

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

腹部のフィジカルアセスメントテクニック：
急性の腹部症状を訴える患者のフィジカルアセスメントの実際

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2016-02-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高橋, 清美 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/492

腹部の フィジカルアセスメント テクニック

第5回 急性の腹部症状を訴える患者の フィジカルアセスメントの実際

福岡県立大学 看護学部 助手 高橋 清美
助教授 永嶋由理子

はじめに

今回は、急性腹症に焦点を当てたケースを紹介する。

急性腹症とは、突発的に生じる腹痛を主訴とし、緊急手術を要するか否かの速やかな判断を必要とする疾患概念で、原因が判明すればそれが病名となる¹⁾。緊急手術の適応を判断する間に、患者の状態が急変する可能性もあることから、時間的制約のあるなかで病態の本質を的確に把握し、より侵襲の少ない適切な治療法を選択することが重要である。このような状況においては、急性状態にある患者の経時的変化（特に意識レベル、腹痛の程度、発熱や悪寒などの随伴症状）を、適切にフィジカルアセスメントでできる能力が看護師には求められることになる。

本稿では、急性の腹部症状を訴える患者に遭遇した事例を基に、フィジカルアセスメントの実際を展開していくことにする。

1. 疾患の知識

よりの確なフィジカルアセスメントを展開するには、本連載で再三述べたように、まずはその疾患の基礎的知識を理解していることが第一条件である。

1) 分類

急性の腹部症状を訴える患者では、生命にかかわるような重篤な症状を呈する場合がある。その状態が急を要するような病態であるのか、あるいは軽症の病態であるのかを見極めることが極めて重要となる。したがって、急性腹症の分類をしっかりと把握することが、的確な判断につながる。急性腹症の発生頻度と治療法の観点からの分類と腹痛の部位から予測される疾患を、表1に示す。

2) 病因

急性腹症は、腹痛を主症状とする疾患の総称である。病因は原因疾患により異なっているため、腹痛の原因による分類を表2に示す。

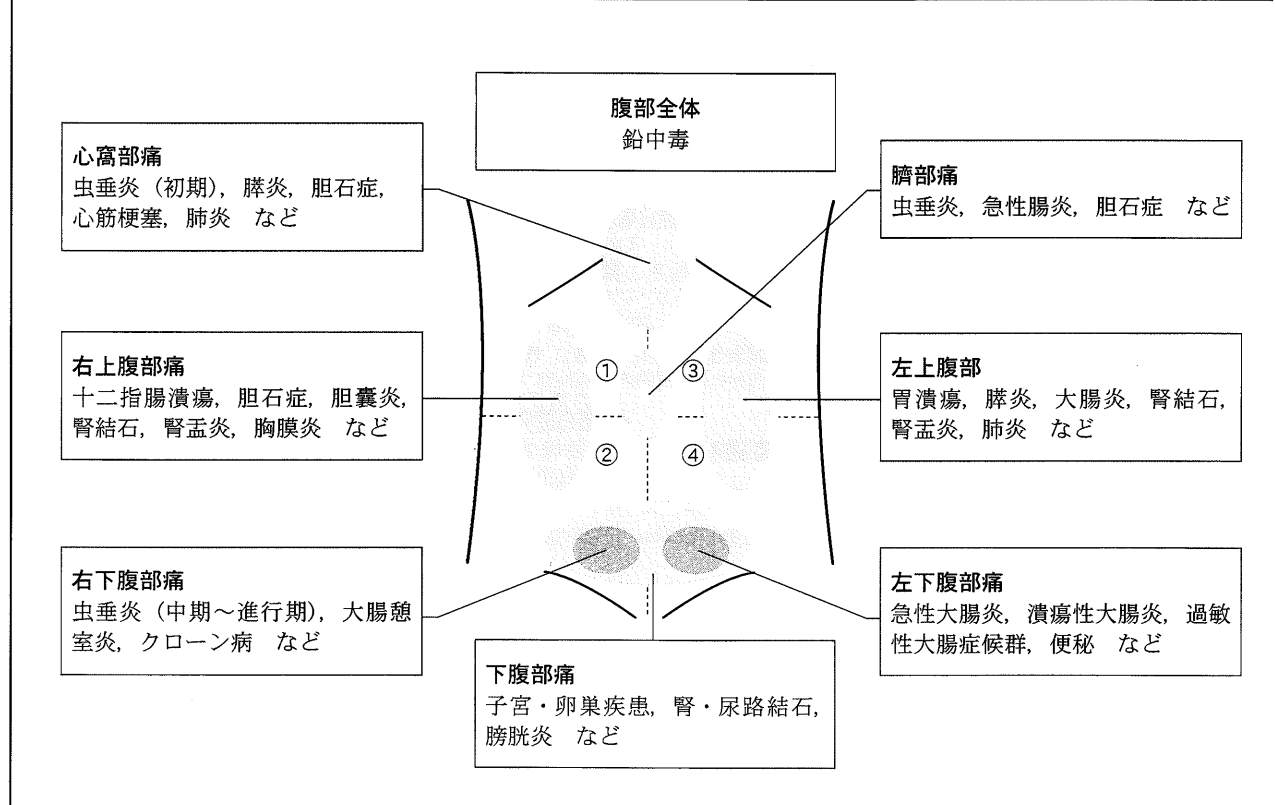
3) 腹痛の発生機序

一般的に腹痛は、内臓痛、体性痛、関連痛の3種類に分類される（表3）。

急性腹症の患者は、腹痛を伴う自覚症状を訴えることが多い。その痛みの程度や部位、種類によっては、フィジカルイグザミネーションを行っていても間に合わず、早急な外科的処置が必要な場合もある。そのため、腹痛を訴える患者の状態の見極めは

表1 急性腹症の発生頻度と治療法の観点からの分類と腹痛の部位から予測される疾患

	緊急手術	保存的治療あるいは保存的治療優先	鑑別すべき腹部以外の疾患
頻度の高い疾患	1. 穿孔性腹膜炎：胃・十二指腸穿孔，虫垂穿孔 2. 重篤な炎症性疾患：急性虫垂炎，急性胆嚢・胆管炎 3. イレウス：絞扼性イレウス，腸重積症 4. 子宮外妊娠破裂	1. 軽症，中等症の炎症性疾患：急性虫垂炎，急性胆嚢・胆管炎，急性膵炎，急性胃腸炎 2. イレウス：単純性イレウス，麻痺性イレウス 3. 結石：胆石症，尿路結石 4. 消化管出血	1. 心筋梗塞 2. 胸膜炎，肺炎 3. 心身症
時々みられる疾患	1. 穿孔性腹膜炎：大腸穿孔 2. 重篤な炎症性疾患：急性膵炎 3. 大動脈瘤破裂 4. 卵巣嚢腫茎捻転	1. 炎症性疾患：急性憩室炎，虚血性腸炎，急性骨髄腔内炎症性疾患，急性腎盂炎 2. 肝臓破裂	1. 帯状疱疹 2. Schonlein-Henoch 紫斑病 3. 急性心膜炎
まれな疾患	1. 穿孔性腹膜炎：胆嚢穿孔，食道穿孔 2. 重篤な炎症性疾患：中毒性巨大結腸症 3. 軸捻転：S状結腸，胃 4. 急性腸間膜血管閉塞症	1. 炎症性疾患：腸間膜リンパ節炎，血管炎	1. 急性ポルフィリン症 2. 急性鉛中毒 3. 急性副腎不全 4. 脊髄痙性クリーゼ



杉本恒明他編：内科学第8版，P.326，朝倉書店，2003.より引用，一部改編

表2 腹痛の原因による分類

腹痛の原因	概要	疾患名	観察のポイント												
1. 臓器の炎症によるもの	腹部臓器の炎症により腹痛が出現する。炎症が進行すれば、腹膜炎を合併することも多くなる。	急性虫垂炎、急性膵炎、急性憩室炎、急性胆嚢炎、限局性腸炎、骨盤性腹膜炎など	疼痛の特徴：内臓痛であることが多い。 <table><tr><td>痛みの程度</td><td>疝痛（差し込むような痛み）</td></tr><tr><td>痛みの持続性</td><td>疼痛は周期的</td></tr><tr><td>圧痛点</td><td>不明瞭</td></tr><tr><td>自律神経反射症状</td><td>伴うことが多い（特に痛みの初期）</td></tr><tr><td>体位変換や歩行により</td><td>軽減しやすい</td></tr><tr><td>患者の体位</td><td>輻転反側</td></tr></table> ・疼痛部位から原因臓器の推測が可能なことが多い。	痛みの程度	疝痛（差し込むような痛み）	痛みの持続性	疼痛は周期的	圧痛点	不明瞭	自律神経反射症状	伴うことが多い（特に痛みの初期）	体位変換や歩行により	軽減しやすい	患者の体位	輻転反側
痛みの程度	疝痛（差し込むような痛み）														
痛みの持続性	疼痛は周期的														
圧痛点	不明瞭														
自律神経反射症状	伴うことが多い（特に痛みの初期）														
体位変換や歩行により	軽減しやすい														
患者の体位	輻転反側														
2. 阻血性の病変によるもの	臓器の血行障害によって激痛が起こる。放置すれば壊死・破綻を起こし、腹膜炎に至ることがある。緊急手術の適応となることが多い。	腸間膜動静脈血栓・閉塞、絞扼性イレウス、S状結腸軸捻転、腸重積症、卵巣嚢腫茎捻転など													
3. 消化管の閉塞によるもの	癒着によるイレウスは保存的治療により軽快することが多い。	癒着、悪性腫瘍などによる通過障害のための単純なイレウスなど													
4. 結石症によるもの	疼痛は痙攣性なのが特徴である。保存的治療が可能であり、手術が必要であっても緊急性が低い場合が多い。	胆嚢結石、総胆管結石、尿路結石など													
5. 腹膜の炎症・刺激によるもの	多くは臓器の破綻・穿孔によって起こる。緊急手術の必要な症例がほとんどである。	胃・十二指腸穿孔、急性虫垂炎、急性胆嚢炎など、炎症の進展の結果の破綻 腸間膜動静脈血栓・塞栓、絞扼性イレウス、S状結腸軸捻転、腸重積、ヘルニア嵌頓など、阻血性変化の進展による壊死 イレウスによる腸管の破綻、子宮外妊娠 外傷、腫瘍破綻などによる腹腔内・後腹膜の出血など	疼痛の特徴：体性痛であることが多い。 <table><tr><td>痛みの程度</td><td>内臓痛に比べると痛覚は敏感で強い</td></tr><tr><td>痛みの持続性</td><td>限局性で突き刺すような持続痛</td></tr><tr><td>圧痛点</td><td>明瞭</td></tr><tr><td>自律神経反射症状</td><td>伴わないことが多い</td></tr><tr><td>体位変換や歩行により</td><td>増悪しやすい</td></tr><tr><td>患者の体位</td><td>静臥</td></tr></table> ・壁側腹膜・腸間膜、横隔膜の化学的刺激（消化管穿孔による消化液の漏出）や物理的刺激（牽引・圧迫・捻転）により発生する。 ・ショック状態の有無 ・腹壁緊張や腹壁防御反応、ブルンベルグ徴候（P.96表6参照）の有無	痛みの程度	内臓痛に比べると痛覚は敏感で強い	痛みの持続性	限局性で突き刺すような持続痛	圧痛点	明瞭	自律神経反射症状	伴わないことが多い	体位変換や歩行により	増悪しやすい	患者の体位	静臥
痛みの程度	内臓痛に比べると痛覚は敏感で強い														
痛みの持続性	限局性で突き刺すような持続痛														
圧痛点	明瞭														
自律神経反射症状	伴わないことが多い														
体位変換や歩行により	増悪しやすい														
患者の体位	静臥														

小西敏郎，林茂樹：最新看護学〈疾患編4〉消化器疾患〈1〉，消化管，P.161～164，真興交易医書出版部，1991.を参考に作成

表3 腹痛の発生機序別分類表

	内臓痛	体性痛	関連痛
発生原因	平滑筋や臓側腹膜の伸展、拡張、攣縮、牽引など	壁側腹膜や腸間膜、横隔膜への物理的あるいは化学的刺激	内臓痛を生じた部位と同一レベルの、脊髄後根における体性知覚神経への刺激
発生時期	多くは病初期	多くは病気進行後	内臓痛の増悪期
疼痛性状	周期的、間欠的で差し込むような刺痛。または、うずくような鈍痛	持続性の刺すような痛み。また腹膜刺激症状を伴うこともある	内臓痛に伴う体表や筋肉に生じる限局性の鋭痛
疼痛部位	非限局性で、腹部正中に対称性に生じる（臓器が両側性の神経支配のため）	限局性で疼痛部位が明瞭、非対称性である	体性組織（皮膚・筋肉）刺激と内臓からの刺激による体性知覚神経支配領域の皮膚節
自律神経症状	伴うことが多い（嘔気・嘔吐、冷感、顔面蒼白）	伴わない	
体動の影響	あまりない	増悪する	
疼痛管理	鎮痙薬が有効	鎮痛薬が有効	鎮痙薬、鎮痛薬の両方を使用する

千葉勉編：看護のための最新医学講座第4巻 消化器疾患，P.82，中山書店，2001より引用，一部改編

特に重要なポイントである。杉本ら¹⁾は、緊急手術をするかどうかの目安を、次のような場合であるとされている。

- ① 体性痛のため痛みをじっとこらえるしぐさがある場合
- ② 腹壁緊張や腹壁防御反応（P.96表6参照）、ブルンベルグ徴候（P.96表6参照）がある場合
- ③ ショック状態
- ④ 腹腔内試験穿刺で血液や混濁した滲出液を吸引した場合

2. 観察のポイント

急性腹症は、ショック状態（P.92表7参照）に至るような重篤な疾患が原因のことも少なくない。そのため、腹部のフィジカルイグザミネーションと共に、全身の状態（体温・脈拍・呼吸〈SpO₂〉・血圧、意識レベルの変動、四肢の冷感、冷汗、こわばり）の経時的な変化も把握しておかなければならない。

急性腹症の場合、腹部のフィジカルイグザミネーションは、腹壁と腸管への刺激が少ない、問診→視診→聴診→触診→打診の順で行うのが原則である。ただし、腹痛が激しい患者の場合は、型どおりの問診は行わない。また、女性の場合、妊娠の可能性を疑うことが必須である。

次に、基本的なフィジカルイグザミネーションの項目を示す。患者の状態によっては応用して実施する場合もある。

1) 問診

- ① 痛みの発生時間・部位・種類・強さ、発症の仕方（誘因：運動、食事、アルコール、刺激物、薬物）、持続的か間欠的か、放散痛の有無や部位
- ② 推測できる原因、関連症状（便秘、下痢、腹部膨満、嘔気・嘔吐、月経困難、呼吸困難、動悸）
- ③ 既往疾患（消化器系、循環器系、女性生殖器系）
- ④ 精神的ストレス

2) 視診

- ① 姿勢, 顔貌 (冷汗・苦悶様), 顔色 (蒼白・紅潮)
- ② 腹部外形 (全体・限局性の膨隆の有無)
- ③ 腹壁皮膚の変化
- ④ 腹壁の静脈拡張
- ⑤ 呼吸運動の異常

3) 聴診

上腹部を4区分 (P.95図1参照) もしくは9区分し, もれなく聴診する。

- ① 腸管蠕動音
- ② 腹部血管雑音

4) 触診

表在性触診と深達性触診により実施する (P.97図2参照)。

- ① 柔らかさや緊張
- ② 腹壁防御反応の有無
- ③ ブルンベルグ徴候
- ④ 腹水の有無

表在性触診・深達性触診

表在性触診 (浅部触診) は, 腹膜炎の兆候 (腹壁緊張や腹壁防御反応) を観察するために実施する。利き手のみをそろえ, 1 cm程度を目安に, 指の腹から付け根までの全体で腹壁をごく軽く触診する。とにかく優しく, また, 痛みを訴えている部位は最後に行う。看護師の手が冷たいと, 患者の腹壁が緊張してしまうので注意しなければならない。

深達性触診 (深部触診) は, 腹部の深部にあるものを触診するために実施する。触診の際は両手を使い, 5 ~ 6 cmを目安に, 指の腹で垂直に腹部を押しながら触診を進める。患者の枕

は除去し, 膝は屈曲位で行うのが一般的である。

表在性触診では, 患者が痛みを訴えた時点で手を離し, 余分な疼痛を与えないようにする。

5) 打診

- ① 圧痛の有無
- ② ガス性膨満

3. 急性腹症の患者の アセスメント

1) 事例紹介

患者: Y氏, 70歳, 男性, 妻と2人暮らし

主訴: 右下腹部痛

既往歴: 慢性虫垂炎, 難聴

現病歴: 2003 (平成15) 年1月ごろより時折下腹部痛があったため, 近医を受診したところ虫垂炎と診断されたが, 投薬でコントロールできていた。2004 (平成16) 年5月1日に心窩部痛があったが, 自己判断で市販の胃腸薬で様子をみた。しかし, 夜間帯に徐々に悪心, 下腹部痛が出現したため, 翌日急患センターを受診し, 入院の運びとなる。

外来受診時 (5月2日9時) の所見: バイタルサインは, 体温37.6℃, 血圧120/88mmHg, 脈拍82回/分 (整) であった。血液検査の結果は, Hgb10.9 g/dl, WBC $7.9 \times 10^3 / \mu\text{l}$, CRP1.5mg/dl であった。腹部単純X線撮影では, 小腸ガス像を認めた。

入院時の状況: Y氏は, 車いすに座った状態での入院であった。ベッドには自分ですたすと移動できる。近くにいる看護師に「下腹が痛い, 入院するほどではない」と語っている。Y氏には妻が付き添っており, Y氏に「お父さん, 口が渇くならお茶でも飲みなさい」と言って, 飲水を勧めている。

2) 看護展開

【看護問題】

- # 1. 腹部の激痛から予測される重篤な疾患の合併症により、ショック状態に陥る可能性がある。
- # 2. 重篤な疾患による身体的・精神的苦痛がある。

【看護目標】

- # 1. 臓器の穿孔や炎症、感染症、血行障害などによる合併症から、ショック状態に陥らない。

Y氏は慢性虫垂炎があるが、抗生物質により、保存的に経過していた。しかし、心窩部痛が出現し、下腹部痛に移行していることから、急性虫垂炎の可能性が極めて高い。このような患者が緊急入院した場合、急性虫垂炎か否かを鑑別して手術することが優先される。急性虫垂炎の診断を表4に、急性虫垂炎と類似した症状を来す腹部の疾患を表5に示す。

腹部の炎症所見やバイタルサインの変化は、経時的に観察することが極めて重要で、看護師のフィジカルアセスメントの能力が問われる場面である。

- # 2. 身体的・精神的苦痛の緩和が得られる。

急性虫垂炎は、虫垂閉塞に伴って起こる虫垂の急性化膿性疾患である²⁾。炎症所見が疑われる場合、腹痛の緩和目的で温罨法を実施することは、炎症症状が増強される可能性があるため禁忌である。苦痛の緩和を図るため、安楽な体位（シムス位やセミファーラー位）などを実施する。

嘔気は、急性虫垂炎の典型的な症状である。患者は前日からの腹部症状のため、食事や水分補給がままならず、脱水症状を起こしている可能性があり、輸液の実施が必要となる。また、腸管を安静にするために、口渇感があっても絶飲絶食とする必要性を、患者・家族に教育する必要がある。

緊急入院した場合、患者・家族は、神経質になったり不安感が増強したりしている。患者・家族の訴えに耳を傾け、検査や診察、処置の前には必ず声を

かける必要があることは言うまでもない。医師からの説明を患者・家族が十分に理解しているか否かを確認し、補足や説明を実施することは、患者・家族の身体的・精神的な苦痛の緩和に有効である。

次に、フィジカルアセスメントの実際を表6に示した。参考にしていただければ幸いである。

おわりに

本連載では、5回にわたって腹部のフィジカルアセスメントテクニックをお伝えしてきた。次号は、臨床看護師から多く聞かれる疑問に対して、Q&A方式で答える。読者の優れたフィジカルアセスメントが、多くの患者のQOLを保持・増進することを願ってやまない。

引用・参考文献

- 1) 杉本恒明他編：内科学第8版, P.326～328, 朝倉書店, 2003.
- 2) 福山祐三, 高杉佑一：よくわかる内科, P.108, 金原出版, 1990.
- 3) 杉本恒明, 小俣政男他編：内科学第7版, P.326～329, 朝倉書店, 1999.
- 4) 小西敏郎, 林茂樹：最新看護学〈疾患編4〉消化器疾患〈1〉, 消化管, P.161～164, 真興交易医書出版部, 1991.
- 5) 千葉勉編：看護のための最新医学講座第4巻 消化器疾患, P.82, 中山書店, 2001.
- 6) ウィリアム・サイレン著, 小関一英監訳：急性腹症の早期診断—病歴と身体所見による診断技能をみがく, P.51～64, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2004.
- 7) 前掲1), P.1023.
- 8) 前掲4), P.161～177.
- 9) 山田美香他：腹痛時の看護—穿孔・破裂, 総合消化器ケア, Vol.8, No.5, P.68～72, 2003.
- 10) 藤本千晶他：急変！こんな時どうする？Q&A, 総合消化器ケア, Vol.8, No.6, P.32～36, 2003.
- 11) 高橋章子：救急看護—急性期病態にある患者のケア, P.187～198, 医歯薬出版, 2001.
- 12) 藤原泰子：クイックガイド第1巻 急性期看護, P.64～69, 学習研究社, 1997.
- 13) 高橋章子他：急性期の患者のフィジカルアセスメント, P.17～37, 南江堂, 2000.
- 14) 高久史麿：診察診断学, P.136～156, 医学書院, 1998.
- 15) 奈良信雄：写真とイラストでみる身体所見のとり方—日常診療の基本から症候別・各科別診察まで, P.62～67, 羊土社, 2001.

腹部の フィジカルアセスメント テクニック

表4 急性虫垂炎の診断

	症状	所見
1) 疼痛が出現する直前の病歴	胃炎様の消化不良症状	・疼痛発作が出現する1日～数時間前に出現
	鼓腸症状	・疼痛発作が出現する1日～数時間前に出現
2) 症状の発生順序 ①→②→③→④の順に進行する。順序が違えば、虫垂炎以外の疾患を疑うべきである	①疼痛	・初期は心窩部・臍部にあり、数時間後に右腸骨窩に局限していく ・初期の疼痛を腹部全体に感じる時は、穿孔症例の可能性あり ・初期の疼痛は内臓痛であり、局在がはっきりしない
	②食欲不振、嘔気・嘔吐	・嘔吐は、小児や消化管が障害されやすい患者に出現する ・嘔吐は最初の疼痛発作から2～3時間後に出現する ・発病時に嘔吐がひどい場合、虫垂の拡張の程度が激しく、早期に穿孔する可能性がある ・多くの患者は、嘔吐より嘔気を呈する ・空腹感を感じる患者の場合、急性虫垂炎の可能性は低い
	③圧痛（腹部・骨盤のあらゆる部位）	・発病早期の深部圧痛は、マックバーネー圧痛点に認められる ・軽い打診による圧痛点（壁側腹膜の刺激を示唆）が存在する ・虫垂炎の兆候や症状がみられても、圧痛が確認されない場合は急性虫垂炎の診断はつかない
	④発熱（平均で1.0～1.7℃程度の上昇。ただし、穿孔すれば39℃以上の発熱もある）	・発症から24時間以内に出現する。虫垂の破裂前に体温が極端に上昇することはないため、虫垂炎疑いの場合、2～4時間ごとの検温が重要である ・急性の腹痛発作のごく初期から39℃以上の発熱や悪寒がある場合は、急性虫垂炎の可能性は低い ・穿孔した場合は39℃以上の発熱もあるが、虫垂穿孔は急性虫垂炎の発症から24～36時間以内に起こることは非常にまれである
	⑤白血球数増（ $10.0 \times 10^3/\mu\text{l}$ 以上）	・①～③の症状が進行した結果、限局性の腹膜炎が始まったことを示唆する
3) 腹膜への炎症の波及 症状の進行を示唆する	腹膜刺激症状 →穿孔すれば腹痛の増強、39℃前後の発熱→汎発性腹膜炎	・ブルンベルグ徴候：全腹壁腹膜への炎症波及を示唆する
		・腹壁防御反応：全腹壁腹膜への炎症波及を示唆する
		・腸腰筋症状：後腹膜への炎症波及を示唆する（P.97図5参照）
4) 画像診断法	腹部単純X線撮影	・右下腹部の腸管ガス像、糞石像
	超音波検査・腹部CT	・虫垂の腫脹の程度、膿瘍形成の有無
	注腸造影法	・大腸憩室症や腫瘍との鑑別
	腹腔鏡検査	・虫垂そのものの観察が可能

ウィリアム・サイレン著、小関一英監訳：急性腹症の早期診断―病歴と身体所見による診断技能をみがく、P.51～64、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2004.を参考に作成

表5 急性虫垂炎と類似した症状を来す腹部の疾患

部位	疾患
回盲部疾患	腸間膜リンパ節炎（右下腹部の圧痛部位がマックバーネー圧痛点より上方） メッケル憩室炎（圧痛部位が、マックバーネー圧痛点よりわずかに内側） 移動盲腸、回腸末端炎（クローン病）、結腸憩室炎など
回盲部腫瘍	腸重積症、回盲部癌、回盲部結核など
女性生殖器疾患	子宮外妊娠、機能性卵巣出血、子宮付属器炎、卵巣腫瘍捻転、子宮内膜症など
泌尿器疾患	尿管結石（右尿管結石発作の場合は右下腹部痛と腰痛を伴う） 腎盂腎炎（初期に悪寒、39.4℃以上の発熱、頻尿、膿性尿や細菌性尿がある） 睪丸捻転、副睪丸炎など
その他	急性胃腸炎、十二指腸潰瘍、急性胆嚢炎、胆石症など

杉本恒明他：内科学第8版、P.1023、朝倉書店、1977.より引用、一部改編

表6 Y氏のフィジカルアセスメントの実際

	情報収集に必要な観察項目とその根拠	具体的な観察方法と内容と注意事項								
問診	【観察項目】 ①意識状態 ②年齢・性別・家族構成・身長・体重 ③バイタルサイン・SpO₂・悪寒 ④痛みの発生時間・部位・種類・強さ、発症の仕方（誘因：運動、食事、アルコール、刺激物、薬物）、持続的か間欠的か、放散痛の有無や部位 ⑤推測できる原因、関連症状（便秘、下痢、腹部膨満、嘔気・嘔吐、月経困難、呼吸困難、動悸） ⑥既往疾患（消化器系、循環器系、女性生殖器等） ⑦検査結果（超音波検査、腹部CT） ⑧身体症状に対するセルフケア能力 【根拠】 患者の主訴は右下腹部痛で、緊急入院に至っている。診断名がはっきりしていない急性腹症の患者の場合、時間的制約のあるなかで、発病初期から現在に至るまでの経時的な変化を正確に把握することは、的確な看護を提供する上で重要である。 表7 ショック状態の評価 <table><tr><td>1. 収縮期血圧80mmHg以下</td></tr><tr><td>2. 脈拍数120回/分以上、60回/分以下</td></tr><tr><td>3. 顔面蒼白</td></tr><tr><td>4. 冷汗</td></tr><tr><td>5. 四肢冷感</td></tr><tr><td>6. 皮膚の湿潤</td></tr><tr><td>7. 意識レベルの低下</td></tr><tr><td>8. 虚脱感</td></tr></table>	1. 収縮期血圧80mmHg以下	2. 脈拍数120回/分以上、60回/分以下	3. 顔面蒼白	4. 冷汗	5. 四肢冷感	6. 皮膚の湿潤	7. 意識レベルの低下	8. 虚脱感	・意識状態：グラスゴーコーマスケールでは15点 ・身長・体重：160cm, 70kg ・発病の仕方・種類・強さ・持続的か間欠的か：4月30日ごろから、胃がもたれたような感じや、下腹部が張ったような感じがあった。5月1日15時ごろ、午睡中に心窩部痛が出現した。同日21時ごろから徐々に嘔気、下腹部痛が出現し、5月2日10時に急患センターに入院する。15時ごろより右下腹部痛を訴える。 ・バイタルサイン i) 急性腹症の場合、まずはショック状態か否かを評価する必要がある（表7）。 ii) 体温：虫垂炎の場合、発熱は発病初期にはみられないが24時間以内に出現する。虫垂の破裂前に極端に上がることはない（平均して1.0～1.7℃の上昇）。したがって、体温は2～4時間ごとに測定する。虫垂穿孔した場合、38～39℃の発熱がある。 iii) 脈：腹膜炎への進展がある場合は、その進展に伴って頻脈となる。 5月2日10時 体温37.2℃、血圧110/78mmHg、脈拍82回/分（整）、呼吸回数20回/分、悪寒なし、四肢冷感なし、SpO₂＝97％ 同日12時 体温37.8℃、血圧120/78mmHg、脈拍84回/分（整）、呼吸回数25回/分、悪寒なし、四肢冷感なし、SpO₂＝98％ 同日15時 体温38.1℃、血圧140/90mmHg、脈拍112回/分（整）、呼吸回数30回/分、悪寒なし、四肢冷感なし、SpO₂＝95％ ・血液データ（入院後）：Hgb10.9 g/dℓ、WBC8.9×10³/μℓ、CRP3.0mg/dℓ ・検査結果：超音波検査、腹部CTで、虫垂に軽度の腫脹所見あり ・関連症状 i) 嘔吐：入院後15時ごろから少量ずつ胃液様の嘔吐物あり。 ii) 腹部膨満なし。 ・既往疾患：平成15年1月ごろより時折下腹部痛があったため、近医を受診し、虫垂炎と診断され、抗生物質の投薬でコントロールできていた。その後、下腹部痛はなかった。 ・身体症状に対するセルフケア能力 i) 食事・水分：4月30日から食欲不振があり。最終飲食は5月1日19時で、5月2日15時に嘔吐が出現、口渇感があり食思がないため、横から妻が介助で飲水を促し、拒否している。 ii) 排泄：1回/日に普通便あり。しかし、最終排便は4月29日夕方、2日間排便がない。最終排尿は5月2日7時（自尿）。 iii) 移動：入院時は車いすからベッドに自力で移動できたが、現在は右下腹部痛のため、端座位も取れない。
	1. 収縮期血圧80mmHg以下									
2. 脈拍数120回/分以上、60回/分以下										
3. 顔面蒼白										
4. 冷汗										
5. 四肢冷感										
6. 皮膚の湿潤										
7. 意識レベルの低下										
8. 虚脱感										

腹部の フィジカルアセスメント テクニック

観察結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）
・70歳，男性（高齢者） ・BMI（体格指数）：27.3（標準＝22）肥満度Ⅰ ・慢性虫垂炎の既往がある。 ・妻と2人暮らしで，妻は患者の世話に関心を抱いている。 ・平成16年5月1日15時ごろ午睡中に心窩部痛が出現→6時間後に嘔気・下腹部痛（自制内）→24時間後に右下腹部痛（苦悶様）と嘔吐が出現した。 ・心窩部痛が出現する約1日前から消化不良症状や，鼓腸症状があった。 ・腸グル音は左下腹部に微弱にあり。 ・入院後（5月2日10時以降） - 体温：37.2℃→37.8℃→38.1℃ - 血圧：110/78mmHg→120/78mmHg→140/90mmHg - 脈拍：82回/分（整）→84回/分→112回/分 - 呼吸回数：20回/分→25回/分→30回/分 - SpO₂：97%→98%→95% ・体温，血圧，呼吸回数は上昇傾向にある。 ・外来時，WBC$7.9\times10^3/\mu\text{l}$，CRP1.5mg/dl→入院後WBC$8.9\times10^3/\mu\text{l}$，CRP3.0mg/dlと，炎症所見は増強傾向にある。 ・嘔気があるが，妻が飲水を勧めている。 ・食欲はなく，妻が勧める飲料水も拒絶する。 ・入院後は右下腹部痛の増強のため，自力で体位変換ができない。 ・2日間便秘がある。 ・排尿の機能障害はない。 ・顔面蒼白なし。 ・四肢冷感なし。 ・冷汗なし。 ・皮膚はやや乾燥気味。 ・虚脱感なし。 ・右下腹部痛の増強で右側臥位になり苦悶様顔貌で，じっと耐えるしづさがある。	・ショック状態時の対応のポイントは，ほかのスタッフにも応援を頼んで，気道確保・血管確保，酸素吸入や尿道カテーテルの挿入，心電図モニターの準備などを行うことである。同時進行で，バイタルサインの変動や意識レベルを評価する。入院時の患者の意識状態は清明で問題はないが，症状の悪化に伴って発熱や頻脈が出現することがあるため，2時間ごとのバイタル測定が必要である。 Point 発病の仕方を問診で押さえることは重要です。腹痛の出現時に，失神や転倒，ぐったりした様子の有無を，患者・家族に確認してください。胃・十二指腸潰瘍穿孔や急性膵炎，腹部大動脈破裂は，失神を伴う急性腹症として特徴的です。 ・高齢者の約50%は非定型的な症状を呈するが，急性虫垂炎は，一般的に疼痛→食欲不振，嘔気・嘔吐→圧痛→発熱の順に進行する（表4）。本症例の場合，慢性虫垂炎の既往があることや，急性虫垂炎の典型的な症状を呈していることにより，緊急手術の可能性もあることを説明する。表7を参考にして患者の経過をアセスメントすると，15時現在はショック状態ではない。 ・6時間以上続く激しい腹痛は外科的処置を要する。48時間以内の持続する腹痛も外科的処置を要する疾患である頻度が高い。疼痛によるショック状態の可能性も考慮に入れた経過観察が必要である。 ・随伴する症状のうち，特に食欲不振や嘔気・嘔吐は，腹膜刺激が重症に進展したことを示すため，すぐに医師に報告する。 ・夫に飲水を勧める妻の気持ちを労いながらも，腸管を刺激すると腹痛が増強されることや，手術の可能性があるため絶飲絶食の必要性があることを説明する。 ・疼痛が増強すると，トイレまでの移動は身体への負担が大きいうことを説明し，バルーンカテーテルを留置する可能性があることを患者と妻に説明する。 ・水分，食事が摂取できていないことにより，衰弱や脱水の可能性があるので，点滴を実施する可能性があることを患者と妻に説明する。 ・疼痛の増強は医師に報告して，対処法の指示を待つ。一般的に，鎮痛剤の投与は症状が隠蔽されるため慎重に検討される。腹痛に対して，腹部の温罨法という方法もあるが，加温は虫垂破裂を誘発するため，決して行ってはならない。 ・疼痛の緩和として，安楽な体位（セミファロー位，シムス位：膝部を屈曲させ上体を前屈させているため，腹壁の緊張を軽減できる）を提供する。この時，患者の反応を見ながら勧める必要がある。 ・疼痛が増強したためか呼吸数が30回/分で胸式呼吸である。できる範囲でよいので，腹式呼吸の方が身体にとって安楽であることを患者に指導する。

表 6 の続き

	情報収集に必要な観察項目とその根拠	具体的な観察方法と内容と注意事項
視診	【観察項目】 ①姿勢、顔貌（冷汗・苦悶様）、顔色（蒼白・紅潮） ②腹部外形（全体・限局性の膨隆の有無） ③腹壁皮膚の変化 ④腹壁の静脈拡張 ⑤呼吸運動の異常 【根拠】 ・腹部の診察では、外から刺激を与える触診・打診の前に必ず視診を行う。外から刺激を与えた後の状態は、元来の状態と大きく異なるからである。 ・急性腹症の場合、ショック状態を起こす可能性があるため、経時的にバイタルサインや患者の表情・姿勢から痛みの程度を観察する必要がある。急変することを視野に入れた観察が必要なためである。 ・緊急入院の場合、多くの患者や家族は、パニック状態のために過去に受けた手術のことなど詳細な情報を提供できない場合がある。腹部の視診から得られた情報を基に、必要最低限の重要な情報を問診によって引き出す必要がある。	視診のポイント：見落とさないように、胸郭下部から恥骨上で両鼠径部が見えるくらいまで露出する。診察者の目を患者の腹壁とほぼ同じ高さにすることがポイントである。 ・姿勢、顔貌（冷汗・苦悶様）、顔色（蒼白・紅潮：車いすに座った状態で10時に入院し、ベッドには独歩で移動する。「下腹が痛い、入院するほどではない」と言っていたが、15時ごろから右側臥位で膝を抱え込み、右下腹部を指差して苦悶様顔貌で腹痛を訴える。 i) 腹部外形 - 腹部全体の膨隆の場合は、肥満、腹水、鼓腸、宿便、胎児、腹部腫瘍の可能性を念頭に置く。 - 限局性の腹部膨隆の場合は、腹部臓器のその部位の病変と考える。一般的に、心窩部の膨隆は胃関連（胃癌、胃肉腫、急性胃拡張）、右季肋部の膨隆は肝臓の腫大、左季肋部は脾腫、側腹部の膨隆は腎臓の腫大、下腹部の膨隆は尿の充滿した膀胱・子宮の腫瘍、女性患者であれば妊娠を念頭に置く。 ii) 腹壁皮膚の変化 - 長期間にわたってカイロや湯たんぽを当てて温めていた際に、心窩部や下腹部に低温火傷をして、色素沈着している場合がある。慢性疼痛の存在を考慮する必要がある。 - 手術瘢痕がある場合は詳しく問診を実施し、その部位や大きさを把握する。 iii) 呼吸運動：腹壁の呼吸運動が制限されているのは、腹壁の筋が硬直していることを示唆する。汎発性潰瘍穿孔では腹壁は呼吸時に動かない。一方、局所の腹膜炎を伴う虫垂炎は下腹部、特に右腸骨部の腹壁が呼吸によっても動かないことがある。
聴診	【観察項目】 ①腹管蠕動音 ②腹部血管雑音 4区分（図1）で1分間聴取する。 【根拠】 一般的には「静かな腹部は腹膜炎を意味する」と言われているが、非常に多くの例外がある。聴診が疾患の診断に直接影響することはそう多くない。しかし、経時的变化から異変を観察することは重要である。	聴診のポイント：触診や打診の前に行う。聴診器を強く押しつけず、軽く腹部に載せるように置き、腹壁の上で安定させれば手を離してもよい。 ・腸管蠕動音：急性汎発性腹膜炎や麻痺性イレウスでは腸の蠕動が消失するため、腸グル音が聴取できないことがある。腹部の1カ所ですら少なくとも2～3分は聴取し続ける必要がある。 ・腹部血管雑音：高齢者ではよく認められる。

腹部の フィジカルアセスメント テクニック

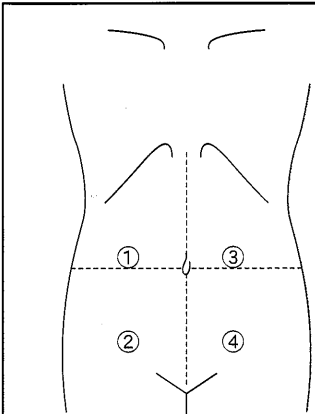
観察結果	判断（原因・誘因，今後の予測および看護の方向性）
・腹部全体は平坦，外見上腹部の発赤，色素沈着などはなし。 ・手術瘢痕なし。 ・胸式呼吸のため，腹部の動きは観測されない。 ・腹壁の隆起による左右差なし。	
・腸管蠕動音は左側腹部に微弱にあり。 ・腹部血管雑音なし。  ●臍を通る水平線および垂直線により4区画に分ける方法 ①右上腹部 ②右下腹部 ③左上腹部 ④左下腹部	・腸管蠕動音は，正常時であれば5～15秒に1回の割合で柔らかい音である。5分以上聴取しても聞こえない場合は蠕動音消失であり，麻痺性イレウスや腹膜炎の可能性ある。現在は微弱に腸グル音が聴取されているが，今後の観察が必要である。

図 1 腹部の4区分

表 6 の続き

	情報収集に必要な観察項目とその根拠	具体的な観察方法と内容と注意事項
触診	【観察項目】 ①柔らかさや緊張 ②腹壁防御反応の有無 ③ブルンベルグ徴候 ④腹水の有無 ④区分（図 1）で系統的にみる。 【根拠】 - 触診は腹部の診察で最も重要なものである。腹壁防御反応や筋硬直の範囲と強さ、圧痛を調べるのは、炎症の進行による腹膜炎の併発の有無をみるためである。腹壁防御反応やブルンベルグ徴候は腹膜刺激症状の一つであり、腹膜炎の指標として有用である。 - 触診の際は、腹壁の緊張を取るために、下肢は屈曲位を取る。 - 触診の際は、看護師は乱暴に患者の身体を扱ったり、声もかけずに診察したり、冷たい手で触れたりしてはならない。急性腹症の患者は、神経質になり、不安が強い場合が多い。上述のような腹部の触診では、患者の腹部に筋硬直が誘発され、擬陽性の硬直所見が出るからである。 図 3 健康者でも時に圧痛を認めるところ 図 4 マックバーネー圧痛点	触診のポイント：疼痛部位の触診は最後に行う。痛みの部位の触診により腹壁が緊張すると、その後の触診が不正確になるからである。診察の際は手を温めておく。以下の所見は浅部触診（利き手の指をそろえて、指の腹から付け根までの全体で腹壁を軽く 1～2 cm 程度陥入するように触診する）で実施する（図 2）。 - 腹部の外観、柔らかさや緊張 - 腹壁防御反応の有無：表在性触診により、腹壁の左右の相対する部位を比較しながら慎重に触診する。この時重要なのは、疼痛部位の触診は最後に行うことである。筋性防御の範囲が限局している場合は、時間の経過と共に拡大するか縮小するかをみることで、腹膜炎の進行を推測できる。高齢者の場合は、はっきりとした所見として現れない場合がある。 - 圧痛：圧痛を探るには、通常、第 2、第 3、第 4 指の末節手掌面を用いるが、1 点に限局する圧痛点を知るためには、第 2 指を腹壁に垂直に立てて触診する。 i) 圧痛の持続性：炎症による疼痛は、圧迫している間は変わらず持続することや、あるいはさらに増強しながら続くことが多い。これに対して、腸管の伸展や痙攣による内臓痛では、ずっと圧迫していると軽減することが多い。 ii) 腹部臓器と無関係な圧痛：ごくやせた人では、図 3 のように腹部大動脈や結腸に圧痛を訴えることがある。 iii) マックバーネー圧痛点：右上腸骨棘と臍を結ぶ線上、上腸骨棘から 4～5 cm の点で、この点は虫垂盲腸開口部にほぼ一致する（図 4）。 iv) ブルンベルグ徴候（反動性疼痛）：手指を腹壁に置いて、ゆっくりと深く圧迫し、急にその手を離して圧力を除くと、圧迫していた時よりもかえって局所に強い痛みを感じる。この現象をブルンベルグ徴候という。炎症所見が腹壁に及んでいる時にみられるもので、手術適応を決定する場合に役立つ。高齢者の場合は、はっきりとした所見として現れない場合がある。 v) 腸腰筋テスト（ilio-psoas test）：図 5 のように、患者を左側臥位にして、右下肢を伸ばしたまま背部方向に強く引っ張ると、右下腹部に疼痛が出現する。これは虫垂が盲腸の後面に当たって後腹膜に密着している時、炎症性変化によって腸腰筋が緊張するために現れる症状である。 vi) 内閉鎖筋テスト：図 6 のように患者を仰臥位に寝かせ、右手で右下腿下部を少し持ち上げて、膝関節を軽く曲げた状態で右上腿を内転させると右下腹部痛が出現する。骨盤内虫垂炎の診断に重要な所見である。 vii) 直腸診：骨盤内虫垂炎の場合、右側の直腸前壁に圧痛が出現する。触診の際は触診の指を曲げないようにする。一般的に 10 cm 程度は触診できる。
打診	【観察項目】 ①圧痛の有無 ②ガス性膨満 【根拠】 打診は、視診や触診による所見を補い、診断を確かなものにする。	打診のポイント：腹部各領域のすべてを系統的に打診する（図 7）。疼痛部位の打診は最後に行う。 ガス性膨満：小腸は通常ではガスの貯留は認められないが、狭窄や閉塞を起こすと鼓音を呈する。下行結腸や S 状結腸の通過障害があると、左季肋部に鼓音が出現する。

腹部の フィジカルアセスメント テクニック

観察結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）
・入院時所見 腹壁は全体的にソフト、腹壁防御反応（－）、McBurney点での圧痛（－）、ブルンベルグ徴候（－）、腸腰筋テスト（－）、内閉鎖筋テスト（－）、直腸診圧痛（－）腹部膨満による鼓音なし。 ・15時 腹壁は右下腹部以外はソフト、右下腹部腹壁防御反応（＋）、McBurney点での圧痛（±）、ブルンベルグ徴候 右側腹部（±）、腸腰筋テスト（－）、内閉鎖筋テスト（－）、直腸診圧痛（－）、右下腹部鼓音（－） 図5 腸腰筋テスト 図6 内閉鎖筋テスト	●表在性触診 呼吸によって腹壁が持ち上がるのを手のひら全体で感じ、軽く触れる。 ●深達性触診 片方の手は感じることに専念して、もう一方の手で上から軽く押す。 図2 表在性触診と深達性触診 ・腹壁防御反応：腹壁臓器または腹膜より発生した炎症が、腹壁・腹膜に波及すると、罹患部位に対応した腹壁筋肉の反射性緊張亢進が肋間神経・腰神経を介して起こり、それが診察者の手に抵抗として触れる。時間の経過と共に、右下腹部に腹壁防御反応所見（＋）、マックバーネー圧痛点での圧痛（±）、ブルンベルグ徴候（±）が出現していることから、バイタルサインと併せて医師に早急に報告する。 ・急性虫垂炎の場合は右腸骨窩（マックバーネー圧痛点を中心とした回盲部）に、胆石発作や急性胆嚢炎の場合は右季肋部（右側腹直筋の上3分の1の部位）に腹壁防御反応を認める。胃・十二指腸潰瘍の穿孔時には、初期に心窩部に板状の筋硬直を認め、穿孔性汎発性腹膜炎を起こせば、腹部全体に腹壁防御反応を認める。以上のことから、患者は急性虫垂炎が最も疑われるため、すぐに経時的変化を医師に報告し、適切な対処に備える。 ・ブルンベルグ徴候：この症状は腹膜刺激症状の一つであり、腹腔内臓器の炎症が漿膜に達し、腹壁・腹膜に波及していることを表す。手を離れた瞬間の腹筋の緊張により、腹壁・腹膜が牽引され、それが刺激になって疼痛が出現する。高齢者の場合は、はっきりとした所見として現れない場合がある。患者はブルンベルグ徴候 右側腹部（±）と、はっきりしないが、高齢者であるため、予想以上に症状が進行している可能性を念頭に入れた観察を行う。
	右上4分の1領域 左上4分の1領域 右下4分の1領域 左下4分の1領域 右上4分の1領域から、時計方向に打診する。 図7 腹部の打診順序