

# 6 便秘

## 1. 定義

便秘に関する定義はいくつかあるが、日本内科学会は「3日以上排便がない状態、または毎日排便があっても残便感がある状態」と定義している。また、積極的抗がん治療を受けていないがん患者に関するものとしては欧州ワーキンググループによる定義があり、便秘とは「少量の硬い便がまれにかつ困難感を伴って通過すること」とされている。一方、過敏性腸症候群の診断基準である Rome IV criteria のなかに、オピオイド誘発性便秘症（opioid-induced constipation：OIC）が新たな定義として加えられている。

本ガイドラインでは、日本緩和医療学会「緩和医療ガイドライン委員会がん疼痛薬物療法ガイドライン改訂 WPG」の定義と同じく、「腸管内容物の通過が遅延・停滞し、排便に困難を伴う状態」と定義する。しかし、明確にコンセンサスの得られた便秘の定義は存在しないため、ここでは便秘を主観的な症状の観点から述べる。

## 2. 疫学

緩和ケアを受けているがん患者の便秘の頻度は 32～87%とされているが、英国ホスピスに入院している終末期がん患者においては、約 50%が便秘であったと報告されている。疾患ごとに検討した系統的レビューでは便秘の頻度は異なり、がん 23～65%、後天性免疫不全症候群（AIDS）34～35%、心疾患 38～42%、慢性閉塞性肺疾患（COPD）27～44%、腎疾患 29～70%であった。

## 3. 原因・分類

便秘は個人の生活様式や食習慣にも大きく関連するが、緩和ケアにおける便秘の原因としては主として、①がんによるもの、②薬剤性、③併存疾患の3つに大別される（表1）。がん患者の場合には、これらの要因が複合的に便秘の原因となることが多いこと、および長期化する可能性が高いことに注意が必要である。

## 4. 評価

排便の習慣は患者個人によって異なるため、最近と現在の排便に関する十分な問診が重要である。最後の排便の時期、便の性状、回数、量、排便時の感覚（緊張、痛み、困難感）、便中の血液や粘液の有無などを聴取する。さらに、腹痛、鼓腸、ガスの貯留、悪心、不快感、頭痛、口臭、下痢などの症状の有無も確認する。排便回数については、単に回数だけではなく、自然排便の回数（spontaneous bowel movement；SBM）<sup>\*</sup>を評価することが、治療効果を確認する場合には必要とされる。

<sup>\*</sup>：SBM  
追加の下剤投与によらない排便。

表 1 便秘の原因

がんによるもの (直接の影響)	消化管閉塞 (腸管内の腫瘍, 腹部・骨盤腫瘍からの外圧迫), 脊髄損傷, 高カルシウム血症
がんによるもの (二次的な影響)	経口摂取不良, 低繊維食, 脱水, 虚弱, 活動性の低下, 混乱, 抑うつ, 排便環境の不整備
薬剤性	オピオイド, スコポラミン臭化水素酸塩, フェノチアジン系抗精神病薬, 三環系抗うつ薬, 抗パーキンソン薬, 制酸薬 (カルシウム, アルミニウム含有), 利尿薬, 抗けいれん薬, 鉄剤, 降圧薬, 抗がん剤
併存疾患	糖尿病, 甲状腺機能低下症, 低カリウム血症, 腸ヘルニア, 憩室, 直腸ヘルニア, 裂肛, 肛門狭窄, 脱肛, 痔瘻, 腸炎

[Oxford Textbook of Palliative Medicine, 5th ed, Oxford University Press, 2015 より引用]

便秘の主観的評価ツールとしては、通常の症状評価と同様の Visual Analogue Scale (VAS) 以外に、Constipation Assessment Scale (CAS) があるが、日本語版を用いることも可能である。本評価尺度はモルヒネの副作用による便秘患者のケアを目的として開発された尺度であるが、日本語版 CAS はモルヒネを投与していない健常者においても妥当性が確認されている。質問項目は、①お腹が張った感じ、ふくれた感じ、②排ガス量、③便の回数、④直腸に内容が充満している感じ、⑤排便時の肛門の痛み、⑥便の量、⑦便の排泄状態、⑧下痢または水様便などの 8 項目について、各々 3 段階にて評価を行う方法である。各項目は「大いに問題あり」「いくらか問題あり」「まったく問題なし」の 2 点から 0 点で得点化され、最高点は 16 点となる。

便の性状や硬さは、腸管の通過時間を反映しているとされている。評価ツールとしては Bristol Stool Form Scale があり患者の自己評価が可能である。

腹部の診察では便塊の有無、蠕動の状態、圧痛の有無などを、直腸診では便の有無の確認、狭窄や痔核の有無や肛門括約筋の緊張状態などを確認する。便秘の重症度や原因病態の診断のための客観的な評価方法としては、便通の頻度、腹部単純 X 線写真による消化管閉塞の有無や便塊の確認などがある。また、特殊な方法として X 線不透過性マーカーなどを用いる消化管通過時間の測定、ラクトロース内服後の呼気中水素ガス測定法による小腸通過時間の測定がある。

## 5. 治療

便秘の原因は複数ありかつ長期化することから、継続的な評価が重要となる。便秘に対する治療の有無にかかわらず、排便パターンおよび排便に関する自覚症状が改善しているのか悪化しているのかを観察することは必要である。ある薬剤が便秘の原因と考えられるのであれば、他の薬剤へ変更することや投与経路を変更することで便秘が改善することもある。

便秘の予防には、患者が生活習慣を積極的に変えていくようにするための患者教育が中心的役割を果たす。具体的には、①通常の排便がしやすいようなプライバシーと快適さの確保、②水分や繊維質の積極的な摂取、③身体活動を促すこと、④オピオイドなどの薬剤による便秘の予測と予防的な緩下薬の処方などが挙げられる。

便秘に対する治療薬は、本ガイドラインの推奨のなかで記載された、浸透圧性下

剤，大腸刺激性下剤，ルビプロストン以外に末梢性オピオイド受容体拮抗薬（peripherally-acting  $\mu$ -opioid receptor antagonist；PAMORA）<sup>注</sup>がある。

本邦で使用可能な PAMORA としてはナルデメジンがあり，プラセボとの比較で SBM を統計学的に有意に増加させた。他の下剤との間での位置づけについては明確になっていないが，海外のガイドラインでは他の下剤で十分な効果が得られない場合の薬剤として位置づけられている。

（大坂 巖，久永貴之）

#### 【参考文献】

- 1) Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, et al. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliat Med* 2008; 22: 796-807
- 2) Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterol* 2016; 150: 1393-407
- 3) Sykes NP. Constipation and diarrhea. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, et al eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 5th ed, New York, Oxford University Press, 2015, pp675-85
- 4) McMillan SC, Williams FA. Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale. *Cancer Nurs* 1989; 12: 183-8
- 5) O'Donnell LJ, Virjee J, Heaton KW. Detection of pseudodiarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *BMJ* 1990; 300: 439-40
- 6) Miles C, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD003448

注：系統的文献検索を行った 2016 年 2 月 29 日時点では発売前であり国内で利用できなかったため，文献適格基準を満たさず推奨の対象としなかった。