

【第118回生涯教育講座】

よくある病気！ でも困ることが多い病気！！

— 便秘と下痢の診断と治療 —

きの した よし かず
木 下 芳 一

キーワード：便通，排便，下剤，下痢止め

要 旨

便秘と下痢は便通異常とまとめられ、日常の診療で毎日のように遭遇する極めて発症率の高い病態である。便通異常の原因の大部分は消化管の機能の変調によって発症する機能性疾患であり、対症的な治療を行うだけで症状が消失することが多い。ところが、一部の患者では腸管の腫瘍や炎症などの器質的な疾患や内分泌疾患のような全身疾患が原因で便通異常を発症している例がある。また、思わぬ薬剤の投薬が下痢や便秘の原因となることがあるため、投薬内容に十分に気を付けることが重要である。器質的な疾患や全身性疾患が原因で便通異常が発症している例や薬剤が原因となっている例を見落とさないように注意をするとともに、新しい様々な薬剤、治療法が開発されつつあるので、一般的な治療に抵抗する患者は専門医に相談することが重要であると考えられる。

はじめに

ヒトが食べ物を食べるとその内容によってばらつきはあるが、食道を5秒程度で通過し、胃を2時間程度で通過し、小腸内を5-6時間かけて進行し、大腸内を1-2日かけて通過した後に糞便として排出される。便は70-80%を水分が占めており固形分である20-30%の3分の1は腸内細菌かその死骸、3分の1は消化管の脱落上皮、そして残りの3分の1は食物残渣である。排便時に出

るガスは窒素に加えて腸内細菌が産生した水素、メタンなどの無臭のガスや、硫化水素やmethanethiol dimethyl sulphideなどの臭気性のガスが混入したものである。

糞便やガスを適切に体外に排出することができれば問題はないが、排出するべき糞便を快適に十分量体外に定期的に排出できない状態を便秘と呼んでいる。便秘の場合には糞便中の水分量が減少し硬便となっていることが多い。反対に糞便中の水分量が増加した状態を下痢と呼んでおり、下痢の定義に排便回数は含めないことが多いが、一般的には排便回数も増加することが多い。便秘と下痢は発症率が高い疾患で、消化管の機能障害が原

Yoshikazu KINOSHITA

島根大学内科学講座第二

連絡先：〒693-8501 出雲市塩冶町89-1

島根大学内科学講座第二

因で発症する機能性の便秘や下痢が多いが、癌などの器質的疾患や甲状腺機能異常などの全身性疾患が原因で便秘や下痢を発症している個別対応が必要な疾患が混入している。このため、便秘と下痢を含む便通異常の診療においては最新の知識と便通異常の後ろに隠れた器質的疾患、全身性疾患を見落とさない注意深さを持つことが重要である。

便秘について

1. 便秘の有病率と分類

便秘の有病率は報告によって2—27%と大きな開きがある。一般には高齢者になるほど有病率は高いが、若年者でも女性での有病率は比較的高いことが知られている。高齢化社会を迎えて全体としての有病率が増加しており、外来診療でも遭遇することが多くなっている。

長期にわたって繰り返して便秘を訴える慢性便秘の分類を表1に示すが、腸管に器質的な異常を認める器質性便秘、麻薬などの薬剤の使用に伴って発症する薬剤性便秘、甲状腺機能低下症などの

全身疾患に伴う症候性便秘、そしてこれらのいずれの異常も認めない機能性便秘に分けられる。機能性便秘は大腸通過遅延型と大腸通過正常型、そして骨盤底筋協調運動障害などによって発症する機能性便秘排出障害に分類されている。この中では機能性便秘が最も有病率が高いが、器質的な便秘には大腸癌などの腸管の狭窄を引き起こす疾患が含まれているため、器質的な便秘を見落とさないように十分に注意をすることが重要である。

2. 便秘の診断

1) 病歴の聴取

便秘の診断において病歴の聴取は重要で、直腸出血、体重減少、貧血、便柱経の変化、急な発症、腹痛や嘔吐などの腸管閉塞症状の存在は警告兆候として大腸癌の存在を疑わせるため必ず詳細に聴取することが必要である。さらに排便時の困難感、残便感、排便時肛門痛、食生活や運動の様子も聴取する。パーキンソン病などの神経疾患や糖尿病、甲状腺機能低下症などの内分泌疾患、低カリウム血症や高カルシウム血症などの電解質異常、強皮

表1. 便秘の分類

1. 器質性便秘

狭窄性: 大腸癌などの腫瘍、イレウス、腸管狭窄、腸管癒着、腹腔内腫瘍による腸管圧排

非狭窄性: 排便回数減少型 (巨大結腸症、など)

器質性便秘排出障害型 (直腸癌、巨大直腸症、S状結腸癌、など)

2. 機能性便秘 (常習性便秘、慢性特発性便秘 (CIC))

排便回数減少型: 大腸通過遅延型 (特発性、症候性、薬剤性)

大腸通過正常型 (食事摂取減少、食物繊維不足、など)

機能性便秘排出障害型: 腹圧・怒責力低下、直腸知覚低下、骨盤底筋協調運動障害、など)

3. 全身性疾患に伴う便秘

① 神経疾患: Hirschsprung病、糖尿病 (末梢性)、多発性硬化症、脊髄疾患、

Parkinson病 (中枢性)、脳血管疾患

② 内分泌代謝疾患: 甲状腺機能低下症、電解質異常 (低K、高Ca血症)

③ その他: anorexia nervosa、うつ病、myotonic dystrophy、強皮症、

アミロイドーシス、尿毒症、COPD、進行性全身性硬化症、妊娠

4. 薬剤性便秘

麻薬、抗コリン薬、抗うつ薬、向精神薬、抗Parkinson病薬、抗癌薬、

鎮咳薬 (リン酸コデイン)、制酸薬 (アルミニウム含有)、降圧薬 (Ca拮抗薬)、利尿薬、

下剤の習慣性使用、検査用バリウムなど

表2. 薬剤性便秘をおこす薬剤

1. 抗コリン薬	アトロピン、スコポラミン、抗うつ薬、抗精神病薬、抗パーキンソン病薬、ベンゾジアゼピン、抗ヒスタミン薬
2. オピオイド	
3. 抗がん薬	ビンクリスチン、ビンデシン、パクリタキセル などの神経毒作用を有する薬剤
4. 循環器作用薬	カルシウム拮抗薬、抗不整脈薬、血管拡張薬
5. 利尿薬	
6. 制酸薬	水酸化アルミニウムゲルなどアルミニウムを含有する物
7. 鉄剤	フマル酸第一鉄など
8. 吸着薬、陰イオン交換樹脂	沈降炭酸、セベラマー塩酸塩、ポリスチレンスルホン酸Ca、ポリスチレンスルホン酸Na など

症などの膠原病は症候性の便秘の原因となりやすいため、これらの疾患の合併にも注意を払うことが必要である。

さらに、便秘は高齢者に多いが、高齢者は多種の薬剤を使用していることが多く、65歳以上の通院中の高齢者の平均使用薬剤数は6種類程度であるとする報告もみられる。薬剤の中で抗コリン薬、麻薬、抗がん剤、カルシウム拮抗薬、鉄剤、アルミニウムを含有する薬剤などは薬剤性の便秘の原因となりやすい(表2)。三環系の抗うつ薬、抗精神病薬、抗ヒスタミン薬など一般的な薬剤も多いため、使用中の薬剤については「お薬手帳」を必ずチェックすることが重要である。

2) 身体診察

全身の診察では貧血の有無、甲状腺機能低下に伴う甲状腺の異常とともに浮腫やアキレス腱反射の異常、神経学的な診察などの全身疾患の診察とともに腹部の視診、聴診、打診、触診を駆使して腹部の炎症や腫瘍の存在をチェックする。さらに大腸内のガスや便塊の量に関しても把握するように努める。直腸診は行うべきであり多くの情報を得ることができる。直腸の狭窄や腫瘍の存在、便

の性状や血液の付着の有無が分かる。さらに、直腸診を行いつつ排便動作をしてもらうことで正常排便時にみられる腹筋の収縮と肛門括約筋の弛緩、さらに恥骨直腸筋の弛緩に伴う会陰部の下降の有無を検討することができ、排便時の骨盤底筋群の協調運動が上手にできるかどうか判断できる。さらに、直腸内に便塊が触れるにもかかわらず、直腸内の便塊の存在を患者が感じることができない場合には直腸の知覚鈍麻があり排便反射が起こりにくい状態にあることも分かる。

3) 一般検査

腹部のレントゲン検査は腸内の便の量や分布、ガスの分布を判断することができ情報量が多い。立位と臥位の2枚のレントゲン写真を撮影すると良い。検体検査では電解質、血糖、甲状腺機能、血液学的検査、炎症反応などのチェックを行い器質的疾患や全身疾患に伴う便秘の可能性を検討する。便潜血検査も行う。さらに、便秘の治療で高頻度に使用されるマグネシウム製剤は腎機能が低下している患者に使用すると高マグネシウム血症が出現し副作用が出現しやすいため腎機能をチェックしておくことも重要である。

4) 精密検査

ここまでの検査はプライマリケアの場で十分に行うことができるため、慢性便秘を訴えるすべての患者に行うことが望ましい。病歴聴取、身体診察、一般検査で器質的な疾患や全身疾患を疑う所見が得られた場合には、専門医のもとで大腸内視鏡検査や腹部のCT検査を含む精査を行って便秘の原因の確定を行うべきである。

3. 便秘の治療

器質性便秘の場合には必要な器質的疾患の治療を行う。全身疾患に伴う症候性便秘では全身疾患が甲状腺機能低下や電解質異常のように治療可能であるのであればまず全身疾患の治療を行う。薬剤性便秘の場合でも薬剤の中止や変更が可能であれば中止あるいは便秘の副作用がない薬剤に変更することが推奨される。これらの二次性の便秘の治療がうまくいかないときや機能性便秘と診断される場合には、慢性の機能性便秘を対象とした治療を行う。便秘治療の原則は他の内科疾患と同様に、まず生活指導や食事指導をおこない、十分な効果が得られない場合には、これに加えて薬物治療を行う。薬物治療でも十分な効果が得られない場合には、外科治療の適応に関して検討を行うことになる。

1) 生活・食事指導

生活指導では運動や腹部のマッサージ、水分摂取の増加、規則正しい朝食の摂取などが勧められている。ただ、これらの生活指導が有用であることを示すエビデンスはあまりなく、本当に有用であるかどうかは明確ではない。食事指導では食物繊維の摂取が勧められている。ところが食物繊維を不溶性食物繊維と水溶性食物繊維に分けてみると不溶性食物繊維の摂取が便秘を改善するとする高いレベルのエビデンスは得られていない。食物

繊維を多く摂取することでかえって腹満などの腹部症状が出現しやすいとする報告もあり、その有効性に疑問を感じる。

一方、水溶性食物繊維を用いたランダム化比較試験の結果は水溶性食物繊維の摂取が便秘を改善するとするものが多く、水溶性食物繊維は便秘の治療に有効であろうと考えられる。水溶性食物繊維を多く含む食材は海藻類、野菜ではゴボウ、エシャロットなどであり便秘の患者に食物繊維の摂取を指導する場合には水溶性食物繊維の摂取が増えるように細かい指導を行うことが必要であろうと考えている。

乳酸産生菌などのプロバイオティクスが便秘を改善するか否かに関してはたくさんの検討が行われてきた。その結果、*Bifidobacterium lactis* DN-173010, *Lactobacillus casei* Shirota, *Escherichia coli* Nissle 1917菌などは便秘を解消する可能性が高いと報告されている。また *Bifidobacterium longus*, *infantis*, *breve*, *Lactobacillus acidophilus*, *casei*, *bulgaricus*, *plantarum*, *Streptococcus thermophilus* の乾燥菌を含む製剤も便の硬さを柔らかくして便秘に有効であると報告されている。生活・食事指導の中ではプロバイオティクスはエビデンスレベルが比較的高い便秘の治療法であるといえる。

2) 薬物療法

便秘の治療に使用される代表的な薬物を表3に示す。日本では便秘の新しい治療薬が開発されることはここ20年以上なかった。最近になって有用性と安全性の高い新しい便秘治療薬の開発が活発となっている。日本では数十年にわたって便秘の治療の基本薬は浸透圧下剤に分類される塩類下剤の酸化マグネシウムと大腸刺激性下剤であった。大腸刺激性下剤は大腸の蠕動性収縮を直接に誘発

表3. 機能的便秘治療薬の分類

1. 膨張性下剤	ポリカルボフィルカルシウム
2. 浸透圧性下剤	塩類下剤: 酸化マグネシウム、PEG、マグコロール 糖類下剤: ラクチュロース
3. 上皮機能変容薬	ルビプロストン、リナクロチド
4. 刺激性下剤	大腸刺激性下剤: センノシド センナ ピコスルファートナトリウム 直腸刺激性下剤: レシカルボン
5. 自律神経作用薬	消化管運動機能改善薬 (5HT4アゴニスト)
6. 漢方薬	大建中湯、大黃甘草湯、麻子仁丸、潤腸湯、など

するもので習慣性がある可能性が従来から指摘されており、本来は慢性便秘に使用するべき薬剤ではなく、急性便秘の治療薬であると考えられる。

一方、酸化マグネシウムは腸管内の水分量を増やして便を柔らかくするとともに腸管内容量が増加することで蠕動を誘発しやすくすることを作用メカニズムとしており、安定した効果と投薬量の調節しやすさに特徴を持った薬剤である。ところが高齢者など腎機能が低下している患者にマグネシウム製剤の投薬を続けるとマグネシウムが消化管から吸収され、腎からの排出が追い付かず高マグネシウム血症が出現する。本来1.8—2.4 mg/dl である血中マグネシウム濃度が8 mg/dl を超えるとアキレス腱反射の消失、傾眠、四肢・呼吸筋麻痺、麻痺性イレウス、低血圧、徐脈、手足の熱感、心電図異常が出現し10 mg/dl を超えると完全房室ブロックや心停止を生じる可能性もあると報告されている。便秘は高齢者に多く、また近年は高齢者人口が急速に増加している。これら高齢者ではCKDをはじめ腎機能障害を有する例が多く、酸化マグネシウムの使用を躊躇する例が多い。実際、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015でも高齢者への酸化マグネシウムの使

用に対しては注意喚起を促している。

最近、腸管上皮のCIC2やCFTRと呼ばれるクロライドチャンネルに作用して腸管内への水分の分泌を促進する新しいタイプの便秘治療薬であるルビプロストンやリナクロチドが一般診療の場で使用可能となっている。また、現在、新たな浸透圧下剤や終末回腸での胆汁酸の吸収を阻害することによって大腸内への胆汁酸流入を増やし、胆汁酸の持つ浸透圧効果と大腸上皮への水分分泌促進効果、大腸の運動刺激効果で便秘を改善することを目的とした薬剤の臨床開発も行われている。これらの新しい薬剤の多くは内服後吸収されることなく腸管内から作用する薬剤であり、吸収後に作用をする薬剤に比べて他剤との相互作用や副作用が少ないことが期待される。

このような現状での便秘薬の選択に関しては日本消化器病学会の関連研究会が作成した慢性便秘症診療ガイドライン2017やWorld Gastroenterology Organizationが作成した推奨論文が参考となる。まず薬物療法の第一段階としては膨張性下剤であるポリカルボフィルカルシウムやカルボキシメチルセルロースを使用することが推奨される。ただし、これらの薬物の有効性に関してはエビデンスは多くはない。この治療で十分な効果が得られなければ第二段階として浸透圧下剤、腸管上皮からのクロライドイオン分泌促進薬であるルビプロストンやリナクロチドを使用する。この段階で使用される薬剤は腸管内の水分量を増加させる作用機序を持つものである。酸化マグネシウムの高齢者への使用に関しては腎機能を含めて慎重に検討を行った後に使用する。小児であれば浸透圧下剤の中でも糖類下剤のラクツロースを使用することもできる。これらの薬剤でも治療効果が十分ではないときには大腸刺激性下剤の屯用使用

を追加する。漢方薬に関しても便秘の治療に使用される漢方薬の多くは大黃を含有しており、その性格は刺激性下剤に近いものが多い。このため漢方薬も連用は避け屯用使用を原則とするべきであろうと考えられる。腸管の運動能を高める薬剤の連用が必要な時には大腸刺激性下剤を選択せずモサプリドなどの消化管運動機能改善薬を選択するようにする。

3) バイオフィードバック治療

骨盤底筋協調運動障害が原因である機能的便秘・排便障害型の機能的便秘の患者では生活・食事指導も薬物療法も治療効果が低い。病因は排便時に腹筋の収縮と内外の肛門括約筋、恥骨直腸筋の弛緩を同時に行うことができないことにある。このため腹筋と肛門括約筋の収縮を筋電図や内圧検査でモニタリングしながら複数の筋肉の協調運動を練習するバイオフィードバック治療を行えば有効性が高いと報告されている。

4) 外科治療

順行性洗腸、大腸切除、直腸瘤に対する手術などが行われるが、その適応に関しては専門医による十分な検討が必要である。

下痢について

1. 下痢の有病率と分類

下痢はその症状が3-4週間以内に消退する急性の下痢とそれ以上の長期間にわたって持続する慢性の下痢に分類すると診療を行う上で有用性が高い。慢性の下痢に比べて急性下痢の方が発症例は多く、下痢の大部分は数日以内に症状が消失する急性の下痢である。急性下痢の原因としては細菌やウイルス感染に伴う感染性下痢、抗癌剤などの薬剤に起因する薬剤性下痢、キノコ毒やサバの身のヒスタミンなどに起因する中毒性下痢、食物アレルギー、虚血性腸炎、トウガラシやアルコールなどの大量摂取に起因するものが主である。

一方、3-4週間以上持続する慢性下痢の有病率は1-3%程度と報告されており、その病因は急性下痢に比較して多様性に富んでいる。慢性下痢の病因には重篤な疾患も含まれるため(表4)、できるだけ専門医による診療が必要であると考えられる。アメーバ赤痢などの慢性感染症、潰瘍性大腸炎や好酸球性胃腸炎、collagenous colitisなどの炎症性腸疾患、VIPomaや腸管悪性リンパ

表4. 慢性下痢の原因

1. 慢性感染症	アメーバ赤痢、ランブル鞭毛虫、腸結核、AIDS腸炎、エルシニア腸炎、CMV、Cap polyposis (ヘリコバクター・ピロリ感染?)、SIBO、など
2. 炎症性腸疾患	クローン病、潰瘍性大腸炎、好酸球性胃腸炎、ベーチェット病、セリアック病 大腸憩室症 (diverticular associated colitis)、radiation enteritis、など
3. 腫瘍	大腸癌、悪性リンパ腫、VIPoma、somatostatinoma、gastrinoma、など
4. 吸収不良症候群	慢性膵炎、乳糖不耐症、ダンピング症候群、など
5. 過敏性腸症候群	
6. 薬剤性	collagenous colitis (NSAIDs: 特にメフェナム酸、PPI: 特にランソプラゾール、ARB: 特にオルメサルタン)、ARBでは小腸病変が中心となることがある。 腸間膜静脈硬化症(山梔子を含有する加味逍遙散などの漢方薬)、その他
7. その他	甲状腺機能亢進症、糖尿病、他の内分泌疾患、アミロイドーシス、放射線腸障害、胆汁性下痢、胆嚢摘出後、その他

表5. 慢性下痢の診断に用いられる検査

便検査
外観 (太さ、硬さ、血液付着、など)、潜血検査、便の顕微鏡観察、白血球の数、原虫(アメーバー、など)、細菌培養、病原微生物の蛋白、毒素、核酸、の検出、便中残存栄養素(脂肪、糖質、など)、Sudan stain、fecal osmotic gap (290 - 便中Na x 2 - 便中K x 2)、便pH、lactoferrin、calprotectin、chymotrypsin、elastase、etc
血液検査
CBC、電解質、血糖、アミラーゼ、リパーゼ、など
ホルモン(VIP、gastrin、セロトニン、クロモグラニンA、など)
画像診断
CT、MRI、MR enterography、PET-CT、など
上部・下部内視鏡検査と生検診断
呼気テスト
SIBO、糖質吸収テスト

腫などの腫瘍、慢性膵炎などの消化吸収障害、甲状腺機能亢進症などの内分泌疾患、過敏性腸症候群はよく知られた慢性下痢の原因である。一方、ランソプラゾール、オルメサルタン、メフェナム酸などの薬剤が下痢の原因となりやすいことは見過ごされていることが多い。さらに終末回腸の傷害により胆汁酸の再吸収が障害されて発症する胆汁性下痢も見見過ごされていることがあるため注意が必要である。

2. 下痢の診断

1) 病歴聴取

急性下痢と慢性下痢で病因が異なるため下痢の持続期間は第一に聴取すべきである。急性下痢であれば発熱、腹痛、口や喉の渴き、便の性状(硬さ、血液の混入、粘液の混入、など)、摂食食物、薬剤、残便感、類似した症状の家族や同じ食事・生活をする人たちに同様の症状を示す人がいないか、などを聴取する。慢性下痢であればこれらに加えて体重減少、甲状腺機能亢進症や糖尿病などの全身疾患の有無、膠原病などの消化管に病変を形成しやすい疾患の有無、下痢を誘発しやすい食事の内容などに関しても聴取を行う。

2) 身体診察

診察においては腹部の異常所見に注目するだけ

ではなく、全身疾患の有無に注意をして全身の診察を行う。

3) 一般検査

急性下痢の場合には脱水の有無、電解質バランス、腎機能、炎症反応の程度など重症度を判断するための検査が最優先されるべきである。慢性下痢の場合には表5に示すように血液検体を用いた検査に加えて便の詳細な観察と基本的な検査を行うことで慢性下痢の原因の同定につながる重要な情報を得ることができる。

4) 精密検査

腹部のCT検査などの画像検査、大腸内視鏡、小腸内視鏡検査による腸管の器質的疾患の同定、内視鏡検査時に得られた生検組織を用いた検討、呼気テストによる上部小腸内の細菌の異常増殖(SIBO: small intestinal bacterial overgrowth)の有無の検討、脂肪や糖質の吸収試験を用いた消化吸収能試験、胆汁酸プールの測定、血中のVIP、gastrinなどの内分泌学的な検索などが必要となる。

3. 下痢の治療

下痢の治療はその原因によって異なるため、安易に抗コリン薬やロペラミドなどの下痢止めを対症的に使用せず、水分や電解質の投与などの脱水

対策と病因に基づいた個別化医療を行うことが重要となる。

1) 急性下痢の治療

急性の下痢の原因としては感染症，食物中毒などの頻度が高いため，下痢は病原微生物やその産生毒素，食物毒素などを体外に排出するための自己防衛反応であると考えられる。このため，急性下痢の場合には原則として下痢止めの投薬は行わず，食事制限による腸管の安静と病変の治癒促進，可能であれば経口的に，不可能であれば経静脈的に脱水の治療と電解質バランスの補正をおこなうことが重要である。不用意に下痢を止める薬物治療を行うと病原微生物や毒素の体内残留と侵入を促進してしまい病状の悪化を招くこともある。

2) 慢性下痢の治療

慢性下痢でも同様に治療の原則は病因を同定し，病因に合わせた治療を行うことである。器質的な疾患，全身性疾患がなく，薬物に起因する下痢でもない場合は，機能性の慢性下痢であると判断することになる。ただし，機能性の下痢に含まれる下痢型の過敏性腸症候群と診断された患者の1.5—10%に collagenous colitis が混入しているとする報告や，好酸球性胃腸炎が混入する可能性も考えられる。そこで器質性疾患を否定する段階で大腸，小腸粘膜の系統的な多点生検が行われてこれらの疾患の存在が否定されているかを確認することが重要である。

機能性の慢性下痢と考えられる場合には抗コリン薬である臭化ブチルスコポラミン，オピオイド受容体に作用するロペラミド，腸内細菌叢を変化させることで下痢を止めるプロバイオティックス，腸管内の水分を吸着するポリカルボフィルカルシウム，腸管の収縮作用を持つとされるタンニンサンアルブミンなどが用いられることが多い。また，

胆汁性下痢であれば消化管内での胆汁酸の吸着剤であるコレステラミンを内服してもらうことで下痢症状が軽快することが多い。過敏性腸症候群ではセロトニン受容体3の阻害薬であるラモセトロンが有効であるが，ラモセトロンは好塩基球やマスト細胞の増加を伴いセロトニンの過剰が予想される機能性下痢に対しても有効である可能性があるため，試みる価値がある。

おわりに

便秘と下痢は日常よく遭遇する病態で，対症療法と称して刺激性下剤やロペラミドなどが投薬されることがある。ところがこれらの治療が症状を長引かせたり，重症化させたり，副作用を引き起こすことも少なくない。便秘患者に下剤を用いると虚血性腸炎に伴う下血のリスクを5倍程度高くすることはよく知られている。慢性便秘，慢性下痢は原因疾患として悪性腫瘍や全身代謝疾患，膠原病などの器質的な疾患を有することがあり，また投薬中の思わぬ薬剤が慢性便秘や慢性下痢の原因となっていることもある。プライマリケアの場でエンピリカル治療を短期間行うことを否定するものではないが，一般的な第一選択治療を行っても良好な治療効果が得られない場合には迷わず専門医のアドバイスを受けるべきである。1か月以上にわたって下痢や軟便が持続する場合には何らかの異常があることのほうが多いため，病態を明らかとするための検索を行わずに薬物投薬だけを続けることは避けなければならない。

島根大学医学部附属病院消化器内科ではこのような困難例に関する問い合わせに対応するべく2種類の特設外来を開設，運営している。便秘異常外来と女性便秘異常外来であり，女性便秘異常外来は女性の医師が女性の患者さんだけを対象とし

た診療を行っている。困られた場合には島根大学
医学部附属病院地域連携センターに相談いただけ
ると対応させていただきます。

参 考 文 献

- 1) 日本消化器病学会関連研究会：慢性便秘の診断治療研究会．慢性便秘症診療ガイドライン2017
- 2) 木下芳一，他．便秘治療薬の悩みを解決．月刊薬事 2017 8月号
- 3) 日本小児栄養消化器肝臓学会，日本小児消化管機能研究会．小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン 2013
- 4) 日本老年医学会．高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015
- 5) 日本消化器病学会．機能性消化管疾患診療ガイドラインー過敏性腸症候群(IFS) 2014