

# 第V章 急性腹症の医療面接

**BQ18** 急性腹症では腹痛に関する病歴をどのように聴取するか？

- ①腹痛の性状  
 ②警告症状(red flag sign)  
 ③疾患特異性の高い病歴  
 を聴取する。

**1** 痛みの性状を系統的/包括的に評価する

急性腹症患者においては、腹痛の性状や随伴症状、患者背景に関する病歴が鑑別診断を想起するための重要な情報源である。病歴を聴取する際には、系統的に行うことが重要である。医療面接では、腹痛の部位、性状、発症様式、痛みの経過、増悪因子、寛解因子などの詳細を確認する。さらに、随伴症状として、悪心嘔吐、食欲不振、排便習慣の変化、下痢、発熱や悪寒の有無についても詳しく聴取する（**BQ19** 参照 56 頁）。患者の既往歴、手術歴、アレルギー歴、内服薬、喫煙や飲酒の習慣、月経歴や妊娠歴など、患者背景に関する情報も収集する（**BQ20** 参照 61 頁）。

病歴聴取の効率を高めるためには、構造化された病歴テンプレートの活用が有効である。構造化された病歴テンプレートを用いることで、診断精度が向上すると報告されている(OS)<sup>1,2)</sup>。日本では、OPQRST法(表V-1) (EO)<sup>3,4)</sup>やOLD CARTS法(表V-2) (EO)<sup>5)</sup>、SOCRATES法(表V-3) (EO)<sup>6)</sup>が用いられている。さらに、急を要する状況下では、SAMPLE法を用いて最小限の有用な情報を速やかに収集することが推奨される（**BQ20** 参照 61 頁）。

しかし、病歴聴取だけでは診断精度は限られるため、身体診察や適切な検査を併用し、総合的に診断を行う。

表V-1 OPQRSTの症状聴取

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

表V-2 OLD CARTSの症状聴取

O (onset)	発症様式
L (location)	部位
D (duration)	持続時間
C (characteristic)	性状
A (alleviating/aggravating)	寛解・増悪因子
R (radiation)	放散の有無
T (timing)	出現タイミング、きっかけ
S (severity)	程度

表V-3 SOCRATESの症状聴取

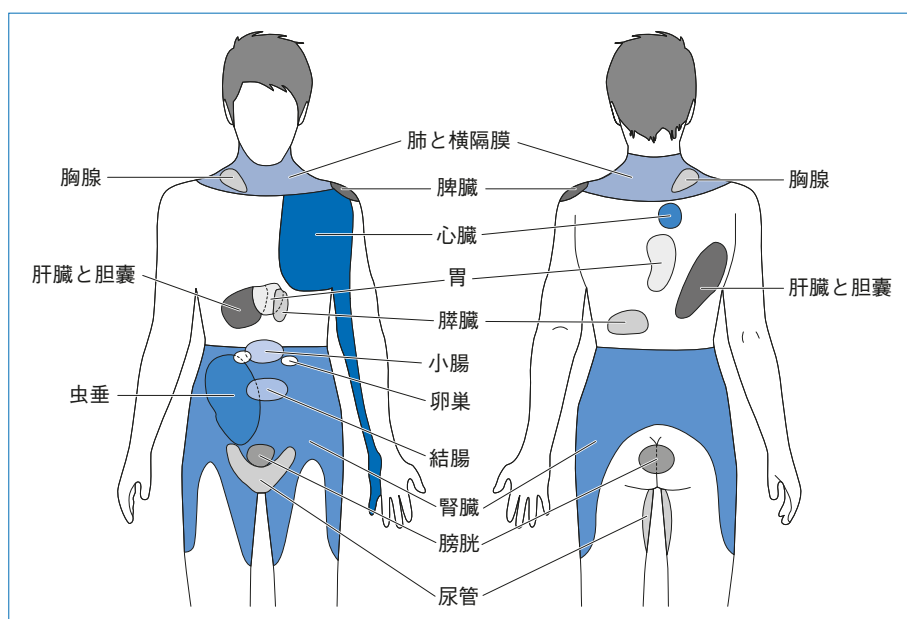
S (site)	部位
O (onset)	発症様式
C (character)	性状
R (radiation)	放散の有無
A (association)	随伴症状
T (time)	時間経過
E (exacerbating/relieving factor)	寛解・増悪因子
S (severity)	程度

## 2 緊急性の高い疾患や重篤な疾患の警告症状(red flag sign)を聴取する

緊急性の高い疾患や重篤な疾患では、疾患に関連する警告症状(red flag sign)を意識した病歴聴取が重要である。発症様式や持続時間、痛みの程度、性状に関する情報を詳細に聴取する必要がある。「突然発症」「重度の痛み」「発症から受診までの時間が短い」「持続痛」は警告症状とされている。特に、「突然発症」で「重度の腹痛」を伴う場合は、大動脈解離、腹部大動脈瘤破裂、腸間膜虚血、消化管穿孔、卵巣茎捻転などの緊急性の高い疾患と関連していることが多い(EO)<sup>7)</sup>。痛みが出た瞬間や発症時刻を具体的に特定できる場合を「突然発症」と表現し、「詰まった」「破れた」「捻じれた」「穴があいた」といった病態を想起させる。また、「発症から受診までの時間が短い」とことと疾患の重症度に関連がある。消化性潰瘍による上部消化管穿孔の患者の多く(65%)は発症後12時間以内に来院している(OS)<sup>8)</sup>。急性骨盤痛患者の研究では、発症後8時間以内の来院が卵巣茎捻転の診断と有意に関連している(修正オッズ比8.0)(OS)<sup>9)</sup>。さらに、血液濃縮を伴う急性膵炎患者においては、発症後12時間以内に来院した患者は、12時間以降に来院した患者と比べ、CT検査上の急性膵炎の重症度が高かった(OS)<sup>10)</sup>。また、「持続痛」は急性腹症の警告症状であり、救急搬送された65歳以上の患者では、「持続痛」が緊急手術の予測因子となっている(OS)<sup>11)</sup>。

## 3 疾患特異性の高い病歴を聴取する

疾患特異性の高い病歴として痛みに関する「放散(関連)」「(図V-1)「移動」「間隔」について聴取する必要がある。放散痛(関連痛)とは、疾患の原因臓器と離れた部位に感じる痛みであり、内臓臓器の一次感覚ニューロンが脊髄上行路で他の部位からの感覚ニューロン信号と集約されることが原因である(EO)<sup>12)</sup>。例えば、右上腹部から上背部への放散する痛みは胆石による腹痛に特異的であり(EO)<sup>13)</sup>、左肩への放散痛は循環器疾患や脾破裂に関連している(CS)<sup>14)</sup>。これは Kehr 徴候として知られており、脾破裂の結果、左横隔膜に血液が接触す



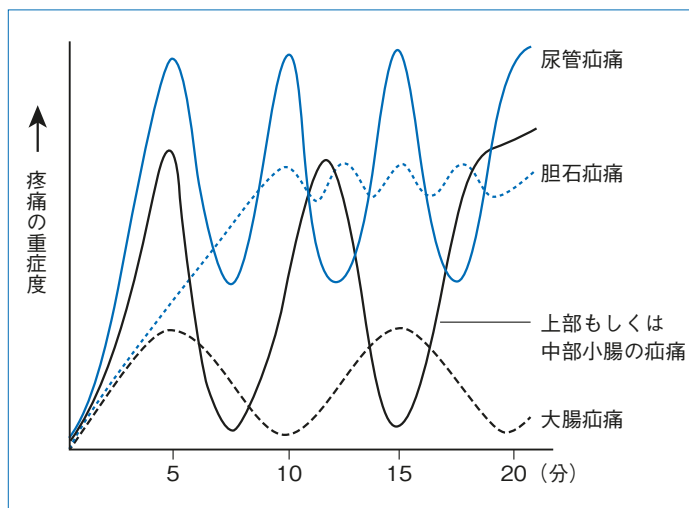
図V-1 疼痛部位と関連する内臓臓器の関係

[Sanvictores T, Jozsa F, Tadi P. Neuroanatomy, Autonomic Nervous System Visceral Afferent Fibers and Pain. In : StatPearls. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing ; July 30, 2023. より引用]

ることで生じる放散痛とされている。陰嚢への放散痛がある場合は尿管結石を想起する(EO)<sup>15)</sup>。

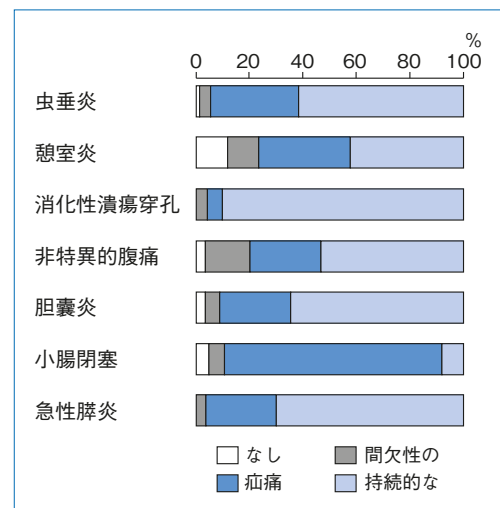
痛みの移動は大動脈解離や尿管結石などの疾患を想起させる。例えば、大動脈解離における痛みの移動の感度は31%と必ずしも高くないが(OS)<sup>16)</sup>、心窩部から右下腹部への痛みの移動は急性虫垂炎に特徴的である(OS)<sup>17)</sup>。右下腹部への痛みの移動は、急性虫垂炎の診断予測スコアであるAlvarado(MANTRELS)スコアに含まれており(OS)<sup>18)</sup>、急性虫垂炎の診断に関するシステマティックレビューでは、「痛みの移動」は感度64%、特異度82%、陽性尤度比3.18(95% CI 2.41-4.21)であると報告されている(SR)<sup>19)</sup>。小児の急性虫垂炎においても右下腹部への痛みの移動は急性虫垂炎に特徴的である。小児の急性虫垂炎においても右下腹部への痛みの移動は特徴的である(SR)<sup>20)</sup>。十二指腸潰瘍穿孔では、痛みが心窩部から下腹部や骨盤へ移動することがある(EO)<sup>21)</sup>。

間欠的な腹痛については、痛みの発作および発作周期から病変部位の推定が可能である(EO)<sup>22)</sup>。内臓痛の一種である痙痛発作は、管腔臓器の平滑筋の攣縮や臓側腹膜の急速な伸展・拡張による痛みであり、周期的または発作的な痙痛発作が認められる場合には、胃腸、胆嚢、胆管、膵管、尿管、子宮・卵管由来の痛みを疑う。痙痛発作の周期から腸閉塞の部位が推定可能とされる。例えば、空腸閉塞は4~5分、回腸閉塞では8~10分、大腸閉塞では15分周期であるとされる(図V-2)。また、腹痛で入院した患者の研究では、ほとんどの患者が持続的な痛みを訴えていたが、小腸閉塞では痙痛が多いと報告されている(図V-3) (OS)<sup>23)</sup>。腹痛の性状の診断精度を示す(OS)<sup>23-30)</sup> (表V-4)。



図V-2 痙痛の周期

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



図V-3 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 : 393-398 より引用)

表V-4 腹痛の性状の診断精度

痛みの種類	疾患	感度(%)	特異度(%)	陽性尤度比	陰性尤度比
持続痛	非特異的腹痛(NSAP) <sup>24)</sup>	51	42	0.88	1.17
痙痛・間欠痛	小腸閉塞 <sup>25)</sup>	69	56	1.57	0.55
痙痛	腸閉塞 <sup>26)</sup>	31	89	2.94	0.77
痙痛	腎痙痛 <sup>27)</sup>	53	70	1.77	0.67
持続痛	65歳≤の虫垂炎 <sup>28)</sup>	79	41	1.34	0.51
間欠痛	50歳≤の虫垂炎 <sup>29)</sup>	13	90	1.30	0.97
	小児虫垂炎(研究数=2) <sup>30)</sup>	20, 40	58, 48	0.48, 0.75	1.4, 1.3

## □ 引用文献 □

- 1) Lawrence PC, Clifford PC, Taylor IF : Acute abdominal pain : computer aided diagnosis by non-medically qualified staff. *Ann R Coll Surg Engl* 1987 ; 69 : 233-234. PMID : 3314636(OS)
- 2) de Dombal FT, Dallos V, McAdam WA : Can computer aided teaching packages improve clinical care in patients with acute abdominal pain? *BMJ* 1991 ; 302(6791) : 1495-1497. PMID : 1855017(OS)
- 3) Henderson MC, Tierney Jr. LM, Smetana GW : *The Patient History : An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis*, 2e. McGraw-Hill Medical, 2012(EO)
- 4) Thomas SA : Spinal stenosis : history and physical examination. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2003 ; 14 : 29-39. PMID : 12622480(EO)
- 5) Podder V, Lew V, Ghassemzadeh S : SOAP Notes(Internet). StatPearls Publishing(Last Update : August 29, 2022) (EO)
- 6) Pandie S, Hellenberg D, Hellig F, et al : Approach to chest pain and acute myocardial infarction. *S Afr Med J* 2016 ; 106 : 239-245. PMID : 27303759(EO)
- 7) Natesan S, Lee J, Volkamer H, et al : Evidence-Based Medicine Approach to Abdominal Pain. *Emerg Med Clin North Am* 2016 ; 34 : 165-190. PMID : 27133239(EO)
- 8) Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT : Clinical presentation of acute abdomen : study of 600 patients. *Br Med J* 1972 ; 3(5823) : 393-398. PMID : 4506871(OS)
- 9) Huchon C, Staraci S, Fauconnier A : Adnexal torsion : a predictive score for pre-operative diagnosis. *Hum Reprod* 2010 ; 25 : 2276-2280. PMID : 20605899(OS)
- 10) Kapoor K, Repas K, Singh VK, et al : Does the duration of abdominal pain prior to admission influence the severity of acute pancreatitis? *JOP* 2013 ; 14 : 171-175. PMID : 23474564(OS)
- 11) 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(OS)
- 12) Sanvictores T, Jozsa F, Tadi P : Neuroanatomy, Autonomic Nervous System Visceral Afferent Fibers and Pain(Internet). StatPearls Publishing(Last Update : July 30, 2023) (EO)
- 13) Diehl AK, Sugarek NJ, Todd KH : Clinical evaluation for gallstone disease : usefulness of symptoms and signs in diagnosis. *Am J Med* 1990 ; 89 : 29-33. PMID : 2368790(EO)
- 14) Lowenfels AB : Kehr's sign—a neglected aid in rupture of the spleen. *N Engl J Med* 1966 ; 274(18) : 1019. PMID : 5909736(CS)
- 15) Sigalos JT, Pastuszak AW : Chronic orchialgia : epidemiology, diagnosis and evaluation. *Transl Androl Urol* 2017 ; 6(Suppl 1) : S37-S43. PMID : 28725616(EO)
- 16) Klompas M : Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? *JAMA* 2002 ; 287(17) : 2262-2272. PMID : 11980527(OS)
- 17) John H, Neff U, Kelemen M : Appendicitis diagnosis today : clinical and ultrasonic deductions. *World J Surg* 1993 ; 17 : 243-249. PMID : 8511921(OS)
- 18) Alvarado A : A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986 ; 15 : 557-564. PMID : 3963537(OS)
- 19) Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL : Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996 ; 276(19) : 1589-1594. PMID : 8918857(SR)
- 20) Kulik DM, Uleryk EM, Maguire JL : Does this child have appendicitis? A systematic review of clinical prediction rules for children with acute abdominal pain. *J Clin Epidemiol* 2013 ; 66 : 95-104. PMID : 23177898(SR)
- 21) Walker HK, Hall WD, Hurst JW, eds : *Clinical Methods : The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd ed., Chapter 86, Butterworth, Boston, 1990(EO)
- 22) Silen W : *Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen*, 22nd ed., Oxford University Press, New York, 2010.(EO)
- 23) Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT : Clinical presentation of acute abdomen : study of 600 patients. *Br Med J* 1972 ; 3(5823) : 393-398. PMID : 4506871(OS)
- 24) 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 : 335-339. PMID : 22351680(OS)
- 25) 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 : 715-721. PMID : 7973431(OS)
- 26) 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 : 777-784. PMID : 9840308(OS)
- 27) Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P : Usefulness of history-taking, physical examination and diagnostic scoring in acute renal colic. *Eur Urol* 1998 ; 34 : 467-473. PMID : 9831787(OS)
- 28) 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 : 239-249. PMID : 7960209(OS)
- 29) 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 : 349-355. PMID : 7610351(OS)
- 30) Bundy DG, Byerley JS, Liles EA, et al : Does this child have appendicitis? *JAMA* 2007 ; 298 : 438-451. PMID : 17652298(OS)
- 31) Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT : Clinical presentation of acute abdomen : study of 600 patients. *Br Med J* 1972 ; 3(5823) : 393-398. PMID : 4506871(OS)

**BQ19** 腹痛のどのような随伴症状を聴取するか？

- ①悪心・嘔吐
  - ②食欲不振
  - ③排便習慣の変化
  - ④血便・黒色便
  - ⑤発熱，悪寒・戦慄
  - ⑥性器出血
- について聴取する。

**1** 悪心・嘔吐について聴取する**1) 病態生理と鑑別診断**

悪心・嘔吐はさまざまな要因で生じる症状であるが，急性腹症においては，消化管穿孔や急性膵炎，卵巢茎捻転など腹膜や腸間膜の神経に対する過剰な刺激，不随意筋からなる胆管，尿管，子宮頸管，腸管，虫垂といった管腔臓器の閉塞により生じる。急性腹症で悪心・嘔吐を伴いやすい疾患を表V-5に示す。消化管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。急性膵炎では腹腔神経叢への反射刺激がきわめて大きく，嘔吐反射は重篤で持続する。絞扼性腸閉塞や卵巢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，痙痛発作を生じるとともに悪心・嘔吐が誘発される。通常，悪心・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。嘔吐物の性状にも注意する必要がある。嘔吐物の性状から，ある程度閉塞部位を推定できるとされている。例えば，水様性嘔吐の場合には腸閉塞が疑われ，小腸閉塞では，最初は胃内容物を嘔吐するが，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。閉塞部位が十二指腸に近いほど緑色が強くなる。ただし，これらの根拠となる質の高い研究は検索できなかった。

**2) 疫学**

疾患ごとの疫学情報としては，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観察研究(OS)<sup>1)</sup>では，虫垂炎では悪心・嘔吐が72% (N=55)にみられたが，憩室炎では8% (N=13)と有意に少なく，悪心・嘔吐の有無が憩室炎と虫垂炎の鑑別に有用であった。また，骨盤内炎症性疾患と虫垂炎を比較した研究でも悪

表V-5 急性腹症で嘔吐を伴いやすい疾患

消化管閉塞に伴うもの		臓器障害によるもの	
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	卵巢茎捻転

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

心・嘔吐は虫垂炎 72% (N=109), 骨盤内炎症性疾患 21% (N=72)と, 有意に骨盤内炎症性疾患では少なかった(OS)<sup>2)</sup>。1,254 例の急性腹症患者を対象に, 病歴と身体所見を検討した前向き研究(OS)<sup>3)</sup>では, 腸閉塞診断に対する感度が高かった項目は, 腹部膨隆, 腸蠕動音亢進, 便秘の既往, 腹部手術の既往, 50 歳以上, 嘔吐であった。嘔吐のみでは, 感度 75%, 特異度 65.3%で, 陽性適中率は 7.9%だったが, 腹部膨隆, 腸蠕動音亢進, 嘔吐の 3 項目をすべて満たすと, 腸閉塞に対する特異度 100%, 陽性適中率 64%であった。また, 腹痛と悪心・嘔吐の順番を検討した研究(OS)<sup>4)</sup>では, 悪心・嘔吐に先行して腹痛が生じるという病歴は, 急性虫垂炎に対する感度 95.8%, 特異度 16.6%と感度が非常に高いと報告されている。良性の非特異的腹痛を示唆する腹痛随伴症状の中では, 嘔吐が“ない”ことは RR 2.01 と非特異的腹痛を示唆する所見の 1 つと報告されている(OS)<sup>5)</sup>。

## 2 食欲不振について聴取する

### 1) 病態生理と鑑別診断

食欲不振は, 恒常性を維持するために必要な食事が減少している状態を指す。食欲不振は生理学的要因や社会的要因などさまざまな原因によって引き起こされるが, 急性腹症においても食欲不振を合併する。食欲不振を起こしやすい急性腹症として, 急性胃炎や消化性潰瘍, 急性膵炎, 急性虫垂炎, 腸閉塞などが鑑別に挙げられる。

### 2) 疫学や食欲不振の感度/特異度

急性腹症あるいは急性虫垂炎疑いを対象とし, 急性虫垂炎の診断に対する病歴や臨床診察法の有用性を検討した研究は 11 件あり, その中で食欲不振の有無を検討しているのは 5 件であった。これらの研究を統合したシステマティックレビュー(SR)<sup>6)</sup>によると, 食欲不振の感度は 68%で, 特異度は 36%で, 単独の症状としての診断的意義は乏しかった(表V-6)。ただし, 急性虫垂炎の臨床予測ルールとして最も広く受け入れられている Alvarado スコア(OS)<sup>7)</sup> (表V-7)において, 評価項目の中に食欲不振は含まれている。虫垂炎と骨盤内炎

表V-6 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	81	53	7.31-8.46	0-0.28
筋硬直	27	83	3.76(2.96-4.78)	0.82(0.79-0.85)
痛みの移動	64	82	3.18(2.41-4.21)	0.50(0.42-0.59)
嘔吐よりも腹痛が先行	100	64	2.76(1.94-3.94)	NA
腸腰筋徴候	16	95	2.38(1.21-4.67)	0.90(0.83-0.98)
発熱	67	79	1.94(1.63-2.32)	0.58(0.51-0.67)
反跳痛	63	69	1.10-6.30	0-0.86
筋性防御	74	57	1.65-1.78	0-0.54
以前に同じ痛みがない	81	41	1.50(1.36-1.66)	0.32(0.24-0.42)
直腸診での圧痛	41	77	0.83-5.34	0.36-1.15
食欲不振	68	36	1.27(1.16-1.38)	0.64(0.54-0.75)
悪心	58	37	0.69-1.20	0.70-0.84
嘔吐	51	45	0.92(0.82-1.04)	1.12(0.95-1.33)

[Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL : Does this patient have appendicitis? JAMA. 1996 ; 276(19) : 1589-1594. より引用]

表V-7 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 (悪心, 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 $\geq 7$ 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 : 1267-1270 より引用)

症性疾患(PID)を比較した研究では、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(OS)<sup>2)</sup>。

### 3 排便習慣の変化について聴取する

#### 1) 病態生理と鑑別診断

「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、例えば「太い便が出なくなる」「下痢便しか出なくなる」「頻便になる」「便秘になる」などを指す。下痢は水分を多く含む形のない糞便排泄の状態である。下痢の存在は、消化管粘膜側の病変の可能性を示唆し、消化管蠕動が低下していないことを意味する。また便秘は一般的に排便困難の状態であり、腸閉塞の症状にもなりうる。急性腹症では下痢、便秘の存在や便の性状を聴取することが重要である。

頻回で大量の水様性下痢の場合は感染性腸炎を疑うことが多いが、回数や量が少ない場合にはさまざまな疾患や薬剤が原因となり、非特異的である。また虫垂炎、膿瘍、骨盤内炎症性疾患(PID)など、骨盤内で直腸に接して炎症が存在する時にも頻回の下痢が起こる。ただし、このような場合はテネスムス症状であり、便意の割には便の量が少ないのが特徴である。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下痢を認めないことが多い。

急性の便秘であれば、大腸捻転、腸重積、硬便や大腸癌による腸閉塞などを疑う。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、詳細に問診し身体所見をとることが大切である。

#### 2) 疫学

大腸癌 273 例と年齢・性別を一致させた対照群 273 例とのケースコントロール研究では、排便習慣の変化は大腸癌を示唆する因子で、70歳以上では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(OS)<sup>8)</sup>、特に70歳未満で排便習慣の変化が認められた場合には大腸癌を疑うことが必要である。また、小児でも腹痛の約半数は便秘によるとされている(OS)<sup>9)</sup>。

急性下痢症の95%以上は特別な検査や治療を要しない。一方で大腸癌の発見契機として21.9%で下痢症状

を認めており(OS)<sup>10</sup>、急性下痢症を感染性腸炎と見誤ることのないように詳細な病歴聴取、身体所見が重要である。腸閉塞における便秘の診断精度は特異度 90~95%、LR+ 3.7-8.8 であり便秘の存在で腸閉塞の可能性は上がる(OS)<sup>11</sup>。

## 4 血便や黒色便について聴取する

### 1) 病態生理と鑑別診断

血便は便中に血液が混じることを指す。便が明らかに赤い場合は、下部消化管(直腸、大腸など)出血が考えられる。一方で血液が酸化されて便中で黒くなりタールのような黒色になる場合を黒色便と呼び、上部消化管(胃、十二指腸など)出血の可能性を示すことが多い。一方で上部消化管でも急性出血だと血液が十分に酸化されずに黒色便とならないこともあり注意を要する(CPG)<sup>12</sup>。

急性腹症患者において、血便・黒色便の有無は、鑑別を行う上で重要である。まず消化管出血の定義では、トライツ靱帯より口側なら上部消化管出血、肛門側なら下部消化管出血となる。上部消化管出血の主な原因として胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃食道逆流症、胃痛、十二指腸癌などが挙げられ(EO)<sup>13</sup>、下部消化管出血の主な原因として痔核、肛門裂傷、大腸憩室出血、虚血性腸炎、炎症性腸疾患(クローン病や潰瘍性大腸炎)、大腸癌などが挙げられる(EO)<sup>14</sup>。また、上腸間膜動脈閉塞や非閉塞性腸管虚血(NOMI)、絞扼性腸閉塞などの腸管壊死をきたす疾患は致命的な経過をたどることがあり特に注意して診療にあたる必要がある。

腹痛があれば、消化性潰瘍、腸管虚血、炎症性腸疾患の疑いが強まる。特に腸管虚血患者は、軽症から中等度の痙攣性腹痛を呈し、数時間程度血便に先行することがある。腹痛症状が強い割には腹部身体所見に乏しいのが特徴的である。

### 2) 疫学

一般人口の 15%で血便の報告があり、20~40 歳では 18.9%と、40 歳以上の 11.3%よりも多いとされている(OS)<sup>15</sup>。大量の血便では下部消化管出血の可能性を疑うが、10%以上は上部消化管からの出血の可能性もある(EO)<sup>16</sup>。

## 5 発熱や悪寒・戦慄について聴取する

### 1) 病態生理と鑑別診断

発熱と悪寒・戦慄は腹痛の随伴症状の中でも重要な病歴である。発熱、悪寒・戦慄は感染等による反応で炎症が起きていることを示唆する。

急性腹症のような病態で発熱、悪寒・戦慄があると腹膜炎や虫垂炎、胆嚢炎、胆管炎などの腹腔内感染症や腎盂腎炎など敗血症へ移行しやすい疾患が鑑別に挙がる。免疫不全の既往や免疫抑制剤使用などの聴取も重要となる。また、潰瘍性大腸炎やクローン病のような炎症性腸疾患(inflammatory bowel disease ; IBD)などの感染症以外の疾患を疑うことも重要である。

### 2) 疫学

悪寒・戦慄(shaking chill)はいわゆる「ガタガタ震える」状態であり、特異度 90.3%(95%CI 89.2-91.5)、LR+ 4.65(95%CI 2.95-6.86)で菌血症を示唆し、悪寒・戦慄の存在は菌血症の可能性を高める(OS)<sup>17</sup>。一般的な菌

血症の原因として、尿路感染(18.0%)、腹腔内感染(11.0%)、胆道系感染(7.6%)が頻度が高く(OS)<sup>18)</sup>、これらは急性腹症を呈する可能性のある疾患群である。

潰瘍性大腸炎(UC)やクローン病(CD)などの炎症性腸疾患では、重症度が高くなると発熱をきたすことが知られており、両者の重症度分類の項目にも含まれている。IBDと感染性大腸炎を早期に鑑別する目的で、初発の大腸炎患者105人を対象に、臨床的、微生物学的、検査的、組織学的特徴を検討した症例集積研究において、IBDは発症早期には熱が出ないことが感染性大腸炎との相違点であったという報告がある(OS)<sup>19)</sup>。

## 6 性器出血について聴取する

### 1) 病態生理と鑑別診断

腹痛患者で性器出血の病歴がある場合、臨床的に重要な診断が鑑別に挙がり、特に若年女性の場合は欠かさずに聴取する。

まず、性器出血と腹痛が同時に現れる場合、進行流産や異所性妊娠などの妊娠関連合併症を疑う必要があり、可及的速やかな対応が必要となる。また、子宮筋腫や卵巣嚢腫、子宮内膜症、性感染症などの病態によっても性器出血が引き起こされる。さらに、子宮や卵巣の悪性腫瘍も性器出血を伴う腹痛をきたすことがあり、悪性腫瘍では早期の発見が治療と予後に大きな影響を及ぼすことがあり、鑑別診断に考慮する必要がある。

### 2) 疫学

本邦単施設の1985年1月～2001年3月の間に受診された婦人科急性腹症1,509例の検討(OS)<sup>20)</sup>によると、婦人科急性腹症の診断は、骨盤内炎症性疾患(34.5%)、異所性妊娠(30.8%)、卵巣出血(20.7%)、卵巣茎捻転(9.3%)の順に多く、婦人科急性腹症ではこの4つの疾患をまず考える。異所性妊娠は、無月経、性器出血、下腹部痛が3徴とされているが、実際に3徴すべてがみられるのは43.7%にとどまったとされている(OS)<sup>21)</sup>。

腹痛・性器出血における異所性妊娠の診断精度として、卵管結紮既往、不妊の既往、1年以内の子宮内避妊用具(IUD)の使用などは特異度と陽性尤度比が高い(OS)<sup>22)</sup>。

卵巣出血は20～40歳が好発年齢であり、右側卵巣からの出血が67%と多いとされている(OS)<sup>23)</sup>。

## □ 引用文献 □

- 1) 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 : 1151-1157. PMID : 18704462(OS)
- 2) Morishita K, Gushimiyagi M, Hashiguchi M, et al : Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. *Am J Emerg Med* 2007 ; 25 : 152-157. PMID : 17276803(OS)
- 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 : 777-784. PMID : 9840308(OS)
- 4) Takada T, Inokuchi R, Kim H, et al : Is "pain before vomiting" useful? : Diagnostic performance of the classic patient history item in acute appendicitis. *Am J Emerg Med* 2021 ; 41 : 84-89. PMID : 33401081(OS)
- 5) 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 : 335-339. PMID : 22351680(OS)
- 6) Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL : Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996 ; 276(19) : 1589-1594. PMID : 8918857(SR)
- 7) Alvarado A : A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 1986 ; 15 : 557-564. PMID : 3963537(OS)
- 8) Curlless 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 : 1267-1270. PMID : 7959235(OS)
- 9) Loening-Baucke V, Swidsinski A : Constipation as cause of acute abdominal pain in children. *J Pediatr* 2007 ; 151 : 666-669. PMID : 18035149(OS)

- 10) Barrett J, Jiwa M, Rose P, et al : Pathways to the diagnosis of colorectal cancer : an observational study in three UK cities. *Fam Pract* 2006 ; 23 : 15-19. PMID : 16286462(OS)
- 11) 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 : 777-784. PMID : 9840308 (参考文献) (OS)
- 12) Strate LL, Gralnek IM : ACG Clinical Guideline : Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. [published correction appears in] *Am J Gastroenterol* 2016 ; 111 : 755. PMID : 27151132(CPG)
- 13) Palmer K : Acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Br Med Bull* 2007 ; 83 : 307-324. PMID : 17942452(EO)
- 14) Barnert J, Messmann H : Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2009 ; 6 : 637-646. PMID : 19881516(EO)
- 15) Talley NJ, Jones M : Self-reported rectal bleeding in a United States community : prevalence, risk factors, and health care seeking. *Am J Gastroenterol* 1998 ; 93 : 2179-2183. PMID : 9820393(OS)
- 16) Machicado GA, Jensen DM : Endoscopic diagnosis and treatment of severe lower gastrointestinal bleeding. *Indian J Gastroenterol* 2006 ; 25(Suppl 1) : S43-S51. PMID : 17151435(EO)
- 17) Tokuda Y, Miyasato H, Stein GH, et al : The degree of chills for risk of bacteremia in acute febrile illness. *Am J Med* 2005 ; 118 : 1417. PMID : 16378800(OS)
- 18) Gosbell IB, Newton PJ, Sullivan EA : Survey of blood cultures from five community hospitals in south-western Sydney, Australia, 1993-1994. *Aust N Z J Med* 1999 ; 29 : 684-692. PMID : 10630649(OS)
- 19) Schumacher G, Sandstedt B, Kollberg B : A prospective study of first attacks of inflammatory bowel disease and infectious colitis. Clinical findings and early diagnosis. *Scand J Gastroenterol* 1994 ; 29 : 265-274. PMID : 8209188(OS)
- 20) 村尾寛, 三浦耕子, 大畑尚子, 他 : 子宮内膜症性嚢胞破裂 70 列の臨床的検討. *日産婦会誌* 2001 ; 53 : 1850-1853(OS)
- 21) Wong E, Suat SO : Ectopic pregnancy—a diagnostic challenge in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2000 ; 7 : 189-194. PMID : 11142270(OS)
- 22) Dart RG, Kaplan B, Varaklis K : Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med* 1999 ; 33 : 283-290. PMID : 10036342(OS)
- 23) Hallatt JG, Steele CH Jr, Snyder M : Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum : a study of 173 surgical cases. *Am J Obstet Gynecol* 1984 ; 149 : 5-9. PMID : 6720774(OS)

## BQ20 急性腹症ではどのような患者背景を聴取するか？

SAMPLE に基づいて聴取する。

### 1 SAMPLE に基づいて患者背景についての病歴を聴取する

SAMPLE\*(表V-8)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。しかし、多くの国で救急医療における病歴聴取のゴールドスタンダードであり、時間が制約された救急外来での病歴聴取に適している。

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。SAMPLEは、短時間で鑑別診断に有用となる情報を得るための系統的な病歴聴取法であり、シミュレーション研究ではSAMPLEを用いた病歴聴取は、実施者の認知負荷を減らし業務時間を減らすことが報告されている(OS)<sup>1)</sup>。また、米国の高度外傷救命処置法(ATLS)や小児二次救命処置法(PALS)、さらには救急救命士の教育にも用

表V-8 SAMPLE 病歴聴取法

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の有無
M : medications	現在使用中の薬剤
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 illness	イベントや環境, どのような状況下で痛みが始まったか

いられている(EO)<sup>2,3)</sup>。また、バイタルサインや OPQRST (BQ18 参照⇨52頁)と組み合わせても用いられる。SAMPLE から S(徴候)を除き、患者背景の病歴に重点を置いた AMPLE も用いられている(EO)<sup>4)</sup>。

## 2 既往歴や手術歴を聴取する

腹痛を訴える患者では既往歴をすべて聴取する。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る。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。

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 年間に尿管結石発作を認めた 195 例において、52 例(27%)では平均 7.5 年後に尿管結石の再発が認められたことを報告した。また、再発症状のなかった 36 例においても、10 例(28%)に腹部超音波検査で結石再発が認められた(OS)<sup>5)</sup>。

米国では男性の 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されている(OS)<sup>6)</sup>。

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、未除菌の場合は酸分泌抑制薬を継続しても 23.7%が再発する(OS)<sup>7)</sup>。

虫垂切除後の癒着による腸閉塞は 2.8%に発生したと報告されている(OS)<sup>8)</sup>。また、腹部正中での開腹術では 70~100%に腸管癒着を生じる(OS)<sup>9,10)</sup>。英国で開腹術を受けた 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されており(OS)<sup>11)</sup>、手術歴は必ず確認する必要がある。

## 3 薬剤服用歴や嗜好歴を聴取する

腹痛を訴える患者では、投与されているすべての薬剤の服用歴について聴取する。使用薬剤と既往疾患を照らし合わせるとともに、急性腹症はその後、緊急手術になる可能性があるため、抗血小板薬や抗凝固薬などの確認を行う。また、急性腹症の原因が薬剤である可能性も考慮する。薬剤に起因する急性腹症を起こしうる疾患として代表的なものを示す(表V-9)。

特に非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)は消化性潰瘍や穿孔のリスクが高く、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、高齢者男性でよりリスクが増加していたと報告されている(SR)<sup>12)</sup>。また、胃・十二指腸のみならず、遠位小腸や結腸病変をきたすとの報告もある(CS)<sup>13,14)</sup>。全身性ステロイド

表V-9 薬剤と急性腹症を起こしうる疾患

薬剤名	起こりうる合併症	参考文献
NSAIDs	消化性潰瘍・穿孔, 消化管出血	12, 13, 14
ステロイド	消化性潰瘍・出血	15
イオン交換樹脂	消化管穿孔	18, 19
セフトリアキソン	胆石・胆嚢炎	20
GLP-1製剤	無石性胆嚢炎, 薬剤性膵炎	21, 22, 23, 24
漢方薬(山梔子含有)	腸間膜静脈硬化症	27
メトホルミン	乳酸アシドーシス	29
5-ASA製剤	薬剤性膵炎	25
SGLT-2阻害薬	薬剤性膵炎	26
オピオイド	便秘症による腹痛	28

の短期使用は、消化性潰瘍と出血を有意に増やし、特にNSAIDsやアスピリンを使用している場合にリスクが高くなると報告されている(OS)<sup>15)</sup>。さらに、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や発熱が少なかったと報告されている(OS)<sup>16, 17)</sup>。ステロイド薬服用患者では症状が顕著に現れない可能性を考慮する。

その他に消化性潰瘍や穿孔に関連する薬剤として、近年イオン交換樹脂に起因した結晶沈着による大腸炎の報告がある(CS)<sup>18, 19)</sup>。服用している患者で血便を伴う急性腹症を呈した場合には鑑別を想起する。

胆道疾患・膵疾患についても複数の薬剤報告がある。古典的にはセフトリアキソン使用による胆石は、急性胆嚢炎を介して急性腹症を呈することがある(CS)<sup>20)</sup>。近年使用頻度が増えているGLP-1製剤も、胆道系の蠕動運動低下等の機序により、無石性胆嚢炎を有意に増やすことが報告されている(CS)<sup>21)</sup> (OS)<sup>22)</sup>。さらに、GLP-1製剤は薬剤性膵炎との関連も報告がある(OS)<sup>23)</sup> (CS)<sup>24)</sup>。薬剤性膵炎については、多数の薬剤との関連が報告されているが、近年では5-ASA製剤(OS)<sup>25)</sup>、SGLT-2阻害薬(OS)<sup>26)</sup>が目ざされている。

また、山梔子<sup>さんしし</sup>を含有する漢方薬による腸間膜静脈硬化症は本邦やアジア等の漢方薬を使用する医療圏で報告されており、腹痛や血便をきたすことがある(OS)<sup>27)</sup>。米国で急性腹症をきたした患者においてオピオイド使用者は約19%だったと報告され、オピオイド非使用者よりも便秘が3倍多いと報告されている(OS)<sup>28)</sup>。オピオイド使用頻度は本邦とは異なるが、オピオイド使用者では便秘による急性腹症を考慮したい。さらに、メトホルミンによる乳酸アシドーシス(CS)<sup>29)</sup>は頻度は多くはないが、重篤になれば急性腹症をきたすこともある。

急性腹症患者において、嗜好品としてアルコール摂取歴や喫煙歴は確認する。特にアルコール多飲はアルコール性膵炎や肝硬変が想起され、喫煙歴では消化性潰瘍や特定の癌、腹部大動脈瘤や血管性疾患などを想起する。

#### 4 月経歴や妊娠の有無を聴取する

卵巣出血、子宮内膜症、機能性月経痛などの婦人科関連急性腹症や、異所性妊娠、流産などの妊娠関連急性腹症を鑑別するために、急性腹症をきたした女性では月経歴を聴取する。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。

月経中の腹痛の原因には月経困難症がある。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、下腹痛以外に骨盤痛、背部痛、悪心・嘔吐、頭痛、下痢などがみられる。また、下腹部痛や骨盤痛は8~72時間程度続くことが多く、通常は月経開始に関連している(EO)<sup>30)</sup>。機能性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。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。米国婦人科学会の推定によると慢性骨盤痛のある患者で子宮内膜症の合併する割合は33%と推定され(OS)<sup>31)</sup>、思春期女性では40%、成人では28%と報告されている(OS)<sup>32)</sup>。婦人科関連疾患の中では、月経痛は機能性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(OS)<sup>33)</sup>。

卵巣出血は排卵日、黄体期での発症が多く、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(BQ60 参照 145頁)。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(OS)<sup>34)</sup>。

妊娠の有無を明らかにするのに有用な問診法として以下のような問診がある(SR)<sup>35)</sup>。

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

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(OS)<sup>36)</sup>。したがって、妊娠を疑っていなくても通常問診の中で妊娠の有無は確認する必要がある。

その他、妊娠早期の一般的な症状を確認することも重要である。妊娠早期の一般的な症状には、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(OS)<sup>34, 36-38)</sup>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。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V-10)。

### 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(OS)<sup>37, 39)</sup>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、何らかの妊娠症状のある女性における妊娠嘔吐のLRは2.4、徴候なしでは0.63であった。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V-11)。

### 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(OS)<sup>34, 36)</sup>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。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V-12)。

### 4) 妊娠の機会の有無

妊娠の機会があると考える女性では、妊娠のLR 2.1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。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(OS)<sup>34, 36, 38, 39)</sup>では示している(表V-13)。

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。

表V-10 妊娠に対する「月経が遅れた場合と規則的にある場合」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 <sup>37)</sup>	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 <sup>34)</sup>	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 <sup>36)</sup>	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 <sup>38)</sup>	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V-11 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 <sup>37)</sup>	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)
Bachmann <sup>39)</sup>	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V-12 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 <sup>34)</sup>	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 <sup>36)</sup>	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V-13 妊娠に対する「妊娠の自覚の有無」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	
Bachmann <sup>39)</sup>	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 <sup>34)</sup>	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 <sup>36)</sup>	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 <sup>38)</sup>	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)

## □ 引用文献 □

- 1) Jayaprakash N, Ali R, Kashyap R, et al : The incorporation of focused history in checklist for early recognition and treatment of acute illness and injury. *BMC Emerg Med* 2016 ; 16 : 35. PMID : 27578062(OS)
- 2) Dickinson D, Limmer D, Michael F, et al : *Emergency Care*, 11th ed. p242, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 2008(EO)
- 3) Campbell JE, Creighton J : *Basic trauma life support for paramedics and other advanced providers*. p354, Brady/Prentice Hall Health, Upper Saddle River, 2000(EO)
- 4) Marx J, Hockberger R, Walls RM : *Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice*, 7th ed. p267, Mosby/Elsevier, Philadelphia, 2010(EO)
- 5) 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 ; 162 : 27-30. PMID : 10379732(OS)
- 6) Duncan CB, Riall TS : Evidence-based current surgical practice : calculous gallbladder disease. *J Gastrointest Surg* 2012 ; 16 : 2011-2025. PMID : 22986769(OS)
- 7) Gisbert JP, Khorrami 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 : 617-629. PMID : 15023164(OS)
- 8) Leung TT, Dixon E, Gill M, et al : Bowel obstruction following appendectomy : what is the true incidence? *Ann Surg* 2009 ; 250 : 51-53. PMID : 19561482(OS)
- 9) Menzies D, Ellis H : Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl* 1990 ; 72 : 60-63. PMID : 2301905(OS)
- 10) 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 : 1466-1472. PMID : 18340481(OS)
- 11) Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, et al : Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery : a retrospective cohort study. *Lancet* 1999 ; 353 : 1476-1480. PMID : 10232313(OS)
- 12) 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 Intern Med* 2000 ; 160 : 2093-2099. PMID : 10904451(SR)
- 13) Lang J, Price AB, Levi AJ, et al : Diaphragm disease : pathology of disease of the small intestine induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Clin Pathol* 1988 ; 41 : 516-526. PMID : 3384981(OS)
- 14) Gibson GR, Whitacre EB, Ricotti CA : Colitis induced by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Report of four cases and review of the literature. *Arch Intern Med* 1992 ; 152 : 625-632. PMID : 1546927(CS)
- 15) Tseng CL, Chen YT, Huang CJ, et al : Short-term use of glucocorticoids and risk of peptic ulcer bleeding : a nationwide population-based case-crossover study. *Aliment Pharmacol Ther* 2015 ; 42 : 599-606. PMID : 26096497(OS)
- 16) Fadul CE, Lemann W, Thaler HT, et al : Perforation of the gastrointestinal tract in patients receiving steroids for neurologic disease. *Neurology* 1988 ; 38 : 348-352. PMID : 3258062(OS)
- 17) Marshall LF, King J, Langfitt TW : The complications of high-dose corticosteroid therapy in neurosurgical patients : a prospective study. *Ann Neurol* 1977 ; 1 : 201-203. PMID : 889307(OS)
- 18) Desai M, Reiprich A, Khov N, et al : Crystal-Associated Colitis with Ulceration Leading to Hematochezia and Abdominal Pain. *Case Rep Gastroenterol* 2016 ; 10 : 332-337. PMID : 27482192(CS)
- 19) Lai T, Frugoli A, Barrows B, et al : Sevelamer Carbonate Crystal-Induced Colitis. *Case Rep Gastrointest Med* 2020 ; 2020 : 4646732. PMID : 32774946(CS)
- 20) Gomes FM, Costeira F, Leite C, et al : Ceftriaxone-induced Acute Cholecystitis. *J Med Ultrasound* 2021 ; 29 : 288-290. PMID : 35127411(CS)
- 21) Woronow D, Chamberlain C, Niak A, et al : Acute Cholecystitis Associated With the Use of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists Reported to the US Food and Drug Administration. *JAMA Intern Med* 2022 ; 182 : 1104-1106. PMID : 36036939(CS)
- 22) Sodhi M, Rezaeianzadeh R, Kezouh A, et al : Risk of Gastrointestinal Adverse Events Associated With Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists for Weight Loss. *JAMA* 2023 ; 330 : 1795-1797. PMID : 37796527(OS)
- 23) Singh S, Chang HY, Richards TM, et al : Glucagonlike peptide 1-based therapies and risk of hospitalization for acute pancreatitis in type 2 diabetes mellitus : a population-based matched case-control study. *JAMA Intern Med* 2013 ; 173 : 534-539. PMID : 23440284(OS)
- 24) Shetty R, Basheer FT, Poojari PG, et al : Adverse drug reactions of GLP-1 agonists : A systematic review of case reports. *Diabetes Metab Syndr* 2022 ; 16 : 102427. PMID : 35217468(CS)
- 25) Meczker Á, Mikó A, Gede N, et al : Retrospective Matched-Cohort Analysis of Acute Pancreatitis Induced by 5-Aminosalicylic Acid-Derived Drugs. *Pancreas* 2019 ; 48 : 488-495. PMID : 30946233(OS)
- 26) Zhang L, Mao W, Li X, et al : Analysis of acute pancreatitis associated with SGLT-2 inhibitors and predictive factors of the death risk : Based on food and drug administration adverse event report system database. *Front Pharmacol* 2022 ; 13 : 977582. PMID : 36467046(OS)
- 27) Wen Y, Chen YW, Meng AH, et al : Idiopathic mesenteric phlebosclerosis associated with long-term oral intake of geniposide. *World J Gastroenterol* 2021 ; 27 : 3097-3108. PMID : 34168411(OS)
- 28) Khemani D, Camilleri M, Roldan A, et al : Opioid analgesic use among patients presenting with acute abdominal pain and

- factors associated with surgical diagnoses. *Neurogastroenterol Motil* 2017 ; 29 : 10.1111/nmo.13000. PMID : 28019066(OS)
- 29) Ali S, Labuschagne H, Azarov N, et al : Metformin-associated lactic acidosis mimicking ischaemic bowel. *BMJ Case Rep* 2018 ; 2018 : bcr2017221686. PMID : 29391354(CS)
- 30) Proctor M, Farquhar C : Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ* 2006 ; 332(7550) : 1134-1138. PMID : 16690671(EO)
- 31) ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology : ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2004 ; 103 : 589-605. PMID : 14990428(OS)
- 32) Howard FM : The role of laparoscopy in chronic pelvic pain : promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993 ; 48 : 357-387. PMID : 8327235(OS)
- 33) Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, et al : Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002 ; 78 : 719-726. PMID : 12372446(OS)
- 34) Ramoska EA, Sacchetti AD, Nepp M : Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy. *Ann Emerg Med* 1989 ; 18 : 48-50. PMID : 2462800(OS)
- 35) 竹本 毅(訳) : JAMA 版 論理的診察の技術, 第 42 章 この患者は妊娠しているか? pp555-564, 日経BP, 2011(SR)
- 36) 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. PMID : 8092596(OS)
- 37) Robinson ET, Barber JH : Early diagnosis of pregnancy in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1977 ; 27 : 335-338. PMID : 894633(OS)
- 38) Zabin LS, Emerson MR, Ringers PA, et al : Adolescents with negative pregnancy test results. An accessible at-risk group. *JAMA* 1996 ; 275 : 113-117. PMID : 8531305(OS)
- 39) Bachmann GA : Myth or fact : can women self-diagnose pregnancy? *J Med Soc N J* 1984 ; 81 : 857-858. PMID : 6594525(OS)

