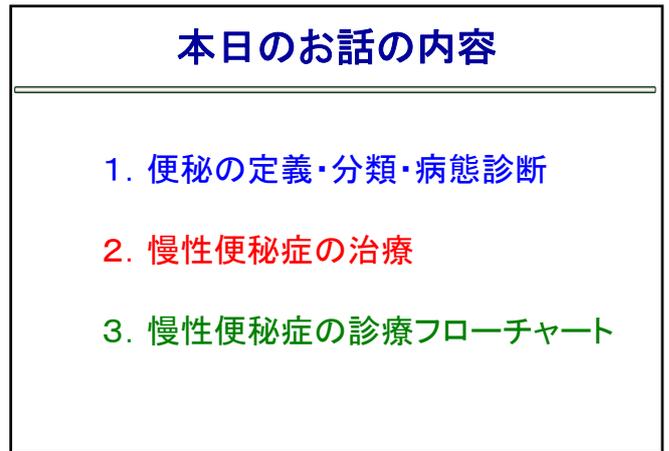
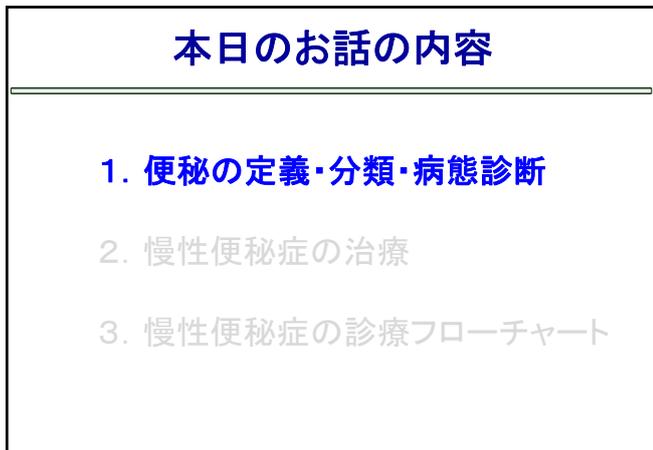




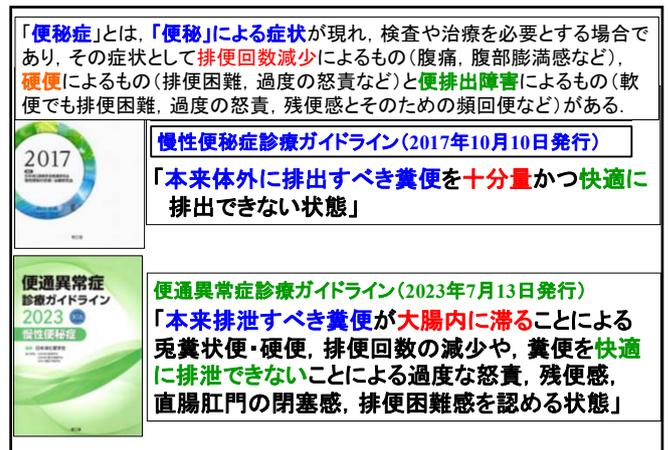
1



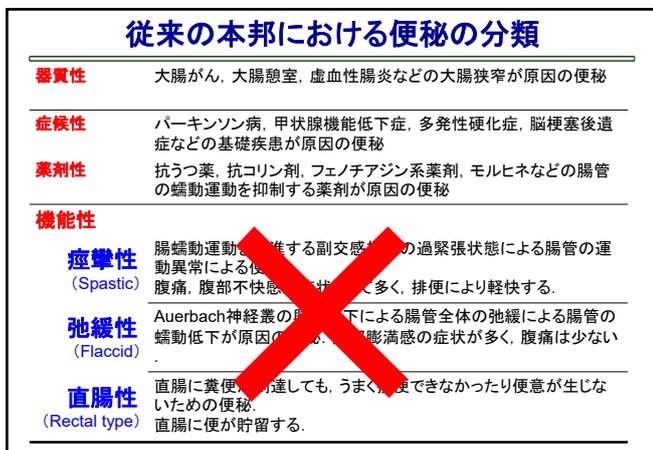
2



3



4



5



6

便秘の症状分類



- **排便回数減少型**
Infrequent Bowel Motions
- **排便困難型**
Evacuation Difficulty

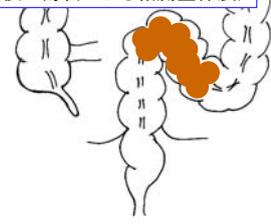
7

		便秘の分類		慢性便秘診療ガイドライン (2017年10月10日発行)
原因分類	症状による分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類	原因となる疾患・病態
器質性	排便回数減少型	大腸内視鏡検査、注腸造影検査など		大腸癌、クローン病、虚血性大腸炎など
	排便困難型	腹部単純X線検査、注腸造影検査など		巨大前腺腫など
機能性	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型 大腸通過正常型	特異性 虚脱性:代謝・内分泌疾患、神経・筋疾患、膠原病、便秘型過敏性腸症候群など 痛性:向精神薬、抗コリン薬、オピオイド系薬など
	排便困難型	排便造影検査など	硬便による排便困難	硬便による排便困難(便秘型過敏性腸症候群など)
			機能性便秘排出障害	骨盤底筋弛緩・過緊張(膨満力)低下 直腸知覚低下 肛門収縮力低下など

8

正常な排便のメカニズム

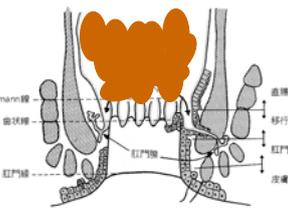
- ・**覚醒刺激**
(脳が目覚めれば腸も目覚める)
- ・**食事刺激**(胃・結腸反射)
- ・**結腸伸展刺激**
(便の貯留による結腸壁伸展)



1. **大蠕動**
2. 便意出現(直腸収縮:排便反射)
 - ・外肛門括約筋の反射的収縮 = 直腸肛門興奮反射(RAER)
 - ・内肛門括約筋の反射的弛緩 = 直腸肛門抑制反射(RAIR)
 - ・内容識別(サンプリング)
3. 便保持と便意調整
 - ・外肛門括約筋の随意収縮
4. 排便動作
 - ・排便姿勢(前傾姿勢)
 - ・怒責(腹腔内圧の上昇)
 - ・恥骨直腸筋・外肛門括約筋の弛緩状態を保つ
5. 排便

9

正常な排便のメカニズム

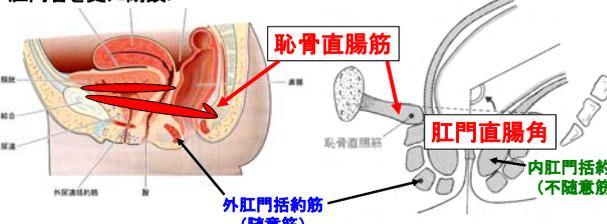


1. 大蠕動
2. 便意出現(直腸収縮:排便反射)
 - ・外肛門括約筋の反射的収縮 = 直腸肛門興奮反射(RAER)
 - ・内肛門括約筋の反射的弛緩 = 直腸肛門抑制反射(RAIR)
 - ・内容識別(サンプリング)
3. 便保持と便意調整
 - ・外肛門括約筋の随意収縮
4. 排便動作
 - ・排便姿勢(前傾姿勢)
 - ・怒責(腹腔内圧の上昇)
 - ・恥骨直腸筋・外肛門括約筋の弛緩状態を保つ
5. 排便

10

便の禁制のメカニズム

- ・内肛門括約筋の不随意収縮によって肛門管を持続的に閉鎖。
- ・恥骨直腸筋をはじめとする**肛門挙筋**が、**肛門直腸角**を形成して肛門管上縁を持続的に閉鎖。
- ・外肛門括約筋・恥骨直腸筋の随意収縮によって、肛門管を更に閉鎖。



(肛門直腸角の正常値:100±30°)

11

正常者の排便(腹筋と骨盤底筋が協調運動)

直腸内圧 ↑
肛門内圧 ↓

排便反射による直腸収縮のみによる直腸内圧上昇

恥骨直腸筋・外肛門括約筋の持続収縮

トイレに向かう間の便保持

排便反射による直腸収縮と腹筋収縮による腹圧上昇に伴う直腸内圧上昇

恥骨直腸筋・外肛門括約筋の弛緩状態を保つ

怒責に伴う会陰下降によって肛門直腸角が鈍角化

直腸内圧 ↓
肛門内圧 ↑

排便時(怒責時)

便が肛門管を押し開いて排便

12

排便造影検査(デフィコグラフィー)



擬似便:
小麦粉 200g+
バリウム 100ml+
水 100ml

13

排便造影検査(デフィコグラフィー)



14

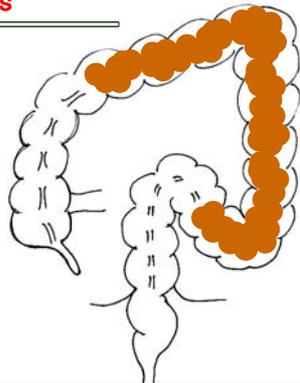
排便回数減少型 1 Infrequent Bowel Motions

大蠕動の回数が少なかったり,
程度が弱い

=大腸通過遅延型便秘症
=Slow Transit Constipation,
(STC)

排便回数:週3回未満

- ・腹部膨満
- ・腹痛
- ・硬便による排便困難



15

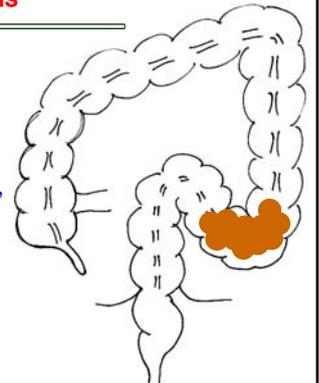
排便回数減少型 2 Infrequent Bowel Motions

大蠕動は正常に生じるが,
経口(食物繊維)摂取不足で
便の量が少ない

=大腸通過正常型便秘症
=Normal Transit Constipation,
(NTC)

排便回数:週3回未満

- ・硬便による排便困難
- ・蠕動亢進による腹痛



16

大腸通過遅延の原因

1. 特発性
2. 加齢
3. 薬剤性
4. 症候性
5. 精神・心理的問題
6. 巨大結腸症

17

大腸通過時間検査



18

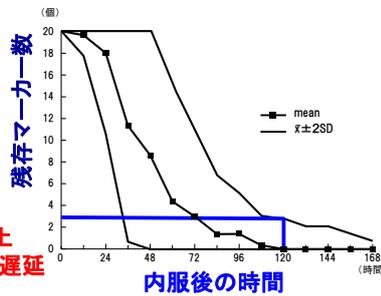
大腸通過時間の正常値を調べた研究

(Evans RCM, Kamm MA, Hinton JM et al: Int J Colorect Dis 7:15-17, 1992)

- 健常者: 男性25名
女性20名
排便回数: 0.5~3.0/日

- マーカー内服後,
毎日, 便を回収し,
レントゲンで糞便中
のマーカーを数えた

- 5日後に20個中4個以上
残っていると大腸通過遅延
と診断



19

大腸通過時間検査

2028年までには,
保険収載を!!

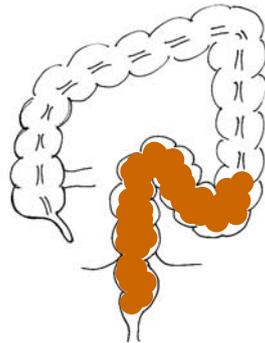
前向き研究(自治医科大学:本間祐子, 味村俊樹)
「大腸通過時間検査の有用性と安全性についての検討」
2027年5月31日までに50例

20

排便困難型

: Evacuation Difficulty

大蠕動によって直腸まで便は来るが
直腸の便を排出し難いために
排便困難症状を生じる状態



21

排便困難型1

: Evacuation Difficulty

- 硬便のために排便困難
- 過度の怒責
- 残便感
- 頻回便
- 排便時の肛門・
会陰部の不快感

直腸肛門の
機能や構造自体に
問題なし

便秘型過敏性腸症候群など



22

排便困難型2

: Evacuation Difficulty

- 軟便でも排便困難
- 過度の怒責
- 残便感
- 頻回便
- 排便時の肛門・
会陰部の不快感

直腸肛門の
機能や構造自体に
問題がある可能性

便排出障害
=Defecation Disorder (DD)
Evacuation Disorder (ED)



23

便排出障害の原因

1. 腹筋・骨盤底筋群の筋力低下
2. 骨盤底筋協調運動障害
3. 直腸知覚低下
4. 直腸収縮力低下
5. 直腸瘤(rectocele)
6. 直腸重積(rectal intussusception)
7. S状結腸瘤(sigmoidocele)
8. 小腸瘤(enterocele)
9. 巨大直腸症

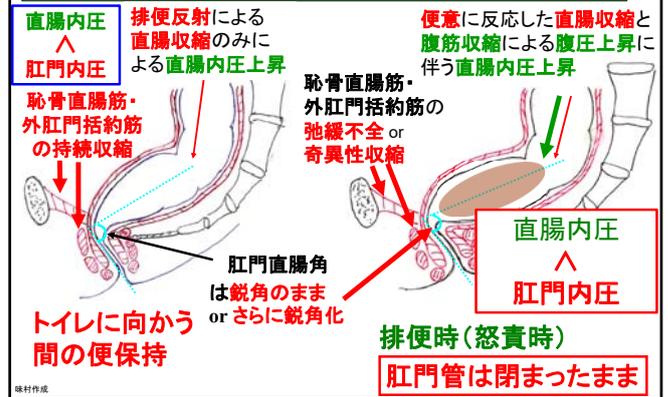
24

便排出障害の原因

1. 腹筋・骨盤底筋群の筋力低下
2. **骨盤底筋協調運動障害 (Pelvic Floor Incoordination)**
4. 直腸収縮力低下
5. 直腸瘤 (rectocele)
6. 直腸重積 (rectal intussusception)
7. S状結腸瘤 (sigmoidocele)
8. 小腸瘤 (enterocele)
9. 巨大直腸症

25

骨盤底筋協調運動障害の患者



26

機能性便排出障害 骨盤底筋協調運動障害



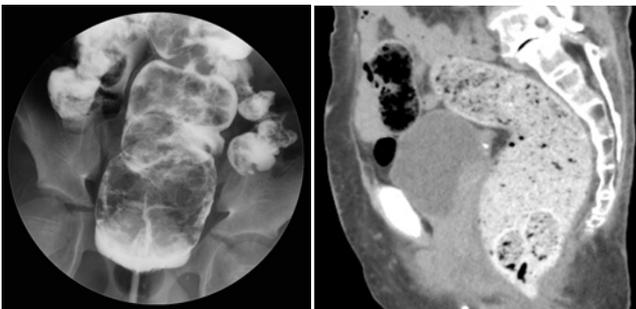
27

便排出障害の原因

1. 腹筋・骨盤底筋群の筋力低下
2. 骨盤底筋協調運動障害
3. **直腸知覚低下**
4. **直腸収縮力低下**
5. 直腸瘤 (rectocele)
6. 直腸重積 (rectal intussusception)
7. S状結腸瘤 (sigmoidocele)
8. 小腸瘤 (enterocele)
9. 巨大直腸症

28

直腸糞便塞栓 (fecal impaction)



- ・溢流性便失禁としての漏出性便失禁, 夜間便失禁の原因になる
- ・小児の遺糞症や脊髄障害の溢流性便失禁でも同様の機序

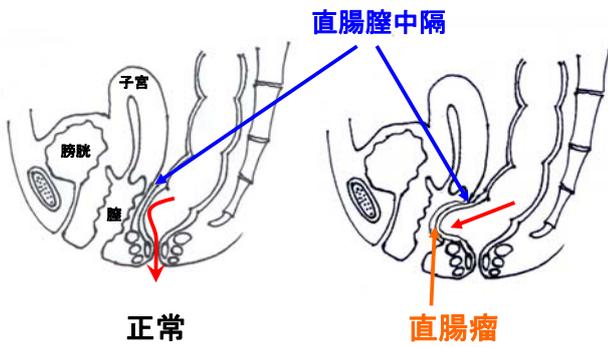
29

便排出障害の原因

1. 腹筋・骨盤底筋群の筋力低下
2. 骨盤底筋協調運動障害
3. 直腸知覚低下
4. 直腸収縮力低下
5. **直腸瘤 (rectocele)**
6. 直腸重積 (rectal intussusception)
7. S状結腸瘤 (sigmoidocele)
8. 小腸瘤 (enterocele)
9. 巨大直腸症

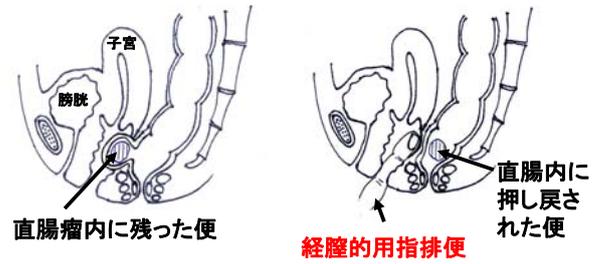
30

直腸瘤 (rectocele)



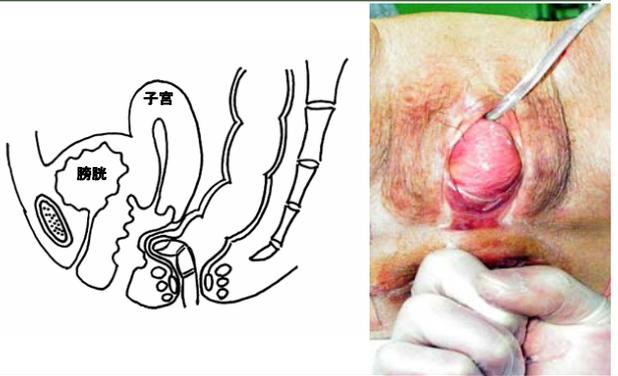
31

直腸瘤で残便感が生じる理由



32

直腸瘤の診察



33

器質性便排出障害 直腸瘤での擬似便 trapping



34

便排出障害の原因

1. 腹筋・骨盤底筋群の筋力低下
2. 骨盤底筋協調運動障害
3. 直腸知覚低下
4. 直腸収縮力低下
5. 直腸瘤 (rectocele)
6. 直腸重積 (rectal intussusception)
7. S状結腸瘤 (sigmoidocele)
8. 小腸瘤 (enterocele)
9. 巨大直腸症

35

便排出障害の原因

機能性便排出障害 Functional defecation disorders

4. 直腸収縮力低下
5. 直腸瘤 (rectocele)

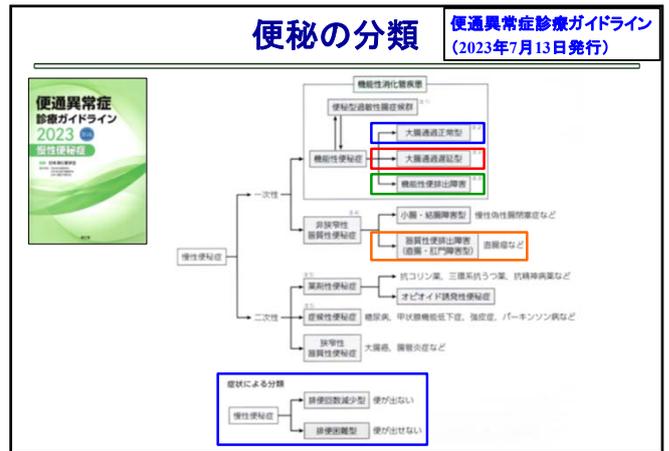
器質性便排出障害 Structural defecation disorders

9. 巨大直腸症

36

便秘の種類		慢性便秘症診療ガイドライン (2017年10月10日発行)	
原因分類	症状による分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類
器質性	排便回数減少型	大腸内視鏡検査、注腸造影検査など	大腸癌、クローン病、虚血性大腸炎など
	排便困難型	腹部単純X線検査、注腸造影検査など	巨大結腸症など
機能的	排便回数減少型	排便造影検査など	直腸痛、直腸痙攣、巨大直腸症、小腸痙、S状結腸痙攣など
	排便困難型	大腸通過時間検査など	特発性便秘性：代謝・内分泌疾患、神経・筋疾患、膠原病、便秘型過敏性腸症候群など 薬剤性：向精神薬、抗コリン薬、オピオイド系薬など
機能的	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	嚥口摂取不足(食物繊維摂取不足を含む) 大腸通過時間検査での異常性 など
	排便困難型	排便造影検査など	硬便による排便困難 (硬便による排便困難・痔瘻症(便秘型過敏性腸症候群など) 骨盤底筋弛緩運動障害 腹圧(腸蠕力)低下 直腸知覚低下 直腸収縮力低下 など

37



38

本日のお話の内容	
1. 便秘の定義・分類・病態診断	
2. 慢性便秘症の治療	
3. 慢性便秘症の診療フローチャート	

39

慢性便秘症の治療	
1. 食事・生活習慣指導	
2. 薬物療法(下剤, プロバイオティクス等)	
3. 排便習慣指導	
4. バイオフィードバック療法	
5. 経肛門的洗腸療法	
6. 手術 (直腸瘤修復術, 腹側直腸固定術(ventral rectopexy), 結腸全摘・回腸直腸吻合術, ストーマ造設術)	

40

慢性便秘症診療ガイドライン (2017年10月10日発行)			
	CQ内容	推奨の強さ	エビデンスレベル
CQ5-01	生活習慣の改善	2	C
CQ5-02	プロバイオティクス	2	B
CQ5-03	膨張性下剤	2	C
CQ5-04	浸透圧性下剤	1	A
CQ5-05	刺激性下剤	2	B
CQ5-06	上皮機能変容薬	1	A
CQ5-07	消化管運動賦活薬	2	A
CQ5-08	漢方薬	2	C
CQ5-09	浣腸、坐剤、摘便、逆行性洗腸法	2	C
CQ5-10	バイオフィードバック療法	2	A
CQ5-11	精神・心理療法	2	C
CQ5-12	順行性洗腸法(ACE)	2	C
CQ5-13	大腸通過遅延型便秘症に大腸切除術	2	C
CQ5-14	便排出障害に外科的治療	2	B

41

便秘異常症診療ガイドライン (2023年7月13日発行)				
	CQ内容	推奨の強さ	エビデンスレベル	
1.	BQ5-2 生活習慣の改善	—	—	—
2.	BQ5-3 プロバイオティクス	—	—	—
3.	BQ5-4 膨張性下剤	—	—	—
4.	CQ5-1 浸透圧性下剤	強	強	A
5.	BQ5-5 刺激性下剤	—	—	—
6.	CQ5-2 粘膜上皮機能変容薬	強	強	A
7.	CQ5-3 胆汁酸トランスポーター阻害薬	強	強	A
8.	BQ5-6 消化管運動賦活薬	—	—	—
9.	BQ5-7 漢方薬	—	—	—
10.	BQ5-8 浣腸、坐剤、摘便、逆行性洗腸法	—	—	—
11.	BQ5-9 心理療法	—	—	—
12.	CQ5-4 オピオイド誘発便秘症に対する治療法	—	—	C1
13.	BQ5-10 バイオフィードバック療法	—	—	—
14.	BQ5-11 順行性洗腸法(ACE)	—	—	—
15.	BQ5-12 大腸通過遅延型便秘症に結腸切除術	—	—	—
16.	BQ5-13 便排出障害に外科的治療	—	—	—

42

便通異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)			
		CQ内容	推奨の強さ エビデンスレベル
1.	BQ5-2	生活習慣の改善	— —
2.	BQ5-3	プロバイオティクス	— —
3.	BQ5-4	膨張性下剤	— —
4.	CQ5-1	浸透圧性下剤	強 A
5.	BQ5-5	刺激性下剤	— —
6.	CQ5-2	粘膜上皮機能変容薬	強 A
7.	CQ5-3	胆汁酸トランスポーター阻害薬	強 A
8.	BQ5-6	消化管運動賦活薬	— —
9.	BQ5-7	漢方薬	— —
10.	BQ5-8	浣腸, 坐剤, 摘便, 逆行性洗腸法	— —
11.	BQ5-9	心理療法	— —
12.	CQ5-4	オピオイド誘発便秘症に対する治療法	— C1
13.	BQ5-10	バイオフィードバック療法	— —
14.	BQ5-11	順行性洗腸法(ACE)	— —
15.	BQ5-12	大腸通過遅延型便秘症に結腸切除術	— —
16.	BQ5-13	便排出障害に外科的治療	— —

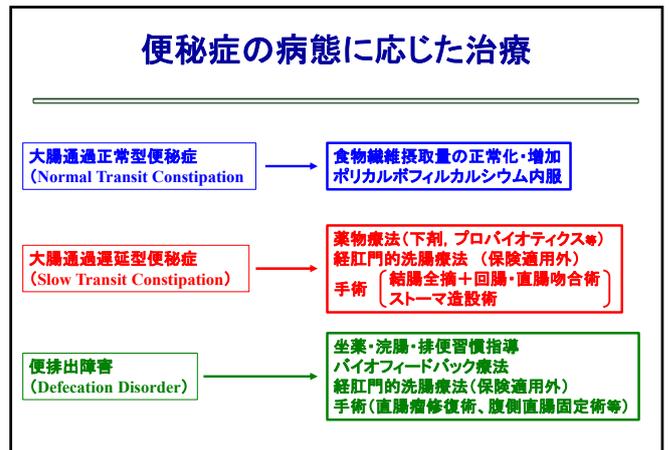
43

便通異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)			
		CQ内容	推奨の強さ 便秘GLでの合意率
1.	BQ5-2	生活習慣の改善	— 96%
2.	BQ5-3	プロバイオティクス	— 96%
3.	BQ5-4	膨張性下剤	— 98%
4.	CQ5-1	浸透圧性下剤	強 A
5.	BQ5-5	刺激性下剤	— 96%
6.	CQ5-2	粘膜上皮機能変容薬	強 A
7.	CQ5-3	胆汁酸トランスポーター阻害薬	強 A
8.	BQ5-6	消化管運動賦活薬	— —
9.	BQ5-7	漢方薬	— —
10.	BQ5-8	浣腸, 坐剤, 摘便, 逆行性洗腸法	— —
11.	BQ5-9	心理療法	— —
12.	CQ5-4	オピオイド誘発便秘症に対する治療法	— C1
13.	BQ5-10	バイオフィードバック療法	— 80%
14.	BQ5-11	順行性洗腸法(ACE)	— 100%
15.	BQ5-12	大腸通過遅延型便秘症に結腸切除術	— 93%
16.	BQ5-13	便排出障害に外科的治療	— 98%

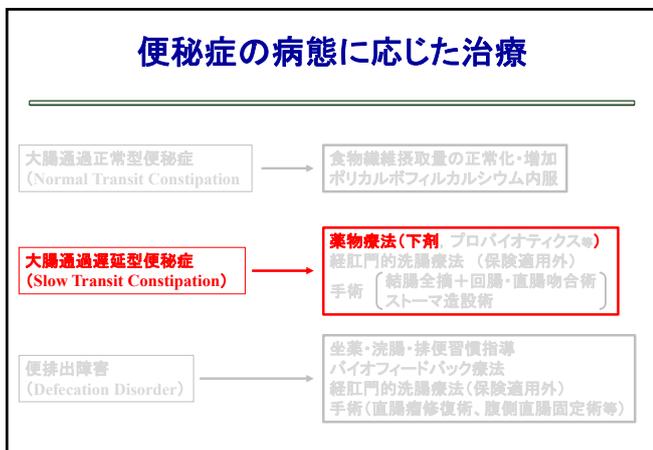
44

便通異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)			
		CQ内容	推奨の強さ エビデンスレベル
1.	BQ5-2	生活習慣の改善	— —
2.	BQ5-3	プロバイオティクス	— —
3.	BQ5-4	膨張性下剤	— —
4.	CQ5-1	浸透圧性下剤 (酸化マグネシウム, モビコール, ラグノス)	強 A
5.	BQ5-5	刺激性下剤	— —
6.	CQ5-2	粘膜上皮機能変容薬 (アミティーザ, リンゼス)	強 A
7.	CQ5-3	胆汁酸トランスポーター阻害薬 (ゲーフィス)	強 A
8.	BQ5-6	消化管運動賦活薬	— —
9.	BQ5-7	漢方薬	— —
10.	BQ5-8	浣腸, 坐剤, 摘便, 逆行性洗腸法	— —
11.	BQ5-9	心理療法	— —
12.	CQ5-4	オピオイド誘発便秘症に対する治療法 (スインブロイク)	— C1
13.	BQ5-10	バイオフィードバック療法	— —
14.	BQ5-11	順行性洗腸法(ACE)	— —
15.	BQ5-12	大腸通過遅延型便秘症に結腸切除術	— —
16.	BQ5-13	便排出障害に外科的治療	— —

45



46



47

便秘症治療薬 (青字:日本で使用可能) (味付案)			
作用機序	製剤名	エビデンスレベル	推奨度
膨張性	Peylilium (オオバコ)	II	B
浸透圧性	塩類下剤 酸化マグネシウム	II	A
	糖類下剤 ラクトロース(ラグノス, NF経ロゼリー)	II	A
	高分子化合物 ポリエチレングリコール(モビコール*)	I	A
上皮機能変容薬(分泌型)	ルビプロストン (アミティーザ*)	I	A
	リナクロチド (リンゼス*)	I	A
胆汁酸トランスポーター阻害薬	SGLT1阻害薬	—	—
	エロピキシバット (ゲーフィス*)	II	B
大腸蠕動刺激性	センノシド	V	C1
	センナ	IVa	C1
	ピコスルファートナトリウム	II	B
	ピサコゾル内服	II	B
選択的5-HT4受容体刺激	Prucalopride	I	A
	Velusetrag	II	B
末梢μオピオイド受容体拮抗薬	ナルデメジン(スインブロイク*)	II	B

48

新規便秘症治療薬の歴史	
製品名	発売時期
1. アミティーザ	2012年11月(24μg製剤) 2018年11月(12μg製剤)
慢性便秘症診療ガイドライン作成開始	2014年4月
2. リンゼス	2017年3月(便秘型過敏性腸症候群に対して) 2018年8月(慢性便秘症に対して)
3. スインプロイク	2017年6月(オピオイド誘発性便秘症に対して)
慢性便秘症診療ガイドライン発行	2017年10月
4. グーフイス	2018年4月
5. モビコール	2018年11月(LD:2020年12月名称変更) 2022年5月(HD)
6. ラグノスNFゼリー	2019年2月

49

新規便秘症治療薬の歴史	
製品名	発売時期
1. アミティーザ	2012年11月(24μg製剤) 2018年11月(12μg製剤)
2012年11月に、本邦における慢性便秘症診療の扉を開いた	
2017年10月の慢性便秘症診療ガイドライン発行の原動力となった	
2023年7月の便通異常症診療ガイドライン発行につながった	

50

便通異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)			
	CQ内容	推奨の強さ	エビデンスレベル
1.	BQ5-2 生活習慣の改善	—	—
2.	BQ5-3 プロバイオティクス	—	—
3.	BQ5-4 膨張性下剤	—	—
4.	CQ5-1 浸透圧性下剤	強	A
5.	BQ5-5 刺激性下剤	—	—
6.	CQ5-2 粘膜上皮機能変容薬	強	A
7.	CQ5-3 胆汁酸トランスポーター阻害薬	強	A
8.	BQ5-6 消化管運動賦活薬	—	—
9.	BQ5-7 漢方薬	—	—
10.	BQ5-8 浣腸, 坐剤, 摘便, 逆行性洗腸法	—	—
11.	BQ5-9 心理療法	—	—
12.	CQ5-4 オピオイド誘発便秘症に対する治療法	—	C1
13.	BQ5-10 バイオフィードバック療法	—	—
14.	BQ5-11 順行性洗腸法(ACE)	—	—
15.	BQ5-12 大腸通過遅延型便秘症に結腸切除術	—	—
16.	BQ5-13 便秘出障害に外科的治療	—	—

51

慢性便秘症 診療ガイドライン (2017年10月10日発行)			
・ CQ 5-05 慢性便秘症に刺激性下剤は有効か？			
ステートメント	推奨の強さ (合意率)	エビデンスレベル	
慢性便秘症に対して、刺激性下剤は有効であり、 頓用または短期間の投与を提案する	2 (96%)	B	

便通異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)			
・ BQ 5-5 慢性便秘症に刺激性下剤は有効か？			
回答			
慢性便秘症に 刺激性下剤は有効 である。 耐性や習慣性を避けるために必要最小限の使用にとどめ、できるだけ頓用または短期間での投与とする			

52

便通異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)	
・ BQ 5-5 慢性便秘症に 刺激性下剤 は有効か？	
回答	
慢性便秘症に 刺激性下剤は有効 である。 耐性や習慣性を避けるために必要最小限の使用にとどめ、できるだけ頓用または短期間での投与とする	
解説の抜粋: 長期連用は耐性や習慣性が生じる可能性があるため慎重に処方すべきである 10)	
文献 10) Wald A: Is chronic use of stimulant laxatives harmful to the colon? J Clin Gastroenterol 2003; 36: 386-389.	

53

Clinical Reviews	
The Colon, Inflammatory Bowel Disease & Infectious Diseases	
Is Chronic Use of Stimulant Laxatives Harmful to the Colon?	
Arnold Wald, M.D.	
Abstract Although stimulant laxatives cause structural damage to surface epithelial cells that is of uncertain functional significance, there is no convincing evidence that their chronic use causes structural or functional impairment of enteric nerves or intestinal smooth muscle. Nor are there reliable data to link chronic use of stimulant laxatives to colorectal cancer and other tumors. The risks of laxative abuse have been overemphasized, and this has minimized their rational use by physicians. Stimulant laxatives may be used chronically when patients fail to respond adequately to bulk or osmotic laxatives alone. These can be combined with bulk or osmotic laxatives in sufficient amounts to soften the stool, or they can be used alone, according to clinical circumstances. The dose of such agents should be titrated to effect. Bisacodyl may be used if anthraquinone laxatives are unsatisfactory. Key Words: Laxatives—Stimulant laxatives—Laxative abuse—Cathartic colon—Constipation.	
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content;"> 刺激性下剤の常用が腸管の神経や平滑筋に器質的・機能的な障害を与える証拠は無い </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> 刺激性下剤濫用の危険性が強調され過ぎたため、医師による理にかなった使用が減ってしまっている </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> 膨張性下剤や浸透圧性下剤単独で十分に改善しない場合は、刺激性下剤を慢性的に使用しても良い </div>	

54

便秘異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)

・ BQ 5-5 慢性便秘症に**刺激性下剤**は有効か？

回答

慢性便秘症に**刺激性下剤**は**有効**である。
耐性や**習慣性**を避けるために**必要最小限の使用**にとどめ、
 できるだけ**頓用**または**短期間での投与**とする

解説の抜粋：
刺激性下剤は、**水様性下痢**などの電解質異常や**腹痛**、脱水などを引き起こすことがある。

味村の意見：
刺激性下剤を用いて**強制的に大蠕動**を起こしてまで、
毎日、排便がある必要はない。
頓用による**2-3日に1回の排便**で十分。

55

便秘症の病態に応じた治療

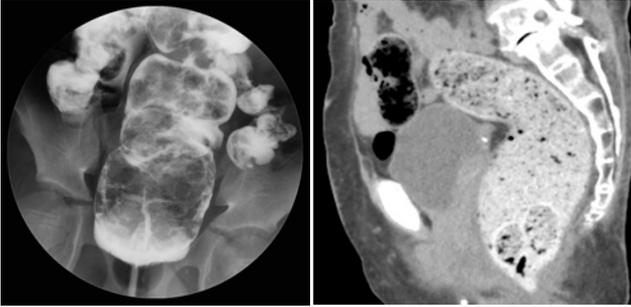
大腸通過正常型便秘症 (Normal Transit Constipation) → 食物繊維摂取量の正常化・増加
 ポリカルボフィルカルシウム内服

大腸通過遅延型便秘症 (Slow Transit Constipation) → 薬物療法(下剤, プロバイオティクス等)
 経肛門的洗腸療法 (保険適用外)
 手術 (結腸全摘+回腸・直腸吻合術)
 ストーマ造設術

便排出障害 (Defecation Disorder) → **坐薬・洗腸・排便習慣指導**
 バイオフィードバック療法
 経肛門的洗腸療法(保険適用外)
 手術(直腸瘻修復術、腹側直腸固定術等)

56

直腸糞便塞栓 (fecal impaction)



・**溢流性便失禁**としての**漏出性便失禁**、**夜間便失禁**の原因になる
 ・**小児の遺糞症**や**脊髄障害の溢流性便失禁**でも同様の機序

57

排便習慣指導・訓練

対象: 直腸に**便があっても便意を感じない**か**訴えず**、
診察時に直腸に有意な便を触知する患者

指導方法：
 ・ **便意を感じなくても**、**1日2回**、**朝夕食後に**
 トイレに行って**排便する努力**をする。
 ・ 排便努力で十分量の便が出ない場合は、
新レシカルボン坐剤®を使用する。

58

寝たきり・認知症患者に対する排便ケア

対象: 寝たきり・認知症で、**自分で便意を訴え(られ)ず**、
便座に座れない(座らない)患者

ケア方法：
 ・ **1日1回は**、**直腸診**で直腸まで便が来ているか確認
 ・ 直腸に便がなければ、**適宜**、**食事改善**や**下剤**使用。
 ・ 直腸に便があれば、**無理のない範囲で摘便**し、
新レシカルボン坐剤®や**グリセリン洗腸**(週に2回まで)
 で、**直腸を定期的に空虚**にする。

59

慢性便秘症と認知症の関係

便秘異常症 診療ガイドライン (2023年7月13日発行)

BQ 3-3 慢性便秘症を**二次的に起こす基礎疾患**はあるか？

回答

慢性便秘症の原因となりうる**基礎疾患は複数存在**する。

表1 慢性便秘症の原因となりうる基礎疾患

代謝疾患	糖尿病
内分泌疾患	甲状腺機能低下症、褐色細胞腫、副甲状腺機能亢進症
変性疾患	アミロイドーシス
膠原病	全身性強皮症、皮膚筋炎
神経疾患	パーキンソン病、脳血管疾患、多発性硬化症、ヒルシュスプリング病、脊髄障害
筋疾患	筋強直性ジストロフィー
精神疾患	うつ病、統合失調症
狭窄性器質性疾患	消化管の腫瘍、腫瘍による壁外性圧排、消化管の狭窄
非狭窄性器質性疾患	慢性偽性腸閉塞症、巨大結腸、裂肛、痔核、直腸脱、直腸瘤

60

慢性便秘症と認知症の関係

慢性便秘症と認知症は、軽度ながら有意に関連しているが、因果関係を証明した研究は皆無。

認知症が原因で便意を感じにくくなって便秘が発症している可能性はあるが、便秘症が原因で認知症を発症している可能性は低い。

・メタアナリシス(11編, 66,609例)によると、便秘症患者が認知障害(cognitive impairment)を有する割合は、非便秘者と比較して有意に高い(オッズ比:1.11, 95%CI: 1.03-1.20)
 (Constipation and risk of cognitive impairment and dementia in adults: a systematic review and meta-analysis. Wang et al. Front Neurol 16, 2025 (10.3389/fneur.2025.1600952))

・認知症ではない高齢者9,417例で、便秘群(3,344例)と非便秘群を比較すると、便秘群の方が軽度認知障害(MCI:mild cognitive impairment)を有する割合が有意に高かった(オッズ比:1.18, 95% CI: 1.05-1.32)
 (Constipation symptoms are associated with worse cognitive outcomes in older adults without dementia. Liu et al. Front Nutr 12, 2025 (10.3389/fnut.2025.1578181))

61

本日のお話の内容

1. 便秘の定義・分類・病態診断

2. 慢性便秘症の治療

3. 慢性便秘症の診療フローチャート

62

慢性便秘症診療ガイドライン (2017年10月10日発行)

フローチャートなし



63

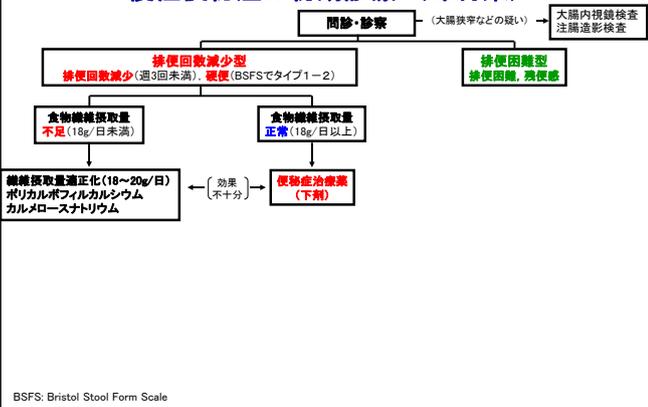
便通異常症診療ガイドライン (2023年7月13日発行)

フローチャートが5種類に分かれていて複雑・難解



64

慢性便秘症の初期診療 (味村案)



65

下剤の使用法

・非刺激性下剤の内服継続による調節

酸化マグネシウム: 0.6~2.0g 分2~3

モビコール: 60~360ml, 分2~3

ラグノスNFゼリー: 1~6包, 分2

アミティーザ: 12~48μg, 分1~2

グーフィス: 1~3T, 分1

リンゼス: 1~2T, 分1

で便の回数(2回/日~1回/2日)

と硬さ(BSFSでタイプ3~5)の調節



・刺激性下剤によるレスキュー

排便の無かった日の眠前に頓服:

センソノイド: 2~4T/回やピコスルファート錠: 2~3T/回



DSS合剤: ジオクチルソジウムスルホサクシネートとカサンシラノールの合剤
 PEG: ポリエチレングリコール, BSFS: ブリストル便性状スケール

66

