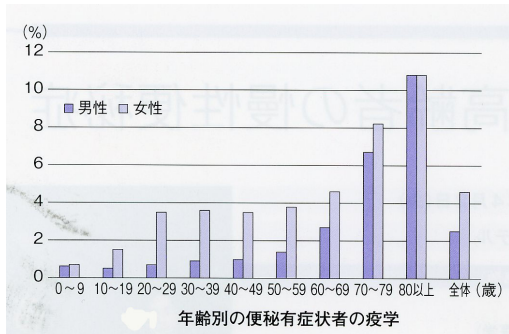


高齢者の「便秘」について

『慢性便秘症診療ガイドライン』（2017）では、“便秘”の定義を、「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」とされています。

「排便回数や排便量が少ないため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」です。

しかし、排便回数が少ないからといって必ずしも「便秘」とは限らず、排便困難感や残便感を訴えるからといって必ずしも「便秘症」とは限りません。すなわち何らかの理由で経口摂取量が不十分な場合は、結腸の中に「本来体外に排出すべき糞便」の量が少ないため排便回数も減少して当然で、必ずしも真の便秘とは言えません。また、残便感を訴える患者の中には、強迫観念のために「本来体外に排出すべき糞便」が直腸内に存在しないにも関わらず残便感（偽の便意）を訴えて頻回にトイレに行ったりすることもあり、この場合でも真の「便秘症」ではありません。



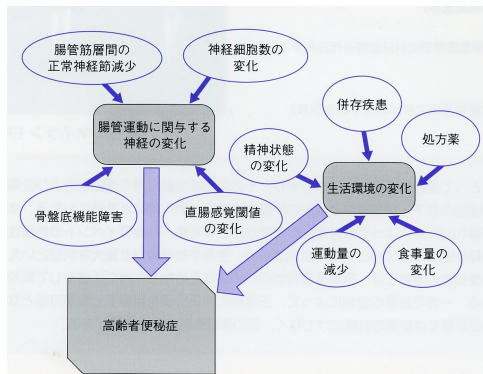
わが国の便秘の有訴者率は2016年度の国民生活基礎調査によると2～5%程度と言われ、男性（2.5%）よりも女性（4.6%）に多い傾向を示しています。

加齢により有病率は増加し、若年層では女性に多く、高齢になるに従い男性の比率が増加し、80歳以上では男女比がほぼ1：1となっています。

80歳以上の高齢者における便秘の有訴率は男女共に11%前後とされます。（図上）

在宅養老患者における有訴率は50%以上とする報告もあり、さらに、介護施設入居者では約80%にもなるとされます。

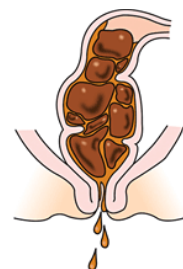
高齢者の「便秘」の要因：



加齢に伴う運動量および食事量の低下、大腸の蠕動運動の低下、鎮痛薬などほかの疾患の治療薬の副作用など多岐にわたります。特に介護施設入居者の場合には、生活環境の変化も要因の一つになります。（図左）

「弛緩性便秘」は高齢者に多く見られ、腸の蠕動運動が低下し、糞便を送り出すことができず、糞便が停滞が生じて起こります。糞便の大腸での停滞時間が長いと糞便中の水分が吸収されるために、便が硬くなります。

便意の訴えが十分にできない寝たきりの高齢者では「嵌入便」（図右）となり、便塊の間隙をつたって水様性の便が排泄されることとなります。下痢と間違えて止痢剤を使用することにもつながります。「嵌入便」の最も良い対処法は「摘便」（肛門から指を入れ、直腸内に便がたまり、自然排便できない便を摘出する行為）です。



診断 排便回数の減少と排便困難の2点に注目し診断されます。

排便回数の減少は、3日に1回しかないことが一つの基準になります。しかし、大半の便秘症の患者さんの悩みは「排便困難」です。便が硬い場合には、排便時に強いいきみを伴い、硬い便が残り排出できなければ残便感を生じます。

鑑別診断 慢性便秘症の鑑別診断において「大腸がん」の可能性を念頭に入れる必要があります。疑わしい場合には、まずは＜便潜血検査＞が参考になります。他に器質的な要因として、特に腹部手術に関連した「術後イレウス（腸閉塞）」があります。

腸閉塞の中には、稀には、高齢者においては「糞便イレウス」があります。「糞便イレウス」に至る前の対処としては、直腸診により残便の有無などの確認が重要です。

治療

非薬物療法： 先ずは、生活習慣の改善が重要です。規則正しい食事、適度の運動が基本になります。

食習慣や食生活の影響では、「朝食」が重要な鍵を握っていることがわかっています。朝食を食べる食習慣は、蠕動（ぜんどう）運動という腸の動きをよくするためにも重要です。便通が良い人の腸でみられる「大蠕動」は1日に数回しか起きない腸の動きで、「食事と食事の間を8時間きっちりあげる」ことで起きるとされています。食事を取らない睡眠中に「大蠕動」を誘発するのを期待する朝の排便は理にかなっていません。また、左下腹部の簡単なマッサージも意外に効果的です。



食生活においては、食物繊維の摂取は重要です。しかし高齢者においては「＜不溶性＞食物繊維」の摂取により便の塊は増しますが腸壁を刺激しなくなり、便を軟らかくし腸を動かすために「＜水溶性＞食物繊維」を摂る必要があります。

トイレでの排便姿勢は前屈姿勢、いわゆる「考える人」の姿勢（図 左）が排便を容易にします。座位で前屈姿勢をとることにより腹圧のかかる方向と肛門管の軸を一致させ（図 右上）、さらに重力の影響も加味されます。前屈姿勢のために「足置き」を置くこともあります（図 右）。和式トイレでの前かがみ姿勢は、楽な排便のためには理想的です。

仰臥位のままで臀部に便器を差し込むことは排便には非常に困難な状況です。可能であれば介助でトイレに座らせるか、それが無理であれば側臥位にして「く」の字に身体を丸めるなどより生理的な排便を促す工夫が必要です。

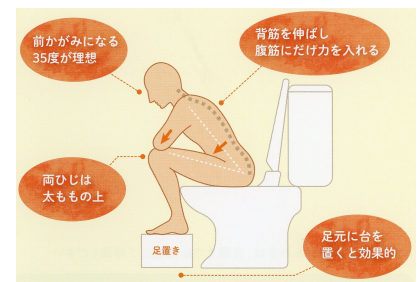
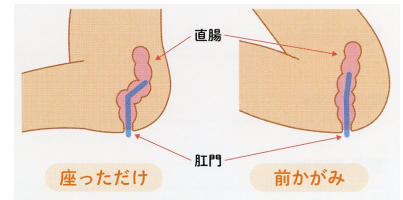
薬物療法： これまでは刺激性下剤と塩類下剤などの浸透圧性下剤であるマグネシウム製剤が主流とされてきました。

ジフェニール系誘導体の「ラキソベロン」（ピコスルファートナトリウム）、アントラキノン系誘導体の「プルゼニド」「ヨードルS」（センナ・センノシド）などの「刺激性下剤」については、本来は2～3日の排便がない場合に頓用として使用されるべきです。

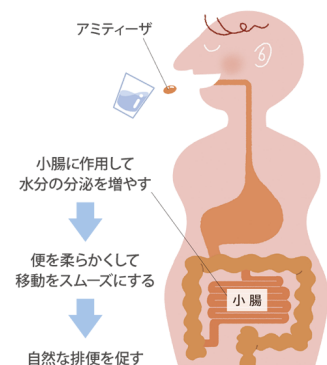
マグネシウム製剤である「酸化マグネシウム」については、高齢者は腎機能の低下を示すこともあり、副作用としての「高マグネシウム血症」にも留意し血中マグネシウム濃度などを確認しながら、場合によっては投与量を減らしたり多剤への切り替なども検討が必要です。

便秘症の治療では、排便の有無の確認だけでなく、治療の質を上げて、便の形状（正常便は、＜**プリストル便形状スケール**（図 右上）＞でタイプ4、いわゆるバナナ状便）も確認し、その結果に合わせて治療薬を調整することも重要です。

近年では、クロライドチャンネルアクティベーターである「アミティーザ」（ルビプロストン）（図 右）やグアニル酸シクラーゼC受容体アゴニストの上皮機能変容薬、「リンゼス」（リナクロチド）、さらに胆汁酸トランスポーター阻害薬、「ゲーフィス」（エロビキシバット）など新しい機序の薬剤が使用可能となっています。そのために格段に選択肢が増え、従来にはなかった便秘症の治療が期待されます。



消化管の通過時間	非常に遅い (約100時間)	1 コロコロ便	硬くコロコロの便 (ウサギの糞のような便)	
		2 硬い便	短く固まった硬い便	
		3 やや硬い便	水分が少なく、ひび割れている便	
		4 普通便	適度な軟らかさの便	
		5 やや軟らかい便	水分が多く、非常に軟らかい便	
		6 泥状便	形のない泥のような便	
	非常に早い (約10時間)	7 水様便	水のような便	



図は、「＜鼎談＞高齢者の慢性便秘」Geriat.Med.57(6)：605～612,2019、「Benpi」中島 淳（監修）＜EAファーマ（株）・エーザイ（株）＞、排泄ケアナビ「yomiDr.」「おおこうち内科クリニック」ホームページから引用しました。

この「診療所だより」や診療についての御意見・御要望などをお気軽にお寄せ下さい。これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4（御国通り2丁目）
電話：0745-65-2631