

消化器外科診療場面 における現状と提言

神山剛一

医療法人社団俊和会 寺田病院 外科・肛門科・胃腸科 / 日暮里健診プラザ 予防医学管理センター 副センター長

Point

- ▶ 便の貯留と無関係の腹部症状に下剤を使ってもうまくいかない
- ▶ 内服の下剤と浣腸や坐薬の下剤の有効な使用法を理解する
- ▶ 改善が期待できるか、補完すべき機能かを障害によって区別する
- ▶ 実態のない不安といったメンタル面のサポートが必要なこともある
- ▶ 一貫した排便コントロールを達成するには多職種による支援が必要

はじめに

便秘や便失禁といった排便障害において、近年の大きな出来事は、初めてのガイドライン^{1,2)}が出たことでしょう。ともに2017年に発刊され、エビデンスに基づいて一定の治療指針を示しています。どちらもエビデンスの乏しい領域でしたが、便秘については、ルビプロストンやリナクロチドといった新薬の登場が、便失禁については、仙骨神経刺激療

法の保険適用への動きが、両ガイドライン作製の流れを勢いづけたといえます。しかしながら、新薬や新しい治療法によって、すべての排便障害が解消するものではなく、病を抱える対象者は、いまだ少なからず存在します。本特集のタイトルにあるように、なぜ既存の治療法が奏功しないことがあるのかといった問題を、排便ケアの現場から紹介します。

新薬が効かない

専門外来で多数を占めるのが、下剤(表1)を大量あるいは複数使用しても改善が得られず

診するケースです。センナやピコスルファートといった既存の下剤でコントロール不良のため、ル

表1 下剤一覧

分類	作用機序	一般名	商品名
塩類下剤	浸透圧性下剤	酸化マグネシウム	マグラックスなど
		ラクツロース	モニラックなど
刺激性下剤	腸管運動亢進	センナ	センノシド アローゼン
		ピサコジル	コーラック
		ピコスルファートナトリウム	ラキソベロン
		カサンスラノール/DSS	ビーマス配合錠
上皮機能変容薬	クロライドチャンネルアクチベーター	ルビプロストン	アミティーザ
	グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト	リナクロチド	リンゼス
	胆汁酸トランスポーター阻害剤	エロビキシバット水和物	グーフイス
	末梢性μオピオイド受容体拮抗薬	ナルデメジントシル酸塩	スインプロイク
新規承認	浸透圧性下剤	ポリエチレングリコール	モビコール
		ラクツロース	ラグノス NF 経口ゼリー
漢方薬		カンキョウほか	大建中湯
		ダイオウほか	潤腸湯 麻子仁丸
坐薬・浣腸		グリセリン	GE
		ピサコジル	テレミンソフト
		炭酸水素ナトリウム	レシカルボン坐薬

ビプロストン、リナクロチド、エロビキシバットなどあらゆる新薬を試したにもかかわらずうまくいかないのです。

理由の1つが「効き過ぎ」に他なりません。便秘のガイドラインにおいて、便秘とは「本来体外へ排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」と定義されていますが、「排出すべき糞便」が定量化されていないため、臨床現場では、便の貯留量の確認は行われていません。その結果、患者も医師も「出すこと」だけに関心が向いてしまうと、「排出すべき」便の量が、下剤によって失われてしまう状況に至ります(図1)。加齢やフレイルによって食が細くなれば、大腸における便の貯留不足から排出量が減少するであろうことは容易

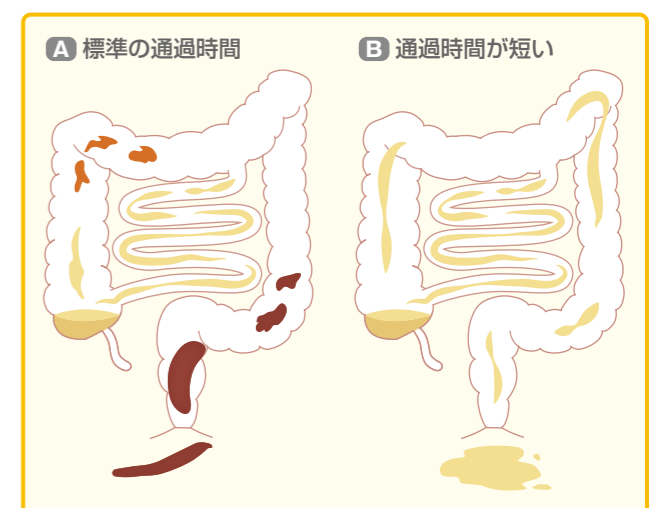


図1 消化管通過時間と便性の関係

標準の通過時間で便が排出されると Bristol スケールの Type 4 の便、すなわちバナナ状のよい形の便がみられるが、下剤の多くは通過時間を短縮するため、過剰な摂取により小腸から大腸に流入した水様便が、そのまま排出される。これを繰り返すと、有形便が消失し、大腸全体における便貯留量が減少する