

便秘診療における問題点と治療のコツ

くにもと病院院長 安部 達也

便秘とは

排便習慣は個人差が大きく、正常な排便は便通が毎日から週3回までと幅広い。便秘とは排便が順調に行われない状態のことで、一般的には3日以上排便がなく、不快な症状があり日常生活に支障がある場合をさす。便秘の罹患率は人口あたりおよそ14%とされ、女性に多くみられる症状であるが、加齢とともに男性も多くなり65歳以上では男女差はほとんどなくなる。単に便が出ないという問題ではなく、腹痛や膨満感、肛門痛などの多様な症状が患者の生活の質を低下させる。便秘はその原因により機能性便秘と器質性便秘に分けられるが、本稿では主に機能性便秘について述べる。

慢性便秘の診断と分類

慢性機能性便秘のROME III基準では、排便が1週間に3回未満、便が硬い、残便感、排便時に強く息む、排便時に用手的な介助を要する、などが判定基準に含まれている。例えば便通が毎日あっても、便が硬くて出にくい、排便してもスッキリしないといった症状があれば便秘と診断される。逆に排便回数が週2回以下でも、便の硬さが普通で、排便に苦痛を感じないものは便秘とはいわない。機能性便秘は大腸通過遅延型(排便回数が少ないタイプ)と便排出障害型(排便困難を主症状とするタイプ)に大別される。日本人では前者が多いといわれていたが、高齢化に伴って後者が増加している。とくに長期療養者や施設入所者では便排出障害から糞便塞栓に至るケースが少なくない。

わが国における便秘治療の現状

日常診療では食事内容や生活全般に対する指導と薬物療法が治療の中心となる。実臨床で頻用される刺激性下剤は、即効性があり短期的には有用である。しかし、便秘患者が長期連用すると耐性や習慣性が生じたり、電解質異常や脱水を引き起こしたりする危険がある。そのため欧

米の便秘診療ガイドラインでは、刺激性下剤の推奨レベルは低い。欧米で推奨レベルが高いポリエチレングリコールやプルカロプリド、ラクツロースは、国内では未承認または便秘症の適応が無いなど、いまだドラッグラグが存在する。

下剤の使い方

膨張性下剤(カルメロースなど)や浸透圧性下剤(酸化マグネシウムなど)といった作用の穏やかなものから治療を開始し、無効な例に対して刺激性下剤や消化管運動賦活薬を最少量で追加するのが原則である。刺激性下剤を飲むと腹痛を起しやすいため、浸透圧性下剤やお腹を温めるタイプの漢方薬(大建中湯や桂枝加芍薬湯)が適している。市販の便秘治療薬には刺激性下剤を含むものが多いので、初めは良く効くが、毎日使い続けると効き目が鈍くなる場合がある。下剤の刺激に慣れて耐性ができる場合もあるが、むしろ下剤が効きすぎて大腸が空虚になってしまい(結腸内には3回分くらいの便が残っているのが普通)、数日間便通が無くなるため便秘が悪化したと勘違いしている患者が多い。便が残っていると思って下剤を増量するため、たとえ便が出ても下痢状なのでスッキリせず、むしろ腸蠕動が亢進して腹痛や膨満感が出現し、それを便秘と勘違いして下剤をさらに増やすという悪循環に陥る。下剤が効かなくなった、便の量が減ったと訴える患者には、触診や画像検査を行って便が実際に溜まっているか否かを確認すべきである。

32年ぶりの新薬

便秘治療薬としては、ピコスルファート以来の新薬となるルビプロストン(アミティーザ)が2012年に発売された。本剤は粘膜上皮機能変容薬という全く新しい機序の便秘治療薬で、腸管内への水分分泌を促進し糞便の腸管内輸送を高めて排便を促進する。アントラキノン系(センナやセンノシド)の刺激性下剤で問題視される耐性、習慣性、大腸黒皮症は認められておらず、体内で速やかに代謝され、電解質異常を起こさないため

長期投与が可能とされる。当院では発売後1年間で約200例(3/4は通常の下剤が効かない難治例)に本剤を投与し、66%の症例で便秘症状の改善が認められた。若い女性では悪心の副作用が起きやすいが、重篤な副作用は見られないため超高齢者や透析中の患者でも安全に使用できる印象である。

漢方下剤

便秘に有効とされる生薬は多岐にわたり、その薬理作用も多彩である(表1)。例えば芒硝の主成分は含水硫酸ナトリウムでマグネシウム製剤と同様の緩下作用を示し、乾姜や人参のように西洋薬にはみられない腸管血流増加作用を持つ生薬もある。これらの生薬を組み合わせることによって、便秘の様々な周辺症状に対応できる。便秘で気分が落ち込んでスッキリしないと訴える患者には麻子仁丸、逆にイライラする場合は桃核承気湯、下腹部が重く張る女性には通導散など、個々の患者に適したオーダーメイド治療が可能となる。

排便困難の治療

便排出障害型の患者に腸管通過時間測定を行うと、結腸は正常に通過するが直腸内で便が停滞してしまう。このタイプは下剤を内服しても便が緩くなるだけで、たとえ排便できたとしてもスッキリはしない。一度でも糞便塞栓を経験した患者は、便詰まりが怖いので便が緩くても下剤を飲み続けてしまう。内服下剤は便形状がブリストルスケールの3から5になるように調整し、排便できない時は直腸刺激坐剤(レシカルボンなど)や浣腸で対応するのが良い。硬便による裂肛が生じているケースでは、痔疾用軟膏(1-2本/日)を使うと痛みが和らぎ排便がスムーズになる。頑固な残便感を訴える患者では直腸瘤や直腸重責(不完全直腸脱)を合併している可能性があるため、大腸肛門病の専門医にコンサルトすべきである。

おわりに

便秘診療における最終目標は快便感を得ることである。1日でも便が出ないと不安になる患者がいるが、1日150gの便量を維持するには毎日20-30g(最近の日本人の平均は約14g)の食物繊維を摂取する必要がある。加齢に伴って食事が減るのは自然なことなので、排便回数にはこだわらずに形の良い便がスッキリ出ることを目標とする。医療者は年齢や性別、食事量、活動量に見合った便通の落とし所を、患者と一緒に見つけていく努力が必要である。

表1 西洋薬と生薬の対比で覚える漢方製剤

西洋薬	生薬	代表的な漢方製剤	虚実
大腸刺激性下剤 センノシドA・Bなど	大黄 (センノシド)	大黄甘草湯	中
塩類下剤 (酸化マグネシウム)	芒硝 (含水硫酸Na)	桃核承気湯	実
糖類下剤 (ラクツロースなど)	膠飴(デキストリン・マルトース)		
5-HT4受容体アゴニスト (モサプリドクエン酸塩)	山椒	大建中湯	虚~中
腸管血流増加作用 (対応する西洋薬なし)	乾姜、人参		
膨張性下剤 (ポリカルボフィルCa)	麻子仁 (脂肪油、精油)	麻子仁丸 潤腸湯	虚