

# 目次

## 第Ⅰ章 症状アセスメントのための基礎知識 1

### 1 攻める問診ー症状・症候から診断するー 山中克郎 2

- ① 心をつかむ ..... 3
- ② snap diagnosis を生かす ..... 3
- ③ キーワードからの展開 ..... 4
- ④ パッケージで繰り出す質問 ..... 5
- ⑤ Review of systems (ROS) ..... 5
- ⑥ バイタルサイン ..... 6
- ⑦ 鑑別診断から原因を推定する ..... 6
- ⑧ 鑑別診断を2~3個に絞り込む ..... 6

### 2 症状アセスメントにおける患者へのアプローチ 石川倫子 8

- ① 患者との関係性の構築 ..... 8
- ② 患者への必要性の説明方法 ..... 9
- ③ プライバシーの保護 ..... 10

### 3 フィジカルアセスメントの基本技術 藤内美保 11

- ① 看護師は何をアセスメントするか ..... 11
- ② 医療面接 ..... 12
- ③ バイタルサイン ..... 16
- ④ 痛み ..... 27
- ⑤ 基本的なフィジカルイグザミネーション ..... 30

## 第Ⅱ章 症状別アセスメント 37

### 1 意識障害 渡辺美和 38

- ① 意識障害とは ..... 38
- ② トリアージ ..... 39
- ③ 意識障害を起こす疾患 ..... 41
- ④ 意識障害のある患者の健康歴の聴取 ..... 41
- ⑤ フィジカルアセスメント ..... 44
- ⑥ 臨床推論トレーニング ..... 50

### 2 うつ (抑うつ状態) 那須典政 56

- ① うつ (抑うつ状態) とは ..... 56
- ② トリアージ ..... 57
- ③ 抑うつ状態を起こす疾患 (状態) ..... 58
- ④ 抑うつ状態の患者の健康歴の聴取 ..... 58
- ⑤ フィジカルアセスメント ..... 63
- ⑥ 臨床推論トレーニング ..... 68

<b>3 嘔下困難</b>	須摩奈津子	<b>73</b>	
① 嘔下困難とは	73	④ 嘔下困難のある患者の健康歴の聴取	74
② トリアージ	73	⑤ フィジカルアセスメント	79
③ 嘔下困難を起こす疾患	74	⑥ 臨床推論トレーニング	80
<b>4 悪心・嘔吐</b>	塩月成則・小寺隆元	<b>84</b>	
① 悪心・嘔吐とは	84	④ 悪心・嘔吐のある患者の健康歴の聴取	86
② トリアージ	85	⑤ フィジカルアセスメント	93
③ 悪心・嘔吐を起こす疾患	85	⑥ 臨床推論トレーニング	98
<b>5 咳 嗽</b>	田村委子・福田広美	<b>104</b>	
① 咳嗽とは	104	④ 咳嗽のある患者の健康歴の聴取	105
② トリアージ	104	⑤ フィジカルアセスメント	110
③ 咳嗽を起こす疾患	105	⑥ 臨床推論トレーニング	114
<b>6 胸 痛</b>	石原夕子	<b>118</b>	
① 胸痛とは	118	④ 胸痛のある患者の健康歴の聴取	119
② トリアージ	118	⑤ フィジカルアセスメント	124
③ 胸痛を起こす疾患	119	⑥ 臨床推論トレーニング	127
<b>7 血 便</b>	齋藤道子	<b>132</b>	
① 血便とは	132	④ 血便のある患者の健康歴の聴取	133
② トリアージ	132	⑤ フィジカルアセスメント	137
③ 血便を起こす疾患	133	⑥ 臨床推論トレーニング	139
<b>8 下痢・便秘</b>	廣瀬福美・小野美喜・小寺 隆	<b>143</b>	
① 下痢・便秘とは	143	④ 下痢・便秘のある患者の健康歴の聴取	145
② トリアージ	144	⑤ フィジカルアセスメント	150
③ 下痢・便秘を起こす疾患	144	⑥ 臨床推論トレーニング	151

<b>9 高血圧症</b> 光根美保・石田佳代子・財前博文	<b>157</b>
① 高血圧症とは	157
② トリアージ	158
③ 高血圧を起こす疾患	160
④ 高血圧症のある患者の健康歴の聴取	161
⑤ フィジカルアセスメント	165
⑥ 臨床推論トレーニング	169
<b>10 ショック</b> 吉田弘毅	<b>174</b>
① ショックとは	174
② トリアージ	175
③ ショックを起こす疾患	175
④ ショックを呈している患者の健康歴の聴取	176
⑤ フィジカルアセスメント	178
⑥ 臨床推論トレーニング	182
<b>11 頭痛</b> 田村浩美	<b>186</b>
① 頭痛とは	186
② トリアージ	187
③ 頭痛を起こす疾患	187
④ 頭痛のある患者の健康歴の聴取	187
⑤ フィジカルアセスメント	192
⑥ 臨床推論トレーニング	196
<b>12 排尿障害</b> 原 正範	<b>201</b>
① 排尿障害とは	201
② トリアージ	202
③ 排尿障害を起こす疾患	202
④ 排尿障害のある患者の健康歴の聴取	202
⑤ フィジカルアセスメント	208
⑥ 臨床推論トレーニング	209
<b>13 発熱</b> 石角鈴華	<b>214</b>
① 発熱とは	214
② トリアージ	214
③ 発熱を起こす疾患	215
④ 発熱のある患者の健康歴の聴取	217
⑤ フィジカルアセスメント	221
⑥ 臨床推論トレーニング	226
<b>14 複視</b> 高井奈津子	<b>230</b>
① 複視とは	230
② トリアージ	231
③ 複視を起こす疾患	232
④ 複視のある患者の健康歴の聴取	233
⑤ フィジカルアセスメント	237
⑥ 臨床推論トレーニング	241

---

## 15 腹 痛 塚本容子 245

---

- |            |     |                  |     |
|------------|-----|------------------|-----|
| ① 腹痛とは     | 245 | ④ 腹痛のある患者の健康歴の聴取 | 246 |
| ② トリアージ    | 245 | ⑤ フィジカルアセスメント    | 252 |
| ③ 腹痛を起こす疾患 | 246 | ⑥ 臨床推論トレーニング     | 256 |

## 16 浮 腫 加藤美奈子 261

---

- |            |     |                  |     |
|------------|-----|------------------|-----|
| ① 浮腫とは     | 261 | ④ 浮腫のある患者の健康歴の聴取 | 263 |
| ② トリアージ    | 263 | ⑤ フィジカルアセスメント    | 267 |
| ③ 浮腫を起こす疾患 | 263 | ⑥ 臨床推論トレーニング     | 269 |

## 17 不 整 脈 冷水 育 273

---

- |             |     |                   |     |
|-------------|-----|-------------------|-----|
| ① 不整脈とは     | 273 | ④ 不整脈のある患者の健康歴の聴取 | 275 |
| ② トリアージ     | 273 | ⑤ フィジカルアセスメント     | 278 |
| ③ 不整脈を起こす疾患 | 274 | ⑥ 臨床推論トレーニング      | 281 |

## 18 発 疹 石角鈴華 285

---

- |            |     |                  |     |
|------------|-----|------------------|-----|
| ① 発疹とは     | 285 | ④ 発疹のある患者の健康歴の聴取 | 287 |
| ② トリアージ    | 285 | ⑤ フィジカルアセスメント    | 293 |
| ③ 発疹を起こす疾患 | 287 | ⑥ 臨床推論トレーニング     | 296 |

## 19 め ま い 山口壽美枝 301

---

- |             |     |                   |     |
|-------------|-----|-------------------|-----|
| ① めまいとは     | 301 | ④ めまいのある患者の健康歴の聴取 | 304 |
| ② トリアージ     | 301 | ⑤ フィジカルアセスメント     | 307 |
| ③ めまいを起こす疾患 | 303 | ⑥ 臨床推論トレーニング      | 311 |

## 20 リンパ節腫脹 石角鈴華 315

---

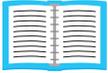
- |                |     |                      |     |
|----------------|-----|----------------------|-----|
| ① リンパ節腫脹とは     | 315 | ④ リンパ節腫脹のある患者の健康歴の聴取 | 316 |
| ② トリアージ        | 315 | ⑤ フィジカルアセスメント        | 320 |
| ③ リンパ節腫脹を起こす疾患 | 316 | ⑥ 臨床推論トレーニング         | 322 |


**コラム**

ABCD <sup>2</sup> スコア	50
セロトニン症候群	68
妊娠と悪心	92
非消化器疾患が原因の嘔吐	96
嘔吐後の合併症	98
咳嗽初期診療時のポイント	113
下痢による体液減少を身体所見から得る	151
収縮期血圧から脳卒中の確率を予測	169
ショックを見逃さないために	181
導尿時の血圧低下に注意	209
体温と脈との関係に注目するー比較的徐脈と比較的頻脈	225
複視を思い込みで判断しないために	240
虫垂炎を思い込みで判断しないために	254
モニター装着時のフィジカルアセスメント	281

# 15

# 腹痛



## 腹痛のある人へのアプローチ

腹痛は、自然に症状が治まる状態から、緊急手術を要する状態まで、重症度の幅が広い。腹痛をアセスメントするには、「年齢や性別などの患者の基礎情報からどのような疾患の可能性があるかを考え、患者の状況を健康歴で明らかにし、フィジカルアセスメントを実施し、必要な検査を行う」というプロセスが通常である。フィジカルアセスメントの実施においては、まず痛みの部位を特定することから始める。

患者状況の情報やフィジカルアセスメントの結果など様々なデータから、どの情報が診断に有用であるかなどの判断が重要である。たとえば、右下腹部痛の痛みに対して、急性虫垂炎の可能性を考えた場合、食欲低下があるという情報は、虫垂炎の診断の感度として高くないことが指摘されている。

### 1

## 腹痛とは

腹痛とは腹部に生じる痛みで、急性あるいは慢性的に起こり、局所または腹部全体にわたることがある。慢性腹痛は、「3か月以上の持続的または間欠的な腹部の痛み」で、急性腹痛は「突発的に起こる痛み」である。急性腹痛の多くは深刻な疾患に伴って現れるものではないが、ある統計では、救急外来でみる腹痛の10%が重篤で、緊急の手術が必要であったとしている<sup>1)</sup>。このような場合を急性腹症とよぶが、急激で激しい腹痛を主訴とし、その原因が腹部の諸臓器、組織の病的変化によるものと推測され、急性の経過をとるため、緊急開腹手術の適応か否かの迅速な判断が要求される疾患群である。

### 2

## トリアージ

突然に起こり、我慢できないほどの腹部の痛みを訴えた場合（急性腹症の場合）、まずはバイタルサインを確認する。心窩部周辺の拍動を確認し、循環血流量低下のサイン（頻脈や低血圧など）を見逃さない。以上の症状が確認された場合は、腹部大動脈瘤の破裂が考えられ、すぐに血管確保のためのカテーテルを挿入する。

## &lt;ドクターコール&gt;

患者の状態	疾患・病態
呼びかけに反応がない	意識レベルの低下
我慢できない痛みや少しの体動で痛みが増強する	腹膜炎の可能性
背部痛がありショック症状を呈している	腹部大動脈瘤破裂の可能性
大量の下血	消化管出血

## &lt;次の場合はすぐに受診（症状が始まってから2～4時間以内）&gt;

- ・急激に増強した痛み。
- ・妊娠。
- ・妊娠の可能性があり、大量の性器出血。
- ・1か月以内に腹部手術。
- ・転倒による腹部の打撲。
- ・発熱（ $>38.3^{\circ}\text{C}$ ）。
- ・免疫が低下している状況。
- ・重篤な悪心・嘔吐。

## 3 腹痛を起こす疾患

腹痛を起こす疾患を表15-1に示す。

## 4 腹痛のある患者の健康歴の聴取

OLDCARTSで腹痛をアセスメントする。健康歴は、可能であれば鎮痛薬投与前に聴取する<sup>2)</sup>。

## 1) いまある症状のアセスメント（現症）

## (1) Onset（症状の始まり）

## 質問例

「痛みはいつ始まりましたか？」

「痛みは突然始まりましたか？」

腹痛の始まった時間が何時何分と特定できるような、まるで「スイッチを押したかのように」急激に始まる腹痛は、虫垂炎、腹部大動脈瘤破裂、穿孔性潰瘍、急性膀胱炎、腸閉塞で見られる。また、子宮外妊娠、急性心筋梗塞、腎結石なども急激に始まる痛みで、腹痛を主訴とすることが多い。膀胱炎による腹痛は、通常徐々に痛みが強くなり、持続的な痛みである。

表15-1 腹痛を起こす疾患

部 位	考えられる疾患	痛みの特徴	放散痛：関連する症状	臨床的な手がかり
右上腹部	胆嚢疾患	間欠的	背部：悪心・嘔吐	・食後や夜間に痛む ・濃い色の尿
	膵炎	持続的 「きりきりするような」	背部：悪心・嘔吐	・仰臥位で痛みが増強 ・アルコール中毒歴，胆石の既往
	腎臓痛	間欠的 「身もだえするような」	鼠径部：悪心・嘔吐	・側腹部痛 ・血尿（肉眼ではなく顕微鏡下）
左上腹部	脾臓梗塞または脾臓破裂	持続的	左肩	・心内膜炎，外傷，起立性低血圧，左肩の痛み
心窩部	消化性潰瘍	間欠的 徐々に変化	背部	・下血 ・NSAIDsの長期使用 ・食物摂取で痛みが増強または緩和
	胆嚢疾患	「右上腹部の胆嚢疾患」参照		
	膵炎	「右上腹部の膵炎」参照		
臍周囲	虫垂炎	徐々に痛みが増強 痛みが右下腹部に移行	鼠径部まれに背部： 悪心・嘔吐，食欲低下	・痛みの場所が変化，痛みが経過とともに増強 ・過去に同じような症状がない
	腸閉塞		放散痛なし： 悪心・嘔吐，食欲低下	・排便・排ガスなし ・手術歴
	腸間膜虚血	ひどい痛み	体重減少	・腹部に触ることができないほどの痛み
	腹部動脈瘤	ひどい痛み	背部	・低血圧，失神 ・触知可能な腹部の腫瘤
	過敏性腸症候群	けいれん性の痛み 繰り返す	間欠的下痢・便秘	・体重減少はない ・同じ症状を周期的に繰り返す
右下腹部	虫垂炎	「臍周囲の虫垂炎」参照		
	大腸憩室炎	持続的 徐々に増強	背部：発熱， 悪心・嘔吐，下痢	・過去に同様の痛み経験がある ・局所的な圧痛
	盲腸軸捻症	腸閉塞と近似の症状		
	卵巣疾患			・卵巣捻転，排卵痛，子宮外妊娠，骨盤炎症，骨盤内炎症性疾患を鑑別診断として考える
左下腹部	大腸憩室炎	「右下腹部の憩室炎」参照		
	卵巣疾患	「右下腹部の卵巣疾患」参照		
	S状結腸軸捻転	腸閉塞と近似の症状		

## (2) Location (部位)

### 質問例

「お腹のどこが痛みますか？ 痛い場所をさしてください」  
「痛みは移動しますか？」

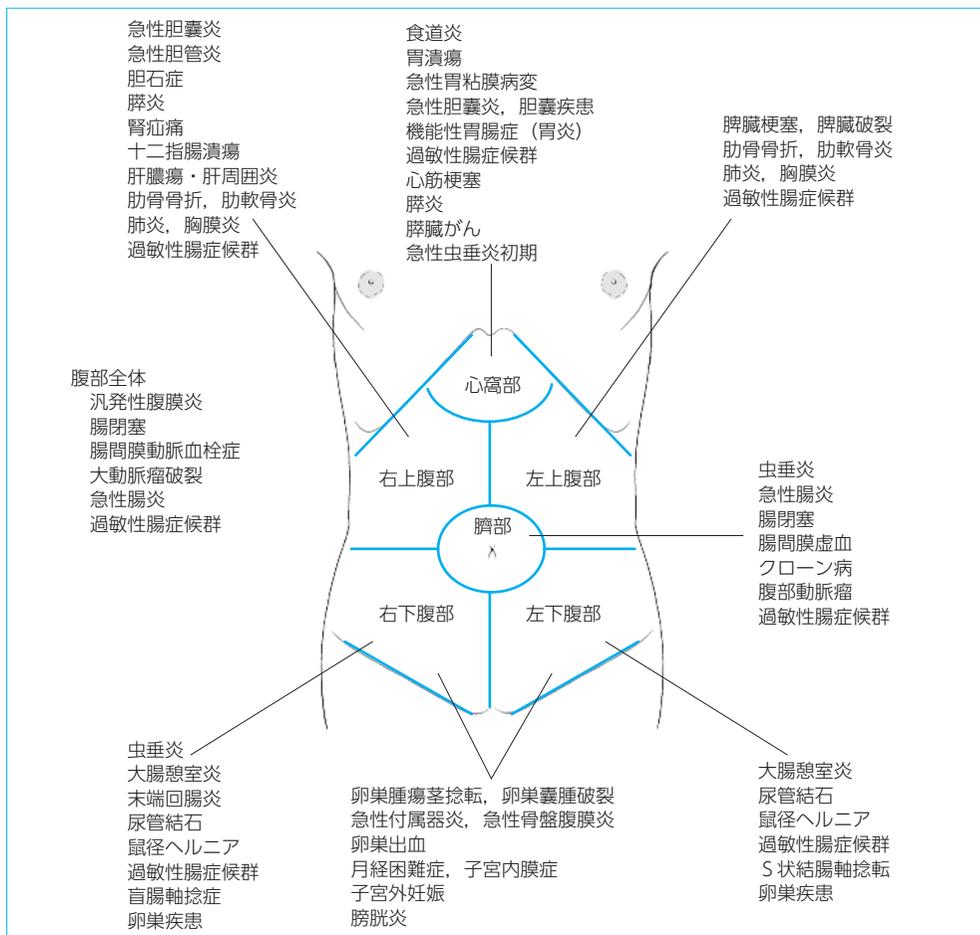


図15-1 腹痛の部位と考えられる疾患

腹痛の部位がどこか、また時間とともに痛む部位が変化しているのかを明らかにする。腹痛の部位と考えられる疾患を図15-1に示す。

**(3) Duration (持続時間)**

**質問例**

「痛みは、ずっと続きますか？ どのくらい続いていますか？」  
「痛いときと痛くないときがありますか？」

腹痛がどの程度続いているのか、間欠的な痛みか、持続的な痛みかを聞き、持続時間・痛みのパターンを把握する。

**(4) Characteristic (特徴)**

**質問例**

「どのような痛みですか？」(具体的に語ってもらう)

腹痛はその発生メカニズムから①内臓痛、②体性痛、③関連痛に分類される。どのよう

な痛みであるのかアセスメントすることは鑑別診断に役立ち、よりすばやい対応につながる。

- **内臓痛**：実質臓器自体の伸展，攣縮などにより生じる痛みで，差し込むような鈍痛が間欠的（周期的）に起こる。痛みの局在がはっきりせず，腎と尿管を除く腹部臓器が両側性の神経支配を受けているため，腹部の正中に対称性に痛みを感じる。内臓痛を生じさせる疾患には，胃・十二指腸潰瘍，急性・慢性胃炎，胃がん，炎症性腸疾患，大腸がん，胆嚢・胆管炎，尿管結石などがあげられる。痛みが強い場合，悪心・嘔吐，発汗，顔面蒼白などの症状が出ることもある。これらには初期の腸閉塞，胆石症がある。歩行や体動により軽快することも多い。
- **体性痛**：壁側腹膜の刺激による突き刺すような鋭い痛みで，内臓痛より強い場合が多く，持続性（30分以上）であるのが特徴である。痛みの部位は，病変のある臓器の付近に限局し，非対称性である。体動や咳嗽にて痛みが増悪する。
- **関連痛**：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により，その神経が支配する領域に表在性の疼痛を感じるものである。綿球や指先の爪で皮膚をなでることによって過敏な皮膚の領域が描ける（感覚過敏帯）。関連痛は，病変臓器より離れた腹部以外の領域にも生じることがある。

#### (5) Alleviating/Aggravating (寛解・増悪因子)

##### 質問例

- 「痛みが和らぐような食べ物がありますか？」
- 「何かをすると痛みが強くなることはありますか？」
- 「痛みのために，飲んでる薬などがありますか？」
- 「痛みが和らぐ姿勢はありますか？」

確実に確かめる必要がある重要な項目である。腸管虚血は，通常食後1時間以内に起こる。十二指腸潰瘍では食後に痛みが軽減する場合が多く，胃潰瘍では食後に痛みが増強する場合が多い。膵炎では，座位で痛みが軽減する。

#### (6) Radiation (放散痛)

##### 質問例

- 「お腹の痛みは，どこかに移動しますか？」
- 「腹部以外に痛む場所がありますか？」

胆嚢疾患による痛みの場合，多くは右背部痛を訴え，膵炎や脾臓破裂の場合，左肩周辺の痛みを訴えることが多い。背部の痛みは，大動脈瘤破裂を示唆する。

#### (7) Timing (タイミング)

##### 質問例

- 「痛みが起こるのはどのようなときですか？」
- 「痛みが起こるきっかけがありますか？」
- 「過去に同じような痛みを経験したことはありますか？」

たとえば、就寝中に起こる痛みでは、逆流性食道炎が考えられる。また、今ある腹痛が初めての経験であるかも必ず確認する。

### (8) Severity (程度)

#### 質問例

「今までで一番痛いと感じた痛みを10とすると、今の痛みは1～10のどの程度ですか？」

「我慢できる程度の痛みですか？」

痛みの程度は必ず確認する。腹痛の程度と疾患の重症度は、通常比例している。たとえば、胆石や腎結石、急性腸間膜虚血では痛みの程度は高く、感染性胃腸炎では低い。しかし、痛みは主観的であり、高齢者では重症疾患であっても痛みを訴えない場合がある。数値評価スケール (Numerical Rating Scale : NRS) などを利用して、1～10の数値で痛みの程度を聞くとよい (p.29参照)。

上記に加え、以下の随伴症状を確認する。

#### 〈随伴症状〉

- ・自宅での発熱の有無。
- ・便秘・下痢の有無。
- ・便の性状 (特に便に血液が混入していないかどうか)。
- ・体重減少→悪性腫瘍に関連。
- ・悪心・嘔吐→腸閉塞に関連。
- ・痛みの前に嘔吐、下痢がみられる→感染性胃腸炎の可能性。

## 2) 腹痛の生活への影響

腹痛で診察・検査を行っても、診断がつかない場合も多い。外科医などは、「非特異的な痛み」などとカルテに書いていたりする。腹痛がある人の多くは、寛解・増悪を繰り返しながら生活しており、重症でなくても痛みは患者の生活に影響を与えている。こうした腹痛には、過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome : IBS) や直腸周囲痛などが疾患として考えられる。IBSは、Changら<sup>3)</sup>の研究によると有病率は8～22%といわれているが、実際患者が医療機関で治療を受けることは少ない。多くの研究において、IBS患者のQOLは一般人と比較すると低いことが指摘されている。仕事を休みがちである、痛みのため臥床時間が長い、外出を躊躇するなど生活に多大な影響を与えている。

腹痛が日常生活にどの程度影響を与えているのか、1日の生活の流れを確認しながらていねいにアセスメントする。

## 3) 既往歴

既往歴については、以下のような点を意識して確認する。

### (1) 過去に罹患した疾患

- ・直接的に腹痛の原因になりうる疾患：胆石症、大腸憩室炎、クローン病など。

・治療選択や予後に影響を及ぼす疾患：糖尿病，高血圧など。

## (2) 過去の手術歴や外傷

・腹部の手術歴→腸閉塞のリスク。

## (3) 月経周期

最終月経と月経周期を確認する。妊娠の可能性についても同時に尋ねる。閉経している場合は、いつ閉経したのかを確認する。

## (4) 現在の内服薬

ステロイドを内服している場合、炎症反応を抑制するため、穿孔や腹膜炎が起こっていても痛みの訴えが少ない場合がある。

抗血栓薬は、出血のリスクを上げ、血腫形成を促すので必ず確認する。

## 4) 家族歴

循環器疾患（特に心筋梗塞）、糖尿病、大腸がんなどの消化管がんについての家族歴を確認する。心筋梗塞などの冠動脈疾患は、近親の家族歴がリスク要因であり、また糖尿病、大腸がんについても同様のことがいえる。これらの疾患は、腹痛を起こしうる疾患であり、また治療の決定を左右する要因であるため、必ず確認する。

## 5) 個人歴・社会歴

個人歴・社会歴については、以下の項目について確認する。

### (1) 喫 煙

喫煙者には、1日何本のタバコを何年間吸っていたか確認する。

喫煙は様々な疾患のリスク要因である。腹痛の原因疾患と関連するものには、消化性潰瘍、クローン病、胆石症があげられる。消化性潰瘍においては、原因微生物であるヘリコバクターピロリの感染リスクと喫煙の関係が指摘されており<sup>4)</sup>、また潰瘍になった場合も治癒により時間がかかる。クローン病では、喫煙者に症状のコントロール不良のリスクが高いことが指摘されている<sup>5)</sup>。

### (2) アルコール

アルコール摂取は、腹痛のいくつかの原因疾患と関連がある。たとえば、膵炎の発症や胆石症のリスクになる。

### (3) ストレス

ストレスが高い状況かどうか確認する。ストレスや疲労が精神的な腹痛や慢性の腹痛を引き起こすことが指摘されている。

### (4) 渡 航 歴

感染性胃腸炎などのリスクを考慮する。赤痢，コレラなどが問題となっている地域への渡航はもちろんであるが、それ以外にも衛生状態があまりよくない地域への渡航で、旅行者下痢症がみられる。これは、生水やサラダなどに付着した微生物の経口感染によるもので、以下の原因微生物が考えられる。

- ・ウイルス（ノロウイルス，ロタウイルスなど）。
- ・細菌（病原性大腸菌，サルモネラ，赤痢菌，カンピロバクター，ビブリオなど）。

- ・寄生虫（ランブル鞭毛虫，赤痢アメーバ，クリプトスポリジウムなど）。

## 6) Review of systems (ROS)

症状の聴取で患者が訴えない事柄でも、「医療者が尋ねることで実は症状があった」ということはよくある話である。現病歴を補完するためにも，全身状態の聴き取りを行う。

以下，特にはずすことのできないポイントをあげる。

- ・発熱→炎症や感染性疾患の可能性。
- ・胸痛→心筋梗塞などの可能性。
- ・排尿状況，排尿時痛，血尿→尿路感染。
- ・呼吸困難感→肺炎で腹痛を訴える患者もいる。
- ・産科・婦人科（最後の月経日，不正出血の有無など確認）→妊娠の可能性。

## 5 フィジカルアセスメント

腹痛では，バイタルサインの評価と腹部のフィジカルアセスメントが中心となる。しかし，前述のように心不全など腹部以外の疾患が腹痛の原因となる場合があるので，健康歴の聴取で得られた情報と併せて鑑別し，腹部だけに集中しないように留意する。

また，鎮痛薬の投与が診断を妨げるという危惧から，通常は投与を控えるように教えられているが，McHaleら<sup>6)</sup>は「得られる結果が変わることもあるが，診断や治療に影響を与えるものではない」としており，必要時には，フィジカルアセスメント前に鎮痛薬の投与を検討する。

### 1) 手 順

病歴の聴取を念頭に診察を始めるが，まずバイタルサインを確認し，その後「視診→聴診→打診→触診」と進める。通常のフィジカルアセスメントの順序は「視診→打診→触診→聴診」であるが，腹部においては，打診・触診により腸蠕動音が変化するため，この順序を必ず守る。フィジカルアセスメントに必要な準備のポイントを，以下に示す。

- ・患者に排尿を済ませてもらい，膀胱に何も無い状態で腹部のアセスメントを行う。
- ・患者をリラックスさせ，剣状突起から恥骨結合に至る腹部，鼠径部まで観察できるように準備する。
- ・プライバシーが確保できるように配慮する。
- ・得られた所見を記載するために，通常腹部を9分割にする（[図15-2](#)）。

### 2) バイタルサイン

- ・発熱，頻脈，頻呼吸や低血圧に注意する。

### 3) 視 診

#### (1) 全身状態の観察

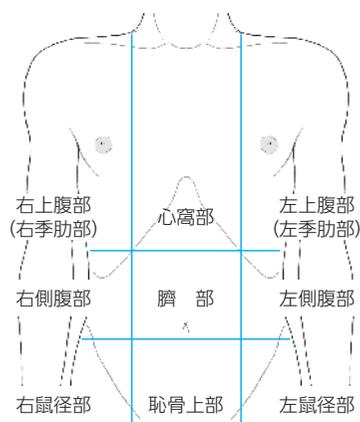


図15-2 腹部9分割



図15-3 腹部のフィジカルアセスメント

- ・患者の様子。
- ・痛みの程度，安楽の程度。
- ・発汗の有無。

## (2) 腹部の視診

患者に仰臥位で膝関節を曲げてもらい，腹部に圧がかからないようにする。診察者は診察台の右側\*に立ち，全身状態を観察後，腹部の外観を観察する（図15-3）。

\*：自分の立ち位置を固定することはフィジカルアセスメントの基本である。

### ①腹部の皮膚の癒痕の有無

腹壁手術創の癒痕における形状や状態を注意深く観察する。

#### 正常からの逸脱

- ・手術創の癒痕の不規則な形状は，術後の手術部位感染の既往を考える。

### ②腹部の輪郭

隆起（膨隆）の有無を確認する。数多くの腹部をみることで，正常と正常からの逸脱の違いがわかるようになる。

隆起では5つの原因（5F）を考える。すなわち，腸管ガス（flatus）・便（feces）・胎児（fetus）・脂肪（fat）・腹水（fluid）である。

#### 正常からの逸脱

- ・胎児による隆起で腹痛を訴えている場合は，産科医による診察が必要となる。
- ・ガスによる隆起では，食物が原因である場合は軽度であることが多い。
- ・腸閉塞や麻痺性イレウスではより顕著な隆起となる。
- ・小腸閉塞より大腸閉塞でより膨隆が目立つ。

### ③左右対称性

肥大した臓器や腫瘍，臍ヘルニアなどによる左右の非対称性が考えられる。

#### 正常からの逸脱

- ・臍ヘルニアでは，隆起および左右非対称性がみられる。

### ④腹部の皮膚変色

黄疸やその他腹部の皮膚色の変化の有無を確認する。

## コラム 虫垂炎を思い込みで判断しないために

高齢者の虫垂炎の診断は見逃されやすい。高齢者では、通常、虫垂炎患者にみられる症状がみられないのが特徴といえるが、青年期の患者と比較すると、死亡率が高いというデータがあるため、注意する。また、妊婦において、妊娠以外の理由で起こる手術理由として最も多いのが、虫垂炎である<sup>7)</sup>。妊娠週数に関係なく、右下腹部に強い痛みを訴える場合は注意する。

### 正常からの逸脱

- **黄疸**：肝臓疾患、肝炎などが考えられる。腹部だけでなく、全身に黄疸が観察される。
- **青紫の着色**：グレイ・ターナー徴候およびカレン徴候は、それぞれ側腹部および臍部の斑状出血で、急性膵炎時にみられる出血性滲出物の管外遊出を示す。

### ⑤ 蠕 動

やせた人では視診にて蠕動運動が観察されることがある。腸閉塞を疑う場合には数分間観察する。

## 4) 聴 診

蠕動音と水様内容物を確認するために行う。腸蠕動音は、ガスまたは液体が腸内膜を通過することにより生じる。通常の腸蠕動音は間欠的に聴取され、低音である。この腸蠕動の亢進または低下を聴き分ける。聴診の手順は以下のとおりである。

- ① 聴診器の膜型を腹部に当てる。冷たい聴診器を当てると腸蠕動が変化するので、手で温めてから皮膚に当てる。
- ② 腸蠕動音の確認が主な目的なので、大腸の走行に沿って聴診器を当てていく。聴診部位は1～2か所でよい。
- ③ 腸蠕動音が聴こえたら亢進しているのか判断する。
- ④ 腸蠕動音が確認できない場合は、5分ほど聴診する。

### 正常からの逸脱

腸蠕動音の所見には、亢進・消失の場合がある。

- **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」と判断する。亢進した蠕動音とともに消化管（特に結腸）内の水様内容物が流れる音が聴取できることが多く、下痢の発症や改善傾向について把握できる。
- **消失**：5分以上蠕動音が聴取できない場合は「蠕動音の消失」と判断する。腹膜炎などによる蠕動停止を疑う。消化管の閉塞や部分的なイレウスの場合、高音の蠕動音が聴かれるが、これは拡張・伸展した腸管壁がこすれ合うことによって発生するからである。風船に耳を当てて弾くと金属様の音が聴こえるのと同様である。

## 5) 打 診

消化管ガスの分布を把握するために行う。また必要時、肝臓・脾臓の境界を明らかにする。方法については、(p.33)を参照。図15-2の腹部の9分割領域それぞれを打診していく。

### 正常からの逸脱

- **鼓腸**：ガスがたまり腹部が膨隆した状態で、腹部全体で鼓音を呈する。直腸がん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があり、腹部単純X線などの精査の対象となる。後者では、通常は腹痛、悪心・嘔吐などの症状を呈することが少なく、蠕動音の低下が特徴である。
- **ガスの消失**：下痢が激しいとき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する。消化管運動の改善とともに消化管ガスが認められるようになるため、下痢の経過を予測できることもある。
- **臓器腫大**：右上腹部（右季肋部）やトラウベの三角（第6肋骨、肋骨弓、前腋窩線で囲まれた範囲）などで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る。腫大した肝臓を乱暴に触診すると肝破裂や肝膿瘍の破裂などを起こしうるため、打診による肝下縁の十分な評価が不可欠となる。肝膿瘍が疑われる場合は、鼓腸、肝・脾、肝臓の境界の触診は避け、速やかに画像診断を行う。

## 6) 触 診

触診の目的は、筋緊張や抵抗、圧痛および表在性腹痛や臓器の腫大を知ることである。実施項目は、肝・脾・腎の触知の有無、圧痛の確認、腫瘍の触知の有無である。

触診は痛みの少ない部分から、浅い触診（軽く1 cm程度の深さを触診）、深い触診（強く1 cm以上の深さを触診、両手を使う）の順に行う（図15-4）。

心因性腹痛の場合もあるため、これからどの部位を触診するのか説明しながら行う。

触診の部位では、図15-2の領域それぞれ触診できればよいが、痛みがある部位は、患者の様子をみながら行う。

腹膜炎がある場合には、深い触診は患者に苦痛を与えるうえ、腹壁の緊張を招き、その後の診察にも影響するので注意する。



図15-4 両手深部触診

患者が苦痛に感じる場合は、触診を無理に行わない。

## 7) その他のアセスメント

その他、知っておくべき徴候をあげる。

- **反跳痛**：腹膜刺激症状の一つで、内臓の炎症が腹壁に及んだ場合に観察される。腹壁を徐々に圧迫し、しばらくして急に手を離すと病変部に疼痛が起こる。
- **ロブシング徴候**：左下腹部の触診圧迫により右下腹部に痛みを感じる。
- **筋性防御**：腹膜炎が起こっている際には、腹壁の緊張が高まり、腹壁を触診すると板のように硬く感じる。
- **マーフィー徴候**：胆嚢炎、胆管炎では、右上腹部を押した状態で深呼吸をした際に「はっ」と息をのむような痛みが生じる。

## 6 臨床推論トレーニング

腹痛を訴えるケースをもとに、健康歴の聴取、フィジカルアセスメントの実践例を紹介する。

大学院の高度実践看護コースを修了したKさんは、病棟師長から今年3年目の看護師Aさんに対して、フィジカルアセスメントの能力をつけることができるように教育してほしいと頼まれた。Kさんは、Aさんの教育にかかわるよい機会と思い、内科病棟に肺炎で入院している患者のアセスメントを行うように伝えた。患者は肺炎で、抗菌薬治療が奏効し回復に向かっていたが、明日退院と決まった日に、腹痛を訴えていた。

### ●患者の状態

Sさん、76歳、女性。2日前から右下腹部の痛みとともに悪心があり、朝食後に食べたものを少量嘔吐している。軟便が2回ほどあり、悪寒が少しある。そのうち治まるだろうと思い看護師に伝えないうちに、今朝の朝食は座位を保持して摂取した。またトイレに行く際は、少し前傾の姿勢で腹部をかばっている様子であったが、自力で歩行できた。バイタルサインを測定したところ、体温37.6℃、血圧145/90mmHg、脈拍90回/分、呼吸18回/分、SpO<sub>2</sub> 99%であった。

Aさんはバイタルサインから急を要する状況でないことを確認した後、患者に現在の症状をじっくり聞く時間はあると判断し、症状を尋ねた。

以上、AさんはSさんの情報収集を行い、Kさんのもとに来た。

- K**：まず、バイタルサインを確認してから、これからどうするのか決めたのはよかったですね。ここまで情報収集してみて、すぐに医師に連絡する必要があると思いますか？
- A**：発熱がありますが、バイタルサインは落ち着いているので、情報をもっと収集してから医師に連絡してもよいかと思います。もう少し情報を得たいと思いますが、いいでしょうか？

- K**：それでよいと思います。ほかにどのような情報がたりないのか、「OLDCARTS」で整理してみたらどうでしょうか。
- A**：患者さんの話を聞くことに夢中になり、系統的に情報が収集されていないと思うので、OLDCARTSで整理してみます。

AさんはKさんからアドバイスを受け、情報を整理した。皆さんもどの情報がたりないのか、一緒に考えてみてください。

### ●OLDCARTSによる情報整理

AさんがOLDCARTSで整理した内容は、以下のとおりである。下線の部分は、最初の情報収集で得られなかった内容である。

O (症状の始まり)： 2日前から始まった。突然というよりは、気づいたら徐々に痛みが始まっていた。

L (部位)：右下腹部。

D (持続時間)： 持続的な痛みであるが、痛みの強さは変化する。

C (特徴)： 食後、ずきずきと差し込むような痛み。少し時間がたつと痛みは和らぐ。それ以外は、お腹が膨らんだ感じで、痛みがある。過去に同じような痛みが一度あり。嘔気・嘔吐を伴っている。食後に一度嘔吐あり。その後痛みは、軽減した。

A (寛解・増悪因子)： 排ガス、排便後に、痛みは軽減した。食後、痛みが増強した。

R (放散痛)： なし。

T (タイミング)： 持続的な痛みであるが、食後に痛みが増強した。

S (程度)： 通常の痛みは10段階のスケールで5、食後に痛みが増強しているときは7程度である。

<随伴症状>

腹痛が始まる以前は、肺炎で入院。この2、3日は発熱がなかった。本日は、37.6℃と発熱している。下痢はないが、軟便。もともと便秘気味であった。便に血液混入などはない。色も通常の色であった（ただし貧血のため、鉄剤を以前から内服していたので、便は黒色である）。胸痛などほかの部位の痛みはない。食欲低下があるが、肺炎で入院した当初よりは改善してきている。

- A**：こうして見てみると、多くの情報が抜けていたのがわかります。
- K**：OLDCARTSなど、系統的に情報を収集するツールが必要ということがわかるでしょう。
- A**：はい。
- K**：いくつかアドバイスすると、「嘔気」は、正式な医学用語では「悪心」です。臨床では両方使いますが。
- A**：はい。
- K**：あと、Aさんが書いてくれた内容を記録にするととても長くなるので、semantic qualifier (SQ)を使って記録してみましよう。もちろん、患者さんに症状を尋ねるときは、患者さん自身の言葉で語ってもらうのだけれど、記録は簡潔にわかりやすいこと

が大事です。

**A**：はい。

**K**：一緒に、既往歴などアセスメントした内容も記載してみてください。

### ●semantic qualifier (SQ)を用いた記録

Aさんは、以下のように情報を記録した。

- 現在の症状**：Sさん，76歳，女性。肺炎のために1週間前から入院。2日前から右下腹部に局限した痛みが出現。徐々に始まった痛みで，腹部膨満感を伴う。過去に同様の痛みあり。特に検査など行っていない。食後に痛みは増強し，差し込むような痛み。食後しばらくすると，または排ガス・排便後は痛みが寛解。痛みのスケールでは，5～7/10である。下痢はないが，軟便あり。色は正常範囲内(鉄剤内服中なので黒色)。悪心・嘔吐あり，今朝1回食後に嘔吐している。嘔吐の後，痛みは軽減。食欲低下がみられるが，肺炎で入院する前より改善。
- その他の症状**：頭痛・胸痛・呼吸困難なし。疲労感は肺炎の治療前にみられたが現在はない。悪寒あり。動悸なし。排尿困難感・残尿感なし。排尿時の痛みなし。性器からの不正出血なし。
- 既往歴**：
  - ①右下葉の肺炎・脱水にて入院中。一昨日まで抗菌薬の静脈注射を実施。
  - ②20年前に本態性高血圧症と診断。現在まで内服継続中。
  - ③5年前に鉄欠乏性貧血と診断。現在まで鉄剤の内服継続中。
  - ④22，23歳頃に急性虫垂炎により手術。術後特に合併症なし。
  - ⑤経腔分娩にて3人出産。24歳，26歳，28歳のとき。
- 内服薬**：処方薬として，アムロジピン（アムロジン<sup>®</sup>錠）5mgを1日1錠，フェロミア<sup>®</sup>錠50mgを1日1錠2回。その他，マルチビタミン剤を内服。
- アレルギー**：猫。
- 入院歴**：急性虫垂炎，出産，今回の入院以外はなし。
- 家族歴**：父は肝硬変にて75歳のとき死亡。母は脳梗塞にて88歳のとき死亡。6人兄弟のすべて存命。すべての兄弟に高血圧症あり。
- バイタルサイン**：T 37.6℃，BP 145/90mmHg，P 90回/分，R 18回/分，SpO<sub>2</sub> 99%。

**K**：きちんと記録できましたね。いい調子です。こうすると簡潔でわかりやすいでしょう？

**A**：はい。見やすくて，必要な情報がまとまっています。

**K**：では，次にフィジカルアセスメントを実施してください。

**A**：はい，頑張ります。

### ●フィジカルアセスメントの実施

Aさんは，Sさんのベッドサイドでフィジカルアセスメントを実施した。

**K**：ひととおり，終わりましたね。

**A**：何とか，Kさんに教えていただいたとおりにやってみました。

### <フィジカルアセスメントの結果>

●**全身状態**：70歳代，女性でやせ形。顔色は少し蒼白い。やや神経質な顔立ち。苦痛の表情はないが，歩行時に前傾姿勢で腹部をかばっている。

●**胸部**

心臓：心拍・リズム整，心雑音（－），S3・S4（－）。

肺：エア入り，L>R，ただしRも正常範囲内の減弱。

●**リンパ節**：腫脹なし（リンパ節症なし）。

●**腹部**

視診：目立った隆起なし。左右対称。右側腹部に虫垂炎の手術と思われる手術痕あり。皮膚色変色などなし。

聴診：BS（腸雑音）×4，亢進・減弱なし。血管雑音は聴診されず。

打診：腹部全体に軽度の鼓音。肝臓の境界は，鎖骨中線上9cm。

触診：軟。硬直なし。右側腹部の下部に限局した痛みあり。腫瘍など触診されず。反跳痛なし。

### ●臨床推論

**K**：腹痛のある患者のアセスメント項目は，すべて網羅されていると思います。

**A**：よかった！ありがとうございます。一つ質問があるのですが，正常範囲外の所見だけ書くのではだめですか？

**K**：確かに正常範囲外の内容が重要ですが，正常範囲内であったということをきちんとアセスメントして，記録として残しておくのも重要なことです。

**A**：わかりました。フィジカルアセスメントで得た情報はすべて記載するということなのですね。

**K**：そのとおりです。話は変わるけれど，この患者さんの腸雑音は正常範囲内でしたか？

**A**：はい。だから，あまり心配はないと思いました。肺炎で食事が減っていたところ，急に普通に食事を開始したから腹痛が出現したのだと思います。

**K**：確かに，あまり腸雑音にとらわれるのはよくないと思います。腸雑音が聴こえないのは腸閉塞など重篤な疾患が考えられますが，そうでないからといって，問題なしというのはちょっと判断が早いですね。実際，発熱しているわけですし。この患者さんの身体所見をまとめると，「悪心・嘔吐を伴った右下腹部に限局した痛み，発熱・悪寒あり」というところでしょうか。

**A**：はい。

**K**：どのような疾患が考えられますか？

**A**：右下腹部に限局した痛みということから，虫垂炎，盲腸軸捻転，大腸憩室炎，卵巣疾患，尿管結石が考えられると思います。

**K**：そうですね。

**A**：虫垂炎は過去に手術をしているので，最初の2つの疾患は排除できます。尿管結石は突然始まる痛みで，もっと痛みを訴えます。そうなると残りは憩室炎と卵巣疾患ですが，年齢を考えると，憩室炎の可能性が高いと思います。

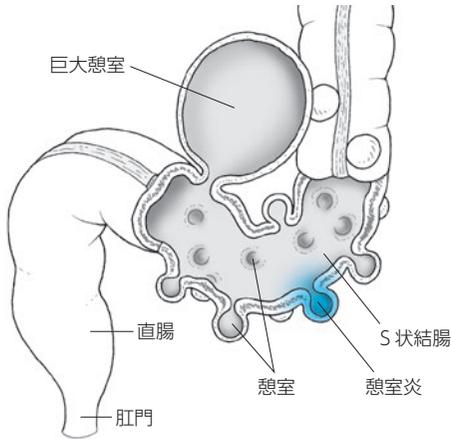


図15-5 憩室炎

**K**：憩室炎も重篤なものから、症状がほとんどみられないものまで、様々ありますね。憩室内で炎症がどの程度起きているかによります（図15-5）。Aさんの言うとおり、高齢者に多くみられるのが特徴ですね。まずは検査です。今すぐ対応する必要はないけれど、担当医が回診に来た際に、フィジカルアセスメントの結果を伝えましょう。

**A**：はい！

【文献】

- 1) Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, et al : Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain, *Emergency Medicine Clinics of North America*, 21 (1) : 61-72, 2003.
- 2) Tamayo-Sarver JH, Dawson NV, Cydulka RK, et al : Variability in emergency physician decision making about prescribing opioid analgesics, *Annals of Emergency Medicine*, 43 (4) : 483-493, 2004.
- 3) Chang Fy, Lu CL, Chen TS : The current prevalence of irritable bowel syndrome in Asia, *J of Neurogastroenterol Motil*, 16 : 389-400, 2010.
- 4) Kurata JH, Nogawa AN : Meta-analysis of risk factors for peptic ulcer. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, Helicobacter pylori, and smoking, *Journal of Clinical Gastroenterology*, 24 (1) : 2-17, 1997.
- 5) Cosnes J, Carbonnel F, Beaugerie L, et al : Effects of cigarette smoking on the long-term course of Crohn's disease, *Gastroenterology*, 110 (2) : 424-431, 1996.
- 6) McHale PM, LoVecchio F : Narcotic analgesia in the acute abdomen—a review of prospective trials, *European Journal of Emergency Medicine*, 8 (2) : 131-136, 2001.
- 7) Tamir IL, Bongard FS, Klein SR : Acute appendicitis in the pregnant patients, *Am J Surg*, 160 (6) : 571, 1990.