

図2 慢性便秘症の分類概略

(Lembo A et al. NEJM 2003; 349: 1360-8 より改変)

有無の2点を加味して客観的に診断できるように、慢性原発性便秘は「結腸通過時間正常型」「結腸通過時間遅延型」「便排出障害型」の3つに世界的には分類される(図2)。分類を考える際に非常に重要なのが器質性疾患による便秘と薬剤性・症候性便秘の鑑別である。特に器質性疾患の鑑別は重要である。警告兆候(50歳以上、血便、貧血などの血液検査値の異常、体重減少、大腸ポリープなどの既往・家族歴)に注意して最低でも便潜血検査、できれば大腸内視鏡をすべきであろう。

3. 慢性便秘の診断上の問題点

—患者目線での診療を！—

便秘の診断そのものが非常に難しいのが現状である。少し古い論文であるがウエルズ南部の女性731人について「自覚症状」「ROME I診断基準」「便の形状スケール」の3つの尺度に基づいて便秘の有無を調査した。それぞれの各尺度での約8%の便秘が特定されたが、3つの定義をすべて満たす便秘はわずか2%に過ぎなかった。この結果は

患者の便秘であるという訴えのほとんどは診断が客観的指標では非常に難しいことを語っている。つまり慢性便秘診療での基本姿勢はこの論文を鑑みると患者の訴えをよく聞き、不満を解消することではないかと考える。具体的には毎日排便があっても硬便で努責があればその解消をすることが医師には求められているといった具合である。便秘治療のゴールは客観的な指標の改善よりも主観的指標の改善を目指すべき。それこそが患者満足度につながると考えられる²⁾(図3)。慢性便秘診療における問題点「自覚症状」「診断基準」「客観的指標」の一致率はわずか2%しかない。

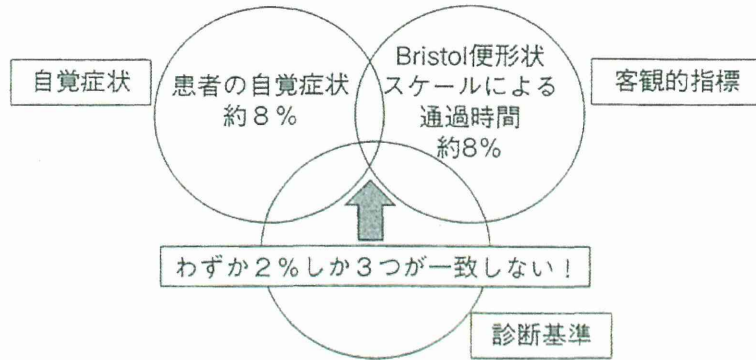
4. 満足度を上げるための治療の基本

患者満足度を上げる治療の基本は患者の訴えをよく聞くことに尽きる。例えば努責が強いことを主訴とする場合は便が固い場合その軟化によってかなり症状は軽減できる。

患者と便の硬さの話をする場合に重宝するのがブリストルの便形状スケールである(図4)。通常欧米人を基準としたこのスケールはタイプ3~5

便秘の診断は難しい 自覚症状との乖離

ウェールズ南部の女性731人について3つの尺度に基づいて便秘の有無を調査した。それぞれの各尺度での約8%の便秘が特定されたが、3つの定義をすべて満たす便秘はわずか2%に過ぎなかった
(ProbertCSJ et al, Gut 1994; 35: 1455-1458)



便秘治療のゴールは客観的な指標の改善よりも主観的指標の改善を目指すべき。それこそが患者満足度につながる。

図3 慢性便秘診療における問題点「自覚症状」「診断基準」「客観的指標」の一致率はわずか2%しかない

が正常とされているがアジア人を対象とした再検討では実はアジア人（主に中国人であるが）の多くはタイプ4しか正常と認めないとする報告がある。これは欧米人に比べ日本人などのアジア人種では正常便の認知、認識のストライクゾーンが狭いのではといった可能性を示唆するものである¹⁾。患者との診療においてこのプリストールスケールを活用して、しかもタイプ4の便にもっていくように治療をすることが満足度を上げるコツである。薬物療法以外に重要なのが排便姿勢と食事である。排便姿勢は特に重要で多くの患者はトイレの滞在時間は無意識のうちに認識しており、便秘の治療にはトイレに行くこと、行くことの重要性は理解しているようであるが排便姿勢は極めて認知が低い。図に示しているように大腿骨と脊柱の角度が35度のかなりの前傾姿勢が適切であり、この姿勢を取らないとせっかくの薬物治療の効果が半減してしまう。また図5のように身長の高い患者さんの場合は便器の前に足置きを置くとよい。次に食事であるが水分を取ることに加えやは

り食物繊維の摂取が重要である。1日25グラム以上を取るような指導で患者によっては、薬物治療を卒業できる方もいるのでぜひ検討することをお勧めする。

なお、便秘の薬物治療は別稿を参考にされたい。

5. 漢方治療での満足度向上のコツ

—便秘周辺症状—

慢性便秘の患者では薬物療法で排便のコントロールがされたとしても「腹部膨満」や「下腹部痛」といった症状が残って不快に思う患者がいることがしばしばある。医師は毎日出ているんだからそれぐらい我慢しなさいと言って冷たくあしらうのであるが、実は患者は非常に不快で著しいQOLの低下を余儀なくされていることが多い。私はこのような症状を便秘周辺症状と呼んでいる。症状が強くIBSの診断基準を満たせば便秘型IBSのこともあろうし、術後腸管などによることもあろうが重要なことは患者の症状の改善策を提示することである。この便秘周辺症状には漢方薬

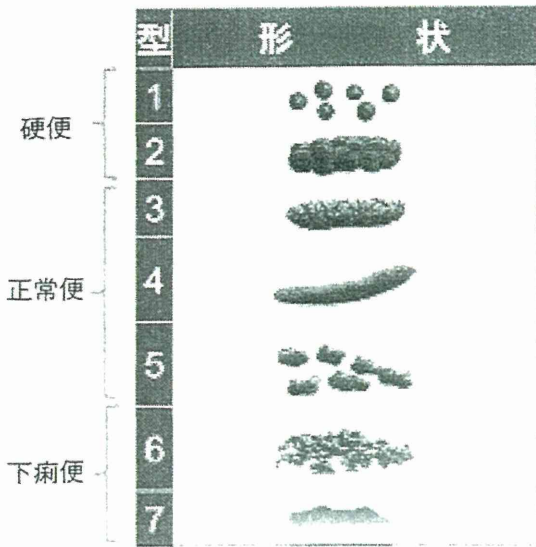


図4 便形状スケール



図5 適切な排便姿勢

表2 便秘周辺症状への対処法

便秘周辺症状への治療

腹部膨満	桂枝加芍薬湯
腹痛・腹部膨満	大建中湯湯
上部症状のある腹部膨満や腹痛	クエン酸モサブリド

の独断場である。特に下腹部の腹部疼痛、腹部膨満には大建中湯が著効することがしばしば経験される。また IBS 症状としての腹部膨満症状が強い患者には桂枝加芍薬湯が著効することが多い(表2)。

6. 専門への紹介のタイミング

通常の治療に難渋する難治性便秘は専門医に紹介すべきである。通常の緩下剤等の薬物治療で排便回数の改善が得られない場合、あるいは軟便ないしは水様便になっても努責が強い場合などは、便排出障害として治療が必要なが疑われるため専門医での検査に加え、バイオフィードバック療法などの治療法がオプションとして用意されている。

終わりに

「患者側に立った便秘症治療」に関して私なりの見解を述べさせていただいた。本稿を読んでもただければ慢性便秘の診断そのものが難しいこと、多くの患者の訴えを加味できないことがお分かりいただけると思う、したがって、繰り返しになるが患者さんの目線に合わせた診療が慢性便秘では求められているということである。今後慢性便秘の新薬が続々と登場してくるのでこの観点での診療は非常に重要になってくると思われる。

文献

- 1) Gwee KA. J Gastroenterol Hepatol. 2010;25:1189-205
- 2) Probert CSJ et al, Gut 1994; 35: 1455-1458

慢性便秘の診断と治療

中島 淳

Key words 便秘周辺症状, 排便困難症, 便排出障害, 結腸通過時間遅延型便秘

はじめに

便秘の患者は非常に多い（全人口の1割程度）とされているが、治療に不満を抱く患者は非常に多い。また、ひとたび慢性便秘に陥れば完治することはない慢性疾患である。最近になり、32年ぶりに慢性便秘の新薬の登場などで、医師が便秘治療の分野で診療能力の向上を通して、患者満足度を向上させることが望まれている。

1. 慢性便秘の疫学

慢性便秘は女性に多いものとされてきた、しかし、高齢化社会を迎え、60歳以上では徐々に男女差がなくなり、80歳ではむしろ男性が多いことが明らかになっている。また、便秘患者の大半は高齢者である。このことから、高齢者の便秘対策はQOL（quality of life）の向上のためにも非常に重要である。

2. 慢性便秘の診断と分類

慢性便秘とは、簡潔に定義すれば「排便回数の有意な減少 かつ・または 排便困難を呈する場合」と考えれば理解しやすい。前者の排便回数の減少は週3回未満の排便回数と定義される。後者の排便困難症状とは、「排便時の怒責」「残便感」「頻回便」「肛門の閉塞感（会陰部の違和感）」である。多くの便秘患者は排便回数の低下よりも排便困難症状を主訴としている、つまり、慢性の患者では2～3日排便がないことはあまり苦痛と感せず、むしろ上記の排便困難症状が日常生活に暗い影を落としていることが多い。このことは、慢性便秘の治療にあたっては、排便困難症状の改善が非常に重要であることを示しており、非常に示唆に富む点である。

慢性便秘の診断は、厳密にはROME基準によってなされる（慢性機能性便秘）が、実地診療では、患者が便秘と悩んでいても医師がそれを診断できないことが非常に多い。この点で、慢性便秘の診断は多くの課題を抱えているといえよう。

第一選択（初療の治療）
 ①酸化マグネシウム 0.6～2.0g/日 1日1～3回食後
 ②ルビプロストン 1～2カプセル 分1夕食直後～分2食直後

追加処方
 ①重曹座薬（レシカルボン）便意が乏しいとき
 ②刺激性下剤の頓用使用（2, 3日排便なかったら使用など）
 ③ポリカルボフィル、プロバイオティクス 糞便量が少ないとき



便秘周辺症状への治療

腹部膨満	桂枝加芍薬湯
腹痛	大建中湯
上腹部症状のある腹部膨満や腹痛	クエン酸モサブリド

図3 慢性便秘の薬物療法の基本戦略

たすこともなく、腎機能異常患者にも安心して使えるとされている。主な副作用は嘔気と下痢である。嘔気は、投与量の減量、服薬タイミングを食事直後にすると軽減される。

(3) 刺激性下剤

センノサイドなどのアントラキノン系下剤の作用機序は、腸管の筋間神経叢を強力に刺激するとされているが、その詳細はあまりよくわかっていない。作用は極めて強力で、多くの患者は強い腹痛とともに激しい下痢となることが多い。作用が強力なゆえに、薬剤耐性、精神的依存性、習慣性、便秘の消失などの問題点が多い。本薬剤は上記の理由から、漫然と毎日連用することなく、必要なときにオンデマンドで使うべきと考えられる。したがって、刺激性下剤のスマートな使い方は頓用使用でということになる。

6. 治療の基本戦略

多くの患者さんは排便回数の低下ではなく、排便困難症状で困っていることを認識すべきである。そのためには、便形状の正常化（多くは硬便から軟便にすること）がポイントになる。

治療の基本は便形状の正常化のために、通常は緩下剤（酸化マグネシウムもしくはルビプロストン）を毎日投与して、必要に応じて刺激性下剤（センナなど）のオンデマンドでの使用である。これにより、患者は排便時に排便困難に陥ることなく、また、排便がなければ刺激性下剤で対処でき、非常に満足度の高い治療となる。

7. 便秘周辺症状

慢性便秘の患者は、たとえ排便困難症状が低減しても、また、毎日排便があっても、時として「腹部膨満」や「腹痛」を訴える。あまり強いときは過敏性腸症候群（irritable bowel syndrome：IBS）として対処する。腹痛や腹部膨満には、大建中湯や桂枝加芍薬湯などが著効することがある。便秘周辺症状への対処で重要なことは、患者の話をよく聞くことである。

8. 漢方薬の使い方のコツ

便秘の治療では、患者からの漢方薬処方希望が多い。

漢方薬のメリットは、(1) 患者の安心感が高い、特に習慣性に関して、(2) 大黃の含量によ

	大黄含量	
①大黄甘草湯	4g	エビデンスがしっかりしている
②麻子仁丸	4g	甘草含まず、高齢者向け
③潤腸湯	2g	作用がマイルド、高齢者向け
④桂枝加芍薬大黄湯	2g	腹部膨満、腹痛の患者に作用は弱い*
⑤防風通聖散	1.5g	
⑥大建中湯	0g	腹痛や腹部膨満に

*防風通聖散のみ大黄に加え芒硝が配合されている。

さまざまな訴えを有する便秘患者に漢方をうまく使いこなせれば患者満足度は高くなる！

図4 便秘治療で使われる代表的漢方薬のまとめ

①大黄甘草湯

便秘以外には胃腸のトラブルがない場合の漢方の緩下剤の標準薬。便秘症に対する効果を、プラセボを対照とした二重盲検比較試験で検討され、有効性が確認された。

②麻子仁丸

高齢者の便秘で頻用される。甘草を含まないので、電解質異常などの問題点を気にしなくてよい。

③潤腸湯

大黄の含量は中等量で、作用はマイルドである。虚弱高齢者で兎糞状便の患者に効果がある。

④桂枝加芍薬湯または桂枝加芍薬大黄湯

腹満して、時に腹痛を伴う場合に患者満足度が高い。桂枝加芍薬湯は大黄を含まないが、大黄を含む桂枝加芍薬大黄湯は便秘型の過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome : IBS) などに用いられる。

⑤防風通聖散

肥満傾向の、いわゆるメタボリックシンドロームの男女に用いられる。大黄含量は少量であるため効果は弱い。軽症の便秘患者で満足度が高い。

⑥大建中湯

大黄が入っていないため、緩下剤としての効果は乏しいが、便秘に伴う下腹部痛・膨満感の緩和に効果がある。腹部手術後の腸閉塞の予防にも有効である。

り作用の強いものから弱いものまでラインアップが豊富、(3) 作用が緩徐で、習慣性が低い、(4) 通常の便秘薬では対応不可の腹痛や腹部膨満などの便秘周辺症状に対応できる、(5) 各種漢方薬は大黄の副作用や習慣性が出にくいようになっている、などが挙げられる。

漢方薬使用のコツは、(a) 大黄の量、(b) 甘草の有無、(c) 便秘周辺症状への効果、以上の3点をおさえれば完璧である。

まずは数種類の代表的漢方薬の使い分けを覚えれば、患者の症状に応じて満足度を高める治療が可能となる。基本は刺激性成分である大黄の量が多いと作用が強く、甘草が含まれているときは電解質異常に注意しなければならないといった点がポイントである。また、便秘周辺症

状に関しては、漢方薬の独壇場である。図4に主な漢方薬の特徴と使い方のコツをまとめた。

おわりに

たかが便秘であるが、患者は多く、治療に対して非常に不満を抱いており、スマートに治すことで患者医師の信頼関係に貢献することも多々ある。高齢化社会で患者数が増加の一途をたどっており、その治療は我々医療者の責務でもある。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：中島 淳；講演料 (アボットジャパン)、研究費・助成金 (大正製薬、 BioFermi 製薬)

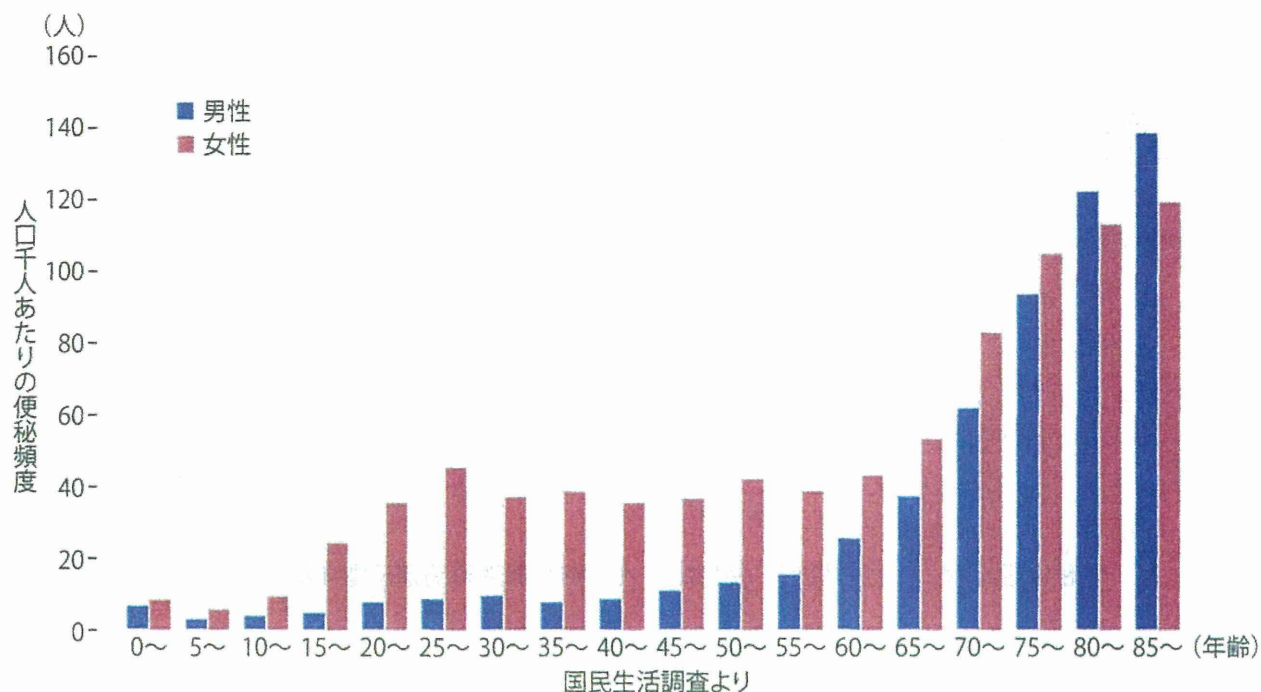


図1 年齢別便秘人口

慢性便秘患者は非常に多い。高齢化社会を迎え内科医が真摯に対峙しなければならない疾患である！
高齢者では女性の病気ではない！

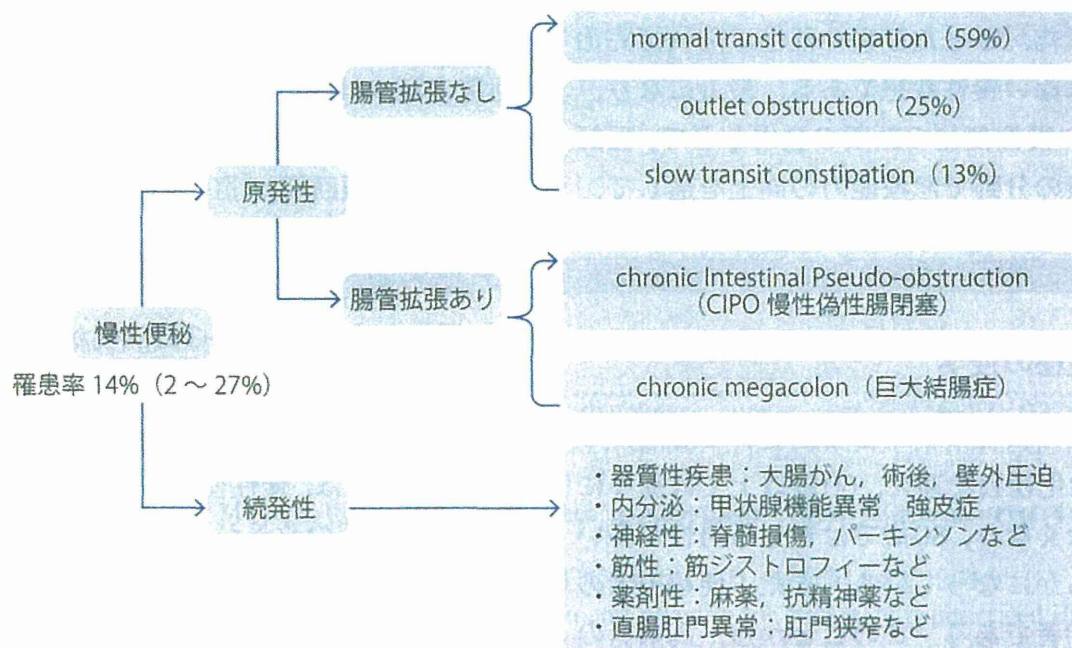


図2 慢性便秘の分類

(Lembo A, Camilleri M : N Engl J Med 349 : 1360-1368, 2003 より改変)

慢性便秘の分類は、かつて弛緩性便秘、痙攣性便秘、直腸性便秘といった言い方がされたが、これは現在では世界的には使われず、結腸

通過時間の異常と直腸肛門機能の異常により、
(1) normal-transit constipation (結腸通過時間正常型)、
(2) slow-transit constipation (結腸通

表 便秘の原因となる薬物

- ・抗コリン薬
- ・鎮咳薬, 麻薬
- ・抗うつ薬, 抗不安薬, 向精神科薬
- ・抗パーキンソン病薬
- ・利尿薬
- ・気管支拡張薬
- ・カルシウムブロッカー

過時間遅延型), (3) outlet obstruction type (便秘排出障害型) の3つに分類される。

慢性便秘の鑑別で最も重要なのは器質性疾患の除外である。特に大腸がんなどの悪性疾患は常に念頭に置かねばならない。50歳以上で最近便秘になった患者, 貧血や血便などがなければある。このように医師が便秘をみる際には, 症候性の便秘の鑑別が大切である。

3. 排便生理

さて, 正常な排便はどのようにしてなされるかを復習してみたい。便はS状結腸で蓄えられ, 大蠕動により直腸に充填される。直腸は安静時には恥骨に向かって恥骨直腸筋により牽引されており, この曲りの角度のため, 直腸に便が入ったといっても簡単には排便されない(便の禁制)。排便時には, この恥骨直腸筋が弛緩して直腸がまっすぐになり, スムーズに排便される。

4. 生活習慣改善による便秘の治療

通常便秘患者の治療にあたっては, 生活習慣の改善指導が重要である。

ポイントは「食生活, 特に水分摂取と繊維摂取」「排便姿勢」「運動」の3点である。

特に高齢者では水分摂取量が減り, 食事摂取量も減っており, この点が重要である。繊維は

多くの患者で極端に不足しており, 1日20g以上を目安にするとよい。

排便姿勢は特に重要で, 便秘でない患者はどのような排便姿勢でも排便が楽にできるが, ひとたび便秘になると, 強い前傾姿勢でないと排便が難しいことがしばしば認められる。排便時に新聞や雑誌を読みながらの患者をよく見かけますが, 論外であり, 強い前傾姿勢を勧めるだけで容易に排便できることが多い。この観点からは, 我が国に昔からあった和式便器は, 排便には非常に理想的である。しかしながら, もはや多くの日本人は蹲踞姿勢ができない。その代わり洋式便器での前傾姿勢, 小柄な患者さんでは足置きを設置などが有効である。

5. 便秘の薬物療法

慢性便秘に使われる薬は非常に多いが, ここでは酸化マグネシウム, ルビプロストン, 刺激性下剤の代表であるセンノサイドについて解説したい。

(1) 酸化マグネシウム (通常1日2g分3)

我が国で最も使われている緩下剤の1つ。便を軟化させ, 硬便による排便困難症状が強い場合には有用である。高齢者や長期投与では定期的に血清マグネシウム値の測定が必要であり, 高齢者や腎機能の低下した患者には投与量を減量するなど慎重投与が必要になる。適正使用が肝心で, 1日2g以内に抑えなければならない。また, 骨粗鬆症の薬や抗生物質など多くの併用注意薬があり, 熟知しなければならない。

(2) ルビプロストン (通常1日2カプセル分2食直後)

近年登場した新薬である。小腸で腸液の分泌を促進させることで排便を促す, 新しい機序の分泌型便秘薬である。プロスタグランジン製剤であるため, 妊婦では禁忌である。併用禁忌や注意薬はない。長期連用しても電解質異常を来

