

症例に沿って解説！

身体所見の診かた

監修：徳田安春（群星沖縄臨床研修センターセンター長）

鎌田一宏（新潟大学マンモス感染症研究拠点）



本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

第一章	全身の観察、バイタルサイン	
	(1) 基本事項	鎌田一宏 p1
	(2) バイタルサインの解釈—症例に基づく学習	鎌田一宏 p5
	(3) バイタルサインを解釈する—新時代	鎌田一宏 p14
第二章	頭頸部の診察	
	(1) リンパ節腫脹	児玉泰介 p18
	(2) 貧血	児玉泰介 p26
第三章	胸部の診察—心臓	
	(1) 感染性心内膜炎	清水彩華 和足孝之 p33
	(2) 心不全	清水彩華 和足孝之 p40
	(3) 肺塞栓症	浅野成美 和足孝之 p49
第四章	胸部の診察—肺	
	(1) COPD	松浦史奈 和足孝之 p60
	(2) 肺炎	松浦史奈 和足孝之 p67
第五章	ショック疑いでの診察	三好友樹 岡田優基 p73
第六章	腹部の診察	
	(1) 病歴に重点を置いた虫垂炎の診察	小森大輝 高橋宏瑞 p88
	(2) 身体所見の合わせ技で診断する虫垂炎	原田愛子 和足孝之 p100
	(3) 腎盂腎炎	小森大輝 高橋宏瑞 p110
	(4) 腸閉塞	原田愛子 和足孝之 p122

救急外来での骨・関節・筋肉系の診察		
第七章	(1) 股関節痛	朝田智之 p132
	(2) 腰痛	朝田智之 p140
第八章	神経学的診察	
	(1) 筋力低下の原因は？	寺田教彦 p149
	(2) 小脳所見の身体診察—失調所見—	寺田教彦 p163
第九章	意識障害での診察	
	(1) 意識障害のバイタルサイン	笹木 晋 p179
	(2) 意識障害の身体診察	笹木 晋 p186
第十章	小児の診察	
	(1) 川崎病	船木孝則 p200
	(2) 突発性発疹	船木孝則 p207
第十一章	高齢者の診察	
	(1) 高齢者の発熱	森川 暢 p215
	(2) 歩行障害	森川 暢 p223
第十二章	産婦人科の診察	
	(1) 女性の下腹部痛の診察	柴田綾子 p230
	(2) 異所性妊娠	柴田綾子 p241

▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

序文

確か、2014年だったかと思う。

カリフォルニア大学サンフランシスコ校のGurpreet Dhaliwal先生（現同大学Internal Medicine教授）に日本で教えて頂く機会に恵まれた。彼はClinical Reasoningの専門家だ。そんな彼が、顔に笑みを浮かべながらカンファレンスで放った言葉だ。

「患者さんの診断？ 患者さんから得られるキーワードをGoogleで検索すれば、まず1ページ目にあるよ。よほど難しい診断でも2、3ページまでにはね」

多くの患者さんを、日々、休む間も無く怒涛のように診察し、そこから診断、治療して行く中で、何となく、どこに行っても、患者さんを責任を持って診られる力を得たと当時は思っていた。

病歴と身体診察から診断する。一見、当たり前のようにあるが、それこそが自分の理想の医師像の1つであり、目標の1つだった。

今、その従来のスタイルは、止まることを知らないインターネットの普及や携帯などの電子機器の発達にのまれつつある。そして、さらにはAIの波もそこまで来た。

実際、多くの研修医はスマートフォンを片手に、指導医の話は半分だ。画面の向こうには、エビデンスに基づく患者さんの治療法が書かれている。

このまま内科医は時代とともに消されるのであろうか。

そう心配する内科医がどれほどこの世の中にいるのだろうか。

しかし、一方でこんな感覚を持つこともないか。

『医療は“アート”であって、だからこそ、美しい』

本物の医師は「目の前にある事象」を的確に言語化するのみならず、「患者が内に秘めている事象」をも引き出す。

それは恐らく機械にはできないことであり、人を知り、人を理解しようとする情熱と探究心を持つ者のみが、習得できるのではないか。

この講義シリーズを通して、表面的でない力、場所だけでなく時代の変遷にも応じることのできるそんな力の礎を養えて頂けたらと思う。

2019年6月1日

新潟大学ミャンマー感染症研究拠点 鎌田一宏

第三章 胸部の診察—心臓

(1) 感染性心内膜炎

清水彩華（島根大学医学部附属病院卒後臨床研修センター）

和足孝之（島根大学医学部附属病院卒後臨床研修センター）

この症例は以下に該当

- ①知っていれば見ただけですぐにわかるもの
- ②知っていても稀でなかなか出会えないもの
- ③知識だけではだめで、習得に日々の練習が必要なもの
- ④習得が難しい

このコンテンツを読んで ワカルこと・デキルこと

- ▶ 持続する発熱の患者をみたら感染性心内膜炎を必ず鑑別に挙げることがデキル
- ▶ 診断に導くためには、心臓の聴診だけではなく、あらゆる肉眼的に観察可能な小さな血管病変 (peripheral signs) を探しに行くことがデキル

症例：32歳女性

- ▶ 主訴：発熱・労作時呼吸困難。生来健康な32歳女性。1カ月前に抜歯を受けたが、その後から37℃台の発熱が継続し、2、3日前から労作時呼吸困難、関節痛が出現し、当日症状が増悪したため救急外来受診となった
- ▶ 既往歴：特記事項なし
- ▶ アレルギー歴：なし
- ▶ 内服薬：なし
- ▶ 生活歴：喫煙歴なし、機会飲酒

身体所見

- ▶ 身長156cm、体重50kg
- ▶ バイタルサイン：血圧134/86mmHg、脈拍82/分
- ▶ 意識レベル：意識清明
- ▶ 頭部：眼瞼結膜点状出血あり
- ▶ 胸部：心音 Levine分類Ⅲ/Ⅵの逆流性駆出性雑音を聴取、呼吸音 副雑音聴取せず
- ▶ 四肢：右示指先端に有痛性の赤紫色の小結節あり、右中指爪下に点状出血あり、足底部に多発点状出血あり

血液検査

赤血球	$330 \times 10^4 / \mu\text{L}$
Hb	10.5g/dL
白血球	$14.5 \times 10^3 / \mu\text{L}$
CRP	12mg/dL

心エコー図検査

中等度僧帽弁逆流症、僧帽弁の後尖に疣贅あり

ピックアップ身体所見

感染性心内膜炎の診断基準としては、Duke 診断基準が有名だが、Duke 診断基準を用いた際の診断感度は80%とされており、病初期の感度はさらに低いと言われている。特に、膿瘍形成例、人工弁置換術後例、ペースメーカー植込み後例では、心エコー図検査で明瞭な像が得られない場合があることから、診断感度が低下すると言われている。

Duke 診断基準は1994年に発表され、2000年に一部改訂された。表1に修正Duke 診断基準を示す¹⁾。

表 1 感染性心内膜炎の診断基準（修正 Duke 診断基準）

確定	病理学的基準 (1) 培養、または疣腫、塞栓を起こした疣腫、心内膿瘍の組織検査により病原微生物が検出されること、または (2) 疣腫や心内膿瘍において組織学的に活動性心内膜炎が証明されること 臨床的基準*¹ (1) 大基準 2 つ、または (2) 大基準 1 つおよび小基準 3 つ、または (3) 小基準 5 つ
可能性	(1) 大基準 1 つおよび小基準 1 つ、または (2) 小基準 3 つ
否定的	(1) IE 症状を説明する別の確実な診断、または (2) IE 症状が 4 日以内の抗菌薬投与により消退、または (3) 4 日以内の抗菌薬投与後の手術時または剖検時に IE の病理学的所見を認めない、または (4) 上記「可能性」基準にあてはまらない

*1: 基準の定義

大基準	● IE を裏づける血液培養陽性 ▶ 2 回の血液培養で IE に典型的な以下の病原微生物のいずれかが認められた場合 ● <i>Streptococcus viridans</i>、<i>Streptococcus bovis</i> (<i>Streptococcus gallolyticus</i>)、HACEK グループ、<i>Staphylococcus aureus</i>、または他に感染巣がない状況での市中感染型 <i>Enterococcus</i> ▶ 血液培養が IE に矛盾しない病原微生物で持続的に陽性 ● 12 時間以上間隔をあけて採取した血液検体の培養が 2 回以上陽性、または ● 3 回の血液培養のすべて、または 4 回以上施行した血液培養の大半が陽性（最初と最後の採血間隔が 1 時間以上あいていること） ▶ 1 回の血液培養でも <i>Coxiella burnetii</i> が検出された場合、または抗 I 相菌 IgG 抗体価 800 倍以上 ● 心内膜障害所見 ▶ IE の心エコー図所見（人工弁置換術後、IE 可能性例、弁輪部膿瘍合併例では TEE が推奨される。その他の例ではまず TTE を行う） ● 弁あるいはその支持組織の上、または逆流ジェット通路、または人工物の上にみられる解剖学的に説明のできない振動性の心臓内腫瘍、または ● 膿瘍、または ● 人工弁の新たな部分的裂開 ▶ 新規の弁逆流（既存の雑音の悪化または変化のみでは十分でない）
小基準	● 素因：素因となる心疾患または静注薬物常用 ● 発熱：38.0℃ 以上 ● 血管現象：主要血管塞栓、敗血症性梗塞、感染性動脈瘤、頭蓋内出血、眼球結膜出血、Janeway 発疹 ● 免疫学的現象：糸球体腎炎、Osler 結節、Roth 斑、リウマチ因子 ● 微生物学的所見：血液培養陽性であるが上記の大基準を満たさない場合*²、または IE として矛盾のない活動性炎症の血清学的証拠 *2: コアグララーゼ陰性ブドウ球菌や IE の原因菌とならない病原微生物が 1 回のみ検出された場合は除く

IE：感染性心内膜炎 TEE：経食道心エコー図 TTE：経胸壁エコー図

（文献 1 を基に作成）

❶ 心雑音：逆流性駆出性雑音

比較的近年の感染性心内膜炎のコホート研究では、新規の心雑音は48%のケースで認められ、意外と頻度は多くはない。

❷ 末梢の血管病変 (peripheral signs)

末梢血管や粘膜の小さな血管に病変が及べば、多彩な所見がみられることがある。試験でも有名なOsler結節やJaneway斑点は、いずれも初期の経過の時点ではみられないことも多く、感度は10%未満であるとも言われている。つまりいろいろな時期にいろいろな症状を起こすのがこの感染性心内膜炎の特徴であるため、眼で見て拾うことができる様々な視診が非常に重要である。特に、耳たぶや爪の先にペンライトの光を当てて透過させることで、肉眼では確認できない微小血管病変をたやすく見つけることができるようになるため、是非やってみて頂きたい²⁾。

❸ 眼瞼結膜の出血 (図1)



図1 眼瞼結膜の出血

4 右示指先端に有痛性の赤紫色の小結節

感染性心内膜炎に特徴的な所見として Osler 結節があるが、これは指先端の疼痛を伴うエンドウ豆サイズの小結節と言われている〔MSD マニュアルプロフェッショナル版 (<https://www.msdmanuals.com/ja-jp/>) 感染性心内膜炎の項「オスラー結節と Janeway 病変」の写真左を参照〕。

5 右中指爪下に点状出血

splinter hemorrhage と言われており、感染性心内膜炎で入院した患者の 19.1% にみられるとも言われている (図 2)。



図 2 splinter hemorrhage

6 足底部に多発点状出血

オスラー結節と Janeway 病変〔MSD マニュアルプロフェッショナル版 (<https://www.msdmanuals.com/ja-jp/>) 感染性心内膜炎の項「オスラー結節と Janeway 病変」の写真右を参照〕は一見きわめて似ている。両者を見分けるためには、圧迫して疼痛があるかどうかのカギである。

フィジカルここぞの一工夫、極意

▶ 心臓以外の所見が大切！

鑑別診断

主訴から考えられる鑑別診断は表2の通り。

表2 鑑別診断

髄膜炎、脳炎
中耳炎、急性上気道炎、肺炎
虫垂炎、腹膜炎、腎盂腎炎、全身性エリテマトーデス (systemic lupus erythematosus:SLE) や多発筋炎などの膠原病
蜂窩織炎、化膿性関節炎
悪性リンパ腫、悪性腫瘍、薬剤性

解説・まとめ

感染性心内膜炎に特徴的な身体所見は、頻度としては高くはなく、1つひとつの所見も特異度は高くないが、いかに抗菌薬投与を早く行えるかがその予後を左右するため、まずは疑うことが大切！

クリニカル・パールズ (Take Home Message)

▶感染性心内膜炎を疑ったら、ペンライトを駆使して全身をすみからすみまで観察！

【文献】

- 1) Li JS, et al:Clin Infect Dis. 2000;30(4):633-8.
- 2) Infective Endocarditis:Sensitivity and Specificity. [http://getthediagnosis.org/diagnosis/Infective_Endocarditis.htm]

【参考文献】

- 1) 上田剛士:ジェネラリストのための内科診断リファレンス. 酒見英太, 監. 医学書院, 2014.
- 2) 平島 修, 他, 編:身体診察 免許皆伝. 医学書院, 2017.
- 3) 山崎直仁:循環器Physical Examination. 医学書院, 2017.
- 4) Todd AJ, et al:QJM. 2006;99(1):23-31.

第六章 腹部の診察

(1) 病歴に重点を置いた虫垂炎の診察

小森大輝 (順天堂大学医学部総合診療科)

高橋宏瑞 (順天堂大学医学部総合診療科)

この症例は以下に該当

- ①知っていれば見ただけですぐにわかるもの
- ②知っていても稀でなかなか出会えないもの
- ③知識だけではだめで、習得に日々の練習が必要なもの
- ④習得が難しい

このコンテンツを読んで ワカルこと・デキルこと

- ▶ 腹部診察は触診・打診・聴診のみだけではないことがワカル
- ▶ 病歴聴取・超音波検査の必要性や有用性について再認識デキル
- ▶ 虫垂炎の典型的な経過や、診断のポイントがワカル
- ▶ 腹膜刺激徴候の原理と適切な所見の取り方がワカル

症例：45歳女性

- ▶ 主訴：来院当日の昼から徐々に心窩部痛を自覚したが、様子を見ていた。夕方頃に悪心を自覚、夕食を数口食べた後、食物残渣を嘔吐した。嘔吐はそれ以降ないものの、今もなお腹痛と嘔気が持続するために、当直帯に救急外来を受診した。来院前日の夜に友人と焼肉に出かけたという
- ▶ 既往歴：特記事項なし
- ▶ 内服歴：特記事項なし

身体所見

- ▶ 身長165cm、体重62kg
- ▶ バイタルサイン：体温37.0℃、血圧136/82mmHg、脈拍数88回/分整、呼吸数16回/分、SpO₂ 98% (room air)
- ▶ 意識レベル：意識清明
- ▶ 頭頸部：眼瞼結膜に貧血、眼球結膜に黄染なし、副鼻腔に叩打痛なし、口腔内乾燥なし、咽頭に発赤腫脹なし、リンパ節は触知せず
- ▶ 胸部：視診 胸郭変形なし、打診 異常なし、聴診 呼吸音正常、心音 リズム整、S3(－)、S4(－)、心雑音聴取せず、心膜摩擦音聴取せず
- ▶ 腹部：平坦・軟、腸蠕動音正常、**下腹部から右下腹部に圧痛あり**、反

跳痛なし、**psoas sign陰性、obturator sign陰性、cough sign陰性**、
筋性防御なし

▶四肢：ばち指なし、下腿浮腫なし

▶皮膚：黄疸（－）、チアノーゼ（－）、手術後（－）

▶神経学的所見：脳神経正常、運動正常、感覚正常、腱反射正常、病的反射なし

検査所見

項目	基準値	結果	項目	基準値	結果
WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	3.3～8.8	8.8	AST (U/L)	10～40	15
RBC ($\times 10^6/\mu\text{L}$)	3.75～4.92	4.40	ALT (U/L)	5～45	22
Hb (g/dL)	11.4～14.7	12.0	BUN (mg/dL)	8～23	18
Ht (%)	34.5～44.3	38.2	Cre (mg/dL)	0.6～1.1	0.8
MCV (fL)	80～98	88	Na (mEq/L)	135～147	141
MCH (pg)	27.7～33.2	31.2	K (mEq/L)	3.3～4.8	3.9
MCHC (g/dL)	31.6～35.2	34.7	Cl (mEq/L)	98～108	102
Plt ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	162～329	227	CRP (mg/dL)	<0.03	2.43

この時点での鑑別診断(表1)

表1 腹痛＋嘔吐の鑑別診断

胃腸炎	十二指腸潰瘍
便秘症	腸閉塞
虫垂炎	中毒
憩室炎	糖尿病ケトアシドーシス
急性胆嚢炎	急性心筋梗塞
尿管結石	卵巣捻転

研修医の初期アセスメント

研修医：「右下腹部に圧痛がありますが本人もはっきりせず、反跳痛はなく、血液検査も正常のため、虫垂炎のリスクを説明して帰宅でよいと思います」

指導医：「いろいろな徴候 (sign) がないかを細かく調べているね。それぞれの特徴を確認しておこう。ただ果たして、**本当に帰宅でいいのかな??**」

ピックアップ身体所見①：psoas sign (図1)



図1 psoas sign

- ▶ 患者を左側臥位にする
- ▶ 右下腿を伸展位にして、股関節を過伸展させる

- ▶疼痛が誘発されれば陽性
- ▶腸腰筋に接する膿瘍や炎症性変化を検知する
- ▶腸腰筋膿瘍、腎細胞癌でも陽性になる
- ▶検査特性は表2の通り

表2 検査特性

感度(%)	特異度(%)	陽性尤度比(95%CI)	陰性尤度比(95%CI)
16 ←感度が低い!	95	2.4 (1.2~4.7)	0.90 (0.83~0.98)

(文献1を基に作成)

ピックアップ身体所見②: obturator sign



図2 obturator sign

- ▶患者を仰臥位にする
- ▶右股関節と右膝関節を90°に固定して股関節を内旋させる
- ▶内閉鎖筋に接する炎症反応や膿瘍を検知

▶検査特性は表3の通り

表3 検査特性

感度(%)	特異度(%)	陽性尤度比(95%CI)	陰性尤度比(95%CI)
28←感度が低い!	87	2.2(1.4~3.4)	0.82(0.73~0.93)

小児を対象にした感度・特異度

(文献2を基に作成)

ピックアップ身体所見③: cough sign

- ▶咳をさせたときに、右下腹部に疼痛が誘発される
- ▶右下腹部の限局性腹膜炎を示唆する
- ▶Heal drop sign(踵を上げて急に力を抜いて床に踵を落とす)と同じ原理
- ▶検査特性は表4の通り

表4 検査特性

感度(%)	特異度(%)	陽性尤度比(95%CI)	陰性尤度比(95%CI)
78←スクリーニングには不十分	62	2.0(1.7~2.4)	0.36(0.26~0.50)

小児を対象にした感度・特異度

(文献3を基に作成)

腹膜刺激の取り方

- ▶腹痛のある患者は、不安や痛みへの恐怖から体をこわばらせてしまう。
また、冷たい手で触れると反射的に筋肉を収縮させてしまい、これを腹膜刺激兆候として取ってしまう可能性もある
- ▶そのため腹膜刺激を取るときは、偽陽性・偽陰性を除くために、細心の注意を払う必要がある

この研修医はどのように診察したか？

研修医:「今からお腹を押したときと、離したときと、どちらが痛いか教えて下さい。押したときと…」(1秒で深く押して、1秒静止)

患者：「いててて！！」

研修医：「離れたとき…」(一瞬で離す)

患者：「いてて！」

研修医：「どっちが痛いですか？」

患者：「…押したときかな」

身体所見の一工夫：腹膜刺激徴候の取り方

- ▶ 腹膜刺激徴候の本質は、炎症が波及した腹膜が刺激されることで生じる痛み
- ▶ 腹膜(図3)は皮下脂肪と筋肉の下にある

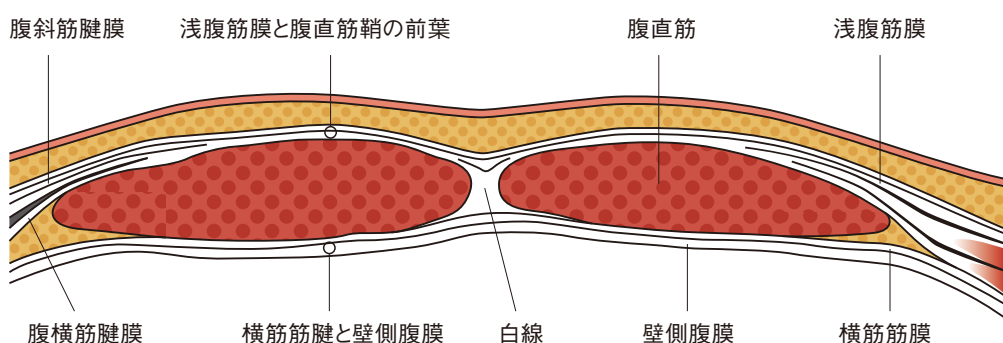


図3 腹膜

皮下脂肪と筋肉への痛みを誘発せず腹膜を意識して刺激を与えることが大切

個人的に意識している腹膜刺激の診察(図4)

- ▶ 指の腹、第2～4指でゆっくり腹壁を押して、皮下脂肪とその下にある筋肉を押しながら、その下にある腹膜を指の腹全体でそっと押さえるイメージを浮かべる
- ▶ 他の問診をして本人の意識をそらす

- ▶ 20～30秒そのまま、痛みを忘れたと思われた頃にパッと離す、もしくはその状態で打診する



図4 反跳痛の身体所見

離れた瞬間や打診の瞬間に明らかに痛みが強くなったり、顔をしかめたりしたら、腹膜刺激徴候陽性

反跳痛と打診

- ▶ 腹部診察で有名なCopes³⁾は、「反跳痛は、患者に予期せぬ不要な痛みを引き起こすだけで、注意深く優しく圧迫する以上に何かが得られるわけではないから**推奨できない**。実際、腹部の優しい打診のほうが、反跳痛の局在部位をより正確かつ簡単に診断できる」と論じている
- ▶ 打診のほうが腹膜に適切に最小限の刺激を与えることができるので、個人的には打診で腹膜刺激が明らかな場合には、反跳痛の評価を省略して

いる

虫垂炎での各所見の検査特性

▶ 虫垂炎における身体所見のメタアナリシスの結果は表5の通り⁴⁾

表5 虫垂炎での各所見の検査特性

診察所見	対象数	虫垂炎	陽性尤度比 (95% CI)	陰性尤度比 (95% CI)
直接の圧痛	1928	739	1.29 (1.06~1.57)	0.25 (0.12~0.53)
間接的な圧痛	988	397	2.47 (1.38~1.57)	0.71 (0.65~0.77)
局所 vs. 全体の疼痛	1982	723	1.52 (1.21~1.92)	0.67 (0.61~0.75)
腸腰筋徴候	261	109	1.03 (0.82~1.27)	0.85 (0.76~0.95)
直腸診での圧痛	1951	763	2.31 (1.36~3.91)	0.96 (0.85~1.08)
反跳痛	3439	1287	1.99 (1.61~2.45)	0.39 (0.32~0.48)
打診での圧痛	211	99	2.86 (1.95~4.21)	0.49 (0.37~0.63)
板状硬	2004	906	2.48 (1.60~3.84)	0.57 (0.48~0.68)
板状硬か筋性防御	479	192	2.36 (1.76~3.15)	0.70 (0.61~0.80)
筋性防御	2310	841	2.96 (2.43~3.59)	0.86 (0.72~1.02)

(文献4を基に作成)

フィジカルここぞの一工夫、極意

- ▶ 身体所見で虫垂炎に特異的な所見はない
- ▶ つまり、これらのsignがあるからと言って虫垂炎をrule inできるわけでもなく、これらの所見がないからと言って、虫垂炎をrule outできるわけでもない
- ▶ **そこで役に立つのが、病歴聴取です！**

当たり前だと思われる病歴聴取。虫垂炎の特徴を説明できますか？

虫垂炎の診断のポイント

- ▶ズバリ、腹痛が出現する直前の病歴が大切
- ▶症状の発生順序は、**内臓痛→食思不振・嘔気→局在痛→発熱→白血球増多**で起こる
- ▶なお胃腸炎は「嘔気→腹痛→下痢」が一般的な順序

腹痛が出現する直前の病歴

- ▶最初の症状の多くが心痛窩部や臍部痛だが、「腹部全体」「最初から下腹部」の患者もいる
- ▶本質的に、それは内臓痛である。つまり局在がはっきりしない不快感が虫垂炎の最初の症状である
- ▶糞石、捻れ、粘膜の腫脹によって虫垂内腔がかなりの部分閉塞し、細菌増殖によって内腔が膨張した結果の痛みである。通常、右下腹部へ限局するのは、**数時間から1日かかる**

初めから右下腹部痛ではない

嘔気

- ▶嘔吐まで至らなくとも、食欲不振や悪心、食べたくない感じを自覚することがある
- ▶炎症を起こした虫垂がどの程度拡張しているかで、悪心や嘔吐の程度が左右されうる
- ▶つまり、病態生理学的にも痛みが起きてから嘔気が起きる

虫垂炎で、疼痛の前に嘔吐することはきわめて稀！！
(表6)

表6 所見の特徴

嘔吐に先行する痛み	感度 (%)	特異度 (%)	陽性尤度比 (95% CI)	陰性尤度比 (95% CI)
	100	64	2.8 (1.9~3.9)	0

(文献1を基に作成)

発熱

- ▶ 虫垂炎穿孔前に体温が極端に上昇することはめったにないと成書に記載されている³⁾⁵⁾
- ▶ 虫垂炎の発症から24~36時間以内に穿孔することはきわめて稀で、多くは48時間以降である

CopesでもUpToDateでも同様の記載があるが、エビデンスは乏しいので、上記は頭の片隅に置いておこう

経過

- ▶ その後の診察で、**典型的な病歴**から指導医は虫垂炎が疑わしいと思った
- ▶ 指導医が改めて診察すると、McBurney圧痛点で打診にて腹膜刺激が陽性だった
- ▶ CTを撮像すると糞石を伴う急性虫垂炎が見つかり、穿孔には至っていなかった
- ▶ 外科医にコンサルトし、本人の希望も併せて、手術目的で入院となった

クリニカル・パールズ (Take Home Message)

- ▶ 病歴はすべての基本、身体診察と同じくらいに重視する
- ▶ 腹痛患者を診たら、病歴から虫垂炎の可能性を評価する
- ▶ 腹膜刺激は腹膜を意識した診察を心がけるべし

【文献】

- 1) Wagner JM, et al:JAMA. 1996;276(19):1589–94.
- 2) Bundy DG, et al:JAMA. 2007;298(4):438–51.
- 3) W Silen:Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen. 22nd ed. OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2010.
- 4) Andersson RE:Br J Surg. 2004;91(1):28–37.
- 5) Martin MD, et al:Acute appendicitis in adults:Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate. 2018.