

慢性便秘の診療

済生会川口総合病院病院長

原 澤 茂

(聞き手 齊藤郁夫)

齊藤 高齢化に伴って便秘の患者さんも増えているのでしょうか。

原澤 日本人が必ずしも多いとは限りませんが、高齢者になると男女とも急速に増えています。日常生活の活動量が低いとか、消化管の機能低下などの原因があったり、あるいは多種多様な薬をのんでいるということの原因があるのではないかと。これは男女ともなのですが、若い人では女性に便秘が多いのは確かなのです。若い人で女性の場合は男性の3～4倍くらい多いです。

齊藤 若い人は女性が圧倒的に多くて、高齢化すると男性も多くなるということですか。

原澤 65歳以上になると、男女とも差がなく多いですね、他の年代に比べれば。

齊藤 便秘で困る患者さん、それぞれだと思えるのですが、その症状と程度、定義などはどうなっていますか。

原澤 便秘の定義というのは個人差

があって、毎日出ていても、自分は便秘だと思っている人もいれば、週に1～2回、あるいは1週間出ないという人でも、ほとんど自覚症状がなくて、便秘だと思っていない人もいます。したがって、一般的には3日以上出ない、週に1～2回というところが便秘の定義かなと思います。

それから便の形もありまして、プリストルの便形状スケールというのが1～7まであるのです。1は非常に便秘がちの兎糞といわれるもの。それから7というのは泥状便、水様便という下痢のような便。1と2、兎糞状、あるいは兎糞だけでも少しやわらかみがある便が便秘での形になります。プリストルのスケールというのは非常に専門家の中では使われていますので、その1、2が便の形状です。回数は先ほどお話ししたとおりです。

齊藤 便秘の分類あるいは症状はどうでしょうか。

原澤 排便困難、便がなかなか出ないという症状と、今お話しした便の回数

が減少する。それから、便秘の人はよくわかるのですけれども、残便感。1回の排便でなかなか出きらない、残便感を感じる人、これは便秘症とっていいのではないかと思います。

齊藤 症状が急に起こる場合と、持続する場合があるということですね。

原澤 分類すると、急性の便秘と慢性便秘と大きく2つに分けられます。急性の中にも機能性の便秘があったり、器質性の便秘もあります。特に急性の機能性便秘などは、例えば一過性で、旅に行ったら便が出なくなったりとかいうことはよく聞く話ですし、こういうものは急性だろう。それから器質的なものですと、腸捻転とか、あるいは器質的な疾患で、がんとか癒着、過去に手術をした、その癒着によって起こる。こういうものは急性の便秘とっていいでしょう。

齊藤 ある程度急に発症するということですね。

原澤 はい。

齊藤 慢性のほうはそれが続いていくということですね。

原澤 慢性ももちろん機能性の便秘と器質性の便秘もあれば、それから症候性便秘とって、ある合併症に伴う便秘。そのまた基礎疾患治療の薬剤によって起こる便秘、この4つぐらいがあるのかなと思っています。

齊藤 器質的なものですと、やはりがんでしょうか。

原澤 慢性便秘で、そのまま便秘症だと思っていて調べないで、単に下剤をのんでいるだけだと、それで済むことはもちろんあるのですけれども、先ほどの高齢者とか、がんを見落とす可能性が強いので、診断には十分注意しながら治療をしていったほうがいいでしょう。

齊藤 症候性というのは、何かほかの病気があるということですね。

原澤 代表的には神経疾患や、糖尿病、内分泌代謝異常、膠原病などは疾患に伴う便秘というものがありますので、これは基礎疾患を治さないことにはどうしようもないですね。

齊藤 ほかの病気があって薬をのまなくてはいけないこともあるわけですね。

原澤 先ほど言ったように、代表的には抗うつ薬であるとか、あるいは過剰な止痢剤投与、過剰に下痢止めをのんでいる。これは女性などにけっこうあるのです。

齊藤 下痢止めをのんでいるということですか。

原澤 下痢止めをのんだために便秘になってしまう。当然下痢を止める薬ですから。意外とそういうものが隠れていたりします。それから化学療法などに使うモルヒネ、最近のがんの化学療法に、あるいはがんの疼痛、いわゆる緩和ケアの中でモルヒネがよく使われるのですけれども、通常量のモルヒ

ネ、疼痛を予防するようなモルヒネに対してはあまり便秘症を考えなくてもいい。昔使われていましたリン酸コデインなどの咳止めなどをのんでいたときは、必ず副作用で便秘がありましたので、そういうものは薬剤性の便秘として考えるのがいいのではないかと思います。

齊藤 これまでの3つのグループ以外のものが機能性ということになるのでしょうか。

原澤 そうです。機能性の便秘というのは、原因がよくわからないといわれて、慢性便秘になるということになるわけです。安易に慢性便秘と診断せず、いろいろな警告症状をよく考えて、アラームサインと俗にいうのですけれども、例えば過度な体重減少であるとか、貧血があるとか、50歳以上であることも入っています。それから下血であるとか、そういったものがある場合はアラームサインだから検査をしましょうという流れになります。薬剤が関与しているものだったら、薬剤を除くということで、機能性便秘につながっていくということになります。

齊藤 こういったアラームサインがあった場合には内視鏡等の検査に進んでいくということでしょうか。

原澤 内視鏡検査もそうですし、血液検査でそういった基礎疾患に糖尿病があるかないかとか、それ以外の甲状腺機能低下症、高カルシウム血症があ

るとか、そういったことも検査しないとわかりませんので、そういうものを検査して行って、原疾患に対する治療をするということになると思います。

齊藤 原疾患治療に向かうということですが、それがない場合には今度はどういった治療になりますか。

原澤 そこが肝でありまして、機能性便秘をコントロールする。過敏性腸症候群の便秘型というのもの、ある意味では機能性の疾患なので、そちらのほうの対症療法になるわけですが、対症療法としてはまず機能性便秘である過敏性腸症候群の便秘型ということになっても、第1段階としては食生活、食事を指導する。それには、繊維の多いものとか、便秘をなくすようないろいろなサプリメントが最近出ていますので、そういったものと、それからなるべく水分を多くとるということも大事です。水分がないところでは便がカチカチになりますので、水分摂取も必要です。これが第1段階です。

齊藤 水分はどのぐらいとるということをお勧めしますか。

原澤 おしっこを我慢するために、夜トイレに行かないために、水分制限したり、最近、熱中症で、どんどん取りなさいということをいわれていますけれども、トイレを我慢するために飲まないようなことは人によってですけども、なるべくしないほうがいい。通常、3食食べていれば、ある意味で

は水分は十分保たれていますので、過度に少なくなっているときは補正してあげる。

齊藤 まず食事の指導。その次が薬ということでしょうか。

原澤 通常使われている、例えば昔からいわれている漢方胃腸薬とか、そういうものはだいたいセンナが中心のセンノサイドといわれるものが使われているし、先生もご存じだと思うのですが、カマ、いわゆるマグネシウム製剤などが一般的だったのですが、これは昔から使われていることで、なかなかエビデンスがなかったと思うのです。

最近、まだ1年以内ですけれども、小腸のクロルチャンネルの活性剤といえますか、それで出てきたルビプロストン（アミティーザ）という薬、これはけっこうエビデンスがありまして、エビデンスグレードも1だし、推奨レベルもAということで、既知の幾つか

の便秘薬に比較して非常に有用性が認められています。最近発売されましたが便秘症の人に、今使われている印象を聞きますと、素晴らしいという評価を得ています。昔からの治療に拘泥している人たちはけっこう先生方に多いと思いますけれども、新薬もあるよということをお話しをさせていただきたいと思います。

齊藤 こういう進歩もあるということですね。ただ、最終的にはがんの除外を忘れないということでしょうか。

原澤 致命的な大腸がんを早期発見するのもそうだし、便秘がその一端を担っていることは十分ありますので、ある年齢以降は年1回、あるいは大腸の心配のない人は2年に1回は大腸の検査、特に内視鏡検査を行ったほうがいいというふうに、消化器内科医としては言っておきたいと思います。

齊藤 どうもありがとうございました。