

# 過敏性大腸症候群

川上 澄

◎弘前大学教育学部看護学科教授  
同大学医学部第一内科講師

## 一、過敏性大腸症候群とは

過敏性大腸症候群 (irritable colon syndrome) とは、大腸の機能異常に基づく疾患で、便通異常（便秘・下痢・交替性便通異常）や腹痛をはじめとする種々の腹部の不定愁訴を訴えるが、これらの症状を説明するのに充分な器質的病変（細胞組織学的な異常）が、腸管の内外側および連臓器に証明されないもの、と定義される。

かつて歐米では、本症候群は消化器系の愁訴を訴えて来院する患者の六〇～七〇%を占める、といわれたが、大腸X線検査の技術が進歩し、大腸内視鏡検査が普及して、大腸疾患も胃疾患とだいたい同程度にまで精密に診断できるようになった現在でも、我々の内科の成績では、本症候群は大腸疾患の三〇%強を占め、大腸疾患の中では最も頻度が高い疾患となっている。

実際、患者が便通異常や腹痛を訴え、大腸疾患を疑って検査を進めたとして訴える痙攣性大腸 (spastic

colon)、下痢を主として訴える神経性下痢 (nervous diarrhea) および大量の粘液の排出と腹痛とを主として訴える粘液瘤痛 (colica mucosa) の三つに分類される。

	例数
ポリープ、ポリポージス	159
大腸ガング	115
潰瘍性大腸炎	71
大腸メラノージス	41
大腸憩室症	25
大腸憩室病	10
クローンの他	62
器質的变化なし	679
計	1162

表1——大腸内視鏡検査による診断名

患者の訴える身体症状の原因のすべては、患者の身体的な器質的病変あるいは形態学的な異常にあると考えて、大腸下垂症、S状結腸過長症、慢性大腸炎あるいは移動盲腸などという漫然とした診断名が用いられる傾向があった。しかし、このような欧米の教科書には見当たらない診断名のつけられていた患者の大部分の者は、大腸の機能異常という立場から、過敏性大腸症候群と診断すべきものであることが、しだいに明らかにされてきている。

図1は、教室の大腸疾患患者の最終診断名を五年ごとの年代別に示したものであるが、大腸疾患は総外来患者数に対して毎年四～九%の割合にある。過敏性大腸症候群という概

従来わが国では、医師も患者も、

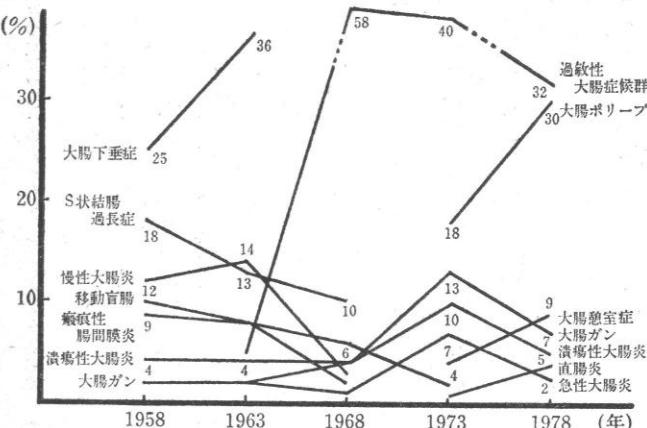


図1 大腸疾患の診断名の推移(大腸疾患全体に対する%)

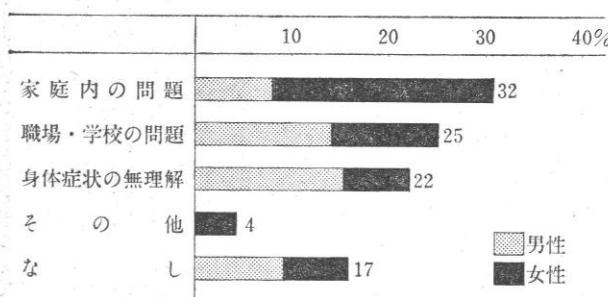


図2——過敏性大腸症候群の心理・社会的な原因あるいは誘因



図3—過敏性大腸症候群の病因

念を導入しはじめた昭和三十八年ごろから、大腸下垂症、S状結腸過長症、慢性大腸炎、移動盲腸という診断名はしだいに漸減しだし、昭和四十三年以降ではほとんど見られなくなっている。これに對して、器質的な大腸疾患として重要視される潰瘍性大腸炎、大腸ガン、あるいは急性大腸炎などはほぼ一定の頻度を示している。そして、大腸内視検査が開発された昭和四十八年ごろからは、

## 二、過敏性大腸症候群の病因

大腸の運動機能や分泌機能は、自律神経である副交感神経の迷走神経と骨盤神経とによって促進的に、同じく自律神経である交感神経の内臓

病態である大腸の運動機能と分泌機能とが亢進した状態は、自律神経の失調、特に副交感神経の緊張した場合、および末梢的な大腸の壁在神経

つては、下剤の乱用、浣腸の使用過多、喫煙過多、刺激性食物の常用などがその原因としてあげられる。

この検査法が診断に有利な大腸ポリープ、大腸憩室症などが増加し、過敏性大腸症候群がやや減少の傾向を示している。

念を導入はじめた昭和三十八年ごろから、大腸下垂症、S状結腸過長症、慢性大腸炎、移動盲腸という診断名はしだいに漸減しだし、昭和四十三年以降ではほとんど見られなくなっている。これに対しても、器質的

## 二、過敏性大腸症候群

### の病因

神経と下腹神経とによって抑制的に支配されている。さらに大腸は、これらの大腸の外因性の自律神経の支配を除いても、腸管の壁在神経叢の作用によつて高度の自律性を保つて機能する、という特徴がある。

叢の機能の亢進した場合、このいづれかによって起ころうといえる。

前者の場合は、さらに種々の心理的因子によつて惹起された二次的な自律神経失調によつて起ころうといふものと、体質的(先天的)あるいは本

した患者と面接してみると、図2のごとく、八〇%前後の者に発病の原因あるいは誘因と見なされる心理・社会的因素が見いだされる。すなわち、過敏性大腸症候群の約八割の症例は、心身両面からの診断や治療が必要な心身症といえるのである。

なお、このような心身症と診断される本症候群患者の発生機制を精神状態像から見ると、精神反応のうちでは最も単純なものとされる不安感、緊張感などによって起こっているもの、未熟な性格すなわちヒステリー性格を基盤として転換反応を起こしているもの、うつ反応によって起ころっているもの、などいろいろな

ものがある。

以上のことから、過敏性大腸症候群の病因は、図3のようにまとめられる。

### 三、過敏性大腸症候群の症状

大腸の器質的な疾患を有する患者が、血便、粘血便、水様便などの糞便の性状異常を訴えることが多いのに対し、過敏性大腸症候群患者は腹痛や便秘、下痢あるいは交替性便通異常など、便通異常を訴えることが多い。

本症候群の腹痛は、持続性の鈍痛のことが多く、中には疝痛様の腹痛を訴えることもある。この鈍痛は一般に左下腹部で多く訴えられるが、概して局在性に乏しく、腹部を圧迫するあらゆる局所で腹痛が訴えられるのが特徴である。

また、本症候群の腹痛は、排便や放屁などによって軽減し、食事とか冷たい飲料水を摂取したときや浣腸をしたときに増強することが多い。さらに、腹痛の程度が日によつて異なり、夜間の睡眠中にはほとんど自覚されないという特徴もある。

- 1) 病歴上の特徴：  
便通異常と腹痛を訴えることが多い、1年以上にわたる病歴期間がある。  
若い人に多い。よく聞くと全身にわたる自覚症状がある。
- 2) 通便異常の特徴：  
便秘：排便量が少なく、残便感が残る。兎糞状便である。  
下痢：最初は有形だが、あとから軟便となる。夜間は排便なし。
- 3) 腹痛の特徴：  
左下腹部痛が多い。局在性に乏しく痛い場所が移動する。夜間には腹痛なし。排便・放屁で腹痛は軽減し、食事で増強する。
- 4) 理学所見上の特徴：  
大腸の走行に一致した圧痛があるが、圧迫により軽減する。  
S状結腸部に棍棒状の痙攣した腸を触れる。

表2—過敏性大腸症候群の症状の特徴

次に本症候群の便通異常について見ると、排便障害あるいは排便回数の異常として訴えられるケースが多い。すなわち、便秘の場合は一回の排便の量が少なく、残便感があるの

で何回もトイレに行くが、排便が充分でないと訴える。下痢の場合は軟便程度のものが多いが、一日のうち

の最初の排便時は有形の便が排出されるが、残便感があるので二回、三回とトイレに行くうちに、便がしだいに柔らかくなると訴えるものが多い。

このほか消化器症状としては、腹部膨満感、腹部不快感、腹鳴などが多く訴えられ、さらによく聞くと、張感、抑うつ感情などの精神症状とか、心悸亢進、肩凝り、腰痛、頭重、頭痛などの、全身にわたる自律神経失調症状が必ず伴っている。

なお、本症候群に見られるこれらの症状は、慢性に訴えられているものが多く、七〇%以上の患者において一年以上に及ぶ症状の持続が見られ、それが軽快と増悪とをくり返しているのが特徴である。特に、子供のころから軽度ながら症状があり、それが思春期以降に増悪してきた、とする患者が比較的多い。表2に本症候群の特徴をまとめてみた。

### 四、過敏性大腸症候群の治療

適切な治療により、良好な予後を得るために第一条件は、精密な診断

- I) 薬物療法
- 抗コリン剤：運動・分泌機能の抑制
  - 抗不安剤：不安・緊張感の除去
  - 抗うつ剤：うつ感情の除去
  - 自律神経調整剤：本態性自律神経失調症の改善
  - 粘膜麻痺剤：胃腸反射の抑制
  - 腸整剤
- II) 心理療法（心身相関・性格の欠点を気づかせる）
- 支持的療法：保証、再教育、説得、発散、告白
  - 自律訓練法：不安・緊張感の逆制止、薬物の離脱
  - 交流分析：性格の欠点の気づき
  - 行動療法：新しい習慣を作り出す

表3—過敏性大腸症候群の治療法

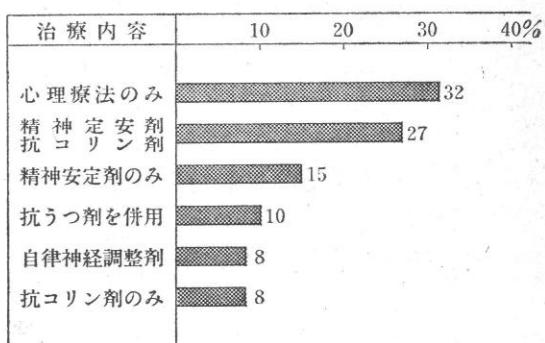


表4—過敏性大腸症候群に行なっている治療内容

を受けることである。特に、本症候群のごとき病因がいろいろある症候群では、個々の症例によって異なる病因を正しく診断しないと、それをとり除く根本治療はできない。

表3に本症候群に行なわれる治療法を掲げたが、薬物療法は患者の訴える自覚症状を緩和し、病気に対する不安感を軽減させる目的で行なわれる。実際のところ、これらの抗不安剤、抗うつ剤などの向精神薬あるいは抗コリン剤などの力を借りずして本症候群を治療することは困難なことが多い(図4)。

しかし、薬物療法によって症状が改善され、その薬剤を服用している限りは症状が抑えられている、といふのでは、眞の治癒とはいえない。

薬物からの離脱あるいは性格の歪みが根底にあり、これに心理的因子が加わってヒステリックの転換反応を起こして発病している症例などには、どうしても自己の心身相関、性格の欠点などを気づかせるための心理療法を行なわないといつて治癒しない。したがって、簡単な面接でも、患者にこれらのカラクリを自覚させられれば、治療の目的が達せられる。

## 五、過敏性大腸症候群の食餌療法

消化器病、特に胃腸疾患の食餌療法については、わが国では以前から

食餌による物理的あるいは化学的刺激が、直接病巣に作用して、これを悪化させるのではないかというおそ

れから、庇護療法という名目で厳格すぎる制限食餌を行なう傾向があった。しかし、近年の消化・吸収に関する研究の進歩によって、障害を起

こしている組織や臓器の修復、体力の回復などには、充分な栄養の補給が必要であることが明らかにされて

きて、制限食一辺倒の食餌療法は、大いに反省を求められるようになつてきた。

便秘や下痢に対しては、確かに急

性症のごく限られた症例では制限食による治療が有効である。しかし、過敏性大腸症候群のごとく器質的病変のない機能的疾患で、しかも慢性の便秘や下痢を訴える疾患では、制限食による食餌療法の果たす役割はけつして大きくなない。

「便秘で腹痛を伴うので絶食にする」とか、「下痢をするので消化のよ

いものしか食べない」といった習慣は、エネルギーやビタミンの欠乏、さらには電解質のアンバランスを招く危険性があり、食餌療法の目的である治癒の促進、体力の回復ということに反する結果となってしまう。

本症候群はもともと、大腸の運動機能と分泌機能とが亢進して発病しているものであるので、腸管粘膜を直接刺激するカレー粉、とうがらし、わさびなどの香辛料、粗雑な食品などは、ごく常識的な範囲で制限するようには当然必要なことである。

そして便秘型の症例には、水分の摂取が少ないと、腸内容の水分も不足しやすく、便もかたくなるので、水分を充分に含んだ食餌を与えるようとする。

含水炭素源としての主食は米飯でよく、脂肪は糞便の通過をよくするので比較的多めに与えるようにする。牛乳は水分に富み、脂肪球がエネルギーに適している。タンパク質はマジックになっていて、便秘の治療に適している。タンパク質は栄養補給の意味で意義があるので、肉類、鶏卵などは適度に与えるようにする。嗜好品としてのアルコール

類は、ときに便通を促進するのできびしく制限する必要はない。お茶、コーヒー、ココアなどは、一般に消化管の運動を弱くするように働くので、これも特に制限はならない。

また下痢型の症例には、纖維の多いものは、残渣が腸粘膜を刺激して運動を亢進させるので、よく煮て与えるようにする。普通の米飯でよいが、炭酸飲料水は腸管の運動を亢進させるし、冷たい飲み物も胃・腸反射を亢進させ便の排泄を促すので控えめにする。それ以外はごく普通の食生活をさせるほうが望ましい。

治療の三大原則は、薬物、食餌(栄養)、心身の安静である。心身症と診断される患者の多い過敏性大腸症候群の治療に際しては、食事、睡眠などを充分にとらせ、規則正しい日常生活をするよう指導することがたいせつである。

必要以上に病識を持たせることは経過を長引かせる結果となるので、できるだけ通常の社会生活をさせ、その中で自らが症状をコントロールできるように指導してやることがたまつである。