Design Your Smile
健康創造のスズケングループ

# TOPIC SDIC Q&A版

No.184
2018年2月
発行 スズケン医療情報室

弊社医療情報室（SDIC（ステディック）：Suzuken Drug Information Center）に寄せられているお問合せの中から、ガイドラインが発刊されて注目が集まる**「便秘の原因と治療」**について取り上げます。

## Q１．便秘はどのような状態のことですか？

A1．便秘は、日常的に使用される言葉で、日常生活の様々な要因や疾患から引き起こされる排便習慣の状態です。人により個人差が大きく、意味する内容も様々であるため、今まで明確に統一された定義はなく、学会によって色々な基準が提唱されていました。小児に関しては2013年11月に「小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン」が、成人に関しては2017年10月に「慢性便秘症診療ガイドライン」が発刊され、便秘の定義がそれぞれ示されました（表1）。

**表1　ガイドラインによる便秘の定義**

| ガイドライン名 | 定義 |
|---|---|
| 小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン | 便が滞った、または便がでにくい状態 |
| 慢性便秘症診療ガイドライン | 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 |

慢性便秘症診療ガイドラインでは、便秘とは症状名でも疾患名でもなく、「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」を表す状態名とされています。

便秘症とは、便秘による症状が現れ、検査や治療を必要とする状態で、症状として、排便回数減少によるもの（腹痛、腹部膨満感など）、硬便によるもの（排便困難など）、便排出障害によるもの（軟便でも排便困難、残便感など）があります。

便秘症は病状の期間から「一過性便秘症（急性便秘症）」と「慢性便秘症」に分類されます。一過性便秘症は便が排出されてしまうと症状が消失し、排出までの時間も短期間である場合であり、慢性便秘症は長期間にわたり持続的にみられる場合になります。

慢性便秘症は原因から「器質性便秘症」と「機能性便秘症」に分類されます。器質性便秘症は解剖学的異常を含む大腸の形態的変化を伴う便秘で、機能性便秘症は大腸の形態的変化を伴わない便秘になります。

以下に、便秘症の分類と病態についてまとめます。

**表2　便秘症の分類と病態**

| 病状分類 | 原因分類 | | 症状分類 | 病態 | 主な原因 |
|---|---|---|---|---|---|
| 一過性 | | | | 一時的な便秘 | 精神的要因、生活環境の変化　など |
| 慢性 | 器質性 | 狭窄性 | | 狭窄によって糞便の通過が物理的に障害されることによって生じる便秘 | 大腸癌、クローン病、虚血性大腸炎　など |
| | | 非狭窄性 | 排便回数減少型 | 大腸が慢性的に著明な拡張を呈し、糞便の大腸通過が遅延して排便回数や排便量が減少する便秘 | 巨大結腸　など |
| | | | 排便困難型 | 直腸の形態的変化に伴って、直腸にある糞便を十分量かつ快適に排出できない便排出障害のために、排便困難や不完全排便による残便感を生じる便秘 | 直腸瘤、直腸重積、巨大直腸症、小腸瘤、S状結腸瘤など |
| | 機能性 | | 排便回数減少型 | 大腸の形態的変化を伴わず、排便回数や排便量が減少して、結腸に便が過剰に貯留するために腹部膨満感や腹痛などの症状を生じる便秘 | 特発性、症候性（続発性）、薬剤性、経口摂取不足　など |
| | | | 排便困難型 | 大腸の形態的変化を伴わず、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 | 便秘型過敏性腸症候群、骨盤底筋協調運動障害、腹圧低下、直腸感覚低下、直腸収縮力低下　など |

（参考文献）
1）慢性便秘症診療ガイドライン 2017（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）
2）小児慢性機能性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）’13
3）月刊薬事　59(11)21-53 ’17　　4) Pharma Medica 35(9)9-12、17-20 ’17　　5）臨床と研究　94(4)119-123 ’17
6）消化器疾患最新の治療 2017-2018 95-100 ’17　　7）日本医事新報（4604)40-44 ’12

内容の最終確認は参考文献等でお願いします。尚、弊社では、参考文献の複写サービスは行っておりません。

## Ｑ２．慢性便秘症の診断と治療について教えてください。

A2. 便秘の症状の訴えとしては、排便回数の減少、排便量の減少、排便時のいきみ、下腹部の痛みや不快感、便が硬い、兎糞状便、残便感など様々です。国際的に使用されている慢性便秘症の診断基準としては RomeⅣ診断基準が用いられています。慢性便秘症診療ガイドラインでも RomeⅣ診断基準を基に慢性便秘症の診断基準として示されています（表3）。

実際の診療においては、身体所見、病歴聴取、血液検査で二次性便秘症（薬剤性や代謝性疾患などの続発性）を示唆する情報を得ると同時に、警告徴候（排便習慣の急激な変化、予期せぬ体重減少、大腸癌の既往歴・家族歴、直腸出血（血便）、50歳以上での発症）の有無を確認し、警告徴候があれば大腸内視鏡検査を実施して大腸癌などの器質的疾患の検索を行います。

慢性便秘症のうち原因が特定できる二次性便秘症は、その疾患に応じた治療や原因薬剤を特定し中止することで治療します。

**表3　慢性便秘症の診断基準**

| |
|---|
| 1.「便秘症」の診断基準<br>以下の6項目のうち、2項目以上を満たす<br>a.排便の4分の1超の頻度で、強くいきむ必要がある<br>b.排便の4分の1超の頻度で、兎糞状便または硬便である<br>c.排便の4分の1超の頻度で、残便感を感じる<br>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<br>e.排便の4分の1超の頻度で、用手的な排便介助が必要である<br>f.自発的な排便回数が、週に3回未満である |
| 2.「慢性」の診断基準<br>6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月間は上記の基準を満たしていること |

二次性便秘症が除外された原発性便秘症は症状についての対症的な治療が基本となります。

慢性便秘症の治療には保存的治療と外科的治療があります。原発性便秘症では保存的治療から試していきます。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、薬物治療などがあります。まずは生活習慣と食習慣の改善を促す生活指導を行い、効果が無い場合は薬物療法を開始します。

以下に、主な生活指導の内容と、薬物療法で使用するガイドライン記載の主な内服薬とその特徴についてまとめます。

**表4　慢性便秘症治療時の主な生活指導内容**

| 項目 | 内容 |
|---|---|
| 食物繊維 | 便秘の種類によっては過剰摂取が症状を悪化させることがあるので、食物繊維の摂取量が不足している場合のみ1日あたり成人男性20g以上、成人女性18g以上の摂取を提案 |
| 発酵食品 | プロバイオティクス（適正な量を摂取した時に有用な効果をもたらす生きた微生物）のことで、ヨーグルトなどの乳酸菌食品が該当する。腸内細菌のバランスを改善することにより、排便回数の増加に有効 |
| 水分摂取 | 過剰な発汗等による水分不足があれば是正する（臨床的に脱水を認めなければ、水分摂取増加によって便秘が改善するという有効性は明らかではない） |
| 運動 | 身体活動や運動量の低下が便秘の増悪に関与する可能性は十分にあるが、どれほどの運動量や運動の種類を勧めるかに関して明確なエビデンスは無いが勧められる |
| 腹壁マッサージ | 1日15分、週5回の大腸の走行に沿った腹壁マッサージが症状の改善に有効と報告されているが、施行するタイミングや方法、力の程度などに関して明確なエビデンスは無いが勧められる |
| 排便姿勢 | 洋式トイレではロダンの「考える人」のような姿勢（かかとを上げ、両肘は太ももの上に置き、前傾姿勢で腹筋に力を入れる）が排便に最適。和式トイレでは排便時の姿勢を意識しなくても排便に十分適した姿勢になる |
| 排便習慣 | 毎日、出ないにしても時間を決めてトイレで排便を試みる |

**推奨の強さ**
1：推奨
（強い推奨）
2：提案
（弱い推奨）

**エビデンスの質**
A:質の高い
エビデンス
B:中程度の質の
エビデンス
C:質の低い
エビデンス

**表5　慢性便秘症の薬物療法で使用する主な内服薬**

エビデンスレベルの「＃」は推奨の強さ、「＄」はエビデンスの質を表す

| 分類 | 主な内服薬（一般名）<br>（★：便秘症での保険適用無し） | 特徴 | エビデンスレベル |
|---|---|---|---|
| 膨張性下剤 | ・カルメロースナトリウム<br>・ポリカルボフィルカルシウム★　など | ・軽症型便秘に有効<br>・耐性や習慣性が無く安全に使用できる | ＃：2<br>＄：C |
| 浸透圧性下剤 | ＜塩類下剤＞<br>・酸化マグネシウム、・クエン酸マグネシウム★<br>・水酸化マグネシウム、・硫酸マグネシウム　など<br>＜糖類下剤＞<br>・ラクツロース★、・D-ソルビトール★、<br>・ラクチトール水和物★　など<br>＜浸潤性下剤＞<br>・ジオクチルソジウムスルホサクシネート（配合剤） | ・費用面から下剤の第一選択として推奨される<br>・一般に投与後効果が出るまで数日かかる<br>・塩類下剤使用時は定期的な血清マグネシウム濃度測定を推奨<br>・酸化マグネシウムは腎機能が低下している患者や高齢者に高マグネシウム血症が出現する可能性があるので注意が必要 | ＃：1<br>＄：A |
| 刺激性下剤 | ＜アントラキノン系＞<br>・センノシド、・センナエキス<br>など<br>＜ジフェニール系＞<br>・ピコスルファートナトリウム水和物<br>など | ・他種の下剤を使用しても病状が改善しない場合に、頓用または短期間の投与を提案する<br>・単回投与でも効果があり、排便を起こす作用発現時間は比較的短く、強い排便促進作用がある<br>・長期連用により耐性が出現し難治性便秘になることがあるので注意が必要 | ＃：2<br>＄：B |
| 上皮機能変容薬 | ＜クロライドチャネルアクチベーター＞<br>・ルビプロストン<br>＜グアニル酸シクラーゼ C 受容体アゴニスト＞<br>・リナクロチド★ | ・慢性便秘症に対する新規の治療薬のため多くの臨床エビデンスが作成されている<br>・腎機能が低下しやすい高齢者では塩類下剤より選択しやすい<br>・ルビプロストンは妊婦には投与禁忌であり、若い女性に生じやすい悪心の副作用にも注意する必要がある | ＃：1<br>＄：A |
| 消化管運動賦活薬 | ＜5－$HT_4$受容体刺激薬＞<br>・モサプリドクエン酸塩水和物★ | ・モサプリドは欧米での使用は少ない薬剤であることからエビデンスが少ない | ＃：2<br>＄：A |
| 漢方薬 | ・大黄甘草湯<br>・麻子仁丸<br>・大建中湯★<br>など | ・大黄甘草湯：大黄の含有量が多く、大腸刺激性。便秘に対する基本漢方処方<br>・麻子仁丸：麻子仁に含まれる脂肪油・精油によって便軟化作用が期待され、大黄による大腸刺激性の排便誘発が期待される。高齢者向け<br>・大建中湯：大黄を含有せず消化管運動・血流増加作用でマイルドな整腸作用が期待される。腹部膨満感を訴える患者向け | ＃：2<br>＄：C |