を検討した質の高い研究11件中,食欲不振の有無を検討しているのは5件であった。これらをすべてまとめて検討した文献によると,食欲不振の感度は68%で痛みの移動(64%)と変わらないが,特異度が36%と低く(痛みの移動:82%),単独の症状として診断的意義は少ない(表Ⅵ-7)¹⁾(レベル2)。

ただし,いくつかの所見を組み合わせた虫垂炎の臨床決断ルールの有用性について18件の報告がある¹⁾。これら決断ルールのほとんどに,臍周囲から右下腹部への痛みの移動,反跳痛,右下腹部の圧痛,悪心・嘔吐,男性,発熱,筋硬直,末梢白血球数などが含まれており,最も広く受け入れられているのがAlvaradoスコアである²⁾(レベル3)。

Alvaradoスコアは表Ⅵ-8に示す8項目からなり10点満点で7点以上が陽性とされる。各項目はMANTRELSと覚えやすく,かつ病歴,身体診察,臨床検査の順に並べられているのが特徴であり,感度,特異度は項目単独よりも高く有用である(表Ⅵ-9)。

虫垂炎とPIDと比較した研究では,虫垂炎では食欲不振が55%,PIDでは11%と,PIDでは有意に低いと報告されている³⁾(レベル4)。

表Ⅵ-7 虫垂炎に対する臨床診察法の特性まとめ

手技	感度(%)	特異度(%)	陽性尤度比(95%CI)	陰性尤度比(95%CI)
右下腹部痛	84	90	7.3-8.5	0-0.28
筋硬直	20	89	3.0-4.8	0.73-0.85
痛みの移動	64	82	2.4-4.2	0.42-0.59
嘔吐よりも腹痛が先行	100	64	1.9-3.9	適用できず
腸腰筋徴候	16	95	1.2-4.7	0.83-0.98
発熱	67	79	1.6-2.3	0.51-0.67
反跳痛	63	69	1.1-6.3	0-0.86
筋性防御	73	52	1.7-1.8	0-0.54
以前に同じ痛みがない	86	40	1.5-1.7	0.25-0.42
直腸診での圧痛	41	77	0.8-5.3	0.36-1.1
食欲不振	68	36	1.2-1.4	0.54-0.75
嘔気	58	37	0.7-1.2	0.70-0.84
嘔吐	51	45	0.8-1.0	0.95-1.3

(Loening-Baucke V, Swidsinski A. Constipation as cause of acute abdominal pain in children. J Pediatr 2007 ; 151 : 666-9 より引用)

表VI-8 Alvarado スコア (MANTRELS 記載法)

項目	点数
Migration (痛みの移動)	1
Anorexia-acetone (食欲不振あるいはケトン尿)	1
Nausea-vomiting (嘔気, 嘔吐)	1
Tenderness in RLQ (右下腹部の圧痛)	2
Rebound pain (反跳痛)	1
Elevation of temperature (体温上昇: 口腔温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$)	1
Leukocytosis (白血球増多: $\text{WBC} > 10,000 / \mu\text{L}$)	2
Shift to the left (白血球左方偏移: 好中球 $> 75\%$)	1
合計の最高点	10 点
陽性基準	≥ 7 点

(Curless R, French J, Williams GV, et al. Comparison of gastrointestinal symptoms in colorectal carcinoma patients and community controls with respect to age. Gut 1994; 35: 1267-70 より引用)

表VI-9 Alvarado スコアの特性

	感度 (%)	特異度 (%)	陽性尤度比 (95%CI)	陰性尤度比 (95%CI)
Alvarado スコア (7 点以上陽性)	81	74	3.1 (1.9-5.0)	0.26 (0.19-0.35)

(Charalambopoulos A, Syrigos KN, Ho JL, et al. Colonoscopy in symptomatic patients with positive family history of colorectal cancer. Anticancer Res 2000; 20: 1991-4 より引用)

□ 引用文献 □

- 1) Simel DL, Rennie D 編, 竹本 毅 訳. 第5章 この患者に虫垂炎はあるか? JAMA 版 論理的診察の技術 エビデンスに基づく診断のノウハウ, 2011; 55-65. (レベル 2)
- 2) Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15: 557-64. PM 3963537 (レベル 3)
- 3) Morishita K, Gushimiyagi M, Hashiguchi M. Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. Am J Emerg Med 2007; 25: 152-7. PM 17276803 (レベル 4)

CQ26

排便習慣の変化に診断的意義はあるか?

排便習慣の変化は大腸がんなどの何らかの消化器疾患を併発している可能性があり, 特に 70 歳未満ではその確率が高い。急性腹痛では排便習慣を聴取する(レベル 3, 推奨度 A)。

「排便習慣の変化」とは, 便の性状や回数などが以前と変化することで, 「がんなどによる大腸狭窄に伴い太い便が出なくなる」「下痢便しか出なくなる」「頻便になる」ことは時に経験する。また, 小児の腹痛の約半数は便秘による¹⁾(レベル 4)。

大腸がんの 273 例と, 年齢・性を一致させた対照群 273 例との比較では, 排便習慣の変化は大腸がんの高リスク因子で, 70 歳以上ではオッズ比(OR) 64.4(95%CI 30.0-138.4), 70 歳未満では OR 418.4(95%CI 169.2-1034.7)であったと報告されており, 特に 70 歳未満で排便習慣が認められた場合には大腸がんを疑うことが必要である²⁾(レベル 3)。

英国の病院で大腸内視鏡を施行した患者のうち, 排便習慣の変化が症状であった患者では, 大腸がんの家族歴があり排便習慣が変化した 45 例のうち, 16 例(36%)が憩室症, 25 例(55%)が過敏性腸症候群, 2 例(4%)が大腸炎であった。この群では, 化生性ポリープを 11 例(24%)・22 病変に, 腫瘍性ポリープを 6 例(%)・8 病変に,

管状絨毛ポリープを2例(4%)、計19例(42.2%)に認めた。これは大腸がんの家族歴のない113例のうち25例(22.1%)に大腸病変を認めた頻度に比し、有意に高かったという報告がある³⁾(レベル3)。しかし、症例数が少なく結論は出せない。

□ 引用文献 □

- 1) Loening-Baucke V, Swidsinski A. Constipation as cause of acute abdominal pain in children. *J Pediatr* 2007 ; 151 : 666-9. PM 18035149(レベル3)
- 2) Curless R, French J, Williams GV, et al. Comparison of gastrointestinal symptoms in colorectal carcinoma patients and community controls with respect to age. *Gut* 1994 ; 35 : 1267-70. PM 7959235(レベル3)
- 3) Charalambopoulos A, Syrigos KN, Ho JL, et al. Colonoscopy in symptomatic patients with positive family history of colorectal cancer. *Anticancer Res* 2000 ; 20 : 1991-4. PM 10928139(レベル3)
- 4) Holten KB, Wetherington A, Bankston L. Diagnosing the patient with abdominal pain and altered bowel habits: is it irritable bowel syndrome? *Am Fam Physician* 2003 ; 67 : 2157-62. PM 12776965(レベル3)

CQ27

下痢、便秘の存在や性状は急性腹症の診断に有用か？

下痢の存在や回数は診断に役立ち、また便秘は腸閉塞の症状になりうるため、急性腹症では下痢、便秘の存在や性状を聴取する(レベル4、推奨度A)。

下痢の存在は、腸管粘膜側に病変があり消化管蠕動が低下していないことを意味する。回数が頻回で大量の水様下痢の場合はほぼ感染性腸炎と考えてよいが、回数や量が少ない場合にはさまざまな疾患で起こりうるので、特異的とは言えない。骨盤内で直腸に接して炎症が存在する時〔虫垂炎、膿瘍、骨盤内炎症性疾患(PID)など〕は頻回の下痢も起こりうる。ただしこのような場合はテネスマス症状であるので便意の割には量が少ない。下痢があるということは腸蠕動があるということであり、汎発性腹膜炎による麻痺性イレウスではないことが多い¹⁾(レベル5)。

急性の便秘であれば、大腸捻転、腸重積、硬便や大腸がんによる腸閉塞などを疑わなければならない。

ただし、患者は、下剤などによって大量に便が出たために数日便が出ないことを便秘と訴えたり、逆に汎発性腹膜炎のため腸蠕動が低下し、麻痺性イレウスのため便が出ないことを便秘と訴えることもあるため、よく問診し、身体所見をとることが大切である。

しかしながら、大腸内視鏡を施行した連続症例(31施設、20,745例)で、腹痛、便秘、下痢、排便習慣の変化のいずれかがあった群での1cm以上の大腸ポリープの頻度(7.27%)は、便潜血を認めた群(17.05%, OR 2.12, 95%CI 1.73-2.60)より有意に低く、症状がなかった群(6.45%)と同等であったという報告がある²⁾(レベル3)。

□ 引用文献 □

- 1) 窪田忠夫. ブラッシュアップ急性腹症. 中外医学社, 東京, 2014 ; 7. (レベル5)
- 2) Lieberman DA, de Garmo PL, Fleischer DE, et al. Colonic neoplasia in patients with nonspecific GI symptoms. *Gastrointest Endosc* 2000 ; 51 : 647-51. PM 10840294(レベル3)

CQ28

突然発症の腹痛に診断的意義はあるか？

突然に生じた強い腹痛では、まず大動脈瘤破裂や大動脈解離の可能性があり、次いで消化管穿孔や臓器の虚血(腸間膜動脈閉塞、卵巣茎捻転)、さらに胆管や尿管閉塞が疑われるため診断的意義は大きく、急性腹症では痛みの発症様式を確認する(レベル3, 推奨度A)。

腹痛の強まり方、間隔、激しさなどは疾患の重症度を推測する重要な指標である¹⁻³⁾(レベル3)。英国にて600例の急性腹症を後ろ向きに検討したところ、約2/3は疾患に典型的な腹痛を呈していた²⁾(レベル3)。突然発症し、かつ最大の痛みとなる場合は大動脈瘤破裂や大動脈解離、上腸間膜動脈塞栓症などを考慮する必要がある⁴⁾(レベル3)。また突然発症の強い痛みは、上記以外に消化管穿孔や虚血(腸間膜動脈閉塞や卵巣茎捻転)、あるいは胆管や尿管の閉塞などを考慮する。少し緩徐な発症では炎症や感染(虫垂炎、憩室炎)などが疑われる⁵⁾(レベル4)。

□ 引用文献 □

- 1) Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, et al. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. Am J Surg 1976; 131: 219-23. PM 1251963(レベル3)
- 2) Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. Br Med J 1972; 3: 393-8. PM 4506871(レベル3)
- 3) Purcell TB. Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 1989; 7: 721-40. PM 2663465(レベル3)
- 4) Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. Emerg Med Clin North Am 2003; 21: 937-69. PM 14708814(レベル3)
- 5) Fishman MB, Aronson MD. History and physical examination in adults with abdominal pain. UpToDate, this topic last updated 2013; 6: 24. (レベル4)(2014年12月20日閲覧)

CQ29

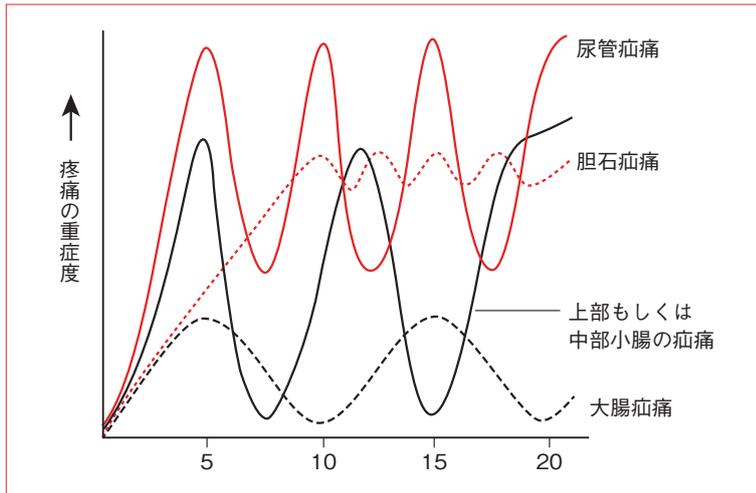
腹痛の性状は診断に役立つか？

痛みの性状は疾患の鑑別診断に時に有用で、時間経過とともに増悪するような体性痛は外科的介入などが必要な場合が少なくないため、急性腹症の診断では痛みの性状を確認する(レベル5, 推奨度A)。

痛みの性状(発現様式、強度、種類、持続時間など)は病態の性質や重症を示唆することが多い¹⁾(レベル5)。腹部の痛みのタイプは、大きく疝痛(内臓痛)と体性痛に分けられる。疝痛は管腔臓器(消化管、尿管、子宮など)の平滑筋の攣縮や臓側腹膜の急速な伸展・拡張による痛みとされ、周期的、間欠的に差し込むような痛みである。一方、体性痛は壁側腹膜や腸間膜への刺激による局所の炎症が起こり、持続性の刺すような痛みとされる。内臓痛の一種である疝痛(colicky pain または colic)は管腔臓器の不随意筋が激しく蠕動性に収縮し、周期性もしくは発作性で、胃腸、胆嚢管、胆管、膵管、尿管、子宮・卵管由来の痛みである。疝痛の発作の周期から腸閉塞の部位に関する手がかりがあることもあり、空腸閉塞は4-5分、回腸閉塞では8-10分、大腸閉塞では15分周期とされている¹⁾(レベル5)。また、激しい腹痛を起こし、それが6時間も続いている場合は、多くは外科的病態によるものであるとしている(図V-1)¹⁾(レベル5)(CQ19参照)。

痛みのタイプについて、虫垂炎、腸閉塞、腎結石、非特異的腹痛(NSAP)などの疾患で検討した報告では、痛みの性状はいずれも陽性尤度比、陰性尤度比ともに0.5-3程度である(表V-10)²⁻⁷⁾(レベル3)、⁸⁾(レベル2)。

また、腹痛で入院した患者を疾患(虫垂炎、憩室炎、消化性潰瘍穿孔、NSAP、胆嚢炎を各々100例、小腸閉塞、急性膵炎を各々50例)ごとに集積した研究では、ほとんどの患者は持続的な痛みを訴えていたが、小腸閉塞は間欠的な疝痛が多かったと報告している(図V-2)⁹⁾(レベル4)。

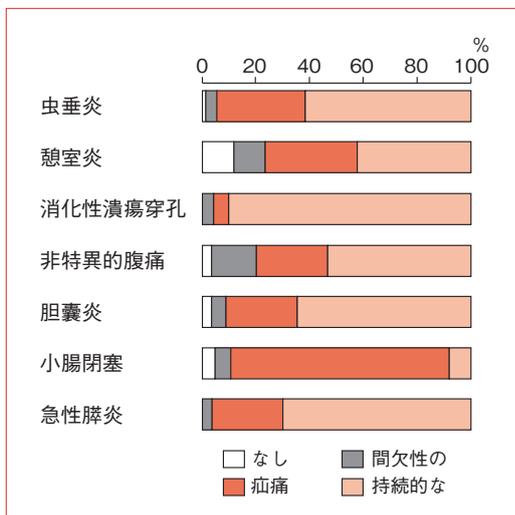


図VI-1 疝痛の周期

(Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen, 22nd ed, Oxford University Press, New York, 2010)

表VI-10 痛みの種類と疾患の診断特性

痛みの種類	疾患	感度(%)	特異度(%)	陽性尤度比	陰性尤度比
steady pain	非特異的腹痛(NSAP) ²⁾	51	42	0.88	1.17
colic or intermittent pain	小腸閉塞 ³⁾	69	56	1.57	0.55
colicky pain	腸閉塞 ⁴⁾	31	89	2.94	0.77
colic pain	Renal colic ⁵⁾	53	70	1.77	0.67
steady pain	65歳≦の虫垂炎 ⁶⁾	79	41	1.34	0.51
intermittent pain	50歳≦の虫垂炎 ⁷⁾	13	90	1.30	0.97
	小児虫垂炎(研究数=2) ⁸⁾	20, 40	58, 48	0.48, 0.75	1.4, 1.3



図VI-2 疾患別の痛みの種類(入院時)

(Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. Br Med J 1972 ; 3 : 393-8)

一方、腹痛を主訴に来院した65歳以上の183例のうち、緊急手術となったのは16例で、緊急手術の有無を従属変数としてロジスティック回帰分析を行うと、持続痛あり(p=0.01)のみが有意な変数として認められ、オッズ比(OR) 21(95%CI 1.8-233)であったと報告されている¹⁰⁾(レベル4)。

□ 引用文献 □

- 1) Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen, 22nd ed, Oxford University Press, New York, 2010. (レベル 5)
- 2) Eskelinen M, Lipponen P. Usefulness of history-taking in non-specific abdominal pain: a prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain in Finland. *In Vivo* 2012 ; 26 : 335-9. PM 22351680(レベル 3)
- 3) Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Contributions of history-taking, physical examination, and computer assistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction. A prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain. *Scand J Gastroenterol* 1994 ; 29 : 715-21. PM 7973431(レベル 3)
- 4) Böhner H, Yang Q, Franke C, et al. Simple data from history and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. *Eur J Surg* 1998 ; 164 : 777-84. PM 9840308(レベル 3)
- 5) Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Usefulness of history-taking, physical examination and diagnostic scoring in acute renal colic. *Eur Urol* 1998 ; 34 : 467-73. PM 9831787(レベル 3)
- 6) Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Acute appendicitis in patients over the age of 65 years; comparison of clinical and computer based decision making. *Int J Biomed Comput* 1994 ; 36 : 239-49. PM 7960209(レベル 3)
- 7) Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. The value of history-taking, physical examination, and computer assistance in the diagnosis of acute appendicitis in patients more than 50 years old. *Scand J Gastroenterol* 1995 ; 30 : 349-55. PM 7960209(レベル 3)
- 8) Bundy DG, Byerley JS, Liles EA, et al. Does this child have appendicitis? *JAMA* 2007 ; 298 : 438-51. PM 17652298(レベル 2)
- 9) Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. *Br Med J* 1972 ; 3 : 393-8. PM 4506871(レベル 4)
- 10) 岡田見布江, 佐藤守仁, 木村昭夫, 他. 救急外来における高齢者腹痛の診断. *日救医会誌* 2006 ; 17 : 45-52. IC 2006136457(レベル 4)

CQ30

OPQRST の症状聴取に診断的意義はあるか？

急性腹症の鑑別診断において重要なので、痛みの性状について OPQRST を念頭に聴取する(レベル 5, 推奨度 B)。

急性腹症の発症様式, 増悪寛解因子, 症状の性質, 疼痛部位・放散痛の有無, 随伴症状, 時間経過を知ることとは, 診断の大きな手助けとなることが多く, これらの OPQRST を聴取することが必要である(表 VI-11)¹⁾(レベル 5)。しかしながら, 筆者らが調べた範囲では, OPQRST すべての有用性について調べた質の高い研究はなく, 今後これらの有用性に関する質の高い研究が求められる(CQ16, 28 参照)。

表 VI-11 OPQRST の症状聴取

O(onset)	発症様式
P(palliative / provocative)	増悪・寛解因子
Q(quality / quantity)	症状の性質・ひどさ
R(region / radiation)	場所・放散の有無
S(associated symptom)	随伴症状
T(time course)	時間経過

(Lawrence MT. The patient history evidence-based approach, McGaw-Hill Medical, 2012)

□ 引用文献 □

- 1) Lawrence MT. The patient history evidence-based approach, McGaw-Hill Medical, 2012.

CQ31

疼痛の移動の診断的意義はあるか？

急性虫垂炎、大動脈解離、尿管結石などでは疼痛部位の移動が診断に役立つことがあり、これらの疾患を疑った場合には、疼痛の移動の有無を聴取する(レベル 1, 推奨度 A)。

急性虫垂炎の Alvarado スコア (MANTRELS) (CQ25 参照) においても、痛みの移動が項目にあるように、痛みの移動は急性虫垂炎を示唆する所見の 1 つである¹⁾(レベル 2)。システマティックレビューによれば、急性虫垂炎診断における「痛みの移動」は感度 64%、特異度 82%、陽性尤度比 3.18(95%CI 2.41-4.21)であったと報告されている²⁾(レベル 1)。また、急性大動脈解離や尿管結石でも痛みの部位が移動することがあり、これらが認められた場合には、これらの疾患の診断の一助となりうる。

一方、虫垂炎を疑った場合に右下腹部への痛みの移動が認められない場合には、陰性尤度比 0.50(95%CI 0.42-0.59)で、急性虫垂炎の可能性を下げる²⁾(レベル 1)。

□ 引用文献 □

- 1) Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emer Med* 1986 ; 15 : 557-64. PM 3963537(レベル 2)
- 2) Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996 ; 276 : 1589-94. PM 8918857(レベル 1)