

□海外文献紹介□

潰瘍性大腸炎の下痢は非吸収性炭水化物の処理能力の障害と関係しているか？

Is the diarrhoea in ulcerative colitis related to impaired colonic salvage of carbohydrate? : Rao SSC, Read NW, Holdsworth CD (Gut 28: 1090-1094, 1987)

潰瘍性大腸炎の下痢のメカニズムは複雑で十分には解明されていないが、腸液の過分泌、蠕動の亢進、水・電解質の吸収障害が下痢発見の原因とされている。一方、潰瘍性大腸炎患者ではいくつかの理由で非吸収性炭水化物の大腸内での処理能力の不全があることが示唆されている。非吸収性炭水化物は通常 1 日 30～150 g に達すると推定され、浸透圧性下痢の一因となりうる。著者らは、非吸収性炭水化物の処理能力を健常

者と潰瘍性大腸炎患者で比較検討した。非吸収性炭水化物の処理は腸内細菌によって短鎖脂肪酸と水素等のガスに分解されるので、呼気中の水素を指標としている。

種々の程度の潰瘍性大腸炎患者 39 例と 14 例の健常者を対象に、4 日間乳糖を含まない低残渣食を与え、3 日目に 20 g のラクツロースを投与してその前後の便回数および便量と呼気中水素濃度の変化を検討した。

1 日の平均便重量はラクツロース投与により活動期、寛解期の如何にかかわらず全大腸炎で有意に増加したが、遠位大腸炎や健常者では増加しなかった。1 日の平均便回数も同様の結果であった。便の硬さは、活動期、寛解期の全大腸炎および遠位大腸炎でも活動期の症例では無形軟便の割合が有意に増加した。

呼気中の水素濃度は基礎値、ピーク値とも潰瘍性大腸炎患者と健常者との間に有意差はなかった。水素濃度の絶対値はどちらかといえば、大腸炎患者のほうが高い傾向があり、大腸炎患者のほうがより多くの水素を産生していることが示唆された。

以上の結果から、大腸での非吸収性炭水化物の処理能力の障害は、潰瘍性大腸炎患者における下痢の病態の中心的役割は担っていないこと、もしあるとしてもそれは、乳糖不耐症の全大腸炎患者が非吸収性炭水化物に富んだ食事を摂った場合であることが示唆された。更に、処理能力の不全はどちらかといえば非吸収性炭水化物の大腸内細菌による発酵の障害ではなく、発酵産物(短鎖脂肪酸)の処理の障害であると思われた。(愛知県がんセンター内視鏡部

伊藤克昭 抄)