

TTC 2025/11/10

急性虫垂炎の診断・治療と合併症

丹波医療センター 外科 太田里菜/折田沙穂

急性虫垂炎の原因

虫垂が何らかの原因で狭窄・閉塞し内部で細菌感染を起こすことで発症する。虫垂内圧の上昇による疼痛を引き起こし、増悪すると穿孔に至る。

閉塞の原因としては糞石、寄生虫、人工物、腫瘍性病変が挙がる憩室炎、腸炎、卵管炎などによる炎症の波及やウイルス感染症が原因となることもある。

高齢者は腫瘍が原因となることがあり、40歳以上では可能であれば術前に下部消化管内視鏡が推奨される。逆に若年ではcrohn病がきっかけとなることがある。

エコーでの診断

小児や妊婦などC Tが避けられる患者に対して有効。
診察室で簡便に施行可能。

★エコー操作のポイント

- ・ 盲腸が移動していることもあるため右下腹部→上腹部
- ・ 側臥位でもあてる。腸腰筋の腹側を意識
- ・ 腸管ガスを圧排するように強く腹壁に押し当てる
- ・ 蠕動がない・ガスなし・盲端ありで確認可能

エコー所見

腹部エコーの所見	感度 (%)	特異度 (%)
虫垂の直径 ≥ 6 mm	98	98
虫垂が圧迫で潰されない	96	96
虫垂粘膜内に水分貯留	53	92
ドップラーで虫垂壁に血流あり	52	96
周囲脂肪組織の炎症性変化	91	76
盲腸壁肥厚	25	88
回腸周囲リンパ節腫大	32	62
腹水	51	71

Radiology. 2004 Feb;230(2):472-8

治療の選択基準

本邦では小児については腹部救急診療ガイドラインがあるが成人の急性虫垂炎に対するガイドラインはない。

→現在は施設や術者によって個々に手術適応を判断。

保存加療の適応基準については複数の文献で提示されている。

保存加療の選択基準

緊急手術が必要か
抗菌薬が奏功可能か の2点で考える

手術の絶対適応：

汎発性腹膜炎の所見がある（大量腹水, イレウス）
穿孔所見がある（free air, 膿瘍形成）

手術の相対適応

糞石の存在 → 保存加療からの手術移行例は40-50%（糞石なしでは10-20%）

CODA trial (NEJM 2020), APPAC trial (JAMA 2015, 2018), 消化器外科 2021

★保存加療を選択した場合でも48時間以内に手術移行の判断を行う

保存加療の抗菌薬選択

内服：単純性で軽症の場合や内服切り替えで使用
AMPC/CVA, LVFX

静注：腸内細菌、嫌気性菌カバー
ABPC/SBT, TAZ/PIPC, CTRX+MTZ(欧米ガイドライン)

※小児は穿孔リスクが相対的に高く原則入院が望ましい

虫垂切除術

- 複雑性虫垂炎に対する緊急手術や保存加療後の再発予防のための待機的手術がある。
- 保存加療後、6ヶ月以内の再発率は10.7%、1年以内では12.6%、2年以内では13.8%と最初の1年間が最も高い。
- 当院では保存加療後に基本的には待機的手術を推奨する。

★では全例緊急手術をすればよいのではないかと考えるが。。。
→保存加療により癒着もなく寛解し手術の難易度が大幅に下がる
→高度炎症例では回盲部切除が必要となることもある。

私の失敗談

- 70歳以上の高齢者で受診時に糞石を認め保存加療を選択した症例では 4 / 5 例で膿瘍形成となってしまった。
- 3 例はCTガイド下ドレナージを要し、うち1例は1週間以内に再発し再入院となっている。

→→やはり高齢の糞石を伴う虫垂炎は穿孔を来す前に早期手術（48時間以内）が望ましいと考える。

提起

- ★各施設での虫垂炎の治療プロトコルの有無。
- ★保存加療となったときに内科入院となることはあるか。
その際、治療の判断に困ったことはなかったか。