日消外会誌　21（1）：155～159，1988年

卒後教育セミナー1

急性腹症：その病態と臨床像

川崎医科大学消化器外科
佐　野　　開　三

CLINICAL FEATURES IN ACUTE ABDOMEN

Kaiso SANO
Division of Gastroenterology, Department of Surgery, Kawasaki Medical School

索引用語：急性腹症，腹痛，急性腹症の臨床像

はじめに

急性腹症という呼称は使い古されて久しいが，一面腹部急性疾患で，今日なお治療方針の決定に迷う症例もまれではない．日常診療においても，もっとも医師の真価が問われる難題の一つに相違なく，そのときどきの臨床像から，どんな疾患がどの程度進展しているかを，短時間内にしかも適確に知らなければならない．細切れでなく，総合的な知識と正しい判断力が要求される．この急性腹症の診療，自ら求めての日頃の修練にその成否がかかっている．

急性腹症の病態と臨床像について，自験例の概説を含め簡述する．

I. 急性腹症とは

急性腹症（acute abdomen）とは腹痛を主訴とする腹部急性症で，短時間内に治療方針を決定すべき疾患群をいう．すなわち，急性腹症は単なる病名ではなく，診療の緊急度を表す仮の呼び名ということができ，治療の時期を失し，予後を悪くすることがないようにとの，一種の警鐘名と解すべきであろう．

急性腹症という言葉が，わが国で初めて用いられたのは昭和の初期で，すでに60年を経過したが，その概念も時代とともに変化し，今日では，腹痛を主訴とする患者が来院した時点での呼び名で，ほとんどの症例は短時間内に病変の部位，その重症度や治療の緊急度どを的確に判断できるようになった．したがってこの急性腹症という名称は，術直前の病名としてはもはや過去のものになりつつあるといえる．しかしながら今日でもなお，進歩発達した診断技術のすべてを，どこででも，どのような状態においても駆使できるとはとうてい考えられず，また，病変が極めて進行した状態では，的確な判断材料を得ることは通常困難で，急性腹症という仮名のままでの早期開腹が，唯一救命の道であるという場合も少なくはない．

急性腹症を診断するにあたっての留意点の一つは，腹部以外の病変で腹部疾患に酷似した腹痛を訴える場合があることで，それにこの症状は，それら疾患の初期症状としてみられることが多い[1)~5)]．

II. 急性腹症に含まれる主な疾患

表1のごとくで，原因別にみて以下の5群に大別できる．すなわち，腹腔内臓器の単なる炎症，臓器の穿孔や破裂によっておこる腹膜炎，臓器の捻転・重積・血栓などによる循環障害，管腔臓器の閉塞，それに腹腔内出血で，多種多様の病態の中に数多くの重要な疾患が含まれ，それぞれに異なった臨床像を表す．なお，今回この急性腹症の中には外傷に起因するもの，術後早期の合併症，消化管内・後腹膜出血は含めていない．

表1　急性腹症に含まれる主な疾患（原因別）

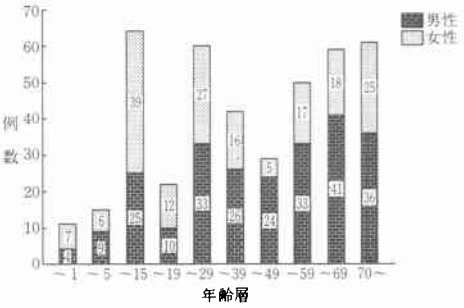
炎症性疾患
急性虫垂炎　急性胆嚢炎　急性膵炎　Meckel憩室炎
大腸憩室炎　結核性腹膜炎　原発性化膿性腹膜炎
穿孔による腹膜炎
消化性潰瘍穿孔　胃癌穿孔　特発性結腸穿孔
消化管憩室穿孔
循環障害
絞扼性イレウス　腸捻転　卵巣嚢腫茎捻転　腸重積症
阻血性腸炎　腸間膜動脈塞栓症
管腔臓器の閉塞
小腸イレウス　大腸イレウス　胆管閉塞　尿管結石
腹腔内出血
子宮外妊娠破裂　腹部大動脈瘤破裂　肝癌破裂

* 第11回卒後教育セミナー・急性腹症
＜1987年8月17日受理＞別刷請求先：佐野　開三
〒701-01　倉敷市松島577　川崎医科大学消化器外科

III. 自験例の概要

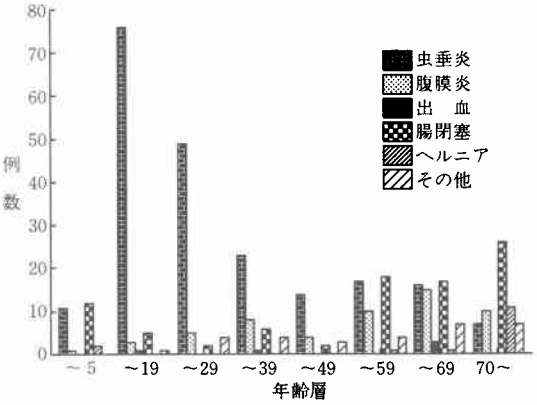
病院開設以来，当科で経験し手術を行った腹部急性疾患は413例で，後半小児外科の独立とともに15歳以下の症例はほとんどなくなり，全般的にみて60歳以上で男性例が多い（図1）．

図1　年齢症例数



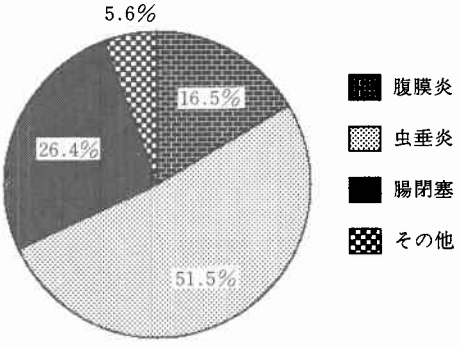
緊急手術例 1974.12－1986.12

図2　年齢別疾患数



緊急手術例　1974.12－1986.12

図3　緊急手術例の疾患別割合



1974.12－1986.12

これを年齢別疾患数でみると，若年層では虫垂炎が圧倒的に多いが，高年齢になるにしたがい，腹膜炎や腸閉塞が増加してきている（図2）．

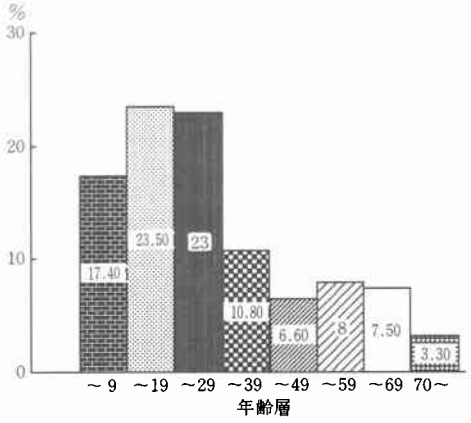
急性腹症の緊急手術例を，大別した疾患の割合でみると，虫垂炎が51.7%を占め，腸閉塞が26.4%，腹膜炎が16.5%，その他が5.6%となっている（図3）．

つぎに，当科で経験した主要疾患群の年齢構成を検討する．

まず急性虫垂炎では，20歳代までが全体の63.9%を占め，その後の年齢層ではほぼ均等に分布し，70歳以上だけがやや少なくなっている（図4）．

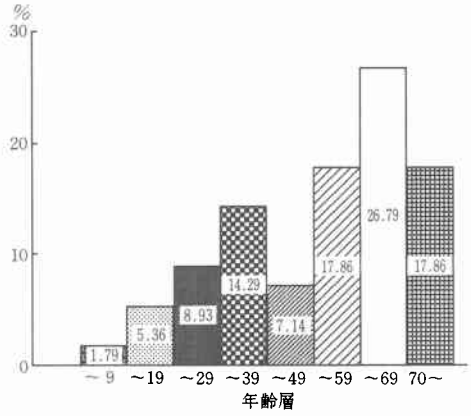
穿孔性腹膜炎についてみると，40歳代を例外とするが，高齢になるにしたがい症例数は増加しているのがわかる（図5）．

図4　急性虫垂炎の年齢構成



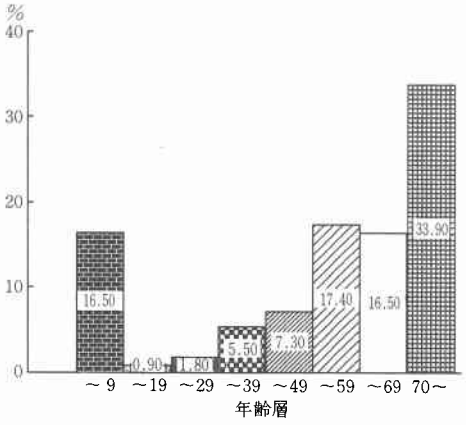
緊急手術例 1974.12－1986.12

図5　穿孔性腹膜炎の年齢構成



緊急手術例 1974.12－1986.12

図6　腸閉塞の年齢構成



緊急手術例 1974.12－1986.12

腸閉塞では，10歳以下に一つのピークがあり，30，40歳代から漸増し，特に癌年齢層になるにしたがって増加している（図6）．

IV．主症状としての腹痛

腹痛はそのインパルスの種類，場所によって疼痛を感じる部位，その強さ，放射性などまちまちであるが，それらは神経学の法則にしたがっており，疼痛の経過の詳細を明らかにすることが，正しい診断を得る一つの大きなポイントとなる[1)5)]．

1．内臓痛（true visceral pain）

管腔臓器の収縮や過伸展などの刺激によりおこり，交感神経の求心性線維を経由して感じる痛みで，部位の明瞭さを欠き，漠然とした深部の鈍痛であることが多く，主として腹部の中心線に近い場所に感じる．急性虫垂炎や胆嚢炎の初期にみられる心窩部痛はその典型例の一つである．

2．関連痛（referred, visceroparietal or spill-over pain）

炎症がより強くなると疼痛に対する閾値が低下し，内臓の求心性線維を超えて刺激がおこり，脊髄中の第2ニューロンを興奮させて感じるもので，両者の線維が短絡し，内臓由来の刺激が同一の脊髄分節の皮膚分断区に疼痛を誘発する．この関連痛は身体の中心線から遠い外側方に感じることが多く，範囲は自ら限定される．代表例を挙げれば，胆石仙痛は右肩胛下部，十二指腸潰瘍の穿孔は右肩頂部，横隔膜の刺激では頸部に疼痛を感じるなどである．

3．体性（壁）痛（somatic or parietal pain）

本来，急性腹症としての症状と認識される疼痛で，壁側腹膜の炎症性刺激によりおこる．体壁腹膜中に存在する知覚神経の末端より脊髄神経の後根を通じて感じるもので，痛みも激しく局在が明瞭である上に，疼痛を感じる部位と圧痛の部位が一致し，圧痛の最も強い部が主病巣である．

V．随伴症状

1．呕気，呕吐

呕吐は急性腹症に属する疾患の多くのものにみられる重要な症状の一つで，腹膜の炎症性刺激や管腔臓器の閉塞の際における．大切なのは疼痛との関係で，同時にみられるのは管腔臓器の捻転や閉塞の際に頻回で，時間の経過にしたがっての変化は腸閉塞の部位の違いに因る．なお急性膵炎では腹腔神経叢に近接しているため，呕気・呕吐は激烈であるが，一方消化性潰瘍の穿孔の場合は初期には軽度にみられることがあっても，以後はほとんどないのが通例である[3)]．

2．排便異常

骨盤腔内に炎症が波及している時には，いわゆるテネスムスがおこり，腸重積症では粘血便をみることが多いなど，重要な情報源となる．

3．月経異常

女性の場合，月経の異常化の有無が診断の鍵となることがあり，問診は不可欠である．

VI．腹部の理学的所見

1．視診

腹部の限局性またはびまん性膨隆，色調の変化，呼吸との関係などが重要である．

2．触診，打診

触診の際大切なことの一つは，病変の存在すると考えられる部位より，最も遠い場所から触診を開始する必要があることで，始めは平手で軽く，後に指先で深部を触れる．触診によって筋防衛，筋硬直，反跳痛などこ腹膜炎の部位や程度を知る．いわゆる Murphy 徴候は，急性胆嚢炎の際に認められる重要な所見である．なお打診では，遊離ガス，腹水などの有無を検べる．

3．聴診

腹膜炎では腸雑音は減弱ないし消失するが，一方腸閉塞では蠕動は亢進し，金属性の高音を聴取する．時間をかけた慎重な聴診が必要である．

4．直腸指診

直腸指診は急性腹症の診察時決して忘れてはならない検査法の一つで，ダグラス窩における圧痛，膨隆，波動，腫瘤の有無などを知ることは，診断や手術適応の決定に大いに役立つものである．

VII. その他の検査

血球算定，血液生化学検査，尿・糞便検査，腹水検査，X線検査，超音波検査，CT検査，血管造影など種々の方法があるが，これらのうち，できるだけ侵襲が少なく，しかも短時間内に判定可能なものを選択すべきである．

VIII. 原因別主要疾患

1. 炎症性疾患

1）急性虫垂炎

急性虫垂炎の手術例は10～20歳代にピークがあり，穿孔は若年層と老年層に多い．炎症の進行したものは男性に多く，穿孔は女性に高率である．

急性虫垂炎診断上の留意点としては，虫垂の位置異常，年齢的差異，妊娠時などが挙げられる．

2）急性膵炎

急性膵炎は浮腫型，出血・壊死型に分類されるが，重症になると極めて死亡率の高い疾患である．症状としては，悪心・呕吐を伴う上腹部激痛が特徴で，ショック，呼吸困難，精神錯乱，発熱，黄疸など多彩である．

2. 穿孔による腹膜炎

消化管穿孔では，その部位により症状に大きな差があり，上部では発病後6－8時間で敗血症性となるが，中部ではそれより遅れ，下部ではより早期に重篤となる．

1）胃・十二指腸穿孔

内容の流出による細菌性腹膜炎と化学的腹膜炎の両者が混在し，敗血症，循環血液量減少によるショックという経過をとる．

2）中部消化管穿孔

a. 空腸穿孔は急激かつ重篤で，膵液の消化作用により重症の化学的腹膜炎をおこす．

b. 回腸穿孔は空腸のそれよりやや軽症で，比較的無菌であり，症状は遅れてあらわれてくることが多い．

3）下部消化管穿孔

この場合は常に敗血症性であるが，特に上部では内容が液性のため早期に広範な炎症をきたしやすく，また，下行やS状結腸閉塞では，いわゆるclosed-loop obstructionがみられる．

3. 循環障害

1）腸間膜動脈閉塞症

血栓や塞栓による急性閉塞で，初期には理学的所見に乏しいが，発病後時間がたつにしたがって予後は甚だ不良となる．

2）腸間膜静脈血栓症

血液凝固能の亢進や炎症などによっておこり，症状は動脈閉塞の場合に類似するが，軽い症状が急性症状発現以前に存在するのが特徴である．

3）虚血性大腸炎

心不全，ショック，血管炎，経口避妊薬の摂取などによる細小動脈の攣縮でおこる．限局型が多く，腹痛，下痢，出血が主症状である．

すなわち急性腸間膜虚血は動脈の攣縮，側副血行不全，環流圧の低下などにより，動，静脈が二次的に閉塞し，腸管虚血に陥り，梗塞，壊死，穿孔，腹膜炎の経過をとる．

4. 管腔臓器の閉塞

腸閉塞が最も重要で，種々の型に分類されるが，中でも絞扼性イレウスは，特に早期の診断・治療が必要である．イレウス病態の成立機序は，腸管の閉塞による内容の貯溜と腸管の膨満ならびに呕吐から，脱水がおこってイレウスショックとなり，また一方，腸管内細菌の増加により敗血症，エンドトキシン血症となりショックに陥る．

5. 腹腔内出血

子宮外妊娠の破裂に代表されるが，卵巣嚢腫や肝破裂など，注意すべき疾患も少なくない．

おわりに

急性腹症はすたれゆく運命にある病名とはいえ，今日なお，臨床修練の過程において最も重要なテーマの一つであるといっても過言ではない．多くの病態をもつ本症は，それぞれ治療の緊急度はまちまちであるが，ややもすれば早期に安易な開腹に走り，予後を悪くするという結果を招きやすいのも事実であろう．どんな場合でも，その治療適応の決定には慎重であるべきだが，反面，確定診断のために時間を浪費し，治療時期を失うことのないよう注意しなければならない[6)～8)]．

文　献

1) Bockus HL: Abdominal Pain. Edited by Bockus HL. Gastroenterology. Vol. 1. Forth edition Saunders, Philadelphia, 1985, p22—47
2) Rosato E, Roth JLA, Stein GN et al: The Acute Abdomen. Edited by Bockus HL. Gastroenterology. Vol. 1. Forth edition. Saunders, Philadelphia, 1985, p201—235
3) Clearfield HR, Roth JLA: Anorexia, Nausea, and Vomiting. Edited by Bockus HL. Gastroenterology. Vol. 1. Forth edition. Saunders, Philadelphia, 1985, p48—58
4) Silen W: Cope's Early Diagnosis of the Acute

Abdomen. Seventeenth edition. Oxford University Press, New York, 1987, p1—281
5) 田中昌宏：腹痛．日医新報 261：21—26, 1987
6) 林 四郎, 市川英幸, 荻原廸彦：急性腹症とはどのような病態か？．消外 7：1231—1236, 1984
7) 林 四郎, 山口 晋, 佐野開三ほか：急性腹症．外科診療 55：709—768, 1986
8) 四方淳一：イレウス—病態生理を中心として—．日外会誌 87：589—592, 1986