

卒後研修プログラム

7. 更年期不定愁訴のみかた

東京歯科大学市川総合病院
講師
高松 潔

座長：国際医療福祉大学附属熱海病院教授
五來 逸雄

はじめに

2001年12月現在の日本における45~59歳女性は1,401万人であり、女性の総人口の21.5%にあたる。日本人女性における更年期障害の罹患率はいまだ明らかではないが、仮に40%が何らかの治療が必要であるとして、560万人、総女性人口の約9%もが更年期障害の治療対象となると考えられる。「敵を知り、己を知れば百戦危うからず」という諺もあるとおり、治療のストラテジーを考えるうえでその実態を理解することは重要である。しかし、更年期障害は「更年期に現れる多種多様の症候群で、器質的変化に相応しない自律神経失調症を中心とした不定愁訴を主訴とする症候群」¹⁾と定義されているとおり、多彩な症状を示す。また、悪性腫瘍やメニエール病、躁うつ病などのように器質的な疾患や他科領域の疾患の一部も更年期障害と位置づけられている場合がある。さらに、発症要因としては、女性ホルモンの消退に伴う自律神経性要因、対人関係や家族の問題などの社会的・環境的要因、生来の性格や生育歴などの心理的・性格的要因が複雑に絡み合っており、多様な症状を発現している(図1)。このように症状、要因が交錯していることが、更年期障害の実態の把握を複雑かつ困難なものにしているし、更年期にある年齢層の女性の愁訴はまずはすべて更年期障害として受けとめるべきとも考えられる。そこで本稿では、多彩な更年期の不定愁訴の的確な捉え方とその評価方法について概説する。

更年期不定愁訴の評価方法としての更年期指数の有用性とその限界

更年期障害は多彩な症状を呈するため、その状態の把握には質問紙が頻用されてきた。特に更年期障害の諸症状の評価は患者の自覚的な訴えによりなされることが多いため、頻度や重症度を数値化し、客観性を持たせようとする更年期指数(スコア)が利用されてきた。

1) Kupperman (Menopausal) Index

1950年代初めに米国人女性にみられた一般的な11種類の症状について、それぞれ4段階の重症度で評価、さらに各症状に重み(factor)をつけて、この重みと重症度の積を合

Contemporary Assessment of Climacteric Complaints

Kiyoshi TAKAMATSU

Department of Obstetrics and Gynecology, Tokyo Dental College Ichikawa General Hospital,
Chiba

Key words : Climacteric disorder · Menopausal index · Psychological test ·
Depression · QOL

(表1) Kupperman (Menopausal) Index²⁾

SYMPTOMS	FACTOR	SEVERITY	NUMERICAL CONVERSION
1. VASOMOTOR	4	+ = 3	12
2. PARESTHESIA	2	M = 2	4
3. INSOMNIA	2	M = 2	4
4. NERVOUSNESS	2	S = 1	2
5. MELANCHOLIA	1	O = 0	0
6. VERTIGO	1	O = 0	0
7. WEAKNESS (FATIGUE)	1	M = 2	2
8. ARTHRALGIA AND MYALGIA	1	S = 1	1
9. HEADACHES	1	+ = 3	3
10. PALPITATION	1	M = 2	2
11. FORMICATION	1	S = 1	1
MENOPAUSAL INDEX (SUM)			31

CODE : O/NONE=0, S/SLIGHT=1, M/MODERATE=2, + /MARKED=3

計したものを更年期指数とするものである(表1)²⁾。もともとは種々のホルモン剤の効果を検討するために考案されたものであるが、更年期指数の最も代表的なものとして半世紀以上使いつづけられてきた。

更年期指数を利用することにより、確かに症状を漏れなくピックアップすることができ、誰が行っても一定の評価ができるという客観性、どこでも評価できるという簡易性、標準化による治療前後の比較や施設間の比較ができる、といった利点がある。しかし、Kupperman Index では以下に挙げるような問題点を持っている。まず、取り上げられている11項目が現状に即しておらず、時代、人種、地域、宗教といったような因子を考慮する必要がある。さらに、項目の中に腔症状や sexuality に関する項目がなく、精神的な因子に関する項目が不足している。また、スコア化に伴う問題点も無視できない。Kupperman Index では項目の独立性について問題があるといわれており、いくつかの項目が連動して動く可能性がある。つまり、ある症状を持つ場合、Index 上で他の症状にもチェックが入りやすいため、結果としてスコアが高くなることになる。また、発現している症状数が多いとそれぞれの重症度が低くても指数は比較的高くなるが、逆に症状数が少ないと重症度が高くても低スコアとなり、現状を反映しないことになる。以上のことから、欧米ではもはや Kupperman Index は使用すべきではないとの意見が一般的となっている³⁾⁴⁾。

2) 諸外国で使用されている更年期指数

1970年代後半からクラスター分析により症状群間の関連性の検討が行われ、Vasomotor, Somatic, Psychological, Urogenital, Sexuality などの症状群間の独立性が報告されてきた⁵⁾⁶⁾。これらに基づき、欧米では表2に示すような更年期指数や調査表が作成され、使用されている^{4)6)~10)}。しかし、これらに関してもどれが最適なのかという点についてのコンセンサスは得られておらず、議論の対象となっているのが現状である。

(表2) 諸外国において使用されている更年期指数 (文献4の表を改変・追加)

名称	略称	作成者	作成年	国	症状数	評価のポイント	評価方法	症状群数 (subscale)	文献
The Greene Climacteric Scale		Greene JG	1984	英国	21	4	重症度	4	(6)
The Women's Health Questionnaire	WHQ	Hunter M	1992	英国	36	4	あり・なし / 頻度	8	(7)
The Menopausal Symptom List	MSL	Perz JM	1997	オーストラリア	25	6	重症度 / 頻度	3	(8)
The Menopause Rating Scale	MRS	Schneider HP	2000	ドイツ	11	5	重症度	3	(9)
The Utian Quality of Life Score	UGOL	Utian WH	2000	米国	23	5	重症度	4	(10)

(表3) 日本において使用されている更年期指数・調査表

名称	略称	作成者	作成年	症状数	評価のポイント	評価方法	症状群数	スコア化	文献
Kuppreman 更年期指数	KKSI	安部ら	1979	17	4	重症度	6	+	(11)
健康調査表	MI-7	赤松ら	1992	7	4	あり・なし / 頻度	7	-	(12)
簡略更年期指数	SMI	小山ら	1992	10	4	重症度	3	+	(13)
慶應式中老年健康維持外来調査表		太田ら	1992	40	4	重症度	20	-	(14)
日本人女性の更年期症状評価表		日産婦	2001	21	3	重症度	8	-	(15)

(表4) 日本人女性の更年期症状評価表¹⁵⁾

症状	症状の程度		
	強	弱	無
1. 顔や上半身がほてる (熱くなる)			
2. 汗をかきやすい			
3. 夜なかなか寝付かれない			
4. 夜眠っても目をさましやすい			
5. 興奮しやすく, イライラすることが多い			
6. いつも不安感がある			
7. ささいなことが気になる			
8. くよくよし, ゆうつなことが多い			
9. 無気力で, 疲れやすい			
10. 眼が疲れる			
11. ものごとが覚えにくかったり, 物忘れが多い			
12. めまいがある			
13. 胸がドキドキする			
14. 胸がしめつけられる			
15. 頭が重かったり, 頭痛がよくする			
16. 肩や首がこる			
17. 背中や腰が痛む			
18. 手足の節々 (関節) の痛みがある			
19. 腰や手足が冷える			
20. 手足 (指) がしびれる			
21. 最近音に敏感である			

3) 日本において使用されている更年期指数・調査表

わが国においては1960年代前半から Kupperman Index の変法として, 重み付けの変更や症状数を増加させたものを作成する試みがなされてきた. しかし, 症状がわが国の女性のそれにそぐわなかったり, 項目数が多すぎて煩雑だったという理由により普及はしなかった. 一方, 1979年, 安部らは, クラスタ分析を元にして, Kupperman Index を改変し, 重み付けの代わりに重症度として4段階評価とし, 17症状とした安部変法 (KCSI) を開発し¹¹⁾, その後頻用されてきた.

1990年代に入ると, わが国における更年期医療への関心の高まりと普及とともに, 新たな指数や評価表が作成された. そのうちのいくつかを表3^{11)~15)}にまとめる. しかし, 項目数を多くして幅広く症状を拾えば煩雑になるというパラドックスや項目の独立性の問題, 自記式では重症度が中間点に偏る傾向があるといった問題点はいまだ解決されてはならず, 施設によって利用はまちまちであるのが現状である. わが国における更年期診療において質問紙を使用しているのは35%であり, そのうち SMI が22%, Kupperman Index あるいは KCSI が8%, その他5%, 一方, 全体の65%はほとんど使用しないという調査

(表5) 各種心理テスト¹⁸⁾

<p>1. 知能テスト</p> <p>a. 個別式知能テスト</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 鈴木・ビネー式知能検査 2. 田中・ビネー式知能検査 3. WAIS 成人知能診断検査 4. コース立方体組み合わせテスト <p>b. 集団式知能テスト</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 田中 A 式知能検査 2. 田中 B 式知能検査 <p>2. 人格テスト</p> <p>1) 質問紙法テスト</p> <p>a. 心身両面の症状の検査を目的としたもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康調査表 (CMI) 2. 九大式健康調査表 (KMI) <p>b. ある特定の精神状態または症状の測定を目的としたもの</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. テイラー顕在性不安尺度 (MAS) 2. 状態不安・特性不安尺度 (STAI) 3. 自己評定式抑うつ尺度 (SDS) 4. 気管支喘息判定テスト (CAI) 5. 食行動調査表 (EAT, EDQ) 6. A 型行動パターン調査表 (A 型傾向判別表, JAS) 7. アレキシサイミア評価尺度 (BIQ, TAS, など) <p>c. 性格・人格テスト</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 矢田部・ギルフォード性格検査 (Y-G 性格検査) 2. ミネソタ多面的人格目録 (MMPI) 3. モーズレイ性格検査 (MPI) 4. 東大式人格目録 (TPI) 5. エゴグラム (Egogram)- 東大式エゴグラム (TEG), 九大式エゴグラム (ECL), 琉球大式エゴグラム (ECL-R) など <p>2) 投影法テスト</p> <p>a. 言語表現による方法</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 文章完成テスト (SCT, KSCT) 2. 絵画欲求不満テスト (PF スタディ) 3. ロールシャッハ・テスト 4. CAT 絵画統覚検査 (TAT)・児童絵画統覚検査 (CAT) <p>b. 描画による方法</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. パウム・テスト 2. 人物描画法 (DAP) など

もある。確かにスコア化は簡便であり、数値は扱いやすく訴えるものがあることは事実であるが、前述のとおり、更年期の愁訴は不定であり、診断のガイドラインを作成することが難しいものである。症状の有無のピックアップ方法としていわゆる調査表あるいは評価表としての更年期指数を使うことはよいが、スコア化した指数を扱う場合にはその限界を十分に理解し、点数の変化に意味があるのかどうかを検討しながら利用する必要があることに注意を要する。この混乱を避けるため、日本産科婦人科学会生殖・内分泌委員会では2001年、評価表としての使用目的を明らかにした表を作成している(表4)¹⁵⁾。この評価表

は簡便かつ日本人女性の更年期にみられる症状をカバーしていると考えられ、症状の評価に有用である。

更年期不定愁訴の捉え方

更年期不定愁訴を捉えるためには3つのポイントが挙げられる。

1) 症状のピックアップ

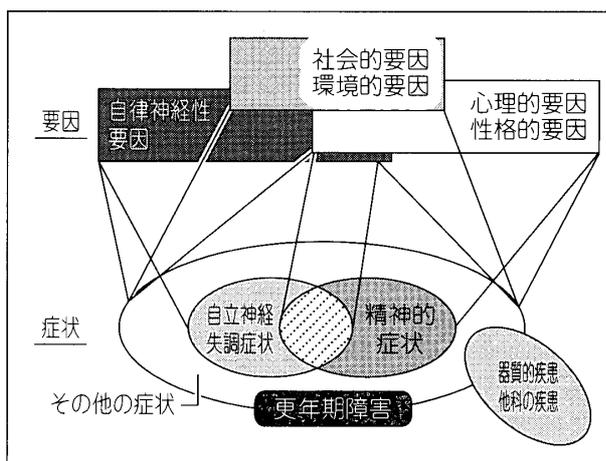
「更年期」の不定愁訴かどうかを問題とするよりは、患者が現在抱えている問題を適切に拾い上げて、対応することが重要であることを考えると、まず愁訴のピックアップと評価が大切である。更年期の不定愁訴は多彩であるため、どの症状がどの程度出現しているのかを理解することが必要であるが、これは前述の調査表を用いることにより評価が可能である。

2) 精神疾患の除外と精神的因子の的確な評価

女性にうつが多いことはよく知られているが、更年期障害を主訴として来院する患者の中に専門科での治療が必要なうつや神経症を持っている場合がある。実際、うつ病患者の最初の受診科としての精神科は10%以下であるという報告もある¹⁶⁾。これらの中には自殺などといった不幸な転帰をとる場合もあり、鑑別は重要なポイントとなる。また、精神的・心理的要因は更年期障害を心身症として捉えた場合、重要な因子であり、特に更年期における女性の心理的背景を考慮すると、最大の精神的要因としては種々の喪失感に伴う抑うつと不安が挙げられる¹⁷⁾。

これらのチェックには心理テストが用いられる(表5)¹⁸⁾。このうち、更年期診療に利用されるのは人格テスト、中でも質問紙法テストである。心理テストにはそれぞれ長所・短所があり、一般には組み合わせて使用されるが、簡便性を考慮し、外来では抑うつに対してはSDS(Self-rating Depression Scale: 自己評定式抑うつ尺度)¹⁹⁾、不安に対してはSTAI(State-Trait Anxiety Inventory: 状態不安・特性不安尺度)²⁰⁾などが用いられていることが多い。SDSは20項目の質問からなる抑うつ傾向を約5分で回答できる自記式の質問紙であり、実際の更年期外来受診患者ではSDS上、半数以上が軽度以上の抑うつ傾向を示すことも報告されている²¹⁾。しかし、身体症状を持つ場合、SDSは評価に不向きであるとの意見もあり、我々はHADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)²²⁾を用いている。HADSは14項目と簡便で、約2分で抑うつと不安の両方を評価できる質問紙であり、実際の更年期外来受診患者では悪性腫瘍に対する手術前の状況に匹敵する抑うつや不安を持つことも示されている²³⁾。

一方、自記式では正確な判定がなされにくいことや精神疾患の鑑別の重要性からより詳細なチェックも求められる。この目的ではM.I.N.I.(Mini-International Neuropsychiatric Interview: 精神疾患簡易構造化面接法)²⁴⁾が有用である。これは、はい・いいえのどちらかで答える構造化面接法であり、約15分と従来のものより短時間で、簡単な訓練を受けた非専門家にも施行できる。大うつ病性障害やパニック障害、自殺傾向など19疾患が診断可能であり、精神科への紹介の根拠としても有用である。



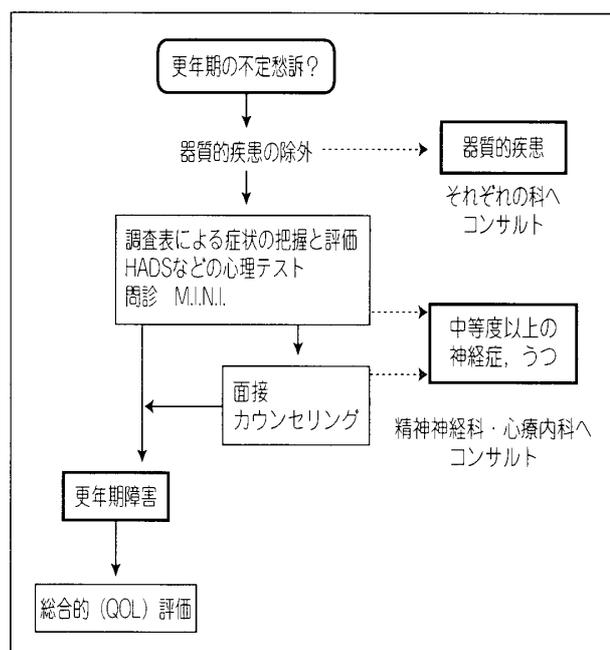
(図1) 更年期障害の症状と発症機序

3) 総合的評価

「群盲評象」という諺があるが、不定愁訴を評価していくと、各症状に注目するあまり、全体像を見落としてしまうことがある。前述のとおり、更年期障害は多彩な症状の集合体であるため、常に総合的な QOL の評価を行わないと患者の満足する結果にはつながらない。この目的では、疼痛の評価に用いられる graphic rating scale (両端に基準となる表現を記した線分のどこに位置するかをチェックする VAS (Visual Analogue Scale)²⁵⁾ や顔の表情で示された状態から現状を選ぶ FRS (Face Rating Scale)²⁶⁾ など

において、両端を「幸せ」、「死ぬほど辛い」と変更して利用することで評価することができる。来院時に「今、どの症状がなくなったら幸せでしょう」という質問をすることにより、ポイントとなる症状を常に把握しておくこともよい方法である。

我々は図 2 に示すようなアルゴリズムに従い、不定愁訴から治療すべき更年期障害をピックアップし、総合的評価の上、治療を開始するようにしている。



(図 2) 更年期不定愁訴の評価

おわりに

更年期不定愁訴の把握にはいまだ統一されたマニュアルはないが、症状をピックアップするツール、精神疾患、特にうつ病やうつ傾向を診断できるツール、総合的な QOL を評価できるツールという三つのツールについて、何か一つずつに慣れることが有用であると思われる。人種、地域などにより愁訴の傾向は異なることが考えられることから、採用したツールでのコホートにおける傾向を知ることも適切な評価へのよい方法であろう。

《参考文献》

- 1) 日本産科婦人科学会, 編. 産科婦人科用語集・用語解説集 [改訂新版]. 東京: 金原出版, 2003
- 2) Kupperman HS, Blatt MHG, Wiesboden H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogen preparation by the menopausal and amenorrheal indices. J Clin Endocrinol Metab 1953; 13: 688—703
- 3) Alder E. The Blatt Kupperman Menopausal Index: a critique. Maturitas 1998; 29: 19—24
- 4) Greene JG. Measuring the symptom dimension of quality of life: general and menopause-specific scales and their subscale structure. In: Schneider HP, ed. Hormone Replacement Therapy and Quality of Life. London: Parthenon Publishing, 2002; 35—43

- 5) Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas* 1986 ; 8 : 217—228
- 6) Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 1998 ; 29 : 25—31
- 7) Hunter M. The Women's Health Questionnaire (WHQ) : The development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health. *Qual Life Res* 2000 ; 9 : 733—738
- 8) Perz JM. Development of the menopause symptom list : a factor analytic study of menopause associated symptoms. *Women Health* 1997 ; 25 : 53—69
- 9) Schneider HP, Heinemann L, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The menopause Rating Scale (MRS) : reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric* 2000 ; 3 : 59—64
- 10) Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Patrick LD. Determinants and quantification of quality of life after the menopause : the Utian Menopause Quality of Life score. In : Aso T, ed. *The Menopause at the Millennium*. London : Parthenon Publishing, 2000 ; 141—144
- 11) 安部徹良, 山谷義博, 鈴木雅州, 森塚威次郎. 症候による更年期不定愁訴症候群の型分類の試み. *日産婦誌* 1979 ; 31 : 607—614
- 12) 赤松達也, 木村武彦, 広瀬一浩, 秋山敏夫, 藤川 浩, 斎藤 裕, 矢内原巧. 更年期障害に特徴的症狀の選定とホルモン補充療法に対する効果判定の有用性. *日更医誌* 1994 ; 2 : 106—113
- 13) 小山嵩夫, 麻生武志. 更年期婦人における漢方療法. 簡略化した更年期指数による評価. *産婦人科漢方研究のあゆみ* 1992 ; 9 : 30—34
- 14) 牧田和也, 太田博明, 小武海成之, 隅田能雄, 池田俊之, 増澤利秀, 野澤志朗. 当教室中高年健康維持外来の開設 5 カ月における現況について. *日更医誌* 1993 ; 1 : 86—92
- 15) 日本産科婦人科学会生殖・内分泌委員会. 日本人女性の更年期症状評価表. *日産婦誌* 2001 ; 53 : 13—14
- 16) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community : the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997 ; 12 : 19—29
- 17) 高松 潔, 太田博明, 牧田和也, 堀口 文, 野澤志朗. 更年期女性の心理特性からみたカウンセリングの工夫. *日更医誌* 2001 ; 9 : 151—157
- 18) 日高三喜夫. 心理テスト. 久保千春編 *心身医学標準テキスト* 東京 : 医学書院, 1996 ; 103—111
- 19) Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965 ; 12 : 63—70
- 20) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1970
- 21) Takamatsu K, Kasuga M, Makita K, Nozawa S. Evaluation of depressive conditions among Japanese patients at a menopause clinic. *J Obstet Gy-*

-
- naecol Res 2004 ; 30 : 42—47
- 22) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983 ; 67 : 361—370
- 23) Takamatsu K, Fujii E, Ohta H, Nakamura K. Mental health of patients visiting an outpatient menopause clinic. Int J Fertil 2003 ; 48 : 252—259
- 24) Sheehan DV, Lecrubier Y. M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法. 東京 : 星和書店, 2000
- 25) Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Res Nurs Health 1990 ; 13 : 227—236
- 26) Lorish CD, Maisiak R. The Face Scale : A brief, nonverbal method for assessing patient mood. Arthritis Rheum 1986 ; 29 : 906—909