

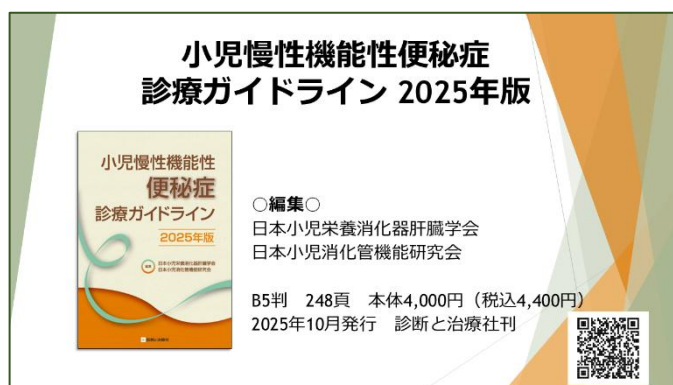


2026 年 8 月 25 日

小児慢性機能性便秘症の診断と治療

信州大学 医学部 保健学科 小児・母性看護学
教授 中山 佳子

「小児慢性機能性便秘症の診断と治療」について、2025 年版診療ガイドラインの要点を日常診療の流れに沿ってお話します。皆さんは、小児の便秘症ときいて、どんな患者さんを思い浮かべますか。腹痛のため救急外来を受診され浣腸をすると症状が改善する、水分や食物繊維を摂取すれば自然に治る、そんなイメージを持っているかもしれません。小児の便秘症は、早期の診断と適切な治療介入が必要であり、治療が壮行すると患児と家族の生活の質、QOL が劇的に改善することを、本講演ではご理解いただけるものと思います。



小児の便秘症

小児の便秘症は、単に排便回数が少ない状態ではありません。便が硬い、排便に痛みや強いいきみを伴う、便を我慢する、便失禁を起こすなど、排便に関連する困難が持続し、診療や治療を必要とする病態です。日本の 3 歳児では有病率が約 12%と推定され、決してまれではありません。

発症しやすい時期は、母乳から人工乳・離乳食への移行期、トイレトレーニング期、集団生活や就学の開始に伴うト

慢性機能性便秘症とは

- ・ **機能性便秘症**とは、原因となる明らかな疾患がないにもかかわらず、**便がでにくい状態**が続き、診療や治療の対象となる状態。
- ・ エコチル調査では、日本の **3 歳児の 12.3%**が国際的な機能性便秘症の診断基準を満たしていた。
Nakamura M, et al. BMC Pediatr 2021;21:419.

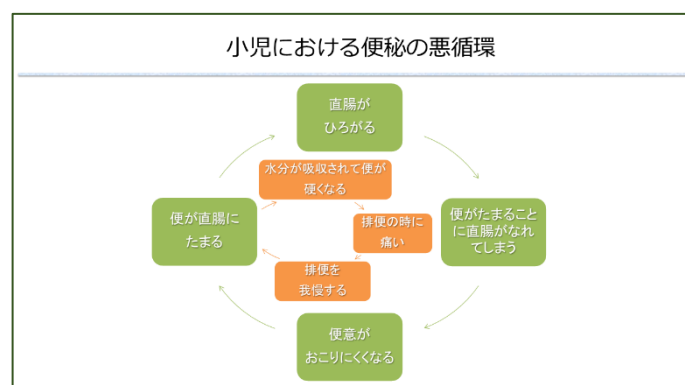
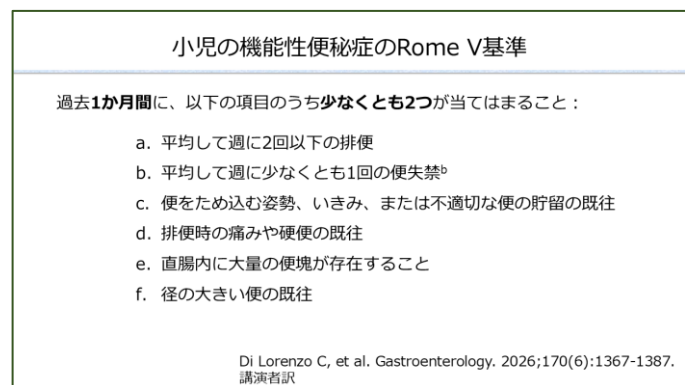
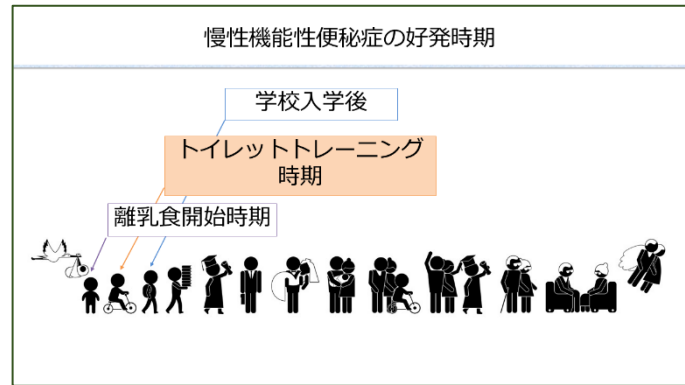
イレ環境の変化する時期です。

慢性機能性便秘症の診断

小児の慢性機能性便秘症の診断には、世界的に Rome 基準が用いられます。Rome 基準では、週 2 回以下の排便回数、便をためる行動、排泄時に肛門の痛みを伴う硬い便、大きな便、直腸に大きな便の塊がある、トイレトレーニング終了後は週 1 回以上の便失禁のうち、2 項目以上が 1 か月続き、症状の原因となる他の疾患がない状態を慢性機能性便秘症と定義します。日本では、排便回数が少ない場合に便秘症をイメージされる方が多いのですが、硬く大きな便を泣きながら出す、下着に便が付着する便失禁がある場合なども、小児の便秘症を考える必要があります。このような症状があれば、医療機関の受診をおすすめします。医療者は詳しく症状や経過を確認し、全身を診察し、便秘をきたす他の疾患の徴候がない場合、機能性便秘症と診断します。便秘型過敏性腸症候群など他の病態では症状が説明できないことも確認します。

小児の慢性機能性便秘症の病態の中核をなすのは、「痛い排便」と「便を我慢する行動」の悪循環です。硬く大きな便を排泄時に肛門が痛むと、子どもは脚を交差する、つま先立ちをする、物陰に隠れるなどして排便を避けます。便が大腸に長くとどまると水分が吸収され、便はさらに硬く、大きくなります。貯留した便で直腸が拡張すると便意が鈍くなり、便秘の悪循環に陥ります。時に、便塊の一部が少量の兎糞状の便として漏れたり、軟便が大きな便の脇から漏れたりする便失禁、いわゆる便漏れを生じます。排便のプロセスには、腸管神経系、自律神経、中枢神経など腸脳相関が深く関与し、心理・社会的ストレスの影響を受けます。重要なのは、便を我慢する行動を「怠け」や「しつけの問題」とせず、便秘症の症状の一部として捉えることです。小児期の悪循環に至らせないために、小児の便秘症は早期の診断と治療介入が必要であることが診療ガイドラインでも示されています。

初診時の診察では、症状の経過に加えて、胎便排泄の遅れ、乳児期早期からの発症、成長障害、胆汁性嘔吐、著明な腹部膨満、原因不明の血便、肛門の位置異常、下肢の神経所見や腰仙部皮膚



所見などの警告徴候、いわゆる red flags を注意深く観察し、red flags があれば専門医へ紹介します。

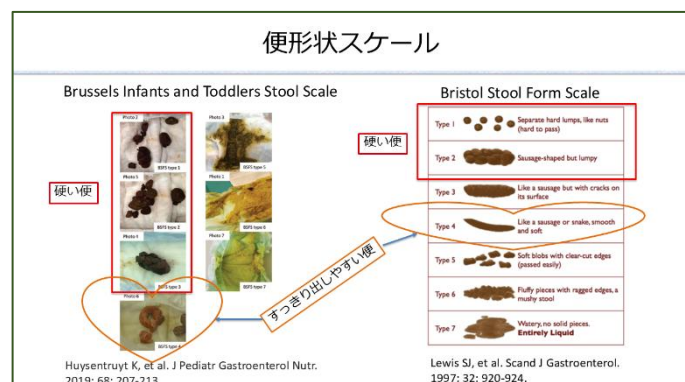
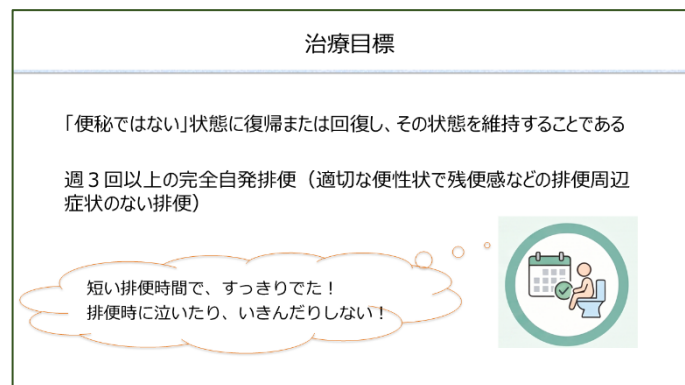
警告徴候がなければ、血液検査や画像検査を一律に行う必要はありません。ただし便塞栓、すなわち直腸に大量の便が貯留し、自然排便が困難な状態の確認方法として腹部超音波検査が非侵襲的で繰り返し評価することができ有用です。腹部 X 線検査も便塞栓の診断の参考になります

慢性機能性便秘症の治療

治療の基本は三つです。第一に、患児と保護者への説明と正しい疾患の理解。第二に、便塞栓があれば完全に除去すること。第三に、再貯留を防ぐ維持療法を十分な期間続けることです。便塞栓を残したまま維持療法を始めると、腹痛や便失禁が続く、治療への不信につながります。最初に治療の順序と長期化する理由を説明し、患児・保護者と治療の目標を共有します。

便塞栓除去には、経口のポリエチレングリコール、以下 PEG 製剤の有効性が海外の研究で示されています。PEG 製剤の内服が困難な場合などは、患児と保護者の同意を得たうえで浣腸などの経肛門的治療を選択します。便塞栓除去の効果は臨床症状、身体所見、必要に応じて画像所見で、翌日から遅くとも 1～2 週間以内に医療機関で判定します。便塞栓除去が不十分で直腸に硬い便が残る場合は、同じ方法の反復、投与法の修正、別の方法への変更を行い、除去困難例は専門医へ紹介します。

維持療法の目標は、痛みのない軟らかい便を週 3 回以上すっきりと出せる状態です。これを完全自発排便といいます。理想的な便の正常は、ブリストル便形状スケール 4 といわれています。便失禁と排便をがまんする行動をなくすことも重要です。改善には数か月以上を要することが多く、症状が改善した直後に薬を中止すると再発しやすいことが多いです。十分な安定期間を確認し、まだオムツがはずれていない幼児ではトイレでの排便が確立してから、薬剤の減量中止を目指します。



薬物療法の第一選択はポリエチレングリコール、PEG 製剤です。PEG 製剤は 2026 年 8 月時点 2 歳以上の小児に保険適用があり、粉末状の薬剤を液体に溶解して内服することで、便が次第に柔らかくなります。電解質が含まれており、塩味があります。PEG 製剤が薬剤アレルギーで使用できない、内服が困難な場合は、1 歳以上で腎機能障害など高マグネシウム血症のリスクとなる疾患がなければ酸化マグネシウム、一方 2 歳未満の乳幼児ではラクツロースを選択します。以上の浸透圧性下剤で治療が不十分な場合には、刺激性下剤、消化管運動賦活薬、漢方薬などの追加・変更を検討します。定期受診では、服薬ができているか、便が軟らかすぎないか、腹痛や便失禁がないか、便塞栓が再燃していないかを確認し、薬の量を一人一人の患児に合わせて調整します。治療が壮行し苦痛を伴う排便から解放されると、患児と保護者の QOL が劇的に改善します。

薬物療法以外の対応では、食物繊維と水分を年齢相応に確保し、適度な身体活動を勧めますが、過剰な摂取や運動を一

律に求める必要はありません。トイレトレーニング中の幼児では、失敗しても叱責せず、トイレに座れたこと自体を評価します。硬く大きな便のために排便時痛が残るうちに強制的なトイレトレーニングを行うと排便をがまんする行動が悪化する場合があります。便塞栓除去が成功し、維持治療によって便がやわらかくなり、排便時の痛みが軽減してからトイレトレーニングを開始します。トイレ習慣の指導として、食後 30 分以内を目安に 1 日 2～3 回、体格によっては足台を用いて安定した姿勢で 5～10 分トイレに座ることを促します。

園や学校との連携も欠かせません。授業中にトイレへ行けない、落ち着いて座れる場所がないと、排便をがまんする行動が再燃します。必要に応じて、排便時間の確保、保健室や個室トイレの利用、服薬への協力を依頼します。

症状の経過は排便日誌を用いると医療者と患児・保護者の方とで情報を共有しやすくなります。標準治療を 2～3 か月間適切に行っても改善しない場合は、服薬量と服薬継続、便塞栓の再燃、便秘をきたす他の疾患の見直し、心理社会的要因を再評価します。内科治療が無効な難治例では、海外では神経刺激、ボツリヌス毒素注入、外科治療などが報告されていますが、日本ではこれらの治療の小児への実施はかなり少ない状況です。

以上、「小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン 2025 年版」に基づく診断と治療の実践について解説しました。診療ガイドラインでは、2 歳未満の乳幼児、重症心身障害児、神経発達症児の便秘症についても詳しく述べおきますので、診療される機会のある医療従事者の皆様はぜひ診療ガイドラインをご覧ください。

最後に、小児便秘病の治療は「便を出す」だけではなく、痛みと恐怖を取り除き、排便行動を再学習し、再発を防ぐ長期診療だということを強調します。便塞栓の有無を最初に見極め、便塞



栓除去後に十分な維持療法を行う一連の診療過程で、患児と家族とともに治療方針を決めることが、治療成功の鍵となります。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<https://www.radionikkei.jp/uptodate/>