



肛門疾患 診療のABC



ジェネラリストが知っておくべき基礎と実践



編著

山口トキコ
マリーゴールドクリニック 院長

「肛門疾患＝手術」
ではない！

診察の極意
が満載！

◆ 専門医も必読
解剖学の専門家による解説あり

▶ 肛門管の筋構造 (横紋筋=骨盤底と会陰の骨格筋)

外肛門括約筋 (外括約筋)

! 非専門医も知っておくべきこと

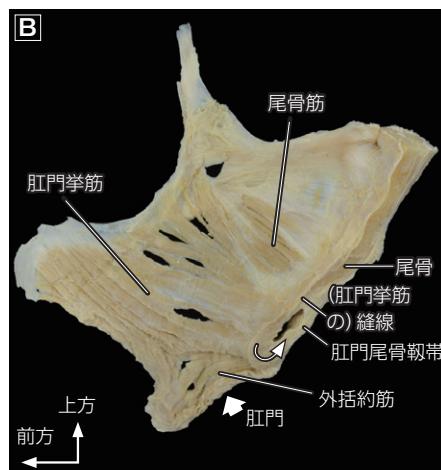
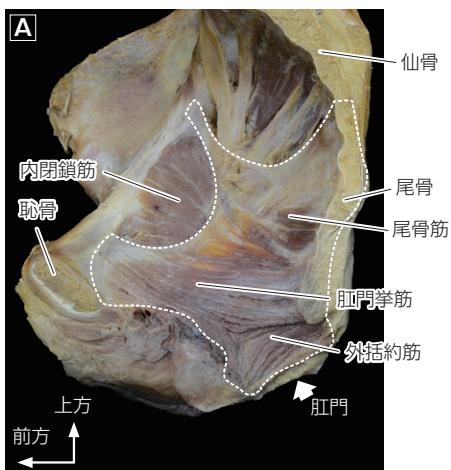


動画1

肛門管の筋層の最外層をつくる外括約筋は横紋筋からなる随意筋であり、主にタイプIの遅筋線維で構成され、長時間の収縮に適応している。過去には、深部・浅部・皮下部の3つの部分からなると考えられていたが、現在ではこの概念は否定され、連続的なシート状の筋とされる (図5A)¹⁷⁾。簡易的な図では円形のリング状に描かれるが、実際は前後に長い楕円筒形である。また、外括約筋のみが独立した筋として描かれることもあるが、実際は上方で肛門挙筋との境界なく線維を交えるため、独立した筋ではなく肛門挙筋と一体の構造である¹⁸⁾ (図5A, 動画1)¹⁷⁾。

+ 専門医向け+α

外括約筋の後壁は肛門尾骨靱帯によって尾骨方向へ吊り上げられるため、下部がめくれ上がる



筋単離標本 (内側から見た)

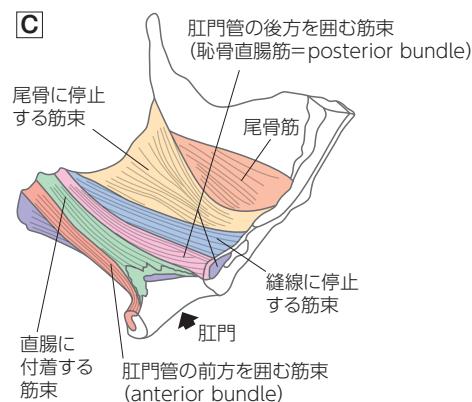


図5 肛門挙筋の筋束構成

A:解剖体の骨盤標本 (女性)。内側から骨盤内膿を取り除き、肛門挙筋、尾骨筋、外括約筋を剖出している。

B:解剖体標本から肛門挙筋、外括約筋、尾骨筋、尾骨 (Aの点線で囲んだ部分) を一塊に単離した標本。外括約筋は独立した筋ではなく、肛門挙筋と一体の構造である。外括約筋の後壁は肛門尾骨靱帯によって吊り上げられ、後上方へめくれ上がったような形をしている (曲矢印)。

C:肛門挙筋と尾骨筋のスケッチ。停止部により筋束を分類し色わけして示している。肛門管に構造的および機能的に関与する肛門挙筋の筋束としては、肛門管の前方を囲む筋束 (anterior bundle), 後方を囲む筋束 (posterior bundle: 恥骨直腸筋), 直腸に付着する筋束が重要である。

(C:文献17より作成)

Q1

肛門鏡診を行わないと痔疾患の診断はできませんか？

A

ほとんどの痔疾患は、問診・視診・指診で診断できます。肛門鏡診は主に手術が必要な内痔核や肛門ポリープにおいて、治療方針を決めるために行われます。

解説

問診が最も重要

先述した通り、専門医は問診→視診→指診→肛門鏡診の順で診察を行っている。問診から疾患を想定して、最終的に肛門鏡によって肛門管や直腸下部を肉眼的に見て、病名を決定するのである。診断結果は多くの場合、問診時の予想と一致するが、例外もある。例外とは、患者が訴える症状（問診）と、実際に視診・指診をした所見（診察）が噛み合わない場合である（☞総論、2章2参照）。

問診のコツさえつかむことができれば、肛門鏡を使わなくても問診→視診→指診によって診断は可能であると考えてよい。肛門鏡診や大腸内視鏡検査は、これらの診察の答え合わせのために行われていると言っても過言ではない。

肛門鏡診が必要になるとき

では、肛門鏡診は何のために行われているのかというと、簡単に言えば手術の準備・検討を行うためである。

肛門鏡でみることができるのは、内痔核、裂肛、肛門ポリープである。肛門の内部を直接みることができるので、どの場所に異常があるか、それが何箇所あるかがわかる。内痔核については、脱出の程度がわかるので、手術適応の有無を判断できる。肉眼的に赤い膨らみがあれば血管性、直腸粘膜の色と同じ膨らみがあれば粘膜性などの区別も可能である（☞3章1参照）。両方が混在している内痔核もある。これらの情報は、手術の術式を検討する上で役に立つ。

たとえば、血管性であれば、ALTA療法*のような硬化療法が選択肢のひとつとなるし、粘膜性であれば、ゴム輪結紮法も可能と予想できる。内痔核につながるようにできる肛門管内外痔核は、外から見えない場所にできるため診断が難しいが、専門医が肛門鏡を上手に使用して患部をみることができれば、診断が可能になる。

このように、手術を行う前には肛門鏡を使った詳細な診察が必要となる。裂肛は手術になるケースは少ないが、傷の程度がわかれば、治療薬を検討する際の参考になる。たとえば、慢性化した深い傷がみられれば、ステロイド含有の注入軟膏に加え、抗炎症薬の内服薬を処方するなど、きめ細かな治療が可能になる。また、脱出する肛門ポリープの茎の長さ、ポリープの大

コラム①

クローン病に伴う肛門病変を見逃さない

クローン病は全消化管に発生する、原因不明の炎症性腸疾患であり、肛門病変は診断基準における副所見であるが、70~80%に合併すると言われている。そして肛門病変が先行する例は30~40%との報告もある。

通常の肛門疾患と異なる外観を呈するため、その特徴を理解することはクローン病の早期発見、早期治療につなげるために大切である。ここではクローン病に合併する肛門病変の特徴を、通常の痔疾患と比較しながら解説する。

Hughes分類

クローン病の肛門病変をまとめたものとしてHughes分類がある(表1)¹⁾。これはクローン病そのものの病変であるprimary lesion(原発性病変)、そこから炎症が波及し慢性化したり感染を引き起こしてできたsecondary lesion(続発性病変)、クローン病とは関係がなく偶発的にできたincidental lesion(偶発性病変)に分類している。

表1 Hughes分類

Primary lesion(原発性病変)	クローン病の腸管病変と同じ病理変化
Secondary lesion(続発性病変)	Primary lesionからの機械的、物理的、感染性合併症
Incidental lesion(通常型病変)	クローン病とは直接関係のない病変

Primary lesion	Secondary lesion	Incidental lesion
<ul style="list-style-type: none">Anal fissureUlcerated edematous pileCavitating ulcerAggressive ulceration	<ul style="list-style-type: none">Skin tagsAnal/rectal stricturePerianal abscess/fistulaAnovaginal/rectovaginal fistulaCarcinoma	<ul style="list-style-type: none">PilesPerianal abscess/fistulaSkin tagsCryptitis

(文献1より改変引用)

クローン病の特徴的な肛門病変

日本の厚生労働省研究班が作成したクローン病の診断基準では、副所見として「特徴的な肛門病変」があり、裂肛(図1)、深掘れ潰瘍(図2)、肛門周囲膿瘍(図3)、痔瘻(図4)、浮腫状皮垂(図5)などを挙げている。

このような特徴的な肛門病変に遭遇した場合は、クローン病の可能性を念頭に置き積極的に消化管の精査を行い、クローン病の早期発見に努めるべきである。特に10代の痔瘻患者はクローン病の可能性が高く、痔瘻の形態、消化器症状の有無にかかわらず、積極的に大腸内視鏡検査を行う必要があるという報告がある²⁾。



通常の裂肛
肛門上皮が過伸展された裂肛。



クローン病に合併した裂肛
肛門管から生じる多発した潰瘍(primary lesion)。
不良肉芽を認め、湿っぽい。

図1 裂肛の比較



通常の慢性裂肛
内括約筋線維が露出している。



クローン病に合併した深掘れ潰瘍
有痛性の深掘れ潰瘍(primary lesion)。
周囲に瘻孔を認める。

図2 慢性裂肛と深掘れ潰瘍の比較



通常の肛門周囲膿瘍
肛門陰窩からの肛門腺の感染。
膿瘍腔は明らかである。



クローン病に合併した肛門周囲膿瘍
直腸肛門潰瘍からの感染によってできた肛門周囲膿瘍
(secondary lesion)。痔瘻の二次口も認める。
膿瘍期と瘻管形成期が混在。

図3 肛門周囲膿瘍の比較



図2 裂肛(肛門鏡診による所見)
後方(左が6時)に出血を伴う裂肛を認める。

慢性化すると内括約筋に炎症をきたし、肛門の拡がりが悪くなってしまい(肛門狭窄)。その結果、便が細くなるばかりでなく、狭い肛門から無理やり便を出そうとすると、痛みが強くなり、1日中痛みが続くことがある。

肛門癌 (☞コラム③参照)

痛み 弱 ↑ 強 ↑

肛門管を中心に発生する癌を肛門管癌といい、肛門周囲皮膚に発生するものも含めて肛門癌と呼ぶ(図3)。欧米では肛門癌のうち扁平上皮癌が大半を占めているが、日本では腺癌が最も多く、扁平上皮癌の頻度は2割程度である。喫煙やヒト免疫不全ウイルス(HIV)、ヒトパピローマウイルス(HPV)、肛門性交歴がリスク因子として挙げられ、50~70歳の女性に多く発症しやすい希少疾患である。

排便時の痛みのほか、肛門周囲の痛み、出血、腫瘍を触知する、便が細くなるといった症状もあるが、特徴的な症状はほとんどない。患者が内・外痔核や裂肛と勘違いしていたケースも少なくない。

症状は裂肛に似ているが、腫瘍が小さいと問診・視診のみで区別できるケースは少ない。患者が排便時の痛みを訴えるときは、癌の可能性を常に念頭に置いて診察する必要がある。

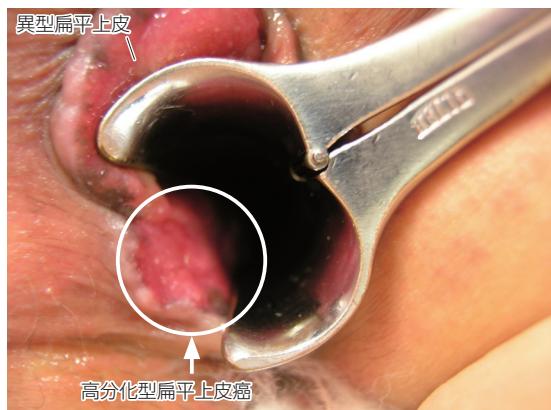


図3 肛門管癌
肛門管内に癌が発生し、裂肛と間違えられた症例。

A ステロイド含有

症状が強いときに処方することが多い。

B ステロイド非含有

症状が弱い裂肛や、症状が治まってきたときに処方する。

外用薬の分類を表1に示した。また、表2に主要な薬剤の特徴についてまとめた。以下に筆者の使用例を紹介する。薬剤選択の考え方の一例として、参考にされたい。なお、それぞれの薬剤名の末尾のアルファベットと丸数字は、表2に対応している。

表1 主要な外用薬の分類(西洋薬)

	ステロイド含有	ステロイド非含有
一般名	大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏	ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤 リドカイン・アミノ安息香酸エチル・次没食子酸ビスマス配合坐薬
商品名	強力ポステリザン [®] (軟膏)	プロクトセディル [®] 軟膏・坐薬
	ヘモポリゾン軟膏	ヘルミチン [®] S坐剤
抗炎症作用	ヒドロコルチゾン	ヒドロコルチゾン
鎮痛作用		ジブカイン塩酸塩
止血作用		リドカイン
その他	大腸菌死菌浮遊液 (局所感染防御作用) (肉芽形成促進作用)	エスクロシド フランジオマイシン (抗菌作用)
適応	内・外痔核・裂肛	内・外痔核・裂肛 内痔核・裂肛 軟膏は内・外痔核・裂肛 坐薬は内痔核のみ

筆者の処方戦略—外用薬(西洋薬)**症状が強い場合(出血が多い・痛みが強い・腫脹が激しいなど)**

第一選択: ヒドロコルチゾン・フランジオマイシン配合剤(プロクトセディル[®]軟膏・坐薬、ヘモレックス軟膏)(表2-A②)

→ポイント: ステロイドの含有量が多く、抗炎症・止血・鎮痛効果に優れる。各症状に効能があり、幅広く使える。非専門医・専門医ともによく処方。

症状が軽くなってきた場合(維持)

第一選択: 大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏[強力ポステリザン[®](軟膏)、ヘモポリゾン軟膏](表2-A①)

Q2

患者さんが手術を希望しない場合、保存治療を継続しても問題ありませんか？

A

他の疾患と同様に、治療の選択権は患者さんにあります。痔疾患は良性疾患であり、患者さんがQOLの低下を気にしなければ、無理に手術を勧めることはできませんが、手術適応のある脱出する内痔核（grade II～IV）や肛門ポリープ、直腸脱、肛門狭窄、痔瘻に対して外用薬を使用しても効果はありません。手術の必要性について説明した上で、患者さんが拒否するのであれば仕方ありませんが、深部痔瘻を10年以上放置した場合は、癌化の危険性があると忘れずに伝えて下さい。

解説

実際の症例と対応

筆者のクリニックにも、手術適応の疾患でありながら、手術に踏み切れない患者は多くいる。実例と筆者の対応を紹介するので、参考にしてもらいたい。

内痔核grade IIIの患者

長年排便時に内痔核が脱出し、手で押し込んでいるものの「手術は怖い」「術後が痛そう」と、手術に踏み切れない患者である。毎日、便秘薬の内服で便通を整えながら、たまに嵌頓して痛みや出血があると注入軟膏を使用して、現状維持を続けている。

この患者の場合、便秘改善が最も大事な治療であり、排便時間も短縮できて、内痔核の程度もgrade IIIから脱出したままのgrade IVに進行しないでいる。

直腸脱の患者

高齢者に多い直腸脱の場合も、全身麻酔で手術を受けることに躊躇する患者やその家族がいる。できるだけ排便時の力みを少なくするように便秘薬を処方するが、便が緩くなってしまうと肛門の締まりが悪いために、便漏れを生じることがあるので、便秘薬の量の調節が必要である。

機能性肛門狭窄の患者

痛みが激しい肛門狭窄の患者の場合、自ら手術を希望する方が多い。ただし、鎮痛薬でコントロールできる患者の場合、便秘薬や外用薬、炎症を抑える内服薬などで粘り強く治療を続けることで裂肛が治癒し、内括約筋の痙攣が治まって痛みが軽快することがある。

排便姿勢 一ロダンの彫刻「考える人」

便を出すときの姿勢も重要である。筆者は、腹圧が弱い高齢の女性、便が出るまで時間のかかる患者に対して、排便姿勢の指導を行っている。

平常時には、恥骨直腸筋に引っ張られて、直腸と肛門の角度(直腸肛門角、図2)が鋭角になることで、禁制を保っている。排便時には恥骨直腸筋が弛緩し、また会陰が下降することで、直腸肛門角が開大する。そこへ、重力と腹圧による押し出す力(怒責)と内・外括約筋の協調運動が加わることで排便する。この際、上半身と太ももで作る角度が約35°になるように前傾姿勢を取ると、直腸と肛門が一直線上になり、便が出しやすくなる。洋式トイレで、足がぶらぶらする場合は、足置き台を置いて屈曲位を取ることが大切である(図3)³⁾。ロダンの彫刻「考える人」のポーズと伝えるとわかりやすい。

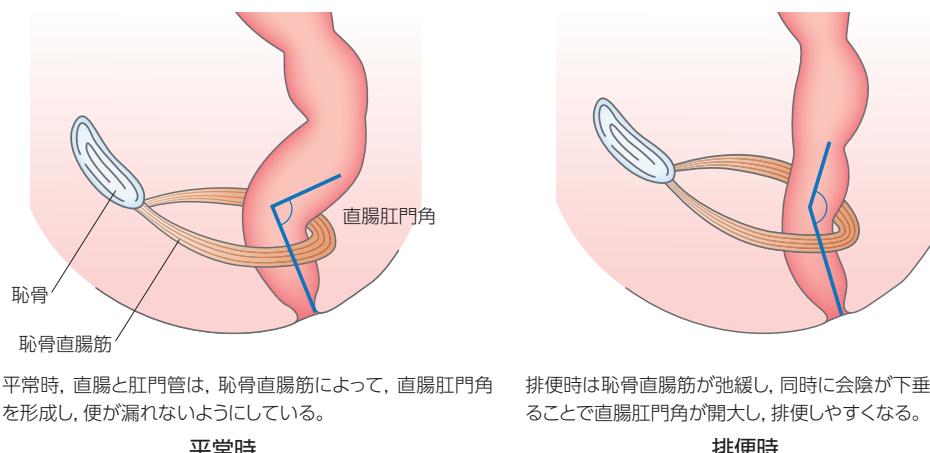


図2 直腸肛門角

温水洗浄便座の使い方

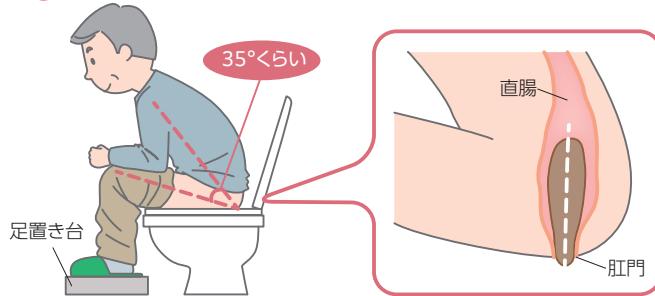
温水洗浄便座は、肛門や女性器を洗浄する機能を備えた便座であり、日本での普及率は約80%と言われている。使用する際は、洗浄水の勢いは弱、温度はやや高め、洗浄時間は10秒程度、水分はトイレットペーパーで押さえるように拭くのがよいとされている。

この便座の水圧刺激で、便意を惹起させて排便する習慣の患者がいるが、極力禁止すべきである。なぜなら、自然に起こる便意が失われるからである。

もし便意を感じにくい直腸知覚低下があれば、直腸内で炭酸ガスを発生させ蠕動運動を亢進することにより排便を促す坐薬の使用を考えるべきである。温水洗浄便座を使いすぎると、皮脂膜が薄くなり、皮膚のバリア機能が低下して、かゆみの原因になる可能性が示唆されている。

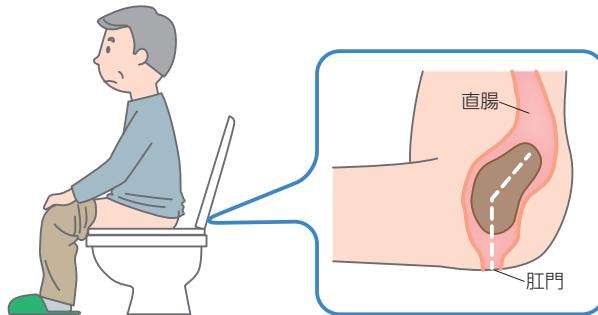
筆者は、肛門周囲搔痒症の患者に温水洗浄便座使用の有無を確認している。しかし、使用していない患者も多く、直接的な原因とは考えにくい。一方で、手で搔く代わりに、温水洗浄を1分以上と長く使用している患者もいる。

○ 排便がスムーズになる姿勢



上半身と太ももでつくる角度が35°くらいになるように上半身を前傾すると、直腸から肛門にかけてまっすぐに近い形になり、排便しやすくなる。

✗ 排便がしにくい姿勢



背筋を伸ばした姿勢では、直腸から肛門が「く」の字のようになり、排便しにくい。

図3 排便姿勢

洋式トイレで排便する場合、背中と大腿の角度が90°以上だと、直腸と肛門の角度が鋭角となり、排便しづらい。足がぶらぶらする場合は、足置き台を置いて、屈曲位を取ることで、排便しやすくなる。

(文献3より作成)

温水洗浄便座は使い方を誤れば弊害も生じるが、拭きすぎを予防できて、皮膚をいたわることにつながるので、正しく活用できるように指導するとよいだろう。

文献

- 1) 日本消化管学会:便通異常症診療ガイドライン2023—慢性便秘症. 南江堂, 2023.
- 2) Agachan F, et al: A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. Dis Colon Rectum. 1996;39(6):681-5.
- 3) 吉田製薬株式会社: ブリストル便形状スケール(ポケットサイズ).
[<https://www.yoshida-pharm.co.jp/pdf/tool/t21.pdf>](2025年10月閲覧)

(相川佳子)