

第15回

吐き気・嘔吐

▶東京医療センター 研修医セミナーから

石川純也 中里圭宏* 小松英嗣*

IRYO Vol. 64 No. 8 (544-550) 2010

キーワード：吐き気，嘔吐，中枢神経系疾患，薬剤性

Key Words：nausea, vomiting, disorder of the central nervous system, drug induced

今回のテーマは「吐き気と嘔吐」です。原因として、単に消化器疾患だけでなく、実に多彩なものがあり、それに対する考え方は研修医にとってとても重要です。

前半は吐き気と嘔吐をうったえる患者について①何を聞くか②何を診るか③何を考えるかの3点についてやって行きましょう。

後半は検査の進め方と鑑別を主体にみていきましょう。

①何を聞くか

症例1

53歳男性。生来健康で入院前日も普段と変わりなく仕事をしていた。朝8時に起きた直後からめまいが出現，嘔吐した。

上級医

こんな患者がきたらどんなことを聞きたいでしょうか。

研修医

ほかの随伴症状はあるのか。嘔吐した内容物はど

ういったものか。服薬歴はどうかなどを聞こうと思います。

上級医

そうですね。今回の患者についてはこのような病歴が聴取できました。

- ・嘔吐は朝起きたときから数回あった。
- ・吐物の性状：食物残渣。血液なし。
- ・めまいあり。腹痛なし。下痢・発熱なし。
- ・頭痛：頭重感ともなう。朝起きたときから。
- ・めまい：ぐらぐら揺れる感じ。閉眼でも改善せず。
- ・生もの摂取なし。
- ・周囲に同様の症状なし。
- ・薬剤内服なし。

本症例は追加の画像検査にて小脳梗塞と診断されました。

次のようなことを意識して聴取してみるようにしてください。

まずは、吐き気や嘔吐を呈する重篤な疾患が何かを意識しておく必要があります（表1）。

国立病院機構東京医療センター 総合内科 消化器*

別刷請求先：石川純也 国立病院機構東京医療センター 総合内科 〒152-8902 東京都目黒区東が丘2-5-1
(平成22年8月9日受付，平成22年9月16日受理)

Nausea and Vomiting

Junya Inoue, Yoshihiro Nakazato and Hidetsugu Komatsu, NHO Tokyo Medical Center

表1 嘔気・嘔吐をきたす重篤な疾患¹⁾

重篤な疾患の診断	罹患率
妊娠悪阻	0.3-1.0%
妊娠による急性脂肪肝	0.008%
HELLP 症候群	妊娠の0.1%
腹腔内の緊張症(閉塞, 穿孔, 腹膜炎)	
急性心筋梗塞	
中枢神経系障害(頭蓋骨折, 感染, 頭蓋内圧亢進, 出血)	
毒物摂取	
上部消化管出血	

そしてそれぞれの疾患における警告症状に注意してください(表2)。

表2 嘔気・嘔吐における警告症状¹⁾

警告症状	重篤な原因	尤度比(LR+)	良性の原因
大量出血(肉眼で赤/黒/コーヒ-残渣様)	消化性潰瘍, 静脈瘤またはマロリー・ワイスからの上部消化管出血		
頭部外傷歴	頭蓋骨折	成人 LR+4.17	
頭痛	頭蓋内出血, 腫瘍, または感染	頭痛が振動で増悪, 髄膜炎について LR+2.4	片頭痛
頸部のこわばり	髄膜炎		
精神症状の変化	頭蓋内出血, 腫瘍, または感染		
右下腹部痛	急性虫垂炎	LR+8.0	
臍周囲の疼痛が右下腹部に移動	急性虫垂炎	LR+3.1	
嘔吐前に腹痛	急性虫垂炎	LR+2.76	
歩行時の増悪	腹膜炎		
上腹部痛:一定の痛みが30分以上	急性胆嚢炎		
急性胸痛	急性心筋梗塞	左肩への放散痛 LR+2.3 両肩への放散痛 LR+7.1	胃食道逆流症
体位に関係した症状, 嗜眠, 経口の液状薬を保持できない	緊急治療を必要とする血液量減少または電解質のアンバランス		

とくに吐き気や嘔吐に関連する病歴については詳しく聞きましょう。

- 吐き気・嘔吐の期間(急性/慢性) →いつから始まったのか?
- 症状の頻度
- 吐き気・嘔吐の重症度 →嘔吐ともなうか/悪心のみか
- 嘔吐と食事および薬剤との関連性 →内服薬/健康食品
- 嘔吐の質と量 →吐物の性状
- 悪心・嘔吐の誘因 →食事は?

その他, 妊娠可能な年齢の女性であれば, 最終月経/妊娠の可能性を聴取しましょう。

手術歴もまた重要です。

随伴症状も忘れないようにしましょう(腹痛/胸焼け/下痢/下血/便秘/発熱/頭痛など)。

②何を診るか

上級医

診察室に迎え入れてからいすに座るまでの動作も意識してみましょう。うつむいている/痛がっている/体型などですね。また, 話し方や全体的な雰囲気も参考になります。

吐き気・嘔吐鑑別すべき疾患は, 多岐にわたるためしっかりとした system review をとることも心がけてください。消化器系以外の疾患を疑う場合に参考になる検査としては, 血糖, 血液ガス(代謝疾患), 心電図(心疾患), 頭部CT(中枢性疾患), 妊娠反応(婦人科疾患)などがあげられます²⁾。

③何を考えるか

症例2

80歳女性 関節リウマチに対してステロイド内服中。1カ月前から吐き気を訴えている。

上級医

吐き気の原因としてどういったことを考えますか?

研修医

ステロイド以外にどのような薬を飲んでいたか気になります。

表3 嘔気・嘔吐をきたしやすい薬剤³⁾

薬剤名	症状をきたす要因
ジギタリス	ジギタリス中毒
リチウム	リチウム中毒
テオフィリン	テオフィリン中毒
メトホルミン	乳酸アシドーシス
カルシウム製剤	高カルシウム血症
KCL 腸溶剤	小腸潰瘍

上級医

そうですね。薬の副作用は時として吐き気の原因となることがあります。

代表的なものをあげます（表3）。

本症例では骨粗鬆症に対して処方されていたビタミンD製剤による高カルシウム血症が吐き気の原因でした。

吐き気のみの主訴の場合をまとめますと、

- ・妊娠可能年齢の女性：妊娠悪阻の可能性
 - ・基礎疾患がある場合：薬の副作用（薬の重複投与）市販薬や健康食品
 - ・時として精神的な問題：症状が出現したきっかけや同様の症状を繰り返していない
- となります。

症例3

32歳女性 4日前から頭痛徐々に増悪、吐き気出現。38度台の発熱を認めた。

上級医

吐き気の原因としてどういったことを考えますか？

研修医

熱と頭痛があるので髄膜炎を考えたいです。

上級医

そうですね。この患者は jolt accentuation 陽性、Kernig 陽性で腰椎穿刺の結果ウイルス性髄膜炎と診断されました。

吐き気+頭痛が主訴の場合をまとめますと、

- ・見逃してはならないもの：頭蓋内病変
 - 突然の激しい頭痛→くも膜下出血（軽い頭痛のこともある）
 - 脳腫瘍
- ・発熱+吐き気+頭痛：髄膜炎
 - 身体所見では診断が難しいこともある。

疑わしければ腰椎穿刺を考慮する。

- ・肩こり+吐き気+頭痛：実際に多い。筋緊張にもなるものなど。
- となります。

症例4

80歳男性 脳梗塞で入院、認知症あり。病状落ちつきリハビリを行いながら退院調整中。

夜間 右上腹部中心の腹痛、嘔吐あり。便は軟便。

上級医

吐き気の原因としてどういったことを考えますか？

研修医

胆管炎や胆嚢炎や膵炎はどうでしょうか。

上級医

そうですね。消化器系の疾患を考えたいですね。この患者は急性胆嚢炎でした。

吐き気+腹痛が主訴の場合をまとめますと、

- ・悪心だけでなく嘔吐をともなうことが多い
- ・右季肋部痛：胆道疾患
- ・心窩部：上部消化管疾患
- ・左季肋部や背部：膵疾患

いずれも腹痛が主体になることが多いとなります。

それ以外にも吐き気と下痢が主訴の場合はいわゆる胃腸炎が多いですね。

吐き気と発熱が主訴の場合、見逃したくないのは虫垂炎です。また高齢者の腎盂腎炎がこの主訴で起こることがあります。背部叩打痛や尿の性状を確認しましょう。

追加事項として、制吐剤について確認しておきましょう。

制吐剤としてはプリンペラン（メトクロプラミド）ナウゼリン（ドンペリドン）はよく用いられていますね。使用にあたり何か注意することはありますか。

研修医

イレウスには使わないことですか？

上級医

そうですね。消化管運動亢進させますので消化管に器質的閉塞がある場合は禁忌となっています。それ以外にも錐体外路症状（手指振戦、筋硬直、頸・顔部の攣縮、眼球回転発作、焦燥感等）をきたすことがあります。とくに高齢者は投与量に注意してください。

上級医

それでは後半は症例をみながら検査の進め方と鑑別について考えていきましょう。

症例 5

90歳女性

ADL はほぼ自立している。

数日前から胃もたれを自覚。

急に嘔気・心窩部痛が出現した。その後、4、5回嘔吐し、下痢も2回認めた。飲水にて嘔気が出現するため水分摂取困難であり、症状が改善しないため救急外来受診となった。

既往歴

70歳頃 胆嚢炎（開腹胆嚢摘出術施行）

関節リウマチ、慢性心房細動

内服薬：ノルバスク、プレドニゾロン、バイアスピリン、サンリズム、ムコスタ、ラシックス

身体所見

体温38.5度、脈拍85/分、血圧92/36mmHg

意識レベル：JCS 1

眼球瞼結膜：黄染・貧血なし、

肺野：清、心音：収縮期雑音あり、不整

腹部 平坦・軟、腸蠕動正常、心窩部圧痛（+）、叩打痛（+）、Murphy 徴候（-）

上級医

では、どんな検査を行っていきますか。

研修医

血液検査と腹部超音波と心電図を行います。

上級医

問診や既往歴からどのような疾患かを考えて必要な検査を考えていきます。

嘔吐しているため、腹部X線も行います。心疾患のスクリーニングのため心電図も必要です。発熱があり、どのような炎症があるのか血液検査を行います。具体的にどんな項目をとりますか。

研修医

血算、生化学、凝固系をとります。

上級医

どんなことを考えていますか。

研修医

心房細動があるのでSMA症候群（上腸間膜動脈症候群）などの血栓症を考えました。あとは、心窩部痛なので胆管炎や膵炎を考えて胆道系酵素や膵酵素をとります。また、全体的な評価として炎症反応や電解質、腎機能もとります。腎機能は疾患の特定

にはつながらないかもしれませんが、今後、造影CTをする可能性があるので評価します。

上級医

血液検査からみていきましょう（表1）。

炎症反応の上昇と肝胆道系酵素上昇、膵酵素上昇があります。この血液検査の結果からどんなことが考えられますか。

研修医

胆管炎と膵炎が合併していると思います。その原因として総胆管結石による急性胆管炎や胆石性膵炎もおこしている可能性があると思います。

上級医

次の検査は何を行いますか。

研修医

急性胆管炎、急性膵炎を考え、単純・造影CTを行います（図1）。

上級医

そうですね。CTを行います。造影CTのほうが単純CTよりも情報量が多くなるので有用ですが、結石に関しては単純CTが有用です。CTでは肝内胆管・総胆管の拡張があります。単純CTで総胆管に結石が確認できますね。症状や血液検査データやCT画像から急性胆管炎と診断できます。また、CTで年齢に対して膵腫大があり胆石性膵炎もおこしていることがわかります。胆道系疾患でも嘔気・嘔吐が主訴の場合もあります。その他の身体所見を確認し、血液生化学検査、X線なども評価して診断していきます。

上級医

次からはX線画像4例をみてもらいます。

図2-aのX線はどんな所見がありますか。

研修医

小腸ガスがみられ、立位でニボー像があるので腸閉塞が考えられます。

上級医

そうですね。どこが原因の閉塞だと思いますか。小腸ガスが著明にみられ、大腸ガスは少量です。ここから小腸が原因ではないかと考えます。また、小さいガス像が並んでみえます。これはOblique string of beads signといって、腸液で小腸が張っているときに少量のガスがある場合、このようにみえることがあります。

CT（図2-b）で確認してみると、狭窄部位があり、癒着性イレウスと診断できました。

次の図3-aのX線です。

表1 血液生化学検査 (症例5)

血算		生化学	
WBC	10300 / μ l	ALP	793 U/l
RBC	327×10^4 / μ l	GOT	1105 U/l
Hb	9.8g/dl	GPT	355 U/l
PLT	26.2×10^4 / μ l	LDH	1102 U/l
		T-Bil	1.69 mg/dl
		TP	6.9 g/dl
		AMY	2490 U/l
		Lipase	3800 U/l
		BUN	21.7 mg/dl
		Cr	0.85 mg/dl
		Na	140mEq/l
		K	3.5mEq/l
		Cl	101mEq/l
		CK	28 mg/dl
		CRP	1.2 mg/dl

単
純
造
影

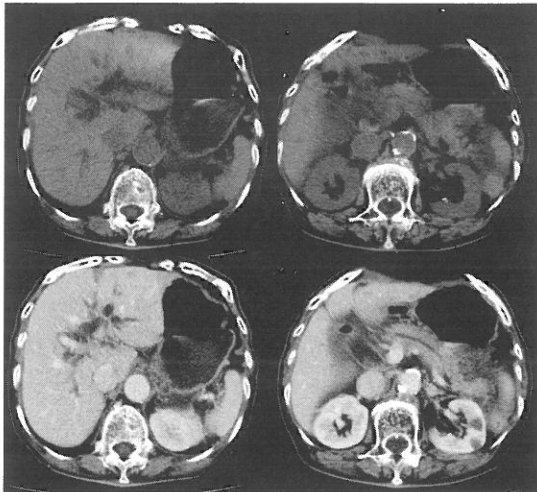


図1 腹部CT (症例5)

これも腸閉塞ですが、どこが原因だと思いますか。

研修医

小腸ガスがみえ、ニボーを形成しています。大腸ガスはあまりみえないのでこれも小腸が原因ではないかと思います。

上級医

この画像も小腸ガスがみえ、ニボーを形成しています。しかし、よくみると大腸ガスがみえています。ここからはCT (図3-b) で確認してみます。CT でははっきりとした閉塞機転がなく、麻痺性イレウスと考えられます。

次の図4-aのX線です。

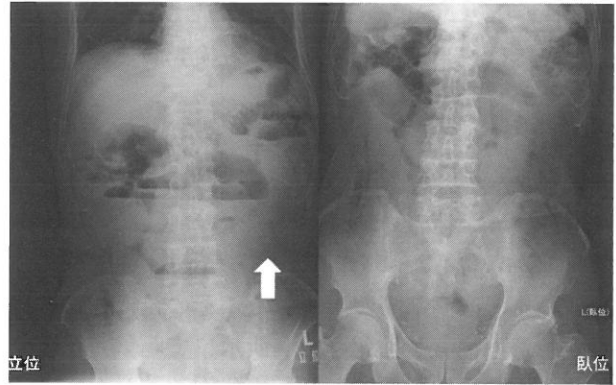


図2-a 腹部単純X線



図2-b 腹部CT

研修医

便塊がみえ、大腸ガスがみえます。少し小腸ガスもみえますが多量ではないので便秘ではないでしょうか。

上級医

今までの画像とは異なりガスが少ないですね。よくみると一部ニボー像を形成しています。位置から考えると、胃泡と十二指腸でニボー像を形成しているようです。これ以外にニボー像を形成していないので、十二指腸での閉塞が疑われます。

CT (図4-b) で確認してみると、十二指腸までが拡張していて、それより肛門側では拡張していません。閉塞起点をみると大動脈と上腸間膜動脈で挟まれたところが原因なのでSMA症候群と考えられます。

最後の図5-aのX線です。

研修医

ガスが多量に認められます。大腸でニボー像を形成しているようです。仰臥位では小腸ガスが目立ちます。大腸ガスを追っていくと、S状結腸付近からガスがみえなくなっているの、ここが閉塞の起点

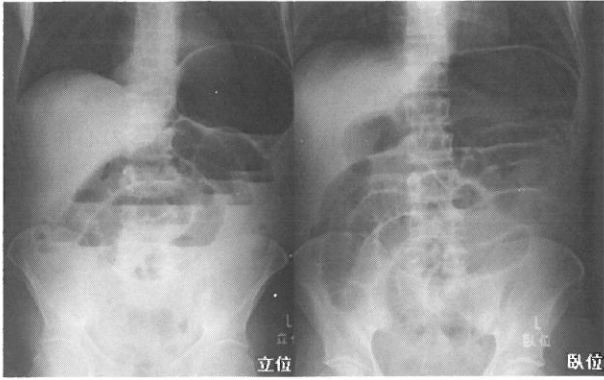


図3-a 腹部単純X線

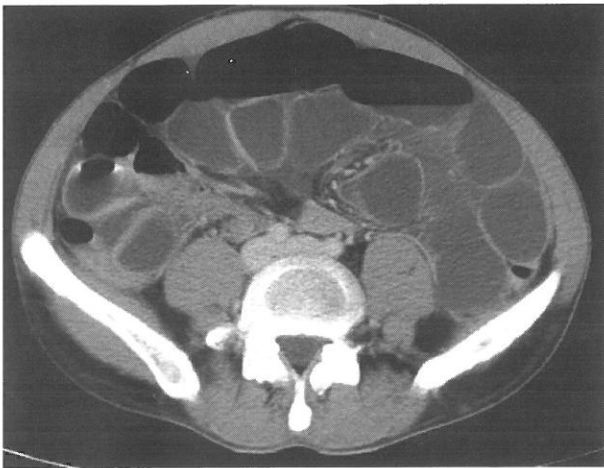


図3-b 腹部CT

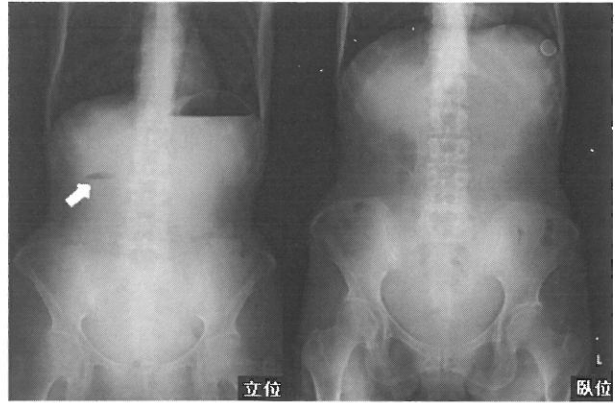


図4-a 腹部単純X線

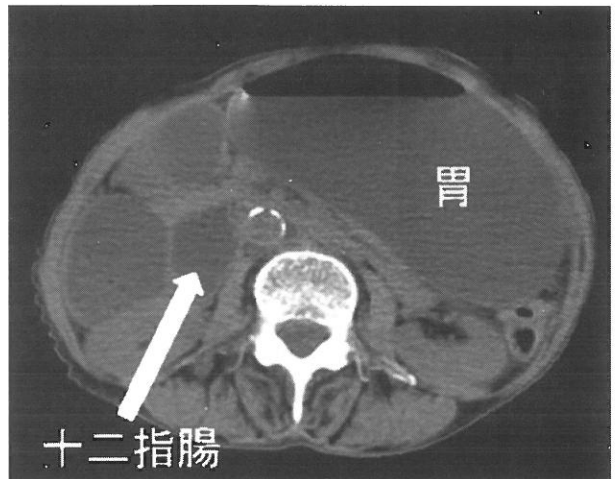


図4-b 腹部CT

と思います。

上級医

X線では大腸ガスでニポー像を形成しています。小腸の拡張も認めます。CT(図5-b)でみると、小腸・大腸ともに拡張しています。大腸を追っていくとS状結腸で狭窄しています。原因は大腸癌による大腸イレウスでした。腸管閉塞が原因による嘔吐であっても原因はさまざまなので、原因を考える必要があります。

まとめ

吐き気・嘔吐が主訴の場合でもその原因はさまざまです。消化器疾患を疑うのはもちろんですが、それ以外の疾患も多数あります。問診や身体所見でどのような疾患が想定されるのか、またそれを鑑別していくにはどのような検査が必要なのかを判断していく必要があります。

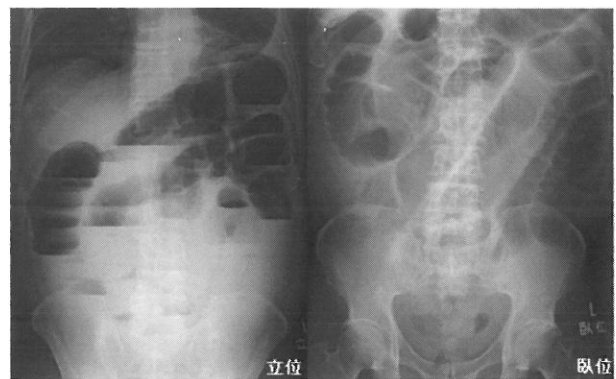


図5-a 腹部単純X線

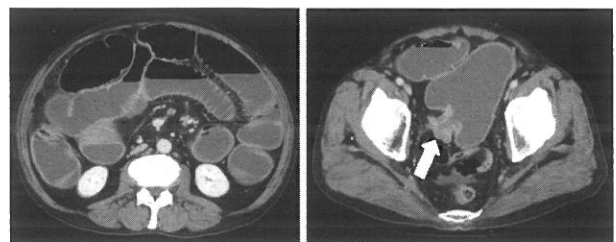


図5-b 腹部CT

[文献]

- 1) ローレンス・ティアニー, マーク・ヘンダーソン
編; 山内豊明監訳. 聞く技術. [東京] : 日経BP
社 : 2006.
- 2) 福井次矢, 奈良信雄編. 内科診断学. 第2版. 東
京 : 医学書院, 2008.
- 3) 福井次矢, 小泉俊三, 伴信太郎監修. 松村真司,
北西史直, 川畑雅照編. 総合外来初診の心得21か
条. 東京 : 医学書院 : 2002.