

第10章 disimpaction

本症の治療においては、fecal impaction(便塞栓)がある場合には速やかに完全な disimpaction(便塊除去)を行うことが重要である。

特に治療開始時には、まず disimpaction の必要性を判定する。便貯留が重度で disimpaction が困難であれば、専門性の高い施設(医師)への紹介も考慮する。また治療開始後においても、常に便の再貯留による再 disimpaction の可能性を念頭におく必要がある。

disimpaction の奏効後、あるいは disimpaction が不要な例では維持治療を開始する。本章では disimpaction の適応・診断・治療について述べる。

CQ27 どのような時に disimpaction は必要か

治療開始時に、fecal impaction(便塞栓)が存在する場合、維持治療の効果が得られにくいため、まず disimpaction(便塊除去)を行うことが重要である(推奨度 B)

治療の開始にあたり、fecal impaction がある場合は、disimpaction を行った後に維持治療に移行しないと維持療法の効果が得られない。まず disimpaction 行うことが重要である(エビデンスレベル 1)¹⁻³⁾。

初診時にはすべての症例において、医療面接と診察を行い、red flags がないことを確認したうえで fecal impaction の有無を診断する(図 4-1)。

disimpaction の有用性については、プライマリケア医の診療においても、先に disimpaction を行った群が行わなかった群よりも治療効果が高い(エビデンスレベル 4b)⁴⁾。小児では直腸中心に便が貯留することが多いが、超音波検査で fecal impaction による直腸拡張が確認された場合はまず disimpaction を行うことにより、より速やかに臨床症状が改善する(エビデンスレベル 2)⁵⁾。

CQ28 どのように fecal impaction の存在を判断し、どのような画像診断が有用か

fecal impaction を診断するには、詳細な病歴聴取と身体診察を行う(推奨度 B)

表 10-1 fecal impaction を疑うべき症状・
徴候(表 8-1 再掲)

1. 腹部触診で便塊を触知する
2. 直腸指診で便塊を触知する
3. 画像上, 直腸に便塊を認める
4. いきんでいるがでないとの訴えがある
5. overflow incontinence(漏便)がある
6. 少量の硬い便がでている
7. 最後の排便から 5 日以上たっている

(文献 6)より引用)

直腸拡張を伴う場合は腹部超音波検査で判定可能である(推奨度 B)

適応は限られるが, 腹部単純撮影も参考となる(推奨度 B)

fecal impaction を診断するには, 詳細な病歴聴取と身体診察を行う。表 10-1⁶⁾に該当する例では impaction の存在が疑われる。

病歴聴取で, 一度排便習慣が確立した後の便汚染は fecal impaction の存在を疑うべき所見として重要である(エビデンスレベル 1)^{2,3,7)}。無意識に下着を汚すような便汚染を伴う例では, fecal impaction に随伴する overflow incontinence(漏便)が疑われる。この際の便性状は液状から, 「ベタベタ」あるいは「ぼろぼろ」までさまざまで, 特有の悪臭がある(エビデンスレベル 1)²⁾。漏便は漏れる便量・便性によりしばしば「遺糞症」「便失禁」あるいは「下痢による便汚染」と診断される。

腹部触診で下腹部に便が硬い腫瘤として触知されるか, 直腸指診^{註)}で直腸に多量の便を確認できれば fecal impaction と診断される(エビデンスレベル 1)¹⁾。

fecal impaction が強く疑われるが, 腹部所見が取りづらいあるいは直腸指診が不可能な場合は, 腹部 X 線所見が参考となりうる(エビデンスレベル 1)^{1,3)}。また腹部超音波検査でも直腸拡張度, すなわち直腸便貯留や fecal impaction の判定が可能である(エビデンスレベル 2b)^{5,8)}。

ただし, 腹部 X 線および腹部超音波検査については専門的な立場から今後の治療に必要とされた場合に実施することが望ましいという意見がある(エビデンスレベル 1)²⁾。

また, いきんでいるが排便できないとの訴えがあったり, 最後の排便から 5 日以上経過している場合には fecal impaction の有無を念頭におき診察を行う。

註：直腸指診は fecal impaction の診断に有用であるが, 苦痛を伴うことや診察部位を勘案して実施に際しては十分な配慮が求められる。すなわち, 手技や目的の十分な説明を行い患者・家族の同意を得たうえで, プライバシー確保・付添者の立会・体位・施行者の性別に配慮して行う必要がある²⁾。

表 10-2 disimpaction に使用される薬剤(一般名)

経直腸治療薬	浣腸	グリセリン浣腸液
	坐薬	ピサコジル 炭酸水素ナトリウム+無水リン酸二水素ナトリウム
経口治療薬	浸透圧性下剤	酸化マグネシウム 水酸化マグネシウム ラクツロース
	刺激性下剤	ピコスルファートナトリウム センノシド

CQ29 disimpaction の方法にはどのようなものがあるか

経口薬(各種下剤)投与, 経直腸治療(坐薬や浣腸), あるいは両者の組み合わせで行われる(表 10-2)(推奨度 B)

治療方法の選択にあたっては, fecal impaction の程度も考慮したうえで, 家族を意思決定に参加させるのが最良の方策である(推奨度 B)

経口薬投与および経直腸治療は, いずれも有効性が示されているものの, 各治療間で優劣をつけるエビデンスは少ない(エビデンスレベル 1)⁹⁻¹²⁾。欧米のガイドラインにおいても disimpaction の方法として経口薬投与および経直腸治療がともに挙げられているが, 実際に使用する薬剤や剤形はわが国とは異なるものが少なくない。具体的な方法についてもガイドライン間で差異がみられ, fecal impaction が軽度であれば経口薬での治療も選択しうるが, 直腸の disimpaction には経直腸治療の有用性を示唆するもの(エビデンスレベル 1)¹⁾, disimpaction を急ぐ場合には経直腸治療を優先するもの(エビデンスレベル 1)³⁾, 経口薬投与を優先し安易に経直腸治療を行わないとするもの(エビデンスレベル 1)²⁾と, さまざまである。

わが国において disimpaction に使用しうる薬剤を表 10-2 に示す。個々の症例により適合する薬剤の選択や投与方法はさまざまであり, 治療にあたる医師の経験も重視されてよい。なお, 欧米では disimpaction にポリエチレングリコール(polyethylene glycol: PEG: PEG3350)+電解質液を第一選択とするガイドライン²⁾もあるが, わが国では同等薬剤に下剤保険適応がなく表 10-2 には掲載していない。

disimpaction の実施期間は, 数日~1 週間程度が目標となる。必ず再度診察を行い結果の判定を行う。排便日誌を活用してスケジュール確認, 実施確認および効果判定を行うとより効果的である。

disimpaction が奏効すると, fecal impaction は消失しその後は経口治療薬で良好な排便が維持される。それとほぼ同時に便汚染も消失することが多い。引き続き維持治療を行う。

disimpaction がうまくいかない場合や、治療前に重度の fecal impaction を呈し外来治療が困難と判断された場合には、より専門的な治療が必要で、時に入院治療もしくは全身麻酔下摘便(エビデンスレベル 1)^{2,13,14)}などを要するため、まずは小児便秘症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。

disimpaction の具体的な方法や期間を決定するにあたっては、まず患者や養育者にその重要性や方法について十分に説明して理解を得る。その説明応対の中で、医療者側も効果が期待でき、患児・養育者の受け入れ・実施可能な方法を合意のうえで選択することが disimpaction を完遂するためにも重要である^{1,2)}。

また、治療開始時には、一過性に症状が強くなる可能性があるため、その点についても説明を行う(エビデンスレベル 1)²⁾。

文献

- 1) 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
- 2) National Institute for Health and Clinical Excellence: Constipation in children and young people Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. NICE clinical guidelines 99, 2010
- 3) Biggs WS, Dery WH: Evaluation and treatment of constipation in infants and children. *Am Fam Physician* 2006;73:469-477
- 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) Di Pace MR, Catalano P, Caruso AM, et al.: Is rectal disimpact always necessary in children with chronic constipation? Evaluation with pelvic ultrasound. *Pediatr Surg Int* 2010;26:601-606
- 6) 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)
- 7) Rockney RM, McQuade WH, Days AL: The plain abdominal roentgenogram in the management of encopresis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:623-627
- 8) 藤井喜充, 木野 稔: 坐骨棘間距離と直腸横径の超音波計測 機能性便秘の画像的診断のために. *日本小児栄養消化器肝臓学会雑誌* 2011;25:19-24
- 9) Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, et al.: Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Arch Dis Child* 2009;94:117-131
- 10) Bekkali NL, van den Berg MM, Dijkgraaf MG, et al.: Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG. *Pediatrics* 2009;124:e1108-e1115
- 11) Candy D, Belsey J: Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. *Arch Dis Child* 2009;94:156-160
- 12) Bongers ME, van den Berg MM, Reitsma JB, et al.: A randomized controlled trial of enemas in combination with oral laxative therapy for children with chronic constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:1069-1074
- 13) 照井慶太, 菱木知郎, 齋藤 武, 他: 慢性便秘症に対する全身麻酔下硬便除去. *小児外科* 2008;40:222-225
- 14) 岩井 潤, 齋藤江里子, 東本恭幸: 慢性便秘症の外科治療 外科治療の現況および手術により QOL が著明に改善した 1 例. *小児外科* 2011;43:672-677