

出典として、以下の情報源を主に用いた。

1. 『今日のOTC薬 改訂第5版』
2. 『(登録販売者)試験作成に関する手引き』令和4年3月版
3. 『NHK健康チャンネル』
4. 『法研「家庭の医学」』

問1.【受診勧奨】

『(登録販売者)試験作成に関する手引き』令和4年3月版 114頁 1860行目

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000082537.html>

【受診勧奨】 痛みが次第に強くなる、痛みが周期的に現れる、嘔吐や発熱を伴う、下痢や血便・血尿を伴う、原因不明の痛みが30分以上続く等の場合には、基本的に医療機関を受診するなどの対応が必要である。その際、医師の診療を受けるまでの当座の対処として一般用医薬品が使用されると、痛みの発生部位が不明確となり、原因の特定を困難にすることがあるので、原因不明の腹痛に安易に胃腸鎮痛鎮痙薬を使用することは好ましくない。

腹部の痛みは必ずしも胃腸に生じたものとは限らず、月経困難症、胆嚢炎、胆管炎、胆石症、急性膵炎などのように、胃腸以外の臓器に起因する場合がある。血尿を伴って側腹部に痛みが生じた時は、腎臓や尿路の病気が疑われる。これらについて胃腸鎮痛鎮痙薬を使用することは適当でない。

また、下痢に伴う腹痛については、基本的に下痢への対処が優先され、胃腸鎮痛鎮痙薬の適用となる症状でない。下痢を伴わずに腹部に痛みを生じる病気としては、上記のような胃腸以外の臓器に起因するもののほか、腸閉塞(イレウス)、アニサキス症^{cxviii}などがある。

小児では、内臓に異常がないにもかかわらず、へその周りに激しい痛み(ときに吐きけを伴う)が繰り返し現れることがあり(反復性臍疝痛)、精神的なストレスによる自律神経系の乱れが主な原因と考えられている。数時間以内に自然寛解するが多いが、長時間頻回に腹痛を訴えるような場合には、医療機関に連れて行くなどの対応が必要である。

(1)受診を勧めるべき生命に関わる緊急性の高い重大な症状ではないか？

①虫垂炎

虫垂炎の初期に心窩部痛を訴える理由を「内臓痛」による現象とする文献と「関連痛」による現象とする文献がある。決定的な拠りどころにできる文献を探したが、見つからなかったため、言及するのは避けた。医学出版『レジデント(Resident)』2011/10 Vol.4 No.10 142,143 ページ「腹痛～腹痛をしっかりと鑑別しよう～」では、

「虫垂炎の早期の痛みは、虫垂の中に腸液が貯留して壁が伸展することにより生じる。これは腸管壁由来の内臓痛であり心窩部痛になる。(中略)関連痛とは、内臓痛の刺激が脊髄後角に入るときに同じ分節に入る体性求心神経を刺激することによって生じる、特定部位の皮膚の痛み」

とあり、虫垂炎初期の心窩部痛は内臓痛であり関連痛とは異なることを意図した記述もみられる。

<http://www.igaku.co.jp/pdf/resident1110-3.pdf>

(前略)

疼痛の評価～内臓痛？ 体性痛？ 関連痛？～

- ・疼痛の評価では、内臓痛か、体性痛か、関連痛かを意識することが大切。
- ・内臓痛は、管腔臓器の拡張や実質臓器の被膜が伸展するときを感じる痛み。刺激が痛みの神経か神経叢に入ることによって、各神経叢の分布部位（心窩部、臍周囲、下腹部、身体の正中線上）にはっきりしない痛みを生じる。
- ・一方、体性痛は腹膜の痛みであり、鋭い痛みのことが多い。
- ・たとえば、虫垂炎の早期の痛みは、虫垂の中に腸液が貯留して壁が伸展することにより生じる。これは腸管壁由来の内臓痛であり心窩部痛になる。虫垂炎発症後、時間が経って炎症が周囲の壁側腹膜に及ぶと、腹膜由来の体性痛を生じて、痛みの部位は右下腹部に局限するようになる。

(中略)

- ・関連痛とは、内臓痛の刺激が脊髄後角に入るときに同じ分節に入る体性求心神経を刺激することによって生じる、特定部位の皮膚の痛みである（表2）。

(後略)

法研『家庭の医学』「虫垂炎」

担当執筆者：北海道大学大学院薬学研究院臨床病態解析学教授 武田宏司

<http://medical.itp.ne.jp/byouki/160304000/>

【どんな病気か】

虫垂炎は、虫垂に化膿性の炎症が起こる病気です。虫垂は、盲腸(もうちょう)（右下腹部の小腸から大腸につながった下の部分）の先に突き出た5～10cmほどの先端が閉じた突起物で、長さ6～8cm、太さは鉛筆程度です。虫垂は、リンパ組織が集まっているため、免疫に関与するともいわれていますが、少なくとも成人では不要と考えられている臓器です。

虫垂炎は、一般には「盲腸」あるいは「盲腸炎」という通称で知られていますが、これは昔、虫垂炎の発見が遅れ、炎症が盲腸まで広がった状態で発見されたケースが多かったためです。

急に激しい腹痛を訴え、外科的な治療を必要とする病気を総称して「急性腹症」といいますが、虫垂炎はそのなかでも最も頻度の高いもので、15人に1人が一生に一度この病気にかかるといわれます。虫垂炎の発症のピークは10～20代ですが、小児や高齢者も含めてどの年齢層でもみられます。男女差はありません。

虫垂炎は適切に治療されれば予後のよい病気ですが、治療しないまま放置しておくと、虫垂は破裂し、細菌を含んだ腸の内容物が腹腔内へ漏出して膿瘍(のうよう)（感染によるうみがたまったもの）を形成したり、腹膜炎を起こして命取りになることもあります。また、細菌が血流に乗って全身に広がると敗血症(はいけつしょう)(菌血症、敗血症、敗血症性ショック)になり、命を脅かすこともあります。実際、かつては死亡率が60%以上もある恐ろしい病気と考えられていました。

【原因は何か】

虫垂炎の原因はまだ完全にはわかっていませんが、糞便（糞石）や異物、リンパ組織の過形成、まれには腫瘍などで虫垂の入り目がふさがったり、狭くなることがきっかけになると考えられています。これにより、虫垂の内圧が上昇して血行が悪くなり、そこに細菌が進入して感染を起こし、急性の炎症が起こると考えられています。

炎症の程度により、カタル性（粘膜層の軽い炎症）、蜂窩織炎（ほうかしきえん）性（全層の化膿性炎症）、壊疽（えそ）性（虫垂壁全層の壊死（えし））に分類され、多くの虫垂炎はカタル性から始まり、炎症が進むにつれて蜂窩織炎性、壊疽性へと進展します。壊疽性では、穿孔（せんこう）に至ると腹膜炎を合併します。

【症状の現れ方】

腹痛、食欲不振、発熱、吐き気、嘔吐が主な症状です。典型的な経過としては、上腹部やへそのまわりが突然痛み出し、次に発熱、吐き気や嘔吐、食欲不振が起こります。数時間もすると吐き気は止まり、数時間から24時間以内に痛みが右下腹部に移ってきます。この部分を押し離した時に痛みがひどくなります（反跳痛（はんちょうつう）、ブルンベルグ徴候）。ただ、このような典型的な症状を示すことは決して多くなく、半数程度にすぎません。

発熱は37～38℃の微熱のことが多く、39℃以上の場合には穿孔性腹膜炎や膿瘍形成を考える必要があります。

【検査と診断】

疼痛が腹部全体やみぞおち（みぞおち）に始まり、次第に右下腹部に移動して、吐き気、嘔吐、発熱を認めた場合、虫垂炎の可能性が考えられます。しかし、こうした症状は虫垂炎に特有というわけではなく、尿路結石、急性腸炎、大腸憩室症、骨盤内での炎症などでもみられます。したがって、診断に際しては、これらの他の病気も視野に入れながら、おなかの診察（触診）を軸に採血、腹部のX線撮影、超音波検査などの結果を総合して診断します。とくに重要なのは炎症の程度を示す白血球数で、虫垂炎の場合には、その値が異常に高くなります。

触診は、右下腹部の圧痛（押した時の痛み）がポイントとなります。虫垂炎が進んで虫垂壁に穴があいて（穿孔）、急性腹膜炎を起こすと、腹壁の緊張が増して板のように硬くなります（筋性防御（きんせいぼうぎょ））。また、急性腹膜炎を合併した場合には、腹部を圧迫して手を離す瞬間に痛みが増強します（ブルンベルグ徴候）が、これは腹膜が刺激された状態で、手術適応を判断する際に重要です。

採血では、炎症の程度を表す白血球数や反応蛋白（CRP）の値が問題となります。炎症が起こると、早期に白血球が増加し、急性虫垂炎の場合では約90%の人で10000/μ以上の値を示すといわれます。この値も治療の方法を決定するひとつの指針となります。高齢者では反応が出にくいことがあります。

典型的な虫垂炎の場合は、診断は症状、おなかの所見、血液検査から臨行的に行います。所見が非典型的または不確かな場合、とくに訴えのあいまいな子どもや精神障害者、炎症の進行にもかかわらず症状や発熱、白血球増多などの現れにくい高齢者では、腹部超音波検査やCT検査で虫垂の形態的な変化を確認して診断することがあります。これらの画像検査は、ある程度炎症が進行した虫垂炎の診断に有効で、大きくはれた虫垂や虫垂壁の肥厚を確認します。また、虫垂内部の糞石や、虫垂のまわりのうみ（膿瘍）や腹水、腸管の麻痺像も確認できます。

虫垂炎は約10%ほどの誤診があるといわれています。鑑別診断を要する病気として、女性では、骨盤内炎症性疾患（PID）、卵巣出血、卵巣囊腫茎捻転、子宮外妊娠、などがあります。次に腸の病気として、

結腸とくに盲腸近くの大腸憩室炎、メッケル憩室炎、回盲部周囲炎、腸重積症、この近くの大腸がんなどがあります。小児では、急性腸間膜リンパ節炎が誤診しやすい病気です。

NHK ためしてガッテン

突然の激痛！盲腸（虫垂炎）の新事実 2017年3月8日（水）午後7時30分

<http://www9.nhk.or.jp/gatten/articles/20170308/index.html>

01 「盲腸」は「役に立たない臓器」ではなかった？

2015年に発表された研究で、「盲腸」で手術をした人7万人以上と、手術をしていない人およそ30万人を14年間近く調べたところ、手術をした人はその後1年半～3年半の間、2.1倍ほど大腸がんになりやすいという結果が示されました【※】。

一体、何でそうなったのか？まだ研究途上ですが、「“盲腸”ってムダな臓器」というこれまでのイメージを覆すような発見が、いま相次いで報告されるようになってきています。

【※】リスクが上がったのは、手術後3年半までです。その後は、手術をした人としらない人で大腸がんのリスクは変わらなくなりました。

【参考文献】 Association between Appendectomy and Subsequent Colorectal Cancer Development: An Asian Population Study Shih-Chi Wu et al. PLoS One. 2015 Feb 24;10(2)

02 そもそも盲腸ってどんなもの？

盲腸は大腸の一部を指す言葉です。大腸と小腸の境目のあたりにあり、人間では小さいですが、馬などの草食動物では大きく、草などの植物を消化する働きをしていると考えられています。

でも、実は激痛の原因になるのは盲腸そのものではありません。人間の盲腸には、直径3～5ミリほどの「虫垂（ちゅうすい）」という細い袋のような臓器がついており、ここに何か詰まったりすると炎症が起きて激痛を引き起こします。ですので、盲腸の正式な病名は「虫垂炎」といいます。

この「虫垂」という臓器は、長いあいだ役割がはっきりせず、「進化の過程で機能が失われた、ムダなもの」と思われてきました。ところが最近の研究で、虫垂にはたくさんの免疫細胞が住んでおり、健康と深くかかわる「腸内フローラ」が良い状態に保たれるよう働いている可能性があることがわかってきました。

03 どんな治療法があるの？

盲腸（虫垂炎）になったら、治療は「手術で虫垂を切除する」か「薬で炎症を抑える」場合がほとんどです。どちらがよいかは状況によっても異なり、一概には言えません。

炎症があまりにひどかったり、ウミがひどくたまってしまうたりしているケースでは、手術が選択されることが多いようです。しかし、薬も進歩しているし「基本的には薬の治療（保存療法）が良い」という意見もあります。また、まず薬で炎症を抑え、その後に手術を行うという治療法も増えています。

重要なことは、盲腸は最悪の場合、命にも関わる病気だということです。どちらの治療を行うかの判断は医師が行います。必ず指示に従ってください。

ただ今回、番組で医師およそ300人に「虫垂炎の基本的な治療方針」を聞いたところ、「患者さんの意

向を尊重する」という回答が半数を超えました。

つまり、いざ盲腸（虫垂炎）になったとき、医師から「手術か薬か、どちらが良いですか？」と希望を聞かれるかもしれないということ。そこで以下のポイントを覚えておいてください。

薬で治療する場合は、虫垂を切らずに保存することができます。

でもその後、10～35%くらいの人には盲腸（虫垂炎）が再発してしまうことがわかっています。

手術をすれば、二度と盲腸（虫垂炎）に悩まされることはなくなります。

一方で最新の研究では、虫垂を切ると、その後3年半の間、大腸がんのリスクが2.1倍になるという研究も出ています。

大事なことは、手術、薬のいずれにしても、治療後はお腹（大腸）のことを大切にあげることです。バランスの良い食生活を心がけることはもちろん、手術をしたあとでご心配な方は、大腸がん検診を受診しても良いかもしれません。

※大腸がん検診・・・便に血液が含まれるかを調べる。40歳以上に推奨。