

時間経過を探る上でもうひとつ重要なのが、間歇性腹痛の確認です。一般的に持続性の炎症が認められる腹膜炎などでは間欠期がありませんが、胆石症や尿路結石など閉塞や嵌頓による病態では痛みのない間欠期が認められることがあります。腸炎では腸蠕動に伴って痛みが起こるため、間欠的かつ移動性であることが特徴的です。

(2) 腹痛の深さを探る：皮膚・筋骨格系の疼痛の鑑別 (表2)

「お腹の中の痛みですか、筋肉痛のような痛みですか、それとも皮膚の表面が痛いですか。」

「衣服が触れても痛いですか。」(帯状疱疹の問診)

「体を動かしたりねじったりすると痛いですか。」(筋骨格系の問診)

最初に鑑別すべきものは、皮膚や筋骨格系の異常に起因する腹痛です。腹痛というとすぐに腹腔内臓器を考えてしまいがちですが、これらの痛みも意外と多いものです。診断も比較的簡単なものが多いですから、初期に鑑別してしましましょう。

(3) 腹痛の部位を探る問診

「お腹のどこが痛いですか。」

「痛い場所を指でさしてください。」

以前より言われているとおり、腹痛の部位は診断を絞り込む上で重要なポイントではあります(図1)。一般に、該当する部位の解剖学的な背景を考えることで鑑別診断が可能で、左季肋部では胆嚢炎や肝炎、肝膿瘍などが挙げられますが、肝膿瘍でも尾状葉にある場合は心窩部痛を呈しますが、胃潰瘍、十二指腸潰瘍は心窩部痛を呈することが多いですが、十二指腸潰瘍の場合は正中より右側であったりします。腸炎では胃炎の合併がない限り心窩部や季肋部の疼痛は多くなく、蠕動に伴う痛みであるため、部位が移動することも特徴的です。さらに、女性の下腹部痛・骨盤痛では女性性器に関連した疾患の鑑別を要します。一方、虫垂炎では初期に心窩部や臍周囲の痛みがあることも多く、徐々に右下腹部へ移動することが多いので注意が必要です。

さらに、放散痛も診断上有用です。胃炎や膵炎の背部への放散、尿路結石の鼠径部に向かった放散、胆嚢炎の右肩甲下部への放散、脾破裂の左肩への放散などは特徴的です。

表2 皮膚・筋骨格の疼痛
帯状疱疹および帯状疱疹後神経痛
腹部皮膚感染症(粉瘤など)
腹部筋痛(過運動、咳嗽など)
胸骨剣状突起過敏感症候群
腹壁ヘルニア
脊髄神経根の圧迫、椎間板ヘルニア(Th7-12)
下部肋骨骨折、打撲
肋骨すべり症

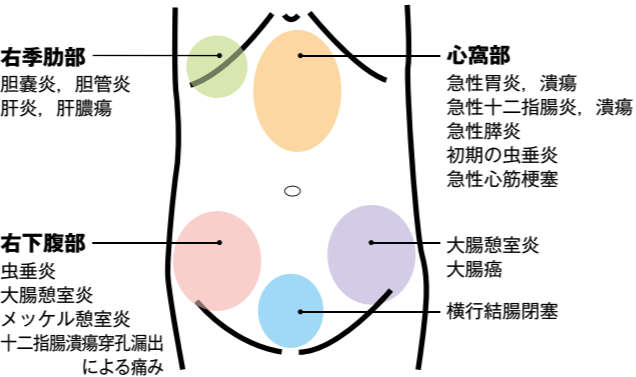


図1 腹痛の主な部位

(4) 腹痛の強さを探る

腹痛の強さと重症度は確かに関連がありますが、痛みの感じ方は個人差が大きいため診断の助けとはなりにくいのも確かです。特に、老人は痛みの訴えが少ない傾向にありますから、痛みの強さで重症度判定をするべきではありません。ただし、患者の疼痛体験の中でどれくらいの強さかを聞くことは、経過を知る上でも助けとなることがあります。

(5) 緩解増悪因子から鑑別をする。

「食事の前後で痛みが楽になったりしませんか。」
「歩くたびに痛みが出ませんか。」(腹膜炎の問診)
「咳をすると痛くありませんか。」(腹膜炎の問診)
「このような時は痛みが強いというような状況はありますか。」
「こうすると少し痛みが楽になるというような状況はありますか。」
「1日の中で、どのような時間帯に痛みが良くなったり悪くなったりしますか。」

ある程度鑑別診断がしぼられた時点で、さらに証拠探しをするときに有効な質問です。胃十二指腸の炎症や潰瘍の診断では、空腹時に増悪し食事により軽減することが多いのが特徴ですが、典型的でない例もあります。しかし、いずれにしても食事に関連して変化します。胆石・胆嚢炎や膵炎などでも食後に増悪しますが、少しタイムラグが見られます。消化管蠕動の生理的な不均衡によって起こる蠕動痛は、食後の蠕動亢進により一時的に悪化することがありますが、腸炎などの所見がなければ治療を必要としません。

腹膜炎では、歩行や咳嗽に伴って痛みが起こることが重要な特徴です。

(6) 随伴症状から鑑別をする

「熱はありますか。」
「便は出ていますか。」
「下痢または便秘がありますか。」
「吐き気はありますか。吐きましたか。」
「吐いたものはどのようなものでしたか。」
「最後の月経はいつでしたか。」

随伴症状は病態や臓器の鑑別をする上で、重要な問診項目となります。特に、腹膜炎の鑑別点である発熱と排便は必ず問診するようにしましょう。

3. 基本的な腹痛の診察



(1) 聴診：蠕動音と水様内容物を確認する。

消化管蠕動の状態を知る数少ない方法が蠕動音の聴診です。

亢進 生理的な状態でも30～40分周期で蠕動の亢進はあるものの、蠕動音が途切れなく聴き取れる場合には蠕動音の亢進と判断します。亢進した蠕動音と共に消化管(特に結腸)内の水様内容物が流れる音が聴き取れることが多く、下痢の発症や改善の傾向について把握することができます。

消失 5分以上蠕動音が聴取されない場合は蠕動音の消失と判断され、腹膜炎などによる蠕動停止を疑うこととなります。消化管の閉塞や部分的なイレウスの場合、高音の蠕動音を聴くことができますが、これは拡張・伸展した腸管壁が擦れ合うことによって発生します。風船に耳をあてて弾くと金属様の音が聞こえるのと同じです。

(2) 打診：ガスの分布と打診痛を診る。

打診は一般に消化管ガスの分布を把握する目的で行われます。

鼓腸 腹部全体で鼓音を呈する状態を鼓腸と評価します。直腸癌などによる消化管閉塞のほか、消化管運動の低下と弛緩によるものもあり、腹部単純X線などの精査の対象となります(図2)。一般に後者では、腹痛、嘔気、嘔吐などの症状を呈することが少なく、蠕動音が低下しているのが特徴です。



図2 弛緩性鼓腸のX線像

ガスの消失 下痢が激しい時は消化管内容物が短時間で排泄されるため、腹部全体が濁音を呈します。消化管運動の改善と共に消化管ガスが認められるようになるため、おおよその下痢の経過を予測できることがあります。

臓器腫大の評価 右季肋部やTraube三角などでは、鼓音が認められる領域にそれぞれ肝臓や脾臓が存在しないと考えることができます。腫大した肝臓では乱暴な触診による肝破裂や肝膿瘍の破裂なども起こりうるため、打診による肝下縁の十分な評価が不可欠となります。肝膿瘍が疑われる場合は肝の触診は避けるべきであり、速やかに画像診断を行う方が安全と考えられます。