

る」と話す。熊谷氏の疑義を受け、処方薬が変更になることは多いようだ。また患者には、「便が出なくても服用量を自己判断で増やしてはいけない」と注意を促す。

酸化マグネシウムには併用注意薬が多く存在する。熊谷氏は併用薬を確認するため、どのような薬を服用しているかを聞き取っている。お薬手帳に記載がなく患者自身も薬剤名を覚えていない場合には、帰宅後に調べた上で電話で伝えてもらうという。カルシウム強化食品などの使用状況にも注意し、カルシウムを多く含む食品は、酸化マグネシウムと飲み合わせが悪い可能性があることを患者に説明し、そのような食品を使用する前に相談してほしいと伝えている。

## 刺激性下剤は頓用が基本

センノシド、センナエキスなどの刺激性下剤も注意が必要な薬剤だ。

刺激性下剤は頓服で使用するのが基本。便がたまった状態の患者に刺激性下剤を使用すれば、排便を促すことができるので、刺激性下剤が必ずしも悪いというわけではない。

ただし、漫然と長期間使用すれば効果が減弱し、さらに使用量が増える。最終的に結腸の機能を損ない、結腸無力症の原因となり得る。結腸無力症とは、排便を促す刺激（摂食および身体活動）に結腸が反応しなくなる疾患。患者は便意を感じなくなるので、刺激性下剤を用いなければ排便できなくなる。「一生、排便のために刺激性下剤を使用するか、手術が必要になる」と、中島氏は説明する。

## 一律の生活指導はNG

便秘の原因とされることが多い食事などの生活習慣だが、患者の状態を把



「直腸と肛門の角度が排便に影響する」と指摘する、久里浜医療センターの水上健氏。

握せず、便秘患者に「○○を食べるとよい」など、一律に指導することは控えたい。例えば、「食物繊維の摂取は、通常の便秘には効くが、難治性の便秘には逆効果」と、中島氏は説明する。

「同じ食事をしていても、便秘になる人もいれば、ならない人もいます」と水上氏も話す。「ある食品を試して効果がない場合は、その食品は効かないと判断し、過剰な摂取は避けるべき」との考えだ。実際、水上氏は、不溶性の食物繊維を過剰摂取したために、便秘が悪化し、直腸に6cmほどの糞石（石のように硬くなった便）を生じた患者を経験したことがあるという。「糞石を摘出するため、手術を検討していたが、運良く、手術せずに糞石を割り、除去することができた」と経過を説明する。

さらに同氏は、「毎日排便しなくては」という思い込みが強く、排便できないというストレスから便秘が悪化する患者が存在すると説明する。このような患者には、「毎日排便するのが健康の基」などとの紋切り型の指導は控え、逆に、「毎日排便できなくても大丈夫」と伝えてほしいと要望する。

便秘患者への生活指導として、水上氏が勧めるのは、適度な運動だ。特に、運動をやめて便秘するようになった患者では、運動を再開し、適度に腸を刺激すると効果があるという。ラジオ体操など体をひねる動きをすると良いともアドバイスする。

また水上氏は、これまで多数の患者で大腸内視鏡検査を実施した経験か

図1 水上氏が勧める洋式トイレでの排便ポーズ

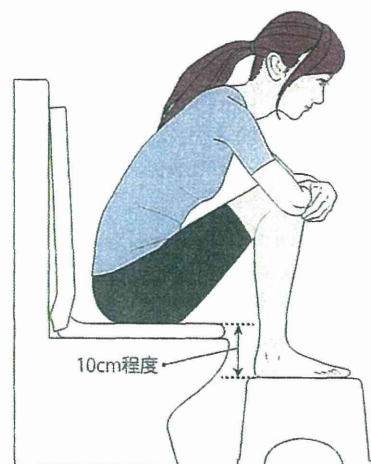


イラスト: さとう ただし



座位で直腸肛門角が開きにくい患者でも、膝を抱え込むと開きやすくなるという。

ら、日本人の便秘には、直腸と肛門の角度（直腸肛門角）が影響する場合がありますと指摘する。

スムーズな排便には、直腸肛門角が鈍角になる必要があるが、洋式トイレに座るとこの角度が開く欧米人に比べて、日本人の多くはこの角度が開きにくいという。そのような患者でも、和式トイレにしゃがみ込むことで、お尻の“ロック”が解除されやすくなる。洋式トイレで排便する際は、足台を用いて足を上げ、前にかがみ込むような姿勢を取ると、直腸肛門角が開きやすくなり、排便がスムーズになるとアドバイスする（図1）。これまでの経験上、このような患者は、ほぼ全員、痔の既往を有するので、痔の既往のある便秘患者には、このような排便スタイルを試すよう勧めてみてほしいと話す。

実は

## 分かっていないことが多い便秘症

「便秘症を病気だと思っている医師は少なく、便秘症の研究はなかなか進んでいない」。こう打ち明けるのは、横浜市立大学の中島淳氏。

便秘とは、一般的に「便が滞った、または便が出にくい状態」を指す。便秘により腹痛や腹部膨満感、腹部不快感などの症状が表れ、治療が必要な状態になると、「便秘症」という疾患とされる。この便秘症は、旅行時などに生じる一過性の便秘症と、長期に持続する慢性便秘症に分けられる。慢性便秘症は、大腸癌などの疾患や薬剤の影響などで生じる続発性便秘症を除外できた場合に、機能的便秘症とされる。

### 進行性の患者も存在

機能的便秘症の診断基準としては、Rome III診断基準（表A）が国際的に使用されている。ただし、病態や予後の解明などの研究は進んでいないのが現状のようだ。中島氏は、「機能的便秘症の一部に進行性のものがあるが、どのような患者が進行するのかはまだ解明されていない」と言う。

一般的に便秘症は、結腸の運動能力低下による「弛緩性便秘」、結腸の過収縮による「痙攣性便秘」、直腸機能障害による「直腸性便秘」に分類されてきた（図A上）。しかし中島氏は、「このような分類は日本固有のもので、科学的な根拠がない」と指摘する。

中島氏は、大腸通過時間検査の結果を用いた分類法を提唱する。同検査は、X線非透過マーカーが入ったカプセルを患者に内服させた後に、腹部単純X線を撮影し、大腸内に残留しているマーカーの数量や残留部位を調べて大腸機能を評価するというもの。この結果を基に慢性便秘症を、「通過時間正常型」、「通過時間遅延型」、「排泄障害型」に分類する（図A下）。ただし、同検査を実施する医療機関は国内でも増えつつあるものの、いまだ限られるのが現状だ。

国内には便秘症の診療ガイドラインとしては、小児の機能的便秘症に関する

表A 機能的便秘症のRome III診断基準

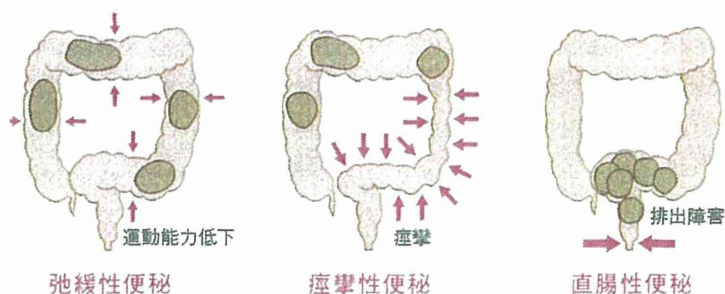
診断の6カ月以上前から症状があり、最近3カ月は以下の基準を満たす

1. 以下の症状の2つ以上がある
  - a. 排便の25%にいきみがある
  - b. 排便の25%に兎糞状便または硬便がある
  - c. 排便の25%に残便感がある
  - d. 排便の25%に直腸肛門の閉塞感またはつままった感じがある
  - e. 排便の25%に用手的に排便促進の対応をしている
  - f. 排便回数が週3回未満である
2. 下剤を使わないときに軟便になることはまれである
3. 過敏性腸症候群（IBS）の診断基準を満たさない

（出典：Gastroenterology,2006;130:1480-91.）

図A 機能的便秘症の病態分類（取材を基に編集部で作成）

#### 一般的に使われている分類



#### 大腸通過時間検査による分類



「小児慢性機能的便秘症診療ガイドライン」（日本小児栄養消化器肝臓学会、日本小児消化管機能研究会編）が、2013年に発表されているのみ。

成人の機能的便秘症に関しては、中

島氏が当番幹事を務める日本消化器病学会の附置研究会「慢性便秘の診断・治療研究会」で診療ガイドラインの作成が検討されている段階で、まだまとまっていない。



5月20日

午後8時30分～45分

再

5月27日

午後1時35分～50分

# がんこな便秘

中島 淳

横浜市立大学教授

便秘はふだんの生活と関係しています。生活を見直して、食生活や排便の習慣などを改めれば、がんこな便秘も解消できます。それでも改善されない場合は便秘薬を正しく使います。

## 便秘とは

週3回未満しか排便がない、または排便が困難な状態

便秘で悩んでいる人は、60歳未満まででは圧倒的に女性に多く見られます。これは女性ホルモンが、大腸の動きを緩やかにするためと考えられています。

60歳以降になると、便秘で悩む人は男女共に増えてきて、80歳を過ぎると、逆に男性のほうが多くなります。年齢を重

ねるにつれて便秘で悩む人が増えるのは、排便する際の肛門や直腸などの動きが加齢に伴って低下するのが主な原因です。そのため、最近の高齢社会では、男女を問わず便秘で困っている人が非常に多いと考えられます。

便秘とは、週3回未満しか排便がない状態、または便が硬い、強く力む、残便感、腹部の不快感などがあり排便が困難な状態のことです。ただし、便秘で受診する患者さんの多くは、排便回数ではな

## 便秘の症状

週に3回未満

排便困難

- 便が硬い
- 強く力む
- 残便感
- 腹部の不快感



排便の回数よりも排便の困難に悩む患者さんが多い。腹部の不快感とは、腹痛や腹部の膨満感などのこと。

イラスト/奥田志津男

## 便秘のタイプ

原因によって、大きく3つに分けられる

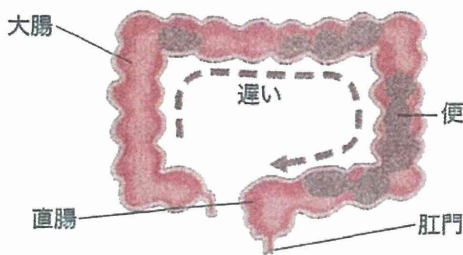
便秘は、原因によって次の3つのタイプに大きく分けられます。

### ■ 便の通過が遅いタイプ

口からとった食べ物は、胃で消化されて小腸に送られます。小腸で栄養素が吸収された後に、便になる食べ物のかすが

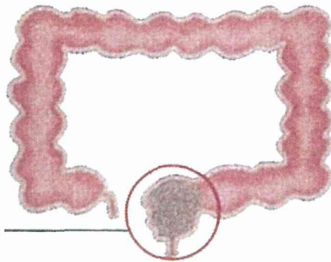
## 3つのタイプ

### ① 便の通過が遅い



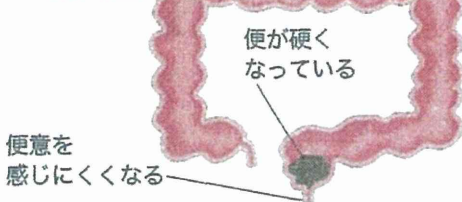
大腸を通過する間に、水分が多く吸収されてしまう。女性に多く重い便秘になりやすい。

### ② 便の出口が緩まない



高齢の男性に多い。筋力が低下して、直腸と肛門の筋肉が適切に緩まなくなるのが原因。

### ③ 現代型



食事の量を減らしていたり、トイレに行くのを我慢したりしてしまうことが原因となる。

大腸に送られます。そして、大腸を通過する間に、便に含まれている水分が吸収されて、排便時の硬さになっていきます。しかし大腸での便の通過が遅いと、水分が多く吸収されて便が硬くなるため排便しづらくなります。女性ホルモンが影響する便秘で、女性に多いタイプです。

### ■ 便の出口が緩まないタイプ

便が肛門や直腸に到達してある程度の量に達すると、肛門や直腸の筋肉が緩んで排便が起こります。しかし、肛門や直腸の筋肉が緩まないと、便が十分たまった

ていてもなかなか排便できません。原因は老化による筋肉の衰えで、特に高齢の男性に多く見られます。

### ■ 現代型

大腸や肛門に異常がないのに便秘になる、現代に非常に多いタイプです。例えば、ダイエットで食事を減らすと、便の量が少なくなるため直腸にたまるまでに時間がかかります。その間に便の水分が多く吸収されて硬くなるので、排便しづらくなります。また、忙しい人は、便意があっても排便を我慢することがよくあ

ります。我慢している間に、水分が吸収されて便が硬くなって便秘になります。また、我慢を繰り返すと、便意を感じにくくなってしまいます。

## 便秘の対策

### 食生活、排便の習慣・姿勢、運動をまずは自分で改善する

便秘は、自分で対策をして、改善することが可能です。

### ■ 食生活

食事を抜くと便がつくられないので、1日3食欠かさずとります。また、食事をとると胃が動き、その刺激で大腸も動いて便意を催します。特に、朝食をとった後は強い便意が起こるので、朝食は必ずとるようにします。

注意したいのが、極端なダイエットです。食事を極端に減らすと、便の量も減って便秘が起きやすくなります。

食物繊維を多く含む野菜、果物、きのこ、海藻などは積極的にとります。食物繊維には、便を軟らかくして量を増やす



## 1日にとりたい食物繊維の量

男性 20g 以上

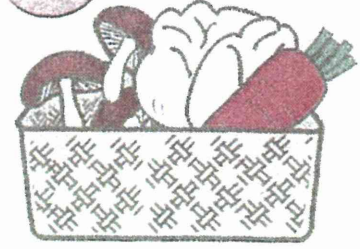
女性 18g 以上

20g 以上とるには……

キャベツなら 1玉

にんじんなら 5本

生しいたけなら 30～40枚



食物繊維には、便を軟らかくしたり、便の量を増やしたりする効果がある。十分な量をとるためには、煮るなど、カサを減らす調理をするのがお勧め。

作用があり、男性なら1日20g以上、女性なら1日18g以上を目標にとります。1日に20g以上の食物繊維をとるためには、キャベツなら1玉、にんじんなら5本、生しいたけなら30～40枚食べる必要があります。十分な量をとるためには、いろいろな食品から食物繊維をとります。ただし、便の通過が遅いタイプの便秘は、

食物繊維をとりすぎると、おなかが張って便の出がさらに悪くなる場合があるので注意が必要です。

水分も、便を軟らかくして量を増やします。特に高齢者は、体の水分が不足してものどの渴きを感じにくいので、こまめに水分をとるようにしましょう。

最近注目されているのが大腸の中の腸内細菌で、年をとると善玉菌が減って悪玉菌が増えるといわれています。すると、大腸の中の環境のバランスが崩れて、便秘になりやすくなります。ヨーグルトなどをとって善玉菌を増やし、大腸の中の環境をよい状態に整えましょう。

### ■排便の習慣・姿勢

食後は意識してトイレに行くようにします。特に朝食後は、すぐ会社や学校に出かけるのではなく、トイレに行けるだけの時間的な余裕をもちましょう。

便意があるのに排便を我慢すると、便秘になったり、便秘が悪化します。会社や学校などで便意を催した場合は、迷わずトイレに行くことのできる環境を整え

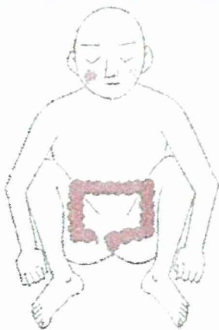
ておくことも大切です。

排便時の姿勢で理想的なのが、しゃがんだ姿勢です。しゃがむと、直腸と肛門が直線状になり、太ももが腸を圧迫するのでスムーズに排便できます。

洋式トイレの場合は、前かがみになると、しゃがんだ姿勢に近くなります。背骨と太ももの角度が約35度になるようにかがむのがポイントです。小柄な人は便

### 排便によい姿勢

●和式トイレの場合



●洋式トイレの場合



しゃがんだ姿勢のほうが、排便に適している。洋式トイレの場合には、踏み台に足をのせ、上半身を前傾させることで、しゃがんだときと同じような姿勢をつくる。

座に座ると脚が伸びるので、踏み台などを置いてしゃがんだ姿勢に近づけます。

## ■運動

排便には腹筋を中心にさまざまな筋肉を使うので、歩いたり、階段を上り下りするなど生活のなかで体をよく動かします。腹筋を鍛えたり、おなかをマッサージして腸を刺激するのも効果的です。

## 改善されない場合

### 医療機関の受診や薬での治療が必要

便秘対策に取り組んでも改善しない場合は医療機関を受診します。高齢の男性のなかには、便秘は病気ではないとして、かたくなに受診しない人もいます。しかし、大腸がんなどの消化器系の病気が隠れている場合もあるので、消化器内科で検査を受けることが大切です。

治療には、主に酸化マグネシウムやルビプロストンなどの緩下剤かんげざいを用います。

酸化マグネシウムは、便を軟らかくし排便を促す薬です。ただし、多量に使

うと血液中のマグネシウム濃度が上がり、不整脈を起こすことがあるので、用量と用法をよく守って使います。

ルビプロストンは、日本で32年ぶりに登場した新しい便秘薬で、やはり便を軟らかくして排便を促進します。酸化マグネシウムのような副作用はありませんが、内服初期には吐き気や下痢などの副作用が見られることがあります。

便が肛門までできていない場合、浣腸かんじょうの代用になる坐薬ざやくも有効です。

そのほか、乳酸菌などの整腸剤、便を軟らかくして量を増やすポリカルボフィル、漢方薬の大建中湯だいけんちゅうとうなども使われます。

一方、市販薬にも使われているセンナ

やセンノシドなどの刺激性下剤は、大腸を刺激して強制的に便を出します。ただ

し、毎日使い続けると、効果が薄れてきて使用量が増えていくので、便秘でつらいときに限って使うと効果的です。

## ■ゴールを決めて薬の乱用を防ぐ

便秘薬の使いすぎを防ぐためには、ゴールをはっきりさせることが大切です。最も楽に排便できるバナナ状の軟らかめの便にすることを目標にします。そのためには、排便した後の便の状態をよく観察することです。特に、刺激性下剤は、使いきると下痢状の水様便になるので、便の状態を観察していれば、自分でも使いきりに気付くことができます。



## 健康カフェ

### ●完全排便を目指すことが大切

1回の排便で、直腸内にたまった便がすべて排泄はいされるのが完全排便で、排便後は非常に爽快です。便が硬すぎたり、軟らかすぎたりすると直腸や肛門に便が残るため、排便後もお尻が詰まった感じがして強い不快感を伴います。排便後の爽快のためにも、バナナ状の軟らかめの便にして完全排便を目指しましょう。



中島 淳 (なかじま・あつし)

●1989年大阪大学医学部卒業。専門は消化器内科、特に難治性の消化管機能異常の診断と治療●横浜市立大学附属病院消化器内科・肝胆膵消化器病(神奈川県横浜市金沢区榎浦3-9)

## がんこな便秘



## 特集 便秘と漢方

### 患者側に立った便秘症の治療

中島 淳

*Key words* defecation disorder, IBS (irritable bowel syndrome), abdominal bloating, bristol scale, Rome III

#### 初めに

患者側に立った慢性便秘症の治療を考える際に医師側で極めて認識の低い便秘の診断の問題がある。患者は便秘を悩み、思い悩んだ果てに主治医に相談するも、主治医は便秘と認めず話がかみ合わないといったことが診療現場ではしばしば経験する。便秘は秘め事の範疇に入ることが多く、医師に相談するのはよっぽどのことである場合も少なくない。患者から便秘の訴えがあると多くの医師は排便回数を聞く。患者は「毎日排便があります」といったとたん医師は冷酷にも「あなた、便秘でないから心配ないですよ」と一刀両断に話を切られることも珍しくない。この患者は便秘で苦しんでいるのであるが。本稿では患者目線の便秘診療をどうする、どうしたら患者の話を翻訳できるかを概説したい。

#### 1. 慢性便秘の定義

大腸がんなどの器質性疾患を除けば慢性便秘は世界的にはROME IIIの診断基準(表1)が用い

られるが、実はこれは実地診療には非常に使いにくい。この診断基準の問題点は過敏性腸症候群(IFS)の鑑別が前提になっていること、項目が細かくまた発現頻度が数値で示されており実地医家にはなじみにくい点がある。私はこの点を回避すべく実地診療における慢性便秘診断はまずはIFSと区別することなく「便秘症」の訴えを翻訳できるように簡単に定義している。

すなわち慢性便秘とは「排便回数の有意な減少」かつ・または「排便困難症状があること」である。多くの患者は排便回数の減少を訴えて医師に相談することがなく、多くは排便困難症状の改善を望んで相談することが多い。排便困難症状とは硬い便による一連の「努責」「残便感」「肛門部の閉そく感」「頻回便」の4つを指す。硬い便は出しにくいので「努責になり」、硬い便はまとまって排便されずに分割排便になり「頻回便」や「残便感」になる、分割して粉々になった硬便の便塊が肛門部に陥頓して通常感じることのない肛門部の閉そく感を強く訴える。以上の排便困難症状は堅い便

2016年1月31日受理

NAKAJIMA Atsushi: Constipation cure for the patients' satisfaction

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学：〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9

表 1 慢性機能性便秘の ROME III 診断基準

<p>C3. 機能性便秘の診断基準*</p> <p>1. 以下の症状の 2 つ以上がある</p> <p>a. 排便の 25% にいきみがある</p> <p>b. 排便の 25% に兎糞状便または硬便がある</p> <p>c. 排便の 25% に残便感がある</p> <p>d. 排便の 25% に直腸肛門の閉塞感あるいはつまった感じがある</p> <p>e. 排便の 25% に用手的に排便促進の対応をしている (摘便, 骨盤底圧迫など)</p> <p>f. 排便回数が週に 3 回未満</p> <p>2. 下剤を使わないときに軟便になることは稀</p> <p>3. 過敏性腸症候群 (IBS) の基準を満たさない</p> <p>* 6 ヶ月以上前から症状があり, 最近 3 ヶ月間は上記の基準を満たしていること</p> <p>福士審のほか: ROME III [日本語版] The Functional Gastrointestinal Disorders., 協和企画, p321-326, 2008</p>
--

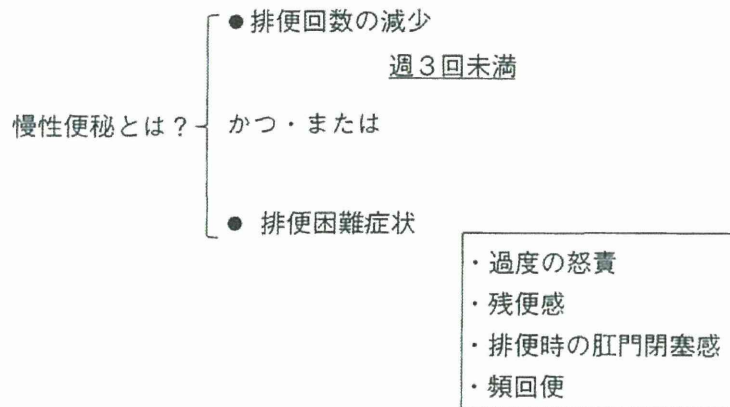


図 1 筆者の提案する慢性便秘症の实地診療での判断基準

から発生するもので極めて理解しやすいし、何よりも覚える必要がないほど容易である。

対して非便秘患者の快便ではこのような排便困難症状の訴えはないのである。また排便回数の減少は患者医師ともに容易に理解できるのであえて説明の必要もないと思われる。ただし、週 3 回未満の排便回数は患者に聞く際にやや難しく「2 日に 1 回の排便」は正常であり、「3 日に 1 回程度」では排便回数の減少になると覚えておけばこれも極めて簡便である。この便秘の定義で一番の問題は IBS の便秘型が含まれてしまうことであるが实地診療の現場で果たして IBS を初療で区別する必要があるだろうか。治療法が初療で違わない以上まずは慢性便秘のアプローチをして腹部症状等が

強い場合は IBS を念頭に置いて治療していけば問題ないと考える。以上の定義を理解すれば覚えることなく慢性便秘とは何かはわかるはずである。これが理解できれば毎日排便があっても硬便による努責で患者が主治医に便秘の薬をくれと訴える理由がご理解いただけると思う。

## 2. 慢性便秘の分類

我が国の成書の 100% は慢性便秘の分類を「弛緩性」「直腸性」「痙攣性」と 3 つに分けているが、この分類は海外ではもはや通用しないという問題点に加え、実際に「痙攣性」といっても確定診断をつけられないといった問題点がある。現在では結腸通過時間の異常の有無と直腸肛門機能異常の



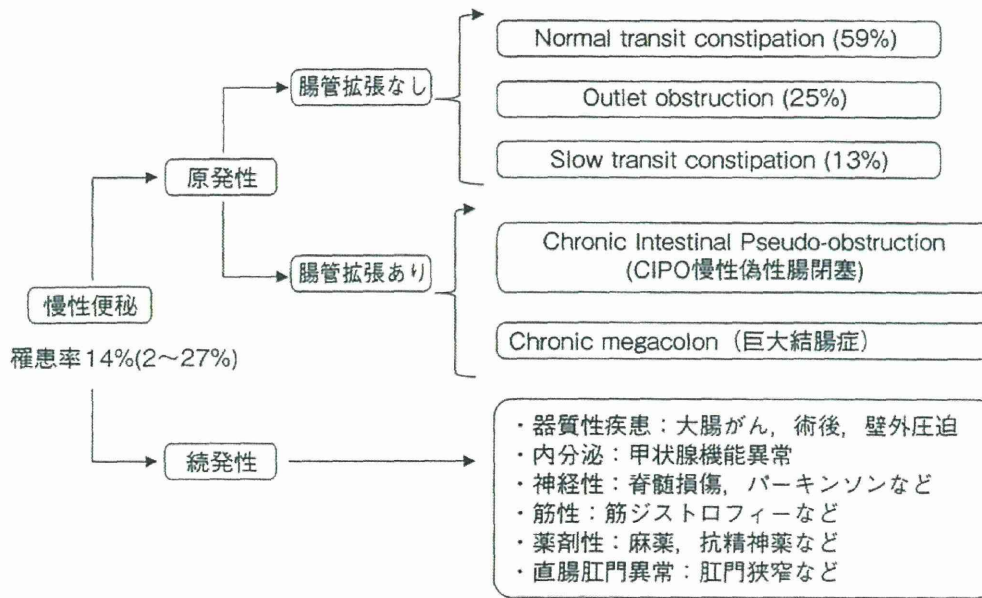


図 2 慢性便秘症の分類概略

(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<sup>2)</sup> (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。

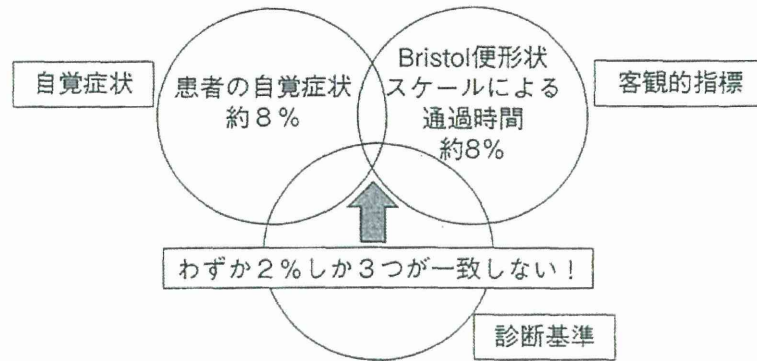
### 4. 満足度を上げるための治療の基本

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ー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

ウエールズ南部の女性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<sup>1)</sup>。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