

慢性便秘症

便秘は極めてありふれた症状のひとつです。実際、便秘を自覚している患者の多くは一般薬局で手軽に入手できる下剤で自己治療を行っており、医師もいわば経験的に便秘症状に対処してきたので、必ずしも患者が満足できる治療効果があげられていないことが指摘されています。これは慢性便秘症診療について、これまで日本において明瞭な指針がなかったことが一因でしたが、2017年10月に日本消化器病学会関連研究会慢性便秘の診断・治療研究会より日本初の『慢性便秘症診療ガイドライン』が発行されました。そこで、今回『慢性便秘症診療ガイドライン』を中心に慢性便秘症について知見を得たので以下の通りまとめました。

1. 便秘の定義

「便秘」とは「排便回数や排便量が少ないために糞便が大腸内に滞った状態」または「直腸内にある糞便を快適に排出できない状態」であるが、排便回数が少ないからといって必ずしも「便秘」とは限らず、排便困難感や残便感を訴えるからといって必ずしも「便秘症」とは限らない。排便習慣には個人差が大きく、患者によっても「便秘」の意味は様々で、定義するのは難しく統一された定義はなかったが、今回、『慢性便秘症診療ガイドライン』で初めて、「**本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態**」と便秘の定義が提示された。

2. 慢性便秘症の分類

表1. 慢性便秘症の分類

※複数の症状や病態を併せ持つ症例もある。

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類	原因となる病態・疾患	
器質性	狭窄性	—	大腸内視鏡検査、注腸X線検査など	—	大腸癌、Crohn病、虚血性大腸炎など
	非狭窄性	排便回数減少型	腹部X線検査、注腸X線検査など	—	巨大結腸など
		排便困難型	排便造影検査など	器質性便排出障害	直腸瘤、直腸重積、巨大直腸、小腸瘤、S状結腸瘤など
機能性	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型	特発性 症候性：代謝・内分泌疾患、神経・筋疾患、膠原病、便秘型過敏性腸症候群など 薬剤性：向精神薬、抗コリン薬、オピオイド系薬など	
			大腸通過正常型	経口摂取不足(食物繊維摂取不足を含む) 大腸通過時間検査での偽陰性など	
	排便困難型	大腸通過時間検査、排便造影検査など	機能性便排出障害	硬便による排便困難・残便感 (便秘型過敏性腸症候群など)	
			機能性便排出障害	骨盤底筋協調運動障害、腹圧(怒責力)低下、直腸感覚低下、直腸収縮力低下など	

日本では慢性便秘は「原因」での分類が広く用いられてきたが、国際的には「病態」による分類が一般的である。『慢性便秘症診療ガイドライン』で勘案された慢性便秘症の分類は表 1 の通りであり、「原因」・「病態」を併せて分類された。しかし、病態による分類を行うためには専門的な検査が必要であり、一般的な便秘診療においては不可能かつ不必要であるので、病態による分類の前に、症状のみによって分類される。症状による分類は以下の 2 つであり、専門的検査を施行しない施設においては病態分類を念頭に置いたうえで症状分類によって診断、治療することが推奨されている。

- ① 排便回数減少型：排便回数を厳密に定義する必要がある場合は、週に 3 回未満。（日常臨床では、その数値はあくまで目安であり、排便回数や便秘症状が生じている場合は、週に 3 回以上の排便回数でも分類される。）
- ② 排便困難型：排便回数や排便量が十分あるにもかかわらず、排便時に直腸内の糞便を十分量かつ快適に排出できず、排便困難や不完全排便による残便感を生じる便秘。

3. 慢性便秘症の診断基準

慢性便秘症の診断基準では、排便回数だけでなく、排便困難感や残便感といった便秘に伴う症状が含まれている。

表 2. 慢性便秘症の診断基準

<p>1. 「便秘症」の診断基準</p> <p>以下の 6 項目のうち、2 項目以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 排便の 4 分の 1 超の頻度で、強くいきむ必要がある b. 排便の 4 分の 1 超の頻度で、兔糞状便または硬便（BSFS でタイプ 1 か 2）である c. 排便の 4 分の 1 超の頻度で、残便感を感じる d. 排便の 4 分の 1 超の頻度で、直腸肛門の閉塞感や排便困難感がある e. 排便の 4 分の 1 超の頻度で、用手的な排便助が必要である（摘便・会陰部圧迫など） f. 自発的な排便回数が、週に 3 回未満である <p>2. 「慢性」の診断基準</p> <p>6 カ月以上前から症状があり、最近 3 カ月間は上記の基準を満たしていること</p>

BSFS：ブリストル便形状スケール

型	形状
1	硬くてコロコロの兔糞状の(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	表面はなめらかで柔らかいソーセージ状、あるいは蛇のようなどぐろを巻く便
5	はっきりとしたしわのある柔らかい半分固形の(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

※実際の日常臨床では、慢性便秘症と診断するのに上記の診断基準を満たす必要はなく、「本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」が続くために日常生活に支障が出ていれば、便秘症と診断して治療するのが望ましい。

4. 慢性便秘症の治療

慢性便秘症の治療には保存的治療と外科的治療が用いられる。保存的治療には食習慣を含む生活習慣の改善、摘便などの理学的治療、薬物治療が用いられ、薬物療法には数種類の異なった作用機序の薬剤が用いられている(表 3)。保存的治療では病状の改善を認めず、便秘の病態評価により適応がある場合は外科的治療が行われる。外科的治療には、①直腸瘤修復術、②Ventral rectopexy、③STARR(stapled trans-anal rectal resection)、④ダグラス窩形成術、⑤結腸全摘+回腸直腸吻合術、⑥ 順行性洗腸法がある。

表 3. 慢性便秘の保存的治療

(1)生活習慣の改善(食事、運動、飲酒、睡眠など)	
(2)内服薬による治療	
種類	薬剤名
i)プロバイオティクス*	
ii)膨張性下剤	カルボキシメチルセルロース ポリカルボフィルカルシウム(コロネル®)*
iii)浸透圧性下剤	
a. 塩類下剤	酸化マグネシウム(マグミット®) クエン酸マグネシウム(マグコロール®) 硫酸マグネシウム 水酸化マグネシウム(ミルマグ®) など
b. 糖類下剤	ラクツロース(モニラック®)* D-ソルビトール* ラクチトール* など
c. 浸潤性下剤	ジオクチルソジウムスルホサクシネート
iv)刺激性下剤	
a. アントラキノン系	センノシド(プルゼニド®) センナエキス(ヨーデルS®) アロエ など
b. ジフェニール系	ピサコジル* ピコスルファートナトリウム(ラキソベロン®) など
v)上皮機能受容薬	
a. クロライドチャンネルアクチベーター	ルビプロストン(アミティーザ®)
b. グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト	リナクロチド(リンゼス®)
vi)消化管運動賦活薬	
5-HT ₄ 受容体刺激薬	モサプリド*(ガスマチン®)
vii)漢方薬	大黃甘草湯 麻子仁丸 大建中湯* など
(3)バイオフィードバック療法(機能性便秘排出障害に対して)	

(4) 外用薬による治療	
i) 坐薬	ピコサジル坐薬(テレミンソフト坐薬®) 炭酸水素ナトリウム坐薬(新レシカルボン坐薬®)など
ii) 浣腸	グリセリン浣腸 微温湯浣腸 石鹼浣腸 など
(5) 摘便(直腸下部に貯留した便を自力で排出できない場合、徒手的に便を排出)	
(6) 逆行性洗腸法(経肛門的に 500~1000ml の微温湯で洗腸して直腸・左側結腸の便を排泄)	

* : 保存的治療で学術的に慢性便秘症に有効と考えられる薬剤であっても、臨床診療において「便秘症」では保険適応のない薬剤

赤文字 : 院内採用薬

参考文献 : 慢性便秘症診療ガイドライン 2017、月刊薬事 8 月号、治療薬マニュアル 2017