

症例・プライマリー・ケア(救急)

Case Study and Primary Care Medicine

月経困難症

Dysmenorrhea

症例

現病歴：26歳女性。初経10歳。月経28日型。整順。2回経妊0回経妊。会社員。

一昨年、月経痛を主訴に前医受診。月経3周期間、疼痛時に非ステロイド系消炎鎮痛剤(NSAIDs)を服用するも無効。子宮内膜症の疑いあり、としてGnRHアナログ(GnRHa)療法を4周期目月経開始時より半年施行。月経再開後、再び月経痛出現し、痛みに対する恐怖心や基礎疾患への不安が増強する。今回、転居により当院を受診(紹介状なし)。下腹痛は月経開始数時間前頃より始まる痙攣性で周期性のある疼痛で、二日ほど持続するため、よく会社を休む。

既往歴：人工妊娠中絶2回(19歳, 21歳)。

家族歴：実母が子宮筋腫で子宮全摘出(42歳)。

理学的所見：身長161cm, 体重54kg。外性器、乳房は正常。乳房は緊満感なし。内診所見で、子宮は前傾前屈、子宮および付属器に異常を認めず、子宮腔部移動痛なく、ダグラス窩にも圧痛認めず。

検査所見：超音波検査で、子宮、付属器は正常大。骨盤MRI検査：正常。

血液検査：WBC 4,800/ μ l, RBC 512×10^4 / μ l, Hb 12.3g/dl, Ht 36%, CA125 8.65U/ml。腹腔鏡検査は未施行であるが器質的疾患の存在の可能性は低いこと、NSAIDsでも鎮痛できない痛みもあること、など十分説明し、エストロゲン・プロゲステロン混合剤(EP合剤)による排卵抑制療法を開始した。最初は月経時に抗不安薬としてアルプラゾラムを併用したが、3周期目には排卵抑制療法のみで月経時の痛みはコントロール可能となった。

I. 診断の手順

1. 病歴

ポイント

月経期間中に月経に付随して起こる疼痛を主症状とし、そのため日常生活および就労、就学に支障をきたすような症状を呈するものを月経困難症という。月経困難症は女性内性器や骨盤内に器質的な異常を認めない機能性月経困難症と子宮内膜症や子宮筋腫などを認める器質性月経困難症とに分類される。要点を表1に示す。

本症例

月経時の下腹痛が強く、まずは月経困難症を考える。初発時期は12歳頃、また持続時期は2日と機能性を疑うが、前医の子宮内膜症の疑いあり、との判断から、器質性の可能性も否定できない。思春期時からの月経痛、実母の子宮筋腫、2回の人工妊娠中絶、NSAIDsが無効、GnRHa療法後も同様の月経痛、と月経に対する恐怖感、不安感などの心因も背景から窺える。

2. 理学的所見

ポイント

内診上、肥大した子宮、筋腫の触知、付属器腫瘍、付属器の圧痛などの所見の存在は器質性月経困難症を疑う。

(表1) 病歴による月経困難症の分類

	機能性月経困難症	器質性月経困難症
発症時期	初経後 1～2 年頃より	初経後 10～20 年位より
疼痛の時期	月経開始前後	月経数日前から月経数日頃
疼痛持続期間	1～2 日程度	3～5 日間
疼痛の質	痙攣性, 周期性	持続性

本症例

内診上, 子宮は前傾前屈, 正常大, 両側付属器腫大なく, 子宮腔部移動痛, ダグラス窩圧痛なく, 器質性疾患は否定的である。

3. 検査所見

ポイント

補助診断法として超音波検査, 骨盤 MRI 検査, 骨盤 CT 検査, 腹腔鏡検査, 子宮卵管造影, 血液検査, CA125検査, さらにクラミジア検査, 淋病検査などが有用である。

本症例

超音波検査で子宮, 卵巣に異常は認めず, 骨盤 MRI でも所見はなく, CA125は8.65 U/ml, 貧血もなく過多月経もない。腹腔鏡は未施行。

II. 診断

腹腔鏡検査による子宮内膜症の有無は確認していないが, 問診, 理学的所見, 検査所見という非侵襲的検査では器質性疾患は否定的である。以上より機能性月経困難症と診断した。

III. 解説

1. 定義

月経困難症

月経期間中に, 月経に随伴して起こる病的症状をいう。下腹痛, 腰痛, 腹部膨満感, 吐気, 頭痛, 疲労・脱力感, 食欲不振, いらいら, 下痢およびゆううつ順に多くみられる。無排卵性月経には通常みられない。

2. 鑑別診断

1) 機能性(原発性)月経困難症: 初経後 2～3 年より始まる。月経の初日および 2 日目頃の出血の多いときに強く, 痛みの性質は痙攣性, 周期性である。

2) 器質性(続発性)月経困難症: 初経後 10～20 年の間に次第に月経痛が増強するといった特徴がある。月経前 4～5 日から月経後まで続く持続性の鈍痛のことが多い。子宮内膜症, 子宮筋腫などの器質的疾患に伴うものをいう。

3) 月経前症候群(月経前緊張症): 月経前, 3～10 日の黄体期の間続く精神的あるいは身体的症状で, 月経来とともに減退, 消失するものをいう。いらいら, のぼせ, 下腹部膨満感, 下腹痛, 腰痛, 頭重感, 怒りっぽくなる, 頭痛, 乳房痛, 落ち着かない, ゆううつ順に多い。月経困難症に比べ, 精神症状と乳房症状が多い。

4) 子宮内膜症: 子宮内膜組織が本来の正常な位置, 子宮腔内面以外の組織や臓器などに, 異所性に存在し増生するために生じる病態をいい, 発生部位により内性子宮内膜症(子宮腺筋症)と子宮外に発生する骨盤内子宮内膜症などの外性子宮内膜症に分ける。

5) 子宮筋腫: 子宮の筋組織から発生する良性腫瘍であり, 実質は筋線維, 間質は結合組織からなる平滑筋腫である。発生は不明であるが, この発育にはエストロゲンが関与していると考えられている。

その他鑑別すべき器質性月経困難症の原因疾患を表 2 にまとめる。

3. 病態生理

月経を有する女性の半数以上が月経時に下腹痛などの身体症状を経験し, そのうち痛み

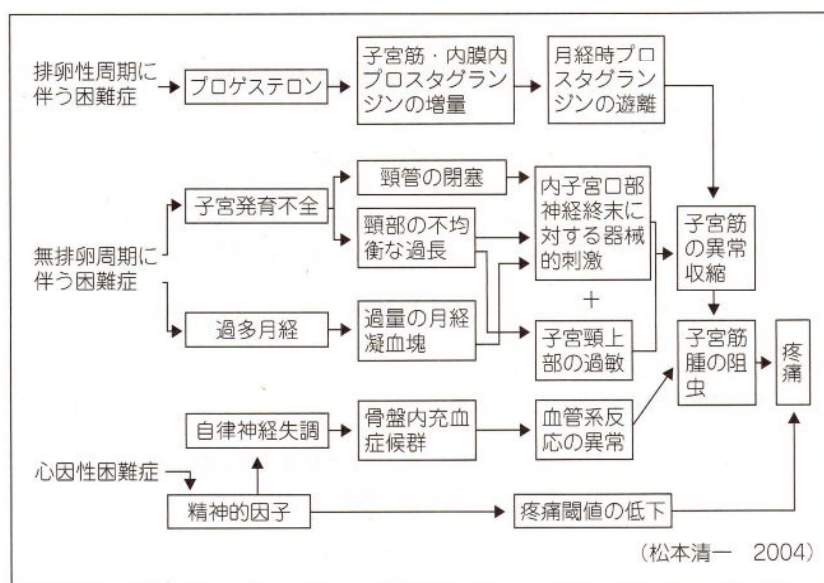
のために日常生活ができなくなる重症例は約10%存在する。月経困難症は日常診療上最もよく遭遇する疾患であるが、正確にその病状を把握し、的確な対処を行うことが、多くの女性の Quality of life の改善につながる。以下に月経困難症の発生機序を図1に示す¹⁾。

1) 月経困難症には器質性月経困難症は少なく、90%以上は機能性月経困難症であり、ほとんどが排卵性周期に伴うものである。その病因としてプロスタグランジン(PG)による子宮筋の収縮が有力視されている。子宮内膜はPG産生能を有し、プロスタグランジンF2 α (PGF2 α)、プロスタグランジンE2(PGE2)濃度はともに増殖期から分泌期、そして月経期へと増加していく。この高濃度のPGが子宮筋を異常収縮させることで、虚血状態となり、求心性交感神経の興奮が起これ、下腹部中央の痙痛、下腹部鈍痛、神経反射による腰痛が起これ、さらに一部が全身血流に乗り、前述の随伴症状を起こすと考えられる。PGの産生機構は、黄体の萎縮とともにプロゲステロンが減少、ライソゾームが不安定となり、ホスホリパーゼA2が放出され、アラキドン酸産生とシクロオキシゲナーゼ活性が増す。月経困難症では血管拡張作用、平滑筋弛緩作用をもつプロスタサイクリン産生は少なく、PGF2 α 、PGE2の産生が多い。またPGの上昇しない機能性月経困難症では同じアラキドン酸カスケードから産生されるロイコトリエンの産生が増える。ロイコトリエンも血管の透過性の亢進、収縮、平滑筋の収縮、さらには好中球の遊走、凝集、血管内皮細胞との接着、脱顆粒などに関与するとされ、このことが月経困難症の10~30%に存在するシクロオキシゲナーゼの阻害薬であるNSAIDsが効かない疼痛の原因のひとつと考えられている。その他、循環血中のバソプレッシンの上昇が示唆されている。

(表2) 器質性(続発性)月経困難症の原因疾患

子宮内膜症
子宮腺筋症
子宮筋腫(特に粘膜下筋腫)
骨盤内炎症性疾患(PID)
子宮位置・形態異常(子宮頸管狭窄)
子宮内避妊具(IUD)挿入

2) 器質性月経困難症についてはおのおのの原因疾患について参照されたい。無排卵周期に伴う困難症、これは子宮の前屈や後屈で狭くなっている頸管を月経血が通過する際の刺激によって起こるとされ、狭窄が病的と判断されれば器質性へ分類される。



(図1) 機能性月経困難症の発生機序

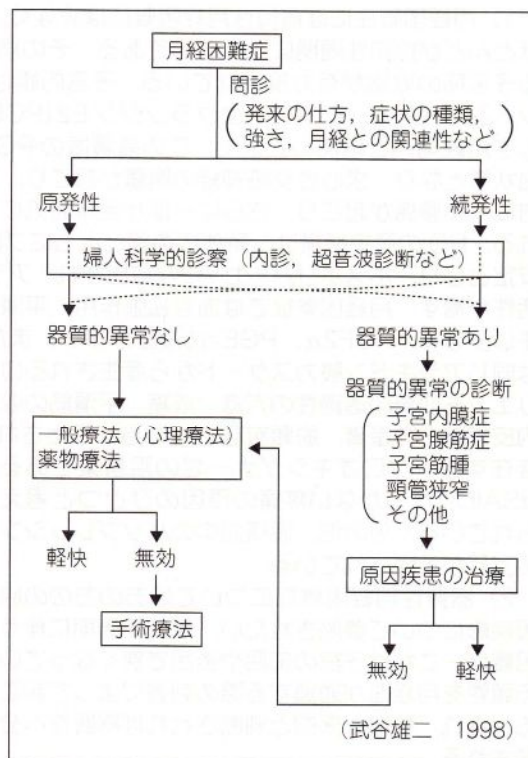
3) 心因性困難症とは精神的、心理的因子が月経困難症発症の大きな要因となるものである。骨盤内のうっ血の3割、月経痛の2割が心因として知られている。思春期は成長に伴う心身のアンバランスが生じやすく、心理的には不安、緊張、過敏、抑うつなどによる情緒不安定、社会的内向などがみられる。その身体的特性と心理・社会的特性を理解し、診断と治療を進めることが必要である。また特に既往歴に極度の興奮状態、神経質、不安や精神障害がある場合は月経困難症を増悪させるので、教育的配慮も重要となる。

4. 治療

月経困難症の取り扱いを図2に示す²⁾。

1) 原発性月経困難症

対処の実際としてはカウンセリング(教育)、すなわち一般療法、あるいは心理療法である。患者の月経に対する恐怖などから疼痛の閾値の低下が起っていることを考慮し、月経随伴症状、月経困難症は病気の症候ではなく、不愉快なものであるが、正常の女性機能、特に妊孕性の証であること、その成立機序を簡単に説明し理解させる。月経時に活動制限を強くしないよう指導する。医師・患者関係が良好であれば、患者の精神的葛藤による症状も緩和されプラ



(図2) 月経困難症の取り扱い

(表3) 月経困難症に対する各種処方例

1	鎮痛剤 (NSAIDs)
	メフェナム酸 (ポンタール®)錠 (250mg) 3錠 分3
	ロキソプロフェンナトリウム (ロキソニン®)錠 (60mg) 3錠 分3
	ジクロフェナク酸 (ボルタレン SR®) (37.5mg) カプセル 2カプセル 分2
	インドメタシン (インダシン®)坐剤 (25mg, 50mg) 頓用
2	排卵抑制剤 (EP 合剤)
	ノルゲストレル 0.5mg, エチニルエストラジオール 0.05mg 合剤
	(ブラノパール®) 1錠 分1
	(ドオルトン®) 1錠 分1
	月経周期5日目から21日間服用
3	漢方製剤
	当帰芍薬散, 桂枝茯苓丸, 桃核承気湯, 芍薬甘草湯 (保険適応なし),
	何れもエキス 7.5g 分3 食前もしくは食間。
4	抗不安薬
	アルプラゾラム (ソラナックス®)錠 (0.4mg) 3錠 分3
	エチゾラム (デパス®)錠 (0.5mg) 3錠 分3
	ジアゼパム (セルシン®)錠 (2mg) 3錠 分3

(表4) 月経困難症に対する薬物治療の長所と短所

	長所	短所
鎮痛剤	即効性がある 経済的負担が少ない	消化器症状 アスピリン喘息患者に使用できない 血小板減少症
GnRH アナログ療法	無月経に伴う月経痛の消失 注射剤であれば月1回の投与でよい	長期間(6カ月以上)の投薬ができない 低エストロゲン症状 骨粗鬆症 経済的負担が大きい
EP 合剤	治療後すぐに妊娠が可能 長期間の服用が可能	体重増加 血栓症の危険性 肝機能障害
ダナゾール	子宮内膜症への直接作用 経済的負担が少ない	体重増加 男性化徴候 (にきび, 嗄声など)
漢方療法	薬剤の選択肢が多い 長期間の投薬が可能 副作用が少ない	薬剤選択が難しい 治療効果の個人差が大きい

(野崎雅裕 2003)

セボの投与が有効な場合もある。それに対処困難な場合に薬物療法が選択される。薬物療法としては鎮痛剤、ホルモン剤、漢方製剤、が汎用され、子宮収縮抑制剤、抗不安薬、鎮痙剤なども用いられる。なお子宮内膜症や子宮筋腫には GnRHα 療法、ダナゾールなども用いられる。PG 合成阻害剤である各種 NSAIDs は日常診療上、対症的であるが第一に選択される。EP 合剤は排卵抑制により子宮内膜萎縮をきたし PG 産生を減少させる目的で投与される。漢方療法は速効性に欠けるが一般に副作用は少なく、若年者には使いやすい。各薬物療法の処方例を表 3、長所と短所を表 4 に示す³⁾。

薬物療法が無効な場合には手術療法が選択されることもある。最近では、腹腔鏡下で仙骨子宮靱帯を切断する方法も、ある程度有効である。子宮内膜症の有無の検索のために腹腔鏡施行時に靱帯切断を行うこともあるが、長期予後については不明である。

2) 続発性月経困難症

疼痛管理に関しては原発性月経困難症に準じる。器質性病変の治療については各疾患ごとに対処されたい。

《参考文献》

1. 松本清一, 北村邦夫, 編著. 月経に伴う愁訴. 思春期婦人科外来第2版 東京: 文光堂, 2004; 89—107
2. 武谷雄二. 月経異常. 武谷雄二, 編 新女性医学体系 4. 女性の症候学 東京: 中山書店, 1998; 15—37
3. 野崎雅裕. 産婦人科疾患, 月経困難症. 今日の治療指針2003年版 東京: 医学書院, 2003; 828—829

(赤松 達也*)

*Tatsuya AKAMATSU

*Akamatsu Ladies' Clinic, Tokyo

Key words : Functional (primary) dysmenorrhea · Organic (secondary) dysmenorrhea · Premenstrual syndrome · Endometriosis · Uterine myoma