

9. 排便障害

便秘・下痢などの消化器症状は、在宅の現場では頻回に遭遇する症状であり、在宅医にとって排便コントロールは避けて通れない道である。そして治療が必要か否か、治療法は症状のみでなく、介護力・皮膚症状を考慮しながら決定する必要がある。本稿では機能性便秘と非感染性の下痢への対応を中心に記載する。

排便に対する考え方

便秘・下痢の治療法は介護力や褥瘡を含む患者の皮膚状態に応じて変化する。我々の考える治療が必要な便秘とは、「腸管内に糞便が貯留した状態で、かつ腹痛などの症状を伴う」「硬便のため排便時に痛みを伴う」場合である。排便回数の減少や排便量の減少のみでは治療は行っていない。下痢も同様であり、「便が軟らかい・水様である」のみでは治療を行っていない。「排便時に痛みを伴う」「水様便のため肛門周囲にスキントラブルを認める」「褥瘡への感染リスクが高い」「おむつ交換が頻回で、介護負担が大きい」場合に治療を行っている。

便秘への対処法

家族の多くは「排便回数・量が少ないこと」を便秘と考える傾向にある。まず家族・訪問看護師を含む介護者に、治療が必要な便秘とはどのような状態であるかを説明する。特に経管栄養の場合、1日の排便量は40g程度（通常は250g/日）まで減少することがあるので、排便回数・量ともに減少しても便そのものが少ないため「腸管内に糞便が貯留した状態」には当たらないことを理解してもらう必要がある。

最初に器質的病変を否定し、甲状腺機能低下症などの全身性疾患の部分症状や抗コリン薬などの薬剤の副作用としての便秘でないことを確認することも必要である。

〈治療方針〉

a. 食事療法

繊維の多い食事と水分を十分に摂取するように指導する。経管栄養を行っている場合には経管栄養剤の変更や、経管栄養剤以外の食品の併用を試みることにしている。

b. 薬物療法

排便の間隔は個人差が大きいものの、通常2～4日排便がなければ痛みを生じることがあり、下剤を使用することが多い。介護者にカレンダーなどを使って排便の状態を記録してもらうのも一つの方法である。下記のポイントに沿って下剤を使用する。

①便の硬さを調整する

硬便を認める場合は、マグラックス[®]（酸化マグネシウム）などの塩類下剤で便を軟化させることが効果的である。便が軟らかくなると腸管内を速く移動するようになり、排便回数が増えることも期待できる。軟便でない限り塩類下剤から開始することが勧められる。塩類下剤で効果が得られない場合は、腸管内へ水分分泌を促進することで便通を改善するアミティーザ[®]（ルビプロストン）の使用も考慮する。

②便を動かす

腹部に張りがあり腸蠕動が乏しい場合、浣腸や摘便を行っても便が排出されない場合には、プルゼニド[®]（センノシド）、ラクソベロン[®]（ピコスルファートナトリウム）などの刺激性下剤を使用する。刺激性下剤は同一薬剤を長期間投与すると、習慣性となり常用量の増加をもた

らすので、他剤（パントシン[®]、ガスモチン[®]、ナウゼリン[®]など）との併用を行いきる限り連用を避ける。

上記で排便がみられない場合は、便意や怒責の不足による便排出力低下が存在する可能性があり、以下の方法を用いる。

③便意を促す

新レシカルボン坐剤[®]（炭酸水素ナトリウム配合剤）は直腸内で炭酸ガスを発生させ、それが直腸伸展刺激となり排便を促す。テレミンソフト坐薬[®]（ピサコジル）も結腸粘膜を刺激して腸蠕動を促進する作用とともに、直腸粘膜に作用して排便反射を惹起する。

④怒責をかける

グリセリン浣腸は直腸内に注入されたグリセリンが水分を吸収し、その刺激作用により腸管の蠕動を亢進させるとともに、便を軟化、湿潤化することで便の排泄を容易にする。浣腸でも便を排出できない場合は摘便を行う。

〈介護力が低い場合〉

不定期的な排便処理が行えないほど介護力が低い家庭では、訪問看護師の浣腸・摘便により週1～3回排便ができるようにスケジュールを調整する。便が軟らかくなりすぎないように塩類下剤を調整し、訪問看護の前日の就寝前にラキソベロン[®]を投与する。可能であれば訪問看護の30分前に新レシカルボン坐剤[®]を使用する。そして訪問看護師が浣腸・摘便を含めた排便処置を行うようにする。

下痢への対処法

病歴、併存疾患、身体所見などから器質的疾患、炎症性、薬剤性的下痢を除外する。高齢者の場合には、消化不良に伴う吸収不良による下痢が多い。軟便でも介護力が十分にあり、腹痛などの症状、肛門周囲に皮膚トラブルを認めない場合には治療の必要性は低い。便秘と異なり下痢の場合は、脱水・電解質異常などを合併す

ることがある。そのため全身状態を把握し、治療方針を決定する必要がある。特に高齢者では容易に脱水になるので注意が必要である。

〈治療方針〉

機能性下痢や消化吸収不良の場合には、食事内容や経管栄養剤の見直しを行う。重症度に応じて絶食、水分のみ、消化のよいものとしている。水分は電解質補正の意味からスポーツ飲料を勧めている。食事制限を行う場合には点滴が必要になることが多い。

軽症者ではビオフェルミン[®]（ビフィズス菌）などの乳酸菌製剤のみで様子観察することが多い。介護力が低く、頻回のおむつ交換が困難な場合にはロベミン[®]（塩酸ロベラミド）を併用する。

便失禁への対処法

高齢者は加齢による内肛門括約筋機能低下により漏出性便失禁（便意を伴わず気付かないうちに便を漏らす）を来しやすい。また、直腸に大量に貯留した便が溢流しても便失禁を生じる。

〈治療方針〉

炎症性腸疾患や直腸脱、大腸がん、肛門括約筋損傷など器質的な原因がある場合は、まずその治療を行う。内肛門括約筋機能低下による便失禁では、軟便状態の改善（下剤の調整やコロネル[®]（ポリカルボフィルカルシウム）、ロベミン[®]の内服）により便失禁が改善することが多い。便が溢流して便失禁が生じている場合には、新レシカルボン坐剤[®]、浣腸、摘便などで定期的に直腸にある便を排出させることで便失禁が軽減する。上記で改善しない場合には、専門施設でのバイオフィードバック療法、逆行性洗腸法などの保存的療法や仙骨神経刺激療法、肛門括約筋再建術、順行性洗腸法などの外科的療法を検討する。

（伊藤 英樹）