

常型), slow transit type (結腸通過時間遅延型), outlet obstruction type (便排出障害型))⁴⁾。特に slow transit type (結腸通過時間遅延型)は難治性であり、病的な腸管拡張をきたし巨大結腸症を呈するようになる場合もある。

II. どのような便が最も理想的か？ —排便生理の基本—

Key word : 便の硬さ, 便の大きさ

便秘の病態を理解する前に排便生理の基本的知識が必要である。直腸は通常空虚であるが、S状結腸から便塊が輸送され直腸に到達すると、直腸壁の伸展刺激が脳に伝達される。これが便意である。一般的に排便に際して便が硬いほど、また便が小さいほど排泄が難しくなる。つまり硬くて小さい便は、便意は生じてもきわめて排出困難であり、残便感や会陰部不快感の大きな原因となる。逆に大きくて軟らかい便は容易に排出でき、便意を感じてからスムーズに排便を行うことができるため、排便後の満足感が得られやすい。したがって便秘治療の基本は大きくて適度な軟らかさを持った便を形成させることである。

III. 機能性便秘の3病態

Key word : X線不透過マーカー, 結腸通過時間

1 Normal transit constipation (NTC : 結腸通過時間正常型)

腹部膨満や腹部不快感, 排便時困難感, 残便感などさまざまな便秘症状を訴えるが, X線不透過マーカー法などによる結腸通過時間は正常な場合を指す(図2左)。慢性便秘の過半数はこのタイプである。多くの場合に 3 (58頁)の outlet obstruction type を合併し, 直腸のコンプライアンスの増加(この結果, 直腸に多量の便がたまるようになってしまう)や直腸の知覚閾値の上昇(便意を感じにくくなってしまう)などを認めることが報告されている。

ダイエットによる食事摂取量の減少や残渣の少ない食事摂取などによる便塊

形成量の低下により、排便回数そのものが減少する場合と、便が直腸に至っても力学的に排便困難を伴う場合、さらには十分な容積の便塊が直腸にあっても直腸コンプライアンスの増大・直腸知覚の鈍化により、排泄されずに直腸に充填されたままとなり不快感や排便困難を呈する場合など、複雑な病態であると考えられている。このタイプの便秘患者は、食物繊維で便を軟化・膨化させることで良好な反応を示すことが多い。

2 Slow transit constipation (STC：結腸通過時間遅延型)

大腸蠕動が低下し、結腸通過時間の遅延を認めるタイプの便秘である。マーカーは結腸全域にまんべんなく停滞する(図2中)。初潮後の女性に多く発症し、排便回数が極度に減少する(週1回以下となることも多い)。結腸では便からの水吸収を行っており、一般に結腸通過時間が長いほど水吸収も多くなり、便は硬くなる。また、硬便になること自体がさらに結腸内通過を遅延させる。STCでは結腸内に停滞した内容物のため、腹部膨満や腹痛をきたすことが多い。

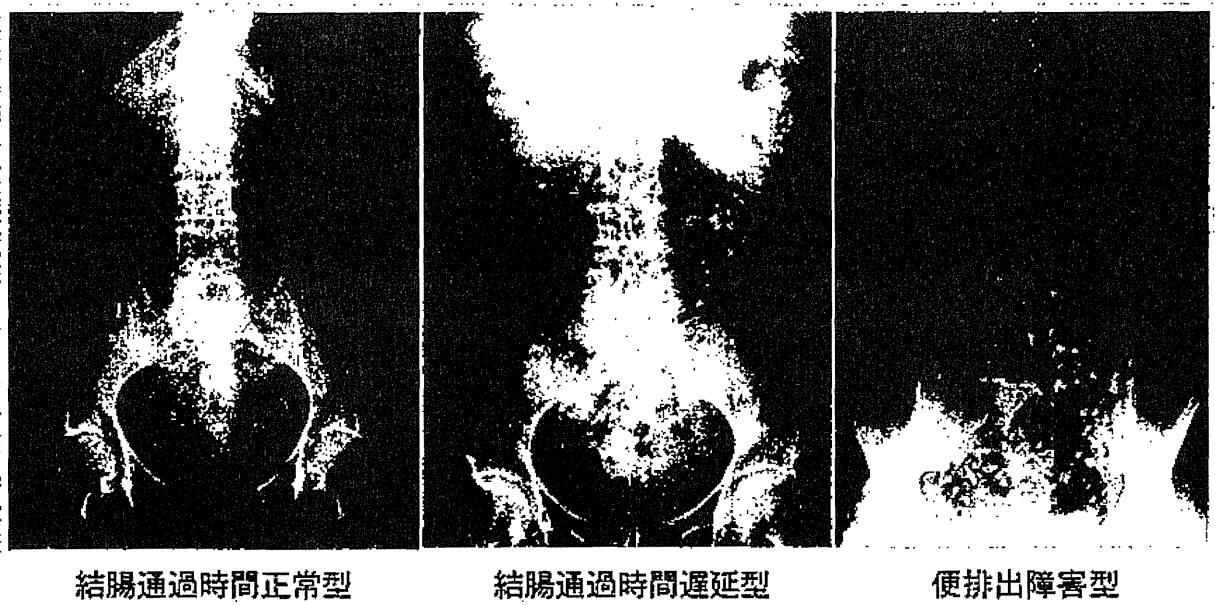


図2 X線不透過マーカーによる機能性便秘症の3病態

結腸通過時間正常型(左)では、マーカー残存がほとんどみられない。結腸通過時間遅延型(中)では、全結腸にまんべんなくマーカーが遺残する。便排出障害型(右)では、直腸-S状結腸領域にマーカーが停滞する。

(筆者提供)

また通常、「便意」は直腸内に便塊が貯留した段階で生じるため、便塊がなかなか輸送されないSTCでは、便意が消失していることが多い。本タイプの便秘患者では大蠕動が減少～欠如していることが報告され、腸管のペースメーカー細胞であるカハール介在細胞や、筋層内神経節が減少しているとする報告もある⁵⁾。また、女性ホルモンの影響がその病態に深く関与していると考えられ、腸管でのプロゲステロン受容体の発現亢進が認められるとの報告もある⁶⁾。

治療の中心は大建中湯やコリンエステラーゼ阻害薬を含めた各種 prokinetics であるが、一般的に非常に難治性である。このタイプの便秘では、食物繊維を摂取することによりもともと停滞していた便の容積がさらに増大し、症状が悪化する可能性があるため治療に際しては注意を要する。内科的治療に反応しない場合、外科的治療が選択されることもある。

3 Defecation Disorder/Outlet obstruction Type (DD:便排出障害型)

骨盤底筋群の協調運動障害などのために直腸からの便排出が障害されるタイプの便秘症で、マーカーは主に骨盤内に停滞する(図2右)。**1**(56頁)や**2**(57頁)とも合併し、複雑な病態を形成する。大半が直腸コンプライアンスの増大や直腸知覚の鈍化など機能性の異常であるが、中には直腸瘤や直腸脱などの器質的異常のことがある。本病態異常の診断には直腸肛門内圧検査やバルーン排泄試験が行われ、治療にはバイオフィードバック療法の有効性が示されている。

IV. 腸管拡張を呈する難治性便秘の病態

Key word : 巨大結腸症, 慢性偽性腸閉塞症

1 巨大結腸症 (Megacolon)

機械的閉塞を伴わないにもかかわらず、大腸の病的拡張を呈する状態を指す。6カ月以内の急性の経過のものを急性巨大結腸症、それ以上の慢性経過をたどるものを慢性巨大結腸症と呼ぶ。多くの症例で著明な腹部膨満や便秘症状

を呈し、前者は一過性で良好な経過をたどることが多いが、後者は治療に難渋することが多く、きわめて難治性である。本項では特に慢性巨大結腸症について述べる。

1. 特発性慢性巨大結腸症

器質的要因なく慢性持続性の病的結腸拡張をきたすもののうち、原因となる基礎疾患や薬剤のないものを指す(図3)。結腸通過時間が遅延していることもあり大多数の患者が排便障害を合併している。病理組織学的には、腸管平滑筋の変性や炎症性細胞浸潤を認める myogenic type(筋原性)、自律神経細胞の変性や減少を伴う neurogenic type(神経原性)、自律神経とは独立した腸管運動のペースメーカー細胞であるカハール介在細胞の減少をきたす mesenchymopathic type(カハール介在細胞性)に分類されている。これらは互いにオーバー

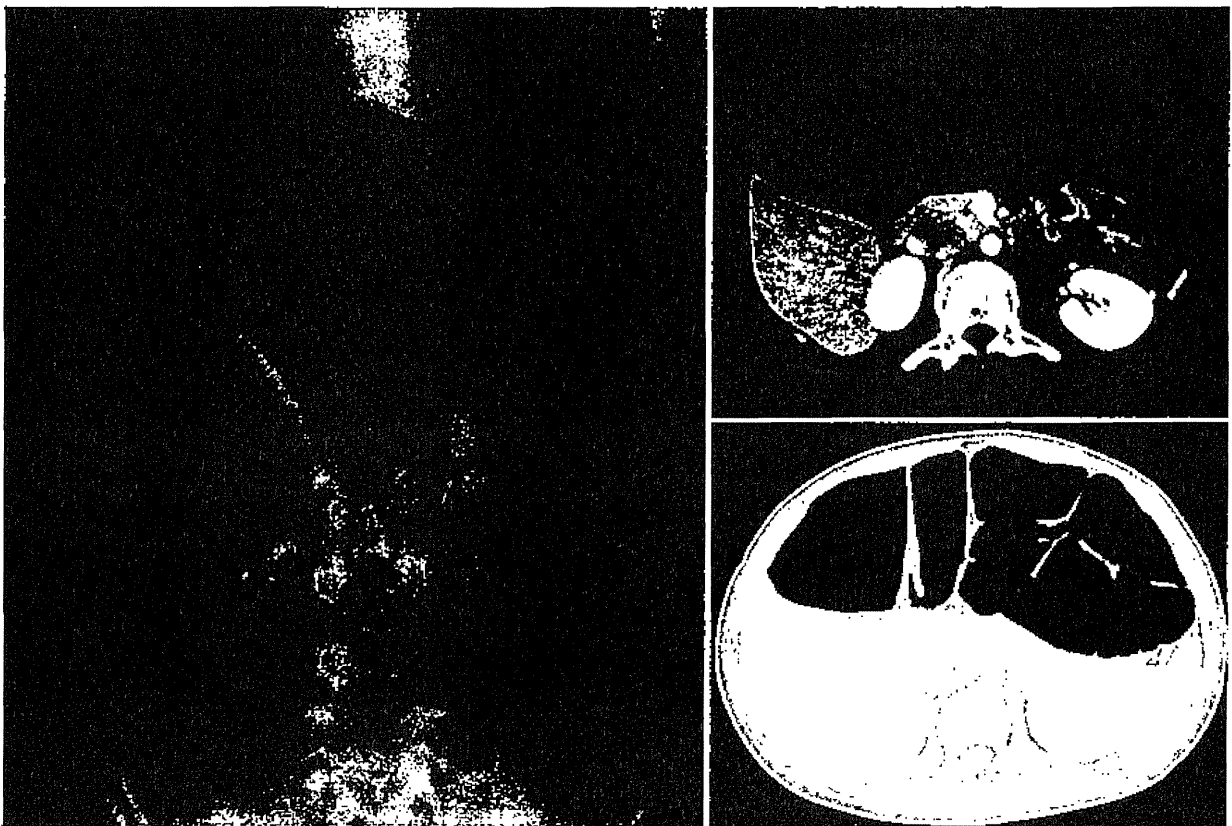


図3 巨大結腸症(Megacolon)の典型画像

結腸の病的拡張が一目瞭然である。拡張腸管は、ガスの貯留が主体である。結腸全域が拡張する場合と一部分のみが拡張する場合(S状結腸など)とがある。

(筆者提供)

ラップしているものもあるが、未解明な部分が多い⁷⁾。

治療の基本は、まずは食事療法(低残渣食)と薬物療法(ラクツロース, polyethylene glycol, 硫酸マグネシウムなどの浸透圧下剤, 整腸剤, 浣腸など)による保存的療法である⁸⁾。症状コントロールのため、長期的な内服継続が必要となることが多いが、症状が改善しても拡張腸管の正常化はきわめて困難である。また, polyethylene glycol はわが国では保険適応外である。

S 状結腸軸捻転や腸管拡張による症状が強い場合には、内視鏡的減圧を試みることもある。内科治療で治療効果が乏しい症例, S 状結腸軸捻転を繰り返す症例は外科治療適応となる。外科治療は、結腸全摘術+回腸直腸吻合術が選択されることが多い⁹⁾。

2 続発性慢性巨大結腸症

パーキンソン病や筋ジストロフィー, 甲状腺機能低下症, 糖尿病, 強皮症などの疾患に続発して発症する。疾患の概要は「特発性慢性巨大結腸症」(59 頁)とほぼ同様である。巨大結腸症に対する薬物療法や食事療法, 内視鏡的減圧, 外科治療に加え, 原疾患のコントロールが重要である。

2 慢性偽性腸閉塞症(CIPO)

CIPO は, 器質的な原因が存在しないにもかかわらず主に小腸を主体とする著明な腸管拡張をきたし, 長年にわたり慢性的な腸閉塞症状をきたす難治性疾患である(図4)。厚生労働省研究班により表2^{10,11)}のような診断基準が提唱されている。

CIPO は, 便秘症など腸管蠕動低下を背景に持つ患者に緩徐に進行する慢性疾患である。その初期は, 生体の代償機構により日常生活が問題なく送ることができる時期(代償期)であるが, 出産や手術などの大きな生体ストレスが加わることでその代償機構が破綻して(非代償期), 症状が顕在化するものと考えられる。いったん非代償期となると, もはや不可逆的であり, 徐々に広範な消化吸収障害(小腸機能不全)を起こすようになってきたり, また, bacterial translocation から敗血症をきたすようにもなる。

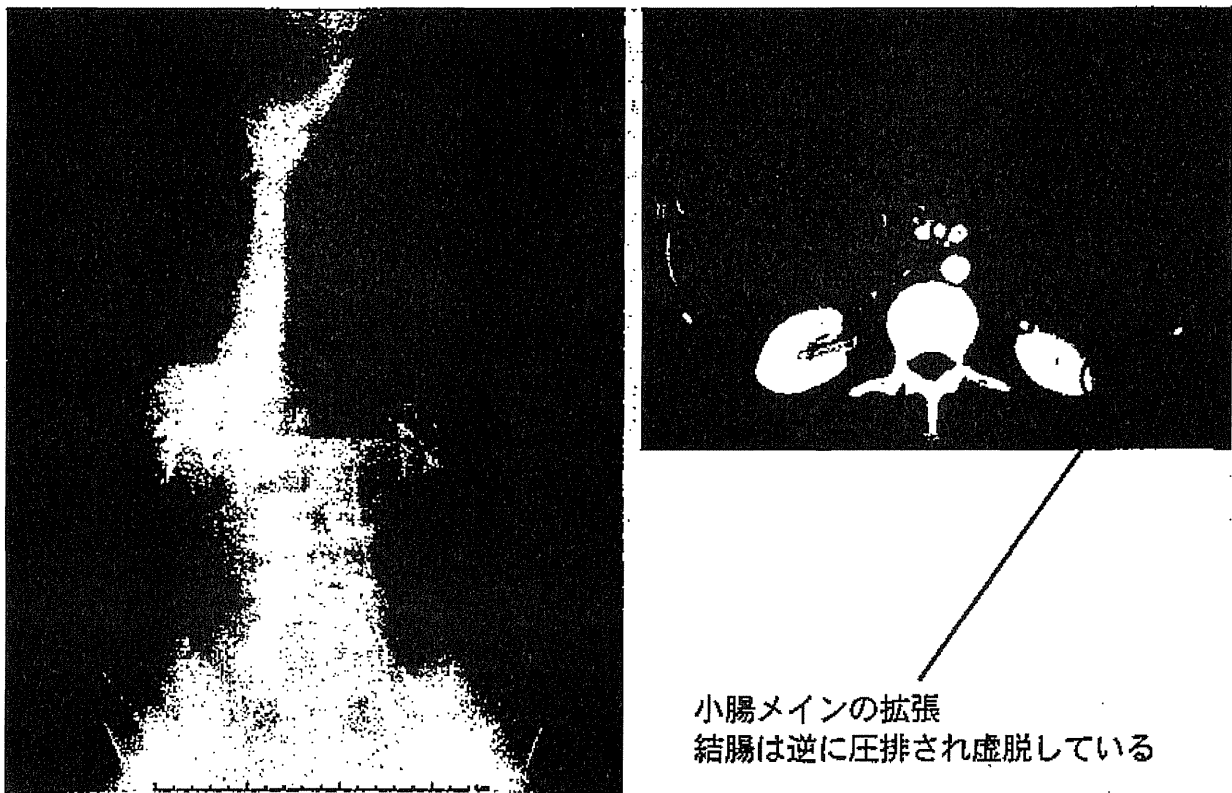


図4 CIPO の典型画像

主に小腸を主体とした慢性的な病的拡張が特徴である。

CIPO：慢性偽性腸閉塞症

(筆者提供)

表2 厚生労働省研究班による CIPO 診断基準

CIPO 診断基準
<p>以下のすべてを満たすものを CIPO とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 6 カ月以上前から慢性的な腸閉塞症状を認めている 2. そのうち直前の 3 カ月は腹部膨満感もしくは腹痛を伴う 3. 腹部単純 X 線検査, 内視鏡検査, 腹部 CT で腸管拡張かつ / または鏡面像を認める 4. 消化管 X 線造影検査, 内視鏡検査などで器質的原因が除外される

厚生労働省研究班の提唱した CIPO 診断基準は、専門的な検査を必要とせず、症状と一般画像検査のみで診断できるように配慮されている。

CIPO：慢性偽性腸閉塞症

(文献 10, 11 を基に作成)

治療としては、代償期では基本的に排便コントロールを中心とした通常の薬物治療を行う(モサプリド, 大建中湯, エリスロマイシン, マグネシウム製剤, センナ系製剤, メトクロプラミドなど)。一方で非代償期では, これらに加えて腸管減圧と栄養療法(成分栄養療法や高カロリー輸液など)が必要となる。大腸限局型の場合は最終的に結腸全摘術も有効であるが, 小腸が罹患部位に含まれる場合は逆に症状悪化のリスクが高く¹²⁾, 手術は原則禁忌である。

おわりに

Key word : 病態生理の正しい理解, 適切な治療

便秘症は国民の約3割が罹患している common disease であるにもかかわらず, 漫然と下剤が投与されるなど正しい病態理解に基づいた適切な治療が行われないことが多い。病態生理を正しく理解し, 中には生命の危機に及ぶ病態が存在することを十分周知の上, これらの治療に臨むことが肝要である。

(大久保秀則, 冬木 晶子, 中島 淳)

文 献

- 1) 尾高健夫: 機能性便秘の診断と治療の実際. 診断と治療 98 : 1477-1482, 2010.
- 2) 中島 淳: 慢性便秘の病態. 診断と治療 101 : 211-216, 2013.
- 3) Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al : Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 130 : 1480-1491, 2006.
- 4) Lembo A, Camilleri M: Chronic constipation. *N Engl J Med* 349:1360-1368, 2003.
- 5) Knowles CH, Farrugia G : Gastrointestinal neuromuscular pathology in chronic constipation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 25 : 43-57, 2011.
- 6) Cheng L, Pricolo V, Biancani P, et al : Overexpression of progesterone receptor B increases sensitivity of human colon muscle cells to progesterone. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 298 : G493-502, 2008.
- 7) Ohkubo H, Masaki T, Matsuhashi N, et al : Histopathologic findings in patients with idiopathic megacolon : a comparison between dilated and non-dilated loops. *Neurogastroenterol Motil* 26 : 571-580, 2014.
- 8) Gattuso JM, Kamm MA : Clinical features of idiopathic megarectum and megacolon. *Gut* 41 : 93-99, 1997.

4. 慢性便秘症の治療

③ 内科的薬物療法の基本戦略 患者満足度の高い治療戦略とは？

ポイント

- ① 治療のゴールは排便回数の是正ではなく患者の訴える便秘症状の軽減である
- ② 治療戦略は患者から便形状を聞きながら便形状の正常化を目指す
- ③ 酸化マグネシウムは腎機能異常や高齢者では高マグネシウム血症に注意する
- ④ 刺激性下剤は漫然と連用しないことがコツである
- ⑤ 慢性便秘は完治することはないので、初療での説明や治療で上手にコントロールしてあげることで長期に患者との信頼関係醸成に有効である

はじめに

Key word : 慢性便秘, 排便困難症状

慢性便秘は根治することはできないが、コントロールは可能な疾患である。しかし、多くの患者は完全に元のような快便に戻ることを期待し、一方、医師はただ薬を出すのみといったような状況が散見される。多くの医師は毎日排便があることが治療のゴール(=排便回数の是正)と考えるが、多くの患者は排便回数の低下で困るのではなく、排便困難症状(怒責, 残便感, 頻回便, 肛門部の閉塞感など)を主訴としている。このように患者の訴える便秘と医師の考える便秘が、全く意味が異なっているのがわが国の便秘診療の現状である。

患者満足度向上の秘訣は、患者が訴える便秘を聞き出すこと

以上の背景から、まずはスマートな診療は患者の訴える便秘を聞くことが重要であるとわかるはずである。ここが基本である。患者の訴えが硬便による“怒責”であれば便の軟化を図ることが求められるし、“便意の低下”であれば後述するような薬物療法の介入を行い、患者の訴えが解消されたかがゴールである。

I. 排便力学の基本

Key word : ブリストル便形状スコア, 便形状の正常化

糞便は直腸に到達すると直腸壁を進展刺激することによる「便意」を惹起することにより一連の排便行為が行われる。その際に力学的に排便しやすい便形

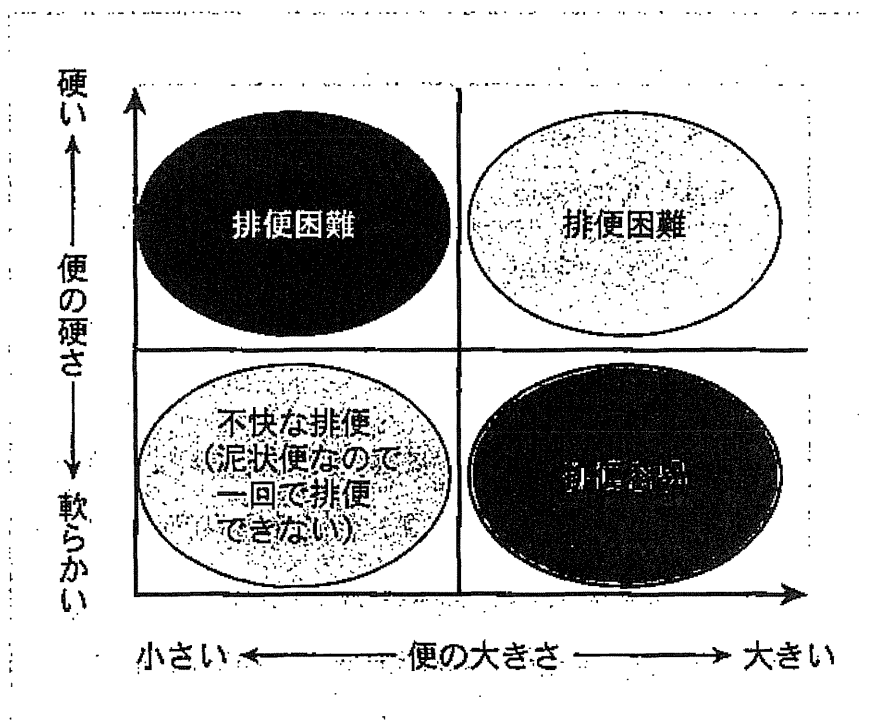


図1 排便の力学

便は大きいほど、軟らかいほど排便しやすい。

(筆者作成)

状にすることが非常に重要である。多くの便秘患者は小さくて硬い「兎糞状便」に関しては排便が容易と考えるが、これが最も大きな勘違いであることを患者に説くことが重要でもある。図1に示したように便は小さければ小さいほど、また硬ければ硬いほど排便しにくい。したがって、排便しやすい便として適度な軟らかさと大きさを持った便形状にすることが便秘治療の一つのゴールである。この効果を患者から聴取する際には、ブリストル便形状スコアが有用である。水様で下痢の便はかえって排便困難であり、1回に排便できないため頻回便となるし、兎糞状の硬便は排便にかなりの押出し力が必要で、かなり怒責を惹起することになる。

ポイントは、内科的薬物療法の基本戦略は便形状の正常化を患者に聞きながら達成することである。

II. よく使われる薬物療法

Key word : 酸化マグネシウム, 刺激性下剤, ルビプロストン

わが国で使われる便秘薬一覧を表に掲げた。

わが国では以下にあげる ① 酸化マグネシウム, ② センノシド系刺激性下剤, ③ ルビプロストン, ④ 重曹坐薬やグリセリン浣腸の大きく4種類の便秘薬が主に使われる。

1 酸化マグネシウム

わが国で最も使われる緩下剤である。酸化マグネシウムは胃酸で活性化され薬効を発揮する。便を膨潤軟化させ、排便しやすくする作用に優れている。コストも非常に安く、長期内服することが多い。わが国の便秘治療薬で最も多く使われ、最初に投与すべき基本薬の1つである。ただし、近年、高マグネシウム血症による重篤な副作用などが報告されているので、高齢者や腎機能低下患者では減量などを検討しないとイケない。また、併用注意薬も多々ある(図2)ので、処方時には注意が必要である。

表 わが国で使われる便秘薬一覧

分類	薬品名	作用機序	注意特徴など
塩類下剤	酸化マグネシウム	糞便の軟化	高マグネシウム血症に注意
浸透圧性下剤	ラクツロース	浸透圧作用	わが国では小児と妊婦のみ保険適応
刺激性下剤	センナ, 大黃, ピコスルファート, ビサコジルなど	大腸刺激性下剤	連用で耐性習慣性
分泌性下剤	ルビプロストン	小腸での腸液分泌促進	エビデンスが高い
直腸刺激性	重曹坐薬, 浣腸	直腸刺激で排便促進	肛門損傷に注意
漢方薬	麻子仁丸, 大黃甘草湯, 大建中湯, 桂皮加芍薬湯など	作用がマイルド	肝臓が含まれる場合電解質異常に注意

実地医療では、主に塩類下剤である酸化マグネシウムや分泌性下剤であるルビプロストンが使われるが、現状では刺激性下剤の使用が多いのが問題である。

(筆者作成)

酸化マグネシウムは添付文書上1日の投与量が2g以下となっているため、高マグネシウム血症の副作用をきたさないためにも通常の外来診療では1日2g以下の投与量にすることは厳守しなければならない。

2 刺激性下剤

刺激性下剤にはセンノシド、アロエ、大黃などのアントラキノン系薬剤とジフェノール誘導体薬剤の大きく分けて2種類がある。アントラキノン系刺激性下剤は、作用は非常に強力であるが連用による薬剤耐性や習慣性、時に精神的依存性や精神異常をきたすことがある。このため、刺激性下剤のスマートな使い方は on demand、つまり、排便が数日なく患者が困ったときに使う頓用が望ましい。通常の便秘薬で効果が乏しいとき、旅行などで環境が変わり便秘症状が悪化した際に排便を促すためには頓用使用がベストな使い方である。逆に患

酸化マグネシウム

- ✓日本で好んで使われる
- ✓高マグネシウム血症に注意
- ✓硬便による排便困難が強い場合
- ✓併用注意薬が多い

【併用注意薬】

- ・活性型ビタミンD
- ・ロスバスタチン
- ・ポリカルポフィル
- ・ラベプラゾール
- ・ジギタリス
- ・テトラサイクリン系
- ・アジスロマイシン
- ・ニューキノロン系抗菌薬
- ・セレコキシブ
- ・ビスホスホネート骨代謝改善剤, など

高齢者のように腎機能が低下していたり、併用薬剤が多い場合は使いにくい。
→通常1日2g以下

図2 酸化マグネシウムの使用上の留意点

高マグネシウム血症に注意が必要であり、血中マグネシウム濃度の測定が望まれる。また、併用注意薬が多く、留意されたい。

(筆者作成)

者が便秘というので漫然と刺激性下剤を毎日飲むように処方することは、厳に慎まねばならない。

刺激性下剤は作用が強力である故、腹痛や下痢といった副作用をしばしば認めるため、事前に副作用の周知を図るとよい。刺激性下剤の連用により大腸粘膜が黒くなる大腸偽メラノーシスが内視鏡検査などで知られているが、発がんとの関連などは特に認められず、その病的意義は定かでない。不幸にして刺激性下剤の依存性に陥った患者をどう扱うかは、次項(141頁)を参照されたい。

3 ルビプロストン(アミティーザ®)

小腸粘膜のクロライドチャンネルを刺激して腸液の分泌を促進させることで便秘薬としての薬効を発揮する、近年わが国で認可されたばかりの分泌型下剤である(図3, 図4)。これまでの慢性便秘薬は臨床試験による確固たるエビデン

ルビプロストンの作用機序

- 腸管の水分分泌にはクロライドイオン(Cl^-)の移動が関与
- ルビプロストンは、小腸上皮頂端膜に存在する ClC-2 クロライドチャンネルを活性化
- 腸管内への水分分泌を促進し、便を軟らかくし、腸管内の輸送を高めて排便を促進

ルビプロストンの処方上の注意

- 電解質異常はきたしにくい
- エビデンスレベルが非常に高い
- 妊婦には禁忌
- 主な副作用は下痢・嘔気
- 併用禁忌薬がない

図3 ルビプロストンについて

ルビプロストンは分泌性下剤であり、電解質異常は呈しにくいとされている。また、併用禁忌薬もない。

(筆者作成)

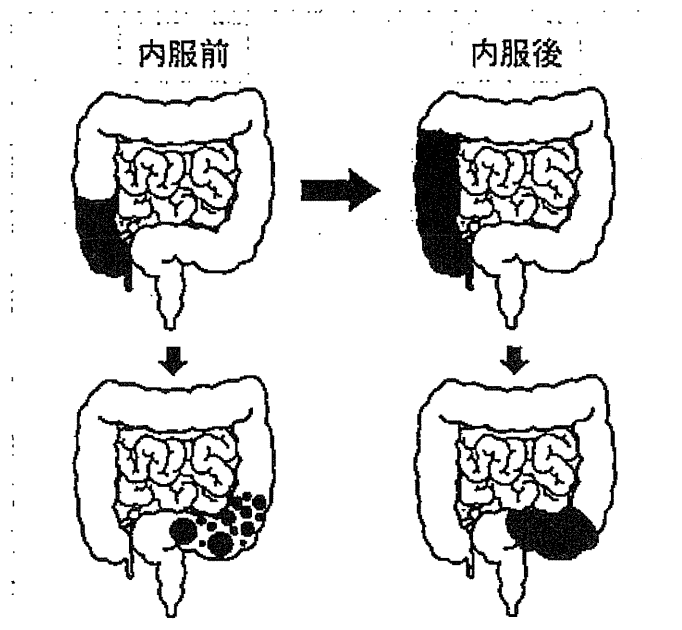


図4 ルビプロストン作用のイメージ

ルビプロストンは小腸での腸液の分泌により上行結腸への糞便量を増加させ、便形状の正常化を行う。

(筆者作成)

スのないものが大半であるが、ルビプロストンはエビデンスレベルの高い新しい慢性便秘治療薬である。主な副作用は嘔気・嘔吐，下痢である。妊婦には禁忌である。基本，併用禁忌薬はない。また，酸化マグネシウムのような電解質異常もほとんど起こさないとされる。

4 重曹坐薬，グリセリン浣腸

便意がないにもかかわらず，直腸診で直腸内に便が触れる場合，有効である。健常では直腸内に糞便が充填されると，直腸壁の進展刺激により便意が惹起されるのであるが，この感覚が鈍麻すると直腸に糞便があっても便意を感じにくい。重曹坐薬はこのような患者に有効である。重曹坐薬の作用機序は，坐剤で肛門より挿入すると直腸内で溶解して二酸化炭素を発生して直腸壁を強く進展させる。この結果，鈍麻した直腸感覚でも便意を感じて排便を促すことができるようになる。効果は肛門内挿入後数分～20分程度の短時間で発現するので，トイレに行ける準備が必要であること，まれに迷走神経反射で血圧低下などの症状をきたすことに注意である。

糞便量の少ない患者は，繊維サプリメントを取りながら，糞便量の増大を試みながら重曹坐薬を併用すると，便意を感じて排便できるようになる。グリセリン浣腸も非常に有効であるが，医療機関でキシロカインゼリー等を塗布して，肛門部を愛護的に扱って挿入すれば非常に効果的であり，副作用や習慣性もない治療である。しかし，患者が自己使用する際はしばしば乱用で肛門部の裂傷などをきたし，肛門括約筋の損傷など致命的合併症を起こすことがあり，その使用場所や使用方法には注意が必要である。

Ⅲ. 薬物療法の実際

Key word：ガイドライン，頻用

米国消化器病学会のガイドラインでは，薬物療法はまずは polyethylene glycol (PEG) かマグネシウムミルクを検討し，それで効果が不十分のときはコス

トがかかるが、linaclotide やルビプロストンを投与することが推奨されている（ルビプロストン以外はわが国で未承認薬である）¹⁾。

米国ではPEGがよく使われ、刺激性下剤はあまり使われない手法であり、わが国と状況は異なる。わが国ではガイドラインもなく使える薬物も違うので、欧米の現状を参照することはできないが、主に上述した便秘薬が国内では頻用されており、その使い方を（副作用を含め）習熟することが重要と考える。

IV. 薬物療法の基本

Key word：患者の主訴，排便リズムの正常化

慢性便秘の薬物療法の基本は

- ① 治療前の患者の主訴を的確に把握すること，特に便形状
- ② 薬物療法は酸化マグネシウム，ルビプロストンなどをまず用いる
- ③ 刺激性下剤は漫然と連用させないこと，あくまで on demand

である。刺激性下剤のスマートな使い方は，どうしても便秘でつらいときに使うように指導することである。患者は刺激性下剤が習慣性や薬剤耐性があるとは認識していないことが多く，この負の面をしっかりと教育することである。

便意が乏しい場合，ベースになる便秘薬に効果があれば，便形状は正常化していることが多い。この場合，便意がないことに対しては重曹坐薬などで対処して排便リズムの正常化を図る。

V. 便形状の正常化

Key word：プリストル便形状スコア

便秘薬の量を調整してプリストル便形状スコアで3～5の正常便を目指す。

便秘薬投与前のスコアと変化がなければ，増量ないしは併用薬を使う。逆に便形状が6を超える場合は減量を検討する。便意に乏しい患者の場合，便形状スコアは5を超えるようになりがちであるが，この場合，便意切迫で患者に








型	形 状	
1		硬くてコロコロの糞糞状の(排便困難な)便
2		ソーセージ状であるが硬い便
3		表面にひび割れのあるソーセージ状の便
4		表面がなめらかで軟らかいソーセージ状、あるいは蛇のようなとぐろを巻く便
5		はっきりとしたしわのある軟らかい半分固形の(容易に排便できる)便
6		境界がほぐれて、ふにゃふにゃの不定形の小片便、泥状の便
7		水様で、固形物を含まない液体状の便

図5 ブリストル便形状スコア

1, 2は硬便, 3~5は正常便, 6, 7が水様便。薬物療法では治療による便形状が3~5になるようにする。

(文献2を基に作成)

よっては便失禁に近い状況になり、治療のQOLが悪い。できるだけ3~5の範囲で重曹坐薬などで排便を惹起させることが重要である(図5)²⁾。

便秘周辺症状への対処

慢性便秘患者は治療により排便回数が正常化しても腹部膨満や腹痛を訴えることをしばしば経験する。筆者はこのような症状を“便秘周辺症状”と呼んでいるが、このような症状が強い場合、図6に示したように腹痛、特に下腹部の鈍痛などには大建中湯が、腹部膨満には桂枝加芍薬湯が著効することを経験する。桂枝加芍薬湯はIBS(過敏性腸症候群)症状の強い患者の症状軽減に有効であり、大変重宝する漢方薬である。図6には私案であるが、慢性便秘の治療のアルゴリズムを示した。

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アミティーザ® カプセル(24μg) 2カプセル 分2 朝, 夕食後

追加処方

①重曹坐薬(レシカルボン®)

②刺激性下剤の頓用使用



便秘周辺症状への治療

腹部膨満
腹痛

桂枝加芍薬湯
大建中湯

図6 慢性便秘の治療戦略の基本アルゴリズム(私案)

実地診療における治療戦略としては、第一選択として酸化マグネシウムカルビプロストンを用いるのを基本に、症状に応じて追加薬を検討する。刺激性下剤はあくまで頓用使用が原則である。

(筆者作成)

VI. 治療効果の判定

Key word : 便形状スコア, 客観的指標の改善

患者の治療効果は便形状スコアでの便形状正常化, 排便回数の正常化といった便秘関連の客観的指標の改善を見ることに加え, 治療により患者の主訴が改善されたかを重視する。特に排便困難症状は患者の苦痛が強い訴えであり, 治療により患者満足度が非常に高くなることに留意しないとイケない。

おわりに

Key word : 専門医への紹介, 患者満足度

通常の薬物療法で治療困難な場合, 専門医を時機を逸せず紹介することも重要である。例えば, 腹部X線検査で腸管拡張像がある場合, 単純な便秘でなく慢性偽性腸閉塞症や巨大結腸症の場合がある。内科的治療の限界を見極めて, 効果がない場合は専門医への紹介をすべきであろう。

慢性便秘は, コントロールはできても根治できない生活習慣病である。このことを医師も患者もしっかり認識して治療に当たるべきである。患者満足度が低ければ, 患者はその医師のもとを離れていくだけである。したがって, 患者目線で満足度を上げる治療を心がけなければならない。

(中島 淳)

文 献

- 1) American Gastroenterological Association, Bharucha AE, Dorn SD, et al : American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 144 : 211-217, 2013.
- 2) O'Donnell LJ, Virjee J, Heaton KW : Detection of pseudodiarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *BMJ* 300 (6722) : 439-440, 1990.

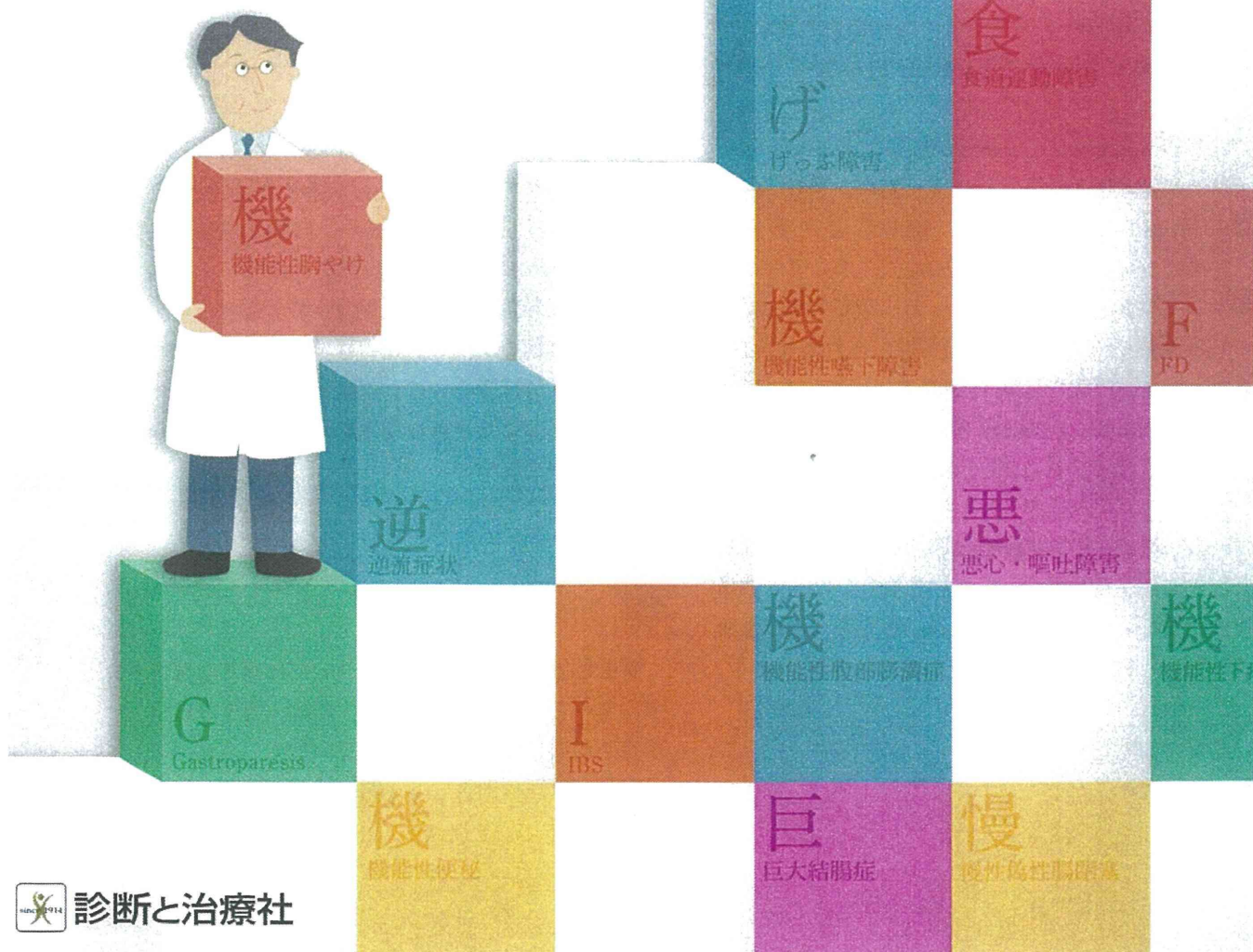
日常診療で遭遇する原因不明の消化管障害

消化管の 機能性疾患

診療
マニュアル

編集 (五十音順)

- 稲森正彦** 横浜市立大学附属病院臨床研修センター 准教授
中島 淳 横浜市立大学大学院医学研究科肝胆膵消化器病学 主任教授
福土 審 東北大学病院心療内科・東北大学大学院医学系研究科行動医学分野 教授
三輪洋人 兵庫医科大学内科学講座消化管科 主任教授



2

機能性腹部膨満症

横浜市立大学大学院医学研究科肝胆膵消化器病学／横浜市立大学附属病院臨床研修センター 稲生優海

横浜市立大学附属病院臨床研修センター 稲森正彦

横浜市立大学大学院医学研究科肝胆膵消化器病学 中島 淳

👉 ここが POINT!

- ▶ 機能性腹部膨満症は、機能性消化管疾患の中で独立した疾患概念である
- ▶ 病因は様々で、多因子と考えられている
- ▶ 診断には Rome III 基準を用いる
- ▶ 現時点、エビデンスのある治療法は確立しておらず、疾患概念の理解とともに適切な対応が重要である

1 疾患の特徴—IBS や FD とは診断されないが、腹部膨満感や腹部膨隆に苦しむ

日常診療において、「お腹が張って苦しい」という訴えはよく聞かれる主訴です。実際、過敏性腸症候群(irritable bowel syndrome；IBS)患者や機能性ディスペプシア(functional dyspepsia；FD)患者の愁訴として腹部膨満感が多くみられ、診断基準で重視される腹部不快感の一表現型と捉えられます。IBS や FD といった機能性消化管疾患(functional gastrointestinal disorder；FGID)の疾患頻度を考えると、外症でよく聞かれる主訴であることも納得できます。

一方、機能性腹部膨満症は腹部膨満感を頻回に訴えながらも、IBS や FD といった FGID の診断基準を満たさない疾患であり、Rome III でも「機能性腹部膨満」として独立して記載されています。

2 疫学—純粋な機能性腹部膨満症を検討した報告は少ない

腹部膨満症は一般集団の10~30%にみられ、また女性は男性の2倍程度とされますが、「月経との関連はない」とされています。診断基準ではIBS や FD が除外されますが、腹部膨満症に関する種々の報告では対象にこれらのFGIDを含んでいるものが多く、機能性腹部膨満症の診断基準を厳密に満たす群での検討は少ないのが現状です。したがって、疾患頻度を含めた正確な疫学を示すには、さらなる疫学調査が必要です。

3 病因—病因は様々で、多因子と考えられる

機能性腹部膨満症の病因については様々な仮説が唱えられてきましたが、現在では単一因子ではなく多因子が関与すると考えられています。

以下では、病因として「関連性がある」と報告さ