

〔女性の QOL〕 閉経後の異常への対策

昭和大学医学部
産科婦人科教授
矢内原 巧

はじめに

1996年の日本人の平均寿命は男性77.01歳，女性83.59歳で過去最高となった。とくに女性は12年間連続世界一で男女差は6.58歳である。一方日本女性の閉経年齢は平均49.47歳であり50%閉経年齢は50.54歳と報告されている¹⁾。すなわち女性は閉経後33年間生きる事となる。

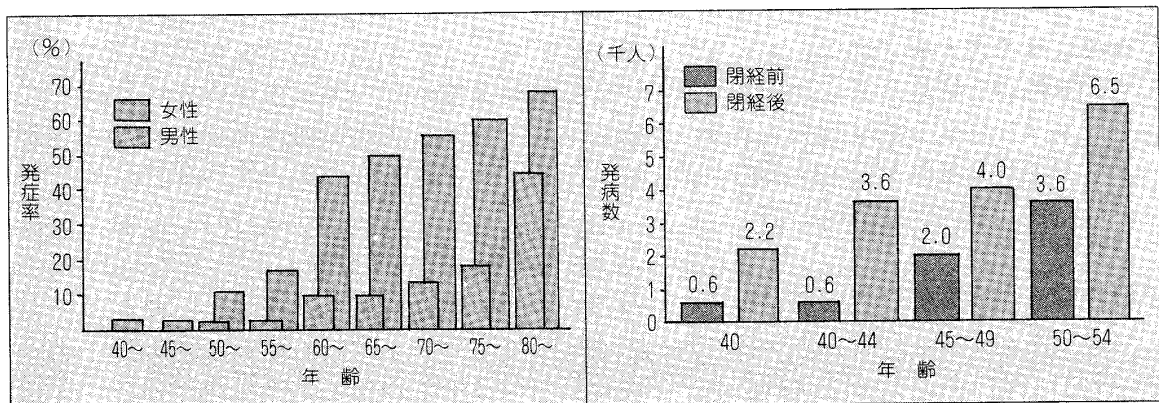
最も大切なことはこの閉経後の期間をいかに心身共健全に過ごすことができるかであろう。一般に65歳以上の年齢層が総人口の14%以上を占めた場合を高齢化社会というが，わが国では1995年に14%を超え総務庁の発表によれば本年では15.4%，1,944万人といわれる。当然のことながら女性高齢者は男性より多く約1.4倍と報告されている。このうち「寝たきり」の要介護者は28万4千人で女性は男性の1.7倍以上と推定される。

これらの統計から今後女性，とくに閉経後女性のQOLを重視せねばならず，そのためには閉経後女性に多い疾患やその対策を考えねばならない。

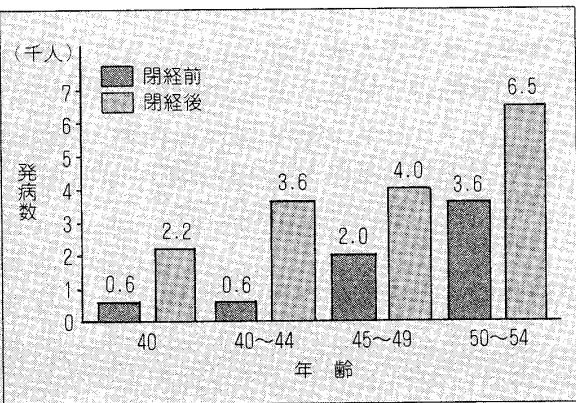
更年期以降に起こす疾患と障害

更年期を境としてみられる疾患や障害の多くはエストロゲン濃度の急激な減少に起因すると考えられる。閉経前後にみられるものとしては「ほてり」「発汗」に代表される血管運動神経系障害や「不安」「不眠」「ゆううつ」などの精神神経系障害であるが，これらのほとんどは一過性のものであり生命に危険を及ぼすものでない。腔粘膜の萎縮と菲薄化は性交障害や老人性腔炎の原因となる。最も重要なのは閉経後骨粗鬆症と心血管系疾患であろう。

閉経後骨量は急激に減少する²⁾。女性の骨粗鬆症の発生率は男性より高くとくに閉経後10年以降の60歳より急激に増す(図1)。「寝たきり老人」の原因疾患の20%は大腿骨頸部骨折によるといわれる。



(図1) 骨粗鬆症の年齢別発症率



(図2) 閉経による心血管系疾患(CVD)の年間発病数

女性の死因別死確率（厚生省）によると40歳以上では第1位は心疾患，第2位が脳血管疾患でともに動脈硬化がその背景にあることが考えられる。高血圧性心疾患，脳血管疾患による死亡も女性では50歳を境として急増する。図2に Kannel et al.³⁾の閉経による心血管系疾患の年間発病数を示すが閉経後の発病が多く，これらがエストロゲンの減少と関係していることが推察される。血中のコレステロール値は年齢とともに増加し近年その増加率は加速されているといわれる。脳血管障害による「要介護者」は全体の70%と考えられる。これらの疾患や障害をいかに少なくすることができるかが現在課せられた最大の課題といえよう。すなわち閉経後の女性のQOL向上の対策がどのように，またいつから始めるべきかが問題となる。

前述したように閉経期またはその直後に現れる障害と，閉経後しばらく経過した老年期におこりやすい障害とありそれぞれの目的にかなった管理が必要と考えられる。

閉経期の障害の対策

すでに明らかなごとく更年期の障害，愁訴が多岐にわたるのはその発症の背景に

①加齢による卵巣機能の低下，②社会的，家庭的環境の変化，③これらに対する心理的，性格的要因，とありたんにエストロゲンの消退のみでないことである。

閉経期前後に頻発する「ほてり」「発汗」などいわゆる hot flashes は卵巣機能の急激な低下に起因することからエストロゲン補充療法が有効である。発汗は夜間に多くおこるため睡眠不足となり疲労感に連がる。Hot flashes は必ずしも閉経後おこるものではない。有経婦人にも閉経近くで訴えるものも多い。この時期の月経周期は黄体機能の不全，すなわち黄体期の短縮や無排卵性周期のことが多い。不規則な月経周期調節のためにもホルモン補充療法（HRT）を行ってもよい。この場合休薬期間をもつ周期的逐次投与法が望ましい。休薬期間に消退出血をみることを十分患者に説明する。投薬前にHRTの禁忌事項を留意し合併症，既往歴のないことを確認する。

不安，ゆううつ，気力低下，不眠などの精神神経症状も比較的早期にみられる症状である。これらの症状もホルモンの失調に起因するが，更年期障害としての他の要因，すなわち社会的，家庭的環境とその変化に対する心因的要因が強く影響する。したがってHRTのみでは解決できないことが多い。留意すべきはこれらの症状を主に訴えた場合，精神疾患，心身症との鑑別である。専門のカウンセラーや簡易な SQR-D などの心理テストを行うことが望ましい。必要に応じ精神科医や心療内科医との協力を得る。

閉経後比較的早い時期の障害の対策

閉経を境に性交回数は急激に減る。その原因はエストロゲン低下による腔粘膜の菲薄化と萎縮による性交痛である。

性交障害は心因性（夫に対する嫌悪感）のものを除きHRTで著効がみられる。年齢に応じたエストロゲン剤を選択するが，結合型エストロゲンや経皮剤とゲスターゲンの併用など消退出血または不正出血を望まない患者には，エストロゲン作用の弱いエストリオールの経口または経腔剤を用いる。

尿失禁に対してはHRTも効果が認められるが筋萎縮や自律神経系の関与が大きく，運動療法などとの組合せが効果があるといわれる。

閉経後比較的遅い時期の障害と対策

閉経後30年間のライフスパンを考えた場合女性のQOLにとって骨粗鬆症からくる大腿

骨頸部骨折による「寝たきり」や動脈硬化による脳心臓血管系疾患の予防は本症が致死性の疾患であることから最も重視される。また、アルツハイマー病など老人性痴呆は社会的問題でもある。

〔Ⅰ. 骨粗鬆症〕

大腿骨頸部骨折に関するわが国の調査報告によれば⁴⁾1992年で推定80,000人にも及び5年前に比べ50%も増加したといわれる。

現在骨折予防効果が認められている薬剤としてはエストロゲン製剤、ビタミンD₃製剤、ビスホスフォネート製剤がある。

閉経後骨量の減少は著しく10年ごとに15%のカルシウム吸収がおこる。大腿骨骨頸部骨折率には人種差があり米国人に比し日本人は少ない。本邦ではHRTの普及が遅く明らかな統計がないが、最近の米国での調査成績ではHRTによって非使用者に比し相対危険率は0.6であったと報告されている⁵⁾。

勿論のこと骨量維持と骨折予防に必要なのはHRTのみではなく、遺伝的因子、食生活、体重、運動、生活環境などさまざまな因子が関与している。本邦ではこれらの臨床研究、とくにprospectiveな調査が今後必要であろう。

〔Ⅱ. 脳心臓血管系障害〕

女性の虚血性心疾患による死亡率は閉経後増加し60歳～70歳では男性と差がなくなる。すでに図2で示したように同年代においても未閉経者と閉経者の間では差があり、卵巣機能がその発症と関係あることがわかる。この中高年の心筋梗塞、狭心症、脳梗塞などは動脈硬化症でありその原因には高脂血症の年齢による増加がある。女性の総コレステロール、やLDLは閉経を境に急増する。一方HDLは減少してくる。本邦の高脂血症診断基準(1996年日本動脈硬化学会)では表1に示すごとく総コレステロールは200～219mg/dl、LDLコレステロールは120～139mg/dlを境界域とし生活指導の対象としそれ以上は薬物療法開始基準としている。危険因子としては1)喫煙2)高血圧3)耐糖能異常4)肥満などである。

東京都社会福祉基礎調査によれば「寝たきり」など必介護の原因の70%は脳卒中、高血圧、心臓病などの血管系病変である。HRTはいずれの報告でも脂質代謝に好影響を与えている。Cheang et al.⁶⁾の統計ではHRT userの相対危険率はnon-userの0.3～0.9で明らかに心血管系罹患率を低下せしめている。

(表1) 冠動脈疾患の予防, 治療の観点からみた日本人のコレステロール値適正域および高コレステロール血症診断基準値

| | 血清総コレステロール | LDLコレステロール |
|-------------|--------------|--------------|
| コレステロール値適正域 | 200mg/dl未満 | 120mg/dl未満 |
| 境界域 | 200～219mg/dl | 120～139mg/dl |
| 高コレステロール血症 | 220mg/dl以上 | 140mg/dl以上 |

〔Ⅲ. 老人性痴呆, アルツハイマー病〕

本邦における最近の疫学調査では痴呆老人の数は2000年には150万人を超えると予想されている。65歳以上の高齢者ではデメンチアやアルツハイマー病の発病可能性は5歳ごとに倍増するといわれる。本症の発生増加は家庭的にも社会的にも、さらに介護を含めた医療経費の面からも重大な問題となることは明らかである。本疾患の発病(症)原因は加齢によるさまざまな物質変化を含めいまだ明らかでなく、生活環境を含め予防に対する明確

な指針がない。

近年 HRT がその予防に効果があるとの報告がみられる。8,877名を14年間追跡した研究によれば⁷⁾HRT による Odds 比は0.65でアルツハイマー予防にエストロゲンが有効であるとされている。

QOL とその問題点

閉経後の女性の QOL を考えるうえで閉経期、比較的早い時期、長期的疾患に分けて障害や疾患の疫学的数値と HRT を中心としたその効果を中心に概説した。しかし更年期障害など閉経時期のいわゆる更年期障害も HRT で解決できるのは約 1 / 3 程度であり、その発症の背景因子を考えた場合、生活環境の変更、本人がそれぞれもつ社会的、家庭的因子と性格など複雑である。何よりも更年期・閉経にともなっておこる身体的変化をより広く国民に知ってもらうことが第一であろう。患者本人の理解と努力がなければ解決できない。医療側からみた場合他の疾患との鑑別や、各種の治療のメリットとデメリットを十分知ると同時に患者へのインフォームドコンセントを得ることが大切である。治療の継続（コンプライアンス）が HRT ですら好ましくないのは患者への説明と副作用（早期の HRT では不正出血、癌に対する恐れ）の点である。

本邦では HRT の普及が先進諸外国に比し著しく遅れているため長期間の治療成績や疫学調査がなされていない。また社会的環境、生活習慣も外国とは異なる。これらの点を踏まえた本邦の高齢化に向けた治療や疾病の予防対策が必要であろう。HRT にしても「いつから始め」「いつまで継続」するかの明確な回答はいまだ得られていない。また漢方療法も本邦では比較的受け入れやすいがその方剤の決定や科学的理論づけに乏しい。食事などの生活指導をも含め今後長期的視野に立った研究がなされなければ QOL を無視した対策のないまま高齢化社会の誕生をみるだけに止ってしまう。

《参考文献》

- 1)教育・用語委員会報告「本邦婦人の閉経年齢について」に関する委員会提案理由。日産婦誌 1995；47：449—451
- 2)生殖・内分泌委員会報告「本邦婦人における退行期骨粗鬆症予防のための管理方式」。日産婦誌 1993；45：603—614
- 3)Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease. The Framingham study. Ann Int Med 1978；85：447—452
- 4)折茂 肇, 細田 裕, 白木正孝ら。大腿骨頸部骨折全国頻度調査—1992年における新発症患者数の推移と5年間の推移—。日本医事新報 1995；3707：27—30
- 5)Cauley JA, Seeleg DG, Ersrud K, et al. Estrogen replacement therapy and fractures in older women. Ann Intern Med 1995；122：9—169
- 6)Cheang A, Sitruk-Ware R, Samsioe G. Transdermal oestradiol and cardiovascular risk factors. Brit J Obstet Gynaecol 1994；101：571—581
- 7)Paganini-Hill A, Henderson VW. Estrogen replacement therapy and risk of Alzheimer Disease. Arch Intern Med 1996；156：2213—2217