トピックス

II. 代表的疾患の診療の現況と将来展望

4. 過敏性腸症候群 (IBS) の病態・診断・治療

金子 宏^{1) ~3)} 後藤 秀実⁴⁾

要 旨

IBSは頻度が高いFGIDである。病態には消化管運動異常、内臓知覚過敏、脳機能異常が複雑に関与する。診断基準としてローマIII基準が有名である。日常診療では「心身症：診断・治療ガイドライン 2006」が有用である。検査結果で異常のないことを説明、重大な病気にはならないことを保証する。治療ではIBS治療ガイドライン(3段階方式)を活用する。医師がIBSの診断を的確に行い、良好な患者-医療者関係を築くことが治療効果をもたらす。

〔日内会誌 102 : 70~76, 2013〕

Key words 生活の質 (quality of life), 感染症後IBS, 心身症：診断・治療ガイドライン 2006, 生物心理社会モデル

はじめに

下痢、便秘、腹痛などは、ありふれた消化器症状である。慢性的、あるいは反復性に症状がある場合は、大腸癌や潰瘍性大腸炎などの目に見える病気(器質的疾患)が心配で受診する患者が少なくない。しかし、ほとんどの場合は、その症状を説明できるような腸管の異常(腫瘍、狭窄、炎症など)がなく、この場合は機能的疾患ということになる。その中でも過敏性腸症候

群(irritable bowel syndrome : IBS)が最も頻度が高い疾患といえる。過敏性腸炎、過敏性大腸症候群、胃腸神経症などと呼ばれることもある。

その記載は約190年前にさかのぼることができる。わが国では大腸運動失調症、交替性便秘異常症などと称されていたが、1960年代から過敏性大腸症候群という呼称が一般化した。1978年にManningの診断基準が発表され、1980年代からはIBSという用語が定着している。その後、様々な診断基準が提唱されているが、現在もっとも引用されるのは、ローマ基準(第3版：ロー

1) 星ヶ丘マタニティ病院, 2) 藤田保健衛生大学, 3) 愛知医科大学, 4) 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学
Functional Gastrointestinal Disorders (FGID) : Progress in Diagnosis and Treatments. Topics : II. Current Status and Future Prospective of Medical Care of the Representative Disorders ; 4. Pathophysiology, diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome.

Hiroshi Kaneko^{1)~3)} and Hidemi Goto⁴⁾ : ¹⁾Hoshigaoka Maternity Hospital, Japan, ²⁾Fujita Health University, Japan, ³⁾Aichi Medical University, Japan and ⁴⁾Department of Gastroenterology and Hepatology Nagoya University Graduate School of Medicine, Japan.

マIII:2006年)である。そのローマIIIにおけるIBSの定義は「過敏性腸症候群は、腹部の不快感または腹痛が、排便または便通の変化にともなうて生じ、臨床像としては排便障害を呈する機能性消化管障害の一つである」となっている。

わが国では、1990年代から注目されるようになり、1995年にはわが国での診断基準が提唱され、学会においては消化器内科、心療内科の分野では話題の疾患といえる。その背景として、1) ストレス社会の中で患者数が増加していること、2) 致死の疾患ではないが生活の質(QOL: quality of life)を著しく低下させるという認識が広まってきたこと、3) 病態生理が次第に明らかになってきたこと、4) 診断、治療には厚生労働省研究委託費による「心身症: 診断・治療ガイドライン2006(以下、ガイドライン2006)」が作成されたことなどがあげられる。

1. 内科診療におけるポイント

IBSを代表疾患とするFGIDの日常診療において知っておきたいこととして以下のことがあげられる。1) 診断・治療の指針には、ローマIII基準が有用である。2) 不安・抑うつ状態や何らかのストレスが存在し、QOLが低下する。3) 異常のないことを十分に説明し、予後が良好であることを保証する。4) 病態仮説をたてて、患者が主体性をもって治療に参加できるようにする。5) プライマリケア医とメンタルヘルス専門医との共同治療体制の構築が必要である¹⁾。

1) 受診の理由を把握する

FGIDは慢性疾患であるので、患者がなぜ「今」受診するのかの理由を把握すること(「(いままで症状で苦しんでいたのかかわらず) 今日、受診されたのはどうしてでしょうか」)、さらに患者の言語的、非言語的コミュニケーションを評価することが大切である。受療行動を促す因子として、1) 増悪因子(食事の変化、併発する医

学的障害、新しい治療による副作用)、2) 深刻な疾患に対する個人的な関心事、3) 環境ストレス(例えば、甚大な喪失、虐待歴)、4) 精神疾患の併存(うつ、不安)、5) 日常的機能の障害(最近、働くこと、あるいは社会活動への参加ができないこと)、6) 例えば麻薬とか下剤の乱用、保留状態の訴訟や損傷などの「隠された課題」などがあげられる。

2) 心理社会的視点を重視した患者へのアプローチ

治療成功の出発点として効果的な患者-医師関係が重要である。積極的傾聴法によって患者-医師関係の「質」、薬剤治療を含む提案された治療法への「アドヒアランス」の両者が飛躍的に向上する。医師の熱意をもった前向きな励ます姿勢は、治療への反応性を高めることに繋がる。

(1) ‘やまい (illness)’ に対する患者の視点-癌恐怖をもつ患者への語りかけ

多くの患者は癌あるいは重篤な疾患が症状の原因ではなかという恐怖感をもっているため、その恐怖に対して直接的に関わる必要がある(健康信念モデル: health belief model²⁾)。医師は確信をもって癌あるいは類似した重篤な疾患ではないと診断できる場合は、その症状の原因を説明できる準備をする必要がある。その説明にはストレスや悩みとの関係、考えられる痛みの成因、予後は総じて良好であるという項目が含まれる。患者は症状の根底にある病態を説明してもらうことよりも‘やまい’のためにとっても辛いということを理解し受容してもらうことで救われる。

(2) 検査で異常がなかったことのフィードバック

医師は検査が必要であるか十分に説明し、あらかじめ検査の結果は正常である可能性が高いことを適切に伝えることが勧められる。この手続きをとることによって医師がIBSと診断することが容易になる。検査で異常がなかったことを

トピックス

伝えることによって、患者がどのように症状の原因を考えているか（解釈モデル）を確認することも必要である。

（3）慢性疾患に適応するという姿勢を促す：「治癒」から「ケア」へ

慢性的で日常生活に多大な障害をもたらす症状に苛まれている一部の患者に対しては，“治癒”ではなく“ケア・癒し”のアプローチが適切なことがある。このことによって患者により結果がもたらされることも示されている。この“ケア・癒し”モデルでは、医師が1) 患者の信念、関心、あるいは期待を引き出し認めること、2) 必要に応じて共感的対応ができること、3) 誤解を明らかにすること、4) 患者教育を提供できること、5) 患者と治療計画について交渉できることなどの能力が要求される。

（4）健康的な行動の強化：「治療の主体は患者である」

治療の選択に患者が参加することによって、ケアや健康に対する責任感をさらに患者自身に向けることが可能となる。医師がQOLへの関心や患者の頑張り・行動変容に関心や賞賛を示すとき、たとえ痛みが続いていたとしても患者は評価されたと感じるものである。健康的な行動や自己肯定感の向上を患者が主体的に高める視点を大切にしたい。

2. 病 態

腹痛、便通異常の発生機序として、1) 小腸・大腸の消化管運動異常、2) 腸管の知覚過敏、3) 中枢（脳）の制御異常があげられる。腸管と脳の間には自律神経、ホルモンなどを介する相互の連絡があり、「脳腸相関」の結果として、症状が引き起こされる³⁾。

IBSの自然史に関する米国での12年に及ぶ研究から、IBS症状の持続、症状の消失、（後述する）便通異常パターン（サブタイプ）の変化が

それぞれ3分の1ずつであったとのことである⁴⁾。労働者の健康診断受診者の本邦での解析から、IBSのサブタイプの間では年齢、性別、飲酒、喫煙に差があることが報告された⁵⁾。この結果と臨床経験から、IBSでは脳腸での機能異常が独立して関与するのではなく多因子的に係わり結果としてIBS症状が発現する。従って、IBS症状を持つ一人を取り上げても、症状の感じ方も一定でなければ、症状のために直ちに医療機関を受診するなどの疾病行動も時間、空間的に異なる。ローマ委員会では、FGIDの症状や臨床転帰に心理社会的および生理的要因が関与するという生物心理社会モデルを提唱している⁶⁾。また、ストレスによってIBS症状あるいは病態（運動、知覚）が変化することはよく知られているが、IBSにおける心理社会的因子の病態への関与へのパラダイムが提唱されている⁷⁾。それらの事を勘案したIBSの病態モデルを図1に示す。

IBSの病因は不明であるが、ほぼ唯一といってよいと思われるが因果関係がはっきりしていることとして、腸管感染症ののちに発症する感染症後IBSが注目されている。すなわち、急性感染性胃腸炎に罹患した人の7%~30%でIBSが発症する。軽微な炎症、炎症性サイトカインの関与が示唆されている。この感染後IBSが発症するかどうかを決定する因子については未だ明確にはなっていないが、初期の下痢期間の長さ、女性、精神的偏倚（心気、不安、抑うつ）が重要であることが示唆されている⁸⁾。

3. 診 断

診断基準としては表に示すローマIIIが有用である³⁾。とりわけIBSの臨床研究をする場合にはローマ基準を使用することが一般的になっている。なお、現時点では実臨床で有用なバイオマーカーは存在しない。

診断の際には、主要な器質的腸疾患（大腸腫

図 1. IBSの生物心理社会モデル：病因と心理社会的因子と関連した臨床像

(文献 6, 7 より引用改変)

表. 過敏性腸症候群の診断基準（ローマⅢ）

過敏性腸症候群*

過去 3 ヶ月間、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、下記の 2 項目以上がある

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 ヶ月以上前から症状があり、最近 3 ヶ月間は上記の基準を満たしている

**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。

(文献 3 より引用)

瘍、炎症性腸疾患）の除外が重要である。わが国の医療事情も勘案した、図 2 に示す「診断ガイドライン 2006」に沿った診断が有用である⁹⁾。警告症状・徴候には、発熱、関節痛、粘血便、6 ヶ月以内の予期しない 3 kg 以上の体重減少、異常な身体所見（腹部腫瘤の触知、腹部の波動、直腸指診による腫瘤の触知、血液の付着など）があげられる。危険因子とは 50 歳以上での発症ま

たは患者、大腸器質的疾患の既往歴、家族歴である。なお、患者が消化管精密検査を希望する場合には検査を行う。

便の形状（外観）とその割合によって 4 つのサブタイプ（便秘型、下痢型、混合型、分類不能型）に分類される。排便頻度よりも便形状がより消化管通過速度を反映する。そのこともあり、視覚的に糞便の形状をわかりやすく示したブリストル便形状スケールが使用されるようになってきた。

IBSの診断基準を満たさない機能性腸障害(図 2 のFBD)は機能性腹部膨満、機能性便秘、機能性下痢、非特異的機能性腸障害に分類される。頻度は少ないが慢性的な腹痛はあるものの便通異常がみられない場合は中枢の関与が強い機能性腹痛症候群を考慮する。また、IBS患者は下部消化管症状のほかに、胃部膨満感、心窩部痛、食欲不振などの上部消化管症状や、多発する筋痛、易疲労感、頭重感、動悸、頻尿、月経障害

トピックス

図 2. 過敏性腸症候群の診断ガイドライン

Ba：注腸検査，SF：S状結腸内視鏡検査，CF：大腸内視鏡検査，FBD：機能性腸障害
(文献9より引用)

図 3. 過敏性腸症候群の治療ガイドライン：第 1 段階

*男性下痢型にのみ保険適応あり
(文献9より引用改変)

療効果などで改善したりすることが多く、いわゆる心身症としてIBS患者を捉えることが必要な場合が多い。

4. 治療

第一歩は前述したように症状による辛さ、QOLの低下を受容的に傾聴する。検査結果で異常のないことを説明し、重大な病気にはならないことを保証することである。そして、「ガイドライン 2006」のIBS治療ガイドライン（3段階方式）を活用する⁹⁾。治療の目標（エンドポイント）は、原則として症状の消失と便通の正常化である。IBSは軽症例が75%，中等度が20%，重症例が5%とされ、第1段階で軽症例を中心に約8割に改善が期待できる。QOLが大きく障害されている、あるいは精神疾患の共存がみられるような中等度、重症例では、症状の消失が困難な場合が多く、QOLの改善が目標となる。

など多彩な身体症状をしばしば呈する。併せて、不安、抑うつ、緊張、焦燥など種々の精神症状をしばしば呈する。また、心理精神的要因によって身体症状が増悪したり、反対に心理的治

図4. 過敏性腸症候群の治療ガイドライン：第2段階

*男性下痢型にのみ保険適応あり

(文献9より引用改変)

ガイドライン2006の第1段階（図3）では、食事指導・生活習慣の改善が第1ステップである。低残渣食（繊維成分の少ない食事）は便秘と消化管運動の亢進を来し、IBSを悪化させる。香辛料、アルコールも避けるべきである。食事を繊維分の多いものとし、朝食を含め規則正しく楽しく食べることを適切に指導する。IBSのような機能性疾患では、病変が目に見えないこともあり、十分な病態の説明と投薬の根拠を示し、良好な患者-医師関係を構築することが治療的意義をもつ。第2段階（図4）では、不安・抑うつの有無に注目し、それに応じた向精神薬と簡易精神療法・リラクセーション法により、心身症の病態改善を図る。抗うつ薬がIBSに有効であるとのエビデンスがある。また、セルフモニタリングとして毎日の排便回数、便の性状（ブリストル便形状スケール）、食事、服薬、気分、おなかの症状などを記載してもらい、受診時に記載内容を患者-医師間で確認することも有用である⁸⁾。その際、規則正しい生活に努めていること

と、服薬していることを評価し、ストレスと症状との関連への気づきを深め、患者自身が治療に参加し自己肯定感を高めることを目指す。第3段階では、専門医による心身医学的治療（絶食療法、認知行動療法、催眠療法）やメンタルヘルス専門医へ紹介をすることになる。

5. メンタルヘルス専門医への紹介のタイミング

以下の場合にはメンタルヘルス専門医への紹介が望ましい。1) 医師の簡潔な教育と再保証が不調に終わり、心理的あるいは抗うつ薬治療が要求されるか否かを評価するためにより詳細なアセスメントが必要なとき、2) 特異な治療（例えば、抗うつ薬、認知行動あるいは他の心理療法）が要求される精神障害（例えば、大うつ、パニック障害）が疑われるとき、3) 虐待あるいは他の深刻な心的外傷歴が存在して、そのことが患者の生活に重大な悪影響をあたえているとき、4)

トピックス

患者が持続性の痛みや日常生活での極度な障害があり、特異的治療が要求されるとき、5)患者に説明できない不定愁訴があり、複数の専門家を渡り歩いた病歴があるとき、6)患者が専門家への紹介を希望するときである。

6. アジアコンセンサス

IBSの診断・治療は社会文化的背景によって異なる可能性が高い。多くのIBS診療に対する知見は主に欧米からの発信である。そこで、本邦のIBS専門家2名を含むアジア各国から集まった19名の専門家によってIBSの症状・診断、疫学・感染、病態生理・消化管運動、管理・食事に関する37項目の提言に対する科学的根拠グレード、合意レベルについて議論がなされた¹⁰⁾。その結果、診断に関しては「臨床医は3カ月を超える腹部症状と便通異常を訴える患者に対してはIBSの診断を的確にすること」「早期に診断することによって過剰検査・不適切な治療を回避できること」について、根拠は低いものの合意できる内容であるとした。さらに、ローマ基準では記載のない「排便時の症状、残便感、切迫感」が診断に含まれるべき根拠もあり合意できる事項とした。欧米と比較して排便回数の変化が比較的軽いアジアでの現状から導き出されている。また、「食事と関係する腹痛、膨満、もたれ感、排便誘発」も起きうる症状とした。図2では50歳以上となっている年齢因子を45歳としている。血液検査以外にも大腸内視鏡検査が器質的疾患の除外に必要ではあるが、これは「臨床試験の場合」に限定したものとした。治療では、心理社会的因子、精神疾患に対する配慮と低用量の抗うつ薬がセカンドラインで考慮する薬剤であること、専門機関では薬剤抵抗性のIBSには精神療法の有効性が記載され、ローマ基準あるいはガイドライン2006と一致した提言がなされている。

おわりに

生命予後のよいIBSなどのFGIDに対する医療者の治療意欲は決して高いものとはいえない。しかし、QOL改善も重視した医療の流れもあって医師の治療姿勢も変わりつつある。日本消化器病学会からIBSガイドラインが発刊予定であり、適切なIBS診療が更に広がることを期待している。繰り返すが、医師がIBSの診断を的確に行い、良好な患者-医療者関係を築くことが治療効果をもたらすことを強調したい。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：後藤秀実：講演料 (エーザイ、MSD)、寄付金 (味の素製薬、アステラス製薬、エーザイ、MSD、大塚製薬、杏林製薬、大日本住友製薬、武田薬品工業、田辺三菱製薬、中外製薬、バイエル、プリストルマイヤーズ)

文 献

- 金子 宏：ストレスに関連した心身症の最新の治療と展望。日本内科学会雑誌 99:536-541, 2010.
- Rosenstock IM, et al: Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q 15: 175-183, 1988.
- Longstreth GF, et al: Functional bowel disorders. Gastroenterology 130: 1480-1491, 2006.
- Halder SL, et al: Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12-year longitudinal population-based study. Gastroenterology 133: 799-807, 2007.
- Kubo M, et al: Differences between risk factors among irritable bowel syndrome subtypes in Japanese adults. Neurogastroenterol Motil 23: 249-254, 2011.
- Drossman DA: The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 130: 1377-1390, 2006.
- Surdea-Blaga T, et al: Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol 18: 616-626, 2012.
- 金子 宏, 山口 力：過敏性腸症候群の心身医療。日本心療内科学会誌 14: 107-111, 2010.
- 福土 審, 他：過敏性腸症候群, 心身症—診断・治療ガイドライン2006. 小牧 元, 他編. 協和企画, 東京, 2006, 12-40.
- Gwee K-A, et al: Asian consensus on irritable bowel syndrome. J Gastroenterol Hepatol 25: 1189-1205, 2010.