

# りきゆうこうじゅう

「おしりの専門家」三枝直人先生が「IBDとおしり」にまつわるさまざまな情報を読者にお届けする新企画です。



三枝直人先生  
(三枝クリニック副院長)

浜松医科大学卒業。米国Cleveland Clinic Florida (大腸肛門学)、松田病院などを経て2002年より現職(横山記念病院、増子記念病院兼務)。

肛門って何？  
どんな仕組みになっているの？

「肛門」とはどこを指すのでしょうか？これには主にふたつの定義があります。ひとつは「解剖学的肛門管」、もうひとつは「外科学的(機能的)肛門管」です。前者は肛門縁(毛が生えていない肛門周囲の皮膚)から歯状線まで、後者は内肛門括約筋により締めきりがあるおおむね4cmくらいを指します(次ページの図を参照)。

組織学的に直腸の上皮は粘膜(円柱上皮)、肛門外側の上皮は皮膚(扁平上皮)なのですが、胎生期に、お腹側から大腸が

だんだん肛門となる部分に延びてきて、皮膚側からも窪みが生じて、上からと下からのトンネルが開通した部分が歯状線です。

ですから、歯状線を境目として口側の粘膜は大腸と同じ神経系(自律神経)なので痛みを感じませんが、肛門側は皮膚と同じ神経系(体性神経)なので痛みを感じます。便秘があると、それが何か(ガスなのか、水様便なのか、硬い便なのか?)出す前にわかりますよね?これは歯状線付近に多くの知覚神経終末が備わっているからです。

一方、歯状線から1cm以上頭側、直腸の粘膜にはこのような鋭敏な知覚はなく、

緊満感しか感じません。直腸にS状結腸の内容物が下りる→直腸内圧が高まる→直腸の外側に付着している筋肉の圧受容体が内圧上昇を感じ→直腸肛門反射が起き、内括約筋が弛緩→腸管内容物が直腸下部へ移動→歯状線付近で内容物の種類を識別→排便・排ガスもしくは抑制(我慢)、という仕組みです。このように直腸とりわけ肛門は非常に特殊な生理的機能を有する重要な部分です。

腸にひとつやふたつ小さな潰瘍があっても痛くもかゆくもないですが、特に歯状線付近は非常に敏感なので、肛門管に少しの切れが起きるだけでも(裂肛)排便

時に鋭い痛みを生じ、まして潰瘍(裂肛)が慢性化して幅広く深くえぐれてしまった状態)ともなれば四六時中痛みが続き、日常生活もままならなくなります。肛門は括約筋によって閉じていますが、痛み

が続くと内括約筋がケイレンを起こすため狭くなり肛門が開かなくなってしまう、便を出すのも冷や汗タラタラとなります。

このように、ひとたび肛門病変が発生すると苦痛を伴いやすいので、患者さんのおしりの中をよく見ようと思ったら、肛門部に麻酔をかけないことにはちゃんと見られないわけです。

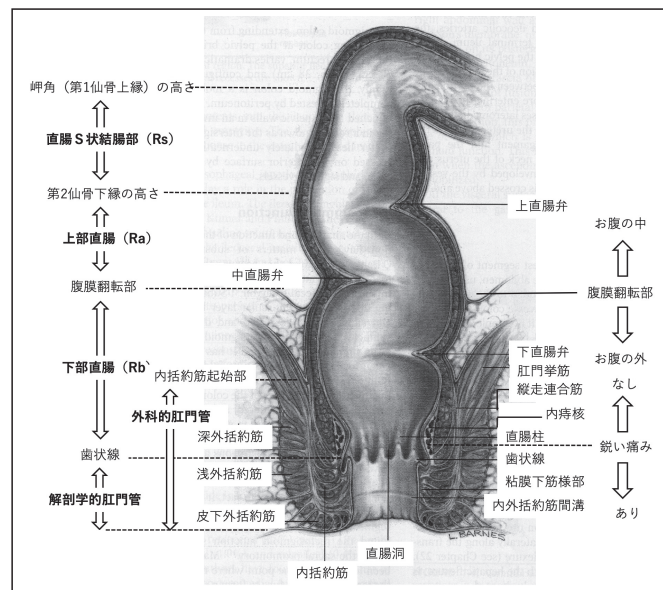
が非常に重要です。ですから、特にクロール病の多発性痔ろうなど内括約筋を巻き込む疾病の手術を行う場合は、括約筋機能の温存をある程度考慮しないといけないようになりますが、その方法についてはまた本連載で後述いたします。

## 料理が得意な直人先生が考案 コロナ時代に自宅で簡単にできる「フカヒレ鍋(4人分)」



まず、日本酒もしくは白ワイン120cc、みりん30cc、お酢15ccを煮切ります。レトルトのフカヒレスープ1パック(4人分/約300円)に水1.2ℓを加え、鶏がらスープかチキンコンソメ、だし醤油少々を加え、白ごま油を5滴加えます。海老ワンタンなど具材はお好みで、シメはご飯か麺を入れて薬味やポン酢でいただきます。

なお、肛門括約筋には、内肛門括約筋と外肛門括約筋の2種類があります。前者は直腸の筋肉が下に延びて肥大した平滑筋なので、心筋などと同じように自分で意図して閉めたり開いたりできません。一方後者は手足の筋肉と同じように横紋筋なので、意図的に開け閉めができます。横紋筋はすぐに疲れてしまうので、持続的な便の保持・禁制(continence)には内括約筋



## ちょこっとコラム

潰瘍性大腸炎（UC）は、基本的に直腸から連続性に口側の大腸に炎症が拡大します。すなわち未治療例のほとんどに直腸炎が多かれ少なかれ、あります。UCの増悪期に患者さんを苦しめる最大の要因が、テネスムス症状、すなわち便意をもよおしてトイレに行っても、ガスだけとか、ほんの少し便や粘液が出るだけなのに頻回に便意をもよおす状態（しぶり腹）で、専門用語では「裏急後重（りきゅうこうじゅう）」です。これは肛門に近い最下部直腸の炎症により、歯状線付近の鋭敏な知覚神経が刺激されるため起きるとされます。

ですから患者さんのQOLを考えた場合、直腸の一番下に短く限局している病変を侮ってはならず、炎症を抑えていくことが非常に重要です。個人的には直腸（炎型）の定義（肛門縁から約15cm）は長過ぎると思っており、腹膜翻転部（肛門縁から約8cm）より口側（腹腔内直腸すなわちRaやRs）に炎症があればまず坐剤は届かないので、そういう場合は「直腸S状結腸炎型」と見做して私は治療します（欧州外科は直腸を腹膜翻転部以下の大腸とみなしています）。

なお、昔は「rectal sparing」というクローン病（CD）では直腸は侵されないと言われてきましたが、CDでも直腸炎は起きますし、特に大腸型では内視鏡像が経過中にUC様に変化することがたまにありますので、テネスムス様症状が出た場合は、直腸の炎症や口側大腸の狭窄などを確認することが重要です。

## ちょこっとQ&amp;A

## ◎ IBDでも便秘になるの？ なったらどうするの？

**A** UCでも直腸炎型で寛解期の特に女性では、便秘となる方が普通にみえます。病変部全域の炎症を抑えることができた結果「元の便秘体質」に戻るのでしょうか。この場合は、妊娠に安全で腹痛を来しにくい非刺激性のマグネシウム製剤を中心に処方します。

CDで慢性便秘になることは完全寛解か軽症の方以外ではあまりないので、便が出にくい場合は、直腸肛門付近の狭窄や、もし腹痛や腹満感を伴う場合は特に口側腸管の狭窄を考えて精査しましょう。

質問をお待ちしています

おしりに関するあなたの疑問をお寄せ下さい（三枝直人）