

座談会

腹痛診療アップデート

「急性腹症診療ガイドライン2025」をひもとく



三原 『急性腹症診療ガイドライン 2025 第2版』¹⁾は8つの関連学会(註)から専門家が集結し、豊富な知見から内容がアップデートされました。私は日本腹部救急医学会から参加し改訂委員会の委員長を務めました。本日は改訂委員会のメンバーから同じく日本腹部救急医学会の高山先生、日本超音波医学会の亀田先生、日本医学放射線学会の亀井先生にお越しいただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

腹痛診療でも重要度を増す 画像診断技術

三原 初版となる『急性腹症診療ガイドライン』が刊行されてから10年が経過し、ようやく改訂の運びとなりました。この間、急性腹症診療にはどのような変化があったのでしょうか。まずは外科の観点から伺えますか。

高山 画像診断技術の進化は特筆すべきでしょう。CTやMRIの診断精度が飛躍的に向上したことで、従来は手術しか選択肢がなかった病態の患者に対しても保存的治療で改善を図れるケースが増えました。より侵襲度の低い治療で対応できるようになってきたことは、患者にとってもメリットが大きいと感じています。

亀田 画像診断技術という点では、超音波診断、特にベッドサイドで行われる point-of-care 超音波(POCUS)の概念がここ数年で普及してきました。私自身、救急医として活動する中で超音波診療の有用性に注目し、2000年代初頭からERやICUでの超音波活用に取り組んできました。当時は急性期診療で超音波検査に関心を持つ医師は限

られ、もどかしさも感じていましたが、2011年にThe New England Journal of Medicine (NEJM)でPOCUSが取り上げられた²⁾のを契機に国内でも広まり始め、現在では急性腹症診療での超音波活用法をレクチャーする機会も増えました。しかし研修医の超音波検査の実施率は依然として低いままです。で、今後さらなる普及に努めていきたい所存です。

亀井 超音波検査が普及しきっていない背景には、CT、特にマルチスライスCTがこの10年で急速に広まった影響があるのかもしれませんが、一方で、あまりにも安易にCTが行われすぎている状況も招いています。亀田先生がおっしゃるように今後は超音波検査の教育にも注力していくべきでしょう。

また画像診断に関連して付け加えると、せっかくCT、MRIが撮影されても、夜間・休日などの時間外だった場合、画像診断専門医による読影が行われず、ときには重篤な疾患が見落とされている、という事態は10年前と変わらず見受けられます。急性腹症診療をアップデートしていくには、こうした課題にも向き合っていくなくてはなりません。

8つの学会が結集した ガイドライン改訂委員会

三原 ガイドライン改訂の話題にも触れていきたいと思います。今回、初版制作に携わった5つの学会に加えて、新たに日本病院総合診療医学会、日本超音波医学会、日本超音波検査学会を迎え、計8学会で知見を共有し合いながら改訂作業を進めました。3学会が

突然発症の腹痛、いわゆる急性腹症を訴える患者に遭遇することは珍しくありません。その原因・症状は多岐にわたるものの、中には重篤な疾患が隠れている場合もあり、迅速かつ的確な診断と対応が求められることから、苦手意識を持つ医師も少なくないはずです。

8つの学会(註)が協働して急性腹症の診療の基準を示した『急性腹症診療ガイドライン 2025 第2版』(医学書院)の発行に当たり、本紙では改訂委員会のメンバーによる座談会を企画。改訂のポイントから急性腹症診療における科学的知見の発展までを幅広く語り合いました。

加わったことの意義を、皆さんはどうとらえていますか。

亀田 今回から日本病院総合診療医学会が加わったことで、急性腹症をジェネラルに分析する視点がより強化されたことは間違いないでしょう。疾患名の診断がついていない中で臨床推論を働かせて必要な検査を検討し、治療までの見通しを立てていく役割は本領域で欠かせません。

亀井 そうですね。今回のガイドライン改訂のように救急診療が絡む標準化の議論に当たっては、各領域の専門家だけではどうしても議論が偏ってしまう可能性があります。最近は専門化が進みすぎてそのリスクがより顕著になっていると感じるので、総合診療のように横断的な考え方を持つ医師がますます求められていくでしょう。

高山 新たに加わっていただいた3学会は外科の立場では普段なかなかかわる機会がないので、そうした先生方と急性腹症診療について議論できた経験自体も貴重でした。日本産科婦人科学会の先生と超音波関連の先生方が経腹・経膈エコーの議論をされていたのも印象に残っています。個人的には、亀田先生が先ほど触れていたPOCUSの有用性を学べたことが意義深かったです。日本超音波医学会、日本超音波検査学会が加わったことで本ガイドラインには超音波検査に関する記述が充実しましたし、超音波検査よりどうしてもCT検査ファーストになりがちな自施設にも、今回得た知見を還元したいとの思いがあります。

三原 確かに、複数の診療科の医師が急性腹症診療に関して侃々諤々と議論している場面は普段なかなか見られませんが、ガイドラインの制作過程を通じてそうした交流の場ができたのも印象的です。いい意味で刺激を受けた委員は多いでしょうし、ガイドラインもより多角的な視点を踏まえた内容になったとの自負もあります。

初版よりも臨床の視点に 根差したアップデート

三原 今回の改訂において、思い入れのあるアップデート点があればぜひお聞かせください。

高山 腸閉塞とイレウスに関連する用語の整理ですね(表)²⁾。今回は厳密にそれぞれを区別しました。例えば絞扼性イレウスを絞扼性腸閉塞症にするなど、具体的なレベルにまで言及して個々の用語を定義しました。保険病名が変わっていないために日本では学会発表や論文、教科書などにもイレウスという表現が根強く残っていますが、こうしたガイドラインからの提言などを積み重ねて見直されていくことが大事だと思います。また虫垂炎についても、国内ではカタル性、蜂窩織炎性、壊疽性と分類されてきましたが、これらはあくまでも組織学的な分類でしたので、今回は海外に準じて臨床的な視点に立脚し、単純性、複雑性、汎発性腹膜炎という分類を採用しました。診断だけでなく治療法にも直結する、より臨床的なガイドラインになったと感じています。

亀井 画像検査の項目も、より臨床的な視点に立ったアップデートがなされました。初版のクリニカルクエストは「単純CTが有用な疾患は」「造影CTはどのような場合に撮像するか」のように比較的ざっくりとした内容のものもありましたが、そもそも急性腹症患者に対して単純CTを行うことは意義があるのか、あるいはどういう場合に造影CTを追加すべきなのかといったように、より現場の視点に即したものになるように意識しました。

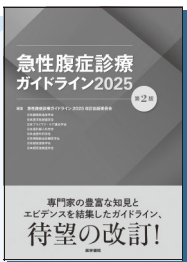
亀田 救急医療に長年従事してきた身としては、単純CTと造影CTに関する考え方が現場に即したプラクティカルな視点で示されたことをありがたく感じています。例えば急性虫垂炎を疑った場合は単純CTだけで良いのか否か。あるいは尿管結石を疑う場合はど

急性腹症に的確に対応するためのガイドライン、関連学会の知見とエビデンスを集めて待望の改訂！

急性腹症診療ガイドライン2025 第2版

臨床で遭遇する機会が多い急性腹症患者に対する診療ガイドライン。症状と初期対応を重視し、限られた時間の中で的確に対応するための情報を盛り込んだ。疫学、問診、身体所見、検査の記載も充実。関連学会(腹部救急医学会、医学放射線学会、プライマリ・ケア連合学会、産科婦人科学会、血管外科学会、病院総合診療医学会、超音波医学会、超音波検査学会)の専門家の豊富な知見とエビデンスを結集したガイドライン、待望の改訂！

編集 急性腹症診療ガイドライン
2025改訂出版委員会



プローブを握る前にこの1冊！

レジデントのための腹部エコーの鉄則 [Web動画付]

解剖学的知識、走査法といった基本から、画像の解釈、病態の把握、そして日常臨床でよく出会うものの、実はどこにも対応法が載っていないものまで、腹部エコーを行ううえで知っておきたい“鉄則”をまとめた1冊。悩みがち・迷いがちなテーマを中心に取り上げ、症例をもとに実践的な対応策を示す。実践編1「超音波解剖とプローブ走査法」では、丁寧な解説とWeb動画でハンズオンセミナーのように走査のコツを修得できる。

編集 亀田 徹



●表 腸閉塞症とイレウス関連の用語の整理（『急性腹症診療ガイドライン 2025 第 2 版』，29 頁より）

	現在，使われている用語	急性腹症診療ガイドライン改訂版の提言	英語
病名	大腸癌イレウス	閉塞性大腸癌	malignant large bowel obstruction
	癒着性イレウス	癒着性腸閉塞症	adhesive small bowel obstruction（ASBO）
	絞扼性イレウス	絞扼性腸閉塞症	strangulated intestinal obstruction
	複雑性イレウス		
	閉塞性イレウス	単純性腸閉塞症	simple intestinal obstruction
	単純性イレウス		
	胆石性イレウス	胆石性腸閉塞症	gall stone ileus
	糞便性イレウス	糞便性腸閉塞症	fecal intestinal obstruction
	術後イレウス	術後の腸管癒着によるもの： 癒着性腸閉塞症 術後に腸管の機械的閉塞がないもの： 術後イレウス	癒着によるもの： adhesive small bowel obstruction（ASBO） 機械的閉塞がないもの： postoperative ileus（POI）
	偽性イレウス*	偽性腸閉塞症	intestinal pseudo-obstruction（IPO）
機器名	イレウスチューブ	経鼻小腸減圧チューブ，ロングチューブ	long intestinal tube, long tube
	経肛門的イレウス管	経肛門的減圧チューブ	transanal decompression tube（TDT）

*：医学中央雑誌で“キーワード：偽性イレウス”で検索すると，1983～2023 年に 4 例の症例報告があり，全例が続発性の慢性偽性腸閉塞症（chronic intestinal pseudo-intestinal obstruction：CIPO）であると思われる症例であった。

うか。こうした臨床に生きる判断基準を示せたことは現場の医療者にとって意義が大きいでしょう。

三原 画像検査の項目に関しては，NEJM で「急性腹症には造影 CT が第一選択だ」と主張する論文が発表されたことも記憶に新しいです^{3,4)}。この点についてはどのように考えていますか。

亀井 ほとんどの疾患で，造影 CT を撮影したほうが情報量が多いのは間違いありません。しかし，急性腹症と一口に言っても重症度には幅があり，単純 CT で診断が可能な症例もあることから，状況によっては過剰な検査になります。上述の論文では単純 CT のみの場合に見落としが 30％増えるとの指摘がありましたが，見落とされた疾患はほとんどが重篤なものでなく，緊急性も低いものが中心だったため，必ずしも造影 CT が必須ということにはならないでしょう。超音波の活用も含め，侵襲の少ない検査から段階を踏んでいくというのがやはり重要なのだと思います。

超音波検査のさらなる普及と教育体制の拡充に向けて

亀田 私は本日のメンバーの中で唯一初版の制作にはかかわっていませんが，今回参画させていただいて，POCUS の概念をガイドラインに盛り込んだことが 1 つ大きくアップデートされた点だと考えています。これから救急診療，急性腹症に携わる医師が，どのように超音波検査を実施するかを学ぶ際のスタンダードを示せたはずです。このガイドラインを通じて POCUS がますます広まっていくのではとの期待も持っています。

一方で先ほども触れましたが，普及のための教育体制の拡充にはまだ課題が多いです。今回のガイドラインでは，POCUS において臨床医が超音波検査の専門家と同等の能力を得るには各部位 50 例程度の経験を積むことが必要

であることを示しました。50 例は最初の段階としては適切な数字なのですが，海外ではコンピテンシーにより重きを置いて評価すべきとの考え方も出てきているので，今後国内で議論していかなくてはならないと考えています。高山 患者数や指導方法の差異などは当然施設ごとにはばらつきがありますから，50 例をどう経験させるのか，あるいは超音波検査をどう指導していくかについても継続的に考えていかねばなりませんね。外科医は使用場面に限られる部分もありますが，例えば胆嚢炎では CT だけで壁肥厚を診断して，超音波検査をしないケースを時々見かけます。ですが陰性胆石の可能性は常に考慮しなくてはなりませんので，救急では必ず CT に加えて超音波検査も実施して診断することを常々教育しています。

亀井 若い医師は超音波検査に対して難しく考えすぎないでほしいとの思いがあります。検査の順番も必ずしも超音波が先でなくてもいいと思います。例えば，CT 検査で胆石が見つかったらそれを超音波検査で確認するだけでも，技術の習熟につながると思います。また保存的治療のために入院した患者さんの回診の際に通常の診察だけではなく超音波を当てることで，腹水の増加など病態の悪化を疑う変化に気づき外科的介入につながる可能性もあるはずです。超音波検査だけで全てを診断するのではなく，診療の一助とらえて積極的に活用してほしいです。

三原 確かに，私自身も超音波検査だけで診断することはないものの，超音波をまず当てることによって疾患の方向性を含めその後の見立てをある程度描くことが多いです。その後 CT を撮るにしても，他科にコンサルトしたほうがよさそうか，あるいは帰してよい疾患なのかについて見通しを持って超音波検査をすることで，診療にかかる全体の時間を短縮できるかもしれないと感じます。

亀田 特に若い人は超音波検査の技術

が上達すればうれしいでしょうし，使用機会がますます増えるツールだと思います。一方で，疾患の見逃しリスクや，超音波検査をやることでさらに次の検査が増えるかもしれない懸念もあるでしょう。今後教育を進めていく上では，病歴聴取や身体所見，血液検査，CT 検査等も含めて，一連の臨床推論の中に超音波検査をどのように位置付けるかを明確化し，共有していくことが必要なのかもしれません。

急性腹症診療の地域連携促進のために

三原 第 2 版では急性腹症診療における地域連携の部分を十分に深掘りできなかったため，次回改訂までの宿題ととらえています。

高山 医療機関同士の連携は今後ますます求められてきますが，現状はまだです。特にプライマリ・ケア医が急性腹症の患者さんを診察した場合，専門医や救急医との連携が不可欠になるものの，プライマリ・ケア医側が連携を主導することはなかなか荷が重いです。そういう意味では連携先の病院がイニシアチブを取るほうが進みやすいでしょうから，日本病院総合診療医学会からの知見も得ながらガイドラインとして有意義な提言ができるよう検討を進めていきたいですね。

亀田 同感です。また，地域連携を強化するには医療機関同士の情報共有が不可欠であり，IT 技術を活用した情報共有の仕組みづくりが重要だと考えています。具体的には電子カルテの共有や地域医療連携システムの活用です。急性腹症に関しては画像診断に関する情報も重要な共有事項だと考えます。過去の画像を容易に閲覧・共有できるシステムが整えば，現場の医療従事者の負担も大きく減るでしょう。

亀井 画像診断に関連して言えば，放射線診断医の数が全国的に足りていないことが，地域連携を進める上でも大きな懸念点です。今後も救急医やプラ

●みはら・ひろし氏
2002 年富山医薬大（当時）卒。同大内科学第三講座（消化器内科）入局。08 年生理学研究所・岡崎統合バイオサイエンスセンター細胞生理研究部門に国内留学。15 年富山大医学部医学教育センター助教。21 年同大医師キャリアパス創造センター副センター長。22 年 9 月から現職。急性腹症診療ガイドライン 2025 改訂出版委員会では委員長を務めた。



●かめい・せいじ氏
1994 年徳島大医学部卒。2001 年より愛知医大放射線科。14 年から現職。放射線科専門医，日本医学放射線学会診断専門医，日本 IVR 学会専門医，腹部救急認定医・教育医。第 44 回日本腹部救急医学会総会イメージ・インタープリテーション・セッションでは最優秀賞を受賞。



●たかやま・ゆういち氏
1995 年名大医学部卒。同大腫瘍外科学教室に入局。日赤愛知医療センター名古屋第一病院，名古屋第二病院などで勤務したのち，2010 年 7 月から大垣市民病院にて勤務。20 年 4 月から現職。年間全身麻酔手術約 1600 件，うち緊急手術約 500 件を統括する。『Acute Care Surgery 認定外科医テキスト』（へるす出版）など書籍の執筆も手掛ける。



●かめだ・とおる氏
1996 年北大医学部卒。救急・集中治療・超音波検査の研修後，超音波検査をサブスペシャリティとして救急医療に長年従事。日本超音波医学会指導医，日本救急医学会指導医，日本ポイントオブケア超音波学会代表理事。『救急超音波診療ガイド』『レジデントのための腹部エコーの鉄則』（いずれも医学書院）など編著書多数。



イマリ・ケア医，総合診療医が自分たちで暫定的に読影せざるを得ない状況が続くでしょう。研修医の段階から読影法をしっかりと教育して全体のスキルを底上げしていくことが，地域全体として急性腹症の診療体制を盤石にするために不可欠と言えます。

三原 改訂委員会の関連学会をはじめさまざまな知見を共有し合いながら，長い目で見て環境を整えていきたいですね。本日はありがとうございました。（了）

註：2015 年に発刊された初版の作成には日本腹部救急医学会，日本医学放射線学会，日本プライマリ・ケア連合学会，日本産科婦人科学会，日本血管外科学会の計 5 学会が携わった。今回の第 2 版改訂出版委員会には新たに日本病院総合診療医学会，日本超音波医学会，日本超音波検査学会を関連学会として迎え，計 8 学会が協働して改訂に取り組んだ。

●参考文献

- 1) 急性腹症診療ガイドライン 2025 改訂出版委員会（編）. 急性腹症診療ガイドライン 2025 第 2 版. 医学書院；2025.
- 2) N Engl J Med. 2011 [PMID：21345104]
- 3) N Engl J Med. 2024 [PMID：38959482]
- 4) JAMA Surg. 2023 [PMID：37133836]

CT から，緊急処置・手術が必要な症例を見極める！

連続スライスで学ぶ レジデントのための急性腹症の CT 【Web 付録付】

外科医が伝える急性腹症診察のポイント。緊急の処置・手術が必要な症例を見極めるため，CT 診断の要諦をレクチャーする。診断の決め手となる画像だけでなく，連続した CT 像を多数提示。病歴と CT 像から診断を試みることができる構成。さらに，紙面に掲載できなかった連続画像をウェブ上のビューワで確認できる。必修の症例，難易度，頻度等が示され，効率よく学べる構成。救急外来で慌てない実力を付ける“使える”一冊。

編集 三浦 晋



CT を撮ってもわからない時に手にして下さい。

急性腹症の診断レシピ 病歴・身体所見・CT

急性腹症を「上腹部痛」「下腹部痛」「腹部全般痛」の 3 つのカテゴリに分けて考え，それぞれで早期診断すべき重要疾患を，年齢，性別と基礎疾患からのアプローチ方法について解説。「CT の活用法」「診断がつかない場合の考え方」の章も設け，筆者のライフワークである急性腹症に正面から取り組んだ意欲作。This is the way of decision making in an acute abdomen!

窪田忠夫

