

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 11:00 ~ 11:40 第5会場

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-1]

分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討

高橋 知子¹, 末光 徳匡², 加藤 健宏¹, 青木 沙弥佳¹, 本城 弘貴¹, 宮崎 彰成¹, 草薙 洋¹ (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)

[O16-2]

神経障害による排便障害の診断と治療

神山 剛一¹, 寺田 俊明¹, 田中 良明¹, 武田 崇志¹, 吉岡 将史¹, 増田 有香¹, 中村 浩¹, 山田 麻子², 佐藤 兼俊³ (1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)

[O16-3]

バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題

荒 桃子¹, 渡邊 祐介², 坂村 颯真¹, 高橋 遼¹, 奥村 一慶¹, 河北 一誠¹, 河原 仁守¹, 本多 昌平¹, 武富 紹信¹ (1.北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室Ⅰ, 2.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[O16-4]

直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化

酒井 悠, 佐井 佳世, 米本 昇平, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 紅谷 鮎美, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (松島病院肛門科)

[O16-5]

一般診療所における便失禁診療

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 11:00～11:40 第5会場

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-1] 分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討

高橋 知子¹, 末光 徳匡², 加藤 健宏¹, 青木 沙弥佳¹, 本城 弘貴¹, 宮崎 彰成¹, 草薙 洋¹ (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)

はじめに：便失禁は女性の生活の質を大きく低下させる骨盤底障害の一つである。分娩は女性における便失禁の原因として非常に重要な要因である。分娩後の便失禁発生頻度についてはいくつかの論文は存在しているが、本邦における調査はほとんどない。また昨今日本において増加傾向の無痛分娩について、排便への影響についての知見も少ないのが現状である。

目的：分娩後に発生する便失禁の発生頻度を明らかにする。無痛分娩が便失禁へ影響しているかどうか検討する。

方法：2018年6月から2019年5月までに当院で出産された女性に対してアンケート用紙を用いた後ろ向きコホート研究を行った。日本語版the Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) 質問票を使用し、研究参加同意を得られた、妊娠37週以降の分娩、単胎妊娠女性に対し分娩から6-15ヶ月の時点での症状を調査した。分娩様式（経膣または帝王切開）は問わなかった。回答が得られた症例に対してガス失禁、便失禁のグループに分け検討を行った。

結果：対象期間に336例の分娩件数があり、研究の対象者は313例、そのうち十分な回答が得られた212例において検討を行った。年齢は中央値で33歳(19-41)、109名が初産であった。分娩様式では133例(16.5%)が自然分娩、吸引または鉗子分娩が35例(16.5%)、帝王切開が44例(20.8%)であった。会陰裂傷ではなしが99例(46.7%)、1度が11例(5.2%)、2度が98例(46.2%)、肛門括約筋損傷である3度が4例(1.9%)であった。分娩後38例(17.9%)でガス失禁、9例(4.2%)で便失禁が見られた。ガス失禁群では、器械分娩が4例、帝王切開が8例、無痛分娩は5例見られた。便失禁群は全て無痛を使用しない経膣分娩であった。両群ともに肛門括約筋損傷は診断されなかった。

結論：分娩後のガス失禁は17.9%、便失禁は4.2%であった。無痛分娩は分娩後の便失禁への影響は大きくないことが示唆された。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 11:00～11:40 第5会場

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-2] 神経障害による排便障害の診断と治療

神山 剛一¹, 寺田 俊明¹, 田中 良明¹, 武田 崇志¹, 吉岡 将史¹, 増田 有香¹, 中村 浩¹, 山田 麻子², 佐藤 兼俊³
(1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)

脊髄神経障害や脳血管障害による中枢神経障害は、排便に関わる直腸肛門機能を制御する神経に影響し、神経障害による排便障害の病態となる。脊髄障害の場合は、膀胱直腸障害として一般的に認知されているが、馬尾症候群や陰部神経障害などの末梢神経障害が原因の排便障害は、患者が神経障害と排便障害との関連に気づかなかつたり、医療者においても診断に至らなかつたりするのが現状である。当院の専門外来では直腸肛門機能検査による機能障害の評価を行い、その結果に基づいて排便管理の調整を行なっている。直腸肛門内圧測定または排便造影によって、直腸肛門機能障害による排便障害と診断された338名中、神経障害による排便障害と診断された48名を対象に、神経障害の病態や排便管理についての解析を行なった。48名のうち20名が脊髄損傷などの脊髄神経障害で、原因不明の神経障害による排便障害も18名おり、診断に至っていない脊柱管狭窄症や馬尾症候群が原因と考えられた。治療としては、当院の排便診療フローチャートに則り、直腸感覚検査の結果に応じて、適切な便意の有無を評価した上で、排便管理を提唱している。すなわち直腸に一定量の便貯留を識別できるかどうかで、自身の便意を指標に排便行動の適否を判断する。直腸感覚が過敏だった場合は、バイオフィードバック療法に直腸における便貯留能の改善を図る。逆に、直腸感覚が低下している場合は、便意が不明瞭となっている可能性を踏まえ、直腸における一定量の便貯留を予測した上で、坐薬や浣腸を用いた排便促進を行う計画排便によって安定した排便周期を確立できた。神経障害による排便障害は、神経障害のタイプによって排便障害の顕性パターンが異なり、それぞれに応じた排便管理が必要となる。ただし、神経障害が原因と認識されていないことも少なくなく、本病態に対する一般医家の理解も必要であると考えられた。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 11:00～11:40 第5会場

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-3] バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題

荒 桃子¹, 渡邊 祐介², 坂村 颯真¹, 高橋 遼¹, 奥村 一慶¹, 河北 一誠¹, 河原 仁守¹, 本多 昌平¹, 武富 紹信¹ (1. 北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室 I, 2. 北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

【はじめに】鎖肛は約5000出生に1例で発生する代表的な小児外科疾患であり、術後の17～77%に排便機能障害を認め、成人期に至っても便禁制を得られない症例が存在する。学童期における骨盤底筋訓練の有効性は報告されているが、訓練手技等の標準化や継続性に加え、小児向け医療機器の整備が課題である。そこで我々は、ゲーミフィケーション要素を導入した小児用バイオフィードバック（BF）療法支援医療機器の開発に着手している。今回、鎖肛術後患児を対象に肛門内圧および肛門筋電位を測定し、肛門機能検査における諸課題について検討した。

【方法】小児外科専門医1名が、鎖肛術後患児10名を対象に、意識下左側臥位にて安静時および随意収縮時の肛門内圧および肛門内筋電位を3回ずつ測定した。測定には、高解像度直腸肛門内圧用12ch圧力センサーと、新規開発した小児用肛門内挿入型筋電プローブを用いた。筋電信号は50 msec間隔の二乗平均平方根で算出した。検査値は平均±標準偏差で記載し、肛門内圧と筋電位の関係はピアソンの相関係数で解析した。

【結果】随意収縮が測定困難であった1名を除く9名（男児8名・女児1名、年齢7～13歳）を解析対象とした。肛門内圧は安静時 39.0 ± 16.8 mmHg、随意収縮時 107.1 ± 63.9 mmHg、筋電位は安静時 79.4 ± 29.1 μ V、随意収縮時 850.6 ± 665.9 μ Vであった。相関係数は安静時 $r=0.30$

($p=0.42$)、随意収縮時 $r=0.69$ ($p=0.04$) であり、随意収縮時に中程度から強い相関を示した。一方、随意収縮時内圧が同程度（49, 52 mmHg）であった患児において、筋電位は488 μ Vと1838 μ Vと大きな差を示す症例を確認した。

【結語】肛門括約筋の随意収縮時における肛門内圧と筋電位に有意な相関が認められ、BF療法における筋電位指標の妥当性が示唆された。しかし、肛門内圧と比較して筋電位の解釈や訓練時の閾値設定に課題があることが明らかとなった。今後の医療機器開発においては、個別キャリブレーションの導入や測定手技の標準化を含め、さらなる妥当性評価が必要と考えられた。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 11:00～11:40 第5会場

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-4] 直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化

酒井 悠, 佐井 佳世, 米本 昇平, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 紅谷 鮎美, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (松島病院肛門科)

【はじめに】便失禁は肛門内圧の低下により説明されることが多いが、同程度の内圧低下でも便失禁の有無には個人差がみられる。便性異常、直腸肛門感覚障害、便排出障害、直腸機能障害、認知・運動機能障害など多様な因子が関与している。今回は、直腸脱・直腸重積患者に対する腹腔鏡下直腸固定術前後における肛門機能および便失禁症状の変化を検討し、便失禁の病態理解を深めることを目的とした。

【方法】2022～2023年の2年間当院排便機能外来を受診し、腹腔鏡下直腸固定術を施行された患者のうち、術前後で肛門内圧・感覚検査および便失禁スコアが得られた94例を対象とした。検討項目は、肛門静止圧（MRP）、肛門随意収縮圧（MSP）、初期感覚閾値（FS）、便意発現容量（DD）、最大耐容量（MTV）、Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score（CCFIS）、Fecal Incontinence Severity Index（FISI）とした。

【結果】患者背景は男性12例、女性82例、平均年齢73.6歳（15～94歳）、直腸脱72例、直腸重積22例であった。MRPは術前平均 25.4 ± 15.5 cmH₂Oから術後平均 30.2 ± 16.2 cmH₂Oへ（ $p < 0.001$ ）、MSPは術前平均 118.5 ± 60.6 cmH₂Oから術後平均 135.5 ± 63.6 cmH₂Oへ（ $p < 0.001$ ）と有意に上昇した。FS、DD、MTVは13例のみ測定され、有意差はなかったが術後増加傾向を認めた。FISIは術前 23.5 ± 16.5 から術後 12.3 ± 11.5 （ $p < 0.001$ ）、CCFISは術前 11.5 ± 4.4 から術後 8.5 ± 3.9 （ $p < 0.001$ ）と有意に改善した。MRPとFISIの改善又は改善なしに基づき4群に分けると、両方改善：32例、MRPのみ改善：13例、FISIのみ改善：12例、両方改善なし：6例であった。

【結語】腹腔鏡下直腸固定術は肛門内圧および便失禁症状の改善に有効であった。肛門内圧の改善と便失禁の改善は必ずしも一致せず、多角的な要因解析と個別対応が重要であると考えられた。

一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 11:00～11:40 第5会場

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-5] 一般診療所における便失禁診療

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

便失禁診療ガイドライン2024年版では本邦における65歳以上の便失禁の有病率は男性8.7%、女性6.6%とされている。便失禁診療ガイドラインの2017年版の発行以降、一般内科小児科の当診療所においてもその内容に沿った診療を行ってきた。

臨床的初期評価として内服薬の聴取、肛門診察を含む身体診察を行い必要であれば大腸内視鏡検査による器質的疾患の除外をしている。

肛門診察では糞便塞栓に伴う溢流性の漏出性便失禁をまず除外しDigital Rectal Examination Scoring System (DRESS) による評価、ブリストル便性状スケールによる普段の便性の評価を行う。便失禁に伴う肛門周囲の皮膚炎は、疼痛も強く患者のQOLをさらに低下させるために初診時からスキンケアの対応を行うようにしている。

軟便を伴う便失禁に対しては、便の性状を軟化させるカフェインやアルコールを控え食物繊維の摂取するように当院で作成した食事生活指導のパンフレットを用いて説明している。

また患者に食事排便日誌の記載を行ってもらい、食事やアルコールによる排便の変化を共有するようにしている。薬物療法については、ロペラミド塩酸塩の投薬を中心としている。

2023年1月から2025年4月までに便失禁を主訴として9名の患者が当院を受診していた。

その内、2名のみが継続して受診されているが食事指導、ロペラミド塩酸塩の内服にて2名とも6カ月以上便失禁がない状態が続いている。