

4

身体所見と検査

悪心・嘔吐をはじめとする腹部症状をもつがん患者に対して、どのような病歴聴取、身体所見、検査が原因の診断に必要で、有効であるかを述べる。

1. 問診

1 現病歴

悪心・嘔吐が、いつから、どのようなときに発現するのか（表1）、軽快因子、増悪因子、症状の程度（評価尺度を用いるとよい）、食事との関係などを問診する。原発部位と転移部位を、過去の治療歴、検査所見、画像所見から確認することで、腹部症状の原因を類推することができる。また、過去にがんに対する手術歴がある場合には、その手術所見と、転移部位を確認する。所見は術者ととともに検討するとよい。

投与中の薬剤を、市販薬を含めて確認する。腹部症状を増悪させる可能性がある薬剤を検討する。今までの化学療法、放射線治療の実施を確認し、腹部症状と治療との関連を検討する。

合併する症状として、食欲不振、痛み（腹痛）、めまい、不安、不眠を確認する。また腹部症状として、悪心・嘔吐、便秘、腹部膨満をそれぞれ再確認する。

2 既往歴

消化性潰瘍、逆流性食道炎の既往を確認することで、がんと関連しない腹部症状の可能性を検討する。糖尿病、アルコール依存症、慢性腎不全、自己免疫疾患、アミロイドーシス、パーキンソン病は、自律神経異常を合併することで消化管運動低下を来す。消化管運動低下は悪心・嘔吐の原因となることがある。

これまでの排便パターンと便秘に対する治療の有無を確認することで、便秘を治療の対象とするかどうかの参考となる。

既往の外科治療、特に腹部手術歴の既往を確認することで、良性の消化管閉塞の危険性、すなわち腸管癒着による腹部症状の可能性を検討する。

2. 身体所見

1 視診

腹部膨満の有無を確認する。

2 聴診

腹部の蠕動音を聴取し、減弱、亢進、消失を確認する。聴診は同一部位で数分以上連続して聴取する。

表1 がん患者における悪心・嘔吐の病歴，身体所見とその病因

病歴，身体所見	悪心・嘔吐の予測しうる病因
パターン	
大量，高頻度，嘔吐後に悪心が軽減	消化管閉塞
少量	上部消化管疾患
関連症状	
体動，頭位変換で増悪	前庭系
朝に増悪，認知機能の変化	中枢神経，頭蓋内占拠病変
頻尿，口内乾燥	高血糖，高カルシウム血症
精神状態の変化	尿毒症，低ナトリウム血症，頭蓋内圧亢進，転移性脳腫瘍，肝不全
項部硬直	髄膜炎（感染，がん性）
失神，早期満腹感	自律神経異常
腹部蠕動音の低下，腹部膨満，硬便，しぶり腹	便秘
便秘，疝痛	消化管閉塞
腹部膨満感，早期満腹感	上部消化管疾患，肝腫瘍による上部消化管の圧迫，がんによる十二指腸狭窄などによる胃内容物の排出障害
胸焼け，臥床で症状が増悪，口腔内で酸っぱいような味，慢性咳嗽	逆流性食道炎
右季肋部痛	胆嚢，肝疾患
心窩部痛，背部痛	膵炎
発熱，下痢	胃腸炎
心配，不安	感情的な原因
視覚・嗅覚刺激によって悪化する持続的な悪心	化学的原因
参考となる身体所見	
起立性の血圧，脈拍の変動。Valsalva手技で心拍数が変化しない	自律神経異常
乳頭浮腫，神経徴候	中枢神経，頭蓋内圧亢進
口腔カンジタ，ヘルペス	口腔咽頭，食道の炎症
腹部膨満，腸音異常	消化管閉塞，便秘，腹水，がん性腹膜炎
腹部聴診で，水のはねるような音	幽門狭窄，閉塞
腹部腫瘤，腹水	消化管運動低下，消化管閉塞
著明な脾腫大	脾臓による消化管圧迫
直腸診で，便塊を触れる	便秘

3 打診・触診

腹部全体の圧痛を確認する。圧痛がある場合には，腹膜炎の可能性を検討する。肝腫大の有無を確認し，悪心・嘔吐の原因として上部消化管の肝による圧迫を検討する。腹部膨満がある場合，波動の有無から腹水の存在を推測する。腹部膨満の原因として，腹水，便秘，がん性腹膜炎を鑑別する目的に，画像検査を行う。

腹部の触診で，下腹部に便を触れるかを確認する。大腸内に停滞する便を触知す

ることがある。必要に応じて直腸診を行い、腫瘤の有無、残留便の有無を確認する。

3. 検査所見

1 血液検査

悪心・嘔吐の原因として推測される異常と関連した検査を以下に述べる。

- ・電解質（特にナトリウム，カルシウム）
- ・血糖値
- ・腎機能（尿素窒素，クレアチニン）
- ・肝機能（特に肝酵素，胆道系酵素，アンモニア）
- ・炎症反応
- ・ジゴキシン，テオフィリン，抗けいれん薬を投与中の場合には，その血中濃度を確認する。
- ・便検査：便潜血，便培養（他消化器疾患の鑑別を目的）

2 画像検査

画像検査については，診断的所見より，腹部症状の原因を検討するうえで重要と思われる所見について述べる。ただし，消化管内視鏡やCTをはじめとする画像検査で消化管の異常が指摘できなくても，がん患者には悪心・嘔吐は起こりえることに留意されたい。

1) 腹部単純X線

便秘を伴う患者の大腸内の糞便の量と分布を確認できる。

消化管閉塞（イレウス），腸管のガスの貯留，鏡面像（air-fluid level，ニボー）の形成を確認できる。腸管内にガスがない場合には，単純X線のみでは，消化管閉塞は診断できない。このような症例には，超音波検査を診断的に用い，さらにCT検査を行うことで，閉塞部位を含めた質の高い所見を得ることが可能である。

2) 腹部超音波

消化管閉塞では，腸管内の液貯留により超音波で小腸の拡張が確認できる（pseudo-kidney sign, keyboard sign）。腸管内にガスが貯留した場合には，超音波では画像が得られない。

腹部膨満を伴う患者は，腹水の有無を確認する。腹水穿刺を行うときには，超音波検査を事前に行うことが望ましい。腹水以外の腹部膨満を除外するとともに，穿刺部位の検討，腹膜に癒着した腸管の確認，巨大な腫瘤の内容物との鑑別も可能となる。

肝腫大や胆嚢，胆管の異常を確認する。

腹部膨満を伴う患者に腹水や肝腫大を超音波で認めないときは，便秘，がん性腹膜炎を検討する。これらの鑑別にはCTが有用である。

3) CT

頭部：頭蓋内病変の有無を確認する。頭蓋内占拠病変，脳浮腫，頭蓋内圧亢進，頭

蓋骨転移の有無を確認する。頭蓋内病変の精密検査やがん性髄膜炎の診断には、造影剤を用いたMRI検査がより有用である。

腹部：消化管閉塞の診断には有用で、閉塞部位も診断できることが多い。主な所見としては腸管拡張、腸管内容物貯留、腸壁浮腫、がん性腹膜炎を確認する。腹部膨満の原因について、診断が可能となる。治療を決定していくうえで重要な鑑別となる。

4) 消化管造影

小腸造影で消化管閉塞の閉塞部位を診断できる。イレウス管を留置し施行する小腸造影は、ヘルニア、癒着など、治療しえる良性の消化管閉塞の場合にはより有用な検査となる。

悪性腫瘍に伴う消化管閉塞の場合、その原因の多くはがん性腹膜炎で、閉塞部位が複数であることが多い。したがって、小腸造影検査の苦痛とイレウス管による治療が困難であることを考慮すると、閉塞部位の同定はCTなど他の画像検査で行うことが望ましい。

5) 消化管内視鏡

上部消化管内視鏡では、食道、胃、十二指腸の観察が可能で、胃、十二指腸潰瘍をはじめとしたがん以外の疾患の鑑別も可能である。がんによる上部消化管の閉塞も診断可能で、消化管ステント留置など内視鏡処置を前提とした詳細な診断も可能である。

下部消化管内視鏡では、大腸と回腸の一部が観察可能である。また、大腸がんの診断が可能である。外科治療や、消化管ステント留置など内視鏡処置を前提とした詳細な診断も可能である。

内視鏡検査は、その前処置も含めると苦痛を伴う処置である。全身状態の悪化した患者では、内視鏡検査の適応は慎重に判断し行うことが望ましい。特に、がん性腹膜炎が合併している患者では、下部消化管内視鏡検査は挿入がしばしば困難で、検査に伴う苦痛が強い可能性がある。

(新城拓也)

【参考文献】

- 1) Wood GJ, Shega JW, Lynch B, Von Roenn JH. Management of intractable nausea and vomiting in patients at the end of life: "I was feeling nauseous all of the time... nothing was working". JAMA 2007; 298: 1196-207
- 2) Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clin Interv Aging 2011; 6: 243-59
- 3) Walsh D, Davis M, Ripamonti C, et al. 2016 Updated MASCC/ESMO consensus recommendations: Management of nausea and vomiting in advanced cancer. Support Care Cancer 2017; 25: 333-40