

便秘の治療

平成14年6月9日

目次

1	はじめに行うこと	2
2	重症化した便秘の治療	3
3	結腸切除術	4

1 はじめに行うこと

患者の教育 慢性の便秘の患者にまず行うことは、下剤の過剰な使用を控えさせ、水分および線維成分の摂取が十分になるように促すことである。

さらに、正常の腸管の運動についての教育を行い、食事を摂取した後に腸の運動が活発になること、食事をした後に排便を試みることを、とくに朝食後は腸の運動が最も活発になるため、ぜひとも排便を試みるべきである、といったことを話す。

食生活の改善 食物線維の摂取と、メチルセルロースなどの便容量増加作用を持つ物質の摂取、さらに水分の摂取は最も生理的で、適切な便秘の治療方である。

穀物の繊維は腸管内のフローラの発育を促し、便の量を増す。また、消化に抵抗することで水分を保持する働きがある。

食物線維の中では、ブランがもっとも有効なもののひとつである。

食物線維の摂取量と、水分の摂取量、さらに便の排泄量との間には、明確なドーズレスポンス関係がある。また、線維の粒子の大きさと便の硬さの間にも重要な関係があり、粒子の大きな食物線維製剤であるほど、その効果も高い傾向がある。

食物線維の推薦されている摂取量は、1日に20～35gである。

便の量をを増加させる下剤としては、オオバコの種子、メチルセルロースなどがあるが、当院にはこれに相当する下剤は置いていない。これらの下剤は効果は少ないが、副作用は少なく、安全性に優れている。

下剤による治療

ベンコールのような、便軟化剤は界面活性剤であるが、この薬は副作用が少ないものの、慢性便秘の患者でこの薬が有効であったというエビデンスはほとんど無い。

酸化マグネシウムは塩類下剤で、腸管からほとんど吸収されず、便の浸透圧を増やして排便を促す。この薬はまた、コレシストキニン¹の放出を促す可能性が指摘されている。

¹結腸運動ホルモン

ラクソベロンやセンナといった刺激性下剤は、腸の運動を活性化し、排便を促す。刺激性下剤の慢性的な使用は、低カリウム血症、蛋白喪失性腸症、塩分負荷といった副作用をもたらす可能性がある。

ヒマシ油は、刺激性下剤の一種と考えられている。この製剤の使用は、慢性期の電解質異常の副作用の可能性があり、その使用は推薦されない。

ラクツロース²は合成2糖類であるが、これは腸管で代謝を受けない。このため水分と電解質は腸管内に残り、便中の水分量を増やす。作用は食物繊維製剤と類似しているが、それらと比べてラクツロースは高価で、作用を生じるまでに長い時間(24~48時間)を必要とする。ラクツロースと同様の効果が得られる他の薬剤として、ソルビトールがある。

ポリエチレングリコールは慢性の便秘に対して、最近使用が認可された。

2 重症化した便秘の治療

上記の治療が効果がない、重症化した便秘の場合は、以下のような治療が必要となる。

行動療法 排便を習慣付ける方法は、小児の重症便秘の治療に有効性が証明されている。同じような方法は、大人の神経性の便秘症や、痴呆の患者に対しても有効である可能性がある。

患者はまず、浣腸などの手段により、腸管内を空にされるべきである。これは、毎日2回、3日間の浣腸を行うか、あるいはポリエチレングリコールを含む電解質溶液を、便がきれいになるまで服用することで、達成できる。

浣腸の終了した後は、ソルビトール、ラクツロース、あるいはポリエチレングリコールを含んだ液体を、毎日服用する。患者は、朝食後は必ずトイレに行くよう教育されるべきである。

²30~60ml/日を3回に分服

さらに、便秘の再発を防ぐため、2日間便がなかったら浣腸またはグリセリンの坐剤を使うよう、指示する。

この方法は、小児の慢性の便秘の78%で有効であった。

この方法を改良して、成人の寝たきりの患者、あるいは痴呆の患者に対して応用することができる。

まずは患者に対して、浣腸あるいはポリエチレングリコール溶液を用いて洗腸を行ったのち、食物繊維の少ない食事を週に1から2回行い、この際一緒に浣腸を行うと、排便の量は減り、便秘の再発を防ぎうる。

バイオフィードバック 行動療法が成功しなかった場合、肛門括約筋の弛緩訓練を含んだバイオフィードバック療法が考慮されるが、これらの効果を報告したスタディはどれもコントロールドトライアルではなかった。

薬物治療 結腸の運動を促す薬物の試みは、いずれも成功しなかった。たとえばメトクロプラミド、シサプリド³などがトライアルされたが、いずれも効果は証明できていない。

一方、重症化した便秘の患者では、プロスタグランジン製剤のミソプロストール⁴が、有効であったという報告がある。また、ポリエチレングリコールや、いくつかのタイプの5-HT₄および5アゴニスト⁵は、今後有効性が期待できる。

3 結腸切除術

注意深く選択された患者であれば、部分結腸切除術と、小腸直腸吻合術は、治療抵抗性の便秘の患者を劇的に改善することができる。

外科治療を考慮する前に、以下の3つのことを考える。

患者は薬物による治療に反応がなく、また便秘の症状が日常生活に影響を与えている場合

患者の結腸の通過パターンが無力性で、遅いこと

³アセナリン

⁴サイトテック

⁵ガスマチン等

患者の小腸に、閉塞様に見える部分がないこと。これは、核医学的な検査で確認すべきである。

結腸切除術の予後については、74人の患者でのケースシリーズがあるが、重篤な便秘の患者に対して結腸切除術と、小腸直腸吻合術を行ったところ、60%以上の患者には結腸に基質的な疾患はなかったという。

術後の合併症の発生は、小腸閉塞が9%、イレウスの発生が12%であったが、56ヶ月のフォローでは、90%の患者が手術の結果に対して満足していたという。