

過多月経

愛媛大学医学部
産科婦人科教授
松浦 俊平

過多月経とは月経血量が異常に多く、150ml以上あるものをいうが、臨床的には患者の訴えによって判定されるため、さほど厳密なものではない。過長月経あるいは不正子宮出血を伴うことも多く、通常、過多月経の結果として患者は貧血に陥っている。

原因と分類

過多月経の原因は多様であって、器質的疾患と機能性のものに大別されるが、内分泌疾患、内科疾患に伴う場合や、医原性のものもある。

〔I. 器質的疾患〕

- 1)子宮筋腫：特に粘膜下筋腫。
- 2)子宮腺筋症および子宮内膜症：子宮腺筋症では患者数の60%以上に過多月経をみる。
- 3)骨盤内感染症：子宮内膜炎など。
- 4)子宮内膜ポリープおよび子宮内膜増殖症：エストロゲン（E）の過剰刺激による内膜の異常増殖で、後者は内膜癌の発生とも関連がある。
- 5)その他：重複子宮など。

〔II. 機能性子宮出血〕

器質的疾患がなくて起る異常子宮出血であり、妊娠、炎症、腫瘍、外傷を除いた、通常の月経以外の出血をいう。過多月経の最も多い原因である。

内分泌疾患、内科疾患などに起因する子宮出血も本症に含めることがあるが、これらは病因論的診断が確定すれば、それぞれの疾患として管理される。よって狭義の機能性子宮出血とは、ほぼ表1のように分類される。

（表1）機能性子宮出血（狭義）の分類

	無排卵性	排卵性
内膜組織所見による分類	増殖期内膜 子宮内膜増殖症* 嚢胞性増殖症 腺腫性増殖症 〔萎縮内膜〕	分泌期内膜 子宮内膜不正成熟 子宮内膜剥脱不全
年代による分類	若年性出血 更年期出血	成熟期の機能性子宮出血

〔 〕は過多月経の原因にならない、* は器質的病変とする傾向にある。

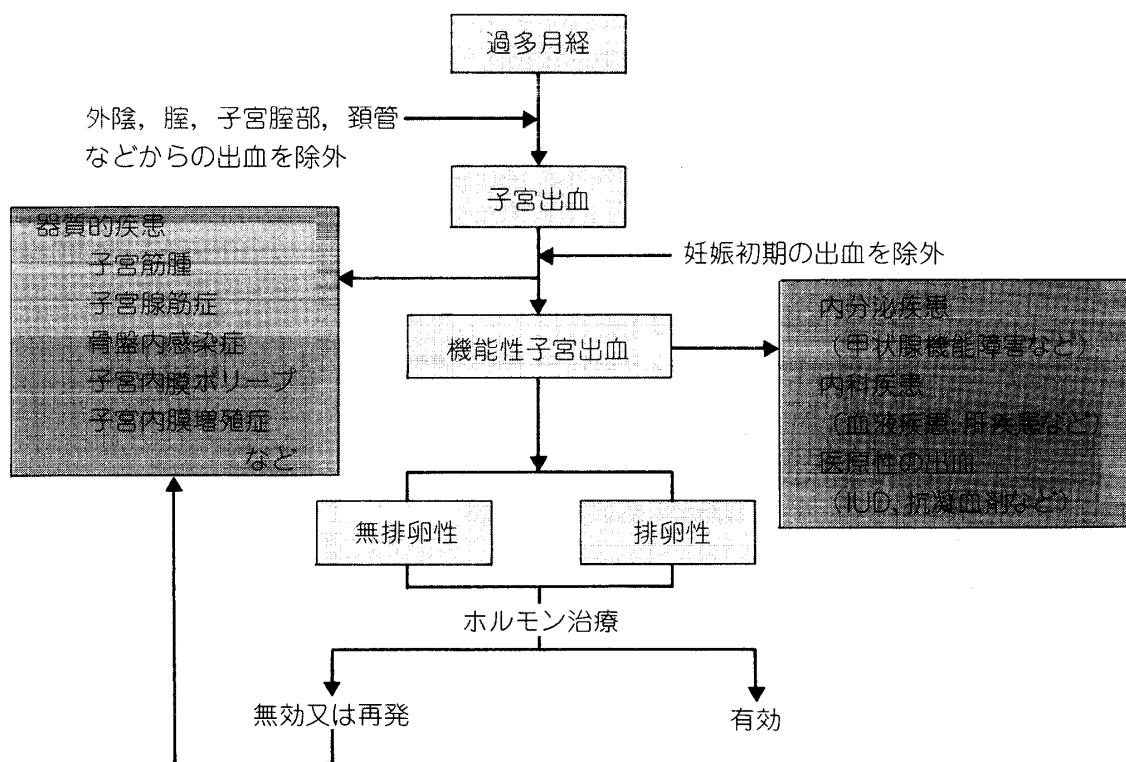
- 1)無排卵性機能性子宮出血：増殖期内膜あるいは子宮内膜増殖症の破綻出血，又は血中Eの消退に伴う消退出血で，機能性過多月経の大部分を占める。
- 2)子宮内膜不正成熟 irregular ripening：黄体期不全の一型で，内膜生検では増殖期内膜像と分泌期内膜像が混在する。
- 3)子宮内膜剥脱不全 irregular shedding：黄体の退縮遅延で，再生期内膜に分泌期内膜領域が混在し，過長月経となる。
- 4)若年性（思春期）出血：大部分が無排卵性で，生殖内分泌機能の未熟性に基づく。
- 5)成熟期の機能性子宮出血：比較的排卵性が多い。
- 6)更年期出血：多くは無排卵性。

〔Ⅲ．内分泌疾患，内科疾患ほか〕

- 1)甲状腺機能障害：機能亢進症では血中遊離Eの増加により，少数例に過多月経をみる。機能低下症では50～70%に機能性子宮出血を合併する。
- 2)糖尿病および肥満
- 3)血液疾患：特発性血小板減少性紫斑病(ITP)，再生不良性貧血，白血病，von Willebrand病など。
- 4)肝・腎疾患：E代謝障害による子宮出血。
- 5)E産生卵巢腫瘍
- 6)医原性：子宮内避妊器具(IUD)，抗凝血剤，ホルモン剤の使用など。

診断

病歴の詳細な聴取，貧血の状態を含めた全身診察，内診と補助診断法を行い，一定の手順に従って原因疾患を診断する（図1）。



（図1）診断の手順

- 1) みかけ上の過多月経，すなわち外陰，膣，子宮腔部，頸管，腸管，尿路の表在性病変部よりの出血を除外する。
 - 2) 妊娠初期の出血（流産，子宮外妊娠，胞状奇胎）を尿中hCG，超音波断層法により除外する。
 - 3) 器質的疾患の診断，それぞれの補助診断法と超音波診断所見を表2に示す。
 - 4) 臨床的診断法により器質的疾患を除外した段階で，暫定的に機能性子宮出血と診断する。
 - 5) 内分泌疾患，内科疾患あるいは医原性の出血が疑われる場合は，個々について臨床検査を行う。
 - A. 内分泌疾患：甲状腺機能障害にBMR，血中 T_3 ， T_4 ，トリオソルブ試験，血清TSHなど，糖尿病にブドウ糖負荷試験など。
 - B. 血液疾患：血球数算定，血小板数，末梢血塗抹標本，出血時間，毛細血管抵抗，PTT，骨髓穿刺など。
 - C. 肝・腎疾患：肝機能検査，腎機能検査。
 - D. その他：IUDは超音波断層法による高輝度エコー。
 - 6) 機能性子宮出血の病型を把握するには下記の検査が有用である。
 - A. 基礎体温測定（BBT）：無排卵性では一相性，子宮内膜不正成熟では高温相の短縮，子宮内膜剥脱不全では高温相の延長などがみられる。
 - B. 子宮内膜組織診：組織診は病型の把握だけでなく，妊娠初期の異常や，35歳以上の患者での内膜癌との鑑別にも役立つ。ただし，若年者では大部分が無排卵性であり，組織診はできるだけ避ける。
- point**
- * 内膜生検の時期は，周期性のある出血では開始の数日前が，また非周期性では出血の早期が適当である。ホルモン治療開始後では，病型診断上の価値が少ない。
- C. ホルモン測定：血中エストロゲン，プロゲステロン，FSH，LH，プロラクチン，LH-RH試験。
- 7) 器質的疾患の再検：機能性子宮出血に対して主としてホルモン療法が適用されるが，十分な効果が得られない場合，あるいは治療後短期間に過多月経を再発する場合には，器質的疾患の潜在を考慮して再度精査する。

（表2）器質的疾患の補助診断法

疾患名	補助診断法	超音波診断所見
子宮筋腫	US, HSG, H-Sc	子宮の腫大，子宮壁の凹凸
子宮腺筋症	US, HSG, 血中CA-125	子宮体部の均等な肥大，壁内高輝度点状エコー，壁内小胞像
子宮内膜症	L-Sc, HSG, US	ダグラス窩の結節状高輝度領域，粗毛状輪郭の嚢胞像
骨盤内感染症	白血球数, CRP, 赤沈	
子宮内膜ポリープ	H-Sc, HSG, US, 組織診	子宮腔内のポリープ状腫瘍
子宮内膜増殖症	H-Sc, US, 組織診	子宮内膜の肥厚

US：超音波診断法，HSG：子宮卵管造影法，H-Sc：ヒステロスコピー，L-Sc：ラパロスコピー
 [注] HSGは出血時に行わない。高分子デキストラン使用によるH-Scは出血時に行ってもよい。

治療

〔I. 器質的疾患, 内分泌疾患など〕

狭義の機能性子宮出血以外のものについては, 原疾患を中心とした治療を行う。

- 1)子宮筋腫: 35歳以上で挙児希望のない婦人では単純子宮全摘出術。
- 2)子宮腺筋症: 子宮筋腫に同じ。

point

* 子宮筋腫や子宮腺筋症へのエストロゲン・プロゲステロゲン (E・P) 合剤又はダナゾールの持続投与によって, 一時的な止血効果が期待できる。手術療法までの貧血改善などに適用しうる。

- 3)子宮内膜ポリープおよび子宮内膜増殖症: 内膜搔爬。子宮内膜増殖症ではP剤投与による消退出血後に内膜の全面搔爬を行い, 組織診により内膜癌を除外する。
- 4)甲状腺機能障害: 機能亢進症にプロピルチオウラシル又はチアマゾール投与。機能低下症に甲状腺製剤 (チラージン S®) 投与を行う。
- 5)ITP: 副腎皮質ステロイドの投与, 免疫グロブリン大量静注, 摘脾。
- 6)IUD: 除去。

〔II. 機能性子宮出血〕

ホルモン療法が主軸であり, その概要を表3に示す。

point

* 思春期後半の若年性出血では E・P 合剤の長期投与を避け, クロミフェンクエン酸塩 (クロミッド®) による排卵誘発法を追加して再発を防ぐ。

* ホルモン療法に際しては, その後に予想される消退出血について患者に充分説明しておく。

(表3) 機能性子宮出血の治療

1) 大量出血で急を要する重症例 入院せしめ右記の方法を適宜選択する	A) 新鮮血輸血 B) E・P合剤経口投与 [例] ノルエチステロン 1mg+メストラノール0.05mg合剤 (ソフィアA®) 4~3錠/日を5~7日間投与 消退出血5日目より1錠/日を21日間投与 (外来で2~3周期反復) C) 結合型エストロゲン静注投与 [例] プレマリン®20mg静注を6時間ごと3~4回反復 出血軽減によりE・P合剤3錠/日を7日間維持 消退出血5日目より1錠/日を21日間投与 (外来で2~3周期反復) D) 子宮内膜搔爬 (ホルモン療法で速やかな止血が得られぬ場合) E) 止血剤 又はプロスタグランディン合成阻害剤 トランサミン®, アドナ®, 又はメフェナム酸 (ポンタール®) 投与
2) 出血が中等量で急を要しない例	A) 無排卵性機能性子宮出血に対し [例] P剤ジドロゲステロン 5mg (デュファストン®) 2錠/日を7日間経口投与 消退出血5日目よりE・P合剤1錠/日を21日間投与 (2~3周期反復) B) 子宮内膜不正成熟に対し [例] 高温相の1日目よりジドロゲステロン 5mg 1錠/日を12日間投与 (2~3周期反復) C) 鉄剤投与 (貧血に対しホルモン療法に併用する)