

## 便秘

大腸肛門病センターくるめ病院院長

荒木 靖 三

(聞き手 林田康男)

---

便秘についてご教示ください。  
(くるめ病院院長 荒木靖三先生に)

<福岡県開業医>

---

**林田** 荒木先生、排便障害と申しましようか、便秘についてお話をうかがいたいと思います。

まず便秘の定義、これはなかなか難しいかと思うのですが、いかがでしょうか。

**荒木** 一般的な便秘の定義は、3日間、排便がないというふうに定義づけられていますけれども、臨床的に多いのは、若い女性で便意がない、便が硬いと訴える方や、高齢者の残便感、便が出ても少ないという方です。また、何度トイレに行っても出ないというお年寄りの方もいて、ご本人は困らないのですが、奥様が困っていらっしゃる。このようなことも便秘という主訴の中に隠されていますので、そこを含めて、何らかのかたちで定義づけをしなければならぬと思います。

**林田** そうしますと、原因が幾つかあるかと思いますが、これについてお話しいただけますか。

**荒木** 一般的には、大腸がんなどの器質性疾患が原因となる器質性便秘や、薬剤性、食事が原因のもの以外を機能性便秘といいます。世界的な分類では、ROME IIIによりますと、機能性便秘と排出障害、いわゆる直腸性便秘の大きく二つに分けて定義づけられています。

**林田** 機能性の中で、どういうことが問題になるのか、そのあたりはいかがでしょうか。

**荒木** 機能性便秘の診断方法は、sitzmarkという、レントゲンに写る非透過性マーカーが20個入っているカプセルを使用する検査です。マーカーは3種類あり、それを3日間1種類ずつ、

朝内服していただき、4日目にレントゲン撮影をします。そうしますと、日本人の成人の正常型は、右側結腸に前日に服用したカプセルに入っているマーカーが10個以上停滞し、2日前、3日前のマーカーはほとんど排出されているというのが一般的ですが、弛緩性便秘、いわゆる大腸の輸送能障害の方は、3種類のマーカーそれぞれ10個以上が右側結腸の中に停滞しています。左側結腸に2日前、3日前のマーカーが10個以上停滞するものを左側結腸型、直腸内に停滞するものを直腸性便秘と分類します。

**林田** その違いですが、どうしてそういうことが起こるかという病態はわかっているのでしょうか。

**荒木** 弛緩性便秘は、右側結腸に停滞するので、迷走神経の上腸間膜一動脈神経叢からの副交感神経が何らかの影響を与えているのかもしれませんが。左側結腸型便秘は、大腸の輸送能は良好ですがけれども、S状結腸で停滞します。これは交感神経の腰内臓神経による輸送抑制、または骨盤内臓神経による直腸への輸送障害が考えられます。また、直腸性便秘に関しては、直腸内圧よりも怒責時の肛門管圧が上昇する排便協調障害型と、直腸内圧が上昇しない排出不全型に分かれます。

**林田** 昔、我々が習ったころは、結腸過長症とか、そういう名前では呼ばれていたのですが、そういうものは実際

に関与するのでしょうか。

**荒木** 便秘の方でS状結腸が長ければ切除するという時代があったのですが、そのエビデンスは残念ながらありません。欧米人はS状結腸が短い方が多いのですが、S状結腸性の便秘の方は実際にいらっしゃいますので、腸が長いから便秘になるとはいえないと思います。

**林田** 関係ないというふうを考えてよろしいですね。

**荒木** はい。

**林田** 便秘だということで、いろいろな治療をしますが、鑑別診断がつかないために治療が遅れてしまうということはたいへんな問題かと思えますので、鑑別を必要とするほかの疾病を教えていただけますか。

**荒木** 大腸癌や、腸の癒着、腫瘍による腸管外の圧排から引き起こされる腸閉塞、あるいは癌性腹膜炎による麻痺性腸閉塞などです。当院で、便秘を主訴として受診され、大腸の検査を受けたことのない40歳以上の患者さんに検査をしたところ、約10%に悪性疾患などの器質的疾患が発見されました。

**林田** かなり高いですね。それは年齢差はあまり考えなくてもよろしいのでしょうか。

**荒木** 悪性疾患は、特に60歳以上の方に多いようです。

**林田** そうしますと、便秘の方にはまず悪性のものが潜んでいないかどうか

か、それを鑑別することがまず大事であるということになりますか。

**荒木** そうだと思います。

**林田** ほかにはいかがでしょうか。例えば炎症性の疾患とか。

**荒木** 炎症性腸疾患の場合には、便秘になるよりも、下痢や、粘血便の症状を訴える方が多いのですが、便が緩い、少ない、残便感があるから便秘だと思って受診し、炎症性腸疾患が発見される方もいらっしゃるようです。そういう意味では、それらの症状の中に炎症性腸疾患や虚血性腸疾患などが混在しているようです。

**林田** 今、先生のお話の中で下痢というお話が出ましたけれども、便の失禁なども一つの病態、同じような病態として考えてよろしいでしょうか。

**荒木** 便の失禁と便秘というのは隣り合わせなのですからけれども、実際、患者さんは便秘に強く困っているのですから、刺激性下剤を飲んで下痢、便失禁になっても、便が出るから大丈夫と出てしまう方もいらっしゃいます。出るから大丈夫と思わせてしまう、変な効果もあるようです。

また、残便感を訴える便秘の方にマーカーを用いた検査を行いますと、1日目、2日目、3日目のマーカーが全部排出されています。こういう方が便秘を訴える患者さんの中に約40%いらっしゃいます。このタイプは機能亢進型といって便秘の定義には当てはまり

ませんが、便秘と思い込んでいる方がたくさんいらっしゃる。そして、便秘と訴えるので下剤を処方してしまう、というケースが問題だと思います。

また、便失禁を訴えて受診された方に、便性を整えるお薬を出しますと、約30%の方が便性が安定して、便失禁が治りました。便秘とか便失禁は排便障害として捉えたほうがよろしいのかもかもしれません。

**林田** そうしますと、便秘ということではなくて、排便障害として大きく見ていったほうがよろしいということになりますね。

**荒木** 私はそう思います。

**林田** 腸管輸送能検査のほかには何か便秘の検査はありますか。

**荒木** 排出障害の検査があります。簡単なものは、肛門から直腸内に風船を入れて排出させるバルーン検査です。バルーンをうまく排出できない方には、排便造影検査を行います。

排便造影検査とは、ペースト状にしたバリウムを肛門から直腸の中に挿入して、レントゲン透視下に簡易式便器に座っていただいて、いきんで排出していただくという、排便の動態を観察する方法です。直腸瘤、S状結腸瘤、不完全直腸脱などだけでなく、直腸と肛門の角度（直腸肛門角）の開大、肛門の開大、会陰の下降程度を観察できます。また、残った実際のバリウムの量によって、残便率が何%というふう

に数値として捉えることができます。

**林田** 内視鏡を使った検査では何かありますか。

**荒木** 便秘を訴える方に前処置をせずS状結腸内視鏡検査を行います。腫瘍や粘膜病変などの器質的診断のみならず、便の有無、便の性状を確認することが可能です。「便が硬い」と訴える方にすぐ下剤を処方することが一般的だと思いますが、食物繊維不足や腸管輸送能亢進の方は泥状便が直腸に残存し、肛門に近いところにだけコロコロの便やゴルフボール様の硬い便となることがあります。いわゆる便塞栓の状態になっているのですが、硬い便だと思ってすぐ下剤を出してしまう。これが一番大きな問題です。そういう意味で無処置のS状結腸内視鏡、これが最初の検査になると思っています。

**林田** たまりぐあいを見るということですね。

**荒木** そうですね。そこで直腸の中にたくさんあれば、排出障害の推測もできますので、便秘の病態の鑑別にもなると思います。

**林田** 治療は何から入るのでしょうか。

**荒木** 治療は、食事が一番重要ですので、食物繊維を摂っていらっしゃるかどうかということを確認するために、まず1週間の食事日記を書いたいただきます。若い女性の便秘が多いとよくいわれていますけれども、きちん

と食事を取っていらっしゃらないのです。

**林田** 量が少ないということですね。

**荒木** そうですね。ほとんど食事を取っていないということは、もしかしたら食事がつくれない。もっと言ったら、将来の日本の家庭がたいへんなことになるかもしれないということを私はいつも言っていますけれども、そこに大きな問題があるようです。

あと、機能的便秘では、弛緩性便秘と左側結腸性、そして直腸性に分類されますが、それぞれ治療方法が違います。

まず弛緩性の便秘の場合には、当然刺激性下剤が必要になります。左側結腸性の場合には、基本的にはジオクチルソジウムスルホサクシネート系のお薬で、便を軟らかくして直腸まで運びます。直腸性の場合には、炭酸ガス系の坐薬を使って、肛門を自然に開き排出させます。

さらに、肛門を開くトレーニング方法を行ったり、直腸に風船を入れて排出の仕方を理解していただく方法とか、実際に便器に座っていただいて、直腸の内圧を上げて出す方法とか、直腸肛門角の角度をどうするかというような、理学療法士のお仕事が残されているようです。

**林田** 最後に予防ですが、これはいかがでしょう。

**荒木** 先ほどから問題にしておりま

すが、食生活が大切です。厚生労働省によれば一日20g以上の食物繊維を摂取するという指針が出されていますけれども、実際、10g摂取されている方はほとんどいらっしゃらない。ですから、規則正しく適量の食事を取るということ。

もう1点は、市販の下剤のほとんどに刺激性下剤が含まれているということ、これが大きな問題だと思います。

最後に、医療従事者が便秘を軽く考

えているということです。

**林田** 理解していないということですね。

**荒木** 便秘を理解されていないということが大きな問題だと思いますので、このあたりを何らかの方法で理解していただいて、患者さんたちに喜んでいただけるような医療環境にしていきたいと思っています。

**林田** どうもありがとうございました。