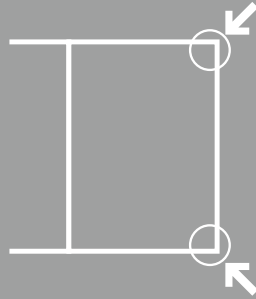
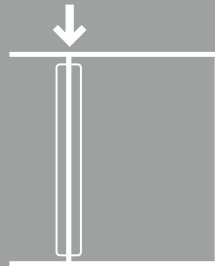


四隅 クリックでページ移動(全8ページ)



中央 クリックで全画面表示(再クリックで標準モードに復帰)

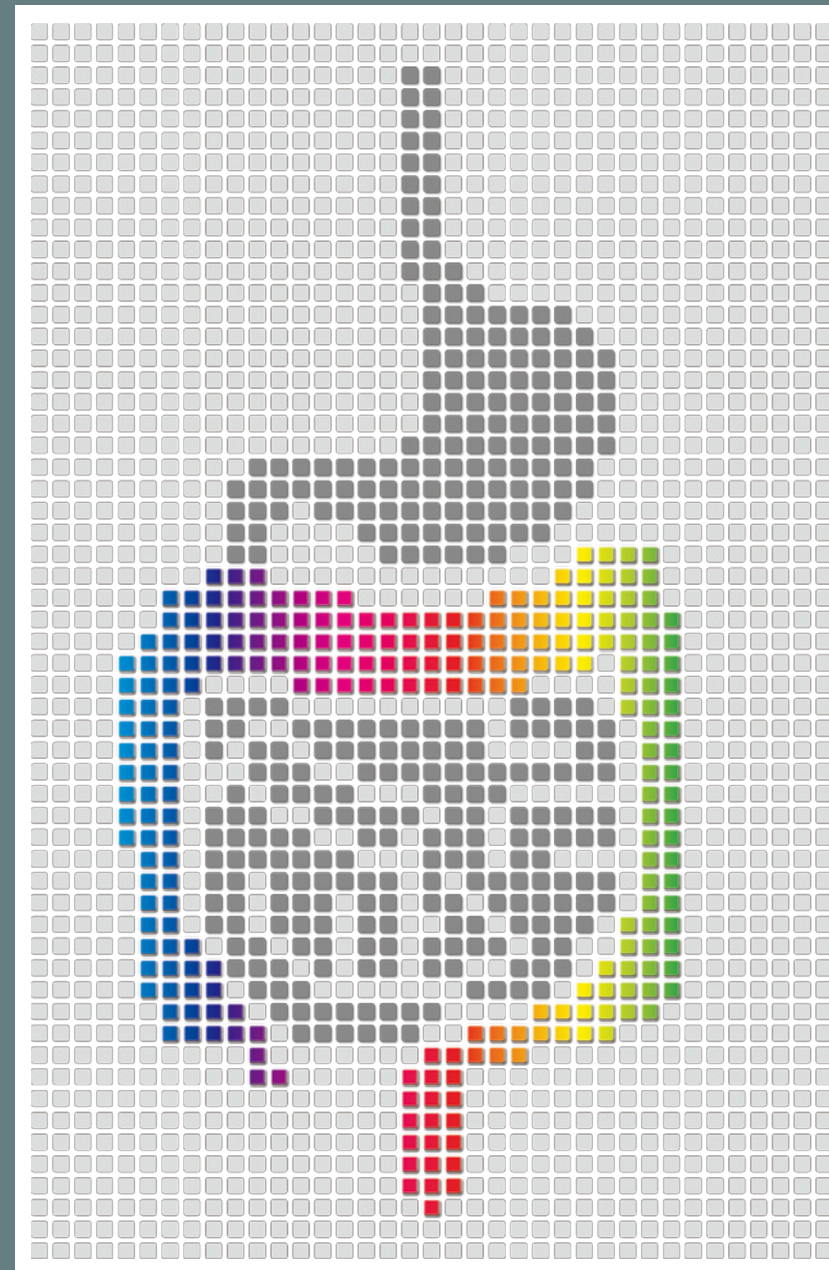


\* OS・ブラウザのバージョン等により機能が制限される場合があります。

# IBS診療

編集 福土 審

東北大学大学院医学系研究科  
行動医学分野 教授



## 典型的な便秘型IBSの実例はどのようなものですか？

野津 司

## Point

便秘に伴って慢性に腹痛，腹部不快感を起こします。

便秘は排便回数の多少ではなく，ブリストル便形状スケール（図 Q1 図1 参照）に照らし合わせて，便の性状で判断します。

治療は，まずは過敏性腸症候群（irritable bowel syndrome：IBS）の病態生理を患者が理解できる言葉で十分に説明し，納得を得ることです。

合併する精神疾患を見逃さず，適切に対応することが重要です。

## 症 例

- ◆ 25歳女性。半年前からコンビニの店員を始めた。この頃より，しばしば下腹部の不快感，痛みとともに便秘となり，市販の下剤を服用するようになった。排便後には腹痛が軽快するため，下剤を頻回に使うようになったが，下剤の乱用は腸を傷つけるという新聞記事を見てからは，極力使わないようにしていた。しかし，薬を使わないと，排便は4日に1度ほどしかなく，硬い兔糞のような便が少量出るだけで，腹痛もあまり改善しなくなってきた。
- ◆ 3カ月前からはほぼ毎日のように腹痛が続くため，近医を受診し，大腸内視鏡検査を受けた。検査で明らかな異常を認めなかったが，下剤のせいで腸が傷ついていると言われた。あまり下剤を使わないように指導されて帰宅したが，腸が傷ついていると聞いてからは怖くなり，下剤は使わなくなった。
- ◆ その後も排便は週に1～2回しかなく，便秘が続くと下腹部の痛みと，腹部全体の

膨満も出現するようになり、食欲もあまりなくなってきた。ほかに3つの病院を受診して検査を受けたが、どこでも「異常がないので下剤を飲んで下さい」と言われるだけで、腹痛の原因に対しては何ら説明がなく、納得がいかず通院を止めた。また、下剤は飲みたくないのに、繊維の多い食事を摂って様子を見ていた。仕事は辛くとも何とか休まずに続けていたが、腹痛の悪化とともに倦怠感も著明となり、さらに朝早く起きるのも辛くなり、最近では休みがちになってきた。また不眠も出現したため大学病院を受診した。

## IBS診断のポイント

- ◆ IBSは、腸管の機能異常に基づき、排便に関連する慢性の腹痛あるいは腹部不快と便通異常をきたす疾患であり、その診断は器質的な疾患の否定と、患者の訴える症状を診断基準に照らし合わせて行うことになります。この診断基準は現在のところRome III基準<sup>1)</sup>が標準となっています。
- ◆ 本例は半年前から便秘を伴う腹痛を訴え、痛みは排便後に改善しているため、排便と関連しています。また、最近3カ月は腹痛の頻度はほぼ毎日あり、この基準を満たしているため、IBSと診断されます。近医で大腸内視鏡検査も受けているとのこと、器質的な疾患の否定もされていると考えてよいでしょう。
- ◆ Rome基準では、一定期間一定の頻度の腹痛あるいは腹部不快をきたさなければ診断基準を満たしませんが、臨床現場ではこの時間的な基準に縛られることなく、器質的な疾患がなく、排便に関連する腹痛あるいは腹部不快を訴えていればIBSと考える対応することが必要です。

## 下痢か便秘か？

- ◆ 便の性状は、治療時の薬剤選択の際に重要であり、詳しく聞く必要があります。下痢か便秘かは排便回数ではなく、ブリストル便形状スケール(☞ Q1 図1 参照)により便の性状で判断します<sup>1)</sup>。
- ◆ 便は外見よりタイプ1～7に分類され、タイプ1, 2(ナッツのような分離した堅い固まりの便、あるいはソーセイジ型であるが表面がこぶ状の便)を便秘、タイプ6, 7(ちぎれたような軟らかい小片の便、水様便)を下痢と定義します。

- ◆ 患者は下痢や便秘を自分なりに解釈していることがあり(たとえば排便回数が多いと便の性状が正常でも下痢と言うことが多い)、医師側が便の性状を具体的に確認しないと、事実誤認につながります。
- ◆ 本例では便の性状は兎糞のようと言うことで、タイプ1の便と考えられ、便秘として矛盾しません。

## 合併する精神障害を見逃さない

- ◆ IBSは抑うつや不安障害などの精神障害を合併することが多々あります。今回の症例も不眠や倦怠感を訴えており、抑うつを合併している可能性が大です。精神障害はIBSの予後に重大な影響を与えるため<sup>2)</sup>、合併する精神障害を早期に診断することはきわめて重要です。
- ◆ 筆者は不安、抑うつの程度を短時間で判定できるHADS (hospital anxiety and depression scale)<sup>3)4)</sup>という質問紙表を使用しています。本例にHADSを行ったところ、抑うつは11点(確定)、不安も9点(疑診)でした。

## 患者の真の受診目的を知る

- ◆ ここで本人に今回の受診目的(診療の希望)をもう一度聞いてみました。すると、第1に「なぜ腹痛が起こるのか知りたい。こんなに痛いのに異常がないとは信じられない。腹痛に耐えるより、何か大きな病気がないかと不安でいることのほうが辛い」、第2に「腹痛を治してほしい。ただし、下剤は使いたくない」ということでした。症状の治療ではなく、まず自分の不安、疑問な点を明らかにしてほしいということです。
- ◆ 患者の真の受診目的は、注意して聴取しないとしばしば間違えてしまいます。それでは患者の満足は得られず、良好な医師-患者関係を築くことはできません。

## 疾患の重症度を把握する

- ◆ IBSは患者の生命予後に影響を及ぼす疾患ではありませんが、QOLを著明に障害します。本例では既に症状のために仕事を休んでおり、通常の日常生活が送れない状態になっています。疾患の重症度を把握することは、今後の治療効果を判定するために重要です。



- ◆筆者はVAS (visual analogue scale) を使用して (図1), 重症度を点数化して記録しています<sup>5)</sup>。
- ◆患者は不安が強いため, 症状が改善してもその事実を認識できていないことが多く, VASを使った症状の点数化は, 治療効果を患者自身が納得する手助けになります。本例でも初診時にまずVASの調査を行い記録しました。

### 治療は患者の不安をとることが基本

- ◆次に患者の最も強い希望である痛みの原因について, IBSという病気の病態生理を含めて説明しました。腸の機能異常に基づいて起きる便通異常を伴う腹痛であり, 検査では異常を認めなかったこと, どんなに痛みが強くとも死ぬことはない良性的疾患であり, ストレスが病態に深く関わっていること, 抑うつや不安といった精神疾患を合併することも多いことなどについて説明しました。今の状態は, 「IBSそのものの症状と合併する抑うつ, 不安により日常生活が強く障害された状態であり, IBSの治療とともに精神的な治療も必要である。そしてまずは痛みを完全にすることをめざすのではなく, 日常生活が滞りなく送れるようになることを目標にする」ということを患者に納得してもらいました。
- ◆下剤に関しては, 治療のために必要量は服用する必要があることを説明したのですが, この点に関しては了解が得られませんでした。具体的にどの薬がだめなのかを聞くと, 本人はすらすらと飲みたくない下剤を数種類挙げました。センノシド, 酸化マグネシウム, クエン酸マグネシウム, ピコスルファートナトリウムなど, いわゆる下剤はすべてだめだと言います。下剤を飲むと, 腸が刺激されて痛むのでだめだというわけではなく, 初診時に医師から言われた「下剤によって腸が壊れている」という言葉が, 現段階では訂正不能な概念として彼女の意識の中に残ってしまっているのが原因でした。医師の不用意な発言が, 患者に重大な不幸をもたらした一例です。
- ◆我々は大学病院を受診したIBSを含む機能性消化管障害 (functional gastrointestinal disorders : FGID) 患者の臨床調査で, 他疾患と比較してドクターショッピングの症例が明らかに多く<sup>6)</sup>, 日常生活の障害度は, 症状の強さではなく, 前医の数, 不安が強いことに関連することを明らかにしました<sup>5)</sup>。この結果より, IBSの診療では特に, 患者の不安をいかにして軽減させるか, また, いかに良好な医師-患者関係を築いてドクターショッピングを防ぐかが, きわめて重要であることがわかります。

1. 最近2週間で症状がある時間はどのくらいでしょうか? これは寝ている時間以外, どのくらいの割合で症状があるのかを考えて答えて下さい。線の左端が, 症状が2週間でまったくなかった時(0)で, 右端は2週間, 起きている時はずっと症状が続いていた(100)という意味です。自分に当てはまるところに縦線を入れてチェックして下さい。(例: だいたい半分くらいの時間, 腹痛があった時は真ん中に縦線を入れて下さい)



2. 最近2週間の症状の強さを平均すると, どのくらいになりますか? これは症状が続く時間は関係ありません。症状があった時のその強さの平均を答えて下さい。たとえば2週間で2回30分ずつ痛みがあって, その強さが耐え難いような強さのものであれば, 下の線の右端に縦線を入れてチェックすることになります。



3. 最近2週間で, 症状のために生活が障害された時間の割合はどのくらいでしょうか? 症状があっても家事や学校, 仕事などにまったく支障がなかった場合は, 線の左端の“まったくなし(0)”のところに, また2週間, 症状のために仕事がまったくできなかった場合は, 線の右端の“(100)すべてある”のところに縦線を入れて下さい。自分が当てはまる割合に応じて, 縦線でチェックして下さい。



図1 ▶ 重症度を把握するVAS

### 処方例

- ▶コロネル®細粒 0.6g (3包 分3 食後)
- ▶ガスモチン® 5mg (3錠 分3 食後)
- ▶桂枝加芍薬大黃湯 7.5g (分3 食前)
- ▶パキシル® 10mg (分1 夕食後)

### 処方解説

- ◆コロネル®は消化管内で吸水し膨潤・ゲル化することにより、消化管内容物の輸送を調節し、下痢を抑え、便秘を改善します。IBSで下痢、便秘両方に使用できます。ガスモチン®は5-HT<sub>4</sub>受容体を刺激し、さらにアセチルコリンの遊離を増大させ、消化管運動を促進します。IBSに対しては保険適用はありませんが、便秘の改善を目的に使用されることがあります。
- ◆IBSの漢方治療の基本は、桂枝加芍薬湯であり、鎮痙作用があると言われます。便秘型にはこれに大黃が加わった桂枝加芍薬大黃湯が一般的に使用される漢方です。
- ◆三環系抗うつ薬の少量投与がIBSの腹痛軽減に効果があることが報告されています<sup>7)</sup>が、便秘の副作用のため、本例のように便秘がひどい場合は使いにくいかもしれません。
- ◆パキシル®は選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin re-uptake inhibitor: SSRI) ですが、本例の場合は合併する抑うつに対して処方しました。パキシル®はIBSの腹痛には効果が明らかではありませんが、患者のQOLを改善することが報告されており、本例には良い適応と考えられます<sup>8)</sup>。飲み始めの1~2週は吐き気がするがありますが、飲んでいくうちに慣れること(場合によっては制吐薬を頓用で処方してもよい)、自己判断で中止しないことは忘れずに説明しておきます。

### 再診の実際

- ◆2週後の再診時、状態を聞くと、まだあまり調子は変わらないと言います。そこでVASで状態を調べてみると、痛みの程度、日常生活の障害度は明らかに改善していることがわかりました。精神障害を合併することが多いIBS患者は、症状が改善してもその事実を認識できないことが多く、それはさらに治療を困難にします。VAS

の結果で症状の改善を指摘すると、本人はびっくりしているようでした。便回数も週3回はあるようです。性状はまだtype2とのこと。早朝覚醒は少しは良いとのことでした。

- ◆パキシル®を20mgに、またコロネル®も倍量に増量し、2週後に再診としました。
- ◆その後、症状は徐々に改善していき、2カ月後にはほぼ症状がなくなりました。仕事について改めて聞くと、職場での人間関係が初めから悪く、いじめられたこともしばしばあったと教えてくれました。発症には職場のストレスが関与していることが明らかとなりました。

### まとめ

- ◆本症例は、ストレスが契機となって発症した便秘型IBSで、下剤に対して強い拒否観念が存在するために使用できず、治療に難渋しました。漢方、ガスモチン®などを加えることにより、また、合併する抑うつを初めから一緒に治療することにより、治療が奏効した症例です。
- ◆下痢型IBSの治療(男性)に新薬ラモセトロンが使用可能となりましたが、近い将来便秘型IBSにもリナクロチド(C型グアニル酸シクラーゼ受容体作動薬)という新薬が控えています<sup>9)</sup>。しかし、どのような新薬が登場しようとも、IBSの治療の基本は、患者の訴えに真剣に耳を傾け、IBSの病態生理を患者が理解できる言葉で十分に説明し、不安を取ることに尽きます。
- ◆機能性の消化器症状を訴える人は非常に多いのですが、大部分は医療機関を受診せずに治ってしまいます。その一部の人々が一次医療機関を受診しますが、症状が長期に及び、Rome基準を満たすFGID患者 (IBSを含む) に進展する例はごくわずかです。症状が一過性に終わるか、FGIDに進展するかを決定する要因としては、遺伝的な素因、環境、精神的な要因などが考えられますが、筆者はその一因として医療提供側の問題があると推測しています。つまり、医師のFGIDへの認識不足のため<sup>6)</sup>、その対応に納得がいかず、不安が高じてドクターショッピングを繰り返すうちに、結局は症状が慢性化・重症化し、大学病院で診療を受ける日常生活の障害度が強い患者になってしまうのではないかとシナリオです(図2)。
- ◆このような意味において、プライマリケアの役割はきわめて重要です。IBS患者を拾い上げ、適切に対応することにより、重症化を防ぎ、結果として医療費の節約、仕事を休むことによる社会的損失をも避けることができると考えられます。