

第9章 治療総論

慢性機能性便秘症では、的確な治療によって患児のQOLおよび予後を著しく改善させることが可能である。治療に際しては、個々の病態に応じて有効な治療を適正な手順で行うことが大切である。本章では、その治療法と手順を概説する。

治療上特に重要な点は、①患児・養育者に、便秘の病態や治療の必要性を繰り返し説明すること、② fecal impaction(便塞栓)がある場合には、速やかに完全な disimpaction(便塊除去)を行うこと、③再発防止のために十分な維持治療を長期にわたって続けること、である。

CQ22 慢性機能性便秘症の治療目標はなにか

「便秘でない状態」に到達あるいは復帰し、それを維持することである(推奨度 C1)

慢性便秘症の児は全て治療の対象となる。

治療は「便秘でない状態」が続くように行うことが原則である(エビデンスレベル 5)^{1,2)}。

「便秘でない状態」とは、苦痛を伴わない排便が週に3回以上認められ、遺糞などの便秘症に伴う症状が認められず、患児・養育者のQOLが損なわれていない状態である。

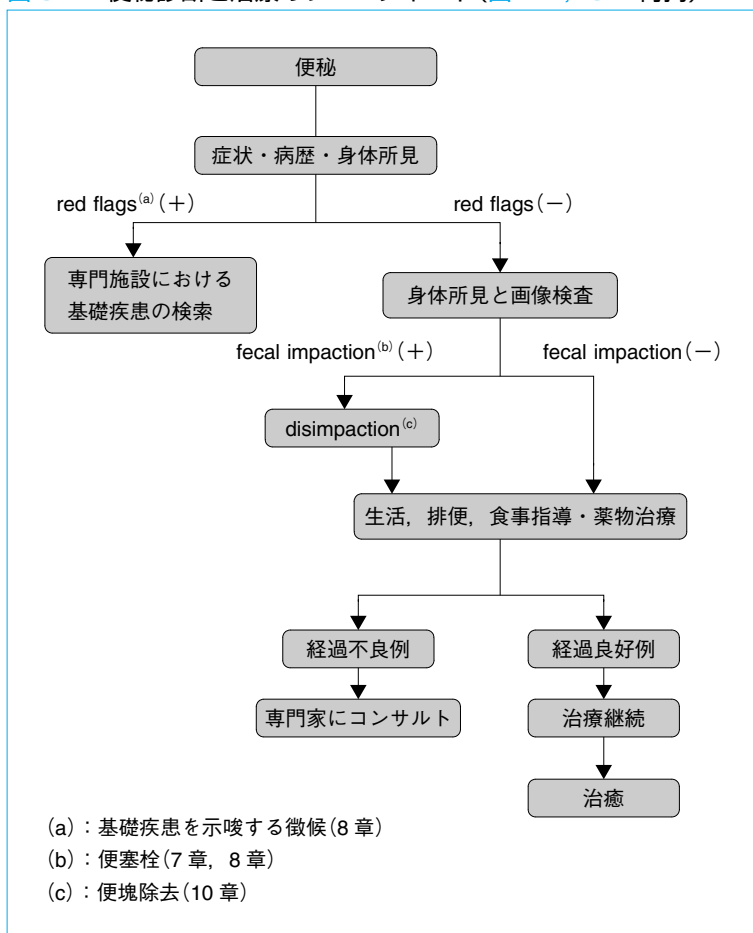
以上を達成するためには、まず fecal impaction がない状態である必要がある。すなわち、impaction の存在が疑われる例では、disimpaction(便塊除去；第10章)を完全に行うことが大切である。

また、本症は disimpaction のみで治癒するものではなく、その後の維持治療は必ず行われなければならない。維持治療の目的は、再度 impaction がおこらないようにし、慢性便秘症の状態に戻らないようにすることである。

CQ23 どのような手順で慢性機能性便秘症を治療すべきか

fecal impaction(便塞栓)の有無により、impaction のある児では disimpaction(便塊除去)を行ったのち維持治療を開始し、impaction のない児では維持治療から開始する(図 9-1)(推奨度 B)

図 9-1 便秘診断と治療のフローチャート(図 4-1, 8-1 再掲)



慢性(機能的)便秘症の治療は図 9-1 のフローチャートにしたがって行う。

基礎疾患の疑われる児(第 8 章 診断, red flags 参照)は、ただちにその診断が可能な施設に紹介する。

慢性機能的便秘症では、はじめに fecal impaction の有無が診断される必要がある(エビデンスレベル 2b)³⁻⁵⁾。診断方法は、第 8 章 診断 CQ15 を参照のこと。

fecal impaction の有無にかかわらず、慢性機能的便秘症治療の第一段階は、患児・養育者に便秘症の病態や治療を説明することである(エビデンスレベル 5)^{1,3,5,6)}。便秘症の原因・増悪因子、悪循環のメカニズム、予後、治療の流れを説明し、長期にわたる適切な治療の必要性(しばしば年余におよぶ)を強調することが必要である^{3,5-7)}。遺糞症のある児では、その病態を説明するとともに、患児には失禁をコントロールすることができないこと、患児や養育者の落ち度ではないこと、便秘の治療により改善させることができることを理解させる^{3,5,6)}。以上の説明の際には、パンフレットの使用が有用である(エビデンスレベル 5)⁸⁾

fecal impaction が存在すると、それがしばしば患児の苦痛の原因となるうえ、さまざま

な維持治療の効果が得られにくい(エビデンスレベル 2b)⁴⁾。したがって、impactionのある児では、まず、完全に disimpaction を行うことが大切である。それと同時に、またはその後に維持治療を開始する^{3-6,9)}。disimpaction の具体的方法は第10章 CQ29 を参照されたい。impaction のない児では、維持療法から開始する。

維持治療は、疾患の説明、食事・生活・排便習慣指導、薬物療法を適切に組み合わせて行う^{2,3,6,9,10)}。薬物療法を加えることでより高率、かつ速やかに改善が得られることが知られているが(エビデンスレベル 1b)¹⁰⁾、全ての児で最初から薬物療法を加えるべきとは考えられず、軽症例では、①患児や養育者への便秘症の病態・予後・治療の説明と、②食事・生活・排便指導から開始し1~2週間の経過で治療が奏効しない場合には、③薬物療法を加える、という手順でもよい(エビデンスレベル 5)⁸⁾。

一方、表8-5に挙げたような症状・徴候を示す患児、すなわち yellow flags(第10章 disimpaction 参照)のみられる児、および disimpaction の必要であった児では、はじめから薬物療法を加えるべきとの意見が多い(エビデンスレベル 5)⁸⁾。

各治療法の詳細については、それぞれの項目を参照されたい。

CQ24 治療の効果をどう判定すべきか

患児、養育者が便秘症の病態、望ましい食事・生活・排便状況を理解し、適切な薬物療法を加えても「便秘でない状態」に到達しない場合、または維持できない場合は、治療は無効(効果不十分)と判定する(推奨度 C1)

排便日誌は、治療効果の判定に有効である(推奨度 C1)

「便秘でない状態」(CQ22 参照)が達成されていない、または維持されていない場合には治療無効と判断する。排便状態は、排便日誌を使用することで、正確かつ効率よく把握することができる(エビデンスレベル 5)^{3,11)}。排便日誌によって、患児と養育者の自覚や治療意欲が高まり、治療がより効果的となることが報告されている。

CQ25 どのような患児を専門家に紹介すべきか

通常治療が無効または効果不十分な児、難治化の傾向(yellow flags 参照)のみられる児は、早期に、便秘の治療経験が豊富な小児科医または小児外科医に紹介することが望ましい(推奨度 A)

慢性機能性便秘症に対し適切に治療が行われても、1~2か月以内に「便秘症でない状

態」に至らない場合には、器質的疾患の有無あるいは治療法を再検討するため、器質的疾患の診断が可能で、小児便秘症の治療に精通した医師/施設(専門家/施設)に紹介することが望ましい⁸⁾。また、どのような児の予後が不良であるかは、最近のメタアナリシスによっても明らかにできていないが(エビデンスレベル 1a)¹²⁾、前述の yellow flags(表 8-5)のみられる児は、治療困難である可能性が高く、積極的な治療の対象であるとの意見がある(エビデンスレベル 5)⁸⁾。専門医/施設の治療成績は、一般の医師/施設に比較してよりよいことが知られており(エビデンスレベル 1a)¹²⁾、そのような児も専門家/施設に紹介すべきである。なお、わが国における専門家/施設の一部を紹介したホームページが公開されている(<http://www.toilet.or.jp/health/counseling/>;平成 25 年 1 月現在)。

CQ26 慢性機能性便秘症治療における注意点はなにか

治療中、指示が正しく実行されているかどうかを繰り返し確認することが必要である(推奨度 C1)

便秘でない状態が達成されても長期に経過を観察することが望ましい(推奨度 B)

慢性機能性便秘症の治療では、disimpaction、維持治療ともに、指示通りに治療が実行されないことがある。その原因として、患児の浣腸や服薬に対する抵抗、患児・養育者の疾患に対する理解不足や生活状況、治療(特に薬物治療)に対する偏見や先入観がある。コンプライアンスが不良と考えられるときは、便秘に対する理解や治療法を振り返り、繰り返し病態や治療の必要性を説明するとともに、生活状況や患児・養育者の負担も考慮した適切な治療法を提示して協調関係を保ちつつ治療できるよう配慮する²⁾。また、再発率が高い(エビデンスレベル 2c)^{9, 11, 13)}ことを考慮し、「治癒した」と思われても、長期に経過を観察し続けることが重要である。

文献

- 1) Walia R, Mahajan L, Steffen R:Recent advances in chronic constipation. *Curr Opin Pediatr* 2009;21:661-666
- 2) Felt B, Wise CG, Olson A, et al.:Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. Multidisciplinary team from the University of Michigan Medical Center in Ann Arbor. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:380-385
- 3) Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition:Evaluation and treatment of constipation in infants and children:recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.*J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:e1-13
- 4) Borowitz SM, Cox DJ, Kovatchev B, et al.:Treatment of childhood constipation by primary care physicians:efficacy and predictors of outcome. *Pediatrics* 2005;115:873-877
- 5) Youssef NN, Di Lorenzo C:Childhood constipation:evaluation and treatment. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33:199-205

- 6) Culbert TP, Banez GA: Integrative approaches to childhood constipation and encopresis. *Pediatr Clin North Am* 2007;54:927-947
- 7) Staiano A, Andreotti MR, Greco L, et al.: Long-term follow-up of children with chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1994;39:561-564
- 8) 窪田 満, 牛島高介, 八木 実, 他: 小児慢性機能性便秘症診療ガイドラインの作成に向けたアンケート調査. *日本小児栄養消化器肝臓学会雑誌* 2013;27(印刷中)
- 9) Mugie SM, Di Lorenzo C, Benninga MA: Constipation in childhood. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2011;8:502-511
- 10) Nolan T, DeBelle G, Oberklaid F, et al.: Randomised trial of laxatives in treatment of childhood encopresis. *Lancet* 1991;31:523-527
- 11) Benninga MA, Voskuil WP, Taminiau JA: Childhood constipation: is there new light in the tunnel? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:448-464
- 12) Pijpers MA, Bongers ME, Benninga MA, et al.: Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50:256-268
- 13) Bongers ME, van Wijk MP, Reitsma JB, et al.: Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics* 2010;126:e156-162