

# 三原流！慢性便秘症診療の極意



札幌医科大学医療人育成センター教育開発研究部門准教授/総合診療医学講座兼任

## 三原 弘

2002年富山医科薬科大学医学部卒業。高岡市民病院胃腸科、富山大学第三内科、富山大学医学部医師キャリアパス創造センター、札幌医科大学総合診療医学講座などを経て、2024年から現職。医学教育、総合診療、腸脳相互作用障害、急性腹症の診療に取り組んでいる。著書、編著に『うんこのつまらない話』（中外医学社）、『消化器（ナースング・グラフィカ EX 疾患と看護3）』（メディカ出版）など。

1 慢性便秘の定義・治療の目的	p02
2 慢性便秘の病態と便秘薬の分類・作用機序	p06
3 二次治療薬の比較と使い分けアルゴリズム	p17
4 便秘エコーによる治療アルゴリズム	p20
5 多剤併用による薬剤性便秘	p22
6 排便体位の推奨	p25
7 過敏性腸症候群 (IBS) を脳科学から考える	p25
8 心理的要因との関連	p27
9 おわりに	p28

### アイコン説明

 補足的事項/エッセンス

 関連情報へのリンク

### ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては、発行時点における最新の情報に基づき、正確を期するよう、著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし、医学・医療は日進月歩であり、記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって、実際、診断・治療等を行うにあたっては、読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が、その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合、その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して、著者ならびに出版社は、その責を負いかねますのでご了承下さい。

### HTML版

スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することでご利用いただけます。

### 無料会員登録

無料会員登録の手順とシリアルナンバーによるHTML版の開覧方法の解説です。

### オリジナルコンテンツ

日本医事新報社のオリジナル Web コンテンツの一覧をご覧ください。

## 私が伝えたいこと

- 慢性便秘症の定義と分類，そして便秘型過敏性腸症候群を明確化して診療しましょう。
- 3つの治療目標のバランスの重要性を認識しましょう。
- ブリストル便形状スケールを活用しましょう。
- 便秘治療薬の使い分けを意識し，刺激性下剤の連用を減らしましょう。
- 便秘エコーに興味を持ち，少し取り組んでみましょう。

## 1 慢性便秘の定義・治療の目的

### (1) 改訂ポイント

6年ぶりに改訂された『便通異常症診療ガイドライン2023—慢性便秘症<sup>1)</sup>』が2023年7月に発行されましたが，お読みにになりましたでしょうか？改訂ポイントとして，私見ではありますが，以下に列挙したいと思います。

- ①便秘と慢性便秘症の定義の改訂(状態名を便秘，病態を便秘症とした)
- ②定義，分類，診断，治療のすべてで，便の運搬に障害のある排便回数減少型と，直腸に貯留した便が排泄できない排便困難型の2つの病態が主要な分類とされた
- ③慢性便秘症の病態評価において直腸エコー(便秘エコー)が記載された
- ④オピオイド誘発性便秘症のアルゴリズムが記載された
- ⑤慢性便秘症の診療フローチャートが初めて作成された
- ⑥機能性便秘症と便秘型過敏性腸症候群が行きつ戻りつするモデルが明記された

②と⑥のポイントから，慢性便秘症が疑われる患者さんの初診時には，排便回数減少型および排便困難型を念頭に置いた聞き取りだけでなく，便秘型過敏性腸症候群の可能性がどの程度あるのかを把握するため，表1のような聞き取りを行い，本人と介護者から聴取することが大事ということになります。

### 表1 慢性便秘症が疑われる際の聞き取り例

		主な聞き取り例
症状分類	排便回数減少型	「便はコロコロとしていませんか？」 「便が硬くないですか？」 「週に3回未満の排便ですか？」
	排便困難型	「強くいきむ必要がありませんか？」 「排便後に残便感が残りますか？」 「肛門が詰まった感じはありませんか？」
原因となる疾患	便秘型過敏性腸症候群	「腹痛がありませんか？」 「腹痛は排便と関連がありますか？」 「腹部不快感はありませんか？」



### 関連コンテンツ



慢性下痢症へのアプローチ～ガイドラインを超えて：山脇博士著，A4判，19ページ。慢性便秘症に比べてエビデンスが少

なく，原因疾患が多い慢性下痢症について，『便通異常症診療ガイドライン2023』の一部をかみ砕きながら，下痢の定義・診察・分類・治療について紹介。



### 器質性便秘の分類

器質性便秘は，さらに「狭窄性」と「非狭窄性」にわけられている。狭窄性は理解しやすい。非狭窄性は具体的には，慢性偽性腸閉塞や直腸癌などがこれに該当する。

## (2) 治療目的およびその解釈について

次に、慢性便秘症の治療目的(目標)の再確認, および, その解釈の私見を述べたいと思います。診療ガイドラインによると、「慢性便秘症の治療目的(目標)は, ①完全自発排便の状態へ導き, ②その状態を維持することと③QOLの改善にある」(数字は筆者が追記)と記載されています<sup>1)</sup>。

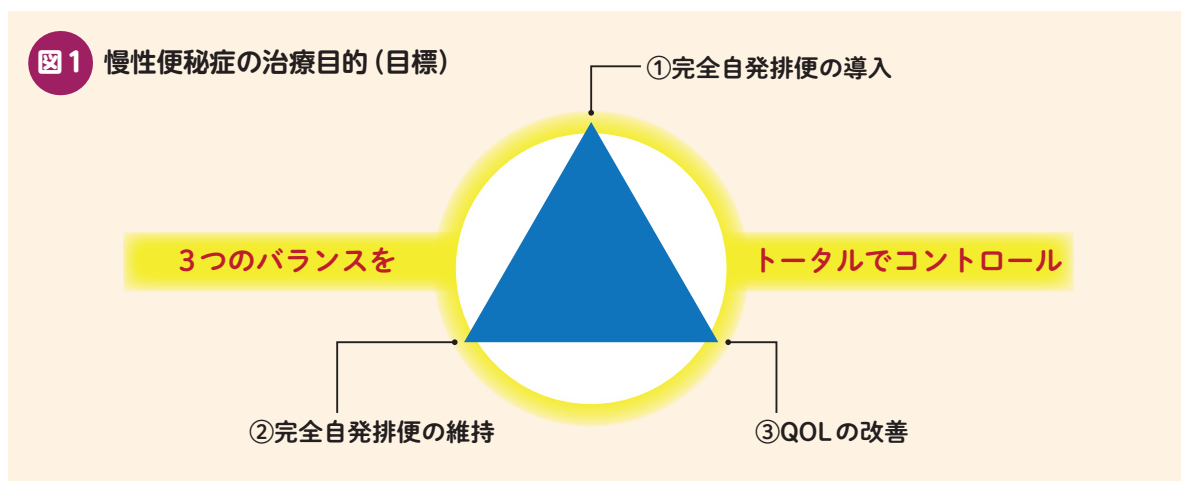
慢性便秘症の難しい点のひとつは, ①をより良くしようとしても, 必ずしも②, ③がより良くなるとも限らないところです。

たとえば, 旧版から刺激性下剤であるセンナは屯用または短期間使用が推奨されていますが, 米国では市販薬として, 1~2カ月程度の使用としての推奨度は最高のAとなっており<sup>2)</sup>, 日本の報告で, センナ長期使用からルビプロストンに変更した1カ月後にはQOLが低下することが示されています<sup>3)</sup>。つまりは, 刺激性下剤はルビプロストンに比べて③の観点からは優秀な可能性があります。

一方で, 刺激性下剤を週3回, 1年間使用した慢性便秘患者さんの約半数で結腸が拡張し, 便塊の移動障害をきたしうる状態となることが判明している<sup>4)</sup>ため, 刺激性下剤の長期連用は, ②の観点から治療目的(目標)を達成しにくいと考えられます。

この3つのバランスを取り, トータルで考える必要があることを, 慢性便秘症の治療の目的(目標)から深読みすることができるのではと考えています(図1)。

刺激性下剤長期連用の影響については, 刺激性下剤の紹介の際にもう一度触れます。


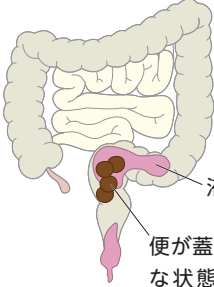
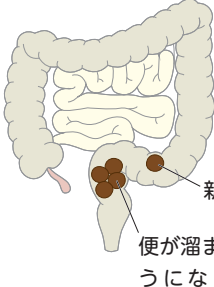



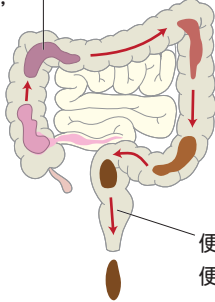
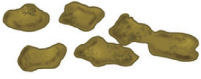

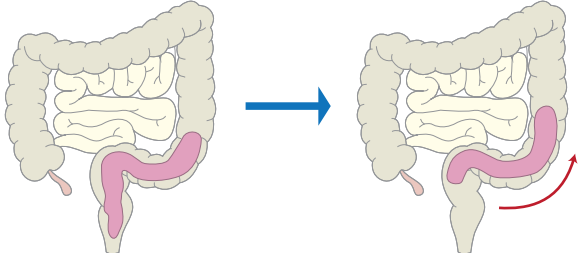



## (3) 慢性便秘症の治療評価法

次に, 目の前の慢性便秘症患者さんの治療の適切さを評価する方法を2つ紹介したいと思います。1つは, ブリストル便形状スケール(図2, Bristol Stool Form Scale: BSFS)で, もう1つは便秘重症度スコア(表2, Constipation Scoring System: CSS)です。

BSFSは, 1997年にブリストル王立診療所で開発され発表されました。重

図2 便のブリストル形状スケール (BSFS) と起こりうる排便トラブル

タイプ	形状	排便トラブル
1		<p>便失禁 (溢流性便失禁)      直腸糞便塞栓 (高齢者の便秘に多い)</p>   <p>液体便 便が蓋をするような状態が続くと、液体便が漏れ出る</p> <p>新しい便 便が溜まり蓋のようになってしまい、便が出ない</p>
2		
3		
4 (健常人)		<p>結腸の蠕動運動により、便が形作られていく</p>  <p>便が直腸に移動すると、便意を感じて排便に至る</p>
5		
6		
7		<p>逆流するため、数回にわたって便をしなければならぬ</p>

**表2 便秘重症度スコア (CSS)**

点数	0	1	2	3	4
排便回数	3回以上/週	2回/週	1回/週	1回未満/週	1回未満/月
排便困難：便を出すのに苦痛を伴う	なし	まれに	ときどき	たいてい	いつも
残便感	なし	まれに	ときどき	たいてい	いつも
腹痛	なし	まれに	ときどき	たいてい	いつも
排便に要する時間	5分未満	5～10分	10～20分	20～30分	30分以上
排便の補助の有無	なし	下剤	摘便 or 浣腸	—	—
トイレに行っても便が出なかった回数/24時間	0	1～3	3～6	6～9	10回以上
排便障害の病悩期間(年)	0	1～5	5～10	10～20	20年以上

まれに : 1回/月末満

ときどき : 1回/月以上だが1回/週未満

たいてい : 1回/週以上だが1回/日未満

いつも : 1回/日以上

点/30点

(文献10より作成)



上記QRコードから自動点数化が可能

要なことなので詳しく記載しますが、「慢性便秘患者ではBSFS値が小さいほど大腸通過時間が長くなる傾向にあり、3未満で大腸通過遅延を感度82%、特異度83%で推定できる。一方で、排便回数と大腸通過時間とは関連がない」ことが明らかとなっています<sup>5)</sup>。

BSFS値と症状との関連については、たとえばBSFS 3の患者さんは、便秘治療に満足していないという日本からの報告<sup>6)</sup>、BSFS 4では良好な便秘関連QOLスコアと強く関連しており、BSFS 6と7では処方を考え直す必要性がある<sup>7)</sup>、などです。つまり、もちろん排便回数の聴取はしますが、慢性便秘症治療の目標を達成するには、「BSFSを聴取し4(時に5)になっていることにこだわること」が非常に大事ということです。便回数だけを聴取していると、たとえば、BSFS 1の便が毎日出ていてQOLが障害されている状態を容易に見逃してしまうわけです。ただ、多忙な医師が、便の形状を高齢患者さんから聞き出すのは難しい場合があるかもしれません。また、聞いてはいても、患者申告のBSFSの正確性は低いという報告もあるため、「便はバナナみたいな感じですか?」「はい、そうです」というやりとりで、本当にBSFSが4であるのかは実は確証が得られません<sup>8)</sup>。

高齢患者さんが自分で使えるかという課題はありますが、BSFSをAI判定してくれるスマホアプリが利用可能になってきています<sup>9)</sup>。まずは誰かに