

日本産科婦人科学会専門医制度
研修コーナー

58巻

7号 2006

日本産科婦人科学会雑誌

CONTENTS

症例・プライマリー・ケア(救急) 続発性無月経	(94)
山梨大学助教授 平田 修司 山梨大学助手 深澤 宏子	
EXERCISE 18	(98)

9月号(特集) 予告

第58回日本産科婦人科学会 学術講演会
生涯研修プログラム

レクチャーシリーズ(1); New Wave in Ob/Gy

- 1) 胎児治療の進歩
Women's Clinic 千葉産婦人科院長 千葉 喜英
- 2) 21世紀の周産期医療システム: 展望と問題点
埼玉医科大学総合医療センター教授 関 博
- 3) 着床前診断の理論と実際
東邦大学教授 久保 春海
- 4) 未受精卵子の凍結保存
徳島大学教授 苛原 稔
- 5) 子宮筋腫に対する集束超音波療法 現状と今後の展望
医誠会病院子宮筋腫総合治療センター部長 井上 滋夫
- 6) ロボット手術の現状と産婦人科領域への応用と
今後の展望

九州大学病院救急部教授 橋爪 誠

レクチャーシリーズ(2); 他科領域の専門家に聞く

- 1) 腎疾患合併妊娠: 妊娠は腎の予後に影響を与えるか
埼玉医科大学腎臓内科教授 鈴木 洋通
- 2) 早産低出生体重児の長期予後
東京女子医科大学総合医療センター助教授 三科 潤
- 3) 新生児科の進歩 先天性横隔膜ヘルニア治療の現状
新潟大学小児外科学教授 窪田 正幸
- 4) 脳神経外科におけるクリニカル PET
京都府立医科大学脳外科学教授 峯浦 一喜
- 5) 婦人科癌に対する放射線療法—放射線科医の立場から
北里大学放射線科学教授 早川 和重
- 6) 男性不妊症の診療の進歩

金沢大学泌尿器科学教授 並木 幹夫

クリニカルカンファレンス(1); 早産の取り扱いを考える(1)

- 1) 切迫早産の取り扱い
富山大学周産母子センター助教授 酒井 正利
- 2) 早産予防に重点を置いた妊婦検診の意義
神奈川県立こども医療センター部長 山中美智子
- 3) Preterm PROM の管理指針
田附興風会医学研究所北野病院部長 古山 将康
- 4) 薬物治療の実際と問題点
愛育病院部長 安達 知子

- 5) 母体搬送の適応
順天堂大学教授 吉田 幸洋
- 6) 重症 IUGR 症例の娩出のタイミング
日本赤十字社医療センター部長 杉本 充弘
- クリニカルカンファレンス(2)；胎児評価を考える
- 1) エコーによる胎児評価 特に発育、形態異常の評価
長崎大学助教授 増崎 英明
- 2) エコーによる胎児機能評価
東京医科大学講師 柳下 正人
- 3) MRI による胎児診断
国立長良川病院医長 川鱈 市郎
- 4) 血清マーカーと胎児評価
名古屋市立大学教授 杉浦 真弓
- クリニカルカンファレンス(3)；産婦人科と感染症を考える
- 1) 院内感染の実態と予防
愛仁会千船病院副院長兼産婦人科部長 本山 覚
- 2) 性感染症予防のための取り組み～生殖医療における
精液を介する感染症の制御
慶應義塾大学講師 久慈 直昭
- 3) 性器ヘルペス治療の進歩
赤枝六本木診療所所長 赤枝 恒雄
- 4) HIV-discordant couple に対する生殖補助医療
—HIV 除去精子を用いた IVF-ET
荻窪病院血液科部長 花房 秀次
- 5) HIV 垂直感染とその予防
国立病院機構仙台医療センター部長 和田 裕一
- クリニカルカンファレンス(4)；産婦人科と医療制度を考える
- 1) 新しい臨床手技コード導入こそ医療制度改革の本質
日本医科大学講師 澤 倫太郎
- 2) 産婦人科と保険診療
厚生労働省保険局医療課長 麦谷 眞里
- 3) 産婦人科とがん検診
佐々木医院院長 佐々木 繁
- 4) 産婦人科診療における女性医師の役割
(医)神田第二クリニック院長 間壁さよ子
- クリニカルカンファレンス(5)；婦人科難治性癌の治療戦略
- 1) 子宮頸部腺癌
近畿大学教授 山本嘉一郎
- 2) 子宮肉腫
熊本大学教授 片渕 秀隆
- 3) 子宮体部漿液性腺癌、明細胞腺癌
慶應義塾大学教授 青木 大輔
- 4) 卵巣明細胞腺癌
鹿児島市立病院科長 大西 義孝
- 5) PSTT(Placental site trophoblastic tumor)
千葉大学講師 松井 英雄
- クリニカルカンファレンス(6)；内視鏡手術のトレーニングと
教育
- 1) 技術認定制度とその後のフォローアップ
宝塚市立病院診療部長 伊熊健一郎

- 2) 技術認定制度におけるトレーニングプログラム
日本医科大学助教授 明樂 重夫
- 3) 腹腔鏡下手術の安全な運用と教育
国立病院機構京都医療センター副院長 杉並 洋
- 4) 地域基幹病院における内視鏡手術の現状と課題
医療法人社団スズキ病院診療部長 田中 耕平
- クリニカルカンファレンス(7)；産婦人科領域の機能温存手術
- 1) 膀胱機能温存広汎子宮全摘術
国立がんセンター中央病院医員 加藤 友康
- 2) 子宮頸癌に対する卵巢温存の適応と限界
国立がんセンター中央病院
バイオ診断開発室医員 澤田 守男
- 3) 子宮体癌に対する卵巢温存の適応と限界
久留米大学助教授 牛嶋 公生
- 4) 卵巢癌に対する妊孕性温存手術の適応と限界
川崎医科大学助教授 藤原 恵一
- 5) 子宮筋腫に対する温存手術
東京慈恵会医科大学講師 岡本 愛光
- 6) 尿失禁機能温存開腹手術
大阪市立大学教授 石河 修
- クリニカルカンファレンス(8)；難治性不妊症に挑む
- 1) 体外受精反復不成功例に対する胚盤胞移植
山口大学教授 杉野 法広
- 2) 卵管留水腫による体外受精不成功に対する対応
日本大学助教授 長田 尚夫
- 3) 卵巢刺激における工夫—難治性排卵障害に対して—
金沢医科大学教授 牧野田 知
- 4) PCOS 症例の排卵誘発
東京大学講師 久具 宏司
- クリニカルカンファレンス(9)；更年期医療における問題点を克服する
- 1) 骨粗鬆症治療薬の選択
新潟市民病院部長 倉林 工
- 2) non-responder に対する対応
京都府立医科大学助教授 北脇 城
- 3) HRT と発癌を考える
京都大学講師 刈谷 方俊
- 4) 更年期の精神症状に対する対応
東京大学助教授 矢野 哲
- 5) 更年期医学の将来について
さがらレディースクリニック院長 相良 洋子
- 日本産婦人科医会研修プログラム；痛みの診断と治療
- 1) 痛みの基礎と対応の基本
信州大学講師 金井 誠
- 2) 日常外来で遭遇する痛みへの対応
弘前大学助教授 藤井 俊策
- 3) 急性腹症、がん性疼痛への対応
帝京大学助教授 西井 修
- 4) 心身症と痛み(性交疼痛症も含む)
吉田産科婦人科医院副院長 吉田 智子

卒後臨床プログラム

- (1) 凝固亢進状態と術後血栓予防に関して
三重大学臨床検査医学助教授 和田 英夫
- (2) 各種感染症の母子感染予防
日本医科大学教授 竹下 俊行
- (3) Poor responder の排卵誘発
梅ヶ丘産婦人科院長 辰巳 賢一
- (4) 医療訴訟の現状と予防策
三宅坂総合法律事務所 児玉 安司
- (5) HRT の最近の考え方
鹿児島大学教授 堂地 勉
- (6) 新生児の first aid
東邦大学新生児科教授 宇賀 直樹
- (7) 卵巣がんの標準的治療—ガイドラインを作成して—
藤田保健衛生大学教授 宇田川康博
- (8) 緩和医療—がん治療と心の問題
東京医科歯科大学心療・
緩和医療学分野教授 松島 英介



症例・プライマリー・ケア(救急)

Case Study and Primary Care Medicine

続発性無月経

Secondary Amenorrhea

症例提示

年齢：27歳

主訴：無月経・挙児希望

妊娠分娩歴：未経妊

月経歴：初経12歳

既往歴：胃潰瘍のため1年前より抗潰瘍薬（スルピリド、商品名「ドグマチール®」）を内服している。

現病歴：初経以来、月経周期は規則的であったが、約8カ月前より不順となり、最近4カ月間は月経がない。2年前に結婚後、避妊はしていないが妊娠しない。

1カ月前に近医を受診し「続発性無月経」と診断され、テルグリド治療を薦められたが、セカンドオピニオンを求めて来院した。

紹介状によると、血中PRL 38ng/ml、甲状腺機能検査の結果は正常であった。また、下垂体腫瘍は認められなかった。

全身所見：身長156cm、体重66kg、血圧135/75mmHg、甲状腺は触知せず。

3カ月前から乳汁分泌を認める。多毛はない。

内診所見：子宮腔部は正常。腔分泌物は白色水溶性で中等量。子宮は前傾前屈でやや小さく、付属器は触知せず。

尿妊娠反応：陰性

解説

本稿では、まず、本症例の鑑別診断ならびに治療方針について概説し、つづいて、医療面接についての基本的留意事項を述べ、さらに、本症例の医療面接時に想定される患者ならびに家族の質問について触れる。

I. 本症例の鑑別診断ならびに治療方針

1. 本症例の鑑別診断

本症例のような続発性無月経に対しては、まず、妊娠判定を行って妊娠による無月経を除外診断する。本症例では、尿妊娠反応が陰性であることから無月経の原因として妊娠は否定される。

つづいて、本症例は、乳汁分泌を認め、血中プロラクチン値が高値であることから、高プロラクチン血症を伴う続発性無月経の症例であると判断される。原因の鑑別診断として、薬剤性高プロラクチン血症、下垂体プロラクチン産生腫瘍、甲状腺機能低下症、潜在性高プロラクチン血症、機能的などが挙げられる¹⁾。このうち、前医での検査(おそらくはCT/MRIなどと考えられる)の結果、下垂体腫瘍は除外診断されており、また、甲状腺機能検査が正常であることから、甲状腺機能低下症に伴う高プロラクチン血症も否定される。本症例では、スルピリドの内服を1年前より開始していること、また、スルピリドが薬剤

性高プロラクチン血症を惹起し得る薬剤であることなどから判断して、薬剤性高プロラクチン血症に伴う排卵障害が続発性無月経の原因と考えられる。なお、高プロラクチン血症の病態生理ならびに鑑別診断の詳細に関しては参考文献1を参照されたい。

2. 薬剤性高プロラクチン血症に伴う続発性無月経の治療法

(1) 原因薬剤の変更・中止

薬剤性高プロラクチン血症の場合は、原因薬剤の変更あるいは中止がまず考えられるべき治療法である。しかしながら、精神神経疾患に対して投与されている薬剤の場合、中止することにより当該疾患の症状が悪化する恐れがあり、産婦人科単独で原因薬剤の変更や中止を決定すべきではなく、精神神経科主治医と十分に相談の上、治療方針を決定する。なお、薬剤性高プロラクチン血症の場合、原因薬剤の服用中止後、約2カ月で正常月経周期を回復するが多いが、原因薬剤が長期に投与されていた例では中止後も無月経や乳汁漏出が持続し、以下に述べるドーパミン受容体作動薬の投与を必要とする症例も存在する。

(2) ドーパミン受容体作動薬(プロモクリプチン、テルグリド、カベルゴリン)による薬物療法

ドーパミン受容体作動薬は、外科的治療の適応とならない下垂体性高プロラクチン血症、原因薬剤を中止できない場合の薬剤性高プロラクチン血症の症例、あるいは、薬剤性以外の高プロラクチン血症(潜在性、機能性を含む)に選択される。ドーパミン受容体作動薬によって、悪心・嘔吐など消化器症状の副作用が生じることが多いので、少量から開始して漸増するなど投与方法に工夫が必要である。また、精神神経疾患に対して投与されている薬剤による薬剤性高プロラクチン血症の場合、ドーパミン受容体作動薬がその薬剤に対して拮抗的に作用することがあるので、ドーパミン受容体作動薬投与が可能か精神神経科主治医と相談して投与の可否を慎重に判断するべきである。

(3) ドーパミン受容体作動薬治療が奏効しない症例に対する治療法

以上のような治療を試みたうえで、月経周期が回復しない場合は、第1度無月経に対してはプロゲステロン周期的投与、第2度無月経にはKaufmann療法を行う。さらに、挙児希望のある場合には、排卵誘発剤による治療も考慮する。

3. 本症例の治療方針

本症例は、胃潰瘍のために1年前より投与されている抗潰瘍薬(スルピリド)が原因となった薬剤性高プロラクチン血症による続発性無月経と考えられるので、治療方針は、(1)抗潰瘍薬を中止する、または、(2)抗潰瘍薬を、高プロラクチン血症の原因となる可能性の少ない他の抗潰瘍薬に変更する、ことが原則となる。もちろん、これらの場合、抗潰瘍薬を投与している主治医との相談、ならびに患者への説明と同意が不可欠である。(3)また、これらの相談や説明の結果、抗潰瘍薬の中止または変更が不可能でスルピリドの内服を継続する場合には、ドーパミン受容体作動薬の投与による高プロラクチン血症の治療が選択肢のひとつとなる。さらに、挙児希望の強い場合は、ドーパミン受容体作動薬による治療に加えて、排卵誘発も考慮すると同時に、他にも不妊の原因が存在する可能性を考慮して不妊症に対する系統的な検査を行う。

II. 医療面接についての基本的留意事項

医療面接には、病歴の聴取、ならびに、検査や治療の方針の説明と同意の取得、などが含まれ、医療の遂行には必要不可欠である。以下、医療面接にあたっての基本的留意事項について述べる²⁾。

1. 自己紹介

病歴聴取の前に、まず自己紹介を行い、患者の名前を礼儀正しく確認することから医療

面接を開始する。また、後日改めて検査結果や今後の方針についての説明を聞きに来る場合などで家族が同席する場合は、再度自己紹介を行う。

2. 態度

医師として自信に満ちた信頼できる優しい態度で接することを心がける。共感的、誠実な態度も重要である。

3. 用語の選択

患者に質問や説明をする際は、明確で分かりやすい言葉を使い、医学用語を用いる場合は、説明を行うことが必要である。

4. アイコンタクト

医療面接においては、患者の微妙な感情の変化を捉えたり、よいコミュニケーションを得るためにも、適切なアイコンタクトをとることを忘れてはいけない。なお、最近の電子カルテやオーダーリングシステムの普及とともに、コンピュータに向かいながら患者と対話せざるを得ない場合もあるが、できる限りそのような対話を避けるように心がける。

5. 説明と同意(インフォームドコンセント)

病状、診察所見、検査所見などから考えられる疾患についての説明を、鑑別診断も含めて行い、さらに診断をつけるために追加すべき検査がある場合はその説明も必要となる。必要に応じて図を用いたり描くなどして、説明する内容が理解しやすいように工夫する。患者からの質問にはきちんとした説明を行い、患者が、どのようなことを心配しているのか具体的に尋ねて、適切な治療法を説明するなど、丁寧な対応を心がけて今後の検査や治療に対する同意を得る。とくに観血的・侵襲的な検査や治療については、緊急の場合を除き、あらかじめ書面によるインフォームドコンセントを得てから施行する。

6. 患者の訴えを傾聴する

会話を通じて患者の不安を取り除くよう気を配りながら、患者の訴えをよく聞くことが大切である。患者が話している間はなるべく割り込まず、患者の言葉を反芻するなど適切に共感の意を表す。ただし、話好きな患者もいるので、いらいらしたりせず、会話の進行をコントロールすることを心がける。

7. 対応困難例への対応

検査や治療法に拒否的であるなど、扱いにくい患者に対しても、批判的になったり対立したりせず、必要性を十分に説明し説得するよう心がける。

Ⅲ. 本症例の医療面接時に想定される患者・家族からの質問

本症例の医療面接時に想定される患者ならびに家族からの質問や反応を列挙する。上述の鑑別診断ならびに治療方針と、医療面接についての基本的留意事項を踏まえて、これらの質問や反応に対する説明ならびに対応を考えてみていただきたい。

1. 病状に関する質問

「なぜ、生理が来ないのでしょうか」、「なぜプロラクチンというホルモンが高いと生理が来なくなるのですか」、「なぜ妊娠していないのに乳汁が出るのですか」、「私は不妊症ですか」、「私の脳は異常なのですか」等

2. 治療方法の選択についての質問

「私はこれからどのような治療を受けるのですか」、「その治療ではどのような副作用がでるのですか」、「先生は、私に対し、どの治療法をお勧めになりますか」、「胃潰瘍の治療はどうしたらよいのですか」、「その薬を飲みながら妊娠しても赤ちゃんに奇形はできないのですか」等

3. 前医での検査、診断、治療方針についての質問

「前の先生の検査(診断、治療方針)についての説明がよくわからなかったのですが」、「前

の先生からは別の薬を飲まなければいけないと言われましたが,「前の先生から基礎体温をつけるように言われたのですが,毎日大変なのでつけたくないのですが,「生理が止まったのは内科の先生のせいですか」等

4. その他

「先生の説明が全然わかりません」,「もっと専門の先生の意見が聞きたいのですが」等

Ⅳ. おわりに

薬剤性高プロラクチン血症に伴う続発性無月経の症例を提示し, その鑑別診断ならびに治療方針について述べ, 併せて, 医療面接についての基本的留意事項を列挙した.

《参考文献》

1. 石川睦男. 乳汁漏出性無月経. 日本産科婦人科学会編 産婦人科研修の必修知識 2004 東京: 日本産科婦人科学会, 2004; 384—389
2. Retegui J-A, Cornel-Avendano B. 外来診療マスターブック. 伴信太郎監訳 東京: 医学書院, 2002; 28—29

〈平田 修司* 深澤 宏子*〉

*Shuji HIRATA, Hiroko FUKASAWA

*Department of Obstetrics and Gynecology, University of Yamanashi, Yamanashi

Key words : Hyperprolactinemia · Amenorrhea · Informed consent

EXERCISE 18

症例・プライマリー・ケア(救急) 続発性無月経

Q 199 正しいものはどれか。

- a) 薬剤が原因となった乳汁漏出性無月経に対しては、ドーパミン受容体作動薬による治療が第一選択である
- b) ドーパミン受容体作動薬による治療中は、妊娠は禁忌である
- c) 乳汁漏出性無月経に対するドーパミン受容体作動薬の主な作用部位は、視床下部の GnRH 分泌細胞である
- d) ドーパミン受容体作動薬の主な副作用は、眩暈である
- e) 現在、我が国の保険医療において使用可能なドーパミン受容体作動薬はプロモクリプチンのみではない

Q 200 血中プロラクチン値について正しいものはどれか。

- a) 性周期中では卵胞期前期に最高レベルとなる
- b) 食事により増加する
- c) 運動により増加する
- d) 妊娠により増加する
- e) 睡眠により増加する

Q 201 高プロラクチン血症に伴う内分泌学的変化について正しいものはどれか。

- a) 下垂体ゴナドトロピンレベルが閉経後のレベルまで上昇する
- b) 視床下部からの GnRH 分泌が障害される
- c) エストロゲンによる LH 分泌へのポジティブフィードバックが障害される
- d) プロラクチンが卵胞に直接作用して卵胞発育障害を引き起こすことが高プロラクチン血症における排卵障害の主因である
- e) 下垂体腫瘍による高プロラクチン血症では、視床下部からのドーパミン分泌が亢進する

Q 202 薬剤性的高プロラクチン血症の機序となり得るものはどれか。

- a) ドーパミンの合成の阻害
- b) ドーパミンの再取り込みの阻害
- c) ドーパミンの代謝回転の阻害
- d) ドーパミン受容体のブロック
- e) プロラクチンの合成の亢進

Q 203 次の産婦人科における診療行為のうち、通常、書面によるインフォームドコンセントが必要であるものはどれか。

- a) 内診
- b) 経腔的超音波検査
- c) 子宮腔部細胞診
- d) 尿妊娠反応
- e) 子宮内膜全面搔爬



	EXERCISE 解答
18	(199) c (200) b, c, d, e (201) b, c, e (202) a, b, c, d (203) e



研修コーナーに対する会員皆様の声をお寄せ下さい。
質問やテーマの要望、執筆者の推薦など何でも結構です。
また、推薦図書や書評、エッセイなども歓迎いたします。
下記の宛先にお送り下さい。

宛先：〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目3番9号
ツインビュー御茶の水3階
（社）日本産科婦人科学会
研修コーナー編集 係