
子宮腺筋症に対する漢方治療と考察 —漢方治療のみで5年間にわたり経過観 察し縮小を見た1症例—

慶應義塾大学医学部漢方医学講座¹⁾

札幌マタニティー・ウイメンズ南一条クリニック²⁾

中田英之¹⁾ 八重樫 稔²⁾ 西村 甲¹⁾ 渡辺賢治¹⁾

産婦人科 漢方研究のあゆみ No.24 別刷

ISBN 978-4-7878-1588-0

発行：2007年5月30日

産婦人科漢方研究会

発行所 株式会社 診断と治療社

子宮腺筋症に対する漢方治療と考察 —漢方治療のみで5年間にわたり経過観察し縮小を見た1症例—

慶應義塾大学医学部漢方医学講座¹⁾

札幌マタニティー・ウイメンズ南一条クリニック²⁾

中田 英之¹⁾ 八重樫 稔²⁾ 西村 甲¹⁾ 渡辺 賢治¹⁾

はじめに

子宮腺筋症は月経過多、月経痛を主訴とし、多くは40歳代前半で発症する。現在その治療はGnRhアナログによる偽閉経療法が中心だが、閉経期まで維持することは困難であり、多くは単純子宮全摘により治療を終了する^{1)~3)}。したがって、漢方治療により5年から10年間症状を抑えることができれば、手術を回避することができる。子宮筋腫の患者の中には手術を希望しない者も多いので、子宮腺筋症により子宮全摘術を受ける患者の多さから考える漢方治療の意義は多いと考える。今回、桂枝茯苓丸と芎帰膠艾湯のサイクル療法が奏功し、閉経まで経過観察が可能となって子宮の縮小が確認できた症例を経験したので、若干の考察をふまえて報告する。

I 症 例

43歳2経産(正常分娩)女性、主訴：全身倦怠感

1. 一般所見

身長：155 cm, 体重 50 kg

主訴：全身倦怠感

妊娠歴：2経妊, 2経産(正常分娩)

既往歴, 家族歴：特記なし

2. 現病歴

以前より月経量が多いと自覚していたが、次第に月経量が増加。全身倦怠感が出現し、2001年2月内科を受診し強度の貧血を指摘された。初診時Hb 4.9 g/dlと貧血が強度なるも、生化学所見異常なく、連日鉄剤DIVにて1か月間でHb10.6 g/dlまで回復した。その後、原因精査のため産婦人科に紹介となった。

3. 婦人科外来初診時所見

月経痛(++) 過多月経(+)

WBC 6,200

RBC 3.09×10⁶ Hb 10.6 g/dl Ht 32.7%

Plt 24.8万

AST 20IU// ALT 19IU// LDH 146IU//

CA125 131 U/ml E₂ 263 pg/ml

経膈超音波にて子宮は108×70×65(mm)で筋層が腫大、子宮内膜の肥厚を認めた。

子宮頸部細胞診：Class I

子宮内膜細胞診：Class I

超音波画像所見、臨床症状から子宮腺筋症の診断となった。経血量が多く、貧血のコントロールが困難であることから、2001年5月より、GnRhアナログ療法を開始し、2001年11月に終了した。ホルモン療法後、経過を観察したが、まもなく月経血の増加を認めたため、手術を勧めたが同意を得られず、漢方治療を希望したため、漢方外

来受診となった。

4. 東洋医学的所見

脈やや浮 舌下静脈の怒張(+) 浮腫(-)

胸脇苦満(-) 臍下の瘀血点圧痛(+) 便秘(-)

臍上悸(-) 冷えの訴え(-)

以上の所見により、2002年4月より桂枝茯苓丸単独内服治療を開始した。桂枝茯苓丸内服開始後2か月目より著明に経血量が減少したが、2003年6月、同年12月とヘモグロビン値にして、1 g/dlから3 g/dlもの減少を伴う出血を見たため、処方内容を再検討し、2004年6月より下記

のごとく桂枝茯苓丸と芎帰膠艾湯のサイクル療法に変更したところ、再度大量出血を見ることなく経過良好となったため、経過観察を続けた。(図1)

5. 子宮腺筋症に対する処方内容

月経以外の3週間：ツムラ桂枝茯苓丸[®] 7.5 g/day

月経時の1週間：ツムラ芎帰膠艾湯[®] 7.5 g/day

その後、2005年11月頃より、血小板の異常増加を認めたため血液内科に紹介したところ本態性血小板増多症の診断となった(表1)。血小板が90万台で内科的には経過観察となったことと経血量は安定して少量になっていたことを考慮し、2006

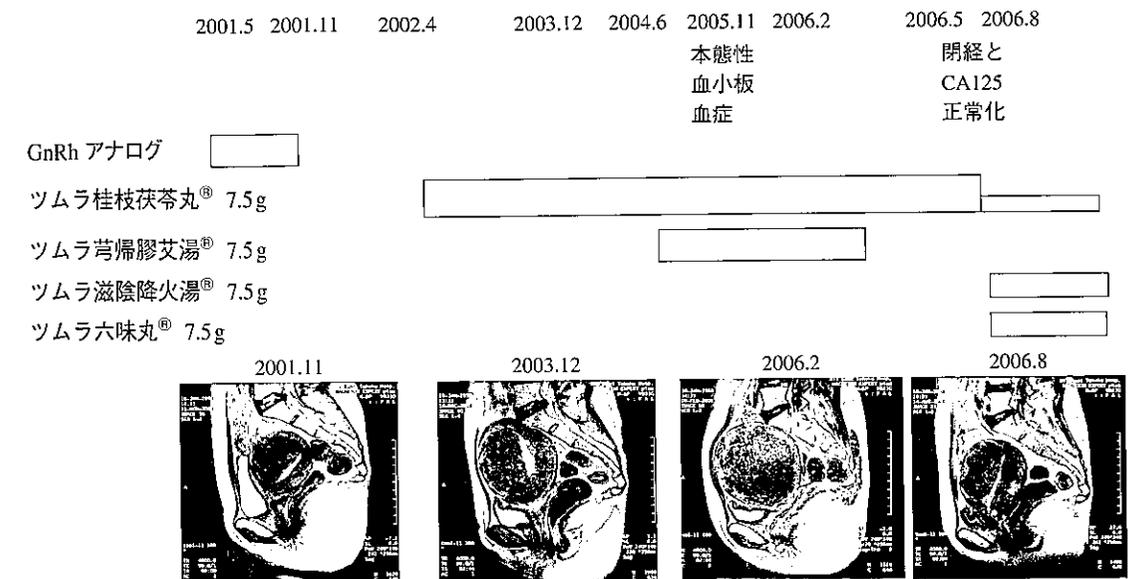


図1 経過

表1 真性多血症発症時の血算データ経過表

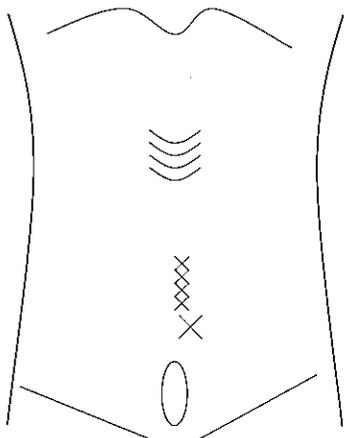
2005年(漢方治療開始4年目)頃からさらに、月経量が減少し自覚症状も(-)となり、経過観察を続けていたところ、2005年10月頃より汎血球増加を認めた。

	2005年6月	2005年10月	2006年2月	2006年5月	2006年7月
WBC	14340	15010	17290	19080	19190
RBC	346万	537万	567万	547万	611万
Hb	11.2 g/dl	16.6 g/dl	13.9 g/dl	10.9 g/dl	11.8 g/dl
Plt	55.3万	77.6万	93.2万	98.7万	99.5万

市立病院血液内科に紹介し、骨髓穿刺を行ったところ、血液像、異常なし、NAPスコア、骨髓像、骨髓染色体検査(正常核型)から慢性骨髄性白血病が否定され、Ht>40%により真性多血症と診断された。(後に、赤血球の増加はなくなり、本態性血小板血症と訂正された。)

年2月から補血を意図して内服していた芎帰膠艾湯を中止し様子を見ていたが、2006年5月ごろより、子宮の縮小の自覚があり超音波検査により縮小傾向を認めたため、腫瘍マーカーのチェックを行ったところ、CA125:38, CA19-9:29と正常化しており、2006年6月頃より軽度のHot flush症状を認めたため、ホルモン値を検査したところ、 $E_2 < 10 \text{ pg/ml}$, FSH 93.9 mIU/ml/LH 49.2 mIU/mlと卵巣機能低下を認め内分泌学的に更年期に入ったことが確認された。画像的に子宮の縮小を確認するため2006年8月にMRI検査を実施したところ、2006年2月と比較し最大経比較で10.7cmから8.8cmに縮小、体積比にして45%の縮小を認めた。

以上により、子宮腺筋症の治療に関しては閉経を迎え子宮の縮小が確認できたことから今後経過観察とし、本態性血小板血症に対しては漢方医学的な観点から閉経を迎え腎虚がベースになり発生したものと考え、補腎と血小板増多に対する駆瘀血作用治療の主軸として下記処方とした。なお、併せて処方を選定した時点での腹診所見と脈診所見を下記に記す(図2)。



脈：左右とも寸関 沈弦細 尺微
 腹証：腹力2/5
 心下痞(+)振水音(-)
 臍上悸(+)臍下不仁(+)
 全般に臍下は軟弱
 瘀血の圧痛(-)

図2 2006年8月の脈状と腹診所見

6. 現在の処方

ツムラ桂枝茯苓丸® 2.5g/day

ツムラ滋陰降火湯® 7.5g/day

ツムラ六味丸® 7.5g/day

II 考 察

子宮腺筋症の緩解療法として漢方治療の有用性が示された。

閉経直前に発症した本態性血小板血症と桂枝茯苓丸の因果関係については、文献的にも報告はなく不明である。内科学的には、血小板数の増加を確認しながら、抗血小板治療などが検討されるが、現時点では西洋医学的に積極的な治療はない。

しかし、漢方医学的な視点で本症例を考察すると、長年の出血傾向と加齢に伴う腎虚傾向の二つの状況が重なったところに、閉経を迎え患者の腎虚傾向を急激に悪化させたため、今の状況を作り出したと考えられる。

子宮腺筋症の患者は標準的保存的治療の選択肢がホルモン療法以外ないため、やむなく子宮全摘術を選択するケースも多い。本人が外科的手術を希望する場合は、当然子宮全摘術を行うべきだと考えるが、比較的閉経間近の症例で、手術を希望しない場合、本治療法も考慮されてよいのではないかと考える。本症例に関しては、本態性血小板血症という新たな状態に移行したために処方を大幅に変更したが、このような経過を辿らなくても閉経に際しては、腎虚が急激に進むことも考慮した漢方治療が必要と考える。今回の症例は、子宮腺筋症の漢方治療を選択した場合の経過を考えるうえで貴重な事例と思われる。

文 献

- 1) 寺川直樹(担当編集)：新女性医学大系 第19巻 子宮内膜症、子宮腺筋症：273-303, 1999.
- 2) Harada T, Kubota T, Aso T : Usefulness of CA19-9 versus CA125 for the diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 78(4) : 733-9, 2002.
- 3) Imaoka I, Ascher SM, Sugimura K, Takahashi K, Li H, Cuomo F, Simon J, Arnold LL : MR imaging of diffuse adenomyosis changes after GnRH analog therapy. *J Magn Reson Imaging* 15(3) : 285-290, 2002.