

過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome ; IBS)

生活習慣や食生活の欧米化および現代のストレス社会を反映して、腹痛・腹部不快感や下痢・便秘などの便通異常を主訴とする過敏性腸症候群 IBS (Fig.1) に代表される機能的腸疾患は著しく増加しています。脳と腸は、双方向性の密接な関係 (脳腸相関) がみられます (Fig.2)。ストレス等による心理的異常が、消化管に対して影響を及ぼし、その逆に、腹痛等の腹部症状や便通異常が、不安・緊張・抑うつなどの心理的異常にも繋がってきます。

Fig.1

過敏性腸症候群 (Irritable Bowel Syndrome : IBS) とは

過敏性腸症候群は、代表的な機能的腸疾患であり、腹痛あるいは腹部不快感とそれに関連する便通異常が慢性もしくは再発性に持続する状態と定義されています。

「日本消化器病学会編：機能的消化管疾患診療ガイドライン2014-過敏性腸症候群 (IBS), 2, 2014, 南江堂」より許諾を得て転載。



いつも腹痛や
腹部不快感がある

いつ下痢になるか
常に心配である

急な腹痛や下痢で
トイレに駆け込むことが多い

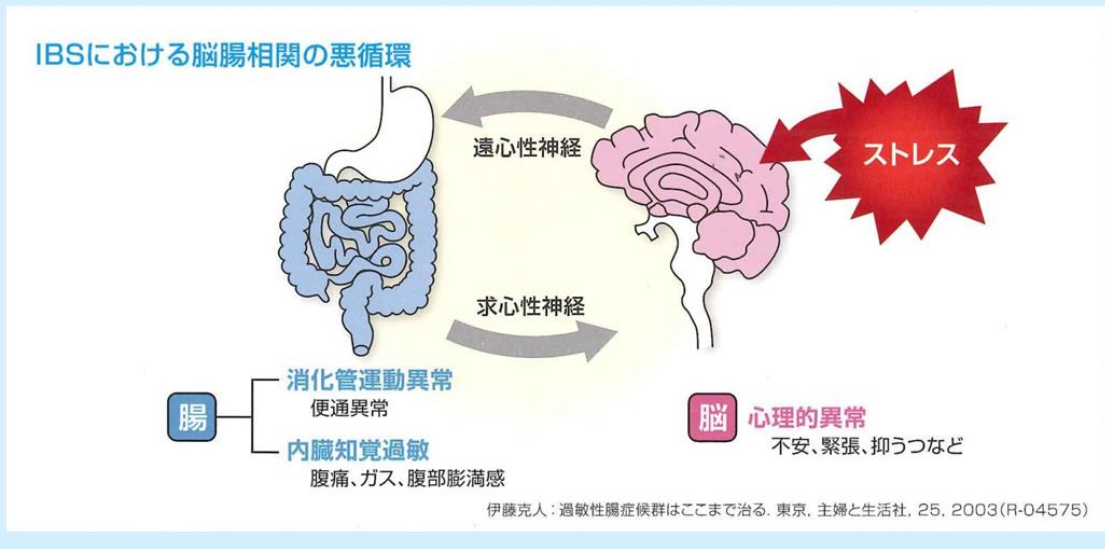
便秘と下痢が交互におこる

いつも便秘気味である

Fig.2

脳腸相関


脳腸相関とは、脳と腸の密接な関係のことを指し、ストレスによって生じる消化器症状（脳→腸）と、消化器症状によって情動への影響が生じる（腸→脳）現象です。ストレスがかかると脳からの遠心性神経により消化管運動異常などが惹起されます。また、内臓知覚過敏などによる痛みは求心性神経により脳へ伝わります。これがいわゆる脳腸相関であり、その伝達にセロトニンが重要な役割を果たしていることが明らかとなっています。IBSでは脳腸相関の悪循環により便通異常および消化器症状が発症・悪化すると考えられています。



IBSの日本における有病率は10~20%で、消化器症状で、外来受診する患者の約3割を占めると云われています。思春期の女性や、40歳代の男性に多いと云われています。男性は下痢型、女性は便秘型が多くみられます。便秘・下痢を交互に繰り返す交替制便通異常を来すこともあります。便の形状として、コロコロ便から水様便まで水分含有量にて硬軟がみられ (Fig.3)、排便の容易さに係ってきます。

Fig.3

便の形状

コロコロ便 
硬くコロコロの便
(うさぎのふんのような便)

硬い便 
短く固まった硬い便

やや硬い便 
水分が少なくひび割れている便

普通便 
適度な柔らかさの便

やや軟らかい便 
水分が多く非常に軟らかい便

泥状便 
形のない泥のような便

水様便 
水のような便

発症や症状の憎悪には、ストレスや情動的動揺などの心理異常が大きく関与していることが多いが、食生活や生活習慣も原因の一部をしめます (Fig.4)。

Fig.4

過敏性腸症候群が発症する原因は何ですか？

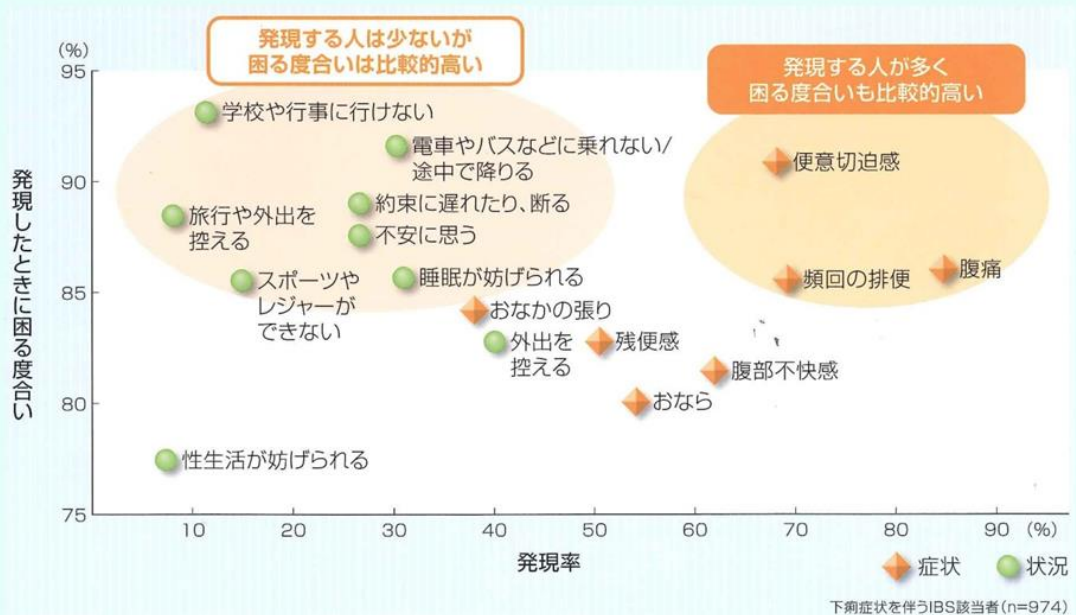
- 精神的・肉体的ストレス
- 食物繊維の少ない食事
- 不規則な生活習慣
- 日常的に便意をがまんする習慣
などが考えられます。

下痢型 IBSとは、腹痛や腹部不快感を伴う下痢をくり返し起こす疾患で、トイレに行きにくい状況（通勤・通学中、乗車中、映画の鑑賞中など）・ストレスを感じる状況（試験の前、会議の前など）で、症状があらわれるため、日常生活に支障を来たすことが多々見られます（Fig.5）。

Fig.5

IBSの日常生活への影響

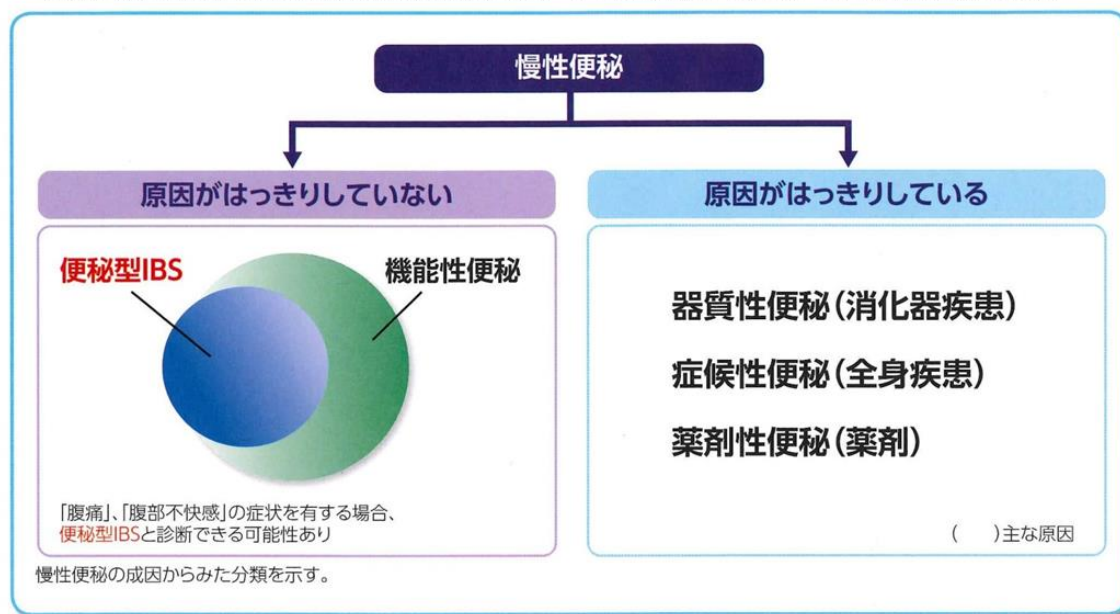
下痢症状を有するIBS患者は、日常生活における行動が制限されています。



慢性の便秘には、原因がはっきりしているもの（器質性便秘・症候性便秘・薬剤性便秘）と、原因のはっきりしていない機能性便秘があります（Fig.6）。機能性便秘のうち、**腹痛や腹部不快感を伴う**機能性便秘が**便秘型IBS**と診断されます（約4割）。便秘症状としては、排便回数の減少と排便困難によるものがあります（Fig.7）。

Fig.6 便秘症における機能性便秘と便秘型IBSの位置づけ

慢性便秘症は、原因がはっきりしている「器質性便秘」「症候性便秘」及び「薬剤性便秘」と、原因がはっきりしていない「便秘型IBS」及び「機能性便秘」に分けられます¹⁾。「便秘型IBS」では腹痛・腹部不快感が特徴的です。



1)春間 賢 他：新薬と臨牀. 65 : 1584, 2016.

Fig.7 便秘症状とは

便秘症状は、大きく排便回数の減少と、排便困難に分かれます。排便回数の減少に伴う症状として、腹部膨満感、腹痛・腹部不快感が、排便困難症状には、過度のいきみ、残便感といった症状があります。



監修：横浜市立大学大学院医学研究科 肝臓腸消化器病学教室 主任教授 中島 淳 先生

腹部症状・便秘異常以外にも、倦怠感・不安・不眠・頭痛・頻尿・発汗・動悸等の自律神経に基づく不定愁訴を訴える場合が多々見られます。症状は、午前中（特に朝の通勤・通学中）に強く、夜間には少なくなります。

■診断

診断には、まずは自己チェック・詳細な病歴聴取が基本となります（Fig.8）。次に、器質性疾患を除外しなければなりません（Fig.9）。

Fig.8 おなかのコンディションをセルフチェックしましょう

- 何週間も下痢や便秘が続いている
- よく腹痛や腹部膨満感に悩まされる
- 急に下痢でおなかが痛くなり、トイレに駆け込むことがよくある
- 排便すると、腹痛がやわらぐ
- 下痢と便秘を交互にくりかえす
- 排便後、残便感がある
- 便秘がちで、ウサギの糞のようなコロコロした便がでる

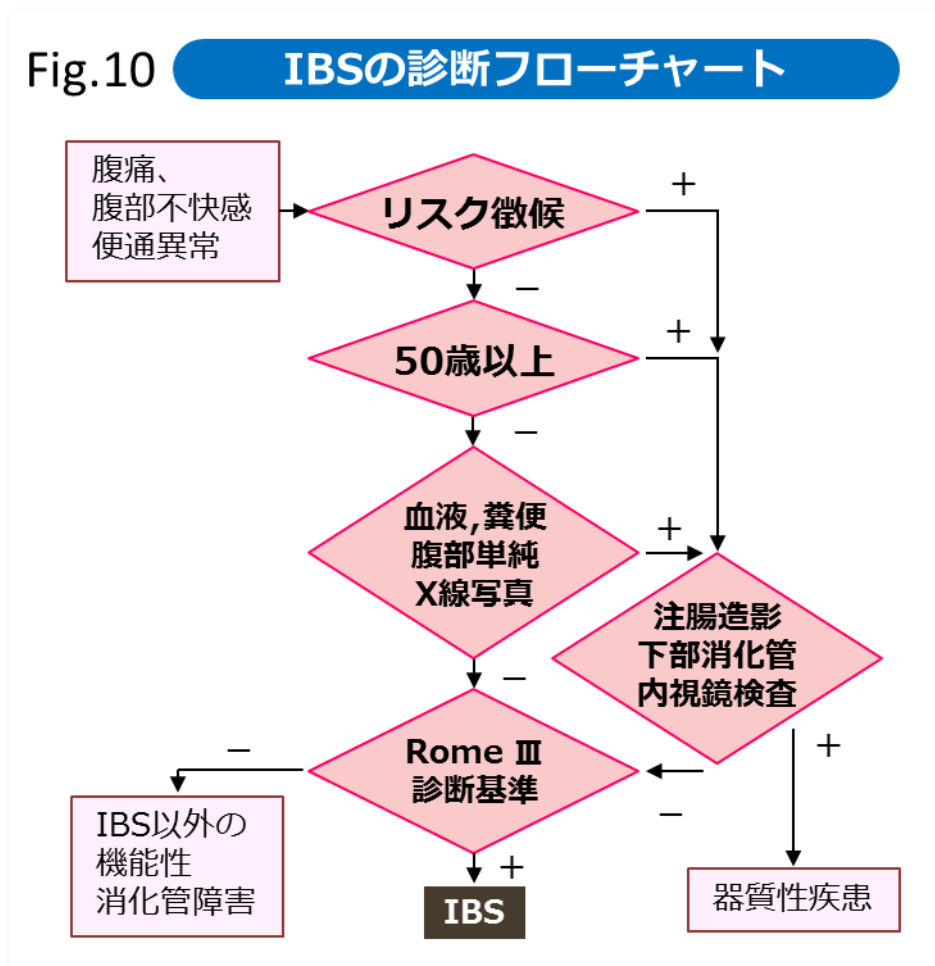
3つ以上該当する場合は、過敏性腸症候群の可能性がります。
このチェックシートをもって医師に相談しましょう。

Fig.9 器質性疾患を疑うリスク徴候（red flag）

1. 50歳未満で家族歴がある
2. 50歳以上での発症
3. 病悩期間が短く、症状が進行性
4. 異常な身体所見
5. 6ヵ月以内の予期しない体重減少（3kg 以上）
6. 夜間の腹痛・下痢、持続性の強い腹痛
7. 発熱、嘔吐、粘血便、便潜血検査陽性
8. 尿、末梢血、血液生化学検査の異常

潰瘍性大腸炎やクローン病等の炎症性腸疾患（inflammatory bowel diseases；IBD）や大腸がん等の鑑別として、“①炎症反応（白血球↑、血沈↑、CRP↑）は見られず、②注腸造影・大腸内視鏡検査でも異常なし”を確認しなければなりません（Fig.10）。

Fig.10 IBSの診断フローチャート



器質性疾患を除外診断した上での診断基準として、2006年RomaⅢが採用されています（Fig.11）。

Fig.11 過敏性腸症候群の診断基準 * (Rome III)

過去3か月間、月に3日以上にわたって腹痛や腹部不快感** が繰り返し起こり、次の項目の2つ以上がある。

1. 排便によって症状が軽減する
2. 発症時に排便頻度の変化がある
3. 発症時に便形状 (外観) の変化がある

* : 6か月以上前から症状があり、最近3か月間は上記の基準を満たしていること。

** : 腹部不快感は、痛みとは表現されない不快な感覚を意味する。病態生理学的研究や臨床研究に際しては、週に2日以上 の痛み／不快症状があるものを適格症例とする。

■治療

IBSは、身体所見は何も異常はないが、患者にとっては社会生活を送る上で大変つらい病気なので、患者と医療スタッフとのコミュニケーションがうまくとれず、転院を繰り返すことが多々見られるようです。IBSの治療は、プライマリケア・消化器科・心療内科など様々な領域の科で行われているのが現状です。

治療のフローチャートとして、プライマリケア医で治療 (Fig.12) が始まります。まずは、IBSの原因となる**全般的な生活習慣の改善や心理的精神的に悪影響を及ぼすストレスの排除が必要**です。下痢型、便秘型などの消化器症状に応じた薬物治療 (Fig.13) を施行し、1~2ヶ月経過観察します。

Fig.12 IBS治療フローチャート

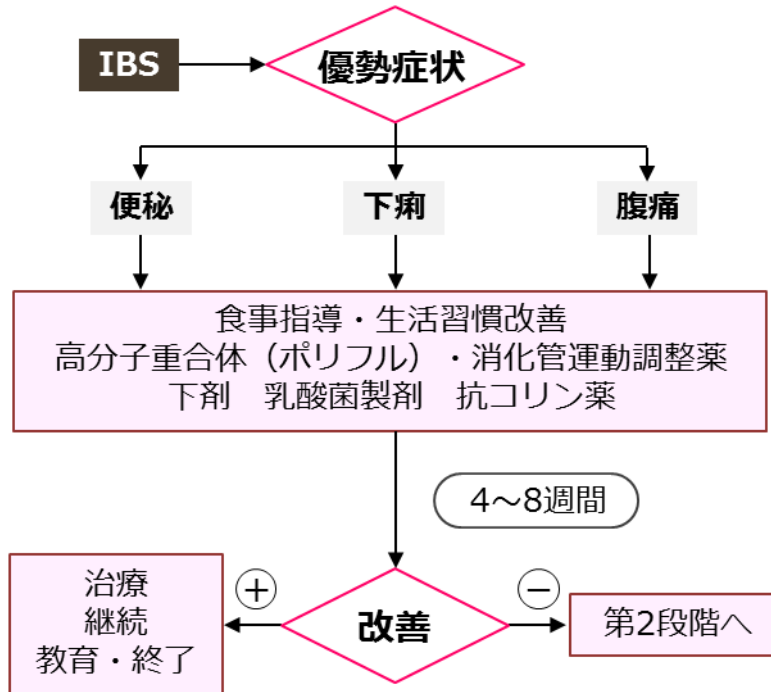


Fig.13

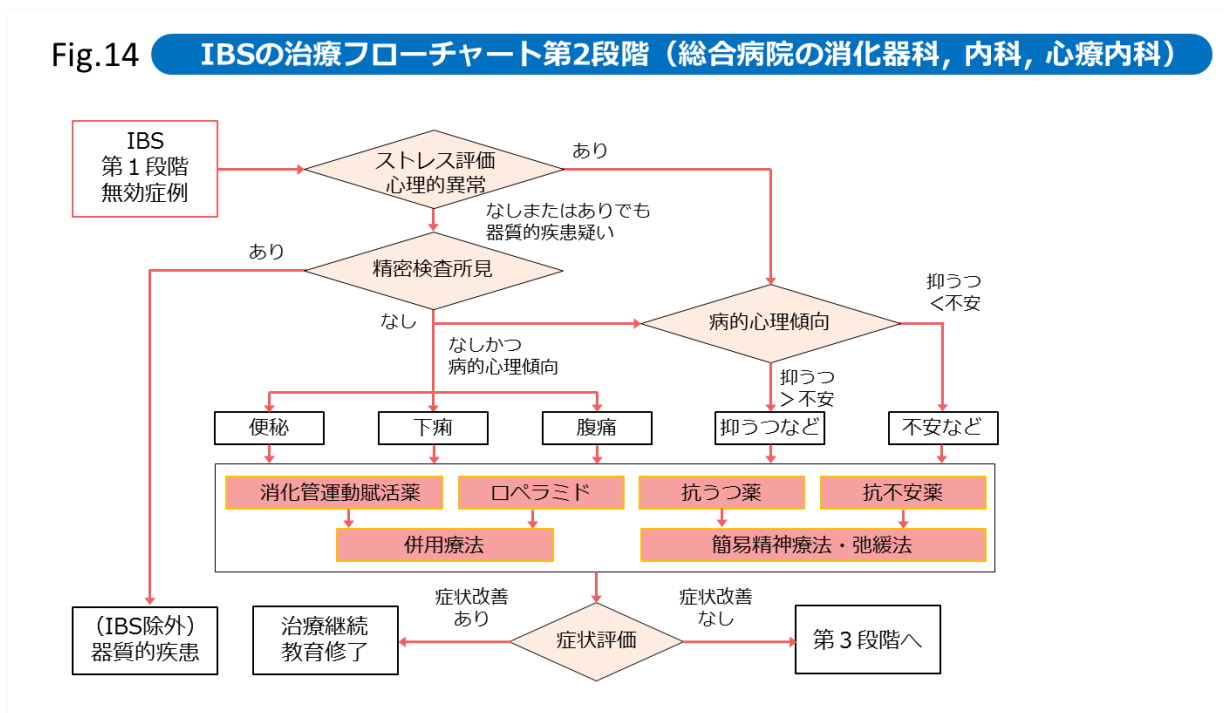
IBSに対する薬物治療*

	保険適用薬	保険非適用薬
抗コリン薬	チアトン, トランコロン, イリコロン	ブスコパン**
消化管機能調整薬	セレキノ	ロペミン, ガナトン, ガスモチン
高分子重合体	ポリフル	バルコーゼ
下剤		酸化マグネシウム, ラキソベロン
整腸剤		乳酸菌製剤
抗うつ薬		プロチアデン, テトラミド, バキシル, ドグマチール, トレドミン
抗不安薬	ソラナックス, メイラックス	デパス, セディール
その他	ストロカイン	

*乳酸菌製剤を除き、商品名

**病名追加により保険適用となる

有効であれば継続し、無効症例に対しては、第2段階への治療（Fig.14）へと対応していきます。消化器症状に対する消化器薬で、十分な改善が無い場合、**心療内科における心身療法**（自律訓練法、対話面接療法）や抗不安薬・抗うつ薬などの薬物療法の対応もあります。



若年層で増加している IBSの原因に高脂肪食、食物繊維の摂取不足が多分に関与していることが、最近よく云われ、**食事療法の重要性**が増してきています。

〈参考資料〉①アステラス製薬株式会社パンフレット、②アボットジャパン株式会社パンフレット、③症性腸疾患と機能性腸疾患、medicina5,2008、④消化器疾患診療のすべて、日本医師会雑誌 141 (2)