

臨床教育講演

実地医家に必要なホルモン療法

— 月経異常を中心として —

東京医科歯科大学

橋 口 精 範

はじめに

日常診療上、性ホルモン療法のしめる範囲は広い。ここでは月経異常を中心としてのべることにする。

月経は、第2次性徴にともない、12才（10～17才）頃から初潮としてあらわれ、28日前後（25～35日）の周期をもつて、3～5日間、50～80 ml ぐらいの出血がみられ、47.8才（45～50才）ごろの閉経にいたるまで、妊娠、分娩、産褥、流産後などの時期をのぞいては、周期的にくりかえしてあらわれるものである。

これをめぐって正常範囲より異常にかけはなれていれば、月経異常とよばれる。

月経が体内の内分泌環境の変動によつてくり返されていることを考えれば、月経異常の治療は、ホルモン療法が主体となることになる。

月経異常のホルモン療法

1 初潮年令の異常

最近では初潮年令の早期化がみられ、品川ら（1973）によると、昭和10年生れと昭和27年生れとの間には、1.7才の短縮をみている。

1) 早発月経（9才まで）—デポプロベラを15～100 mg、2週間毎に注射。身体発育の停止がこまる。腫瘍があれば摘出。

2) 晩発月経（18才以後）—以後順調であればよい。原発性無月経との鑑別必要。原因があればのぞく。

2 月経周期日数の異常

1) 稀発月経（2, 3カ月に1回）—初潮後まもなくのものはそのまま。成熟婦人では、排卵誘発（後述）、またはエストロゲンとゲスターゲン混合剤（エナビッドなど）を1日1錠、20日間連日服用。男性型ではコルチコイドを投与。続発性無月経との鑑別必要。

2) 頻発月経（1月に2回以上）—無排卵であれば、前述と同じく排卵誘発、エストロゲンとゲスターゲン混合剤（ノアルテンDなど）による人工的周期確立。排卵があ

り、卵胞期短かければ、同時期にエストロゲンデポ5 mg 1回注射、黄体期短かければゲスターゲンデポ125 mg 1回注射、またはこれとエストロゲンデポとの混合注射。

3) 中間期出血、月経後出血—ヘキスロン、ロバール1日2万、1～3日間注射。

4) 月経前出血—エストロゲンとゲスターゲン混合剤（ノバールなど）を1日1～2錠7日間内服。

5) 無排卵性周期—排卵誘発。

6) 黄体機能不全—頻発月経の黄体期の短かいものの項と同じ。

3 月経持続日数の異常

1) 過短月経（2日以下）—過少月経と同じ（後述）。

2) 過長月経（6日以上）—過多月経（後述）、月経後出血（前述）と同じ。

4 月経量の異常

1) 過多月経—男性ホルモンデポ（エンアルモンデポなど）を、1周期1回100 mg注射。エストロゲンとゲスターゲンの混合剤（アノブラールなど）を周期第5日目より1日1錠20日間内服。

2) 過少月経—無排卵のときは排卵誘発。排卵があれば、卵胞期にエストロゲン（デポシンなど）を1日1～2錠、黄体期にエストロゲンとゲスターゲンの混合剤（ソフィアCなど）を1日1～2錠内服。

5 月経随伴症状の異常

1) 月経前緊張症—月経前期症候群（月経開始の7～10日前に、いろいろ、乳房痛とか）、—男性ホルモンデポ（テストビロンデポなど）を1周期1回、50～100 mg注射。ジオールを1日0.6～0.9 g連日内服。

2) 月経困難症（下腹痛、腰痛、頭痛など）—

(1) 無排卵にする方法

エストロゲンデポ（オバホルモンデポなど）を排卵前に1回5 mgか10 mg注射。

エストロゲンとゲスターゲンの混合剤（サピロンな

ど)を周期の5日目頃より, 1日1錠, 20日間内服。

(2) 排卵はそのままにしておく方法—

男性ホルモンデポ (アンドロゲンデポなど) を1周期1回, 50~100mg注射。デュフストンを1周期20日間, 1日1~3錠内服。

6 閉経期の異常

1) 早発閉経 (40才以下) —そのまま。対症療法は必要に応じて

2) 晩発閉経 (55才以後) —そのまま。

7 無月経

性器に奇形なく, 生理的無月経 (初潮前, 妊娠, 産褥閉経後) でないときに用いる。

診断と治療をかねて

1) ゲスターゲンテスト—ゲスターゲンデポ (プロゲニンデポなど) を1回125mg注射, またはゲスターゲン (プロルトンなど) を1日10mgを3日間注射し, 消退性の出血がくれば, 卵巣の機能がある程度保たれており第1度無月経とよび, 2) 出血のみられないものには, エストロゲンデポ (プロギノンデポなど) を5mg, ゲスターゲンデポ (プロゲデポなど) を125mg同時に (EPデポでは1~2本) 1回注射する。これで出血があれば第2度無月経とよび, 出血がなければ子宮内膜に反応がなく子宮性無月経とよぶ。

この無月経には, 間脳, 下垂体では心身障害, 機能不全, 腫瘍, 卵巣では発育不全, 生合成異常, 排卵障害, 子宮内膜では発育不全, 感受性低下, 性器結核, 副腎では過形成, 腫瘍 (副腎性器症候群, Cushing 症候群など), 甲状腺では機能不全, 亢進, 代謝不全などがあるとおこってくるので, 診断の必要があり, その原因に対する処置が必要となってくる。

8 無排卵

無月経 (第1度無月経, 第2度無月経を含む) 無排卵性月経, 過少月経, 稀発月経, 頻発月経, 機能性子宮出血など無排卵の場合があるので排卵を誘発することになる。

対象: 1) 稀発月経, 頻発月経, 過少月経—性ステロイド療法

2) 無排卵周期, 第1度無月経—クロミフェン, セクソビッド療法

3) 第2度無月経—PMS+HCG, HMG+HCG療法を用いるとよい。

方法: 1) 性ステロイド療法—(1) エストロゲン—プレマリンを1回20mg静注, 月経周期10日目頃より, 3~4回連用。エストロゲンデポ (ペラニンデポなど) を周期の5~10日に1回投与, 次周期を期待。(2) エストロゲンとゲスターゲン—周期前半7日目頃よりエ

ストロゲンデポ (エストラジンデポなど) を, 後半17日目頃にエストロゲンデポとゲスターゲンデポの同時注射をする。

2) 副腎皮質ホルモン, 甲状腺ホルモンも使用。

3) クロミフェン, セクソビッド療法—クロミフェン1日50~100mg, 5日間内服。セクソビッド1日400mg, 7~10日間か, 900mg, 5日間内服。ともに腹痛, 卵巣肥大, その他の副作用にも注意する。

4) PMS+HCG, HMG+HCG療法—PMS (セロトロピンなど) を1日1,000~3,000単位, またはHMG (ヒメゴンなど) を1日150単位をそれぞれ5日間以上注射し, 頸管粘液などの変化をみた上でHCG (ゴナドトロピンなど) を1日1,500~3,000単位投与をしてみると排卵がおこる。ともに腹痛, 卵巣肥大, 多胎妊娠などにも注意する。

9 その他

1) 新生児月経—そのまま。

2) 代償月経—過少月経, 稀発月経に準ずる。

3) その他—戦時性無月経, 労働, スポーツなどとの関係もみられる。

ホルモン剤投与法と注意すべき点

1 投与法

注射剤, デポ剤, 内服剤, 錠剤, ペレット, 軟膏などによる投与法があるが, デポでも有効期間は, エストロゲンデポ—10~14日間, エストリオールデポ—5~7日間, ゲスターゲンデポ—7日間~3カ月, アンドロゲンデポ—3週間とちがうことは考慮しておくべきである。

2 エストロゲン投与

1) 排卵前投与で排卵を抑制し, 月経周期短くなるものもある。2) 子宮出血を招くこともあり止血をはかる両面がある。3) 悪性腫瘍との関係は目下のところ不明であるが, 投与に当っては慎重であるべき。4) 低量投与では頸管粘液の精子通過性をたかめる。

3 ゲスターゲン投与

1) 月経周期には一般に影響はない。2) 男性化徴候のみられる種類がある。3) 低量投与で minipill のはたらきがある。4) 水分蓄積作用がある。5) 止血後, 後出血がみられる。

4 アンドロゲン投与

1) 月経周期には一般に影響はない。2) 男性化作用がある。3) 月経血量は投与周期で少量となることがある。

5. 混合剤投与—それぞれ組合せの成分での注意を考えあわせる必要がある。エストロゲンとゲスターゲンの混合剤では乳汁分泌抑制, 月経周期の移動もみられる。

6. ゴナドトロピン—前述。