

月経困難症—診断と治療指針—

浜松医科大学
産婦人科教授
川島 吉良

定義

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，嘔気，頭痛，疲労・脱力感，食欲不振，いらいら，下痢および憂うつ順に多くみられる。

分類

〔発症の時期より〕

- ┌ 原発性月経困難症——初経後しばらくして排卵性周期が確立される頃から発症
- └ 続発性月経困難症——30歳前後から起こり始め，月経の回を重ねるに従って症状が増強する傾向あり

〔器質的疾患の有無より〕

- ┌ 機能性月経困難症——ないもの
- └ 器質性月経困難症——あるもの

原発性月経困難症≒機能性月経困難症

続発性月経困難症≒器質性月経困難症

原因

〔機能性月経困難症〕

- 1) 血管運動神経失調による骨盤内うっ血
- 2) 月経前の水分貯留
- 3) プロスタグランジン過剰による子宮筋攣縮

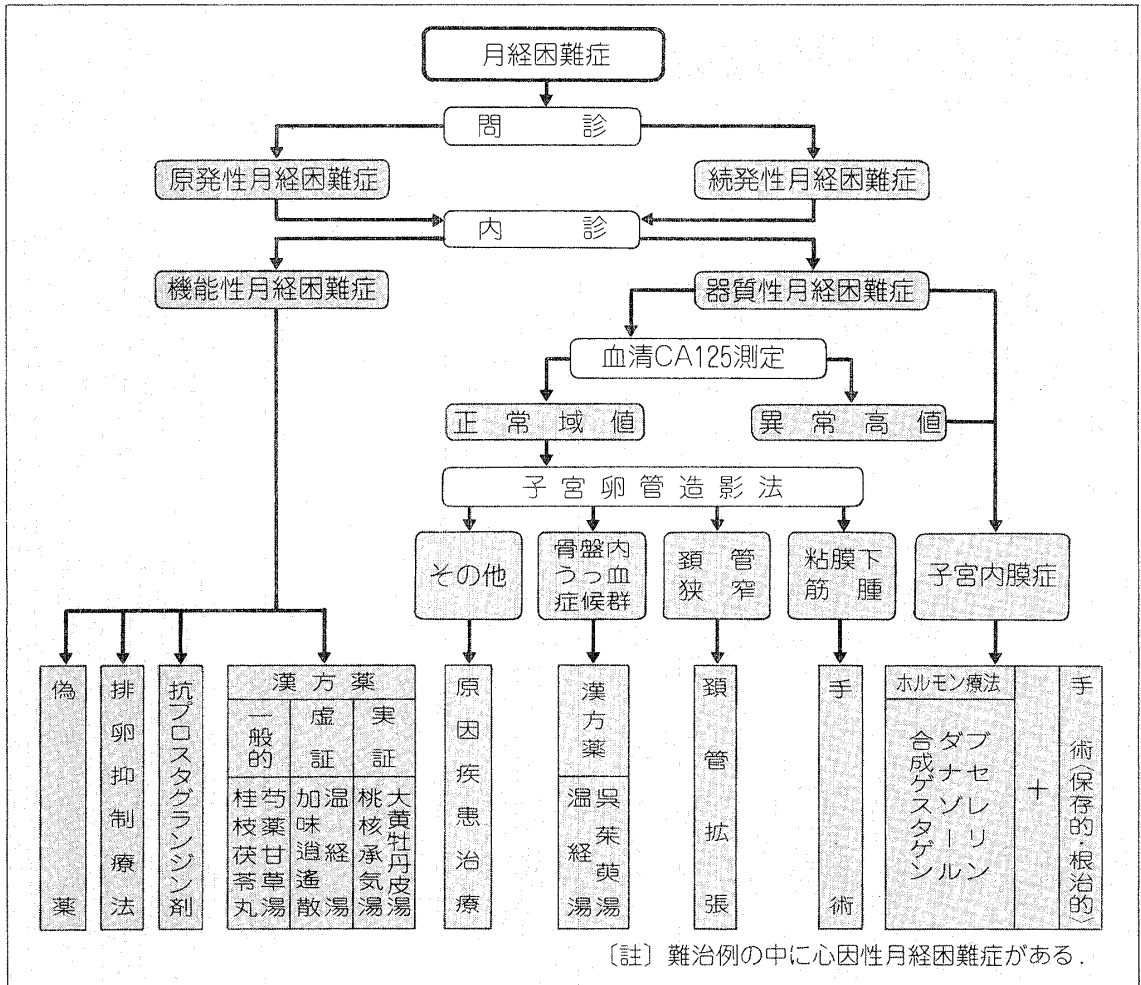
〔器質性月経困難症〕

- 1) 子宮腺筋症
 - A) プロスタグランジン説
 - B) 異所内膜における腺腔内出血説
- 2) 外性骨盤内内膜症
 - A) 異所における月経時出血，癒着

〔疼痛の伝達〕

- 1) 子宮体部—交感神経
- 2) 子宮頸部—副交感神経
- 3) 骨盤内 —自律神経，脊髄知覚神経

診断の順序



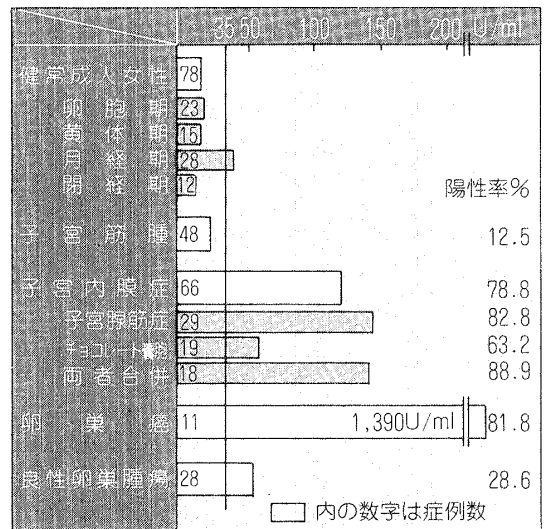
(図1) 月経困難症の診断と治療指針

器質性月経困難症の原因疾患を鑑別するには

まず血清CA125値の定量を行う。健康人の場合、その値は性周期につれて変動し、月経期に最も高くなるが、35U/mlを限界とすることができる。子宮内膜症例66例の平均値は120U/mlで、異常高値を示すものは78.8%であった。これに対し子宮筋腫48例の平均値は19.2U/mlで、異常高値を示すものは12.5%に過ぎなかった。

血清CA125値が正常値ならば子宮卵管造影法で粘膜下筋腫、頸管狭窄、子宮奇形などを鑑別する。

骨盤内うっ血症候群(Taylor症候群)は自律神経失調により骨盤うっ血を来し、月経痛、腰痛、性交痛などの自覚症状と子宮腔部うっ血



(図2) 婦人科における血清CA125の平均値

や子宮腔部挙上時の疼痛を特徴とする。

婦人科における血清CA125の平均値は図2の通りである。

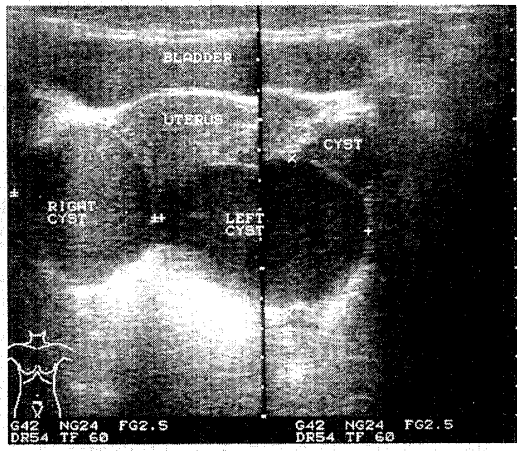
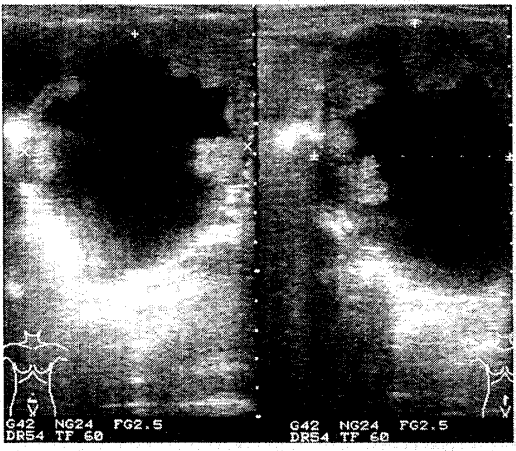
器質性月経困難症の主因をなす子宮内膜症の診断

特有な病歴を重視し、特徴ある双合診所見を的確に把握し、検査法を駆使して総合的に診断する(表1)。

(表1) 子宮内膜症の診断要項

A. 治療前診断	
1) 病歴の重視:	<ul style="list-style-type: none"> • 続発性で次第に増強する月経痛 • 下腹痛, 腰痛, 性交痛, 排便痛 • 不妊症 • その他の月経時血便, 月経時血尿, 月経時咯血 • 月経ごとに繰返される臍部の腫脹, 疼痛, 青色変化 • 消炎療法の繰返しと症状の再燃の既往 • 既往開腹術の精査
2) 双合診:	子宮のびまん性増大, 癒着性子宮後屈, 仙骨子宮靭帯および子宮頸部後壁の結節状抵抗, 子宮可動性制限, 子宮腔部挙上時の疼痛, 内診時の疼痛, ダグラス氏窩の特有な圧痛のある腫瘤, 固着し圧痛ある付属器腫瘍, 膣円蓋部の暗赤色斑点
3) 検査事項:	CA125, 超音波撮影, 腹腔鏡検査, 組織検査, 子宮卵管造影
B. 開腹時の診断	
1) 肉眼的特徴:	<p>暗赤色斑点の散在</p> <p>癒着: 子宮頸部後壁と直腸, 卵巢, 仙骨子宮靭帯の癒着</p> <p>卵巢チョコレート嚢胞</p> <p>付属器病変に比し卵管通過性温存, 卵管采は比較的健常, frozen pelvis</p>
2) 組織片の採取	

最近増加傾向にある卵巢チョコレート嚢胞と卵巢嚢胞性癌との鑑別

卵巢チョコレート嚢胞		卵巢嚢胞性癌	
血清 CA125	200U/ml以下	200U/ml以上	
超音波 断層像	嚢胞壁肥厚, 不正, 浮動性的内容物	嚢胞壁より乳頭状増殖像	
			

治療指針

〔機能性月経困難症〕

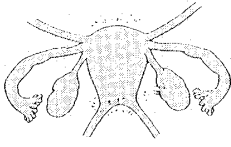
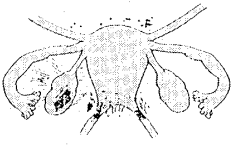
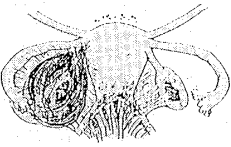

偽薬で軽快するものもあるが、次に排卵性周期（BBT上）に伴うものはピルで3周期排卵抑制療法を試みる。あるいは抗プロスタグランジン剤（インダシン[®]、ボルタレン[®]、フェルデン[®]など）を用いる。

また中医学的観点から漢方の駆瘀血剤が使用される。一般的には桂枝茯苓丸、芍薬甘草湯、実証には桃核承気湯、大黄牡丹皮湯、虚証には加味逍遙散、温経湯などが奏効する。いずれも3周期繰返すとよい。

〔器質性月経困難症〕

原因疾患の治療を優先することはいうまでもない。子宮内膜症が原因となることが最も多い。これに対しては挙児希望の有無、臨床進行期（表2）、年齢によって治療法が選択される。

（表2）子宮内膜症の治療指針

第Ⅰ期 （微症）	骨盤内臓器・漿膜面に1～2mmの小斑点が散在するもので、開腹術や腹腔鏡検査で発見される。		第Ⅰ期（微症）で2年以上不妊例はホルモン療法（例えばダナゾール400mg/日×4ヵ月間1コース）を行う。
第Ⅱ期 （軽症）	仙骨子宮靭帯、広間膜、頸部後壁および卵巣に有痛性硬結を触れるが、ダグラス窩が閉鎖していないもの。		第Ⅱ期（軽症）はホルモン療法1コースを行って卵巣チョコレート嚢胞が縮小すればそのまま経過をみるが、チョコレート嚢胞が縮小せず卵管卵巣周囲に膜様癒着が残存すれば保存的手術を行う。
第Ⅲ期 （中等症）	第Ⅱ期病変が進行し、卵巣が少なくとも2倍以上に腫大し、仙骨子宮靭帯、直腸、付属器が癒着し、ダグラス窩が閉鎖しているもの。		第Ⅲ期（中等症）は術前ホルモン療法を約3ヵ月行い引続き保存的手術を行う。
第Ⅳ期 （重症）	骨盤内臓器が癒着して一塊となり、個々の臓器が区別できないもの、すなわちfrozen pelvis.		第Ⅳ期（重症）は保存療法の適応にはならない。むしろ根治療法を行うべきである。挙児希望のない者、とくに40歳以上、Ⅲ、Ⅳ期例の場合には根治療法として子宮全摘術および両側付属器摘除術を主体とする病巣全摘術が行われる。この場合も術前約3ヵ月間ホルモン療法を行い引続いて根治手術に移行するのがよい。術前ホルモン療法によって病巣は縮小し、癒着剥離は容易となり、出血は少なく、手術操作が容易となるからである。

《参考文献》

- 1) Emery A. Wilson : Endometriosis. Alan R. Liss, New York, 1987.
- 2) 川島吉良：子宮内膜症。産婦人科MOOK26（坂元正一ら編），金原出版，東京，1983。