

症 例

意識消失をきたした腹直筋鞘血腫の1例

佐々木 剛, 中永士師明

秋田大学医学部統合医学講座救急・集中治療医学分野

(平成15年8月4日受付)

要旨：神経原性および低容量性ショックから意識消失発作をきたした腹直筋鞘血腫 (rectus sheath hematoma, 以下RSH) の1例を経験した。患者は60歳, 女性で突然の右上腹部痛で発症した。急速輸液にて意識レベルは回復した。CTにてRSHと診断後, 保存的に治療を行った。経過は良好で, 高血圧の既往がある以外は大きな基礎疾患を認めなかった。急性腹症の診断・治療においてはRSHも念頭におき, 不用意な外科的治療は慎むべきである。

(日職災医誌, 52: 58—61, 2004)

—キーワード—

腹直筋鞘血腫, 意識消失, 急性腹症

はじめに

腹直筋鞘血腫 (rectus sheath hematoma, 以下RSH) は上, 下腹壁動静脈の破綻により生ずる腹壁の血腫で, 稀な疾患である^{1)~3)}。突然発症し, 腹部症状も強い^{1)~3)}ため, 急性腹症として手術を施行されることもある^{1)~4)~5)}。RSH発症の原因として咳, 抗凝固療法, 高血圧などが挙げられる。今回我々は低容量性ショックをきたした腹直筋鞘血腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：60歳, 女性

主訴：右上腹部痛

既往歴：高血圧症

現病歴：2003年2月下旬より腹部に違和感を認めた。3月9日午前6時頃より右上腹部痛が出現し, それが増強してきたために同日午前9時30分, 独歩にて救急外来を受診した。

現症：外来控室で椅子に座って持っている最中に, 突然意識消失した。直ちに酢酸加リンゲル液500mlを輸液したところ, 意識は回復した。神経学的に異常所見は認めず, 体温37.0℃, 血圧113/58mmHg, 脈拍数73/分, 整であった。眼結膜に明らかな貧血, 黄疸所見は認めな

かった。胸部, 四肢に外表上, 異常所見はみられなかった。腹部触診では右上腹部に圧痛を認めるも腫瘍は触知せず, 筋性防御やBlumberg徴候は認められなかった。腸音は軽度亢進していた。

検査所見：血液検査では, 白血球数5,600/mm³, 赤血球数415/mm³, Hb12.7g/dl, Ht37.9%で貧血は認められなかった。総ビリルビン0.6mg/dl, AST23U/l, ALT27U/l, LDH198U/l, CPK94IU/l, 総蛋白7.8g/dl, アミラーゼ57U/l, BUN16.3mg/dl, クレアチニン0.5mg/dl, Na139mEq/l, K4.2mEq/l, CRP0.3mg/dl以下, 血糖207mg/dlであり, 血糖値の上昇が認められた。腹部X線では右腹部に小腸ガス像がみられた。頭部CT検査では異常は認められなかった。腹部CT検査では, 右腹直筋鞘内に巨大な血腫が認められ, RSHと診断した(図1)。

経過：バイタルサインは安定していたが, 安静と凝固系統の精査目的のため, 入院となった。疼痛に対しては, ジクロフェナクナトリウム (ボルタレン SR[®]75mg 2×) の内服処方と, ケトプロフェンのテープ外用剤 (モーラステープ[®]) を処方した。また, 排便時に腹圧をかけることが疼痛により困難であったためピコスルファートナトリウム液剤 (ラキソベロン[®]) を頓用処方した。3月10日の血液検査では, 白血球数6,500/mm³, 赤血球数361/mm³, Hb11.0g/dl, Ht33.4%で軽度の貧血を認めた。総ビリルビン0.7mg/dl, AST2IU/l, ALT23U/l, LDH182U/l, CPK89IU/l, 総蛋白6.8g/dl, アミラーゼ6IU/l, BUN18.0mg/dl, クレアチニン0.5mg/dl,

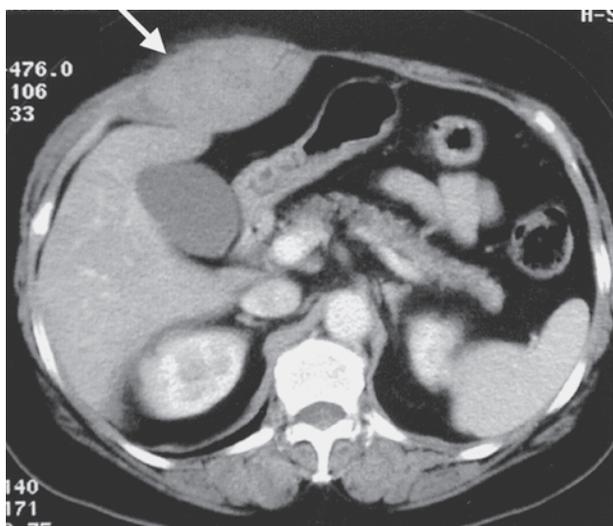


図1 来院時腹部CT像（造影）．右腹直筋鞘内に血腫を認める（矢印）．



図2 発症5日後の外見所見．右上腹部から側腹部にかけて皮下血腫を認める．

Na143mEq/l, K4.2mEq/l, 早朝空腹時血糖135mg/dl, HbA1c6.0%であった．凝固線溶系においては, APTT28.7秒, PT time12.8秒, PT%76.8%, トロンボテスト88.3%, FDP定量2.69 μ g/ml, フィブリノーゲン349.4mg/dl, AT-III117.5%, プラスミノーゲン130.3%, Dダイマー0.72 μ g/mlであり, 凝固線溶機能の異常は認めなかった．また歩行可能で右上腹部痛も自制内であったため, 3月10日に独歩退院となった．受傷後5日に皮下血腫が右上腹部から右側腹部に見られたものの（図2）, CT検査では血腫は縮小傾向にあった（図3）．受傷後3週間のCT検査でも血腫の再増大はみられず（図4）, 腹部症状も消失した．

考 察

腹直筋は内胸動脈の分枝である上腹壁動脈と, 外腸骨

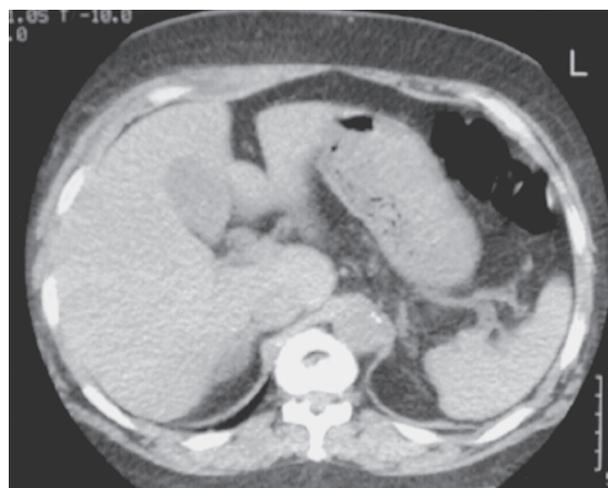


図3 受傷5日後の腹部CT像．血腫は縮小している．

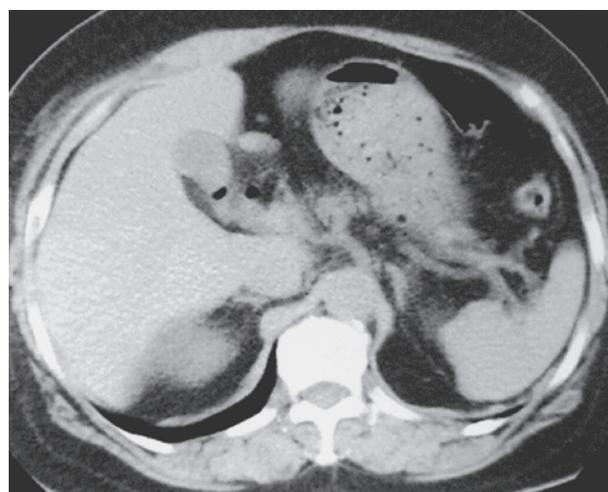


図4 受傷3週後の間腹部CT像．

動脈の分枝である下腹壁動脈の2本の動脈支配を受けている．静脈系は同名のものが伴走しており, これらの血管は腹直筋の背側を走行している．RSHはこれら動静脈の破綻か, 筋線維の断裂からの出血により血腫を形成する稀な疾患で, 突然の腹痛で発症し, 腹部症状も強い．ため, 過去には虫垂炎, 卵巣嚢腫の捻転, 腸閉塞などと誤診され, 開腹術を施行されはじめて本症と診断されることも多かった¹⁾²⁾⁴⁾⁵⁾．

原因としてはくしゃみ, 咳嗽, 腹直筋の過敏な攣縮, 抗凝固療法, 高血圧などが考えられており, 本症例では既往歴に高血圧を認めた．また, 本邦における症例報告として, 帯状疱疹の疼痛による腹直筋の緊張および硬膜外ブロックによる腹直筋の弛緩が交互に繰り返されたことが誘因と考えられたもの⁶⁾, 気管支喘息患者へのステロイド剤投与による動脈硬化のため, 腹直筋血管に脆弱

性を生じ、これを基盤として喘息発作時の激しい咳により生じたと考えられるもの⁷⁾、血液透析患者に対する抗凝固剤の使用が誘因となったもの⁸⁾などがあるが、いずれも症例数は少ない。

診断としては上記の促進因子のある患者に突然腹痛と腹部腫瘍が出現した場合はRSHの発生を考えなければならない。理学的には腹部腫瘍は腹直筋鞘内にあるため正中線を越えず、外側も腹直筋外側縁を越えない。また、腹部腫瘍は臥位でも座位でも触知可能（Fothergill徴候）で、可動性はないという特徴をもつ。しかし、これらの所見は、肥満や妊婦では役立たず、肥満である本症例では認められなかった。

RSH発症時には、嘔気・嘔吐や腹膜刺激症状さらにはショック状態となることもあり、また、白血球増多、核の左方移動伴うこともある。出血が大量の場合、貧血が高度となり、低血圧、出血性ショックを呈することもありうる。本症例では、500mlの急速輸液で、意識が回復しているため、疼痛による神経原性ショックであった可能性が高い。しかし、入院時のHb値は12.7g/dl、第2病日のHb値は11.0g/dlと、貧血傾向を生じており、出血による低容量性のショックの影響もあったと考えられる。

RSHには、しばしば腹部の出血斑（臍周囲の場合Cullen徴候）を伴い診断の参考となるが、これは出血性腭炎による腹腔内出血時にみられるものと同じであり、本症例では第2病日から右上腹部に出現しはじめた。腹部出血斑が側腹部までひろがった場合、Grey-Turner徴候と呼ばれるが、後腹膜腔へ出血が及んだことを示唆する⁹⁾。RSHではこれはあまりみられるものではない。

上記の古典的な診断手技に加えて、近年ではCTや超音波検査が決定的な意味を持ち、これにより近年不要な開腹手術を回避できるようになったと報告されている³⁾¹⁰⁾。ただし超音波検査においては検査前にRSHを念頭においていなければ、腹腔内病変と誤診する可能性があるため、注意が必要である。Bernaら³⁾はCT所見からRSHを血腫の広がりにより、type I～IIIに分類し、本分類が重症度に相関すると報告している。すなわち、type Iは血腫が片側性で、筋肉内に限局するもの、type IIは血腫が片側または両側性で、筋肉と横筋筋膜の間に血液を認め、骨盤腔内を占拠しないもの、type IIIは骨盤腔内を血液が占拠するものと分類した。さらに、type Iは、軽症で入院の必要性は無く、type II, IIIは中～重症で、入院が望ましい、または必要とする、と報告している。我々の症例ではtype IIに相当する重症度であった。

治療は症状が軽ければ湿布などの保存的療法でよい

が、腹膜刺激症状を呈する場合や診断を確かめる意味からも手術を施行されることが多かった。また血腫が増大し、それに伴い症状も増悪し、さらに感染の危険がある場合などは手術を行い、腹直筋切除を余儀なくされる症例や、貧血などの症状が進行するため、外科的に出血点の結紮、血腫除去、腹直筋の修復が必要となる症例もあり、注意を要する⁶⁾。本症例では保存的療法を継続することにより疼痛は軽減し、CT上も血腫の縮小が認められた。

急性腹症の診断・治療においてはRSHも念頭におき、不用意な外科的治療は慎むべきであろう。

文 献

- 1) Titone C, Lipsius M, Krakauer JS: "Spontaneous" hematoma of the rectus abdominis muscle: critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. *Surgery* 72: 568—572, 1972.
- 2) Zainea GG, Jordan F: Rectus sheath hematomas: their pathogenesis, diagnosis, and management. *Am Surg* 54: 630—633, 1988.
- 3) Berna JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J: Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging* 21: 62—64, 1996.
- 4) 小泉淳一, 佐藤雅夫, 鈴木 克, 他: 抗血栓療法中に発症した腹直筋鞘血腫の1例. *岩手県立病院医学会雑誌* 39: 83—84, 1999.
- 5) 樋口正臣, 三宅崇雄, 松信 晶, 他: 卵巣腫瘍茎捻転を疑わせた腹直筋鞘血腫の一例. *日産婦神奈川会誌* 28: 27—28, 1991.
- 6) 鳴原 晃, 武藤ひろみ, 境田康二, 他: 帯状疱疹に腹直筋鞘血腫が合併した1例. *ペインクリニック* 13: 207—209, 1992.
- 7) 岩崎剛和: 気管支喘息発作に合併した腹直筋鞘血腫の一例. *アレルギー* 43: 721—723, 1994.
- 8) 大和恒恵, 有村義宏, 吉原 堅, 他: 腹直筋鞘血腫を呈した血液透析患者3例の検討. *透析会誌* 34: 49—54, 2001.
- 9) 林 載鳳, 石原 浩, 浜中喜晴, 他: 腹直筋鞘血腫の1例. *呼と循* 40: 1031—1034, 1992.
- 10) Miyauchi T, Ishikawa M, Miki H: Rectus sheath hematoma in an elderly woman under anti-coagulant therapy. *J Med Invest* 48: 216—220, 2001.

(原稿受付 平成15. 8. 4)

別刷請求先 〒010-8543 秋田市本道1-1-1

秋田大学医学部統合医学講座救急・集中治療医学分野

中永士師明

Reprint request:

Hajime Nakae

Department of Integrated Medicine, Division of Emergency and Critical Care Medicine, Akita University School of Medicine, 1-1-1 Hondo, Akita 010-8543, Japan

A CASE OF RECTUS SHEATH HEMATOMA WITH LOSS OF CONSCIOUSNESS

Tsuyoshi SASAKI and Hajime NAKAE

Department of Integrated Medicine, Division of Emergency and Critical Care Medicine,
Akita University School of Medicine, 1-1-1 Hondo, Akita 010-8543, Japan

We reported a case of rectus sheath hematoma (RSH) which caused neurogenic and hypovolemic shock. A sixty-year-old woman suffered sudden right upper abdominal pain. The consciousness level was recovered in the fluid resuscitation. Conservative treatment was performed after the diagnosis of RSH with computed tomography. Clinical course was good. In diagnosis and treatment of an acute abdomen RSH should be borne in mind to avoid unnecessary surgical treatment.
