

## 特集

## 慢性便秘症

小笠原 尚高\*

## 要 旨

2023年7月に便通異常症診療ガイドライン2023-慢性便秘症(以下、ガイドライン2023と略す)が発刊され、最新のエビデンスに基づく便秘症の定義、診断基準、診断方法、治療法などが示された。便秘症(排便回数減少型)の治療は、まず生活習慣改善と食事療法を行い、改善がなければ、浸透圧性下剤を投与する。その後、改善効果が乏しければ、上皮機能変容薬あるいは胆汁酸トランスポーター阻害薬を投与する。腎機能障害を有する高齢者にはマグネシウム製剤を投与しないこと、高齢者へ投与する際は、定期的に血清マグネシウム値を測定することが望ましい。なお、刺激性下剤、外用薬(坐剤、浣腸)は常用せずオンデマンドとする。ガイドライン2023では、浸透圧性下剤、上皮機能変容薬、胆汁酸トランスポーター阻害薬が、推奨の強さ：強(合意率100%)、エビデンスレベル：A(質の高いエビデンス)に位置付けられている。

## はじめに

便秘症とは、硬便、排便回数の低下、排便時の怒責、腹部膨満感、腹痛などを特徴とし、生活の質や社会労働生産性を低下させる煩わしい

消化器症状であり、消化器を専門とする医師のみならず、あらゆる領域の医師が遭遇する頻度の高い消化器疾患の1つである。しかし、排便習慣や便秘に対する認識には個人差が大きく、「便秘」という言葉で意味する症状も患者によって様々である。これまで便秘症の明確な定義や診断基準がなく、もっぱら医師の経験に基づいた診断・治療が行われてきた。また、便秘症の疫学については、わが国において大規模な疫学調査や研究がほとんど行われてこなかったため、その頻度や実態についても不明な点が多かった。

2017年10月に慢性便秘症診療ガイドライン2017<sup>1)</sup>(以下、ガイドライン2017と略す)が刊行され、わが国における便秘症の定義と診断基準が明示された。このガイドラインでは、新規作用機序を有する慢性便秘症治療薬として、上皮機能変容薬であるルビプロストンとリナクロチドの位置付けが示された。その後、これらの薬剤を用いた便秘症診療の新たな知見が多数報告されるとともに、2018年1月には胆汁酸トランスポーター阻害薬であるエロビキシバット、2018年9月には新たな浸透圧性下剤としてラクツロースおよびポリエチレングリコールが慢性便秘症(器質的疾患による便秘を除く)に対する保険適用を取得した。そのため、便秘症診療における新規慢性便秘症治療薬の位置づけと新たな知見を加えたガイドラインへ改訂する必要性が生じた。そして、2023年7月にガイドライン2023<sup>2)</sup>が発刊され、最新のエビデンスに基づく便秘症の定義、診断基準、診断方法、治療法などが新たに示された。

—Key words—

便秘症、慢性便秘症診療ガイドライン、  
便通異常症診療ガイドライン、過敏性腸症候群

\* Naotaka Ogasawara：愛知医科大学医学部内科学講座  
(消化管内科)教授(特任)

## I. 便秘の疫学

慢性便秘症の診療に関するガイドラインが示され、エビデンスに基づいた診療が推奨される一方で、わが国における一般生活者の便秘に対する認識やその実態、服薬状況、QOLなどについての報告は少なく、特に大規模調査の報告はわずかである<sup>3)</sup>。慢性便秘症の有病率に関しては、調査対象がさまざまであり、また定義や評価方法が一定ではないため、1~27%と幅広く報告されている<sup>4)</sup>。厚生労働省の令和4年国民生活基礎調査では、便秘の有訴率は、男性28%、女性44%で、男性よりも女性に多く、明らかな性差がみられる。特に50歳以下の若年者では女性の比率が高いが、高齢になるに従い男性の比率が増加し、70歳以降になると性差が認められなくなる。我が国の医療機関における検診受診者を対象とした調査(n=10,658)では、便秘症状の頻度は19.2%、Rome IV基準による機能性便秘症の有病率は2.1%と報告されている<sup>5)</sup>。また、近年では、インターネットを利用した便秘に関するアンケート調査も行われているが、本邦の一般的な人口構成に合わせて抽出された3,000名を対象としたインターネット調査では、機能性便秘症の有病率は8.7%、便秘型過敏性腸症候群の有病率は5.0%であった(Rome III基準)<sup>6)</sup>。別のインターネット調査(n=5,155)では、便秘症状の頻度は28.4%であり、Rome III基準による機能性便秘症の有病率は14.8%、便秘型過敏性腸症候群の有病率は2.7%であったが、日本内科学会の便秘診断基準を用いると10.1%にとどまっていた<sup>3)</sup>。さらに、本邦の一般生活者10,000名(20歳~69歳)に対する最新のインターネット調査では、慢性便秘症の有病率はRome IV基準で44%、ガイドライン2017基準で38%と報告されている<sup>7)</sup>。すなわち、使用する診断基準によって慢性便秘症の有病率に乖離が認められる。フランス、ドイツ、イタリア、英国、韓国、ブラジル、および米国の60歳から110歳を対象とした多国間調査の報告<sup>8)</sup>では、33.5%が便秘症状を有していた。スイスの住民を28年間追跡した調査<sup>9)</sup>では、11.3%に便秘症

状を認め、3ヵ月以上の症状持続は5.7%であった。また、Rome IIIを基準とした慢性便秘症の頻度に関する米国におけるインターネット調査では5.5%と報告されている<sup>10)</sup>。

居住地や職業に関する便秘の有病率を調査した報告はないが、人種差としては、白人よりも非白人に有病率が高く、教育年数が長いほど、社会経済的地位が高いほど(収入が高いほど)、有病率が低いと報告されている<sup>11)</sup>。本邦の一般生活者10,000名(20歳~69歳)を対象とした便秘とBody Mass Index (BMI)との関連に関するインターネット調査では、男性において、便秘のある一般生活者(便秘群)は、便秘のない一般生活者(非便秘群)と比較して、BMIが有意に低く、女性においては、便秘群と非便秘群でBMIの有意差はなかったと報告されている<sup>12)</sup>。また、学歴と便秘との関連については、高校卒業、専門学校/短期大学卒業、大学/大学院卒業と比べ、中学校卒業は、便秘の割合がもっとも高いという結果であった<sup>12)</sup>。

疾患に関しては、糖尿病患者における便秘症の発症率は、11~56%と報告されている<sup>13-15)</sup>。痔疾患に関する報告は少ないものの、発症リスクを高める因子として考えられている<sup>16)</sup>。脳血管疾患の既往と便秘症との関連を示した報告はほとんどみられないが、近年、パーキンソン病と便秘症との関連が注目されており、パーキンソン病患者における便秘症の罹患率は24~63%と非常に高いことが報告されている<sup>17)</sup>。アルツハイマー病または軽度の認知症患者84名を便秘症群20名と非便秘症群64名の2群に分けて認知機能を評価したところ、Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog)スコアは、両群とも経時的に上昇を認めたが、その上昇レベルは、便秘症群では年2.3544ポイント、非便秘症群では年0.8592ポイントであった。つまり、便秘症患者は、非便秘症患者に比べ、認知機能の低下が約2.7倍速いことが示唆された<sup>18)</sup>。

## II. 便秘 / 便秘症の定義

ガイドライン2017<sup>1)</sup>では、便秘とは、「本来体

外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」と定義され、便秘症とは、「便秘による症状が現れ、検査や治療を必要とする場合であり、その症状として排便回数減少によるもの(腹痛、腹部膨満感など)、硬便によるもの(排便困難、過度の怒責など)と便排出障害によるもの(軟便でも排便困難、過度の怒責、残便感とそのため頻回便など)がある」と記載されていた。しかし、この便秘/便秘症の定義は、海外で用いられている便秘/便秘症の定義と乖離を認め、機能性消化管疾患の国際指針である Rome IV 基準<sup>19)</sup>に準拠した慢性便秘症の診断基準に必ずしも合致しない。そのため、ガイドライン 2023<sup>2)</sup>では、便秘は、「本来排泄すべき糞便が大腸内に滞ることによる兎糞状便・硬便、排便回数の減少や、糞便を快適に排泄できないことによる過度な怒責、残便感、直腸肛門の閉塞感、排便困難感を認める状態」と定義された。また、慢性便秘症を排便回数減少型(排便回数減少型は、日常診療における症状分類であり、学術的な病態分類では、大腸通過正常型および大腸通過遅延型である)と排便困難型(排便困難型は、日常診療における症状分類であり、学術的な病態分類では便排出障害型である)に分類しているが、糞便が大腸内に滞った状態は排便回数減少型を意味するのに対し、直腸にある糞便が快適に排泄できない状態は排便困難型を意味する。慢性便秘症は上記で定義される便秘が慢性的に続くことによって、学業、就労、睡眠といった日常生活に影響を及ぼし、検査、食事・生活指導、または薬物治療が必要な病態である。また、内臓知覚鈍麻や認知症などにより、たとえ自覚症状を訴えなくても、便秘が慢性的に続くことによって、直腸潰瘍、糞便性腸閉塞、消化管穿孔などの消化管局所の合併症を引き起こすのみならず、冠動脈性心疾患、脳卒中、神経変性疾患などの全身疾患の発症リスクを上昇させることで身体にさまざまな支障をきたし得るため、医療介入が必要な病態でもある。このような背景から、慢性便秘症は、「慢性的に続く便秘のために日常生活に支障をきたしたり、身体にも様々な支障をきたしうる病態」と定義さ

れている。なお、便秘は状態名であり疾患名ではない。便形状が兎糞状便・硬便、または排便回数の減少は便秘であることを意味するが、日常生活に支障をきたしたり、身体に支障をきたしたりする病態でなければ便秘症ではない。

Rome IV 基準では、過敏性腸症候群(Irritable bowel syndrome: IBS)を機能性便秘症から除外しているが、便秘型過敏性腸症候群は、機能性便秘症と連続したスペクトラムと考えられるため、実際の日常臨床では、便秘症の原因の一つとして考えたほうが合理的である。そのため、ガイドライン 2017<sup>1)</sup>ならびにガイドライン 2023<sup>2)</sup>の診断基準では、Rome IV に記載されている「過敏性腸症候群( IBS)の基準を満たさない」と「下剤を使用しないときに軟便になることはまれである」の条件は除外されている。

### Ⅲ. 便秘症の診断基準

ガイドライン 2023<sup>2)</sup>には、慢性便秘症の診断は、「排便中核症状(便形状、排便回数)および排便周辺症状(怒責、残便感、直腸肛門の閉塞感・困難感、用手的介助)を加味し、ガイドライン 2017<sup>1)</sup>に準じて診断する」と記載されている(図1)。毎日排便がなくても、週に3回以上排便があり、兎糞状便または硬便でなく、残便感や排便困難感もなければ、診断基準上、便秘症ではない。一方、毎日排便があっても、兎糞状便または硬便で、残便感や排便困難感を自覚する場合は、診断基準上、便秘症となる。なお、排便中核症状(Defecation core symptom) (C1, C2)は、排便回数減少型を診断し、排便周辺症状(Defecation peripheral symptom) (P1~P4)は、排便困難型を診断することができる(図1)。

### Ⅳ. 便秘症の治療

ガイドライン 2023<sup>2)</sup>では、便秘症治療のフローチャートが初めて作成された。排便回数減少型(図2)と排便困難型(図3)に分けてフローチャートが作成されているため、治療方針の選択決定が明確かつ容易となった。排便回数減少型の便秘治療は、まず生活習慣改善と食事療法を行い、改善がなければ、浸透圧性下剤の投与を行う。腎

## 慢性便秘症の診断基準 (Rome IV診断基準より翻訳作成)

## 1. 「便秘症」の診断基準

以下の6項目のうち、2項目以上を満たす。

排便中核症状 (Defecation core symptom)

C1 (便形状) : 排便の4分の1超の頻度で、兎糞状便または硬便 (BSFSでタイプ1か2) である。

C2 (排便頻度) : 自発的な排便回数が、週に3回未満である。

排便周辺症状 (Defecation peripheral symptom)

P1 (怒責) : 排便の4分の1超の頻度で、強くいきむ必要がある。

P2 (残便感) : 排便の4分の1超の頻度で、残便感を感じる。

P3 (直腸肛門の閉塞感・困難感) : 排便の4分の1超の頻度で、直腸肛門の閉塞感や排便困難感がある。

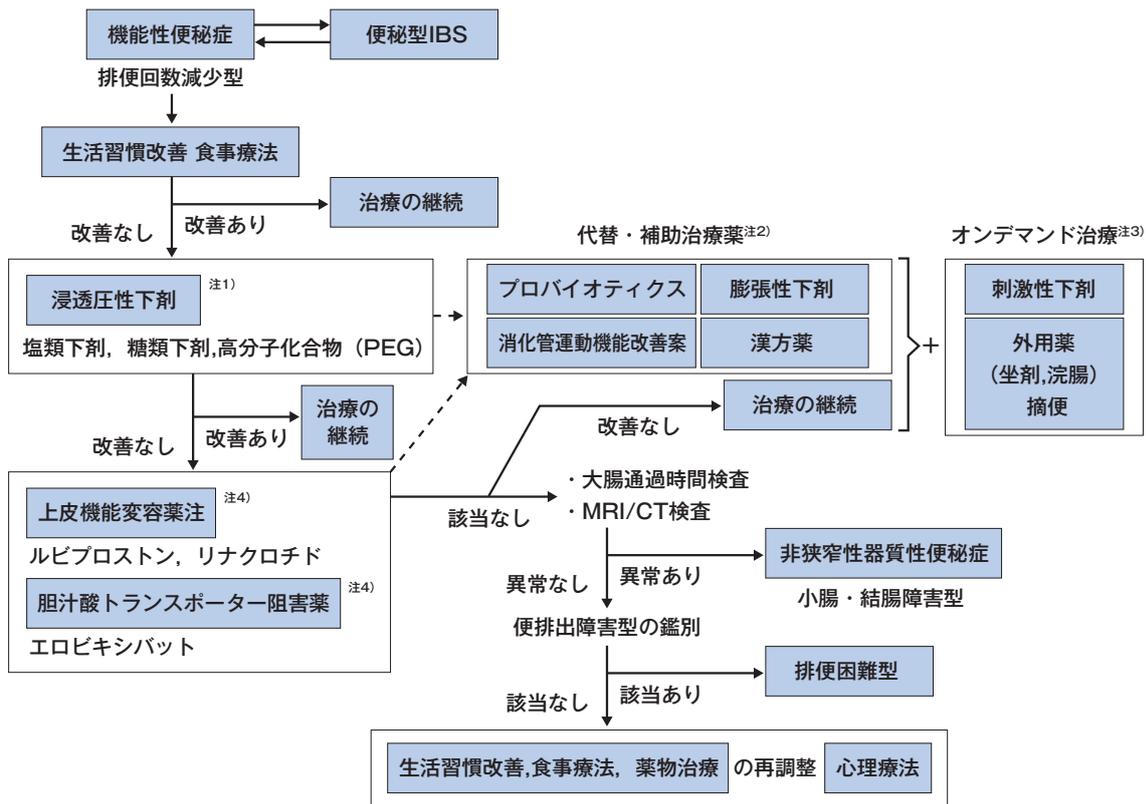
P4 (用手的介助) : 排便の4分の1超の頻度で、用手的な排便介助が必要である (摘便・会陰部圧迫など)。

## 2. 「慢性」の診断基準

6ヵ月以上前から症状があり、最近3ヵ月間は上記の基準を満たしていること。

ただし、「日常診療」においては、患者を診察する医師の判断に委ねる。

図1 慢性便秘症の診断基準(便通異常症診療ガイドライン 2023- 慢性便秘症<sup>2)</sup>から改変転載)



注1) マグネシウム製剤は、高齢者や腎機能低下者には注意、血清マグネシウム値をモニタリングする。

保険診療上、糖類下剤のラクツロース製剤とPEG (polyethylene glycol) は、従来薬を投与した後、効果不十分の場合に投与可能である。

注2) 高齢者など患者の病態に応じて投与する。

他の治療薬との併用も可である。

注3) オンデマンド療法が頻回になる場合は治療薬の変更を考慮する。

注4) 他の治療薬との併用も可である。

図2 便秘症の治療(排便回数減少型) (便通異常症診療ガイドライン 2023- 慢性便秘症<sup>2)</sup>から改変転載)

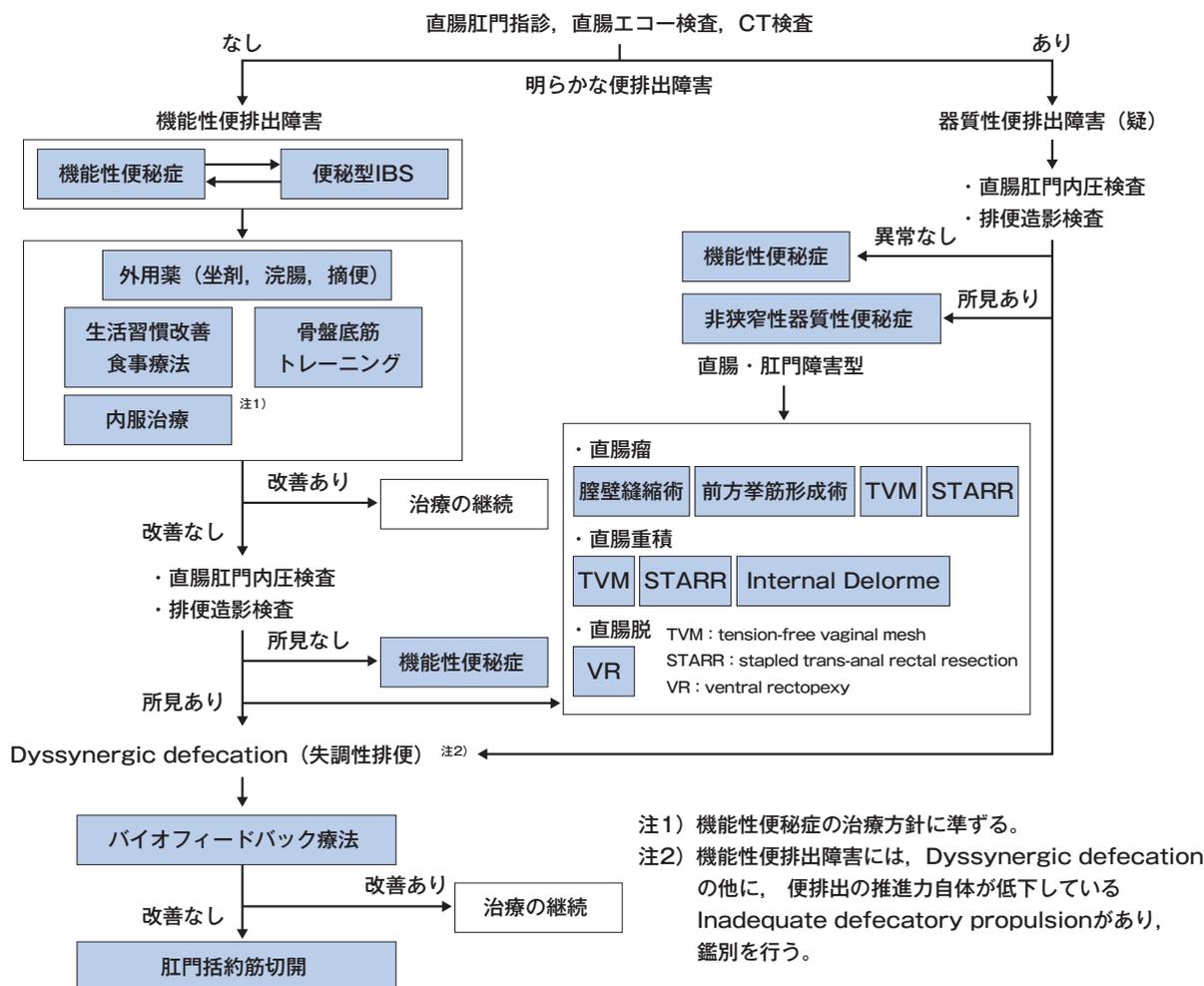


図3 便秘症の治療(排便困難型) (便通異常症診療ガイドライン 2023- 慢性便秘症<sup>2)</sup>から改変転載)

機能障害を有する高齢者にはマグネシウム製剤を投与しないこと、高齢者へ投与する際は、定期的に血清マグネシウム値を測定することが望ましい。ガイドライン 2023<sup>2)</sup>では、浸透圧性下剤、上皮機能変容薬、胆汁酸トランスポーター阻害薬が、推奨の強さ：強(合意率 100%)、エビデンスレベル：A (質の高いエビデンス)に位置付けられている。エビデンスが十分でないと判断されたプロバイオティクス、膨張性下剤、消化管運動機能改善薬、漢方薬は、代替・補助治療薬として記載され、刺激性下剤、外用薬(坐剤、浣腸)、摘便は、オンデマンド治療であることが明記された。なお、オンデマンド治療が頻回になる場合は、治療薬を変更することが望ましい。また、このフローチャー

トは、2023年5月に American Gastroenterological Association (AGA) および American College of Gastroenterology (ACG) が発表した AGA/ACG Clinical Practice Guideline<sup>20)</sup>と僅かな違いはあるものの、おおむね同じ治療の流れとなっている。

### おわりに

便秘症は、症状が多岐にわたり QOL や労働生産性を低下させるが、疾患としての認識は低く、また、排便習慣に対する認識には患者と医師との間で相違がみられることも多い。実臨床では、ガイドラインの診断基準を満たさない場合であっても「本来排泄すべき糞便が大腸内に滞ることによる兎糞状便・硬便、排便回数の減少や、糞

便を快適に排泄できないことによる過度な怒責、残便感、直腸肛門の閉塞感、排便困難感を認める状態」が続くことで日常生活に支障をきたすようなことがあれば、便秘症として積極的に治療に介入することが望ましい。

### 利益相反

本論文に関して、筆者に開示すべき利益相反はない。

### 文献

- 1) 慢性便秘症診療ガイドライン 2017：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，南江堂，東京，2017.
- 2) 便通異常症診療ガイドライン 2023-慢性便秘症：日本消化管学会，南江堂，東京，2023.
- 3) Tamura A, et al : Prevalence and self-recognition of chronic constipation : Results of an internet survey. *J Neurogastroenterol Motil* 2016 ; 22 : 677-685.
- 4) Sanchez MI, et al : Epidemiology and burden of chronic constipation. *Can J Gastroenterol* 2011 ; 25 Suppl B : 11B-15B.
- 5) Otani K, et al : Prevalence and risk factors of functional constipation in the rome iv criteria during a medical check-up in japan. *J Gastroenterol Hepatol* 2021 ; 36 : 2157-2164.
- 6) Kawamura Y, et al : Internet survey on the actual situation of constipation in the japanese population under 70 years old : Focus on functional constipation and constipation-predominant irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol* 2020 ; 55 : 27-38.
- 7) Ogasawara N, et al : Overlap between constipation and gastroesophageal reflux disease in japan : Results from an internet survey. *J Neurogastroenterol Motil* 2022 ; 28 : 291-302.
- 8) Wald A, et al : The burden of constipation on quality of life : Results of a multinational survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2007 ; 26 : 227-236.
- 9) Avramidou M, et al : Epidemiology of gastrointestinal symptoms in young and middle-aged swiss adults : Prevalences and comorbidities in a longitudinal population cohort over 28 years. *BMC Gastroenterol* 2018 ; 18 : 21.
- 10) Heidelbaugh JJ, et al : The spectrum of constipation-predominant irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation : Us survey assessing symptoms, care seeking, and disease burden. *Am J Gastroenterol* 2015 ; 110 : 580-587.
- 11) Higgins PD, et al : Epidemiology of constipation in north america : A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004 ; 99 : 750-759.
- 12) Ogasawara N, et al : Relationships between body mass index and constipation, gastroesophageal reflux disease, stool forms based on the bristol stool form scale, and education level : Results from an internet survey in japan. *J Clin Biochem Nutr* 2023 ; 73 : 84-90.
- 13) Bytzer P, et al : Prevalence of gastrointestinal symptoms associated with diabetes mellitus : A population-based survey of 15,000 adults. *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 1989-1996.
- 14) Celik AF, et al : How important are the disturbances of lower gastrointestinal bowel habits in diabetic outpatients? *Am J Gastroenterol* 2001 ; 96 : 1314-1316.
- 15) Piper MS, et al : Diabetes mellitus and the colon. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2017 ; 15 : 460-474.
- 16) Peery AF, et al : Risk factors for hemorrhoids on screening colonoscopy. *PLoS One* 2015 ; 10 : e0139100.
- 17) Stocchi F, et al : Constipation in Parkinson's disease. *Int Rev Neurobiol* 2017 ; 134 : 811-826.
- 18) Nakase T, et al : Impact of constipation on progression of Alzheimer's disease : A retrospective study. *CNS Neurosci Ther* 2022 ; 28 : 1964-1973.
- 19) Mearin F, et al : Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016 ; 150 : 1392-1409.
- 20) Aka/acg clinical practice guideline. *Gastroenterology* 2023 ; 164 : 1086-1106.