#### 教育講演

## 知っているようで知らない便秘とオシリの話 一教科書にも書いてない肛門科医が診ている便秘―

大阪肛門科診療所 副院長 佐々木みのり



#### 1. 便秘とは便を秘めること

Rome IV や学会の診断基準など便秘の定義はさまざまで、その診断・治療も多岐にわたるが、われわれ、肛門科医が診ている便秘とは「便を秘めること」、だから毎日排便があっても出口付近に便が残っていれば便秘と診断している。実際に痔や肛門のトラブルで筆者の外来を訪れる患者の9割が実に毎日排便がある人で、本人に便秘の意識はゼロである。

どこに便を秘めているかで便秘を分類し治療を 組み立てると臨床的に非常にシンプルである.便 が停滞しているのは「おなか(大腸)」なのか? それとも出口の「オシリ(直腸・肛門)」なのか? それによって治療が全く異なったものになる.



### 2. 出残り便秘<sup>®</sup> と鈍感便秘<sup>®</sup>, 出口 の便秘

われわれの考える便秘(=便を秘めること)は 必ずしも本人の愁訴を伴わず、従来の便秘の定義 から外れる場合も多い.このため出残り便秘®、鈍 感便秘®という造語を用いて患者に説明してい る.また、この2つを合わせて出口の便秘という 表現もする.これらはどういった状態なのかを以 下に記す.

佐々木 みのり (ささき みのり). 平成6年大阪医科大学 卒業. 主研究領域: 肛門科

本編は平成 29 年 10 月 8~9 日に大阪府で行われた第 31 回日本臨床内科医学会での講演を整理, 要約したものである.

本来であれば排泄後は直腸・肛門は空(カラ) になるはずであるが、排泄が不完全だと出口(肛 門・直腸)に便が残るようになる これを出残り 便秘®と呼んでいる。残った便は翌日に持ち越し となるため古くなって固まってしまう。奥からど んどん新しい便が下りてくるため、次の排便のと きには出始めの便は昨日の出残り便, 奥の便は今 日の出来たてホヤホヤの便という2段積み状態に なっている. 「毎日排便があるのに出始めの便だ け硬い という排便になり、切れ痔(裂肛)を繰 り返すことになる(図1)、出残り便秘®が常態化 すると出口に便があることがあたり前になり、肛 門や直腸が便に慣れ、どんどん鈍感になっていく. そうなると便が直腸に下りてきても便意を感じな くなったり、便意を感じても出せなくなる。この 状態を鈍感便秘®と呼んでいる。出残り便秘®が 常態化すると鈍感便秘®を引き起こすのである。

出残り便秘®は毎日便通がある人が多いが、鈍感便秘®になると数日便通がないケースが多く、これを大腸性便秘と診断されて必要のない下剤を処方されているケースが多い(表1).



## 3. 出口の便秘に経口下剤は効かな い

どんな経口下剤も「これから作られる便」には効くが「すでに出来上がった便」や,ましてや「出残り便」には効かない.経口下剤は便の「製造」と「運搬」に作用するのであって,完成品である便の「排出」の過程には作用しない.排泄だけは別の問題として考える必要がある.実際に肛門疾患の患者の多くが内服下剤を使用し毎日排泄を行っているが、指診をすると直腸・肛門に残便を

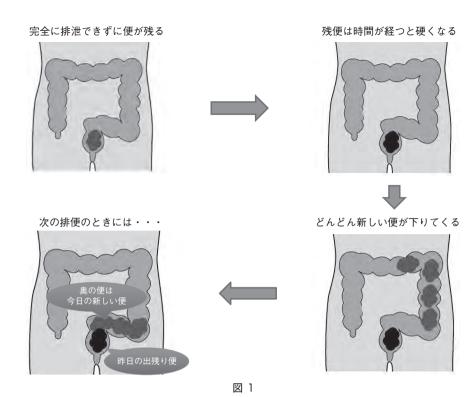


表 1 出口(肛門)の便秘

#### 出残り便秘®

- 一排泄力の低下により完全に排泄できない
- ―毎日排便がある人が多い
  - →便秘だと気づかない

#### 鈍感便秘®

- ― 便が直腸に下りてきても便意が起こりにくい
- ―毎日排便がない人が多い
  - →大腸性便秘と診断されて 下剤を処方されるケースが多い

確認できる。便の製造と運搬は上手くいっている のに、出来上がった便の排出の過程でつまずいた のである. だからつまずいた場所が悪くなり痔に なったと考えている。つまり肛門疾患は便の排泄 障害の結果ともいえる.



## 4. 蠕動運動が正常な出口の便秘に 下剤を処方しない

便の製造と運搬は上手くいっている, つまり腸 の蠕動運動が正常な出口の便秘に下剤を処方する

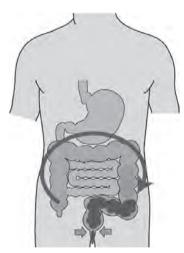


図 2 経口下剤は出口の便を奥から 押し出す

と、過剰蠕動を引き起こし腹痛や下痢を生じる. 経口下剤は出口の便を奥から押し出すことになる (図2).

出始めの便は硬いままなので肛門のトラブルは 解消しない (表2) 出始めの便は昨日の出残り便 なので、いくら下剤を増やしても切れ寿(裂肛) は治らない。そしてどんどん下剤を増量した結果、 水様便を出すようになり肛門狭窄をきたしている 症例も多い

困ったことに出残り便秘®に処方された必要のない下剤によって、かえって痔が悪化したり、肛門疾患を引き起こしてしまうことがあるため注意が必要である。マグネシウム系の緩下剤は「粘り気の強い軟便」になるため、かえって便が残りやすくなり出残り便秘®を悪化させることがある。またセンノサイド系下剤は水様便を引き起こし肛門狭窄をきたす原因となる。よく処方されるダイオウ入りの漢方薬は長期服用に陥りやすく、その結果、大腸メラノーシスを引き起こしているケースが多い(表3)

#### 表 2 「出残り便秘®」「鈍感便秘®」なのに下剤 を内服している患者さんの訴える症状

- ・下剤を飲んでも出始めだけ硬い
- ・出始め硬くて、あとの便は下痢
- ・何度も便が出て困る
- ・ずっとおなかがグルグルして痛い
- ・下剤を飲むとかえっておなかが張る
- ・便が拭き取りにくい
- ・下着に便が付く
- ・便が漏れる, 垂れ流しになる



#### 5. 部位別便秘治療(表4)

われわれは便秘の分類を部位別で行い、 どこに 便が停滞しているかで治療を変えている。大腸に 便が停滞している場合は経口下剤を選択するが、 出口(直腸・肛門)に便が停滞している場合はレ シカルボン坐剤や浣腸を使用する。上(口)から アプローチするのか下(肛門)からアプローチす るのかの鑑別は非常に重要である。両方必要な ケースも存在するし、どちらか一方で上手くいく ケースもある。なお、浣腸で迷走神経反射が起こ ることがあるため、はじめて使用する際は必ず医 師が自ら行い、最後まで排便を見守る慎重さが必 要である。奥深くまで挿入すると直腸穿孔を起こ す危険性があるため筆者は5cm 以上挿入しない ようにしている。レシカルボン坐剤は浣腸に比べ てはるかに迷走神経反射が起こりにくく, 妊産婦 にも使用できるため、安全性の高さから筆者は出 口の便秘治療のファーストチョイスにしている。



## 6. 出残り便秘<sup>®</sup> のチェックシート (表 5)

出残り便秘®の診断は指診で便を確認するかレシカルボン坐剤や浣腸で便が出るかどうかを確かめることで確定診断できるが、肛門の診察をせずに簡単にチェックできる方法がある。排便後、温水便座を使わずにトイレットペーパーでお尻を拭

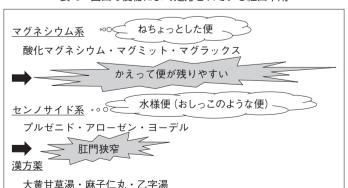


表 3 出口の便秘によく処方されている経口下剤

#### 表 4 部位別 便秘治療

大腸に便が停滞 下剤 下剤 直腸・肛門で停滞 レシカルボン坐剤 浣腸

#### 表 5 肛門の診察をせずに「出残り便秘®」を チェックする方法

- ・温水便座を愛用している
- ・何度も紙に便が付く、拭く回数が多い
- ・1日に何度も便が出る
- ・食べるたびに便が出る
- ・くさいオナラがよく出る
- ・おなかが張る
- ・下着に便が付く
- ・紙で拭く度に便が付く



温水で刺激して排便してい た症例

温水で1分間洗浄していた 症例

図 3 温水便座症候群

用していた症例

1日に何度も温水便座を使



図 4 温水便座による外傷性裂肛

温水便座の水圧を強にして長時間洗浄したり、トイレットペーパーやタオルなどの頻回の摩擦により生じる. 通常の裂肛と違い肛門縁より外側に生じ、多発傾向がある. 過剰衛生による皮膚障害も伴っている.

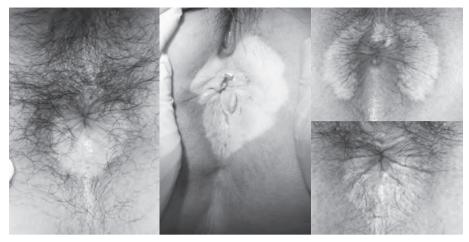


図 5 温水便座による色素脱失 温水便座長期使用例は境界明瞭な色素脱失を生じていた。そう痒により掻破している症例が 多い、いずれも真菌培養検査は陰性だった。



図 6 過剰衛生による稗粒腫 稗粒腫とは表皮にできる角質嚢で、上皮がはがれたり、創傷治癒後に汗管が閉塞して生じる、 過剰衛生により上皮がはがれることにより生じたと思われる。

いてみて、3回目に便が付いていたら残っている やすく、15分以上洗ったり、水圧を強くして刺激 可能性大である. して残便を出しているケースもあり(筆者はこれ



## 7. 温水便座症候群(図3)

便がスッキリ出し切れずに残るとキレイに拭き 取れないものだから温水で洗う習慣が生じやす い. 実際に出残り便秘®の患者の多くが温水便座 愛用者である. 洗うという行為はエスカレートし やすく、15分以上洗ったり、水圧を強くして刺激して残便を出しているケースもあり(筆者はこれを「温水便座浣腸」と呼んでいる)、水圧で肛門縁に傷が多発する(筆者はこれを「温水便座切れ痔」と呼んでいる)。洗い過ぎた肛門はボロボロになり多彩な皮膚障害を生じる(図 4~7)。





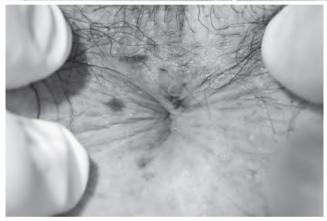


図 7 過剰衛生による色素斑 黒子(ホクロ)のような色素斑が生じる.過剰衛生によってバリアー機能が障害 され、表皮のメラノサイトが刺激により増殖したものと思われる.



## 8. 手術が必要な痔はほとんどない

「寿=手術」という認識をもっているのは患者だけでなく他科のドクターも同様のようである。 「肛門科に紹介したら何でも手術されるから患者も怖がるし紹介できない」と内科のドクターからたびたび相談を受けたことがあるが、手術が必要な寿は非常に少ない。そもそも寿はどんなにひどくても良性疾患である。寿があっても何も困ったことがなく、患者自身が手術を望まないのであれば手術治療は選択すべきではないと考える。寿の原因となった便通を治すことで、寿はなくならな くてもずっと上手くつき合って行けるケースが多い.



### 9. 出口の便秘をなおせば痔とはつ き合える

痔は排泄の結果である.痔を引き起こした原因である便通や排泄習慣を改めなければ,たとえ手術して痔を取り除いても,何度でも痔を繰り返すことになる.逆に痔の原因である「出残り便秘®」や「鈍感便秘®」をなおせば痔が劇的に改善し,症状がなくなるケースを多く経験している.便があるときとないときとでは別人のお尻になる患者が多い.排泄直後に変化が確認できることも数多く

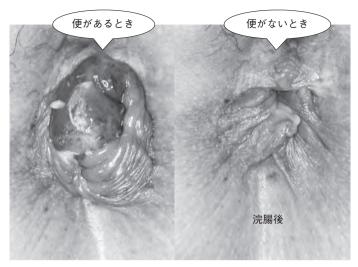


図 8

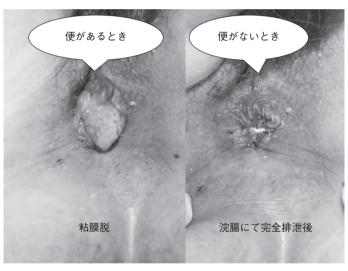


図 9

経験している (図8~10).



# 10. 手術しなくてもなおる痔「血栓性外痔核」「見張りイボ」

肛門を専門にしていない医師が脱肛と間違って 手術してしまう痔を二つ紹介したい.

一つは血栓性外痔核,いわゆる「お尻の血豆」である.これは血栓が形成されたせいで痔核のように腫れ上がっただけなので,血栓が吸収されてなくなれば,腫れもウソのように引いてしまう.

ある日突然お尻が腫れる,しかもその腫れもド派手であったり,痛みも強いため患者が血相を変えて緊急で受診することが多い.痛みの性質は特徴的なので問診である程度察しがつく.表面的なヒリヒリした痛みで,触ると痛い,当たると痛い,でも不思議と排便のときは痛くない,むしろ紙で肛門を拭くときのほうが痛い.座ったり立ったり,動作の始めが痛い,歩いて擦れて痛いといった物理的な刺激で痛むことが多い.パチンコ玉のような腫れ,コリッとした腫れと表現されることが多

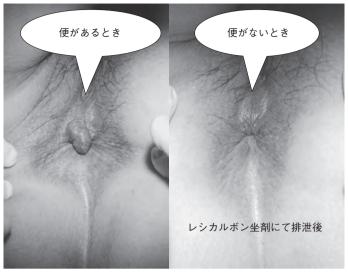


図 10



図 11

く,実際,視診でも確認できる.皮膚の上から血栓が透けて見えるので注意深く観察すれば診断は容易である(図11).治療は原則保存治療である.手術は不要である(筆者は手術をしてはならないと教育された).痛みのピークは3日くらいであるから,その期間だけ鎮痛剤入りの軟膏(筆者はアネステジン軟膏を処方している)や鎮痛剤を必要に応じて使用すれば事足りる.なお,血栓性外痔核の急性期の痛みには麻杏甘石湯が有効であ

る. 筆者は3日間ほど処方している. 1週間もすれば痛みはずいぶん落ち着くので患者にもそのように説明すると安心し、手術をしなくてもいいことを喜んでくれる. ただ腫れがひくのには1ヵ月くらいかかるので,気長に待つよう説明している. 腫れがひけば元通りの肛門に戻ることが多いが、あまりにも大きく腫れた場合は皮膚のたるみが残ることもある (図12,13).

2つ目は「見張りイボ」と呼ばれる切れ寿(裂

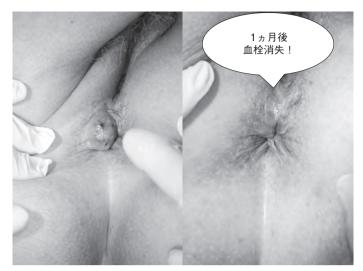
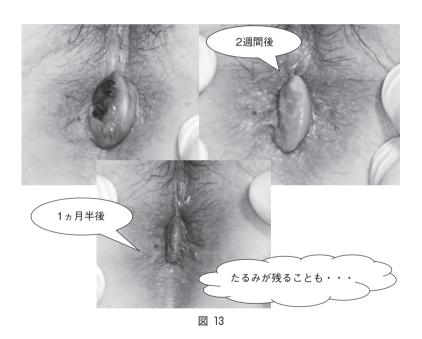


図 12



肛)の炎症でできた皮膚の突起物(たるみ)である(図 14). これは切れ痔(裂肛)の傷が便で汚染され、傷の周りが炎症で腫れ上がって形成されたものであるから、切れ痔(裂肛)の治療をしなければ、これだけを手術で切除しても意味がない. 「この奥に切れ痔がありますよ」というナインであるから「見張っているイボ」ということで「見張りイボ」と呼ぶ. つまり切れ痔の証拠である.

残念ながら切れ痔(裂肛)が治っても見張りイボは残ってしまうが、これは痔ではなく「皮膚のかたまり」なので切除の必要はない。若い女性患者だと「見た目」を気にして切除を希望する場合があるが、手術が必要ないとわかると喜ぶ患者が圧倒的に多い。筆者の外来には、この見張りイボを専門外の医師に何度も手術を受けている患者が多く受診しているが、脱肛(いぼ痔)と間違えられ



図 14

て手術をされている. 肛門科以外の医師にも周知 徹底したい疾患の一つである.



### 11. 内科における痔保存治療のススメ (表 6)

痔を扱うのは肛門科である.しかし肛門を専門にしている医師は非常に少なく,専門的な修練を積まなければ正確な診断と適切な治療が難しい.トレーニングできる施設が限られているということも背景にあるが,専門施設での修練経験のない医師が安易に注射療法や手術を行っている現状を何とかしたいと以前より考えていた.内科医師からも「肛門科に紹介したいけれど,すぐに手術をするから患者が怖がって受診してくれない.何とか手術をせずに治療できる方法はないものか?」と相談を受けることが多かった.

そこで内科における痔保存治療をお勧めしたい. 肛門科を標榜する施設に紹介して必要のない手術をされるくらいなら,手術を望まない患者は内科において保存治療をし,定期的なフォローをすることで,双方にとってもメリットがあると考えた. その際の注意点を表にまとめた(表6). 「大腸と肛門に悪性腫瘍がないこと」が大前提である.あわせて40歳以上の人には2~3年に1回の大腸内視鏡検査も勧めたい. なお,大腸内視鏡検査で痔を指摘され,不安になって肛門科を受診するケースも多く,症状がなければ手術の必要がない

#### 表 6 内科における痔の保存治療

- ・大腸と肛門に悪性腫瘍がないことを確認する
- ・経口下剤を処方する前にレシカルボン坐剤の処方 を検討
- ・温水便座の使用中止を提案
- 手術といわれた患者さんにセカンドオピニオンを すすめる
- ―手術適応は医師によって異なる
- 一手術が必要な痔疾患は5%以下

ことも患者に説明していただきたい。そうすることで必要のない手術を受ける患者を少しでも減らせるだろう。



## 12. さいごに一寿の根本治療は痔の原 因となった便通を治すこと

薬も注射療法も手術も対症療法である。 痔を生み出した原因である便通を治さなければ,手術しても何度でも痔を繰り返す.

出残り便秘®と鈍感便秘®を治療することで痔が改善することを経験し、当院での手術件数は10年前の10分の1に減少した。医療の売り上げは激減したが患者の笑顔は増えた。便通を治すことでこれほどまで痔が改善するとは筆者も予想しておらず、自分たちの仕事がなくなる危機感を覚えながら日々の診療を行っている。かつて虫垂炎といえば手術治療がスタンダードであったが、今や保存治療があたり前となっている。外科医が虫垂炎に関してメスを置いたように、肛門科医も痔の治療でメスを置くときがきているような気がしている。そしてそのほうが患者も、患者のお尻にとっても、さらには日本の医療費削減のためにも、必要のない手術が減ることは幸せな結果を生み出すと信じている。

痔をはじめ肛門のトラブルの背景にある「出残り便秘®」と「鈍感便秘®」が広く周知され、内科で治療されることによって必要のない手術を受ける患者さんが減り、お尻のことで悩める人が救われることを願っている。

著者の COI 開示:本論文において開示すべき利益相反 関係なし.